

# 当日配布資料

川崎地域 地域医療構想普及啓発セミナー  
地域医療構想・地域包括ケアの  
これから

小松会病院 院長  
神奈川県病院協会常任理事  
神奈川県医師会理事  
小松幹一郎

1

## 私の経歴①

- 勤務医時代  
神経内科医  
大学病院  
地域の基幹病院 神経難病の訪問診療  
県救急医療センター(三次救急)  
DPC制度導入時は病棟医  
新臨床研修制度導入時は指導医

2

## 私の経歴②

病院長として  
相模原市南区の小松会病院院長  
402床 医療療養病棟294床(5病棟)  
介護療養病床108床(2病棟)  
他に老人保健施設・包括支援センターの運営

3

## 私の経歴③

医療団体活動  
相模原市医師会8年  
神奈川県医師会2年目  
相模原市病院協会10年目  
神奈川県病院協会8年目  
神奈川県慢性期医療協会5年目

4

## つまり私は

- 急性期病院の運営に携わったことはない
  - DPC制度について完全には理解していない
  - 大学病院で学生教育に携わったことはない
  - なにより学者ではない
- ⇒現場の肌感覚を無視しないで欲しい  
理想より現実を見て欲しい  
慢性期の実情を伝えたい

5

## 本日の話題

- 地域医療構想・地域包括ケアのこれからの
- ①国の目指す方向で考える
    - 上から データ(数)重視 公家的
  - ②民間病院の経営者の視点で考える
    - 下から 肌感覚(質)重視 馬賊的
  - ③両者の視点を折衷して考える

6

## まず最初に

- 地域医療構想・地域包括ケアとは  
当面は増加が続く高齢者を  
どこで  
誰が  
どこまで  
診るか(看るか)  
を考えるとある

7

## 両者の違いは

- 地域医療構想(二次医療圏)  
どちらかという医療がメイン  
病院・診療所の医療提供体制
- 地域包括ケア(市区町村単位)  
どちらかという介護がメイン  
自宅・施設での介護サービス提供体制  
住民を中心とした文化(家族観・死生観)や  
地域のまちづくりの視点が加わる

8

## 今年度の調整会議

- ①基準病床数の見直し検討(横浜・川崎・横三)
- ②病床事前協議について(横浜・県央)
- ③公的医療機関等2025プラン  
2025年に向けた対応方針(民間病院プラン)
- ④過剰とされる病床機能への転換
- ⑤定量的な基準の導入について

9

## 全体として

- ・今年度もベッドの数と機能の話に終始
- ・議論が進まない最大の要因は「回復期機能」の解釈と定義
- ・地域によっては新規病床が割り当てられ、公・民のプランが出され、過剰とされる急性期への転換が協議される一方で、国から執念深く定量的な基準の導入の話題が蒸し返された

10

## 一方で

- ・現状の各病院の自己申告制度では急性期と申告された病床に幅があるのは事実
- ・多数のコンセンサスが得られる急性期機能と回復期機能の間に一定の線引きをした方が良いとの声も多数あがっている
- ・そもそも病床機能報告(病棟ごと)と地域医療構想の4機能区分(患者ごと)を同列に比較すること自体が無理筋であり完全一致は不可能

11

## 定量的な基準の導入(案) ①

- ・第3回調整会議で案について協議される調整会議において議論の参考とすることを目的県全体で同一の定量的基準  
各医療機関の負担が生じないよう既存の報告データを活用  
この定量的基準に沿って報告することを強制するものではない

12

## 定量的な基準の導入(案) ②

- ・急性期を二つに分ける  
重症急性期 (急性期機能に分類)  
重症患者や救急などを積極的に受け入れて  
いる病棟  
地域急性期 (回復期機能に分類)  
ポストアキュート・サブアキュート機能を中心  
に担っていく病棟

13

## 定量的な基準の導入(案) ③

用いる指標

- ①手術の実施状況 手術総数算定回数  
0.6件/月・床
- ②救急の実施状況 救急医療管理加算件数  
0.6件/月・床
- ③患者重症度・医療看護必要度 25%以上

14

## 定量的な基準の導入(案) ④

- ・3指標のいずれかを満たす  
7:1 9割  
10:1 7割  
13:1 15:1 2割

名称の問題 重症? 地域密着型?  
除外項目 小児・周産期は外す?

