

平成30年1月10日
於： 東京

地域医療構想と地域包括ケア

～地域医療構想をめぐる視点から～

産業医科大学
公衆衛生学教室
松田晋哉

利益相反の有無 : 無

※この講演のもととなった研究に関連し、開示すべきCOI関係にある企業などはありません。

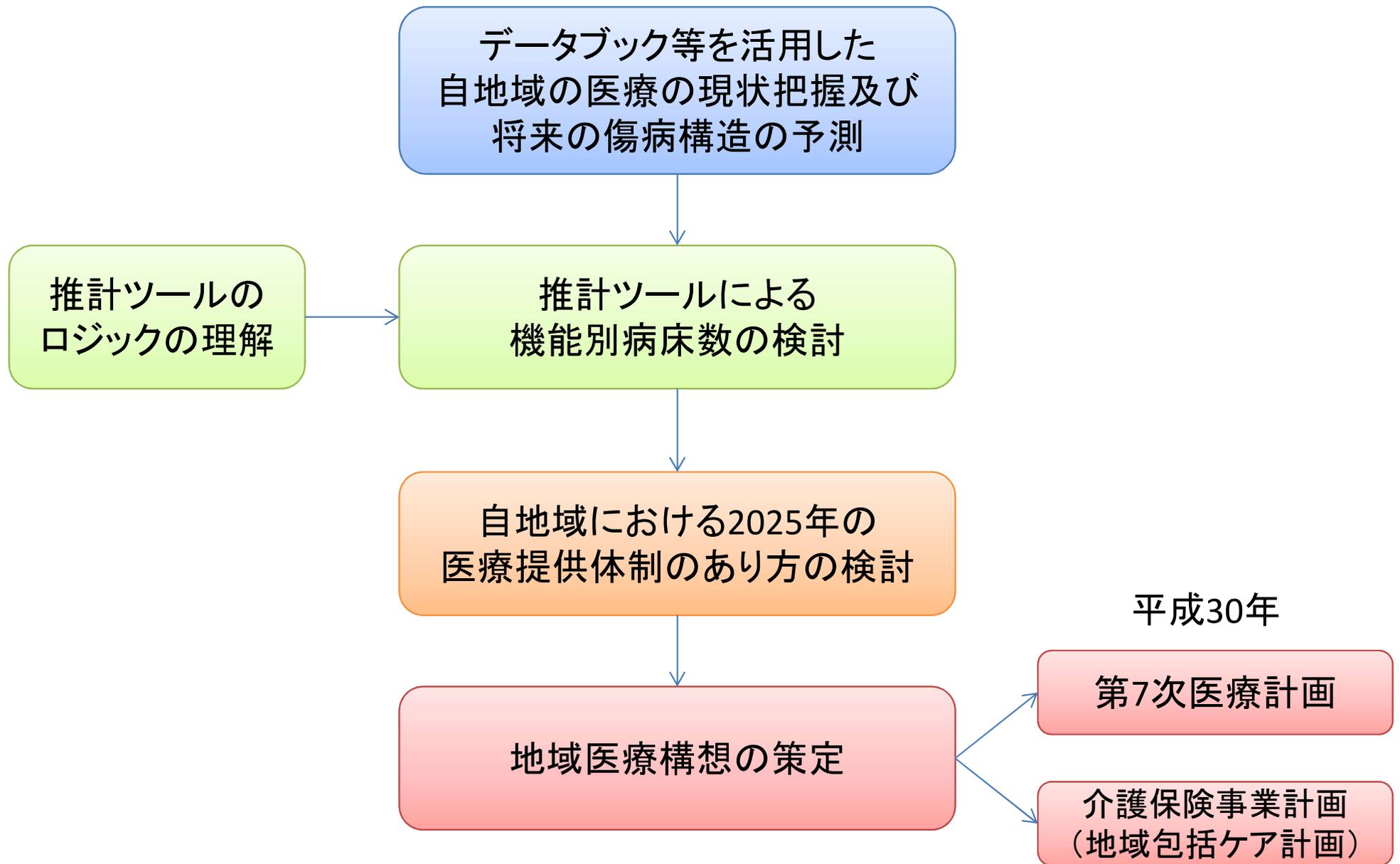
地域医療構想とは

- 地域の実情に応じた課題抽出や実現に向けた施策を住民を含めた幅広い関係者で検討し、合意をしていくための過程を想定し、さらには各医療機関の自主的な取組や医療機関相互の協議が促進され、地域医療全体を俯瞰した形で実現していくもの
- **各医療機関は、地域における自院内の病床機能をデータにもとづいて客観的に把握し、自院の将来像を描くことができる**

医療法

構想区域における、病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量のほか、病床の機能分化及び連携の推進のために必要な事項を含む将来の医療提供体制に関する構想

