

# 現場の肌感覚で考える 地域医療構想とは

～地域医療構想っていらなくね？～

---

神奈川県地域医療構想アドバイザー

神奈川県医師会理事

小松 幹一郎

# 地域医療構想とは

---

- ・誤嚥性肺炎で入退院を繰り返している高齢者施設入所中の90代女性を
- ・腰椎圧迫骨折で痛みが強く老々介護の継続が不可能な80代男性を

どこで

誰が

どこまで

どのようにして

診るか？

を地域単位で考えること

# というかその前に、未曾有の経営危機

---

2040年に向けて高齢者救急を、在宅医療を、連携をといますが、、、  
そんなこと考える余裕はございません

県内の病院の約7割が、診療所の約3割が赤字経営です。

とくに医師の働き方改革の施行によって医師が多数勤務する  
高度基幹病院が増収減益な状態です。

15年後の事を考えるためには安定した医療機関運営が不可欠です。

適切な診療報酬改定 入院基本料アップ

緊急支援的な補助金

控除対象外消費税問題の抜本的な解決

人材紹介会社の紹介手数料上限規制

# 地域医療構想は命令ではございません せいぜい参考書(程度)です

---

今までも、これからも、地域医療構想は

国から言われた**通りにしなければいけない命令ではございません**

十分なヒト・モノ・カネの支援でもない限り

われわれ(**民間医療機関**)は**国や県に従う筋合いはない**

⇒じゃあ無視していい、ほっておけ、今まで通りで変えてなるものか！でいいのか？

⇒多くの病院が共喰い、共倒れしていく可能性あり

国や県が示したデータを参考にしながら、2040年に向けて

われわれが自主的にどのようにしていくかを地域単位で考える時代になってきた

# 地域医療構想が無かったら

---

- ・地域医療構想で自院が良くなったと実感している病院はごく少数
  - ・むしろわけのわからない地域医療構想調整会議に委員として参加して長い時間を費やしたと思うひと、一定数
  - ・いきなり行政から調整会議出ろって言われて出たら質問攻め、ダメだし連発で不愉快な思いをしたひと、一定数
- ⇒命令じゃないならいらなかったんじゃ・・・

地域医療構想が無かったら行政は勝手にもっと病床増やしてただろうし、  
近くの病院や地域の医師会と連携することもなかったかもしれぬ。  
知り合い増えたし、一定の意義はあったかも

# 地域医療構想の功と罪

最大の功 「**地域で協議する**」という場、文化が定着した事  
「地域で決定する」権限や財源はたいしてもっていない

最大の罪 ①**病床が大幅に不足**しているというベッド数の**誤解**  
②高齢者人口増⇒入院需要増と短絡的に考え  
算定式通りに**病床を整備しなければならない**という**誤解**を与えた

