

# 1. 地域医療構想の考え方

(第1回研究会(平成27年10月30日)におけるプレゼンテーション)

## 1) 地域医療構想の考え方

産業医科大学公衆衛生学教室 教授 松田晋哉氏



**地域医療構想の考え方**

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

この発表のほとんどは研究に拠り、開示された情報は全て正確なものと見做されます。

**社会保障・税一体改革**  
(平成24年2月17日)

1. 病院・病床機能の分化・強化
  - 急性期病床の位置づけの明確化と医療資源集中投入による機能強化
  - 病診連携・医療介護連携の推進による在院日数の適正化
2. 在宅医療の推進
  - 在宅医療の拠点となる医療機関の整備
3. 医師確保対策(配置の適正化)
  - 都道府県の役割の強化
4. チーム医療の推進

具体的なツールとしての  
医療計画 + 診療報酬

社会保障・税一体改革大綱では医療費の伸び率(増加幅)を抑制するために、病院・病床機能の分化・強化、在宅医療の推進など、医療提供体制の適正化を図ること等がかかげられた。

その社会保障・税一体改革大綱をうけ進められた第六次医療計画策定にあたって、厚生労働省は、都道府県に医療計画作成支援データブック(以下、「データブック」)を配布し、現在の傷病構造や医療提供体制等のデータを現状把握に活用し、その上で医療提供体制等を検討してもらおうと考えた。

ところが、このデータブックを活用したところは少なかったため、策定された医療計画には、医療費の適正化や医療機能の分化等がどこまで進むのかが把握できない、

どのような効果があるのか把握できない、医療費適正化計画に連動していない、といった指摘があった。

本来、地域医療構想は、医療計画の一環のため、第七期医療計画にあわせてすすめられていくものだと思っていたが、それらの指摘から、前倒しされることになった。

**第六次医療計画(2013年; 抜粋)**

1. 2次医療圏の設定について
  - 人口20万人未満の2次医療圏につき、入院医療を一体の区域として提供できているか検証。特に流入患者割合が20%未満、流出患者割合が20%以上

期待通りの医療計画が策定されなかった

→ 内閣府からの批判

3. 在宅医療に係る医療体制の充実・強化について(地域包括ケア)
  - 居宅等における医療体制構築に関する指針を示し、他の疾病・事業と同様、県が達成すべき数値目標や施策・事業等を記載。

## (1) 地域医療構想の概要

### ● 地域医療構想とは

地域医療構想とは病床削減計画ではなく、地域医療構想で推計するのは必要病床数という位置づけである。各地域の傷病構造や医療提供体制の現状を把握し、2025年、2040年にはそれらがどのような状況になるのか、その時にどのような問題がでてくるのかを検討し、2025年、2040年に備えるというのが地域医療構想の本来の考え方だ。病床数を削減しても、そこにニーズが残り、行く場所がない人たちがいては本末転倒である。

**地域医療構想とは**

- 地域の实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

日本医師会・中川副会長資料

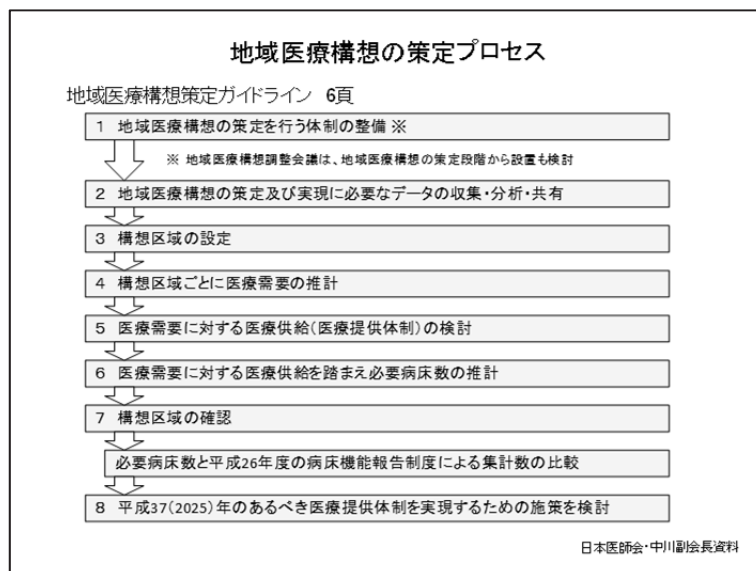
地域医療構想は、地域の実情に応じた課題を抽出し、地域の特性に応じた実現可能な施策を検討することである。岡山県でも、真庭と県南東部では全く違う状況にある。データ等に基づいて、地域に合った医療体制を検討し、関係者の合意を得ていくことが目的である。

また、地域医療構想をもとに各医療機関が医療機能を自ら選択し、地域のニーズにあった医療を選んでいくということが大事である。

### ● 医療機能の定義

地域医療構想では高度急性期、急性期、回復期、慢性期という医療機能ごとに必要な病床数を推計する必要がある。地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会で、この4機能が定義された。

これは、DPCの出来高換算で積み上げたもので、1つ1つが各DPCの分類である。入院初期からこのように医療資源投入量が収束する時期、これを急性期と回復期の分岐点に。この底の部分で患者が退院するため慢性期、と点数で区切ることにした。



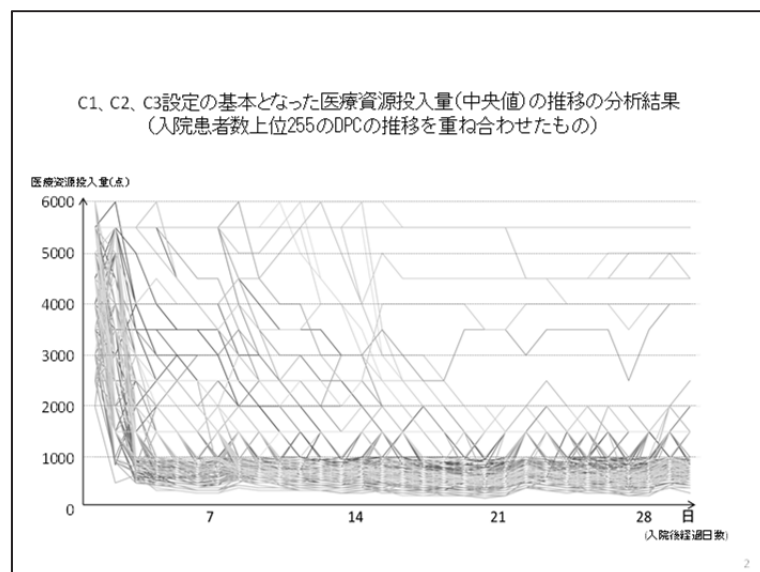
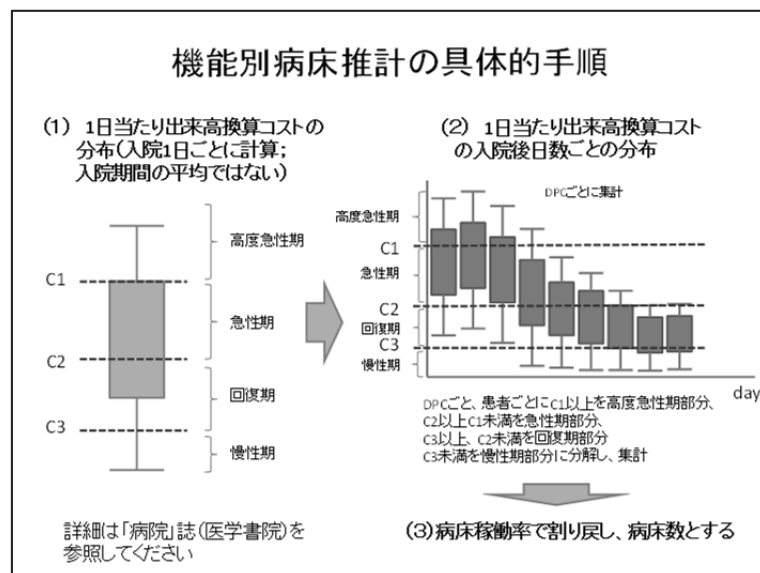
一番問題だったのは、高度急性期と急性期の分岐点。急性期、回復期、慢性期は期間だが、高度とは技術の高い・低いということ、高度急性期や高度回復期もあるはずであり、診療科によってその解釈が異なる。そこで、ICUやHCU、CCU等が多く使われている時期を高度急性期という分岐点が提案され、ガイドライン等検討会で決まったのが、C1、C2、C3である。

「C1」が高度急性期と急性期の境界点で3,000点。「C2」は急性期と回復期の境界点で600点、「C3」は回復期と慢性期の境界点で175点。

医療需要推計にあたっての境界点の考え方		
● 構想区画における機能ごとの医療需要を推計するために境界点を設定したもの		
● 各医療機関がこの基準で病床機能報告を行うわけではない		
	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期	C1 3,000点	救命救急医療やICU、HCUで実施するような重症者に對する診療態様が深い医療（一般診療等で実施する医療も含む）から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期	C2 600点	急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量
回復期	C3 225点	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの面における医療資源投入量
※		ただし、境界点に乗じてから短期間等を行う期間の医療費を及込み175点で推計する。

※ 急性期に於ける診療態様も重症から軽症まで幅広く見られる。なお、175点未満の医療費については、慢性期に於ける医療費の推計に併せて一括的に推計する。

日本医師会・中央社会医療院



これらは、地域医療構想における必要病床数推計のための代替変数として今回設定されたものである、診療報酬には使われることはない。

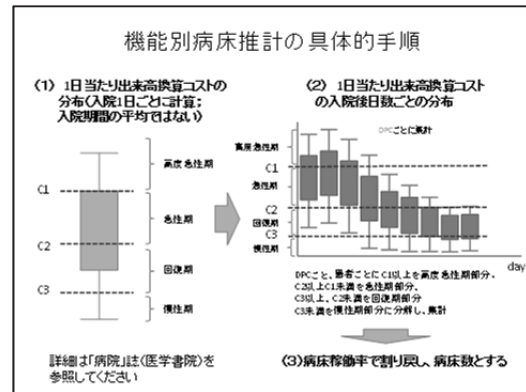
**C1、C2、C3について**

- C1、C2、C3の値は今回の推計のために「代替変数」として設定したもので、これらが今後使われることはない
  - あくまで、マクロレベルでの病床数を推計するために採用した方法
  - 3000点、600点、175点で各施設の病床数を個別に計算することは無意味ではないが、診療報酬等にリンクすることはないので、やってもそれほど意味はない

