

自治体病院全国大会2018 「地域医療再生フォーラム」

日 程

2018年11月20日（火）

10:30～13:00

- ・開会あいさつ
- ・来賓あいさつ
- ・座長あいさつ 中貝 宗治 氏
- ・講演Ⅰ 野本 慎一 氏
- ・講演Ⅱ 高杉 滝夫 氏
- ・討論
- ・全体総括

場 所

全国都市会館

2階「大ホール」

主 催

全国自治体病院開設者協議会

公益社団法人 全国自治体病院協議会

全国自治体病院経営都市議会協議会

全国知事会

全国都道府県議会議長会

全国市長会

全国市議会議長会

全国町村会

全国町村議会議長会

公益社団法人 国民健康保険中央会

テーマ

我々が中心となり地域を守ろう!!

－地域医療構想と地域住民のための医療連携－

趣 旨

今日、我が国は、世界に類をみない少子化・超高齢化・人口急減

という大きな課題に直面しています。そうした中で地域の再生を実現するためには、地域医療の確保は不可欠であり、医療提供体制については医療機関の機能の分化・連携を進めるため、すべての都道府県で地域医療構想が策定され、構想区域毎の議論がなされています。

自治体病院は、いついかなる時も、地域医療全体を俯瞰しつつ、患者中心の効率的かつ質の高い医療提供体制を構築し、地域の医療介護ニーズに的確に対応し、病診連携、医療介護連携を推進するため主体的役割を担っていくことが求められています。

地域ごとに高齢化の状況や医療資源の状況、病院の置かれている環境等が異なることを踏まえ、先行事例から知見を得つつ、いまこそ自治体病院関係者が力を合わせ、適切な医療提供体制の構築に当たって中心的な使命を果たす時です。

参加者

約250名

開会あいさつ



■全国自治体病院開設者協議会

会長 西川 一誠 福井県知事

皆さん、おはようございます。自治体病院全国大会2018地域医療再生フォーラムの開催に当たりまして、主催者を代表いたしまして一言ごあいさつを申し上げます。

本日はご多忙にもかかわらず、こうして全国各地から多数のご参加を賜り、誠にありがとうございます。自治体病院の皆様方には、日夜地域医療を支え、自治体病院の経営にご奮闘いただいていることに対し、心から感謝を申し上げます。

本日は自治体病院議員連盟の細田博之会長先生、また総務省の大臣官房審議官の沖部望様、また厚生労働省医政局長の吉田学様には、公務ご多忙の中ご来賓としてご出席を賜り誠にありがとうございます。

本日朝、早朝でございますが、自民党の有志議員による自治体病院議員連盟の総会が開かれ、病院協議会の小熊会長はじめ関係者と出席をいたしました。お医者さんの確保や消費税増税の対応など自治体病院の厳しい現状をご説明し、ご要望をしたところであります。

関係省庁からは、現在の取り組み状況や考え方について具体的な説明があり、また細田会長におかれましては、関係の議員の皆様とともに熱心にご要望をお聞きいただき、様々なご発言ご助言をいただいたところでございまして、御礼申し上げます。

さて、都道府県では、将来の医療ニーズに対応し、高度急性期から在宅医療まで地域に必要な医療を提供できるよう地域医療構想に基づき、各医療機関間の役割分担や連携を進めているところでございます。

こうした中、自治体病院は救急、小児、周産期、災害医療などを担っておられ、地域の中核病院としてより充実した医療の提供が求められております。その一方で、医師・看護師等の人材確保、財政運営の確保など様々な課題に直面しており、その解決を是非とも図る必要があります。

中でも今年度からスタートした新専門医制度については、主として都市部の専攻医採用数にシーリングが設定されるなど、厚労省において地域医療に対する一定の行政の配慮が行われましたが、しかし、東京への一極集中は依然として傾向として続いており、更なる

改善が重要かと思うものであります。

また、都道府県内においても、地域間あるいは診療科間で医師の偏在が生じており、医師不足の地域では限られた人員により医療体制を維持している実態があります。医師の確保や偏在の解消に向け、「医療法及び医師法の一部を改正する法律」が公布されましたが、これを今後具体的にいかに現場で実効性を上げるかというのが重要かと思えます。

このほか、医師の働き方改革や、消費税の10%引き上げを見越した損税負担などの課題もあり、個々の開設者や病院だけの努力では解決が困難です。

我々、全国の自治体病院が抱える課題として、今朝の要望活動に加え、それぞれのお立場から関係機関への働きかけをお願いします。特に消費税引き上げに伴ういわゆる損税問題、これは個人病院に比べますと自治体病院は投資が多いとか、あるいは委託料が多いということでそれ以上の課題がございますので、これから1~2週間の課題になりますが、国においては党の税制調査会など様々な業務がございます。そこで各自治体病院の責任者の皆様方には、ご地元の先生方、特に税制などにご関心の深い方とおつながりがあると思いますので、様々な形で早急にお声をかけていただいて、国の税制の議論の中でご発言をいただき、しっかりした皆様の損税問題の解決ができますように、是非ともお帰りになったら働きかけをお願いできればと思いますので、よ

ろしくお願いいたします。私どもは私どもとして、必要な対応をしてみたいと思います。

なお、本日の地域医療再生フォーラムは、ICTを活用した在宅医療・介護を推進されておられる京都大学名誉教授の野本愼一先生、また、地域で公立五病院を再編し、各医療機関の機能分化・連携を積極的に進めておられる、つがる西北五広域連合病院事業管理者の高杉滝夫先生にご講演をいただくことになっております。

さらに、隣接自治体とともに公立豊岡病院組合を組織し、地域医療の向上に取り組んでおられる兵庫県豊岡市の中貝宗治市長さんに座長を務めていただきます。豊岡市はコウノトリの里であります。我が福井県も連携してコウノトリをいろいろと応援しているわけでありまして、皆さんのところにもコウノトリが飛んでいっているかな、こんなことを思いながら今ご挨拶をしているところでございます。

いずれにしましても、こうした今日の態勢の中で、地域医療構想と地域住民のための医療連携についてディスカッションを行うこととしております。活発な意見交換が行われ、地域医療における課題の解決と理解に向け、有意義なものとなることを期待をいたしております。

結びになりますが、これからは皆様とともに、厳しい環境にありますけれども、自治体病院が住民の医療や健康を支える役割を十二分に果たしていけるよう、ご一緒に取り組んでまいりたいと思いま

すので、どうか皆様方にはお元気でご活躍をいただきますことをご祈念申し上げます。ご挨拶いたします。ありがとうございます。

来賓あいさつ



■自治体病院議員連盟

細田 博之 会長

皆さんおはようございます。自治体病院議連会長の細田博之でございます。皆様方協議会におかれましては、度重なる震災や水害のたびに、大変自治体、地方において、震災対策に取り組んでおられることを心から敬意を表する次第でございます。やはり今後、我が日本の過疎、へき地、離島の医療というのは非常に大切でございますし、地域が崩壊してはいけません。医師不足、看護師不足はもとより、様々な問題があるわけでございます。

私は、実は、地域おこし、地方人材の確保のために議員立法を用意しております。人口が急減しておいて、このまま放置すればその自治体が消滅する可能性もあると増田寛也さんが本に書いたようなところが、市町村単位でも860あると言われておりますが、そういったところを人を都会から呼んでくるために抜本的な政策をとる

という議員立法を用意しております。

つまり、各地域において、旧村も含むのですが、自主的に地域が一体となって過疎対策に取り組むということで合意した場合、事業協同組合をそこで設立する、その事業協同組合に若い人たちをいい給料で雇う。事業協同組合は、厚生年金を持って回れるような確定拠出型年金が制度としてあるわけですが、年金を確保して、その事業協同組合からその地域の農業、林業、水産業、建設業、介護業その他、医療機関は難しいかもしれませんが、人を供給すると、そしてその給料を保証するために、パートで15万円ぐらいは稼げるわけでございますが、差額の15万あと30万円まで、そして年金の保険料も含めて国が補填するというところで法案をつくっております。

今週中に法案をつくって、臨時国会に出して、それを来年の通常国会で通過させようということ、関係の総務省、厚生労働省あるいは経済産業省は合意しておりますし、大体、事業規模で140億円の予算もつけようということまでできております。これは地域が消滅してはならない、地域の崩壊を防ぐために大都会で地方に行きたいという人の条件をよくするための法案でございます。地域が崩壊したら地域医療も崩壊してしまうので、そういうことが起きないようにという法案でございます。

それはともかくとして、あと15日間で消費税の内容が決定されるわけで、来年10月からはどうしても10%になると、食料品のような

ものは軽減税率で8%のままですが、医療関係の物資は大体は設備投資関連にしても、医療機器関係にしても、10%に上がるということで、これまでも5%から8%に上がったときに赤字が増えた典型例がこの自治体病院であったように、このままいけば負担が増えるわけでございます。その対策はこの15日間で決まるわけです。

厚労省も一生懸命努力していただいて、前は診療報酬等を若干引き上げるとか、様々な措置によってある程度は手当てはしたのですが、それだけでは十分でない、投資をしたところは特に赤字が大きくなったことはよく知られているわけですが、そういう場合に税制大綱で自民党が決定し政府が決定するとき、今も医政局長にも申し上げたのですが、やはりへき地医療あるいは過疎地医療、離島医療の健全な発展のためには、特段の措置をさらに講ずることということ、あるいは財政措置も含めて決めようじゃないか、決めてより具体的な内容を詰めることにしないと、このまま医師会全体がはい、結構でございます、それではそのとおりいきましょうとやっている、損をするのは自治体病院だということにもなりかねないので、赤字が増えるようなことは避けなければならない。

そのために、自治体病院議連はこの税制改正に向かって強い要求をしていこうじゃないということ、先ほどの8時から開かれた自治体病院議連総会でも、私が提案をいたしました。その後、今日は午前中に主税局も寄ってきました

から、そういうことを入れたいということは強く言うておきました。まだ主税局はわかりましたとは言っていないけれども、その中身によるわけです。

そもそも消費増税対策で、どこまで医療に対して面倒を見るという中身になるのか、これは医師会全体とか税収との関係などで決まってくるわけですから、十分な措置が10%に上がることによる、言わば転嫁の問題が100%解決すれば問題がないんですが、そうもいかないだろう。その場合にはきちりとした、特に過疎地に対する医療の問題について、手当てをするようなことは必要だろう、こう考えて先ほどの議連で議論をいたしましたので、そのことをご報告申し上げて、今やらないとだめなんです。もう10日、あと15日経って消費税増税決まって枠組みも全部決まった、幾つかの類型にしたけれどもこのとおり従えと言われて何もなければそれでもう終わりですから、肅々とそれに従わざるを得ない。従いたくなければ反旗を翻して地方の病院についてはちゃんと配慮せよということが決まらないと、次の措置につながらないわけですから、皆さんも漫然としておられちゃいけない。皆で結束してそういう流れをつくっていきこうじゃありませんか。我々はそういう音頭をとっておりますので。

そして具体的に何をやったらいいんだ。消費増税対策でこれから出てくるもので足らざるものは何か、どうやったらいいんだという知恵を出さなきゃ、ただただとら

れてしまって赤字が増えるということになりかねないわけですから、真剣に考えるところですから、受験生でいえば受験の前15日間ですから、ここで勝負できないようなものはいい学校には入れないです。底力と腹力がないようなものは、そういう試験に合格しないわけですから、それと同じです。

あと15日間、どういう知恵が出せるか、どういう力で結束するかということ、皆さんも考えていただきたいと思います。ここで力が抜けたんじゃ、もうあれよあれよで終わりでございますから、そのことを申し上げご挨拶とさせていただきます。

どうも本日はご盛会おめでとうございます。



■総務省

沖部 望 大臣官房審議官

本日の自治体病院全国大会2018地域医療再生フォーラムの開催に当たり、一言お祝いを申し上げます。皆様方には地域の命と安心を守るため、地域医療の確保に多大なご尽力をいただいておりますことに深く感謝と敬意を表します。

人口減少や少子高齢化の急速な進展により、医療需要も大きく変化していくことが見込まれている中であって、地域において効率的かつ質の高い医療提供体制の確保を図るためには、公立病院におか

れても地域医療構想を踏まえ、更なる改革を推進していくことが求められております。

一方、先日まとまった全国の公立病院に関する平成29年度決算の内容を見ますと、引き続き厳しい経営状況が続いていることが見受けられる内容となっております。このような中、総務省では、ご案内のとおり、平成27年3月に新公立病院改革ガイドラインを策定し、各地方公共団体に対し地域医療構想と連携しつつ、新公立病院改革プランを策定するようお願いしてまいりました。その結果、年内に全ての公立病院がプランの策定を完了することとなっております。この場をお借りして皆様に御礼を申し上げます。

現在は、同プランに基づく具体的な取り組みを進めていただいているところでありますが、引き続き地域において必要な医療体制を確保するため、地域の実情に応じた更なる経営改革等の取り組みに一層ご尽力いただきますようお願い申し上げます。

総務省としましては、公立病院が不採算医療を担っていることなどを踏まえ、引き続き公立病院に対する地方財政措置を講じるとともに、皆様からのご意見等も伺い、必要な施策の展開を図ってまいります。

また、平成28年9月より研究会を立ち上げ、公立病院の関係者にもご参加いただき、病院マネジメントの現状を踏まえた更なる経営の効率化に資する取り組みなどについて、昨年末に報告書を取りまとめました。公立病院の皆様にも

大いに活用していただきたいと考えております。

結びに、本日の地域医療再生フォーラムが実りあるものとなり、公立病院が医療の提供を通じて地域の発展に一層貢献されることを祈念いたしますとともに、皆様方のご健勝ご活躍をお祈り申し上げ、お祝いの挨拶とさせていただきます。



■厚生労働省

吉田 学 医政局長

おはようございます。厚生労働省医政局長でございます。自治体病院全国大会2018地域医療再生フォーラムの開催にあたりまして、一言ご挨拶を申し上げたいと思います。

まず、本大会が盛大に開催されますことを心よりお祝い申し上げます。また、皆様方ご参集の先生方におかれましては、日ごろから地域医療において重要な役割を果たしていただくとともに、医療行政に対してご理解とご協力をいただいていることに、まずこの場をおかりして心から御礼を申し上げます。

医療を取りまく環境が大きく変化する中で、厚生労働省としましては、地域医療構想を通じた医療提供体制の再構築あるいは地域包括ケアの推進などに取り組ませていただいております。

特に今年度、平成30年度は、6年に一度の診療報酬あるいは介護報酬の同時改定が行われましたし、また新しい医療計画と介護保険事業支援計画の計画期間が始まったところでもございます。

さらに国民健康保険の財政運営が都道府県単位化されるなど、医療と介護にかかわる関連制度の一体改革にとって大きな節目であったというふうに思います。中でも地域医療構想の推進につきましては、昨年度から公立・公的医療機関にそれぞれの地域で求められている役割あるいはそのあり方をご議論いただき、今年度末までに個々の医療機関について具体的な対応方針を策定していただくようお願いをしているところでございます。

また医師の偏在、地域偏在につきましては、先の国会において医療法及び医師法の一部改正法いわゆる医師偏在対策法を成立させていただきました。来年2019年の4月から段階的に施行ということに向けまして、例えば医師少数区域の設定に当たっての指標など、必要な準備を着実に進めるとともに、地域における取り組みの支援を今後進めてまいりたいというふうに思います。

さらに、本年6月には働き方改革法案が成立いたしました。ご案内のとおり、全体の労働時間、オールジャパンの労働時間は来年4月から長時間労働是正を含めて適用される中であって、医師は5年間時間外労働の上限規制の適用が猶予されるということで、2024年から適用される。かつ、そこで

