

平成30年度 地域保健総合推進事業

「医療構想と包括ケアの推進における 保健所の役割についての研究」 報告書

平成31年3月

日本公衆衛生協会

分担事業者 中本 稔（島根県益田保健所長）

目次

目的	1
提言	4
資料	
事例 1	11
事例 2	15
事例 3	17
事例 4	23
事例 5	26
事例 6	29
事例 7	31
医療構想を進めるための保健所機能チェックリスト（案）	36
研修会 松田教授資料（品川 平成 30 年 7 月 21 日）	41
地域保健推進事業報告会抄録、発表資料（東京 平成 31 年 3 月 4 日）	58
研究班名簿	63

【目的】

2025 年の医療体制の確保に向けて都道府県では医療構想が策定され、平成 29 年から構想圏域の病床機能の分化と連携について取り組みを始めることとなった。一方、高齢者が住み慣れた地域で生涯住み続けるための地域包括ケアシステムの構築は市町村の責任で行うとしているが、医療や介護の資源確保、ネットワークづくりでは、市町村の枠を超えた 2 次医療圏の調整が欠かせない。また、病床機能の分化と連携には、在宅医療や介護保険事業と深く関連し、地域包括ケアシステムの議論を避けて通れない。これらに保健所が関与の役割が期待されている。

本研究班は、平成 27 年から引き続き、保健所機能のひとつとしての地域医療構想への取り組み、包括ケアシステムへの取り組みを調査し、役割と課題を整理し、今後の保健所のあり方の議論に寄与することをめざす。

本年度の班会議の開催は以下の通りであった。

第 1 回 平成 30 年 7 月 21 日 東京・品川 AP

研修会 同 (出席者 33 名)

講師 松田晋哉 (産業医科大学)

演題 地域医療構想から地域医療計画へ～保健所に期待される役割～

第 2 回 平成 30 年 10 月 24 日 福島・郡山市商工会議所

第 3 回 平成 31 年 1 月 29 日 東京・タワーホール船堀

【考察】

1. 医療構想を進める国の動き

平成30年4月には診療報酬と介護報酬の同時改定が実施された。入院基本料についてみてみると、高度急性期・急性期病棟機能のより厳格な階層化と、回復期病棟への病棟転化を進めるものと考えられる。病床機能では、7対1入院基本料から10対1への移行が進めやすくなつた。入退院連携では特にケアマネージャーの役割が明確になり、入院段階から退院後の在宅療養を支援する病院機能が求められる方向が示された。また、介護医療院報酬も決められたことから、介護療養病床の廃止を目指し、医療から介護への転換が具体になつた。今回の診療報酬・介護報酬の同時改定で、医療機関の自立的な病床機能の議論が進むと考えられる。

一方で、国は都道府県に対して医療構想の都道府県調整会議の設置を求めた。(医政地発0622第2号) また、都道府県には地域医療構想アドバイザーを任命させ、国の研修等の中で医療構想を進める役割を担わせ、医療構想区域だけではなく都道府県単位での議論の活性化を図るとした。病棟病床機能については都道府県に対して定量的基準を決めてそれぞれの病院が報告する病床機能報告で利用すること、また急性期病棟にあっても在宅復帰をめざす患者の多いところは回復期へ算定するようにとの報告マニュアルの改訂も行った。病床機能の分化と連携の議論を進めようとしている。

2. 圏域の議論

研究班が開催した研修会(7/21)に参加した保健所長に事前にアンケートをとったところ、(有効回答23)「医療構想区域(以下、圏域という)での病床機能の分化は進んでいるか」の質問に対して、「高度急性期・急性期が減」と回答があつたのが11保健所(47.8%)、「回復期病棟で包括ケア病棟が増」は同じく11保健所(47.8%)であった。「慢性期病床は転換により減」が8保健所(34.8%)であった。(図1)

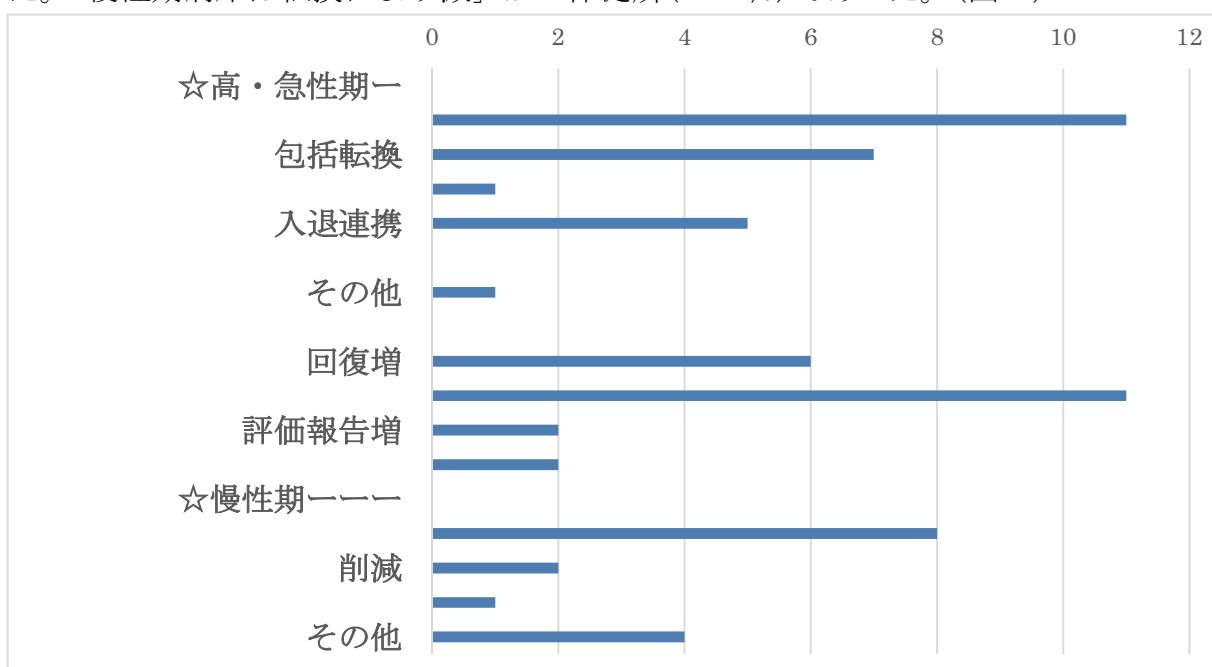


図1 研修会参加事前アンケート「Q. 病床機能の分化は進んでいるか」(n=23)

診療報酬の改定により医療構想計画策定後の病床機能の分化の議論が進められ、高度急性期・急性期の病床減など、一定の進行があると考える。

在宅医療を進めるためにも、また、高齢者の包括ケアシステムを進めるためにも、介護保険事業(支援)計画では第6次計画から始まった新たな地域支援事業を第7次計画ではすべての保険者で行うこととしている。この進捗管理のための手引きを策定し、保険者のインセンティブを明確にするとともに、それを支援する都道府県の役割も明確にした。

以下に、事例や班会議の議論を参考に、保健所の役割をまとめて提言する。

事例 1 三好保健所

地域医療構想の経緯と保健所の立ち位置及び強み

事例 2 習志野保健所（市川保健所、船橋市保健所）

地域医療構想調整会議における非稼働病床の取扱いについて

事例 3 豊岡保健所

兵庫県但馬圏域における地域医療構想策定と進行管理について

事例 4 丹波保健所

医師会調査からみた在宅診療予測

事例 5 益田保健所

在宅医療供給量調査から見える 2025 年の益田圏域在宅医療

事例 6 福岡市博多保健所

福岡市の 2025 年在宅医療シミュレーション

事例 7 宮崎市保健所

宮崎市における人生の最終段階における医療の取り組み

○提言

1．医療構想の圏域における保健所の役割

平成30年度から第7次都道府県医療計画が始まった。5疾病5事業＋在宅医療に関連して病床機能を整理する機会となった。今後は医療計画の評価指標を中心に計画の年限である6年後や2025年をめざしたい。

また介護保険事業のなかで介護療養病床の廃止にともない介護医療院への転換が進むと考えられる。これらは医療機関の経営に関わる自立的な判断や公的医療機関では改革プラン等による目標、今後議論される医師配置計画にも依存する。一方で、圏域の在宅医療と、加えて医療に深くかかわる居宅介護サービスの提供や高齢者施設の資源の維持や開発が圏域の保険者（＝市町村）には課題であり、ここへの関与が保健所の重要な役割と考える。（松田（2018）、研修会資料参照）

1) 病床機能ごとの対応

・高度急性期・急性期は、医療構想区域（2次医療圏、以下圏域）での圏域完結率を高めたい。（事例1、2、3）

多くの病院を抱える都市部では、機能ごと、例えば救急医療やがんなどの診療パス、SCR（入院）などをを利用して、圏域内の病院病床機能を整理し、2025年をめざしたい。（事例1、3）

・回復期は、包括ケア病棟の機能を進めたい。（事例3）

回復期については、病床機能報告の国マニュアルに記載もあるように、回復期リハビリテーションに限らない病棟病床機能の議論を進めたい。（事例2、3）

これらに関連して、都道府県が設定する定量的基準を参考に圏域でも取り組みたい。

・慢性期は、医療機関には介護療養病床から介護医療院への転換を確認することと、保険者（市町村）には介護保険事業計画との整合を図りたい。（事例2、3）

また、慢性期病床は、在宅医療・居宅介護の供給量と深くかかわることから、今後の需要と供給バランスを整理する必要がある。（事例1、2、3）

2) 病床機能の分化と連携への関与

・公的病院は改革プランで進捗確認

国が実施し病院が報告する病床機能報告と関連して、公的病院が地域包括ケアシステムのどこに関与するかを確認したい。(事例2、3)

公的病院が外来部門に在宅診療(支援)を位置づけているところでは、訪問看護や介護サービスとの連携も進みやすいと考える。診療報酬の入退院連携を確認したい。

・病院病床機能報告

国が都道府県単位の「定量的基準」で高度急性・急性期から回復期への整理を進める。診療報酬の改定で7対1入院基本料から10対1への移行、病棟重症度・在宅復帰率の見直しなど、病院機能を確認したい。(事例2、3)

医療法立入検査(院所情報)で病棟機能や、出身大学医局派遣なども確認できる。(事例3)

・入退院連携で病病、病診、病老連携

NDB(SCR)、KDB、介護保険DB分析、在宅看取り、医師・歯科医師・薬剤師調査が活用できる。(事例1、3)

これらを用いて、外来機能(診療パス、救急外来)、入退院連携(支援ルール)、薬剤師・栄養士情報提供、ケアマネ情報・介護計画を圏域でまとめたい。(大江(2018)、事例1、3)特に、在宅療養診療所・病院や在宅療養後方支援病院と連携を進めたい。

・病院人材確保では、初期臨床研修や病院経営を維持する看護師や薬剤師等の専門職の確保に加えて、外来の専門診療と在宅支援、救急と施設看取り支援ほかの整理が重要。(事例3)

・市町村の役割として、地域枠学生支援、市町村の医系学生奨学金の有無を確認したい。医療関係者も住み続けられるまちづくりも重要。

2. 地域包括ケアシステム構築への保健所の役割

在宅医療を進めるためにも、また、高齢者に限らず地域の包括ケアシステムを進めるためには保健所の役割も重要だ。介護保険事業(支援)計画では第6次計画から始まった地域支援事業のうち、国は在宅医療・介護連携推進事業 Ver2（平成29年3月6日）では都道府県の役割を明記している。保険者（市町村）の事業ではあるが、都道府県型であっても市区型であっても、医師会をはじめとした医療や福祉の関係者と連携をすすめ市町村が行う介護保険事業をサポートしたい。この進捗管理のための手引きを策定し、保険者のインセンティブを明確にするとともに、それを支援する都道府県の役割も明確にした。

国は医療計画の進捗を都道府県に促すことと関連して、在宅医療についての取組をさらにすすめるために「在宅医療の充実に向けた取組の進め方について」（医政地発0129第1号、老介発0129第1号、老老発0129第1号）を都道府県に発出した。医療計画の在宅医療についての訪問診療の数値目標を設定すること、本庁の医療と介護担当課の連携を進めること、都道府県・2次医療圏だけではなく市町村単位でのデータ分析を行い「見える化」をすすめること、在宅医療に関わる人材育成や住民への普及啓発の取組を進めることが示された。

1) 圏域の在宅医療

医療計画在宅診療の4機能を進める。また、国通知（医政地0129-1）にあるように、在宅医療の数値目標の設定がほしい。（事例4、5、6、7）福岡市では、在宅医療を進める医療機関（主に診療所）を「在宅中心型」「外来・在宅併用型」「外来中心型」の3類型を示し、それぞれの類型でどこまで整備すれば2025年 在宅医療需要に見合うかのシミュレーションを行って医師会等に提示している。（事例6）

- ・（入）退院支援では、病院病床機能、多職種カンファレンス、（入）退院指導、ケアマネ情報（ケアプラン）の確認をしたい。（事例1、3、4）
- ・日常の療養支援では、有床・無床診療所（在総診）、病院外来、訪問看護、かかりつけ薬局、訪問薬剤指導、訪問リハ、訪問介護事業所・包括支援センターの職種や機関の整理を行い進める。保健所の事業では、口腔ケア・食支援、緩和ケア、認知症パス、神経難病介護サービス調整などを切り口に、在宅医療の指標を高めたい。（事例1、3、5、7）ここでも、SCRが役に立つ。（大江、2018）
- ・急変時の対応では、病診の救急体制や、在総診、訪問看護、自治体の休日急患センターを確認する。脳卒中対策や救急医療整備事業なども、関連して検討できる。
- ・看取りでは、自宅や高齢者施設の看取りを行う訪問診療、訪問看護、訪問薬剤、遠隔診療、経管栄養・吸痰などの整備を進める。（事例7）

2) 高齢者施設、介護サービス（市町村）

・介護保険事業計画（保険者）への支援

介護保険事業計画策定のための地域包括ケア「見える化」システム等を活用した地域分析の手引き、各種事業の実施評価には「介護保険事業（支援）計画の進捗管理のための手引き」、在宅医療・介護連携推進事業（「手引き」Ver2、都道府県・保健所の役割）が役に立つ。圏域で設置する連携コーディネーターを基金事業としてすすめているところもある。（事例5）包括ケアシステムの推進では、第8期計画策定への取組が始まっていると考えたい。

・介護保険事業計画の確認

保険者が第7次計画であげているサービス量を確認する。介護事業のうち、施設サービスと、在宅医療と関連する居宅サービス、地域密着型サービスの提供を確認したい。また、介護療養病床等からの介護医療院への転換を進めるためには、介護医療院開設の計画を確認したい。

・介護報酬請求の分析

保険者が行う介護報酬請求の分析では、居宅サービスと施設サービスのバランス（ケアバランス）が、在宅医療の広がりと関連する。（事例3）また、KDB（国保）と介護報酬請求の個人データを結びつけて、要介護状態につながる原因疾患や疾患管理の分析を行うこともできる。（松田、2018）

・認知症初期集中支援チーム、認知症ケアパスを圏域の市町村ごとに確認したい。認知症サポート医の養成や連絡会、認知症医療疾患センター（地域型、連携型）の事業についても、医療連携という切り口で保健所が関与することができる。

・保険者が行う地域ケア会議では①個別課題解決機能（事例検討）②地域包括支援ネットワーク構築機能（連携、資源）③地域課題発見機能④地域づくり・資源開発機能⑤政策形成機能（事業化）の役割がある。（「運営マニュアル」5つの役割）これらの機能に保健所としても関与したい。

・そのほか包括ケアシステムを推進するためには、日常生活圏域の設定、生活支援コーディネーターと生活支援協議体の設置、地域の自主組織を含めて人材確保、地域福祉計画の策定評価や、サロンや通いの場、ボランティア、自主防災組織など、幅広い議論が求められる。（事例7）管内の市町村の介護保健事業への関与はもとより、保健所事業そのものも、地域包括ケアシステムの推進に関わるものが多い。

3) 人材確保

- ・公的病院改革プランには必要（目標）診療が書かれている。医師等の配置を確認できる。（事例 3）
- ・国が都道府県に対して平成 31 年度内に作成を求める医師確保計画は都道府県単位であり、医師偏在指標（目標医師数）を確認することとしている。病床機能に関連するだけではなく、在宅医療を確保するためにも「（入院ではない）外来」医療の必要医師も積み上げるとしている。
- ・保険者が進める介護保険事業計画の介護人材確保・養成、喀痰吸引等の医行為できる介護職の開発整備など、保健所も関与できる。何よりも、将来、圏域の、そして日本の医療や介護を担う小中高校の職業教育が重要である。また、健康で安心安全に地域で成長することは地域愛着にもつながることから、大切にしたい。

4) 患者・住民への啓発

- ・医療計画や圏域調整会議等への住民の参画はあるか、また、地域医療支援病院、公的病院の運営協議会等への住民の参画はどうか。
- ・病院（勤務医）を守る住民の会、患者会、ボランティア組織など、病院を支援する住民の力を確認したい。がん支援の地元企業も。（事例 5）
- ・アドバンスケアプラン ACP(人生会議)の普及には、看取りに関わる医師会、老施協、市町村の役割が重要。また、急患時に搬送する救急隊の理解も重要だ。（事例 7）これらの調整を保健所がすることもできる。「ピンピンころり」の健康づくり事業の中でも ACP を伝えることも可能だ。

5) 日常の保健活動の中から医療政策、そして健康政策へ

- ・日常の保健所事業、保健活動、健康づくり・重症化予防 (DM・CKD、脳卒中、骨折)では、地域の医療資源やその質、量に寄るところが大きい。重症化予防のKDB分析はまさに診療報酬の分析である。公衆衛生医師が中心となって地域のデータ解析を薦めたい。(事例1)
- ・精神障害、結核対策、周産期小児医療の包括ケアシステム（地域づくり）も国は提案している。生活支援を含め、医療、保健、福祉を議論したい。
- ・職域連携（生活習慣病対策、たばこ、がん復帰、医療・介護事業者、企業の社会的責任（CSR）や地域愛着、退職後地域デビュー）や、学校保健（自己肯定感、地域愛着、栄養、運動、こころ、永久歯、人材育成・地域枠）など、圏域の医療システムと関連するし、各種保健活動とも連携がある。これらも、医療政策及び健康政策の視点で評価したい。
- ・市町村の医療政策担当との連携も重要。公立病院を抱える市町村は、医療経営政策の理解が進みやすい。介護保険法では在宅医療を進める事業に保険者（市町村）の役割も大きくなった。公立病院の病床機能や、休日急救救急事業、診療パス、地域枠や奨学金などの人材確保など、市町村の役割は大きいことから、市町村の医療政策に保健所が関与することが重要である。（事例5、7）

文献

松田晋哉 地域医療構想から地域医療計画へ～保健所に期待される役割～ 研究班研修会（7月21日）講演資料、2018
大江浩. 地域診断と実践—地域包括ケアとデータヘルス—. 保健医療科学 67(2) 166-172, 2018

国通知

厚生労働省医政局地域医療計画課長ほか、在宅医療の充実に向けた取組の進め方について、医政地発0129-1、老介発0129-1、老老発0129-1、平成31年1月29日

地域医療構想の経緯と保健所の立ち位置及び強み

徳島県三好保健所 大木元 繁

地域医療構想が2016年度までに全都道府県で策定された。それを受けて年に4回地域医療構想調整会議が各圏域で開催することになっている。地域医療構想区域数は、全国で339で、2次医療圏数344、保健所数469と近い数字になっており、調整会議の開催場所が保健所となっているところも多い。調整会議の事務局機能を保健所が務めているところと県庁主務課が担っているところがあるが、本稿では、保健所の柱事業の一つとしてこの地域医療構想及び地域包括ケアシステムの構築を包含した地域保健医療政策について考察してみる。

1 地域医療構想の経緯

日本の疾病構造が人口の高齢化等とともに老化現象により複数の疾病を抱えいわゆる老人病が主となる健康転換が起こった。必要とされる医療の方向性は急性期の治療（キュア）からケアへと変化してきた。このような背景は西欧諸国でも同様あるが、公的病院が中心である西欧では政府が強制力をもって病床数を減少させてきたが（下図）、日本では2006年の7対1入院基本料の新設により急性期病床が急増した。日本では公立病院が少なく（病院数で14%、病床数で22%）、病床数の制御が難しい。

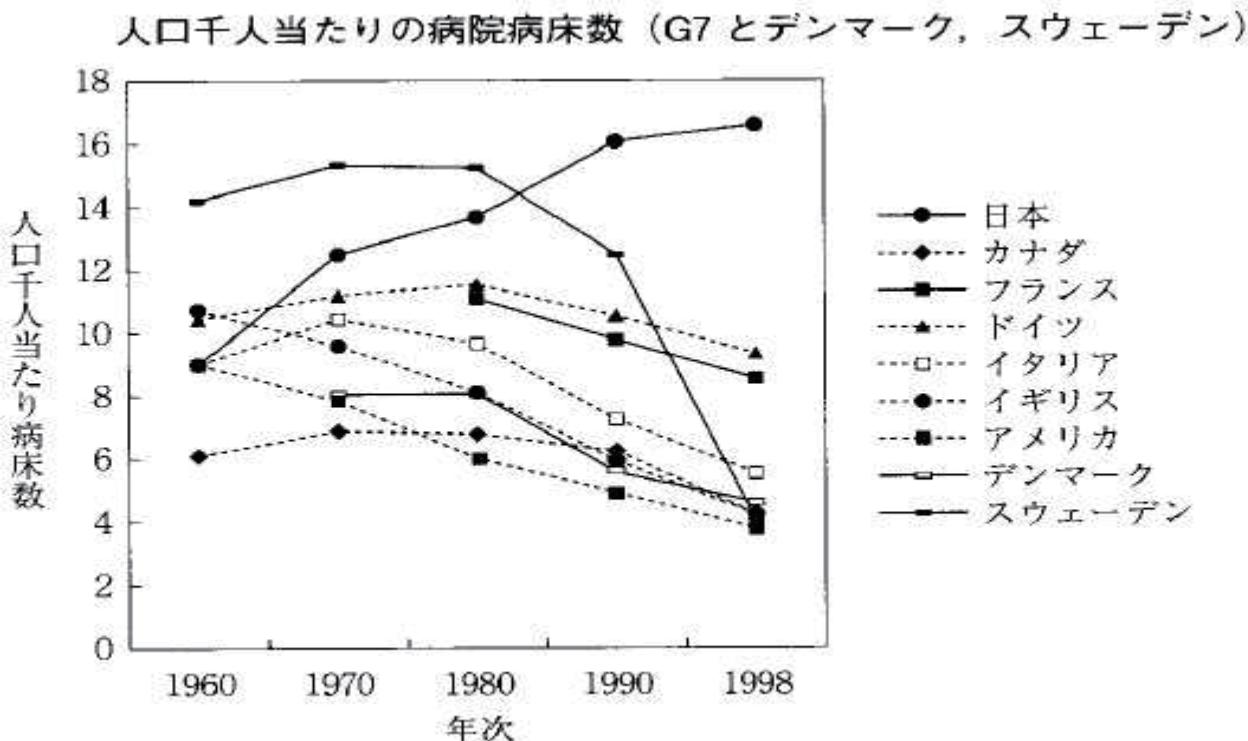


図1 病院病床数 出典：権丈善一「ちょっと気になる社会保障 増補版」

そのようななか、2008年、閣議決定により社会保障国民会議が設置され社会保障改革の方向性が示された。2013年の社会保障制度改革国民会議の報告書では、示された方向性に沿った改革の具体策が描かれた。この改革の道筋を実現するために2013年12月にプログラム法が成立し、このプログラム法に基づいて、2014年6月に医療介