これが1つのDPCだとして、レセプトを使って1日ごとに点数化する。それをC1以上の人の1年分を合計し、年末年始の補正をかけ、これを365で割ると、高度急性期に相当する1日分の患者数になる。患者数を病床稼働率で割ると高度急性期の治療のために必要な病床数ということになる。同様に、急性期、回復期、慢性期で行い病床数を推計したことが、今回の大きなポイントである。

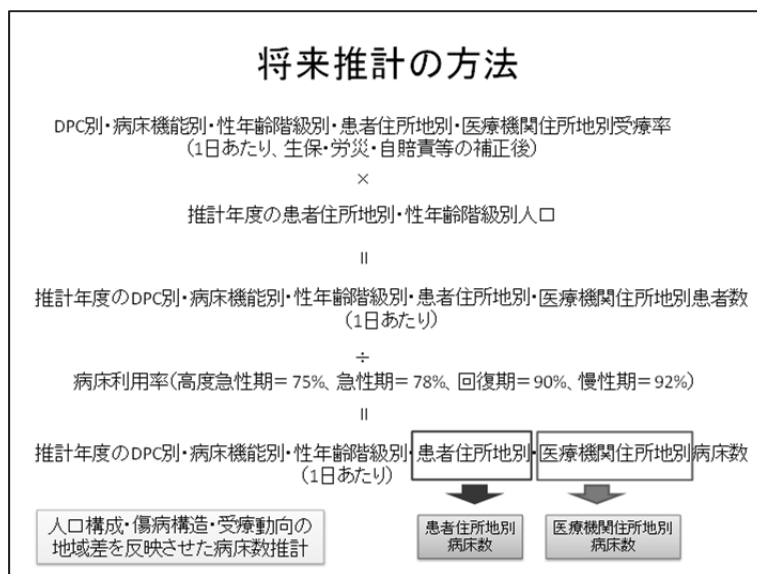
DPCを採用していない場合も、私たちが開発したDPCロジックを適用して、全てDPCに展開した上で、同様に病床数を

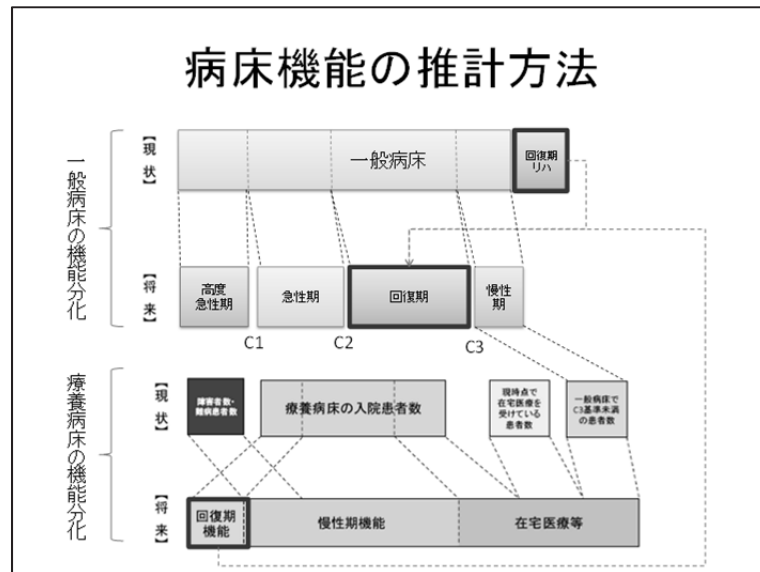
推計している。



●将来推計の方法

どのように将来推計を行ったのか——。まず、DPC別・病床機能別・性年齢階級別・患者住所地別・医療機関住所地別の患者数を求める。これを性年齢階級別・患者住所地別の人口で割ると受療率がでる。この受療率に推計年度の患者住所地・性年齢階級別人口をかけあわせると、推計年度のDPC別・病床機能別・性年齢階級別・患者住所地別・医療機関住所地別の患者数を求めることができる。その患者数を病床稼働率で割ると病床数となる。





70歳から74歳女性の脳梗塞患者で、岡山県の南東部医療圏に住みながら南西部医療圏に入院するといった患者に相当する病床数がどのくらい必要かという推計をする。人口構成・傷病構造・患者の地域間での移動等を反映させた上で、地域の病床数を推計するというロジックを考えた。

簡単に言うと、一般病床をC1以上を高度急性期、C1からC2を急性期、回復期リハ病床は全て回復期に、一般病床における慢性期には、在宅医療も相当すると仮定した。医療区分の1の70%が在宅に移行できるというデータが日本慢性期医療協会から提示されたため、慢性期在宅として推定する。

これからこの推計値をもとに議論していくことになるが、この推計値が妥当かどうかは、この仮定が妥当かによる。特に医療区分1の70%は入院以外に対応できるのか。療養病床の受療率の地域間格差を本当に削減できるのか。実はここが地域包括ケアとの関係で大きな課題になってくるであろう。この仮定が成り立たなければ、特に慢性期病床の患者数の推計にズレが生じるのである。

●地域医療構想における議論

これは地域医療構想策定ガイドライン

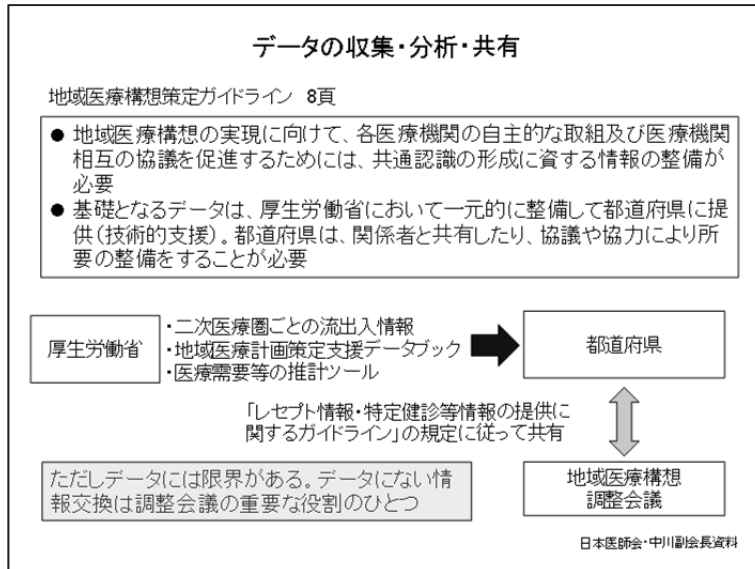
にある地域医療構想の議論の進め方である。まず、地域の医療提供体制の現状と目指すべき姿の認識を共有する。地域医療構想を実現するための課題を抽出する。具体的な機能分化・連携のあり方について議論する。地域医療介護総合確保基金を活用した具体的な事業の議論をする。

この地域医療の現状を共有せずに、病床数の推計値の議論を始めてしまうと、地域医療構想調整会議に参加している病院関係者は全くわからないだろう。どういう仮定で推計したのか、どういう傷病構造になるのかという理解がない状態では、単に「病床を減らせ」と言われているとしか思えないはずだ。そのような議論は、病院関係者だけでなく、患者や住民にも受け入れられないだろう。

#### 地域医療構想調整会議における議論の進め方

1. 地域の医療提供体制の現状と目指すべき姿の認識共有
2. 地域医療構想を実現するための課題の抽出
3. 具体的な機能分化・連携のあり方について議論
4. 地域医療介護総合確保基金を活用した具体的な事業の議論





一番大事なことは、現在地域がどのような傷病構造なのか、医療提供体制なのか、2025年、2040年にはどのような構造になっているのか、どのような課題があるのかを、丁寧に皆さんで話し合ってくださいことである。データブック等をきちんと活用して、どのような状況なのかの認識を共有することが重要である。

**Step 1 地域の医療提供体制の現状と目指すべき姿の認識共有**

- ・ 病床機能報告制度の報告や既存の統計調査等で明らかとなる地域の医療提供体制の現状と、地域医療構想で示される将来の医療需要と各医療機能の必要量について地域医療構想調整会議のメンバーで認識を共有

**Step 2 地域医療構想を実現するための課題の抽出**

- ・ 地域の医療提供体制の現状を踏まえ、地域医療構想を実現していく上での課題について議論

**Step 3 具体的な機能分化・連携のあり方について議論**

- ・ 例えば、ある構想区域において、回復期機能の病床が不足している場合、それをどのように充足するかについて議論
- ・ 現在、急性期機能や回復期機能を担っている病院関係者等、都道府県が適当と考え、選定したメンバーによって、回復期機能の充足のために各病院がどのように役割分担を行うか等について議論

**Step 4 地域医療介護総合確保基金を活用した具体的な事業の議論**

- ・ Step 3で議論して合意した内容を実現するために必要な具体的事業について議論
- ・ 地域医療介護総合確保基金を活用する場合には、当該計画を都道府県計画にどのように盛り込むか議論し、都道府県において必要な手続きを進める

