

地域医療構想・医療計画が 求められているのは何故か

— 今 日本が直面する危機 —

2018年 2月 3日(土)

奈良県立医科大学
公衆衛生学講座
教授 今村 知明

奈良県立医科大学

公衆衛生学講座

- 従来の公衆衛生学に加えて、医療政策や医療経営の分野にも力を入れている。

公衆衛生学講座

公衆衛生

- 地域医療政策
- 疫学
- 保健統計学

健康政策

- 医療政策
- 医療経済
- 医療経営
- EBPH
evidence based public health

1. 健康に関するリスク分析研究
2. 健康危機管理研究
3. 医療政策学研究
4. 医療経済学・医療経営学研究
5. 疫学・保健統計学研究
6. リスクコミュニケーション分野
7. 分子予防分野
8. 女性研究者支援・ハラスメント研究
9. 国策調査データ分析

主な公職

	省庁	職務内容
1	厚生労働省	医療計画の見直し等に関する検討会 及び 地域医療構想に関するワーキンググループ
2	厚生労働省	脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会 及び 脳卒中に係るワーキンググループ 及び 心血管疾患に係るワーキンググループ
3	厚生労働省老健局	社会保障審議会専門委員(介護保険分科会)
4	厚生労働省老健局	平成29年度「医療提供を目的とした介護保険施設等の施設の役割を踏まえた利用者等へのサービスの在り方に関する調査研究事業」
5	厚生労働省老健局	厚生労働省老人保健健康増進等事業「長期療養を目的とした施設のあり方に関する研究会」
6	厚生労働省健康局	エイズ動向委員会
7	厚生労働省医薬食品局	薬事・食品衛生審議会 食中毒部会
8	内閣府消費者委員会	食品表示部会
9	奈良県	奈良県地域医療構想策定会議

衆議院・参議院での TPP特別委員会に参考人招致

- 国会で行われた「環太平洋パートナーシップ協定等に関する特別委員会」に参考人として招致された

2016年10月25日
衆議院



2016年12月6日
参議院



「日本は食品のリスク分析を導入しているうえ、科学的な基準や独立した評価機関を設けるなど、TPPが求める基準を満たしており、食品の安全基準や監視に大きな変更は必要ない」

2016/12/6 NHKニュース
「TPP審議の参議院特別委員会では参考人質疑」
より抜粋

2025年には団塊の世代が後期高齢者となり、医療・介護サービスの需要が著しく増大する（人口は減少するのに）

- 高齢者人口が3600万人に増加
- 慢性的な疾患を抱える高齢者や要介護人口も約1.5倍に増加
- ★ 医療従事者、介護従事者も1.5倍に増やさないといけないのか
- そもそも病床や施設を増やさずに対応できるのか
- 医療提供体制の見直しが必要

⑤ 要介護率が高くなる75歳以上の人口の推移

○75歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、急速に増加してきたが、2025年までの10年間で、急速に増加。
○2030年頃から75歳以上人口は急速には伸びなくなるが、一方、85歳以上人口はその後の10年程度は増加が続く。

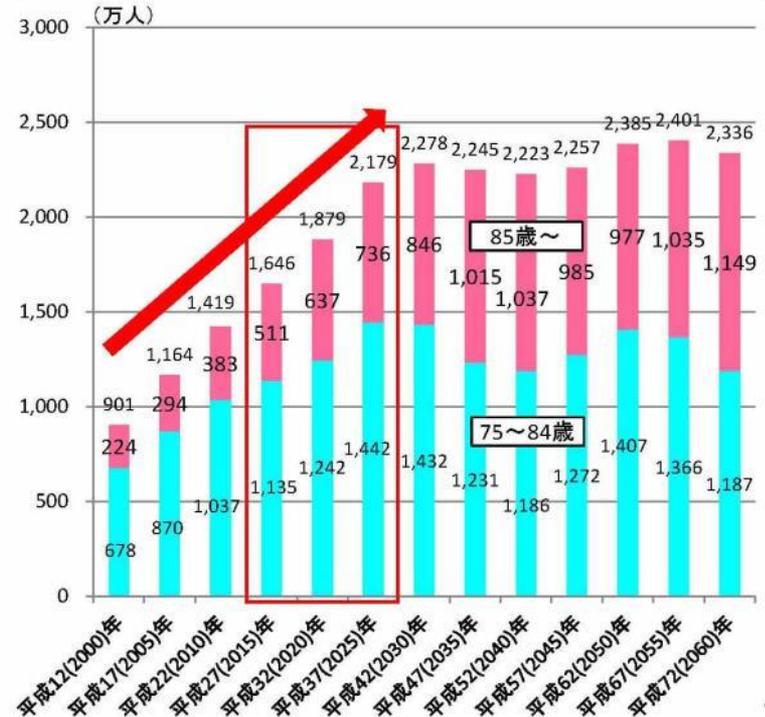
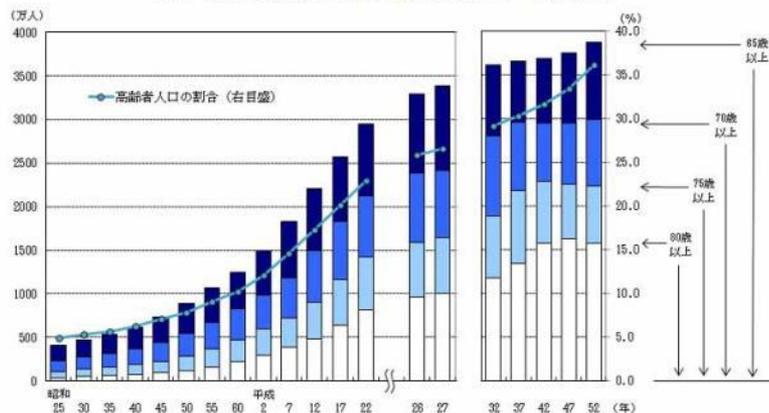


図1 高齢者人口及び割合の推移 (昭和25年~平成52年)



厚生労働省 社会保障審議会介護保険部会 (第46回) 参考資料 1
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000018735.pdf

総務省統計局 統計データ 統計トピックスNo. 90
<http://www.stat.go.jp/data/topics/topi901.htm>

人口ピラミッドの変化（1990～2060年）

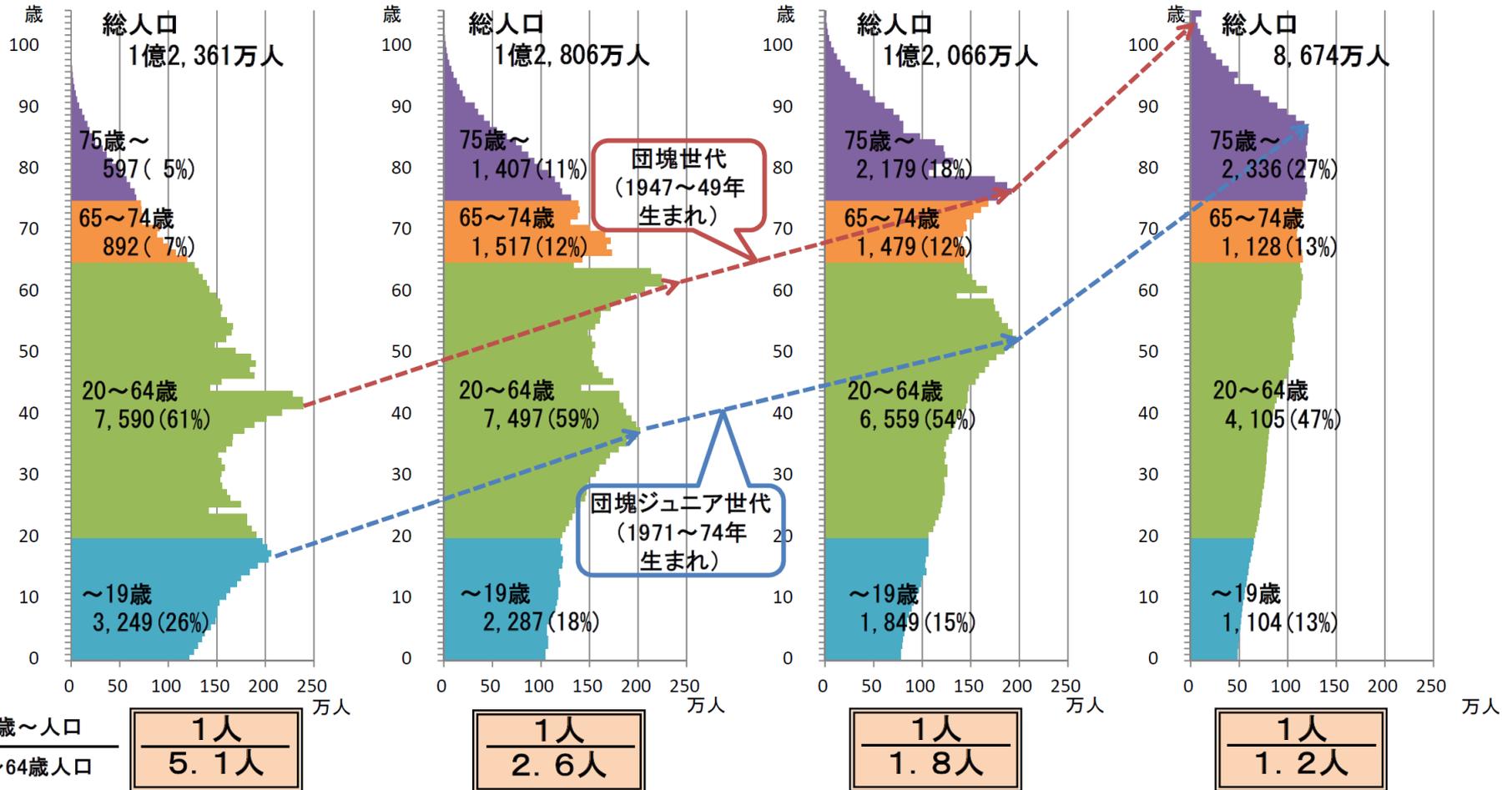
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

1990年(実績)

2010年(実績)

2025年

2060年

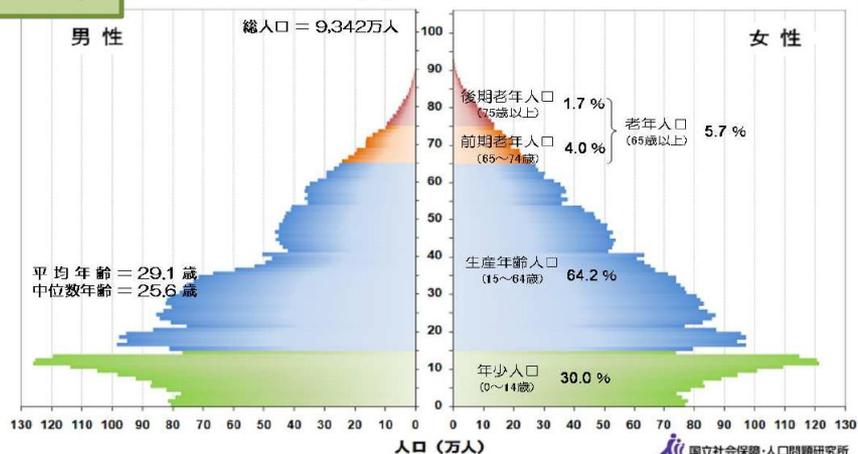


(出所) 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)

