

シンポジウム報告書

「医療で目指す一番住みたい県 岡山」実現が見えてきた！

日時 平成28年2月29日（月）15：00～18：00

場所 ANAクラウンプラザホテル岡山



共催 一般社団法人 岡山経済同友会
岡山県商工会議所連合会

次 第

開 会 一般社団法人岡山経済同友会 地域振興委員会 梶谷俊介 委員長(司会)
開会あいさつ 一般社団法人岡山経済同友会 萩原邦章 代表幹事

第1部 講演会

(1) 「質の高い医療を効率よく提供する体制づくりに向けて」

講師：岡山県保健福祉部医療推進課 則安俊昭 課長

(2) 「岡山市における地域包括ケアシステム構築に向けた医療・介護の基盤づくり」

講師：岡山市保健福祉局 福井貴弘 審議監

(3) 「大規模地域包括ケア事業体（IHN）のあり方」

講師：キャノングローバル戦略研究所 松山幸弘 研究主幹

(4) 「地域医療連携推進法人制度について」

講師：厚生労働省医政局医療経営支援課 水野忠幸 課長補佐

(休憩 10分)

第2部 具体的な取り組み事例の紹介

(1) 事例紹介1 「真庭市における病院同士の機能分担」

講師：社会医療法人緑社会 金田病院 金田道弘 理事長

(2) 事例紹介2 「OUMC 構想の進捗状況について」

講師：岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 那須保友 教授
(岡山大学病院 副病院長)

(3) 講師コメント

閉会あいさつ 岡山県商工会議所連合会 岡崎 彬 会長

【開会あいさつ】

一般社団法人岡山経済同友会 萩原 邦章 代表幹事

皆さま、こんにちは。お忙しい中、誠にありがとうございます。

岡山大学 森田学長のリーダーシップの下、日本初の本格的統合医療ネットワーク（Integrated Healthcare Network = IHN）が地元・岡山で実現の方向へ向かおうとしております。現役世代の減少、高齢者の増加が同時進行し、医療財政が逼迫する中で医療水準を維持していくためには、統合医療ネットワークが必要になると信じております。



しかしながら、昨年9月に成立した改正医療法で位置づけられた地域医療連携推進法人、またこれを具体化すべく、森田学長が提唱しておられる統合医療ネットワーク、現在はOUMC（Okayama University Medical Center）と称していますが、患者としてお世話になるかもしれない一般の方々には、このようなものが、まだまだ知られておりません。

本日のシンポジウムは、統合医療ネットワークの概念からOUMCの検討状況まで、明日の岡山の医療が分かる3時間です。また、今年4月に開催される全国経済同友会セミナーの第3分科会には、岡山大学の森田学長にもご出演いただき、主要テーマの一つとして本日の内容が論議される予定です。医療先進県・岡山が、引き続き日本のトップランナーであり続けることを期待しながら、お聞きいただければと存じます。

本日は、厚生労働省から水野課長補佐、内閣官房から河村参事官にお見えいただいております。また経済同友会とともに、岡山商工会議所でもこの考え方をバックアップしようということで、岡崎会頭にもお見えいただいております。その他、岡山県、岡山市、倉敷市、倉敷商工会議所の方もいらっしゃっていると思いますが、経済界を挙げて、何とか岡山で本格的なIHNを実行させようということです。

これは絶対に世のため、人のためになるという森田学長の高い志を受けて取り組んでおりますので、多難な道もあるかと思いますが、ぜひ皆様方のご理解を賜り、進めさせていただければと思っている次第です。それでは3時間、一緒に勉強させていただきたいと思っております。

【第1部】講演会

（1）「質の高い医療を効率よく提供する体制づくりに向けて」

岡山県保健福祉部医療推進課 則安 俊昭 課長

岡山県保健福祉部医療推進課の則安です。本日は、このような席を与えてくださり、大変ありがとうございます。それでは早速、説明をさせていただきます。

「質の高い医療を効率良く提供する体制づくりに向けて」というテーマですが、その背景には、現在の国全体における財務状況の問題があ



ります。財務省の資料によると、社会保障にかかる費用が完全な右肩上がりになっている中で、保険料は頭打ちという状況です。保険料率は年々引き上げられる方向にありますが、それでも頭打ち。つまり、税収なども減ってきており、財源の多くが借金になっているので、国を挙げて解決する必要があるということです。

もう一つの背景は、高齢化の進展です。団塊世代が現時点では高齢者の仲間入りし、2025年には全て後期高齢者になられます。当面は、この2025年を一つの目標として体制を構築していくということで、地域医療構想策定等の作業を進めており、岡山県は、その最終段階に入っています。

次に、地域における医療・介護の総合的な確保を図るための改革についてです。大きくは医療・介護を、将来も安定的に提供するための改革を進めていくということであり、高度急性期から在宅医療・介護までの一連のサービスを地域において総合的に確保することを目指しています。具体的には、質の高い医療が効率的に提供される体制の構築と地域包括ケアシステムの構築の2つが大きな柱になっているということです。

今日お話する地域医療構想は、その中の「病床の機能分化・連携」に当たります。各医療機関が自施設の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）を都道府県に報告する病床機能報告制度での報告と、それぞれの2025年の医療機能の必要量等を明らかにした地域医療構想（ビジョン）を都道府県が策定して公表し、これを基に医療機関相互の協議を経て、医療機関の自主的な取り組みにより機能分化と連携を推進することを基本とするものです。

具体的には、高度な医療機関、地域の医療機関、かかりつけ医が円滑に連携する効率の良い医療提供体制をつくっていきます。また、もう一つが地域包括ケアシステムの構築で、どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会をつくって行きます。これが現在、進められている施策の目指す方向となっています。

ここからは、少し各論に入らせていただきます。これまでの医療計画は、人口構成の変化に大きく注目することなく策定していましたが、今後は、社会保障・人口問題研究所の作成した将来人口の推計データ等を見据えながら医療提供体制をつくろうというものです。若い方の医療ニーズは低いのですが、高齢になるに従って高くなり、同時に介護ニーズも多くなります。将来の人口構成に応じて、地域に過不足ない医療・介護サービスが提供される体制をつくっていくという趣旨です。

国勢調査でも、初めて日本全体が人口減少に入ったと報道されていましたが、マクロで見ると、今後も人口は減っていきます。しかし、本当に必要なのは、この人口ピラミッドがどのように変わっていくのかということで、これを見据えて、効率の良い医療を過不足なく、連携良く提供していく体制を目指します。

岡山県内には県南東部、県南西部、高梁・新見、真庭、津山・英田という5つの保健医療圏があります。それぞれの圏域でできる限り必要な医療が提供されるような体制を構築しようと施策を進めているところです。例えば、真庭医療圏の人口構成は、2030年はピラミッドというよりもろうそく型のような人口構成になっており、人口は既に減少に入っ

います。

次に、地域医療構想についてです。これは2025年に向け、病床の機能分化と連携を進めるために、医療機関機能ごとに、2025年の医療需要、つまり病床数の必要量を推計するというものであり、その推計方法は、国から示されています。

もうひとつの問題として、現在、各医療機関の機能が見えにくいので、この機能について現状と今後の方向性を、各医療機関から都道府県へ（実際は、国のほうでとりまとめているが、）報告をいただき、それを取りまとめて、先ほど申し上げた将来の医療需要等と併せて、一体的施策として地域医療構想をつくりあげていくわけです。

医療機関は、この地域医療構想を見ながら医療機能を自主的に選択します。これと合わせて、岡山県では、先ほどお話した医療圏ごとに県の保健所が設置して運用する「地域医療構想調整会議」で、連携体制について議論・調整することになります。

次に、医療・介護提供体制見直しの今後のスケジュールです。まず、今年度末までに第7次岡山県保健医療計画を策定することになっていますが、地域医療構想は、この保健医療計画の一部として策定されます。この地域医療構想を踏まえ、保健所ごとに設置する地域医療構想調整会議で、地域医療構想実現に向けた協議を行っていくということが、いよいよ来年度からスタートします。

平成30年度からは、医療計画、介護保険事業計画、介護保険事業支援計画が、国全体で足並みをそろえてスタートします。このため、岡山県におきましても、現在策定している計画は、平成28年度、平成29年度の2カ年の計画であり、おそらく平成28年度の半ば頃から、平成30年度からの新計画の策定に向けた検討に着手することになります。

平成30年度以降は、医療計画、介護保険事業計画が6年周期で同時に改正されることになっております。介護保険事業計画は3年ごとになりますが、医療計画が6年ごとであるため、6年周期で足並みが揃うわけです。また、平成30年度には診療報酬、介護報酬も同時に改定されるので、平成28年度の後半から平成29年度に、大きなヤマ場がくることになります。

次に、病床機能報告制度です。これは、病院と有床診療所から行政のほうにデータを届けていただくものですが、各医療機関の一般病床及び療養病床の現在担っている機能と将来担おうとする機能を医療機関が自ら選択し、病棟単位を基本として報告いただくものです。

そのほかにも病棟の設備、医療スタッフの配置、行われている医療行為についても報告していただきます。そして、報告された情報を公表し、地域医療構想とともに詳細なデータを示すことにより、現況をできる限り公にし、医療機関同士お互いに協議をしながら、効率の良い医療提供体制をつくろうという趣旨で進められています。

医療機能の名称と内容については、高度急性期、急性期、回復期、慢性期という4つの機能に大きく分類し、どの機能を担っているのかを病棟単位でご報告いただき、それを取りまとめています。

次に、病床機能報告制度における報告・集計等の仕組みについてです。まず、医療機関

から厚生労働省の用意している全国共通のサーバーに報告いただき、それを取りまとめます。一方で、診療報酬についてはレセプトがあります。今、電子請求になっており、こういった医療を行っているのかという内容が自動的に集まってくるので、それも併せてとりまとめます。

また、診療報酬でなく自費で行う医療、労災、その他さまざまな公費を投入して行う医療等、レセプトで把握できないものも医療機関から届け出ていただきます。それを取りまとめたデータを年度末に都道府県に渡して、公表するという流れです。非常に細かく個々の診療内容等もとりまとめて公表されることになっております。

平成26年7月1日現在の状況を平成26年10月1日の時点で報告するということになっており、その報告の結果を岡山県のホームページ上に公表しています。このように、各医療機関のデータが、詳細に公表されています。

次に、病床機能報告制度における報告項目を一部具体的に紹介します。例えば、心・脈管の手術、経皮的冠動脈形成術、心臓カテーテル治療、といった区分で実績が分かるわけです。平成26年度が初年度なので、未確認という記入もありますが、今後、これらも明らかになってきます。これらの情報を共有しながら、それぞれの医療機関が役割分担を進めていくことになると思います。

将来における医療需要の推計方法ですが、まずは、レセプトデータや諸保険医療データなど、現在提供している医療のデータを集め、365日で割り戻して、1日当たり、何人の医療需要があるかということ进行を明らかにします。

次に、この医療需要を性・年齢階級別人口で割って入院需要率を出していくわけですが、その後、さらに、入院受療率と将来の性・年齢階級別人口を掛け合わせ、病床稼働率で割り戻すことによって将来の必要病床数を算出します。現在提供している医療の質と量を担保した上で、将来、どれだけの医療が必要になるのかを算出しているのです。

その結果、算出されたものが「構想区域別病床数の現況及び推計の比較」という一覧表です。これも公表しておりますが、各圏域で高度急性期、急性期、回復期、慢性期の別で記載しています。病床機能報告については無回答という区分もありますが、これは現時点で医療機関が区分を選ぶ際に迷われた、あるいは報告が漏れたものです。

医療機関から報告された病床数と、必要病床数の差も圏域ごとに算出されます。新聞等には、2025年の必要病床数と、平成27年4月1日現在の許可病床数との差である4,046が取り上げられており、「2025年の必要病床数、4,000減」という数字が注目されました。

おまけの話をしますと、平成25年の時点での病床数が約24,000であるのに対して、必要病床数は19,000となっています。この時点で既に5,000ぐらい違っているわけです。つまり、実は許可はしているけれども使われていないということかなと思っているところです。

今後、それを人口にあてはめた場合、どうなっていくのかということで、将来の入院患者数の推計、あるいは、がんに特化した場合のデータなどでも試算しております。このようなデータを見据えながら将来の医療需要にふさわしい、効率良い医療の提供体制をつくっていくということです。

次に、地域医療構想に期待することです。根っこにあるものは、世界に冠たる日本の社会保障制度を存続していくために医療費を適正化しようということがあります。ただし、医療・介護に向ける国民の期待に応えつつ、ということが前提になるわけです。

そのためには、ニーズの明確化。これは、どういった医療ニーズがあるのか、どういった介護ニーズがあるのかということですが、住民がこうしてほしいということが必ずしもニーズではないと考えております。今、市町村では地域包括ケアシステムの構築ということで、住民と医療関係者、介護関係者との対話を進めておりますが、その中で在宅医療の魅力のようなことも相当に浸透してきております。それがおそらく、ニーズの明確化ということであろうかと思っております。当然に、人を幸せにする医療が的確に提供されなければなりません。しかし、必ずしも幸せにつながらない医療については、提供のあり方を見直す必要があるのではないかと考えているところです。

こうしたことを明らかにしつつ、医療の量を適正化し、医療の質の維持・向上を図らなければなりません。そのために、当面できることとしては、社会全体で、医療機関同士が競争から協調へ、質の向上としては、地域包括ケアシステムの確立ということになるわけです。

医療機関や介護サービス事業者においては、医療・介護経営の効率化、機能分化と連携の推進ということで、業務の集約化、アウトソーシング、専門機能の強化、過剰投資の回避等を進めていかなければなりません。そして、人口が減少していく、ニーズが減っていく地域は、ダウンサイジングのようなこともきちんと考えていかなければなりません。

また、やはり医療はコストが高いため、介護サービスの中で対応可能なものがあれば、医療から介護への転換もあり得るのではないかとということです。さらには、地域医療連携推進法人制度も創設されるので、これらもしっかり活用しながら、地域でどのような体制をつくる必要があるのかということを考えていくことになります。

次に、目指すべき医療提供体制です。病床機能報告での病床数と必要病床数の乖離及び、必要病床数の現在から将来に向けての増減を見据えて、地域の関係者間で十分に協議を行い、医療機能の分化・連携を進める必要があるということです。

また、医療機能の分化と連携の推進、効率の良い医療提供体制ということですが、各病床機能に応じた入院患者の状態像の収斂を進めるためには、疾患・診療科ごとの役割分担を進める必要があります。換言すれば、水平での役割分担を進める必要があるということです。

圏域内では完結できない医療機能、例えば高度急性期の医療ですが、どうしても県北など人口が薄い所では、県南のほうで的確に受け入れていただくような連携体制の構築も必要です。そして、慢性期医療については、在宅医療等や介護サービス等の整備と一体的に進めていく必要があります。

これを実現するための施策として、今後、病床機能報告制度で得られたさまざまなデータの分析・評価・公開を進め、地域医療構想調整会議等において、根拠に基づいた協議をしっかりと進めていき、病床の機能分化等を進めるために、必要な場合には地域医療介護総

合確保基金も使っていきます。

また、県北などでは一人の医師が幅広い分野をカバーしながら、必要に応じて的確に高次医療との連携をしていくための人材育成、養成も必要です。また、ICTを活用した地域医療ネットワーク設備の整備については、岡山県の晴れやかネットをしっかりと活用していくことも必要です。こうしたことも基金などを使いながらしっかり進めて行きます。

