

いよいよ動き出した、地域医療構想の策定
～需要サイドから考える2025年の医療提供体制～

「地域医療構想策定作業部会」の
委員（学識経験者）としての考え
-よく聞かれる「質問」等への回答を中心に-

浜松医科大学医学部附属病院

小林 利彦

tokoba@hama-med.ac.jp

2015/10/25 もくせい会館

学識経験者？としての思い

1. (分かりにくい)本制度の解説
国からのメッセージは何か？
冷静な「翻訳者」でありたい！
2. 県庁職員の「辛さ」も理解した上で・・・
大学人・勤務医・医師会理事の立場として
3. 国の「指示」に対して、どう対処すれば良いのか？
今回の方法論が決して正しいとは思えない！
ただ、現場を守るためにどうしたら良いか？
感情論のみではなく、医療者として対応したい
4. 本制度の遂行には、**県行政(保健所含む)と(郡市)医師会の協働**が重要！(応援したい)

「地域医療構想調整会議」で議論すべきこと

1. 地域の医療提供体制の現状把握と関係者による**情報共有**
2. 地域医療構想を実現するための**課題抽出**
3. 具体的な**機能分化・連携のあり方**についての議論
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**

「地域医療構想」の策定に向けた基本的な考え方

◎ 過去(2-3年前)のデータ分析をもとにした
10-25年先の予測評価であることに対して
信ぴょう性があるのか？方法論は適切ななのか？

(キーワード)

1. 人口の推移
2. 患者数(受療率)の予測
3. 疾患による対応の違い
4. 病床機能報告⇔病棟(病院)機能報告
5. 県の提案(患者住所地・医療機関所在地ベース)
6. 乏しい介護系情報
7. 構想区域・二次医療圏・地域性

1. 人口の推移

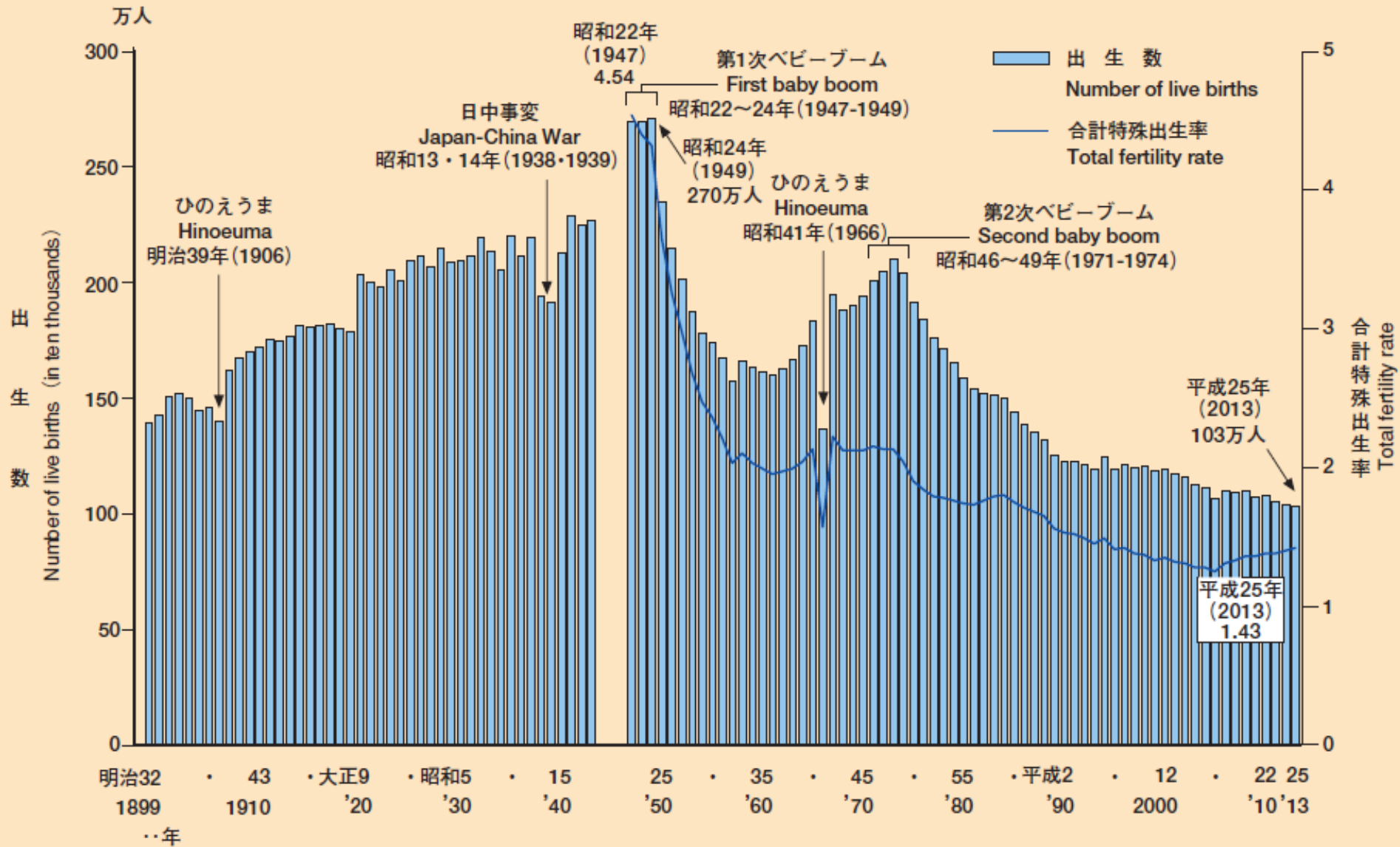
- 「国立社会保障・人口問題研究所(社人研)」
国勢調査を基準に全国・都道府県別・市区町村別
- 誤差の広がり 5年後<10年後、全国<地域
若年者が多いと誤差は広がる
- 欧米の同様な推定に比べて誤差は少ない
(理由:外国人が少ない・移動が少ない)
(出生・死亡・人口移動のパターンが変化すると誤差大)

(結論)

当面は参考にすべき(データ)であろうが、新しいデータを継続的に見ていく必要がある!

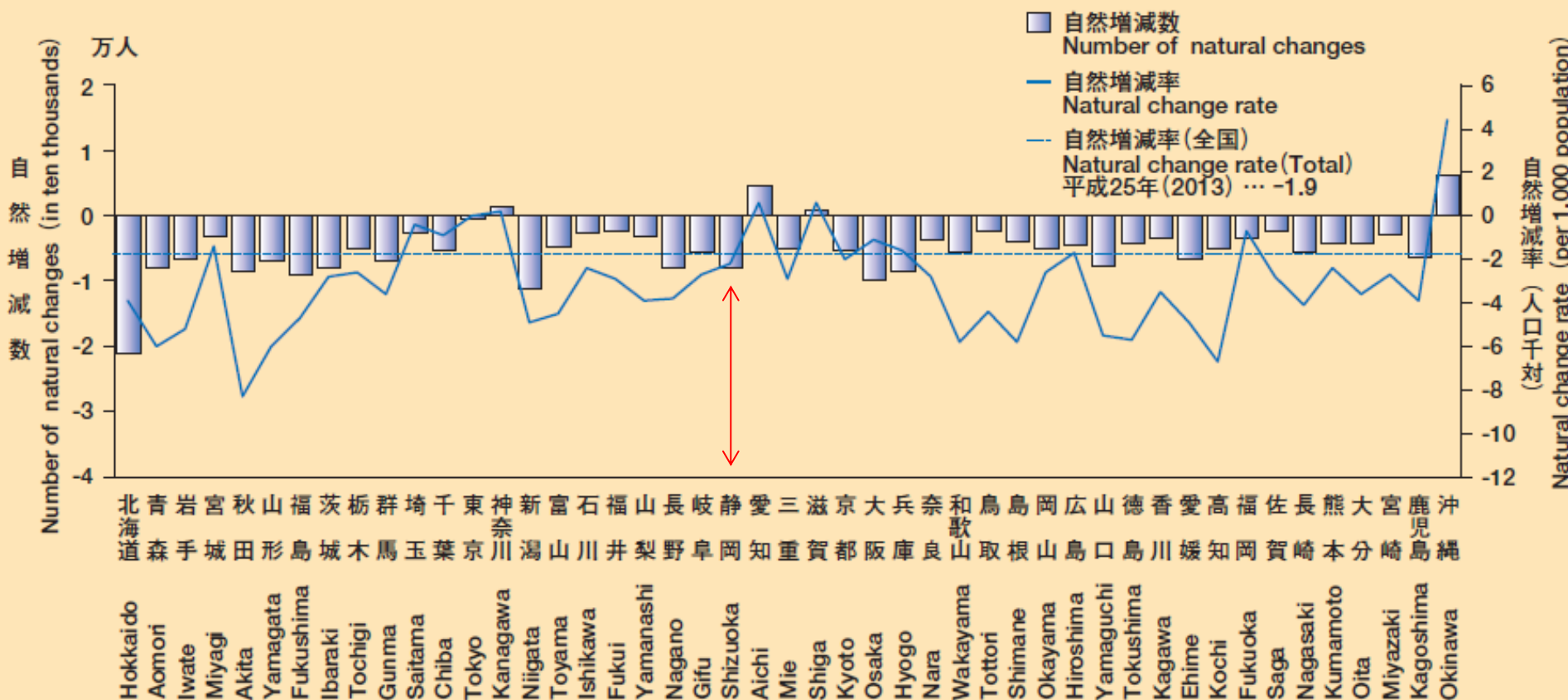
出生数及び合計特殊出生率の年次推移—明治32～平成25年—

Trends in live births and total fertility rates, 1899-2013



都道府県の人口増減

都道府県別にみた自然増減数及び自然増減率—平成25年—
Natural changes and natural change rates by prefecture, 2013



地域での人口予測が変わるとすれば

- 「団塊世代ジュニア」以降の出生率向上？
2020年に出生率1.8？・・・「アベノミクス」
(実現が遅れるほど出生率↑効果は低下)
- 学園都市化・企業誘致・・・
- 地方創生？
関東からの高齢者移住？←若年者の雇用
医療提供体制
日本型CCRC？

2. 患者数(受療率)の予測

- 医療需要

 - ⇒ 年齢・性別の受療率(10万人当たり)

- 医療需要の元データは「医療法」施設

- 「入院受療率」は徐々に低下

 - ⇒ 2013年(平成25年)を基準として採用!

- 「外来受療率」は横ばい(疾患による違いあり)

- 「慢性期・在宅医療等」の需要は不詳?

 - ⇔ 「入院適応」は1750円以上・・・適切か?

提供体制の概要

	一般病床	医療療養病床	介護療養型医療施設	介護老人保健施設	介護老人福祉施設	
定義	病院又は診療所の病床のうち、精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外のもの	病院又は診療所の病床のうち、精神病床、感染症病床、結核病床以外の病床であって、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるためのもの	療養病床等を有する病院又は診療所であって、当該療養病床等に入院する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他必要な医療を行うことを目的とする施設	要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とする施設	要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことを目的とする施設	
	医療法第7条第2項	医療法第7条第2項	旧・介護保険法第8条第26項	介護保険法第8条第27項	介護保険法第8条第26項	
設置の根拠	医療法(医療提供施設)				老人福祉法 (老人福祉施設)	
	医療法(病院・診療所)					
財源	医療保険		介護保険			
1人当たりの面積	6.4㎡以上 <既設>※2 6.3㎡以上(1人部屋) 4.3㎡以上(その他)	6.4㎡以上	6.4㎡以上	【介護療養型】 8.0㎡以上 ※大規模改修までは6.4㎡以上	【従来型】 8.0㎡以上	10.65㎡以上
1部屋の定員数	—	4人以下	4人以下	4人以下		原則個室
必置施設	診察室・手術室・処置室・臨床検査施設・X線装置等 (※1)	診察室・手術室・処置室・臨床検査施設・X線装置等 + 機能訓練室・談話室・食堂・浴室 (※1)	診察室・手術室・処置室・臨床検査施設・X線装置等 + 機能訓練室・談話室・食堂・浴室 (※1)	診察室 + 機能訓練室・談話室・食堂・浴室 + レクリエーションルーム(談話室と兼用可) サービスステーション	医務室 + 機能訓練室 + 食堂・浴室 + 静養室	

※1 その他の必置施設について、調剤所・給食施設・その他都道府県の条例で定める施設(消毒施設・洗濯施設)

※2 既設とは、平成13年3月1日時点で既に開設の許可を受けている場合のことをいう。

「受療率」に関して

(1) 医療需要 = 年間の受療患者数 / 365日

レセプトデータ (DPC・NDB) 等

公費医療データ・分娩データ・労災データ等

* 平均的な1日あたりの患者数

(2) 入院受療率 (10万人あたり)

= (入院医療需要) / 性年齢階級別人口

(3) 必要病床数

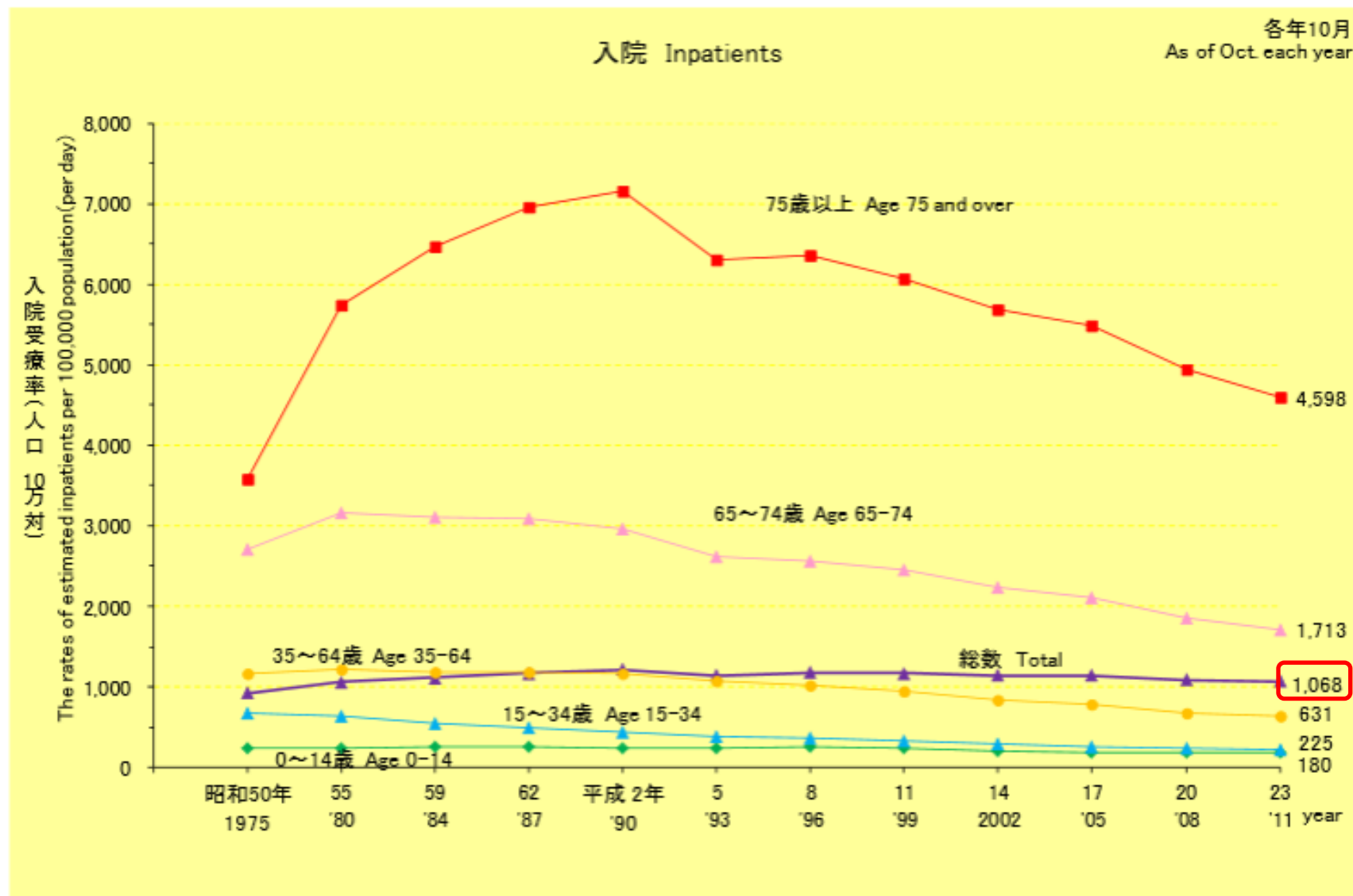
= (入院受療率) × 性年齢階級別人口 (将来)

