



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 1 回班会議 講演会録

日時：平成 26 年 7 月 11 日（金）18：00 - 20：00

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、鈴木、武藤、佐藤、長谷川、伊藤、湊、赤坂、小山、（敬称略）その他

## 開会の挨拶

小川

この研究班も厚生労働科学研究として発災直後からスタートして、平成 26 年度も継続をすることになりました。元来、被災をした岩手県において、広い県土を持ってそして過疎地を背景にしている本県の中で、医師が不足している中、被災地まで片道 3 時間、移動のために 1 日に 6 時間の時間を費やしているということでは、到底岩手県の医療復興は望めないだろう、ということで、県の復興計画の中に ICT、そして遠隔医療を用いた将来像を描いたわけでございます。そういう中で、いまだに十分に遠隔医療のシステムが完成しているわけではございませんで、これをさらに急がせなければならないということでございますけれども、今日は非常に興味のある観点で班会議が開催されます。2025 年に向けまして、地域医療介護総合確保法ということで、医療、介護のブランドデザインの議論が、社会保障制度改革の国民会議の中で議論されてきたわけでありまして。その中で、2025 年と言いますと、今度はさらに過疎が進んでいく、岩手県の中でも当然のことながら医療のニーズがこれからどんどん増えていくということではないわけでございます。その中で本学といたしましては、総合移転整備計画、そして本学創立 120 周年に向けて新病院を今、設計中でありまして、平成 31 年には新病院がスタートするというようなタイムスケジュールになっているわけでございます。そういう中で、岩手県のデータ等々を十分に解析していただいている鈴木

先生、「データから見た地域経営戦略」という、非常に時を得た、これからの岩手医大の医療、あるいは岩手県の医療がどうあるべきかということと人口の問題も含めてお話をいただくことになっておりますし、それから後半では、国際医療福祉大学の武藤先生に、「2025 年へのロードマップ」ということで、国が現在進めている地域医療ビジョン、この内容につきましてお話をいただくわけでございまして、そういう意味ではちょっと遠隔医療と離れるかもしれませんが、非常にその広い視野に立ったお話をおうかがいできるのではないかと考えております。今日のお話をおうかがいして、そしてさらに岩手県の将来の医療ビジョン、これを確実にしていくためにご努力をしていっていただきたい、と考えております。

岩動

特別講演 1、鈴木紀秀先生のご講演を拝聴したいと思います。先生のご略歴を簡単にご紹介申し上げます。有限責任監査法人トーマツのマネージャーでいらっしゃいまして、1995 年の 3 月に千葉大学の大学院教育学研究科の健康教育学専攻を修了いたしました。その後、1995 年に亀田総合病院に入職、関連医療コンサルティング会社においてリアル GPPS の調査研究にあたっていらっしゃいます。2002 年から、情報通信系のコンサルティング会社において、地域活性化健康医療情報システムに関わるコンサルティングに従事していらっしゃいます。2008 年から、千葉大学大学院の看護学研究科看護システム管理専攻特別 GP プログラムの特別講師を 2013 年までしていらっしゃいます。

昨年よりトーマツでパブリックセクター部のヘルスポリシー&ストラテジーのマネージャーをしていらっしゃいます。専門領域は、健康医療情報システム、ヘルスケア領域の産業振興、地域活性化健康医療政策など、多岐にわたっていらっしゃいます。それでは、先生どうぞよろしくお願いいたします。

#### 特別講演1

##### 『データから見た地域経営戦略

～医療を中心に～

##### 有限責任監査法人トーマツ パブリック セクター部 ヘルスポリシー&ストラ テジーマネージャー 鈴木 紀秀 先生

トーマツの鈴木と申します。もともとは教育学部出身であったのですが、健康教育という名前がありましたように、公衆衛生とか予防を学生時代に専攻しておりまして、HIVの予防のpreventionのプログラムを作ったり、そういう勉強をしていました。それから、亀田総合病院に、足かけ関連会社を含めて10年弱くらいおりまして、それから情報通信系のコンサルティング会社に移って、現状に至るといって形になっております。

