

平成30年7月21日
於： 東京

地域医療構想から地域医療計画へ ～保健所に期待される役割～

産業医科大学
公衆衛生学教室
松田晋哉

利益相反の有無 : 無

※この講演のもととなった研究に関連し、開示すべきCOI関係にある企業などはありません。

本日の講演の内容

1. 地域医療構想の概要

2. 岡山県における検討事例
～南西部医療圏の検討～

3. 慢性期をどう考えるか
～地域包括ケアへの対応～

4. まとめ

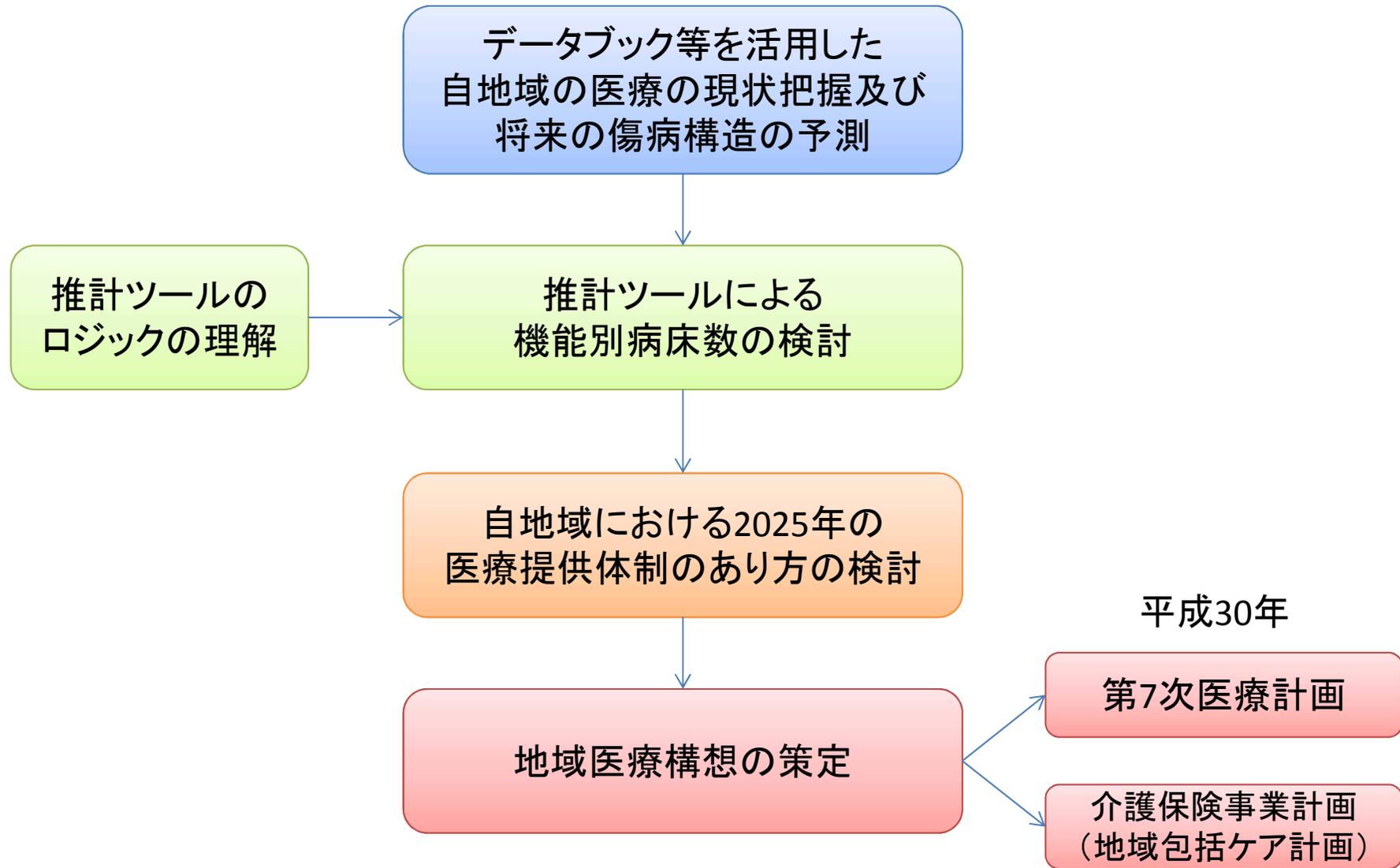
地域医療構想とは

- 地域の実情に応じた課題抽出や実現に向けた施策を住民を含めた幅広い関係者で検討し、合意をしていくための過程を想定し、さらには各医療機関の自主的な取組や医療機関相互の協議が促進され、地域医療全体を俯瞰した形で実現していくもの
- **各医療機関は、地域における自院内の病床機能をデータにもとづいて客観的に把握し、自院の将来像を描くことができる**

医療法

構想区域における、病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量のほか、病床の機能分化及び連携の推進のために必要な事項を含む将来の医療提供体制に関する構想

地域医療構想の検討手順



間違えてはいけないこと

- 病床削減が地域医療構想の目的ではない
 - 推計の仮定が異なれば結果は異なる
- 「地域の医療介護ニーズに対応するためにどのような医療提供体制が望ましいのか」を考えることが第一の目標
 - ただし、その実現のための制約条件についてきちんと検討することが必要
 - 複数のシナリオを持つことの重要性
 - 現実的な対応策を各地域の調整会議で検討する

いくつかのポイント(1)

- 高度急性期と急性期とを明確に分離することは難しい
 - 救急、脳血管障害、急性心筋梗塞、がんなど高度急性期を必要とする病態について、具体的な機能分化と連携を考えることで良いのではないか
- 回復期は亜急性期の概念も含めるものと考えらると、13:1、15:1の病院群が行っている内科的診療も「回復期」の概念に入る
 - 上記のような病院が救急に対応できるか否かなどを一つの軸として「地域包括ケア病床」や「在宅療養支援病院」になることを基金で支援するという議論の持ち方があるのではないか

いくつかのポイント(2)

- 慢性期は「療養病床＋介護施設入所＋在宅」を合わせたもの
 - － 上記のサービスの配分は地域の状況によって異なる
 - 診療所の維持が難しくなっているところでは、在宅医療そのものが成立しにくくなっている
 - 東京都心のいくつかの医療圏のように人口が今後も増加するところでは、外来需要も増加する→訪問診療の余力はあるのか？
 - いずれにしてもある程度集まって住んでもらう住宅政策との連動が必要ではないか
 - － 医療と介護とを連結したデータの準備

医療提供体制・課題のチェックリスト

地域医療構想 調整会議チェックシート																
権限地区名称:																
	地域分析・分析 [医療計画(5-7)]	自己完結型・医療法人 [NDB(1)法人(7-1)]	医療提供態 [DPCデータ(アセスメント/添付)・NDB自己完結型データ(SCR・特定療養型データ)]										可成増設 [A/LA/PA・ 新設増設]	e-ICL		今後に向けた対応 ・調整・協議の方向性 ・策定会議への要請事項
			総合	総合中	急性心療養	がん	総合病	加齢	小児	回復期	医療支援	e-ICL併設		専門医(4)増設	人材確保	
地区全体の分析	表紙1	表紙2-9	表紙3-1～表紙3-11	表紙4-1～表紙4-3	表紙5-1～表紙5-4	表紙6-1～表紙6-17	表紙7-1～表紙7-1	表紙8-1～表紙8-3	表紙9	表紙10	表紙11	表紙12-1～表紙12-3	表紙13			
高度急性期・急性期		表紙2-1 表紙2-4 表紙2-5 表紙2-9 表紙2-10	表紙3-1～表紙3-1	表紙4-1	表紙5-1	表紙6-7 表紙6-9, 表紙6-9 表紙6-11, 表紙6-14 表紙6-17, 表紙6-20 表紙6-22, 表紙6-22 表紙6-24, 表紙6-25 表紙6-26～表紙6-28 表紙10	表紙7-1 表紙7-1 表紙7-2	表紙8-1 表紙8-3	表紙9 表紙9-4～表紙9-7	表紙10	表紙11 表紙11	表紙12-1～表紙12-4				
回復期		表紙2-2 表紙2-6 表紙2-9	表紙4-1	表紙5-1	表紙6-26～表紙6-28 表紙10	表紙7-1 表紙7-2	表紙8-3			表紙9 表紙11 表紙14-1～表紙14-4						
慢性期		表紙2-1 表紙2-7 表紙2-9	表紙3-1		表紙6-26～表紙6-28 表紙10	表紙7-1 表紙7-2	表紙8-3			表紙9 表紙11 表紙14-1～表紙14-4						
在宅等 <small>診療所(医療区分1)0.70% 以上の地域医療提供計画 表紙2-24(1)医療計画</small>			表紙3-1		表紙6-26～表紙6-28 表紙10	表紙7-1 表紙7-2	表紙8-3			表紙9 表紙11 表紙14-1～表紙14-4						

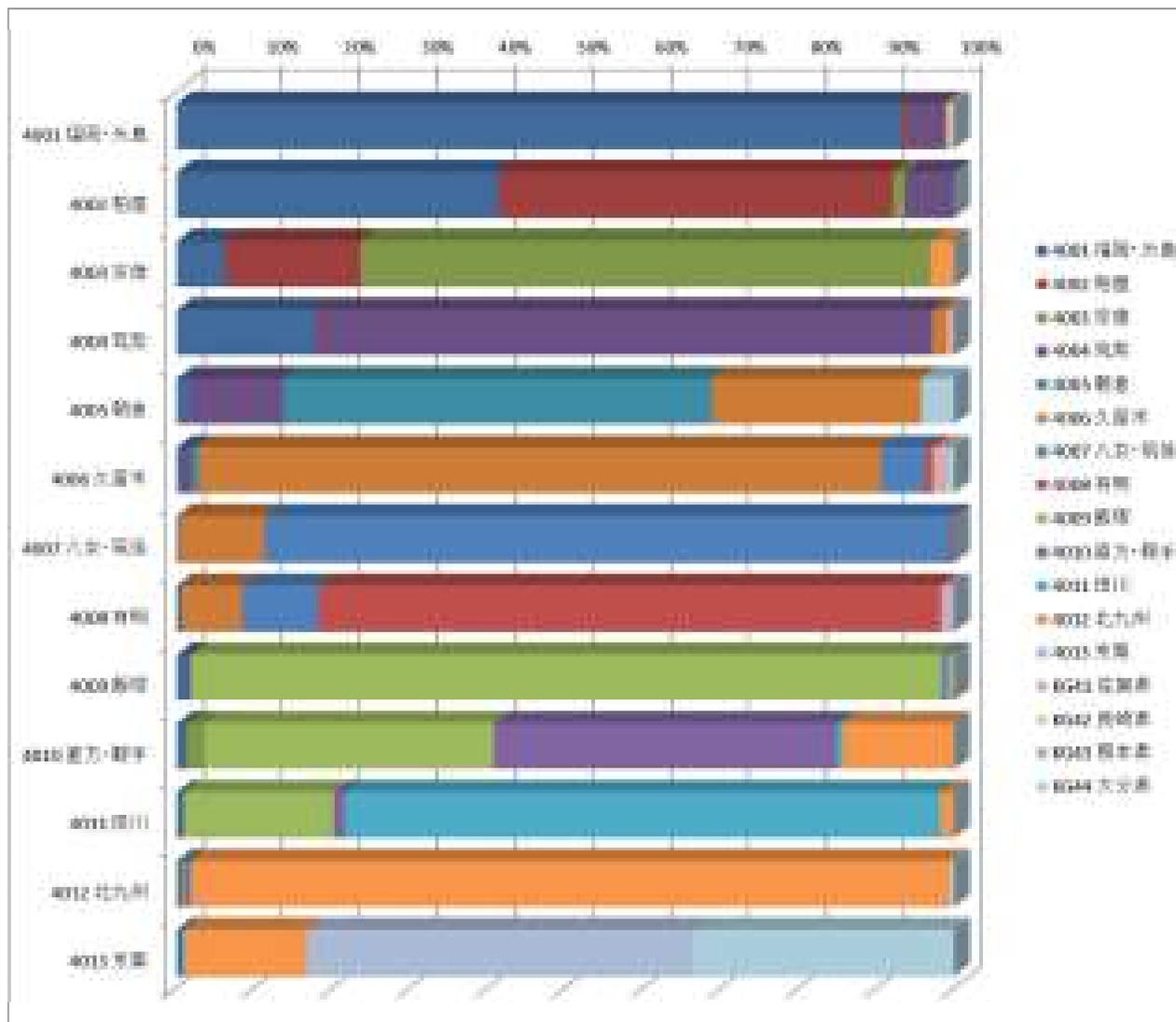
・ 全てを埋める必要はありません。
・ 最右列の「今後に向けた対応」の取りまとめに、ご活用下さい。

各セルに参照すべき資料番号が明示してある。

救急の評価(5疾病6事業)

構想地区名称：			
	地域分布・ハき地 (医療機関マップ)	自己完結率・患者流出入 (NDB流出入データ)	救急
地区全体の分析	資料1	資料2-9	資料3-1 ~ 資料3-13
医療機能別、患者数の傾向			
高度急性期・急性期		資料2-1	資料3-1 ~ 資料3-3
		資料2-4	
		資料2-5	
		資料2-9	
		資料2-10	
回復期		資料2-2	
		資料2-6	
		資料2-9	
慢性期		資料2-3	資料3-3
		資料2-7	
		資料2-8	
		資料2-9	

資料3-2 福岡県における救急医療の自己完結率・二次救急 (平成25年度NDBデータ：入院)



出典：医療計画作成支援データブック(厚生労働省・2015)

当該医療圏の現状と課題

- 入院医療全般
 - 急性期
 - 回復期
 - 慢性期
- 外来医療全般
- 救急
- 周産期医療
- 小児医療
- 在宅医療
- 連携
- 地域包括ケア
- 急性心筋梗塞
- 脳血管障害
- 悪性腫瘍
- 糖尿病
- 精神科
- 肺炎対策
- 骨折対策
- 認知症
- 医療介護職の確保
- 介護需要
- ...

策定素案における記述

2. 救急医療

DPC対象病院のデータでは、MDC12婦人科を除くと、救急で問題となるMDCについてはすべての色が出ており、**おおむねすべての診療科で対応**ができています。年度間でも機能は安定しています。…(資料3-1)

国保・長寿のデータで見た二次救急の自己完結率は50%で15%が北九州医療圏、35%が大分県に流出しています。(資料3-2)

SCRでは、二次救急・入院のSCRは31でありやはり**救急に関しては提供量が少ない**と考えられます。他方、療養病床における急性期や在宅からの受け入れのSCRが316で、療養病床がある程度救急患者の対応ができる力があることが示唆されます(資料3-3)。

内容的には**全科の救急入院に対応**できています。救急の自己完結率は約85%で、搬送時間も**新生児の救急で長い傾向**がありますが、他の年齢層では搬送時間的には許容範囲であると言えます。救急の受け入れ能力には特に問題はないと言えそうです。

【必要な施策】

- **現在の救急医療提供体制の維持**
- **小児入院体制の確保**(県内の4大学の小児科学教室と協議の上2つのDPC病院のいずれかで対応)

本日の講演の内容

1. 地域医療構想の概要

2. 岡山県における検討事例
～南西部医療圏の検討～

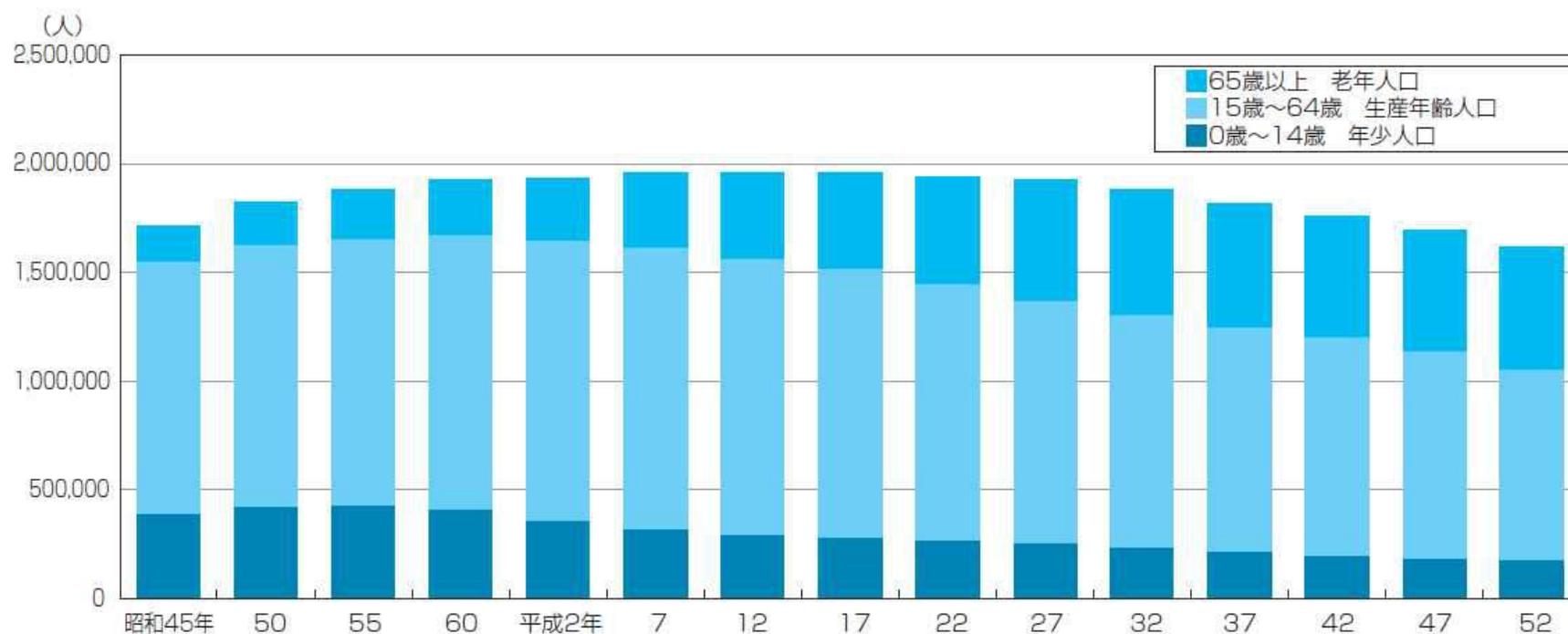
3. 慢性期をどう考えるか
～地域包括ケアへの対応～

4. まとめ

人口の動向はよほどのことが無い限り、確実な未来である

P.F ドラッカー(上田惇生・他 訳):
すでに起こった未来、
東京:ダイヤモンド社、1994.

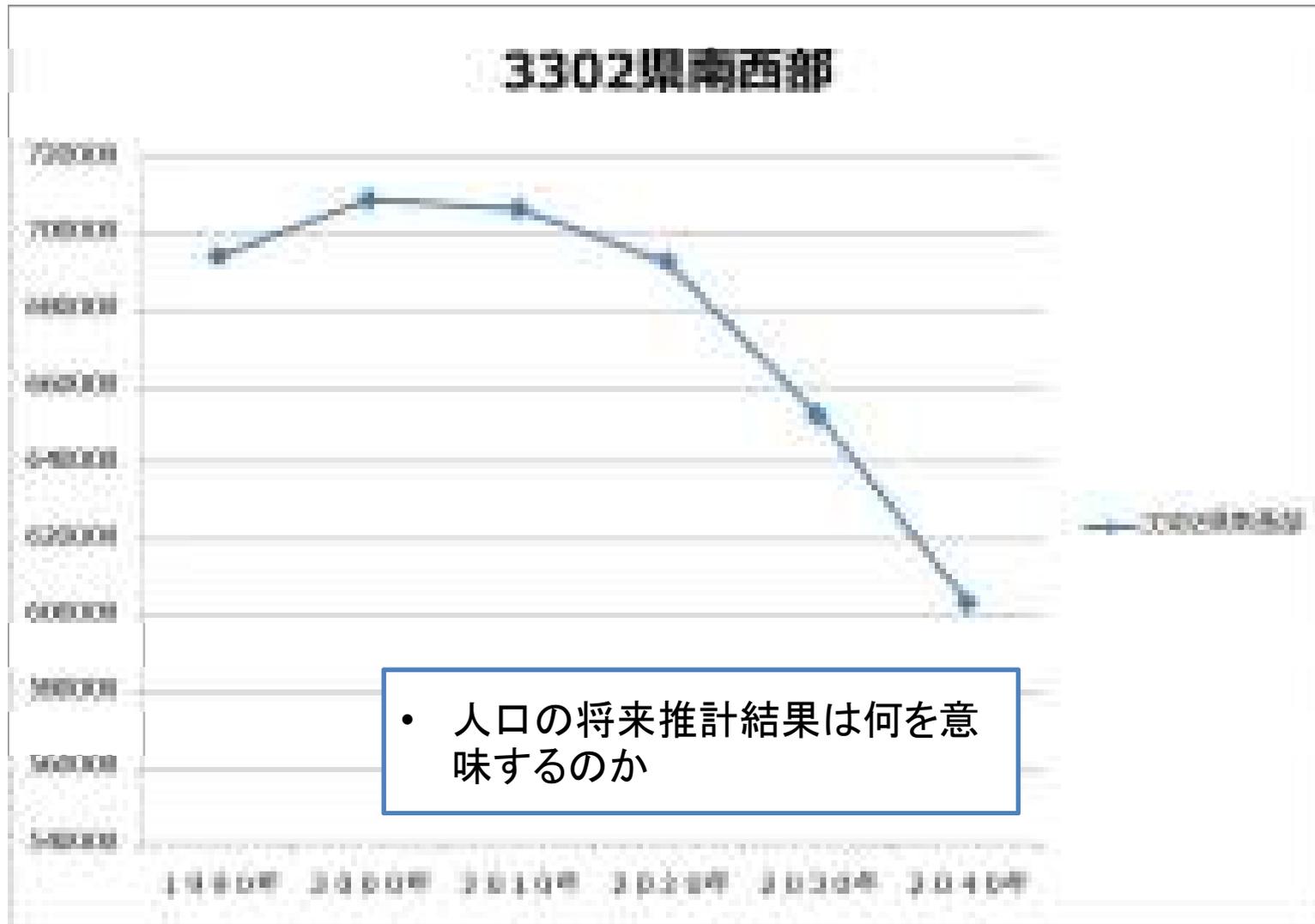
人口及び高齢者の推移



資料：総務省統計局「国勢調査」

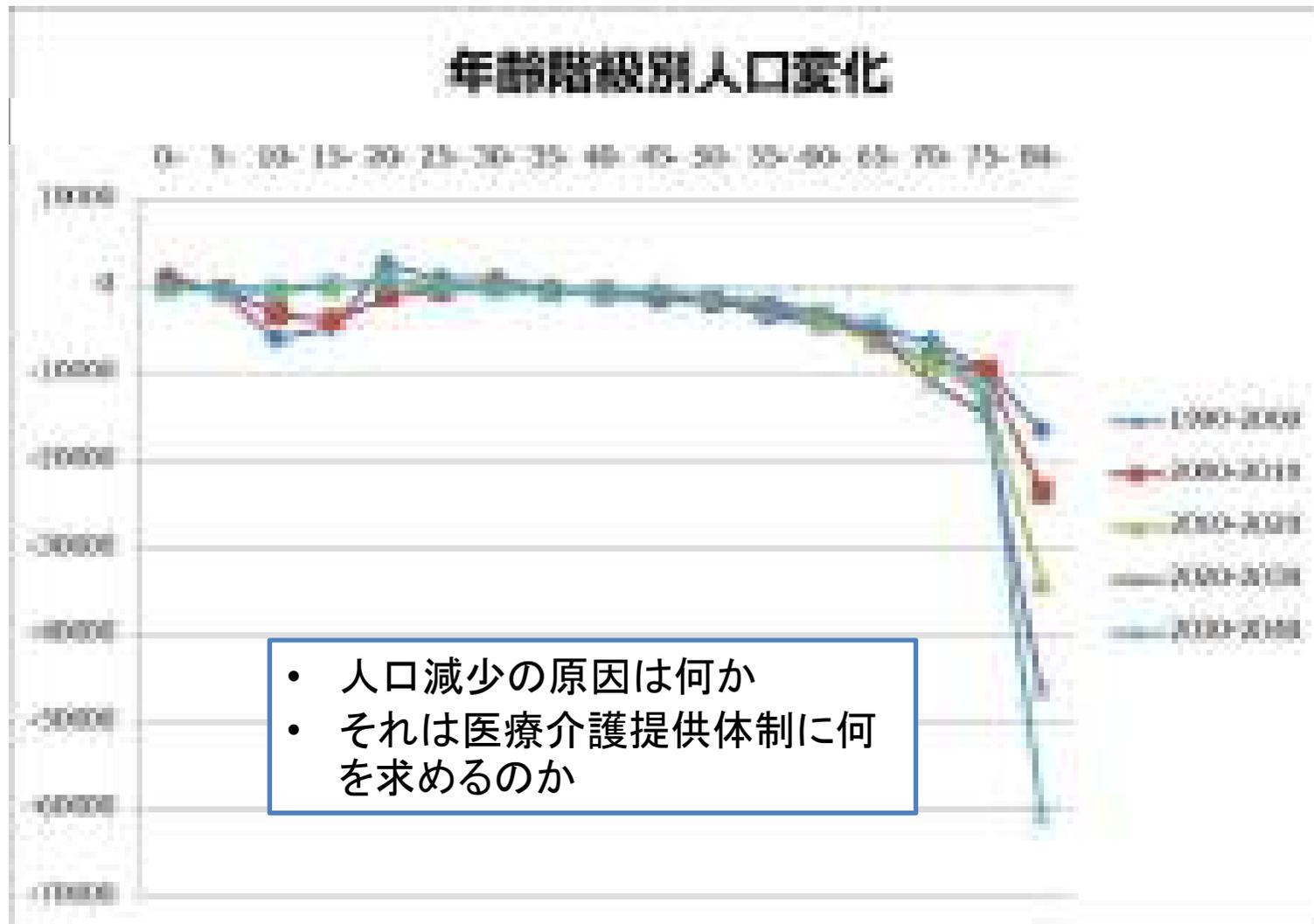
国立社会保障・人口問題研究所「都道府県別将来人口推計」(平成25年3月推計)

