

広島都市圏における地域医療体制検討会

2025年へのカウントダウン

～地域医療構想、地域包括ケア～



国際医療福祉大学大学院 教授
武藤正樹

目次

- パート 1
 - 国民会議と医療介護一括法
- パート 2
 - 地域医療構想と広島医療圏
- パート 3
 - 第7次医療計画見直し
- パート 4
 - 地域連携推進法人



パート1 国民会議と医療介護一括法



2025年へ向けて、医療・介護のグランドデザインの議論
社会保障制度改革国民会議(会長 清家慶応義塾大学学長)
が2012年11月30日から始まった

人口ピラミッドの変化(1990~2060年)

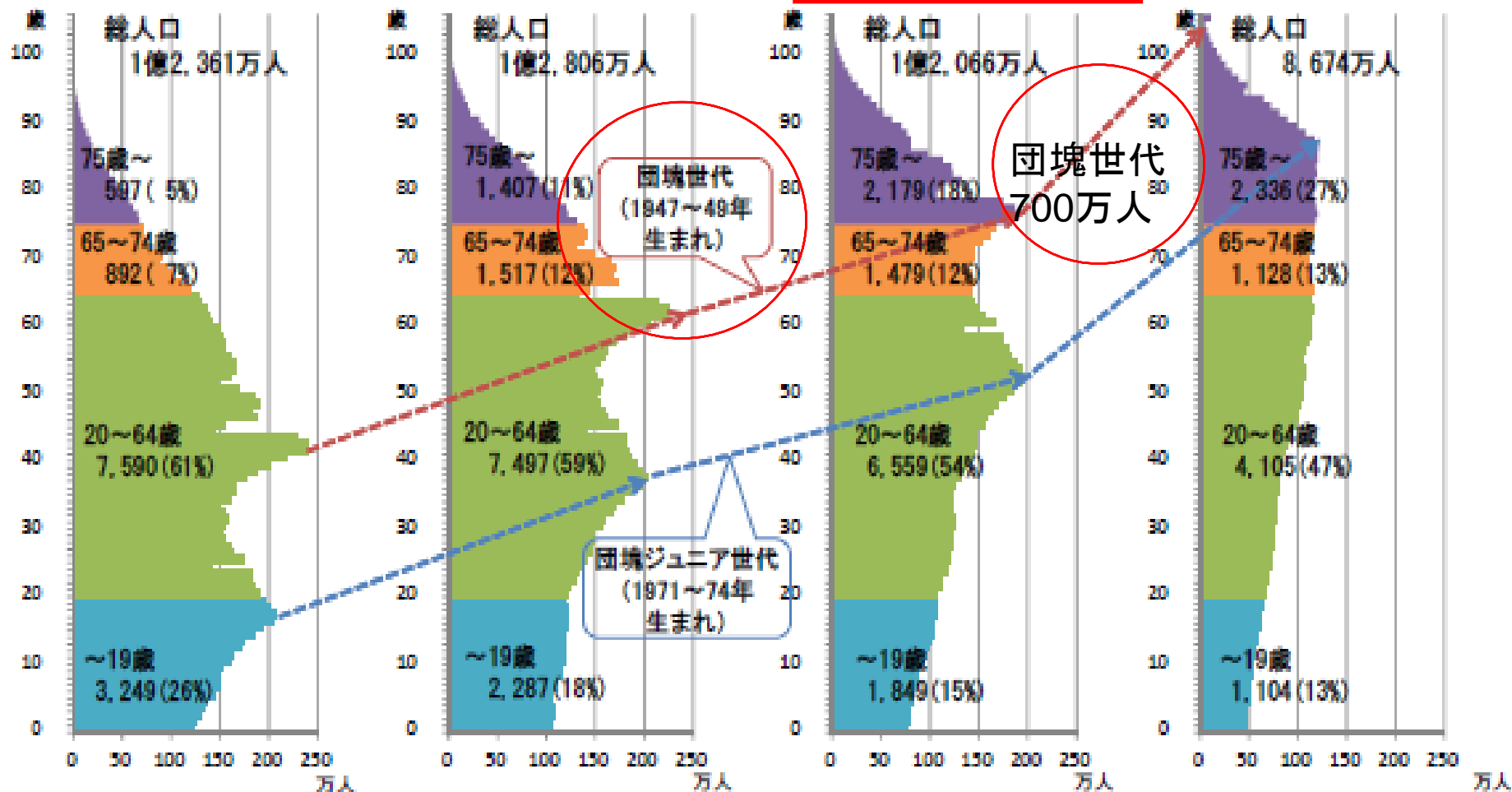
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

平成2年 (1990年) (実績)

平成22年 (2010年) (実績)

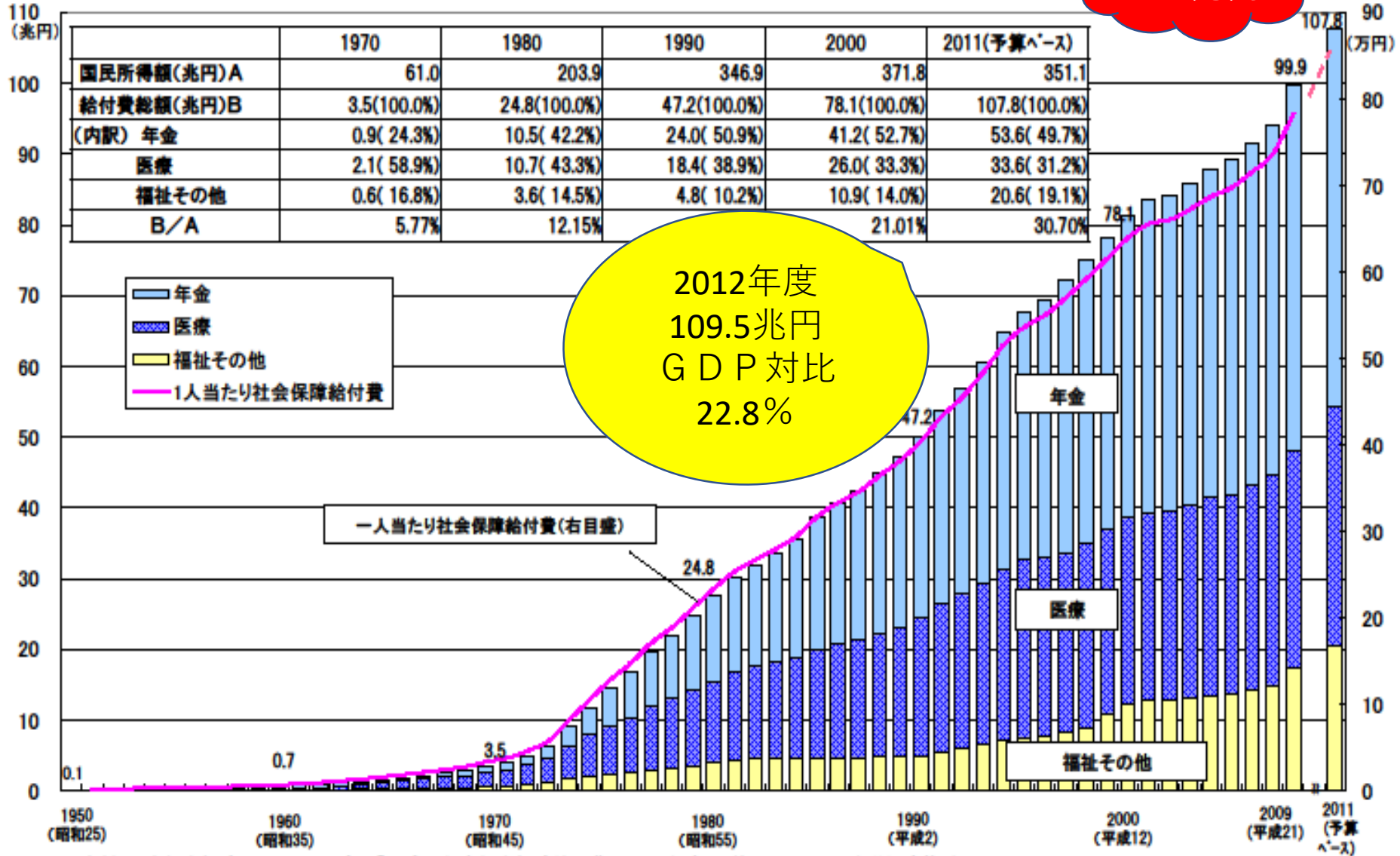
平成37年 (2025年)

平成72年 (2060年)



社会保障給付費の推移

2025年
149兆円



資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成21年度社会保障給付費」、2011年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

2011年度の国民所得額は平成23年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成23年1月24日閣議決定)

(注) 図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2008並びに2011年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

社会保障・税一体改革（8月10日）

- 8月10日に社会保障と税の一体改革関連法案が参院本会議で賛成多数で可決した。
- 現在5%の消費税率を14年4月に8%、15年10月に10%に引き上げることなどを盛り込んだ。
- その背景は・・・

団塊世代の高齢化と、激増する社会保障給付費問題



2012年8月10日、参議院を通過

2017年4月消費増税 10%先送り



8%から10%の2%増税で4兆円の財源が消える！

地域医療介護一括法



社会保障制度改革国民会議 最終報告書（2013年8月6日）



ポイントは地
域包括ケアと
地域医療構想

最終報告が清家会長から安倍首相に手渡し

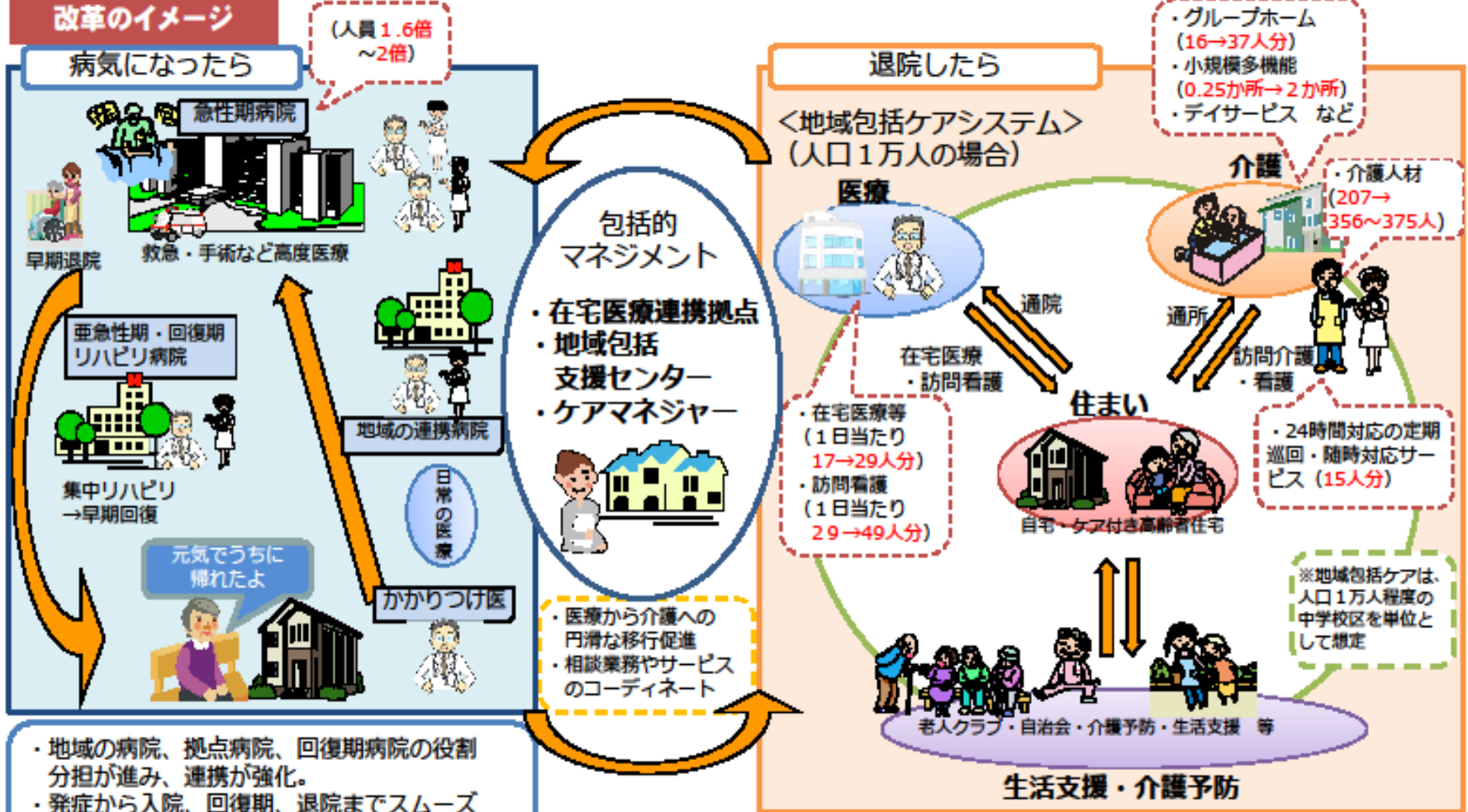
改革の方向性 ②

医療・介護サービス保障の強化

- 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

改革のイメージ



病床機能分化と連携

←同時進行→

地域包括ケアシステム

地域医療・介護一括法成立可決（2014年6月18日）

医療

基金の創設： 医療提供体制を見直す医療機関などに補助金を配るための基金を都道府県に創設（2014年度）

病床機能報告制度： 医療機関が機能ごとの病床数を報告する制度を導入（2014年10月）

地域医療構想： 都道府県が「地域医療構想」を作り、提供体制を調整（2015年4月）

医療事故を第三者機関に届けて出て、調査する仕組みを新設(2015年10月)

介護

「要支援」の人への通所・訪問看護サービスを市町村に移管(2015年4月から段階的に)

一定の所得がある利用者の自己負担割合を1割から2割に引き上げ(2015年8月)

所得が低い施設入居者向けの食費・部屋代補助の対象を縮小(2015年8月)

所得が低い高齢者の保険料軽減を拡充(2015年4月)

2014年6月18日
可決成立

特養への新規入居者を原則「要介護3以上」に限定(2015年4月)

(カッコ内は施行時期)

2014年5月14日衆院
厚生労働委員会で
強行採決！



衆議院 TVインターネット審議中継

Welcome to the House of Representatives Internet-TV

HOME

お知らせ

利用方法

FAQ

アンケート



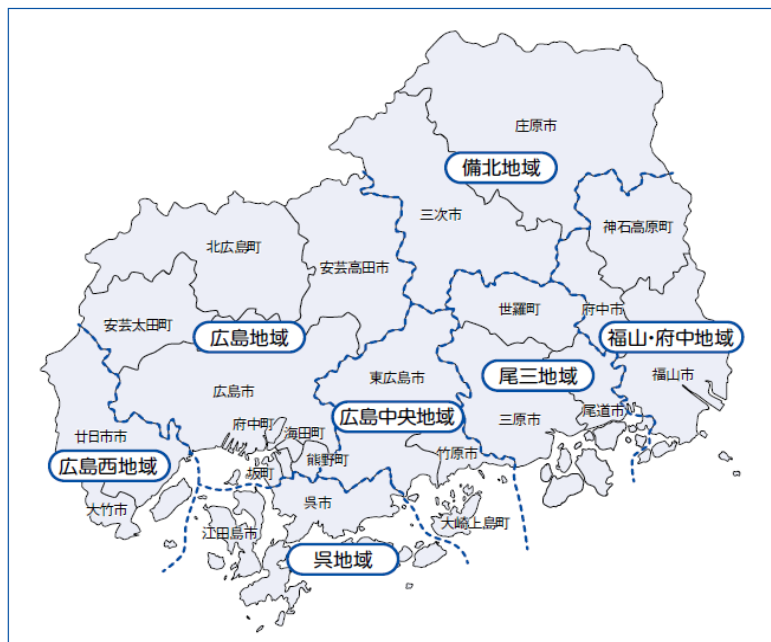
強行採決の前日、5月13日衆議院厚生労働委員会参考人招致
「地域包括ケアシステムにおける看護師・薬剤師の役割と課題」

パート2

地域医療構想と広島医療圏

域の実情に即して取り組むべき施策の方向性等を記載しています。

◇◇ 構想区域 ◇◇



* 医療提供体制の確保に当たっては、急性期・回復期・慢性期医療は構想区域内で完結します。高度急性期医療は、構想区域を越えた広域で確保します。

医療機関が報告する医療機能

◎ 各医療機関(有床診療所を含む。)は病棟単位で(※)、以下の医療機能について、「現状」と「今後の方向」を、都道府県に報告する。

※ 医療資源の効果的かつ効率的な活用を図る観点から医療機関内でも機能分化を推進するため、「報告は病棟単位を基本とする」とされている(「一般病床の機能分化の推進についての整理」(平成24年6月急性期医療に関する作業グループ))。

◎ 医療機能の名称及び内容は以下のとおりとする。

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)。
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

(注) 一般病床及び療養病床について、上記の医療機能及び提供する医療の具体的内容に関する項目を報告することとする。

◎ 病棟が担う機能を上記の中からいずれか1つ選択して、報告することとするが、実際の病棟には、様々な病期の患者が入院していることから、提供している医療の内容が明らかとなるように具体的な報告事項を検討する。

◎ 医療機能を選択する際の判断基準は、病棟単位の医療の情報が不足している現段階では具体的な数値等を示すことは困難であるため、報告制度導入当初は、医療機関が、上記の各医療機能の定性的な基準を参考に医療機能を選択し、都道府県に報告することとする。

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

○ 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。

（→ 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環）

○ 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度療養等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。

⇒ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に合った医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

2025年病床15万床の減、しかし9万床が休床！

【現 状:2013年】

134.7万床 (医療施設調査)

