

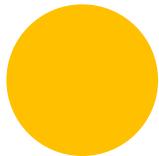
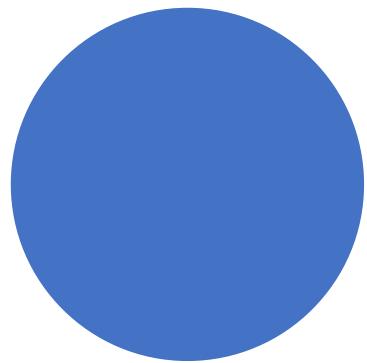
2019年5月31日
長野県看護協会

地域包括ケアシステム 地域医療構想

信州大学医学部地域医療推進学教室
中澤勇一

医療計画に係る医療法の改正の主な経緯について

改正年	改正の趣旨等	主な改正内容等
昭和23年 医療法制定	終戦後、医療機関の量的整備が急務とされる中で、医療水準の確保を図るため、病院の施設基準等を整備	○病院の施設基準を創設
昭和60年 第一次改正	医療施設の量的整備が全国的にほぼ達成されたことに伴い、 <u>医療資源の地域偏在の是正</u> と医療施設の連携の推進を目指したもの。	○医療計画制度の導入 ・ 二次医療圏ごとに必要病床数を設定
平成4年 第二次改正	人口の高齢化等に対応し、患者の症状に応じた適切な医療を効率的に提供するための医療施設機能の体系化、患者サービスの向上を図るための患者に対する必要な情報の提供等を行ったもの。	○特定機能病院の制度化 ○療養型病床群の制度化
平成9年 第三次改正	要介護者の増大等に対し、介護体制の整備、日常生活圏における医療需要に対する医療提供、患者の立場に立った情報提供体制、 <u>医療機関の役割分担の明確化</u> 及び連携の促進等を行ったもの。	○診療所への療養型病床群の設置 ○地域医療支援病院制度の創設 ○医療計画制度の充実 ・ 二次医療圏ごとに以下の内容を記載 地域医療支援病院、療養型病床群の整備目標 医療関係施設間の機能分担、業務連携
平成12年 第四次改正	高齢化の進展等に伴う疾病構造の変化等を踏まえ、良質な医療を効率的に提供する体制を確立するため、入院医療を提供する体制の整備等を行ったもの。	○療養病床、一般病床の創設 ○医療計画制度の見直し ・ 基準病床数へ名称を変更
平成18年 第五次改正	質の高い医療サービスが適切に受けられる体制を構築するため、医療に関する情報提供の推進、 <u>医療計画制度の見直し</u> 等を通じた <u>医療機能の分化・連携の推進</u> 、地域や診療科による医師不足問題への対応等を行ったもの。	○都道府県の医療対策協議会制度化 ○医療計画制度の見直し ・ 4 疾病・5 事業の具体的な医療連携体制を位置付け
平成23年	「社会保障・税一体改革大綱」に基づき、急性期をはじめとする医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の充実等を内容とする医療サービス提供体制の制度改革に取り組むこととされた。	○疾病・事業ごとのP D C A サイクル ○在宅医療の医療連携体制に求められる機能の明示 ○精神疾患を既存の4 疾病に追加し、5 疾病となった
平成26年 第六次改正	社会保障と税の一体改革として、 <u>効率的かつ質の高い医療提供体制を構築</u> するとともに、 <u>地域包括ケアシステムを構築</u> することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、所要の整備等を行う。	○病床機能報告制度の創設 ○ 地域医療構想 の策定 ○地域医療介護総合確保基金の創設 ○地域医療構想調整会議の設置



地域包括ケアシステム

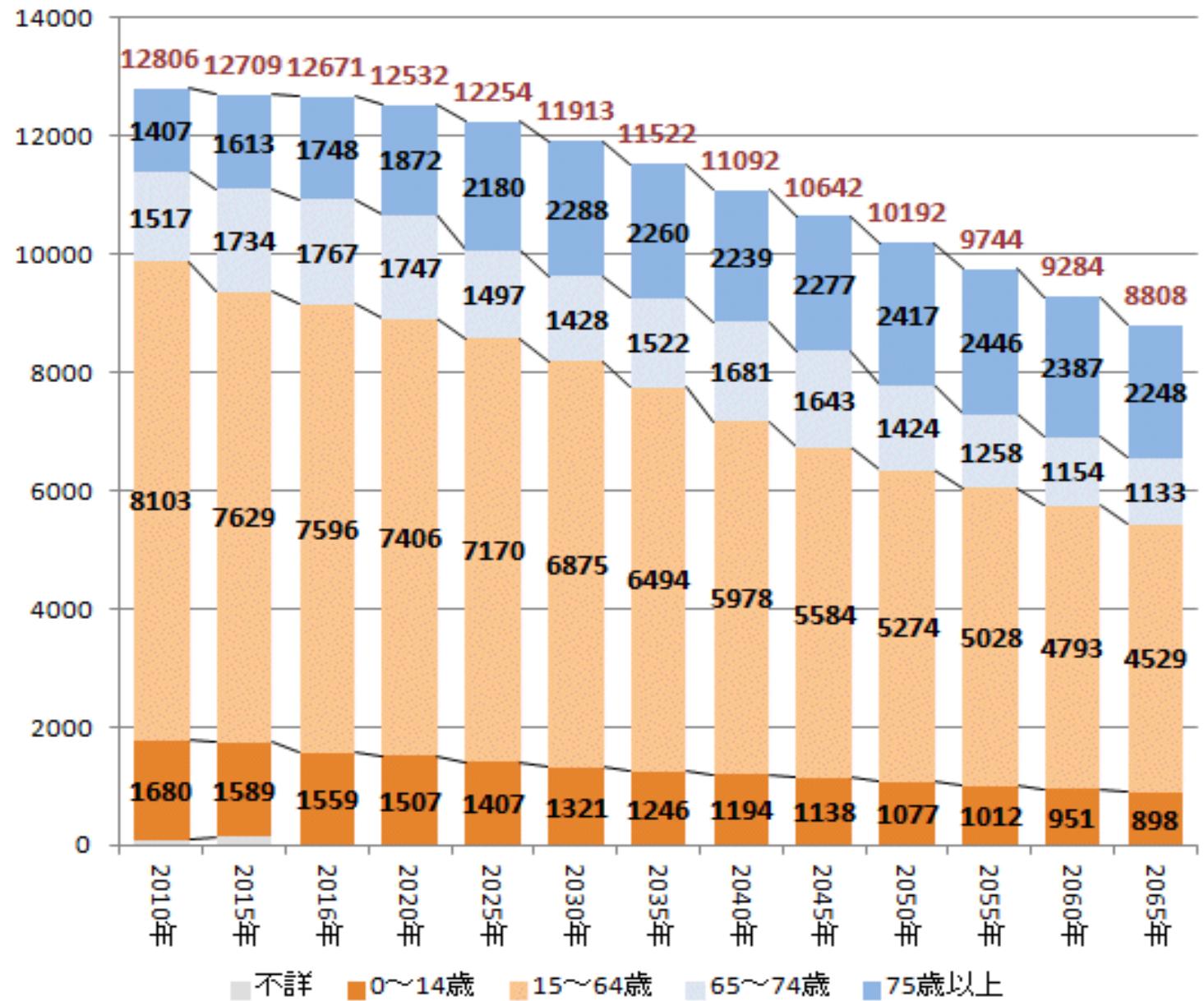
地域包括ケアシステム

1 : 背景

2025年問題

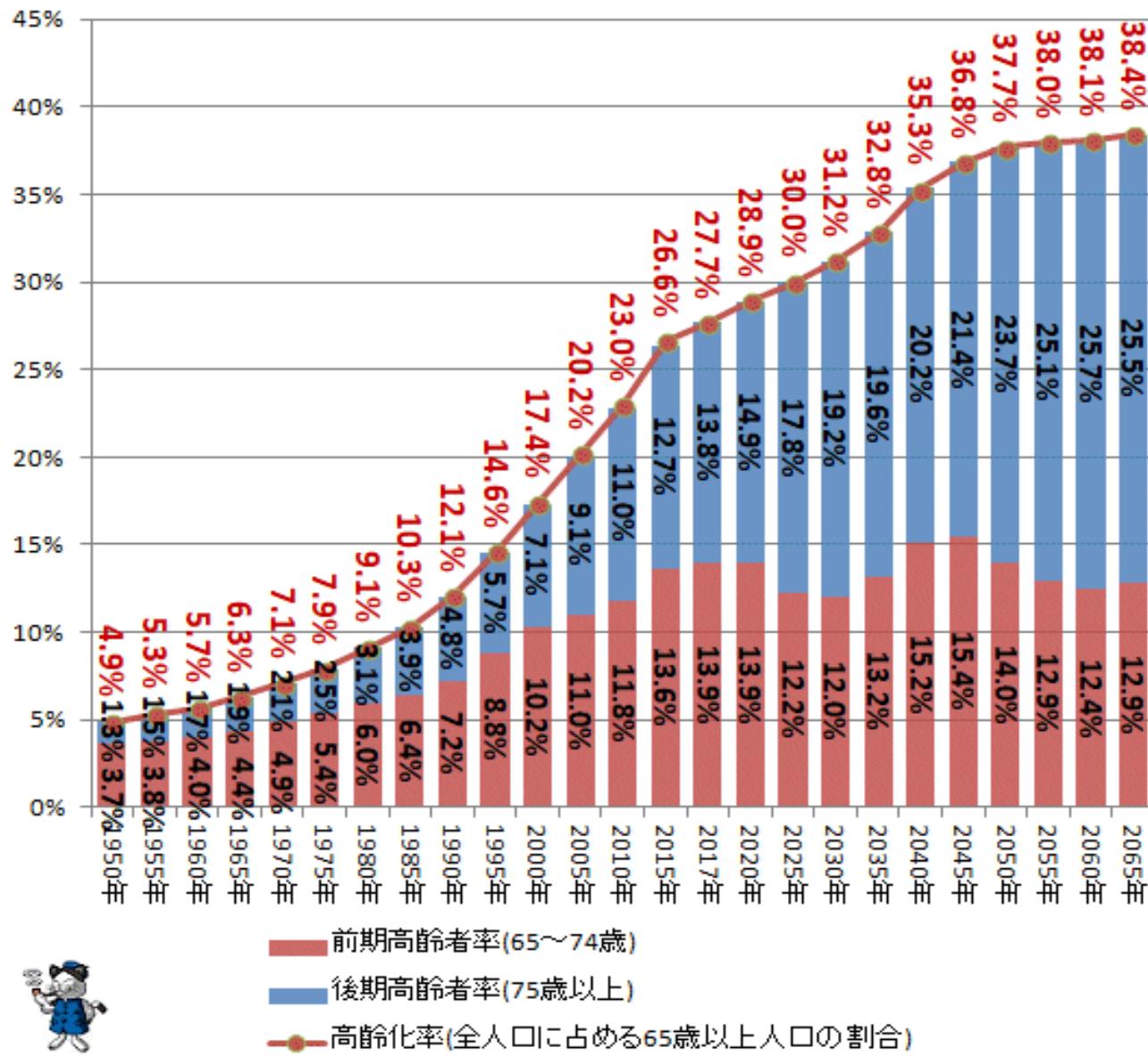
- 現在の日本人口の約800万人を占める団塊世代が、後期高齢者となり「超高齢化社会」へ突入する問題。
 - 団塊世代とは、第一次ベビーブームによって誕生した子どもたちのこと、当時の合計特殊出生率は4.0を超えていた（夫婦1組に対して平均4人以上の子どもを産み育てた計算）。
- この2025年問題で最も大きな課題になるのが医療・介護・福祉サービスの整備
- 2025年には「団塊世代」と言われる約800万人が後期高齢者である75歳以上になるため、現在の社会保障財政が問題視されている中、現在の税金で賄い切れない医療費や介護費などが急増する可能性が極めて高いことが計算上わかっている。

日本の年齢階層別将来人口推計 (高齢社会白書(2018年版)、万人)



65歳以上人口

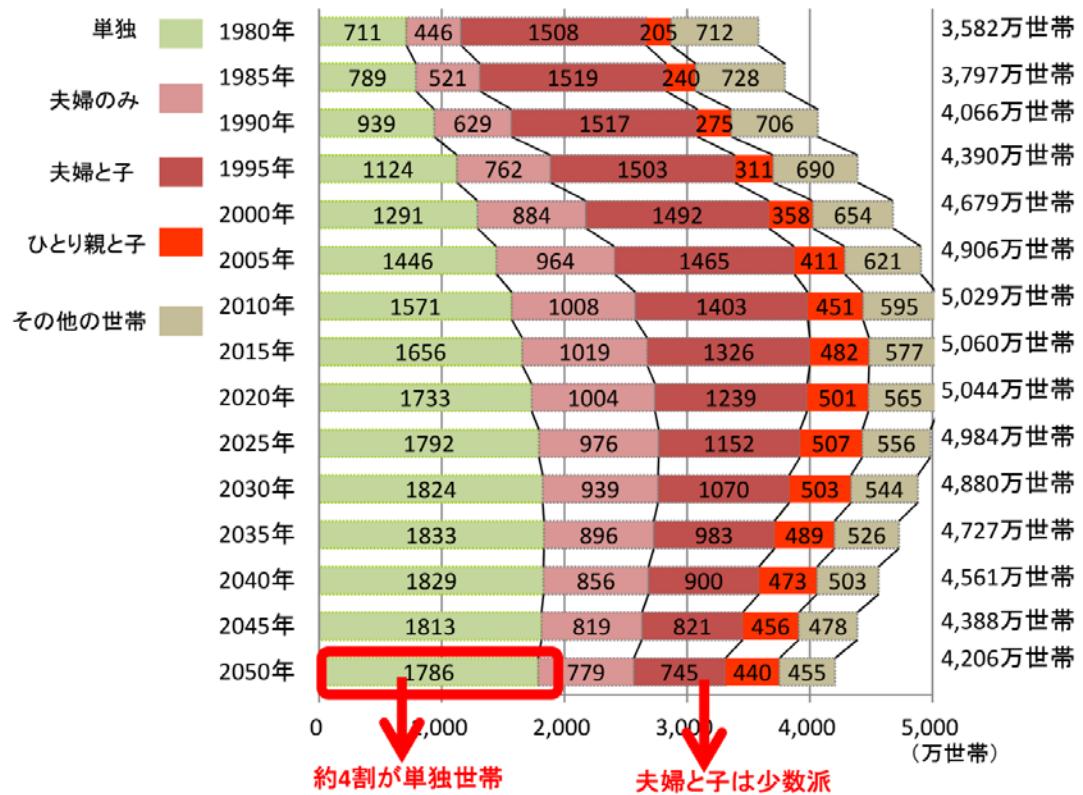
(2020年以降は推計、高齢社会白書(2018年版)、総人口比)



世帯数の推移

○これまで主流であった「夫婦と子」からなる世帯は、2050年には少数派となり、単独世帯が約4割を占め、主流となる。また、単独世帯のうち高齢者単独世帯の割合は5割を超える。

世帯類型別世帯数の推移

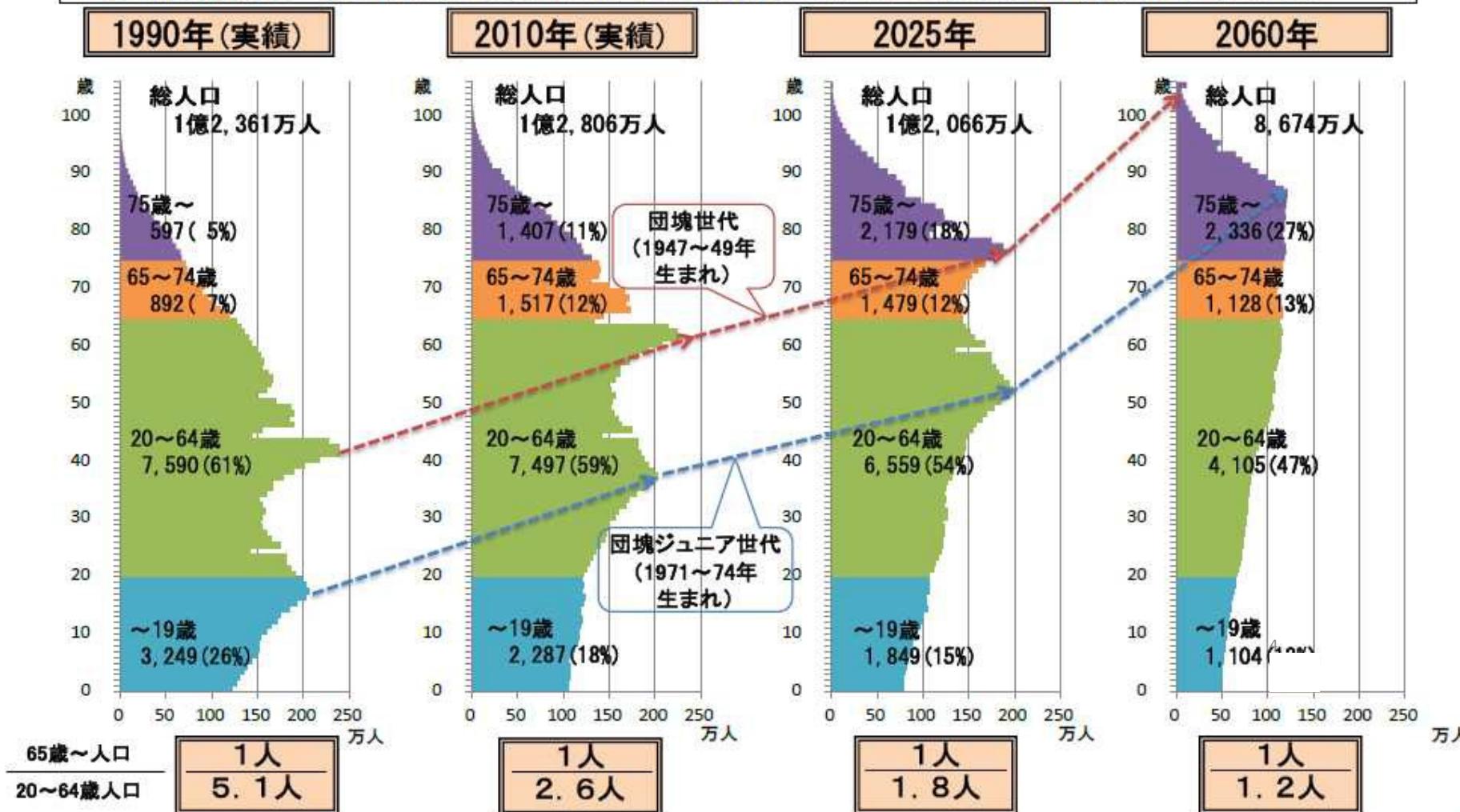


単独世帯数の推移



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



(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)

