

医療計画の3つの課題と 地域包括ケアの2つの課題



医療介護一括法可決成立(2014年6月18日)

国際医療福祉大学大学院医療経営管理分野
武藤正樹

1. 医療計画の3つの課題

- ①医療圏見直し
- ②基準病床算定式見直し
- ③地域経営統合

地域医療構想と構想区域の設定

- 構想区域

- 「地域における病床の機能分化及び連携を推進するための基準として厚生労働省令で定める基準に従い定める区域」

- 医療法

- 二次医療圏

- 入院医療を完結する圏域

①医療圏見直し

- 2次医療圏をベースにで構想区域の設定を想定
- **しかし現状の2次医療圏がそもそも妥当か？**
- 前回医療計画見直しの際、**2次医療圏見直し**(地方の小規模医療圏見直し)を行おうとしたが進まなかった経緯がある
- 2次医療圏見直し
 - 人口20万人未満で、流出率20%以上、流入率20%未満の医療圏を見直すことになった
 - 87医療圏が対象、しかし実際には3県の医療圏しか見直されなかった

医療計画見直し等検討会

- 伊藤 伸一 日本医療法人協会副会長
- 尾形 裕也 九州大学大学院医学研究院教授
- 神野 正博 全日本病院協会副会長
- 齋藤 訓子 日本看護協会常任理事
- 末永 裕之 日本病院会副会長
- 鈴木 邦彦 日本医師会常任理事
- 池主 憲夫 日本歯科医師会常務理事
- 中沢 明紀 神奈川県保健福祉局保健医療部長
- 長瀬 輝誼 日本精神科病院協会副会長
- 伏見 清秀 東京医科歯科大学大学院教授
- 布施 光彦 健康保険組合連合会副会長
- **○武藤 正樹 国際医療福祉大学大学院教授**
- 山本 信夫 日本薬剤師会副会長
- 吉田 茂昭 青森県立中央病院長



第1回検討会
2010年12月17日

医療計画見直しの方向性

- ①医療圏見直し
 - 人口20万人未満、流出率20%以上、流入率20%未満
- ②数値指標の見直し
- ③精神疾患を5疾患目に追加
- ④医療従事者の確保に関する事項
- ⑤災害時における医療体制の見直し
- ⑥在宅医療に係わる医療体制の充実・強化

(参考)各都道府県の人口20万人未満の二次医療圏の現状

都道府県	二次医療圏数 (カッコ内は島部)		人口20万人未満の 二次医療圏数 (島部を除く)	人口20万人未満 かつ患者流入率20%未満 かつ患者流出率20%以上	都道府県	二次医療圏数 (カッコ内は島部)		人口20万人未満の 二次医療圏数 (島部を除く)	人口20万人未満 かつ患者流入率20%未満 かつ患者流出率20%以上
	S63年	H22年				S63年	H22年		
北海道	21	21 (0)	12	10	滋賀県	7	7 (0)	4	2
青森県	6	6 (0)	3	3	京都府	6	6 (0)	3	2
岩手県	9	9 (0)	<7>	<5>	大阪府	4	8 (0)	0	0
宮城県	5	7 (0)	<4>	<4>	兵庫県	10	10 (0)	3	1
秋田県	8	8 (0)	7	3	奈良県	3	5 (0)	1	1
山形県	4	4 (0)	1	0	和歌山県	6	7 (0)	6	4
福島県	7	7 (0)	<3>	<3>	鳥取県	3	3 (0)	1	0
茨城県	6	9 (0)	0	0	鳥根県	6	7 (1)	5	4
栃木県	5	5 (0)	0	0	岡山県	5	5 (0)	3	2
群馬県	10	10 (0)	6	0	広島県	10	7 (0)	2	1
埼玉県	9	10 (0)	1	1	山口県	9	8 (0)	4	2
千葉県	12	9 (0)	1	0	徳島県	3	6 (0)	5	3
東京都	13	13 (1)	0	0	香川県	5	5 (1)	2	1
神奈川県	8	11 (0)	0	0	愛媛県	6	6 (0)	4	2
新潟県	13	7 (1)	0	0	高知県	4	4 (0)	3	2
富山県	4	4 (0)	2	0	福岡県	10	13 (0)	7	4
石川県	4	4 (0)	2	2	佐賀県	3	5 (0)	4	1
福井県	4	4 (0)	3	2	長崎県	9	9 (4)	2	2
山梨県	8	4 (0)	3	1	熊本県	10	11 (0)	10	4
長野県	10	10 (0)	5	4	大分県	10	6 (0)	4	3
岐阜県	5	5 (0)	1	0	宮崎県	6	7 (0)	6	3
静岡県	10	8 (0)	2	0	鹿児島県	12	9 (2)	5	4
愛知県	8	11 (0)	2	0	沖縄県	5	5 (2)	1	1
三重県	4	4 (0)	1	0	計	345	349 (12)	151 <14>	87 <12>

(カッコ内は被災3県における二次医療圏数)

※二次医療圏数は平成22年4月現在

出典：平成20年患者調査(医政局指導課による特別集計：二次医療圏別、病院の療養病床及び一般病床の推計入院患者の圏内への流入患者割合、圏外への流出患者割合)

見直しをしない理由

～都道府県アンケート調査～

- 「見直す必要がない」(8府県、5府県は見直し対象圏域を含まない府県)
- 「(見直しの)メリットがない」(4県)
- 「医療資源の確保がより困難になる」(4県)
- 「(見直しの)時間がない」(2県)
- 「2次医療圏に関連づけられた拠点病院の指定などに影響が出る」(2県)
- 「地域医療再生基金など進行中の事業計画に影響が出る」(2県)
- 自由回答
 - 「見直しに伴い患者の利便性が低下するとの懸念から関係団体の理解が得られない」
 - 「地域特性を考えると医療圏の合併は医療サービスの低下を招く恐れがある」
 - 「医療圏の中核病院の維持・強化が必要」「現医療圏での課題に取り組み、患者の流入を解消することが住民に望まれている」