病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]*



【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)
115~119万床程度※1



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

29.7~33.7万人程度※3

医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

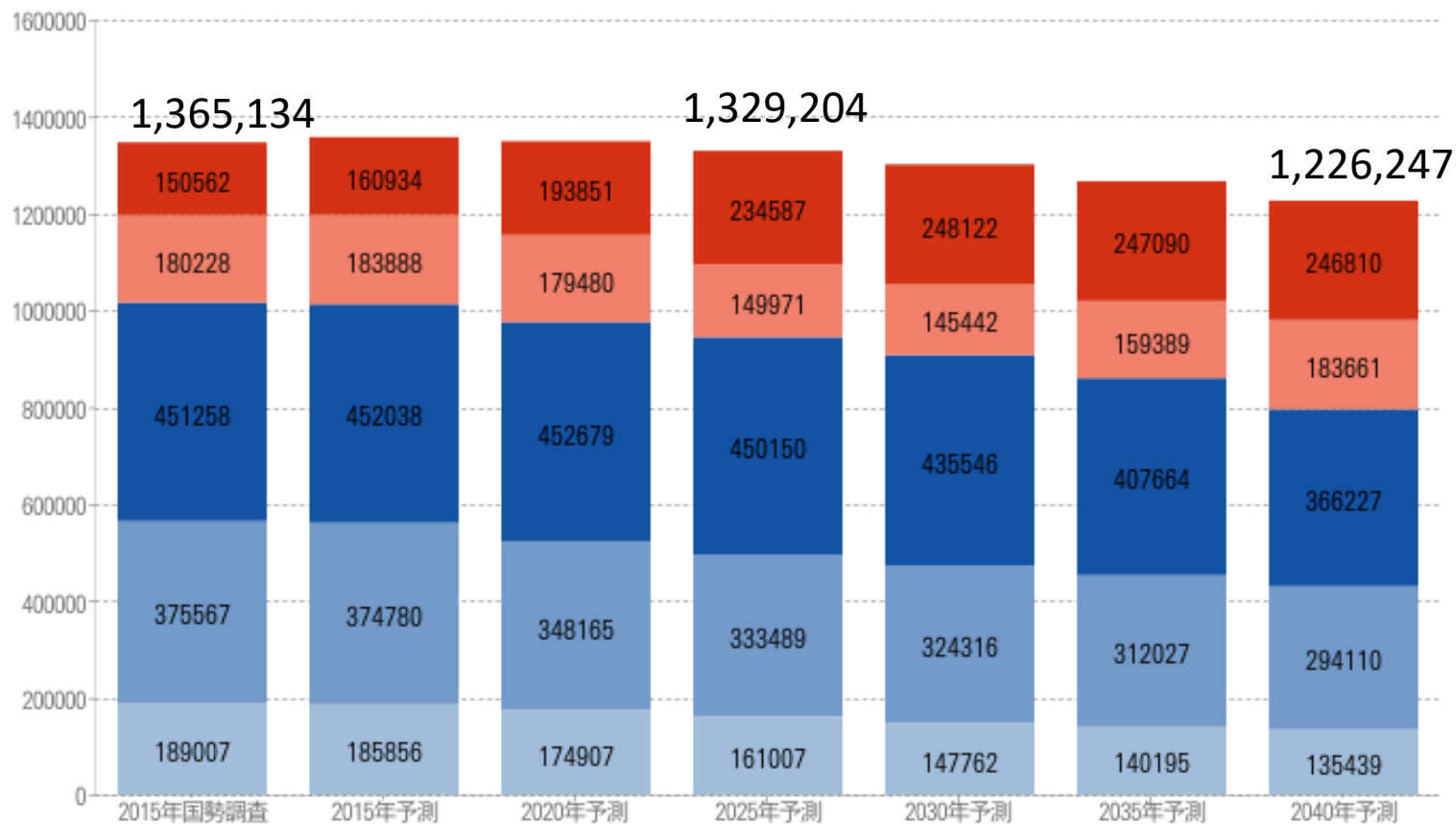
* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度
 ※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度
 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度



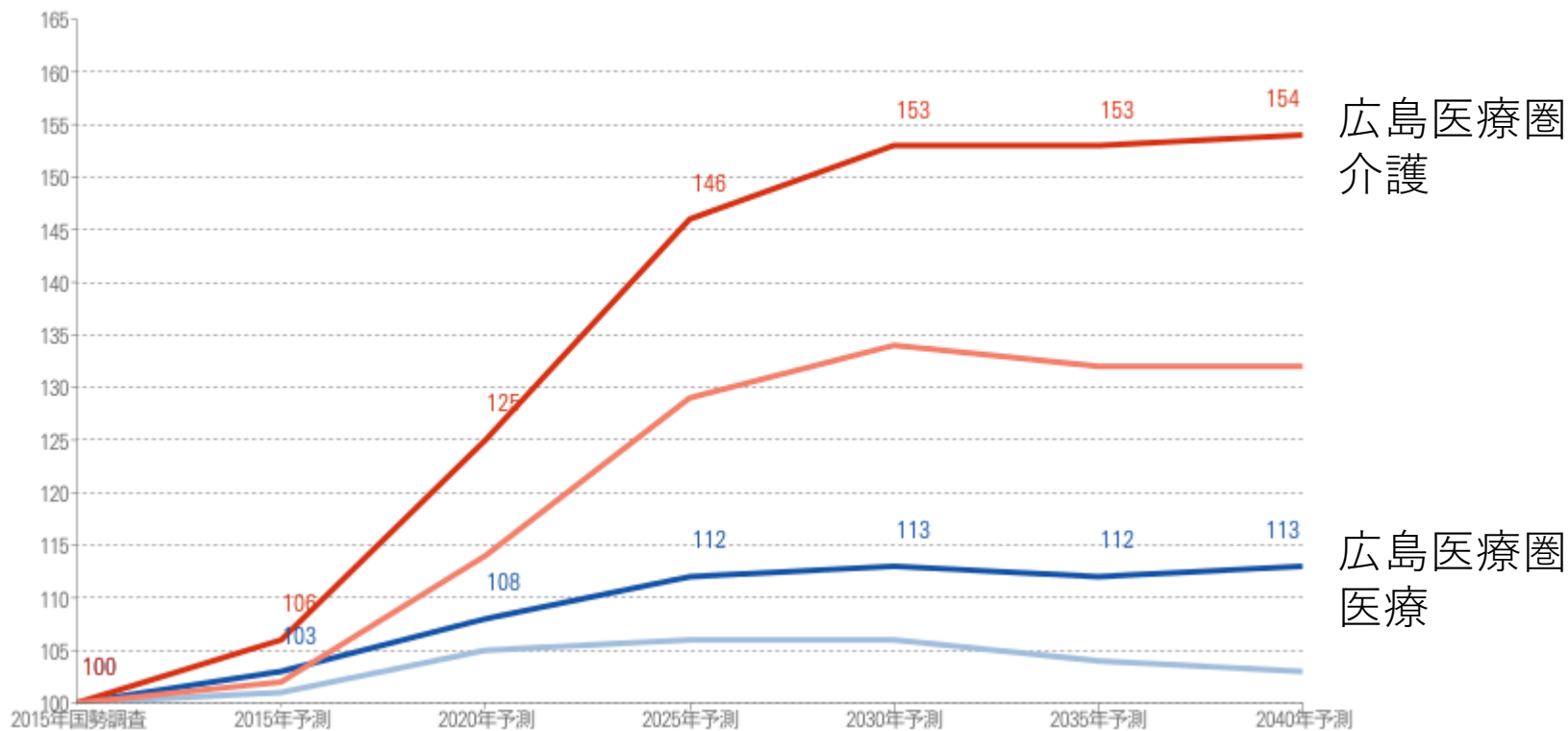
* 医療提供体制の確保に当たっては、急性期・回復期・慢性期医療は構想区域内で完結します。高度急性期医療は、構想区域を越えた広域で確保します。

広島医療圏人口推移



0~14歳 15~39歳 40~64歳
65~74歳 75歳以上

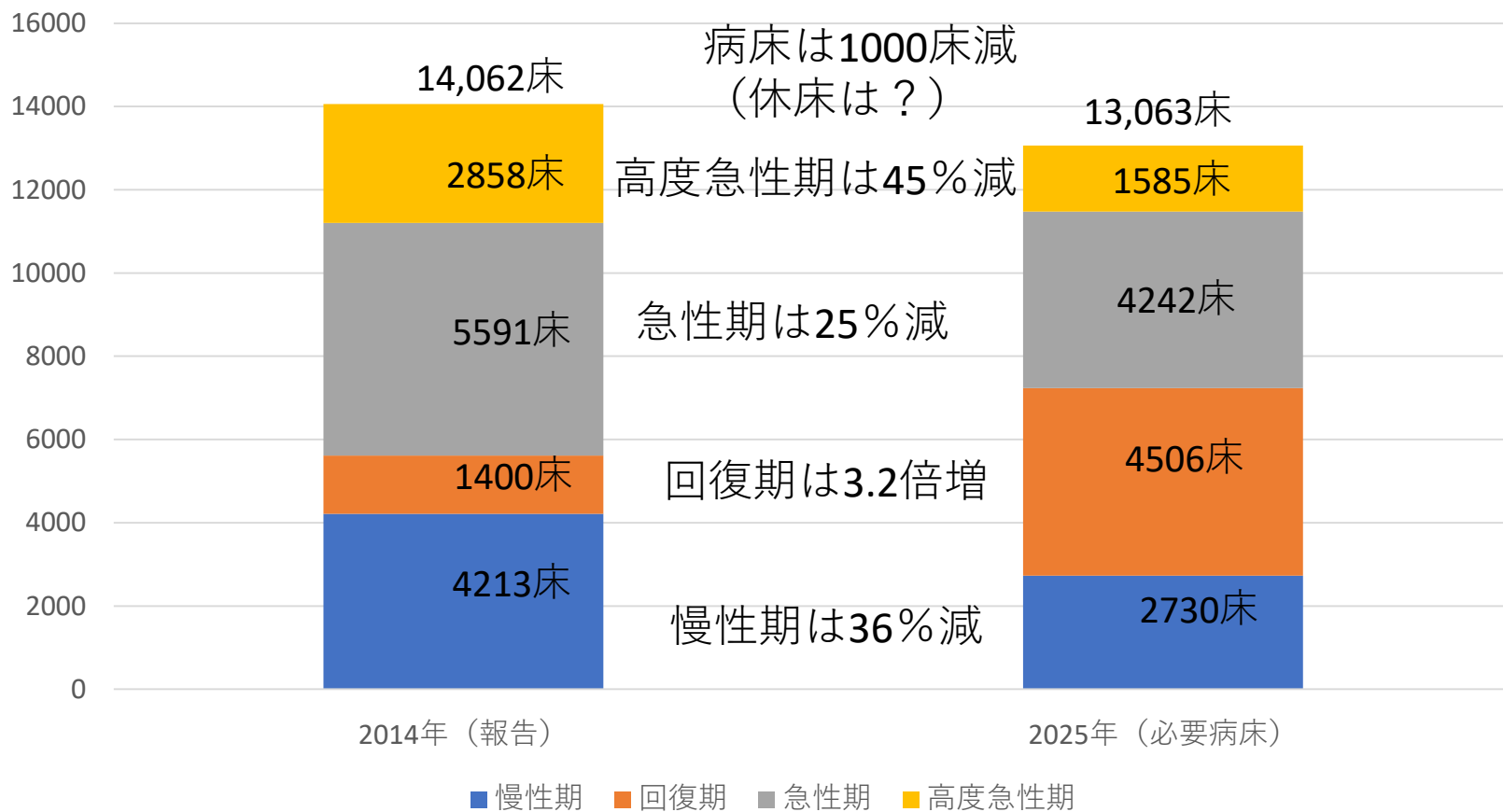
広島医療圏医療介護需要予測



- 医療：広島医療圏
- 医療：全国平均
- 介護：広島医療圏
- 介護：全国平均

広島医療圏

グラフタイトル



二次医療圏別疾病別将来患者数分析ツール

データ ダウンロードページ

http://www.tmd.ac.jp/grad/hci/suikai/suikai_download.html

- [分析データ.zip \(47 Mbytes\)](#)
- [マニュアル](#)
- 修正履歴

・このサイトで配布するプログラムとデータの著作権はすべて東京医科歯科大学 伏見清秀に属します。このサイトで配布するプログラムとデータは自由に利用、再配布することができます。本プログラムは「現状のまま」提供されるものとし、一切の保証をいたしません。このサイトで提供されるプログラム、データを利用することに関するいかなる損害についても、作者は一切の責任を負いません。



東京医科歯科大学
伏見清秀教授

全疾患（入院） 広島医療圏

傷病中分類 (すべて) ▼

合計 / 数値 列ラベル ▼

行ラベル ▼ 3401広島 総計

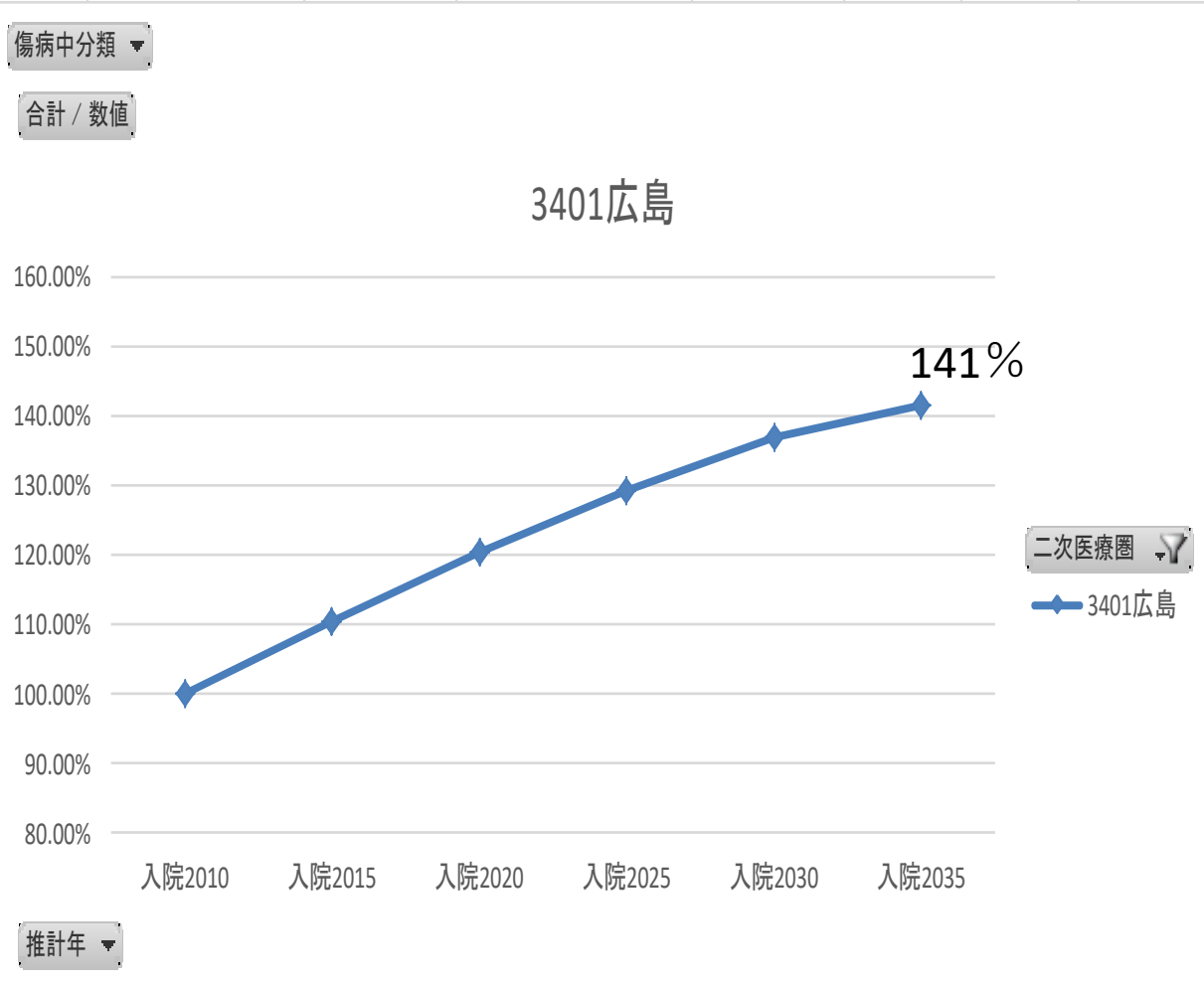
入院2010	100.00%	100.00%
入院2015	110.65%	110.65%
入院2020	120.59%	120.59%
入院2025	129.30%	129.30%
入院2030	136.90%	136.90%
入院2035	141.48%	141.48%