÷ 想定病床稼働率

入院受療率は低下傾向、外来受療率は平成 23 年は上昇

1-3 年齢階級別にみた受療率(人口 10 万対)の年次推移 —昭和 50 年～平成 23 年—

Trends in the rates of estimated patients per 100,000 population (per day) by age group, 1975-2011



人口10万人当たりの入院患者数

人

12 000

10 000

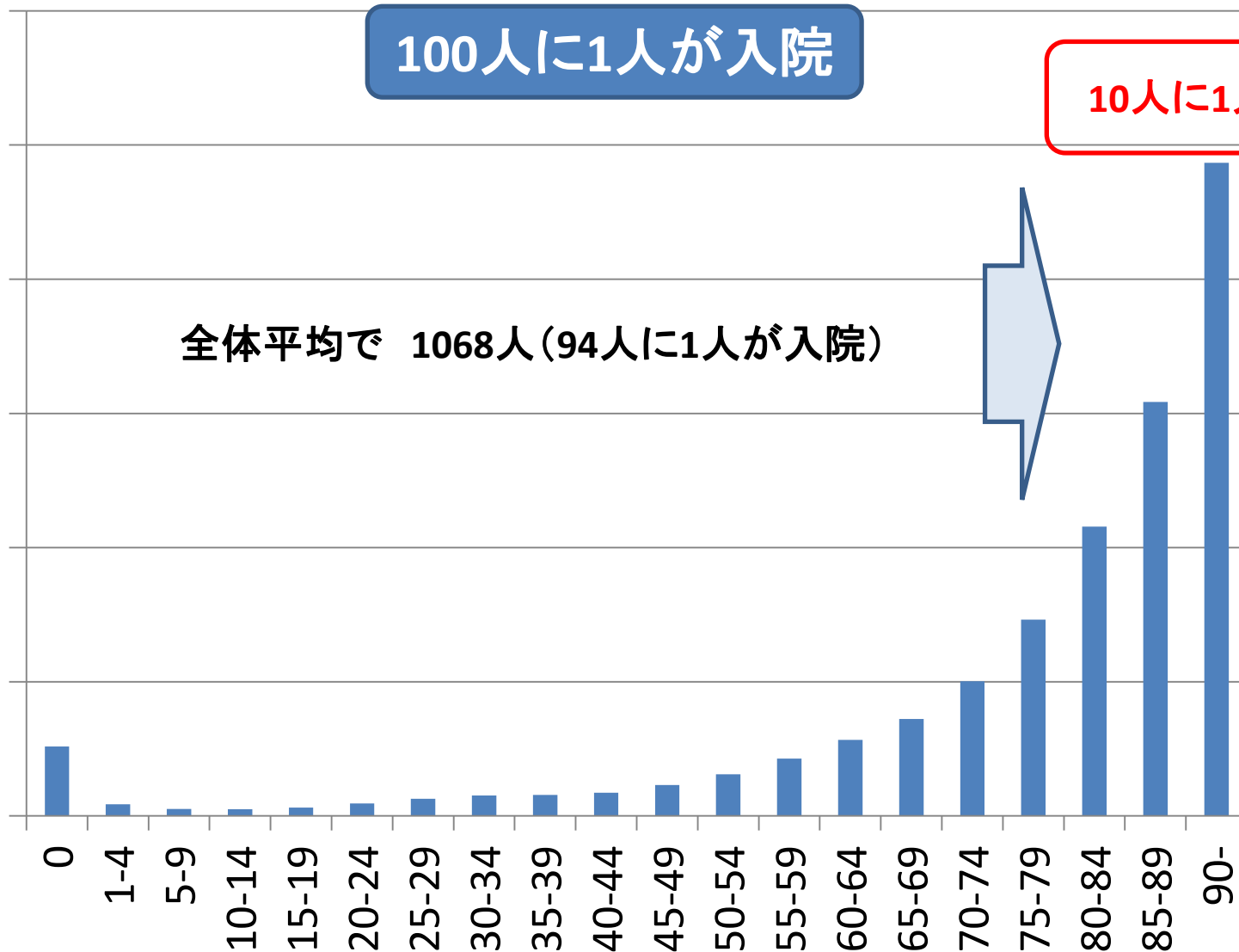
8 000

6 000

4 000

2 000

0



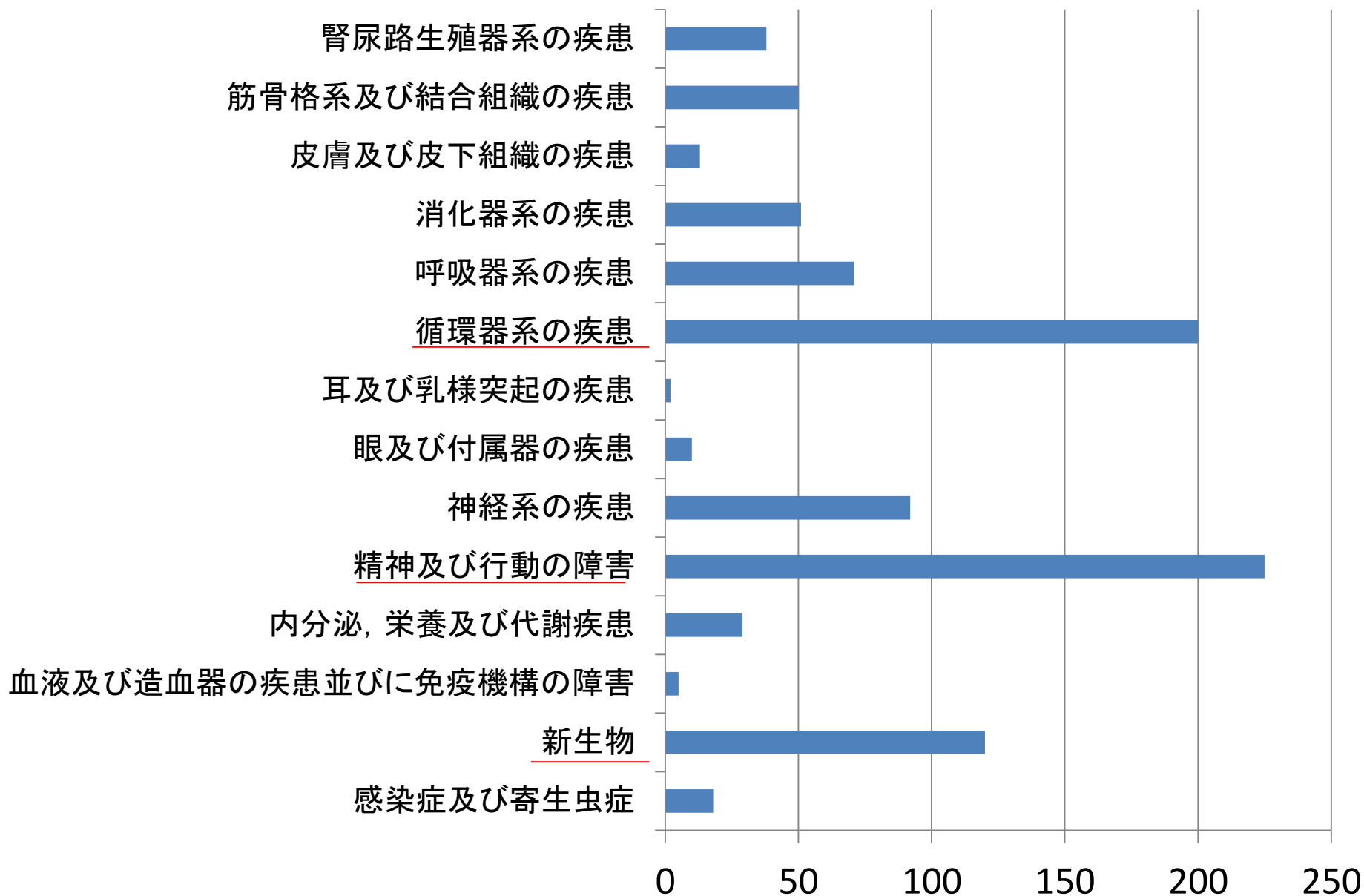
100人に1人が入院

10人に1人

全体平均で 1068人(94人に1人が入院)