人口ピラミッドの変化：実績 1960年, 2010年

1960年

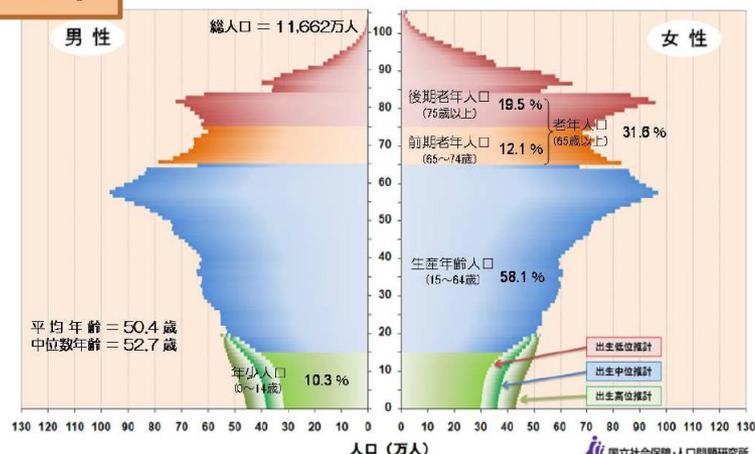
(1) 1960年



資料：1920~2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」。

2030年

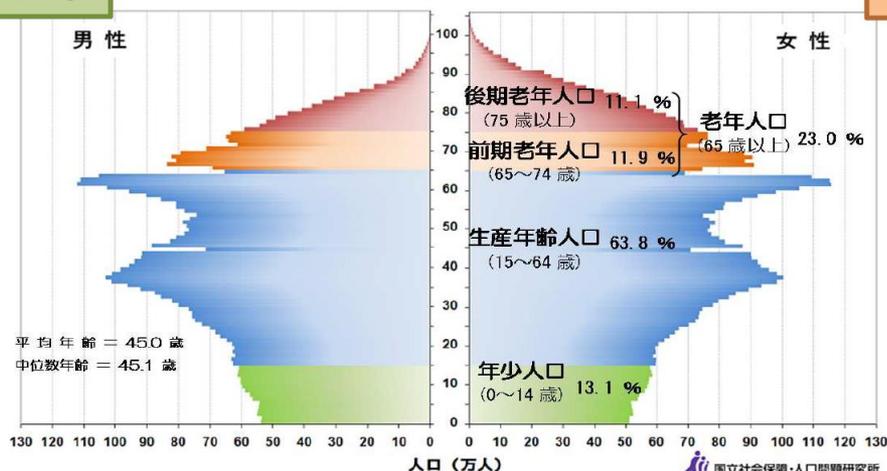
(3) 2030年



資料：1920~2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」。

2010年

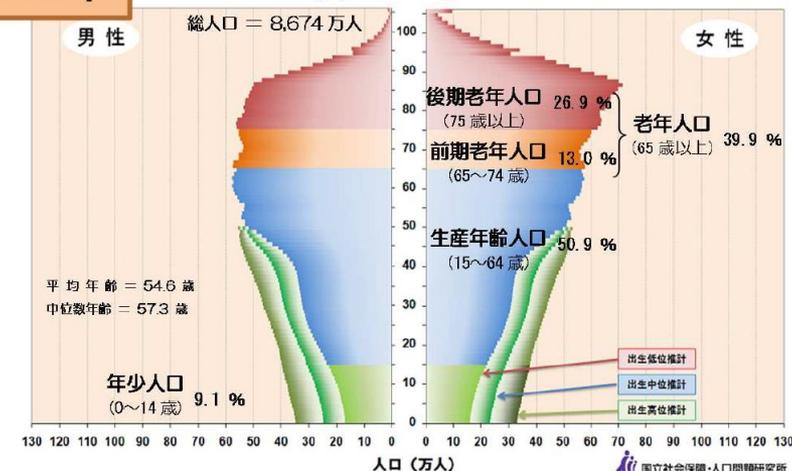
(2) 2010年



資料：1920~2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」。

2060年

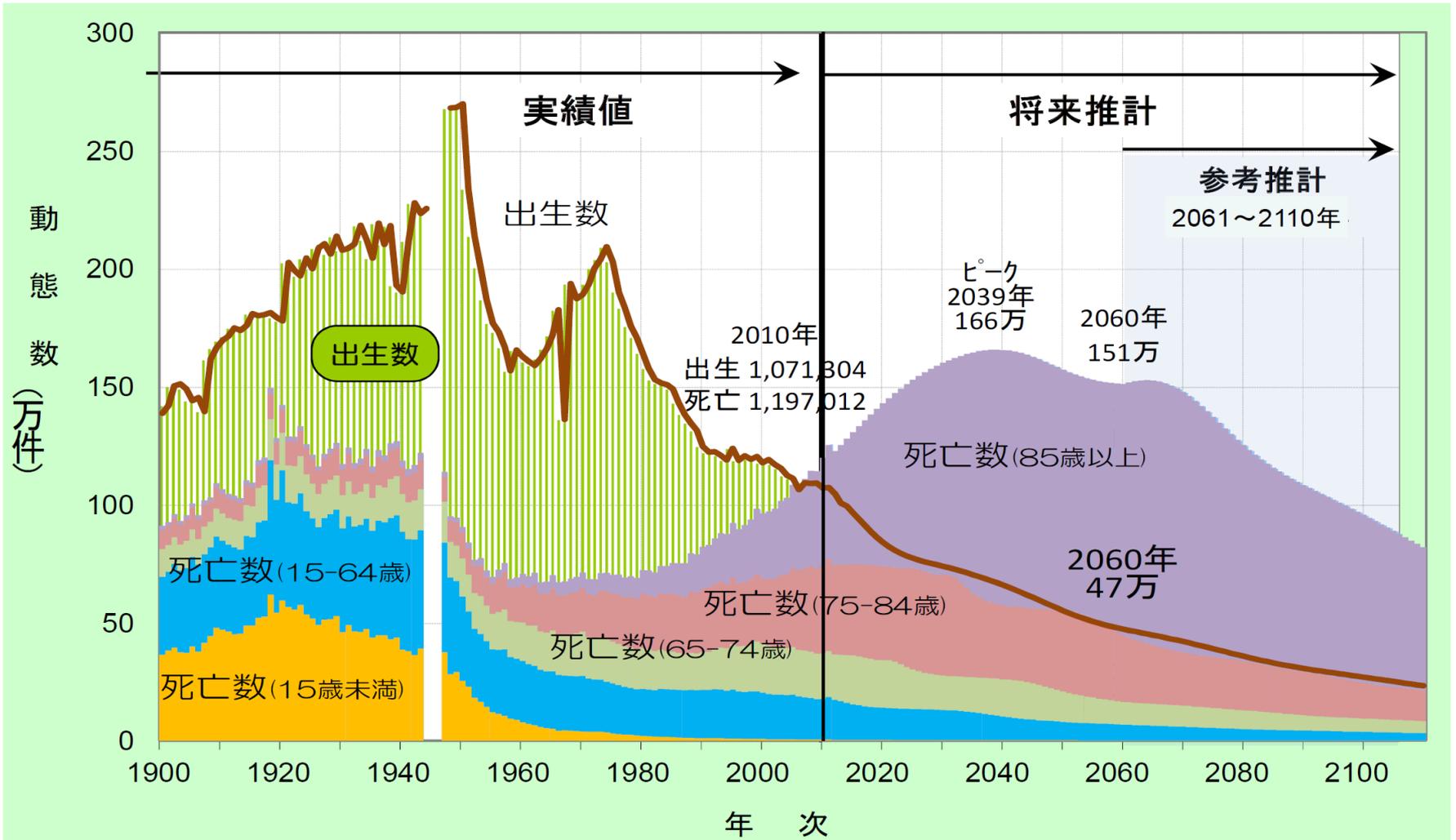
(3) 2060年



資料：1920~2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」。

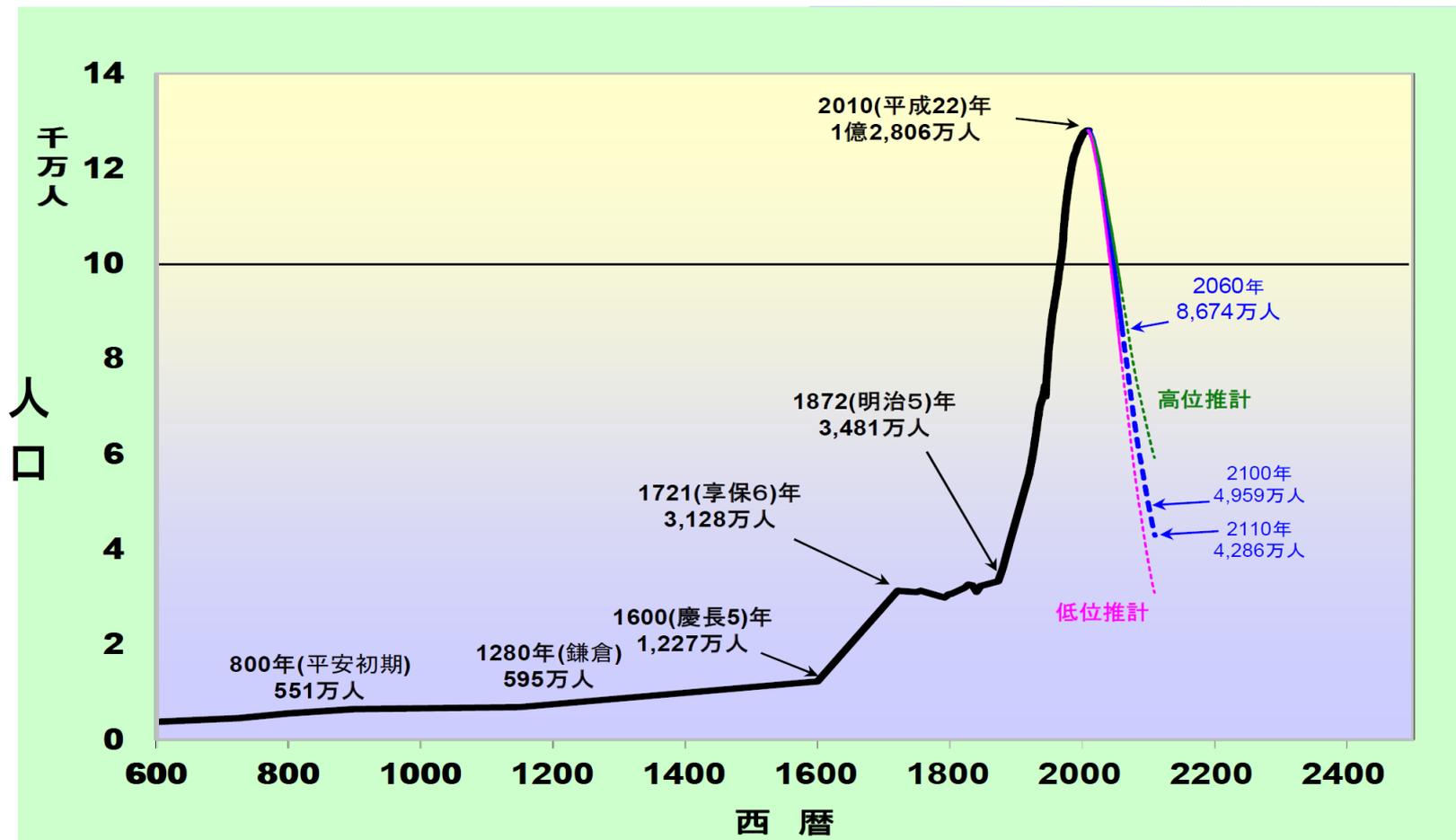
提供：国立社会保障・人口問題研究所 森田朗所長

出生数 と死亡数の推移 : 1900~2110年



提供: 国立社会保障・人口問題研究所 森田朗所長

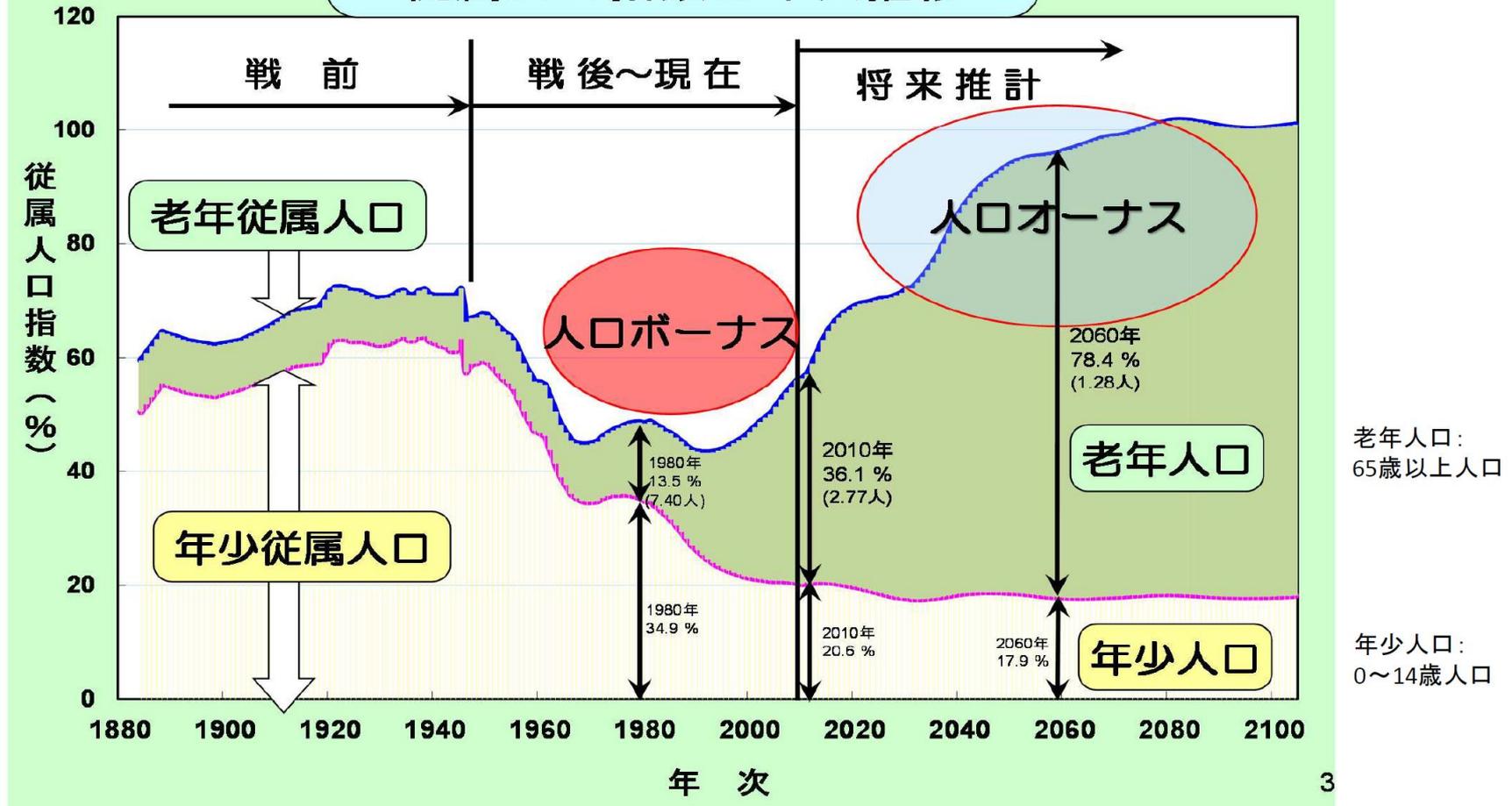
日本人人口の歴史的推移



資料: 国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」(1846年までは鬼頭宏「人口から読む日本の歴史」、1847～1870年は森田優三「人口増加の分析」、1872～1919年は内閣統計局「明治五年以降我国の人口」、1920～2010年総務省統計局「国勢調査」「推計人口」) 2011～2110年国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計[死亡中位推計])

人口ボーナスと人口オーナス

従属人口指数の年次推移



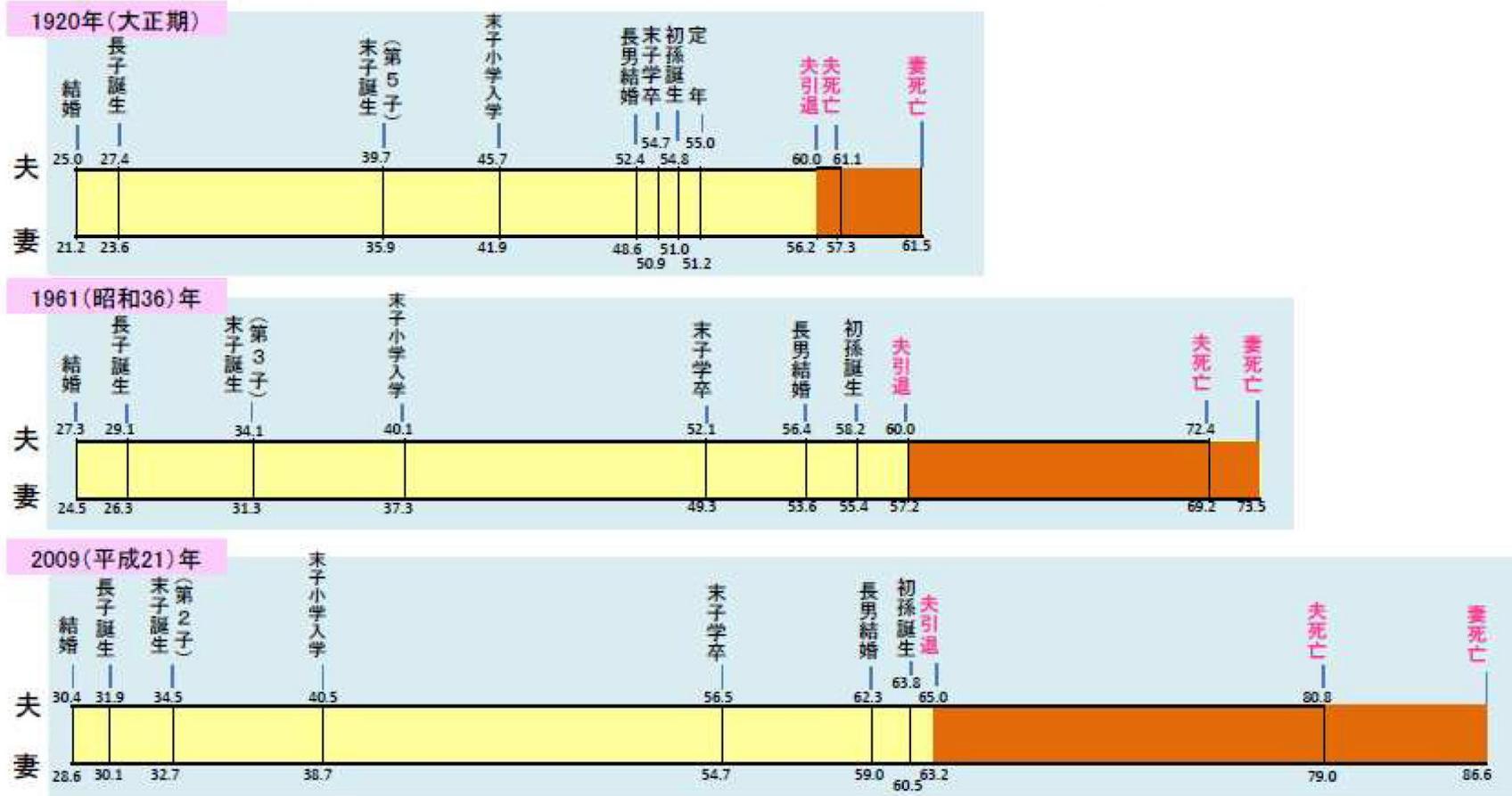
資料：総務省統計局「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計[出生中位・死亡中位推計]）」