総計

傷病中分類 ▼

合計 / 数値

推計年 ▼

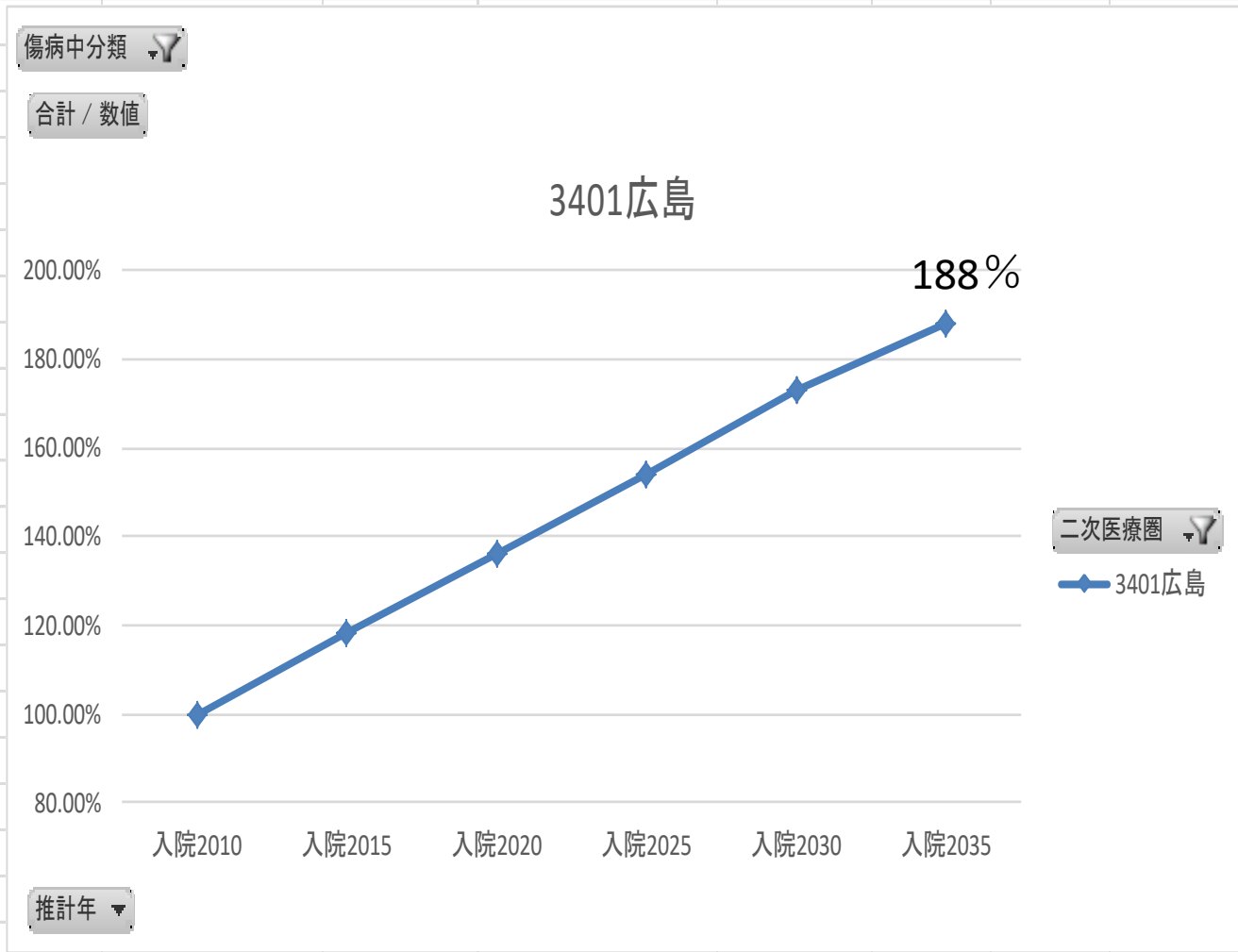


二次医療圏 ▼

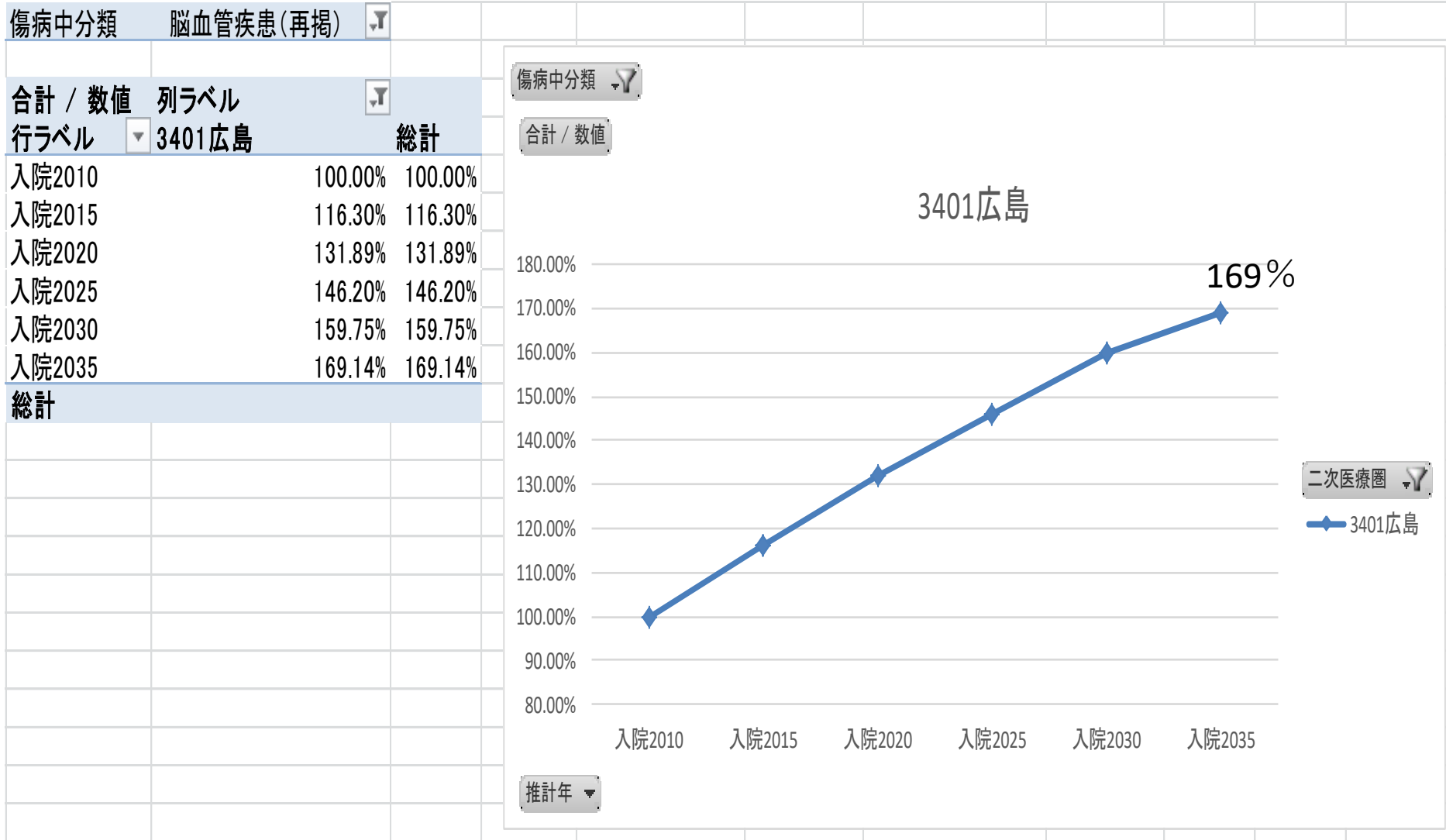
3401広島

①肺炎（入院） 広島医療圏

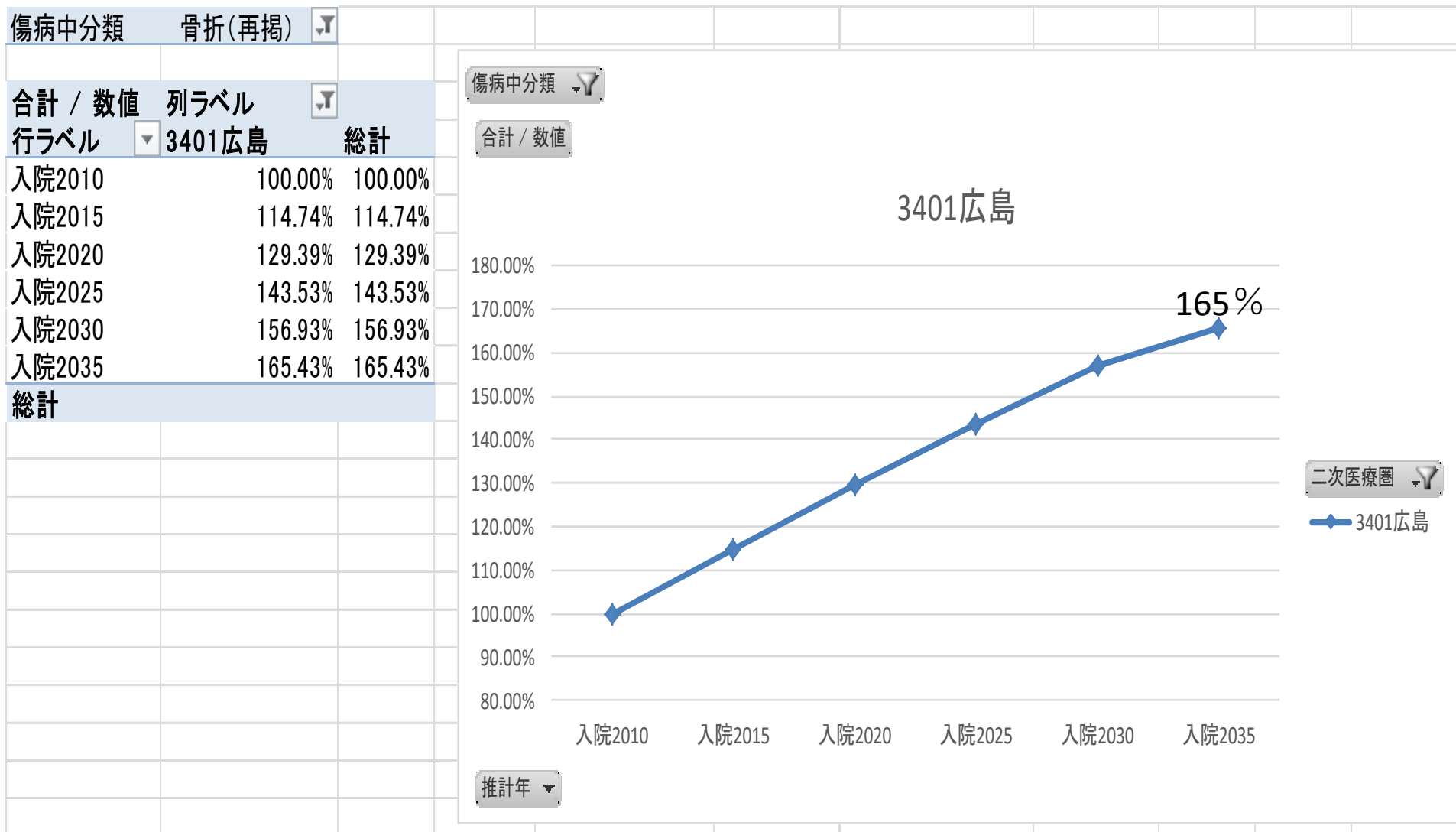
傷病中分類 肺炎(再掲)		
合計 / 数値	列ラベル	
行ラベル	3401広島	総計
入院2010	100.00%	100.00%
入院2015	118.22%	118.22%
入院2020	136.17%	136.17%
入院2025	153.72%	153.72%
入院2030	172.88%	172.88%
入院2035	188.01%	188.01%
総計		



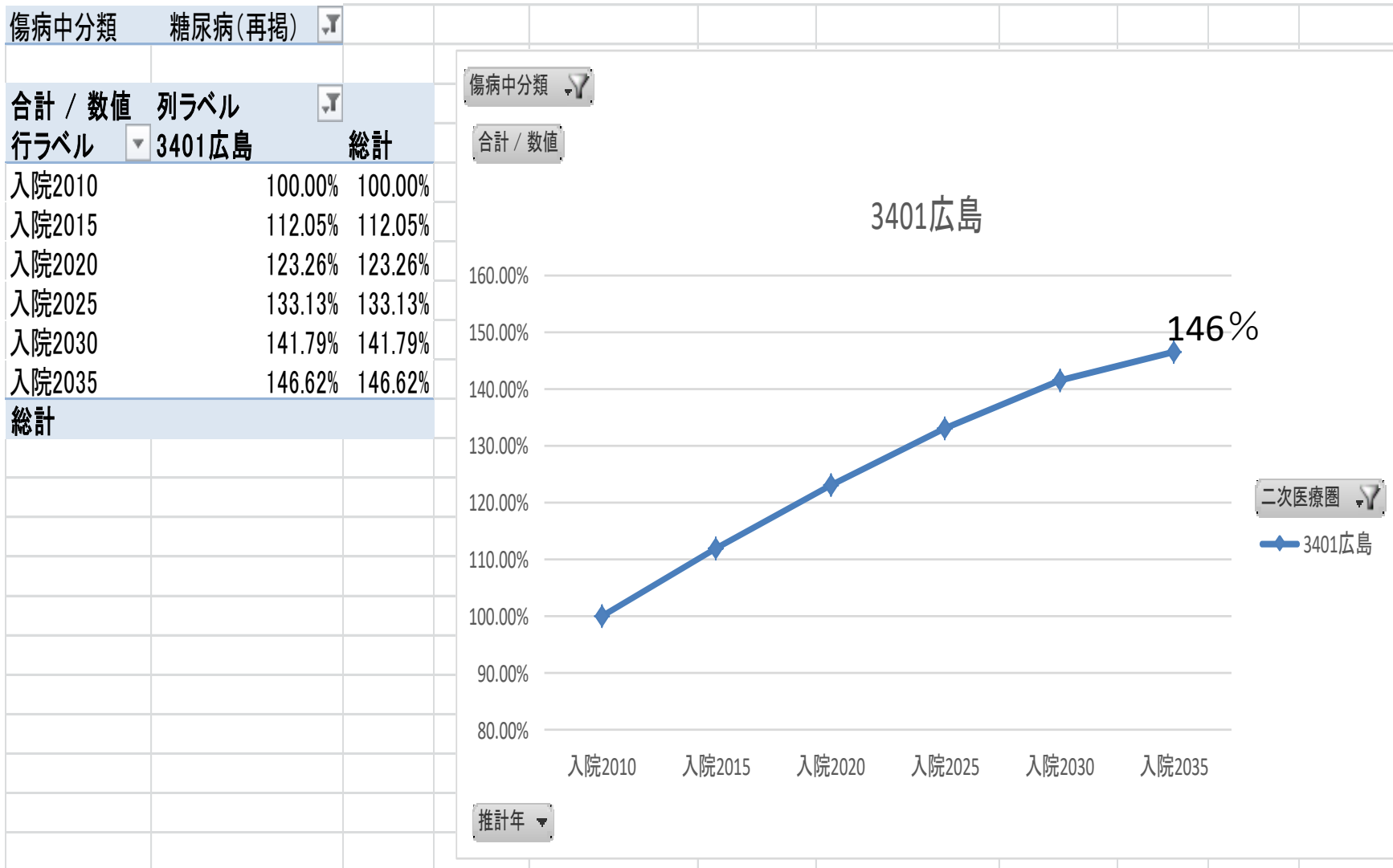
②脳血管疾患（入院） 広島医療圏



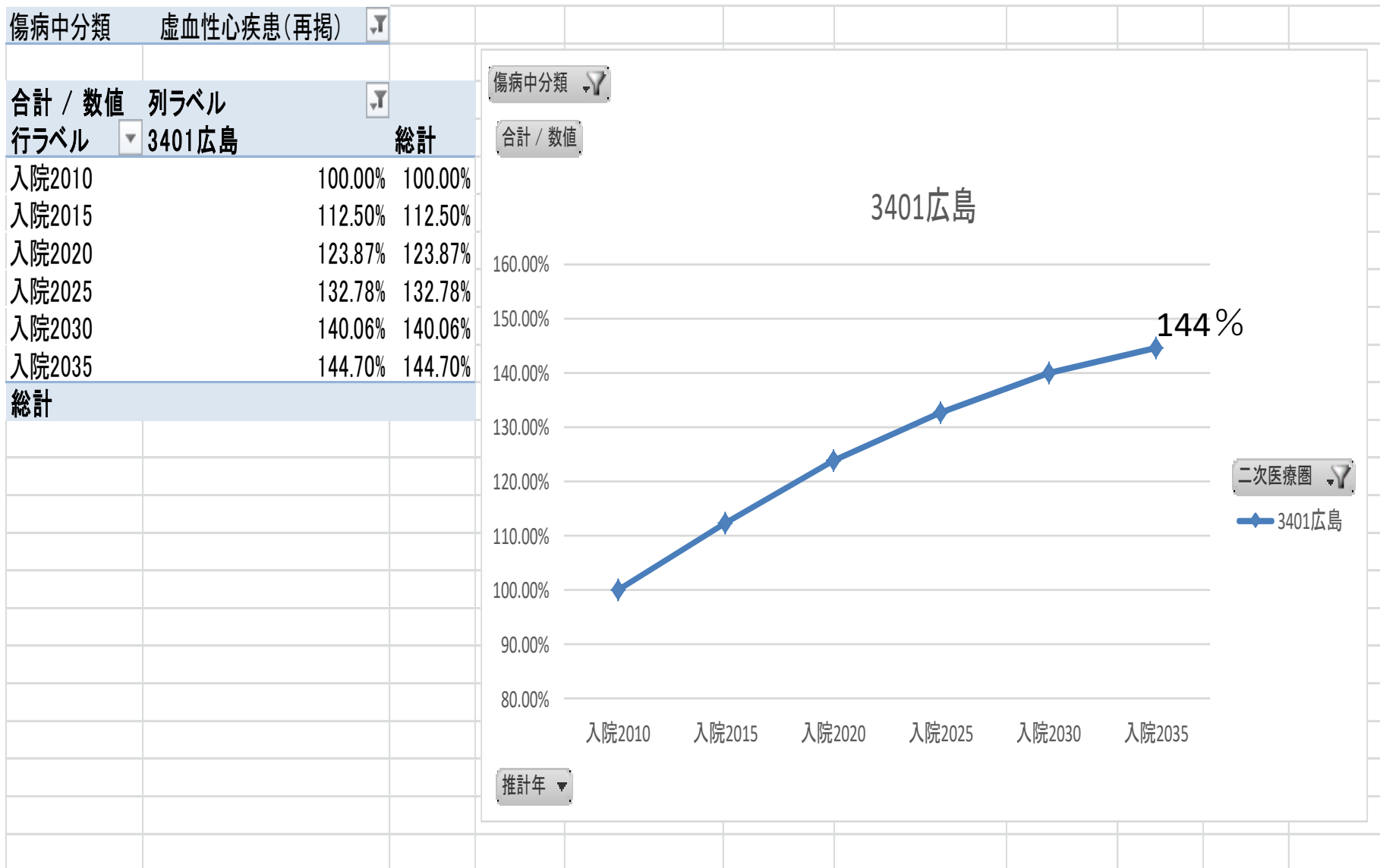
③骨折（入院） 広島医療圏



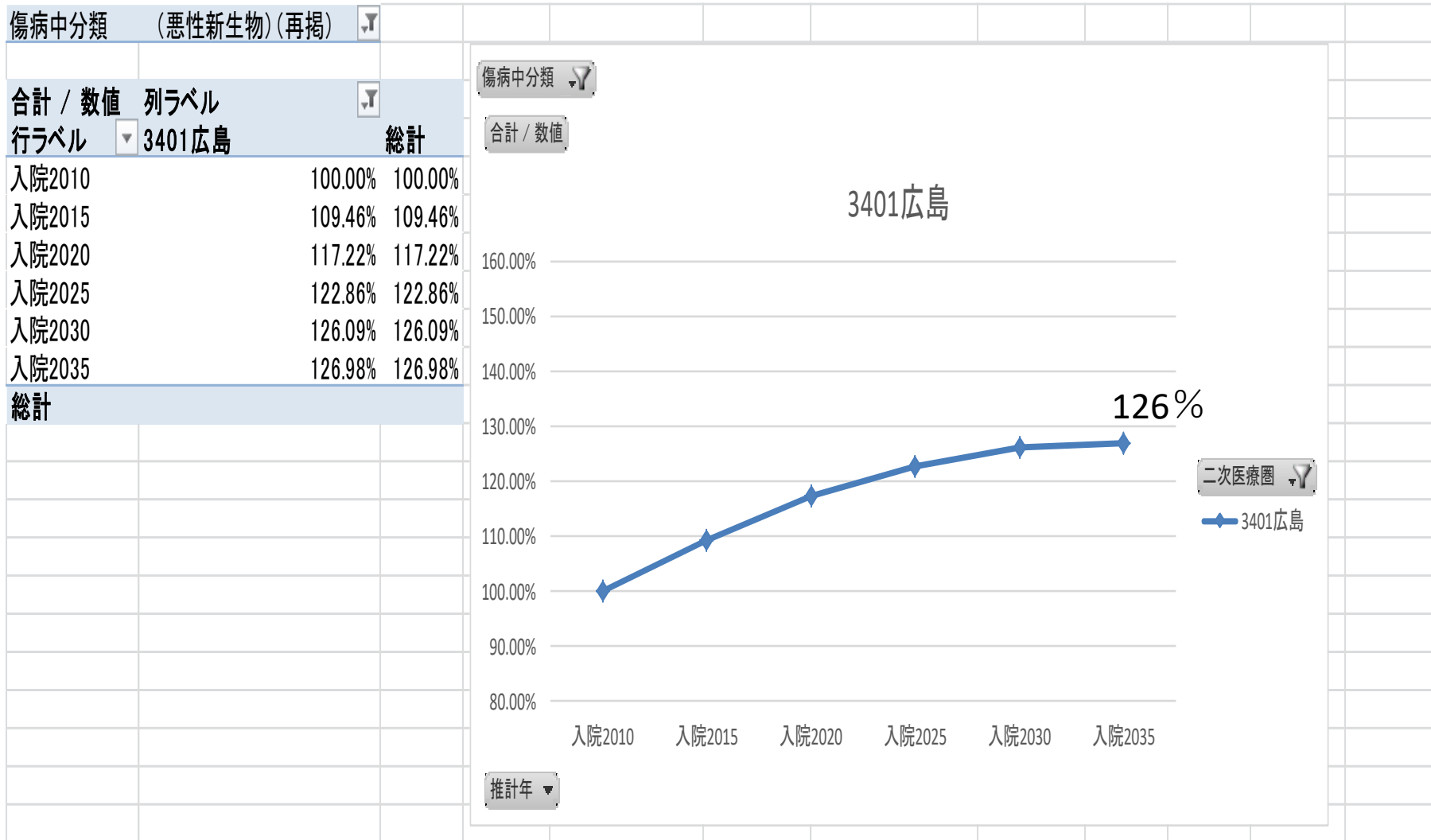
④糖尿病（入院） 広島医療圏



⑤虚血性心疾患（入院） 広島医療圏



⑥悪性新生物（入院） 広島医療圏



パート 2

第7次医療計画見直し



2016年11月9日 医療計画見直し等に関する検討会
(座長遠藤久夫 学習院大学経済学部長)

