

地域医療を動かす

RH-PAC

RH-PAC地域医療ビジョン・地域医療計画ガイドライン

機能分化と連携編

ーデータを共有し、熟議を行うー

発表者

浜田淳（岡山大学教授）

石川雅俊（国際医療福祉大学准教授）

本プレゼンテーションは、RH-PAC地域医療ビジョン／地域医療計画ガイドラインの機能分化と連携編をベースにしています。

機能分化と連携

パート1 現状編

- 高齢化に伴う疾病構造の変化
⇒「治らない病気」が増加
⇒「**患者が病気と共存しながら生活の質を上げる医療**」が求められている。
- しかし、医療提供システムはニーズの変化に対応できていない。需要と供給のギャップが存在。
- 日本は、病床は多いが、機能分担が不明確。例えば、急性期病床に慢性期の患者がいる。
- 医療現場は人員不足で、働き手の過労が常態化。
- ⇒2025年を目前にして「**機能分化と連携**」による**医療提供体制の改革がぜひとも必要**

- 今後の医療計画は、分散・過剰・偏在をもつ医療機関の機能転換や再編を通じて、医療提供体制の効率化を図る。
- 診療内容の標準化等を通じて医療連携を推進し、高度急性期・急性期・回復期・慢性期から在宅まで質の高い連続的なケアを提供する。
- こうした目標に向かって、各ステークホルダーが参画し合意形成を図る。
 - ・ 医療の担い手と受け手
 - ・ 保険者
 - ・ 都道府県職員と市町村職員

- 「病院完結型の医療」から「地域完結型の医療」への転換のために、提供体制の改革は不可欠
- この改革は医療の担い手と受け手が一体となつてこそ可能になる。医療資源(従事者や財源)が有限であることを互いに理解する。
- 地域医療ビジョンや医療計画の策定プロセス自体が、機能分化と連携を図るうえで重要。
- 地域包括ケアを実現する上で市町村の役割は重要。在宅医療・ケア体制を構築するには、県と市町村の関係者が二次医療圏等の場で「顔の見える関係」を作る必要。

- 世界一の高齢化率という現状からは、現在の医療費の水準は高いとはいえない。
- 2025年に向けて年金の伸びを超えて、医療・介護費用が増えることはやむを得ない。

(2012年から25年に向かって)

- ・ 医療の公費・保険料負担分は19兆円増大
- ・ 介護の公費・保険料負担分は11兆円増大

(2012年3月の厚労省資料)

- 医療提供の改革がなされれば、結果として医療の質を高めるとともに、医療費等の伸びを抑えることも可能となる。

- 都道府県間の医療の現状は、医師数、病床数、医療の構造などに大きな差異がある。
- 都道府県内の2次医療圏ごとの状況も大きく異なり、医師数、病床数に過密と過疎がある。過密の医療圏は機能分化が不十分、過疎の医療圏は入院、救急などで他の医療圏に依存している状況も。
- こうした都道府県間の格差、都道府県内の格差は、できるだけ少なくしていくべきだ

- 過密の医療圏の機能分化を促し、病床を転換したり、集約化で生じた人材を過疎の医療圏に再配置することも必要。
- 現実的には、医療圏同士の連携・協力も重要
- 「機能分化」だけでは患者は「移動」が多くなり、大きな負担に。医療機関同士の連携、医療・介護の連携、多職種連携が欠かせない
- 「かかりつけ」医、看護師の存在も大きい。

(都道府県担当者の意見例)

- 地域や二次医療圏により現状やめざす姿は異なる。
二次医療圏を類型化し、類型ごとに連携モデルを提示すべき。
- 公立と民間など設置主体が違う医療機関間で連携の仕組みを作るのは困難
- 連携において目標とすべき達成度や現状での達成度が明確でない
- 在宅患者の急変時の対応やケアのマネジメント機能の強化が課題