15

## 次年度以降の調整会議予想

- ・外来診療所の担うべき機能
  - ・高齢者救急のあり方
  - ・在宅医療の質と量
  - ・介護施設の質と量
- 医師会が中心となって提言・WG作りを

16

## 地域医療構想の盲点

- 精神病床を議論の埒外にしている  
今後の精神病床急性期入院需要減  
認知症患者増を考えると可能性を秘めている
- 制度設計上、慢性期の現状・質の評価が不十分  
H29年度実施の県病院協会の慢性期病床  
調査が実態を明らかに⇒基準病床数に反映

17

## 提言

- 病床数・病床機能の議論はほどほどに
- 病床数の算定から除外されている  
慢性期～介護施設～在宅医療の議論へ！
- その際、数ではなく質の見える化を！
- 精神科病床の可能性の議論を！
- この領域の調査は医師会・病院協会だけでは不可能 行政が中心になって実施を！

18

## 病床数・病床機能の議論は ほどほどにの根拠①

- 地域医療構想は本質的には人口減少地域での  
病床削減を効率的かつ穏やかに進めるための  
考え方 命令書ではない
- ↓
- DPCデータから移動も含めた患者の疾患毎  
の数を推計したもの
- 地域における自院内の病床機能をデータに基  
づいて客観的に把握し、自院の将来像を描く  
ための参考書

19

## 病床数・病床機能の議論は ほどほどにの根拠②

- 医療介護総合確保基金  
H30年度から病床削減に伴う工事費や人員  
削減に要する費用にも活用できるように
- ↓
- 減反政策に利用可能

20

### 病床数・病床機能の議論は ほどほどにの根拠③

- 一定の仮定のもとに患者数推計を実施  
・機能分化を進める
- ・医療区分1の70%は入院以外で対応
- ・療養病床受療率の都道府県格差を縮小
- ・上記仮定のもとで「患者数」を推計
- ・慢性期＝療養病床入院+介護施設+在宅
- ・上記配分のあり方は各地域の状況による
- ・慢性期の状態増に関しては、今後精査が必要  
(産業医大 松田教授講演より)

21

### 病床数・病床機能の議論は ほどほどにの根拠④

つまり現状通りの医療提供体制を継続した場合、人口の変化に対応して病床数がどうなるかを一定の仮定に基づいて算定したもの

↓

人口×平均在院日数÷病床利用率  
減りすぎないように病床利用率の下限設定あり  
⇒神奈川県では今後30年くらいは大幅な病床不足と  
なってしまう

22

### 病床数・病床機能の議論は ほどほどにの根拠⑤

- 現状通りの医療提供体制が30年続く？  
じゃあ30年前は？



23

### 病床数・病床機能の議論は ほどほどにの根拠⑥

- 平均在院日数  
一般病床 30日超 ⇒ 15日前後
- 病院病床数 200万弱 ⇒ 150万床強
- 入院需要率
- 人口比率
- 病棟の人員配置
- 医学の進歩
- 国民の医療に対する考え方の変化
- フリーアクセスはそのまま
- 交通機関の変化
- 国民の経済状況

24

## 30年後の医療提供体制

- どう考えても入院需要は予想より下振れする
- 医療介護人材不足の解決策が無い以上、ベッドを増やして対応するのではなく、今あるベッドで対応できる方法を公・民が一体となつて必死で考える

25

## 現状維持？

- すべて現状維持でいいわけではない  
現状で改善が必要なものはないか？  
正確な現状把握が必要
  - ・公にしか担えない機能と
  - ・民間でも担える機能を真剣に議論する
  - ・民間同士でも棲み分けを議論する
  - ・医療連携推進法人の可能性

26

## 日本の医療提供体制

統制・規制されている部分  
診療報酬・介護報酬  
基準病床数  
自由な部分  
自由開業性  
がミックスして公と民の両方で社会的共通資本としての役割を果たしている

27

## 偏見かもしれないが

- 一部の公立病院が民間病院より  
立派な建物  
最新の医療機器  
多数の診療科  
潤沢なスタッフ(特に非医療系)  
給料が良い  
待遇が良い  
よくな気もするが..