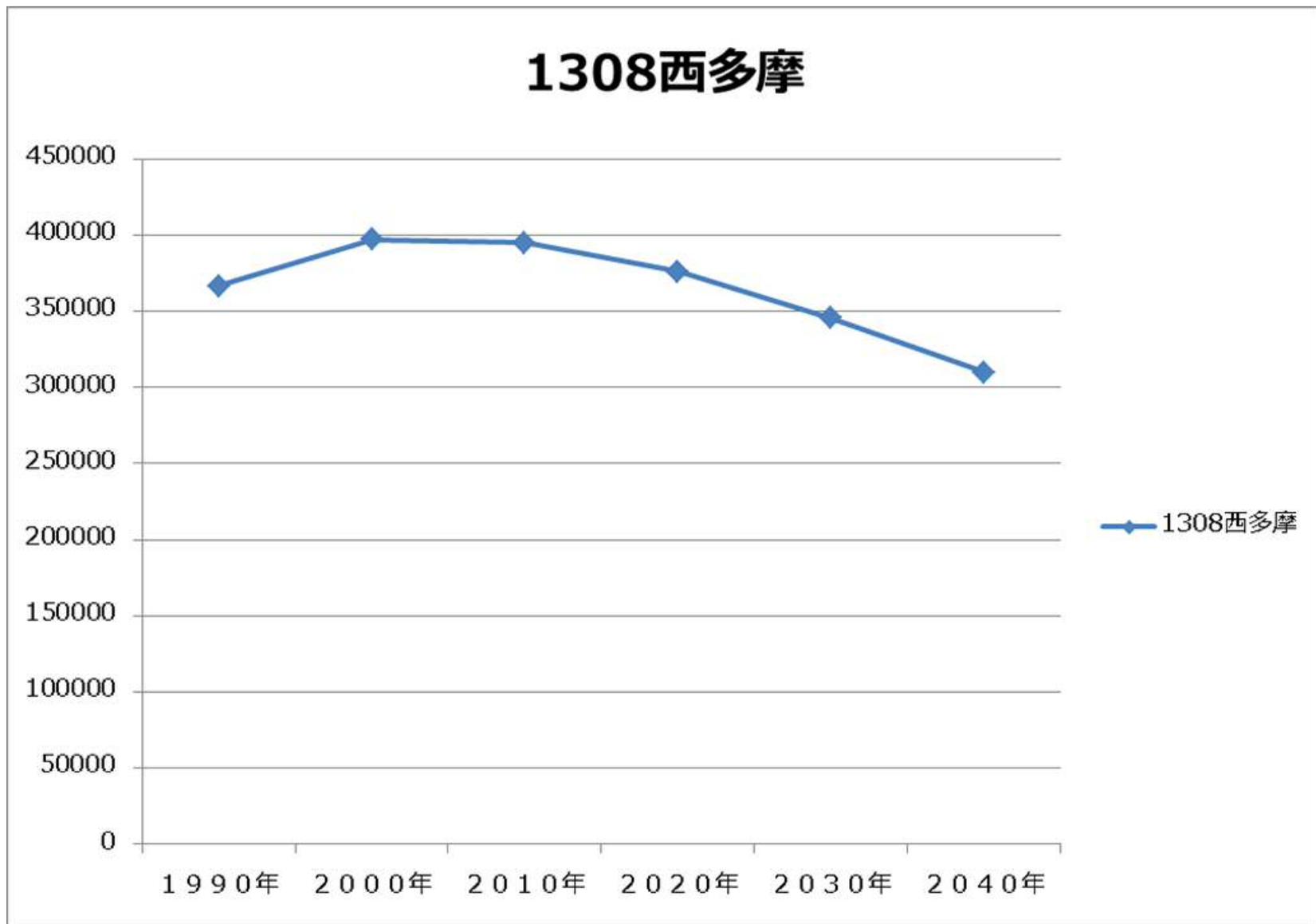
地域医療構想の検討手順



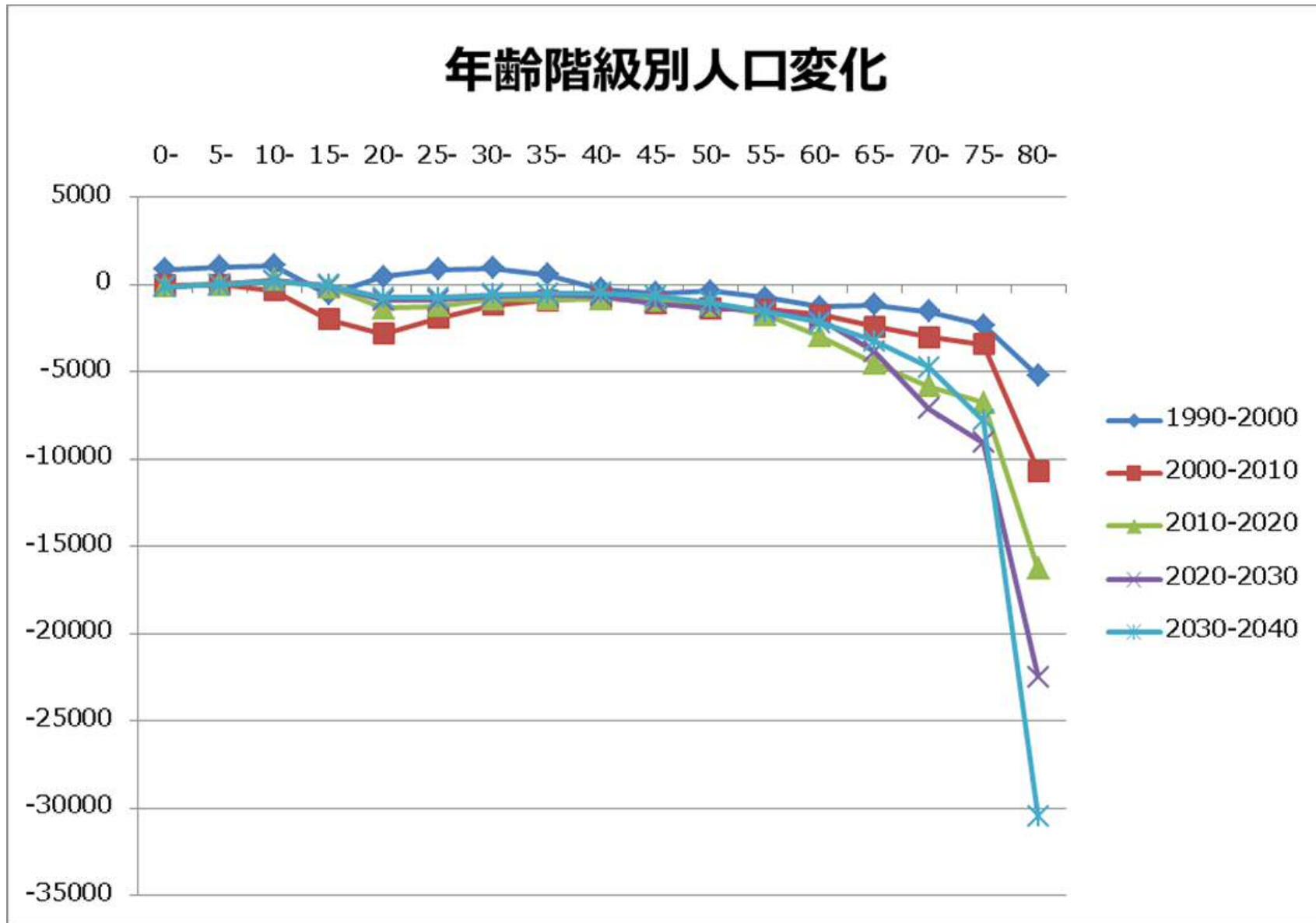
人口の動向はよほどのことが無い限り、確実な未来である

P.Fドラッカー(上田惇生・他 訳):
すでに起こった未来、
東京:ダイヤモンド社、1994.

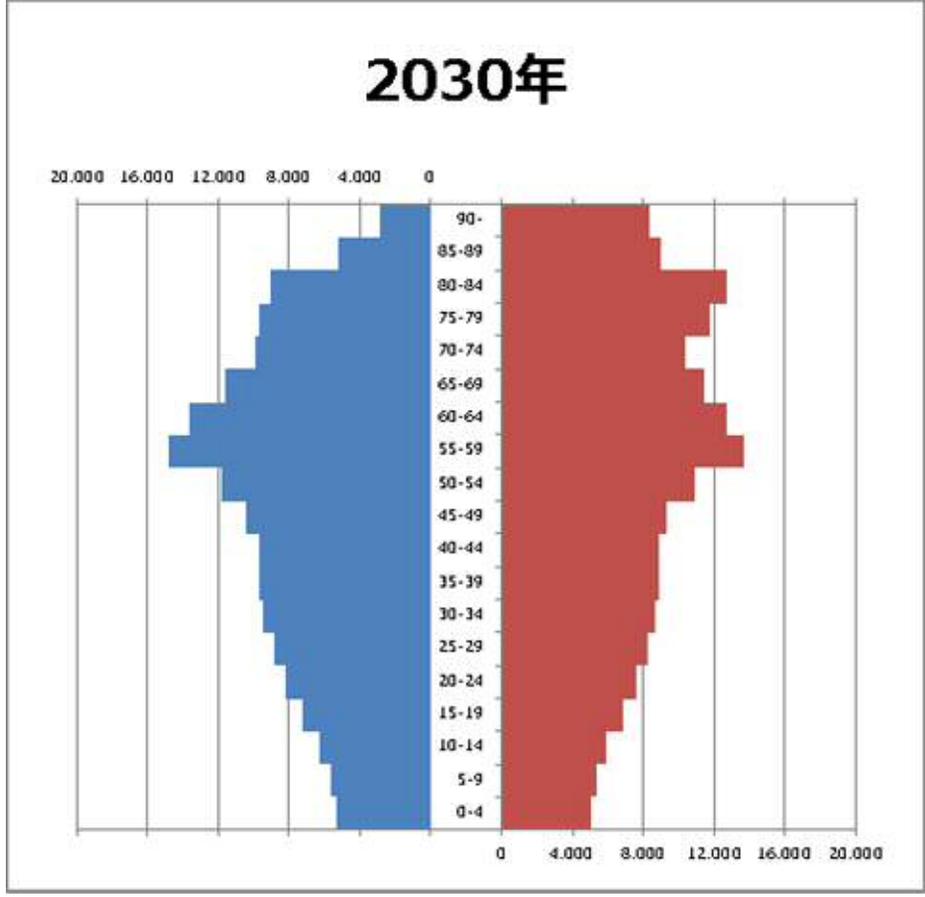
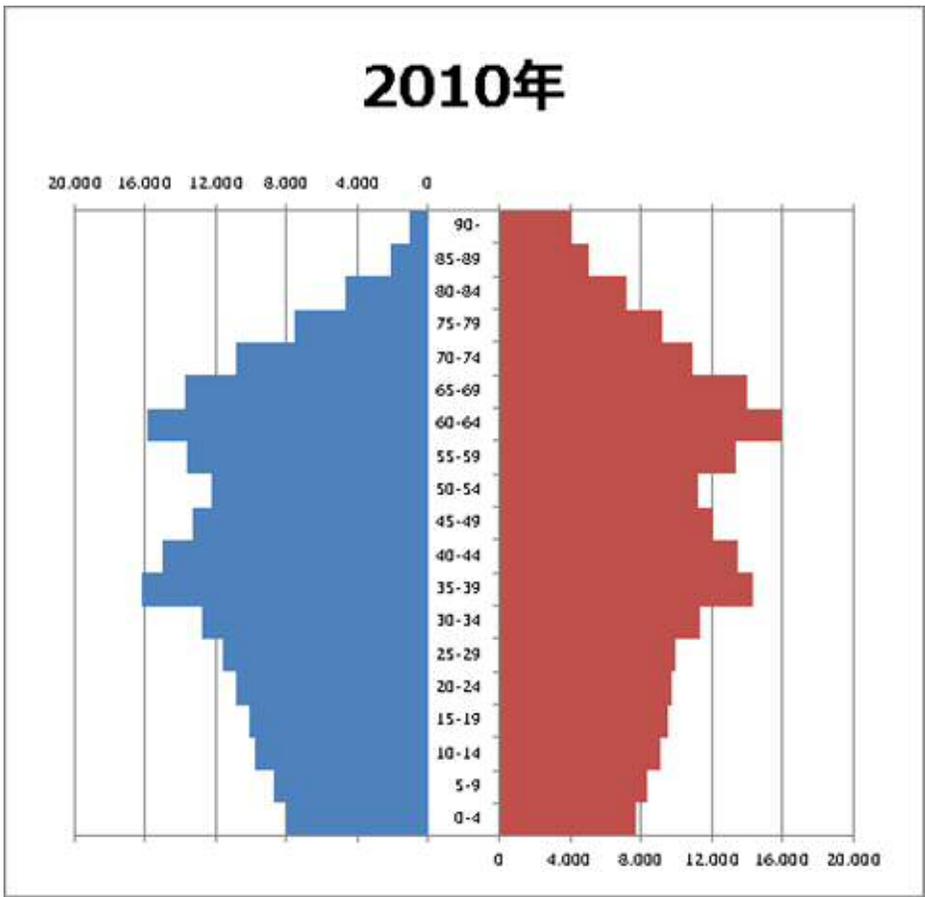
西多摩医療圏の人口推移