分化と連携

パート2 提案編

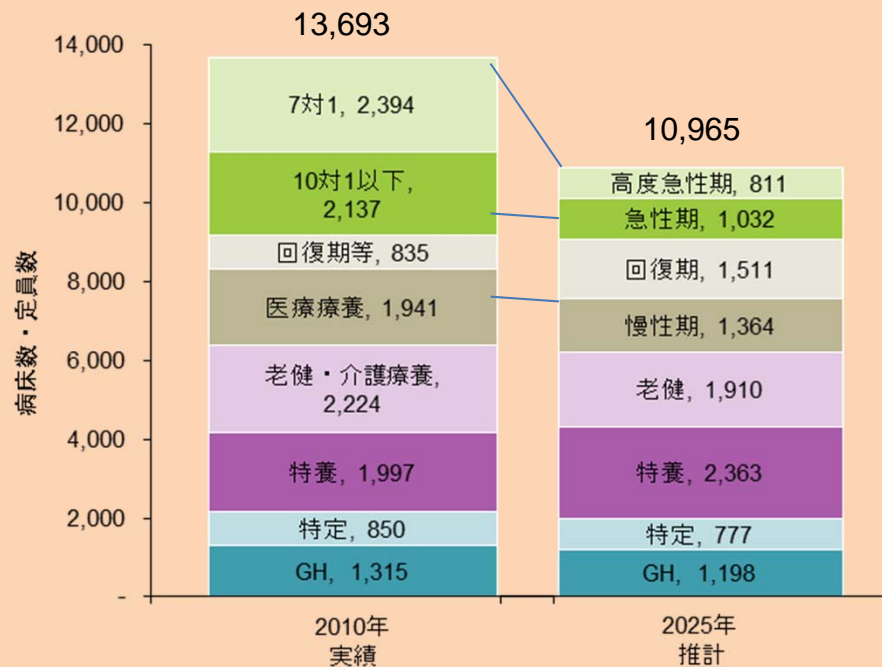
基本的な考え方

- これからの医療計画は、2025年及び2040年における需要と必要医療資源の推計方法を示し現状の医療資源の供給とのギャップについて可視化を行った上で、最終アウトカムである「**医療の質、及び患者の生活の質や満足度の向上を目指した提供体制の均てん化、および効率化**」を実現するために、医療機関の統合再編を含む医療資源配分の適正化や、医療圏及び医療機関の医療の質を維持向上させていくための指針を示していくことが肝要である。
- 医療の機能分化を検討する上では、**地域全体としての最適化、及び医療機関の個別的最適化**の双方の視点が重要である。

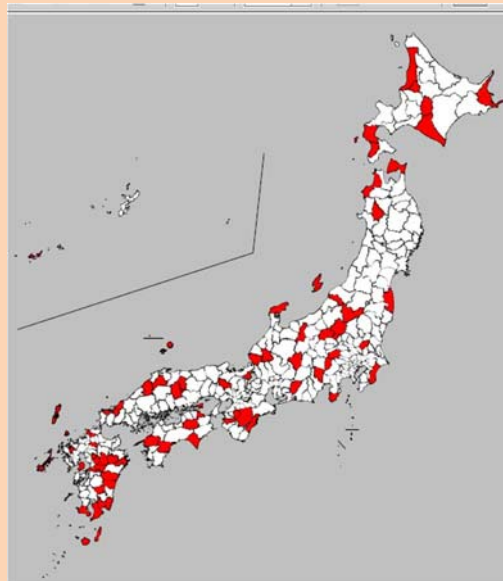
基本的な考え方

- この視点を踏まえて、推奨施策として、将来必要医療資源の試算、二次医療圏の再編、医療へのアクセスの考慮、地域及び病院の機能評価、医療圏の課題と方向性に係るパターン化、医療機関の再編手法という6つの点から提言を行う。
- これらの施策の推進にあたっては、患者・住民ニーズを適時的に取り込む努力が必要である一方、医療資源が有限であることを踏まえた患者・住民の適正受診に係る啓発についても忘れてはならない。

