

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、本校が栃木の太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で、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で、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います。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事です。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もあります。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月頃からですが、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るとか、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が、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。医者の方の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度はすごいです。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れども。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れども、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%の減少ですけれども、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%、全体では増加しませんが、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が、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もあります。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います。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れども、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れども。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、交通網だとか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れども、二次医療圏は現在349ありまして、岩手県の場合は9つありますけれども。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。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えば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けれども、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、そういうことでもあります。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、そういうことでもあります。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ンソ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るんですけども、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、全利益を地域に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る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ょっと違います。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けども、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

る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。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るべきだと思います。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つ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（岩手県立宮古病院）

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する、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いるような病院があつ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よ。だから、それもあるのでやはり、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ない。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ことです。

小川

昨年、私はピッツバーグに行つてまいりまして、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。今までは診療報酬によって医療の政策誘導をしてたと。それがまず、あまりうまくいかない部分があったと。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れども、いろいろな検討の中にいるわけですけれども、やはり地域から医療圏の問題、9 つあるわけですけれども、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れども。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と。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ったところに使われる、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ようになってきた場合に、先ほど隣同士がくっつくという感覚ではないと思うんですけれども、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も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があります。

武藤

ただ、この新たな基金は消費税財源を導入して行くんですけれども、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し、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。

Ⅲ. 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

2. 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

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すので、今年からまた新たに指定されて、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みましたけれども、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というところがございます。岩手県は非常に広い県土を持っていますので、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がございます。

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エーター協会認定、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あるので、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います。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%しかないなので、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つて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、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ので、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

いうことですが、気仙医療圏を考えてみますと、75歳以上の医療需要が少し増えるかなという程度で、後は全部マイナスというような状況です。ですから、ある意味、隣の釜石も宮古も、この3つの辺りが上手く撤退していかなくちゃいけないのかなという感じを思っているんです。それで今回、厚労省が地域包括ケアということで、システムを作るということでこういう形でやっていきましょう、ということですが、簡単に分けると医療と、それから介護と、それからその中に住まいがあって、介護までいかない人は生活支援とか介護予防を全体的にやりましょうということですが。

実際に、では気仙でそういうような地域包括ケアを組み立てられていくのか、ということをお考えですと課題が出てくるわけです。一番大きいのは、市民と県立病院、医師会とも非常に関係が薄かったということがあります。それから当然、住宅事情が非常に悪いです。まだ仮設で住んでいる人が何千人というわけですから。それから介護者が少ないですし、高齢化がどんどん進んでいて、30%を超えているわけです。あとは若者の流出ということがあります。それから、住んでいる方々の、医療とか介護、地域包括ケアなんてとてもじゃないですけど、知識が非常に少ないような状況で、行政も医療側も発信していかなかったということがあると思います。あとは、当院は急性期病院ですので、退院先の施設が非常に少ない、限られてしまうという状況があります。それからまた、在宅を担う医師も少ない、ということで、開業医の先生方も含めて医師不足です。今回の震災、津波で廃業された先生、亡くなられた先生もありますので、それで実際増えていないんです。それで高齢化が進んでいるということもあります。あと先ほどのデータでお示ししたとおり、介護・福祉施設が少ない。それから、そこで働くような看護師とか、療法士、介護士などが非常に少ない、というような状況であります。マイナス因子が非常に強いということです。

それで、“医療の流れに対して先手を打つ”ということで、丸山先生と、プライマリ・ケア学会の会長さんですが、どうかと言うと、やはり“細

分化から統合”ということがあります。それから、“業態の変化”。これは、病院を中心に考えられているので、上の方は例えば、総合診療みたいなものということも考えているかもしれないですし、業態の変化というのは病院の中の機能を変えなくちゃいけない。それから、あと“ダウンサイジング”です。これは非常に大切な部分かなあというふうに思っています。当院のようなところでは、機能は残しながら側だけ少しコンパクトにまとめていかなくてはいけないかなと考えています。