適用されるルールにつきましても、来年3月までに、今、行っております検討会の議論を踏まえまして、5年後に適用されるルールに向けて、具体的なあり方あるいはそこに向けての労働時間の縮減方法、あるいはいわゆるタスクシフティングといわれているような医療職内部あるいは医療職と関係職種の間における業務の移管などについてとりまとめる予定で、今検討を進めさせていただいています。

一方、お医者さん、医師については5年間の猶予ということになってございますが、医療現場における医師以外の職種、看護師さんを初めとする多くの方々がおられますが、彼女らにとりましては来年4月から新しい働き方改革の上限規制などの適用が始まります。そういう意味ではそれぞれの医療機関におかれましては、新しいルールの遵守につきまして改めてご認識をいただき、必要な業務改善あるいはマネジメントについてのご努力をお願いしたというふうに思います。

このように諸課題が山積しております中にありましても、私ども厚生労働省としましては、地域において必要な医療が確保され、そしてそこにおいて医療職の方々が健康で生き生きとお仕事をしていただけるということにつながりますよう、当面直面いたします来年の予算要求、予算編成過程あるいは税制体制のプロセスの中におきましては、最大限の努力をさせていただきますつもりでございます。

今回ご参集いただきました皆様

におかれましても、さらにご尽力をいただくということをお願い申し上げますとともに、ご参会の皆様方のご健勝を祈念いたしまして、私のご挨拶とさせていただきます。今後ともよろしく願い申し上げます。

座長あいさつ



■兵庫県豊岡市長 中貝 宗治 氏

おはようございます。座長として皆さんを大歓迎申し上げます。

地域を再生するとか、地方創生とか随分盛んに言われるようになりました。しかし、医療が崩壊したような地域にそもそも人は住めないのですし、人は移り住もうとしません。したがって、地域医療の確保ということがその前提条件になる。そして自治体病院こそがその地域医療を守る中核的役割を果たそうというのが今日の役目ということになります。

地域医療ということについて私は3つの意味があるというふうに思っています。

1つ目は、医療が守るべき対象の特定、限定という意味があります。日本全体の医療を守るのでもない。自分たちの当該地域を自分たちの医療は対象にして、医療という観点からこの地域を守るのだ

という、その特定あるいは限定ということがあるんだろうというふうに思います。

2つ目は、今度は逆に地域が守る医療ということです。先ほどの地域をとというのは、地域はサービスの受け手でありまして、5%自分たちは守られるべきだ、そういうことになるわけですが、実は地域こそがその医療を守らなければいけないという要素が非常に強くあるんだろうというふうに思っています。

地域住民というのは、しばしば自分をサービスの受け手というふうに定義をして、当事者だという意識はなかなか持たない。したがってサービスの水準が低くなったり削られたり、あるいは対価が大きくなったり、あるいは大きな変化があると、そのサービスの受け手という観点から不安に思ったり猛烈な反対をしたりする。時にかなり俊英な厳しい反対というのが起きてくる。これはある意味で当然の反応だろうというふうに思います。

しかし、1歩進んで考えますと、その方々もその地域の一員あるいは市町村の一員でありまして、自分たちのまちをどうするかということについて、本来当事者としての責任を負っているはずだ。なので、様々な課題があり、様々な利害関係があるんだけど、どうするかということに一員として当事者として関わっていく必要があるというふうに言えます。

しかし、これはもちろん理想でありまして、現実にはそうはならない。このギャップをどう埋めるの

か。私はそれは対話をする姿勢なのではないかと思っています。対話というのはコミュニケーションの一態様でありますけれども、コミュニケーション能力で最も大切なものは、実は自分の考えを巧みに伝えて相手に納得させる能力ではありません。そうではなくて、相手を理解する能力だというふうに言われています。相手の言っていることが多少おかしく聞こえたとしても、なぜあなたはそんなことを言うのか。なぜあなたはそう考えるのですか。その問いを真摯に相手方に向ける。相手方もまた真摯になぜあなたはそんなことを言うのだということを問い返してくる。その対話の中で共同して結論を導き出していくということが非常に大切なのではないかとこのように思っております。

3つ目です。今度は地域で守るということです。それは地域医療構想にしても、あるいは地域包括ケアシステムもそうですけれども、高度急性期から在宅まで切れ目なくやりましようとなると、これはかつてのように医療機関だけで守れることではありません。介護であるとか福祉その果ては住民まで在宅医療を支えようといえますと、隣近所でのつながり、あるいはこれは非常に弱まっていますから集落でのつながり、ここはさらに弱まっていますから旧小学校単位のつながり、様々な階層的な重層的なコミュニティの中でかわっていくほかはない。いうなれば地域が1つのチームのようになって医療を支えていくのだという、こういうことになります。

ではそのチームをどのようにしてつくり上げていくのか。例えば厚労省は頭ですぐわかります。人口の今度の推計を見て、そしてその人口構造はどうかを見て、疾病構造はどう変化するかを過去のいろいろなものの分析によって出てくる。これが正しいというふうに出てくる。それを受けて県が今度、県に合わせた計画をつくる。医療構想をつくる。

でも最後に、これを現場に落として実際につくり上げるのは、実は私たちの現場であります。どのようにしてそんないいチームをつくり上げるのか。これは恐らく対話しかないだろうというふうに思います。とても時間がかかり、そして辛抱があって、自分の心の中で矛盾をずっと抱えながら時間の経過に耐える。人々が消化していくその時間に耐えていくということがいるだろうというふうに思いますけれども、この道が実は地域医療構想にとって現場では最も大切な姿勢ではないかというふうに思っています。

今日は、野本先生、高杉先生のお話をこの後いただくことになっています。100歳の方の医療って一体どんなものなのか、画像診断を見てあなたの病気はこうですね、したがって適切なのはこういう医療ですよということなのか、そうではなくてむしろ患者との、人との対話こそが大切なんではないかというふうに思います。

高杉先生の地域では、病院の再編という大変な力業をされました。相当多くの反発や心配があったのではないかというふうに思い

ます。それを乗り越えてやってこられた。そこでどれほどの対話がなされたのか、コミュニケーションがとられたのか、そのことが実は非常に重要なポイントなのではないかというふうに個人的には思っております。

そんなことで私自身も興味を持ってお二人の先生の話を知りたいというふうに思っています。

とはいいながら、今日のテーマ自体が地域医療の再生フォーラムであります。ということはどうも地域医療は崩壊の危機に瀕しているのか、とても厳しい状況にあるのかということだろうというふうに思います。私たち自身も危機感を持って、同時に危機感をお互いに共有しながら、お互いに学び合いながらそれぞれの地域での自分たちの責任を果たしていかなければと思っております。

今日はその一助になりますことを心から期待いたしまして、私の挨拶といたします。どうぞよろしくお願いいたします。

講演 I



■京都大学名誉教授

野本 慎一 氏

皆さんおはようございます。ただいまご紹介にあずかりました野本です。日ごろから、地域医療に

ご尽力されている関係者の皆様方を前にして、このような機会を与えてくださいました邊見名誉会長をはじめ、関係者の皆様方に感謝を申し上げます。

さて、本日の「100歳時代の医療・介護に備えて」というタイトルでございますが、これだと非常に内容が多岐にわたりますので、今日は在宅医療・介護におけるICTの活用状況と一つの解決策についてお話ししたいと思います。

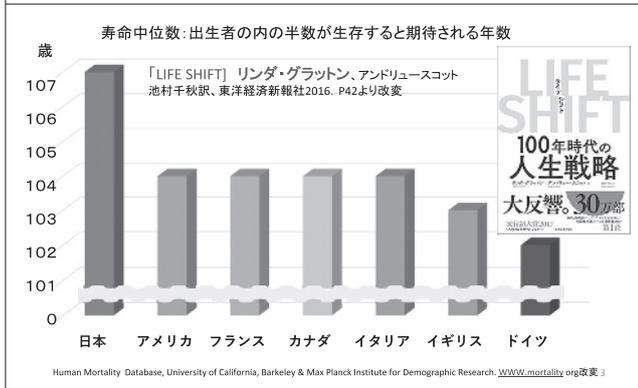
本日は3つの話をさせていただきますが、1つ目は前置きとして私が100歳になるころ、我が国の人口構成はどのようになるだろうかということについて、また二つ目は在宅医療のチームの中での情報共有の重要性についてお話しします。先ほども中貝市長さんから、地域医療が対面する問題を解決するにはコミュニケーションが重要だというお話がありましたが、これはまさに本日のテーマになるかと思えます。

最後に在宅医療の情報共有にICTを導入する際のいろいろな問題点についてお話をさせていただきます。

(スライド1) 最近人生100歳時代ということがいろいろ話題になっていますけれども、これはリンダ・グラットンが書いた「LIFE SHIFT」のという本の中でこういう図が発表されたのを契機に、人生100歳時代と言われるようになったのかと思えます。

同じ年に生まれた出生者のうちの半数が生存すると期待される年数を「寿命中位数」というそうで

平成19年（2007年）生まれ（満11歳）の
半数は107歳まで生きる

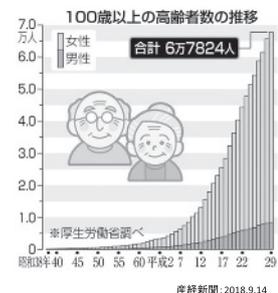


スライド1

百寿者

100歳のお祝い（銀杯から銀メッキへ）

- 1963年（昭和38年）
– 153名から始まった
- 2018年（平成30年）
– 100歳以上：69,785人
- 55年間に456倍



2018/11/20 自治体病院全国大会2018「地域医療再生フォーラム」

スライド2

すが、これを2007年、平成19年生まれ、つまり現在満11歳の小学生について見てみますと、そういう子供たちの半数は107歳まで寿命があるという、非常にショッキングなデータです。

（スライド2）今、各自治体でやられている100歳長寿のお祝いというのが始まったのは1963年で、当初は全国で153名でした。今年の発表では約7万人になり、開始当初から55年間で456倍に増えていきます。

（スライド3）私が100歳になるころ、つまり今から約30年後の2050年ごろの将来の人口構成を国立社会保障・人口問題研究所のデータをもとに考えてみますと、100歳以上は53万人になり、しかも女性が男性の4.5倍を占めています。

ついで90歳以上では494万人、それから80歳以上になると1,607万人ということになります。これを現在の、全国の自治体、都道府県の人口と比較してみましたところ100歳以上の53万人というのは、現在の鳥取県の人口が56万人です

仮定：出生中位、死亡中位

2050年-私が100歳になる頃

日本の将来人口 平成29年推計：国立社会保障・人口問題研究所

- 100歳以上：532,000人
– 総人口の 0.52%
– 男性：96,000人
– 女性：435,000人
– 男：女 = 1 : 4.5
- 90歳以上：494万人
- 80歳以上：1,607万人



（参考2017年人口）

2018/11/20 自治体病院全国大会2018「地域医療再生フォーラム」

スライド3

から、それにほぼ匹敵する数になります。

90歳以上は494万人で、これは四国全体4県に加え、大分県の人口を加えた数に匹敵します。80歳以上は1,607万人ですから、これは東京都の人口1,300万人に宮城県の人口も加えた数になります。

将来の高齢者人口の増加を考えるといろいろな面で大変なことになるということで、医療の面では「治す医療から治し支える医療へ」、つまり病院医療から在宅医療へシフトしようという話が進んでいます。

（スライド4）これの要因とし

ては、患者となる超高齢者が増えるだけでなく、これから少子化に伴い病院で働く人も少なくなることや、社会保障上の面で医療費のかさむ病院医療だけに依存できないことなどが挙げられます。

「在宅医療へシフト」というメッセージには、住み慣れた在宅で医療介護を受けて、自分らしく最後まで暮らしていただきたいという思いが込められています。ということ、在宅医療介護、中でもその分野における情報伝達・情報共有について考えてみたいと思います。

（スライド5）一般に情報伝達

「治す医療」から「治し支える医療」へ

- 病院も人手不足となり
しかも入院費用が高くなるので、
- 在宅で医療・介護を受け、
「住み慣れた場所で、自分らしく、最期まで」
過ごしたほうがいいですよ！

2018/11/20 自治体病院全国大会2018「地域医療再生フォーラム」

7

スライド4

情報伝達の方法

- 電話・FAX・メール：データベース化困難
 - － 親しい間柄の伝達手段
- テレビ電話：データベース化困難
 - － 定時に決まった場所で「正座して待つ」
- 医療職間だけのシステム：データベース化可能
 - － ただし療養者が多職種の輪に入り込むことは難しい

2018/11/20 自治体病院全国大会2018「地域医療再生フォーラム」

8

スライド5

の方法としては電話、ファクス、メールなどがありますが、それに加え面と向かっていろいろお話しできるテレビ電話などがあります。これらはデータベース化が困難で過去のデータを探ることはできません。

また、電話やメールなどは親しい間柄の伝達手段と考えられ、これを療養者の方からお医者さんに些細な事で直接電話して聞くというのはなかなか大変で、ハードルが高いと考えられます。テレビ電話は顔を見せながらお話しのできるのですが、定時に決まった場所であることが多く、患者さんはお医者さんを正座して待つという状況が想像され、そこでささいなことを相談するのはなかなか難しいと思われれます。

最近では、そういう情報共有システムとして、医療者間だけに通じるシステムが使われています。それらはデータベース化が可能ですが、その医療職者の輪に療養者が入って行って意見を述べてコミュニケーションを行うというのは、なかなか難しいと思います。

一般的に医療の情報共有は？

- 病院なら
 - － 電子カルテ
 - － ナースステーション
 - － 病院スタッフ間の情報のやりとりに垣根はない
- 在宅の現場では？

2018/11/20 自治体病院全国大会2018「地域医療再生フォーラム」

9

スライド6

(スライド6) 一般に医療現場における情報共有の代表的なものは、病院では電子カルテがあります。患者さんの状態をちょっと聞きたいと思った場合はナースステーションに行って、看護師さんからいろいろな情報を得ることができます。それから他科の先生方やコメディカルの方々に意見を聞く場合も何の気兼ねもなく電話をできます。つまり病院内では職種間で情報のやりとりをする場合垣根がない、つまり情報コミュニケーションの面では非常にフラットな関係です。在宅の現場ではお医者さんは偉い存在なので、電話する

には敷居が高いという人は確かにいます。

(スライド7) 地域の在宅チームを束ねるケアマネジャーでも、お医者さんにはなかなか電話しにくいというお話をお伺いしたことあり、やはり情報の敷居という問題が出てきます。

在宅医療の情報共有のツールとして使われている紙ベースの連絡ノートでは、療養者さんが発熱したとか、こういう処置をしたとかということを事前に知ることができません。訪問して初めて療養者の状態を知ることが多々あります。

在宅医療の情報共有は？



- お医者さんは偉いので、電話するには敷居が高い
 - ケアマネジャーでさえ医師とは連絡取りづらい
- ICTとは無縁の紙ベースの連絡ノート
 - 事前に内容を知り得ないため、訪問して初めて知ることが多い
- 建前としての多職種が集うカンファレンスを頻回に開くことは難しい

2018/11/20 自治体病院全国大会2018「地域医療再生フォーラム」

10

スライド7

療養者が在宅で何を求める？

- エビデンスや診断でなく、生活に関する些細なことの相談
- 医療情報より介護情報や生活情報
- 日頃からの医療者との心のつながり

2018/11/20 自治体病院全国大会2018「地域医療再生フォーラム」

11

スライド8

在宅医療情報共有システム

療養者を情報発信の中心とする
電子連絡ノート®

2018/11/20 自治体病院全国大会2018「地域医療再生フォーラム」

12

スライド9

在宅医療情報共有システム —開発のきっかけ—

- 「療養者さん宅を訪問したら熱が出てたが、採血キットも指示書も持ってなかったので、医院へ帰って改めて指示をもらい、もう一度療養者さん宅を訪問しなければならなかった」
- 「こんなの行く前に確認できてたらいいのにね」
- 在宅医療を熟知する開発者たち（京都大学医学研究科発）
 - 学内教員：医師、看護師、理学療法士、作業療法士、IT専門家
 - 学外協力者：訪問看護師、薬剤師、ケアマネジャー