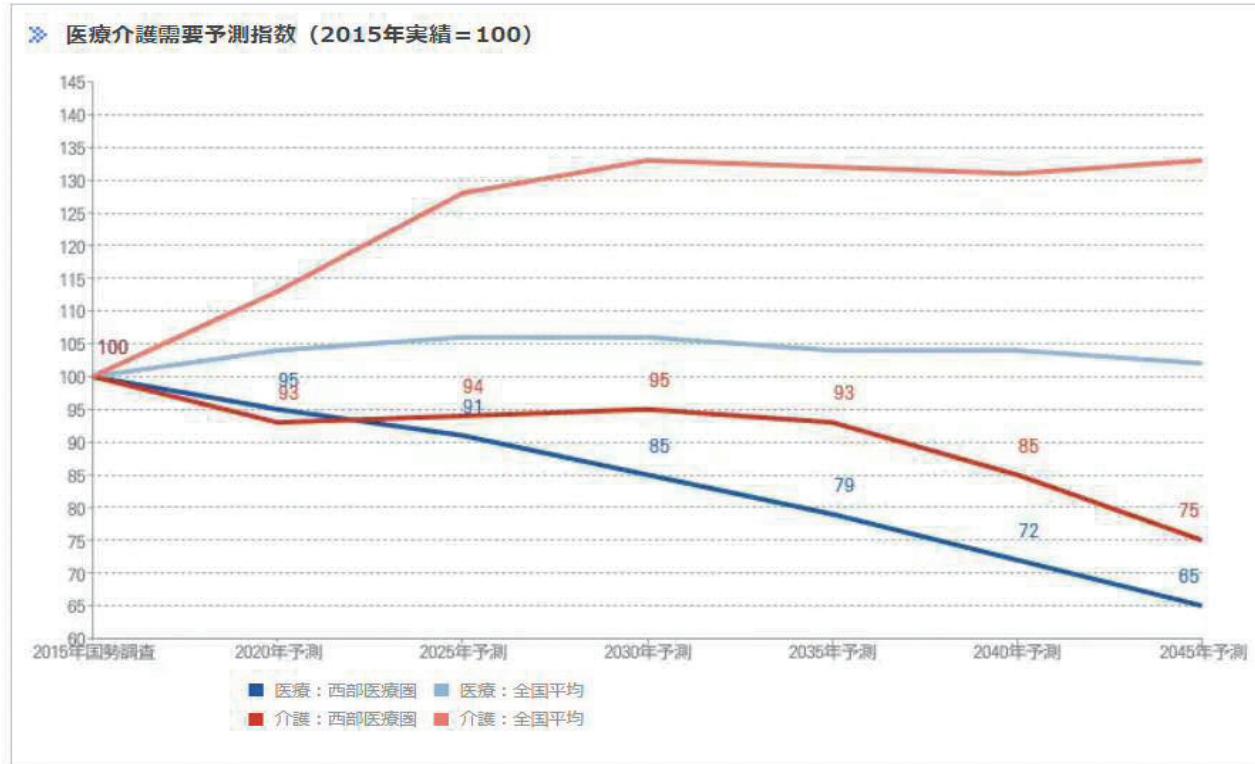
護総合確保推進法とともに改正医療法が成立し、地域医療構想の策定が法定化された。この地域医療構想は、2025年向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機関ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し定めるものである。ポイントは「データをもとに関係者が話し合う」ところにあり、政府の強制ではなく「データによる制御」機能により、病床機能報告制度における病棟の報告病床数と、地域医療構想における必要病床数が次第に收れんされていくことが期待されている。

2 保健所の立ち位置

保健所の仕事として地域保健法第6条第5号「医事及び薬事に関する事項」の他に第7号「公共医療事業の向上及び増進に関する事項」がかかげられており、医療機関への立入検査や医療圏ごとの地域医療計画を策定してきた。さらに、2014年度から始まった「都道府県医療介護連携モデル事業」では、市町村をまたいで入退院する患者情報に関して、病院とケアマネジャーの連絡がスムーズにいくようにした事業では、保健所ならではの調整能力が発揮され評価されたところである。

3 保健所の強み

保健所は公衆衛生の第一線機関であり、所長は原則として医師であり医療機関との親和性に富み、コミュニケーションをとりやすい公的機関である。また、「データにもとづく見える化」の基礎資料となる各種統計の作成の一端を担っているとともに、集団を対象とした地区診断の経験が豊富である。また、入院が完結する圏域とされている2次医療圏と保健所管轄地域の整合性が図られており、市町村では扱いきれない広域的な検



討が可能である。

図2 徳島県西部医療圏の医療、介護需要予測（日本医師会「地域医療情報システム」）

4 保健所で準備活用しやすいデータの例示

地域医療構想の議論に活用できるデータは、病床機能報告、医療施設（静態・動態）調査、地域包括ケア「見える化」システム等多数あり、どれを使えばよいか悩ましい。また、都道府県に配布されている「地域医療構想策定支援ツール」（厚生労働省）は、使用者や使用場所が限定されていて保健所で活用しにくい状況にある。

そこで、ここでは既にデータが加工され図表等が豊富な民間等のWEBサイトを3つ紹介する。

(1) 日本医師会「地域医療情報システム」 (<http://jmap.jp/>)

二次医療圏ごとの2045年までの医療・介護需要推計が出ている。(図2)

(2) 石川 ベンジャミン 光一 (2013～) 資料公開サイト

(<https://public.tableau.com/profile/kbishikawa#!/>)

将来の人口推計に基づく疾病毎の患者数の予測や厚労省DPC調査データから各主要病院の医療提供の現状が分析されている。(図3)

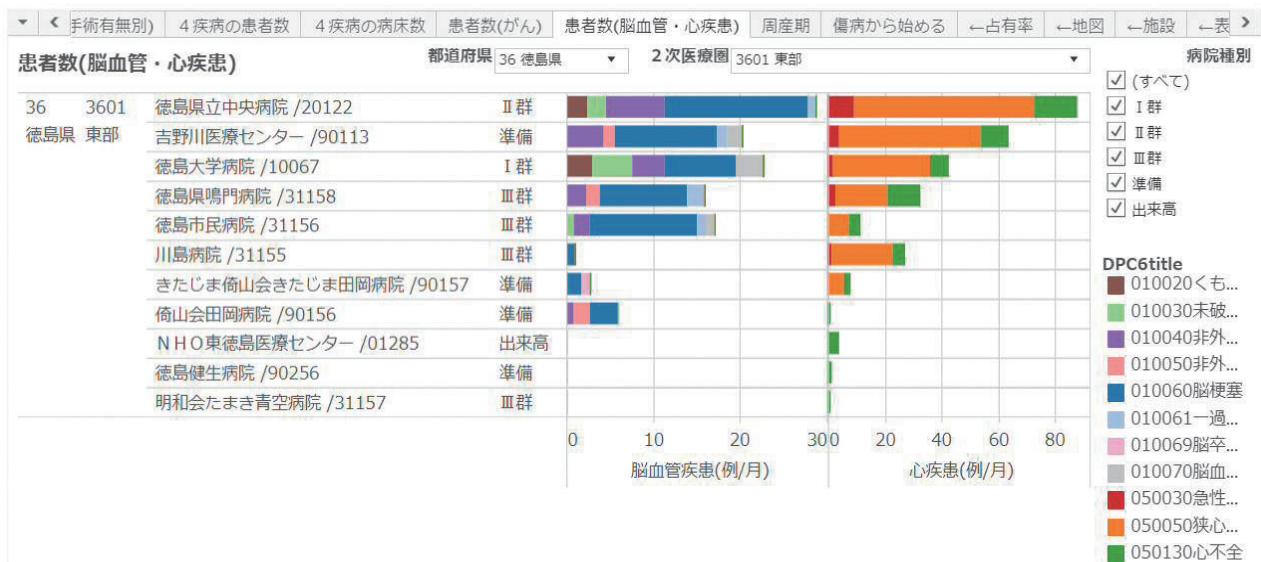


図3 徳島県東部の医療提供の分析例 (<https://public.tableau.com/profile/kbishikawa#!/>)

(3) 「経済・財政と暮らしの指標「見える化」ポータルサイト

(<https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/mieruka/index.html>)

National Database (NDB) を用いて算出した年齢調整標準化レセプト比 (SCR) が入手できる。この SCR を用いて在宅医療の推進に関連する要因の検討ができる。たとえば、「在宅患者訪問診療料（同一建物居住者以外）」、「死亡診断加算（往診料）」、「看取り加算（在宅患者訪問診療料）」、「訪問看護指示料」等が参考になる。

ところで、在宅医療の評価指標の一つに「自宅死亡の割合」があるが、過疎地では「自宅」に加えて「介護老人保健施設」と「老人ホーム」を追加した「在宅等死亡の割合」で評価することも有用である。

結びとして、地域医療構想会議で提示するデータは、その議論のベース及び方向性を

「見える化」することが重要であるが、出席者が混乱するほど多数の図表を提示することは調整の妨げになる恐れがあり、所長等の日ごろの公衆衛生活動で得た皮膚感覚を如実に表現できている図表を上記に挙げた情報源等から取捨選択することが必要である。

参考文献

- 権丈善一. ちょっと気になる社会保障 増補版. 効草書房. 2017
大江浩. 地域診断と実践—地域包括ケアとデータヘルス—. 保健医療科学
67(2) 166-172, 2018

地域医療構想調整会議における非稼働病床の取扱いについて —千葉県東葛南部医療圏の事例報告

習志野保健所 久保秀一

1. 概要

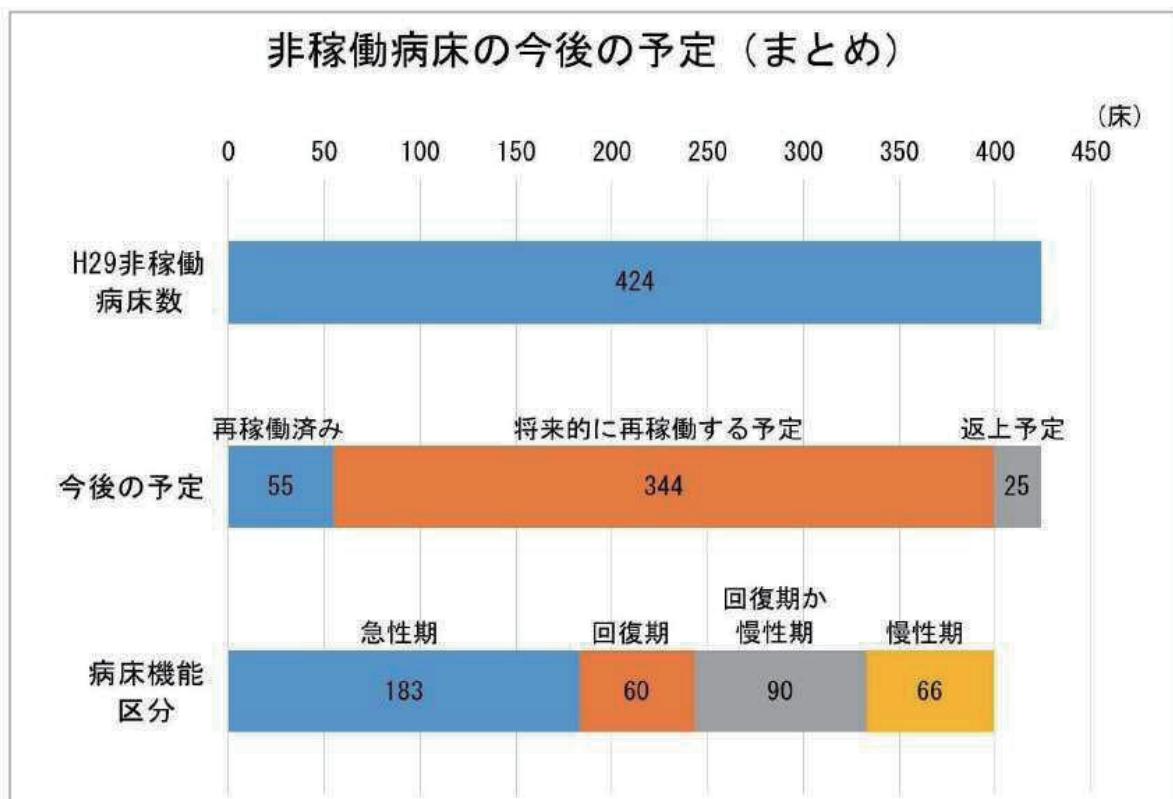
千葉県東葛南部地域（船橋市、市川市、八千代市、浦安市、習志野市、鎌ヶ谷市）は東京に隣接する人口173万人の医療圏で、人口は徐々に減っていくことが想定されているが、患者数は高齢化が進み、増加すると考えられている。人口も多いこともあり、習志野保健所以外にも市川保健所、船橋市保健所合わせて3保健所が管轄をしていて、習志野保健所が地域医療構想会議の事務局を担い、会長も習志野保健所長が行っている。

今後高齢者人口が増加するということで、将来の患者増に備えて平成30年度542床の病床配分を新たに行うことになった。病床配分を行う中で新たに課題となつたのが非稼働病床をどう扱うかで、平成29年度病床機能報告の中で16病院から559床の非稼働病床報告があった（基準病床数の約5%弱）。その範囲は、最小1、最大121床であり、内容も、病棟単位で非稼働のところ、全病棟稼働しているが病棟の一部が非稼働病床のところなど様々であった。

2. 地域医療構想調整会議での取り組み

新たな病床配分を受けるのに、病床配分と同じ量の非稼働病床が残っていることは地域・保健所としては大きな課題と考え、非稼働病床の課題に地域医療構想調整会議で関わることにした。平成29年11月には、厚労省から“地域医療構想調整会議の進め方に関する留意事項について”的事務連絡があり、地域医療構想調整会議の場で非稼働病棟を持つ医療機関からの説明を行った。

平成30年度の第2回地域医療構想調整会議で非稼働病床を持つ全病院を公表しています。その中で、病院を作る1つの単位ということで、まずは20床以上の非稼働病床を持



つ病院に地域医療構想調整会議での説明を求めました。病院の非稼働病床の 86%にあたります。急性期病院の中で、後方病院を探すのに苦労しているところもあり、かつ病床が公的財であること、調整会議自体が公開された形で行われていることもあって、反対意見は出なかった。調整会議には傍聴者が常にいて、調整会議終了後に県庁ホームページ議事録が発表されている。

第3回地域医療構想調整会議にて、“非稼働病床に関する今後の見通しについて”という決まったフォーマットの資料を作成してもらった上で、非稼働病床を持つ各医療機関から説明をうけた。これらの資料は県庁ホームページで公開されている。各医療機関からの説明後に質疑応答を行ったところ、質問をしたのは3保健所長のみにだった。また、作成された資料は病院間でかなり差があった。

3. 今後の課題

今年度中、1病院が一部病床返上を申し出て、1病院が一部病床返上を協議中である。来年度に向けての課題として、非稼働病床が解消しない医療機関には、今年度資料と比較した上で引き続き説明を求める予定にしてるが、どの様な説明を求めればいいのかが今後の課題である。また、今年度は、20床以上の非稼働の医療機関としていますが、残る他の医療機関をどうするかも課題となっている。

兵庫県但馬圏域における地域医療構想策定と進行管理について

兵庫県豊岡保健所 柳 尚夫

<地域概要>

兵庫県但馬圏域は、日本海に面した 2133 km² 平方キロの広大な面積（東京都とほぼ同じ）で、東は京都府と西は鳥取県と接している。現在の人口は 16.2 万人（2019. 1. 1 推計）、高齢化率 35.1%（2019. 2. 1 推計）で、2025 年には人口は 15 万人で高齢化率は 38.5%になると予想される高齢化の進んだ過疎地域である。圏域内の 3 市 2 町（人口、高齢化率）は、豊岡市（7.9 万人 33.1%）、朝来市（3.0 万人 34.6%）、養父市（2.3 万人 37.9%）、香美町（1.7 万人 39.8%）、新温泉町（1.4 万人 38.9%）である。圏域内には、豊岡、朝来の 2 保健所があり、企画部門がある豊岡保健所が地域医療構想等の会議の事務局を担っている。

<医療の特徴>

公立病院が 8 で、民間病院は一般療養型病院 1、精神科病院 2、有床診療所 2 があり、一般病床のうち 85% が公立病院にある。公立病院は、2 病院組合あり（豊岡市の 3 病院と朝来市の 1 病院で豊岡病院組合、養父市の 1 病院と香美町の 1 病院で八鹿病院組合）、香美町の 1 病院と新温泉町の 1 病院は町立である。各病院は医師確保に常に課題を持っており、主に大学からの医師派遣と兵庫県の養成医制度によって医師確保をしている。人口あたりの医師数は兵庫県平均値であるが、一部の診療科医師確保が難しく、病院毎での医師確保には限界がある。また、看護師の確保は、小規模病院にはさらに困難である。

一方、開業医を中心とした在宅医療体制は、市町格差があるが開業医を中心に取り組んでいる。特に、豊岡市は訪問診療を行う開業医が多く、在宅看取り率は 25% と全国一位であり、施設看取りを加えると 40% を病院外で看取っている。

地域歯科医師会は、訪問診療への取り組みが積極的であり、保健所が圏域全体での訪問歯科診療体制について提案し、圏域全体で歯科訪問診療体制ができた。

<地域医療構想検討体制>

2015 年から、健康福祉推進協議会医療部会を地域医療構想策定会議と位置づけた。一方、地域医療構想は病床を持つ医療機関の合意形成が不可欠であることから、圏域内全病院長を構成員に加えた任意の医療機関等連絡会を立ち上げた。二つの会議を単独や同時開催し、毎年 3 から 5 回開催し、構想の作成と進捗管理を行っている。2016 年には病院から退院する患者のスムーズな介護保険での支援に結びつくための「退院支援ルール」を会議で運用の了解を得た。また、地域包括ケア病床の運用を始めている病院長から、その運用に関する経営的メリットを含めた情報提供をもらって、地域包括ケア病床の必要性について検討をした。

2017 年には、口腔外科がある 2 病院で、入院中からの口腔ケア体制作りと退院後の訪問歯科体制について医科歯科連携の提案をしてもらい入院中の誤嚥性肺炎予防についての検討を行った。

2018 年には、3 市 2 町の首長や議会議員の参加を得て、地域医療構想フォーラムを開催し、産業医科大学の松田教授に但馬圏域の医療需要の予想に基づく医療体制に課題について、トップの共通認識作りに取り組んだ。

<地域医療構想に関わる成果>

- ① 入退院支援ルールの作成と運用状況の評価を行い、毎年実態調査に基づくルール改正を行っている。病院からは高齢者の退院がスムーズになったと評価を受けており、ケアマネジャーからは退院における地域の混乱が減少したと評価されている。
- ② 病床については、急性期の入院需要の減少が空床を増加し経営悪化につながっている現状を医師不足が原因と捉えていた病院関係者が、会議を通じて在宅医療支援のための病床の必要性を理解したことで、総病床は減らしながら急性期病床の地域包括ケア病床への転換が進ん

だ。結果的に、総稼働病床数は1493床（2016年）から1380床（2018年）と必要病床数に近づき、地域包括ケア病床が、36床（2016年）から185床（2019年）と増加し、不足している回復期病床が増加した。（表1・2）

- ③ 在宅医療を支える開業医の高齢化の課題は、医師会に開業のいない地域への病院からの訪問診療を受け入れてもらった。すでに、1病院は120例の在宅訪問診療を実施しており、今後他病院でも、県養成医の配置が増加すれば訪問診療体制作りを行う合意ができている。
- ④ 口腔外科のある2病院では、退院後の訪問を開業歯科診療所に紹介するシステムができた。一方、口腔外科のない公立病院において、地域の歯科医師会が病院との調整を行い、歯科医師会派遣の歯科医師の入院患者の訪問診療と歯科衛生士の口腔ケア指導体制ができている。

＜今後の課題＞

- ① 医師、看護師を含める医療職の確保と人事の病院間の共通化
- ② さらなる適切な病床の削減と診療科の病院間の連携強化。具体的には、診療科の入院機能を一部の病院に集約化し、他病院には集約化した病院からの外来医師派遣を行うことで、圏域内病院全体での必要な診療科の確保を行う
- ③ 上記の課題解決のためにも公立病院間の連携強化が必要である。具体的には、病院組合の再編や地域連携推進法人などの運営の検討が必要である。

＜表1＞

地域包括ケア病床の推移					
	H27年度末	H28年度末	H29年度末	H30年5月	H30年10月
公立八鹿病院	30床	45床	45床	45床	45床
公立村岡病院	6床	18床	18床	18床	21床
出石医療センター		10床	18床	18床	18床
公立豊岡病院			50床	50床	50床
朝来医療センター			22床	27床	27床
公立香住病院			8床	8床	8床
公立浜坂病院			16床	16床	16床
	36床	73床	177床	182床	185床

＜表2＞

必要病床数 1400 床

1 病床数の推移			
	基準病床数	既存病床数※1	差
平成28年1月	1,836	1,493	△ 343
平成28年3月	1,836	1,493	△ 343
平成28年4月	1,474	1,481	7
平成28年5月	1,474	1,442	△ 32
平成28年7月	1,474	1,423	△ 51
平成28年11月	1,474	1,415	△ 59
平成30年1月	1,474	1,409	△ 65
平成30年1月	1,474	1,420	△ 54
平成30年10月	1,474	1,380	△ 94

但馬圏域地域医療構想（平成 28. 9. 8） 拠粹

II. 但馬圏域における医療の現状及び将来予測

1. 疾病別の患者数について

2011年の入院・外来の患者数（5疾患）を見ると、「精神及び行動の異常」に次いで多いのが「循環器系の疾患（脳血管疾患等を含む）」「悪性新生物（がん）」「消化器系・呼吸器系の疾患」となっています。2011年から2025年にかけての推計患者数の増減率を見ると、虚血性心疾患では入院5%、外来3%、脳血管疾患では入院12%、外来4%といずれも増えますが、悪性新生物では入院-2%、外来-5%と減る見込みです。全国と比較すると、但馬圏域における医療需要全体としてはあまり変動しないものと思われますが、今後の人口減少を考えると、2025年以降の医療需要は減少することが予測されます。

	但馬圏域						全国	
	2011年（人/日）		2025年（人/日）		増減率（2011年比）		増減率（2011年比）	
	入院	外来	入院	外来	入院	外来	入院	外来
悪性新生物	239	281	235	267	-2%	-5%	18%	13%
虚血性心疾患	30	114	32	117	5%	3%	29%	26%
脳血管疾患	350	210	394	217	12%	4%	44%	28%
糖尿病	45	356	48	336	6%	-6%	31%	12%
精神及び行動の異常	465	320	433	275	-7%	-14%	10%	-2%

但馬圏域の推計患者数(5疾患)

日本医師会地域医療情報システムより出典

2. 患者の流出入について

但馬圏域の患者の一日あたりの医療需要の流出入を、厚生労働省の必要病床数推計データから見ると、流出は兵庫県内では丹波に59.2人/日、中播磨に56.9人/日、神戸に51.7人/日の順に多く、兵庫県外では鳥取県に133.2人/日、京都府に53.4人/日、大阪府32.0人/日の順に流出しています。逆に但馬圏域に流入するのは、京都府から35.1人/日のみとなっています。

また、入院のみの割合を見ると、兵庫県内では中播磨3.6%、丹波2.4%、北播磨・神戸2.0%が流出しており、兵庫県外へは12.3%の患者が流出しており、一定の割合で医療が他圏域、あるいは他県へ依存している状態です。

	施設所在地										
	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	県外
但馬 (患者住所地)	2.0%	0.5%	1.3%	0.4%	2.0%	3.6%	0.4%	75.2%	2.4%	0.0%	12.3%

圏域別に入院割合

平成23年 兵庫県医療受給調査 患者調査より出典

2013年から2025年にかけての医療機能別の患者伸び率を、厚生労働省の必要病床数推計データから見ると、4機能のうち、回復期（112.6%）、急性期（107.7%）の伸び率が高く、需要が増えることが予測されます。

また、回復期医療の機能は、在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションであるため、患者所在地の近くで行われることが理想ですが、現状では2割程度が圏域外に依存している状況です。



平成 26 年 厚生労働省 必要病床数推計データより出典

(途中 省略)

III. 但馬圏域の医療課題

1. 人口減少に伴う医療需要の変化に対応した医療提供体制の確保

但馬地域は、団塊の世代が75歳以上となる2025年には約15万人に減少します。高齢者人口の絶対数はあまり変わらないことから、医療需要は当面は変動しない見込みですが、その後は減少する予測です。一方、都市部における医療需要は増える見込みで、働き手の人口が減少する但馬地域においては、医療従事者の確保が今後も難しいものと思われます。人材確保のための継続的な努力は必要ですが、減少する医療需要に見合う規模の病床と、限られた人材の中で提供可能な医療体制を構築することも必要です。

2. 医療機能の充実と、総合的な連携体制の確保

但馬圏域では、平成19年（2007年）に関係機関の協議による、医療機能の再編、医師集約化が図られ、一定の成果が得られました。しかし、2025年の医療需要に合わせた更なる機能分化、連携強化が必要であり、但馬圏域内の病院間の効率的な連携、医療機能の充実による急性期から慢性期までの一体的な運営が望まれます。

また、地域包括ケアシステムを構築するための総合的な地域医療・介護の連携体制づくりが必要です。

3. 専門職の人材確保

但馬圏域で不足している回復期病床の確保と機能強化のためには、特にリハビリテーション関連職員の確保が必要です。回復期病床の機能が強化され、患者の在宅復帰を促進することで、今後ますます在宅医療の需要が増加すると予測されますが、現状では診療所医師の高齢化が深刻です。訪問診療医をはじめとする在宅医療を支える人材確保が必要です。

IV. 但馬圏域の目指す医療提供体制と施策

1. 目指すべき医療提供体制

2025年を目指した医療体制づくりを考えると

(1) 全人口は減少し、高齢者人口も2020年をピークにその後減少することから、入院需要は2025年以降減少する見込みです。

(2) 病床稼働率が低い状況から、現時点でも病床は全体的には過剰な状況であり、DPC制度※導入によるさらなる平均在院日数の短縮化、加えて病院機能の再分化と病院間連携の強化により、今後は現状より少ない病床で効率的に入院需要に対応することが可能となります。

