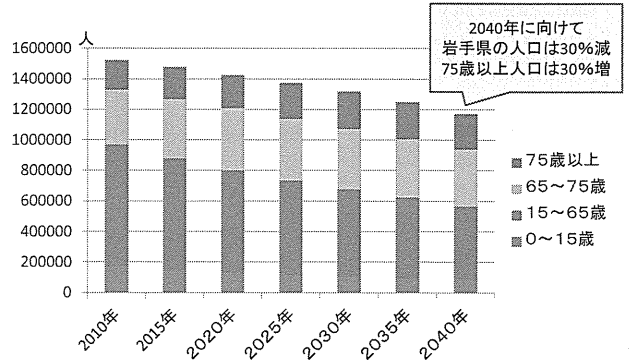


# パート2 岩手県の医療と介護の 現状と将来～医療圏見直し～



岩手県の2次医療圏データベースから見た将来像

## 岩手県～人口激減、高齢者激増～



国立社会保障・人口問題研究所(2013年3月)

### 1-1 岩手二次医療圏の概要と特徴

#### 岩手県の二次医療圏の特徴

- ①広い診療圏  
岩手県は9つの二次医療圏で構成されるが、うち7医療圏の面積は全国平均を超え、医療機関の診療圏も必然的に広域化している。
- ②盛岡への医療資源の集中  
病院勤務医の57%が集中  
全国平均を全て上回るのは盛岡のみ
- ③他の医療圏での医療資源の不足  
他の8医療圏は医療不足地域  
救急救命センターのない医療圏が6医療圏
- ④気仙・釜石・宮古への震災の影響  
三陸地域は震災前から医療資源の不足地域であったが、さらなる状況悪化が懸念される。

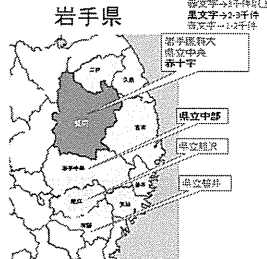


今回は震災前のデータを表示

二次医療圏名称	市町村数	面積 (km <sup>2</sup> )	人口 (千人)	人口密度	病院勤務医数	病床数	一般病床数	DPC対象病院	大学病院	救急救命センター	がん診療拠点病院
盛岡	10	1,091	385	348	2,829	2,829	5,831	8	0	0	1
釜石	1	2,252	481	214	475	475	0	0	0	0	0
宮古	1	1,431	131	92	2,225	1,470	0	0	0	0	0
久慈	1	1,205	124	103	1,220	1,220	0	0	0	0	0
奥平	1	1,425	195	137	725	1,224	0	0	0	0	0
花巻	1	1,860	278	149	245	245	0	0	0	0	0
奥水	1	842	84	99	1,052	742	0	0	0	0	0
岩手	1	7,274	424	58	0	0	0	0	0	0	0
久慈	1	1,211	124	103	1,220	1,220	0	0	0	0	0
二戸	1	1,129	87	77	377	545	0	0	0	0	0

### 3-2 医療提供体制の現状(2)救命センター・がん診療拠点病院・全身麻酔件数

- ・6医療圏が救急救命センター未設置。
- ・全身麻酔の62%を盛岡医療圏で実施。



二次医療圏	救急救命センター	がん診療拠点病院	全身麻酔件数
全国	203	1,559	2,431
岩手県	3	23	59
盛岡	1	21	225
釜石	0	0	43
宮古	0	0	43
久慈	0	0	43
奥平	0	0	43
花巻	0	0	43
岩手	0	0	43
久慈	0	0	43
二戸	0	0	43

### 1-2 地理情報・人口動態

表 3-1 地理情報・人口動態

二次医療圏	人口	県内シェア	面積	県内シェア	人口密度	地域タイプ	高齢化率	2010-35年 年齢人口増減率	2010-35年 75歳以上人口増減率
全国	128,057,352		372,903		343.4		23%	-14%	59%
岩手県	1,330,147	32位	15,279	2位	87.1		27%	-22%	29%
盛岡	481,899	36%	3,642	24%	132.3	地方都市型	22%	-15%	60%
釜石	230,509	17%	2,762	18%	83.4	過疎型	27%	-17%	27%
宮古	141,071	11%	1,173	8%	120.3	過疎型	29%	-22%	20%
久慈	135,987	10%	1,320	9%	103.0	過疎型	30%	-26%	12%
奥平	70,227	5%	890	6%	78.9	過疎型	33%	-30%	15%
花巻	54,850	4%	642	4%	85.4	過疎型	34%	-40%	-3%
岩手	92,894	7%	2,672	17%	34.7	過疎型	32%	-34%	10%
二戸	60,605	5%	1,100	7%	55.1	過疎型	32%	-36%	4%

- ・人口の36%が盛岡医療圏に集中。
- ・盛岡以外の8医療圏が過疎地域(人口密度200人/km<sup>2</sup>未満かつ人口30万人未満)に該当。
- ・2010年→2035年にかけての総人口減少率はすべての二次医療圏で全国平均を下回り、
- ・75歳以上人口増加率も全国平均(59%)を超えるのは盛岡のみ。

### 3-3 医療提供体制の現状(3)医師数・看護師数及び療法士数

- 病院勤務医の57%が盛岡に集中
- 看護師の59%、療法士の59%が盛岡に集中

二次医療圏	病院勤務医数	県内シェア	人口10万当り	偏差値	総看護師数	県内シェア	人口10万当り	偏差値	総療法士数	県内シェア	人口10万当り	偏差値
全国	157,188		123	53	843,730		659	222	87,999		68.7	38
岩手県	1,531	1.0%	115	46	9,419	1.1%	708	52	797	0.9%	60	48
盛岡	880	57%	180	61	4,203	45%	872	60	473	59%	88	88
釜石	175	11%	76	41	1,256	13%	545	45	93	12%	40	43
宮古	114	7%	81	42	864	9%	612	46	48	6%	34	41
久慈	114	7%	84	43	903	10%	664	50	46	6%	35	41
奥平	59	4%	84	43	374	4%	532	44	12	2%	17	36
花巻	42	3%	77	41	485	5%	385	60	16	2%	33	41
岩手	53	3%	57	38	573	6%	619	65	71	9%	77	52
久慈	53	3%	85	40	376	4%	492	47	21	3%	34	41
二戸	56	4%	91	44	385	4%	636	49	19	2%	21	38

3-1. 医療提供体制の現状(1) 病院の総病床数及び機能別内訳

表 3-2 総病床数、一般病床数、総高齢者ベッド数

二次医療圏	総病床数	一般病床数	総高齢者ベッド数	人口10万人あたり	人口10万人あたり	人口10万人あたり
全国	1,872,343	1,306,324	515,096	715	245	1,344.73
岩手県	18,735	14,844	11,225	125	95	18.17
盛岡圏	6,575	5,199	4,754	428	41	5.11
岩手中部圏	2,875	1,415	1,427	135	65	3.01
胆振圏	1,835	1,261	1,024	85	81	1.74
奥羽圏	5,765	4,374	3,244	285	189	2.63
気仙圏	1,115	751	604	81	56	1.02
釜石圏	1,565	1,184	1,147	117	103	2.32
宮古圏	1,585	1,184	1,033	96	71	2.14
久慈圏	385	274	243	45	35	0.92
二戸圏	735	524	440	84	57	1.64

人口10万人あたりの病床数は、5医療圏で全国平均を下回る。  
75歳以上1000人あたりの病床数は、盛岡以外の8医療圏で全国平均を下回り、気仙圏では61床と全国平均の2/3以下となっている。

療養病床は7医療圏で、回復期病床においても5医療圏で全国平均を下回る。

表 3-3 療養病床、回復期病床、精神科病床

二次医療圏	療養病床	回復期病床	人口10万人あたり	回復期病床	人口10万人あたり	精神科病床	人口10万人あたり
全国	343,717	281	256	11,817	68.2	44	3.93
岩手県	2,145	0	20	47	1.2	16	0.22
盛岡圏	1,415	0	13	51	1.2	18	0.22
岩手中部圏	260	0	1	44	1.0	14	0.18
胆振圏	427	1	1.6	5	0.1	20	0.27
奥羽圏	69	0	0	4	0.1	15	0.2
気仙圏	27	0	0	4	0.1	18	0.24
釜石圏	142	0	1.3	0	0	8	0.1
宮古圏	140	0	1.0	0	0	8	0.1
久慈圏	74	0	1.6	0	0	4	0.1
二戸圏	74	0	1.0	0	0	4	0.1