2018/11/20 自治体病院全国大会2018「地域医療再生フォーラム」

13

スライド10

そういうことを防ぐために、多職種の皆さんが一ヶ所に集まってカンファレンスを定期的に関くことになっているのですが、これも一般の業務で忙殺されている在宅医療・介護に関係する方々が、時間をとって集まるというのも難しく、頻回に行くことはなかなかできません。

（スライド8）療養者が在宅で求めているもの何かということを考えてみますと、新しい医療知識とかエビデンスを教えてくれるということよりも、むしろ介護や生活に関する些細な相談にのってくれる心やすい関係をつくりたいと

願っているのではないかと思います。療養者さんは、お医者さんだけではなくて看護師さんはじめ多職種の方々と心のつながりを作りたいと願っているのではないのでしょうか

（スライド9）ということで、私たちは今までのシステムでは不十分と考えまして、療養者を情報発信の中心とする在宅医療介護情報共有システムをつくりました。これはまさに療養者さん宅に置いてある連絡ノートを電子化したものです。

（スライド10）システムを作るきっかけは、ある時看護師さんが

訪問して療養者さんの発熱をはじめ知り、主治医に電話したら採血を頼まれ、採血キットを取りに帰り、再度療養者さん宅を訪問するという、非効率な話を聞いたことでした。「こんなの行く前にわかっていたら簡単だよ」ということで、「電子連絡ノート」を開発しはじめました。

ちょうど私が在席していた京都大学人間健康科学系専攻には、学内教員に医師はじめ看護師、理学療法士、作業療法士、IT 専門家がいて、心やすく相談でき、しかも学外の在宅医療の関係者とつながりがある環境にあったので開発が

現在までの活動

- 2010.05：iPad販売開始と共に開発着手
- 2010.05：第1回電子連絡ノート研究会
- 以後月1回開催（2018.10 第90回を開催）
- 2011.04：実証実験開始（第一例：90歳女性）
- 2012.02：新聞報道：
- 2月：京都新聞、5月：日経産業新聞、11月：日本経済新聞
- 2014年：京都府京丹波町の協力の下、実証実験



スライド11

電子連絡ノートのコンセプト

- 療養者宅にある連絡ノートのICT化
- 情報発信の主体は療養者
- 医療情報弱者（療養者や介護職）から、従来数居が高かった医療情報強者（医師）へのコミュニケーションの促進
- 「職種の壁」, 「リテラシーの壁」を取り払う

2018/11/20 自治体病院全国大会2018「地域医療再生フォーラム」

15

スライド12

紹介ビデオ



ユビキタス在宅医療介護
情報共有システム

検索



2018/11/20 自治体病院全国大会2018「地域医療再生フォーラム」

16

スライド13

90歳女性、使用第一例（2012.03 京都放送）

YouTube：「ユビキタス在宅医療介護情報共有システム」



スライド14

進んだと思っております。

（スライド11）開発を始めた2010年5月はちょうど我が国でiPadが最初に発売されたときです。第一例の実証実験は90歳の女性を対象に行いました。

（スライド12）開発のコンセプトは紙ベースの連絡ノートをICT化することと、情報発信の主体を医療者ではなくて療養者にすることです。もう一つの目的は、専門的知識の乏しい人がそれをよく知る医療情報強者に、しょうもない事を聞いていいんだらうかと躊躇する、つまり両者の間にある高いハードルを無くしフラットな

環境にすることです。つまり、「職種の壁」、「リテラシーの壁」を取り払うというコンセプトで開発を始めました。

（スライド13、14）これからのビデオは、YouTubeで「ユビキタス在宅医療介護情報共有システム」と入力して検索していただければご覧になることができます。

【動画】

（スライド15）「電子連絡ノート」の特徴は、限られた項目に大きな文字で入力でき、情報はクラウドにあげますので端末にはデータは残りません。どこかに端末を落としたとしても、端末の中には何の

データも残っていません。

それから今現在市販されているシステムの多くは、病院の電子カルテと同じく多くの情報を入れようとして病名とか既往歴、住所とかそういう個人情報も多く含んでいるんですが、「電子連絡ノート」に含む項目には個人情報を極力省いています。

必要な個人情報、たとえば病名とか既往歴、住所などは事務所に帰ればわかるからです。この考え方は、多職種がiPadという端末を在宅に持って行って情報入力する、あるいは療養者さんに直接入力してもらうというのは、ちょう

電子連絡ノート®の特徴

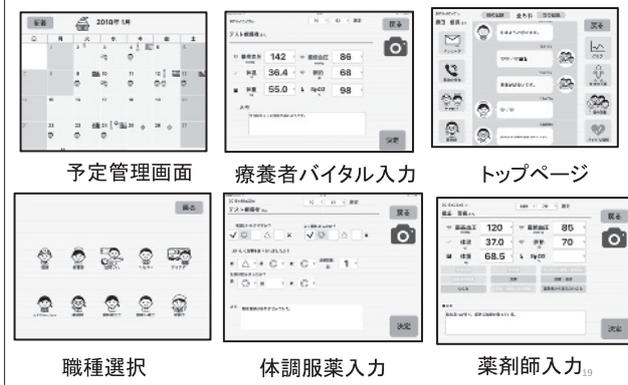
- 入力を最小限に絞った項目に大きな文字で
- 端末にはデータを残さない
- 病名、既往歴、住所等の個人情報は含まない
- 写真、ビデオはワンタップで送れる
- 音声入力はテキスト変換で文字に（外国語対応）

2018/11/20 自治体病院全国大会2018「地域医療再生フォーラム」

18

スライド15

電子連絡ノート®の画面展開



スライド16

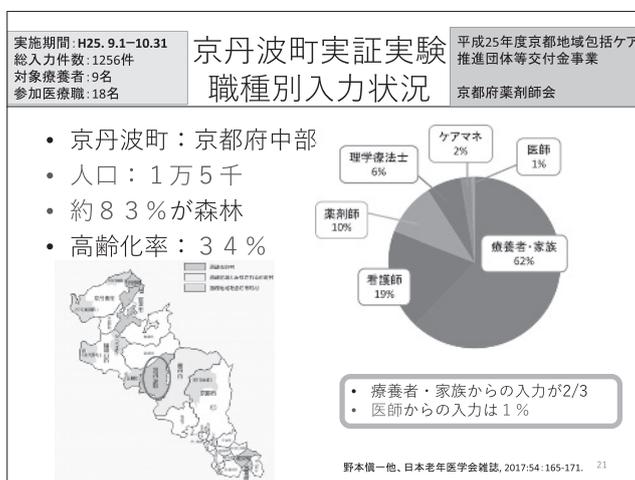
ど病棟で看護師さんがベッドサイドに行って記録するのと同じで、詳しい個人情報はナースステーションで確認すればよいという考え方と同じです。写真とか音声入力も簡単に、非常に送りやすくしています。

（スライド16）これが画面展開の例です。多職種と療養者のやりとりはタイムライン形式で確認でき、バイタルサインは大きな文字の数値でスクロール入力が可能です。写真はカメラマークのボタンを押せば簡単に撮影送信ができ、メモは音声で入力すればテキスト変換できます。

それから体調、食欲、睡眠、それから服薬、便通などの少ない項目を簡単に記録できます。

次に、実証実験を京都府の京丹波町、それから京都市の右京区で行った例をご紹介します。

（スライド17）京都府の船井郡京丹波町で平成25年に行った実証実験の結果をご説明します。京丹波町は森林が83%を占める中山間地域で、高齢化率は34%というところ。ログ分析を行います



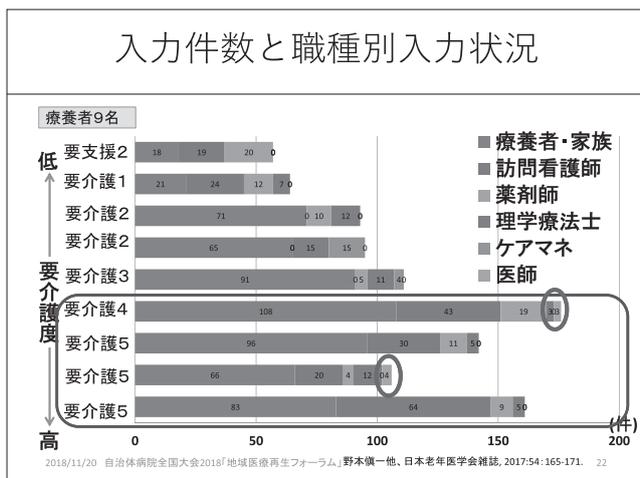
スライド17

と、やりとりしたデータ量の半分ないし3分の2は療養者さんや家族からで、その次が看護師さんからで全体の2割程度を占めています。生活情報とかそういうささいな情報のやりとりが多く、看護師さんが答えてくれた結果です。

医師からの発信が1%ということは注目すべき点ですが、これ他の地域で実験をしても同様に1%、もしくは0.5%という結果になりました。これは、医師はやりとりを見ていることが多く、医師が介入する必要がある場合のみ応えていると考える事ができます。療養者に生活情報を伝える方が大

事なので看護師さんが応えることが多いのだと思います。

（スライド18）これを要介護度別に要支援の2から要介護5までの9名の方のログデータを分析した結果です。医師が入力したのは要介護4と5の2名で、明らかに要介護1、2、3の群と4、5の群では入力の件数が有意に違います。これは家族さんが非常に熱心に入力してくれたこと、それから看護師さんもそれに対して応えてくれたということです。むしろ要支援2などの介護度の低い方は、端末は不必要であるといわれました、これは東日本大震災のときに



スライド18



スライド19

自治体が各地に散在した住民の為に iPad を配ったことがありましたが、多く人が必要としなかったため、押し入れの中に眠っていたという話とよく似ていると思いました。

(スライド19) われわれのシステムは写真を送りやすいという話をしましたが、ここで非常にうまく活用された例をご紹介します。一つは看護師さんが発疹の状態を撮ってすぐ主治医のほうに送信した後、電話連絡して指示を仰いだところ、「前にもこういうのがあって軟膏を処方して置いてあるはずだから、それを塗っておいてください」ということで、その場で処理できた例です。薬剤師さんは残薬の状況を主治医に送り、主治医が残薬を把握して次の処方行動に反映したという例です。

もう一つおもしろいのは、療養者さんが送ったおむつの写真であります。通常街中でしたら簡単に買えるのですが、こういう中山間地域ではおむつ1つ買うにも非常に大変です。ネットショッピングをしたこともない高齢者はどうす

独居超高齢療養者と 在宅医療チームとのつながり

毎日、朝ドラが終わったら、血圧と体温を測る。病院から借りている電子連絡ノートに数値を入れ、体調を送る。

私は肺を患い3ヶ月入院後、酸素を補う身となった。月に一度通院しているが、家にいながらこのような細やかな管理をしていただけるのはたいへんありがたい。

のびのびと安心して家で一人で暮らすことのできる幸せをしみじみ思っている。

図1-6-10 在宅医療 暮らしあやの

京丹波町 85歳 女性
京都新聞 H27.2.20

24

スライド20

るかということ、おむつの袋の写真を送って、「これ、なくなりました」と。これはおむつに限らずいろいろな医療材料がなくなったとき、これを説明するのはなかなか難しいのですが、写真を撮って「これを持ってきてください」の一言で終わるというところに、写真を使う利点があるかと思います。

(スライド20) 次にこの実験に参加された85歳の女性の方がたまたま京都新聞に投稿され記事をご紹介します。これには「血圧と体温をはかる。それを電子連絡ノートに入れて送る。月の一度は通院しているけれども、家にいながら

このような細やかな管理をしていただけるのは大変ありがたい。のびのびと安心して家で一人暮らすことのできる幸せをしみじみ思っている」と書かれていました。

これはまさに私たちが望んでいた理念を文章にして投稿してくれたと思って、非常に感激いたしました。

(スライド21) もう一つは、京都市右京区の緩和ケアの例をお話いたします。60歳の女性で、肺の悪性腫瘍のため在宅で緩和ケアを受けられていました。ご主人と2人暮らしですが、娘さんが千葉とサンフランシスコにいます。千葉

京都市右京区 緩和ケア療養者の一例



- 60歳，女性，右肺の悪性腫瘍で緩和ケア中
- 夫と2人暮らしで、娘は千葉とサンフランシスコに
- 残り少ない余命の中で娘の出産に際し、「一ヶ月ほど千葉に行きたい」
 - － 電子連絡ノートを持参を医師が勧める
 - － サンフランシスコの娘も電子連絡ノートで日々の様子を把握
- 千葉滞在中、合併症（口内炎）を併発
 - － 薬剤師が過去の薬歴を検索し、歯科の処方箋を主治医に連絡

2018/11/20 自治体病院全国大会2018「地域医療再生フォーラム」

25

スライド21

入院中も在宅医療チームと繋がる

サンプル画像



CART前 http://www.kanamecho-hp.jp/clinic_daini/fukusu/kmcart.html CART直後



処置後本人から送られた画像



26

スライド22

の娘さんが出産するというので、世話をしたいということを主治医に申し出たところ、主治医はそれまで使っていた「電子連絡ノート」を持っていくんだったら日々の状態がわかるからいいでしょう」ということで、それを持って千葉に約1ヶ月滞在しました。

サンフランシスコの娘さんも、このアプリをダウンロードして、アメリカでもお母さんの状態を見てもらっていました。お父さんお母さんが遠く離れた施設に入っていると、地方でひとり暮らしをしているとかという場合にも有効に使えるかなと思っています。

その千葉の滞在中に、たまたま抗がん剤の合併症で、口内炎を併発しました。このチームに在宅医療に非常に熱心な薬剤師さんがいて、毎日情報を確認していました。こういう写真が送られてきた時、歯科医の先生の過去の処方歴を調べ、主治医の先生に連絡して早く対処できたという、まさに電子連絡ノートの有用例です。

(スライド22) こういう緩和ケアを受けている方というのは、入

夫より「皆様方へ」

長くお世話になりました妻が、今朝5時45分に安らかに旅立ちました。

この間、ご関係いただきました皆様方に厚くお礼申し上げます。

ありがとうございました。

夫より

6時30分発信

2018/11/20 自治体病院全国大会2018「地域医療再生フォーラム」

27

スライド23

退院を繰り返すことが多いのですが、この患者さんが腹水の除去除去のため入院した例をご紹介します。これは処置後に実際に病室から送られてきたVサインの写真です。この患者さんのように、入院中も電子連絡ノートを持っていて、入院してこんなによくなりましたという写真を在宅に送りますと、在宅チームの人は、「ああもうそろそろ退院かな、また予定を入れておかんといかんね」ということで準備ができますし、アメリカの娘さんも安心していました。

(スライド23) 結局、この方が亡くなりました。亡くなられて程な

く、御主人から在宅チームの方々へ電子連絡ノートを通して、「今朝5時45分に安らかに旅立ちました。ありがとうございました。」という連絡が亡くなられた45分後に発信されていました。

多職種の中には1週間に1回しか訪問しない人もいますが、亡くなられた後に行って「いや1週間前に亡くなりました」という話があって、非常にばつの悪いこともあるのです。

こういう緩和ケアで麻薬を使っている場合、本来なら医師や薬剤師が適切にその処理をしないといけないのですが、1週間に1回し

100歳時代の医療・介護に備えて

- 私が100歳になるころ
- 「治す医療」から「治し支える医療」へ
 - 在宅医療情報共有システム（電子連絡ノート®）
- ICTと在宅医療・介護

2018/11/20 自治体病院全国大会2018「地域医療再生フォーラム」 28

スライド24

運営上の注意点

- 緊急時には必ず電話すること
 - 写真、ビデオを多用すること
 - すぐに返事が来るとは思わないこと
- 上から目線で、項目すべての記録使用を強制しないこと
 - 医師以外の管理者の業務権限を明確にすること