地域包括ケアシステム

2 : あゆみ

これまでの 歩み

2000年：介護保険制度

2005年：介護保険法改正

- ・『地域包括ケア』・『地域包括支援センター』

2012年：介護保険法改正施行

- ・『自治体が地域包括ケアシステム推進の義務を担う』

2015年：介護保険法改正施行

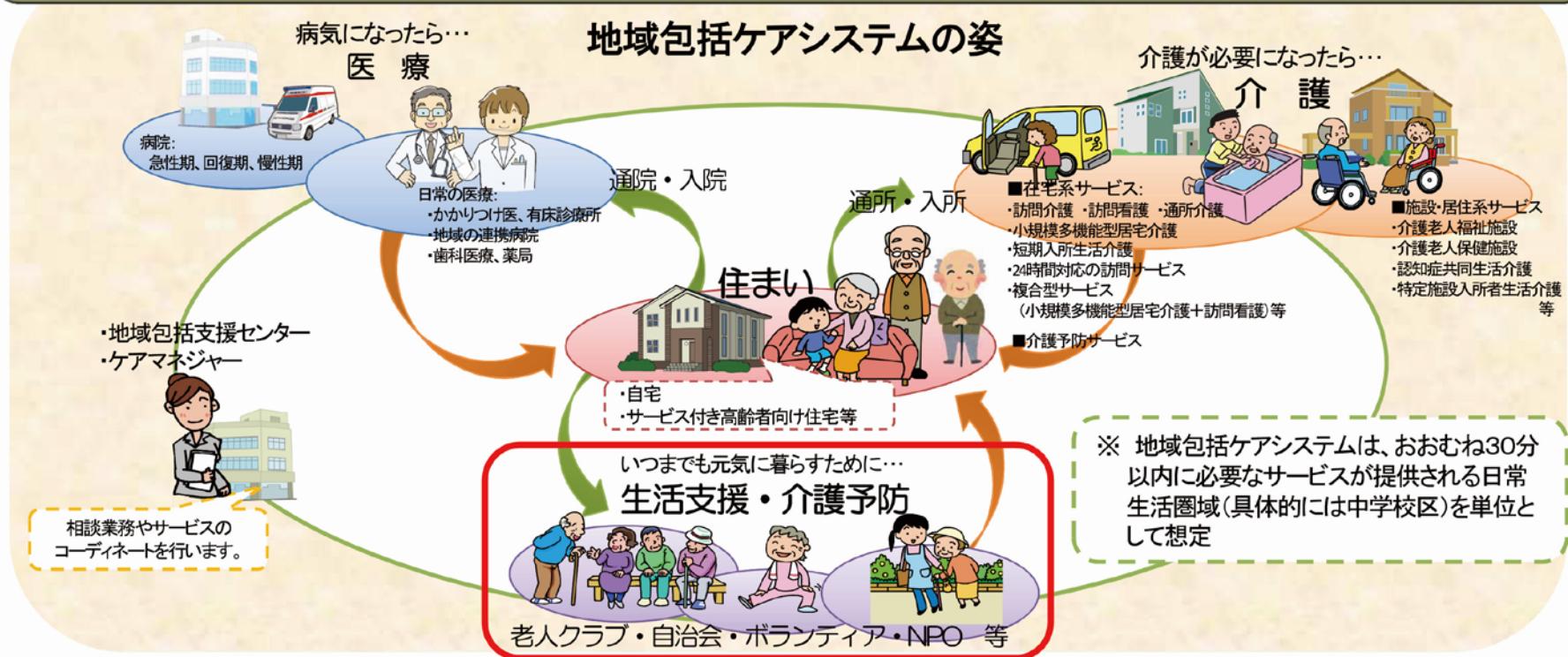
- ・『在宅医療と介護の連携推進』
- ・『地域ケア会議』
- ・『新しい介護予防・日常生活支援事業』

地域包括ケアシステム

- 2025年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進する（厚生労働省のホームページより）
- 「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう医療・介護・介護予防・住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」（2013年医療介護総合確保推進法第2条）

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。**
- 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。**





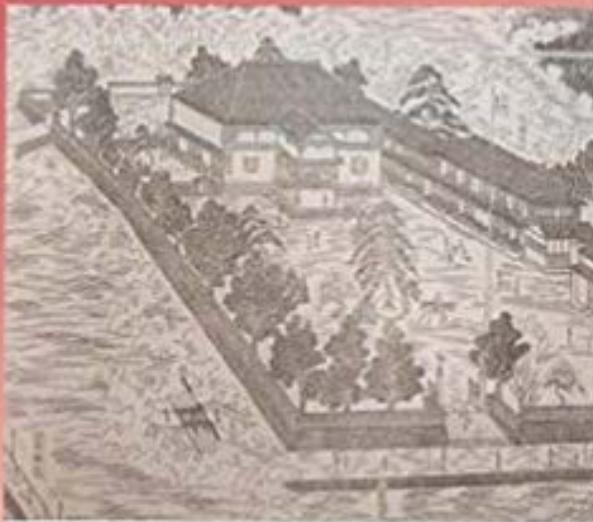
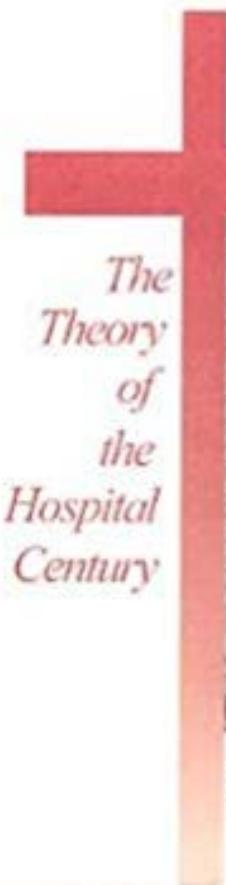
地域包括ケアシステム

3：その理論は

地域包括ケアの理論

病院の世紀の理論

猪飼 周平



有斐閣

病院の世紀の理論（2010）

- ・「健康」の概念が「病気と認められないこと」から「心身の状態に応じて生活の質が最大限に確保された状態」に変わる（生活モデル）。
- ・医学モデルでは、病気の明確な定義が、診断や治療の背景にあった。ところが、生活の質（QOL）は人それぞれに違っている。本人を含めて、何が良いのか厳密に知っているものはいない。新しい健康概念とは、多様性と不可知性を含み込んだ概念にならざるをえない。健康の明確な定義はもはや存在しないということになる。
- ・予防を含めて、保健サービスの役割が大きくなる。時代の中心となる生活習慣病が基本的には完治しないため、治療の期待を引き下げ、治療以外のアプローチの相対的な位置を引き上げる。予防によって、病気に罹らずに健やかにすごせる期間（いわゆる「健康寿命」）と寿命のギャップを短くすることができれば、高齢者の生活基盤の充実に資することになるといえる。
- ・保健（予防）・医療・高齢者福祉が、一つの目標の下に包括的ケアとして統合される。
- ・健康を支える活動の場が、生活の場に近くなり、医療が人々の固有の価値・ニーズを理解するための情報収集に重きを置く活動へと変わっていく。
- ・ケアの中心が、病院から地域に移行していく。生活を構成する要素が、圧倒的に多岐にわたるため、病院だけではサービスを供給できない。
- ・ケアの担い手が医師を頂点とする階層システムから、多様な職種や地域住民とのネットワークに移行する。

地域包括ケアシステムは新しい考え方？

- 当院は基本的に患者さんや地域のニーズに応える医療や介護の実践を積み重ねてきました。患者さんや地域の医療ニーズ・介護ニーズに応えようとすれば、それは必然的に包括的な内容のものにならざるをえず、私たちはごく自然にそのような医療活動をしようとしてきました。（2017年佐久総合病院 伊澤 敏 統括院長）
- 驚くべきことに、佐久では事実上の地域包括ケア化が戦後直後から進められていました。さて、そこで佐久の関係者たちは何のためにそれを進めていたのでしょうか。もちろん、高齢化でもなく（むしろ当時は多産が社会問題だった）、医療費の抑制でもありません。それは、地域包括ケア的なケアが、人びとをより幸せにするケアであるということを信じたからに他なりません。（2014年一橋大学 猪飼周平 教授）

地域包括ケアのコンセプト①

Community-based care (地域基盤ケア)

- Community-based careには、地域の健康上のニーズに応えるという点から運営されるという性質がある。
- これは地域の特徴、その地域独自の価値観などに合わせて構築することができ、それは、一定レベルの住民による「地域参加」によって保障される。

Integrated care (統合ケア)

- integrated careには、医療ケアにおける分断の減少や異なる組織のサービス提供の間の継続性や調整を高めるという目的を持つ体制と定義できる。

**水平統合
垂直統合**

規範的統合

1T. Plochg, NS. Klanzinga: Community-based integrated care: myth or must? International Journal for Quality in Health Care 14:91-101:2002

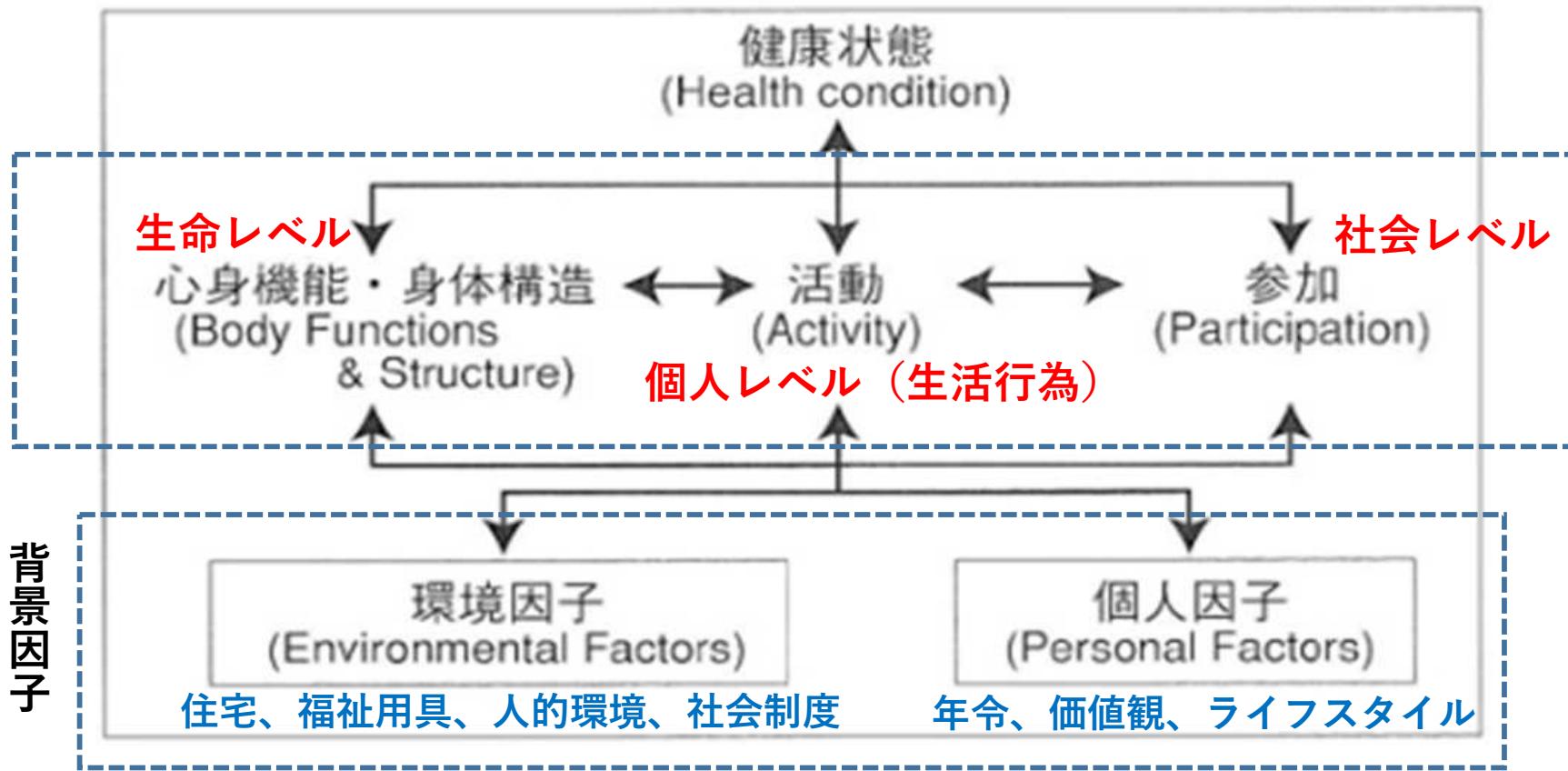
2T. Plochg: Building a Tower of Babel in health care? Theory & practice of community-based integrated care, International Journal of Integrated Care. 6, e21:2006

地域包括ケアのコンセプト②

- 統合ケアにおいては文化や価値観の共有などの規範的統合が重要
 - 規範的統合がないと目標の設定ができない
- 中核病院での専門科医療では、規範的統合の設定は容易
 - 「手術して社会に復帰する」
- 地域包括ケアでの規範的統合はどうする?
 - 『健康とは何か』
 - 『QOL』

国際生活機能分類 (ICF) 2001

生活機能



- 疾病を生活機能障害と捉えなおす→規範的統合
- 必要な介入は、狭義の治療だけではない
- 集学的ケアが必要→多職種協働

医療の定義

医術で病気を治療すること

広辞苑

新しい医療の定義

医療とはその人にその人らしい人生を過ごしてもらうために医術で病気をなおすこと、ただし治らない病気の時は最後までその人らしく生きていただくために寄り添い支えること



佐久総合病院診療部長 北澤彰浩先生

北澤彰浩 副診療部長・地域ケア科医長

地域包括ケアシステム

4 : システムって

システムよりネットワークで

- システム：
 - 「上からつくるもの」とか「ガッチリ固定したもの」っていうイメージがある
- ネットワーク：
 - 医療と福祉・介護の連携事業を中心と考えると適切
- 原勝則元老健局長
 - 「地域包括ケアはこうすればよい」というものがあるわけではなく、地域のことを最もよく知る市区町村が地域の自主性や主体性、特性に基づき、作り上げていくことが必要である」
 - 「医療・介護・生活支援といったそれぞれの要素が必要なことは、どの地域でも変わらないことだと思うが、誰が中心を担うのか、どのような連携体制を図るのか、これは地域によって違ってくる」



- 地域包括ケアの本質的部分はシステムではない。
- 生活モデル的な支援をしようとした結果、そのための資源や仕組みを整備していくと、おのずとそのシステムの形はより地域的で包括的な姿になる。
- そのため地域包括ケアというのは本来結果に過ぎず、システムをつくればいい という話ではない。
- システムというのは結果である。

地域包括ケアシステム

5：コスト削減につながるのか？

地域包括ケアは医療・介護費削減となるか①

- 1970～80年代前半には、日本だけでなく欧米でも、地域ケアでケアの質向上と費用削減の両方が達成できるとされた。
- 1980年代後半以降は、**家族介護の費用を加えると**、地域ケアは施設ケアに比べて安価ではないこと、特に重度の障害高齢者では在宅ケアの方が高いことが確認されている。
- 2017年に発表されたOECD報告書『医療の無駄と闘う』“*Tackling Wasteful Spending on Health*” は、OECD加盟15か国のデータに基づいて、重度の障害高齢者の在宅フォーマルケアの1週当たり費用は1万2,000ドルであり、施設ケアの費用9,000ドルを大幅に上回っていると報告された。
- 人道的でない解決策だが、高齢社会を財政的に乗り切ることだけを考えたら、効率的に高齢者を管理するために1カ所に集めてブロイラーのように世話をしたほうが安いはずである。人がばらばらに展開しているというのは、効率性から考えると大変都合が悪い。

地域包括ケアは医療・介護費削減となるか②

- 在宅医療は通院が困難な患者に対して医師が移動して医療を提供する診療形態であり、効率性が優れているとは決していえない非効率的な医療である。
- 医学の高度化、集約化に伴い、今日の入院医療がそれ以上に高コスト構造となっていることから、入院医療と比較すれば介護に要する公的支出を合算しても医療経済上のメリットが存在する。
- 家族が背負う無形の介護負担が費用として計上されることはなく、居住系施設入居費も全額自己負担であるという側面も小さくはない。



コストシフト
(病院→患者・家族)

地域包括ケアシステム

6：進化と深化

2040年に向けた地域包括ケアシステムの展望

進化する地域包括ケアシステムの「植木鉢」

■介護予防・日常生活支援総合事業の実施

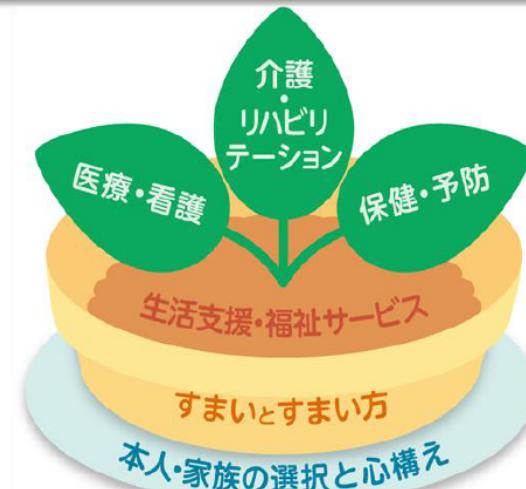
- 2015年度より介護予防・日常生活支援総合事業として実施され、要支援者に対する介護予防は生活支援と一体的に、住民自身や専門職以外の担い手を含めた多様な主体による提供体制へと移行するとされた。
- これまで「葉」の中に位置づけられてきた軽度者向けの予防活動の多くは、自助や互助などの取組を通して、社会参加の機会が確保され、それぞれの人の日常生活の中で生活支援や介護予防の機能が発揮されるため、「介護予防」と「生活支援」を一体として再整理した。