※従属人口指数 (%) = (0~14歳人口 + 65歳以上人口) / (15~64歳人口) × 100

提供：国立社会保障・人口問題研究所 森田朗所長

統計でみた平均的なライフサイクル

○子どもの数は減少する一方、平均寿命の延伸により引退後の期間が、長くなっている。

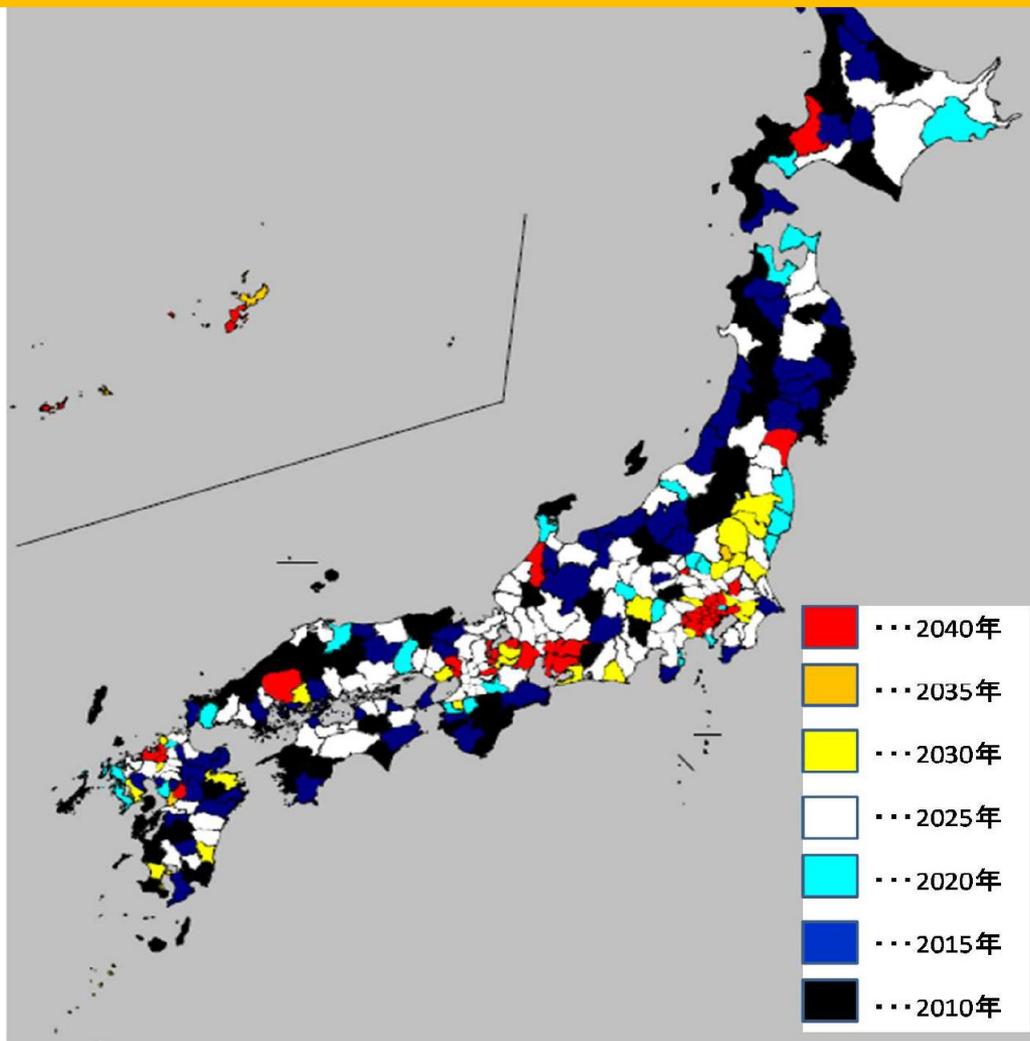


資料：1920年は厚生省「昭和59年厚生白書」、1961年、2009年は厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」等より厚生労働省政策統括官付政策評価官室において作成。

(注) 価値観の多様化により、人生の選択肢も多くなってきており、統計でみた平均的なライフスタイルに合致しない場合が多くなっていることに留意する必要がある。

高齢化のピーク・医療需要総量のピーク

地域により
医療需要ピークの時期
が大きく異なる



出典: 社会保障制度国民会議 資料 (平成25年4月19日 第9回
資料3-3 国際医療福祉大学 高橋教授 提出資料)

一 高齢者は都市部で急速に増える 一

→ 大都市から近隣地域へあふれ出る可能性も

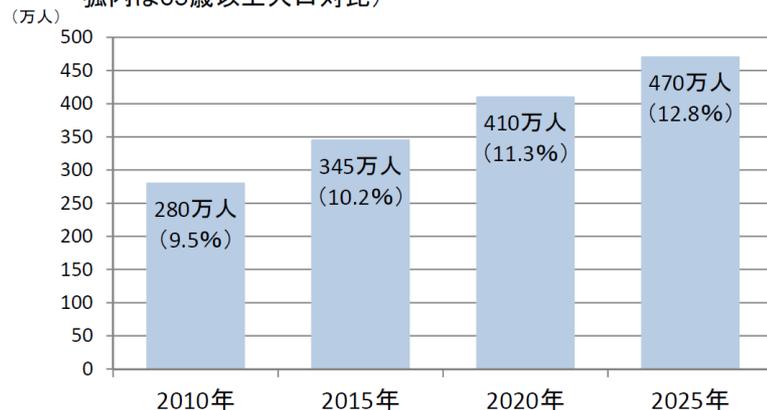
75歳以上人口

地域によって異なる高齢化のスピード

	埼玉県	千葉県	神奈川県	大阪府	愛知県	東京都	～	鹿児島県	島根県	山形県	全国
2010年 <>は割合	58.9万人 <8.2%>	56.3万人 <9.1%>	79.4万人 <8.8%>	84.3万人 <9.5%>	66.0万人 <8.9%>	123.4万人 <9.4%>		25.4万人 <14.9%>	11.9万人 <16.6%>	18.1万人 <15.5%>	1419.4万人 <11.1%>
2025年 <>は割合 ()は倍率	117.7万人 <16.8%> (2.00倍)	108.2万人 <18.1%> (1.92倍)	148.5万人 <16.5%> (1.87倍)	152.8万人 <18.2%> (1.81倍)	116.6万人 <15.9%> (1.77倍)	197.7万人 <15.0%> (1.60倍)		29.5万人 <19.4%> (1.16倍)	13.7万人 <22.1%> (1.15倍)	20.7万人 <20.6%> (1.15倍)	2178.6万人 <18.1%> (1.53倍)

認知症高齢者の増加

「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数の推計(括弧内は65歳以上人口対比)



※有病者数でみると2025年には**約700万人**
(65歳以上の5人に1人)

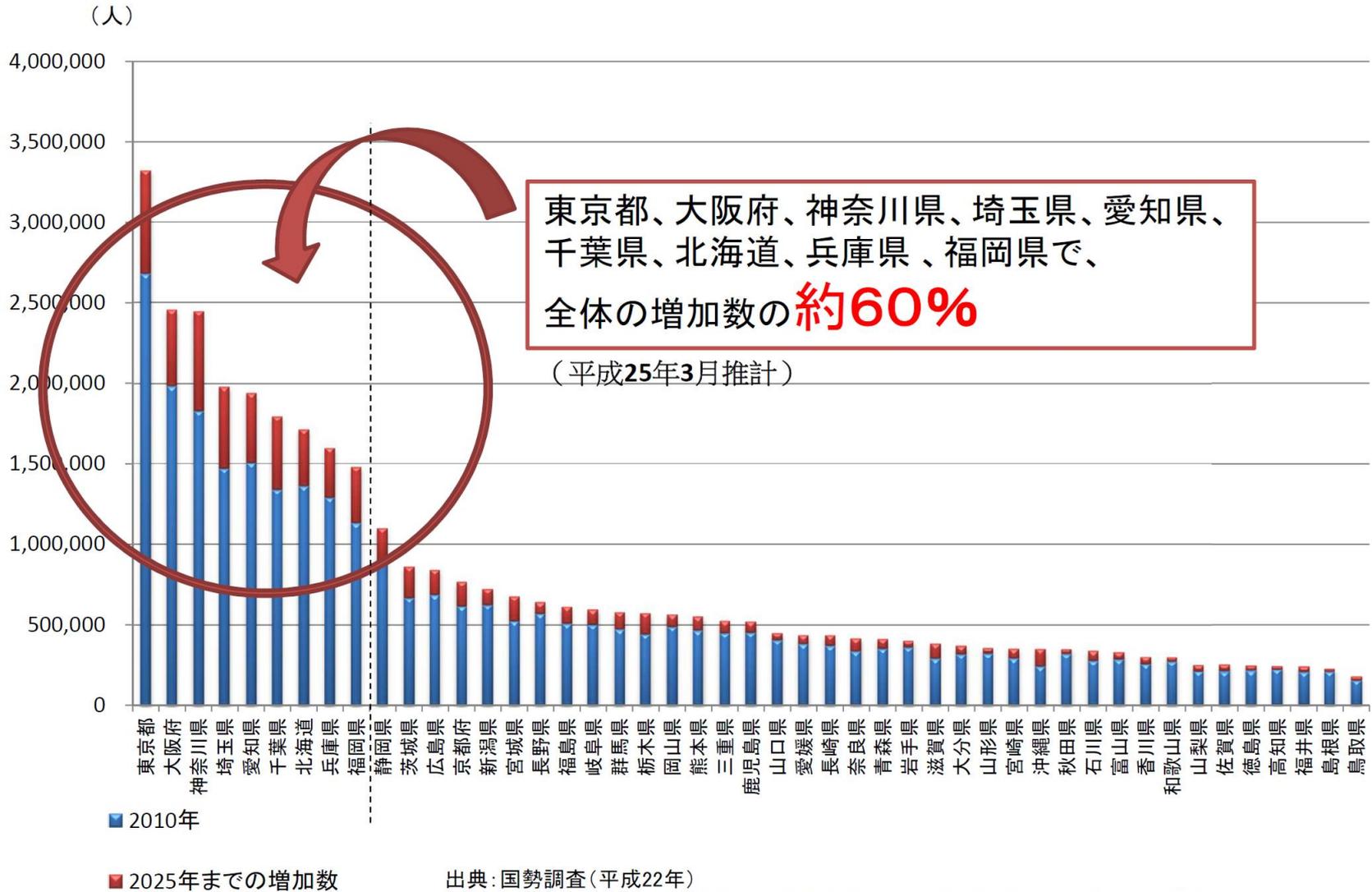
独居・夫婦のみ世帯の増加

(1,000世帯)

(%)

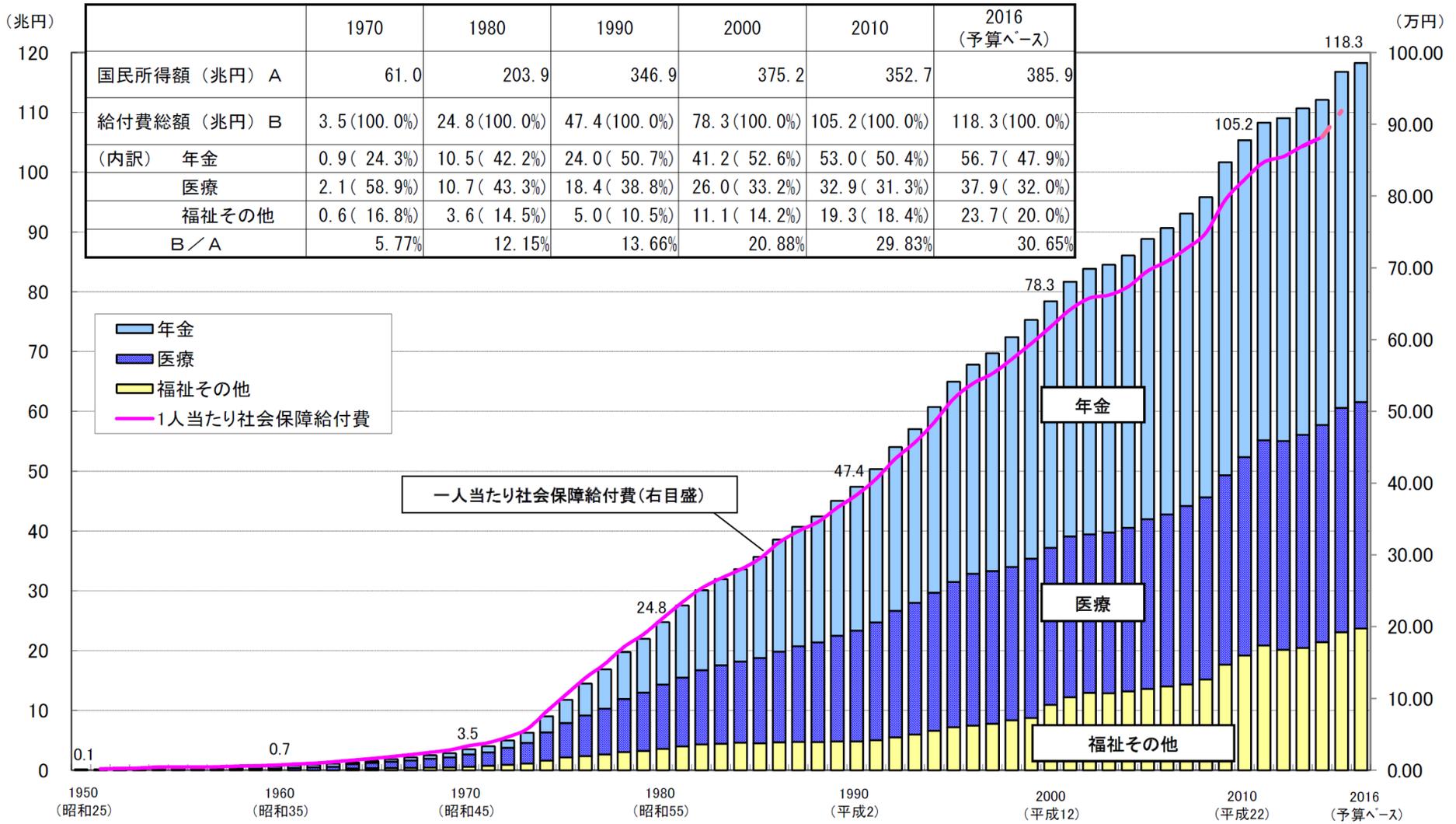


都道府県別高齢者人口(65歳以上)の増加数 (2010年 → 2025年)



出典: 国勢調査(平成22年)
国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口(平成25年3月推計)」

社会保障給付費の推移



資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成26年度社会保障費用統計」、2015年度、2016年度(予算ベース)は厚生労働省推計、
 2016年度の国民所得額は「平成28年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成28年1月22日閣議決定)」
 (注) 図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2010並びに2016年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

地域医療構想と 地域包括ケアシステム

なぜ地域包括ケアシステムが必要か？①

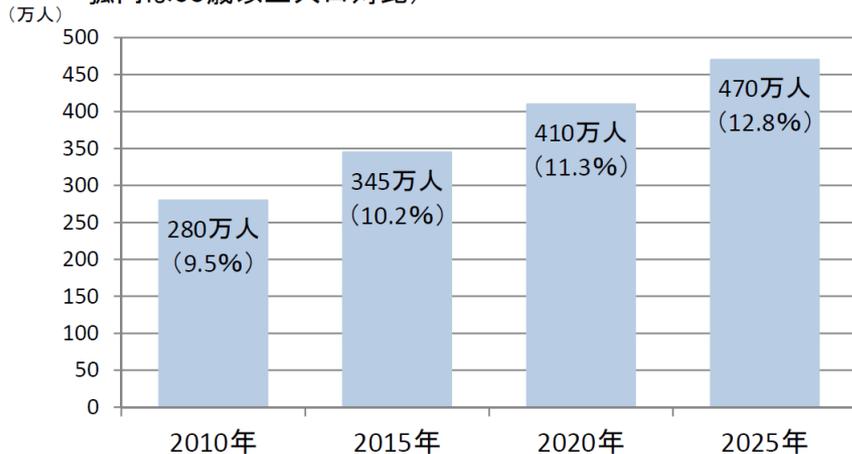
75歳以上人口

地域によって異なる高齢化のスピード

	埼玉県	千葉県	神奈川県	大阪府	愛知県	東京都	～	鹿児島県	島根県	山形県	全国
2010年 <>は割合	58.9万人 <8.2%>	56.3万人 <9.1%>	79.4万人 <8.8%>	84.3万人 <9.5%>	66.0万人 <8.9%>	123.4万人 <9.4%>		25.4万人 <14.9%>	11.9万人 <16.6%>	18.1万人 <15.5%>	1419.4万人 <11.1%>
2025年 <>は割合 ()は倍率	117.7万人 <16.8%> (2.00倍)	108.2万人 <18.1%> (1.92倍)	148.5万人 <16.5%> (1.87倍)	152.8万人 <18.2%> (1.81倍)	116.6万人 <15.9%> (1.77倍)	197.7万人 <15.0%> (1.60倍)		29.5万人 <19.4%> (1.16倍)	13.7万人 <22.1%> (1.15倍)	20.7万人 <20.6%> (1.15倍)	2178.6万人 <18.1%> (1.53倍)

