

## 4. 地域医療構想と地域医療

(第4回研究会(平成28年1月25日)におけるプレゼンテーション)

### 1) 人口減少時代の病院経営

社会医療法人緑社会金田病院 理事長 金田道弘氏



岡山県医師会地域包括ケア部会  
の素晴らしい皆さまに捧げる

# 人口減少時代 の 病院経営

社会医療法人 緑社会 金田病院  
金田 道弘

### 私の主な経歴

- ・人間歴=61年
- ・スキー歴=56年
- ・医師歴=37年
- ・理事長歴=30年
- ・院長歴=16年

私のモットーは、楽しく・遅しく・社会に貢献で、一番大事なことが「楽しく」ではないかと思っている。

### 私のモットー

- ① 楽しく
- ② 遅しく
- ③ 社会に貢献

私の主な経歴は、人間歴は61年、スキー歴は56年、5歳からスキーをしている。医師歴は37年、理事長歴は30年、院長歴は2年前までなので16年になる。

### ●人口減少地域で中小病院経営を行ってきた30年目の視界

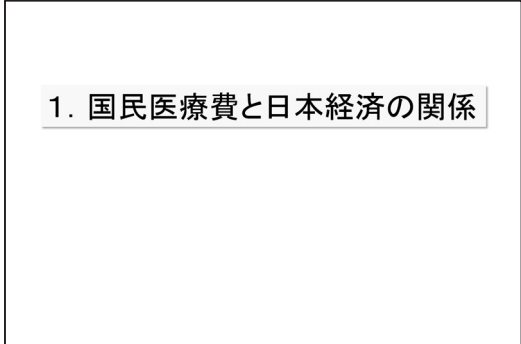
人口減少地域で中小病院経営を行ってきた30年目の視界として3つのテーマをあげた。第1が国民医療費と日本経済の関係、第2は日本の医療の一番の問題、第3に人口減少地域での病院経営である。

### 人口減少地域で中小病院経営 30年目の視界

1. 国民医療費と日本経済の関係
2. 日本の医療の一番の問題
3. 人口減少地域での病院経営

●国民医療費と日本経済の関係

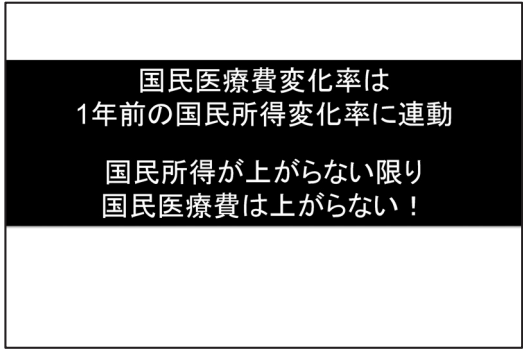
まず1つ目、国民医療費と日本経済の関係である。



これは、平成22年に当時の中医協の会長がお話しされたものだ。右肩上がりなのが、国民医療費の対国民所得である。国民所得に対する国民医療費が上がり続け、最近は少し下降気味だ。

ところが、右下さがりの2本の線は、国民医療費の変化率とその1年前の国民所得の変化率だが、40年以上、国民医療費の変化率は国民所得の変化率ときれいに並行しているのだ。要するに、社会経済の中の医療だということがわかる。

当時の中医協の会長は、「国民医療費の変化率は1年前の国民所得の変化率と連動している。国民所得が上がらない限り、国民医療費は上がらない」と仰っていた。



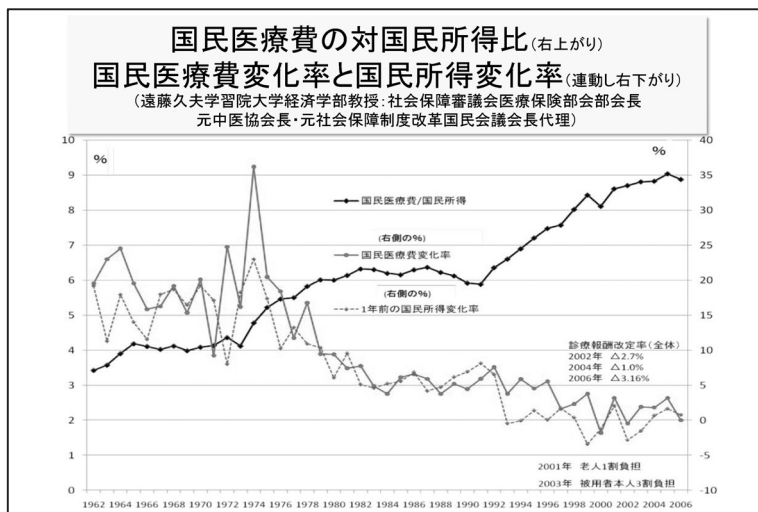
これは平成27年10月7日に発表された国民医療費の構造をあらわす財源別国民医療費である。税金、保険料、患者負担とあるが、何と医療費の財源をみると、税金が4割を占めている。1万円の医療をしたときに、4千円は税金だということだ。

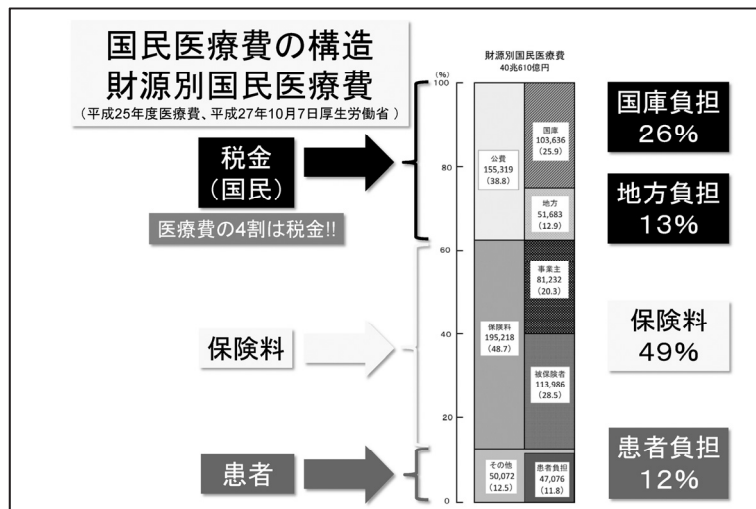
さらに見ていくと、国庫負担が26%、地方負担が13%、保険料が49%。そして、患者負担が約12%になっている。

我々は、医療とは患者のためにあると習い続けてきている。しかし、その財源は税金や保険者負担があることを忘れてはならないのだと思う。

そういった中で地域医療構想があるのであって、それを「けしからん」と言うことは、ふさわしくないと思う。

これは、キャノングローバル戦略研究所の松山幸弘氏の本からの引用だが、これをみると一般政府債務残高の名目GDPに対する割

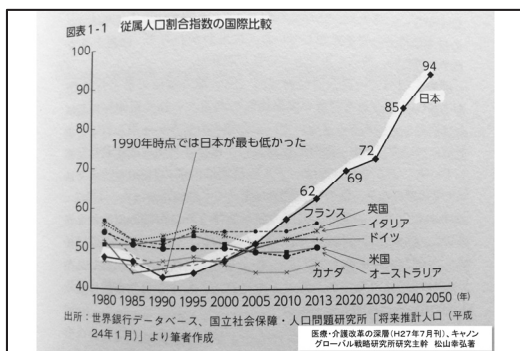
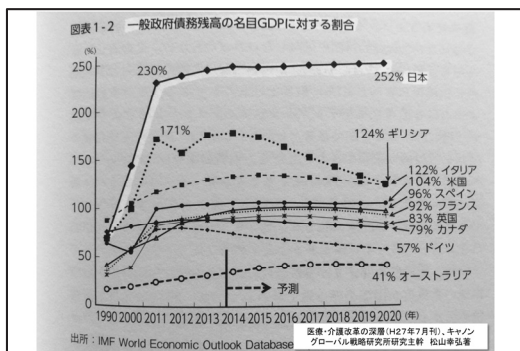




合が、日本は先進各国の中で1位である。

そして、従属人口割合指数（生産年齢人口 100 に対する老年人口の比）の国際比較をみると、1990 年時点では先進各国の中で一番低かったのが、このように猛スピードで上昇して、世界最大の従属人口の高い国になっている。その中で我々は、税金の力を借りて、医療を行っているのである。

そのような経済状況が背景にあり、さまざまな分野の規制改革への動きがみられている。岩盤規制と言われている中で、特に医療と農業は「鋼鉄の如き岩盤」といわれてるそうだ。



### 岩盤規制とは？

1. 雇用・労働
2. 医療
3. 教育
4. 農業

国家戦略特別区域諮問会議  
(国家戦略特区)

これは、経済・財政一体改革推進委員会での新浪会長の発言である。3年以内に都道府県別の1人当たりの医療費の差を半減するという、病床数、平均在院日数の地域差を是正すると発言している。

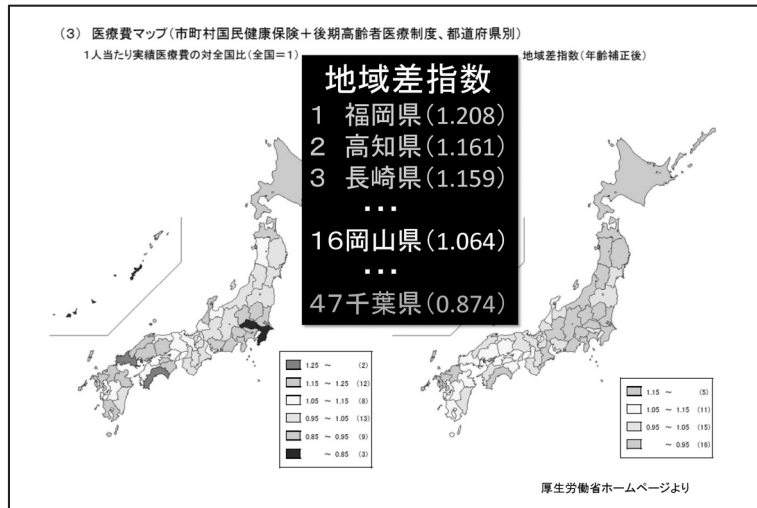
### 経済・財政一体改革推進委員会での 新浪会長 (サントリーホールディングス社長) の発言

(平成27年8月10日)

- ・3年以内に都道府県別の1人当たりの医療費の差を半減する
- ・病床数、平均在院日数の地域差を是正する

医療費の地域差指数をみると、何と福岡県が日本のトップで、岡山県は16番目である。これを3年以内にどう是正するのだろうか――。

厚労大臣が都道府県別の診療報酬もあり得るとい話をされていたが、1点10円でないものが、都道府県によっては出てくる可能性さえあるのだと感じた。



経済・財政一体改革推進委員の伊藤委員はこのようなことを言われている。ここが、病院経営者にとって本日一番のポイントだ。

人口10万人当たりの病床数と1人当たりの医療費の相関係数は0.91と非常に高い。とにかく、病床があるから医療費が高い。高齢化等人口構成の影響も指摘されているが結局は病床数である。病床数を上手く適正化する仕組みによって医療費の適正な配分は実現できると。

これは、経済・財政一体改革推進委員会での発言である。

会長はサントリーホールディングスの  
 浪社長、前ローソンの社長。

ここに我々が松田先生がいらっしゃる。実は、平成25年8月6日に報告書がでた  
 社会保障制度改革国民会議には、医師会も  
 医師も誰ひとり入らなかった。

経済・財政一体改革推進委員会での  
 伊藤東京学芸大学経済学分野准教授の意見  
 (平成27年8月10日)

- ・人口10万人当たりの病床数と1人当たりの医療費の相関係数は0.91と非常に高い
- ・とにかく病床があるから医療費が高い  
 高齢化等人口構成の影響も指摘されているが  
 結局は病床数である
- ・病床数を上手く適正化する仕組みによって  
 医療費の適正な配分は実現できる

☆:4名の民間議員 経済・財政一体改革推進委員会 委員名簿

★:社会保障WG委員

赤井 伸郎	大阪大学大学院国際公共政策研究科教授
★伊藤 元重	東京大学大学院経済学研究科教授 元社会保障制度改革国民会議委員
★伊藤 由希子	東京学芸大学人文社会科学系経済学分野准教授
大橋 弘	東京大学大学院経済学研究科教授
★榎原 定征	東レ株式会社相談役最高顧問 社会保障ワーキング・グループ主査 経団連会長
佐藤 主光	一橋大学経済学研究科・政策大学院教授
鈴木 準	株式会社大和総研主席研究員
★高橋 進	日本総合研究所理事長
★会長★新浪 剛史	サントリーホールディングス株式会社代表取締役社長
羽藤 英二	東京大学大学院工学系研究科教授
★古井 祐司	東京大学政策ビジョン研究センター特任助教
牧野 光朗	長野県飯田市長
★松田 晋哉	産業医科大学医学部教授
山田 大介	株式会社みずほ銀行常務執行役員

榊原氏が経団連の会長であり、社会保障ワーキング・グループの主査であり、また、元社会保障制度改革国民会議に引き続いて委員をされている伊藤元重氏。

この4人の民間委員がおられる。

この14名のメンバーのうち、7人が社会保障ワーキング・グループでも委員を務め、ここでも松田先生が唯一の医師として入っておられる。ここの動きは注目する必要があると思っている。

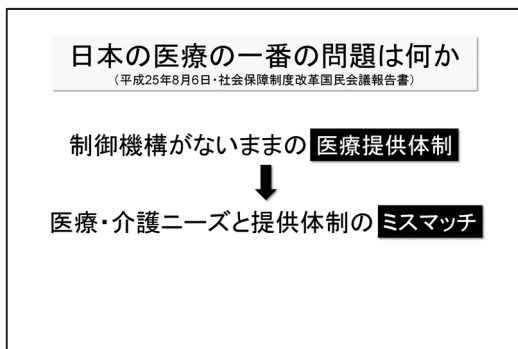
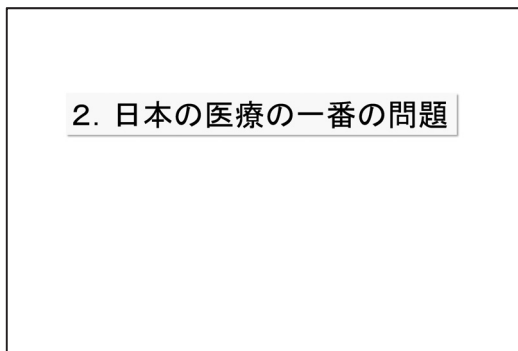
### ●日本の医療の一番の問題

日本の医療の一番の問題は何か――。

社会保障制度改革国民会議報告書によると、制御機構がないままの医療提供体制と医療・介護ニーズと提供体制のミスマッチである。

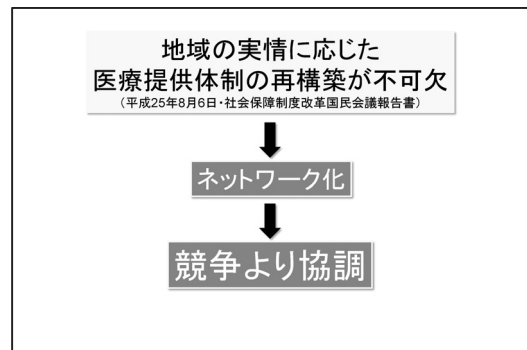
すなわち、民間医療機関が8割を占める日本においては、一定の基準を満たせば自由に病院をつくれたわけである。

適正配置がなされていないということ、それが、時代の流れと疾病構造の変化、年齢構成の変化等に伴い提供体制のミスマッチを引き起こしているということである。



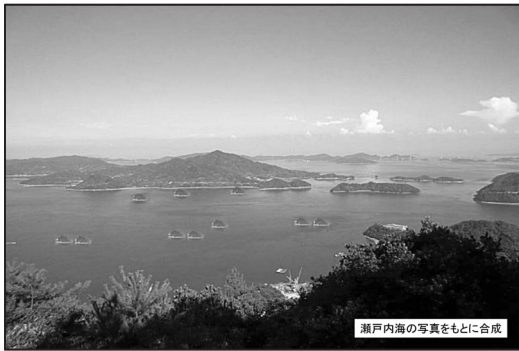
では、どうすればよいのか。地域の実情に応じた医療提供体制の再構築が不可欠だということは平成25年にすでに言われていた。

それは、ネットワーク化であり、則安課長からお話があったように競争より協調である。



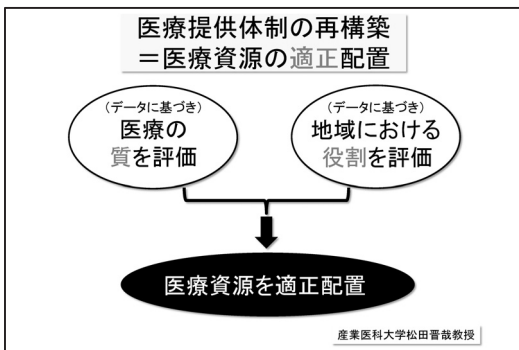
これをわかりやすく示すとこの写真のようになる。中小病院のかたまりがあって、大病院がある。大病院の近くの中小病院など、それぞれの役割を担っている。

しかし、大病院と大病院、中小病院と中小病院はそれぞれライバル関係であることもあろう。特に人口減少地域においては、中小病院しかない地域での中小病院と中小病院など、闘うだけでは共につぶれてしまう、そういう時代が間もなく来るのではないかと思っている。



これから重要になるのは、医療提供体制の再構築であり、それは医療資源の適正配置である。そのためにデータに基づいて医療の質を評価、データに基づいて地域における役割を評価することが必要である。

医療の質評価は、点数が高いものが良いという意見もあるが、我々のようにベテランの医師の場合、いかに安く医療を提供するかを考える場合もあるので、少し違う方向もあるのではないかと考えている。