そこで、“これからの気仙の医療・介護の方向性”を考えたらどうか、ということですが。地域の社会環境、生活環境を一刻も早く改善したいというところがあります。やはり、街づくりで仮設住宅から復興住宅、それから生業を整えなくちゃいけないかなあと思っています。そして初めて、出産、子育てができるわけですから。それから、急性期病院から家庭復帰への環境整備ということです。うちの病院もこのままではいけないということで、ある意味、業態を変えるというところで、地域包括ケア病棟、これを12月から始めようと思って、今準備しているところで、データ取りをしているところです。それから、慢性期の病床であるとか在宅医療の整備ということで、ここは開業医の先生たちと頑張って、在宅医療を整備し始めたところです。あとは、適正な病床というのを考えていかなくてはならないかなあと思っています。それから、当地域で一番少ないリハビリ機能ですが、これをどうにか地域包括ケア病棟を含めて、少し構築していきたいかなと考えています。あとは、介護施設の整備・充実ということで、施設はそれなりに整い始めたんですけども、やはり介護の従事者の確保というのが非常に沿岸では難しいということがあります。それから、施設での看取りとか、在宅医療の確保ということで、介護者の育成ということで、このGPというのはジェネラルパートナー養成という、後で出て来ますけれども、これは気仙の未来かなえ協議会のICT以外のもう一つの事業として考えているところです。今いる人たちで、介護できる人たちを協力して作っていかうという考え方がですけども。あと在宅での看取りを推

進しようということがあります。あとは、ここは大切なところで、医療・介護者・市民・自治体の意識改革が必要であるということです。やはりそういうところで、みんなで一緒にやっという考え方がなければいけないということで、地域チーム医療・介護・福祉との連携強化になると、この前確か、マネジメント学会の岩手県支部会が出たんですが、IPWという言葉があつて、Interprofessional Work ということでそういうものを推進していかななくてはいいかなと。もう一つは、地域医療ネットワークの構築、ICTを活用する。そして、市民への情報発信。実際にわれわれが協働・変革・対話として、IPW・ICTという形で気仙の医療・介護を整える。そして、こんなふうになればいいのかな、ということで、これは厚労省の一つのデータとして紹介されたものです。そこで、今言ったような、“多職種協働による実践”ということが必要になってくるわけです。どこに入っている人たちでやるかとか、この辺のところはマッサージ師から針灸から、とにかく全部入ってますけれども。いずれにしても、多職種の協働による実践、IPW でやっしていかななくてはいいだろうということです。ところが、これが非常に、気仙ではいろんな団体の関係性が希薄だったために難しいんじゃないかというふうに言われてきました。

そして、未来かなえ協議会というのが発足しました。これは”かなえ”ですね。この3つの足で立つということで、二市一町という意味もあるんですけども、三師会であるとか行政と市民と、それから医療・介護の施設、団体というようなことで3つで支えていきたいと思いますという意味で、未来かなえ協議会が発足したということで、その辺のお話をしたいと思います。

労働力というのは、頭数×能力×生産性と言われてるもので、介護力が少ないと先ほどお話しましたけれども、どういふふうにそういうことを考えたらいいかということなんですけれども。それじゃ、いる人たちでやっしていかななくてはならないかなということで、中高年層、これは高齢者と言われる人も入っているわけです。若い人は少ないです。そし

て、子育てを終了した人たち。それから、能力ですが、介護の専門性の向上とか、そういうことを考えればいいかなということです。それから、生産性を高めるためにはICT、ロボットは無理ですから、そういうところを考えていこうということです。

