

一般財団法人医療関連サービス振興会
第225回月例セミナー

地域医療構想

～地域包括ケアシステム構築

に向けて何が必要か～

平成27年11月19日（木）

講師：一般社団法人日本医療法人協会
会長 加納 繁照 氏

<講師ご略歴>

加納 繁照 氏

一般社団法人日本医療法人協会 会長

■職歴

- 1980年 京都大学医学部附属病院
- 1980年 神戸海星病院
- 1985年 大阪赤十字病院
- 1986年 大阪大学医学部附属病院
- 1990年 特定医療法人協和会 副理事長・理事長（1999年～）
- 1992年 社会福祉法人大協会 副理事長・理事長（1999年～）
- 1992年 総合加納病院 院長（兼務）
- 2009年 社会医療法人協和会 理事長

■役職歴

- 1992年 （一社）大阪府病院協会 理事・常任理事（2008年～）
- 1992年 （一社）大阪市大淀医師会 理事・副会長（2002年～）
・会長（2010年～）
- 1992年 大阪府私立病院協同組合 理事・副理事長（2000年～）
- 1992年 大阪府病院厚生年金基金 理事
- 1994年 （一社）大阪府私立病院協会 理事・常任理事（2002年～）
・副会長（2012年～）
- 2000年 （一社）日本医療法人協会 理事・常務理事（2006年～）
・副会長（2009年～）・会長代行（2013年～）・会長（2015年～）
- 2003年 （公社）全日本病院協会 理事・常任理事（2007年～）
- 2005年 （一社）大阪府医療法人協会 会長
- 2013年 （一社）日本社会医療法人協議会 副会長

■資格

- （一社）日本内科学会 認定内科医、（一社）日本外科学会 認定登録医、
- （一社）日本救急医学会 専門医、（一財）日本消化器病学会 専門医、
- （一財）日本消化器病学会近畿支部 評議員、（公社）日本人間ドック学会 理事・指導医、
- （一社）日本臨床救急医学会 評議員、（公社）日本医師会 認定産業医、
- （公社）日本医師会 認定健康スポーツ医、（一社）大阪府医師会 指定学校医、麻酔科 標榜医

■その他

厚生労働省 医療介護総合確保促進会議 委員、厚生労働省 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会 委員、厚生労働省 社会保障審議会医療部会 委員、四病院団体協議会 二次救急に関する検討委員会 委員長、（公社）日本医師会 病院委員会 委員



地域医療構想

～地域包括ケアシステム構築に向けて何が必要か～



日本救急医学会救急専門医指定施設 認定番号150号

平成27年11月19日

社会医療法人 協和会
 社会福祉法人 大協会 理事長
 加納総合病院 院長 加納繁照



加納 繁照 病院団体及び医師会活動

- (一社) 日本医療法人協会 会長
- (一社) 大阪府医療法人協会 会長
- (一社) 大阪市大淀医師会 会長
- (一社) 日本社会医療法人協議会 副会長
- (一社) 大阪府私立病院協会 副会長
- (公社) 全日本病院協会 常任理事
 - ・救急防災委員会 (AMAT) 委員長
- (一社) 大阪府病院協会 常任理事
- 大阪府病院厚生年金基金 理事
- 大阪府私立病院協同組合 副理事長
- (公社) 日本人間ドック学会 理事・専門医
- (一財) 医療関連サービス振興会 評議員
- (一社) 日本臨床救急学会 評議員
- (一財) 日本消化器病学会近畿支部 評議員

- (公社) 日本医師会
 - ・病院委員会 委員
 - ・病院における地球温暖化対策推進協議会 座長
- (一社) 大阪府医師会
 - ・医療保険委員会 委員長
 - ・医業経営委員会 副委員長
 - ・病院委員会 委員
- 大阪府医療審議会 委員
 - ・医療法人部会 委員
- 大阪市保健医療協議会 委員
 - ・大阪市医療懇話会 会長
- 北区保健事業推進協議会 会長
- 四病院団体協議会 委員長
 - ・二次救急に関する検討委員会
- 厚生労働省
 - ・社会保障審議会 医療部会 委員
 - ・医療介護総合確保促進会議 委員
 - ・地域医療構想ガイドライン策定検討会 委員
 - ・病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会 委員
 - ・救急医療体制等のあり方に関する検討会 委員
 - ・医療情報の提供のあり方等に関する検討委員会 委員
 - ・看護師国家試験における母国語・英語での試験とコミュニケーション能力試験の併用の適否に関する検討会 委員