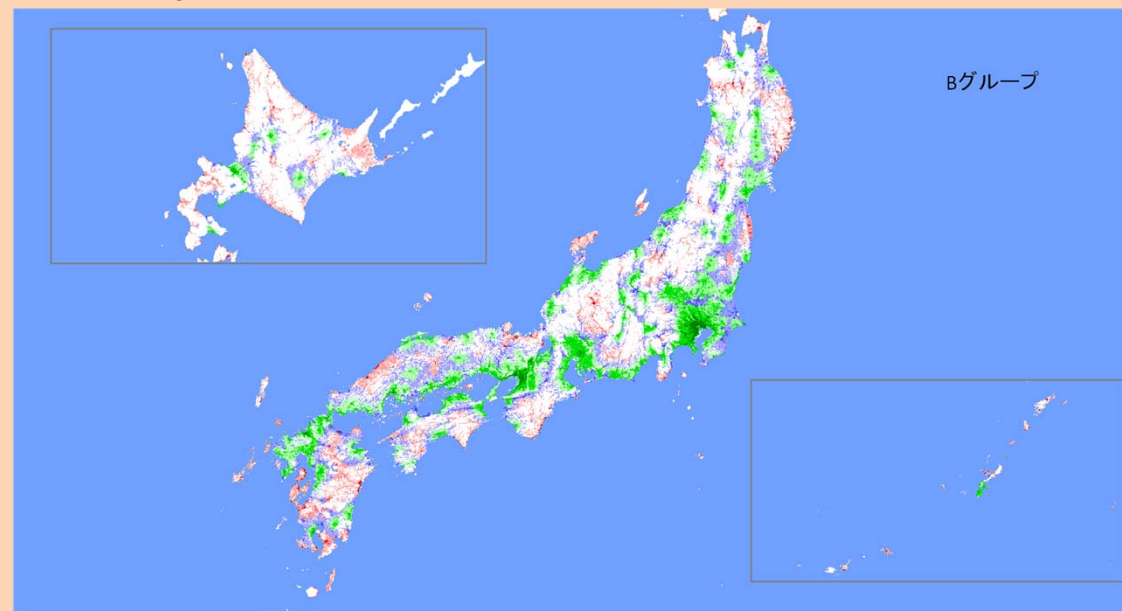
- 将来必要医療資源の試算
- 開示情報を用いた簡易的な方法として、社会保障・税一体改革の「医療・介護に係る長期推計」を用いて、全国の機能別病床数を医療圏単位の将来推計人口(2025年、2040年)で案分する。



- **二次医療圏の再編**
- 医療圏間の供給体制の格差は大きいことから、人口規模や中核病院の有無、患者の流出入等を踏まえた医療圏の再編が必要である。
- 医療圏内の完結を目指すだけでなく、医療圏間の役割分担を計画する視点も考えられる。



- 医療へのアクセスの考慮
- GIS地理情報システムを活用し、中核病院からの時間距離、カバー人口を集計する。
- 急性期医療のアクセスが可視化されることで、地域における病院の機能の方向性について検討する際の資料になる。



- 地域及び病院の機能評価
- 評価にあたっては、病院が地域における位置付けを踏まえてどのような機能を担うことを志向するのかという事業モデルと事業領域におけるパフォーマンスを評価するという2つの視点がある。

| | 高度急性期 (総合・専門) | 一般急性期 (総合・専門) | 垂直統合 モデル | 在宅療養 支援型 |
|--------|---|--|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 概要 | 高度先進医療を提供する。大学、がんセンター等、人口50~100万人に1箇所。 | 高頻度の疾患に対してリハビリを含む標準治療を提供する。人口10万人に1箇所。 | 他に病院がない地域で垂直的にケアを提供する。人口5~10万人に1箇所。 | 地域包括ケアを診療所等と連携して担う。在宅医療や介護事業をクラスター展開。 |
| 急性期 | <p>予防+治療 在宅復帰させる</p> <p>連携・教育</p> <p>生活を支える 再入院させない</p> | | | |
| 回復期 | | | | |
| 慢性期・介護 | | | | |