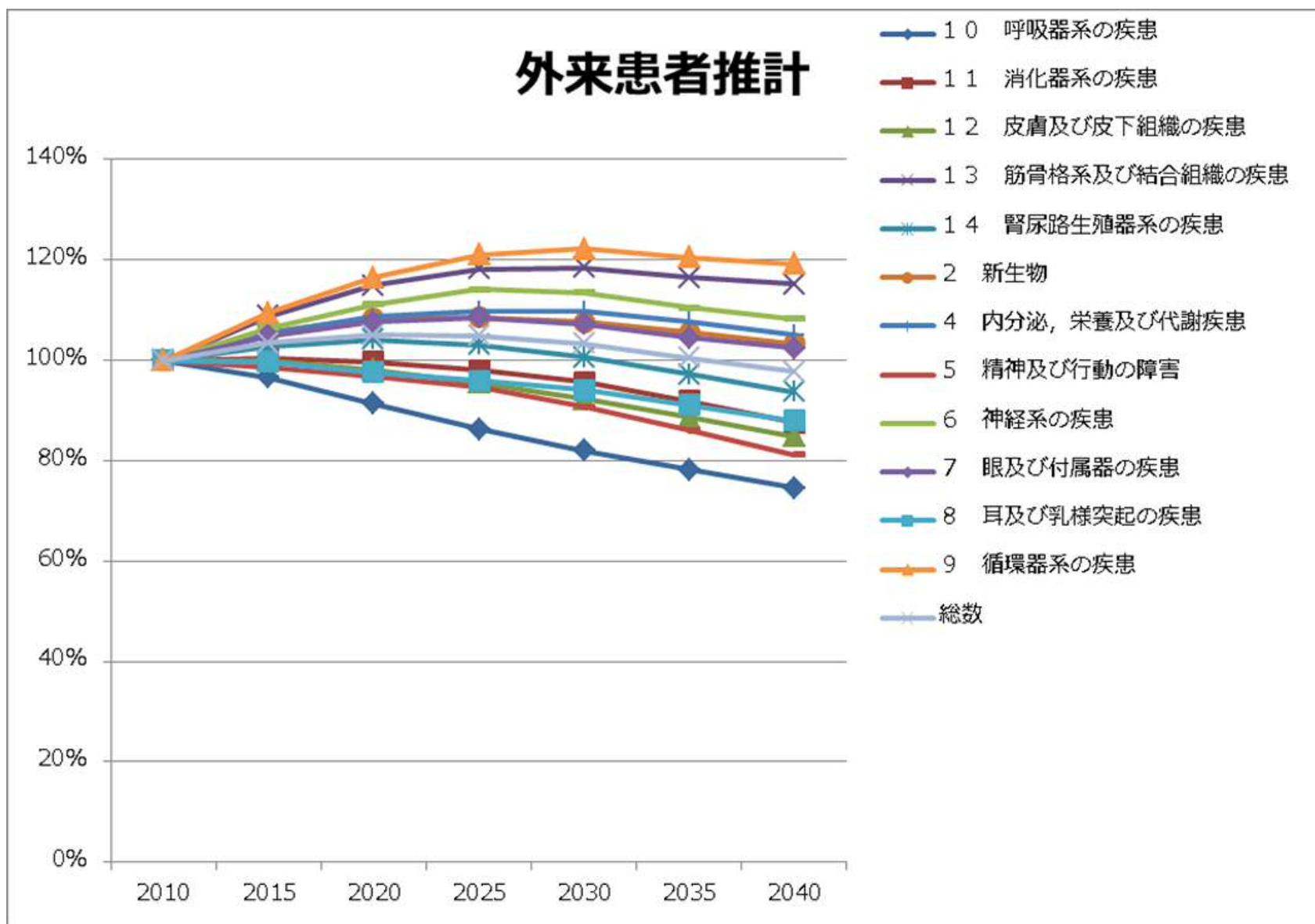
西多摩医療圏の人口推移(コホート別)