認知症高齢者の増加

「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数の推計(括弧内は65歳以上人口対比)

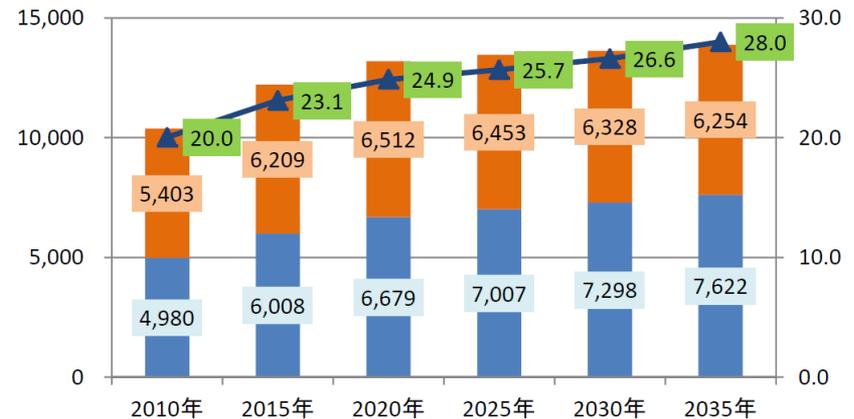


※有病者数でみると2025年には約700万人
(65歳以上の5人に1人)

独居・夫婦のみ世帯の増加

(1,000世帯)

(%)



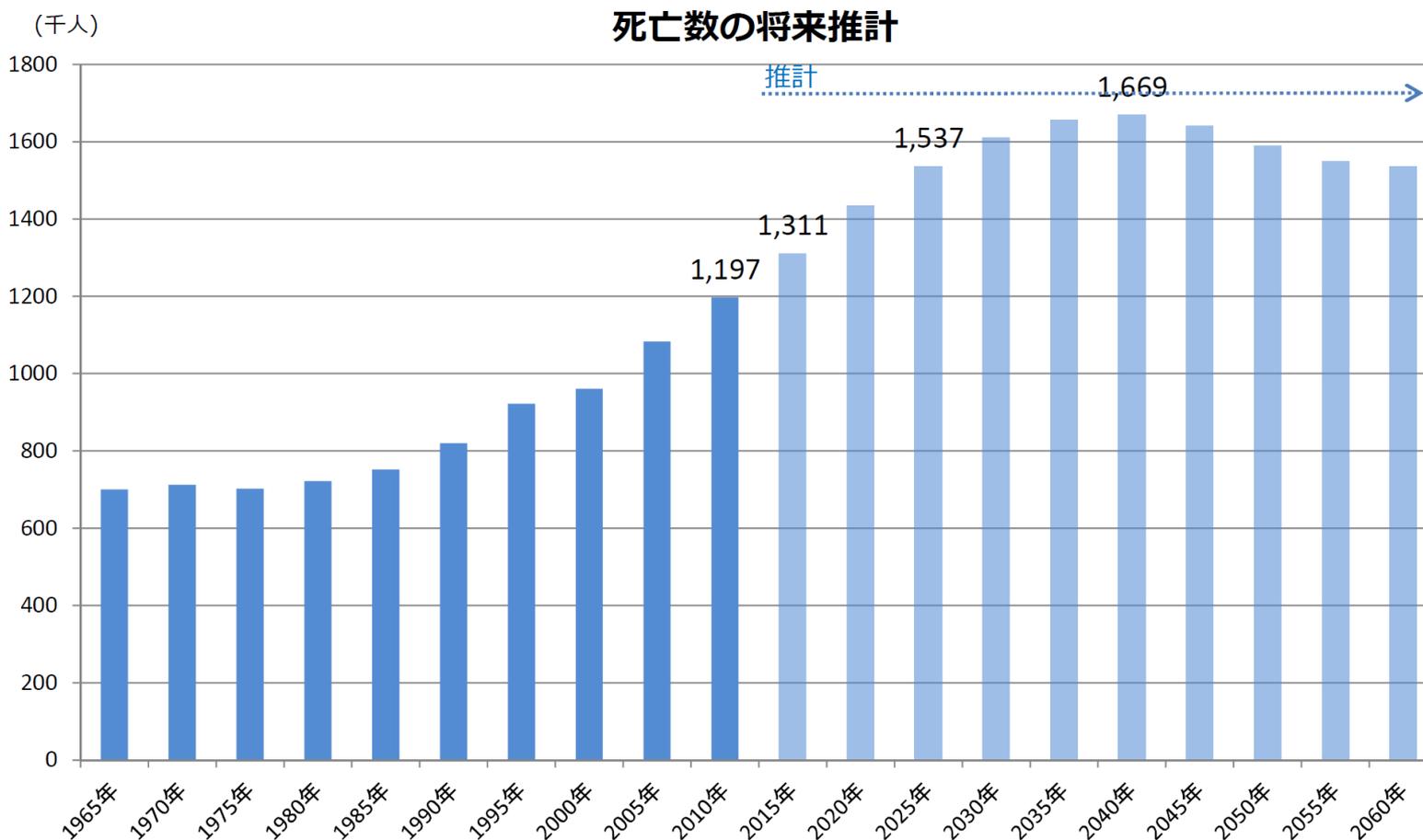
■ 世帯主が65歳以上の夫婦のみ世帯数

■ 世帯主が65歳以上の単独世帯数

▲ 世帯主が65歳以上の単独世帯と夫婦のみ世帯の世帯数全体に占める割合

なぜ地域包括ケアシステムが必要か？②

- 今後も、年間の死亡数は増加傾向を示すことが予想され、最も年間死亡数の多い2040年と2015年では約36万人/年の差が推計されている。

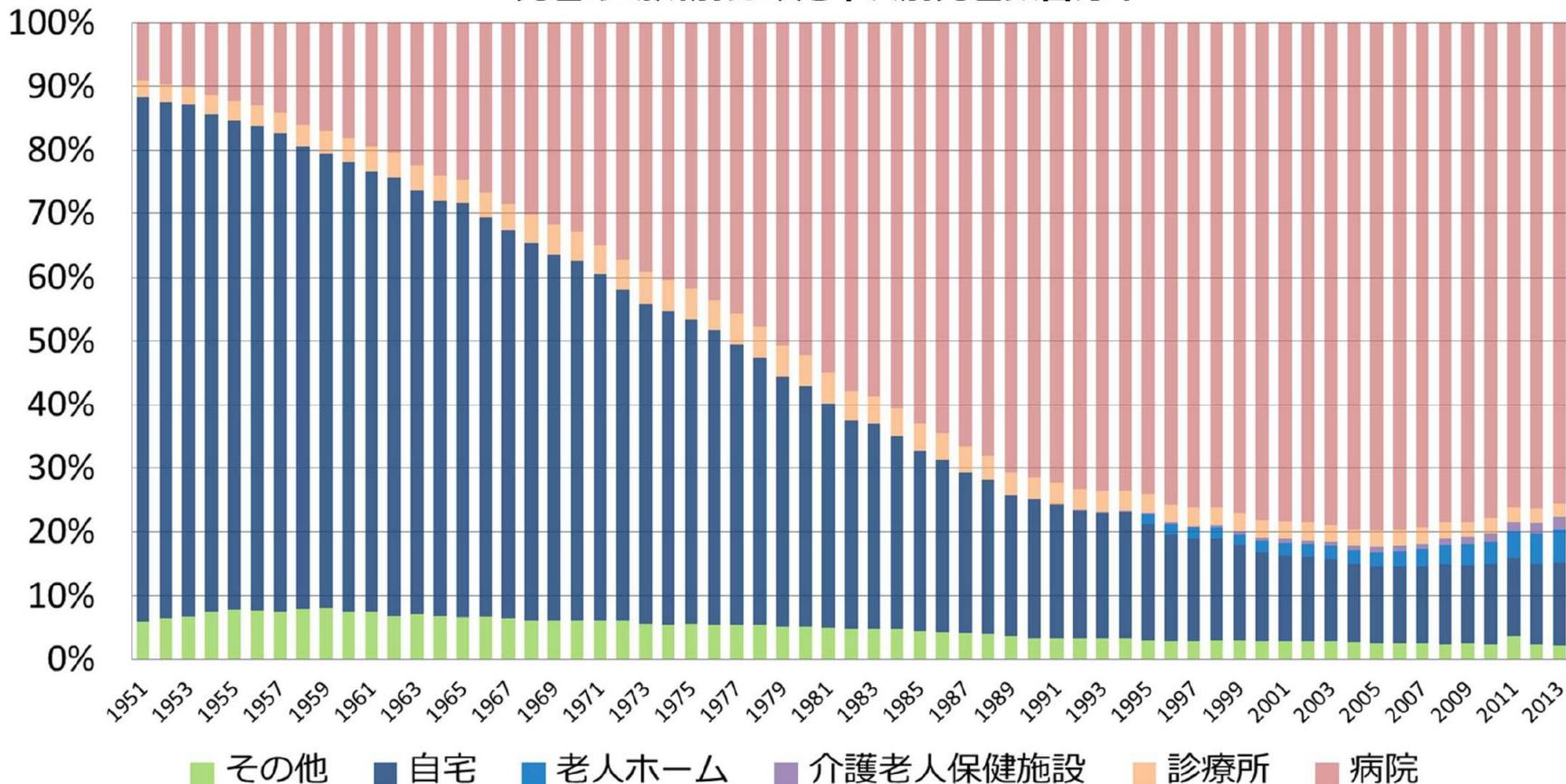


出典：2010年以前は厚生労働省「人口動態統計」による出生数及び死亡数（いずれも日本人）
2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

なぜ地域包括ケアシステムが必要か？③

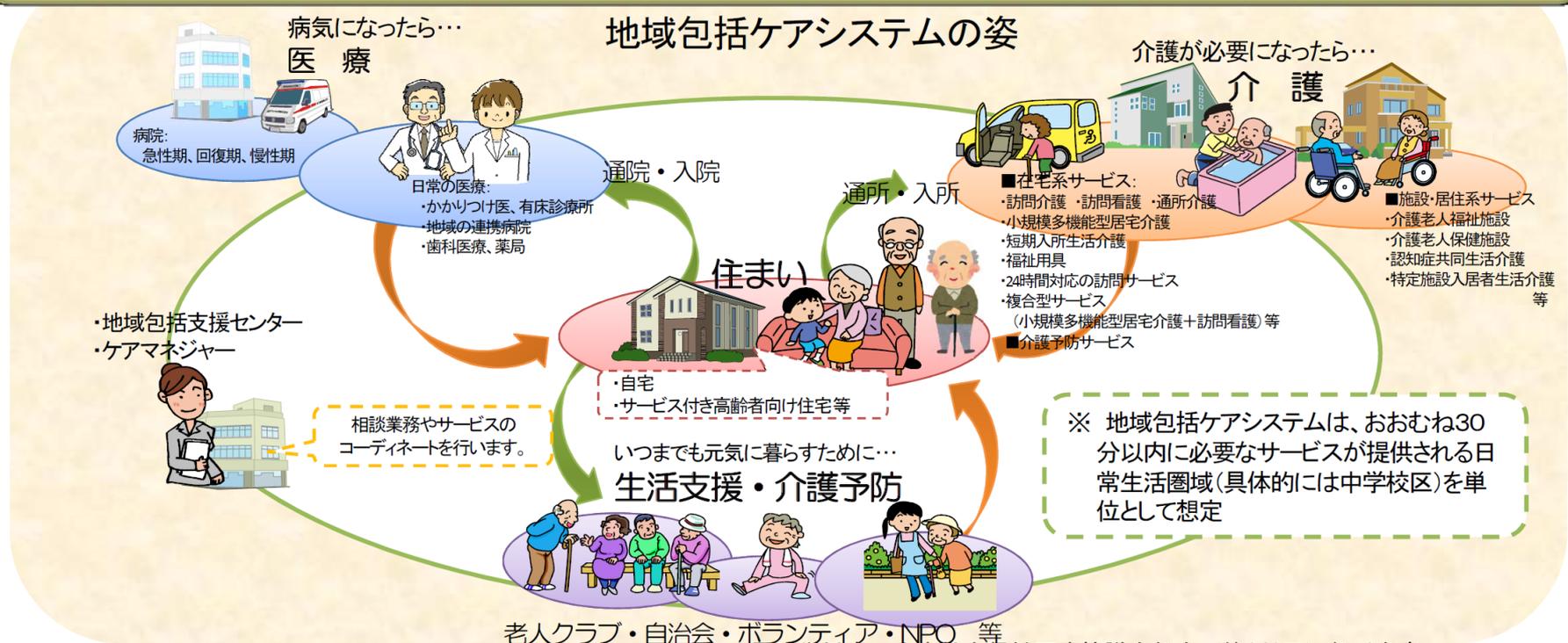
- これまで、自宅等における死亡が減少し、医療機関における死亡が増加する傾向にあった。
- 近年、医療機関以外の場所における死亡が微増する傾向にある。

死亡の場所別にみた年次別死亡数百分率



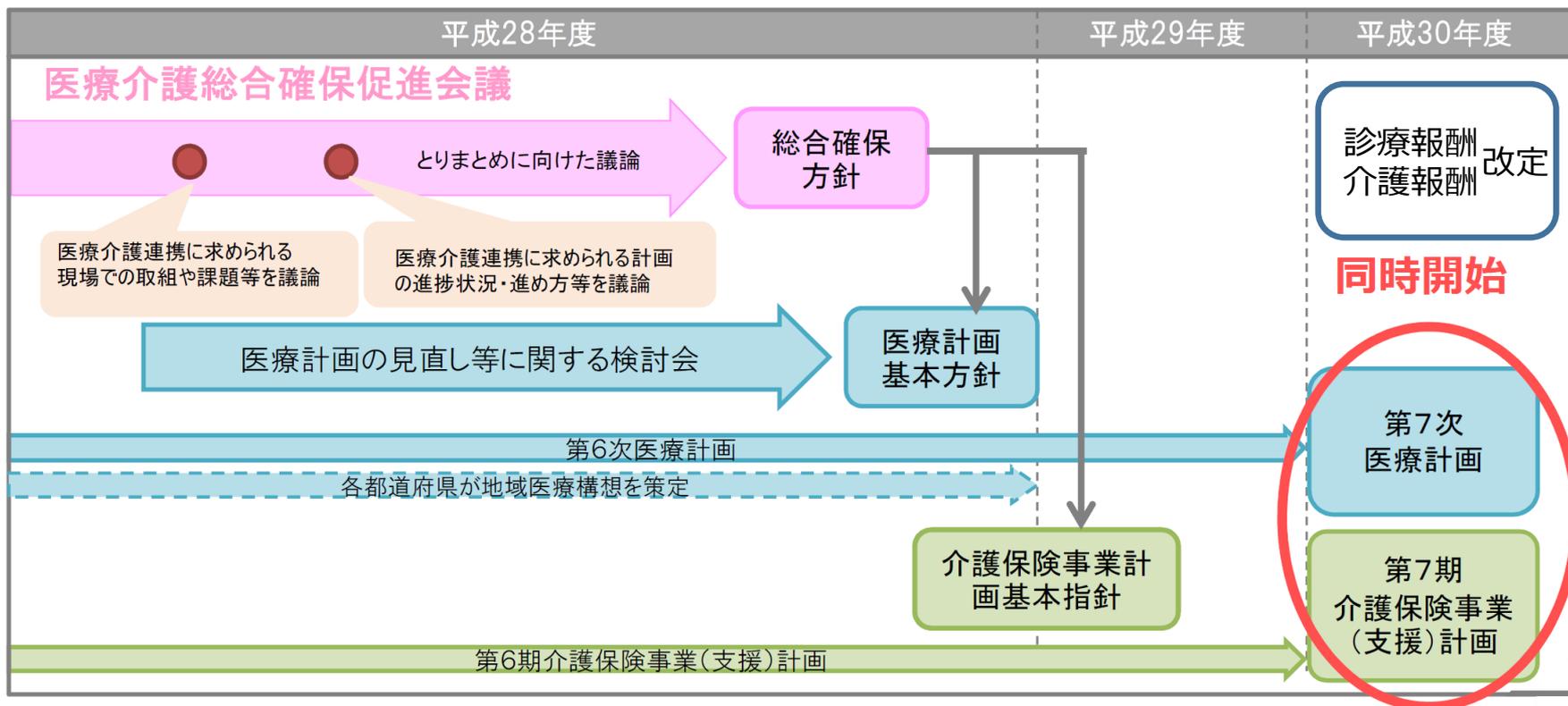
地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、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、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 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。
- 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。**
- 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ことが必要。**