診療報酬における社会保障改革の実現に向けたスケジュール(粗いイメージ)

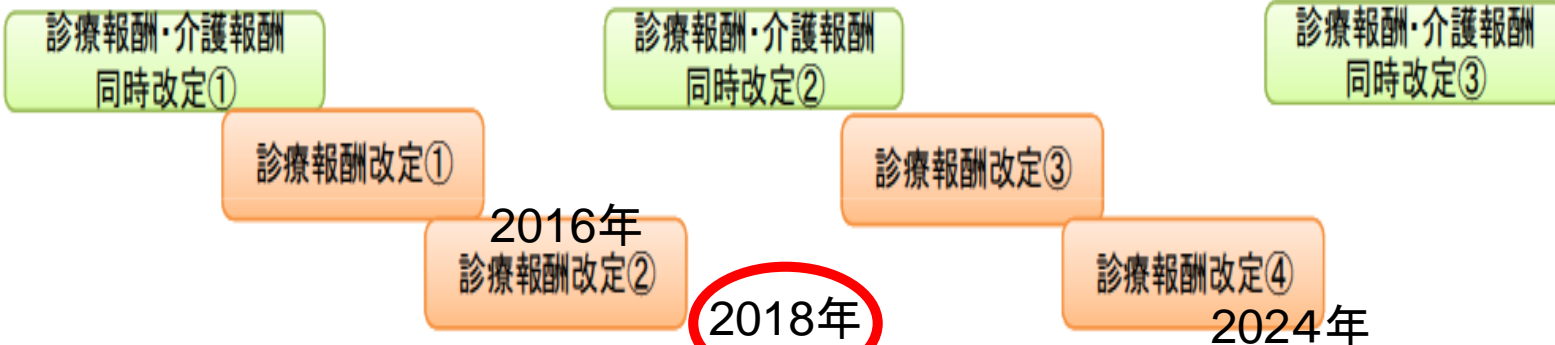
2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年



方向性

- ① 医療機関の機能の明確化と連携の強化
- ② 医療機関と在宅/介護施設との連携強化
- ③ 医療提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の構築

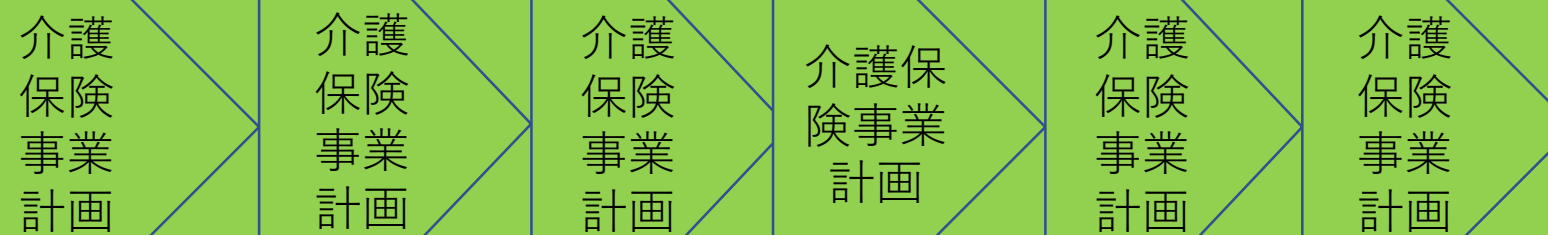
報酬改定



医療計画



介護保険事業計画



医療介護のあるべき姿

第7次医療計画と医療介護一括法

- 医療介護一括法（2014年6月）
 - 地域医療構想（地域医療計画の一環）の導入
 - 二次医療圏と地域医療構想区域
 - 基準病床数と地域医療構想の必要病床数の整合性
 - 地域包括ケアシステムの導入
 - 地域医療計画と介護保険事業計画と関係性
 - 介護保険事業計画3年間サイクルに合わせるために地域医療計画に見直しを6年間に

第7次医療計画の課題

- 課題①医療圏見直し
- 課題②基準病床数見直し
- 課題③5疾患・5事業＋在宅医療と指標
 - 5疾患：がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患
- 課題④総合確保方針
 - 医療計画と介護保険事業計画

課題③5疾患・5事業＋在宅

- 第6次医療計画では5疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）、5事業（救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療）＋在宅医療
- 第7次医療計画でも5疾患、5事業を引き継ぐ
- 第7次医療計画では、「5疾病・5事業」に追加して、口コモティブ・シンドロームとフレイルが検討対象として上がった。いずれの対策も重要という点では委員の意見は一致したが、「5疾病・5事業」への追加は見送られた。
- ただ、都道府県が必要と認める場合には対策を盛り込むことができ、フレイル等の対策は「保健・医療・介護（福祉）の総合的な取り組み」として記載することになる。

がん

- がん診療の均てん化

- がん診療連携拠点病院や地域がん診療病院の整備により、これまでの拠点病院空白2次医療圏は2014年4月108か所あったものが、2016年4月にはその数は75か所に減少した。

- 一方、最新のゲノム医療や高度な放射線治療機器（粒子線治療機器）などをすべての拠点病院で実施する体制の整備は非現実的であることから、これらの拠点施設の連携や集約化も必要とされた。

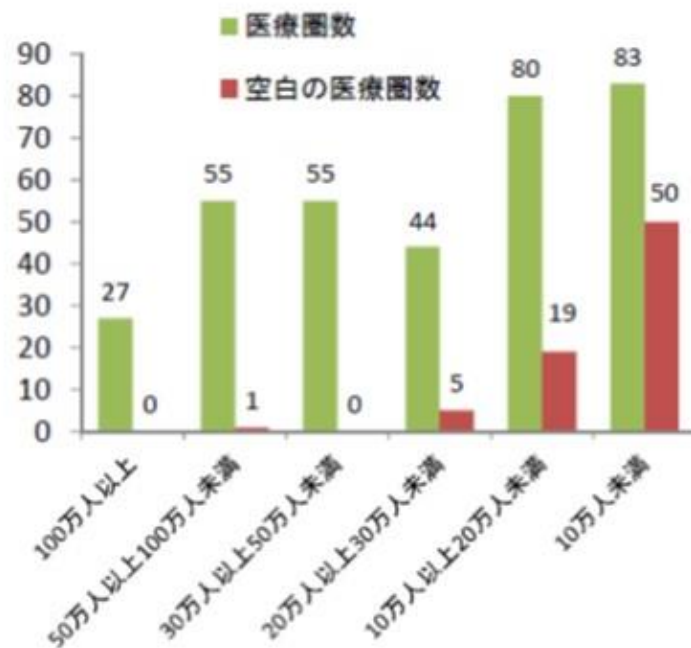
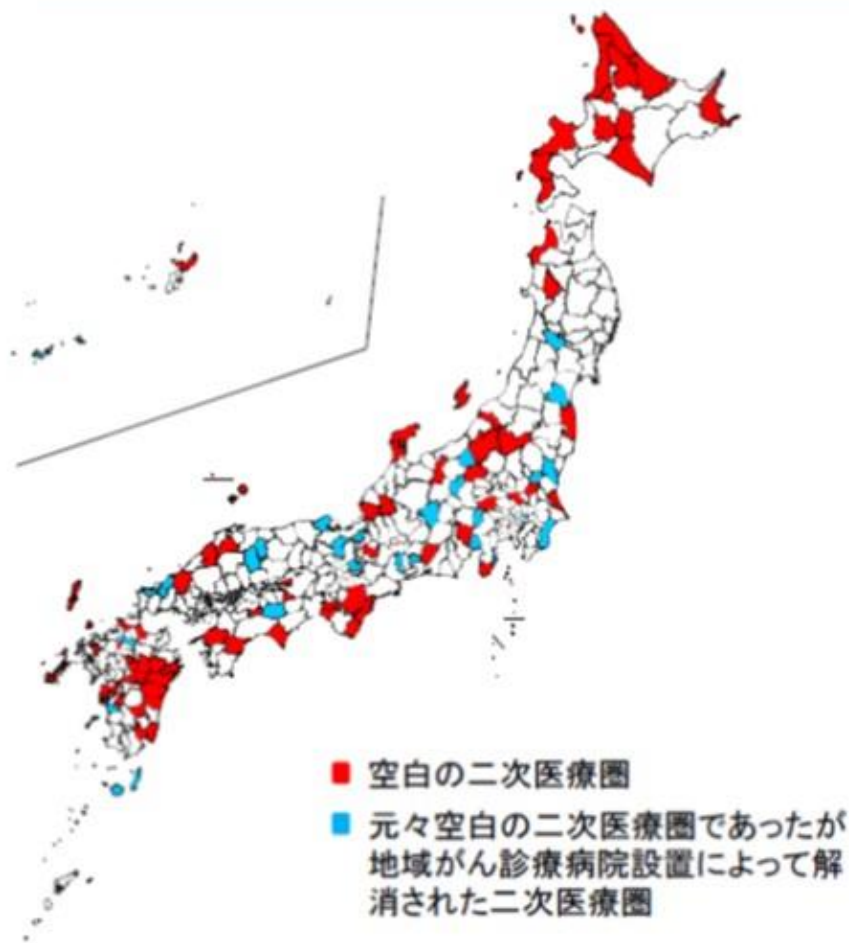
- このため医療計画の進捗を評価するための指標としては「拠点病院のない2次医療圏における地域がん診療病院の整備状況」を追加する。

- さらに現在例示している「診療ガイドライン等に基づき作成されたクリティカルパスを整備している医療機関数」を「地域連携クリティカルパスに参加している登録医療機関数および適応患者数」に改める必要性も指摘された。

- がん対策の具体的内容については「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」で検討を行う。

全国における空白の二次医療圏の分布状況

○ 地域がん診療病院の設置によって、全国的に、空白の二次医療圏であった地域が一定程度解消された（108地域→75地域）。



現時点における空白の二次医療圏数
→ 75地域

全国がん拠点病院 427箇所
(2018年4月現在)

急性心筋梗塞

- 急性心筋梗塞は疾病名を「心筋梗塞等の心血管疾患」に見直し、回復期、慢性期を含めた医療体制を整備する。そして医療機関だけでなく、かかりつけ薬剤師・薬局の活用を含め連携を図る。新たな指標には「来院**90**分以内に冠動脈再開通達成率」、「心臓リハビリテーション実施件数」を追加するほか、「慢性心不全患者の再入院率」など、回復期・慢性期についての指標も今後追加する予定である

図 21. 心血管疾患の診療提供体制の全体像イメージ

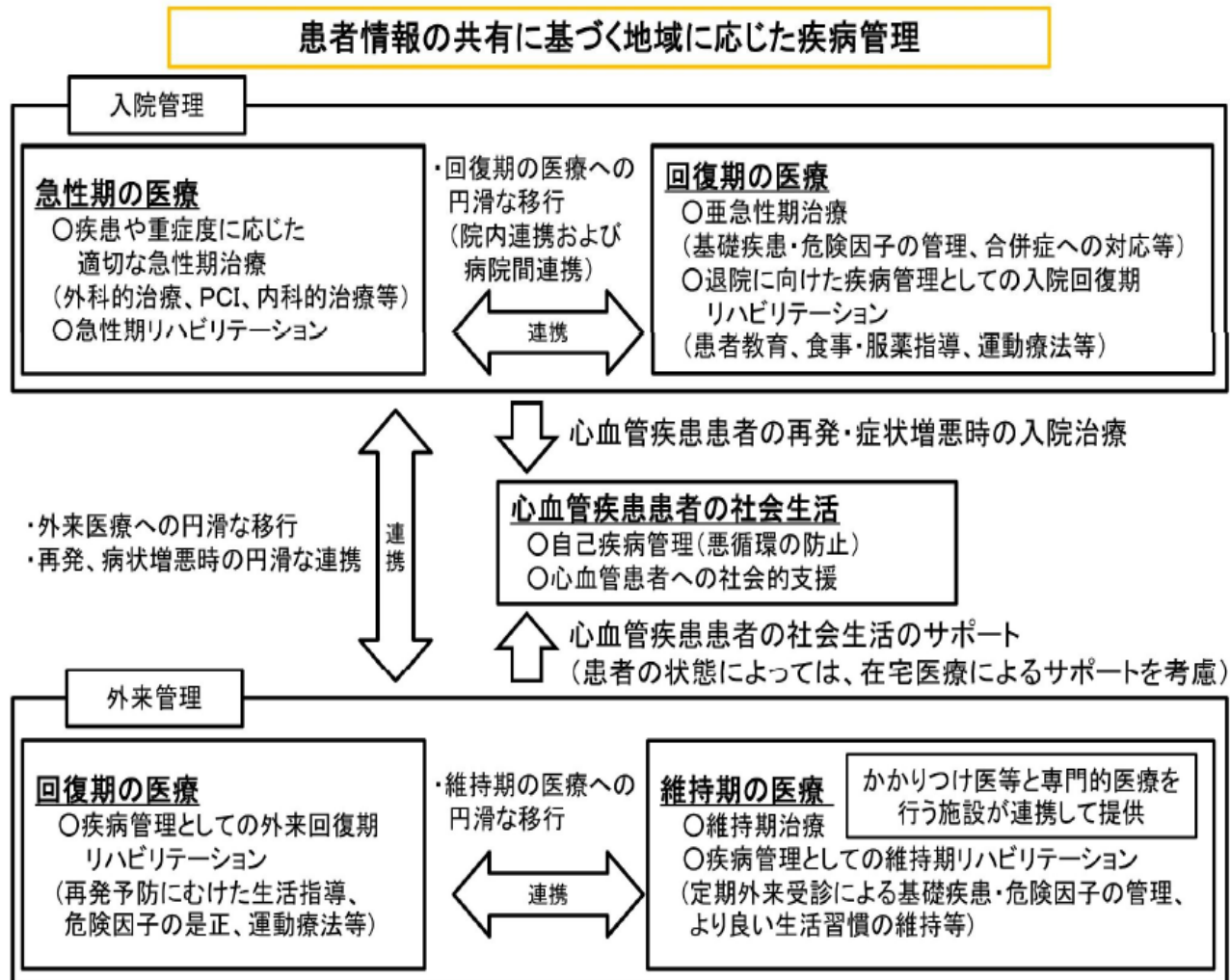
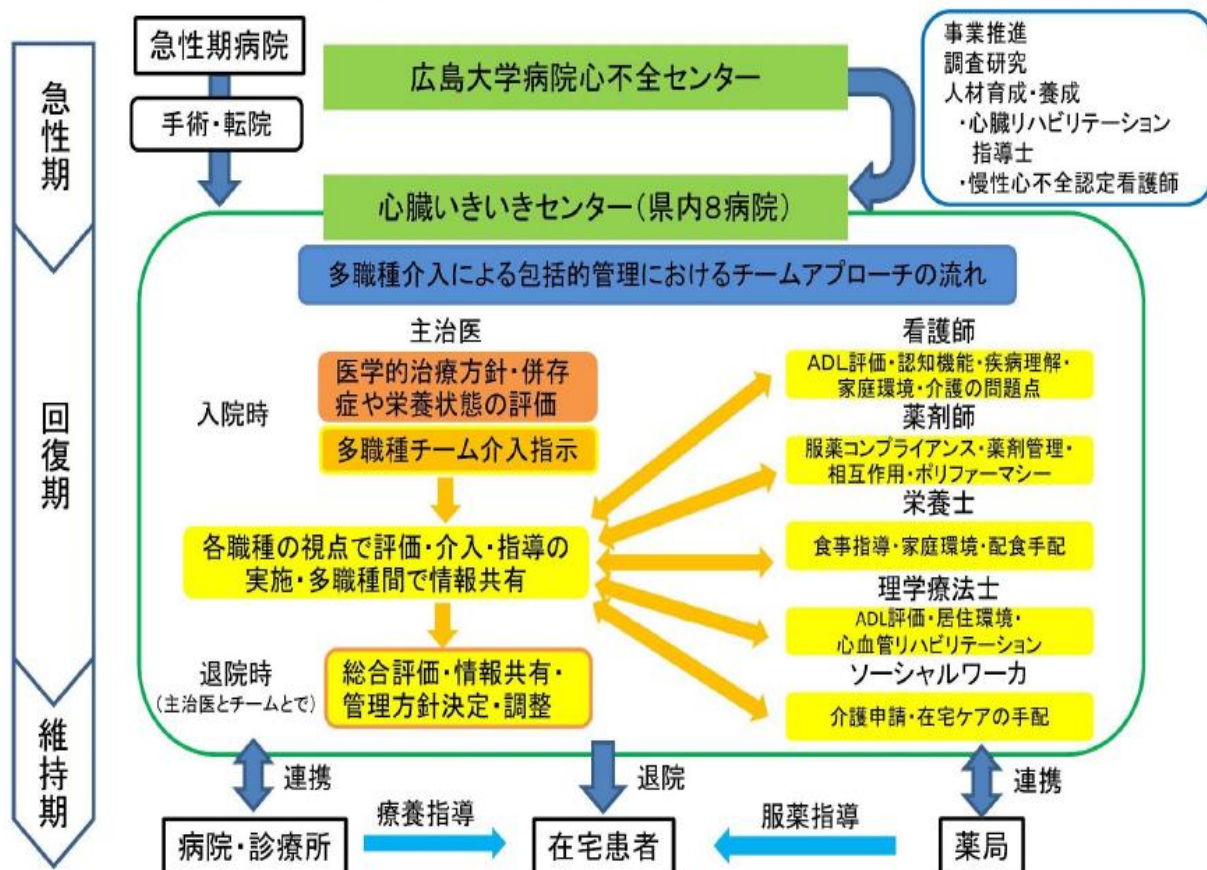


図 18. 地域における心血管疾患患者の管理体制の例 1

広島県においては、広島大学病院心不全センターを中心に、各2次医療圏に回復期リハビリテーションを実施する心臓いきいきセンターを整備し、かかりつけ医、薬局等と連携して心不全患者をサポートする体制を構築している。



広島大学大学院医歯薬保健学研究院 応用生命科学部門 循環器内科学教授 木原康樹先生提供資料

平成 29 年 5 月 19 日第 4 回心血管疾患に係るワーキンググループ資料を一部改変

糖尿病

- 糖尿病

- 発症予防・重症化予防に重点を置いた対策を推進する。医療機関や薬局、保険者などが連携し、健診者・治療中断者へ受診勧奨する体制を構築する
- 医療従事者が地域での健康づくりや疾病予防に参加できる機会も確保する。
- 新規指標には「糖尿病透析予防指導管理料の算定件数」などを追加する。