西多摩医療圏の人口ピラミッドの変化

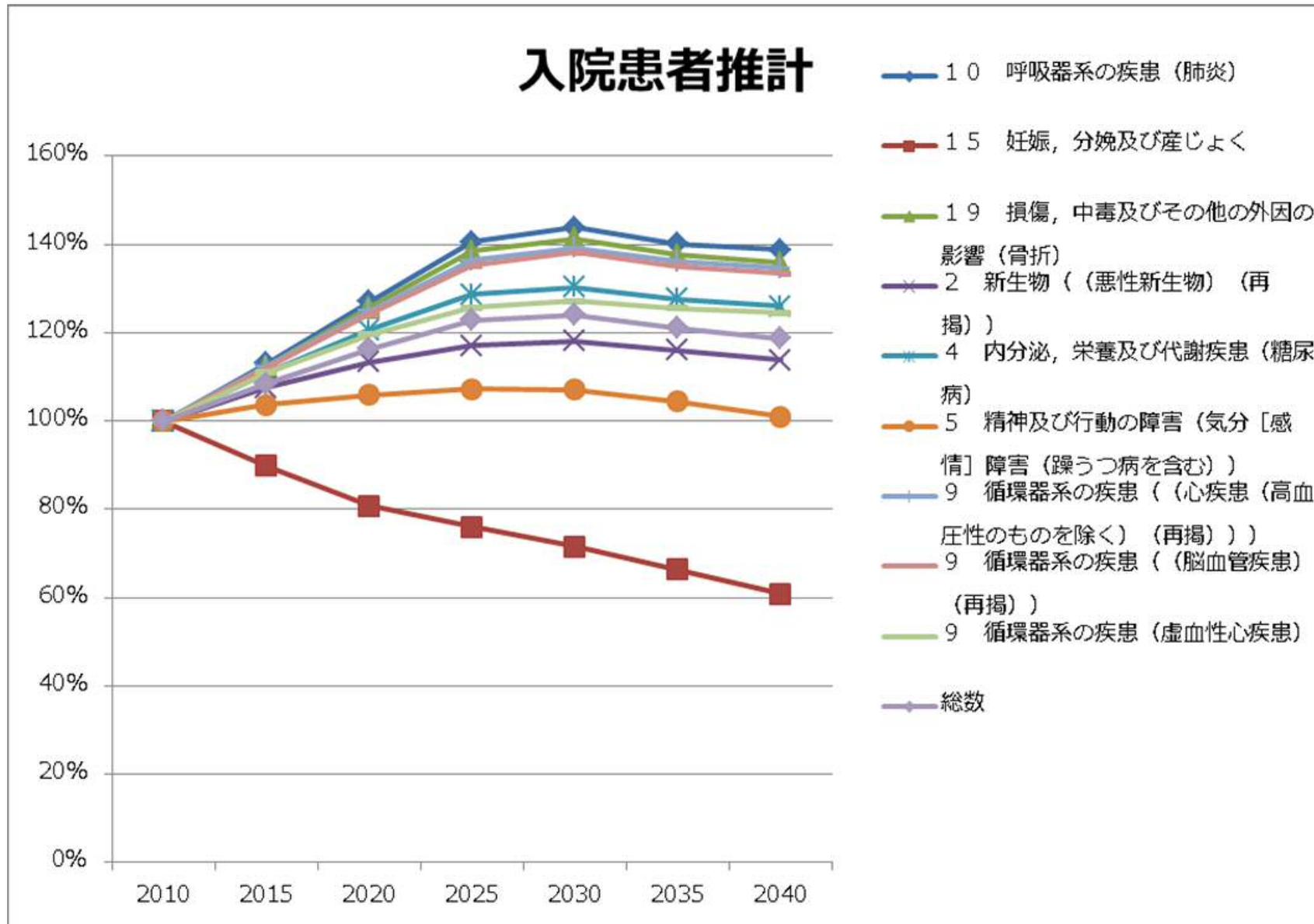


西多摩医療圏の傷病別患者数の推計(外来)



出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)（研究代表者：松田晋哉）

西多摩医療圏の傷病別患者数の推計(入院)



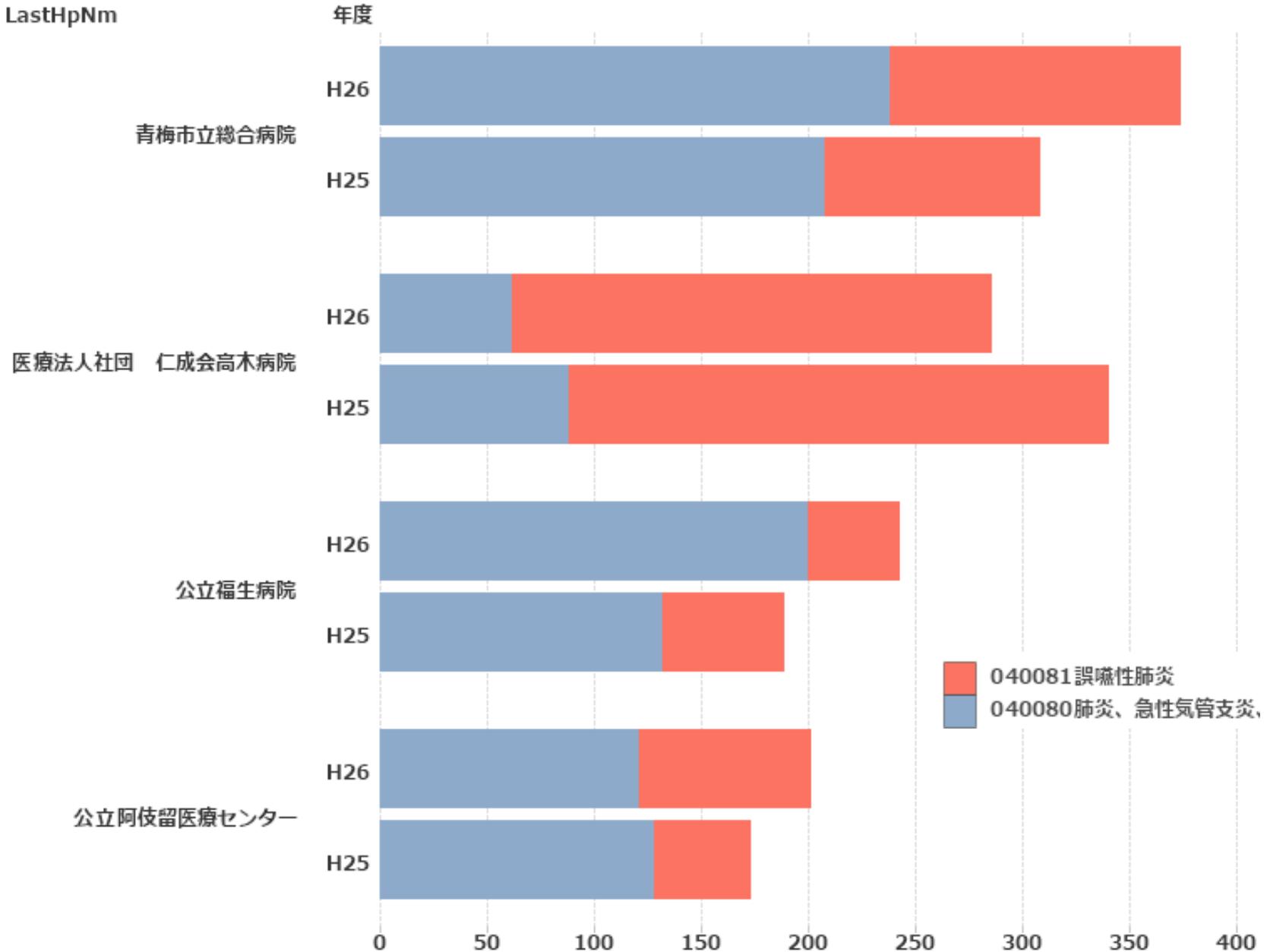
出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007) (研究代表者：松田晋哉)

