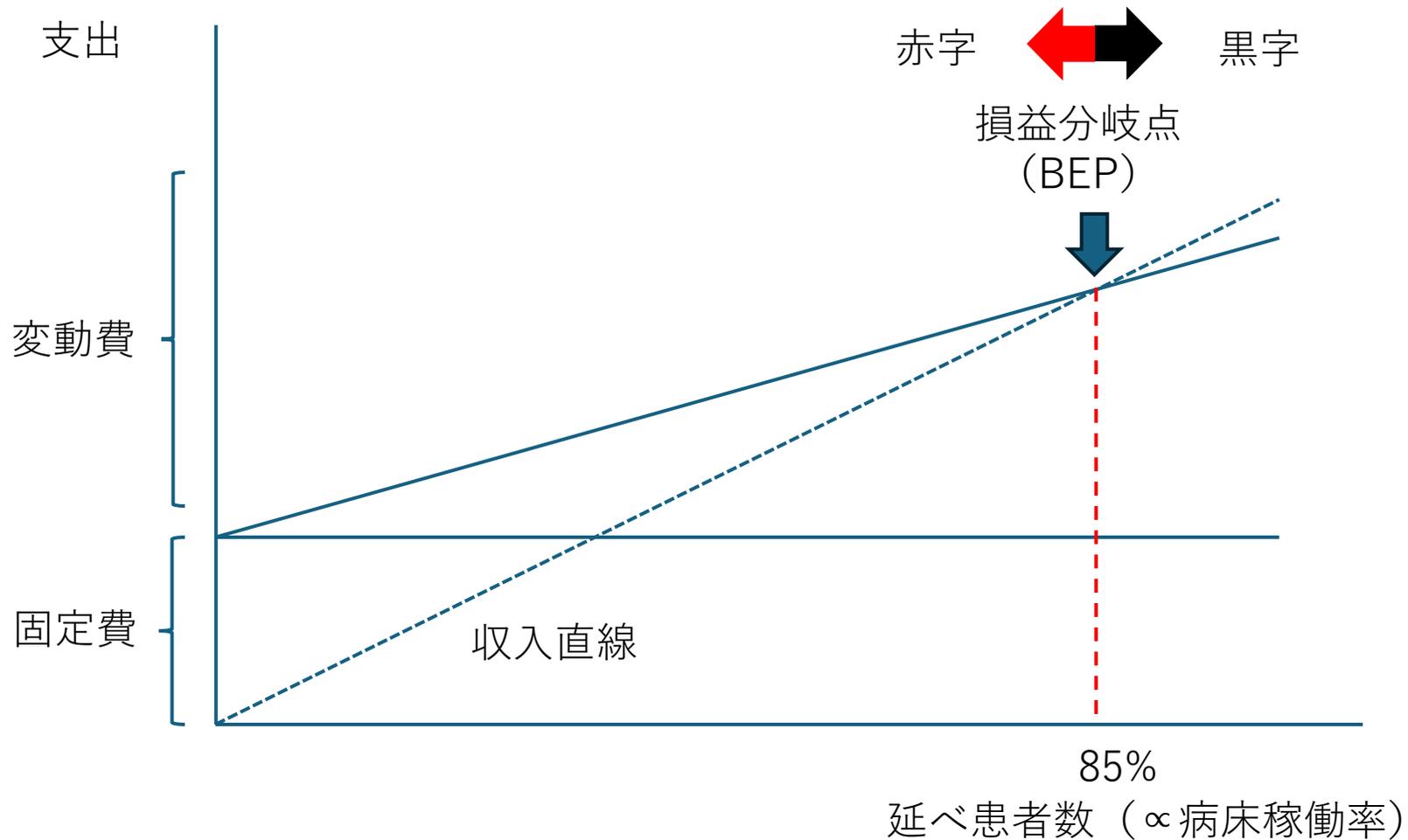


令和7年8月28日
令和4年度 第3回 茨城県医療法人協会経営勉強会

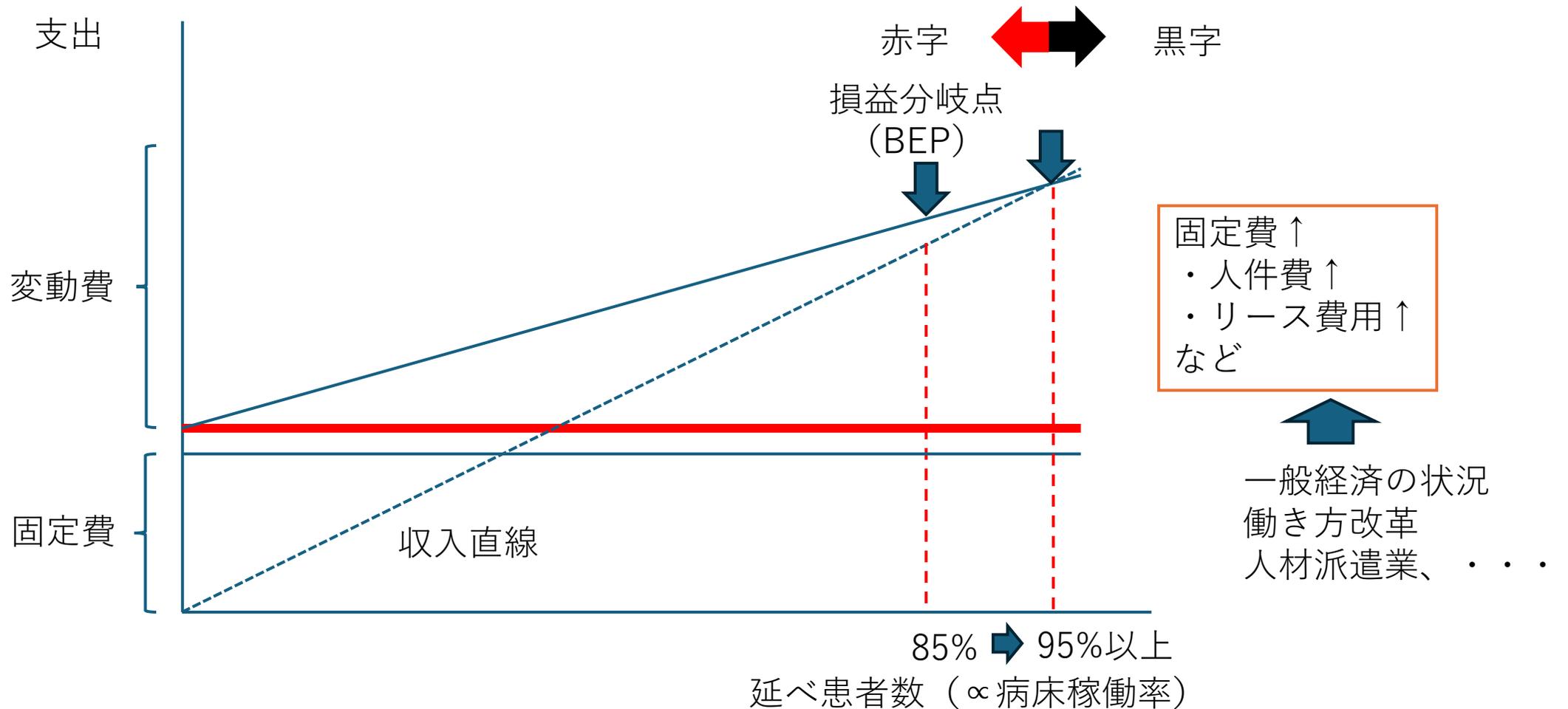
2040年から考える 病院・クリニックのこれから

福岡国際医療福祉大学
看護学部/ヘルスサービスリサーチセンター
松田晋哉

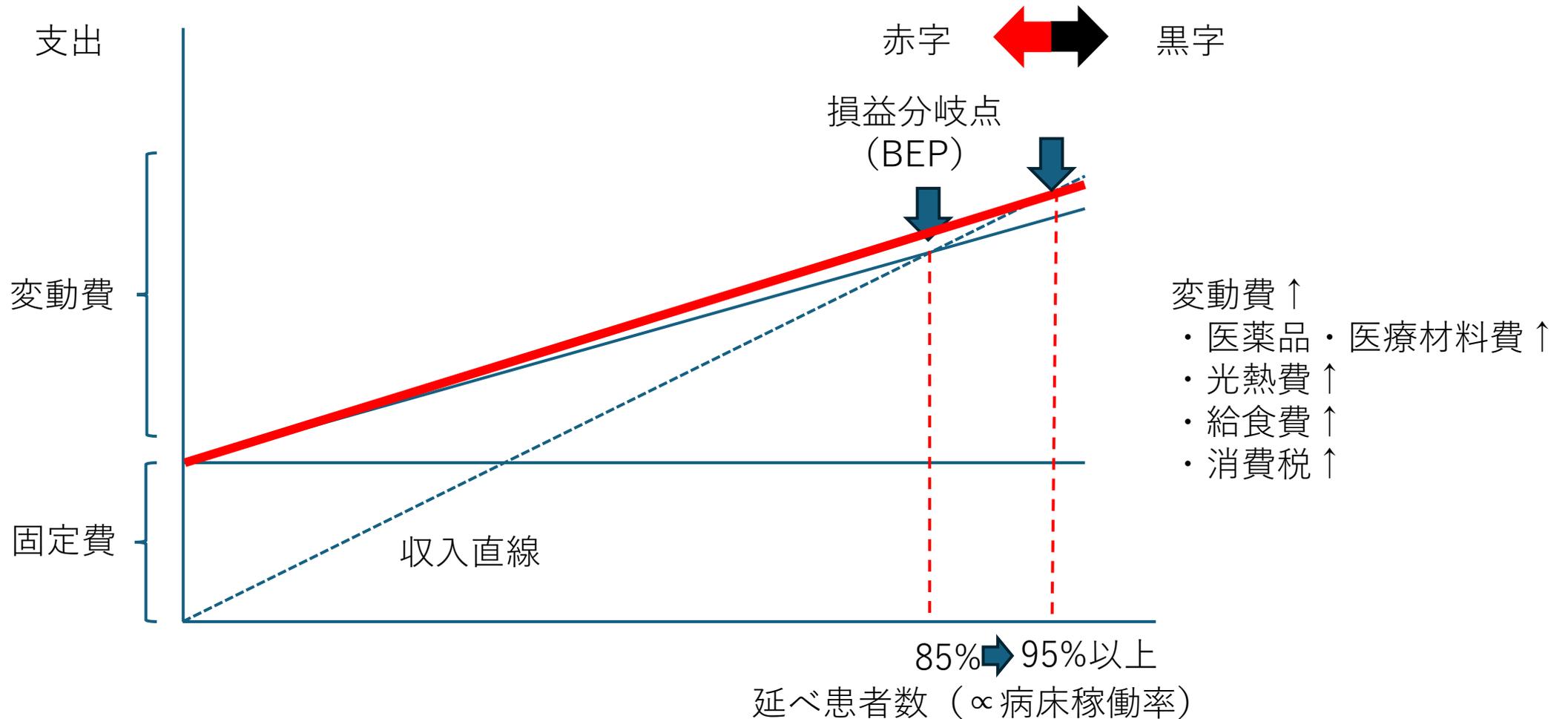
単純な損益分岐点分析で考えてみる



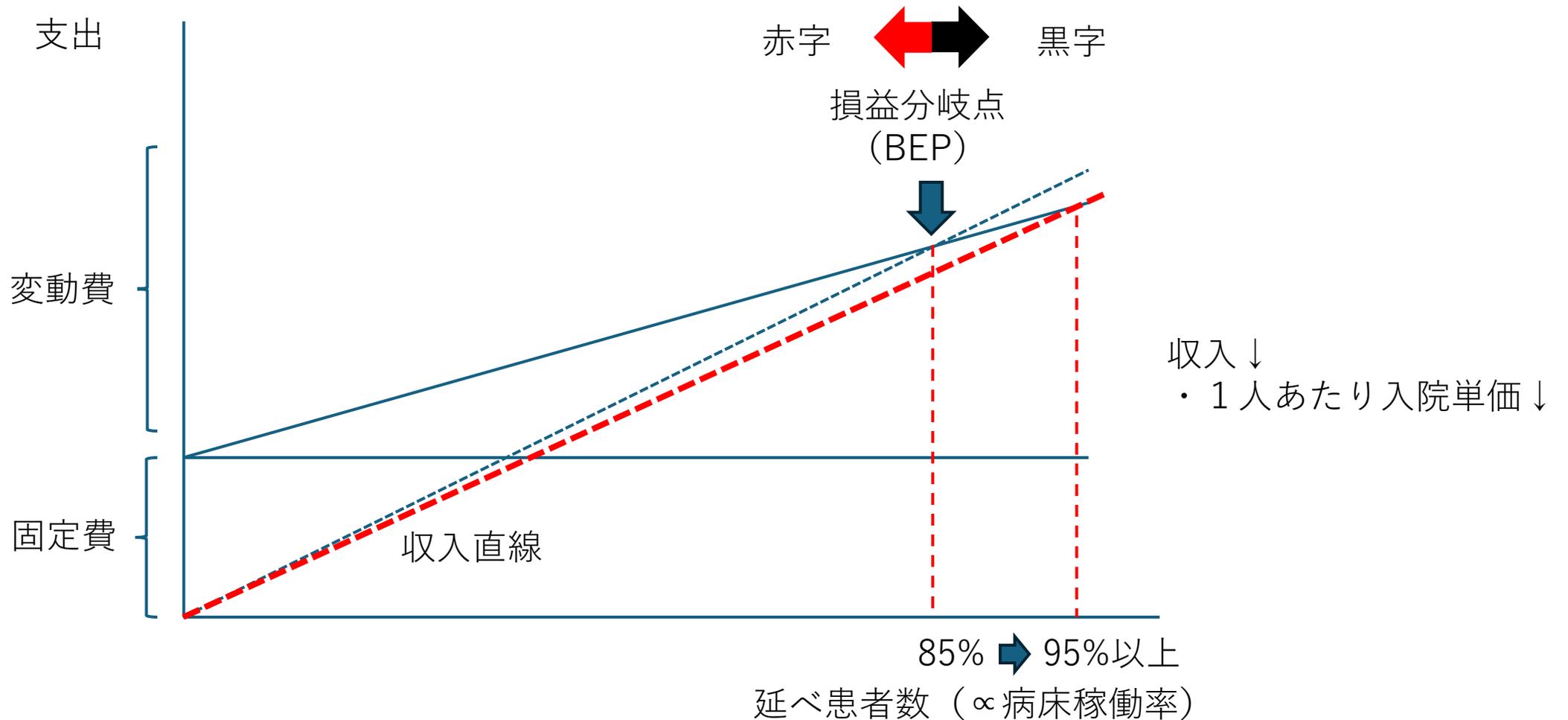
単純な損益分岐点分析で考えてみる



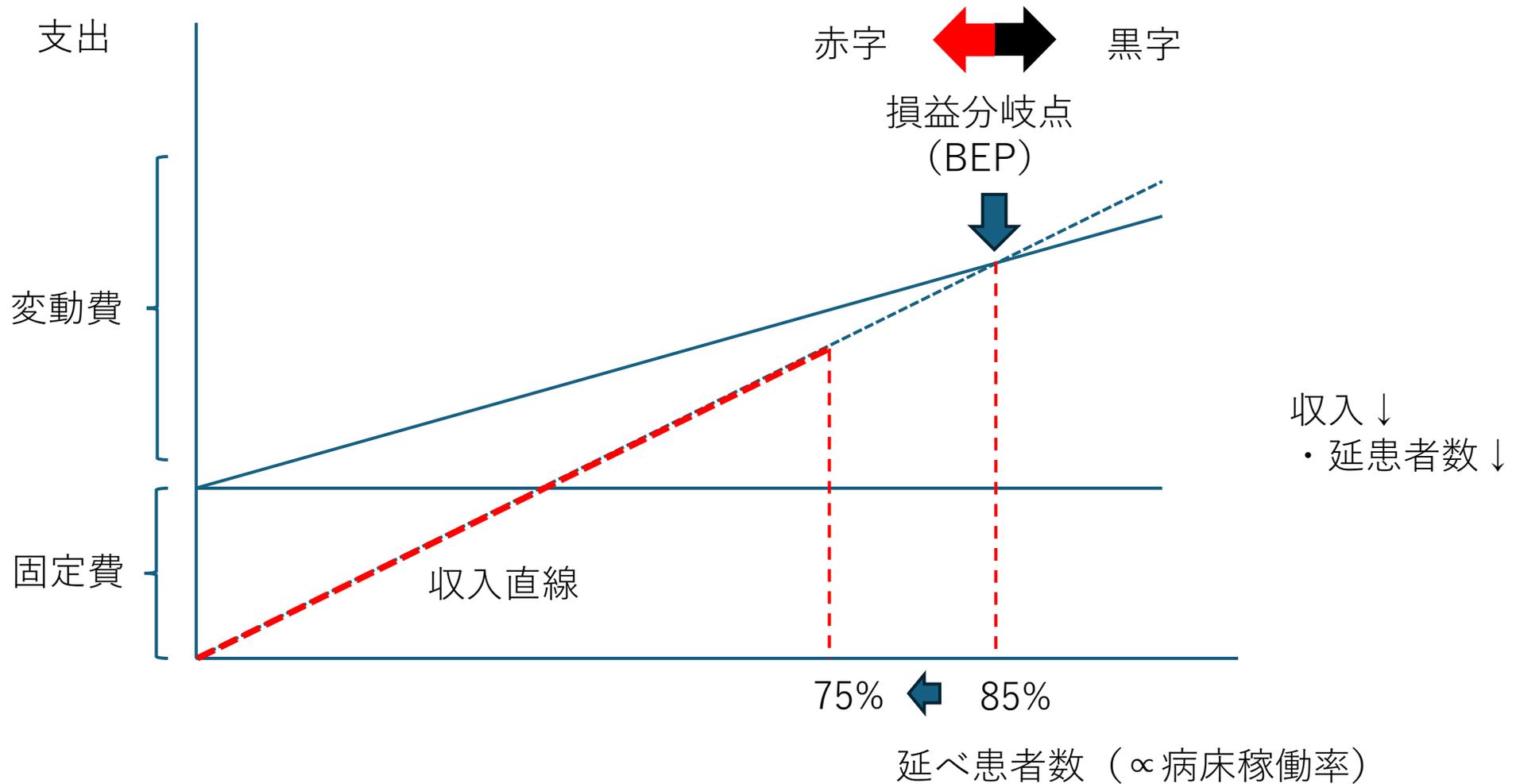
単純な損益分岐点分析で考えてみる



単純な損益分岐点分析で考えてみる



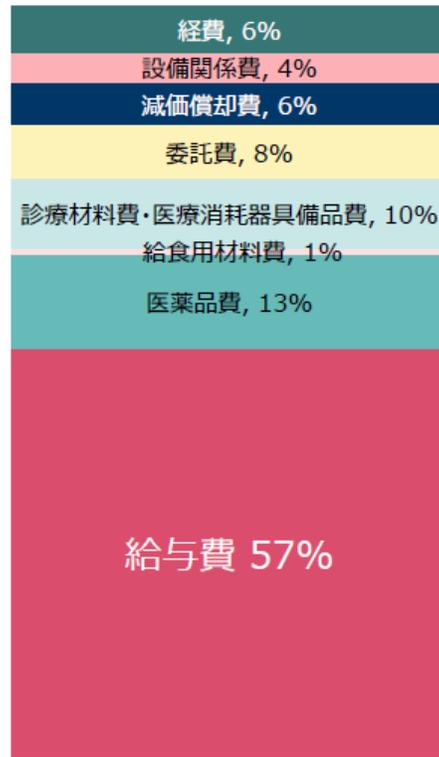
単純な損益分岐点分析で考えてみる



病院の経営状況について

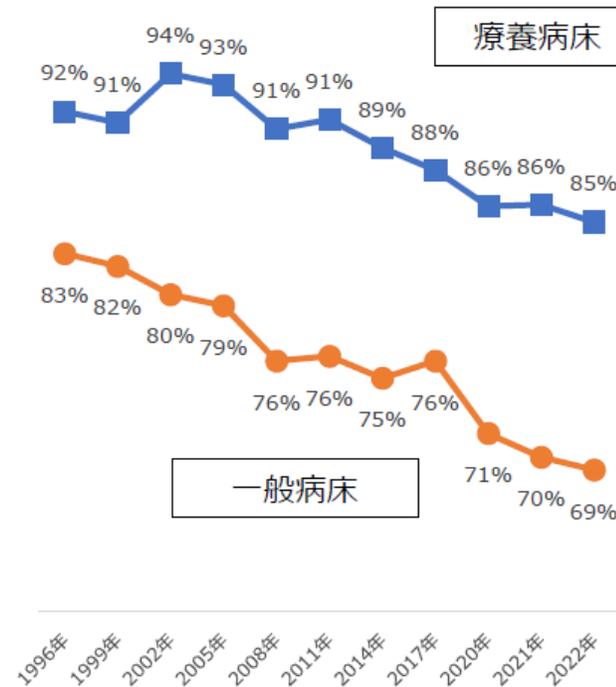
一般病院において、医業・介護収益に対する給与費は57%を占めている。給与費は病床数に比例して増加するところ、病床利用率は低下している。このような中、一般病院等の医業利益率は低下している。

一般病院の費用構造

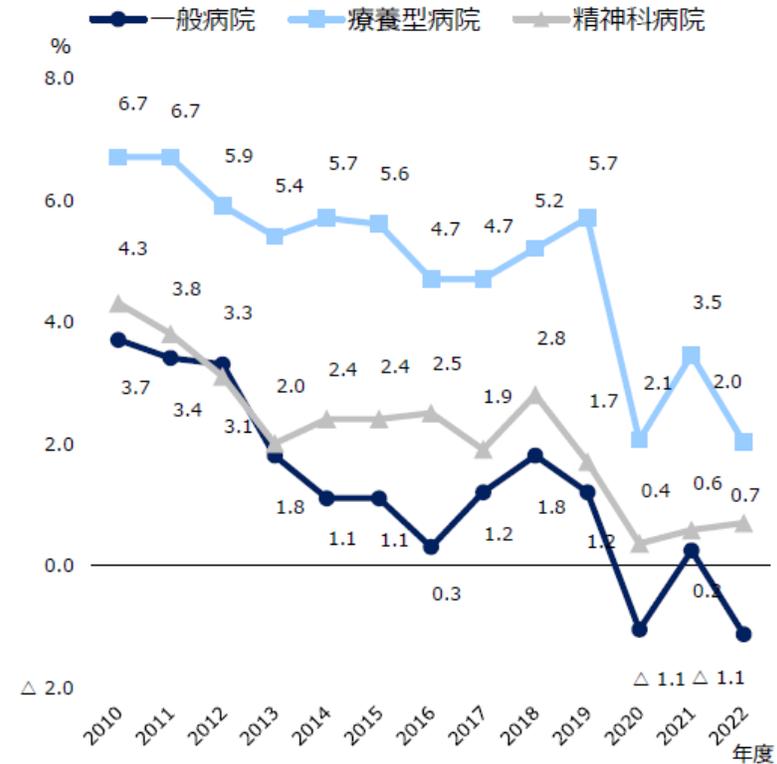


医業・介護収益に占める比率

病床利用率の推移



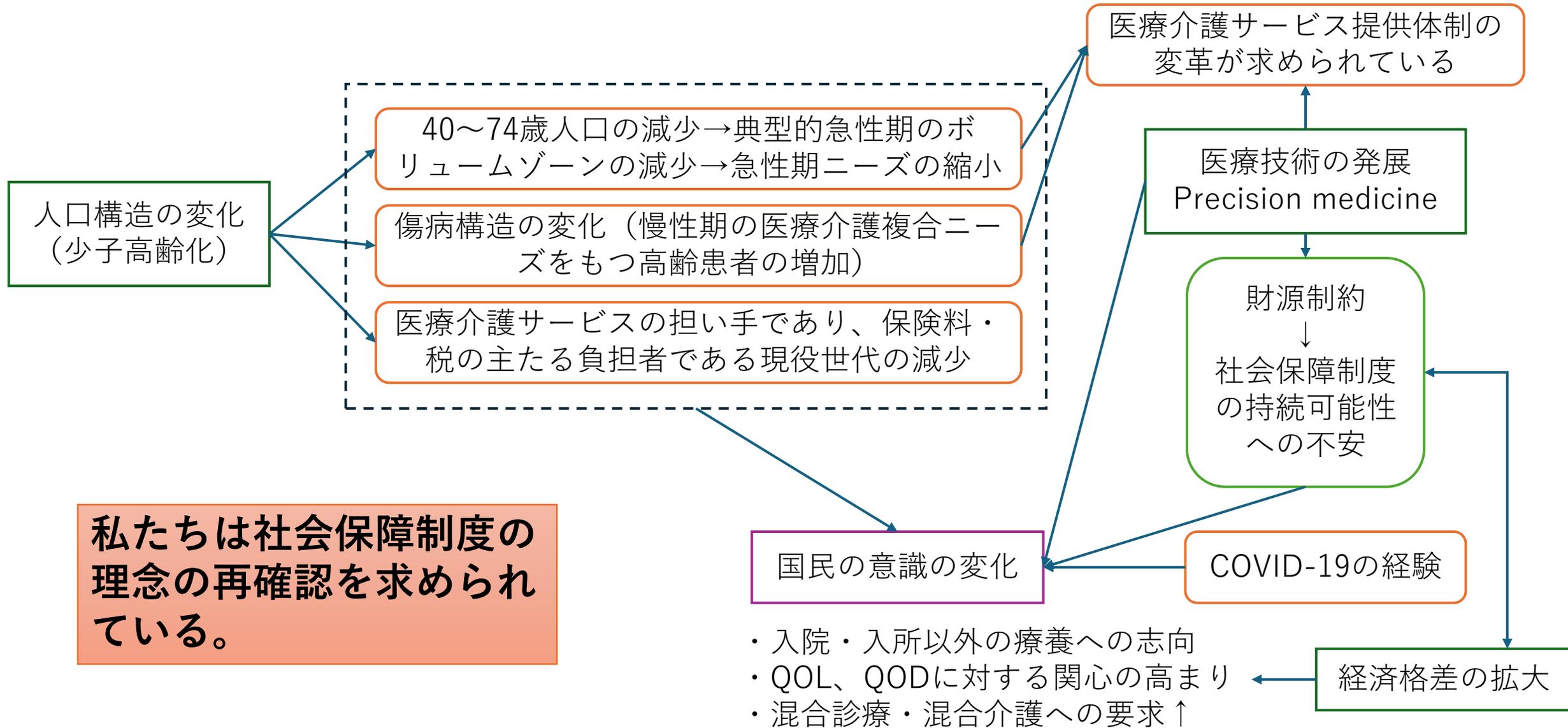
病院の医業利益率の推移



注1) コロナ対応等の補助金について、多くの病院では医業外収益に計上しているもの

診療報酬設定の問題に加えて、傷病構造の変化に病院が対応できていないことも要因の一つ
 なぜならば、慢性期の医療介護ニーズを持つ高齢患者は増加している。

病院経営を取り巻く環境に大きな変化が生じている



単独あるいは複数の二次医療圏域

傷病構造の変化
(複数の慢性疾患を持つ
要介護高齢者の増加)