日本の医療は 民間病院が 支えている 医療提供体制 日本の現状

全国に占める割合をみると…

公的は

病院数の

2割

病床数の

3割

救急搬送数の

4割

民間は

病院数の

8割

病床数の

7割

救急搬送数の

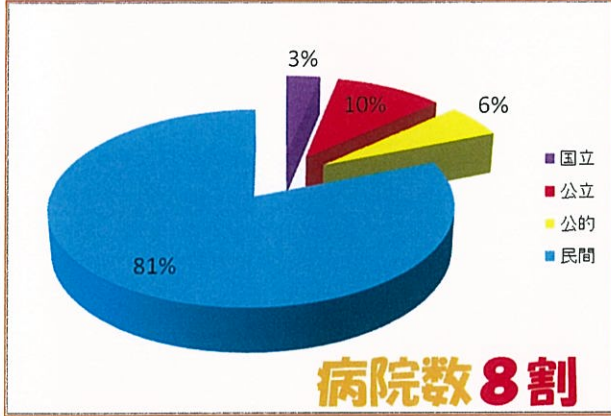
6割

の法則

民間病院が急性期も慢性期も精神科も全て支えている！

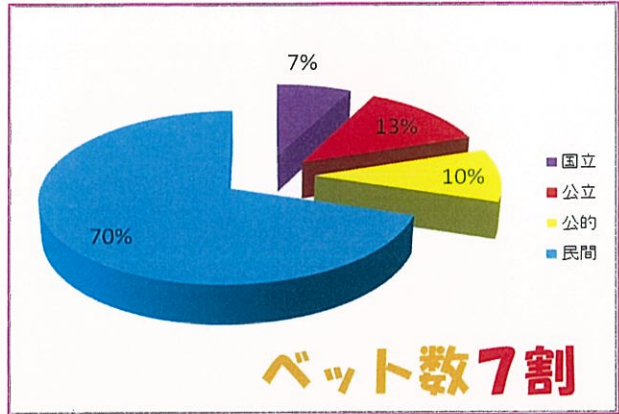
全国の
病院数・病床数・救急搬送数割合

設立主体別病院数の割合（平成25年度）

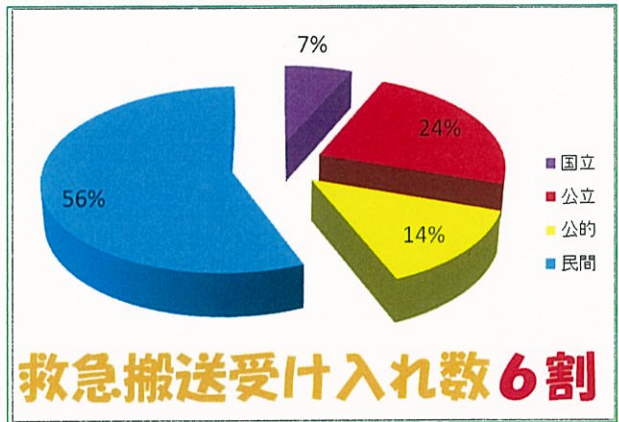


全国の病院数 **8,540病院**
 々 病床数 **1,573,772床**
 々 救急搬送数 **5,334,930件**

設立主体別病床数の割合（平成25年度）



全救急搬送数に占める医療機関別の割合（平成25年度）



平成25年度 全国医療機関別救急搬送人員の状況

ピンク色の下線は民間50%以上

区分	人口 (千人)	救急搬送人員					割合(%)						
		国立	公立	公的	病院①	診療所②	合計	国立	公立	公的	民間 ①+②	民間 病院①	民間 診療所②
北海道	5,431	10,660	48,085	32,092	105,411	15,026	211,274	5%	23%	15%	57%	50%	7%
青森	1,335	3,204	28,913	2,802	7,519	1,408	43,846	7%	66%	6%	20%	17%	3%
岩手	1,295	281	29,640	4,090	8,409	832	43,252	1%	69%	9%	21%	19%	2%
宮城	2,328	10,419	28,518	8,586	36,930	4,506	88,959	12%	32%	10%	47%	42%	5%
秋田	1,050	2,020	9,836	19,528	5,585	184	37,153	5%	26%	53%	16%	15%	0%
山形	1,141	2,148	29,370	1,565	6,726	525	40,334	5%	73%	4%	18%	17%	1%
福島	1,946	2,431	13,260	9,205	47,244	2,078	74,218	3%	18%	12%	66%	64%	3%
茨城	2,931	6,014	8,929	31,517	61,224	2,566	110,250	5%	8%	29%	58%	56%	2%
栃木	1,986	3,316	4,549	21,525	36,420	3,055	68,865	5%	7%	31%	57%	53%	4%
群馬	1,984	9,237	20,035	9,914	38,642	2,305	80,133	12%	25%	12%	51%	48%	3%
埼玉	7,222	7,752	32,466	24,340	201,867	9,364	275,789	3%	12%	9%	77%	73%	3%
千葉	6,192	13,194	48,680	18,872	174,819	8,528	264,093	5%	18%	7%	69%	66%	3%
東京	13,300	52,481	81,777	31,888	484,967	8,902	660,015	8%	12%	5%	75%	73%	1%
神奈川	9,079	20,018	88,283	32,464	240,297	6,245	387,307	5%	23%	8%	64%	62%	2%
新潟	2,330	8,198	26,007	24,712	23,861	4,852	87,630	9%	30%	28%	33%	27%	6%
富山	1,076	2,608	20,052	11,478	1,857	385	36,380	7%	55%	32%	6%	5%	1%
石川	1,159	4,233	17,366	2,886	12,207	552	37,244	11%	47%	8%	34%	33%	1%
福井	795	3,128	9,777	5,907	6,152	579	25,543	12%	38%	23%	26%	24%	2%
山梨	847	2,557	16,205	3,537	12,460	1,201	35,960	7%	45%	10%	38%	35%	3%
長野	2,122	6,024	27,807	30,588	21,544	1,300	87,263	7%	32%	35%	26%	25%	1%
岐阜	2,051	1,805	32,282	20,524	23,086	569	78,266	2%	41%	26%	30%	29%	1%
静岡	3,723	9,339	70,001	17,840	38,865	6,380	142,425	7%	49%	13%	32%	27%	4%
愛知	7,443	20,106	97,888	49,614	120,336	3,070	291,014	7%	34%	17%	42%	41%	1%
三重	1,833	6,333	31,470	27,652	17,180	2,409	85,044	7%	37%	33%	23%	20%	3%
滋賀	1,416	4,289	23,728	16,867	10,793	167	55,844	8%	42%	30%	20%	19%	0%
京都	2,617	8,147	22,583	18,108	70,605	281	119,724	7%	19%	15%	59%	59%	0%
大阪	8,849	11,604	61,390	61,188	322,134	6,941	463,257	3%	13%	13%	71%	70%	1%
兵庫	5,558	8,601	71,222	15,653	127,830	6,293	229,599	4%	31%	7%	58%	56%	3%
奈良	1,383	542	13,465	8,225	36,270	998	59,500	1%	23%	14%	63%	61%	2%
和歌山	979	6,082	18,135	10,881	10,618	1,460	47,176	13%	38%	23%	26%	23%	3%
鳥取	578	5,879	7,617	2,813	6,112	241	22,662	26%	34%	12%	28%	27%	1%
島根	702	5,538	11,225	6,797	3,040	153	26,753	21%	42%	25%	12%	11%	1%
岡山	1,930	5,456	9,935	8,828	52,040	2,483	78,742	7%	13%	11%	69%	66%	3%
広島	2,840	14,457	28,223	13,256	48,468	6,674	111,078	13%	25%	12%	50%	44%	6%
山口	1,420	10,514	11,563	19,856	15,750	2,971	60,654	17%	19%	33%	31%	26%	5%
徳島	770	1,231	12,169	9,866	6,659	847	30,772	4%	40%	32%	24%	22%	3%
香川	985	7,216	14,142	7,006	13,084	2,031	43,479	17%	33%	16%	35%	30%	5%
愛媛	1,405	1,885	17,983	9,679	30,936	1,308	61,791	3%	29%	16%	52%	50%	2%
高知	745	2,428	10,588	5,211	16,558	664	35,449	7%	30%	15%	49%	47%	2%
福岡	5,090	12,186	17,630	24,090	158,374	3,086	215,366	6%	8%	11%	75%	74%	1%
佐賀	840	6,567	5,205	3,619	14,736	2,054	32,181	20%	16%	11%	52%	46%	6%
長崎	1,397	9,345	15,186	7,775	21,911	2,397	56,614	17%	27%	14%	43%	39%	4%
熊本	1,801	14,210	14,384	22,417	20,108	2,578	73,697	19%	20%	30%	31%	27%	3%
大分	1,178	4,334	6,236	7,072	28,099	1,600	47,341	9%	13%	15%	63%	59%	3%
宮崎	1,120	2,592	8,677	944	19,952	5,466	37,631	7%	23%	3%	68%	53%	15%
鹿児島	1,680	3,346	13,170	1,861	45,053	7,130	70,560	5%	19%	3%	74%	64%	10%
沖縄	1,415	1,719	23,192	2,601	35,062	229	62,803	3%	37%	4%	56%	56%	0%
全国	127,298	355,674	1,258,844	727,739	2,847,800	144,873	5,334,930	7%	24%	14%	56%	53%	3%

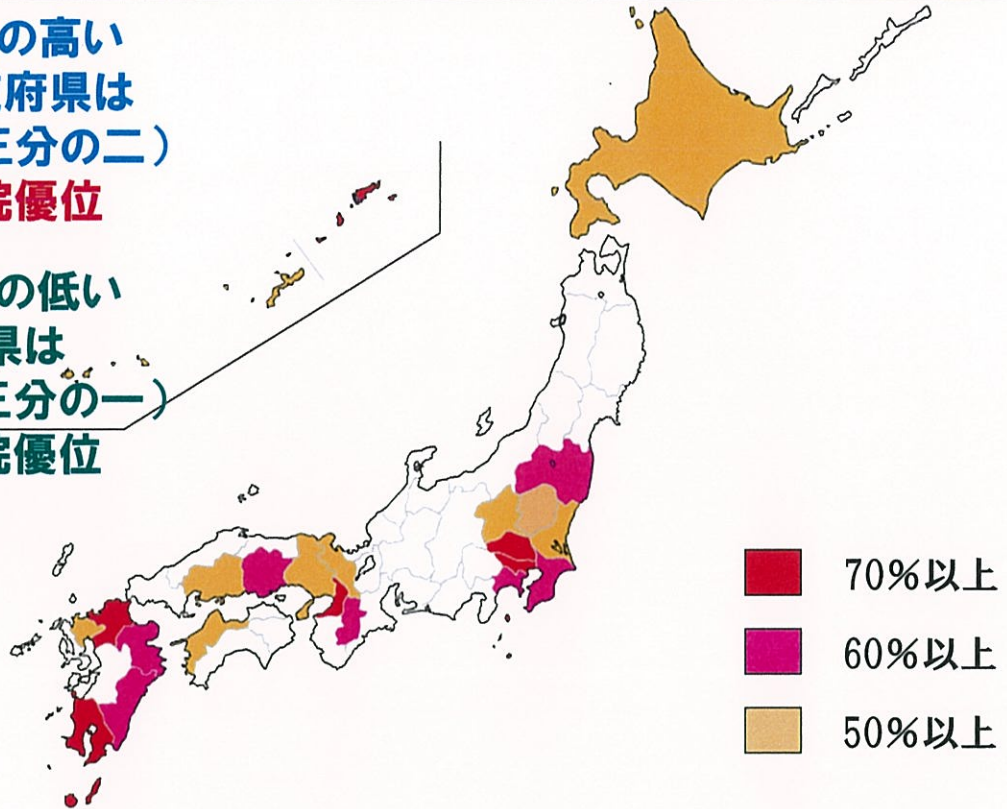
平成25年 救急搬送数における民間医療機関が占める都道府県別割合

人口密度の高い
22の都道府県は
(総人口の三分の二)

民間病院優位

人口密度の低い
25の県は
(総人口の三分の一)

公的病院優位



出典: 総務省消防庁「平成25年版 救急・救助の現況」、厚生労働省「医療施設調査(平成25年10月1日)」より作成

平成25年度 救急搬送数における民間医療機関が占める都道府県別割合

日本の総人口に占める割合

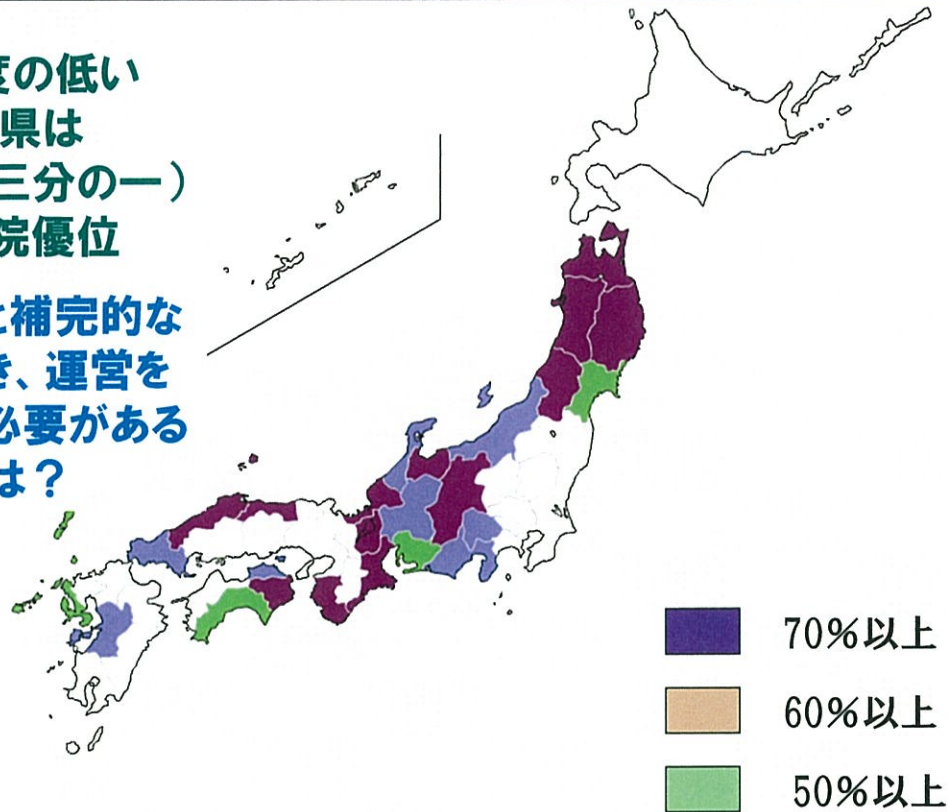
70%を超える	埼玉県・福岡県・ 東京都 ・鹿児島県 大阪府(計5県) 36,141千人	28.4%
60%を超える	上記+千葉県・岡山県・宮崎県・福島県・ 神奈川県・大分県・奈良県(計12県) 58,969千人	46.3%
50%を超える	上記+京都府・兵庫県・茨城県・栃木県・北海道 沖縄県・愛媛県・佐賀県・群馬県・広島県 85,976千人(合計22県)	67.5%

