

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。

こうすることで、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、どうしようもなければ、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ってやっつけていただいているわけですが、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ょ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、これもやっつと、ということで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り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って、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ふことでは、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して、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ていました。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せう。

小山

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。

基調講演1の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って、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。

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

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っております。

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いたします。栃木の太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が、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。医者の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た古くなってきて、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っております。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%集中してまして、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すが、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っております。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でもあります。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。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が、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。簡単に言ってしまうと、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います。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います。

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います。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こと、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回しかないです。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います。

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こと、「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になります。

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るのですが、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、中医学協総会において、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こと、各都道府県へ向けてどういうふうな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た。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事です。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と、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もみますと、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す。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。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ね。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60万戸を目指すと。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、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る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。

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。

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しております。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けれども、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いましたが、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勞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、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かしました。

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か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、今度是一个の県で、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。実際にどういうことをやっているかという、人材確保、これは大学にいろいろなかたちでお金が行く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300万円ぐ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3億円く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、残りの県に関しま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、どうしてあなただの県では2500万円なのです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。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、その再編成をしないといけない。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、返上するようになる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という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かれわれは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ん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ので、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者が足りない。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。東京では非常になり手の多い科です。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、設備が足りないと、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ん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こと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、ノロウイ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ど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だと。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いろものがあります。皮膚科もそうです。

地域医療再生計画、いろんな県の話聞きますと、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います。

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が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モン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えます。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ことです。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。どうということかという、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される武田さんです。今総務省に行って、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。どういふ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、言っただけであ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ような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私は思っております。

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つて、5 万人あたり 1 つの保健センターがあつて、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つて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おります。

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、これも間違つ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

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臼井先生、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、先ほど人口の少ないところがますます大変になるというお話がありましたけれども、成功事例が小さい自治体から、逆に包括ケアが進んでいくのではないかとも思います。先生どうも有り難うございました。

基調講演 3 は近藤克幸先生です。秋田大学医学部附属病院医療情報部教授であります。先生は秋田県出身で 1990 年に秋田大学の医学部を卒業されまして、同年から秋田大学附属病院の心臓血管外科に入局致しまして、現在でも外来をやっておられるというお話を先ほど伺いました。2002 年には医療情報部教授になられまして、2003 年 4 月からは病院長補佐、経営戦略企画部室長、今年 7 月から秋田大学大学院医学系研究科医療情報学講座教授になられました。学会は医療情報学会、日本生体医工学会等、たくさんの学会に所属されております。また、厚労省の保健医療情報標準化会議構成員、経産省では医療情報化推進事業推進委員、内閣官房では二次医療圏を超えた地域医療連携における標準的なアーキテクチャ作業座長ということで、大学の中でも ICT に関する先進的な取り組みをされておられる先生であります。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

自己紹介は今ご紹介いただきましたとおり、もともと臨床の back bone は心臓血管外科でございまして、ちょっとした縁で医療情報の仕事を二足のわらじで手術と一緒にやるようになりまして、その後もちょっとした縁でそのまま教授になったのですが、ちょうど同じ時期に自分が首のヘルニアをやってしまって長い手術に入れなくなったので、ちょうどよかったといいますが、人生おもしろいものだと自

分で教授になってから思ったりした次第でございます。先ほどご紹介いただきましたように、経済産業省でいわゆる地域連携に関連するワーキングの座長を一昨年、昨年と務めさせていただきましたので、そういうところから、今日この場にお呼びいただいたのかなと思っております。

今日のお話と致しましては、ここ 2 年間、経済産業省で行いました事業、IT を活用した地域連携医療に関するワーキングでの検討内容を引用しつつ、実験企業の運用主体のあり方についてこれまで議論されてきたことや、議論してみると意外なところが抜け落ちているという事例が多々あることが分かりましたので、そういったあたりの留意点というものを今日はお話させていただこうかと思っております。私の話は、どちらかという地域連携を自分たちの地域ではじめようという時の各論に近いルールの話になりますけれども、そこをご承知おきいただければと思います。