(3) 医療従事者の確保が困難な状況と有効な活用を考えると、病床の削減が必要となります。

(4) 一定の割合で、他圏域あるいは他県への患者の流出があります。

以上のことより、但馬圏域では、現在より病床数の削減は可能ですが、圏域内での完結率を上げるためにには、大幅な削減は好ましくないものと考えます。また、病床機能的には、在宅への復帰支援を目的として回復期の病床を増やす必要があることから、但馬圏域の目指す必要病床数は次のとおりとします。

(単位：床)

区分	2015年 病床数の現状 (病院申告数)	2025年 必要病床数推計 (県内のみ流動)	2025年 必要病床数推計 (府県間調整後)	2025年但馬圏域の 必要病床数推計(案) (府県・圏域間の患者流動を反映)
高度急性期	126	138	122	133
急性期	913	465	437	541
回復期	161	432	393	476
慢性期	318	227	203	250
計	1,518	1,262	1,155	1,400

2. 医療提供体制を実現するための施策

(1) 病床の機能分化及び連携の推進

①但馬圏域内の病院機能分化の支援

- ・但馬圏域内の各病院が機能分化を図るための病床機能の見直し、転換の支援
- ・過剰な急性期病床から不足する回復期病床（回復期リハビリテーション病棟及び地域包括ケア病床）への転換と人材確保の支援

②病院間連携の推進

- ・地域医療連携のクリティカルパスの導入に加え、疾患別だけではない総合的な転院支援の病院連絡会の定期実施
- ・診療科の相互支援（精神科、整形外科、眼科、歯科口腔外科等）
- ・ICT活用による医療連携ネットワークの構築
- ・但馬内の全ての公立病院へのTVカンファレンスの導入
- ・病院間及び診療所連携による総合診療専門医養成プログラムの作成

(2) 地域医療・在宅医療の充実

①病診、病院地域連携

- ・病院から開業医への逆紹介の連携システム作り（在宅療養診療医登録システム等）
- ・看護と介護の連携のシステム化（但馬圏域退院調整ルールづくり）

- ・病院と介護関係者の連携の推進
- ・歯科口腔ケアにかかる病院と歯科医師との連携システムづくり

②在宅医療・介護連携への支援

- ・訪問看護ステーションの広域連携
- ・薬剤師の訪問薬剤管理指導の推進
- ・医師をはじめとする在宅医療を支える人材の確保
- ・地域偏在解消の取組みを支援（訪問診療医の確保と病院からの訪問診療の役割分担）
- ・在宅医療を支える開業医のグループ化

(3) 地域医療構想の地域住民の理解のための取組み

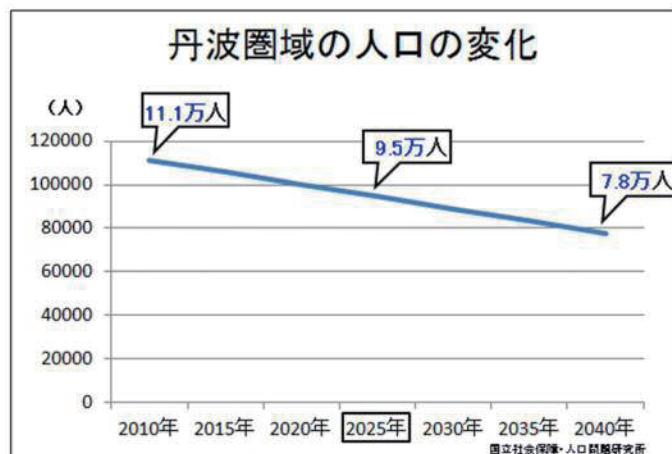
- ・行政、医療機関による地域住民への普及啓発
- ・地域医療構想の評価を、客観的指標を使って行う。（例：在宅看取り率など）

事例4 兵庫県丹波地域 丹波保健所 逢坂 悟郎

(2015年報告書事例を修正、5以下を加筆)

1、管内の概要

兵庫県丹波圏域は兵庫県の北東部に当たり、丹波市、篠山市の2市からなっている。面積は891km²で、人口は約11万人であり、高齢化率は34.1%である。人口動態推計では、後期高齢者数は微増に留まるが、全人口、生産年齢人口の減少が推計されている。



当保健所は、圏域唯一の県型保健所であり、福祉事務所併設で、筆者は両者の所長である。

2、関係機関等の資源

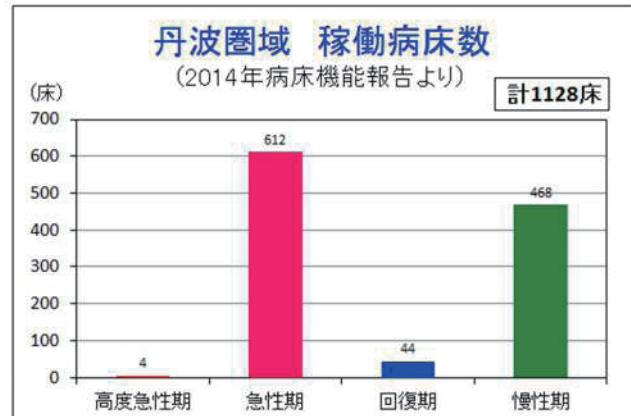
①病院

管内には8病院があり、民間病院6カ所と県立病院、赤十字病院がある。平成31年度中には県立病院と赤十字病院が統合され、新病院が開設予定である。

②医師数

190人(人口10万人比174人)であり、医師不足の状況が続いている。

③2014年病床機能報告を下記に記す。



3、兵庫県における地域医療構想の進め方

- ①県庁の医務課を事務局とする医療審議会計画部会により、県内10圏域を構想区域に決定した。県庁からは、2025年推計値とその他のデータが示された。
- ②各圏域に保健所を事務局とする地域医療構想圏域検討委員会が結成され、圏域における地域医療構想を作成した。圏域での検討の進め方については、ほぼ各保健所に任された。
- ③平成28年10月、兵庫県地域医療構想が策定された。

4、丹波圏域における地域医療構想の進め方

①保健所内での戦略策定

- ・病院長や医師会の委員が、病床削減への反発を抱いている可能性があるので、2025年の必要病床数についての細かい議論はしない。
- ・それよりは、2025年へ向けた入院医療の機能分化と役割分担、退院後の受け皿となる在宅医療の確保、退院調整という地域医療全体の構想を練ることを強調する。
- ・進行中であった退院調整ルール策定(病院・ケアマネ協議)について検討委員会に定期報告する。
- ・県庁担当課と相談しつつ、2025年の訪問診療受給者は、当圏域では最大1026人(2013年は504人)と2013年比で2倍強となることを確認したので、このデータを活用し、在宅医療の議論を進める。

②第1回検討委員会

圏域内の全病院の院長、医師会長、医療関係者及び市の関係部長等が参加し、保健所から地域医療構想の概要、策定のスタンス案などについて説明した。

2025年の必要病床数については「参考値」であると説明した上で協議であったが、やはり、委員の多くに国から病床削減を押し付けられることに対する戸惑いがあり、病床に関する議論が進まなかった。しかし、在宅医療については議論が進み、2025年の訪問診療受給者が最大で1026人となることには同意を得た。

③次回会合への準備

i) 病院長へのヒアリング

第1回検討委員会を受けて、医療機関への事前調整が不足していると判断し、管内の全病院を訪問しヒアリングを行った。まず、主要な慢性期病院を訪問し、理事長・院長に地域医療構想についての考え方や今後の経営方針を聞いた。理事長は「療養病床を削減するかについては診療報酬改定で考えることなので、地域医療構想での2025年の必要病床数については重要視していない」とのことだった。また、主要な急性期病院を訪問し、地域医療構想における自院の機能と他院との役割分担についてヒアリングしたところ、相互に提携を希望している病院が存在することが分かったため、院長間の直接対話を提案しこれが実現した。

ii) 医師会アンケートの実施

2025年の訪問診療受給者が、最大で1026人(2013年504人の2倍強)となることが合意されたことを受け、保健所から管内2市の医師会に働きかけ、全医師会員(63診療所、8病院)を対象に、在宅医療に関するアンケートを実施した。回収率は、診療所87%、病院100%であった。

アンケートの概要

1. 主な診療科_____科

2. 現在の年齢_____才

2015年7月中の訪問診療件数、往診件数、担当する訪問診療患者_____人 夜間往診の可否

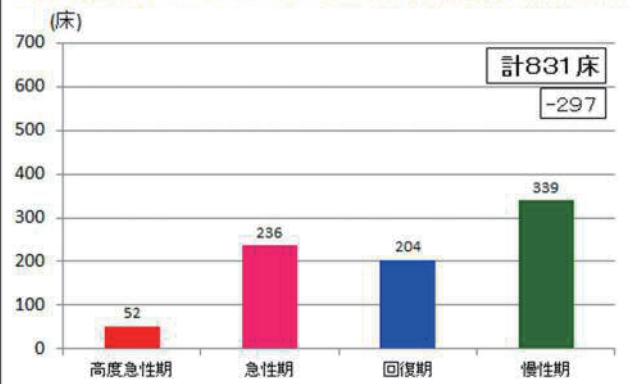
3. 2025年の年齢_____才 同上

担当する訪問診療患者_____人

4. 10年以内のご子息・ご令嬢の**在宅医療**(訪問診療、往診)への新規参加: あり、なし、未定

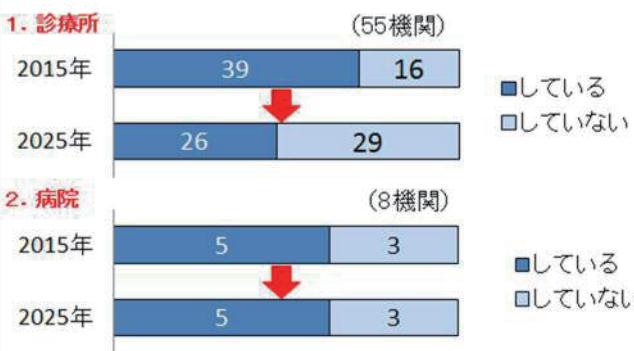
のとおりである。

丹波圏域 2025年度の必要病床数(確定版)



ついで、全医師会員に対する在宅医療に関するアンケートの結果報告を行った。診療所について、2025年までの次世代の在宅医療新規参入は10%(5名)程度にとどまる見込みであった。このため、診療所医師の高齢化が進むことになり、在宅医療を行う診療所数は、2015年の39から10年後の26へと減少するとの回答であった。

在宅医療の実施について



また、夜間往診の可能な医療機関については、2015年の21から10年後の10へと減少するとの回答であり、2025年には夜間急変時の対応が課題となることが分かった。

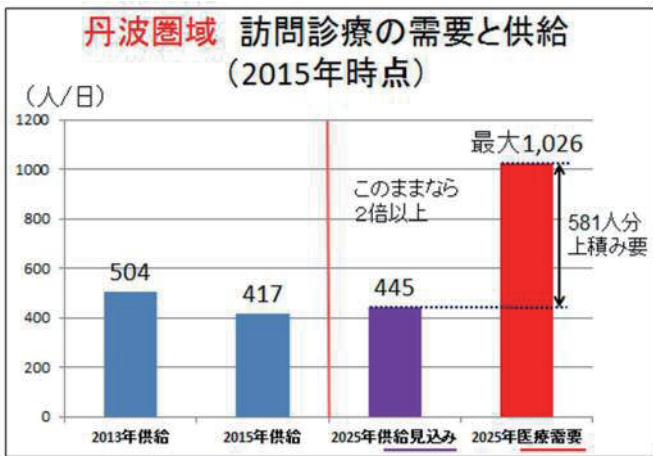
在宅医療提供機関における夜間往診の可否



④第2回検討委員会

前回結論が得られなかった、当圏域における2025年の必要病床数について検討したが、事前に全ての病院に事前調整を行ったため、県からの推計値についてスムーズに合意できた。また、主要な2つの急性期病院の連携と、新病院への医師の増加により、圏域として医療供給体制の弱い3次救急、脳血管障害への手術、ハイリスク分娩、重症児の入院医療が強化される見込みとなった。

最終的に決定された「2025年の必要病床数」は下記



地域医療構想データによる訪問診療需要推計とアンケート結果による供給をまとめると、当圏域では2013年、2015年の在宅医療を受ける患者数はそれぞれ504、417人であり、2025年のサービス提供見込みでは445人であった。これに対し、現在想定される2025年の在宅医療需要は最大1026人であり、2倍以上に供給量を引き上げる必要があることが分かった。この結果に対し、委員からは驚きの声が上がったが、委員間で議論した結果、下記の事務局案が合意された。

丹波圏域 地域医療構想検討会 訪問診療の供給不足への対応策

- ◆訪問診療を行う診療所を維持・増加
- ◆在宅療養(後方)支援病院と在宅医の連携拡大
- ◆ケア付き高齢者住宅への要介護高齢者の集住
- ◆介護・訪問看護と在宅医の連携(訪問頻度の削減)

また、今後も圏域および各市における在宅医療介護とその連携について、地域医療構想調整会議および各市の在宅医療・介護連携事業の会合で検討していくことになった。

5、2018年の「2025年訪問診療需要」修正

2018年には医療計画と介護保険事業計画の策定が行われ、両者の整合性を取ることが求められた。そのため、地域医療構想調整会議において、各市と各市医師会との協議が行われ、圏域における2025年訪問診療需要は706人に修正された。医師会アンケートでの2025年の訪問診療供給量に比べ、1.6倍とな

ったが、医師会長から「開業医が高齢化していく中、これほどの在宅患者を診るのは困難だ。病院からの訪問診療を希望する。」との発言が出た。



この発言を受けて、在宅医療の供給不足への対応を以下のように修正した。

丹波圏域 地域医療構想調整会議

2025年 在宅医療の供給不足への対応

- ◆在宅医療を行う診療所を維持
- ◆在宅療養後方支援病院と在宅医の連携拡大
- +
- ◆病院の在宅医療への参入
- ◆高齢者住宅への要介護高齢者の集住
- ◆介護・訪問看護と在宅医の連携(訪問頻度減)

6、構想実現に向けた保健所の動き

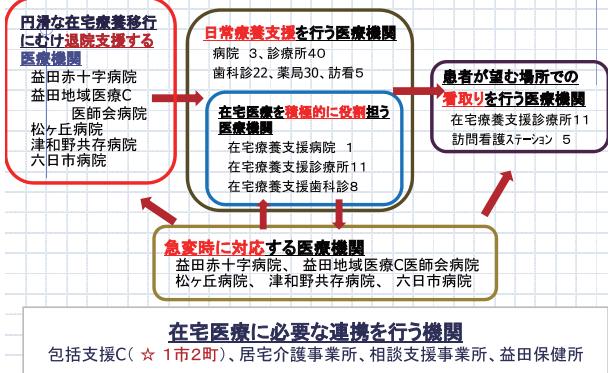
- ①高齢化する在宅医の夜間・急変時の後送病院として、従来の在宅療養支援病院に加え、1病院が在宅療養後方支援病院の届け出を行ったため、在宅医との連携ルール構築へ向けて支援を行った。
- ②地域医療構想をきっかけに複数の病院が提携することを検討中であり、これを支援している。
- ③管内2市の在宅医療・介護連携推進事業の担当者に対し、地域医療構想・医師会アンケートから得られた両市の2025年訪問診療の受給推計について解説した。また、市別の2025年 在宅医療・介護の供給体制を検討し、在宅医療・介護連携を戦略的に推進できるように方策を協議した。

在宅医療供給量調査から見える 2025年の益田圏域在宅医療

益田保健所 中本 稔

1

医療計画益田圏域「在宅医療」(改)



介護報酬からみた在宅介護 ケアバランス



3

在宅医療供給量調査の趣旨

- ◆ 高齢化の進展や、地域医療構想を踏まえた病床機能の見直しにより、今後、在宅(施設等を含む)での高齢者の医療需要の増加が見込まれる。
- ◆ 一方、在宅医療の中心となる訪問診療を行っている診療所の医師の高齢化から、今後の在宅医療の供給体制の維持が危惧される。
- ◆ 二次医療圏ごとに、今後の在宅医療の需要と供給を見込み、予想される供給不足への対応を検討する契機とするために、医師会や医療機関の協力を得てアンケートを行った。
- ◆ あくまでも現時点での各医師の主観(感覚)により8年後の予想を回答いただいたものであり、未記入や不明も含んでおり、必ずしも実態を正確に表した数値ではないと認識。
- ◆ 今後、各圏域や各市町村において、医療や介護の必要なサービス提供体制の検討を始めるための、一つの「きっかけ」として考えている。

4

在宅医療供給量調査の概要

- ◆ 調査時点 平成29年6月
- ◆ 調査方法 郵送等で調査票に回答
- ◆ 対象 島根県内の病院・診療所
- ◆ 回収率 病院 100%(51/51)
診療所 81%(344/425)
※H29.11.6時点

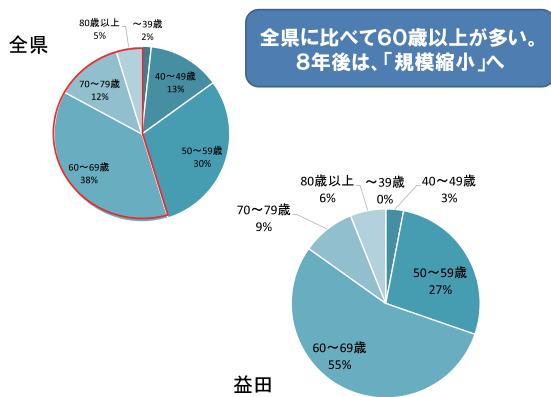
5

在宅医療を実施している医師年齢層 (診療所(未記入除く))

	松江	雲南	出雲	大田	浜田	益田	隠岐	全県
~39歳	2	0	1	0	1	0	1	5
40~49歳	12	5	11	2	7	1	1	39
50~59歳	30	8	18	7	14	9	2	88
60~69歳	32	8	17	19	11	18	5	110
70~79歳	8	4	15	3	2	3	1	36
80歳以上	3	3	3	0	3	2	0	14
計	87	28	65	31	38	33	10	292

	松江	雲南	出雲	大田	浜田	益田	隠岐	全県
~39歳	2.3%	0.0%	1.5%	0.0%	2.6%	0.0%	10.0%	1.7%
40~49歳	13.8%	17.9%	16.9%	6.5%	18.4%	3.0%	10.0%	13.4%
50~59歳	34.5%	28.6%	27.7%	22.6%	36.8%	27.3%	20.0%	30.1%
60~69歳	36.8%	28.6%	26.2%	61.3%	28.9%	54.5%	50.0%	37.7%
70~79歳	9.2%	14.3%	23.1%	9.7%	5.3%	9.1%	10.0%	12.3%
80歳以上	3.4%	10.7%	4.6%	0.0%	7.9%	6.1%	0.0%	4.8%
計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

6



7

2025年までに同じ市町村内の在宅医療に携わる親族がいるか？(診療所)

	松江	雲南	出雲	大田	浜田	益田	隱岐	全県
いる	21	3	24	7	11	3	4	73
いない・未記入	85	31	63	33	35	35	9	291
計 (回答医師数)	106	34	87	40	46	38	13	364

8

在宅医療を実施している診療所医師数

※実施していないには未定を含む

全県(診療所)



診療所医師は減少

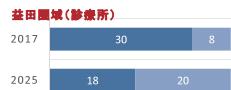
雲南(診療所)



大田(診療所)



益田地域(診療所)

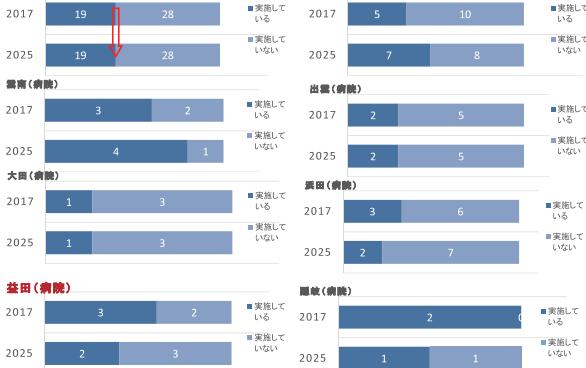


9

在宅医療を実施している病院数

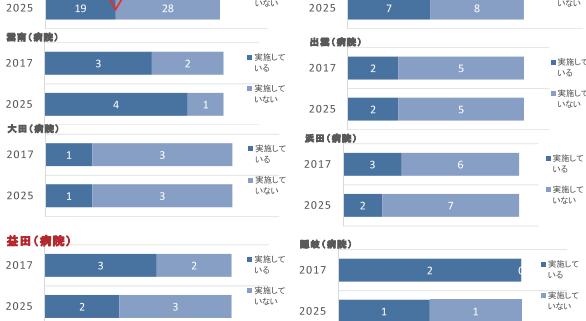
※実施していないには未定を含む

全県(病院)

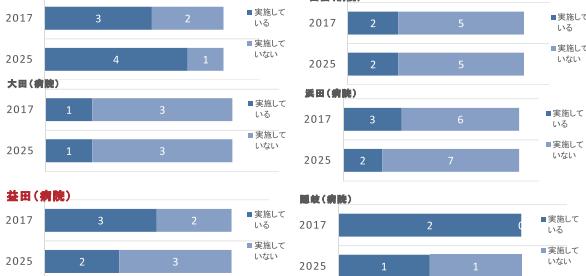


病院数は横ばい

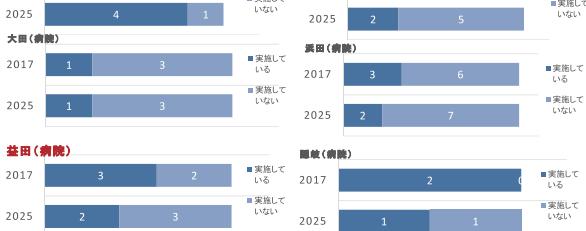
松江(病院)



雲南(病院)



出雲(病院)



大田(病院)



浜田(病院)



益田(病院)

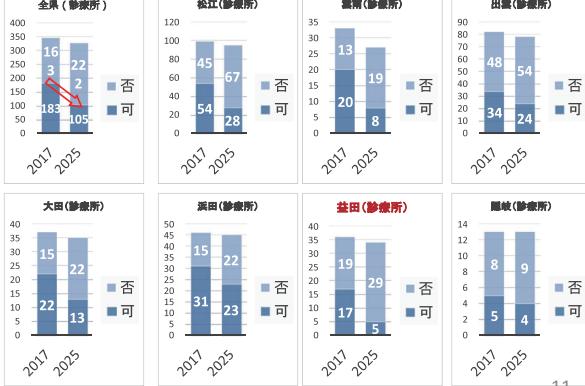


10

診療所医師の夜間往診の可否

※否には未定を含む

全県(診療所)



夜間往診できる 診療所医師は減少

大田(診療所)



浜田(診療所)



益田(診療所)



隠岐(診療所)



11

診療所医師の夜間往診の可否

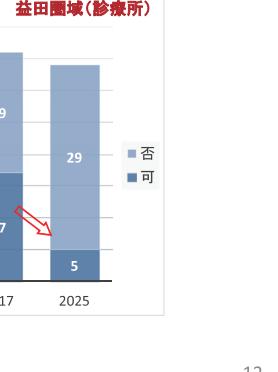
※否には未定を含む

全県(診療所)



夜間往診できる 診療所医師は減少

益田地域(診療所)



12



13

在宅医療の需要と供給

	松江	雲南	出雲	大田	浜田	益田	隱岐	全県
2013年供給	1,902	673	1,291	880	936	719	159	6,560
2017年供給	2,183	543	1,473	750	727	491	116	6,283
2025年供給見込み	1,883	231	1,160	607	747	303	129	5,060
2025年医療需要	2,713	771	1,721	883	1,078	818	166	8,151

2013年供給=需要 訪問診療実績(地域医療構想)

2017年供給 今回調査

2025年供給見込み 今回調査

2025年医療需要 訪問診療+追加の需要※(地域医療構想)

※病床からの移行により、①介護医療院への転換、②介護保険施設等での受け入れ、③自宅での生活・療養(外来通院、訪問診療)が受け皿となる。

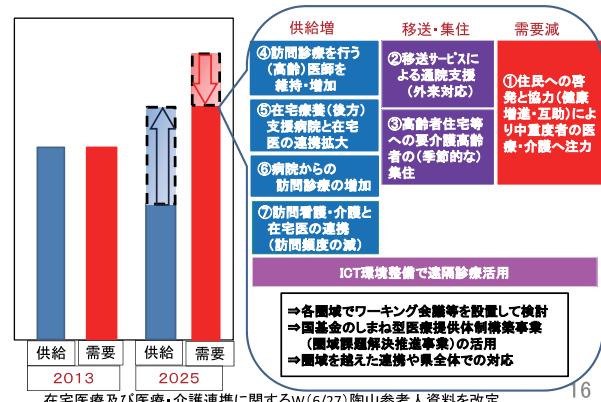
14

在宅医療の需要と供給



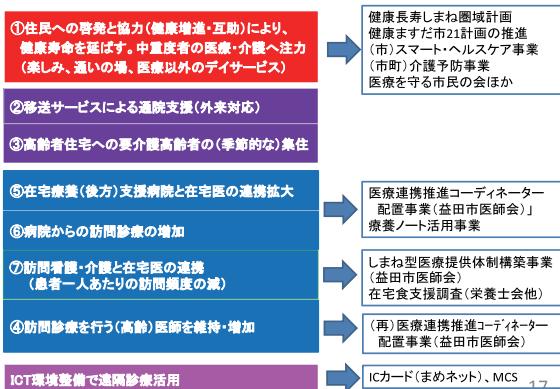
15

島根県在宅医療の供給不足への対応(案)



