

# 将来の地域医療を守るためのそれぞれの立場の役割 「国の立場から」

平成28年9月18日

厚生労働省医政局地域医療計画課  
伯野 春彦

# 本日の内容

---

- 1 高齢化について
- 2 地域医療構想について
- 3 医療計画について
- 4 在宅医療の推進について

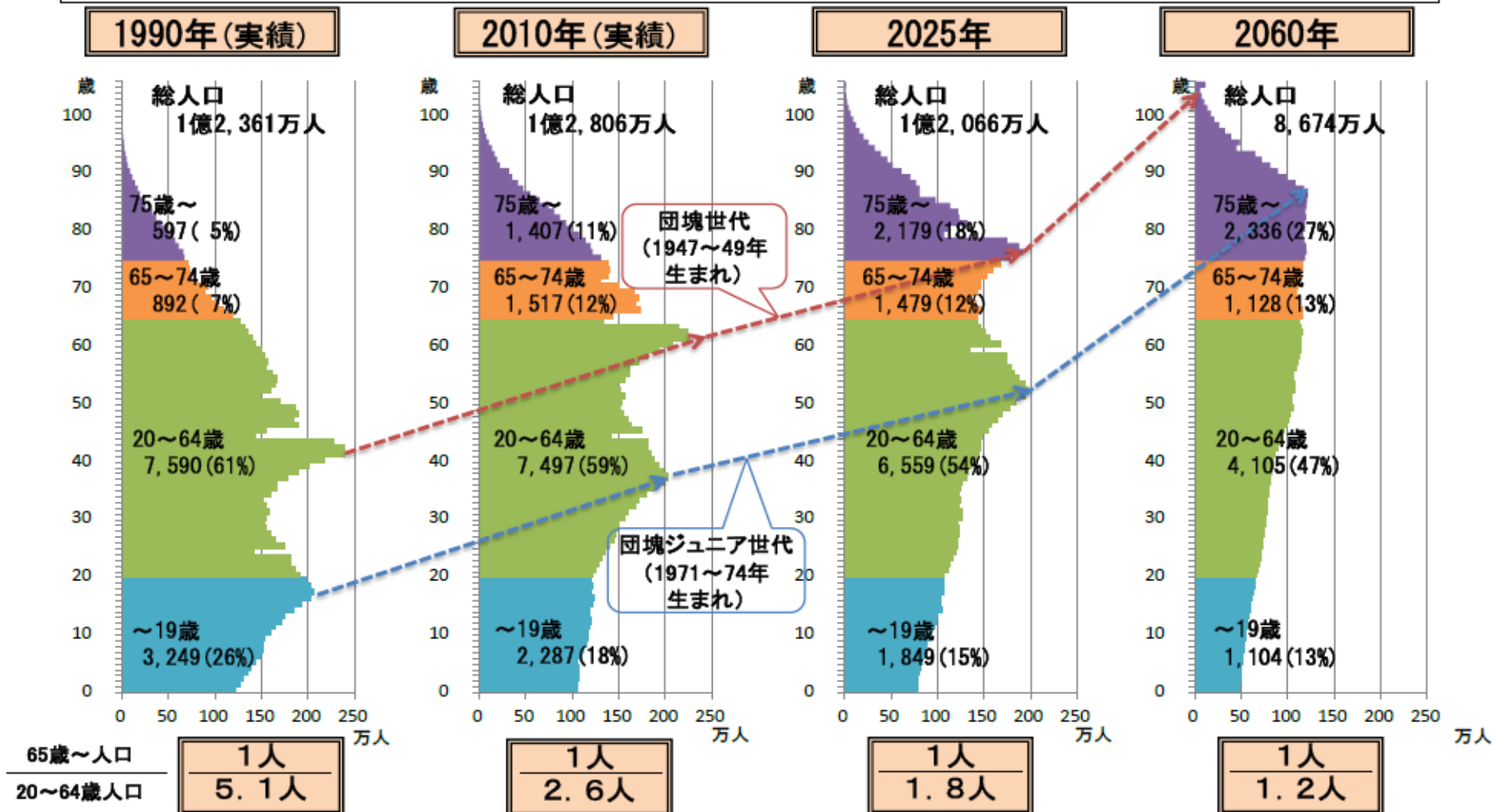


# 1 高齢化について

---

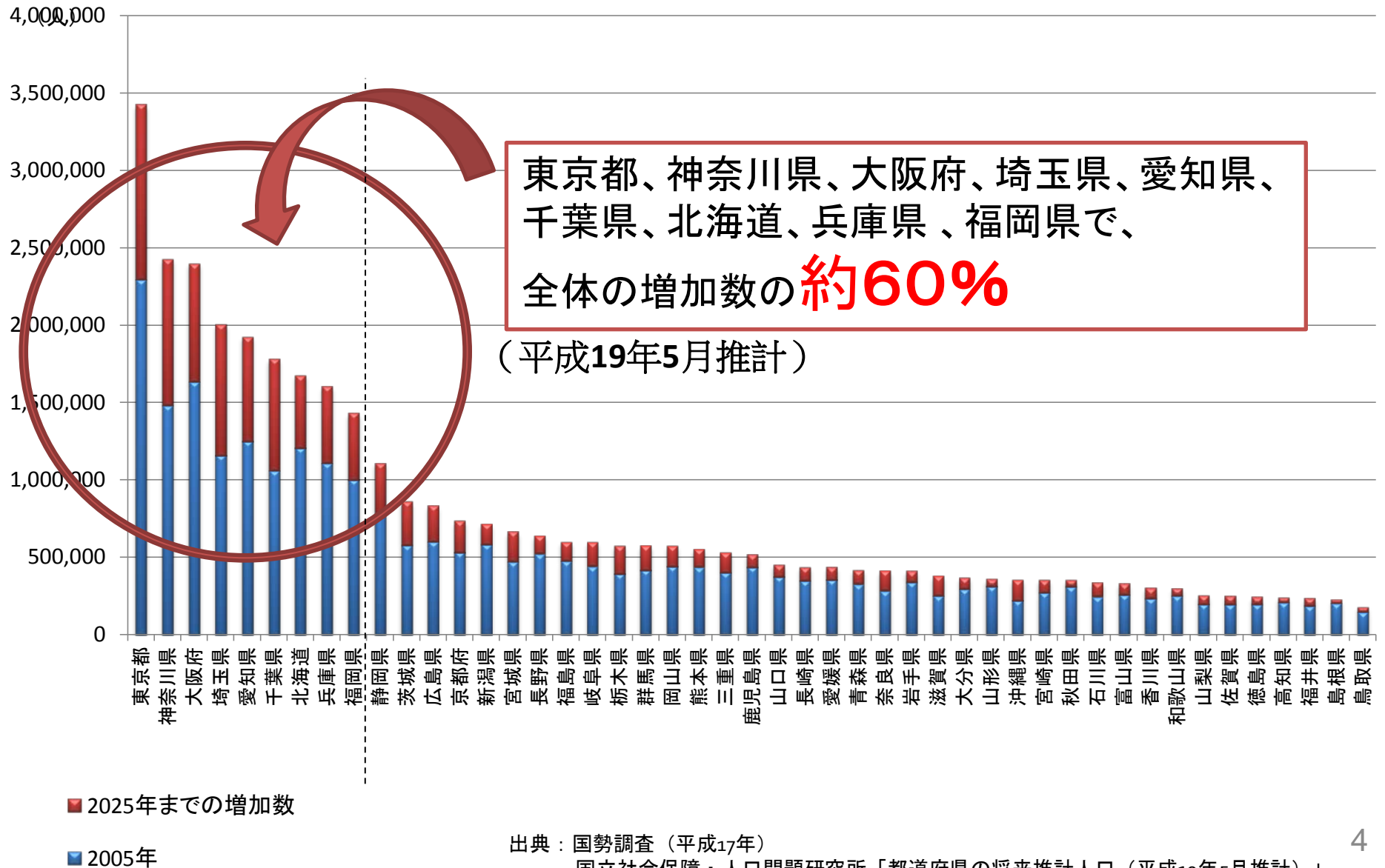
## 人口ピラミッドの変化(1990~2060年)

○ 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)

# 都道府県別高齢者人口(65歳以上)の増加数 (2005年 → 2025年)

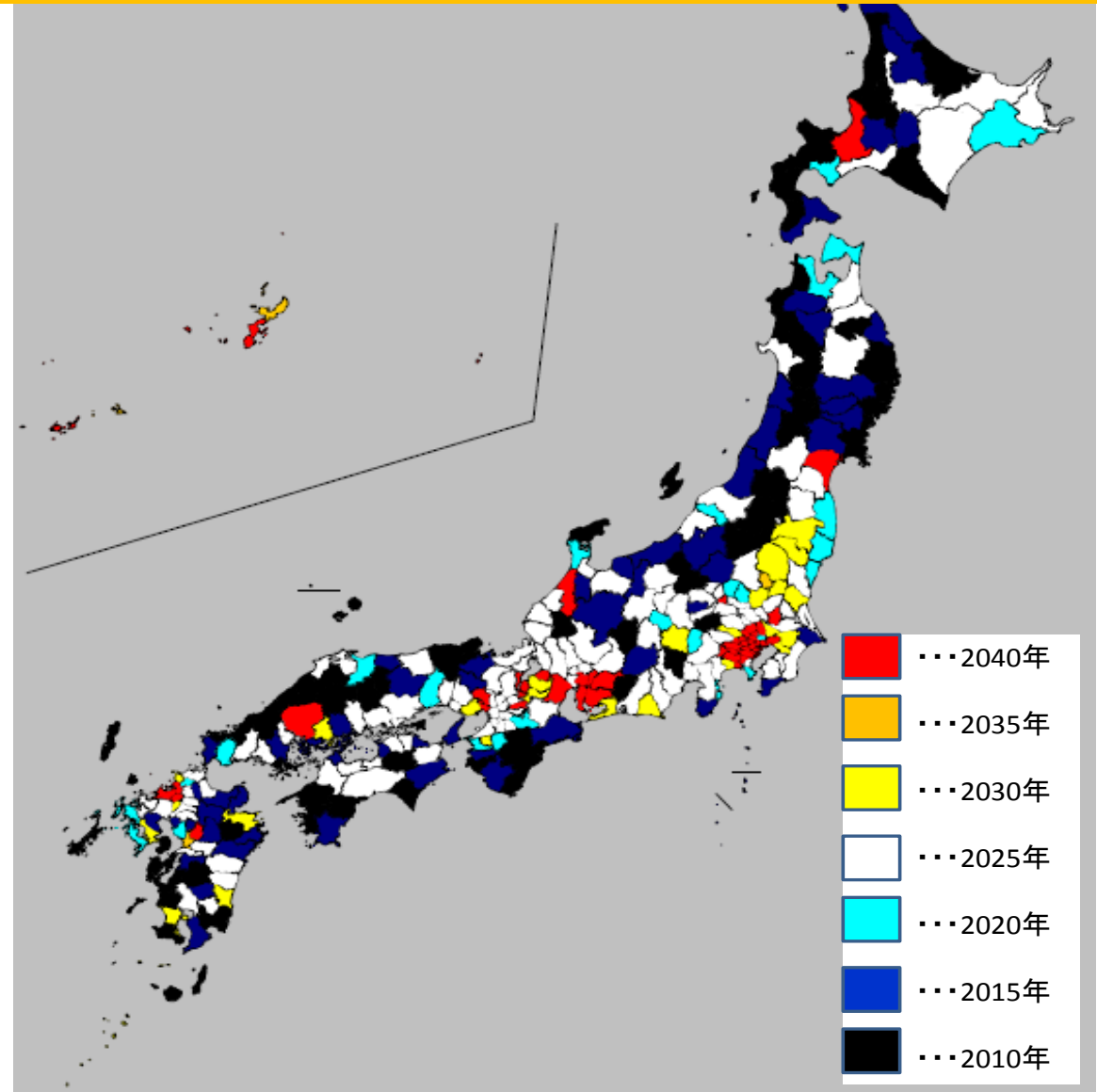


出典：国勢調査（平成17年）

国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口（平成19年5月推計）」

# 高齢化のピーク・医療需要総量のピーク

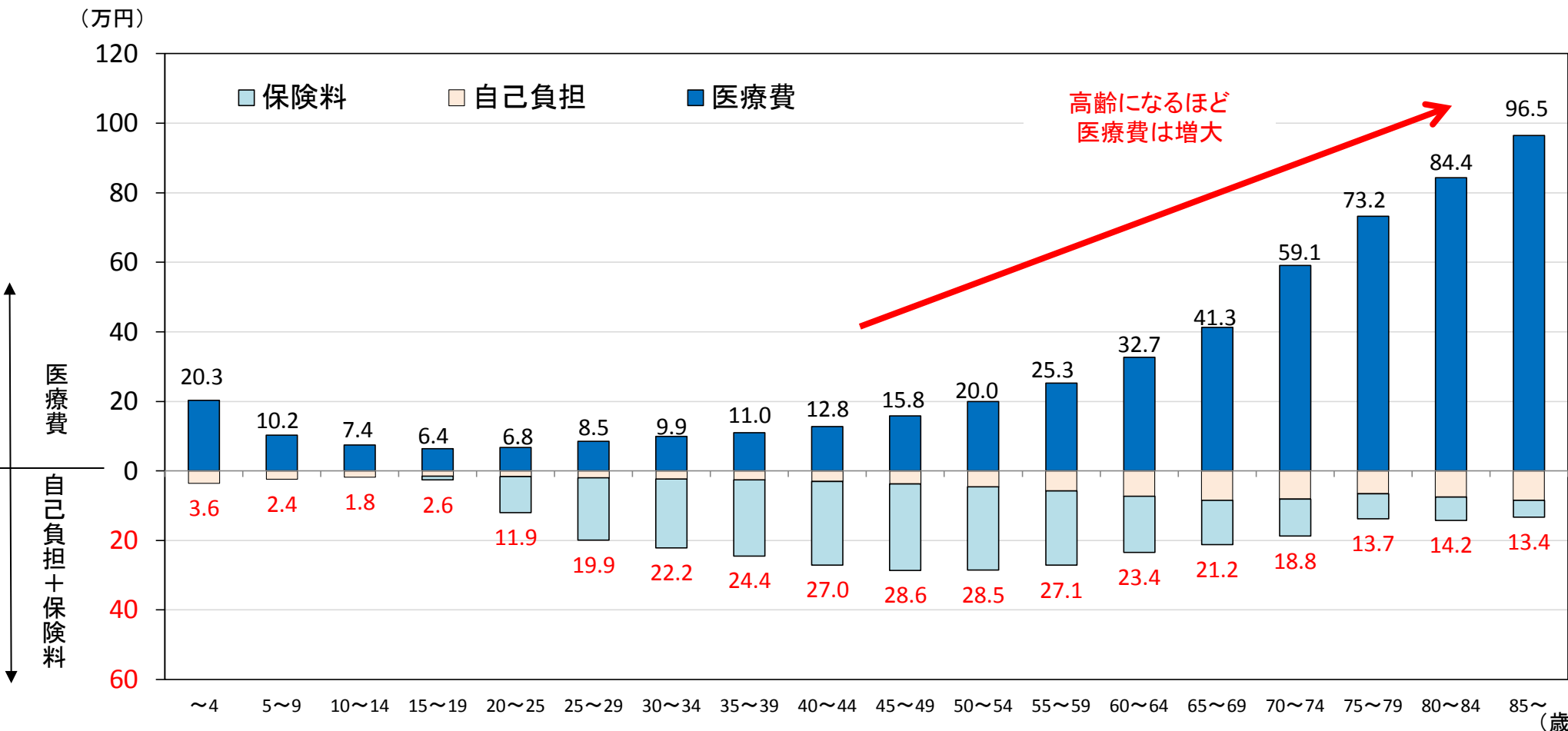
地域により  
医療需要ピークの時期  
が大きく異なる



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

# 年齢階級別の一人当たり医療費

- 年齢階級別の一人当たり医療費を見ると、高齢になるほど一人当たり医療費は増大。
- 高齢者の医療費をどのように国民全体で公平に負担し合うのが課題。



(注1) 1人あたりの医療費と自己負担は、それぞれ加入者の年齢階級別医療費及び自己負担をその年齢階級の加入者数で割ったものである。  
(注2) 自己負担は、医療保険制度における自己負担である。  
(注3) 予算措置による70～74歳の患者負担補填分は自己負担に含まれている。  
(注4) 1人あたり保険料は、被保険者(市町村国保は世帯主)の年齢階級別の保険料(事業主負担分を含む)を、その年齢階級別の加入者数で割ったものである。  
(注5) 端数処理の関係で、数字が合わないことがある。  
【出典】各制度の事業年報等をもとに医療給付実態調査等を用いて保険局調査課により推計

## 2 地域医療構想

---

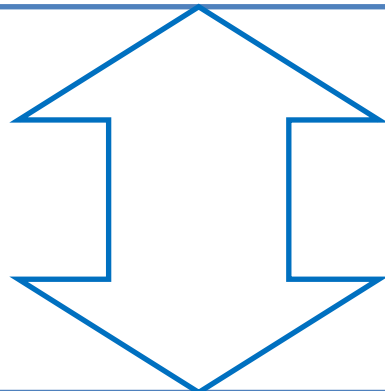
# なぜ地域医療構想が必要なのか？

## 医療における2025年問題

- 2025年とは団塊の世代が75才になる年
  - 医療・介護需要の最大化
- 高齢者人口の増加には大きな地域差
  - 地域によっては高齢者人口の減少が既に開始
  - ⇒ よって、**地域の実情に応じた対応が必要**
- 医療の機能に見合った資源の効果的かつ効率的な配置を促し、急性期から回復期、慢性期まで患者が状態に見合った病床で、状態にふさわしい、より良質な医療サービスを受けられる体制を作ることが必要。

## 病床機能報告(現状)

どの医療「機能」に該当するかを  
「定義」を踏まえ、病棟ごとに判断  
→地域において医療機関が「表示したい機能」



## 医療需要(必要病床数)の推計

2013年の個々の患者の受療状況をベースに  
医療資源供給量に沿って区分したもの  
→地域における「各病期の患者発生量」



# 病床機能報告制度

○ 各医療機関(有床診療所を含む。)は、毎年、病棟単位で、医療機能の「現状」と「今後の方向」を、自ら1つ選択して、都道府県に報告。(平成26年10月より開始)

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	<p>○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟</p>
急性期機能	<p>○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能</p>
回復期機能	<p>○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)。</p>
慢性期機能	<p>○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能</p>

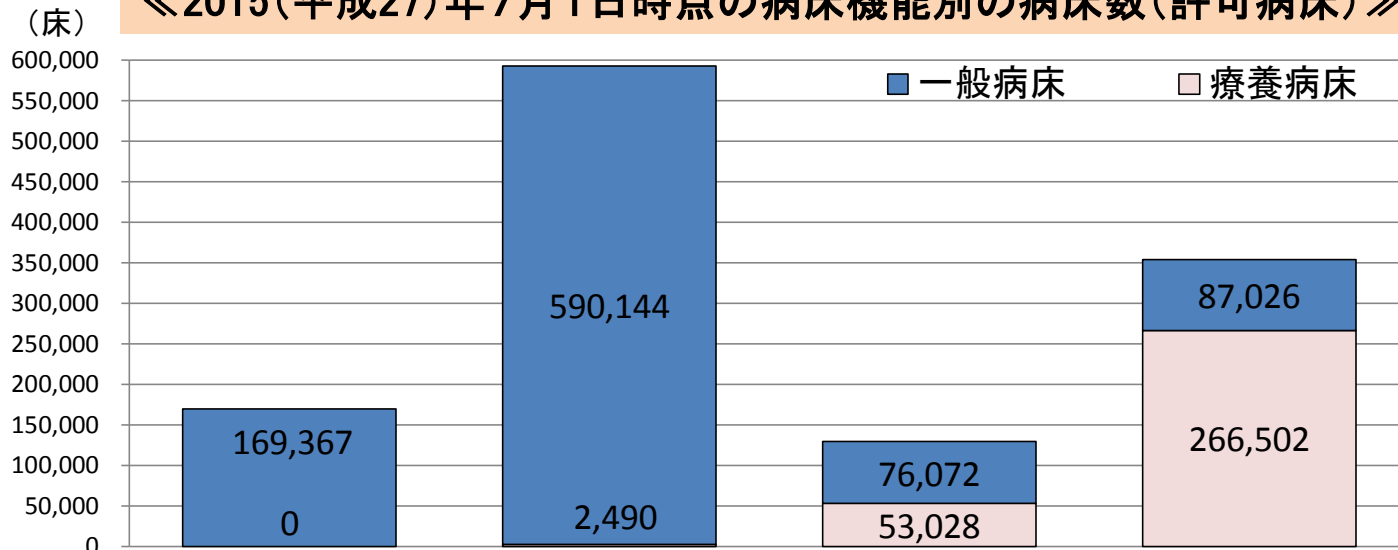
- 回復期機能については、「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション機能」のみではなく、リハビリテーションを提供していなくても「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合には、回復期機能を選択することに留意。
- 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択。
- 特定機能病院においても、病棟の機能の選択に当たっては、一律に高度急性期機能を選択するのではなく、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択。

## 2015(平成27)年7月1日時点の病床機能別の病床数【平成27年度末まとめ】

○ 以下の集計は、3月31日時点でデータクリーニングが完了し、集計可能となった医療機関におけるデータを取りまとめた値である。

- ・報告対象となる病院7,370施設、有床診療所7,168施設のうち、3月31日までにデータクリーニングが完了した病院7,236施設(98.2%)、有床診療所6,627施設(92.5%)のデータを集計した。(2月16日時点の医療機関全体の報告率 95.6%)
- ・集計対象施設における許可病床数合計は、1,270,683床  
( cf. 医療施設調査(動態)における平成27年6月末時点の許可病床(一般、療養)の総数は1,331,374床)

### 《2015(平成27)年7月1日時点の病床機能別の病床数(許可病床)》



	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
一般病床	169,367	590,144	76,072	87,026	922,609
療養病床	0	2,490	53,028	266,502	322,020
合計	169,367	592,634	129,100	353,528	1,244,629
構成比(2015年)	13.6%	47.6%	10.4%	28.4%	100.0%
構成比(2014年)	15.5%	47.1%	8.8%	28.6%	100.0%

(注) 集計対象施設のうち、2015年7月1日時点の病床の機能について未回答の病床が26,054床分あり、上表には含めていない。

# 病床の機能別分類の境界点(C1～C3)の考え方

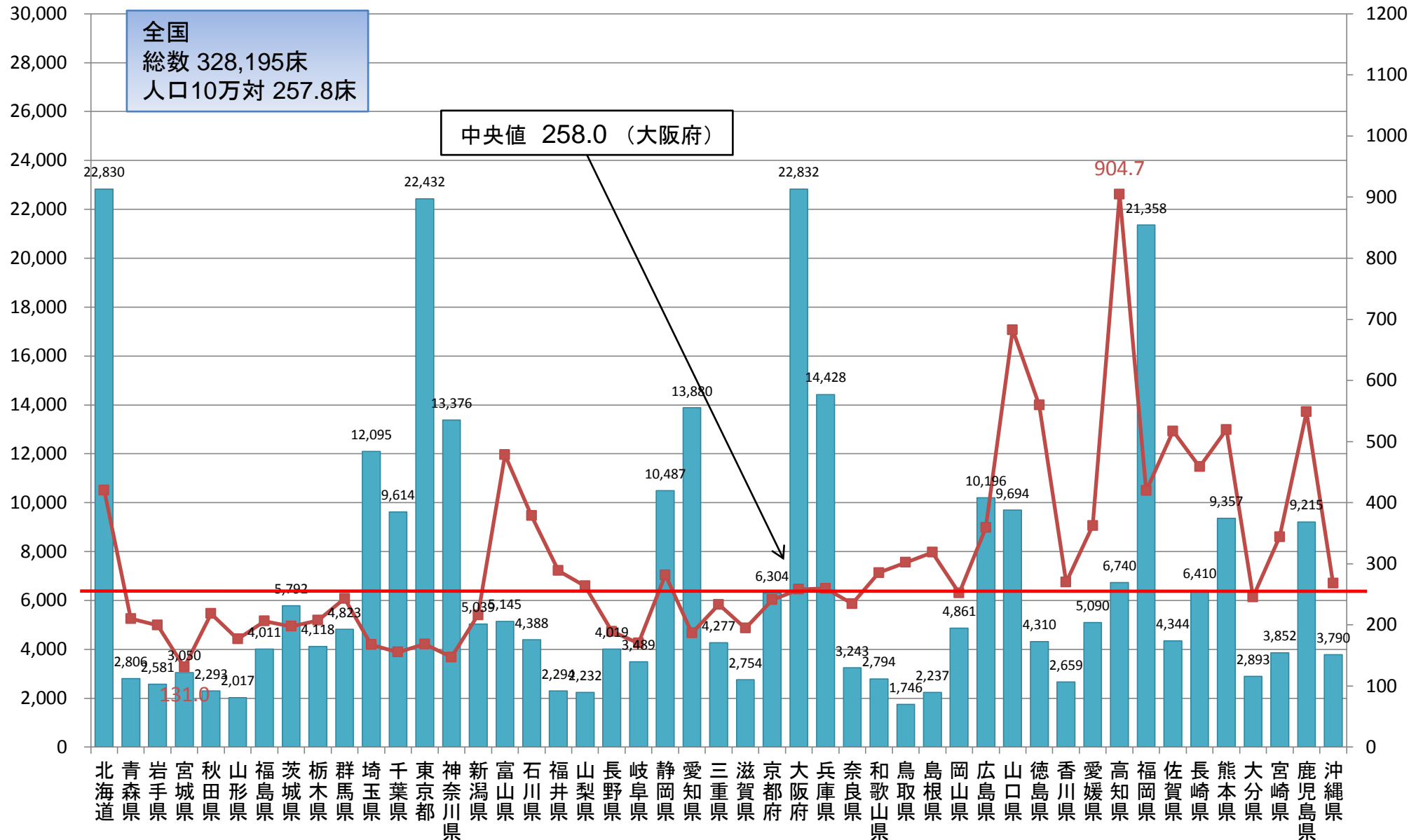
	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期	<p>C1 3,000点</p> <p>C2 600点</p> <p>C3 225点</p>	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療(一般病棟等で実施する医療も含む)から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期		急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量
回復期		在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量
※		ただし、境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を見込み175点で推計する。

※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

# 療養病床数（都道府県別、人口10万対）

全国  
総数 328,195床  
人口10万対 257.8床

中央値 258.0（大阪府）



厚生労働省「平成25年(2013)医療施設(動態)調査」

療養病床数

※病院の療養病床数(診療所は含まない)

# 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

## 【現 状:2013年】

134.7万床(医療施設調査)

病床機能報告  
123.4万床  
[2014年7月時点]\*



## 【推計結果:2025年】

※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)  
115~119万床程度※1



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区分別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

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

29.7~33.7万人程度※3

医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

\* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。

なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度

※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度

※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

# 都道府県の地域医療構想の策定の進捗状況

(平成28年8月31日現在)

## <構想策定の予定時期>

- 都道府県における地域医療構想の策定予定時期は、
- ・「平成27年度中に策定済み」が12（26%）
  - ・「平成28年度（8月31日まで）に策定済み」が7（15%）
  - ・「平成28年度半ばの策定予定」が16（34%）
  - ・「平成28年度中の策定予定」が12（26%）
- となっている

### 平成28年度中：12府県（26%）

福島、茨城、新潟、富山、長野、  
三重、京都、高知、福岡、長崎、  
熊本、沖縄

### 平成27年度中：12府県（26%）

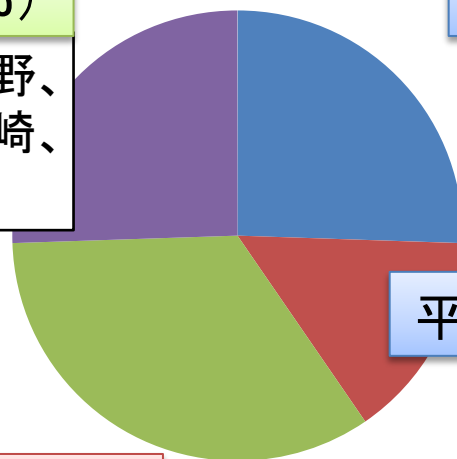
青森、岩手、栃木、千葉、静岡、滋賀、  
大阪、奈良、岡山、広島、愛媛、佐賀

### 平成28年度（8月31日まで）：7都県（15%）

東京、福井、山梨、岐阜、和歌山、  
山口、大分

### 平成28年度半ば：16道県（34%）

北海道、宮城、秋田、山形、群馬、埼玉、神奈川、石川、愛知、兵庫、  
鳥取、島根、徳島、香川、宮崎、鹿児島

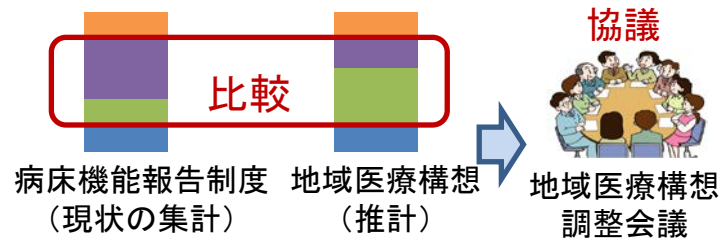


# 地域医療構想の実現プロセス

1. まず、医療機関が「地域医療構想調整会議」で協議を行い、機能分化・連携を進める。  
都道府県は、地域医療介護総合確保基金を活用。
2. 自主的な取組や協議だけでは、機能分化・連携が進まない場合には、医療法に定められた都道府県知事役割を適切に発揮。

## STEP1 医療機関による自主的な取組と「地域医療構想調整会議」での協議

- 病床機能報告制度等による現状と、地域医療構想の将来の必要病床数を比較し、どの機能の病床が不足しているか等を検討。
- それを基に、医療機関が自主的に病床の機能転換。また、地域ごとの「地域医療構想調整会議」において、医療機関相互の協議を行い、機能化・連携について議論・調整。



## STEP2 「地域医療介護総合確保基金」により支援

- 都道府県は、「地域医療介護総合確保基金」を活用して、医療機関の機能分化・連携を支援。
- ・ 病床機能の転換等に伴う施設整備・設備整備の補助等を実施。

自主的な取組や協議だけでは、機能分化・連携が進まない場合は、

## STEP3 都道府県知事による適切な役割の発揮

都道府県知事は、医療法上の役割を適切に発揮し、機能分化・連携を推進。

### 【医療法に定められている都道府県の権限】

- ① 地域で既に過剰になっている医療機能に転換しようとする医療機関に対して、転換の中止の要請・勧告（民間医療機関）及び命令（公的医療機関）
- ② 医療機関に対して、不足している医療機能を担うよう、要請・勧告（民間医療機関）及び命令（公的医療機関）
- ③ 新規開設の医療機関に対して、地域医療構想の達成に資する条件を付けて許可
- ④ 稼働していない病床の削減を要請・勧告（民間医療機関）及び命令（公的医療機関）

※ ①～④の実施には、都道府県の医療審議会の意見を聴く等の手続きを経る必要がある。

※ 勧告や命令に従わない医療機関には、医療機関名の公表や



○ 今後、都道府県が策定する「地域医療構想」の実現に向けて、以下の対応を図っていくことが必要。

1. 回復期の充実(急性期からの病床転換)
2. 医療従事者の需給見通し、養成数の検討
3. 慢性期の医療ニーズに対応する医療・介護サービスの確保について

### 1. 回復期の充実(急性期からの病床転換)等について

○ 急性期中心の病棟から回復期(リハビリや在宅復帰に向けた医療)の病棟への転換など自主的な取組を進める必要。

※ 回復期をはじめとして不足している医療機能を充足していくことが必要。

○ その際に必要な施設・設備の整備は、「地域医療介護総合確保基金」により、補助を行い、病床転換を誘導。

※ 「地域医療介護総合確保基金」(H28年度予算案は、1628億円(医療分904億円、介護分724億円))は、

- |                    |                  |
|--------------------|------------------|
| 1 病床の機能分化・連携に関する事業 | 2 在宅医療の推進        |
| 3 介護施設等の整備に関する事業   | 4 医療従事者の確保に関する事業 |
| 5 介護従事者の確保に関する事業   |                  |
- が対象。

医療分は、特に、1の「病床の機能分化・連携に関する事業」に重点的に配分。

○ また、各機能の必要な看護師等の人数も異なることなどを踏まえ、転換に当たって妨げとならないような適切な診療報酬の設定が必要。

### 2. 医療従事者の需給見通し、養成数の検討について

○ 地域医療構想との整合性を確保しつつ、医療従事者の需給を見通し、その確保策、地域偏在対策等について検討する「医療従事者の需給に関する検討会」を平成27年12月から開催。

※ ①医師、②看護職員、③理学療法士・作業療法士のそれぞれに分科会を設置し、平成28年内を目途に最終的な報告書を取りまとめ。

○ 医師については、平成29年度までの医学部定員の暫定増の取扱い及び地域偏在対策の論点に関する中間報告を5月末を目途にとりまとめ、その後、地域偏在対策や今後の医学部定員の在り方等について検討。



### 3. 慢性期の医療ニーズに対応する医療・介護サービスの確保について

#### 基本的考え方

- 今後10年間の慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な慢性期の病床の確保とともに、在宅医療や介護施設、高齢者住宅を含めた医療・介護サービスの確保が必要。病床の機能分化・連携の推進と同時に、こうした医療・介護サービスの確保を着実に進める。

#### (1) 基金を活用した在宅医療、介護施設等の計画的な整備

- ・ 「地域医療介護総合確保基金」を有効的に活用して、在宅医療・介護施設等を着実に整備。
  - ※ 「地域医療介護総合確保基金」  
「在宅医療の推進に関する事業」「介護施設等の整備に関する事業」に活用して、整備を推進。
- ・ 特に、平成30年度から始まる第7次医療計画及び第7期介護保険事業(支援)計画には、必要なサービス見込み量を記載し、計画的・整合的に確保。

#### (2) 慢性期の医療・介護ニーズに対応できるサービス提供体制の見直し

- ・ (1)に加えて、厚生労働省に「療養病床の在り方等に関する検討会」を設置し、慢性期の医療ニーズに対応する今後の医療・介護サービス提供体制について、具体的な改革の選択肢の整理等を実施。
- ・ 今後、検討会の報告を踏まえ、社会保障審議会の部会において、制度改正に向けた議論を開始。

# 療養病床の在り方等に関する検討会

## 目 的

- 本年3月に定められた地域医療構想ガイドラインでは、慢性期の病床機能及び在宅医療等の医療需要を一体として捉えて推計するとともに、療養病床の入院受療率の地域差解消を目指すこととなった。
- 地域医療構想の実現のためには、在宅医療等に対応する者について、医療・介護サービス提供体制の対応方針を早期に示すことが求められている。
- 一方、介護療養病床については、平成29年度末で廃止が予定されているが、医療ニーズの高い入所者の割合が増加している中で、今後、これらの方々を介護サービスの中でどのように受け止めていくのか等が課題となっている。
- このため、慢性期の医療ニーズに対応する今後の医療・介護サービス提供体制について、療養病床の在り方をはじめ、具体的な改革の選択肢の整理等を行うため、本検討会を開催する。

## 検討事項

- (1) 介護療養病床を含む療養病床の今後の在り方
- (2) 慢性期の医療・介護ニーズに対応するための(1)以外の医療・介護サービス提供体制の在り方

## 構成員

(◎は座長、○は座長代理)

- |                                   |                            |
|-----------------------------------|----------------------------|
| ・池端 幸彦 (医療法人池慶会理事長・池端病院院長)        | ・瀬戸 雅嗣 (社会福祉法人栄和会理事・総合施設長) |
| ・井上 由起子 (日本社会事業大学専門職大学院教授)        | ○田中 滋 (慶応義塾大学名誉教授)         |
| ・猪熊 律子 (読売新聞東京本社社会保障部部長)          | ・土屋 繁之 (医療法人慈繁会理事長)        |
| ◎遠藤 久夫 (学習院大学経済学部教授)              | ・土居 文朗 (慶応義塾大学経済学部教授)      |
| ◎尾形 裕也 (東京大学政策ビジョン研究センター特任教授)     | ・東 秀樹 (医療法人静光園理事長・白川病院院長)  |
| ・折茂 賢一郎 (中之条町介護老人保健施設六合つつじ荘センター長) | ・松田 晋哉 (産業医科大学医学部教授)       |
| ・嶋森 好子 (慶応義塾大学元教授)                | ・松本 隆利 (社会医療法人財団新和会理事長)    |
| ・鈴木 邦彦 (日本医師会常任理事)                | ・武藤 正樹 (国際医療福祉大学大学院教授)     |

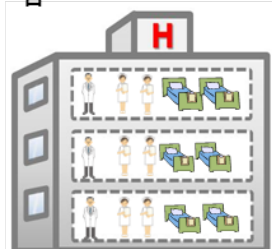
## 今後のスケジュール (予定)

- 月に1～2回程度開催し、年内を目途に検討会としての報告をとりまとめ
- 年明け以降、検討会の報告を踏まえ、社会保障審議会の医療部会、介護保険部会等において、制度改正に向けた議論を開始。

# 慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービスモデル（イメージ）

## 医療機関 (医療療養病床 20対1)

- 医療区分ⅡⅢを中心とする者
- 医療の必要性が高い者



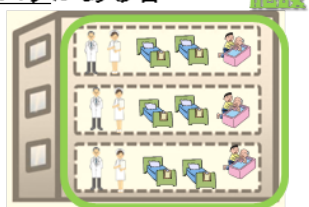
- 人工呼吸器や中心静脈栄養などの医療
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)
- 介護ニーズは問わない

## 医療機能を内包した施設系サービス

〔患者像に併せて柔軟な人員配置、財源設定等ができるよう、2つのパターンを提示〕

### 新(案1-1)

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要
- 医療の必要性が比較的高く、容体が急変するリスクがある者



- 喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)又はオンコール体制
- 高い介護ニーズに対応

▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例



### 新(案1-2)

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要
- 医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者



- 多様なニーズに対応する日常的な医学管理
- オンコール体制による看取り・ターミナルケア
- 多様な介護ニーズに対応

▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例



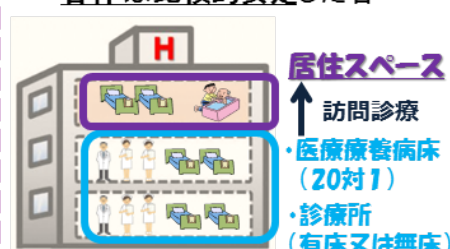
## 医療を外から提供する、 居住スペースと医療機関の併設

- 医療機能の集約化等により、20対1病床や診療所に転換
- 残りスペースを居住スペースに

### 新(案2)

医療機関  
に併設

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要
- 医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者



今後の人口減少を見据え、病床を削減。スタッフを居住スペースに配置換え等し、病院又は診療所(有床、無床)として経営を維持。

- 多様なニーズに対応する日常的な医学管理
- 併設する病院・診療所からのオンコール体制による看取り・ターミナルケア
- 多様な介護ニーズに対応

(注) 居住スペースと医療機関の併設について、現行制度においても併設は可能だが、移行を促進する観点から、個別の種類としての基準の緩和について併せて検討することも考えられる。

現行の  
特定施設入居  
者生活介護

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要
- 医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者



診療所等

○医療は外部の病院・診療所から提供

- 多様な介護ニーズに対応

# 地域医療構想の実現に係る課題抽出の取組

(地域医療構想策定ガイドラインより抜粋)

- 地域の医療提供体制の現状を把握し、地域医療構想を実現する上での課題を抽出することが重要。
- 課題を抽出するにはレセプトデータや消防庁などのデータを有効に活用。
- 抽出した課題を解決するためには、地域医療構想調整会議に参加する関係者等で、データを基に認識を共有し、十分な議論を行うことが重要。

## ア) 病床機能報告による現状と地域医療構想における必要病床数との比較

⇒ 病床の機能の分化及び連携について、まずは病床機能報告制度によって、各医療機関が担っている病床の機能の現状を把握・分析する。

(1) 将来の医療需要を推計 ⇒ 地域医療構想策定支援ツール(必要病床推計ツール)を活用

(2) 現時点と将来の医療需要との比較 ⇒ 病床機能報告制度を活用し上記と比較

## イ) 病床の機能区分ごとにおける構想区域内の医療機関の状況の把握

⇒ 主な疾患(がん、脳卒中、心筋梗塞等)に対応できる医療機関の分布や、提供されている医療の内容に関する情報など、資料やデータに基づき検討

(1) 患者の流入の状況 ⇒ 二次医療圏別のNDB・DPCデータを活用(事例1)

(2) 全国と県全体または二次医療圏別の診療実績比較 ⇒ 年齢調整標準化レセプト出現比を活用(事例2)

(3) 各医療機関の診療実績 ⇒ DPCデータを活用(事例3)

(4) 患者の医療機関へのアクセス状況 ⇒ DPCと移動時間の解析の活用(事例4-1、4-2)

## ① NDBデータ

- ・ 医療行為別の患者の流出入の把握

【分析例】二次救急を、患者住所地の医療圏で受けることができるかの確認

## ② 年齢調整標準化レセプト出現比(SCR)

- ・ 地域ごとの疾患毎レセプトの出現状況を全国平均と比較

【分析例】さまざまなレセプトの出現頻度を他地域と比較することで不足する診療行為を確認

## ③ DPCデータ

- ・ 当該医療圏で欠けている医療機能はないかを確認(特に、5疾病5事業に関わる主要疾患)
- ・ 各病院の機能が年度間で安定しているかを確認
- ・ 圏域内の各病院の機能分化の状況を把握

【分析例】圏域内の各病院の診療パターンより、機能分化の度合いを確認

## ④ アクセスマップと人口カバー率

- ・ DPCの疾病分類ごとの治療を行う医療機関までの移動時間による解析

【分析例】DPCの疾患分類ごとに、患者の医療機関へのアクセスに係る課題を分析

\* その他にも、医療計画策定支援ツールなどを利用して、現状の医療提供体制とその課題について分析する。

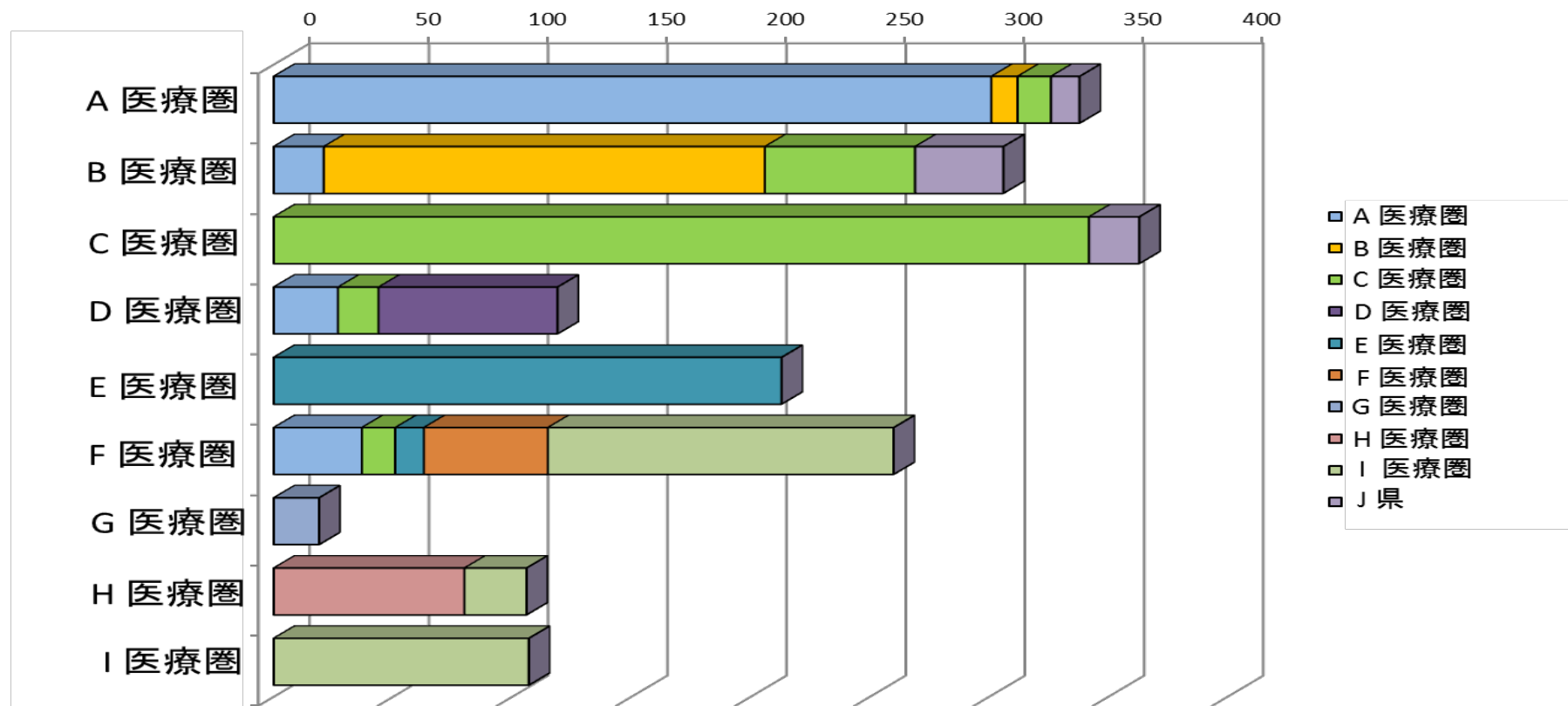


# (事例1) NDBデータを利用した患者の流出入について

NDBデータを基に、患者住所地と医療機関所在地の2つのデータから分析することにより、医療圏別にみた患者の流出入の状況を把握し、医療圏における自己完結度を検討する。

次のグラフは、A県における虚血性心疾患のカテーテル実施件数を示している。例えば、E医療圏では、自医療圏でほとんどの当該医療行為を行っている。一方で、F医療圏では、自医療圏のみでなく、他のA医療圏やI医療圏で当該医療行為を行っており、患者が流出していることがわかる。

【解析例】 A県における虚血性心疾患に対するカテーテル治療の実施件数

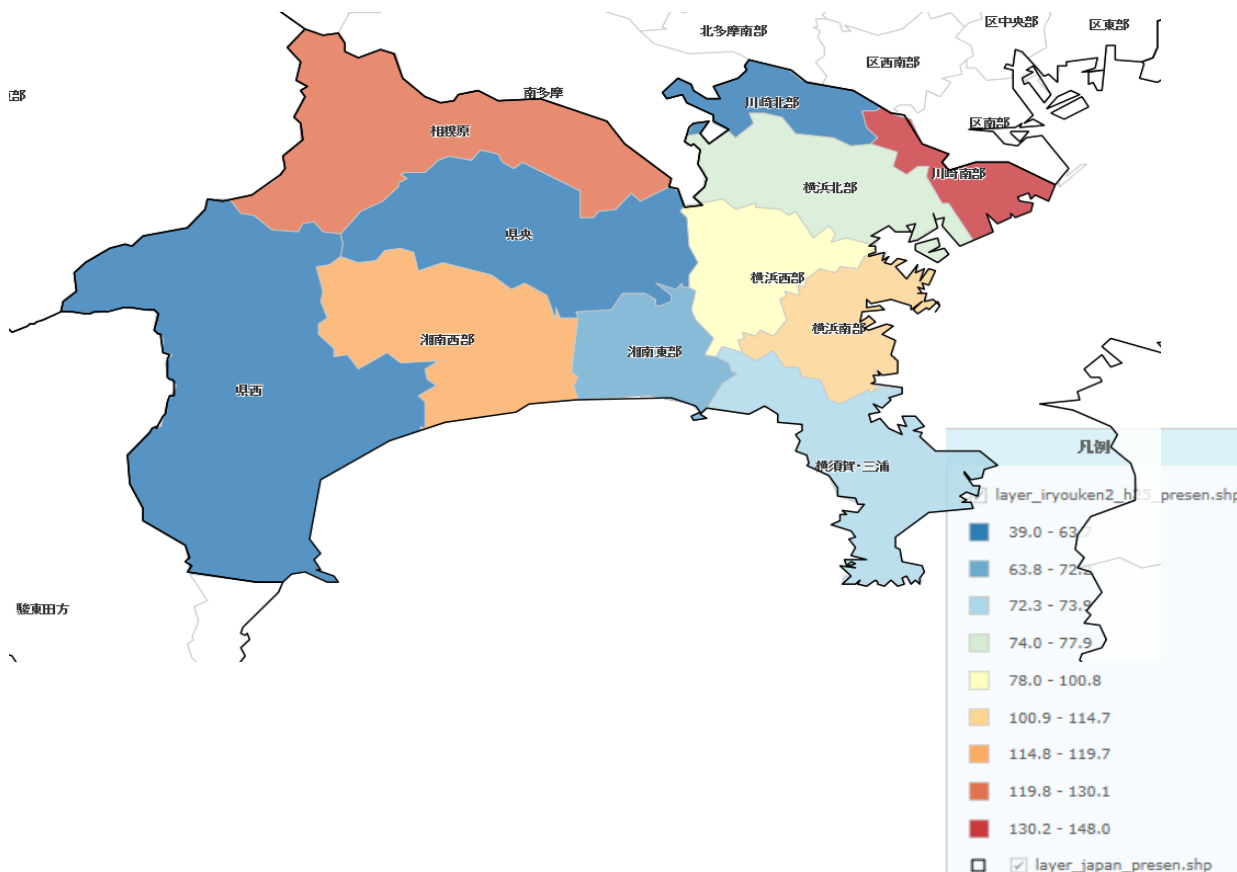


# (事例2)レセプトを利用した医療提供体制の評価について

ある診療行為に係るレセプト数を地域の年齢・人口構成で補正した値(略称SCR)を算出し、地図上で可視化する。当該医療行為を全国平均と比較することで、各2次医療圏の医療提供体制を相対評価する。