4-1. 介護提供体制の現状(1) 介護保険施設ベッド数と高齢者住宅数

表 3-6 介護保険施設ベッド数と高齢者施設収容数

二次医療圏	介護保険施設ベッド数	介護施設収容数	高齢者住宅数	高齢者住宅収容数	人口10万人あたり	人口10万人あたり	人口10万人あたり
全国	704,833	80	114	308,426	227	3.86	95.247
岩手県	11,110	3	5	3,006	1.8	23	61
盛岡圏	3,531	2	3	1,008	2.9	48	1,432
岩手中部圏	2,045	1	2	1,320	2.1	34	728
胆振圏	1,245	1	1	508	0.9	23	53
奥羽圏	1,397	1	1	665	1.2	28	61
気仙圏	610	0	0	301	0.5	24	54
釜石圏	377	0	0	272	0.4	22	48
宮古圏	600	0	0	378	0.4	24	52
久慈圏	455	0	0	219	0.3	20	44
二戸圏	450	0	0	274	0.3	23	51

表 3-7 高齢者住宅数(高齢者住宅、有料老人ホーム、グループホーム)

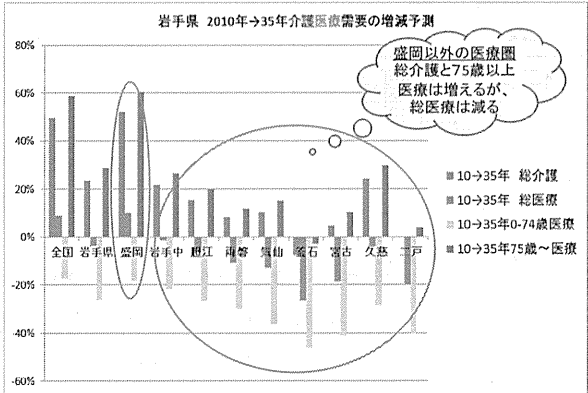
二次医療圏	高齢者住宅数	高齢者住宅収容数	人口10万人あたり	高齢者住宅数	人口10万人あたり	グループホーム	人口10万人あたり
全国	643,142	43	18.1	235,778	16.8	10.8	157.412
岩手県	6,701	0	0	1,609	0.3	0.4	1,623
盛岡圏	2,384	4	4	808	0.6	16.9	50
岩手中部圏	1,009	1	1	114	0.2	3.4	28
胆振圏	478	0	0	22	0.2	2.8	14
奥羽圏	690	1	1	193	0.3	4.2	21
気仙圏	150	0	0	10	0.1	0.8	3
釜石圏	211	0	0	17	0.1	1.3	4
宮古圏	309	0	0	14	0.1	1.8	4
久慈圏	182	0	0	5	0.0	0.9	2
二戸圏	294	0	0	132	0.2	1.6	4

一部の医療圏で特養が全国平均を下回るが、介護3施設はほぼ充足。

一方で高齢者住宅数は、どの医療圏でも不足。

2-2. 医療需要・介護需要の将来予測(2)

図 3-6 岩手県 2010年→35年介護医療需要の増減予測



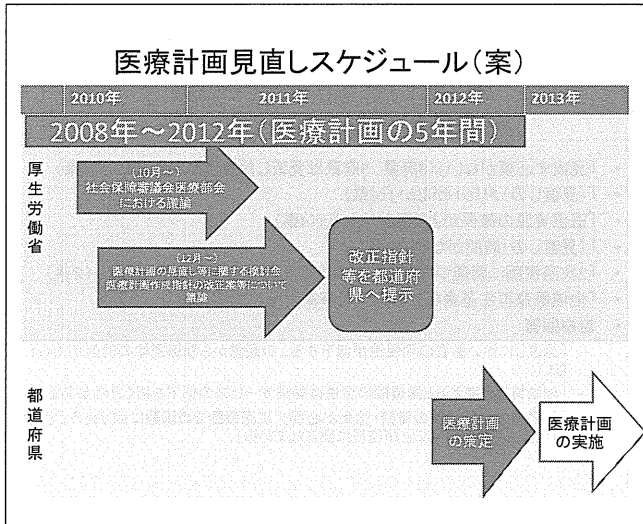
岩手の医療と介護の現状まとめ  
～各医療圏の地域特性を踏まえよう～

- ・2040年に向けて岩手県の人口は30%と激減、75歳以上人口は29%激増
- ・9つの医療圏別にみると、盛岡への医療資源の集中、他の8医療圏での医療資源の不足、とくに三陸沿岸の3医療圏(気仙・釜石・宮古)への震災の影響
- ・2035年の医療・介護需要予測を2010年対比でみると・・・  
総医療需要  
岩手県全体:4%減少、盛岡:10%増加、二戸:20%減少  
総介護需要予測  
岩手県全体:23%増加、盛岡:52%増加、釜石:7%減少  
療養病床は7医療圏で、回復期病床において、5医療圏で全国平均を下回る。
- ・一部の医療圏で特養が全国平均を下回るが、介護3施設はほぼ充足、一方で高齢者住宅数は、どの医療圏でも不足。

(参考)分析データの出所、他

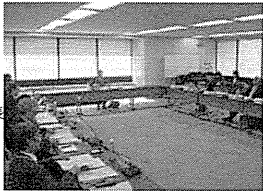
1. 本分析データの出所は以下の通り。
  - ・岩手県保健医療計画  
<http://www.pref.iwate.jp/view.rbz?of=1&ik=0&cd=44962>
  - ・日医総研ワーキングペーパー No.269  
地域の医療提供体制現状と将来  
- 都道府県別・二次医療圏データ集 -  
高橋泰(国際医療福祉大) 江口成美  
[http://www.imari.med.or.jp/research/summ\\_wr.php?no=494](http://www.imari.med.or.jp/research/summ_wr.php?no=494)

医療計画と医療圏見直し



## 医療計画見直し等検討会

- ・ 伊藤 伸一 日本医療法人協会副会長
- ・ 尾形 裕也 九州大学大学院医学研究院教授
- ・ 神野 正博 全日本病院協会副会長
- ・ 齋藤 訓子 日本看護協会常任理事
- ・ 末永 裕之 日本病院会副会長
- ・ 鈴木 邦彦 日本医師会常任理事
- ・ 池主 憲夫 日本歯科医師会常務理事
- ・ 中沢 明紀 神奈川県保健福祉局保健医療部長
- ・ 長瀬 輝直 日本精神科病院協会副会長
- ・ 伏見 清秀 東京医科歯科大学大学院教授
- ・ 布施 光彦 健康保険組合連合会副会長
- ・ ○武藤 正樹 国際医療福祉大学大学院教授
- ・ 山本 信夫 日本薬剤師会副会長
- ・ 吉田 茂昭 青森県立中央病院長



**第1回検討会**  
2010年12月17日

- ## 4疾患5事業の見直しの方向性
- ・ 4疾病
    - ①がん
    - ②脳卒中
    - ③急性心筋梗塞
    - ④糖尿病
    - ⑤精神疾患

2次医療圏見直し

- ・ 5事業
    - ①救急医療
    - ②災害医療
    - ③へき地医療
    - ④周産期医療
    - ⑤小児医療
    - \* 在宅医療構築に係わる指針を別途通知する

### 医療圏について

**概要**

○都道府県は、医療計画の中で、病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分する医療圏を定めることとされている。

**三次医療圏**

52医療圏(平成22年4月1日現在)  
※都道府県ごとに1つ  
北海道のみ6医療圏

**【医療圏設定の考え方】**  
都道府県の区域を単位として設定  
ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、複数の区域又は都道府県をまたがる区域を設定することができる。

↓

特別な医療を提供

**二次医療圏**

349医療圏(平成22年4月1日現在)

**【医療圏設定の考え方】**  
一体の区域として病院等における入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮する。  
・地理的孤立等の自然的条件  
・日常生活の需要の充足状況  
・交通事情等

↓

一般の入院に係る医療を提供

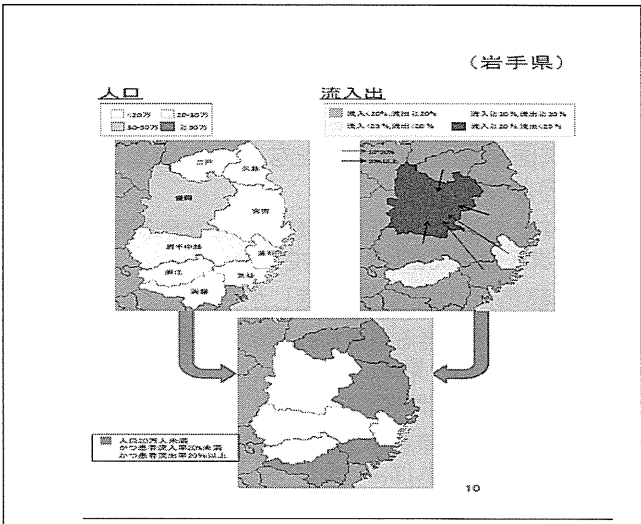
**特別な医療とは・・・**

(例)