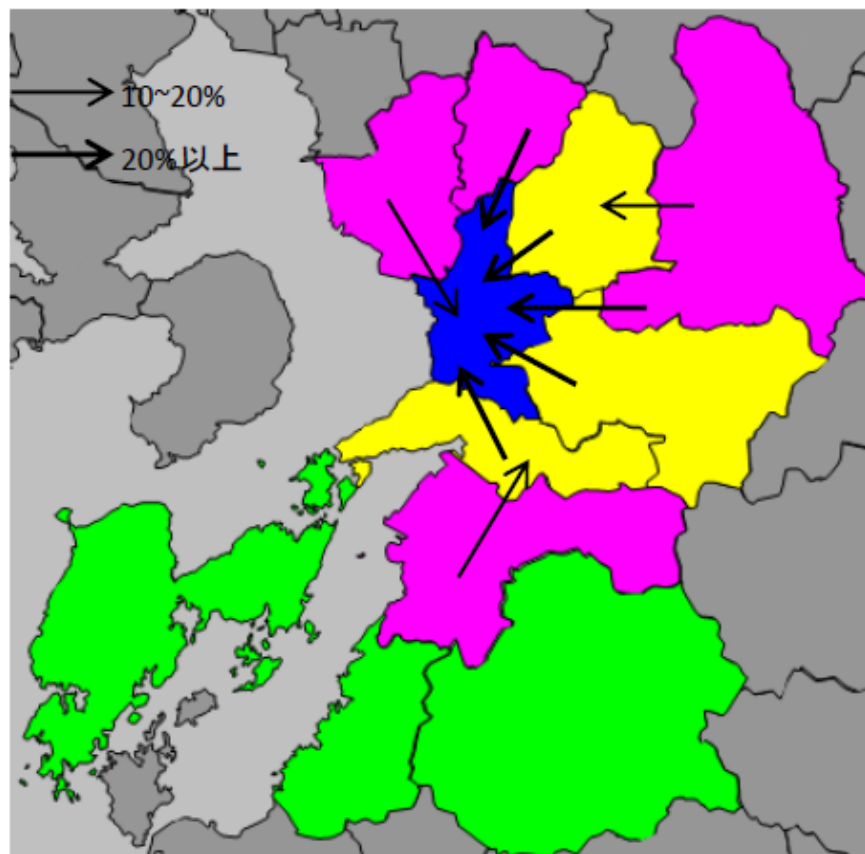
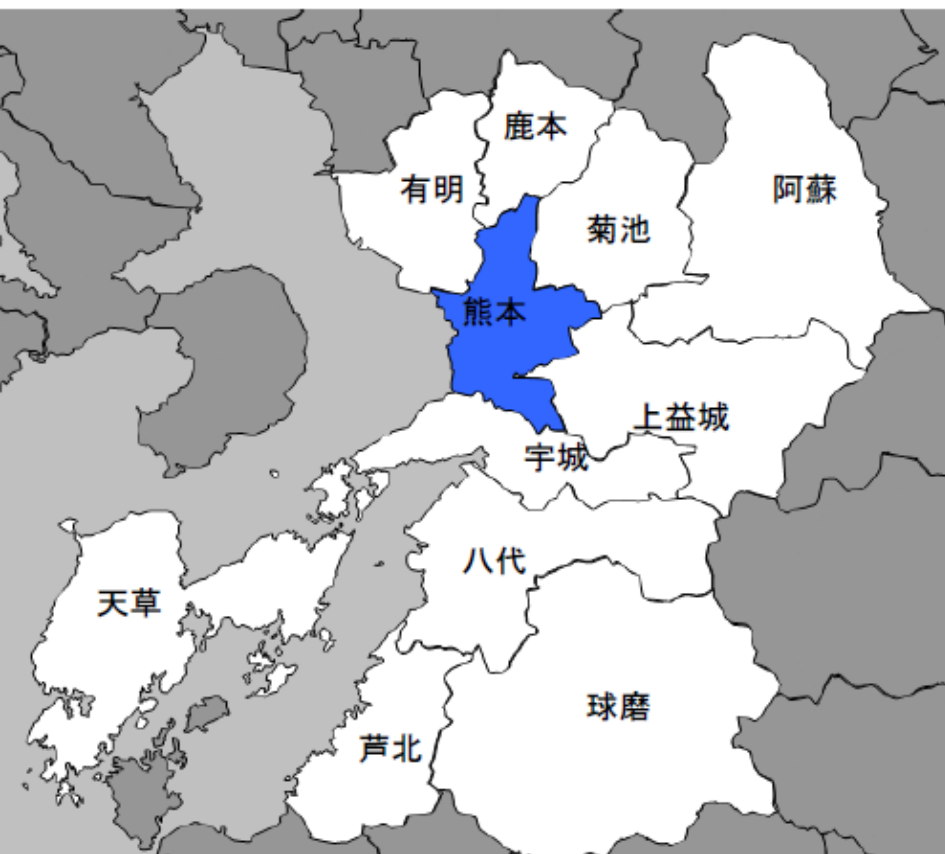
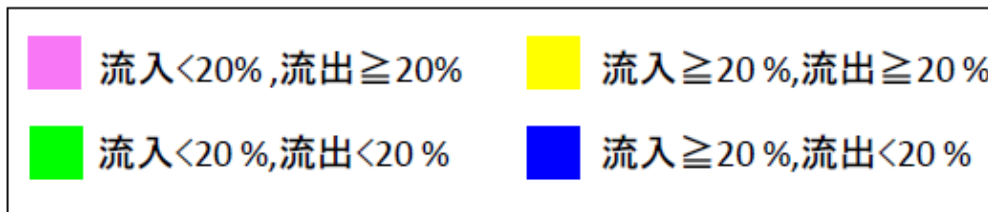
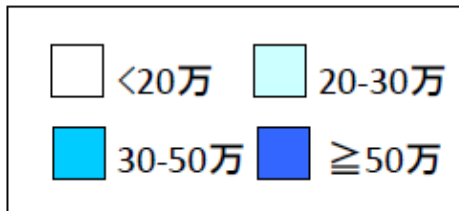
医療圏見直しの課題

- 次回医療計画で2次医療圏の再設定
 - 人口規模が大きく、流入型の医療圏を中核として、医療圏を統合してはどうか？
 - 新たな見直しコンセプトと基準を設定する
 - キーワードは「集中！」
 - 前回は人口規模の小さい医療圏の見直し
 - これからは人口規模の大きい医療圏に周辺医療圏を統合する。このため中核医療圏を指定してはどうか？
 - 中核医療圏の指定基準を作ってはどうか？