適正配置された庭がこれだ。木や岩を適正に配置し、無駄なものはなく、全体で絵になっていると。

このようなものを日本は目指す必要があるということかもしれない。



### ●人口減少地域での病院経営

ところで、人口減少地域での病院経営をどうすべきか――。

### 3. 人口減少地域での病院経営

地域における三大不足は、医師不足、看護師不足、人間不足である。

#### 地域医療における三大不足

1. 医師不足
2. 看護師不足
- +
3. 人間不足  
患者不足

こういった状況で何が起きているか  
 というと、病院の倒産である。県北でも、  
 当院から 20km 圏内で2か所の病院が倒  
 産した。

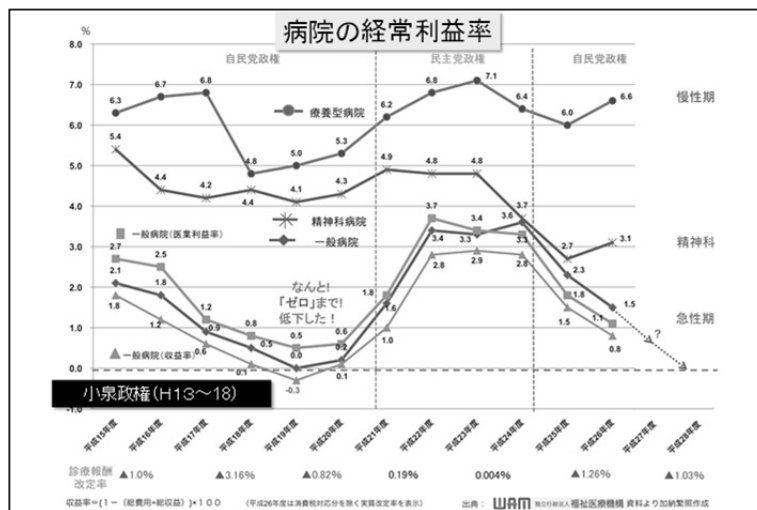
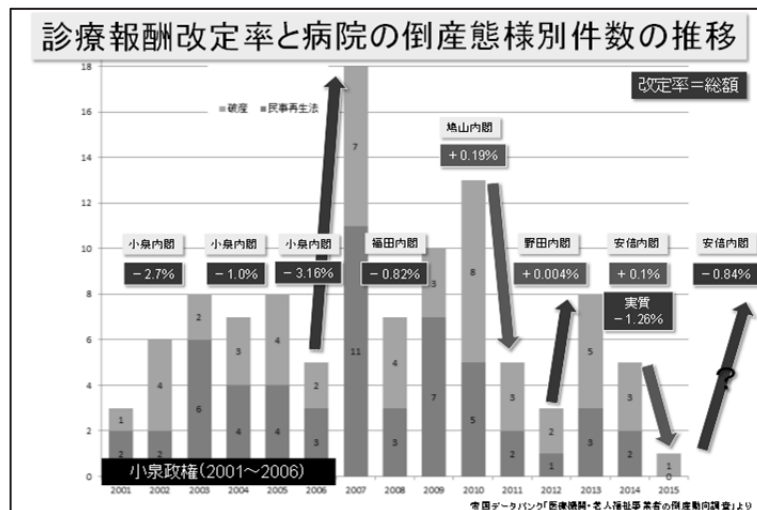
そこで、診療報酬改定率と病院の倒産態  
 様別件数の推移をみてみよう。

小泉内閣-2.7、次の小泉改革-1.0、次  
 の小泉改革、忘れもしない-3.16。その  
 結果、倒産件数が非常に増えている。診療  
 報酬改定が下がれば、翌年に倒産件数が  
 増える、マイナス改定があれば倒産が増える、

### 岡山県北民間病院の倒産事例

1. 平成21年4月28日、民事再生法適用申請  
 津山市、津山第一病院(211床、医療法人平野同仁会)  
 負債総額: 59億円、倒産原因=医師不足  
 (当院から約20km)
2. 平成23年5月30日、破産手続き開始決定  
 真庭市、河本病院(148床、医療法人浄風会)  
 負債総額: 12億円、倒産原因=看護師不足  
 (当院から約2km)

岡山医療ガイド 6版、山陽新聞社より



大きく下がれば、倒産が増えるといったことが繰り返されてきている。

政権交代があり、鳩山内閣時に0.19のプラスとなり、倒産が減っている。野田内閣時には、髪の毛一本といわれたが0.004プラスで、倒産が増えた。そして安倍内閣でプラス0.1だが消費増税があったために実質-1.26、倒産は減っている。

そして今回の-1.03、今後倒産が増えるかもしれない。

これは、日本医療法人協会加納会長のデータだが、病院の経常利益率である。

一番上にあるのが療養病棟で、上がったりが下がりたりしているのが一般病院。

精神科病院は大きな変動はなかったが、下がりをはじめている。

一般病院の利益率は小泉改革の影響を受けてどんどん減り、政権交代後に増えたが、今また下がっているという状況である。

#### ●金田病院の様々な取組み

さて、当院は来年度からさらに2つ増えそうだが、現在6つの病院から研修医を迎えている。研修医や岡山大学や川崎医大の学生が同時に実習するということがよくある。医学部に入りたての1年生が来ることもある。

地域の中小病院というのは、患者とも近く、コメディカルとも近い、また、理事長、院長や住民など、いろいろな部分で近い。

私は学生や研修医が来たら必ず話をする。1時間くらいは、医療の大きい所から考えていくということと、やはりマネジメントの重要性を話している。

私は、研修医と医学生の育成支援は重要な役割であると認識している。グラフの上が地域医療研修の数で、下が岡大と川崎医大の地域医療実習数だ。今日現在、研修中なのは川崎医大付属川崎病院から1名、埼玉県の上尾中央総合病院から先月と今月で1人ずつ来ている。それから、医学部の実習生は1週間単位だが、5年生が1名来ている。

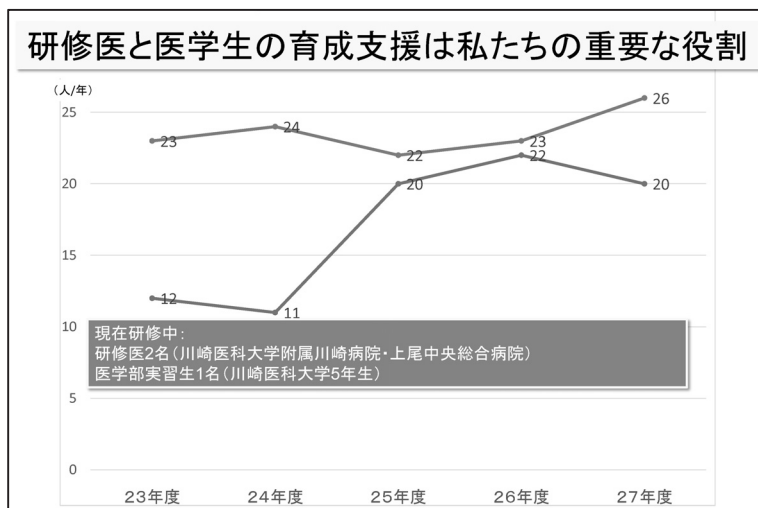
次は真庭の病院の経営形態をお示しする。公立病院は湯原温泉病院だけで、他は個人から医療法人・特定医療法人・社会医療法人までである。

#### 真庭の病院の経営形態

湯原温泉病院: 公立(真庭市国保)  
勝山病院: 民間(特定医療法人)  
近藤病院: 民間(医療法人)  
中山病院: 民間(個人)  
落合病院: 民間(特定医療法人)  
向陽台病院: 民間(特定医療法人)  
金田病院: 民間(社会医療法人)

**真庭の病院の86%は民間病院**

これは、真庭の我々の病院がある地区を空から見たものだ。何が起こったかという、住民はこう言っていた——「川中島の





戦い」だと。

16年前まで落合病院と金田病院は49年間ずっと切磋琢磨してきた。一番近い病院は、当院から直線距離にして400mだ。

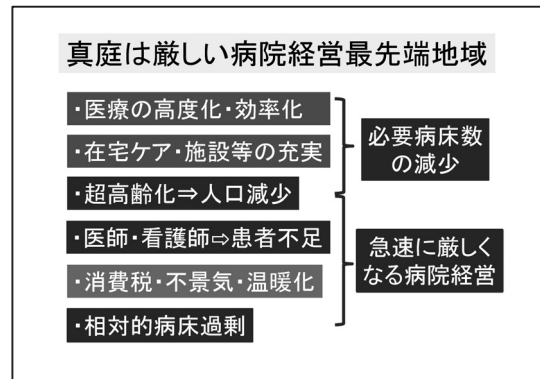


ところが、このままの状況では経営的にお互いに大変なことになるということが、いろいろな状況から発生してきたのである。

まず、医療の高度化・効率化で在院日数がどんどん減ってきている。周りの病院はどこも施設を持っていて、社会福祉法人の介護老人保健施設などの施設がどんどんできていく。さらに超高齢化で人口減少が進み、その結果、必要病床数が減るわけである。

そして、医師不足・看護師不足、さらに患者不足が起こる。当院は医師が13人いたが、去年の春から2人減って11人。そのうえ、看護師が辞めていくことがここ数年あった。

さらに消費税や不景気や温暖化なども発生している。そして相対的な病床過剰が起きて、急速に病院経営が厳しくなるという状況になっているのだ。

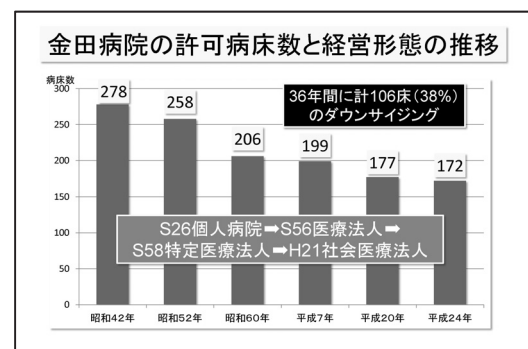


それに対して、施設を持っていない我々が何をしたかということ、ダウンサイジングである。昭和52年からダウンサイジングをしてきた。

なぜかということ、ベッドが空いていたというのが1つの理由だが、国民衛生の動向から年齢階級別の入院数をみれば、いかに当地域に人口当たりのベッド数が多いかがわかってきたのである。このままだと人口も減って将来が危なくなるということに気が付いたのだ。

それに合わせて、個人病院から医療法人になり、特定医療法人になり、社会医療法人となり、岡山県としては最初の社会医療法人の病院となった。すなわち、公益に資することをもって、民間病院に生きる道があるということを学んだ。

ピーク時の278床から、36年間（平成24年時点）で106床、38%のダウンサイジングである。看護師不足等もあり、7:1が3病棟あったものを1病棟にして地域包括ケア病棟をつくり、昨年8月から実働144床となった。



我々は真庭3病院会として集まっているが、落合3病院長会が前身で、落合病院と河本病院の先生と私とで始めた。

私たちが病院長を卒業したので、現在は真庭3病院会と会の名前を変えて、湯原温泉病院の先生も参加していただき、月に1回行っている。その会には、市長や副市長、消防署長等も参加されることもある。

その会の中で話し合われてできたのが外来診療表だ。

当院の当直が何科かは当然わかるが、他病院の当直が何科の先生かわからないわけである。そこで、落合病院と当病院の当直情報を1か月間交換するようにした。これは2病院だけではもったいないということで、3病院で行い、現在は真庭にある全ての病院の当直データを落合病院の事務局がまとめて、真庭や津山など我々の地域に来てくださる全消防署、警察署や医師会にも配布している。全ての病院のその日の救急外来が何科が当直しているのかわかるようになってきているのである。

そして10数年経って、落合病院と金田病院は姉妹病院になった。当院の患者紹介元医療機関、患者紹介先医療機関いずれも第1位が落合病院になっている。

落合病院と金田病院は姉妹病院に

患者紹介元医療機関：第1位

患者紹介先医療機関：第1位

平成25年12月～平成26年11月の1年間

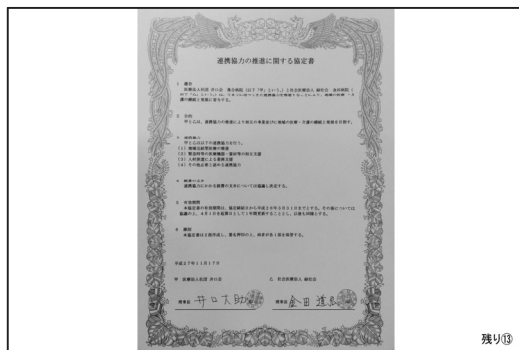
一定の連携から、もう一步踏み込んで協力する体制を目指してできたのが、落合病院金田病院連携推進協議会である。これは2か月に1回、交互の病院で開催している。しかし、連携協議会をしても、なかなかもう一步先にすすまない。そこで私が思ったのは、落合病院と金田病院が一つになって、地域医療が存続するシステムを残す方法としての合併だったが合併には至らなかった。



外来診療日割表		1月の外来診療	
月	日	科	担当
1月	1日	内科	山本
1月	2日	内科	山本
1月	3日	内科	山本
1月	4日	内科	山本
1月	5日	内科	山本
1月	6日	内科	山本
1月	7日	内科	山本
1月	8日	内科	山本
1月	9日	内科	山本
1月	10日	内科	山本
1月	11日	内科	山本
1月	12日	内科	山本
1月	13日	内科	山本
1月	14日	内科	山本
1月	15日	内科	山本
1月	16日	内科	山本
1月	17日	内科	山本
1月	18日	内科	山本
1月	19日	内科	山本
1月	20日	内科	山本
1月	21日	内科	山本
1月	22日	内科	山本
1月	23日	内科	山本
1月	24日	内科	山本
1月	25日	内科	山本
1月	26日	内科	山本
1月	27日	内科	山本
1月	28日	内科	山本
1月	29日	内科	山本
1月	30日	内科	山本

そこで、「連携以上・合併未満」の仕組みが必要だと思った。そんな時に、非営利ホールディングカンパニー型法人制度が日本に紹介され、松山先生の講演を聴きにいたり、勉強をした。しかし、それにも至らず、病院同士の今ある連携を形にしましょうということでも連携協力推進協定を結んだ。

落合病院と金田病院の連携を見える化したのがこの協定なのである。



病院同士が競合する、すなわち地域内戦状態になるか、役割分担・機能分化して連携・協働していくかは大きな違いがある。

そもそも、住民の負担が大きい。目の前の落合病院に診療科があっても、落合病院を紹介をしないこともあったが、これは患者にとっては迷惑なことである。今は、まず落合病院に診療科があるかを考えている。

また、医療提供体制や社会経済からみても非効率である。まず、医療スタッフが疲弊する。地域の病院同士が闘っているわけだから、当然、経営効率も悪く、倒産の危

険も高くなる。

役割分担・機能分化することによって、効率的な医療提供ができ、住民、社会経済、医療スタッフの『三方良し』の状態になり得るのである。

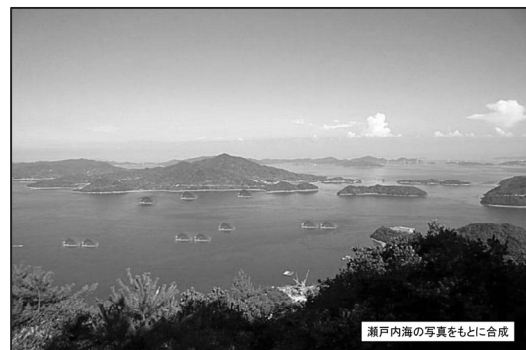
**病院同士が競合＝地域内戦状態**

- ➡住民が迷惑・負担増
- ➡(医療提供体制+社会経済)×非効率
- ➡医療スタッフの疲弊
- ➡倒産の危険性

**機能分化・役割分担→連携・協働**

- ➡効率的な医療の提供
- ➡住民・社会経済・医療スタッフ(三方良し)
- ➡経営の持続可能性

もう一度この写真をみていただきたい。大病院と中小病院だけでなく、中小病院と中小病院、大病院と大病院など、連携協力体制の構築、これが国民会議でいわれた競争から協調路線である。



これは、認定NPO法人岡山医師研修支援機構の地域医療部会の様子で、毎月開催し、様々な方が参加している。



●岡山県内医療圏の状況

ここで、岡山県の状況を紹介します。岡山県内は5つの医療圏があり、DPC 対象病院は29か所である。

皆さん、真庭は田舎で不幸だと思っているかもしれないが、これを見てほしい。岡山市には高速のインターチェンジは1つだが、真庭には5つある。

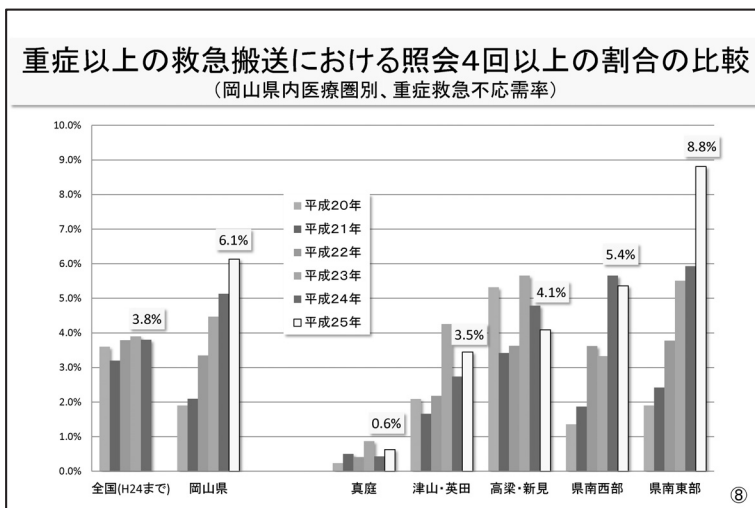
大病院がなく、中小病院だけで、高齢化が非常に進んでいる状況は、真庭と新見は比較的似た環境にある。

