

病院と全部つながっていますので診療の予約処理等が全部された形で、患者様が、まあ大体1時間くらいかけて会津若松まで移動されて、すぐ病院に行かれて待ち時間を減らして診療を受けることができるという仕組みです。それから、これがいきなりモデル図的なものを書いてありますけれども、患者様のアクセスの改善で重要なポイントですが、先ほどは交通アクセスということ、物理的なアクセスについてお示しをしています、もう一つは情報のアクセスを改善するという観点があるのかなと思います。ここはまさに遠隔医療の中味にもなっているものです。

これはアメリカのクリーブランドクリニックの情報システムの概念図をお示ししています。右側の方にお示しをしているのが、いわゆる患者様向けのサービスです。一番わかりやすいもので、『My Chart』というもので、これは患者様の健康記録ですとか過去の診療結果ですね、いわゆる日本で言うところの電子カルテの閲覧機能というものです。それから、リマインダーということで、これは薬等のリマインダー、それから診療予約の機能を持っているということです。下にありますところが、遠隔診断支援システムということで、いわゆるD to Pの遠隔診察ができるという機能です。日本ですと、ここはちょっと法的規制がありますのでいろいろ課題がありますが、そういったサービスがあります。それからセカンドオピニオンを行うサービスですとか、退院された患者様のフォローアップのためにご自宅で、『My Monitoring』というものですけれども、患者様がどういう状況なのかということを入力して、それを主治医の先生が病院からご覧になって療養の指示をするといった患者様向けのサービスが提供されています。

そして、次に、先ほどまでがアクセスの改善というところだったのですが、ここでお示ししているところが病院のブランディングですとか、病院の情報発信をいかにしていくのかという事例を二つお示しています。左側でございますが、フィ

ルムコミッションという、たぶん聞き慣れない言葉があります。これは何かと言いますと、特に自治体様等で街を売る時に使っている言葉ですけれども。例えば、街の中で病院様ですとか古い歴史のある建物があると、それはテレビのロケーションの場所として使われるわけです。例えば、病院の場合ですと、千葉県にある日本医大の印旛病院さんがよく出てくるわけです。そういった形でマスコミのロケーションのフィールドとして病院を使ってもらうことによって、病院の知名度を高めていくという戦略が左側の戦略でございます。次に右側でございますが、医療観光案内センターによる地域ブランディングということでございます。これは先ほど、冒頭に挙げさせていただいておりますが、ここは韓国の釜山のケースです。韓国はご案内のとおり、国全体でメディカルツーリズムに注力をされていて、特に理容医療等の、日本で言います自由診療の世界の部分が多くございますので、そういった診療所等が集積しています、日本では言いますと商店街のように診療所等がある地域、あるいは病院がある地域というところがありますので、それを単体の医療機関だけで情報発信ですとか営業をするということではなくて、地域全体としてそういう医療サービスを売るための代理店と言いますか、旅行代理店のような機能になってくると思うんですけれども、そういう機能を設置して患者様が医療機関にアクセスしやすいようにするということが情報発信を同時に行っていくということでございます。同様の機能が韓国ですと、空港の中ですね、インチョンですとか、それから釜山の空港のですけども、中にカウンターがありますので外部から来ていただいた患者様がすぐ医療サービスを受けられるということがございます。

そして、三番目の論点でございますが、『医療機関にとっての市場創出』ということでございます。端的に申し上げますと、市場を創出するということが、二つ、ここではご紹介をさせていただいて

おります。一つは移住推進ということ、それから右側の方は子育ての支援という二つでございます。

まず、移住というのは何なのかということですが、他地域から移り住んでもらうというまさにそのままです。その課題認識としては、これは自治体様にアンケートをとったものですが、過疎の地域ということで人口減少の起きた地域では非常に、人口を増やすということで移住定住のニーズが高いということと、同時に医療のニーズが高いということでございます。この移住定住ですが、以前私も北海道で同種の仕事をしていたことがありますけれども、当然、地域の方から問題が出てきます。どういうことかと言いますと、高齢者をいっぱい連れてきて医療費がかかって、結局、赤になるのではないかとのお話があります。そこで何をしたらと言いますと、某大学にお願いをして、経済連関分析をしてどうなるかというシミュレーションをしています。そのようなシミュレーションをした、各県がしたものをここで挙げていますけれども、重要なポイントは、ここはあくまで推計の世界ですけれども、高齢者等を都会から誘致した場合には、医療費等の公的負担よりも、生活、例えば家を買うとか観光をする、それから食事をするといった、それ以外の経済波及効果の方が大きいということが言われております。具体的に取り組みの状況はどうかということで、岩手県の方でもお調べをしたのですが、既に遠野市の方でお取り組みをされていて、ここに移住者数ということで書いてありますけれども、これが平成23年くらいの数字だと思うんですけども、大体48人の方ということで、人が増えているということでございます。こういう取り組みを県内全体でやっていくというのが非常に重要なことかと思っております。そして、移住の成功例ということで、10年くらい前にこの仕事をしていたのですが、「伊達ウェルシーランド構想」という仕事を北海道の伊達市というちょうど室蘭の左、西側になるところですが、そこで高齢者対応の街づくりの仕事をしていました。

その結果、何が起きたかと言いますと、全都道府県から2千人以上になったみたいですが、3.6万人の街に移住を実現して、その波及効果として、もともとですね、そこですと500床くらいの日赤病院さんがあったり介護施設がありましたが、その機能追加、新設といった形で需要が増えたというケースでございます。

そして、子育て支援のケースですが、ここは千葉県の流山というところで基本的には都市部ですが、千葉の中では比較的、スポット的に若干、千葉の都市の中の田舎みたいな土地でございます。ここでは、一つのポイントは駅に隣接した形で、最近首都圏等では増えていますけれども、駅隣接型の保育所を設置しているということが一つございます。それから重要なポイントが、下のところに、「父になるなら流山市」、「母になるなら流山市」と書いてありますけれども、共働きの子育ての世代に向かってこういう情報発信をして、かつ駅前の子育て支援のサービスを加えることによって、これを見ますと人口が1万人増えているという形になっています。たぶん同様なことについては、盛岡の市内等については、当然、都市でございますので、キャッチフレーズとしては、「父になるなら盛岡市」、「母になるなら盛岡市」、といった形で、周りの人口、特に共働き世代等を増やしていくということが一つ、アイデアとしてはあるのかなと思っております。

ここで最後でございますが、『今後の目指すべき姿』ということで、簡単に1枚絵で整理をさせていただきます。この枠が、いわゆる医療連携だというふうにお考えください。一つ一つは今、県の中でも二次医療圏単位で、いわゆる包括ケアの形で医療連携体制を整備されています。それと同じように、都市型の盛岡市等を中心とした形で県内の中核の病院様等がありますので、そこをまず医療連携ネットワークでつないだ形で全県全体の医療供給体制を作るというのが、まず初めに必要なことと思っております。次に、ここに中長期的な需要の創出ということで、先ほどの移住定住の促進ですと

か、高齢者・子育て世代にやさしい街づくりをすることによって人口をここに全部集めていくということでございます。こういった取り組みをしていきますと、当然、県全体での医療サービスの機能が高まっていきますので、それがある程度できた段階で、例えば北海道の南部あるいは東京を含めた関東圏域、それから近隣の秋田、東北というところから、当然ニーズの隙間ということもあるのですけれども、岩手に来ていただける一般の方々、それから患者様というものを取り込むという政策を同時並行することによって県の医療供給体制を維持すると同時に、患者様等を含めた将来的な需要の創出を街づくりとともにやっていくということが、今後求められるのではないかとこのように考えております。

それでは、こちらで終わりにさせていただきたいと思います。

岩動

人口減少という現実、それからそれによって医療機関がどのように変化したらよいか、さらには市場の創出、今後の目指すべき姿、そういうことについてお話をいただきました。ご質問、あるいはご意見がありましたらお願いをいたします。

小川

国のいろんな試算があるのですが、高齢化がさらに進んでいくのだから医療需要は増えていくということを言っている人もいるんですけども、先生のお話だと、ちょっとは増えるけれどもいずれ人口減少によって医療ニーズは減っていくという試算をされているんですね。そのへんはどうお考えでしょうか。

鈴木

まず初めにお断りをしておくべきところですが、今の推計の数字ですが、現在の受療率をもとにして、当然、推計をしていますので、疾病構造等、あるいは医療技術等の変化でそこは、当然、変わってまいりますので、そこは変わらないということが前提かなと思います。ただ、細分化をしていきますと、高齢者が増えるということ