将来は現在の状況の
流れの上にある

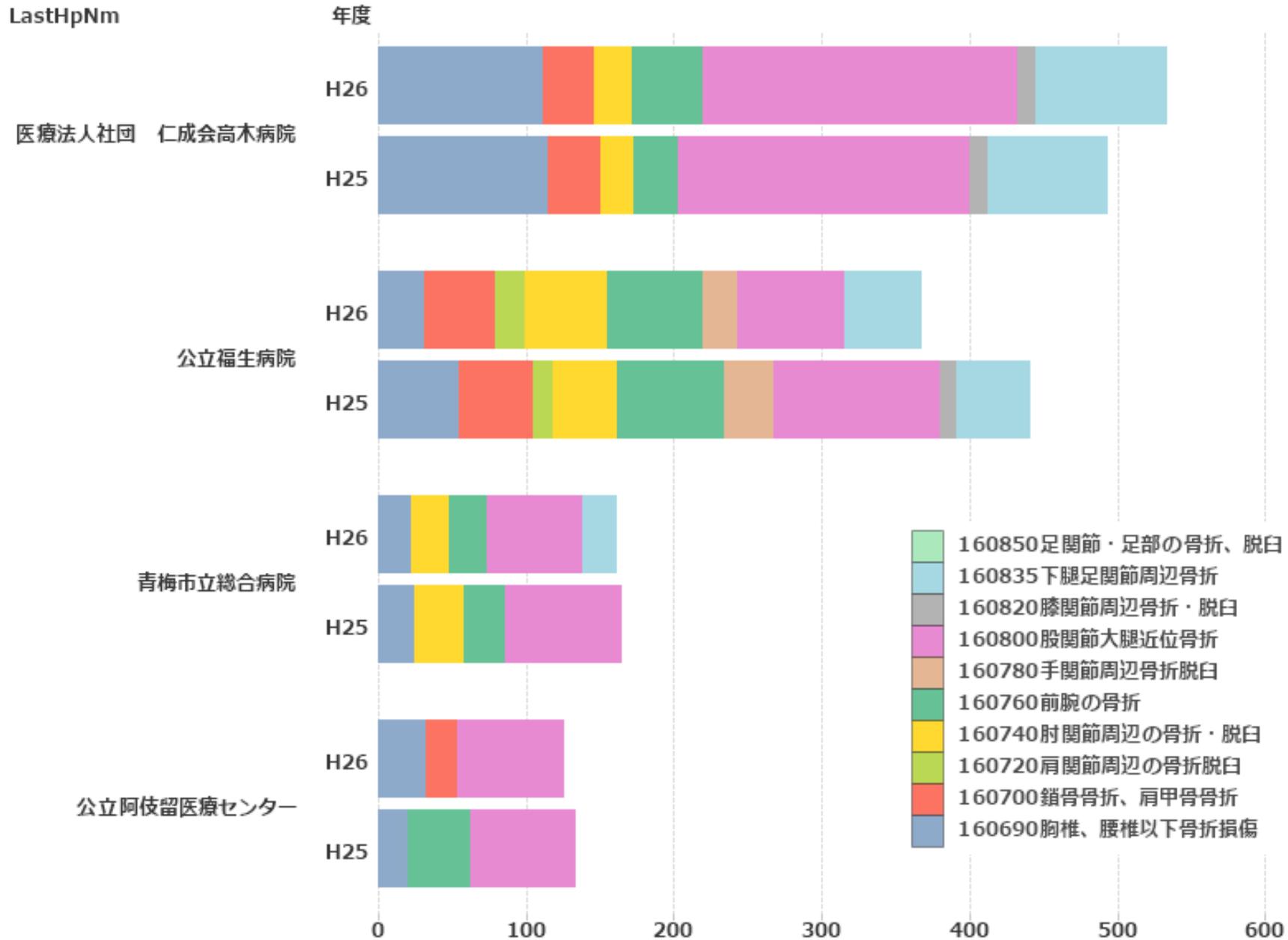
「すでに起こった未来」

西多摩医療圏におけるDPC対象病院の診療実績 (平成25-26年度厚生労働省データ:肺炎患者)

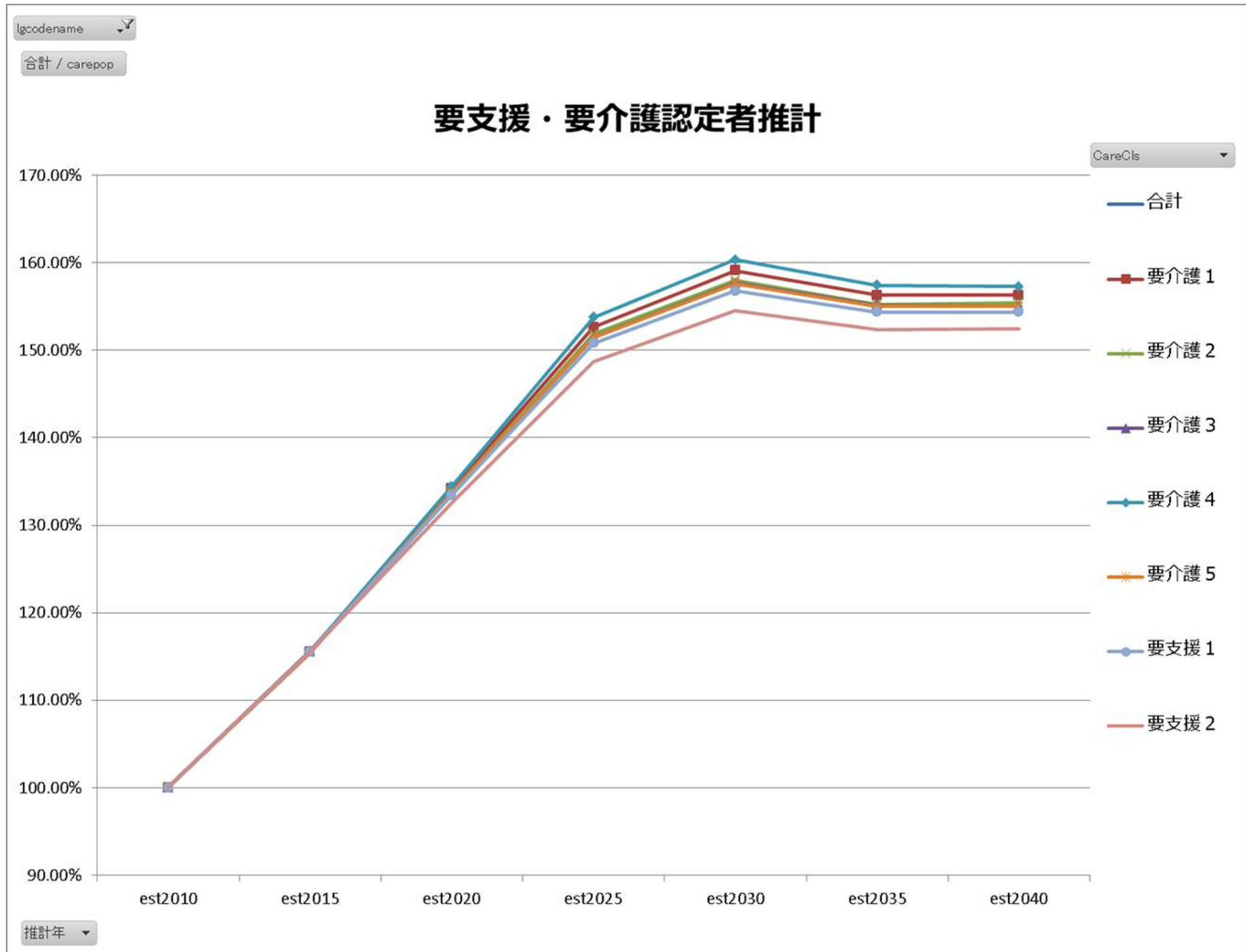
LastHpNm



西多摩医療圏におけるDPC対象病院の診療実績 (平成25-26年度厚生労働省データ:骨折患者)