次の地図は、胃癌に対する内視鏡的手術件数のSCRを2次医療圏ごとに塗り分けた。

年齢調整標準化レセプト出現比(SCR)を用いた医療提供体制の評価(胃癌・内視鏡的手術)



## 年齢調整標準化レセプト出現比

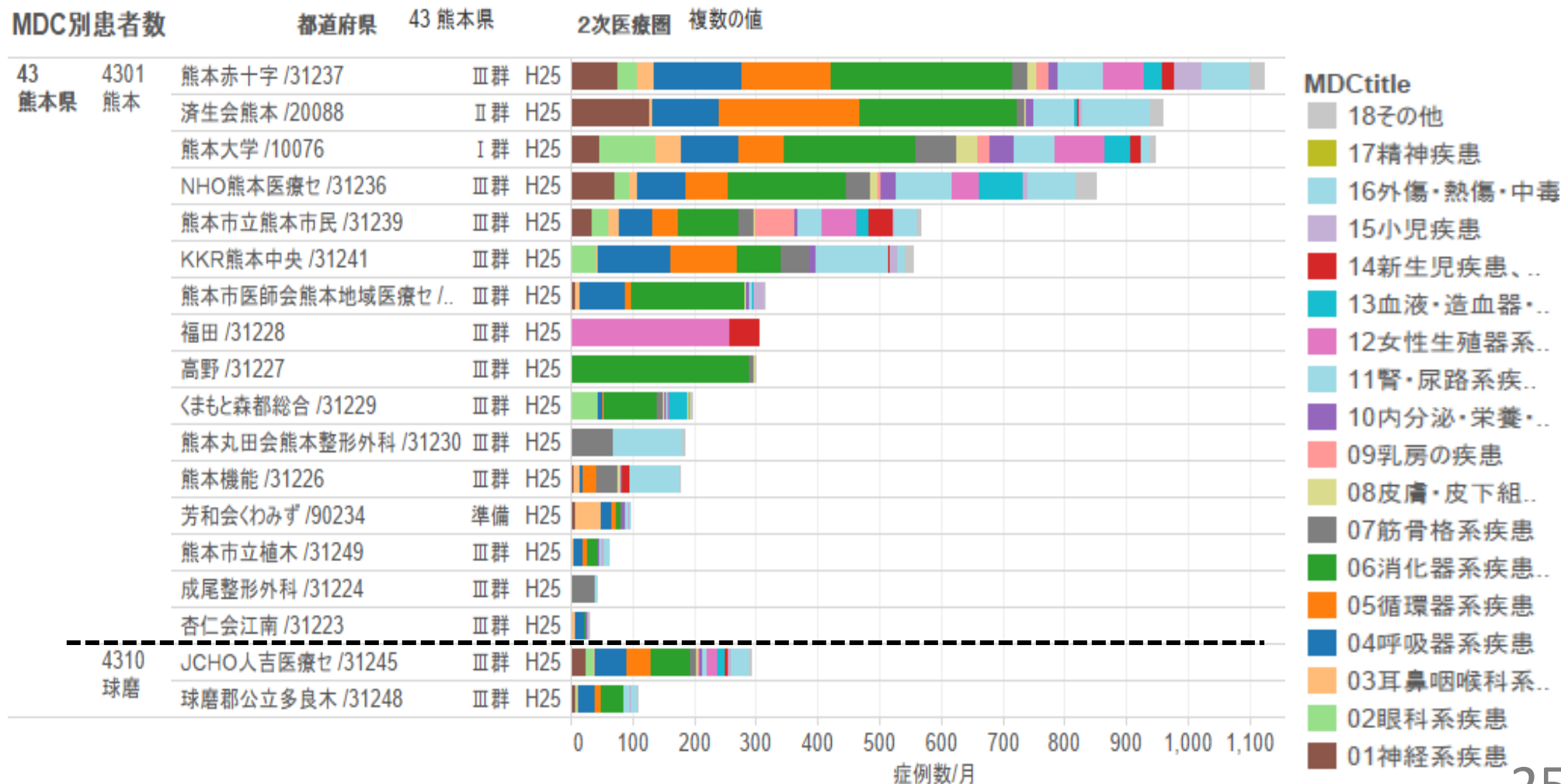
$$SCR = \frac{\sum \text{年齢階級別レセプト実数}}{\sum \text{年齢階級別レセプト期待数}} \times 100$$

$$= \frac{\sum \text{年齢階級別レセプト数} \times 100}{\sum \text{年齢階級別人口} \times \text{全国の年齢階級別レセプト出現率}}$$

- ・ 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

# (事例3)DPCデータを利用した地域における医療提供体制の評価

DPCデータを用いて、医療機関ごとの患者数をMDC(臓器別の分類)別に集計したもの。  
 ほぼ診療科に対応しているMDC別に集計することによって、各医療機関の有する医療機能を把握したり、地域で欠けている医療機能がないかを確認したりすることが可能。



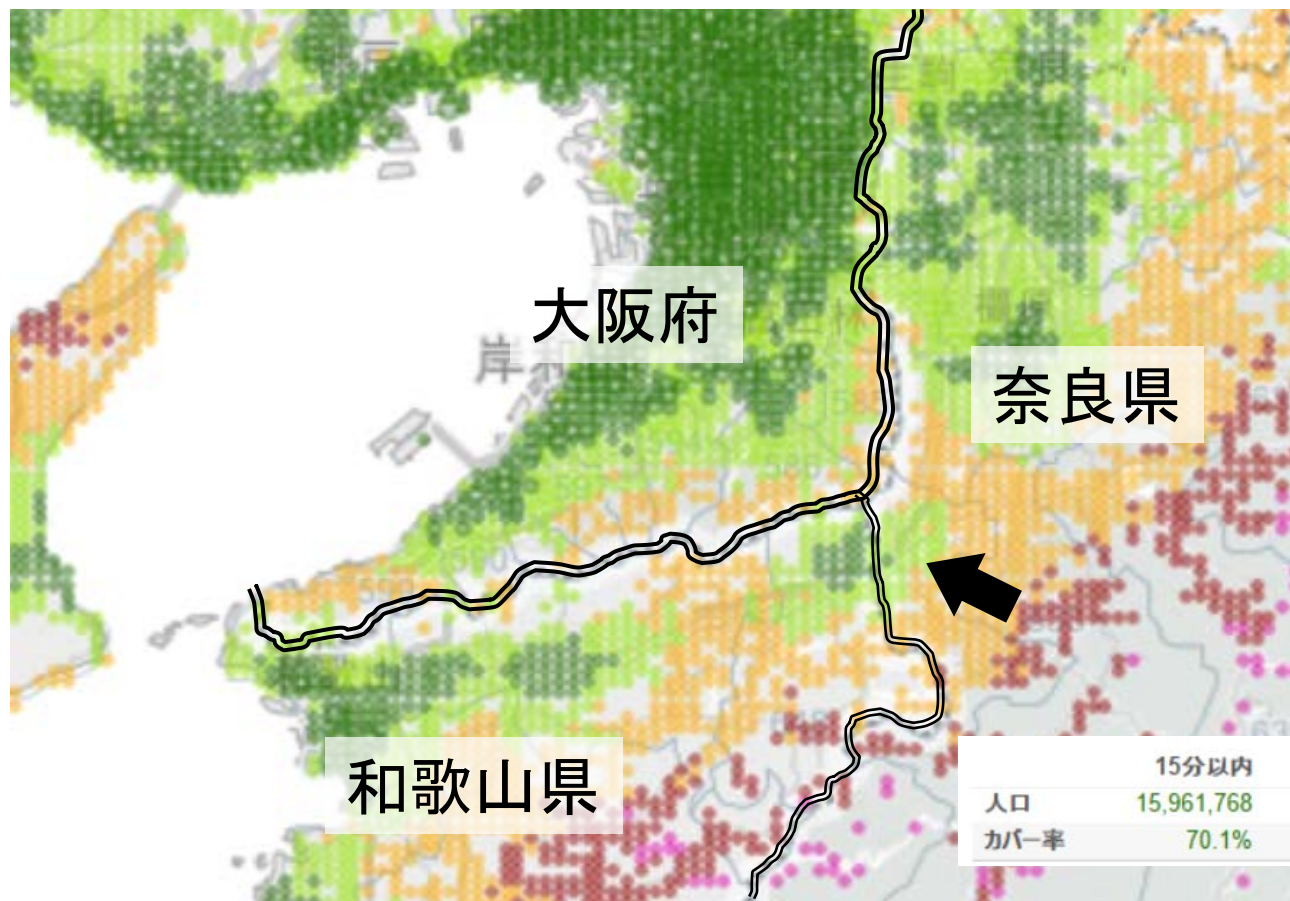


## (事例4) 県境を超えた患者の医療機関へのアクセス

医療機関へのアクセスに関しては、自県内の医療圏別の分析だけでなく、県境については、他県の医療機関へのアクセスも含めて検討する。

次の地図は、奈良県・和歌山県・大阪府の県間を含めた、急性心筋梗塞・再発性心筋梗塞の医療機関へのアクセスマップ。

奈良県・和歌山県・大阪府・兵庫県における「急性心筋梗塞・再発性心筋梗塞」の搬送時間別人口カバー率



奈良県の一部には、和歌山県の医療圏へのアクセス時間が短い人口が分布することを示している(黒矢印)。

	15分以内	30分以内	60分以内	90分以内	90分超
人口	15,961,768	4,947,887	1,483,033	286,777	78,154
カバー率	70.1%	91.9%	98.4%	99.7%	100.0%

### 3 医療計画について

---

# 医療・介護制度および関連施策に係る検討会のスケジュール

平成28年度

平成29年度

平成30年度

医療介護  
総合確保促進法

医療介護総合確保促進会議

総合確保  
方針改定

医療計画の見直し等に関する検討会

医療計画  
作成指針

医療計画

ワーキンググループでの議論  
(地域医療構想・地域包括ケア)

医療計画の  
策定

第7次  
医療計画

※第7次からは、  
地域医療構想も  
含めた一体的な  
計画とする。

第6次医療計画

地域医療構想

地域医療構想の策定

進捗管理およ  
び適宜見直し

関連施策に係る検討会

・これからの精神保健医療福  
祉のあり方に関する検討会

・周産期医療体制のあり方に  
関する検討会

・医療従事者の需給に関す  
る検討会

・がん診療提供体制のあり方  
に関する検討会

医療機能の分化・連  
携と地域包括ケアシ  
ステムの構築を一  
体的に推進

介護保険事業  
(支援)計画

介護保険事業  
計画基本指針

介護保険事業(支  
援)計画策定作業

第7期介護保険  
事業計画

第6期介護保険事業計画

# 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	○ <b>病院の施設基準</b> 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と医療施設の連携の推進</u> を目指したものの。	○ <b>医療計画制度</b> 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及び連携の促進</u> 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 ○ <b>医療計画制度の充実</b> ・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 ○ <b>医療計画制度の見直し</b> ・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等を通じた医療機能の分化・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 ○ <b>医療計画制度の見直し</b> ・ <b>4疾病5事業</b> の具体的な医療連携体制を位置付け
平成26年 第六次改正	「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 <u>医療機能</u> の強化、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、 <b>在宅医療の充実</b> 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PDCAサイクル ○5事業に加え、在宅医療を重点事業に ○精神疾患を既存の4疾病に追加し、5疾病となった

# 医療計画制度について

## 趣旨

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

## 平成25年度からの医療計画における記載事項

- 新たに精神疾患を加えた五疾病五事業(※)及び在宅医療に係る目標、医療連携体制及び住民への情報提供推進策

※ 五疾病五事業…五つの疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患)と五つの事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む))をいう。災害時における医療は、東日本大震災の経緯を踏まえて見直し。

- 地域医療支援センターにおいて実施する事業等による医師、看護師等の医療従事者の確保
- 医療の安全の確保      ○ 二次医療圏(※)、三次医療圏の設定      ○ 基準病床数の算定      等

※ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入・流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

## 【医療連携体制の構築・明示】

- ◇ 五疾病五事業ごとに、必要な医療機能(目標、医療機関に求められる事項等)と各医療機能を担う医療機関の名称を医療計画に記載し、地域の医療連携体制を構築。
- ◇ 地域の医療連携体制を分かりやすく示すことにより、住民や患者が地域の医療機能を理解。
- ◇ 指標により、医療資源・医療連携等に関する現状を把握した上で課題の抽出、数値目標を設定、施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う(疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進)。



# 医療計画の内容

医療計画作成指針(医療計画について(医政発0330第28号 平成24年3月30日)別紙)

## 1 医療計画の基本的な考え方

医療計画作成の趣旨、基本理念、医療計画の位置づけ、期間等、医療計画を作成するに当たって、都道府県における基本的な考え方を記載する。

## 2 地域の現状

医療計画の前提条件となる地域の現状について記載する。

(指標の例)

地勢と交通、人口構造(その推移、将来推計を含む。)、人口動態(その推移、将来推計を含む。)、住民の健康状況、住民の受療状況、医療提供施設の状況

## 3 5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれにかかる医療連携体制

5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれについて、以下の内容を患者や住民にわかりやすいように記載する。

- (1) 患者動向や、医療資源・連携等の医療提供体制について把握した現状
- (2) 必要となる医療機能
- (3) 課題、数値目標、数値目標を達成するために必要な施策
- (4) 原則として、各医療機能を担う医療機関等の名称
- (5) 評価・公表方法等

なお、記載に当たっては、公的医療機関及び社会医療法人の役割、歯科医療機関(病院歯科、歯科診療所)の役割、薬局の役割にも留意する。

## 4 疾病の発生状況等に照らして都道府県知事が特に必要と認める医療

## 5 医療従事者の確保

- 地域医療対策協議会の議論の経過等及びその結果定められた施策
- 地域医療対策協議会の定めた施策に沿って臨床研修医を含む医師の地域への定着が図られるよう、例えば、地域医療支援センター事業等の具体的な事業について記載する。
- 医療従事者の確保の現状及び目標について、可能な限り具体的に記載する。

## 6 医療の安全の確保

## 7 基準病床数

## 8 医療提供施設の整備の目標

- 地域医療支援病院の整備の目標
- その他医療機能を考慮した医療提供施設の整備の目標  
5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれについて、それぞれの医療圏ごとに、都道府県が必要とする医療機能を有する医療提供施設の施設、設備、症例数、平均在院日数等の実態調査を行い、その結果を踏まえ、不足している医療機能についての整備の方法及び目標等について記載する。

## 9 その他医療を提供する体制の確保に関し必要な事項

障害保健対策、結核・感染症対策、臓器移植対策、難病等対策、歯科保健医療対策、血液の確保・適正使用対策、医薬品の適正使用対策、医療に関する情報化、保健・医療・介護(福祉)の総合的な取組などに考慮して、都道府県における疾病等の状況に照らして特に必要と認める医療等について、記載する。

## 10 施策の評価及び見直し

設定した数値目標等を基に、施策の達成状況を検証し、次の医療計画の見直しに反映させることが求められることから、施策の目標等、推進体制と役割、目標の達成に要する期間、目標を達成するための方策、評価及び見直し、進捗状況及び評価結果の広報・周知方法をあらかじめ医療計画に記載する。

# 指標等に関するこれまでの経緯

## 第5次医療計画（平成20年～）

- ・ 4疾病・5事業を位置づけ
- ・ 上記の医療提供体制を推進するためのPDCAサイクルを導入
- ・ 現状把握のための指標や数値目標を例示
  - 指標例：がん検診受診率、喫煙率、緩和ケア実施状況 等
  - 数値目標例：基本方針第7に掲げる諸計画（がん対策推進計画等）に定められる目標を勘案

## 第6次医療計画（平成25年～）

- ・ 精神疾患及び在宅医療を追加し、5疾病5事業及び在宅医療を位置づけ
- ・ 上記に伴い、指標を追加
- ・ 医療計画の実効性を高めるため、また都道府県間の指標設定のばらつきを改善するため、
  - 必須・推奨指標の提示
  - PDCAサイクルの具体的手順へ「課題抽出」「施策」等を指針に追加



# (課題例) 都道府県医療計画における数値目標の設定状況

## ○ 都道府県間が活用する指標の数や種類にばらつきが大きい

- S: Structure** 医療サービスを提供する物質資源、人的資源及び組織体制を測る指標  
**P: Process** 実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標  
**O: Outcome** 医療サービスの結果としての住民の健康状態や満足度を測る指標

都道府県ごとのSPO指標設定状況(上位・下位3県)

単位: 件

	都道府県	S	P	O	合計
上位3県	A県	37	36	14	87
	B県	39	32	13	84
	C県	26	23	7	56
下位3県	D県	3	2	0	5
	E県	1	1	1	3
	F県	0	2	1	3

A県の実例(脳卒中) ※数値は目標値

S: t-PAを用いた血栓溶解療法が可能な病院数55ヶ所

P: t-PAを用いた血栓溶解療法の実施件数460件

O: 年齢調整死亡率(人口十萬対) 男49.6 女23.1

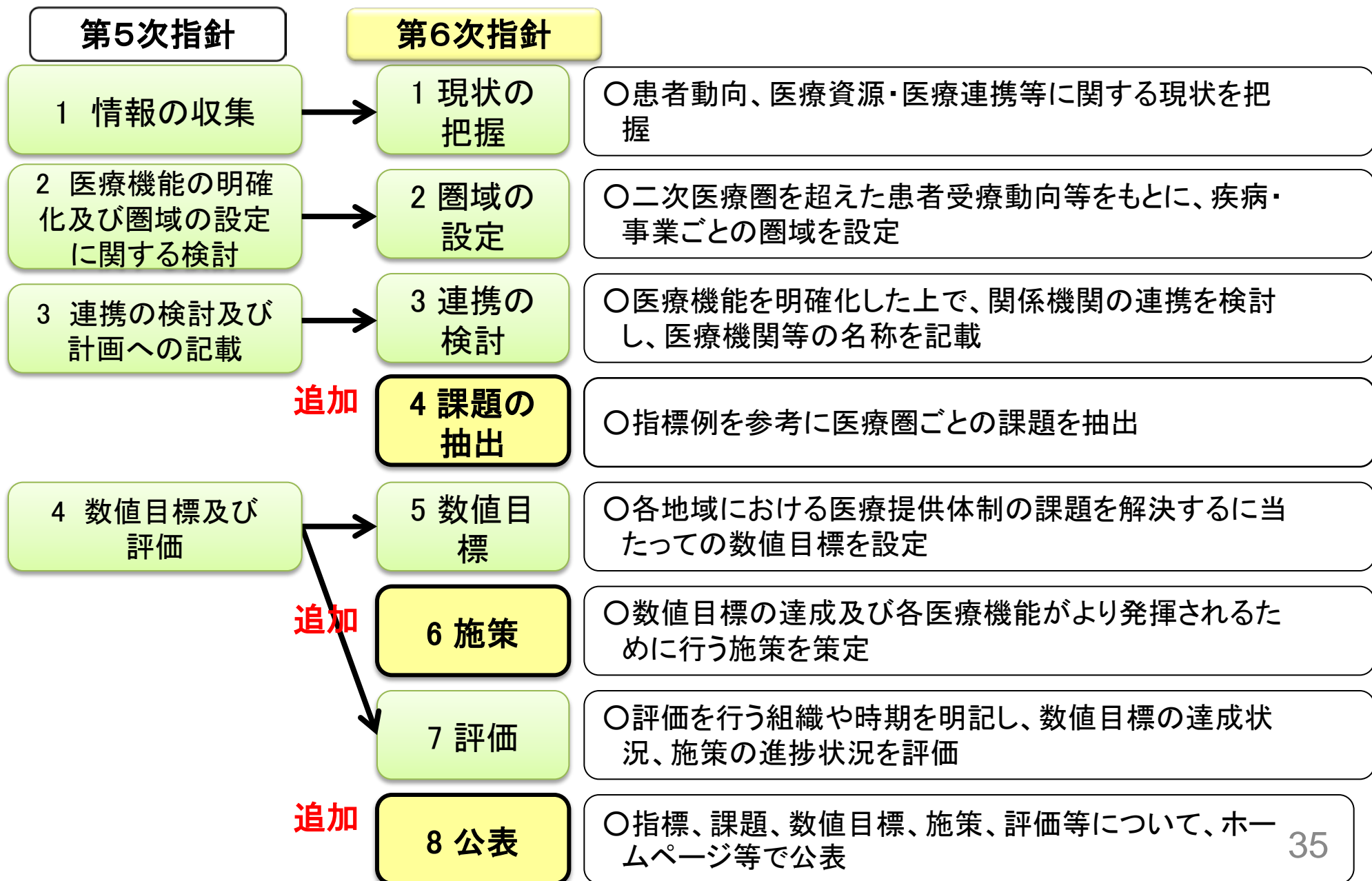
B県の実例(救急) ※数値は目標値

S: 1時間以内に救命救急センターに搬送可能な地域の人口  
カバー率83%

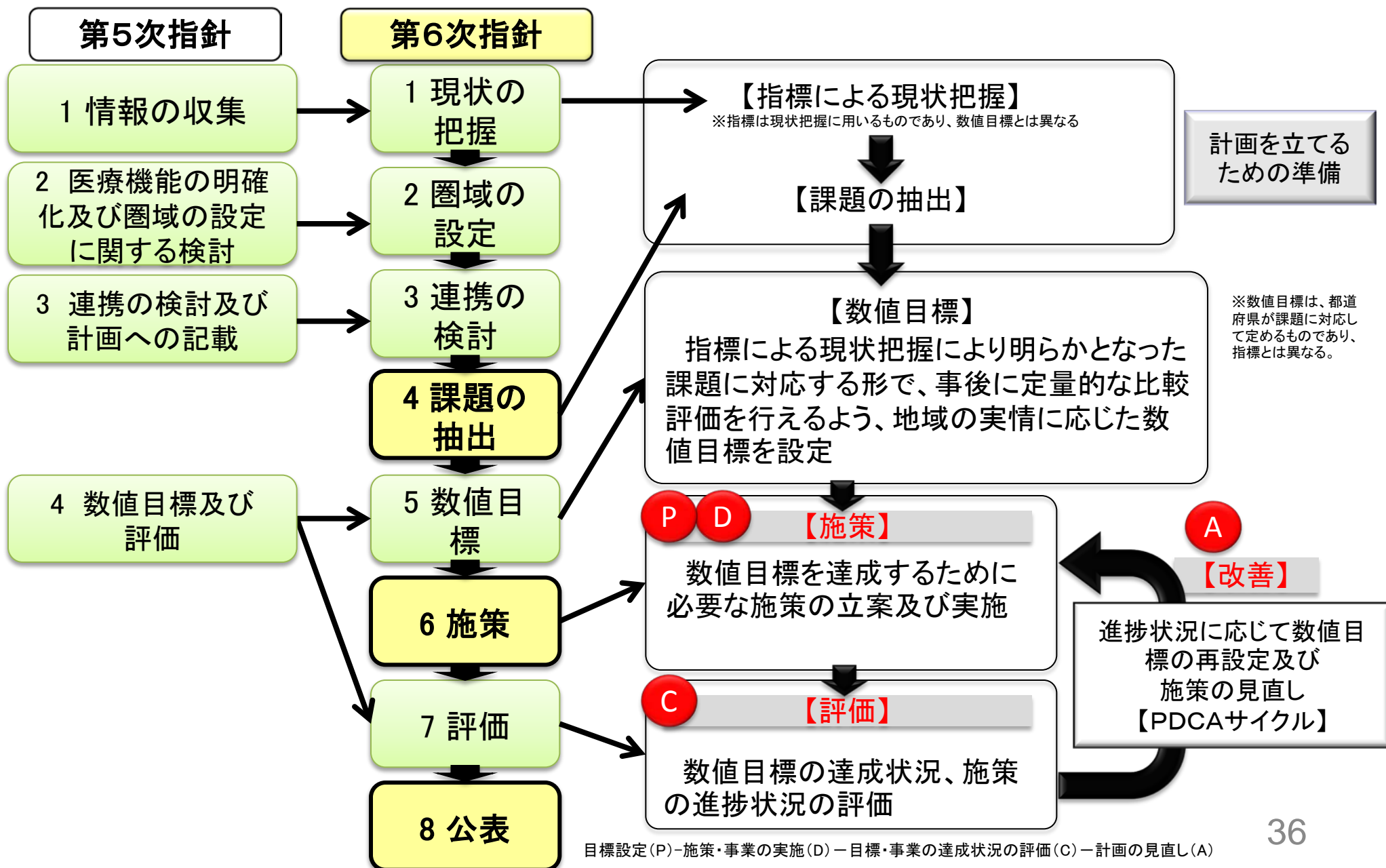
P: 救急搬送するまでに30分以上を要した件数(現状維持)

O: 心肺停止患者の1ヶ月後の予後(3.3%より向上)

# 第6次医療計画の指針「第3 構築の具体的な手順」について



# 「第3 構築の具体的な手順」とPDCAサイクルの関係性について



## (好事例の紹介)高知県における指標を活用したPDCAサイクルの実例

- 周産期医療において、早産予防対策として早産に係る独自指標を設定し、PDCAサイクルを推進した。

### 独自指標による現状分析と数値目標の設定

県の超低出生体重児(1000g未満)の割合が全国比で高いことが判明(H24:全国0.3%、高知0.5%)。

#### 独自指標:

三次周産期医療施設(2施設)への紹介事例のうち、妊娠28週以降まで妊娠を継続できた割合。

#### 数値目標:

上記指標が、事業開始前後で比較して、改善していること。

### PDCAサイクル

#### (P)施策の計画:

子宮頸管長が短縮している症例では、早産をきたす可能性が高くなると指摘されており、短縮が認められた症例については早期介入(安静指示、収縮抑制剤投与、高次医療施設への早期搬送等)を行うことで、早産防止効果が期待される。このため、県内の全妊婦に対して子宮頸管長を測定し早期介入を行う事業を開始。

#### (D)施策の実行:

妊娠中期における頸管長測定を妊婦健診に導入。

#### (C)施策の評価

三次周産期医療施設への紹介事例のうち、妊娠28週以降まで妊娠を継続できた割合が、事業開始前のH24と比較して改善。(H24:38.5% → H25:60.0% → H26:75.0%)

#### (A)施策の改善:

指標の改善について、頸管長測定がもたらした効果及びその他の要因等を検証したうえで、今後の事業の改善を図ることとする。

### 「第3 構築の具体的な手順」におけるPDCAサイクルと好事例の関係性

#### 指針

1 現状の把握

2 圏域の設定

3 連携の検討

4 課題の抽出

5 数値目標

6 施策

7 評価

8 公表

独自指標:

三次周産期医療施設への紹介事例のうち、妊娠28週以降まで妊娠を継続できた割合

【課題の抽出】

県の超低出生体重児(1000g未満)の割合が全国比で高いこと  
(H24:全国0.3%、高知0.5%)

【数値目標】

上記独自指標が、事業開始前後で比較して、改善していること

P D

【施策】

全妊婦に対して子宮頸管長を測定し、短縮がある症例については治療的介入

C

【評価】

事業開始前のH24と比較して上昇。  
(H24:38.5%→ H25:60.0%→ H26:75.0%)

A 【改善】

指標の改善について、頸管長測定がもたらした効果及びその他の要因等を検証したうえで、今後の事業の改善を図る  
【PDCAサイクル】

目標設定(P)－施策・事業の実施(D)－目標・事業の達成状況の評価(C)－計画の見直し(A)

出典:高知県からの聞き取りをもとに、事務局で作成

# 研究班による都道府県のアンケート調査結果(救急) 脳卒中の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命期後医療
ストラクチャー指標	◎ 救急救命士の数 【救急・救助の現状】	救急医療に携わる医師数、看護師数、薬剤師数、放射線技師数			
	医療従事者の救急蘇生法講習の受講率	◎ 救命救急センターの数 【医療施設調査】【救急医療体制調査】	◎ 2次救急医療機関の数 【救急医療体制調査】	◎ 初期救急医療施設の数 【医療施設調査】	
	◎ 住民の救急蘇生法講習の受講率 【救急・救助の現状】	◎ 特定集中治療室を有する病院数・病床数 【医療施設調査】	◎ 医療従事者の2次救命処置講習の受講率		
	○ AEDの公共施設における設置台数 【都道府県調査】				
	◎ 救急車の稼働台数 【救急・救助の現状】				
	◎ 救急救命士が同乗している救急車の割合 【救急・救助の現状】				
	○ 地域メディカルコントロール協議会の開催回数 【都道府県調査】				
	◎ 救急患者搬送数 【救急・救助の現状】				
プロセス指標	◎ 救命の現場に居合わせた者による救命処置実施率	◎ 都道府県の救命救急センターの充実度評価Aの割合 【救命救急センターの評価結果】		◎ 一般診療所のうち、初期救急医療に参画する機関の割合 【医療施設調査】	○ 救急搬送患者の地域連携受入件数 【NDB】
	◎ 心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数 【救急・救助の現状】				
	一般市民のAED使用症例の事後検証実施率				
	救急救命士によって行われる特定行為の件数				
	◎ 救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間 【救急・救助の現状】				
	✕ 1時間以内に救命救急センターに搬送可能な地域の人口カバー率				
	✕ 救命救急センターにおいて、消防機関からの救急搬送受入要請に対して実際に受け入れた患者の割合(救急搬送応需率)				
	✕ ◎ 救急車で搬送する病院が決定するまでに、要請開始から30分以上、あるいは4医療機関以上に要請を行った件数、全搬送件数に占める割合(受け入れ困難事例) 【22年度中の救急搬送における医療機関の受入状況実態調査】				
アウトカム指標	◎ 二次輪番病院の輪番日における、消防機関からの救急搬送受入要請に対して実際に受け入れた患者の割合		◎ 二次輪番病院の輪番日における、消防機関からの救急搬送受入要請に対して実際に受け入れた患者の割合		
	地域メディカルコントロール協議会で事後検証を行った症例数				
	心肺機能停止患者の1ヶ月後の予後 【救急・救助の現状】				

◎:必須指標、○:推奨指標

凡例
 

○ 有用
   
✕ 使用していない、しづらい




# 協議の場（地域医療構想調整会議）の役割

## 医療法（抄）

第三十条の十四 都道府県は、構想区域その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域（第三十条の十六第一項において「構想区域等」という。）ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者（以下この条において「関係者」という。）との**協議の場**（第三十条の二十三第一項を除き、以下「協議の場」という。）を設け、関係者との連携を図りつつ、医療計画において定める将来の病床数の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議を行うものとする。

2・3（略）

参考：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の関係法律の整備等に関する法律（平成26年法律第83号）により導入



協議の場（以下「調整会議」という。）の担う役割として、大きく以下の3つに分類することができるのではないか。

- ① 医療機能の役割分担
- ② 病床機能分化・連携に向けた方策の検討
- ③ 地域住民への啓発

# 調整会議の進め方について

## 地域医療構想策定ガイドライン(抜粋・一部改変)

### 議論の進め方

議論の進め方の例として以下のように示している。

i 地域の医療提供体制の現状と将来目指すべき姿の認識共有

地域医療構想で推計した将来の医療需要や病床機能報告のデータを基に関係者で認識を共有。

ii 地域医療構想を実現する上での課題の抽出

地域の医療提供体制の現状を踏まえ、地域医療構想を実現していく上での課題について議論。

iii 具体的な病床の機能の分化及び連携の在り方について議論

医療機能の充足状況に応じて、各病院等がどのように役割分担を行うか等について議論。

iv 地域医療介護総合確保基金を活用した具体的な事業の議論

iiiで議論して合意した事項を実現するために必要な具体的事業について地域医療総合確保基金の活用も視野に入れ議論。



# 調整会議の役割を踏まえた議論する内容及び進め方の整理

地域医療構想策定ガイドラインを踏まえ、調整会議の役割に応じて議論する内容及び進め方について、次のように整理することとどうか。

## ① 医療機能の役割分担

### 1 構想区域における将来の医療提供体制を構築していくための方向性の共有

#### <公的医療機関等の役割の明確化>

- (1) 将来の医療提供体制を構築していくための方向性を共有するため、まずは、病床規模が比較的大きい200床以上の病院であって、地域における救急医療や災害医療等を担う医療機関が、どのような役割を担うか明確にすることが必要。

その際に、次の内容を踏まえ、調整会議の場で優先的に検討を進めることとどうか。

- ① 新公立病院改革ガイドラインに基づく公立病院改革
- ② 公的医療機関等(※1)が担う医療機能
- ③ 国立病院機構が策定する計画
- ④ 地域医療支援病院及び特定機能病院が担う医療機能 など

また、必要に応じて、医療法第30条の16に規定される権限の行使も視野に入れ、各医療機関の役割の明確化を議論することとどうか。

※1: 公的医療機関等: 医療法第31条に定める公的医療機関(都道府県、市町村その他厚生労働大臣の定める者(地方独立行政法人、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連合会等)の開設する医療機関)及び医療法第7条の2第1項2号から8号に掲げる者(共済組合、健康保険組合、地域医療機能推進機構等)が開設する医療機関

# 調整会議の役割を踏まえた議論する内容及び進め方の整理

## ① 医療機能の役割分担

### 1 構想区域における将来の医療提供体制を構築していくための方向性の共有

#### <上記以外の医療機関の役割の明確化>

- (2) 上記の検討を行い方向性を共有した上で、比較的病床規模の小さい医療機関等については、これらの医療機関との連携や、これらの医療機関が担わない医療機能(例えば、重症心身障害児に対する医療等)や、地域の多様な医療ニーズを踏まえ、それぞれの役割を明確化することとしてはどうか。

#### <将来に病床機能の転換を予定している医療機関>

- (3) 病床機能報告においては、6年後の病床機能も報告されていることから、将来に病床機能の転換を予定している医療機関についても、その転換の内容が地域医療構想の方向性と整合性のあるものとなっているか確認することが必要。
- (4) このほか、地域の住民が望む医療へのかかり方等を聴取し、ニーズを把握することも必要。
- (5) 上記の検討結果を踏まえて、構想区域ごとの将来の医療提供体制を構築していくための方向性を定め、関係者間で共有する。

# 調整会議の役割を踏まえた議論する内容及び進め方の整理

## ① 医療機能の役割分担

### 2 新規に地域医療に参入してくる医療機関や、増床を行い規模の拡大を行う医療機関等への対応

- (1) 今後、高齢化が急速に進み、医療需要の増加が大きく見込まれる地域においては、増床等の整備の必要が生じる。この場合においても、共有した方向性を踏まえ、将来の医療提供体制を構築するために、医療法第7条第5項の行使も視野に入れ、今後必要となる医療機能を担うことを要請していく必要がある。
- (2) また、新規に参入してくる医療機関に対しては、病院の開設の許可を待たず、調整会議への出席を求め、方向性を踏まえ、地域に必要な医療機能等について、理解を深めてもらうよう努める必要がある。
- (3) この他、病床機能を転換する計画等が明らかとなった医療機関については、その方向性が地域医療構想と整合性のあるものとなっているか、適宜、検討する必要がある。

### 3 方向性を共有した上での病床機能分化・連携の推進

- (1) 共有した方向性を踏まえ、各医療機関は将来の担うべき医療機能に向けた病床機能等の転換や、既存の機能の充足を図る。
- (2) 進捗状況については、毎年 of 病床機能報告の結果を、構想区域の関係者間で共有し、方向性と明らかに異なる機能の転換等を行う医療機関については、医療法第30条の15の行使も視野に入れた対応の検討を行う。

# 調整会議の役割を踏まえた議論する内容及び進め方の整理

## ② 病床機能分化・連携に向けた方策の検討

### 1 将来の医療提供体制を実現するために必要な事項の検討

共有した方向性を踏まえ、地域における病床機能の分化・連携を図るにあたり、各医療機関がどの病床機能に今後機能転換するかを明確にするとともに、次のような事項についても検討する。

(明確化すべき事項の例)

- ・ 不足又は充足すべき医療機能について、将来の医療需要の動向を見据え、整備すべきストラクチャー、マンパワー等の見込み
- ・ より質の高い医療を提供するため、地域連携パス等にかかわる関係者間の役割など

### 2 実現するための方策の検討

(1) 各医療機関の有する医療資源を基に、対応が必要な事項について、ストラクチャーの共同利用や、連携によるマンパワーを補う方法等を検討

(検討内容の例)

- ・ 回復期機能を担う医療機関における、PT・OT等の職種の確保
- ・ 医療機能を転換する場合の看護職員等の計画的な雇用 など

(2) 既存の医療資源だけでは対応できない事項については、財政的支援の必要性等を検討し、地域医療介護総合確保基金の都道府県計画への反映について検討

# 調整会議の役割を踏まえた議論する内容及び進め方の整理

## ③ 地域住民への啓発

### 1 共有した方向性を踏まえた、医療へのかかり方の周知

- (1) 共有した方向性を踏まえ、住民に対し、今後の地域における医療提供体制をどのように構築していくかの理解を深めることが必要。

そのため、地域医療構想調整会議で行われている議論について、広く住民に伝え、地域における医療提供体制の課題等の共有を図るため、議事の内容等をホームページ等を通じて、情報提供することも必要ではないか。

その他、例えば、次のような内容について、積極的に地域住民に対して情報提供等を行うことも必要ではないか。

(地域住民と共有する事項の例)

- ・ かかりつけ医を持つことなどを通じた、外来受診等の在り方
- ・ 専門的な医療が必要な病気に罹患した場合の、構想区域を超えて提供される医療など

- (2) また、構想区域における、急性期疾患の罹患から、治療、リハビリ、在宅復帰までの各医療機関の役割分担を示すことで、医療提供体制に関する、患者の理解を深める。

## 4 在宅医療の推進について

---

# 死亡数の年次推移

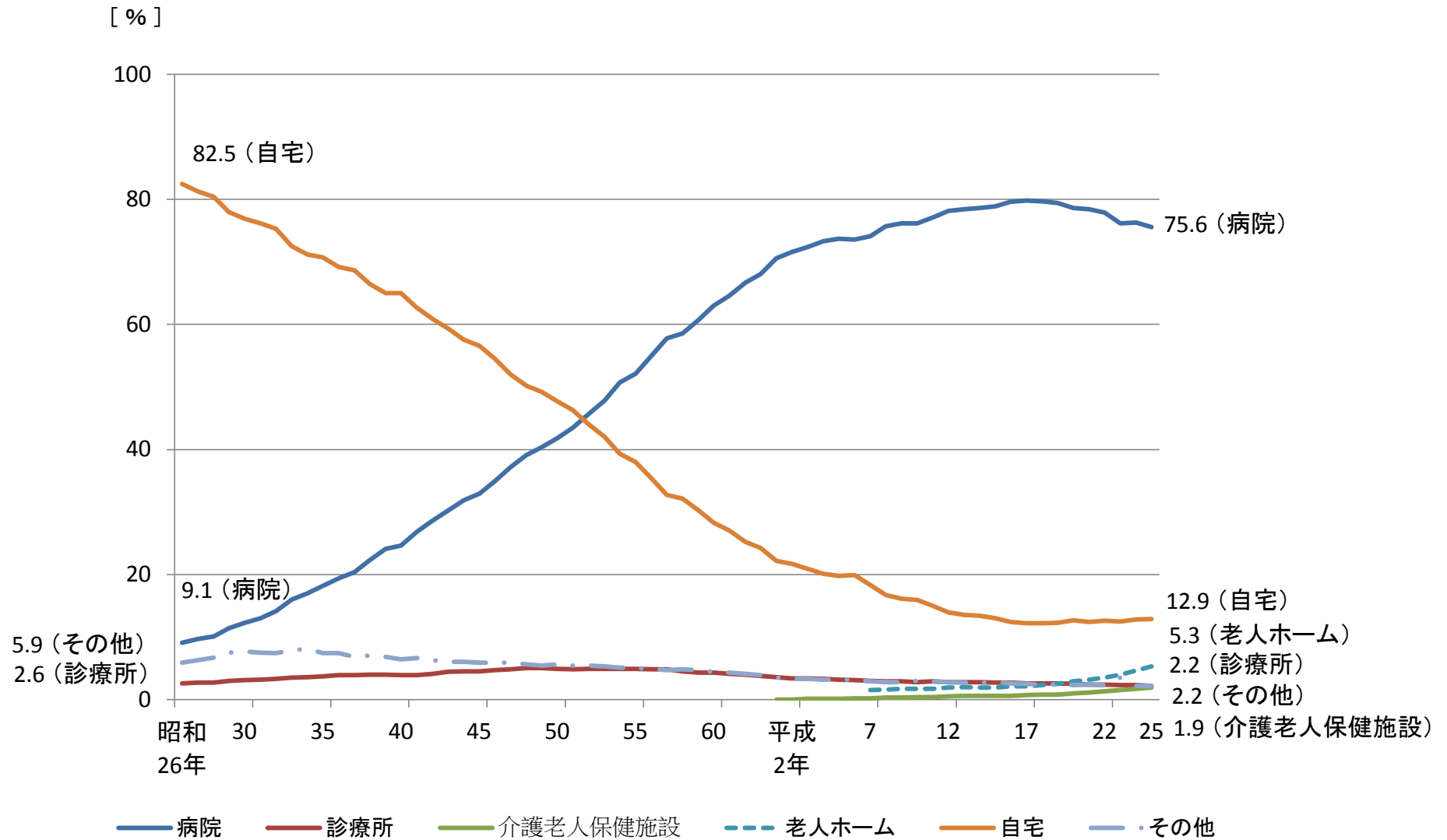


出典) 平成22年までは厚生労働省「人口動態統計」

平成23年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」(出生中位・死亡中位)



# 死亡場所の推移



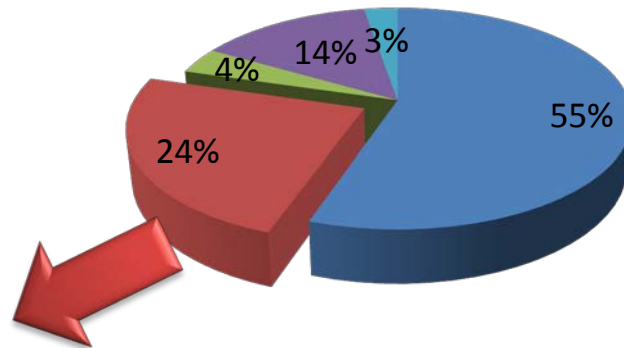
※ 老人ホームとは、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいう。  
平成6年までは、老人ホームでの死亡は、自宅又はその他に含まれている。

資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

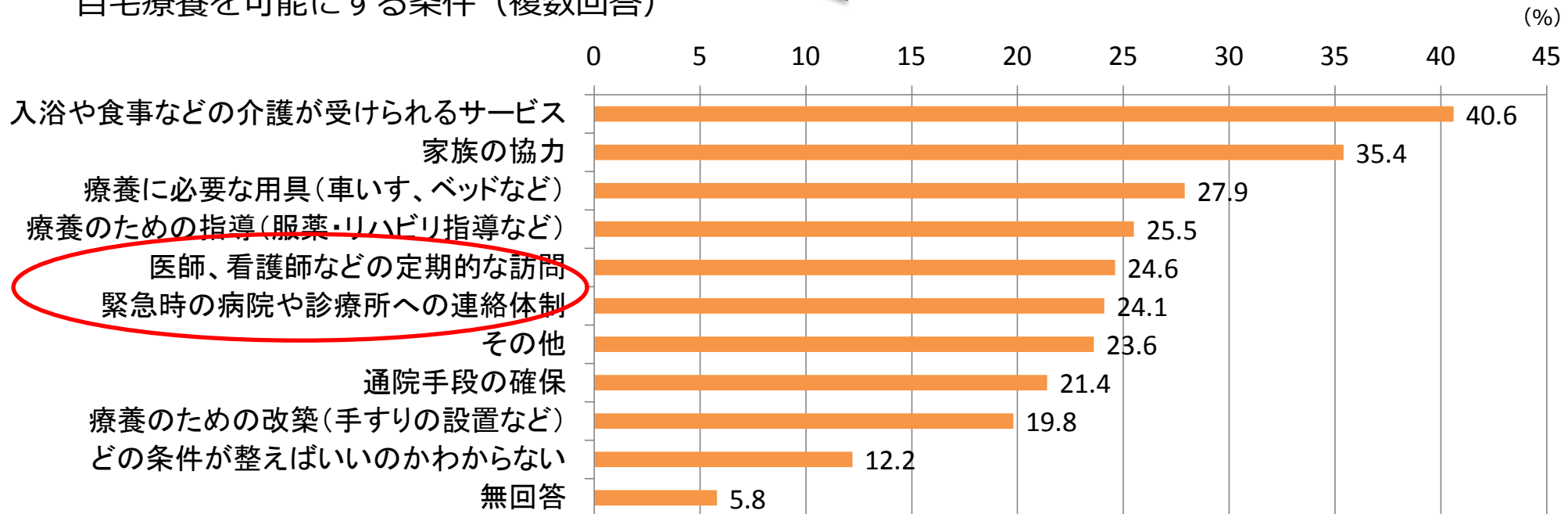
# 退院の許可が出た場合の入院患者の自宅療養の見通し

## ■ 退院の許可が出た場合の入院患者の 自宅療養の見通し（入院患者に対する質問、n=53,298）

- 自宅で療養できる
- 自宅で療養できない
- 療養の必要がない
- わからない
- 無回答



## ■ 「自宅で療養できない」と回答した者について 自宅療養を可能にする条件（複数回答）

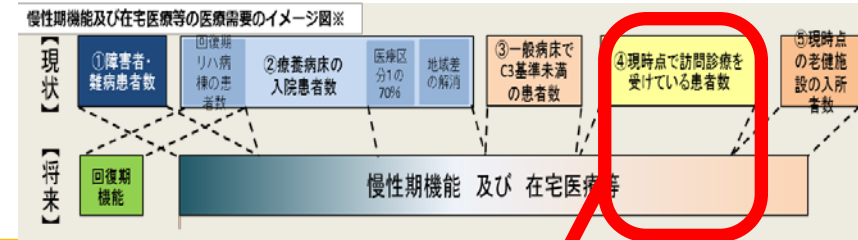


# 在宅医療を受ける患者の今後の動向

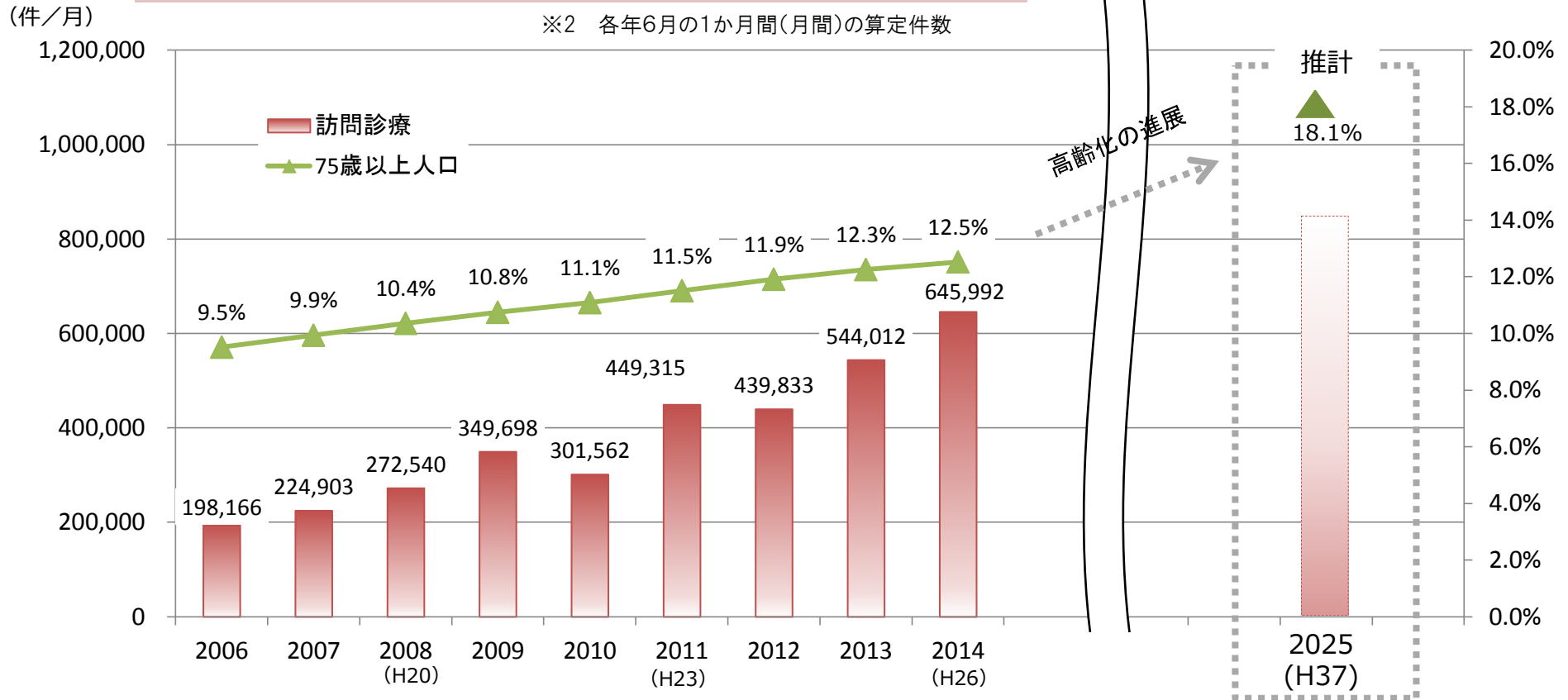
- 慢性期医療の地域差解消等による、いわゆる追加的な30万人とは別に、高齢化の進展により、訪問診療が必要な患者は今後も増加することが見込まれる。