については、まず間違いなく大きくなるところは、いわゆる在宅とか慢性期等の患者様というところですので、あとは医療と介護の一体化の動きについてもありますので、そこを制度上、医療として見るのか、介護として見るのかというところは議論があるところかと思っています。

岩動

今、医療と介護の連携というお話がありましたけれども、最近は、“not cure, but care”というようなキーワードでお話が進んでいますけれども、医療はあまり治そうとしないで、careに行ったらいいじゃないかという意見もございます。

小山

特別講演2に入らせていただきます。

『2025年へのロードマップ

～医療介護総合確保法と地域医療ビジョン～』

国際医療福祉大学大学院 教授

参議院厚生労働委員会調査室客員調査員

武藤 正樹 先生

岩動

武藤先生は、1949年の川崎市のお生まれでいらっしゃるしまして、1974年に新潟大学の医学部をご卒業になっただけで、その後、国立横浜病院在籍中の1986年から1988年までニューヨーク州立大学の家庭医療学科に留学なさっていらっしゃいます。厚生省関東信越地方医療局指導課長、それから国立長野病院副院長等を経て、2006年より国際医療福祉大学の三田病院副院長、国際医療福祉総合研究所長、それから同大学の大学院教授等を経まして、2011年度より株式会社医療福祉総合研究所の代表取締役社長、これは兼務でいらっしゃいますが、こういうことを経まして2014年4月から国際医療福祉大学大学院教授、参議院厚生労働委員会調査室客員調査員でいらっしゃいます。それから、所属学会、研究会などは多数ありますが、日本医療マネジメント学会の副理事長、等多数でいらっしゃいます。また、多くの政府の委員などをお務めになっていらっしゃいますが、また著書も多数あります。

先生、どうぞよろしくお願いいたします。

武藤

国際医療福祉大学大学院の武藤と申します。「2025年へのロードマップ」ということで、主に今回、6月18日に国会を通りました医療介護総合確保法、その中でも地域医療ビジョンとか報告制度とか、もろもろとにかく19本の法律をパッケージでもってやったものですから、非常に膨大ですけどもそのお話が中心になると思います。

せっかくの機会ですので、私どもの国際医療福祉大学が何をやっているのかをお話しますと、本校が栃木の大田原というところにありまして、そこで薬剤師さんとか看護師さんとか医療専門職を養成する大学・大学院を持っておりまして、そして今回、成田市に国家戦略特区が通りまして、そこで国際医療学園都市構想、懸案だった医学部を、大変な大反対の嵐の中を、何とか今、それを進めようとしている、そういう大学です。うちのグループは全国に10病院ほど関連病院と全部で40くらいの医療介護福祉施設を持っています。いわゆる教育と医療介護、そうしたグループです。このタイトルバック、ちょうど今、東京都内に二つ、関連病院がありまして、一つは国際医療福祉大学三田病院、それと赤坂に山王病院がございます。もともと東京専売病院といってJTの病院だったんですけども、それを2006年に私ども吸収いたしました。2012年に新装オープンし、2011年の3月11日以降に設計され、震災の教訓を生かして全体は免震構造、屋上には大きく重たいガスタービン、3日くらい停電が続いても大丈夫なものを設置しました。

今日のお話はこのような順番でいきたいと思えます。まず、国民会議と今回の法律である地域医療介護総合確保法。これを押さえておかないと全体の流れが見えてこないの、まずおさらいです。二番目に岩手県の医療と介護の現状と将来。先ほどもちょっとお話が出ていましたけれども、今後の減少する人口、そうした岩手県の実情。それから、医療圏見直しです。岩手県は9つの医療圏が

あるでしょう。これをどうにか再編していかなければ、今後の広域で起こるいろいろな病院の再編とか、そうしたことの前提となる医療圏見直し、これをお話していきたいと思えます。それから、今日のテーマのところは連携から統合へという、これから起こることはもう経営統合です。非常に広域な経営統合を行っていくというのがトレンドになると思えます。そのモデルとして、このIHN、Integrated Healthcare Networkという、これは今、国民会議の中でも議論されています。今回の法案の中でも、例えば医療法人と社会福祉法人を合併しやすくするとか、そうした法人間の問題とか、そうしたことを一つ一つ積み上げていって、そして経営主体の違う医療法人を広域にわたって統合していくという、そういう問題です。そのモデルを国内外のIHN事例を見ていきたいと思えます。それから最後に、これは、公立病院改革ガイドライン。この中にも、再編ネットワーク、そういったことが盛り込まれているように、どこを見ても再編、それから広域の地域における経営統合、そうした方向へ進んでいる、そうしたことをお話ししていきたいと思えます。

国民会議と今回の法案ですね。国民会議の議論は2010年11月から始まって、そして去年の8月、国民会議の議長の慶應の清家塾長から阿部首相に手渡されました。このポイント、またあとからも出てきますが、今日はいくつかに絞り込みたいと思えます。

まず、この病床機能報告制度の早期導入。これはもともと、2018年に入れるはずだったのです。それを、もう待てないということで、これが法案を通ったので、この7月から皆さんの病院全部がレセプトデータを吸い上げられて、医療報告制度が実施されるということです。病床機能報告制度、これを見ていきます。これは医療計画と非常に密接な関係があります。これを一言で言ってしまうと、これから各病院、病棟単位で、あとでお話します4つの病床機能区分でもって都道府県知事に報告するというものです。そして、都道府県はそ

れを集めて、先ほどのレセプトデータも全部集めて、現状と2025年に向けての医療のあり方、それを二次医療圏単位でもって、あるべき姿、それを計画する、そしてそれを医療計画に反映する、ということです。

これで問題となってくるのは、どういう病床機能区分でいくのか。学習院の遠藤先生が座長だったのですが、これが全然まとまりません。これはどうなってしまうのだろうか、という話もありましたが、なんとかまとまりました部分はこういうことです。これからは4つの区分、つまり、高度急性期、急性期、回復期、慢性期。この機能区分ごとに病棟ごとの報告を行うということでありませう。この法案が通りましたから、この報告制度、実際に報告するのは10月頃からです、既にレセプトデータに関しても4月頃から報告することになりました。社保審の医療部会で病床区分、つまり4つの病床区分ごとに必要量、これは要するに必要な病床数ですけれどもそれを決めていくという、こういう厚労省懸案が出ましたら大反対で、こんな4病床機能区分ごとでがちがちに病床規制をやられたらとんでもない、という話でした。それで厚労省も困って、修正案を出してこういうことになりました。結局、二次医療圏単位で協議の場を作ってください、その中の話し合いでもって病床機能区分ごとの必要量に関して収斂させてください、ということでした。大体、このようなことは上手くいくはずがないわけです。上手くいくことがないということを前提に、合意を無視して必要量に照らして過剰な医療機能の病床を増やそうとするとか、そういう場合には都道府県知事によるペナルティーを与えようとか、言うことを聞かない病院の名前を公表しますよとか、補助金の交付対象から外しますよとか、こういうことをやりました。これだけでは誰も言うことを聞かないので、それで今回新たな基金904億円、これを使うことになったのです。基金総額、国が1/3、地方が1/4でもって904億円で、これを機能分化・連携を進める医療機関に補助財源としてあげますよ、

それから、地域包括ケアシステムとか、在宅とかそういうところにも配布しますよ、ということになりました。

それで、これが全部で19本まとまって、地域医療介護総合確保法案です。基金の創設、病床機能報告制度とか、地域医療ビジョン、そういうことが盛り込まれました。これを審議している時、衆議院でもってまずやったのですが、5月14日でした。衆議院厚生労働委員会で強行採決でしたがすごかったです。みんなが厚労委員会の委員長に詰め寄って、こんな審議打ち切りとは何事だということでしたが、数を頼りに押し切ってしまいました。参院の方はこういうことはなくて、ちゃんと附帯決議もつけて送り出したところですよ。たまたま5月13日、大荒れに荒れた厚労委員会の前日ですが、私は参考人招致で呼ばれて意見陳述したのですけれども、こんな参考人招致でもってしないでも、もっと審議すれいいじゃないかと思うのですが、これも厚労委員会の決まった日程ということなのでやってきました。

ここからは、岩手県の医療と介護の現状と将来。特に今日、強調したいのは医療圏見直しであります。これも先ほどのお話でたぶん出てきたと思いますけれども、これから人口大激減、それから高齢者大激増です。こないだ、たまたま高知県に行ったら、高知県は2040年には40万人になってしまうと言っていました。今、5、60万人なのですが、40万人だと世田谷区よりも小さくなってしまいうんですね。どうなってしまうのか、すべて高知市におそらく集まってしまうのでしょうか。そんなような状況が全国で起こってくるというわけがあります。