糖尿病重症化予防と保険者機能強化

予防・健康づくり等に関する保険者インセンティブについて

- 予防・健康づくり等に関する保険者インセンティブについては、平成27年国保法等改正において、国保の保険者努力支援制度を創設するとともに、保険者種別の特性に応じて新たなインセンティブ制度に見直すこととした。

〈現行(～平成29年度)〉

保険者種別	健康保険組合・共済組合	協会けんぽ	国保(市町村)	国保組合	後期高齢者医療広域連合
手法	後期高齢者支援金の加算・減算制度				なし
指標	特定健診・保健指導の実施率				



〈見直し後(平成30年度～)〉

保険者種別	健康保険組合・共済組合	協会けんぽ	国保(都道府県・市町村)	国保組合	後期高齢者医療広域連合
手法	後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直し	各支部の取組等を都道府県単位保険料率に反映	保険者努力支援制度を創設	各国保組合の取組等を特別調整補助金に反映	各広域連合の取組等を特別調整交付金に反映
指標	保険者種別共通の項目を設定 各項目の具体的な基準や、保険者種別の特性を踏まえて追加する項目は、保険者種別毎に設定				

糖尿病性腎症の重症化予防の取り組みに関する事業を行っている保険者にインセンティブを与える

脳卒中

- 「急性期治療（搬送後1時間以内のt-PA治療や脳血管内治療）」などを踏まえた医療提供体制を構築する
- 脳卒中後の要介護状態の患者を減らすために、発症早期のリハビリテーション、回復期、維持期のリハビリにも切れ目なく移行できるよう、医療機関相互の連携を図る。評価のための指標としては「脳梗塞に対する脳血管内治療の実施件数」などを加える。

課題④総合確保方針



医療計画・介護事業計画には
ケアサイクル論が有効

長谷川敏彦氏（元日本医科大学教授）

ケアサイクル需要の変遷

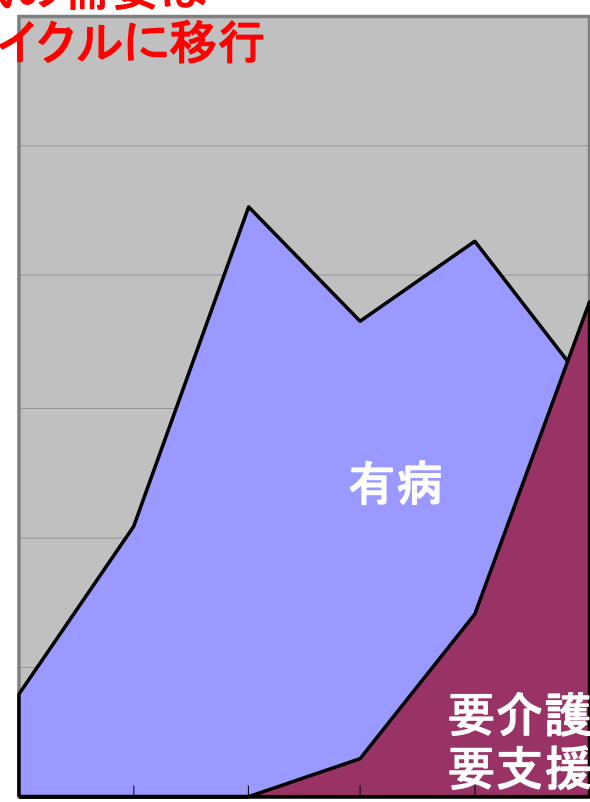
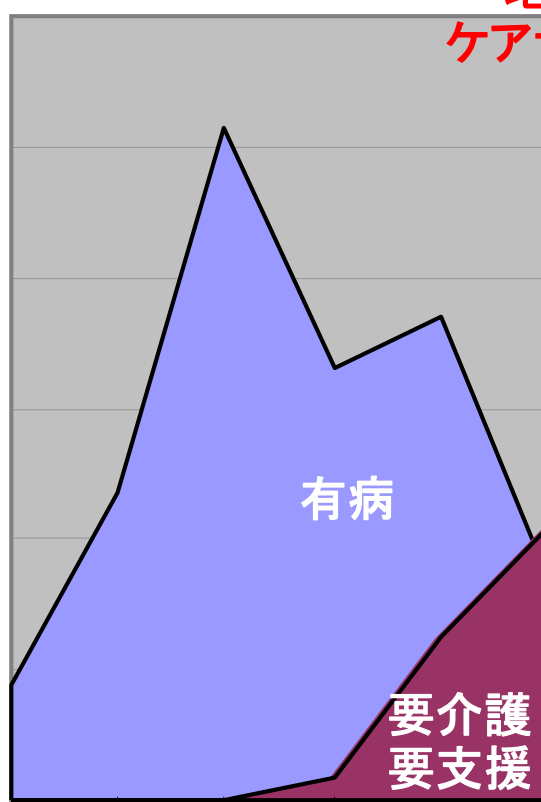
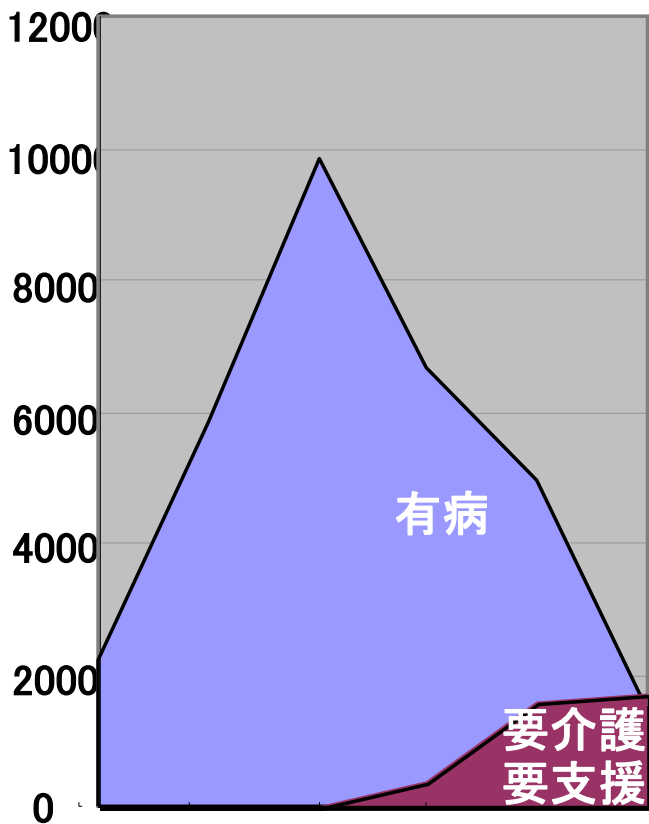
有病・要介護・要支援者人口10万当たり

2010年

2030年

2060年

人



0~14 15~44 45~64 65~74 75~84 85~ 0~14 15~44 45~64 65~74 75~84 85~ 0~14 15~44 45~64 65~74 75~84 85~

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

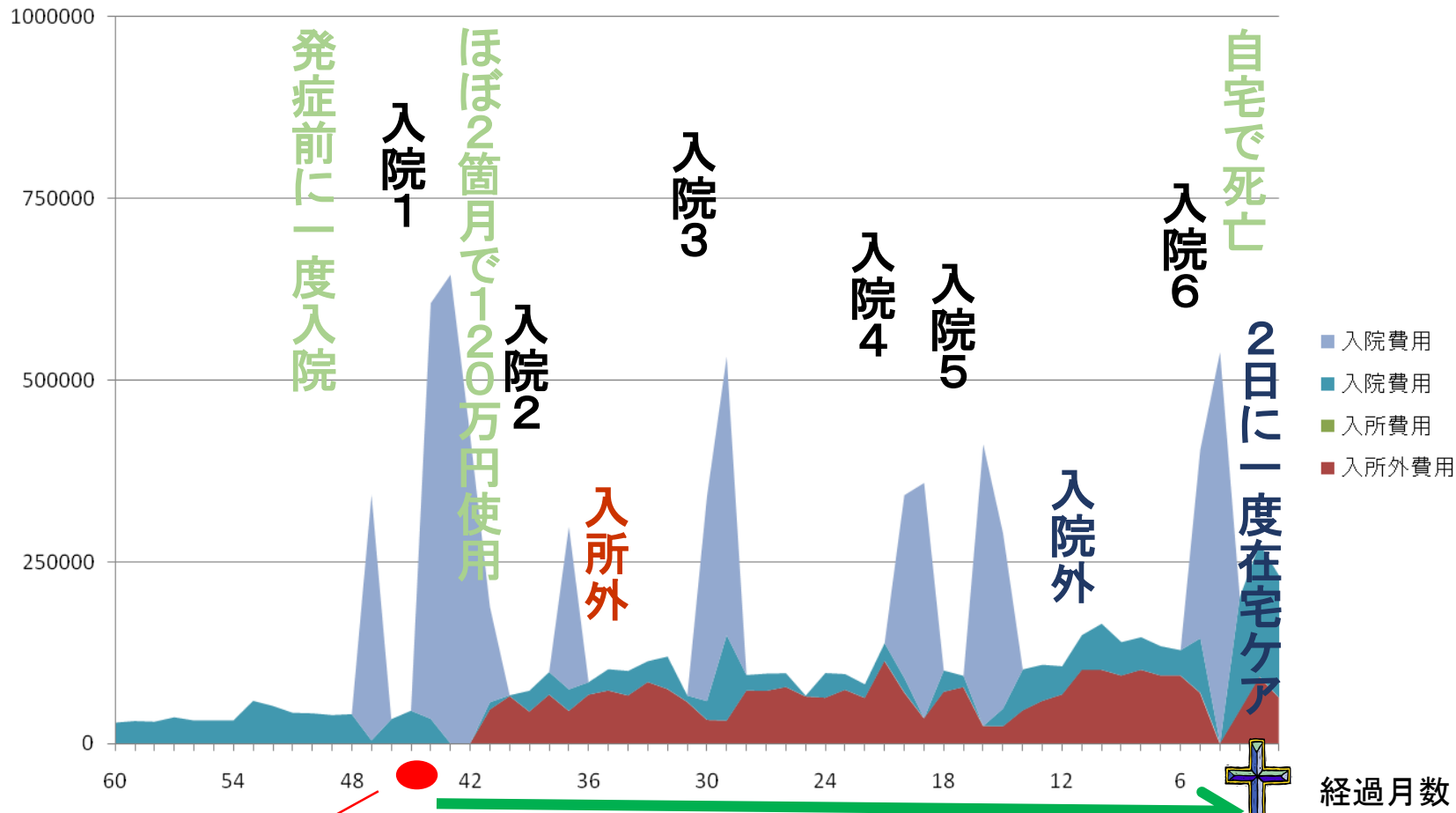
ケアサイクルを見てみよう！

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



© Thasegawa NSM. Japan

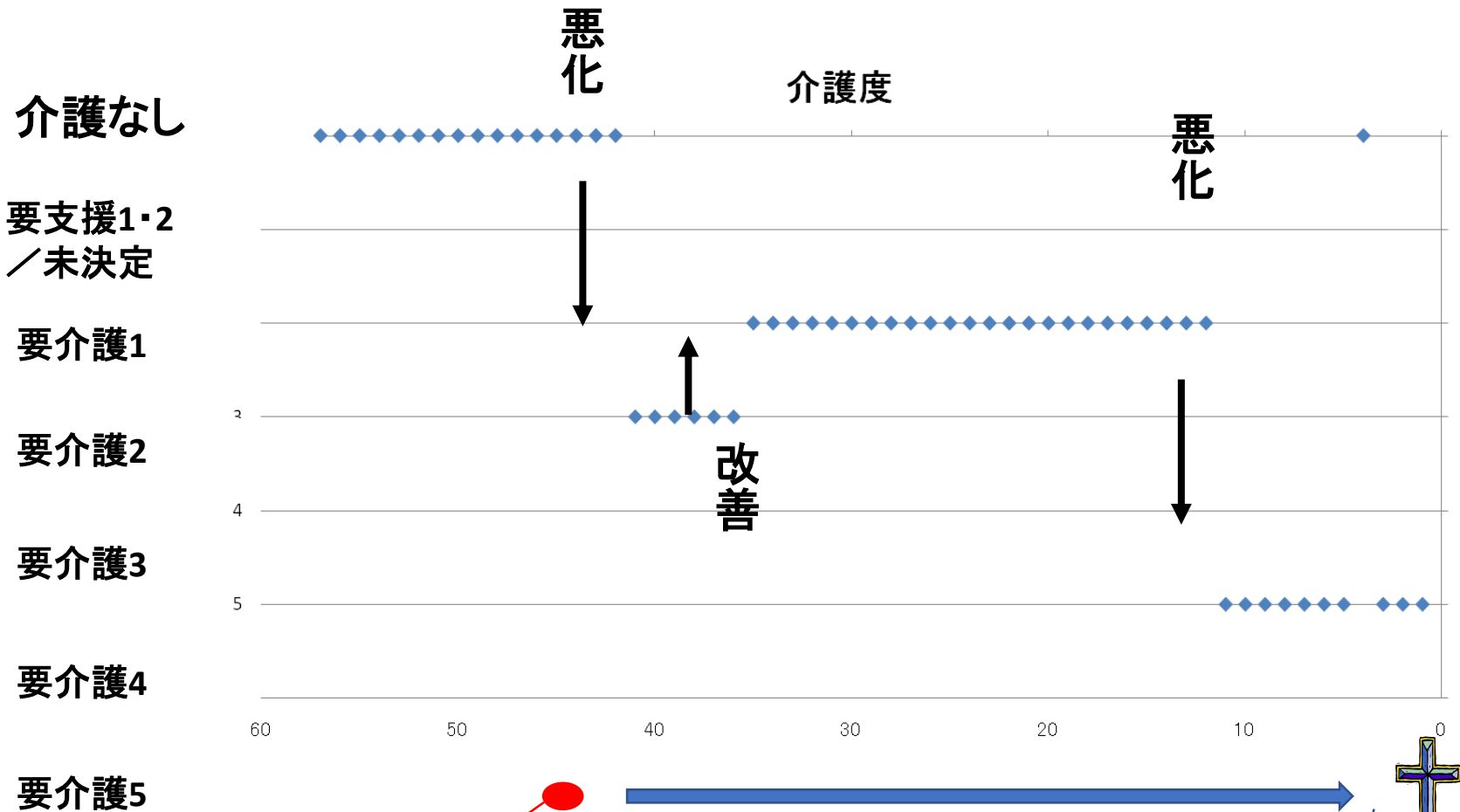
脳卒中
発症

4年間の経過

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



脳卒中
発症

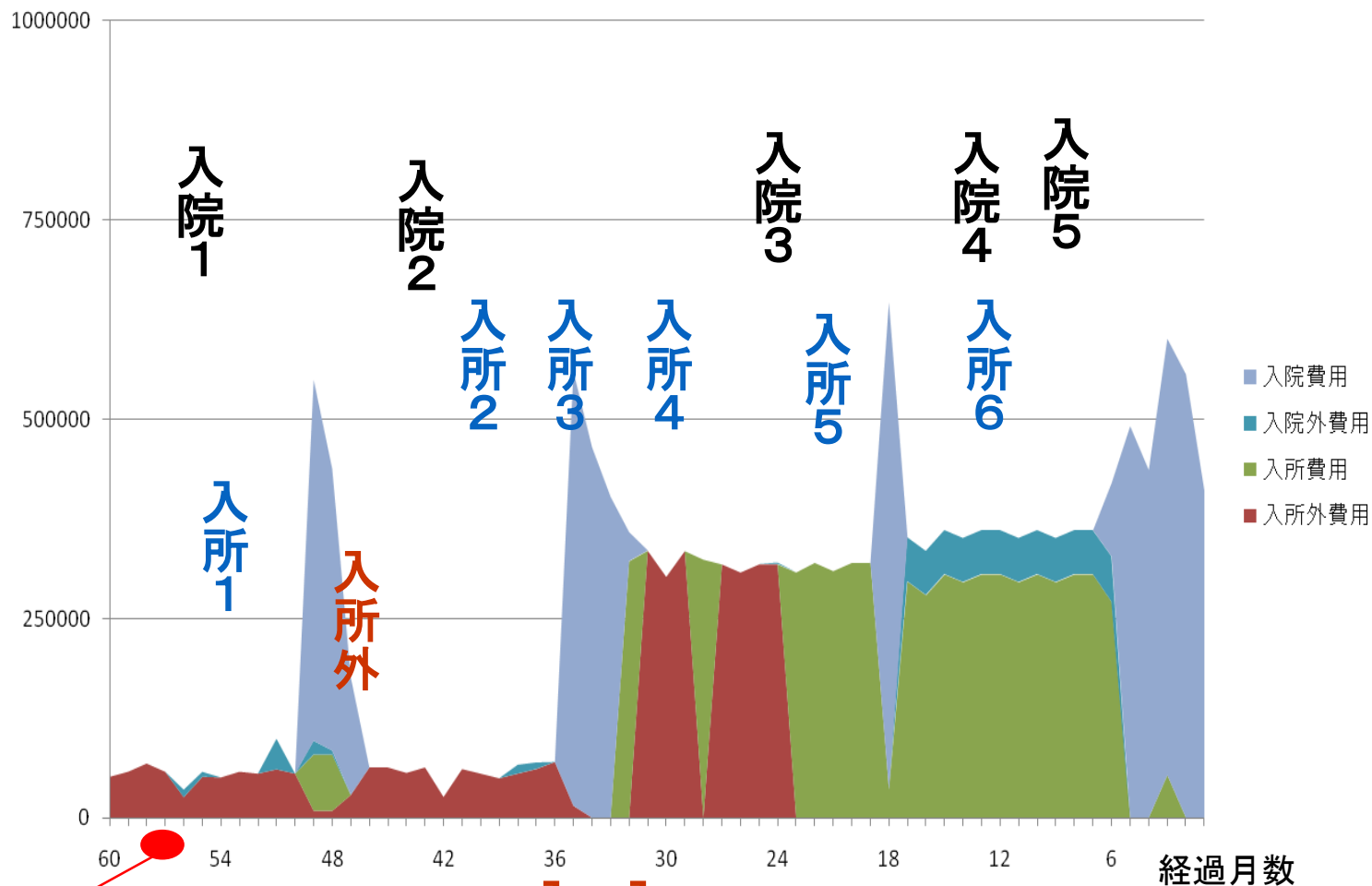
4年間の経過

2007年7月23日
76歳で死亡

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)