出典: 総務省消防庁「平成25年版救急・救助の現況」、総務省統計局「人口推計(平成24年10月1日)」より作成

平成25年 救急搬送数における**公的**医療機関が占める都道府県別割合

人口密度の低い
25の県は
(総人口の三分の一)
公的病院優位

公的病院と補完的な
関係を築き、運営を
行ってゆく必要がある
のでは？



出典:総務省消防庁「平成25年版 救急・救助の現況」、厚生労働省「医療施設調査(平成25年10月1日)」より作成

平成25年度 救急搬送数における**公的**医療機関が占める都道府県別割合

日本の総人口に占める割合

70%を超える

富山県・島根県・秋田県・山形県・滋賀県
青森県・岩手県・三重県・徳島県・和歌山県
長野県・福井県・鳥取県 (計13県)

15,092千人

11.9%

60%を超える

上記+岐阜県・熊本県・山口県・静岡県
新潟県・石川県・香川県・山梨県 (計21県)

29,408千人

23.1%

50%を超える

上記+愛知県・長崎県・宮城県・高知県
(計25県)

41,321千人

32.5%

愛知県を除くと 計24県 人口33,878千人 日本の総人口に占める割合26.6%

出典:総務省消防庁「平成25年版救急・救助の現況」、総務省統計局「人口推計(平成25年10月1日)」より作成

平成25年 救急搬送数における民間医療機関が占める都道府県別順位

民間優位

順位	都道府県名	民間の割合
1	埼玉	77%
2	福岡	75%
3	東京	75%
4	鹿児島	74%
5	大阪	71%
6	千葉	69%
7	岡山	69%
8	宮崎	68%
9	福島	66%
10	神奈川県	64%
11	大分	63%
12	奈良	63%
13	京都	59%
14	兵庫	58%
15	茨城	58%
16	栃木	57%
17	北海道	57%
18	沖縄	56%
19	愛媛	52%
20	佐賀	52%
21	群馬	51%
22	広島	50%

公的優位

順位	都道府県名	民間の割合
23	高知	49%
24	宮城	47%
25	長崎	43%
26	愛知	42%
27	山梨	38%
28	香川	35%
29	石川	34%
30	新潟	33%
31	静岡	32%
32	山口	31%
33	熊本	31%
34	岐阜	30%
35	鳥取	28%
36	福井	26%
37	長野	26%
38	和歌山	26%
39	徳島	24%
40	三重	23%
41	岩手	21%
42	青森	20%
43	滋賀	20%
44	山形	18%
45	秋田	16%
46	島根	12%
47	富山	6%

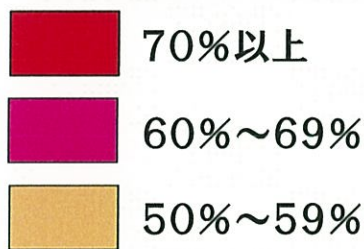
(民間割合50%以上 22都道府県)

(民間割合50%未満 25都道府県)

出典:総務省消防庁「平成25年版救急・救助の現況」、総務省統計局「人口推計(平成25年10月1日)」より作成

平成25年 救急搬送数における民間医療機関が占める都道府県別割合

民間病院優位



民間病院優位の地域

人口
85,976千人
総人口の67.5%

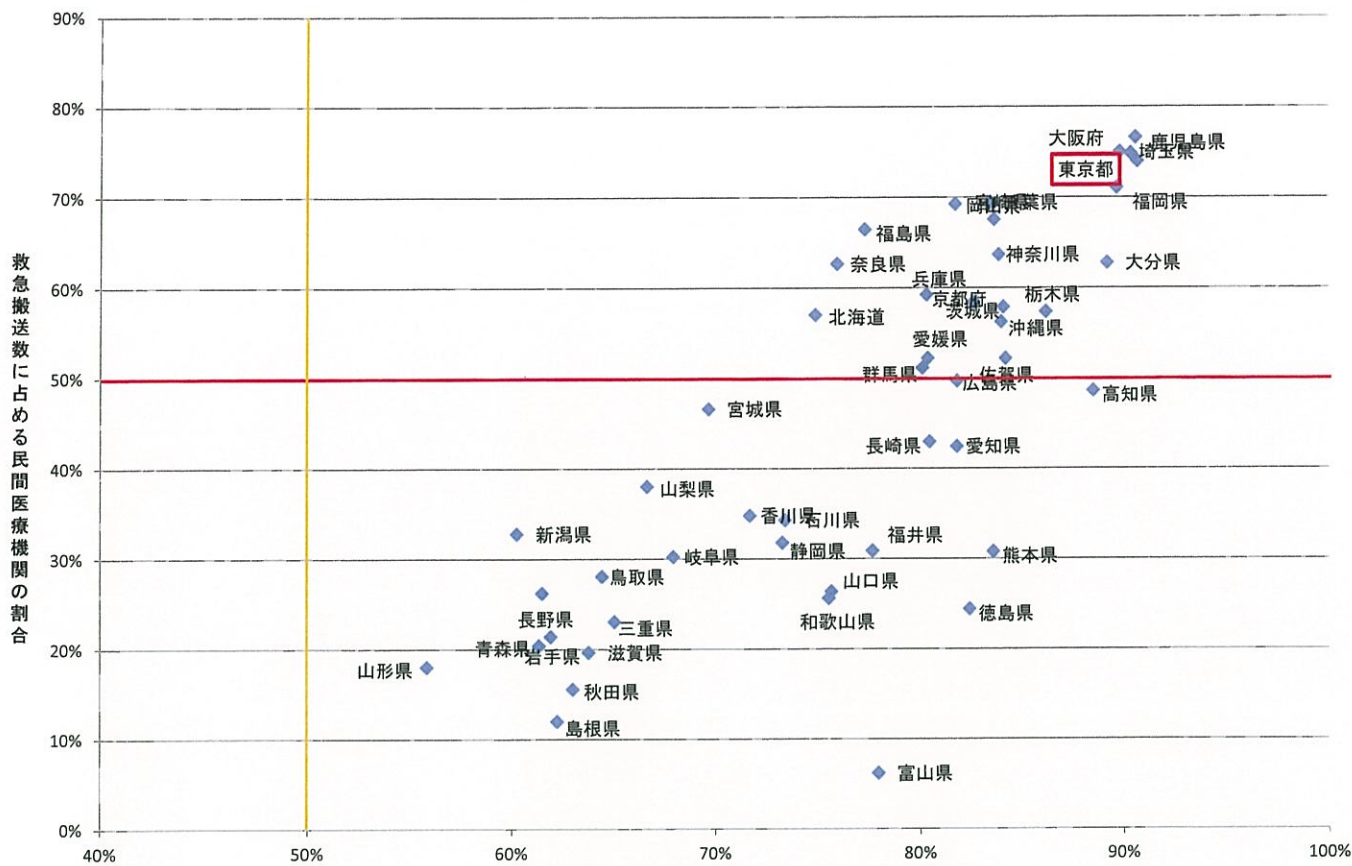
公的病院優位の地域

人口
41,321千人
総人口の32.5%

公的病院優位



都道府県における民間医療機関が占める救急搬送数と病院数の相関図(平成25年度)