人口

熊本県

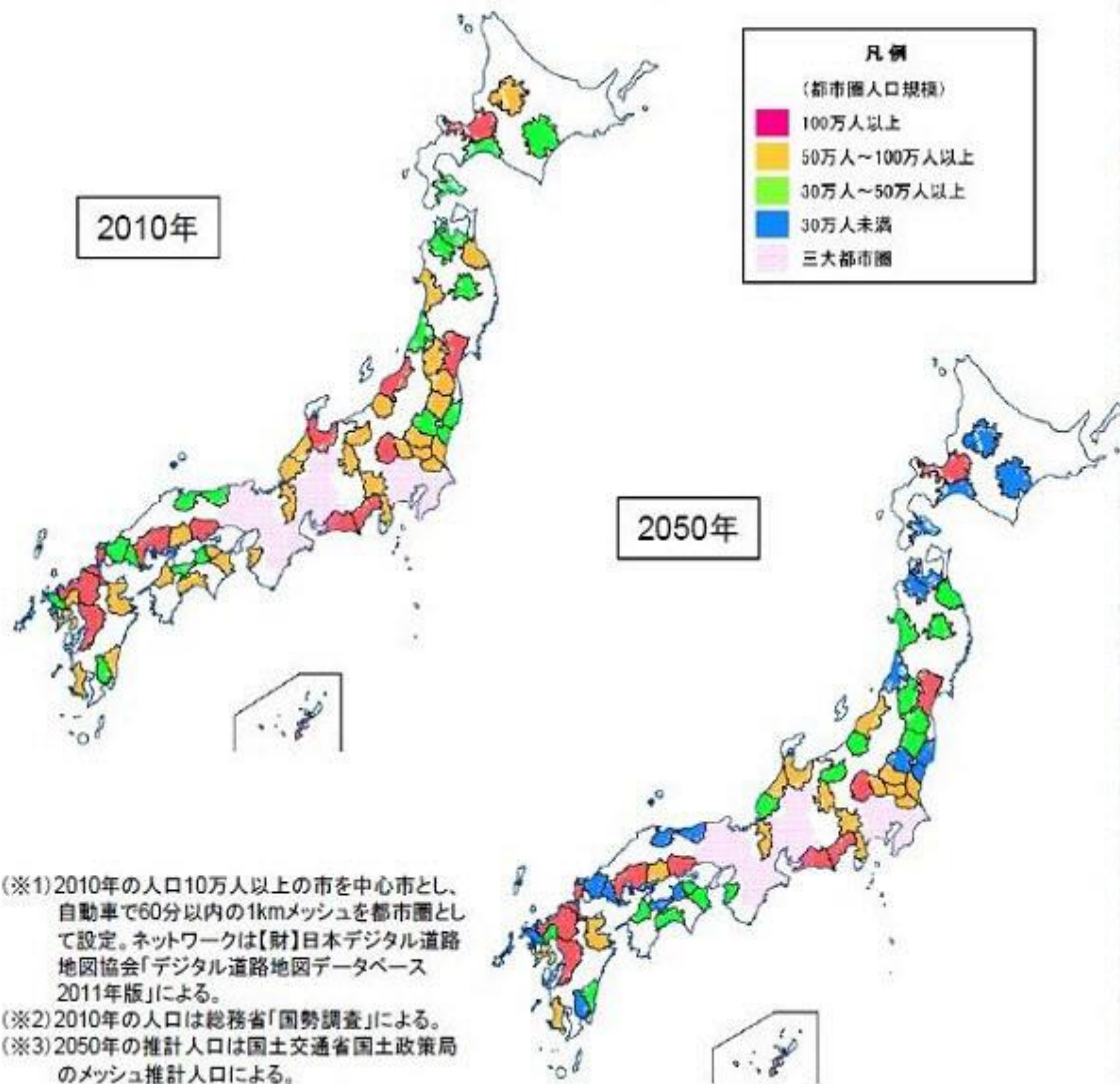
流入出



○30万人以上の都市圏※は、61(2010年)から43(2050年)へと激減。

※)三大都市圏を除く。

2010年に人口30万人以上の都市圏(三大都市圏を除く)の人口の変化



(※1) 2010年の人口10万人以上の市を中心市とし、自動車で60分以内の1kmメッシュを都市圏として設定。ネットワークは【財】日本デジタル道路地図協会「デジタル道路地図データベース2011年版」による。

(※2) 2010年の人口は総務省「国勢調査」による。

(※3) 2050年の推計人口は国土交通省国土政策局のメッシュ推計人口による。

2050年に人口30万人を維持できる都市圏(中心市)

【43都市圏】

札幌・小樽・江別
八戸
盛岡
仙台・大崎
秋田
山形
福島
郡山
水戸・ひたちなか
土浦・つくば
宇都宮・鹿沼
栃木・小山・筑西
足利・佐野・桐生・太田
前橋・高崎・伊勢崎
新潟・三条・新潟田
長岡
富山・高岡
金沢・小松・白山
福井
甲府
長野
松本
沼津・三島
静岡・富士・富士宮・焼津・藤枝・島田
浜松・掛川・磐田・豊橋・豊川
長浜・彦根・東近江
和歌山
岡山・倉敷
福山・尾道・三原
広島・呉・廿日市・東広島・岩国
徳島
高松
松山
高知
北九州・下関
福岡・飯塚・筑紫野・春日・久留米・南津
佐賀
長崎・諫早
熊本・大牟田・八代
大分・別府
宮崎
鹿児島
那覇・浦添・沖縄・うるま

2050年に人口30万人を維持できない都市圏(中心市)

【18都市圏】

函館
旭川
帯広
苫小牧
青森
弘前
釧路・函田
いわき
日立
那須塩原
鳥取
米子
徳島
山口・防府
丸亀
新居浜・西条
佐世保
那覇

地域医療構想策定ガイドライン等 に関する検討会

- 10月17日開催検討会（座長：遠藤久夫・学習院大学経済学部長）
- 「現状の2次医療圏は、さまざまな課題を持っているとはいえ、他に代わる有効なものがあるわけではないので、これをベースにし、4つの要素を勘案するという、厚労省の提案がおおむね認められたと思う」
- 「4つの要素」
 - (1)人口規模
 - (2)患者の受療行動（流出率・流入率）
 - (3)疾病構造の変化
 - (4)基幹病院までのアクセス時間等の変化



②基準病床算定式見直し

基準病床算定式見直し

- 現状の基準病床数の計算式は分子に年齢階級別人口が入っている
- このため高齢化が進展すると、基準病床数がどんどん増えていく。
 - 前回医療計画見直しの際千葉県は3000病床増加した
- 社会保障と税一体改革では、2025年へむけて一般病床数は現状107万床から、放置すれば130万床になるところを103万床までしぼりこむとしている。
 - 基準病床数計算式の変更が必要

医療・介護サービスの需要と供給（必要ベッド数）の見込み

パターン1	平成23年度 (2011)	平成37(2025)年度		
		現状投影シナリオ	改革シナリオ	
			各ニーズの単純な病床換算	地域一般病床を創設
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19～20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19～20日程度	【高度急性期】 22万床 70%程度 30万人/月 15～16日程度	【高度急性期】 18万床 70%程度 25万人/月 15～16日程度
一般急性期	退院患者数 125万人/月	(参考) 急性 15日程度 高度急性 19-20日程度 一般急性 13-14日程度 亜急性期等 75日程度 亜急性期等 57～58日程度 長期ケア 190日程度 ※推計値	【一般急性期】 46万床 70%程度 109万人/月 9日程度	【一般急性期】 35万床 70%程度 82万人/月 9日程度
亜急性期・ 回復期リハ等		152万人/月	【亜急性期等】 35万床 90%程度 16万人/月 60日程度	【亜急性期等】 26万床 90%程度 12万人/月 60日程度
長期療養（慢性期）	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	28万床、91%程度	
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床	
（入院小計）	166万床、80%程度 30～31日程度	202万床、80%程度 30～31日程度	159万床、80%程度	
介護施設 特養 老健（老健+介護療養）	92万人分 48万人分 44万人分	161万人分 86万人分 75万人分		
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	52万人分 25万人分 27万人分	31万人分	

社会保障と税一体
改革で示した「必要
ベット数」と「基準病
床数」の整合性は？

(注1) 医療については「万床」はベッド数、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数、「人/月」は月当たりの退院患者数。介護については、利用者数を表示。
 (注2) 「地域一般病床」は、高度急性期の1/6と一般急性期及び亜急性期等の1/4で構成し、新規入院が若干減少し平均在院日数が若干長めとなるものと、仮定。
 ここでは、地域一般病床は、概ね人口5～7万人未満の自治体に暮らす者(今後2000～3000万人程度で推移)100人当たり1床程度の整備量を仮定。

地域医療構想策定ガイドライン等 に関する検討会

- 10月17日開催検討会（座長：遠藤久夫・学習院大学経済学部長）
- 2025年の医療需要と病床の必要量の推計
 - 社会保障・税一体改革で2011年6月に行った推計の基本的考え方を基に、レセプトデータやDPCデータなどを活用して、推計を精緻化する方針でもほぼ合意
 - 厚労省は次回の10月31日の会議で、医療需要等の推計のたたき台を提示した。



地域別病床数推計法

- 「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」
(10月31日)
 - 1日当たりの「医療資源投入量」を算出
 - DPCデータとNDBから、患者に対する個別の診療行為を診療報酬の出来高点数に換算して入院日数や入院継続患者の割合などと比較して医療資源投入量を算出
 - 医療資源投入量の高い段階から順に、高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能の4つの医療機能を位置付ける
 - 入院医療ニーズ算出
 - 入院医療ニーズに関しては、DPCの診断群分類別の入院受療率に将来人口推計を掛けて算出