今日私がお伝えする視点として、現状ですと、コンサルタントという仕事をしておりますので、例えば、自治体様の保健医療計画の策定のお手伝い、国の医療連携を中心としたITの政策が行われておりますので、その支援をさせていただいているというのは、一つのコンサルタントとしての立場と言いますか、目線のところですが。もう一つは、今回お話しするところで、私も地方の病院に従事をしていて、今でもそういう強い思いは持っているのですが。実は医療の、病院の位置づけというのは患者様から見ると、いつでも安心して病院にかかれるというのは非常に重要ですけども、住民ですとか、あるいは医療従事者の立場からすると、病院がちゃんと経営が回っていて、ちゃんとお給料をもらえる、ご飯を食べられる、というのは非常に重要なかなと思っております。そのためにどういふことをしていけばいいのか、ということをして

元々の経験もあるのですが、常に考えているところでもあります。そういった意味で、元の医療従事者ということと、それからコンサルタント、あと当然、住民としての視点というのもございますので、そういう視点から岩手県様の医療の目指す方向性もこういうふうになったらいいのではないかと、ということについてお話をさせていただいて、先生方のご議論の一つの、ディスカッションのポイントとしてお役に立ていただければ幸いです。

本日お伝えしたいことですが、大きく4つほどございます。一つ目が、学長先生からもご指摘がございましたが、人口減少というキーワードでございます。これは岩手県様に限らず、日本全国各地で実は問題になっているところで、避けられない未来、こういう前提があります。それがどういふことで医療にインパクトを与えるか、ということが1点目でございます。次に2点目ですが、人口減少した時に、当然、病院の経営の立場からしますと、患者様が減るわけですので、そういう中でどういふふうに関業を維持して従業員たちを食べさせていくのかということと、もう一つは地方に行きますと、医療機関を取り巻く取引ですとか、当然職員の数が増えますと、そのための生活の産業という、実は地元の生活産業の基盤になっているということは、特に地方ではございますので、そこについてどういふふうを考えるのか、というのが二つ目です。それから三番目ですが、“医療機関にとっての市場の創出”という書き方をさせていただいております。ここは医療機関の世界の中では、いわゆる営業ですとか新規開拓といったような言葉はなかなかなじみにくいところですが、企業として見た場合には新しい患者様をいかに発掘するのか、新しいサービスをどうやって作っていくのか、というのは非常に重要な視点かなと思っておりますので、どんなことができるんだろうかということをお伝えしたいと思っております。それから、それを踏まえて、今後どういふ医療の姿になるべきなのかという視点を述べさせていただきたいと思っております。

まず一番初めに、ここは先生方ご案内のとおり、県内、医療供給は量・質ともに不足しており、当然、震災の爪あとが残られているというところがございます。

二つ目でございますが、これについては岩手県様の方で保健医療計画ですとか、医療再生計画の中ですでに取り組みを行われているというところが一つあるかなと思います。次に、いわゆる目の前に顕在化している課題ですけれども、今日お伝えしたいポイントは中長期的な課題ということで、人口減少ということが騒がれているのですが、そうするとどうなるのかということです。これは一般的にあります、シミュレーションツールがありますけれども、それに基づいて二次医療圏別の人口動態について簡単にシミュレーションしたものです。これをご覧いただくとおわかりになりますように、特に沿岸部のところ、赤字で示しているところが非常に人口の減少の度合いが多いということでございます。さらに2040年になると、盛岡医療圏をすぎるとほぼ真っ赤になるという状況があるということです。次に、人口減少すると同時に、医療需要がどうなるのか、ということでございます。ここは人口の比率に対して需要率を掛け合わせた形の、患者様がどういった形で出るのか、ということ簡単に推計してございます。現状としましてはあまり大きく変わらないのですが、2025年になりますと、沿岸部で非常に減ってくるということになります。さらに2040年になりますと、ほぼ盛岡の医療圏を除いては医療需要が減る、すなわち現行の法制度等が変わらない限りは、非常に患者様が減るということです。次に、お示ししているグラフですけれども、先ほどは医療機関のお客様である患者様が今後どうなるかということをお伝えしたのですが、もう一つの論点としては、将来のいわゆる医療人材になるドクターですとか、看護師さん、コメディカルの方々になられる若年の人口がどうなるのか、ということです。これは下にありますように、国立社会保障問題研究所の数字からですね、現状の人口から医療従事