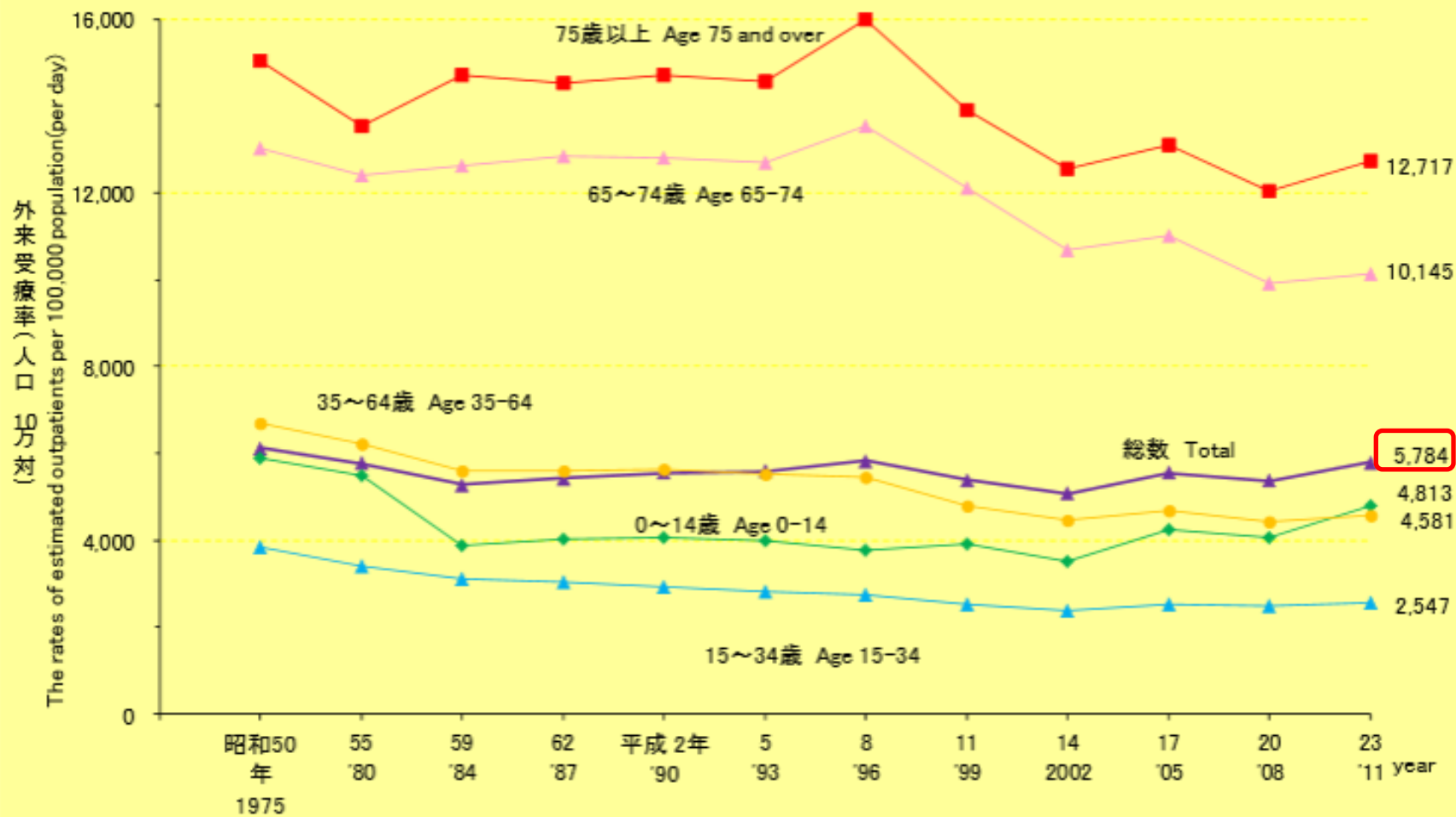
歳

人口10万人当たりの疾患別入院患者数



外来 Outpatients

各年10月
As of Oct. each year

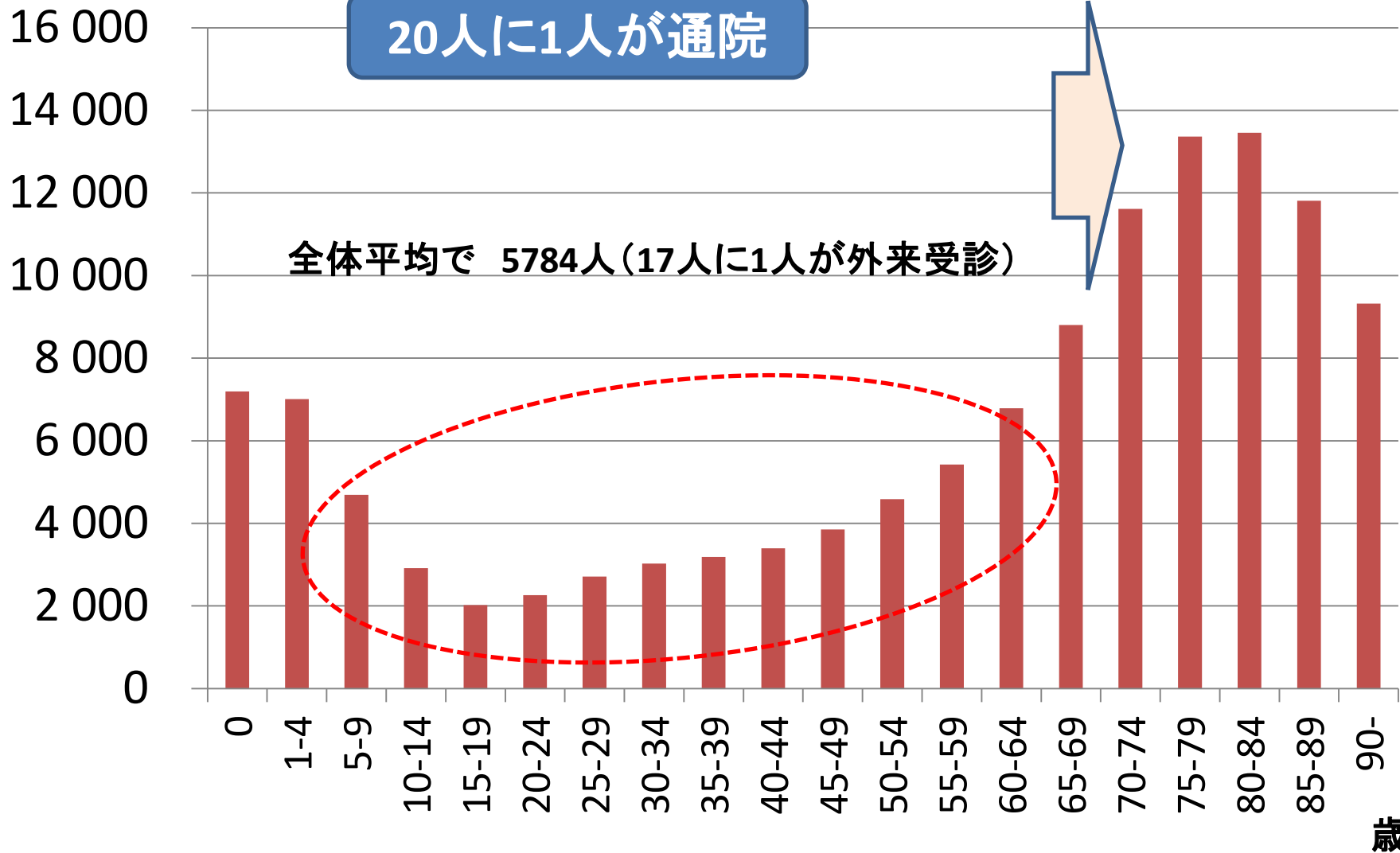


人口10万人当たりの外来受診者数

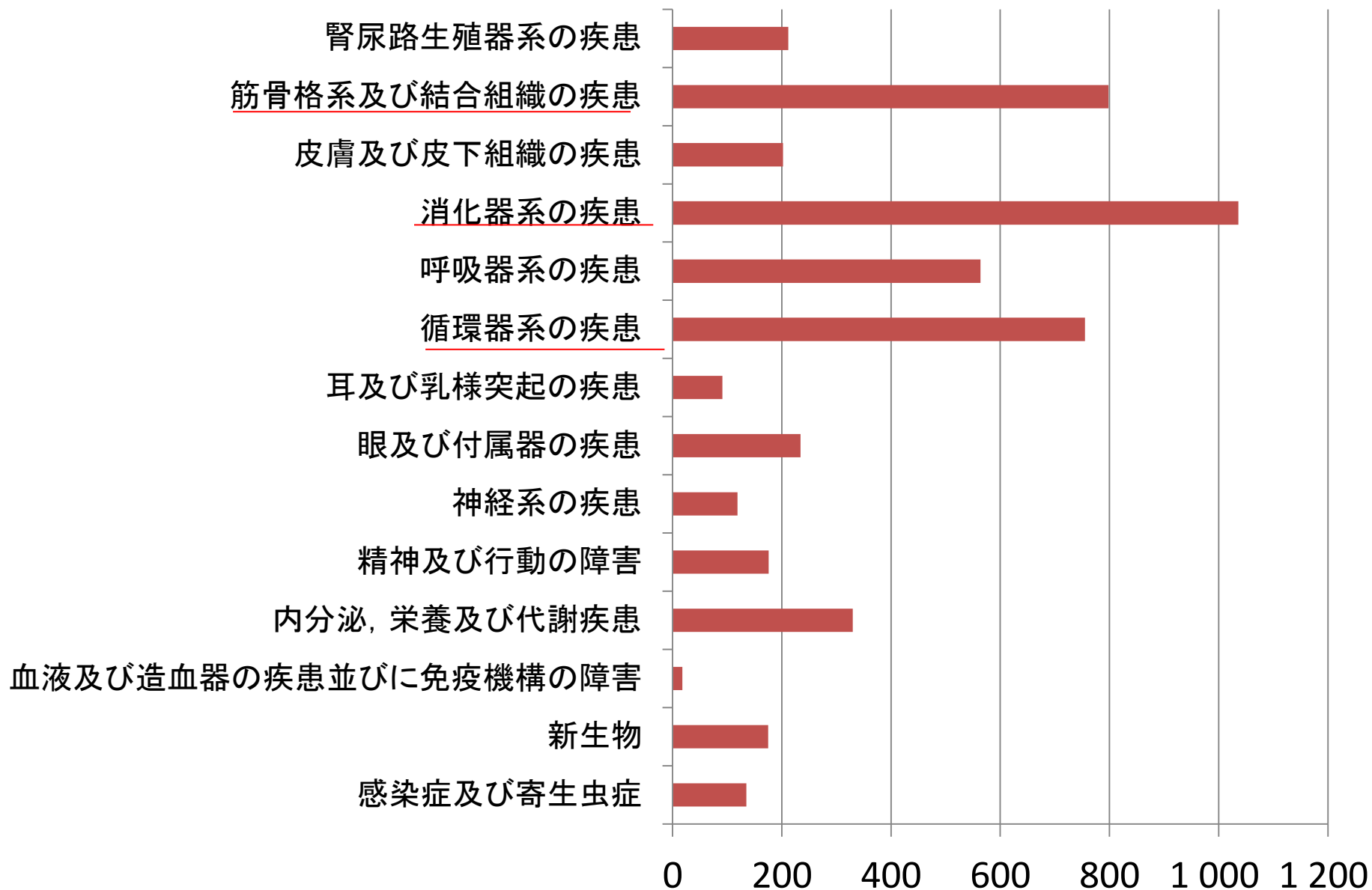
人

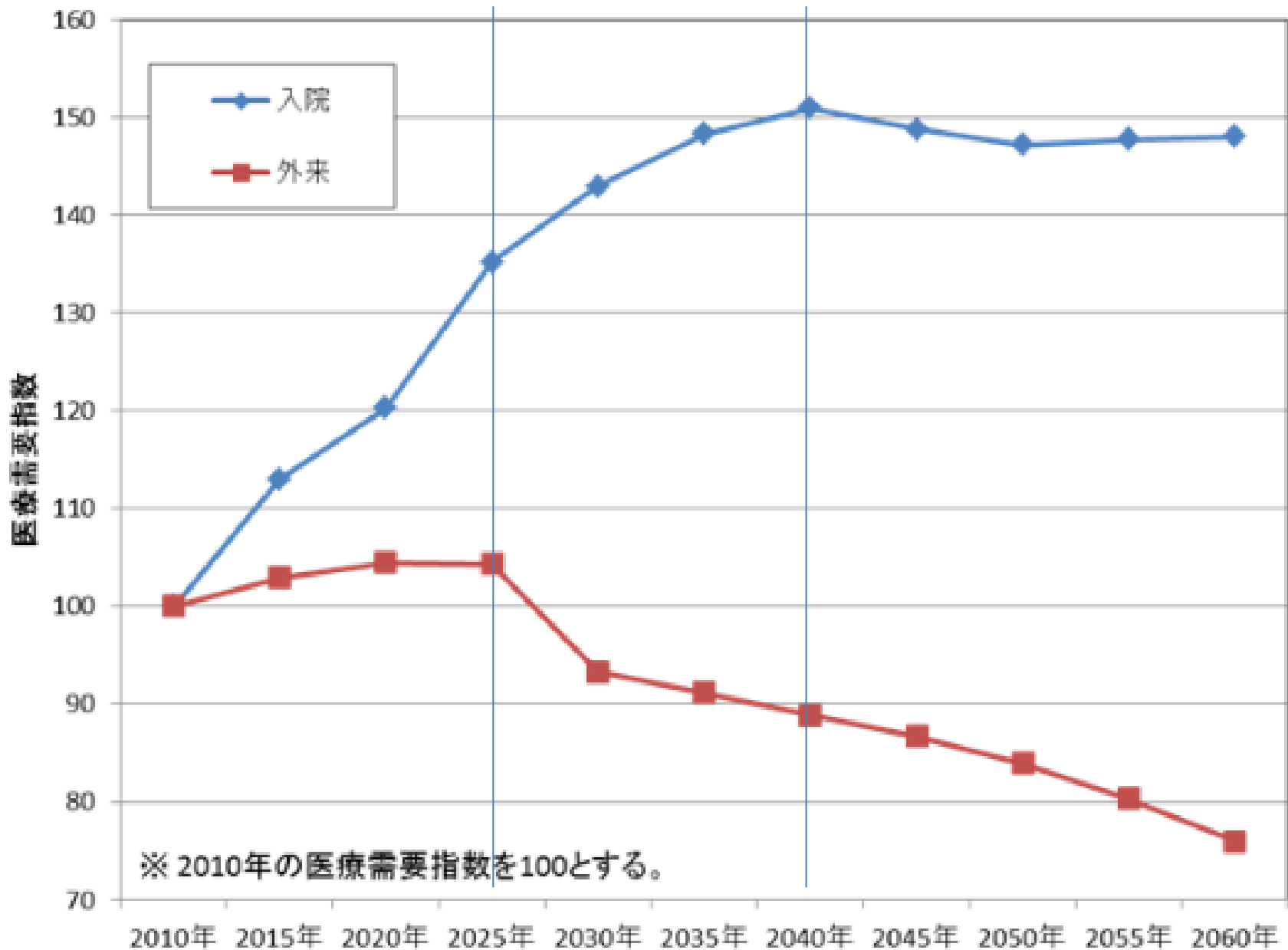
20人に1人が通院

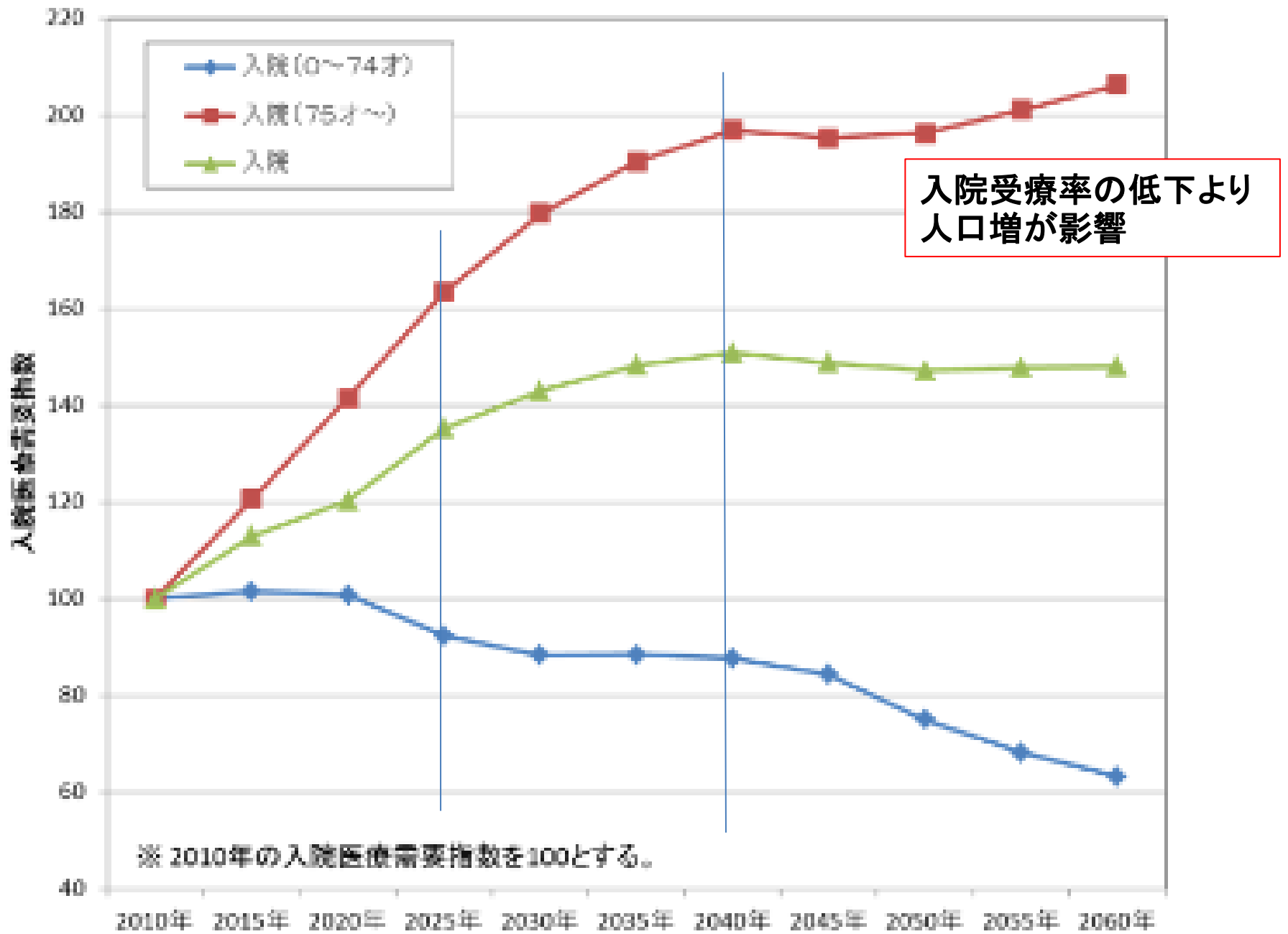
全体平均で 5784人(17人に1人が外来受診)