2018/11/20 自治体病院全国大会2018「地域医療再生フォーラム」 29

スライド25

か訪問しない薬剤師さんが情報を共有しなかった場合、麻薬は家族によって廃棄されていたということもあります。この一例は、速やかな情報共有によってその日のうちに薬剤師さんにより麻薬を適切に処理された例です。

（スライド24）今度はもう1つ最後に、ICTと在宅医療・介護の問題点についてちょっとお話しをさせていただきます。

（スライド25）在宅での情報共有システムを運営する上での注意点についてお話しします。一つは「緊急時には必ず電話してください」ということです。データ入力しておけばいいだろうとことではなくて、緊急時には必ず電話してもらいます。

入力情報の確認について、既読というマークを我々のところはわざわざつけておりません。これは既読があるのにどうして返事をくれないかという不満が出てくるかもしれませんので。

それから上から目線で強制しないようにしています。強制すると長続きしません。

メリット

- 療養者がいつもつながっているという安心感を持てる
- 入院しても、施設に入っても、
- 外来を受診しても、デイケアに行っても、地域の多職種在宅チームとつながり、情報を共有できる。

2018/11/20 自治体病院全国大会2018「地域医療再生フォーラム」 30

スライド26

また、医師以外の管理者がシステムやデータのやりとりについて他の多職種に意見を出してることがあります。これに対してチーム内に不協和音が起こることもありますので、それに対しては前もって管理者権限を決めておいて、その人に従うということをお勧めし、してもらっておかなければなりません。

（スライド26）こういう療養者中心の情報共有システムを使うメリットは、先ほどの新聞のコラムにもありましたように、療養者や家族が安心感を持てるということだと思います。

もう1つは、これは先ほどご紹介しましたように、たとえば入院しても電子連絡ノートを持って行ける。また、たとえば施設に入所した場合でも持って行ける。さらに外来受診してもデイケアに行く時も持っていけて、デイケアで行った内容や、在宅での様子などを共有できるというメリットがあります。

（スライド27）デメリットについては、情報の氾濫ということが考えられます。これはLINEとかのSNSがそうですけれども、療養者・家族側が不必要な情報を大量に流してくる場合も考えられま

デメリット

- 愚痴、中傷などの不必要な情報が氾濫する可能性がある
- 重大な事象に繋がる情報を見落とした場合の責任問題
- 端末・通信代やシステム使用料など余分な経費がかかる

2018/11/20 自治体病院全国大会2018「地域医療再生フォーラム」

31

スライド27

ICT化に寄せる期待と現実

- 期待
 - コミュニケーションが向上し、多職種連携が強化され、地域の少ない医療資源が有効活用される
- 期待に反する現実
 - 期待したほど普及しない、限界がある
 - 目の前に存在する大きな「職種間の壁」と「IT・医療リテラシーの壁」を取り除くことは難しい

2018/11/20 自治体病院全国大会2018「地域医療再生フォーラム」

32

スライド28

すし、それに対する対応は難しいと思います。二つ目のデメリットは電子連絡ノートのデータを見落とした場合、それがしかも重大な事象につながった場合、その責任はあるのか、また誰が責任を取るのかという問題です。医師によっては、責任をとるのが嫌だから使うのは止めておくということを言われる方もいらっしゃいました。

それから使用上の経費の問題があります。これもなかなか難しい問題で、誰がこの負担するのかという問題は解決していません。

(スライド28) ICT化に寄せる期待と現実。地域に散在する少ない医療資源の有効活用、またコミュニケーションが向上するという期待はよくわかると思います。しかし、期待に反する現実というのがあって、一つは期待したほど普及しない。数年前から在宅の情報共有システムはいろいろ出ていますが、もし先に申しましたような問題もなく、使い勝手がよければすでに普及しているのですが、現状は期待したほどではありません。その原因の1つは、そう

なぜ普及しないか？

- 医師はじめ、業務量の増加と考える多職種 ⇒ 啓発
- ICTの有用性に対する療養者の認識不足 ⇒ 啓発
- 多職種のITリテラシー不足 ⇒ 人材育成、啓発
 - VPN, SSL, Bluetooth, Wi-Fi, OS updateなどのIT用語
- スタッフの研修時間の確保が困難 ⇒ 業務改善、行政
- 補助金頼り ⇒ 行政
- 乏しいエビデンス（症例報告レベル） ⇒ 学会

2018/11/20 自治体病院全国大会2018「地域医療再生フォーラム」

33

スライド29

いうシステムがあっても人と人との間の職種間の壁、IT・医療リテラシーの壁というのがなかなか取り除けないため、いきなりこういうシステムを持ち込んでもなかなかそれを使い慣れてもらうまでには時間がかかると思います。

(スライド29) 普及しない原因を考えてみますと、一つは現状の業務で手一杯なのにこういうのを使うとさらに業務量が増えると考えられる多職種が多いということ、それから療養者さんもこれを使ってどんなメリットがあるのかよく理解していただけないことがあります。皆さんは、医療職はITリテ

ラシーが高いと思われるんですが、必ずしもそうではなくて、なかなか実際に使って理解していただけるまでに時間がかかります。このリテラシー不足というのはあと30年もすれば、私たちが100歳時代を迎えるころには十分解決していると思っております。

こういうシステムを使ってもらう場合には研修が必要ですが、在宅カンファレンスを開くのがなかなか難しいのと同様に、研修のために一堂に集まって説明会を開くのはなかなか困難です。

自治体にこのシステムの説明させていただく場合、補助金が出て

ICT導入に際して（1）

- 「あまねく、広く」をめざさない
 - 必要とする人には非常に有用
- 不可欠な医師の力強い後ろ盾
- 優れたデバイス、システムよりも多職種を細かく、リーダーシップを持って指導できる人材育成・確保



2018/11/20 自治体病院全国大会2018「地域医療再生フォーラム」

34

スライド30

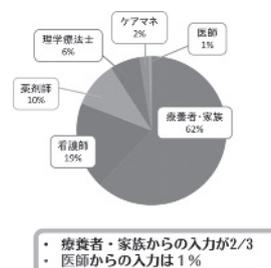
いる間は快く引き受けてくださいますが、次年度補助金がでなくなった場合が継続できませんという回答が帰ってきます。

それからそういう説明の場でエビデンスについて説明を求められますが、在宅医療介護で医療のエビデンスを求めるのは難しいと思っています。医療・医学の非常に高いレベルのエビデンスというのは、ランダム・コントロールド・トライアルをした結果得られるのですが、在宅医療ではなかなかできません。せいぜい症例報告のレベルですが、これのエビデンスレベルは低く、こういう報告がありましたというご紹介しかできません。

（スライド30）これから導入しようと考えている自治体の方々もいらっしゃるかと思うんですが、そのとき自治体としては公平性を担保するということが1つの前提になるかと思っています。しかし、公平性を担保しようとするとうまくいきません。こういうシステムを必要とする人には非常に有用ですし、皆さん積極的に参加していただい

ICT導入に際して（2）

- 専用端末が必要か？
- 誰が費用を負担するか？
 - 端末代（通信費用を含む）や、システム使用料を誰が負担するか？
 - 教育費用負担の問題



2018/11/20 自治体病院全国大会2018「地域医療再生フォーラム」

35

スライド31

す。こういう必要としている人達の見極め、あるいは利用者の線引きというのをこれからいろいろ研究していかないといけないところでは。

私達の経験でいいますと、要介護の4とか5の人、あるいは看取りの人、それから後でお話ししますが、急性期医療を退院したばかりの人、そういうふうなところでいろいろな基準を作っていければいいかなと思っています。

京丹波町のデータでお示しましたように、お医者さんは1%しか入力していませんでした。だからといってお医者さんはこういう情報共有システムは必要ないということではありません。お医者さんは力強い後ろ盾になりますので、是非参加してもらわなければなりません。

企業が新しいデバイスを利用した新しいシステムを提案してくることがあります。そういう新しいシステムよりも、人柄もよく、ITリテラシーもあり、多職種を細かくリーダーシップを持ってチームをまとめてくれる人材が大事かと

思います。リーダーは必ずしも医師である必要はありません。

（スライド31）現在スマホが非常に普及してきました、自分のスマホにアプリをダウンロードして使いたいという希望がありますが、医療介護の端末としてプライベートなものを使っていいかどうか、それともやはり専用端末が必要かどうか、これも議論のあるところでは。我々は、専用端末にすべきと言っていますが、なかなか費用の面で難しい。その端末代、システム使用料、それから教育研修費用、こういうのを誰が負担するか、どういう分担で負担するか、これもまだ決められておりません。

（スライド32）その費用の問題について考えてみます。遠隔医療というのが数年前から厚労省のほうから提案されていきましたので、30年改定で診療報酬上遠隔診療が認められれば我々の在宅医療情報共有システムというのは、認められるはずであると思っていました。この4月に発表されました診療報酬、介護報酬の改定で、名前

在宅情報共有システムは 遠隔健康医療（介護）相談である

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> オンライン診療 <ul style="list-style-type: none"> - 30分以内に行ける人 - 医療機関内で処理（9時5時） - 限られた疾患 - 医師中心型 - テレビ電話のみ - 医師以外の参加だめ - 医師法の適応：あり - D to P, D to D等 オンライン診療 <ul style="list-style-type: none"> - 保険診療 - 100点 + 70点 ・（参考：対面診療 349点） | <ul style="list-style-type: none"> 電子連絡ノート® <ul style="list-style-type: none"> - どこでも、 - いつでも、車の中でも - どんな病気でも - 患者中心型 - 写真、メール形式OK - 遠く離れた家族も可 - 医師法の適応：なし - P to D, P to N, D to N等 遠隔健康医療相談 <ul style="list-style-type: none"> - 全額自費 - 必要時電話相談 72点 |
|--|---|

2018/11/20 自治体病院全国大会2018「地域医療再生フォーラム」

37

スライド32

電子連絡ノート®の派生系

施設と多職種をむすぶ 在宅医療情報共有システム

人工心臓在宅医療情報共有システム

2018/11/20 自治体病院全国大会2018「地域医療再生フォーラム」

38

スライド33

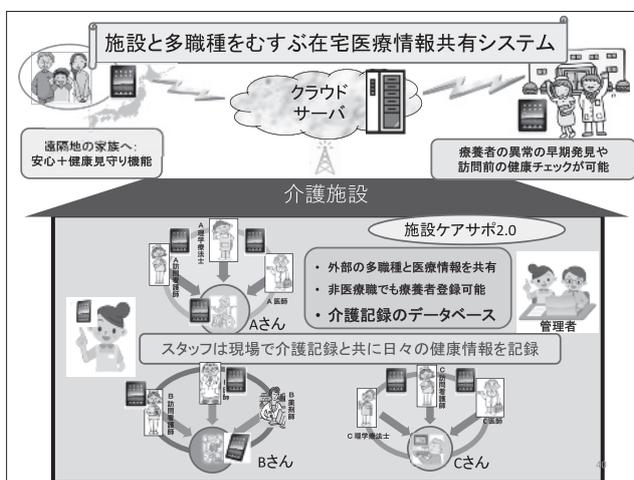
医師、医療職とのつながり

- 施設内の非医療職も、施設外の医師、医療職とつながりたい
- 施設外の医師、医療職も、施設内療養者の状態を知りたい
- 遠く離れた家族も、父母兄弟の状況を知りたい

2018/11/20 自治体病院全国大会2018「地域医療再生フォーラム」

39

スライド34



スライド35

が遠隔診療からオンライン診療に変わっています。今月の9日、10日遠隔医療学会の2日間のうち1日はオンライン診療の話題ばかりでした。オンライン診療というのは、患者さんが30分以内に診療所に行き、限定され疾患が対象で、医師とのコミュニケーションはテレビ電話が中心で、メールは認められていません。それに比べて、我々のシステムはいつでもどこでもどんな病気でも患者中心型で、写真やメールはオーケーで、遠く離れた家族も情報共有できます。オンライン診療は医師法が適用されますが、電子連絡ノートには医

師法は適用されません。結局、電子連絡ノートは遠隔健康医療相談ということで、その費用は全額自己負担になります。

（スライド33）電子連絡ノートの派生系として、施設内療養者とを施設外多職種とを結ぶ在宅医療情報共有システムと人工心臓在宅医療情報共有システムの2つを作りました。

（スライド34）最近サービス付高齢者住宅がどんどん増えていまして、そういう施設には医療職はいません。そこの非医療職の人たちも、職種の壁やリテラシーの壁を越えて、施設外の医

療職、医師、医療職とつながりを持ちたいと思っています。

他方、施設外の医師、医療職で訪問診療している先生方、看護師さんも施設内の療養者の状態を知りたいと思っています。訪問診療をしている主治医が施設に行って初めて療養者さんの急変を知って、緊急入院させるということがしばしばあり、このようなシステムを作りました。

このシステムで、遠く離れたご家族も施設に入っているお父さんお母さんの日々の状態を知ることができます。

（スライド35）これがクラウド



スライド36

を通して施設内の療養者、スタッフと、ご家族や主治医の先生、訪問看護師さんなどがつながり、しかも、非医療職の管理者も入力でき、医療職の意見も閲覧することができるシステムの概念図です。

(スライド36) 一般社団法人電子連絡ノート協会のプロモーションビデオをつくりましたをご覧ください。

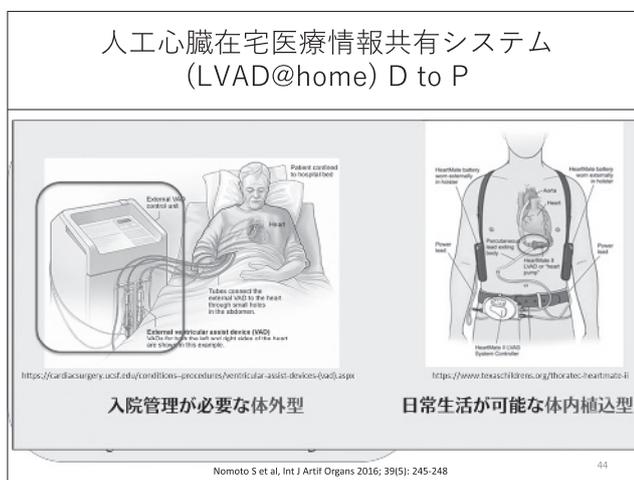
【動画】

(スライド37) 最後に100歳時代の医療介護の未来ということでちょっとお話をさせていただきます。今までお話しさせていただいたのは、在宅医療を受けている慢性期の療養者さんを対象としようというのが今までの流れなんです。が、今後はむしろ、医療依存度の高いまま急性期病院から退院されるそういう患者さんが対象としてよいのではないかと考えております。

例えば、悪性腫瘍の治療後とか、入退院を繰り返す慢性心不全、慢性呼吸不全、それから人工臓器を埋め込んだ後や移植手術の後など。また、今後出てくるであろう



スライド37



スライド38

iPS細胞による治療の後とか、それからメディカル・ツーリズムで訪れた患者さんが母国に帰られてからの状態を発信し、それをこちらの専門家も国を超えて共有することで、世界的なつながりができて、お互いのチームがブラッシュアップできるのではないかなと思っております。

(スライド38) 電子連絡ノートの派生系の1つとして、埋め込み型人工心臓の在宅医療情報共有について話をさせていただきます。昔の人工心臓はこういう大型装置で入院が必要であったのですが、最近はお腹ぐらゐの大きさの体内埋

込型になりまして、在宅で日常生活が可能になりました。

腹部から1本線が出ていて、コントローラーとバッテリーに繋がっています。アプリの4画面の情報を送信するだけです。例えばこのような腹部から出血した写真を「朝起きたらこんなになっていましたどうしましょう」とコメント共に送って、医師から連絡が入って迅速に対処できました。こういうシステムを使えば、死に至る合併症と隣り合わせの人工心臓を装着した患者さんも安心して在宅療養生活を送ることができるということです。