これも皆さん、もうご承知だと思いますけれども、9つの岩手県の二次医療圏。もう盛岡医療圏に一極集中です。完全に、岩手県の中の東京です。その他はどうなっているのでしょうか。それで繰り返しになりますが、人口の36%が盛岡に集まっているということですね。それから、とにかく盛岡医療圏に集まっていて、全身麻酔の6割が盛岡医

療圏でやっています。そして医療機関、岩手医大、県立中央、それから赤十字が集まっています。それから人材。医者、6割が盛岡に集中しています。看護師さんも6割が盛岡に集中しています。これほど一極集中しているというのは、他の県と比べてみてもこの集中率はすごいんです。しかし、人口10万人当たりの病床数は5医療圏で、5つの医療圏で全国平均を下回っています。一方で、高齢者住宅の数はどの医療圏でも不足している、そういう実態が見えてくると思います。それから、今後の医療需要・介護需要の将来予測ですけども。これから盛岡は、何とか医療・介護総需要は増えるんですけども、その他のところはみんな、需要としては減っていきます。こういう図柄が見て取れます。

これ全体をまとめますと、とにかく岩手県は2040年に向けて人口激減、75歳以上人口は激増ということです。そして、岩手県の総医療需要、岩手県全体では4%の減少ですけども、盛岡は10%の増加ということです。それから、総介護需要ですが、岩手県では、23%、全体では増加しますが、盛岡では52%の増加。もうこれは、まさに東京と同じです。東京がこれから全国の高齢化の見本みたいな都市になります。もちろん医療需要は伸びますけども、それを上回って介護需要が爆発的に増えるわけです。だからほとんど、東京全体が老人ホームというそんな感じです。そういうことが岩手でも、盛岡でも、というそういうことであります。これは分析データの出どころです。

今日は特に、医療計画と医療圏見直し、これをお話していきたいと思えます。医療計画というのは都道府県が作る医療提供体制の基本計画ですけども、これは5年に1回、都道府県が作ります。今回走っている医療計画は、2013年から走っております。この間、国は何をしていたかと言うと、ちょうど2010年の年末から各都道府県に、次の医療計画はこうやって作ってください、という医療計画の指針、ガイドラインを作成しておりました。

それを医療計画の見直し検討会、厚労省の医政局の指導課が設けた検討会ですけども。この中で私が座長を務めさせていただいて、病院団体とか各職能団体が集まりまして、どういうふうにして次の医療計画、つまり、現在走っている医療計画を策定したらいいか、その指針を作ったわけがあります。今回は、今走っている医療計画、これは、これまでは4疾患5事業ありました。それに対して精神、5疾患目に精神を加えると同時に、在宅医療、それを5事業に併記させる。それから、3月11日を契機に、災害医療の充実。これが大きな柱でした。それともう一つ、今回、二次医療圏見直しというのを入れたのです。1985年に医療計画ができてから、医療圏を見直せという指針を全く出してなかったのです。これもちょっと変な話ですが、30年以上も経って、いろんな状況、交通網だと情報網だとかどんどん変わってくる中で医療圏の見直しだけがなおざりになっていました。改めて、医療圏とは何かと言いますと、三次医療圏というのは、多くの県で大体1圏、つまり1県1三次医療圏ですけども、二次医療圏は現在349ありまして、岩手県の場合は9つありますけども。この二次医療圏が入院病床の整備の基本単位になっています。それから同時に今回、地域医療ビジョンを作る時の協議の場、これも二次医療圏単位で作っているのです。この二次医療圏の設定の仕方が、どう見てもおかしいじゃないかということで、今回、こういう見直しをかけようとなりました。人口が20万人未満の小さな小規模医療圏で、そして患者流出率が20%以上、流入率が20%未満、つまり、その一つの医療圏では自立できないような、完結できないような、そういう医療圏、それを近くの医療圏と一緒に併合して医療圏を大きくして見直しましょう、ということです。これが岩手県の例です。全部で9つの医療圏の中に人口20万人未満、この白いところは全部そうですが。それから、流入20%未満、流出20%以上、これがピンクで囲ったところです。それを一緒にしますと、両方の条件を満たすところは、この真っ赤に

なっているところです。これを見直してください、ということと言ったのですけれども、けなげにも見直したのは3県しかなくて、宮城県と栃木県と徳島県です。実は、考えてみたら、被災県だからこそその時に見直しがあったのかもしれないです。そういうわけでこの3県だけでした。それから、結構大きかったのは、医療圏に紐付いている病院というのがありますね。地域医療支援とか、がん拠点とか。それを持ってないところは一緒に併合されて、地域の支援病院があるところと一緒になくなってしまおうとその医療圏では支援病院はいらなくなってしまいますから。ですから、そういう整備が遅れるとか、そういうようなことが理由に挙がっています。ただ、実は二次医療圏見直しは各県にアンケートをとってみると、国が言わなくても自主的にやっていました。というのは、第1期の医療圏見直し、これは1985年に医療法で医療計画がスタートした後、自主的に手直しをしたんです。それから一番大きかったのは、平成の市町村大合併の時。あの時は、3,300の市町村が1,700になってしまった。その時が一番いい機会だったので。その時に、医療圏見直しを同時にやったところが多かったです。新潟県がいい例ですが、ちょうど市町村合併の時に、それ以前の1987年には13医療圏あったのが、なんと半分、半減しています。こういうふうにしたところもありました。さっきの地域医療ビジョンを作る時の協議の場というのがありますが、これは二次医療圏単位なんです。二次医療圏そのものが協議の場として適切であるかどうか、これまた大問題です。今回、一つは、次の医療計画に向けて二次医療圏見直しをやるということと、それから、それを誘導するための金目が必要だと思うのですが、新たな基金を利用して、基金が欲しいのだったら隣同士くっついていたらどうか、とかそういうことを仕掛けたいのではというふうに言っております。

次は三番目に、地域連携と医療統合ということです。地域“統合”です。“連携”では限界があります、完全に。ですから、もう経営統合ですね。

その統合モデルとしてのIHNということでありませう。これは実は、国民会議の中でも既に議論が始まったのです。医療法人制度・社会法人制度の見直し。できるだけ、これまでの異なった法人を合併しやすくする、そういった仕組みの導入です。それから、さらにこういうことになります。国民会議の中では、医療・介護サービスのネットワーク化、それから、再編・統合。そして、非営利性や公共性の堅持を前提としつつホールディングカンパニーを形成して、というここまで踏み込んでいったわけでありませう。これの口火を切ったのが、国民会議のメンバーの慶應の権丈先生ですが、これから医療は競争よりも協調を、ということ。個々の経営体が競争する社会では、機能の分化はおろか、仮に機能分化ができたとしても連携は困難—診療報酬によって連携で利益誘導するのはもう限界だ、と。解決の方法は、権丈さんが言うには、非営利性を厳正化して地域独占を許容して、と、よく言ったと思いますが。そして、いろんな経営主体などの異なった病院群が、例えばホールディングカンパニーにしたり、集まって経営統合する。そうすれば、複数の病院がグループ化して、病床や診療科の設定、医療機器の設置、人事とか医療事務、共同購入とか、様々なことでもメリットが出てくるじゃないですか。そうしたことを目指したらどうか、ということでありませう。それから、連携ネットワークから統合ネットワークへ、ということでありませう。小さな病院がたくさんあって、そこに専門医療人材が分散化して、医療機器を重複して、というもうそういう時代ではないのではないかということ。それでこの地域統合ネットワークということで、経営主体の異なる医療機関を、あるいは介護福祉事業体を経営統合した、そうした事業体をIHNというふうにしてはどうか、とかそういう議論があります。IHNを簡単に言ってしまうと、大体50~100km圏内の医療圏に急性期から回復リハ、それから慢性期、そして診療所、介護施設、在宅・介護、それら全部を包含するようなもので、売り上げが大体、

1,000 億から 2,000 億規模くらいの、そうした経営統合体を作る。そうすると、ようやく規模のメリットが出てきます。そして持続可能になる、そういうことであります。現状は、先ほど言ったように、売り上げが 20 億とか 30 億とか、せいぜい 100 億程度のところがたくさんあるでしょう。それを一挙にまとめてしまう、そういうことであります。そうすれば、この中で例えば、IT に関してだと一挙に、経営統合している中で、統一のメリットがたくさん出ます。そうしたことが今回の法案になると思います。それから、医療法人法の改正。これも、新型医療法人、例えば国や自治体が運営する公設病院や健保組合が運営する公的病院などもグループに参加できるような地域経営統合の道を開いてはどうか、ということになりました。