南西部医療圏の人口推移



出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究（H25-特別-指定-007）（研究代表者：松田晋哉）

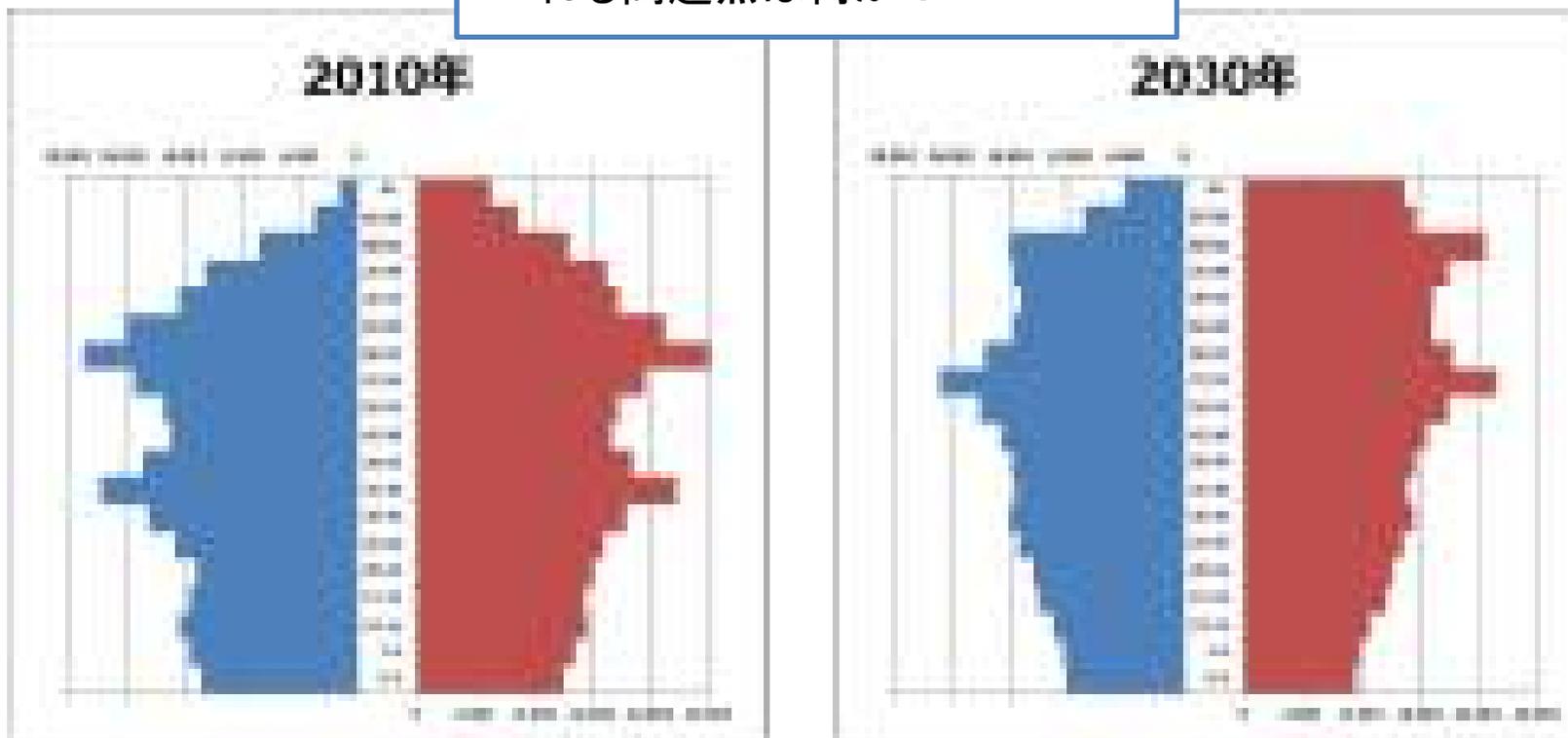
南西部医療圏の人口推移



出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究（H25-特別-指定-007）（研究代表者：松田晋哉）

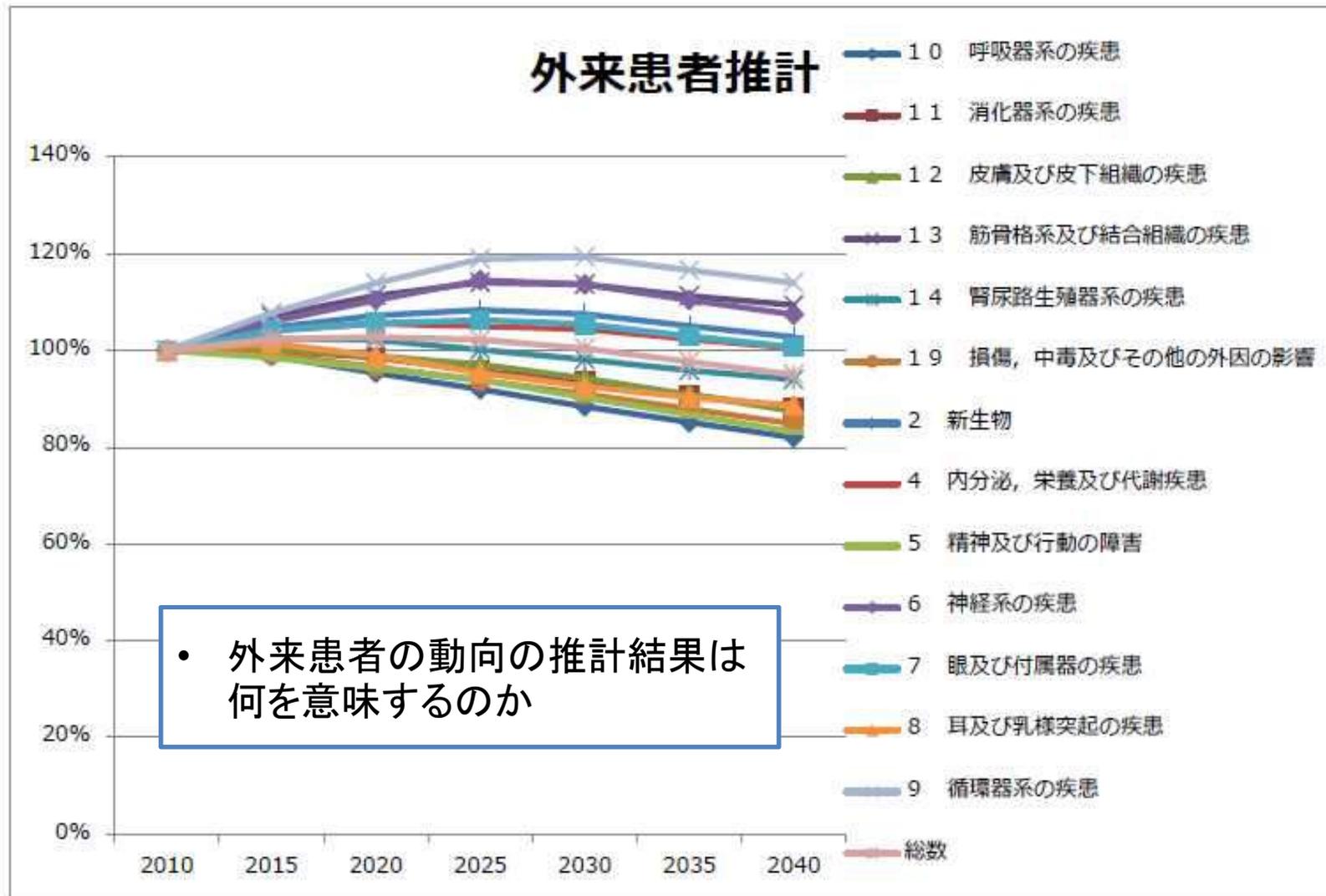
南西部医療圏の人口推移

- 人口ピラミッドの変化から予想される問題点は何か？



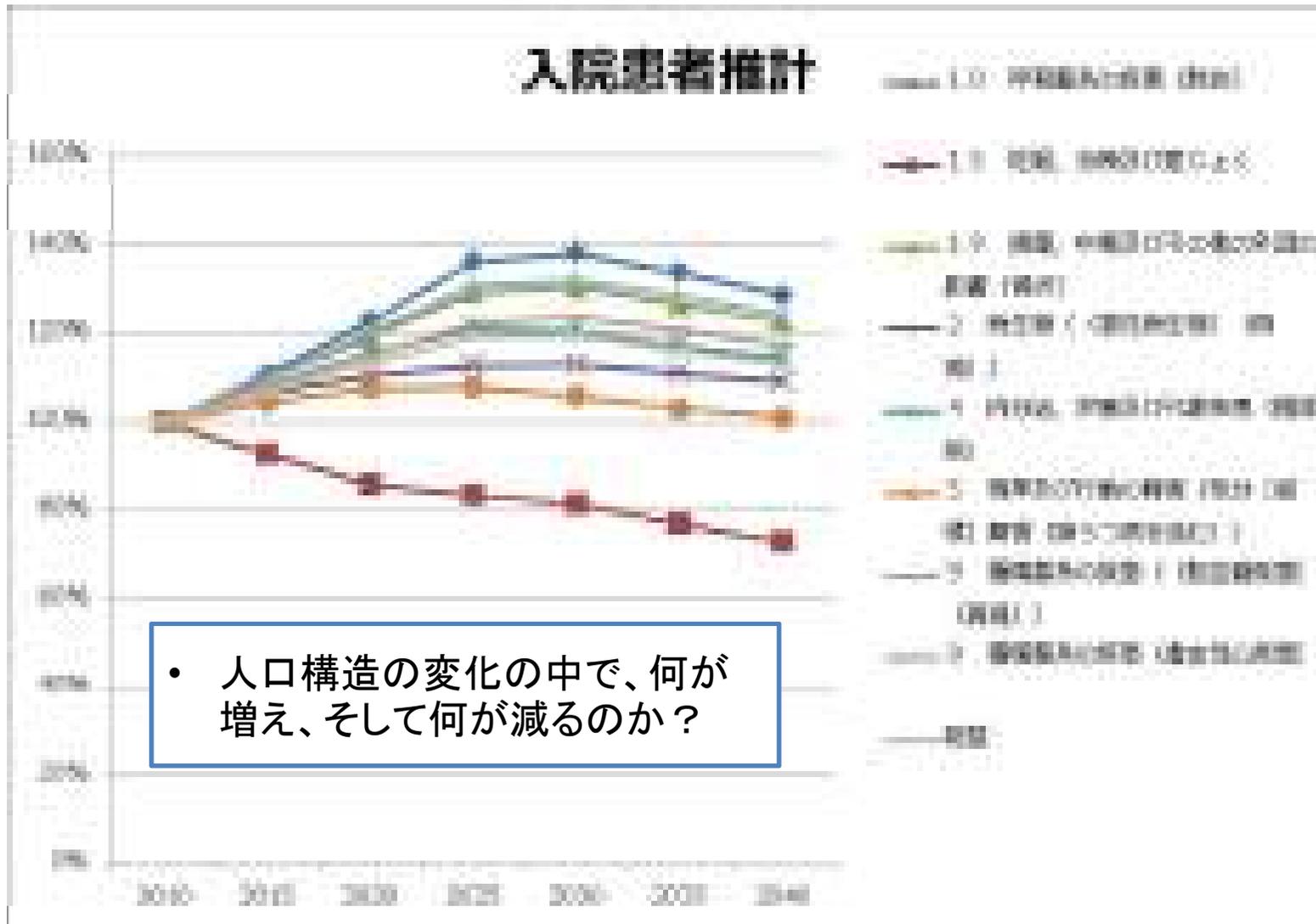
出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究（H25-特別-指定-007）（研究代表者：松田晋哉）

南西部医療圏の傷病別患者数の推計(外来)



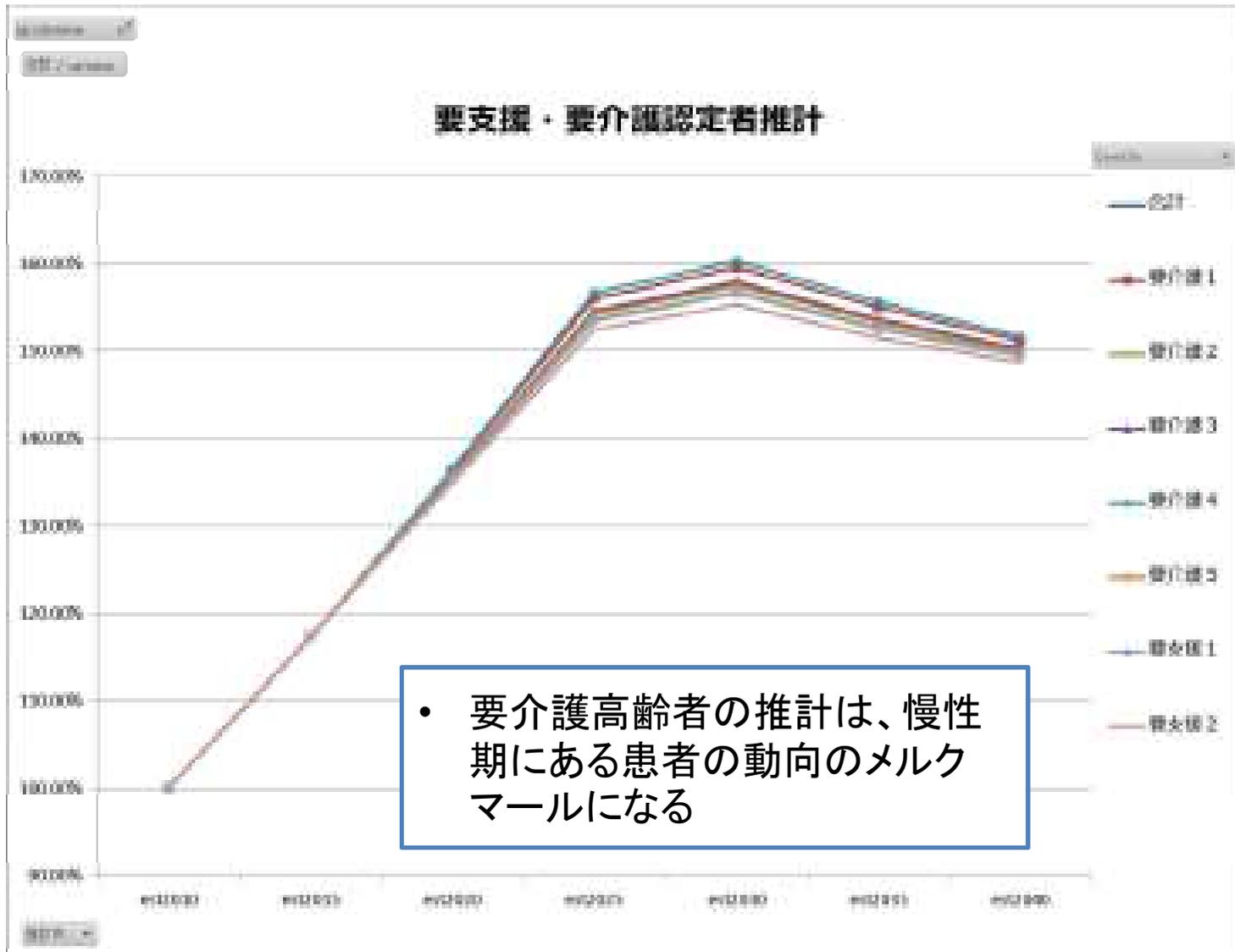
出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)（研究代表者：松田晋哉）

南西部医療圏の傷病別患者数の推計(入院)



出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007) (研究代表者：松田晋哉)

倉敷市の要介護高齢者の推移



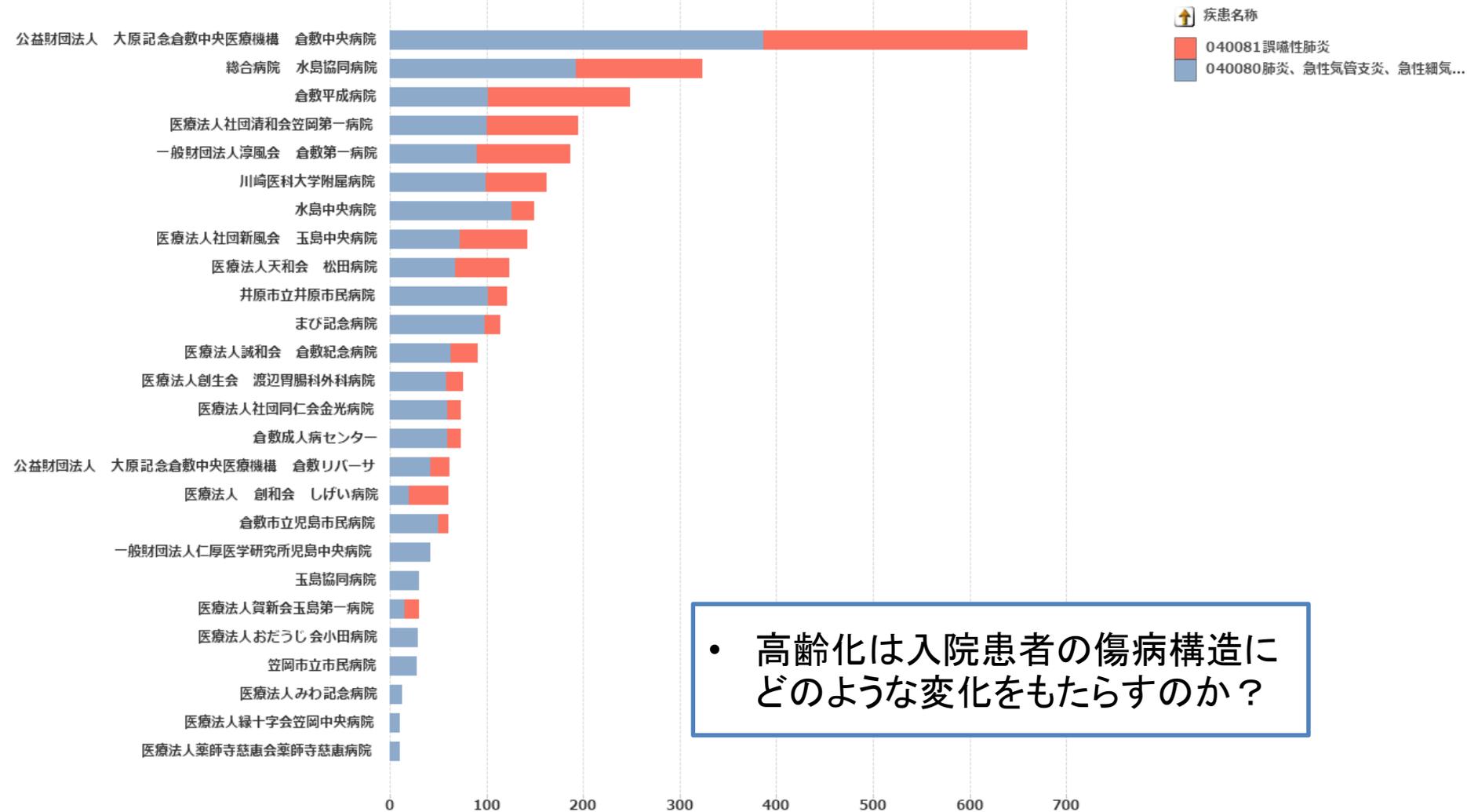
出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究（H25-特別-指定-007）（研究代表者：松田晋哉）

将来は現在の状況の
流れの上にある

「すでに起こった未来」

南西部医療圏におけるDPC対象病院の診療実績 (平成26年度厚生労働省データ:肺炎患者)

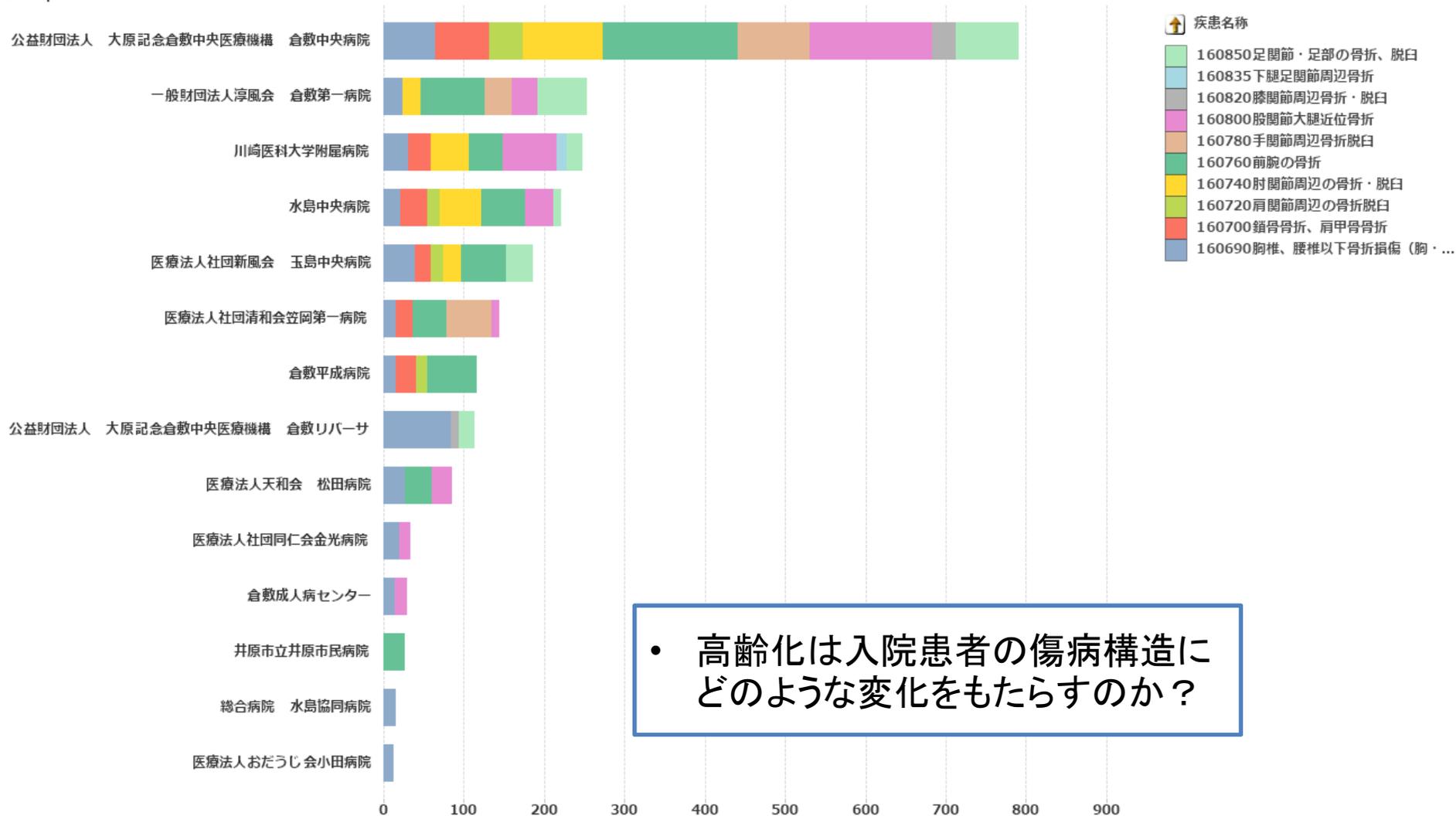
LastHpNm



• 高齢化は入院患者の傷病構造にどのような変化をもたらすのか？

南西部医療圏におけるDPC対象病院の診療実績 (平成26年度厚生労働省データ:骨折患者)

LastHpNm



• 高齢化は入院患者の傷病構造にどのような変化をもたらすのか？

- 地域医療構想で検討された内容はその実現及び地域医療計画策定のための具体的指針になっているか？
- 今の医療提供体制を維持・改善することが可能なのか。その条件をデータに基づいて考える

医療資源の状況

病院施設数及び病院病床数（平成25年10月1日現在）

二次保健医療圏	病院施設数			病院病床数					
	一般病院	精神科病院		一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床	
県南東部保健医療圏	80	73	7	14,976	9,960	1,643	3,279	86	8
	8.7	7.9	0.8	1,628.3	1,082.9	178.6	356.5	9.4	0.9
県南西部保健医療圏	56	50	6	9,996	6,593	1,898	1,395	100	10
	7.9	7.0	0.8	1,404.2	926.2	266.6	196.0	14.0	1.4
高梁・新見保健医療圏	9	8	1	1,033	439	354	240	-	-
	13.7	12.2	1.5	1,569.6	667.1	537.9	364.7	-	-
真庭保健医療圏	7	6	1	852	425	227	200	-	-
	14.6	12.5	2.1	1,774.1	871.4	454.0	349.7	11.2	1.3
津山・英田保健医療圏	18	16	2	2,521	1,521	251	749	11	1
	9.7	8.6	1.1	1,362.7	811.4	125.9	312.4	5.2	0.5
合計	170	153	17	29,378	19,114	3,219	10,045	212	21
	8.8	7.9	0.9	1,522.2	961.4	251.9	296.4	11.2	1.3
全国	8,540	7,474	1,066	1,573,772	897,380	328,195	339,780	6,602	1,815
	6.7	5.9	0.8	1,236.3	704.9	257.8	266.9	5.2	1.4