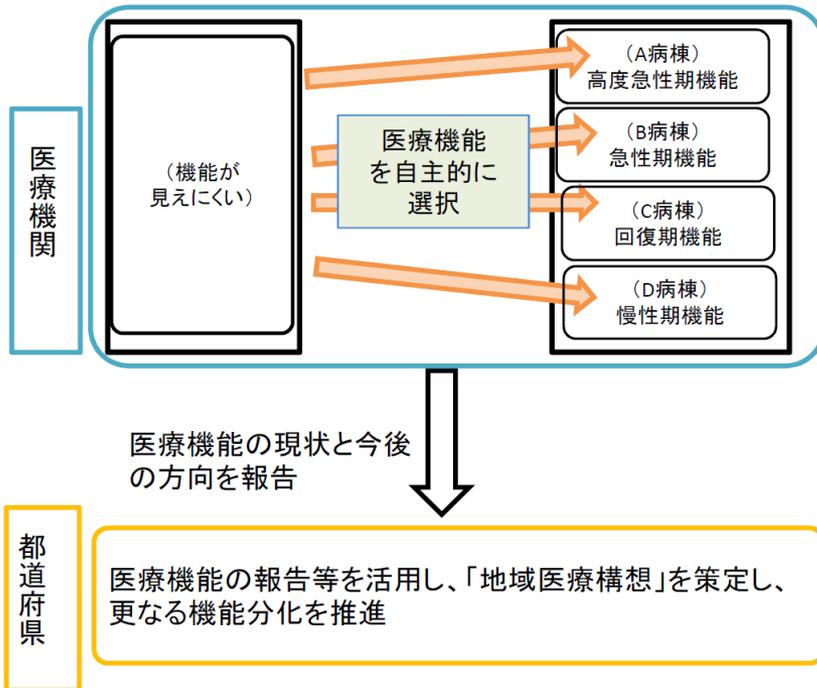
医療と介護の更なる連携の促進に向けて 今後の議論の進め方

- 今後、平成30年度の医療計画と介護保険事業（支援）計画に向けた医療計画基本方針と介護保険事業計画基本指針が策定されることとなる。
- 総合確保方針については、これらの基本方針（指針）の基本となるべき事項等を策定するため、
 - ・ 医療介護連携に求められる**現場での取組や課題等**
 - ・ 医療介護連携に求められる**計画の進捗状況や進め方等**
 について御議論いただきながら、とりまとめに向けた議論を行い、**年内のとりまとめ**を目指す。



地域医療構想について

- 「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)

1. 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機能ごとに医療需要と必要病床数を推計
- ・在宅医療等の医療需要を推計
- ・都道府県内の構想区域(2次医療圏が基本)単位で推計

2. 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、在宅医療等の充実、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。

急性期中心の医療から 慢性期の医療へシフト

「地域医療構想（ビジョン）」策定による医療提供体制の改革

今後の高齢化の進展による医療ニーズの変化を踏まえ、急性期から回復期、在宅医療まで、**それぞれの患者の状態にあった医療サービスを提供できる、バランスのとれた医療提供体制の構築**を目指し、**各地域における2025年の医療提供体制を描く「地域医療構想」を策定**する。

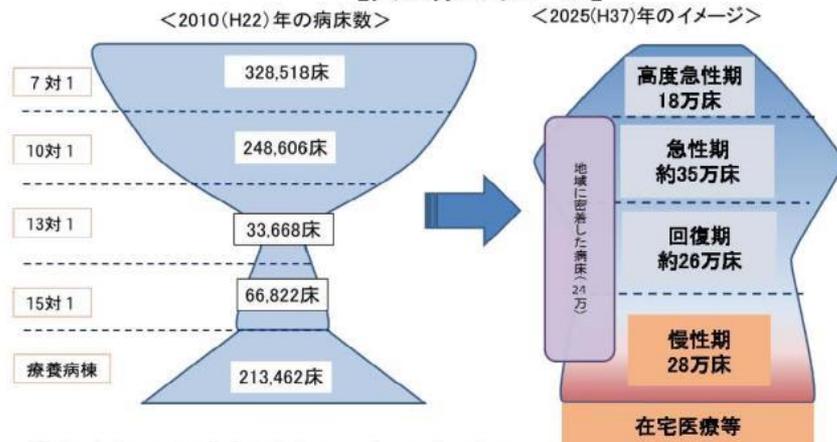
①病床機能報告制度による現状の把握（平成26年10月～）

各医療機関が、**病床の医療機能（高度急性期／急性期／回復期／慢性期）の現状と今後の方向**を選択し、都道府県に報告する。

②地域医療構想の策定（平成27年4月～）

都道府県は、2025年における医療需要を推計し、病床機能報告制度により得られた情報等も活用しつつ、医療計画の一部として、**2025年における医療提供体制を地域医療構想として策定**する。

【国全体のイメージ】



【地域医療構想（ビジョン）の内容】

1. 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（二次医療圏が基本）単位で推計

2. 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

③地域医療構想実現に向けた取組

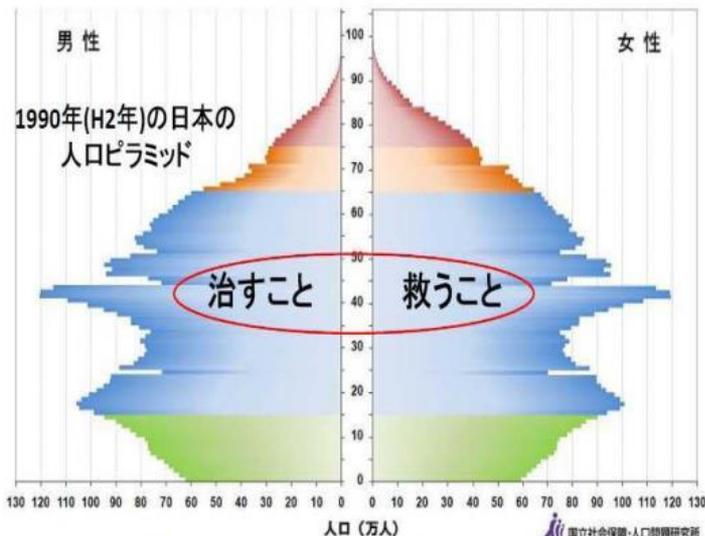
構想の実現に向け、**各地域に設置する地域医療構想調整会議において、各医療機関間の具体的な役割分担等について調整**を行う。都道府県は、**基金の活用等により取組を支援**する。

医療のあり方を変える必要がある

高齢化の進展による医療のあり方の変化

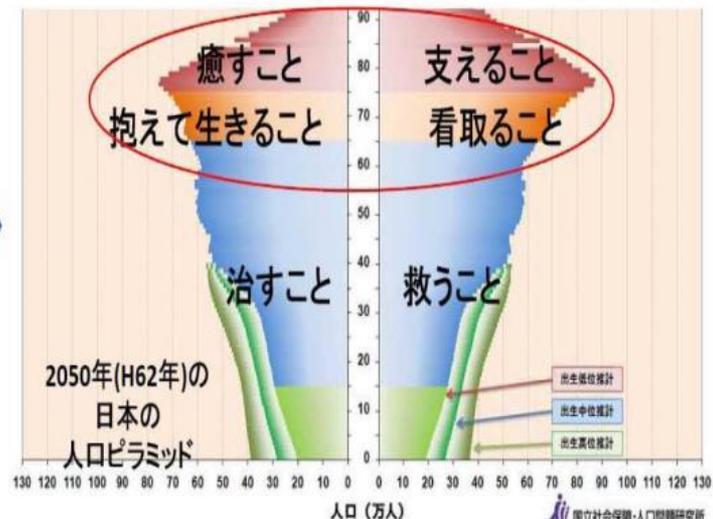
今後の高齢化の進展を踏まえ、医療のあり方は、主に青年壮年期の患者を対象とした、**救命・延命、治療、社会復帰を前提とした「病院完結型」の医療**から、**「慢性疾患が多い」「複数の疾病を抱えることが多い」「個人差が大きい」等の高齢者の疾患の特徴**に合わせて、病気と共存しながら、生活の質の維持・向上を目指す医療、患者の住み慣れた地域や自宅での生活のための医療、**地域で支える「地域完結型」の医療**に変わっていく必要がある。

多くの病気が治せた頃



資料：1920～2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」。

多くの病気を治せなくなる頃

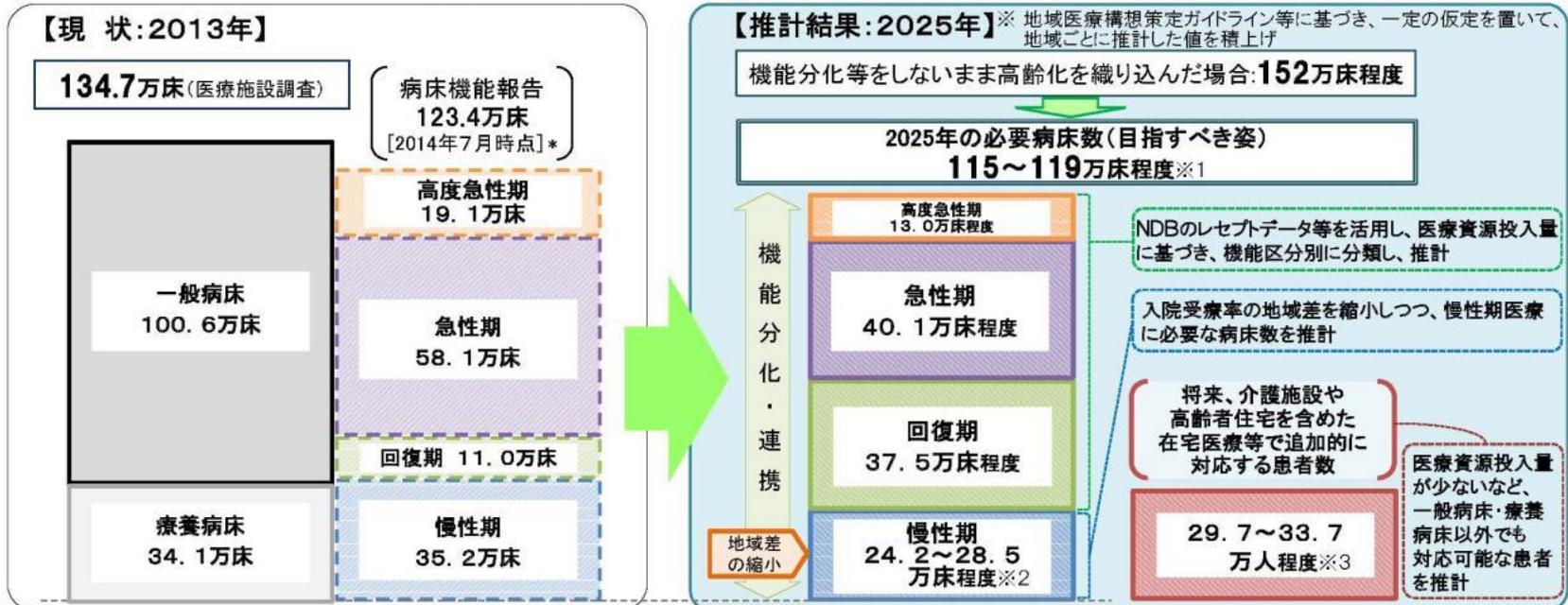


資料：1920～2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」。

医療・介護ネットワークの構築を推進することにより、病床を削減することが可能と見込んでいる

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年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・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、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・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。



* 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

在宅医療と在宅介護サービスの 需要が大幅に増加する

- 「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
- ★患者は急性期病棟から在宅や介護施設へ流れ、在宅等での医療提供が必要な患者が地域に移行してくる
- ★在宅等での医療提供が必要な患者が増加するため、介護施設や自宅などで在宅医療を受けられるような対応を強化しなければならない
- 特に高齢者の入院需要が増加するため、入院できない高齢者による在宅サービス需要が増加する

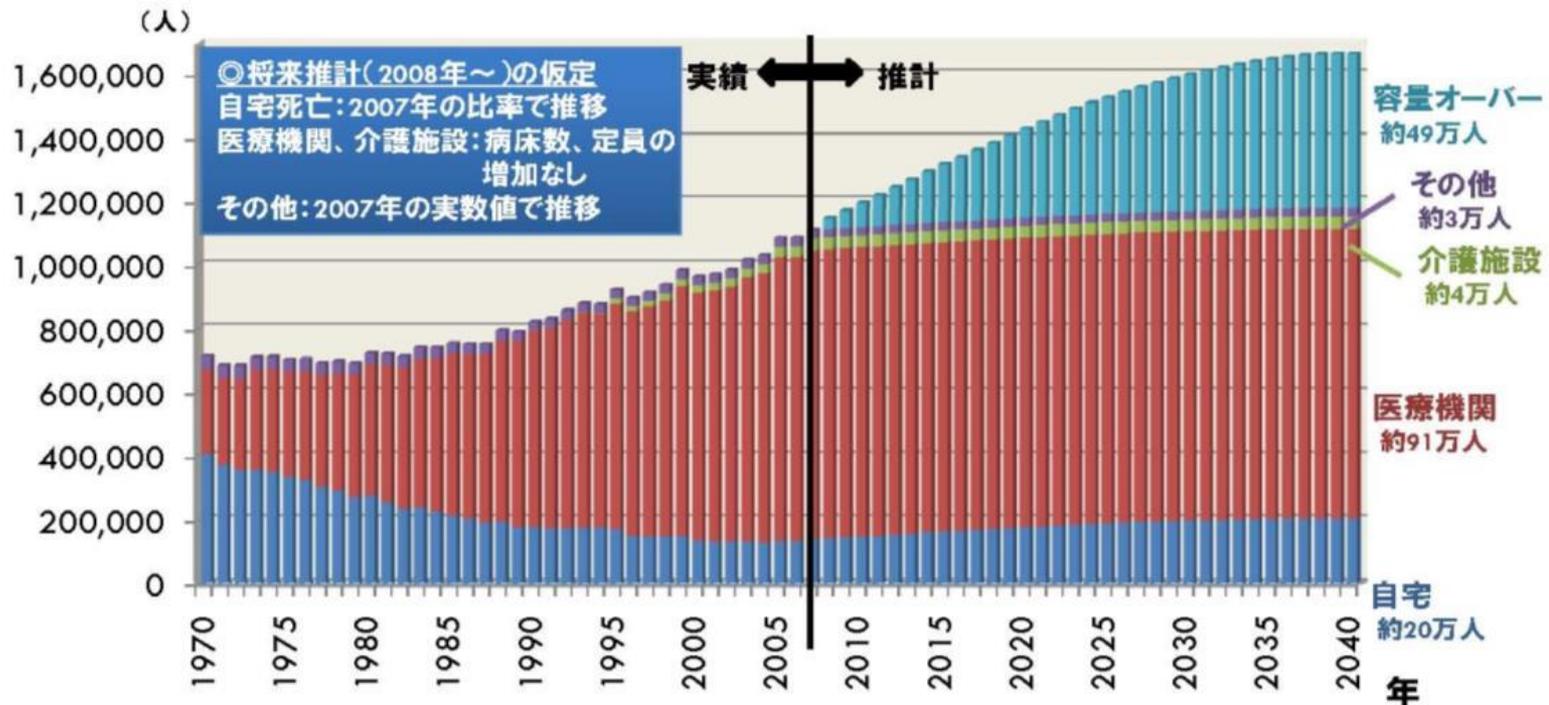
この受け皿としての在宅医療は問題山積

- 高齢化と病床再編による急激な患者増に、在宅での医療提供が追いつかない
 - これに加えて看取りへの対応が必要
-
- 高齢化が進み年間死亡数が110万人から170万人に増加することが見込まれるが、在宅での『看取り』がそれに対応できない
 - 予算や人手も足りず、家族も老老介護状態
 - 在宅訪問看護サービスにより『看取り』まで行うには訪問看護師の24時間・夜間対応が必要
 - 施設や在宅訪問看護サービスへの負担増に必要な看護師数が足りない
-
- それに加えて、地域や家族も自宅で看取る意識がまだ薄く、在宅療養への意識づけ、相談支援が必要