■保健・福祉を地域包括ケアシステムの重要な要素として改めて位置付ける

- 2040年に向けて、単身高齢者や、低年金の高齢者の増加に伴う経済格差の拡大と貧困問題など、複雑な福祉的課題を抱えた高齢者世帯数の増大が予測されており、社会福祉の専門性を活かしたソーシャルワークの重要性は大きくなる。
- 高齢者介護の分野では、身体的な自立に重点が置かれるケースが多いが、社会的孤立も含め、地域で生活課題を抱える人々の問題は様々である。こうした2040年に向けた地域課題への対応として、地域包括ケアシステムに専門職(葉)が関わる分野として「保健・福祉」を改めて強調する意味は大きい。

■本人の選択が優先される仕組みに

- 2012年度の地域包括ケア研究会で提示された植木鉢の絵において、「本人・家族の選択と心構え」というコンセプトが組み込まれ、それぞれの個人が地域生活を継続するための基礎が示されたが、地域生活の継続を選択するにあたっては、本来は「本人の選択」が最も重視されるべきであり、それに対して、本人・家族がどのように心構えを持つかが重要であるとの考え方から、「本人の選択と本人・家族の心構え」と改めた。



【2012年度】



【2015年度】

地域包括ケアシステムの深化

- 地域共生社会（2016年）
 - “高齢者・障害者・子どもなど全ての人々が、1人ひとりの暮らしと生きがいを、ともに創り、高め合う社会”
- 骨太方針2016
 - 全ての人々が地域、暮らし、生きがいを共に創り高め合う地域共生社会を実現する。このため、支え手側と受け手側に分かれるのではなく、あらゆる住民が役割を持ち、支え合いながら、自分らしく活躍できる地域コミュニティを育成し、福祉などの公的サービスと協働して助け合いながら暮らすことのできる仕組みを構築する。
- ニッポン一億総活躍プラン
 - 子供・高齢者・障害者など全ての人々が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合うことができる「地域共生社会」を実現する。このため、支え手側と受け手側に分かれるのではなく、地域のあらゆる住民が役割を持ち、支え合いながら、自分らしく活躍できる地域コミュニティを育成し、福祉などの公的サービスと協働して助け合いながら暮らすことのできる仕組みを構築する。また、寄附文化を醸成し、N P Oとの連携や民間資金の活用を図る。

地域包括ケアシステム強化法（2017年）

3. 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

「我が事・丸ごと」の地域作り・包括的な支援体制の整備

1. 「我が事・丸ごと」の地域福祉推進の理念を規定

地域福祉の推進の理念として、支援を必要とする住民（世帯）が抱える多様で複合的な地域生活課題について、住民や福祉関係者による①把握及び②関係機関との連携等による解決が図られることを目指す旨を明記。

2. この理念を実現するため、市町村が以下の包括的な支援体制づくりに努める旨を規定

- 地域住民の地域福祉活動への参加を促進するための環境整備
- 住民に身近な圏域において、分野を超えて地域生活課題について総合的に相談に応じ、関係機関と連絡調整等を行う体制（＊）
(＊) 例えば、地区社協、市区町村社協の地区担当、地域包括支援センター、相談支援事業所、地域子育て支援拠点、利用者支援事業、社会福祉法人、NPO法人等
- 主に市町村圏域において、生活困窮者自立相談支援機関等の関係機関が協働して、複合化した地域生活課題を解決するための体制

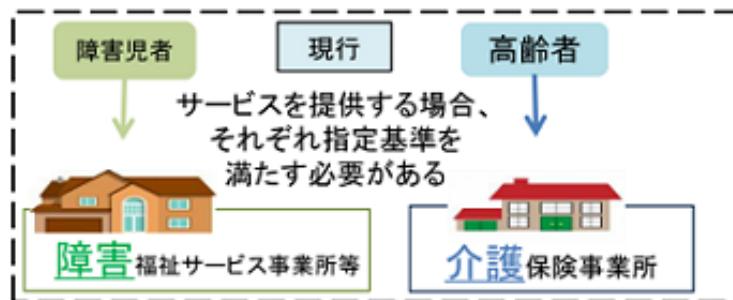
3. 地域福祉計画の充実

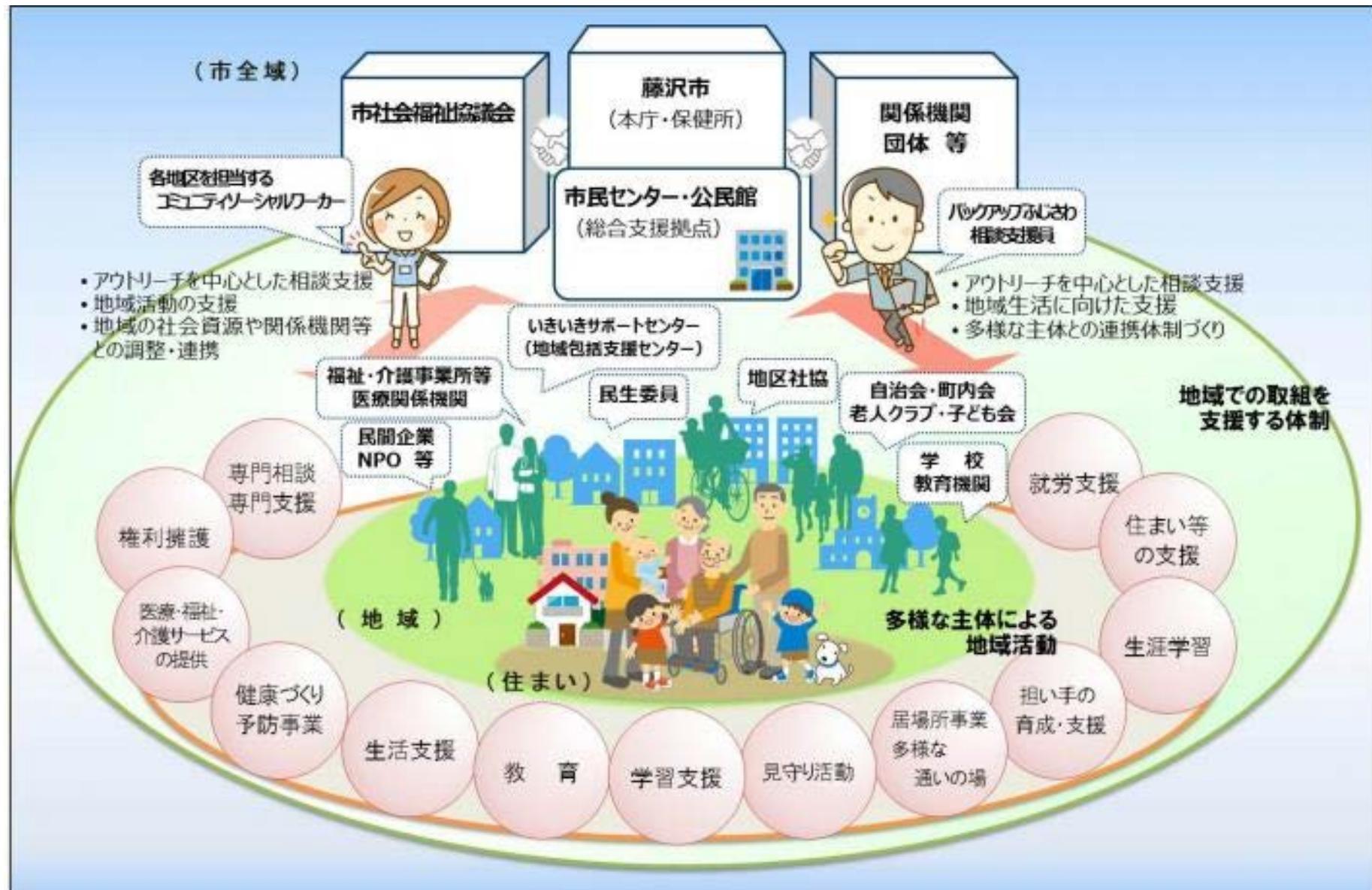
- 市町村が地域福祉計画を策定するよう努めるとともに、福祉の各分野における共通事項を定め、上位計画として位置づける。（都道府県が策定する地域福祉支援計画についても同様。）

※法律の公布後3年を目途として、2の体制を全国的に整備するための方策について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずる旨の附則を置く。

新たに共生型サービスを位置づけ

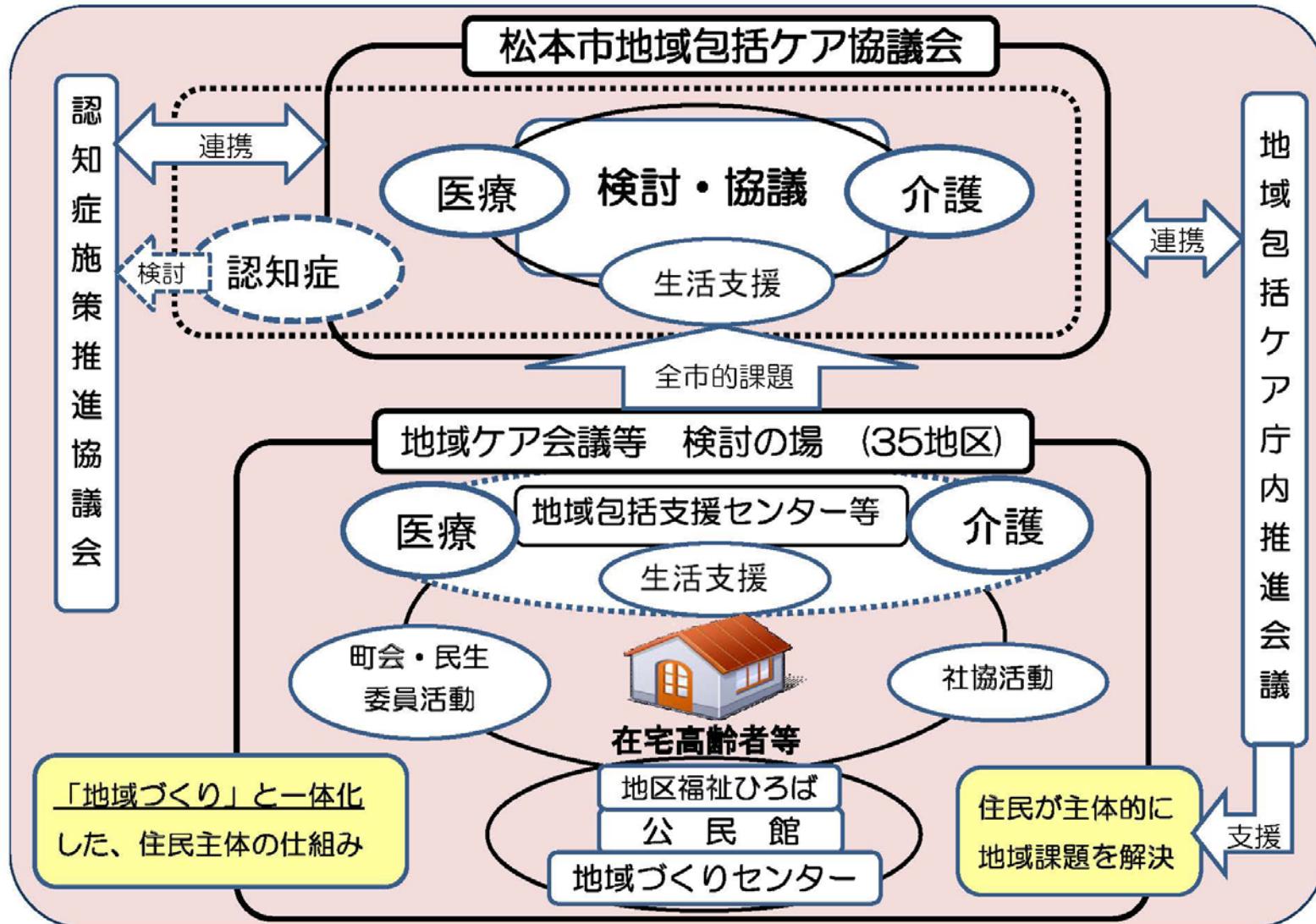
- 高齢者と障害児者が同一の事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉両方の制度に
新たに共生型サービスを位置付ける。（指定基準等は、平成30年度介護報酬改定及び障害福祉サービス等報酬改定時に検討）





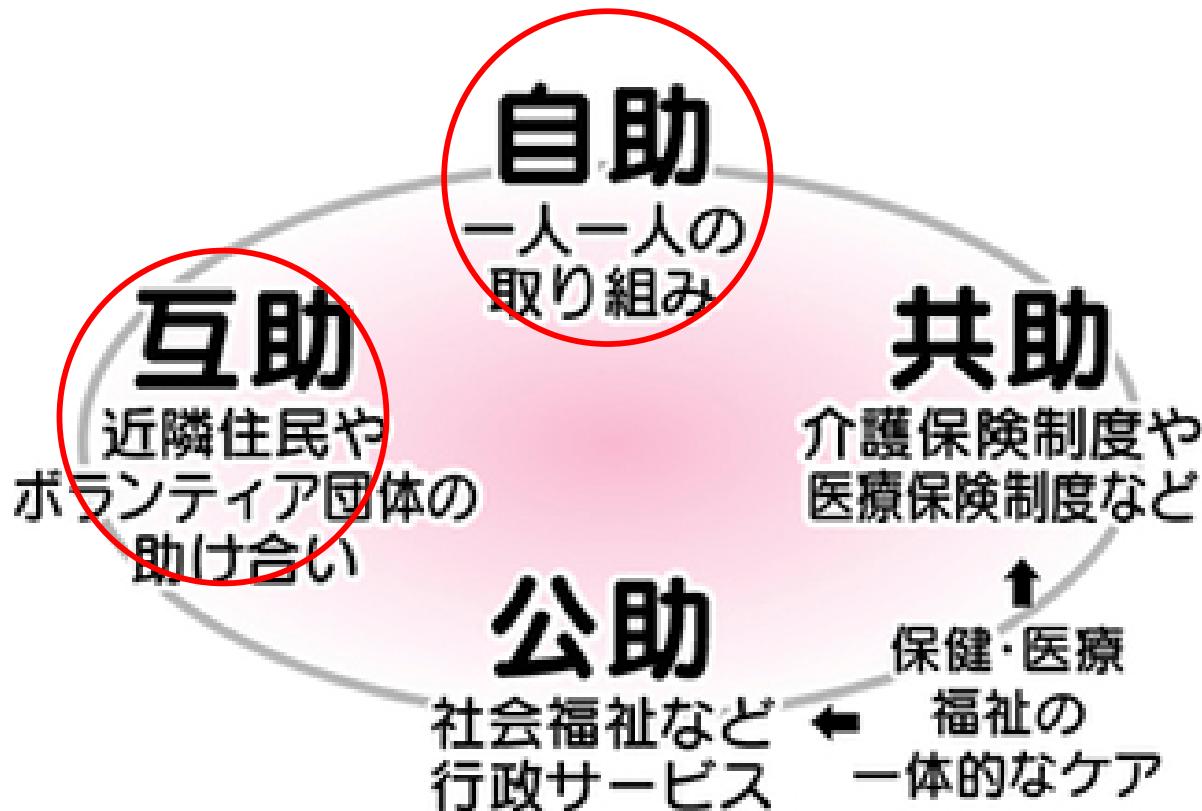
地域包括ケアシステム・松本モデル

松本市がこれまで築いてきた「福祉ひろば」、「公民館」、「地域づくりセンター」による地域づくりを基盤として「高齢者も、障害者も、誰もが、住み慣れた家で、地域でいきいきと自分らしく暮らし続けること」