以上のようなことで、岡山県としては、今年度、地域医療構想を策定し、来年度から地域医療構想調整会議等で、しっかりした議論を進めていきたいと思っているところです。雑ばくな説明で恐縮ですが、以上です。ありがとうございました。

(2)「岡山市における地域包括ケアシステム構築に向けた医療・介護の基盤づくり」

岡山市保健福祉局 福井 貴弘 審議監

皆さん、こんにちは。岡山市保健福祉局審議監で、医療政策推進課の福井と申します。

ただ今ご講演された則安様からは、水平統合のお話をされたと思うのですが、私の話は、病院から在宅医療・介護、いわゆる垂直統合というような意味合いが強いのかなとも思っております。限られた時間ではありますが、現在、岡山市で取り組んでいることを少しご紹介させていただきます。



まずは、岡山市の概要です。岡山市は、平成21年に全国18番目の政令指定都市に移行しました。ちなみに、今現在の政令指定都市は全国で20都市となっております。人口のほうは、昨年の国勢調査で71万9,000人という数字が出たと思いますが、この辺りがほぼピークで、今後、総人口的にはだんだん減っていくことが見込まれております。その一方で、よく高齢化率と言われますが、現在の65歳以上人口は約24.9%、18万人弱ぐらいだろうと思います。この数値は今後も増加傾向にあり、2025年、2030年と、どんどん増えていくことが予想されています。

岡山市民の皆さんに対して、「将来、ご自身が医療や介護が必要になったり、あるいは終末期という状況になったりした時に、どこで過ごしたいですか」というアンケートを実施させていただきました。これは全国的にも岡山市民の方々も、やはり一番多かったのは自宅、住み慣れた地域という声でした。

ただ、その一方で、在宅医療・在宅介護に関する意識を調査したところ、在宅でどのような医療が受けられるかが分からないと感じていらっしゃる方が大半です。また、在宅医療・在宅介護を受けると家族に負担がかかると思うかを尋ねると、ほとんど、全員と言っていいぐらいの方が、「とてもそう思う」「思う」と回答されます。このような背景がある中で、いかにして垂直統合を進めていかなければいけないかということを考えていったわけです。

岡山市では、平成23年度に今の医療政策を行う部署ができました。医療計画もそうなのですが、医療政策は都道府県の業務がほとんどであり、市町では、なかなか具体的な医療政策を実施していないという現状だったのですが、そのような部署ができたことをきっかけに、まずは、いろいろな関係の方々に現場で求めていることなどをヒアリングさせていただきました。

それを集約すると、次の3つの柱になるのではないかと思います。

1つ目は、在宅の基盤整備です。これは、いわゆる箱をつくるのではなくて、人材を育てていくという人材育成の観点です。2つ目は、横の繋がり、多職種の連携をつくっていくというものです。ある意味では、これも水平の連携になります。3つ目は、住民の方々への普及啓発です。先ほどもありましたように、在宅医療・在宅介護といっても、どういことができるのか。いざという時は、どこに相談すればいいのかということをより深く知っていただくということです。

平成23年度以降、この3つの柱に従って、在宅医療・介護の推進に向けた事業を展開していきました。

1つ目の人材育成ですが、「在宅」ということで真っ先に頭に浮かぶのが開業医の先生方です。したがって、訪問診療を行う開業医の先生方を増やしていこうと。また、訪問看護師という職種も非常に重要になりますので、この方々も何とか増やしていかなければなりません。さらに、薬剤師の方々も重要です。今、かかりつけ薬局という言葉もポピュラー化していますが、調剤薬局だけでなく、薬剤師の方、自らが服薬の指導や支援のために在宅へ訪問する形をつくるための事業を行う必要があるのではないかと思います。

2つ目の連携に関しては、まず、「岡山市における医療連携のあり方等に関する協議会」という、文字どおり、医療と介護が連携するための全市的な協議会を立ち上げました。今、岡山市内には6福祉事務所、6包括支援センターがあるので、この6ブロックに分けて、専門職、多職種の連携会議を行っているところです。また、ICT等を活用した情報共有システムのほか、病院と病院、すなわち病病連携の一つの取り組みということで、身体・精神合併症救急連携にも取り組んでおります。

3つ目の、市民の方々への普及啓発では、毎年、50カ所以上で出前講座を開催しております。このようなことの積み重ねが市民の方々の安心に繋がっていくのではないかなと思っています。

平成23年度以降、こうした事業を推進していくためには、例えば、介護の専門家であるケアマネージャーに、もう少し医療の知識をつけていったらどうかとか、また病院の中でも、看護部長さんを対象に、在宅医療の研修をしてはどうかとか、いろいろ考えています。また、岡山市内はもとより、県南にも、いろいろな施設が増えています。特別養護老人ホームだけでなく、サービス付き有料高齢者住宅や有料老人ホーム等の施設でも、急変時には対応し、場合によっては看取りもしていくということです。

この事業を数年間やっていく中で、施設側からも、何でもかんでも救急というのではなくて、自ら看取りをしていくような文化もつくっていく必要があるのではないかなという声

が上がってきましたので、さらなる強化ということで新しい事業を追加しながら、4年目に入っているような状況です。

その一つとして、やはり病院から在宅へということで、病院と診療所による病診連携も重要になります。既にご存じの方も多いのですが、岡山市内には、総合病院と呼ばれている医療機関がたくさんあります。われわれが、そういった総合病院へ出向き、診療所のお医者や訪問看護師、ケアマネージャー等、多職種の方々も一同に会して、病院スタッフの方と一緒に具体的な症例、事例を基に、在宅へ帰れるかどうかといったカンファレンス、検討会を行うということも積み上げているわけです。

これをスムーズに行うことで、ひとたび岡山市内の医療機関に入院されたあと繋ぎ、最後には在宅、場合によっては施設といった次のステップへスムーズに進んでいける形がつかれるのではないかと考えております。

そうした中、昨年5月7日に、岡山市立市民病院が北長瀬の駅前へ移転開院いたしました。400床の総合病院というのは、これまでと同じですが、今後は、より、ER（救急医療）に重点を置くことになります。独立行政法人化したとはいえ、自治体病院であることに変わりはありませんので、断らない救急といいますか、セーフティネットといいますか、いろいろな困難ケースもあるとは思いますが、とにかく受けて、その後トリアージして、いろいろな専門機関にまた送っていくと。そういった機能も担わなければいけません。

この市民病院の中に、岡山市地域ケア総合推進センターというのを、専門職を含め職員10名で、同時にオープンさせています。これは、主に総合相談窓口である、総合相談支援業務、先ほど申し上げました、医療から介護につなぐ、医療から在宅へつなぐ、そういった連携の拠点窓口と呼んでもいいと思います。これまでも、各病院にも相談室があったり、各地域に社会福祉協議会であるとか、いろいろな機関はあるのですが、それと共に、この市民病院の中に設けた地域ケア総合推進センター、これは岡山市が直営で行っているセンターですけど、基本的に、そうしたあらゆる方向からの相談に応じて、ここで解決というわけではなくて、ここからつないでいくという、いわゆるコンシェルジュのような役割を担おうということで立ち上げたところです。

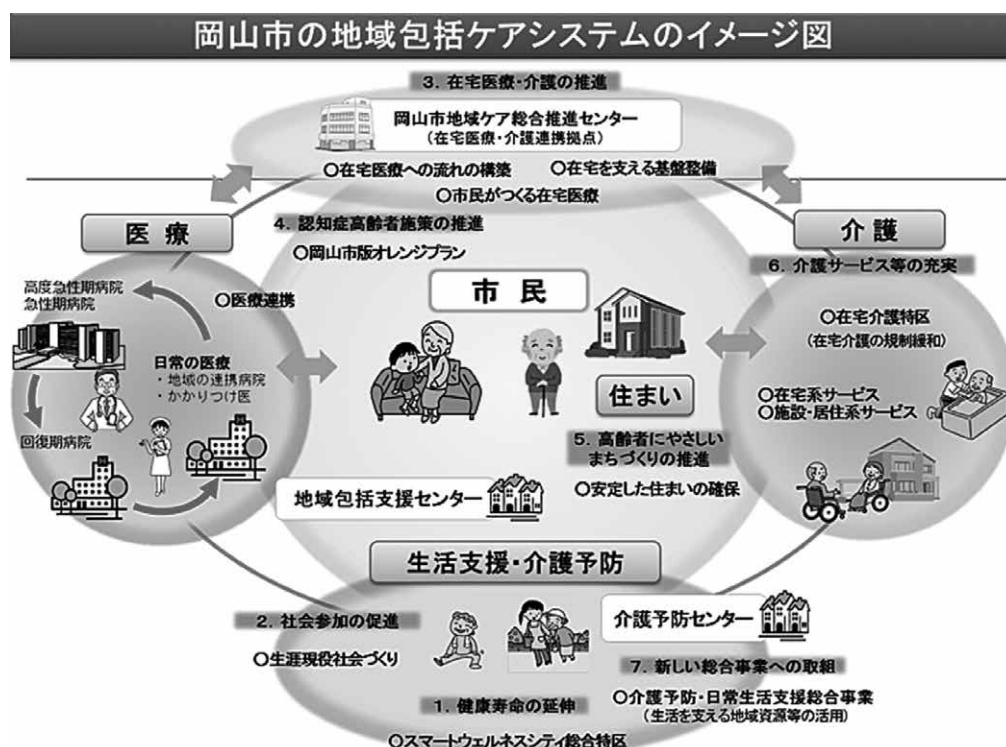
われわれもこうした取り組みを平成23年度から、4年間やってきたところですけども、24年度あたりに、一度アンケートを、先ほど一部、市民の方へのアンケートもご紹介しましたが、こうした、市民の方が、在宅医療が岡山市内は充実していると思うかどうかとか、在宅でも満足のいく最期を迎えられると思うかどうかとか、こういったような指標で、アンケートもこれまで取ってきております。

実は、こうしたアンケートも、来年度28年度に再び全体的な大規模な調査をする予定にしております。こういった評価指標といいますか、例えば、お医者さんに対しては、在宅医療を行っている開業医の先生が、24年は55%だったのですが、例えば来年度、目標として70%にどこまで近付けるかとか、こういったような連携の構築の部分での指標になります。

それから、市民の方自身が、かかりつけ医がいると答えた方が少しでも増えていくと安

心にもつながっていくことになろうかと思しますので、こういった今やってきている取り組みが、どこまでこういう指標にも現れてくるかなということを、不安もありますけども、楽しみに、来年度、調査していきたいなと思っております。

これは地域包括ケアシステムの図ですけども、真ん中に住民、市民の方があり、住まいがあって、介護があり、医療があり、この介護予防、生活支援、これも非常に重要ですが、こういったことがあるということです。岡山市の一つの特徴は、この在宅医療・介護の推進で、市の直営の連携拠点が岡山市内にあり、こうした3本柱で、いろいろな事業を、今も引き続き展開していっているといった状況です。



それから、岡山市が総合特区の介護特区に25年2月に国の指定を受けておりまして、この特区制度を活用して、岡山市オリジナルの取り組みを、今、展開させていただいています。これらもほかの都市にはない、一つの岡山市の特徴かなと思っております。

それから、今日の一番メインの話であります、医療の部分、この中で、たくさん急性期病院、それから岡山市内だけでも、病院と呼ばれている機関は54カ所あります。こういった病病連携といいますか、水平統合といいますか、水平連携といいますか、こういったところを、いかにこれからつくっていくか。さらには、岡山市の方で今取り組んでいる、病院から在宅、病院から介護、あるいは家、こういった流れをつくっていくことを、市町村が担わなければいけない部分だろうと思っております。

介護特区ですが、トリプルA (AAA)。エイジレス (ageless)、アクティブ (active)、アドバンスド (advanced) という頭文字を取った、総合特区を、岡山市で進めさせていただいております。

いろいろな制度を見直そうということで、国のほうにも制度改正を投げかけてはいるのですが、一つはデイサービスに対する質の評価制度の導入。まだまだ制度化はされてはおりませんけども、分かりやすく言えば、デイサービスへ通うことで、その利用者の方の状態が、例えば介護度が良くなる、状態が良くなった場合に、インセンティブを付与しよう。今の介護報酬というのは、介護度が重くなるほど報酬は上がっていく仕組みです。それを逆に、良くする方向にベクトルを向けるような、そういった報酬体系というのがつくれないかということを提案して、今進めさせていただいています。

また、これは岡山市からの提案がきっかけで全国展開ができるようになったのですが、医療法人による配食サービス等、これまでなかった制度を、岡山市から全国へ投げかけております。

そのうち特徴的なものが、最先端介護機器を、介護保険の対象に含めるということです。本来、介護保険では、決められた車いすや杖など、13品目あるのですが、こういった機器以外のものは介護保険の対象ではありませんので、いざレンタルしようと思うと、1割の負担では使えません。10割負担になってしまうのです。そこで岡山市の特区制度を活用させていただきまして、全国のメーカーにも公募をかけ、岡山市を一つの提案場所にしていただいて、岡山市だけでこういった最先端のいろいろな介護機器が1割の利用料で使えるというようなことを今進めながら、当然、ご利用者の方の在宅生活のQOLを上げていくことが第一の目標ですが、このより良い機器に関しては、全国制度に、これも認めてもらおうということを目指しながら、今、効果検証等も行っております。

この中で、パワーアシストグローブとかラクニエに関しては、地元のダイヤ工業の製品になっています。

さらに、この春から、これまでの6つの製品に加えまして、さらに6製品を追加して、これから12製品でやっていこうということを今考えています。移動支援機器であるとか、排泄支援機器とか、それから服薬の支援機器とか、それから、ハートフルスロープという床材ですが、滑らない材料、こういったようなものを岡山市の方で、また新たに使いやすい形で、レンタルを始めていきたいと思っております。岡山市からも、こういった、いろいろなことを発信し、全国からも注目していただくことで、産業面での振興、経済面への効果も期待しているところです。

在宅ということではありますが、今後もこういったことを進めながら、一番の元にあるのは、やはり病院機能であり、これを在宅へ繋げていく。そこまでが完成されることで、ようやく地域包括ケアシステムが構築されたと言えるのではないかと考えております。

ご静聴ありがとうございました。

(3)「大規模地域包括ケア事業体（IHN）のあり方」

キャノングローバル戦略研究所 松山 幸弘 研究主幹

ご紹介、大変ありがとうございました。キャノングローバル戦略研究所の松山です。大規模地域包括ケア事業体のあるべき姿について、私の考えを述べさせていただくにあたり、まず、直近の医療・介護経営環境についてご説明したいと思います。



先ほど、則安課長の話の中に人口問題が出ていましたが、今、日本が海外から非常に注目されています。ある国の社会、経済の環境変化に対する柔軟度を測るときに、従属人口割合が非常に重要です。従属人口割合とは、分子に14歳以下および65歳以上高齢者の人口合計を置き、分母にそれを支える15歳から64歳の人口を置いて計算した数値です。これは低いほどいい。つまり、低ければ、経済が大きく構造変化したときに、制度改革をやりやすいということなのですが、実は、1990年時点で見ると日本が先進諸国の中で一番低かった。つまり、日本というのは非常にいい条件下にあったわけであります。しかし、翌1991年にバブル経済が崩壊した。

その結果、2013年の時点で、日本だけが60を超え、他国より高くなっています。問題は、今後どうなるかです。人口はかなり正確に予測することができます。政府の人口推計をする機関が出した数字によると、2050年までに、従属人口割合が94まで急上昇していくわけです。これは何を意味するかというと、本日の議論である、地域包括ケアも含めて、医療・介護制度というものが、今の状態では維持できるはずがないというのを明確に表しているのです。