- ① 広範囲熱傷、指趾切断、急性中毒等の特に専門性の高い救急医療(高度救命救急センターなど)
- ② 重症的力テール心臓換臓術、腎移植等の先進的技術が必要とする医療(都道府県がん診療連携拠点病院など)
- ③ 重症脳脊髄症、持続的血液濾過透析等特殊な医療機器の使用を必要とする医療
- ④ 先天性胆道閉鎖症等発生頻度が低い疾病に關する医療 等

## 人口20万人未満で、 流出率20%以上、流入率20%未満の医療圏を見直すことになった

該当する医療圏は全国87医療圏  
岩手県も対象



(参考)各都道府県の人口20万人未満の二次医療圏の現状

都道府県	二次医療圏数 (人口20万人未満)		人口20万人未満の 二次医療圏数 (高齢者割合)		都道府県	二次医療圏数 (人口20万人未満)		人口20万人未満の 二次医療圏数 (高齢者割合)	
	543年	1022年	高齢者割合	人口20万人未満 の二次医療圏数 (高齢者割合)		543年	1022年	高齢者割合	人口20万人未満 の二次医療圏数 (高齢者割合)
北海道	22	23	12	19	青森県	1	2	1	1
青森県	4	4	2	3	岩手県	1	1	1	1
岩手県	3	3	2	2	宮城県	4	4	2	2
宮城県	5	5	4	4	秋田県	1	1	1	1
秋田県	2	2	1	1	山形県	1	1	1	1
山形県	4	4	3	3	福島県	4	4	3	3
福島県	7	7	5	5	茨城県	1	1	1	1
茨城県	2	2	0	0	栃木県	1	1	1	1
栃木県	10	10	4	4	群馬県	1	1	1	1
群馬県	3	3	1	1	埼玉県	1	1	1	1
埼玉県	12	12	6	6	千葉県	1	1	1	1
千葉県	12	12	6	6	東京都	4	4	4	4
東京都	11	11	0	0	新潟県	1	1	1	1
新潟県	1	1	0	0	富山県	1	1	1	1
富山県	1	1	0	0	石川県	1	1	1	1
石川県	1	1	0	0	福井県	1	1	1	1
福井県	1	1	0	0	岐阜県	1	1	1	1
岐阜県	1	1	0	0	静岡県	1	1	1	1
静岡県	1	1	0	0	愛知県	1	1	1	1
愛知県	1	1	0	0	大阪府	1	1	1	1
大阪府	1	1	0	0	兵庫県	1	1	1	1
兵庫県	1	1	0	0	奈良県	1	1	1	1
奈良県	1	1	0	0	和歌山県	1	1	1	1
和歌山県	1	1	0	0	徳島県	1	1	1	1
徳島県	1	1	0	0	香川県	1	1	1	1
香川県	1	1	0	0	高知県	1	1	1	1
高知県	1	1	0	0	福岡県	1	1	1	1
福岡県	1	1	0	0	佐賀県	1	1	1	1
佐賀県	1	1	0	0	長門県	1	1	1	1
長門県	1	1	0	0	熊本県	1	1	1	1
熊本県	1	1	0	0	大分県	1	1	1	1
大分県	1	1	0	0	鹿児島県	1	1	1	1
鹿児島県	1	1	0	0	沖縄県	1	1	1	1
沖縄県	1	1	0	0	計	345	349	177	177

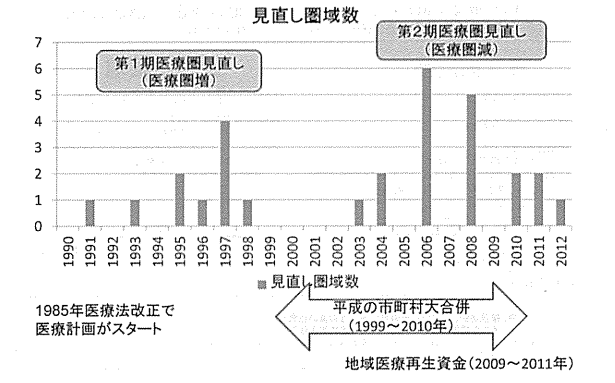
しかし、実際に見直したのは3県のみ

※二次医療圏数は平成22年4月現在  
出典：平成22年度医療計画（医療機能分化による特別計画）二次医療圏別、病院の機能分化及び一般医療の確保の観点からの人口20万人未満圏への対応に関する調査報告書

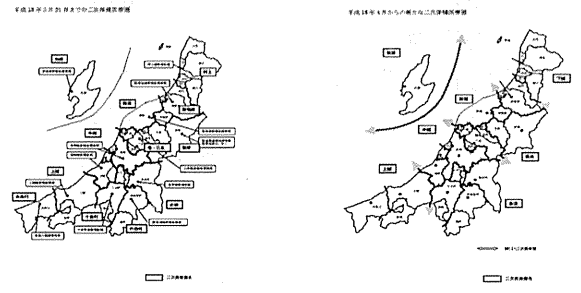
見直しをしない理由  
～都道府県アンケート調査～

- ・「見直す必要がない」(8府県、5府県は見直し対象圏域を含まない府県)
- ・「(見直しの)メリットがない」(4県)
- ・「医療資源の確保がより困難になる」(4県)
- ・「(見直しの)時間がない」(2県)
- ・「二次医療圏に関連づけられた拠点病院の指定などに影響が出る」(2県)
- ・「地域医療再生基金など進行中の事業計画に影響が出る」(2県)
- ・自由回答
  - 「見直しに伴い患者の利便性が低下するとの懸念から関係団体の理解が得られない」
  - 「地域特性を考えると医療圏の合併は医療サービスの低下を招く恐れがある」
  - 「医療圏の中核病院の維持・強化が必要」「現医療圏での課題に取り組み、患者の流出を解消することが住民に望まれている」

2次医療圏見直し圏域数の推移



新潟県における二次医療圏見直し  
13圏域(1987年)→7圏域(2006年)



2次医療圏見直しの課題

- ・2次医療圏見直しを新たな基金で誘導してはどうか？
  - 新たな基金による医療機能分化の適応要件と2次医療圏見直しをリンクさせる
- ・大都市部の医療圏見直しが残されている
  - これから起きる都市部の高齢化には、大都市部の医療圏の見直しが必要
  - 県境医療圏問題もある
  - たとえば東京都およびその周辺県の医療圏の設定はどうすればよいのか？

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

## 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

## 医療法人制度・社会法人制度の見直し

- 医療法人等間の競争を避け、地域における医療・介護サービスのネットワーク化を図るためには、当事者間の競争よりも協調が必要であり、その際、医療法人等が容易に再編・統合できるよう制度の見直しを行うことが重要である。
- このため、医療法人制度・社会福祉法人制度について、非営利性や公共性の堅持を前提として、機能の分化・連携の推進に資するよう、例えばホールディングカンパニーの枠組みのような法人間の合併や権利の移転等を速やかに行うことができる道を開くための制度改正を検討する必要がある。
- 複数の医療法人がグループ化すれば、病床や診療科の設定、医療機器の設置、人事、医療事務、仕入れ等を統合して行うことができ、医療資源の適正な配置・効率的な活用を期待することができる。

資料 3-2

## 国民の医療介護ニーズに適合した 提供体制改革への道筋 医療は競争よりも協調を



社会保障制度改革国民会議  
2013年4月19日  
慶應義塾大学商学部 権文善一

## なぜ、競争ではなく協調なのか

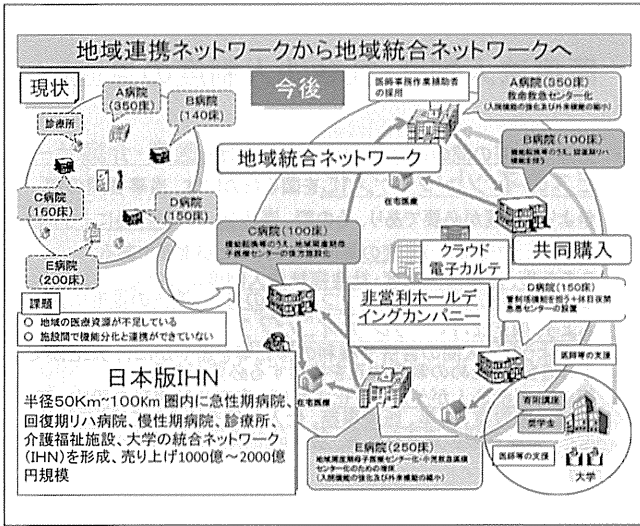
- 個々の経営体が競争する状況下では、機能の分化はおろか、仮に機能分化ができたとしても連携は困難——診療報酬によって利益誘導できる話ではない。
- 量的拡張を目指す時代には、競争は有効だった。
- しかし、量的には整備された段階でも、今までのような競争を続けていけば、囚人のジレンマ状況に陥って、みんなが辛い状態の均衡に陥る——いや、陥っている。

