

# どうなる日本の医療????

～地域医療構想と地域包括ケアシステム～

福祉部 竹下 太

# そもそも国にはお金がない??

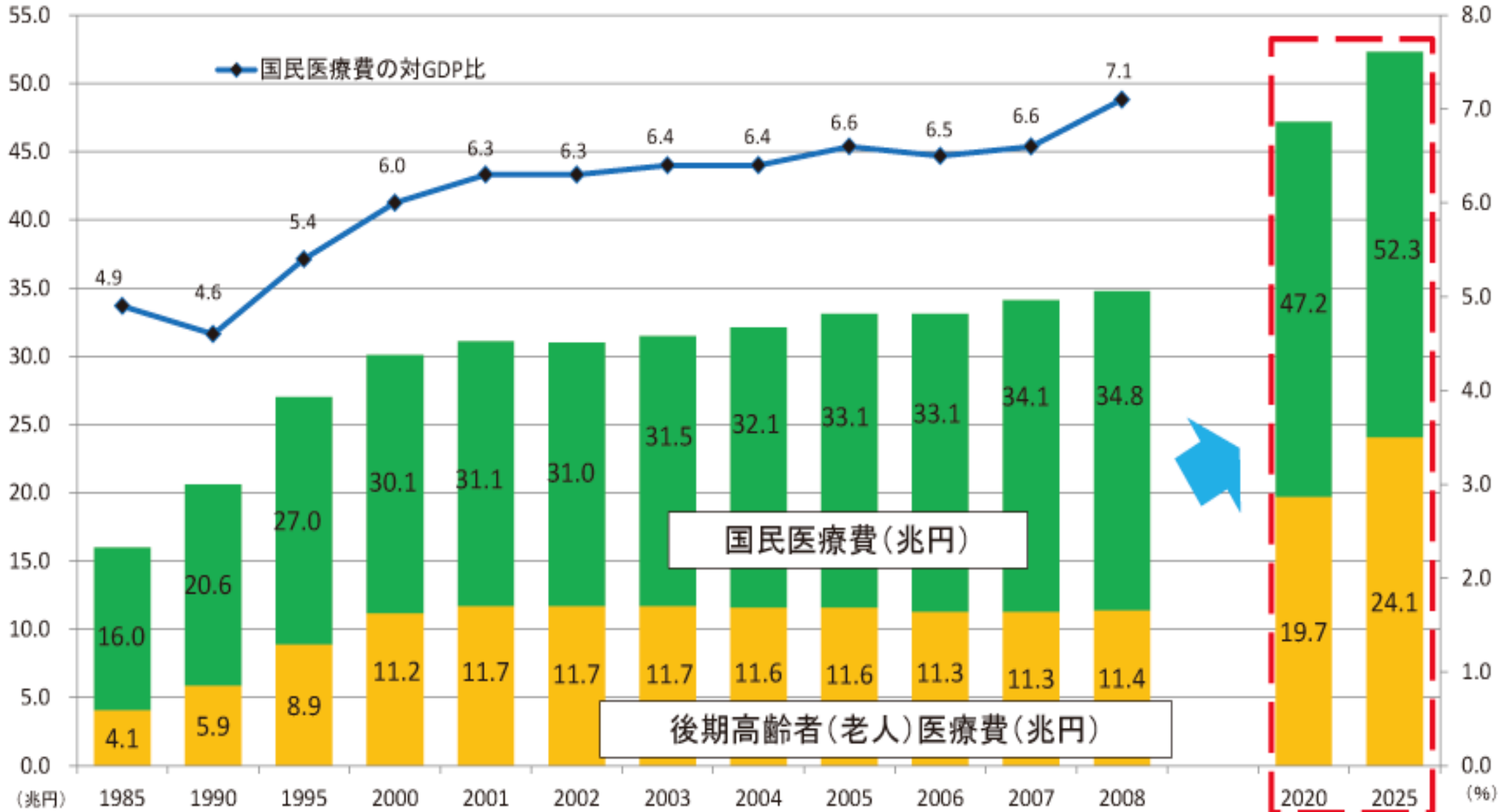
- 社会保障費の増加
- 高齢化と生産年齢人口の減少（少子化問題）
- 景気回復は??