(注)これに加え、慢性期医療の地域差解消等により、在宅医療等(※1)で追加的に対応が必要な需要が最大で30万人。

※1 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場合において提供される医療を指す。



## 在宅患者訪問診療の算定件数(月間)※2、75歳以上人口比率の推移



出典：2014年以前は社会医療診療行為別調査(厚生労働省)、人口動態統計(厚生労働省)

2025年の75歳以上人口比率は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

# 在宅医療の体制について

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

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～

## 在宅医療の提供体制に求められる医療機能

### ①退院支援

- 入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施

### ②日常の療養支援

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

### ④看取り

- 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

急変

### ③急変時の対応

- 在宅療養者の病状の急変時における緊急往診体制及び入院病床の確保

医療計画には、各機能を担う医療機関等の名称を記載

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

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

多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供

## 在宅医療において積極的役割を担う医療機関

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

- ・在宅療養支援診療所
- ・在宅療養支援病院 等

## 在宅医療に必要な連携を担う拠点

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

- ・医師会等関係団体
- ・保健所 ・市町村 等



# 在宅医療を受ける患者の動向

- 訪問診療を受ける患者は、大幅に増加。往診の患者は横ばい。
- 訪問診療を受ける患者の大半は75歳以上の高齢者であるが、小児や成人についても一定程度存在し、その数は増加傾向。

訪問診療：患者宅に計画的、定期的に訪問し、診療を行うもの

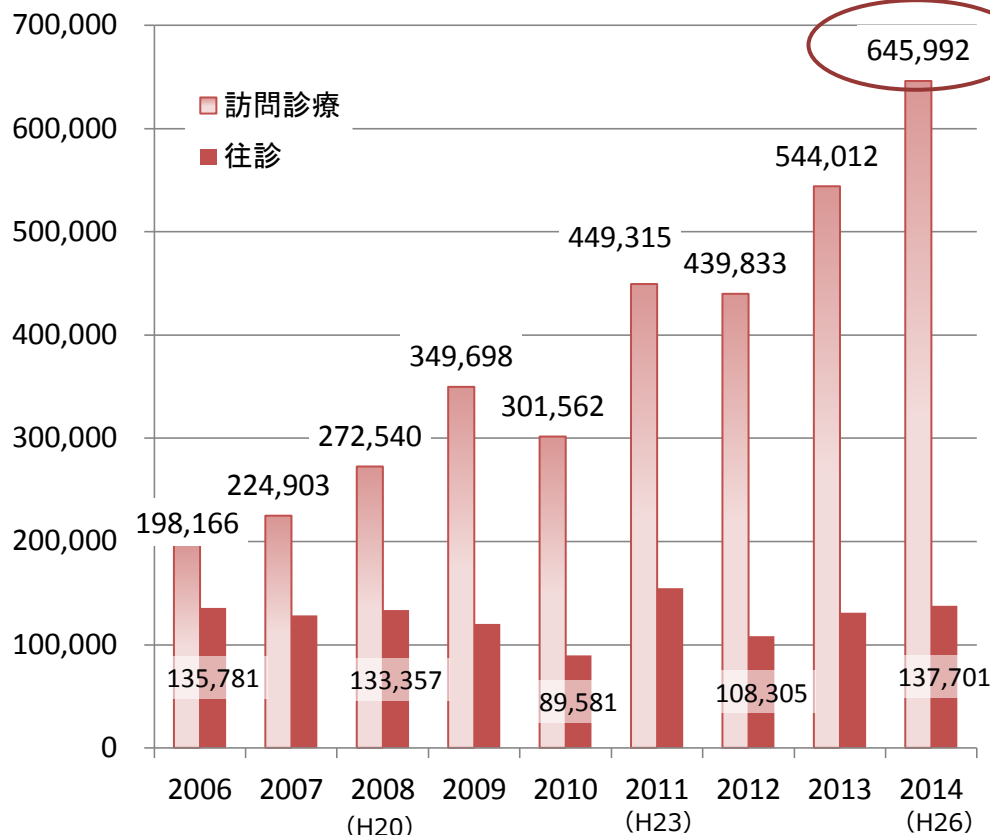
往診：患者の要請に応じ、都度、患者宅を訪問し、診療を行うもの

## 在宅患者訪問診療料、往診料の算定件数推移

## 在宅患者訪問診療の年齢階級別の構成比

(レセプト件数/月)

(レセプト件/月、%)



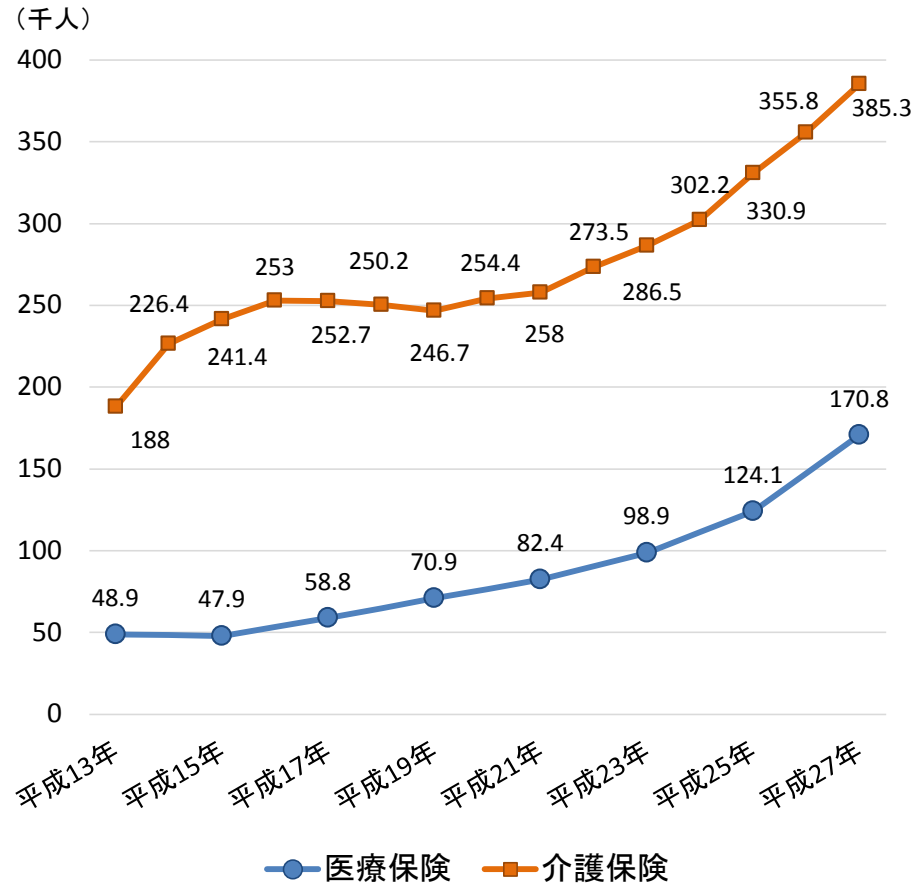
	2008 (H20)	2011 (H23)	2014 (H26)
計	272,540	449,315	645,992
0-4歳	0 (0.0%)	38 (0.0%)	448 (0.1%)
5-19歳	0 (0.0%)	1,085 (0.2%)	1,046 (0.2%)
20-39歳	2,502 (0.9%)	3,499 (0.8%)	3,770 (0.6%)
40-64歳	12,443 (4.6%)	23,074 (5.1%)	19,004 (2.9%)
65-74歳	31,488 (11.6%)	35,384 (7.9%)	46,713 (7.2%)
75-84歳	93,044 (34.1%)	152,390 (33.9%)	192,807 (29.8%)
85歳以上	133,063 (48.8%)	233,845 (52.0%)	382,204 (59.2%)

出典：社会医療診療行為別調査（厚生労働省）

# 訪問看護ステーションの利用者について

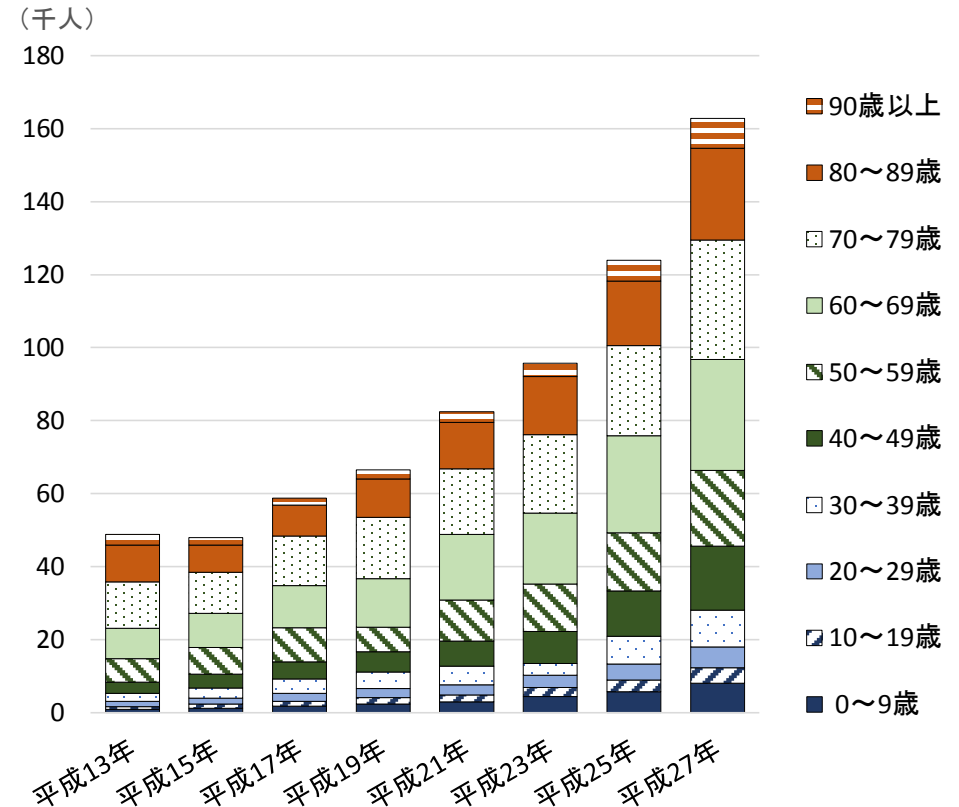
- 医療保険、介護保険ともに、訪問看護の利用者数は増加している。
- 医療保険の訪問看護利用者数は、どの年齢層も増加している。

## ■ 訪問看護利用者数の推移



注) 介護保険の利用者数には、病院・診療所からの利用者数も含まれる。

## ■ 医療保険の年齢階級別利用者数の推移

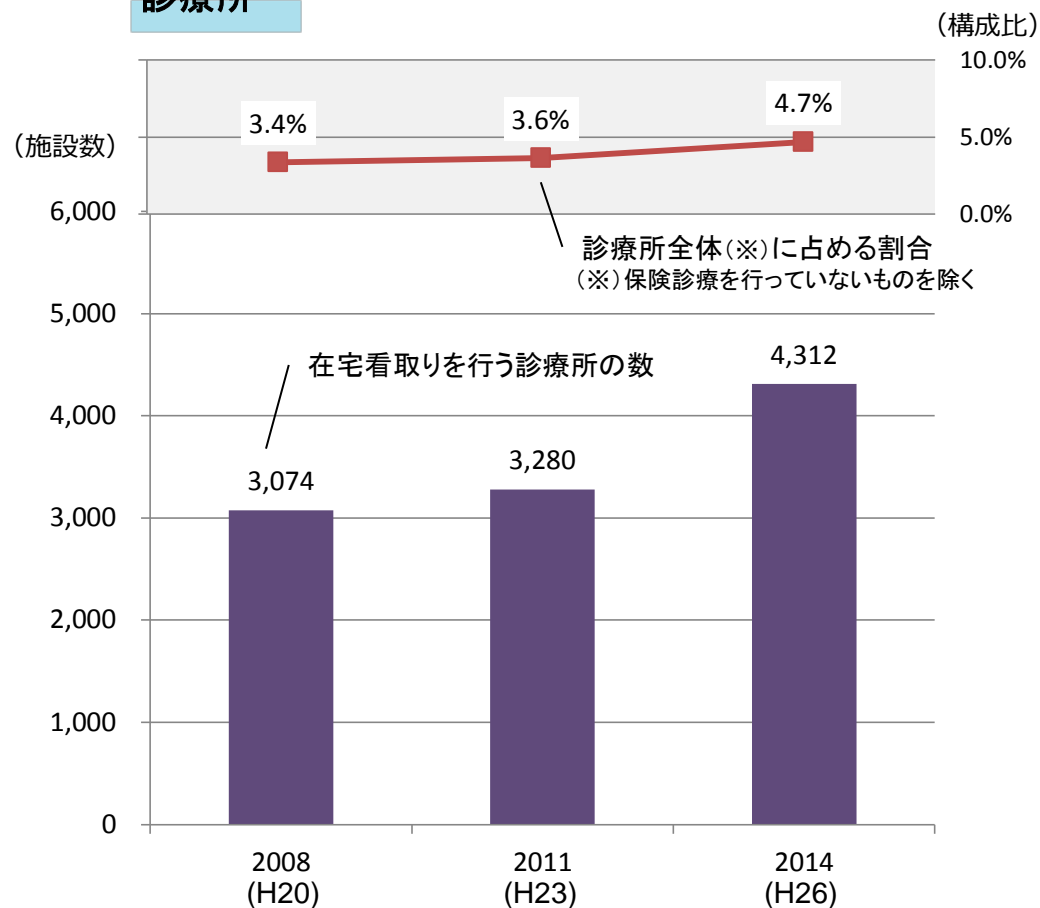


# 在宅医療の提供体制 ～看取り～

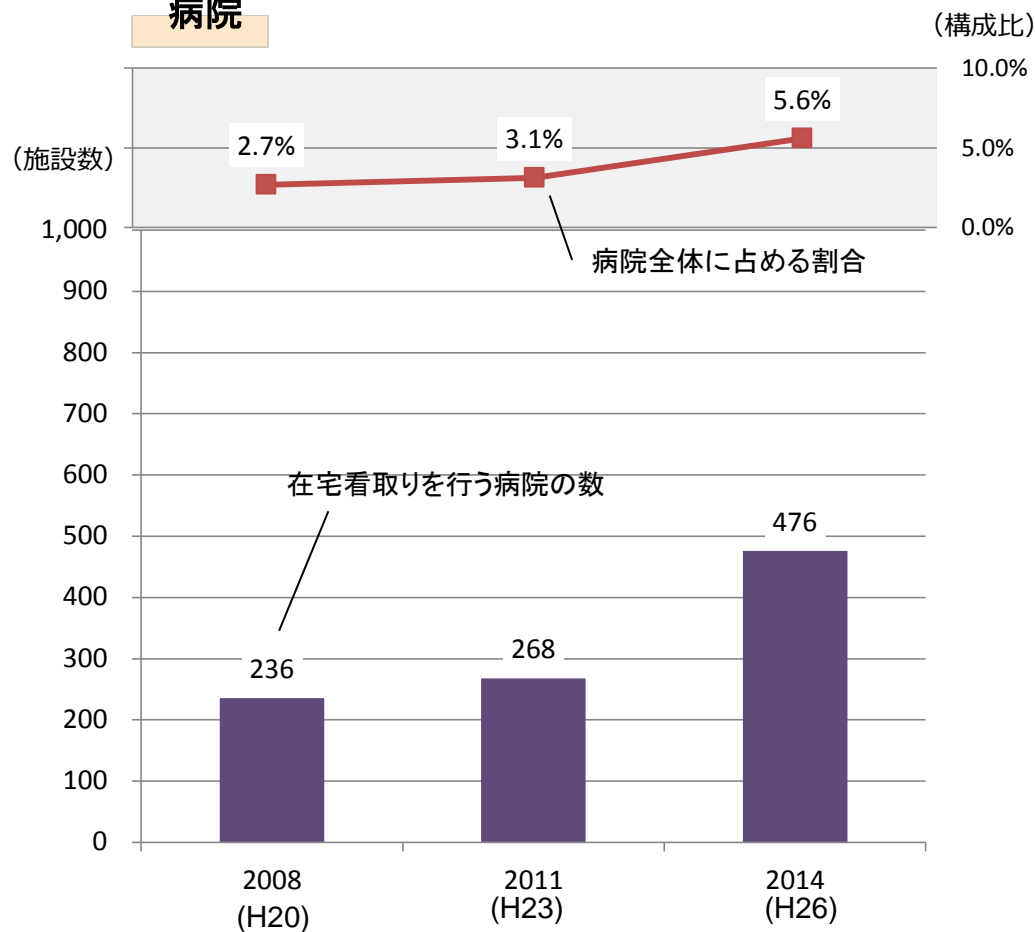
○ 在宅での看取りを行っている医療機関の数は年々増加しているが、病院、診療所ともに全体の約5%に留まっている。

## 在宅での看取りを行う医療機関数の推移

### 診療所



### 病院



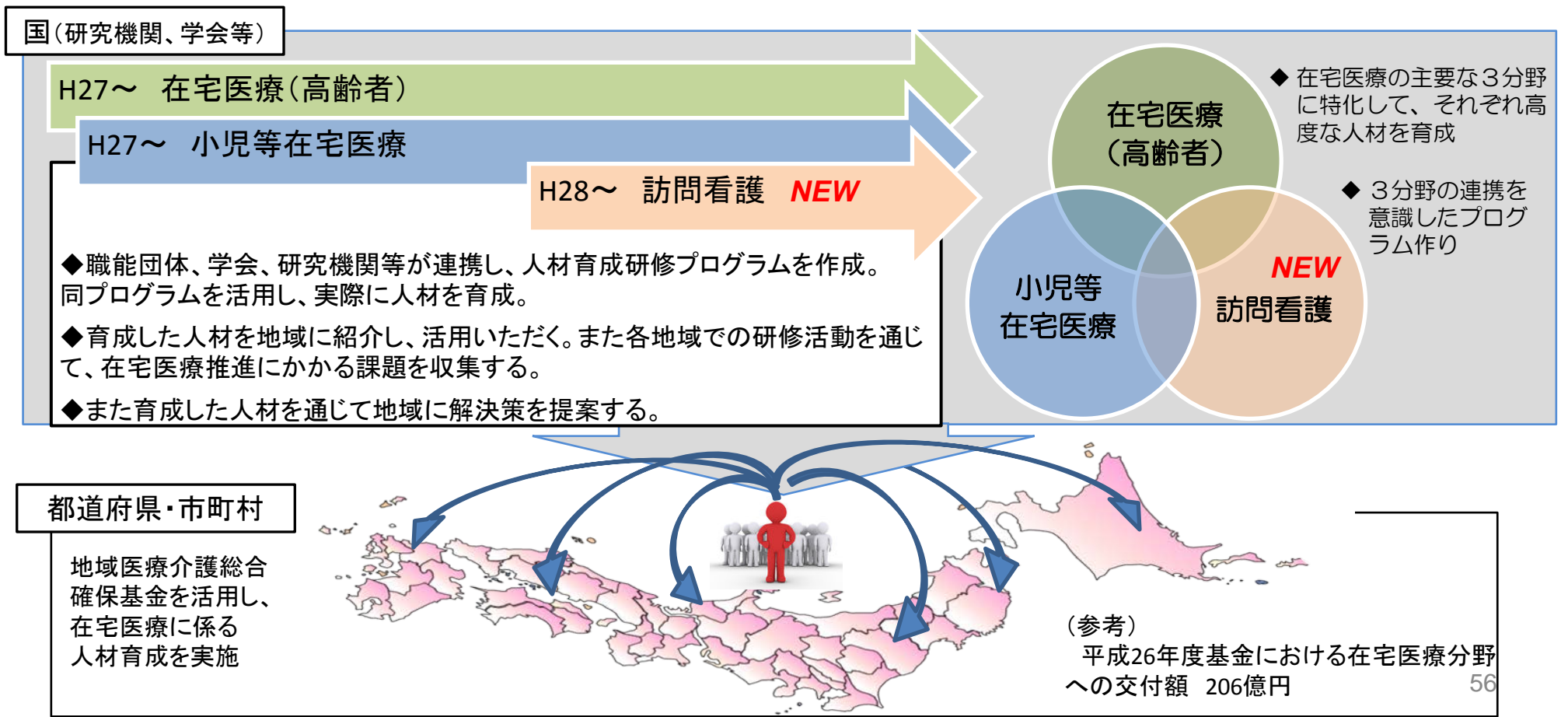


# ■在宅医療・訪問看護ハイレベル人材養成事業

平成28年度予算案 16百万円

【趣旨】  
○地域包括ケアシステムの構築に向け、在宅医療にかかる人材育成の取組は今後も一層活発化することが見込まれる。  
○国において、将来の講師人材の不足や質の格差などの問題に対処し、地域の取組を財政面以外でも支えていくため、在宅医療に関する専門知識や経験を豊富に備え、地域で人材育成事業を支えることのできる高度人材を育成する。

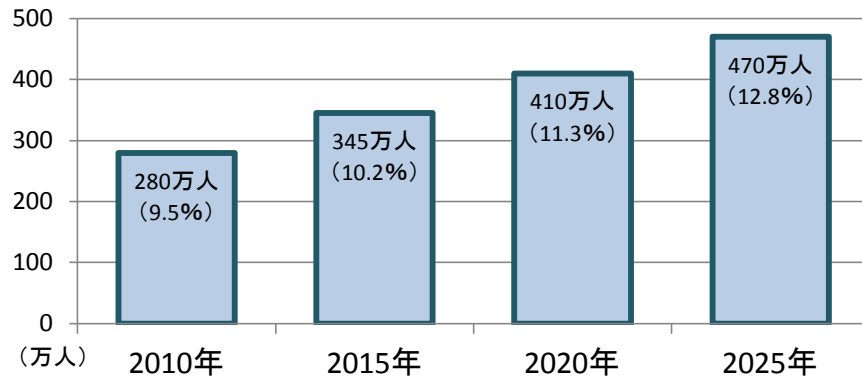
【事業概要】  
○平成27年度事業では、高齢者に対する在宅医療及び小児等に対する在宅医療に着目し、それぞれについて人材育成プログラムの開発を行っており、同プログラムを活用した人材育成を引き続き実施する。  
○また、平成28年度は新たに「訪問看護」の領域を追加し、研修プログラム開発、人材育成に取り組む。



# 在宅医療・介護の推進に当たっての課題

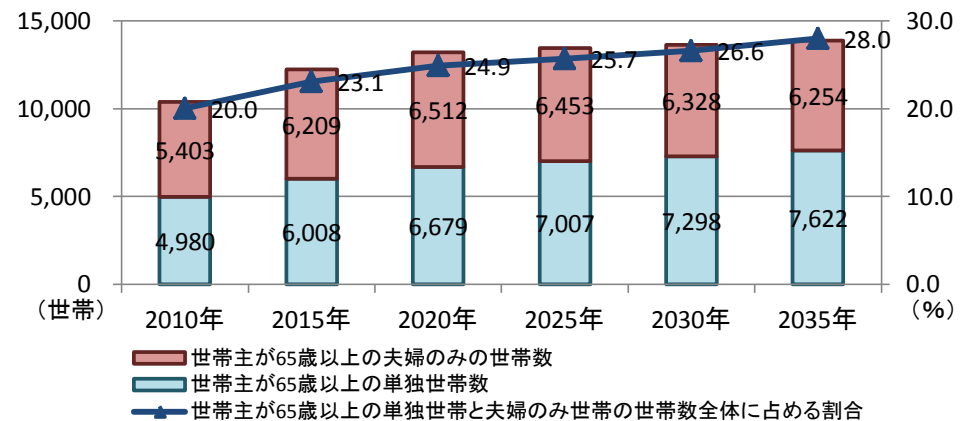
- 65歳以上高齢者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者が増加していく(図1)。
- 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく(図2)。
- 在宅医療・介護を推進するには、地域における医療・介護の関係機関の連携が重要であるが、現状では、訪問診療を提供している医療機関の数も十分とは言えず(図3)、また、連携も十分には取れていない(図4)。

(図1)「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者の数と65歳以上高齢者に占める割合



出典:「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について(厚生労働省)

(図2)世帯数



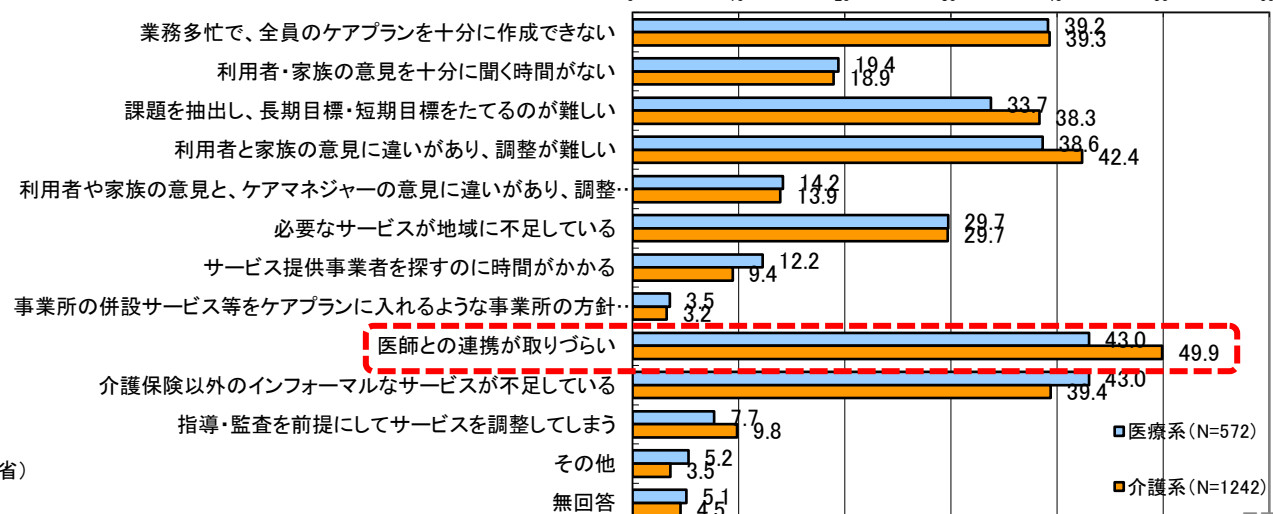
出典:日本の世帯数の将来推計(全国推計)(社会保障・人口問題研究所)

(図3)訪問診療を実施している医療機関

	箇所	対全数の割合(%)
病院	2,407	28.0
診療所	19,950	20.0
訪問看護ステーション	5,815	—

出典:病院、診療所「医療施設調査(静態)」(平成23年)(厚生労働省)  
訪問看護ステーション「介護給付費実態調査」(平成23年)(厚生労働省)

(図4)ケアマネジャーが困難に感じる点



出典:居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の実態に関する調査報告書(平成21年度老人保健健康増進等事業)

# 在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 事業項目の一部を郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

## ○事業項目と取組例

### （ア）地域の医療・介護の資源の把握

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化
- ◆ 必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査
- ◆ 結果を関係者間で共有



### （エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

- ◆ 情報共有シート、地域連携パス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

### （キ）地域住民への普及啓発

- ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- ◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等



### （イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- ◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討

### （オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

- ◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。

### （ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

- ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

### （カ）医療・介護関係者の研修

- ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得
- ◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等

### （ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- ◆ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

- 前回のワーキンググループにおける議論を踏まえ、在宅医療に係る見直しの方向性について、以下のとおり整理してはどうか。

### 1. 目標設定について

- 増大する慢性期の医療・介護ニーズに確実に対応していくため、地域医療構想による慢性期・在宅医療等の需要推計を踏まえ、地域の医療機関で対応すべき在宅医療のニーズや、目標とする提供体制(必要な医療機関数やマンパワーなど)について、考え方の記載を求める必要がある。
- 目標とする提供体制の検討にあたっては、
  - ・在宅医療サービスと一部の介護サービスが相互に補完する関係にあることや、
  - ・現状の介護保険施設等の整備状況は地域の実情に応じて異なることに鑑み、都道府県や市町村関係者による協議の場を設置した上で、介護保険事業計画における整備目標と整合的な目標を検討するよう求める必要がある。
- その際、都道府県や市町村関係者の協議が実効的なものとなるよう、例えばサービス付き高齢者向け住宅の整備計画や療養病床の動向など、在宅医療の提供体制を考える上で地域において留意すべき事項や協議の進め方について、今後、国において整理し、都道府県に示していくことが重要である。

### 2. 指標について

- 在宅医療に必要な医療機能を確実に確保していくため、各医療機能との関係が不明瞭なストラクチャー指標を見直した上で、医療サービスの実績に着目した指標を充実する必要がある。
- また、医療・介護の連携体制について把握するための指標や、高齢者以外の小児や成人に係る在宅医療の体制について把握するための指標を充実する必要がある。
- さらに、在宅で看取りまで実施した症例のみに評価が偏重することのないように、在宅死亡者数のみがアウトカム指標として設定されている点について、看取りに至る過程を把握するための指標を充実する等、見直しを行う必要がある。
- なお、具体的な追加指標等については、上述の趣旨を踏まえつつ、今後、既存調査によるデータ取得が可能か、また継続的なデータ取得が可能かといった点を確認した上で、決定していくこととする。

#### (参考) 新たな指標の例

- ・在宅患者訪問診療料、往診料を算定している診療所、病院数
- ・24時間体制を取る訪問看護ステーションの数
- ・歯科訪問診療料を算定している診療所、病院数
- ・在宅患者訪問薬剤管理指導料(診療報酬)、居宅療養管理指導費(介護報酬)を算定している薬局、診療所、病院数
- ・退院支援加算を算定している病院、診療所数                      等



### 3. 施策について

- 効果的な施策を講じるためには、在宅医療にかかる圏域の設定と、課題の把握を徹底するよう求める必要がある。
- また、在宅医療の提供者側に対する施策のみに偏重しないよう留意する必要がある。  
在宅医療の提供者以外への施策については、例えば、自らの療養方針の選択に資するよう地域住民に対する普及啓発の実施、積極的な退院支援に資するよう入院医療機関に対し在宅医療で対応可能な患者像についての研修の実施などが挙げられる。
- 医療と介護の連携を推進する観点からは、地域支援事業の在宅医療・介護連携推進事業を担う市区町村との連携が重要である。連携にあたっては、地域の医療に精通した医師会等との連携や保健所の活用により、介護や福祉を担う市区町村への支援を行っていく視点が必要である。
- また、在宅医療・介護連携推進事業にかかる8つの取組の中でも、医療に係る専門的・技術的な対応が必要な「(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進」や「(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援」、二次医療圏等の広域の視点が必要な「(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携」などが特に対応が必要な取組と考えられる。これらの取組については、在宅医療にかかる圏域毎の課題に鑑みて、医療計画に記載して確実に達成するよう支援するなど、重点的な対応の視点が必要である。

# 「全国在宅医療会議」の設置

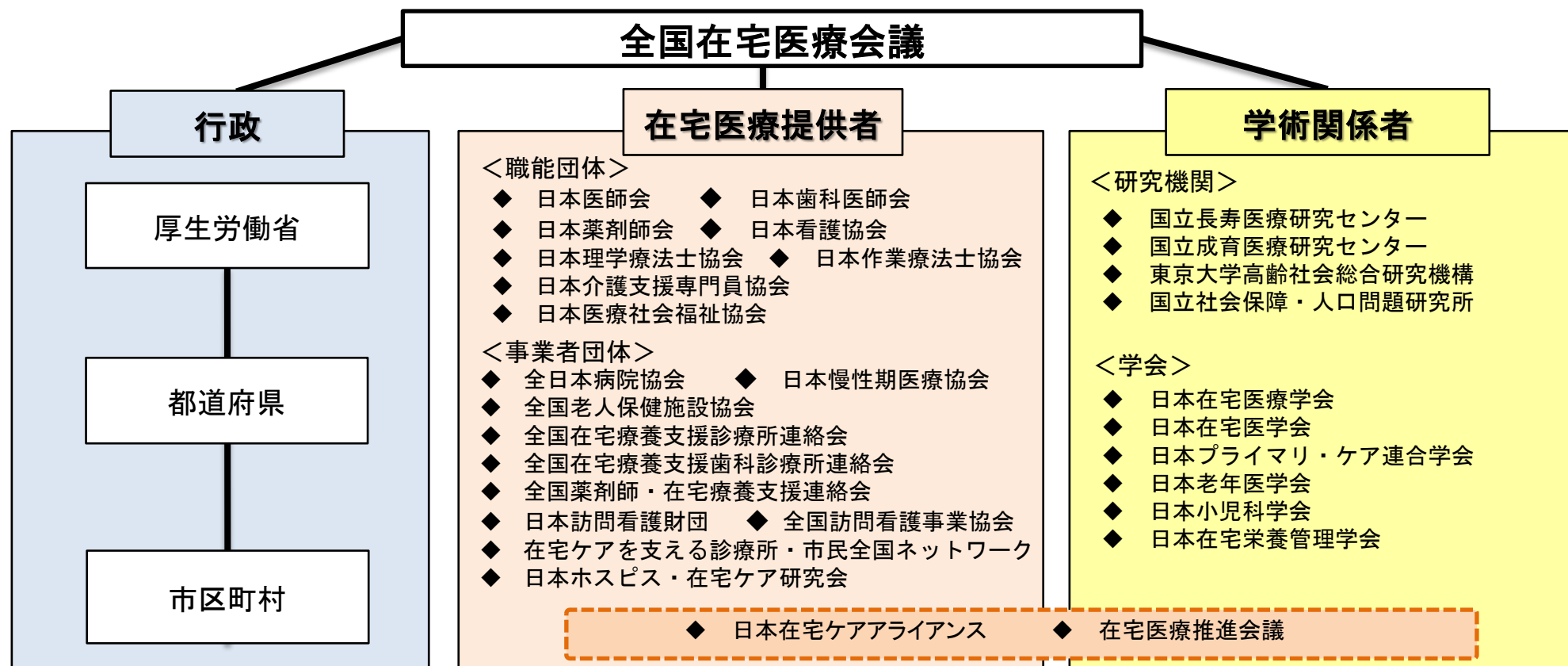
○平成28年7月6日に、在宅医療に関わるサービス提供者、学会、行政の代表者で構成する「全国在宅医療会議」の第1回会議を開催。今後、**産官学が連携し、国民の視点に立った普及啓発策等について議論を進める。**

## ■ 全国在宅医療会議の目的

地域包括ケアシステムを支える在宅医療の推進を目的として、全国レベルで在宅医療提供者、学術関係者、行政が、それぞれの知見を相互に共有し、連携して実効的な活動をしていくための基本的な考え方を共有する。

### < 基本的な考え方（案） >

1. 在宅医療に係る対策を実効性のあるものとして推進するため、必要な協力体制を構築し、**関係者が一体となって対策を展開する。**
2. 在宅医療の普及の前提となる国民の理解を醸成するため、**国民の視点に立った在宅医療の普及啓発**を図る。
3. エビデンスに基づいた在宅医療を推進するため、**関係者の連携によるエビデンスの蓄積**を推進する。





# 市区町村別の自宅死亡率について

- 「全国在宅医療会議」では、平成26年の人口動態調査の結果を集計した「市区町村別の自宅死亡率」を示した。
- 例えば、人口20万人以上の市区町村の自宅死亡率をみると、最も高い横須賀市が22.9%であるのに対し、最も低い鹿児島市では8%。
- ただし、これらの地域差の要因については、今後、分析が必要。

※自宅死亡率は、全死亡者に占める自宅で死亡した者の割合であり、自宅での死亡には、突然死や事故死など、在宅療養中の死亡以外の事例も含まれる。

## ○自宅死の割合(人口5万人以上20万未満)

順位	県	市区町村	自宅死の割合(%)	人口(人)
1	兵庫県	豊岡市	25.6	86,179
2	東京都	中央区	21.5	127,694
3	千葉県	浦安市	20.5	159,297
4	奈良県	生駒市	20.1	120,243
5	千葉県	大網白里市	19.9	50,337
6	東京都	立川市	19.6	174,997
7	佐賀県	鳥栖市	19.5	70,834
...				
422	青森県	五所川原市	6.7	58,942
423	石川県	小松市	6.7	107,705
424	大分県	宇佐市	6.7	59,083
425	秋田県	由利本荘市	6.5	82,886
426	群馬県	沼田市	6.4	51,005
427	佐賀県	武雄市	5.7	50,558
428	愛知県	蒲郡市	5.5	79,690

## ○自宅死の割合(人口20万人以上)(全国)

順位	県	市区町村	自宅死の割合(%)	人口(人)
1	神奈川県	横須賀市	22.9	416,491
2	東京都	葛飾区	21.7	434,220
3	千葉県	市川市	21.5	457,642
4	東京都	新宿区	21.4	289,961
5	東京都	墨田区	20.0	245,318
6	東京都	江戸川区	19.9	652,620
7	東京都	豊島区	19.2	252,110
122	大阪府	枚方市	9.0	404,847
123	島根県	松江市	8.8	205,271
124	福岡県	北九州市	8.7	970,587
125	北海道	旭川市	8.5	348,378
126	富山県	富山市	8.5	415,407
127	長崎県	佐世保市	8.5	260,669
128	鹿児島県	鹿児島市	8.0	607,169

# 医療資源の状況と自宅での死亡した者の状況の関係

- 在支診の届出は多いが自宅死の割合は全国平均より低い地域がある。一方、届出はないが自宅死の割合が比較的高い地域もある。
- 人口あたりの一般診療所数は全国平均より多いが、在支診の届出はないといった地域もある。

## 市町村別の在支診の届出数、場所別死亡率など

表は、人口3万人以上の市町について、人口あたり在支診の数が多い順に表示したもの（在支診がない自治体は、人口の多い順に表示）

（死亡率は平成26年1年間の状況、その他の値は平成26年時点）

		在支診／ 人口1万人	人口	全体計	在宅療養支援診療所			一般 診療所 総数	一般診療所 総数/人口 1万人	訪問診療を 実施する 一般診療所	訪問看護 ST/人口 1万人	場所別死亡率	
		(か所/万人)	(万人)	(か所)	単独 強化型	連携 強化型	従来型	(か所)	(か所/万人)	(か所)	(か所/万人)	自宅	老人ホーム
全国値（総数or平均）		1.1	12,643.5	14,397	187	3,415	10,795	100,461	7.9	20,597	0.6	12.8	5.8
福岡県	うきは市	<b>多</b> 5.4	3.2	17	0	0	17	29	9.2	13	0.3	<b>8.1</b>	3.0
福岡県	朝倉市	4.6	5.7	26	0	0	26	52	9.2	22	0.5	9.2	5.3
大阪府	藤井寺市	3.8	6.6	25	0	11	14	73	11.1	23	1.1	13.3	4.0
佐賀県	鳥栖市	3.7	7.1	26	1	5	20	72	10.2	29	1.4	19.5	0.2
長崎県	諫早市	3.6	14.0	50	0	10	40	137	9.8	37	0.6	<b>7.6</b>	6.0
⋮													
千葉県	君津市	0.0	8.8	0	0	0	0	48	5.5	4	0.3	<b>11.5</b>	4.7
埼玉県	秩父市	0.0	6.6	0	0	0	0	61	<b>9.2</b>	9	0.6	9.1	13.7
千葉県	銚子市	0.0	6.6	0	0	0	0	39	5.9	9	0.5	10.5	1.1
福島県	南相馬市	0.0	6.5	0	0	0	0	33	5.1	3	0.8	<b>11.6</b>	2.8
山形県	天童市	<b>少</b> 0.0	6.2	0	0	0	0	50	<b>8.1</b>	11	0.5	8.5	7.5

（出典）人口：住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査（総務省）

在支診：厚生労働省医政局調べ

診療所：医療施設調査（厚生労働省）

死亡率：人口動態調査（厚生労働省）

～ ご静聴ありがとうございました ～

将来の地域医療を守るためのそれぞれの立場の役割  
～お互いを尊重し、なすべきことを考える～

# 将来の地域医療を守るための これまでの取組と課題

## 県行政の立場から

徳島県 保健福祉部  
鎌 村 好 孝

2016年9月18日

**医師数**  
(医療機関従事)

対人口比

**全国第3位**

(京都・東京に次いで)

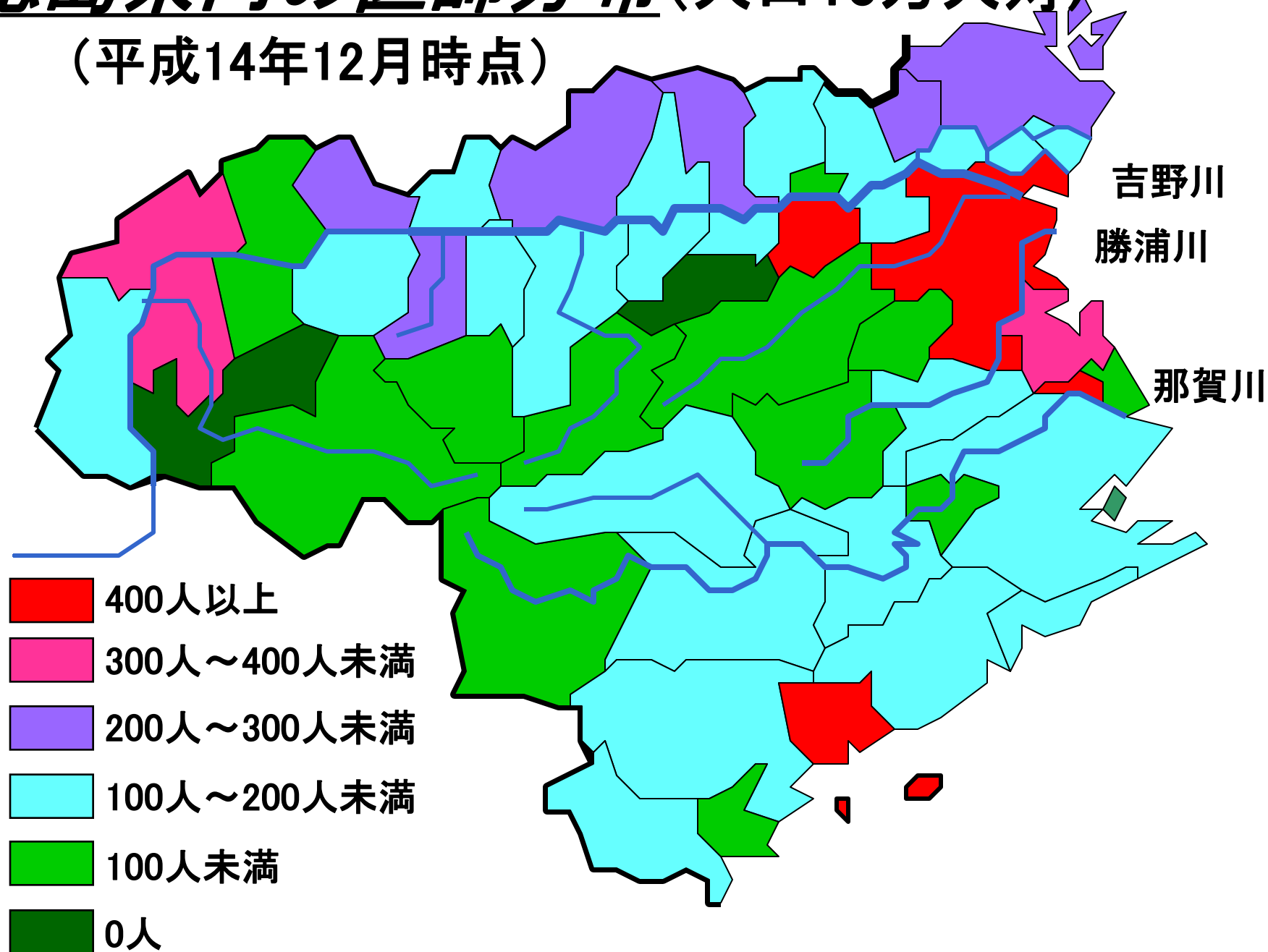
徳島県は。

全国トップレベルながら、

**都市部偏在**著明。

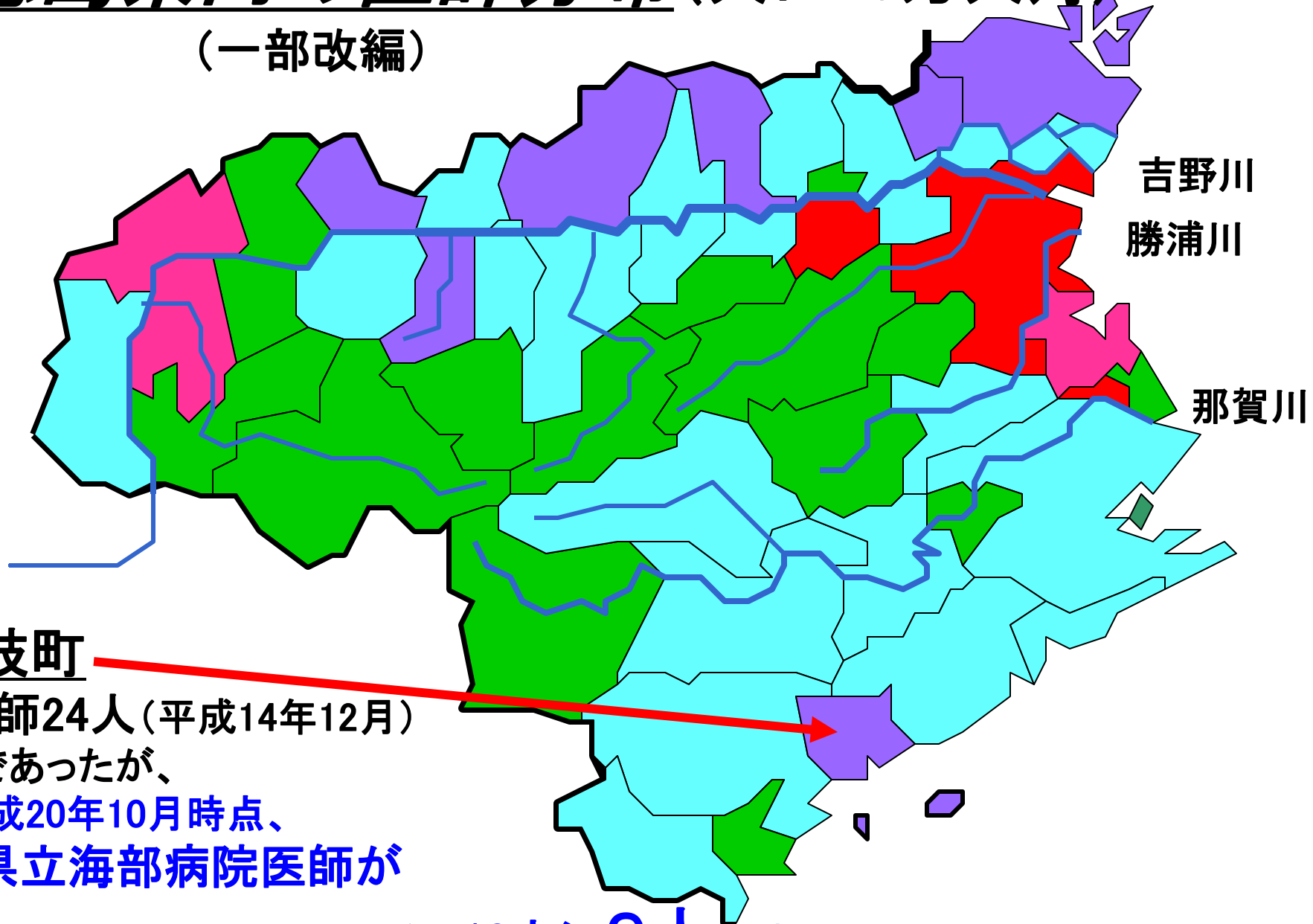
# 徳島県内の医師分布(人口10万人対)

(平成14年12月時点)



# 徳島県内の医師分布(人口10万人対)

(一部改編)



医師24人(平成14年12月)

であったが、

平成20年10月時点、

県立海部病院医師が

直近の3年間で、常勤医師:18人>9人に減少。



# 徳島県の状況

## 1 医師の状況

○医療施設従事医師数 2,204人

(平成20年12月31日現在「医師・歯科医師・薬剤師調査」)

○人口10万人当たりの医師数 **全国第3位**

しかしながら……

○徳島市を中心とした東部地域に

**医師の3分の2が集中し、地域間格差が存在**

○面積100km<sup>2</sup>当たり医師数は 53.2人 **全国第31位** (全国平均71.9人)

○女性医師の割合は 20.2% **全国第3位** (全国平均18.1%)