はじめに、IT を活用した医療連携ですが。個人ですら、この 10 年でたくさんの方が自由にネットワークに繋がり、インターネットを利用していろんな情報を集められるような時代になってきました。それに呼応するように、国の方でもだいたい 2000 年を過ぎたあたりから、いろんな戦略を立てており、どの戦略をみても、医療に IT をうまく活用して医療の質を上げ、効率化も図るということがこの 10 年以上の間に言われ続けてきたわけでございます。そういったような中で、先ほどの経済産業省の事業の関連でいいますと、政権交代前でございまして、構想の名前などはこれから耳にすることがほとんどないかと思いますが、中身に関しては、実際はひも解いてみると、われわれが、あるいは国がやっていくべきことというのはそんなに変わっているわけではございませんので、中身については大いに参考になるかと思っております。今実際に皆様が目に見える取り組みというのは、たぶんここ 1、2 年前に出来上がってきた取り組みだと思っておりますので、そういう意味で簡単にご紹介しておきます。レセプト情報の活用による効

率化、医薬品の安全対策の推進、こちらは今日の主題と外れますので飛ばしますと、医療と地域という関係の中で、一つは「どこでも MY 病院」、名前はちょっとご覧になったことがあるかもしれません。もう一つ、シームレスな地域連携医療の実現、この2つのキーワードで昨年までのいろいろな政策が行われてきたわけです。ちょっと名前が紛らわしいですけども、「どこでも MY 病院」ということで国の方でまとめていた政策は、われわれから見ると「どこでも MY 病院」ということで病院間情報の連携ができていて、どこに行っても情報が見れるというイメージかと思うのですが、実は違いました、国民本人が自らのフィットネスクラブでの血圧も含めて、自分の健康記録を活用できる仕組みを作っていきたい。そういうサービスを創出しようというのが、「どこでも MY 病院」構想でございます。

われわれ医療関係者が地域の中で患者さんの情報を連携して診療に役立てる、あるいは介護までシームレスに使っていくという取り組みが2番目のシームレスな地域連携医療ということで、この実現を目指す。

先ほど政権交代もあったので、というお話を致しましたが、実際に6月に出た閣議決定された宣言を見ましても、やはり内容的には同じような目標が掲げられておりますので、今後も国民自らが自分の情報、医療情報を活用するか、そして医療機関が、医療を取り巻くいろいろなサービスがそれをどうシームレスに使っていくかということが、これからのキーになるでしょう。

話を戻しますと、先ほどの二つのコンセプトに従いまして、各省庁でいろいろな取り組みを進めてまいりましたが、その中で経済産業省ではまずはじめに、医療情報化促進事業というものを行いました。先ほどの二つのシームレスな地域連携医療、これは要するに臨床検査センター、病院、診療所、薬局等、そういった医療提供側が患者さんの情報を共有して、それを患者さんがどこを受診した時でも、シームレスに使えるような仕組みを作ると。医療機関等が患

者の QOL の向上を目指して、IT を活用するような仕組み、管理をきちんと行う仕組みという事業を行いつつ、もう一つは本人がその情報をどこかに集め、あるいは預けて必要な時に自分でいつでも使えるような仕組みというものを並列して国の事業として行われてきたわけです。モデル事業としましては、平成 22 年度には医療情報化促進事業、これは補正予算でやっておりますので実際に実施されたのは 23 年度になっておりますが、それぞれのコンセプトに沿った事業というものをいくつか採択し、23 年度補正、つまり 24 年度実施されたものとしては、東北復興といったことを踏まえた形での事業を続けて 2 年間行なってきました。

この中でシームレスな地域連携医療に関連する部分のワーキングの座長を私が務めさせていただきまして。例えば去年は小児がんについて。これはわりと長期にコラボしなければなりませんので、そういう情報を連携させる仕組み、小児アレルギーとか虚血性心疾患等といったかたちで、ある程度、疾病を特定して、関係するものについてきちんと医療情報を活用できる仕組みを作ったことが特徴でした。