人口10万人当たりの疾患別外来受診者数

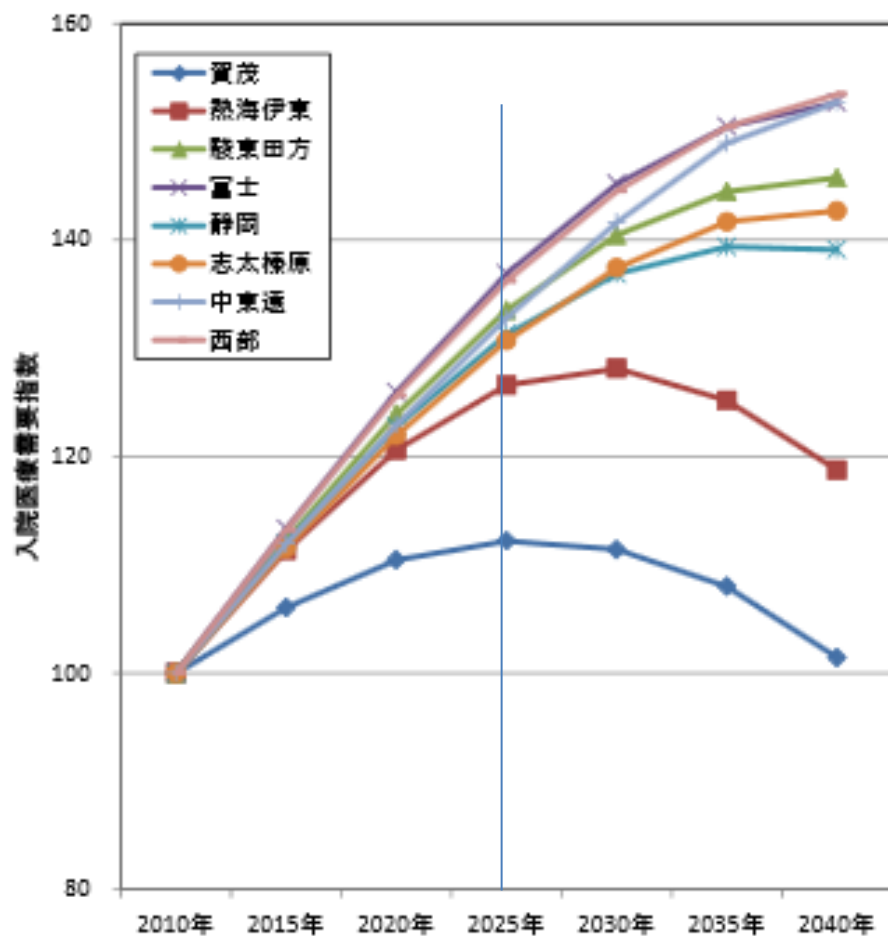




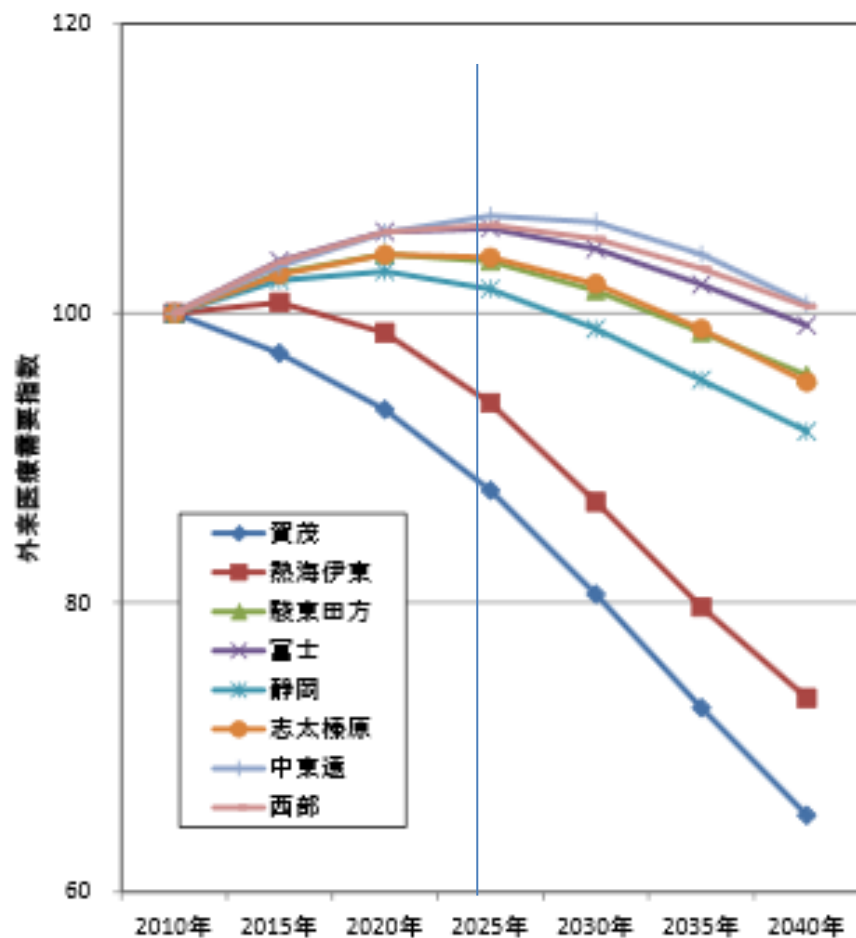


静岡県②～入院・外来医療需要の推移～

入院医療需要の推移



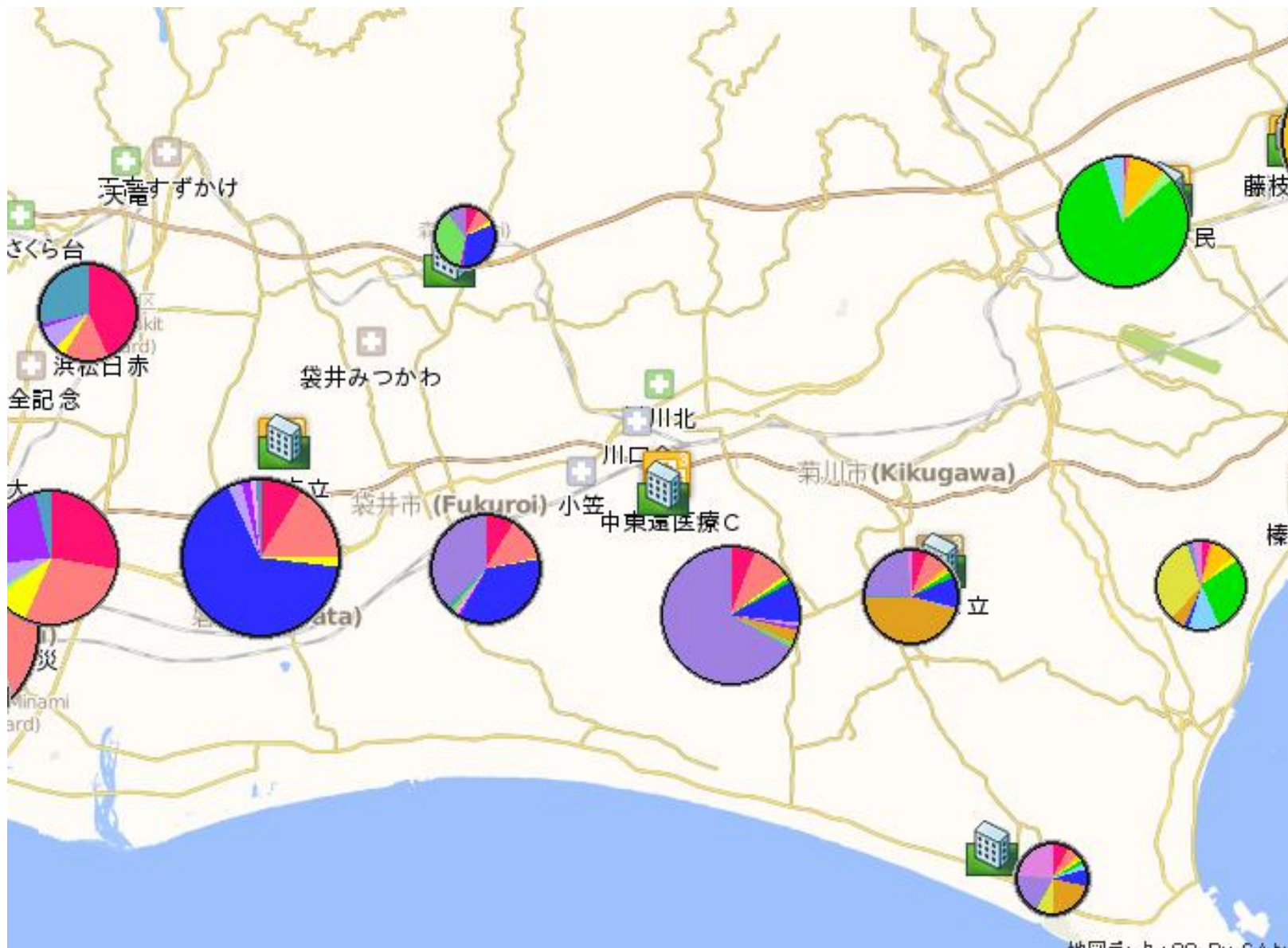
外来医療需要の推移



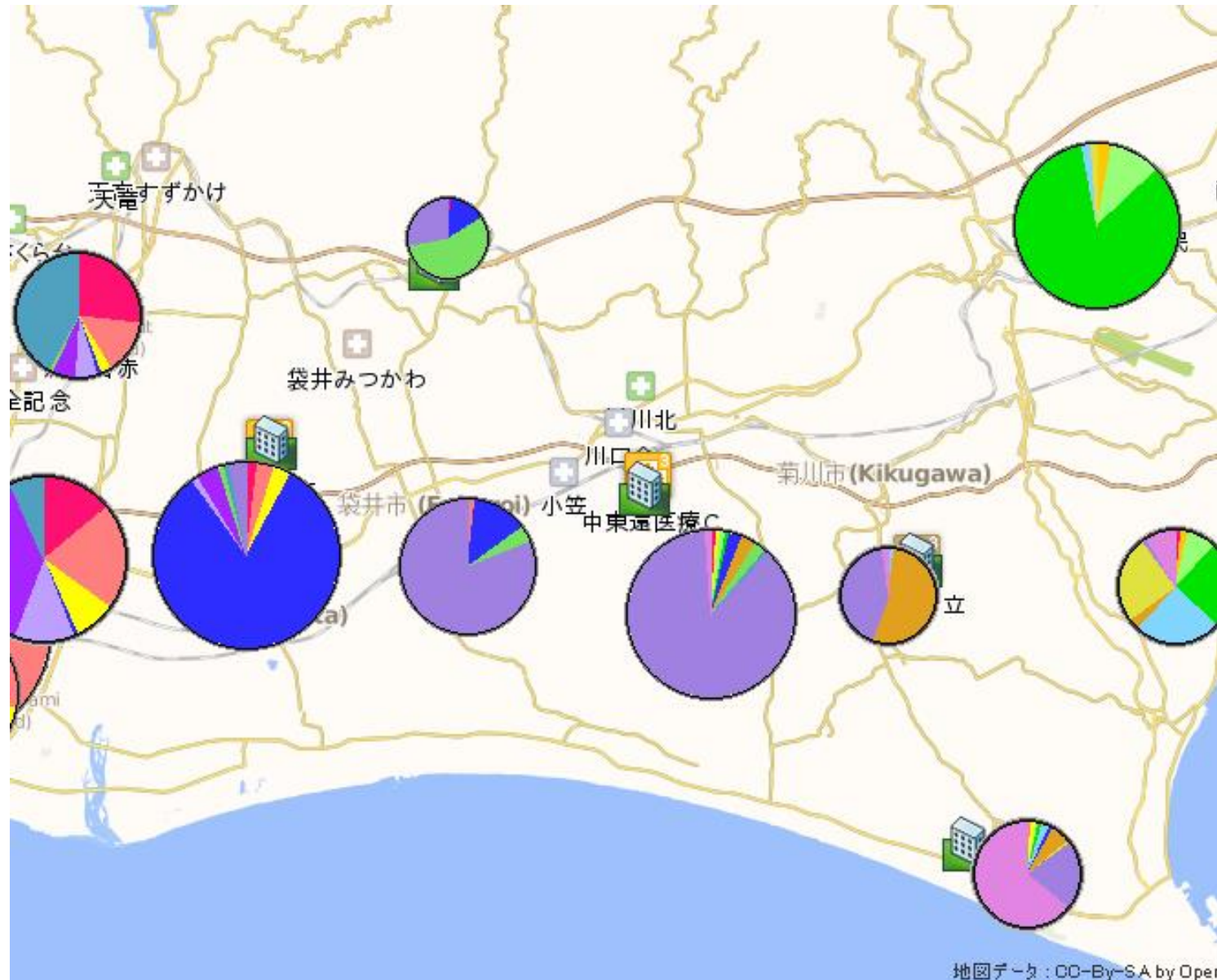
3. 疾患による対応の違い

- 緊急性のある疾患
 病院到着時間が予後を左右する？
 交通路（インフラ）の状況
- 待てる疾患 ⇔ 遠い医療圏への移動も可能
 専門病院の選択
 （移動できることが前提）
- 今後増える疾患
 （誤嚥性）肺炎、脳梗塞、骨折・・・
 認知症 ⇔ 精神科病床への入院↑
- 地域で必要なケア
 歯科・口腔内ケア、栄養管理、リハビリなど

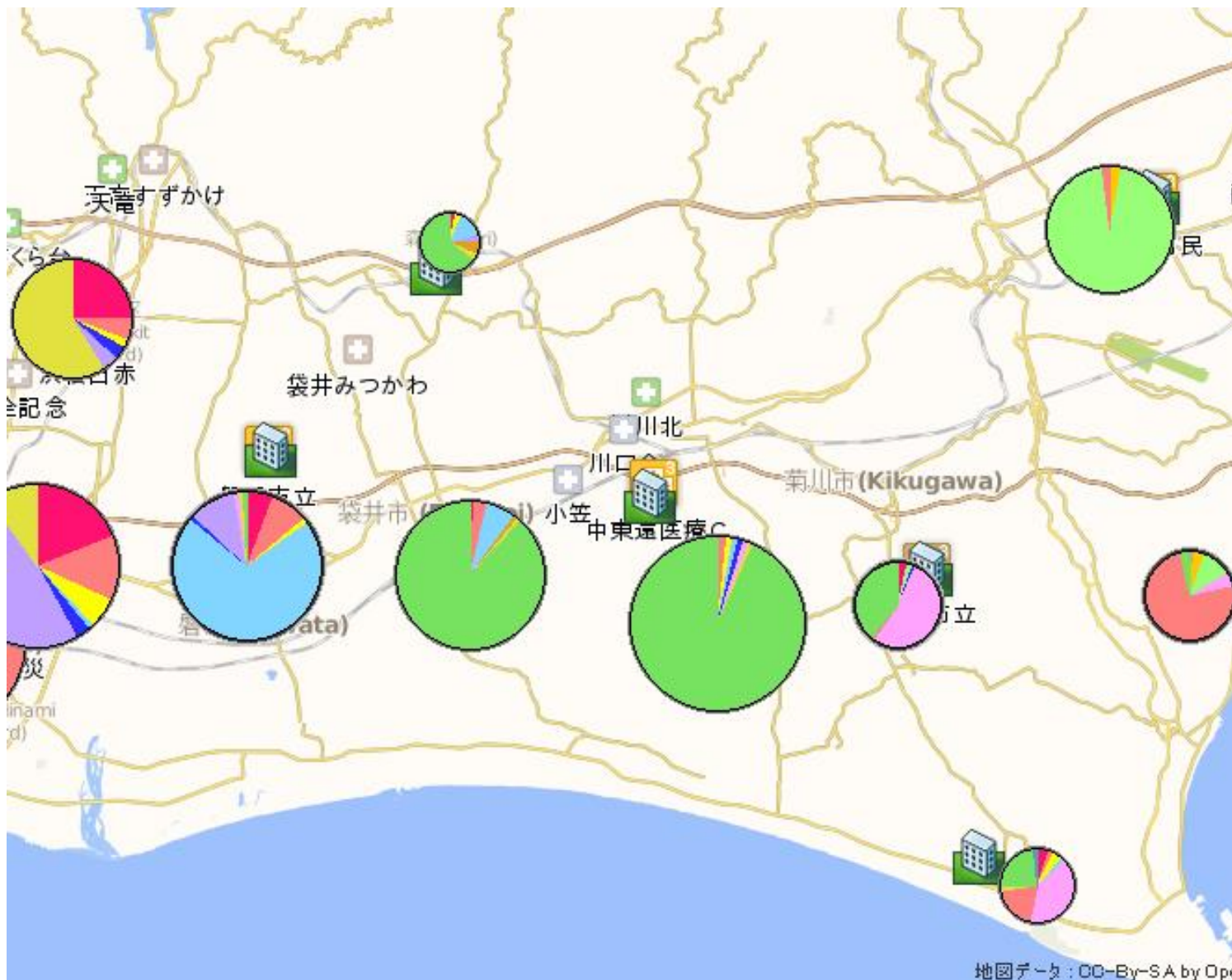
がん(3割近く圏外に)



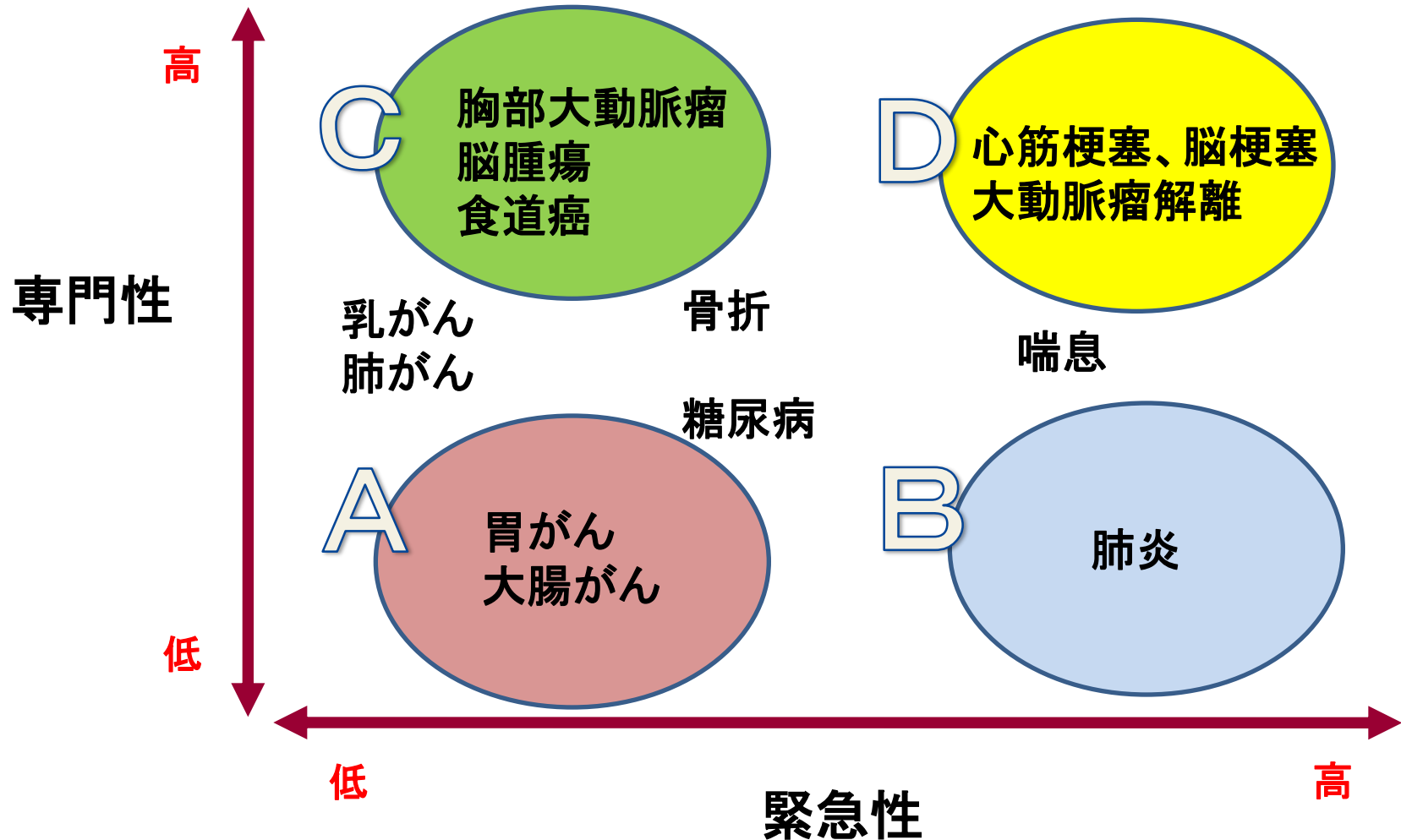
脳卒中（概ね圏内に対応）



狭心症・心筋梗塞(概ね圏内に対応)



治療の緊急性と専門性からみた疾病分類 (どこを狙うのか？どこが出来るのか？)



4. 病床機能報告⇔病棟(病院)機能報告

- **病院・病棟単位**での自己申告数と、国から提供される**病床機能**(数)は絶対に一致しない！
- より高度な機能を申告しておかないと・・・
機能種別の「入院基本料」設定の可能性
最短でも3年後の診療報酬改定？
- 定数(定量)的なガイドラインは今後も出ない！
- 結局、**公開データ**等で自院の立ち位置を判断

稼働病床ベースの自己申告機能(2014年)

* ()は許可病床数

二次医療圏		全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
賀茂医療圏	下田市、東伊豆町、河津町、南伊豆町、松崎町、西伊豆町	851床 (857)	0床	318床	86床	447床
熱海伊東医療圏	熱海市、伊東市	1,062床 (1124)	116床	488床	121床	337床
駿東田方医療圏	沼津市、三島市、裾野市、伊豆市、伊豆の国市、函南町、清水町、長泉町、御殿場市、小山町	6,028床 (6180)	747床	3,294床	410床	1,577床
富士医療圏	富士市、富士宮市	2,485床 (2630)	8床	1,407床	293床	777床
静岡医療圏	静岡市	5,809床 (6247)	2,369床	1,309床	449床	1,682床
志太榛原医療圏	島田市、焼津市、藤枝市、牧之原市、吉田町、川根本町	3,230床 (3311)	14床	1,956床	366床	894床
中東遠医療圏	磐田市、掛川市、袋井市、御前崎市、菊川市、森町	2,458床 (2562)	418床	1,026床	383床	631床
西部医療圏	浜松市、湖西市	7,860床 (8002)	2,333床	2,257床	473床	2,797床
計		29,783床 (30913)	6,005床	12,055床	2,581床	9,142床