では、統合モデルとして注目を集めている Integrated Healthcare Network とはいったい何か。これからは、うちの松山さんというキャノングローバルの方ですが、うちの特任教授と一緒に仕事をしていますのですけれども、松山さんからスライドを借りてきまして受け売りになってしまうのですが、こういうことです。先ほどからの繰り返しになりますが、広域の医療圏において急性期から在宅まで、そして様々な、例えば、米国の場合は保険会社も持っていたり、それから共同購入会社とか IT 系のすべてを統合する、いわゆる病院同士が水平統合したのではなくて、本当に垂直統合したというそういう経営体を作る、というそういうことです。それで、非営利とは一体何なのか、ということですが。要するに、全利益を地域とにかく地域に還元する、ということ。それから、いろんな医療圏外からもいろんな追加財源とか、そうしたものを呼び込むということも非常に大きな戦略になってきます。ホールディングカンパニーのもとに様々なこうした基幹病院を中心として、大体例えば 10 くらいの医療機関を集めて、そしてそこに様々な子会社群を持ち寄っていく、こんなイメージです。これはアメリカの例ですけれども。ここからは、具体的にどんな事例がある

か、国内外の IHN の事例を見ていきます。まず、米国の IHN です。米国の病院というのは、有名な Hospital Corporation of America みたいな、株式会社立病院が全米の病院だと思っている方もいらっしゃるかもしれませんが、決してそうではないです。実は、米国の病院のほとんど、9 割近くが民間非営利の病院です。Community hospital とかアメリカに留学した時に、ニュージャージーの病院見学に行ったら、本当に、ボードには役員会とかは地域の名士だとか、それから尼さん、牧師等が加わっていろいろな意思決定を行っていて、完全に民間非営利なのです。それに対して、日本の方がもっと営利チックなのです。日本の医療法人はアメリカのそうしたすべての利益を地元に戻元といったこととちよつと違います。そういうわけで、米国は実は、非常に民間非営利が優位な国であるということが言えます。この IHN には、米国でもって 90 年代に急速に普及した原因、実は米国における、特に、80 年代後半から始まった医療費抑制計画。84 年くらいに DRG が入ったりとか。それからマネジドケアと言って、例の映画の『SICKO』みたいな世界が起こってきて、それに対して病院群が自衛策として、こうした大きなグループを形成したのです。それが原因です。マネジドケアに対抗するための病院統合による規模拡大、これが実は真相です。そういうわけで、90 年代から IHN が全盛で、今、大体 9 割くらいの病院が何らかの形で IHN に属しているということになります。それで、IHN モデルの成功の秘訣は、大規模化することによって、ネットワーク内の機能分化と重複投資を防げるということですが、とにかく大規模化することによって新たな医療技術の開発とか、それから医療人材の育成だとか、そうしたことが起こってくる。そして、医療と経営の分離を行って、そして徹底的に民間非営利的手法によって地域統合を行っていくという、それが希望だと思います。

IHN モデルですが、これも松山先生から借りてきましたけれども、全部で 6 つのモデルがありま



す。一つは、純民間型・1地域密着型の IHN。それから、自治体立の1地域密着型。それから、医科大学主導型、大学が主導するという、これもモデルとしてはわりと普遍的ですね。このいくつかをご紹介します。逆に言うと、全国展開型。実はうちも、大学で医療機関と色々な介護施設を持っていますと、全国に九州から関東まで全国展開しているのですが、これは効率よくないですね。だから、とにかく200km圏、100km圏くらいにまとめないと効率が悪いです。残念ながら、うちは IHN モデルにあまりなじまないということです。今度、成田に作ったら成田と東京圏にしてまとまるのですけれども。いつも出てくるのが、バージニアのノースフォークにあるセントラヘルスケア。これが引き合いに出されます。これはもともと急性期病院、小児病院か何かの専門病院が中核になっていて、次々と付近の病院を吸収合併して行って、そして診療所の先生方と契約を結んでやっていくというモデルです。これがセントラヘルスケアです。そして、このように理事会を形成しています。そして、これは完全に民間ですから、自治体からは完全に独立している、というそういうモデルです。それから自治体病院、これは中核として IHN。これはフロリダのサラソタという地域のモデル、こういうのもあります。この自治体が地域住民との間に、州立病院とか City Hospital とか自治体立病院が中核となって IHN を形成するモデルです。やはり、米国でも自治体立は不採算医療から逃げることは許されないとか、それから固定資産税収入でもって財源補填するルールとか、こうしたことを使って行います。こういう自治体からの補填。さっきのセントラは全く自治体からの補助金はもらっていないモデルですが、こちらは自治体の補助金をもらっているということです。このサラソタも規模は小さいですが、結構、いろんな意味でもってグローバルなことをやっています。それから、医科大学主導型。これも米国では今、実はセントラも医科大学と提携しながらやっています。大学病院はすごく重要で、医療人材の供給源であり、

新たな医療技術の開発源としても非常に重要です。このピッツバーグの場合は、いろんな企業を周りに誘致して、そして様々な新技術をここでもって作っていくという、そういう innovative なこともやっております。これも非営利のホールディングカンパニーにおいて、医療サービスばかりではなく、保険会社、多角化した子会社群、これをもってここの中で様々な innovation をやるんですね。これはピッツバーグの200×260km圏内、ここに医療機関を集めて、それから企業群をここに集めてやるということです。そうすると、様々な、ピッツバーグとカーネギーメロン大学なども加わって大規模化して、なんとピッツバーグのUPMCだけでも1地域で1兆円という、すごいですね。東京大学などこの程度です。中小企業だということが見て取れます。米国以外の IHN。これはオーストラリアとカナダについてご紹介しますと。オーストラリアの場合、医療公営企業が IHN を形成している例とか、カナダの British Columbia ですね、医療公営企業が IHN を形成するという、そうした例があります。

日本に IHN モデルが実はあります。一つの例が長野厚生連です。長野県は縦が200km、横が100kmくらいで、ちょうどこの中にJAさん、長野厚生連病院が、長野JA病院が全部で十幾つあるんですね。それからあと、診療所とか、いろんな老健とかでもって、これに大学が加わってピツタシなんですね。でもこれ、若月さんがいた頃は農村大学を作ろうという意欲に燃えていたんですが。あれができていたら、日本の中の唯一の、大学を含んだ IHN モデルになってました。これは佐久医療センターです。これは旧佐久病院を急性期群だけをごっそりと抜きだして臼田のインターに持ってきて450床でやったんです。元の本院の方は、それは地域包括ケアでやっていて、これを見てきました。これだけ規模がでかくなってくると、大体、補助金抜きでも経常的に黒字ということです。それからもう一つの例。これは聖隷事業団です。ここも全部でもって6つの病院と、クリニックとかいろいろ

ろな老人ホームとかをもっています。ここも似たような感じですね。こうやってグループ化して、規模が大きくなることによって様々なことができるということです。これも、福祉事業込みでも補助金抜きでも黒字達成ということです。

これから話題は変わって、「公立病院経営改革ガイドライン」、これを見ていきます。この中にも実は再編ネットワーク化、これが組み込まれております。これも、皆さんご承知のように、自治体が設置者である公立病院の財務データを見てみますと、すごいですね。全国の自治体病院の累積欠損金2兆という莫大な額ですね。このガイドライン、平成19年から出ましたけれども、その中の大きな柱は経営形態の見直し。例えば、地方独歩にしようとか、あるいは地方公営企業法全部適用とか、それから指定管理者制度、それから場合によっては民間に委譲しましょう、とそうしたことです。それとあともう一つは、二次医療圏単位の中での経営主体の統合を推進。これからのいくつかの病院のサバイバルの選択肢。これは公立病院に関しては、やはり一つの solution としては IHN モデルではないでしょうか。これはみんながみんなというところなんです。これも、公立病院、自治体病院ばかりではなくてその他の公的な病院、済生会とか日赤だとか、そういったところがある地域の中でもって、非常に密集しているところがありますが、例えば舞鶴とか横須賀とか、そういうところを地域で経営主体の違ったところでもって、こうした統合の道を選ぶべきではないか、ということです。この原因は、とにかく同一医療圏内で経営主体の異なっている公立、公的病院がたくさんあって、重複投資をやっている。そして患者の奪い合いをやっているということに原因があると思います。ですから、地域単位でのガバナンスをどうやって形成するか、これが大きな課題になるということです。それで、繰り返しになりますが、連携ではなくて経営統合ということです。これは公立病院改革プランの3つの柱ということで、経営効率化、それから再編・ネットワーク化、そし

