

20180517\_戦略経営研究会\_医療ビジネス研究会\_議事録

日 時：2018年5月17日（木）19:00-21:00

場 所：東京／竹橋 ちよだプラットフォームスクウェア

テーマ：医療介護連携と ICT ～自立的で継続性のある連携に向けて～

発表者：繁本将憲さん（株式会社NTT データ経営研究所 ビジネストランスフォーメーション  
ユニット シニアマネージャー）

参加者：14人（会社経営、会社員、NPO 法人理事長、行政書士、司法書士など）

目次：

1. 地域包括ケアと医療介護連携
2. 医療介護連携の成功モデルづくり
3. 金流の変化を捉える

発表：

#### 1. 地域包括ケアと医療介護連携

まずは、高齢化についてです。高齢化「率」は今後も上がっていきます。しかし、高齢者「数」は2025年がピークとなります。そのため行政としては2025年のピークにあわせて、病院などの新たな「ハコ」を作ることはないでしょう。とすると、本来病院で医療的ケアを受けたいのに入院できない医療難民や、施設に入所できない介護難民が増加することが予想されます。

また、高齢者の受診行動を分析すると、外来受診率は80歳ぐらいをピークに減少します。加齢により通院困難になることなどが原因です。ということは、病院にも入院できず、外来通院も困難な患者さんが増加していくことになります。

ある地方都市でのシミュレーションを示します。現在の人口が10年後には15%程度減少すると予想されています。しかし高齢化が進むため、10年後も病床数は同数のままと仮定すると、入院できず在宅または施設で医療を必要とする患者数は増えていく計算になっています。当然そのなかに含まれる通院困難者も増えていきます。

地域包括ケアシステムというのは、医療と介護が連携してバーチャルな病棟を地域で作っていかということです。病院内であれば、同じ施設、同じ指揮命令系統、同じ医療従事者同士ということで多職種連携もできます。しかし、在宅医療、介護の世界になると、場所も違う、法人も違う、職種も違い価値観や言葉も違うという状況で、多職種連携を実現するのは容易ではありません。

平成25年策定の医療介護連携のスケジュールによると、平成30年にすべての市町村で実施としていました。実際はどうでしょうか。このことも難しさを現わしているかもしれません。

在宅医療・介護の世界で今までどうやって情報をやり取りしていたかという点、主にケアマネージャーさんが介在する形で断片的な情報を伝言ゲームのように共有していました。当然手間もかかりますし正しく伝わらないリスクもあります。

ここで必要なのが「連携」です。「連携」という言葉を聞くと私たちのようなIT業界の人間は「なるほど、患者さん情報をみんなで見ればいいんですね」と、ただ繋ぐだけの仕組み、例えば単なるSNSのようなものを用意します。ではシステムの導入で情報の集約・共有をはかれば良いのでしょうか？ これに対しては、医師からは「医師にとって必要のない情報ばかりで、全部読んでいる時間がない。必要な時には連絡来るとしてよ」、ヘルパーからは「医師・看護師が必要な情報が何かわからない」という状態になっています。単にICTでつなぐだけでは絶対にうまくいきません。私たちがこの取り組みを始めた数年前で、既に全国各地で失敗事例が多数

存在していました。うまく行っているのは一部の先生が頑張っていてリードしているところだけでした。では、この問題をどう解くべきでしょうか？

## 2. 医療介護連携の成功モデルづくり

解くべき問題は、以下のとおりです。①ICT：多職種連携のために、どのような ICT ツールが必要か？。②チーム：どう連携すれば良いか？。③地域：地域全体にいかを広めるか？。④定着：どうやれば自立的に回っていく仕組みになるか？。⑤全国：日本全国にどう広めるか？。⑥ビジネス：どのような企業がどのような役割を果たして展開するか？

多職種連携のポイントは目標の共有です。しかし、医師とヘルパーではそもそもの目標が異なります。ケアとケアです。そこで私たちは多職種連携の成功モデルとして「ワンチーム活動」モデルを作りました。このモデルの中では、患者さんを中心とした多職種が1つのチームとなって目標を共有し問題解決型のコミュニケーションをとることがポイントです。またチームの連携がうまくいかない課題がある場合は、チーム内個別問題解決やチーム横断的問題解決を行う介入が必要になります。また取り組み全体を推進するための仕組みづくりも必要となります。ICT は一つのツールに過ぎません。