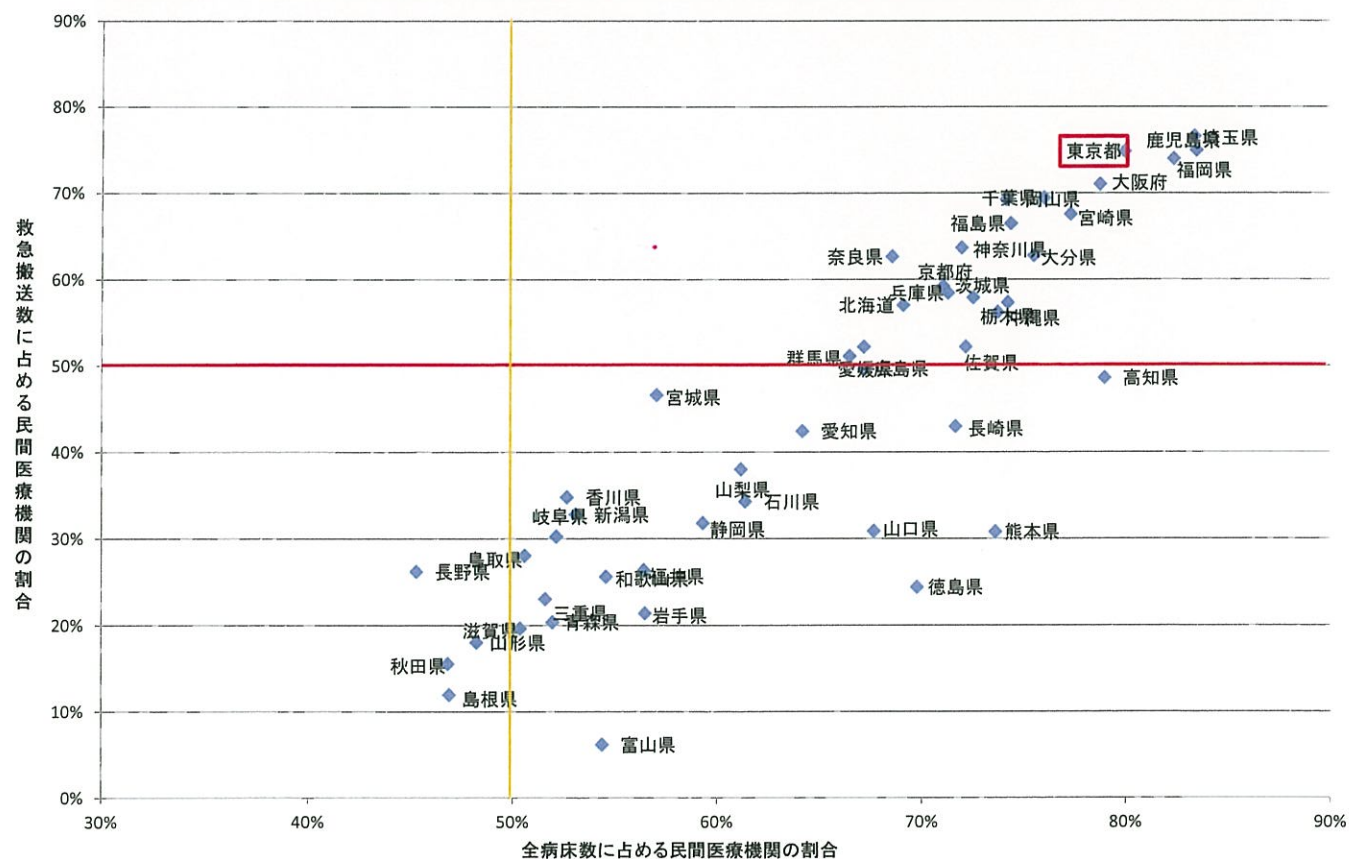


全病院数に占める民間医療機関の割合

出典: 総務省消防庁(平成25年版 救急・救助の現況), 平成25年10月1日厚生労働省HP医療施設調査をもとに作成

病床数と搬送受け入れ数は相関する

都道府県における民間医療機関が占める救急搬送数と病床数の相関図(平成25年度)



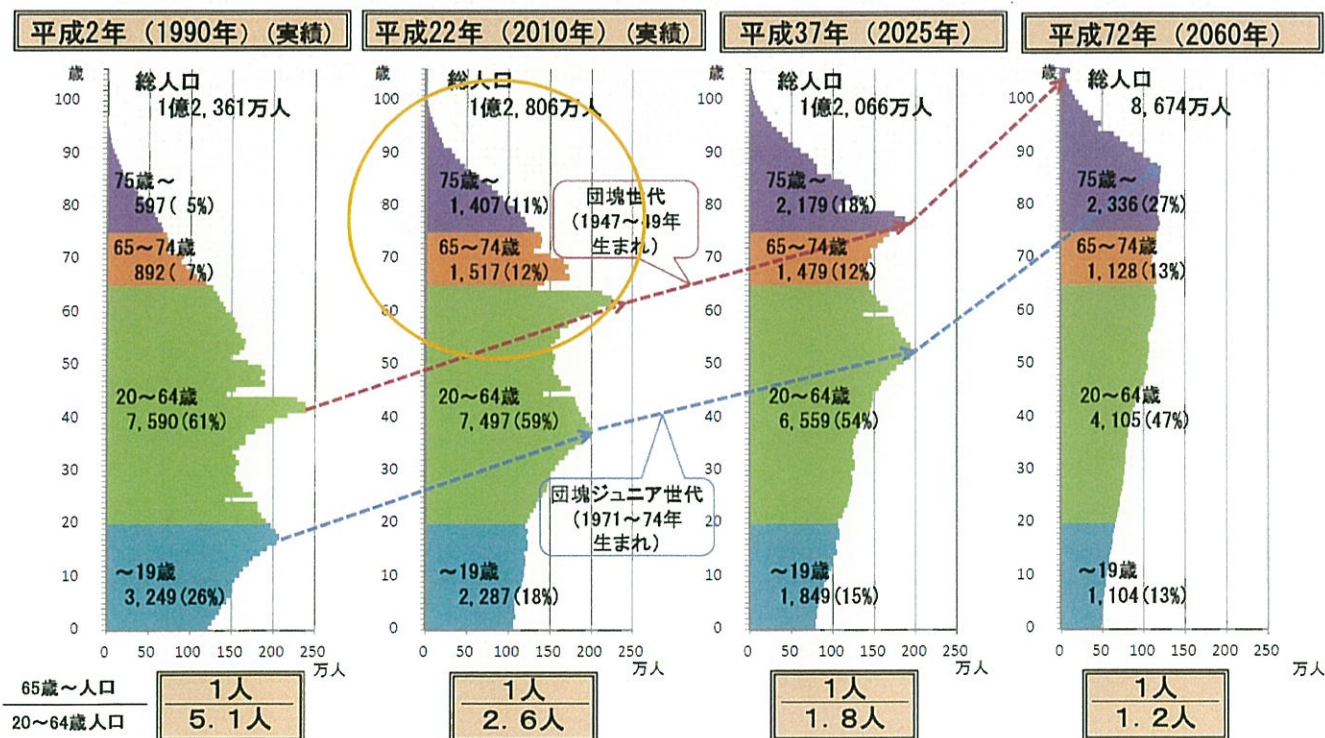
全病院数に占める民間医療機関の割合

出典: 総務省消防庁(平成25年版 救急・救助の現況), 平成25年10月1日厚生労働省HP医療施設調査をもとに作成

高齢化の 進展状況には 大きな地域差あり 今後地域別に担う 役割とは？

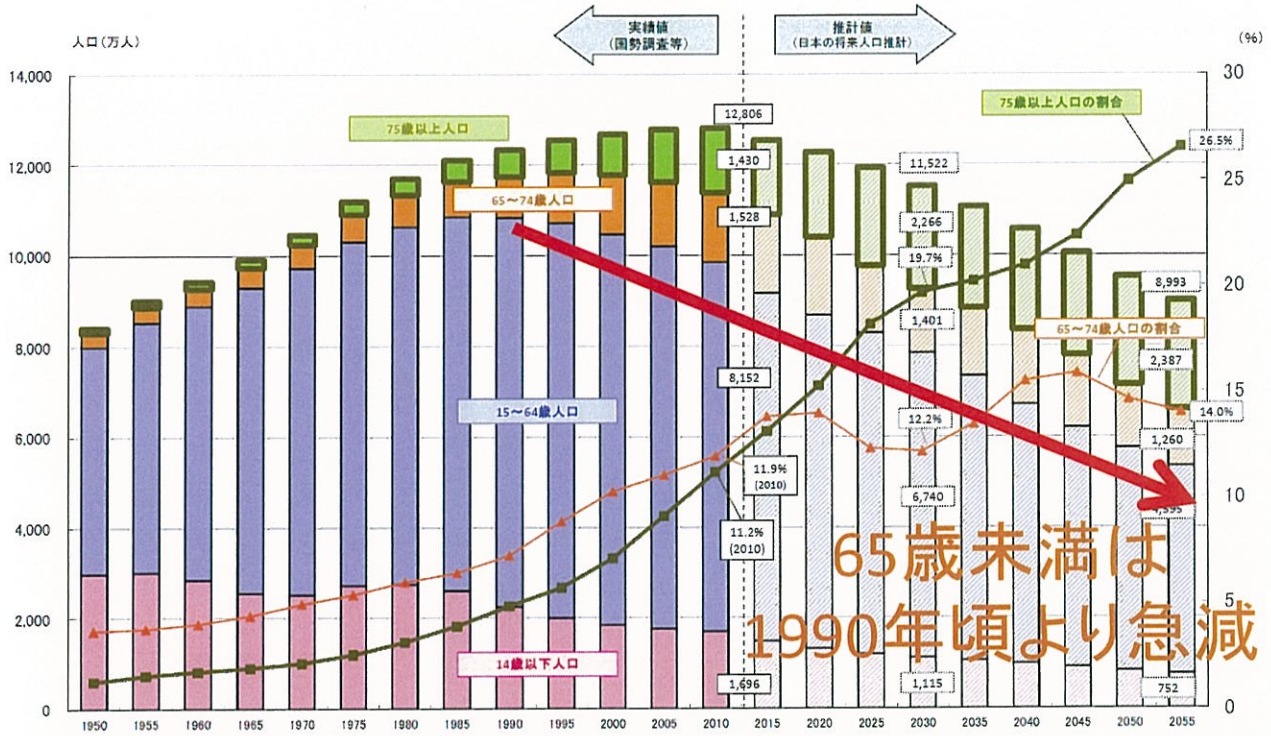
人口ピラミッドの変化(1990~2060年)