**100歳時代の
在宅医療・介護の未来は？**

- 高齢者でAI、ロボット、IoTが向上し、生活を遂げる
- 在宅医療でより前の如く活用され、在宅で過ごせる
- 今から在宅医療・介護システムを使い始める

https://blogs.yahoo.co.jp/kitto_muginoko/31381129.html

スライド39

(スライド39) 今後高齢者のITリテラシーもかなり向上してくると思います。AIロボット、自動運転、IoTというような、様々な方面で著しい進歩がみられると思います。

逆に今から30年前を振り返ってみますと、平成元年のころはようやく「しもしも」で最近有名になった大きな携帯電話が出てきた頃です。これから30年後どのような技術革新があるか、これはとても予想できません。本日ご説明したような医療介護の情報共有システムは当たり前のごとく活用され、療養者さんは最期まで心安らかに在宅で過ごせるようになるでしょう。ということで、療養者さんを中心とする在宅医療・介護情報共有システムを今から使い始めても決して遅くないのではないかと考えております。

最後に、これらの研究開発は科研費はじめいろいろな公的資金によって開発致しました。改めて感謝申し上げます。

ご清聴どうもありがとうございました。

講演Ⅱ



■つがる西北五広域連合

病院事業管理者 高杉 滝夫 氏

本日このような機会をお与えくださいました、全国自治体病院開設者協議会の西川会長、並びに全国自治体病院協議会の小熊会長、邊見名誉会長に感謝申し上げます。

本日は、青森県の二次保健医療圏の1つである西北五保健医療圏で行われている自治体病院機能再編成についてお話しさせていただきます。

(スライド1) 青森県には6つの二次保健医療圏があります。今回の話の舞台となっている西北五圏域、弘前市を中心とした津軽圏域、八戸市を中心とした八戸圏域、青森市を中心とした青森圏域、十

和田市、三沢市を中心とした上十三圏域、むつ市を中心とした下北圏域の6つです。西北五圏域というのは五所川原市、西津軽郡、北津軽郡の市と町が集まったということで西北五という圏域になっております。

(スライド2) 地図で見ますとこのようになります。西北五圏域は、東は青森県域、南は津軽圏域、そして一部は秋田県に接しています。各圏域には大小たくさんの自治体病院があり、青森県の地域医療の多くが自治体病院によって支えられています。

(スライド3) 西北五圏域には5つの自治体病院がありました。五所川原市に西北中央病院、五所川原市の金木地区に公立金木病院、つがる市につがる市立成人病センター、鱒ヶ沢町に鱒ヶ沢町立中央病院、鶴田町に鶴田町立中央病院、この5つです。この5つの病院が西北五圏域の地域医療の大部分を担っていたのです。ところが、日本中の多くの地域医療を担う病院と同様に、臨床研修制度などの影響を受け医師不足、経営困難によって共倒れしかねない状況になり、それを何とかしようということで、この5つの自治体病院の機能再編に取り組んだわけです。

(スライド4) 機能再編を簡単にいえば、五所川原市の西北中央病院を廃止し、それに代わる新しい中核病院をつくり、五所川原市金木地区にあった公立金木病院と鱒ヶ沢町立中央病院はサテライト病院としてそのまま残す。つがる市立成人病センターと鶴田町立中

青森県の二次保健医療圏

- * 西北五圏域(五所川原市、つがる市、鱒ヶ沢町、深浦町、鶴田町、中泊町)
- * 津軽圏域(弘前市、黒石市、平川市、田舎館村、西目屋村、藤崎町、大鰐町、板柳町)
- * 八戸圏域(八戸市、五戸町、三戸町、田子町など)
- * 青森圏域(青森市、平内町、外ヶ浜町など)
- * 上十三圏域(十和田市、三沢市、六ヶ所村など)
- * 下北圏域(むつ市、大間町、東通村など)

スライド1

二次保健医療圏と自治体病院

青森県の自治体病院 (平成18年4月1日現在)

スライド2

西北五医療圏の自治体病院

スライド3

五つの自治体病院の機能を再編成

スライド4

中央病院は無床の診療所にするというものであります。

(スライド5) ここで西北五広域連合についてちょっとお話ししますが、つがる西北五広域連合は平成11年に結成され、ほかの多くの広域連合と同様に主に介護保険の運営を行ってきました。

西北五というのはさっき申し上げましたように、西津軽郡、北津軽郡、そして五所川原ですが、西津軽郡の町と村が合併してつがる市というのをつくりましたので、そのつがる市もこの名前の中に入れるためにつがる西北五広域連合となっております、非常に読み

にくいというか長い名前です。座長の先生には大変申しわけなかったのですが、舌がもつれるような名前であります。スライドに示しましたように、南北に非常に細長い形になっています。日本海式の気候で、冬に強い風と猛烈な吹雪が襲うという厳しい地域です。春夏秋は非常にいい地域であります。そして世界遺産の白神産地とか、西海岸のきれいな海岸線が見えるところがあって、非常に自然は豊かで、主な産業は農業、米とりんご、あとは沿岸で漁業が行われています。人口は14万弱、13万ちょっとです。こういう地域であ

ります。

中心の五所川原市には、はずれの中泊町からでも1時間弱で来られますが、冬はどうなるかわからない。何時間もかかることもあるし、来られないこともあるということが問題であります。

(スライド6) ここでちょっとこの地域の名物を紹介したいと思うのですが、中心の五所川原市では立佞武多というのがあります。ちょっと見えにくいかもしれませんが高さ20mぐらいの人形型の灯籠です。この下のほうに小さく見えているのがそれをひく人たちです。非常に大きなものです。

つがる西北五広域連合の概要

つがる西北五広域連合は、平成11年3月に青森県内で2番目の広域連合として誕生

本圏域は、青森県西北部に位置し、五所川原市、つがる市、鱒ヶ沢町、深浦町、鶴田町及び中泊町の6市町からなる地域で、東部及び北部は県東青森市及び東津軽郡、南部は弘前市と中津軽郡、さらに西南部は秋田県に接しており、東西方向に約35km、南北方向に約95kmと細長い形状となっている。

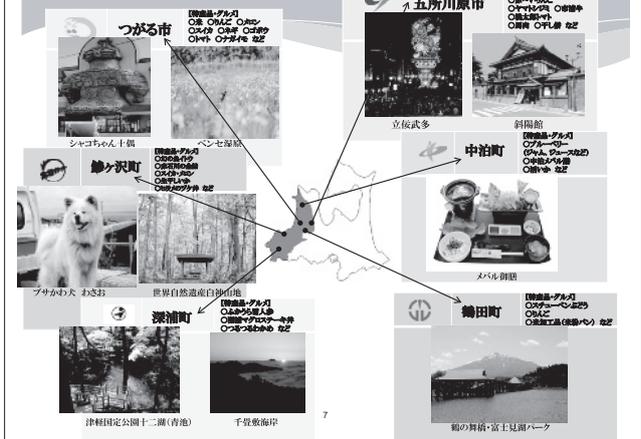
気候は典型的な日本海式気候で、冬期間の強い北西風と降雪が厳しい地域である。また、東部及び北部には中山山脈が連なり、その南部にはブナ原生林を有する世界遺産白神山が、西海岸地区鱒ヶ沢町及び深浦町の背後に迫っている。

圏域の主な産業は、米とリンゴを中心とする農業で、沿岸部では漁業も行われている。人口は、平成27年国勢調査で131,631人であり、県人口の10.1%を占め、面積は、青森県総面積の18.17%を占めている。



スライド5

構成市町村



スライド6

◆ 西北五圏域人口動向 (国勢調査値)

	2010 (H22)	2015 (H27)	増減	減少率 (%)	2010世帯数	2015世帯数
青森県	1,373,339	1,308,265	▲65,074	▲4.74	513,385	510,945
西北五圏域	143,817	131,631	▲12,186	▲8.47	49,149	47,784
五所川原市	58,421	55,181	▲3,240	▲5.55	21,277	21,143
つがる市	37,243	33,316	▲3,927	▲10.54	11,473	10,984
鱒ヶ沢町	11,449	10,126	▲1,323	▲11.56	4,095	3,851
深浦町	9,691	8,429	▲1,262	▲13.02	3,532	3,304
鶴田町	14,270	13,392	▲878	▲6.15	4,402	4,384
中泊町	12,743	11,187	▲1,556	▲12.21	4,370	4,118
西北五/県	10.47%	10.06%	—	—	9.57%	9.35%

スライド7

◆ 高齢者人口 (国勢調査値)

	2005 (H17)			2010 (H22)			2015 (H27)		
	人口	高齢者人口	高齢化率 (%)	人口	高齢者人口	高齢化率 (%)	人口	高齢者人口	高齢化率 (%)
青森県	1,436,657	326,562	22.73	1,373,339	352,768	25.69	1,308,265	390,940	29.88
西北五圏域	156,375	42,445	27.14	143,817	43,592	30.31	131,631	45,412	34.50
五所川原市	62,181	15,553	25.01	58,421	16,226	27.77	55,181	17,433	31.59
つがる市	40,091	11,038	27.53	37,243	11,183	30.03	33,316	11,507	34.54
鱒ヶ沢町	12,662	3,981	31.44	11,449	3,948	34.48	10,126	4,021	39.71
深浦町	10,910	3,717	34.07	9,691	3,769	38.89	8,429	3,776	44.80
鶴田町	15,206	4,084	26.86	14,270	4,257	29.83	13,392	4,392	32.80
中泊町	15,325	4,072	26.57	12,743	4,209	33.03	11,187	4,283	38.29

スライド8

五所川原市の金木地区には太宰治の生まれた家、斜陽館というのがあります。太宰治の家はこの地域の大地主でありまして、お父さんは衆議院議員とかも務めた家で、お兄さんも県知事とか衆議院議員も務めた家で、非常に豪邸、立派な家で、国の重要無形文化財になっています。

北に行くと中泊町ですが、漁業が盛んなところで、ご当地グルメのメバル御膳というのが今はやっています。五所川原市の南には鶴田町、ここでは吉永小百合さんが出演したJR東日本のコマーシャルで有名な鶴の舞橋というのがあ

ります。

五所川原市の西には、つがる市があって、ここでは明治時代に出土した遮光器土偶が有名です。つがる市の駅は、これは駅舎ですけども、それをかたどった形をしています。列車が駅に入ると目が不気味に点滅するというのです。

そこから日本海沿岸を下ると鱒ヶ沢町で、白神山地を擁したところで、秋田犬、ぶさかわ犬と言われるわさお君が住んでいます。

その南になると深浦町、もう秋田県に接するような場所でありまして、国定公園の十二湖というの

があって青池というのが有名です。またJR五能線が五所川原からつがる市、鱒ヶ沢町、深浦町、秋田のほうへとつながっていますが、きれいな海岸線を見ることができるということで、非常に人気のあるローカル線になっています。

西北五圏域がどういうところかということをおある程度イメージしていただけたかと思しますので、ここでこの地域の医療の問題、課題について少し述べさせていただきます。

(スライド7) まず人口減少です。青森県は全国的に見ても人口

二次医療圏別患者動向(医療自足率) (青森県受療動向調査)

	平成18年度(入院)%	平成23年度(入院)%	平成23年度(入+外)%
青 森	93.5	94.1	96.7
津 軽	94.8	94.4	97.5
八 戸	97.1	94.3	97.0
西北五	64.8	71.2	85.5
下 北	79.4	72.6	92.1
上 十 三	72.6	76.3	88.6

11

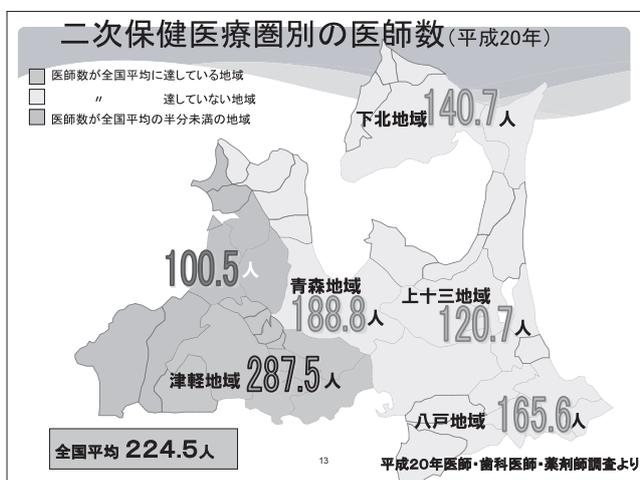
スライド9

西北五圏域の主要傷病別自給率(入+外) (平成23年)

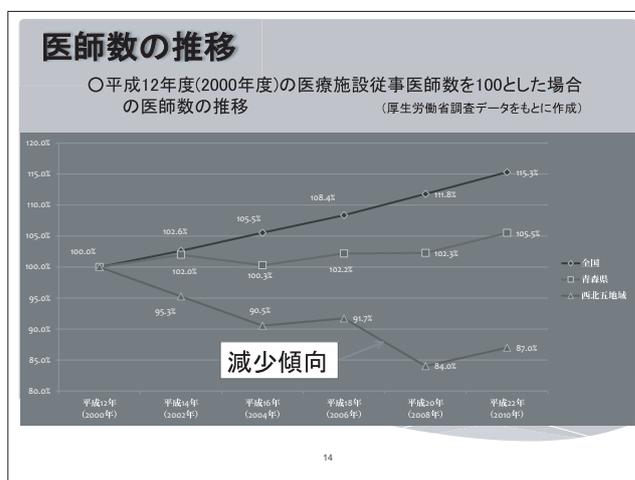
傷病分類	患者数	自給率(%)
循環器	1,677	90.1
呼吸器	1,044	96.1
内分泌・代謝	518	86.3
消化器	401	90.8
筋・骨格	1,121	86.5
新生物	470	58.3
精神	421	70.5
総数	7,339	85.5

12

スライド10



スライド11



スライド12

減少が著しいのですが、西北五圏域は県平均の2倍近い、青森県の中でも非常に人口減少の著しいところでありまして、特につがる市と鱒ヶ沢町、深浦町、中泊町は10%以上の減少となっています。

(スライド8) 高齢化率は圏域全体で34.5%。深浦町は45%です。人口減少、過疎化とあまって高齢者が遠くの医療機関を受診することが困難となってきており、身近の自治体病院を存続させることが是非とも必要であります。

(スライド9) とはいえ、医療自足率を見ると入院医療で7割前後

しかなく、3割の患者さんがほかの圏域の病院へ入院を余儀なくされています。大体2割が弘前市へ、1割が青森市へ入院しており、患者や家族の負担が大きくなっています。

(スライド10) 疾患別自足率を見ると、新生物、がんの診療が弱いことがわかります。

(スライド11) 医師不足ですが青森県は人口10万人当たりの医師数が全国ワースト10に常に入っております。これは平成20年の数字であります。平成20年には全国平均が224.5人、このスライドには載っていませんが、青森県全体

では184人でした。

圏域別にみると津軽地域は弘前大学医学部があるため、全国平均を上回っていますが、それ以外は全国平均を大きく下回り、特に西北五圏域は全国平均の半分以下になっています。

(スライド12) 経年的に見ても全国では医師が着実に増えていきましたが、また青森県も全国ほどではないのですが少しずつ増えていきました。一方、西北五圏域はどんどん減っていました。

(スライド13) 自治体病院の勤務医数ですけれども、西北五圏域の中核の西北中央病院の勤務医

青森県内の400床前後病院の常勤医師数

医療機関名	病床数	常勤医師数
むつ総合病院	486床	64人
青森労災病院	474床	40人
八戸赤十字病院	434床	54人
十和田市立中央病院	379床	37人
西北中央病院	412床	33人