③地域経営統合

国民の医療介護ニーズに適合した 提供体制改革への道筋 医療は競争よりも協調を

社会保障制度改革国民会議

2013年4月19日

慶應義塾大学商学部 権丈善一



解決の方向性は

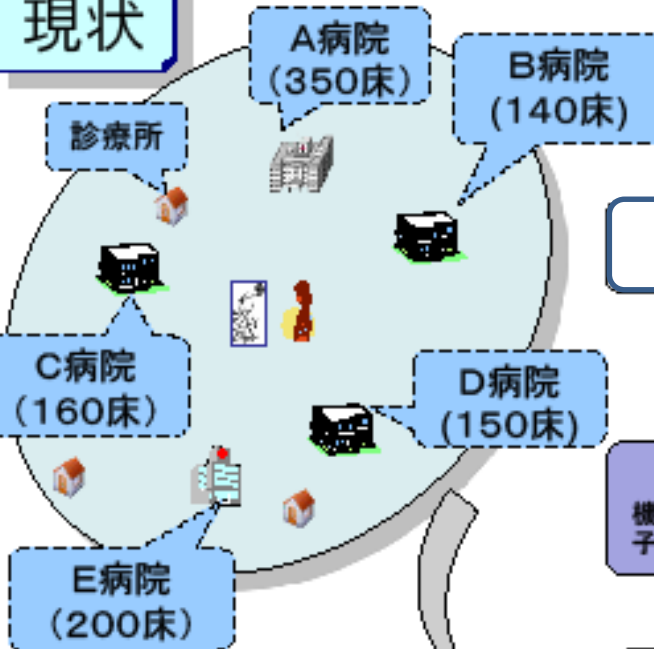
- 過当競争から病院経営を救う道は
- 非営利を厳正化して地域独占を許容
 - 高度急性期医療は、大学病院、国立病院、公的病院（日赤・済生会・共済・厚生連等）及び自治体病院が担っている場合が多い。これらの運営主体がそれぞれに独立したままで機能分担しようとしても、経営上の利害がぶつかるためうまくいかない。
 - このため、地域の中で、複数の病院がグループ化し、**病床や診療科の設定、医療機器の設置、人事、医療事務、仕入れ等を統合して行うことができる環境を作る。**

連携ネットワークから統合ネットワークへ

- 地域連携ネットワーク(現状)
 - 経営主体の異なる医療機関・介護福祉施設の連携
 - 医療計画における連携推進
 - 疾病別・事業別ネットワーク
- 地域統合ネットワーク(今後)
 - 経営主体の異なる医療機関、介護福祉事業体等を経営統合した事業体を形成→IHN(Integrated Healthcare Network)
 - IHNとは
 - 50km~100Km医療圏に急性期病院、回復期リハ、慢性期病院、診療所、介護施設、在宅医療・介護
 - 売り上げ規模1000億~2000億円規模の統合ネットワーク
 - 保険者、物流、医療人材、情報の統合ネットワークを形成
 - 医療人材養成機関(大学)を併設あるいは連携

地域連携ネットワークから地域統合ネットワークへ

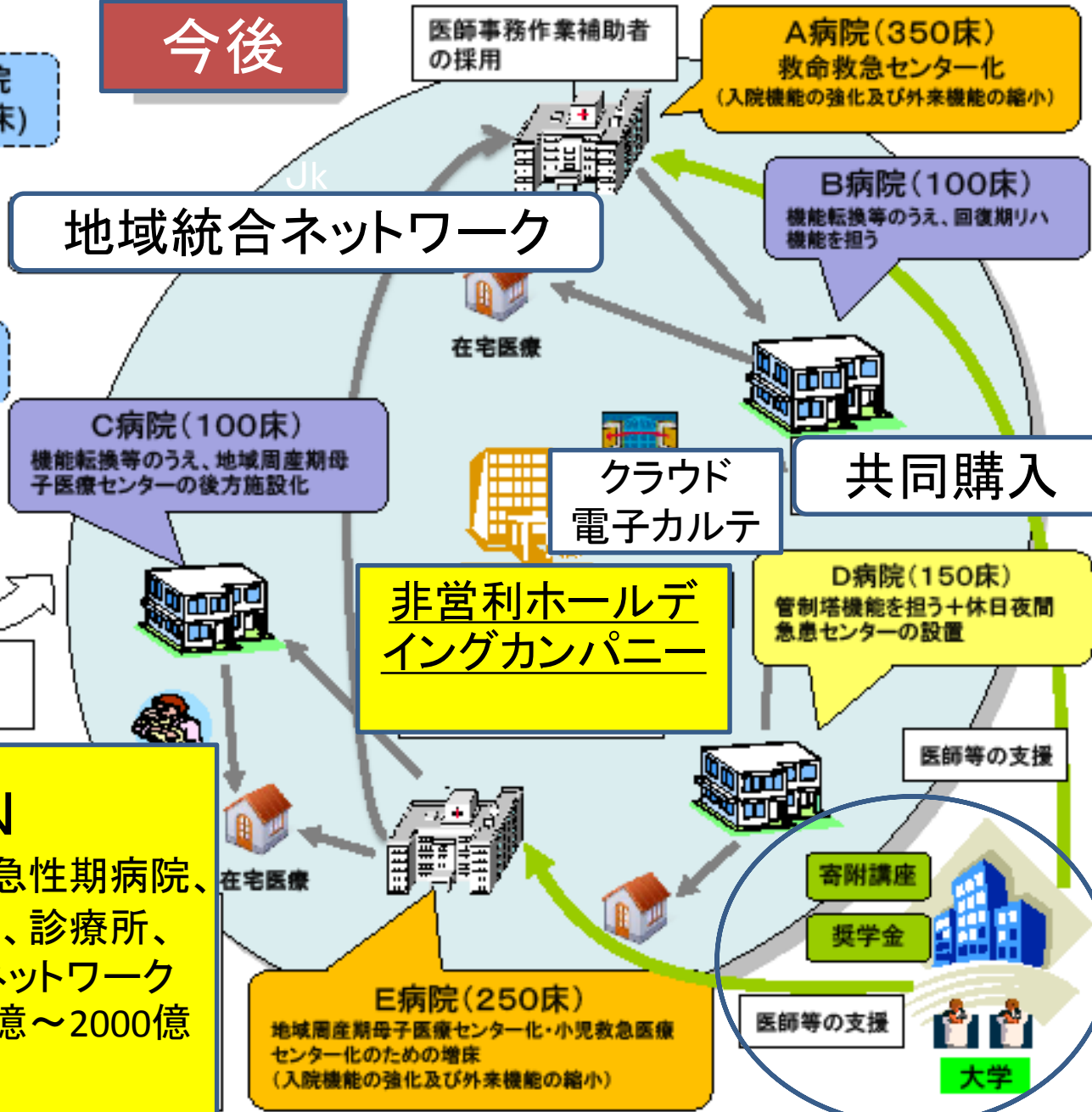
現状



- 課題
- 地域の医療資源が不足している
 - 施設間で機能分化と連携ができていない

今後

地域統合ネットワーク



日本版IHN

半径50Km~100Km 圏内に急性期病院、回復期リハ病院、慢性期病院、診療所、介護福祉施設、大学の統合ネットワーク(IHN)を形成、売り上げ1000億~2000億円規模