従来の急性期患者（初発の悪性腫瘍、急性心筋梗塞など）の減少

専門医制度の影響
・ 症例数
・ 設備
・ 指導体制

地域包括ケアシステムの基盤

日常生活圏域

在宅療養支援病院的な機能を持つ病院の必要性↑

- ・ 高齢者救急への対応（トリアージを含む）
- ・ 在宅ケアの支援
- ・ レスパイト
- ・ 総合診療的ニーズの入院への対応

診療所

連携

介護事業者

共同集患・複合体化

広域

高度急性期・急性期機能を担う病院の集約化の必要性↑

連携

広義のダウンサイジング

手厚い人員を保障する診療報酬

65歳以上の脳梗塞、股関節骨折、心不全、肺炎の急性期病院入院症例における入院前後のサービス利用状況

(西日本の一自治体データ： 2014年10月～2016年3月 DPC対象病院入院症例)

	入院6か月前		一般病床入院1か月後					
	介護保険 利用	介護施設 入所	一般病 床	回復期 病床	療養病 床	介護保 険利用	介護施 設入所	累積死 亡
脳梗塞(1,734名)	32.5%	5.4%	68.7%	21.9%	1.8%	19.4%	5.4%	1.1%
股関節骨折(1,493名)	54.5%	5.8%	78.4%	37.6%	3.7%	24.0%	7.5%	0.1%
心不全(1,192名)	45.0%	6.9%	70.1%	0.5%	3.0%	33.6%	6.8%	3.3%
一般肺炎(1,798名)	47.3%	7.6%	56.1%	0.8%	3.4%	38.6%	7.5%	2.9%
誤嚥性肺炎(1,585名)	73.4%	21.5%	66.9%	0.9%	5.9%	45.3%	17.4%	5.0%

出典： 松田 (2019)

医療と介護の複合化を踏まえたサービス提供体制の在り方を検討すべきではないか？

高齢社会は病院総合医の配置を求める



済生会熊本病院

院内主治医としての病院総合医

Ex: 複数の併存症をもつ高齢骨折患者への対応



飯塚病院

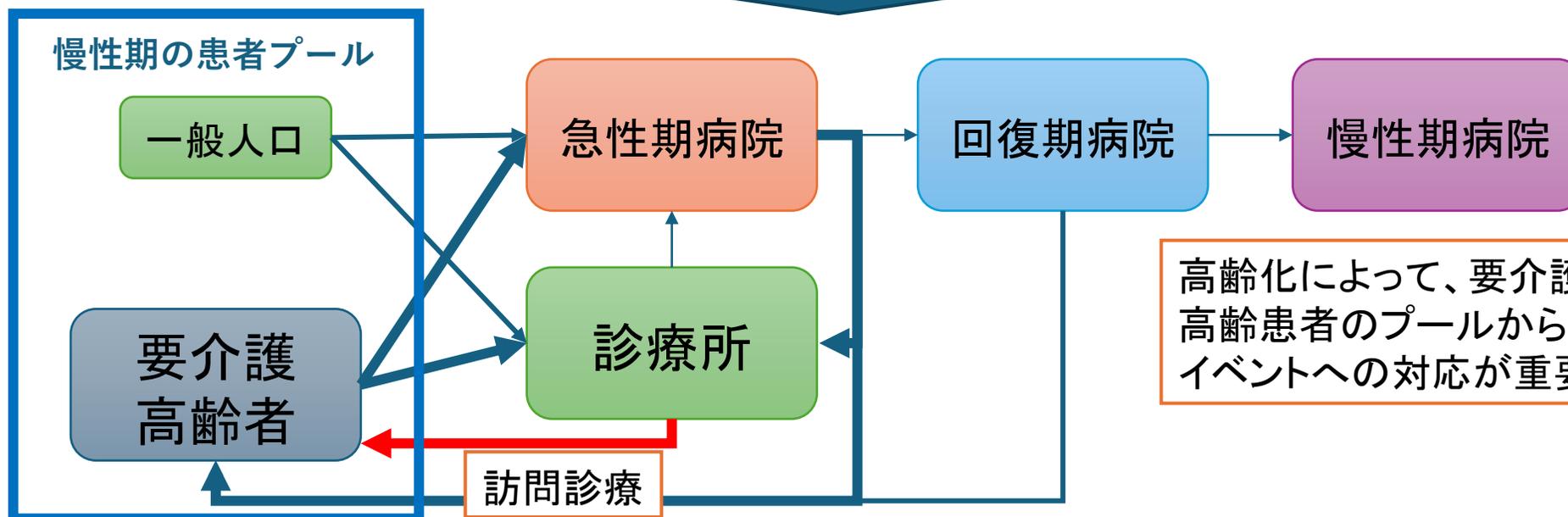
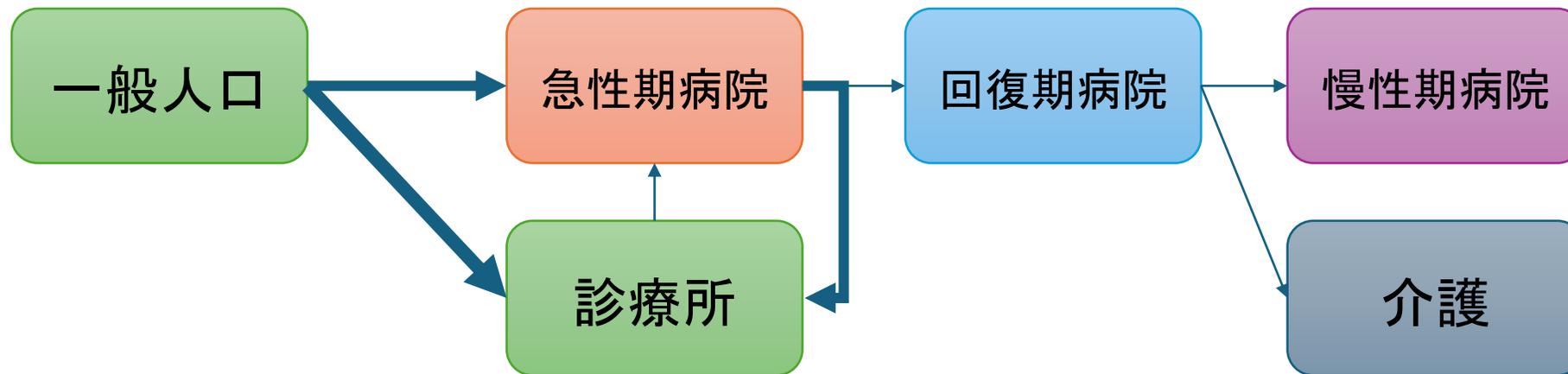
Extensivistとしての病院総合医



- ・複数の部署/機関での調整
- ・ポリファーマシーカンファレンス
- ・医学的介入の調整
- ・ACPなど人生の最終段階あたりの対話
- ・アウトリーチ
- ・ケア移行の教育活動
 - トランジショナルケアチーム (トレーニングチーム)
 - サイトビジット



患者の流れが変わった！



高齢化によって、要介護状態にある高齢患者のプールから発生する急性期イベントへの対応が重要になっている

医療機関機能の設定の考え方（案）①

【高齢者救急に関する機能】

- 85歳以上の高齢者の入院における疾患は、若年者と比べ、頻度の高い疾患の種類は限定的で、手術の実施が伴うものは少なく、多くの病院で対応されている。
- 高齢者はベッド上での安静により筋力が低下することが知られており、入院早期からの離床やリハビリテーション、早期の退院により、身体活動を増加させることが重要となる。
- 入院でのリハビリよりも通所でのリハビリが有用な可能性や、リハ職以外による早期の離床の介入の有用性が示されている。
- 高齢者の入院の4%を示す大腿骨近位部骨折については、早期の手術が推奨されているが、手術までの期間が長い医療圏がある。また、手術実施施設内で転棟した場合より、他院に転院した場合の在院日数が長い傾向。
- 高齢になるほど在院日数は長くなり、要因としては、疾病によるADL低下や認知症等の合併症のほか、単独世帯の増加等の背景も考えられる。高齢者の単独世帯の割合は2040年に向けてさらに多くなる見込み。



高齢者救急の受け皿となる医療機関においては、救急搬送を受けるだけでなく、入院早期からのリハビリ等の離床のための介入を行うことが必要である。また、必要に応じて専門病院等と協力・連携するとともに、高齢者が抱える背景事情も踏まえて退院調整を行うなどにより早期退院につながり、他施設とも連携しながら通所や訪問でのリハビリを継続できるような体制が必要ではないか。

2035年の性年齢階級別救急車搬送 による入院患者数の予測（全国データ）

	(1)2015年人口 (千人)		(2)2035年人口 (千人)		(3)=(2)/(1)比		(4) 2016年患者数		(5)2035年予測患者数 (3)×(4)		患者数の増加 (5)/(4)	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
0-4歳	2,561	2,445	2,045	1,944	0.80	0.80	24,617	18,481	19,657	14,694	0.80	0.80
5-9歳	2,725	2,594	2,123	2,020	0.78	0.78	6,601	4,187	5,143	3,261	0.78	0.78
10-19歳	5,991	5,683	4,663	4,441	0.78	0.78	14,603	9,482	11,366	7,410	0.78	0.78
20-39歳	14,474	13,962	11,678	11,137	0.81	0.80	40,463	49,326	32,647	39,346	0.81	0.80
40-59歳	17,223	17,015	14,147	13,845	0.82	0.81	104,770	61,315	86,058	49,892	0.82	0.81
60-74歳	12,558	13,540	12,023	12,551	0.96	0.93	207,437	118,939	198,600	110,251	0.96	0.93
75-84歳	4,832	6,548	5,599	6,980	1.16	1.07	210,829	185,965	244,295	198,234	1.16	1.07
85歳-	1,477	3,465	3,443	6,574	2.33	1.90	140,826	228,863	328,276	434,212	2.33	1.90
合計	61,841	65,252	55,721	59,492	0.90	0.91	750,146	676,558	926,041	857,299	1.23	1.27
出典： 人口については国立社会保障・人口問題研究所の日本の将来推計人口（平成29年推計）												
http://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2017/pp_zenkoku2017.asp												

出典： Matsuda S et al（投稿中）

救急搬送による入院の主な傷病数の 2016年と2035年の比較（男女別；75歳以上）

	男性			女性		
	(1)2016年 患者数	(2)2035年 推計患者数	(2)/(1)	(1)2016年 患者数	(2)2035年 推計患者数	(2)/(1)
010060脳梗塞	25,664	40,036	1.56	29,839	45,772	1.53
040080肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	28,582	49,080	1.72	20,865	33,558	1.61
040081誤嚥性肺炎	29,067	52,787	1.82	24,334	40,798	1.68
050130心不全	20,250	34,990	1.73	26,967	44,147	1.64
050210徐脈性不整脈	13,287	21,942	1.65	13,988	21,710	1.55
110310腎臓または尿路の感染症	8,198	13,757	1.68	14,337	22,321	1.56
160100頭蓋・頭蓋内損傷	13,444	21,545	1.60			
160690胸椎、腰椎以下骨折損傷				11,422	16,827	1.47
160800股関節大腿近位骨折	10,507	18,442	1.76	40,132	63,839	1.59

出典： Matsuda S et al （投稿中）

土浦医療圏における入院医療の状況を DPC研究班データで詳細に見てみる（R2、介護施設等から）

名称	症例数	%	累積%	平均年齢	女性割合	ALOS	救急車による搬送割合	死亡退院割合	入院時摂食嚥下障害有割合	退院時摂食嚥下障害有割合	入院時低栄養有割合	退院時低栄養有割合	認知症有割合
	509			85.1	60.7	19.0	45.6	19.4	18.1	16.9	40.7	37.9	66.2
誤嚥性肺炎	73	14.3	14.3	85.7	52.1	24.8	58.9	24.7	38.4	32.9	52.1	49.3	68.5
心不全	45	8.8	23.2	86.2	60.0	18.2	75.6	26.7	15.6	20.0	46.7	31.1	77.8
腎臓又は尿路の感染症	33	6.5	29.7	87.4	72.7	14.0	30.3	0.0	33.3	24.2	33.3	33.3	72.7
股関節・大腿近位の骨折	29	5.7	35.4	84.9	75.9	21.6	37.9	6.9	3.4	3.4	72.4	58.6	58.6
肺炎等	27	5.3	40.7	85.9	55.6	18.0	63.0	18.5	29.6	29.6	33.3	33.3	88.9
胆管（肝内外）結石、胆管炎	24	4.7	45.4	83.5	54.2	17.6	8.3	0.0	4.2	4.2	29.2	41.7	41.7
ヘルニアの記載のない腸閉塞	17	3.3	48.7	87.9	41.2	20.6	35.3	17.6	35.3	23.5	35.3	64.7	76.5
脳梗塞	16	3.1	51.9	87.9	62.5	26.3	81.3	25.0	18.8	25.0	18.8	25.0	75.0

介護施設や在宅から感染症で入院する高齢者は嚥下障害、低栄養を有する割合が高く、これらの状態が改善しないままに退院している。

→ **プライマリケアとしての及び入院中の口腔ケア、栄養学的介入が必要**

演者のこれまでの分析でわかっていること

- 高齢者の低栄養は、入院時・入院後の肺炎の併存及び続発のリスクを高める。
- 低栄養の高齢者は、退院時死亡の確率を高める。
- 低栄養の高齢者は入院期間中のBarthel IndexでみたADLの改善率が悪い（あるいは悪化率が高い）
- 高齢者の20%程度（施設からの入院の場合は、40-50%程度）が入院時に低栄養がある。
- 低栄養で入院した高齢者のほとんどが低栄養のまま退院する。
- 口腔ケアを受けている要介護高齢者では肺炎罹患が抑制される。
- 入院中の十分なリハビリは肺炎の発生を抑制する。

65才以上脳梗塞患者における リハビリテーション実施量と入院後続発症（肺炎）の関係

データベース：DPC

対象：入院中にリハビリテーションを実施した75歳以上の脳梗塞急性期患者（n=349,745）

解析：マルチレベルロジスティック回帰分析

リハビリテーションは入院中の肺炎の続発を有意に抑制する。

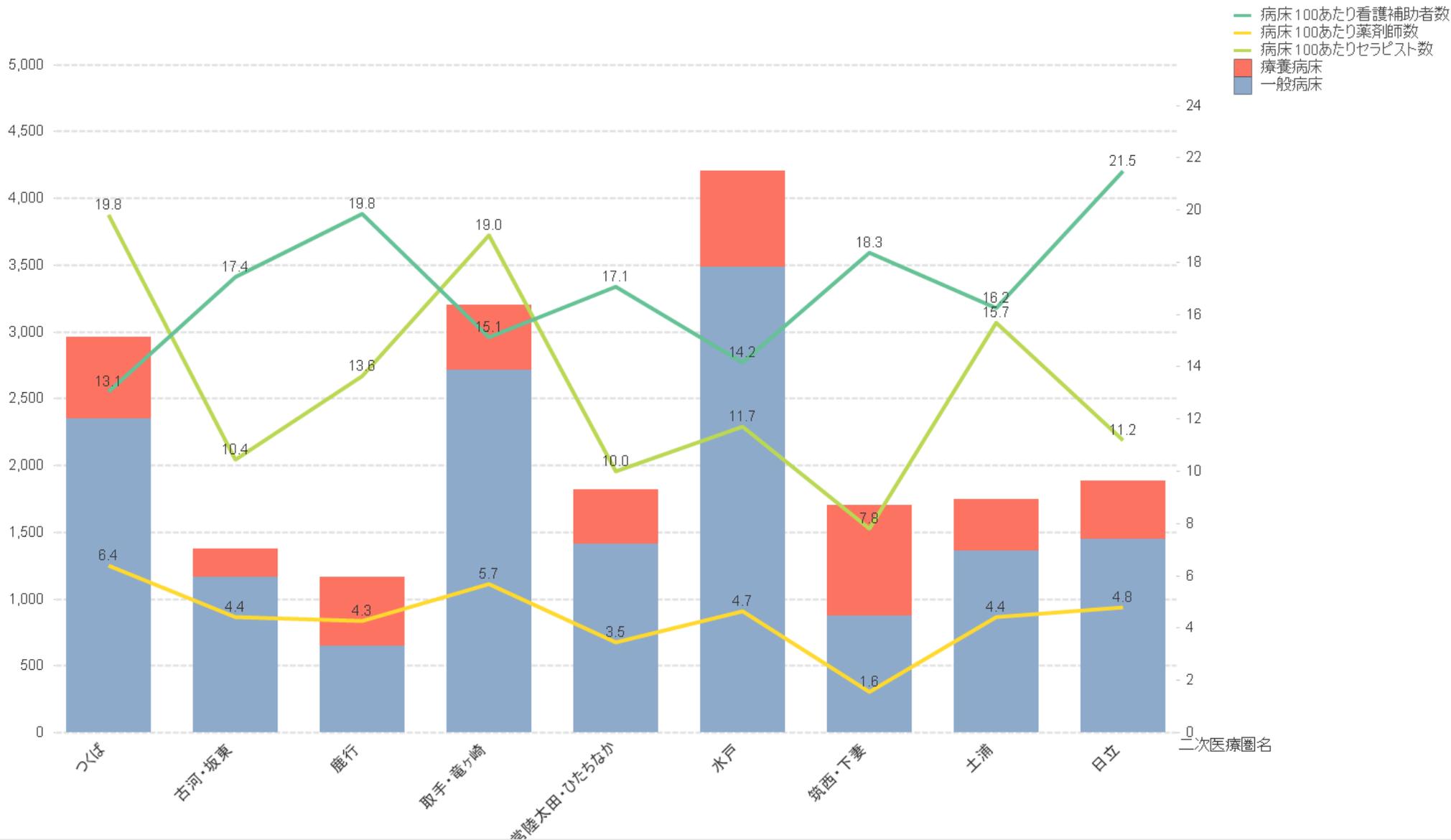
入院後続発症（肺炎）とリハビリテーション実施量の関係

	Univariate			Multivariate*		
	OR	95%CI	p	OR	95%CI	p
リハビリテーション実施量（単位数/入院日数）						
1単位未満/日	Reference			Reference		
1単位/日	0.74	0.71-0.78	<0.001	0.85	0.81-0.90	<0.001
2単位/日	0.59	0.56-0.63	<0.001	0.75	0.71-0.79	<0.001
3単位/日	0.45	0.42-0.47	<0.001	0.61	0.57-0.65	<0.001
4単位/日	0.38	0.36-0.41	<0.001	0.54	0.50-0.58	<0.001
5単位/日	0.35	0.32-0.38	<0.001	0.50	0.46-0.55	<0.001
6単位以上/日	0.32	0.29-0.35	<0.001	0.48	0.44-0.53	<0.001

* 性, 年齢, CCI, 入院経路, 入院時JCS, 入院時mRS, 治療, 退院年, 大学病院, 病院あたりの症例数で調整

セラピスト等の状況 二次医療圏別 R5

病床100あたりセラピスト数



医療機関機能の設定の考え方（案）②

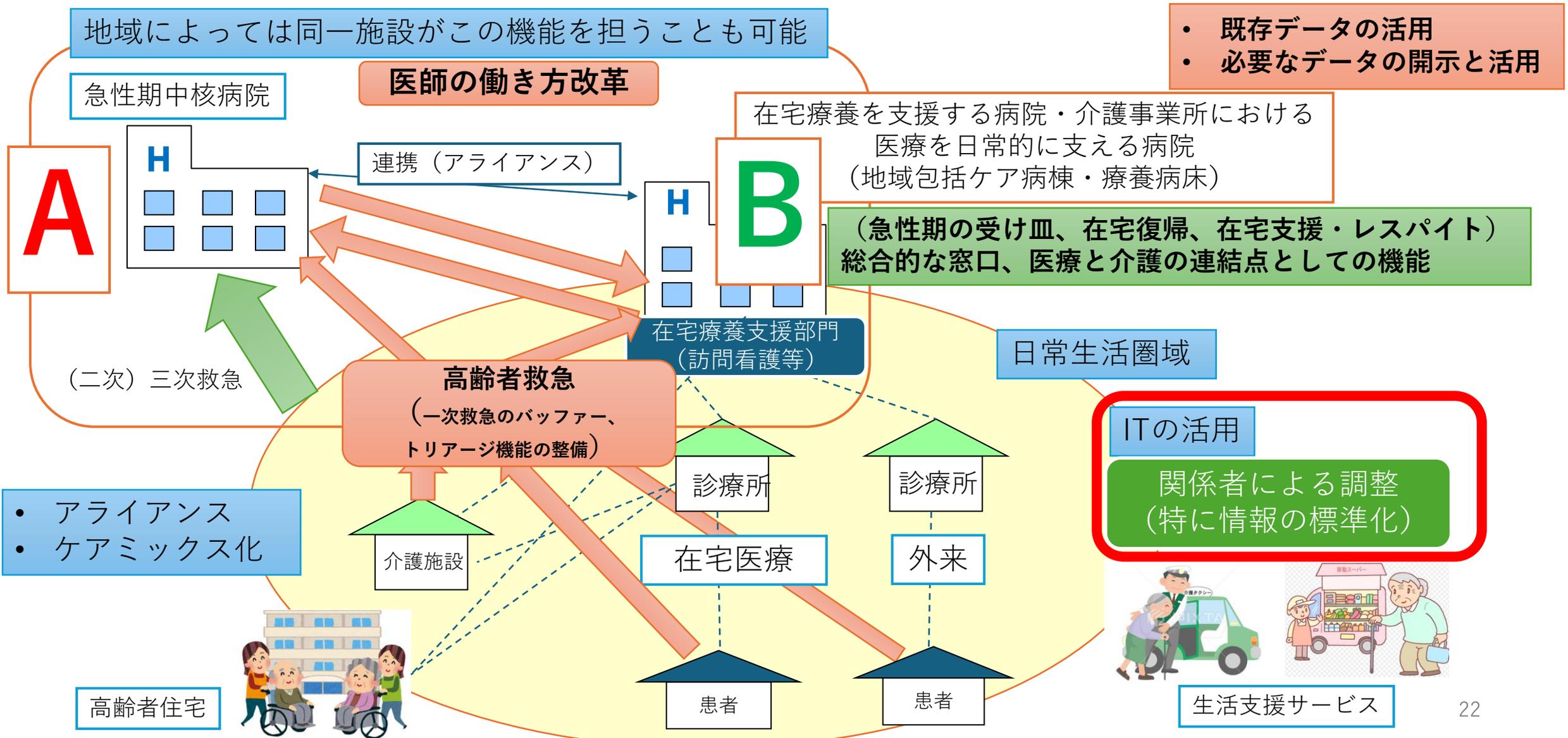
【救急・急性期に関する機能】

- 多くの急性期病院において病床利用率は低下しており、2040年に向けては、手術等の多くの医療資源を要する、高齢者救急以外の急性期の医療需要は減少すると見込まれる。
- 緊急手術を実施するためには、手術に関わる医師、看護師のほか、様々な部門のスタッフが必要となるが、休日や夜間において緊急手術が毎日発生しない医療圏も多くあり、一年のうち最も多く休日や夜間の手術が必要な日でも数件のみにとどまる医療圏が多い。他方、そうした医療圏においても複数の医療機関で緊急手術を受けられる体制をとっているケースが見受けられる。
- 手術については、多くの症例を実施する医療機関が、症例数の少ない医療機関よりも死亡率が低いことが知られている。
- 医師の働き方には課題があり、脳外科や産婦人科等で時間外労働が多い。特に大学病院や救急医療を担う病院で労働時間が長い傾向がある。分娩は休日対応等も多いが、常勤換算医師数が2人未満の医療機関も多いため、一部の医師の負担となっている可能性がある。