## 解決の方向性は

- 過当競争から病院経営を救う道は
- 非営利を厳正化して地域独占を許容
  - － 高度急性期医療は、大学病院、国立病院、公的病院（日赤・済生会・共済・厚生連等）及び自治体病院が担っている場合が多い。これらの運営主体がそれぞれに独立したままで機能分担しようとしても、経営上の利害がぶつかるためうまくいかない。
  - － このため、地域の中で、複数の病院がグループ化し、病床や診療科の設定、医療機器の設置、人事、医療事務、仕入れ等を統合して行うことができる環境を作る。

## 連携ネットワークから統合ネットワークへ

- 地域連携ネットワーク（現状）
  - － 経営主体の異なる医療機関・介護福祉施設の連携
  - － 医療計画における連携推進
    - ・ 疾病別・事業別ネットワーク
- 地域統合ネットワーク（今後）
  - － 経営主体の異なる医療機関、介護福祉事業体等を経営統合した事業体を形成→IHN
  - － IHNとは
    - ・ 50km~100km医療圏に急性期病院、回復期リハ、慢性期病院、診療所、介護施設、在宅医療・介護
    - ・ 売り上げ規模1000億~2000億円規模の統合ネットワーク
    - ・ 保険者、物流、医療人材、情報の統合ネットワークを形成
    - ・ 医療人材養成機関（大学）を併設あるいは連携



## 医療法人法の改正

- ・ 経済財政諮問会議 (議長: 安倍首相)
  - 伊藤元重 東大教授
  - 医療法人法の改正 (規制緩和)
    - ・ 医療法人同士の合併や権利の移転をしやすいような医療法人制度の規制緩和を進めるべき
  - 新型医療法人
    - ・ 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く

## 統合モデルとして注目を集める IHN(Integrated Healthcare Network)とは?

ここからは松山先生のスライドお借りしました

キヤノングローバル戦略研究所 研究主幹  
国際医療福祉大学大学院 特任教授  
松山幸弘氏

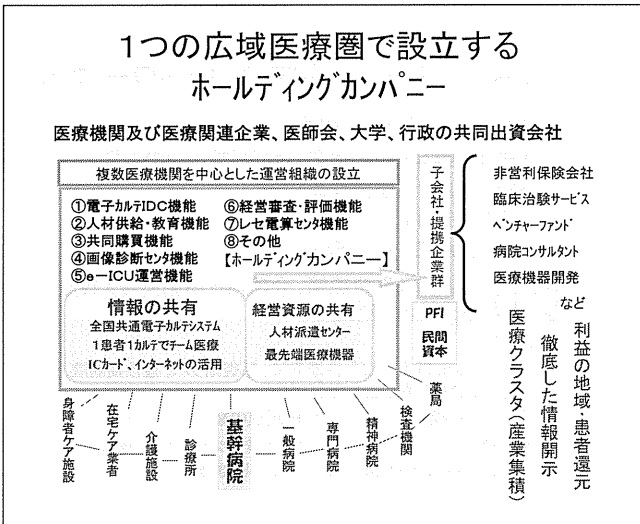
## IHN (Integrated Healthcare Network)の定義と成功条件

<IHNの定義>

広域医療圏において、急性期ケア病院、亜急性期ケア病院、外来手術センター、プライマリケアクリニック、検査・画像診断センター、リハビリ施設、介護施設、在宅ケア事業所、医療保険会社など、地域住民に医療サービスを提供するために必要な機能を可能な限り網羅的に有する医療事業体。⇒“水平統合”ではなく“垂直統合”

<IHN成功の条件>

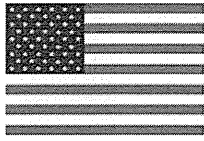
- ① 広域医療圏単位で経営資源を共有し重複投資を防止
- ② 経営は民間、ガバナンスは地域住民 (or 自治体)
  - ⇒ 全利益を地域還元 (非営利)
- ③ 医療圏外からも“追加財源”を獲得
  - ⇒ “地域間競争”で勝つ戦略 (IHNは地域で最大の雇用主)



## パート4 国内外のIHN事例

セントラヘルスケア (バージニア州ノースフォーク)

## 米国のIHN



## 医療提供体制は日米共に民間中心

IHNは  
米  
国  
モ  
デル

<病院数>

米国 (2004年末)		日本 (2007年10月末)	
国	239	国	277
自治体	1,117	自治体	1,020
民間非営利	2,967	その他公的	426
民間営利	835	医療法人	5,704
その他	640	その他	1,426
合計	5,798	合計	8,853

アメリカはオープン方式 + 日本は医師を直接雇用

診療所(独立開業医)

## 日本の医療提供体制は米国より営利性が強い

<非営利の判定基準>

利益が特定の個人 or グループに帰属せず全て社会に還元される

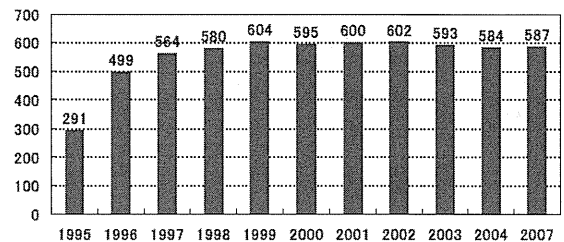
米国	日本
地域医療の最大の担い手は民間非営利病院グループ。	病院数で医療法人が64%を占める。
民間非営利病院の利益は全て地域還元される。⇒非課税	大半の医療法人の場合、利益はオーナーに帰属する。
民間営利(株式会社)病院のシェアは約14%と大きくない。	⇒原則普通法人として課税

<2004年米国病院協会会長 David Bernd 氏の見解>

非営利病院と株式会社病院の経営手法は同じ。違いは利益還元先にある。

## 1990年代に登場し急成長したIHN

IHNの数の推移



- 米国内の主要医療圏の全てをカバー ⇒急性期ケア市場におけるシェア60%超
- 通常各医療圏に複数のIHNがあり、患者と参加独立開業医の獲得競争を展開

## IHNモデルの形成の過程

- ・米国の病院はもともと民間非営利が中心で構成
- ・1980年後半から1990年代に政府の医療費抑制策により病院の収益が悪化
- ・またマネジドケアに対抗するため病院の統合による規模拡大が盛んになった
- ・統合は1980年代は類似の機能をもつ病院の水平統合から始まった
- ・1990年代からは垂直統合によるIHNが盛んになって現在に至る

## IHNモデルの成功の秘訣

- ・地域における医療機関の大規模な統合ネットワークの形成
- ・規模のメリット、ネットワーク内の機能分化と重複投資の防止を通じて、浮いた財源で医療技術の進歩に合わせた設備投資と人材育成を継続
- ・医療人材養成機関(医学部、看護学部など)を併設
- ・医療における民間的経営手法を徹底的に追求する
- ・医療と経営の分離
- ・民間非営利手法による地域連携から地域統合へ



# IHNモデル分類



- ①純民間型・1地域密着型
  - センタラ・ヘルスケア(バージニア州ノースフォーク)
  - インターマウンテン・ヘルスケア(ユタ州ソルトレーク)
- ②自治体立・1地域密着型
  - サラソナ・メモリアル・ヘルスケア(フロリダ州)
- ③全国展開型
  - アセンション・ヘルス(カトリック系)
  - カソリック・ヘルスケア・ウエスト
- ④純民間・医科大学業務提携型
  - センタラ・ヘルスケア
  - ワシントン大学と業務提携したBJCヘルスケア(ミズーリ州セントルイス)
- ⑤医科大学主導型
  - UPMC(ピッツバーグ大学メディカルセンター、ペンシルベニア州ピッツバーグ)
- ⑥完全統合クローズ型
  - カイザーパーマネンテ(カリフォルニア州オークランド市)

# ①純民間型・1地域密着型 センタラ・ヘルスケア

- センタラヘルスケア
  - センタラ・ノーフォーク総合病院を中核とし、半径100キロメートルの医療圏に約120の医療関連施設を保有する複合事業体
  - 総合病院と小児専門病院などの専門病院を中核として医療機関を経営統合
  - 医科大学を併設
  - 開業医ネットワークとの連携
  - 機能の重複を上手く避けて、互いに補完し合っている
  - 規模のメリットを追求