なるべく今後増加する見通しであれば、出費は抑えたい！  
（制度を変えて対応が必要！！）

時代にあわせて対策してきた！！

# 医療費の動向



資料:2009年度までは平成23年度「厚生労働白書」、2015年以降は「医療費等の将来見通し及び財政影響試算」厚生労働省保険局(平成22年10月25日)に基づき作成。

# 医療の移り変わり

簡単に医療の歴史をおさらい・・・

- 昭和48年 老人医療の無料化

ベット数は増えていく（無料に伴う病院のサロン化）

社会的入院の助長



- 介護老人保健施設の創設（医療ではなく介護重視）



- 平成2年 医療体制の見直し

急性期は一般病床 慢性期は療養病床



- 社会保障費を安定させるため・・・

自己負担割合の増加

定額 ⇒ 1割負担 ⇒ 2割負担 ⇒ 3割負担

# 地域医療の変遷

- 2000年・・・（第1フェーズ）

診療報酬で誘導された医療連携・・・（前方支援を重視）  
紹介状を介した病病連携、地域医療連携部門の設置

- 2006年・・・（第2フェーズ）

療養環境重視の医療連携・・・（後方連携を重視）  
退院調整による療養環境の継続、在宅との連携

- 2008年・・・（第3フェーズ）

地域医療計画に基づく医療連携（地域全体を包括）

# 第1フェーズ（2000年～）

「急性期入院加算」の新設

紹介率30%↑、平均在院日数20日↓、外来入院比1.5↓

要は・・・

①新規紹介患者を獲得し、紹介率アップを目指す。

新規紹介患者で入院患者を満たすことで収益増

②同時に在院日数は短縮させる！！

③患者の流れを循環させることが目的。

まずは急性期病院のシステムを強化！！

## 第2フェーズ（2006年～）

- 療養環境を重視する後方連携への転換・・・

退院調整（退院支援・連携パス加算・退院時共同指導料）や  
在宅療養関連項目の評価の導入

適切な退院調整をおこない、

**療養環境を継続**させましょうという流れ

**入院から在宅への流れを推進**し、後方連携への  
取り組みを重視させようという動きが強くなる。

# 第3フェーズ（2008年～）

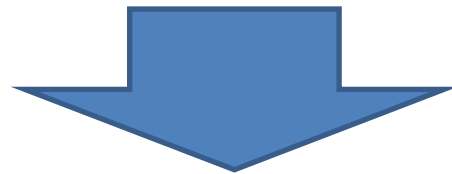
- 地域医療計画に基づく地域を包括する連携への展開
- 医療費適正化計画

医療の提供体制について、総合的に考え適切な医療提供体制を整えることに努める。



# 制度改革からみえてくるもの・・・

- **医療施設の機能分化**（病院の役割として何をおこない、どんな医療を提供しなければならないのか）
- 在院日数の短縮（適切な医療を適切な時間で行う）



要は・・・

適切な医療提供体制のためのネットワークづくりをおこない、医療の提供を適切におこない、無駄を省く事！（やっぱりお金がないから・・・）

私たちに求められるものはスムーズな連携なのは??

# それでは現在の医療の動きは??

- 第4フェーズ (2010年~2020年)

地域医療構想 / 地域包括ケアシステム

(包括ケアを実現する医療連携)

データに基づき地域包括ケアを目指すシステム設計

(病床機能報告制度、地域医療計画)

それでは本題に・・・

今日、覚えて帰ってほしい事

①地域医療構想とは？

②地域包括ケアシステムって??

③医療制度の変化って???