て経営形態の見直し、ということが掲げられました。これが一段落したので、次の公立病院改革ガイドラインはまだ出てないのではないのでしょうか。その辺が気になりますけれども。経営の効率化に関しては、病床利用率が過去3年連続して70%未満の病院は病床数等を抜本的見直しとか、あるいは診療所化してはどうかという、そうしたことになりました。それから、再編・ネットワーク化。そうした二次医療圏単位での経営統合を、ということです。このようなモデルも出されました。そして、経営形態の見直し、公営企業法の全部適用とか、独法、それから指定管理者等を考えたかどうか。それから、診療所化を視野に入れたらどうか、とかをやりました。これが公立病院事業の主な経営形態ですけれども、全部適用、それから地方独法、指定管理者。それから後、民間移譲とそういう選択肢を与えましょう、ということです。

ここからは公立病院の再編事例、これを見ていきます。これは富山県の氷見市の例です。大学が指定管理者になった例です。金沢医科大学を指定管理者として、公設民営で氷見市民病院の指定管理者になったという、こういうモデルです。こういう形も、今後考えていく必要があるのではないのでしょうか。やはり大学というのは、さっきの IHN の中でも米国の例で見ても、大学、つまり医療人材を育成する機関、それから様々な医療技術の開発とかも含めて、こうした大学、あるいは看護大学も必要です。それらがグループに加わるということは、非常に、グループ全体の経営効率を高められます。それからいろんなイノベーションができるとか、そうしたことにもなります。この氷見市民病院は改革前夜、もう医業損益がすごかったです。患者離れがひどくて、そしてそこに金沢医科大学が指定管理者としてこれを付属病院化したということです。それによってピンチを回避したのです。そして、平成23年9月に新病院が建築移転、これもそんなに高い建築費用を使わないで、50億円くらいで新築移転したんです。こういう賢明な選択も行っているということです。これは一例ですけ

れども、こうしたことを今後、大きく人口が変わっていく岩手県においても、一つの考え方として選ぶということも大事ではないでしょうか。

今日のお話は、手元に“2025年へのロードマップ”という、ここにいくつか内容をカバーしております。まとめと提言ですが、岩手県はこれから人口激減・高齢者激増時代ですけれども、今日お話ししたように、地域再編をやる時に、その地域再編の場、二次医療圏があまりにも不適切です。岩手県においてはまさにそれなので、是非とも県の方に医療計画、次期医療計画に向けて二次医療圏再編を行ってください、ということです。これは是非、要望したいです。これがない限り、二次医療圏の中の話ばかりしても、不適切な二次医療圏でもって話をしてもろくなことがないです。そういうわけで、広域で地域医療再編の道を模索すべきだと思います。それから、岩手県の場合、もっと県域を越えた、さらに広域な医療圏を目指すべきでしょう。そうしたことを是非とも、模索してはどうでしょうか。それから、非営利性を厳格に担保した、つまり非営利性というのは、繰り返しになりますけれども、地域にすべての利益を還元する、というそうしたことを担保した地域統合モデルの IHN、これに注目が集まっているということです。やはり、大学や自治体病院、その他の公的な病院を中核とした IHN モデル、これを模索する道、これが是非とも考えていってはどうかということをご提案したいと思います。

どうもご清聴ありがとうございました。

岩動

何かご質問ありましたらお願いをいたします。

佐藤

三陸の宮古病院の佐藤でございます。今の二次医療圏について、いつも私は思っているんですが、確かに人口も少ないのでとなると、例えば単純に、宮古地区は釜石と一緒に大きくなる、広くするという形だけでいいのかなということ、そこが疑問ですが。

武藤

そこは、いろんな二次医療圏の再編の時に、非常に単純に20万人以下、流入してやっているんですけども、今後いろんな場所でデータベース使ったり DPC データ使ったりとか、様々なデータによって患者のフローがわかるでしょう。それから、医療機能も明確になってきますから、そうしたデータに基づいてもう一回考えていただくということです。

もう一つは、例えば都市部みたいに関んな病院があってそれぞれが違って、ということですがこちらは病院が全然ないんですね。だから、それもあってやはり、その地域の特性それぞれによって対応は変わっていくということで、よろしいでしょうか。

その次に考えるのが患者さんの移動距離とか道路交通網とか、様々な要因がありますから。実は、東京がまさにそれが今、問題になってしまっていて。東京こそ二次医療圏が13もあるんですが、あの中では誰も話ができるなど思っています。様々な交通機関だとか越境組もたくさんいるでしょう。だから、その辺は圏内にこだわらないで現状を踏まえて、次の人口減少の行く末を見据えながら新たな医療計画を作るといったことです。

小川

昨年、私はピッツバーグに行きまして、University of Pittsburgh Medical Center を見てきたんですけども、その中で例えば、先生のおっしゃっている IHN ですが。私は学生教育をやるのに急性期も必要だし、それから慢性期も必要だし、在宅もちゃんと見させなければならないという考えで、先生のお話の横の連携じゃなくて縦の垂直統合は非常に大事なものだと思うんですけども。学校法人として大学病院がそういうことをできるかということ、厚生労働省の役人と文部科学省の役人に言ってきたんですが、だめだと言うのです。

武藤

特定機能病院単体でやるのは難しいかもしれません。例えば、特定機能病院で在宅も作って、それをやるとかはなかなか難しいのではないかと思います。ただ、こうした様々な、別々の経営主体、事業体を統合していくという事はできるのではないのでしょうか。

小川

その統合の形態はどういうふうになるのでしょうか。

武藤

それが先ほど言った、今、議論されている非営利を厳格に担保したホールディング会社という傘のもとに、大学をはじめとして様々な病院、医療、介護、福祉施設群、それから IT 企業とか、医薬品・医療材料の共同購入の会社とか、そうした子会社群を併合する。それから、場合によっては企業を誘致してくるとか、そういうことです

岩動

地域医療ビジョンとそれを実践するための新たな財政支援制度 904 億、岩手県で大体 18 億ぐらいを見込んでいますようですけども。今までは診療報酬によって医療の政策誘導をしてた。それがまず、あまりうまくいかない部分があった。したがって、基金を別に作って、それでもってまた新たな医療の政策を考えようということだと思いますけれども。さらにはもう一つ、私は岩手県の医療審議会の計画部会ですけども、いろいろな検討の中にいるわけですけども、やはり地域から医療圏の問題、9 つあるわけですけども、それがやはりなかなか思い通りにいかないということで、今お話を聞いて、今後どのようにして議論を進めていったらいいかなということをいろいろ考えを巡らせているんですけども。具体的に、どのようにすればよろしいか。医療圏が盛岡に集中する部分も確かに、病院の患者さんの動向を見ますと、ほとんどが盛岡です。しかし、地域の住民の方々は自分たちの地域にある病院はそのまま確保したい。しかし、実際にみてもらうのは盛

岡にしたいという、いろんな考えがあるようでありまして、一言ではなかなか思い通りにはいかないということが一つあります。

武藤

まず、それを考えるのが二次医療圏内の単位で設置する一つの協議の場。これは住民も参加しますから、まさにそこですが。その場としての二次医療圏があまりにも、特に岩手県の場合、適切ではないじゃないかということがあります。ですから、医療圏見直しから始めないと、適正な地域医療ビジョンの形成にはつながらないじゃないか、と心配しているわけです。

岩動

結局、これからいろんな、岩手県で言うと 18 億、19 億の使い道を、まだ決まったわけではないですけども。

武藤

今ちょうど、議論しているいい時期なので。

岩動

協議の場というのは、まず医療計画を立てるためということ、あるいは病床機能の報告制度が始まってからということだと思いますけれども。

武藤

もう報告制度は 4 月からスタートしてますから、その中でデータを集めてそれを協議する場を二次医療圏単位で設置しましょうという話ですから、その前にもう 1 回、二次医療圏は本当に適切なのか、という議論をしてはどうかというそういう話です。