者になっている割合をベースにして簡単に推計をしています。そうしますと、ご覧いただけますように、医療従事者の候補である若年人口も減るということです。ここが一番大きい背景ということなのですが、これは元岩手県知事の増田知事が国の方で先ごろ発表されていて、消滅可能性都市ということでセンセーショナルにマスコミ等で報道されていますけれども、人口減少の一番のキーは、人口の再生産力という言い方をしていますけれども、若年女性が減っていること、あるいは少ないことが一番のキーだとおっしゃっています。その結果、政策としては若年女性の流出を引き留める、あるいは若年女性が住みたい街を作るということが大事だという提言がなされています。実際に見てみますと、北東北3県、岩手、秋田、あとは山形もそうですが、青森というところは非常に減り具合が多い地域になっているということです。同様に西日本で減り具合が多いのは、島根です。こういう位置のところ非常に大きく減るということです。以上の形を簡単にまとめますとどうなるのかということ、時系列的に整理をしています。人口については、先ほどのものを整理しますと、毎年だいたい5%ずつ減って、2040年については25.9%の減、それから医療スタッフのベースになる若年の人口ですが、40%減る。それから、医療需要については一番始めが2020年になっていきますので、今からだいたい5年後くらいですけれども、当然高齢化しますので、短期的には患者様は増加します。ただ、その後、人口減少のスピードが定まって患者様も減るという構造になっています。そのインパクトとして大きく三つあるかなと考えています。一つは人口減少によって患者様が減るということが一つ、それから二つ目は医療スタッフのなり手である若年人口が減りますので、医療スタッフの供給というのもおそらく減少傾向になるということです。最後に、医療需要が減りますと、医療機関にとってのマーケットも当然小さくなりますので、結果的に経営が困難になるということが大きな課題になると考えています。

次に、以上の外部環境の変化と申しますか、県の動向を踏まえて、こういった対応を医療機関はすべきなのかということを中心に整理させていただきます。このところは、先ほど冒頭、お伝えさせていただいたのですが、一般に医療という言い方をした場合に、社会保障としての側面を非常に強調していますので、各地域にいる患者様に対して安定的に安価なサービスをどうやって提供するのかということが、非常に重要なミッションであるのは事実です。一方、医療機関の性格として、ここはもともと私が医療機関に勤めていた、民間の病院にいた経験から強く感じるのかもしれませんが、医療機関というのは地方の地域社会にとって非常に重要な産業になっていると感じています。具体的には、当然、労働集約産業でございますので、職員を雇うことによって地域の雇用を確保して、地域経済の核になるということもございまして、それから衛生材料、機器、情報システム、それから建築ということで、医療経営には様々な事業者、周辺産業が関わってきますので、その取引、消費ということで経済にも影響してきますので、地域経済を維持する、あるいは経済規模を確保するという点では医療機関の経営をいかに維持していくのかということは非常に重要な論点であると思っています。先ほどの課題ということを中心に再掲させていただいておりますけれども、一番根っこにあるのは人口減少だということと、それに伴って患者様が減ります。それから2点目が医療スタッフ等のなり手が減ること、その結果、たぶん経営の維持が困難になるでしょう、現状のままでは難しいでしょう、ということがお伝えしたいことのポイントです。以上を踏まえて、どういう論点について考えていくべきなのかをこの表で簡単に整理させていただいております。一番上側のところでございますが、当然、マーケットと言いますか患者様が減ってきますので、まず今の医療機関の中でも医療連携という形でやっておりますけれども、どういう医療圏、既存の診療圏だけでよいのか、あるいは隣接の地域にも拡大すべき

なのか、ということを考えるということで、経営学の用語では市場の拡大と言いかたをしますけれども、まずこういった形での拡大を図るかということでございます。それから、患者様が特に高齢化することによって疾病構造等が変わりますし、保健医療計画の中でも現状ですと、5疾病5事業という形で主要な疾患が挙げられておりますので、その中で当然スタッフも限られておりますので、どういう疾患、患者様を対象にしたサービスを提供していくのか、市場の細分化と書きましたけれども、ある程度、対象とするエリアを広げつつサービスあるいは対象とする患者様を絞り込むということが重要になるのかなと思います。その背景にあることとして、医療人材の供給の減少ということ、あと患者様が減るといった本質的な課題がございます。医療人材の供給の減少については、現状でも高等教育がご案内のとおり供給過剰になっておりますし、どこの自治体様でも医療スタッフの確保というのはご苦労されておりますので、単純によそから連れて来れば大丈夫だろうということにはなかなかいかない面もありますので、ここは中長期的に将来の学生をどうやって育てていくのかということを検討することが必要なかなと思っています。それから医療需要の縮小ということでございますが、医療機関の顧客である患者様については、当然減るわけです。そこは変えられない未来でございますので、そういう中でどうしていくのかということですが、一つの発想として、将来の患者様を育てる。例えば、アメリカですと高齢者のシニアタウン等を作って、その脇に医療施設を確保することで医療機関の需要を確保するという取り組みがありますので、中長期的に本質的な課題については、医療機関の経営という観点からですけれども、担い手である学生さんを育てることと患者様を育てることが重要なことかと思っています。そして、各論でございますが、まず医療機関の経営の維持ということで、先ほどキーワードとして市場の細分化と拡大というものを挙げさせていただいております。細分化と