**現場の肌感覚がわかってない霞が関の机上の空論により**

**協議の場で、誤解に基づく不毛な議論に終始した**

# 調整会議の限界

---

- 法的拘束力はほぼ無い
- 財源がない
  - ⇒ 確信犯的に強制突破されると止めようがない
  - 外様、黒船に弱い ⇔ 地域医療抗争の勃発！？

県医師会は「県に地域医療構想の推進に資する  
為の十分な財源と自由裁量を任せる」ようR8年度  
医療介護総合確保基金のアイデア募集に応募しています

# 新しい地域医療構想 2040

---

入院・外来・在宅医療、介護との連携を含む提供体制全体を構想

誰が中心になって決める？エリアは？メンバーは？

医療DXの推進 電子カルテ オンライン診療 電子処方箋 医療NW

感覚的にはコスト10倍 利便性半分 基盤整備不十分

精神病棟の議論も追加 認知症高齢者の入院受け皿の期待

医師偏在是正対策 実効性期待薄の総合支援パッケージ

医療従事者不足 解決策なし 外国人労働者頼み？

# 2040年を考えるための前提条件

---

一般の患者は激減します = 専門的治療が必要な(入院)患者は激減します

入院在院日数は短縮しています

高齢の患者は増えます = 身体合併症多数、認知症合併、要介護患者が増えます

そしていずれは減少します

働き手はどんどん減っていきます⇒人件費高騰・紹介手数料負担は続きます

どんどん診療報酬がアップするのは期待薄でしょう

物価の高騰、モノ不足で支出増もおそらく続きます

他産業に人材が流出する状況もおそらく続きます

# このままで乗り切れるのか？

---

医療を提供する側

多くの専門診療科を有する総合病院

高度医療や専門医療に特化した病院が

専門性を**競争する時代**から



高齢者医療に幅広く対応できる面倒見の良い病院が

中心となった地域包括医療提供体制を構築して

地域で支えあっていく**共生の時代**へ

# 医療従事者のサガ

---

## 医療従事者の意識

急性期・専門医志向

主治医・職人気質

奉仕精神

いくら地域包括医療病棟が理論的には素晴らしくても

医療従事者のプロ意識の下では

そう簡単には医療機関の機能変更は進まない

# 必要とされる病院像・医師像

---

面倒見の良い病院、困った時に入院できる病院

専門家より、何でも屋

⇒地域包括医療・ケア病棟で活躍できる医者

治すだけでなく、支えるマインドを持った医者

多職種連携の核となれる存在

凄腕の医者 < 専門外でも断らず、まずは診る医者

# 高齢者医療需要増に対応するために必要な診療科イメージ

乳児	小児	成人	高齢者
0歳	15歳		75歳
小児科	内科		老年科？  高齢者 総合診療科？
	精神科		
	外科		
	整形外科		
	脳神経外科		
	皮膚科		
	産婦人科		
	眼科		
	耳鼻咽喉科 等		

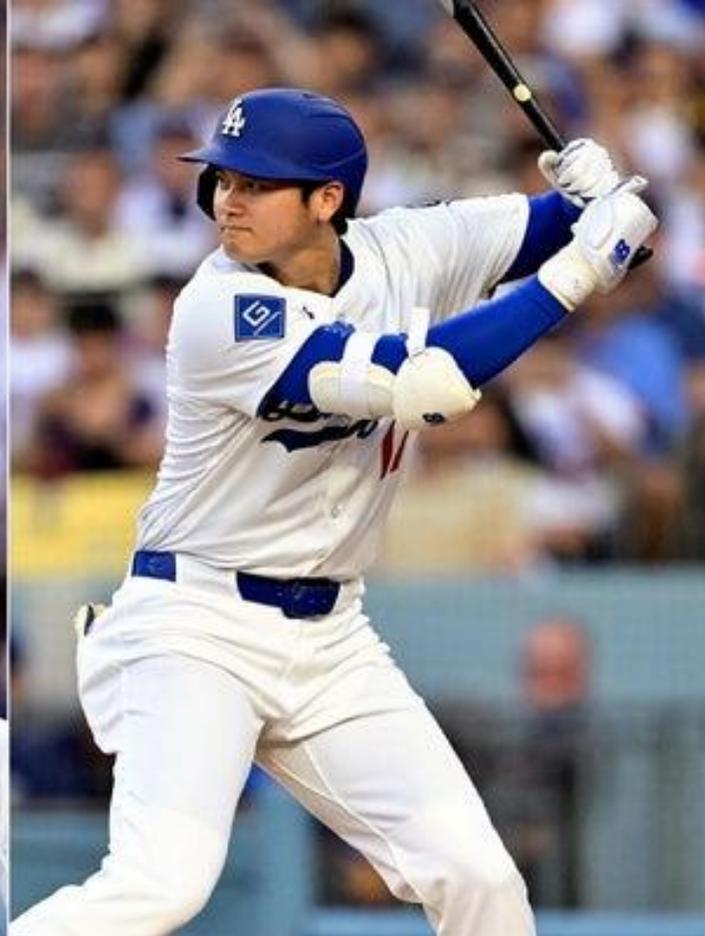


# こっちより

---



# こっち



# 患者の気持ち

---

## フリーアクセス

構想区域内完結はこちらの都合

利便性、経済性、交通網で自由に動く

## 県民の意識

平和と水と医療はタダ

どこでも専門医・いつでも主治医

近くの病院の印象、評判、噂……

# このままで乗り切れるのか？

---

## 医療を受ける側

上手な医療のかかり方の浸透

「～～になったらどうするか」の意思表示、意思決定

(できれば本人と家族の意思統一)

「いつでも主治医」からの脱却

「どこでも専門医」からの脱却

地元の病院から転院する事へのご理解ご協力

(ずっと通っていた病院から追い出された・・・)

(あの病院は評判悪いから行きたくない・・・)

# つまり

---

経営状況が深刻な現状、限られた医療資源を効率的に運用することが最優先課題であり、安易な入院医療機関の増床は医療人材不足が全国一深刻な当県においては人材の獲得競争が起こり逆効果。