これが、重症以上の救急搬送（3週間以上の入院が必要だと判断される場合）における照会4回以上の割合の医療圏ごとの比較である。全国平均は3.8%だが、県南東部は8.8%、県南西部が5.4%、高梁・

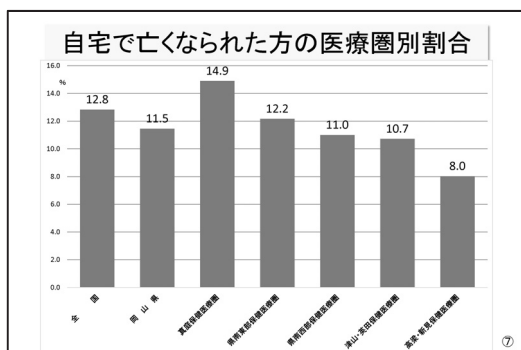
新見が4.1%、津山・英田は3.5%、真庭は県内1位を誇る0.6%と、全国平均を常に下回っているのは真庭だけである。

昨日、私の当直中に救急車が3台来て、2人は金田病院に入院しているが、1名は川崎病院がかかりつけだったので、すぐ川崎病院をお願いして、私と看護師が救急車に同乗してお送りした。そういったように、受けるけれども、実際は他の病院が受けてくださっているという状況は、こういった数字には反映されないが、大病院同士の連携が進んで、大病院から大病院へ転院してもかまわないと思っている。なぜなら、救急車内で行き先を探す時間をできる限り短くしなければならないのである。

そしてこれは、医療圏別の自宅で亡くな



られた方の割合である。全国平均 12.8%、全国平均を上回っているのは驚いたことに真庭だけだ。



●求められる病院経営者の抜本的意識改革

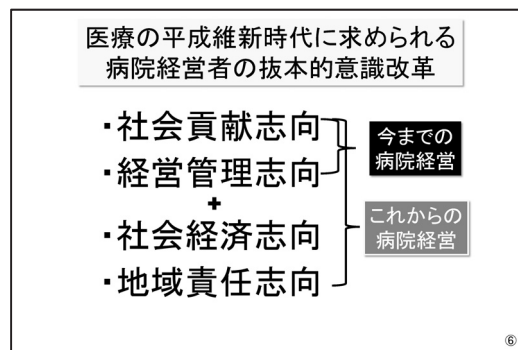
「医療の平成維新」とは私が勝手に言っている言葉だが、今は明治維新と一緒に時代がどんどん変化している。その変化ののっていくことが経営者の役割だと思う。

私の父親は軍医だった。長男だが戦争の最前線を志願して、終戦はブーゲンビル島のジャングルで迎えた。戦争中は、負けて日本に帰る、すなわち生き恥をさらすなど教育されていた。しかし、父親の部下に素晴らしい人がいて、戦争は終わったんだから、生きて帰って新たな時代をつくるために命を使おうと、自決せずに日本に帰ってきた。

時代というのはどんどん変わる。その時代の流れに乗って、生きていく必要がある。

今までの病院経営は社会に貢献したい、そのための健全な経営が不可欠という、社会貢献志向と経営管理志向の2つでよかった。しかしこれからは、それに加えて、社会経済の中の医療だということと、地域の責任を協働で担う時代だと思っている。

大きい病院、小さい病院あるが、それぞれが地域の責任を協働して果たしていくことが求められているのだと思う。



人口減少地域の病院が生きるための選択肢は、私はこの4つがあるように思う。

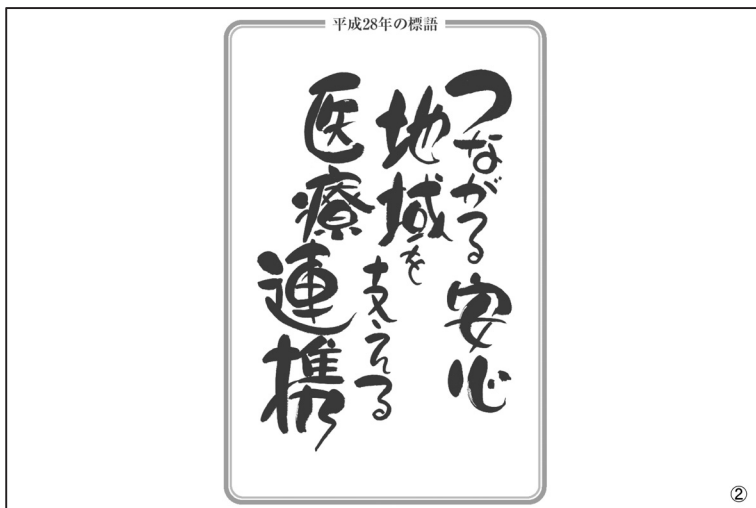
結論から言うと、競争から協調していくのが1つ、法的拘束力のない協定をして一歩踏み込んだ連携をしていくのが2つ目、もう1つは法的拘束力のある地域医療連携推進法人、すなわち連携以上・統合（合併）未満の仕組み、そして合併である。

この4つのうち、どれを選択するのかということであって、真庭は「負けるものか」という時代ではもはやない。これからは、点の時代ではなく、面の時代なのである。

- 人口減少地域の病院が生きるための選択肢
- ① 競争 → 協調
  - ② 連携 → 協働 → 協定
  - ③ 地域医療連携推進法人
  - ④ 統合（合併）

「点」の時代 → 「面」の時代

最後に、「つながる安心 地域を支える  
医療連携」満場一致で決まった当院の本年  
のスローガンをご紹介します。



## 2) 幸福な長寿社会を実現するために

～地域医療構想の策定を通して見えてきた課題

岡山県保健福祉部医療推進課 課長 則安俊昭氏



岡山県は今年度中の第7次岡山県保健医療計画策定に向けて、本日まで素案についてのパブリックコメントを募集している。それを反映したものを2月15日に最後となる保健医療対策策定協議会に諮り、その後3月15日に審議会へ諮問するという最終段階に入っている。

何よりも良いものを作ろうということが共通認識であるため、本日までご説明させていただいて、忌憚のないご意見をいただければ大変ありがたい。

### ●日本の課題と対策

日本の社会保障費は、保険料が伸び悩む中で、借金で補ってきている。平成2年と平成24年の歳入・歳出構造を見ると、平成24年の歳入は半分が借金、歳出は社会保障費の占める割合が大きくなっている。

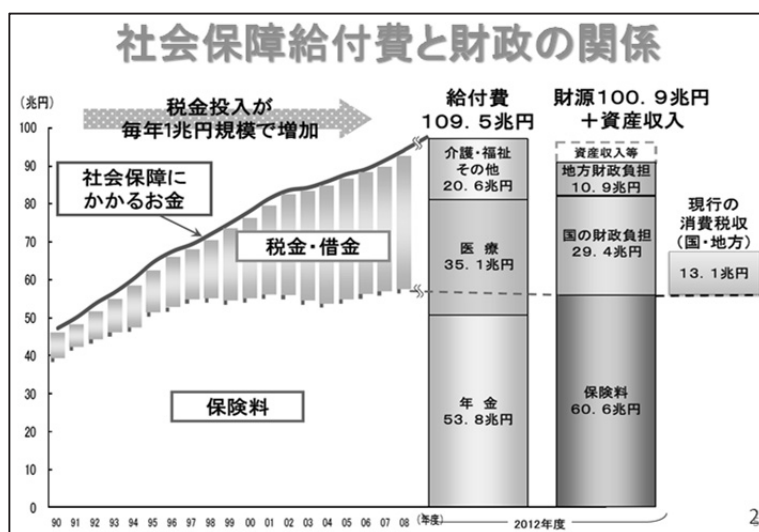
これらが大きな課題になっている。

その一方で、少子化と高齢化が進み、若年人口が減り、団塊の世代の全員が後期高齢者になる2025年を見据えた施策を進めている。支える側と支えられる側、このような単純な整理には議論はあるが、65歳以上人口と20～64歳人口のバランスは今後も65歳人口が大きくなり、1対1になることが推計されている。

そうした中で、医療介護の大改革がスタートした。質の高い医療を効率よく提供できる体制整備と地域包括ケアの構築、そしてそれに必要な基盤整備、そうした改革が平成26年から進んでいる。

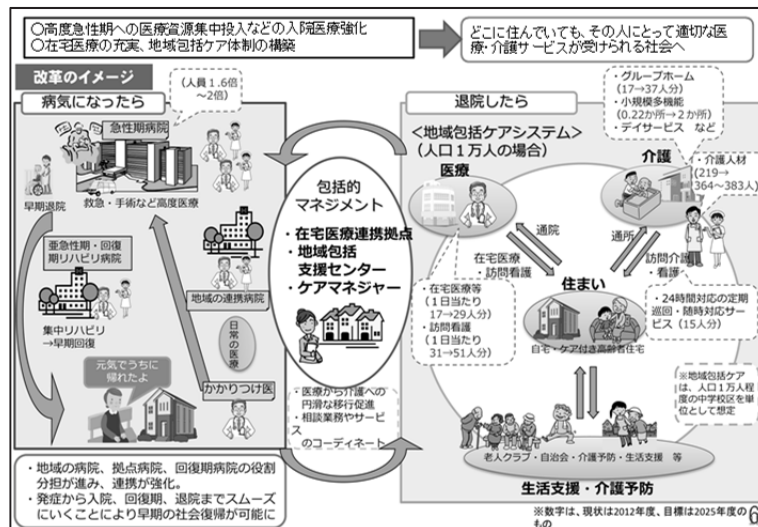
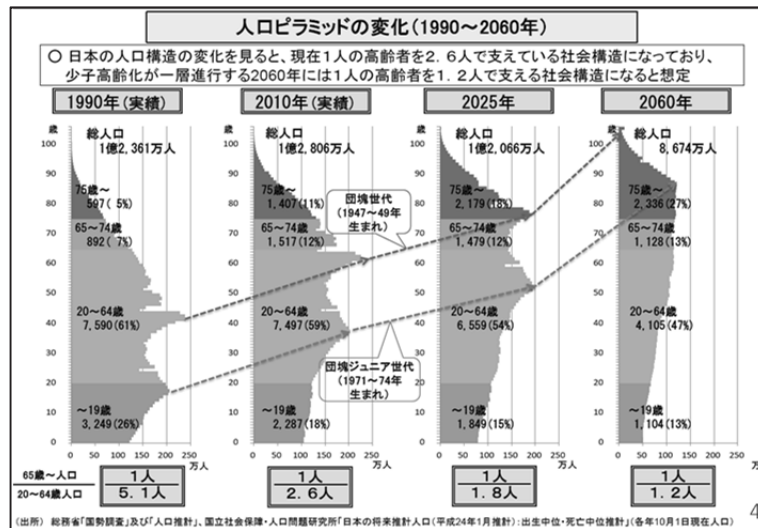
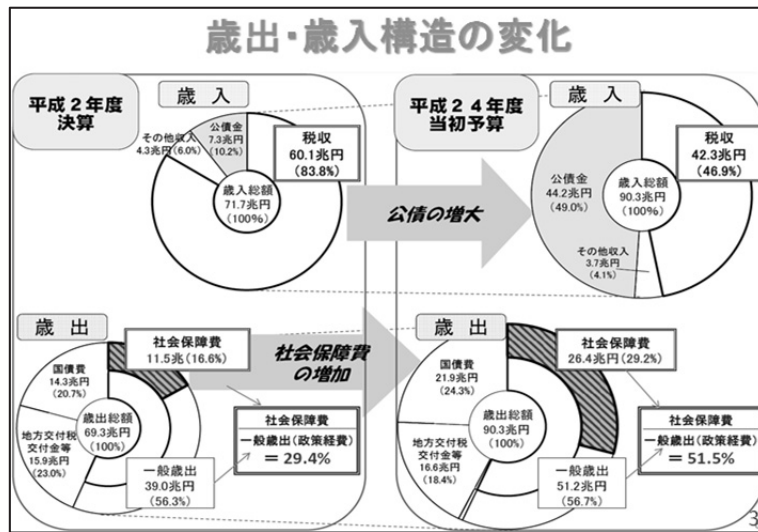
これは、医療の効率化や地域包括ケアの構築について国が示した図である。

社会保障制度を存続しつつ、住民の方々



が満足できる体制を今後どのように構築していくかが、大きな課題であるため、解

決策を立てて進めていこうということである。







●地域医療構想に期待すること

このスライドは、私自身の頭の中を整理する意味で作ったものだ。

今後とも社会保障制度を存続していくために、医療費等の社会保障費を適正化しなければならない。ただし、歳出を減らすという意味ではなく、医療・介護に向けられる国民の期待に応えつつ、ということが前提になる。そのためには、何を求めているのかを明確にすることが必要だ。

そして、医療の提供量の適正化とは過剰なことはやめていこうということだ。人を幸せにする医療のみならず、必ずしも人を幸せにしない医療行為があるのかもしれない。そういった点は適正化していくとい

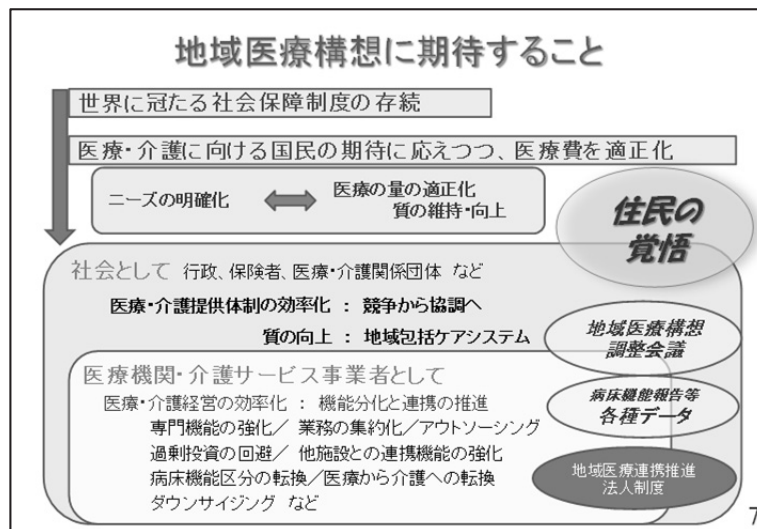
うことである。

そして質の維持・向上には、ニーズが明確にならないと、質もついていかないことになるため、ニーズを明確化することとの関連性があるということである。

そして、こういった制度を改革していく上では、関係団体が集まる地域医療構想調整会議などで幅広く議論をする。

その考え方としては、医療・介護提供体制の効率化に向けた「競争から協調へ」である。競争はお互いに消耗戦になるので、協調が求められている。

そして質の向上は、地域包括ケアシステムである。人は病気を治すために生きているのではなく、自分らしく生活するために、





自分らしい人生を送るために生きているのではないだろうか。そうすると、社会として必要となる地域包括ケアシステムに取り組んでいこうということだ。

そして、国から都道府県に様々なデータ提供がなされ、そして県からもデータ等を提供していくということである。

その背景には「住民の覚悟」、自分たちが何を求めているのか、どういう状態をつくれば幸せな形になるかを住民自身にもしっかりと考えていただくということだ。

医療・介護サービスの事業者としてできることは、医療・介護経営の効率化、機能分化と連携の推進や専門機能の強化や業務の集約化、アウトソーシングなどである。また、過剰投資の回避は、効率化に向けてできることをしていこう、ということだ。

そして今後、例えば、医療ニーズが県北などで減ってきたときには、ダウンサイジングは必要になってくると考えられる。

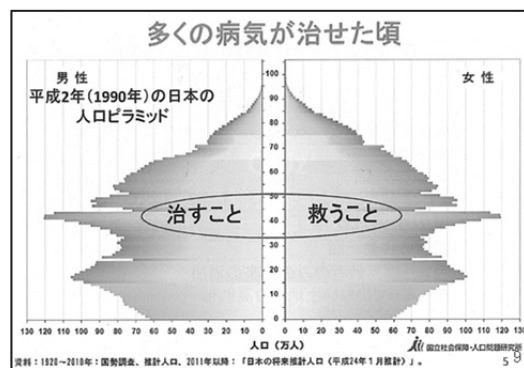
行政の立場としては、地域住民の暮らしに激変が起こることは避けなければならない。そうした中で、質も向上して、皆さんがよりハッピーな方向になればと思っている。

●住民（患者）のニーズ・意思

地域包括ケアシステムの図が国から示されているが、全国津々浦々このとおりに

できるはずもない。それぞれの地域で求められているのは、こういったサービスが滞りなく、連携良く、適宜適切に提供されること、と言ってしまえばそうなのだが、高齢の方等が何を求めているのかということも、考えながら進めていくことが必要となる。

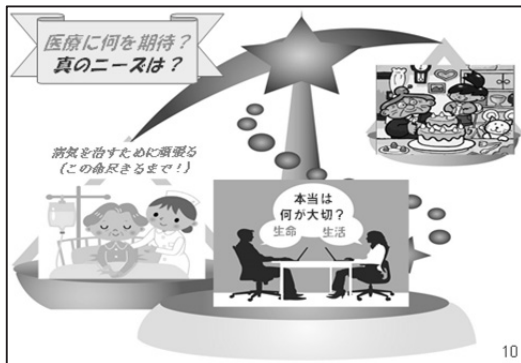
これは、平成2年の人口ピラミッドである。まさに、医療とは「治すこと・救うこと」であった。現在の医療機関の中核にいる先生方は、こういった中で教育を受けてきたのである。