- 医療資源は足りているか？
- 将来はどうなることが予測されるのか？
- （以下同じ）

（資料：厚生労働省「平成25年医療施設調査」、岡山県統計分析課「岡山県毎月流動人口調査」）

（備考：上段は実数、下段は人口10万対）

医療資源の状況

医師、歯科医師、薬剤師数（登録者数）（平成24年12月31日現在）

二次保健医療圏	医 師	歯 科 医 師	薬 剤 師
県南東部保健医療圏	3,066	1,060	2,174
	332.8	115.1	236.0
県南西部保健医療圏	2,010	496	1,127
	281.9	69.6	158.1
高梁・新見保健医療圏	103	39	96
	154.2	58.4	143.7
真庭保健医療圏	76	25	69
	156.3	51.4	141.9
津山・英田保健医療圏	363	115	311
	194.2	61.5	166.4
合 計	5,618	1,735	3,777
	290.2	89.6	195.1
全 国	303,268	102,551	280,052
	237.8	80.4	219.6

（資料：厚生労働省「平成24年医師・歯科医師・薬剤師調査」、岡山県統計分析課「岡山県毎月流動人口調査」）

（備考：上段は実数、下段は人口10万対）

医療資源の状況

保健師、助産師、看護師、准看護師数（従事者数）（平成24年12月31日現在）

二次保健医療圏	保健師	助産師	看護師	准看護師
県南東部保健医療圏	435	247	9,847	2,417
	47.2	26.8	1,068.9	262.4
県南西部保健医療圏	272	169	7,168	2,025
	38.1	23.7	1,005.3	284.0
高梁・新見保健医療圏	70	6	542	294
	104.8	9.0	811.4	440.1
真庭保健医療圏	44	12	532	145
	90.5	24.7	1,093.8	298.1
津山・英田保健医療圏	125	34	1,900	591
	66.9	18.2	1,016.6	316.2
合計	946	468	19,989	5,472
	48.9	24.2	1,032.5	282.6
全国	47,279	31,835	1,015,744	357,777
	37.1	25.0	796.6	280.6

（資料：衛生行政報告例、岡山県統計分析課「岡山県毎月流動人口調査」）

（備考：上段は実数、下段は人口10万対）

地域医療構想における記述の確認

4 目指すべき医療提供体制

(1) 医療の役割分担と連携

- 医療機関の開設者・管理者等は、医療機関が担う社会的役割と責任を自覚する必要があります。また、住民は、医療機関は貴重な社会資源であり大切とを理解する必要があります。そうした中で、効率的で質の高い医療提供体制を構築するためには、構想区域ごとに医療機関の役割分担と連携の促進を図る必要があります。
- 病床機能報告での病床数と必要病床数との乖離及び、必要病床数に達していない病床の増減を見据えて、地域の関係者間で十分に協議を行い、必要とする病床の医療機能の分化・連携を進める必要があります。
- 本県の病床利用率は、平成25年病院報告によれば、全国的にも下から3番目であり、特に一般病床が十分に活用されていません。こうした実態を把握したうえで、各医療機関の機能分化と連携について協議する必要があります。

【役割分担の推進】

- 県南東部、県南西部については、必要病床数と比較して、高度急性期・急性期の病床数が多く、回復期の病床数が少ないことから、実際に提供している医療を検証した上で、必要な病床への転換等を図る必要があります。
- 必要病床数は構想区域ごとに算定しますが、その配置については、地域の実情に応じて、各圏域で丁寧に議論しながら、適切に進める必要があります。
- 高度急性期から慢性期の各病床機能に応じた入院患者の状態像の取れんを進めるためには、疾患・診療科または主な疾患ごとの観点での役割分担を進める必要があります。
- 慢性期医療については、在宅医療等^{*}や介護サービスの整備（地域包括ケアシステムの構築）と一体的に推進する必要があります。

- エビデンスに基づいた記述になっているか？
- 具体的なアクションにつながる記述になっているか？
- （以下同様）

地域医療構想における記述の確認

5 実現のための施策

今後、病床機能報告制度で得られた医療設備・人員配置・診療実績等の分析・評価・公開を進め、地域医療構想調整会議等において、PDCAサイクルを効果的に機能させながら、病床の機能の分化と連携の推進やその実現に必要な地域医療介護総合確保基金を活用した施策について、協議を進めます。

協議に当たっては、国における療養病床の在り方等に関する検討会の結果やその後の制度化の議論の動向を踏まえるとともに、在宅医療や介護との連携を視野に入れ、例えば市町村ごとに協議の場を設定するなど、丁寧に進めます。

(1) 医療の役割分担と連携

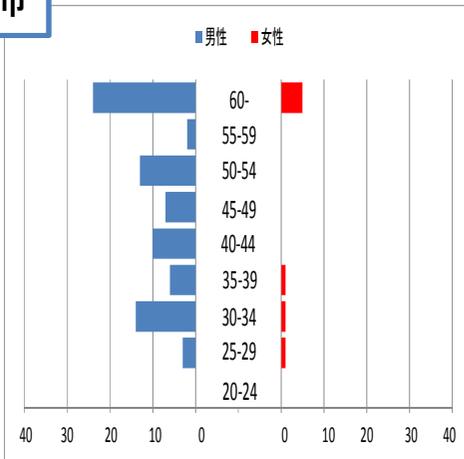
- 急性期から回復期、在宅医療に至るまで、一連のサービスを地域において総合的に確保するため、病床の機能分化、連携を推進するための施設・設備の整備を行います。
- 県北等では、必ずしも専門医が常勤している状況ではないことから、一人の医師が幅広い分野をカバーしながら、必要に応じて的確に高次医療機関と連携することにより、医療資源が少ない地域においても、質の高い医療が提供できるよう、体制の整備を図ります。
- 病院・診療所間の切れ目のない医療情報連携を可能とするため、ICTを活用した地域医療ネットワーク設備の整備を図ります。

(2) 公的病院等の役割

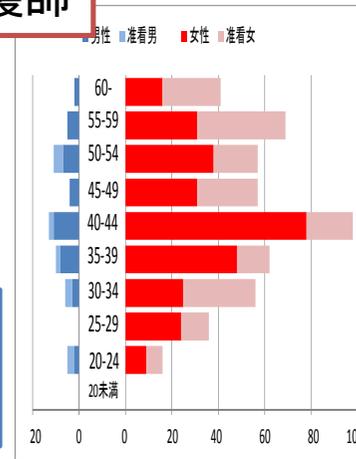
- 公的病院等と地域の医療機関との機能分化と相互連携の強化を図り、へき地医療や救急医療など、地域において必要とされる医療を提供する体制の確保に努めます。
- 公立病院が策定する「新公立病院改革プラン」に基づき適切な助言を行います。

参考：医療職の年齢別分布 (病院・有床診療所)

医師



看護師



この2つの
地域は何か
違うのか？

■ 男性

■ 女性

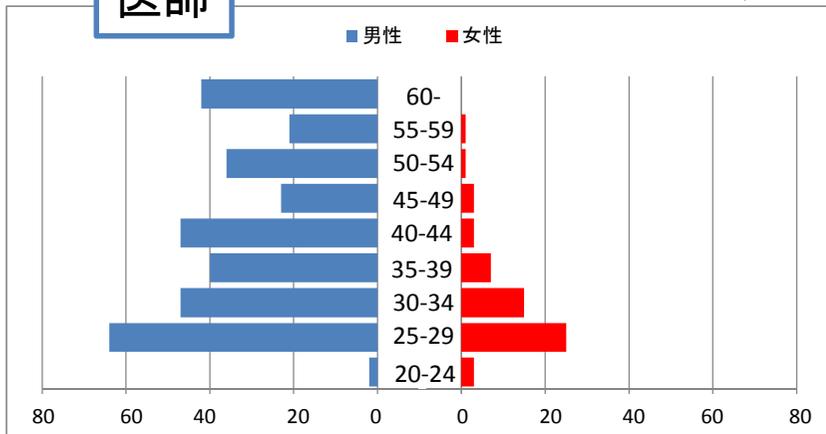
■ 男性

■ 准看男

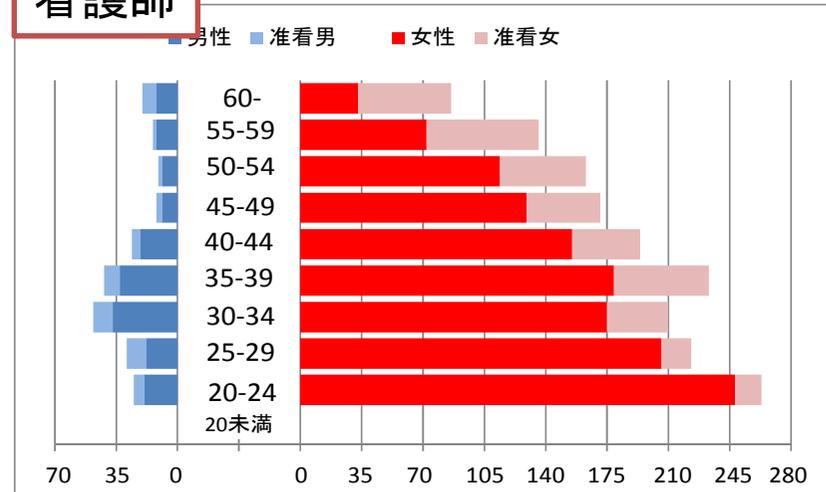
■ 女性

■ 准看女

医師



看護師



「働き方改革」と医師

- 「働き方改革実行計画」(平成29年3月28日)
 - 時間外労働の上限を原則月45時間、労使が合意した場合は月平均80時間(繁忙期は月100時間未満)
 - 上限を超えた場合は罰則
 - 医師は2年間猶予対象の職種
- 病院医師の長時間労働問題
 - 週当たり全労働時間は4割が「60時間以上」。約半数が年休取得日数「3日以下」
 - 応召義務との関係
 - 医師法19条「診療に従事する医師は、診察治療の求めがあった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない」

「働きかたビジョン」のキーメッセージ

- タスクシェアリング／タスクシフティングによる本来業務への集中と長時間労働の回避
 - タスク・シフトを進めた場合、50代以下の常勤勤務医について、医療事務（診断書等の文書作成、予約業務）、医療記録（電子カルテの記録）、等に要する労働時間のうち約20%弱（約47分）軽減可能
 - 医療・介護の潜在スキルのシェアリング促進

介護資源の状況

平成26年度施設・居住系サービスの入所（利用）定員総数

(単位：人)

区 分		県南東部	県南西部	高梁・新見	真 庭	津山・勝英	計
広域型施設及び居住系サービス	介護老人福祉施設	4,129	2,990	740	415	1,419	9,693
	介護老人保健施設	2,925	2,373	320	170	686	6,474
	介護療養型医療施設	196	380	38	11	108	733
	介護専用型特定施設入居者生活介護	0	30	0	0	0	30
	混合型特定施設入居者生活介護	2,155	1,837	58	40	381	4,471
地域密着型施設及び居住系サービス	地域密着型介護老人福祉施設	935	392				
	認知症対応型共同生活介護	2,256	1,887				
	地域密着型特定施設入居者生活介護	0	29				
計		12,596	9,918	1,449	929	3,551	28,443

- 介護資源は足りているか？
- 将来はどうなることが予測されるのか？
- (以下同じ)

※ 平成26年度に整備に着手し、平成27年度中に指定される見込みのものを含む。

地域医療構想における記述の確認

構想区域別病床数の現況及び推計の比較

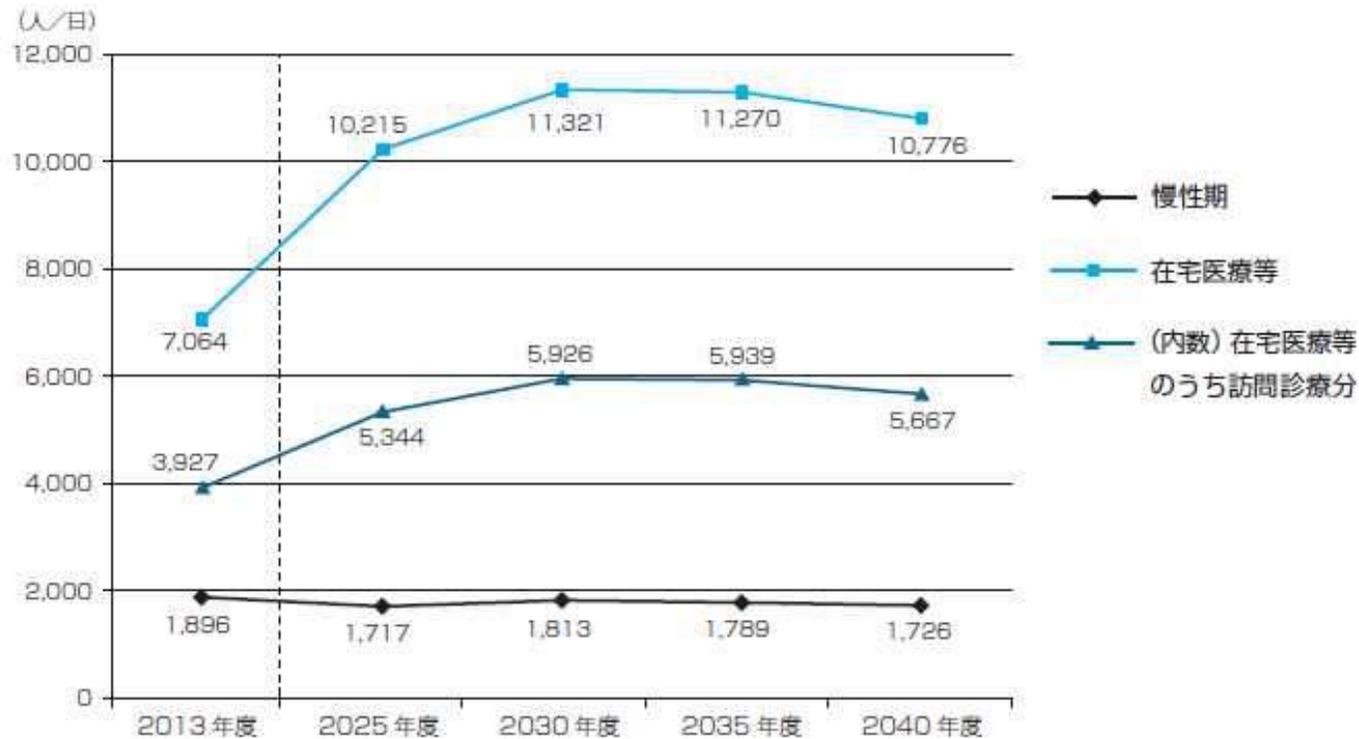
(単位：床)

構想区域	区分	平成27年4月1日現在の病床数 〔病床機能報告（調整後）〕			必要病床数 〔地域医療構想策定支援ツールから〕			② - ①	② / ①
		病院	診療所	合計 ①	H25 (2013)	H37 (2025) ②	H52 (2040) ③		
県南西部	高度急性期	2,007	17	2,024	863	888	830	▲1,136	43.9%
	急性期	2,839	385	3,224	2,380	2,722	2,644	▲502	84.4%
	回復期	977	100	1,077	2,289	2,761	2,742	1,684	256.4%
	慢性期	2,171	133	2,304	2,061	1,866	1,876	▲438	81.0%
	無回答	314	156	470				▲470	
	計	8,308	791	9,099	7,593	8,237	8,092	▲862	90.5%
小計	高度急性期	4,844	17	4,861	2,169	2,249	2,131	▲2,612	46.3%
	急性期	8,244	1,182	9,426	6,155	6,838	6,679	▲2,588	72.5%
	回復期	2,383	223	2,606	5,599	6,480	6,445	3,874	248.7%
	慢性期	5,710	523	6,233	5,263	4,607	4,617	▲1,626	73.9%
	無回答	572	522	1,094				▲1,094	
	計	21,753	2,467	24,220	19,186	20,174	19,872	▲4,046	83.3%

地域医療構想における記述の確認

将来の慢性期及び在宅医療等患者数の推計（県南西部）

（医療機関所在地、慢性期はパターンB）



地域医療計画における記述の確認 (南西部医療圏)

【施策の方向】

- 少子高齢化が進む中、どの地域でも等しく適切な医療が受けられ安心して生活できる地域を目指します。
- そのために医師会、病院協会等と協議することにより医療機関の役割分担と連携の促進を図り、限られた医療資源を有効に活用し、効率的で質の高い医療を提供します。
- あわせて市町や関係団体等の協力のもと在宅療養診療所や在宅療養支援病院を中心とした在宅医療と介護の連携を進め、地域包括ケアシステムの構築を目指します。
- 今後は、2025年を目途に各医療機関等の自主的な取組のもとに、病床の機能分化を進めていくこととされていますが、圏域内の医療資源の偏在やアクセス、在宅医療・介護の進展の度合いなどの地域特性を考慮し、各地域の実情に応じた医療・介護のありかたを検討していく中で、圏域内の病床機能のあり方について引き続き協議を進めます。

地域医療計画における記述の確認 (南西部医療圏)

②救急医療

【現状と課題】

○当圏域は次のような救急医療の医療機関があります。

図表11-2-3-4 救急医療機関

県南西部圏域		病院(施設)数	休日	夜間
休日夜間急患センター (倉敷市休日夜間急患センター)		1	○	△
休日歯科診療所		2	○	-
在宅当番医 ※夜間当番医(児島・玉島・総社)		9	○	△
救急告示医療機関		33	○	○
一 急 次 救	病院群輪番制病院	2	○	○
	協力病院当番制病院	17	○	-
	その他救急告示病院等	14	○	○
小児救急医療支援事業		2	○	○
救命救急センター(高度含む)		2	○	○

(注)「△」については、準夜間(深夜を除く時間帯)の対応を表します。

(資料:岡山県医療推進課「岡山県救急圏域図」平成27年3月31日現在)

- 救急患者の搬送件数が年々増加しています。また、比較的軽症の患者が二次救急医療機関を受診することが多くあることから、より緊急性の高い救急患者への対応に支障をきたしている現状もあります。

地域医療計画における記述の確認 (南西部医療圏)

二次救急医療施設

- 病院群輪番制
 - ・倉敷中央病院（奇数日）
 - ・川崎医科大学附属病院（偶数日）
- 小児救急医療支援事業
 - ・倉敷中央病院（奇数日）
 - ・川崎医科大学附属病院（偶数日）
- 協力病院当番制
 - ◀倉敷▶
 - 倉敷第一病院
 - 倉敷成人病センター
 - しげい病院
 - 倉敷記念病院
 - 倉敷平成病院
 - 倉敷スイートホスピタル
 - ◀水島▶
 - 水島中央病院
 - 水島第一病院
 - 総合病院水島協同病院
 - ◀玉島▶
 - 玉島第一病院
 - 玉島協同病院
 - 玉島中央病院
 - ◀井笠▶
 - 笠岡市立市民病院
 - 笠岡第一病院
 - 井原市立井原市民病院
 - 金光病院
 - 矢掛町国民健康保険病院
- その他
 - 救急告示病院等14施設（※）

○二次救急医療施設

救急車により直接搬送されてくる、又は初期救急医療施設から転送されてくる救急患者の初期診療と応急処置を行い、必要に応じて入院治療を行う医療機関

(※)救急告示病院等

- 松田病院
- 藤沢脳神経外科病院
- まび記念病院
- 倉敷市立児島市民病院
- 児島聖康病院
- 児島中央病院
- 森下病院
- 薬師寺慈恵病院
- 国立病院機構南岡山医療センター
- 笠岡中央病院
- 小田病院
- 菅病院
- 村上脳神経外科内科
- 森本整形外科医院

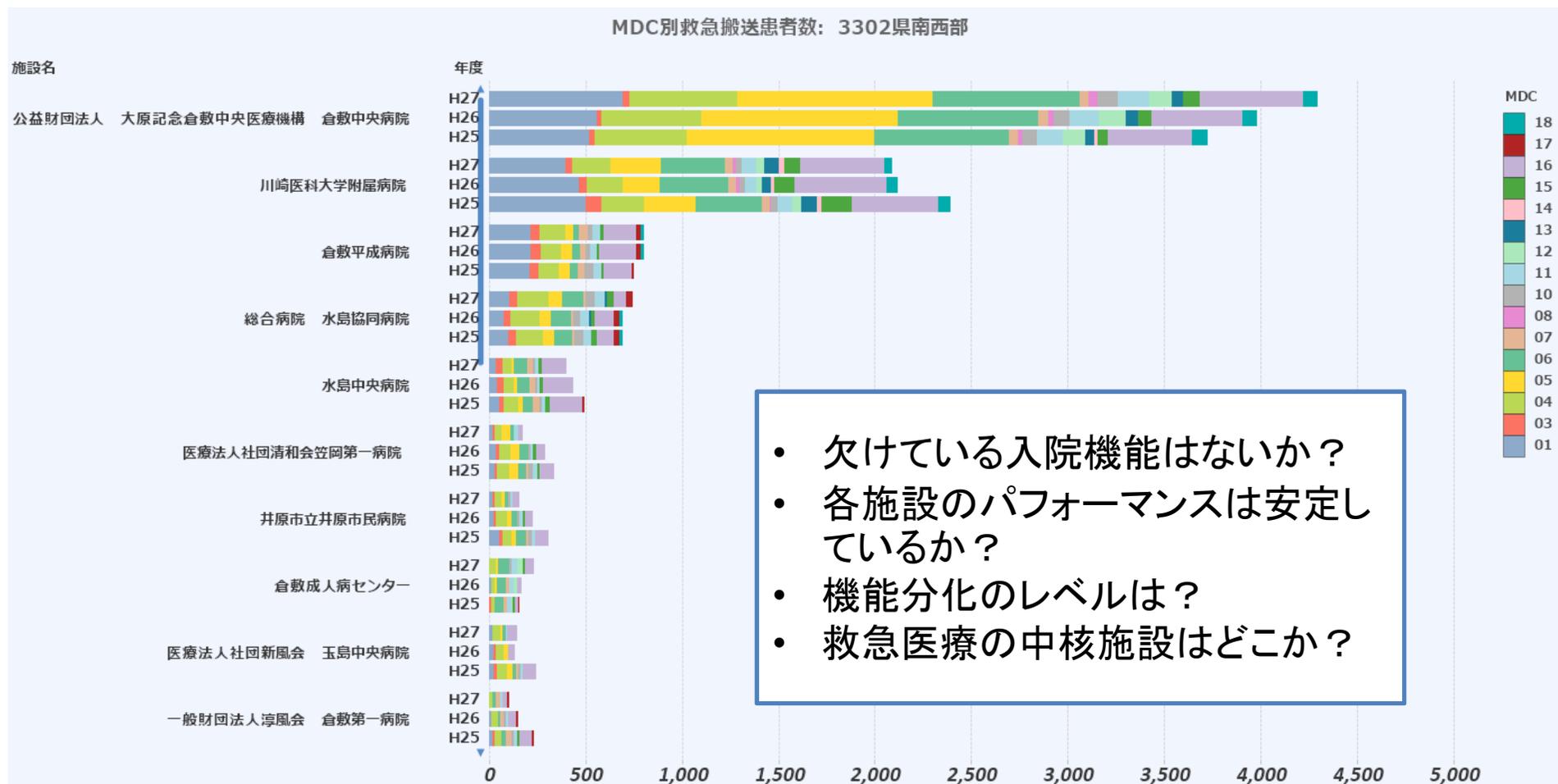
地域医療構想に記載されていることが、各医療施設にとってその将来構想を考えるうえで有用かつ具体的な指針になっているか？

記載されている内容を医療関係者にわかりやすくかつ正確に伝えること、そして現状を正しく構想や計画に反映させるよう事務官に伝えることが医師たる行政官の重要な役割ではないか？

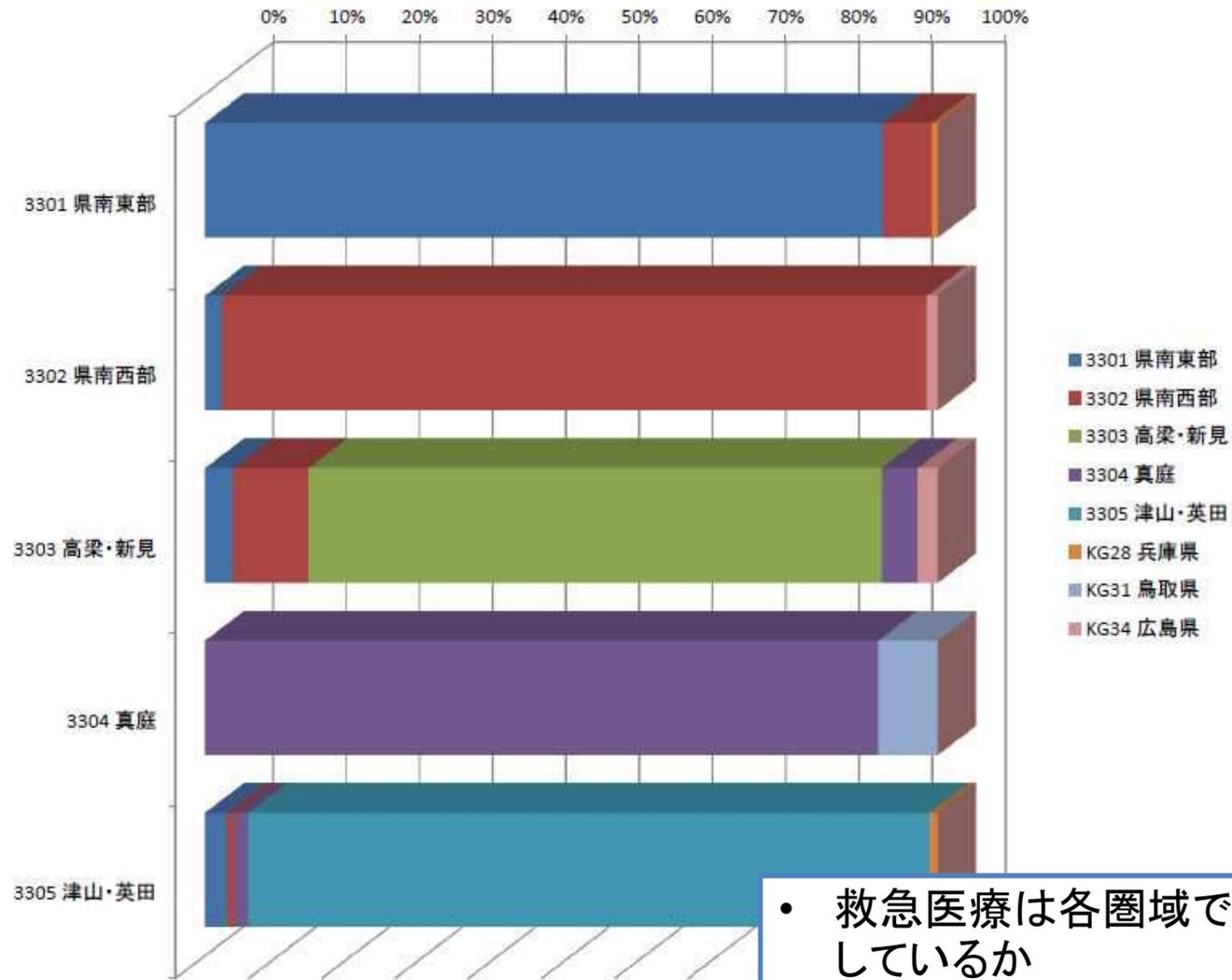
主要診断群(MDC)の分類

主要診断群(MDC)	MDC日本語表記
01	神経系疾患
02	眼科系疾患
03	耳鼻咽喉科系疾患
04	呼吸器疾患
05	循環器系疾患
06	消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患
07	筋骨格系疾患
08	皮膚・皮下組織の疾患
09	乳房の疾患
10	内分泌・栄養・代謝に関する疾患
11	腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患
12	女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩
13	血液・造血器・免疫臓器の疾患
14	新生児疾患、先天性奇形
15	小児疾患
16	外傷・熱傷・中毒
17	精神疾患
18	その他の疾患