地域全体としての医療提供体制を入院だけでなく、外来医療、在宅医療や入所施設での医療すべてを包括して検討していく必要がある。

きちんとした「仕組み」を地域で協議して構築していく事で、

病床数を増やさずに医療・介護に対応可能な地域が大多数。

# どうしても病床を増やしたい人々

---

大都市部に多い

真面目な人が多い

国の指示、信ぴょう性の低い算定式を無視できない

過去を忘れて地域完結しなければいけないと思いきこむ

公立病院がどれだけ大赤字か忘れてている

〇〇ファースト、市民の為⇒パイに限りがある以上、必ず他から何かを奪っている

現場の医療機関の声はあまり聞こえない？

**ベッドは空いています、足りない時はオール神奈川で対応できます**

**ベッドを増やさずにやりくりする英断を望みます**

# 病床数適正化支援事業の怪①

医療施設等経営強化緊急支援事業として

1床当たり410万円で国が買い上げ。1病棟50室なら2億超！

意向調査で55医療機関 1569床 手挙げ医療機関殺到！

ところがというか、案の定、用意した予算が足りないとの事で

後から3年連続赤字の医療機関を条件にして

一次内示は17医療機関 352床のみ

国は全部買い上げるべきなのに予算が足りないとの事で

二年連続赤字、最大10床までに限定として

二次内示は134床のみ

**これって立派な詐欺行為じゃないんかい！？**

# 病床数適正化支援事業の怪②

そもそもこの減反政策の悪趣味さ

もともとタダで配分したベッドをなんで買い上げるの？

①地域医療構想との整合性を一切鑑みていない

県内でも病床不足とされる地域で多数の医療機関が手挙げ  
買い取った病床数だけ、病床を募集するのか？

②頑張っている所を支援したいのか、空床を買い取りたいのかどっちなんだい？

病床をダウンサイジングしながら効率的に運営する急性期病院を支援したいのか？  
何年も前から非稼働だった病床を買い取りたいのか？

つくづく国がすることはセンスが無い、現場がわかってない

# これからの地域医療の課題

---

①病院完結→地域完結→オール神奈川完結

②介護・在宅医療の需要をどう評価するか？

モラルハザードとどう向き合うか？

介護施設に医療が必要な患者が存在していないか？

通院可能な患者が往診を利用していないか？

③コロナ禍後に加速した受療行動の変容

④マンパワー不足と人材紹介会社の紹介手数料負担

⑤病院運営コストの高騰

# 在宅医療の推進？充実？

---

神奈川県においては今後も在宅医療の充実が望まれる。  
一方で十分な理解と覚悟が無い安易な在宅医療の選択、  
地域と疎遠な在宅医療機関によるクリームスキミングによって  
入院医療機関に過度な負担、患者本人・家族にとっても望まない  
医療提供が行われる可能性がある。

**在宅医療の充実にはいつでも入院できる病院が必須**

**在宅を選択する自由だけでなく、覚悟が必要**

**在宅・入院連携体制を地域毎できちんと完成させること**

# 地域を病棟と考える 地域医師会の責任は大きい

---

- ・介護が常時必要な方が利用する入所系介護施設、介護付き有料老人ホーム等
  - ・介護がときどき必要な方が利用する住宅型有料老人ホーム等
- ⇒医療が必要な時に支える医療(通院・訪問・オンライン)

地域医師会で全ての医療提供をカバーできるのか？

難しい場合には在宅専門クリニックと連携できるか？

困った時は医師会に相談すれば良い体制が構築できるか！？

# 高齢者救急特有の課題

---

- ①急病だけど本人・家族の意思表示が不明で対応に困る
- ②認知症合併、多疾患合併、ポリファーマシー、要介護割合が高い
- ③施設から入院した患者が、施設に戻れず救急病床を  
長期間占拠している
- ④超急性期病院(平均在院日数10日前後)にとって、  
受け皿が不足している

# 下り搬送が上手くいく為には

---

- ①出す医療機関の加算
- ②受ける医療機関の加算
- ③移動のコスト
- ④転院先の入院コスト
- ⑤自宅復帰率の算定要件
- ⑥事前意思表示の有無
- ⑦病状悪化時・急変時対応について

# 相模原市の取組紹介

---

市内基幹病院2病院に高齢者施設からの搬送が集中

施設からの誤嚥性肺炎患者の平均在院日数が30日近くなり

急性期病床を占拠している

⇒高齢者施設から上記2病院に救急車で入院したケースは

病状が安定した段階(1週間前後)で速やかに市内の一般・ケアミックス・療養型病院へ

自動的に転院するシステムを構築 by 病院協会

⇒この仕組みに相模原市も協力！

[誤嚥性肺炎ケアサポートガイド.indd](#)