検討のフレーム、ケース 1 は 22 年度を中心に行いましたが、これがまさに一つの地域の中で関係者間で情報をシームレスに連携させようという仕組み。それからケース 2、ケース 3、これらを 24 年度、さらに加えて行われた実証ですが。例えば二次医療圏でわれわれが取り組もうと言ってネットワークを作っても、おそらく境界にいる患者さん、あるいは、より高度な医療機関に移られる患者さんというのが、二次医療圏を超えて、別の医療連携をやっている地域に情報がそのまま連携されなければならないようなケースが出てくるであろうと。同じように、一つの地域の中でも、例えば糖尿病をやっている先生方が独自に作られた糖尿病の情報連携のネットワークと、その患者さんがもし循環器疾患にかかれば、心カテをやっている先生方が循環器疾患の IT を使ったネットワークを作っていく場合は、それぞれが独

立して発展してきた場合は、同じ地域の中でも疾病を超えた連携というものも必要になるだろうと。ITを使った地域連携をやっていた場合に、そういった連携というものが将来必ず発生して、そこでも必ず課題が出てくるはずであろうということで、こういった実証も実際に行なってきました。

次の資料は採択事業例です。少子高齢化とあまりマッチしない例を持ってきてしまいましたが。例えばつくば地区であれば、子供さんの喘息やアレルギーといった疾患について専門医やかかりつけ医、さらにはご家庭の発作の状況なども連携させて、地域ぐるみで一連のケアをしていこうという仕組みの事業を実際にやってきたわけです。

各事業の説明は省略しますが、総じて事業を通じて得られた課題がいくつかありました。県下には患者さんから非常に良い情報をいただいたりして、関連したドクターからも一定の評価を得られたのですが、それと同時に、いざいろいろな地域でやってみると、1つ目に言われたのが、運営主体のあり方がきちんと整理できていなかったと。これは例えば、個人情報保護に関するような法的な部分の順守状況がどうかということも含めて、そういうことを最初に考えておかなければいけなかったということが課題として出てきました。ここについては、2年間のワーキングでだいぶ整理できましたので、今日お話ししたいと思います。

他にやってみて出てきた課題は、事業成果の評価です。これが補正予算の1年間の実証事業でやっていると、医学的な成果が出たということを掲揚的に示すことは難しいと。そうすると、外部から評価される時には何も効果が出なかった、本当に意味があったのかという話も出かねないので、これについては、1年で医学的な成果を連携の中で表すということは難しいということで、きちんと話したうえで継続していくことに意味があるということになってますが、いずれここも課題として出てきました。

3つ目。これがやってみると、実証期間中だけであればもちろん頑張るのだが、参加したドクターか

ら、二重入力しなくてはならないのは負担が大きいという話が、ほぼすべてのフィールドから出てきました。これは、先ほどのご講演にSS-MIXの話も出てきましたけれども、今はだいたい電子カルテから標準的なかたちでデータを出す仕組みが出来てはまいりましたが、やはりSS-MIXというサーバーが全然入っていない病院があると、そこからデータをとるために独自の仕組みを作らなくてはならないことがあったり、あるいはSS-MIXでカバーできているデータの範囲は、ある程度限られておりますので、疾病管理のように、ある程度専門的な情報まで欲しいという話になってくると、その部分が電子カルテをシームレスに連携する仕組みが作れなかったりして、どうしてもドクターの負担が大きいという課題もありました。

また共有すべき情報種別について。例えばアレルギーの情報は、一般にだいたい地域連携でやっているならばドクターは必ず見たいとなるわけですが、残念ながらアレルギーの情報はいまだ標準化されておられません。そうしますと、地域ごとにアレルギーの情報を、病院それぞれの電子カルテが違う形式でもっているものをどういうふうにして揃えていこうかということ協議しなくてはならない。そこに一定の結論が出ないと、情報が欲しいけれども共有できなかつたりするといった課題もありました。