実は、昨年12月に、中国の習近平直属の国務院シンクタンクの部隊が5人で私のところへやって来まして、日本みたいにならないためにはどうしたらいいかという質問を受けました。というのは、中国でもこれから高齢化が急速に始まる。中国は、過去10年で、皆医療保険制度の基本的枠組みをつくりました。彼らが言うには、医療・介護費がGDPに占める割合は、2015年時点で7%である。それを、近い将来15%まで一気に引き上げる。それぐらいしないと、中国の社会の安定が保てないということなのです。では、その医療・介護費のGDP比を引き上げるときに、経済成長、財政との両立をどうしたらいいかということで、日本の制度のうまくいった点、それから失敗した点を詳しく知りたいということで来られたのです。日中の制度の比較をしながら、1時間、中国が何をしなければいけないかということを説明しましたら、私もびっくりしたのですが、昼食の予約をキャンセルして、その後2時間、質疑応答が続きました。それだけ中国は真剣だということと同時に、日本が一体どうなるのかということが注目されているのです。

私は、現在、世界60カ国の医療改革の最新事情を解説する本の編集委員をしており、海外の医療政策研究者たちと意見交換をしておりますけれども、彼らは日本が一体どうなるかということに非常に高い関心を持っています。

もう一つ重要な点は、日本の医療団体は、「OECD諸国の中で、医療・介護費がGDP

に占める割合が日本は低い、だからもっと税金を投入すべきだ」ということを言い続けていますけれども、私は2011年頃から、そんなことを言っていると、後で財務省に大幅カットされるよと注意喚起してきました。その根拠が、次の数字です。OECD が毎年、医療・介護費が GDP に占める割合を発表しております。データは約 2 年遅れですが、定義の変更をしばしば行っておりますが、直近のデータでいうと、日本は OECD の平均を、2005 年の時点で既に上回っていたのです。そして2013年時点で、平均が8.9%に対して日本は10.2%なのです。

さらに問題なのは、2011年の定義変更により、2016年度から在宅ケア費用も入れて GDP 割合を計算することになったことです。というのも、オランダ、ドイツなどは、既にその分が入っていきまして、定義変更によってあまりこの数字がジャンプしない。一方で、日本は在宅ケア費用を入れてなかったの、日本の値だけが大きくジャンプするのです。その結果、おそらく、2020年頃に発表される2018年のデータでは、医療・介護費が GDP に占める割合は、日本が米国に次いで第2位という時代になると予測されるのです。そうになると、診療報酬改定のときに、財務省が非常に厳しい対応で来ると、私は警告していたのです。

では、現在の診療報酬の水準をどのように評価したらよいのか。今年の4月は、診療報酬本体部分はプラス改定になりました。現在の診療報酬水準を評価するときに、参考になるデータは、社会医療法人の業績です。社会医療法人というのは、国公立病院と同じように、政策医療をやっているということを条件に認定され、非課税優遇措置を受けている事業体です。

社会医療法人249の財務データの集計結果によると、2014年度の診療報酬改定が、実質マイナス0.63%だったので、経常利益率が、3.77%から、2.9%に落ちております。しかしながら、約3%の平均利益率ということは、診療報酬全体で見た場合に、決して低いわけではないということが言えるのと同時に、現在赤字の医療事業体は、経営判断ミスが原因であるということになります。

今年の4月、診療報酬本体がプラス改定されましたので、おそらく2018年の、診療報酬と介護報酬の同時改定ときには、医療機関の利益率は、3.5%ぐらいに上がってくると予想されます。そうすると、診療報酬本体の大幅マイナス改定になるのではないかと。マイナス改定になるもう一つの理由として、世界経済がこれから長期低迷に入ることがあげられます。税収が減って、財政危機がもっと深刻化するというリスクがあるということです。

今年ひょっとしたら、2008年のリーマンショック以上のことが起こるのではないかと、いうふうに言われており、昨日終了した中国での財務大臣、中央銀行総裁会議では、それが議論されていた模様です。

社会医療法人249の業績分布をみると、かなりの格差があります。2014年度に診療報酬がマイナス改定されました。その結果、赤字法人が、32から49に増えています。しかし、その中で経常利益率が逆に上昇している法人が、249のうち74法人もあるのです。彼らが赤字法人とどのように違うのかというと、地域包括ケアを一つのパッケージで自ら持ってい

る事業体なのです。つまり、診療ポートフォリオが地域住民ニーズに一致している事業体ほど経営が安定しているということです。逆に、今の時点で赤字になっている事業体というのは、もし2018年の改定で診療報酬本体がマイナスになったら、存続が厳しくなるのではないかと考えております。

日本の病院数は、今後10年に1千病院ほど減ります。これは、私が言っていることではなくて、医療経営者のセミナーに参加した際、有名な病院経営者が、1千病院減るということを宣言しておられたのです。なぜなら、病院数減少は過去からのトレンドの続きなのです。これから経営環境が厳しくなる中で、1千病院減るのは当然と考えるべきだということ言われていました。

次に、都道府県が、医療・介護制度運営の責任者になることの意味です。実は、今の日本の医療・介護制度の改革というのは、フランスの制度をにらんでつくっているように思われます。フランスでは、国公立病院、民間病院に関係なく、県単位で、新規設備投資のガバナンスをしており、補助金を使って新しい施設を投資するときには、政府がコントロールするという仕組みです。

この話を昨年2月の日本医師会の講演会で出しましたら、日本医師会が、早速フランスを調査に行かれた模様です。視察後、鈴木邦彦先生という、私が尊敬している日本医師会の幹部の方が団長になってつくられた「イギリス型に近づくフランス医療－日本は既存資源の活用が重要」という報告書があります。非常によくできた報告書ですが、1つだけ私と意見が異なる点があります。先ほども、市の方が、水平統合と垂直統合のお話をなさっていましたけれども、この日本医師会のレポートでは、急性期病院にそれ以外の医療施設がくっつくのが垂直で、急性期病院を除いたそのほかの機能を持った事業体がくっつくのが水平だという議論をなさっています。これは用語の使い方としておかしい。垂直というのは、あくまで異なる機能を持った医療機関のグループ化であり、水平というのは、同じ機能を持った医療機関のグループ化なわけだからです。

アメリカの医療経営の歴史を勉強すると、水平統合というのは1980年代後半から流行しましたが、ほとんどが失敗しました。規模が大きいだけでは経営の安定には結び付かないのです。そこで、異なる機能をもつ医療関連事業体がグループ化する垂直統合が、1995年頃から急速に始まったのです。

もう一つ、鈴木先生のリポートの中で書かれていたのは、フランスは、補助金を使って新規投資をコントロールする。例えば、病床機能を見たときに、この病院は必要ないということになると、民間病院であっても、強制的に、病床を取り上げて、例えば透析施設に変えてしまうというようなことをやっています。これを、日本でやられたらたまらないというご批判なのですが、私は、日本の場合はもっと厳しい措置がとられると思っています。

なぜ、フランス政府でそのようなことができるかというと、お金があるからです。日本の場合はお金がないので、各都道府県は補助金を使って強制的な機能変更をさせるという指示はしないと思います。その一方で、もし県がつくった計画に従わない医療機関がいたら、その名前を公表してもいいという権限を知事に与えるという法改正が既に行われている

ます。これも私は、法律としては意味があるけれども、これを実行する知事はいないだろうと思います。

病床機能がニーズに合っていない医療機関があったとして、その名前をもし知事が言えば、銀行が資金を引き揚げて、それは倒産をうながしてしまいます。知事はそんな政治リスクは取れない。だから、つぶれるのを見ているだけにするはずです。この点のある県で開催されたシンポジウムで指摘したら、県の局長さんが、「そのとおり」とおっしゃっていました。

岡山の場合、注意しなければいけないデータがあります。まず、GRP(県ベースの GDP)に占める医療・介護費の割合が、全国平均10.1に対して、岡山12.3となっています。これは、極端に高いわけではない。高知は18.2であり、医療・介護産業が、圧倒的に最大の産業です。そのコストを、他の産業が支えられるわけがないわけで、今、高知の民間医療事業体は、非常に経営が危なくなってきております。

もっと重要なのは、協会けんぽの隠れ補助金の問題です。健康保険組合を自ら持っていない雇用主は、協会けんぽに加入しているわけですが、2008年に協会けんぽを制度改正して、全国一律から都道府県別の制度に切り替えました。そのとき一気に都道府県別に、収支を一致させられるような保険料にしてしまうと、医療費をたくさん使っているところの保険料がジャンプしてしまう。それはかわいそうだということで、今、緩和措置をとっております。緩和措置というのは、要は、医療費をあまり使っていない県から、無理やりお金を取ってきて、使っている県に対する補助金にしているということです。

この制度は、2020年以降も、話し合いでうまくいけば維持してもいいということになっていますが、多分、お金を取られている都道府県が、継続を認めないということを言い出すと思います。そうすると、岡山で協会けんぽに加入している雇用主の方々は、この32億円分の保険料アップを飲まざるを得なくなるということです。雇用主のコスト負担増に直結する話があるということを、まず知っておく必要がある。

それから、これから地域医療構想をベースに、都道府県が制度運営の権限と責任を担うことになっています。これは、いわゆる財源と、医療・介護提供体制の両方を同時に見ながら、適正化していくという仕事を都道府県が担うということですが、誰もやったことがないので、最初は、多分相当混乱すると思います。

しかしながら、私は、他の国のそういう仕組みをずっと10年以上見てきた経験から言うと、こんなに面白い仕事はないと思います。非常に専門性が高い仕事でありますけれども、勉強することがたくさんあって、若い人にとっては、これから有望な仕事ではないかと思います。そういう意味で、岡山でそういう人材がたくさんできれば、他の都道府県にどんどんヘッドハントされるということが起こるのではないかと思います。

世界の医療改革を見ていると、二つの変革、パラダイムシフトに気づきます。

一つは、患者と医師の関係が変わることです。日本の場合は、まだお医者さんは、患者が来るのを待つというスタイルであります。しかし、安倍政権で言っているデータヘルス、諸外国ではこれをポピュレーション・ヘルスと言いますけれども、データに基づいて、予

防と疾病管理に力を入れながら、医療の質も保ち、コストを落としていくという仕組みをつくったときに、何が起こるのか。もし岡山県が、県民の疾病リスクデータを持ったら、どの人に医師や看護師がアクセスすべきかが明らかになるのです。だから、今月はこの人とこの人にアプローチして、より適切な治療を受けてもらうというようなことを事前に決めることができるわけです。アメリカは、もう、そういう状態になりつつあります。

もう一つ重要なことは、県が、医療提供体制と財源の両方の権限を握るということは、実質、連結経営をするということなのです。そのとき大事なことは、もし開業医や民間医療機関が、その制度の運営に協力してくれて、医療の質を保ちながらコストが下がったら、その節約できた医療費の何割かを、開業医や民間医療機関に払うという点です。これはもう、アメリカでは、法律になっていまして、ベンチマーキングの仕組みがあって、ちゃんと計算できるようになっています。医療費節約額の約6割を開業医や民間医療機関に支払います。そうしないと、医療現場から見たら、インセンティブがないわけです。

この点に関して、愛知県病院協会の先生が一つのエピソードを教えてくださいました。愛知県では、県の要請で小児予防医療に注力した。子どもが病気にならないように一生懸命努力したら、県全体で、小児医療費が5億円節約できた。しかし、その成果が協力した医療機関に還元されることなく、結果的に、小児病棟を閉鎖せざるを得なくなったそうがあります。つまり、子どもたちの健康は、非常に良くなったわけですが、その分病院に来なくなりますから、収入が減ったのです。それはちょっとおかしいのではないかと。日本ではその議論がちゃんとできていないということです。

それから、本当に財源を握っている保険者と医療機関が連結するほど信頼関係を築くことができたなら何が起こるのか。レセプトチェックというのが不要になるのです。そういう観点からも、今起きている、医療・介護制度運営のパラダイムシフトの本質を見る必要がある。

それから、岡山とピッツバーグの関係については、昨年7月に出しました「医療・介護改革の深層」に書きました。その中に、大規模な地域包括ケアシステムをつくるときの6つのポイントを示しました。

第1のポイントは、急性期病院のダウンサイジングで財源を浮かし、サテライト施設を多数つくることによって成長できるということです。別の言葉で言うと、実は地域包括ケアの主役は、非急性期の事業体であるということです。ちなみに、この本の中に書きましたが、岡山市内で、日本病院会に加入している21病院の病床数の方が、ピッツバーグのUPMCという地域包括ケア事業体が持っている21病院のベッド数よりも大きい。しかし、ピッツバーグのUPMCは、売上が1兆4千億円あります。これはなぜか。サテライト施設が500以上あるからです。そのサテライト施設とは、最先端の外来がん治療センター、介護施設、プライマリーケア診療所などのことです。

なぜそうなったかを、2000年と2002年に、ピッツバーグに行ったときに質問しました。彼らが明快に言っていたのは、「急性期病院というのは、技術進歩に合わせてどんどん投資をしないとイケない。だから、赤字になりやすい。それを支えるためには、もうかる部

分がないといけない。それは非急性期部門である」という理屈です。

言い換えれば、医療・介護事業体が経営を安定させて成長するためには、地域住民のニーズに最も近い事業ポートフォリオにすることが求められるということです。それを目指すために、大学の附属病院三つを切り離して、日本でいうところの社会医療法人にしたということなのです。

ピッツバーグと岡山を比較した場合、経営資源に関しては、おそらく岡山の方があると思います。あとは、それをどうやって組み立てるかだと思いますが、ピッツバーグの場合は、医療圏そのものが、人口400万といっても、土地の面積でいうと、中国・四国地方を合わせたぐらいの広さに、21病院と500のサテライト施設を配置しているということなのです。

ただし、UPMC が、その医療・介護圏のシェアを100%握っているわけではありません。6割以上を握ると、「トラスト法」に引っ掛かって、事業体を半分に割られてしまいますので、シェアを全部取ることはできないということです。だから、UPMC に匹敵する事業体が別にもう一つあります。

第2のポイントは、異文化の多様な人材が切磋琢磨する組織カルチャーが重要ということです。事業体が大きくなれば当然、大学よりも大きくなります。そうすると、UPMCとしては世界中から優秀な人材に来てもらう必要があります。ですから地域包括ケア事業体の発足を考える大学が学閥を表に出せば優秀人材はやってきません。大学のブランド向上に学閥は有害なのです。

第3のポイントは、判断基準はあくまで地域全体の利益であって大学の利益ではないということです。日本の議論が抜けているのは、この地域包括ケア事業体の求心力というのは、お金ではなくて、参加する人たちの信頼関係だけだ、という点です。信頼関係があるから一緒にやるわけで、そこでもし意見が対立すれば、いつでも抜けられるのです。資本的な結び付きは一切必要ありません。ただし、新規投資を共同でやれば、必然的に、経済的關係も強まっていくということでもあります。

第4のポイントは、オープン方式です。セーフティネット事業体は、県と一体で運営されるべきものですので、社会の公共財であります。従って、他の事業体が自らの経営判断で、そこに契約で参加したいということであれば、どんな相手でもウェルカムという仕組みをつくる必要があります。唯一の条件は、患者情報の共有です。