病床利用率が下がる中、地域での緊急対応を含む救急・急性期に関する機能については、持続可能な医療従事者の働き方や医療の質も確保するため、搬送体制の強化等に取り組みつつ、一定の症例数を集約して対応する地域の拠点として対応できる医療機関が必要ではないか。

診療所や介護施設を支援する病院を拠点とした ネットワーク化の必要性（地域医療構想調整会議で議論すべき内容）

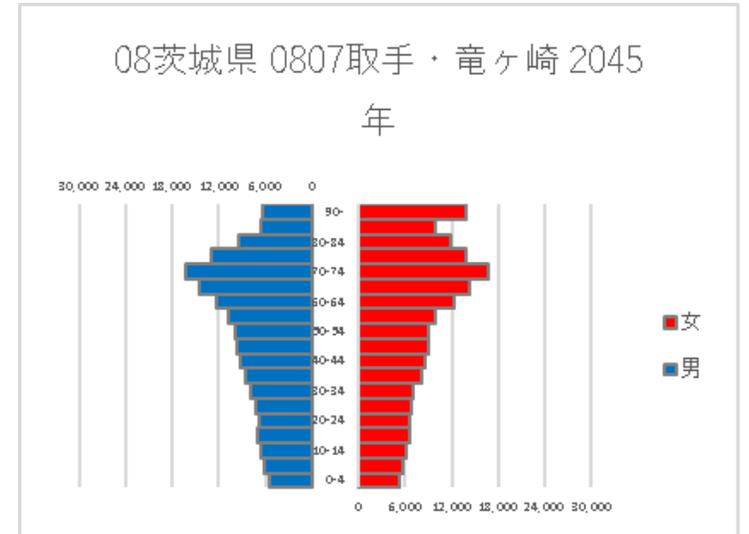
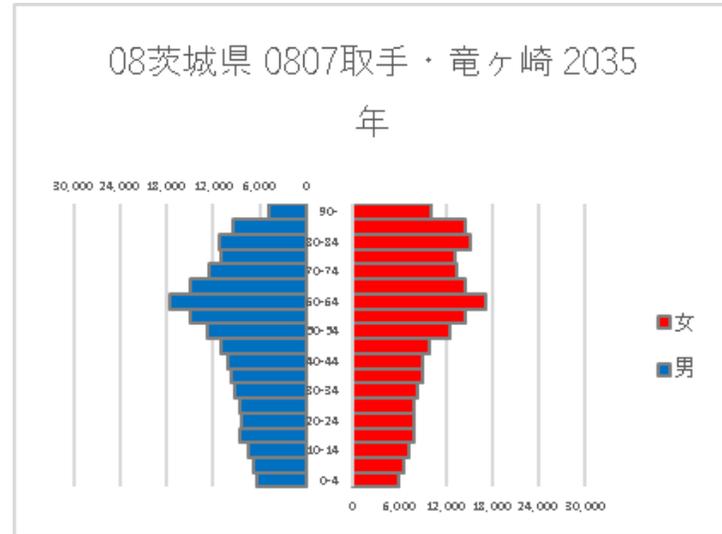
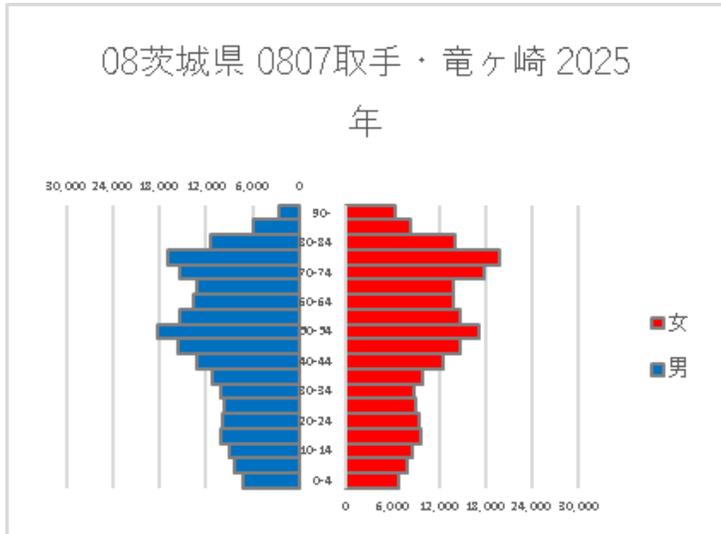
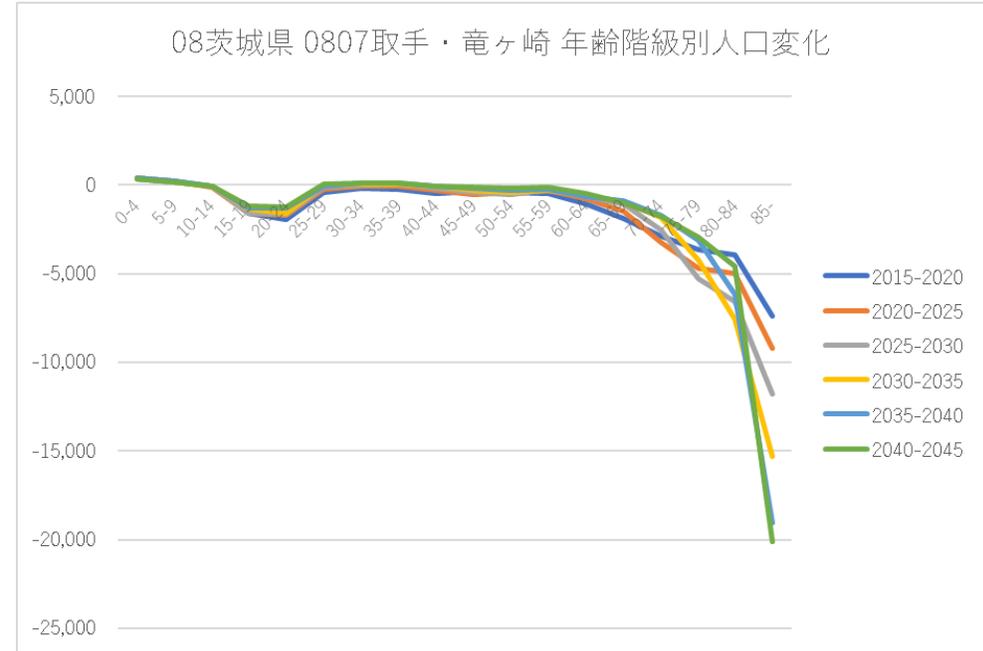
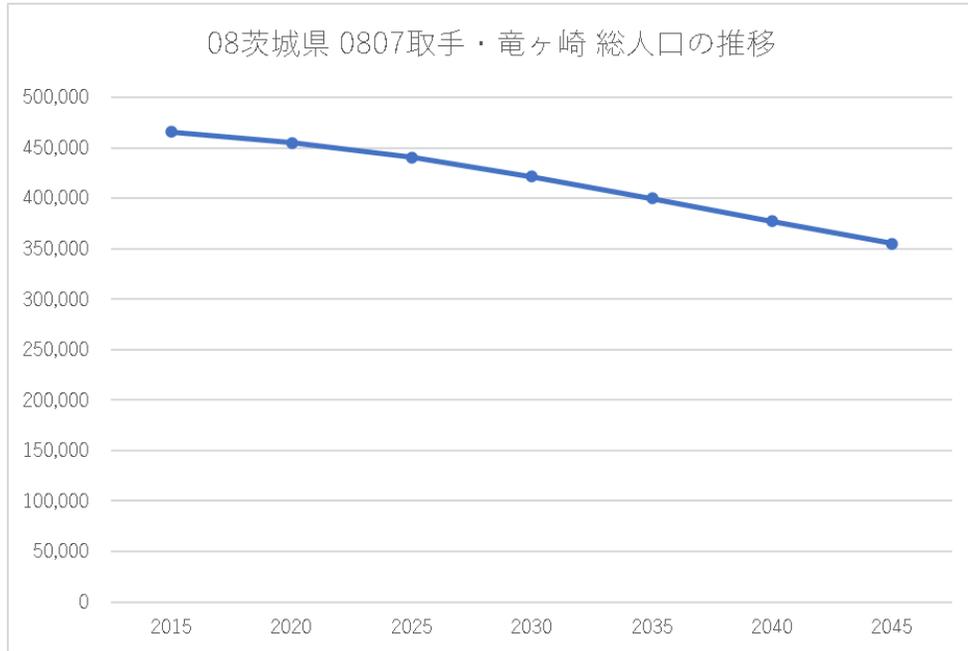


新しい地域医療構想の議論のポイント

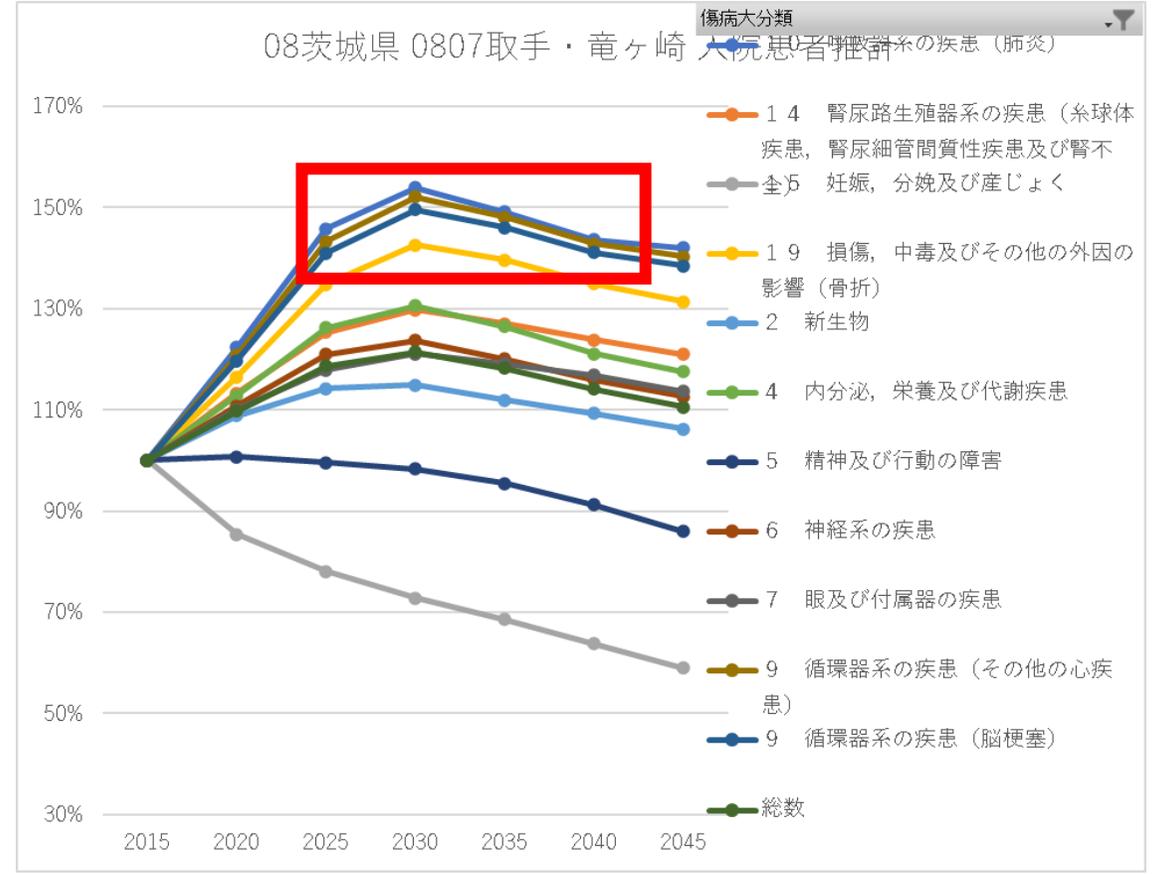
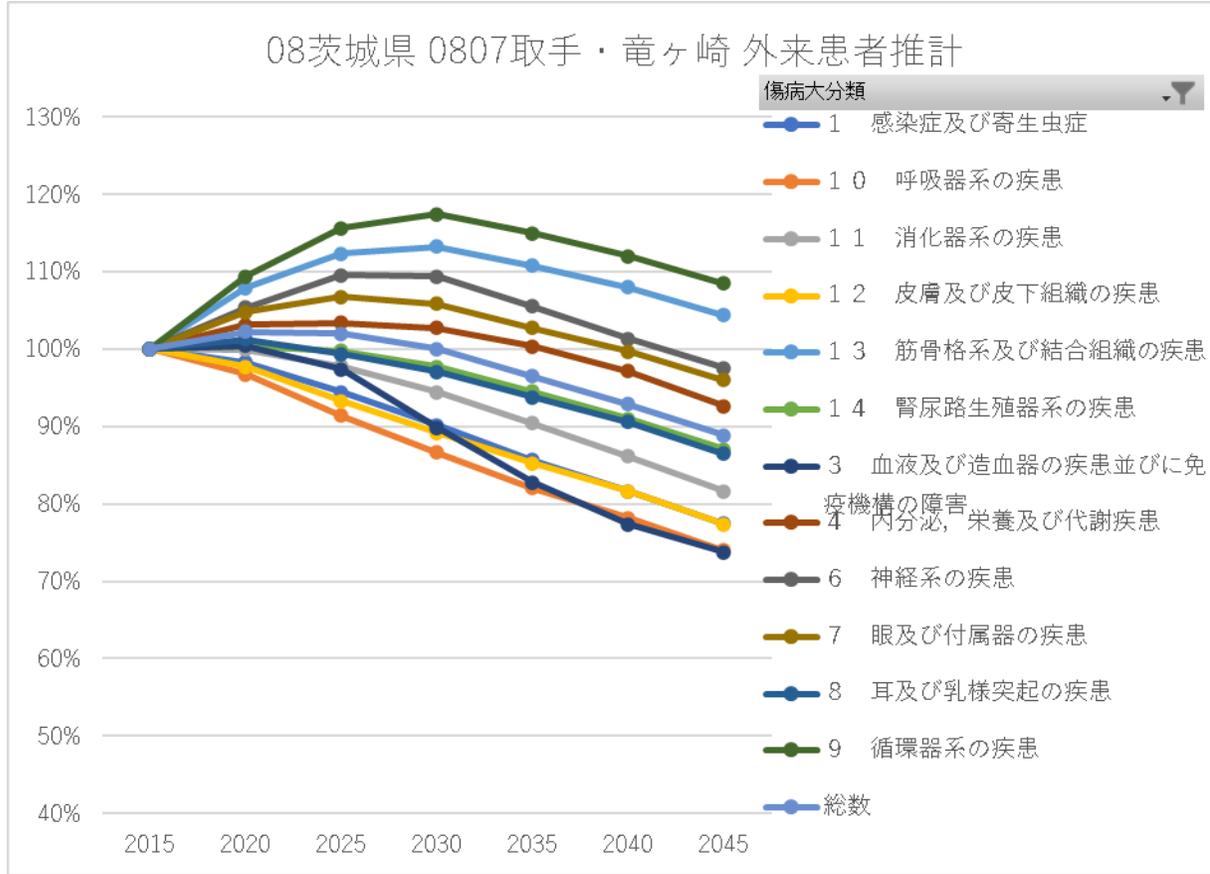
各地域でAの機能を果たす病院とBの機能を果たす病院を決めること

- Aの機能をもつ病院に求められること→特定機能病院、地域医療支援病院
 - 広域で急性期機能（がん診療、手術、救急、周産期、医師派遣など）を持つこと
 - その機能を24時間365日体制で担える人的資源、物的資源があること
- Bの機能をもつ病院に求められること
 - 介護施設や在宅医療を担う診療所を支える機能
 - 高齢者救急への対応（一次対応、調整、下り搬送の受け皿）
 - 肺炎、心不全、尿路感染症、脱水、・・・
 - 地域における医療介護連携の中核としての調整機能を持つこと
 - **高齢社会においてはB病院の役割が重要になることに関する共通認識**