## (2) 調整会議で利用されるデータ

本日お話しすること	
1. 地域医療構想の概要	
2. 調整会議で利用されるデータ	
3. 南東部医療圏を例とした検討	
4. まとめ	

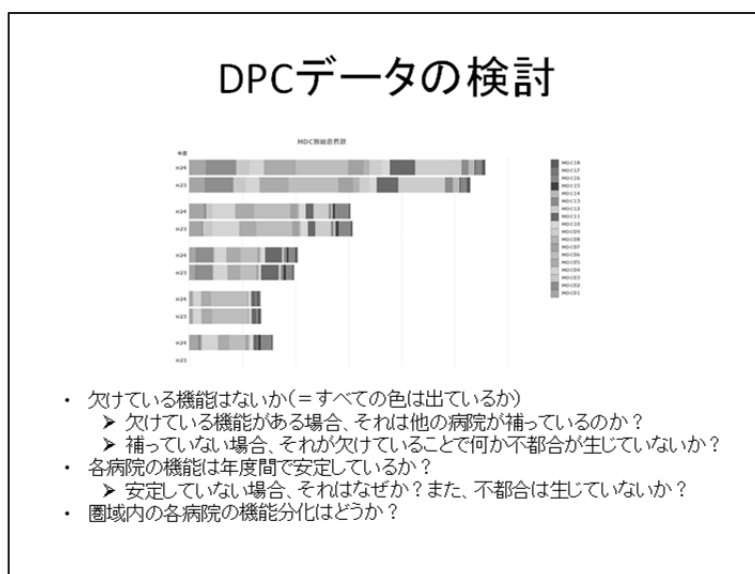
### ●DPC データ

DPC のデータによって、その地域で欠けている医療機能が見えてくる。この色が各診療科に相当するため、全ての色が出れば欠けている医療機能がない、全診療科が対応できていることを意味する。欠けている機能がある場合、そのことによって何か不都合が生じていないか、それを議論しなければならない。

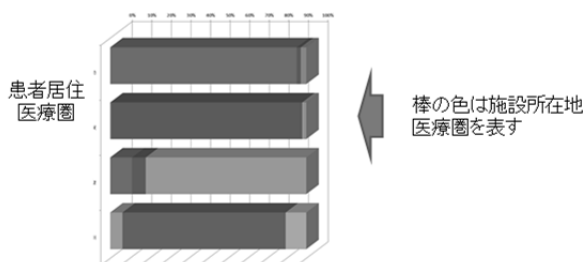
もう1つは、年度間で各病院の機能が大きく動いていないかを見る。例えば、ある病院が乳腺に関して100件程度対応していたのが、次の年に全く対応しなくなった、といったことである。乳腺はまだ待てる急性期といえるが、これが消化器や循環器ならばどうだろうか。地方の病院では大学の

引き上げによって、こういったことが起こりかねない。地域の必要な医療機能に関しては、安定して医療機能が果たせるように、地域の大学病院における役割や責任といったことも地域医療構想を検討する中で議論が必要なことであろう。

次に、機能分化のレベルを見ていただく。それぞれの急性期病院が同じような医療提供体制でやっているのは機能分化は進んでいないということになる。機能分化ができていない地域とできていない地域では、同じ病床数、同じ医師数でも機能分化できているほうが症例数がこなせると経験的にわかっている。



## NDBデータの検討



- ・ 当該機能について、各医療圏(構想区域)の自己完結率はどうか？
  - 自己完結していない場合、それで何か不都合はないか？
  - 不都合がある場合、それをどう解決すればよいのか？
    - ✓ 自己完結率を高めるのか？あるいは他医療圏と連携するのか？

### ●NDB データ

NDB (ナショナルデータベース) でみていただきたいのは、自己完結率である。例えば、これが二次救急だとして、患者の住んでいる医療圏で受けることができているかをみていく。この場合、全て 80%以上なので、全ての医療圏が自己完結しているということがわかる。仮に、クリティカルな疾患で自己完結していないものがあるのであれば、それはなぜなのか、どういう不都合が生じているのかなどを議論していただきたい。

### ●救急搬送データ

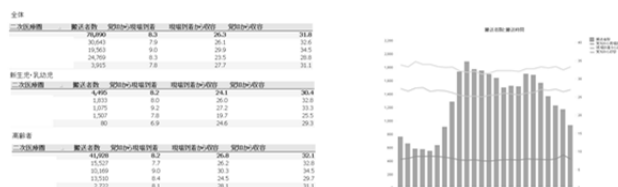
消防庁から救急搬送データを毎年いただいているので、全てのデータを加工したものをデータブックにに入れて配布してい

る。救急搬送データとは、何時何分に電話がかかってきて、何時何分に現場に到着して、何時何分に収容したかという個票のデータである。それをこのように整理して、覚知から現場到着、現場到着から収容まで、どこに時間がかかっているかをみられるようにした。

### ●SCR データ

SCR とは、全国統一の性年齢階級別のレセプト出現率を用いた場合、その地域で当該レセプトがどのくらい出現するのかという期待数を計算して、それで実数で割り、100 をかけたというもの。これが 100.0 より大きければその医療行為が多く行われている、小さければあまり行われていないことを意味するものである。

## 消防庁データの検討



- ・ 救急搬送に関して何か問題はないか？(→覚知から収容までの平均時間の検討)
  - 搬送時間が長い場合、その原因はどこにあるのか
    - ✓ 覚知から現場到着？現場到着から収容？
    - ✓ 時間帯による問題は？
    - ✓ 年齢による問題は？



## SCRの検計

区分	機能名	人口区分	100%	110%	120%
入院計 費別	一般入院費	全府	187.1	155.7	105.3
	一般入院費	全府	118.2	114.1	113.5
	一般入院費	全府	119.6	116.1	107.3
	ICU入院費	全府	100.5	89.3	84.9
	救急搬送入院費	全府	82.8	71.8	70.9
	救急搬送入院費	全府	273.7	—	—
	救急搬送入院費	全府	70.8	66.0	110.6
	特定機能病院一般入院費	全府	41.2	117.1	52.4
	療養施設等入院費	全府	87.8	54.8	42.1
	療養施設等入院費	全府	109.2	—	137.7
	急性期入院費	全府	274.3	202.0	184.4
	特定重症治療管理科(ICU)	全府	28.5	22.0	18.4
	特定重症治療管理科(ICU)	全府	203.1	—	—
	特定重症治療管理科(ICU)	全府	76.2	119.2	56.7
	回復期リハビリテーション病棟入院費	全府	2.6	437.8	11.7
回復期リハビリテーション病棟入院費	全府	76.8	103.3	66.4	
回復期リハビリテーション病棟入院費	全府	152.1	114.8	82.8	
回復期リハビリテーション病棟入院費	全府	151.8	148.7	243.1	
回復期リハビリテーション病棟入院費	全府	274.9	166.4	—	
回復期リハビリテーション病棟入院費	全府	66.8	277.0	341.9	
回復期リハビリテーション病棟入院費	全府	132.0	87.8	35.0	
回復期リハビリテーション病棟入院費	全府	106.7	147.8	137.4	
回復期リハビリテーション病棟入院費	全府	—	—	109.4	
回復期リハビリテーション病棟入院費	全府	50.7	21.2	33.1	
回復期リハビリテーション病棟入院費	全府	—	—	37.8	

- ・ 性年齢を補正したとき全国よりも多く出ている機能・欠けている機能はないか？  
 ▶ そのような機能があることで何か不都合はないか？

## 年齢調整標準化レセプト出現比(SCR)の検計

$$SCR = \frac{\sum \text{年齢階級別レセプト実数}}{\sum \text{年齢階級別レセプト期待数}} \times 100.0$$

$$= \frac{\sum \text{年齢階級別レセプト数} \times 100.0}{\sum \text{年齢階級別人口} \times \text{全国の年齢階級別レセプト出現率}}$$

- ・ 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

100.0 より大きければ良いが、小さい場合の理由は2つ。その医療行為を必要としている患者が少ないか、その医療行為を行う病院が少ないかのどちらかである。その医療行為を行う病院が少ない場合は、何か不都合が生じないかということを検計していただきたい。

病床機能別医療需要に関して、2つのツールを配布している。

1つは、先ほどの仮説に基づいてそれぞれの地域における病床機能別の必要病床数を計算したものである。この必要病床数は、目標値ではない。このツールは、一定の仮定のもと、最低限必要な病床数を推計しているのである。

もう1つは、現状と同じ場合に、必要な

病床数を推計する簡易版のツールをつくっている。このツールは、私たちの教室のWEBサイトからダウンロードできるようになっているので、活用していただきたい。

### ●推計値の考え方

先ほどのツールは、一定の仮定の基に推計している。その仮定とは、機能分化を進める、医療区分1の70%は入院以外で対応、療養病床受療率の都道府県格差を縮小の3点である。特に、2番目と3番目が推計する病床数を左右する。

これは目標ではない。一番重要なことは、それぞれの地域で可能な対策を考えることで、地域包括ケアの結節点はここである。

# 病床機能別医療需要の検討(1)

病床機能別推計	2019	2020	2021	2022	2023	2024
急性期病床	4,385	4,231	4,077	3,923	3,769	3,615
回復期病床	12,118	11,964	11,810	11,656	11,502	11,348
療養病床	18,205	18,051	17,897	17,743	17,589	17,435
合計	34,708	34,246	33,784	33,322	32,860	32,398

病床機能別推計	2019	2020	2021	2022	2023	2024
急性期病床	13.4	13.2	13.0	12.8	12.6	12.4
回復期病床	35.3	35.0	34.7	34.4	34.1	33.8
療養病床	50.3	50.0	49.7	49.4	49.1	48.8
合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

現在と同じ平均在院日数、  
同じ受療率だったときの  
必要病床数の推計

現在と同じ病床で賄うと  
した場合、病床機能別  
平均在院日数の推計

- ・ 現在と同じ平均在院日数・同じ受療率だったときの必要病床数は各機能で足りるのか？
  - 仮に足りないとすると増床はできるのか？
  - あるいは余裕のある機能から病床転換できるのか？
  - 仮にそれが療養病床であった場合、不足分を補える在宅ケアは確保できるのか？