○へき地では、医師の高齢化・後継者不足

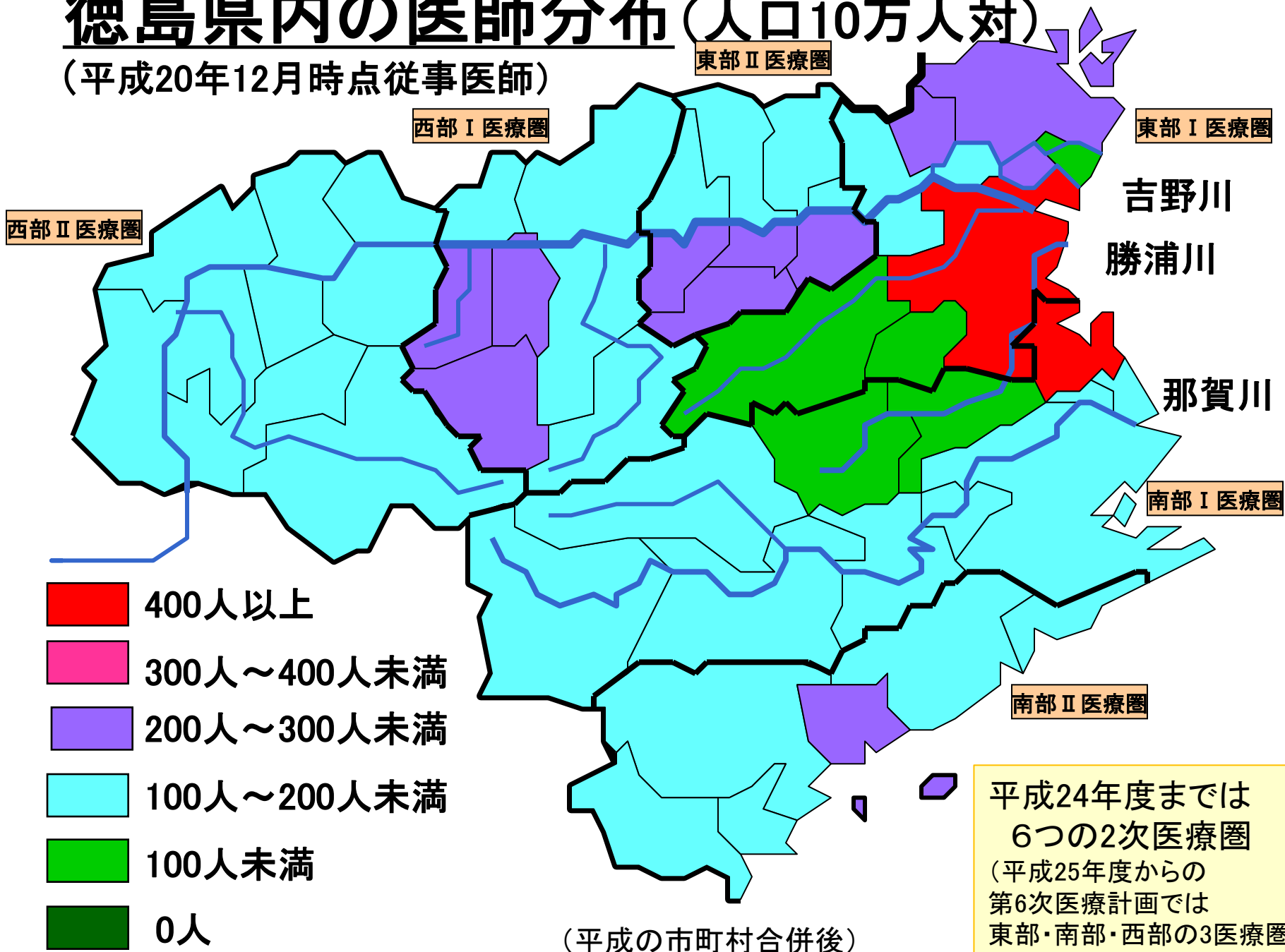
○公立病院・診療所の勤務医師が不足

○小児科・産科・外科を中心とした診療科偏在が顕著化

**地域の医療を確保する上で大きな課題**

# 徳島県内の医師分布(人口10万人対)

(平成20年12月時点従事医師)



平成24年度までは  
6つの2次医療圏  
(平成25年度からの  
第6次医療計画では  
東部・南部・西部の3医療圏)

私が、自治医大卒業後（8～9年目）  
平成5年4月～平成7年3月  
木屋平村診療所に勤務。

**医療のみの  
アプローチでは限界あり。**

卒後5～6年目の木頭村診療所時代にも  
痛感していたこと。

具体的な動きとして、  
木屋平診療所時代に活動開始。

# 「山間部の保健・医療・福祉を考える」

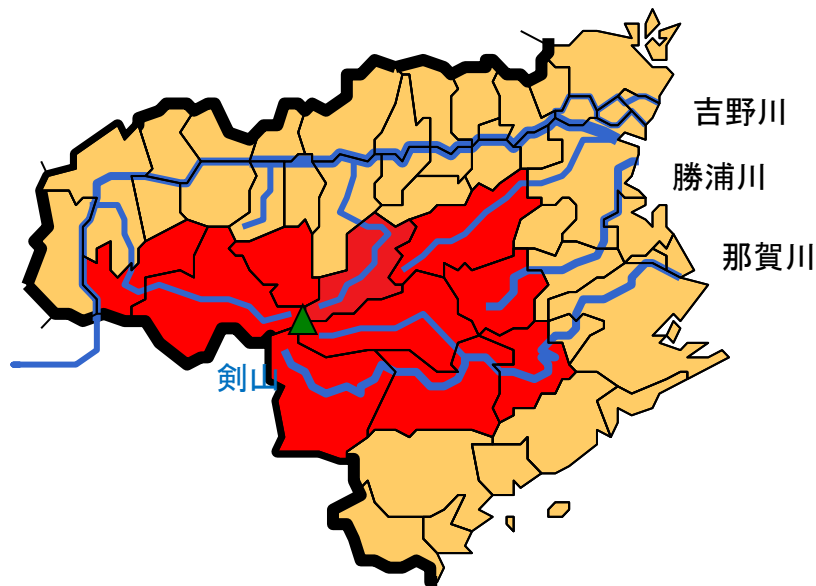
## 剣山サミット

平成6年5月 第1回開催

木屋平村 中尾山高原にて

(介護保険施行前の、第7回まで継続した)

木屋平村＞上勝町＞相生町＞木頭村＞神山町＞東祖谷山村＞上勝町



# 平成8～12年度、私が上勝町診療所で勤務した時期、 保健医療福祉面では・・・。

＊毎年、町内20数カ所での健康教室に参加。説明会や寸劇も。  
役場事務職員・保健師・看護師・医師らが一体となって活動。

行政・住民とともに、  
包括ケアセンター（保健医療福祉総合施設）を  
計画・実現（H11）した（多職種協働）。

医療：2カ所の小さな診療所を、  
1カ所に集約化（他方は出張診療所化）

保健：歯科保健センター新設

福祉：デイサービスセンター、ヘルパーステーション、  
介護老人福祉施設、ケアハウス、  
在宅介護支援センター、  
養護老人ホーム（H18. 10. 1から移設）

公設公営

公設民営

民間施設

＊町長（理解とリーダーシップ）・役場行政・町民の理解・協力あってこそ、実現できた。



# 医療・保健・福祉・介護の連携・一体化 ～まさに地域包括ケアの実践～

その後さらに、町営住宅新設、  
養護老人ホーム移設、  
調剤薬局新設、  
臨時ヘリポート設置等

医師住宅

後方：介護老人福祉施設、ケアハウス

2階：上勝町デイサービスセンター

1階：上勝町診療所、歯科保健センター

## 上勝町包括ケアセンター

# これまで取り組んできた 県の地域医療対策について

- ◆平成17年度、「**地域医療支援機構**」を設置。  
へき地医療のみならず全県的な医療確保のため  
(平成13年設置の「へき地医療支援機構」を進化)。
  - ◆徳島県医療審議会内に医療対策部会を設置し、  
そのもと、地域医療支援事業検討委員会を設置。
  - ◆寄付講座の設置(当初 委託講座) 平成19年10月～
    - ・徳島大学医学部大学院  
地域医療学分野(現 総合診療医学分野)  
谷 憲治 教授
- \* 医学生による地域医療研究会(サークル活動)も発足しています。



# 地域医療を考える県民フォーラム

平成19年12月15日 ホテルクレメント徳島

主催：(財)地域社会振興財団、徳島県

後援：自治医科大学 ほか

2007年12月15日ホテルクレメント徳島にて「地域医療を考える県民フォーラム」(徳島県・地域社会振興財団主催)が開催されました。梶井英治自治医科大学教授、谷憲治徳島大学教授、飯泉嘉門徳島県知事、森俊明徳島県医師会常任理事(自治医科大学5期卒業)、佐々木孝治厚生労働省医政局指導課長補佐、広瀬修子元NHKアナウンサーとのパネルディスカッション。午後からは、3つの県民参加型分科会。その一つ、「どうする地域医療！」の分科会も盛況。フォーラムには、500名の参加者で満席の中、活発な討論がなされ、徳島県民の地域医療についての関心の高さが伺われました。



主催／徳島県、財団法人地域社会振興財団

◆日時／平成19年12月15日 午前10時～午後四時五十分  
◆会場／4Fクレメントホール 3F 金扇・光風

く安心して暮らせる明日のためにく

地域医療を考える  
県民フォーラム

# 地域医療を考える シンポジウム

地域医療を守る会  
…住民自らが地域医療を  
守り育てよう、という輪

平成20年

日時

11月29日(土)

12:20～18:00

会場

牟岐町

海の総合文化センター

(海部郡牟岐町大字川長字新光寺82番地)

## ◆シンポジウム「地域医療を考える」

座長: 梶井英治 (自治医科大学地域医療学センター教授)

シンポジスト

藤本晴枝 (千葉県 NPO法人地域医療を育てる会理事長)

和久祥三 (兵庫県柏原病院小児科医長)

丹生裕子 (兵庫県柏原病院の小児科を守る会代表)

大塚明廣 (徳島県医師会副会長)

谷 憲治 (徳島大学大学院HBS研究部地域医療学分野教授)

石本知恵子 (海部郡婦人連合会副会長)

アドバイザー

佐野雄二 (徳島県保健福祉部医療健康政策局次長)

◆主催: 徳島県

◆共催: 徳島県医師会、(財)地域社会振興財団

◆後援: 美波町、牟岐町、海陽町、徳島大学、海部郡医師会、海部郡婦人連合会

# 地域医療を確保するために



## 医師確保の取り組み

### 医師不足

要因としては…

深刻な医師不足で  
地域における医療の  
提供が厳しい状況に

- 平成16年度からの「医師臨床研修制度」開始後、研修医が県外へ流出。
- 同時期より、徳島大学の医師が減少し、派遣機能が低下。
- 救急外来患者（特に時間外の軽症）の急増や、患者の専門医指向の高まりなどにより、医療需要が増大、公的医療機関の勤務医師が疲弊し、現場離脱など。

医師不足を解消し、安全・安心の医療を提供していくためには  
医師の養成、勤務環境の改善、県民への意識啓発など  
**総合的な医師確保の取り組みを展開する必要がある！**

- 地域枠制度開始までの間

- 徳島大学医学生（入学後）への修学資金貸与制度

- \* 卒業後、徳島県で地域医療人として活躍していただくために。

- 夏期地域医療研修（医学生対象）

- 従来、自治医大生を対象に実施を、全国募集に拡大

- 高校生への医学部勧奨

- 説明会開催。主な高校訪問し、進路担当教諭への説明。

- 臨床研修病院の充実とPR

- 医学生への合同説明会開催

- 臨床研修病院連絡会を設置

- 従来からのへき地医療支援事業推進

- へき地医療拠点病院

- 自治医大卒業医師派遣

- ドクターバンク事業：県医師会委託

# 平成20年度から「とくしま医師バンク事業」開始！

## 即効性を期待する施策

### ◆とくしま医師バンク事業

#### ○任期付県職員（ドクターバンク医師）の採用

- ・任期付県職員として医師（総合診療医）を採用し、医師の不足する公的医療機関へ派遣

#### ○ベテランドクターバンク

- ・退職した医師や有志の協力を得て、公的医療機関への診療支援や代診医師として派遣

#### ○女性医師再就業バンク

- ・結婚・育児等で現場を離れた女性医師が復職するための研修の実施、再就業に関する情報を提供

#### ○医師無料職業紹介（一般ドクターバンク）

#### ○ホームページの開設，メールマガジンの配信

#### ○医師確保のためのリクルート活動

## ◆勤務環境・待遇の改善策

### ○救急勤務医・産科医確保支援事業

- ・過酷な勤務環境にある救急勤務医・産科医の処遇改善を図るため、手当を支給する医療機関に対し助成

### ○県医師会との連携による支援体制の構築

- ・県医師会と連携を図り、有志による公的医療機関への支援体制の構築を推進、勤務医の負担を軽減

### ○救急医療体制確保対策事業

- ・県民に対し、救急医療の適正な受診方法を啓発
- ・住民の地域医療を守る取り組みを「県民運動」として広げる。
- ・2次救急医療機関の機能充実を図り、3次救急医療機関の負担を軽減

## ◆自治医科大学卒業・義務年限終了医師の研修制度

- ・義務年限終了の自治医科大学卒業医師に対する研修制度を創設し、県内への定着を図る。



# 中長期的な効果を期待する施策（医師の養成）

## ◆とくしま医師養成対策総合推進事業

- ・高校生から医学生，臨床研修医，専門研修医に至るまで，それぞれのライフステージに応じた施策を切れ目なく総合的に展開

## ◆徳島大学医学部定員増に伴う地域枠・医師修学資金貸与

- ・定員を95名から105名（H21）、105名から112名（H22）増員し，地域枠を拡大
- ・県はこの地域枠と連携し，医師修学資金を貸与  
平成21年度入学者； 5名：特別地域枠、7名：地域枠  
平成22年度入学者； 12名：特別地域枠、5名：地域枠

## ◆地域医療確保モデル事業（平成19年10月～平成22年3月）

- ・県と徳島大学が連携し，総合診療医の養成等を目的に「地域医療に関する共同研究」を実施
- ・徳島大学「地域医療学分野」：谷憲治教授
- ・海部病院に「地域医療研究センター」設置

## ◆自治医科大学における医師養成

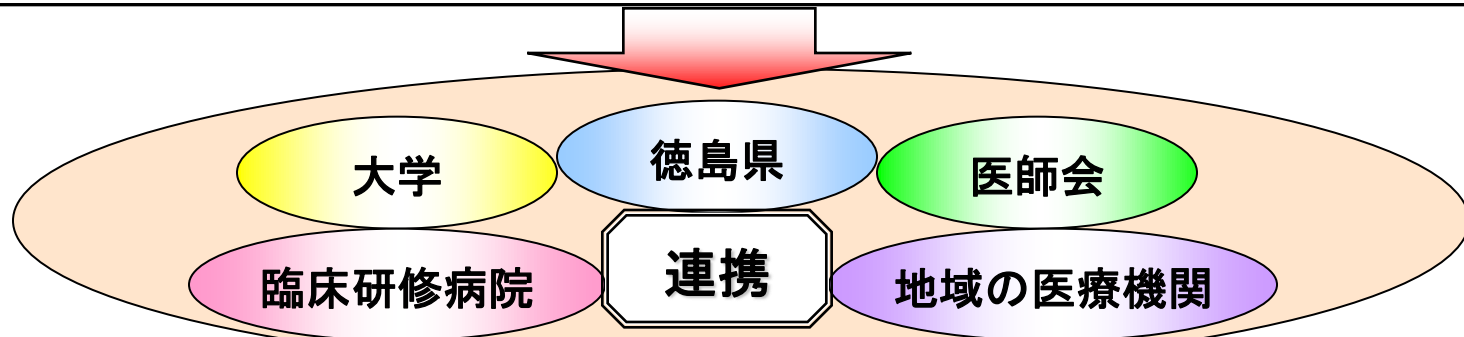


# とくしま医師養成対策総合推進事業

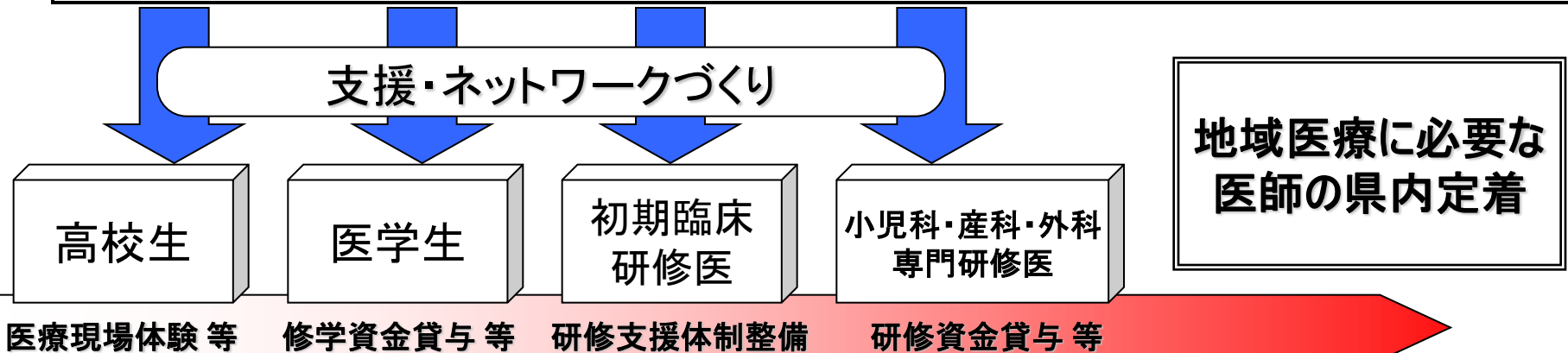
多くの医師に、将来の徳島県の医療を担ってほしい。

そのためには・ 将来、医師を志す学生を増やすこと

- ・ 医学生や研修医が、県内で安心して学べる環境を確保すること
- ・ 若いうちに、徳島県の医療の魅力をわかってもらうこと



高校生から大学医学部生，臨床研修医，専門研修医に至るまで  
それぞれのライフステージに応じた施策を「切れ目なく」総合的に展開



# 様々な医師確保策を 講じてきているわけですが、

- 特効薬・即効薬は、いまだ見つかりません。
- 中長期的な施策は、効果がわかるには時間がかかります。その効果も不明です。
- 即効性を期待する施策は、現実的には難しいです。なかなか・・・。
- その間に、一層悪化している部分があるのが現状です。



# 夏期地域医療研修

学生時代から、徳島県のへき地医療に触れる。  
「見て」「聞いて」「感じて」「やってみる」

- 毎年 夏期休業中に 自治医大の学生は 徳島県内のへき地において、**夏期研修**を実施。
- 学生が**卒業生が勤務する** **へき地診療所**などを訪れ、地域医療実習。
- **自治医大生だけでなく、全国公募！**



# 地域住民のために！

## 徳島県におけるへき地医療支援の歩みは

点から線へ

そして

線から面へ

を、合い言葉に。



## へき地においても医療を確保するために！

(質・量の確保、心あたたまる医療を)

<へき地住民、現場で頑張るへき地医療機関を支援！>





那賀町木頭

北川診療所

木頭診療所から週3回出張診療

(徳島市から約**110km**

高知県境の地域)

**94才女性**

(平成2年に勤務していた時  
には80才)

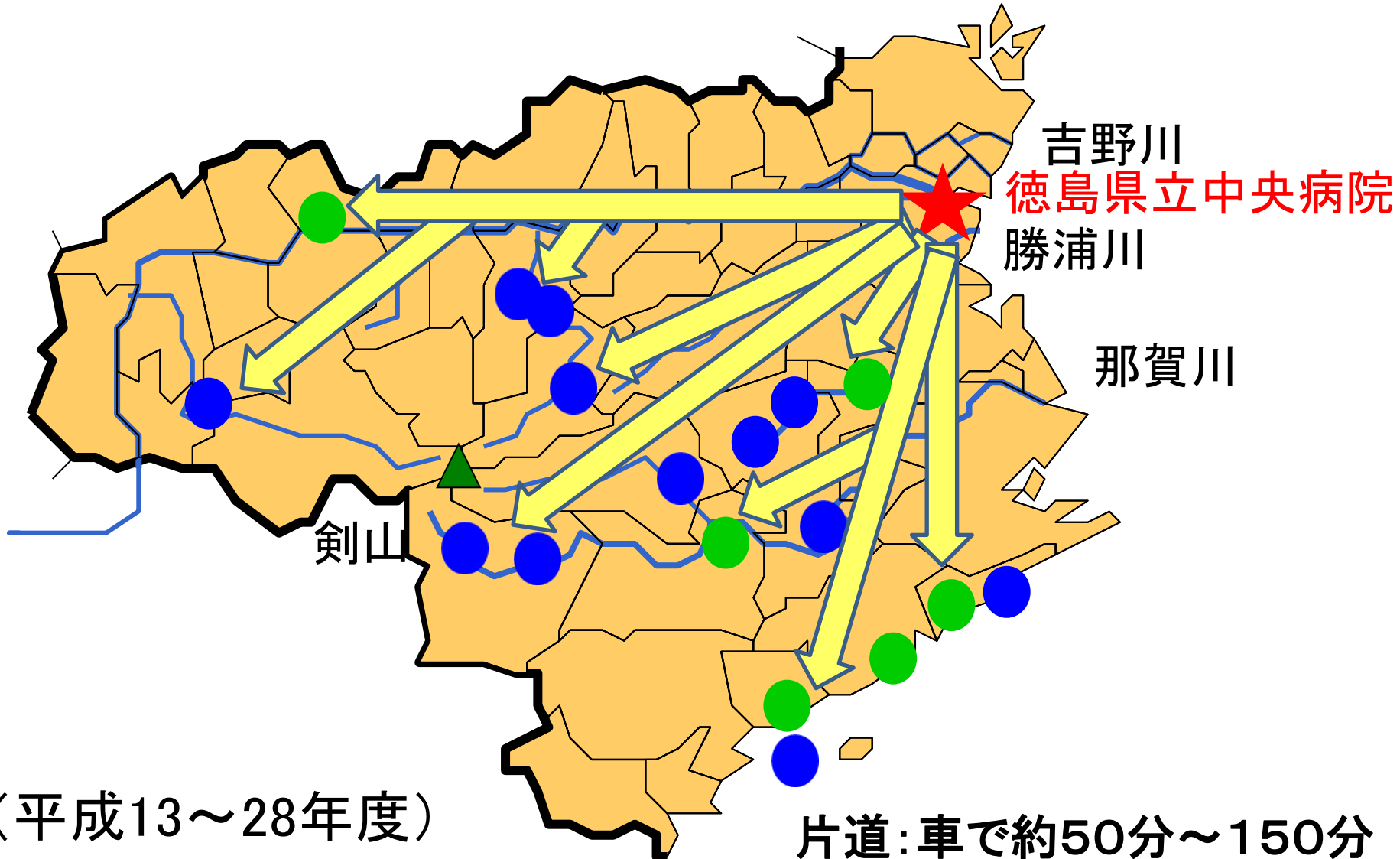
診療所まで手押し車を  
押してやって来られました。

**この素晴らしい笑顔！**

(平成16年8月13日)



これまでに、私自身、診療・診療支援してきたことのある  
公立の 病院 ● 診療所 ●



# 徳島県地域医療再生計画

## ■徳島県地域医療再生計画の概念図

### 第1計画:「地域医療再生・創造拠点」機能の整備（東部Ⅰ医療圏）

#### 目標

- 救急医療体制の万全化
- 高度先端医療の拠点形成
- へき地医療支援機能の強化

#### 整備する機能

- 医師等養成・研修センター機能
- 医師等派遣センター機能
- 政策医療総合対策センター機能  
「がん」「救急」「小児救急」  
「周産期医療」「へき地医療」など

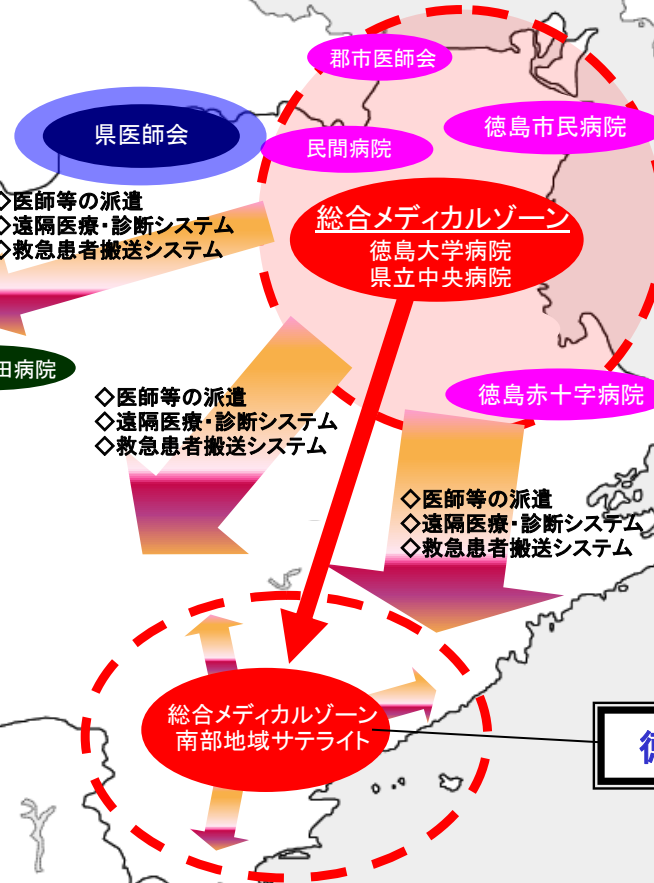
### 第2計画:「西部地域医療拠点」機能の整備（西部Ⅱ医療圏）

#### 目標

救急医療を中心とした  
「地域完結型」医療提供  
体制の整備

#### 整備する機能

- 地域医療連携ネットワーク化拠点機能
- 救急医療拠点機能
- 災害医療拠点機能
- がん治療拠点機能



徳島県立海部病院



平成21年度～27年度



# 総合メディカルゾーン構想

H17. 8. 1 知事ー学長間で、「総括的な合意書」を締結

H18. 9.11 ハード面の連携に関する「合意書」

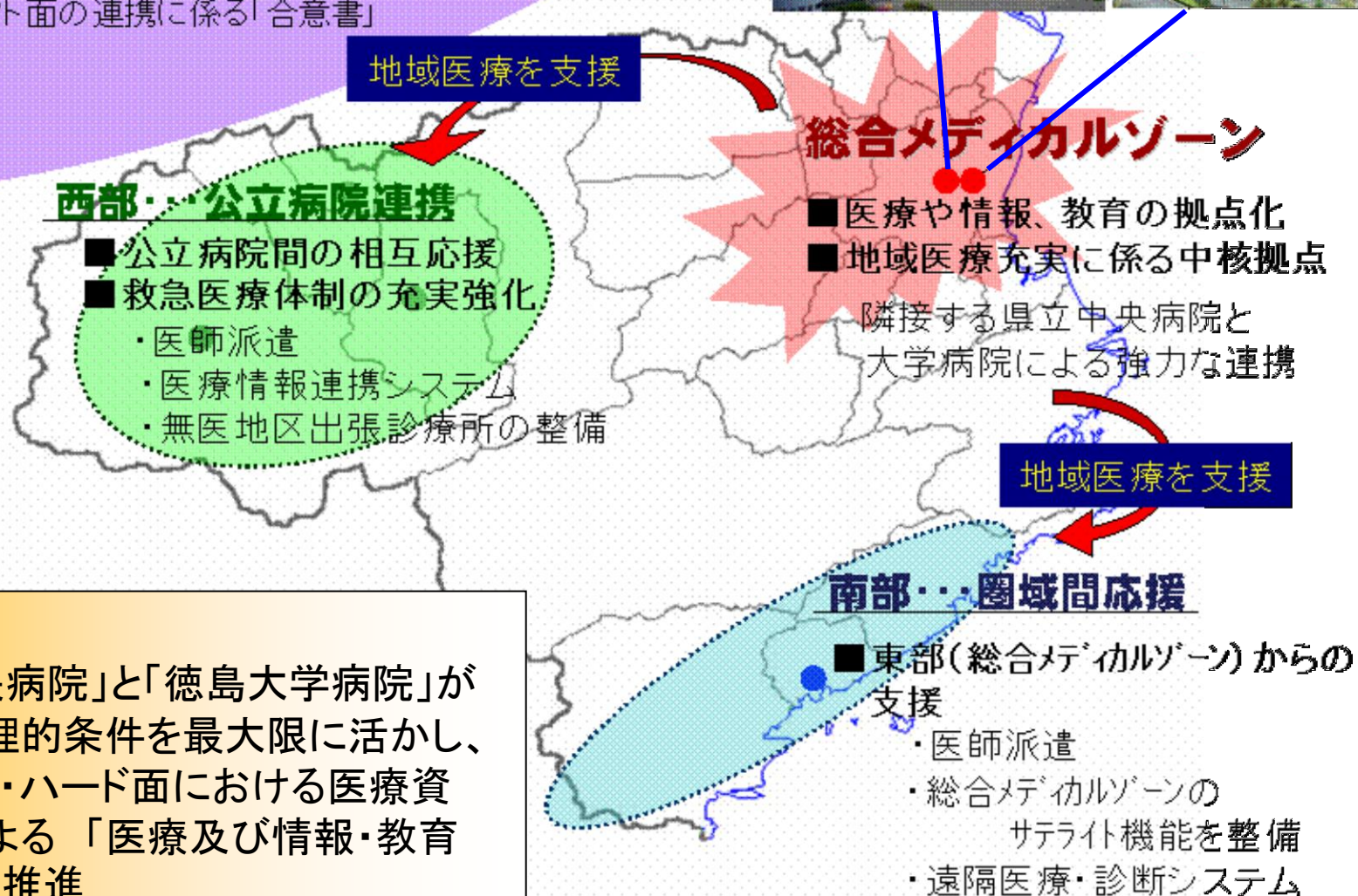
H21.10.16 ソフト面の連携に係る「合意書」



徳島大学病院



徳島県立中央病院



「県立中央病院」と「徳島大学病院」が隣接する地理的条件を最大限に活かし、相互のソフト・ハード面における医療資源の活用による「医療及び情報・教育の拠点化」を推進

# 住み慣れた地域で 暮らすために

医療・介護提供体制の確保・構築に向けて

「地域医療構想」  
「地域包括ケア」  
の展開を

◆いま、**国民の意識**の変化・変革が…。  
終末期の心肺蘇生は？ 延命治療は？

・気管内挿管は？ 人工呼吸器は？

食べられなくなったとき、

・胃ろうは？ 中心静脈栄養は？

\* 意識啓発・情報の周知なども必要。

\* 事前指示書、エンディングノートなど…。

◆**在宅医療・介護**の選択の際に、在宅等とは？

自宅？ 一般居住施設？ 介護施設？

ほかに？ お看取りは？

\* ご自宅で暮らしていけるのか？

家族等による介護は可能か？

環境・条件

「人生のハッピーエンドを迎えるために  
～在宅看取りという選択～」など

★地域住民の皆さんへ  
普及啓発活動も

生き方と逝き方を考える  
～看取りの文化を取り戻そう～

卒後23～31年目

徳島県保健福祉部本務、  
徳島県立中央病院併任で

週1回程度、へき地医療支援継続

2年間：保健福祉部 医療環境整備室長

2年間：保健福祉部 地域医療再生室長

2年間：保健福祉部 健康増進課長

1年間：危機管理部 災害医療上席推進幹

保健福祉部 健康増進課長

昨年5月から、現職

保健福祉部次長（医療介護連携担当）

そして、平成27年5月から

## 徳島県保健福祉部 次長(医療介護連携担当)

### 徳島県立中央病院 地域医療科 併任

県内のへき地医療支援・・・週1回：口山診療所、月1回：木屋平診療所

#### ・主な重要テーマから

「健康寿命」の延伸

「地域包括ケア」の推進

「地域医療構想」の策定、実現に向けた取組

「地域医療介護総合確保基金」事業の策定・実行

災害医療対策の強化・充実

いい医師育成のサポート   ほか

#### \* 会議等

・県議会

・文教厚生委員会、

・次世代人材育成・少子高齢化対策特別委員会

・関西広域連合広域医療局

・徳島県医療審議会

・徳島県健康対策審議会

ほか対応

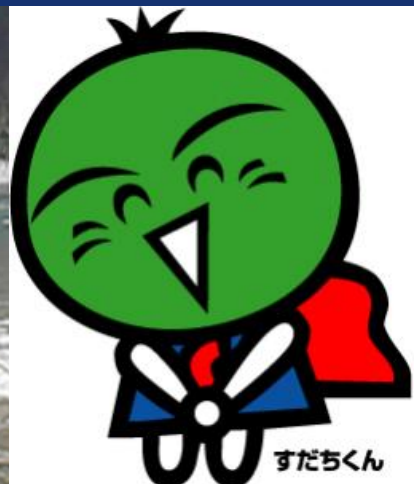


◆行政の立場で、地域医療の確保のために取り組んできた状況としては、  
例えるならば(表現が適切ではないかもしれませんが、ご容赦下さい)、

受け継いできた田畑も、ある意味「地域医療崩壊」と呼ばれるように、  
次第に荒地となっていく中で、再び、この荒地を、関係者と共に耕し、  
土壌をつくり、そこに種をまき、水をやり、太陽の日の光が降り注ぐこと  
もあれば、嵐のような雨風も時にはある中で、取り組んできた様々な施策は、

- ・うまく芽も出ないまま、残念ながら終わってしまったもの
- ・まだ芽は出ておらず、あきらめてはいないものの、厳しい状況であるもの
  - ・・・「とくしま医師バンク事業」における医師採用 など 要工夫。
- ・大事に育てても、うまくいかないこともあったり、  
自然体でのびのび育てたら、活き活きと大きく育っているものもあったり。
  - ・・・高校生や医学生の体験セミナーや夏期研修等は積極的参加多いが  
その後も継続的に、というところで課題もある。
- ・芽は出て、少しずつは伸び続けており、今後の蕾・花に期待し、  
根気よく、水・肥料を注ぎ続けているもの
  - ・・・地域卒医学生には期待すると共に、様々な課題解決に向けて  
関係者と一緒に、一層しっかり取り組んでいきたい。  
徳島県地域医療支援センターの事業としても一体となつて。
- ・永年、一緒に育ってきているもの(これからも)
  - ・・・自治医大卒業医師の育成。 新専門医制度における課題含め、  
いわゆる義務年限後もあわせて、一層しっかり取り組んでいきたい。

# 徳島は宣言する VS 東京





# 地域医療フォーラム2016

テーマ:「将来の地域医療を守るためのそれぞれの立場の役割  
～お互いを尊重し、なすべきことを考える～」

# 全体会 I

# 将来の地域医療を守るためのこれまでの取り組みと課題

## 報告③「医療従事者の立場から」



地方独立行政法人  
新小山市民病院 島田和幸



# 栃木県県南保健医療圏と新小山市民病院

## 新小山市民病院の沿革

昭和55年 市立病院と医師会病院が合併  
⇒342床

慢性的な赤字経営を繰入金で補てん  
医師数 37人(平成18年) ⇒33人に減少  
病院の老朽化

## 公立病院改革プランと医療再生基金

平成22年 小山市民病院建設計画

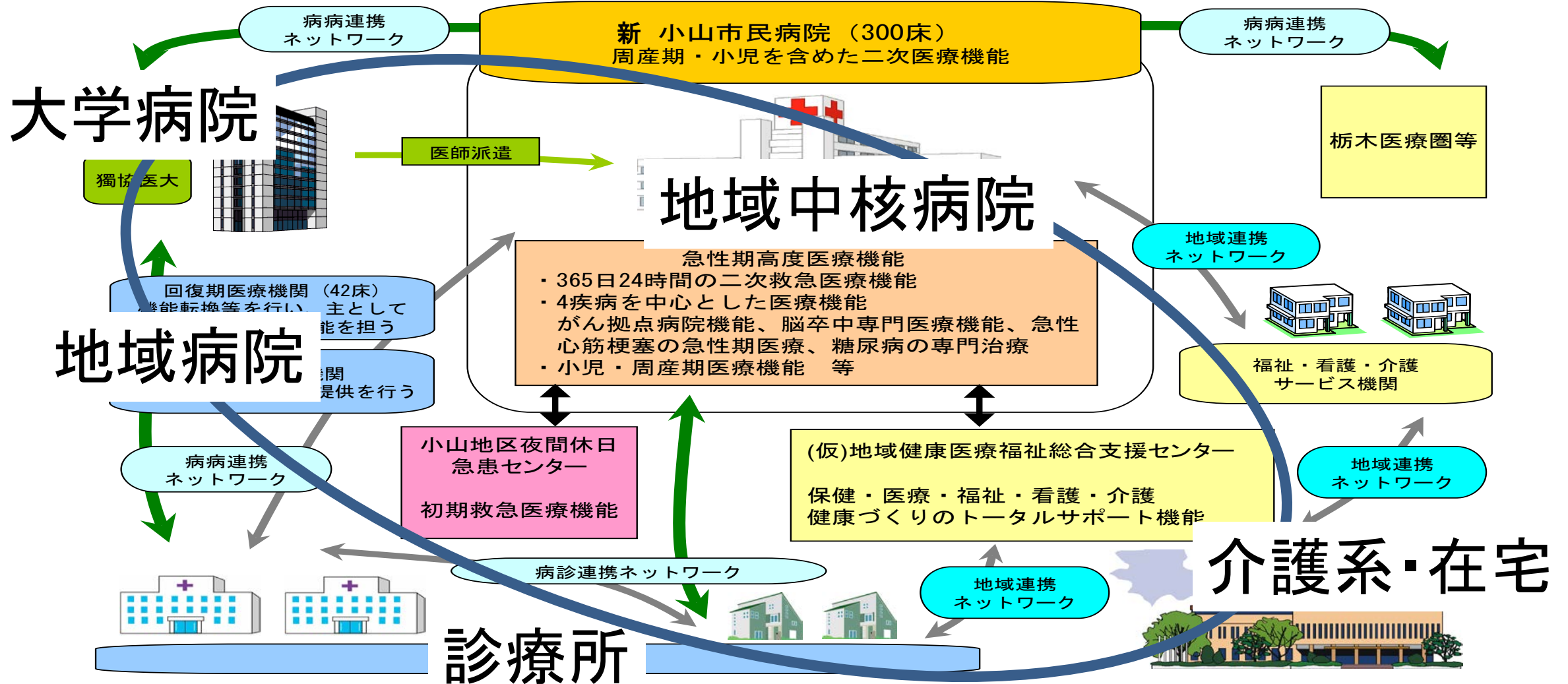
平成24年 7：1施設基準 病院再生計画  
平成25年 地方独立行政法人「新小山市民病院」  
平成26年 DPC対象病院 地域包括ケア病棟  
平成27年 地域医療支援病院 病院機能評価受審  
平成28年 新病院移転開院（300床）  
HCU 8床、SCU 3床  
地域包括ケア病棟44床

16万6千人の都市の唯一の総合病院  
DPC病院ゼロ、近隣に2つの大学病院



# 小山の地域医療を守る

小山医療圏 機能強化・医療連携





# 新小山市民病院の新築・移転 平成28年1月

300床、耐震4階建、延床面積20875m<sup>2</sup> 事業費78億2000万円



小山思いの森...(健康増進の森・広場)

健康医療介護総合支援センター

夜間休日急患診療所

医師会・歯科医師会

地域包括支援センターなど

集会所

# 2013年地域医療フォーラム第4分科会提言

- **地域のニーズ**を把握して、分析し、その上で**ミッション・ビジョン**を明確にする(**時代の先**を見据えることも必要)。機能分化と絡めた地域完結型医療を目指す。
- **連携室の役割**を充実し、患者本位のシームレスな連携を構築する。そのために**市民の意識**を変える必要もある。
- 病院全体で、**学生・研修医**等を教育するシステムを構築し、自治医大だけでなく全国に門戸を広げる。
- **職員の意識改革**を通じて、**医療機能の質**を確保する
- **住民・行政・医師会・医育機関との連携**を継続し(現在ある連携も活かし)、適切な医療提供体制を構築する。



# ワーキンググループでの議論に向けて

## 新小山市民病院の今後のサクセスストーリーの鍵は何か

- 病院の特色をどのように打ち出すか

一般急性期病院としての救急・手術診療 & 総合診療

- いかに連携するか

周辺医療機関（大学、病院）との機能分担

診療所と顔の見える関係、保健・福祉・介護との連携、市民との情報交流

- いかにスタッフを充実させるか

常勤医の獲得、研修医教育、総合診療医



→ 地方独立行政法人化

区分	平成23年度	平成25年度	平成27年度
	金 額 (円)	金 額 (円)	金 額 (円)
病院事業収益	49億8千万	57億5千万	70億8千万
1 医業収益	45億7千万	52億1千万	64億7千万
病院事業費用 4	53億9千万	55億6千万	73億4千万
1 医業費用	52億4千万	53億9千万	65億4千万
当期純利益	▲ 4億	2億	4千万(臨収+)
(別掲) 負担・繰入金	8億	4億6千万	4億9千万
經常収支比率	92.8%	102.3%	96.5%
医業収支比率	87.2%	96.7%	99.1%



# 病院職員数

→ 地方独立行政法人化

指標	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成27年度
医師数	34人	36人	37人	49人
看護師数	216人	217人	215人	245人
全職員数	365人	389人	418人	528人

平成24年度以降に

増員した診療科; 脳神経外科 2、心臓血管外科 2、呼吸器内科 1、内科・総合診療科 4、  
神経内科 3 内分泌代謝科 1

# 入院診療の実績

 地方独立行政法人化

項目	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成27年度
延入院患者数	81,949人	81,757人	85,792人	89,010人
新入院患者数	4,541人	4,846人	5,238人	6393人
病床稼働率	75.5%	74.7%	78.3%	83.6%（300床ベース）
平均在院日数	17.0日	15.5日	15.4日	11.8日
入院診療単価	34,732円	37,797円	40,858円	50,528円

# 外来診療の実績

 地方独立行政法人化

項目	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成27年度
延外来患者数	144,637人	149,914人	155,251人	154,837人
新患患者数	20,233人	21,781人	20,747人	17,391人
外来診療単価	9,690円	9,749円	10,097円	11,451円
紹介率	36.2%	40.7%	40.8%	76.6%
逆紹介率	34.5%	43.3%	56.1%	83.5%

# 急性期診療の実績

 地方独立行政法人化

項目	平成23年度	平成25年度	平成27年度
救急患者数	6,903人	7,129人	7,217人
救急車搬送数	2,503件	2,671件	3,438件
救急入院患者数	1,577人	1,943人	2,442人
手術件数(全麻)	1,170(808)件	1,664(827)件	2,539(918)件
化学療法件数	1,027件	1,778件	2,407件
心カテーテル (Intervention)	112件 (94)	333件 (130)	433件 (192)
脳卒中急性期	171件	290件	355件

## DPC機能評価係数Ⅱ

指標	平成26年度	平成27年度	平成28年度
機能評価係数Ⅱ	0.0397	0.0473	0.0658
効率性係数	0.00526	0.00715	0.00946 
複雑性係数	0.00581	0.00537	0.00760
救急係数	0.00661	0.01039	0.01409 
後発医薬品係数	0.00046	0.00232	0.01058 
重症度係数	—	—	0.00000



# 病院“改革”

## 目標と現状のギャップを埋める



- ガバナンスの確立；法人理事会、経営改革推進会議
- あるべき姿の共有；急性期地域中核病院、地域完結型医療
- 目標の共有；患者サービス、診療の質・レベル、病床のフル活用
- 現状の把握；患者満足度 診療単価、稼働率など
- 職種内、職種間の情報共有；診療部連絡会議、病棟会議など
- 医療連携・市民交流；患者支援センター、広報・ふれあい祭りなど
- プロジェクトチーム方式；認知症ケア、データ管理、病床管理など
- BSC、PDCAサイクル方式；行動計画書、パフォーマンスレビューなど



# “地域中核病院”

- 大学との結びつき  
医師派遣、研修・教育（教育センター）、連携医療（2次⇔3次）
- 医師会との結びつき  
紹介・逆紹介（患者支援センター）、合同勉強会
- 病院との結びつき  
退院支援（患者支援センター）、連携協議会
- 市民・行政との結びつき  
市民公開講座・ミニ集会、医療を考える会、ボランティア







# 患者支援センター



- 医療連携室 6 入退院支援室 8 医療相談室 5人
- 看護師 10 社会福祉士 4 事務 6人





# 地域医療教育センター



- 小山市の自治医科大学寄附講座
- 総合診療部医師 3人が医学生(4名)教育と総合診療に従事





## 病院ふれあい祭り



## 地域との交流

### 市民向け講演会



## 小中学生の病院見学



## 医師会合同勉強会

### 病院ボランティア





# 病院再生 第2章

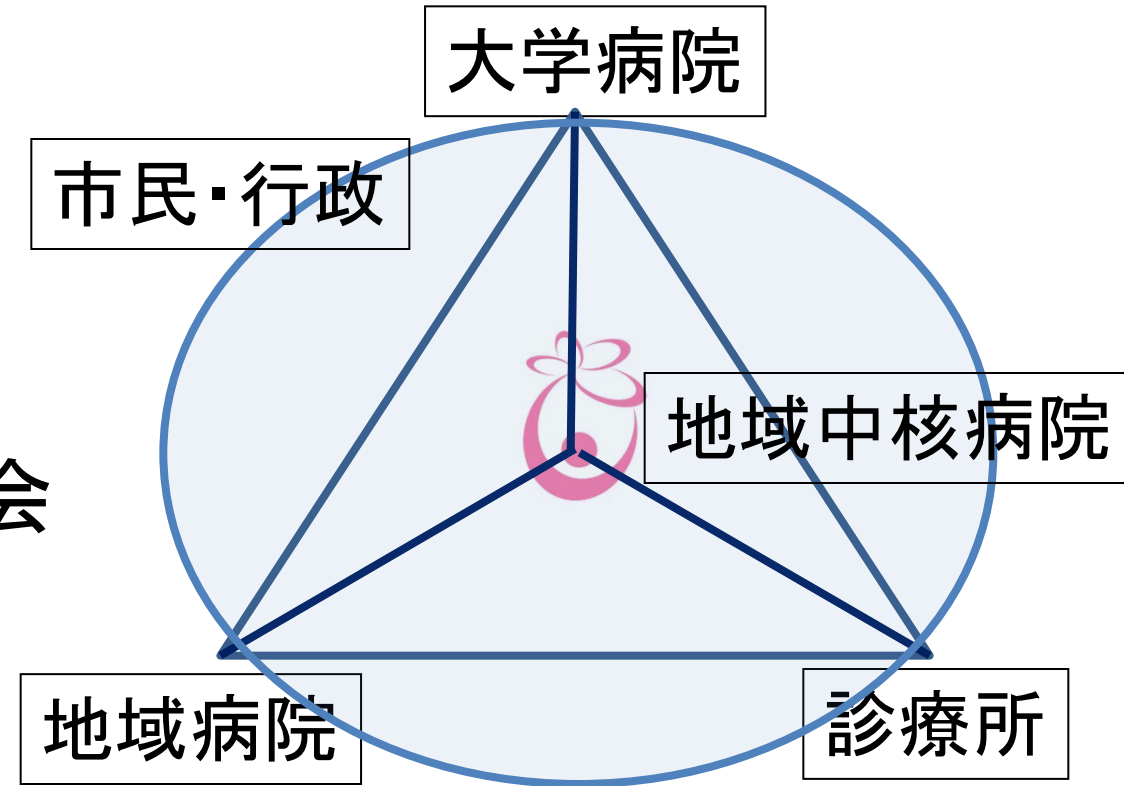
## 第2期中期計画に向けての戦略



- 診療の質とレベルの向上；医師・看護師確保etc
- 地域中核病院としての確立；急性期病院、連携network etc
- 病院機能の高度化；QC, TQM etc
- 戦略的経営手法の実践；経営分析・企画etc
- 人材育成と人事計画；人事評価、研修医、特定行為看護師etc

# “今後の地域のニーズは？”

- 地域医療構想と協議会
- 診療報酬制度と病院機能分化
- 新専門医制度と大学派遣
- 小山市近郊地域医療連携協議会
- 地域包括ケア体制
- 総合診療専門医
- 特定行為看護師制度



# 地域医療を守るー医療従事者の立場から

## •Evidence-based Regulation

専門医の配置規制

病床の種類別規制

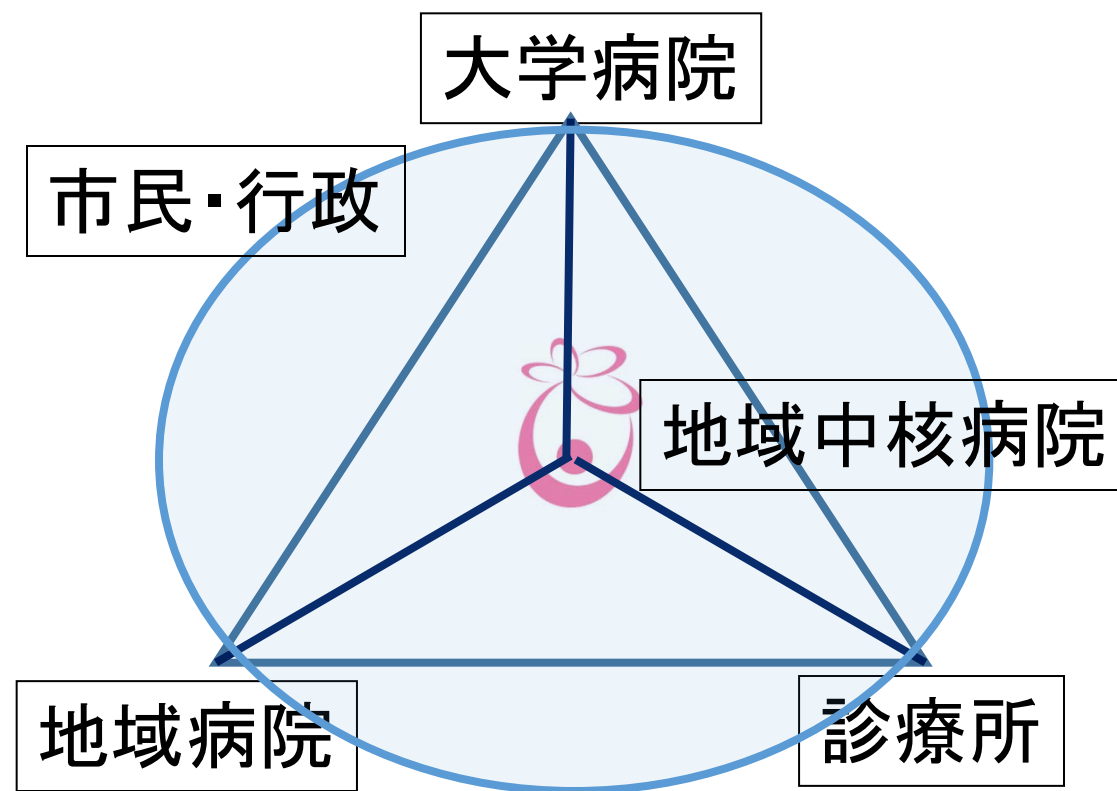
确实(?)だが、取り組みにくい

## •Professional Autonomy

診療報酬による誘導(7:1etc)