地域包括ケアシステムの変化

超高齢化、要介護リスクの増大
生産年齢人口の減少



自助を促し、社会資本・社会資源を効率的に活用する
地域マネジメント

地域包括ケアシステム

地域住民全員(子供も大人も病気がある人もない人も障がいがある人もない人も)で行うまちづくり、地域づくり

地域住民全員が自分らしく希望する場所で亡くなれるまちづくり、地域づくり

地域住民全員が自分らしく最期まで希望するように生きられるまちづくり、地域づくり

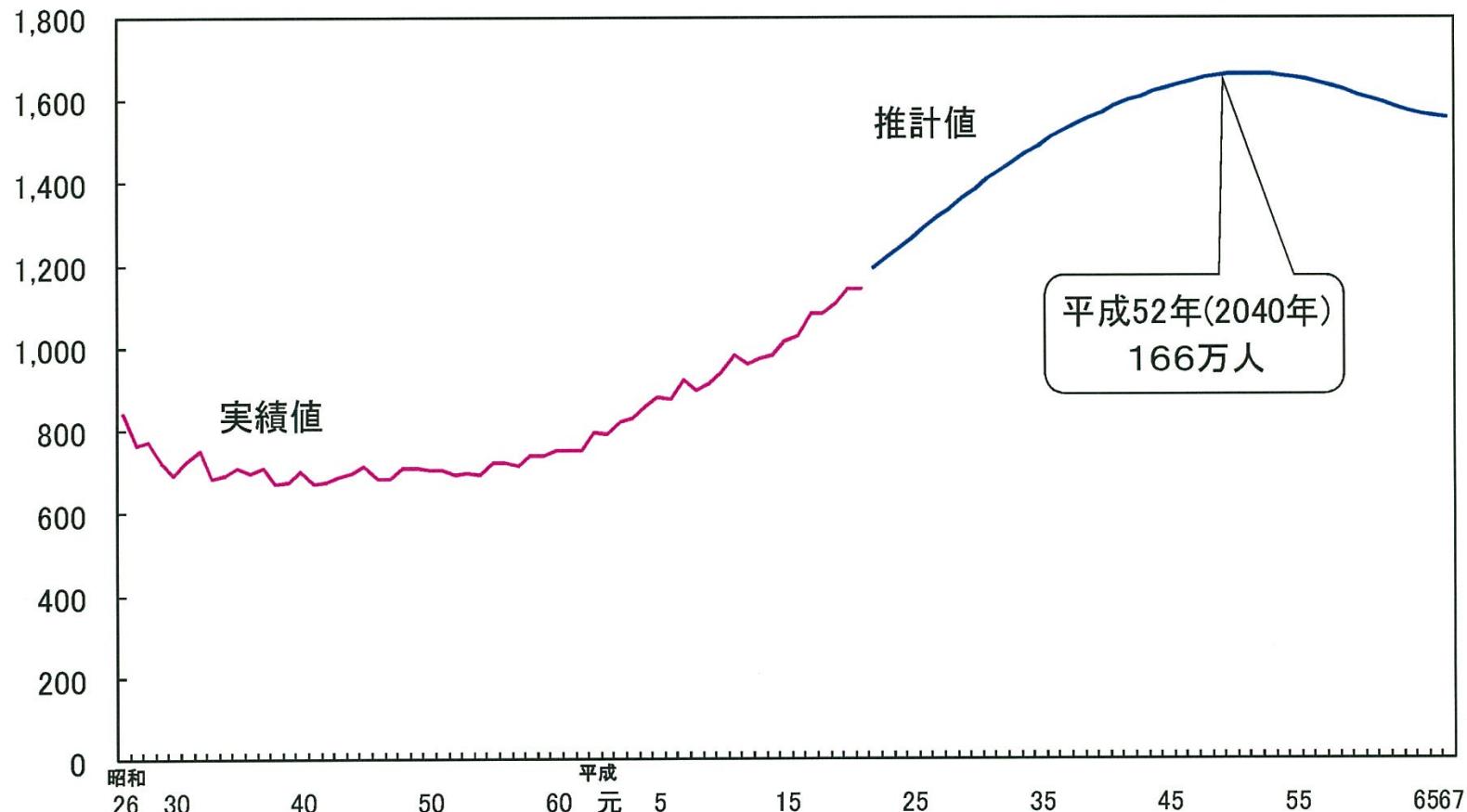
佐久総合病院診療部長 北澤彰浩先生

地域包括ケアシステム

7：多死社会に向けて

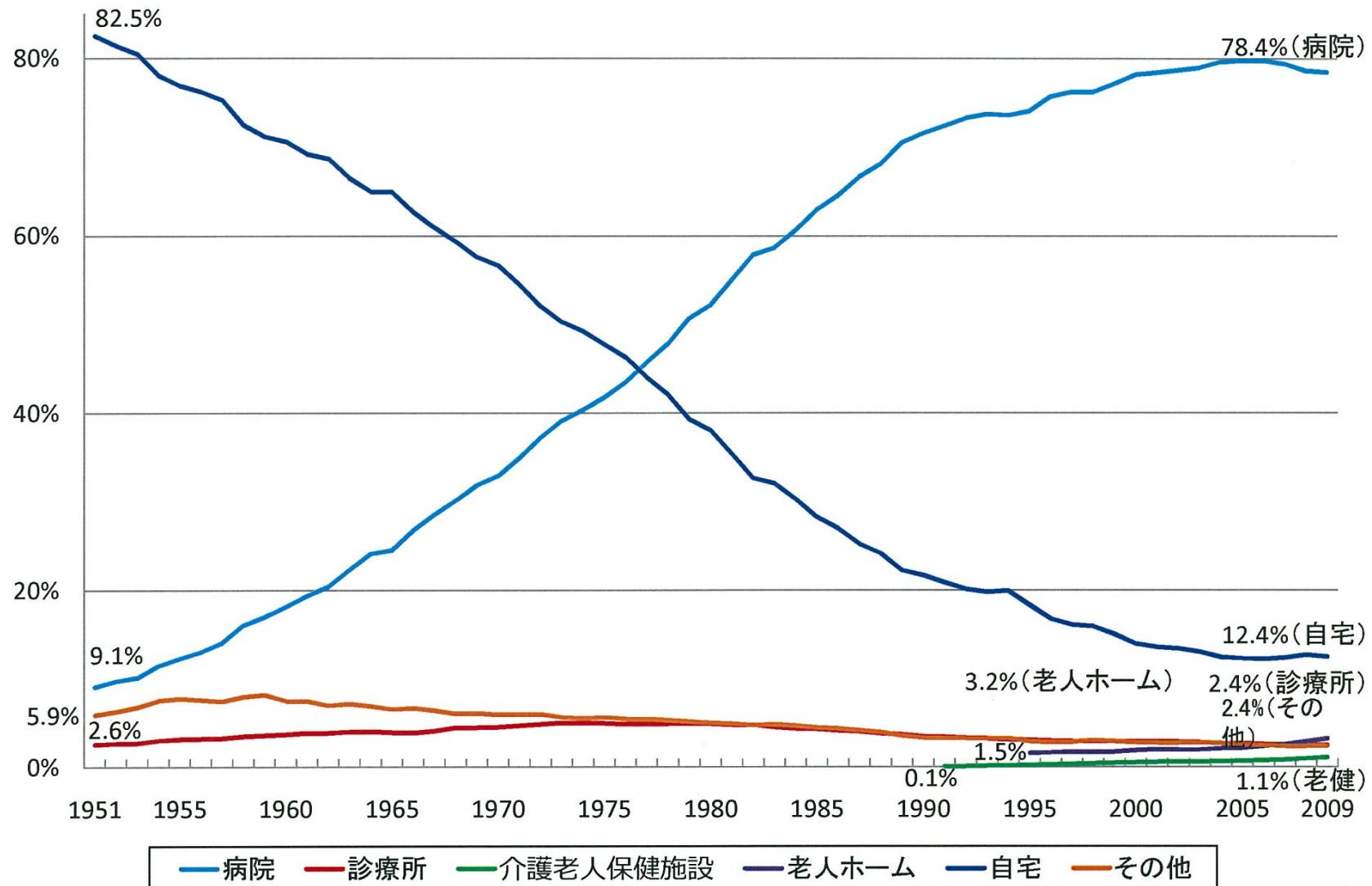
死亡数の年次推移

(千人)



出典)平成21年までは厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」
平成22年以降は社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」(出生中位・死亡中位)

死亡場所の推移

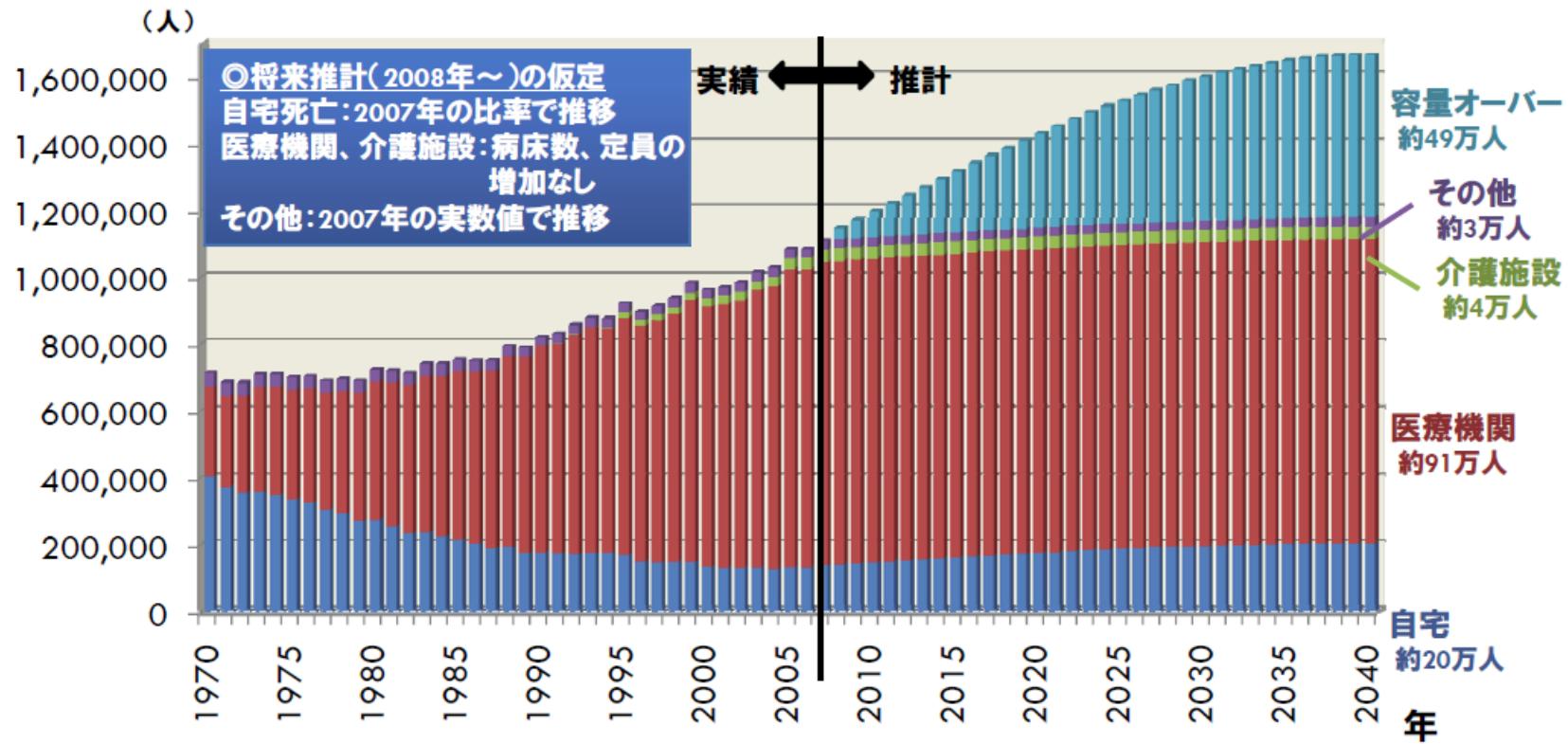


※1994年までは老人ホームでの死亡は、自宅に含まれている

出典)厚生労働省「人口動態調査」

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

在宅医療のメリット・デメリット

- メリット

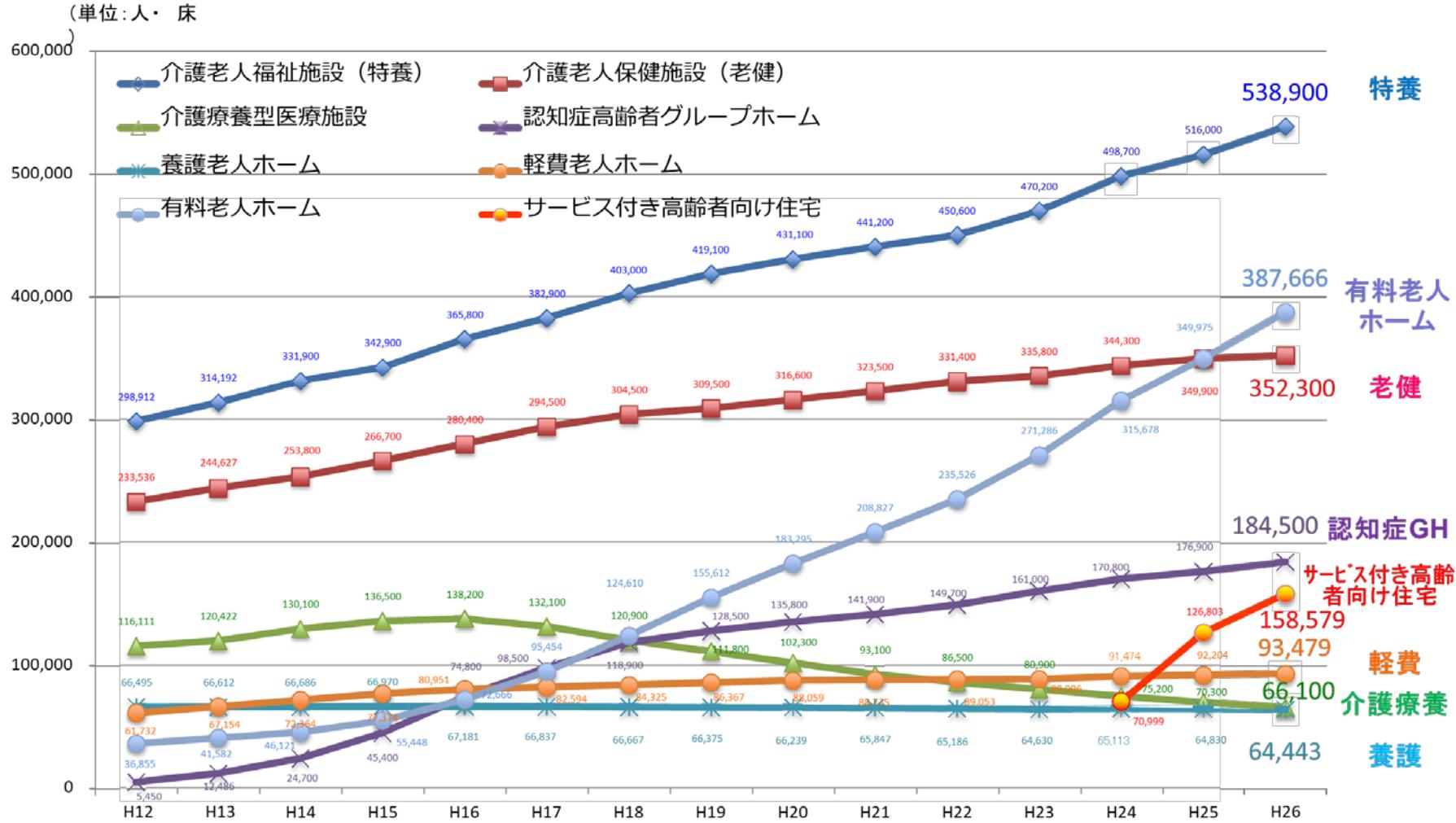
- 家というクスリは家でしか出せない
- 住み慣れた環境
- QOL⇒精神的安定⇒病状の安定

- デメリット

- 医療者不足
- 家族の負担
- 治療が限られる
- 急変時の対応

高齢者向け住まい・施設の定員数

(单位:人·床)



※1: 介護保険3施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査(10/1時点)【H12・H13】」及び「介護給付費実態調査(10月審査分)【H14~】(定員数ではなく利用者数)」による。

※2: 介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護福祉施設サービスの利用者を合算したもの。

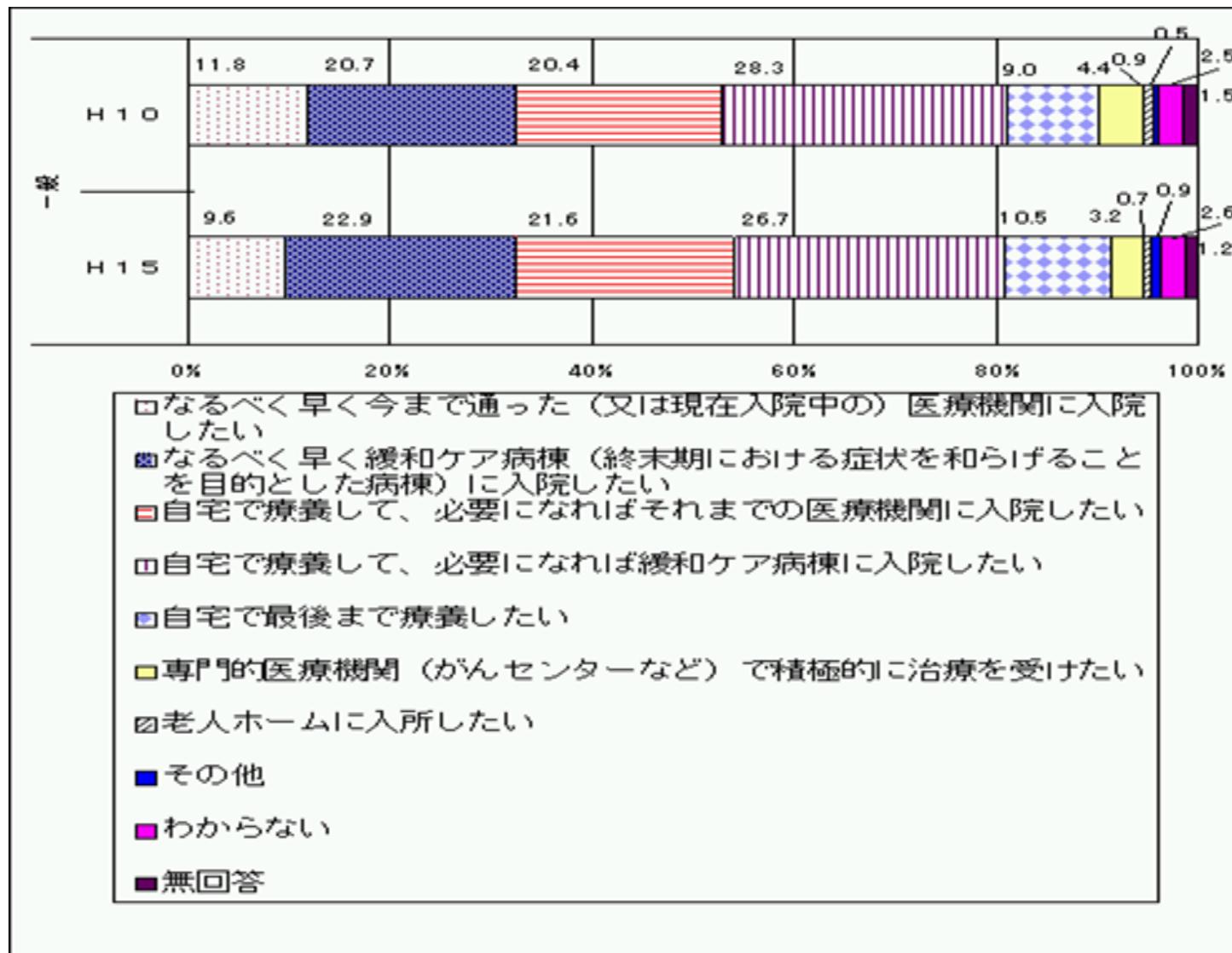
※認知症高齢者グループホームは、H12～H16に痴呆対応型共同生活介護、H17～は認知症対応型共同生活介護により表示。