大学

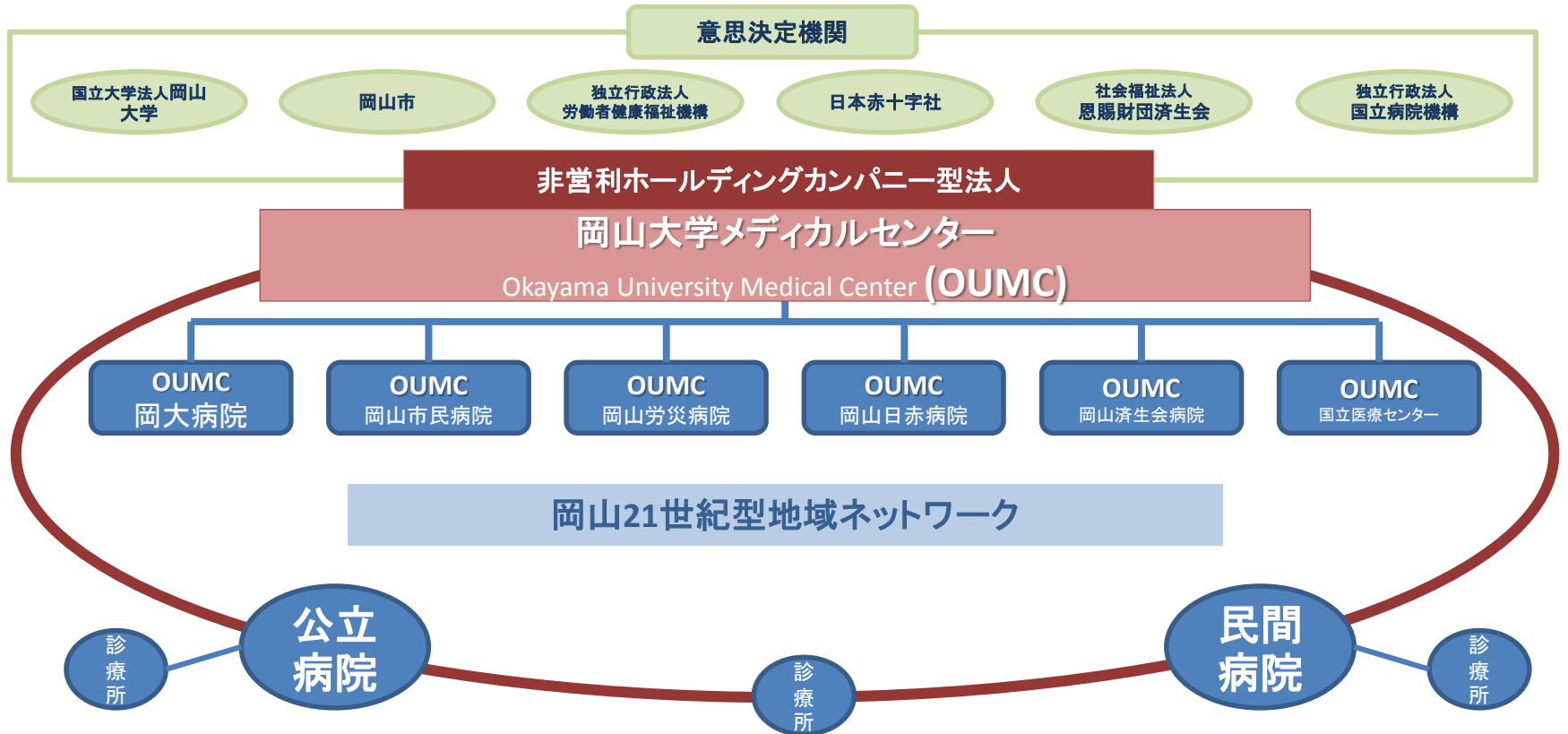


岡山大学メディカルセンター構想

～岡山における医療・福祉サービス提供体制の効率化と地域経済活性化の実現～

平成26年3月28日
岡山大学 森田 潔

(2) 岡山大学メディカルセンター構想の概要



地域経営統合についても地域医療構想の中で積極的に位置づけるようにしてはどうか？

2. 地域包括ケアシステムの 2つの課題

- ①後期高齢者の医療と介護の保険の統合
- ②医療と介護のレセプトデータベースの統合

地域包括ケアシステムと ケアサイクル論