C Thasegawa
NSM. Japan

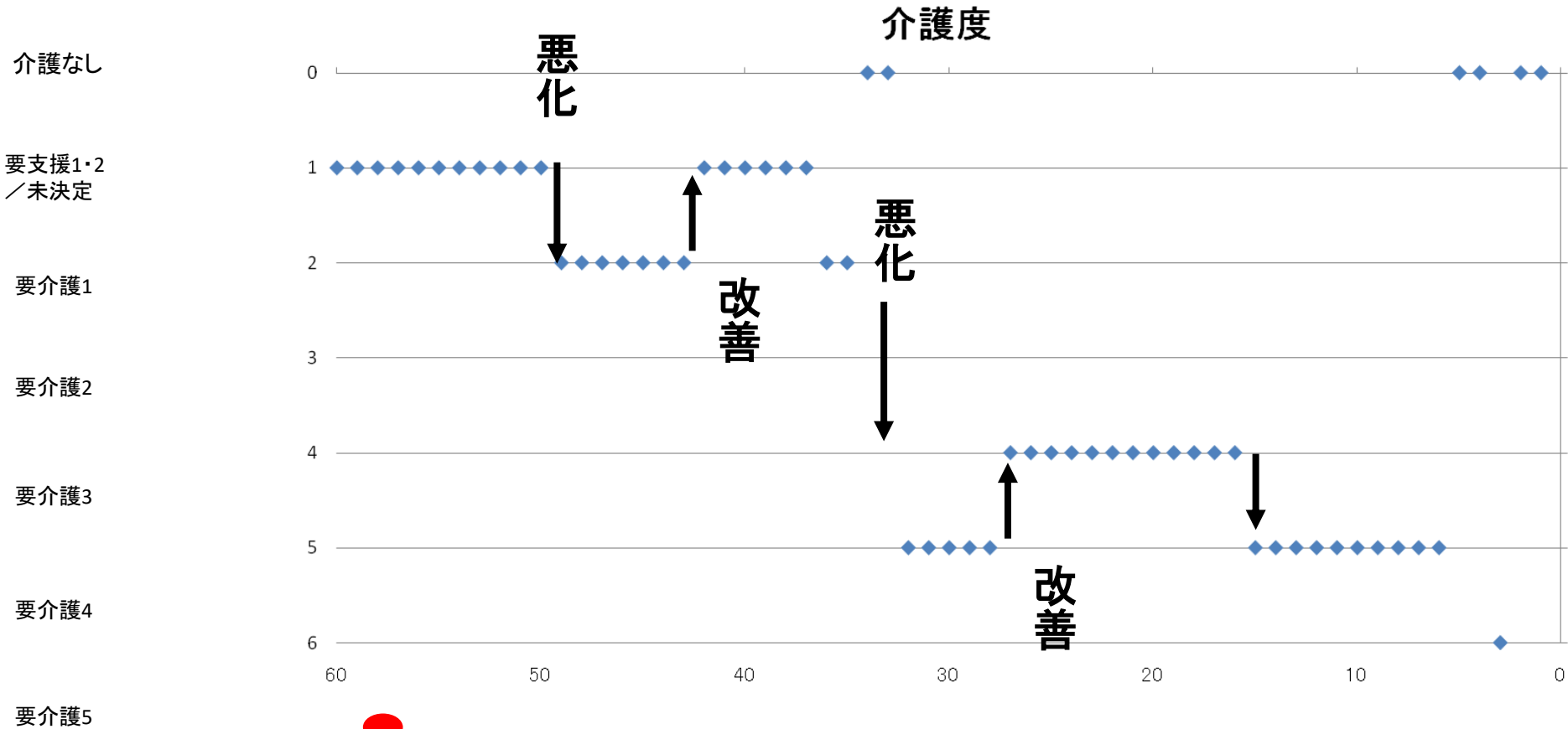
脳卒中
発症

入所外
入所外

2007年7月25日 91歳で死亡

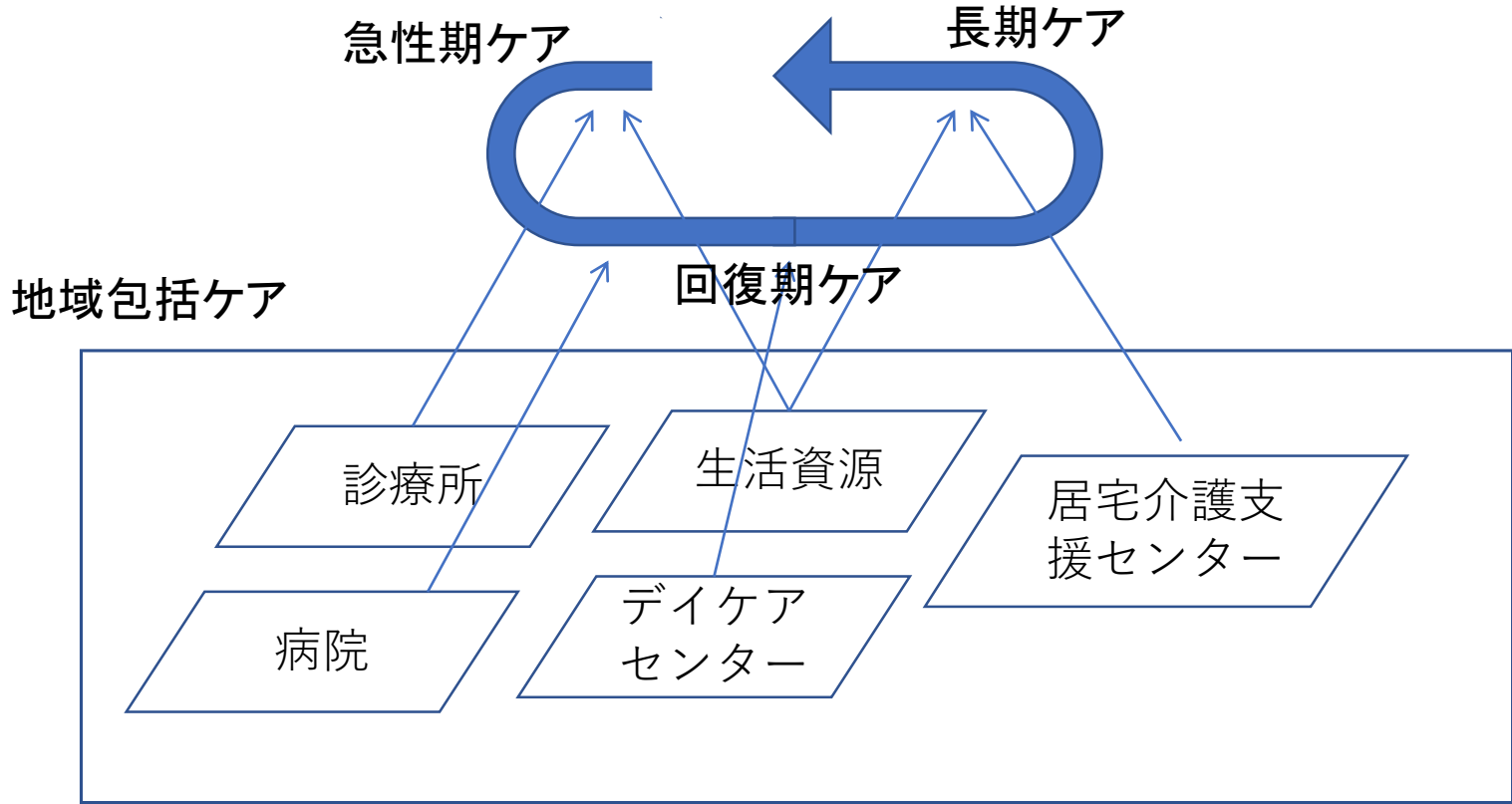
No.49 死亡前60ヶ月間の介護度推移

91歳女性／介護主病名：脳卒中



ケアサイクル

男性は死亡するまでに3~5回、
女性は5~7回のケアサイクル
を繰り返す



医療・介護のケアサイクル

- 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。
- サイクル数から地域の医療・介護のサービス量が推計できる
 - 市町村国保の医療レセ、介護レセ、要介護度データから推計できる
- ケアサイクルの定量により、発生源ベースで、地域のサービス量を推計できる

在宅必要量の推計

死亡小票から
在宅必要量を
推計すること
ができる！



株式会社メディアヴァ代表取締役

平成26年度 練馬区死亡小票分析調査結果

2015年3月10日

株式会社メディヴァ

死亡小票分析_調査概要

➤ 目的

練馬区民の全死亡者における「どこで(死亡場所)」「誰に(看取った医療機関)」「何が原因で(死因分類)」を明らかにし、地域(練馬区および周辺地域)の在宅看取り力や隣接自治体の医療リソースとの関係性等を把握する。同時に将来の在宅医療の需要を推計し、その需要に合った(整備していく)練馬区の在宅医療体制を検討する。

➤ 対象

人口動態調査の死亡小票データ(練馬区保健所保有データ)※死亡時の住所が練馬区内だった人を対象

➤ 方法

異常死を除外することで治療や療養の結果としての死亡者を抽出し、「死亡場所の種別」、「死因の種別」、「施設名」などとクロス分析を行う。

➤ 期間

2011年1月1日～2013年12月31年の3カ年

➤ 調査事項

- ・異常死の状況
- ・死亡場所別での死亡の状況
- ・医療機関での死亡の状況
- ・自宅での死亡の状況
- ・将来の在宅医療の需要推計

➤ 対象数

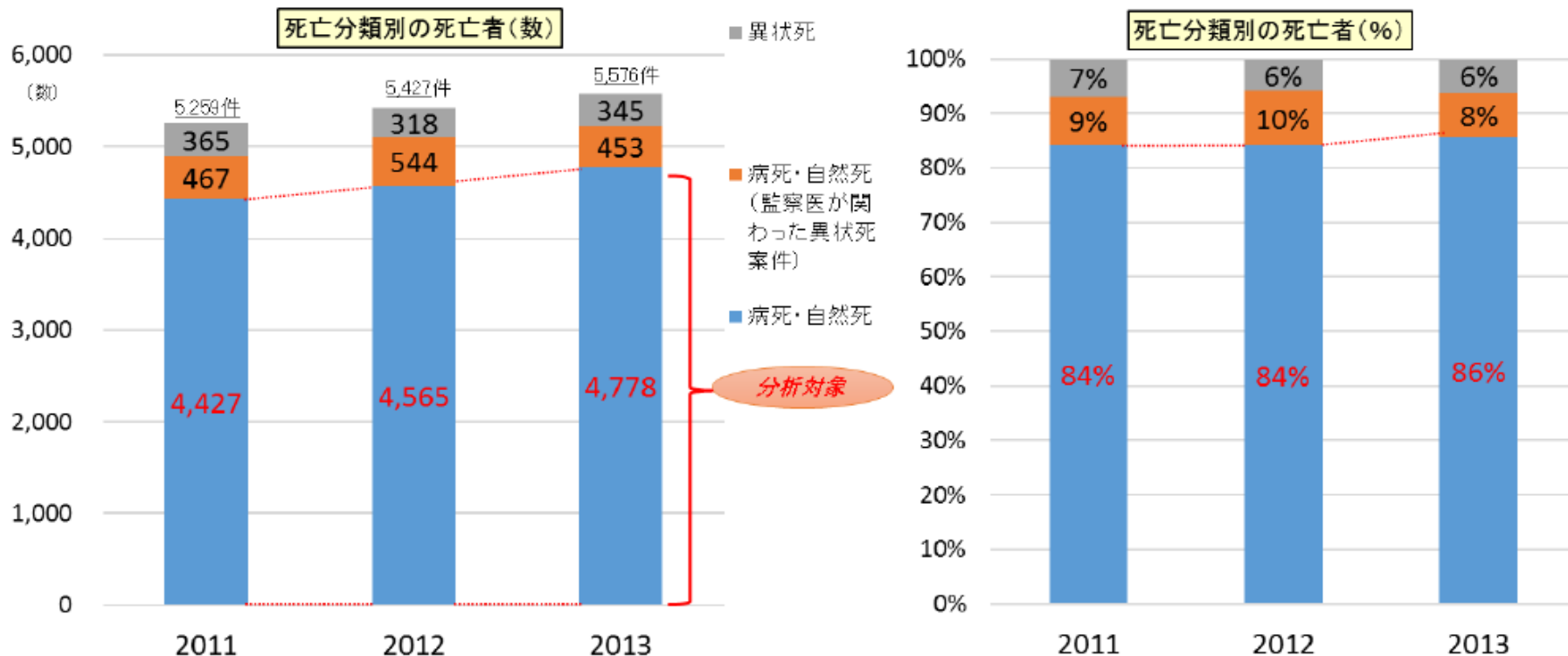
17,621件

➤ 調査結果の施策への活用

練馬区における在宅医療の需要推計(病院からの溢れだし)の算出が可能となり、今後整備していくべき看取り体制の考案につながる。

異常死の状況(2011年-2013年)

- 2011年からの3年間では、全死亡に占める異常死の割合は約6%で、検案となった案件は約10%である。
- 分析では、異状死および監察医が関わった案件を除外して分析を行う。



尚、施設(老人ホームや老健)では異状死はあまり現れず、異状死のほとんどは病院と自宅での死亡者に集中する。

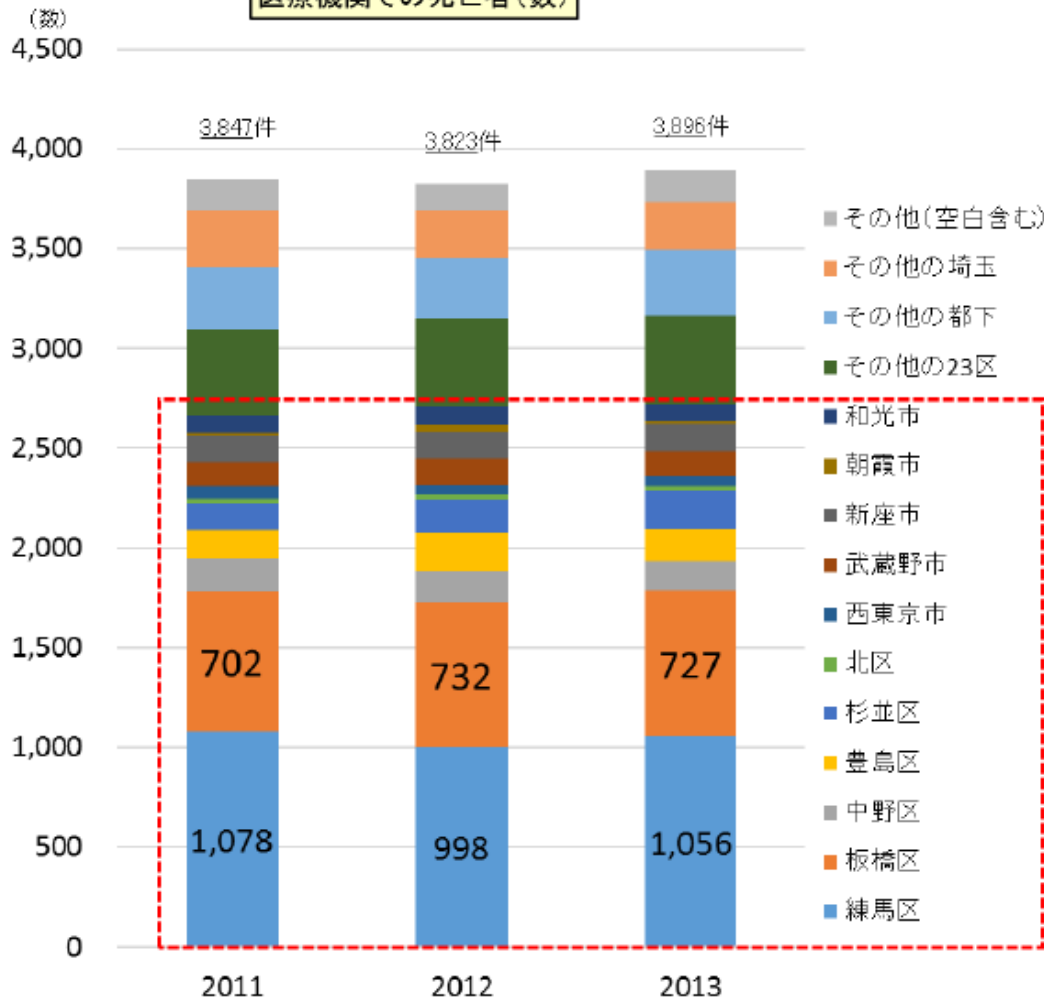
自宅死亡者における**異状死の割合は、2013年時点で50.1%**(うち、自殺や溺水、火災等の異状死が19.5%、病死・自然死だが監察医によって死体検案書が発行されている死亡が30.6%。後者の多くが自宅での**孤独死**であろうと推定される。)で、約半数を占める。(2011年は57.7%、2012年は54.9%で毎年割合は下がっている)

これは、実際に在宅での継続的診療の結果としての死亡として死亡診断書が発行されている、いわゆる「在宅看取り」の件数が、**自宅死亡者数の半分(49.9%)に過ぎない**、ということを意味している。

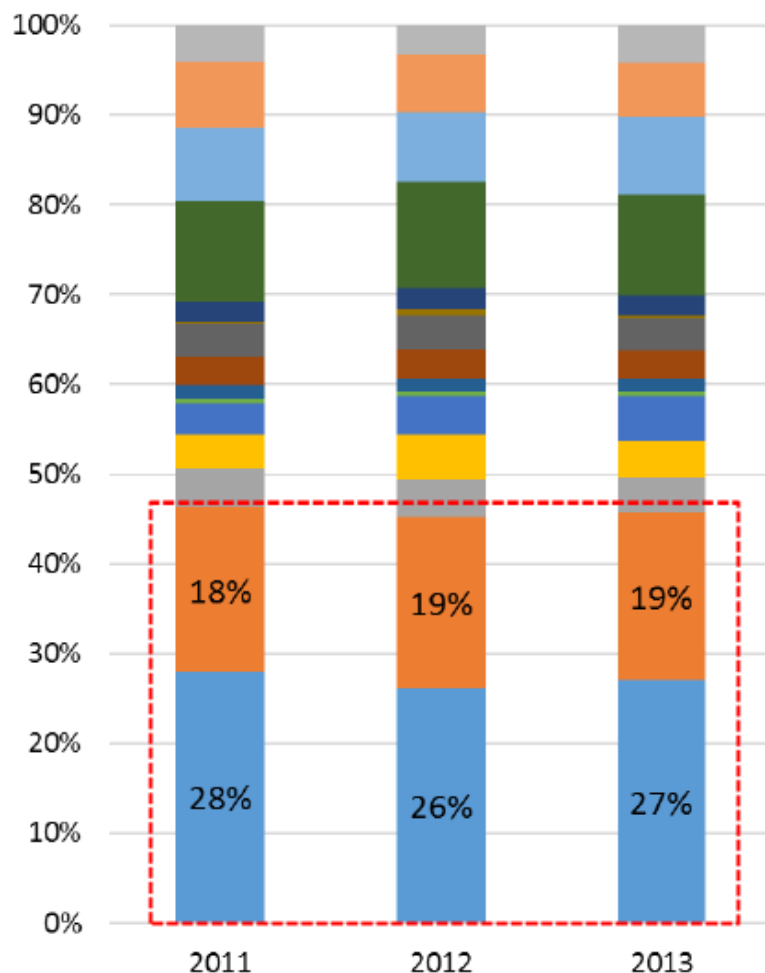
練馬区・周辺地域での医療機関*看取りの状況(2011年-2013年)