南西部医療圏におけるDPC対象病院の診療実績 (平成25～27年度厚生労働省データ:MDC別救急搬送患者)



岡山県における救急医療の自己完結率 (平成24年度NDBデータ)



出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究（H25-特別-指定-007）（研究代表者：松田晋哉）

医療圏別にみた平均搬送時間(分)

全体 (平成23年度 消防庁データ)

- 救急搬送の時間は適切か？長いとすればどこに問題があるのか？

二次医療圏	△	搬送者数	覚知から現場到着	現場到着から収容	覚知から収容
		76,236	8.5	24.7	31.3
3301県南東部		35,247	8.5	24.3	31.2
3302県南西部		26,938	7.8	24.7	31.3
3303高梁・新見		3,182	10.0	29.1	31.1
3304真庭		2,251	10.1	24.0	30.2
3305津山・英田		8,618	9.4	25.3	32.1

新生児・小児

二次医療圏	△	搬送者数	覚知から現場到着	現場到着から収容	覚知から収容
		3,384	8.1	23.9	30.5
3301県南東部		1,568	8.4	24.2	30.8
3302県南西部		1,360	7.7	23.6	30.6
3303高梁・新見		101	7.7	29.2	30.3
3304真庭		85	9.1	23.5	28.3
3305津山・英田		270	8.5	21.8	29.6

高齢者

二次医療圏	△	搬送者数	覚知から現場到着	現場到着から収容	覚知から収容
		42,105	8.5	24.9	31.4
3301県南東部		18,691	8.4	24.3	31.2
3302県南西部		14,625	7.7	24.9	31.5
3303高梁・新見		2,100	10.2	29.8	31.3
3304真庭		1,382	10.1	23.8	30.4
3305津山・英田		5,307	9.6	25.4	32.2

出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究（H25-特別-指定-007）（研究代表者：松田晋哉）

地域医療計画における記述の確認 (南西部医療圏)

⑤周産期医療

【現状と課題】

- 圏域内の分娩可能な産科医療機関は減少しており、産科医療機関相互の連携の必要性が高まっています。また、県では周産期医療対策協議会の開催や倉敷市では周産期母子保健医療連絡会を開催するなど、医療機関の連携を図っています。
- 産科医療機関と妊産婦の居住地が離れていることが多く、ハイリスク妊産婦に関する市町と医療機関との情報共有が難しくなっています。
- ハイリスク妊産婦連絡票により早期の介入・支援を行い、妊娠期からの切れ目のない支援に努める必要があります。

図表11-2-3-6 分娩可能な産科医療機関数(助産所を含む)

区 分	平成 26 年
倉敷地域	11 (3)
井笠地域	3 (1)
圏 域	14 (4)

() 内は助産所再掲

(資料：倉敷市保健所・備中保健所)

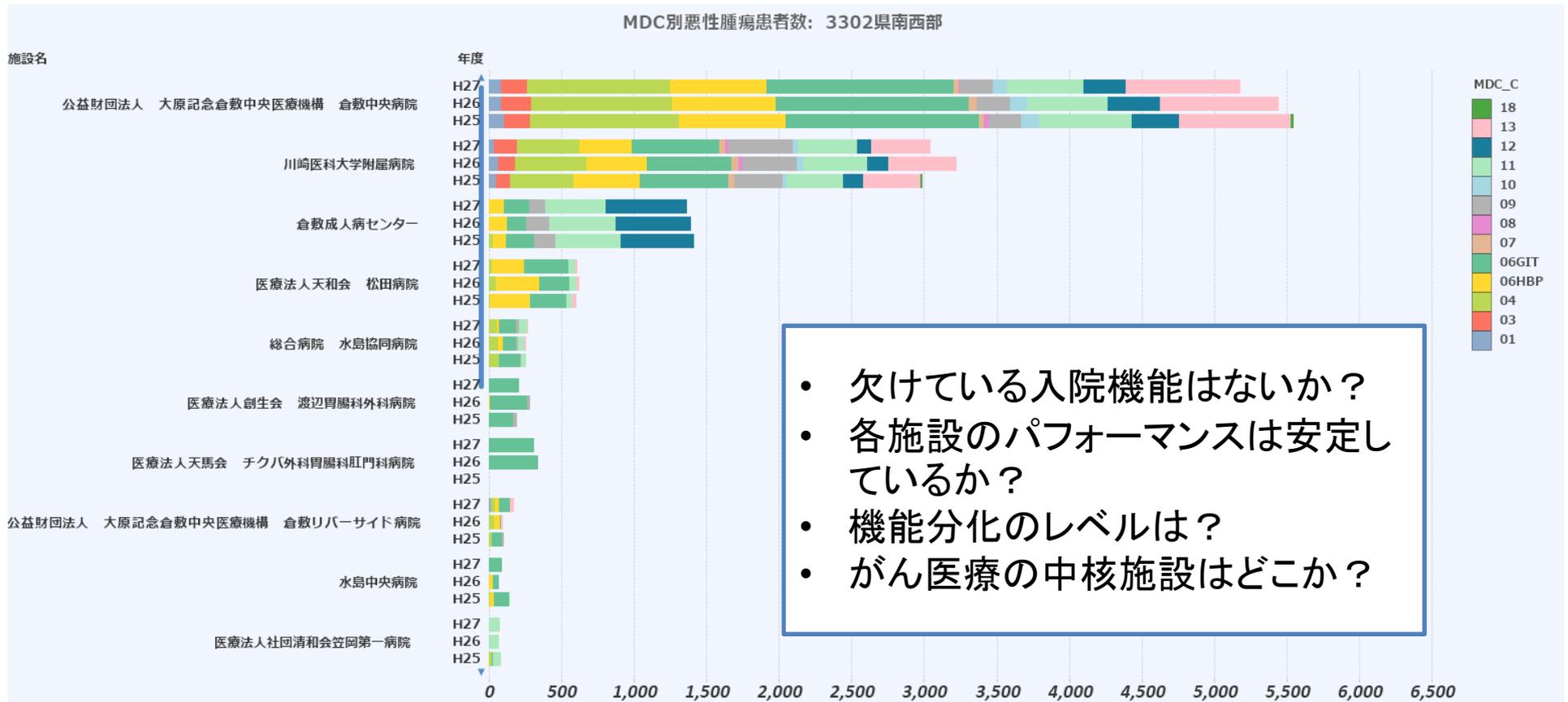
図表11-2-3-7 産科・産婦人科医師数

区 分	平成 16 年	平成 22 年	平成 24 年
倉敷地域	65	59	61
井笠地域	6	3	2
圏 域	71	62	63
岡山県	193	196	198

(資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」)

南西部医療圏におけるDPC対象病院の診療実績

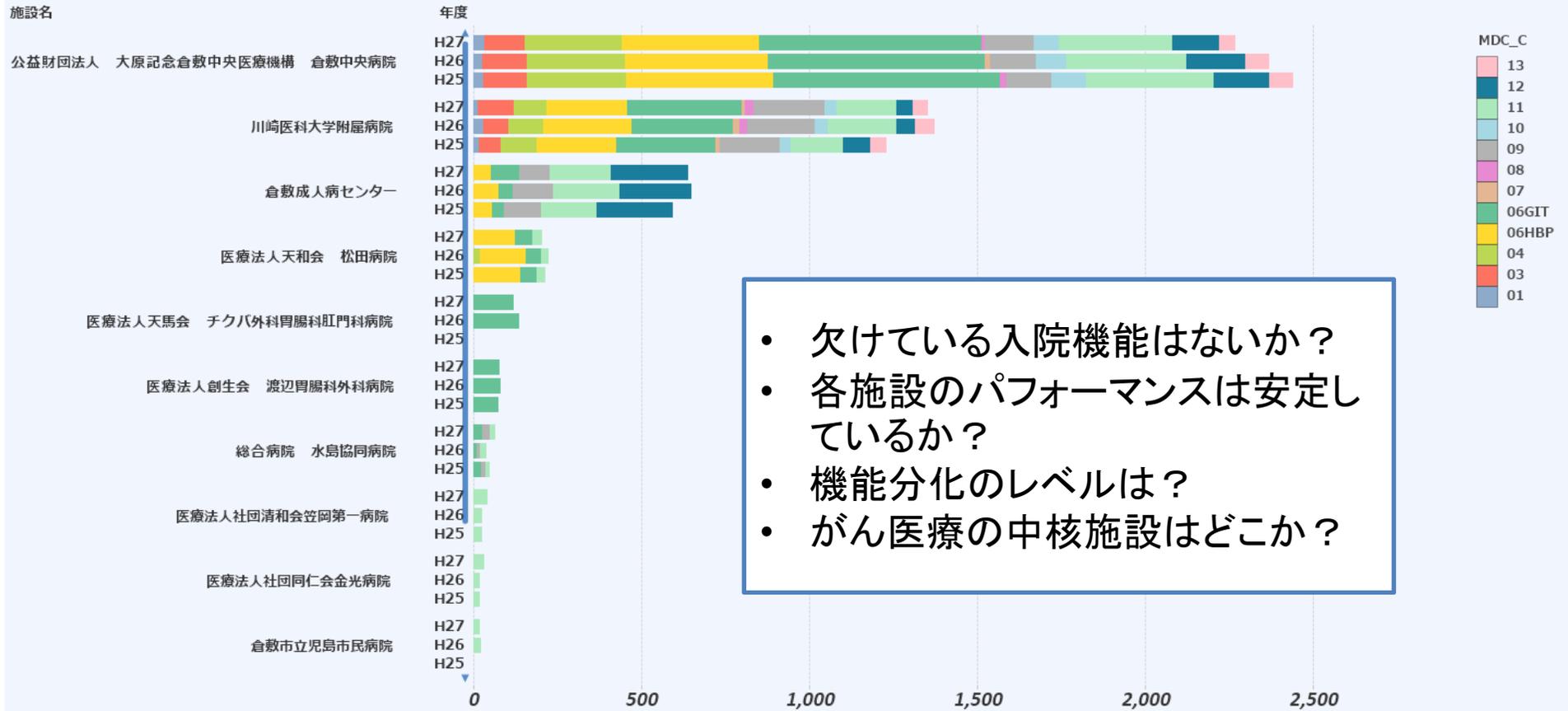
(平成25～27年度厚生労働省データ:MDC別全がん患者)



南西部医療圏におけるDPC対象病院の診療実績

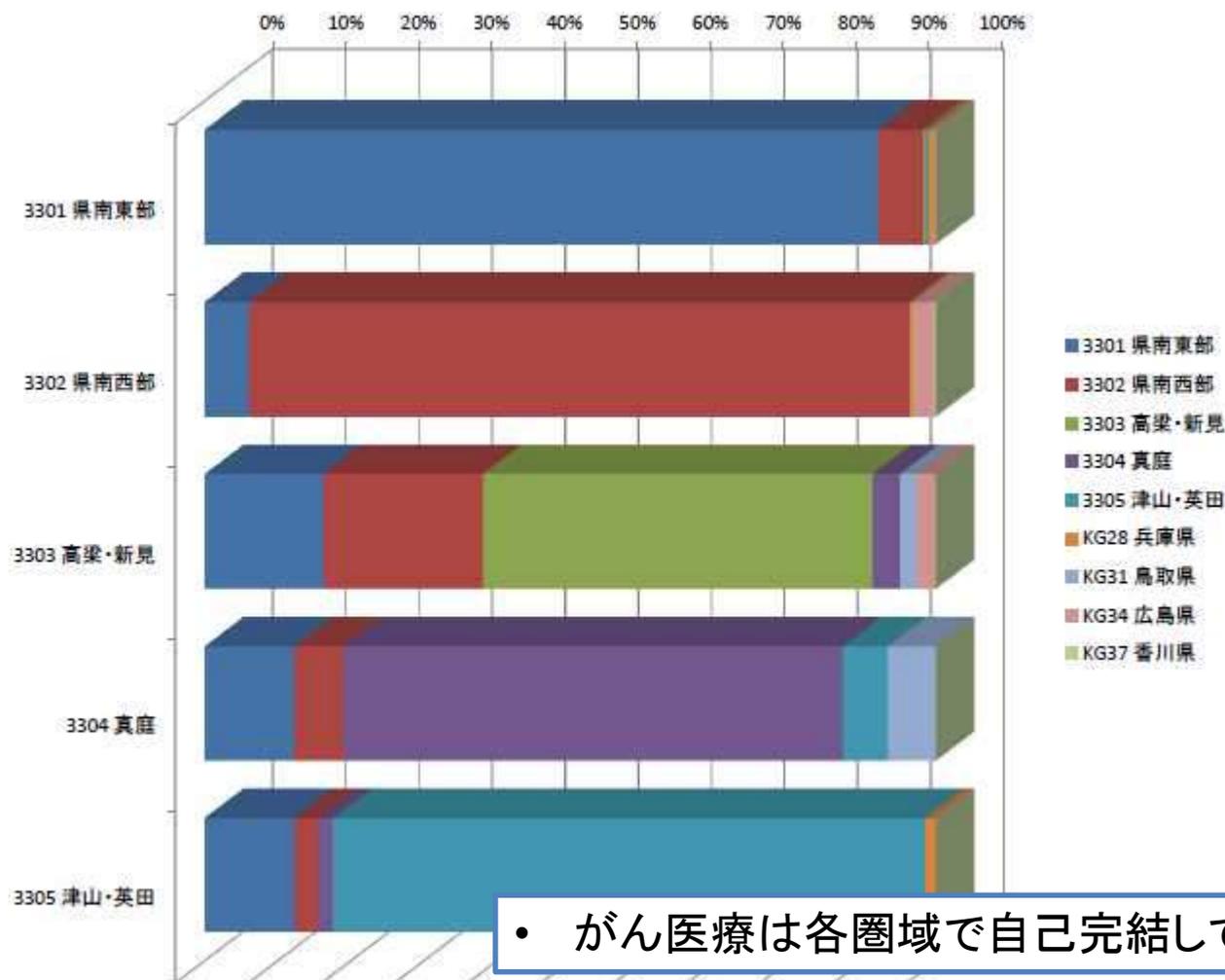
(平成25～27年度厚生労働省データ：MDC別全がん手術患者)

MDC別悪性腫瘍手術患者数：3302県南西部



- 欠けている入院機能はないか？
- 各施設のパフォーマンスは安定しているか？
- 機能分化のレベルは？
- がん医療の中核施設はどこか？

岡山県におけるがん医療の自己完結率 (平成24年度NDBデータ:主傷病悪性腫瘍・入院)



• がん医療は各圏域で自己完結しているか？

出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究（H25-特別-指定-007）（研究代表者：松田晋哉）

地域の医療の現状を分析し、
あわせて各病院の役割を確認する

地域医療計画における記述の確認 (南西部医療圏)

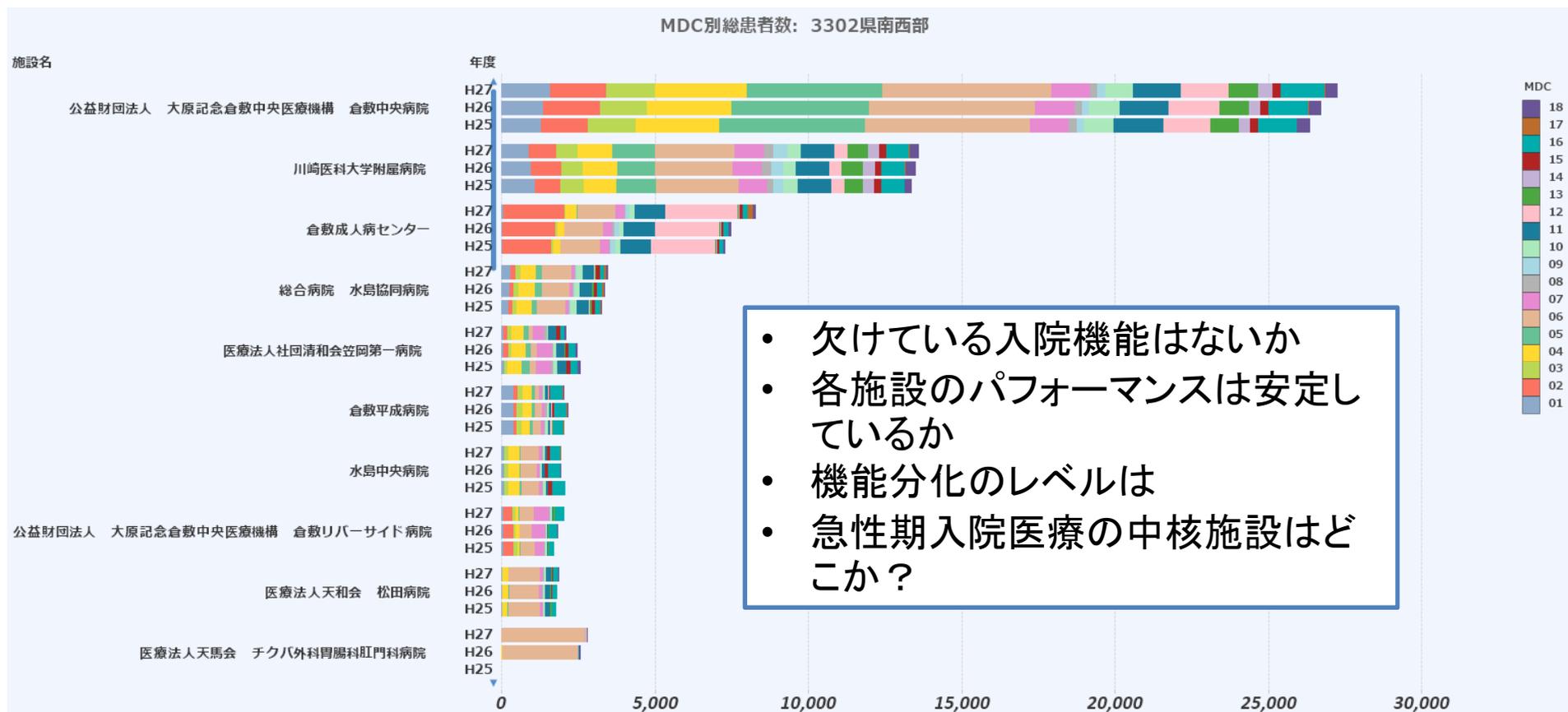
(2) 疾病・事業別の医療連携体制

①5疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患)

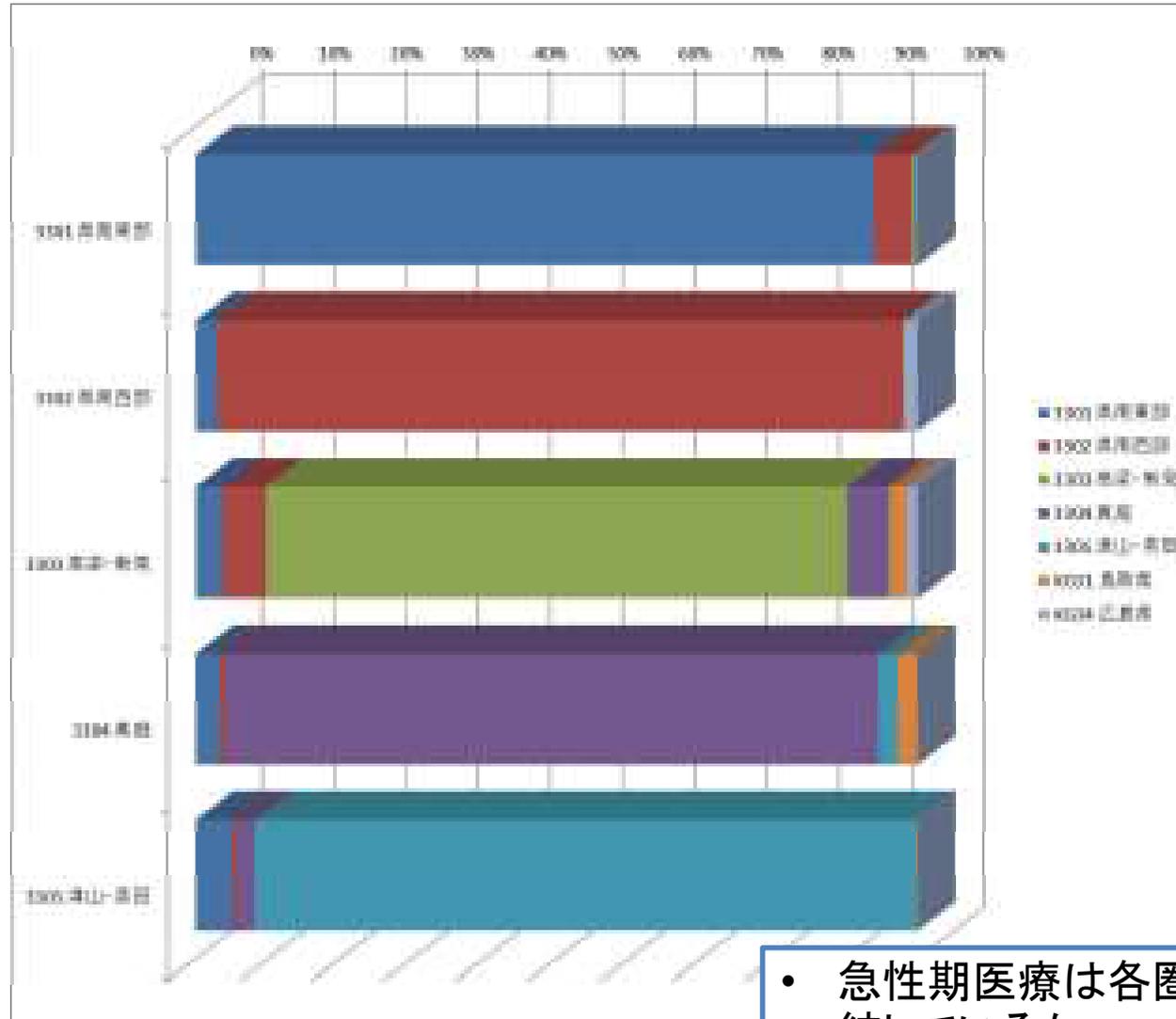
【現状と課題】

- これら4疾病の医療については、急性期の専門医療や回復期医療等を行う医療機関が役割に応じて指定され、医療機関同士で相互に連携しながら切れ目なく医療を提供する体制が整備されています。その連携を促進するツールとしての地域連携クリティカルパス[※]の活用や各地域で作成された医療・介護連携シートの運用を図るとともに医療ネットワーク岡山(晴れやかネット)拡張機能[※]などのICT(情報通信技術)を活用した地域医療・介護のネットワーク整備を試行しています。
- 倉敷地域では、急性期から回復期に向けた連携はほぼできていますが、回復期から在宅については十分でなく、その結果退院時の身体機能が低下して在宅生活の継続が困難となるケースがあります。回復期・維持期の病院とかかりつけ医の医療連携、かかりつけ医と介護サービス事業所の医療・介護の連携、あわせて家族支援などを推進して、退院後も住み慣れた地域で必要な支援を受けながら安心して在宅生活が継続できるシステムの構築が必要です。

南西部医療圏におけるDPC対象病院の診療実績 (平成25～27年度厚生労働省データ:MDC別入院患者総数)