○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)

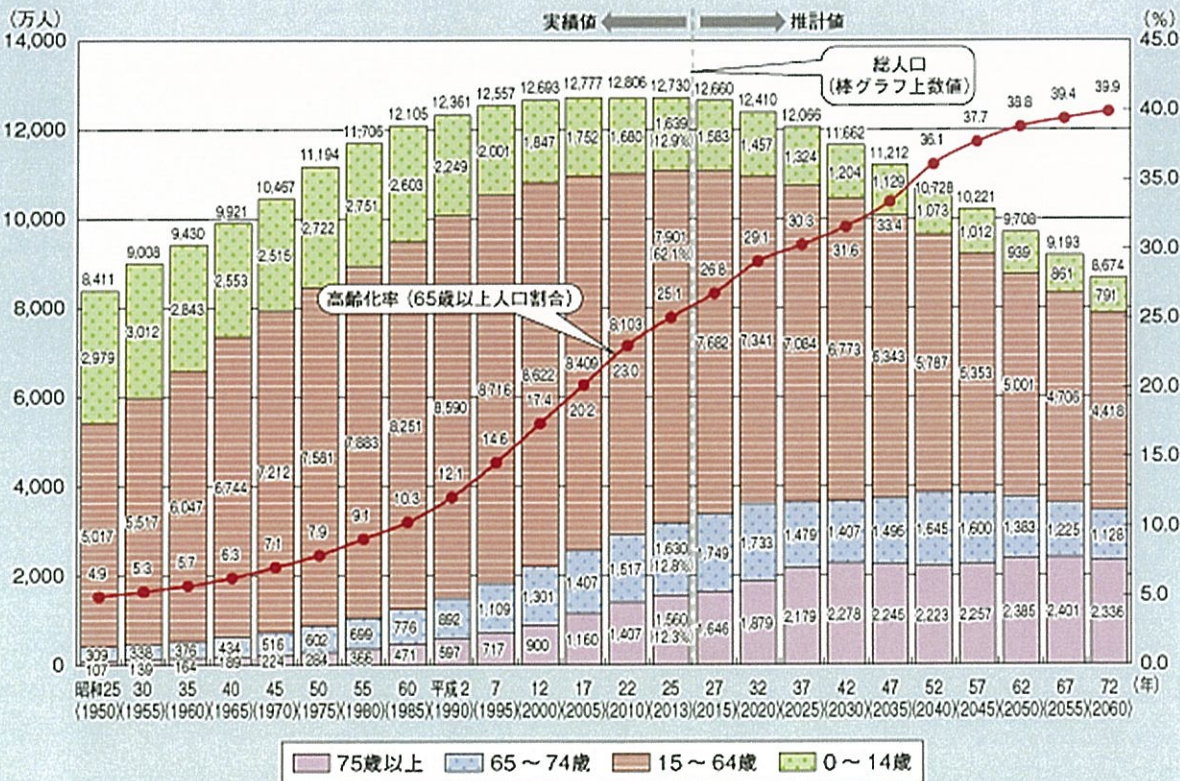
人口推計



資料：2005年までは総務省統計局「国勢調査」、2010年は総務省統計局「推計人口(平成22年10月1日推計)」、2010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18年12月推計)中位推計」

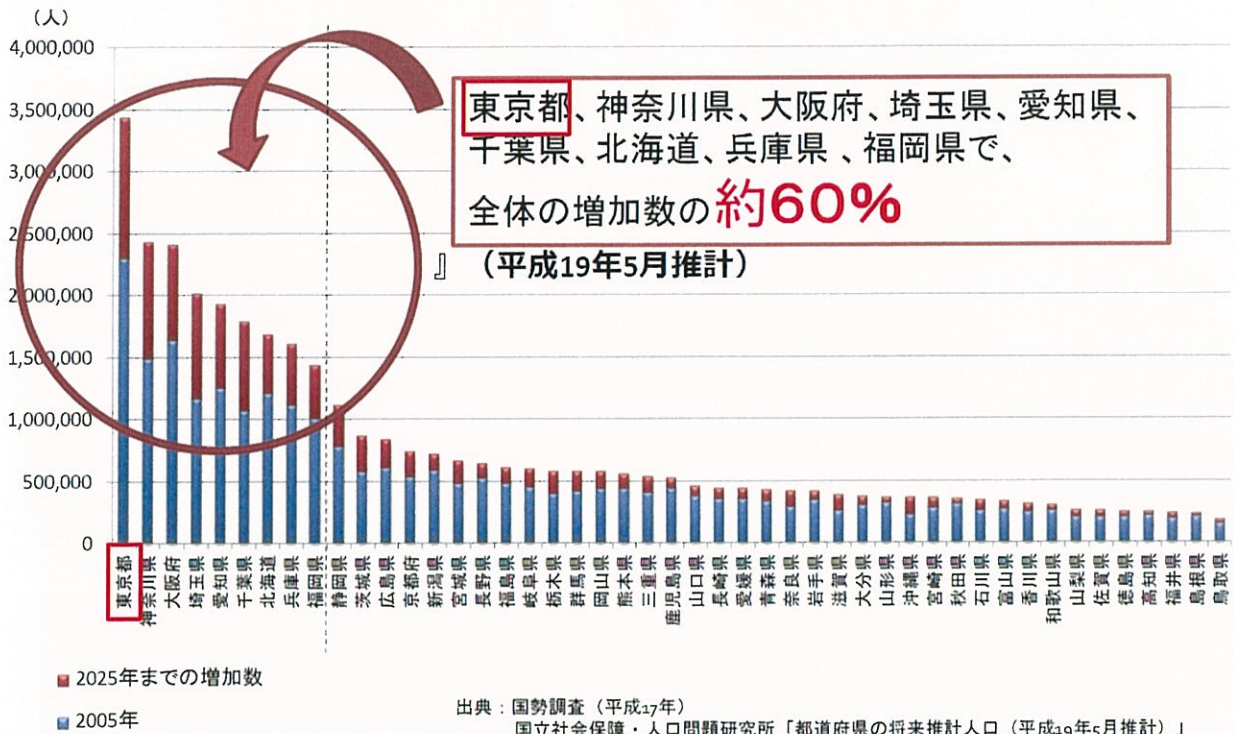
出典：生労働省発表(平成25年2月13日中医協総会)資料より

図1-1-2 高齢化の推移と将来推計



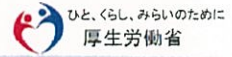
資料：2010年までは総務省「国勢調査」、2013年は総務省「人口推計」(平成25年10月1日現在)、2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果
(注) 1950年~2010年の総数は年齢不詳を含む。高齢化率の算出には分母から年齢不詳を除いている。

高齢者人口(65歳以上)の増加数 (2005年 → 2025年)

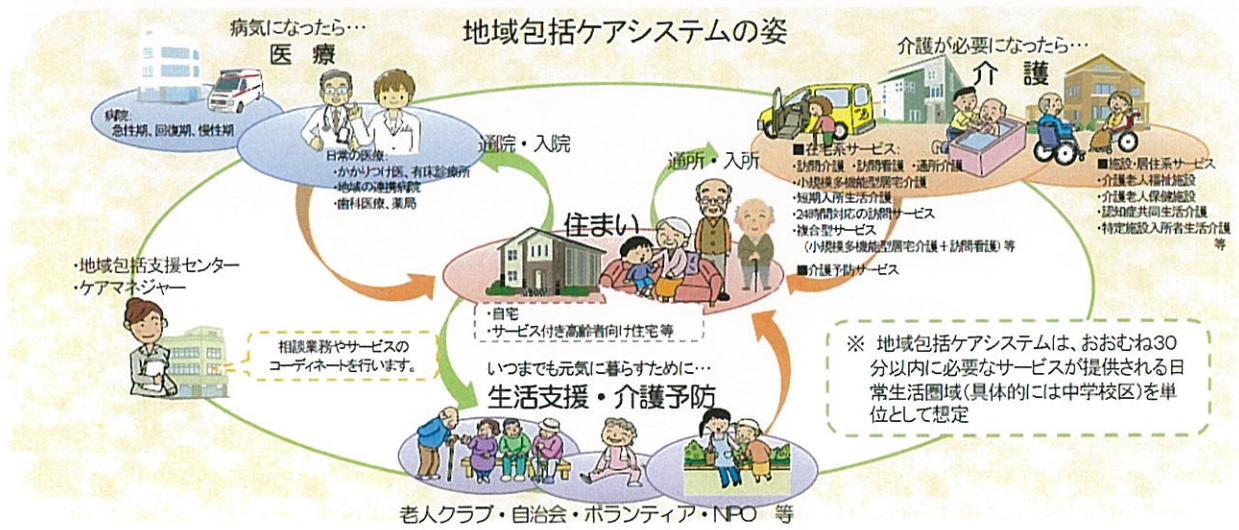


出典：厚生労働省発表資料より転載

地域包括ケアシステムの構築について



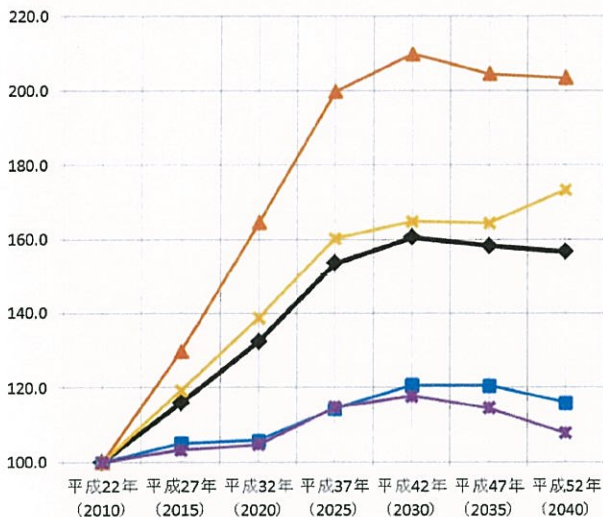
- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。