- 練馬区と隣接市区町村での医療機関看取りは年間約2,600件を推移している。
- 練馬区内の医療機関による看取りは3割に満たない。板橋区内の医療機関での看取り割合も高く、2区合計で約45%。

医療機関での死亡者(数)

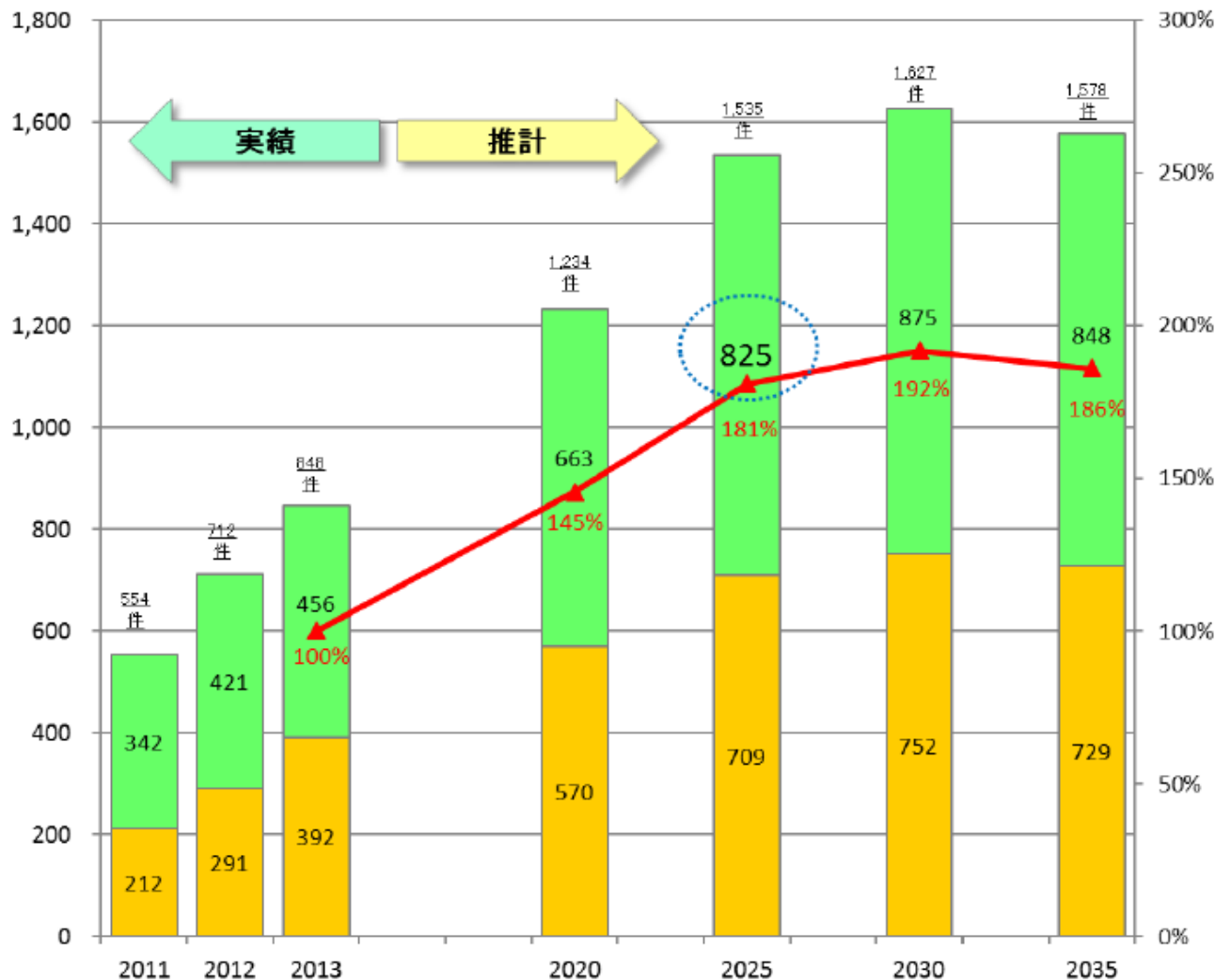


医療機関での死亡者(%)



2025年～2030年に、自宅看取り件数は2013年の2倍に増加する

練馬区民の在宅(自宅・施設)での看取り件数



※推計部の自宅・施設比率は、2013年時点の比率(自宅43%・施設54%)をそのままスライドさせて算出している。もちろん、施設を抑制させ、自宅を増やすという政策的方向性付け等はあるだろう。

- 自宅での死亡
- 施設(老人ホーム・特養・老健)での死亡
- ▲ 2013年実績値からの増加率

2025年の自宅看取りに対応するため練馬区内医療機関の体制

2013年時点 実績値

456人の
自宅看取りに対応

※

練馬区内医療機関
79クリニックで334名を
自宅で看取っている

特化型在支診
～在宅メイン～

在宅医療に集中・
特化したクリニック
(年間**20名以上**看取り)

2クリニック



UP

4クリニック



併用型在支診
～外来&在宅～

午前外来→午後在宅等
バランス型クリニック
(年間平均**10名**看取り)

19クリニック



UP

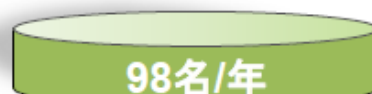
30クリニック



外来型在支診
～外来メイン～

ほぼ外来のクリニックだが
自院の患者数名は在宅で
診ているというクリニック
(年間平均**2名**看取り)

58クリニック



UP

162クリニック



区外の
在支診

練馬区外
在支診による
看取り人数は
現状維持と仮定

122名/年

横ばい

122名/年

2025年 目標値

825人の
自宅看取りに対応

※

練馬区内医療機関
196クリニックを動員し、
約700名を自宅で看取とる

広島都市医療圏を
地域医療計画・地域包括ケア
の視点から
捉えることが必要

パート3
地域医療連携法人

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



国民会議のポイント

医療法人制度・社会法人制度の見直し

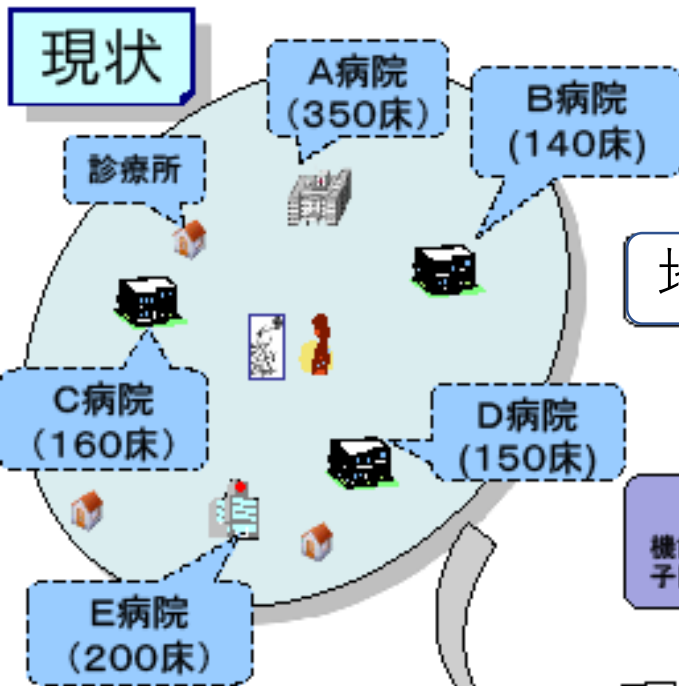
- 医療法人等の間の競合を避け、地域における医療・介護サービスのネットワーク化を図るためには、当事者間の競争よりも協調が必要であり、その際、医療法人等が容易に再編・統合できるよう制度の見直しを行うことが重要である。
- このため、医療法人制度・社会福祉法人制度について非営利性や公共性の堅持を前提としつつ、機能の分化・連携の推進に資するよう、例えばホールディングカンパニーの枠組みのような法人間の合併や権利の移転等を速やかに行うことができる道を開くための制度改正を検討する必要がある。
- 複数の医療法人がグループ化すれば、病床や診療科の設定、医療機器の設置、人事、医療事務、仕入れ等を統合して行うことができ、医療資源の適正な配置・効率的な活用を期待することができる。

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。

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

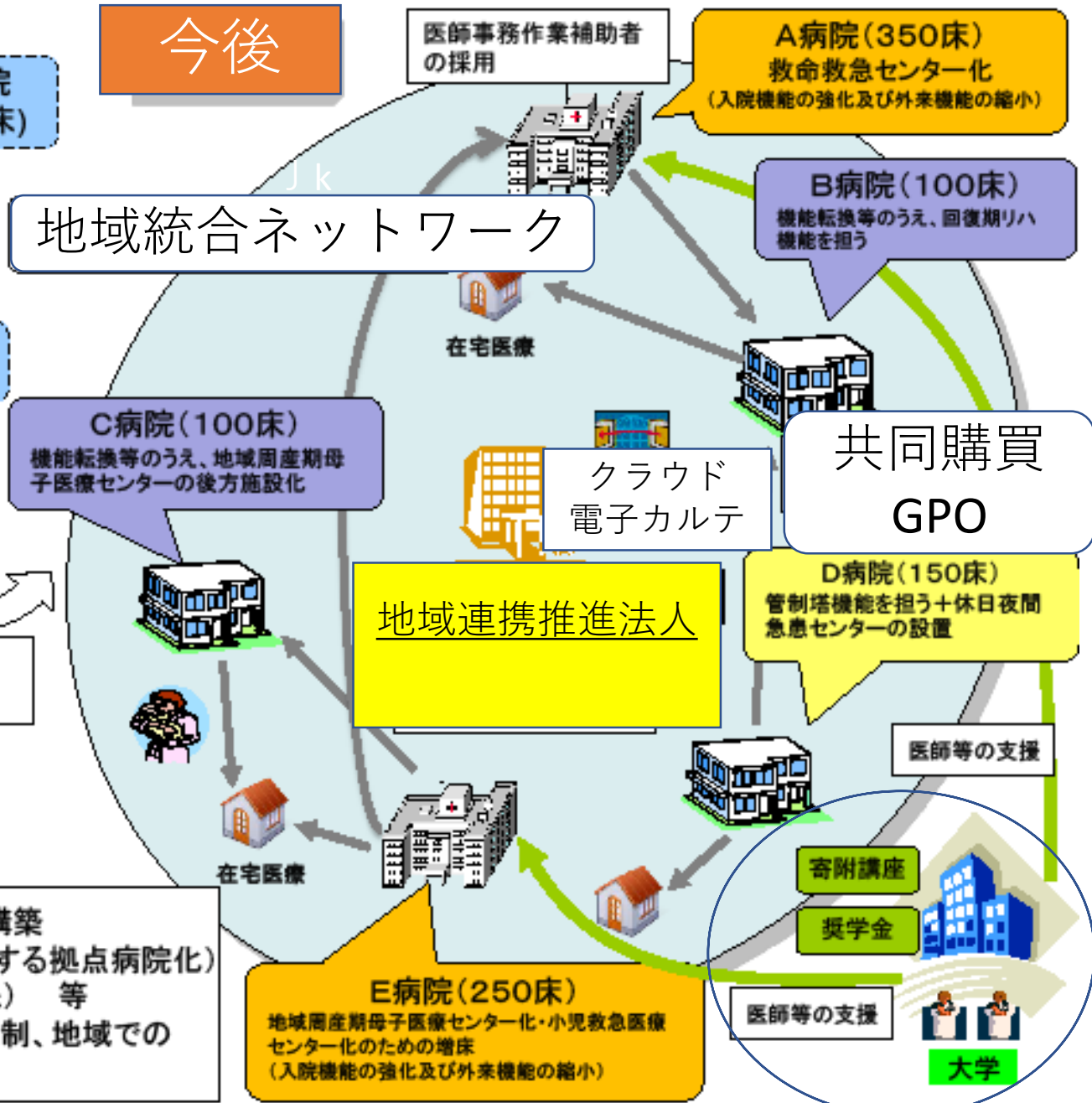
- 地域の医療資源が不足している
- 施設間で機能分化と連携ができていない

方策

- 役割分担の明確化、連携体制の構築
・ 救急やハイリスク分娩等に対応する拠点病院化)
・ 回復期医療等を担う病院の確保) 等
- 県・大学の共同での医師のプール制、地域での研修プログラムの開発

今後

地域統合ネットワーク



医師事務作業補助者の採用

A病院 (350床)
救命救急センター化
(入院機能の強化及び外来機能の縮小)

B病院 (100床)
機能転換等のうえ、回復期リハ
機能を担う

C病院 (100床)
機能転換等のうえ、地域周産期母
子医療センターの後方施設化

地域連携推進法人

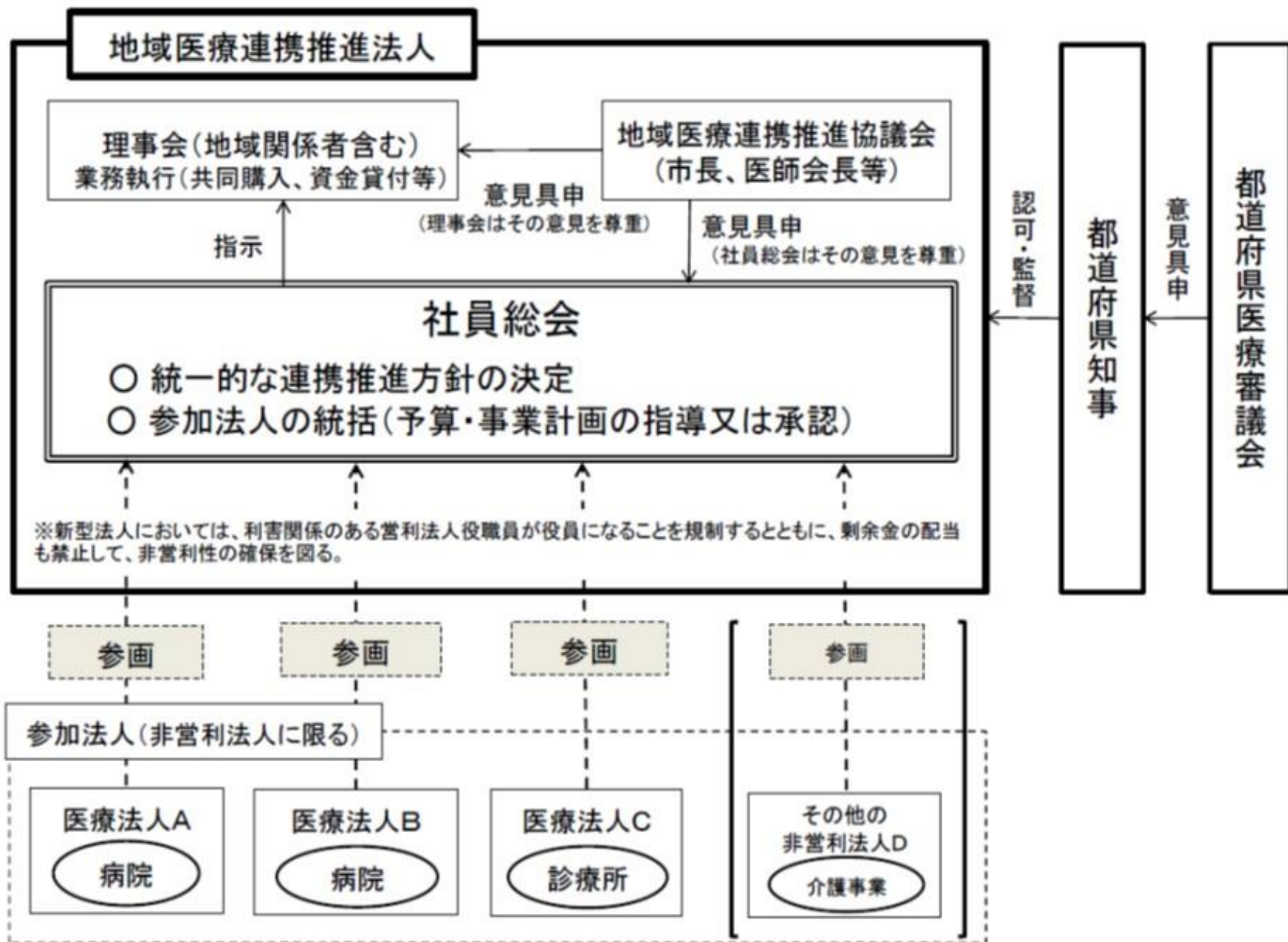
共同購買
GPO

D病院 (150床)
管制塔機能を担う+休日夜間
急患センターの設置

E病院 (250床)
地域周産期母子医療センター化・小児救急医療
センター化のための増床
(入院機能の強化及び外来機能の縮小)

寄附講座
奨学金
医師等の支援
大学

地域医療連携推進法人制度(仮称)の仕組み



地域連携推進法人断念！ (2017年4月)

- 岡山県
 - 岡山大学メディカルセンター構想
- 鹿児島県
 - 社会医療法人博愛会佐良病院、医療法人真栄会にいむら病院
- 北海道
 - 社会医療法人カレスサッポロ、北海道医療大学

大学病院型

- 愛知県



- 尾三会

- 大学 藤田保険衛生大学病院 (1435床)
 - 生協 南生協病院 (313床)
 - 医療法人 ジャパン藤脳クリニック (19床)
 - 他17参加法人 + 2社員

公立公的再編型

- 広島県三次市・庄原市
 - 公立 三次市立三次市民病院（**350**床）
 - 日赤 庄原赤十字病院（**301**床）
 - 公立 庄原市立西城市民病院（**54**床）
 - 医師会 三次地区医療センター（**150**床）

合併型

- 兵庫県姫路市
 - 公立 県立姫路循環器病センター (350床) 
 - 社会 製鉄記念広畑病院 (329床)
- 2020年 
はりま姫路総合医療センター (736床)

地域連携推進法人

- 法人化は連携以上、合併以下
- 法人化の前になすべきこと
 - 医療連携協定
 - 医療人材研修協定
 - 医薬品・医療機器等の地域共同購入
 - 医療情報システムの共有
 - その他