「現在」の医療供給

	医療機関所在地ベース 2013年病床数				
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	総計
	3,000点以上	600点以上 3,000点未満	175点以上 600点未満		—
賀茂	19	97	172	269	557
熱海伊東	77	281	266	213	837
駿東田方	583	1,644	1,605	1,358	5,190
富士	184	649	620	731	2,184
静岡	775	1,681	1,206	1,606	5,268
志太榛原	303	896	810	734	2,743
中東遠	223	779	598	711	2,311
西部	836	2,001	1,389	2,096	6,323
静岡県	3,002	8,027	6,666	7,719	25,413
	11.2%	29.9%	24.8%	28.7%	100.0%

2014年
稼働病床

851
1062
6028
2485
5809
3230
2458
7860
29783

病床機能報告制度における主な報告項目

構造設備・人員配置等に関する項目

具体的な医療の内容に関する項目

病床数・人員配置・機器等	医療機能(現在/将来時点)	幅広い手術の実施等への治療	(全身麻酔の)手術件数(臓器別)	急性期後・在宅復帰への支援	退院調整加算、救急・在宅等支援(療養)病床初期加算		
	許可病床数、稼働病床数		胸腔鏡下/腹腔鏡下手術件数		救急搬送患者地域連携受入加算		
	一般病床、療養病床の別		内視鏡手術用支援機器加算		地域連携診療計画退院時指導料、退院時共同指導料		
	医療法上の経過措置に該当する病床数		悪性腫瘍手術件数		介護支援連携指導料、退院時リハビリテーション指導料		
	看護師数、准看護師数、看護補助者数、助産師数		(術中迅速)病理組織標本作製		退院前訪問指導料		
	理学療法士数、作業療法士数、言語聴覚士数、薬剤師数、臨床工学士数		放射線治療件数、化学療法件数		全身管理	中心静脈注射、呼吸心拍監視、酸素吸入	
	主とする診療科		がん患者指導管理料			観血的動脈圧測定 1日につき	
	算定する入院基本料・特定入院料		抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入			ドレーン法、胸腔若しくは腹腔洗浄	
	DPC群		分娩件数			人工呼吸 1日につき、人工腎臓、腹膜灌流	
	在宅療養支援病院/診療所、在宅療養後方支援病院の届出の有無(有の場合、医療機関以外/医療機関での看取り数)		超急性期脳卒中加算、経皮的冠動脈形成術		経管栄養カテーテル交換法	疾患に 対応した 早期 リハビリ	疾患別リハ料、早期リハ加算、初期加算、摂食機能療法リハ充実加算、体制強化加算、休日リハ提供体制加算
二次救急医療施設/救急告示病院の有無	入院精神療法、精神科リエゾンチーム加算	入院時訪問指導加算、リハを要する患者の割合					
高額医療機器の保有状況(64列以上のCT、3T以上のMRI、血管連続撮影装置、SPECT、PET、強度変調放射線治療器、遠隔操作式密封小線源治療装置等)	ハイリスク分娩管理加算/妊産婦共同管理料	平均リハ単位数/患者・日、1年間の総退院患者数					
退院調整部門の設置・勤務人数	救急搬送診療料、観血的肺動脈圧測定	1年間の総退院患者数のうち、入棟時の日常生活機能評価が10点以上であった患者数・退棟時の日常生活機能評価が、入院時に比較して4点以上改善していた患者数					
入院患者の状況	新規入棟患者数	重症患者への対応	持続緩徐式血液濾過、大動脈バルーンパンピング法	重度の障害者等の受入	療養病棟入院基本料、褥瘡評価実施加算		
	在棟患者延べ数		経皮的心肺補助法、補助人工心臓・植込型補助人工心臓		重度褥瘡処置、重傷皮膚潰瘍管理加算		
	退棟患者数		頭蓋内圧測定1日につき、人工心臓		難病等特別入院診療加算、特殊疾患入院施設管理加算		
	入棟前の場所別患者数		血漿交換療法、吸着式血液浄化法、血球成分除去療法		超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算		
	予定入院・緊急入院の患者数		一般病棟用の重症度、医療・看護必要度を満たす患者割合		強度行動障害入院医療管理加算		
	退棟先の場所別患者数		救急医療の実施		院内トリアージ実施料	有床診療所の多様な機能	往診患者数、訪問診療数、在宅/院内看取り件数
	退院後に在宅医療を必要とする患者数				夜間休日救急搬送医学管理料		有床診療所(療養病床)入院基本料
					精神科疾患患者等受入加算		急変時の入院件数、有床診療所の病床の役割
					救急医療管理加算		過去1年間の新規入院患者のうち、他の急性期医療を担う病院の一般病棟からの受入割合
			在宅患者緊急入院診療加算		救命のための気管内挿管		
	救急搬送患者地域連携紹介加算、地域連携診療計画管理料	体表面/食道ペースティング法					
	救命のための気管内挿管	非開胸的心マッサージ、カウンターショック					
	体表面/食道ペースティング法	心臓穿刺、食道圧迫止血チューブ挿入法					
	非開胸的心マッサージ、カウンターショック	休日又は夜間に受診した患者の数(うち診察後、直ちに入院となった患者数)					
	心臓穿刺、食道圧迫止血チューブ挿入法	救急車の受入件数					

職員数の状況

看護師	常勤	543人
	非常勤	26.7人
准看護師	常勤	3人
	非常勤	0.0人
看護補助者	常勤	5人
	非常勤	31.9人
助産師	常勤	30人
	非常勤	2.2人
理学療法士	常勤	11人
	非常勤	0.0人
作業療法士	常勤	5人
	非常勤	0.0人
言語聴覚士	常勤	5人
	非常勤	0.0人
薬剤師	常勤	45人
	非常勤	0.0人
臨床工学技士	常勤	10人
	非常勤	0.0人

医療機器の台数

C T	ス ラ イ ス マ ル チ	64列以上	3台
		16列以上64列未満	2台
		16列未満	0台
	その他		0台
M R I	3T以上		2台
	1.5T以上3T未満		1台
	1.5T未満		0台
そ の 他	血管連続撮影装置		4台
	SPECT		2台
	PET		0台
	PETCT		1台
	PETMRI		0台
	強度変調放射線治療器		2台
	遠隔操作式密封小線源治療装置		1台

入院患者の状況(年間)

年間	新規入棟患者数(年間)	13,679人
	うち予定入院の患者・院内の他病棟からの転棟患者	10,461人
	うち救急医療入院の予定外入院の患者	2,231人
	うち救急医療入院以外の予定外入院の患者	987人
	在棟患者延べ数(年間)	159,208人
	退棟患者数(年間)	13,682人

入院患者の状況(月間／入院前の場所・退院先の場所の状況)

1ヶ月間	新規入棟患者数(1ヶ月間)	1,122人	
	入院前の場所	うち院内の他病棟からの転棟	174人
		うち家庭からの入院	896人
		うち他の病院、診療所からの転院	38人
		うち介護施設、福祉施設からの入院	0人
		うち院内の出生	14人
		その他	0人
		退棟患者数(1ヶ月間)	1,097人
	退棟先の場所	うち院内の他病棟へ転棟	176人
		うち家庭へ退院	857人
		うち他の病院、診療所へ転院	38人
		うち介護老人保健施設に入所	2人
		うち介護老人福祉施設に入所	0人
		うち社会福祉施設・有料老人ホーム等に入所	0人
		うち死亡退院等	24人
その他	0人		

手術の状況

全身麻酔の手術件数		417件
臓器別の状況	皮膚・皮下組織	21件
	筋骨格系・四肢・体幹	60件
	神経系・頭蓋	18件
	眼	23件
	耳鼻咽喉	33件
	顔面・口腔・頸部	*
	胸部	16件
	心・脈管	63件
	腹部	48件
	尿路系・副腎	30件
	性器	38件
	歯科	30件
胸腔鏡下手術		*
腹腔鏡下手術		30件
内視鏡手術用支援機器加算		0件

退院後に在宅医療を必要とする患者の状況

退院患者数(1ヶ月間)	921人
退院後1か月以内に自院が在宅医療を提供する予定の患者数	119人
退院後1か月以内に他施設が在宅医療を提供する予定の患者	13人
退院後1か月以内に在宅医療を必要としない患者(死亡退院含む)	789人
退院後1か月以内に在宅医療の実施予定が不明の患者	0人

(がん)

悪性腫瘍手術	67件
病理組織標本作製	204件
術中迅速病理組織標本作製	33件
放射線治療	未確認
化学療法	143件
がん患者指導管理料1及び2	*
抗悪性腫瘍剤局所持続注入	18件
肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入	0件

(脳卒中)

超急性期脳卒中加算	0件
脳血管内手術	*

(心筋梗塞)

経皮的冠動脈形成術	*
-----------	---

(分娩)

分娩件数(正常分娩、帝王切開を含む、死産を除く)	52件
--------------------------	-----

重症患者への対応状況

ハイリスク分娩管理加算	*
ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅱ)	0件
救急搬送診療料	0件
観血的肺動脈圧測定	22件
持続緩徐式血液濾過	*
大動脈バルーンパンピング法	*
経皮的心肺補助法	0件
補助人工心臓・植込型補助人工心臓	0件
頭蓋内圧持続測定(3時間を超えた場合)	0件
人工心肺	20件
血漿交換療法	0件
吸着式血液浄化法	0件
血球成分除去療法	0件

リハビリテーションの実施状況

疾患別リハビリテーション料	304件
心大血管疾患リハビリテーション料	25件
脳血管疾患等リハビリテーション料	77件
運動器リハビリテーション料	113件
呼吸器リハビリテーション料	35件
難病患者リハビリテーション料	
障害児(者)リハビリテーション料	0件
がん患者リハビリテーション料	60件
認知症患者リハビリテーション料	0件
早期リハビリテーション加算(リハビリテーション料)	196件
初期加算(リハビリテーション料)	174件
摂食機能療法	14件
リハビリテーション充実加算(回復期リハビリテーション病棟入院料)	0件
体制強化加算(回復期リハビリテーション病棟入院料)	0件
休日リハビリテーション提供体制加算(回復期リハビリテーション病棟入院料)	0件
入院時訪問指導加算(リハビリテーション総合計画評価料)	0件

5. 県の提案

(患者住所地ベースと医療機関所在地ベース)

- 現時点、患者は圏域を越えて移動している
(2013年データは、医療機関所在地ベース)
- 患者が圏域を越えないためには・・・
 - 流出側(医療圏)の医療提供体制の強化？
(病院・病床があっても医師確保は困難！)
- 居住地(医療圏)に戻るタイミング
 - リハビリ(地域連携パス)・慢性期(療養移行・在宅)
(高度急性期→急性期)では通常無理！
- 流出が食い止められない医療圏からの流入側圏域は「医療機関所在地ベース」となる！
- 流出を減少させられる可能性がある医療圏は「患者住所地ベース」への回復を狙う！

構想区域における県内調整にあたっての考え方と調整方法

医療機能区分	本県における県内調整の方法
高度急性期	医療機関所在地ベース
急性期	患者住所地ベース
回復期	患者住所地ベース
慢性期	患者住所地ベース

実際には「ガクン」と移行するわけではない

		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
賀茂	患者所在地	61	186	271	152	670
	医療機関所在地	21	106	191	242	560
	2013年実績	19	97	172	269	557
熱海 伊東	患者所在地	103	339	357	244	1043
	医療機関所在地	84	322	314	184	904
	2013年実績	77	281	266	213	837
駿東 田方	患者所在地	507	1566	1553	1069	4694
	医療機関所在地	609	1855	1877	1207	5549
	2013年実績	583	1644	1605	1358	5190
富士	患者所在地	287	866	858	676	2688
	医療機関所在地	208	764	786	689	2448
	2013年実績	184	649	620	731	2184

		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
静岡	患者所在地	635	1760	1370	1298	5063
	医療機関所在地	774	1860	1401	1435	5470
	2013年実績	775	1681	1206	1606	5268
志太 榛原	患者所在地	399	1133	1055	738	3325
	医療機関所在地	321	1022	960	637	2940
	2013年実績	303	896	810	734	2743
中東 遠	患者所在地	356	1080	821	714	2971
	医療機関所在地	256	915	736	540	2447
	2013年実績	223	779	598	711	2311
西部	患者所在地	793	2096	1588	1497	5973
	医療機関所在地	889	2302	1689	1671	6551
	2013年実績	836	2001	1389	2096	6323

病床利用率

(単位：床・人・%)

	許可病床数			患者数			病床利用率		
	一般	療養	計	一般	療養	計	一般	療養	計
賀茂	448	406	854	321	352	673	71.7	86.7	78.8
熱海伊東	648	306	954	558	276	834	86.1	90.2	87.4
駿東田方	4,581	2,289	6,870	3,426	1,840	5,266	74.8	80.4	76.7
富士	1,776	935	2,711	1,229	811	2,040	69.2	86.7	75.2
静岡	4,608	1,985	6,593	3,464	1,709	5,173	75.2	86.1	78.5
志太榛原	2,379	1,082	3,461	1,721	978	2,699	72.3	90.4	78.0
中東遠	1,697	1,069	2,766	1,393	960	2,353	82.1	89.8	85.1
西部	5,040	2,617	7,657	4,036	2,355	6,391	80.1	90.0	83.5
計	21,177	10,689	31,866	16,148	9,281	25,429	76.3	86.8	79.8

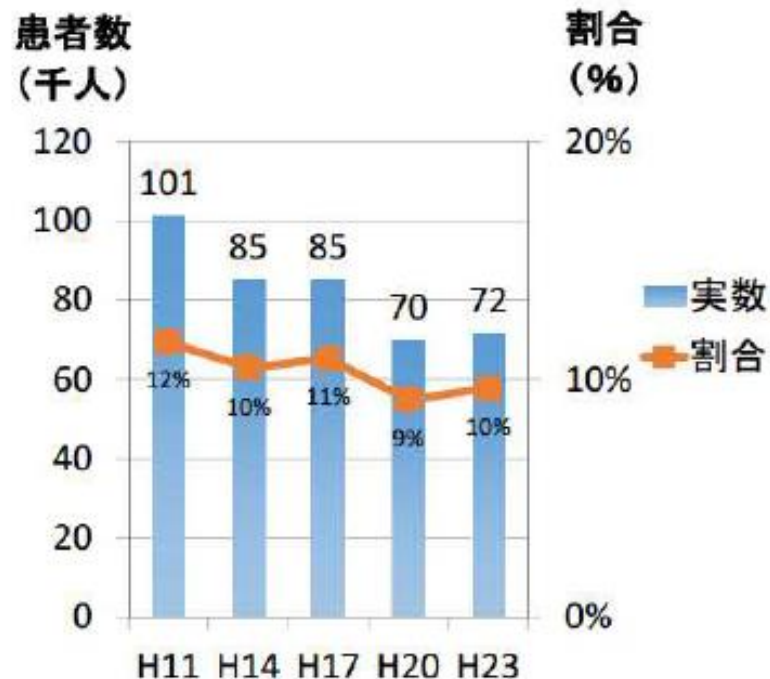
※在院患者調査：H26.5.28実施（県医療政策課）

今回の制度設計では、「在院日数」の減少は想定されていない
 「一般病床(DPC)」では在院日数↓⇒単価↑・稼働率↓⇒新規患者↑
 不要な医療資源投入による入院対応は・・・？
 人員が豊富な基幹病院が「地域包括ケア」に向かうのは・・・？