青梅市の要介護高齢者の推移



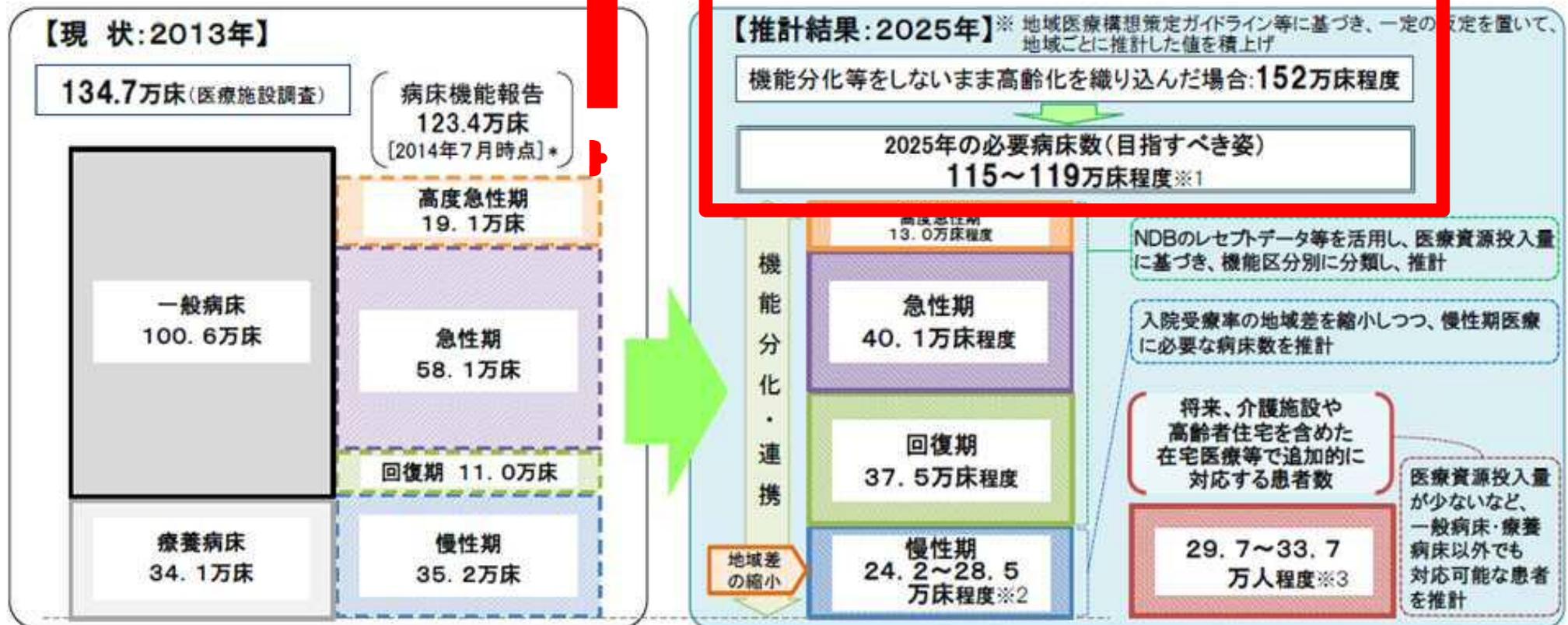
超高齢社会は
医療介護に何を求めるのか？

この推計結果が意味すること

6万床から8万床の
一般病床が余っている

医療区分1相当の高齢患者は増加する
24万床相当

慢性期＝療養病床＋介護＋在宅
各地域でこの配分を考える必要がある



在宅の議論に関する留意点

- 在宅の定義
 - 居宅と施設の区分(どちらを整備するのか)
- 関係者のネットワークがあることが前提
 - 入院・入所の支えがない在宅ケアは難しい
- 在宅ケアの担い手は十分確保できるのか？
 - 診療所医師の人数と年齢
 - 訪問看護の提供量は？

各医療圏でどちらの在宅を進めるのかに関する議論が必要

居宅での訪問診療提供量に 関連する要因の分析

344の二次医療圏のSCRの分析結果から(H24年度データ)
訪問診療(居宅)のSCRに関連する要因の多変量解析結果

	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率	共線性の統計量	
	B	標準誤差	ベータ			許容度	VIF
(定数)	27.821	4.437		6.270	.000		
往診	.313	.053	.324	5.892	.000	.361	2.772
訪問看護指示	.218	.034	.255	6.328	.000	.673	1.487
緊急往診	.219	.048	.245	4.576	.000	.383	2.609
在宅療養中患者_緊急入院受入	.049	.012	.143	4.099	.000	.901	1.110
療養病棟入院基本料	-.078	.023	-.112	-3.303	.001	.960	1.042
訪問薬剤指導の実施	.004	.002	.080	2.403	.017	.989	1.012

訪問診療(居宅)には訪問看護指示、緊急往診、在宅療養中の患者の緊急受け入れ態勢、訪問薬剤指導があることがプラスに関係している。

同一建物での訪問診療提供量に 関連する要因の分析

344の二次医療圏のSCRの分析結果から(H24年度データ)
訪問診療(同一建物)のSCRに関連する要因の多変量解析結果

	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率	共線性の統計量	
	B	標準誤差	ベータ			許容度	VIF
(定数)	-6.407	7.619		-.841	.401		
往診	.218	.066	.181	3.318	.001	.643	1.555
回復期リハビリテーション病棟入院料	.156	.037	.202	4.215	.000	.837	1.195
看取り外来	.265	.058	.267	4.593	.000	.568	1.761
療養病棟入院基本料	.160	.042	.184	3.835	.000	.833	1.201
有床診療所療養病床入院基本料	.038	.013	.131	2.830	.005	.896	1.117
亜急性期入院医療管理料	.063	.024	.126	2.632	.009	.841	1.189
在宅経管栄養法	.097	.037	.123	2.599	.010	.862	1.160
夜間・休日診療体制	.029	.014	.090	2.037	.042	.981	1.020

訪問診療(同一建物)には急性期以後の入院医療が充実していることがプラスに関係している。

超高齢社会にふさわしい
医療介護提供体制とは？

医療・介護を総合的に考えることの重要性

脳梗塞のために急性期病院で入院治療を受けた患者の入院前後6か月サービス利用状況

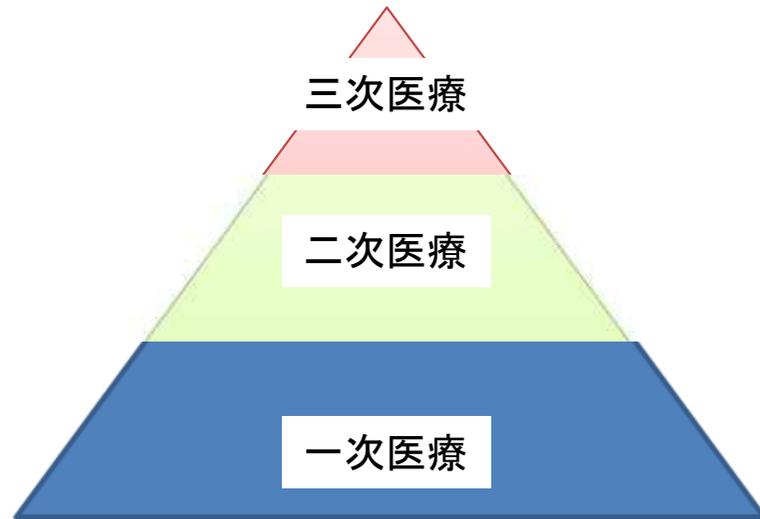
経過月	一般病棟入院	回復期入院	療養入院	訪問診療	訪問看護医療	肺炎	認知症	介護保険	訪問介護	訪問看護	通所介護	特養	老健施設	連携	脳卒中連携バス
-6	13.8%	0.0%	5.0%	8.8%	2.5%	10.0%	18.8%	40.0%	12.5%	2.5%	8.8%	2.5%	2.5%	1.3%	0.0%
-5	7.5%	0.0%	5.0%	13.8%	1.3%	5.0%	20.0%	45.0%	11.3%	1.3%	11.3%	5.0%	3.8%	1.3%	0.0%
-4	13.8%	1.3%	6.3%	13.8%	1.3%	8.8%	20.0%	46.3%	11.3%	1.3%	12.5%	5.0%	3.8%	0.0%	0.0%
-3	12.5%	5.0%	6.3%	15.0%	2.5%	11.3%	21.3%	47.5%	11.3%	0.0%	13.8%	6.3%	3.8%	1.3%	0.0%
-2	17.5%	7.5%	6.3%	15.0%	1.3%	15.0%	25.0%	51.3%	13.8%	0.0%	17.5%	6.3%	5.0%	1.3%	0.0%
-1	20.0%	7.5%	5.0%	16.3%	1.3%	11.3%	27.5%	53.8%	11.3%	1.3%	15.0%	7.5%	5.0%	0.0%	0.0%
0	100.0%	40.0%	7.5%	11.3%	2.5%	26.3%	35.0%	48.8%	10.0%	0.0%	16.3%	7.5%	5.0%	1.3%	1.3%
1	48.8%	65.0%	12.5%	7.5%	3.8%	33.8%	21.3%	21.3%	3.8%	0.0%	8.8%	1.3%	2.5%	3.8%	1.3%
2	43.8%	68.8%	17.5%	7.5%	2.5%	37.5%	25.0%	37.5%	8.8%	2.5%	12.5%	3.8%	3.8%	0.0%	5.0%
3	27.5%	51.3%	18.8%	11.3%	2.5%	28.8%	21.3%	43.8%	8.8%	2.5%	15.0%	5.0%	3.8%	5.0%	1.3%
4	30.0%	33.8%	20.0%	13.8%	2.5%	31.3%	26.3%	60.0%	15.0%	2.5%	18.8%	6.3%	7.5%	1.3%	2.5%
5	25.0%	17.5%	17.5%	15.0%	3.8%	22.5%	22.5%	71.3%	15.0%	1.3%	23.8%	6.3%	13.8%	0.0%	0.0%
6	31.3%	6.3%	21.3%	13.8%	3.8%	27.5%	21.3%	72.5%	17.5%	1.3%	23.8%	5.0%	15.0%	0.0%	0.0%