医療機関の連携(派遣、推進法人etc)

取り組みやすいが、不确实

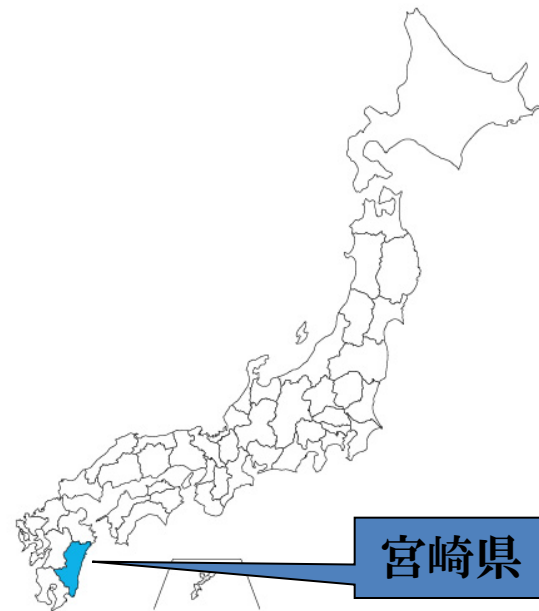
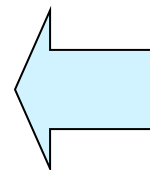
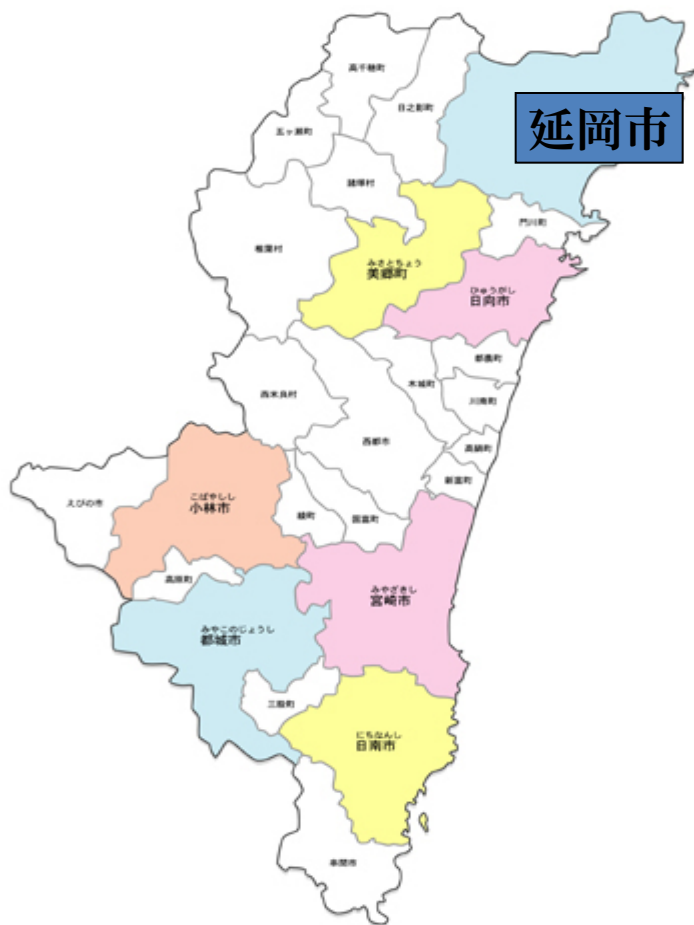






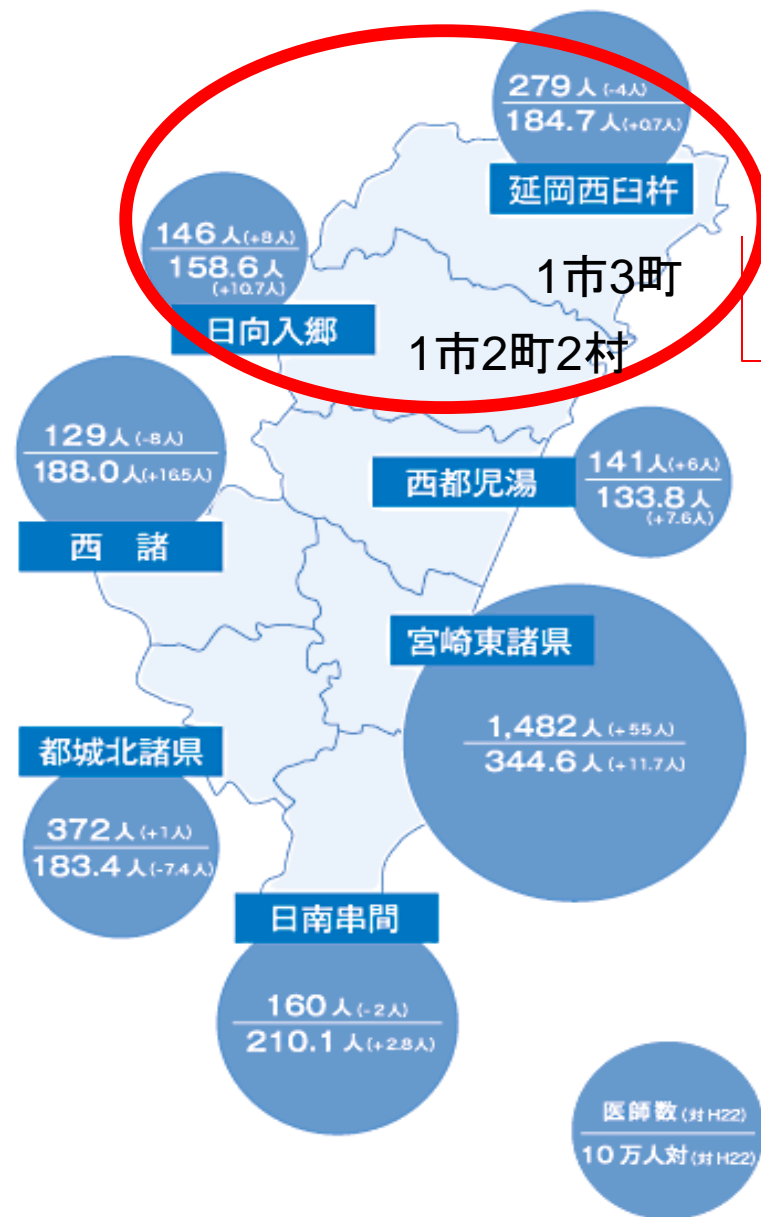
# 宮崎県延岡市はここ！

宮崎県



※平成の大合併により、合併した市町村の紹介

# 宮崎県の二次救急医療圏と医療圏別医師数



約24万人

三次救急医療機関  
県立延岡病院

全国平均 10万人対：237.8人 (+7.4人)

平成 24年 12月末現在「医師・歯科医師・薬剤師調査」(厚生労働省)

# 宮崎県立延岡病院

平成10年全面改築グランドオープン

総工費201億円

許可病床数

460床

稼動病床386

医師55名(66名)



2次救急医療施設

3次救急医療施設

(救命救急センター併設)

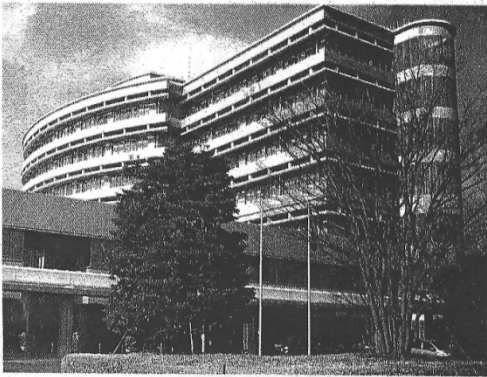
延岡西臼杵医療圏

と日向入郷医療圏

※宮崎県の面積の41%  
から患者を受け入れ



# 医師6人が退職へ



医師6人が退職の意向と分かった県立延岡病院。県北医療の核として役割が果たせるのか。住民も不安が募る

県立延岡病院

救急、血液、腎臟各1、神經内科3

# 補充の見込みなし

腎臓、神経内科休診  
透析できず

醫師不足深刻な延延問題院、前元生監死後、四月末に、副院長、内科、神経科の医師八人が席のある大講堂で本部へ引き揚げて自己整理會を開き、きうまで分かつた。醫師の業がほれば、胃腎から醫師の賃六十八人に大々減のきゝ五人体制となる。中々醫務室内、神経科は醫師を口づに、休むとなつてしまふ。まづ、夜間救急体制は継続するが、このままでは夜間勤務する醫師の負担が十分に増えたとが難らう。同院は「醫師の確保対策を努力せよ」とつてゐるが、異議はまたまた立っていない。(面々関連記事)

同病院によると、救命  
事態を訴す

整然莊嚴の顔に、  
が月来で、内科の血液  
検査を腎臓病と二人  
拒否を腎臓病と二人  
人、神経内科医入の計  
五分のけられ月来で  
過重なるこのため、腎臓  
内科、神経内科の紹介患  
者に入れば、今月末で  
ストップする。

同日では、月水金  
曜日は木土日曜日に分  
けて、一日の入通分  
を実施しているが週換  
入院患者で毎日ル稼働  
の状態です。

腎臓専門医がいくな  
る中で、四から腎疾  
患者が増え、今月末で  
ストップする。

腎機能が発した患

腎臓専門医がいなくなること、四月から腎疾患や腎機能が低下した患

神精内臓科の科長は、北海道管内外の救急機関と関係し、腎臓担当として神精内臓科の他の二人が宮大に引き揚げる。神精外科第一一人は、自治医科大学の研修期間満十年を過ぎるため、一人が宮大へ引き揚げる。

腎臓は、昨年ひとりが宮大へ引き揚げた。関係者は、要人の医師が入ったと誤って聞いた。耳も休むなと動いていくと過激な勤務者の受け継ぎがでなく、その関係者は、心臓病と人工透析を併用する必要があることである。それでは院内で単独で腎臓病と診断した患者の三方。腎臓担当者がなくなれば、そんな高度医療が提供できない」と影響を指摘している。

昨年、内科・内科・循環器科、神経科医科第七人が相次いで退職。特に消化器科は、医師がゼロに達した状況だ。

ど、医師不足が深刻と  
なっている。

本来は二次、三次救急医療機関の同病院だが、市内には午後十一時以降の夜間救急がほかにないため、同病院が午前八時

半まで初期救急も受け入れている。

しかし、今回の大量退職で医師の当直回数が増えるなど、医師にかかる負担がさらに増大するのは必至。同病院は地域の医療機関、行政と協力し、地域住民に不安を与えないよう努力する」と述べている。

同病院は十五日、医師や看護師ら職員と市医師会、延岡保健所に六人の退職を説明。延岡市にも

【眞藤正治市長】医師不足の問題は、根本的には国の問題であると考えているが、地方自治体としてはとにかく何でもやろうという気持ちで、これまで取り組んできた。

しかし、今年度末に六人の退職ということを知り、大驚愕している。六人もの退職は異常事態であり、この影響は図りしれない。

医師不在による影響を  
分析し、医師会等の関係  
機関や県北市町村とも連  
携して対応を協議したい。

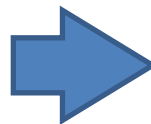
中核病院の医師不足

災害

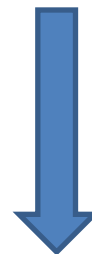
署名・啓発活動



災害復旧



復興の道筋づくり



日々の営みへの不安

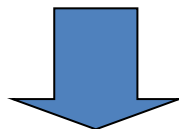
医療サービスの享受者から、市民参加による再生

意識改革

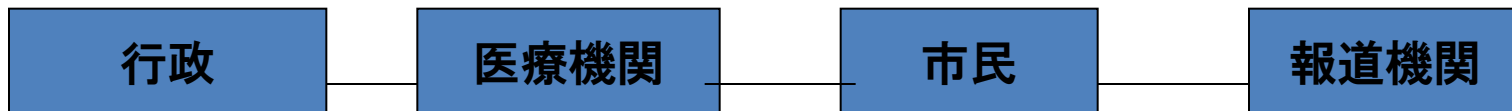


## 地域医療問題で私たちに見えてきたもの

- 地域医療の危機は全国共通の問題であること。
- 地域の医師不足も全国共通の課題であること。
- 問題の原因は国の制度や県、市町村の行政の施策や医師だけでなく地域住民にもあること。



**地域の医療資源は限りがあり、今あるものを役割分担しながら地域総力戦(協働)で守っていく。**



**協働の旗印が必要！**

**延岡市の地域医療を守る条例の制定**

# 延岡市の地域医療を守る条例

平成21年9月29日公布

## 基本理念

### 地域医療を守る

- ◆市・市民・医療機関  
が一体となり、地域  
全体で守る

### 健康長寿を目指す

- ◆市民自らの健康増進  
の努力
- ◆医療、保健、福祉  
の連携

# 三者それぞれの責務を規定

## 市の責務

- ① 地域医療を守るための施策の推進

※H21年 専門部署 地域医療対策室設置

- ② 健康長寿を推進するための施策の実施

※H23年度 専門部署 健康長寿推進室設置

## 医療機関の責務

- ① 患者の立場の理解と信頼関係の醸成
- ② 医療機関相互の機能分担と業務連携
- ③ 医療の担い手の確保と良好な勤務環境の保持
- ④ 健(検)診への協力

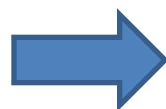
## 市民の責務

- ① かかりつけ医を持つ
- ② 適正な受診（時間内の受診等）
- ③ 医師等に対する信頼と感謝
- ④ 健(検)診の積極的受診と日頃からの健康管理

医療機関

行政

しみる



公共性



？

使命感

しみん

市民

>

私民

## ■地域医療を守る条例(市民の責務)の持つ意味

# し民の公人化

本来、憲法上保証されている権利・自由の制限

受け入れる**覚悟**

責務=覚悟  
押し付けられるものでなく  
意欲をもって取り組むもの

個人の健康管理は「公」のものになり、  
自分ができることがあることの自覚する

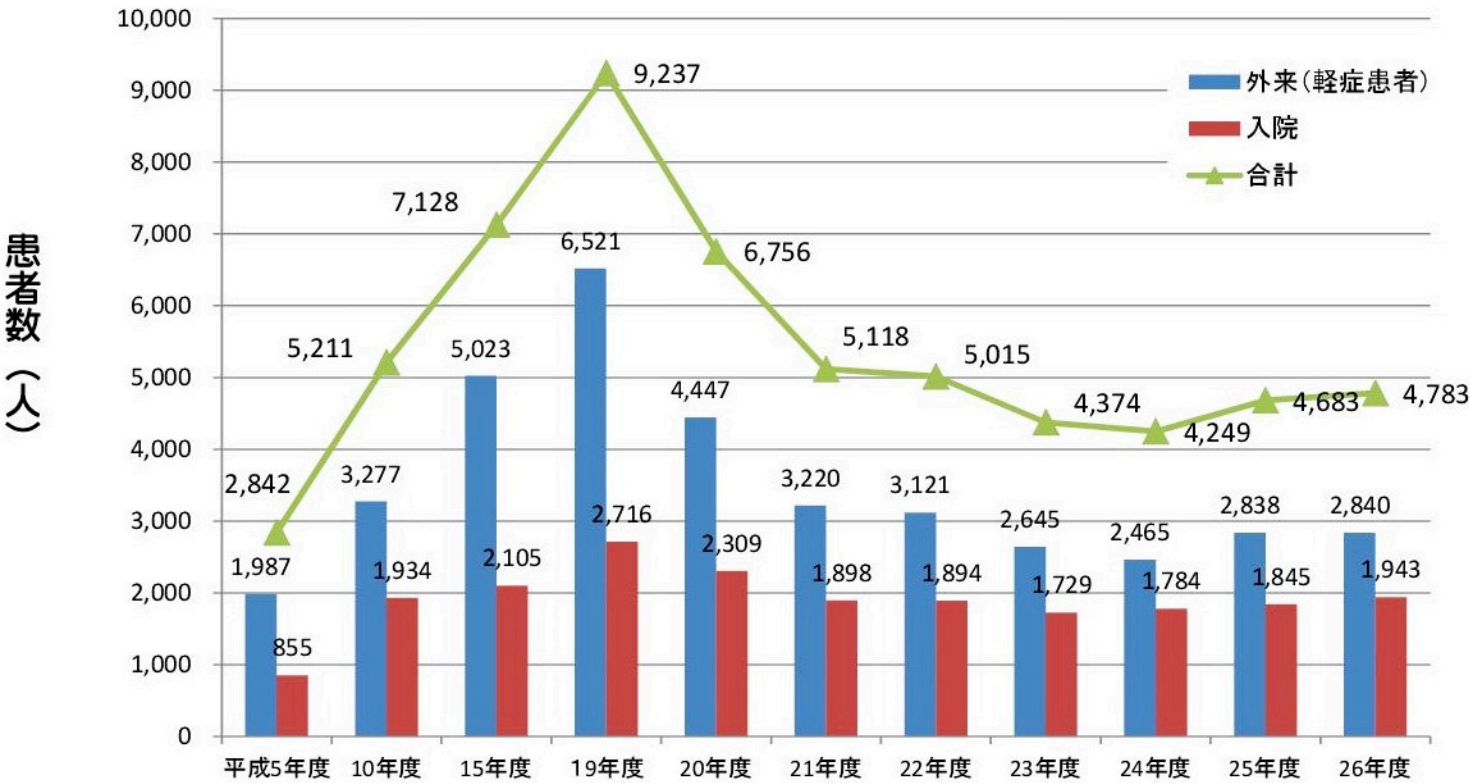
市民意識  
の改革



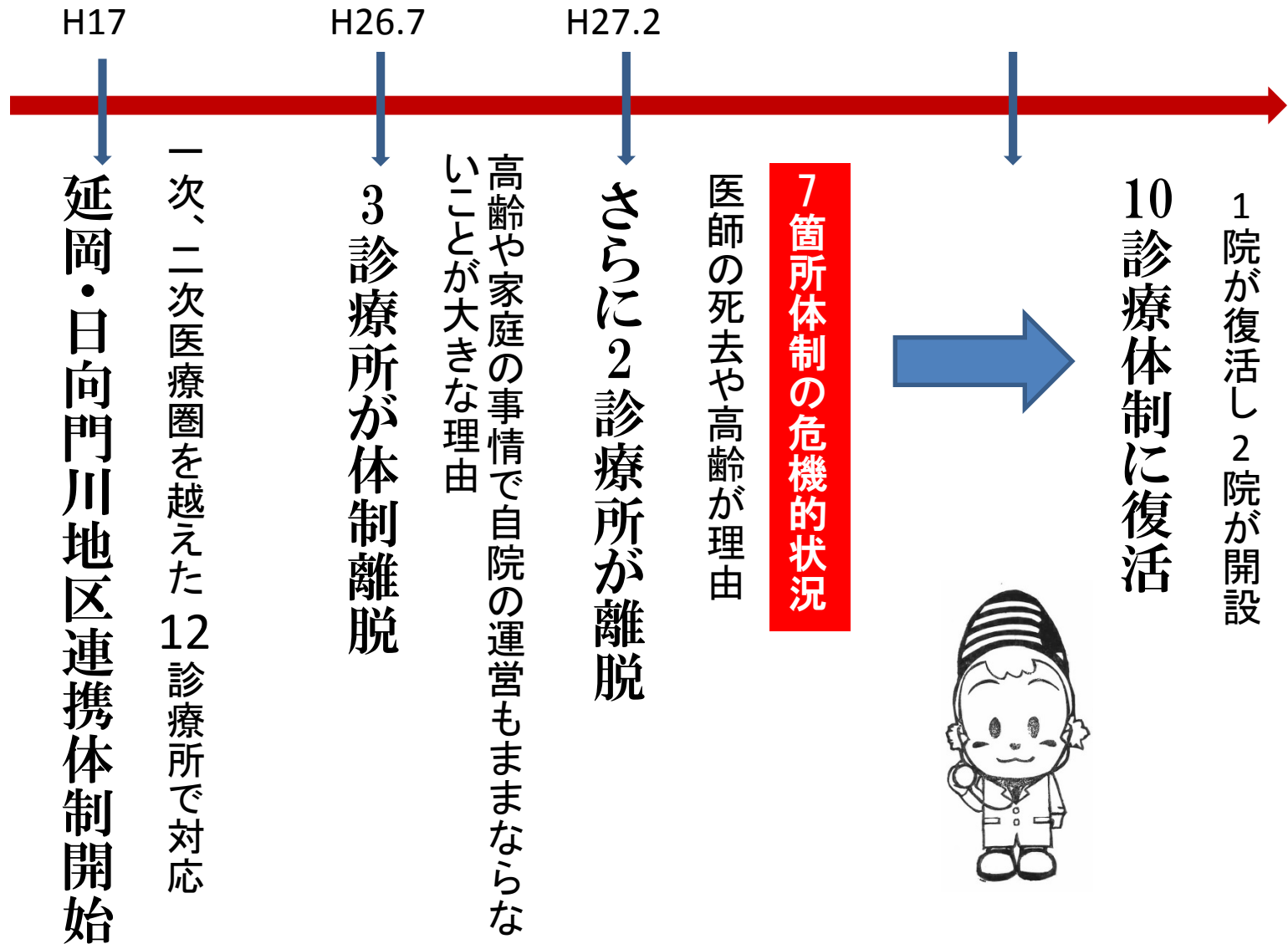
県立延岡病院 夜間・休日 救急患者数

	年度	平成5年度	10年度	15年度	19年度	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度
患者数	外来(軽症患者)	1,987	3,277	5,023	6,521	4,447	3,220	3,121	2,645	2,465	2,838	2,840
	入院	855	1,934	2,105	2,716	2,309	1,898	1,894	1,729	1,784	1,845	1,943
	合計	2,842	5,211	7,128	9,237	6,756	5,118	5,015	4,374	4,249	4,683	4,783

宮崎県立延岡病院 夜間・休日救急患者数



# 宮崎県北地区の小児救急医療体制の変化



# 知ってほしい小児医療体制の現状

「大変！ひどい熱！」「あつー！とにかく熱が下がらない！」など、子どもはいつも危険が隣り合わせ。そんな困った時に頼りになるのが小児科医の皆さんです。ところが市内の小児科医は高齢などの理由により、緊急医療体制の維持が困難な状況になっています。

今回は、皆さんに、現在小児科医の現状を正しく認識していただき、将来にわたって毎日安心できる診療体制が維持できるように、今私たちにできることを考えます。

## 日曜・祝日の小児診療が大変！

延岡市の小児科の初期救急救急体制（夜間急病センター、日曜・祝日在宅当番）を支えていただいている医師たちは、これまで12人（日向市の医療機関を含む）でした。

## 7月以降の日曜・祝日在宅当番体制の変更



## 7月以降の日曜・祝日在宅当番体制と医師の年齢構成

医療機関名	
おきしま小児科	
桜ヶ丘ファミリークリニック	
田原病院	
藤本内科・小児科	
ほうしやま子どもクリニック	
又本小児科医院	
松崎医院	
こどもクリニックたしろ（日向市）	
大王谷こどもクリニック（日向市）	

年代	医師数
20代	0人
30代	0人
40代	2人
50代	3人
60代	2人
70代	2人

平均年齢は60歳、新たな医師の確保が課題。

しかし、高齢などの理由により、7月から3つの医療機関が日曜・祝日在宅当番の小児科診療体制から外れ、内科診療のみに変更されたことから、残る9つの医療機関の負担が増すこととなります。

## ほうしやま先生に実情を尋ねました



ほうしやま子どもクリニック

院長 宝珠山 厚生 医師  
延岡市医師会小児科医会 会長

夜間・休日小児科の診療は、今後どうなっていくのですか？

先生 7月から9つの医療機関で体制を維持することになり困難な状況です。さらに、誰かが体調不良で診療ができなくなり人数が減ると、夜間や休日診療の体制について一時休止を検討せざるを得ない状況です。

お医者さんも増えたりするんですか？

先生 赤ちゃんから中学生までの幅広い患者さんを診察する点ですね。分かるやうに言えば赤ちゃんが発熱する原因から中学生が発熱する原因まですべてを知る必要があります。このよう

先生 もちらんです（笑）。休日在宅当番の時は、県北地域の小児科医を自分一人で背負って立っていると思うと、気後れしてしまうこともあります。

先生 唯一の趣味はマラソンです。毎日12kmを日課にしています。走るのを楽しんでいます。夜動明けても走っているんです（笑）。医師も人間ですから、適度な休みで、心と体をリフレッシュして、ミスを防ぎます。

## 医師の高齢化と新任医師確保

延岡市の小児科医の平均年齢は、62・8歳で全国平均を約13歳上回っています。さらに1万人当たりの医師数も全国平均を下回っています。（下表参照）

このことは、小児科医不足のなかで、本市の小児科医の皆さんが、子どもの健やかな成長のために高齢になっても診療を続けてくださっている成果ともいえます。

このため新たな医師を確保する取り組みも必要となっています。

## 小児科医師の人口比

	全国	宮崎県	延岡市
小児医師数	16,340人	128人	10人※
平均年齢	49.5歳	—	62.8歳
15歳未満人口1万人に対する医師数	9.7人	8.1人	5.5人

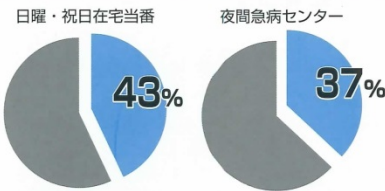
全国平均・県平均に比べて、小児医師が少ない延岡市。  
※日曜・祝日当番、夜間急病センター協力医の数（平成26年6月現在）

## 受診患者の多い小児診療

延岡市医師会の統計によれば、夜間急病センターの全患者数の37%が小児科の診療となっています。（上図参照）

また、日曜・祝日在宅当番の診療においては、43%と約半数が小児診療であったことにより、乳幼児はいつ高熱がでるかかわからず、症状も変化しやすいことから夜間に医療機関を受診する頻度が高くなり、診療科の中でも小児科の医師や医療スタッフの負担は大変重たい状況になってしまいます。

## 小児診療の割合



1日あたり85人の患者が利用しており、診療科別が一番多くなっています。

1日あたり111.3人の患者が利用しており、全患者数の約4割を占めています。

診療以外では、どんなことをしていますか？

先生 普段の診療を滞りなく行うことが最も重要ですが、その他にも専門医としての資格を維持するための単位取得や、学校医としての学校での仕事、看護学校の講師などいろいろなことをしています。また、家庭では父親としての役割も果たしています。時間がいくらかあっても足りない時間で、時間のやりくりが大変です。

お忙しい先生ですが、趣味はありますか？

先生 唯一の趣味はマラソンです。毎日12kmを日課にしています。走るのを楽しんでいます。夜動明けても走っているんです（笑）。医師も人間ですから、適度な休みで、心と体をリフレッシュして、ミスを防ぎます。

市民の皆さんへ、アドバイスをお願いします。

先生 診療の時に話を聞いてみると、病気が油断から生じているケースがかなり多いことがわかります。例えば、処方薬を途中でやめてしまい発作を起こすなどです。子どもの体調が悪い時はこまめに休ませて、処方された薬を最後まで服用させるよう心がけてください。

また、病気を防ぐために食事・睡眠のリズムをしっかりとつくることや、これから1年の時期にはクーラーの使い過ぎには注意してほしいです。

また、病気が疑われる場合、市の「子ども救急医療ガイド」はわかりやすくとても役に立ちます。ぜひ活用してください。



## 皆さんが できること

医師から信頼される受診マナーを地域で築き上げれば、現在の小児診療を支えてくださっている医療関係者たちの負担が軽減されるだけでなく、新たな小児科の小児科医着任にもつながり好循環が生まれることとなります。

### 【1. 病気の予防をしよう！】



#### 予防接種を受けましょう！

予防接種を受けていれば、感染症の予防および重症化を防止することができます。皆さんが予防接種を受けることで、その病気の流行防止につながります。

■市が独自に補助している予防接種（4月より実施）  
○水痘（水ぼうそう）、おたふくかぜ、B型肝炎が助成の対象となります。

予防接種の種類が増えていますが、2～3種類のワクチンを同時に受けられる「同時接種」もできますので、かかりつけ医に相談してください。

#### ほうしやま先生の 病気予防 ワンポイントアドバイス！



#### 指しゃぶり



感染性胃腸炎やインフルエンザ感染の原因となります。ぜひ意図的に止めさせる工夫をしてください。

#### マスクやうがいの徹底



小さい時から、できるだけうがい手洗いの習慣づけや、マスクに慣れさせることで、多くの病気を予防できます。

#### ぜんそくもちのお子さん



ぜんそくに苦しむお子さんの場合、ベットのを外で飼う、喫煙を止めるなど、両親の思い切った環境変化が症状改善につながります。



医療機関を受診する母さんにお話を聞きました。  
田中聖子さん（結（ゆい）ちゃん（2歳））

感謝の気持ちを忘れずに受診  
これまで「宮崎県北の地域医療を守る会」さんが行っている、ありがとうノートやカレンダー作りに参加して知り合ったお母さんたちとの情報交換などで、地域医療の現状を知りました。これからは、病気に対する知識をつけるなど自分たちができることを考えながら子どもの成長を見守っていきたいです。それから受診の際は医療機関の皆さんに感謝の気持ちを忘れずに伝えたいです。「せんせい、ありがとう」と伝えることは、誰にでもできることですからね。

設立します  
救急医療ダイヤル  
先日、2歳の娘が夜中に何回もおう吐しました。とても心配で夜間診療を受診しようかと迷った時、市が始めた救急医療ダイヤルを思い出しました。電話をしてお出になった担当の看護師さんに症状を説明すると様子を見ながら次の日にかかりつけ医を受診しましょう」とアドバイスしてくれました。とても優しく対応してくれたので、あの時は本当に安かったです。

## 「私たちができること」



### 【2. 受診を迷った時は】

#### 子ども救急医療ガイドを活用！

このガイドブックには、発熱やおう吐など、子どもの病気の症状別に対処方法がわかりやすくまとめてあります。医療機関を受診するかどうかの判断の目安として、ぜひご利用ください。



#### ■子ども救急医療ガイド入手方法

- 延岡市健康管理センターで配布
- 延岡市ホームページからダウンロード

### 【3. 受診の際には】



発熱の場合は体温測定  
子どもの症状はすぐに変化していきます。発熱の場合はまず体温を測って状態を把握し、受診時に病院へ報告してください。

#### ■説明できる人が付き添う

子どもの症状や様子、食事の状況、飲ませた薬やワクチン接種歴などを把握しておきましょう。

#### 救急医療ダイヤルを利用しよう！

##### 延岡市救急医療ダイヤル

0120-865-554

平日（午前・午後）18:00～翌朝8:00 日曜/祝日/年末年始 24時間対応

ガイドブックにない症状などで判断の付かない場合は、無料で看護師や医師に相談できる。

上記ダイヤルを活用しましょう！



#### 処方された薬の服用を途中でやめていませんか？

子どもの救急来院の多くに、病状が落ち着いたからと処方された薬の服用を途中でやめてしまい、症状を悪化させるケースもあるそうです。薬の服用管理は、保護者がしっかりと実施しましょう。

#### 病院へ持っていくもの



- ①健康保険証
- ②乳幼児医療受給資格証
- ③お薬手帳
- ④母子健康手帳（予防接種状況の確認）

#### 通常の診療時間に済ませよう

- ◆アレルギーの検査
- ◆紹介状作成のための受診
- ◆健康診断や予防接種



夜間急病センターや日曜・祝日在宅当番は緊急性のある診療を行うために設けられています。このような依頼は通常の診療時間に！

#### 新規開業への取り組みを支援しています。

延岡市では医師不足を解消し、地域医療体制を強化するため、市内に医療機関を開業する際に、新規開業に要する資金の一部（500万円）を補助しています。

また、小児科の開業には、1,000万円を補助します。その他の加算措置もあります。

これらの支援により平成21年度～25年度の5年間で3件の新規開業がありました。

#### 新規開業 支援

お願い：皆さんのお知り合いに医療関係者がいらっしゃいましたら、この開業補助制度の周知にご協力をお願いします。

子育て世代に伝えていくためには・・・



## 延岡市の小児医療の現状

宮崎県北の地域医療を守る会



延岡市内の小児科専門医の年齢

医療機関名	年齢
Aクリニック	48歳
B医院	47歳
C医院	77歳
D小児科	61歳
E病院	57歳

延岡市内の日曜、祝日在宅当番医の年齢

医療機関名	年齢
F小児科	71歳
G医院	78歳
H小児科	77歳
Iクリニック	56歳
Jクリニック	54歳

\*上記以外に内科医として乳幼児を診療を実施している医療機関は 5医療機関

延岡市内の小児科を掲げる医療機関は、15施設（県立延岡病院を除く）  
このうち、小児科専門医は5人。延岡市夜間急病センター小児科の協力医が7人、  
日曜祝日在宅当番協力医も、上記の小児科医5人に加え、5医療機関の医師が加わり、  
計10人で行っている。

医師の高齢化が進むと・・・

日常の診療はもとより、  
日曜祝日在宅当番医や、夜間急病センターの  
運営にも支障が出てくる可能性がある

そうならないために

市民レベルで出来る事・・・

- ☆不適切な時間外受診は控えよう
- ☆私たちの命や健康を守って下さっている先生方へ「ありがとう」を伝えよう

コンビニ受診は、**損**

夜間や休日に医療機関を受診する場合は、初対面の先生に診てもらうことになります。その為、カルテなど、過去の記録がないので、以前かかった病気や体質などの情報がわかりません。あくまでも「応急処置」が目的なので、翌日には再受診しなければいけません。  
そのため医療費を2回払わなければいけません。また、時間帯によっては昼間受診の約1.5倍の費用がかかります。

とはいえ・・・

子どもの症状は変化しやすいもの。重症か軽症は自身では判断しにくいので、無理はせず、  
☆感謝☆の気持ちを持って受診するよう、心がけましょう！

くわだてる

しつらえる

あしらう





# 小児科医の声を聴く！

県北の救急医療と小児科の現状について、お二人の医師から直接話を伺いました。

## 医師の高齢化 苦しい小児医療の現場

医師の  
高齢化

診療を終  
えてからの  
救急当番  
医

日曜祝日  
当番

小児科をやる  
には覚悟を  
持ってやって  
いるが

厳しい  
勤務環境



血気さかんな若い親が、恫喝し物を蹴飛ばして帰ることも

ほんとに診療の必要があるのは、10%くらい

患者の認識と、救急医療の認識に違いがある





情報の見える化をして、共通理解をしていかないと、  
現状は変わらない



自分たちができることを、考えていかなければ！

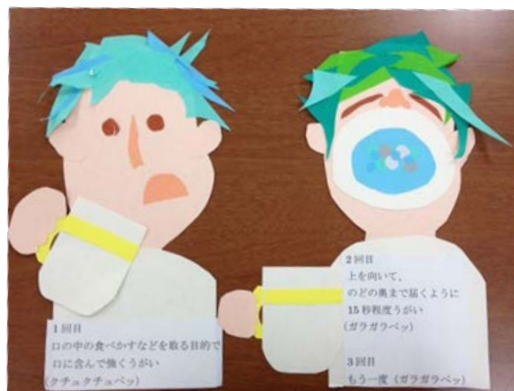
小児科医の負担軽減のため、感染症予防に取り組む

感謝の心  
で受診

手洗い

うがい

予防接種



地域の小児科医療を守るために取り組むこと。

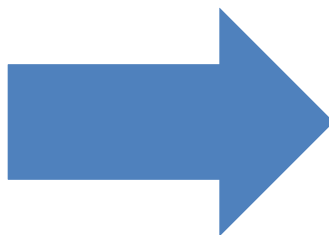
伝える

伝わる

医療体制

多い感染症

情報活用



プログラムを考え、カタチにしていく

# ●確認事項●



- 「情報の見える化」をして、共通理解を作る
- 行政は啓発に関する事業を立案、作成
- 守る会はプログラムをつくる
- プログラムを持って活動を推し進める

まかせてあんしん♪



延岡市

モバイルサービス

## 小児医療情報提供サービス すくすくワクチン



こども一人ひとりにあわせた予防接種スケジュールを作成します

「予防接種って種類が多くて、スケジュール管理がたいへん・・・」  
そんなパパ・ママ・のお悩みを解決します。



ケータイ・スマホから、あなたの予防接種スケジュールを確認できます。

変更もかんたん！



予防接種の期日が近づくとお知らせメールが届きます。

メールで安心！



医療機関を検索したり、かかりつけ設定ができます。

使い方もかんたん！

ケータイから  
アクセス！▶



登録  
無料

<http://nobeoka.city-hc.jp/>

※通信費、パケット代はご自身でのご負担となります

NOBEOKA CITY

まずは登録ね！



診療科全般

## 県北救急医療ダイヤル

「子どもが夜中に熱を出した、どうしよう?」、「不意のケガの応急手当、どうすればいい?」といった場合に、医師や看護師が電話による相談を受けます。

平日(月~土)

午後5時~翌朝8時

日曜/祝日/年末年始

24時間対応

ハローゴゴゴジ

0120-865-554

通話  
無料

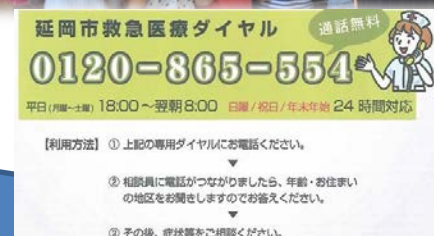
# 延岡市が事業化 しました。





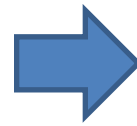
# わたしたちにできること

## 伝えたいこと、 伝えること、 伝わるには



自分たちの住む街の厳しい地域医療の現状を伝え、  
ほんとうに治療を受けなければならない人が、すみやかに受診できるように、  
日頃からかかりつけ医を持ち、なるべく通常の時間帯に  
感謝の気持ちを持ち受診する。

**小児科の医師の現状を知ってもらい、  
自分たちでもできることを  
考えてもらう気付きの場づくり。**



**親子で楽しみながら学  
べるプログラムづくり**



子どもたちに医師になってもら  
いボールを患者に見立てて  
医師の数が減っていくと、子供  
たちがボールを持てなくなる  
(現状の理解)



感染症の予防として正しい手  
洗いやうがいの仕方をゆる  
キャラを活用して指導する  
  
(できることの実践)



# ～感謝の気持ちを伝える～

ありがとうカレンダー



消しゴムはんこを使って、  
延岡市内の小学生と  
その保護者が製作

制作部数: 220個

配布先: 延岡市医師会の先生方  
県立延岡病院の先生方、  
宮崎大学医学部附属病院長、  
学部長、大分大学医学部、  
熊本大学医学部、自治医科大学、  
他





# カレンダー贈呈

県北の地域医療を支えてくださっている医療関係機関のみなさまへ

(県立延岡病院、医師会病院、市内の医療機関 80 数機関)

宮崎大学付属病院、宮崎大学、大分大学、熊本大学の各附属病院から派遣されている医師に配布)  
制作してくれた小学6年生とお母さんたちと、県立延岡病院を訪ね、手作りカレンダーを届ける。



# Dr.キツザニア

医師、薬剤師 になってみよう



医療体験をすることで  
医療関係者の立場を理解し、  
将来、医療関係者への  
夢を持ってもらう





# ～親子連れが集まるイベントでの啓発活動～



- ◆ 会場で、ブースを設け、啓発資料の展示を行い、医療関係者への感謝のメッセージをよびかけた。

## ◆わいわいワンパーク

厳しい  
小児科医の  
勤務環境  
適正受診を！



## 医師会平野先生のお話



プラグラムの裏には、  
県北の地域医療の現状などを記載  
来場者に協力を求めた

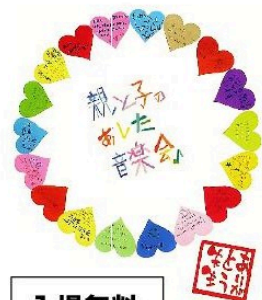
## ◆親と子のあした音楽会

親子で楽しめるコンサートで、県北の小児救急の厳しい現状  
と感謝の気持ちを持っての、適正受診を呼びかける



この街で暮らし、この青空のような幸福が  
明日も続くために、親子で音楽を愉しみながら  
考える機会になればと思っています。

明日も天気になあ  
れえ。



入場無料

6月12日(日) am.10:30  
カルチャープラザのべおか  
3F・ハーモニーホール

■出演者 ムリズム遊び



♪合奏

■ゲスト■

津野田千恵

(津野田音楽学院主宰)

みちばた音楽隊

のぼるくん



主催／宮崎県北の地域医療を守る会・延岡市地域医療対策室





27年度 親と子あした音楽会

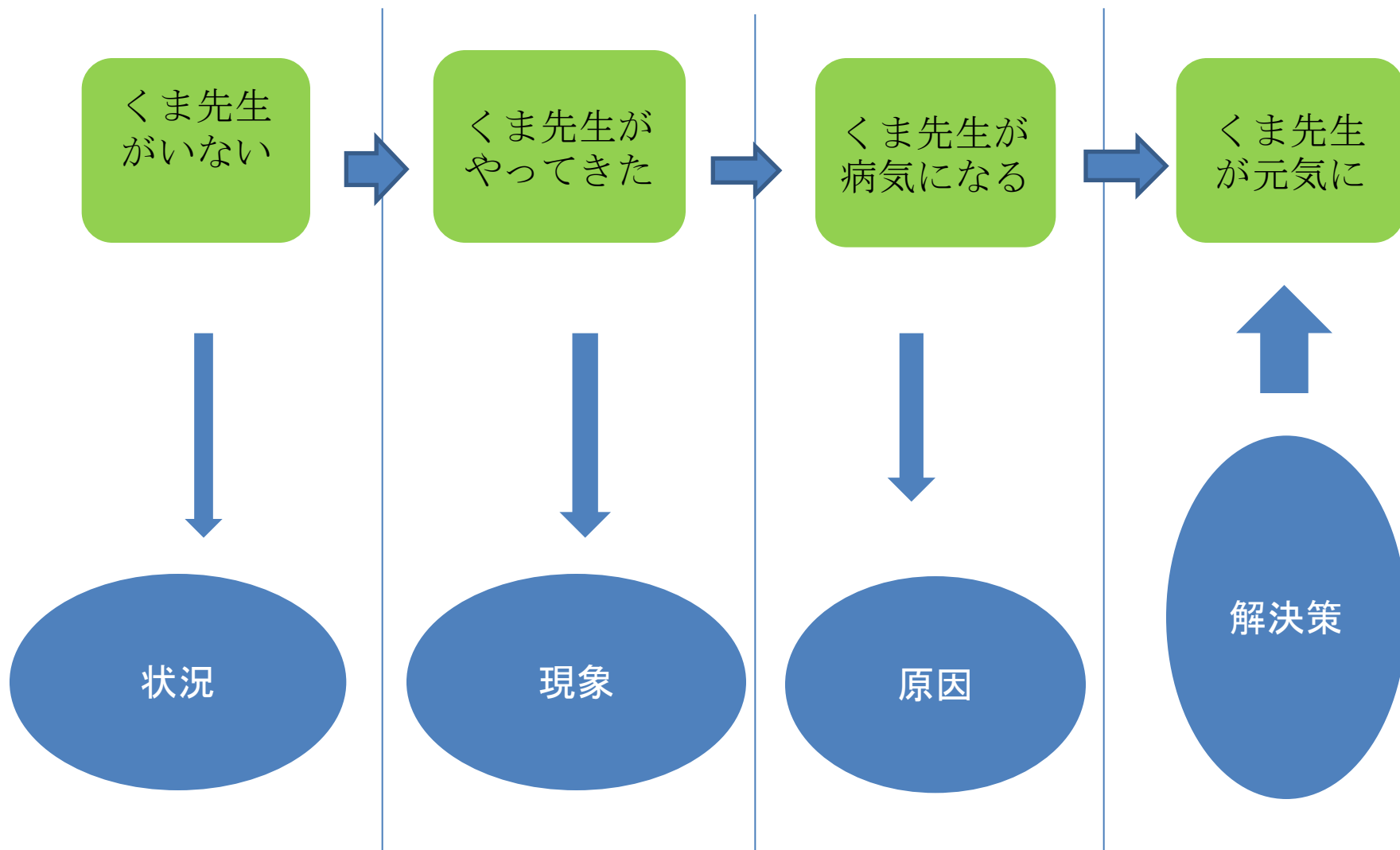
28年度 親と子のあした音楽会



## 延岡市内小学校での**医育**の取り組み

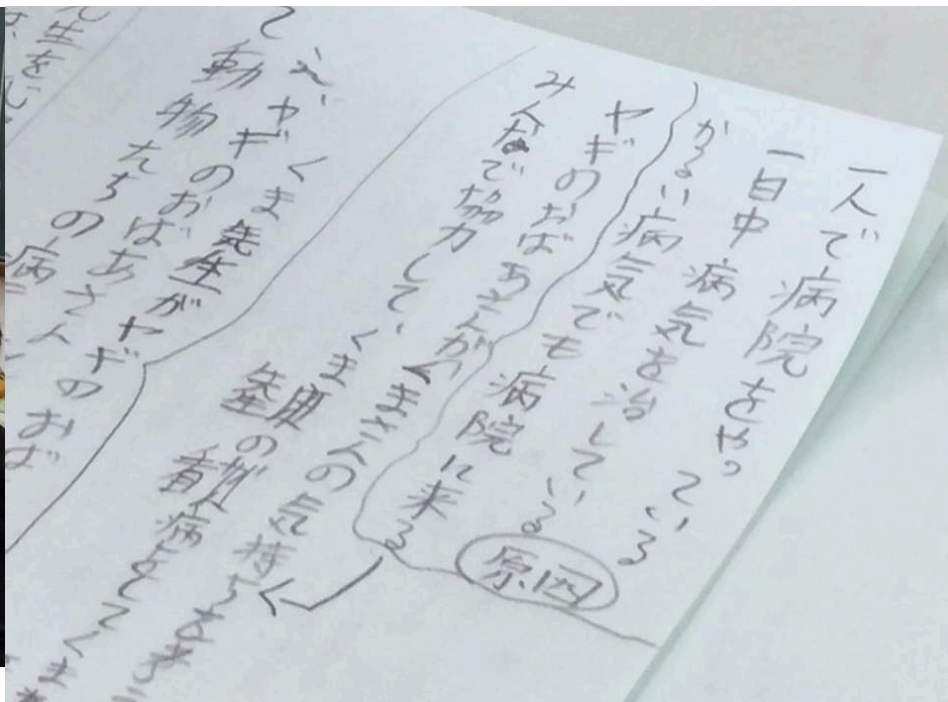


教材は、もちろん、藤本晴枝さん作の「くま先生のSOS」



**ハッピーエンド!!**





岡PR大作戦

二一(四)号

福田

その時

とやぎのおばあさん

ふむ、しうた

平賀源一

みんなを笑わす

した

村のし  
せんま  
なれに  
くしよ  
と

卷之四

丹波の

また疾病で

人  
生  
之  
道  
不  
可  
不  
察  
也

いふ事

アリハナ

やまのおぼたけ

くは、

あり  
あ  
う  
こ  
ご  
げ  
い  
つ

[illegible]

その  
の  
の  
の

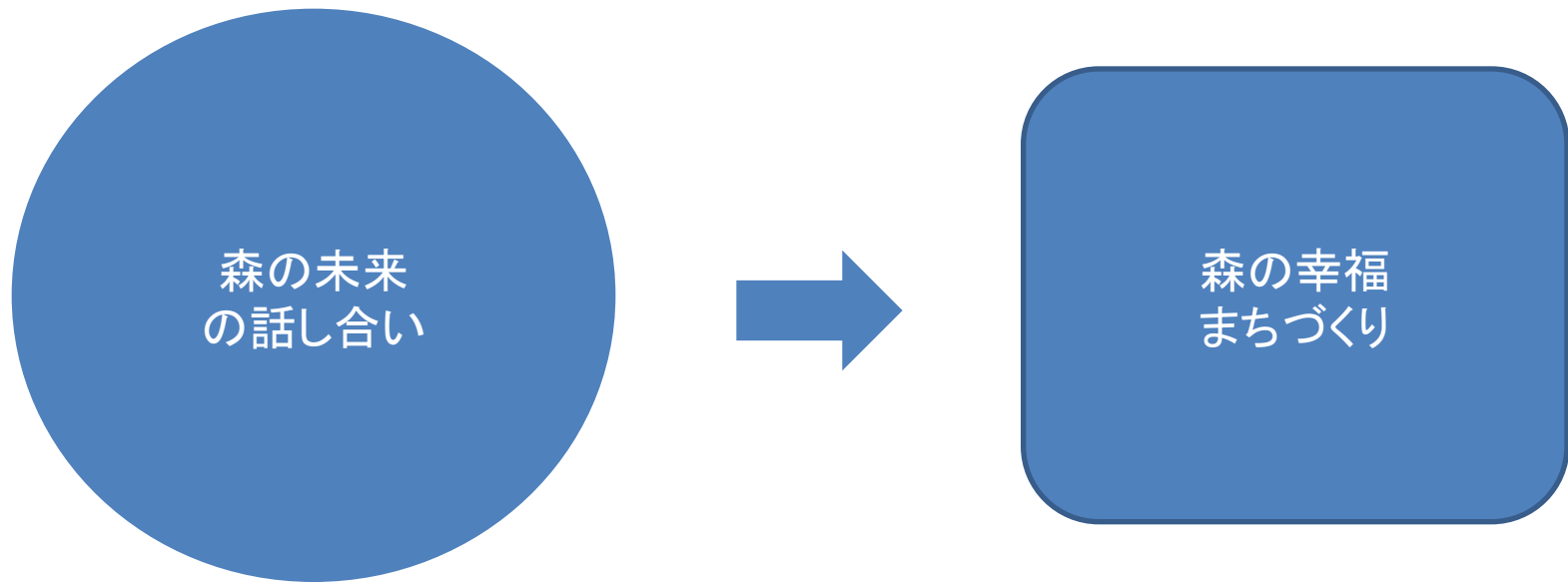






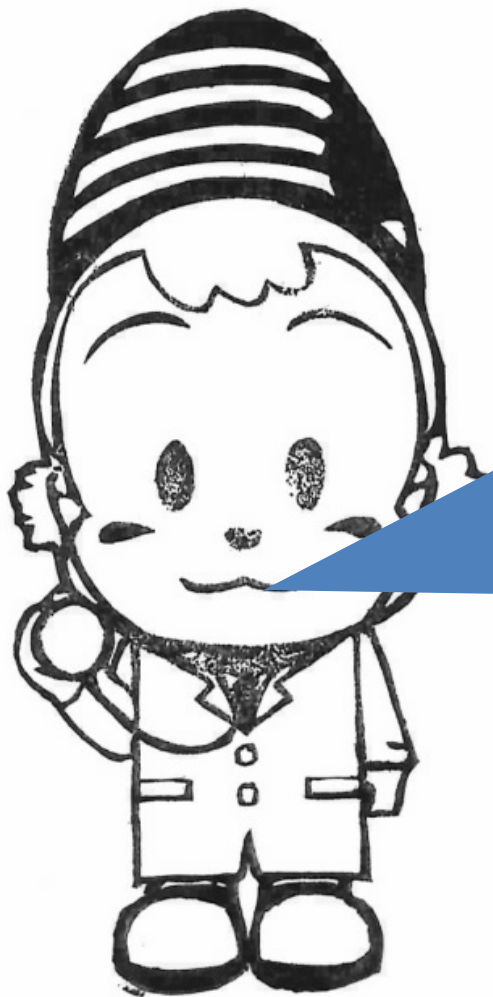


授業をとおして気づいたこと。



森(まち)の限られた(医療)資源を  
みんなで分かち合う幸福づくりへの自覚。

教室からまちへ、地域へ.....