「受け入れ条件が整えば退院可能」な患者

○ 医療機関が「受け入れ条件が整えば退院可能」と判断している患者数は、減少傾向にあるが、今なお一般病床、療養病床を合わせると、11万5千人にのぼる。

一般病床



療養病床



出典: 平成11-23年患者調査

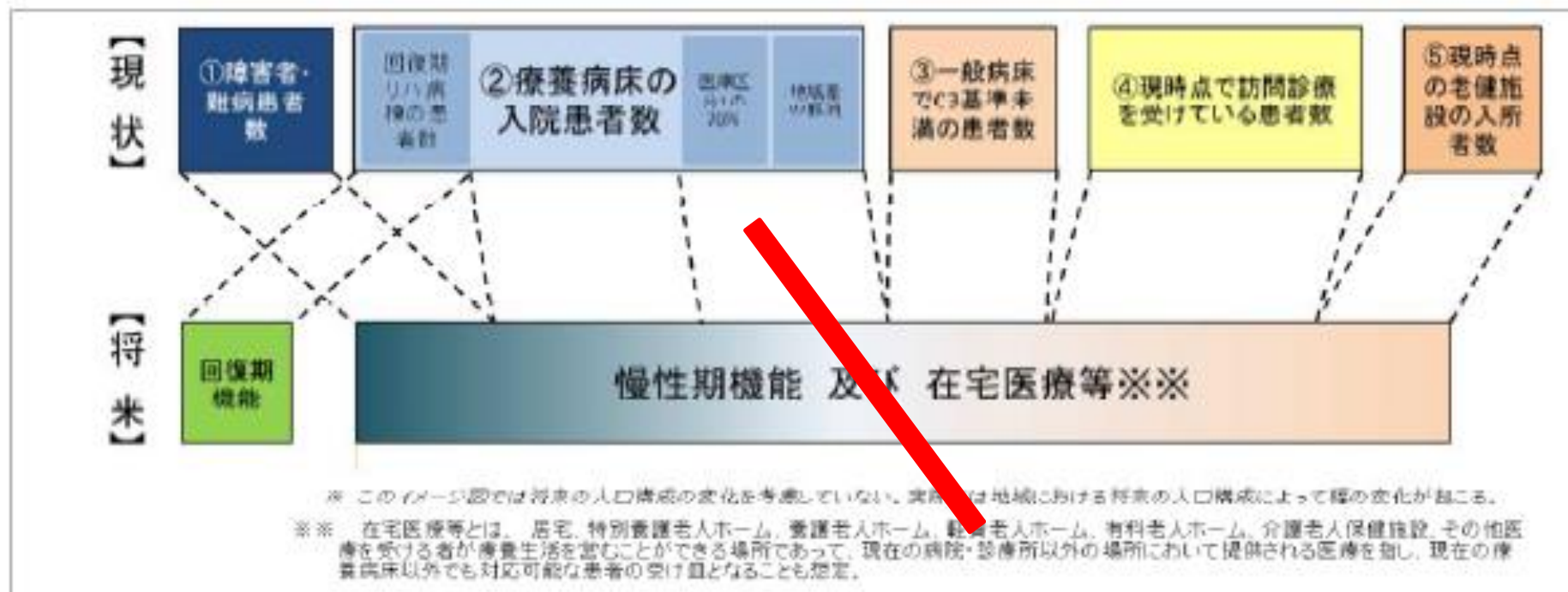
平成27年3月4日 中央社会保険医療協議会 総会(第292回)資料より 7

療養病床の在りかた等に関する検討会資料から

6. 乏しい介護系情報

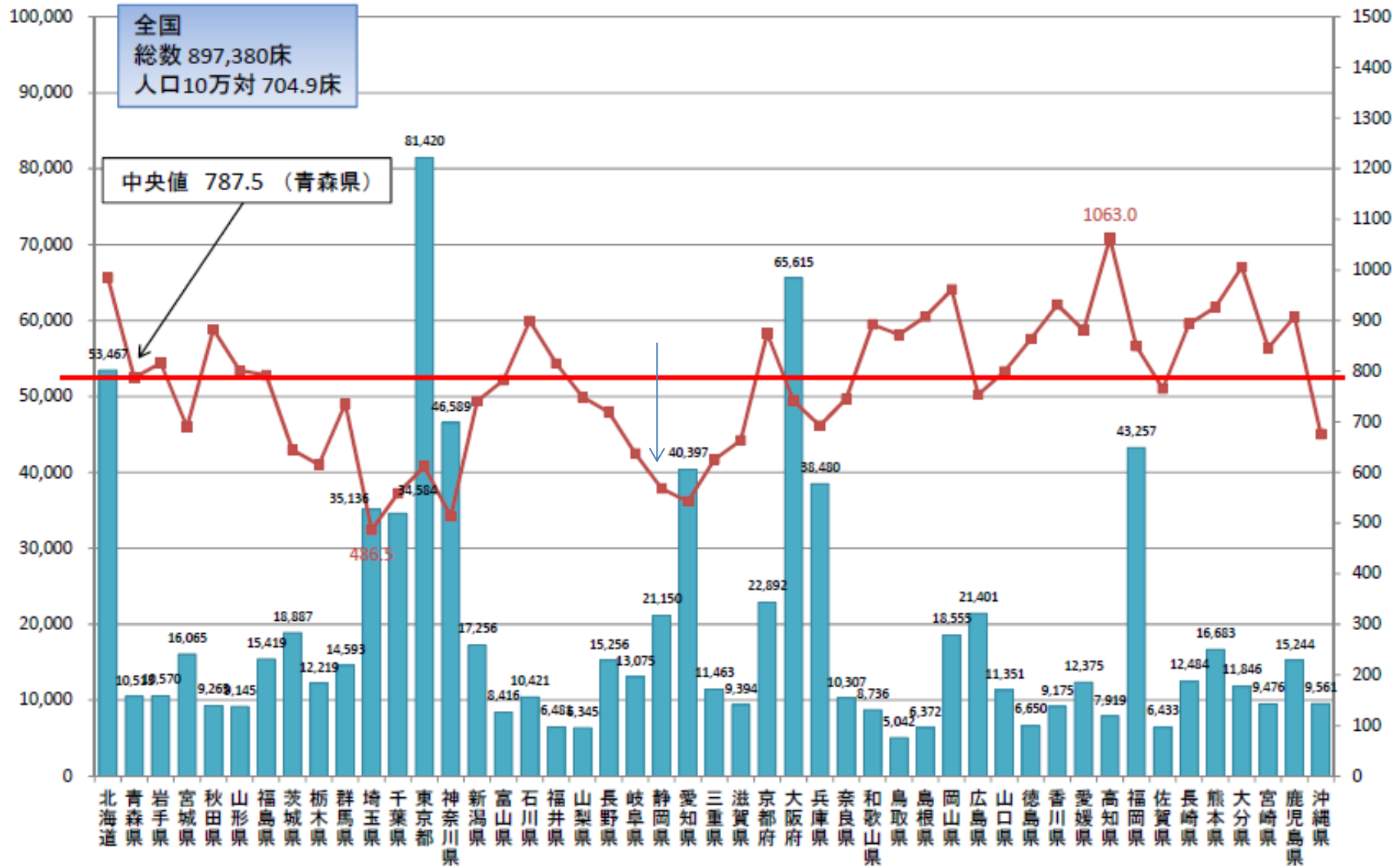
- 「慢性期・在宅医療等」
 - ⇒ 「慢性期」と「在宅医療等」に分けられた
- 入院基本料と「リハ」を除いて1750円未満は「在宅医療等」で見て欲しい
- 「在宅医療等」とは・・・
 - 「居宅」在宅への過大な期待は無理！
 - 介護系施設（老健・特養・サ高住・有料老人・・・）
 - 市場原理で作られた箱モノは・・・もろい！
 - 特養は増えるのだろうか？
- 高齢者の居住スペースの再考が必要では？
 - 日本型CCRCは国内移住だけではないはず！

図6 慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ※



※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指し、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定。