人口推計の結果（取手・竜ヶ崎医療圏）



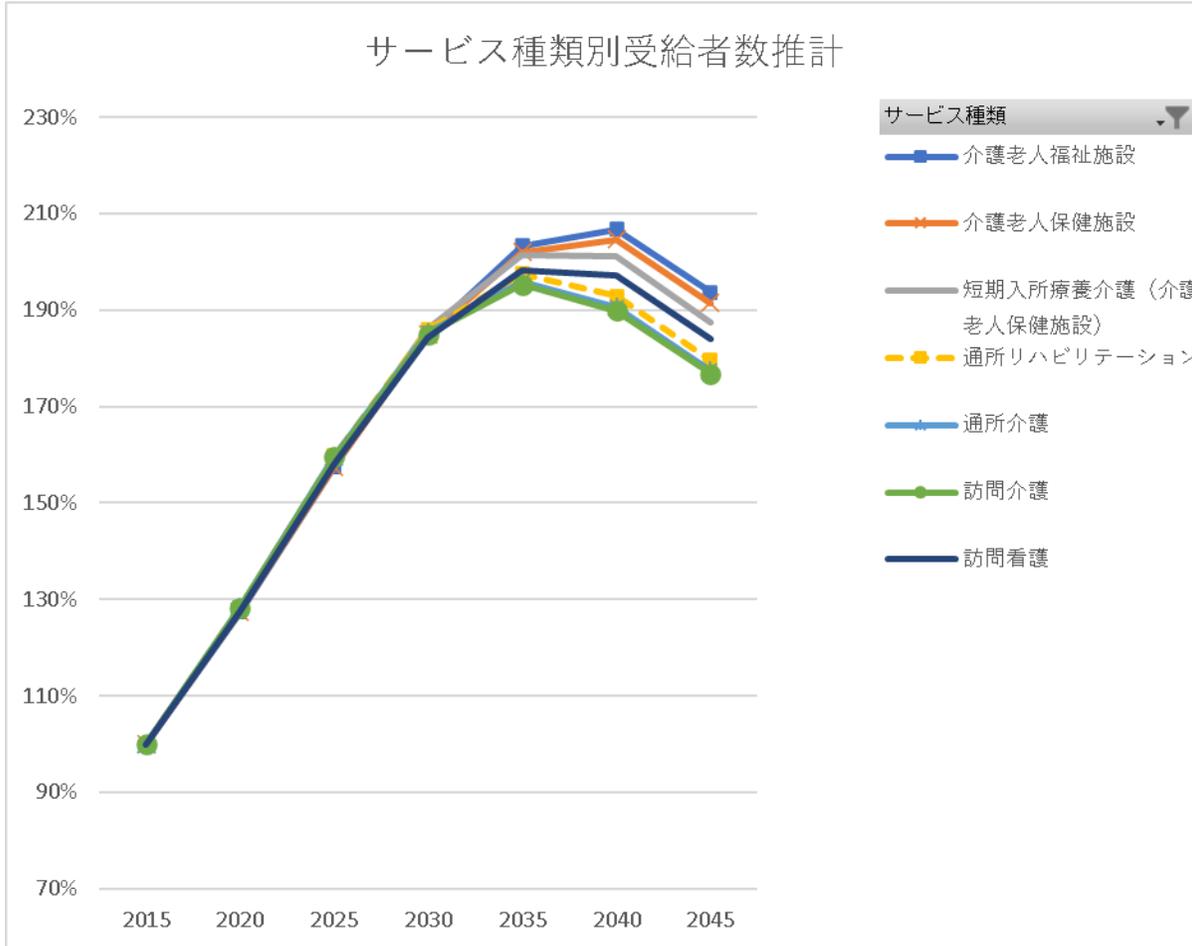
入院および外来患者の状況（取手・竜ヶ崎医療圏）



要介護高齢者の状況（取手・竜ヶ崎医療圏）

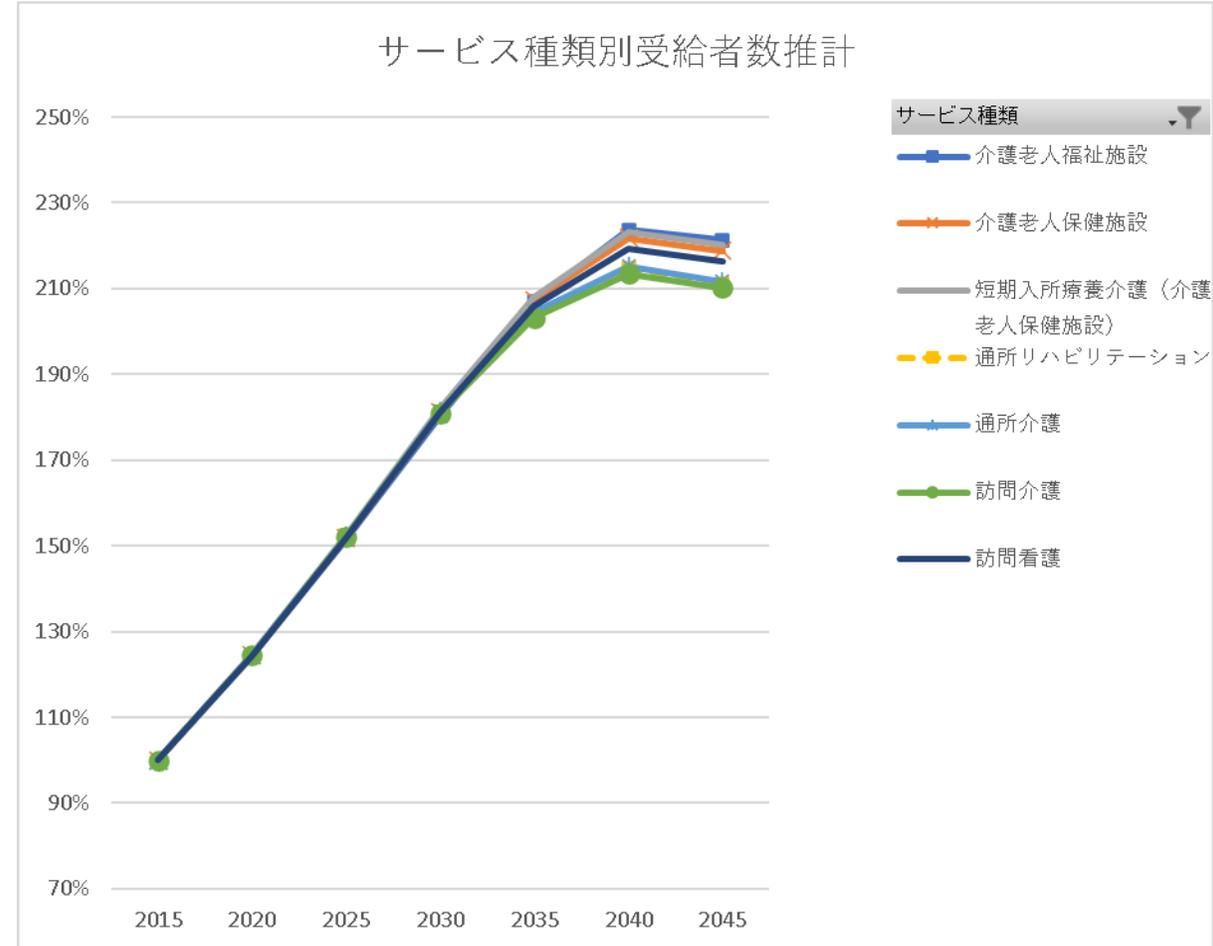
取手市

サービス種類別受給者数推計



龍ヶ崎市

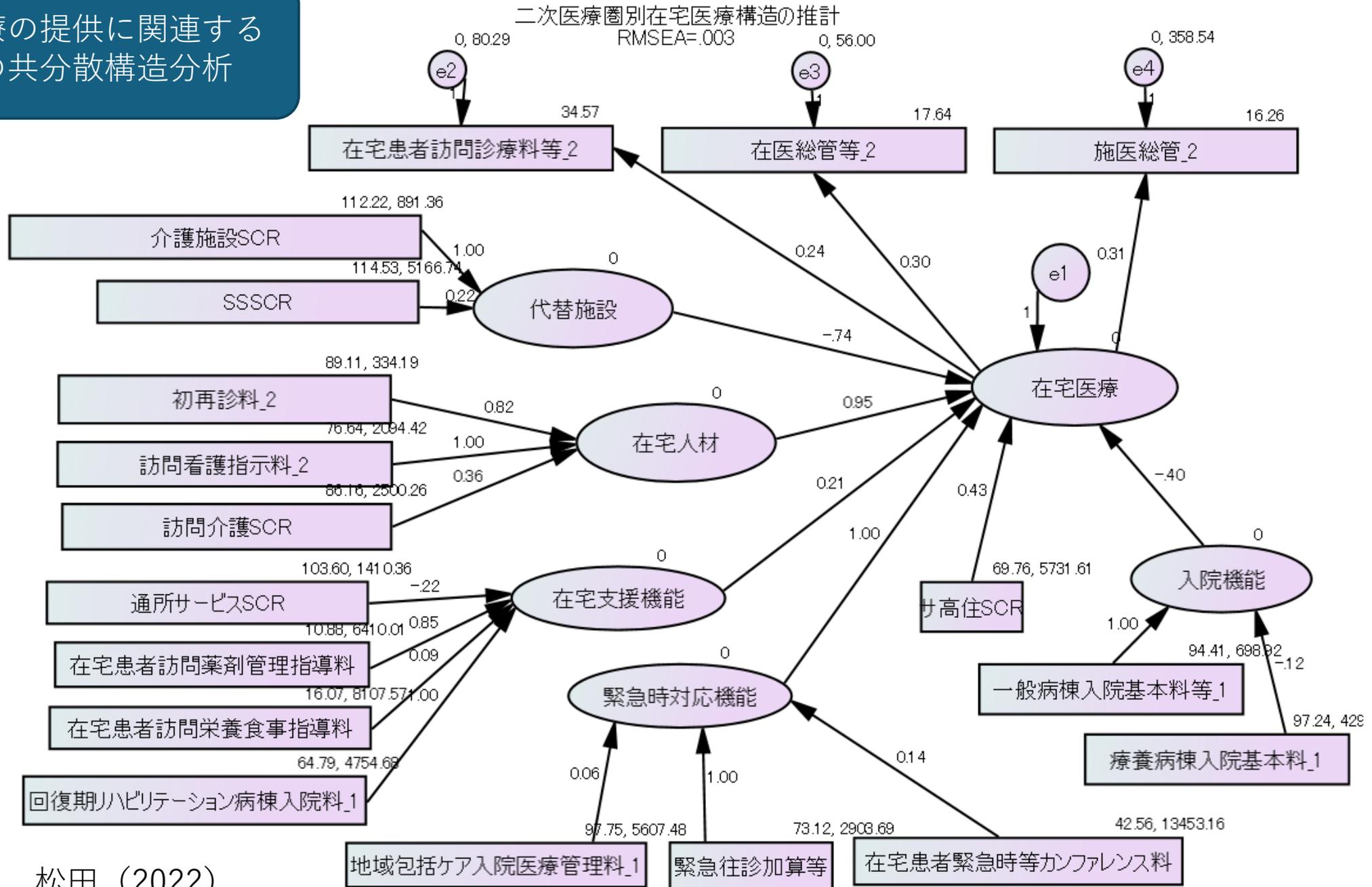
サービス種類別受給者数推計



茨城県の医療圏別SCR(R1 抜粋)

項目	水戸	日立	常陸太 田・ひた ちなか	鹿行	土浦	つくば	取手・ 竜ヶ崎	筑西・下 妻	古河・坂 東
初再診料	100.4	81.6	79.8	74.6	95.4	101.5	89.3	76.1	83.4
一般病棟入院基本料等	142.7	98.3	59.8	48.7	107.5	102.6	95.7	53.6	100.1
療養病棟入院基本料	78.4	83.3	71.0	106.8	80.6	101.3	65.3	148.1	62.7
有床診療所入院基本料	88.8	35.8	153.8	115.6	154.3	80.2	45.6	102.2	61.5
回復期リハビリテーション病棟入院料	41.8		50.1		68.6		83.7	57.8	
地域包括ケア入院医療管理料	90.2		29.8	68.6		59.7	141.9	63.0	91.0
往診等	56.7	45.5	38.7	41.8	61.9	100.6	33.9	49.6	132.6
在宅患者訪問診療料等	57.5	63.3	44.3	28.8	71.1	145.3	50.3	54.3	58.1
在医総管等	60.5	60.5	47.8	26.0	59.2	151.2	42.7	58.6	52.9
施医総管	56.2	38.8	29.4	14.7	81.3	154.1	50.4	39.5	43.8
訪問看護指示料	68.6	61.1	50.8	33.5	60.6	126.0	66.3	43.1	23.9
介護施設SCR*	125.0	103.3	115.7	114.2	117.4	104.8	95.7	123.1	112.0
サ高住SCR*	53.7	43.2	0.0	4.0	15.8	32.1	8.4	0.0	55.3
訪問看護SCR*	51.7	47.5	52.7	31.5	54.7	58.1	53.9	24.8	36.1
通所サービスSCR*	100.9	92.8	96.7	80.3	87.8	104.8	84.6	87.4	112.6
訪問介護SCR*	62.8	64.0	44.4	46.8	49.7	58.2	49.3	37.6	42.9
*: 当該医療圏の65歳以上1万人対利用数を全国の値で除して指数化									

在宅医療の提供に関連する
要因の共分散構造分析



資料： 松田（2022）

在宅ケア推進のためには・・・

- 訪問診療を行ってくれる医療機関があること
- 在宅介護を行ってくれる事業者がいること
- **急性期イベントが生じたときに入院できる一般病院があること**
- 緊急時の対応ができる地域の体制があること
- 在宅をやりやすい住環境があること
-

- **ほぼ在宅、時々入院・入所を可能とする、医療機関、介護施設間の連携体制（情報共有＋顔の見える連携関係）が必要**
- **鍵となるのは在宅・介護施設との間の前方連携**
- **この仕組みを大学がかかわって作る必要がある。**

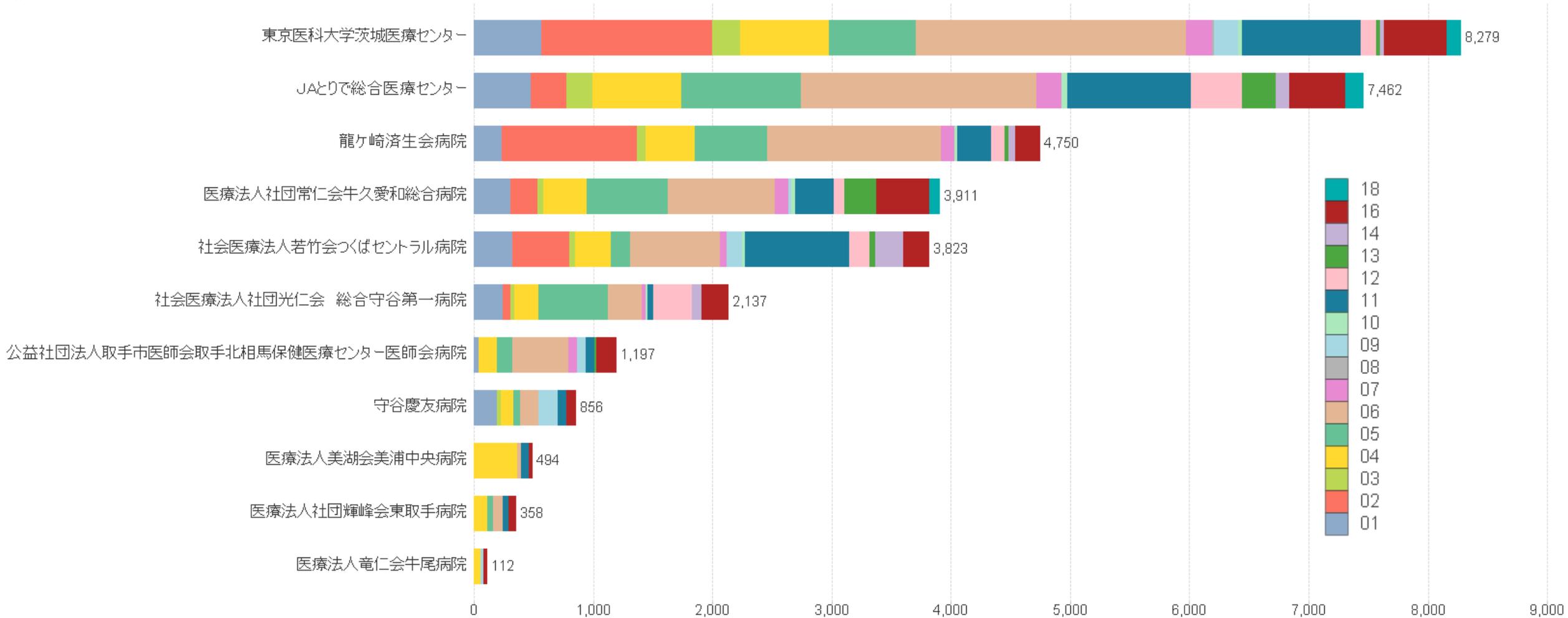
主要診断群（MDC）の分類

主要診断群(MDC)	MDC日本語表記
01	神経系疾患
02	眼科系疾患
03	耳鼻咽喉科系疾患
04	呼吸器疾患
05	循環器系疾患
06	消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患
07	筋骨格系疾患
08	皮膚・皮下組織の疾患
09	乳房の疾患
10	内分泌・栄養・代謝に関する疾患
11	腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患
12	女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩
13	血液・造血器・免疫臓器の疾患
14	新生児疾患、先天性奇形
15	小児疾患
16	外傷・熱傷・中毒
17	精神疾患
18	その他の疾患

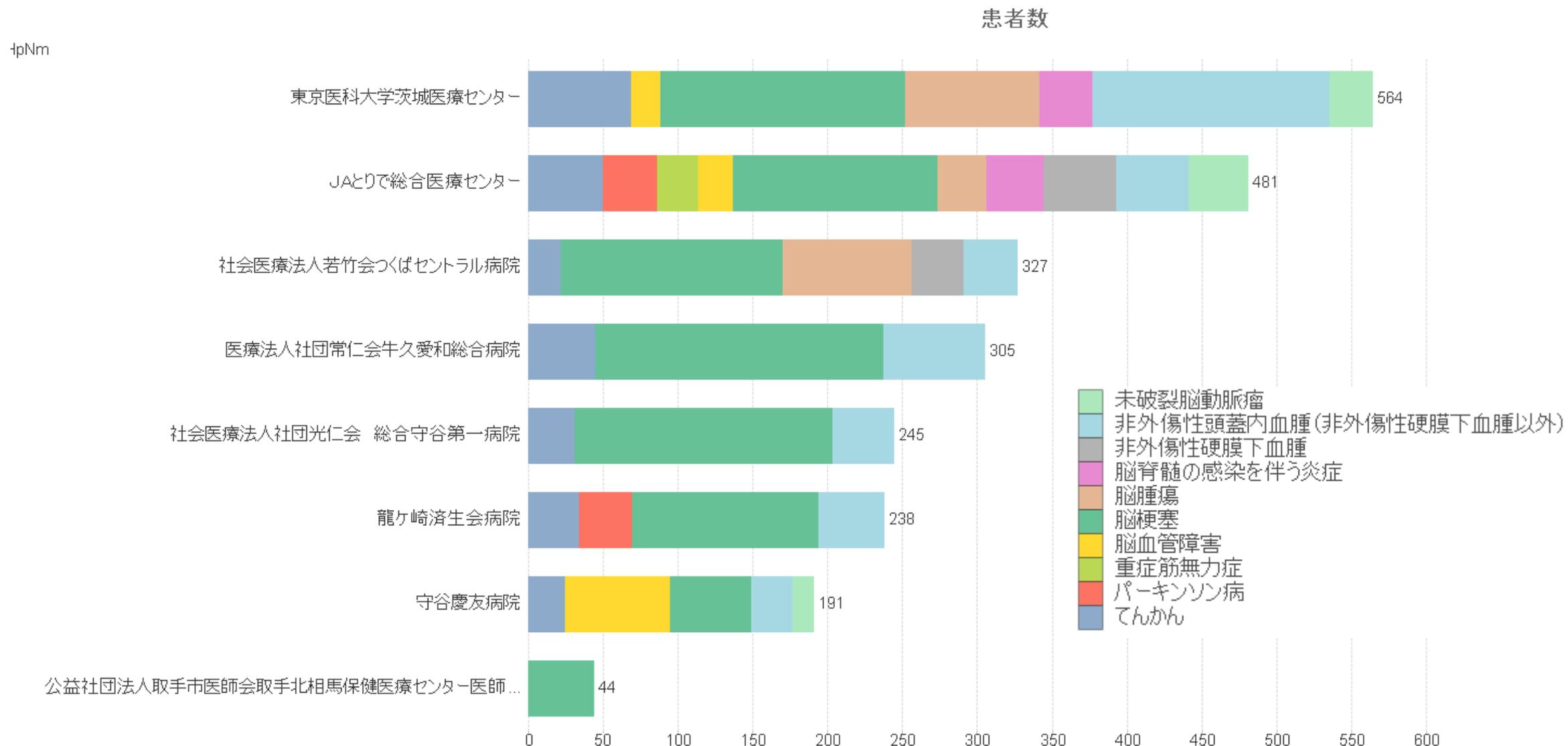
診療の状況 取手・竜ヶ崎医療圏（全体 R5）

患者数

HpNm



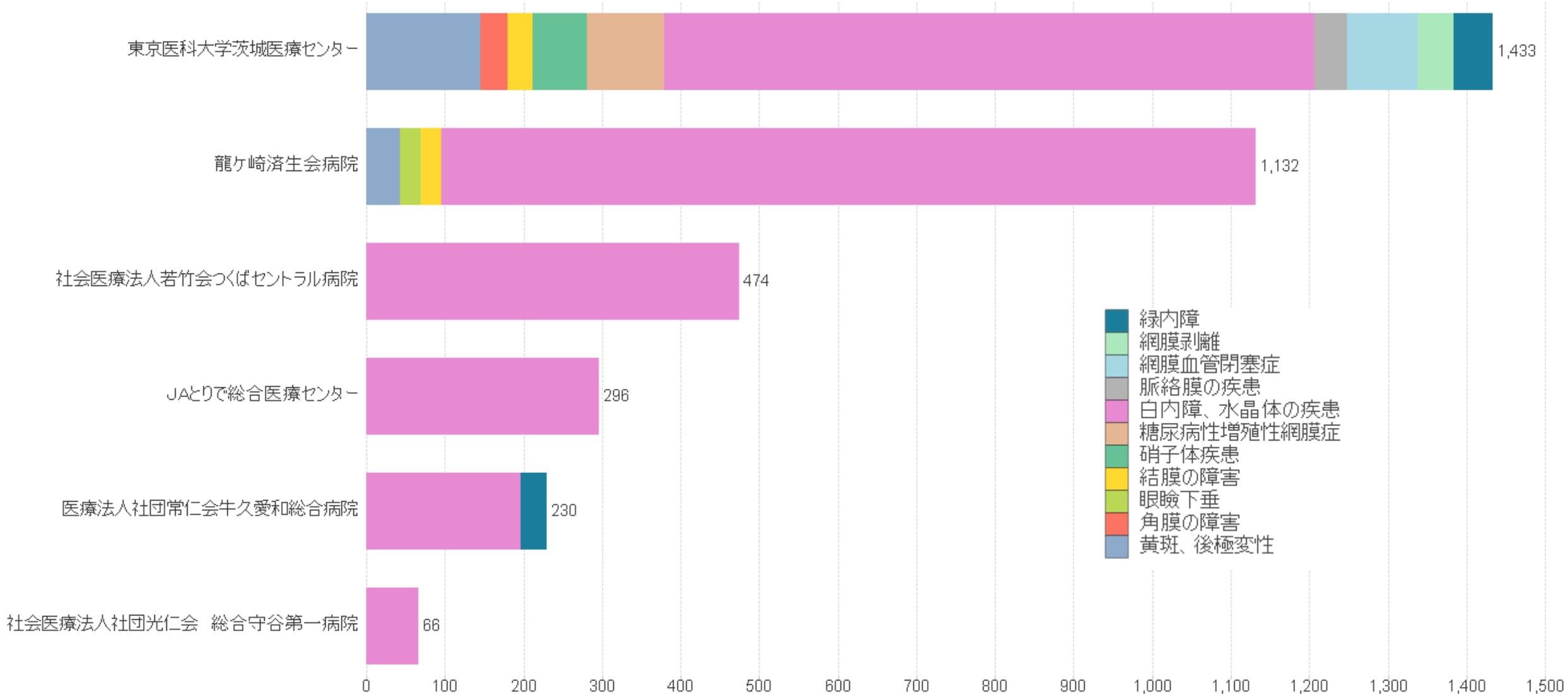
診療の状況 取手・竜ヶ崎医療圏 (MDC01 R5)



診療の状況 取手・竜ヶ崎医療圏 (MDC02 R5)

患者数

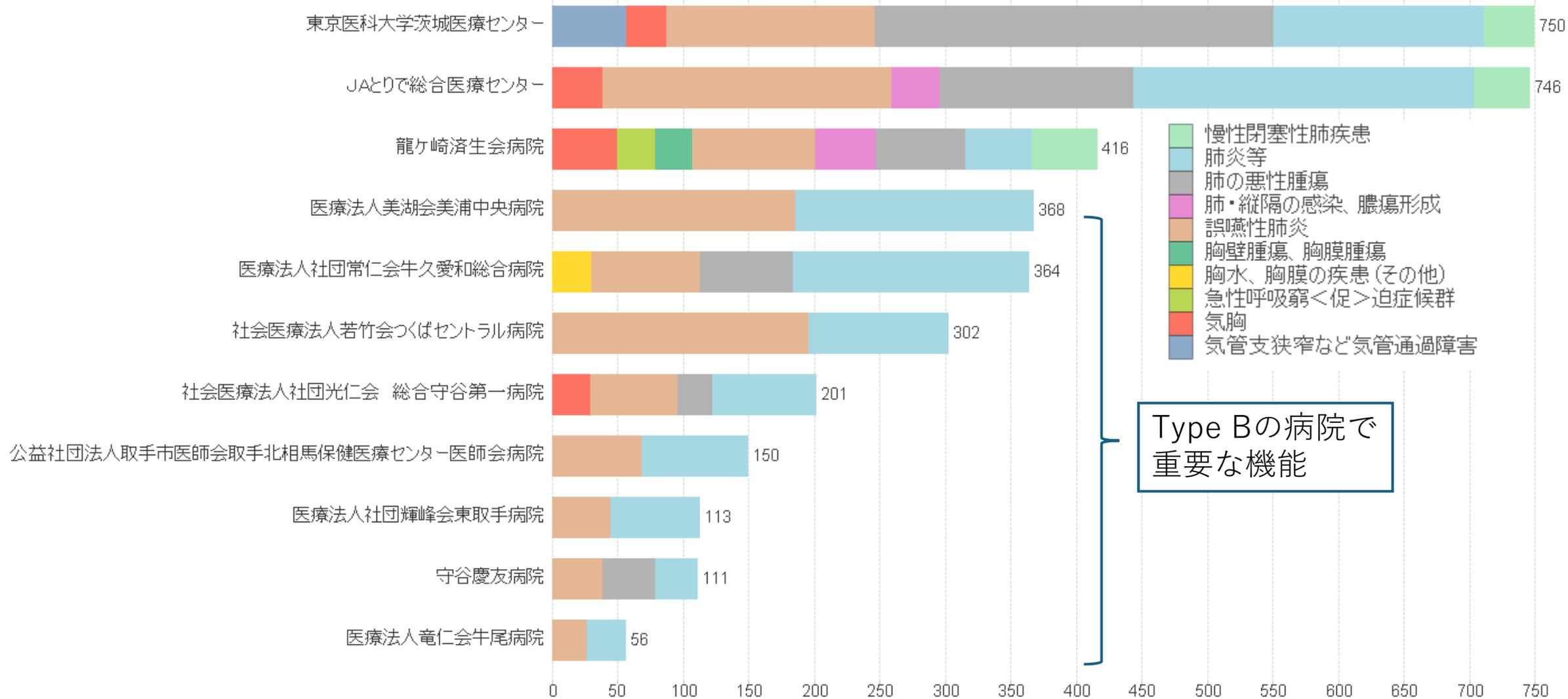
HpNm



診療の状況 取手・竜ヶ崎医療圏 (MDC04 R5)

HpNm

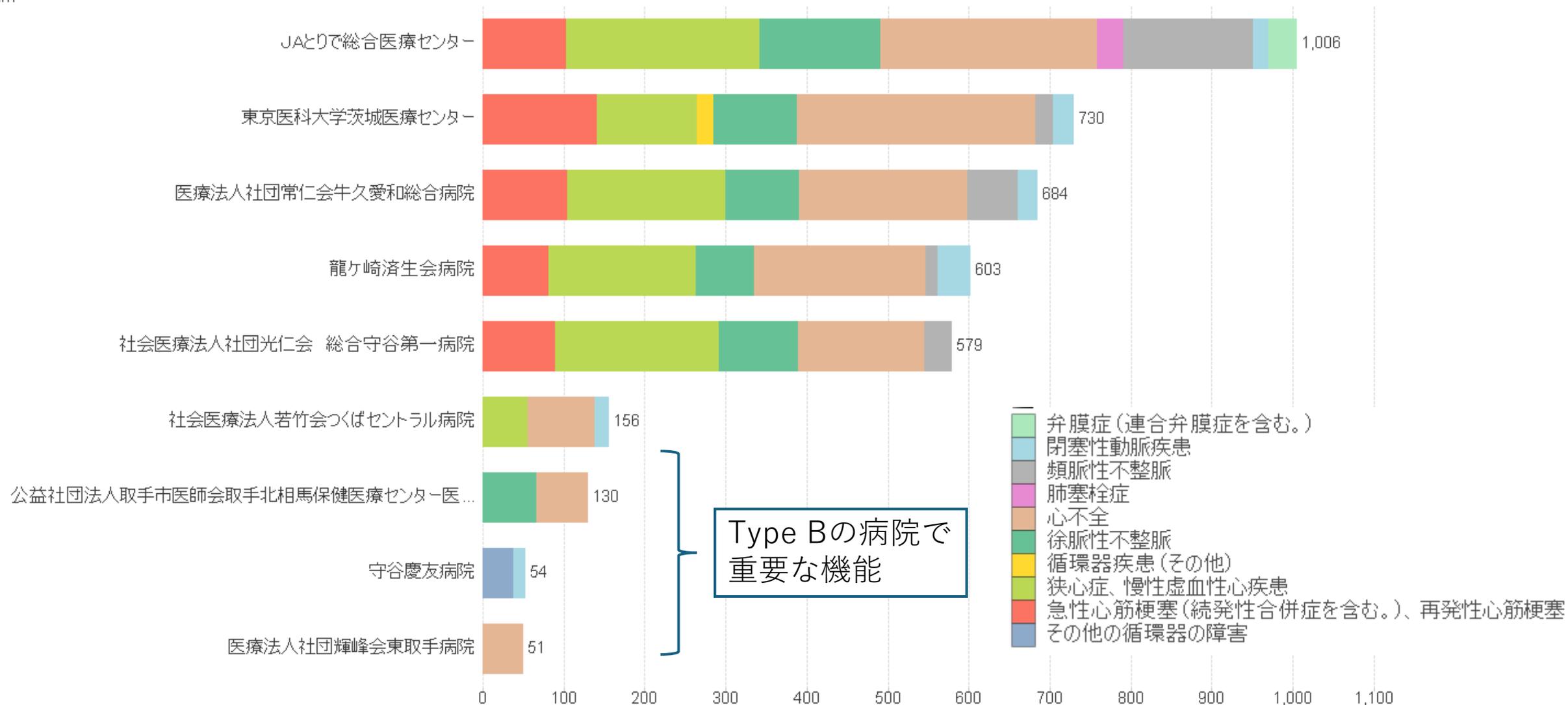
患者数



診療の状況 取手・竜ヶ崎医療圏(MDC05 R5)