実際には、震災の次の年ですけれども、もともと民主党時代に、気仙の二市一町で環境未来都市構想で、内閣府から指定を受けて、そこで将来のことを考えなさいということで予算が下りたんです。そして2012年に、気仙広域環境未来都市医療・介護・保健・福祉連携協議会というのが出来たんです。これがもともとで2012年です。それが1年で予算が切れてしまったんです。自民党になったためにということで。そこでどうしようかということで、その会は解散というわけではないので、二市一町から予算をいただいたのと、もう一つは復興庁の「新しい東北」の先導モデル事業に採択されて予算ができて、その中でこの協議会を基盤としてICTによる連携システムの構築を目指す。それから、行政側に対しては、規制緩和をして医療職とか介護職の定着を図る方法はないかというような事業を始めたんです。それが1年で終わらして、そしてもう一つ予算がなくなったということで、また復興庁に出したんですけどもこれは採用されず、二市一町からかなりのお金を出してもらってこの事業を継続したということがあります。そして、2014年になってから、『未来かなえ協議会』に変更しようということと、あとは助っ人コロニーとかあるんですけども、これは被災地に、例えば理学療法士であるとか、ああいう人たちを全国からどこかへ呼んで、そこで誘致をしてそういう人たちを増やしようということです。あとは、3番目は気仙ジェネラルパートナー（GP）養成事業ですが、今いる人たちにいろんなことを教えて、そういう養成をして上手く介護できるような形にしようかな、という事業を始めようということです。そしてあとは、今回のICTによる連携システムの構築です。というようなことで、実際に今生きているのは③と④の事業ということになります。

岩手医大と大船渡病院間では今、小児科を中心にやっていますし、高田、住田、大船渡、県病院の施設ですけれども、これに関しては既にあるシステムで取り組んでいます。

次が、われわれが考えている未来かなえネットです。連携構想としてはこういう形です。ここは医療だけのシステムですけれども、医療と介護のところでやっていきたいところです。実際には、整形外科、リハビリの分類でいくと、疾病があつて、障がいがあつて、生活に戻るといふことを考えると、これは高度急性期機能というのと急性期機能、回復期、長期療養期になるわけですけれども、大学附属病院があつて、大船渡病院という形で、実はここの大船渡病院を2つ書いてありますけれども、両方の機能を持たなくてはいけないということです。それから、高田病院に関しては、亜急性期、もしくは回復期から維持期、慢性期も持たなくてはいけないというように形で分けると、非常にわかりやすいです。この部分はまず、これでつながってこれがもう少しどんどん発展していけばいいんだということです。それから、この部分も医療だけの部分では既に出来ています。そして、私たちが考えているところは、この生活の部分とその医療を結ぶ部分がこれから考えていくところです。

これはみなさんご存じのとおり、「いわて医療情報連携・遠隔医療システム」の構想ということで、リポジトリを用いた患者紹介などが実際に小児科を中心にやられているわけです。こんなふうにして、大船渡病院と岩手医大の検査データが一瞬時に出てきたり、お互いに写真を見ながらカンファレンスをしたり、場合によっては患者さんが直々に大学の先生とお話しできるという仕組みです。気仙医療圏の県立病院のところでは、おたすけネットというのを作ったわけなんですけれども、これは大船渡病院と高田病院と住田診療センターの3つをつないで医療情報のやりとりをしているということです。例えば、住田地域診療センターでは内視鏡をやっていないんです。昔であれば、紹介状を書いて大船渡病院に行つて、そして検査日を決めてもらつてまた行つて検査をして、また、3回行つてようやく検査結果を

聞くという状況だったんですけれども、今のところは住田診療センターで検査予約をして、検査だけを大船渡病院でして、あとは住田診療センターで検査結果の報告、その他を全部聞けるというような状況がありますし、当院は救命救急センターを持ってますから、ほとんどの土日夜の患者さんは救急は全部高田病院の患者さんであろうと当院に集まることが多い、ということで、高田病院で、昨日大船渡病院を受診した患者さんのCTをみるということも簡単にできるわけで、非常に上手くいっている状況です。