①ICT の設計。クラウド型多職種連携サービス「ひかりワンチーム SP※」を推奨しています。ワンチーム支援機能として目標を共有する機能、モニタリング機能として目標に基づいてボタンで報告する機能、連絡帳機能として報告内容に基づいた議論をするための SNS 機能があります。単なる SNS だけでは効果的な連携は望めません。チームで目標を共有し、目的のための問題解決という形でコミュニケーションをとる仕組みが必要なのです。(※NTT テクノクロスが提供しています)

②チームをどう連携させるか。大事なのは目標の立て方です。利用者の望む生活が目指すべきところ。決して「治療」のための連携ではありません。例えば医師が治療方針を立て、その治療のモニタリングのための連携という進め方では、連携がうまくいなくなることもあります。どんなやり方で目標を立てればいいのかもコツが必要です。その支援も行っています。

③地域に広めるにはどうするのか。最初のステップは一部の賛同してくれる人たちを中心に試してもらえばいいのですが、地域全体に広めるためにはそれだけでは不可能です。国も地域包括ケアでは PDCA を地域毎に回せとっているように、運用ルールを作っては PDCA を回して改善し、目標感をもって進めていくことが必要です。

④定着。お金の回る仕組みが必要です。医療従事者・介護従事者の方々のやる気やボランティア精神に頼るのでは本当に定着する仕組みにはなりません。例えば不要な入院の回避、要介護後の改善などにより社会保障費の抑制を行い、その分を地域に還元することができないでしょうか。

多職種連携をきちんと推進することにより、患者さんにとって良い効果は出せます。ここまでは今までの経験から断言できます。これを地域が自立的に続けられる仕組みにするには、どうしたら良いのでしょうか？ 一部の医療介護従事者の犠牲、ボランティア精神の上に成り立つというのでは継続性・再現性がありません。社会保障費の抑制分を還元するなど、頑張った医療介護従事者に回す仕組みは作れないでしょうか？

## 3. 金流の変化を捉える

医療・介護等の社会保障費抑制の方向性として、Outcome 評価などが重視されています。どの治療を行ったかの出来高払いから、どれだけの効果があったかが加味され始めています。また、医療保険における「保険者努力支援制度」の議論が行われています。医療費削減に向けた

取組みを進めた保険者に対してインセンティブを与えるという仕組みです。たとえば、国民健康保険の場合は都道府県ごとに採点が行われています。介護保険におけるインセンティブ制度の設計も進められています。これらを、保険者である自治体がどうやって地域に還元するのかをまず考えてみる必要があります。

既に世の中に登場している社会保障費適正化に向けた新しい契約モデルをいくつかご紹介します。①SIB (Social Impact Bond) と②ACO (Accountable Care Organization) です。①SIBは社会的に意味のある事業について成果報酬を約束して進めましょうというものです。たとえば、神戸市(糖尿病の重度化予防)と八王子市(大腸がん検診について受診勧奨のメッセージを発信)にて実証実験が行われています。SIBは何か新しい法律や制度によって可能になったものではありません。成果報酬というプロトコルが地方自治体に対して示されたことに着目すべきです。ただし課題としては、投資家にとってわかりやすいKPIを定めなくてはならないところです。糖尿病や大腸がん検診のような分かりやすくエビデンスの明確なテーマであれば活用できますが、地域包括ケアや多職種連携といった広いテーマで社会保障費削減を目的に活用するのは難しいと考えています。②ACOは米国のオバマケアの一部です。地域の医療介護すべてに責任を持ち、質を高めながら費用を削減することによって、削減した費用の一部(半分程度)を受け取ります。CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services、メディケア・メディケイドの監督庁)がACOに対して、医療費削減分の約半分をシェアし、医療介護の質を評価・監督します。単に医療費を削減するのではなく、そのための品質指標も定められており、質の維持向上と医療費抑制を両立させるものです。ACOは何かしらの突破口になるのではないかと考えられます。

質を維持しながら社会保障費を抑制する必要があります。そのためのコーディネーターを担えるならば、保険会社、製薬会社、大規模な医療法人などの民間企業・法人にも大きなビジネスチャンスではないでしょうか。

以上