これは、医療に何を期待するかという、私がつくった図である。1990年代は、私も放射線科の臨床医だった。患者は治療のために、具体的に言えば、がんの化学療法でボロボロになりながら、病院の中でがんと闘っていたし、そうするものだと思っていた。「病気を治すために頑張る この命

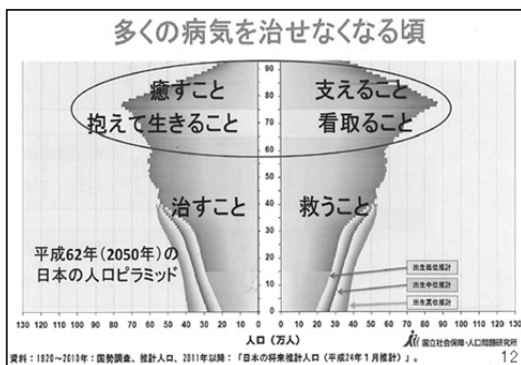
尽きるまで」これは、否定することはできない。しかしながら、本当はこの人が何を求めているのかを考える必要があるのではないだろうか。

一方で、できることをしなかった時の、例えば裁判などがあり、そう簡単には解決しないと思うが、まさに受ける側と提供する側の意思疎通、受ける側の意思表示等が必要になるのだと思っている。



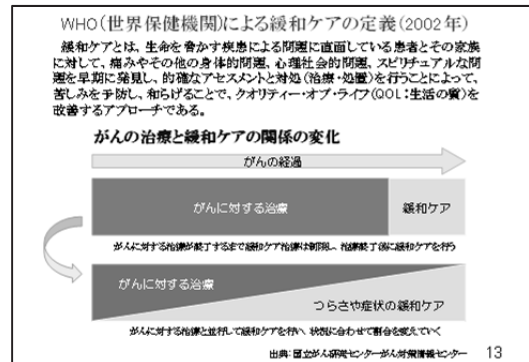
これは 2050 年の人口ピラミッドだ。高齢になってから抱える疾患や障害は必ずしも治るものではない。そして、死は決して避けることができない。

治ることができないのであれば、抱えて生きることであり、支えること等が医療に対して求められてくるのではないだろうか。医療に対するニーズを共に考えていく必要があるのだと思っている。



平成 18 年にがん対策基本法ができ、その中で緩和ケアがクローズアップされた。従前はがんに対する治療として手術・化学療法・放射線療法を行い、そして手を尽くした後に緩和ケアという状況だった。しか

し、決してそうではない。病に対しては、辛さ、症状の痛さ、身体的な苦しみ等の緩和が必要なのである。がんに対してだけではなく、全ての疾患に対して、辛さの緩和が必要だと思っている。これは医療全体を変えていく可能性があるということで私自身も期待しているところだ。



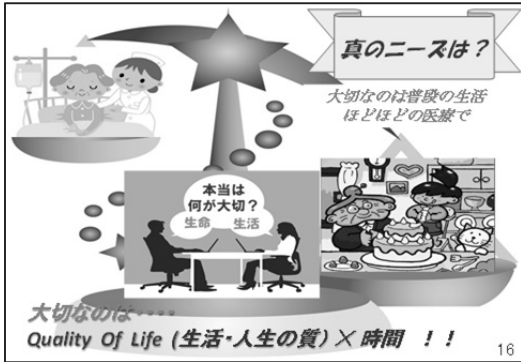
御津医師会では、医療についてはこうしてほしい、といった事前の意思表示についての考えを促すパンフレットを作成し、住民や患者が考えるきっかけをつくっている。

岡山市では、例えば心臓マッサージや延命治療などを希望する・希望しないといった最終段階にどのような医療・治療をするかについての冊子が住民等に対して示され、また一部の自治体ではこういった冊子が全戸配布されている。今後はますます、こういったものが必要になるのではないかと考えている。

また、東大の名誉教授である上野千鶴子先生の在宅ひとり死ができればという記事である。こういった考えも紹介されるようになってきている。

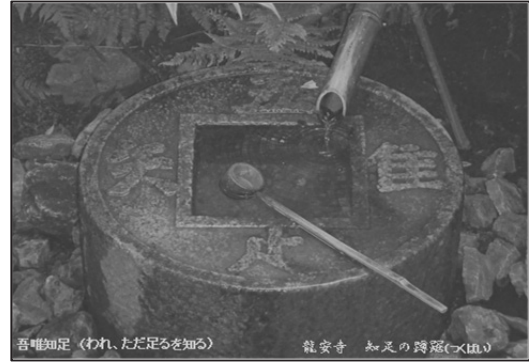
大切なのは普段の生活であるが、在宅医療では病院と同じ医学的管理はできない。しかしその中で、在宅医療によって幸せと感ずるのは何であろうか。この点を住民、患者が考え、そして医療従事者もきちんと説明をして患者や家族に判断してもらうことが必要だ。医療従事者の患者・家族に対する説明能力、コミュニケーションスキ

ルはレベルの高いものが求められてくると思っている。



大切なのは、QOL×過ごせる時間なのではないだろうか。痛みをコントロールしてこの掛け算を大きくするという考え方だ。何が正しいかというのは一概には言えないが、皆で一緒に考えることが必要だろう。

これは、京都の龍安寺にあるつくばいである。「吾(われ)唯(ただ) 足るを知る」。もっともっとと医療を求めても必ずしも幸せにならないかもしれないということである。



### 地域医療構想について

- 昨年の通常国会で成立した「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。(法律上は平成30年3月までであるが、平成28年半ば頃までの策定が望ましい。) ※ 「地域医療構想」は、2次医療圏単位での策定が原則!
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。

(「地域医療構想」の内容)

- 2025年の医療需要と病床の必要量
  - 高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに推計
  - 都道府県内の構想区域(2次医療圏が基本)単位で推計
- 目指すべき医療提供体制を実現するための施策
  - 例) 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、医療従事者の確保・養成等

○ 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

## 終末期医療に関する患者本人の希望を 書面で伝えておく取組の普及

### いざという時のために～ 例1

エンディングノートはご存知ですか？

最期を迎えるまでに自分の希望を書き記しておくものです。ここに、その一部、介護や医療にかかわる部分だけを抜粋しました。少し考えてみてください。

**介護について**

私が認知症や寝たきりになった時の介護は

- 高齢者にしてほしい
- 介護施設などのサービスと家族でしてほしい
- 家族に任せます
- その他 ( )

**医療について**

延命治療について

- できるだけ長く生きたいので積極治療、人工呼吸器を要します
- 可能性があるなら人工呼吸器などの延命治療を要します
- 痛みなどの症状は抑えてほしいが延命は希望しません
- その他 ( )

私が認知症や寝たきりになった時の介護の場所は

- 自宅でお願いします
- 子供の家でお願いします
- 病院や施設をお願いします
- 家族に任せます
- その他 ( )

私の最終希望・・・

- 家で家族や人と過ごしたい
- 病院や施設で専門の方のケアがほしい
- 家族に任せます
- その他 ( )

御津医師会「おうちにかえろう」から

### Ⅵ もしもの時のために 例2

不慮の事故や病気で寝たきりになった場合、医療と介護について考えておきましょう。元来存続に不安を感じておくことも大切です。

医療については、将来もし自分に意思決定能力がなくなっても、自分の意思が尊重され、医療スタッフや家族に自分にとっての最善の医療を選択してもらえよう。家族だけでなくかかりつけ医など専門職と相談し、書面に書き残しておきましょう。

**1. 私の介護に対する希望**

① 介護が必要になった時、介護をしてもらいたい人は

【 いる 居る 】 ( )、【 いない 】 ( )、【 無い 】 ( )

② 介護してもらいたい場所は 【 有る 】 ( )、【 無い 】 ( )

③ 介護費用の負担は 【 貯蓄・年金・家族負担 】 ( )

**2. 私の人生の最終段階(終末期)における医療に対する希望**

① 痛みや苦痛について 【 できるだけ抑えてほしい - 自然のままでもいい 】 ( )

② 記憶がほとんどなくなるときの延命治療 ( )

③ 心臓マッサージなどの心肺蘇生 希望する ( )、希望しない ( )

④ 延命治療としての人工呼吸器 希望する ( )、希望しない ( )

⑤ 延命治療としての胃ろうなどによる栄養補給 希望する ( )、希望しない ( )

⑥ 意識による自分の意思 希望する ( )、希望しない ( )

⑦ 自分で希望する医療が利用できなくなったとき主治医と相談してほしい ( )

岡山市「在宅医療・介護のすすめ」から 14

## 在宅ひとり死ができれば

上野 千鶴子さん 社会学者

「在宅ひとり死ができれば」は、在宅医療・介護の普及を促すための本。在宅医療・介護の普及を促すための本。在宅医療・介護の普及を促すための本。

在宅医療・介護の普及を促すための本。在宅医療・介護の普及を促すための本。在宅医療・介護の普及を促すための本。

●病床機能報告制度

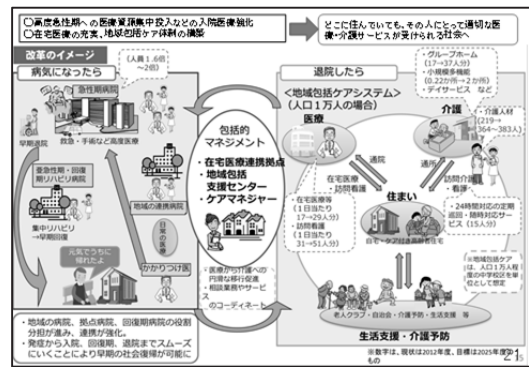
人口の変化は確実な未来、ドラッカーのマーケティング戦略等では当たり前のことである。

人口の変化は確実な未来

Drucker PF

18

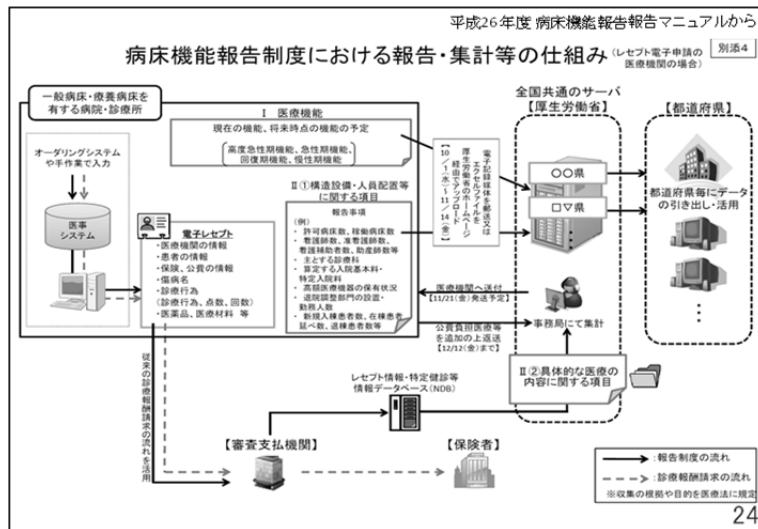
それを医療の中にきちんと反映しているこうというのが地域医療構想だ。医療機能ごとの報告が始まっているが、データを収集して、今後、それぞれの医療機関が選択していくということである。



病床機能報告制度

- ✓ 地域の医療機関が担っている医療機能の現状把握、分析が必要。
- ✓ そのデータを収集するため、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、医療機関自らが選択して、病床単位を基本として都道府県に報告。
- ✓ 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。
- ✓ 報告された情報を公表し、地域医療構想とともに示すことにより、地域の医療機関、住民等が、地域の医療提供体制の現状と将来の姿の共通認識を持つ。
- ✓ 医療機関の自主的な取組と医療機関相互の協議によって、医療機能の分化・連携を進める。

22



病床機能報告制度  
と  
地域医療構想

19

病棟単位の医療機能を報告するのがこの4区分である。現在の医療機能と併せて、将来、医療機能をどのようにしていくかも報告し、それを集計する仕組みになっている。



●地域医療構想－必要病床数

病床機能報告は、病院側の判断によるものだが、一方で、国の推計ツールによる必要病床数の算出がある。それは、様々な診

療実績データから需要を明らかにして、それを将来人口で反映したものだ。これは、現状での医療提供状況をベースにして、1日当たり何人分の医療需要があるかを算

地域医療構想策定支援ツールの搭載データと推計方法

ア)搭載データ

地域医療構想策定支援ツールは平成25年度の下記データを用いて推計処理を実施している。  
 なお、特定の個人が第三者に識別されること防ぐため、医療需要及び必要病床数等の数が二次医療圏にあっては10未満、市区町村にあっては100未満となる数値は、非表示となる。

搭載データの種別		病名の有無
医療需要	① NDB(National Database)のレセプトデータ	あり
	上記のうち慢性期、回復期/リハビリテーション病棟入院料	なし
	② DPCデータ	あり
	③ 公費負担医療分医療需要(医療費の動向)	※
	④ 医療扶助受給者数(被保護者調査)	※
	⑤ 訪問診療受療者数(生活保護患者訪問診療レセプト数)	なし
	⑥ 分娩数(人口動態調査)	あり
	⑦ 介護老人保健施設の施設サービス受給者数(介護給付費実態調査)	なし
	⑧ 労働災害入院患者数(労働災害入院レセプト数)	なし
⑨ 自賠責保険入院患者数(自賠責保険請求データ)	なし	
人口	住民基本台帳年齢階級別人口	-
将来推計人口	国立社会保障・人口問題研究所 性・年齢階級別将来推計人口	-

※③④については、①②の二次医療圏、性・年齢階級、疾病による割合を用いて按分している。

27

イ)推計方法

<医療需要(人/日)の算出式>

$$\begin{aligned}
 & \text{NDBのレセプトデータ(①)} \\
 & + \text{DPCデータ(②)} \\
 & + \text{公費医療データ(③、④、⑤)} \\
 \text{医療需要} & = + \text{分娩のデータ(⑥)} \\
 \text{(人/日)} & + \text{介護老人保健施設サービス受給者データ(⑦)} \\
 & + \text{労災保険医療データ(⑧)} \\
 & + \text{自賠責保険医療データ(⑨)} \\
 & \hline
 & 365
 \end{aligned}$$

①～⑨の総和を365(日)で除する

※ 上記( )内の①～⑨は前述の搭載データ種別に該当  
 ※ 医療需要(人/日)は上記データを基に「病床の機能区分等」(4機能分類及び在宅医療等)、「疾病区分」(約90分類)、「性」(2分類)、「年齢」(17分類)、「患者住所地二次医療圏」(344分類)、「医療機関所在地二次医療圏」(344分類)別に算出。

28

推計方法②(高度急性期、急性期、回復期の医療需要について①)

○ DPCデータについて、疾患ごとに、当該疾患の全患者の1日当たりの医療資源投入量を入院経過日数順に並べて、C1～C3の基準に該当する患者数(人・日)を計算し、合計。

※1日1人と数える

該当する延べ人数<sup>※</sup>を合計し、高度急性期の医療需要とする。

該当する延べ人数<sup>※</sup>を合計し、急性期の医療需要とする。

該当する延べ人数<sup>※</sup>を合計し、回復期の医療需要とする。

該当する延べ人数<sup>※</sup>を合計し、在宅医療等の医療需要とする。

↓

全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。

29

出して、必要病床数を計算する。

高度急性期、急性期、回復期については、投入した医療の量である診療報酬の点数で、1日当たり何人分の医療需要があるか

を推計し、その上で、各年齢階級別の医療需要で入院受療率を将来人口にあてはめ、病床稼働率で割り戻した推計値である。

現在提供している医療の状況をベース

	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期	C1 3,000点	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療(一般病棟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	
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密度における医療資源投入量
※		ただし、境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を見込み175点で推計する。

※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

<入院受療率の算出式>

$$\text{入院受療率 (平成25年度)} = \frac{\text{医療需要 (平成25年度)}}{\text{性・年齢階級別人口 (平成25年度)}}$$

※構想区域(二次医療圏)毎に受療率を算出

<必要病床数(床)の算出式>

$$\text{必要病床数 (床)} = \frac{\text{入院受療率 (平成25年度)} \times \text{性・年齢階級別人口 (将来年度)}}{\text{病床稼働率}}$$

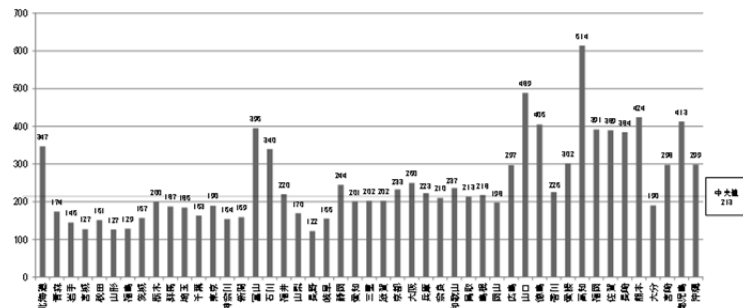
※病床稼働率は、下記の値を全国一律で用いる。

- ・高度急性期 : 0.75
- ・急性期 : 0.78
- ・回復期 : 0.9
- ・慢性期 : 0.92

療養病床の都道府県別の性・年齢階級調整入院受療率(間接法)

都道府県の入院受療率が、全国平均の入院受療率と比べて高いかどうかを、性・年齢構成の影響を補正して示したものの。

【性・年齢階級調整入院受療率(間接法)】(人口10万人別)の計算方法(平成23年国勢調査、平成24年福島県国勢調査、平成23年総務省人口推計調査)  
各都道府県の推計入院患者数÷各都道府県の調整入院患者数(注1) (全国の性・年齢別入院受療率×各都道府県の性・年齢別推計人口)  
※ 全国入院受療率