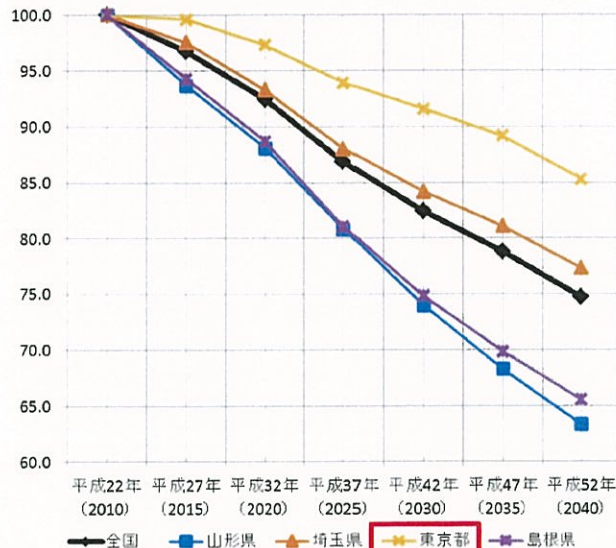
- 75歳以上人口は、多くの都道府県で2025年頃までは急速に上昇するが、その後の上昇は緩やか。
- 今後10年間で75歳以上人口は都市部においては急速に増加するが、地方ではそれほど増加しない。
- 75歳未満人口は特に地方において急速に減少する。

医療のインフラ維持が困難！

75歳以上人口の将来推計(平成22年の人口を100としたときの指数)



75歳未満人口の将来推計(平成22年の人口を100としたときの指数)



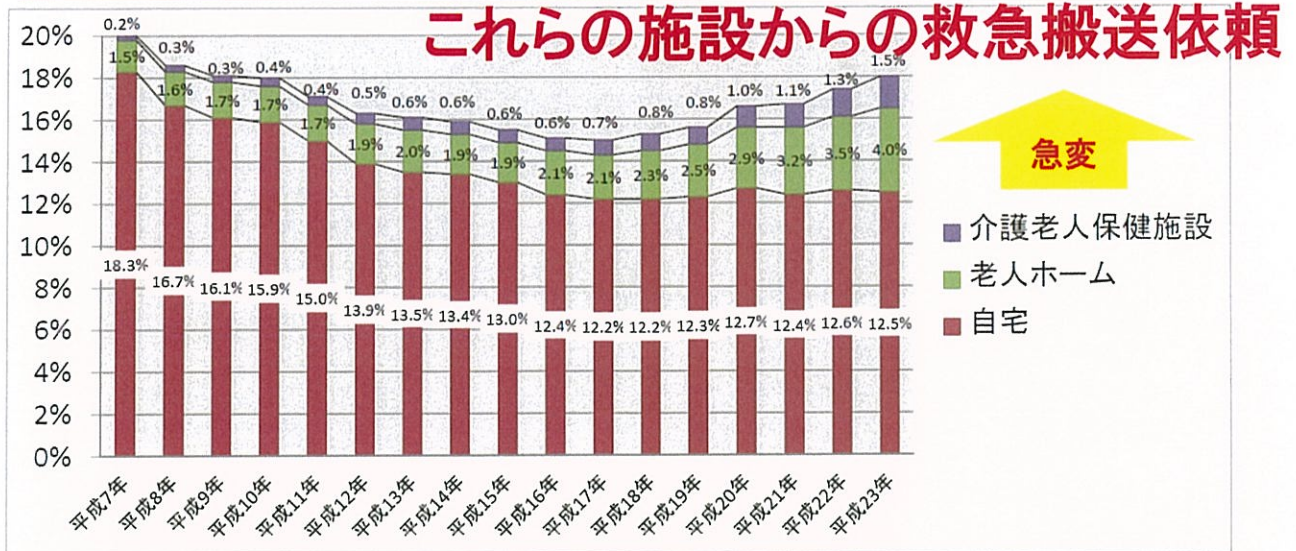
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」より作成

2

出典：厚生労働省HP 社会保障制度改革の全体像より

高齢者の 救急搬送問題を 考える

死亡の場所別にみた年次別死亡数百分率
(介護老人保健施設、老人ホーム、自宅)



(注)介護老人保健施設

要介護者に対し、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をすることを目的とした施設で、介護保険法による都道府県知事の許可を受けたものをいう。

老人ホーム

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。

近年、自宅に比べ、介護老人保健施設や老人ホームでの死亡率が増加傾向にある

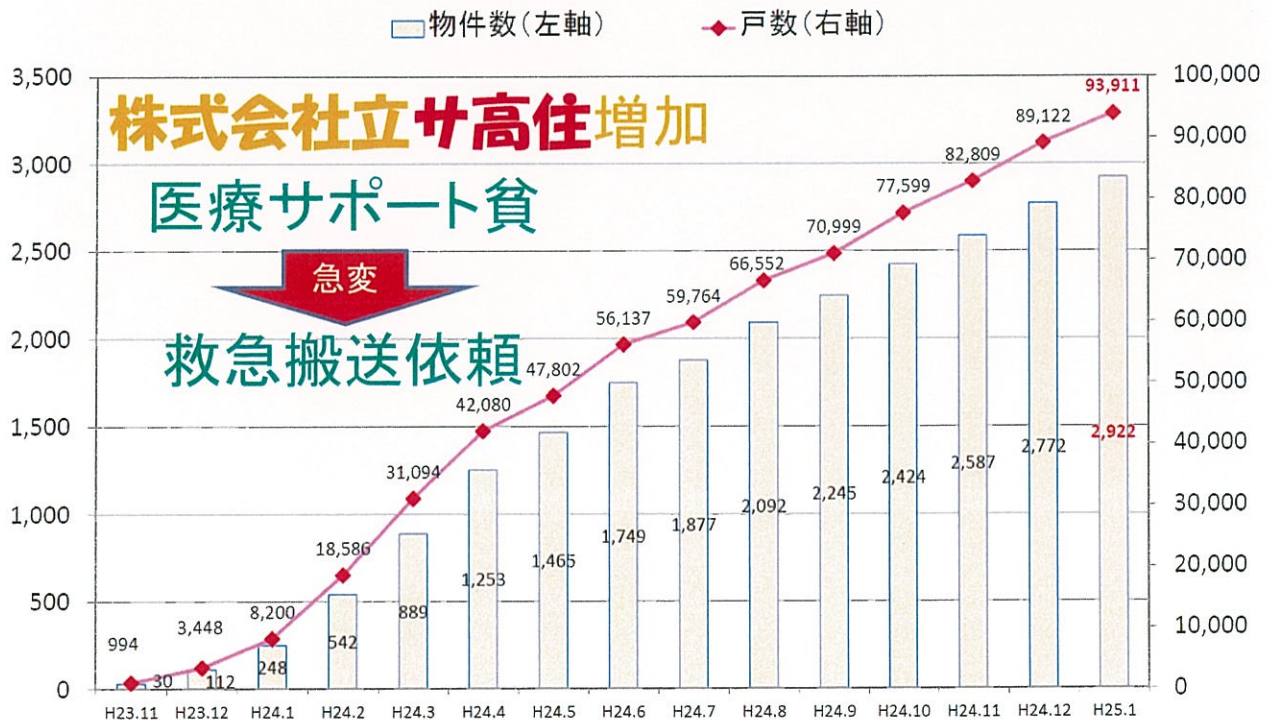
出典：平成23年人口動態調査

25

出典：厚生労働省発表（平成25年2月13日中医協総会）資料より

サービス付き高齢者向け住宅の登録状況の推移

平成25年1月31日時点



出典：老健局高齢者支援課

27

地域包括ケアシステム

救急搬送イメージ



【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、**次の5つの視点での取組みが包括的**(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、**継続的**(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが**必須**。

①医療との連携強化

- ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
- ・介護職員によるたんの吸引などの医療行為の実施

②介護サービスの充実強化

- ・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)
- ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化