アウトカム評価と目標・設定等支援シート

# 地域医療構想

一言でいうと・・・・・・・・

それぞれの地域にあった医療体系をつくっていくこと！！

※2025年問題の医療需要と必要病床数を推計し、予測できる医療の提供体制を考え、その実現にむけて必要となる施策を示すもの

# 段階的には・・・

- 必要な医療区域を決める  
(福岡では2次医療圏)
- **どれだけ医療が必要**なのか割り出す  
(病床機能報告)
- **必要ベッド数**の計算
- 調整会議の開催
- 調整会議による**各地区ごとの医療構想**の設定

# 構想区域の設定

(必要な医療区域を決める)

- 各市町村の流入・出入を基に構想区域を設定する (ベッドタウン? 過疎地域?)

2次医療圏を構想区域として検討。

例≫福岡市

4市1町 (春日市、大野城市、筑紫野市、  
太宰府市、那珂川町)

医師会単位での設定としている・・・?

# 必要医療の算定

- 人口動態をもとに計算をおこなう。

レセプト情報、特定健診等情報データベースを基（厚生労働省）に必要な医療需要を割り出していく。（病床機能報告制度）

必要な医療がどの地区にどの程度あるのかを調べていく。

# 必要病床数の計算

- 医療需要の統計を

①高度急性期	75%
②急性期	78%
③回復期	90%
④慢性期	92%

で除した数字

高齢者が増え、医療需要は高まるのにベッド数が減る??

⇒ ベッド回転率を上げて循環を良くしなさい! との国の意向

国としては慢性期の医療区分1の70%が在宅医療に移行すると想定している。



# 調整会議の開催

- 集められたデータを基に、機械的に算定された2025年における必要病床数が**その区域において**現実的な数字かどうかを検討。

**各構想区域においては大きな差**があることもあ  
る事を把握。

•••••さらには区域間（隣接区域）との機  
能分化と病床の在り方を検討する必要がある。

# 調整会議における検討事項

## ～必要病床数の検討～

- 平均在院日数  
(適正な医療を適正な場所で・・・)
- 在宅医療への移行率 (在宅医療を行う医師の想定数)  
(どの地域の在宅医療は力を入れている??)
- 医療職確保の見通し  
(地域にはどれだけの医療職がいる??)
- 2025年における流出入の見通し  
(人の流れを読む!! あなたの街これからは人は多くなる?  
少なくなる?)
- 病床機能ごとの稼働率  
(病院の機能に合った医療を提供することができますか??)

# 調整会議における検討事項

## ～調整区域内での検討事項～

- 必要病床数に向けての病床機能の転換  
(あなたの病院は高度急性期?急性期?・・・)
- 必要病床数の確保と削減  
(必要な場所に必要な分だけ・・・)
- 区域の構成変更
- 地理的条件を考慮した施設の配置  
(同じ機能を持った病院が偏らない)

# 2025年問題から予測されること

- 高齢者が多くなる（特に大都市）
- 若い人が少なくなる
- 高齢単独世帯が増える
- 認知症の人が増える



**あちらこちらで問題が山積み！！**

しかも・・・  
解決しないといけない問題は地域によって  
ことなります！！

# 地域包括ケアシステム

- **地域の実情に応じて地域住民が**可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ、自立した生活を送ることができるよう、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。

(地域医療介護総合確保促進法・社会保障制度改革プログラム法)