協議会は、実は問題がありまして、内閣府の予算が下りた時から総合コンサルタントというのがあります。何が重要かと言いますと、公の事業をやっているんで、実際にはICTに関してあまり知識がない人がついたことなんです。人員が何度も変わつて、一貫性もなかったんです。それで、2年で実質的な成果とかプロダクトがなかったんです。お金はいっぱい使っています。そして、もう一つはそういう会がありますけれども、職種別の代表者による協議でいろんなことを決めていったわけなんですけれども、実務担当者の参加が少なかったために温度差が非常に激しかったということがあります。それから、行政も二市一町集まっていますから、そういうものに関して不信感を抱いたということがあるので、これではいけないということになりました。それで今年度の協議会の動きとしましては、まずは三市町、二市一町の首長さんとの意見交換会を開催いたしました。いろいろ話をして、ではこのまま続けるということになりました。それから、総合コンサルタントの切り離しをしました。ここは別にやりましょう、ということになりました。それから、組織ですが、実際にICTのところでは本当にこれが地域の人たち、実際にそれを使う人たちが参加してやらなくちゃいけないんじゃないかなということで、多職種連合ですけれどもIPWを目指すということで、ICTの推進作業部会というのを作りました。その座長を私がしているわけですけれども、これは実務者レベルの作業部会で、三師会、介護、訪看、病院、行政、それから保健所も入っていますし、もう一つは

介護と言っても介護施設の事務局長さんであるとか、そういうような人たちも含めて話しましょうということで、多職種ワークショップ形式でプロダクトを発表するという形にしました。そういうプロダクトをもとに、ICTの構想を練っていきましょうということです。もう一つは、そういう実際に働く人たち、将来的に利用者になる人たちがICTの知識が非常に少ないというのがわかってましたので、そういうものを身につけるとい意味もありました。もう一つは、職種間の連携強化ということを考えて、こういう会を作ることになりました。

ICTの作業部会ということで、第1回の作業部会でどんなことをやっていたかと言うと、気仙地域におけるICTによる地域医療連携システムと題して、話題提供で私がしましたけれども、今日のようなお話、それから地域包括ケア、問題点などをお話しました。ワークショップ形式では4グループに分けました。それぞれバラバラで、毎回メンバーが変わるといふうにしました。最初は、一つ目は地域の連携がうまくいかない原因ということいろいろ出ていました。3市町が不仲であるとか、マンパワー不足だからではないかとか。情報連携ツールが別々、病院と施設の意識とか認識が違うとか、いろんなこと、情報発信がバラバラというような話も出ていました。2回目は、今度は“保健、医療、介護分野におけるこれから必要な連携システム”です。これは厚労省でペーパーを出してましたのでその説明となりました。あとは、“個人情報保護”ということで、この点についても20分程度のお話をして、そして“ICTによるどのような連携を考えるか、望むか”ということで、いろんな話が出たんですけれども、即時性とか正確性とか、データの安全保存、セキュリティの確保、市民の理解とか医療費を削減できないのかとか、あとは実際にどんなのか、ということで、これはただ羅列していますが、やはり職種ごとに違ってきているんです。そういうお話でした。3回目は、大手ベンダー1社ですけれども、稼働している連携システムを説明してもらって、この頃になると大体どういうものかわかってきますので、そういうお話をさせていただいて、ワークショッ