16

在宅医療・看護・介護を進める(益田市)



まとめ

- 益田圏域では、2025年に在宅医療需要が伸びるとされているが、開業医の高齢化、次世代医師不足等により、在宅医療提供が大きく不足すると予測される。
- 基金を活用した事業を活用し、
 - 特定行為看護師養成等の人材の開発
 - 入退院連携を強める
 - 在宅診療等を支援する病棟機能の再編を進めている。

18

事例6

福岡市における在宅医療推進の取り組み

福岡市博多保健所 田中雅人

(2) 将来必要な医師数のシミュレーション

シミュレーションの目的

- 2025年における在宅医療等の需要に対応するためには、どれだけの医療機関(医師)が在宅医療を行う必要があるか検討する必要がある。
- 在宅医療を行う方法として「在宅中心型」「外来と在宅の併用型」「外来中心型」等、複数の形が考えられるためこれを踏まえて検討する。
- 検討結果は、あくまでも目安であるが、在宅医療を推進するための参考とする。

現在の医療機関数

	35施設	平成28年4月、九州厚生局「届出受理医療機関名簿」
A 機能強化型在支診の数	35施設	平成28年4月、九州厚生局「届出受理医療機関名簿」
B 一般在支診の数	197施設	平成28年4月、九州厚生局「届出受理医療機関名簿」
C 一般診療所主要5科の数	796施設	平成28年10月、厚生労働省「医療施設調査」
D 在支診以外で訪問診療を実施している一般診療所の数	88施設	平成28年10月、厚生労働省「医療施設調査」特別集計

※「一般診療所主要5科」とは、在支診を取得している比率の高い「内科」「外科」「消化器科」「整形外科」「循環器科」を標榜している一般診療所の総数。

福岡県「平成27年度在宅医療支援診療所・在宅療養支援病院調査」において、在支診を取得している診療所は、上記の5科目で在支診全体の89.8%を占めている。

(1) 今後急増する在宅医療需要

福岡市の在宅医療等の需要は、2025年に約2.48倍に拡大

- 在宅医療等の需要は、地域医療構想における病床機能の分化等により、2025年には約2.2万人で約2.48倍(2013年比)に。



(2) 将来必要な医師数のシミュレーション

シミュレーションを行ううえでの条件設定

- 在宅医療を行う方法として以下の3パターンを想定する。

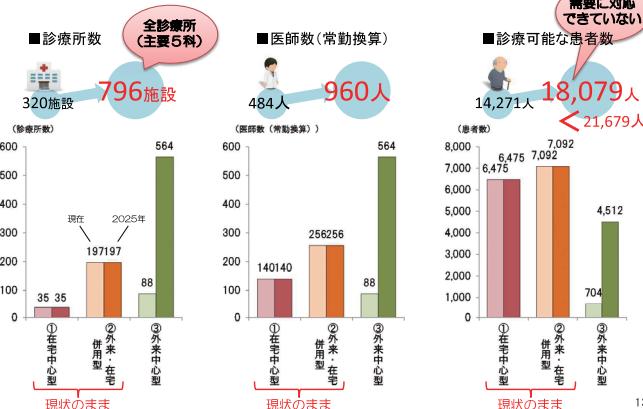


診療所の類型	①在宅中心型	②外来・在宅併用型	③外来中心型
訪問診療の患者数	185人	36人	8人
医師数(常勤換算)	4.0人	1.3人	1人
医師1人あたり患者数	46人	27人	8人
訪問診療のイメージ			
●現在の強化型在支診をイメージ ○患者あたり月2回訪問診療 ○終日は在宅(月～土曜) ○1診療所1日あたり15人訪問 ○1医師1日あたり4人訪問			
●現在の一般在支診をイメージ ○患者あたり月2回訪問診療 ○午前外来・午後は在宅(月～土曜) ○1診療所1日あたり9人訪問 ○1医師1日あたり2人訪問			
●一般診療所の外来患者のうち 一部を訪問診療するイメージ ○患者あたり月2回訪問診療 ○患者あたり月2回訪問診療 ○毎休み等で週2回 ○訪問診療1回あたり2人訪問			

注1)「訪問診療の患者数」「医師数(常勤換算)」「医師1人あたり患者数」は、福岡県「平成27年度在宅医療支援診療所・在宅療養支援病院調査」において、在支診を取得している診療所は、上記の5科目で在支診全体の89.8%を占めている。
 注2)表内「訪問診療の患者数」は、1カ月間の実の数(延人数ではない)
 注3)表内「訪問診療のイメージ」の計算式にあたり、4月選と仮定して当数値を算出

(2) 将来必要な医師数のシミュレーション

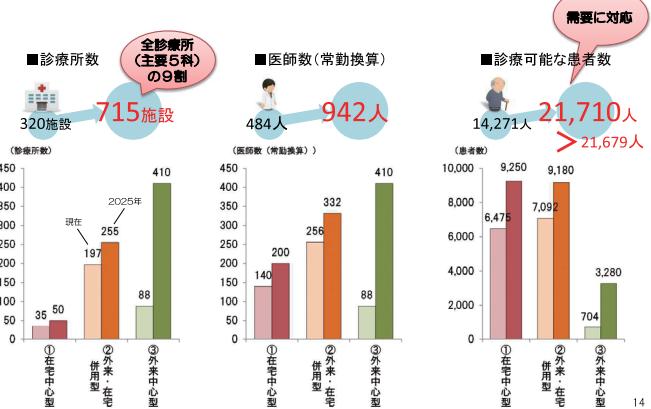
- ①在宅中心型 ②外来・在宅併用型 の診療所を現状のままとした場合、主要5科の全ての診療所が③外来中心型の在宅医療を行ったとしても2025年の在宅医療等の需要には、対応できない



13

(2) 将来必要な医師数のシミュレーション

- ①在宅中心型、②外来・在宅併用型を増やし、かつ一般診療所(主要5科)の9割が③外来中心型の在宅医療を行った場合、はじめて、2025年の在宅医療の需要に対応できる。



14

(3)事業内容と推進体制

事業項目	目的	事業内容	推進体制
①在宅医療に携わる医師を増やすための医師間の関係づくりと動機づけ	在宅医療を支える病診連携・診診連携の基盤づくりのための交流会・情報交換会等を実施する	○在宅医療に特化した交流会・情報交換会等の企画・運営 ※医師を参加対象としたもの、在宅医療分野に特化したもの実施する	○ブロック支援病院 ・交流会・情報交換会等の企画・運営 ○区医師会 ・区内の企画の方針決定 ・交流会・情報交換会等の告知協力 ○在宅医療医会 ・交流会・情報交換会等への助言
②在宅医を支える病院のバックアップ体制	24時間365日体制をとることが困難であったり、近隣医療機関とのネットワークがなかつたりする診療所等が、在宅医療へ円滑に参入し継続できるよう、病院によるバックアップ体制を構築する	①在宅療養患者の症状増悪時の病院受入のルール化 ②在宅療養患者の患者情報の事前登録の仕組み（様式、運用ルール等）	○ブロック支援病院 ・院内の急変時受入体制づくり ○区医師会 ・急変時受入のルールづくり・様式づくり ・ブロック支援病院とのルール・様式に関する協議 ・在宅医への呼びかけ
③代診医制度	在宅医が学会や遠方旅行など、どうしても訪問診療や往診ができない場合のバックアップを行うため、在宅医療を担う医師同士の相互補完ネットワーク・ルールづくりを行う	①代診医制度のルールづくり ②代診ネットワーク事務局 ③代診バックアップ ※②③は、各区の実情に応じて設定	○区の実情に応じたネットワーク形態の構策 ・病院中心型 ・病院・在支診協働型 ・在支診中心型 ・診療所ネットワーク型 等 ○区医師会 ・代診医制度の仕組みの調整

6

宮崎市における人生の最終段階における医療の取り組み

わたしが“わたしらしく”生きるために…

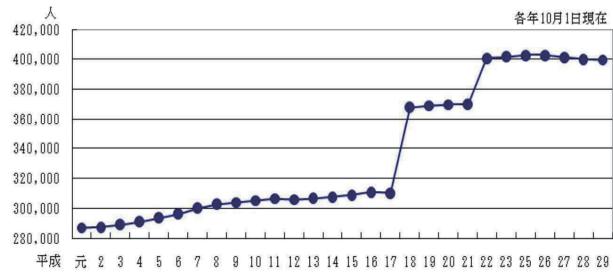
わたしの想いをつなぐノート (略称：わたしノート)

宮崎市健康管理部次長
宮崎市保健所長

西田 敏秀

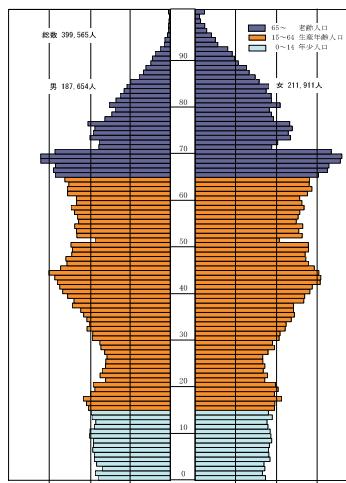
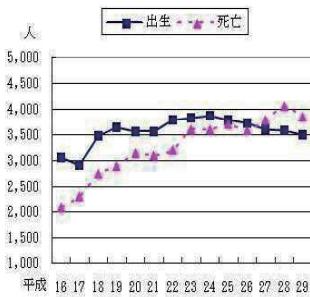
宮崎市の概要①

- 人口 : 403,206人 (H30.9.1現在)
 - ・男性 190,044人 ・女性 213,162人
- 世帯数 : 195,015世帯
- 高齢化率 : 26.9% <全国 27.7% (H29.10.1現在)>
- 人口の推移 (H18年に3町、H22年に1町と合併)



宮崎市の概要②

- 人口ピラミッド (H29.10.1現在)
- 出生数・死亡数の推移



人生の最終段階における医療をめぐる現場の話…

・医療の現場から

救急で運ばれてきた患者に延命治療を行ったところ、家族が望まない。「本人の希望」と「家族の希望」が一致しているか判然としない。

・介護の現場から

認知症で、本人の意思が確認できない。

・延命治療を巡り家族の間で意見が違う

* 在宅医療の政策を検討するときに避けて通れない「看取り」の問題。

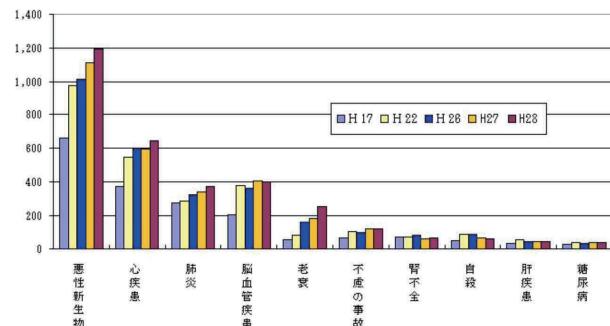
【様々な意見があることの実感】

- 都市部 人生の最期くらいは、殺風景な病院のベッドではなくお金をかけて建てた自宅で過ごしたい。
- 農村部 人生の最期くらいは、病院で死なせてあげたい。
- 障がい者 事前に延命治療をしなくてよいと決めていても、いざとなれば生きたいと思うものだ。

全国統一的な取組みとは別に、地方で取り組めることがあるのではないか？

宮崎市の概要③

- 医療機関数 (H30.4.1現在)
 - ・病院 39施設
 - ・一般診療所 389施設
 - ・歯科診療所 225施設
- 主要死因別死亡数の推移



平成25年度に「在宅療養支援事業」を立ち上げる

【背景】

- 最近は、終活、エンディングノートと言った終末期を考えさせる書物や映像が増えている。今や高度医療によって多くの場面で延命は可能であるが、「仮に短くとも質のよい人生を送りたい」と思う人も増えている。しかし、本人が最期まで意識清明な状態で治療内容を自ら決めることは稀であり、本人に代わって家族が決めることが一般的である。ところが、本人の意思は必ずしも家族に伝わっておらず、意見を聞くべき「家族」の範囲も規定されていない。

【目的】

- 市民一人ひとりが、将来の意思決定能力の低下に備えて、人生の最期の時間をどこで過ごし、どのような医療を受けたいか、元気な時から意識し、考えていくように情報提供する。
- 住み慣れた環境でできるだけ長く過ごせるよう、また望む人には自分らしい終末期を迎えることができるよう情報提供し、市民が在宅療養について理解を深める。

検討のなかでは…

◎行政が取り組む際に必ず押さえておきたい点

- ・「医療費削減」のためではないのかといった誤解を与えないようにすること。
- ・書面として残すことだけが、大事なのではない。
- ・治療を「しない」希望を残すためだけでなく、治療を「したい、して欲しい」という希望・想いを伝え、「つなぐ」こと。
- ・誤解した時に、きちんと対応できるようにしておくこと。
- ・水先案内ができる医療従事者を育てること。

◎エンディングノートに関する意見

- ・たくさん書店から出ているのに、行政が作成する必要性は？
- ・市としてはエンディングノート使用に向けてのガイド本を作成する方針ではどうか？
- ・エンディングノートを所持していることを表示させてはどうか？
- ・「エンディング」という名称も、今はブームなので理解されるが、ブームが去った後は、名称だけ先走り、誤解（エンディング＝人生の終わり）を招く可能性もある。

自らの意思を決めるにあたって…

- 既存のエンディングノートでは延命治療を望むか、望まないかの2択が多い。
 - 延命治療もさまざま。延命治療にはどのような医療行為があるのか知らないで選択するのは難しい。
- ↓
- イメージできるように、手引きで解説。
 - さらに実例も紹介。

「わたしノート」プロジェクトの目指していること

- 全国的にも「エンディングノート」が取り上げられるようになっていますが、これを一過性の流行のような現象に終わらせるのではなく、それぞれの地域特性に根ざした実効性のある仕組みにしていく必要があります。
- すでに病気を抱えている本人だけでなく、ご家族や市民一人ひとりが、将来の意思決定能力の低下に備えて、人生の最期の時間をどこで過ごし、どのような医療を受けたいか、元気な時から意識し考えていくような情報提供・支援体制を整備するために、医療・看護・介護・消防等を包括する「広域連携体制の構築」を目指します。

関係機関との連携



« 基本的な考え方 »

1. 「書きたくない」という大切な「希望」

「エンディングノート」を書きたくない、という人に対しては、決して無理やり書かせてはダメです。(法的にも無効です。)

この点をもし忘れてしまうならば、本人や家族の立場からすると、「早く決めろ」と急かされてしまうに感じてしまい、結果としてそのことが、まるで「無言のプレッシャー」となって、『本当は治療を続けたい、もっと生き続けたい』と願っている想いをないがしろにしてしまいかねません。

« 基本的な考え方 »

2. 「本心」を汲み取ろうとする姿勢

「人工呼吸器をつけないで欲しい」とエンディングノートに記してあったとしても、その背景にある理由をしっかりとつかむことなく、ただ字面だけを見て「人工呼吸器は希望していない」と拙速に判断するようなことがあってはいけません。

あくまでもエンディングノートは、本人にとって何が最善の医療なのかについて、医師のみで決めるのではなく、家族も交えてチーム全体で話し合うためのひとつの「ツール」であって、決して「文書だけ」を独り歩きさせてはダメです。

その人が、これまで生きてこられた「人生という名の物語」に寄り添い、家族と共に本人自身の人生観や価値観を大切にしながら「物語」を紡ぎだそうとする姿勢が重要です。

« 基本的な考え方 »

3. 「文書だけ」を独り歩きさせない

その意味では、もし、エンディングノートに強い法的拘束力を付与するような形での法制化が行われるようになると、それは「文書だけ」を独り歩きさせることになりかねず、現場の実情からかけ離れたものになってしまう危惧は拭えません。



「悩みながら、気持ちは揺れながら、決めきれない。」
というのも、あっていいこと。

最も大切なことは、

「想いをつなぐ」ことができる「支援体制の構築」、つまり
「紙づくり(書くこと)」よりも(もちろん、それも大事だけ...)、
「まちづくり」が大切 !

平成30年度

在宅療養推進事業プロジェクト会議名簿

メンバー(12名) + 保健所(事務局)

県立病院 救命救急科 部長

大学病院 医療倫理学 教授

大学病院 地域医療学 教授

ホスピス 理事長・相談員

在宅医(開業医) 2名

国立病院機構 院長

地域包括支援センター 管理者

病院 地域連携室 室長

訪問看護ステーション 代表

薬局 代表取締役

わたしの想いをつなぐノート

「わたしの想いをつなぐノート(小冊子)」「書き方の手引き」



「わたしの想いをつなぐノート」配付要領①

【目的】

市民一人一人が、将来の意思決定能力の低下に備えて、人生の最期の時間をどこで過ごし、どのような医療を受けたいか、元気な時から考えていくよう理解を深めるための媒体として、宮崎市版エンディングノート「わたしの想いをつなぐノート(以下「わたしノート」)」を作成し、配付する。

医療・看護・介護・消防関係者等にもこのノートの存在を周知し、連携を取っていくよう体制の構築を進める。

「わたしの想いをつなぐノート」配付方法

※『本人に手渡し』を原則としています。

- ① 「わたしノート」のことを熟知した市職員が説明をし、配付する。
- ② エンディングノートアドバイザー(医師、保健師、看護師、介護支援専門員等)が説明をし、配付する。
- ③ 出前講座で市職員が説明をし、配付する。

「わたしの想いをつなぐノート」配付要領②

【配付対象者】

以下のいずれかに該当する人

- ① 宮崎市内に住所を有する人
- ② 宮崎市内の事業所に勤務する人
- ③ 「わたしノート」を研究等のために利用したい団体等(市内外は問わない)

「わたしの想いをつなぐノート」配付要領③

【配付方法】

- ① 原則的にエンディングノートアドバイザー（医師、保健師、看護師、介護支援専門員等で終末期について関わりがある専門職）が説明し、配付する。
- ② 新規は一人につき「わたしノート」「わたしノート書き方の手引き」を各1冊ずつ同時に配付する。
- ③ 「わたしノート」は何度でも書き直すことができ、要望により何度でも配付可能。

配付する側が押さえておきたいポイント①

- ・ 尊厳ある最期を迎えるために活用をお勧めしている。
ただし、「書く」か「書かない」かは本人の自由。
- ・ 書くこと自体を強要しない。
- ・ 「書きたくない」という人には無理に渡さない。
- ・ 療養中の方には、提示のタイミングが極めて重要となる。
- ・ 書くことよりも、何度も話し合いの場を設けるという過程の方が大事だということは必ず念頭においておくこと。
- ・ 「延命治療をしないこと」だけではなく、「治療したいこと」も伝えるものである。
- ・ 書いた後は、そのまま放置しておくのではなく、誕生日など毎年決めた日に見直すようにしておく。
- ・ 書き直しはいつでもOK！

「悩みながら、気持ちは揺れながら、決められない。」「一度決めたけど、気持ちが変わった。」
というのも、あっていいこと。

- ・ 一人一人が
- ・ 自分らしい人生の最期を迎えるためには
- ・ 元気なときから
- ・ 家族と一緒に
- ・ 人生の最期の時間をどこで過ごし
- ・ どのような医療を受けたいか
を考えていただくことが大切

それでも書くのは難しい…

「わたしの想いをつなぐノート」配付要領④

【配付場所】

- ① 宮崎市保健所（健康管理部）
健康支援課
医療介護連携課（保健センター5か所）
- ② 宮崎市役所 介護保険課
- ③ 宮崎市地域包括支援センター（19か所）
- ④ 医療機関（配付協力の希望があった機関）
- ⑤ 介護施設（配付協力の希望があった機関）
- ⑥ その他

配付する側が押さえておきたいポイント②

- ・ 保管場所はわかりやすいところに。
(保険証とセット、場所を誰かに伝えておくことが大事)
- ・ 記入に際して、質問があれば、いつでも答えられる体制づくり。
- ・ 書いたら、ご家族や親戚の皆さんと内容をできるだけ共有すること。
- ・ 救急車を呼ぶか呼ばないかについて
⇒ 在宅療養をしている中で、異変が起こった時には、かかりつけ医に連絡するように。また、緊急事態に備えて、あらかじめかかりつけ医と相談をしておくことが大切。
⇒ 判断に迷った時は、躊躇せず救急車を呼ぶこと。

アドバイザー養成講座

- ＜アドバイザー養成のきっかけ＞
- H26年度 在宅療養支援事業プロジェクト会議において、周知啓発を検討していく中で、「わたしノート伝道師」を養成してはどうかとの意見が出た。
 - H27年度 在宅療養推進事業プロジェクト会議において、身近な場所で身近な人から配付するために、アドバイザーを育成する講座を提案。
 - H28年度から養成講座を開始。

＜アドバイザー養成の目的＞
身近な場所で身近な人から配付を行い、配付窓口の拡大を行う。

アドバイザー人数

年度	総数 (人)	内訳(職種)											
		医師	薬剤師	保健師	看護師	ケアマネ	理学療法士	作業療法士	社会福祉士	介護士	相談員	市職員	その他
H28年度	781	15	85	21	199	152	23	7	31	109	35	7	97
H29年度	236	4	16	9	100	38	3	0	14	14	6	8	24
H30年度	165	6	0	11	66	31	4	2	10	17	8	1	9
計	1,182	25	101	41	365	221	30	9	55	140	49	16	130

24

ノート配付実績

配付場所	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度	計	
出前講座	実施回数	39	37	34	27	137
	参加人数	1,072	959	955	553	3,539
	配付数	1,071	959	1,650	534	4,214
各窓口	健康支援課	975	173	299	90	1,537
	地域包括支援センター(19か所)	94	258	282	316	950
	医療介護連携課 保健センター(5か所)	218	99	226	209	752
	介護保険課	138	147	227	157	669
	プロジェクトメンバー	94	3	181	794	1,072
	アドバイザー(※1)			4,009	1,343	5,352
	関係機関(※2) (医師会、看護協会、医療機関、介護保険事業所、消防、研究機関、自治体、報道関係など)	4,170	2,170	2,466	1,067	9,873
	計	6,760	3,809	9,340	4,510	24,419

*1 アドバイザーには、講座受講時に1人5部ずつ渡している。

*2 市民に配付した数ではなく、各事業所に渡した冊数。

25

ノート配付窓口

(平成30年6月1日現在)

配布窓口の種類	数	割合
居宅介護支援事業者	39	23.3%
診療所	25	15.0%
薬局	23	13.7%
地域包括支援センター	19	11.4%
病院	17	10.2%
訪問看護ステーション	9	5.4%
介護老人保健施設	6	3.6%
保健センター（行政）	5	3.0%
特別養護老人ホーム	5	3.0%
通所介護	4	2.4%
小規模多機能型居宅介護	3	1.8%
介護付き有料老人ホーム	2	1.2%
グループホーム	2	1.2%
行政	2	1.2%
生活支援ハウス	1	0.6%
ケアハウス	1	0.6%
訪問介護	1	0.6%
通所リハビリテーション	1	0.6%
地域密着型通所介護	1	0.6%
特定非営利活動法人（NPO法人）	1	0.6%
計	167	100%

26

今後の課題

- H26～H29年度の4年間で、約24,000冊の配付を行っているが、まだまだ市民への周知(配付)が少ないので、今後どのように周知していくか。
- 配付した「わたしノート」が実際にどのように活用されているのかを把握できていない。
- 関係機関(医療関係、消防局、介護関係)との連携の構築が不十分である。
- かかりつけ医への周知と理解が不十分である。
- 救急の現場(消防、医療機関)での活用が不十分である。
- 現在のエンディングノート(第2版)で記入しにくいところを改訂(第3版を作成)。

27

全国の保健所長アンケート調査や聞き取り調査を行う中で、医療構想を進める保健所の役割を質的に項目別に整理できないかと考えた。研究班に関わる保健所長や、今年度の保健所長聞き取り調査の際に、それぞれの所長にチェックをお願いし、改定を進めた。

保健所長が医療構想の関与を振り返るには役に立つかもしれないと、全国保健所長に提示するもの。
利用していただき、意見等いただきたい。

医療構想を進める保健所機能のチェックリスト

保健所名_____ 記入時年月 _____年_____月

(保健所に次のような役割に該当すれば☑してください)