一言でいうと・・・

皆さんが暮らしていくために必要なサービス（保険・医療・福祉・介護・くらし）をまとめて提供する**システムを作り**上げましょう！！　ということ！！

この考え方って・・・

地域包括ケアで考えられている事は、デンマークで発表された高齢者福祉3原則に近い！

### ①居住の連続

- ・住み慣れた場所で、自分らしい生活を！！

### ②自己決定

- ・高齢者の自己決定を尊重し、周りはこれを支える。

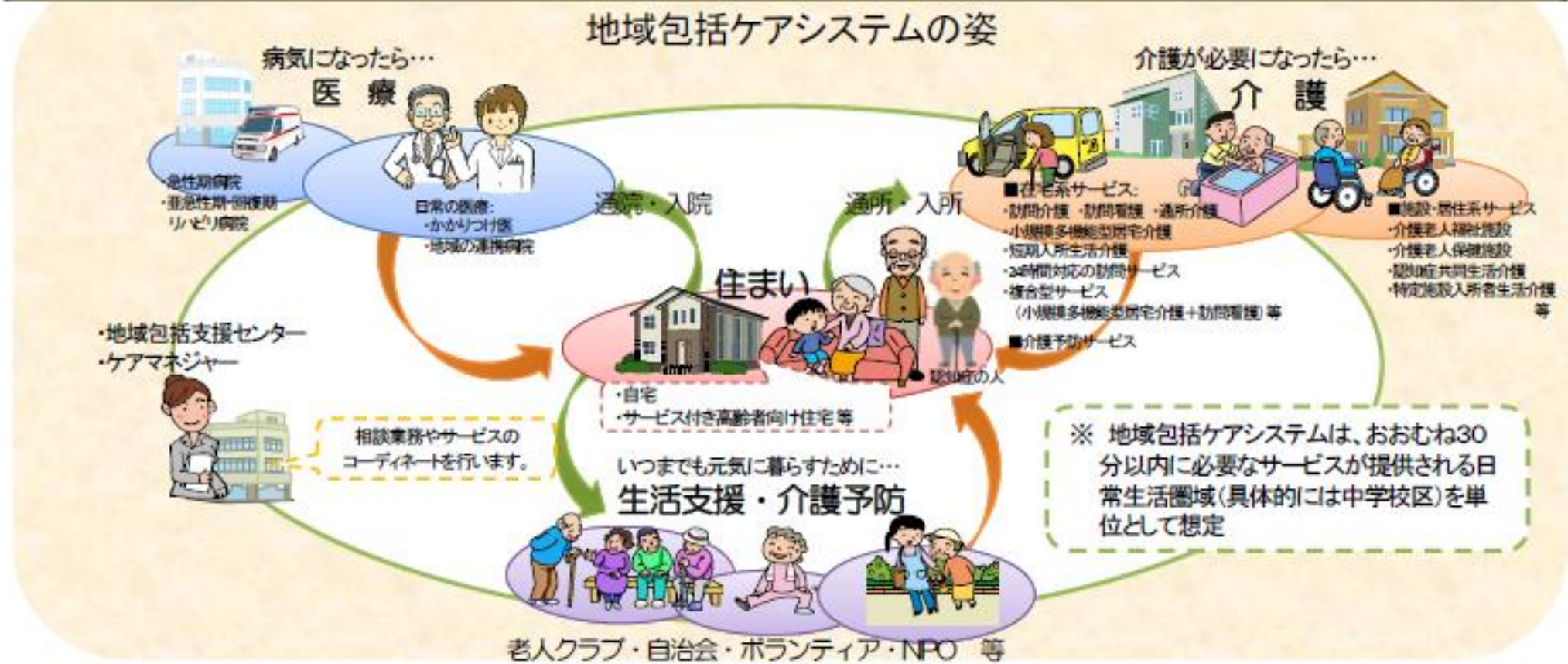
### ③残存能力の活用

- ・今ある能力に着目して自立を支援する！！

住み慣れた地域での尊厳ある暮らしの継続！！  
(Aging in Place)

# 地域包括ケアシステム

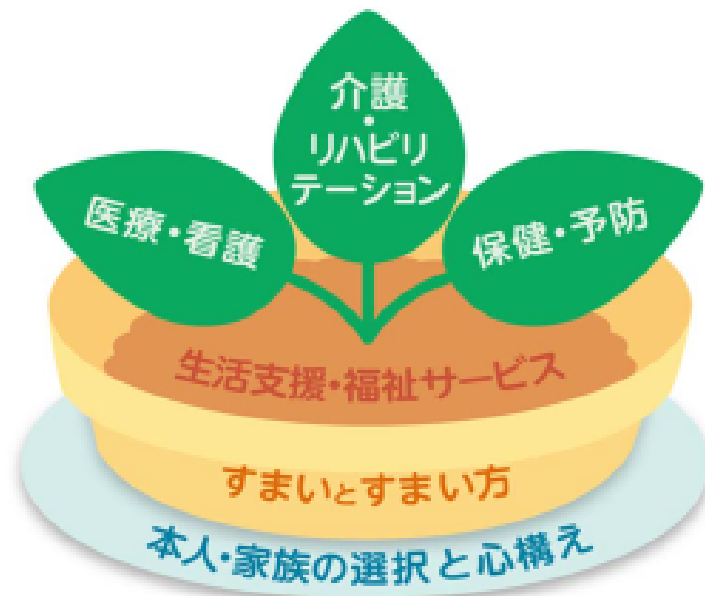
- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**が生じています。  
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要**です。