後は、どこでも苦勞するところだと思いますけれども、事業継続性です。補助金が出ている間はいいのですが、その後どうやってこの事業を続けていくか、特にランニングコストです。例えば、地元の企業が支援してくれた地域もあるのですが、なかなか先ほどのような成果がきちんと見えないとなかなか収入に繋がってこないため、継続性の担保と成果が事業継続性とも大きく関連してきます。

最後に、岩手の沿岸部で医療圏ごとに取り組みがされていて、内陸との連携が視野に入っているという話でしたが、その辺で課題がこれから出てくるであろうと思いますが、事業間の連携、既に作ってきた仕組みを、その間で患者が動く時にどうITを使う

か、さらに出来上がっている仕組み同士でどうデータを連携するか、その部分についてルールの作り方も含めて、いろいろな課題が出てきました。

医療情報連携のパターンを、仕組みの違いから2通り、お話ししていきます。一つは集中型（データセンター型）と呼ばれるものです。例えば、ある病院から検査のデータや飲んでいるお薬のデータをデータセンターにアップロードする。いろんな病院がアップロードする。患者さんを診察する時にはそれらの情報を参照するようなやり方で、この場合はデータセンターに全部データを集中させるようなかたちになります。分散型（所在管理型）というのは、最近見られるようになってきましたが、どこにデータがあるか分からないけれども、データそのものは各医療機関にデータをそのまま置いていく。そうすると、どこに見に行ったらいいのかわからないため、その所在をセンターで管理すると。すると、患者さんが来て情報を見たい時には、センターに所在を聞いてデータを拾い集めてくると。複数のデータが欲しい時には、それぞれから拾い集めてきて一連のデータとして見るようなやり方という具合です。集中型はセンターにデータの複製が格納されるのに対して、分散型は所在情報だけの格納で済むので、一般に集中型（データセンター型）で作るとセンター側の規模が大きくなっていくのに対して、分散型（所在管理型）で作るとセンター側の規模は非常に小さくなります。この辺が結局、ランニングコストにも響いてくるというところなんです。集中型は情報の参照先は常にセンターのデータベースですから、各医療機関は基本的にアップロードしてしまえば、メンテナンスを常時しておく必要がございません。挙げる時、それからデータを見る時に使えれば十分なのですが、それに対して分散型の場合には、夜中でもいつでも急患が来た場合には自分の病院の情報を誰かが見に来るかもしれないので、各施設は自分の病院が公開しているデータベースにいつでも見に来られるように、24時間きちんと担保しておかなくてはならないわけです。そうすると、これをきちんと公

開しているためのサーバーもメンテナンスして、かつインフラも常時繋がるような状態にして維持しておかなくてはならないということで、やや施設側の負担の大きさというのが、先ほどの逆になってくるという特徴があります。最近名前を聞く Human Bridge とか、ID-Link といったようなものはどちらのパターンのものかという、先ほどの分散型の例です。これらは SS-MIX のサーバーと各施設のサーバーに、必要な時に患者が受診した医療機関から分散して情報を見にくるようなパターンの仕組みです。

それから、医療情報の連携のパターンのもう一つとして、目的の違いから、情報共有型はいろんなデータを皆が見て活用できるようなパターンと、経済産業省の事業のような疾病管理型、ある特定の疾病に特化した仕組みとして作ってしまうというパターンとに大別できます。情報共有型の場合は、みんなが使える分、ヒューマンネットワークが希薄だったり、目的意識の差が結構大きかったり、情報種別に関しても、皆が使う汎用的な情報にしておかないと多すぎて煩雑になったり、少なすぎて不便になったりといったようなことが出てきます。その代わりメリットとして、皆が使える情報を集めておきますから事業規模は比較的全県規模までとか、容易に拡げやすいと。それに対して疾病管理型の場合は、同じ病気を扱っている先生方でやりますから、基本的にヒューマンネットワークは強固で、目的意識も明確、情報種別も選定はしやすいのですが、あるところまで拡がると、それ以上の拡がりが見込みづらいという面で事業継続性、ランニングコストの部分をどうするかということで悩まれる例が多いようです。その代わりメリットとして、情報種別は、関係者間で詰めやすいですから、例えば小児疾患の例であれば成長曲線とかアレルギーの検査のグラフとか一般に標準化されたような仕組みではカバーできないようなものを、その先生方が話し合って、見たいような仕組みの画面で皆に見せるということが、わりと弾力的にできるといった特徴があるわけです。もちろん、今お話したようなケースというのは必ずしも排