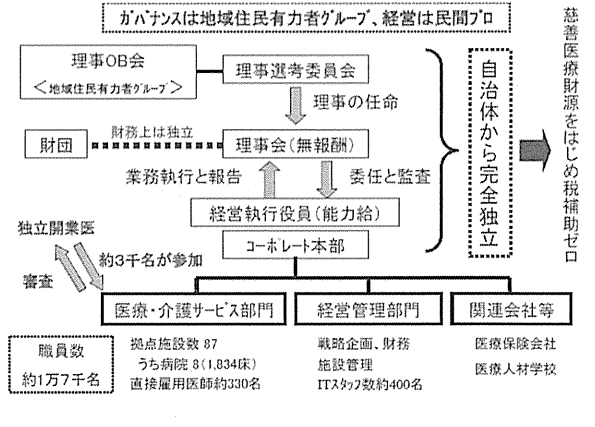
ノースフォーク バージニア州  
センタラヘルスケア

# Sentara Healthcare

www.sentara.com 所在地: バージニア州ノーフォーク

医療サービスと医療保険の  
収入合計 21億ドル  
(2005)  
年間慈善医療 8,960万ドル  
非課税&税による補助ゼロ  
全米587のIHNの中で経営  
統合度評価10年連続トップテン

# Sentara Healthcare



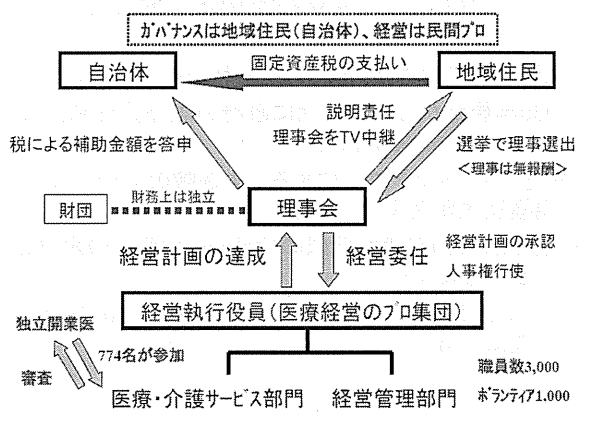
# ②自治体病院を核にしたIHNの事例 SARASOTA MEMORIAL HEALTH CARE SYSTEM

www.smh.com 所在地: フロリダ州サラソタ

Not just a hospital,  
The hospital!

774名が参加  
職員数3,000  
ボランティア1,000

# Sarasota Memorial Health Care System





## 米国の自治体立IHNのガバナンスの特徴

### (特徴①)

不採算医療から逃げることは許されない

フロリダ州サラソタの場合、2004年の初め、ライバルである株式会社病院が赤字である産科医療から撤退した。その結果、自治体病院であるサラソタが地域医療圏内の産科医療の大半を担うこととなり病院の収支が悪化、大きな経営改革(リストラ)実施を余儀なくされた。

### (特徴②)

固定資産税収入で財源補填するルールが明確になっている

### (特徴③)

経営努力で税による財源補填を大きく上回る慈善医療等を実施  
慈善医療等＝当初計画した慈善医療＋未収金の貸し倒れ

25

## 自治体立IHNの例① サラソタ郡Sarasotaの収支構造

<単位 千ドル>	2005/9月期		2006/9月期	
① 収入	443,649	100	478,523	100
医療サービス(慈善医療等控除後)	394,105	88.8	400,679	83.7
自治体補助(固定資産税)	22,071	5.0	35,433	7.4
投資収益	12,854	2.9	18,834	3.9
その他収入	14,619	3.3	23,577	4.9
② 支出	447,464	100.9	451,259	94.3
うち(慈善医療費等の費用)	(63,974)	(14.4)	(92,180)	(19.3)
人件費	225,939	50.9	230,305	48.1
金利	10,946	2.5	13,989	2.9
減価償却	34,326	7.7	34,189	7.1
その他支出	176,253	39.7	172,776	36.1
③ 最終損益 (①-②)	▲ 3,815	▲ 0.9	27,264	5.7

## Sarasota Memorial Hospital 規模は小さいがグローバルスタンダード



基幹病院 Sarasota Memorial Hospital

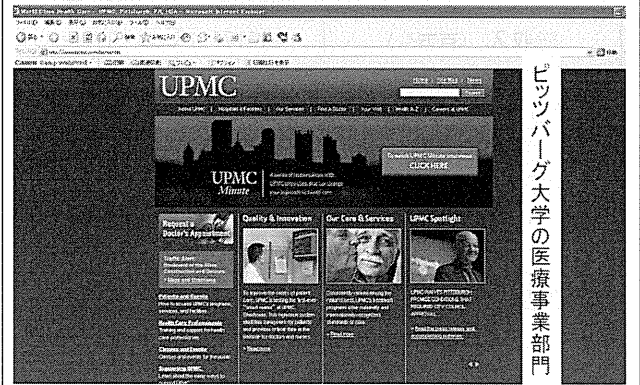
連邦立等を除く全米約5千病院の中での診療科別ランキング(2006)

心臓科	24位
整形外科	30位
消化器科	42位
呼吸器科	44位
婦人科	49位
癌科	50位

トップ 1%!

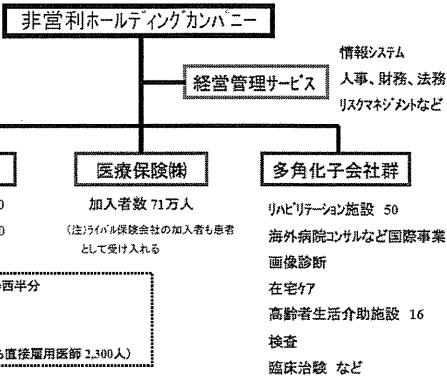
日本でも医業収入500億円超であればグローバルスタンダード達成可能

## ⑤ 医科大学主導型 UPMC(ピッツバーグ大学メディカルセンター)

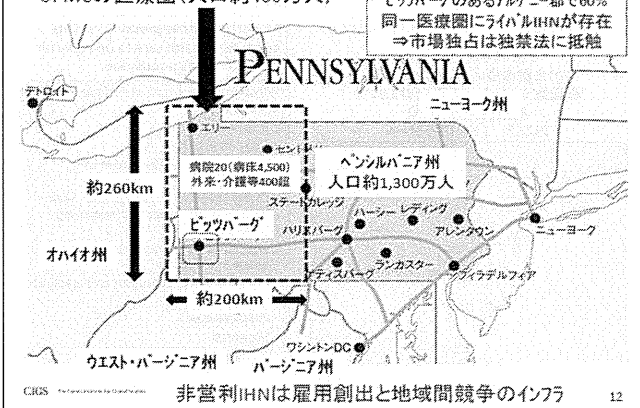


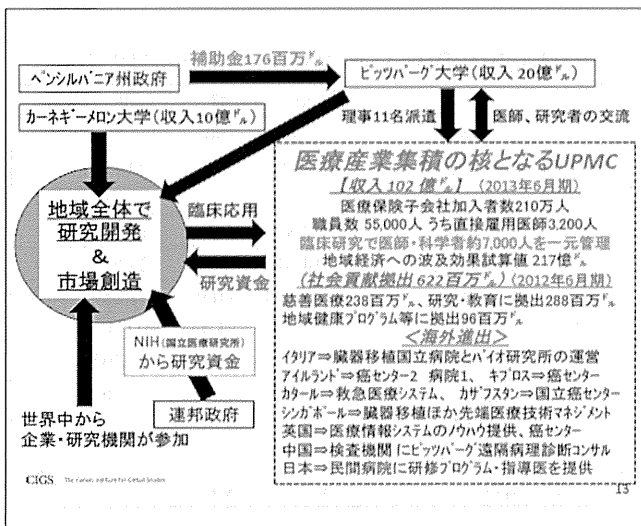
## UPMCの事業構造

～2006年現在～



UPMCの医療圏(人口約400万人)





日本の大学附属病院は世界基準から見れば弱小零細事業体

(単位:億円) 1US\$=100円換算	2012年3月期			2012年6月期	
	大阪大学	京都大学	東京大学	ビッツバーグ	カーネギーメロン
収入	1,312	1,450	2,173	1,956	1,062
授業料・入学科	124	137	139	525	367
附属病院収益	334	315	420	0	0
運営費交付金	473	523	827	176	0
その他	381	475	787	1,255	695
総資産	4,396	4,513	13,371	5,362	2,374
うち土地	2,234	1,666	8,897	51	45
純資産	3,083	2,886	10,717	3,400	1,628
うち政府出資金	2,684	2,445	10,035	0	0