※4:養護老人ホーム・軽費老人ホームは、社会福祉施設等調査(10/18時点)による。ただし、H21~H23は調査票の回収率から算出した推計値であり、H24~H26は基本票の数値。

※5:有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果(7/1時点)による。

※6:サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム(9/30時点)」による。

終末期における療養の場所の希望



終末期医療に対する調査等検討会報告書（H16）より

看取りの場所と介護家族の満足度は全然比例しないということです。みなさん、「自宅で看取ったほうが、遺族の満足度が高い」と、なんとなく思うでしょう。違うんです。介護する家族は、「入院させようか」と悩んだり、自宅で亡くなった時には「入院していたら助かったかもしれない」と後悔したり、いろいろ考えます。ですから、自宅は決して「究極の死亡場所」ではなく、むしろ死に至るプロセスのケアが大事なのです。物理的に、「自宅で看取る」ということを前提にしてはいけないんです。

地域包括ケアシステムと地域医療構想

療養病床（慢性期病床）
の高齢者を在宅等でケアする



地域医療構想

地域医療構想

1 : 背景と方法

地域医療構想とは？

超高齢社会にも耐えうる医療提供体制を構築するため、2014年（平成26年）6月に成立した「医療介護総合確保推進法」によって、「地域医療構想」が制度化されました。

地域医療構想は、将来人口推計をもとに2025年に必要となる病床数（病床の必要量）を4つの医療機能ごとに推計した上で、地域の医療関係者の協議を通じて病床の機能分化と連携を進め、効率的な医療提供体制を実現する取組みです。

地域医療構想について

地域医療構想の本旨は、人口減・高齢化に伴い変化する医療需要に、医療機関間の役割分担と連携で対応すること。

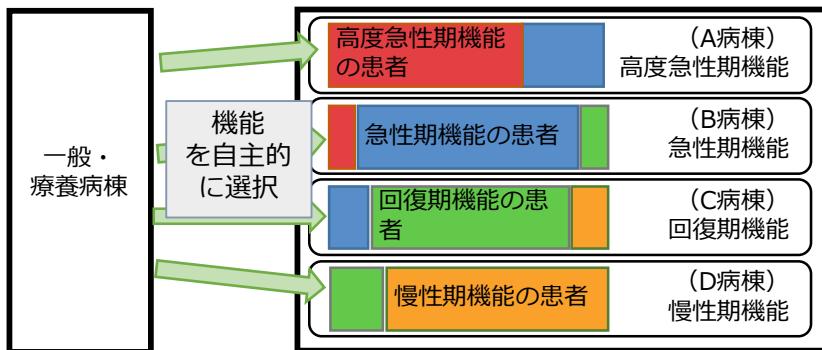
【地域医療構想の推進スキーム】

- 1 現状の有床医療機関の役割分担の状況を各医療機関からの報告により可視化
- 2 県が、人口減・高齢化を踏まえて2025年の医療需要・病床数を推計
- 3 現状と推計値を踏まえ、地域ごとにどのような役割分担と連携体制を組んでいくかを検討

地域医療構想の内容

医療機関 (病棟機能の役割分担を報告)

都道府県 (医療機関の報告結果等を基に構想を策定・推進)



1. 2025年の医療需要と病床数の必要量

- ・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病床の必要量を推計
- ・介護施設を含む在宅医療等の医療需要を推計

2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策

- ① 医療機関の役割分担・連携を進めるための施設設備
- ② 在宅医療等の充実
- ③ 医療従事者の確保・養成

役割分担・連携や病床の整備等について「地域医療構想調整会議」で協議・調整

国は、地域医療構想策定のためのガイドラインを平成27年3月に策定

地域医療構想の方法

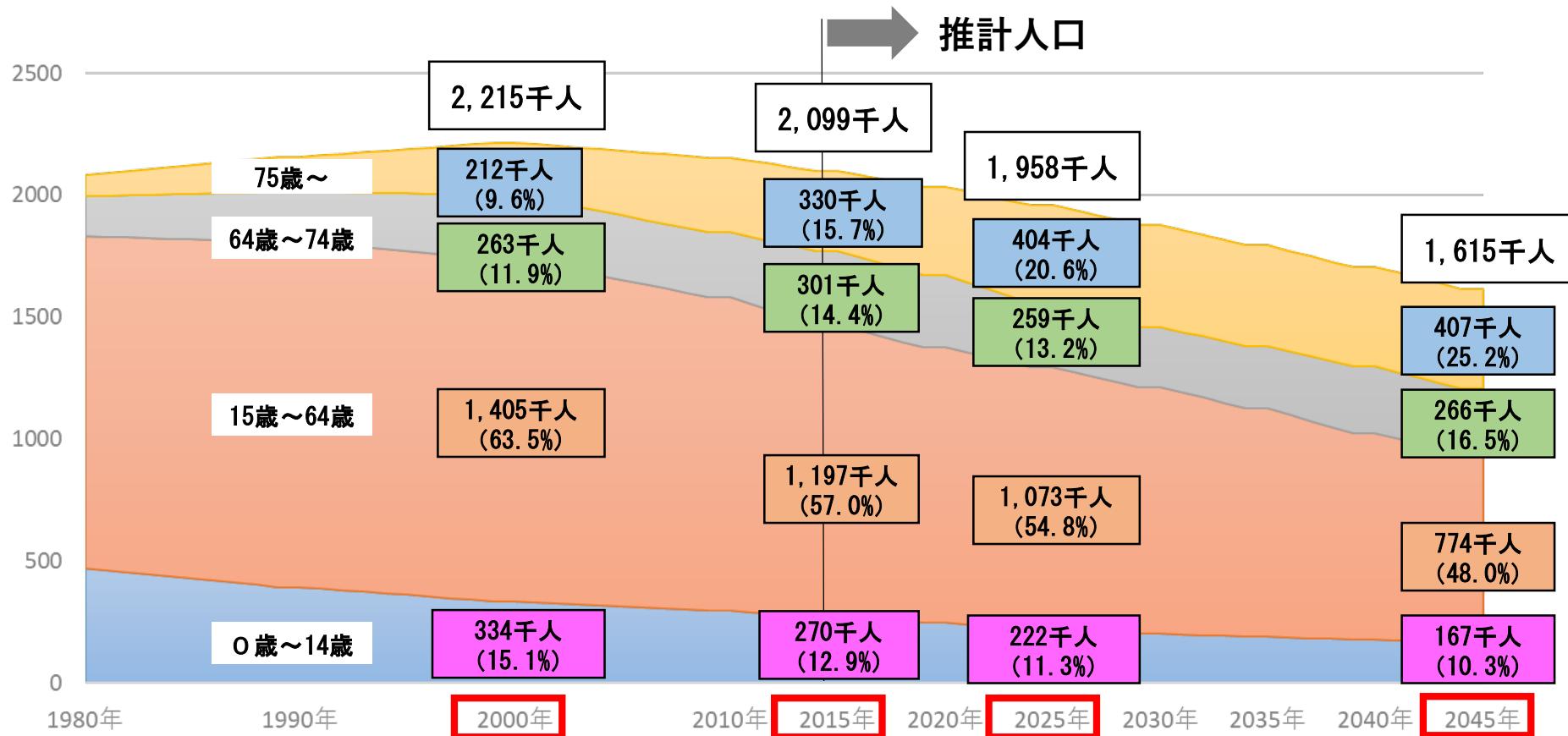
- 二次医療圏ごとの2025年の必要病床数と在宅医療等（介護施設と在宅医療）を推計する。
- 47都道府県が客観的データに基づき、行政、医師会、病院団体等の合意で作成

地域医療構想

2 : 長野県

長野県の将来人口予測

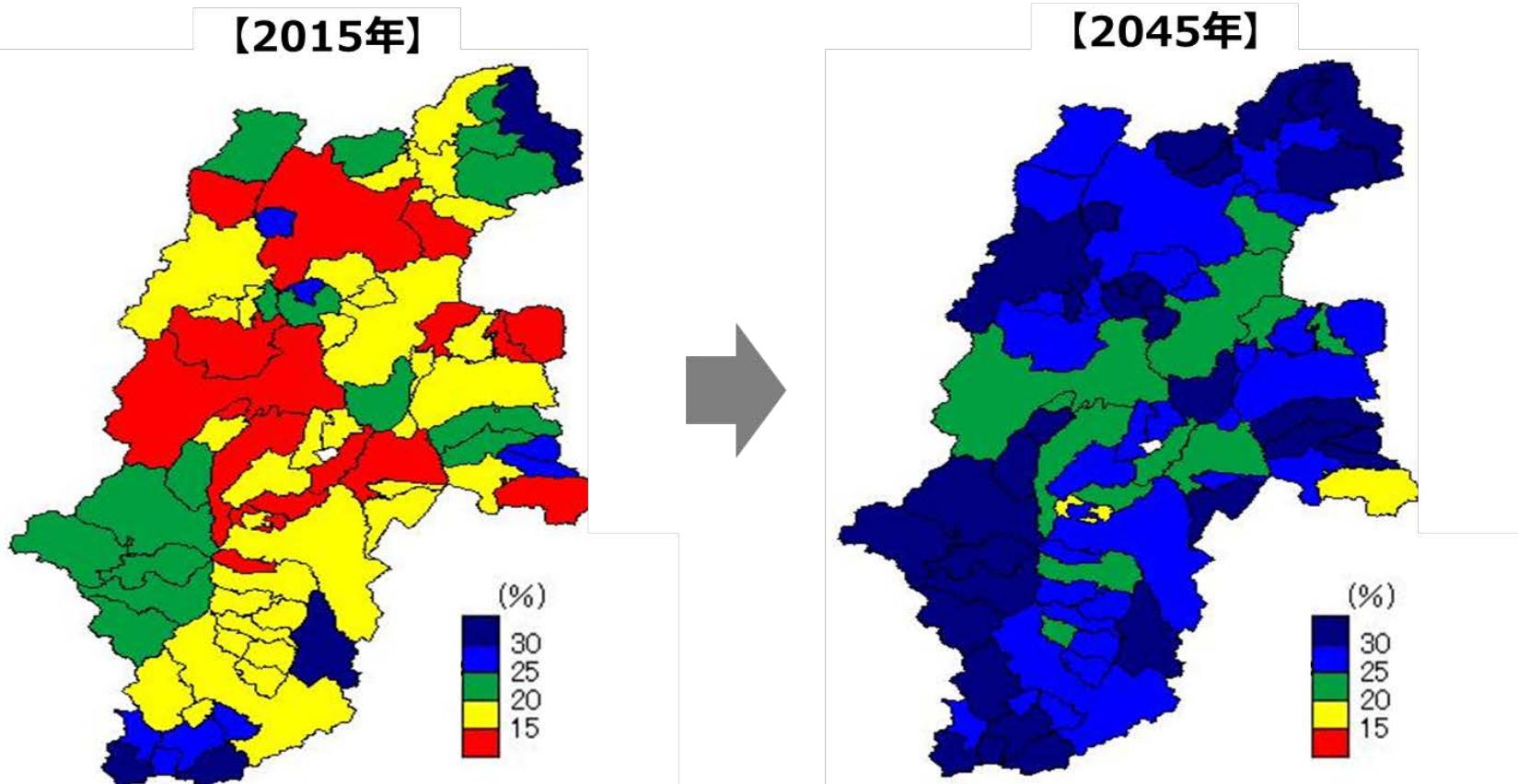
- 県内的人口は、2000年をピークに減少を続け2025年には195万人、2045年には160万人となる予測
- また、少子高齢化により65歳以上の全人口に占める割合は、2025年には34%2045年には42%となる。



出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（出生・死亡中位）」（平成29年）

県内市町村別の75歳以上人口比率の推移

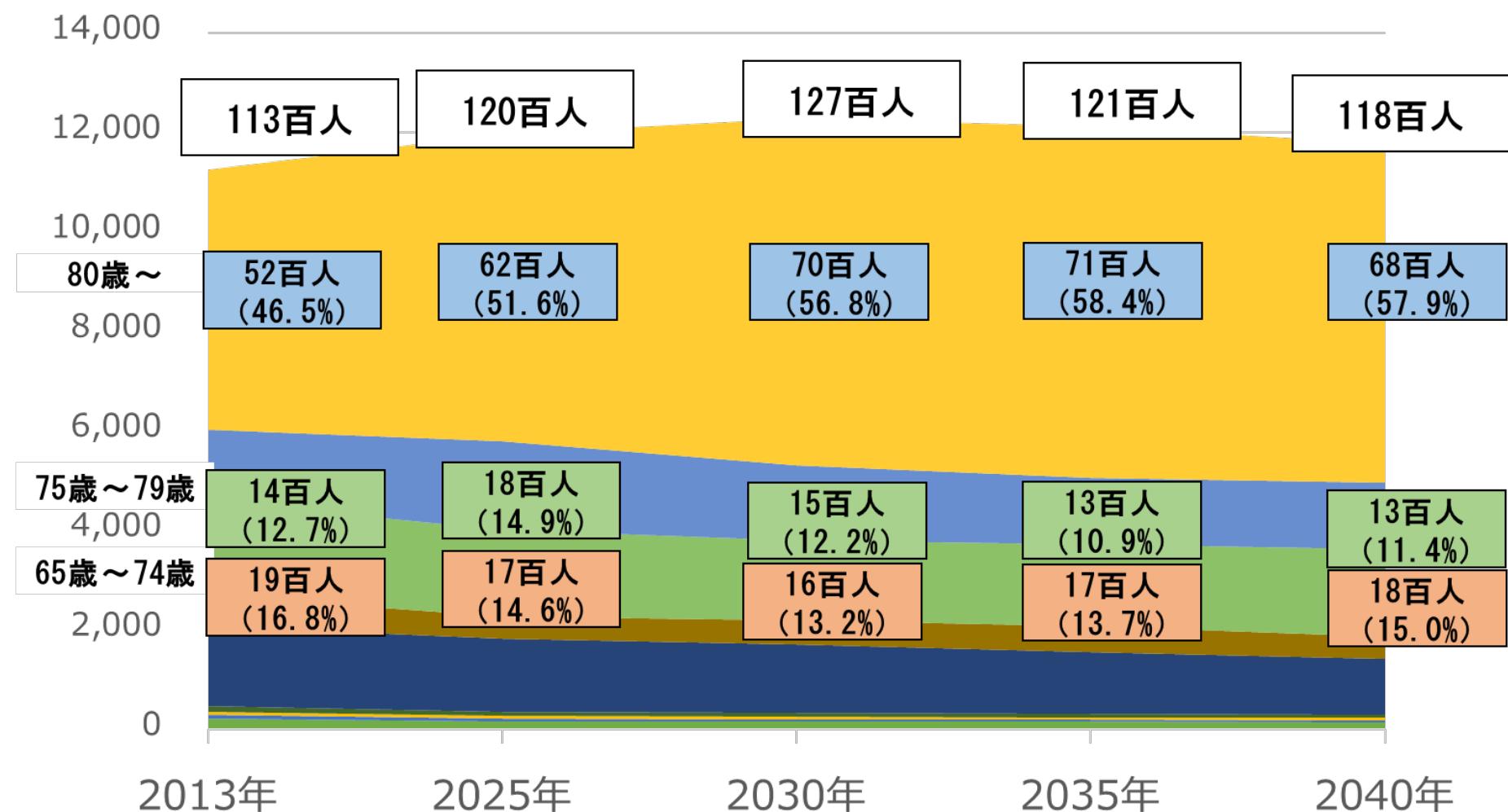
- 県内の市町村別の後期高齢者的人口割合の推移をみると、都市部においても2045年には2割を超える状況となる。
- 相対的に支え手人口の比率は減少する。



出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（出生・死亡中位）」（平成29年）

高齢化による入院医療需要の変化

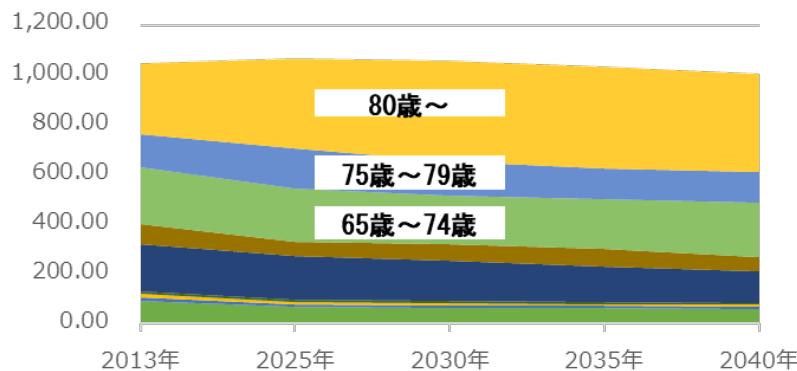
- 推計上、入院医療全体の需要は2030年がピーク。年齢構成で見ると、65歳以上人口が全体の8割以上を占め、2030年には2013年の1.12倍となる。



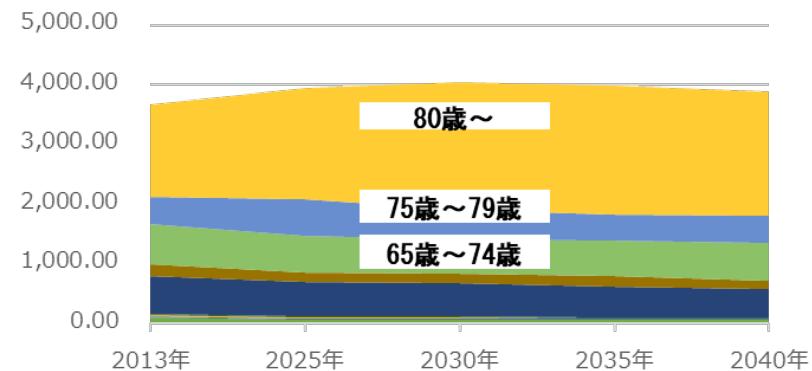
高齢化による入院医療需要の変化

- 医療需要の推移を医療機能ごとに見てみると、すべての機能において半数以上を高齢者が占める状況に変わりはないが、高度急性期→急性期→回復期→慢性期となるにつれて、高齢者の割合が増加。