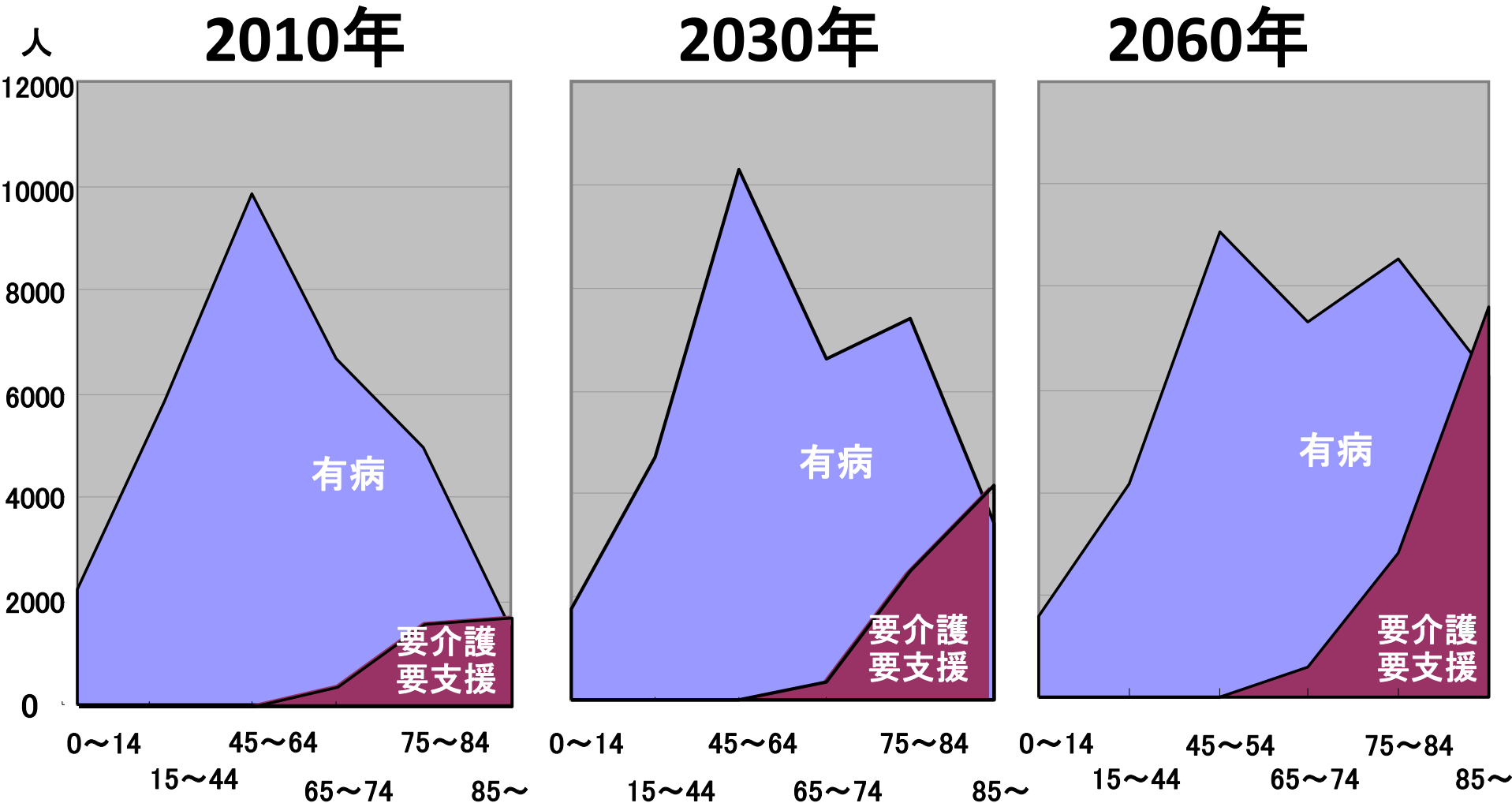


地域包括ケアには
ケアサイクル論が最適

長谷川敏彦氏（元日本医科大学教授）
文部科学省 科学技術・学術政策研究所 客員研究官

医療・介護需要の変遷

有病・要介護・要支援者人口10万当たり



長谷川敏彦氏資料より

一人の患者・要介護者の
個表を時系列で繋いだもの

例

76歳男性／脳卒中

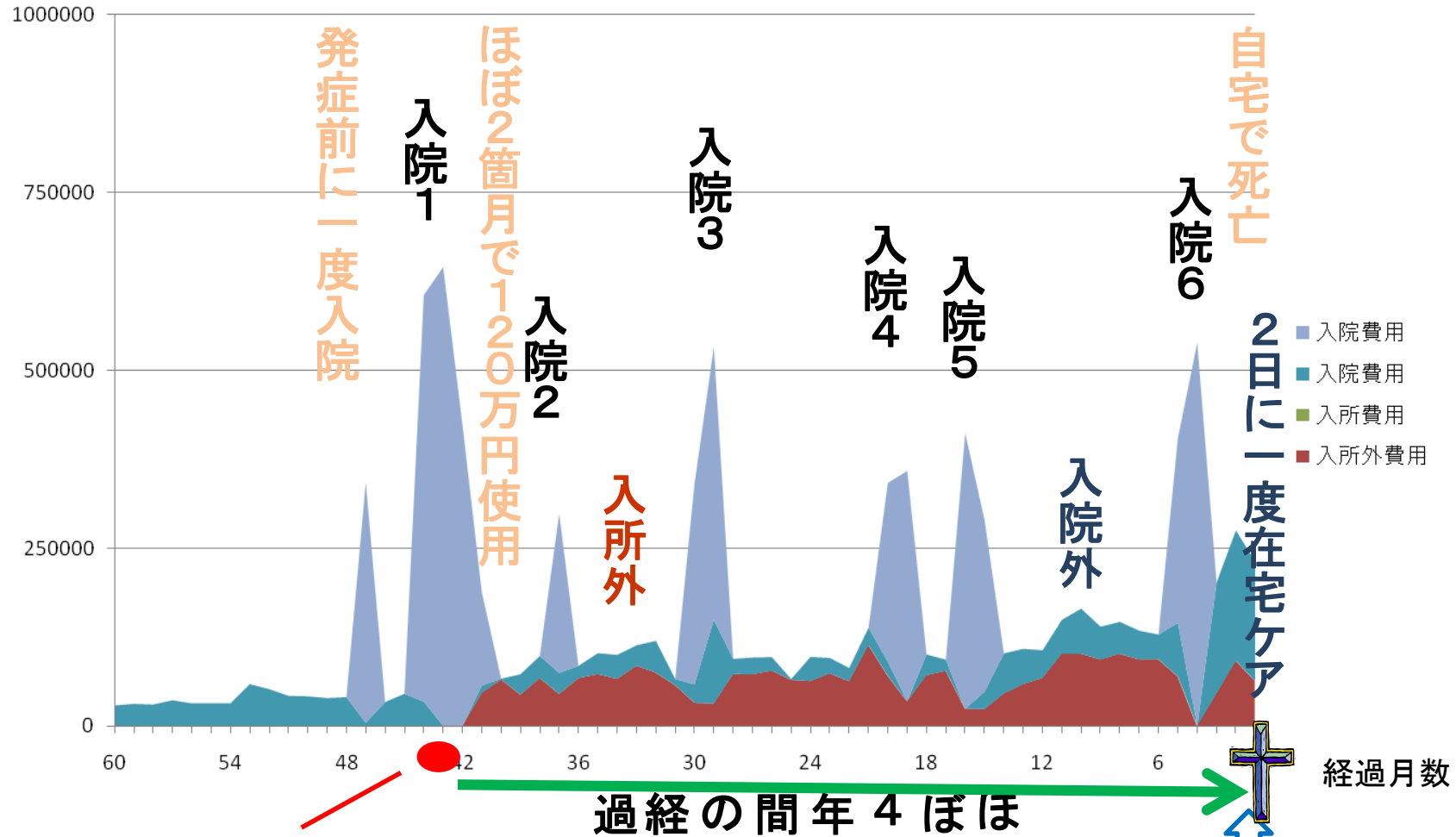
ケアサイクルを見てみよう！

No.48 死亡前60ヶ月間の医療・介護費推移

76歳男性／介護主病名：脳卒中

費用(円)