岩動

協議の場というのは、県全体でも作れるし、二次医療圏でも作れるということでしょうか。

武藤

もちろん、そうです。

伊藤

沿岸の大船渡病院の伊藤と申します。実際に、機能分化と連携を進めるための基金というのはどういうところに使われる、使えるお金なのでしょうか。

武藤

まず医療機能分化を促進するため、あと地域包括ケアを促進するため、それから在宅とか、それから何よりも、先ほど言った病床機能区分による機能分化を促進するためというその後押しに使うということです。ですから、今までの再生基金と全然違うのは、再生基金は病院の中、一病院の施設整備などをやっていますが、あれは全然だめです。地域全体で考えていただかなければなりません。ですから、医師会も巻き込み、もちろん病院もそうですし、様々な地域のステークホルダーを総動員してプランを練り上げていかないと無理です。

伊藤

例えば、ICT を使ってというようなことでもいいのでしょうか。

武藤

もちろん、そうです。

伊藤

それから、二次医療圏のことですけれども。例えば、うちの気仙地域、二次医療圏では結局、入院の完結率は70%くらいです。25%はすでに盛岡です。そうすると、例えば二次医療圏を再構築するとなってきた場合に、先ほど隣同士がくっつくという感覚ではないとは思いますが、その辺のところは、例えば患者の流出を考えた場合にはどうでしょうか。

武藤

問題は、移動距離だとかいろいろな交通網だとかを勘案しながら新しい形を作っていくということです。

伊藤

特に沿岸部は釜石を除いて20%以上、たぶん流出しているような状況なので、そのほとんどが盛岡に向かっているという状況です。

武藤

そうですね。先ほど言ったこの状態ですね。

伊藤

厚労省が言っている地域完結型医療ということ考えた場合には、なかなか隣同士結びついて難しいじゃないかという現実があると私は思うのですが、その辺のところはいかがでしょうか。

武藤

まさにそうしたことをデータに基づいてこれから議論していくということでしょう。この先には、何のためにこれをやるかという、地域の再編、あるいは統合を目指すために医療圏見直しを行うということです。

岩動

現在、新たな財政支援のアイデアは、岩手県全体で100弱のアイデアが出ております。それは、病床区分の問題と、それから在宅医療、それから医療の人材確保、この3分野にわたって97、8のアイデアが出ていますけれども、それをどのように分配するかというのはまだ決まってないようであります。

武藤

ただ、この新たな基金は消費税財源を導入するんですけれども、毎年続き、今年単年という話ではないですから。来年度から本格化する議論ですから、今年は無理ですね。来年に向けてのいろいろな政策を皆さん方で考えていくということでしょう。

佐藤

今日は、お二人の先生からご講演いただきましたけれども、一つは人口減という現実、この話はトーマツさんから、非常に現実だと思いましたが、続いて武藤先生からのお話は連携から統合とか、もっと別な考え方でやらないと立ちゆかないんだということでしたので、非常に両方の話とも示唆に富んだ良い話だったと思います。

今日のことを参考に、地域の病院でなんとかやっておりますけれども、持ち帰って、機能評価というのがあるので、その辺りも少し入れてアピールしようかなと思っております。

今日は、どうもありがとうございました。

**Deloitte** DRAFT  
FOR DISCUSSION  
PURPOSES ONLY

**ディスカッションペーパー**  
— 岩手医大を取り巻く医療圏の状況を踏まえた患者フローの分析・予測  
対応方策の検討について —

有限責任監査法人 トーマツ

**トーマツ**

DRAFT  
FOR DISCUSSION  
PURPOSES ONLY

**外部環境の現状分析-各医療圏の流入・流出患者状況-**

- 盛岡医療圏は入院完結率が97.7%とほぼ圏域内で入院が完結している。また、盛岡医療圏には各圏域からの流入患者が多いことが特徴。
- 特に、二戸医療圏、岩手中部医療圏、富谷医療圏からの流入患者が多い。
- 盛岡医療圏においては県外から受療する患者もおり、秋田県と青森県からの流入患者（気仙・釜石からの流入患者と同程度）が確認出来る。

県内外の発着動向

圏域	圏域の圏外受療者数	1日あたりの圏外受療者数 (A)	盛岡医療圏からの受療者数 (B)	盛岡医療圏からの受療者数 (B)が占める割合 (%)
盛岡医療圏	8,220	8,220	8,100	98.5%
二戸医療圏	800	800	200	25.0%
岩手中部医療圏	1,400	1,400	300	21.4%
富谷医療圏	2,100	2,100	400	19.0%
釜石医療圏	600	600	100	16.7%
盛岡南医療圏	900	900	100	11.1%
気仙沼医療圏	1,300	1,300	200	15.4%
釜石南医療圏	1,500	1,500	100	6.7%
久慈医療圏	800	800	0	0%
秋田県	4,900	4,900	100	2.0%
青森県	1,300	1,300	100	7.7%
青森県	1,600	1,600	100	6.3%
青森県	1,200	1,200	100	8.3%
青森県	2,400	2,400	100	4.2%
青森県	1,200	1,200	100	8.3%

注：1日あたりの圏外受療者数(A)は、圏域の圏外受療者数を圏域の日数で割った値を示す。圏域の日数は、圏域の圏外受療者数の多い日数を示す。圏域の日数は、圏域の圏外受療者数の多い日数を示す。

注：1日あたりの圏外受療者数(A)は、圏域の圏外受療者数を圏域の日数で割った値を示す。圏域の日数は、圏域の圏外受療者数の多い日数を示す。圏域の日数は、圏域の圏外受療者数の多い日数を示す。

出典：岩手県保健医療計画（2013年（平成25年））から2017年（平成29年））厚生労働省「患者調査」からトーマツ作成  
脚注：患者調査の調査日に係る入院患者数の所在地別及び入院患者数の入院施設所在地別の集計による

DRAFT  
FOR DISCUSSION  
PURPOSES ONLY

**はじめに**

この度は貴重な機会をありがとうございます。

医療を取り巻く環境は今後大きく変化することが予測されています。2025年には日本の人口の約5人に1人が75歳を迎え、後期高齢者が2179万人までふくらむ超高齢社会となり、またそれに伴う医療費用の増加から、従来の医療システムとは異なるシステムの構築が求められています。厚生労働省が「地域包括ケアシステム」の構築を推進するなど、各医療機関にも高齢化や人口減少などに適応することが期待されています。

また、貴院につきましては、このような状況に加え、キャンパス移転が控えています。

本資料では貴院を取り巻く内外の環境を把握していただくとともに、今後検討すべき課題と方向性を検討します。レポート分析や病院運用上の管理指標等、本資料以外にも確認の余地がありますが、公開情報のみを利用して参考資料を作成しました。今後貴院が経営戦略を議論する際に、本資料を役立てていただければ幸いです。

- 外部環境分析
  - 各医療圏の流入・流出状況
  - 人口の将来予測
  - 医療需要の将来予測
- 内部環境分析(DPCデータ分析)
  - 医療需要の将来予測
  - 平均在院日数・患者数の確認
  - シェア・複雑性指標の確認
- 今後検討すべき課題と方向性の確認

DRAFT  
FOR DISCUSSION  
PURPOSES ONLY

**外部環境の変化予測-人口- 1/2**

- 岩手県の各2次医療圏の人口は2015年には減少を始め、2025年には県全体で10%以上の減少となる
- 診療圏として現在の岩手県と同規模の人口規模を維持するためには、近隣の2次医療圏を取り込む必要がある
- 道路交通網等を考慮すると、新幹線が敷設されている比較的アクセスのいい大館・北北2次医療圏や在来線が敷設されている大館・鹿角2次医療圏が候補として考えられる

2015年(県人口1,266,388人) 2020年(県人口1,206,441人 2015年比-4.7%) 2025年(県人口1,139,825人 2015年比-10.0%)

注：前掲と比較した人口減少率 ■15%以下 ■10%以下 ■6%以下 出典：2次医療圏医療データ（15見込）

DRAFT  
FOR DISCUSSION  
PURPOSES ONLY

**岩手医科大学附属病院における患者の流れ**

- 岩手医科大学附属病院では盛岡医療圏5病院内における救急搬送のシェアの約4割を占めている
- 入院の場合、紹介患者が約半数を占めている
- より詳細の分析を行うために、貴院からのデータ受領も含め、別途データを確認する必要がある

岩手医科大学附属病院の患者の流れ

各医療圏の医療体制

岩手中部 273,357人 (参考) 他院からの紹介率 49%

高谷 423,161人 (参考) 他院からの紹介率 49%

二戸 190,883人 (参考) 他院からの紹介率 49%

富谷 113,665人 (参考) 他院からの紹介率 49%

釜石 299,127人 (参考) 他院からの紹介率 49%

盛岡医療圏5病院内における救急搬送のシェア 36%

紹介 → 一泊外来 → 入院 → 退院(75.1%)