プ形式で各グループ2名、そしてSEも参加してもらいました。バラバラになります。そして、今回は“地域医療連携システムに関する疑問、ICTの用語の疑問”としました。いろんな話が出て、答えられるものはSEが答えてましたけれども、実際にキーになる用語などわからない人もいたということです。パスワードですけれども。そういうスタッフが使わなくちゃいけないということで、これはワークショップでこういう話し合いでやったからそういうことが出たんですけれども、手挙げ方式の話だとそういう話は出てこなかったのかなあと思っています。ということで良かったです。あとは、“ICTによる連携システムのメリットについて”ということで、業務改善とか情報の正確性などの視点を入れたらどうかということ等、ご覧のような話が出てきました。4回目は、今日は佐藤先生が来てますけれども、“みやこサーモンケアネットの稼働報告”ということで、豊島先生に来てもらって、実際に宮古で動いているものをお話していただいて、これもバズセッションという形でやっていただいて、ランニングコスト、イニシャルコスト、初期入力作業はどうしてるかとか、アップローダーはどうしてるのかとか双方向性についての話とか、歯科の利用状況がどうかとか、非常に作業部会としてレベルが上がってきました。こういう会が続き、話が出来るようになってきました。それから5回目は、つい最近やった“サブシステムの検討”ということで、大学のシステムはどうか、現在稼働しているシステムの紹介ということで、ベンダー2社に来ていただきました。そして、“在宅システムの紹介についての感想と質問”ということで、例えばバイタルサインの入力はどのシステムが使えるのかとか、ランニングコストとか、やはりお金のことです。そして、作業効率が上がって残業が減ったという報告があったが本当かという話が出ました。あとは実務者共通の課題としては、手間を減らしたい、簡単にしたいという話がありました。

それ以外に、例えばこれは3月31日に厚労省から出たんですけれども、“健康・医療・介護分野におけるICT化の推進について”というものです。い

わゆる川上から川下までの提供者間のネットワーク化が必要不可欠であること、あとはICTを活用してレセプト等情報を分析する、と書いてあります。そのペーパーの中で紹介されているのが、あじさいネットと岐阜県内のネットワーク、それから尾道の地域医療連携モデル、宮古市のネットワークです。これはレセプトデータを活用して、診療所の情報も含めた共有を行うものということです。レセコンからアップロードしたデータを共有しています。ミニマムデータも共有を行うものを書いてありますけれども、こういうことで紹介されています。そして、その課題として挙げられているのが、持続可能性、相互利用性、双方向の情報連携、あとは個人による利活用を進めていくという4つです。その通りだと思いました。そして、これから5つの取り組みとして、標準モデルを確立したいということで、その中には相互運用性とか持続可能性、そして最低限の情報項目が標準的な形式で共有されるべきだと言っています。それから、在宅・介護を含めた標準規格の策定ということですが、情報項目の標準化、標準規格の策定がありますし、遠隔医療の推進も出ています。

もう一つ、先月“地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針”ということで5つの方向が挙げられています。その基本的な方向性の中で、ICTの活用というのがありました。長いのでそこをまとめますと、まずは、個人情報保護に十分に配慮しなさいということ、それから標準的な規格に基づいた相互運用性の確保。そして将来の拡張性を考慮する、コスト軽減に努める、持続可能なものとして進めていくこと、得られるデータを踏まえた施策の立案、というようなことが記載されています。

こういうことも考えて、二市一町の人たちとかいろいろ三者で話し合いまして、構想と課題を挙げました。今までのワーキンググループで出た話と、こういうような厚労省の方向性を考えてどんなことをしたらいいのかということですが、やはり、われわれは医療だけではなく介護も含めたネットワークですから、どうしたらいいかということですが、