注意:  
このツールは研究班で  
準備した簡易版です。

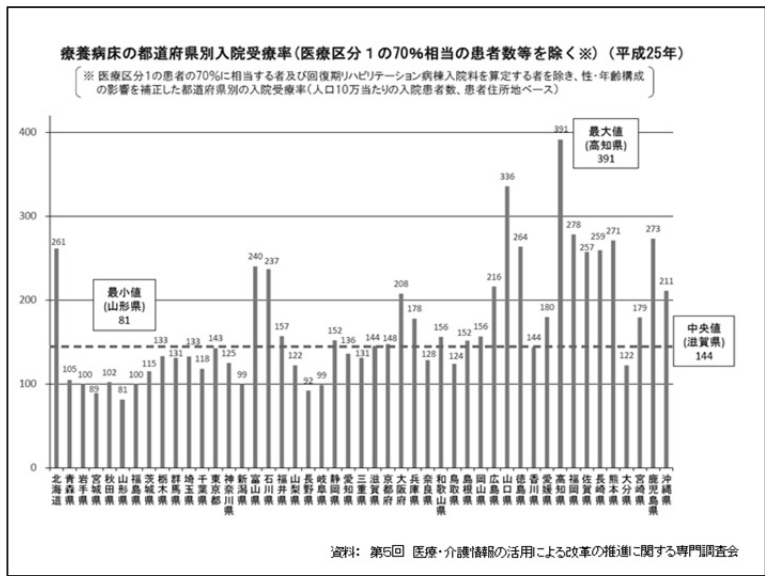
### 専門調査会推計の考え方

- ・ 一定の仮定のもとに患者数の推計を行った
  - 機能分化を進める
  - 医療区分1の70%は入院以外で対応
  - 療養病床受療率の都道府県格差を縮小
- ・ 「目標」ではない
  - 目標は地域医療構想調整会議で決められる
  - それぞれの地域で、対応可能な対策を考える
  - 慢性期=療養病床入院+介護施設+在宅
  - 上記の配分の在り方は各地域の状況による
  - 慢性期の状態像に関しては、今後精査が必要

慢性期は、療養病床の入院と介護施設と在宅でどのようにすることができるかは、地域の状況による。例えば、これらのツールは地域の地理的な条件などは考えずに

推計している。真庭のように広い地域に点在する高齢者宅で在宅医療を推進するというのも無理がある。美甘のように医師がいない地域で、病院の往復で1時間以上かかる地域で在宅医療を推進するというのも無理がある。そういった地理的状況によっては、医療機関に入院して治療するしかないこともあるだろう。

福岡県の朝倉は、病院で勤務している医師の半分以上が60歳以上、看護師は半分が准看護師で、半分以上が55歳以上。そういう地域で10年後に療養病床ができるのかといたら、難しい。対策を考えた際に、医師の人材確保は何とかなるが、看護



## 病床機能別医療需要の検討(2) (厚生労働省配布ツールによる)

医療機関所在地	医療機能	2019年度の医療需要(人/日)	2025年度の医療需要(現行の流出)(人/日)	2025年度の医療需要(調整後の流出)(人/日)	2019年度の必要病床数(床)	2025年度の必要病床数(現行の流出)(床)	2025年度の必要病床数(調整後の流出)(床)
A	高度急性期	1,904.3	2,146.2	1,844.8	2,539.1	2,691.7	2,459.7
	急性期	4,952.1	6,128.0	5,618.6	6,348.8	7,656.4	7,203.3
	回復期	4,825.8	6,477.1	6,000.8	5,473.1	7,196.7	6,689.7
	慢性期	2,683.9	3,295.6	3,458.0	2,817.2	3,582.2	3,758.6
	在宅医療等	25,889.7	42,112.5	40,049.9			
	再帰在宅医療等のうち訪問診療分	18,432.8	29,867.8	27,817.0			
小計	40,354.7	60,159.4	56,991.0	17,278.2	21,497.0	20,111.4	
B	高度急性期	1,325.8	1,435.5	214.2	167.7	191.4	285.5
	急性期	451.5	499.0	674.9	514.7	639.8	895.3
	回復期	517.5	695.1	794.1	575.0	772.3	882.3
	慢性期	348.1	407.4	508.0	378.3	442.8	552.1
	在宅医療等	1,812.0	2,836.6	3,382.9			
	再帰在宅医療等のうち訪問診療分	790.5	1,230.4	1,524.7			
小計	3,204.8	4,691.6	5,574.0	1,635.7	2,046.2	2,585.3	
C	高度急性期	13.0	13.9	30.7	17.3	18.5	41.0
	急性期	73.3	80.2	107.0	93.9	102.8	137.1
	回復期	59.0	63.1	109.1	65.6	70.2	117.8
	慢性期*	99.4	68.6	106.6	108.1	74.6	115.9
	在宅医療等	727.9	878.8	750.0			
	再帰在宅医療等のうち訪問診療分	324.6	413.3	273.9			
小計	977.6	1,108.7	1,104.4	284.8	266.1	411.8	
D	高度急性期	363.1	400.2	415.1	484.1	537.6	553.5
	急性期	1,085.7	1,273.7	1,288.4	1,391.9	1,632.9	1,664.6
	回復期	1,448.5	1,427.8	1,407.2	1,276.1	1,589.4	1,563.5
	慢性期	1,279.3	1,791.3	1,600.5	2,157.5	1,947.1	1,739.9
	在宅医療等	4,982.5	7,677.7	7,223.2			
	再帰在宅医療等のうち訪問診療分	2,287.7	3,209.0	3,138.9			
小計	9,559.1	12,774.5	12,444.4	5,200.6	5,703.9	5,621.8	
合計	100,075.5	146,544.7	145,675.9	47,819.5	59,229.7	58,639.7	

一定の仮定をおいた推計値であることに注意

出典: 必要病床数等推計ツール説明書(厚生労働省医政局)

師のほうが難しい。

慢性期のニーズにどう応えるかを具体的に考えるのが地域包括ケアであり、この地域医療構想で一番大事な点である。

では、療養病床数をどのように推計するのか。実は合理的なロジックはない。私たちは合理的なロジックをつくりたかったが、慢性期は状態像が全くわからない。それは、医療区分1・2・3とADL区分1・2・3とを組み合わせたものは、平成18年度に一時的につくったもので、数年後の改定を機に療養病床の慢性期患者の状態像を把握するためのツールをつくることになっていたが、それをつくらずにここまでできているからだ。

状態はわからないものの、医療区分1の

70%を除き、性年齢階級を補正しても、高知県は10万人あたり391人が入院している、山形県は81人、中央値の滋賀県では144人。

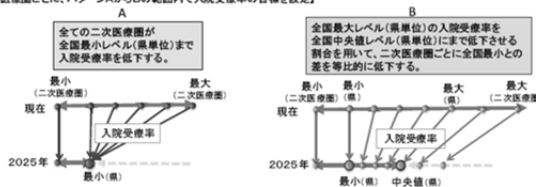
この療養病床の入院受療率の地域差を是正することになった。是正の仕方は2つ。1つは、最小値である山形県に着目して、山形県よりも入院受療率が高い全ての二次医療圏を2025年に山形県並みにするというのがパターンA。もう1つは、パターンAは少し厳しいということで入院受療率の最も高い二次医療圏を中央値並みにするというのがパターンBである。

## 療養病床の都道府県格差の是正

### 療養病床の入院受療率の地域差への対応①(基本的な対応)

- 医療機能の分化・連携により、現在では療養病床で入院している状態の患者数のうち、将来において、どの程度、慢性期の病床で対応し、どの程度、在宅医療・介護施設で対応するかについて、各二次医療圏において目標を定めることとして、医療需要を推計する。
- 現在、療養病床の入院受療率に地域差があることを踏まえ、この地域差を縮小していく観点から、都道府県は、二次医療圏ごとに、パターンAからBの範囲内で入院受療率の目標を定めることとする。  
 パターンA: 全ての二次医療圏が全国最小レベル(県単位)まで入院受療率を低下する。  
 パターンB: 全国最大レベル(県単位)の入院受療率を全国中央値レベル(県単位)にまで低下させる割合を用いて、二次医療圏ごとに全国最小との差を等比的に低下する。
- その際、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等での対応が着実に図られるよう、一定の要件に該当する地域については配慮する。(次頁参照)

【二次医療圏ごとに、パターンAからBの範囲内で入院受療率の目標を設定】



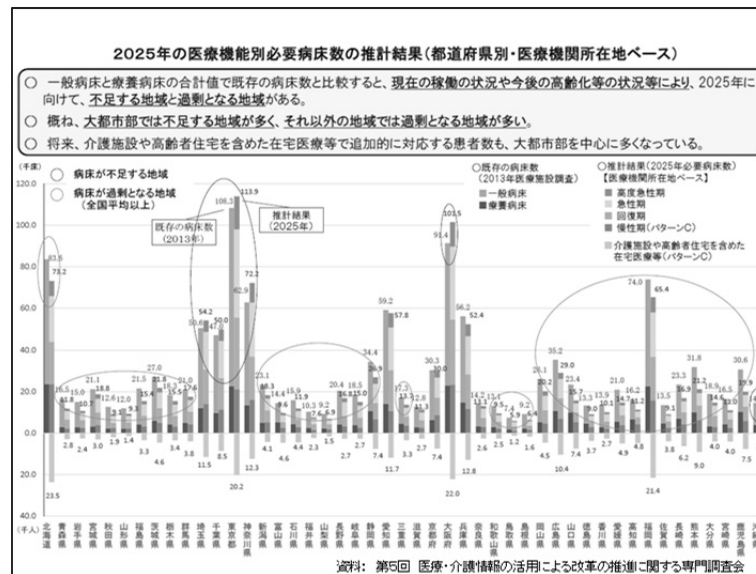
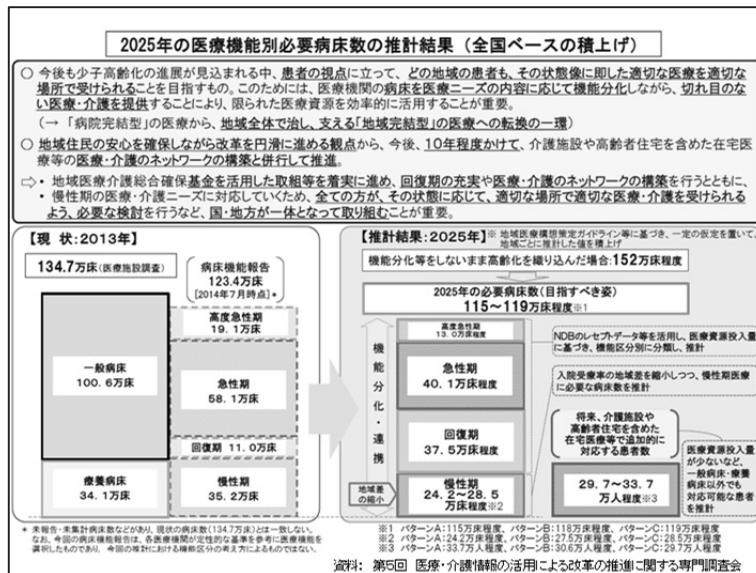
パターンBでも難しい場合、2030年を目標にパターンBで対応するというのが特例である。これは、そうして推計した結果である。