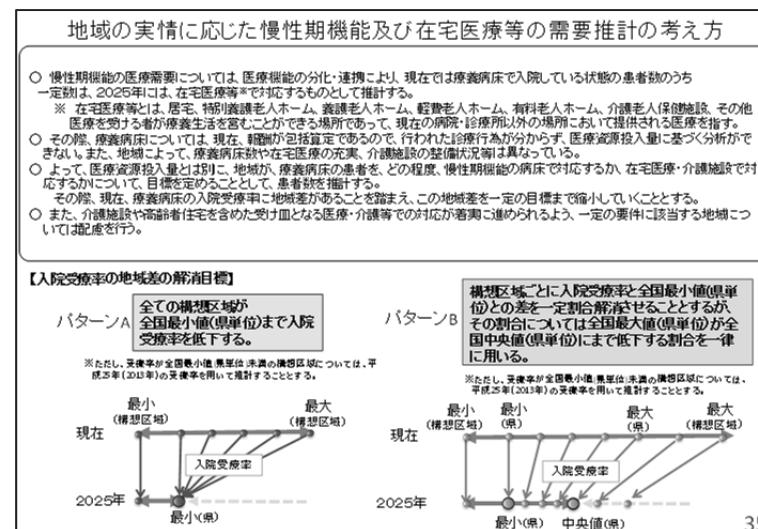
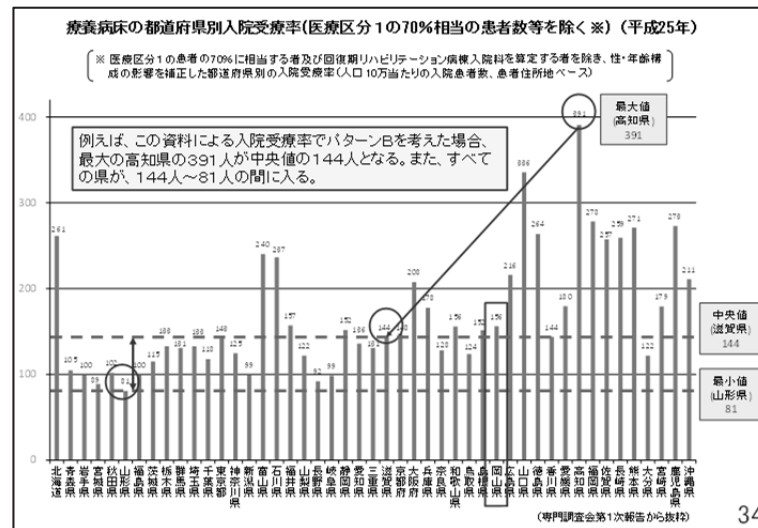
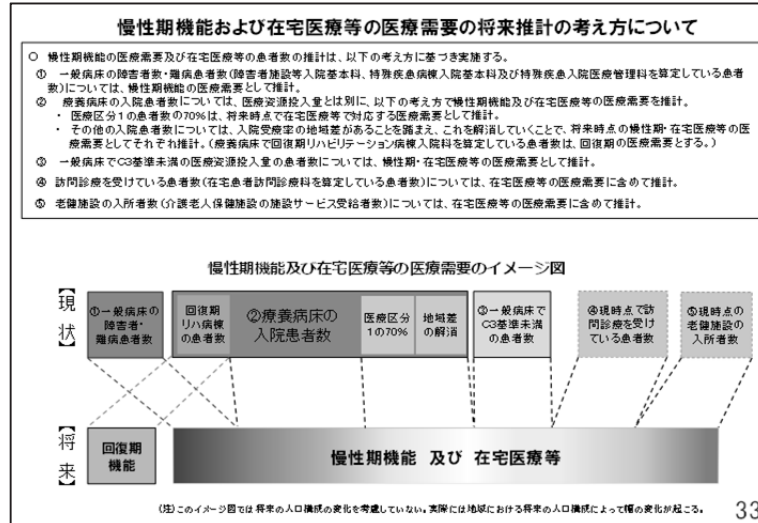


注: 1) 調整入院患者数は、患者住所別に算出したものである。  
2) 療養率の取組については、宮日本次資料の影響で平成23年国勢調査実施しなかったため、平成24年福島県国勢調査のデータを採用している。  
3) 宮城県については福島県医療圏、奥州道南医療圏を除いた数値である。



にしてそれを将来人口にあてはめたとい  
うことだ。  
慢性期については、全国でこれだけばら

っている療養病床の入院受療率で、最も  
多い高知県と、最も少ない山形県、これを  
できるだけ平準化しようという考え方で



### 療養病床の入院受療率の地域差への対応②(地域の実情への配慮)

○ 原則、二次医療圏ごとに、パターンAからBの範囲で入院受療率の目標を定めることとするが、以下の要件に該当する二次医療圏は、その目標達成年次を2025年から2030年とすることができることとする。(パターンC)

【要件】① 当該二次医療圏の減少率がパターンBによる療養病床の減少率の全国中央値よりも大きい、かつ  
② 高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きい

【高齢者単身世帯の割合と入院受療率との関係について】

- ・ 高齢者単身世帯の割合と入院受療率との相関については、弱い相関が見られる。(相関係数 0.62)
- ・ 上記の相関からも、今後、高齢者単身世帯の割合が大きい地域は、在宅医療等への移行を進めにくいと考えられるため、一定の配慮を行う。

○ その際、2025年においては、2030年から比例的に逆算した入院受療率の目標とし、当該目標と2030年の目標の双方を地域医療構想に定めることとする。

※上記要件に該当する二次医療圏が2030年に目標を設定した場合に、上記要件①を下回らないように対応する。

○ なお、地域医療構想の策定後、やむを得ない事情により、必要量の達成が著しく困難となった際は、一定の範囲で目標を修正することができる枠組みを設けることが適当。

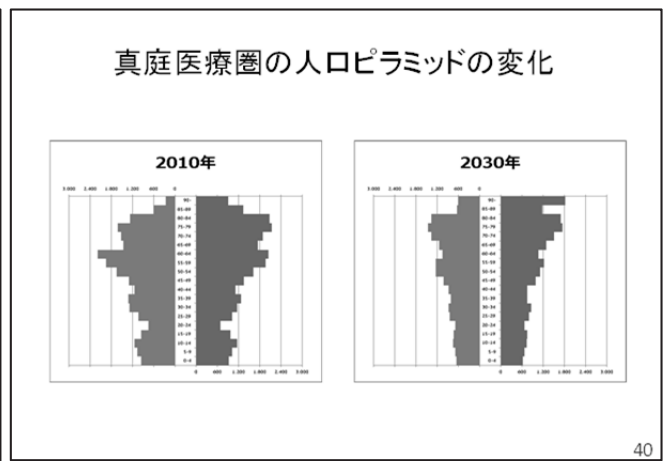
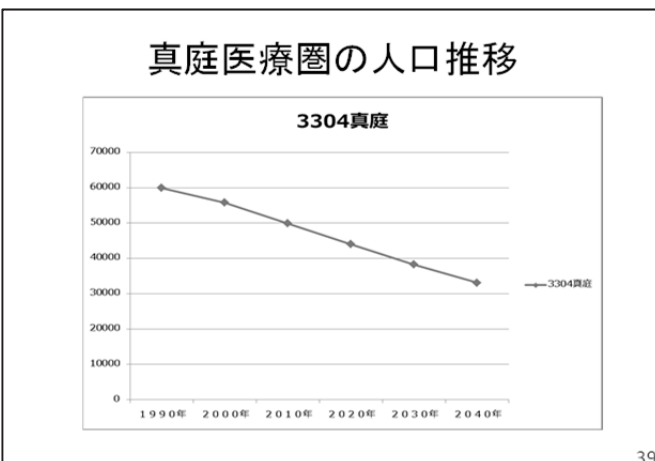
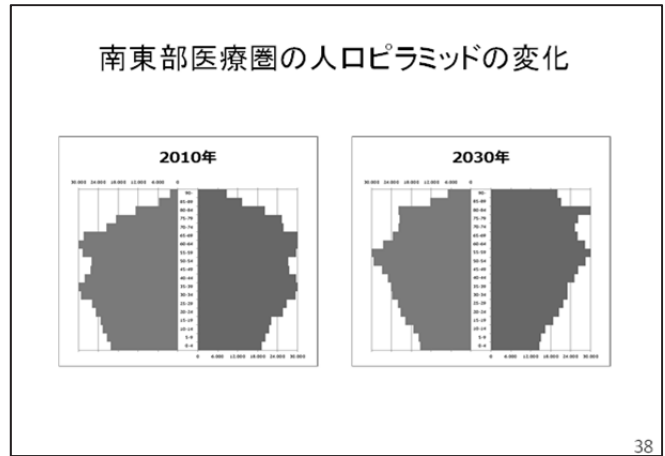
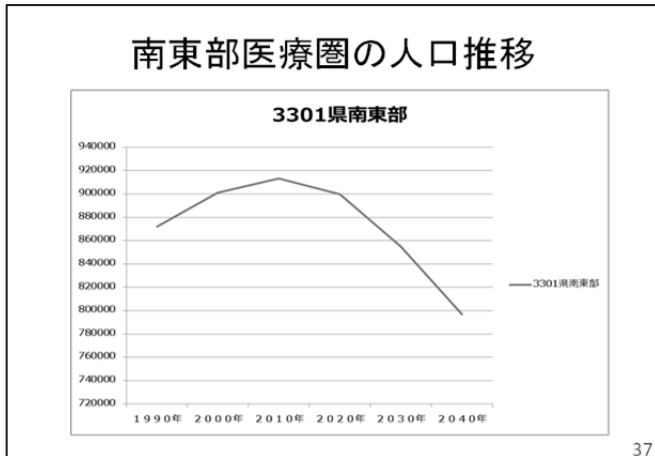
36

ある。

療養病床の入院受療率が全国中央値よりも大きく、かつ、高齢者単身世帯の割合が全国平均よりも高い、岡山県でいうと県北の3医療圏がこれに該当するが、そのような地域は 2025 年に目標をおくべきと

ころを 2030 年にしてもよいことが国から示されている。岡山県では、県南は 2025 年、県北は 2030 年を目指すことになる。

今後、県南東部は人口が減っていく。県北は、すでに減少の局面に入っている。





そうした時に、「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である。

**共通認識としていただきたいこと**

「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です。

ただし、その実現のための制約条件を踏まえ、検討することが必要となります。

44

これは国が作ったスライドで、植木鉢の一番下のところに「本人・家族の選択と心構え」とある。自分たちが何を望むのか、本当に幸せにつながるのかということに住民自身も考えなければいけない。

「すまい・すまい方」、行政縦割りの中で調整するのはハードルが高いが、今後は同時進行的に整えていく必要がある。「自

助・互助・共助・公助」は、かなり弱くなってきているので、今後強化していく必要がある。

●地域医療構想—医療需要の推計

地域医療構想は、こういった章立てになっている。

**地域医療構想（素案）**

1 病床機能報告制度の結果	
(1) 制度の概要	4 目指すべき医療提供体制
(2) 報告結果	(1) 医療の役割分担と連携
	(2) 公的病院等の役割
2 各構想区域の現状	(3) 居宅等における医療の提供
(1) 受療動向	(4) 医療従事者の確保
(2) 介護における施設・居住系サービス	
3 2025年の医療需要	5 実現のための施策
(1) 構想区域の設定	(1) 医療の役割分担と連携
(2) 推計方法	(2) 公的病院等の役割
(3) 推計結果	(3) 居宅等における医療の提供
	(4) 医療従事者の確保
	(5) 地域の実情を踏まえた検討

47

その中で、将来の入院患者数推計として、このようなグラフを作っている。

慢性期及び在宅医療等の患者数の推移やがん・脳卒中・肺炎・大腿骨骨折といった医療需要がツールで推計されている。

**地域包括ケアシステムの5つの構成要素と「自助・互助・共助・公助」**

平成25年3月  
地域包括ケア研究会報告書より

○高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもと、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるような包括的な支援・サービス提供体制の構築を目指す「地域包括ケアシステム」。

**地域包括ケアシステムにおける「5つの構成要素」**

「介護」「医療」「予防」という専門的なサービスと、その前提としての「住まい」と「生活支援・福祉サービス」が相互に関係し、連携しながら在宅の生活を支えている。

**【すまいとすまい方】**

- 生活の基盤として必要な住まいが整備され、本人の希望と経済力に合った住まい方が確保されていることが地域包括ケアシステムの前提。高齢者のプライバシーと尊厳に十分に守られた住環境が必要。

**【生活支援・福祉サービス】**

- 心身の能力の低下、経済的理由、家族関係の変化などでも尊厳ある生活が継続できるよう生活支援を行う。
- 生活支援には、食事の準備など、サービス化できる支援から、近隣住民の声かけや見守りなどのインフォーマルな支援まで幅広く、幅広い多様な生活困窮者などには、福祉サービスとしての提供。

**【介護・医療・予防】**

- 個々人の抱える課題にあわせて介護・リハビリテーション「医療・看護」「保健・予防」が専門職によって提供される（有機的に連携し、一体的に提供）、ケアマネジメントに基づき、必要に応じて生活支援と一体的に提供。

**【本人・家族の選択と心構え】**

- 暮らし・高齢者のみ世帯が主流になる中で、在宅生活をすることの意味を、本人家族が理解し、そのための心構えを持つことが重要。

**「自助・互助・共助・公助」からみた地域包括ケアシステム**

<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 自分自身による自助</li> <li>■ 自身の健康増進（セルフケア）</li> <li>■ 地域サービスへの購入</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 高齢者団体による取組</li> <li>■ 高齢者によるボランティア・生かしの取組</li> <li>■ ボランティア活動</li> <li>■ 住民組織の活動</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 自助</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 互助</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 共助</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 公助</li> </ul>

■ 介護保険に大数化される社会保険料及びサービス

■ 一般財源による高齢者福祉事業等

■ 生活保護

■ 入居支援・虐待対策

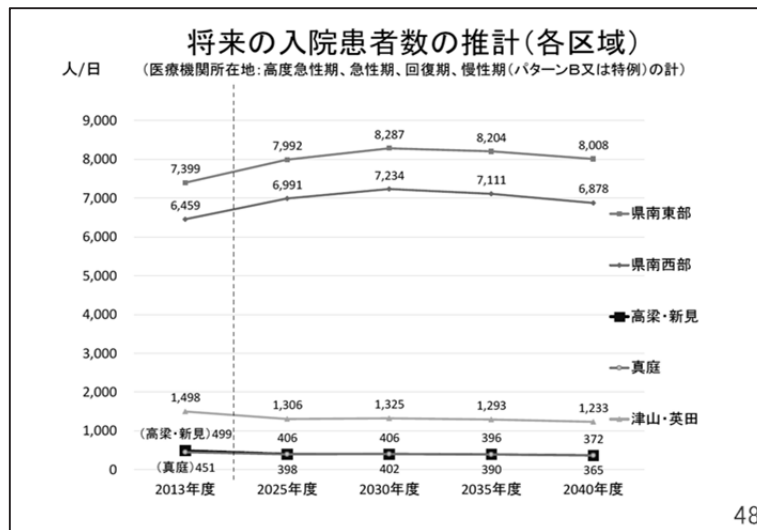
**【費用負担による区分】**

- 「公助」は税による公の負担。「共助」は介護保険などリスクを共有する仲間（被保険者）の負担であり、「自助」には「自分自身を自分ですること」に加え、市場サービスの購入も含まれる。
- これに対し、「互助」は相互に支え合っているという意味で「共助」と共通点があるが、費用負担が制度的に裏付けられていない自発的なもの。

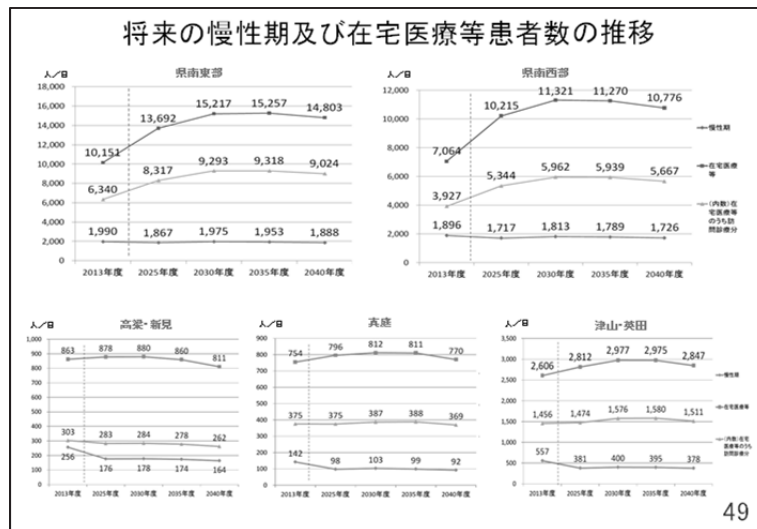
**【時代や地域による違い】**

- 2025年までは、高齢者のひとり暮らしや高齢者のみ世帯がより一層増加。「自助」「互助」の概念や求められる範囲、役割が新しい形に。
- 都市部では、強い「互助」を期待することが難しい一方、民間サービス市場が大きく「自助」によるサービス購入が可能。都市部以外の地域は、民間市場が限定的だが「互助」の役割が大きい。
- 少子高齢化や財政状況から、「共助」「公助」の大幅な拡充を期待することは難しく、「自助」「互助」の果たす役割が大きくなることを意識した取組が必要。