1ヶ月個人単位請求額

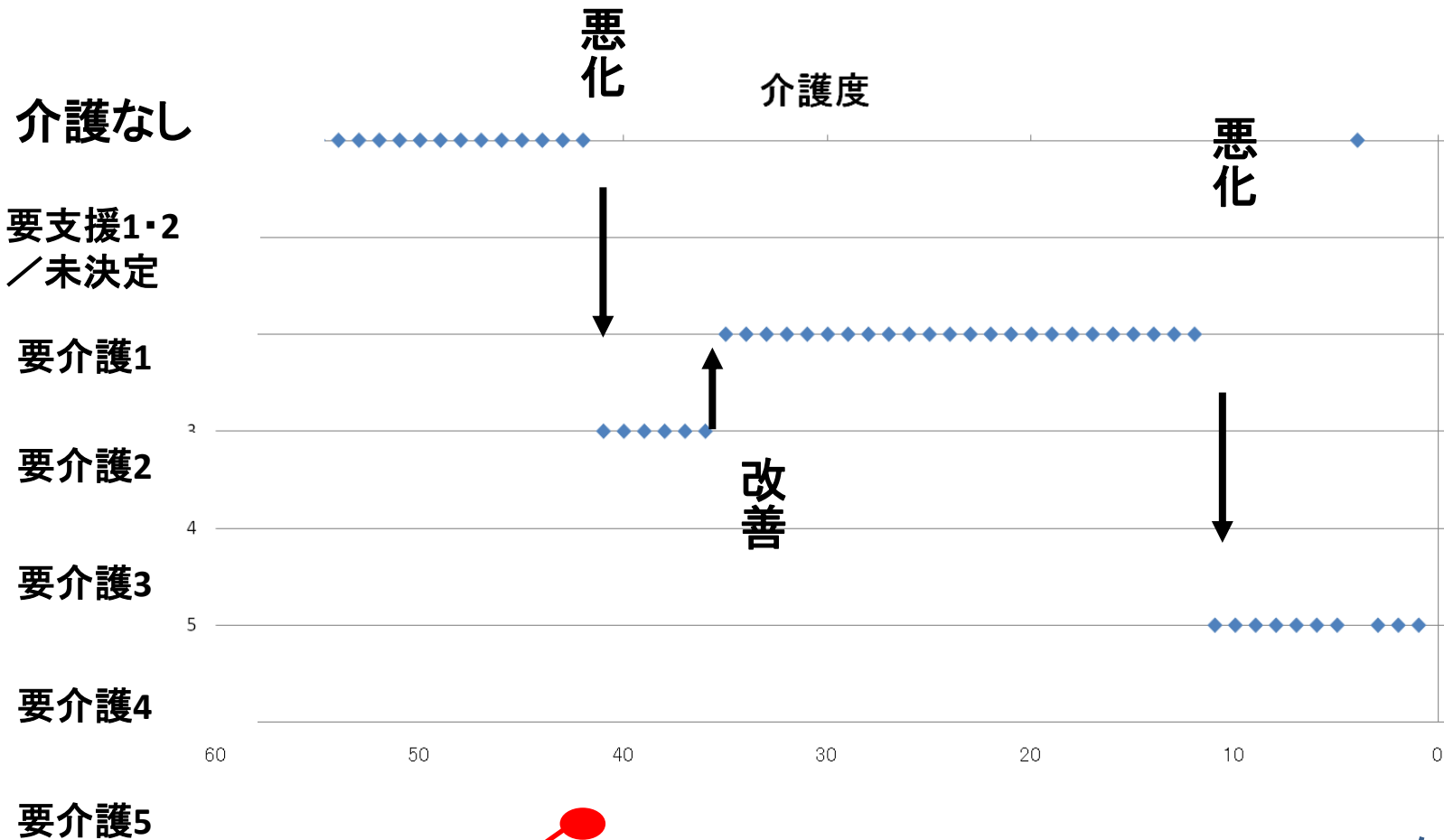


脳卒中
発症

2007年7月23日 76歳で死亡

No.48 死亡前60ヶ月間の介護度推移

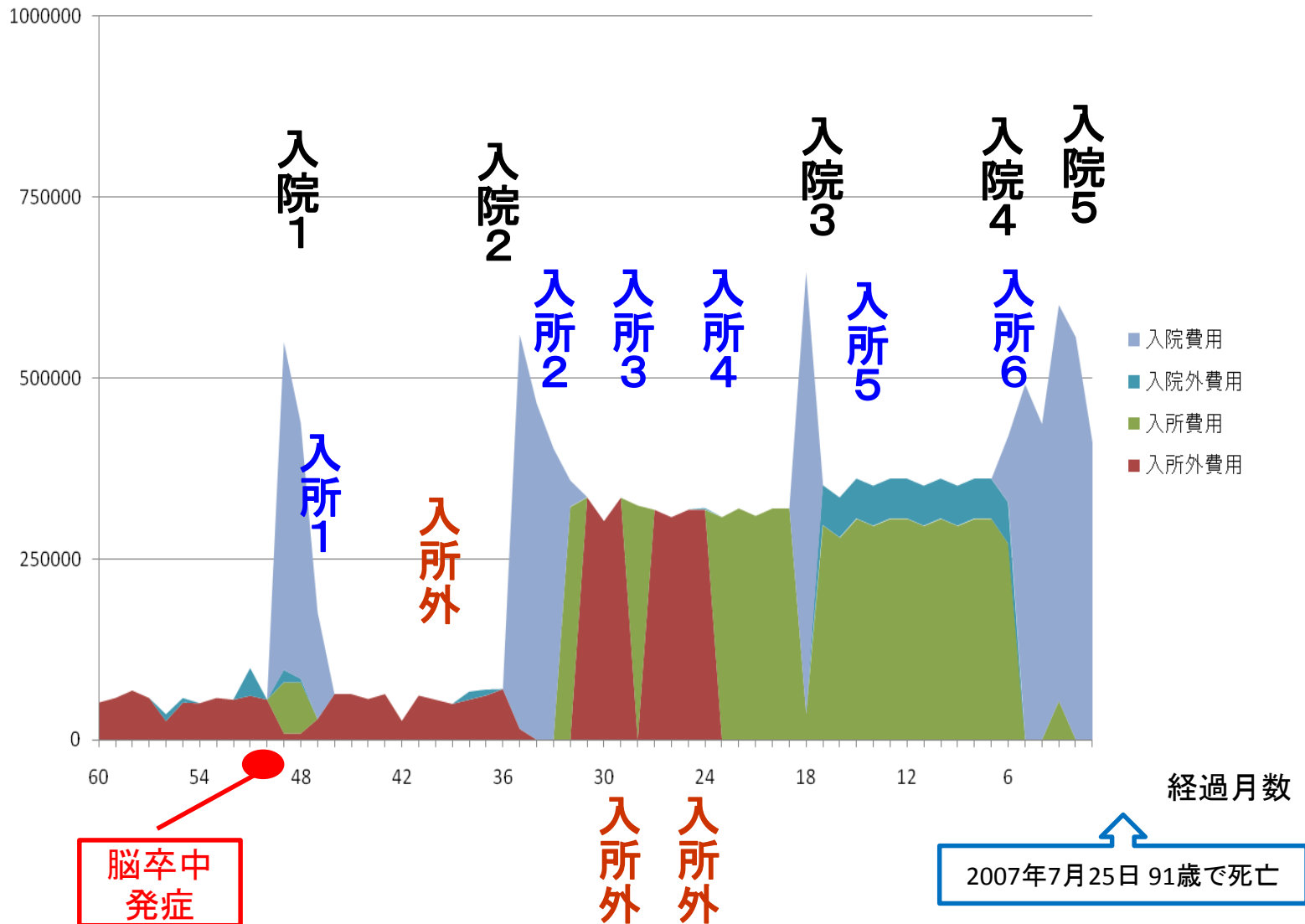
76歳男性／介護主病名：脳卒中



No.49 死亡前60ヶ月間の医療・介護費推移

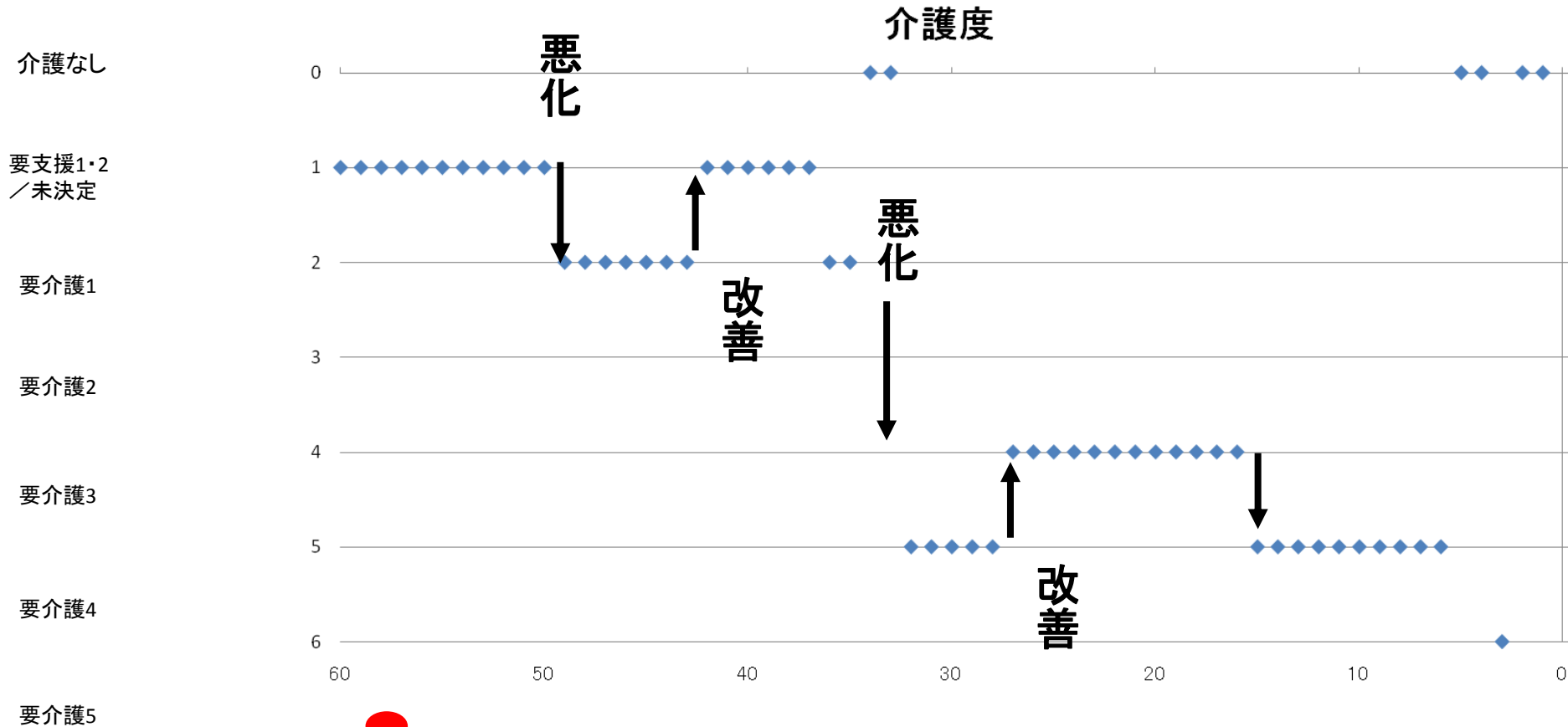
91歳女性／介護主病名：脳卒中

費用(円)