国立大学45病院、6医療センター全体合計8,887億円 UPMC:1地域で1兆円

附属病院を分離し効率的医療事業体を創ることこそが大学ブランド戦略

CIGS The Center Institute for Global Studies

UPMCの業容

	2002年	2006年
総収入(百万ドル)	3,417	5,993
経常収入(百万ドル)	3,360	5,699
経常利益(百万ドル)	49	321
経常利益率	1.5%	5.6%
保険子会社加入者	56万人	71万人
アルゲニー郡での市場シェア	43.2%	48.6%
ペンシルバニア州西部での市場シェア	23.0%	26.0%
設備投資額(百万ドル)	367	396

(注)東京大学附属病院の2006年度収入 318億円(290百万ドル)  
UPMCの20分の1では勝負にならない

米国以外のIHN

オーストラリア      カナダ

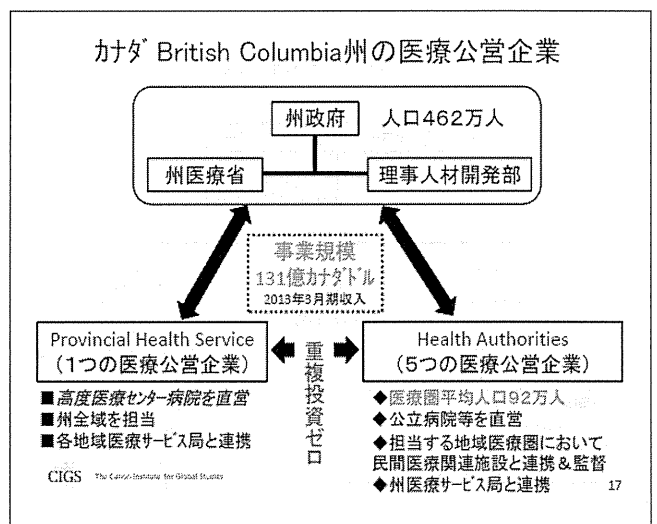
オーストラリアの医療公営企業IHNの例

Monash Health (メルボルン)  
＜2013年6月期データ＞  
担当医療圏人口 約100万人  
職員数 9,471人(うち医師数1,277)  
事業拠点数 40超  
総収入 3,342百万豪ドル

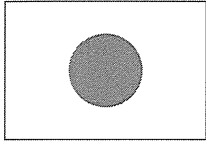
日本の制度で分類すると広域の地方独立行政法人  
ホールディングカンパニー機能を持たない非営利IHN

Monash Health is proud to provide integrated health care to one quarter of Melbourne's population.  
We improve the health of our community through:  
• Prevention  
• Early intervention  
• Community based treatment and rehabilitation  
• Highly specialised surgical and medical diagnosis, treatment and monitoring services  
• Hospital and community based mental health services  
• Comprehensive sub-acute and aged care programs  
• Palliative care  
• Research  
• Education

CIGS The Center Institute for Global Studies



# 日本版IHN事例



## 日本の非営利IHNの事例①

長野厚生連  
“垂直統合により”国・公立病院以上に公益機能を発揮しながら黒字経営  
2分割してダウンサイジング  
①高度医療センター(450床)  
②現病院は地域支援病院(300床)

医療圏人口 215万人  
検診者数 年間40万人  
事業拠点数 70

北信総合病院(622床) 佐久総合病院(821床)  
聖救済病院(441床) 三才山病院(237床)  
新町病院(140床) 藤ノ井病院(433床)  
富士見高原病院(149床) 附置若狭病院(60床)  
下伊那厚生病院(99床) 安曇総合病院(312床)  
小海分院(99床) 小諸厚生総合病院(320床)  
長野松代総合病院(365床)

CIGS The Charities Institute for Global Studies

2014年4月開院した  
佐久医療センター(450床)



## 国公立病院以上に政策医療を担う長野厚生連は補助金抜きでも経常黒字

<単位:百万円>	2010年度	2011年度
①事業収益	85,765	86,741
医療収益	79,257	79,675
訪問看護収益	1,049	1,064
施設運営収益	3,787	4,105
その他	1,672	1,897
②事業費用	83,445	85,632
③事業外損益	350	355
④経常利益(①-②+③)	2,671	1,464
経常利益率(④÷①)	3.1%	1.7%
⑤特別損益	505	311
うち一般補助金収益	1,151	908
⑥税引前当期利益(④+⑤)	3,175	1,775
⑦法人税・住民税及び事業税	1	1
⑧当期剰余金(⑥-⑦)	3,174	1,774
⑨最終利益率(⑧÷①)	3.7%	2.0%

↑へき地に立地したものも含め全病院が黒字  
急激な理由  
診療・介護報酬が全体として低すぎることはない  
地域医療崩壊の原因は報酬水準ではない  
高度医療センターのための先行投資

CIGS The Charities Institute for Global Studies

## セーフティネット事業体の構築例② 社会福祉法人聖隷福祉事業団

聖隷済生病院152床  
聖隷浜松病院744床  
聖隷三方原病院674床  
聖隷済生病院300床  
聖隷佐倉市民病院294床

2012年4月現在事業拠点数

病院	6	有料老人ホーム	10	コミュニティケアセンター	2
クリニック	1	グループホーム等	2	在宅介護支援センター	2
障害者施設	13	デイサービスセンター	9	地域包括支援センター	5
特別養護老人ホーム	13	保育園	12	ケアプランセンター	11
介護老人保健施設	3	訪問看護ステーション	15	デーサービスセンター	12
軽費老人ホーム	3	訪問ヘルパーステーション	7		

(出所)聖隷福祉事業団WEBサイト

CIGS The Charities Institute for Global Studies

## 社会福祉法人聖隷福祉事業団の収支

<単位:百万円>	2010	2011	2012
①事業活動収入	88,793	90,474	94,230
うち経常経費補助金収入	564	599	477
借入金元金償還補助金収入	114	114	114
国庫補助金等特別積立金取崩額	502	529	544
②事業活動支出	85,887	88,515	91,454
うち借入金利息補助金収入	23	19	15
運営費補助金収益	872	820	739
施設設備補助金収益	196	212	227
③事業活動外収入	1,771	1,751	1,681
④経常収支差額(①-②+③-④)	4,045	3,114	3,917
⑤経常収支差額率(④÷①)	4.6%	3.4%	4.2%
⑥補助金合計	2,271	2,292	2,116
⑦補助金抜き経常収支差額(④-⑥)	1,774	822	1,801
⑧補助金抜き経常収支差額率(⑦÷①)	2.0%	0.9%	1.9%

福祉事業込みでも補助金抜きで黒字達成

CIGS The Charities Institute for Global Studies

## パート5 公立病院経営改革ガイドライン ～再編ネットワーク化～



公立病院経営悪化

### 自治体が設置者である公立病院の財務データ

(億円)

	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度
経常収益	3兆9,597	3兆9,646	3兆9,558	3兆9,203
うち 医業収益	3兆4,464	3兆4,463	3兆4,510	3兆4,229
国庫(県)補助金①	163	175	189	200
他会計繰入金②	5,437	5,519	5,280	5,191
経常損益	▲1,845	▲1,103	56	95
累積欠損金	▲2兆1,368	▲2兆1,571	▲2兆0,707	▲2兆0,326
資本支出の公的補助③	1,785	2,078	2,077	2,257
うち 国庫(県)補助金	129	165	250	434
他会計からの出資金・負担金・補助金	1,656	1,913	1,827	1,823
公的補助の合計①+②+③	7,385	7,772	7,546	7,648

単独施設経営の発想に固執した過剰設備投資を放置することは公費の無駄  
CIGS The 3-year model for Global Status 30

### 公立病院改革ガイドラインのポイント (平成19年12月24日付け総務省自治財政局長通知)

- ◎地方公共団体は、平成20年度内に公立病院改革プランを策定  
(経営効率化は3年、再編・ネットワーク化、経営形態見直しは5年程度を標準)
- ◎経営指標に係る数値目標を設定
- ◎経営形態の見直し
  - \* 選択肢として、地方公営企業法全部適用、地方独立行政法人化、指定管理者制度、民間譲渡を提示
- ◎再編・ネットワーク化
  - \* 二次医療圏等の単位での経営主体の統合を推進
  - \* 病院間の機能重複を避け、統合・再編含め検討
  - \* 4つのモデルパターンを提示

How?  
成功の条件は?  
38

### 病院サバイバルの選択肢

選択肢	民間病院	公立病院 (自治体病院)
①機能を明確にし得意分野に 専門特化 ⇒選択と集中を徹底的に実践	○	X
②診療報酬改定の影響を中和できる 程の品揃えと規模の医療事業体となり、 財源が自己増殖する仕組み“IH N”を構築する。	○	◎

(注)“専門特化”は各設置者が運営する医療事業体全体で判定  
⇒都道府県が「がんセンター」、「子供病院」等を設置することは容認される

### わが国で地域医療提供体制が崩壊している原因

地域医療提供体制の経営効率を高めるためには、医業収益・疾病構造に合わせて絶えず施設&機能のポートフォリオを変革しなければならない。

わが国の場合、同一医療圏内で経営主体の異なる公立・公的病院が重複投資を行い過当競争、財源浪費に陥っている。

地域医療提供体制のガバナンスが確立されてない

経営統合に合意できた自治体病院が“ネットワーク”の形を作っても成功するとは限らない。

### 発想の転換① 連携ではなく統合

連携では、医療資源配分の意思決定が一元化できていないため、利害対立が発生した途端に崩壊する。

日本で推奨されている地域連携バス、マグネットホスピタルは脆弱。

マグネットホスピタル=500床のコアホスピタル+全ファンクション(機能)を漏れなく総合して圏域全体の医療の安全を保障するには500床の規模は必要。?