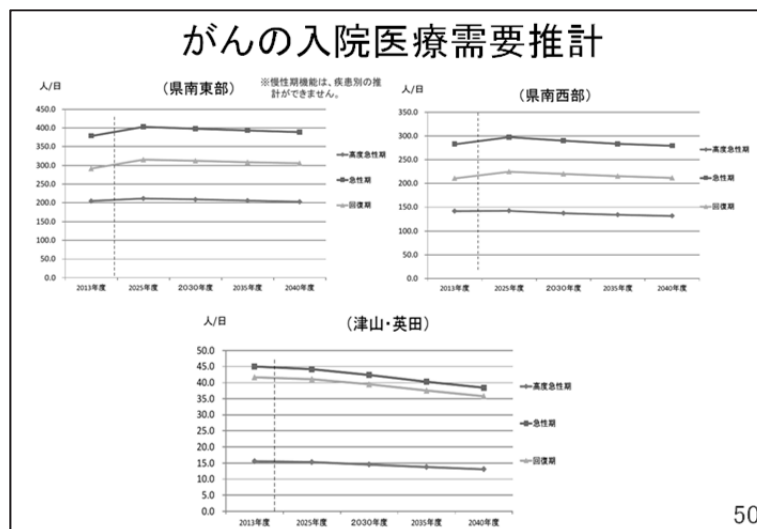
46



48

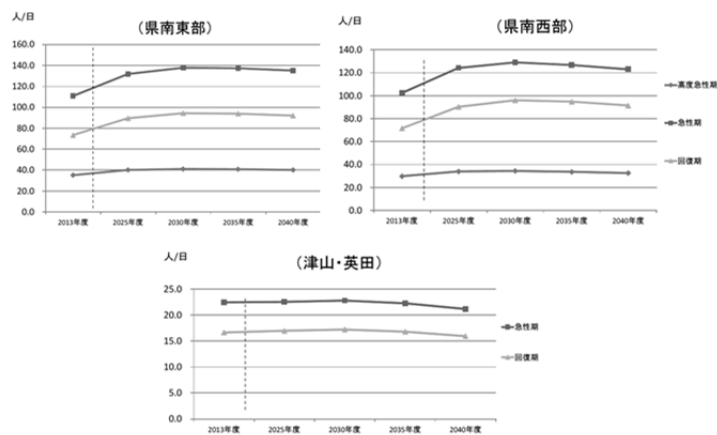


49



50

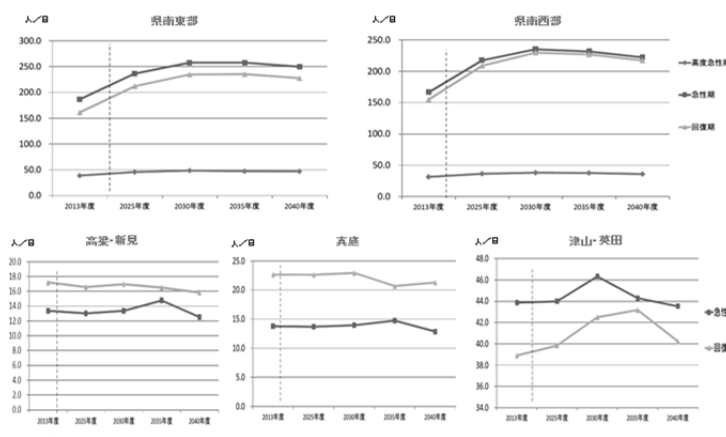
## 脳卒中の入院医療需要推計



※高度急性期は10未満のため非表示

51

## 成人肺炎の入院医療需要推計



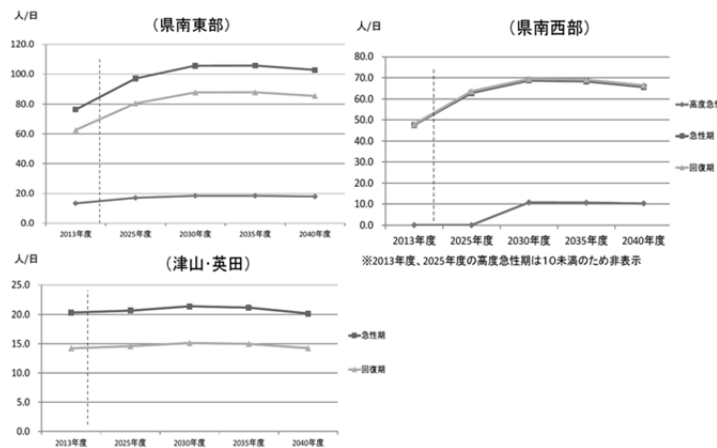
※高度急性期は10未満のため非表示

※高度急性期は10未満のため非表示

※高度急性期は10未満のため非表示

52

## 大腿骨骨折の入院医療需要推計



※高度急性期は10未満のため非表示

※2013年度、2025年度の高度急性期は10未満のため非表示

53

●地域医療構想—目指すべき医療提供体制

現時点の地域医療構想は、目指すべき医療提供体制というタイトルになっており、これはそのビジョンを明らかにしていくという観点を示すにとどまっていると認識している。

病床機能報告での病床数と必要病床数との乖離、この点は今後どのように収れんしていくのか——。必要病床数の現在から将来に向けての増減を見据えて、関係者間で十分に協議を行い、機能分化と連携を進めていく必要があるということだ。

病棟の管理は、疾患ごとで管理されていることが多々あるため、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る。

圏域内で完結できない医療については、圏域を越えた連携も必要である。特に高梁・新見はそういった傾向が強いと思っている。

目指すべき医療提供体制① 第2次岡山県医療計画(案)から

(1)医療の役割分担と連携

- 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、病院及び有床診療所が有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。
- 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収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。
- 圏域内で完結できない医療機能については、圏域内での整備や県境を越えた医療連携も視野に入れて検討する必要があります。

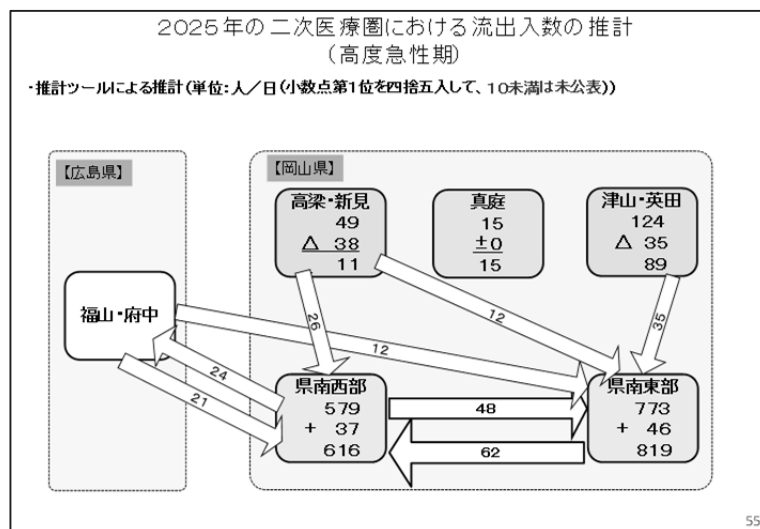
54

患者の流出入数をデータツールで算出しているが、高度急性期をみると、高梁・新見では1日当たり49人の患者のうち、38人は県南に流出しているということだ。急性期の患者でも、やはり、県北から県南へ、また、県境を越えた出入りもあるということがわかる。

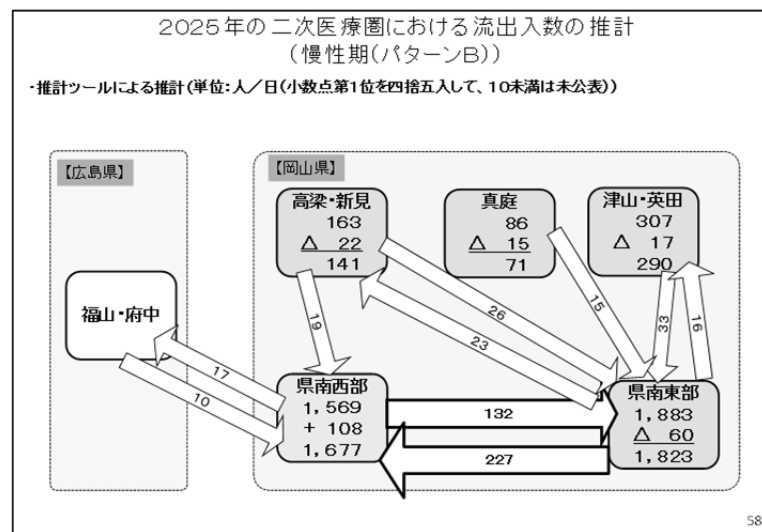
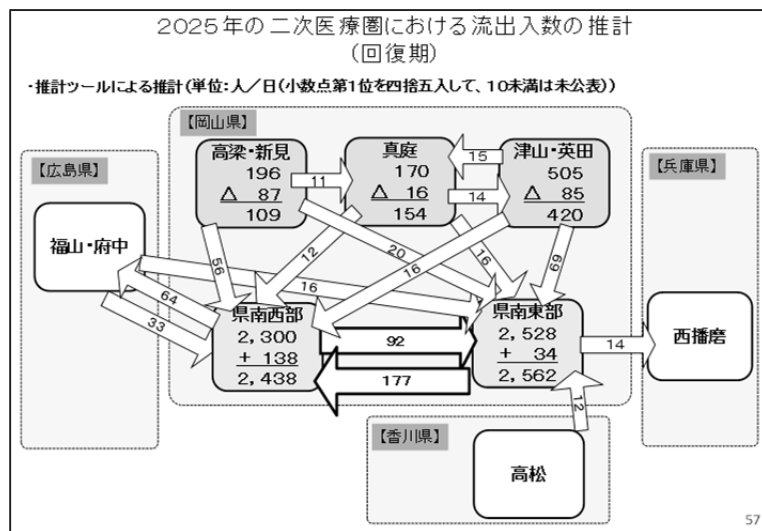
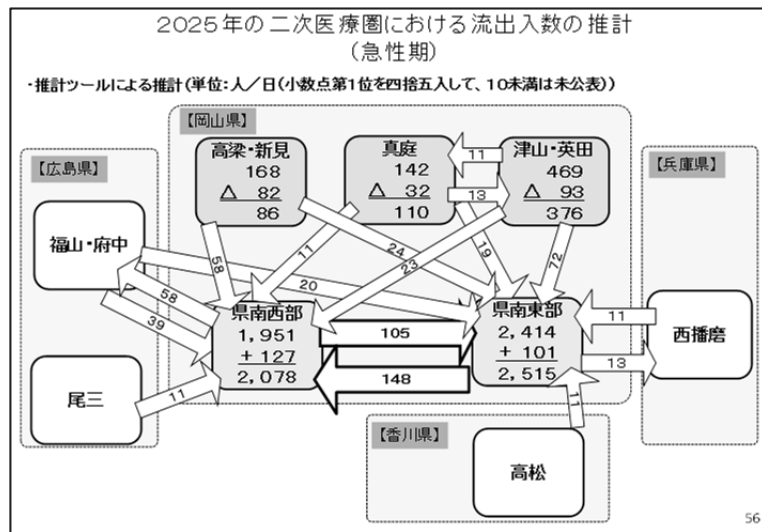
岡山県の地域医療構想は、患者の住所地ベースではなく、医療機関の所在地で必要病床数を算出している。これは既存の医療資源がある中で、今後診療報酬等も厳しくなり、新たな投資も難しくなるのではないかということ、策定協議会の中でもご理解いただいている。

慢性期医療については、在宅医療や介護サービスの整備と一体的に推進する必要があり、まさに地域包括ケアシステムの構築とからむところだ。

さらに、精神疾患医療との連携や新オレ



ンジプランとの関連も必要になるということである。





目指すべき医療提供体制② 第2次岡山県医療計画(案)から

(1)医療の役割分担と連携

- 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。
- 一般病床と療養病床の機能の分化と連携の推進に当たって、精神科医療との連携は重要であることから、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」(平成26年厚生労働省告示第231号)等の方向性を踏まえる必要があります。

また、認知症対策についても、「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」の方向性を踏まえる必要があります。

59

そして、公立病院は「新公立病院改革ガイドライン」に沿って、経営の効率化や再編・ネットワーク化などに取り組む必要がある。

目指すべき医療提供体制③ 第2次岡山県医療計画(案)から

(2)公的病院等の役割

- 公的病院等は、各構想区域における基幹病院としての役割を果たすことはもとより、地域の特性に応じて、救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療、精神疾患の医療等の分野で中心的役割を担う必要があります。
- 公立病院は、国が平成27年3月に示した「新公立病院改革ガイドライン」に沿って、地域医療構想を踏まえ、果たすべき役割を明確化するとともに、経営の効率化、再編・ネットワーク化などに取り組む必要があります。

60

終末期医療、在宅医療については、その考え方が基幹病院の医師と在宅医療に従事する医師とで異なっていたり、その間をとりもつ医療ソーシャルワーカーの在宅医療に関する理解が不十分な場合がある。そうしたことから、関係者が意見交換、情報交換を行っていく必要があるということ、あわせて住民に対して人生の最終段階においてどのような医療、介護を希望するのかを考えておくよう働きかける必要があるということである。

目指すべき医療提供体制④ 第2次岡山県医療計画(案)から

(3)居宅等における医療の提供

- 高齢者の在宅医療や終末期の医療に関する考え方が基幹病院の医師と在宅医療に従事する医師で異なっていたり、基幹病院の医療ソーシャルワーカーの在宅医療に関する理解が不十分な場合もあることから、病院の医師と在宅医療を担う医師や医療ソーシャルワーカー等が十分に情報交換や意見交換を行いながら、病院の医師と在宅医療を担う医師や医療ソーシャルワーカー等が十分に情報交換や意見交換を行いながら、病床機能の分化と連携について検討していく必要があります。併せて、地域の住民に対して、人生の最終段階において、どのような医療、介護を希望するのかを考えておくよう働きかける必要があります。

61

次に、医療従事者の確保については、県内の中山間地域では医療従事者の高齢化の問題がある。そうしたことも視野に入れながら、機能分化や役割分担、さらに少数の住民の方々に対して施設をもって医療を確保することが必ずしも適切でない場合もあるため、交通手段の確保等についての配慮も必要だということである。

目指すべき医療提供体制⑤ 第2次岡山県医療計画(案)から

(4)医療従事者の確保

- 中山間地域等では、従事している医師、看護師等の高齢化なども視野に入れながら、機能分化や役割分担、さらに受診のための交通手段の確保等についても配慮しながら、協議を進める必要があります。
- 適切な医療を継続的に提供していくためには、医師や看護師の人材確保に積極的に取り組んでいく必要があります。

62

これは人口10万人当たりの常勤医師と非常勤医師の状況である。

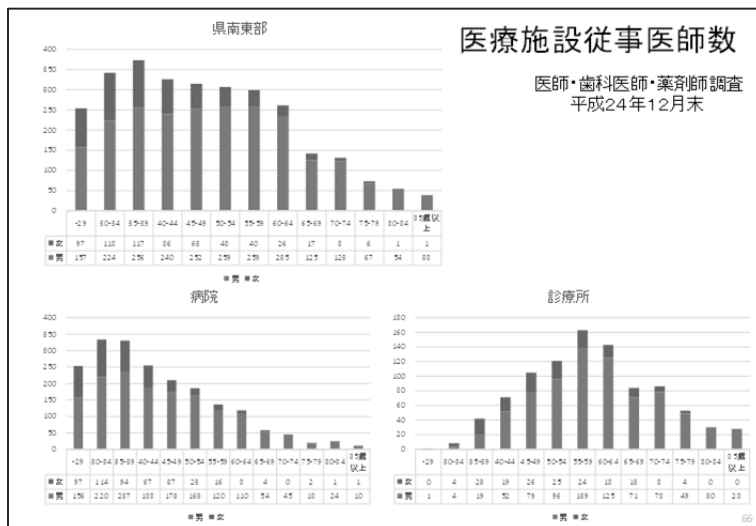
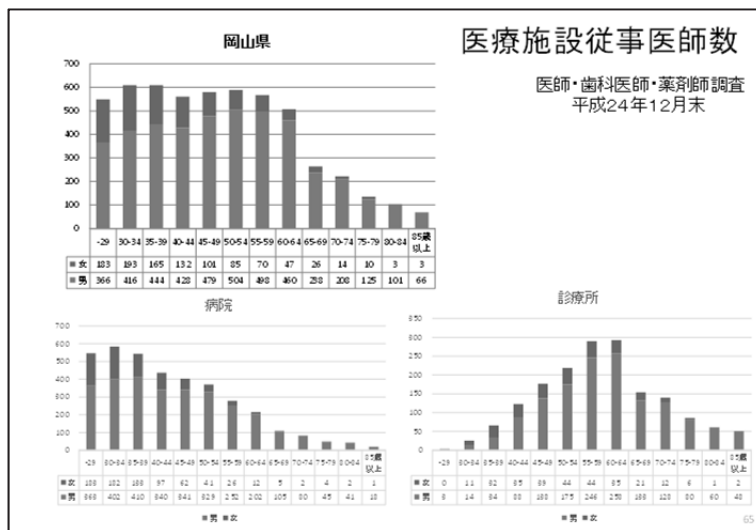
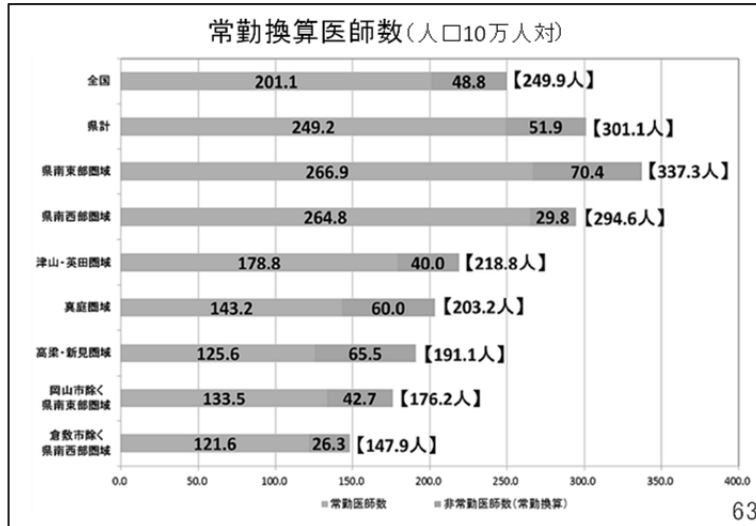
それぞれの圏域を見ると、県南は厚く、県北は薄いということが明らかだ。