(平成23年)

スライド13

【自治体病院の経営状況】

- ・5自治体病院で合わせて28億円を超える不良債務を抱えていた(平成21年度決算)
- ・地域医療の中心となる自治体病院の経営悪化が進めば、病院の維持が困難になり、地域医療を崩壊を招く。
- ・経営の安定化が必要。

スライド14

○西北五圏域の自治体病院を取り巻く状況

- ・人口10万対医師数が全国の半分に満たない
- ・提供できない医療内容も多く、患者の他圏域への流出が大きい(医師不足、施設の老朽化)
- ・自治体病院5病院で多額の不良債務を抱えるなど



自治体病院機能再編成の推進

スライド15

自治体病院機能再編成の目的・必要性

①医療機能の高度化によりサービスの充実を図る。

西北中央病院が西北五地域の高度医療を担ってきたが、医師不足や施設の老朽化など、思ふような医療機能の高度化が円滑に図れない状況。
自治体病院機能再編成を進め、地域全体の医療提供サービスを充実させるため、新たに中核病院の整備が必要。

②医師不足の現状とその解消を図る。

医師不足が著しい中、現在のように、少数の医師が各病院に分散して配置されている状況は、医師にとって診療への不安、多忙、ひいては勤務条件への不満などを招き、病院現場から去ってしまう状況を引き起こしかねない。

医師が働き甲斐をもって活躍できる環境を整えることが必要。このため中核病院とサテライト医療機関の連携システムを構築。その手段が自治体病院機能再編成。

③持続可能な医療サービスの提供体制を構築。

西北五地域では各病院とも医師不足の中で赤字経営を続けており、地方財政が厳しくなる中で、一般会計の支えも大変な状況。

自治体病院機能再編成は、個々ばらばらに経営している自治体病院を「つがる西北五広域連合」による一体的運営体制のもとで、人、もの、予算を効率よく活用。

スライド16

は、平成23年で常勤の勤務医師は33人、412床で33人ということで、青森県には400床前後の病院が幾つかあるんですが、その中でも一番少ない。どの病院も非常に少ないんですけどもその中でもまた非常に少ないということで、他の金木病院とか鱒ヶ沢病院も医師は5～6人ということで非常に深刻な医師不足状態でした。

(スライド14) 医師不足の中、経営状況も悪化し、5つの自治体病院で28億円を超える不良債務を抱え、病院の維持が困難になってきました。

(スライド15) ということで、何

とかしなければならぬということになりまして、今まで述べたように医師が足りない、提供できない医療内容も多く患者さんが他の圏域へ入院せざるを得ない、多額の不良債務を抱える、これらの問題を解決するために考えられたのが、この自治体病院機能再編成があります。

(スライド16) 目的の1つは、足りない医療機能を何とか高度なものにしてサービスの充実を図る。西北中央病院が中核を担っていたんですが、医師不足と老朽化、耐震性の問題とかでぼろぼろになっていまして、これ以上機能を高度

にすることはこの病院では難しいということでもあります。そのために新たな中核病院をつくる必要がありました。

医師不足への対応では、5つの自治体病院が同じような医療をばらばらに行うのではなく、中核病院とサテライト病院で役割を分担し、連携することで効率的な診療を可能にし、医師への負担の軽減を図ろうということでもあります。

また、持続可能な医療サービスの提供、経営を安定させなければいけないということでもあります。5つの自治体病院の経営を一体的に行って、人や物、お金を効

機能再編成の基本的な考え方

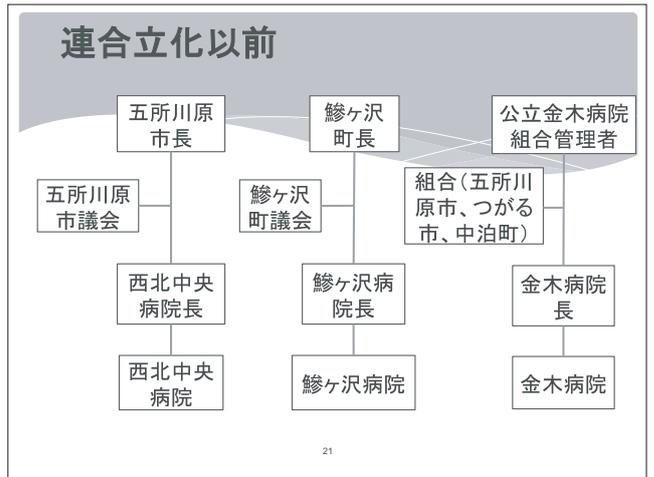
【広域運営体制の構築】
 圏域内の2市4町で構成する「つがる西北五広域連合」が運営主体になり、圏域全体で地域医療を支えていく一体運営の体制を構築する。(連合立化)

【中核病院とサテライト医療機関との連携強化】

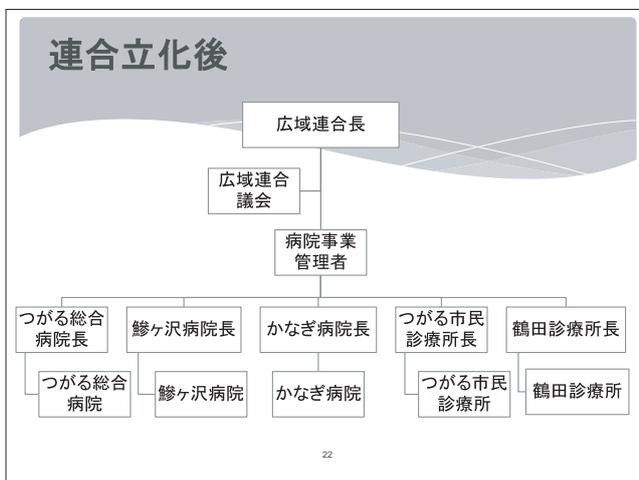
- ① 新たな中核病院を確保し、急性期医療や高度救急を担い、一般医療の完結を目指す。
- ② 周辺の自治体病院をサテライト医療機関と位置づけ、回復期、在宅医療、外来診療等を担う機能に転換するとともに、つがる総合病院とサテライト医療機関との連携を強化し、幅広く地域医療ニーズに対応する。

20

スライド17



スライド18



スライド19

医療機能再編成計画

病床の再編計画

【再編成前】平成23年12月末(824床) → 186床減 → 【再編成後】平成26年度(638床)

病院名	病床数	施設計画	病院名	病床数
① 西北中央病院	一般352床 精神 60床	(廃止) 26床増	① つがる総合病院(新築)	一般390床 精神 44床 感染症 4床
② 公立金木病院	一般100床 療養 20床	20床減	② かなぎ病院	一般100床
③ 鰯ヶ沢町立中央病院	一般100床		③ 鰯ヶ沢病院	一般100床
④ つがる市立成人病センター	一般 92床	92床減	④ つがる市民診療所	無床
⑤ 国保鶴田町立中央病院	一般 60床 療養 40床	100床減	⑤ 鶴田診療所	無床

23

スライド20

率よく使おうということを目指してしております。

(スライド17) そのための手段の1つは連合立化であります。5つの自治体病院をつがる西北五広域連合で運営しようということです。そして、新しい中核病院をつくってそこには急性期医療や高度救急を担ってもらう。周辺の自治体病院はサテライト医療機関として回復期、在宅医療、外来診療等を行うようにする。そして、中核の病院とサテライト医療機関との連携を強化して、一体となってこの地域の医療ニーズに対応するという考え方があります。

(スライド18) 連合立化以前は、それぞれの病院がばらばらに運営されておりました。スライドには載り切れませんが、このほかにつがる市の病院から鶴田町の病院5つの病院が皆ばらばらに運営されておりました。ですから、5つの病院で何か連携してやろうとしても、人や物やお金を伴うことはまずできませんでした。

(スライド19) 連合立化後は、1枚のスライドにおさまるようになります。しっかりとしたものになりましたけれども、それだけではなくて人や物の動きもスムーズに行えるようになりました。同じベンダーの電

子カルテを採用して、ネットワークでつなぐことも容易にできるようになりました。輸液ポンプやレスピレーターも同じものを採用して中核病院の臨床工学士が巡回して保守点検や使い方の指導などにあたることも可能になり、また看護師、放射線技師、理学療法士の人事交流も行われるようになりました。

(スライド20) 医療機能ではまず病床数ですが、2つの病院を無床化して、全体として186床減りました。ただ中核病院は機能の充実を目指して26床ふやすという計画としました。



スライド21

[西北五地域自治体病院機能再編成の取組み]	
年 月	取 組 み
平成13年3月	自治体病院機能再編成計画の策定に着手
平成14年4月	県による機能再編成の基本的な枠組みを圏域14市町村長(当時)が了承(中核病院の新設と医療機能の集約)
平成14年12月	「機能再編成計画」案を圏域14市町村長(当時)が了承し、「西北五地域保健医療圏自治体病院機能再編成計画」(アクションプラン)が決定
平成18年2月	圏域内関係者による検討結果をまとめた「マスタープラン」公表
平成20年9～10月	中核病院建設場所、サテライト病院・診療所設置場所の決定
平成21年3月	平成17年度に策定したマスタープランを改訂し、「マスタープラン改訂版」を公表(構成市町村の負担割合、中核病院の規模、サテライト医療機関の基本的役割)
平成23年8月	「つがる総合病院」着工
平成23年9月	地方公営企業法の全部適用(病院事業管理者の就任)
平成24年4月	圏域5自治体病院の経営統合(広域連合による一体運営)
平成24年	鶴田診療所開院(所)
平成25年	つがる市民診療所開院(所)
平成26年	つがる総合病院開院

スライド22

(スライド21) つがる市立成人病センターと鶴田町立病院を無床化したのは、新しい中核病院に近いということがあります。一方、かなぎ病院と鱒ヶ沢病院をサテライト病院として病床を残したのは、かなぎ病院には北の地域の担当、鱒ヶ沢病院には西海岸の地域を担当してもらうという、地理的な要因が一番大きかったと思われます。

(スライド22) この再編計画は、平成13年の3月に圏域の要望に応じて青森県が計画の策定に着手して、平成14年にはその基本的な枠組みを圏域の14市町村、当時合併する前ですから市町村がこの圏域には14あったんですが、その市町村長が了承しました。

ここからいよいよスタートして、その後実際の計画案を市町村長が了承し、そして平成15年にはこの計画を進めるための事務局がつがる西北五広域連合内に置かれたのが、つがる西北五圏域連合が現在の機能再編成にかかわった始まりであります。

そして、その事務局を中心にし

住民説明会

- 再編成の内容について、平成20年度から21年度、五所川原市、つがる市を会場に5回開催。
- 五所川原市では、地区住民懇談会を9回開催
- 各市町の広報誌で3頁の自治体病院再編成の説明記事の掲載
- 平成23年度から平成24年度「西北五地域医療を守る会」への説明及び懇談会の開催(計3回)

(意見等)

医師の確保について、サテライト医療機関は、病床が削減又は無床化されることに対する「自分たちの地域医療はどうなるのか」といった不安

(対応)

少子高齢化が本格化する西北五医療圏において、人口減少が進行する中で、医療の高度化をどう図っていくのか、慢性的な医師不足の中で、個々病院を各々の自治体がこれまでどおり経営していくことは極めて困難であり、このことについては、再編と医療連携しかないということを繰り返し説明して理解を得た。

26

スライド23

てまとめられたマスタープランが18年につくられ、20年に中核病院やサテライト診療所の設置場所が決定しました。そして平成21年に人口の減少その他いろいろなことを勘案した改訂版、最終版が完成しまして、以降はそれに基づいて平成23年につがる総合病院、新中核病院の建設が始まりました。

そして、地方公営企業法の全適用によって、私の前の病院事業管理者が就任して、そして24年度から、広域連合による一体経営が始まりました。そしてその後鶴田診療所、つがる市民診療所が完成し、平成26年4月につがる総合病院が

開院したことで、一応この機能再編計画は1つのゴールに達したということになります。

13年の月日と膨大な労力を要したわけですが、私が西北五圏域に赴任したのは平成23年4月でありましたが、そのころには全部線路がりっぱにしかれて、列車も走り出していて、私はその列車に乗っていればいだけというような状態でありました。

(スライド23) 一番難しい問題の1つが、やはり住民の説得でした。これは広域連合が行った説明会のことについて書いてありますが、この他に他の町もそれぞれに

[再編成後の医療機能と病床数]		
①つがる総合病院	圏域の高度救急と急性期医療を担う。	【許可病床数】 【438床】 一般病床390床、感染症病床4床、精神病床44床 *一般病床は救急病床10床を含む。
②サテライト病院	初期急性期、急性期治療後の入院医療と地域住民に対する初期医療を提供する。	かなぎ病院 【100床】 一般病床60床、地域包括ケア病床29床、療養病床11床 鯉ヶ沢病院 特色・へき地医療拠点病院 【100床】 一般病床100床
③サテライト診療所	地域住民に対する初期医療を提供する。	つがる市民診療所 【無床】 鶴田診療所 【無床】

スライド24

[診療科目]	
①つがる総合病院	消化器・血液・膠原病内科、循環器・呼吸器・腎臓内科、内分泌・糖尿病・代謝内科、神経内科 一般外科(内視鏡・心血管・呼吸器・乳腺) 小児科、精神科、整形外科、リウマチ科、脳神経外科、産科婦人科、眼科、耳鼻いんこう科、皮膚科、泌尿器科、形成外科、放射線科、麻酔科、歯科 口腔外科、健診センター ※診療科名は弘前大学医学部附属病院のものに準ずる。
②かなぎ病院	内科、外科、小児科、整形外科、婦人科、眼科
③鯉ヶ沢病院	内科、外科、小児科、整形外科、眼科、耳鼻咽喉科、歯科、糖尿病外来
④つがる市民診療所	内科、外科、糖尿病内科
⑤鶴田診療所	内科、外科、小児科

スライド25

住民説明会を何回も開いております。やはりこの住民は自分たちの地域医療がどうなのかということが不安、特に無床となるつがる市や鶴田町の住民には不安が強かったのでありますが、それともう1つは財政上の問題といたしますか、巨額の費用をかけてこんなことをしても本当に医療を再生維持できるのかという不安も多くの住民から寄せられておりました。それに対してはとにかくこの機能再編成で何とか医師不足を補うような形をとらないと、とてもこの地域の自治体病院は持たないということを繰り返して説明して、何とか納得していただいたところですが、まだ納得していない住民もたくさんいるとは思っています。

(スライド24) つがる総合病院は高度急性期を担うということです。サテライト病院が2つ、そして診療所が2つという形になりました。

(スライド25) つがる総合病院は中核病院として20診療科、サテライト病院は内科、外科、小児科、整形外科の大体そういうようなもの

のを担当診療科にしています。

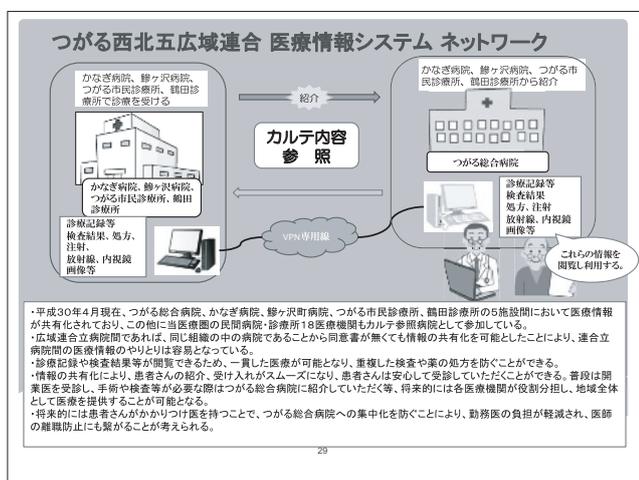
診療所は内科だけが常勤であとは非常勤というような体制になっています。

(スライド26) 今回の機能再編成で力を入れた点の1つが、連合医療機関で電子カルテを同じベンダーのものとしネットワークでつないでお互いに閲覧できるようにしたことであります。ネットワークをつくったということでもあります。