ご清聴  
ありがとう  
ございました

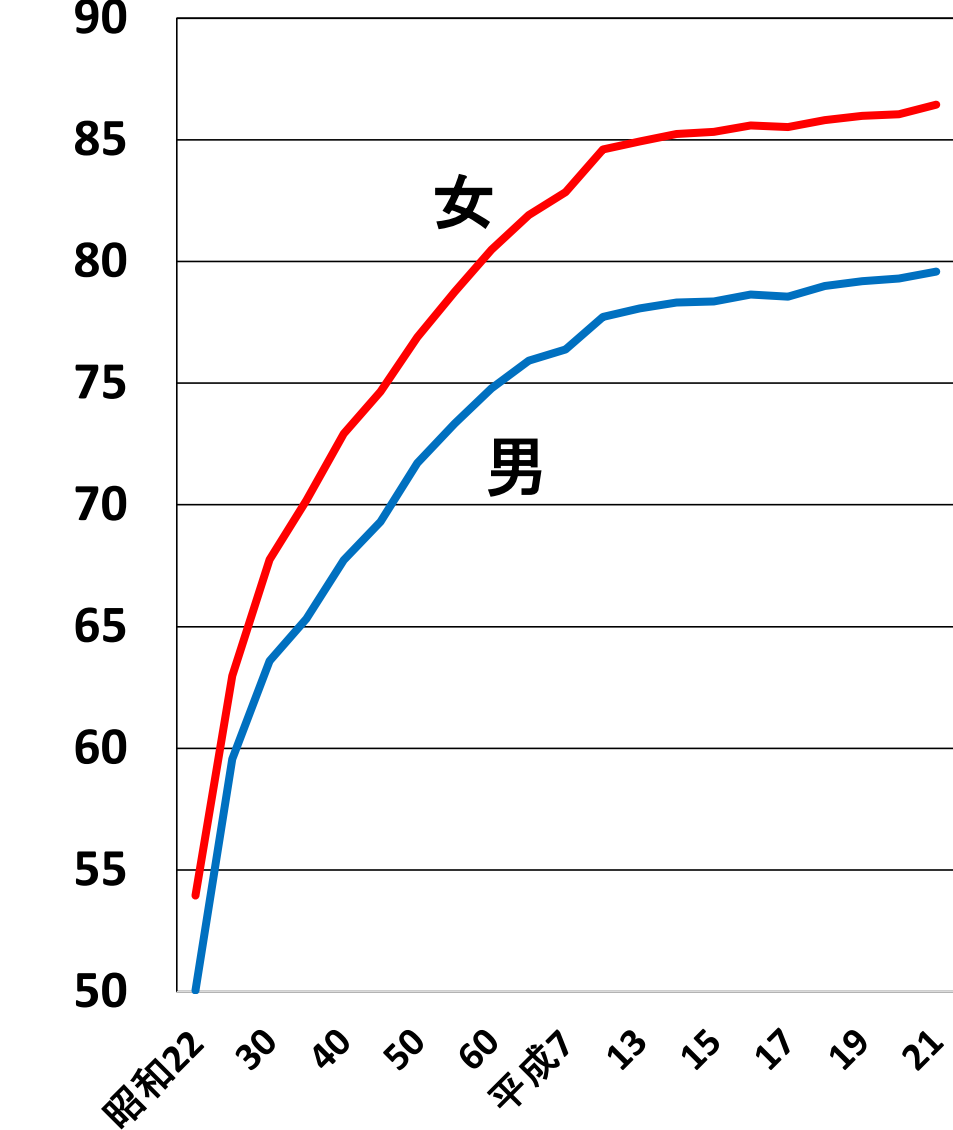
地域医療フォーラム2016  
お互いを尊重し、なすべきことを考える  
第一分科会

大都市の場合  
～かかりつけ医の立場から～

平成28年9月18日(日)  
秋葉原ダイビル  
調布市医師会副会長 西田伸一

# 地域包括ケアに求められる医療

(歳) 平均寿命の年次推移



## 病気を治す医療 + 生活を支える医療

2014年  
女性 86.8歳  
男性 80.5歳

### 「日本人の平均年齢推移」

- ・1960年.....28.5歳
- ・1970年.....30.5歳
- ・1980年.....33.5歳
- ・1990年.....37.0歳
- ・2000年.....41.5歳
- ・2005年.....43.1歳
- ・2009年.....44.3歳
- ・2020年.....48.0歳 (予測)
- ・2030年.....51.2歳 (予測)

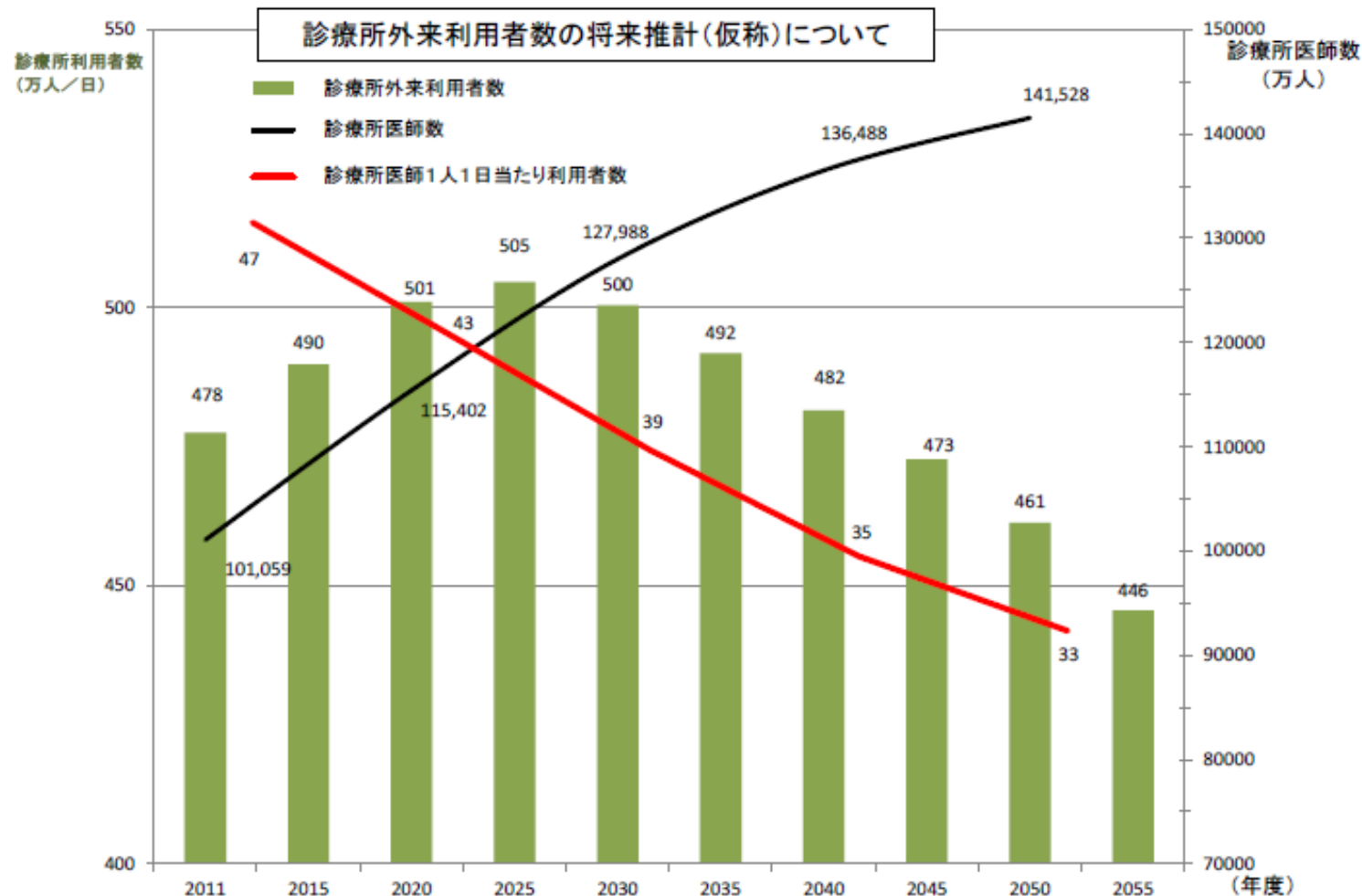
国立社会保障・人口問題研究所



在宅医療に携わる多くの医師は通常は外来で対応して、外来が困難なほどに具合が悪くなれば往診し、通院が不可能となれば訪問診療になります。それが一般的な開業医の姿です。

日本医師会常任理事 松本純一  
(社会保険旬報 No2641、2016. 6. 1)

# 診療所外来利用者数の将来推計について

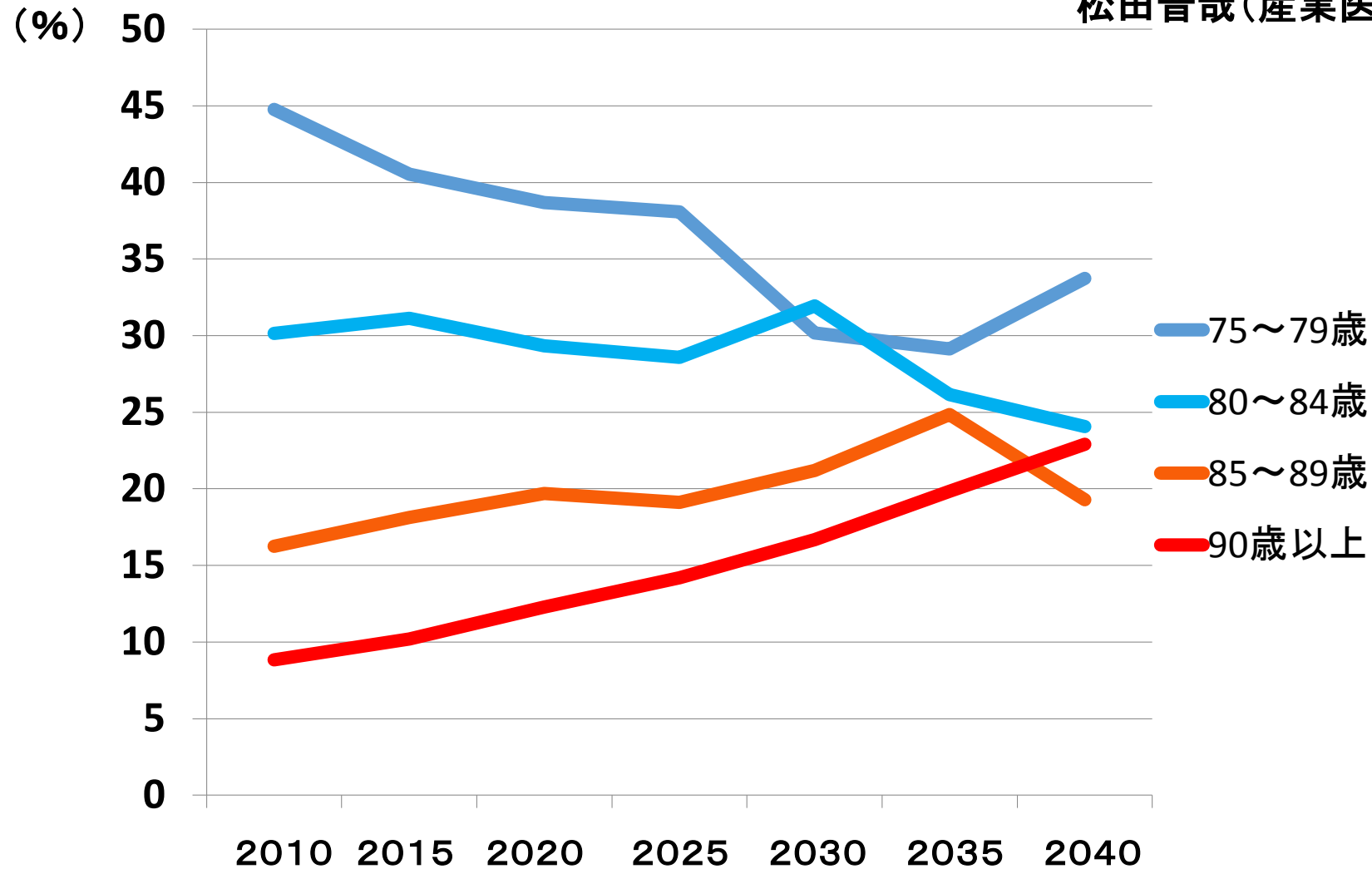


- 診療所外来利用者数は、「社会保障改革に関する集中検討会議(第十回)(参考資料1-2)医療・介護に係る長期推計」(平成23年6月2日内閣官房)の現状投影シナリオを用い、同様の方法により延長したもの。
- 診療所医師数は、2010年医師・歯科医師・看護師調査を用いて10年毎に推計、①40歳以上は平成22年簡易生命表死亡率による死亡減少のみを見込み、②39歳以下は医学部定員(平成24年度以降は一定と仮定)に対する医療施設従事医師数の比率を一定と仮定して算出した。医療施設従事医師数のうち、診療所医師数の割合は足下実績で固定した。

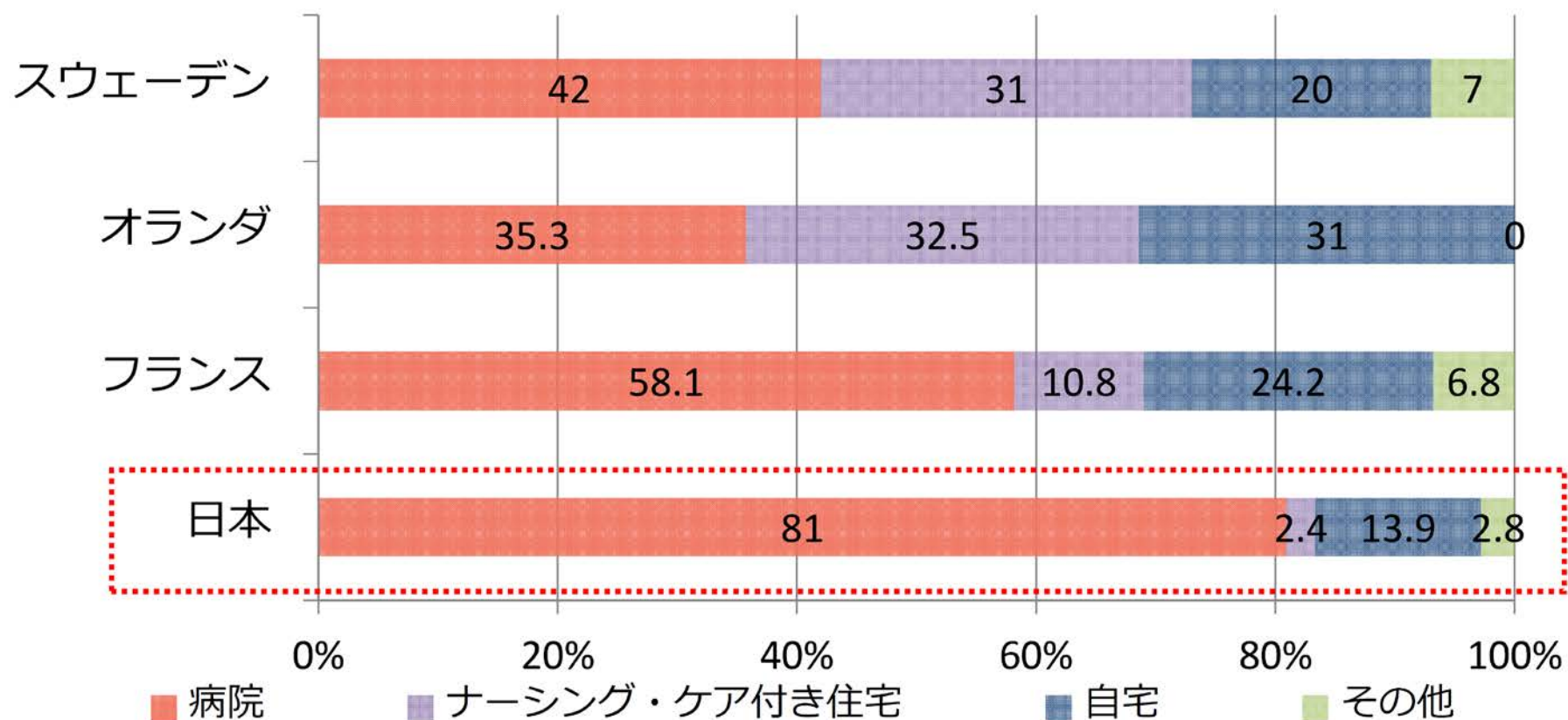
(資料:東京大学辻作成)

# 年齢別人口推移(東京都)

All Japan Areal Population-change Analyses(AJAPA)  
松田晋哉(産業医科大学 医学部 教授)

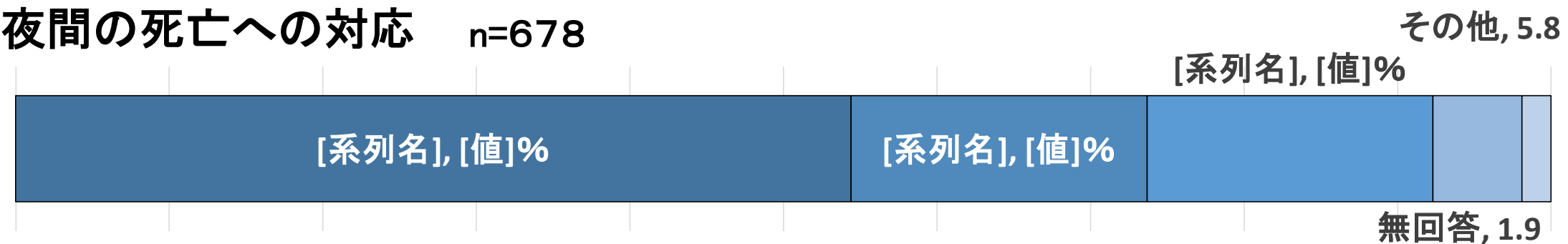
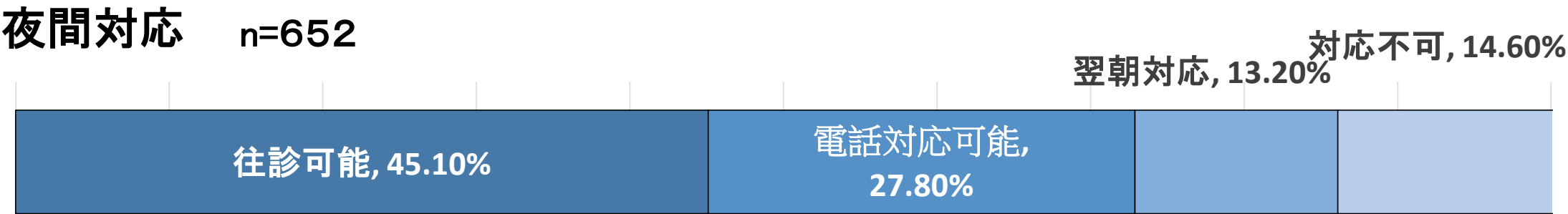
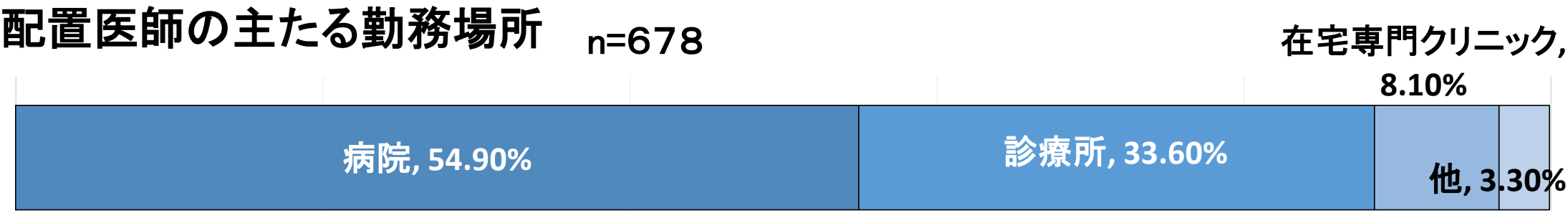


# 死亡の場所



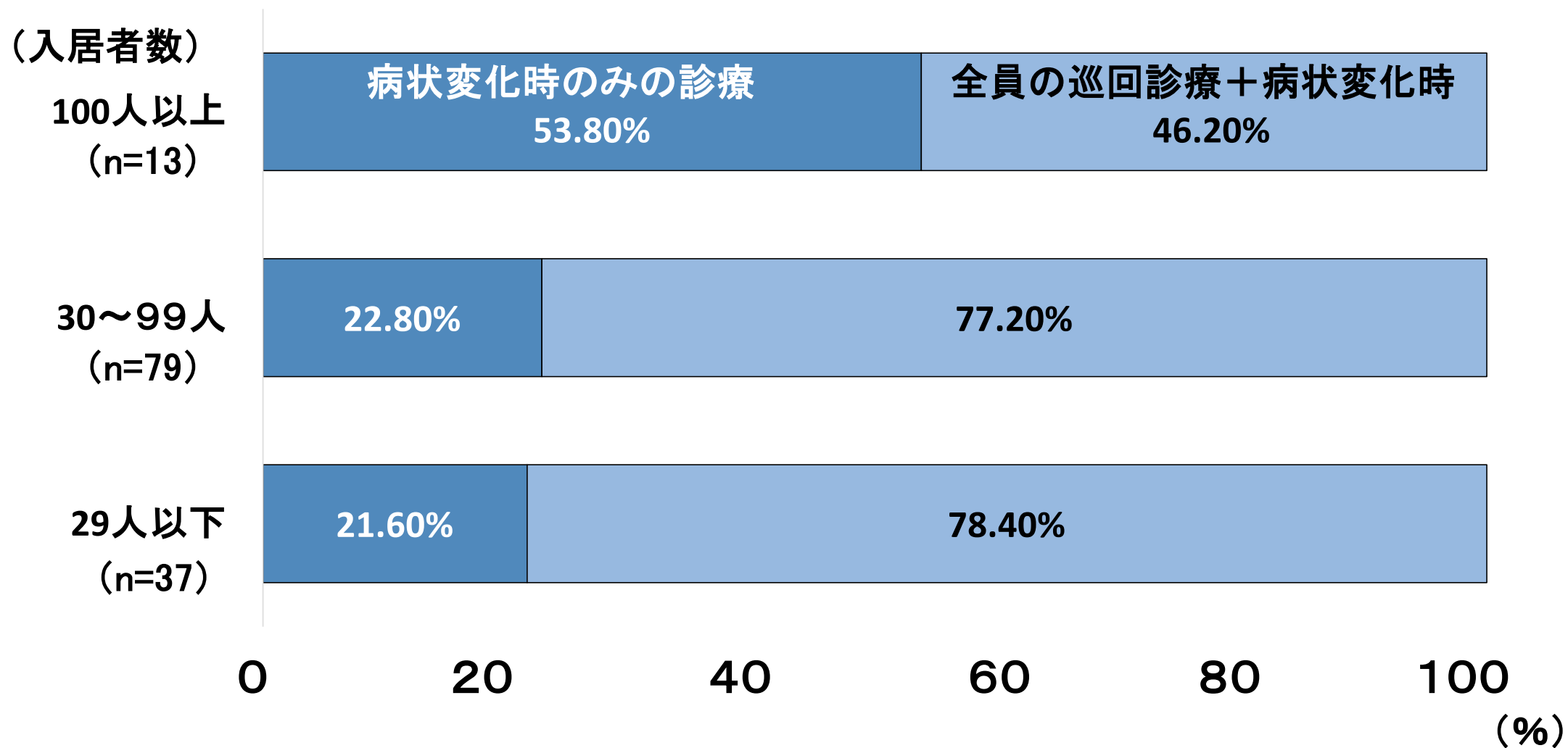
出展：医療経済研究機構「要介護高齢者の終末期における医療に関する研究報告書」

# 特養の医療提供体制





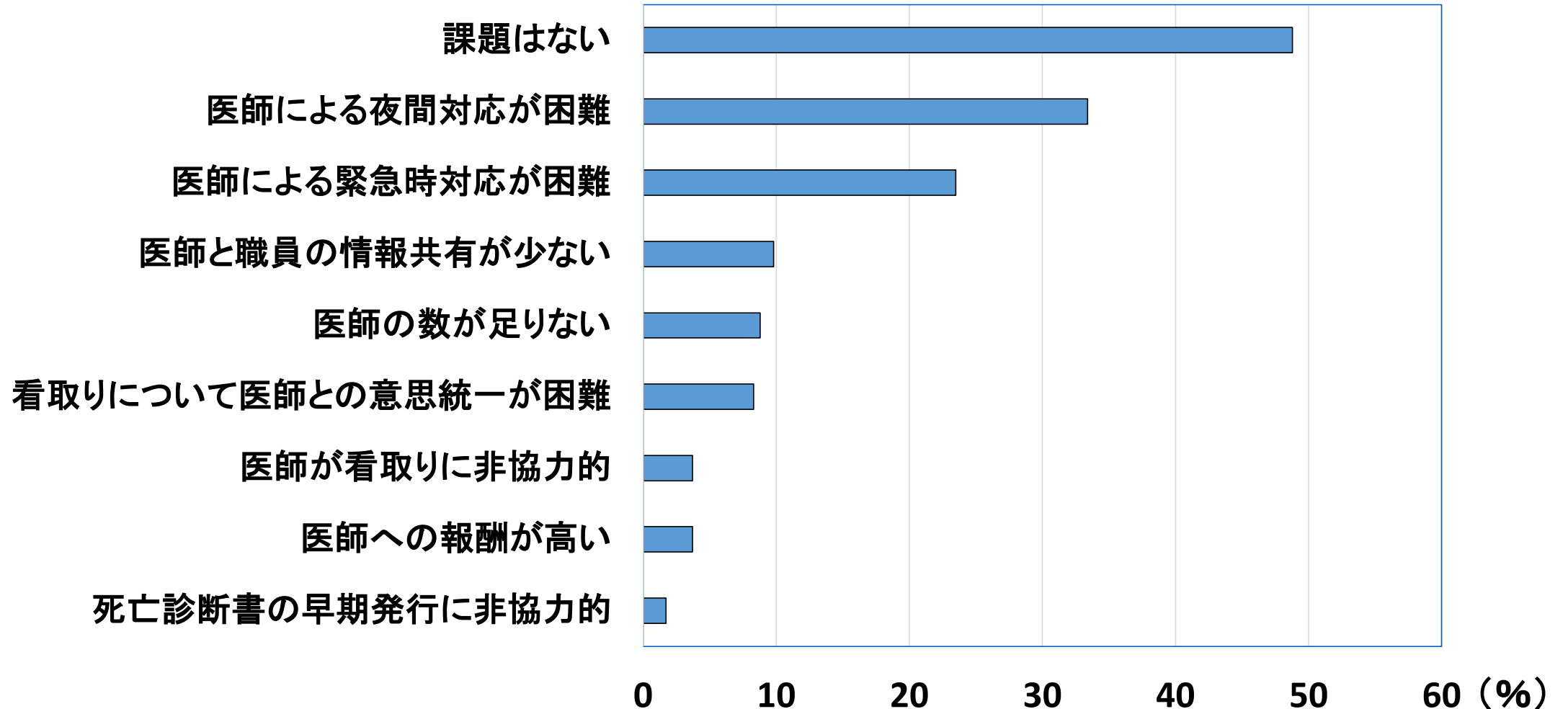
# 特養(ユニット型)の医療提供体制



# 特養の医療提供体制

## 看取りにおける医師との連携に関する課題

n=601



平成28年「地域包括ケアシステムにおける特別養護老人ホームの実態・役割に関する調査研究」

# 在宅医療の課題と対策

診療所の在宅医療が一般化しない →  
・卒前卒後教育  
・新規開業医に医師会から依頼  
・魅力ある地域の在宅医療ネットワーク

診療所の24時間体制構築が困難 → 地区医師会によるシステム構築（診診連携）

多職種連携が進まない（規範的統合が困難） →  
・ケアカンファの活性化  
・多職種研修の繰り返し  
・皆で開発する連携ツール

市民への情報提供が不十分 → 市民との対話の場

施設医療の充実 → 特養の医療提供体制の見直し（医師会との連携）

# 調布市の現状と取り組み

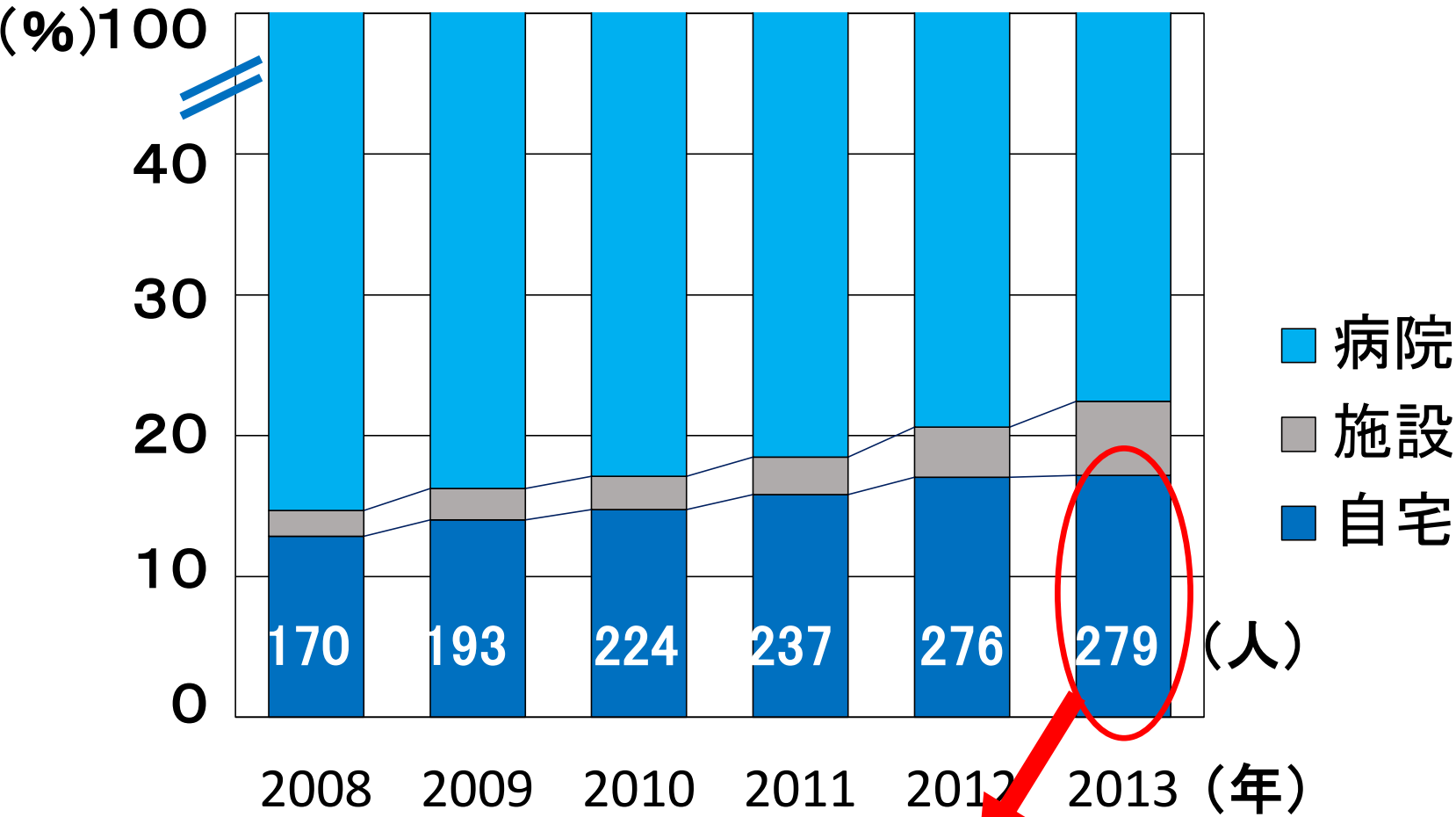
# 東京都調布市



	調布市(平成26年4月)	東京都(平成27年9月)
人口	228, 471人	1295.6万人
高齢化率	20. 5%	22. 9%

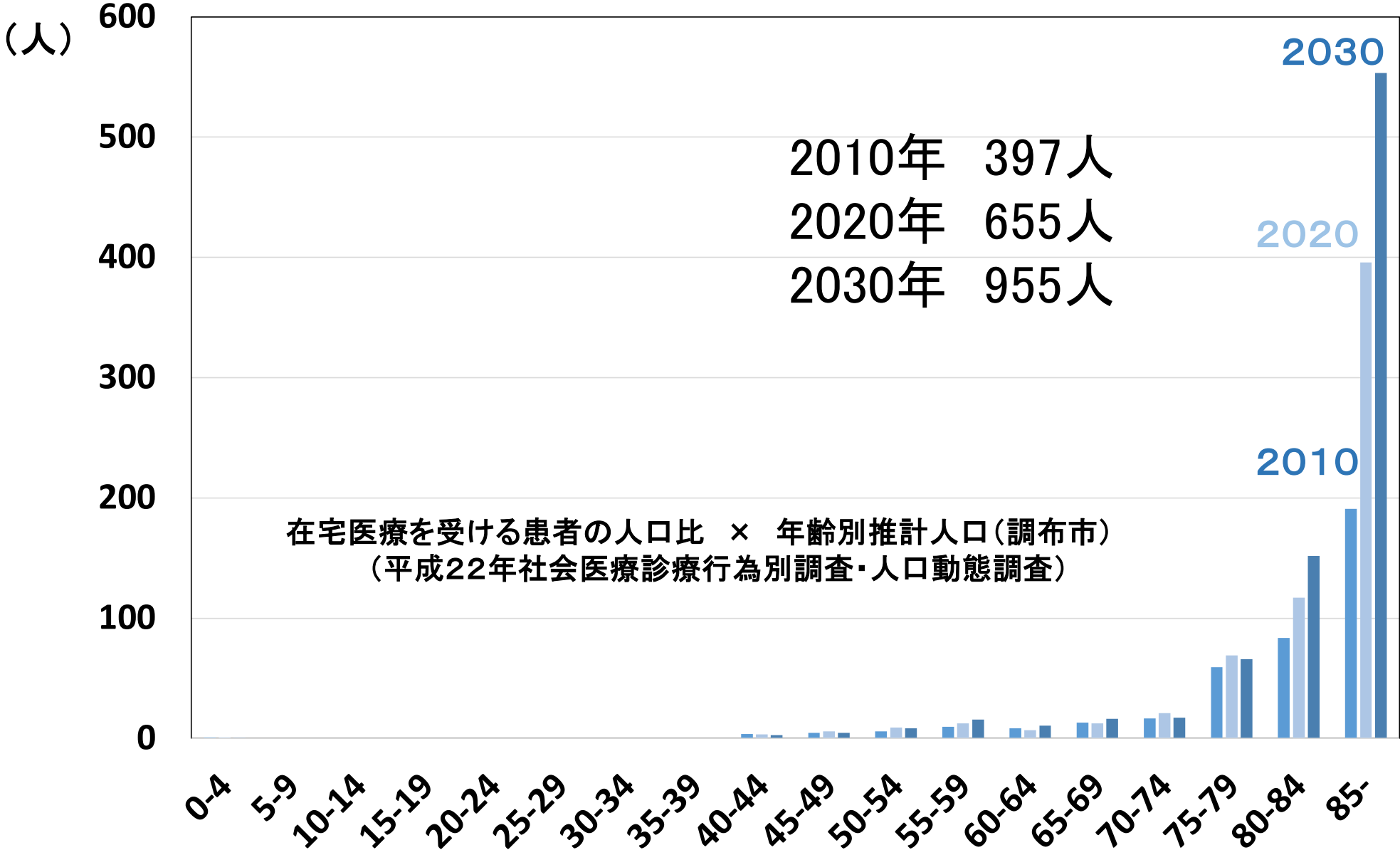


# 調布市の死亡統計(死亡場所について)

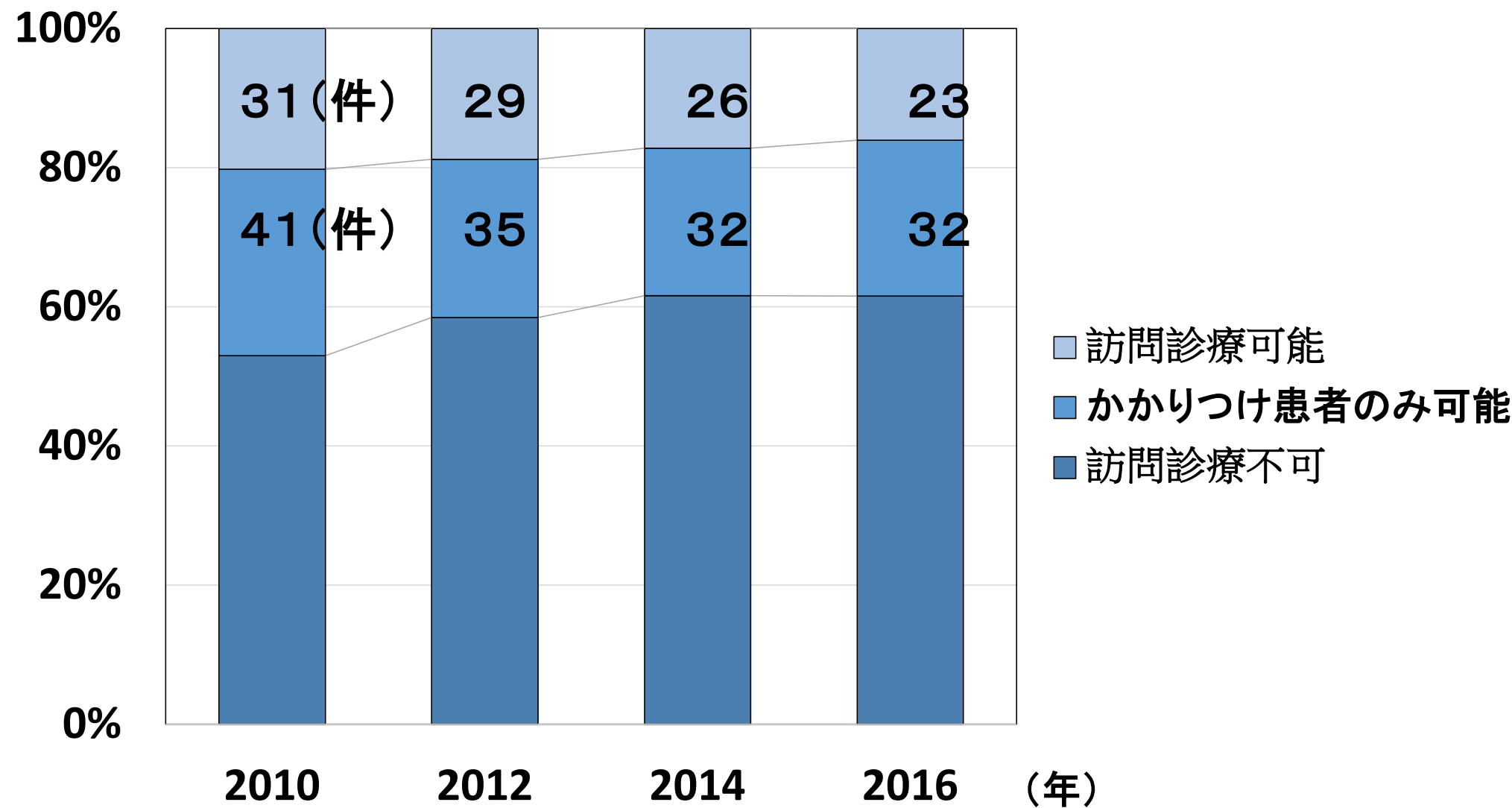


自宅での看取り件数 + 自宅での検案件数  
警察扱いとなった死亡検案数(2013年) 146件(52. 3%)

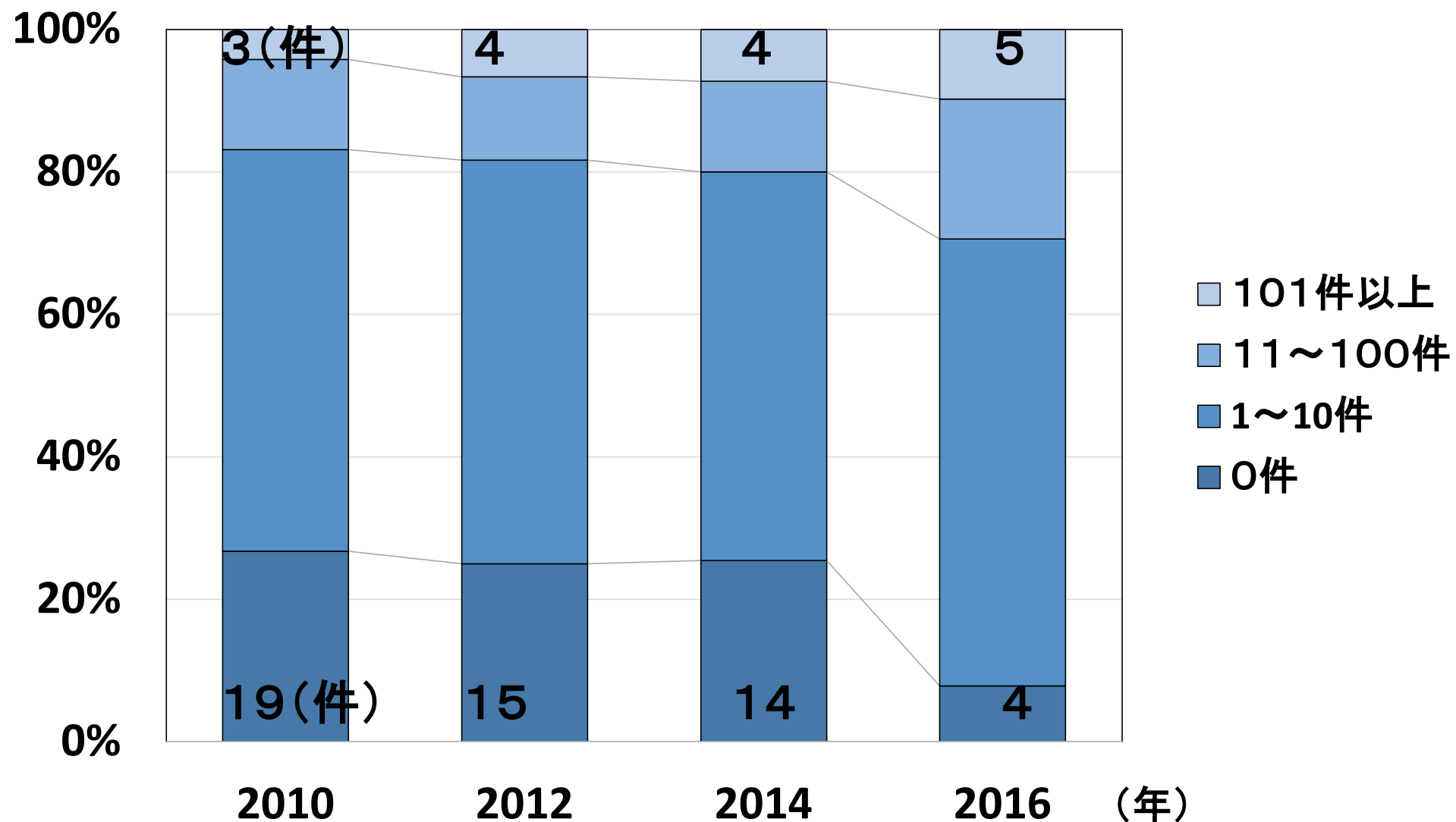
# 在宅医療患者の人口推計(調布市)



# 訪問診療の可否（調布市医師会在宅医療機能調査）



# 訪問診療患者数(調布市医師会在宅医療機能調査)



# 在宅医療・介護連携拠点「ちょうふ在宅医療相談室」

- 目的
- ・かかりつけ医の在宅医療推進
  - ・市民への在宅医療サービス促進

- 事業内容
- ・在宅医の紹介
  - ・市民からの在宅医療に関する相談対応
  - ・多職種を対象とした勉強会の開催
  - ・多職種からなる運営協議会（在宅療養推進会議）
  - ・摂食・嚥下機能支援事業

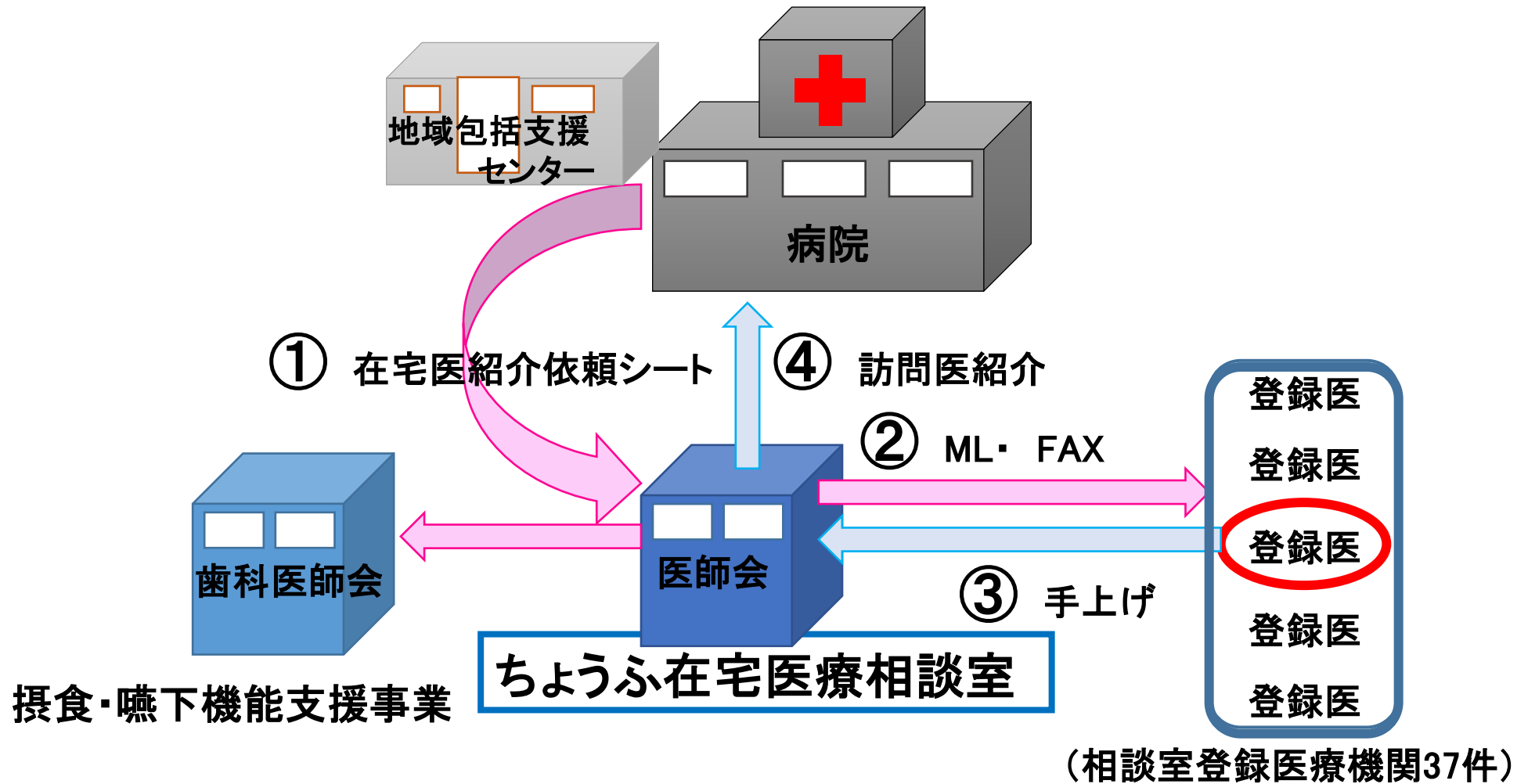
経過 H22年10月 東京都在宅医療連携推進事業モデル事業  
H23年4月 東京都包括補助事業  
H27年4月 調布市地域支援事業（在宅医療・介護連携拠点）