③予防の推進

- ・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

- ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進

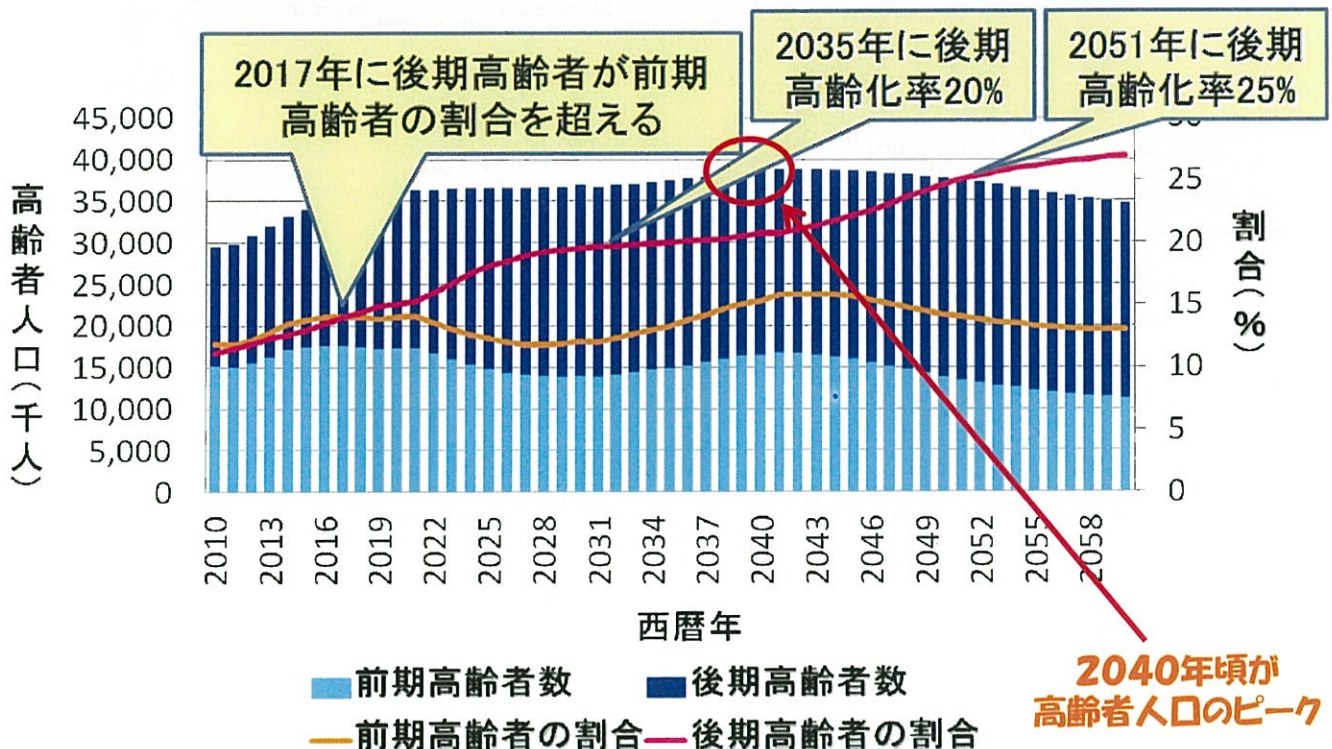
⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住みの整備(国交省と連携)

- ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ

28

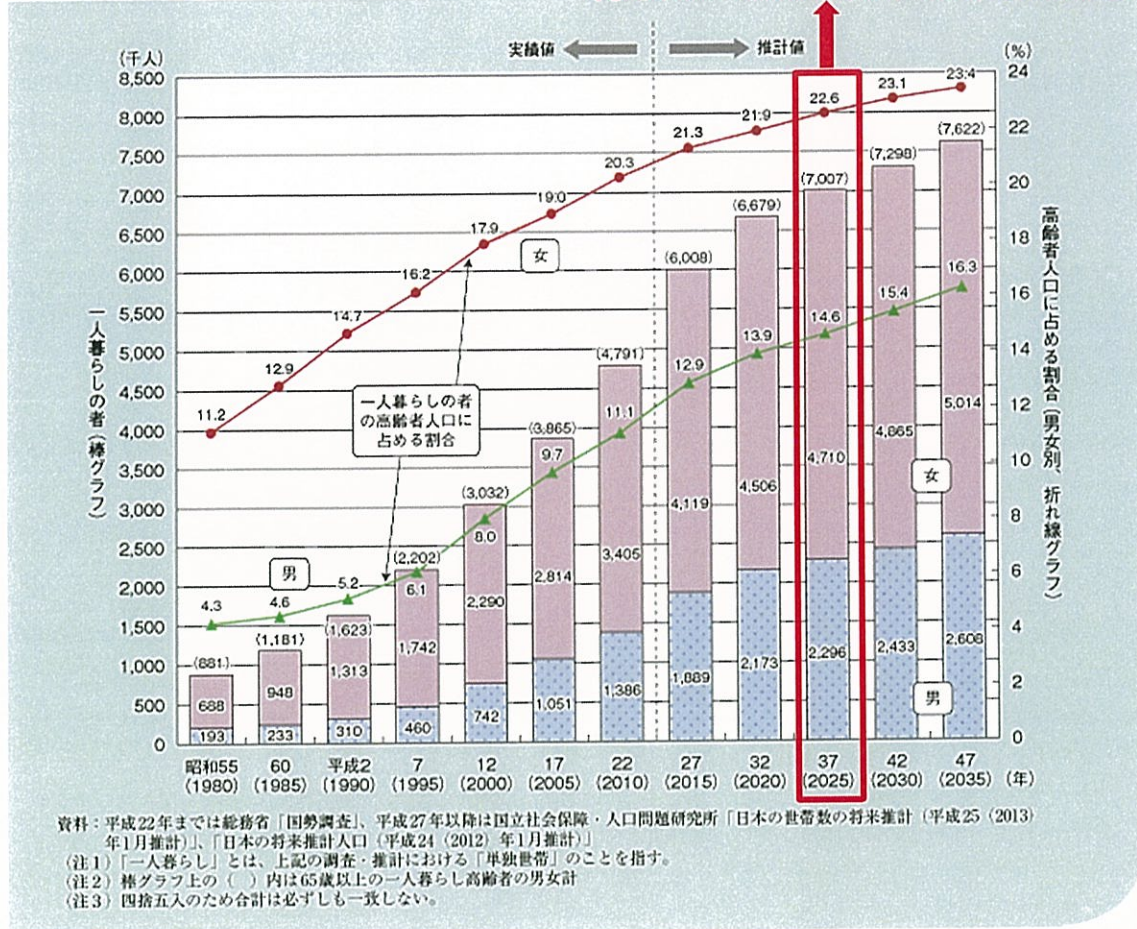
出典：厚生労働省発表（平成25年2月13日中医協総会）資料より

日本の高齢者人口と高齢化率の将来推計 前期高齢者(65-74歳)と後期高齢者(75歳以上)の比較



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)

出典：厚生労働省 精神科救急医療体制に関する検討会資料 公益社団法人日本精神科病院協会 千葉常務理事作成資料より



出典：内閣府ホームページ平成26年版高齢社会白書(概要版)

救急自動車による急病の年齢区別の疾病分類別搬送人員の推移

	平成20年	全搬送占める割合	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	全搬送占める割合	平成20年比	
									増減件数	増減率
死亡	54,249	1.9%	54,683	59,250	61,729	63,925	61,469	1.8%	7,220	113%
内高齢者	44,447	1.6%	45,247	49,449	51,694	54,184	52,326	1.6%	7,879	118%
重症	259,252	9.1%	258,212	269,887	275,651	272,479	274,226	8.1%	14,974	106%
内高齢者	194,159	6.8%	194,239	205,036	210,061	209,174	211,798	6.3%	17,639	109%
中等症	1,126,829	39.7%	1,135,981	1,235,668	1,296,983	1,329,551	1,373,906	40.8%	247,077	122%
内高齢者	733,501	25.9%	744,469	825,681	872,674	906,136	946,160	28.1%	212,659	129%
軽症	1,392,564	49.1%	1,411,192	1,510,295	1,590,989	1,628,828	1,654,840	49.1%	262,276	119%
内高齢者	540,818	19.1%	562,306	635,559	690,868	725,249	763,615	22.7%	222,797	141%
その他	1,945	0.1%	1,545	1,513	1,661	1,799	5,664	0.2%	3,719	291%
内高齢者	983	0.0%	756	804	874	904	2,361	0.1%	1,378	240%
合計	2,834,839	100.0%	2,861,613	3,076,613	3,227,013	3,296,582	3,370,105	100.0%	535,266	119%
内高齢者	1,513,908	53.4%	1,547,017	1,716,529	1,826,171	1,895,647	1,976,260	58.6%	462,352	131%