第5のポイントは、大学にかわり医局機能を県全体に対して果たしていくということ。

第6のポイントは、繰り返しになりますが、医療財源と医療提供部門の連結経営の仕組みです。保険のところは、日本の制度でいうと、都道府県が所管して、医療提供部門は、県と一体となったそのベンチマーク事業体の IHN が担うという仕組みが、今求められているのです。そのための法改正が、地域医療連携推進法人をつくったということです。

地域医療連携推進法人のあるべき姿について、法律上は、最初は、一般社団法人というのが強調されております。しかし、実は、厚生労働省がこの法案を出すときのメモに、財団型についても考えるということを明記しています。

よくよく考えると、一般財団法人の方が優れているのです。なぜかという、もし一般

社団法人でスタートした事業体が軌道に乗ると、他の事業体が参加を希望してきます。そのときに、一般社団法人のままだと、参加する事業体の理事長全員を社員にしなければいけなくなる。しかし、そんなことをしたら経営の意志決定ができなくなる。そのため、地域医療連携推進法人を真剣につくろうと思っている社会医療法人の経営者などは、最初から一般財団法人にしたいと言っています。

なぜかという、一般財団法人であれば、経営の実務を行う理事長や理事を少数精鋭で堅持できるからです。新しく参加する事業体の理事長は、評議員会のメンバーになっていただいて、その権限を強化した上で、理事会をコントロールしてもらう。これを最初に、政府の会議でおっしゃったのは、石川県の恵寿ヘルスケアシステムの神野先生です。産業競争力会議の有識者ヒアリングで、明確におっしゃっています。

ピッツバーグのUPMCの理事会というのは、日本の一般財団法人の評議員会に相当します。経営実務はやりません。あくまでガバナンスのためだけです。経営執行役員が、一般財団法人の理事会メンバーということになります。

実は、厚労省が法案を出す前に、厚労省の幹部と意見交換をしたときに、財団型の方がいいのではないかということを私が指摘したら、その方は、「分かっている」とおっしゃいました。厚労省の幹部の方も、その辺はもう理解しておられるということで、私は安心しています。

少し細かい話になりますが、これを審議した、厚労省の「医療法人の事業展開等に関する検討会」の中で、日本医師会が、新型法人には病院経営をさせるなということを主張して一般社団法人になったのですが、私はびっくりしました。

なぜかという、一般社団法人は医療法人よりも規制が緩くて、何でもできるのです。収益事業に関しても制限がありません。しかも、全国の医師会立病院の大半が、一般社団法人で病院経営をしています。従って、病院経営させないために医療法人ではなく一般社団法人にしたという説明に納得がいきません。

ただ、結論から言うと、何でもできる法人なので、かえってグループ形成したときに、非常に利用できるのではないかというふうに思います。従って、私のところへ相談に来られている社会医療法人とか、社会福祉法人の経営者の方々は、地域医療連携推進法人による医療関連施設の直営許可を明確にしてほしいということを言っています。

その他の検討課題として、日本で議論されていない問題があります。岡山の病院グループを仮につくるにしても、大事な点が抜けている。それは持分のない非営利親会社が、持分のない非営利子会社をホールドしたときの連結会計制度が、日本にないのです。そのためのルール作りが急がれます。

この問題に関して、昨年の9月に開催した私どもの研究所シンポジウムに、日本公認会計士協会がこの問題を研究している専門家にも来ていただいて、議論しました。その方の意見では、これは法改正が必要なのではなくて、いわゆる、企業会計基準制度と並ぶような、専門家によるルール、仕組みの提示があれば、解決可能だということです。複数の、持ち分のない医療グループが共同投資する場合にこれは必須なのです。

例えば、固有名詞を出して恐縮ですが、済生会さんと日赤さんが、岡山で、共同投資をして一つの病院をつくるというときに、両方の親会社に持分がなくて、つくられる子会社も持分がないのですけれども、それぞれの親会社が、新しくできる持分のない子会社の経営資源に対する持分を、ルールで決めるということです。アメリカでIHNをつくるときに、そういうルールがあります。従って、この連結会計のルールをまずつくる必要があるということ。

それから、私が重要だと思っているのは、大規模地域包括ケア事業体IHNを創ることによって民間医療事業体の経営者を個人連帯保証から解放することです。私は民間医療法人の事務長もやった経験がありますけれども、民間経営者にとって一番頭が痛いのは、資金調達をしたときに、債務保証をさせられているということです。これから診療報酬改定が厳しくなって、経営が悪化、もし倒産するようなことがあったときに、その個人の先生が頑張っているのに、ものすごい被害を受けるわけです。

それを止めようと思ったら、新しくつくる大きな事業体が、そこの債務保証を肩代わりしてあげるような仕組みをつくるべきではないか。つまり、個人の事業体が倒産したとしても、個人保証をする必要がないような仕組みをつくってあげる。そうすれば、そこへ参加したいというところが増えると期待されます。

また、東大、京大などが同じような模倣戦略をとったときに岡山が勝てるのかという問題があります。これは、勝てます。なぜかという、東大、京大では、地域包括ケア事業体がつくれないからです。大都会すぎて、利害関係が錯綜していて、とてもそんな調整はできないのです。しかし、私は、岡山ではできていると思っています。

一番大事なのは、このプロジェクトが県民から支持されるかどうかです。例えばUPMC、ピッツバーグの社会医療法人のホームページでは、学術的な情報も掲載されていますが、患者のために、いわゆる州の住民のためにも情報を提供しています。例えば、私の友人ががんになったときに何をしたかという、ピッツバーグとメイヨークリニックの医療情報を見に行っているわけです。これはなぜか。日本の大学のホームページを見ても、そんな役立つ情報がないからです。

また、オーストラリアでは州政府が、少なくとも公立病院に関しては、全ての評価項目の成績表を3カ月、あるいは6カ月ごとに公開しています。これを岡山で、最先端でやるべきではないかということです。そういう努力を積み重ねることが、この地域医療連携推進法人が県民から評価を受ける必須要件だと思います。

最後に、今月、朝日新聞がこのようなニュースを出していました。新潟大学が財政難で、今後退職者が出て、一切の職種の新規採用をやめるということです。今、それぐらい厳しい状態になっているのです。文科省が、国立大学に対する財源的な締め付けを始めていますけれども、おそらく国立大学の統廃合を考えているのだと思います。

また、今週の日経新聞に掲載されていたと思うのですが、がん患者の方々が職場に復帰する、もしくは仕事を続けながら闘病生活を送る際、雇用主の支援が必ずしも十分ではないということが問題になっています。私は、岡山県の経済界の方々が先頭を切って、その

ようなことについて、日本一の雇用関係をつくられるということも、岡山にIHNをつくっていく意味があるのではないかと考えております。

以上で終わります。ご清聴ありがとうございました。

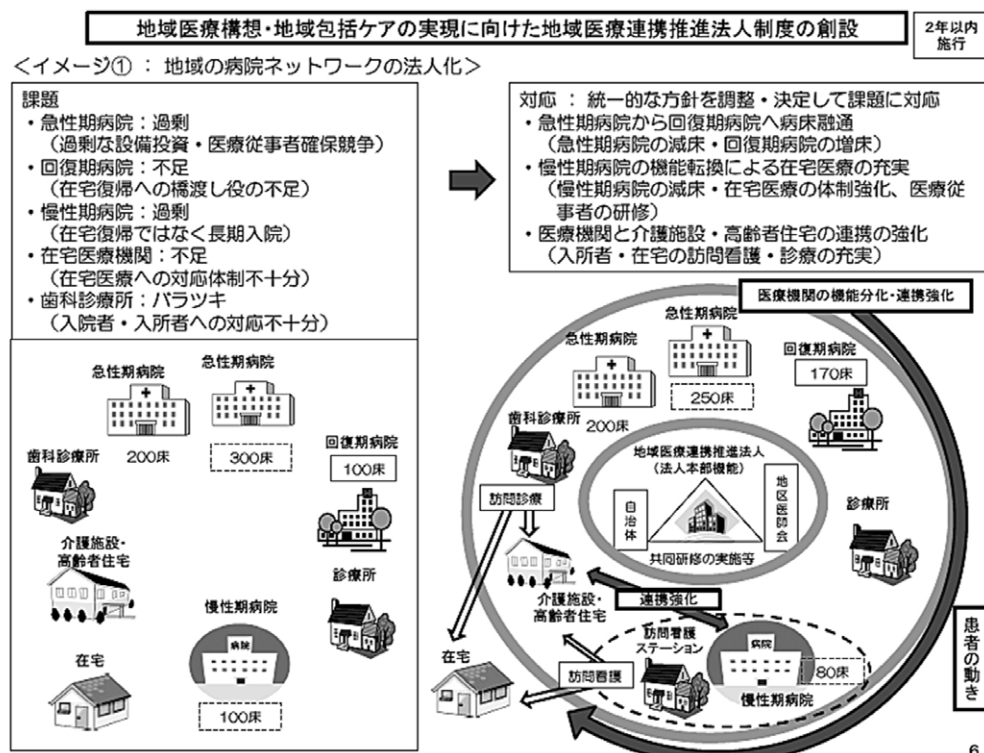
(4)「地域医療連携推進法人制度について」

厚生労働省医政局医療経営支援課 水野 忠幸 課長補佐

ただ今ご紹介いただきました、厚生労働省医政局の水野です。諸先輩方の中で講演ということで、ちょっと緊張しておりますけれども、地域医療連携推進法人制度について、携わってきた者として、多少のご紹介をさせていただければと思っております。

今日のシンポジウム、「医療で目指す 一番住みたい県 岡山」ということで、厚生労働省においても、医療というのは重要な施策であります。ぜひ、医療で岡山県さん、岡山市さん、一番を目指していただきたいと思っております。そのなかで、地域医療連携推進法人が役に立つということであれば、それはまたぜひ使っていただきたいと考えておるわけです。

先ほど来、地域医療構想でありますとか、地域包括ケアという話が出ておりますが、私の方から、イメージを持っていただくために、この図でご説明させていただければと思います。



下半分の左側が現状、右側が今後という図です。左側の現状、その地域で、どんな医療機関、福祉施設があるのかを、かなり模式的に描いたものです。上にある急性期病院というのが、いわゆる大病院で、岡山大学病院、国立病院、日赤、済生会、そういった方々の、救急車が向かって行くような病院というふうにイメージしていただければと思います。その右下にある回復期病院というのは、規模的にはそれよりも小さな形ですし、言葉のとおり在宅といいますか、ご自宅に戻っていくための、手前の、療養といいますか、体の回復をしていくための病院です。その下にあるのは、診療所で、まさに家の近所にある診療所。小さいところで、入院することは基本的にしないような、そういった場所。それよりさらに左下にあるのは、慢性期病院で、長く、家で住む生活はできないけれども、病院で医療のケアはあった方がいい方々、昔でいう、老人病院と呼ばれているようなものたちも含めてのものです。そういう、医療をメインにしたものと、そこから左側は、在宅で、その上にあるのが介護施設、高齢者住宅というものです。介護施設といいますと、今でいうと、特養が一番中心ですけれども、それ以外にもありますし、高齢者住宅でいうと、最近ではサービス付き高齢者住宅というものが有名であったりします。その上、歯科診療所という部分も含めております。

それが、その右の図にいくというのが、今回の理想的な姿ということです。地域包括ケアシステムというのは、今申し上げたような、左下にあるような、医療なり、福祉の施設の連携関係をつくるということですけれども。連携関係と一口で言っても、なかなか分かりづらいのですが、そのために、図の二つの輪の真ん中にあるのが、地域医療連携推進法人ということです。地域包括ケアを、まさに調整、コントロールしていくような機関として、地域医療連携推進法人という、一つの法人体系が重要なのではないかとということで、今回、厚労省として出したものです。

これによってどうなるかというのが、患者さんの動きという矢印の部分です。上から右を回って左下まで行きますけれども、医療機関の機能分化、連携強化ということで書いています。

最初は、先ほど申し上げた、大病院さんに入院するわけでございまして、そこから少しずつ、医療の緊急度合いが少しずつ減っていくということです。最後は、その左下にある、在宅。家に行くということです。

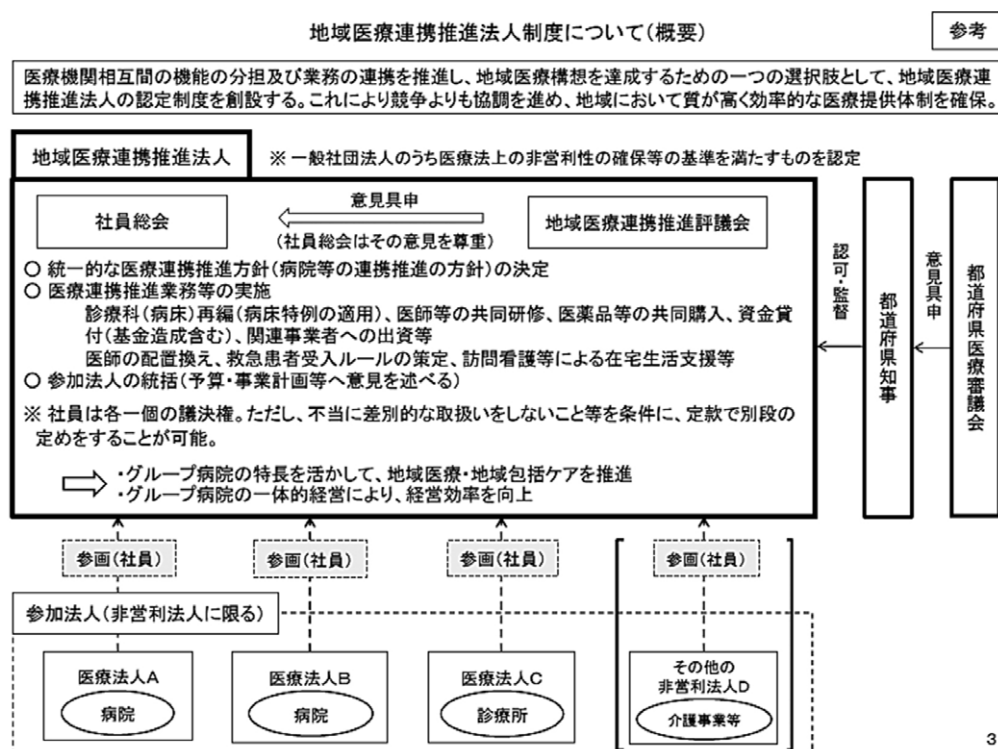
その、家に行ったら、白抜きの矢印が入っておりますが、訪問看護というのが右側から、上からは訪問診療ということで入ってきております。家にいながら、看護師さんに来てもらう訪問看護でありますとか、お医者さんに来てもらう訪問診療、こういったものまでできれば、一番理想的だなということがこの図の中です。

それとともに、医療と福祉、接点は多くありますが、必ずしも一緒ではないという部分はあり、一方でやはり、つながっている部分がありますので、その連携を強化するというのが、そのもう少し右上のところに書いております。介護施設と慢性期病院のところが、双方向矢印で結ばれているということです。

法人本部機能と書いておりますけれども、それをまとめているのが、今回の地域医療連

連携推進法人ということで、役割を担えるのではないかと思います。

次に地域医療連携推進法人制度についての概要です。その目的は、医療機関相互間の機能の分担、業務の連携を推進し、地域医療構想を達成するための一つの選択肢として、この認定制度を創設しました。先ほど来、ありますけど、競争よりも協調ということが重要なポイントです。