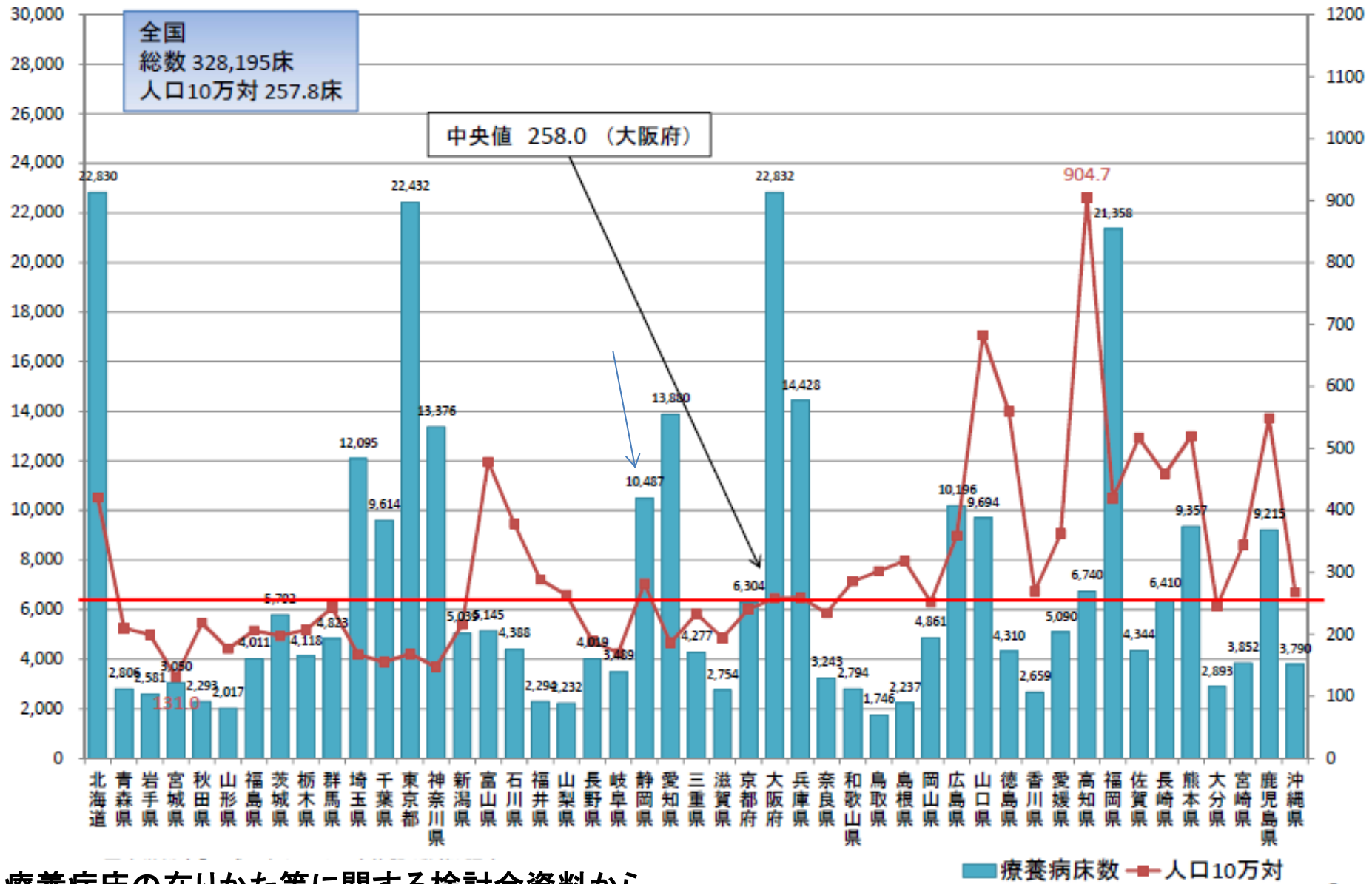
一般病床数（都道府県別、人口10万対）



療養病床の在りかた等に関する検討会資料から

■ 一般病床数 ■ 人口10万対

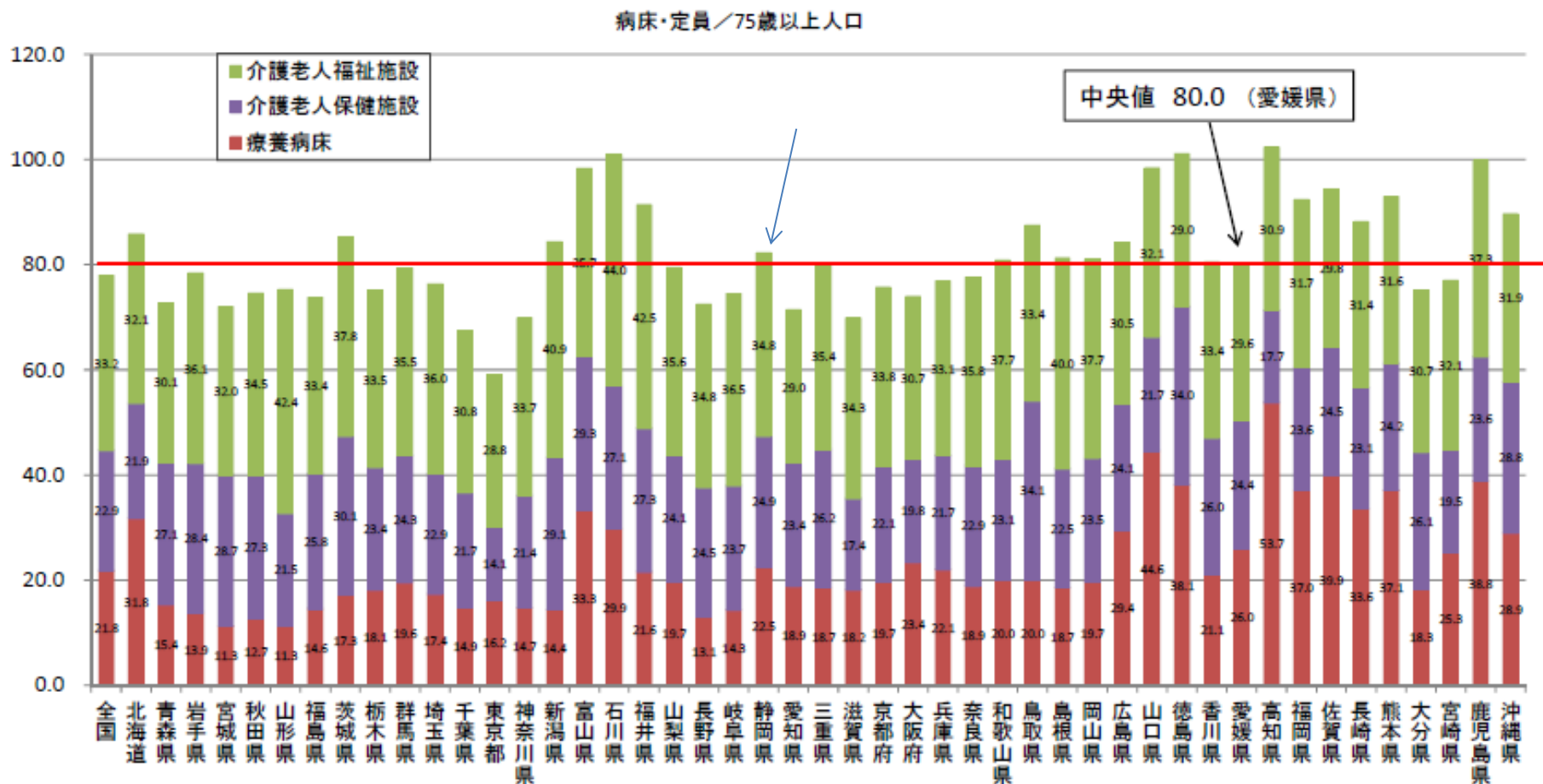
療養病床数（都道府県別、人口10万対）



療養病床の在りかた等に関する検討会資料から

75歳以上人口千人あたり病床数（療養病床）・介護保険施設定員数

療養病床、介護老人保健施設、介護老人福祉施設

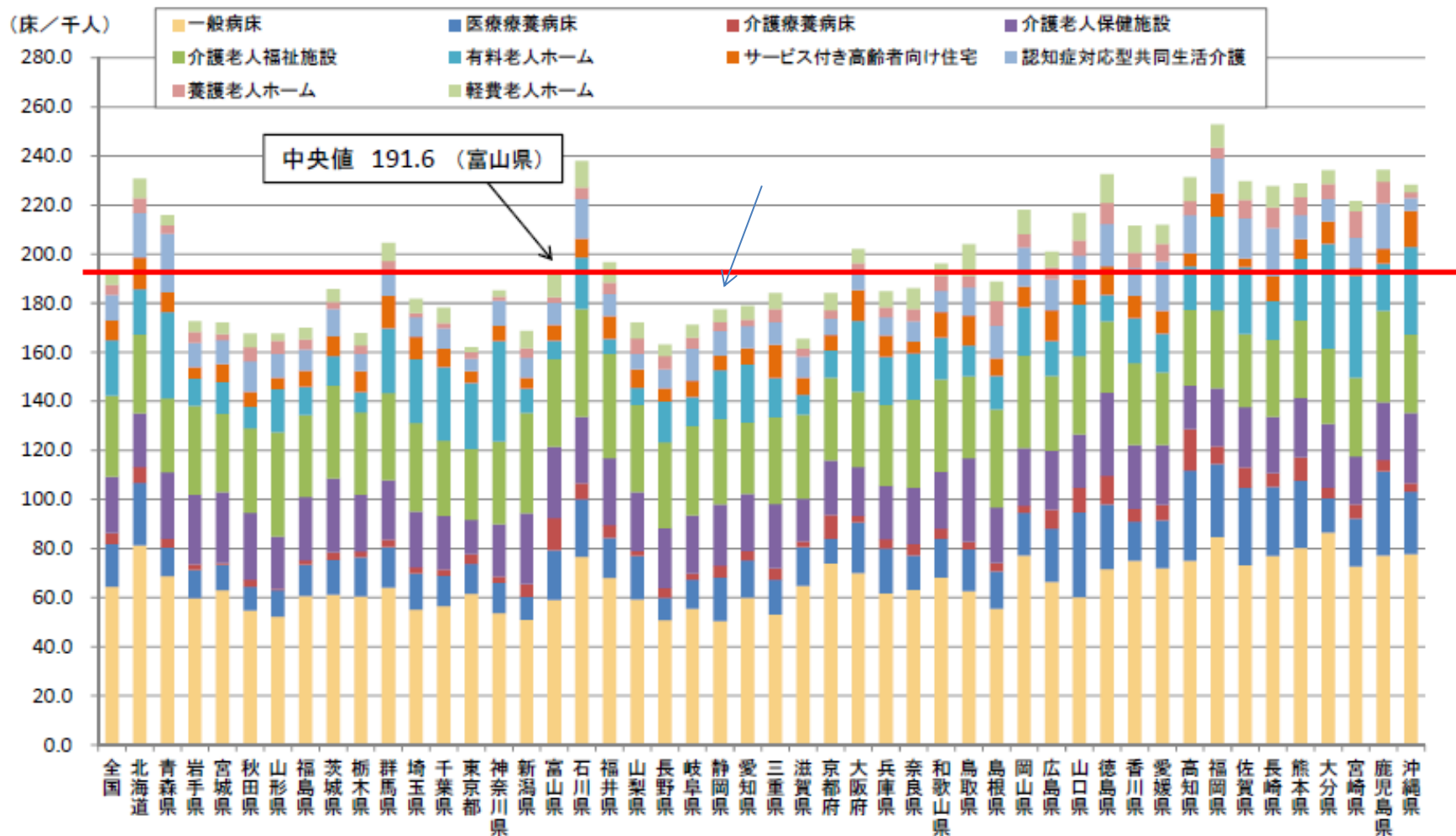


平成25年 医療施設動態調査
 平成25年 介護サービス施設・事業所調査
 平成25年 総務省人口推計

療養病床の在りかた等に関する検討会資料から

(参考) 75歳以上人口千人あたり 病床数(一般病床・医療療養病床・介護療養病床)・介護保険施設・高齢者向け住まい定員数

※ 「病院報告」の数値を用いて、医療療養病床と介護療養病床を分けて表記したもの
 ※ 一般病床数は「医療施設動態調査」による(「病院報告」に診療所の一般病床数の数値がないため)



厚生労働省「平成25年(2013)病院報告」、「平成25年医療施設動態調査」、「平成25年介護サービス施設・事業所調査」、
 総務省「平成25年人口推計」、平成24年 社会福祉施設等調査

※ 有料老人ホーム(※ 有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅は)

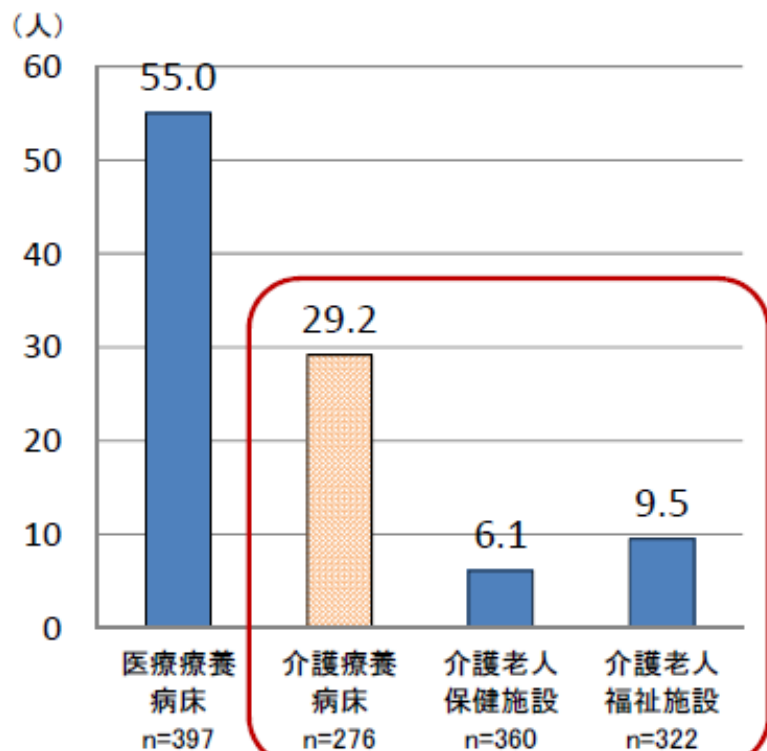
療養病床の在りかた等に関する検討会資料から

看取り・ターミナルケアの実施状況

100床あたり年間看取り実施人数

(平成24年9月1日からの1年間で看取った人数/100床/年)

※「看取り」を定義せず、その実施件数を質問したもの

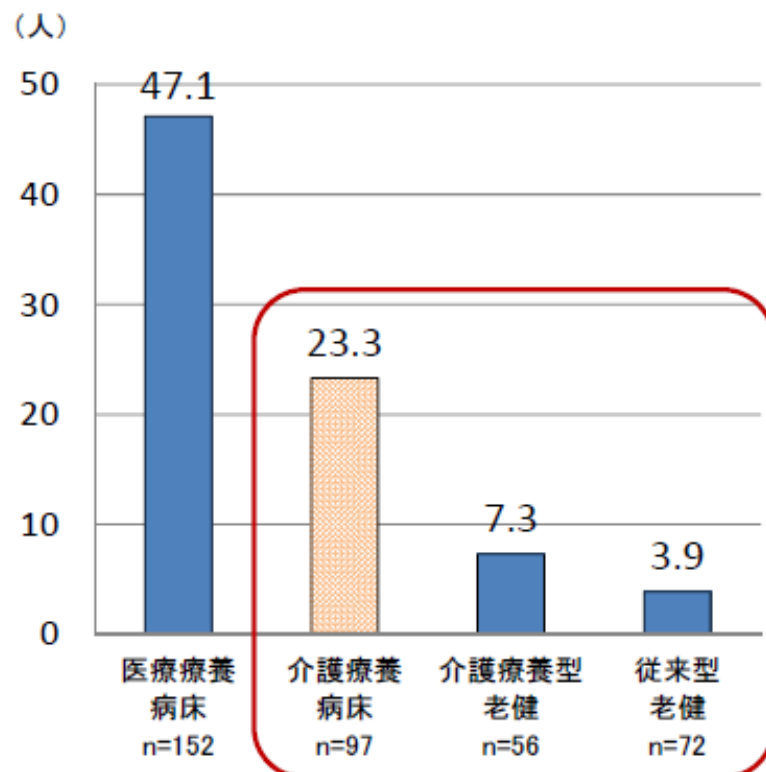


【出典】平成25年度老人保健健康増進等事業
「長期療養高齢者の看取りの実態に関する横断調査事業」
(みずほ情報総研株式会社)

100床あたり年間ターミナルケア実施人数

(平成24年10～11月の調査基準日より遡って1年間に実施したケア)

※「ターミナルケア」を定義せず、その実施人数を質問したもの



【出典】平成24年度老人保健健康増進等事業
「療養病床から転換した介護老人保健施設等のあり方に関する調査研究事業」(一般社団法人日本慢性期医療協会)

あくまで「目安」ですが・・・

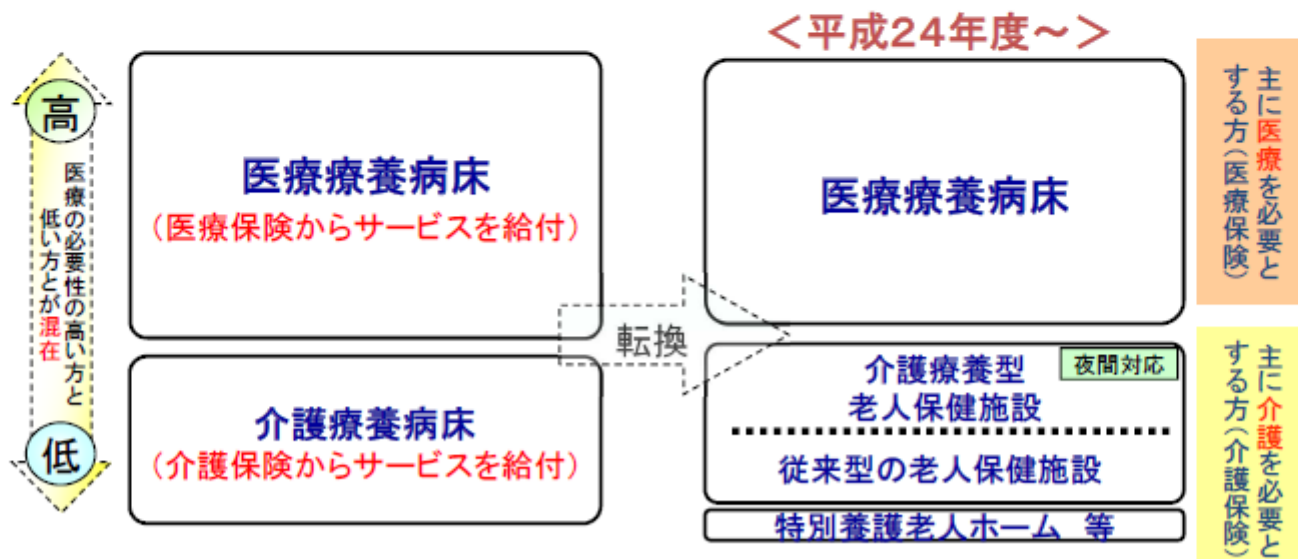
	2014年 稼働病床	総計	差	老健	サ高住	地域 特養	広域 特養	その他・ 居宅
		2013年医療機関 所在地ベース						
賀茂	851	557	294	280	0	0	465	?
熱海伊東	1062	837	225	544	129	29	610	?
駿東田方	6028	5,190	838	1980	761	136	2873	?
富士	2485	2,184	301	1260	297	271	1206	?
静岡	5809	5,268	541	2315	683	96	3165	?
志太榛原	3230	2,743	487	1511	362	39	1704	?
中東遠	2458	2,311	147	1450	526	78	2382	?
西部	7860	6,323	1537	3329	1182	406	3921	?
静岡県	29783	25,413	4370	12669	3940	1055	16326	?
		100.0%						

どこまで受け入れられるのか？
新たにどれだけ必要か？

療養病床に関する経緯②

H18(2006) 医療保険制度改革／診療報酬・介護報酬同時改定 介護療養病床のH23年度末での廃止決定

- 同時報酬改定に際し、実態調査の結果、医療療養病床と介護療養病床で入院患者の状況に大きな差が見られなかった（医療の必要性の高い患者と低い患者が同程度混在）ことから、医療保険と介護保険の役割分担が課題
- また、医療保険制度改革の中で、医療費総額抑制を主張する経済財政諮問会議との医療費適正化の議論を受け、患者の状態に応じた療養病床の再編成（老健施設等への転換促進と介護療養病床のH23年度末廃止）を改革の柱として位置づけ
- 同時に、療養病床の診療報酬体系について、気管切開や難病等の患者の疾患・状態に着目した「医療区分」（1～3）、食事・排泄等の患者の自立度に着目した「ADL区分」（1～3）による評価を導入



個人による追記

医療区分2・3 ... 医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態や、難病、脊椎損傷、肺炎、褥瘡等の疾患等を有する者
 医療区分1 ... 医療区分2、3に該当しない者（より軽度な者）

29

平成24年度以降、介護療養病床の新設は認めない
 6年間転換期限を延長した（→2018年3月31日まで）

療養病床の在りかた等に関する検討会資料から

「介護離職ゼロ」目指し、特養増設・待機解消へ

読売新聞 9月24日(木)3時6分配信

ツイート 2,454

シェア 5952

安倍首相は、先の自民党総裁選の公約で掲げた「介護離職ゼロ」の実現に向け、特別養護老人ホーム（特養）の大幅な整備に乗り出す方針を固めた。

全面的に介護が必要な入所待機者を、2020年代初めまでに解消することを目標に掲げ、16年度当初予算から特養の整備費用を拡充する。24日の記者会見で、社会保障制度改革の最重要施策として表明する。

首相の記者会見を踏まえ、政府は、少子高齢化や、労働力人口の減少を食い止める策の検討に向け、経済界や労働界などでつくる「国民会議」を創設する。

特養の入所待機者は、13年度で全国に約52万人いる。このうち、身の回りの世話が一人ではできず、自宅で待機している「要介護3」以上の約15万人をゼロにすることを目標とする。

特養を増やす具体策として、政府は、消費増税分を原資とする「地域医療介護総合確保基金」（15年度の介護分で724億円）を財源として活用する。社会保障の財源としては将来、家庭に眠っているタンス預金を掘り起こすことが期待される「無利子非課税国債」の発行が検討される可能性がある。

倒産増 介護界に異変

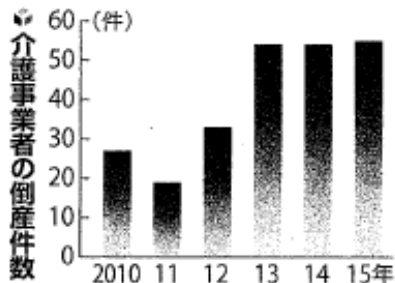
「ハコモノ」優先、人手不足

超高齢社会の到来で、急成長した介護業界の一部で倒産が増える異変が起きている。有料老人ホームなどの高齢者向け住宅を中心に、需要をあて込んだ「ハコモノありき」のビジネスモデルが広がり過ぎた結果、人手不足を背景に苦境に陥るところが目立つ。介護サービスの質の低下も懸念されている。

(社会保障部 手嶋由梨、大広悠子)

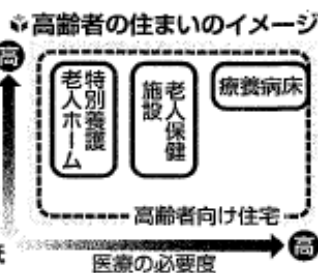
過去最悪

東京商工リサーチによると、2015年1～8月期の老人福祉・介護事業の倒産は、前年同期から5割増の55件で、介護保険制度が導入された00年以降で最悪のペースだった。全産業の倒産件数が減少傾向にあるのとは対照的だ。全体の5割が、10年以降に設立された新規参入だった。同社によると、建設業から参入した神奈川県業者は、急激な事業拡大と労務

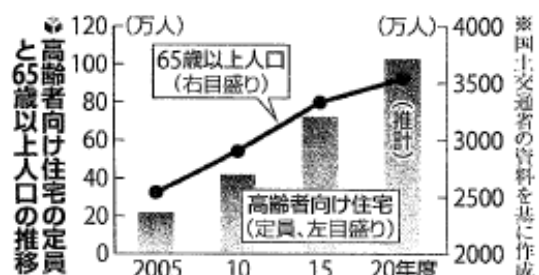


※東京商工リサーチの調査による。2015年は8月現在

介護現場では、職員の努力で人手不足をカバーしている(都内の有料老人ホームで) 杉本昌大撮影



高齢者向け住宅 主に「有料老人ホーム」と「サービス付き高齢者向け住宅」からなる。自治体の補助を受けて社会福祉法人などが運営する特別養護老人ホームに対し、民間企業が経営主体になる。



費の高騰 た。東吉 「人手太 切れすス 分析すス 業界予 に至ら 事業を れない。 いうち ことも 屋大手の

ご一読いただければ



Healthcare Financial Planner

◎ 収入(年金)－居住費(光熱費等含む)－生活費(食費等)
－医療費－介護費<0円?・・・目減りする貯金

バリアフリー → 持ち家の評価(親族の状況を含む)

→ リバースモーゲージ?

→ 価値が低い → 生保?

→ 賃貸 → 住み替え?