機能分化を図ることによって、一般病床を高度急性期、急性期、回復期という比で割る。慢性期は、パターンAでは24.2万床、特例が28.5万床。これはあくまで推定値である。

この資料には大切なことがいくつかあり、機能分化をせず高齢化を折りこんだ場合、152万床の一般病床と療養病床が必要になる。これが大事なところで、仮に現在の性年齢階級別の受療率で、将来の人口

構成、高齢化がかなり進むということを考慮して、今病院に入院している人を全て入院させると考えると、152万床必要になるということである。

今、日本の一般病床と療養病床の実稼働数は約130万床であるが、今の病床数を増やしていくことはできないため、現在の病床数が稼働したとしても20万人分は在宅医療で対応しなければならないということである。療養病床を減らさなくとも、在宅医療なのか、介護なのかは別としても、在宅ケアは充実させていかなければならないということだ。





このように、高度急性期・急性期・回復期の合計数と現在の一般病床の数はほとんど変わらない。ただ、変わっている点もあり、それは急性期が減って、回復期が増えていることである。この回復期は、典型的には地域包括ケア病床である。

在宅を支援できる病床というのは、この回復期になってくる。恐らく、回復期がないと在宅医療を支えきれないため、回復期病床数をいかに増やすかというのが、今回のもう1つの柱である。

今、大学病院に、地域の介護施設から誤嚥性肺炎や骨折の患者が救急で送り込まれてくる。ほとんどが認知症をもたれている高齢者だ。これは、大学病院の救急で診るものだろうか。実はこれに対応してしまうと何が起こるかということ、大学病院の呼吸器科に入院予定だったがん患者が入院できないということが起こってしまう。肺炎は呼吸器科で診ることになるが、これは非常に困ったことになっている。おそらく、二次救急や三次救急の救急病院が軽度の急性期をまともに受けていたら、これからは救急が回らなくなる。ものすごい数が増えているため、そういった患者を日常的に管理するような病床群が地域になれば、高齢化を乗り切れないことになるだろう。地域の軽度の急性期を支えることができるような回復期を増やしていかないととれないということをデータとして理解していただくことが大切である。

もう1つは慢性期で、この図には29.7～33.7万人程度とある。この図では、現在、療養病床に入院している患者を無理やり外に出している。しかし、このように外に出せるかどうかは、それぞれの地域の在宅医療で対応できるのか、介護施設がどのくらいあるのかということによって決まってくる。始めから出すことありきではなく、地域の受け皿によって決まることであって、これはまさに地域包括ケアである。

患者を退院させて病床を閉めるということ的前提にした議論を受け入れる医師は誰もいないはずである。重症な患者も入院してくる、また、療養病床患者の平均年齢もあがっている療養病床の現状では、受け皿がない地域に医師も看護師も退院なんてさせられない。ですから、ここの議論を絶対に逆転させないでほしい。

大事なことは、きちんと地域の受け皿の議論をしながら、どのように進めていくのかを考えることである。

#### ●人材確保における新たな視点

岡山県はかなりの自治体が高齢人口構成になるため、現実的な戦略も考えていかなければならない。後期高齢者、特に女性が増える。この後期高齢者の在宅ケアを支えるのは、この世代にいる看護師や介護士である。このような人口構成の地域に、東京や大阪、福岡から働きたいと引っ越してきてくれる看護師や介護士はあまりいないと思う。そうすると、看護師や介護士を地域にいる子どもたちから育てていくしかない、子どもたちが地域に残って、働いてくれるような枠組みをつくっていかねばならないのである。これは、立派な地域医療介護総合確保基金の活用になりえる。

面白い取り組みをしている足寄町に行ってきた。町にある足寄高校の定員は80名で2クラス。これが40名をきると1クラスに、20名をきると高校自体がなくなってしまう。足寄町長が言っていたのは「町から高校がなくなってしまうと、中学卒業後は子どもたちが町をでていってしまう。町をでた子どもたちは、もう町に帰ってこない」と、「地域で将来働いてくれる医療職・看護職を確保するために、高校を維持することは大事だ」と。足寄町が何をしているかということ、商業高校や工業高校、農業高校などを卒業した高齢者を一人ひとり口説いて、足寄高校を受験させてい



る。今年は5名が合格して、今年の足寄高校の合格者は42名で、2クラスになった。その後、おじいちゃん高校生やおばあちゃん高校生が高校に来ているかという、週3回はきているそうだ。英語や歴史の勉強をしに学校にきている。それも立派な地域貢献であり、生きがい対策でもある。ただ、それだけではもたないの、足寄町では、東京の有名な塾の先生にきてもらって、足寄高校の学生であれば無料で通える塾を町が運営している。足寄から東大プロジェクトというものを立ち上げ、北海道内から子どもたちが足寄にくる枠組みをつくらせている。今はまだ東大はでていないが、北大などには合格者はでてきているそうだ。そうすると、その子どもたちは町に戻ってきて、足寄のために働いてくれる。実際に、函館や青森からも高校生がくるようになっていく。

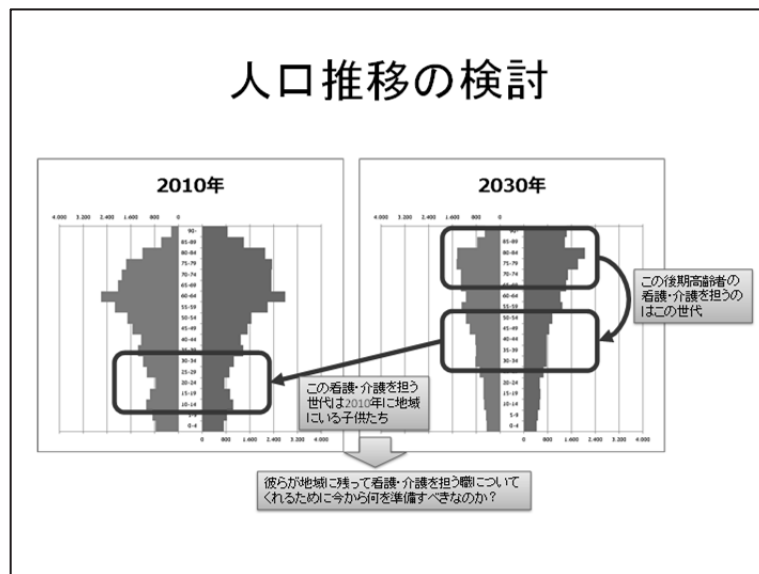
要するに、地域に残って働いてくれる子どもをいかに育成していくか、ということが立派な地域医療介護総合確保基金の活用なのではないかと思う。

これからどの地域もこのようになっていく。後期高齢者の肺炎、骨折が増えていき、それを今まで通り急性期の病院で対応できるかという、診療報酬の単価が安い

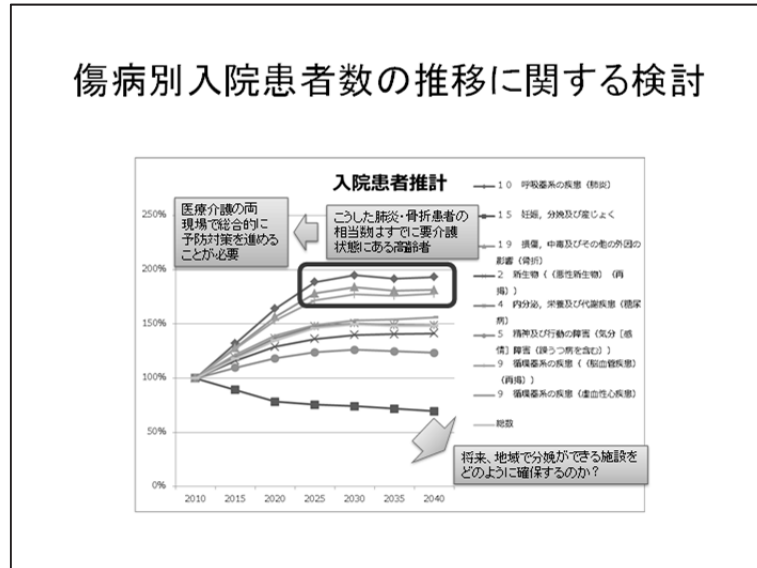
ので足りなくなると思う。こういったことを前提とした医療提供体制を考えていかなければならない。

一方で、分娩が減ってくる。これもいろいろな地域で起こっていることだが、ある圏域では2000年に14か所の産科施設があったが、現在稼働しているのは1~2か所になっていた。つまり、地域から子どもを産める施設が無くなっているということである。子どもが産めない、育てられない地域に若い人が住んでくれるかというと、これは難しいだろう。しかし、病院や介護施設で働いている、主たる労働者は誰か——若い女性である。要するに、安心して子育てができない地域は、看護師も介護職も確保できないということになる。

今、医学部に入学する学生の3分の1以上は女性が占めている。医療機関自身が子育て支援に取り組みなければ、医師等の確保は難しくなってくる。岡山ではMUSCATプロジェクトに取り組んでいる。子育て支援について、地域医療介護総合確保基金を活用することも考えてよいのではないだろうか。