上の図の真ん中の、若干太めになっている四角のところは、地域医療連携推進法人です。これは、一般社団法人という形態をとっておりますので、その下に点線で囲まれておりますけれども、参加法人というものが入っているという形です。医療法人A、B、C、その他の非営利法人Dという形です。

法人形態は、A、B、C、Dそれぞれ独立をしたままということです。今日の主催者であります、一般社団法人岡山経済同友会、あるいは商工会議所連合会とも同じような形です。各法人、この場合は、病院ですけども、それぞれの独立性は変わりません。お金といますか、予算なり納税も、当然その医療法人単位でかかることには変わらないということです。連結という仕組みは取り入れてございません。

経済同友会、商工会議所連合会とは違う点は、法律に書いてありますが、参加法人統括ということです。予算、事業計画へ意見を述べるということです。普通の同友会、会議所連合会でいうところと、単なる参加とは違って、地域医療連携推進法人はより結び付きが強いということです。

普通の会議体とは違ひまして、それよりはもっと密接な関係を持つということです。地域医療連携推進法人が、参加法人である、医療法人A、B、C、その他のDに対して、意

見を述べる。意見を受けた方は、当然、それに真摯に対応しなければいけないということで、もちろんできないこともあるでしょうけども、基本的にはそれに沿ってやっていくということです。

ただ、一方で、ちょっと複雑といいますか、考え方が難しいのが、同友会もそうでしょうけれども、一般社団法人ですので、決定は、この社員総会で行うということになります。社員総会というのは、要するに、社員全員の集まりですので、下にあります、意見を言われる立場の法人A～Dが、本人たちも含めての社員総会で、意見を決めるということです。なので、あまりに変な意見は、当然出てこないというのが普通なのではないかと思っております。

この参加法人の統括という規定をわざわざ置いたのはなぜかと申しますと、統一的な医療連携推進方針という、この地域医療連携推進法人で何をやるのかという統一的な方針です。それが、法人A～D、要するに参加法人みんなで決めた内容について、一致した方向観を持ってやっていこうということでの統一的な方針です。

次に、実際何をやるかで、診療科の病床再編ですとか、共同研修、共同購入、資金貸付、関係事業者への出資、医師の配置換え、救急患者受け入れの策定、訪問看護による在宅生活支援というものたちです。簡単にできそうなので、よく申し上げているのが、共同研修。例えば、共同研修を毎月1回やりましようと言っているにもかかわらず、参加法人Aは、共同研修には参加しないで、毎月自前の研修を実施して、そっちにしか職員を参加させないというのが、仮に法人Aの事業計画に書いてあったとしたら、それはちょっとおかしいでしょうと。法人Aだけでなく、B、C、Dも含めて、社員総会で、地域医療連携推進法人という枠の中で決めた内容について、それを違えるのはおかしいということで、先ほどの、参加法人統括の意見を述べるという内容が出てまいります。そうすると、当然Aはそれに沿って対応するべきですし、そうしないのであれば離脱していただく、離れていただくということになってくるということです。

この、A～Dは、今のお話で分かるとおり、かなり意見交換なり、意識の共有というのを積極的にやっていただかないと、これはなかなか、うまくいくものもいかないなというような形の内容になっております。

全体において、都道府県知事の認可、監督という仕組みになっております。それは一般的な各種法人たち、医療法人、社会福祉法人などと同じような形になっております。

地域医療連携推進法人制度のスケジュールについては、昨年（平成27年）の9月に成立、公布という段階です。公布の日から2年を越えない範囲内において施行ということでして、29年の9月がリミットですけれども、OUMC構想の話もありますし、なるべく早くにというご意見が強いので、29年4月めど施行を念頭に置いて、基本的に、来年4月から施行されるという前提でおります。そのための政省令、通知などは今年の秋に出させていただきますと考えております。

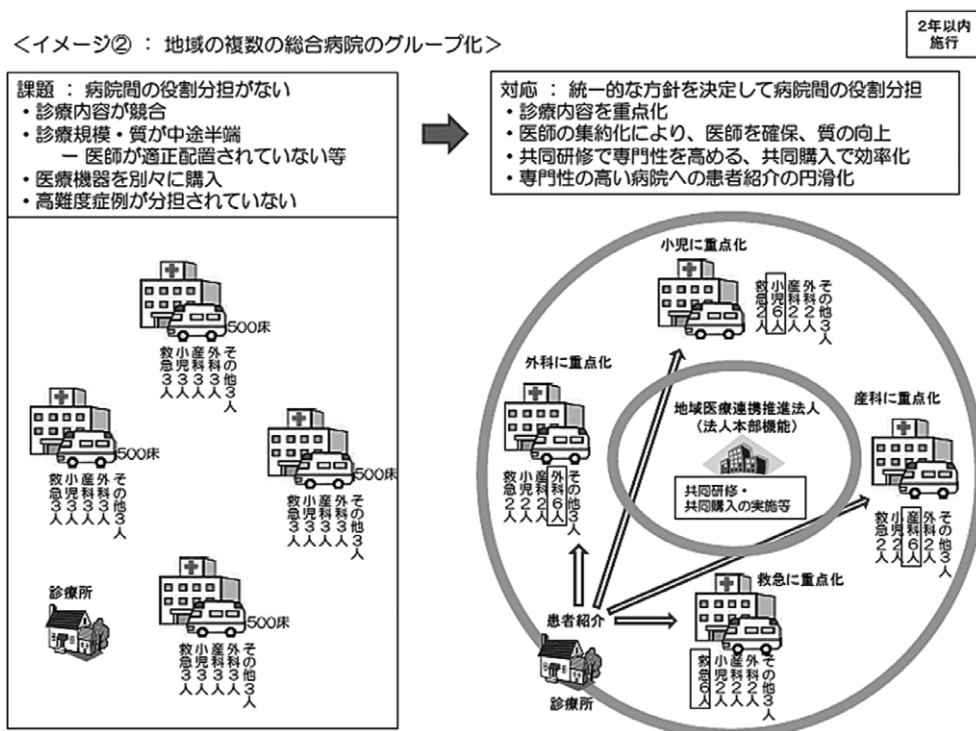
地域医療連携推進法人、つくるのが難しいかと申しますと、そんなこともなくて、認定基準をいくつも定めさせていただいておりますが、そんなに大きくはなくて、一番よく申

し上げているのが、病院を開設する参加法人の数が2以上であるということです。先ほど来申し上げていますが、地域包括ケア、医療・福祉の法人が参加するところですが、法人名でありますとおり地域医療ですので、医療系をやっている法人の参加が必須になっており、それが2法人以上なければいけないということです。医療法人だけに限らず、社会福祉法人であったり、公益法人、一般社団法人、NPO法人、宗教法人、独立行政法人、日赤、済生会、国立大学法人、学校法人、自治体病院、何でも含めての二つ以上ということになっております。

あともう一つ申し上げますと、医療連携推進方針、先ほどの統一的な方針ですが、その中に、区域と目標をつくるということにしております。区域については、地域医療構想区域を考慮して定めなければいけないというふうになっております。地域医療構想区域は、基本的に二次医療圏で、岡山県は五つに分かれておりますので、その範囲内ということになります。多少県をはみ出ても、全く構わないというふうに申し上げておりますので、広島との県境であれば広島と、北の鳥取、島根との県境があればそちらでも構わないですし、兵庫との県境でももちろん構わないというような制度の仕組みになっております。

冒頭で地域医療連携推進法人の1つのタイプを「イメージ①：地域の病院ネットワークの法人化」としてご説明しましたが、もう1つのタイプが、下図「イメージ②：地域の複数の総合病院のグループ化」です。こちらの方を、岡山大学を中心にご検討されているということは、よく知られている話ですが、岡山大学だけのことを念頭に置いているわけではなく、一般的なモデルです。

左が現状で、そこから右に移行していくということです。この中で、病院ごとに重点化



をしていく診療科がいろいろあるのではないかと。それは要するに、ドクターの数も変化をしていく可能性があるのではないかとということです。

地域医療連携推進法人の目的としてよく言われていますのが、診療内容重点化です。医師の集約化によって、医師を確保して、医療の質の向上を図れるのではないかと、研修で専門性を高められ、共同購入で効率化できるのではないかと、専門性の高い病院ができれば、そこに患者さんを紹介するのが円滑にできるのではないかと、というようなことを、もろもろと言われております。

いろいろなパターンがあると思います。厚生労働省の施策にしては珍しく、幅がかなり広い制度で、単なる規制ではなく、単なる加算ではなく、一つの大きな枠組み、そして最低限の基準をつくった上での、あとは自由にできるようなパターンです。

先ほどもありましたけれども、参加法人は、二つからできるというような形です。そのなかで、共同研修だけやるのか、さらに診療科の再編まで踏み込んでいくのか、病床数についても、地域のかかりつけ医、二つの法人でさえもできますし、岡山で今考えられているように、5～600床の病院が6つ集まって数千床単位のものでも、もちろん可能であるというところの幅の広さというのが、この地域医療連携推進法人制度の特色であるのかなと思っております。

そのなかでも、社団法人という形で持っております、社員総会が、最高意志決定機関です。社員総会でももちろんいろいろ決めていくわけですけども、その前には当然、下打ち合わせも含めて、参加法人の意見交換というのが重要なものになってまいります。

ちょっと、企業家の皆さまには、若干、分かりづらいかもしれませんが、単なる金銭関係では、この医療関係、福祉関係は決まらないということを、ちょっと頭を置いていただければと思っております。単なるお金ではなく、そして、それぞれが今まで数十年にわたってやってきたという実績もあります。そういうなかで、それを一つにするのは、先ほど松山先生からもありましたけれども、信頼関係ということだと思っております。

意見交換も含めて、どういったことをやっていくのか、意識の共有というところ、ここはちょっと、なかなか企業家の皆さまに、ご理解いただけない部分も、ありますけれども、この、意志の共有化、方針の共有化というところ、しかも金銭は直接には伴わないというところの、独特な制度が、この地域医療連携推進法人という形になっております。

次に地域医療連携推進法人の形態についてです。松山先生に反論になってしまいますけれども、財団という形より、この社団という仕組みの方が参加法人たちの意志が反映されやすいという意味では、社団という形からやっていくのがいいのではないかとというのが、厚生労働省の見解ですし、地域医療連携推進法人自体が病院を持つことも可能です。そういったなかで、どこかの団体の意向で財団が社団になったという話ではなく、地域医療連携推進法人はいろいろなやり方があるというなかで、病院を持たない選択肢、先ほどみたいに、司令塔みたいな役割だけを担うという場合も当然あるし、そうではなくて、やっぱり病院、診療所がないと、医療の中核になれないのではないかとということであれば、当然持っていただくということで、医療機関、病院、診療所を持つと、やはり法人として、大

きくなってまいります。それがいいのかどうか、小さいまま、小回りが利いた方がいいかもしれないということも含めての、幅広い制度として、地域医療連携推進法人という制度になっております。

目的は、提案理由説明ということで、国会で、塩崎厚生労働大臣の方から説明させていただいた内容は以下の通りです。高齢化の進展に伴って、



疾病構造が多様化し、患者一人一人の状況がいろいろ違うというなかで、地域で医療の体制を構築するということが重要だということです。

どんな方々が生活する上においても、仕事と医療というのは、2つの、重要な柱ではないかと、われわれとしては考えております。そういったなかで、一つ、医療というものを切り出して、地域医療を支えていく。

特に、この少子高齢化、人口減少社会というなかで、今のままでこの医療機関、病院がやっていけるわけではないのではないかという前提がやはりあるなかで、それをやはり改革するための、一つのメルクマールとなるような法人制度ということです。

これを絶対に使ったらいいいというわけでは、もちろんありませんけれども、今、いろいろと検討されているように、岡山県さんの中でも複数ありますけれども、地域医療連携推進法人というものが、この地域医療でありますとか、地域社会に役に立つという場面があれば、ぜひ使っていただきたいと思っておりますし、厚生労働省としても、つくった制度ですので、やりたいという方々については、ぜひ、積極的に支援をさせていただきたいと思っております。それが、ひいては地域住民の方々の医療の充実につながっていくというふうに考えているのがわれわれの思いです。

先ほども、申し上げましたけれども、新しい法人制度をつくるというのは簡単なことではございません。関係者の皆さまと、よく意見を交換をし、いろいろなすり合わせ方をしながら、可能な範囲からやっていくというやり方。また一方で、理想を大きく掲げて、その目標のために、まず下打ち合わせを重ねていくというやり方。法人をつくることだけが目的ではございませんで、この法人をつくって何をするのかが目的であるというところにも、またご理解をいただきながら、地域医療、医療政策の充実に努めていきたいと考えております。

多少、駆け足で恐縮でございましたが、私からの説明は以上です。ありがとうございました。

【第2部】 具体的な取り組み事例の紹介

(1) 事例紹介1 「真庭市における病院同士の機能分担」

社会医療法人緑社会 金田病院 金田 道弘 理事長

まずは、私のようなものをこの会に呼んでいただきました皆さまに感謝申し上げます。今ご紹介いただきましたが、川崎医大を卒業いたしましたして、その後、岡山大学のほうに入局して、そこからの派遣で済生会で研修を受けたようなことであります。

私の主だった経歴であります、人間歴61年、スキー歴56年、医師歴37年、理事長歴は30年。31歳に理事長になりまして、今、30年目をしております。院長歴16年であります。

面白いのは、スキー歴56年かなと。先週の日曜日も、信号機のような派手な格好をしてスキーをしてきました。

実は、私もまだ、61歳でも当直をしておりまして、この1週間で3回の当直がありました。たまたま月を挟んで、土曜日に当直いたしまして、翌日大山に行って、夜、岡山で娘と食事をして、昨日、落合に帰って、また今日、こっちに来たというようなところであります。

先週、研修医と医学生の実習生が来まして、1時間、「人口減少時代の病院経営」をテーマに理事長講話をしました。研修医が1カ月単位で、津山中央病院、岡山大学、川崎医大等から26名来ています。地域医療実習は岡山大学と川崎医大から合わせて20名、これは1週間単位で来ております。

私は川崎医大附属高校の第1期生でありまして、昭和45年に川崎医大が戦後初めて私立大学としてでき、その附属高校も同時にできて、先輩のない3年間を経験しました。そのときは全寮制で、高校3年間と大学の2年間、寮で過ごしました。寮というのは、絶対に私は意味があると思っていて、岡大の学生と、川崎医大の学生と、同性であれば一軒家で合宿してもらいます。これは非常にいいです。お互いに励まし合ったり、勇気づけたり、慰め合ったりして、非常にいい関係ができています。

さて、国民医療費と経済との関係であります。国民所得に対して、国民医療費の割合がだんだん増えているということ、そして国民医療費はその前の年の国民所得の変化率に、40年間、きれいに連動しているということでもあります。中医協の元会長の遠藤久夫先生はこの関係についてこうおっしゃいました。「国民所得が上がらないかぎり、国民医療費は上がらない」と。

直近の国民医療費の構造として、財源別国民医療費を見ると、なんと税金が4割、保険料が5割、患者負担はちょっとであります。驚いたことに、医療費の4割は、財源別で見ると税金なんですね。われわれは患者さんのためにとずっと、学生時代から教育を受けてまいりましたが、はたしてわれわれの顧客は患者さんだけなのか。国民ではないか、