全国で「看取り」患者が増える

看取りの場所の確保が今後、必要

1976年に在宅死の割合と医療機関等での死亡の割合が逆転。2007年時点での医療機関死亡者数、介護施設死亡者数、自宅死亡者割合、その他の死亡者数のまま推移すると、2040年には約49万人分の看取りの場所が不足する見込み。



(出所)2007年までは「人口動態統計」、2008年以降は「将来人口推計」に基づき、推計

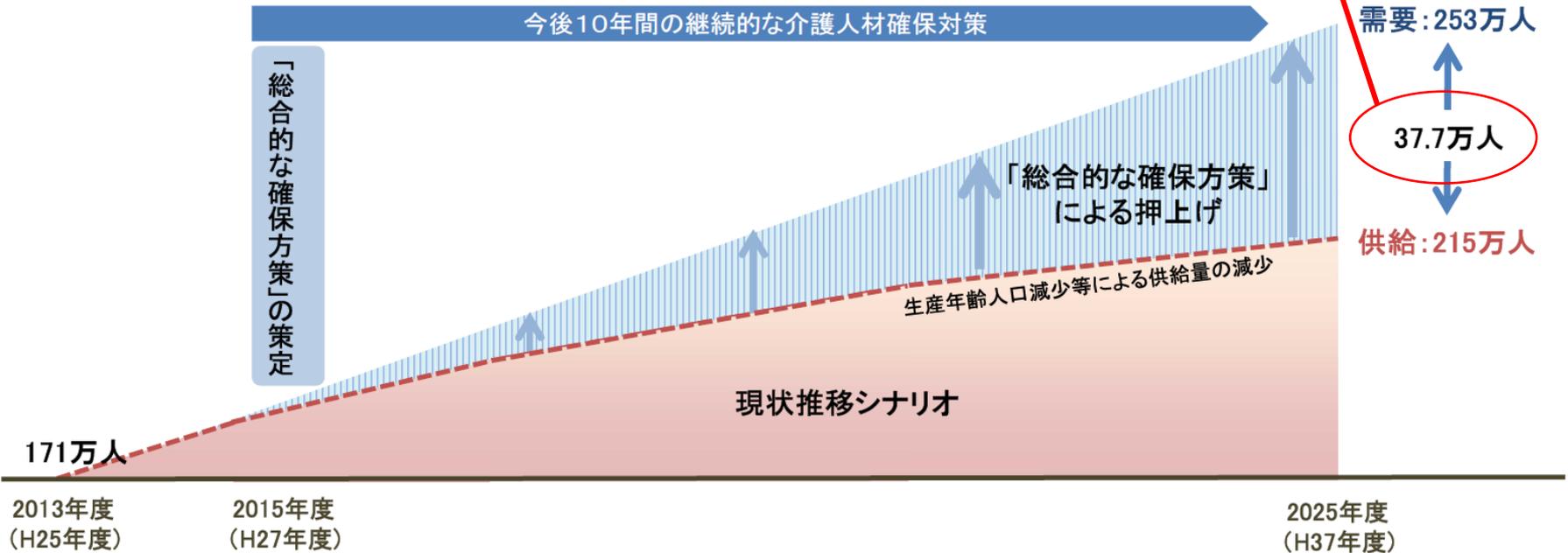
2025年に向けた介護人材の需給推計

○ 2025年に向けた介護人材にかかる需給推計（確定値）

介護人材の需要見込み（2025年度）	253.0万人
現状推移シナリオによる 介護人材の供給見込み（2025年度）	215.2万人
需給ギャップ	37.7万人

介護人材の需給ギャップ
37.7万人不足

介護人材にかかる需給推計結果と「総合的な確保方策」(イメージ)



注1) 需要見込み(約253万人)については、市町村により第6期介護保険事業計画に位置付けられたサービス見込み量等に基づく推計

注2) 供給見込み(約215万人)については、現状推移シナリオ(近年の入職・離職等の動向に将来の生産年齢人口の減少等の人口動態を反映)による推計(平成27年度以降に追加的に取り組む新たな施策の効果は含んでいない)

注3) 「医療・介護に係る長期推計(平成24年3月)」における2025年の介護職員の需要数は237万人～249万人(社会保障・税一体改革におけるサービス提供体制改革を前提とした改革シナリオによる。現状をそのまま将来に当てはめた現状投影シナリオによると218万～229万人。推計値に幅があるのは、非常勤比率の変動を見込んでいることによるもの。同推計及び上記の推計結果のいずれの数値にも通所リハビリテーションの介護職員数は含んでいない。)

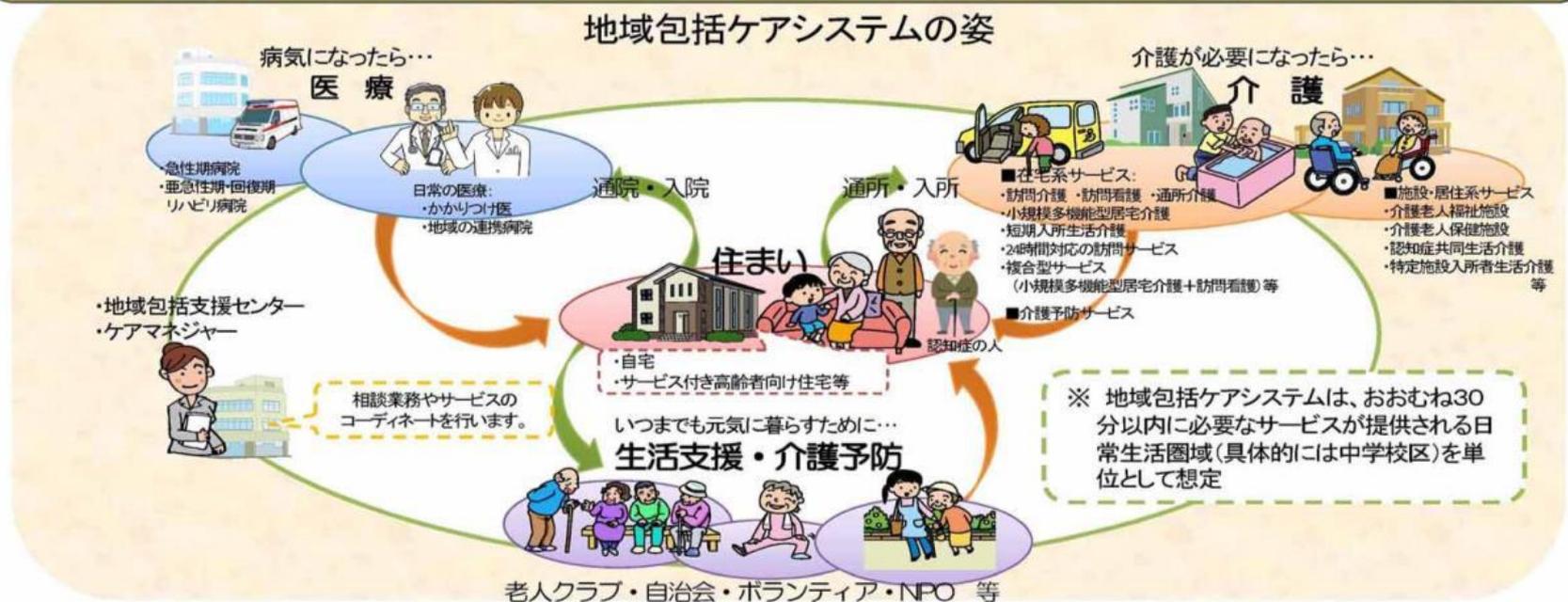
地域包括ケアシステム

「住まい」「医療」「介護」「予防」「生活支援」をバランスよく提供していく仕組み

地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、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**ことが必要です。



在宅医療・介護の連携推進の方向性

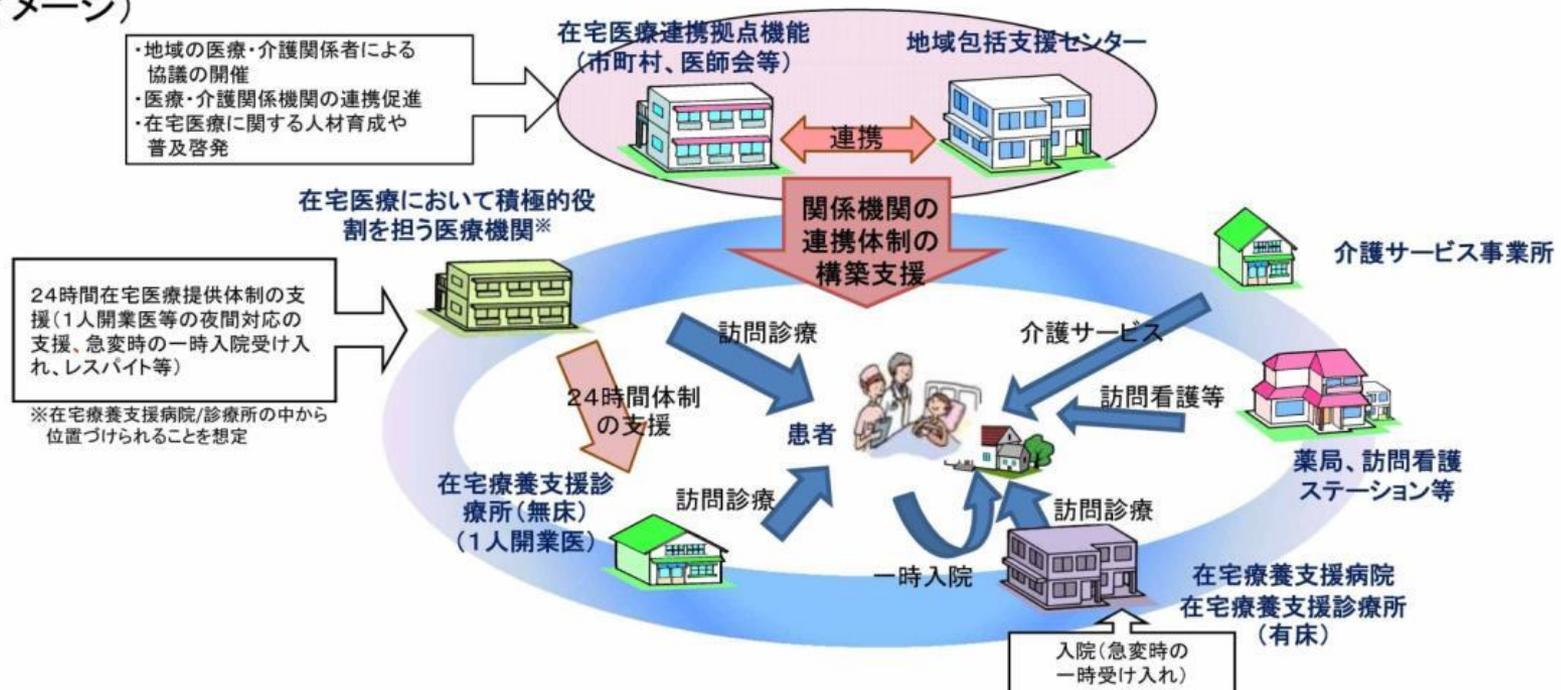
○ 疾病を抱えても、自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を続けられるためには、地域における医療・介護の関係機関(※)が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行うことが必要である。

(※)在宅療養を支える関係機関の例

- ・地域の医療機関（定期的な訪問診療の実施）
- ・在宅療養支援病院・診療所(有床)（急変時に一時的に入院の受け入れの実施）
- ・訪問看護事業所（医療機関と連携し、服薬管理や点眼、褥瘡の予防、浣腸等の看護ケアの実施）
- ・介護サービス事業所（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）

○ このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、市町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を図る。

(イメージ)



在宅医療の体制について

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～

在宅医療の提供体制に求められる医療機能

①退院支援

- 入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施

②日常の療養支援

- 多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療の提供
- 緩和ケアの提供
- 家族への支援

④看取り

- 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

急変

③急変時の対応

- 在宅療養者の病状の急変時における緊急往診体制及び入院病床の確保

医療計画には、各機能を担う医療機関等の名称を記載

- ・病院、診療所(歯科含む)・薬局
- ・訪問看護事業所・居宅介護支援事業所
- ・地域包括支援センター
- ・短期入所サービス提供施設 等

圏域は、二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域など、地域の資源の状況に応じて弾力的に設定

多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供

在宅医療において積極的役割を担う医療機関

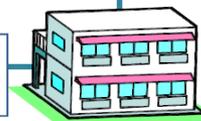
- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
- ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
- ・他医療機関の支援
- ・医療、介護の現場での多職種連携の支援

- ・在宅療養支援診療所
- ・在宅療養支援病院 等

在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
- ・地域の関係者による協議の場の開催
- ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
- ・関係機関の連携体制の構築 等

- ・医師会等関係団体
- ・保健所・市町村 等



地域包括ケアシステムの問題点 ーマンパワーの問題だけではないー

1) 医療と介護の垣根

- 医療保険と介護保険の垣根
（取り払うことが難しい）
- 医療と介護では情報の統一がされていない
- 医療と介護では考え方や言葉が異なり
「連携どころか、コミュニケーションも難しい」と言われている
- 介護保険制度を所管し医療・介護の現場に近い市町村と県との連携も必須

地域包括ケアシステムの問題点

2) 介護保険制度の複雑さ

- 現在の制度では、特養、老健、グループホーム、デイサービス、訪問介護、小規模多機能など複雑に分かれ、
それぞれに基準があり加算や減算が付いている
（施設でケアする場合、グループホームの場合、小規模多機能の場合で金額が異なる）
- さらに
介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、
介護老人保健施設、介護療養型医療施設など、
介護保険三施設も、
それぞれに発達し機能も異なり連携困難

地域包括ケアシステムの問題点

3) 医療・介護需要ピーク期の見極め

- 地域により人口動態、医療・介護需要のピークの時期や程度が異なるため、施設増設においても
需要のピークを見極めた対策を地域ごとに検討する必要がある
- 需要ピークに合わせて増設すると、
ピーク後に空床が発生する

地域医療構想（ビジョン） と 医療計画の策定

「地域医療構想は、破綻回避への最後の手

— リポート・地域医療構想

- 地域医療構想の策定に関する調査の一環として、7対1病床から地域包括ケア病棟などに転換した事例についての調査を実施中
- 病気と共存しながら地域で生きていく高齢者を支えるには、高齢者の医療に特化した病棟が必要
- 地域の在宅や介護の受け入れ体制を決めないまま、療養病床から患者を出すことで、将来的に地域の医療・介護が破綻する危険性
- 地域医療構想について、「将来の医療・介護の破綻回避であり、全員で解決策を考えていくしかない」

■ 患者がかわる中で急性期から回復期へのシフトを促す

“病気が治る患者”ではなく、病気と共存し地域で生活する高齢者が増加
→慢性期病床の削減は考えられない

■ 地域の受け入れ体制を決めなかったことが混乱を生んだ

受け皿のないまま、病床を削減するから出て行けとなれば、地域の医療・介護は本当に破綻するのではないか

■ 医療・介護が破綻するのを避けるのが目的

- 地域医療構想は、病床の削減も急性期を減らすことも目的ではなく、**医療・介護が破綻するのを回避するのが目的**
- 危機を全員で共有し、全員で解決策を考えていくしかない