この連合立の医療機関5つの間では紹介する場合には紹介状はごく簡単なもので、あとはカルテを参照してくださいということで済

みます。処方も検査成績も画像も全てお互いに見ることができるので、紹介状は本当に簡単なものです。そういうことで医師の負担も減りますし患者さんのやりとりも非常にスムーズに行うことができます。

また、無床の診療所では夜間とか時間外は受け付けませんので、こういった診療所に通院している患者さんが夜間具合が悪くなって連合立の他の3つの病院の救急外来を受診しても、救急外来で診療所のカルテを開いてその患者さんの情報を全て見ることができるので問題ないということになりました



スライド26

◆つがる総合病院について

- 開院日 : 平成26年4月1日
- 病床数 : 医療法許可病床数438床(一般348床7:1、包括42床、精神44床、感染4床)
- 標榜診療科 : 20科
- 医師数 : 59名(常勤医48名 研修医11名/含管理者)
- 患者数(平成28年度1日平均): 入院310.1人 外来700.4人
- 救急車受入件数: H28年度 3,192件 H29年度 3,075件
- 特徴
 - 西北五圏域の疾病では、悪性新生物、脳血管疾患、心疾患による死亡が全国・県平均を上回っており、糖尿病性腎症から人工透析に至る者が多い。
 - 中核病院新設にあたっては、これらを重要疾患と位置付け、循環器内科の拡充やこれまで常勤医が不在であった、脳神経外科、内分泌・糖尿病・代謝内科、泌尿器科の常勤医の確保が図られ、人工透析室(14床)も整備された。
 - 医療機器についても、血管造影撮影装置、320列CT、3.0テスラMRIの画像診断装置の充実を図っている。

スライド27

◆サテライト医療機関について (機能再編成後の状況)

○かなぎ病院

100床のサテライト病院、主に北津軽郡の後方支援病院として再編され、初期急性期、急性期治療後の入院治療や地域住民に対する初期医療を提供している。平成28年度に療養病棟(40床)のうち29床を地域包括ケア病床に転換した。

○鱈ヶ沢病院

100床のサテライト病院、西海岸地域の後方支援病院として再編され、初期急性期、急性期治療後の入院治療と地域住民に対する初期医療を提供している。また、西海岸地域のへき地医療拠点病院で、無医地区への訪問医療を提供している。電子カルテについては、再編時に、共通の医療情報システムに更新した。

スライド28

◆サテライト医療機関について (機能再編成後の状況)

○つがる成人病センター→つがる市民診療所

新たな診療所を建設し、平成26年3月に移行した。

移行に伴い、医師、看護職員、検査及び放射線技師の一部、栄養士、薬剤師は、他の病院へ異動している。

移行後は、入院設備を持たない、無床診療所として、つがる総合病院や他のサテライト病院との連携をとりながら住民が利用しやすい診療所を目指しており、近年は、在宅医療提供体制の整備に取り組んでいる。

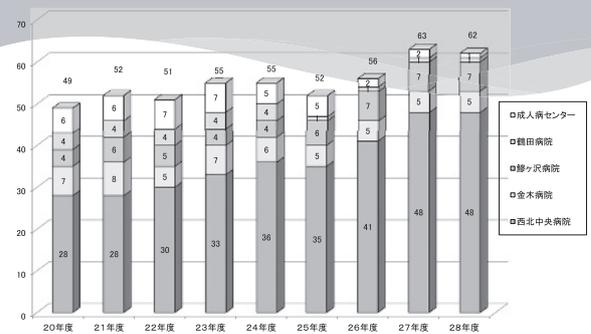
○鶴田病院→鶴田診療所

平成24年10月に病床を廃止して診療所に移行した。

診療所は内科常勤医1名の体制であり、平成25年1月からは、新たな診療所の建物で運営をしている。診療所移行に伴い、医師、看護職員、検査及び放射線技師の一部、栄養士、薬剤師は、他の病院へ異動している。

スライド29

○西北五圏域における自治体病院 の常勤医の推移



スライド30

て、こういったことも繰り返し説明して住民の不安をある程度やわらげることができたかと思えます。

(スライド27) 効果と今後の課題についてお話いたします。つがる総合病院ではこの地域の特徴である悪性新生物、脳血管疾患、心疾患による死亡が高い、糖尿病性腎症から人工透析に至る者も多いということを重要疾患と名付けて、特に脳神経外科と糖尿病内科、それから泌尿器科がそれまで非常勤であったものが常勤が確保できて、人工透析も始めることができました。

(スライド28) サテライト病院、かなぎ病院と鱈ヶ沢病院ですが、かなぎ病院は北のほうの後方支援病院、鱈ヶ沢病院は西のほうの後方支援病院で、この地域はへき地となっておりますので、鱈ヶ沢病院はへき地医療拠点病院を以前から務めていました。ほかの4つの病院は機能再編成を契機に電子カルテが導入されたのですが、鱈ヶ沢病院はずっと以前から別のベンダーの電子カルテが入っていたのですが、それだとなかなかネットワーク化が難しいということがありまして、再編を機会に共通の電子カルテにかえました。

(スライド29) 診療所はそれぞれ1人の医師と数名の看護師、検査、放射線などになっておりまして、余ったといいますか他の人たちはほかの病院へ異動しております。主に中核病院のつがる総合病院に異動しています。

(スライド30) 医師数も機能再編成、平成26年ですが、このあたりを契機に増えておりまして、特に中核病院のつがる総合病院に重点的に配置することができております。

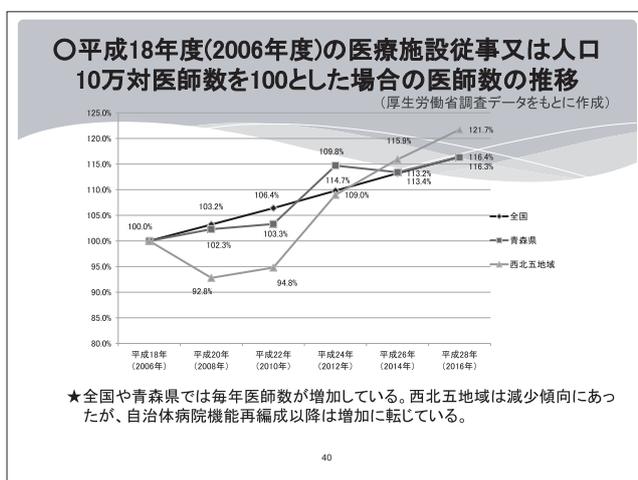
(スライド31) 先ほど挙げた二次保健医療圏別の医師数で見ますと、西北五圏域は機能再編前後で

	H20年	H28年	増加率(%)
青森県	184.1	209.0	11.4
青森圏域	188.8	223.3	18.3
津軽圏域	287.5	314.9	9.5
八戸圏域	165.6	190.2	14.9
西北五圏域	100.5	126.8	26.2
下北圏域	140.7	148.7	5.6
上十三圏域	120.7	128.4	6.4

スライド31

	H20年	H28年	増加数
青森県	2,563	2,702	139
青森圏域	625	686	61
津軽圏域	888	909	21
八戸圏域	563	610	47
西北五圏域	149	164	15
下北圏域	113	109	-4
上十三圏域	225	224	-1

スライド32



スライド33

	平成23年度(%) 平成24年1月	平成28年度(%) 平成28年10月
津 軽	94.4	94.7
八 戸	94.3	94.7
青 森	94.1	94.2
西 北 五	71.2	69.9
上 十 三	76.3	73.5
下 北	72.6	74.7

スライド34

かなり増加率が高くなっています。それでも平成28年の全国平均が250人ですからまだちょうど半分です。

(スライド32) 人口が減ればそれだけで人口10万人当たりの医師数は増えますから、実際の数はどうなのかとみますと、やはり少しは増えています。ほか下北圏域と上十三圏域は実際の数は減っています。そしてやはり青森県でも大きな市に医師が増えていく、医師が集中していくという傾向が見られます。

(スライド33) 経年的に見た数字ですが、それまでどんどん減っ

ていたのが、機能再編成を機に増えてきたということがよくわかります。

(スライド34) 自足率はあまり変わりはないです。まだ平成28年度で開院して2年ということもありますし、実際この時期の入院ベッドを見ますと、西北五圏域はほぼいっぱいになっておりまして、この圏域だけで対応できない疾患で他の圏域にいくという患者さんもいるかとは思いますが、その他にこの圏域では入院できなくて、やむを得ず他圏域へ入院しているという患者さんもいるかと思われます。

(スライド35) 相変わらず、がんの自足率が低いです。

(スライド36) 救急は機能再編前後で比べますと、他圏域への救急搬送が減っています。そして連合立の病院での救急がおよそ85%を占めている。つがる総合病院は3千件ということで、計画ではつがる総合病院が救急を先ず受け持つということになっていましたが、まだやはり医師の数とかそういうことで全部を引き受けることは難しく、サテライト病院にもお願いしている状況です。

(スライド37) 今後の課題の1つの地域医療構想ですが、再編成

西北五圏域の主要傷病別自足率(%)

傷病分類	平成23年度	平成28年度
消化器	90.8	88.2
循環器	90.1	91.6
呼吸器	96.1	91.7
内分泌・代謝	86.3	88.1
神経	61.7	64.5
腎・尿路	75.1	77.2
筋・骨格	86.5	83.6
新生物	58.3	56.1
精神	70.5	66.0

スライド35

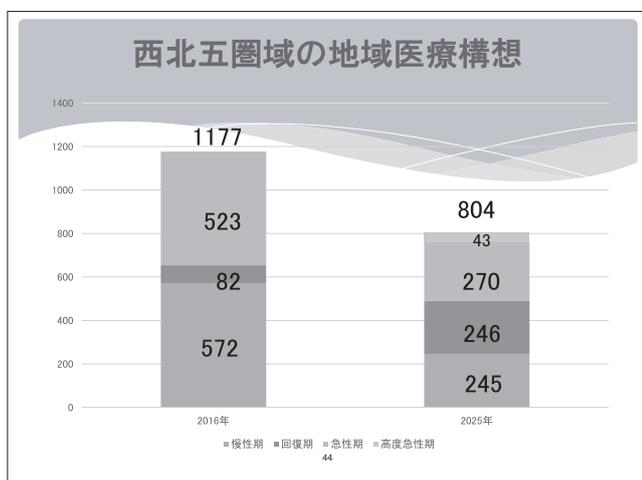
救急搬送実績

(五所川原・つがる・鱒ヶ沢消防署)

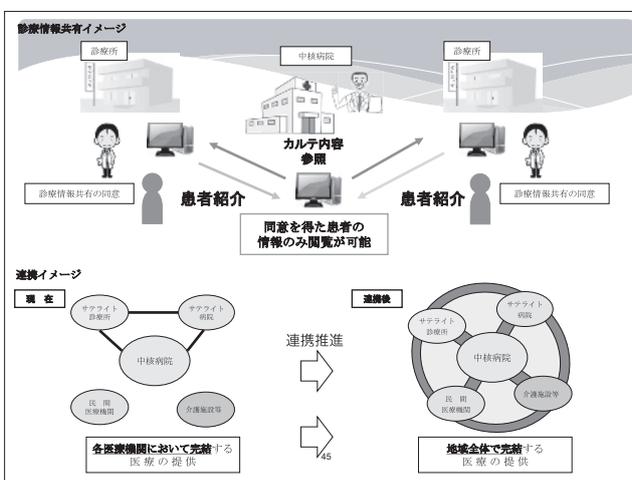
	平成24年度	平成28年度
つがる総合病院	2,051(44.2%)	3,080(69.2%)
かなぎ病院	238(5.1%)	318(7.1%)
鱒ヶ沢病院	357(7.7%)	419(9.4%)
つがる市民診療所	690(14.9%)	0
鶴田診療所	230(5.0%)	6(0.1%)
その他(圏域内)	387(8.3%)	221(5.0%)
圏域外(青森・弘前・能代市)	688(14.8%)	405(9.1%)
計	4,641	4,449

スライド36

西北五圏域の地域医療構想



スライド37



スライド38

のときにもう180床減らしていますので、急性期回復期は減らす必要があるのは少数です。むしろ急性期から回復期への転換が要求される状態です。

(スライド38) 現在は連携もサテライト診療所、サテライト病院、中核病院とでネットワーク化されていて、その他に民間の18の施設とネットワークが一応結ばれておりますけれども、これを地域全体に広げてそして地域全体で連携してこの地域の医療を支えるということが求められているかと思います。

(スライド39) ということで、今

今後の課題

- * 医療機能(特にがん医療と救急医療)の充実を図る必要がある。
- * 勤務環境の改善を図る必要がある(働き方改革)。
- * 2025年に向けて病床数と病床機能の調整を行う必要がある。
- * 職員間、病院間、さらに地域の医療、介護、福祉との連携をより深めていく必要がある。

スライド39

後の課題、がんと救急医療の充実を図る必要がある。非常に救急が増えたりしているということで、勤務環境があまり改善をしていな

い、以前と比べて忙しいのは同じ、あるいはそれ以上ということでもあります。この2つを解決する上では、がんや救急の専門医を何人か

確保できればある程度解決できるかと思うんですが、それができない状況で何とかしなければいけないということでもあります。

以上、青森県西北五保健医療圏における自治体病院機能再編成の概要、成果、今後の課題についてお話しいたしました。ご清聴ありがとうございました。

討論

中貝座長 それでは時間になりました。快晴の日に中にいるのはどうかと思いますけれども、討論を始めたいと思います。

本日はゲストの方にお越しいただきましたので、ご紹介をいたします。総務省自治財政局準公営企業室課長補佐の桑原健様、厚生労働省医政局地域医療計画課医師確保等地域医療対策室長の松岡輝昌様、文部科学省高等教育局医学教育課企画官の荒木裕人様です。ご多忙のところご出席いただきありがとうございます。ディスカッションの後に一言ご感想いただきますので、よろしく願いいたします。

討論のテーマは「我々が中心となり地域を守ろう!!—地域医療構想と地域住民のための医療連携—」でございます。後ほど会場の皆様からご発言を賜ればと思っております。

まず全国自治体病院協議会の副会長で、岩手県・八幡平市病院事業管理者兼八幡平市国民健康保険西根病院総括院長であります望月先生から、全自病の病院としてご発言をお願いいたします。

望月先生 ただいまご紹介いただきました望月でございます。この6月から本協議会副会長となりました。今日は野本先生と高杉先生の講演を聞かせていただきまして、少しお話をしたいと思います。

野本先生のネットワークの話ですが、講演の中では初期費用、ランニングコストの金額は具体的には出ませんでした。岩手県では地域医療再生基金などの補助金を使った地域のネットワークが幾つかできていますが、ネットワークを作るのが目的のように見えて、補助金が終了すると、機器の更新、ランニングコストにかかる費用が捻出できないとか悩みがあります。先生は目的をはっきりして、ネットワークをお作りになっています。在宅での連携ノートという形で、あれだったら我々も非常に取り組みやすいなと思いました。ありがとうございました。

高杉先生は岩手県の隣県青森県の話ですので、事情はわかっているんですけども、再編ネットワーク化、5つの病院を基幹型の急性期病院をつくって、あとはサテライトとするという発想、山形でも置賜地区でかつて同様な再編・ネットワーク化をしました。

何ととっても地域医療の一番の課題は医師不足ですので、基幹型病院を作ることによって、大学からの医師派遣がしやすくなりますし、現に医師が集まり出しているということ、それから臨床研修医が11名ということですので、研修医がきちんと選んでもらえるような病院にならないといけないという思いがありますので、非常