設置場所 医師会事務局  
スタッフ 相談員3名、事務員1名（兼務）  
登録医 37名（内、外、小児、皮膚、眼、耳鼻）





# 訪問診療医紹介システム(調布方式)



# 地域住民との対話

東京都相互理解のための対話促進支援事業



「在宅医療」について考えて  
みませんか？

～ 超高齢社会の医療に望むこと ～

場所 ○○ふれあいの家  
(○○町○丁目○番地○)

日時 平成27年○月○日(○)  
午後1時～2時30分

参加無料

30分の講話と1時間ほどの懇話会を予定しています。

事前申込みの必要はありません。

直接会場にお越し下さい。

お問い合わせ 090-2365-9994 (担当 西田)



主催 調布市医師会

後援 東京都福祉保健局

調布市高齢者支援室

# 市民からの質問・意見

在宅医療相談室・包括支援センターの活用方法

身の上話・将来への不安

在宅医療を知らなかった

医療用語・病院に関する質問

地域のつながり(地域間・自治体)

延命拒否等の意思表示方法

在宅医療・訪問の費用

在宅医療を受ける基準

Dr.との相性

訪問医等の情報入手方法

訪問医の負担

欧米とのターミナル期の違い

自宅で亡くなった場合の対応

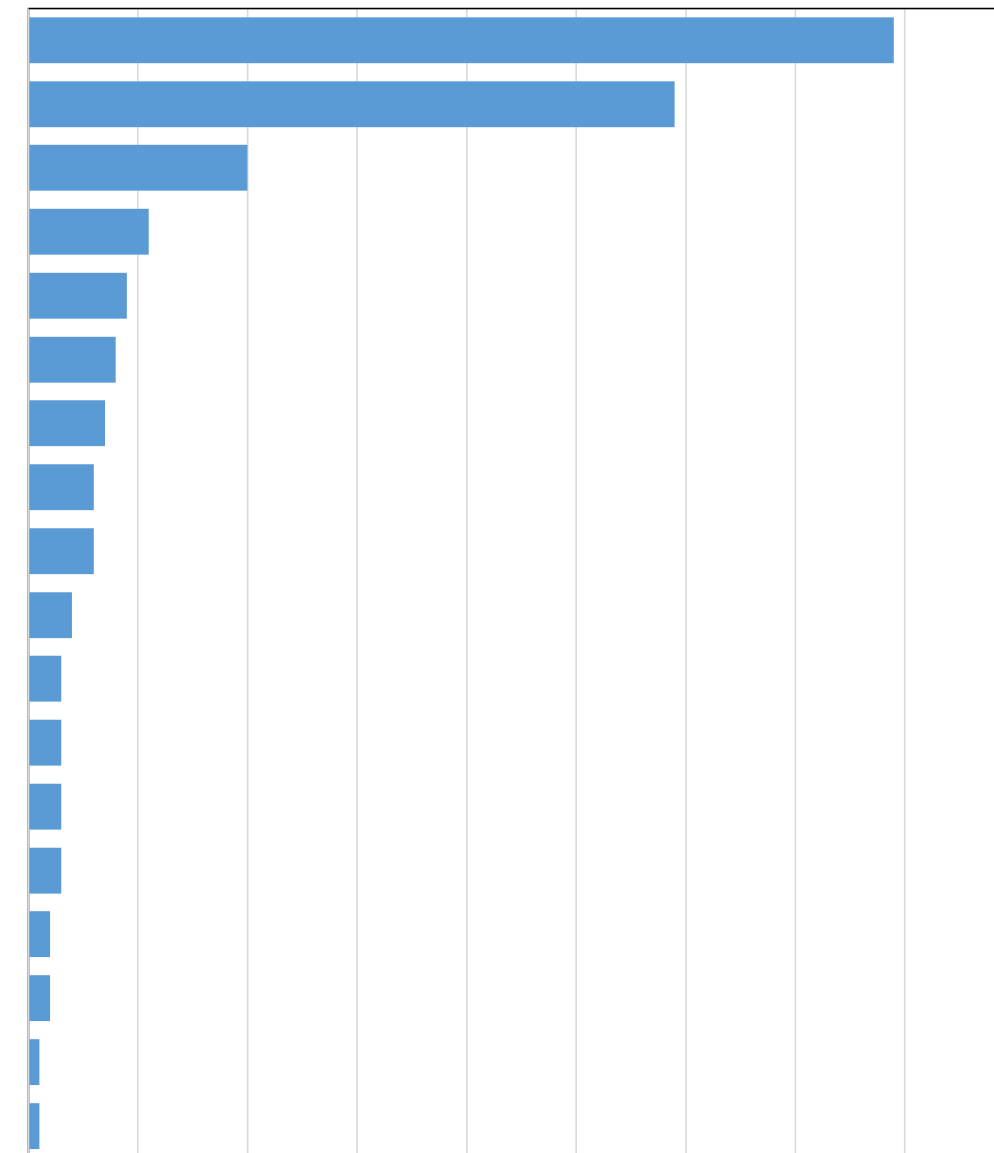
場所がわかりにくい

総合医の必要性

介護者のケア

在宅医療の勉強会希望

集いの場の提供希望



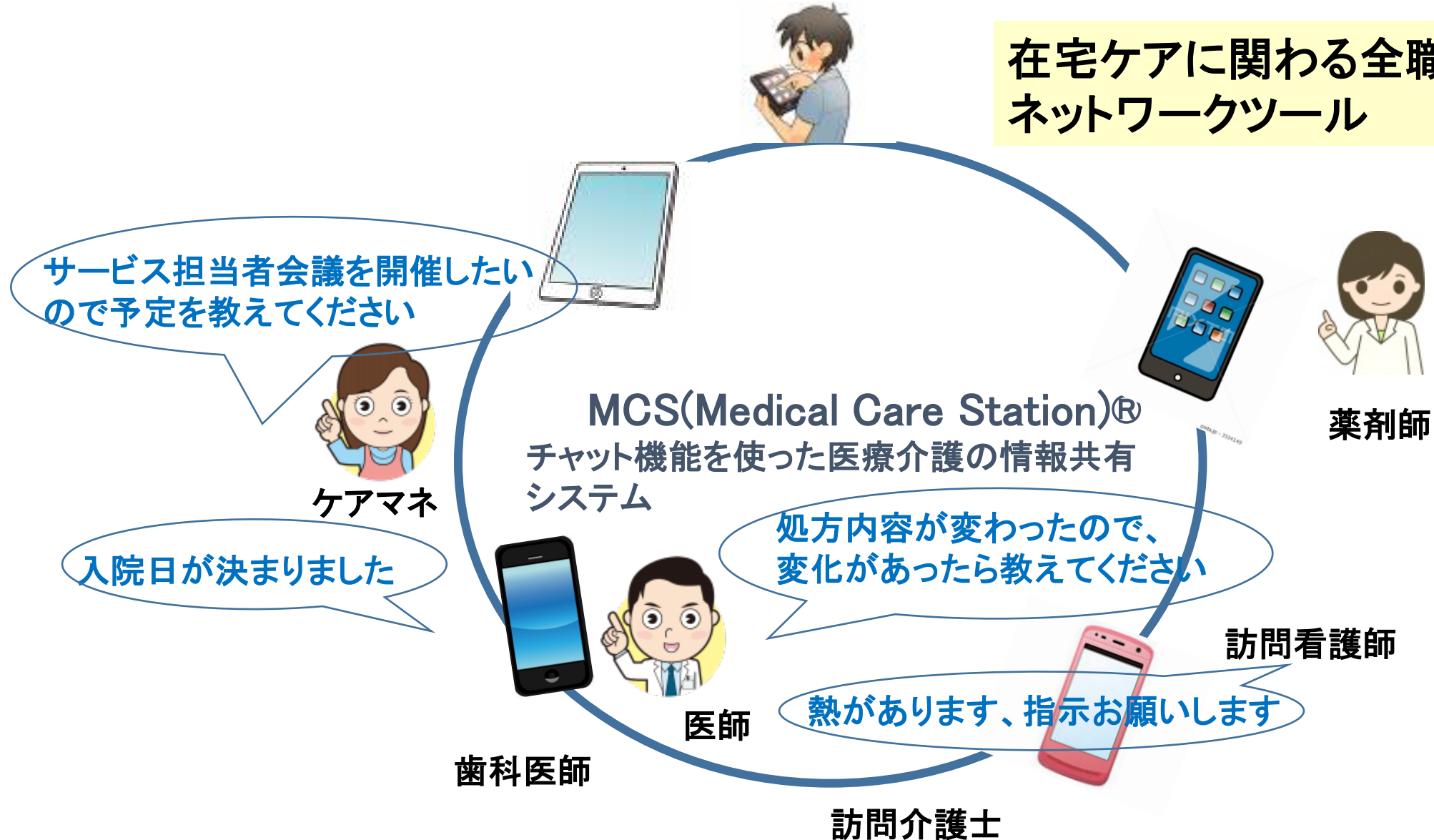
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 (件)

# ちようふ在宅ネット

東京都在宅療養基盤整備事業

東京都地域医療連携ICTシステム整備支援事業

在宅ケアに関わる全職種をつなぐ  
ネットワークツール



# 多職種連携の会“調布在宅ケアの輪”

平成21年

調布の在宅ケアに関わる医療・介護専門職が、

- ・顔見知りになること
  - ・共通認識を持つこと
  - ・お互いの役割を理解すること
- を目的として設立した自主グループ



毎月、事例検討会、勉強会、懇親会 等を開催

課題：“オール調布”にならない  
医師の参加が少ない



平成27年 「調布市医師会地域包括ケアシステム研究会」に移行



# 大都市の地域包括ケアシステム構築の課題

「医療・介護・行政の連携」と「住民参加」は全国共通の課題。

大都市における最重要課題は、

- ・ 診療連携の確立
- ・ 地域コミュニティの再生
- ・ 地域住民のセルフマネジメント育成
- ・ 自宅や介護施設に代わる「住まい」の確保

# 地域医療フォーラム2016 ～第2分科会(中核都市)～

宮島 俊彦

岡山大学客員教授

(前内閣官房社会保障改革担当室長)

# 中核都市とは

- 法定人口20万人以上

- (政令市:人口50万人以上を除く)

- 2016年4月1日現在、47市

- 代表例

- 中規模以下の県の県庁所在地(20か所)

- 青森市、長野市、奈良市、松山市、宮崎市など

  - 都道府県の第2都市

- 函館市、高崎市、福山市、久留米市など

  - 首都圏、名古屋圏、京阪神圏などの都市

- 川越市、柏市、岡崎市、東大阪市、尼崎市など

- 権限移譲

- 福祉事務など政令市に比べ限定的

# 新東京事情（急速な高齢化）

- 特養整備率は全国で一番低い
- 救急搬送時間は全国で一番長い
- 介護ハウス・・・貧困ビジネス
- 出生率は低い

# 新過疎地事情

- 若年人口の減少
- 75歳以上人口も減少
- 医療・介護の収縮  
過剰な急性期病床  
特養の定員割れ



# 青森市を含む構想区域

	H26病床機能報告 ①	H37必要病床数 ②	②－①
高度急性期	697	338	△359
急性期	1583	900	△683
回復期	526	1127	601
慢性期	868	659	△209
無回答等	257	—	△257
計	3931	3024	△907

H37在宅医療等の需要 4169    うち訪問診療分2046

# 福山市を含む構想区域

	H26病床機能報告 ①	H37必要病床数 ②	②－①
高度急性期	806	524	△282
急性期	2438	1691	△747
回復期	695	1840	1145
慢性期	1166	976	△190
未選択	104	—	△104
病床計	5209	5031	△178

在宅医療等へ移行する患者数 1891

# 川越市を含む構想区域

	2013年	2025年	増加率
需要合計	10209	15335	150. 2%
高度急性期	561	601	107%
急性期	1366	1763	129. 1%
回復期	1623	2266	139. 6%
慢性期	1843	1906	103. 4%
在宅医療等	4816	8799	182. 7%

# 超高齢化社会の構想力

## ○増田元総務大臣の問題提起

- ・消滅可能性自治体 896
- ・東京圏は高齢者の医療・介護に対応不能
- ・東京の一極集中の是正を

## ○地方都市はダム機能

## ○課題

- ・出生率を回復する
- ・仕事をつくる
- ・町のかたちを考える
- ・高齢者のケア体制を整える

## ○ソフトをどう整えるか

# 地域医療構想の実現に向けて

○2040年推計を

○県行政と市行政のタイアップ

○国保等の調整交付金

○診療報酬での対応



# 地域包括ケアの課題

- ①保健・予防ができているか
- ②自立支援に資するサービスになっているか
- ③在宅の重度者支援、看取りができるか
- ④生活支援・福祉サービスにどう取り組むか
- ⑤住まいと住まい方は適切か

# 地方中核都市の課題

○医療・介護のダム機能をどう考えるか

○コンパクトシティ構想

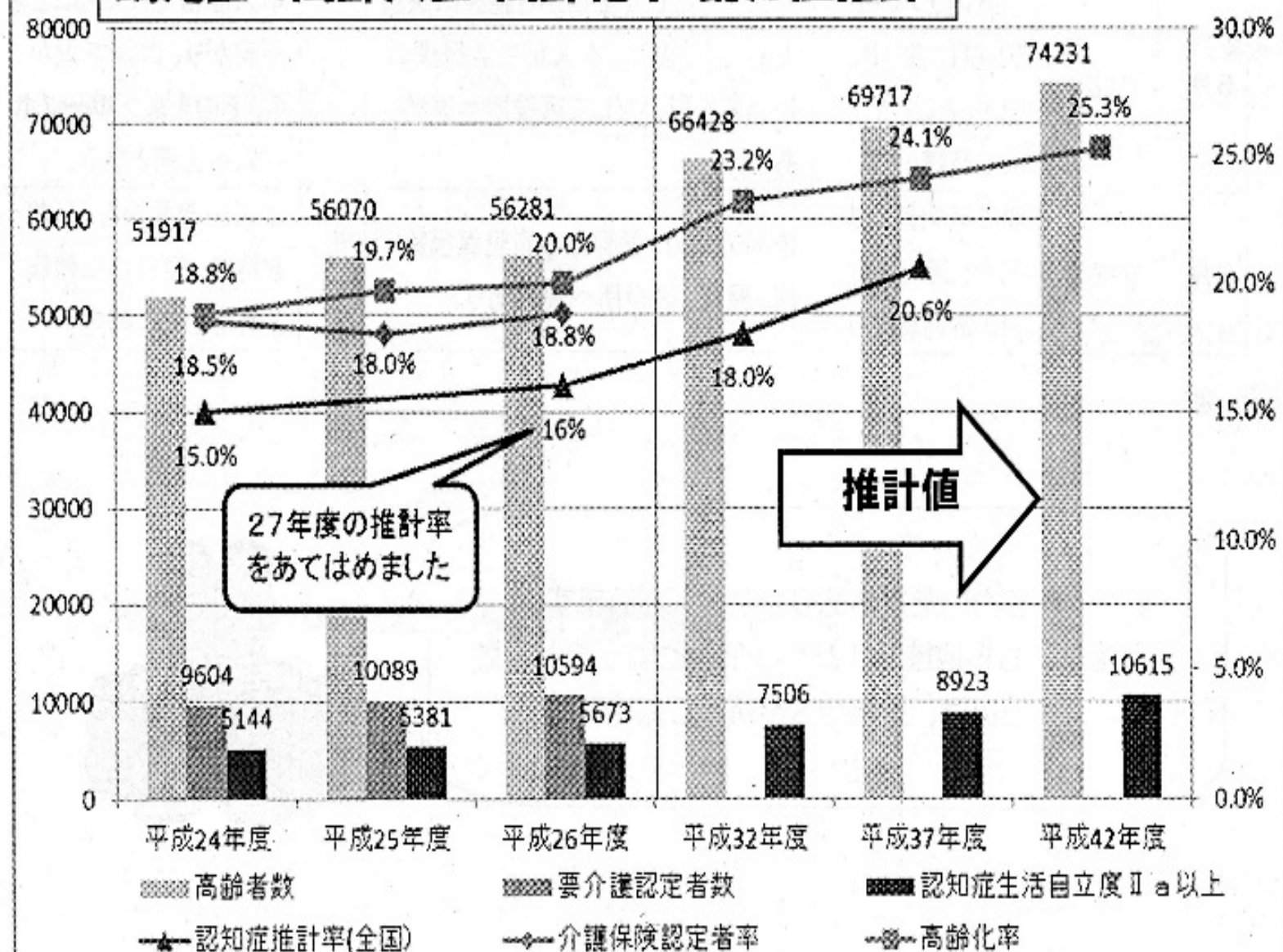
○地域包括ケアの垂直統合・水平統合

# 横浜市鶴見区の状況

(平成27年3月末現在)

- 人口 282,995 人 (市内3位)
- 世帯数 131,728 世帯 (市内2位)
- 高齢者単身世帯 18,643 世帯
- 高齢者数 56,281 人 (市内6位)
- 高齢化率 20.0 % (市内14位)  
(23.1 % 横浜市全体)
- 要介護認定者数 10,594 人 (市内3位)
- 認知症生活自立度Ⅱa以上(介護保険認定者) 5673 人 (市内3位)

# 鶴見区の高齢人口・高齢化率・認知症推計



# 鶴見区医師会の取り組み(1)

- 地域中核病院(済生会横浜市東部病院)
  - 急性期～回復期病院 7
  - 慢性期～療養型病院 4
  - 診療所 147 (区役所ホームページ 158)
- 地域包括支援センター 9
  - 訪問看護ステーション 16
  - (内、医師会立) 3
- 医療連携:
  - 病診連携; 精査・加療、急変時、退院後在宅療養  
⇒ 連携の会、各科カンファレンスなど
  - 病病連携; 超急性期～回復期  
⇒ 連携の会
  - 診診連携; 在宅医のバックアップ、転医  
⇒ 医師会医療福祉部の会合、その他部会

# 鶴見区医師会の取り組み(2)

- つるみ在宅ケアネットワーク(平成22年医師会設立)  
推進検討委員会(年3回);病院・診療所医師、行政、  
訪問看護師の13名  
ネットワーク企画部会(年2回);医師、歯科医師、  
薬剤師、地域包括、区役所、  
訪問看護師の9名  
合同勉強会(年2回);医療・介護など多職種の会  
公開勉強会(年1回);一般市民、事業所など  
医療・介護の相談室;「さわやか相談室」  
地域で支える遺族の会「ハナミズキの会」;  
がんや病気で亡くなった方のご遺族  
専門職向けの研修会;緩和ケア研修、スキルアップ研修  
連携ノート;在宅療養の方の、医療介護の連携、救急時



# 鶴見区医師会の取り組み(3)

- 在宅医療連携拠点～さわやか相談室～  
(平成27年4月医師会設立)
  - ・相談・支援;退院支援、情報支援、相談(市民も)
  - ・医療連携・他職種連携;在宅医のバックアップ、  
他職種の連携会議、事例検討
  - ・市民啓発;講演会など
  - ・さわやか相談室済生会横浜市東部病院相談窓口

## (他職種に対する協力)

- 地域ケア会議
- サービス担当者会議
- 地域ケアプラザ協力医など

# 鶴見区内 医療機関一覧

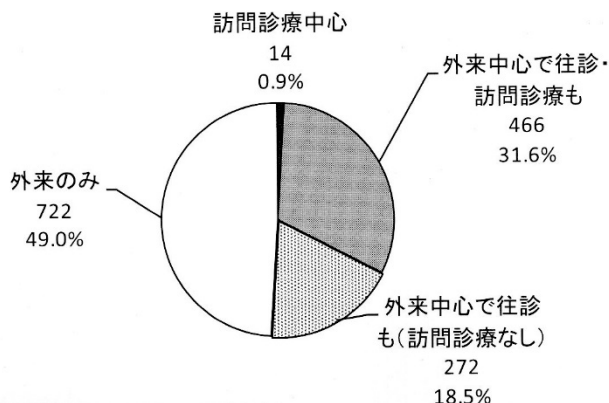
医科 ・ 歯科 ・ 薬局

平成28年2月

平成28年2月現在

地区	医院名等 番地索引による五十音順、敬称略	往診可否 エリア	胃ろう	在宅酸素	IVH	気管切開	人工呼吸器	緩和ケア	終末期	看取り	医師との連絡		サービス担当者会議への出席依頼	
											連絡方法	都合の良い連絡時間	参加の可否	参加しやすい日程等
潮田地区	渡辺医院	診療所付近	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 電話	<input checked="" type="checkbox"/> 診療開始前	<input checked="" type="checkbox"/> できる	場所 医院内、患者宅
		診療時間									<input checked="" type="checkbox"/> FAX	<input checked="" type="checkbox"/> 診療中	<input type="checkbox"/> 応相談	時間帯 昼休み、診療終了後
	内科・小児科	9:00~12:00		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> 受付窓口	<input type="checkbox"/> 昼休み	<input type="checkbox"/> 書面で助言	曜日 月 火 水 木 金 土
	TEL 045-501-6457	14:30~18:00		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input checked="" type="checkbox"/> 受診同行	<input checked="" type="checkbox"/> 診療終了後	<input type="checkbox"/> できない	日 〇 〇 〇 〇 〇 〇
	FAX 045-501-6979										<input checked="" type="checkbox"/> Eメール可 直接、問い合わせ	<input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 受付で確認	医師がケアマネから欲しい情報	■ ケアプラン ■ サービス利用状況 ■ 生活情報
	横浜市鶴見区潮田町3-133-2	在宅療養支援診療所ではありませんので、24時間対応は確約できませんが、患者さんの状態によって個別に対応します。									注意事項 電話なら10時~11時半、15時~17時頃が一番いいです。			
											<input checked="" type="checkbox"/> 電話	<input type="checkbox"/> 診療開始前	<input type="checkbox"/> できる	場所
											<input checked="" type="checkbox"/> FAX	<input checked="" type="checkbox"/> 診療中	<input type="checkbox"/> 応相談	時間帯
											<input type="checkbox"/> 受付窓口	<input type="checkbox"/> 昼休み	<input type="checkbox"/> 書面で助言	曜日 月 火 水 木 金 土
											<input checked="" type="checkbox"/> 受診同行	<input type="checkbox"/> 診療終了後	<input checked="" type="checkbox"/> できない	日 〇 〇 〇 〇 〇 〇
											<input type="checkbox"/> Eメール可 直接、問い合わせ	<input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 受付で確認	医師がケアマネから欲しい情報	■ ケアプラン ■ サービス利用状況 <input type="checkbox"/> 生活情報
											注意事項			
											<input checked="" type="checkbox"/> 電話	<input type="checkbox"/> 診療開始前	<input type="checkbox"/> できる	場所 医院内
											<input checked="" type="checkbox"/> FAX	<input type="checkbox"/> 診療中	<input checked="" type="checkbox"/> 応相談	時間帯 電話にて確認
											<input type="checkbox"/> 受付窓口	<input type="checkbox"/> 昼休み	<input type="checkbox"/> 書面で助言	曜日 月 火 水 木 金 土
											<input type="checkbox"/> 受診同行	<input type="checkbox"/> 診療終了後	<input type="checkbox"/> できない	日 〇 〇 〇 〇 〇 〇
											<input type="checkbox"/> Eメール可 直接、問い合わせ	<input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 受付で確認	医師がケアマネから欲しい情報	■ ケアプラン ■ サービス利用状況 ■ 生活情報
											注意事項 電話にて確認			

訪問診療等の実施状況(n=1474)



※ 訪問診療中心には訪問診療のみを含む。無回答を除く。

# 良かったと思うこと

- 医師会立の訪問看護ステーションの管理者で、ケアマネ兼看護師が中心となって、医師会が全面的にバックアップしたこと。
- 地域の中核病院である、済生会横浜市東部病院が、積極的に医師会、地域医療に関与してくれたこと。

地域医療フォーラム2016  
平成28年9月18日

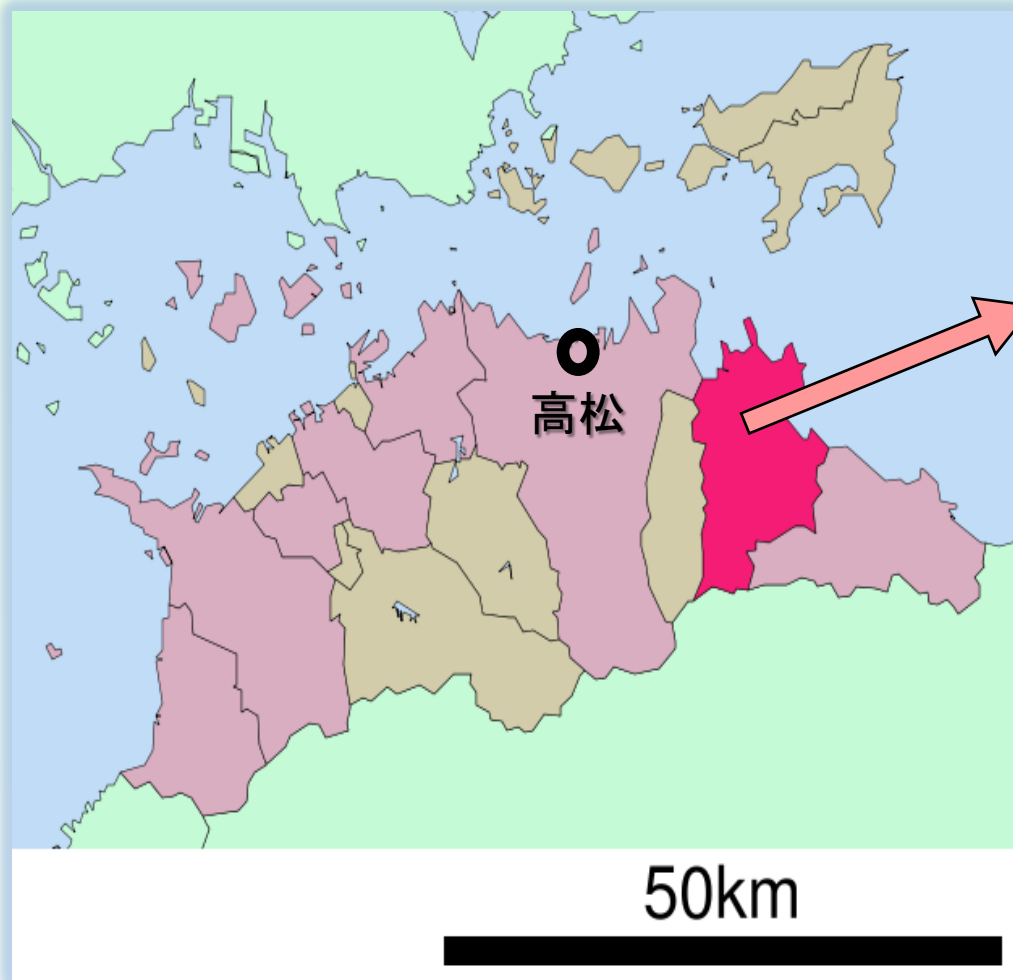
# 地域包括医療・ケア ～公立病院における実践を模索して～

さぬき市民病院長 徳田道昭

日本の渚百選・津田の松原



# さぬき市のプロフィール



香川県 980,936人  
(高齢化率 29.2%)  
(面積 1,876.5km<sup>2</sup>)

さぬき市 50,713人  
(高齢化率 33.1%)  
(H22年比 ▲-2,700)

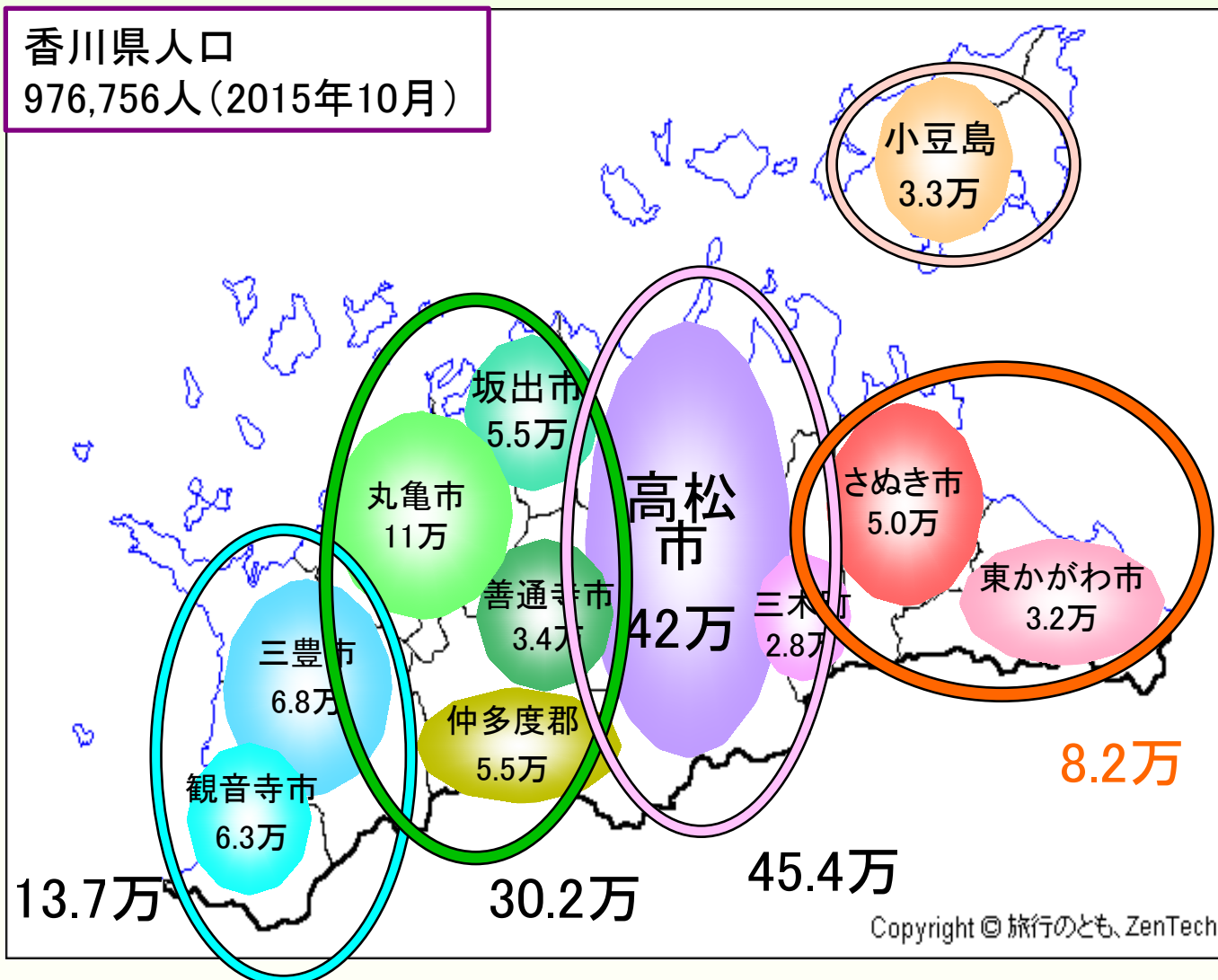
(2016年10月)



さっきー



# 二次保健医療圏毎の人口分布







療養病床

# 当院周辺の一次医療機関の分布～内科～



# さぬき市民病院のあゆみ(概略)

1951年4月	国民保険組合立直営「大川病院」診療開始
1965年	精神科病棟完成
1982年	「大川総合病院」に名称変更. 第二次救急体制に参加.
1994年	大川老人訪問看護ステーション、健診施設を開設
1996年	香川県地域災害拠点病院として指定
1997年	感染症病床4床を加え425床(精神190、一般226)
2002年4月	5町合併に伴い、「さぬき市民病院」に改称
2003年	大川地区小児夜間急病診察室開設
2006年	へき地医療拠点病院に指定
2008年3月	精神科病床閉鎖
2009年1月	亜急性期病床設置
2011年1月	新病院改築竣工
2012年10月	地域包括医療・ケア認定施設





# さぬき市の医療、福祉・介護環境



# 高齢者人口の推移(予測)

40～64歳 (第2号被保険者)      ■ 65歳以上 (第1号被保険者)      ◆ 総人口      ● 高齢化率

# 病院・診療所施設数(大川医療圏)

二次医療圏	病院数	県内 シェア	人口 10万 当り	偏差値 *全国は 標準偏差	診療所 施設数	県内 シェア	人口 10万 当り	偏差値 *全国は 標準偏差
全国	8,605		6.7	(4.0)	99,547		78	(19.4)
香川県	93	1.1%	9.3	57	818	0.8%	82	52
大川	5	5%	5.8	48	62	8%	72	47
小豆	4	4%	12.8	65	14	2%	45	33
高松	39	42%	8.6	55	431	53%	96	59
中讃	31	33%	10.5	59	227	28%	77	50
三豊	14	15%	10.7	60	84	10%	64	43
出典	届出受理医療機関名簿 地方厚生局 平成24年11月				平成23年医療施設調査 厚生労働省 平成23年10月			

(日医総研データより引用)

👉医療資源(病院数、診療所数)がやや少ない！



# 一般病床・療養病床数(大川医療圏)



二次医療圏	一般 病床数	県内 シェア	人口 10万 当り	偏差値 *全国は 標準偏差	療養 病床数	県内 シェア	人口 10万 当り	偏差値 *全国は 標準偏差
全国	896,277		700	(226)	324,828		254	(196)
香川県	9,225	1.0%	926	60	2,680	0.8%	269	51
大川	425	5%	491	41	372	14%	429	59
小豆	234	3%	748	52	167	6%	534	64
高松	4,772	52%	1,058	66	635	24%	141	44
中讃	2,734	30%	925	60	851	32%	288	52
三豊	1,060	11%	808	55	655	24%	499	62
出典	届出受理医療機関名簿 地方厚生局 平成24年11月				届出受理医療機関名簿 地方厚生局 平成24年11月			

(日医総研データより引用)

急性期病床数が少なく、療養病床が多い！

# 要支援・要介護認定者の推移(さぬき市)

---

援1  要支援2 

# 老健・特養収容者数、介護療養病床数(大川医療圏)

二次医療圏	老人保健施設(老健)収容数	全国シェア 県内シェア	75歳以上 1,000人 当り	偏差値 *全国は 標準偏差	特別養護 老人ホーム (特養) 収容数	全国シェア 県内シェア	75歳以上 1,000人 当り	偏差値 *全国は 標準偏差	介護療養 病床数	全国シェア 県内シェア	75歳以上 1,000人 当り	偏差値 *全国は 標準偏差
全国	350,538		25	(5.8)	501,495		36	(10.0)	84,714		6.0	(5.3)
香川県	3,709	1.1%	28	55	4,727	0.9%	35	50	944	1.1%	7.0	52
大川	450	12%	31	61	495	10%	34	49	16	2%	1.1	41
小豆	140	4%	22	45	298	6%	46	61	42	4%	6.5	51
高松	1,239	33%	24	49	1,697	36%	33	47	258	27%	5.0	48
中讃	1,233	33%	30	59	1,493	32%	37	51	315	33%	7.7	53
三豊	647	17%	30	59	744	16%	35	49	313	33%	14.6	66
出典	田村プランニング(平成25年1月データ)				田村プランニング(平成25年1月データ)				田村プランニング(平成25年1月データ)			

(日医総研データより引用)

👉 老健収容者数は多いが、介護療養病床が少ない！  
＝医療依存度の高い患者は行き先に困る。

# さぬき市の病床・介護収容数

- ・さぬき市人口 約50,700人(高齢化率:33.1%)
- ・医療施設
  - 急性期＋亜急性期・・・市民病院1(175床)
  - 療養病床・・・私立病院1(304床)
- ・介護施設
  - 介護老人福祉施設(特養)・・・5
  - 介護老人保健施設・・・4
  - 介護療養型医療施設・・・1
  - .....収容人員607人(待機約850人)



(平成26年4月現在)

- 👉問題点 ① 待機中の在宅療養者のADL低下、容態悪化  
② 施設内での合併症併発: 誤嚥性肺炎、褥瘡



# 地域包括医療・ケアへの取り組み

四国八十八番札所・大窪寺



# 地域包括ケアシステムにおける構成要素

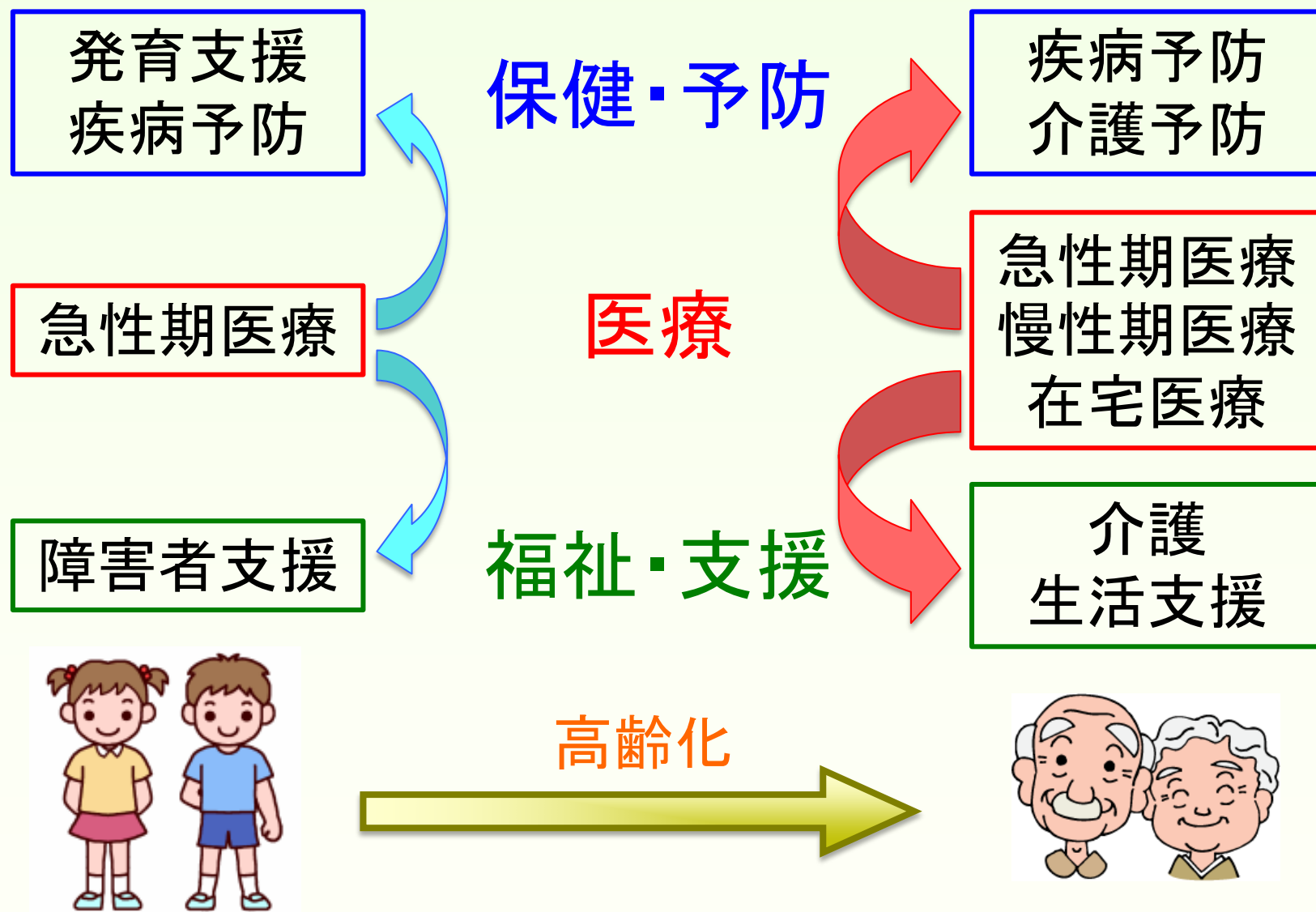


有機的に連  
携し、一体的  
に提供





# 高齢化が“地域包括医療・ケア”に与える影響

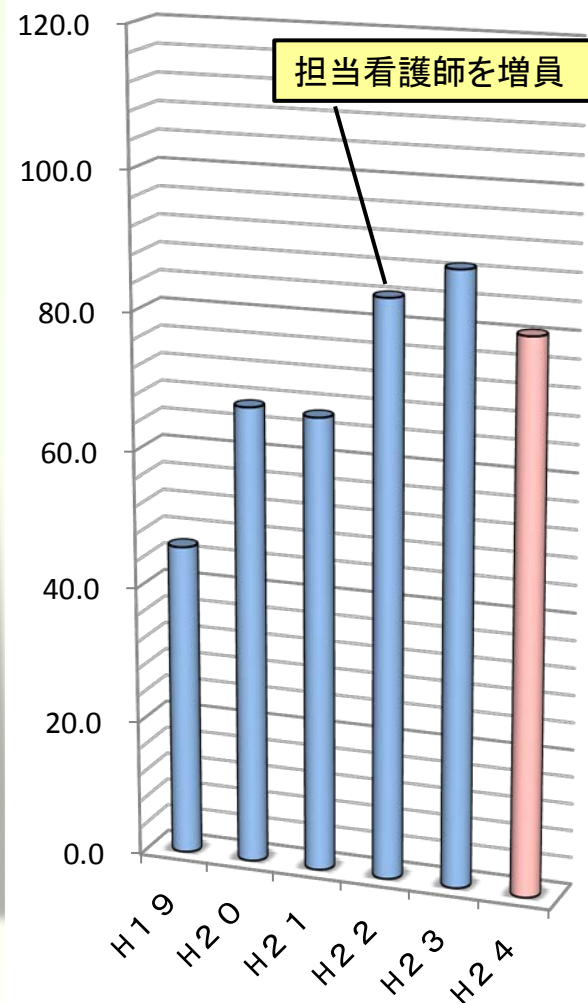


# 高齢化に伴う医療形態の変化～訪問診療～



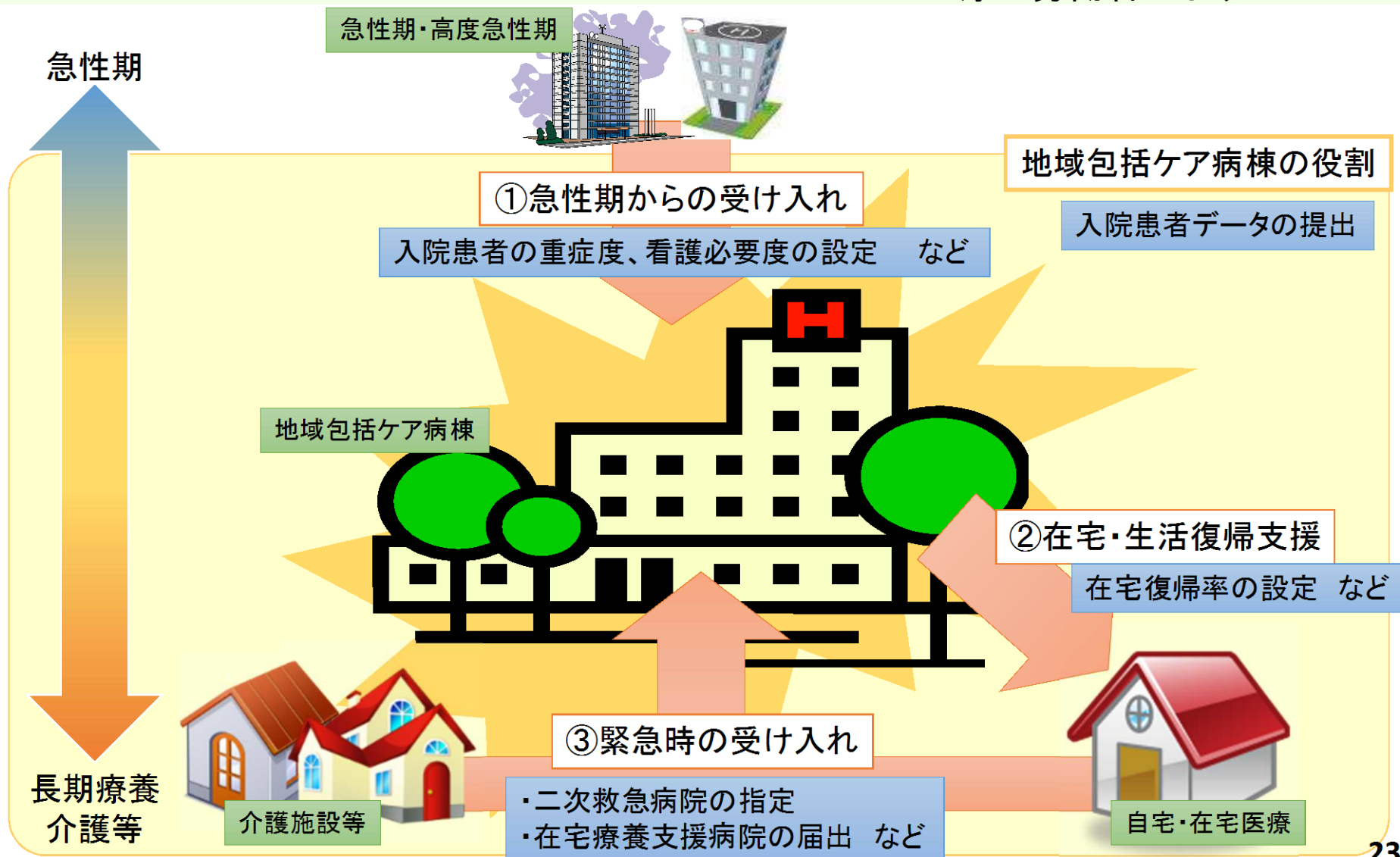
(単位: 件/月)

訪問診療件数(月平均)