A1 圏域（＝構想区域、以下同じ）の病床機能の分化と連携に関する保健所の役割に関して、

- 本庁（医療計画・医療構想担当課）と保健所間で役割が明確となっている
- 圏域の病床機能の分化に関することへの保健所の役割がある
- 立入検査を活用するなど、個別医療機関の病床機能の課題を取りまとめる役割がある
- 圏域の医療計画の策定と評価を行う役割がある
 - 医療計画の連携図の策定と評価を行う役割がある
- 地域医療構想調整会議の運営（開催召集、本庁担当課への報告を含む）の役割がある
- 必要に応じて、調整会議以外の（分化と連携の）会議の設置とその運営を行う役割がある
- （個別ではなく）複数病院間（病病、病診）の病床機能の連携調整を行う役割がある
 - 診療パス（5疾病）
 - 救急医療
 - 災害医療
 - 周産期医療
 - 認知症
- 病床機能別の必要病床数をめざした施策、事業の展開（PDCA）を進める役割がある
 - 高度急性期の増減
 - 急性期の増減
 - 回復期の増減
 - 慢性期の増減
- 病床機能転換を進める基金の申請に関する圏域調整の役割がある
- 医療構想にかかる指標のデータ収集と分析の役割がある（主に本庁と保健所で共有）
- 同データを圏域内機関や市町村に提示する役割がある（主に保健所と市町村、病院医師会と共に）
 - 流出流入、SCRなどを用いて、圏域自己完結率を高める取組を行っている
 - 運用されていない病棟を確認し、病院報告に反映している
- 入退院調整に関わる連携システムの確立・推進、評価の役割がある
 - 訪問看護Sやケアマネ・介護事業者と入退院連携のルールを共有している
- 公立病院新改革プラン・公的医療機関等2025プランの策定・評価に関与している
- 医療連携法人の議論に関与している
- 病床機能の分化や連携に関する人材育成・教育研修への関与
- 圏域の住民に医療構想（病床機能別の役割、病病・病診連携、在宅医療、包括ケアシステム、アドバ
ンス・ケア・プランニング）を説明している

A2 病床機能について、圏域内において以下の取組が進んでいる

高度急性期・急性期について

- 高度急性期・急性期の病床を減らす動きがある
- 急性期としての地域包括ケア病棟への転換が進められている（進む予定である）
- 許可病床のうち実働していない病床は削減が合意されている
- 急性期機能を維持・確保するための入退院連携の取組の強化を確認している
- 必要な病床機能を確保するために高度急性期、または急性期の病床を増やす動きがある
- その他

回復期について

- 圏域内での自己完結を検討している
- 回復期リハビリテーション病棟を増やす動きがある
- 地域包括ケア病棟の新規開設が進められている（進む予定である）
- 在宅や介護施設等への退院に向けた病床機能を評価し回復期病棟として報告している
- その他

慢性期について

- 在宅医療、介護施設入所等の役割と合わせて、慢性期病床の役割の議論を行っている
 - 医療と介護の診療報酬の連結の分析を行っている(例 要介護度別の診療件数)
- (医療、介護) 療養病床を老人保健施設や介護医療院等に転換する動きがある
- 療養病床の削減が進められている（進む予定がある）
- 医療療養病床を増やす動きがある
- その他

傷病別に医療・介護のあり方について検討している

- 脳血管障害、骨折とリハビリテーション
- 下肢関節障害と痛みの管理、閉じこもり予防
- 認知症の早期発見早期対応、ケア継続
- がん、慢性心不全、CKD、COPD の医療管理と生活支援

B 在宅医療・在宅介護に関する保健所の役割について

○在宅医療・介護連携における保健所の役割の明確化について

□ 本庁と保健所の役割分担が明確になっている、又は保健所が果たすべき機能が明確になっている

□ 管内市町村から期待されている保健所の役割が明確になっている

□ (市区保健所の場合) 保健所として果たすべき役割が明確になっている

□ 在宅医療・在宅介護（の課題解決、または、2025 供給増の議論）に関わっている

○在宅医療・介護連携に関するデータ等の把握分析

□ 地域医療構想と市町村の介護保険事業計画との折り合いで、在宅医療でカバーすべき

と計画に記入された数字（市町村別 2025 在宅医療需要）を把握している

□ なんらかの手法で 2025 在宅医療供給を算出し、2025 需給ギャップを推計することで、在宅医療の供給増の議論に活用している

(チェックした場合) 2025 訪問診療の需給ギャップの算出法は？

□ 2013 あるいは 2015 の実供給量と 2025 訪問診療需要とを単純に比較して算出

□ 医師会員へのアンケートにより、2025 供給を推計して算出

□ その他 ()

□ 圏域内の市町村別の在宅看取り（自宅、施設別）率を把握している。

□ その率は？ ()

□ 訪問診療を行う診療所として登録している診療所数を把握している。

□ その看取りの実績を把握している

○在宅医療体制の確保について

□ 病院とケアマネとの退院時連携を図る仕組みづくりを行っている。

□ 在宅医の不在時等の診療を支援する病院、診療所の体制を検討、又は確保している

□ 開業医をサポートする多職種連携（訪問看護、在宅介護等）を進めている

□ 病院の後方支援・緊急時の受け入れなど、病診連携を進めている

□ 在宅、施設での看取りについて地域住民への啓発、施設職員に対する研修を実施している

□ 開業医の訪問診療を増やす議論を進めている

□ 訪問看護の件数を増やす議論を進めている

□ 病院が訪問診療を強化する（多職種派遣を含む）議論を進めている

□ 訪問診療専門のネットワーク強化を進める（緩和ケアなど）

□ ICT の活用で遠隔診療や訪問診療の補完を進めている

□ その他 ()

○在宅医療・介護関係団体等との連携

(多職種の会議、単独職種の会議、保健所・市町村主催の会議等)について

- 在宅医療を支援する病院機能の整理、病診・病看・病介連携調整を進めている
- 医師会等の在宅医療連携推進コーディネーターと連携を取っている
- 在宅看護、在宅介護の人材確保、研修にかかる事業に関与している
- 在宅看護、在宅介護の供給確保に関する本庁担当課と市町村・事業者との調整を行っている。
- 圏域の在宅看護に関わる機関の連携に関わる会議の設置、運営、研修を行っている
- 圏域の在宅介護に関わる機関の連携に関わる会議の設置、運営、研修を行っている
- 圏域のPT・OT・STの連携に関わる会議の設置、運営、研修を行っている
- 圏域の歯科医師、歯科衛生士との連携調整を進めている
- 圏域の薬剤師、薬局との連携調整を進めている
- 圏域の管理栄養士・栄養士と食支援等の連携調整を進めている
- 入所施設（老保、特養、養護老人ホーム、サ高住等）との連携を取っている
- その他（

C 地域包括ケアシステムの推進にかかる保健所の役割

- 本庁の介護保険担当課から明らかな役割を与えられている（本庁—保健所の連携）
 - 地域包括ケアシステム推進を担当の職員がいる
- 市町村介護保険事業へ関与する役割がある（市町村—保健所の連携）
- （市区保健所の場合）市区医療政策（人材確保含む）関係事業を主管する役割がある
- 市町村（市区保健所の場合は自市区）の在宅医療・在宅介護連携推進事業（ア～ク）のいずれかに関与している
 - 保険者ごとや日常生活圏域ごとの見える化のためのデータ提示や評価に関与している
 - 市町村の介護予防・日常生活支援総合事業（新総合事業）のいずれかに関与している
 - 一般介護予防事業(住民主体の介護予防等)に関与している
 - 地域リハビリテーション活動支援事業に関与している
 - 各種の総合事業や地域資源を戦略的に組合わせた市町村の取組に関与している
- 認知症施策の推進に関与している
 - 認知症疾患センターの協議会に関与
 - 認知症サポート医の連携・研修
 - 認知症パスや連携の評価
- 市町村のデータヘルス計画（重症化予防）や健康増進事業を地域包括ケアシステムに結び付けた議論を進めている
- 生活支援サービスの体制整備に関与している
- 地域ケア会議の運営に関与している
- 市町村介護保険事業計画の策定、評価に関与している
- 精神保健に関する地域包括ケアの議論が行われている
- 感染症・結核に関する地域包括ケアの議論が行われている
- 医療的ケアの必要な小児に関する地域包括ケアの議論が行われている
- 圏域の住民に地域包括ケアシステム（かかりつけ医、在宅医療・介護、病診連携、医療介護連携、介護予防、通いの場、住まいや施設、生活支援、アドバンス・ケア・プランニング等）を説明している
- その他

地域医療構想から地域医療計画へ ～保健所に期待される役割～

産業医科大学
公衆衛生学教室
松田晋哉

利益相反の有無：無

*この講演のもととなった研究に関連し、開示すべきCOI関係にある企業などはありません。

本日の講演の内容

1. 地域医療構想の概要

2. 岡山県における検討事例 ～南西部医療圏の検討～

3. 慢性期をどう考えるか ～地域包括ケアへの対応～

4. まとめ

地域医療構想とは

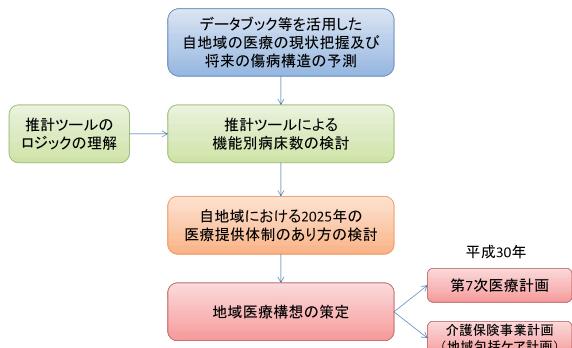
- 地域の実情に応じた課題抽出や実現に向けた施策を住民を含めた幅広い関係者で検討し、合意をしていくための過程を想定し、さらには各医療機関の自主的な取組や医療機関相互の協議が促進され、地域医療全体を俯瞰した形で実現していくもの
- 各医療機関は、地域における自院内の病床機能をデータにもとづいて客観的に把握し、自院の将来像を描くことができる

医療法

構想区域における、病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量のほか、病床の機能分化及び連携の推進のために必要な事項を含む将来の医療提供体制に関する構想

日本医師会・中川副会長資料

地域医療構想の検討手順



間違えてはいけないこと

- 病床削減が地域医療構想の目的ではない
 - 推計の仮定が異なれば結果は異なる
- 「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
 - ただし、その実現のための制約条件についてきちんと検討することが必要
 - 複数のシナリオを持つことの重要性
 - 現実的な対応策を各地域の調整会議で検討する

いくつかのポイント(1)

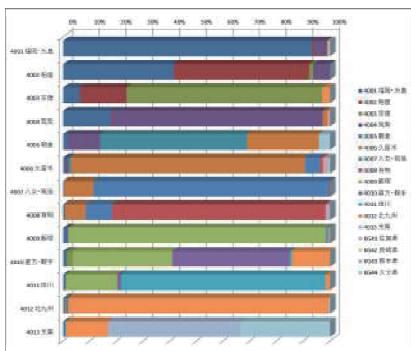
- 高度急性期と急性期とを明確に分離することは難しい
 - 救急、脳血管障害、急性心筋梗塞、がんなど高度急性期を必要とする病態について、具体的な機能分化と連携を考えることで良いのではないか
- 回復期は亜急性期の概念も含めるものと考えると、13:1、15:1の病院群が行っている内科的診療も「回復期」の概念に入る
 - 上記のような病院が救急に対応できるか否かなどを一つの軸として「地域包括ケア病床」や「在宅療養支援病院」になることを基金で支援するという議論の持ち方があるのではないか

いくつかのポイント(2)

- ・慢性期は「療養病床十介護施設入所十在宅」を合わせたもの
 - 上記のサービスの配分は地域の状況によって子異なる
 - ・診療所の維持が難しくなっているところでは、在宅医療そのものが成立しにくくなっている
 - ・東京都心のいくつかの医療圏のように人口が今後も増加するところでは、外来需要も増加する→訪問診療の余力はあるのか？
 - ・いざれにしてもある程度集まって住んでもらう住宅政策との連動が必要ではないか
 - 医療と介護とを連結したデータの準備

救急の評価(5疾病6事業)

資料3-2 福岡県における救急医療の自己完結率・二次救急 (平成25年度NDBデータ：入院)



医療提供体制・課題のチェックリスト

各セルに参照すべき資料番号が明示してある。

資料3-1 京築医療圏におけるDPC対象病院の診療実績 (平成23～26年度厚生労働省データ:MDC別救急搬送患者)



当該医療圏の現状と課題

- ・ 入院医療全般
 - 急性期
 - 回復期
 - 慢性期
 - ・ 外来医療全般
 - ・ 救急
 - ・ 周産期医療
 - ・ 小児医療
 - ・ 在宅医療
 - ・ 連携
 - ・ 地域包括ケア
 - ・ 急性心筋梗塞
 - ・ 脳血管障害
 - ・ 悪性腫瘍
 - ・ 糖尿病
 - ・ 精神科
 - ・ 肺炎対策
 - ・ 骨折対策
 - ・ 認知症
 - ・ 医療介護職の確保
 - ・ 介護需要

策定素案における記述

2. 救急医療

DPC対象病院のデータでは、MDC12婦人科を除くと、救急で問題となるMDCについてはすべての色が出ており、**おおむねすべての診療科で対応**ができます。年間でも機能は安定しています。(資料3-1)

国保・長寿のデータで見た二次救急の自己完結率は50%で15%が北九州医療圏、35%が大分県に流出しています。(資料3-2)

SCRでは、二次救急・入院のSCRは31でありやはり**救急に関しては提供量が少ない**と考えられます。他方、療養病床における急性期や在宅からの受け入れのSCRが316で、療養病床がある程度救急患者の対応ができる力があることが示唆されます(資料3-3)。

内容的には**全科の救急入院に対応**できています。救急の自己完結率は約85%で、搬送時間も**新生児の救急で長い傾向**がありますが、他の年齢層では搬送時間的には許容範囲であると言えます。救急の受け入れ能力には特に問題はないと言えそうです。

【必要な施策】

- 現在の救急医療提供体制の維持
- 小児入院体制の確保(県内の4大学の小児科学教室と協議の上2つのDPC病院のいずれかで対応)

本日の講演の内容

1. 地域医療構想の概要

2. 岡山県における検討事例 ～南西部医療圏の検討～

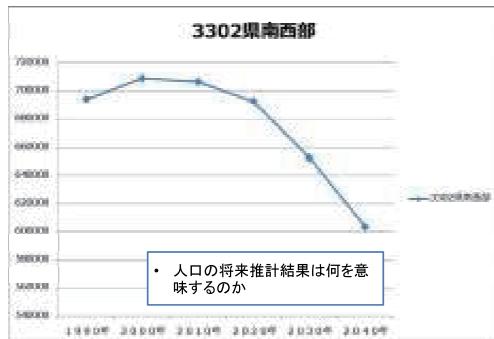
3. 慢性期をどう考えるか ～地域包括ケアへの対応～

4. まとめ

人口の動向はよほどことが無い限り、確実な未来である

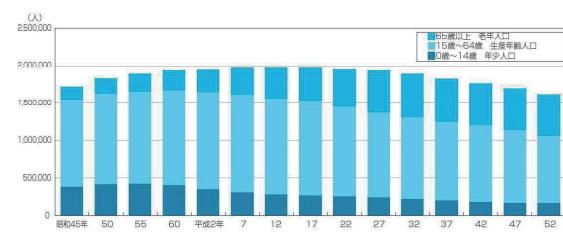
P.F ドラッカー(上田惇生・他 訳):
すでに起こった未来、
東京:ダイヤモンド社、1994.

南西部医療圏の人口推移

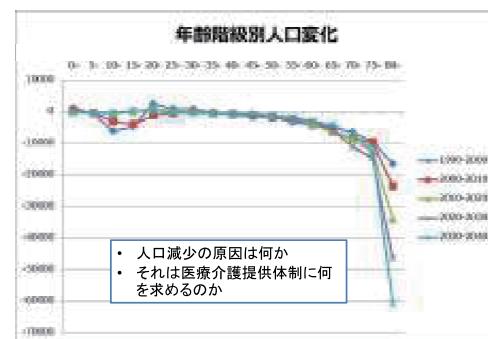


出典: 平成25年度厚生労働科学研究補助金(厚生労働科学特別研究事業)・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)(研究代表者: 松田晋哉)

人口及び高齢者の推移



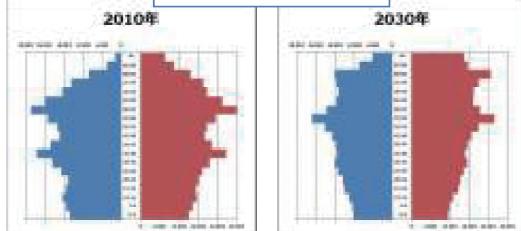
南西部医療圏の人口推移



出典: 平成25年度厚生労働科学研究補助金(厚生労働科学特別研究事業)・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)(研究代表者: 松田晋哉)

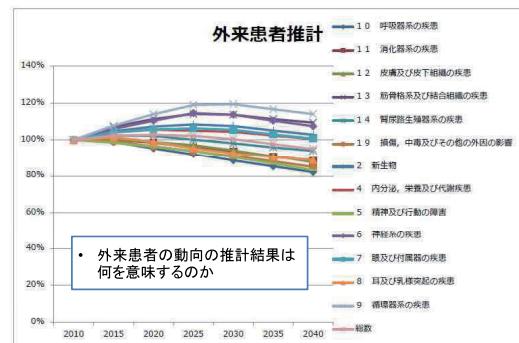
南西部医療圏の人口推移

- ・ 人口ピラミッドの変化から予想される問題点は何か？



出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究（H25-特別-指定-007）（研究代表者：松田晋哉）

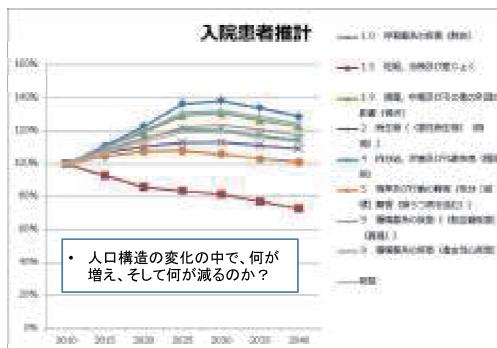
南西部医療圏の傷病別患者数の推計(外来)



出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究（H25-特別-指定-007）（研究代表者：松田晋哉）

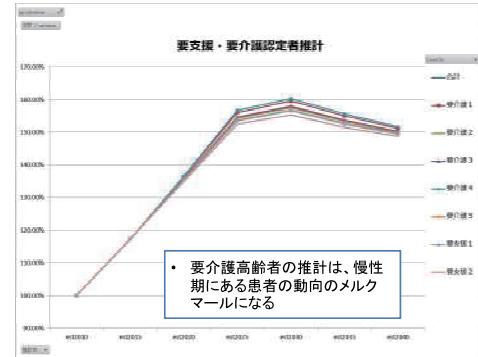
南西部医療圏の傷病別患者数の推計(入院)

- ・ 人口構造の変化の中で、何が増え、そして何が減るのか？



出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための他地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究（H25-特別-指定-007）（研究代表者：松田晋吾）

倉敷市の要介護高齢者の推移



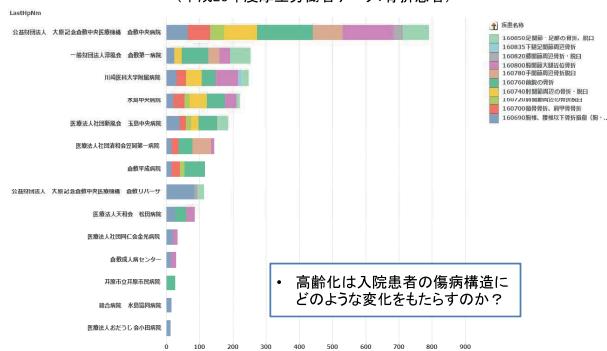
出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究（H25-特別-指定-007）（研究代表者：松田晋哉）

将来は現在の状況の流れの上にある

「すでに起こった未来」

- 高齢化は入院患者の傷病構造にどのような変化をもたらすのか？

南西部医療圏におけるDPC対象病院の診療実績 (平成26年度厚生労働省データ:骨折患者)



- 地域医療構想で検討された内容はその実現及び地域医療計画策定のための具体的指針になっているか？
- 今の医療提供体制を維持・改善することが可能なのか。その条件をデータに基づいて考える

医療資源の状況

病院施設数及び病院病床数（平成25年10月1日現在）

二次保健医療圏	病院施設数		病院病床数				
	一般病院	精神科病院	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床
県南東部	80	73	7	14,978	9,960	1,643	3,279
保健医療圏	8.7	7.9	0.8	1,628.3	1,082.9	178.6	356.5
県南西部	56	50	6	9,996	6,593	1,898	1,395
保健医療圏	7.9	7.0	0.8	1,404.2	926.2	266.6	196.0
高梁・新見保健医療圏	9	8	1	1,033	439	354	240
保健医療圏	13.7	12.2	1.6	1,569.8	867.1	637.0	364.7
眞庭保健医療圏	7	6	1	852	496	322	261.1
保健医療圏	14.6	12.5	2.1	1,774.1			
津山・英田保健医療圏	18	16	2	2,521			
保健医療圏	9.7	8.6	1.1	1,362.7			
合計	170	153	17	29,376	18,151	5,221	4,561.1
全国	8.8	7.9	0.9	1,522.2	961.4	251.9	296.4
	8,540	7,474	1,066	15,737.2	897,380	328,195	339,780
	8.7	5.9	0.8	1,236.3	704.9	257.8	266.9

• 医療資源は足りているか？
• 将来はどうなることが予測されるのか？
• (以下同じ)

(資料：厚生労働省「平成25年医療施設調査」、岡山県統計分析課「岡山県毎月流動人口調査」)
(備考：上段は実数、下段は人口10万対)

医療資源の状況

医師、歯科医師、薬剤師数（登録者数）(平成24年12月31日現在)

二次保健医療圏	医 師	歯 科 医 師	薬 剤 師
県南東部 保健医療圏	3,066	1,060	2,174
	332.8	115.1	236.0
県南西部 保健医療圏	2,010	496	1,127
	281.9	69.6	158.1
高梁・新見 保健医療圏	103	39	96
	154.2	58.4	143.7
眞庭 保健医療圏	76	25	69
	156.3	51.4	141.9
津山・英田 保健医療圏	383	115	311
	194.2	61.5	168.4
合 計	5,618	1,735	3,777
全 国	303,268	102,551	280,052
	237.8	80.4	219.6

(資料：厚生労働省「平成24年医師・歯科医師・薬剤師調査」、岡山県統計分析課「岡山県毎月流動人口調査」)

(備考：上段は実数、下段は人口10万対)

医療資源の状況

保健師、助産師、看護師、准看護師数（従事者数）(平成24年12月31日現在)

二次保健医療圏	保 健 師	助 産 師	看 護 師	准 看 護 師
県南東部 保健医療圏	435	247	9,847	2,417
	47.2	26.8	1,058.9	262.4
県南西部 保健医療圏	272	169	7,168	2,025
	36.1	23.7	1,005.3	204.0
高梁・新見 保健医療圏	70	6	542	294
	104.8	9.0	811.4	440.1
眞庭 保健医療圏	44	12	532	145
	90.5	24.7	1,093.8	298.1
津山・英田 保健医療圏	125	34	1,900	591
	66.9	18.2	1,016.6	316.2
合 計	846	468	19,989	5,472
全 国	47,279	31,835	1,015,744	357,777
	37.1	25.0	796.6	280.8

(資料：衛生行政報告書、岡山県統計分析課「岡山県毎月流動人口調査」)

(備考：上段は実数、下段は人口10万対)

地域医療構想における記述の確認

4 目指すべき医療提供体制

(1) 医療の役割分担と連携

- 医療機関の開設者は、医療機関が抱うる社会的役割と責任を自覚する必要があります。また理解する必要があります。そうした中で、効率的で質の高い構造改革とともに医療機関の役割分担と連携の促進を図る必要があります。
- 病床機能別までの必要病床数との要病床数との乖離及び、必要病床数に対する増減を見据えて、地域の連携者間で十分に協議を行い、病床の医療機能の分化と連携を進めることができます。
- 本県の病床利用率は、平成25年病院報告によれば、全国的にも下から3番目であり、特に一般病床が十分に活用されています。こうした実態を把握したうえで、各医療機関の機能分化と連携について議論する必要があります。
- 【役割分担の推進】
 - 県南東部、県南西部については、必要病床数と比較して、高度急性期・急性期の病床数が多く、回復期の病床数が少ないとから、実際に提供している医療を検証した上で、必要な病床への転換を図る必要があります。
 - 必要病床数は構造改革ごとに算定しますが、その配置については、地域の実情に応じて、各領域で丁寧に議論しながら、適切に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收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。
 - 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）と一體的に推進する必要があります。

地域医療構想における記述の確認

⑤ 実現のための施策

今後、病床機能委託制度でられた医療設備・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結果やその後の制度化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、例えば町村ごとに協議の場を設定するなど、丁寧に進めます。