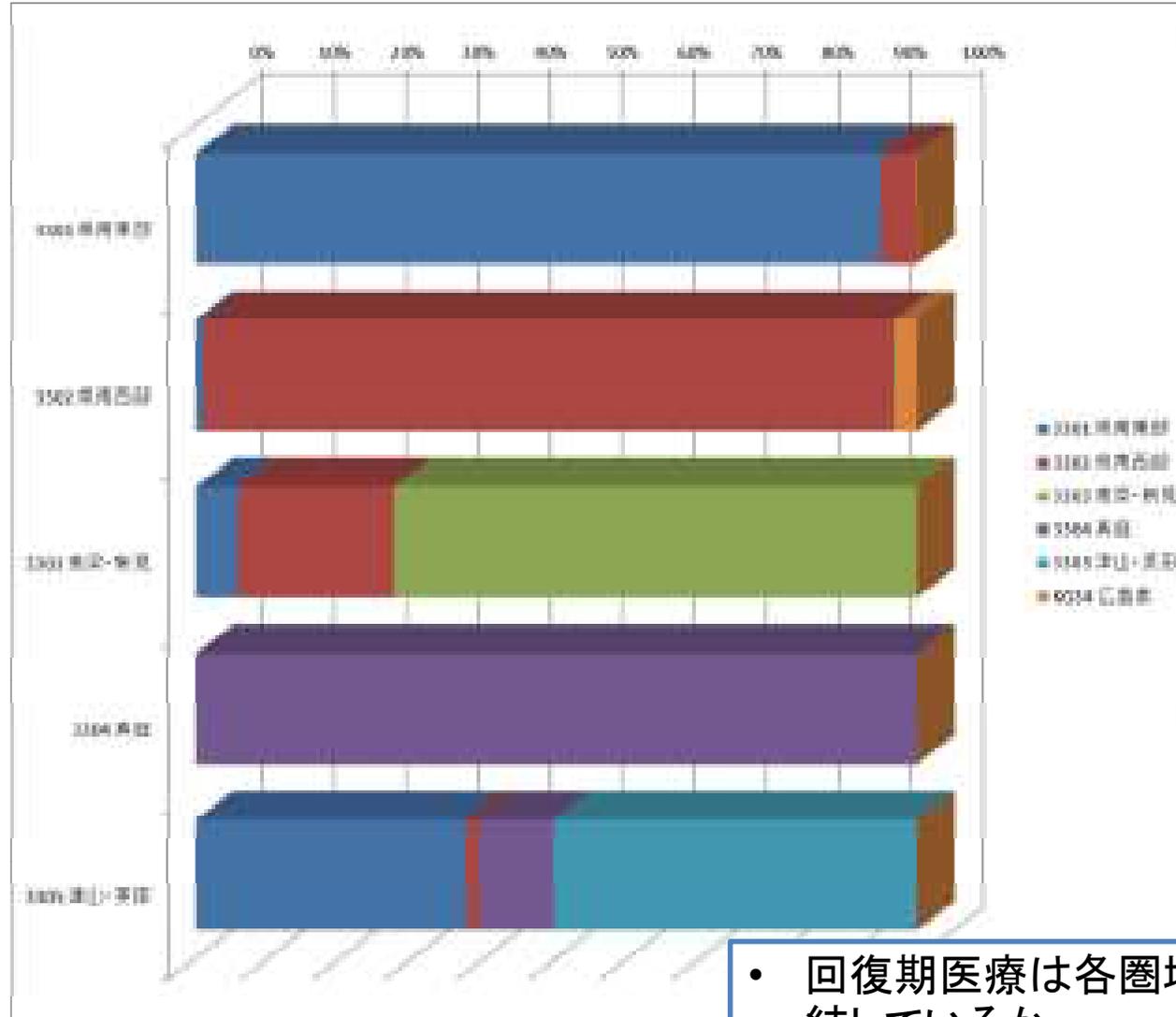
岡山県における入院医療の自己完結率 (平成25年度NDBデータ:一般病床入院 7:1、10:1)



- 急性期医療は各圏域で自己完結しているか

出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究（H25-特別-指定-007）（研究代表者：松田晋哉）

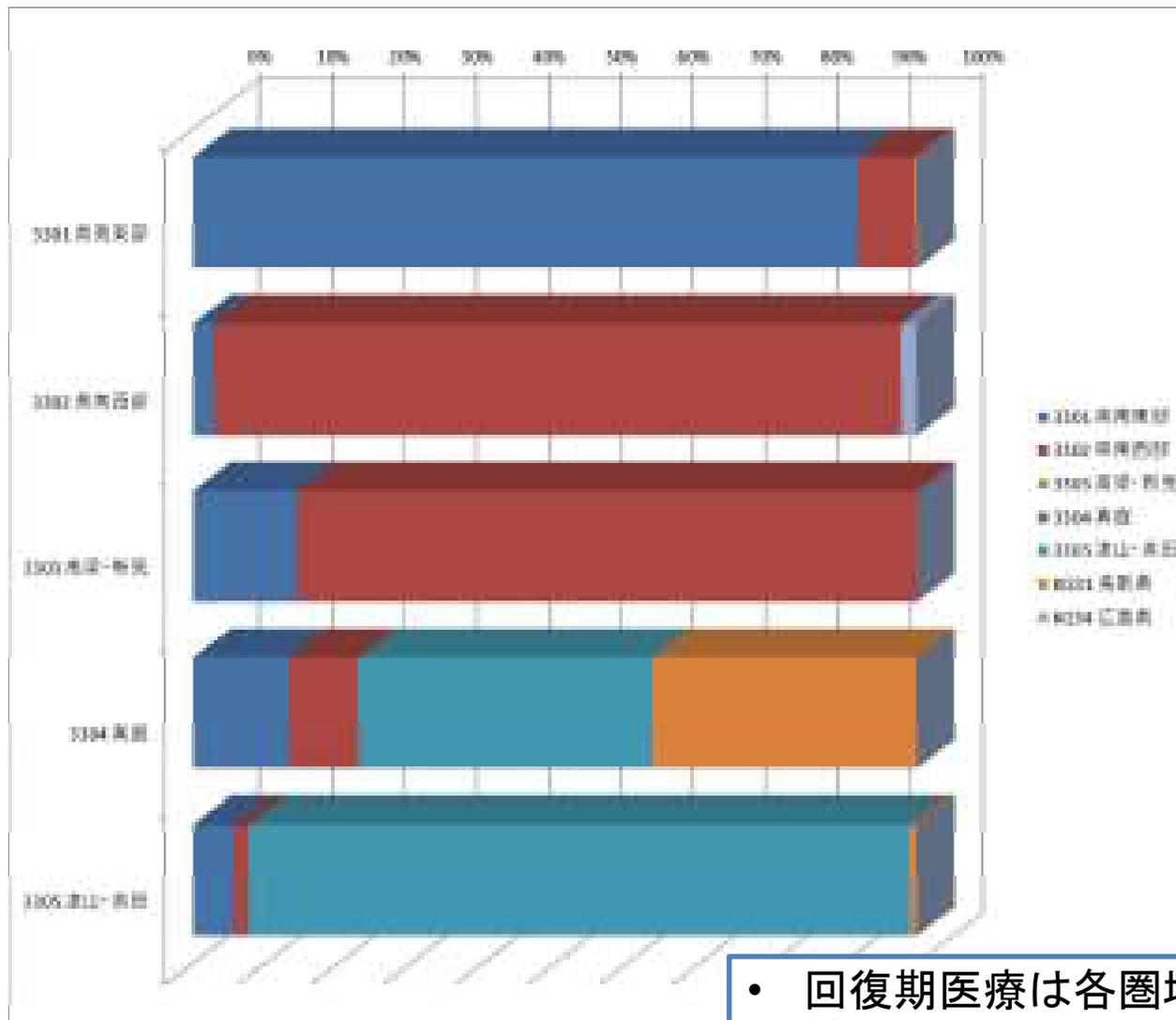
岡山県における入院医療の自己完結率 (平成25年度NDBデータ:一般病床入院 13:1、15:1)



・ 回復期医療は各圏域で自己完結しているか

出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)（研究代表者：松田晋哉）

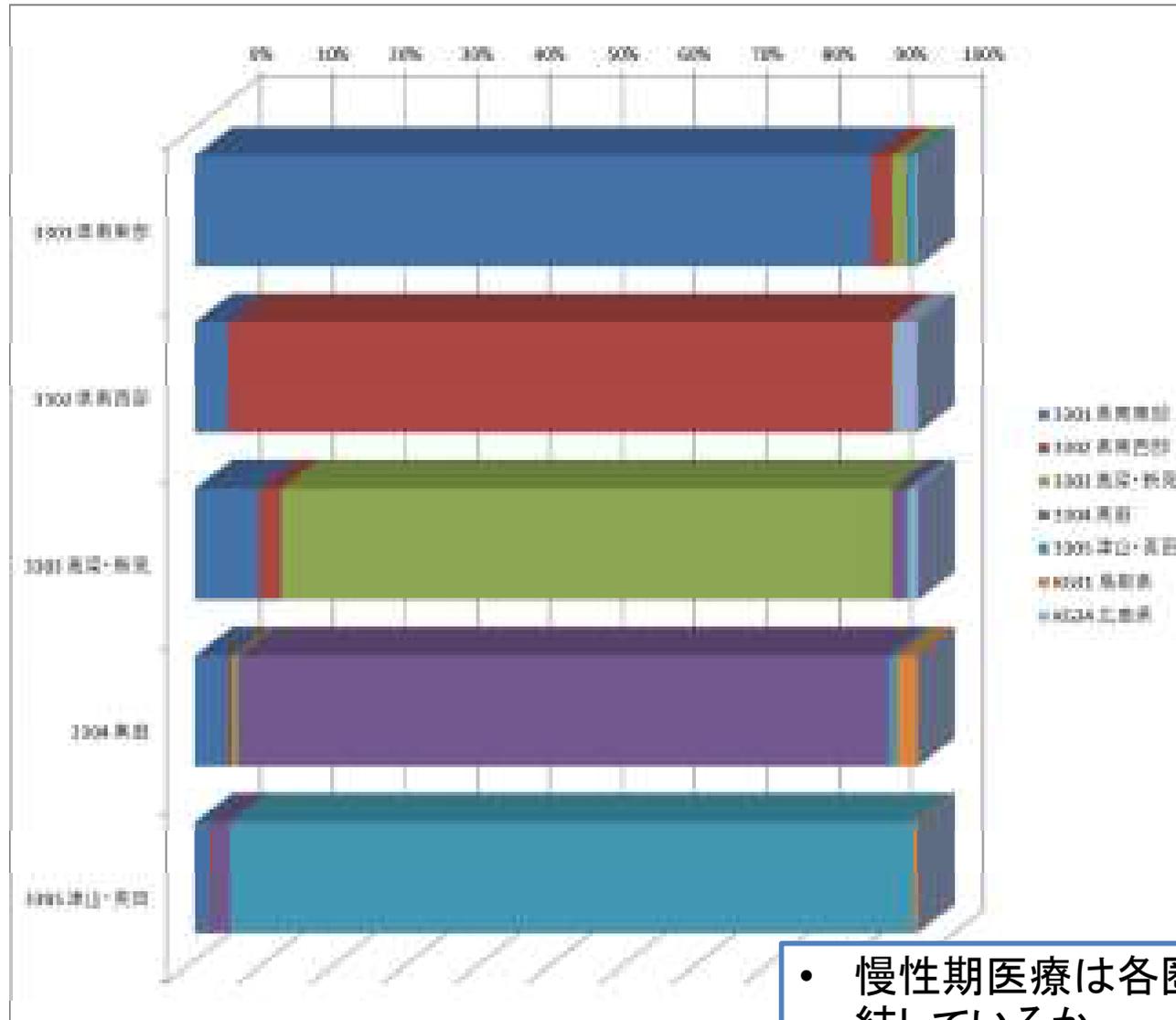
岡山県における入院医療の自己完結率 (平成25年度NDBデータ:回復期リハビリテーション病床入院)



• 回復期医療は各圏域で自己完結しているか

出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)（研究代表者：松田晋哉）

岡山県における入院医療の自己完結率 (平成25年度NDBデータ:療養病床入院)



• 慢性期医療は各圏域で自己完結しているか

出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究（H25-特別-指定-007）（研究代表者：松田晋哉）

各病院の入退院の状況を見ると、
当該施設の地域における
役割が見えてくる・・・

南西部医療圏の病院の入退院の状況(病床機能報告)

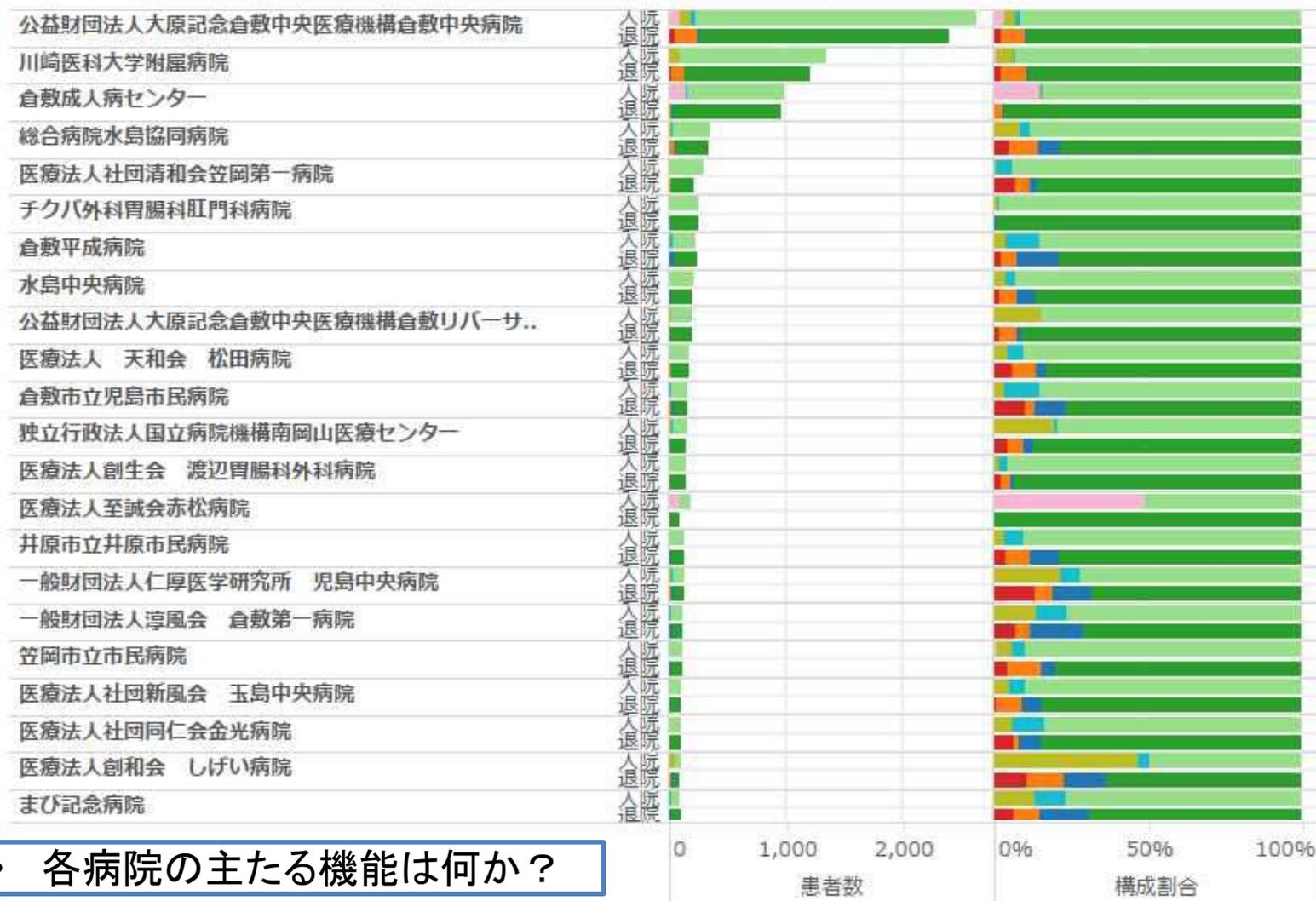
病床機能報告(2015/H27)：入退院経路集計

都道府県

2次医療圏

病院名

- 入院 院内出生
- 入院 他院から
- 入院 他施設から
- 入院 家庭から
- 退院 終了
- 退院 他院へ
- 退院 施設へ
- 退院 家庭へ



• 各病院の主たる機能は何か？

南西部医療圏の病院の入退院の状況(病床機能報告)

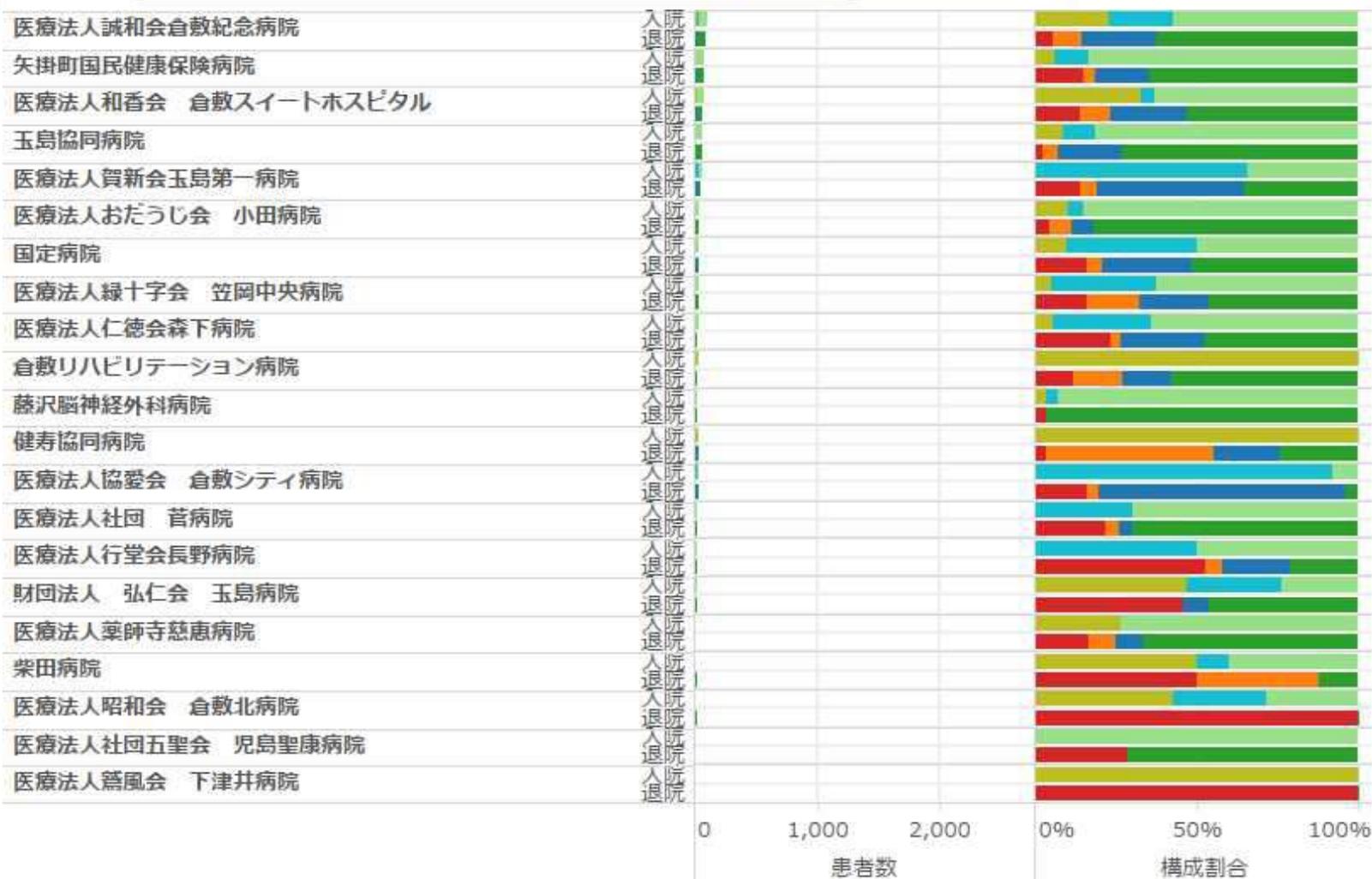
病床機能報告(2015/H27)：入退院経路集計

都道府県

2次医療圏

病院名

- 入院 院内出生
- 入院 他院から
- 入院 他施設から
- 入院 家庭から
- 退院 終了
- 退院 他院へ
- 退院 施設へ
- 退院 家庭へ



本日の講演の内容

1. 地域医療構想の概要

2. 岡山県における検討事例
～南西部医療圏の検討～

3. 慢性期をどう考えるか
～地域包括ケアへの対応～

4. まとめ

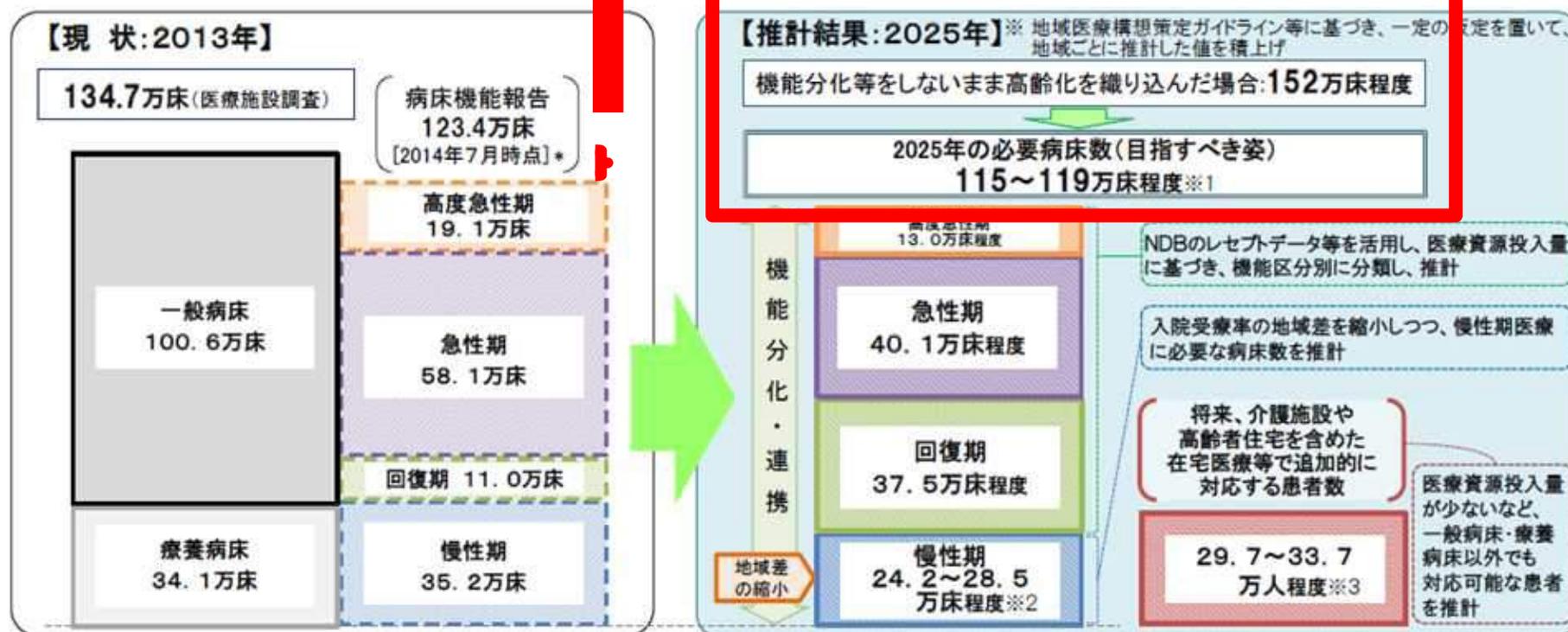
超高齢社会は
医療介護に何を求めるのか？

この推計結果が意味すること

6万床から8万床の
一般病床が余っている

医療区分1相当の高齢患者は増加する
24万床相当

慢性期＝療養病床＋介護＋在宅
各地域でこの配分を考える必要がある



年齢調整標準化レセプト出現比(SCR)の検討

$$\begin{aligned} \text{SCR} &= \frac{\sum \text{年齢階級別レセプト実数}}{\sum \text{年齢階級別レセプト期待数}} \times 100.0 \\ &= \frac{\sum \text{年齢階級別レセプト数} \times 100.0}{\sum \text{年齢階級別人口} \times \text{全国の年齢階級別レセプト出現率}} \end{aligned}$$

- 年齢階級は原則5才刻みで計算
- 100.0を全国平均としている

SCR: Standardized Claim Ratio

この値が100より大きいということは、当該機能に相当する医療が性年齢を補正しても全国より多く提供されていることを意味し、100より小さければ全国より提供量が少ないということの意味する。

経済・財政と暮らしの指標「見える化」データベース（2016年7月29日開設、2018年5月14日更新・拡充）

自治体別（47都道府県別、または1741市区町村別）、時系列（1975年～直近のうち可能な限り広く）に整備した各種データ・指標の比較により、経済・財政と暮らしに係る様々な地域差を「見える化」できます。また、さらに詳細な分析・検証等に活用できるように、集録している元データをダウンロードすることも可能です。

医療提供状況の地域差

SCRについて

- [医療提供状況の地域差（平成29年4月28日 第17回経済・財政一体改革推進委員会資料）](#)（PDF形式：338KB） 

都道府県別

- [外来、入院](#)（Excel形式：2,649KB） 
- [外来](#)（CSV形式：645KB） 
- [入院](#)（CSV形式：805KB） 

二次医療圏別別

- [外来](#)（CSV形式：2,407KB） 
- [入院](#)（CSV形式：2,243KB） 

市区町村別

- [外来](#)（CSV形式：5,723KB） 
- [入院](#)（CSV形式：3,497KB） 

NDB（National Data Base）を活用し、各診療行為（診療報酬の算定回数）の地域差を「見える化」

内閣府HP: <http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/mieruka/index.html>

岡山県の 入院医療 関連SCR (H27)