患者数

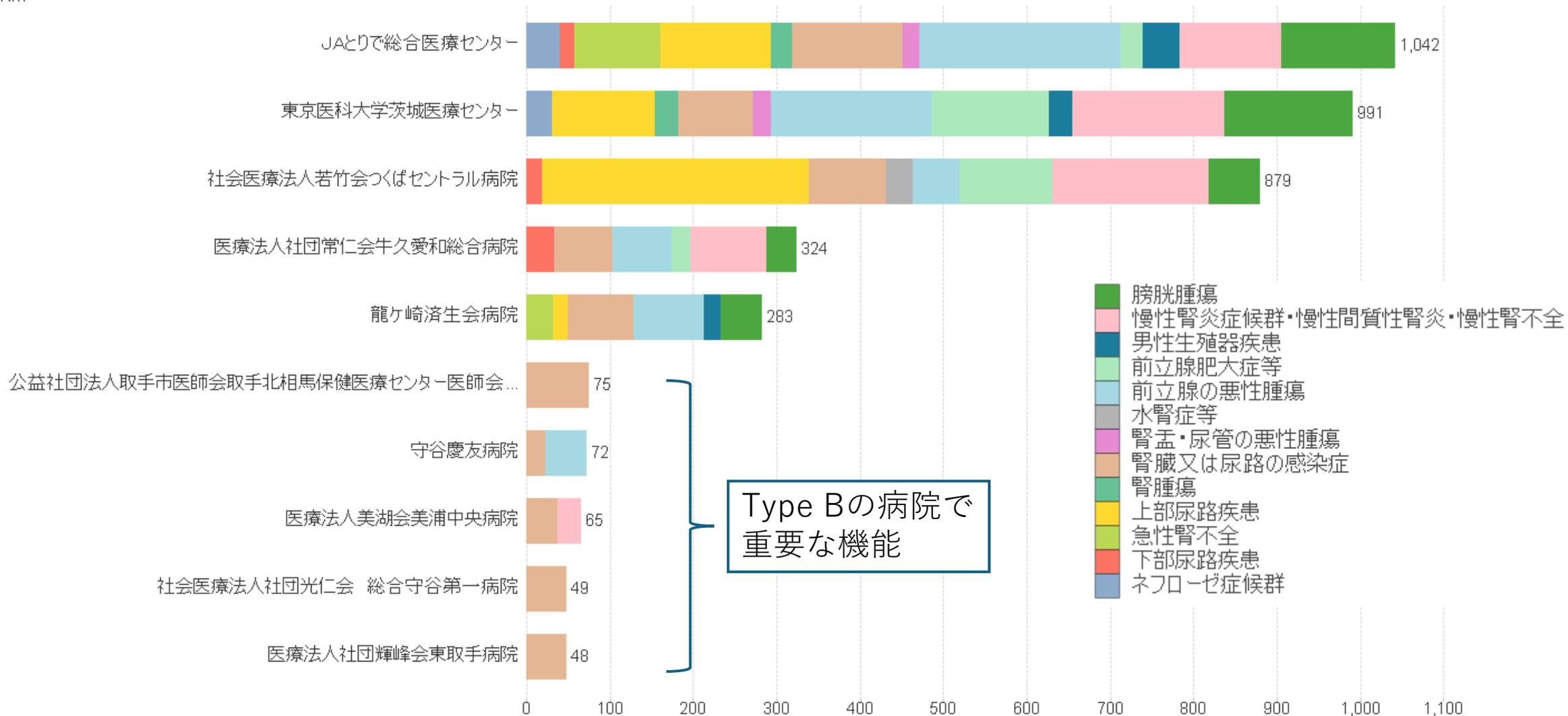
HpNm



診療の状況 取手・竜ヶ崎医療圏(MDC11 R5)

hpNm

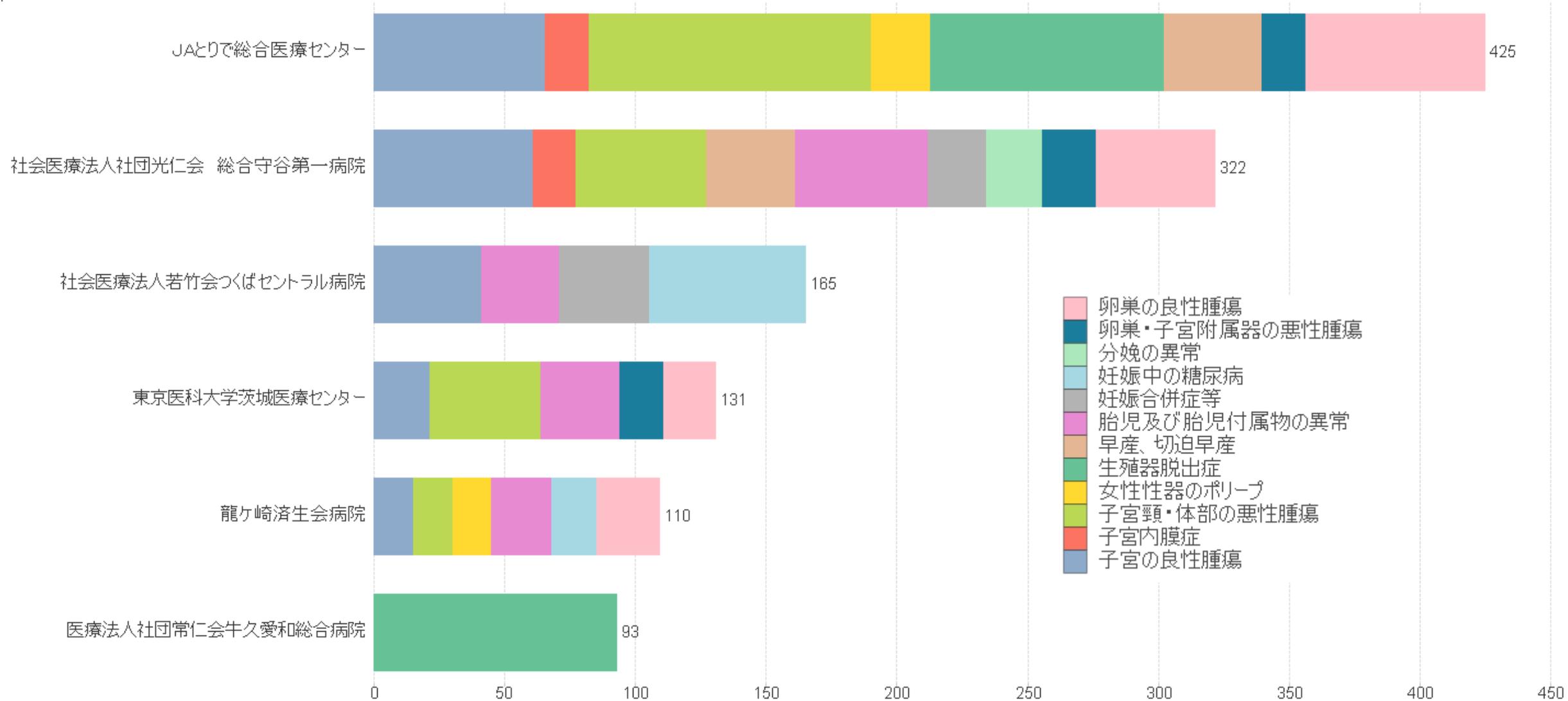
患者数



診療の状況 取手・竜ヶ崎医療圏(MDC12 R5)

患者数

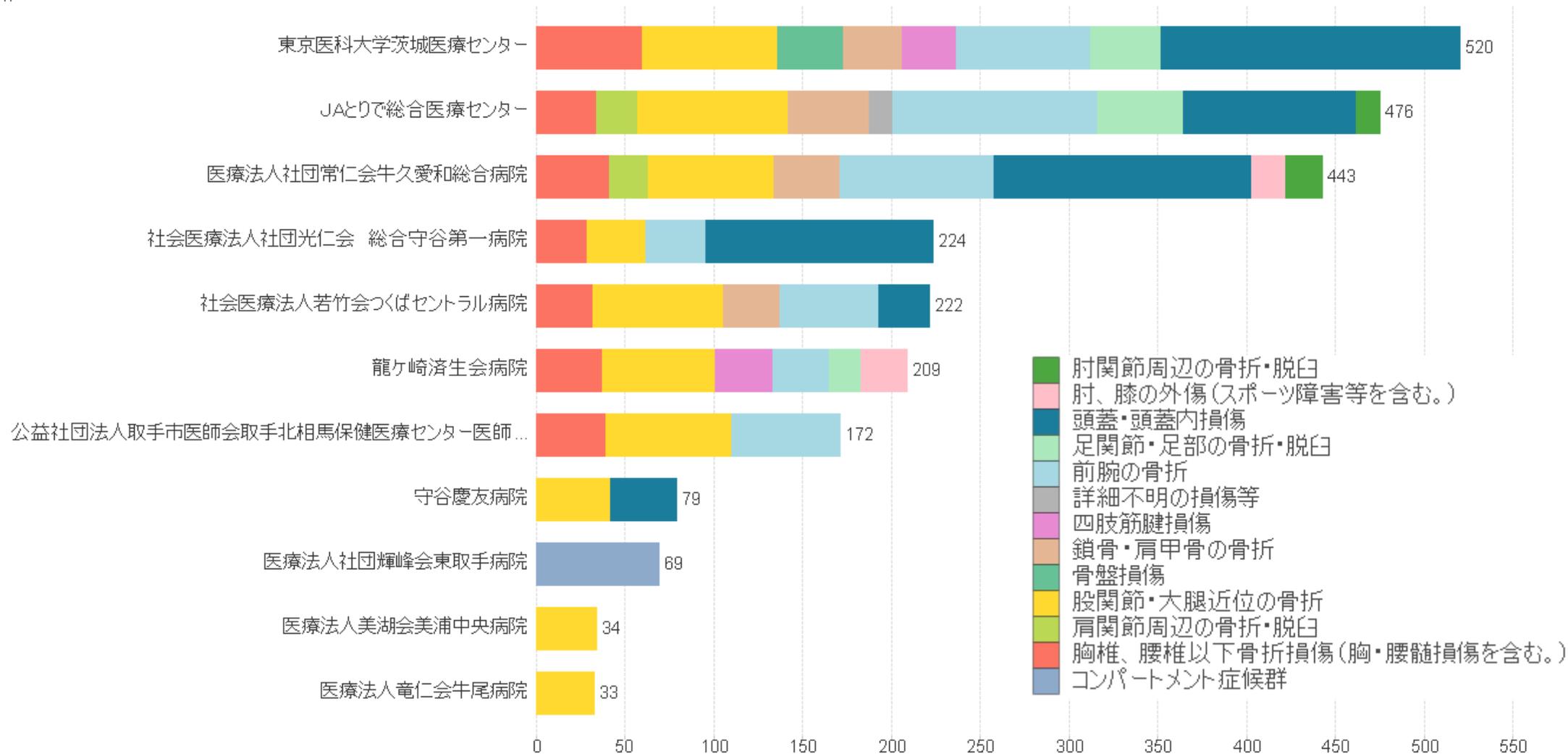
HpNm



診療の状況 取手・竜ヶ崎医療圏(MDC16 R5)