紹介 → 前泊外来 → 入院 → 退院(75.1%)

出典：各種データ 平成25年度第7回以降のDPCデータ(DPCデータ分析) 患者の自宅、後方支援病院・診療所・後方支援医療機関など、中核病院

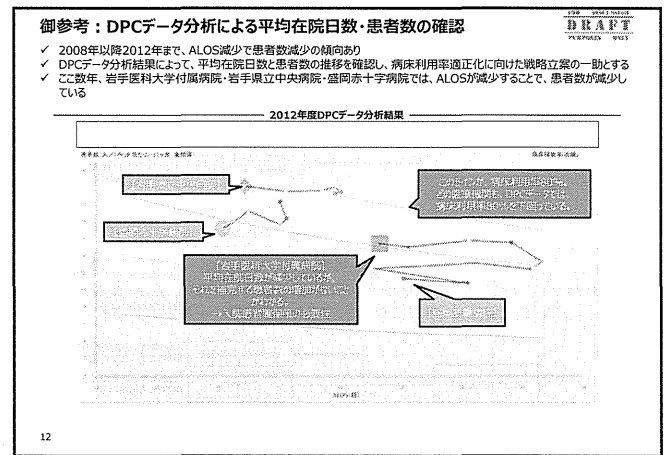
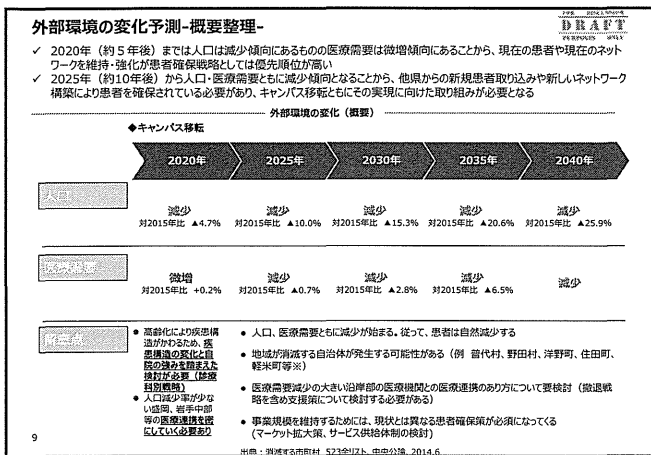
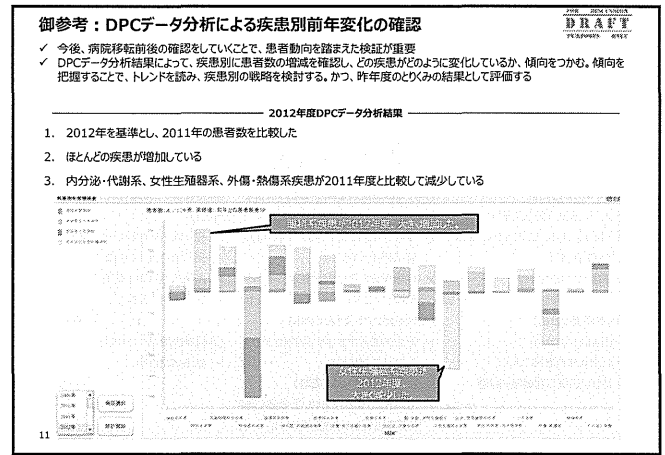
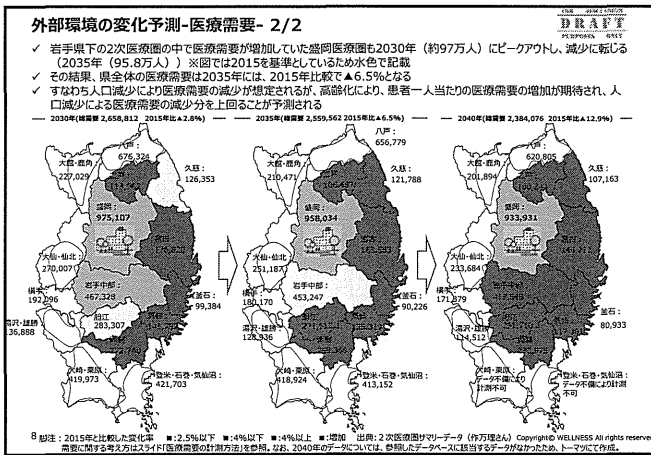
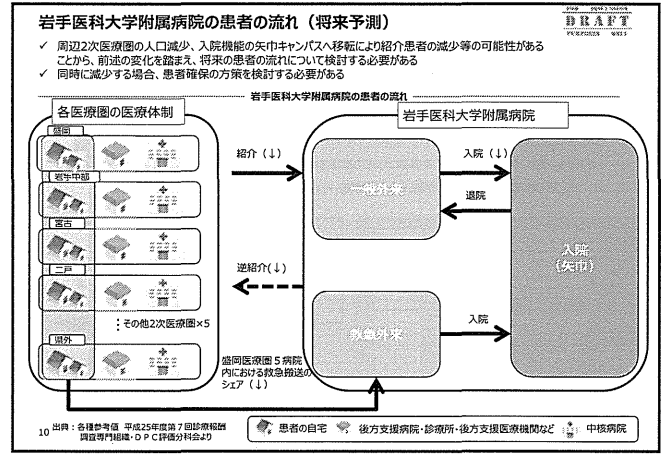
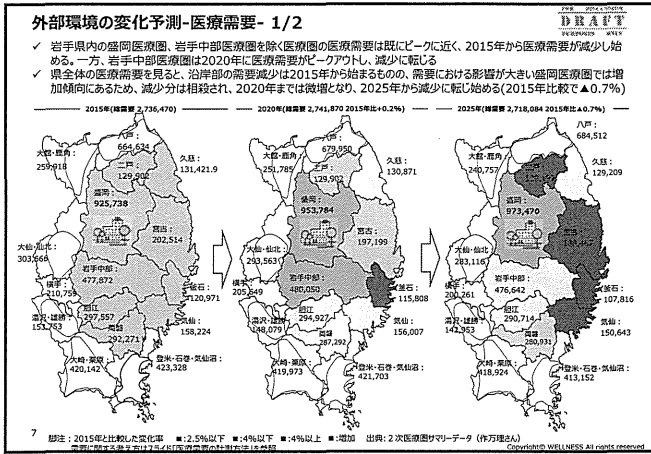
DRAFT  
FOR DISCUSSION  
PURPOSES ONLY

**外部環境の変化予測-人口- 2/2**

- 岩手県の人口は、(2015年対比で)2040年には県全体で約25%の減少となる
- 人口の減少分を補填するためには、他県の医療圏からの患者を取り込む必要があるが、岩手県と同様に他県の人口も減っているため、隣接医療圏に限らずより広範囲の医療圏をカバーする必要がある

2030年(県人口1,072,239人 2015年比-15.3%) 2035年(県人口1,005,229人 2015年比-20.6%) 2040年(県人口938,104人 2015年比-25.9%)

注：前掲と比較した人口減少率 ■15%以下 ■10%以下 ■6%以下 出典：2次医療圏医療データ（15見込）







(ご参考)医療需要の計測方法

- ✓ 医療需要は各階層一人当たりが、1年間での程度医療費を使うが計測し、今後各年代が現在と同じ比率で医療費を消費するという仮定に基づき、人口の推移に依りて医療需要がどのように変化するかを計算するために用いる
- ✓ 各年の医療点数を計算し、その点数のピークとなる時期や2010年と比較して何%医療点数が増減したかを計算する

医療需要点に関する考え方

- 平成22年度の国民医療費に示された年齢階級別医療費をもとに、各階層一人当たりが、1年間での程度医療費を使うが計算する
- 以下の計算式に基づき、医療需要点を計算する

$$\text{医療需要点} = (\text{65歳未満人口}) + (\text{65歳} - \text{75歳人口}) \times 3.4 + (\text{75歳以上人口}) \times 5.7$$

平成22年度の国民医療費に示された年齢階級別医療費の額

年齢	人口	医療費 (億円)	1人当り費 (千円)	比率
65歳未満	98,811,667	116,531	117.9	1
65歳-75歳	15,173,475	60,219	397.5	3.4
75歳以上	14,072,210	95,378	677.8	5.7
全体	128,057,352	272,128	212.6	1.8