リハビリ → 食事内容(栄養面)の評価

医薬品の相互作用 → 残薬管理・ジェネリック採用

処方内容の変更相談

介護認定度のアップ → 介護サービスの内容選択

高額療養費制度 → 貯金額のカウントダウンの把握

→ 適切なタイミングでの

福祉(生保)介入の支援

7. 構想区域・二次医療圏・地域性

- 必ずしも、構想区域=二次医療圏ではないが・・・
議論の始まり(準備会議)は「二次医療圏」で
- 二次医療圏に求めるもの
人口20万人以上・流入20%未満・流出20%以上？
「高度急性期」はともかく、ある程度の「急性期」は担って欲しい！
交通路(インフラ)の整備⇔CCRC？
- 「専門医制度」の影響
- 「ふじのくに地域医療支援センター」の積極的関与
- 「医療従事者の需要」見直し検討会？・・・

8. その他の議論

- 「認知症」対応がリンクして議論されるべき
- 「精神科病床」に認知症患者が流れる？
- 小児・障害者・難病患者への対応・・・
- 「地域包括ケア病床」のあり方
- 病院の「訪問診療」戦略は・・・？

- 「地域包括ケアシステムの構築」との関係
- 「高齢者の住まい方」とは・・・
 - 経営者サイドの議論だけでなく・・・
 - 行政としてすべきことがあるのでは？
- 究極的には、魅力ある「街作り」に尽きる！
 - それができなければ・・・「人口消滅」！

訪問診療専門の医療機関、来年度から解禁へ

2015年09月23日 22時12分

ツイート

35

おすすめ

323

G+1

2

厚生労働省は来年度から、訪問診療だけを専門に行う医療機関の設置を認める方針を固めた。

YOMIURI
ONLINE
読売新聞

現行では医療機関を開設する際、外来患者に対応できる体制を持つことが事実上の要件となっているが、高齢化で在宅での医療や介護が必要な患者が増えていることを考慮した。今秋の中央社会保険医療協議会(厚労相の諮問機関)で運用方法を検討する。

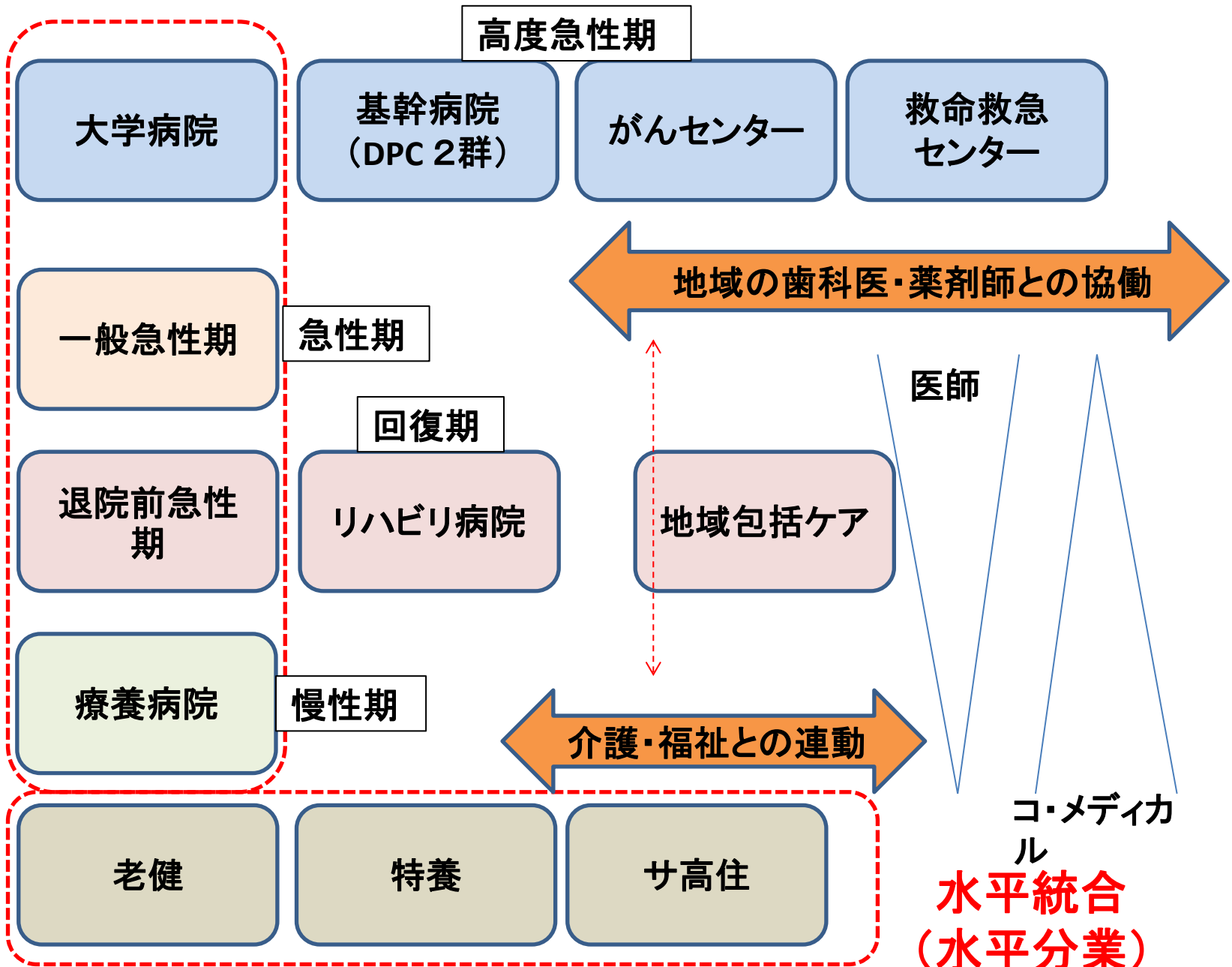
訪問診療では、医師が患者の自宅や介護施設を定期的に訪れて診察や治療を実施する。厚労省によると、在宅療養をしている患者の85%以上は要介護状態にあり、通院が困難な人が多いため、訪問診療専門の医療機関を認めることにした。

ただ、「高額な診療報酬目当てに特定の施設だけを相手にする医療機関が出てくるのではないか」、「施設を持たない医師を認めるのか」などの懸念も出ており、厚労省は一定の制約要件を定める方針だ。

2015年09月23日 22時12分

Copyright © The Yomiuri Shimbun

垂直統合



CCRC(高齢者健康コミュニティ)

C: Continuing: 継続した

(自立している時から要介護・最期まで)

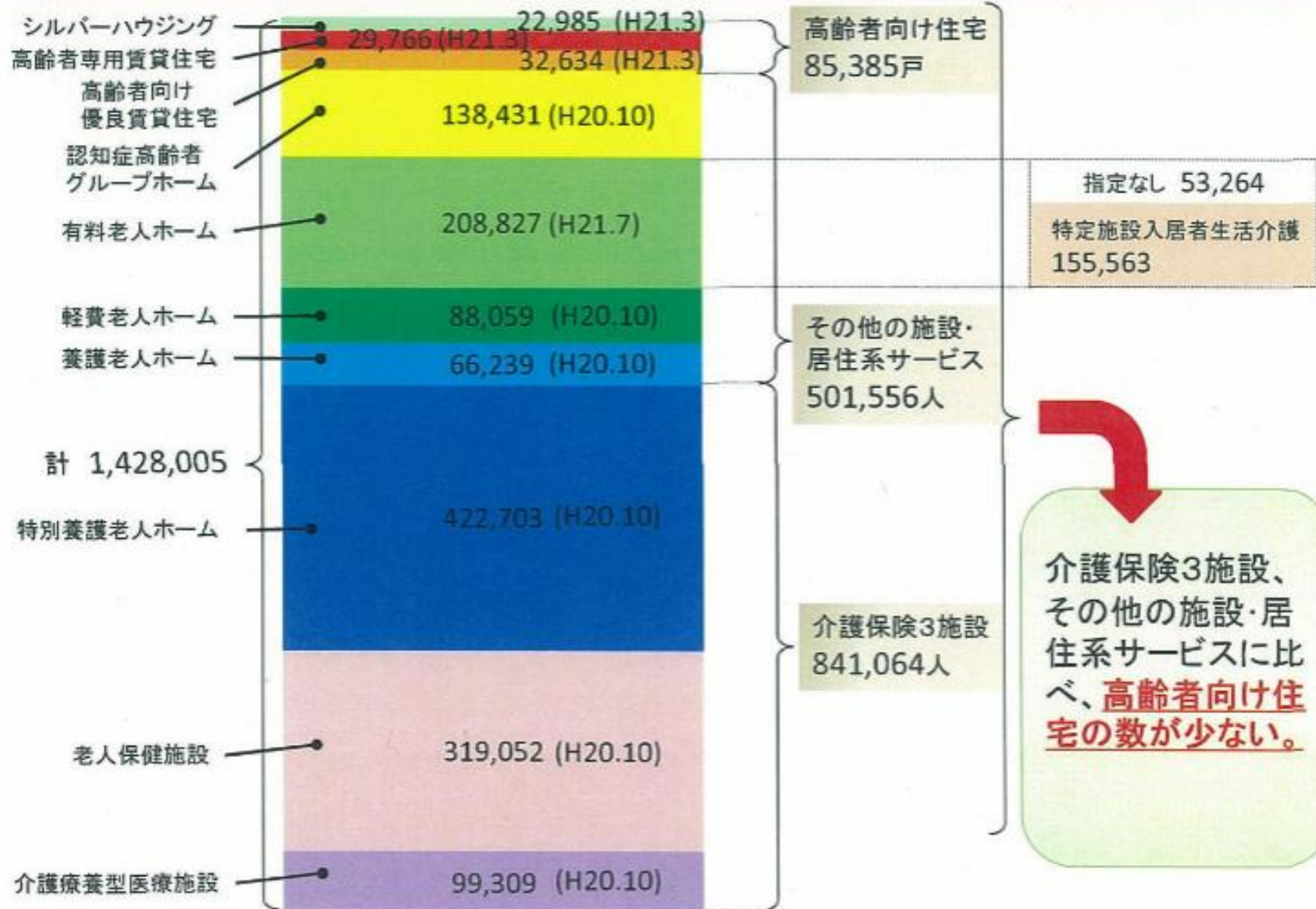
C: Care: ヘルスケアサービスを提供する

(保健・医療・介護)

R: Retirement: 高齢者のための

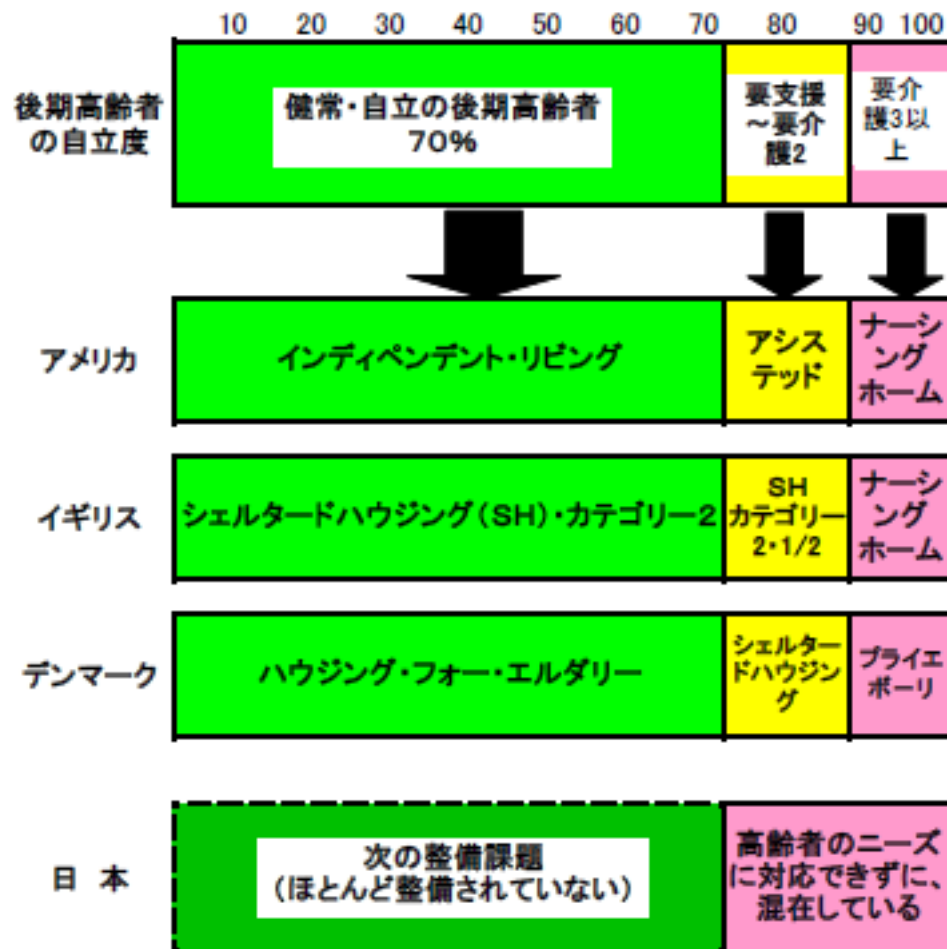
C: Community: 協働生活体

高齢者向けの住宅と施設のストックの現状



介護保険3施設、
その他の施設・居
住系サービスに比
べ、**高齢者向け住
宅の数が少ない。**

福祉先進国では、ニーズに応じた 3種類の「高齢者住宅」の整備が進んでいる



3種類の住まいと複合施設

1) 介護型

2) 支援型 3) 自立型高齢者住宅

24時間の介護が
必要になったら
住み替え

介護の支援が
必要になったら
住み替え

要介護者向け
介護施設

要支援者向け
高齢者住宅

自立者向け
高齢者住宅



複合施設



3種類の住まい(食堂の違い)

予防自立型



支援型



介護型



米国のCCRCの例： 10年かけて創り上げたCCRC
廃校になった大学のリノベーションから始まった



1981年から91年まで、1599室の健康型住まいを創り上げた。支援型住まい：132室 介護型住まい：260ベッド ~ 現在18000室のILを運営

まとめ

- 「病床機能報告制度」のみに偏重した「地域医療構想」は上手く行かない！
- とは言え、平成30年4月を想定した「ドラフト」の作成は必要であり、一定の必要病床数設定が望まれている
- 病床機能の「入院基本料」化、必要病床数の「基準病床数」化を気にしすぎると先に進めない！ 歩みながら考えるしかない！ 事態が変われば変更するしかない！
- 人口構造の変化に伴い、超高齢者の入院対応は大きく変わっていく！
- 単身化による年金減額などもあり、高齢者の住まい方を再考する時代が来ているのでは？
- 医療機関の再編（垂直統合・水平調整分業）と同時に、開業医の働き場も介護系施設へと少しずつ移動する？

地域医療構想に関する会議

都道府県単位の会議

都道府県

意見聴取

地域医療構想
(医療計画の一部)

医療計画

都道府県医療審議会

(医療法第71条の2)

- ・ 都道府県知事の諮問に応じ、当該都道府県における医療を提供する体制の確保に関する重要事項を調査審議

医療専門職、市町村、保険者の代表、学識経験者等

地域医療対策協議会

(医療法第30条の12)

- ・ 救急医療等確保事業に係る医療従事者の確保等必要とされる医療の確保について協議
- ・ 都道府県は参加者として関係者と共に協議し、施策を策定・公表

二次医療圏等単位の会議

構想区域※1

※1 二次医療圏を原則としつつ、将来における要素を勘案して設定

地域医療構想調整会議

(医療法第30条の14)

- ・ 地域の病院・有床診療所が担うべき病床機能に関する協議
- ・ 病床機能報告制度による情報等の共有
- ・ 都道府県計画※2に盛り込む事業に関する協議
- ・ その他の地域医療構想の達成の推進に関する協議

二次医療圏

(平成27年2月末現在344圏域)

圏域連携会議

(医療計画作成指針平成24年3月30日)

- ・ 必要に応じて圏域ごとに関係者が必要に応じて、具体的な連携等について協議する場

活用※3

※3 圏域連携会議など、既存の枠組みを活用した形での開催も可能

地域医療構想調整会議

地域医療構想調整会議

地域医療構想調整会議

・ 複数の地域医療構想調整会議、複数の都道府県による合同開催や、地域・参加者を限定した形での開催など柔軟な運用が可能

・ 特定の議題に関する協議を継続的に実施する場合には専門部会・ワーキンググループを設置

※2 都道府県が作成する地域における医療及び介護の総合的な確保に関する目標を達成するために必要な事業の実施に関する計画
消費税増収分を活用し都道府県に設置された地域医療介護総合確保基金を活用し、計画に掲載された事業に要する経費を支弁

圏域連携会議

圏域連携会議

圏域連携会議

最終的にはココ

今後のスケジュール

2015年度 (平成27)	2016年度 (平成28)	2017年度 (平成29)	2018年度～ (平成30～)
<p>第6次医療計画</p> <p>毎年10月 病床機能報告</p> <p>地域医療構想(第6次医療計画へ追記)</p>			<p>第7次医療計画</p> <p>地域医療構想</p>
<p>第6期 介護保険事業(支援)計画</p>			<p>第7期介護保険 事業(支援)計画</p>
<p>介護報酬改定</p>	<p>診療報酬改定</p>		<p>2018年 診療報酬・ 介護報酬同時改定</p>

ご清聴ありがとうございました



「ご質問等があれば、お気軽にご連絡ください」