## 傷病別入院患者数の推移に関する検討



今、大学病院でも若い女性の医療職が増えている。鳥取大学の医学部付属病院では、幼児保育のほか、最も手がかかる小学校低学年の学童保育にも取り組んでおり、医療職が集まりはじめている。

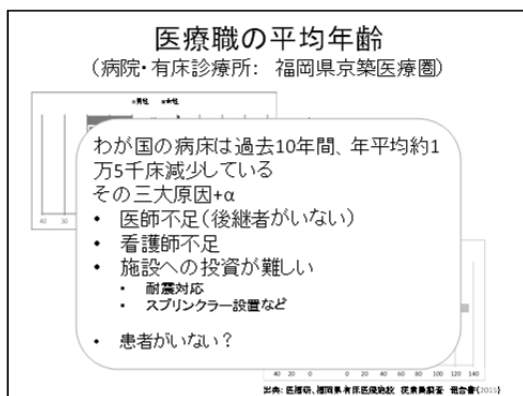
これは、福岡県の京築医療圏で、岡山県というと笠岡のような地域である。このように50歳代の医師が多く、准看護師が非常に多い。この地域が10年後どうなるのか——。日本の病床は、過去10年間、年平均1万5千床減少している。その原因は、後継者がいない、看護師がいない、施設の投資（耐震対応やスプリンクラー設置等）が難しいなどである。とくに、オリンピックの影響で建築単価が上がり、後継者や看護師が確保できない中で、耐震化までいわれると閉鎖という話になってしまう。しかし、このような減り方は良くない、地域のニーズは残ることになるからである。

今回の推計は、必要病床数であって、最低限のものである。しかし、その病床数すら維持できない地域がたくさん出てきてしまうだろうと思っている。そういう地域がどのように医師や看護師を補てんしていくのか、病床を維持していくのが大切である。

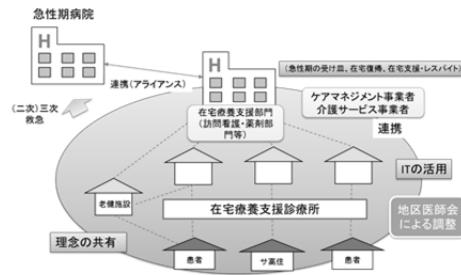
具体的には、岡山県の県北をどうするかということである。県北だけでなく、岡山県は鳥取県とも隣接しているので、鳥取県とどうするか。そのような視点も含め、地域医療構想を検討していく必要がある。

●地域の望ましい医療提供体制に向けて  
地域医療構想は、それぞれの地域によって違って来る。自分たちの地域は、どのような医療提供体制が望ましいのか、具体的なイメージを共有することが一番大事なことだ。

これは、熊本モデルである。これが済生会熊本病院、熊本機能病院、熊本在宅ネットワークである。熊本病院は、平均在院日数が7日、入院単価が11万円だが、それができるのは熊本機能病院や西日本病院のように、介護も調整も含めて一手に引き受けてくれる病院があるからだ。力のある介護支援専門員や在宅調整ナースがいるからこそできるのだと思う。そういう意味では、強い力をもった地域包括ケア病床を



## 望ましい医療介護サービス提供体制の構想



- ・ 将来の医療需要を踏まえて、どのような医療介護サービス提供体制が望ましいのかについて会議で合意形成を行う
  - その上で、各施設が何ができるのか(しなければならぬのか)を検討
  - 具体化されたものから地域医療介護総合確保基金を活用した具体的な事業として計画する

地域にどのように整備していくか、しかも日常生活圏域にしっかりと整備していくか、ということが一番大きな課題かと思う。

地域包括ケア病床が確保できない地域は、老健施設を使わざるを得ない。老健施設と地域包括ケア病床は機能的にかなり似ているので、地域にある医療・介護の資源をつかって、どのようにしていくかということが大切である。

その上で、こういう議論していく必要がある。いきなり、数字を提示して「推計値と照らし合わせるとこうだから」という話をしたところで、それは目の前の患者を病院から出せ、と言っていることと同じである。大切なことは、現在とこれからの傷病

構造がどうなっているのか、将来に医者や看護師が確保できるのか、様々なことを考えながら、制約があるのであればその中で、どのように慢性期の患者を地域でみていくのかを具体的に考えていかなければならない。これが地域医療構想だと私は認識している。

地域医療構想がうまくいくか、いかないか——。これは第七次医療計画につながるが、一番の肝は慢性期をどうみていくかということである。それには、地域包括ケアが非常に重要であり、地域の受け皿をどのようにつくっていくのかを考えることが大切である。

### 病床機能別病床数の議論のための基礎資料(仮想例)

構想圏域人口: 100,000人						
医療機関名 (病床数)		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計
〇〇市民病院	DPC対象病院	100	260	0	0	360
社会医療法人 △山範会病院	DPC対象病院	40	100	0	0	140
医療法人 □□会 凸凹病院		0	40	40	0	80
医療法人 △□会 ○×病院		0	40	40	0	80
医療法人 ○〇会 ◎◎病院		0	20	40	40	100
医療法人 □▽脳神経外科病院	地域包括ケア病棟	20	20	20	20	80
医療法人 ○〇会 ◎◎病院		0	0	0	80	80
医療法人 ○〇会 ◎◎記念病院		0	0	0	80	80
病床数合計(構想圏域)		160	480	140	220	1000
		16%	48%	14%	22%	100%
人口10万対病床数(構想圏域)		160	480	140	220	
人口10万対病床数(県)		145	355	210	300	
人口10万対病床数(全国)		140	360	220	270	
参酌標準値(2015年: 構想圏域)		95	320	200	300	900
		9%	36%	22%	33%	100%
参酌標準値(2025年: 構想圏域)		60	250	220	320	850
		7%	29%	26%	38%	100%
(該当医療行為: 100床・1日当たり)						
〇〇市民病院	DPC対象病院	120	180	0	0	
社会医療法人 △山範会病院	DPC対象病院	90	140	0	0	
医療法人 □□会 凸凹病院		0	140	120	0	
医療法人 △□会 ○×病院		0	120	140	0	
医療法人 ○〇会 ◎◎記念病院		0	40	200	100	
医療法人 □▽脳神経外科病院	地域包括ケア病棟	50	160	140	80	
医療法人 ○〇会 ◎◎病院		0	20	0	130	
医療法人 ○〇会 ◎◎記念病院		0	20	0	120	
構想圏域平均		104	157	151	116	
県平均		150	180	120	70	
全国平均		180	200	80	60	

熊本がうまくいっている理由の一つは、地域の看護力を高めていることにある。具体的には、看護師の総合研修を実施して、急性期の看護師が慢性期にいき、認知症患者等の看護を行う。逆に、慢性期の看護師は急性期の看護を行う。そういったことを通じて、地域全体の看護力を高めているので、力のある訪問看護もでてきている。

地域の看護力が全体的に高くないと、地域包括ケアの実現は難しいだろう。なぜなら、これからのケアマネジメントは、いわゆる看護診断・看護計画的なものになるからだ。例えば、誤嚥性肺炎のリスクをもっている高齢者に対して、誤嚥性肺炎をおこさないようにサービスを提供していくということがケアマネジメントだと思う。そうすると、医療と看護は一体化してくる。これをどのようにつくっていくか、そのための人材育成も地域医療介護総合確保基金の活用なのではないかと思う。

岡山県の場合は難しい点もあるが、高度急性期と急性期は、ある程度専門医の研修指定施設できまる。それは、外科の専門医になろうとすると、胸部外科、心臓外科、小児科、腹部外科、これらの基本4領域の内の3つを一定数こなしているところであれば、外科の専門医を育てる施設にはなりえないからである。指導医の数によって受け入れる研修医の数が決まり、また、症例数が決まる。それをどこでやるのかというと、岡山大学と川崎医大で話し合っていて、少し配置を考えていかないと、地域医療をこわす可能性を秘めている。こういった外科の施設が岡山の南東部だけに集まってしまうと、県北はつらくなる。研修プログラムをどのようにつくっていくか、必要な外科医が地域全体に配置されるように施設も選んでいかなければうまくいかない。これには、医師会と病院会の調整が必要になる。医師会と病院会が大学と話し合っていて、その調整を行わないと、地

域医療がこわれてしまう可能性がある。

地域包括ケア病床は、診療所の医師、介護関係者の意見聴取が重要になる。それは、地域包括ケア病床を支えるのは地域の診療所、在宅医療に携わる医師や介護施設だからである。どこの病院も、介護関係者の意向を聞きながら、考えていかなければならない。岡山駅の周辺に南東部医療圏のすべての地域包括ケア病床があっては地域包括ケアなんてできない。

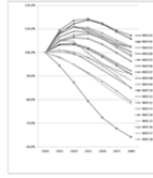
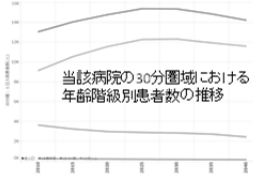
#### 機能別病床数の考え方

- 高度急性期・急性期は専門医の研修指定施設との関係を考える必要がある
  - 大学医学部との調整
- 回復期病床(地域包括ケア病床)の配置は、急性期病院及び診療所・介護施設との連携のしやすさを考慮
  - 診療所の先生、介護関係者の意見聴取
- 療養病床数は介護及び在宅医療の状況に依存
  - 在宅医療の提供量の現実的推計
  - 看護師・介護職の確保可能性
- 高度急性期+急性期、急性期+回復期の重なりを考慮した推計

療養病床は在宅医療に依存する。在宅医療の提供量の現実的な推計が必要になってくる。また、介護施設をどうするのか、介護に移行するということは、介護保険料がさらに高くなるということ、市町村の負担が重くなるということである。医療費を安くしたところで、介護保険料があがってしまえば意味がないことになる。