地域医療構想(ビジョン)の 企図するもの

医療需要の急増に対し・・・

- 在院日数を適正に短縮する
- 病床機能を急性期主力から
回復期・慢性期・在宅へ誘導する

以上により対応することを企図した政策

最大の1つの問題点

療養病床の入院患者のうち

医療区分1の患者の7割を在宅へ

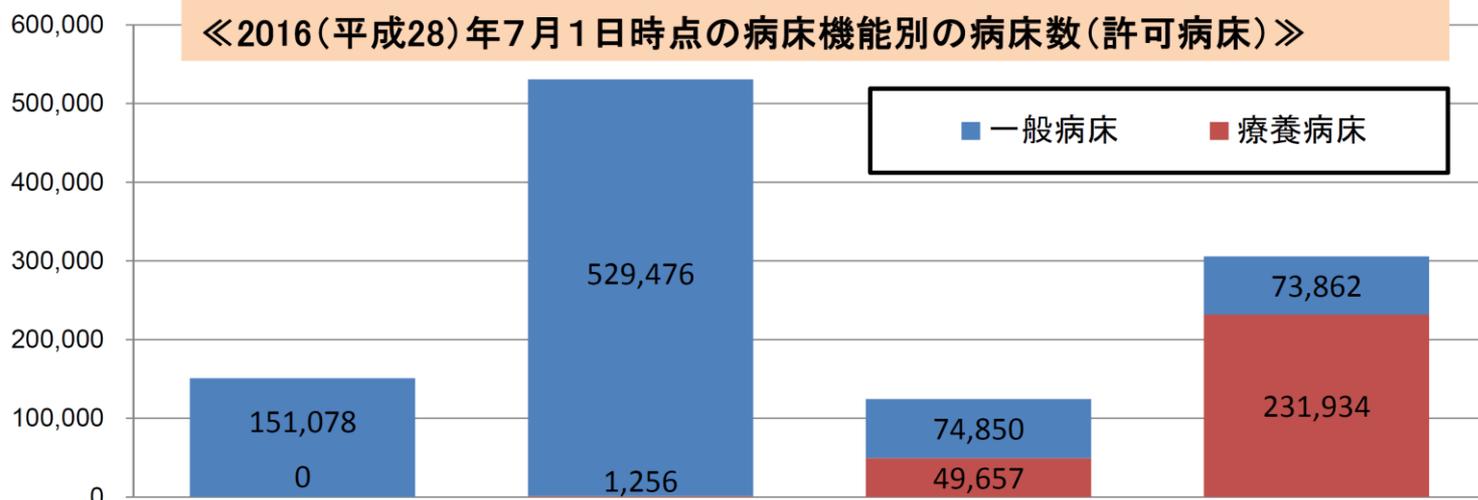
本当に可能か？

平成28年度速報

平成29年2月17日開催
「第9回医療計画の見直し等に関する検討会」資料

平成28年度病床機能報告における医療機能別病床数の報告状況【平成28年末速報】

○本集計は、11月15日までに報告があった医療機関のうち、各集計項目に不備がなかった以下の医療機関を対象として実施。
 ・病床数に関連する集計は、10,883施設(病院6,333施設、有床診療所4,550施設)を対象として実施。
 (cf. 報告対象医療機関数は、14,363施設(病院7,351施設、有床診療所7,012施設))
 (cf. 医療施設調査(動態)における平成28年6月末時点の許可病床(一般、療養)の総数は1,324,148床)



2016年7月
現在

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計
合計(床)	151,078	530,732	124,507	305,796	1,112,113
うち一般病床	151,078	529,476	74,850	73,862	829,266
うち療養病床	0	1,256	49,657	231,934	282,847
構成比 (2016年速報)	13.6%	47.7%	11.2%	27.5%	100.0%
構成比 (2015年)	13.6%	47.6%	10.4%	28.4%	100.0%
構成比 (2014年)	15.5%	47.1%	8.8%	28.6%	100.0%

現行の医療計画制度について(平成25年～)

趣旨

- 都道府県が、地域の実情に応じて、医療提供体制の確保を図るために策定。
- 医療提供の量(病床数)を管理するとともに、質の高い医療を受けられる体制(医療連携・医療安全)を整備。
- 医療機能の分化・連携を推進することにより、急性期から回復期、在宅療養に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される「地域完結型医療」を推進。

医療計画における記載事項

- 5疾病・5事業(※)及び在宅医療に係る目標、医療連携体制及び住民への情報提供推進策
 - ※ 5疾病・5事業…5つの疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患)と5つの事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む))をいう。
- 地域医療支援センターにおいて実施する事業等による医師、看護師等の医療従事者の確保
- 医療の安全の確保 ○ 二次医療圏(※)、三次医療圏の設定 ○ 基準病床数の算定 等
 - ※ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入・流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

【 医療連携体制の構築、周知及び取組の推進 】

- ◇ 5疾病・5事業ごとに、必要な医療機能(目標、医療機関に求められる事項等)と各医療機能を担う医療機関の名称を医療計画に記載し、地域の医療連携体制の構築を推進。
- ◇ 住民や患者の地域における医療機能の理解を促すため、地域の医療連携体制を分かりやすく提示。
- ◇ 医療資源・医療連携等に関する現状を把握した上で課題の抽出、数値目標を設定し、医療連携体制の構築のための具体的な施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う(疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進)。

医療計画の見直し等に関する検討会

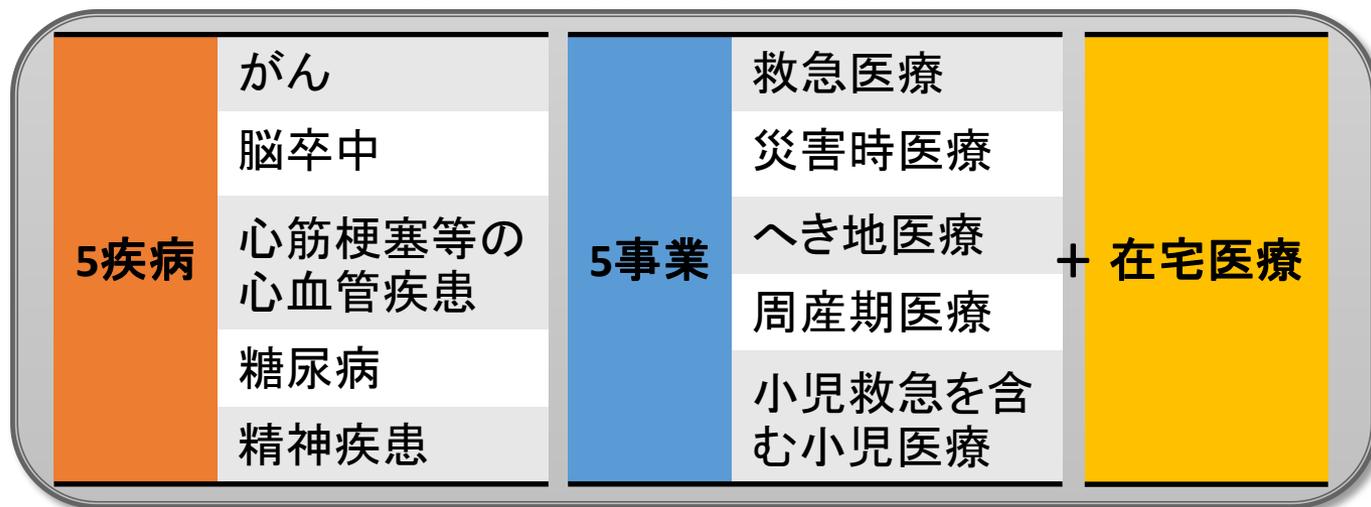
検討会の構成員（敬称略。五十音順 2017年6月現在）

相澤 孝夫	日本病院会副会長
安部 好弘	日本薬剤師会常務理事
市川 朝洋	日本医師会常任理事
今村 知明	奈良県立医科大学教授
遠藤 久夫 (座長)	国立社会保障・人口問題 研究所所長
尾形 裕也	東京大学政策ビジョン研 究センター特任教授
加納 繁照	日本医療法人協会会長
櫻木 章司	日本精神科病院協会理事

佐藤 保	日本歯科医師会副会長
田中 滋 (座長代理)	慶應義塾大学名誉教授
西澤 寛俊	全日本病院協会名誉会長
野原 勝	岩手県保健福祉部副部長
藤井 康弘	全国健康保険協会理事
本多 伸行	健康保険組合連合会理事
山口 育子	ささえあい医療人権 センターCOML 理事長
吉川 久美子	日本看護協会常任理事

第7次医療計画 策定ポイント

- 5疾病・5事業、在宅医療の提供体制構築指針



- 施策、事業ごとにアウトカム（住民の健康状態や患者の状態への影響）やプロセス（実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関の連携体制）などに着目した**指標**を提示
- 例えば、がんの医療提供体制構築では、
がんの**年齢調整罹患率**、がん患者の**年齢調整死亡率**（アウトカム指標）、
がん検診受診率、がん患者指導の実施件数、入院・外来緩和ケアの実施
件数（プロセス指標）—などを現状把握のための指標例として示した

第7次 医療計画について

I. 医療計画について

1. 医療計画の作成について
2. **医療連携体制について** → **医療機関と関係機関との連携体制**
3. 医療従事者の確保等の記載事項について
4. 基準病床数及び特定の病床等に係る特例等について
5. 既存病床数及び申請病床数について
6. 医療計画の作成手順等について
7. 医療計画の推進について
8. 都道府県知事の勧告について
9. 公的性格を有する病院又は診療所の開設等の規制について

II. 疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について

1. 5疾病に係る指針
2. 5事業にかかる指針
3. **在宅医療の体制構築に係る指針** → **在宅医療**

医療機関と関係機関との連携体制



【病病連携 及び 病診連携】

今後、地域における医療提供体制の構築に当たっては、地域医療構想における病床の機能分化・連携を進めていくこととしており、それぞれの医療機関が地域において果たす役割を踏まえ、地域全体で効率的・効果的な医療提供体制を構築していくことが必要である。

医療計画においては、**急性期から回復期・慢性期までの切れ目ない連携体制**の構築に取り組むことや、疾病予防・介護予防まで含めた体制の構築を進めていくことから、**病病連携及び病診連携を、より一層進める**ことが必要となる。

医療機関及び関係機関との連携に当たって、効率的に患者の診療情報等を共有するため、**情報通信技術(ICT)の活用**も含めた検討を行う

在宅医療



- ◆ 高齢化の進展に伴い疾病構造が変化
- ◆ 誰もが何らかの病気を抱えながら生活をするようになる中

「治す医療」から「**治し、支える医療**」への転換

在宅医療

- ・ 高齢になっても
- ・ 病気になっても
- ・ 障害があっても

住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、
入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療

今後増大する慢性期の医療ニーズに対し、その受け皿として、さらに看取りを含む医療提供体制の基盤の一つとして期待

地域包括ケアシステムの不可欠の構成要素

**地域医療構想と医療計画
のための
指標の作成と推進施策の研究**

平成29年度 厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業) 病床機能の分化・連携や病床の効率的利用等のために 必要となる実施可能な施策に関する研究

研究代表者

統括 今村 知明(奈良県立医科大学)

<分担班>

統括補佐
野田 龍也(奈良県立医科大学)

1. 医療計画班
河原 和夫(東京医科歯科大学)
田辺 正樹(三重大学)
田極 晴美(三菱UFJリサーチ&コンサル)

2. 定量分析班
(DPCデータ等を用いた分析)
松田 晋哉(産業医科大学)
藤森 研司(東北大学)
伏見 清秀(東京医科歯科大学)
石川 ベンジャミン光一
(国立がん研究センター)

3. 機能連携班
(病院間連携やパスについて)

副島 秀久(熊本県済生会)
町田 二郎(済生会熊本病院)
池田 俊也(国際医療福祉大学)
瀬戸 僚馬(東京医療保健大学)
小林 美亜(千葉大学)

4. 事例統括班
(各団体への情報・資料提供依頼の助言と監修)

長谷川 友紀(東邦大学)
池田 俊也(国際医療福祉大学)
瀬戸 僚馬(東京医療保健大学)
小林 美亜(千葉大学)

事務局 (三菱総合研究所)
赤木 匠、猪股 亮裕、他

5. 地域包括班
(病院側からみた慢性期・在宅)

町田 宗仁(金沢大学)
牧野 憲一(旭川赤十字病院)
木村 慎吾(石川県健康福祉部)
伊藤 達哉(長野県健康福祉部)

6. 実地検証班
(奈良県での実地検証)

林 修一郎(奈良県医療政策部)
和家佐 日登美(奈良県中和保健所)

大規模データ班
(病床機能報告、DPCデータ、NDBなどの分析手法の開発)

康永 秀生(東京大学)
加藤 源太(京都大学)

黄色:医療計画グループ
緑色:地域医療構想グループ

研究班では、地域医療構想や計画を進める上で各自治体や病院での現状理解を補助するための「見える化」の検討を行っている

- ①地域指標の「見える化」
- ②地域事例の「見える化」
- ③病院機能の「見える化」 等

見える化

疾病別アクセス分布

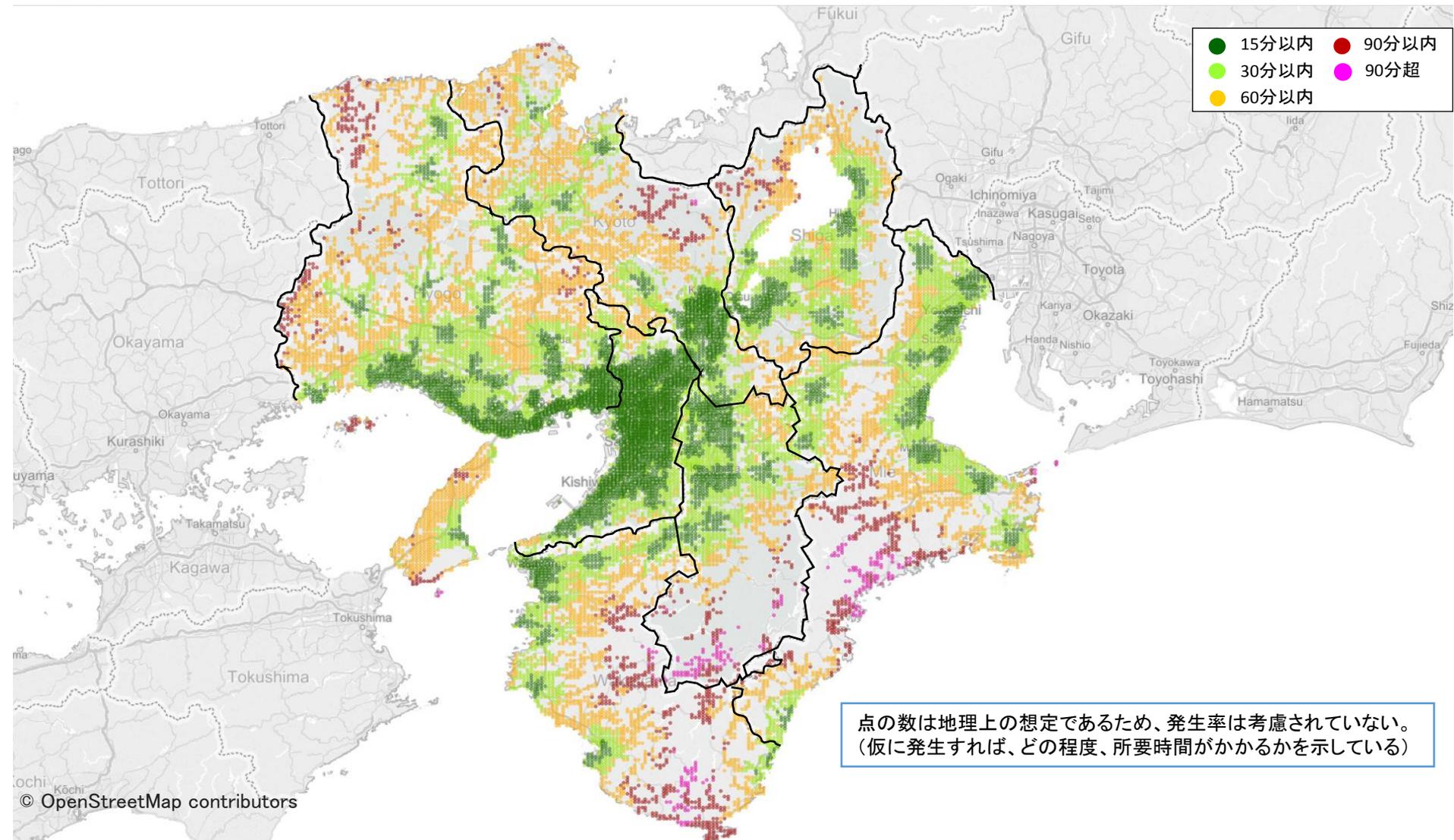
①脳梗塞(広域)