一月前の要介護度の分布

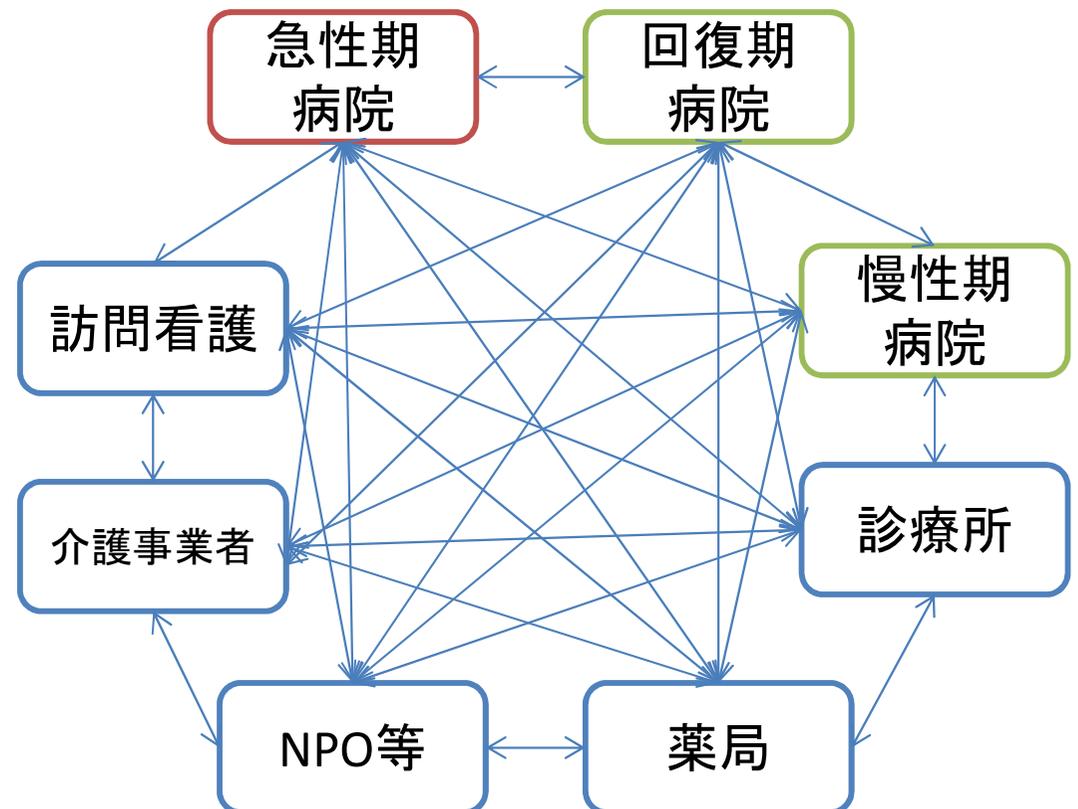
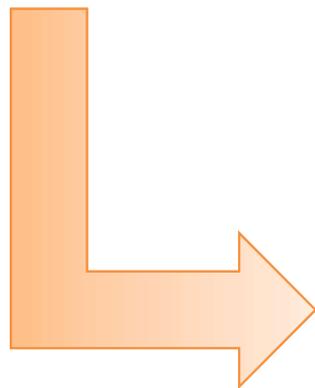
要介護度	%
要支援1	9.3%
要支援2	18.6%
要介護1	16.3%
要介護2	14.0%
要介護3	23.3%
要介護4	11.6%
要介護5	7.0%

- 入院1月前で53%が介護保険によるサービスを受けている
- 発症後経過とともに医療では回復期→療養に転棟(ただし、6か月後も31%は一般病床)
- 入院後30%以上が肺炎に罹患
- 約20%が認知症
- 発症後経過とともに介護サービス利用者が増加(6か月後は70%以上、最も多く使われるサービスは通所介護)