No.49 死亡前60ヶ月間の介護度推移

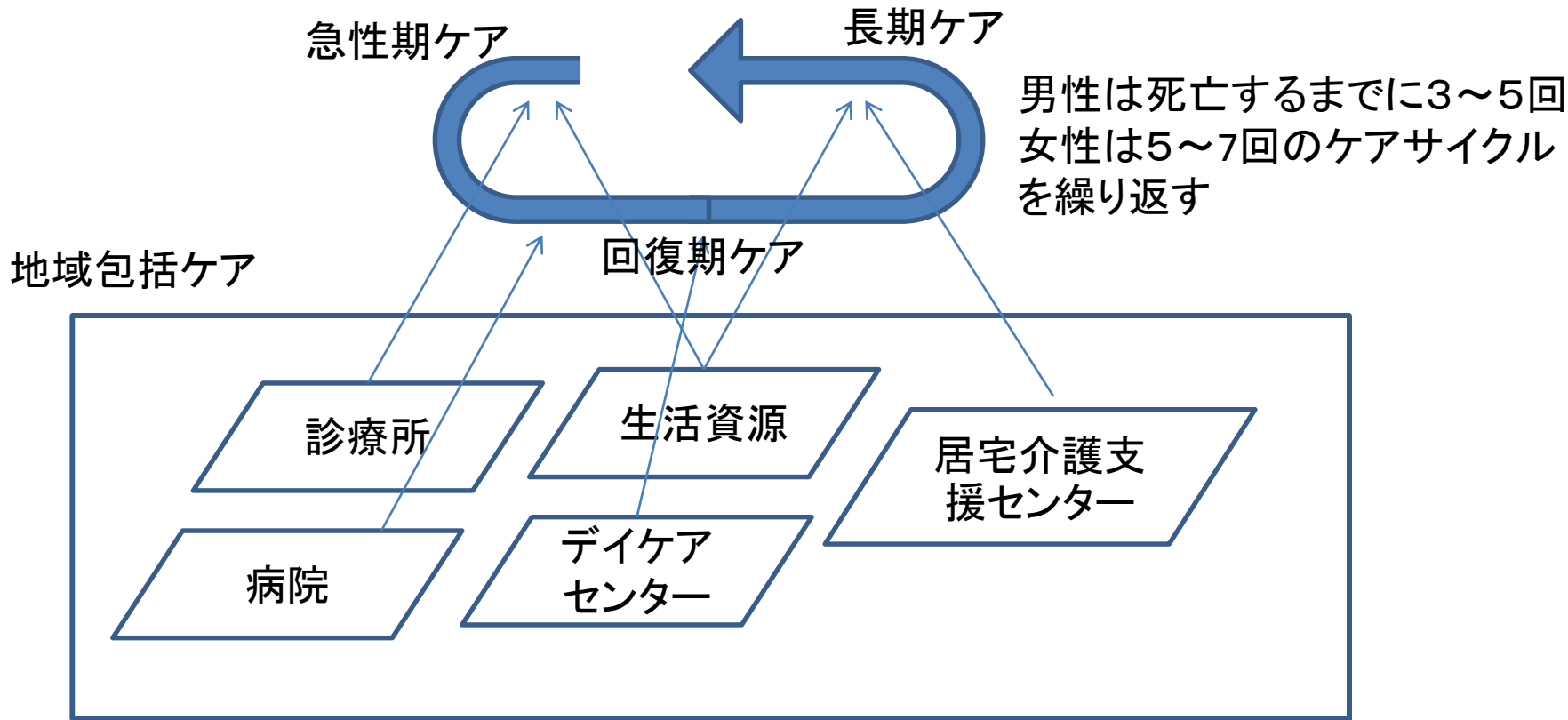
91歳女性／介護主病名：脳卒中



脳卒中
発症

2007年7月25日
91歳で死亡

ケアサイクル

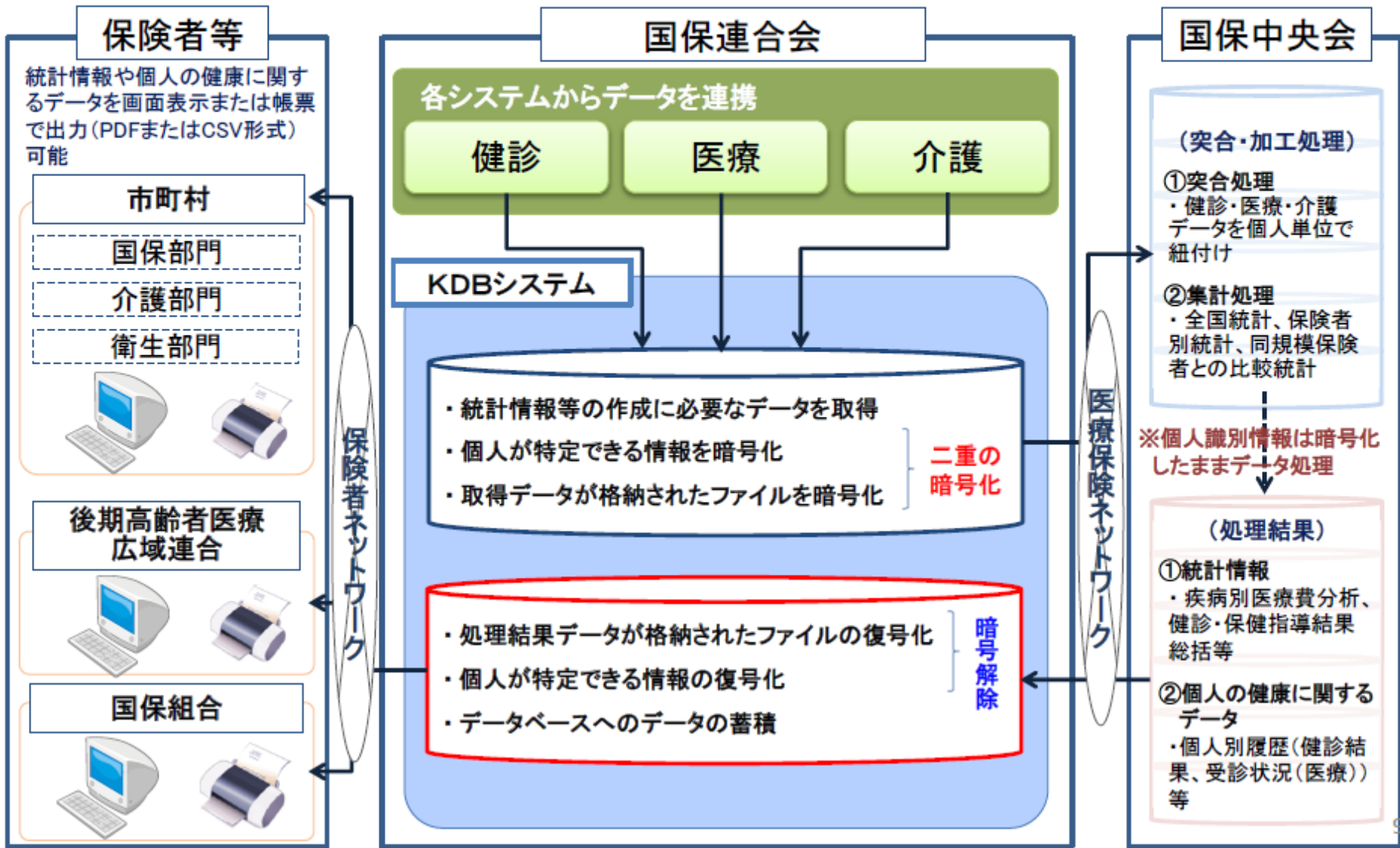


医療・介護の統合とケアサイクル評価

- 後期高齢者で医療・介護は不可分、医療と介護のケアサイクルを循環する
 - 男性は死亡するまでに3～5回のケアサイクル、女性には5～7回のケアサイクルの回転がある
- ①医療保険と介護保険は75歳以上は統合しては？
 - 統合した上で、支払方式は医療・介護包括支払方式「地域包括ケア払い」にしては？
- ②医療レセと介護レセのデータベースを統合
 - ケアサイクルの効率性、効果性の検証してはどうか？



○ 国保データベース(KDB)システムは、国保連合会が各種業務を通して(健診・医療・介護)等から「統計情報」を作成するとともに、保険者からの委託を受けて「個人の健康に関するデータ」を作成し、提供する。



NDBも介護レセや要介護データベースと結合しては？