というのは、いわゆる医療連携体制の話に帰着するのかなと思いますけれども、当然、医療機関の資源等がありますので、地域のマーケットの状況を見て、どういう患者様に対して、急性期、慢性期、それから在宅という病期の観点から見て、どういう役割を担うのかということを選択するのが一つかと思えます。それから二つ目ですが、市場の拡大ということで、診療圏の広域化という形で書いてあります。ここはなかなか一般の病院様からしますと、なじみにくい概念なのかなと思うのですが、今までに来ていただけていない患者様に、新たにきていただくという発想です。そのポイントとして三つ挙げております。一つは、患者様が病院にこない理由で、アクセスが悪いということです。遠いと当然、移動が大変になりますので、アクセスをどうやって改善するのか。それから、ブランド力の向上ということですが、ここは病院さんの特徴的な治療方法であったり、あるいはきれいな病室であったり様々あると思うのですが、こういう医療を提供していて、こういうメリットがあるのでぜひ来てくださいますということかと思えます。それから三番目ですが、単一の病院ではなく地域のブランド化というキーワードを挙げております。これは、後ほど韓国のケースを紹介しておりますが、韓国の釜山という南部の街で、以前私も個人的な旅行で行ったことがありますけれども、あそこには商店街と同じような形で美容クリニック、日本風に言いますとメディカルモールがあります。そのエージェントと言いますか、窓口代理店のようなものが街中にありますので、単一の病院様が競うのではなくて、例えば盛岡市の各病院様が連携した形で盛岡、あるいは岩手の医療を売っていくという発想が求められるのかなと思っています。

ここでは、いきなり DPC のデータ分析の結果が出ておりますが、これはなぜこういうものをお出ししているのかということで、上のメッセージのところでお伝えしておりますけれども、先ほどの

話の中では、どういう患者様に治療を、医療サービスを届けるのかということ議論するときに、まず押さえないといけないことが、現状の状態がどうなのかということ、そのために DPC のデータというものが非常に日本の中では良いツールになっております。これは DPC を算定している市内の病院様のデータをベースに、うちの内部で同僚に手伝ってもらって整理をした公表データがあります。それでこれだけのことがわかります。こういったものを見て、増加傾向が、どこの診療科が増えているのか、少ないところはどこなのか、ということを見て、どこの診療科を伸ばしていくのかという機能集約、再編ということを行うことが重要だと思っています。

そして、ここは一般的に医療機関の経営戦略の時に出てくる、われわれポジショニングフレームと呼んでおりますけれども、ここで伝えたいことは、医療機関の特徴というものを作っていくことが、先ほど DPC の話からも出てきましたが、大事だということでございます。真ん中のところで、差異集中化と書いてありますけれども、簡単な例えで言いますと、真ん中のところは個人でやっている定食屋さんのようなものをイメージしていただければわかりやすいと思うのですが、とりあえずひととおりのものについてどんなメニューでも出せるんですけれども、これと言って特徴がない。集中化というものは、例えば、お寿司ですとか、一つのメニューに基づいて特化した形で提供していく。それから、右側の方で差異化と書いてございますけれども、ここは例えば家庭料理ですとか、そういった形で幅広く、特に高いわけではないのですが、低価格帯でファミリーレストランのようにいろんなものをお出しできる、ということを進めている。コストリーダーシップというところは、この両方の特徴を兼ね備えた総合的なレストラン、病院様で言うと総合病院というようなイメージになるのかと思うのですが、そういった形で、自院が特徴を出してどう進めていくのかということが重要かと思えます。