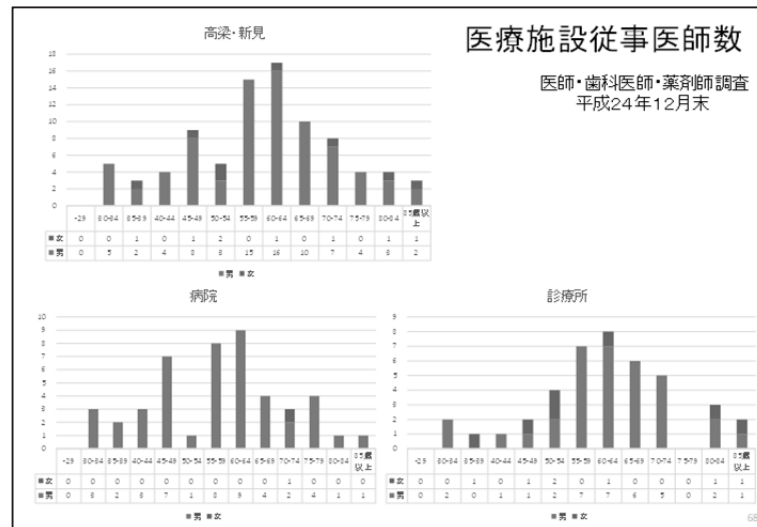
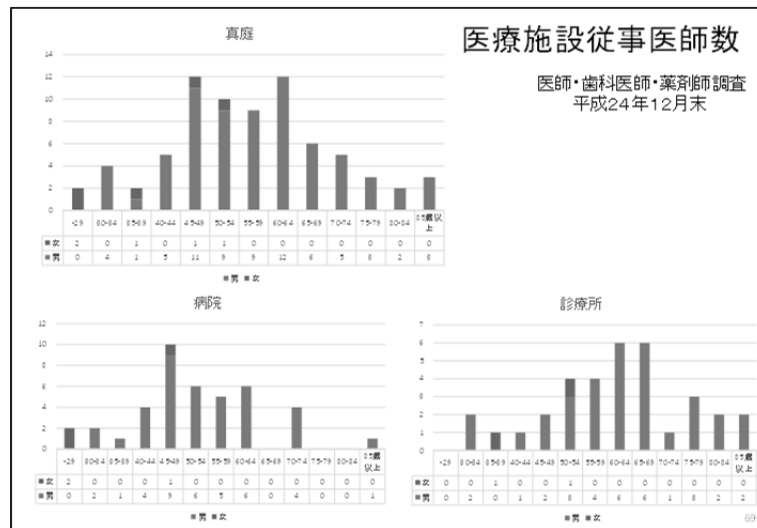
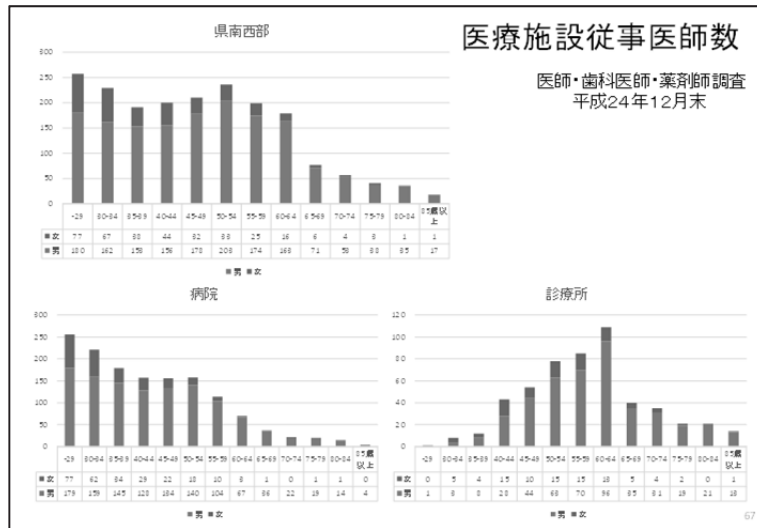
地域医療構想の議論を進めていく中で、高度急性期はどこに委ねるのかを考えると、人口密度の低い地域はそういった医療機関を地域でもつのは不可能であるため、今後どう考えていくのが課題であると思っている。

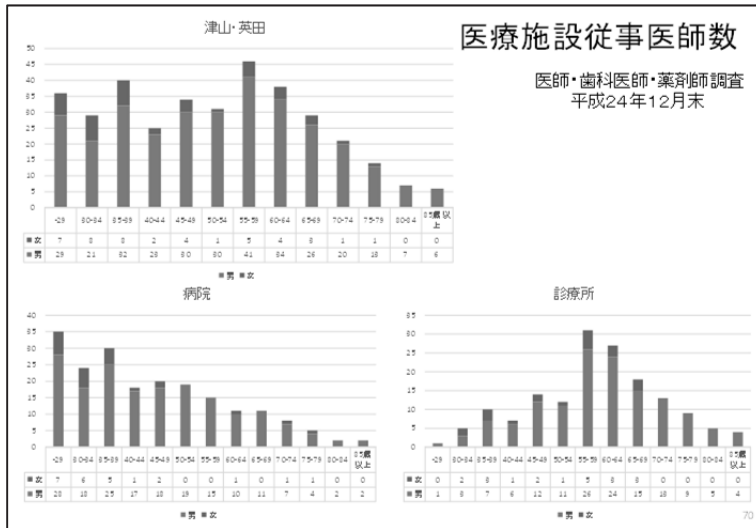
県北は非常勤医師が担う割合が大きくなっており、常勤医師の高齢化も課題になってくる。

また、医師・歯科医師・薬剤師調査、平成24年12月末時点での、年齢階級別の医療施設従事医師数を見ると、県南は若い方が多い。高梁・新見は29歳以下はいな

いことや高齢の先生が中心だということがわかる。今後の専門医制度などを見据えて、いかに確保していくのかを考える必要があると考える。





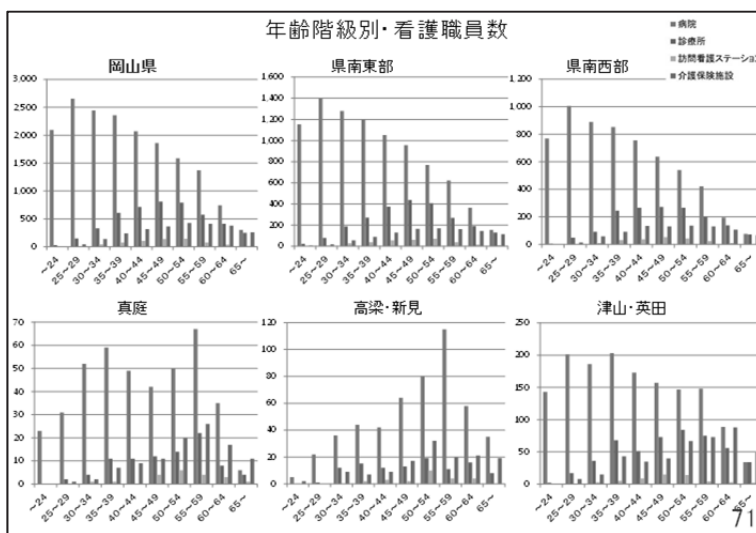
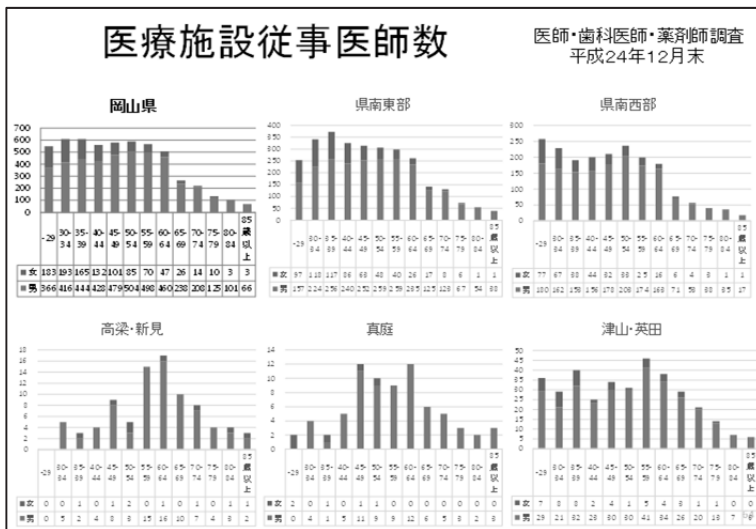


それぞれ、病院と診療所でこういった従事状況を見ると、やはり若い人は病院が多い。

また、看護職は、やはり医師と同じような傾向が見られる。看護師の場合は、仕事のために引っ越してくるということが、ど

こまであるのか。そういった点からも、確保対策においては難しい点もある。

こういったデータも見ながら、戦略を考えていく必要があるということである。



●地域医療構想—実現のための施策  
次に、実現のための施策である。

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において協議を進めるといことである。

それから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、丁寧に進めるとしている。

在宅医療や慢性期医療においては、介護との連携が必要不可欠である。地域医療構想調整会議の下部組織として部会なりワーキンググループなり、協議が必要になるということである。

**実現のための施策 ①** 第1次岡山県医療推進計画(案)から

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。

72

病床機能報告制度で得られた情報は、ホームページ上に公開している。これは、お互いの診療機能を知って、そして最適な状況を関係者で議論をしていただき作っていくというのが、地域医療構想の基本的な考え方であるためである。

岡山県ホームページ

医療推進課

お知らせ

- ・専門医認定支援事業について 2015年7月9日更新
- ・平成27年度救急医療実地研修等に係る受講者の募集について 2015年7月8日更新
- ・平成27年度救急医療実地研修事業に係る補助金の交付希望について(7月31日期限) 2015年7月8日更新
- ・有床診療所等がリスクランナー等施設整備に対する補助事業について 2015年7月2日更新
- ・病床機能報告(結果公表) 2015年6月25日更新

73

■現状  
2014年7月1日時点の概況として、各医療機関の自主的に選択した概況の状況です。

二次医療圏	全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	養老型
高度東部	岡山県、玉野市、赤松市、瀬戸市、瀬戸市、赤松市、赤松市、赤松市	11,050床	2,413床	4,796床	1,034床	2,807床
高度西部	倉敷市、倉敷市、笠岡市、笠岡市、笠岡市、笠岡市、笠岡市	8,668床	2,101床	2,362床	1,077床	2,238床
高度北見	高松市、高松市	812床	0床	377床	113床	322床
真直	真直市、真直市	678床	0床	282床	55床	222床
津山西	津山市、真作市、美作市、美作市、美作市、美作市、美作市	2,307床	493床	742床	256床	777床
岡山南	岡山県	23,513床	6,013床	9,267床	2,833床	6,122床

■6年後の予定  
2014年7月1日時点から6年後の概況の予定として、各医療機関の自主的に選択した概況の状況です。

二次医療圏	全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	養老型
高度東部	岡山県、玉野市、赤松市、瀬戸市、瀬戸市、赤松市、赤松市、赤松市	11,050床	2,657床	4,246床	1,372床	2,762床
高度西部	倉敷市、倉敷市、笠岡市、笠岡市、笠岡市、笠岡市、笠岡市	8,668床	2,272床	2,604床	1,408床	2,141床
高度北見	高松市、高松市	812床	0床	377床	113床	322床
真直	真直市、真直市	678床	0床	282床	55床	222床
津山西	津山市、真作市、美作市、美作市、美作市、美作市、美作市	2,307床	538床	815床	324床	778床
岡山南	岡山県	23,513床	6,468床	9,302床	3,373床	6,232床

74

ファイルすべて開閉

名前	種類	圧縮サイズ
33_3301_1330111岡山第一病院	Microsoft Excel ワーク...	77 KB 開
33_3301_1330139済生会赤松院	Microsoft Excel ワーク...	78 KB 開
33_3301_1330262総合病院玉野	Microsoft Excel ワーク...	80 KB 開
33_3301_1330586聖徳大学玉野	Microsoft Excel ワーク...	77 KB 開
33_3301_1330607聖徳岡山	Microsoft Excel ワーク...	78 KB 開
33_3301_1330619聖徳新築岡山	Microsoft Excel ワーク...	78 KB 開
33_3301_1330707赤松市立赤松	Microsoft Excel ワーク...	77 KB 開
33_3301_1330908赤松市立赤松	Microsoft Excel ワーク...	77 KB 開
33_3301_1331178福成センター	Microsoft Excel ワーク...	84 KB 開
33_3301_1331265独立行政法人	Microsoft Excel ワーク...	85 KB 開
33_3301_1331307聖徳大学玉野	Microsoft Excel ワーク...	77 KB 開
33_3301_1331403総合病院岡山	Microsoft Excel ワーク...	89 KB 開
33_3301_1331619聖徳新築岡山	Microsoft Excel ワーク...	77 KB 開
33_3301_1331874岡山南中央病院	Microsoft Excel ワーク...	79 KB 開
33_3301_1332035独立行政法人	Microsoft Excel ワーク...	80 KB 開
33_3301_1332064独立行政法人	Microsoft Excel ワーク...	81 KB 開
33_3301_1332398総合病院岡山	Microsoft Excel ワーク...	85 KB 開
33_3301_1332655岡山南生会総合	Microsoft Excel ワーク...	90 KB 開

75

岡山県医療推進課

2014年度医療機能報告結果(2014年7月1日時点)の概要

二次医療圏	全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	養老型
高度東部	11,050	2,413	4,796	1,034	2,807	
高度西部	8,668	2,101	2,362	1,077	2,238	
高度北見	812	0	377	113	322	
真直	678	0	282	55	222	
津山西	2,307	493	742	256	777	
岡山南	23,513	6,013	9,267	2,833	6,122	

2014年度医療機能報告結果(2014年7月1日時点)の概要

二次医療圏	全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	養老型
高度東部	11,050	2,657	4,246	1,372	2,762	
高度西部	8,668	2,272	2,604	1,408	2,141	
高度北見	812	0	377	113	322	
真直	678	0	282	55	222	
津山西	2,307	538	815	324	778	
岡山南	23,513	6,468	9,302	3,373	6,232	

76

医療機能報告(結果公表)の概要

二次医療圏	全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	養老型
高度東部	11,050	2,413	4,796	1,034	2,807	
高度西部	8,668	2,101	2,362	1,077	2,238	
高度北見	812	0	377	113	322	
真直	678	0	282	55	222	
津山西	2,307	493	742	256	777	
岡山南	23,513	6,013	9,267	2,833	6,122	

2014年度医療機能報告結果(2014年7月1日時点)の概要

二次医療圏	全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	養老型
高度東部	11,050	2,657	4,246	1,372	2,762	
高度西部	8,668	2,272	2,604	1,408	2,141	
高度北見	812	0	377	113	322	
真直	678	0	282	55	222	
津山西	2,307	538	815	324	778	
岡山南	23,513	6,468	9,302	3,373	6,232	

77

施設名称	病床数	ICU病床数	ICU稼働率	ICU稼働率(%)	ICU稼働率(%)	ICU稼働率(%)	ICU稼働率(%)	ICU稼働率(%)	ICU稼働率(%)	ICU稼働率(%)
聖隷聖医院	1,000	100	100	100	100	100	100	100	100	100
聖隷湘南医院	1,000	100	100	100	100	100	100	100	100	100
聖隷常葉病院	1,000	100	100	100	100	100	100	100	100	100

施設名称	ICU病床数	ICU稼働率	ICU稼働率(%)	ICU稼働率(%)	ICU稼働率(%)	ICU稼働率(%)	ICU稼働率(%)	ICU稼働率(%)	ICU稼働率(%)	ICU稼働率(%)
聖隷聖医院	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
聖隷湘南医院	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
聖隷常葉病院	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

施設名称	ICU稼働率	ICU稼働率(%)	ICU稼働率(%)	ICU稼働率(%)	ICU稼働率(%)	ICU稼働率(%)	ICU稼働率(%)	ICU稼働率(%)	ICU稼働率(%)	ICU稼働率(%)
聖隷聖医院	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
聖隷湘南医院	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
聖隷常葉病院	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

施設名称	ICU稼働率	ICU稼働率(%)	ICU稼働率(%)	ICU稼働率(%)	ICU稼働率(%)	ICU稼働率(%)	ICU稼働率(%)	ICU稼働率(%)	ICU稼働率(%)	ICU稼働率(%)
聖隷聖医院	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
聖隷湘南医院	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
聖隷常葉病院	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

施設名称	ICU稼働率	ICU稼働率(%)	ICU稼働率(%)	ICU稼働率(%)	ICU稼働率(%)	ICU稼働率(%)	ICU稼働率(%)	ICU稼働率(%)	ICU稼働率(%)	ICU稼働率(%)
聖隷聖医院	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
聖隷湘南医院	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
聖隷常葉病院	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