28

## 一部公立病院の現状

- 年間〇〇億円の赤字
  - 非稼働病床がかなりある
  - 維持することに固執するより病床の返上や政策医療・救急医療など非採算部門に特化を考慮しても赤字幅は〇〇億円単位で減るのでは？
- ⇒ 首長や政治家・行政がこう考えたら  
総スカンでしょうが、検討するだけなら…

29

## 民営化の懸念

- サービスの低下
  - 料金の値上げ
- これ医療において当てはまりますか？
- アクセス・待ち時間の議論は底なし沼

30

## 人材不足の現状とこれから

- 紹介会社のみが一人勝ちの現状
  - 外国人雇用が解決策となりえるのか
  - 働き方改革や新専門医制度が偏在を助長
- ↓
- 働く人の守備範囲を広げる(昔に戻す?)  
医師も看護師もスペシャリストよりジェネラリスト  
そのための意識改革と教育を!  
全ての職種が総力戦で乗り越えていく

31

## 地域医療構想の落とし穴

- 地域内完結に拘泥する愚  
川崎北部では過剰でも  
川崎市全体では？  
神奈川県では？  
川崎市から当院へのH30年転院患者33名  
一刻を争う救命医療  
自宅退院を目指す患者の退院支援

32



## 地域医療構想という文化

地域のことは地域で協議するという文化の誕生  
今だけ、金だけ、自院だけという発想ではなく  
地域のこれからの医療のことを考える場が誕生  
したことは前向きに捉えたほうが良い

33

## 調整会議の限界

- 地域で協議して転換や新規参入に一定のルールを作っていくことはできるだろうが、その後のチェックをどこまでしっかりできるのか？当初の計画と異なる状況になった場合にはどうする？
- 地域の協議に従わない場合にどこまで法的・強権的にできるのか？

34

## 早期に検討すべき問題

- 救急車出動件数は確実に増えている  
↓  
高齢者の要請率は増えている  
他の年代より中等症(入院が必要)以上の割合は高い
- 減らせる可能性は無いのか？

35

## ではどうすれば

- 消防隊と二次救急病院の負担軽減を主眼に！
- ① 人生会議の普及促進で「不本意救急」や「ミスマッチ高度救急」は減らせる
  - ② 病院救急車の導入や「施設⇒病院専門の救急車」のルール作り
  - ③ 二次救急病院から数日以内に回復期・慢性期が受け入れて施設に戻すルール作り

36

## 人生会議の普及促進

- 国民を巻き込んだ議論を
- 第二の成人式(75歳)
- 元氣なうちに人生会議を  
(ピンピン)コロリは無責任
- 「老人は早く死ね」と誤解されないうよう
- 「こんなはずじゃなかった」と後悔しないよう
- 様々な生き方を提示

11月30日 いい看取りの日 これって？

37

## 地域包括ケアシステム理念

- 一人一人住み慣れた地域で最期まで…  
自立している限りOK?  
介護者がいる限りOK?  
お金がある限りOK?

地域? 自宅とは限らない  
医療が主役ではない 重要な脇役

38

## 地域包括ケアシステム構築10ヶ条

- ①本質は「地域づくり」「まちづくり」
- ②「住民」が主人公として取り組む総力戦
- ③課題を踏まえ住民と築く「ご当地システム」
- ④「医療介護連携」から「異業種・異分野連携」へ
- ⑤「自助」「互助」は不可欠
- ⑥「全世代対応型」システムの構築
- ⑦若者や子供達の「住み慣れた地域」の視点
- ⑧医療も介護も「生活の視点」の重視
- ⑨地域の一員として「地域づくり」へ参画
- ⑩地域力を左右する地域への「愛着」「想い」

日本医師会常任理事 江澤先生提唱  
39

## 地域包括ケアのこれから

医療側として整備することは

- ①入院必要時迅速かつ短期間の入院対応
- ②現状を維持するための外来訪問対応
- ③住民への適切な情報提供・知識啓蒙

自院が①をやるか、②までやるか

③は自院として、あるいは行政と医療団体に

40

## 地域医療構想のこれから

- 地域医療構想の通りに病床数・病床機能を揃えることがゴールではない!
- 患者のたらい回しや入院難民・介護難民・孤独死の増加などの社会不安を引き起こさないよう総力戦で対応していくことがゴール
- そのためには公民一体となって地域にとつてベストの医療提供体制を調整会議で協議していくことを重視すべきである

41

## まとめ

- どこで
  - 誰が
  - どこまで
  - 診るか(看るか)
- を医療提供側・行政・住民が考えていくことこそがこれからの地域医療構想・地域包括ケアの本質である

42