行為名称	県南東部	県南西部	高梁・新見	真庭	津山・英田
特定機能病院一般病棟7対1入院基本料	173.2	192.4			
一般病棟7対1入院基本料	105.8	126.1	106.6		44.1
一般病棟10対1入院基本料	81.1	96.3	125.5	284.5	262.5
一般病棟13対1入院基本料		93.7	207.4		
一般病棟15対1入院基本料		66.2	109.5	103.3	
回復期リハビリテーション病棟入院料1	125.8	274.2			146.8
回復期リハビリテーション病棟入院料1（生活療養）	74.3	155.1			
回復期リハビリテーション病棟入院料2	171.5	112.2			209.2
回復期リハビリテーション病棟入院料2（生活療養）	23.8	66.1			
地域包括ケア病棟入院料1	191.5	196.3	139.1	398.3	91.8
地域包括ケア病棟入院料1（生活療養を受ける場合）					1677.6
地域包括ケア入院医療管理料1	275.4	162.3	492.6	147.7	67.8
地域包括ケア入院医療管理料1（生活療養を受ける場合）	41.7	156.6	1190.5		216.6
地域包括ケア入院医療管理料2	629.9	174.1			
療養病棟入院基本料1（入院基本料A）	89.8	92.3	17.3	217.9	187
療養病棟入院基本料1（入院基本料D）	119.1	81.5	19.1	137.3	39.8
療養病棟入院基本料1（入院基本料E）	75.6	82.3	54.6		28.7
療養病棟入院基本料1（入院基本料A）（生活療養）	102.4	111.3	33.2	50.3	159.7
療養病棟入院基本料1（入院基本料B）（生活療養）	90.4	128.9	13.4	61.2	124.1
療養病棟入院基本料1（入院基本料C）（生活療養）	93.5	164.9	5.3	111.5	207.3
療養病棟入院基本料1（入院基本料D）（生活療養）	70.8	83.7	45.3	85.5	53.8
療養病棟入院基本料1（入院基本料E）（生活療養）	74.4	63.2	149.7	62.4	57
療養病棟入院基本料1（入院基本料F）	36.7	37.7	97		186.1
療養病棟入院基本料1（入院基本料F）（生活療養）	63.7	68.3	66	131	114.5
療養病棟入院基本料1（入院基本料G）（生活療養）	62.3	105.6	56.3	109.8	61
療養病棟入院基本料1（入院基本料H）（生活療養）	76.8	88.8	11.5	125	29.3
療養病棟入院基本料1（入院基本料I）（生活療養）	86.8	105.1	17.6	9.3	122
療養病棟入院基本料2（入院基本料A）（生活療養）	114.2	78	476.8	119.5	231.9
療養病棟入院基本料2（入院基本料B）（生活療養）	68.1	65.9	236	352.6	244.9
療養病棟入院基本料2（入院基本料C）（生活療養）	77.6	91.4	212.9	644.1	389.9
療養病棟入院基本料2（入院基本料D）	30.6	65.3	616.4		289.9
療養病棟入院基本料2（入院基本料D）（生活療養）	69.5	78.7	299.4	147.3	190.5
療養病棟入院基本料2（入院基本料E）（生活療養）	31.4	79.5	234.1	164.8	137.5
療養病棟入院基本料2（入院基本料F）（生活療養）	35.9	100.8	185.9	194.4	248.4
療養病棟入院基本料2（入院基本料G）（生活療養）	29.6	57.5	287.8	72.2	200.2
療養病棟入院基本料2（入院基本料H）（生活療養）	40.1	64.5	305.6	145.6	157.8
療養病棟入院基本料2（入院基本料I）（生活療養）	59.6	79.6	234.2	337.1	209.6

岡山県の外来および在宅医療関連SCR (H27)

行為名称	北区	中区	東区	南区	瀬戸内市	倉敷市	笠岡市	高梁市	新見市	真庭市	津山市
初診	136.4	93.7	91.5	92.6	57.9	103.4	91.7	74.2	68.4	82.2	119.5
再診	134.8	100.4	103.9	89.8	75.3	103.8	111.2	90.1	86.0	104.5	125.0
再診（時間外）加算	108.4	62.6	47.6	106.4	74.9	77.7	49.8	90.2	66.0	174.6	80.1
在宅患者訪問診療料（同一建物居住者以外）	147.5	100.6	84.2	184.4	60.5	111.8	42.3	74.2	37.8	94.5	85.4
在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）（特定施設等以外入居者）	146.0	93.3	177.2	204.7	84.8	103.8	79.5	37.9	6.7	52.2	124.1
在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）（特定施設等入居者）	113.6	109.2	107.1	298.7	53.4	123.1	0.4	1.3		7.9	172.3
訪問看護指示料	108.0	93.0	54.1	119.3	22.8	110.3	33.3	66.7	22.3	26.5	71.4

在宅の議論に関する留意点

- 在宅の定義
 - 居宅と施設の区分(どちらを整備するのか)
- 関係者のネットワークがあることが前提
 - 入院・入所の支えがない在宅ケアは難しい
- 在宅ケアの担い手は十分確保できるのか？
 - 診療所医師の人数と年齢
 - 訪問看護の提供量は？

各医療圏でどちらの在宅を進めるのかに関する議論が必要

訪問診療を支える訪問看護の役割

344の二次医療圏のSCRの分析結果から(H24年度データ)
訪問診療(居宅)のSCRに関連する要因の多変量解析結果

	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率	共線性の統計量	
	B	標準誤差	ベータ			許容度	VIF
(定数)	27.821	4.437		6.270	.000		
往診	.313	.053	.324	5.892	.000	.361	2.772
訪問看護指示	.218	.034	.255	6.328	.000	.673	1.487
緊急往診	.219	.048	.245	4.576	.000	.383	2.609
在宅療養中患者_緊急入院受入	.049	.012	.143	4.099	.000	.901	1.110
療養病棟入院基本料	-.078	.023	-.112	-3.303	.001	.960	1.042
訪問薬剤指導の実施	.004	.002	.080	2.403	.017	.989	1.012

訪問診療(居宅)には訪問看護指示、緊急往診、在宅療養中の患者の緊急受け入れ態勢、訪問薬剤指導があることがプラスに関係している。

同一建物の在宅の場合は？

344の二次医療圏のSCRの分析結果から(H24年度データ)
訪問診療(同一建物)のSCRに関連する要因の多変量解析結果

	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率	共線性の統計量	
	B	標準誤差	ベータ			許容度	VIF
(定数)	-6.407	7.619		-.841	.401		
往診	.218	.066	.181	3.318	.001	.643	1.555
回復期リハビリテーション病棟入院料	.156	.037	.202	4.215	.000	.837	1.195
看取り外来	.265	.058	.267	4.593	.000	.568	1.761
療養病棟入院基本料	.160	.042	.184	3.835	.000	.833	1.201
有床診療所療養病床入院基本料	.038	.013	.131	2.830	.005	.896	1.117
亜急性期入院医療管理料	.063	.024	.126	2.632	.009	.841	1.189
在宅経管栄養法	.097	.037	.123	2.599	.010	.862	1.160
夜間・休日診療体制	.029	.014	.090	2.037	.042	.981	1.020

訪問診療(同一建物)には急性期以後の入院医療が充実していることがプラスに関係している。

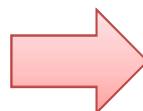
各種データから入院医療の将来を考える

- 療養病床入院のSCRが100未満
- 一般病床入院のSCRは100以上
- 多死化による人口減少
- 入院患者数は減少傾向
- 外来のSCRが100未満



- 一般病床のニーズは本当にあるのか？特定除外のために本当にニーズが隠されているのでは？
- 慢性期の在り方の検討が必要ではないか？

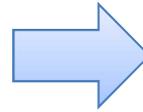
- 一般病床、特に7:1やDPC病棟のSCRが100以上
- ICUなどのSCRが100以上
- がんや救急患者の流入が多い
- 療養病床入院のSCRは100未満



- 広域での急性期対応力を今後も維持していくための課題は？
- 地域間の連携をどのように強化するのか？
- 急増する慢性期の需要にどうこたえるのか

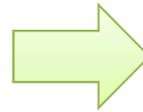
あらためて在宅の可能性を考える

- 外来のSCRが100未満
- 訪問診療のSCRが100未満
- 地域の外来需要は減少傾向
- 療養病床入院のSCRは100以上



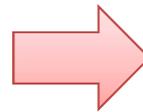
- 診療所医師の高齢化？
- 将来的に診療所の外来機能がさらに低下→患者居宅での在宅医療は可能か？
- 慢性期病床は維持できるのか？

- 外来のSCRは100以上
- 訪問診療のSCRが100未満
- 地域の外来需要は減少傾向



- 診療所医師の在宅医療への意識は？
- 在宅医療を増やすことは可能か？

- 外来のSCRは100以上
- 訪問診療のSCRは100以上
- 地域の外来需要は現状維持から減少傾向



- 現在の在宅医療を維持することは可能か？

慢性期＝療養病床入院 ＋介護施設入所＋在宅

3つのサービス配分は各地域の条件によって異なる。その適正な配分を考えるのが地域医療構想調整会議の役割。

急性期以後の役割がしっかりしていないと、地域の医療介護は崩壊する。

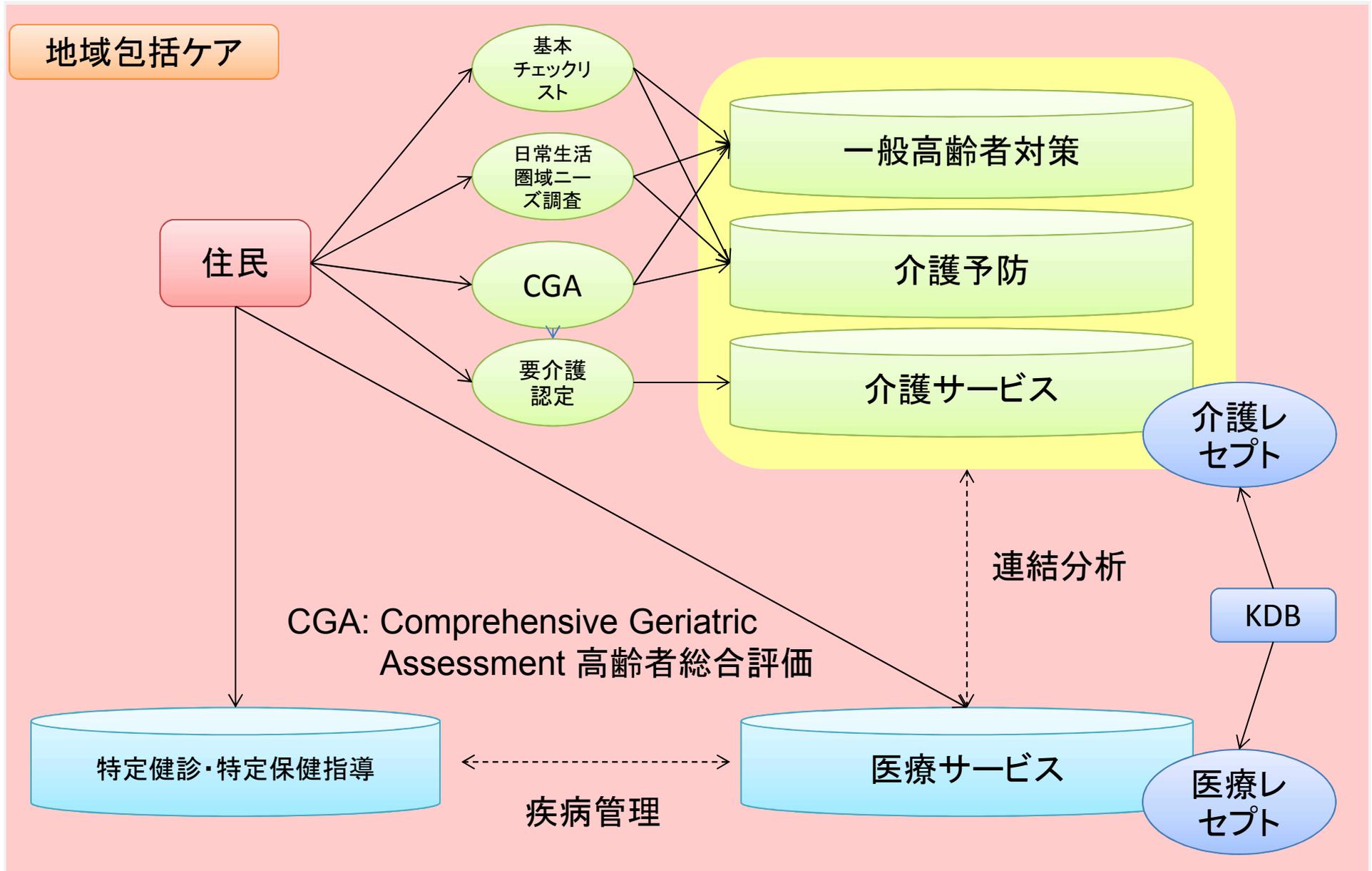
医療介護の複合化を データで確認する

思い込みによる政策運営の排除
療養病床は「社会的入院の温床」なのか？



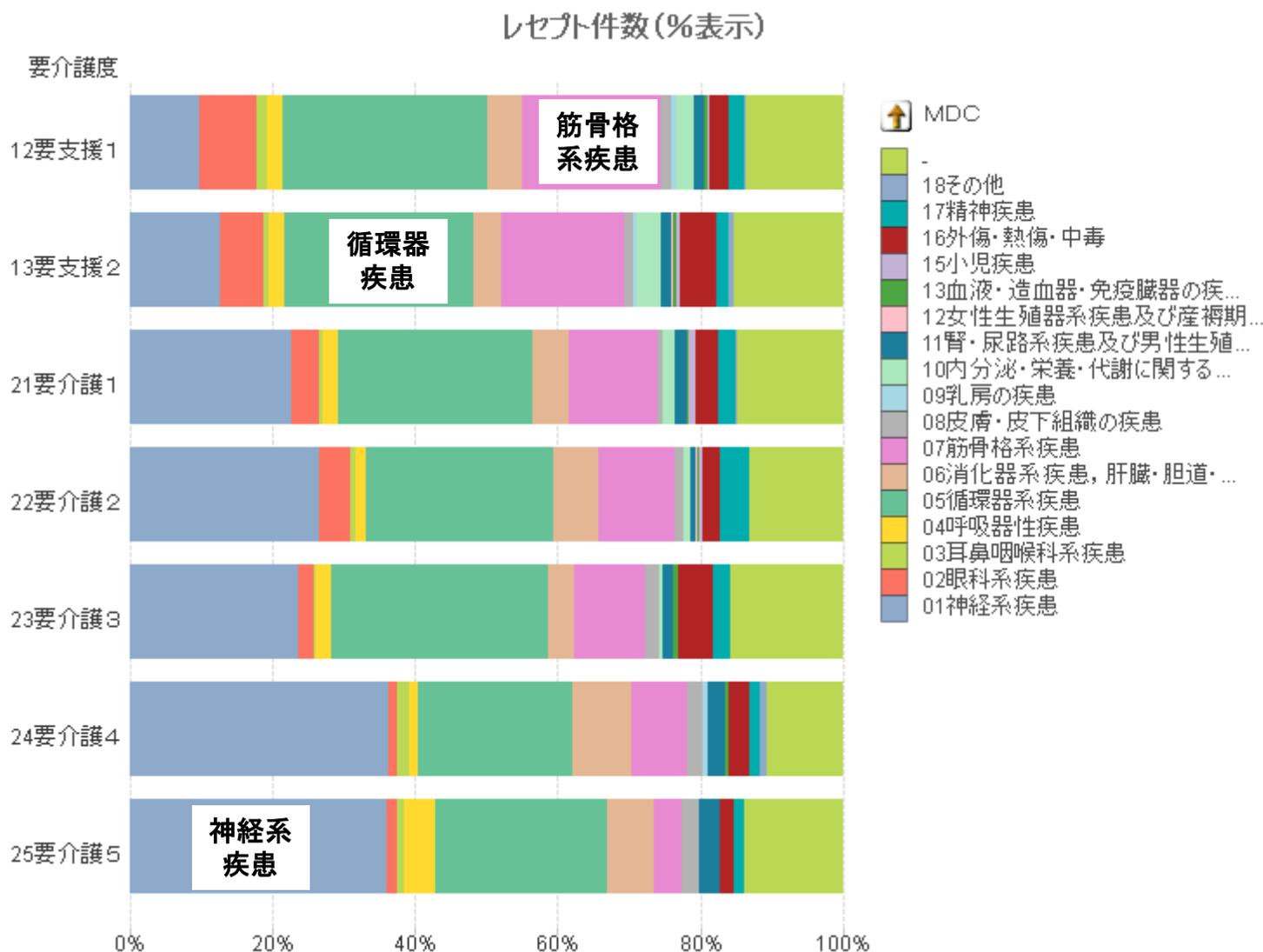
地域包括ケア実践のための情報基盤

(当教室で開発してきたシステム=今回の研究の基盤)



医療・介護レセプト連結分析の例(1)

女性
外来
レセプト件数

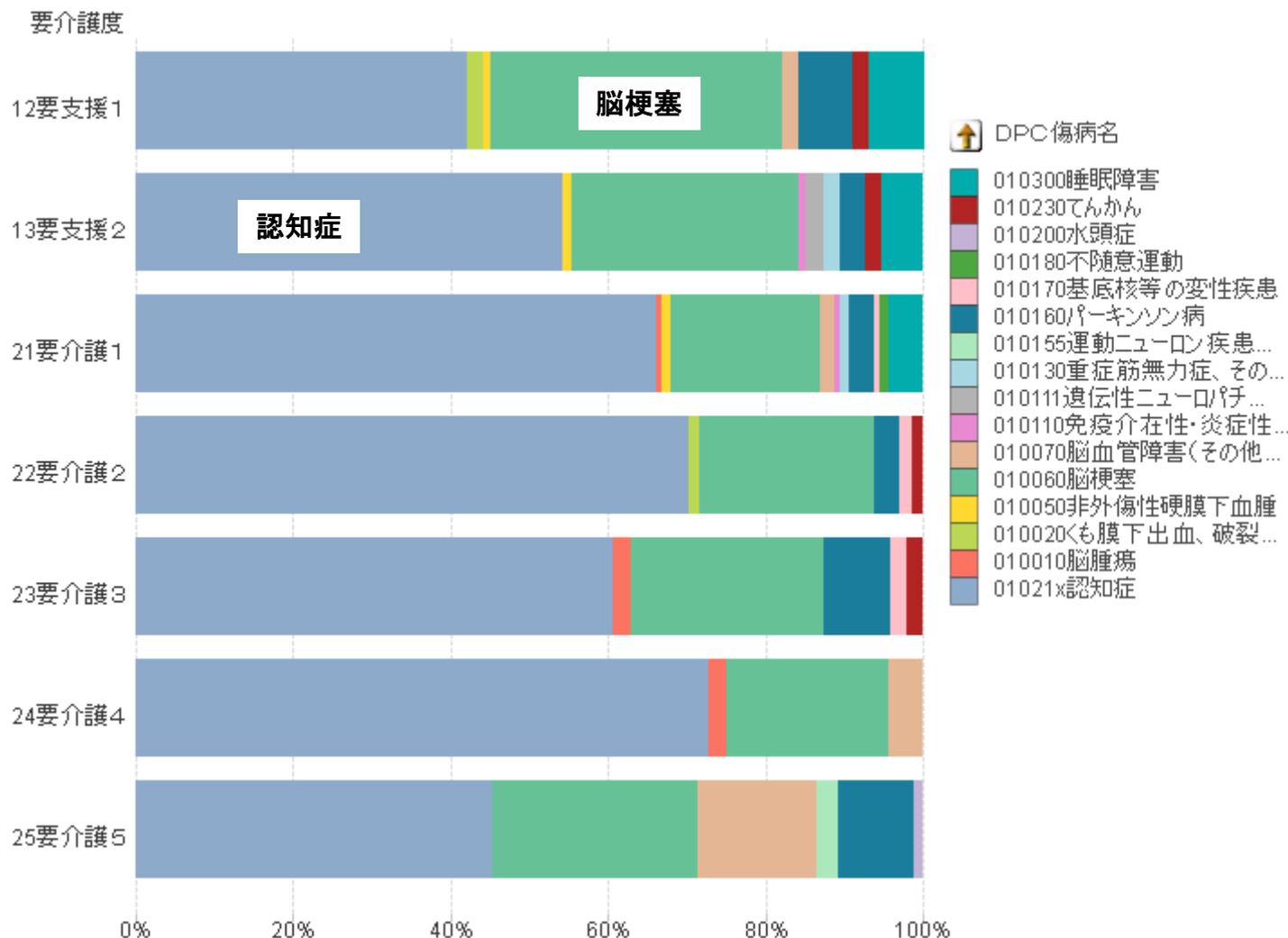


要介護度別の傷病状況も検討できる→介護予防への応用

医療・介護レセプト連結分析の例(2)

レセプト件数(%表示)

女性
外来
レセプト件数

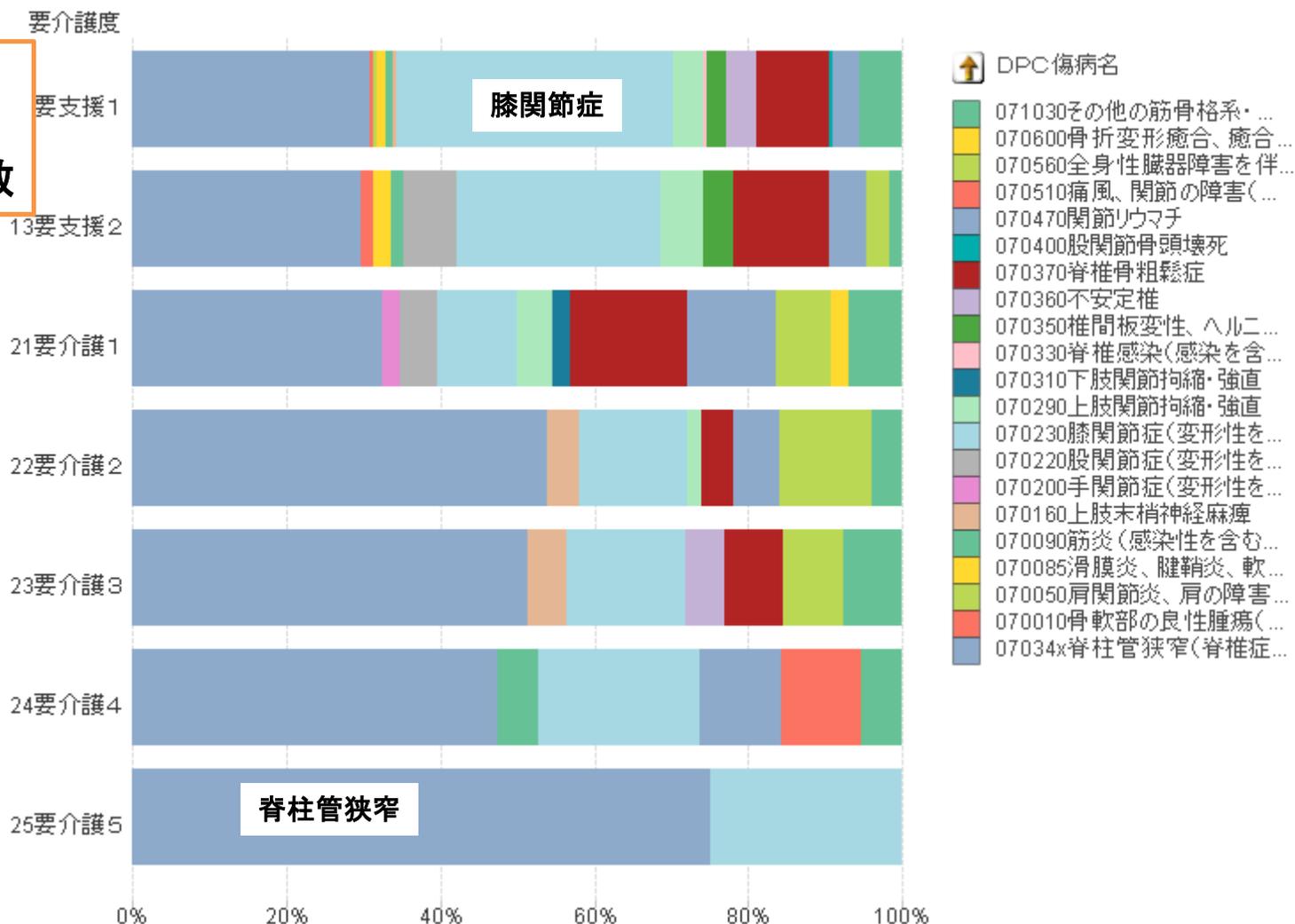


要介護度別の傷病状況も検討できる→介護予防への応用

医療・介護レセプト連結分析の例(3)

レセプト件数(%表示)