⇒高齢者施設に市・病院協会で4回にわたる事業説明会を実施

## 将来の心づもり ～ご存じですか？人生会議 (ACP)～

自分で意思決定することが困難になった時に備えて「将来の心づもり」をすることを人生会議 (ACP) といいます。

あなたが望む生き方を可能な限り実現するために、信頼できる人や医療・ケアチームと話し合ってみましょう。

### ～あなたが受ける治療やケアの希望は？～

・病気になったり、大きなケガをしたとき、あなたの希望や思いについての心づもりをしておく、もしもの時に安心です。あなたの目標や希望、思いを整理してみませんか。

#### もしも、病気になったり大きなケガをしたら？

- 一日でも長く生きられるような治療を受け続けたい
- 期間を決めて治療を受けて、それから考えたい
- とにかく病気が治ることを目的とした治療を受けたい
- 死期が早まっても、痛みや苦しみを和らげるための十分な処置や治療を受けたい
- できるだけ自然な形で最期を迎えられるように、必要最小限の治療を受けたい
- 延命は考えず、穏やかに過ごしたい



人生会議について  
(人生会議リーフレット)

### ～あなたの代わりに判断は誰にしてほしいですか？～

・あなた自身が判断したり希望を伝えることができなくなったとき、あなたの代わりに医療やケアの判断をしてもらいたい人と考えておくことは大切です。

#### 代わりに判断は誰にしてほしいですか？

- 配偶者 ( )     こども ( )     親戚 ( )
- 友人等 ( )     代理人 ( )     その他 ( )

### 役割に応じた病院への受診、転院にご協力をお願いします

- ・各病院には役割があり、役割に応じた病院への受診、転院をお願いします。
- ・救急病院の早期退院や早期転院にご協力いただくことで、より多くの方に救急医療が提供できます。



救急病院

救急車の受入れ  
重症患者の治療



退院支援を行う病院

退院にむけた環境整備  
リハビリ等の治療



診療所・クリニック

かかりつけ医  
軽症患者の治療



相模原市HP  
上手な医療のかかり方・  
医師の働き方改革

### かかりつけ (医師、歯科医師、薬剤師) を持ちましょう

- ・かかりつけを持つことで、気軽に健康などに関する相談をすることができます。少しでも体調がすぐれないとき、すぐに相談できるので、病気の早期発見につながり、重症化してしまう前に対処しやすくなります。



相模原市HP  
かかりつけ医をもちましょう

# ごえん 誤嚥性肺炎 ケアサポートガイド

## ～知っておきたい誤嚥性肺炎について～

このサポートガイドは、ご自身やご家族が誤嚥性肺炎で入院された時の、入院から退院、そして退院後のケアなどの一連の流れをまとめたものです。



### ～誤嚥性肺炎とは？～

食べものや唾液がうまく飲み込めず、誤って気管に入ってしまうことを「誤嚥」といいます。老化 (加齢) や脳梗塞後遺症などにより、飲み込む力は低下します。うまく飲みこめず喉の奥に食べ物や唾液の一部が残リ、そこに細菌が繁殖し気管に入ってしまうことで肺炎が起こります。これを「誤嚥性肺炎」といい、ご自身では全く気が付かず発症する「不顕性誤嚥」もあります。

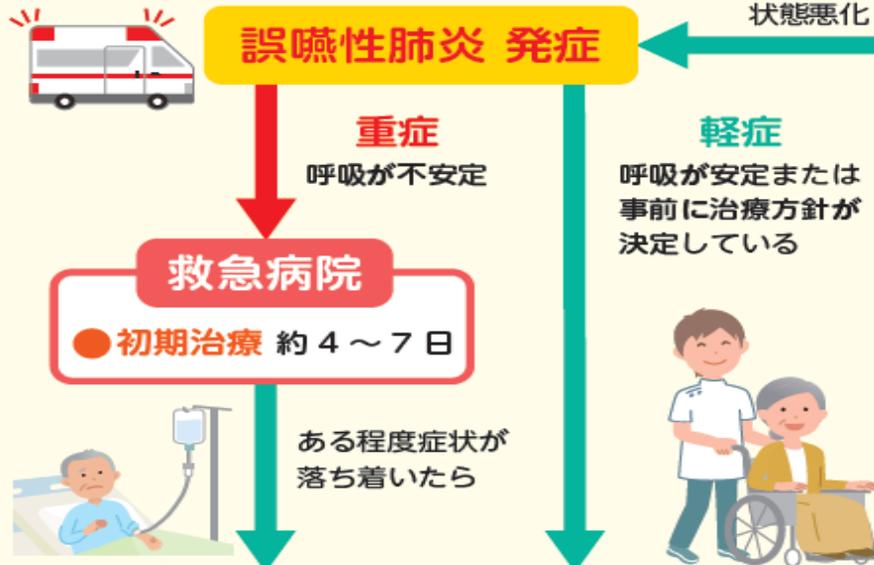
誤嚥性肺炎は、100% 予防することは難しく、また再発も多い病気です。食事の工夫や嚥下リハビリにより誤嚥を防ぐことや、口腔ケアにより口内の清潔を保つことが大切です。