これは平成26年の病床機能報告のデータである。施設設備やマンパワーが必要と思われる心・脈管手術に関して、公表されている手術件数をまとめてみた。

医療機関名	心・脈管手術 全身静脈手術 (再掲)	経皮的冠動脈形成術(再掲)	
心臓病センター豊原病院	284	104	83
岡山大学病院	182	未確認	未確認
国立病院機構岡山医療センター	85	15	20
総合病院岡山赤十字病院	未確認	未確認	17
倉敷中央病院	333	84	85
川崎医科大学附属病院	未確認	47	23
津山中央病院	未確認	未確認	16

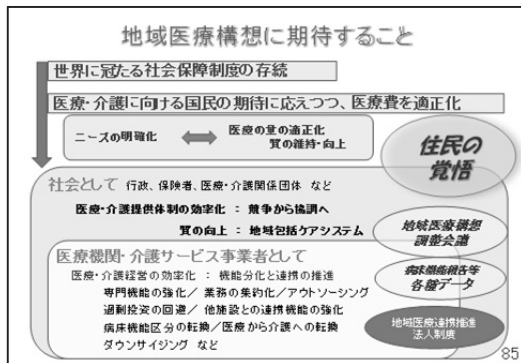
※ 2014年6月の1か月間に行われた手術件数

施設名称	ICU稼働率	ICU稼働率(%)	ICU稼働率(%)	ICU稼働率(%)	ICU稼働率(%)	ICU稼働率(%)	ICU稼働率(%)	ICU稼働率(%)	ICU稼働率(%)	ICU稼働率(%)
聖隷聖医院	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
聖隷湘南医院	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
聖隷常葉病院	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

まだ明らかにするのは控えている情報があるが、今後地域で議論を進めるためには、こういった数字も明らかにして、それぞれの機能をどこがどう担っていくのかという議論も必要だと思っている。

「専門機能の強化」「業務の集約化」「アウトソーシング」「過剰投資の回避」「他施設との連携」等を進める上で役に立つのではないかと考えているが、データだけでなく、丁寧な議論が必要であり、こういった

集約が必要なのかを、お互いに率直に話し合いながら、機能分化を進めていくことになると思っている。



機能分化を推進する上で、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というようなことが必要である。この点は岡山大学、川崎医科大学などの寄付講座等で進めていきたいと考えており、また、ICTを活用した地域ネットワーク「晴れやかネット」の整備も図っていく。

**実現のための施策 ②** 第2次岡山県医療推進計画(案)から

(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。

86

それから、地域包括ケアシステムの構築に向けた取組み等については、市町村と密接に連携しつつ、郡市医師会や地域の医療機関を支援する県医師会の取組みを支援する——これは県医師会に期待していることで、我々は助けていただいているということに感謝しつつも、できる限りの支援をさせていただきたいと思っている。これはお互い、住民を含めて幸せになるために必要なことだと思っている。

医療と介護に関わる職能団体の代表者等で構成する「岡山県在宅医療推進協議会」において、関係団体との協働に向けた合意形成と連携を進めていくということで、本日まで出席の方たちの中には、こちらの協議会にもお運びいただいて、お力添えをお願いしている方もおられる。

**実現のための施策 ③** 第2次岡山県医療推進計画(案)から

(3) 居宅等における医療の提供

- 地域包括ケアシステムの構築に向けた取組等について、関係の市町村と密接に連携しつつ、郡市医師会や地域の医療機関を支援する県医師会の取組を支援することなどにより、在宅医療及び介護サービスの推進を図ります。
- 医療と介護に関わる職能団体の代表者等で構成する「岡山県在宅医療推進協議会」において、各職種の役割や多職種の連携のあり方、各団体の取組等について協議し、協働に向けた合意形成と医療・介護関係団体間の連携を図ることなどにより、在宅医療提供体制の整備を進めます。

87

それから、地域枠の設置、奨学金の貸与など、地域医療支援センターの運営、女性医師や看護師の勤務の継続性に向けた取組み、勤務環境の改善など、こういった医療従事者の確保の取り組みを進めていくことが必要である。

**実現のための施策 ④** 第2次岡山県医療推進計画(案)から

(4) 医療従事者の確保

- 岡山大学及び広島大学の医学部に地域枠を設置し、卒業後に医師不足地域の医療機関で診療に従事させるなど、大学等と連携した医師の確保・育成を図ります。
- 地域医療支援センターを中心として、地域医療に従事する医師のキャリア形成、県内定着や地域偏在の解消を図るなど、医師確保対策を進めます。
- 女性医師や看護師の出産や育児等のライフイベントをきっかけとした離職をできる限り防ぎ、また、いったん離職しても、円滑に再就職できるよう、勤務環境の改善や再就職に向けた情報提供、相談・支援体制を整備することなどにより、医師や看護師の確保に努めます。

88

地域医療構想調整会議については、柔軟な開催が必要であろうということである。

実現のための施策 ⑤

第7次岡山県保健医療計画(案)から

(5) 地域の実情を踏まえた検討

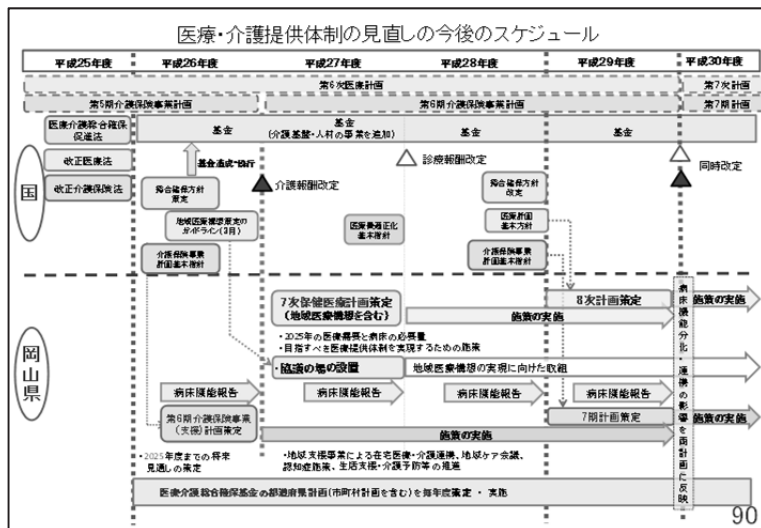
○ 地域医療構想調整会議等の開催においては、例えば、地域包括ケアシステムの構築、精神疾患と身体疾患、認知症対策等を視野に入れ、また、協議に参加する者の区域や職種を柔軟に設定するなど、様々な観点で地域の実情を踏まえた議論が効果的に行われるよう努めます。

89

岡山県の場合は、平成27年度は保健医療計画策定見直しの年である。5年に1回以上の見直しが法律に定められているが、平成30年度には保健医療計画と介護保険事業計画の足並みをそろえるため、第8次保健医療計画を策定することになる。第7次の計画をにらみながら地域で協議を始

めたものが、すぐに次の計画に反映されるということだ。先ほど地域医療構想に盛り込んだものは、今後の議論を進めていく上での着眼点を示したものと申し上げたが、次回の第8次保健医療計画にはもう少し具体的なビジョンとして出てくるのではないかと期待しているところである。

こうした地域住民が健やかに、年をとってもできるだけ地域に住み続けられるような地域社会の構築は、これまでにない初めての取り組みになるが、一緒に進めていくことが我々に課せられていることであり、それが皆様にとって良い結果につながられるように力を合わせてやっていきたいと思っている。



90

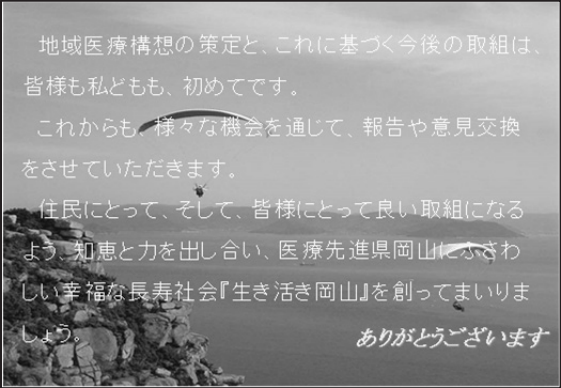
地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目前に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。
  - 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
  - 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく必要があります。



91





地域医療構想の策定と、これに基づく今後の取組は、皆様も私どもも、初めてです。

これからも、様々な機会を通じて、報告や意見交換をさせていただきます。

住民にとって、そして、皆様にとって良い取組になるよう、知恵と力を出し合い、医療先進県岡山にふさわしい幸福な長寿社会『生き生き岡山』を創ってまいります。

ありがとうございます

[第4回 岡山地域医療構想・包括ケアシステム研究会 報告]

○「幸福な長寿社会を実現するために～地域医療構想の策定を通して見えてきた課題～」(則安俊昭委員)

- 医療介護に向ける国民の期待に応える事を前提として医療費等の社会保障費を適正化  
国民の医療や介護に対するニーズを明確にすることが重要  
真のニーズが何かを掴むためには、受ける側と提供する側の意思表示が必要
- 制度改革に向けた、地域医療構想調整会議での関係団体による議論が重要  
医療・介護提供体制の効率化は「競争」から「協調」へ
- 地域住民の暮らしに激変が起こることは避けたい
- すべての疾患に対して辛さの緩和が必要
- エンディングノートなど、事前の意思表示が重要であり、今後ますますこういったものが必要となる
- 大切なことは「QOL×過ごせる時間」  
住民、患者、医療者に対しても在宅医療について説明し、患者や家族に判断してもらうことが必要  
医療者の患者・家族に対するレベルの高い説明能力・コミュニケーションスキルが求められる
- 地域医療構想においては、将来のマーケティング、将来予測をにらみながら、それぞれの医療機関が今後の推進について考え、関係者と協議したうえで地域をどう支えていくのかを固めていくことが重要
- 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
- 目指すべき医療提供体制のビジョンはまだ明らかになっておらず、素案では、地域でそのビジョンを明らかにしていくという観点を示している
- 医療の役割分担と連携  
必要病床数の増減を見据え、関係者間での協議を行い、機能分化と連携を進めることが必要  
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ことが必要  
圏域内で完結できない医療については圏域を越えた連携も必要
- 急性期・回復期の患者について、県北から県南への流出がある
- 医療の役割分担と連携  
慢性期医療は、在宅医療や介護サービスの整備と一体的に推進することが必要  
一般病床と療養病床の機能分化と連携にあたり、精神疾患やオレンジプランとの関連が必要
- 公立病院は、「新公立病院改革ガイドライン」に沿って、経営効率化やネットワーク化等の取組みが必要
- 人生の最終段階に、どのような医療・介護を希望するか、住民に考えておくよう働きかける

ことが必要

- 中山間地域では医療従事者の高齢化が問題  
機能分化や役割分担、受診のための交通手段の確保等についての配慮が必要
- 人口密度の低い所は、高度急性期をもつのは不可能であり、今後の対応が課題
- 年齢階級別医療施設従事医師数は、県南に若い方が多く、高梁・新見は 29 歳以下がない。  
看護職も同様の傾向
- 地域医療構想の実現に向けては、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において協議を進める
- 医療の役割分担と連携  
病床の機能分化、連携を推進するための施設・設備の整備  
一人の医師が幅広い分野（専門）をカバーしながら、必要に応じ高次医療機関と連携  
ICT を活用した地域医療ネットワーク設備の整備
- 居宅等における医療の提供  
県としては、県医師会に大きな期待をしており、地域包括ケアシステム構築に向けては関係市町村と密接に連携しつつ、郡市医師会や地域の利用機関を支援する県医師会の取組みを支援する  
岡山県在宅医療推進協議会にて関係団体との協働に向けた合意形成と医療・介護関係団体間の連携を図る
- 医療従事者の確保  
岡山大学及び広島大学の医学部に地域枠を設置  
地域医療支援センターを中心とした医師確保対策  
女性医師や看護師の再就職・勤務環境の改善
- 地域医療構想調整会議等は柔軟な開催が必要

#### ○「人口減少時代の病院経営」（金田道弘氏）

- モットーは「楽しく」「遅しく」「社会に貢献」
- 国民医療費の変化率は、その 1 年前の国民所得の変化率と連動・並行して移動しており、国民所得が上がらない限り、国民医療費は上がらない
- 国民医療費の 4 割は税金が使われている。財源構造を忘れてはいけない
- 地域医療が崩壊したら困るから地域医療構想がある
- 一般政府債務残高の名目 GDP に対する割合、従属人口割合指数の国際比較で日本は先進国第一位
- 岩盤規制の改革が必要
- 3 年以内に都道府県別の 1 人当たりの医療費差を半減、病床数・平均在院日数の地域差の是正を目指す  
都道府県別の診療報酬や、1 点が 10 円ではないものが出てくる可能性

- 経済・財政一体改革推進委員会の取組みに注目する必要がある
- 日本の医療の問題は、制御機構が無い医療提供体制と、医療・介護ニーズと提供体制のミスマッチ
  - 民間医療機関が8割の日本においては、戦後一定の基準を満たせば自由に作れた適正配置が成されていない為、時代背景の変化によりミスマッチが起こった
  - 地域の実情に応じた医療提供体制の再構築が不可欠
  - 「ネットワーク化」と「競争より協調」
  - 大病院と大病院、中病院と中病院、小病院と小病院が連携することが重要
- 医療資源の適正配置に向け、データに基づいた医療の質と地域における役割の評価が必要
- 地域医療における三大不足は、医師と看護師、そして人間・患者不足
- 診療報酬がマイナス改定になれば翌年の病院の倒産件数は増える
- 地域の中小病院は、患者、コメディカル、理事長、住民など、あらゆるものとの距離が近い
- 研修医と医学生の育成支援は私たちの重要な役割
- 36年で106床（38%）のダウンサイジング
  - 真庭の病院の経営形態は86%が民間病院であり、かつ、直線距離400m以内での競争が激しかった
  - さまざまな原因により、急速に病院経営が厳しくなった
  - ダウンサイジングが非である時代ではない
- 病院同士が競合することは非効率、役割分担・機能分化することで効率的な医療の提供が可能
  - 落合3病院会での話し合いを経て、落合病院・金田病院の当直情報を公開している
  - ⇒現在では真庭全病院のデータをまとめ、消防や警察、医師会等に対して送っている
  - 交流を続け、落合病院と金田病院は姉妹病院に。さらに、落合病院金田病院連携推進協議会を設置
  - ⇒連携以上、統合未満、合併未満の仕組みが必要⇒連携協力推進協定を調印
  - 危機感の共有が無ければ連携は進まない
- 時代の変化に乗っていくのが経営者の役割であり、変化に乗って生きていくことで存在価値が生まれる
- 社会に貢献するためには健全な経営が必要
  - 健康な身体も必要なため、経営管理志向が必要
  - これからの病院経営は、これらに加え社会経済の医療だという考えと、地域の責任を一緒に持つ時代
- 人口減少地域の病院が生きるための選択肢は
  1. 競争から協調へ
  2. 法的拘束力のない協定を結び、一歩踏み込んだ連携を
  3. 法的拘束力のある地域医療連携推進法人と統合（合併）
- これからは「点」の時代ではなく「面」の時代であり、それを数字の面で比較して適正化し

ていく

## ○意見交換

- 岡山県は地域医療構想について関係団体から協力・支援があり、環境が恵まれている  
地域の医療・介護ニーズに対応するための医療提供体制を考える事が第一目標だと共有できている
- 岡山県は、南東部以外は民間病院が公的な役割を果たしていることが特徴  
自治体立病院の役割をどのようにしていくかということが今後の大きな課題  
民間病院が果たしている役割を評価することが重要
- 個々のスタッフがあまり無理をしないで済むスタッフの配置が必要
- 10年後には医師の3割が女性に  
ワークライフバランスの確保が重要  
女性医師が増えることを前提とした、医師・看護師が働きやすい体制  
(男性医師でも同様の問題があるが、)女性医師の医療に対する熱意・意識の違い
- 地域医療構想のなかで、その地域で完結するものと、他の地域にゆだねるものについてコンセンサスを作る必要がある  
受け入れ拒否の回数が多い背景として、二次医療機関が受け入れる基準の意識付けや整理をしていない
- 限られた医療人材・資源を有効に使うための取組みについての協議が自治体ごとに必要  
⇒医師が動くのか、施設を維持するのか、患者が移動するのか
- ドクターヘリは運行調整委員会などを開催しながら運行に向けて努力をしている
- 分娩可能な施設は分散配置よりも一定程度の集約も致し方ないのではないか
- 病院経営において、移転新築が一番危険
- 常に緊張感を持って経営を行うことが重要  
経営者が平時から緊張感を持ち、職員に共有することで、一枚岩になるための経営管理ができる
- 厚労省や医師会の流れだけでなく、経済財政諮問会議や財政一体改革推進委員会などの流れも見るべき
- 行き届いた訪問看護が在宅での死亡率を上げる理由ではないか
- 老健施設の地域での位置づけが重要  
地域包括ケア病床と老健施設は機能が被るが、自己負担は老健施設の方が高い  
地域包括ケア病床が増えることで老健施設の稼働率が下がるという現象が起こっている  
老健施設を地域包括ケアステーション替わりに使う
- 看護多機能施設をどのように作っていくかが大切  
看護師の育成が重要  
訪問看護の体験事業を行っており、希望者は増えているが、定着が難しい(病院志向が強い)

管理者教育が入れ替わりと人員数の問題で十分に行えない

- ヘルパーたちの臨床対応力を高め、処置はできなくとも異常に気付く力を育てることが大切
- 高齢者の場合、急性期の肺炎患者は誤嚥性肺炎が主  
今後も急性期の搬送で診るのか⇒ある程度は介護側や在宅で診られるようにしなければならない
- 介護保険の財政は限界にきている  
既にソフトランディングは難しい状況である  
ハードランディングが起こった際に、住民生活に大きな影響がでないよう工夫することが必要
- データに基づいて、データの裏側にあるものを掘って、今後を考えていくことが重要