高度急性期と急性期、急性期と回復期、回復期と療養病床も重なってくる。重ならないと良い医療は提供できないと思うが、その重なり方の割合は違う。やはり、ケアミックスでないと病院が対応しきれなくなる場合があるため、上手に調整していただけたら良いと思う。

## 各病院の環境を推計するためのツール

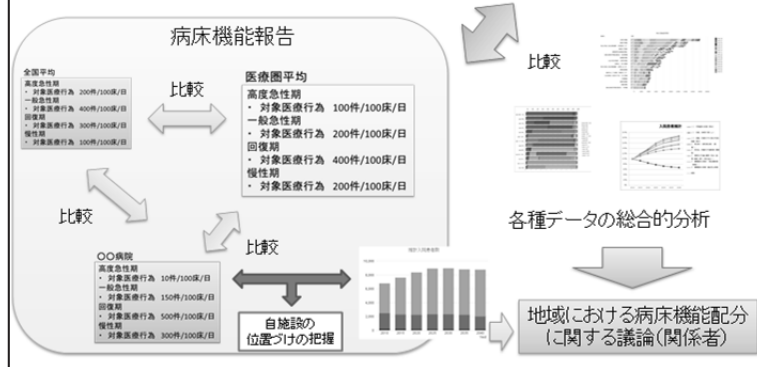


- ・ 現在と同じ年齢階級別・傷病別入院受療率だったとすると
  - 自施設のある地域の患者数はどうなるのか？
  - 自施設の入院患者の構成はどうなるのか？

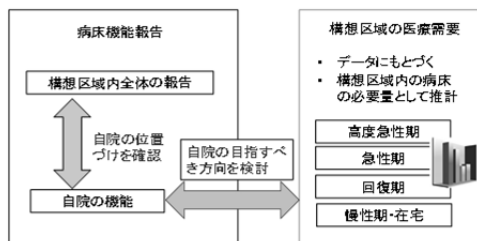
## 関係者の協議による病床配分の適正化

### 地域医療ビジョン策定支援ツール

区域別別府市	区域別別府市	2015年度(平成27)	2016年度(平成28)	2017年度(平成29)	2018年度(平成30)
高度急性期	1,200.0	1,200.0	1,200.0	1,200.0	1,200.0
急性期	4,000.0	4,000.0	4,000.0	4,000.0	4,000.0
回復期	4,000.0	4,000.0	4,000.0	4,000.0	4,000.0
慢性期	4,000.0	4,000.0	4,000.0	4,000.0	4,000.0
在宅	4,000.0	4,000.0	4,000.0	4,000.0	4,000.0
合計	17,600.0	17,600.0	17,600.0	17,600.0	17,600.0



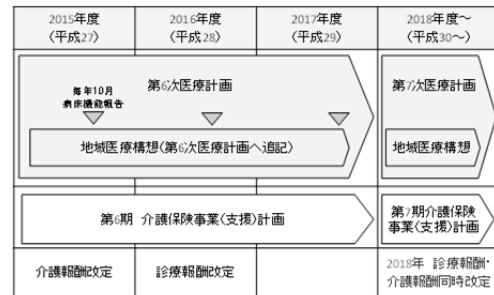
### 地域医療構想の意義(各医療機関にとって)



➡ 地域医療構想のデータ・枠組みを活用し、自院の強みをいかした機能を選択できるようになる。

日本医師会・中川順全基資料

### 今後のスケジュール



日本医師会・中川順全基資料



(3)南東部医療圏を例とした検討

**本日も話すること**

1. 地域医療構想の概要
2. 調整会議で利用されるデータ
3. 南東部医療圏を例とした検討
4. まとめ

データは一昨年度研究班のものです。直近のものは、地域医療構想調整会議の場で提示されます。

ここに岡山県のデータを全ていれているので、見ていただいた上で、南東部医療圏の現実と課題について整理していただく作業、これが地域医療構想を考えていくための話し合いの前提になる。

【データは第三部資料編 1. に掲載】

●慢性期の患者への対応

慢性期の患者については、本当に医療区分1の70%を退院させることができるのか、その時に受け皿がきちんとあるのかは、別途調査が必要になってくる。福岡県では実際に調べている。そういったものがなく療養病床についての議論すること自体がナンセンスなので、ぜひお願いしたい。

やはり急性期以後、特に慢性期の高齢者を地域でどのようにケアするのかが、これからの地域の医療・介護のあり方を決める。

要するに地域包括ケア体制が構築できないと、地域医療構想が絵に描いた餅に終わるのである。

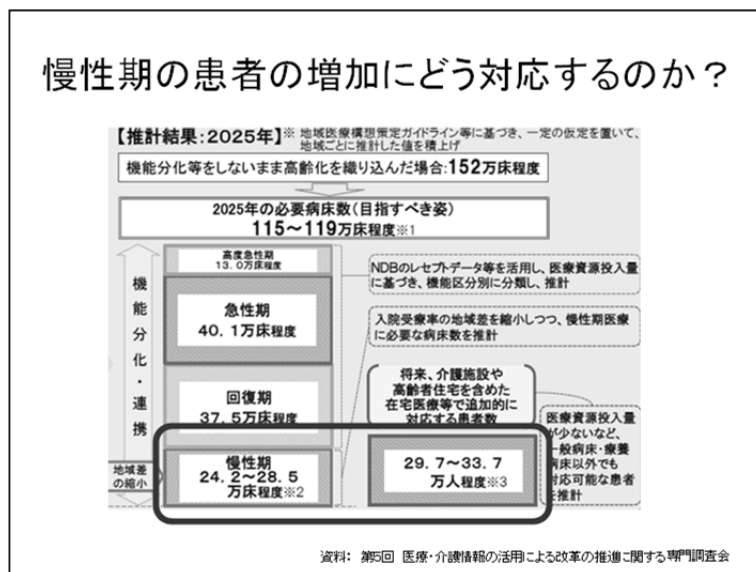
仮に「医療区分1」の患者の70%を退院させ、地域差を解消するとしたとき、これらの患者はどこに行くのか？

今、新類型の施設に関する議論が活発だ。厚生労働省の療養病床の在り方等に関する検討会の議論は注視していただきたい。この議論はかなり進んでいる。

「急性期以後」、特に慢性期の高齢者をどのように地域でケアするかが、これからの各地域の医療介護のあり方を決める  
→「地域包括ケア」体制の確立

新類型の施設に関する議論(療養病床WG、H27年10月23日)

- ・ 医療施設内における「すまい」
- ・ 看取りを行う施設



●経営シミュレーションの活用

医師会と一緒に経営シミュレーションツールもついている。行政にいと忘れがちだが、医療機関は経営をしているわけで、病床を減らす・増やすといわれても、それは経営に影響する問題だ。例えばこれは、全て15対1の100床の病院だと仮定した時に、これを全て地域包括ケア病床にした場合のシミュレーション結果である。この場合は、年間約1億円の増収になる。こういった具体的ツールを実際に見て考えていただく、ということをやらなければ具体的な議論は先に進められないだろうと思う。こういったツールは、私たち研

究者の役割だと思っているので、活用していただけたらと思う。

●地域医療介護総合確保基金等の活用

地域医療介護総合確保基金は対象事業が幅広いため、様々なことに関して基金を活用することができる。この基金の使い方はとても大切である。各地域均等に配分されるわけではなく、基金の使い方自体が評価されることになっている。適切でなければ、おそらく打ち切りか減額になる。簡単に言うと、良いところに多く配布し、ダメなところは削るというトップランナー方式である。地域医療介護総合確保基金を活用することも考えていただきたい。

### 経営シミュレーション

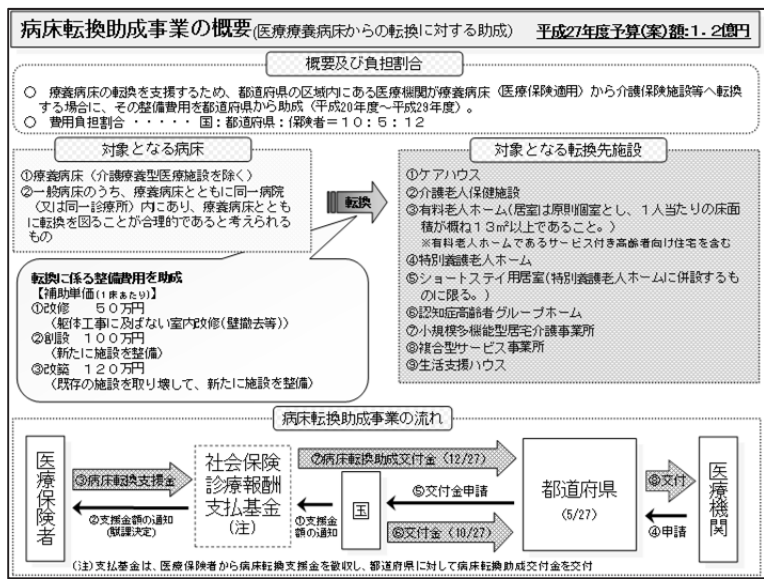
注:あくまで単純な仮定に基づく簡易な推計です

100床あたり

	一般病床	地域包括ケア病床
配置基準	看護15:1	看護13:1
医師	6.25人	3人
看護職員	34人	39人
1月あたり人件費 医師	130万×6.25人=8,125,000円	130万×3人=3,900,000円
看護師	35万×34人=11,900,000円	35万×39人=13,650,000円
合計	20,025,000円	17,550,000円

仮に現在の病床稼働率が80%で入院単価が27,000円であった場合の月あたり収入は  
 $27,000 \times 100 \times 0.80 \times 30 = 64,800,000$ 円  
 地域包括ケア病床に転換し、かつ加算等が取れ入院単価が30,000円であった場合の月あたり収入は(病床稼働率は不変)  
 $30,000 \times 100 \times 0.80 \times 30 = 72,000,000$ 円  
 したがって、100床あたりの粗利は  
 $(72,000,000 - 64,800,000) + (20,025,000 - 17,550,000) = 9,675,000$ 円増加  
 出典: 日本慢性期医療協会資料を著者改変