- **医療圏の課題と方向性に係るパターン化**
- 医療圏の抱える課題は医療圏によって全く異なることから、地域環境に合う方向性を検討する必要がある。
- 一方、全国を俯瞰する視点に立てば、同様の課題を抱える医療圏は相応にあるものと推察され、それらをグループ化した上で、課題の解決に資する好事例を共有する仕組み作りが必要と考える。
- このようなデータベース(DB)の構築、関連当事者の紹介やアドバイスをを行う組織の立上げを提言する。

| | | 医療機能の充実度 | | |
|------|------|----------|----|----|
| | | 不足 | 平均 | 過剰 |
| 地域特性 | 大都市 | | | |
| | 地方都市 | | | |
| | 過疎地域 | | | |

- **関係者による協議の場と知事の権限**
 - ・ 「協議の場」は二次医療圏ごとに設置⇒議論が公平かつ幅広い見地からなされるよう医療の担い手と受け手、保険者、関係市町村、大学人など多様な関係者が参加すべき
- **基金の活用**
 - ・ 消費税増収分を財源とするので、都道府県での配分の決定プロセスの透明性確保が重要。
 - ・ サービスの受け手である患者・住民も協議の場に参画をすべき
- **非営利ホールディングカンパニー型法人の活用**
 - ・ 現在、自治体中心型、中核病院中心型、地域共同設立型などが検討。
 - ・ 「患者に適切なサービスが効率的に提供される」ことを理念として、ゆるい連携から統合までのいろんな形態が認められるべき

- 「必要な時に必要な医療にアクセスできる」ためには、総合的な診療機能とゆるい「ふりわけ機能」を備えた「かかりつけ医」の普及は不可欠。
- 機能分化すれば患者は「移動」する。かかりつけの医師や看護師がいつも患者の相談に乗り、患者と医療機関をつなぐことが理想。
- 「かかりつけ」の医師、歯科医師、訪問看護師、薬局、ケアマネなどを持つことが**患者のエンパワーメント（自己決定する力の強化）**につながる。
- （医療計画で）住民に理解を求める努力も重要。

- 医療機関間・介護機関間で「協調的な関係」が成立し、高齢者が最期まで住み慣れた地域で生活することが目標
- 中間アウトカム
 - ・ 「協議の場」に担い手と受け手がともに参加
 - ・ 病床機能報告などのデータの公開、協議の場の公開
 - ・ 地域における疾病管理 など
- 推奨施策
 - ・ 都道府県職員へのコーディネート研修の実施、医療の担い手と受け手の参加による研修の実施
 - ・ 地域医療支援センターの充実
 - ・ 医療・介護の連携の核となる人材の育成 など

- 地域包括ケアシステムを構築するため、介護、医療、予防、すまい、生活支援のサービスが日常生活圏で提供されることが目標。
- 分野アウトカム－高齢者が最期まで住み慣れた場所で生活できる。(健康寿命の延伸等)
- 中間アウトカム
 - ニーズに応じた在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション等の確保
 - 在宅患者の急性増悪に対応する病院、病床の確保 等
- 推奨施策
 - その生活圏にふさわしい仕組みを作る。地域ケア会議や住民参加の協議会を設置
 - 医療機関や訪問看護など関係者のネットワークの連結
 - 在宅医療需要を推計し、関係機関を計画的に整備 等

- 同じ自治体の自治体病院間の再編
 - ・ 兵庫県立尼崎病院と塚口病院を新尼崎医療センターに再編
- 複数の自治体の自治体病院の再編
 - ・ 山形県立日本海病院と酒田市立酒田病院を2病院に機能分化、病床再配分。地方独立行政法人を創設。
- 自治体病院と公的・民間病院との再編
 - ・ 広島都市圏の4機関病院の連携で高度な放射線治療機能を集約。高精度放射線治療センターを創設予定
- 公的病院と民間病院との再編
 - ・ 栃木市の3病院・1老人保健施設を2病院、1施設等に再編。病院の開設主体は一般財団法人。

- 地域医療ビジョン、介護保険計画などを策定するプロセスのなかで、
- 医療・介護の担い手と受け手、保険者、都道府県職員と市町村職員、地域の大学人が参加して
- 客観的なデータを共有しながら、率直で水平的な意見交換を行って
- 「質の高いサービスの提供と効率化」を同時に実現していこう

ありがとうございました

患者のための「機能分化と連携」を
みんなの力で実現しましょう！

地域医療を動かす

RH-PAC