保険者ではないかということも話をしております。税金が4割、患者自己負担は12%というのが現実の姿です。

経済財政一体改革推進委員会。経済財政諮問会議のなかにできておりますけれども、そのなかで新浪（剛史）会長が、「3年以内に都道府県別の、一人あたりの医療費の差を半減する」と言われています。都道府県別の医療費はどうなっているかというと、年齢補整した、いわゆる地域差指数でみると、最も高い福岡県が全国平均より2割高く、最も安いところは千葉県ですが、岡山県も6%、全国平均よりも高いわけです。この医療費の都道府県別の差を、3年間に半減するというのはどういうことをするのか、非常に恐ろしいような話です。

全国的には、岡山県以西と、石川県、北海道、このへんが医療費が高くて、千葉県、関東を中心に、人口の多いところは医療費が安い状況になっております。

さて、日本の医療の一番の問題は何かということですが、これは平成25年の社会保障制度改革国民会議で明らかになってまいりました。戦後、制御機構がないまま、医療機関を自由に、ある一定の基準を満たせばつくれた。しかしそこで、適正な配置ができていないんですね。そして医療と介護のニーズと、提供体制のミスマッチが起きているということです。で、今後、必要なことは、地域の実情に応じた医療提供体制の再構築が不可欠である。これはネットワーク化であり、競争より協調である。

中小病院同士が戦い、場合によっては大きい病院同士が戦う。大と中小は比較的仲がいいんですね、役割が違いますから。地方では近隣の中小病院同士が切磋琢磨し、場合によっては都市部では大病院同士が切磋琢磨するというような状況があって、全体として効率的な適正配置になっていないのではないかと思います。

これから必要なのは、医療提供体制の再構築であります。データに基づいて医療の質を評価し、データに基づいて、地域における役割を評価し、それによって医療資源を適正配置する。「適正配分」ともいわれていますけれども、産業医大の松田晋哉先生が数年前の講演でよくおっしゃっていました。今、このことは、松田先生はあまりおっしゃいませんが、こういうことかなと。例えば学生のAさんとBさんが恋をしたとしますよね。Aさんは、自分は質がこんなにいいんだ。成績はこんなにいいんだということを言ったとします。しかしBさんにとってAさんの役割は何かは、Aさんが決めるのではないんですね。Bさんが決めるんです。Bさんにとっての役割はどうか、Bさんが決めるわけですね。

私は厚生労働省の分科会委員を、今、7年間務めさせていただいておりますけれども、そのなかで、医療の質評価というのは、だいたい、DPCの包括範囲の出来高点数が高いほうが、医療の質が高いというふうになっておりますけれども、それはやっぱり、その辺をいろいろと構造改革をしていく必要もあるのではないかと。もっと地域における役割の評価を重くする必要があるのではないかとということを提案しております。

では、適正配置とは何かといえば、例えば、足立美術館の世界一の庭園です。この庭園には、木や石や砂や芝生が適正に配置されていて、無駄なものはありません。全体が絵になっている。無駄なものがなく、適正に配置されている。こういうことを目指しているの

かと、考えれば震え上がるような思い
であります。

さて、理事長30年の経験から、人口
減少時代が、岡山市より真庭は早く来
ている、最先端地域の一つであります
けれども、どう考えていくかというこ
とを、ちょっとお話ししたいと思います。

日本医療法人協会の加納会長が発表
されたことをご紹介します。一般病院の経常利益率が、小泉政権がの平成13年から18年、
一般病院がきれいに下がって、一時、19年当時は利益率がゼロにまでなって、民主党政権
で持ち直したけど、また再び下がっています。慢性期の療養型病院は比較的高い利益率が
維持されている。ところが精神科病院は、ここにきて急速に利益率が下がっている。です
から田舎で、人口が減るなかで、急性期の役割も果たそうと思うと、非常に厳しい時代にな
ってきているということではないかと思います。



診療報酬改定率と、病院の倒産態様別件数の推移を見ますと、小泉改革のときには、ずつ
とマイナス改定でした。偶数年が診療報酬改定年ですけれども、マイナス2.7の翌年には
倒産が増えて、またマイナス1.0だったら、翌年倒産が増え、3.16、忘れもしない、このと
きには大幅に倒産が翌年、増えたんですね。福田内閣でもそうです。鳩山内閣になって、
プラスの改定になって、やっと倒産が減ったわけです。しかし野田内閣では、髪の毛一本
といわれた0.004ですけれども、倒産が増えたわけです。その後、安倍内閣では、こうい
う厳しい状況ですけれども、一時、倒産が減っていますが、今後どうなるかという、非常
に恐ろしい時代がやってきているのではないか。今年の改定は参議院選挙のこともありま
すので、ある程度、良識のある改定になっているかと思うのですが、2年後はどうなるか
と考えると、本当に恐ろしい感じがいたします。

実際、岡山県北の民間病院の倒産事例、どういうことが起きているかという、このよ
うなことが実際に起きています。

平成21年に津山第一病院が民事再生法適用、59億円の負債でありました。当院から20キ
ロ。そうかと思っていたら、わずか当院から2キロの河本病院が、23年に破産をいたしました。
現在、河本病院は河本医院となって、別の人が経営して、19床の診療所になってお
ります。負債総額は12億円でありました。

さて、真庭の病院の経営形態を示します。真庭は（適正数より）200床あまり、ベッド
が多いということでもありますけれども、湯原温泉病院105床をはじめ、中小病院が7つあ
ります。金田病院、もともと278床あったのをどんどん減らして、今は172床まで来ました。

次に落合病院と金田病院の歴史をご報告申しあげます。旭川を挟んで金田病院と落合病
院が立地しています。地元の住民の方が言われたんですけれども、16年前まで、49年間、
「川中島の戦い」だと。直線距離400メートル。16年前までです。

16年前にあることがきっかけで、話し合いをするようになりまして、それがずっと続いています。すなわち、このままいったら、お互いに生きていけないということに、だんだん気が付くようになってきたわけです。すなわち真庭は、厳しい病院経営最先端地域であります。医療の高度化、効率化、在宅ケア、施設の充実、超高齢化、人口減少。これは相対的に必要病床数が減ることでありまして、さらに医師不足、看護師不足、最近は患者不足になってまいりました。

例えば医師不足は、昨年の春から、13人いた医師が今、11人になっておりまして、私もみんなと平等に当直をする必要に迫られているということもあります。

そうかと思えば、今、看護師不足が非常に深刻になっています。看護師不足のために、一部、病床を閉めているというのが現実であります。

地球温暖化ですね、数日前の新聞に、超エルニーニョと書いてありましたけれども、エルニーニョになると、冬が寒くなくて、夏が暑くないらしいですね。気候がよくなると患者さんは減ってくる。ますます相対的に病床過剰になって、病院経営が急速に厳しくなる。岡山の未来が真庭にあると思っていただければいいと思います。

私たちはどういうふうを考え、生きてきたかという、ダウンサイジングをどんどんいたしました。昭和52年からどんどん小さくしていきながら、法人形態を個人病院から医療法人にして、持ち分を放棄しまして、特定医療法人になって、社会医療法人になって、岡山县内で病院初の社会医療法人になりました。172床が許可床でありますけれども、看護師不足で、もうちょっと今は減らしてあります。

今、真庭3病院会というものを、しておりまして、もともと河本病院が入って、落合、河本、金田の、落合3病院長会というのだったんですけど、河本病院が倒産して、湯原温泉病院に入ってもらいました。阿部俊子議員もときどき視察に来られますけれども、一番楽しそうであります。岡大、川大の実習生が来ていたら、ここに来てもらいますと、みんな大歓迎して、非常に地域の仲のよさを、現実を知っていただいています。

警察署長にもご参加いただいております。なぜ病院と警察が関係があるかと、皆さん思われると思うのですが、実は死体検案、事故であるとか、朝行ってみたら亡くなった、そういうものが結構あります。実は先週は2件ありました。こういう会を毎月していますと、死体検案の依頼があったとき、電話の向こうの警察署長の顔がすぐ浮かんできて、断れないことになります。

今日は厚生労働省の水野課長補佐がおられますけれども、診療報酬上で、やはり死体検案というのは結構な負担になります。何時間もかかりますので。亡くなった方の診療報酬を評価するのは難しいけど、何らかの評価が要るのではないかという思いがしております。

今、どういうふうなことをしているかといいますと、外来診療表を、かつてのライバル病院同士が、裏表一枚ものをつくったのです。これは非常に助かっています。地元の方も、われわれも助かっています。実際にライバル病院同士だったのが、姉妹病院になっています。そして一昨年の統計では、紹介先医療機関で第1位、現在は若干入れ替わっており少し違いますが、紹介元は今でも1位です。

次に考えたのが、落合病院・金田病院連携推進協議会というものをつくりました。現在、6年目を迎えますが、2カ月に一回開催して、これまで35回開催いたしました。実は2月の35回目の会議で、地域医療連携推進法人制度も視野に、勉強しようということで、スピード感をもって行おうという話が決まりまして、3月からは毎月行うことになっております。来週あります。そして交互の病院で2時間、話し合いをしています。

実はそのときに、私は最初、知恵を絞りまして、今日、お越しになっています、岡大医学部の浜田（淳）医療政策医療経済学教授に、オブザーバー参加として、35回のうち30回くらい来ていただいています。なぜかという、もしけんかになって大変なことになったら、仲裁に入っていただこうと思ひまして。

そしてついに昨年の11月には、落合病院・金田病院の連携協力推進協定を調印いたしました。

結果として今までに16年間、接近をしてきて、話し合いを本当にしてきて、こういうふうな機能分担ができてまいりました。例えば産婦人科、透析、小児科は落合病院が担当で、金田病院は中止いたしました。例えば約10年前まで、透析を金田病院で十数人やっていたんです。落合病院では120人していました。岡大病院の榎野病院長の弟子である、落合病院の味埜（泰明）先生と、ずっと毎月会をしていると、こんな素晴らしい院長と戦って勝てるわけがないと思ひまして、透析を全部やめました。十数人の透析をやめて、全員、落合病院に紹介しました。一人は新見市の方だったので、新見に紹介しましたけれども。たった十数人の透析をやめただけで、年間4千万円以上の減収になりまして、非常に堪えましたが、将来を見て、これは辞めるべきだと思ひて辞めました。

それから、脳外科、整形、外科の手術は金田病院のほうを担当しています。

眼科に関しては落合病院で手術を行い、金田病院では岡大から眼科医を派遣していただいています、手術は行わず、落合病院に紹介しています。

休日救急当番ですが、落合病院の当番医は、鳥取大から派遣された外科医師が減ってきてゼロになっていますので、例えば来年度、落合病院が13回、救急当番がありまして、13回の日に同時に外科系は金田病院が店を開くと。外科系はお受けするということをしておりまして、金田病院はその倍の26回、救急当番をしていることになっています。すでにこれ、機能分担ができていますね。

精神科は落合病院グループが向陽台で担当しています。急性期のD P Cは唯一、金田病院だけでありまして、井口理事長は、落合病院は慢性期中心でいきたいというふうにおっしゃっています。

それからドクターヘリに関しては、落合病院が災害拠点病院ですので、われわれも利用させていただいています。

医療機器が壊れるとどうするか。今までは更新して、新しいのを買おうでしたけれども、これからは、今、幹部会で毎朝話ししているのは、これは買わずに落合病院にお願いしようねということが、いくつか出ています。

医療機器の急遽の故障や点検時には、即応援しています。例えば、今日は県の方がおら

れますけど、ちょっと目をつぶっていただきたいんですが、手術中にレントゲンを撮るポータブルの機械が壊れて、落合病院から急遽、地元のトラックを借りて、みんなでトラックで落合病院から金田病院まで機械を持ってきて、内緒で撮って、それで手術の確認ができて、手術が終われたと。こういうことが、だいぶ前ですけれども、ありました。

介護施設は、われわれは持っておりません。落合病院グループにお願いしております。

それから、「OK・RSK」というのは「落合病院・金田病院連携推進協議会」の略です。ありますけど、これで合同勉強会を先週、行いました。落合病院のホールをお借りしまして、今年の診療報酬改定の勉強会をしました。左の方が井口理事長、この向こうがわれわれの事務長であります。

病院同士が競合すると、すなわち地域内戦状態になりますけれども、そうすると、住民が迷惑で、負担増で、医療提供体制、社会経済が非効率になります。医療スタッフが疲れてきます。倒産の危険性が増えてきます。機能分担や役割分担をして、連携協働しますと、効率的に医療が提供できて、住民、社会経済、医療スタッフ、三方よしになってまいります。さらに経営の持続可能性が担保されるのではないかと考えています。

ここでちょっと話を変えまして、岡山県内の五つの医療圏とDPC病院について、お話しします。

岡山県には五つの医療圏がありまして、DPC、急性期医療を担当する病院が29あります。岡山県南東部、県南西部に集中してしまっていて、津山・英田医療圏では津山中央病院ただ一つ、真庭医療圏では当院がただ一つ、高梁・新見医療圏では高梁中央病院ただ一つの状況になっています。ですから救急車は断りたくても断れない状況が発生しております。

次の話を出そうかどうか、だいぶ悩みました。今日、帰ろうとしたら、後ろから刺されるのではないかと思いますけれども、いいかなと思って、ごめんなさいで出させていただきます。

重症以上の救急搬送における照会回数4回以上の割合の比較です。岡山県内に医療圏別に、重症救急車、「重症」というのは消防の決まりで3週間以上入院が必要だと最初に関われる方ですけれども、そのたらい回し率、悪く言えばですね、大変申し訳ないんですけど、県南東部が一番高いんですね、8.8%。県南西部が5.4%。高梁・新見、これは大病院がなくて、真庭と非常に似ていますけれども、4.1%。津山・英田医療圏では3.5%、真庭はなんと、6年連続第1位で0.6%であります。

真庭は皆さん、不幸な、岡山県のチベットみたいに思われているかも知れませんが、実は高速道路のインターは、岡山市は1個ですけれども、真庭市は5つありますし、市内を首都高のごとく、高速道路で移動できますし、救急車のたらい回しは一番少ないのです。

ただし、ここには裏があります。私も3年間当直を毎月4回くらいしながら、救急車もウォークインも、当直の晩に断ったことは一回もありません。その代わり、重症であれば、岡山県中探します。どこがいいか、ご希望をお尋ねしながら、岡山県中の大病院に頭を下げて、お願いをして、断られず、受け取ってくださるところをお願いしているのが現実なんです。それがあから、この応需率が維持されていると。

ちなみに真庭では、9割の救急搬送が、一次搬送で受け入れてもらっていると聞きしています。

一方、自宅で亡くなられた方の割合はどうか。今、国が進めているわけですね、自宅で亡くなりましょうと。病院で亡くなると、月に120万円くらいかかるということで。医療圏別に見ると、なんと真庭が一番、全国平均を唯一上回っているんです。一番低いのが、真庭と非常に状況が似ている高梁・新見医療圏が意外に低い。真庭は案外いいんじゃないのという感じがしております。

もし地域医療連携推進法人が実現したらどうするかですが、まず一番に出ているのは、電子カルテの共通化です。訪問介護が真庭には五つあるんですけども、金田病院が5人、落合病院は3人でしています。それから地域介護支援事業所が、金田病院は一つ、落合病院グループに三つあります。これで話し合いをして、遠距離のところでは共有して、そこに協働して行くとか、役割分担をすとかいうふうにしたらどうかと。

診療所が、後継者がなくてどんどん減っていつていますので、そこに訪問看護ステーションをサテライトでつくって、そこに直接訪問看護師が通勤するようなこともしたらどうかとか、救急患者さんの拠点病院ほどではないけど、地域の救急センターのようなものをつくれたらいいなという声も、現場や幹部会では出ています。