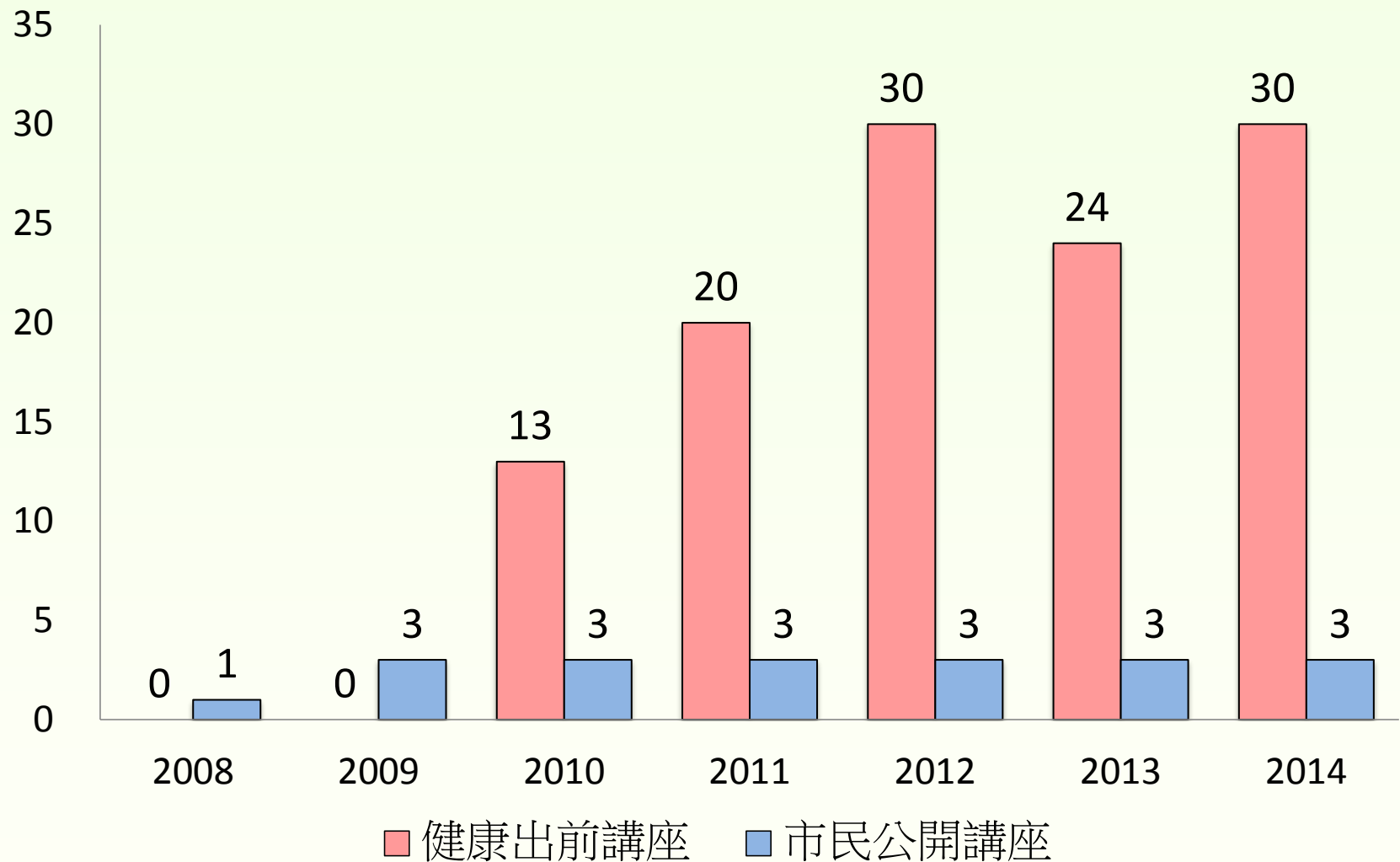


# 高齢化に伴う医療形態の変化～地域包括ケア病棟～

厚生労働省HPより



# 住民を対象とした健康講座の開催回数





# 市民公開講座：「転倒予防」



# 健康出前講座：「膝痛、腰痛の生活注意」





# 病院長出前講座：「病院のかかり方」



特定機能  
大学病院



三次医療機能

県立中央病院、赤十字病院



二次医療機能

公立1, 私立1



一次医療機能

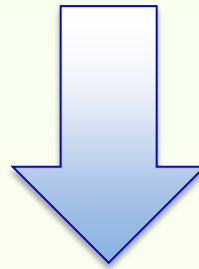
内科21、小児科2、整形外科4、皮膚科2、  
耳鼻科2、眼科1、精神科1、歯科20



# 地域住民への啓発活動の在り方は？

---

住民対象の啓発活動だけでは、  
広がりに限界がある……。



住民の中に、地域包括ケアの‘柱’となる  
「**保健・福祉の匠**」を育てること！

# 介護施設職員を対象とした講習会



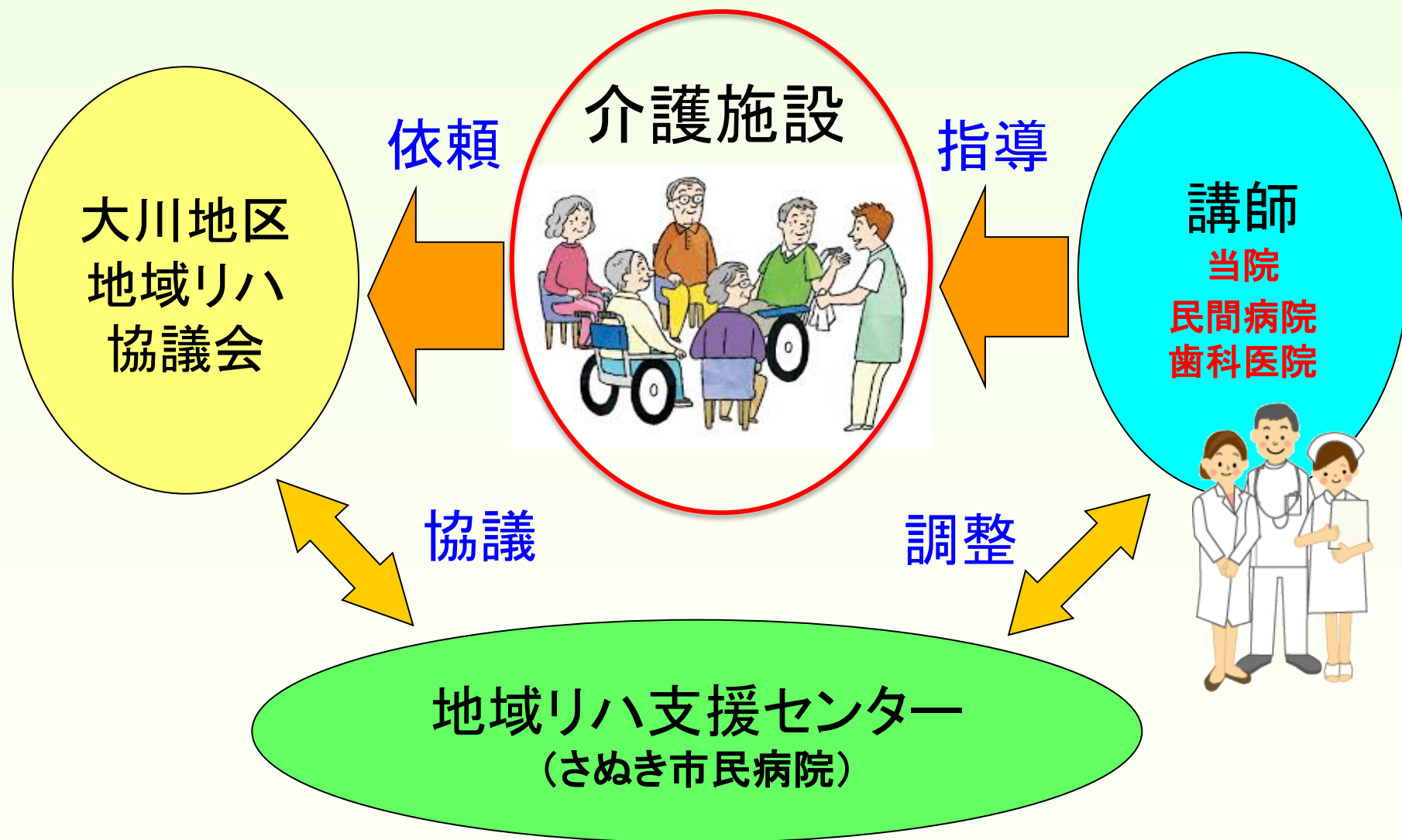
テーマ:「褥瘡予防と基礎」



# 地域リハ協議会に見られる「官民協働」

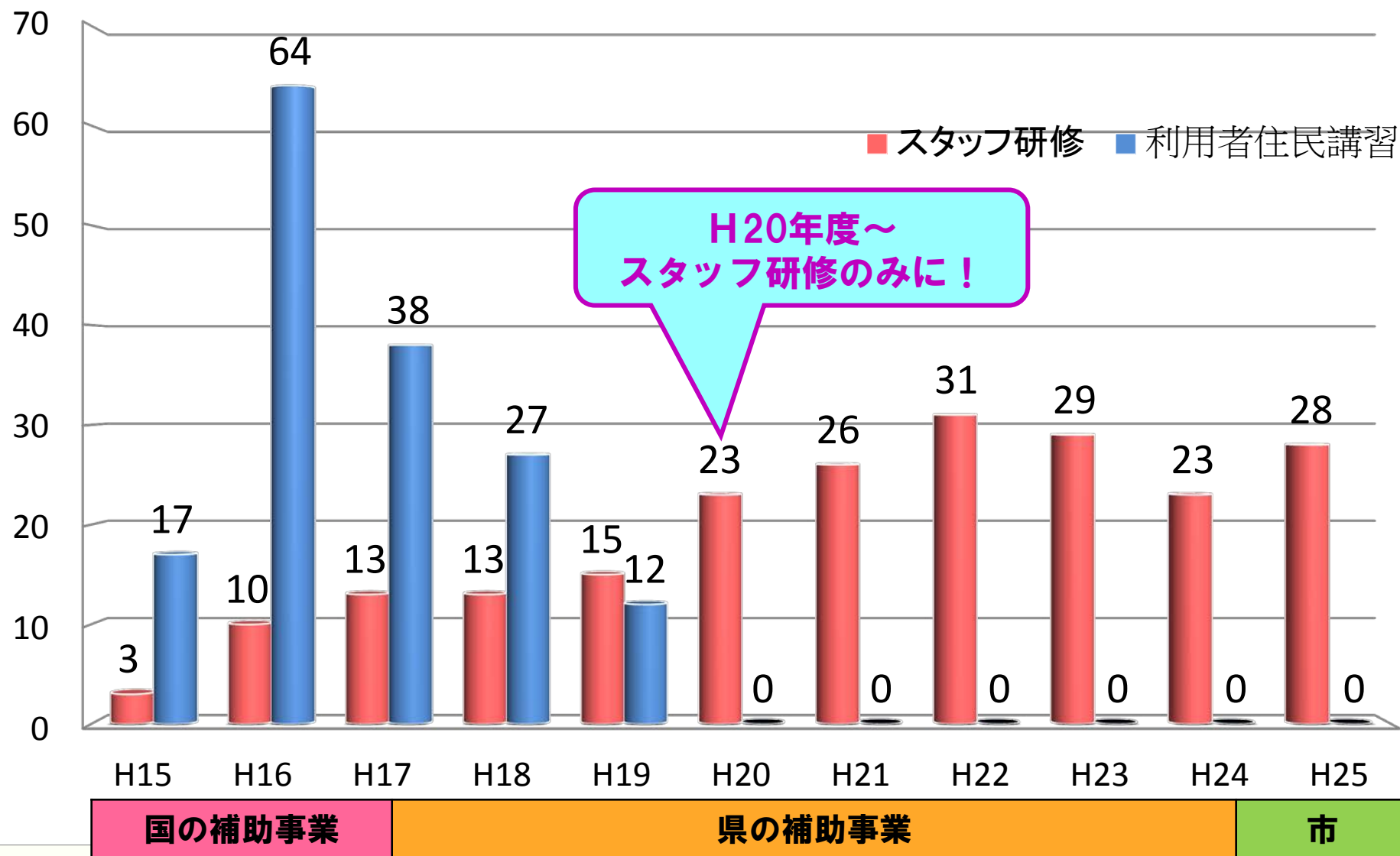


# 地域リハビリテーション推進事業

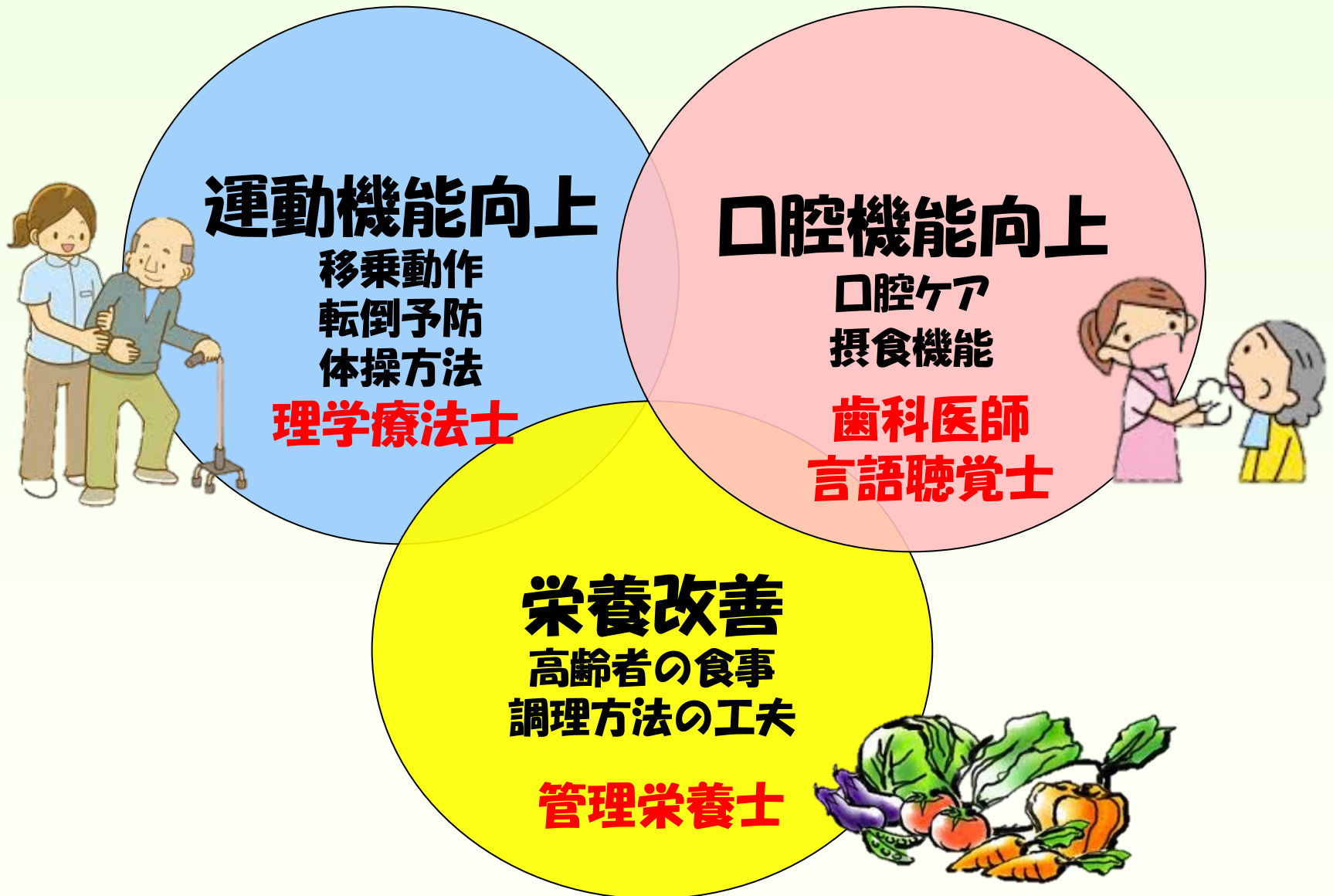




# 大川地域リハビリテーション事業



# “介護予防の三本柱”



# スタッフ講習内容 一運動器一

※講師：理学療法士

- 移乗動作
- 姿勢介助





# スタッフ講習内容 — 口腔ケア —

※講師：歯科医師

- 口腔ケア
- 健口体操



# スタッフ講習内容 — 栄養 —

※講師：管理栄養士

- 高齢者の食事
- 糖尿病の食事





# プレ・ポストアンケート

---

## 《対象》

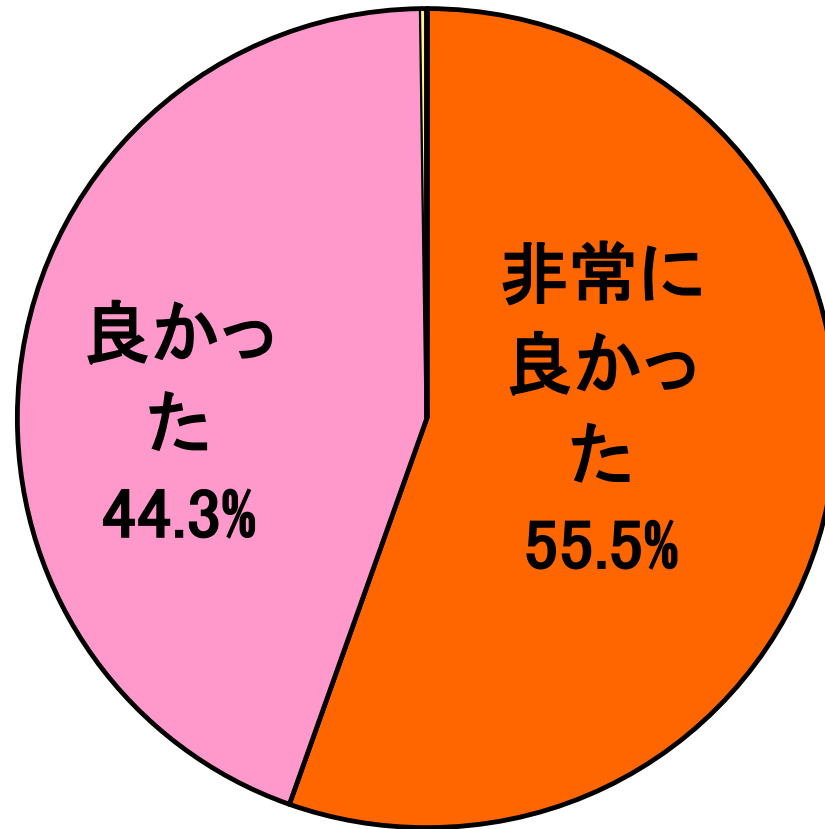
- 平成23年度、受講者502名
- 平成24年度、受講者475名

## 《方法》

- 自己評価アンケート
- 講習前、講習後1カ月に分けて5段階で評価。

# プレ・ポストアンケート

## 研修内容は？



で評価。

《対

□ 平

□ 平

《方

□ 自

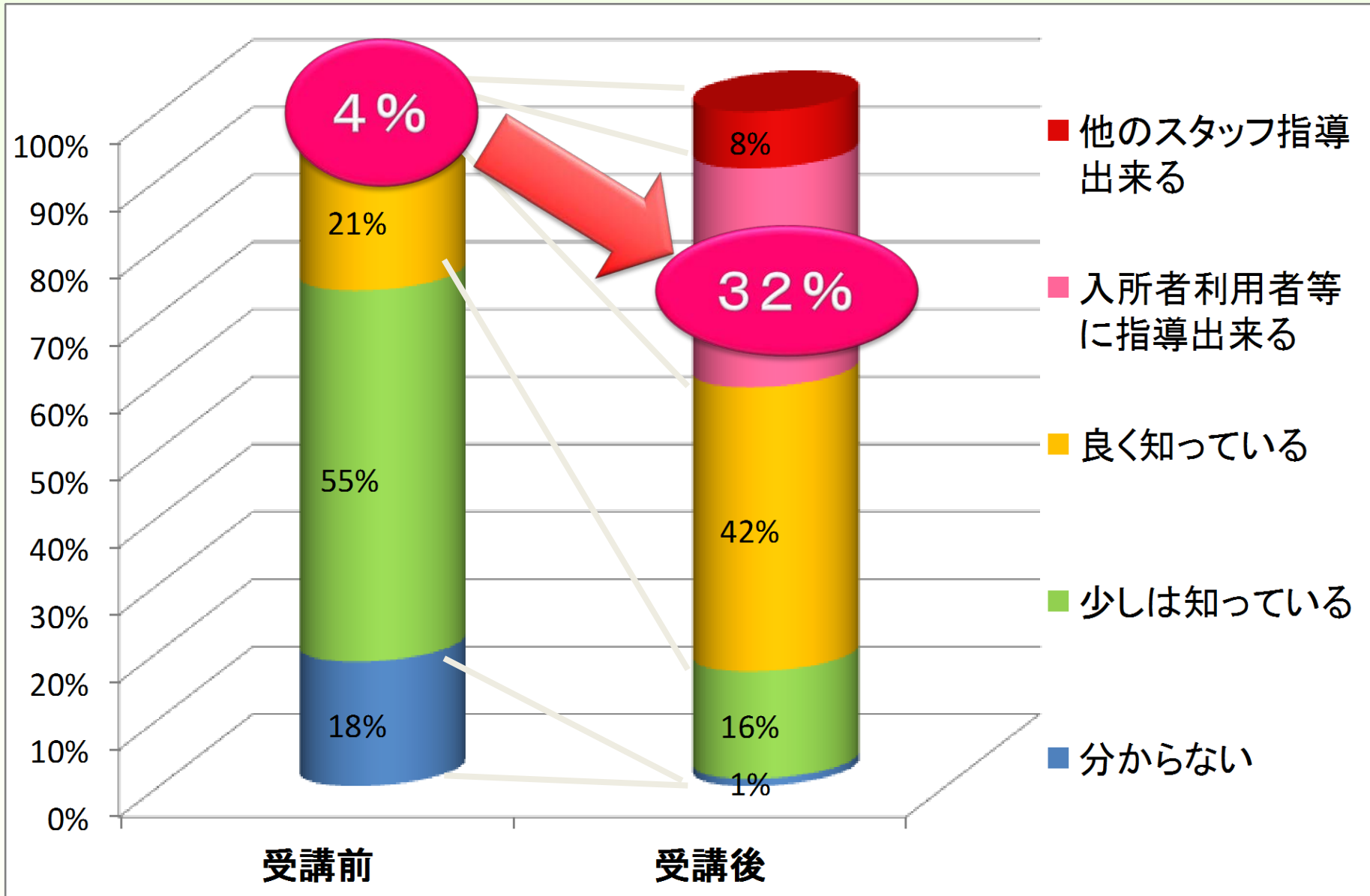
□ 講

## 評価基準

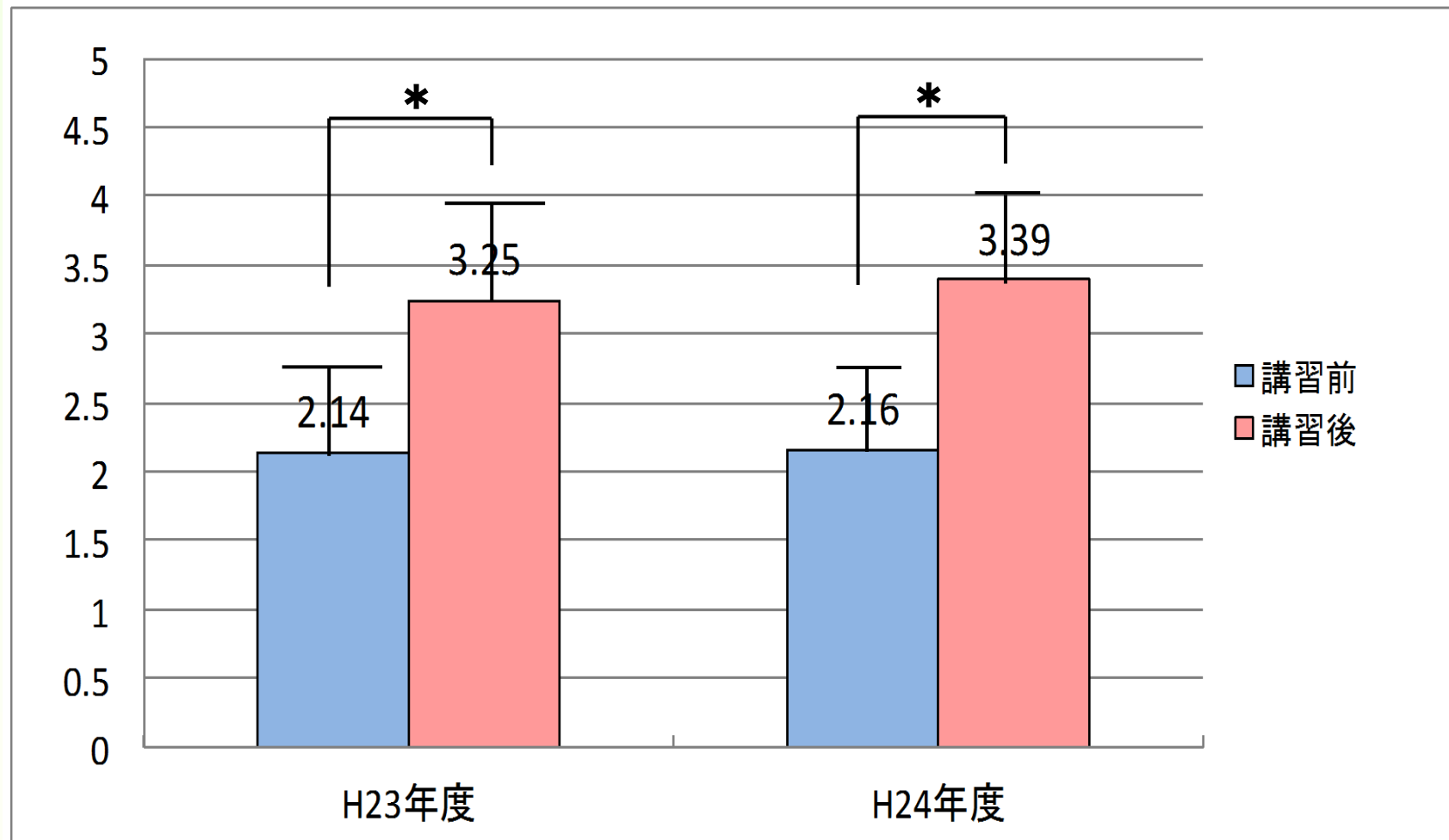
5	他のスタッフに指導できる
4	入所者、利用者等に指導できる
3	良く知っている
2	少しは知っている
1	分からない

評価。

# 講習前後の自己評価の推移



# 講習前後の自己評価の推移



n = 2,454

n = 1,838

\*  $P < 0.01$   
有意差あり



# 合同研修会の開催



参加者数	
第1回	115名
第2回	98名
第3回	89名

## 運動器分科会



## 口腔分科会



# 合同研修会の開催(H26年)



第5回大川地区地域リハビリテーション支援センター  
おいしい食事を支えるチームアプローチ



# 介護専門員連絡協議会(年4回)



☞ 病院の敷居が高いというCMが、病院に来やすくするために。

# 地域介護連携クリティカル・パスの運用開始



登録者患者数:15人  
(2014.10現在)

👉在宅療養者に関する、職種間の情報交換に役立っている！

# ‘地域二次医療機関’としての当院のアクション

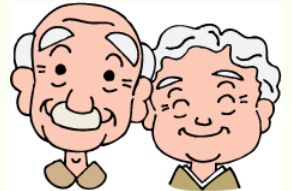
## ・医療提供機能

- ・救急～急性期、亜急性期医療
- ・拠点医療・・・感染症、災害
- ・僻地診療・・・山間部、島しょ部
- ・在宅医療・・・訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーション



## ・保健、医療、福祉・介護のコーディネート機能

- ・健康診断・・・乳幼児、生活習慣病、老人健診
- ・住民指導・・・市民公開講座、健康出前講座
- ・介護連携・・・地域リハビリテーション協議会  
地域介護連携クリティカル・パス



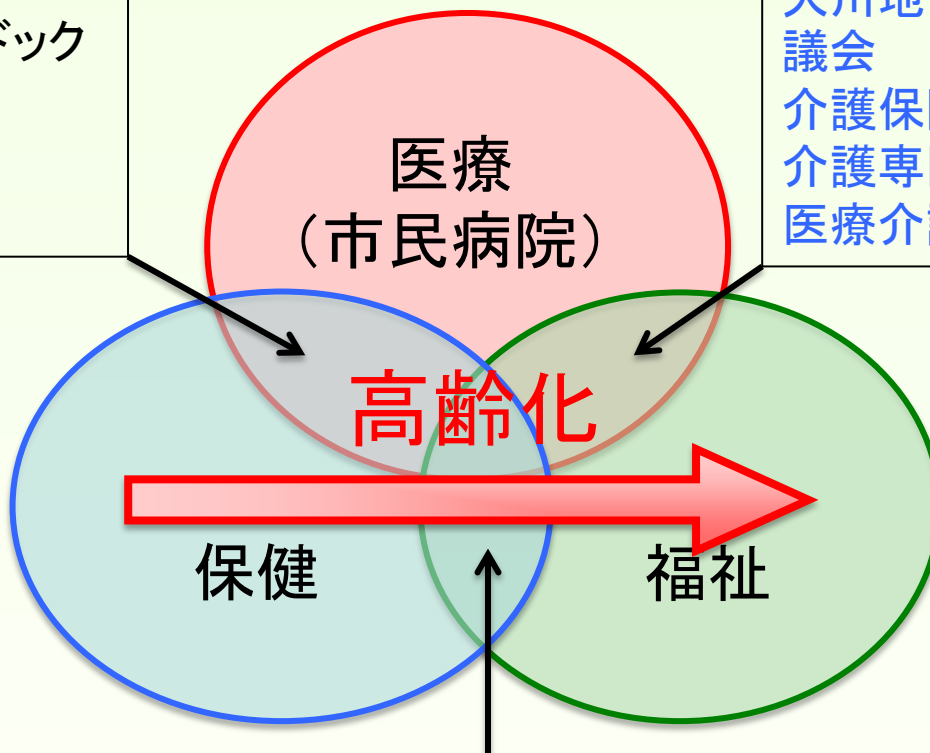
👉 “地域包括医療・ケア”としての拠点機能



# 今後の課題②：‘保健・医療・福祉’の連携強化

乳幼児健診  
学校健診  
人間ドック  
特定健診・人間ドック  
特定保健指導  
老人健診  
予防接種

退院時担当者会議  
在宅医療（訪問看護・リハ）  
大川地区リハビリテーション協議会  
介護保険サービス担当者会議  
介護専門員連絡協議会  
医療介護連携クリティカルパス



障害児・障害者に関する相談  
虐待への対策・相談  
生活困窮者への支援  
包括支援センター運営協議会  
地域ケア会議（検討中）

# 今後の課題②：‘保健・医療・福祉’の連携強化

乳幼児健診  
学校健診

退院時担当者会議  
在宅医療(訪問看護・リハ)

シオン協

担当者会議  
会

カルパス



## ＜病院運営審議会から市長への提言＞

(平成26年1月)

- ・各部門における情報の共有化
- ・ワンストップサービスの実現
- ・在宅医療・へき地医療体制の充実
- ・健診体制の充実
- ・健康教室等の充実
- ・児童の健全な発育支援体制  
など。

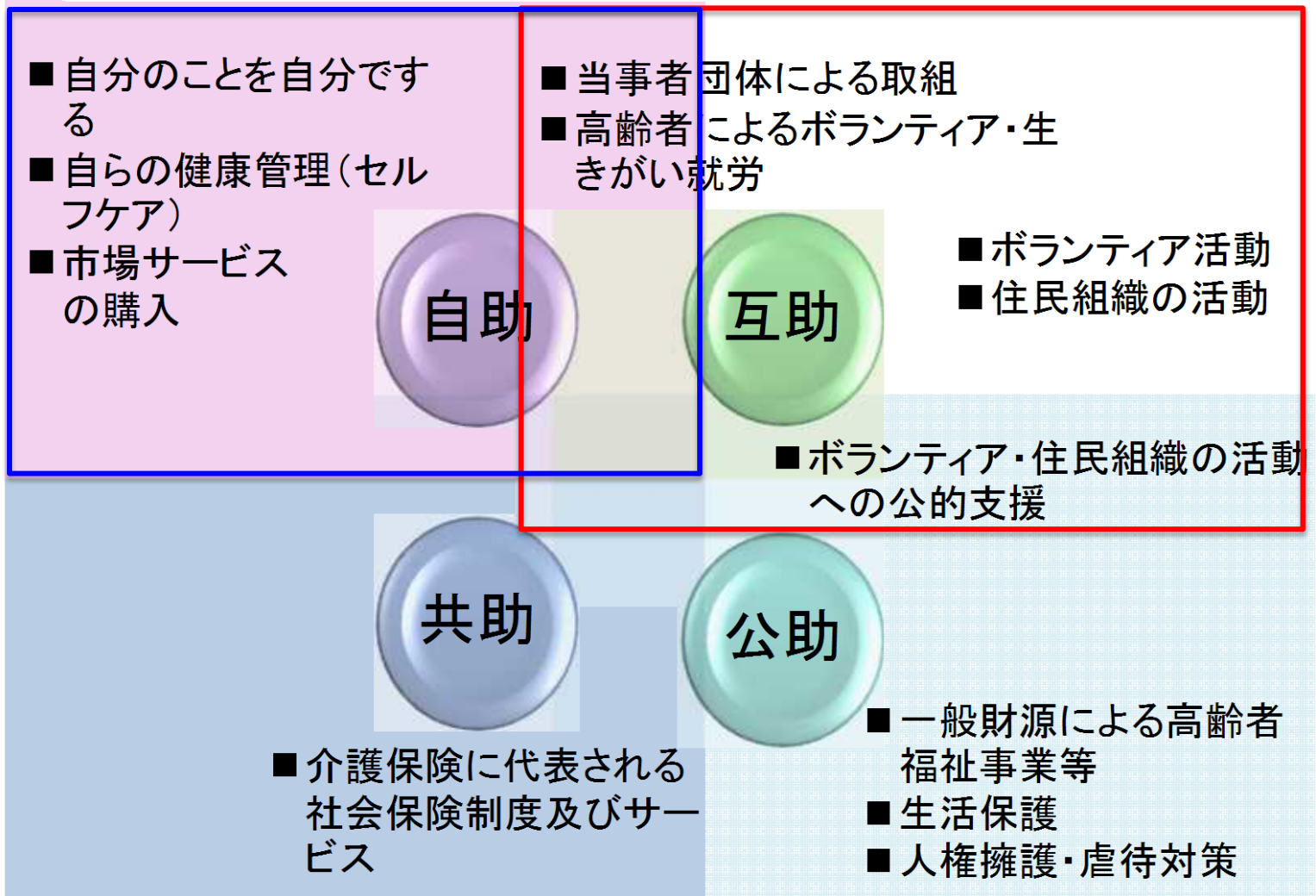
包括支援センター運営協議会  
地域ケア会議(検討中)

# 今後の課題②:「自助・互助」の醸成

人口減  
高齢化



人口増  
若年化



ご清聴ありがとうございました。



地域包括医療・ケアの二次機能拠点病院として



# 何を考え 何を感じ 何を志す

美郷町地域医療交流施設

いまよ ろっかんじゅく

今世六感塾

美郷町地域包括医療局  
金丸 吉昌

美郷町国保西郷病院

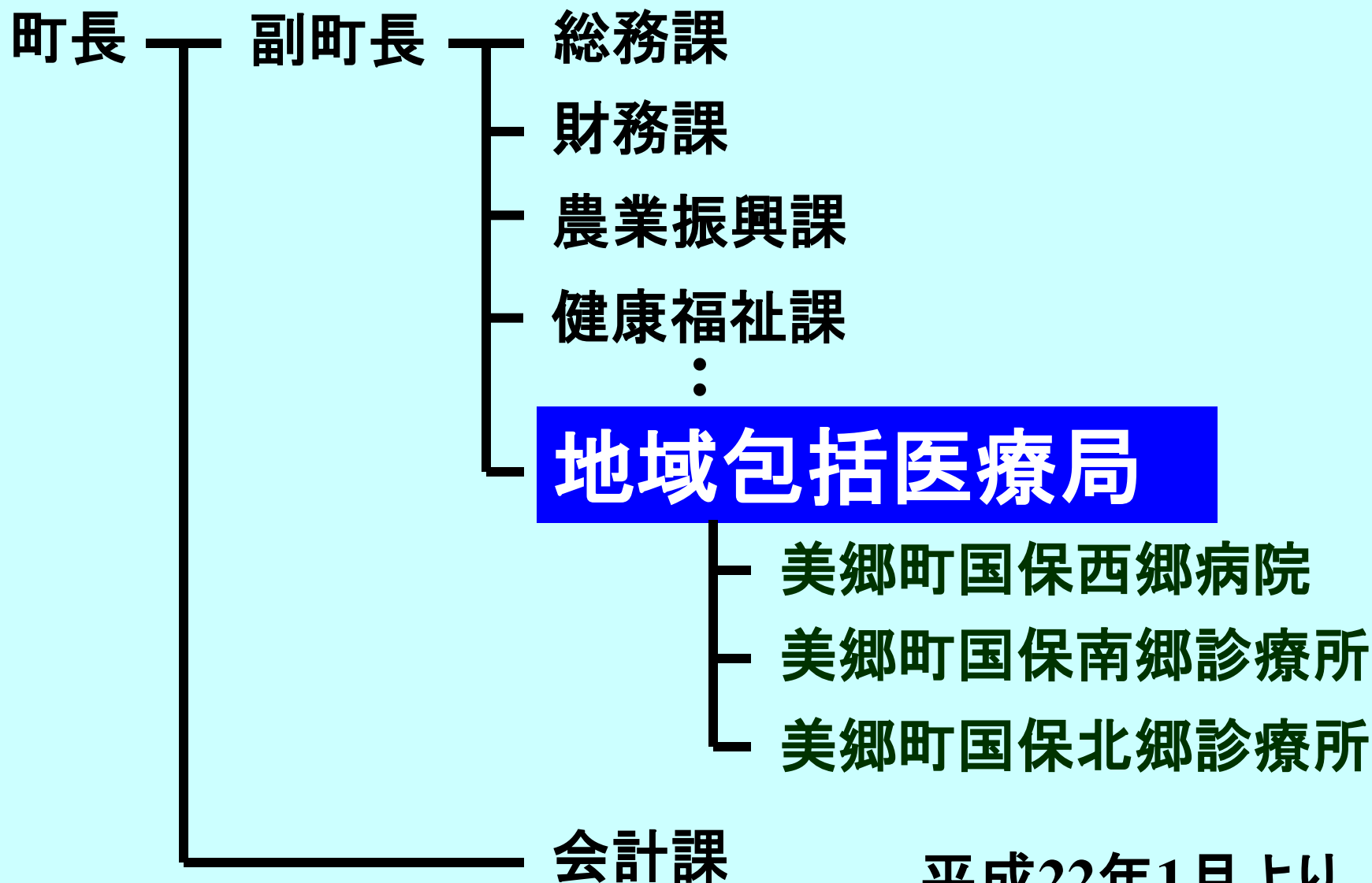
診療時間  
午前 9時30分～12時  
午後 1時～5時  
休診日  
土曜日・日曜日・祝日

美郷町国保西郷病院

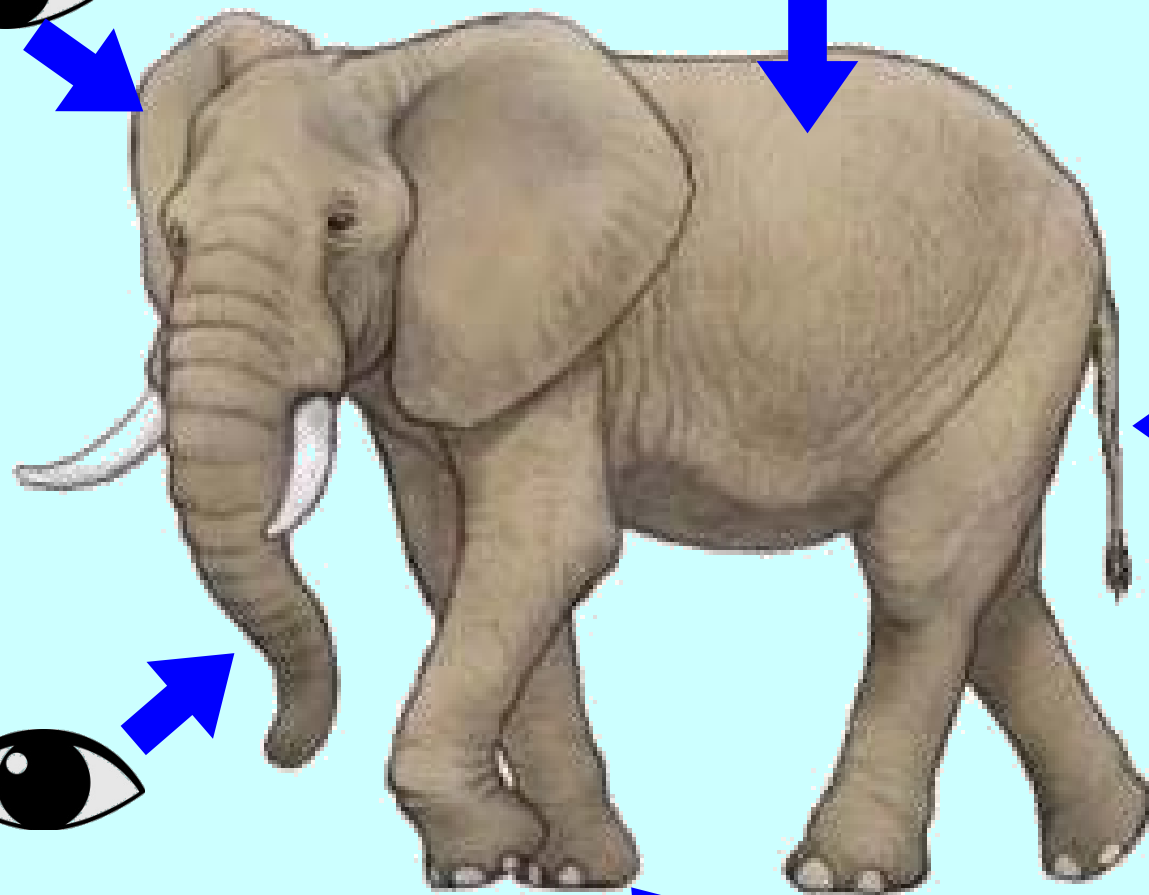


# 美郷町役場

美郷町地域医療交流施設  
いまよ ろっかんじゅく  
今世六感塾



平成22年1月より

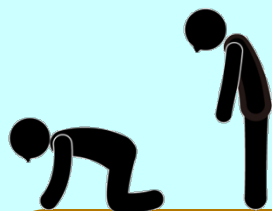


美郷町地域医療交流施設  
いまよ ろっかんじゅく  
今世六感塾

美郷町地域医療交流施設

いまよ ろっかんじゅく

今世六感塾



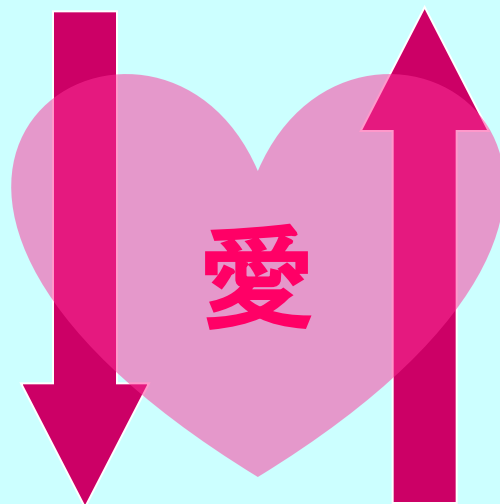
# 医療の原風景(原点)



# 合い言葉(思い)

患者さんに何とか元気になっていただきたい。

感謝



感謝

- ◎市民として健康で長生きしたい。
- ◎人生を生き活きと生きたい。



# 医師確保対策

## 地域医療の現場 (市町村)

①医療の確保(へき地医療等……………)

②一次救急の確保

(県、大学、医師会との協働)

③地域医療の魅力の発信(総合診療医の育成の場)

④市民への啓発(地域医療を守る条例等)

- ・健康意識の向上

- ・かかりつけ医の推進

- ・専門医の適正利用

- ・救急の適正利用

- ・「医療の不確実性」の理解の推進

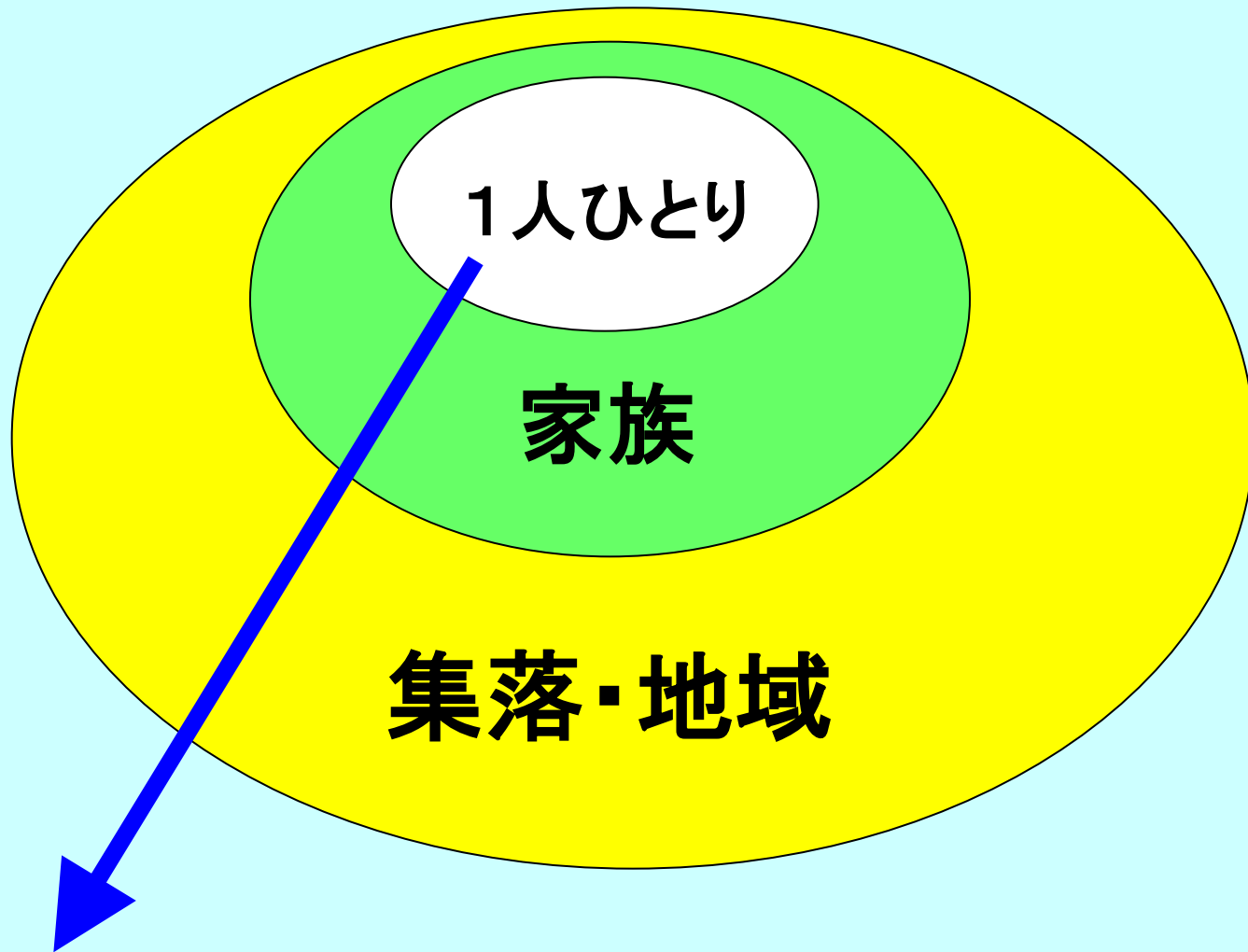
- ・医療資源の限界

- ・死生観の醸成

市民大応援団

信頼関係がしっかりとした中でこそ、  
医療はより良い方向へ進む。

何を考え 何を感じ 何を志す



0

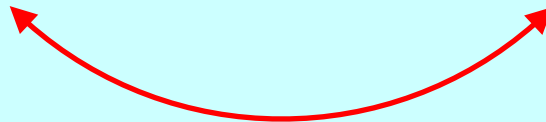
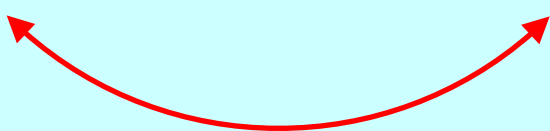
1

2

0

1

2



間

間

美郷町地域医療交流施設

いまよ ろっかんじゅく

今世六感塾

渡川中区公民館







# 平成22年度地域医療座談会 参加実績

	人口(H23.4.1)	出席者(住民)	出席率
南郷区	2,182 人	139 人	6.4%
西郷区	2,443 人	154 人	6.3%
北郷区	1,915 人	201 人	10.5%
美郷町全体	6,540 人	494 人	7.6%

美郷町地域医療交流施設

いまよ ろっかんじゅく

今世六感塾

# 平成23年度地域医療座談会 参加実績

	人口(H24.2.1)	出席者(住民)	出席率
南郷区	2,159 人	122 人	5.7%
西郷区	2,404 人	231 人	9.6%
北郷区	1,892 人	124 人	6.6%
美郷町全体	6,455 人	477 人	7.4%

美郷町地域医療交流施設

いまよ ろっ かんじゅく

今世六感塾

# 平成24年度地域医療座談会 参加実績

	人口(H24.11.1)	出席者(住民)	出席率
南郷区	2,141 人	200 人	9.3%
西郷区	2,397 人	247 人	10.3%
北郷区	1,867 人	163 人	8.7%
美郷町全体	6,405 人	610 人	9.5%

# 平成25年度地域医療座談会 参加実績

	人口(H25.11.1)	出席者(住民)	出席率
南郷区	2,100 人	205 人	9.8%
西郷区	2,347 人	213 人	9.1%
北郷区	1,850 人	159 人	8.6%
美郷町全体	6,297 人	577 人	9.2%

美郷町地域医療交流施設

いまよ ろっかんじゅく

今世六感塾



# 平成26年度地域医療座談会 参加実績

	人口(H26.11.1)	出席者(住民)	出席率
南郷地区	2,040 人	192 人	9.4%
西郷地区	2,296 人	171 人	7.4%
北郷地区	1,821 人	137 人	7.5%
美郷町全体	6,157 人	500 人	8.1%

美郷町地域医療交流施設

いまよ ろっかんじゅく

今世六感塾

# 市民大応援団

- ・地域住民(市民)
- ・市町村長
- ・議会
- ・マスメディア

絆

- ・広域的視野の共有
- ・医療の不確実性の理解
- ・信頼関係の醸成
- ・死生観の醸成

# 地域医療の展望

国

総合診療医の確立

県

市町村

医療の確保  
(総合診療医の確保)

医師会

大学

市民大応援団

# 地域医療の道理

縁りあつて

寄りあつて

依りあつて

縁りあつて

なっている

諸行無常

諸法無我