(1) 医療の役割割分と連携

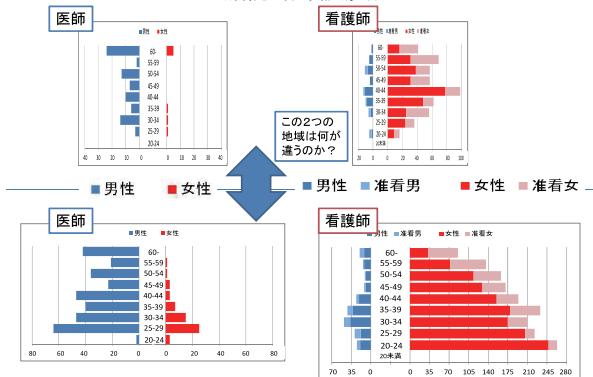
- 急性期から回復期、在宅医療に至るまで、一連のサービスを地域において総合的に確保するため、病床の機能分化・連携を推進するための施設・設備の整備を行います。
- 県北等では、必ずしも専門医が常勤している状況ではないことから、一人の医師が幅広い分野をカバーしながら、必要に応じて的確に高次医療機関と連携することにより、医療資源が少ない地域においても、質の高い医療が提供できるよう、体制の整備を図ります。
- 病院・診療所間の切れ目ない医療情報連携を可能にするため、ICTを活用した地域医療ネットワーク設備の整備を図ります。

(2) 公的病院等の役割

- 公的病院等と地域の医療機関との機能分化と相互連携の強化を図り、へき地医療や救急医療など、地域において必要とされる医療を提供する体制の確保に努めます。
- 公立病院が策定する「新公立病院改革プラン」に基づき適切な助言を行います。

参考： 医療職の年齢別分布

(病院・有床診療所)



「働き方改革」と医師

- 「働き方改革実行計画」(平成29年3月28日)
 - 時間外労働の上限を原則月45時間、労使が合意した場合は月平均80時間(繁忙期は月100時間未満)
 - 上限を超えた場合は罰則
 - 医師は2年間猶予対象の職種
- 病院医師の長時間労働問題
 - 週当たり全労働時間は4割が「60時間以上」。約半数が年休取得日数「3日以下」
 - 応召義務との関係
 - ・ 医師法19条「診療に従事する医師は、診察治療の求めがあった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない」

「働きかたビジョン」のキーメッセージ

- タスクシェアリング／タスクシフティングによる本来業務への集中と長時間労働の回避
 - タスクシフトを進めた場合、50代以下の常勤勤務医について、医療事務(診断書等の文書作成、予約業務)、医療記録(電子カルテの記録)、等に要する労働時間のうち約20%弱(約47分)軽減可能
 - 医療・介護の潜在スキルのシェアリング促進

介護資源の状況

平成26年度施設・居住系サービスの入所(利用)定員総数 (単位:人)

区分	県南東部	県南西部	高梁・新見	真庭	津山・勝美	計
介護老人福祉施設	4,129	2,990	740	415	1,419	9,693
介護老人保健施設	2,925	2,373	320	170	686	6,474
介護療養型医療施設	196	380	38	11	108	733
介護専用型特定施設入居者生活介護	0	30	0	0	0	30
混合型特定施設入居者生活介護	2,155	1,837	58	40	381	4,471
地域密着型介護老人福祉施設	935	382				
認知症対応型共同生活介護	2,256	1,887				
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	29				
計	12,596	9,918	1,449	929	3,551	28,443

※ 平成26年度に整備に着手し、平成27年度中に指定される見込みのものを含む。

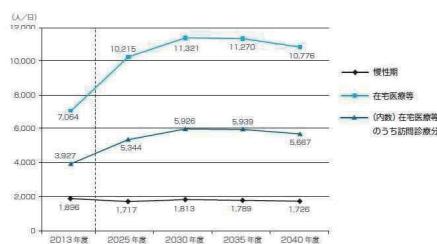
地域医療構想における記述の確認

構想区域別病床数の現況及び推計の比較 (単位:床)

構想区域	区分	平成27年4月1日在籍の病床数 (病床収容報告(調査後))			必要病床数 (地域医療構想策定支援ツールから) H25(2013) H27(2025) H28(2040)	(2) / (1)
		病院	診療所	合計 (1)		
県南西部	高度急性期	2,007	17	2,024	863	830 ▲1,136 43.9%
	急性期	2,839	385	3,224	2,722	2,644 ▲502 84.4%
	回復期	977	100	1,077	2,289	2,761 ▲2,742 186.4%
	慢性期	2,171	133	2,304	2,061	1,866 ▲1,438 81.0%
小計	無回収	314	156	470		▲470
	計	8,308	791	9,098	7,593	8,237 ▲892 90.5%
	高度急性期	4,844	17	4,861	2,169	2,249 ▲2,612 46.3%
	急性期	8,244	1,182	9,426	6,165	6,838 ▲6,579 72.5%
	回復期	2,383	223	2,606	5,599	6,480 ▲6,445 387.4%
	慢性期	5,710	523	6,233	5,263	4,607 ▲4,817 73.9%
	無回収	572	522	1,094		▲1,094
	計	21,753	2,467	24,220	19,186	20,174 ▲4,046 83.3%

地域医療構想における記述の確認

将来の慢性期及び在宅医療等患者数の推計（県南西部）
(医療機関所在地、慢性期はパターンB)



地域医療計画における記述の確認 (南西部医療圏)

①救急医療

【現状と課題】

○当圏域には次のような救急医療の医療機関があります。

県南西部医療圏			
	病院(施設)数	休日	夜間
休日夜間急患センター (医療機関所在地セグメント)	1	○	△
休日夜間診療所	2	○	—
在宅看護	9	○	△
在宅看護センターアンダーカバー(児島・玉島・尾道)	33	○	○
二、病院救急搬送体制	2	○	○
第三、医療機関連携体制	17	○	○
第四、他の救命・救急機関	14	○	○
小児急救医療支援事業	2	○	○
救命救急センター(尾道医療圏)	2	○	○

(注)△については、季労率(深夜を除く時間帯)の対応を表します。

(資料) 岡山県医療保健課「岡山県医療圏図」平成27年3月31日現在)

- 救急患者の搬送件数が年々増加しています。また、比較的軽症の患者が二次救急医療機関を受診することが多くあることから、より緊急性の高い救急患者への対応に支障をきたしている現状もあります。

地域医療計画における記述の確認 (南西部医療圏)

【施策の方向】

- 少子高齢化が進む中、どの地域でも等しく適切な医療が受けられ安心して生活できる地域を目指します。
- そのため医師会、病院協会等と協議することにより医療機関の役割分担と連携の促進を図り、限られた医療資源を有効に活用し、効率的で質の高い医療を提供します。
- あわせて市町や保健団体等の協力のもとで在宅療養診療所や在宅療養支援病院を中心とした在宅医療と介護の連携を進め、地域包括ケアシステムの構築を目指します。
- 今後は、2025年を目途に各医療機関等の自主的な取組みとともに、病床の機能分化を進めいくこととされていますが、圏域内の医療資源の偏在やアカウス、在宅医療・介護の進展の度合いなど地域特性を考慮し、各地域の実情に応じた医療・介護のありかたを検討していく中で、圏域内の病床機能のあり方について引き続き協議を進めます。

地域医療構想に記載されていることが、各医療施設にとってその将来構想を考えるうえで有用かつ具体的な指針になっているか？

記載されている内容を医療関係者にわかりやすくかつ正確に伝えること、そして現状を正しく構想や計画に反映させるよう事務官に伝えることが医師たる行政官の重要な役割ではないか？

地域医療計画における記述の確認 (南西部医療圏)

②二次救急医療施設

二次救急医療施設	
□ 病院(施設)	食衛中央病院(奇数日) ・川瀬若大学附属病院(偶数日)
□ 日通科診療所	○小児急症医療支援事業 ・尾道市立病院(奇数日) ・川瀬若大学附属病院(偶数日)
○ 在宅看護	○在宅看護センターアンダーカバー(児島・玉島・尾道)
○ 在宅看護センターアンダーカバー(尾道医療圏)	○在宅看護センターアンダーカバー(尾道医療圏)

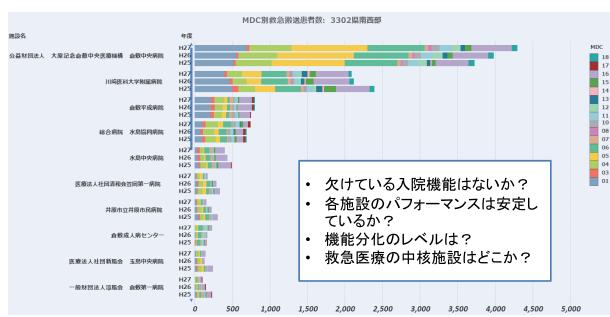
○二次救急医療施設	
○ 在宅看護センターアンダーカバー(尾道医療圏)	※急救車により直接搬送されてくる。又は初期救急医療施設から転送されてくる救急患者の初期治療と応急処置を行い、必要に応じて入院治療を行う医療機関

(※)救急告示病院等	
札井病院	松田病院
○ 三次救急医療施設	○ 国立精神神経研究所
○ 合同病院水島協同病院	末次心肺蘇生科病院
○ 五番館病院	鳥取市立尾道市立病院
○ 五島協同病院	児島市立病院
○ 玉島中央病院	児島市中央病院
○ 井笠病院	井笠病院
○ 五島市立中央病院	五島市立中央病院
○ 五島第一病院	五島第一病院
○ 井笠市立井笠市民病院	井笠市立井笠市民病院
○ 企水病院	小田病院
○ 矢掛町立尾道保健医療病院	豊浦病院
○ その他	村上整形外科内科 森本整形外科医院

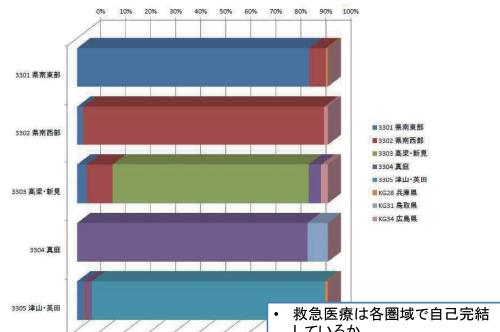
主要診断群(MDC)の分類

主要診断群(MDC)	MDC日本語表記
01	神經系疾患
02	眼科学疾患
03	耳鼻咽喉科系疾患
04	呼吸器疾患
05	循環器系疾患
06	消化器系疾患、肝臓・胆道・胰臟疾患
07	筋骨格系疾患
08	皮膚・皮下組織の疾患
09	乳房の疾患
10	内分泌・栄養・代謝に関する疾患
11	腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患
12	女性生殖器系疾患及び産褥期疾患、異常妊娠分娩
13	血液・造血器・免疫調節の疾患
14	新生児疾患、先天性奇形
15	小児疾患
16	外傷・熱傷・中毒
17	精神病疾患
18	その他の疾患

南西部医療圏におけるDPC対象病院の診療実績 (平成25~27年度厚生労働省データ:MDC別救急搬送患者)



岡山県における救急医療の自己完結率 (平成24年度NDBデータ)



医療圏別にみた平均搬送時間(分) (平成23年度防衛庁データ)

医療圏	搬送者数	覚知から現場到着	現場到着から収容	覚知から収容
全体				
3301県南東部	76,236	8.5	24.7	31.3
3302県南西部	35,247	8.5	24.3	31.2
3303高梁・新見	26,938	7.8	24.7	31.3
3305津山・英田	3,102	10.0	29.1	31.1
3304真庭	2,251	10.1	24.0	30.2
3305津山・英田	8,618	9.4	25.3	32.1
新生児・小児				
3301県南東部	3,384	8.1	23.9	30.5
3302県南西部	1,568	8.4	24.2	30.8
3303高梁・新見	1,360	7.7	23.6	30.6
3304真庭	101	7.7	29.2	30.3
3305津山・英田	85	9.1	23.5	28.3
3305津山・英田	270	8.5	21.8	29.6
高齢者				
3301県南東部	42,105	8.5	24.9	31.4
3302県南西部	18,691	8.4	24.3	31.2
3303高梁・新見	14,625	7.7	24.9	31.5
3305津山・英田	2,100	10.2	29.8	31.3
3304真庭	1,382	10.1	23.8	30.4
3305津山・英田	5,307	9.6	25.4	32.2

出典: 平成25年度厚生労働科学研究補助金(厚生労働科学特別研究事業)・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)(研究代表者: 松田晋哉)

地域医療計画における記述の確認 (南西部医療圏)

⑤周産期医療

【現状と課題】

- 面接可能な産科医療機関は減少しており、産科医療機関相互の連携の必要性が高まっています。また、県では来周産期医療対策協議会の開催や島根市では周産期母子保健会連携会を開催するなど、医療機関との連携を図っています。
- 産科医療機関と対産婦の居住地が離れていることが多く、ハイリスク妊娠に関する市民と医療機関との情報共有が難しくなっています。
- ハイリスク妊娠連絡体制により早期の介入・支援を行い、妊娠期からの切れ目ない支援に努める必要があります。

図表11-2-3-6 分娩可能な産科医療機関数(助産所を含む)

区分	平成26年
島根地域	11 (3)
井笠地域	3 (1)
周辺	14 (4)

()内は助産所箇数

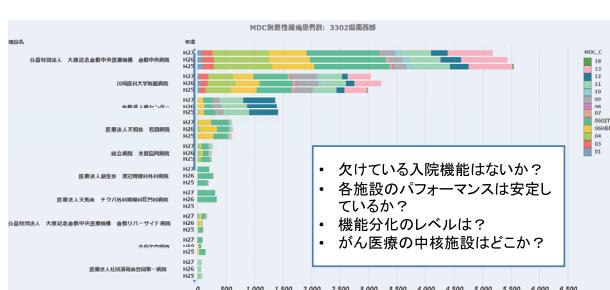
(資料: 岩佐市保健所・衛中保健所)

図表11-2-3-7 産科・産婦人科医師数

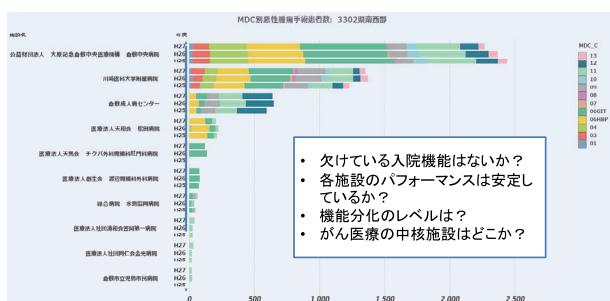
区分	平成16年	平成22年	平成24年
島根地域	65	59	61
井笠地域	6	3	2
周辺	71	62	63
周辺	193	196	198

(資料: 厚生労働省(医師・産科医師・産科医師調査))

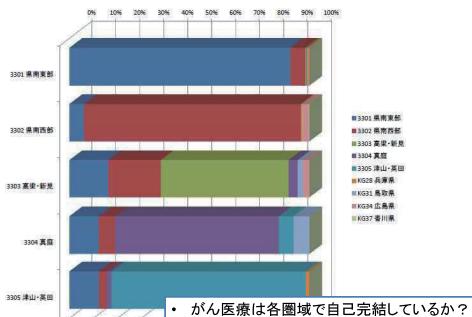
南西部医療圏におけるDPC対象病院の診療実績 (平成25~27年度厚生労働省データ:MDC別全がん患者)



南西部医療圏におけるDPC対象病院の診療実績 (平成25~27年度厚生労働省データ:MDC別全がん手術患者)



岡山県におけるがん医療の自己完結率 (平成24年度NDBデータ:主傷病悪性腫瘍・入院)



出典: 平成25年度厚生労働科学研究補助金(厚生労働科学特別研究事業)「今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)(研究代表者: 松田晋哉)

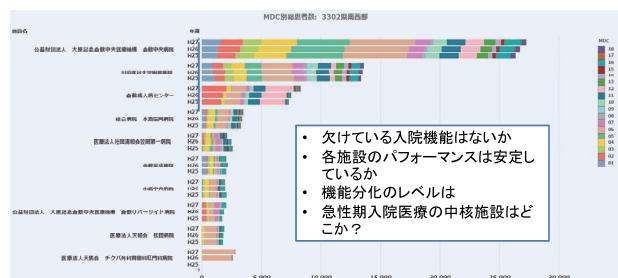
地域の医療の現状を分析し、あわせて各病院の役割を確認する

地域医療計画における記述の確認 (南西部医療圏)

(2) 疾病・事業別の医療連携体制 ①5疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患） 【現状と課題】

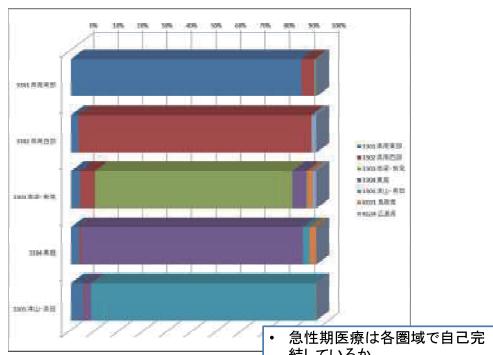
- これら4疾病的医療については、急性期の専門医療や回復期医療等を行う医療機関が役割に応じて指定され、医療機関同士で相互に連携しながら切れ目なく医療を提供する体制が整備されています。その連携を促進するツールとしての地域連携クリティカルパスの活用や各地域で作成された医療・介護連携シートの運用を図るとともに医療ネットワーク構築・介護のネットワーク整備を試行しています。
- 食育地域では、食生活から回復期に向けた淮備はほぼできていますが、回復期から在宅については十分でなく、その結果、回復期の身体機能が低下して在宅生活の継続が困難となるケースがあります。回復期・維持期の病院とかかりつけ医の医療連携、かかりつけ医と介護サービス事業所の医療・介護の連携、あわせて家族支援などを推進して、退院後も住み慣れた地域での必要な支援を受けながら安心して在宅生活が継続できるシステムの構築が必要です。**

南西部医療圏におけるDPC対象病院の診療実績 (平成25~27年度厚生労働省データ:MDC別入院患者総数)



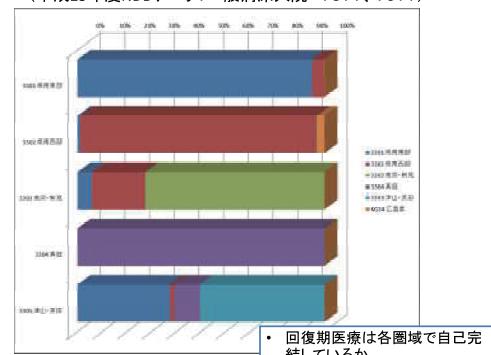
- 欠けている入院機能はないか
- 各施設のパフォーマンスは安定しているか
- 機能分化のレベルは
- 急性期入院医療の中核施設はどこか?

岡山県における入院医療の自己完結率 (平成25年度NDBデータ:一般病床入院 7:1, 10:1)



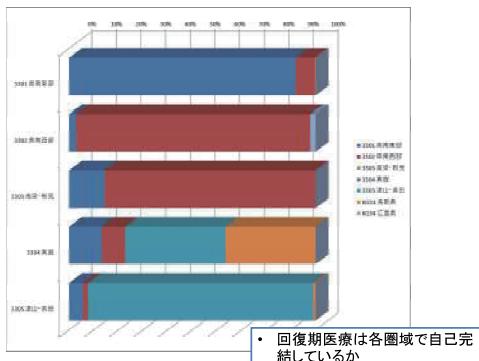
出典: 平成25年度厚生労働科学研究補助金(厚生労働科学特別研究事業)「今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)(研究代表者: 松田晋哉)

岡山県における入院医療の自己完結率 (平成25年度NDBデータ:一般病床入院 13:1, 15:1)



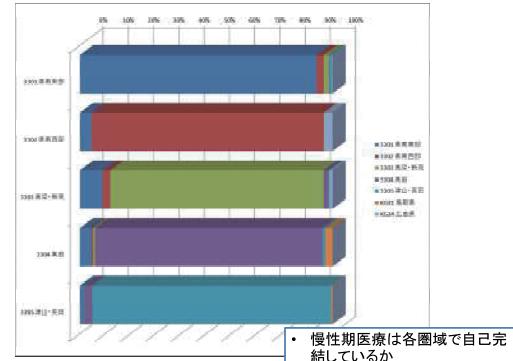
出典: 平成25年度厚生労働科学研究補助金(厚生労働科学特別研究事業)「今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)(研究代表者: 松田晋哉)

岡山県における入院医療の自己完結率
(平成25年度NDBデータ:回復期リハビリテーション病床入院)



出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究（H25-特別-指定-007）（研究代表者：松田晋哉）

岡山県における入院医療の自己完結率
(平成25年度NDBデータ:療養病床入院)



出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究（H25-特別-指定-007）（研究代表者：松田晋哉）

各病院の入退院の状況をみると、 当該施設の地域における 役割が見えてくる…

南西部医療圏の病院の入退院の状況(病床機能報告)



南西部医療圏の病院の入退院の状況(病床機能報告)



本日の講演の内容

1. 地域医療構想の概要

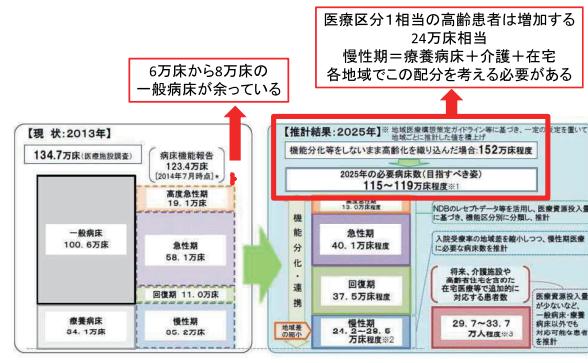
2. 岡山県における検討事例 ～南西部医療圏の検討～

3. 慢性期をどう考えるか ～地域包括ケアへの対応～

4.まとめ

超高齢社会は 医療介護に何を求めるのか?