厚労省DPC調査-2013(H25)年度

傷病分類 010060脳梗塞

都道府県 Multiple Values
2次医療圏 All
市区町村 All

	15分以内	30分以内	60分以内	90分以内	90分超
人口	18,229,229	3,362,037	1,021,066	127,243	18,044
カバー率	80.1%	94.9%	99.4%	99.9%	100.0%



点の数は地理上の想定であるため、発生率は考慮されていない。
(仮に発生すれば、どの程度、所要時間がかかるかを示している)

石川ベンジャミン光一先生WEBサイト <https://public.tableau.com/profile/kbishikawa#!/>

「傷病別カバーエリア/part2/HD」 運転時間に基づくカバーエリア / 厚労省DPC調査-2013(H25)年度

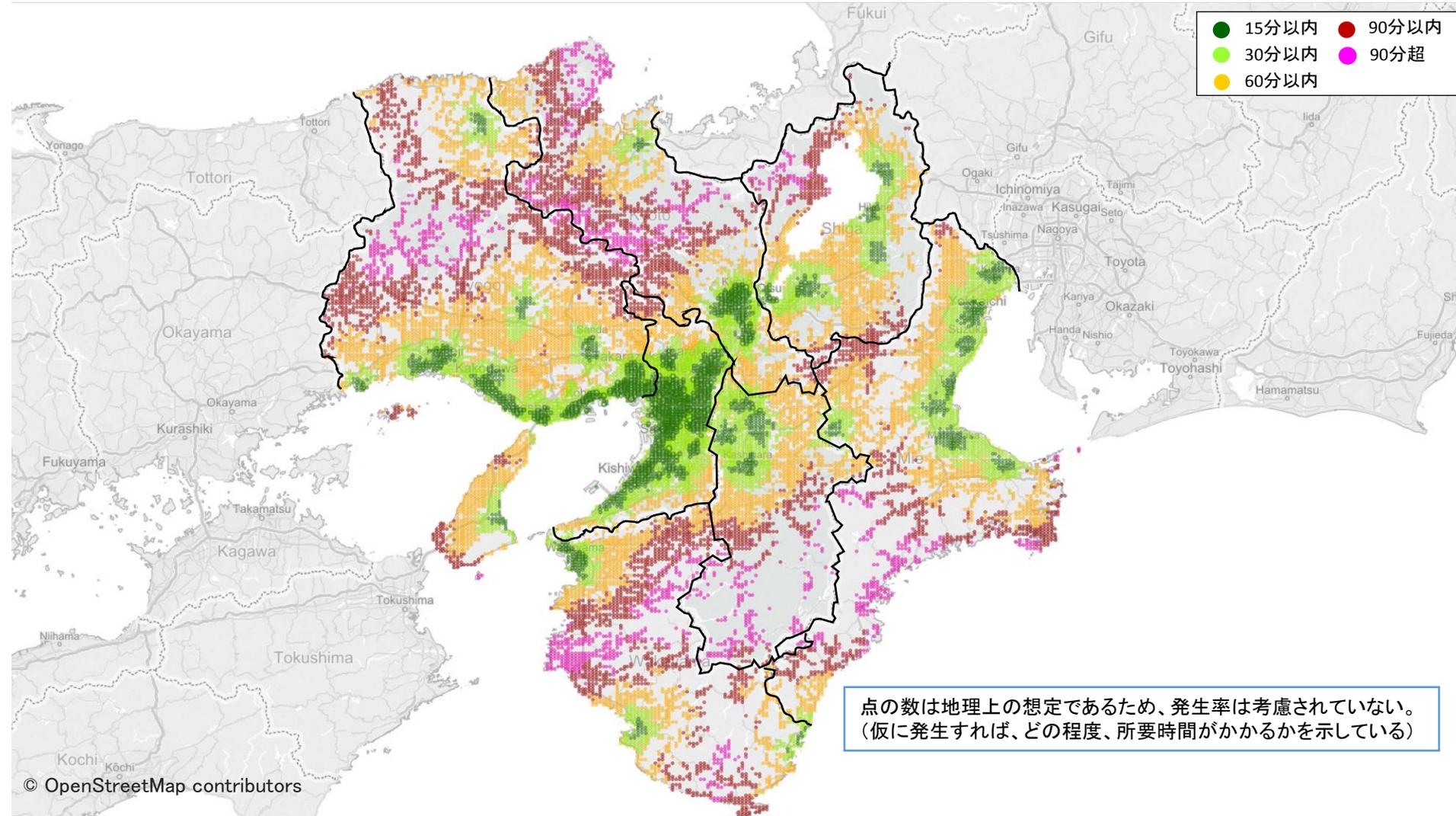
②くも膜下出血、破裂脳動脈瘤(広域)

エリア / 厚労省DPC調査-2013(H25)年度

都道府県 Multiple Values
 2次医療圏 All
 市区町村 All

	15分以内	30分以内	60分以内	90分以内	90分超
人口	11,415,737	7,911,949	2,496,352	726,763	206,818
カバー率	50.2%	84.9%	95.9%	99.1%	100.0%

傷病分類 010020くも膜下出血、破裂脳動脈瘤



見える化

参考事例集

地域医療構想を推進するために 参考となる事例集

●平成28年度厚生労働科学研究費(病床機能班)による調査

➤平成27年度調査に続き、2回目の調査実施

◆調査期間:平成28年11月4日～12月18日

- 調査目的:都道府県が地域医療構想の策定や構想の実現のための施策を立案し、実施する際の参考とすることを目的とする
- 調査方法:厚労省から病院団体を通じて医療機関に調査票を送付
- 調査2年目より、日本医師会、日本病院会にもご協力いただいた

ご協力いただいた病院団体

日本医師会

日本病院会

全日本病院協会

日本慢性期医療協会

全国自治体病院協議会

日本赤十字社

恩賜財団済生会

国立病院機構

地域医療機能推進機構

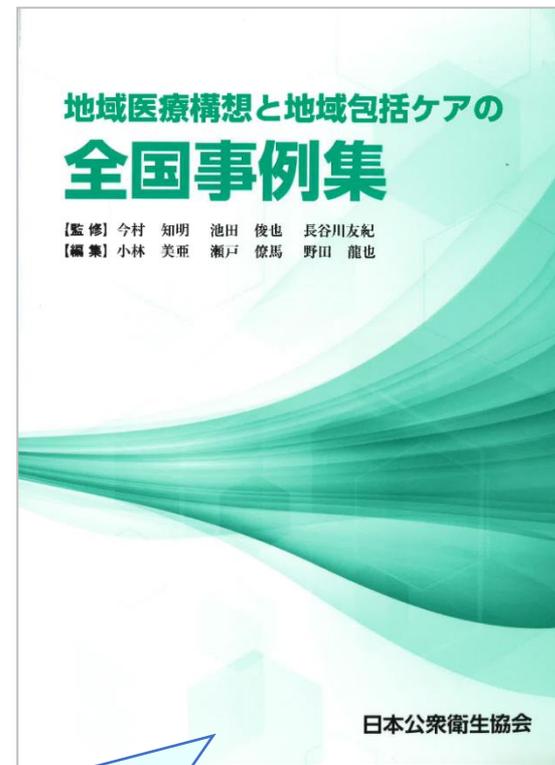
日本医療法人協会

地域医療構想を推進するために 参考となる事例集

- H28年度調査結果(2年目の調査)
- 病院団体を通じて、75病院から101事例を収集

掲載されている事例

- 病床の機能分化・連携の推進についての報告
 - 退院調整等の円滑な実施
 - 重症度別病棟制 等
- 病床の利用の効率化等の推進についての報告
 - 在院日数の減少 等
- 病院が取り組む地域包括ケアについての報告
 - 地域医療連携室の体制および活動強化 等
 - 地域連携パスについても49事例



- ★ H27年度調査結果(1年目調査)を出版・公表している。※上記表紙
- ★ H28年度調査結果(2年目調査)も公表予定であり、現在出版準備中

- H29年度調査(3年目)も実施する

見える化

病院プロファイリング

急性期指標

- 病床機能報告を「見える化」できないかを検討
- 病床機能報告から病院の急性期機能を担う項目を選出して比較できるように標準化

病床機能報告の442項目から、

- ① 主たる診療分野が急性期であるような病院が満たしそうな219項目を選ぶ
- ② 平均値や分散を標準化
- ③ 全項目の合計値も算出

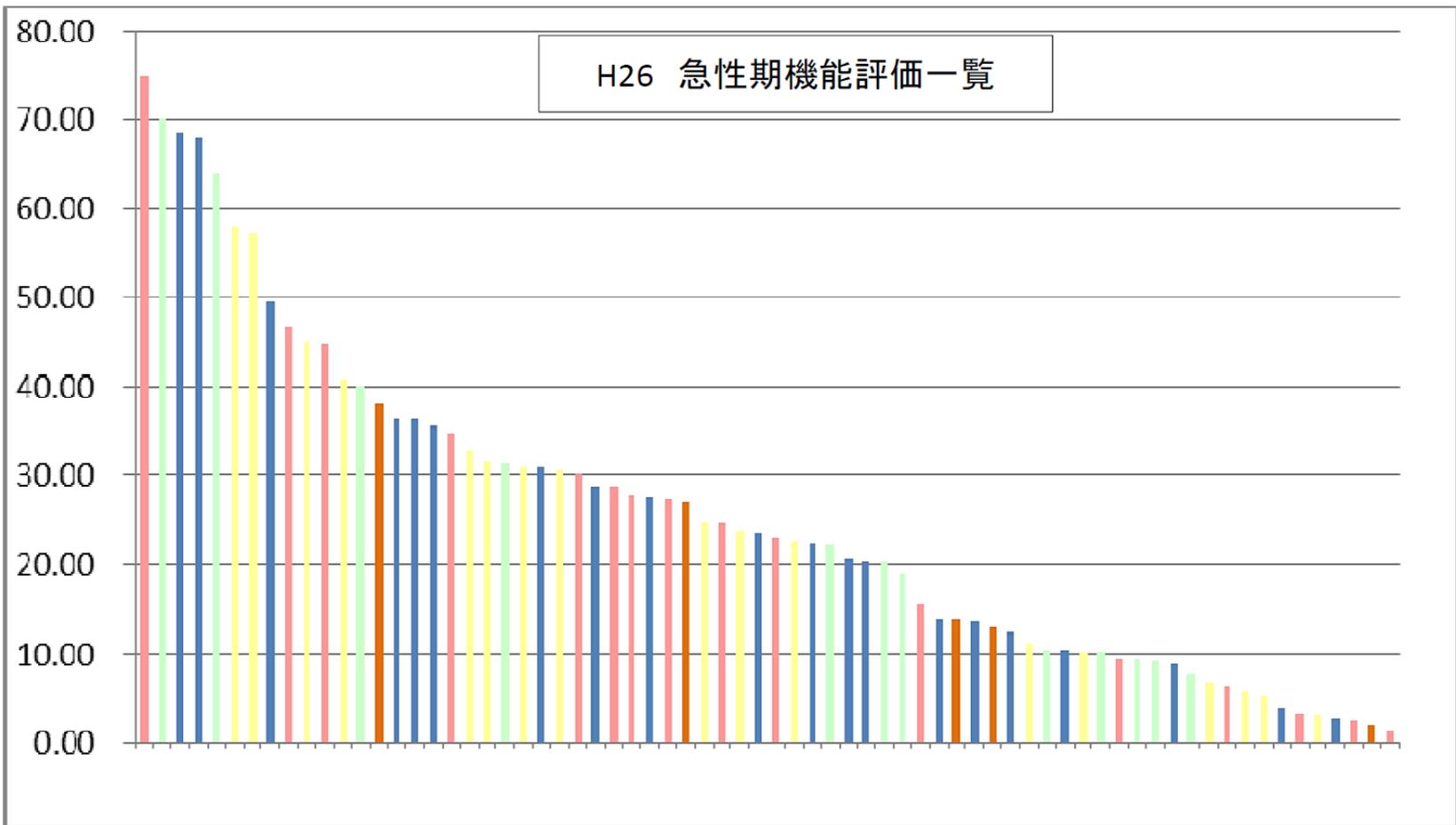
医師、看護師の合議体で指標を選抜。

奈良県全体の分布

大

数値化による急性期機能の傾向

小



奈良県急性期指標(仮称)

(総病床数で計算)

医療圏	病院名	急性期指標(仮)
奈良	市立奈良病院	48.60
	医療法人新生会高の原中央病院	38.13
	奈良県総合医療センター	49.45
東和	国保中央病院	33.70
	社会福祉法人恩賜財団済生会中和病院	36.55
	社会医療法人高清会 高井病院	42.66
	公益財団法人天理よろづ相談所病院	51.29
西和	近畿大学医学部奈良病院	44.91
	奈良県西和医療センター	44.18
	医療法人和幸会阪奈中央病院	32.75
	独立行政法人地域医療機能推進機構大和郡山病院	41.90
中和	中井記念病院	33.51
	奈良県立医科大学附属病院	53.42
	平成記念病院	32.51
	大和高田市立病院	42.91

病院急性期指標(仮称)(奈良県版)

2016年4月15日(金)に、地域医療構想 病院急性期指標(仮称)(奈良県版)を奈良医大公衆衛生学講座ホームページにて公表している。

http://www.naramed-u.ac.jp/~hpm/res_document.html

公立大学法人奈良県立医科大学公衆衛生学(旧健康政策医学)講座ホームページ「出版物・資料(ダウンロード)」

公立大学法人奈良県立医科大学 健康政策医学講座
Department of Public Health, Health Management and Policy, Nara Medicine Faculty of Medicine

HOME ダウンロード 健政News! アクセス お問い合わせ 奈良医大HP

HOME > 研究関連資料

■ 出版物・資料 **UP!!**

当講座の出版物等の研究関連資料を閲覧・ダウンロードできます。

地域医療構想 病院急性期指標(仮称)(奈良県版) **NEW!!**

2016.04.15掲載

厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)
病床機能の分化・連携や病床の効率的利用等のために必要となる実施可能な施策に関する研究班

奈良県内の病院につき、2014年度病床機能報告の公表データを用いて、高度急性期・急性期を特徴づける指標(急性期指標(仮称))を試行的に開発したものです。

1. 急性期指標(仮称)の作成方法と解釈上の注意点(PDF)
[PDF 全20ページ ダウンロード](#)
2. 奈良県急性期指標(仮称)(Excel)
[EXCELファイル ダウンロード](#)
3. 奈良県急性期指標(仮称)元データ(Excel)
[EXCELファイル ダウンロード](#)
4. 奈良県急性期指標(仮称)算出方法(Excel)
[EXCELファイル ダウンロード](#)

地域医療構想に関するWGで 急性期指標を報告

第4回 地域医療構想に関するワーキンググループ
(平成29年5月10日)で、急性期指標について報告した

• 急性期指標の作成方法

• 使用上の禁忌

(急性期の度合いを把握することはできるが、
回復期や慢性期の機能を測ることはできない)

等を解説した上で・・・

「各病院にとっては、自院の病床戦略のための判断材料の1つになる」

との急性期指標の意義を示した

平成29年5月10日(水)
10時00分～12時00分
厚生労働省省議室(9階)

第4回 地域医療構想に関するワーキンググループ

議事次第

1. 地域医療構想に関するワーキンググループにおける今後整理が必要な事項について
2. 平成28年度病床機能報告の結果について
3. 各都道府県の地域医療構想について
4. 急性期指標について
5. その他

急性期指標について

【資料】

- 資料1 地域医療構想に関するワーキンググループにおける今後整理が必要な事項について(案)
- 資料2 平成28年度病床機能報告の結果について
- 資料3 各都道府県の地域医療構想について
- 資料4 急性期指標の検討について(今村構成員提出資料)

【参考資料】

- 参考資料1 急性期指標に使用した病床機能報告の項目
- 参考資料2 医療計画策定研修会について

まとめ

- 人口構成の変化に医療界や地域住民が正しく対応してゆくためには、医療界や地域住民自身が正しく現状を認識する必要がある
- そのためにはより分かりやすい「見える化」が求められている
- 病院間の機能連携と、そこからいかに地域包括ケアシステムにつなげるかも重要

➤ これにより、医療界や地域住民が自主的に動き出すことが理想的である

ご静聴ありがとうございました