他関係にあるものではありません。例えば、分散型の場合に、クリニックの先生が自院の24時間サーバーを維持し、いつでも自分のところに来た患者さんのデータを見に来れるような状態に待機しておくというのはなかなか難しく、そうすると、ともすると大きい病院から一方通行でデータを開示するための仕組みになってしまうことがあるのですが。そういった場合ですと、例えば小規模なところを集めて、そこだけデータセンター化してそれと大きな病院のリポジトリを繋ぐとか、ハイブリット型のものの中にはありますので、どちらかでなければならないというわけではありませんが、一応このようなパターンがあるということになります。

紙からITへ。紙、例えば紹介状等いろいろな患者の情報連携というものは今まで紙をベースにやっていたわけですが、例えばナースステーションにあるカルテもそうですが、厳密な管理をしていなくてもそこにあるというだけで、ある程度の意識であまり管理ということがなされているのに対して、IT化でよく2点都市で時間と距離の壁を超えるから、地域連携にも有効ですし、大量の情報を効率よく扱えるからEHRというようなこともできるという話になるわけですが、とりもなおさず、これらは情報の実態が分かりにくくて情報漏えいが心配だといったような懸念事項が出てきますし、紹介状が紙からITに変わったことでどういったことが変化するかといったことで見ていくと、紹介状は基本的に紙による情報の授受ですから一過性の情報の授受になります。情報の範囲は、その時点のその時までの情報に限定されます。結局のところ、患者さんは自分自身が認知して関与する機会がわりとはっきりしている。いつどこに自分の情報があって、それがどこからどこに送られたのかということが、いちいち同意などをとらなくてもはっきりしていてあまり問題になるケースはございません。ところがそれに対して、紹介状を地域で共有するような仕組みを作った場合、ITによる情報の授受はある程度継続的に行われて、情報の共有範囲が未来にまで及ぶ可能性があり、さら

にいつの間にかどこかで見られているのではないかとといった不安が出てくる可能性があるといったようなことで、やはり紙の紹介状を電子化したものと、地域で情報を共有して使い続ける仕組みを作るのはちょっと次元が違うのではないかとということで、このあたりは、法律家の先生方に聞いてみても、やはり現時点では同意をしておくべきでは、といったコメントがほとんどでした。

今お話しましたとおり、実際は個人データの第三者提供に関しては公的なガイドラインを見ますと、紹介状を本人が持参するような場合にはもう同意が得られたものとして同意書はいらないと。医療の提供のために必要で、他の医療機関との連携を図るために患者情報を授受するような場合は、きちんと揭示に出していれば黙示の同意として同意が得られたものと判断してよいと掲げられているので、診療連携のための情報共有はそれに該当するのではないかという意見も確かにあります。私も賛成する面はありますが、継続的な共有に関しては法律家の先生も少し慎重であるべきという意見を述べられているわけです。そういうことで、地域連携をITを使ってやる場合には、だいたいの地域がきちんと同意書、申請書といったものを整備したうえでやっておられるようです。

医療機関同士の連携というものを考えますと、これは一次医療機関から三次、療養型、いろいろな医療機関が機能分化して、1人の患者さんについて継続的な治療を受けることができる体制を作っていくなくてはならない時代と。一番大事なものは、情報の連続性を正確、確実に担保する必要性があるわけです。もう一つ、その中で不安が生じる可能性があるのがITを使って、しかもネットワークを使ってやることによるリスクです。よく言われる三大脅威（盗聴、なりすまし、不正侵入・改ざん）がこの資料に書いてあります。こういったものもきちんと担保してもらわないと心配、という話も当然出るわけです。先ほど、データセンター型、所在管理型の話をしました。これはデータの量としては圧倒的に差があ