この推計結果が意味すること



資料：第5回 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会

年齢調整標準化レセプト出現比(SCR)の検討

$$SCR = \frac{\sum \text{年齢階級別レセプト実数}}{\sum \text{年齢階級別レセプト期待数}} \times 100.0$$

$$= \frac{\sum \text{年齢階級別レセプト数} \times 100.0}{\sum \text{年齢階級別人口} \times \text{全国の年齢階級別レセプト出現率}}$$

- 年齢階級は原則5才刻みで計算
- 100.0を全国平均としている

SCR: Standardized Claim Ratio

この値が100より大きいということは、当該機能に相当する医療が性年齢を補正しても全国よりも多く提供されていることを意味し、100より小さければ全国よりも提供量が少ないということを意味する。

63

経済・財政と暮らしの指標「見える化」データベース（2016年7月29日開設、2018年5月14日更新・拡充）

自治体別（47都道府県別、または1741市区町村別）、時系列（1975年～最近のうち可能な限り広く）に登録した各種データ・指標の比較により、経済・財政と暮らしに関連する様々な地域差を「見える化」できます。また、さらに詳細な分析・検証等に活用できるように、集録している元データをダウンロードすることも可能です。

医療從事状況の地域差

SCRについて

- 医療提供状況の地域差（平成29年4月28日 第1回評定・財政一括改進推進委員会資料）（PDF形式：338KB）

都道府県別

- 外来（CSV形式：2,407KB）
- 外来（CSV形式：645KB）
- 入院（CSV形式：805KB）

二次医療圏別

- 外来（CSV形式：2,407KB）
- 入院（CSV形式：2,243KB）

市区町村別

- 外来（CSV形式：5,723KB）
- 入院（CSV形式：3,497KB）

NDB（National Data Base）を使用し、各医療行為（診療報酬の算定回数）の地域差を「見える化」

内閣府HP: <http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/mieruka/index.html>

岡山県の 入院医療 関連SCR (H27)

行番号	県南東部	県西南部	高梁・新見	真庭	津山・美田
特支機能別一般病床7付1入院基本料	117.2	106.4			
一般病床7付1入院基本料	105.8	126.1	106.6	44.1	
一般病床7付1入院基本料	81.1	96.3	125.5	284.5	262.5
一般病床7付3入院基本料	95.7	207.4			
一般病床7付5入院基本料	66.2	109.5	103.3		
一般病床7付6入院基本料	135.8	377.4			146.8
回復期リハビリテーション病床料1（生活療養）	74.3	165.1			
回復期リハビリテーション病床料2（生活療養）	171.5	112.2			209.2
回復期リハビリテーション病床料1（生活療養）	23.8	66.1			
地域包括ケア病床料1（生活療養）	191.5	196.3	139.1	398.3	91.8
地域包括ケア病床料1（生活療養を受ける場合）	275.4	106.2	409.5	147.7	67.8
地域包括ケア病床料1（生活療養）	41.7	156.8	119.0		216.4
地域包括ケア病床料2（生活療養）	629.9	176.1			
徴収病棟入院基本料1（入院基本料E）（生活療養）	89.8	92.3	17.3	171.9	193
徴収病棟入院基本料1（入院基本料D）（生活療養）	119.1	81.5	19.1	137.3	39.8
徴収病棟入院基本料1（入院基本料C）（生活療養）	78.6	82.3	54.0		28.7
徴収病棟入院基本料1（入院基本料B）（生活療養）	102.4	111.3	30.2	86.3	199.7
徴収病棟入院基本料1（入院基本料A）（生活療養）	90.4	126.9	13.4	61.2	124.3
徴収病棟入院基本料1（入院基本料C）（生活療養）	93.5	164.9	5.9	111.5	207.3
徴収病棟入院基本料1（入院基本料D）（生活療養）	70.8	83.7	45.3	85.5	53.8
徴収病棟入院基本料1（入院基本料E）（生活療養）	74.4	63.2	149.7	62.4	57
徴収病棟入院基本料1（入院基本料F）（生活療養）	38.7	57.2	9.1		186.1
徴収病棟入院基本料1（入院基本料G）（生活療養）	63.7	68.5	66	121	114.5
徴収病棟入院基本料1（入院基本料G）（生活療養）	62.3	105.6	58.3	109.9	44
徴収病棟入院基本料1（入院基本料H）（生活療養）	76.8	88.8	11.5	125	29.3
徴収病棟入院基本料1（入院基本料I）（生活療養）	88.8	105.1	17.6	9.3	122
徴収病棟入院基本料2（入院基本料A）（生活療養）	114.2	78	476.8	119.5	231.9
徴収病棟入院基本料2（入院基本料B）（生活療養）	68.1	65.9	23	355.6	244.9
徴収病棟入院基本料2（入院基本料C）（生活療養）	77.6	61.4	372.0	644.1	389.3
徴収病棟入院基本料2（入院基本料D）（生活療養）	30.6	68.3	516.4		289.5
徴収病棟入院基本料2（入院基本料E）（生活療養）	69.5	78.7	239.4	147.3	190.6
徴収病棟入院基本料2（入院基本料F）（生活療養）	31.4	79.5	234.1	144.8	137.5
徴収病棟入院基本料2（入院基本料F）（生活療養）	35.9	100.8	185.9	194.4	248.4
徴収病棟入院基本料2（入院基本料G）（生活療養）	29.6	57.5	287.8	72.2	200.2
徴収病棟入院基本料2（入院基本料H）（生活療養）	40.1	64.5	305.6	140.6	157.3
徴収病棟入院基本料2（入院基本料I）（生活療養）	59.6	78.8	234.2	373.1	209.6

岡山県の外来および在宅医療関連SCR (H27)

行番号	北区	中区	東区	南区	瀬戸内市	倉敷市	笠岡市	高梁市	新見市	真庭市	津市
初診	138.4	93.7	91.5	92.6	57.9	103.4	91.7	74.2	68.4	82.2	119.5
再診	134.8	100.4	103.9	89.8	75.3	103.8	111.2	90.1	86.0	104.5	125.0
再診（時間外）加算	108.4	62.6	47.6	106.4	74.9	77.7	49.8	90.2	66.0	174.6	80.1
在宅患者訪問診療料（同一建物居住者以外）	147.5	100.6	84.2	184.4	60.5	111.8	42.3	74.2	37.8	94.5	85.4
在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）	146.0	93.3	177.2	204.7	84.8	103.8	79.5	37.9	6.7	52.2	124.1
在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）（特定施設等以外の居者）	113.6	109.2	107.1	288.7	53.4	123.1	0.4	1.3	7.9	172.3	
訪問看護指示料	108.0	93.0	54.1	119.3	22.8	110.3	33.3	66.7	22.3	26.5	71.4

在宅の議論に関する留意点

- ・在宅の定義
 - 居宅と施設の区分(どちらを整備するのか)
- ・関係者のネットワークがあることが前提
 - 入院・入所の支えがない在宅ケアは難しい
- ・在宅ケアの担い手は十分確保できるのか?
 - 診療所医師の人数と年齢
 - 訪問看護の提供量は?

各医療圏でどちらの在宅を進めるのかに関する議論が必要

訪問診療を支える訪問看護の役割

344の二次医療圏のSCRの分析結果から(H24年度データ)
訪問診療(居宅)のSCRに関する要因の多変量解析結果

	B	標準化されていらない係数 標準化係数 ベータ	標準化係数 標準誤差 ペータ	t 値	有意確率 許容度	共線性の統計量 VIF
(定数)	27,821	4,437			6,270 ,000	
往診	.313	.053	.324	5,882 ,000	,381 ,2,772	
訪問看護指示	.218	.034	.255	6,328 ,000	,673 ,1,487	
緊急往診	.219	.048	.245	4,576 ,000	,393 ,2,699	
在宅療養中患者、緊急入院挙入	.049	.012	.143	4,093 ,000	,301 ,1,110	
療養病床入院基本料	-,078	.023	-,112	-3,303 ,001	,380 ,1,042	
訪問薬剤指導の実施	.004	.002	.090	2,403 ,017	,393 ,1,012	

訪問診療(居宅)には訪問看護指示、緊急往診、在宅療養中の患者の緊急受け入れ態勢、訪問薬剤指導があることがプラスに関係している。

同一建物の在宅の場合は?

344の二次医療圏のSCRの分析結果から(H24年度データ)
訪問診療(同一建物)のSCRに関する要因の多変量解析結果

	B	標準化されていらない係数 標準化係数 ベータ	標準化係数 標準誤差 ペータ	t 値	有意確率 許容度	共線性の統計量 VIF
(定数)	-6,407	7,619		-,841 ,401		
往診	.218	.066	.181	3,318 ,001	643 ,1,555	
回復期リハビリテーション病棟入院料	.156	.037	.202	4,215 ,000	837 ,1,195	
看取り外来	.265	.058	.267	4,593 ,000	568 ,1,761	
療養病床入院基本料	.160	.042	.184	3,835 ,000	833 ,1,201	
有疾療所療養病床入院基本料	.038	.013	.131	2,830 ,005	896 ,1,117	
亜急性期入院医療管理料	.063	.024	.126	2,632 ,009	841 ,1,189	
在宅経管栄養法	.097	.037	.123	2,599 ,010	862 ,1,160	
夜間・休日診療体制	.029	.014	.090	2,037 ,042	981 ,1,020	

訪問診療(同一建物)には急性期以後の入院医療が充実していることがプラスに関係している。

各種データから入院医療の将来を考える

- ・ 療養病床入院のSCRが100未満
 - ・ 一般病床入院のSCRは100以上
 - ・ 多死化による人口減少
 - ・ 入院患者数は減少傾向
 - ・ 外来のSCRが100未満



- ・ 一般病床のニーズは本当にあるのか? 特定除外のために本当にニーズが隠されているのでは?
- ・ 慢性期の在り方の検討が必要ではないか?

- ・ 一般病床、特に7丁目DPC病棟のSCRが100以上
- ・ ICUなどのSCRが100以上
- ・ がんや救急患者の流入が多い
- ・ 療養病床入院のSCRは100未満



- ・ 広域での急性期対応力を今後も維持していくための課題は?
- ・ 地域間の連携をどのように強化するのか?
- ・ 急増する慢性期の需要にどうこたえるのか?

あらためて在宅の可能性を考える

- ・ 外来のSCRが100未満
- ・ 訪問診療のSCRが100未満
- ・ 地域の外来需要は減少傾向
- ・ 療養病床入院のSCRは100以上



- ・ 診療所医師の高齢化?
- ・ 将来的に診療所の外来機能がさらに低下→患者居宅での在宅医療は可能か?
- ・ 慢性期病床は維持できるのか?

- ・ 外来のSCRは100以上
- ・ 訪問診療のSCRが100未満
- ・ 地域の外来需要は減少傾向



- ・ 診療所医師の在宅医療への意識は?
- ・ 在宅医療を増やすことは可能か?

- ・ 外来のSCRは100以上
- ・ 訪問診療のSCRは100以上
- ・ 地域の外来需要は現状維持から減少傾向



- ・ 現在の在宅医療を維持することは可能か?

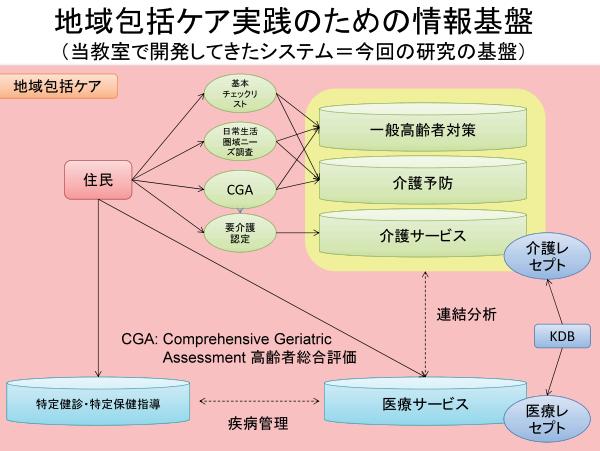
慢性期=療養病床入院 +介護施設入所+在宅

3つのサービス配分は各地域の条件によって異なる。その適正な配分を考えるのが地域医療構想調整会議の役割。

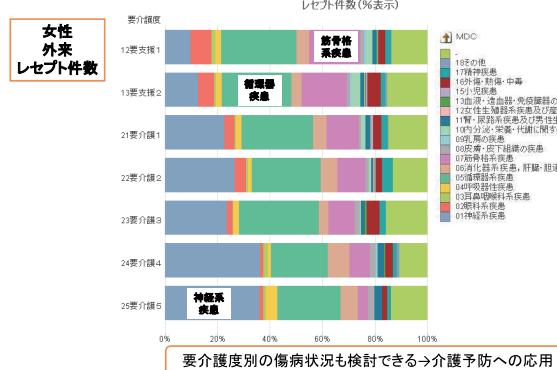
急性期以後の役割がしっかりしていないと、地域の医療介護は崩壊する。

医療介護の複合化を データで確認する

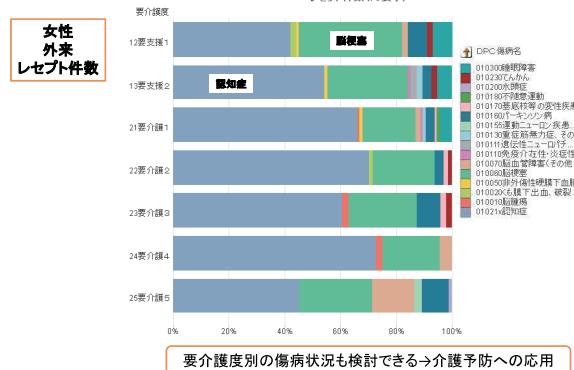
思い込みによる政策運営の排除
療養病床は「社会的入院の温床」なのか？



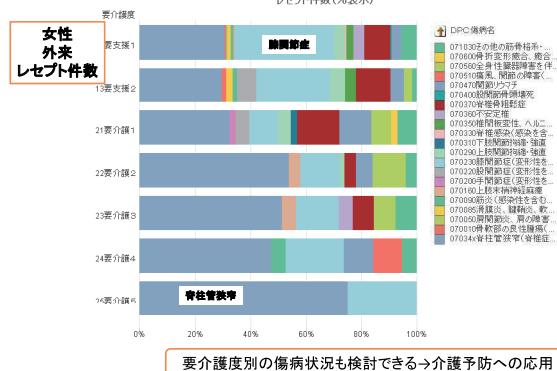
医療・介護レセプト連結分析の例(1)



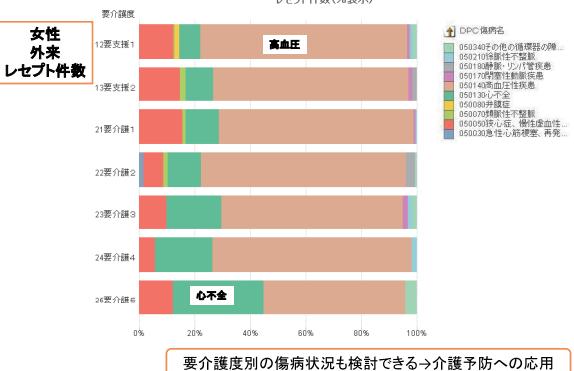
医療・介護レセプト連結分析の例(2)



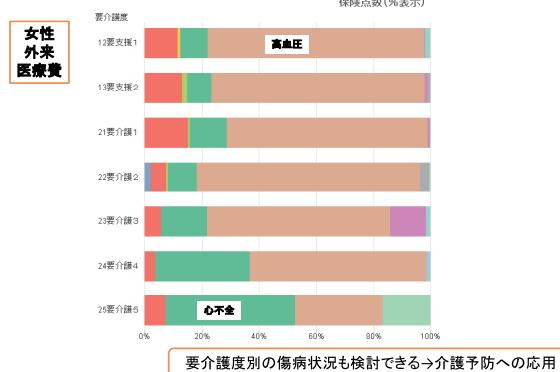
医療・介護レセプト連結分析の例(3)



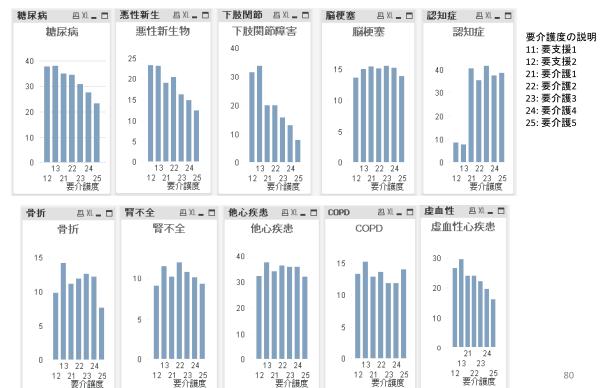
医療・介護レセプト連結分析の例(4)



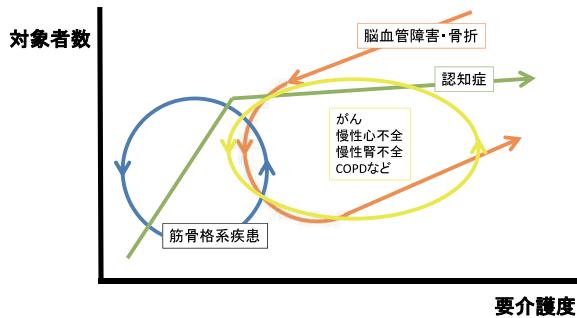
医療・介護レセプト連結分析の例(5)



ある自治体における在宅患者の主な傷病の有病率



要介護度別にみた傷病構造の概念図



傷病別にみた適切な医療・介護の在り方は？

脳血管障害や骨折

- ① 発症予防のための生活習慣病の管理
- ② 発症後の適切な早期治療と早期リハ
- ③ 回復期でのリハビリテーション(在宅復帰)
- ④ 維持期におけるリハビリテーション(ADLの維持・向上)
- ⑤ 閉じこもり予防

下肢関節障害

- ① 移動障害予防のための機能訓練(運動期機能向上PGなど)
- ② 地域医療における適切な痛みの管理
- ③ 閉じこもり予防

傷病別にみた適切な医療・介護の在り方は？

認知症

- ① 早期発見・早期対応
- ② Ageing in placeと尊厳が保証されたケア
- ③ ケアの継続性

がん・慢性心不全・慢性腎不全・COPDなど

- ① 適切な医学的管理
- ② 医療職と介護職の情報共有による生活支援
 - i. 服薬管理
 - ii. 通院補助
 - iii. 日常生活支援
 - iv. ターミナルへの対応

医療・介護を総合的に考えることの重要性

脳梗塞のために急性期病院で入院治療を受けた患者の入院前後のサービス利用状況

経過月	一般病 棟	回復期 病棟	専門病 棟	外来	訪問看 護	訪問理 療	介護保 険	訪問介 護	訪問看 護	通所介 護	通所リ ハ	看護施 設	介護施 設	グループ ホーム	施設		
-6	5.7	1.3	82.1	8.2	2.7	48.0	11.5	3.5	19.0	6.1	3.1	2.6	0.2	2.9	0.5		
0	99.0	10.0	3.2	79.7	6.3	2.8	47.8	10.5	3.3	16.7	5.0	4.0	3.3	0.2	2.8	9.7	
1	81.8	3.8	33.7	31.1	0.7	1.3	1.7	1.7	0.7	2.2	2.2	1.0	0.7	1.0	1.0	1.0	
3	14.0	18.5	5.4	65.7	4.0	1.6	16.0	3.7	1.9	2.4	7.1	3.4	3.1	1.4	1.0	0.9	1.0
6	8.4	6.7	4.9	69.7	4.9	3.0	33.7	7.0	3.6	9.8	5.9	5.5	1.8	1.5	1.1	0.9	1.0
12	6.4	0.9	3.4	66.0	5.1	3.1	33.6	6.7	3.7	9.7	6.1	5.0	2.4	1.4	1.2	0.7	1.0

股関節骨折のために急性期病院で入院治療を受けた患者の入院前後のサービス利用状況

経過月	一般病 棟	回復期 病棟	専門病 棟	外来	訪問看 護	訪問理 療	介護保 険	訪問介 護	訪問看 護	通所介 護	通所リ ハ	看護施 設	介護施 設	グループ ホーム	施設		
-6	5.7	0.7	1.3	82.1	8.2	2.7	48.0	11.5	3.5	19.0	6.1	3.1	2.6	0.2	2.9	0.5	
0	99.0	10.0	3.2	79.7	6.3	2.8	47.8	10.5	3.3	16.7	5.0	4.0	3.3	0.2	2.8	9.7	
1	81.8	3.8	33.7	31.1	0.7	1.3	1.7	1.7	0.7	2.2	2.2	1.0	0.7	1.0	1.0	1.0	
3	14.0	18.5	5.4	65.7	4.0	1.6	16.0	3.7	1.9	2.4	7.1	3.4	3.1	1.4	1.0	0.9	1.0
6	8.4	6.7	4.9	69.7	4.9	3.0	33.7	7.0	3.6	9.8	5.9	5.5	1.8	1.5	1.1	0.9	1.0
12	6.4	0.9	3.4	66.0	10.3	2.8	51.6	9.4	4.0	15.0	8.7	7.4	4.0	1.2	3.1	1.0	1.0

介護老人保健施設入所者を 4年間追跡した結果

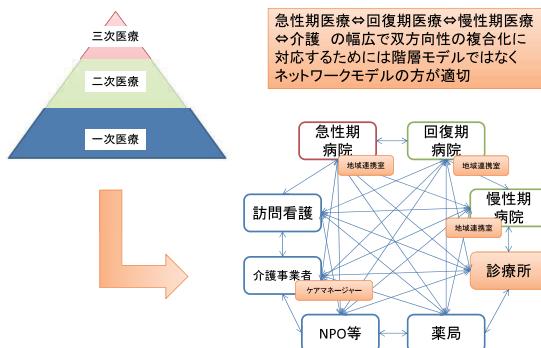
老人保健施設(6,325人)											
経過月	老健 残存率	一般 病棟	療養 病棟	特養	介護 療養	GH利用	訪問診 療	訪問介 護	通所介 護	通所リハ ビリテーション	累積 死亡率
1	100.0%	7.9%	1.8%	1.0%	0.4%	0.4%	0.9%	1.5%	2.3%	2.1%	0.3%
6	75.0%	9.4%	3.3%	6.0%	1.4%	1.6%	3.1%	3.2%	4.3%	4.6%	3.9%
12	62.2%	10.6%	4.6%	12.4%	2.1%	2.4%	4.4%	3.4%	4.2%	4.0%	9.2%
18	50.8%	11.3%	6.0%	19.3%	2.9%	3.0%	6.6%	4.3%	5.1%	4.9%	13.9%
24	42.8%	12.3%	7.7%	26.2%	4.0%	3.4%	8.1%	4.3%	5.1%	4.3%	18.3%
30	35.5%	12.7%	8.6%	33.1%	4.5%	3.7%	9.6%	4.9%	5.2%	5.7%	22.2%
36	29.5%	15.7%	10.6%	39.1%	5.6%	4.3%	10.7%	5.3%	5.3%	5.3%	26.2%
42	24.4%	14.0%	10.5%	47.6%	6.3%	5.1%	11.5%	5.1%	5.4%	5.6%	29.6%
48	20.8%	16.0%	9.9%	54.3%	6.9%	5.4%	13.5%	5.5%	6.0%	5.5%	32.6%

施設介護を受けている高齢者のケアパス

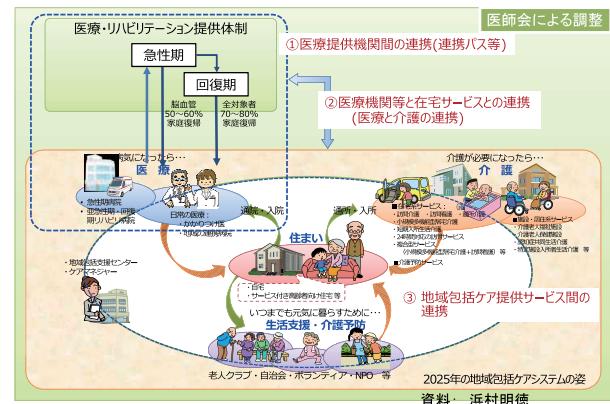
介護老人福祉施設(7,319人)															
経過月	特養 残存率	一般 病院 入院	回復期 病院	療養 病院 入院	介護療 養病院 入院	精神 病院 入院	特定施 設	老健施 設	GH利用	訪問診 療	訪問介 護	通所介 護	通所リハ ビリテーション	死亡	累積 死亡率
1	100.0%	5.2%	0.1%	0.5%	0.2%	0.2%	0.0%	0.9%	0.2%	1.1%	0.2%	0.4%	0.0%	0.7%	0.7%
6	89.9%	6.9%	0.1%	1.4%	0.1%	0.1%	0.0%	0.1%	0.0%	0.8%	0.0%	0.1%	0.0%	1.0%	5.4%
12	78.4%	7.2%	0.1%	1.6%	0.4%	0.2%	0.0%	0.2%	0.0%	1.0%	0.1%	0.1%	0.0%	1.7%	12.7%
18	68.7%	7.2%	0.0%	2.2%	0.5%	0.2%	0.0%	0.2%	0.0%	1.1%	0.1%	0.1%	0.0%	1.3%	18.3%
24	60.5%	6.9%	0.0%	2.4%	0.6%	0.2%	0.0%	0.3%	0.0%	1.1%	0.1%	0.1%	0.0%	1.4%	23.7%
30	51.5%	7.3%	0.1%	3.0%	0.8%	0.1%	0.0%	0.5%	0.0%	1.0%	0.2%	0.1%	0.0%	1.6%	28.1%
36	44.1%	8.8%	0.2%	3.3%	1.1%	0.2%	0.0%	0.6%	0.0%	0.9%	0.2%	0.1%	0.0%	1.8%	32.9%
42	38.4%	7.5%	0.1%	4.3%	1.0%	0.1%	0.0%	0.7%	0.1%	1.0%	0.2%	0.2%	0.0%	1.3%	36.3%
48	32.9%	8.1%	0.1%	4.1%	1.1%	0.2%	0.0%	0.6%	0.0%	2.1%	0.2%	0.2%	0.0%	1.8%	40.3%

特養入所者は一般病棟への入院と外来以外はあまり使っていない

階層モデルからネットワークモデルへ



地域包括ケア推進と医療・介護の連携課題

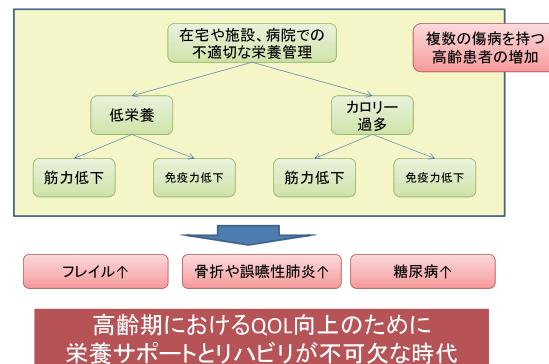


地域包括ケアの基盤

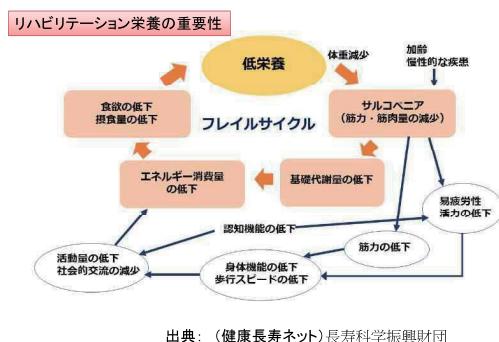
「住」→在宅ケアの基本

- 地域の実情に合わせた多様な住の提供体制
 - サービス付き高齢者住宅
 - 小規模多機能施設
 - シェアハウス
- 高齢者を孤立化させない「住まい」の政策
- 生活を支える仕組み
 - 食の確保
 - 買い物支援
 - 移動手段の確保
 - QOL