患者数

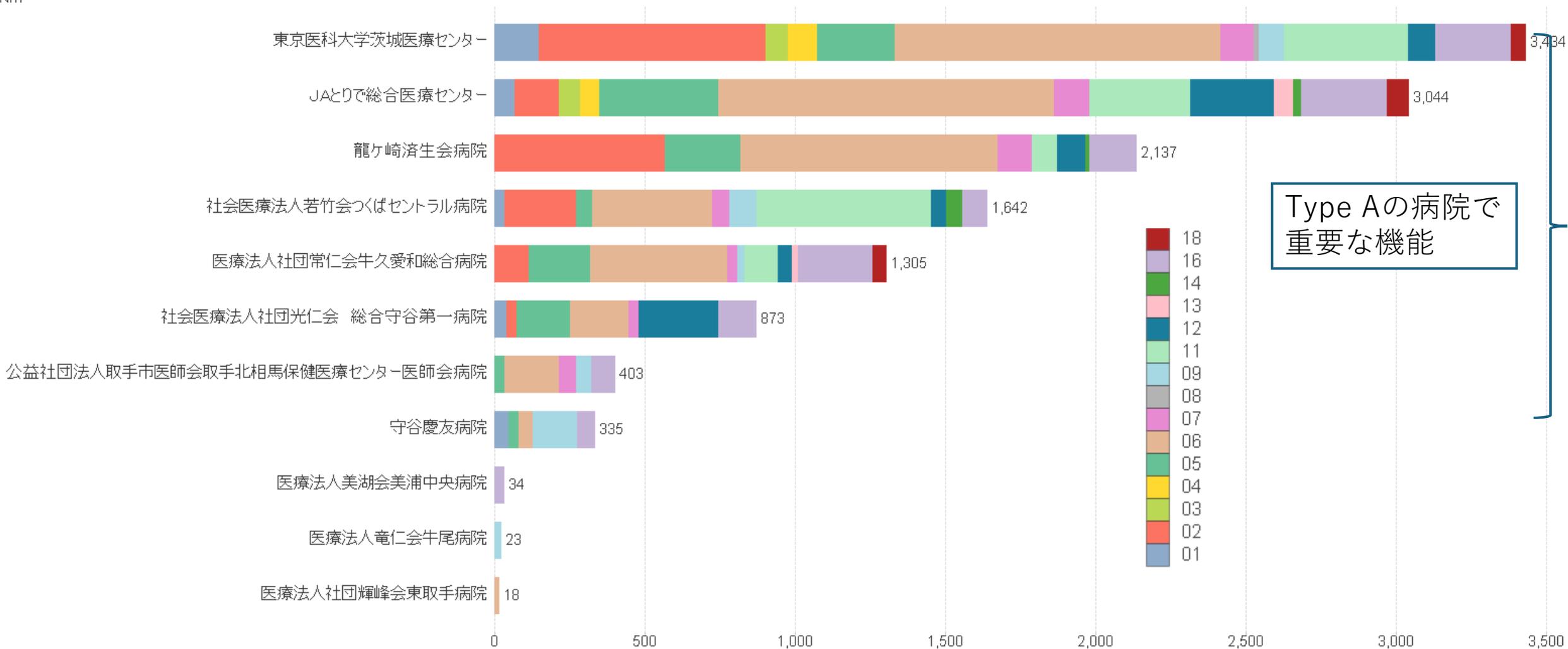
HpNm



手術の状況 取手・竜ヶ崎医療圏 R5

患者数

HpNm



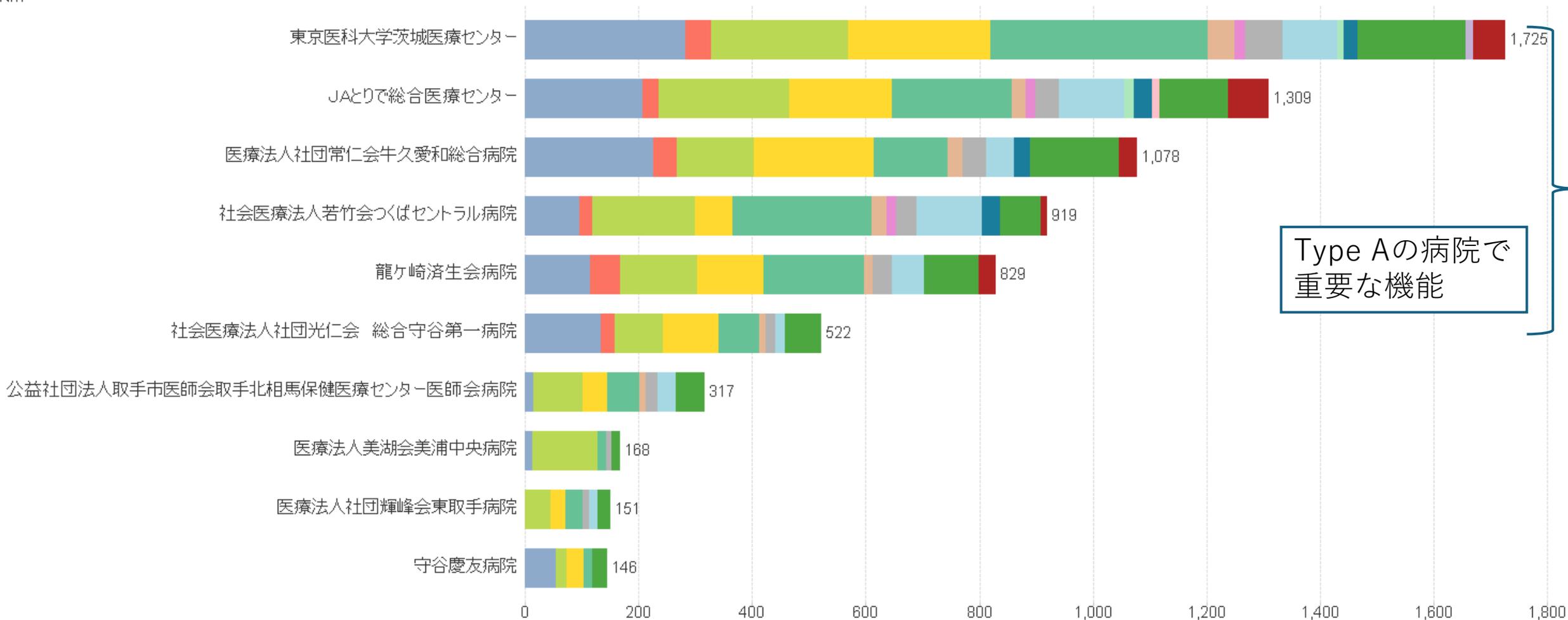
Type Aの病院で
重要な機能

- 18
- 16
- 14
- 13
- 12
- 11
- 09
- 08
- 07
- 06
- 05
- 04
- 03
- 02
- 01

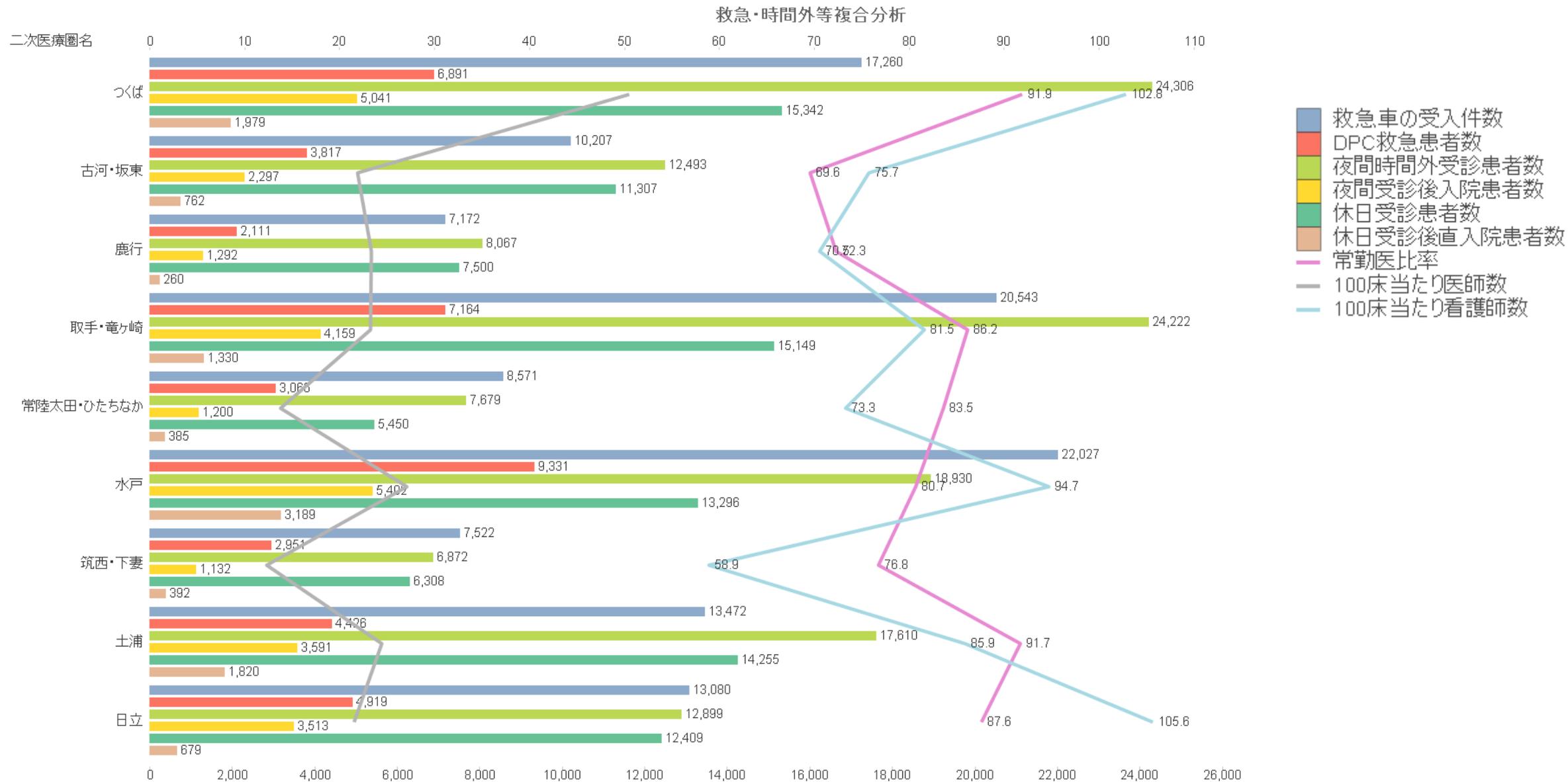
救急の状況 取手・竜ヶ崎医療圏 R5

救急患者数

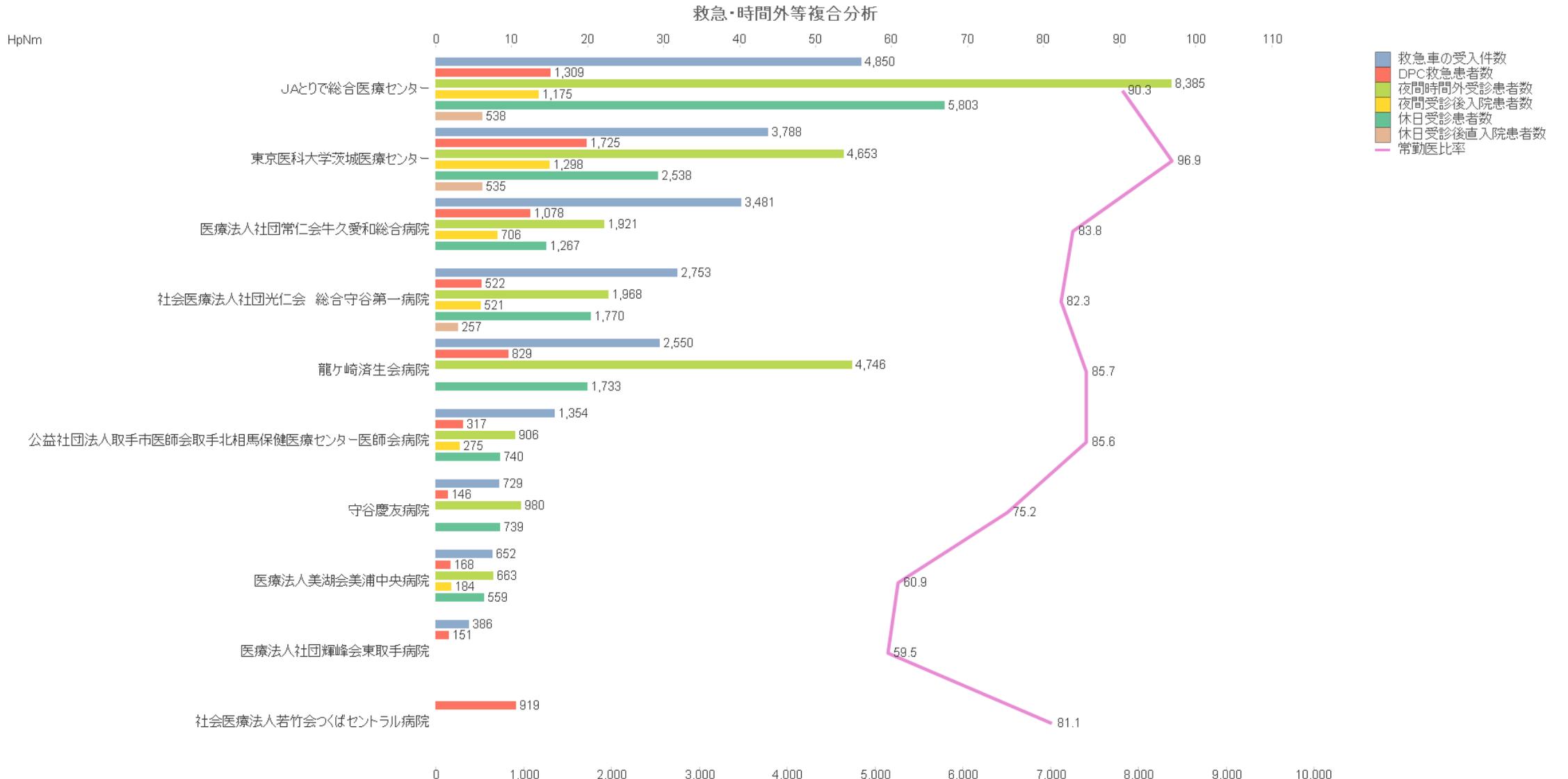
HpNm



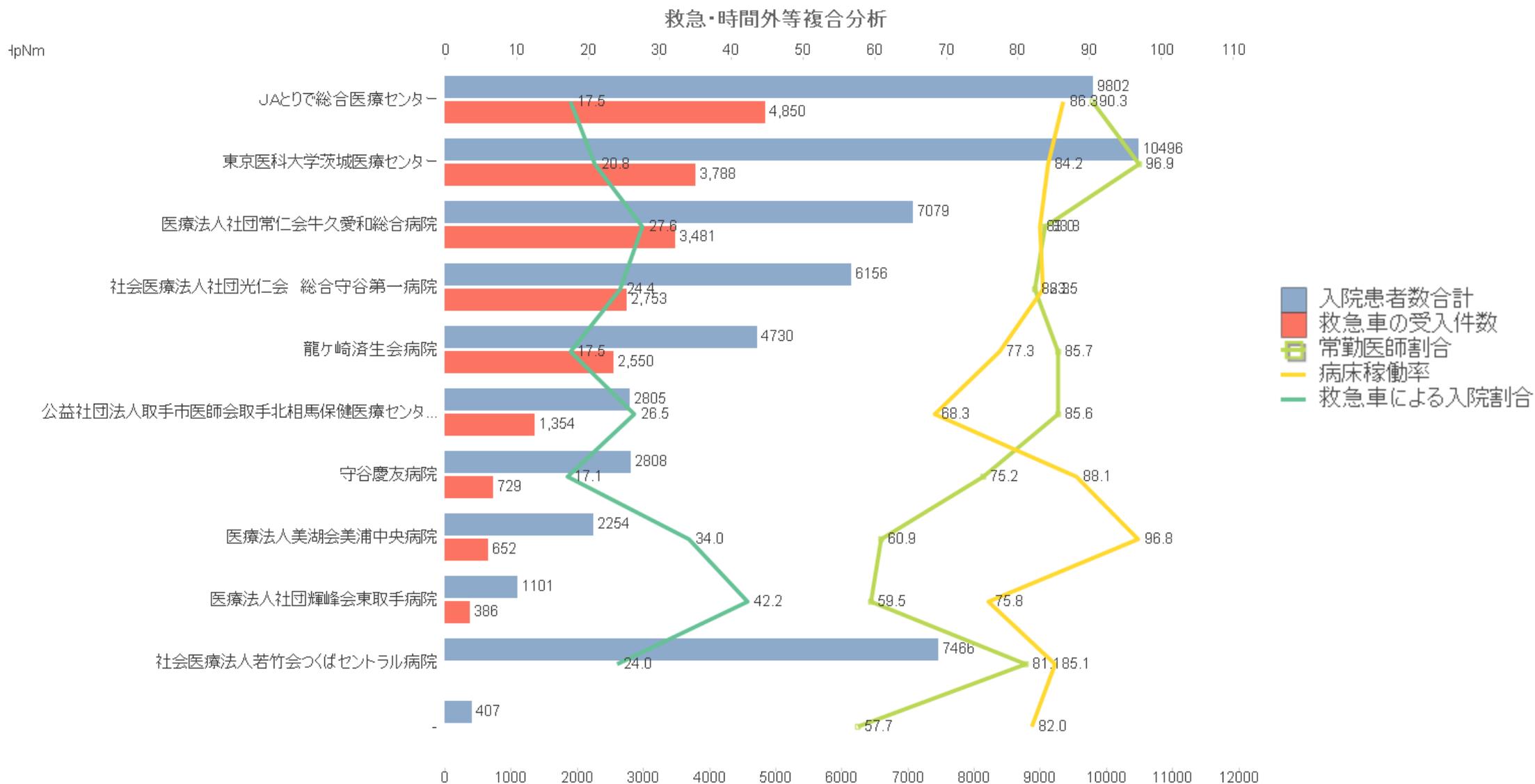
救急の状況 二次医療圏別 R5 諸指標



救急の状況 取手・竜ヶ崎医療圏 R5 救急告示病院



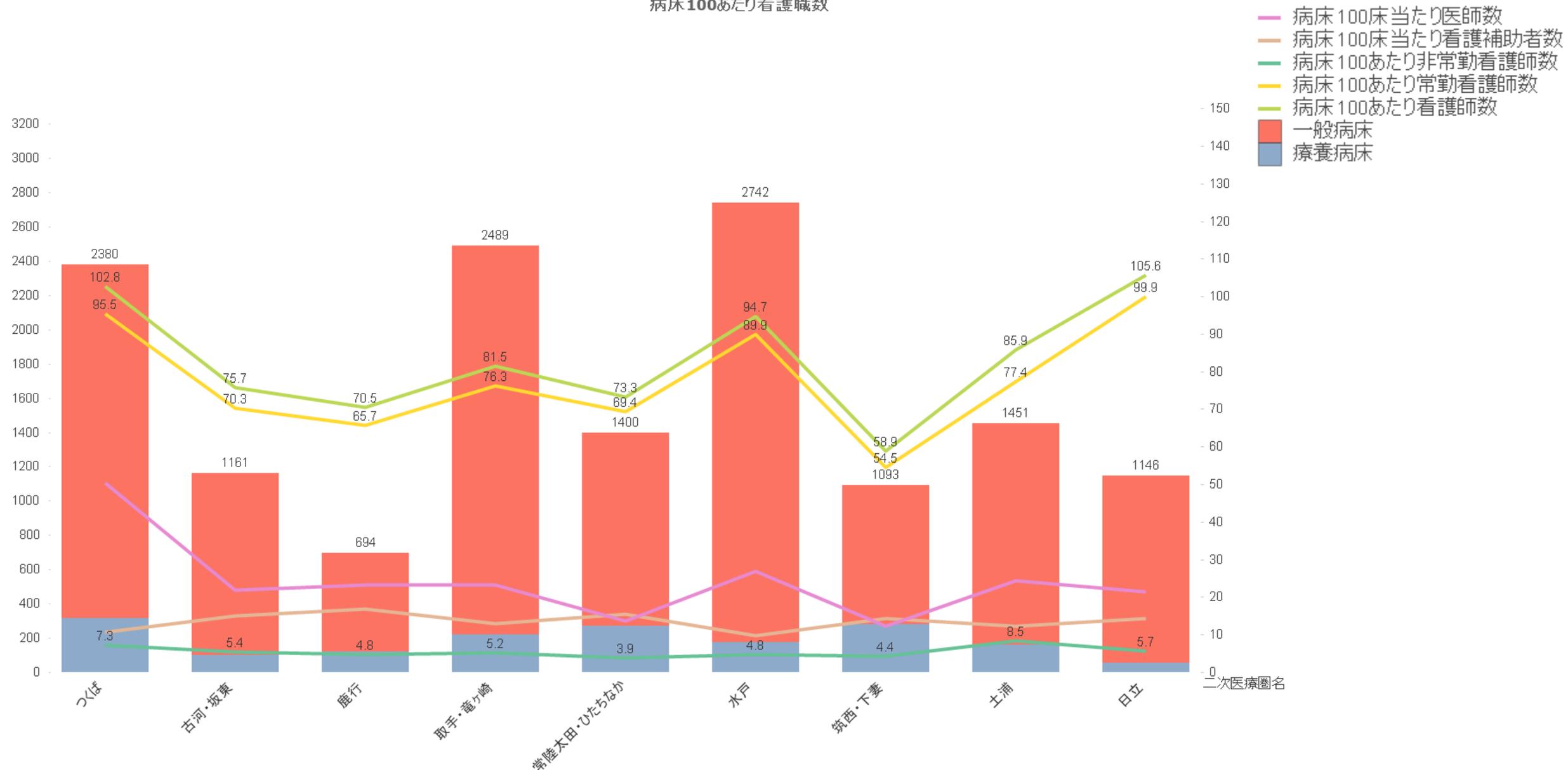
救急の状況 取手・竜ヶ崎医療圏 R5 救急告示病院



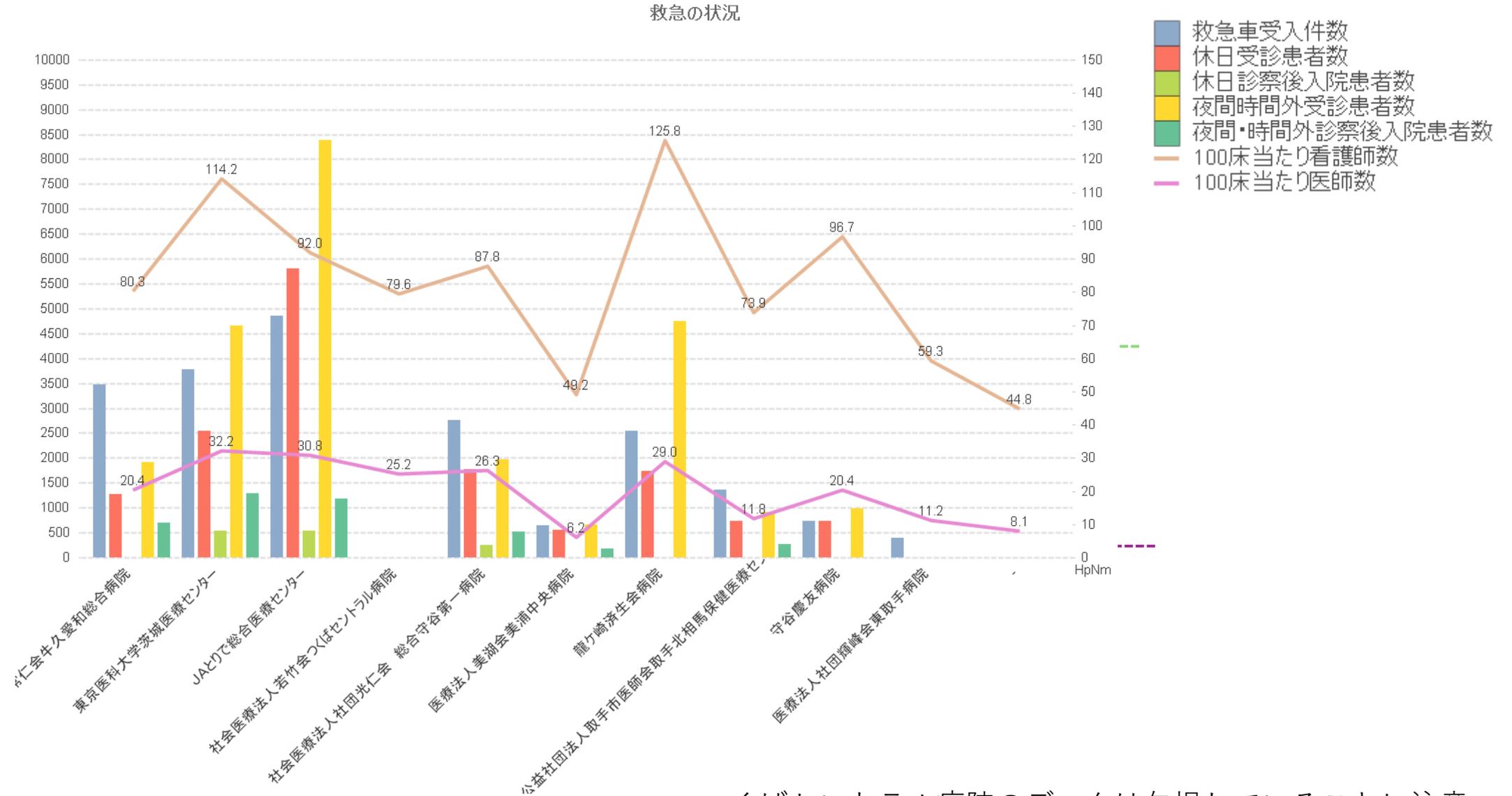
つくばセントラル病院のデータは欠損していることに注意

医師・看護師の状況 二次医療圏別 R5

病床100あたり看護職数



救急の状況 取手・竜ヶ崎医療圏 R5 医師看護師の状況 救急告示病院



つくばセントラル病院のデータは欠損していることに注意

救急の状況 取手龍ヶ崎医療圏 R5 諸指標 救急告示病院

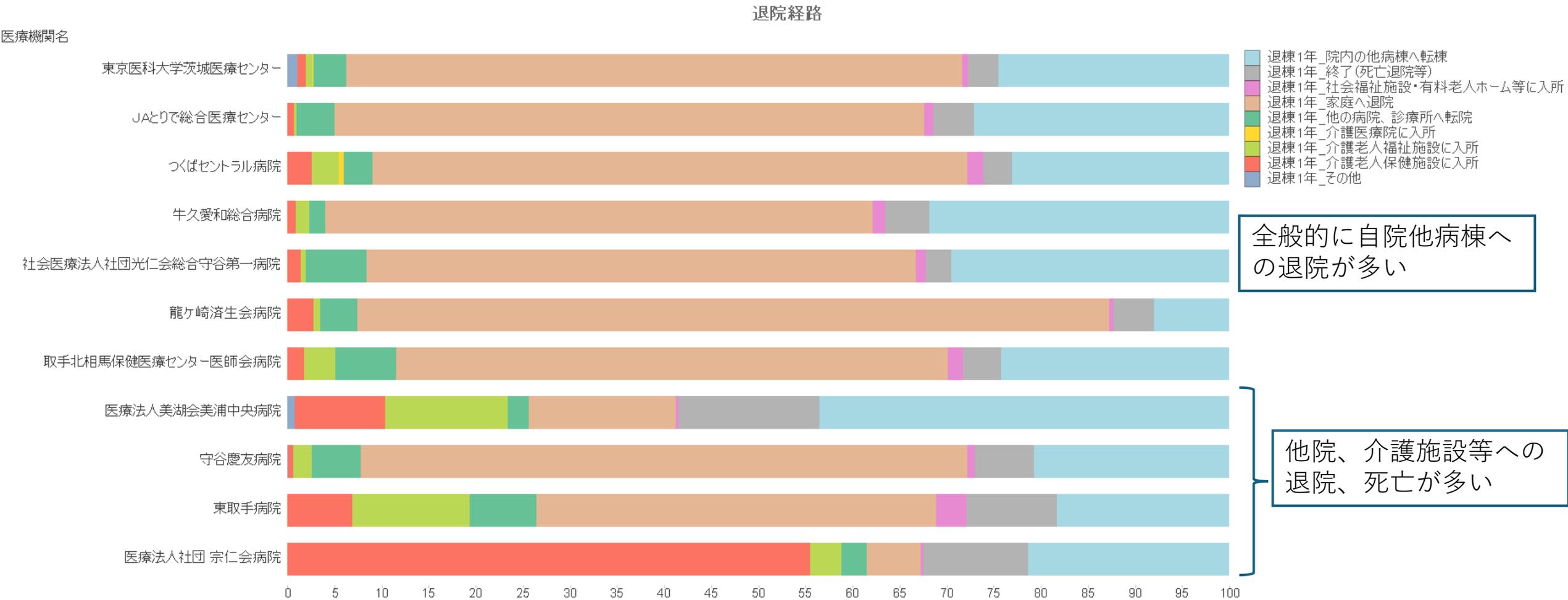
HpNm	100床当たり救急車の受入件数	100床当たり夜間時間外受診患者数	100床当たり夜間受診後入院患者数	100床当たり休日受診患者数	100床当たり休日受診後直入院患者数	常勤医比率	100床当たり医師数	100床当たり看護師数	医師1人当たり夜間時間外受診患者数	医師1人当たり夜間時間外受診患者数	医師1人当たり夜間時間外受診患者数	夜間時間外受診後入院患者割合	休日受診後入院患者割合
	825	973	167	609	53	86.2	23.2	81.5	35.5	41.9	26.2	17.2	8.8
JAとりで 総合医療センター	1,325	2,291	321	1,586	147	90.3	30.8	89.3	43.0	74.3	51.4	14.0	9.3
東京医科大学茨城医療センター	961	1,181	329	644	136	96.9	32.2	112.9	29.9	36.7	20.0	27.9	21.1
医療法人社団常仁会牛久愛和総合病院	804	444	163	293	0	83.8	20.4	74.4	39.4	21.8	14.3	36.8	0.0
社会医療法人社団光仁会 総合守谷第一病院	1,457	1,041	276	937	136	82.3	26.3	79.6	55.3	39.5	35.5	26.5	14.5
龍ヶ崎済生会病院	1,584	2,948	0	1,076	0	85.7	29.0	125.8	54.6	101.6	37.1	0.0	0.0
公益社団法人取手市医師会取手北相馬保健医療センター-医...	857	573	174	468	0	85.6	11.8	63.3	72.4	48.4	39.6	30.4	0.0
守谷慶友病院	486	653	0	493	0	75.2	20.4	85.0	23.8	32.0	24.2	0.0	0.0
医療法人美湖会美浦中央病院	351	356	99	301	0	60.9	6.2	30.8	56.7	57.7	48.6	27.8	0.0
医療法人社団輝峰会東取手病院	515	0	0	0	0	59.5	11.2	52.1	46.0	0.0	0.0	-	-
社会医療法人若竹会つくばセントラル病院	0	0	0	0	0	81.1	25.2	75.2	0.0	0.0	0.0	-	-

東取手病院、つくばセントラル病院のデータは欠損していることに注意

入院経路 取手・竜ヶ崎医療圏 高度急性期・急性期R5



退院経路 取手・竜ヶ崎医療圏 R5 高度急性期・急性期





● ACSC (Ambulatory Care-Sensitive Conditions)

- ACSCによる入院の割合はその地域の救急医療需要やプライマリ・ケアの効果を評価する指標の一つとして、さまざまな国で用いられている (日本の報告は少ない)

Definition of ACSCs (Bardsley M, et al. BMJ Open 2013 より)

Acute ACSC

Cellulitis	蜂窩織炎	L03, L04, L08, L88, L980, L983
Dehydration	脱水	E86
Dental conditions	歯科関連	A690, K02-06, K08, K098, K099, K12, K13
Ear, nose and throat infections	耳鼻咽喉科関連	H66, H67, J02, J03, J06, J312
Gangrene	壊疽	R02
Gastroenteritis	胃腸炎	K522, K528, K529
Nutritional deficiencies	栄養不良	E40-43, E55, E643
Pelvic inflammatory disease	骨盤内炎症性疾患	N70, N73, N74
Perforated/bleeding ulcer	穿孔性/出血性潰瘍	K250-252, K254-256, K260-262, K264-266, K270-272, K274-276, K280-282, K284-286
UTI/Pyelonephritis	尿路感染症	N10, N11, N12, N136, N390

Chronic ACSC

Angina	狭心症	I20, I240, I248, I249
Asthma	喘息	J45, J46
Chronic obstructive pulmonary disease	慢性閉塞性肺疾患	J20, J41-44, J47
Congestive heart failure	うっ血性心不全	I110, I50, J81
Convulsions and epilepsy	痙攣・てんかん	G40, G41, O15, R56
Diabetes complications	糖尿病合併症	E100-108, E110-118, E120-128, E130-138, E140-148
Hypertension	高血圧	I10, I119
Iron deficiency anaemia	鉄欠乏性貧血	D501, D508, D509

Vaccine preventable ACSC

Influenza	インフルエンザ	J10, J11
Pneumonia	肺炎	J13, J14, J153, J154, J157, J159, J168, J181, J188
Tuberculosis	結核	A15, A16, A19
Other vaccine preventable※	他のワクチンにより予防可能な疾患※	A35-37, A80, B05, B06, B161, B169, B180, B181, B26, G000, M014

※Other vaccine preventable

A35	破傷風
A36	ジフテリア
A37	百日咳
A80	ポリオ
B05	麻疹
B06	風疹
B161	急性B型肝炎
B169	急性B型肝炎
B180	慢性B型肝炎
B181	慢性B型肝炎
B26	ムンプス
G000	インフルエンザ菌性髄膜炎
M014	風疹性関節炎

）参考文献情報***

資料： 松岡佳孝（済生会熊本病院）



- 令和6年度介護報酬改定における、①高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化、②協力医療機関との連携強化にかかる主な見直し内容

高齢者施設等

【特養・老健・介護医療院・特定施設・認知症グループホーム】



① 高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化

■ 医療提供等にかかる評価の見直しを実施

<主な見直し>

- ・ 配置医師緊急時対応加算の見直し
【(地域密着型)介護老人福祉施設】
日中の配置医の駆けつけ対応を評価
- ・ 所定疾患施設療養費の見直し
【介護老人保健施設】
慢性心不全が増悪した場合を追加
- ・ 入居継続支援加算の見直し
【(地域密着型)特定施設入居者生活介護】
評価の対象となる医療的ケアに医療ケアニール留置

- ・ この制度が効果的に機能するためには函館のようなICTを活用した連携体制があることが必要。
- ・ またその連携は顔の見える関係を前提に作られていることが不可欠。

② 高齢者施設等と医療機関の連携強化

■ 実効性のある連携の構築に向けた運営基準・評価の見直し等を実施

(1) 平時からの連携

- ・ 利用者の病状急変時等における対応の年1回以上の確認の義務化（運営基準）
- ・ 定期的な会議の実施に係る評価の新設

(2) 急変時の電話相談・診療の求め

(3) 相談対応・医療提供

- ・ 相談対応を行う体制、診療を行う体制を常時確保する協力医療機関を定めることの義務化*1（運営基準）

(4) 入院調整

- ・ 入院を要する場合に原則受け入れる体制を確保した協力病院を定めることの義務化*2（運営基準）
- ・ 入院時の生活支援上の留意点等の情報提供に係る評価の新設

(5) 早期退院

- ・ 退院が可能となった場合の速やかな受入れの努力義務化（運営基準）

在宅医療を支援する地域の医療機関等

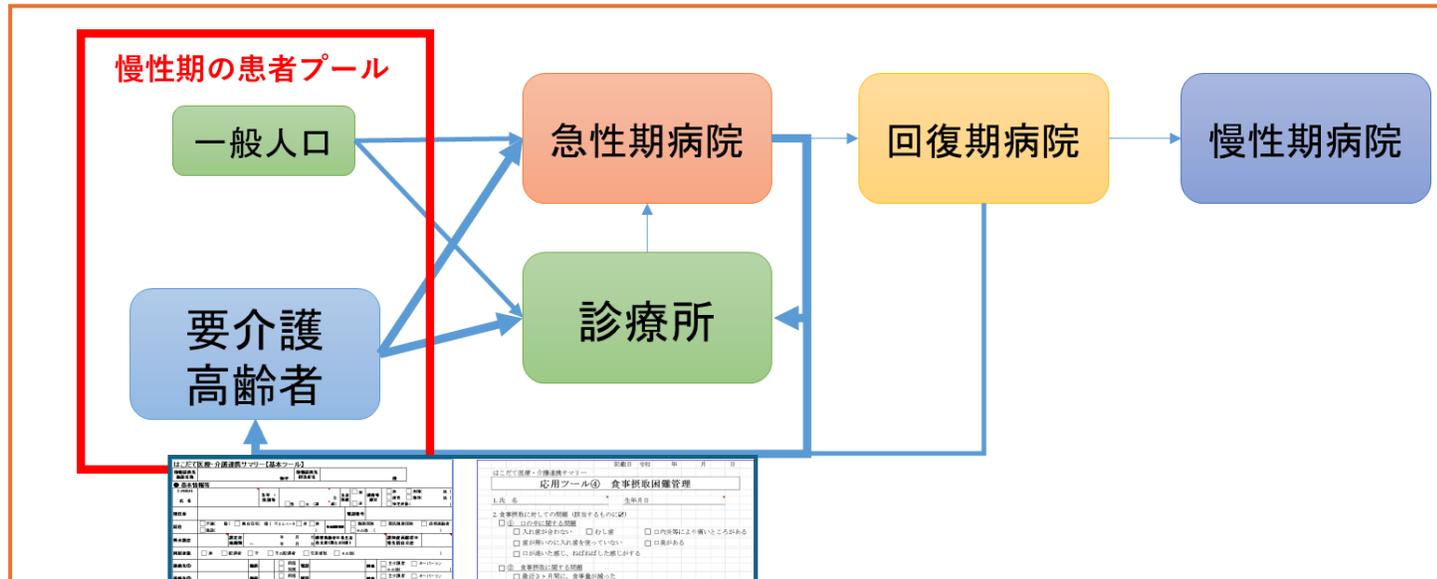


- ・ 在宅療養支援診療所
- ・ 在宅療養支援病院
- ・ 在宅療養後方支援病院
- ・ 地域包括ケア病棟を持つ病院

等を想定



地域レベルのRapid Response Systemが必要になっているのではないか？



地域版RRSを構築することが医療資源に制限のある地域では必要ではないのか？

Two screenshots of Japanese medical forms. The left one is a 'はこだて医療・介護連携サマリー' (Hakodate Medical and Nursing Collaboration Summary) form, and the right one is an '食事摂取困難管理' (Management of Difficulties in Food Intake) form. Both forms contain detailed checkboxes and text for recording patient status and care plans.