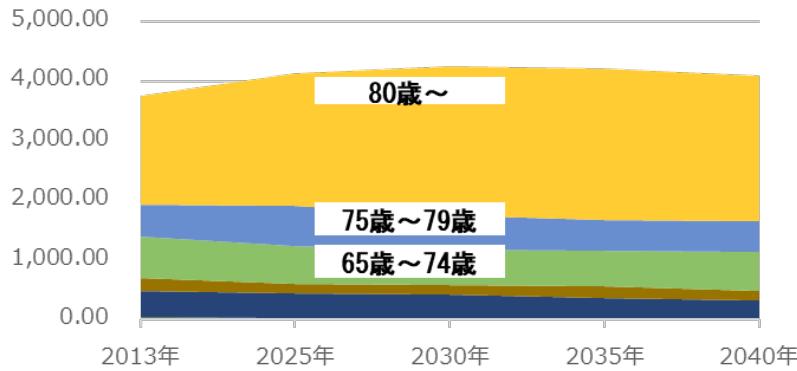
高度急性期



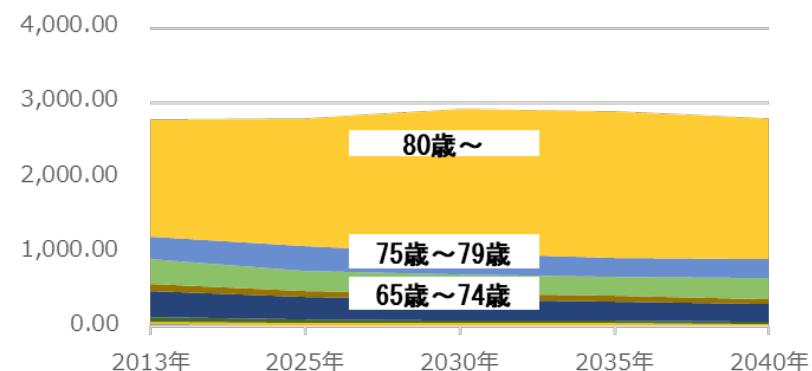
急性期



回復期



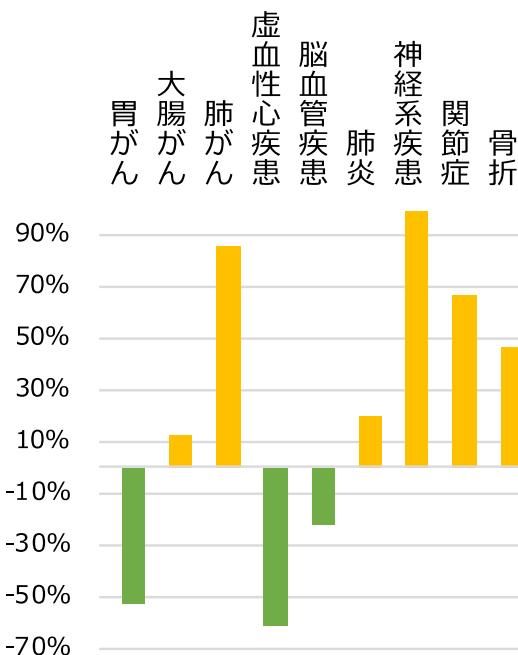
慢性期



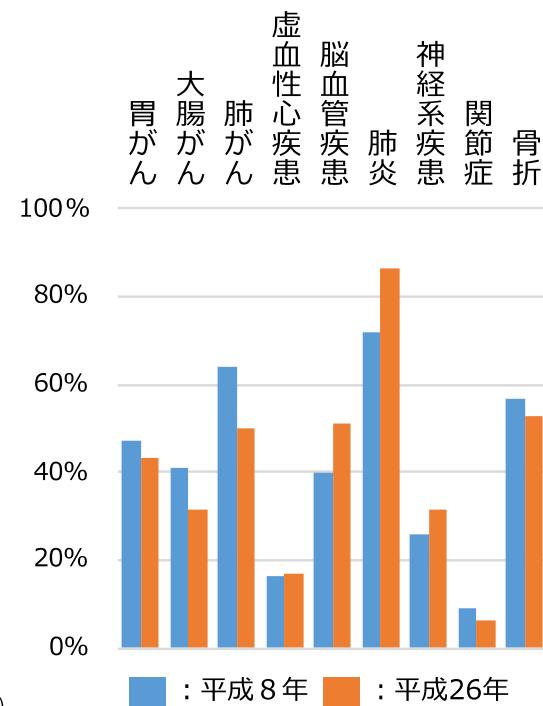
高齢化に伴う疾病構造の変化（患者調査から）

- 平成8年から平成26年にかけての県内の患者の状況を見ると、高齢化等により循環器系の患者は減少し、認知症、呼吸器及び関節症の患者が増加
- 患者数の増減だけでなく、治療の場所が入院から外来へ移行した等により在院日数が減少（入院需要の減少）

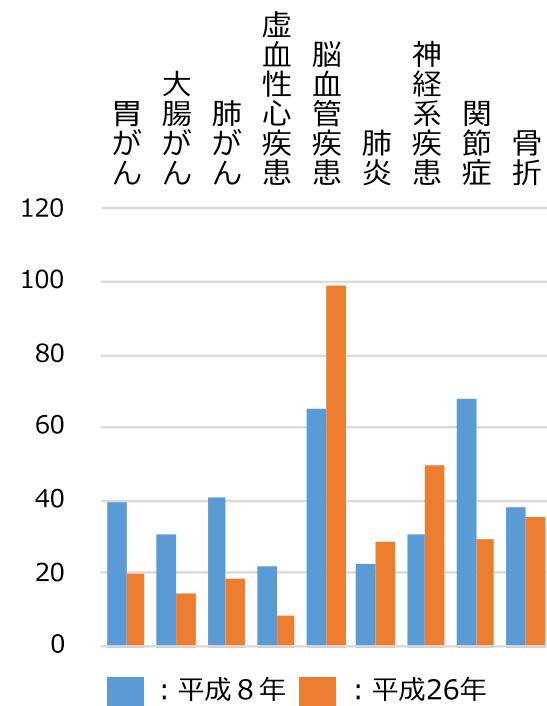
【患者の増減率（入院・外来）】



【患者の入院比率】



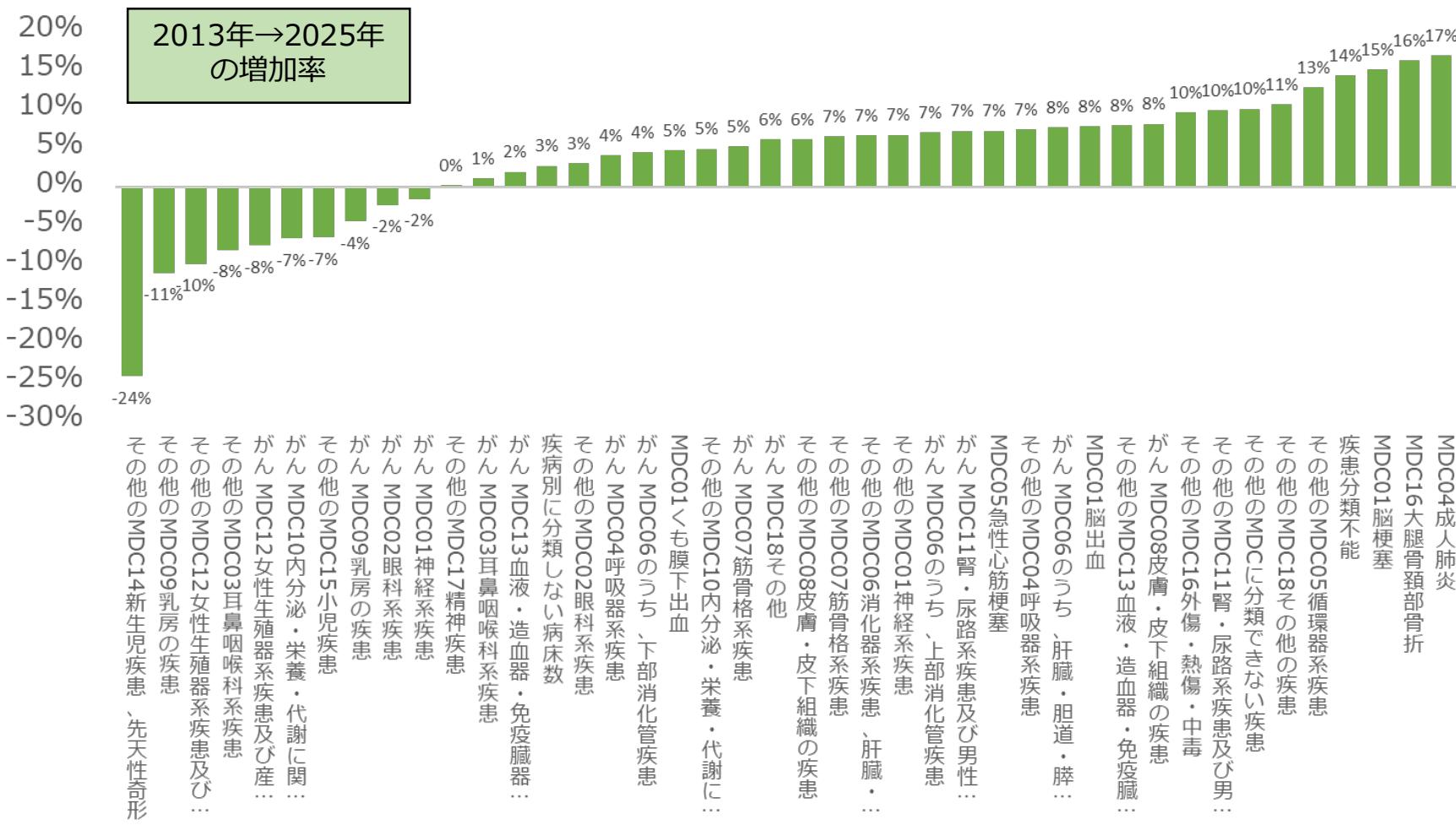
【患者の平均在院日数】



出典：厚生労働省「患者調査」（平成8・26年）

高齢化に伴う疾病構造の変化（地域医療構想の推計値から）

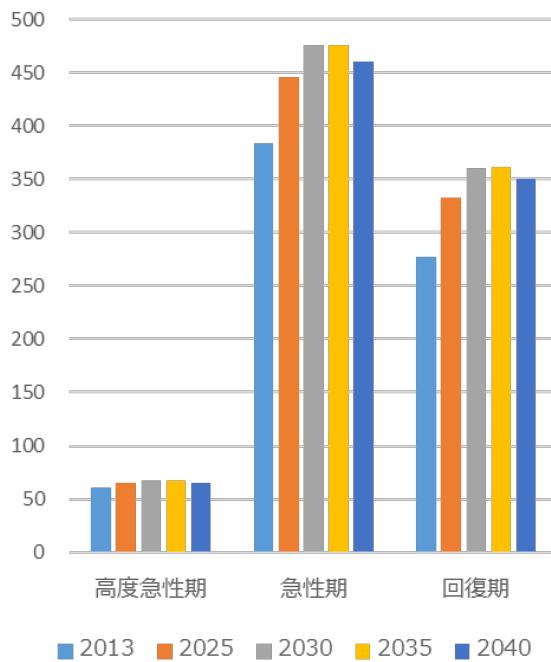
- 患者調査の結果とは別に、地域医療構想の推計結果から、より詳細な疾病構造の変化をみると、成人肺炎、大腿骨頸部骨折及び脳梗塞の増加が多く、新生児疾患が大幅に減少するなど、人口構造の変化とパラレルに疾病構造も動いている。



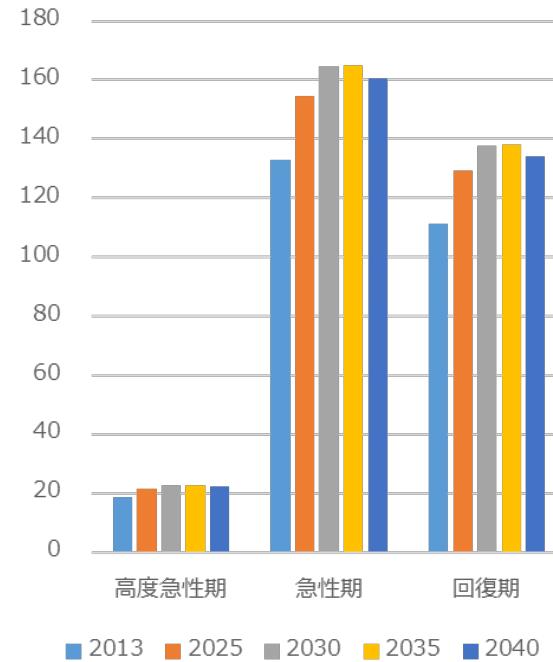
高齢化に伴う疾病構造の変化（地域医療構想の推計値から）

- 高齢化により増加する疾病的医療需要を機能別にみてみると、高度急性期の需要はほとんど増えず、回復期・急性期の需要が増加していき、2025年を超えても増加傾向は続いている。

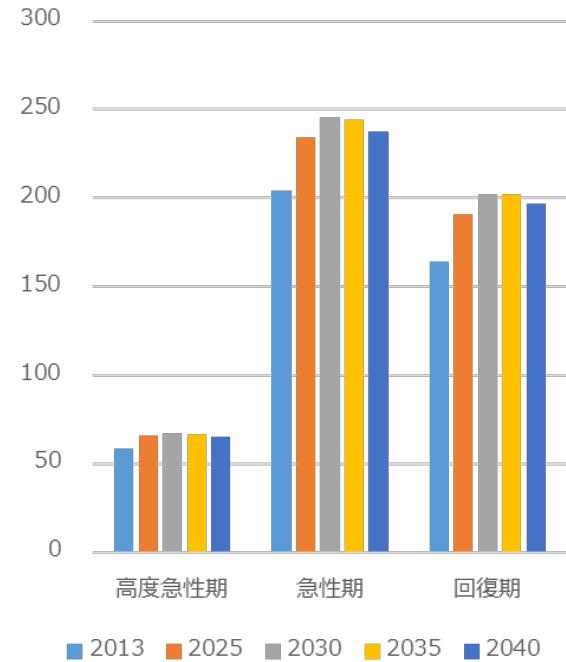
成人肺炎



大腿骨頸部骨折

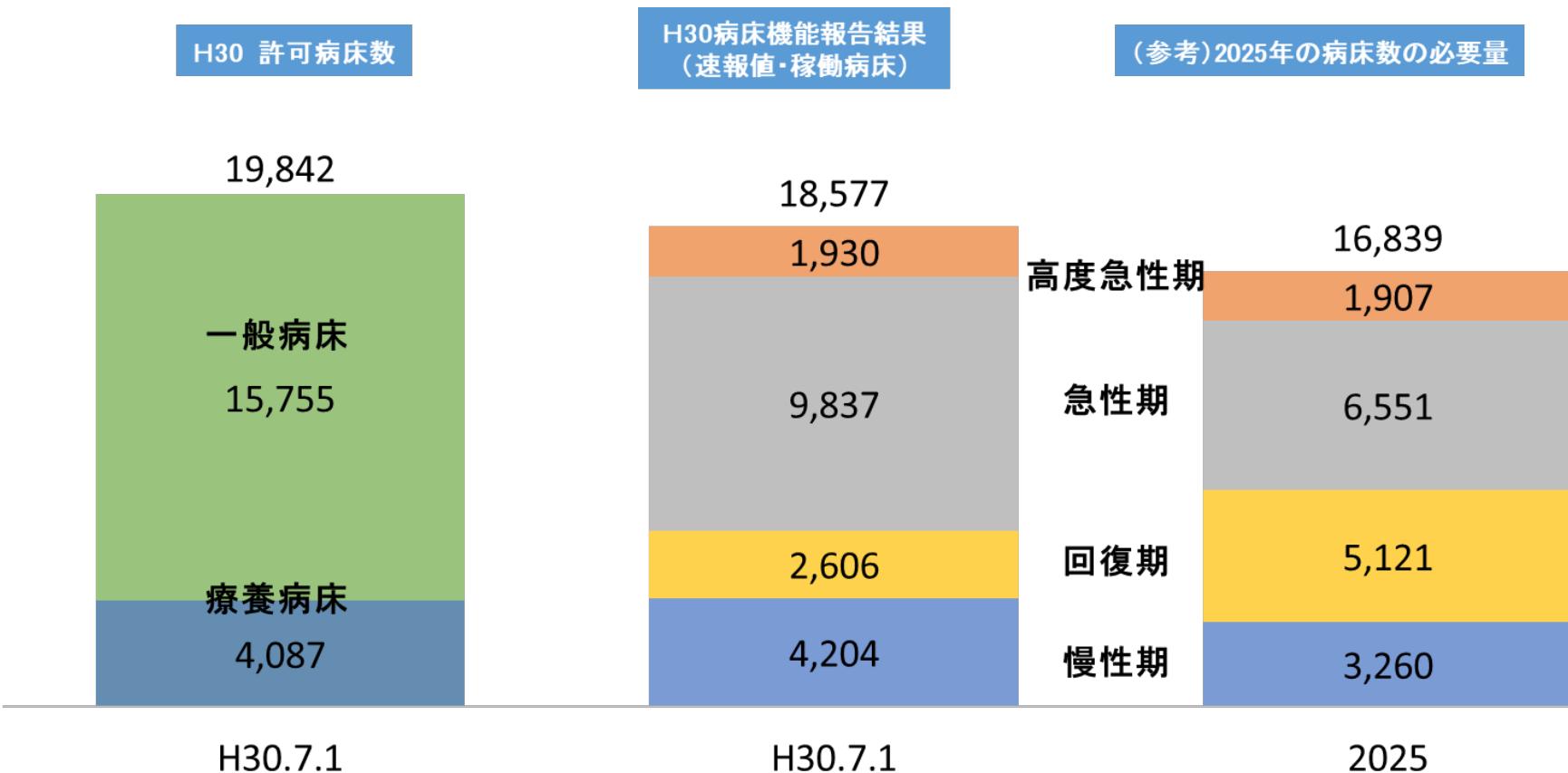


脳梗塞



病床の推計結果と病床の整備状況

- 平成30年度の病床機能報告結果（速報値）と2025年の病床数の必要量を単純に比較すると急性期機能が過剰で回復期機能が不足している。
- また、慢性期機能のうち、458床は2025年までに介護医療院等の介護保険施設への移行を検討