一つはデータベース化と保存ということです。震災時の対応と苦い経験がありますので、それは必要だろうと思います。それから、地域包括ケアを目指すのですから、情報共有が必要であるということです。それからもう一つは、地域包括ケアというと、どうしてもお年寄りということになってしまうんですけども非常に少ない人種と言いますか、子どもと就労者が大切なわけです、実際は。だからそういう人たちを守るための、健康を支援するシステムが必要じゃないかという話が出ました。それが、“市民の幸せ、利益が目的”ということですけども、心のかような連携が必要だろう、ICTはIPWの道具の一つだという認識にしましょう、ICTありきではないよということです。もう一つ出たのは、やはり利用者にもちゃんとしたメリットがないといけないだろう、ということです。そこで、療養場所による情報の変化というのがあるのではないかということです。急性期病院から在宅・施設ということになると、実際は医療から介護までケアが全部あるんですけども、これがグラデーショナルにあるわけではないということです。疾病・治療の情報というのは、急性期病院からだんだん在宅・施設にかければ少なくなっていくのではないかということです。リハとか日常の運動、食事とか栄養というのは共通しているかもしれない。ただ、生活とか社会の情報というのは急性期病院では少なくて済むだろうということです。そして、在宅・施設の方では情報は大切だろうと考えてます。これは治療の場から生活の場、言葉を変えればそういうことです。そういうところの情報の変化ということはあるので、そういうことも考えてやらないと、なんでも全部欲しいということになってしまうと大変になるだろうということで最低限度を考えました。もう一つは、治療の場というのはデジタル化が進んでいます。ところが、生活の場のデジタル化というのは、介護とかそういうところは始まったばかりではないのかなということがあります。非常にそのへんのところで、つながりが難しいだろうという話が出ました。そして、基本的な構想として、うちの協議会は、医師会先導でいってるわけですが、医師会というのは双方向性じゃ

ないとやらないと言っています。最低限度、それがないとだめだということです。そして、電子カルテありきではだめだと、既存のデータを利用してアップロードできるようにすればいいのではないかとということです。それも、最低限度の情報ということがあります。それから、連携利用者の負担軽減を考えると。あとは拡張性の確保ですけれども、プラットフォーム化してサブシステムと連結可能なもの。あとは医療圏を越えた連携をどうするか。結局、患者さんとか市民の人たちは気仙医療圏を越えて、先ほどもお示ししたとおり、外にも出ているわけですからそれをバラバラにつくってどうするのか、という話が出ていました。それを可能にしていかなくはないだろうということです。あと連携範囲はこんな感じでしましょう、と。これも、お金によってはどこまでか決めなくてはいけないうこと、ということです。それから、持続可能性として運営組織の確立ということで、自立しようということで法人化ということを考えてます。そして、資金調達、利益の確保で商売してもいいじゃないかという考え方もあります。そういう形でやっていかないとはいけなかなと思います。やはり、低コストで入れる、低コストで運用することを考えています。しかし、課題としてはやはり、資金調達の問題がありますし、こういう構想に沿った設計はどこまでできるのかという不安があります。段階的に、計画的に導入していくのかな、と。そして、運営母体は法人化、自立運営で利益確保は可能なのか。それから、参加者の確保です。地域の人たち、施設の人たちとか、そういうところから参加意義とメリットを明確にした方がいいだろうということと、あとは日医総研のペーパー等いろんなところに出ているんですけども、歯科や介護との連携が上手くいってないことが多い、ということです。特に、歯科の参加が少なかったです。宮古もそうですけれども。やはり、連携内容の検討とか現状分析をしてみたらどうかという話が出ました。それからもう一つは、先ほどお話しした就労者とか実際に働いてる人とか、小児への活用法というのはどう考えたらいいのかなと。それから二次医療圏を越えた連携というのはどうなの

かと。県全体ではどう考えたら、というのはちょっとわかりませんけれども。それから、政策への利用は可能性があるのか、というような課題が持ち上がっていました。“人生と医療情報システムとのかかわり”ということですから、生まれた時から、われわれは周産期システムであるとか、死ぬときには包括ケアで、今考えているようなシステムも考えられているわけですから、実際、ここに働いている人たちが ICT を利用して、もう少し何か疾病管理とかできればいいのかなと思っています。

岩動

非常に広範ないろいろな内容を含んだご講演になっていました。

佐藤（岩手県立宮古病院 院長）

未来かなえ協議会というのは、入っている施設から手挙げ方式というか、入っていない施設ももしかしたらあるのでしょうか。気仙地域であればすべて入っているのでしょうか。

伊藤

実際のところ、入っていないところもあります。ただ、中心が二市一町でやるというのが基本ですので、二市一町のこちらが働きかけて、みんな参加してくださいよ、と話はしていますが二の足を踏んでいる人たちもいます。