さらに非常勤医師の送迎。これは実は大変でありまして、うちの病院でも個人タクシーが3台並んで止まっていたりするんですね。公式には月30人くらい、落合病院も金田病院もそうなんですが、臨時でお願いすることが、実は60人くらいあります。岡大、川大が大部分ですけども、タクシーで送迎して、個人タクシーが前で3台待っているようなことがあるので、これはなんとか効率よくできればいいなという話も出ています。

医師の派遣先は、今後、個々の病院が依頼して、医師を大学から、例えば岡大病院からお願いして来ていただいているわけですけども、これは病院同士で連携する地域を応援したい、病院同士戦う地域で一方に送ればほかから不満が出てくるところは送らないとか、場合によってはいろいろなことが起きてきてもいいかなと。

それから地域医療介護総合確保基金に関しては、戦闘地域の支援を、場合によってはやめて、連携する地域を支援すとか、要するに、個々の支援から地域を支援するというようなこと。あるいは非常勤医師の診療科を、落合病院と金田病院で相当重複していますから、これが派遣元病院の負担軽減にもなるのではないかな。

それから、看護職員の相互異動ですね。今起きているのは、急性期は救急車が来て大変だから、ちょっと楽な慢性期に行きたいという看護師が辞めていつて、非常に困っているんですけども、グループになれば、お互いに場合によっては行き来ができる可能性がある。それから、認定看護師が有効活用できるのではないかと。それによってグループ化すれば、不足している薬剤師とか看護師の応募が増える可能性はないだろうか。

それから事業計画の情報交換。例えば地域医療連携推進法人を視野に、話し合いをしようということが決まったわけですけども、まず出たのが、落合病院170床、向陽台病院170床、合わせて340床が合築して、移転、新築するときに、どうか大きなことはしないで

ねと。落合病院の危機は金田病院の危機だからという話になっています。そうになったら、いくらが適正規模かという話が早速できます。

だから地域医療連携推進法人を進めることによって、自然に地域におけるダウンサイジングができてくると思います。

それから、医師、研修医、実習生の相互派遣とか、法人の経営継続の可能性、ちなみにわれわれは、地域医療連携推進法人になったら、相手の理事長の井口先生が地域医療連携推進法人の理事長になってもらっていいですよという話をしてまで、覚悟を決めて考えているわけであります。

時代は点から面への時代である。地域医療というのは、すなわち面ですよ。個々の病院でなくて、面の時代ではないかと。これからの病院経営は、今までは社会に貢献したい。そのためには健全な経営が必要だという意識でよかったんですけども、これからは社会経済志向であったり、地域責任志向、地域の責任を協働して持っていくという発想が要るのではないかとこのように思います。そして、こういうことによって、何より地域住民への安心の提供の継続が可能になるのではないかと思います。

人口減少時代の病院経営の選択肢。人口が減るということは非常に恐ろしいことであります。一生懸命やっても、お客さんが減ってくるわけですから。競争から協調して連携するか、連携から協定するか、ここまできたんですけども、やっぱり限界があるんですよ。

じゃあ、落合病院と金田病院で合併するかという話が、平成24年くらいに実は出て、合同で勉強会をしたりしたんですけど、やっぱりこれは難しいです。非常に難しいです。社会医療法人と特定医療法人が一緒になる場合には、社会医療法人の傘下に特定医療法人が入ってくることが考えられるんですけども、これはやっぱり難しい。歴史も文化もあるし、いろいろなメンツもあるだろうし、これはやっぱり難しい。だから連携以上、統合合併未満の仕組みが必要だと、ずっと思っていました。

そこにできてきたのが、非営利ホールディングカンパニー型法人の話であったり、地域医療連携推進法人制度であったということでもあります。そのほかであれば、診療所になるとか、閉院して住宅になるとかもありますけれども、現実的選択肢として、やはり私たちは、地域医療連携推進法人が、われわれの、人口減少地域の中小病院にとって、唯一の光ではないかというふうに考えています。

NPO法人岡山医師研修支援機構で、われわれが毎月行っております、今週水曜日にも行われますが、地域医療部会という会合があります。113回、岡大の大会議室をお借りして行っております。11年、毎月だいたい40人前後の方が集まっています。岡山県内に中小病院のネットワークができつつあるということでもあります。則安課長も、いつも来てくださいます。そのほか、看護協会の幹部の方とか、弁護士さんとか、岡大の教授も何人も来られます。

「つながる安心、地域を支える医療連携。」これが今年のわれわれの、職員から募集したスローガンであります。

以上です。まことにありがとうございました。

(2) 事例紹介2 「OUMC 構想の進捗状況について」

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 那須 保友 教授

皆さん、こんにちは。今日は、大学のいろいろな先生方の前で緊張しております。私は緊張すると声がかれるものですから、多少お聞き苦しいかもしれませんが、ご容赦ください。

今日、こういう題目で、実は森田学長が講演される予定だったんですが、突然、「那須君やれ」ということでございまして、急遽させていただきます。



私は、こういう肩書きをいくつかいただいておりますが、もともとは泌尿器科医を35年やっております。専門は前立腺がんでございまして、「前立腺がん名医」という本にも名前を載せていただきました。

岡山では前任の公文教授とともに、両備グループの小嶋会長なんかにも出ていただいて、市民公開講座を5回くらいやっております。

今日、私はここにもバッヂをしておりますが、間寛平さんとブルーリボンという啓発活動をして、前立腺がんの早期発見、早期治療ということで、ぜひ今日、会場にお見えの皆さんも、だいたいそういう対象ですが、PSAを取っていなかったら、ぜひ取っていただければ。もし高ければ私にご一報いただければと思います。

私のモットーは、あとでお話しますが、「夢出せ！知恵出せ！元気出せ！」という、小野晋也元文部副大臣で、私の先輩ですが、彼の言葉とか、私の恩師で、「人には誠を尽くすこと」という忠恕の心を35年前から鍛えられたということです。

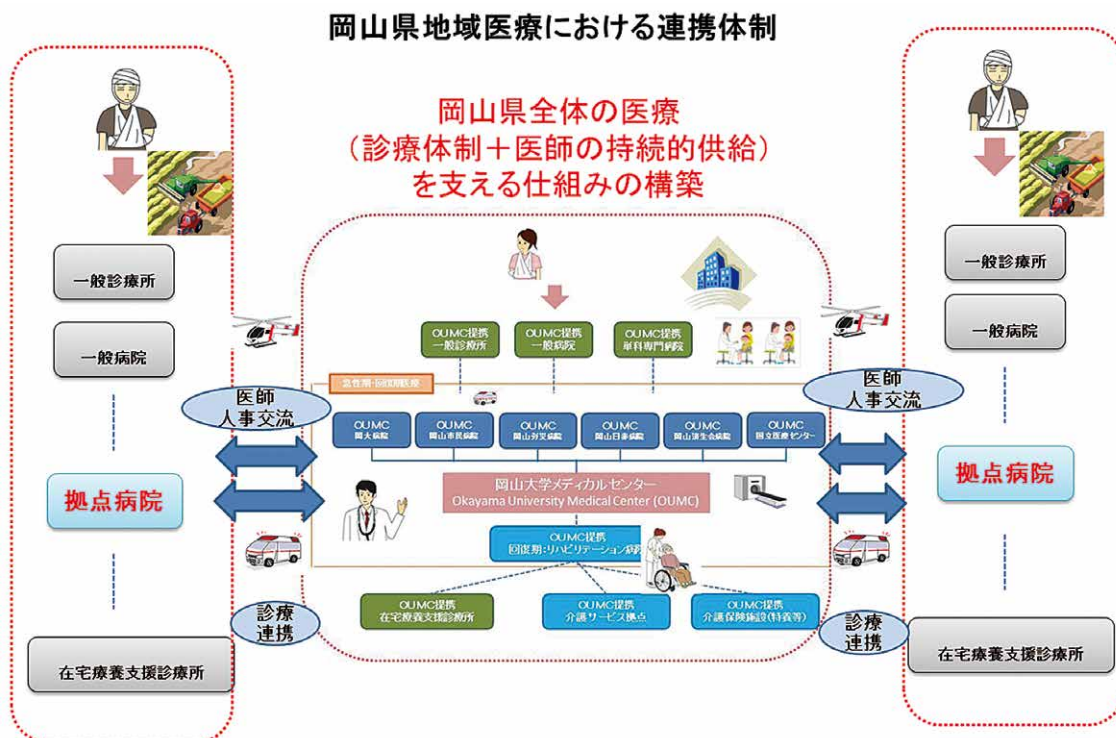
私は泌尿器科医として、35年間、この岡山を前立腺がんの治療と研究のメッカにして、岡山ではすべての治療を享受することができるという夢を持って、その知恵を出して、いろいろなことをやってきて、今、ダヴィンチの手術は西日本トップクラスですが、岡山県民の健康増進、福祉の向上への貢献ということを頑張っています。

私も一泌尿器科医から、先ほどの肩書きがありますように、副病院長ということで、病院全体のことも考えるようになり、時おりしも OUMC の構想が出てきたということで、どっぷり足を突っ込むことになったということです。

皆さん、ご存じのように、OUMC は各病院のアイデンティティを保ったまま、共通の理念で一体経営を行うということでございまして、一体的運営を行いつつ、地域医療連携推進法人制度に基づいて、定款の定めのもとに運営されると。

さらに、競合分裂していた診療機能を再編し、競合を避けて、おのおのの診療領域の規模および質を向上させて、日本一になる。国際競争力を持った、国際レベルのメガホスピタルをつくらうということです。

私自身、いろいろと取り組んでまいりまして、この OUMC の部分のみが強調されていますが実際は、地域医療における連携体制をつくるための、いわゆる診療体制と、一番大事な医師の持続的供給を支える仕組みを構築していくんだということでございまして、OUMC のみではありません。皆さん、ご想像に容易だと思いますが、岡山市内の二つの大きな拠点病院も一緒になって、これをやっていこうということです。



この図は経済同友会の方がつくってくださったんですが、やはり患者第一ですので、いつも患者さんが最初にある図ですね。病気になれば、まず患者さんはどういうふう動くか。一般病院に行って、それから大きな病院に行って、それから元に帰っていくと。こういう流れのなかで、一部に OUMC があるんだと。だから決して OUMC だけではなくて、全体のことを考えながら、OUMC をつくっていくというようなことを考えております。この OUMC 構想、日本再興戦略、平成26年6月の閣議決定を踏まえて、積極的に検討を行ってきたわけございまして、ここの6病院の病院長、事務部長で構成する構想検討委員会のもとで検討を重ねてまいったということです。

この構想実現によるメリット。「診療」「教育」「研究」というのがありますが、特に診療面においては、いろいろなことがすでに言われています。機能再編、さらには医療サービスの最適な提供、国際医療への展開、さらには今日、少し強調したいのは、医師の適正配置と人材の効率的な活用と、県内過疎地域への医師派遣等による地域医療への貢献ということでございまして、その他、コストダウンのこと、ネットワークを活用した効率化、患者情報の共有というようなことも考えられますが、この教育ということ、地域医療ということについて述べさせていただきたいと思います。

皆さん、ご存じかもしれませんが、来年から専門医制度が全国で変わります。ところが

医師会が、それはちょっと早い、地域医療が駄目になるので、ちょっと待てという、待ったが先々週かかりましたが。新しい専門医制度ですが、医師のキャリアとしては、卒業して2年間、初期研修を行ったあと、内科を専攻する人は3年間、新内科専門医制度で総合内科専門医となり、さらにそこから約3年近く、自分の専門領域を極める。ですから卒業して8年、おそらく32歳のころに、ようやく独り立ちできるというキャリアパスです。これを考えた上で、われわれはいろいろなことを考えているわけです。

そのなかで特に内科の初期研修、および最初の3年間というのは、総合診療をやります。内科の救急と、総合診療をやる。そのあとで専門13領域を学ぶということでもありますので、内科においてはやはり、教育と診療は一体になっている。若い人を教育しながら、診療を行っていく。これが原則です。ですから、若い人が来なければ、診療は立ちゆかないという、逆の理論もあるわけです。

ですからわれわれは、若い人がどんどんやって来るようなこういう研修のプログラムをつくらない限り、先はないということです。この OUMC の内科各病院には、非常にそれぞれのスペシャリティが揃っておりますので、バランスのよい臨床研修を、これからやっていこうということを考えております。2年間初期研修をやってから、3年間、総合専門医の勉強して、その後さらに専門を極めようということです。そういう体制を今、急ピッチでつくっているということです。

私の専門の泌尿器科も、すでにこういうシミュレーションはできておりまして、ほぼすべての診療科ができているという状況です。

医療面のニーズから言いますと、やはり地域医療はもとより、都市部においても総合診療医が必要です。最初に「痛い」と言っている患者さんを見て、この人は腎がんだとか、膵がんだとか総合診療をする。しかし同時に、臓器別の専門医による高度先進医療も提供しないとイケない。この相反する二つのことを、国民から求められているということです。そういった医師をつくるためには、ここにありますように、大病院、中小規模病院、診療所を各施設が断片的にローテーションしていたのでは、絶対にうまくいかないということで、やはり患者中心に考えた、全人的医療を考えるためには、学生のころから卒後教育、一人前になるまでの、一貫したシームレスな教育システムが要ると。これが根本的な OUMC の考え方であります。

今、そういった個々の総合医療をやるときに、やはり地域、たとえば金田先生のところの病院にも、若い医者が行っていますが、ああいうところで総合診療を学ばないといけない。そういうローテーションが必要になってくるということですが、今、各病院においては、そのあたりは結構、それぞれの病院の特色を生かしてですね、岡山市立総合医療センターや金川病院などに行くなど、比較的インディペンデントにやっているところもあります。

現在でも、先ほど言いました地域医療部会などがあって、比較的連携は取れているということですが、これからの新しい専門医制度が出てきたときには、このプログラムをきっちり、全国の若い人に見せて、ここに来れば立派な内科医になれるというようなことをすれば、たくさん医師がやって来るということです。これです。バランスよい OUMC 研修

から地域で活躍できる若手を円滑に育成というプログラムを、私たちはつくろうということです。これはとりもなおさず患者さん中心の医療であるというふうに考えております。

こういったことで、OUMC が地域医療支援を進化させると、私たちは思っています。OUMC に属する人たちが、地域医療に従事して、それで戻ってくる。それで一人前な医者になって、成長していくというシステムを構築していこうということです。

地域医療における、教育面でのメリットというのを、私たちは考えております。教育プログラムを OUMC で共有化することで、総合診療、在宅医療を含む、幅広い領域の専攻医、これはいわゆる専門医になるための医者のことを「専攻医」といいます。これが育成できるということです。

電子カルテの共有システムによって、情報共有が図れるとか、救急対応も集約化できるということもあります。

こういったことは、私はとりもなおさず、岡山県全体の医療を支える仕組みであると考えており、こういったことを構築していこうということです。

私は研究担当の副病院長でございまして、研究というのはべつに、研究室で試験管を振るだけではございません。研究のフィールドは病院にあります。そういったなかで、いわゆる新しい薬を試す、治験臨床研究を効率的に推進していこうと。韓国、シンガポールでは、2千床、3千床の病院で、新しい薬を試して、すぐ実用化するんです。世界のメガカンパニーは、日本では時間がかかるから、韓国やシンガポールで開発しようと、そういうふうに逃げていく。そういうことのないような国際競争力を付けていこうということです。