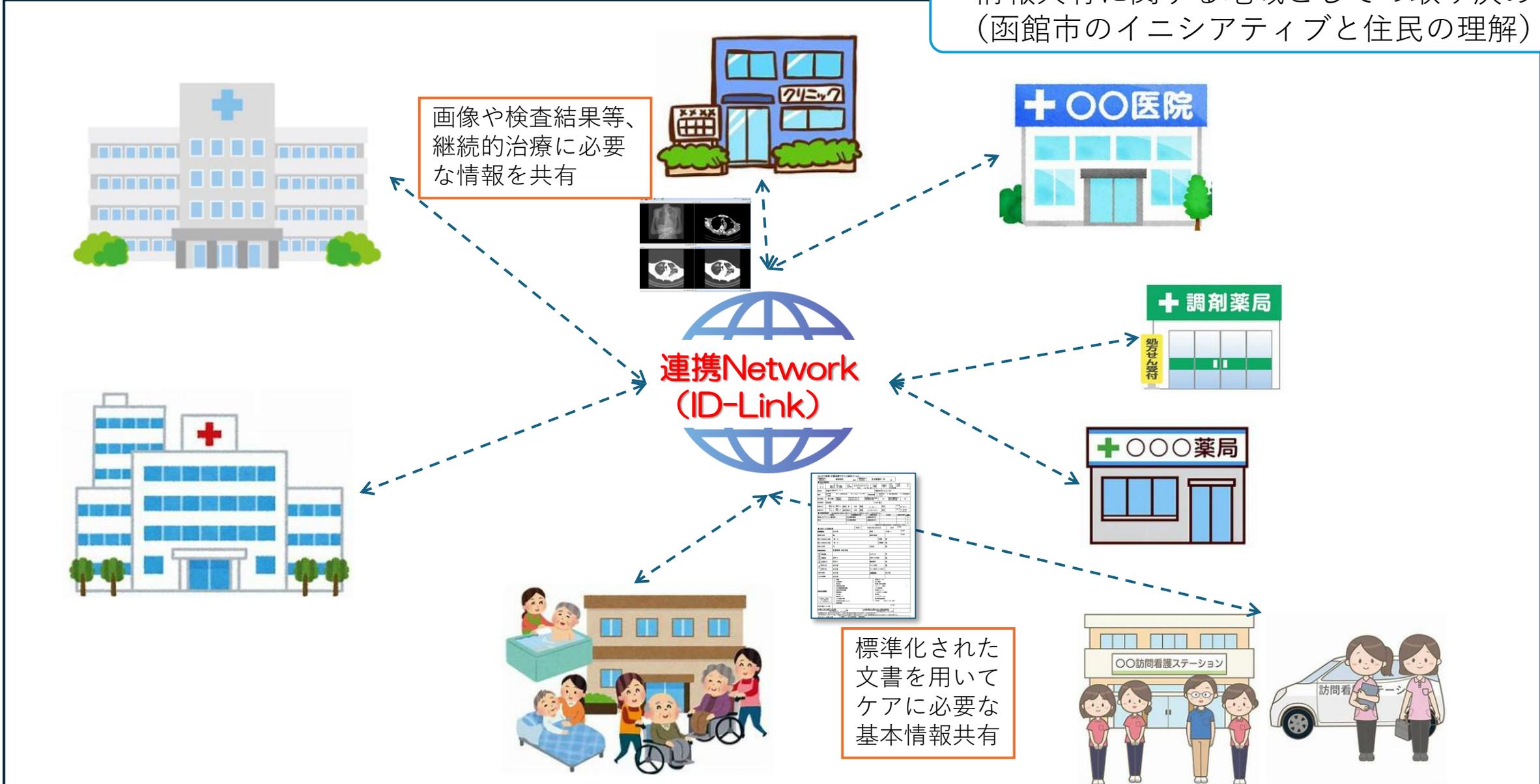
はこだて医療・介護連携サマリーを前方連携に活用することで症状が悪化する前の在宅支援病院での治療が可能になり（地域レベルRRS）、高齢者救急の負荷を軽減することが可能になる。



重症化する前に治療することで在院日数を短縮できる。

道南Medlka (ID-Link活用した連携システム)の概要

情報共有に関する地域としての取り決め
(函館市のイニシアティブと住民の理解)



病院管理指標 取手・竜ヶ崎医療圏 R5 高度急性期・急性期

医療機関名	一般病床数	療養病床数	在棟患者延 べ数_年間	新規入棟 患者数_...	病床稼働率	平均在院日 数
	1,819	0	552,327	49,947	83.2	11.0
東京医科大学茨城医療センター	355	0	109,416	10,261	84.4	10.6
JAとりで総合医療センター	321	0	100,837	9,572	86.1	10.3
牛久愛和総合病院	288	0	85,660	6,561	81.5	13.4
つくばセントラル病院	203	0	65,730	6,514	88.7	10.2
社会医療法人社団光仁会総合守谷第一病院	189	0	57,629	6,156	83.5	9.4
龍ヶ崎済生会病院	161	0	45,452	4,730	77.3	9.6
取手北相馬保健医療センター医師会病院	95	0	24,480	1,874	70.6	12.8
医療法人美湖会美浦中央病院	60	0	20,501	1,540	93.6	13.3
守谷慶友病院	46	0	14,722	1,304	87.7	11.3
東取手病院	75	0	20,761	1,101	75.8	18.9
医療法人社団 宗仁会病院	26	0	7,139	334	75.2	21.4

病床稼働率は83.2%で若干過剰気味ではある。

なお、患者数は各機能区分の病棟への入棟者数の合算になっているため、1入院で見たときには重複があることに注意。

取手・竜ヶ崎医療圏の地区診断

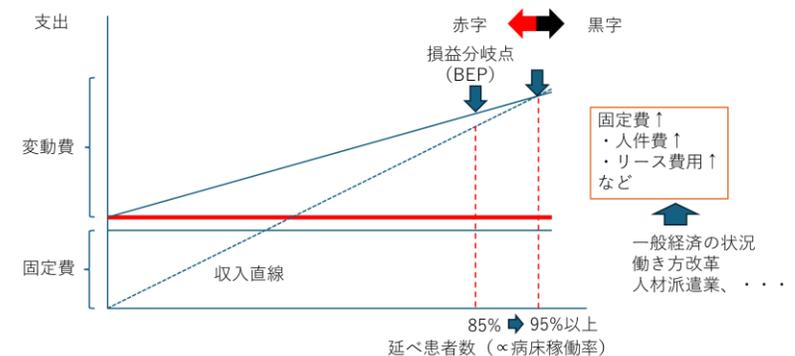
- 人口は2015年以降減少。その主たる原因は高齢者の死亡の増加と凶者の流出
- 今後、高齢者の進行に伴い介護需要が2040年まで増加し、その後徐々に減少する。施設介護を必要とする状態像の者が相対的に多い。
- 医療SCRをみると一般病棟入院は全国並み。地ケア病棟入院は全国より多いが、有床診療所入院、療養病棟入院、回りハ病棟入院は全国より少ない。外来も全国よりも若干提供量が少ない。
- 在宅医療関連では往診、訪問診療、訪問看護指示は全国より少ない。
- 介護SCRをみると、施設介護は全国なみの利用率であるが、その他の介護保険サービスはいずれも全国より利用率が少ない。
- Type A病院は東京医科大学茨城医療センター、JA取手総合医療センター、龍ヶ崎済生会病院、牛久愛和総合病院、総合守谷第一病院で、その他はType B病院としての機能となっている。ただし、地域の高齢化が進行しているため、Type A病院も肺炎や誤嚥性肺炎、尿路感染症といった高齢者救急の患者を多く受けている。Type A病院の機能はMDCの状況も含めて類似している。
- 地域全体の高度急性期・急性期の病床数は過剰である可能性が高い。

取手・竜ヶ崎医療圏の課題

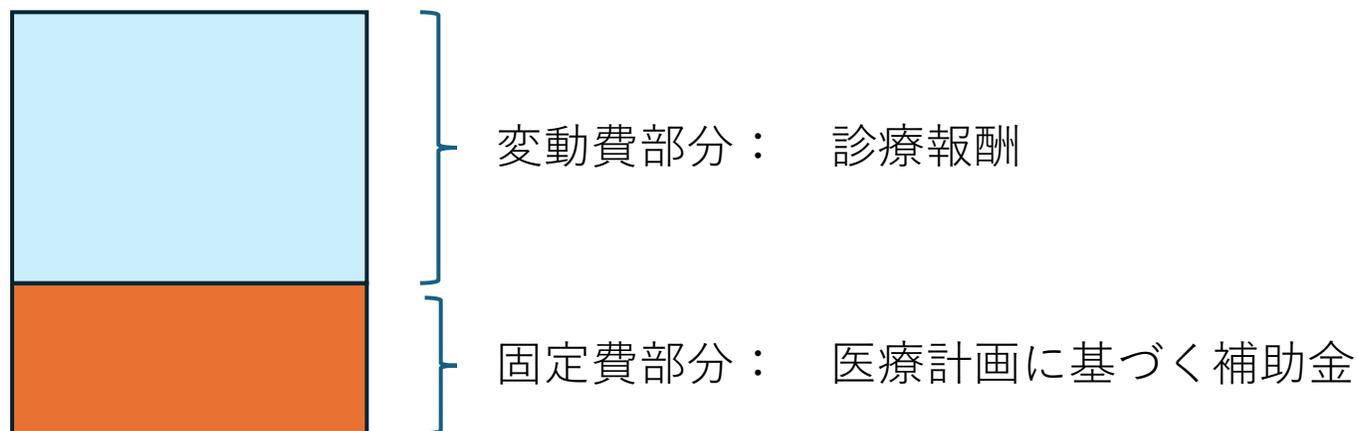
- 慢性期の患者が増加するが、療養病床と施設介護の提供量に制約がある。外来医療の機能が比較的維持されていることから、地域全体として訪問診療を増やすことが必要ではないか。その場合、Type B病院における在宅医療支援機能を強化する必要がある。
- 高度急性期・急性期の病床稼働率をみると、地域全体としてダウンサイジングが必要である。ただし、今後訪問診療の提供量を増加させる必要があることを踏まえると、Type Bの役割を担う包括期の病床への転換が必要であると考えられる。
- 地域経済の状況を考えると、介護保険料を大幅に増やすことは困難であり、したがって療養病床と施設介護の維持する一方で、地域ニーズの変化に対応しながらダウンサイジングした病床の介護施設や居住施設への転換を検討すべきではないか。
- 介護施設の医療を日常的に支援する病院の役割が重要になるのではないか。また、在宅医療を支える病院（在支病）の役割が重要ではないか。

固定費の増大にどう対応するのか？

- **第一義的には適切な診療報酬**
- **物価変動に対応できる診療報酬制度**
- 人材紹介業の規制
- 固定費部分と変動費部分との分離



ドイツの二重財源方式



* : フランスも同様の財源方式

フランスの協定価格
・ 1点当たり単価の毎年の更新

施設側としては人員基準の見直しや
機器の共同利用、マネジメントの共同化
による固定費の軽減も必要ではないか？

地域医療連携推進法人の先駆事例



経営上の効果からの検証
プロセスの検証

共同集患
人的資源の融通
共同購入
地域フォーミュラリー

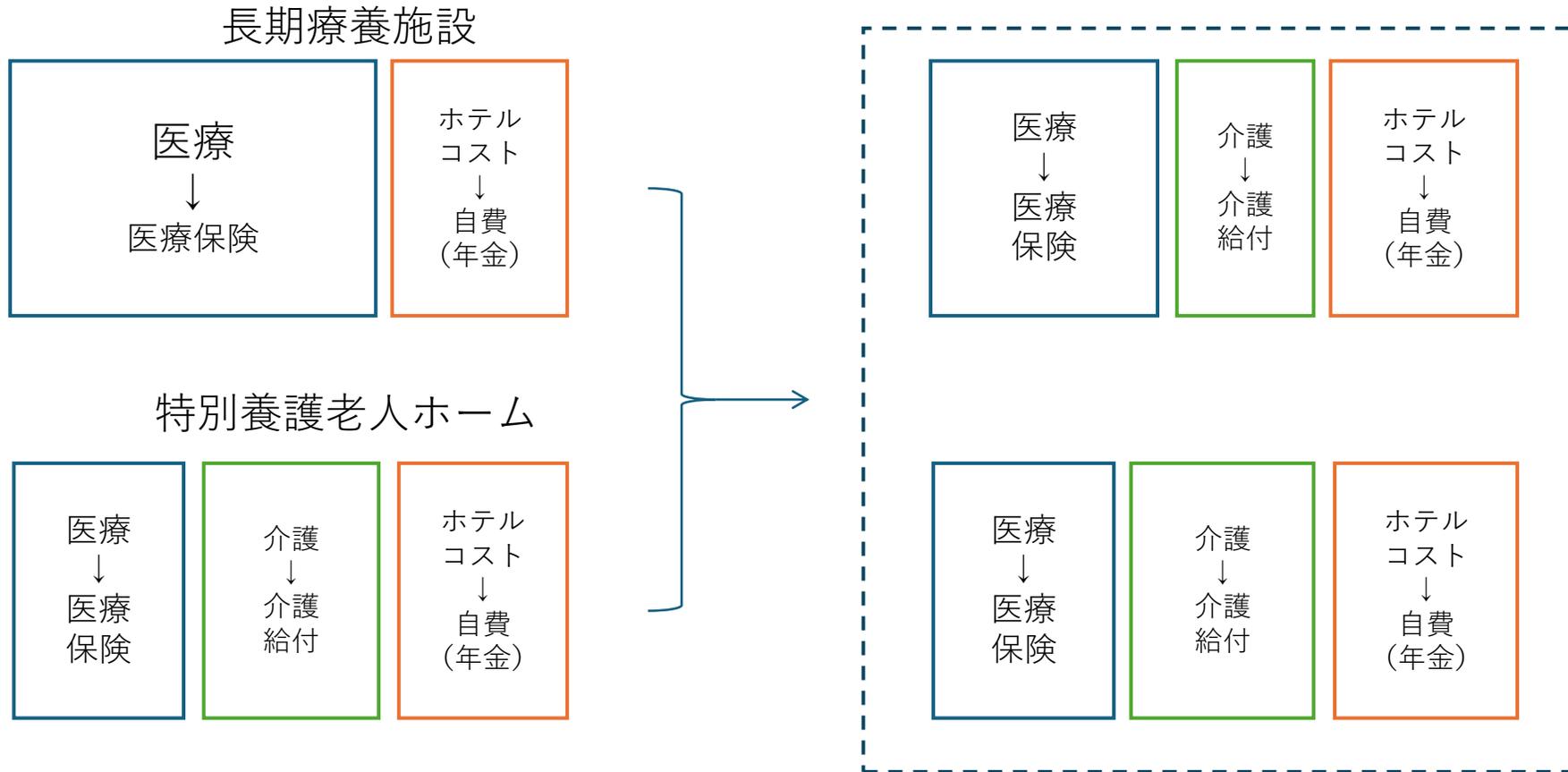
地域住民の安心感

職員のキャリア形成

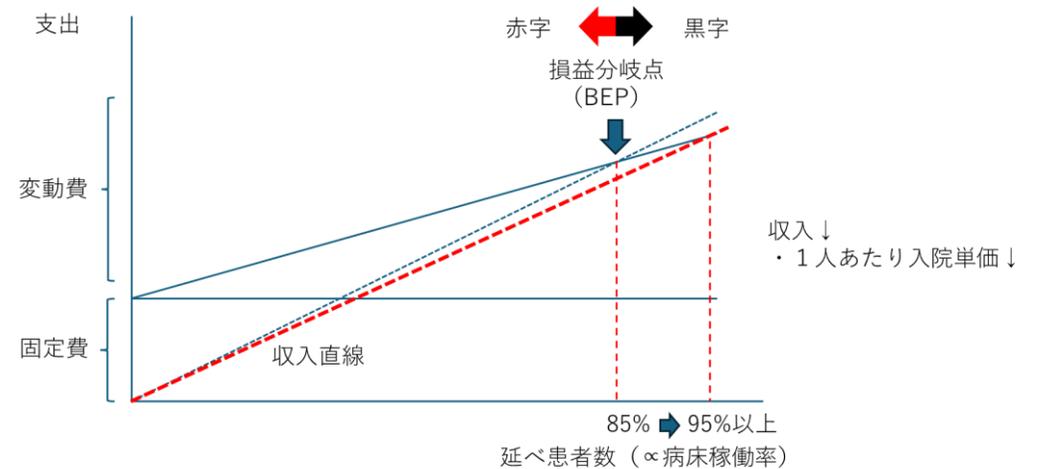
要介護高齢者居住施設

(EHPAD: Etablissement d'hebergement pour les personnes agees dependant)

として一本化



単価の減少にどう対応するのか？



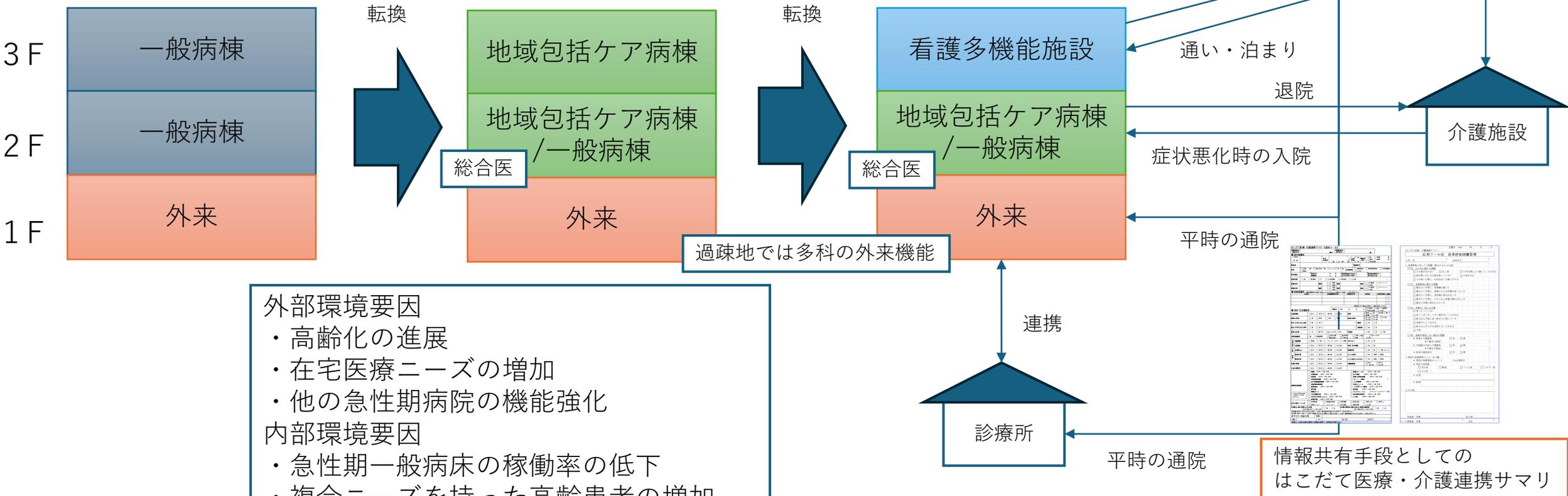
- 病院機能と地域の需要との間にギャップは無いかな？
- 典型的な急性期の減少→急性期以後のニーズが拡大しているにもかかわらず、それに対応できていないのではないかな？→過去10年間の自院の傷病構造の検証
- 厚生労働省が設定している政策誘導的な診療報酬に対応できているかな？
 - 例えば、連携に関する種々の加算 岩手県立磐井病院では、クリニカルパスにとるべき加算が明記されている（佐藤院長の言葉「とるべき加算をとっていないのは、経営を放棄しているのと同じ」）

地区診断と自施設のポジショニング再検討結果に基づいて回復期の病院になることを選択

在宅では
D to P with N
が広がる。

釧路協立病院の転換事例
(連携サマリの活用は演者の希望です！)

筆者が考える
在支病の理想形



奈井江町立国民健康保険病院の試み

健康・福祉・医療

- 障がい者福祉
- 高齢者支援
- 高齢者のイベント
- 成人の方の健康
- 予防接種

奈井江町立国民健康保険病院

- 各種病院情報
- 夜間・休日の当番医
- サービス付高齢者向け住宅「あんしん」（奈井江町立国民健康保険病院内）

トップページ > 暮らしの情報 > 健康・福祉・医療 > 奈井江町立国民健康保険病院

奈井江町立国民健康保険病院



施設概要

診療科目

入退院する時

病院の利用料

共同利用型病院の特色

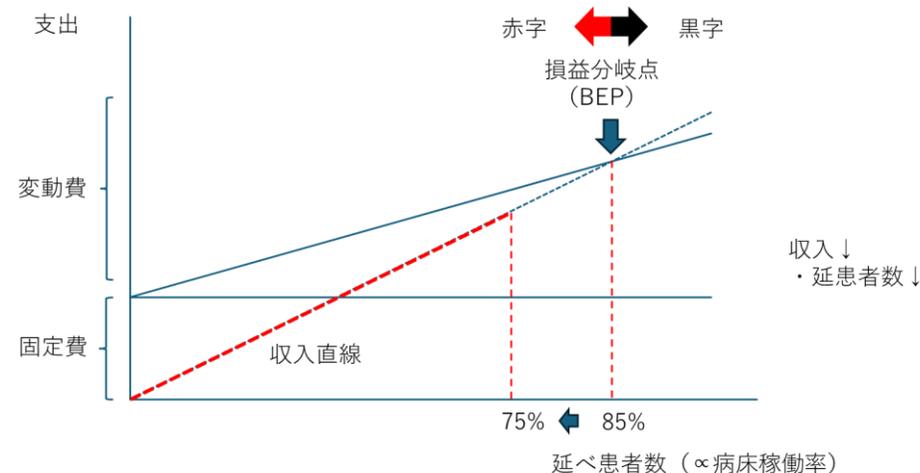
訪問看護サービス



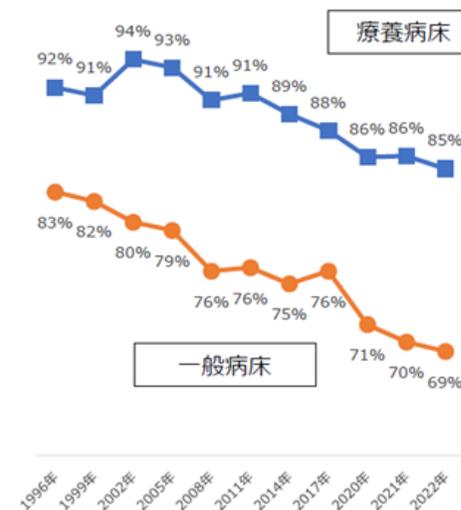
- 平成28年度に病棟再編： 96床（一般46床・医療療養20床・介護療養30床）から50床（一般18床・医療療養32床・介護療養病床廃止）
- 平成30年度： 医療療養型 50床（入院基本料2、うち開放型病床12床）
- 平成28年： 2階部分のみを療養病床として残し、3階はサービス付高齢者住宅（16部屋）に転換