## 地域包括ケアシステムの5つの構成要素と「自助・互助・共助・公助」

○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生活を継続することができるような包括的な支援・サービス提供体制の構築を目指す「地域包括ケアシステム」。

### 地域包括ケアシステムにおける「5つの構成要素」



「介護」、「医療」、「予防」という専門的なサービスと、その前提としての「住まい」と「生活支援・福祉サービス」が相互に関係し、連携しながら在宅の生活を支えている。

#### 【住まいと住まい方】

●生活の基盤として必要な住まいが整備され、本人の希望と経済力に合った住まい方が確保されていることが地域包括ケアシステムの前提。高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた住環境が必要。

#### 【生活支援・福祉サービス】

- 心身の能力の低下、経済的理由、家族関係の変化などでも尊厳ある生活が継続できるよう生活支援を行う。
- 生活支援には、食事の準備など、サービス化できる支援から、近隣住民の声かけや見守りなどのインフォーマルな支援まで幅広く、担い手も多様。生活困窮者などには、福祉サービスとしての提供も。

#### 【介護・医療・予防】

●個々人の抱える課題にあわせて「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」が専門職によって提供される（有機的に連携し、一体的に提供）。ケアマネジメントに基づき、必要に応じて生活支援と一体的に提供。

#### 【本人・家族の選択と心構え】

●単身・高齢者のみ世帯が主流になる中で、在宅生活を選択することの意味を、本人家族が理解し、そのための心構えを持つことが重要。

### 「自助・互助・共助・公助」からみた地域包括ケアシステム



#### 【費用負担による区分】

- 「公助」は税による公の負担、「共助」は介護保険などリスクを共有する仲間（被保険者）の負担であり、「自助」には「自分のことを自分でする」ことに加え、市場サービスの購入も含まれる。
- これに対し、「互助」は相互に支え合っているという意味で「共助」と共通点があるが、費用負担が制度的に裏付けられていない自発的なもの。

#### 【時代や地域による違い】

- 2025年までは、高齢者のひとり暮らしや高齢者のみ世帯がより一層増加。「自助」「互助」の概念や求められる範囲、役割が新しい形に。
- 都市部では、強い「互助」を期待することが難しい一方、民間サービス市場が大きく「自助」によるサービス購入が可能。都市部以外の地域は、民間市場が限定的だが「互助」の役割が大。
- 少子高齢化や財政状況から、「共助」「公助」の大幅な拡充を期待することは難しく、「自助」「互助」の果たす役割が大きくなることを意識した取組が必要。



# 地域包括ケアシステムにおける大切なこと

社会保障制度改革国民会議の報告書において、  
疾病構造の変化を踏まえた、「病院完結型」の  
医療から、地域全体で治し、支える「地域完結  
型」の医療への改革の中で、在宅医療・介護の  
一体的なサービス提供体制の見直しが求められ  
ている。

(平成25年8月6日)

※各自確認 (社会保障制度改革国民会議の報告書に明記されているもの)

# 地域包括ケアシステムにおける大切なこと

- 地域包括ケアの成功には
  - ① 「専門職種による・医療・介護の一体化  
（連携から統合へ）」
  - ② 「人口動態にあわせた住みやすい街づくり」  
の2点が要点となる。
- その成功のためには様々な産業が関わりとともに、地域における主体的な意思決定と統治が必要となってくる。