病床の推計結果と病床の整備状況

- 平成30年度の病床機能報告結果（速報値）と2025年の病床数の必要量を単純に比較すると一部の圏域を除き急性期機能が過剰で回復期機能が不足している。
- また、慢性期機能のうち、佐久（42床）、上小（97床）、飯伊（151床）、松本（58床）及び長野（110床）は、2025年までに介護医療院等の介護保険施設への移行を検討

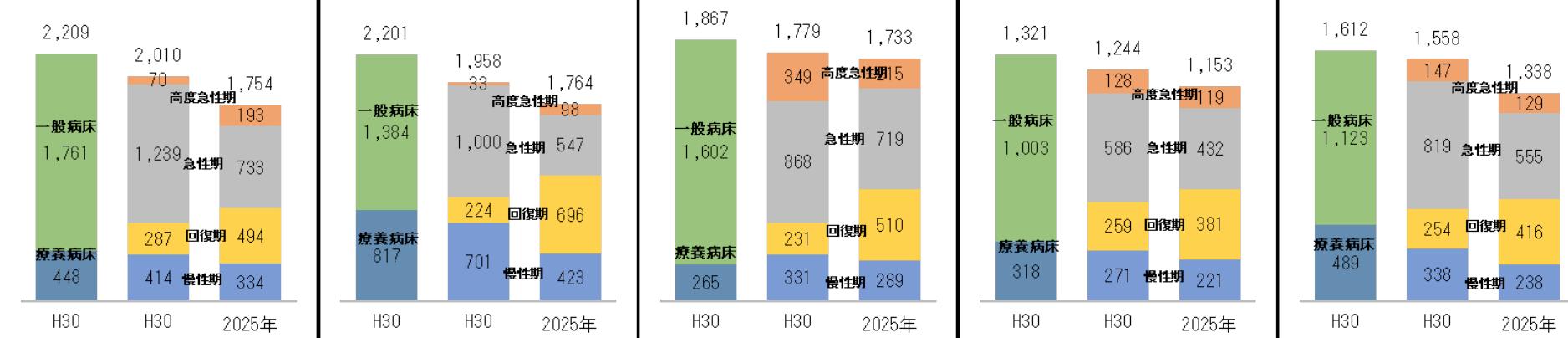
佐久

上小

諏訪

上伊那

飯伊



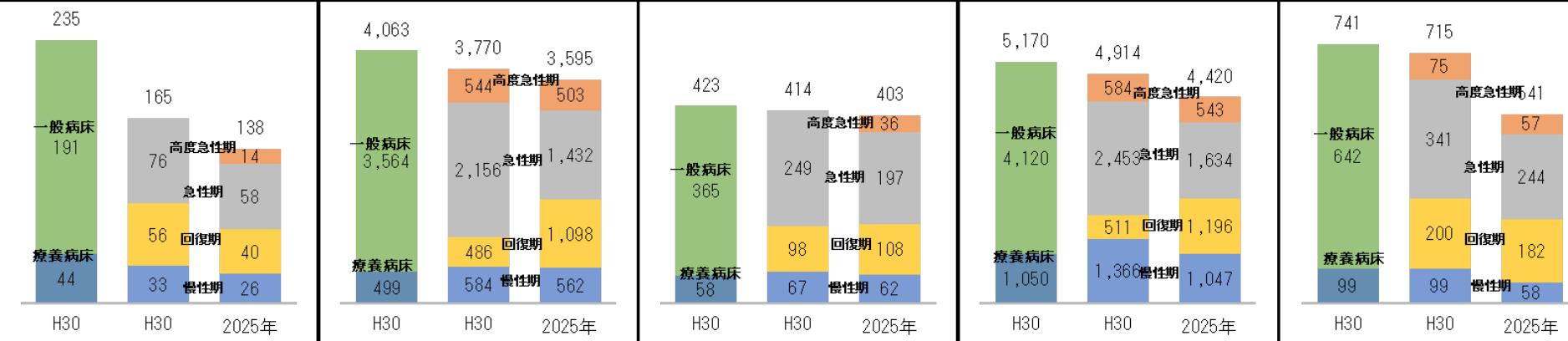
木曽

松本

大北

長野

北信



地域医療構想

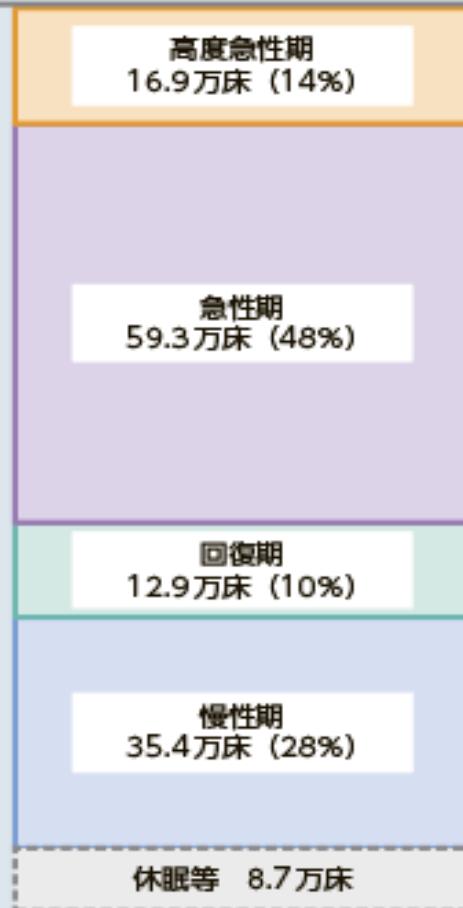
3 : 全国

図表7-2-1

地域医療構想による2025年の病床の必要量

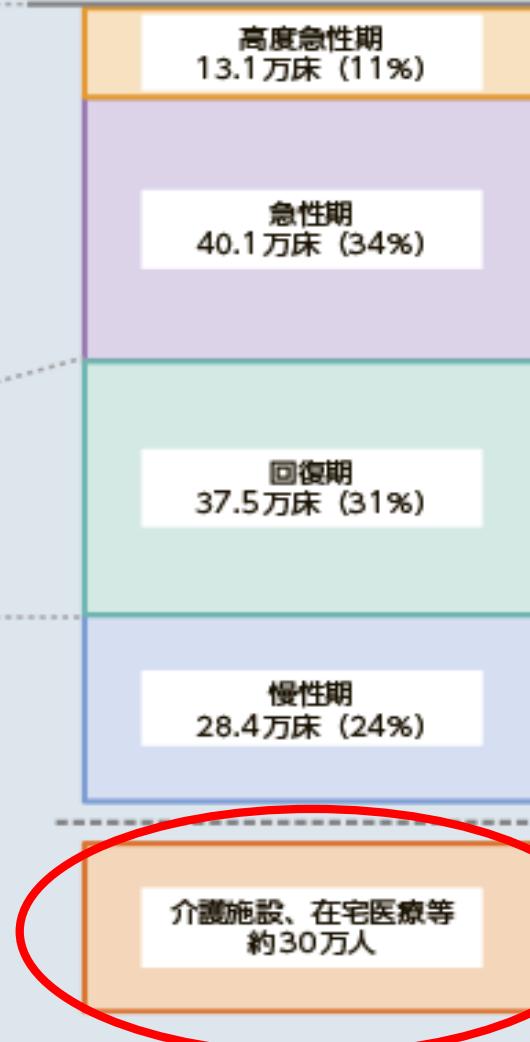
【足元の病床機能】
(2015(平成27)年7月現在)

合計 133.1万床



【2025年の病床の必要量】

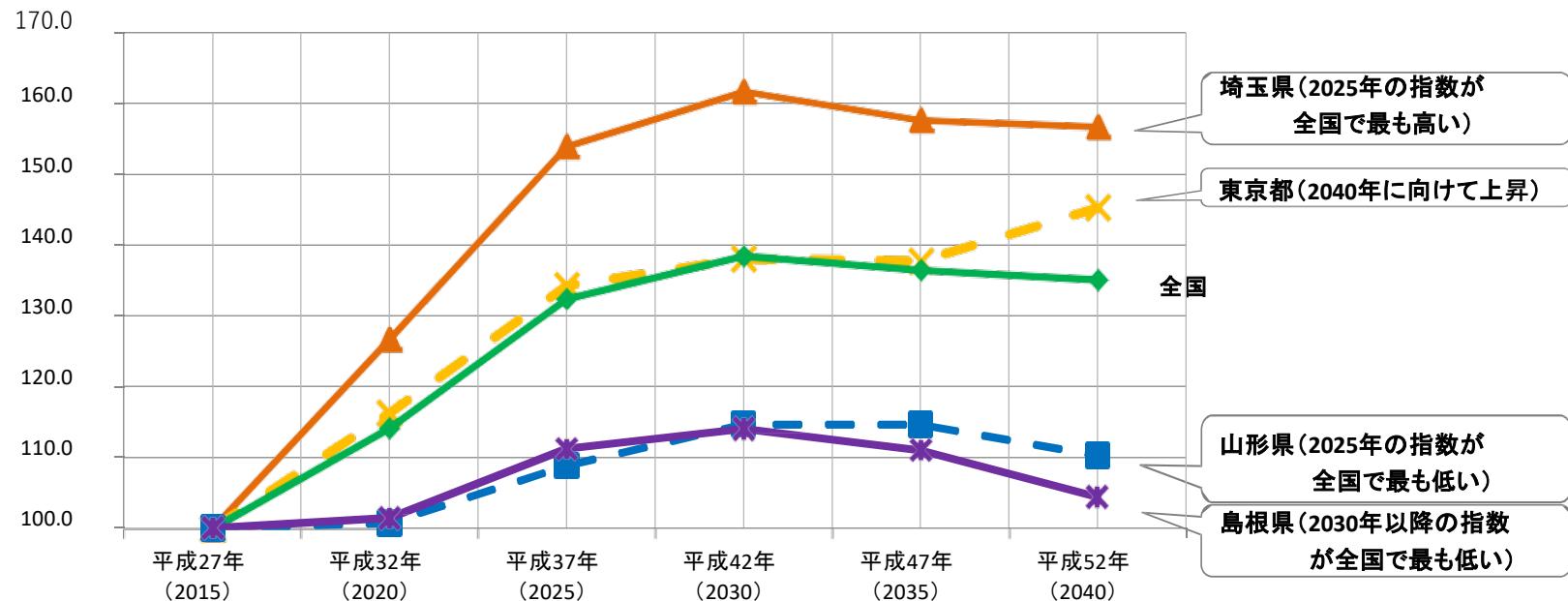
合計 119.1万床

約3割
縮減約3倍
に拡充約2割
縮減介護施設、
在宅医療等に転換

2015年～2025年～2040年の各地域の高齢化の状況

- 75歳以上人口は、多くの都道府県で2025年頃までは急速に上昇するが、その後の上昇は緩やかで、2030年頃をピークに減少する。2030年にピークを迎えるのが34都道府県、2035年にピークを迎えるのが9県、東京都、神奈川県、滋賀県、沖縄県では、2040年にかけてさらに上昇
- 2015年から10年間の伸びの全国計は、1.32倍であるが、埼玉県、千葉県では、1.5倍を超える一方、山形県、秋田県では、1.1倍を下回るなど、地域間で大きな差がある。

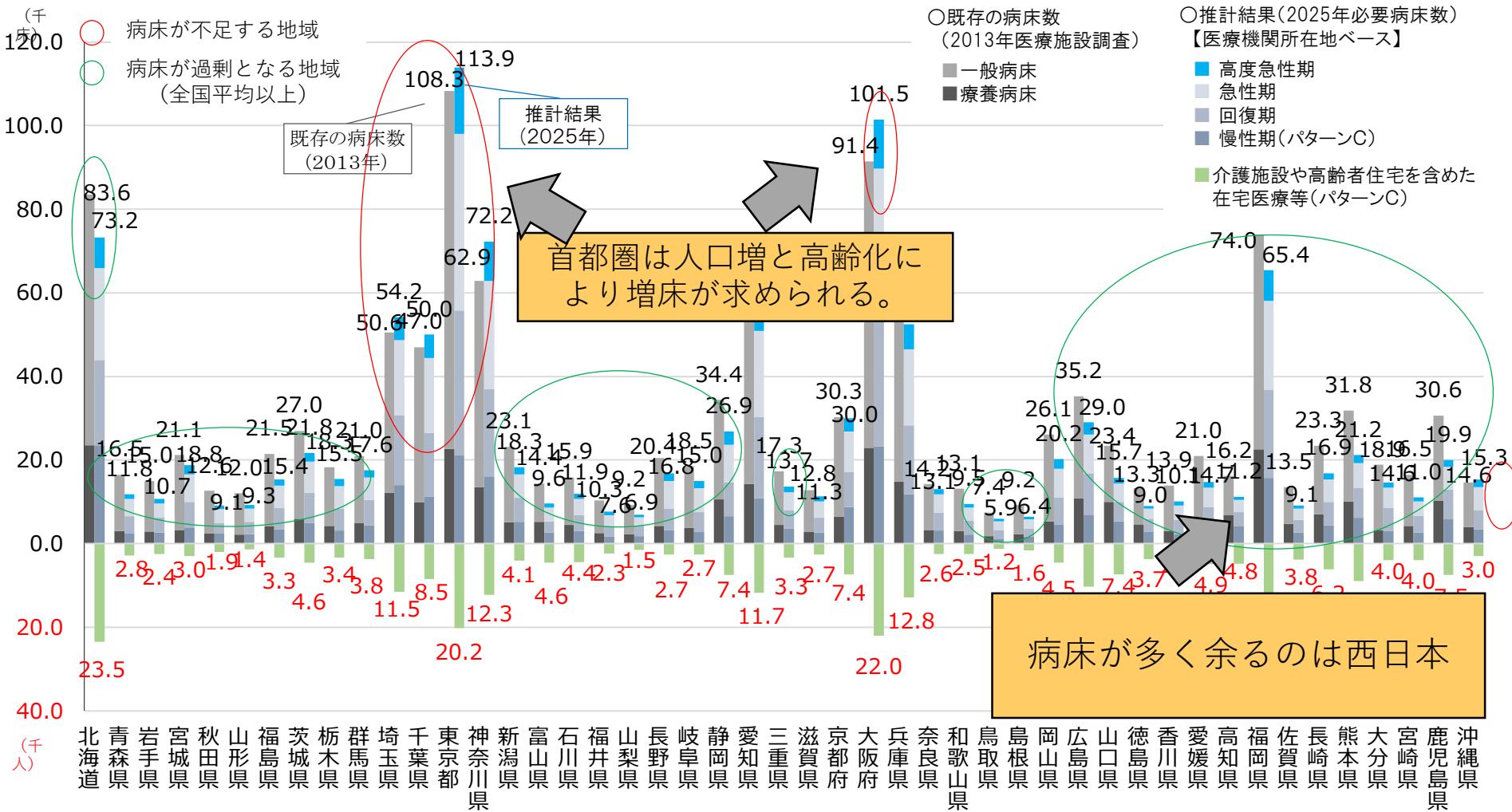
75歳以上人口の将来推計（平成27年の人口を100としたときの指数）



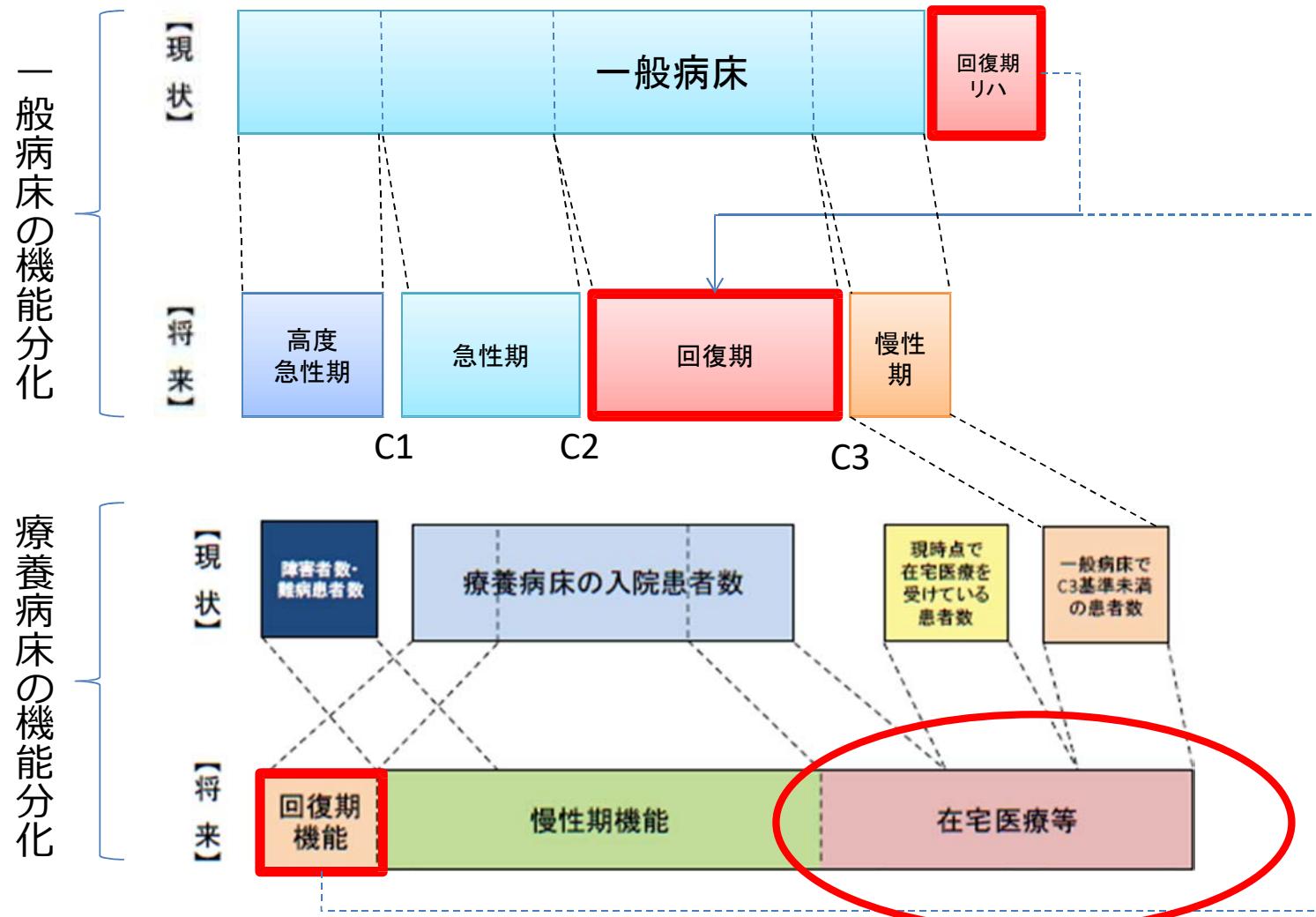
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」より作成