### サービス付き高齢者向け住宅整備事業について 別紙

**事業イメージ**

**<要件>**

「サービス付き高齢者向け住宅」として登録

- 高齢者住まい法の改正により創設された「サービス付き高齢者向け住宅」として登録されることが補助金交付の条件

その他の要件

- サービス付き高齢者向け住宅として10年以上登録するもの
- 入居者の家賃の額が、近傍同種の住宅の家賃の額と均衡を失ないように定められるもの
- 入居者からの家賃等の徴収方法が、前払いによるものに限定されていないもの
- 事業に要する資金の調達が確実であるもの 等

**<補助率>**

住宅：

- 新築 1/10（上限 100万円/戸）
- 改修※1 1/3（上限 100万円/戸）

高齢者生活支援施設※2：

- 新築 1/10（上限1,000万円/施設）
- 改修 1/3（上限1,000万円/施設）

○高齢者生活支援施設を合築・併設する場合は、新築・改修費にも補助

※1 住宅の改修は、共用部分及び加齢対応構造等（バリアフリー化）に係る工事に限る。  
平成27年度より、用途変更に伴い建築基準法等の法令に適合させるために必要となる構造・設備の改良に係る工事\*を追加

※2 高齢者生活支援施設の例： デイサービス、訪問介護事業所、居宅介護支援事業所、診療所、訪問看護事業所 等

99

その他にも、病床転換助成事業やサービス付き高齢者向け住宅の整備事業などがある。国土交通省の地方都市リノベーション事業等もうまく使いながら、地域包括ケアの住まいの部分をもどのようにつくっていくかがカギになる。

これはビバース日進町である。1F から3F が民間病院、4F が川崎市のケアセンター、5F から11F が高齢者向け住宅だ。市が土地と建築費用の大部分を負担して、このような施設ができている。岡山県や市でも、県営住宅や市営住宅、UR などの建て替えが始まると思うが、その時にこのようなオプションを考えても良いのかと思う。



これはつい数か月前にできた飯塚市の医師会館である。1F が西鉄バスターミナルで、2F から 4F には医師会、急患センターと訪問看護ステーションがあり、5F から 11F は 62 戸の高齢者対応マンションになっている。

この建物は、国土交通省の地方都市リノベーション事業という制度を使って建設された。これは、地方都市で医療や福祉施設に加え、住宅や商業施設などを一体的につくることについての交付金制度である。

飯塚市医師会館にはコンビニエンスストアもあるので、配食や荷物の受取などもでき、とても便利である。こういったものを考えていくことも地域包括ケアにつながり、また、こういったものがなければ慢性期を支えられないともいえる。



これは看護小規模多機能施設である。今、看護小規模多機能型居宅介護は経営的にうまくいっていない。なぜかという、経営のための初期費用が高すぎるためであ

る。この例は、かなりさびれた商店街だが、その中の閉店した和菓子屋を使って、このような多機能施設をつくっている。このように空き家や空き店舗を活用することで初期費用を抑えることができる。

このような事業所があると、在宅医療がかなり安定する。簡単にいうと、町の中に病棟があるようなものだ。そこに地域の診療所の先生が往診する、こういった形も良いのではないかと思う。



地域において様々な議論をしていったら良いと考えている。その中でも新タイプの議論には注目していただきたい。例えば 80 床の療養病床があったとして、20 床の療養病床を残して、残りを医療施設内住まいにするとといった取組みが可能になる。

(4)まとめ

**本日お話しすること**

1. 地域医療構想の概要
2. 調整会議で利用されるデータ
3. 南東部医療圏を例とした検討
4. まとめ

多くのデータがでており、このデータは県も医師会も使うことができる。みんなでデータが使えるようになっているので、デ

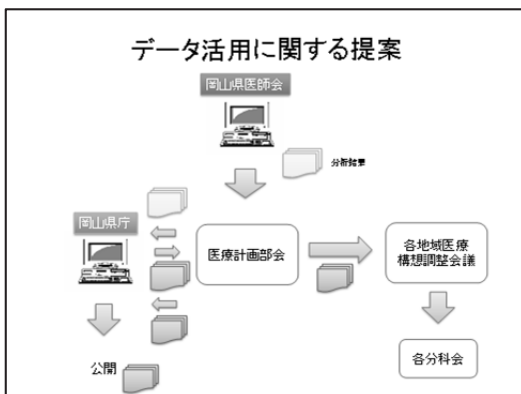


ータに基づいてどのように、何をすべきかを考えていただきたい。

間違えてはいけないことは、病床削減が地域医療構想の目的ではないということである。まず、地域がどうなるのかということを通理理解としてもっていただき、そこからどうするかを考えていただきたい。

**まとめ**

- DPCおよびNDBのデータを用いることで、医療の現状についてミクロレベル・マクロレベルの両方から検討することが可能になった→+病床機能報告制度
  - DPCとNDBの枠組みを用いた地域医療計画・地域医療構想の策定と評価
  - 地域における需給関係の適合度評価
  - 高齢化に伴って著増する肺炎、脳卒中、骨折等への対応
  - 在宅医療の体系化(←医療介護ニーズの複合化)
- 今後、各地域・各医療機関の情報活用力が問われる
  - 競争から協調へ
  - 協力を調整する組織としての医師会・病院会の役割の重要性
  - データ分析を支援する「地域のシンクタンク」の必要性



**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
- 「地域の医療介護ニーズに対応するためには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

**いくつかの有用な情報源**

- 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
  - 病床数推計ソフト
  - 各種講演資料
- 石川ベンジャミン光一先生資料公開サイト  
[https://public.tableausoftware.com/profile/kbshikawa#1/](https://public.tableausoftware.com/profile/kbshikawa#/)
- 日本医師会日医総研 日医総研ワーキングペーパー No.323「地域の医療提供体制の現状と将来-都道府県別・二次医療圏別データ集-(2014年度版)」  
[http://www.jmari.med.or.jp/research/research/no\\_553.html](http://www.jmari.med.or.jp/research/research/no_553.html)
- 「病院」誌: 医学書院



[第1回 岡山地域医療構想・包括ケアシステム研究会 報告]

○「地域医療構想の考え方」(松田晋哉アドバイザー)

・地域医療構想の考え方

今後の傷病構造・医療提供体制を考えて2025年・2040年に備える

・平成18年医療制度改革

財務省：医療費の伸び率管理→厚労省：医療提供体制適正化・特定健診/保健指導  
第6次医療計画に対する内閣府からの批判→地域医療構想

・地域医療構想の説明

データに基づいて医療機関が自身の選択で医療機能を選択

DPCとNDBを活用

高度急性期・急性期・回復期・慢性期に区分

ガイドライン検討委員会：C1/C2/C3→病床数推定の代替変数

必要病床数と受療率の推計

医療区分1の70%が入院外は現実的か

地域医療提供体制の現状と目指すべき姿の認識共有が重要

3つの仮定：医療機能分化の推進、医療区分1の70%は入院外対応、  
療養病床受療率の都道府県格差縮小

療養病床の必要数：パターンA/B/C→20万人分の在宅医療が必要

人口過疎地域、医師・看護師高齢化の地域→療養病床の必要性

回復期の典型例：地域包括ケア病床→認知症や誤嚥性肺炎

・地域医療提供体制

DPCからわかる不足している急性期入院機能

熊本医療圏と長崎医療圏、岡山県南西部医療圏と岡山県南東部医療圏

NDBの自己完結率(2次救急医療)

消防庁データ→SCR：施設の不足の実態把握

・現実的な戦略

地域の子供たちへの支援

足寄高校のおじいちゃん・おばあちゃん高校生と東大プロジェクト

肺炎・骨折・脳血管障害の医療提供体制

若い女性への出産・子育て支援(鳥取大学の学童保育)

必要病床数維持困難地域への支援

熊本モデル

地域包括ケア病床と老健施設

外科の専門医→両大学と医師会と病院協会の話し合いが重要

今後の専門医制度

療養病床と在宅医療→介護施設と介護保険料

紛糾しない地域医療構想の議論を

医療区分1患者の70%退院についてアンケート実施を

地域包括ケア体制が構築できないと地域医療構想は絵に描いた餅

療養病床の在り方検討会の「医療施設内住まい」

経営シミュレーションのツール作成

地域医療介護総合確保基金  
川崎市のリバーズ一心町、飯塚市の医師会館  
空家利用の看護小規模多機能型居宅介護

○則安俊昭課長、兼信定夫課長、須江裕紀課長より、現状や施策等の説明

○意見交換

- ・病院・診療所の医師・看護師の年齢調査をお願いしたい
- ・現状と地域の医療ニーズのギャップに対する根本的な問いかけが必要ではないか
- ・多職種協働の在宅療養に対する意識が医療関係者において低いのではないか
- ・急性期の大病院が地域包括ケア病床を空床利用することについて  
→中小病院・老健施設の稼働低下、患者が地域に戻れなくなる、  
ダウンサイジングすべきではないか
- ・地域包括ケア病床の3つの機能は現在成熟過程期にあり今しばらく経過観察すべき
- ・在宅医療を担う医師の養成が急務
- ・在宅医療を担う質の高い看護師の養成が重要
- ・「覚悟」や「命」に関する住民への説明が必要ではないか
- ・協議の場である地域医療構想調整会議の圏域をどう考えるのか
- ・慢性期医療について市町村レベルもしくはさらに小さな地域で検討必要
- ・保健所の役割も大きくなっており地区医師会の協力が不可欠
- ・在宅医療の主役は訪問看護
- ・在宅医療継続は在宅生活の支援にかかっている
- ・在宅医療連携拠点事業により県内ほぼ全域で医療・介護の連携が進んだ
- ・市町村が医療施策に初めて取り組む在宅医療介護連携事業は非常に重要
- ・地域づくりとしての仕掛けづくりが課題
- ・多職種の在宅医療専門チームも活動している
- ・老健施設の有効活用を
- ・精神医療分野の地域医療構想の議論も必要
- ・入院できない貧しい方々の在宅医療をどう考えていくか