<出所:宮城県仙南地域医療体制検討部会の論点整理>

- ◎医療圏全体での医療資源最適配分を考えた場合“巨艦病院”の必然性はない
- ◎マグネットホスピタルは大病院上位の発想、IH-Nは医療施設間に優劣ない共同体

わが国の地域医療提供体制再構築のためには、地域の医療資源&経済的・政治的利害を共有した医療事業体の存在が不可欠

発想の転換②

統合・再編・ネットワーク化の目的は縮小均衡ではなく拡充

<医療施設単位の発想に束縛された日本の政府・自治体>

- 日本では自治体病院をはじめとする公立・公的病院を改革するにあたり、財政難を理由とした地域医療提供体制の縮小均衡が不可避であるかのようなキャンペーンが行われている。
- 病院が診療所になることを医療後退と誤解する議会、自治体長。

- \* 国民が求めているのは医療の縮小均衡ではなく拡充
- \* 医療へのアクセスが今より向上する改革案を提示せねばならない

IHN構築により広域医療圏単位で重複・過剰投資をゼロにすれば、浮いた財源で多数のサテライト施設を建設し、地域医療の拡充を地域住民に実感してもらうことが可能。

注)病院を入院に特化させ、外来をサテライト施設にするだけで多額の財源が浮く

公立病院改革ガイドライン

- 背景
  - 公立病院経営悪化
  - 自体財政悪化
- 公立病院改革プラン
  - 2007年総務省の懇談会スタート
  - 2008年プラン作成
- 公立病院改革プランの3つの柱
  - ①経営効率化
    - ・ 3年程度(2010年ごろまで)
  - ②再編・ネットワーク化
    - ・ 5年程度(2012年ごろまで)
  - ③経営形態の見直し
    - ・ 5年程度(2012年ごろまで)

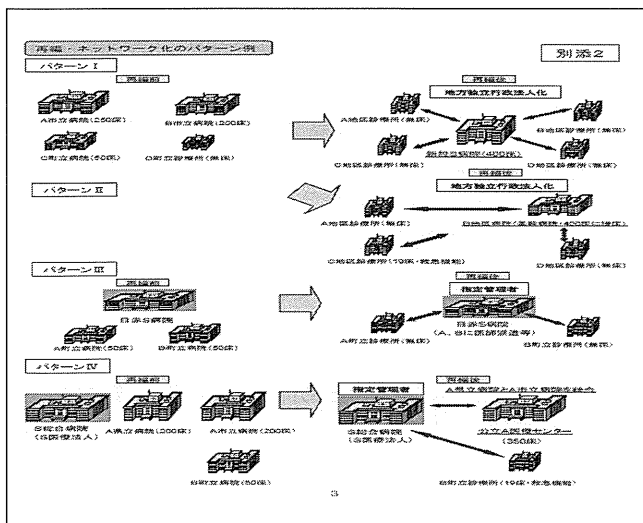
①経営の効率化

- 経営指標に係る数値目標を設定
  - 1) 財務の改善関係(経常収支比率、職員給与費比率、病床利用率など)
  - 2) 公立病院として提供すべき医療機能の確保など
- 一般会計からの所定の繰出後、「経常黒字」が達成される水準を目標
  - (地域に民間病院が立地している場合、「民間病院並の効率性」達成を目標)
  - 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

②再編・ネットワーク化

- 都道府県は、再編・ネットワーク化に医療計画の改定と整合を確保しつつ、主体的に参画
- 二次医療圏等の単位での経営主体の統合を推進
- 医師派遣拠点機能整備推進。病院間の機能重複を避け、統合・再編含め検討

水平統合をめざして



③経営形態の見直し

- 人事・予算等に係る実質的権限、結果への評価・責任を経営責任者に一体化
- 選択肢として、地方公営企業法全部適用、地方独立行政法人化、指定管理者制度、民間譲渡を提示
- 診療所化や老健施設、高齢者住宅事業等への転換なども含め、幅広く見直し

参照：公立病院事業の主な経営形態

	地方公営企業法 全部適用	独立行政法人 非公務員型	指定管理者制度
開設者	地方公共団体	地方独立行政法人	地方公共団体
事業責任者	病院事業管理者	法人の長(理事長)	受託事業者(公益法人、医療法人等)
病院の位置づけ	都道府県が設置する地方公営企業	都道府県が設置する地方独立行政法人	公設民営
職員の身分	地方公務員	民間職員と同様	受託者の職員(民間職員)となる
経営	管理者の権限と責任において経営を行う	設立団体の長(知事)が中期目標を設定する	受託契約の範囲内で受託者が事業を実施する

## 公立病院再編事例

経営形態見直しと  
再編ネットワーク化

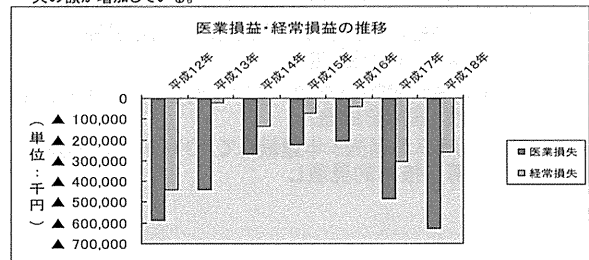
### 事例：指定管理者 富山県氷見市民病院 ～医科大学附属病院としての再生～

- ・ 金沢医科大学付属病院を指定管理者として、公設民営で2008年4月1日から再スタート。数値目標として財政健全化達成
- ◆ 医科大学が公立病院の指定管理者になるのは全国でもめずらしい⇒公立病院の経営モデルに
- ・ 「聖域」無き改革に挑戦し効率的な運営体質がつけられた。
- ・ 分限免職・本庁と一体で委員会報告を忠実に実行した。
- ・ 氷見堂故市長は最後までぶれなかった。

長隆氏資料より

### 事例：氷見市民病院 改革前収支

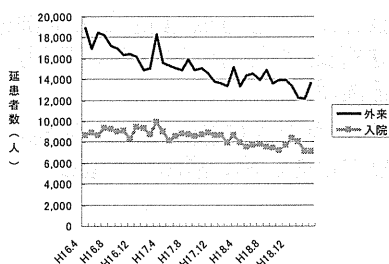
医業損益は平成16年度までは改善していたものの、平成17年度から悪化へ転じ、18年度には医業損失が6億円を超える予測であった。  
経常損益も平成16年度までは概ね低位で推移していたものの、平成17年度から損失の額が増加している。



### 事例：氷見市民病院 改革前患者数

医師不足問題が表面化するずっと以前から、患者離れは進んでおり、これは自治体病院の全国的な傾向となっている。近隣の高岡市に患者は流れていた。

過去3か年の患者数の推移



161

### 事例 金沢医科大学を指定管理者として付属病院化した

- ・ 現在、金沢医科大学氷見市民病院として指定管理者制度のもとに経営を行っている
- ・ 医師、大学が経営している強みを活かし、充足している。臨床研修医とのマッチング率100%
- ・ 看護師支援の施策を行っている。

経営改革そのものは難儀しながらも成功した。  
⇒ 良い経営を継続するためには、改革後も「魅力のある病院づくり」というフォローが必要

162

平成23年9月1日 新病院建築移転  
建設費 約50億円という賢明な選択



109

2025年へのロードマップ  
～医療計画と医療連携最前線～

- 武藤正樹著
- 医学通信社
- A5判 220頁、2600円
- 地域包括ケア、医療計画、診療報酬改定と連携、2025年へ向けての医療・介護トピックスetc
- 4月発刊



日野原先生にもお読みいただいています。

まとめと提言

- 岩手県もこれから人口激減・高齢者激増社会を迎える
- まず医療圏見直しを次回医療計画へむけて考慮すべき、そして広域で地域医療再編・統合の道を模索すべき
- 非営利性を厳格化した地域統合モデルのIHNIに注目が集まっている
- 大学・自治体病院を中核としたIHNモデルは岩手において可能だろうか？