医療制度はどのように変わっている・・・？

- 平成26年度であげられた地域包括ケアシステム
- 次期診療報酬改定における社会保障・税一体化改革関連の基本的な考え方

【高度急性期・急性期・回復期（地域包括ケア病棟）  
慢性期の考え方】

ルビン型から・・・

病床の機能を整理していきましょうとのこと

「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方」(概要)  
(平成25年9月6日 社会保障審議会 医療保険部会・医療部会)

基本的な考え方

＜現在の姿＞



＜高度急性期・一般急性期＞

- 病床の機能の明確化と機能に合わせた評価
- ・平均在院日数の短縮
- ・長期入院患者の評価の適正化
- ・重症度・看護必要度の見直し
- ・入院早期からのリハビリの推進 等

＜回復期(亜急性期入院医療管理料等)＞

- 急性期を脱した患者の受け皿となる病床の整備
- ・急性期病床からの受入れ、在宅・生活復帰支援、在宅患者の急変時の受入れなど病床機能を明確化した上で評価 等

＜長期療養＞

- 長期療養患者の受け皿の確保

＜その他＞

- 医療資源の少ない地域の実情に配慮した評価
- 有床診療所の機能に応じた評価

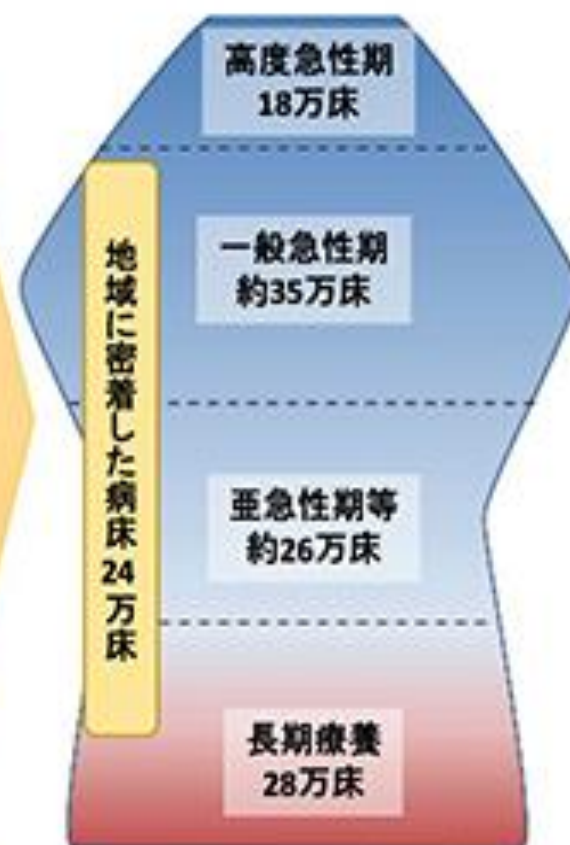
＜外来医療＞

- 外来の機能分化の推進
- ・主治医機能の評価 等

＜在宅医療＞

- 質の高い在宅医療の提供の推進
- ・在宅療養支援診療所・病院の機能強化 等

＜2025年(平成37年)の姿＞



外来医療

在宅医療

- 病院ごとの役割を明確化

回復期では平成28年からアウトカム評価の導入

(リハビリにおいては目標設定等・支援シートも導入)

- 在宅へ帰ることができる患者さんは在宅へ  
入院期間は制限、在宅医療の充実、在宅復帰率急性  
期70%、その後75%へ・・・

- 各病院でも評価（病院としての役割が明確に、そ  
してやることが増えたのでは・・・??）

# 今後あなたの病院の地域における役割は？

- 病院完結だけではなく、地域を巻き込んだコミュニティづくり。（病院の在り方を考えることは地域づくりの一貫）

蛇足ながら

職業とは経済的自立だけが目的ではなく、  
社会的分業である事。

ご清聴ありがとうございました。

(参考文献)

- MMPG九州会 医業経営セミナー  
地域包括ケアとその取組 これからの地域医療連携  
(宮崎県立日南病院 木佐貫篤)
- 総務省 情報通信白書
- 地域医療構想 ～急性期医療機関の役割を中心に～  
(下関市保健部 長谷川 学)
- 平成25年 地域包括ケア研究会報告書