女性
外来
レセプト件数

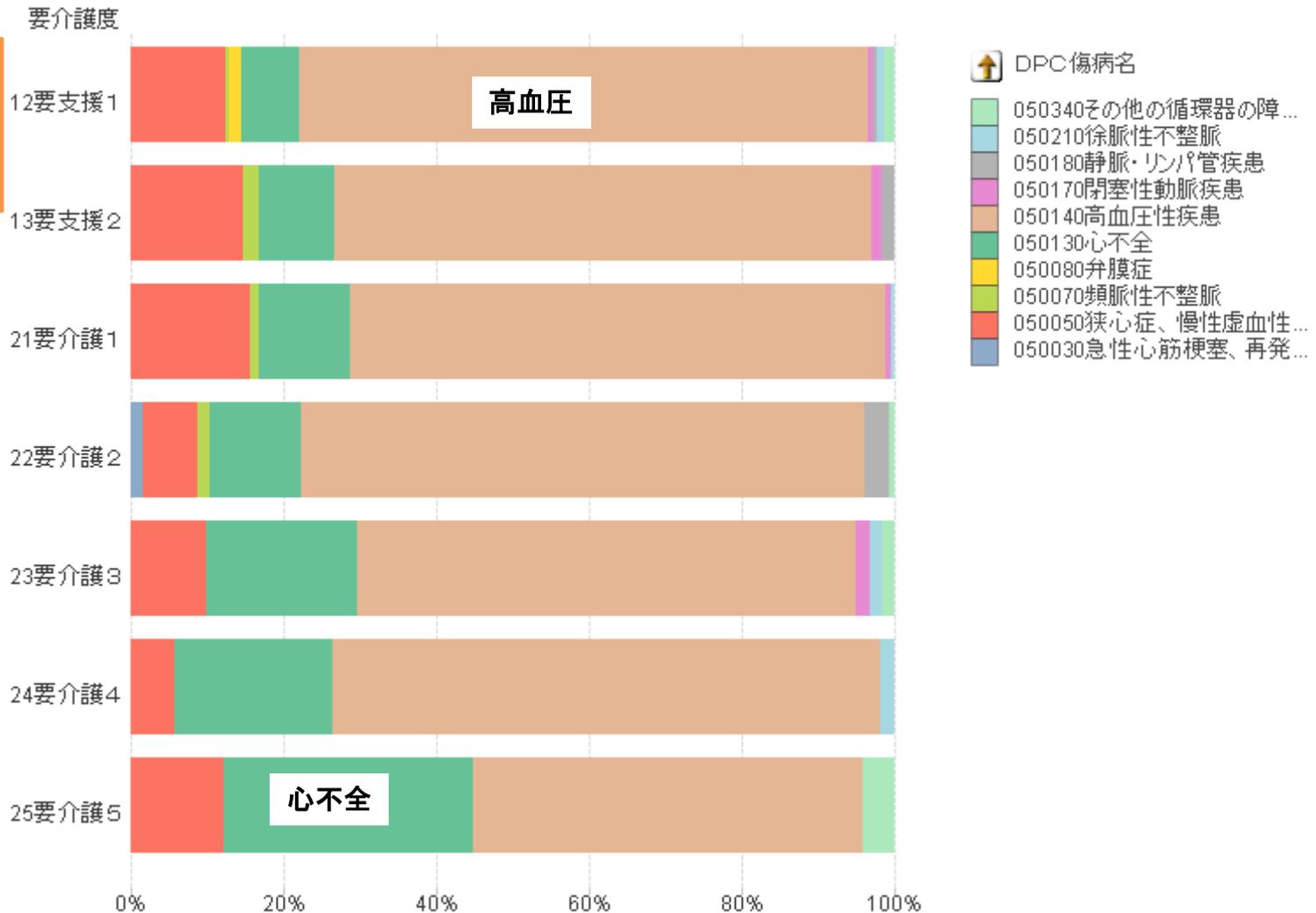


要介護度別の傷病状況も検討できる→介護予防への応用

医療・介護レセプト連結分析の例(4)

レセプト件数(%表示)

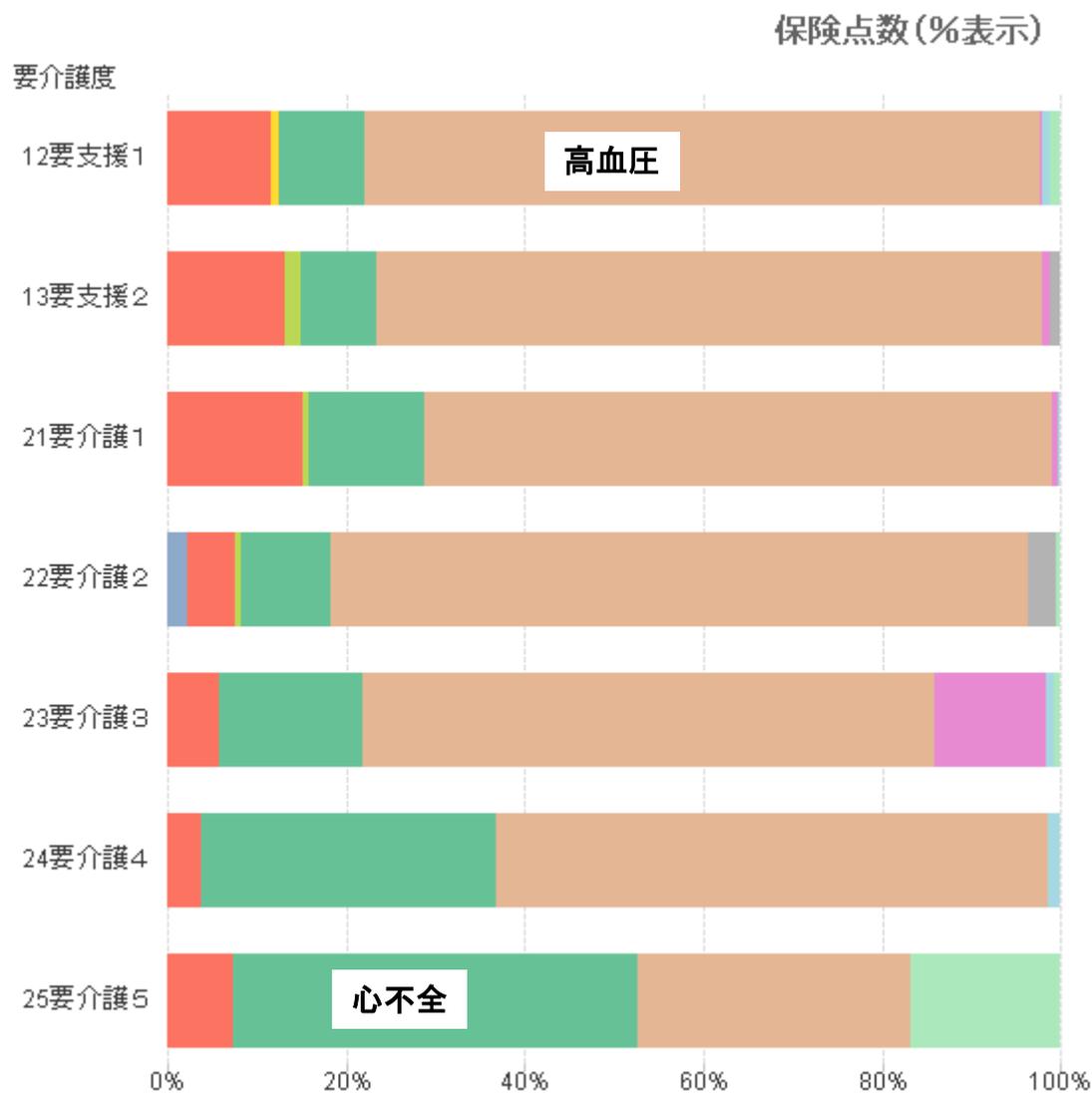
女性
外来
レセプト件数



要介護度別の傷病状況も検討できる→介護予防への応用

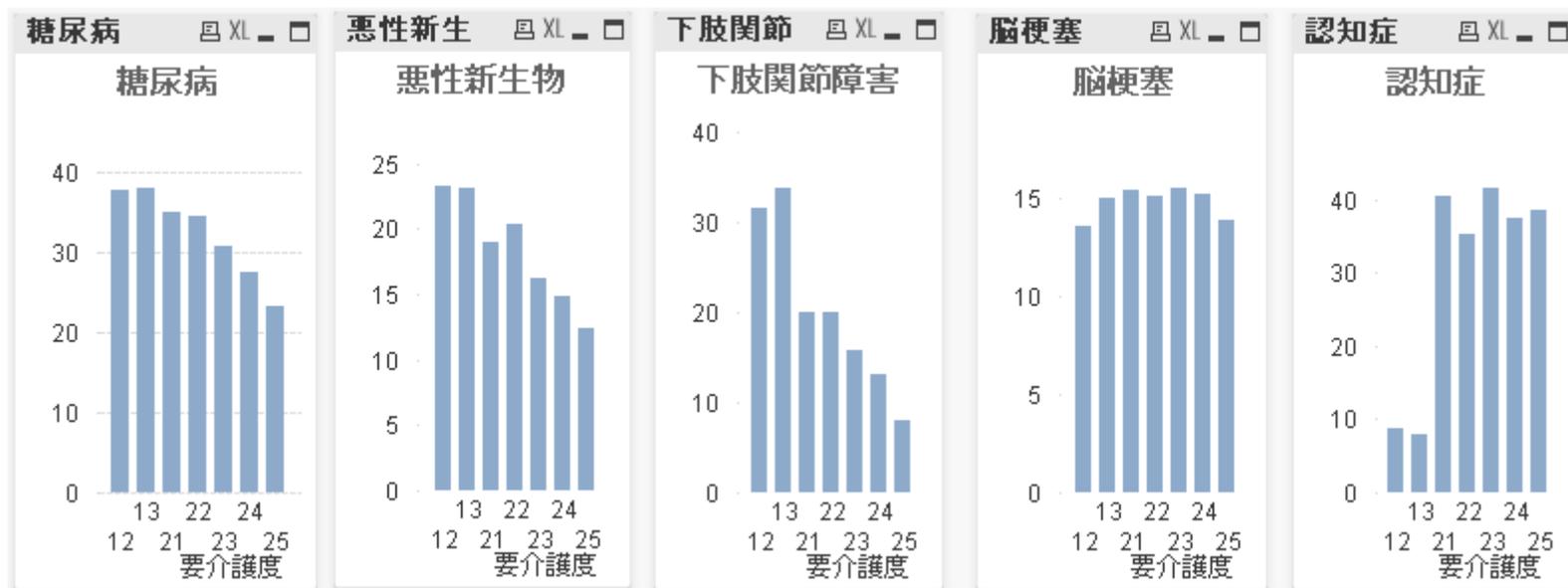
医療・介護レセプト連結分析の例(5)

女性
外来
医療費

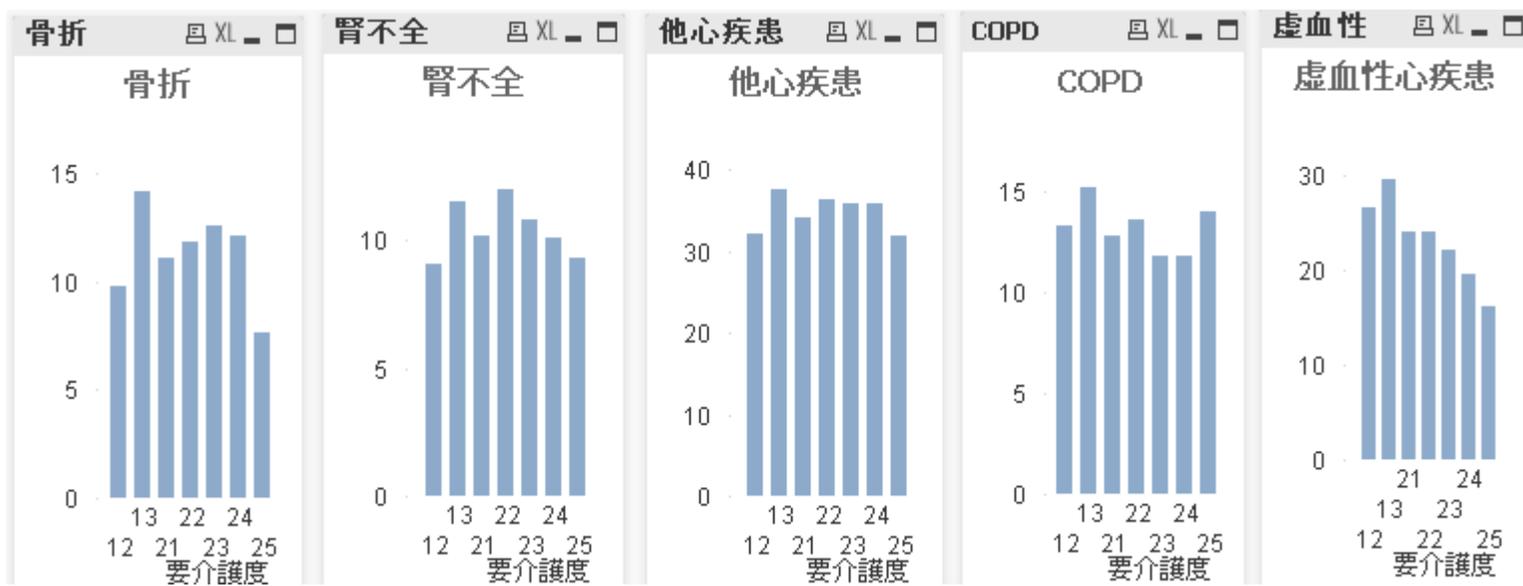


要介護度別の傷病状況も検討できる→介護予防への応用

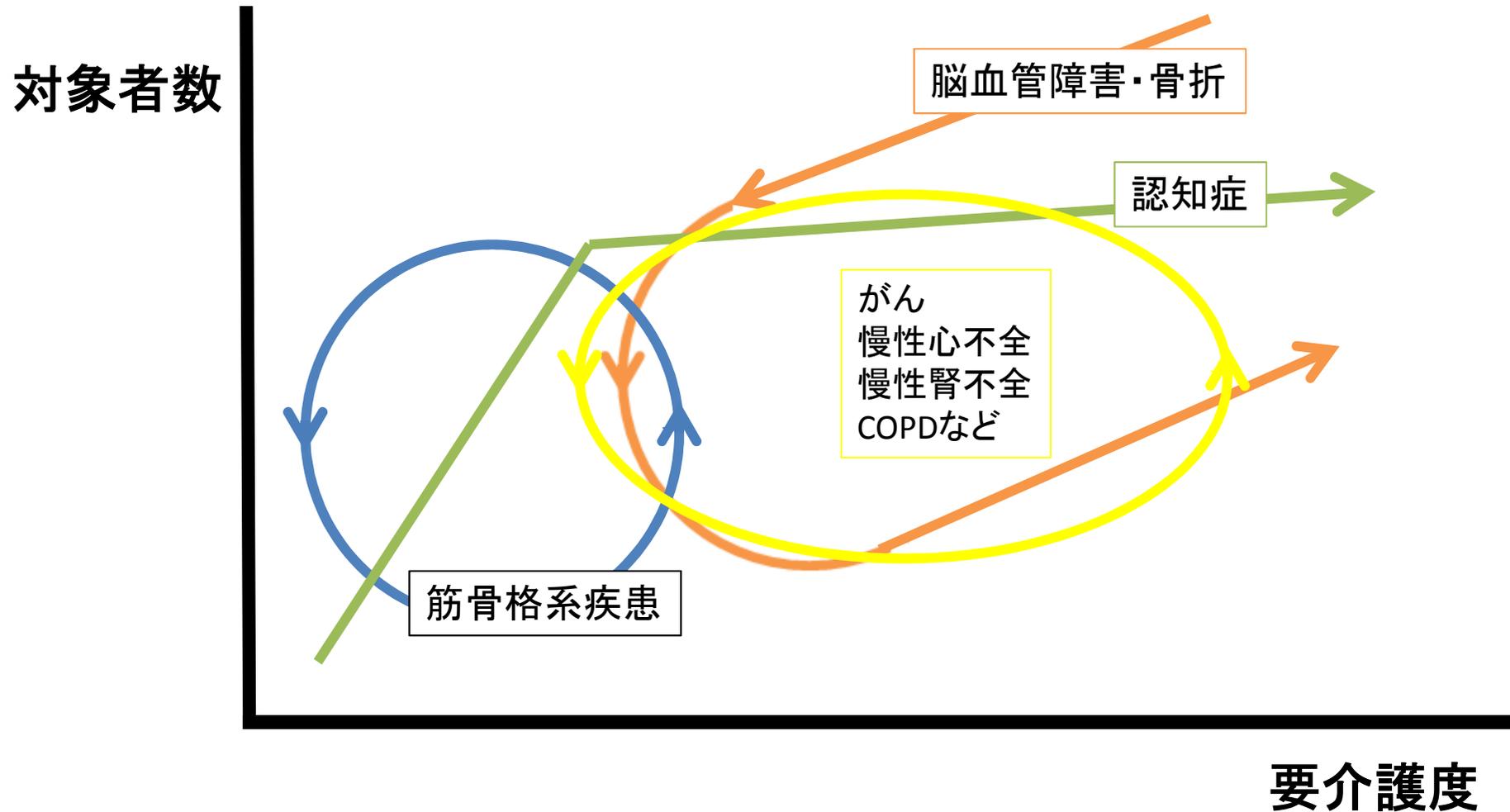
ある自治体における在宅患者の主な傷病の有病率



要介護度の説明
 11: 要支援1
 12: 要支援2
 21: 要介護1
 22: 要介護2
 23: 要介護3
 24: 要介護4
 25: 要介護5



要介護度別に見た傷病構造の概念図



傷病別にみた適切な医療・介護の在り方は？

脳血管障害や骨折

- ① 発症予防のための生活習慣病の管理
- ② 発症後の適切な早期治療と早期リハ
- ③ 回復期でのリハビリテーション(在宅復帰)
- ④ 維持期におけるリハビリテーション(ADLの維持・向上)
- ⑤ 閉じこもり予防

下肢関節障害

- ① 移動障害予防のための機能訓練(運動期機能向上PGなど)
- ② 地域医療における適切な痛みの管理
- ③ 閉じこもり予防

傷病別にみた適切な医療・介護の在り方は？

認知症

- ① 早期発見・早期対応
- ② Ageing in placeと尊厳が保証されたケア
- ③ ケアの継続性

がん・慢性心不全・慢性腎不全・COPDなど

- ① 適切な医学的管理
- ② 医療職と介護職の情報共有による生活支援
 - i. 服薬管理
 - ii. 通院補助
 - iii. 日常生活支援
 - iv. ターミナルへの対応

医療・介護を総合的に考えることの重要性

脳梗塞のために急性期病院で入院治療を受けた患者の入院前後のサービス利用状況

経過月	一般病棟	回復期病棟	療養病棟	外来	訪問診療	訪問看護・医療	介護保険利用	訪問介護	訪問看護	通所介護	通所リハ	老健施設	特養	介護療養	グループホーム	連携
-6	5.1	0.7	0.5	78.5	3.4	1.8	25.1	6.7	1.6	10.4	4.0	1.9	1.6	0.2	0.7	0.6
0	99.7	4.5	1.9	80.2	3.3	2.1	26.6	6.8	2.1	10.1	3.7	1.9	1.7	0.3	1.0	7.3
1	61.8	18.2	4.0	60.3	2.6	1.6	16.0	3.7	1.5	4.8	2.1	1.7	1.3	0.5	0.7	9.0
3	14.0	18.5	5.4	65.7	4.0	2.1	23.7	5.1	2.4	7.1	3.4	3.1	1.4	1.0	0.9	1.7
6	8.4	6.7	4.9	69.7	4.9	3.0	33.7	7.0	3.6	9.8	5.9	5.5	1.8	1.5	1.1	0.9
12	6.4	0.9	3.4	66.0	5.1	3.1	33.6	6.7	3.7	9.7	6.1	5.0	2.4	1.4	1.2	0.7

股関節骨折のために急性期病院で入院治療を受けた患者の入院前後のサービス利用状況

経過月	一般病棟	回復期病棟	療養病棟	外来	訪問診療	訪問看護・医療	介護保険利用	訪問介護	訪問看護	通所介護	通所リハ	老健施設	特養	介護療養	グループホーム	連携
-6	5.7	0.7	1.3	82.1	8.2	2.7	48.0	11.5	3.5	19.0	6.1	3.1	2.6	0.2	2.9	0.5
0	99.0	10.0	3.2	79.7	6.3	2.8	47.8	10.5	3.3	16.7	5.0	4.0	3.3	0.2	2.8	9.7
1	81.8	31.8	6.7	33.5	3.1	0.9	16.7	1.7	0.6	1.5	0.7	3.4	2.6	0.2	1.6	19.7
3	18.7	25.9	7.0	63.3	6.7	2.0	43.5	6.9	2.7	9.9	4.5	8.6	2.9	0.9	2.2	3.6
6	9.3	1.5	4.6	71.2	9.5	3.3	56.1	9.9	4.1	15.3	9.0	10.1	3.5	1.1	3.1	1.5
12	6.7	0.6	3.0	66.0	10.3	2.8	51.6	9.4	4.0	15.0	8.7	7.4	4.0	1.2	3.1	1.0

介護老人保健施設入所者を 4年間追跡した結果

老人保健施設（6,325人）											
経過月	老健 残存率	一般 病棟	療養 病棟	特養	介護 療養	GH利用	訪問診 療	訪問介 護	通所介 護	通所リハ	累積 死亡率
1	100.0%	7.9%	1.8%	1.0%	0.4%	0.4%	0.9%	1.5%	2.3%	2.1%	0.3%
6	75.0%	9.4%	3.3%	6.0%	1.4%	1.6%	3.1%	3.2%	4.3%	4.6%	3.9%
12	62.2%	10.6%	4.6%	12.4%	2.1%	2.4%	4.4%	3.4%	4.2%	4.0%	9.2%
18	50.8%	11.3%	6.0%	19.3%	2.9%	3.0%	6.6%	4.3%	5.1%	4.9%	13.9%
24	42.8%	12.3%	7.7%	26.2%	4.0%	3.4%	8.1%	4.3%	5.1%	4.3%	18.3%
30	35.5%	12.7%	8.6%	33.1%	4.5%	3.7%	9.6%	4.9%	5.2%	5.7%	22.2%
36	29.5%	15.7%	10.6%	39.1%	5.6%	4.3%	10.7%	5.3%	5.3%	5.3%	26.2%
42	24.4%	14.0%	10.5%	47.6%	6.3%	5.1%	11.5%	5.1%	5.4%	5.6%	29.6%
48	20.8%	16.0%	9.9%	54.3%	6.9%	5.4%	13.5%	5.5%	6.0%	5.5%	32.6%

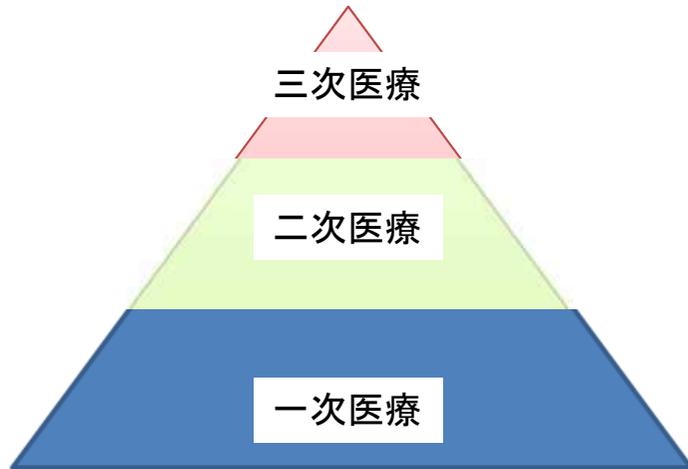
施設介護を受けている高齢者のケアパス

介護老人福祉施設
(7,319人)

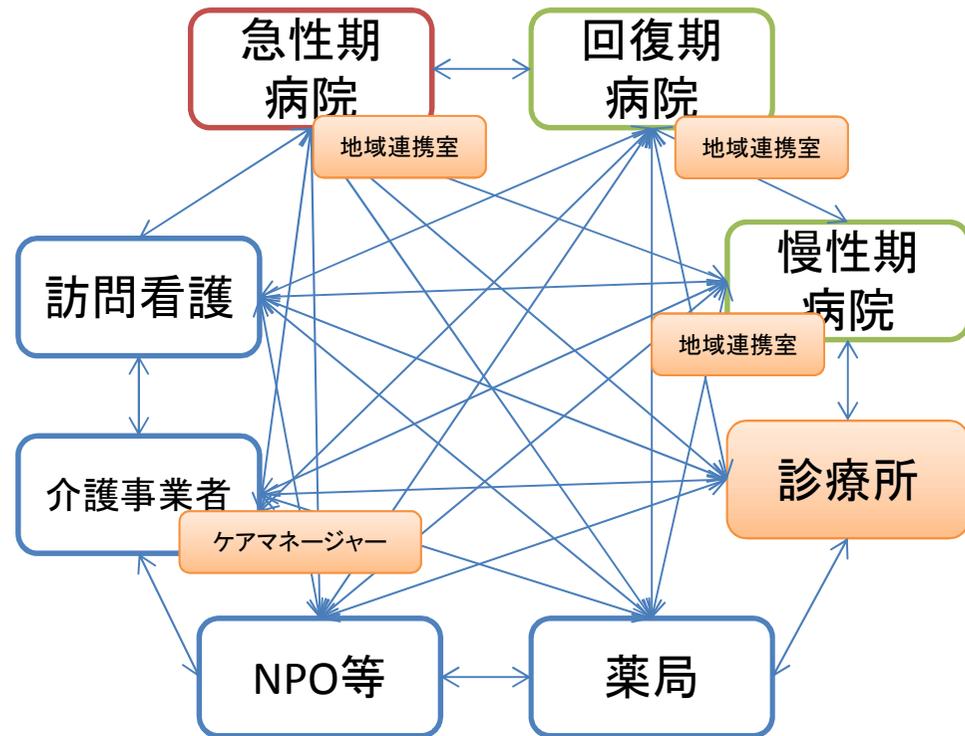
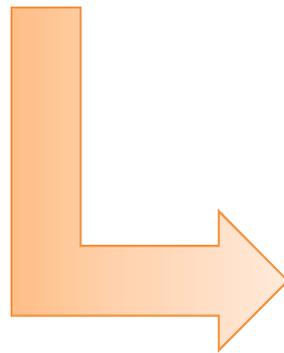
経過月	特養 残存率	一般病 棟 入院	回復期 入院	療養入 院	介護療 養 入院	精神入 院	特定施 設	老健施 設	GH利用	訪問診 療	訪問介 護	通所介 護	通所リ ハ	死亡	累積 死亡率
1	100.0%	5.2%	0.1%	0.5%	0.1%	0.2%	0.0%	0.9%	0.2%	1.1%	0.2%	0.4%	0.0%	0.7%	0.7%
6	89.9%	6.9%	0.1%	1.4%	0.1%	0.1%	0.0%	0.1%	0.0%	0.8%	0.0%	0.1%	0.0%	1.0%	5.4%
12	78.4%	7.2%	0.1%	1.6%	0.4%	0.2%	0.0%	0.2%	0.0%	1.0%	0.1%	0.1%	0.0%	1.7%	12.7%
18	68.7%	7.2%	0.0%	2.2%	0.5%	0.2%	0.0%	0.2%	0.0%	1.1%	0.1%	0.1%	0.0%	1.3%	18.3%
24	60.5%	6.9%	0.0%	2.4%	0.6%	0.2%	0.0%	0.3%	0.0%	1.1%	0.1%	0.1%	0.0%	1.4%	23.7%
30	51.5%	7.3%	0.1%	3.0%	0.8%	0.1%	0.0%	0.5%	0.0%	1.0%	0.2%	0.1%	0.0%	1.6%	28.1%
36	44.1%	8.8%	0.2%	3.3%	1.1%	0.2%	0.0%	0.6%	0.0%	0.9%	0.2%	0.1%	0.0%	1.8%	32.9%
42	38.4%	7.5%	0.1%	4.3%	1.0%	0.1%	0.0%	0.7%	0.1%	1.0%	0.2%	0.2%	0.0%	1.3%	36.3%
48	32.9%	8.1%	0.1%	4.1%	1.1%	0.2%	0.0%	0.6%	0.0%	2.1%	0.2%	0.2%	0.0%	1.8%	40.3%

特養入所者は一般病棟への入院と外来以外はあまり使っていない

階層モデルからネットワークモデルへ



急性期医療⇔回復期医療⇔慢性期医療
⇔介護 の幅広で双方向性の複合化に
対応するためには階層モデルではなく
ネットワークモデルの方が適切



地域包括ケア推進と医療・介護の連携課題

医師会による調整

医療・リハビリテーション提供体制

急性期

回復期

脳血管
50~60%
家庭復帰

全対象者
70~80%
家庭復帰

① 医療提供機関間の連携(連携パス等)

② 医療機関等と在宅サービスとの連携
(医療と介護の連携)

病気になったら...