にうまくいっているのかなと思います。

2つの病院を無床化したわけですが、恐らく地域住民への説明が大変だったんじゃないかなと思います。岩手県でも平成21年に6つの県立病院を無床化にしました。その際地域住民、さらに県議会から様々な反対議論がありました。知事を筆頭に十分に事情を説明し6病院ともに無床診療所になりました。皮肉なことに無床診療所になったら、逆に医師が集まりだしました。無床診療所は救急ない、当直ない、入院ベッドないの3ないで、8時30分～17時までの勤務時間ですので、今の働き方改革でいくと時間外労働はない最高の働き方になりますので、逆に医師が集まりだした。シニアドクターの雇用も時間外労働がないことからスムーズになりましたので、このように機能分担をした地域での再編ネットワーク化がこれからも進んでいくのかなと思いました。以上です。ありがとうございました。

中貝座長 どうもありがとうございました。それではご意見ご質問ございましたらお受けしたいと思います。挙手をお願いいたします。

フロアより 鳥根県立中央病院長の小阪と申しますけれども、野本先生に質問ですが、厚生労働省にもちょっと聞きたいことがあります。野本先生、将来像として医療系のネットワークはどうするかです。麻薬が入ったり移植後だったり化学療法後だったりすると、今の連絡帳だと病名がないと



討論の様子

かいろいろな問題がありますね。そうすると恐らく医療系ネットワークもしなければいけなくて、今の連絡帳も恐らく地域包括ケアとしては残る。

島根県でも「まめネット」というネットワークがあり、両方やっているんですけども、なかなか両方やっているところのどこを共通部分とするか。それからその医療情報ネットワーク系とそれから介護ネットワーク系のつなぎ役を誰にするか。それが今のところ非常にあいまいで、難しいところもあるんですけども、先生はどのようにお考えですか。

野本先生 医療系の情報共有といいますと、先生おっしゃったように、いろいろな病名とか、既往歴とかそういう多くの情報が完璧にそろわないといけないうふうに思われがちなんですけれども、病院のナースステーションとベッドサイドをイメージしていただければご理解いただけると思いますが、ベッドサイドで看護師さ

んが情報収集する場合、個人情報や検査結果などは必ずしも必要ではありません。詳しい情報はナースステーションにいけば、電子カルテを見てわかります。それと同様に多職種の方が所属している事務所の中には、詳細な個人情報があると思いますから、療養者さん宅へ伺うときにはそういう情報は必要ないと思います。先生ご指摘の共通部分の統合は、電子カルテの事業者によってセキュリティが固められていますため難しく、両者を同一事業者で開発すれば可能かと思えますけれども。

もう1つはオンライン診療のところではいいましたが、今の遠隔診療ではオンライン診療と遠隔医療相談という2つのカテゴリーしかないのです、我々のシステムは両者とも違い、両者の中間に位置するものだと思いますので、何か新しいカテゴリーを作っていただけないかなというふうには思っています。

フロアより ありがとうございます

ます。うちの「まめネット」でやったときにはですね、両方つないだところで、訪問看護にも医療系の情報も見せているんですね。そうすると訪問看護のところ、急変して救急病院に行ったことを知って自分たちのケアを見直す、なぜ行ったか。それから介護系を見て状態が悪ければ訪問看護の頻度を増やすような形で、診療所なしでも訪問看護が自律的に訪問看護の頻度を変えたり、それから自分たちの見直しをしたりして、地域包括ケアにおける訪問看護が自律的にレベルアップをしていけるような事例が出てきていまして、これからワークシェア、ワークシフトをするのであれば、医療情報ネットワークと介護ネットワークが一緒になって、そういう見直しをやっていくことで、在宅医がいなくてもある程度動いていくシステムというのが考えられるんじゃないかと思って現在やっています。

野本先生 おっしゃるとおりで、私がデンマークを訪問したときの話ですが、看護師が我が国よりも広い範囲で医療行為を行える、いわゆる特定看護師も増えています。そういうところを見ますと、過疎地帯で医師がいなくて簡単な医療さえも看護師が行えない場合も、こういうシステムがあればできるんじゃないかと思っています。

それから、我が国の現在の看護師ができる医療行為の範囲は、デンマークとかと違って「これだけはしてはいい」という、できる医療行為を列挙したポジティブリストなんです。しかしデンマークで

は、大きな手術はしていけない、あるいは死亡診断書は書いてはいけないなど、ネガティブリストを列挙し、それ以外の医療行為は資格があれば看護師でもできるという点が我が国とは異なるところで、医療職の不足に対しては発想を考えていかないといけないんじゃないかなと思っています。

フロアより ありがとうございます。それで、野本先生が言われていた遠隔診療なのですけれども、島根県隠岐諸島があるんですね。隠岐の常勤医が減ったということで、精神科オンライン診療をしようしますと何がひっかかるか。30分以内に行けない。非常にオンライン診療として非常に使いやすいなと思ったところが診療報酬の、壁に当たりまして、結局できていないんです。厚労省ここを直すということはないんですか。

松岡室長 非常に縦割りなお話をさせていただきますと、私は今日は医政局としてきておりまして、保険局の所掌に関しては私がここでものを言うと、多分後で後ろからどなられるので、すみません、またその件に関しては保険局のほうにお伝えしておきます。

野本先生 この前の遠隔医療学会でもそういう話が出ましたが、離島・へき地で30分以上離れていても、緊急時もその医療機関が対応することとなっている場合は、問題ないと理解しています。

中貝座長 ありがとうございます。少し時間が押していますけれども、どうしてもという方がおありになりましたらもうお一方。どうぞ。

フロアより 筑後市立病院理事長・院長の吉田と申しますが、高杉先生にお伺いしたいのですが、トータルで1つの病院になっていますから、トータルにすると経営的には安定してよくなっていると思いますが、サテライト病院とかサテライト診療所が個別でするとやはりそれは赤字化になるのでしょうか。

それからもう1つはサテライト診療所の近くの住民の方がやはりかなり、望月先生も先ほど言われましたけれども、説得にすごく苦慮されたと思いますが、その辺のところでこれからそういうことを目指すところに対するアドバイスなどございますでしょうか。

高杉先生 経営の話はあまりしなかったのですけれども、先生のおっしゃるのとは逆でして、不採算部門の多い中核病院の方がちょっと経営が苦しいです。かえってサテライトのほうかむしろ経営的にはいいという状態です。

それからもう1つ無床化の地区の住民の方々への説明ですけれども、これは私が行く前なんですけど、皆さん苦労したようであります。ただ、今回の再編成が成功した一番の大きな原因は、地域の行政もそれから住民も非常に危機感を持っていたということでありまして、最初に始まるきっかけということも14の市町村長が合意したということから始まったということで、ある程度は理解していただけるんじゃないかと思うんですが、非常に危機感が強かったのです。住民の方々が危機感を持っていたということが説得が何とかできた

理由の1つではないかと考えております。

中貝座長 どうもありがとうございました。それではゲストの方からご感想なりコメントを賜りたいというふうに思います。まず、総務省の桑原課長補佐様お願いいたします。

桑原課長補佐 総務省の桑原から感想を述べさせていただきます。まずは本日、本来であれば準公営企業室長の坂越のほうからご挨拶及び感想のほうを述べさせていただき予定でございましたけれども、本日急遽別の公務が入りました関係で当方の出席となりましたことをまずはお詫び申し上げます。

さて、野本先生、高杉先生、本日はご講演ありがとうございました。野本先生のご講演でございましたけれども、医療のICT化について非常に興味深く聞かせていただきました。総務省といたしましても、遠隔医療を初めとしましたICT化の関係につきまして様々な支援等を行っているところでございまして、例えばでございますけれども、ICT機器こちらは先ほど運営費の関係で非常に厳しいという話でございましたけれども、私どもハードの関係では、公立病院が整備する場合には原則として病院事業債100%充当ができ、さらにその25%に普通交付税措置を講じるということを行っているところでございます。

この他にも、へき地医療に関する遠隔医療こういったものについては一部運営費等につきましても、特別交付税措置のほうも講じ

ているところをごさいます、引き続き財政支援等に努めて参りたいというふうに考えているところをごさいます。

続いて高杉先生のご講演でございますけれども、西北五圏域の事例ということでございます、まさに平成19年の公立病院改革ガイドラインいわゆる旧ガイドラインでございますけれども、こちらに基づきまして再編・ネットワーク化を実施いただいたということで、青森県内でも先行して進んでおられた人口減少や医師不足といったものを契機としまして、医療関係者の方々及び行政が協力しまして機能の見直しに取り組まれたというものでありまして、先ほど先生のお話ではご納得しておられない住民の方もまだまだおられるというようなご発言もございましたけれども、大多数の住民の方々のご理解ご協力を得て再編・ネットワーク化を実施され、まだ欠けている面もあるかとは思いますが、医師の確保など多くの面で改善が進んだといった先進的な事例だということで、我々としても承知しているところをごさいます。

総務省としまして、旧ガイドラインに引き続きまして、平成27年から新公立病院改革ガイドラインを策定しまして、特に統合等を行う場合は多大な財政的負担等が生じるということもございまして、通常の措置よりも手厚い地方財政措置を講じるなどの再編・ネットワーク化等の取り組みを支援いたしているところをごさいます。

今まさに地域医療構想調整会議におきまして、皆様方が策定いたしました新公立病院改革プランにつきまして、協議のほうそれぞれ地域で進められていると思えますけれども、西北五医療圏の取り組み等を参考にしつつ、地域医療構想の実現に向けまして地域の実情を踏まえて、先にも述べましたとおり地域住民の方々のご理解ご納得というものが十分得られるということが大前提ではございすけれども、地域医療構想区域内におきます自らの病院のあり方について、改めて精査検討していただきたいというふうに考えております。私からは以上でございす。

中貝座長 ありがとうございます。次に厚生労働省の松岡室長様お願いいたします。

松岡室長 厚生労働省の松岡でございます。本来ならば私の上司である鈴木課長が来る予定だったんですけども、急遽公務が入りまして松岡が参りました。本当にお詫び申し上げます。

さて、野本先生の話でございましたけれども、非常に興味深く聞かせていただきました。特に京丹波での事例で、要介護度が上がる同時に、訪問看護師と療養者家族の利用率が上がっていくというのは、やはり介護度が上がっていくにつれて、やはり本人の家族の不安とか、困りごとがあって、それに対して看護師がていねいに説明しているような図式が見えたような気がいたします。

コミュニケーションツールとして、ICTを使っていくというのは

非常に有効でありまして、これを活用することによって、非常にクオリティの高いケアができていくのかなと思っております。

また、これを共有化するという意味においては、青森県の西北五保健医療圏の取り組みでは、ICTの電子カルテの共有化ということをやっておりましたけれども、これも非常に有効な手法でありまして、経営主体を統合することなく同じような情報システムを使いネットワーク化することによって、お互いの連携が生まれていくという意味では、ここでは経営統合しておりますけれども、今、経営統合していないような地域であっても、これから電子カルテの更新になるときに、周りの病院と共同しながらこのことを進めることではあるかという思いであります。

今後、地域医療構想が進められていく中で、大体半分ぐらいの公立病院の協議のほうが進んでいるという状況にございしますが、今年度末ぐらいまでには皆さん地域の合意を得たプランが出るんだろうと思っております。

私どもといたしましては、そのプランが実際どうなるのかというのを今後見ながら、地域での病院のあり方、自治体病院のあり方というものをもう一度考えるようなきっかけをつくれれば良いと思っておりますので、今後ともよろしくお願ひしたいと思います。以上です。

中貝座長 ありがとうございます。次に、文部科学省の荒木企

画官様お願いいたします。

荒木企画官 文部科学省の医学教育課の荒木と申します。野本先生、高杉先生のお話本当に興味深く拝聴させていただきました。

文部科学省医学教育でございますので、シームレスな人材を厚労省と連携してということでございますけれども、やはり地域医療に貢献できる人材をどのように育成するかという観点も重要でございます。

そういう意味では、今年度スタートしました医学教育のコアカリキュラム、こちらの中におきましても地域包括ケア、あるいはチーム医療、あるいは訪問介護というような内容も入れさせていただいておりますし、その中で地域に、自大学の大学病院だけではなくて、地域の診療所あるいは地域の病院でのいわゆるポリクリ、臨床実習というのも進めさせていただいているところでございます。

こういう中で個別に、特に野本先生のお話につきましては、例えば逆転の発想といいますか、例えば医療従事者側からしますと医療従事者にとって使いやすいICTシステムみたいな形でされると思うんですが、療養者の視点で使いやすい、また絶対に強制はしないみたいというのは非常におもしろいなど大変感心させていただきました。

あと高杉先生の、これは最初に中貝座長がおっしゃいましたように、まさにコミュニケーションをどう進めていくかということで、この先ほど年表をぱっと見させていただきましたが、やはり15年ぐ

らいかかっているんじゃないか。事前の14市町同意まで5年ぐらいかかって、それが同意されてからも10年ぐらい実際に実現されるまでかかっているということで、やはりコミュニケーションというのは長くやっていくことの重要性につきましても、個人的に感じさせていただいたところでございます。以上でございます。

中貝座長 ありがとうございます。座長がまとめることになっているんですけども、なかなか難問でございまして、危機感の共有が出发点だという話がありました。その前に実は危機の開示がなければいけない。そのことを率直に開示して、皆が自分たちの危機だというふうに認識をする、そこから当事者意識というのが生まれてきて物事が進んでいこうというふうに思います。その意味では、今日はとてもいい事例をお話いただいたように思います。

それからいろいろな技術が発達してるんですけども、それを適用しようとするときに人間の世界に適用しようとしていますので、実際に動かすときに、人間の心理をうまく見ながら巧みに作り上げていく必要があるかなというのが、野本先生のお話を聞きながら思ったところです。

いろいろな自治体なりそれぞれの地域で様々な取り組みが行われておりますので、今日に限らずお互いに情報交換をしながら、切磋琢磨をしていければと思っております。

最後1つだけ。AIがもう診断をするという時代になってまいり

ました。将来多分私のいろいろな検査結果を見てAIが「中貝さん、あなたは99.999%の確率で余命3カ月です」と多分言ってくれるようになると思います。これ科学的に多分正しい。私は納得できません。私自身頑張ったけど悪いこと何もしていない。同級生はびんびんとしている。何でこんなことが起きるんやと、やはり言いたくなる。

そのときに、AIの科学は私を納得させないんですね。そうだよ。神様は本当に理不尽なことをするよね、世の中ってそういうことあるよねといいながら、私の心に寄り添いながら私の気持ちをおさめていくという、そういった仕組みとか機能というものが要るんだらうと思います。

とりわけ、この地域医療を考えたとき、さらに地域医療構想のように在宅まで入って行って、地域の皆さんもというときには、この観点は非常に重要なのではないかと私は思っています。

冒頭の挨拶でコミュニケーション能力の話をしていただきましたけれども、つまり相手を理解する、その上に立って医療やあるいは福祉そういったものが提供されていくという仕組みがいるのではないかと、いうふうに思っています。お互いにコミュニケーション能力を高めていきたいというふうに思います。ということで私のまとめとさせていただきます。ご協力どうもありがとうございました。

全体総括



■公益社団法人全国自治体病院協議会
会長 小熊 豊
砂川市立病院名誉院長

全国自治体病院協議会の会長を仰せつかっております小熊でございます。

ただいまのフォーラムに関しましては、野本先生と高杉先生のご講演を拝聴しまして、3省の方々がそれぞれおまとめいただきました。また座長の労をおとりいただきました中貝市長さんが本当にこのご講演に関するまとめ、未来への地域医療の在り方というお話を

いただきました。私のほうからはそれ以上何も付け加えることがございませんので、このお二方のお話を聞いて、そして3省のコメントを聞いて、我々も地域に戻ってそしてしっかりと医療に取り組んでいただければ、これからの医療を模索して参考にさせていただければと思った次第であります。本日はどうもありがとうございます。