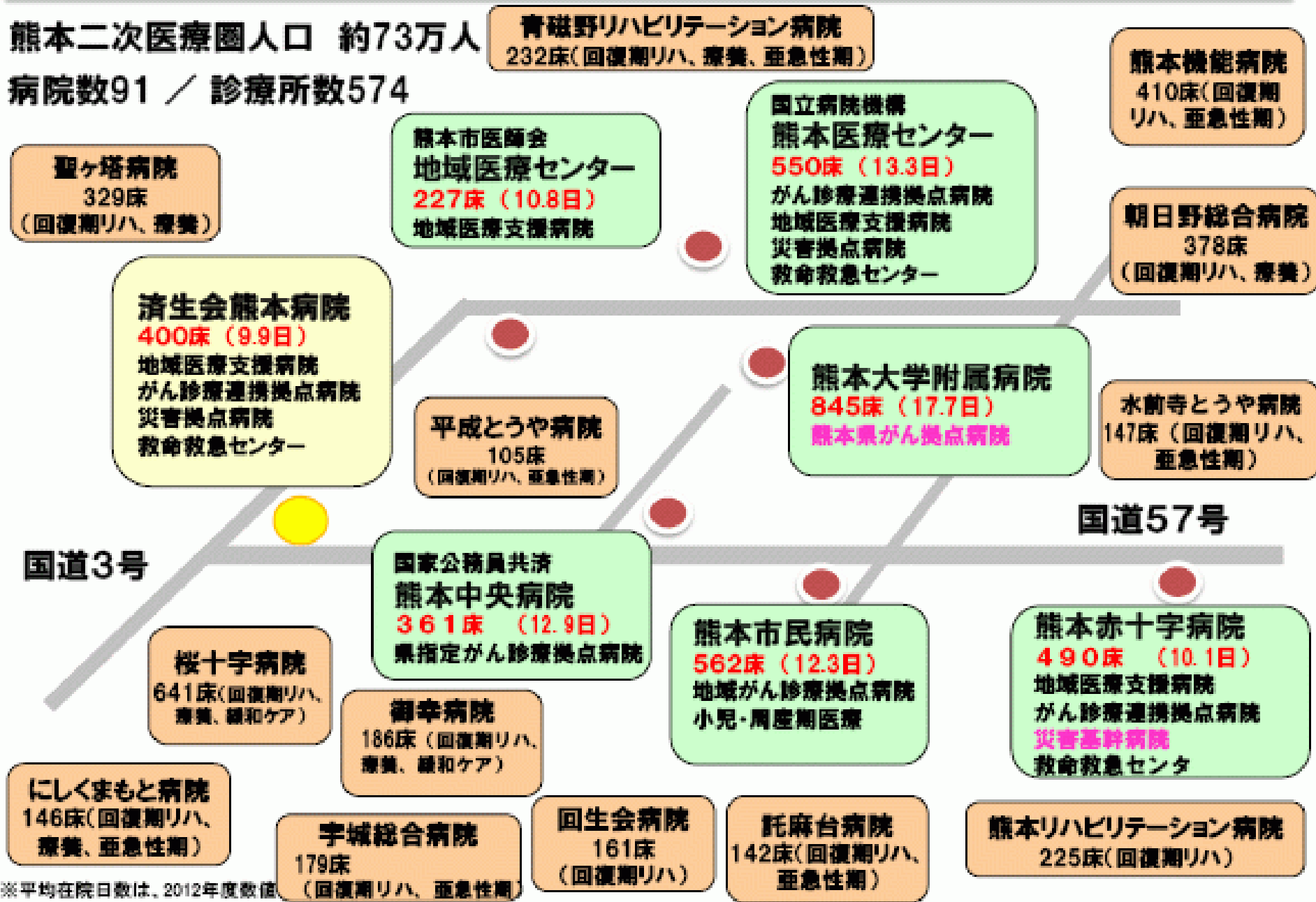
熊本医療圏の事例

熊本医療圏人口**73**万人
病院数**91**、診療所数**574**

図1 熊本市の医療環境

熊本二次医療圏人口 約73万人

病院数91 / 診療所数574



※平均在院日数は、2012年度数値



济生会熊本病院

済生会熊本病院

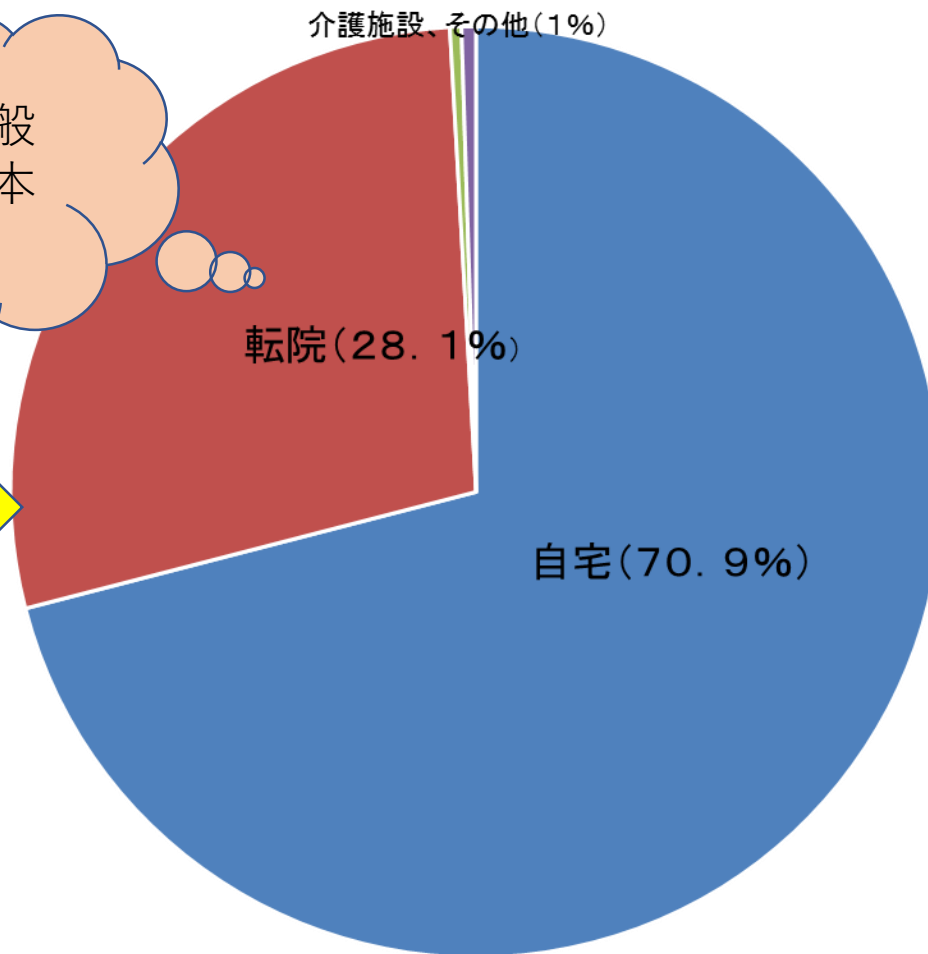
- 済生会熊本病院

- 400床、医師数134名、診療科目は19科目、重要臓器に絞ったセンター制をとるきわめて専門特化した急性期病院
- 救急車台数も年間9000台以上で全国3位
- 平均在院日数10.1日、病床利用率95.0%（2013年度）
- 入院患者数は2013年度実績で13,455人、そのうち3,812人（28%）が他施設へ転院
- 転院先の医療施設は全数で253施設あるが、そのうち11施設で転院患者の50%を占めている。

済生会熊本病院の退院・転院先（2013年度）

転院先が一般
病棟入院基本
料だった

7対1入院基
本料の在宅
復帰率75%
を満たして
いなかった



■ 自宅 ■ 転院 ■ 介護施設 ■ その他

連携会議

- 2014年3月、連携先の病院の事務長との間で地域連携に関する情報交換会を行った
- 連携先病院の方でも、「（報酬改定によって）、これからは地域包括ケア病棟や回復期リハ病棟に直接受け入れをしないと急性期病院から患者を紹介してもらえないのではないか？」という危機感を持っていた
- また多くの病院が回復期リハへの直接転院受け入れを検討中であることが判った
- また地域包括ケア病棟新設を検討中であることも分かった。ただ地域包括ケア病棟の施設基準について、救急告知の申請やデータ提出加算の届出について不安の声が聞かれた。

連携先の病院が 地域包括ケア病棟開設へと動いた

- 情報交換会を行ったこともあって、結果的にはこれら転院上位病院の**11**病院中**8**病院が地域包括ケア病棟を**8**月までに届けを出し、済生会熊本病院の在宅復帰率もなんと**75%**要件達成にメドが立った

救急トリアージと心不全患者

- 済生会熊本病院の救急の課題
 - 救急外来からの直接、他院転院例も月間**10～20**件程度、見られる。
 - 高齢者で**ADL**低下の患者の骨折や腰痛など患者、一過性の意識障害の患者の入院経過観察などの患者
- 心不全患者が病床を占有
 - 高齢の心不全患者の救急も増加と心不全患者が循環器病床を占有することも課題
 - 心不全患者は再入院率が高い
- 救急患者のトリアージが課題
 - 誤嚥性肺炎、転倒による骨折、心不全

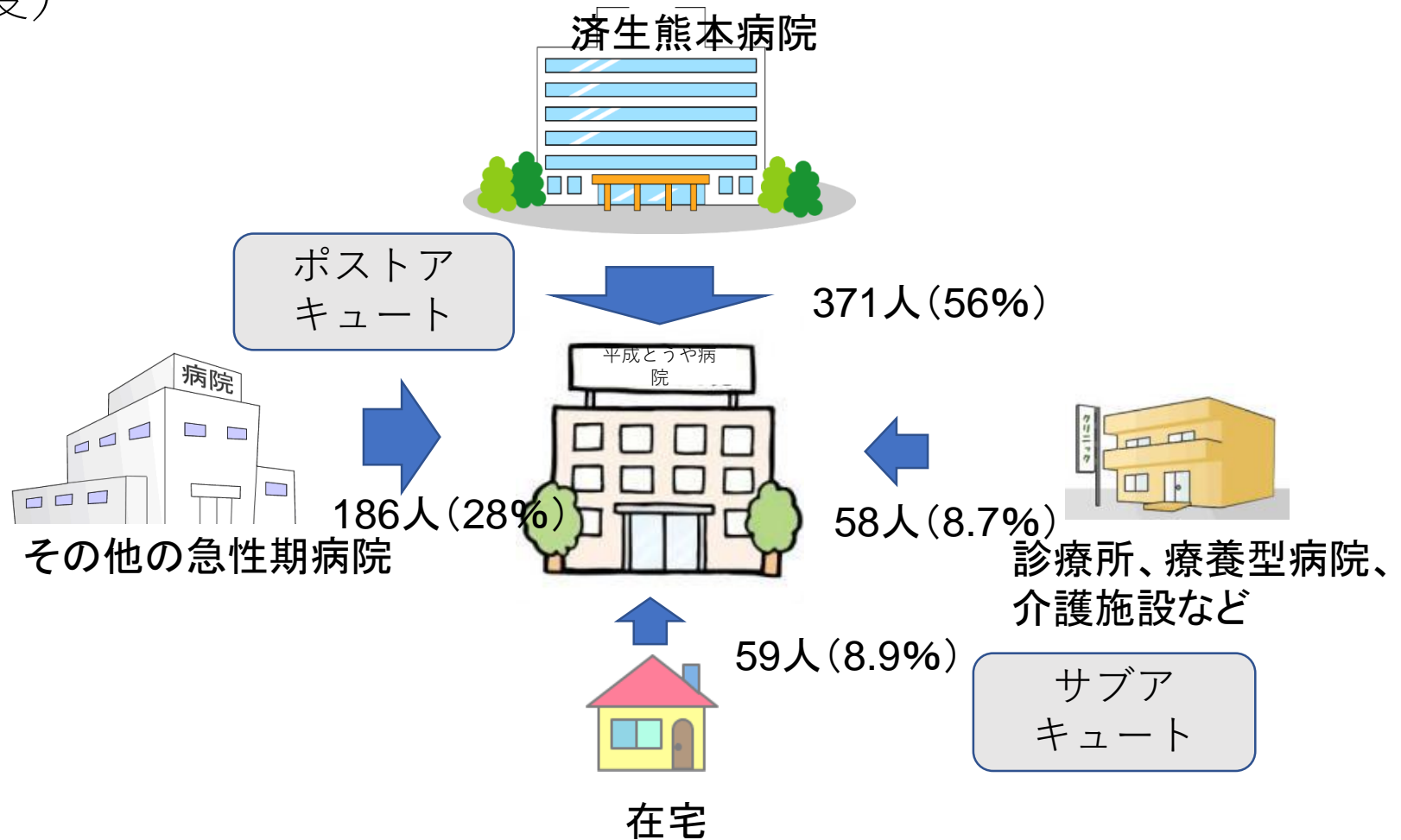
平成とうや病院



平成とうや病院

- **110床のケアミクス病院**
 - 2013年度は一般病棟**44床**（**10対1**）、亜急性病床**10床**、回復期リハ病床**56床**
 - 2014年6月より一般**14床**（**10対1**）、地域包括ケア病棟**40床**、回復期リハ病床**56床**
 - 年間入院総数**663人**
 - **ポストアキュート**
 - **84%**を熊本市内の急性期病院から転院で受け入れ
 - 済生会熊本病院からの患者は、受け入れ患者の**8割以上**
 - **サブアキュート**
 - 療養病床や介護施設から**8.7%**、在宅からは**8.9%**受け入れ
 - 在宅復帰率は**80.9%**

平成とうや病院の入院患者663名の経路内訳（2013年度）



平成とうや病院

- 病床別受け入れ患者数割合

- 一般病棟におよそ3割、地域包括ケア病棟に3割、回復期リハ病棟に4割

- 一般病棟

- 患者数は少ないが、人工呼吸器装着のポストアキュート患者も受け入れた経験があるという。

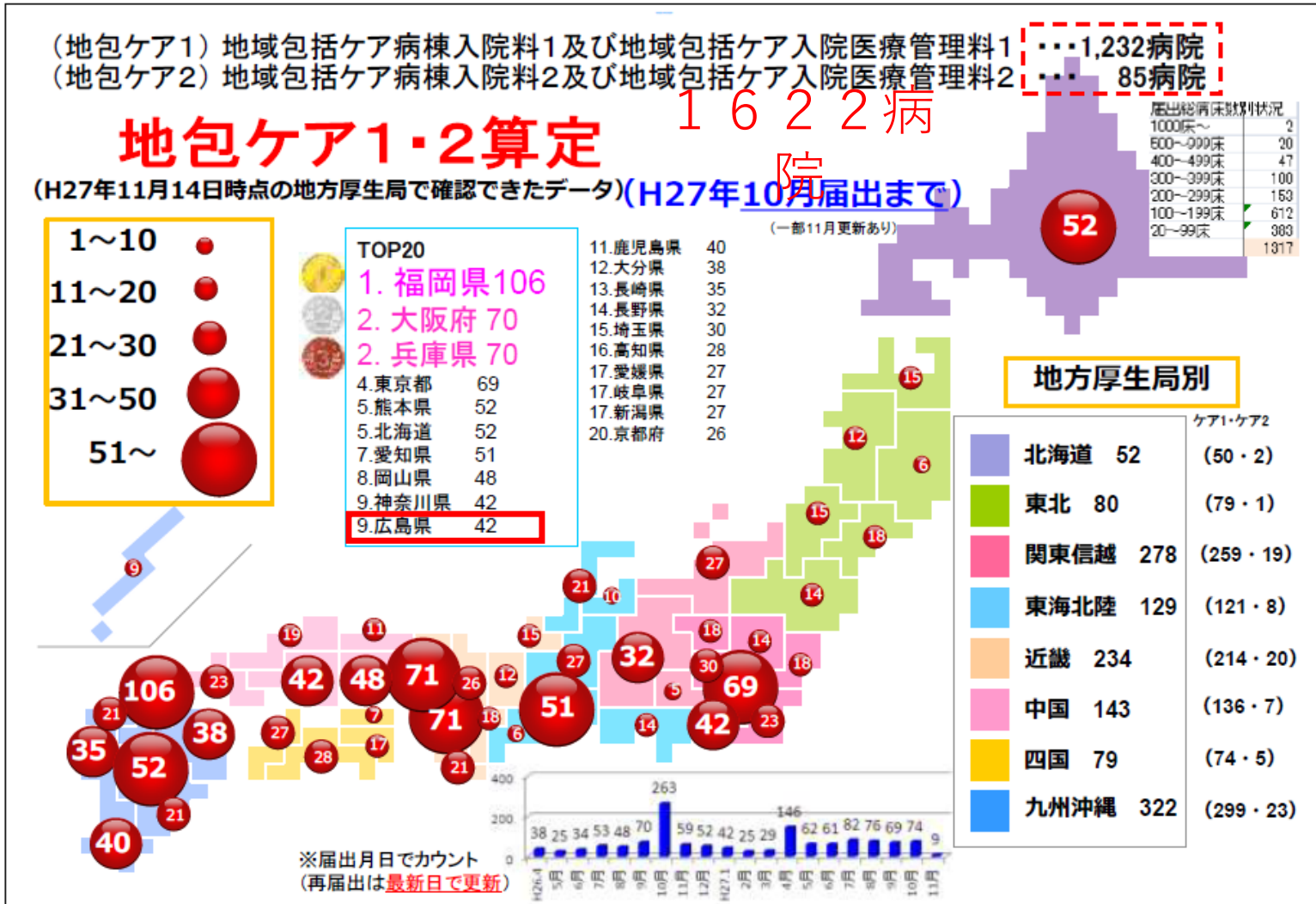
- 地域包括ケア病棟

- 患者は回復期リハビリ病棟ほどの専門リハビリは必要としないが、1日に2単位以上のリハビリを必要とする患者
- たとえば急性期病院での術後の廃用症候群、四肢骨の遠位部骨折の術後、心不全などのリハビリ患者や、同時に在宅や施設から来る誤嚥性肺炎や転倒による四肢骨の遠位部骨折や靭帯損傷など
- 心不全患者の受け入れに関して済生会熊本病院との間で医療人材研修交流を行った。

地域包括ケア病棟届出病院数「最大の病棟」への道

2014年 7月280 8月388 9月500 10月830 11月986 12月1,044

2015年 1月1,089 2月1,110 3月1,126 4月1,173 5月1,205 6月1,228 7月1,246 8月1,267 9月1,291 10月1,317



まとめ

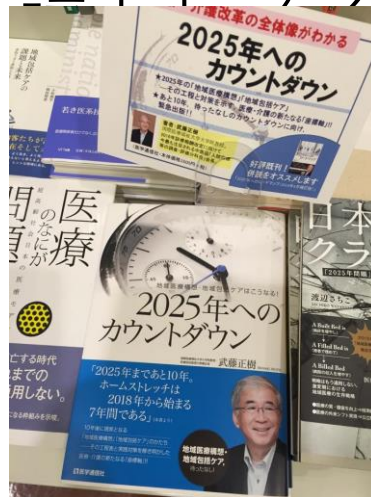
- ・ 広島都市医療圏を医療計画・地域包括ケアの視点から捉えることが必要
- ・ 定量化した未来から現在を振り返ることが必要
- ・ 定量データに基づき地域で協議し、解決策を探ることが必要



2025年へのカウントダウン ～地域医療構想・地域包括ケアはこうなる！

- 武藤正樹著
- 医学通信社
- A5判 270頁、2800円
- 地域医療構想、地域包括ケア診療報酬改定、2025年へ向けての医療・介護トピックスetc

• 2015  発刊
アマゾン売れ筋
ランキング瞬間風速第一位！



ご清聴ありがとうございました



フェイス
ブックで
「お友達募
集」をして
います

国際医療福祉大学クリニック <http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>
で月・木外来をしております。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開して
しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで
mutoma@iuhw.ac.jp