医療



- 急性期病院
- 亜急性期・回復期リハビリ病院



日常の医療:
・かかりつけ医
・地域の連携病院

通院・入院

介護が必要になったら...

介護



- 在宅系サービス:
・訪問介護・訪問看護・通所介護
・小規模多機能型居宅介護
・短期入所生活介護
・24時間対応の訪問サービス
・複合型サービス
(小規模多機能型居宅介護+訪問看護)等
- 介護予防サービス

- 施設・居住系サービス:
・介護老人福祉施設
・介護老人保健施設
・認知症共同生活介護
・特定施設入所者生活介護等

通所・入所

住まい



- 自宅
- サービス付き高齢者向け住宅等

いつまでも元気に暮らすために...
生活支援・介護予防



老人クラブ・自治会・ボランティア・NPO等

- 地域包括支援センター
- ケアマネジャー



③ 地域包括ケア提供サービス間の連携

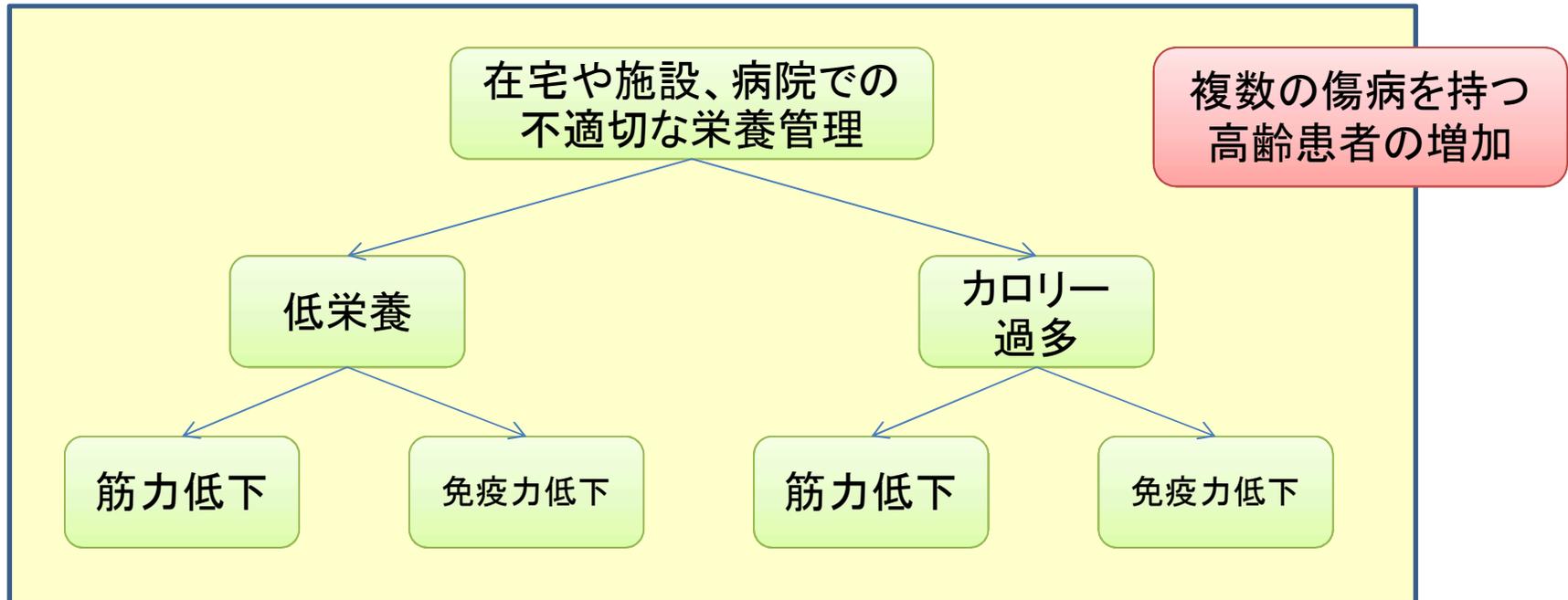
2025年の地域包括ケアシステムの姿

資料: 浜村明德

地域包括ケアの基盤

- 「住」→在宅ケアの基本
 - 地域の実情に合わせた多様な住の提供体制
 - サービス付き高齢者住宅
 - 小規模多機能施設
 - シェアハウス
 - 高齢者を孤立化させない「住まい」の政策
 - 生活を支える仕組み
 - 食の確保
 - 買い物支援
 - 移動手段の確保
 - QOL

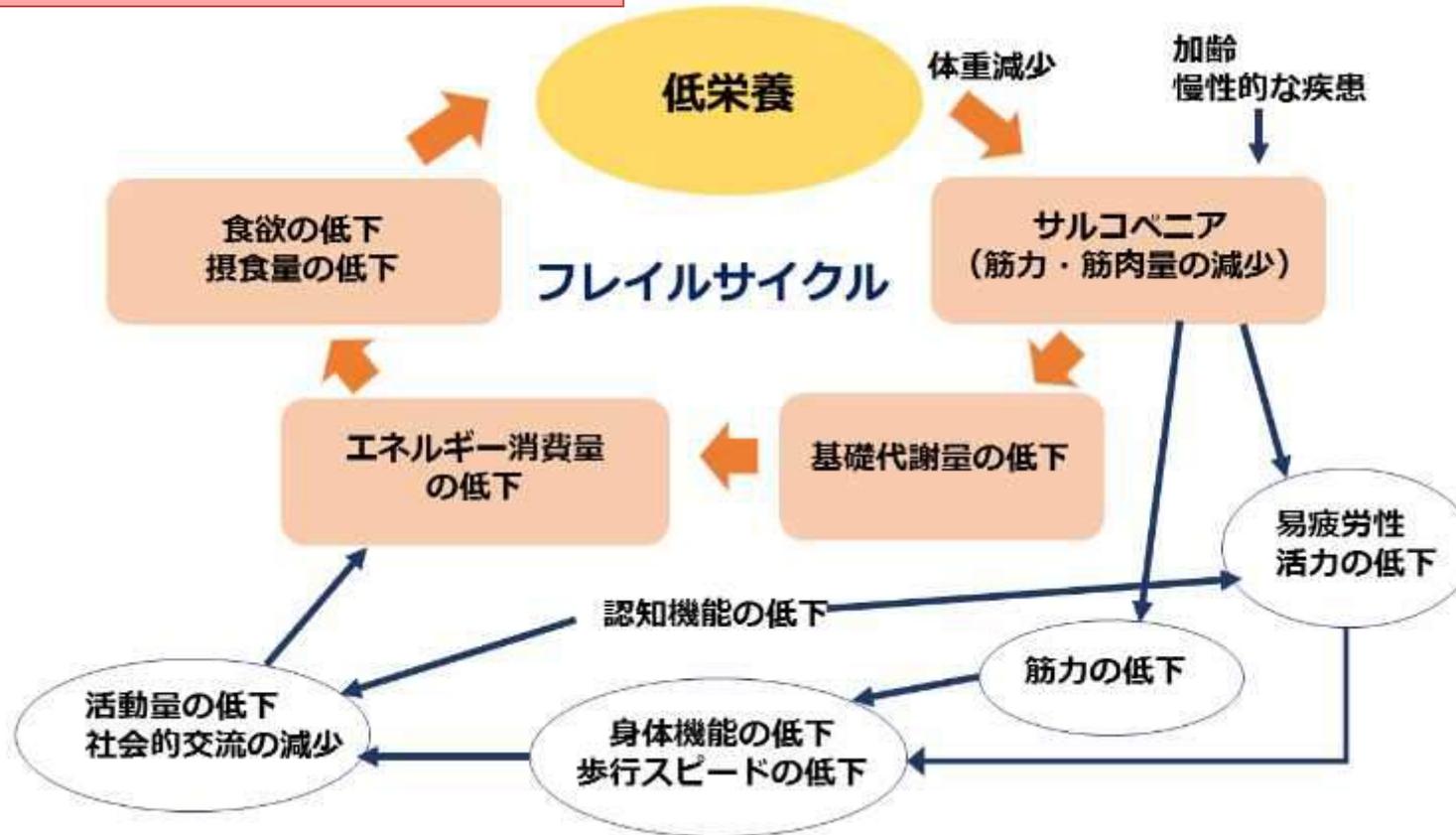
高齢社会における栄養管理の重要性



高齢期におけるQOL向上のために
栄養サポートとリハビリが不可欠な時代

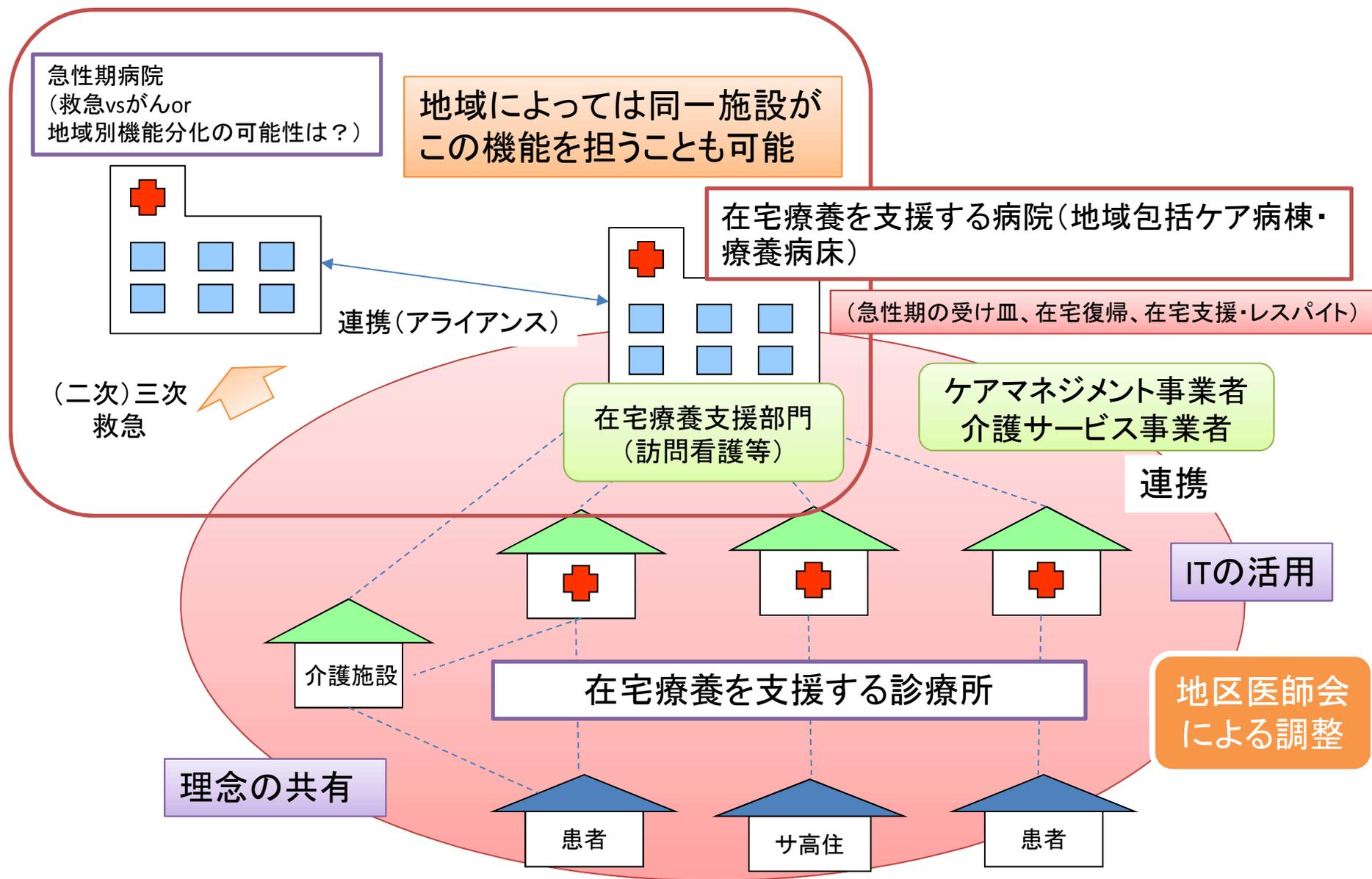
フレイルサイクル

リハビリテーション栄養の重要性



出典：(健康長寿ネット)長寿科学振興財団

診療所や介護施設を支援する病院を拠点とした ネットワーク化の必要性(各構想区域における整備目標)



確認しておくべき重要事項

- 地域包括ケアは箱モノではなく「機能」
- その「機能」とはCommissioning
 - 医療と介護・生活
 - 施設と在宅
 - フォーマルとインフォーマル
- 上記を可能にするためには、それを担うことができる「人材」がそろっていることが必要
 - そのために必要な人材とは？

医療介護のこれから・・・（私見）



整合性のない複合化



整合性のある複合化



ケアマネジメント

本日の講演の内容

1. 地域医療構想の概要

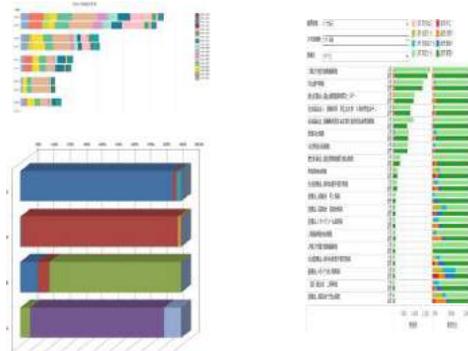
2. 岡山県における検討事例
～南西部医療圏の検討～

3. 慢性期をどう考えるか
～地域包括ケアへの対応～

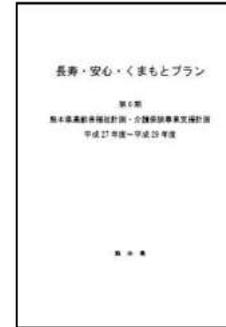
4. まとめ

公衆衛生行政にとってこれまで以上に 情報分析能力が重要になる

地域医療計画



介護保険関連計画

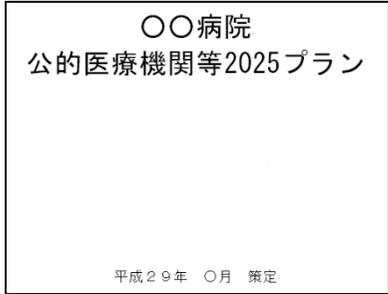


地域医療構想

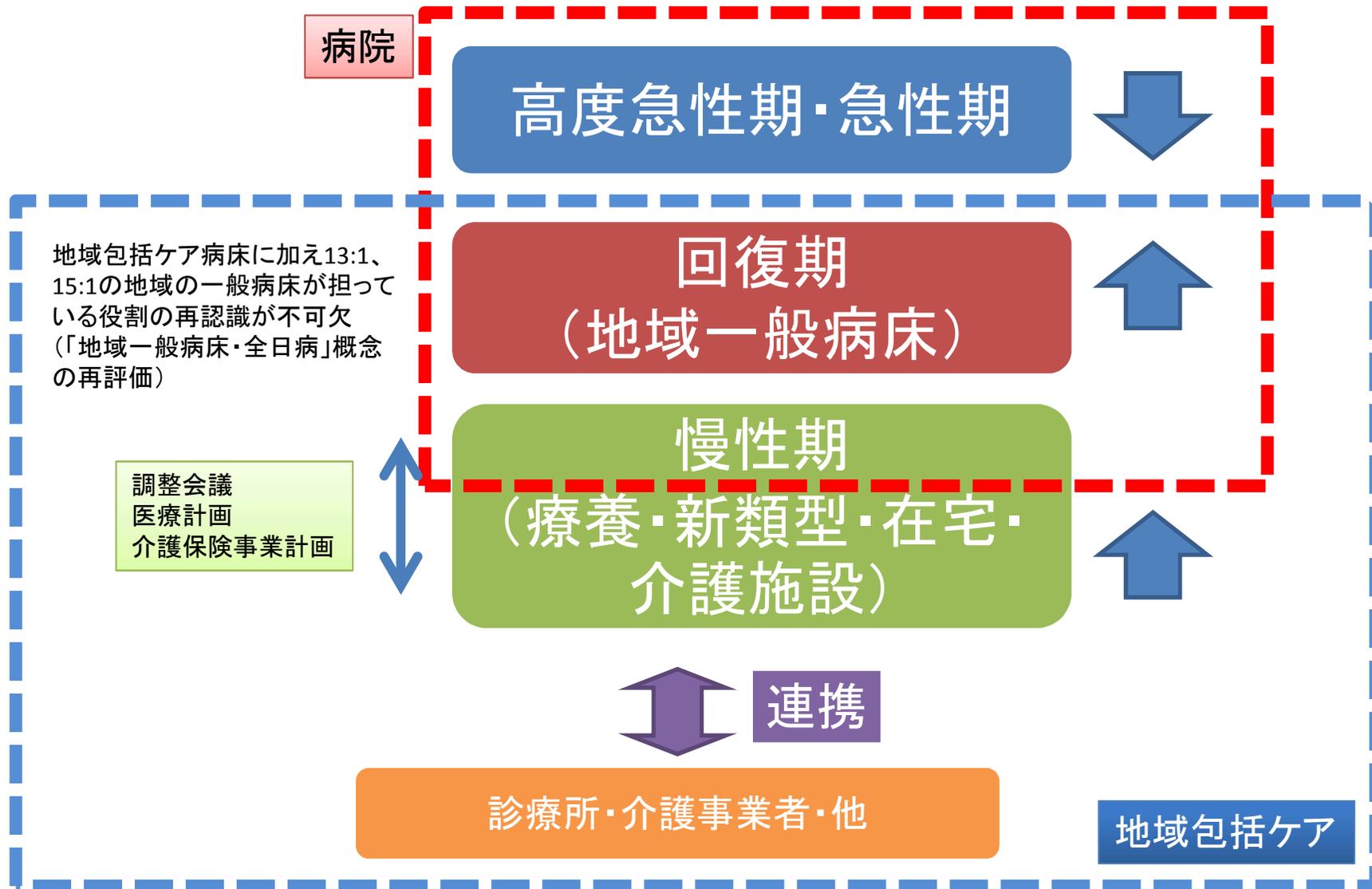


地域	診療科目	病床数	医師数	看護師数	その他	2025年度目標
熊本	1.2025年度目標	4,078	2,325	4,212	15,833	14,982
	2.2025年度目標との差	1,123	3,467	4,200	11,260	11,349
中核	1.2025年度目標	1,894	744	1,460	4,460	4,460
	2.2025年度目標との差	0	590	0	0	1,477
有限	1.2025年度目標	785	313	360	1,590	1,590
	2.2025年度目標との差	460	737	2,560	2,560	2,560
拠点	1.2025年度目標	281	100	810	760	760
	2.2025年度目標との差	423	802	3,074	3,074	3,074
圏域	1.2025年度目標	274	98	1,395	2,034	2,034
	2.2025年度目標との差	0	0	0	0	0
上田	1.2025年度目標	224	81	81	81	81
	2.2025年度目標との差	0	0	0	0	0
八代	1.2025年度目標	299	92	92	92	92
	2.2025年度目標との差	0	0	0	0	0
阿蘇	1.2025年度目標	181	71	71	71	71
	2.2025年度目標との差	0	0	0	0	0
熊本	1.2025年度目標	234	234	234	234	234
	2.2025年度目標との差	0	0	0	0	0
天草	1.2025年度目標	171	171	171	171	171
	2.2025年度目標との差	0	0	0	0	0

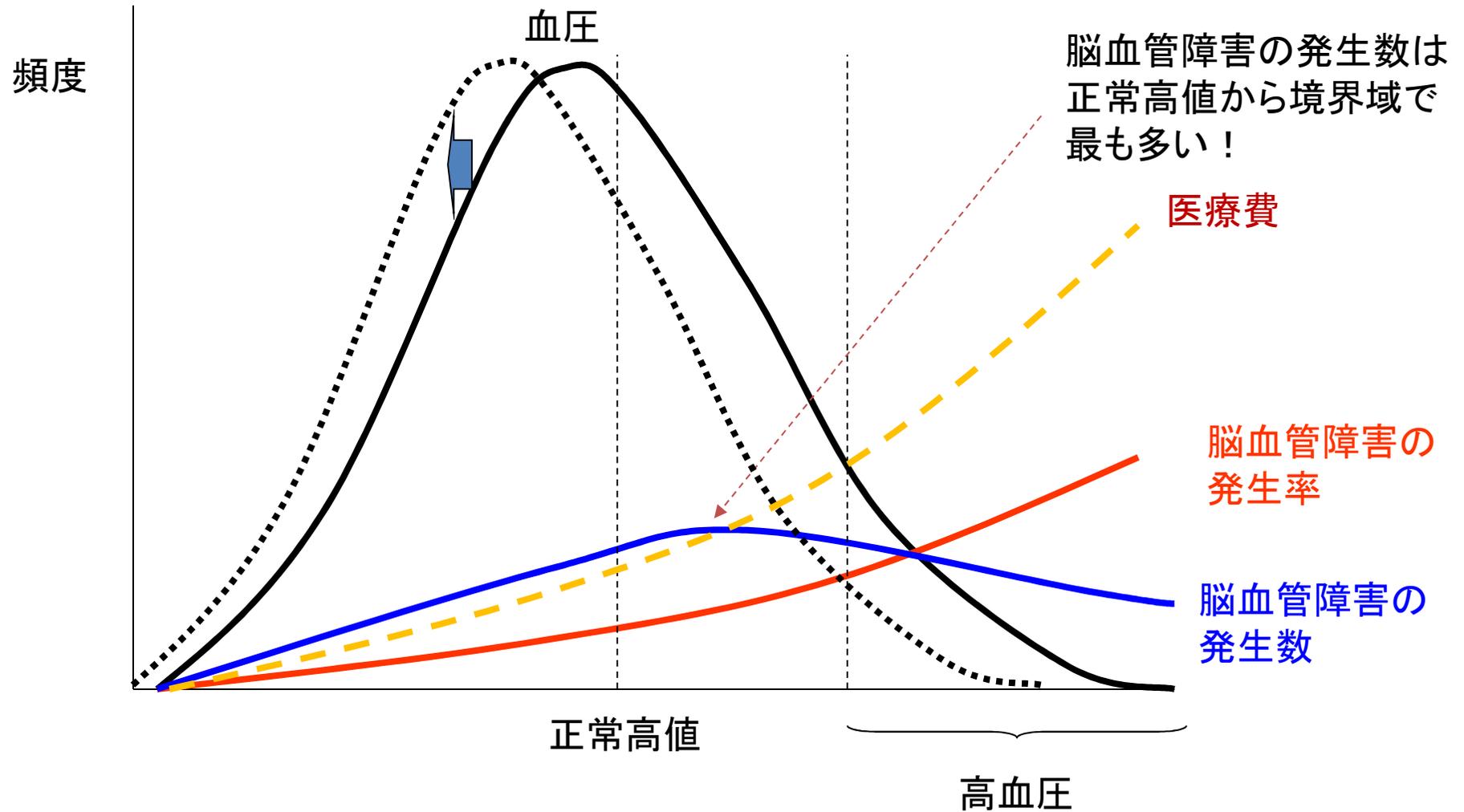
診療報酬・介護報酬による誘導



これからの機能別病院体制（私見）



ハイリスクアプローチと ポピュレーションアプローチ



集団の平均値を下げることの効果がハイリスクへの介入よりも効果は大きい
ただし医療費はハイリスクグループで高い

まとめ

- 少子高齢化と人口減少というこれまで経験のない社会環境下で医療提供体制の再構築が求められている
 - ただし、その形は各地域で異なる
- 各地域でデータに基づいて客観的に将来を考えることが求められている
 - 地域医療構想の数字が独り歩きしないためにも平成30年の第7次医療計画と介護保険事業計画の議論が重要となる
 - 地域医療構想調整会議の役割が重要となる
- 地域医療構想や地域医療計画の実現は、各関係者の自主的な対応が前提（その前提としての正しい理解）
 - データを客観的に分析し、ニーズの変化に対応していく姿勢が求められる→医師たる行政官の重要な役割。

いくつかの情報源

- 産業医科大学公衆衛生学教室
<https://sites.google.com/site/pmchuoeh/>
 - 患者推計ソフトAJAPA
 - 各種講演資料
- 松田晋哉：地域医療構想をどう策定するか（2015）、医学書院
- 石川ベンジャミン光一先生資料公開サイト
https://public.tableausoftware.com/profile/kb_ishikawa#!/
- 医学書院の「病院」誌、社会保険研究所の社会保険旬報に関連論文を連載中