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果

- 一般病床と療養病床の合計値で既存の病床数と比較すると、現在の稼働の状況や今後の高齢化等の状況等により、2025年に向けて、不足する地域と過剰となる地域がある。
 - 概ね、大都市部では不足する地域が多く、それ以外の地域では過剰となる地域が多い。
 - 将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数も、大都市部を中心に多くなっている。



病床機能の推計方法



療養病床の減少。医療区分1の70%を入院以外で対応

地域医療構想の策定は
地域包括ケアシステムの整備
に密接に関連

病床の大幅な削減は困難では？

- これ以上在院日数短縮と病床削減を行うと、医療者の疲弊・医療荒廃が生じる。
- 急性期病床の「境界点」を下回る急性期病院の多くが、診療密度を高めて、境界点を上回るための経営努力を強める。
- 現在、高齢者の病状が急変し入院が必要な時には、主に二次救急医療機関がその対応の多くを担っているが、多死社会を目前にして、更なる病床削減はそれに逆行する。
- 慢性期病床の大幅削減のためには、「医療・介護のネットワークの構築」が不可欠であるが、今後の（低所得）単身者の急増や家族の介護能力の低下、地域社会の「互助」機能の低下を考えると、今後10年間で30万人もの患者を「在宅医療等」に移行させるのはほとんど不可能である。

地域医療構想

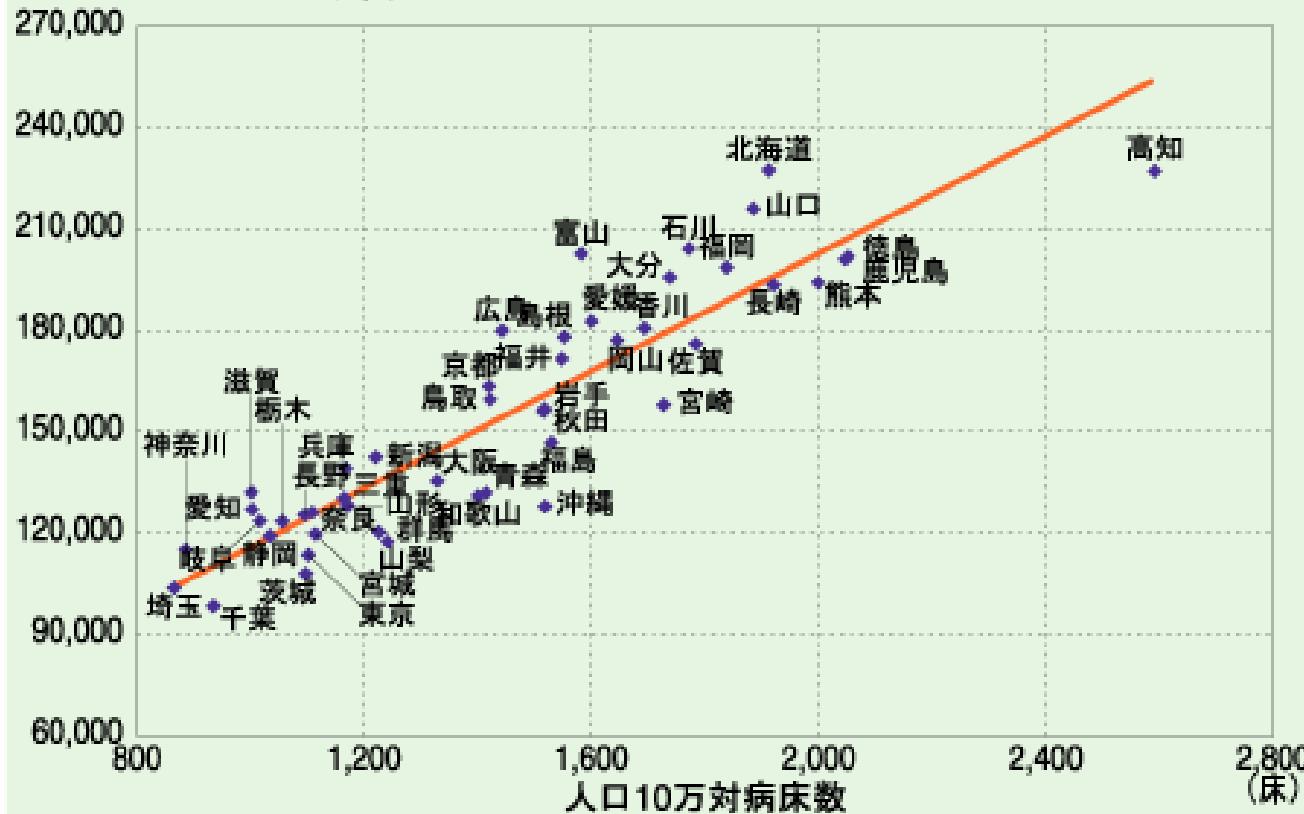
4：その目的は

医療費適正化のための病床削減？

■ 入院医療費と病床数の相関（平成10年度）

入院医療費と病床数にはかなり強い相関がある。

一人当たり入院医療費（円）



（注）相関係数は0.907であり、入院医療費と病床数にはかなり強い相関がある。

国（特に財務省）

- ▶ 地域医療構想、国保の都道府県単位化、医療費適正化計画を一体的に運用することで、国民のニーズに適合した効果的な医療・介護サービスの効率的な提供に向け、都道府県の「総合的なガバナンス」を強化。

→都道府県が主導する形での**病床削減による医療費適正化**に期待

都道府県

- ▶ 地域医療構想の策定プロセスでは、地元医師会と協調しつつ、切れ目がない提供体制構築を重視。国保の都道府県単位化、医療費適正化とリンクさせず。

→**病床削減による医療費適正化よりも、切れ目がない提供体制構築を重視**



出典：各種資料を基に筆者作成

本邦の医療供給体制

- 民間主体
 - 公立の医療機関14%、病床で22%
- 政府がコントロールできない
- 地域医療構想はガバナンスのための基礎データ
 - 「データの可視化を通じた客観的データに基づく政策」
 - 「データによる制御機構をもつて 医療ニーズと提供体制のマッチングを図るシステムの確立」

都道府県の保健ガバナンスの抜本強化

– 地域の予防・健康・医療・介護の司令塔としての都道府県の役割の明確化 –

- 地域における『予防・健康・医療・介護』は、それぞれ密接に関連するが、制度がバラバラ。都道府県の役割は限定的。
- **都道府県を**、個人・保険者・医療機関等の**自発的な行動変容を促す司令塔へ**。このため、**制度(権限)・予算(財政)・情報(データ)・人材などの面で、都道府県の保健ガバナンスの抜本強化**を検討。

	予防・健康	医療	介護
都道府県の役割	適正化計画の策定	医療計画の策定	国保の保険者(H30~) 市町村支援
提供体制		保険	

制度（権限）の強化

– 都道府県が取りまとめる協議体の構築（「保険者協議会」の改組） –

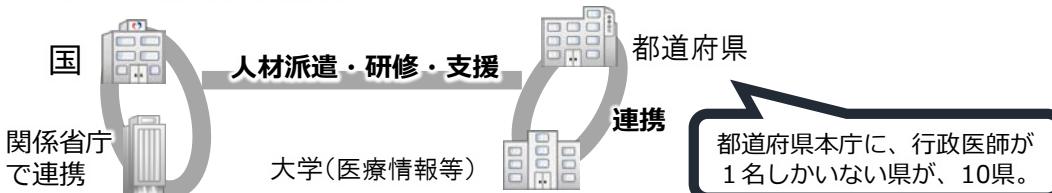
- 住民の健康づくりや、効率的な医療・介護の提供体制の構築など、様々な地域課題に取り組む。



人材の強化

– 主体的な医療施策の企画立案能力の向上 –

- 医療政策、データ分析等に精通した人材確保に向け、関係者で連携。



予算（財政）の強化

– 都道府県のインセンティブ改革（保険者努力支援制度等） –

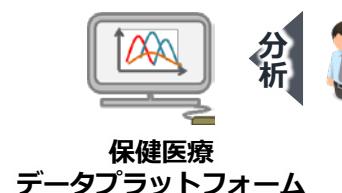
- インセンティブ制度を拡充するとともに、アウトカム指標を導入。



情報（データ）の強化

– 都道府県によるビッグデータへのアクセス確保・分析機能強化 –

- 「保健医療データプラットフォーム」を都道府県が分析。保険者・個人等の行動変容を促す。



＜地域特性分析の例＞

- ①脳卒中患者の治療後の医療・介護サービスの傾向
- ②抗生素の処方や重複投薬の状況等

地域医療構想

5：さらにその先に

地域医療構想の実現に向けたさらなる取組について

- 2019年年央までに各医療機関の診療実績データを分析し、公立・公的医療機関等の役割が当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか、合意された具体的対応方針を検証し、地域医療構想の実現に必要な協議を促進。

2. 今後の取り組み

- 合意形成された具体的対応方針の検証と構想の実現に向けた更なる対策

- 今後、2019年年央までに、全ての医療機関の診療実績データ分析を完了し、「代替可能性がある」または「診療実績が少ない」と位置付けられた公立・公的医療機関等に対して、構想区域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえつつ、医師の働き方改革の方向性も加味して、当該医療機能の他の医療機関への統合や他の病院との再編統合について、地域医療構想調整会議で協議し改めて合意を得るように要請する予定。

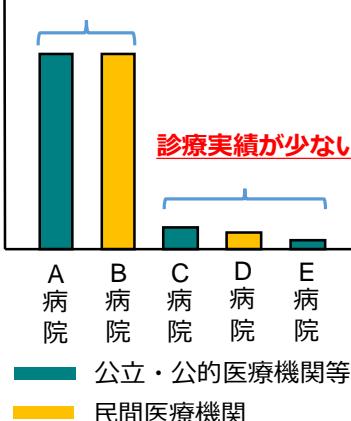
分析内容

- ① 分析項目ごとに診療実績等の一定の指標を設定し、当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか分析する。
重点化が不十分な場合、他の医療機関による代替可能性があるとする。
 - 各分析項目について、構想区域内に、一定数以上の診療実績を有する医療機関が2つ以上あり、かつ、お互いの所在地が近接している。
 - 各分析項目について、診療実績が特に少ない。
- ② 医療機関の所在地や、他の医療機関との位置関係を確認するなど、地理的条件も勘案する。

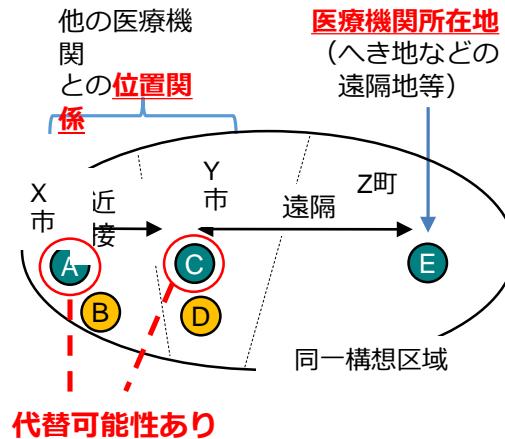
分析のイメージ

① 診療実績のデータ分析

類似の診療実績



② 地理的条件の確認



「代替可能性がある」または「病院全体の再編統合の検討の必要」と位置付けられた公立・公的医療機関等

③ 分析結果を踏まえた地域医療構想調整会議における検証

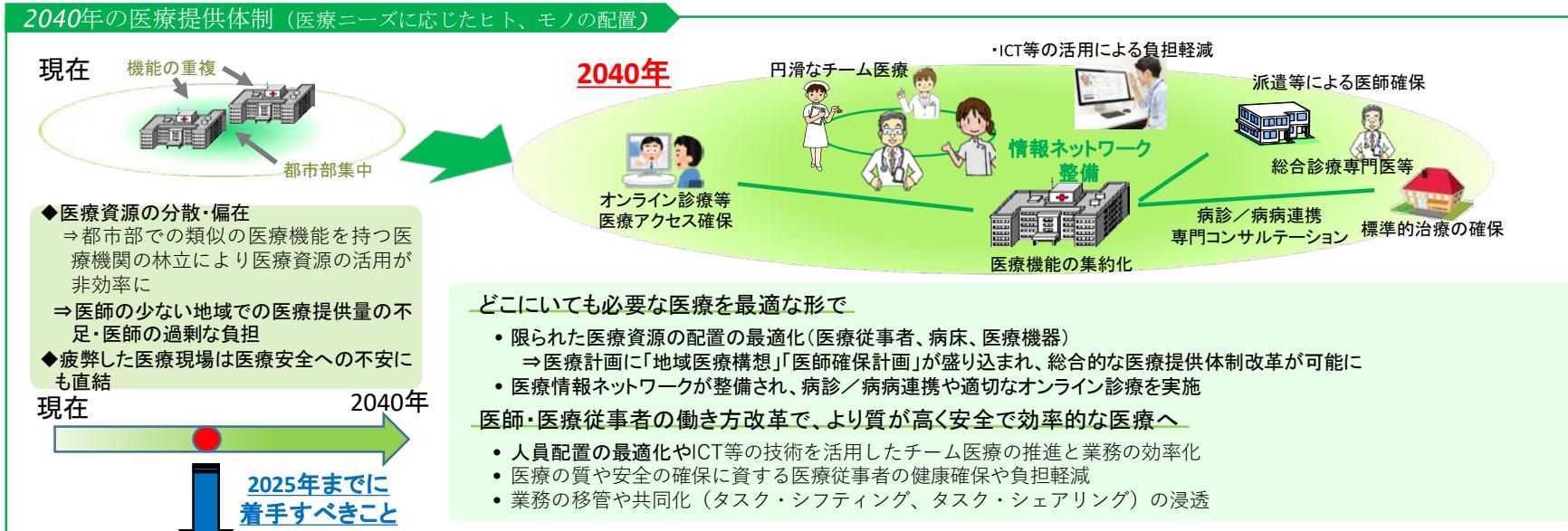
- 医療機関の診療実績や、将来の医療需要の動向等を踏まえ、医師の働き方改革の方向性も加味して、
- 代替可能性のある機能の他の医療機関への統合
 - 病院の再編統合

について具体的な協議・再度の合意を要請



2040年を展望した医療提供体制の改革について（イメージ）

- 医療提供体制の改革については2025年を目指した地域医療構想の実現等に取り組んでいるが、2025年以降も高齢者人口の増加、地域人口の希薄化が見込まれ、さらに人口減に伴う医療人材の不足、医療従事者の働き方改革といった新たな課題への対応も必要
- 2040年の医療提供体制の展望を見据えた対応を整理し、地域医療構想等の既存の枠組みも新たな課題に対応した形とすることが必要



2040年を展望した2025年までに着手すべきこと

医療施設の配置の最適化と連携の推進～地域医療構想の実現～

- ①全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針の合意形成
- ②合意形成された具体的対応方針の検証と地域医療構想の実現に向けた更なる対策
- ③病診／病病連携のための医療情報ネットワークの構築やオンライン診療等を推進するための適切なルール整備 等

三位一体で推進

医師・医療従事者の働き方改革の推進

- ①医師の労働時間管理の徹底
- ②医療機関内のマネジメント改革（管理者・医師の意識改革、業務の移管や共同化（タスク・シフティングやタスク・シェアリング）、ICT等の技術を活用した効率化 等）
- ③医師偏在対策による地域における医療従事者等の確保（地域偏在と診療科偏在の是正）
- ④地域医療提供体制における機能分化・連携・集約化・重点化の推進（これを推進するための医療情報の整理・共有化を含む）⇒地域医療構想の実現

実行性のある医師偏在対策の着実な推進

- ①地域医療構想や2040年の医療提供体制の展望と整合した医師偏在対策の施行
 - ・医師偏在指標に基づく医師確保計画の策定と必要な施策の推進
 - ・将来の医療ニーズに応じた地域枠の設定・拡充
 - ・地域ごとに異なる人口構成の変化等に対応した将来の診療科別必要医師数を都道府県ごとに算出
- ②地域におけるプライマリ・ケアに対応するための総合診療専門医の確保



医療供給体制が定まった後に
医師偏在対策、医師の働き方改革を行
うべき！

地域医療構想

6：これまでの議論の問題点

- 「医療を受ける者」=住民・患者側は、保健医療サービスの消費者、と捉えられている。
- 住民・患者側に地域医療構想についての情報がほとんど伝わっておらず、したがって本来は住民・患者側も参加し意見を表明できるはずの地域医療構想調整会議、あるいはその下に置かれる 専門部会（ワーキンググループ）も「住民参加の場」としては機能していない。