口の中の健康維持で誤嚥性肺炎を予防しましょう。  
詳しくは「相模原市 ハッピーシニア」で検索してください。

相模原市 ハッピーシニア 🔍



# 誤嚥性肺炎 退院までの流れ



## 自宅・入所施設

- ・特別養護老人ホーム
- ・サービス付高齢者向け住宅
- ・有料老人ホーム
- ・高齢者グループホーム など

### ● 本人・家族への支援

かかりつけ医 栄養士 歯科医師 ケアマネジャー 薬剤師  
 言語聴覚士 理学療法士 作業療法士  
 ホームヘルパー 訪問・施設看護師 施設スタッフ など

#### 人生会議 (ACP)

体調悪化時の過ごし方について、家族やケアスタッフ、医療者との話し合い



#### 再発予防

- 定期受診
- リハビリ
- 口腔ケア
- 栄養指導
- 介護保険サービス



#### 介護予防 (社会活動)

- 会話・外出
- 適度な運動

## 退院

### 退院支援を行う病院

約2~3週間

- ・在宅療養支援病院
- ・回復期リハビリテーション病棟
- ・地域包括ケア病棟
- ・長期療養型病院 等

#### ① 状態の評価と治療 (1~2週間目)

- ・肺炎の程度
- ・嚥下の状態チェック、頻度
- ・体力や身体機能の回復の見込み
- ・口から食事できるかなど



#### ② 今後の方針を検討 (3週間目)

口から食べる

経鼻栄養・胃ろう

点滴



誤嚥・再発の恐れ



介護負担



施設に入れない  
気力低下

それぞれの長所や短所について、主治医やソーシャルワーカーと十分に相談しましょう

#### ③ 退院時カンファレンス (退院前)

##### カンファレンスで話し合うこと

- ・本人の病状と、予測される経過
- ・病状を踏まえた退院後の生活は
- ・必要な介護福祉サービスは
- ・再発しないためには
- ・もし再発・悪化した場合はどうするか



本人、家族を含めた医療・介護関係者によるカンファレンス

※退院までの流れは大まかな目安を示したものであり、実際の状況とは異なる場合があります。

### 相談窓口

本人・ご家族

医療に関するご相談 … 在宅ケア連携室 (相模原市医師会) ☎ 042-755-3156

在宅介護などのご相談…地域包括支援センター  
 ※お住まいによって担当する地域包括支援センターが異なります。

医療・介護従事者

在宅医療・介護連携に関するご相談…在宅医療・介護連携従事者相談窓口 ☎ 042-738-3059



# 相模原市の取組結果

---

構想開始 2019年～  
事業開始 2024年9月～  
転院実績 2024年下半期 81例  
          A病院64例  
          B病院17例

\* 市が連携に協力してくれた効果を実感 by 現場責任者  
早期に転院しなければならない点、転院先病院が選べない点など  
デメリットがありますが、転院ができているのは行政が協力(名前貸し)  
してくれたことが一番大きいです。  
研修も市が告知し参集してくれてますので、それも大きいです。

# 国から課せられたからじゃなくて 県はこれからどうしたいの？

---

- ・ベッド増やしたいの？減らしたいの？
- ・在宅介護の話し合いのメンバーは誰にするの？
- ・病床を買い上げて減った既存病床数は、埋め戻すの？
  
- ・エリアをどう設定するの？ 救急は？ 在宅は？ 精神病床は？
- ・人材不足めちゃくちゃ深刻だよ、どうする？

**行政の方々の想像力、実行力とても大事です！**  
**地域医師会のリーダーシップ、責任感とても重要です！**

# これからのシン・地域医療

---

地域で生き残る＝全員が生き残るではない

地域で生き残る＝従来のやり方の継続で生き残るではない

数ではなく、質を変化させる

数ではなく、比率を変化させる

患者目線で医療提供側を変化させなければ生き残れない

ヒト・ベッド・カネはもうこれ以上増やすことは期待できないので

効率的にやりくりするしかない！

国が言ってくる方向性には要注意

失敗したら自己責任なんだから民間は無理に従う必要はない

自分の地域は自分たち（行政と医療機関）が守る