患者の減少にどう対応するのか？

- 自院がある地域の特性はどうか？
 - どの部分の患者減少が生じているのか？急性期、急性期以後及びその両方
- 自院のターゲットとする患者群のボリュームが減少しているのであれば、
 - ダウンサイジング
 - 機能転換（ケアミックス化）などを考えるべき
- トータルとして大きな患者減少が生じていないにも関わらず、自院の患者減少が生じているとすれば、その原因は何なのか？
 - 医療機能付きのサービス付き高齢者住宅等に患者を奪われていないか？



病床利用率の推移



先端医療から福祉まで「生きる」を応援します。

けいじゅヘルスケアシステムは、能登半島で先端医療から福祉までを担うグループとして80年歩んでまいりました。総合病院を核として「どんな時も急患を断らない」ことに誇りを持ち、チーム医療により最適な診断をし、最短で治療を受けられる体制を整えています。尊い命を守る技術力・設備に加え、ITによる情報共有(1患者1ID)により急性期から介護・福祉まで途切れることなくヒューマンサービスを提供します。

社会医療法人財団
董仙会

恵寿総合病院 (426床)

- 外科
- 消化器外科
- 乳腺外科
- 内科
- 消化器内科
- 心臓血管外科
- 循環器内科
- 脳神経外科
- 神経内科
- 整形外科
- 呼吸器外科
- 形成外科
- 美容外科
- 産婦人科
- 家庭医療科
- 緩和医療科
- 小児科
- 耳鼻咽喉科
- 泌尿器科
- 麻酔科
- 皮膚科
- リハビリテーション科
- 放射線科
- PET-CT・リニアックセンター
- 健康管理センター
- 眼科



恵寿金沢病院 (109床)

- 内科
- 血液内科
- 呼吸器内科
- 外科
- 胃腸・消化器外科
- 整形外科
- 眼科
- 耳鼻咽喉科
- リウマチ科
- リハビリテーション科

クリニック

- 崎ヶ丘クリニック
- 鳥屋診療所
- 田鶴浜診療所
- 恵寿ローレルクリニック (西能)



介護老人保健施設

- 和光苑 (150床)
- 鶴友苑 (50床)
- 介護医療院
- 恵寿崎ヶ丘 (143床)



**小規模多機能型
居宅介護施設**

- けいじゅ一本杉
- 恵寿みおや



セントラルキッチン

- けいじゅアピカサブライセンター



介護老人福祉施設

- エレガントなぎの浦 (92床)
- エレガントたつるはま (25床)

ケアハウス

- アンジェリイなぎの浦 (30床)
- ローレルハイツ恵寿 (西能)



デイサービスセンター

- ほのぼの(在宅複合施設) (30床)
- いこい
- もみの木苑
- ふれあいの里



けいじゅサービスセンター

- 恵寿居宅介護支援事業所けいじゅ
- 医療福祉ショップ めぐみ

健康増進センター

- アスロン



障がい者支援施設

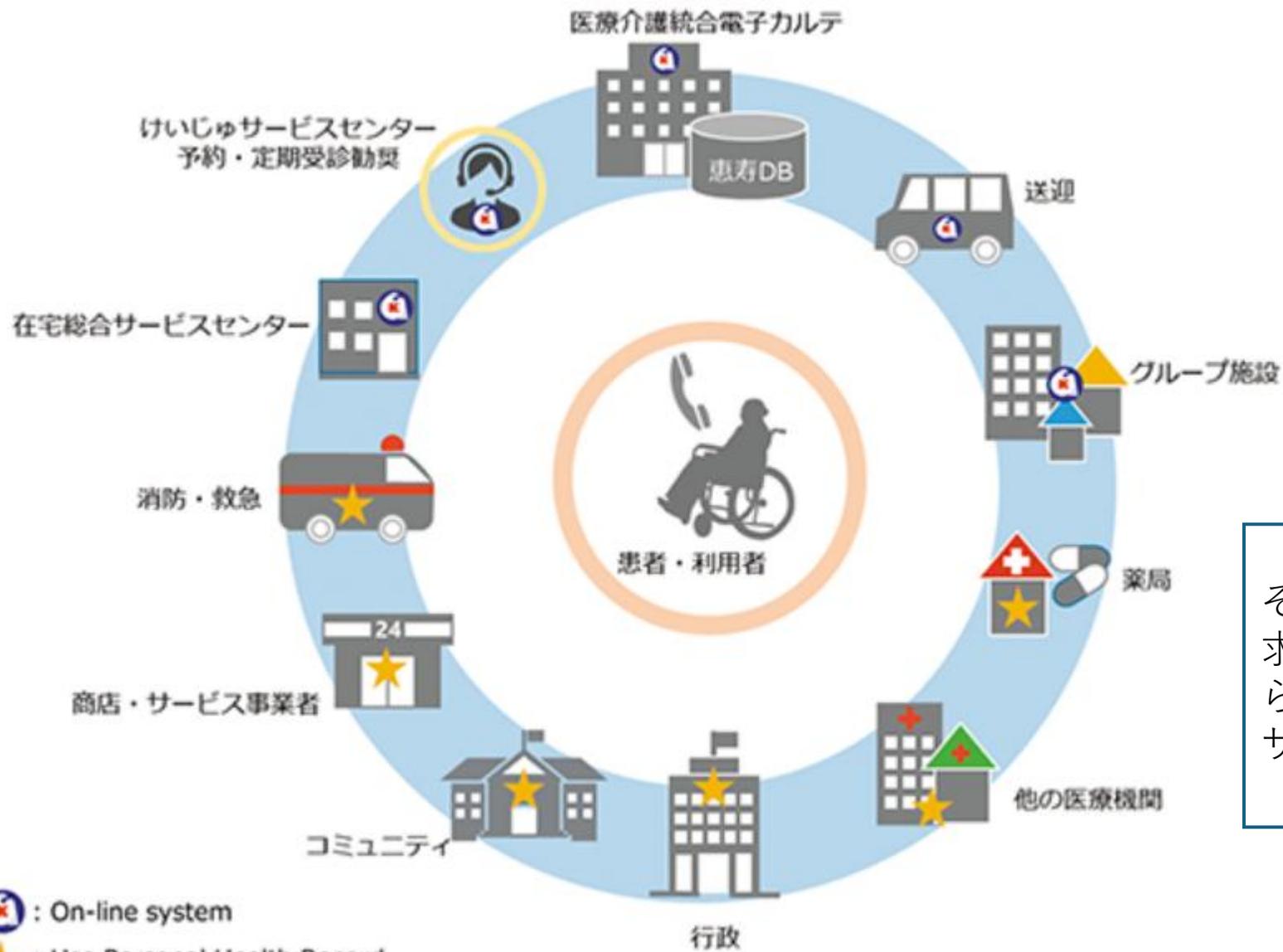
- 青山彩光苑リハビリテーションセンター(23床)
- 青山彩光苑ライフサポートセンター(80床)
- 青山彩光苑エレナ青山(20戸)
- 青山彩光苑水ライフサポートセンター(50床)
- 自立ホームけいじゅ(グループホーム、相談支援キララ、ヘルパーステーション)
- さいごうえんの障害者生活支援センター
- さいごうえん障害者就業・生活支援センター
- 石川康積学園(130床)
- 青山彩光苑ワークセンター田鶴浜



高齢者複合施設 ローレルハイツ恵寿 (99床)

- 1F: 恵寿ローレルクリニック (家庭医療科・血液浄化センター)
- 2F: 特定ケアハウス (30床)
- 3F: 一般ケアハウス (20床)・ヘルパーステーション
- 4F: サービス付き高齢者向け住宅 (29戸)
- 5F: サービス付き高齢者向け住宅 (20戸)

社会福祉法人
徳充会

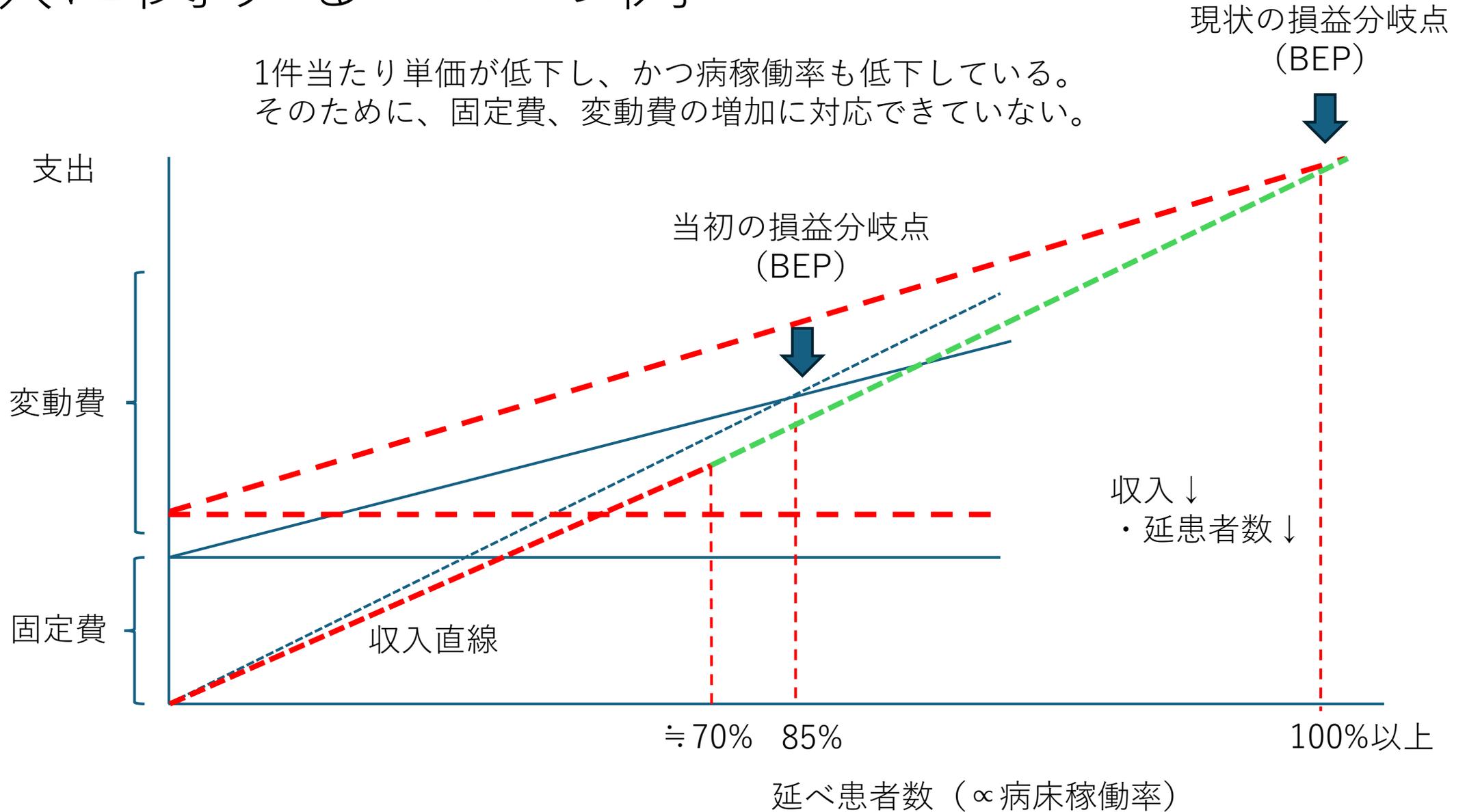


「入院の前後には患者の生活がある。その生活に医療者は配慮することを求められている。そして、経営面から考えれば、それはあらたな社会サービスの創造につながる」
 (神野正博)

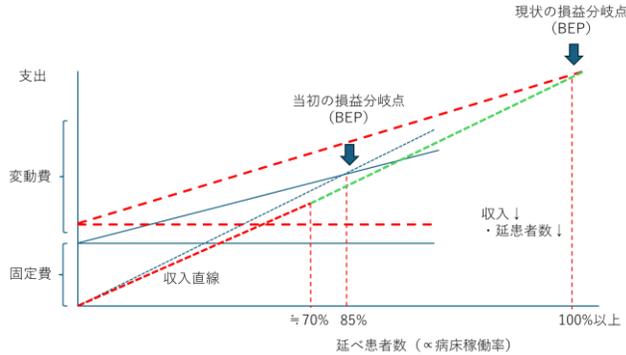
資料：神野正博
 (2020)

現状に関する一つの例

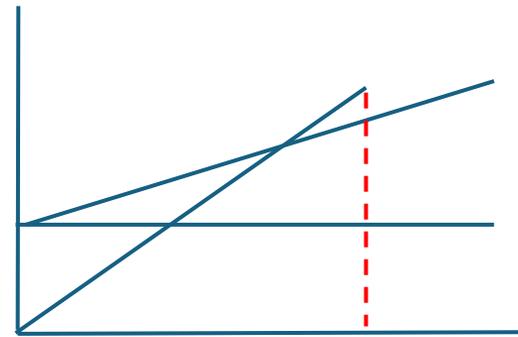
1件当たり単価が低下し、かつ病稼働率も低下している。
そのために、固定費、変動費の増加に対応できていない。



地域レベル・法人レベルでのケアミックス化



ダウンサイジングによる
急性期機能の絞り込み



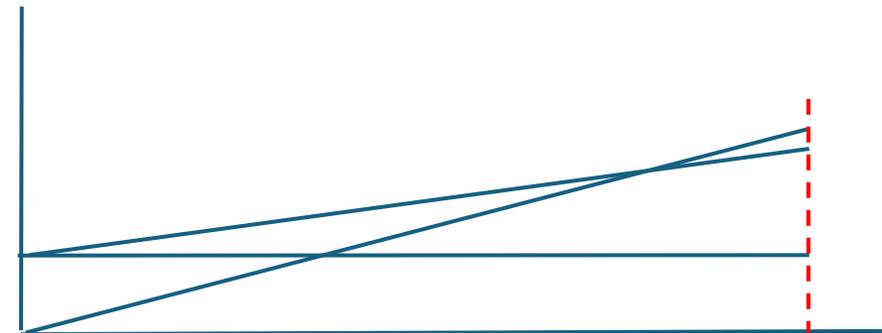
固定費 ↓
入院単価 ↑
延べ患者数 ↓

このような機能分化とケアミックス化を
アライアンス（共同集患）で行うのか？
（済生会熊本モデル）

複合化で行うのか？
（恵寿総合病院モデル
釧路協同病院モデル
奈井江国保病院モデル）

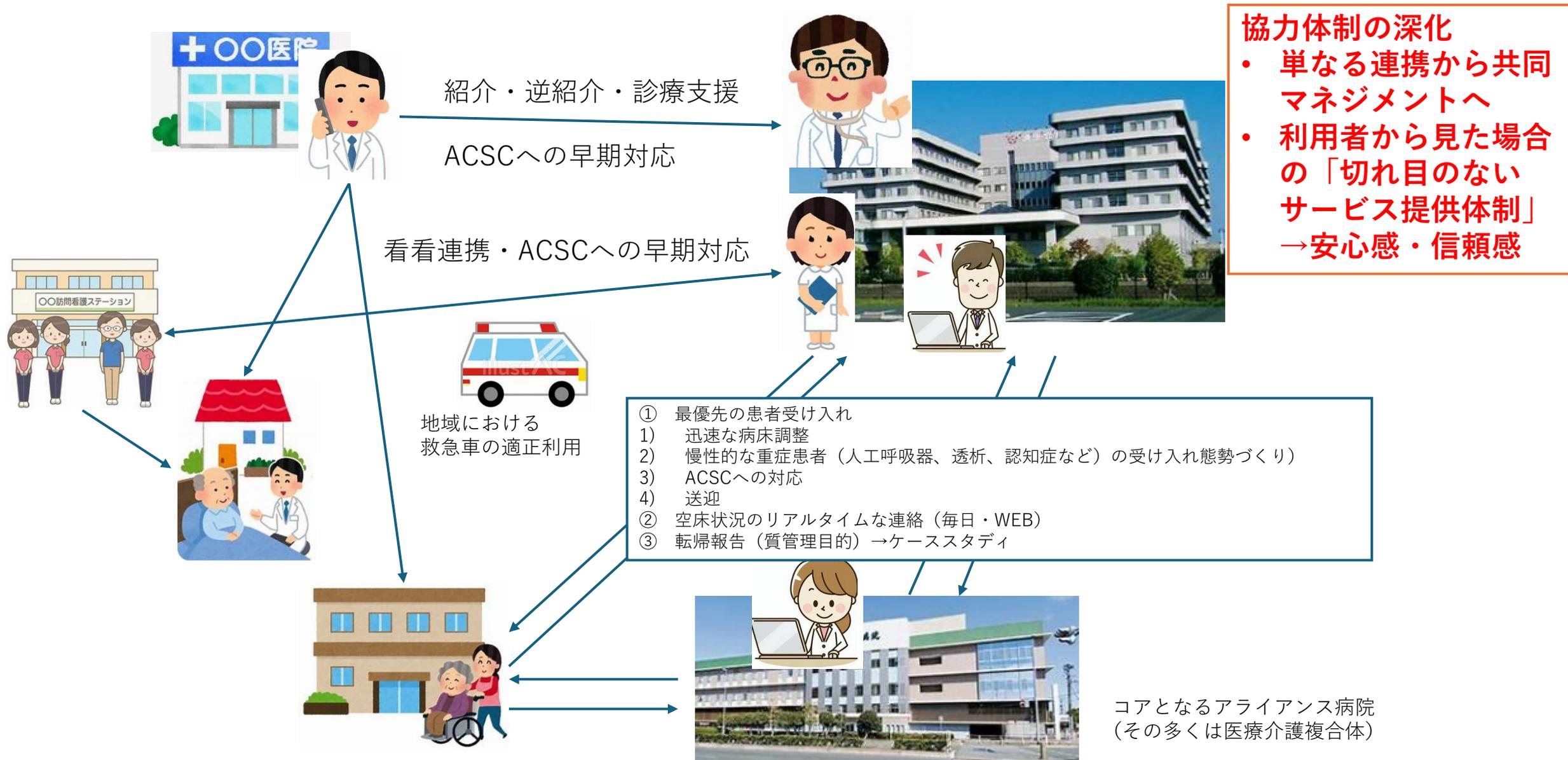
このような体制づくりに対する適切な財政措置が必要
医療介護総合確保基金
その他の補助金

ケアミックス化（急性期以後の機能の付与）による
地域ニーズ増への対応



固定費 ↓
変動費 ↓
入院単価 ↓
延べ患者数 ↑

済生会熊本病院を中核としたアライアンスの概要



ACSC : Ambulatory care-sensitive conditions

済生会熊本病院が連携先病院との協議に使う資料の例

貴院の転院調整に関するデータの年度推移

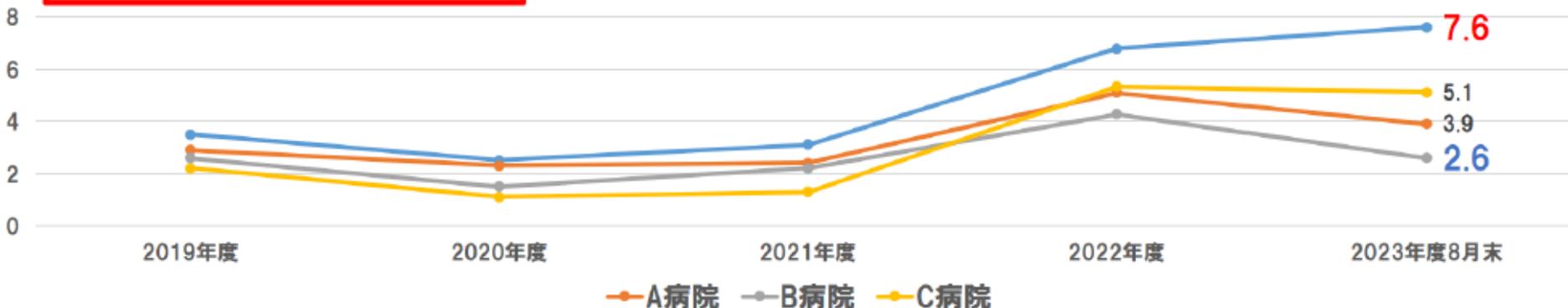
2023年度8月時点

(単位:日)

年度	転院件数	当院の在院日数	内部データ			外部データ	
			入院日から 転院依頼日まで	転院依頼日から 転院目安日まで	転院目安日からの誤差	転院依頼日から 転院返答日まで	転院依頼日から 転院日まで
2019年度	323	20.5	12.3	4.2	3.2	-	7.4
2020年度	259	17.9	10.7	4.1	2.5	-	6.6
2021年度	317	21.0	11.9	4.8	3.1	3.5	8.2
2022年度	287	24.1	12.0	4.4	6.8	5.2	11.0
2023年度(8月まで)	120	22.6	10.9	3.2	7.6	5.5	10.8

- ◆ 転院依頼日とは、●●病院への転院調整を開始した日
- ◆ 転院目安日とは、主治医が設定した最短の転院可能日
- ◆ 転院返答日とは、●●病院から転院日時に返答を頂いた日

SACS4における転院目安日からの誤差



転院調整期間は延長傾向。

但し、他施設がお断りされるような難渋症例を受け入れて頂いている背景がある。

適切な診療報酬を実現するためには

- 財源の確保が必要
 - 保険料の算定対象となる所得範囲の見直し（フランスのJuppé改革ではすべての収入に対する一般福祉税が導入された：現在は9.2%）
 - 事業者負担の適正化。国際比較した時の、事業者の負担が日本は少ない。
 - 保険給付の範囲の見直し（給付対象の重点化）
- そのためには国民の理解が不可欠
 - 財務情報の透明化
 - 専門職としての医療職の処遇に関するコンセンサス
 - 医療の負担と給付範囲に関する国際比較情報の国民への提供
 - 正しい情報が必要 例えば、開業医の収入の単純な日仏比較は誤解を招く（労働時間、診療内容、年金制度、・・・などの違い）
 - 医療の質に関するデータの作成と開示（国際比較も含めて）

結語： 医療介護ニーズの変化に対応した提供体制の創造

- 地区診断の重要性
 - 自施設のある地域はどのような特性なのか。
 - その中で、自施設はどのようなポジショニングで、どのような機能を持つことを期待されているのか？
- 競争よりは協働が重要になっている
 - 済生会熊本病院が行っているような、医療（急性期から慢性期、入院から外来、在宅）と介護を網羅した共同集患戦略が必要になっている。
 - 新たな地域医療構想は、そのような協働体制を実現するための、重要な機会となる。

参考書

NDBデータ及び病床機能報告
データの活用方法を解説
(SCR及び病床機能報告)



地域医療構想のデータを
どう活用するか
医学書院 (2020年)

複合化の現状をデータに
基づいて説明



ビッグデータと事例で考える
日本の医療・介護の未来
勁草書房 (2021年)

演者の独善的な思いを説明



公衆衛生政策学の考え方:
DPC, 地域包括ケアを中心
に勁草書房 (2025年)