こういったことを、さらに拠点形成をしていくということと、地域の産業振興を可能にする、いわゆる医療関連産業をつくっていこうということです。これはとりもなおさず、ライフイノベーション政策に沿って、社会と国民に貢献できる拠点をつくっていくということです。

今現在、岡山大学は、国の橋渡し研究拠点と、臨床研究中核病院整備事業に選ばれて、中四国唯一の国の施策を行う研究拠点となっております。ここでは中四国の大学一体となって、研究をやる。そういったなかで、OUMC がいわゆる医療研究の拠点となっていこうと考えております。

昨年の4月からの進捗状況ですが、学内、院内におきましては、シンポジウムを開催いたしましたし、一番大事なのは、OUMC 構想の実現に向けて、大学として取り組んでいくということで、岡山大学として機関決定を昨年行いました。本格的に進めていこうということで、市内の6病院による検討会議も毎月行っておりまして、すでに16回実施しております。お互いの信頼関係というのが大事でございまして、皆さん、クラブの先輩後輩とか、かつて同じ釜の飯を食った仲間たちということで議論を重ね、ビジョンを共有しているという状況です。

さらにそれぞれの上部機関との意見交換も、すでに2回行っておりますし、岡山県と、県の地域医療連携体制についても、意見交換を行っております。

さらに今日、中央省庁からお見えですが、それぞれ厚労省、文科省との打ち合わせも行っ

ておりますし、今年の1月には、今日お見えの内閣官房の河村参事官のもとに、内閣官房の主導により、厚労省、文科省とともに、OUMC構想について、同じテーブルにつき今後のことを話し合った、いわゆるキックオフミーティングも行っております。

さらに先だつての2月11日には、厚生労働省の委託事業で、こういった制度改革に関するセミナーが、今日お見えの皆さんもたくさん参加されておりますが、開かれました。私も2時間みっちりです、法律の条文も初めて読みました。ああ、こういうことだったのかということで、理解をいたしました。

さらに今年5月には、UPMCミーティングということで、皆さんと一緒にピッツバーグへ行って勉強してこようということでございまして、みっちり2日間、UPMCの、それぞれ幹部の皆さん方と打合せを行います、今日の松山先生のお話を踏まえて、私もしっかり勉強してこようと思います。岡山大学をはじめとする県内の大勢の病院の先生方、さらには医師会、同友会の皆さまも参加してください。いわゆるオール岡山体制でまいつて、理解を深めてまいりたいと考えております。

今後のロードマップですが、厚生労働省は来年の4月の施行に向けて準備をされておられます。さらにわれわれは、ビジョンの共有を深め、来年の4月に向けた活動を活発化させていきたいと思ひますし、私ども岡山大学も、別法人化ということで、いろいろな課題を抽出して、それを検討して、制度設計をしております。文科省とも連携で行っているということで、これらの動きをより加速させていきたいと考えております。

このメディカルセンター構想、やはり私はペイシェント・ファーストだと思ひていますし、大学病院としての機能を推進しますし、ガバナンスの確保ということ、あらゆる形態の医療事業体を包含していこうと考えております。

最後ですが、本日のテーマは「医療で目指す『一番住みたい県 岡山』」ということですが、それプラス、「医師も集まる岡山県」です。やはり医者が集まらなないと、これは実現しません。実現構想という夢に向けて、私は、もう一度出しますが、「夢出せ！知恵出せ！元気出せ！」ということで、頑張っていきたいと思ひます。

私はなんども小野晋也という言葉を出しますが、この方を皆さん、覚えておられますでしょうか。昨年6月に岡山商工会議所の岡崎会頭を実行委員長として、山田方谷まつりがございました。私も参加しておりましたが、幕末に備中松山藩で活躍した山田方谷は、やはり岡山が生んだ有名偉人、改革、財政再建の雄です。このときに文部科学大臣が来られてシンポジウムをしたときのコーディネーターが小野晋也さんです。私と同郷で、私の高校の1級先輩です。彼は山田方谷の研究家でもあり、この「夢出せ！知恵出せ！元気出せ！」という、「ゆちげ」運動の提唱者です。私は、この岡山の地、山田方谷を生んだ地から、こういう医療改革を行いたいと思ひます。

私は山田方谷の「義を明らかにして利を計らず。事の外に立ちて事の内に屈せず」ということばを座右の銘にしております。私は、本学の森田学長は、岡山の医療改革における山田方谷であるというふうに勝手に思っております。

オリンピックの年、2020年が岡山大学医学部創立150年でございまして、いろいろな施

策を行っております。この OUMC も150周年に向けた一つの活動というふうに位置付けております。こういったことにつきましても、皆さま、ご理解をいただければと思います。

ほんの最後ですが、私はこの150周年の財務委員長をやっております、いろいろなミッションを背負っております。経済界の皆さまのもとにも、いろいろとお願いにあがるかと思いますが、私の顔を覚えていただきたいということで、雑ぱくですが、お話とさせていただきます。

ご清聴ありがとうございました。

【内閣官房日本経済再生総合事務局 河村直樹参事官コメント】

内閣官房日本経済再生総合事務局で医療介護を担当しております、河村と申します。よろしくお願いいたします。厚労省の水野補佐からご紹介がございましたが、地域医療連携推進法人制度、こちらはわが国の経済成長戦略の中で、医療介護分野は非常に重点視されておりますが、その中でも非常に主要なメニューとして意識されております。法制度自身は昨年の通常国会で成立を見まして、先ほどご紹介がありましたように、来年の4月からの施行ではですが、その進捗につきまして、非常に幹部というか、政務、あるいは民間議員のほうでも注目が集まっているところです。



したがいまして、その適用に関して、失敗してはならないというか、全力でこれをお支えしなければいけないという思いもあり、本日、この場に参加させていただいているところです。

まだ制度が施行されない中でご検討いただいております OUMC、それから先ほどお話がございました金田病院には多大のご負担をおかけしておりますが、私どもでご支援できるところがあれば、ぜひ、おつなぎいただければと思っております。

また、そのような中における本日の会合は、非常に素晴らしいものだと思っております。なぜ岡山でこのような取り組みが進んでいるのかということについては、私も日頃から関心を持っておりましたが、やはり岡山市、岡山県といった行政の取り組みが非常に素晴らしい。さらに、ここに集まっておられる経済界の皆さまも非常に理解がある。なおかつ、松山先生からお話ございましたが、東京や京阪神にないような地域的な要件といったものが、こういった岡山の取り組みを後押ししているんだということが確認でき、本日は大変有意義だったと思っております。

繰り返しになりますが、地域医療連携推進法人制度は、非常に注目を浴びておりまして、これはぜひ推進していかなければいけないということで、内閣官房でも強く意識しておりますので、何か後押しできることがあれば、ぜひつないでいただいて、私どもの力をご活用いただければと思っております。

本日はどうもありがとうございました。

(3) 講師コメント

○則安 本日は大変ありがとうございました。県といたしまして、国の施策に沿って、地域医療構想の策定、そして今後、実現に向けた地域での協議、また、県全体でも協議が始まってまいります。

そうした中、この OUMC 構想、地域医療連携推進法人といった新たな提案、あるいは制度等もしっかり見据えながら、お互いに、まずは住民が、そして医療、介護の施設、そういったところも立派な社会を支えるリソースであります。また、金田先生のお話にもありましたが、その医療、介護は、国民、県民の税、あるいは保険料で支えられているということです。

県といたしましては、これまでも地域の方々、また関係の方々に、しっかりとご指導ご鞭撻をいただきながら、これまで制度もつくり、また、その運用もしてまいりました。岡山は、みんなで力を合わせて、同じ方向を向いて進んでいるということがよくできていると思っております。これは岡山大学をはじめとする、今日お集まりの医療機関の皆さま、また、県民の真面目さというのものもあるかもしれませんが、そういうところをしっかりと束ねて、県としても取り組んでまいりたいと思っております。どうもありがとうございます。

○福井 本日はどうもありがとうございました。また、岡山市の取り組みを紹介させていただける場を与えていただいたことに感謝いたします。

市町村という立場で申し上げますと、話の中でもお伝えしましたが、住民、市民の方に直結した部分を担っている行政でありまして、われわれもここ数年間でいろいろなことを、啓発という意味でさせていただいておりますけれども、まだまだやはり、市民の方々の意識のなかでは、いざとなったら病院へという意識が非常に強いです。

そういった中でも、これから時代の流れとともに、在宅であったり、いろいろな身近な地域でということが、すごくクローズアップされてくると思います。

そういった中で、地域医療連携推進法人という新しいかたちというのも、これからのあり方のなかでは、非常に重要なかたちだろうと思ひまして、今日のような、こういったかたちのいろいろなお話を、市民の皆さんもいろいろとお聞きになる機会も増えてくると思いますが、そうしたことで、意識のなかで、だんだん新しいかたちといいますか、将来の姿というものを認識していただいた上で、その第一線というのを、岡山から発信できたらいいんじゃないかなというふうにも感じました。

金田病院さんのいろいろな取り組み、もちろんそこに至るまでの大変な部分もあったんだろうなと思いますけれども、岡山市の場合でも、本当にたくさんの医療機関があるという現状といいますか、状況の多少の違いはあろうかと思いますが、目指すべきところは同じですので、これからは医療機関を中心として、介護、それから地域、そういったあたりで、広く、まさに本当に岡山に住みたいという、地域包括ケアシステムを先頭に引っ張っていける自治体、県になればいいのではないかなと感じました。

本日はどうもありがとうございました。

○**松山** 本日は皆さまとこのような議論をさせていただく機会をいただきまして、ありがとうございます。

私は2002年に『人口半減 日本経済の活路』という本を書きました。その時に考えたのは、近い将来、日本経済が非常に危ないことになる、しかし、たとえ人口が減り、経済成長率が落ちたとしても、国民のセーフティネットは守らなければいけない。そのために、今日、議論になっているような地域の地域包括ケア事業体ネットワークをつくるべきという提案をしました。

それ以降、最近特にそうなのですけれども、全国からいろいろな立場の方が、この地域医療連携推進法人の議論に来られるわけであります。そこで、私が強調しているのは、今日お話ししましたとおり、この地域医療連携推進法人というのは、お金の関係ではなくて、信頼関係で求心力をつくるという一点に尽きるということを申しあげております。

経済同友会というのは、株式会社の集まりでありますけれども、株式会社の場合は、出資金と言うお金で結びついて、グループ形成して、求心力というのができます。しかし、この地域医療連携推進法人というのは、出資関係ではなくて、そこに参加する経営者の方々の信頼関係があって初めて成り立つのです。

米国には、これが約500あります。巨大な組織です。一つ一つが数千億円、もしくはピッツバーグみたいに1兆4千億円とか、もっと大きいものだと5兆円というのもあります。そこで生まれた利益は、特定の個人に1ドルもいかないのです。だからそこに参加してくるわけです。それを支えているのが、お互いの信頼関係です。

それは、私は日本でもできると思っています。特に岡山の場合は、先ほど申しあげましたけれども、地政学的に見て、東京とか京都、大阪に比べると、医療、介護、福祉関係の事業体の利害関係が複雑怪奇ではない。かなりシンプルに割り切れば、信頼関係でグループ形成ができるのではないかというふうに私は思っています。ピッツバーグの場合は1986年に、当時の付属病院の三つが合併して、社会医療法人になって、そこからゼロスタートをしました。そして25年後にメイヨークリニックを抜いたのです。

ですから、岡山もたぶん、成果をあげて世界標準になるのに10年とか20年にかかると思います。しかし、どのようなプロセスを踏めばよいかは、既にピッツバーグが示してくれています。それを日本の風土に合ったかたちで実行すればよいのです。

○**水野** 今日は貴重な機会を与えていただきまして、どうもありがとうございました。ほかの講演者のお話も含めて、いろいろと聞かせていただきまして、岡山での医療の充実さ、非常に重要なポイントであるということがよく分かった次第です。

今日は地域医療連携推進法人の担当として、いろいろと、制度説明などを申しあげましたけれども、医療に関して言えば、それに留まらず、いろいろな局面があると思います。特に研究分野であれば、岡山大学さんの実力は、この近辺では群を抜いているわけでござ

いまして、そういったところはまた、研究から産業に結びついていく部分もあろうかと思っております。

この地域医療も含めて、医療の行政、医療を充実させていくために、厚生労働省、われわれとしては積極的に、一生懸命頑張っていきたいと思いますので、引き続き皆さまのご支援を賜ればと思います。

今日はどうもありがとうございました。

○金田 大変ありがとうございました。

OUMC は地域の病院のことも考えてくださっているということで、本当に勇気100倍でした。

危機感を共有して、それをいかにエネルギーにつなげるかということが、今後の課題だというふうに、真庭の地域から思いました。ありがとうございました。

○那須 本日は発表と勉強の機会を与えていただきまして、ありがとうございます。今日のタイトルにありますように、岡山が一番住みたい県になるという大きな夢を持って、私たち、オール岡山体制で、知恵を出して、元気を出して、向かっていきたいなと考えておりますので、今後ともよろしくお願いいたします。

【閉会あいさつ】

岡山県商工会議所連合会 岡崎 彬 会長

○岡崎 皆さん、大変お疲れさまでございました。人間暦72歳でございまして、もうそろそろ後期高齢者になろうかということですが、私もそういう年になったことで、医療といひましようか、お医者さんにかかることがだんだん多くなってきました。まさに自分の問題として、この問題を捉えているということです。



岡山県は医療先進県というのが誇りの一つでありますけれども、先ほどの松山先生のお話では、どうも岡山県は医療費の負担が非常に高い、平均よりも高い。また、協会けんぽについては、他県から補填してもらっているというお話で、これがなくなると、大変なことになるというお話でありました。人口問題それぞれを考えても、このままいくと、本当に危ないことになるんだなということは、つくづく思いました。

誰かだけがいいとか、どこかだけがいいっていうのは、もう成り立ちませんから、最近、社会保険料が高騰するのをなんとか抑えなければいけないということで、診療報酬を抑えるというようなかたちで、今までやってきているように思いますが、金田先生のお話で、診療報酬が抑えられたときには、倒産がずいぶん増えているという話もございました。

そういったことで、われわれとしてはやはり、診療報酬というか、われわれの払うお金が増えるというのは非常に困ることではあります。それをなんとか抑えて、しかも病院に

とっても、先生方にとってもいい方法というのではないものかという具合に思うんですけど、その一つがこれだなという具合に思いました。

それにしても、この制度を進めていくのに大事なことは、これも松山先生がおっしゃいましたけど、それぞれの信頼関係であるということでありました。先生方というのは、人の命を助けようという、非常に崇高な使命を持って、日夜努力されている方々のお集まりですから、そういう面でお話をされた制度を、ぜひ成功させていただきたいなという具合に、期待しております。

われわれとしてできることは、これも松山先生のお話にありました、県民の支持が大事なんだというお話でございました。医師ではない、医療関係者でない、われわれ一人一人が理解し、この推進をバックアップするといいいましょか、何らかの形で支援していけたらなと思っているところです。ぜひ岡山において、この制度が成功するように、皆さんで頑張っていきたいと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

今日は大変お疲れさまでございました。ありがとうございました。

「医療で目指す一番住みたい県 岡山」実現が見えてきた！

2016年5月31日

発 行 一般社団法人 岡山経済同友会

岡山市北区厚生町3-1-15岡山商工会議所ビル5階

TEL (086)222-0051 FAX (086)222-3920

E-mail okadoyu@optic.or.jp