※65歳未満の医療費を1とすると、65-74歳医療費は3.4に、75歳以上は5.7になる



## 目次

- パート1
  - 国民会議と地域医療介護総合確保法
- パート2
  - 岩手県の医療と介護の現状と将来～医療圏見直し～
- パート3
  - 地域連携から地域統合へ
    - 統合モデルとしてのIHN
- パート4
  - 国内外のIHN事例
- パート5
  - 公立病院改革ガイドライン～再編ネットワーク化～



## パート1 国民会議と 地域医療介護総合確保法



2025年へ向けて、医療・介護のグランドデザインの議論  
社会保障制度改革国民会議(会長 清家慶応義塾大学学長)  
が2012年11月30日から始まった

## 社会保障制度改革国民会議 最終報告書(2013年8月6日)



最終報告が清家会長から安倍首相に手渡し

- ## 国民会議報告のポイント
- 医療提供体制の見直し
    - 病床機能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
    - 医療職種の業務範囲の見直し
    - 総合診療医の養成と国民への周知
    - 医療法人制度・社会法人制度の見直し

# 病床機能報告制度と次期医療計画見直し

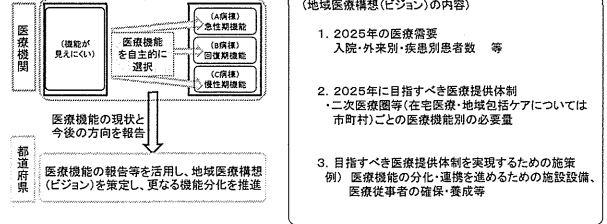


「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」  
(座長 学習院大学遠藤久夫教授)

## 病床機能報告制度と地域医療構想（ビジョン）の策定

○ 病床機能報告制度(平成26年度～)  
医療機関が、その有する病床において担っている医療機能(病床機能区分)の現状と今後の方向を選択し、病床単位で、都道府県に報告する制度を設け、医療機関の自主的な取り組みを進める。

○ 地域医療構想(ビジョン)の策定(平成27年度～)  
都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して、二次医療圏等ごとの各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを策定し、医療計画に新たに盛り込み、さらなる機能分化を推進。国は、都道府県における地域医療構想(ビジョン)策定のためのガイドラインを策定する(平成26年度～)。



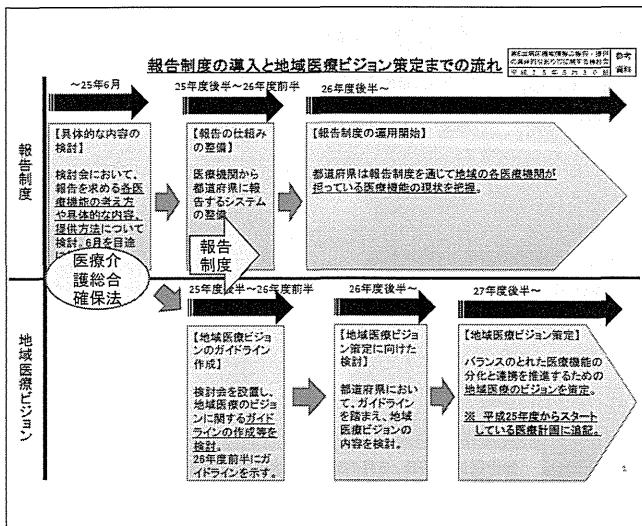
## 病床機能区分

病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会  
(座長 学習院大学遠藤久夫教授)

## 検討会でまとまった病床機能区分

名称	内容
高度急性期	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期	○急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ○特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)
慢性期	○長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

厚生労働省「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」  
2013年9月4日 第8回資料 議論を基に編集部作成



## 病床区分ごとの基準病床数

- ・ 社会保障審議会医療部会(部会長:永井良三・自治医科大学学長)2013年10月4日
- ・ 1案
  - 新しい病床機能の定義を、次期医療法改正に盛り込んだ上で、現行の基準病床数(一般病床、療養病床を含む)に基づく新規開設、増床の許可に係る仕組みを適用する
- ・ 2案
  - 医療法上の定義は変えないものの、病床機能報告制度の中で定量的な基準を設けて、著しい偏りがあるなどの場合、都道府県が一定の範囲内で補正できる仕組みを取り入れる。

## 病床区分ごとの基準病床数案に反対相次ぐ

- 日本病院会副会長 相沢孝夫氏
  - 「医療機関が必要な連携をしつつ、自主的に機能分化が進めるのが前提のはず。2つ目の案で、(病床数適正化に向けて)『誘導』との表現があるが、強制的に進めるようにしか見えない」。
- 日本医師会副会長 中川俊男氏
  - 1案について「病床基準数を法律で定めるというのは硬直的な案。5年後、10年後、何があるか分からず、柔軟に地域の医療機関が決められるようにすべき」、2案についても、基準を定める方向性に不満を示した。
- 全国自治体病院協議会会長 辺見公雄氏
  - 「公的病院では、自主的なベッド削減をほとんどやっている。民間病院も経営の必要があり、上が決めなくても、ふさわしい医療をやっていく」
- 慶応義塾大学経営大学院教授の田中滋氏
  - 「がちがちに基準を決めるのは良くない」

## 第3案(修正案)

- 修正案
  - 地域医療ビジョンで定めた医療機能の必要量に収斂させていくため、医療機関相互の「協議の場」を設置
  - 医療機関に対して、協議の場への参加と合意事項への協力などを努力義務とする案
  - 合意を無視して、必要量に照らして過剰な医療機能の病床を増やそうとする、あるいは何らかの事情により、協議が機能不全になったなどの場合に、都道府県によるペナルティー的に対応を行う
    - ムチ!
  - ペナルティー案
    - ①医療機関名の公表、②各種補助金の交付対象や福祉医療機構による融資対象からの除外、③地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認の取消

## 機能分化と連携を進める 医療機関に基金制度



- 2014年度予算政府案
  - 厚生労働省が「新たな財政支援制度」として検討を進めている基金制度に、約602億円を充てる
  - 地方の負担分を含めた基金の総額は約904億円
  - 機能分化・連携を進める医療機関への補助財源とするほか、現在は地域医療再生基金を活用して取り組む医療従事者の確保・養成を目的とする事業も補助対象とする予定
  - 地域包括ケアシステムの構築を推進する目的で、在宅医療・介護サービスの充実にも活用できるようにする方針

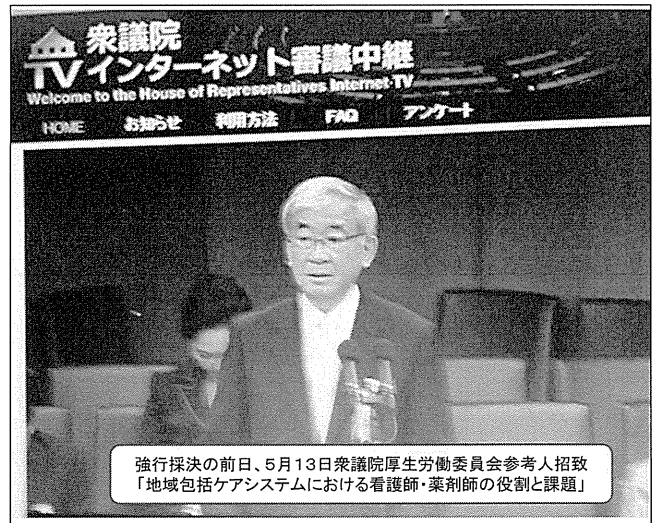
## 地域医療介護総合確保法案のポイント

地域医療介護総合確保法案のポイント	
医療	基金の創設: 医療提供体制を見直す医療機関などに補助金を配るための基金を都道府県に創設(2014年度)
	病床機能報告制度: 医療機関が機能ごとの病床数を報告する制度を導入(2014年10月)
	地域医療構想: 都道府県が「地域医療構想」を作り、提供体制を調整(2015年4月) 医療事故を第三者機関に届けて出て、調査する仕組みを新設(2015年10月)
介護	「要支援」の人への通所・訪問看護サービスを市町村に移管(2015年4月から段階的に)
	一定の所得がある利用者の自己負担割合を1割から2割に引き上げ(2015年8月)
	所得が低い施設入居者向けの食費・部屋代補助の対象を縮小(2015年8月)
	所得が低い高齢者の保険料軽減を拡充(2015年4月)
	特養への新規入居者を原則「要介護3以上」に限定(2015年4月)

5月14日衆議院厚生労働委員会で行った採決  
(カッコ内は施行時期)



5月13日衆議院厚生労働委員会で行った採決!



強行採決の前日、5月13日衆議院厚生労働委員会参考人招致「地域包括ケアシステムにおける看護師・薬剤師の役割と課題」