そして、医療情報連携ネットワークというものをここで挙げさせていただいております。先ほどのところで経営戦略の中で医療連携を進めていくことが大事だということをお伝えしています。実際には、それをうまく機能させるためには、こういった医療情報連携ネットワークという、ここに定義を簡単に書いていますけれども、地域全体をあたかも一つの医療機関として機能させるための情報通信ネットワークというものを作っていくことが必要だと思います。先ほどの医療情報連携ネットワークですけれども、実は言葉で言うのは簡単ですけれども、きちとした効果の出るものを作っていくためには、やはり手続きがあるということです。先生方、たぶんご経験があると思うんですけれども、院内で電子カルテを導入するときには、1、2年くらいの準備期間がかかります。それと同じように、医療情報連携ネットワークについてもその導入を先生、各病院様にとって使い勝手の良いもの、かつ効果があるものを導入するためには、いろんなことを検討する必要があるということでございます。一つ目は組織をどうするのか、それから各病院の院長の先生方に入っていた形で組織体を作る必要がありますのでその選定、どういった手順で決めるのか。それから四番目ですが、これは国の中でも非常に問題になってはいるのですが、どういうことを目的としてネットワークを導入するのか、というのが四番目です。それから五番目、この中でよくお話が出るところは、各病院様の費用負担をどうしていくのかということが課題としては出てくると思います。それから六番目ということで、業務を担うところをどこにされるのか、あるいは活動計画、特に重要なところは事業計画というところかなと思っています。具体的な取り決めの内容ですが、ここは私どもでこういうご相談をするときに使っているときに、こういう点について決めなければいけないということを簡単に挙げさせていただいておりますけれども、ご覧いただいているように、結構決めることが多いものだというところでございます。

そして、ここですが IHN のお話を挙げています。先ほどのように、医療情報連携ネットワークを導入するというのが今後、もう既に岩手県様でも取り組まれているわけですが、今、国の中で言われている最終的なイメージということで、武藤先生の方から詳しいお話をいただけるかと思えますけれども、日本版 IHN ということで各医療連携ネットワークに参加されてる病院様の経営統合、あるいはわかりやすいところだと、管理業務の部分ですとか、あとは各種資材等の共同購入ですとか、医療情報連携ネットワークをはじめとした情報システムを共同化、共有化という言い方をしますが、シェアすることによって費用負担を下げていくということが今後求められていくだろうと思います。

市場の拡大というところについて、まず、先ほどお伝えした診療圏の広域化のために患者様の交通アクセスをどうやって改善するのかということで、事例を二つほど挙げさせていただいております。左側は滋賀医科大様のケースですけれども、病院様の目の前に各バスを乗り込んでいただくということが一番わかりやすいケースなのかなと思います。特に、病院の経営の観点ということからしますと、バスの中に各病院様のお名前がちゃんと出てきますので、ある意味、バスが走る広告塔になっていただくという方法が重要なことかなあと思います。それから次に、右側のところで駅への再来受付機の設置というものを挙げております。ここは特に、地方の病院様で親和性が高いと言いますか、なるほどなあと思うんですけれども。会津鉄道というところで、福島県の会津若松から奥の方に出ている、元第三セクターの鉄道です。そこには、一番はじに南会津の方に、会津田島という駅があります。そこから、会津圏の中核病院がある会津若松市まで電車で大体1時間くらいかかります。これはたぶん会津田島の駅だと思いますが、その会津田島の駅に再来受付機が設置をされています。したがって、患者様ですと病院に行く前に駅で再来受付をして、情報システムで

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が、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と、『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、ここでお示しを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のと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すけれども、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ので、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、他の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、地域の議会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いうお話があります。そこで何をしたかと言いますと、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なのかということで、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っておりますけれども、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、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っております。

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場所は、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、"hot 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やまして、1974年に新潟大学の医学部をご卒業になっていらっしやいます。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やいます。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やいますが、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やいます。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、等多数でいらっしやいます。また、多くの政府の委員などをお務めになっておりますが、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、今日はいくつか絞りたいと思えます。

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たりとか、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本まとめて、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。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。医師の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率はすごいです。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%、全体では増加しますけれども、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れども、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になってしま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。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、ということと。それから、連携ネットワークから統合ネットワークへ、ということと。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。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期、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いきます。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ゴッソリ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（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数に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、それもあるのでは、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と思っていません。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うことです。

小川

昨年、私はピッツバーグに行ってまいりまして、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。私は学生教育をす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でしょう。

小川

その統合の形態はどういうふうになるんでしょうか。

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るようですけれども。今までは診療報酬によって医療の政策誘導をしたと。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す、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、適切ではないん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んじゃないか、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ん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ね。

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こと、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。