ご清聴ありがとうございました



フェイスブックで「お友達募集」をしています

国際医療福祉大学クリニック <http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>  
で月・木外来をしています。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイト  
に公開しております。ご覧ください。

武藤正樹 検索 クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで  
[gt2m-mtu@asahi-net.or.jp](mailto:gt2m-mtu@asahi-net.or.jp)



IV. 持続可能な広域医療情報連携ネットワークシステム  
の構築に関する研究  
第2回班会議

平成26年10月7日(火)

ホテルメトロポリタン盛岡 ニューウィング

持続可能な広域医療情報連携ネットワークシステム  
の構築に関する研究  
第2回班会議

平成26年10月7日(火)

ホテルメトロポリタン盛岡 ニューウィング

# 目次

## 開会挨拶

### 特別講演 1

「気仙医療連携システムの構築に向けた取り組みと課題」

岩手県立大船渡病院院長 伊藤達朗氏

気仙の現状と将来

未来かなえ協議会発足

ICT 推進作業部会

構想と課題

質疑応答

### 特別講演 2

「人口減少社会に向かう日本の医療福祉の現状と将来予測ー特に岩手県に焦点を当ててー」

国際医療福祉大学大学院 教授 高橋泰氏

どのような視点を持って、今後の日本社会の変化に対処すべきか

日本の医療福祉の現状と将来予測

国や自治体は何をすべきか

病院や施設として、今後どうすべきか

個人として、今後どうすべきか

質疑応答

平成 26 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：持続可能な広域医療情報連携ネットワークシステムの構築に関する研究  
（課題番号：H 26-医療-指定-036）

第 2 回班会議 講演会録

日時：平成 26 年 10 月 7 日（火）18：30—20：40  
場所：ホテルメトロポリタン盛岡 ニューウィング  
出席：小川、岩動、佐藤、藤野、高橋、伊藤、湊、田中、小山、（敬称略）その他

開会の挨拶

小川

この研究は、発災の年の 8 月に岩手県の基本計画ができて、その中に医療関係で、われわれの主張が取り入れられまして、包括ケアと地域連携の中で遠隔医療を使って岩手県の医療をやろうということで、発災後ちょうど 1 年目に厚生労働科学研究費補助金としてスタートしたわけでございますので、今年からまた新たに指定されまして、厚生労働省の評価は非常に高く、是非続けなさいということで、こういう形で続くことになっております。

1 期目にお話し、いろいろ試行させていただきました今現在なお、陸前高田診療所から大学の医局へ遠隔医療で皮膚科診療をやるということで試行して、安全性の検証をしてきましたけれども、これもそろそろいつまでも試行ではないだろうということで、今度は本格実施という方向に進めたいと考えております。したがって、今年、これから来年にかけて県と協力して、実際の医療としての遠隔医療を被災地とやっていこうというところでございます。岩手県は非常に広い県土を持っておりますので、南北約 200 キロ、東西 120 キロございますから、四国 4 県に匹敵する広さを持っていて、なかなか、過疎地でございますからお医者さんが足りないという中で医師を派遣しても患者さんがたくさん待っているという状況の中で、岩手県の一つの過疎地医療の、広域医療の一つの原点として立ち上げたいというところでございます。

今日は、伊藤院長に来ていただきましたし、メインイベントとして国際医療福祉大学大学院の高橋先生にご講演をいただきたいと思っております。

また、今日ご出席いただいております多くの方々のご支援に助けられてこの研究班は成り立っておりますので、今後ともこの研究班にご口授賜りますことをお願い申し上げまして、開会にあたってのご挨拶といたします。

岩動

それでは特別講演を始めさせていただきます。

伊藤達朗先生は、1981 年ですから昭和 56 年に自治医科大学をご卒業になられまして、同年から県立宮古病院、久慈病院、それから磐井病院、千厩病院と、県立病院にお勤めになりまして、2012 年から県立大船渡病院の院長をしておられます。その間、2010 年には岩手医科大学の臨床教授になられております。日本外科学会認定医、専門医、指導医、数々の要職に務めていらっしゃるしまして、麻酔科の標榜医にもなられています。その他、ICD、Infection Control Doctor とか、それから日本医療メディーター協会認定、等いろんな役職を務めていらっしゃるしまして、現在、岩手県立病院の学会長でいらっしゃいます。先生どうぞよろしく願いいたします。

『気仙医療連携システムの構築に向けた

取り組みと課題』

岩手県立大船渡病院 院長

伊藤 達朗 先生

岩手県では気仙というのは非常に難しい地域だということで有名で、なかなか医療が進まないというようなことがあります。今回は気仙の現状と将来がどうなるかということで、高橋泰先生に以前に会う機会がありまして、いろいろと説明を受けたこともありまして、その辺のお話もしたいと思っております。それから、二市一町で未来かなえ協議会というのが発足いたしまして、その中で ICT の推進作業部会で

私が座長をしているというところで、今後どういう構想があるのか、課題ということでお話ししたいと思います。

まず、二市一町の広域連合というのが出来てたんですね。なかなかそれが上手くいってないんです。みなさんご存じのとおり、二市では今回の津波でだいたい2千人以上の方が亡くなっているというような状況です。そして、気仙地域ではだいたい今のところ、6千人くらい人口が減ってしまった。実は、それは市で発表しているもので、実際にはもう少し6千人から8千人くらいの方がもういないんじゃないかと言われています。非常に激減しています。私が行ってから3年になりますけれども、それでも1,500人減っていますので、今のところは二市一町を含めて、7万人いたところがだいたい65千人くらいまで減っているというような状況です。

それで、気仙地域での医療の完結率はどうかといいますと、だいたい入院は72%、これは県の発表です。県以外に行っている人は入ってないんですね。外来は、92%は気仙地域で完結されているということですけれども。入院を、みてみますと、がんに関しては70%で、だいたい1/4は盛岡で治療を受けている。脳卒中に関しては50%です。これは何かと言いますと、初期治療は受けるんですけれども、結局はリハビリテーションの機能が劣っているということがありまして、それで盛岡に行ったり、隣の釜石に行っていたりします。それから、それ以降の暮らしの部分で、釜石に依存するところが多いというような分析です。それから、心疾患、糖尿病、精神疾患については以下のとおりです。

それで、気仙の医療と介護の状況ということで、だいたい医療資源というのは盛岡に集中してまして、県の中で勤務医はだいたい4%、看護師も4%です。それから療法士、リハビリですけれども、2%しかいないので、これは圏域の二次医療圏の中で最低です。それから2035年、だいたい総医療需要では13%減少して、介護需要では10%くらい増加するか、まあこれは35年ですけれども。それから、現在のところ、療養病床とか回復期病床は、全国平均を当然下回っていますし、75歳でベッドでは全国

平均の2/3以下。それから、介護施設、特養などは平均を下回っていますし、高齢者の住宅、有料老人ホーム、グループホーム数は県内最低ということで、介護の面でも非常に遅れています。そして、これはつい最近、県で中間報告として出たものですが、ちょうどここが二市一町になるんですけれども、2040年には30、40%から50%近く、それぞれの二市一町で人口が減るといふふうに言われております。それを察してみると、これは2010年を基準にしているんですけれども、震災前の年ですけれども、これに震災の因子が加わるともう少し人口は減ってくるだろうというふうに考えています。2040年には約4万人くらいです。これで65歳以上、75歳以上というのはほぼ水平ですけれども、だんだん下がってくる、年寄りも下がってくるということで、それが結局は就労者、介護者の減少ということになってきます。そして、どうしたらいいかというと、やはりこういう場合には健康寿命の延長というのが大切です。65歳で高齢者ということではないので、高齢者の活用、または少子化対策が必要。これは二市一町で、今のところ考えているようなことです。

そして、では実際に外来患者数の変化予測ですが、これはDPCからとったもので、伏見先生のデータを分析してみますと、外来はどんどん減っていく、それから入院も多少、入院は後でも出ますけれども。外来の中では悪性腫瘍とか減ってくるんですけれども、脳血管とか虚血性心疾患に関しては5%程度ですけれども、疾患によっては増えるところもあるけれども、おおかた外来はどんどん減っていくだろうということです。それから入院ですけれども、2020年ごろ増えているような感じはありますけれども、これはもしかしたら病院の努力と言いますか、今ちょっと患者さんが減っているような状況です。ここは震災の影響とかを考えるとそれほど増えないんじゃないかなという気がしています。疾患によっては入院が増えていくものもあるんですけれども、ほとんどがご覧のとおり、まず、これ以上増えないような状況であると私は判断しています。

高橋先生のデータですけれども、“岩手県における2010年から2040年の医療・介護需要の増減”と