佐藤

事務局は医師会にあるのですか。

伊藤

今は医師会ではないです。間借りしているのは大船渡市の一か所のところです。そして、その事務局長は大船渡市で雇ってくれまして、そういう形で成り立っています。

佐藤

やはり、できるだけたくさん入ってほしいですね。サーモンケアネットでも入っていない医療機関とか施設があつて、一番いいのは、連携が大事なことですけれども、その辺はどうなのかなと思ひ、お聞きしました。ありがとうございました。

伊藤

ベンダーの方がいっぱい入っているんですけども、実際、いろんなレセコンでもなんでも、つな

ぐのはいいですけども、その都度お金がかかるといふことがありますし、もともと私は厚生労働省、その辺のところ、機器に関しては、例えばSS-MIX2対応型の標準装備にするとか、あとは、ユースがあれば、その都度つなぐ度にお金がどんどん消費されていくと、そうすると、非常に安くできるということと真逆の方向に進んでいる気がするんで、そういうものを安くできるように、同じ技術を持っているのであればそれをまた活用するというふうな形にさせていただきたいなと思っています。

遠藤（岩手県立中部病院 院長）

貴重なご講演をありがとうございます。私も釜石でやったんですけども、最初、コンサルト会社を雇うか雇わないかというあたりでスタートして、かなり高額だったものですから、とりあえず雇わないでやってみようということでスタートしました。2年間やって何も実績がなかった、ということですが法人を立ち上げる計画ですよ。どういった形の法人を立ち上げるのか興味があるのですが。

伊藤

利用か一般法人かということでしょうか。

遠藤

主体がどういうところにあるのかですが。

伊藤

今考えているのでは、NPOだといろいろ出所ところから全部、書類を出さないといけないということで一般法人じゃないかと思えます。

遠藤

それは協議会が中心になるのですか。

伊藤

そうです。

遠藤

面倒だからコンサルに頼むということはないですか。

伊藤

それは頼まないと思えますね。今回、一番最初に失敗したコンサルタントに関係してくるかもしれないですけども。いろんな建設とか復興のために、例えば太陽光発電であるとか、そういうのを含めたいっぱいのところのひとつですね、ICTは。結局そ

ういうところで、遅々として進まなかったということがあるので、堪忍袋の緒が切れたということです。そういう経緯があります。

鎌田（盛岡赤十字病院）

すごく苦勞なさっていることがわかって、医者とは思えないなと感激いたしました。一つお聞きしたかったのは、今、沿岸の介護施設に関わっているんですけども、医療と介護職はすごいギャップなんです。ほとんど彼らは必要としていない、とすら言える状況の中でどうやって、どこから入れれば一番スムーズにいくでしょうか。

伊藤

医療と介護の人たちと一緒に席を同じにして話し合えばいいと思います。われわれが必要とするデータを彼らが持っていることがあります。実はこういう調書類を作ってるんですよとか。例えば、患者さんの日常生活を判断するためには、こういうデータを用意してチェックリストがあって、こういうふうにしてこうなるんですよ、とかというのもわれわれがわからなかったのがあります。当然、彼らが欲しいというのも実際にあるんです。ですから、その部分のデータをどうやったらもらえるのかという話で、結局は相手を知らないと話が出来ないと思えます。ですから、どうしてワーキンググループという形で、しかもワークショップ形式にしたかというところも、そこもあったんです。お互いに分かり合ってくると、これは必要なんですよ、ということが出てきます。そうすると、少しずつ介護の人たちも医療に対する見方も変わってくるので、私たちはそういうことも含めてこういう形にしたんです。

鎌田

感じるのは介護の現場のものすごい余裕のなさです。そんなことをやってる場合じゃないというくらいのことまで言われる中で、苦勞してやらなきゃいけないところがありまして、参考になりました。ありがとうございました。

伊藤

うちの地域だと、介護の人たちもみんな喜んで、おもしろいと言って来ますよ。

遠藤