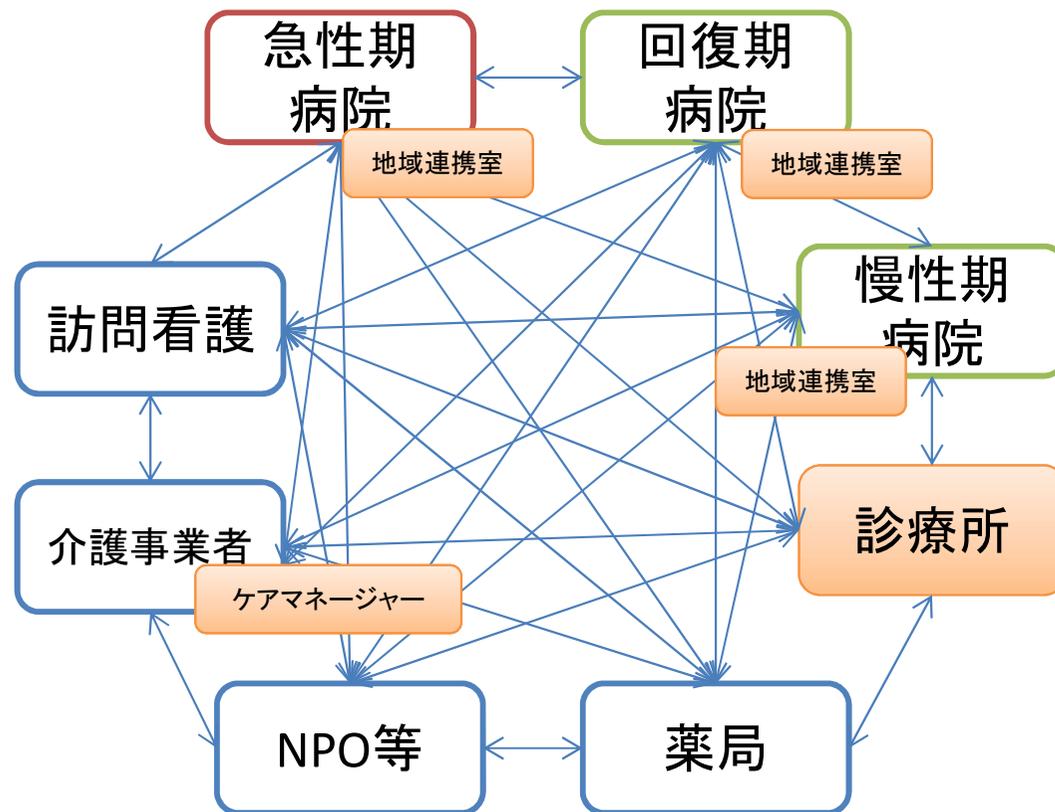
階層モデルからネットワークモデルへ



急性期医療⇔回復期医療⇔慢性期医療
⇔介護 の幅広で双方向性の複合化に
対応するためには階層モデルではなく
ネットワークモデルの方が適切



医療介護の複合化の中で地域連携室、診療所 そしてケアマネージャーを連携の中核に据える ～求められる医師の意識改革～



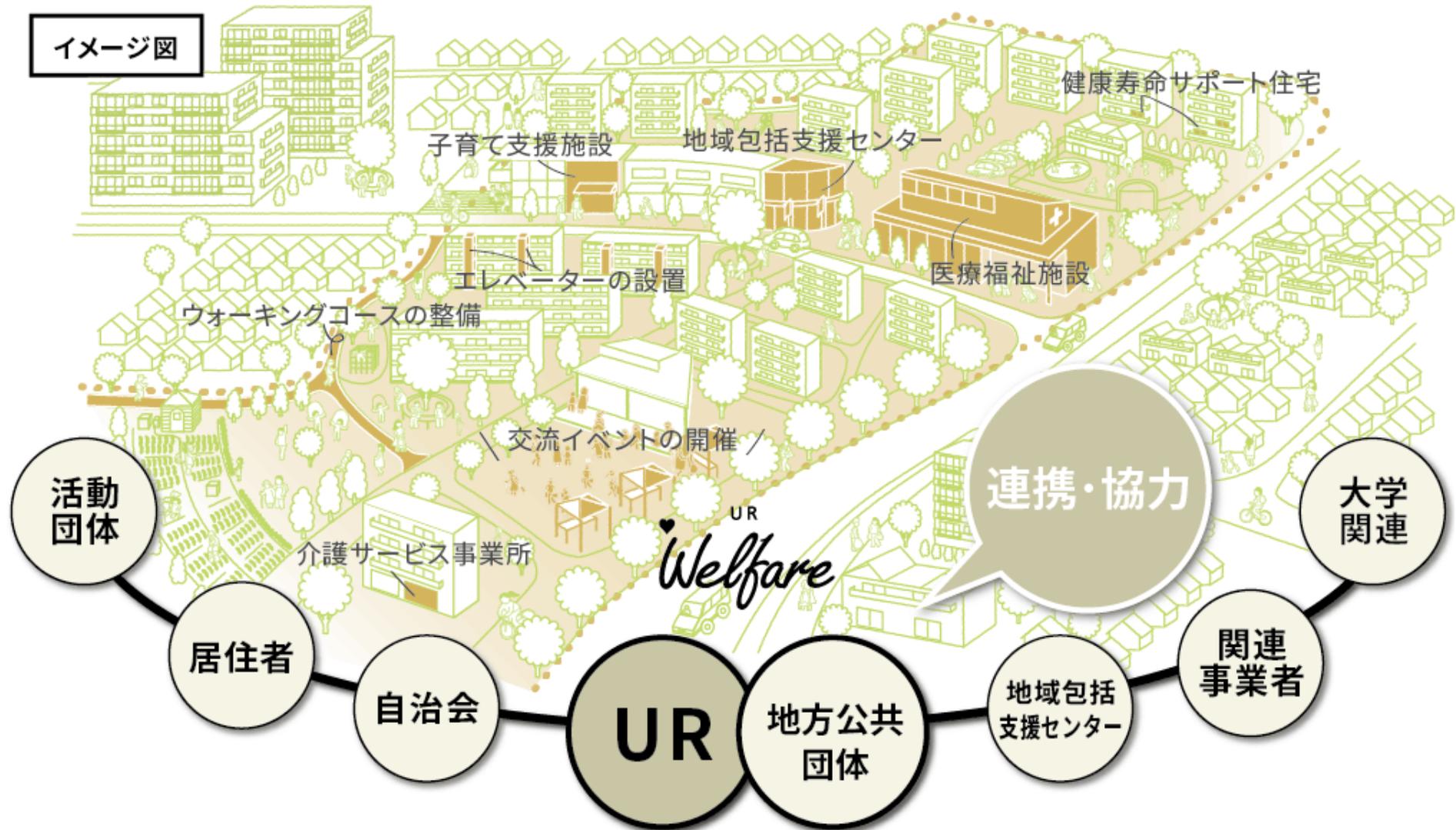
演者が行った調査結果によると

- ケアマネは最も連携が必要な相手として医師を挙げていた（90%以上）
- ケアマネは最も連携しにくい相手として医師を挙げていた（90%以上）。特に病院医師

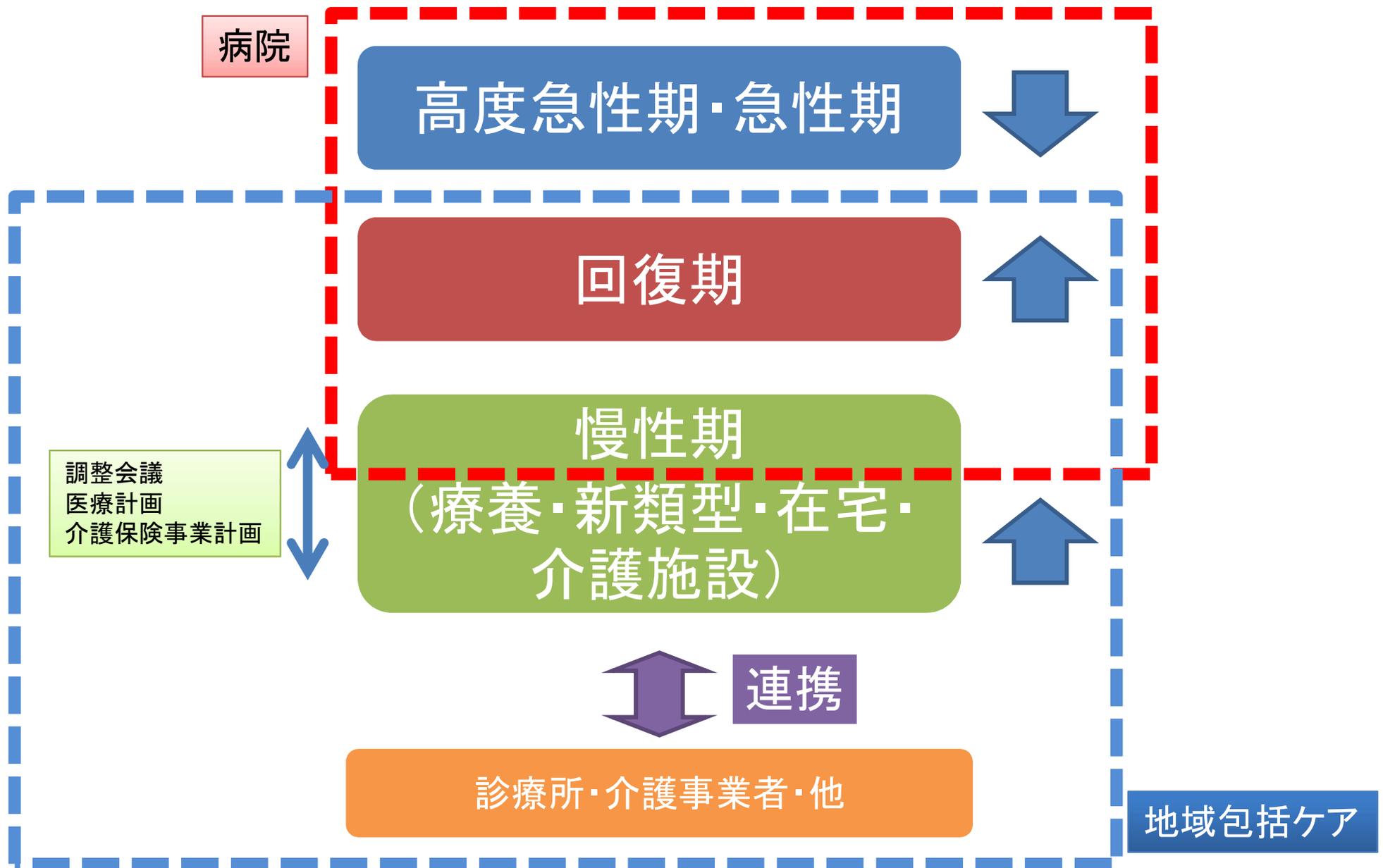


このような状況の改善が必要

UR都市機構の地域医療福祉拠点化事業



これからの機能別病院体制



いくつかの有用な情報源

- 産業医科大学公衆衛生学教室
<https://sites.google.com/site/pmchuoeh/>
 - 患者推計ソフトAJAPA
 - 病床数推計ソフト
 - 各種講演資料
- 松田晋哉：地域医療構想をどう策定するか
(2015)、東京：医学書院
- 松田晋哉：欧州医療制度改革から何を学ぶか
(2017)、東京：勁草書房
- 石川ベンジャミン光一先生資料公開サイト
<https://public.tableausoftware.com/profile/kbishikawa#!/>
- 医学書院「病院」誌に関連論文を連載中