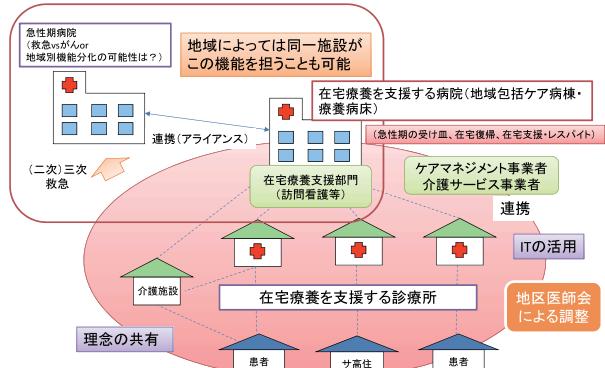
高齢社会における栄養管理の重要性



フレイルサイクル



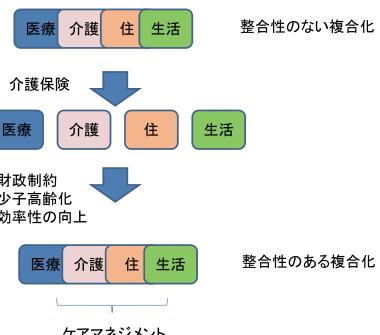
診療所や介護施設を支援する病院を拠点とした
ネットワーク化の必要性(各構想区域における整備目標)



確認しておくべき重要事項

- ・ 地域包括ケアは箱モノではなく「機能」
- ・ その「機能」とはCommissioning
 - 医療と介護・生活
 - 施設と在宅
 - フォーマルとインフォーマル
- ・ 上記を可能にするためには、それを担うことができる「人材」がそろっていることが必要
 - そのためには必要な人材とは？

医療介護のこれから…(私見)



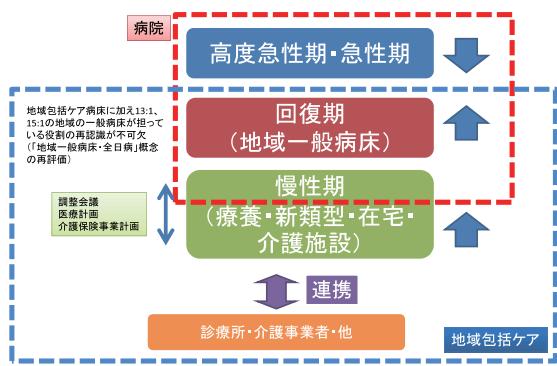
本日の講演の内容

1. 地域医療構想の概要
2. 岡山県における検討事例
～南西部医療圏の検討～
3. 慢性期をどう考えるか
～地域包括ケアへの対応～
4. まとめ

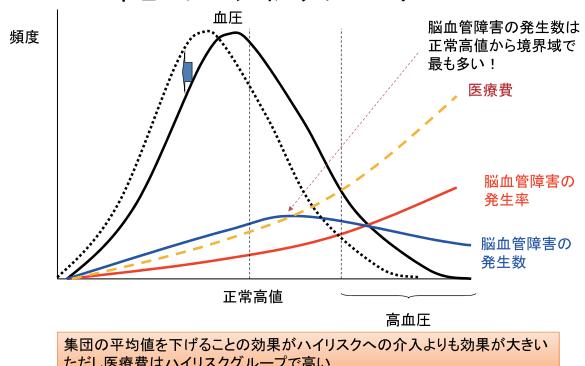
公衆衛生行政にとってこれまで以上に
情報分析能力が重要になる



これからの機能別病院体制(私見)



ハイリスクアプローチと ポピュレーションアプローチ



まとめ

- 少子高齢化と人口減少というこれまで経験のない社会環境下で医療提供体制の再構築が求められている
 - ただし、その形は各地域で異なる
- 各地域でデータに基づいて客観的に将来を考えることが求められている
 - 地域医療構想の数字が独り歩きしないためにも平成30年の第7次医療計画と介護保険事業計画の議論が重要となる
 - 地域医療構想調整会議の役割が重要となる
- 地域医療構想や地域医療計画の実現は、各関係者の自主的な対応が前提(その前提としての正しい理解)
 - データを客観的に分析し、ニーズの変化に対応していく姿勢が求められる→医師たる行政官の重要な役割。

いくつかの情報源

- 産業医科大学公衆衛生学教室
<https://sites.google.com/site/pmchuoeh/>
 - 患者推計ソフトAJAPA
 - 各種講演資料
- 松田晋哉: 地域医療構想をどう策定するか (2015)、医学書院
- 石川ベンジャミン光一先生資料公開サイト
https://public.tableausoftware.com/profile/kb_ishikawa#/
- 医学書院の「病院」誌、社会保険研究所の社会保険旬報に関連論文を連載中

医療構想と包括ケアの推進における保健所の役割についての研究
研究代表者（分担事業者） 中本 稔（益田保健所）

【事業協力者】高橋 清実(盛岡市保健所)、中川 昭生(福島市保健所)、藤井 充(岐阜保健所)

久保 秀一(習志野保健所)、福内 恵子(品川区保健所)、柳 尚夫(豊岡保健所)、

逢坂 悟郎(丹波保健所)、伊地智 昭浩(神戸市保健所)、長井 大(鳥取市保健所)、

大木元 繁(三好保健所)、堀川 俊一(高知市保健所)、中原 由美(宗像・遠賀保健所)、

田中 雅人(福岡市博多区保健所)、西田 敏秀(宮崎市保健所)

【アドバイザー】内田 勝彦(東部保健所)、高橋 郁美(新宿区保健所)、山中 朋子(弘前保健所)

松田 晋哉(産業医科大学)

【要旨】本研究班では 2025 年の医療提供体制に向けた医療構想について、計画策定後の保健所の役割を明らかにするために、平成 27 年より調査研究を行ってきた。病院の病床機能の分化と連携では、好事例は少ない。圏域における保健所の役割は、慢性期病床と在宅医療、在宅介護の資源を確保し、圏域内自己完結をめざすこと。医療構想、包括ケアシステム推進の提言を行う。

【目的】

2025 年の医療体制の確保に向けて都道府県では医療構想が策定され、平成 29 年から構想圏域の病床機能の分化と連携について取り組みを始めることとなった。一方、高齢者が住み慣れた地域で生涯住み続けるための地域包括ケアシステムの構築は市町村の責任で行うとしているが、医療や介護の資源確保、ネットワークづくりでは、市町村の枠を超えた 2 次医療圏の調整が欠かせない。また、病床機能の分化と連携には、在宅医療や介護保険事業と深く関連し、地域包括ケアシステムの議論を避けて通れない。これらに保健所が関与の役割が期待されている。

本研究班は、平成 27 年から引き続き、保健所機能のひとつとしての地域医療構想への取り組み、包括ケアシステムへの取り組みを調査し、役割と課題を整理し、今後の保健所のあり方の議論に寄与することをめざす。

【班会議の開催】

平成 30 年 7 月 第 1 回班会議、研修会

平成 30 年 10 月 第 2 回班会議

平成 31 年 1 月 第 3 回班会議

【考察】

1. 医療構想を進める国の動き

平成 30 年 4 月には診療報酬と介護報酬の同時改定が実施された。これは、高度急性期・急性期病棟機能のより厳格な階層化と、回復期病棟への病棟転化を進めるもの。入退院連携では特にケアマネージャーの役割が明確になり、在宅療養を支援する機能が進むと考えられる。介護医療院報酬も決められたことから、介護療養病床からの転換が具体になり、医療機関の自立的な病床機能の議論が進む。

国は都道府県に対して医療構想の都道府県調整会議の設置を求めた。(医政地発 0622 第 2 号)
また、地域医療構想アドバイザーの任命し国が

研修等医療構想の議論を活性化を図る。病棟病床機能については定量的基準を決めて病床機能報告で利用するよう進めている。また急性期病棟にあっても在宅復帰をめざす患者の多いところは回復期へ算定するようにとの通知も行った。

介護保険事業(支援)計画の進捗管理のための手引きを策定し、保険者のインセンティブを明確にするとともに、それを支援する都道府県の役割も明確にした。

2. 医療構想の圏域における保健所の役割

平成 30 年度から第 7 次都道府県医療計画が始まった。5 疾病 5 事業+在宅医療に関連して病床機能を整理する機会となった。今後は医療計画の評価指標を中心に 6 年後や 2025 年をめざしたい。また介護保険事業のなかで介護療養病床の廃止にともない介護医療院への転換が進むと考えられる。これらは医療機関の経営に関わる自立的な判断や公的医療機関では改革プラン等による目標、今後議論される医師配置計画にも依存する。一方で、圏域の在宅医療とそれと深くかかわる居宅介護や高齢者施設の資源(保険者=市町村)が圏域課題であり、ここへの関与が保健所の重要な課題と考える。(松田、2018)

1) 病床機能ごとの対応

・高度急性期・急性期は、医療構想区域(2 次医療圏、以下圏域)での圏域完結率を高めたい。救急医療やがんなどの診療パス、SCR(入院)などをを利用して、圏域内の病院病床機能を整理し、2025 年をめざしたい。

・回復期は、病床機能報告についての国通知もあり、回復期リハビリテーションに限らない病棟病床機能の議論を進めたい。定量的基準の議論が圏域でも取り組みたい。

・慢性期は、医療機関には介護療養病床から介護医療院への転換を確認することと、保険者(市町

村)には介護保険事業計画との整合を図りたい。また、慢性期病床は、在宅医療・居宅介護の供給量と深くかかわることから、今後の需要と供給バランスを整理する必要がある。

2) 病床機能の分化と連携への関与

- ・公的病院は改革プランで進捗確認

病床機能報告と関連。病院が地域包括ケアシステムのどこに関与するかを確認したい。

・病院病床機能報告

国が都道府県単位の「定量的基準」で高急・急性期から回復期への整理を進める。診療報酬の改定で7対1入院基本料から10対1への移行、病棟重症度・在宅復帰率の見直しなど、病院機能を確認したい。医療法立入検査(院所情報)で病棟機能や、出身大学医局派遣なども確認できる。

・入退院連携で病病、病診、病老連携

NDB(SCR)、KDB、介護保険DB分析、在宅看取り、医師・歯科医師・薬剤師調査が活用できる。これらを用いて、外来機能(診療パス、救急外来)、入退院連携(支援ルール)、薬剤師・栄養士情報提供、ケアマネ情報・介護計画を圏域でまとめたい。(大江、2018)

・病院人材確保では、初期臨床研修や病院経営を維持する専門職の確保に加えて、外来の専門診療と在宅支援、救急と施設看取り支援ほかの整理が重要。

・市町村の役割として、地域枠学生支援、市町村の医系学生奨学金の有無を確認したい。医療関係者も住み続けられるまちづくりも重要。

3. 地域包括ケアシステム構築への保健所の役割

1) 圏域の在宅医療

医療計画在宅診療の4機能を進める。

- ・(入) 退院支援では、病院病床機能、多職種カンファレンス、(入) 退院指導、ケアマネ情報(ケアプラン)の確認をしたい。

- ・日常の療養支援では、有床・無床診療所(在総診)、病院外来、訪問看護、かかりつけ薬局、訪問薬剤指導、訪問リハ、訪問介護・包括支援Cの職種や機関の整理を行い進める。保健所の事業では、口腔ケア・食支援、緩和ケア、認知症パス、介護サービス調整などがある。

- ・急変時の対応では、病診の救急体制や、在総診、訪問看護、自治体の休日急患センターを確認する。

- ・看取りでは、自宅や高齢者施設の看取りを行う訪問診療、訪問看護、訪問薬剤、遠隔診療、経管栄養・吸痰などの整備を進める。

2) 高齢者施設、介護サービス(市町村)

- ・介護保険事業計画(保険者)への支援

介護保険事業計画策定のための地域包括ケア「見える化」システム等を活用した地域分析の手引き、各種事業の実施には「介護保険事業(支援)計画の進捗管理のための手引き」、在宅医療・介護連携推進事業(「手引き」Ver2、都道府県・保健所の役割)が役にたつ。圏域で設置する連携コーディネーターに委託することもできる。

- ・認知症初期集中支援チーム、認知症ケアパスを圏域の市町村ごとに確認したい。

- ・保険者が行う地域ケア会議のうち、特に政策形成にかかわることが保健所の役割か。(「運営マニュアル」5つの役割)

- ・そのほか包括ケアシステムを推進するためには、日常生活圏域の設定、生活支援コーディネーターと生活支援協議体の設置、地域の自主組織を含めて人材確保、地域福祉計画の策定評価や、サロンや通いの場、ボランティア、自主防災組織など、幅広い議論が求められる。

3) 人材確保

- ・公的病院改革プランには必要(目標)診療が書かれている。医師等の配置を確認できる。

- ・医師確保計画は都道府県単位であり、医師偏在指標(目標医師数?)を確認する。

- ・保険者が進める介護保険事業計画の介護人材確保・養成、喀痰吸引等の医行為できる介護職の整備など、保健所も関与できる。何よりも、小中高校の職業教育や地域愛着も重要。

4) 患者・住民への啓発

- ・医療計画や圏域調整会議等への住民の参画はあるか、また、地域医療支援病院、公的病院の運営協議会等への住民の参画はどうか。

- ・病院(勤務医)を守る住民の会、患者会、ボランティア組織など、病院を支援する住民の力を確認したい。がん支援の地元企業も。

- ・アドバインメントACPの普及には、医師会、老施協、市町村の役割が重要。その調整を保健所がすることもできる。健康づくり事業の中でACPを伝えることも可能。

5) 日常の保健活動の中から医療政策

- ・健康づくり・重症化予防(DM・CKD、脳卒中、骨折)、KDB分析は医療と関連する。

- ・精神障害、結核対策、周産期小児医療の包括ケアシステム(地域づくり)も課題に。

- ・職域連携(たばこ、減塩、がん復帰、医療・介護事業者、CSR 地域愛着、退職後地域デビュー)や、学校保健(自己効力、地域愛着、栄養、運動、こころ、永久歯、人材育成・地域枠)など、圏域の医療システムと関連する。

- ・市町村の医療政策担当との連携も重要。

医療構想と包括ケアの推進における 保健所の役割についての研究

地域保健総合推進事業
平成30年度報告会
平成31年3月4日 東京

分担事業者
中本 稔（益田保健所）

事業協力者
高橋清実（盛岡市保健所長） 中川昭生（福島市保健所長）
藤井 充（秋田保健所長） 久保秀一（吾志野保健所長）
福内惠子（品川区保健所長） 柳 尚夫（豊岡保健所長）
達原裕郎（丹波保健所長） 伊地智昭浩（猪戸市保健所長）
長井 大（鳥取市保健所長） 大木元 純（三好保健所長）
福川俊一（高知市保健所長） 中原由美（宗像・遠賀保健所長）
田中雅人（福岡市博多区保健所長）
西田敏秀（宮崎市保健所長）

アドバイザー
内田勝彦（大分県東部保健所長） 高橋郁美（新宿区保健所長）
中山朋子（弘前保健所長） 松田晋哉（産業医科大学）

研究目的、活動

目的

医療構想を進める保健所の役割
病床機能の連携と開発
在宅医療介護の連携
地域包括ケアの推進の保健所の役割
市町村地域支援事業への支援

活動

第1回班会議 7/21 東京品川
研修会 7/21 東京品川 31名+講師
講師 松田晋哉（産業医大）
「地域医療構想から地域医療計画へ
～保健所に期待される役割～」
第2回班会議 10/24 郡山市
第3回班会議 1/29 東京

国の動き

診療報酬・介護報酬改定

7対1入院基本料厳格化、10対1細分化、老健の在宅復帰率除外、
入退院連携（特にケアマネ）、介護医療院報酬など

都道府県の調整会議の設置（医政地発0622第2号）

地域医療構想アドバイザーの任命、
定量的基準の導入で病床機能の議論活性化

病床機能報告

急性期病棟であっても回復期へ（定量的基準の導入）
「6年後」から「2025年」の病床（目標）

介護保険事業（支援）計画の進捗管理のための手引き

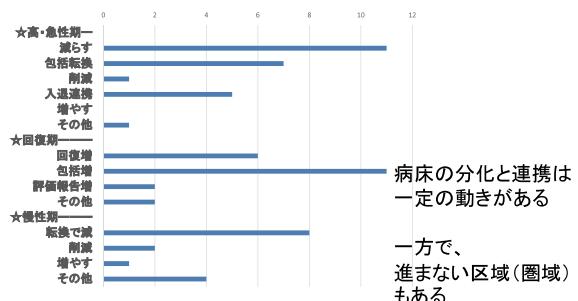
（厚生労働省老健局介護保険計画課 平30年7月30日）

保険者機能強化推進交付金に係る算定指標（市町村分、都道府県分）
在宅医療の充実に向けた取組の進め方について

（医政地発0129第1号、老介発0129第1号、老老発0129第1号）

医療と介護の連携、市町村支援、取組の見える化、人材、住民普及啓発

研修会事前アンケート (n=23、2018年7月)



あらためて在宅の可能性を考える (松田講演(7/21)資料)

- 外来のSCRが100未満
 - 訪問診療のSCRが100未満
 - 地域の外来需要は減少傾向
 - 療養病床入院のSCRは100以上
-
- 診療所医師の高齢化？
 - 将来的に診療所の外来機能がさらに低下→患者居宅での在宅医療は可能か？
 - 慢性期病床は維持できるのか？
-
- 外来のSCRは100以上
 - 訪問診療のSCRが100未満
 - 地域の外来需要は減少傾向
-
- 診療所医師の在宅医療への意識は？
 - 在宅医療を増やすことは可能か？
-
- 外来のSCRは100以上
 - 訪問診療のSCRは100以上
 - 地域の外来需要は現状維持から減少傾向
-
- 現在の在宅医療を維持することは可能か？

SCR（年齢調整レセプト出現率）とは？ = NDB解析のひとつの指標。レセプト出現が全国を100とし、どれだけ多いか(>100)少ないか(<100)を示すもの。
国は、都道府県別、2次医療圏別、市町村別に解析し公表している。

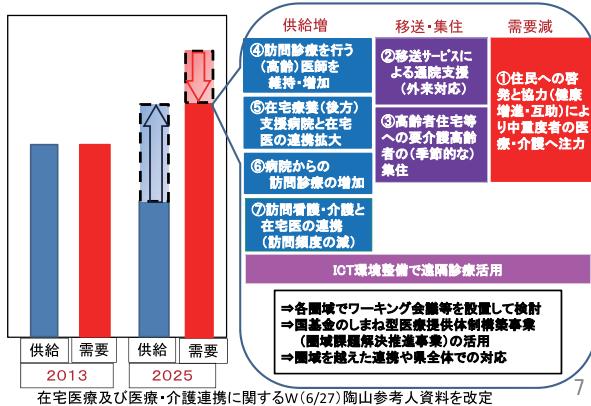
慢性期＝療養病床入院 十介護施設入所 十在宅

3つのサービス配分は各地域の条件によって異なる。
その適正な配分を考えるのが地域医療構想調整会議の役割。

急性期後の役割がしっかりしていないと、
地域の医療介護は崩壊する。

松田講演(7/21)資料から

島根県在宅医療の供給不足への対応(案)



保健所のデータ活用の提案 (富山・新川厚生センター、大江所長から)

- ①在宅医療にかかる地域別データ集
- ②病床機能報告(在宅医療支援の視点)
- ③経済・財政と暮らしの見える化ポータルサイト、または、医療計画作成支援データツクの在宅医療の評価指標
- ④介護保険のデータは地域包括ケア「見える化」システム
保険者機能強化推進交付金にかかる調査

そのほか
医療機能情報による在宅医療の実績
医療施設静態調査の個票

圏域単位での保健所の機能

O. 病床機能の確認

高度急性期・急性期

圏域完結率を高める SCR(入院) 救急医療
休床の確認 (ex習志野保健所)

回復期 回復期リハに限らず「包括ケア病床」「在宅準備」
都道府県単位で「定量的」基準(保健所の関与は?)

慢性期

- ①介護療養病床(+α)から介護医療院への転換
(=市町村介護保険事業計画との整合)
- ②在宅医療 2025需要 在宅等看取り SCR(外来)
供給=外来医療、看護、薬局、栄養・食、歯科口腔
+在宅介護 包括支援C、介護サービス、居宅・多機能
(介護保険事業計画)

圏域単位での保健所の機能

2. 包括ケアシステムの推進

慢性期療養は、「療養病床+診療所+高齢者施設」一体で考える(松田)
介護保険法の改正により、在宅医療の施策は市町村地域支援事業も
在宅医療の2025需要と供給バランス(丹波保健所、島根県、福岡市)
在宅医療の充実に向けた取組の進め方(医政地発0129第1号)

2-1. 圏域の在宅医療

- 在宅診療の4機能(医療計画の評価指標、SCR(外来))
①退院支援②日常の療養支援③急変時対応④看取り

2-2. 高齢者施設、介護サービス(市町村)

- 介護保険事業(支援)計画
(国)「介護保険事業(支援)計画策定のための
地域包括ケア「見える化」システム等を活用した地域分析の手引き」
(国)「介護保険事業(支援)計画の進捗管理のための手引き」
(国)「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer2」
(都道府県・保健所の役割)

圏域単位での保健所の機能

1. 医療構想を進める視点

- 公的病院は改革プランで進捗確認
地域の包括ケアシステムのどこに関与する?
- 病床機能報告を参考に
国が都道府県単位の「定量的基準」で高急・急性期から回復期へ
7対1から10対1へ(診療報酬改定で病棟重症度・在宅復帰率の見直し他)
医療法立入検査(院所情報)で病院病棟機能の評価
- 入退院連携で病病、病診、病老連携
NDB、KDB、介護保険DB分析、在宅等看取
医師・歯科医師・薬剤師調査(年齢構成)
外来機能(診療バス)と在宅連携
入退院連携(支援ルール)、薬剤師・栄養士情報提供、ケアマネ情報・介護計画
人材育成(職種、専門診療と在宅支援、施設看取り支援)
島根県独自の必要医師調査
地域枠学生支援、市町村の医系学生奨学金、専門職の養成校

圏域単位での保健所の機能

3. 人材育成

医療機関の人材育成に「多職種連携」

外来部門に専門診療と在宅支援「連携」、施設看取支援
救急(休日急患)、脳卒中、心不全、CKD
骨折、肺炎・感染症、認知症、緩和ケア
薬剤・健康サポート薬局、口腔ケア・食支援、
在宅・施設での吸痰行為

都道府県医師確保計画

圏域の必要医師

地域枠ほかの医師養成プログラムへの関与
外来診療の指標、多職種の確保も

圏域単位での保健所の機能

4. 住民啓発、参画

医療計画や圏域調整会議等への住民参画

病院の運営協議会等への住民参画

病院(勤務医)を守る(支える)住民の会

患者会、ボランティア組織

がん支援の保険会社

メディコポリス(病院のまち)、地元銀行の経営指南

人生会議ACPの普及(医師会、老施協、市町村、救急)

ex宮崎市の取組

圏域単位での保健所の機能

5. 保健活動の中で医療機能

- 健康づくり・重症化予防・介護予防

DM・CKD、脳卒中、骨折等、KDB分析

- 精神、結核、小児医療の包括ケアシステム(地域づくり)

- 職域連携

たばこ、減塩、がん復帰、保険者連携

医療・介護事業者確保、地域愛着、地域デビュー

- 学校保健

自己効力、地域愛着

栄養、運動、こころ、歯、人材育成・地域枠

- 市町村の医療政策(公立病院)担当との連携

まとめ

- 病床機能報告等では、病床の削減の傾向
- 保健所は構想区域(管轄圏域)の
在宅医療
 - +在宅介護(居宅、施設ほか)
 - +慢性期病床の確保など域内完結をめざす取組(環境づくり)が重要。
- そのためには、
資源(ヒト、モノ、基金、情報)を見る化し、
2025年をめざした地域(共生社会)づくりを
進めたい。

○名簿

医療構想と包括ケアの推進における保健所の役割についての研究

分担事業者

中本 稔（島根県益田保健所長）

事業協力者

高橋清実（盛岡市保健所長）

中川昭生（福島市保健所長）

久保秀一（千葉県習志野保健所長）

藤井 充（山梨県峡東保健所長）

福内恵子（品川区保健所長）

逢坂悟郎（兵庫県丹波保健所長）

柳 尚夫（兵庫県豊岡保健所長）

伊地智昭浩（神戸市保健所長）

長井 大（鳥取市保健所長）

大木元 繁（徳島県三好保健所長）

堀川俊一（高知市保健所長）

中原由美（福岡県宗像・遠賀保健所長）

田中雅人（福岡市博多区保健所長）

西田敏秀（宮崎市保健所長）

アドバイザー

内田勝彦（大分県東部保健所長）

高橋郁美（新宿区保健所）

山中朋子（青森県弘前保健所長）

松田晋哉（産業医科大学公衆衛生学教授）

平成 30 年度地域保健総合推進事業
(全国保健所長会協力事業)

「医療構想と包括ケアの推進における保健所の役割についての研究」

報告書

2019（平成 31）年 3 月

日本公衆衛生協会 発行

編集

分担事業者 中本 稔（島根県益田保健所長）

〒698-0007 島根県益田市昭和町 13-1

TEL 0856-31-9530 FAX 0856-31-9568