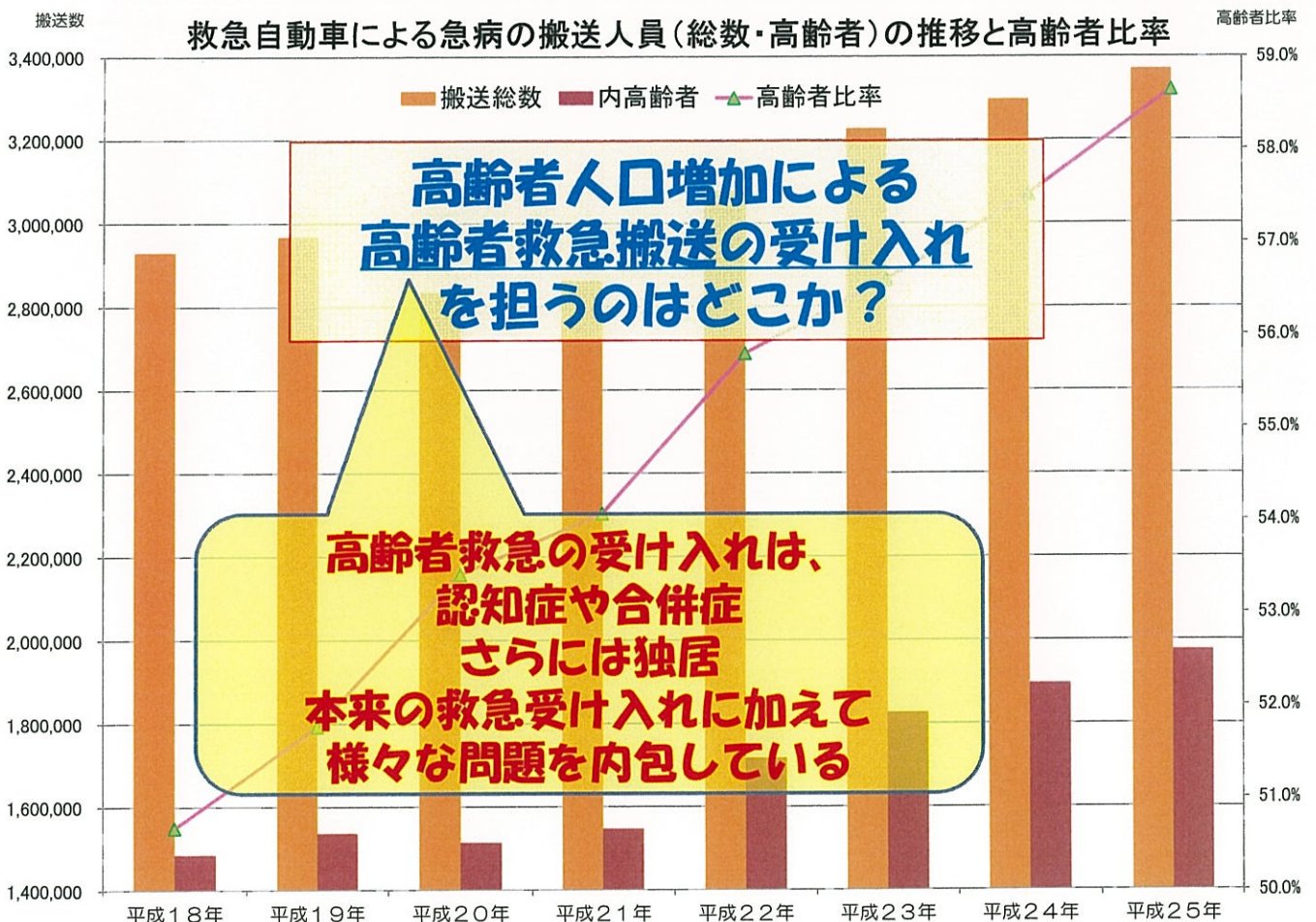
【疾病構造の変化】 認知症の人の将来推計について

- 長期の縦断的な認知症の有病率調査を行っている久山町研究のデータから、新たに推計した認知症の有病率(2025年)。
 - ✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降一定と仮定した場合：19%。
 - ✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降も糖尿病有病率の増加により上昇すると仮定した場合：20.6%。
- ※ 久山町研究からモデルを作成すると、年齢、性別、生活習慣病(糖尿病)の有病率が認知症の有病率に影響することがわかった。
本推計では2060年までに糖尿病有病率が20%増加すると仮定した。
- 本推計の結果を、平成25年筑波大学発表の研究報告による2012年における認知症の有病者数462万人にあてはめた場合、2025年の認知症の有病者数は約700万人となる。

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授)による速報値

年	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)	平成42年 (2030)	平成52年 (2040)	平成62年 (2050)	平成72年 (2060)
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計人数/(率)	462万人 15.0%	517万人 15.7%	602万人 17.2%	675万人 19.0%	744万人 20.8%	802万人 21.4%	797万人 21.8%	850万人 25.3%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計人数/(率)		525万人 16.0%	631万人 18.0%	730万人 20.6%	830万人 23.2%	953万人 25.4%	1016万人 27.8%	1154万人 34.3%

出典：日本医療法人協会主催 第30回全国医療法人経営セミナー特別講演 厚労省医政局迫井課長「地域医療構想」



出典：総務省消防庁 「平成25年版 救急・救助の現況」より作成

民間優位の都道府県と公的優位の県では、人口の増加数はどうになるか？

民間優位 ⇒ 救急搬送の50%以上を民間医療機関が受け入れている都道府県

公的優位 ⇒ 救急搬送の50%以上を公的医療機関が受け入れて県

総人口

人口単位：千人

	2010年	2025年		2040年			
		2010年比	(割合)	2010年比	(割合)		
民間優位	86,220	82,317	-3,903	(52.8%)	73,808	-12,411	(59.7%)
公的優位	41,837	38,342	-3,496	(47.2%)	33,467	-8,370	(40.3%)
合計	128,057	120,659	-7,399	(100.0%)	107,276	-20,782	(100.0%)

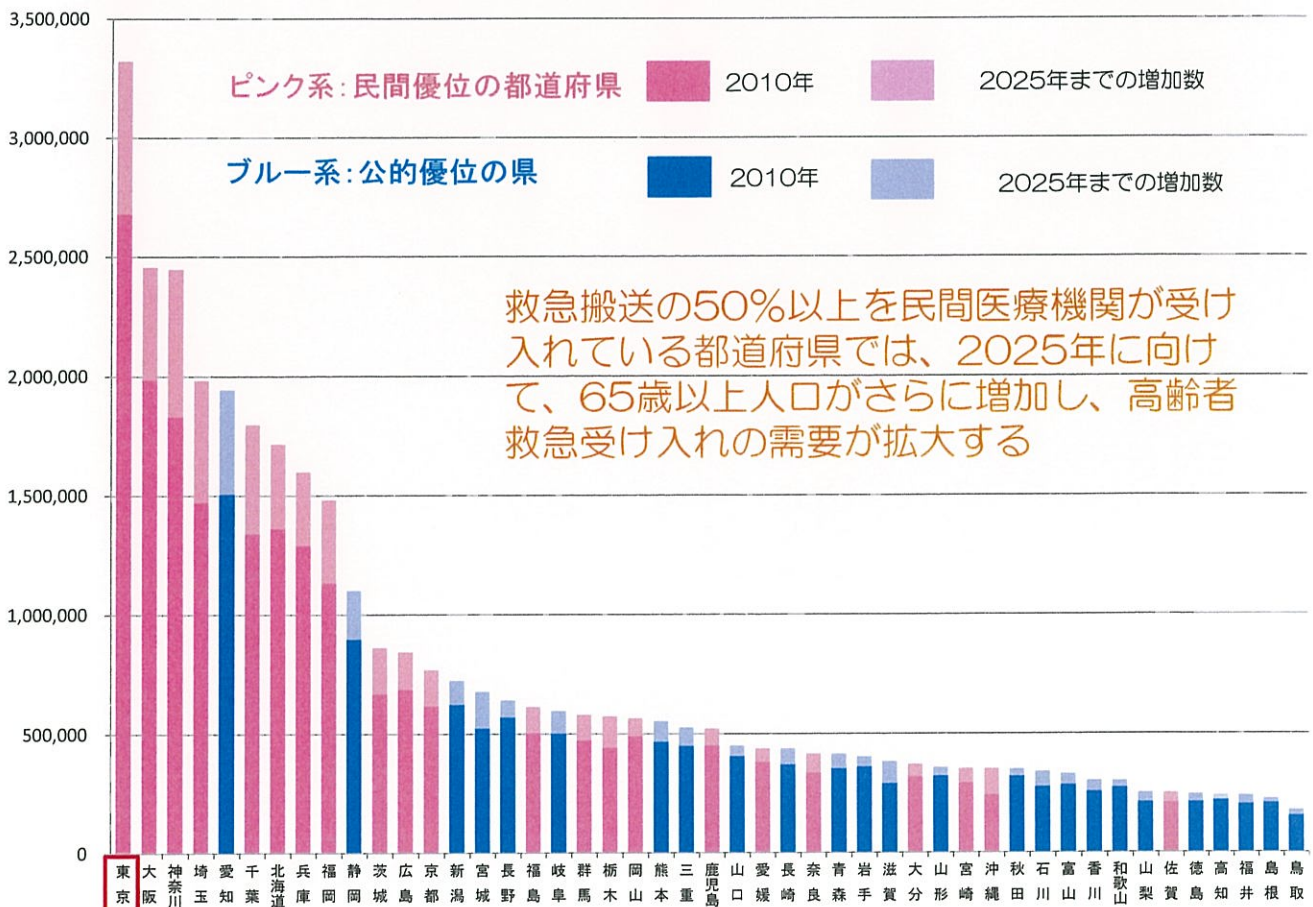
65歳以上人口

人口単位：千人

	2010年	2025年		2040年			
		2010年比	(割合)	2010年比	(割合)		
民間優位	19,202	24,331	5,130	(72.3%)	26,393	7,191	(78.2%)
公的優位	10,279	12,242	1,964	(27.7%)	12,285	2,007	(21.8%)
合計	29,480	36,573	7,093	(100.0%)	38,678	9,198	(100.0%)

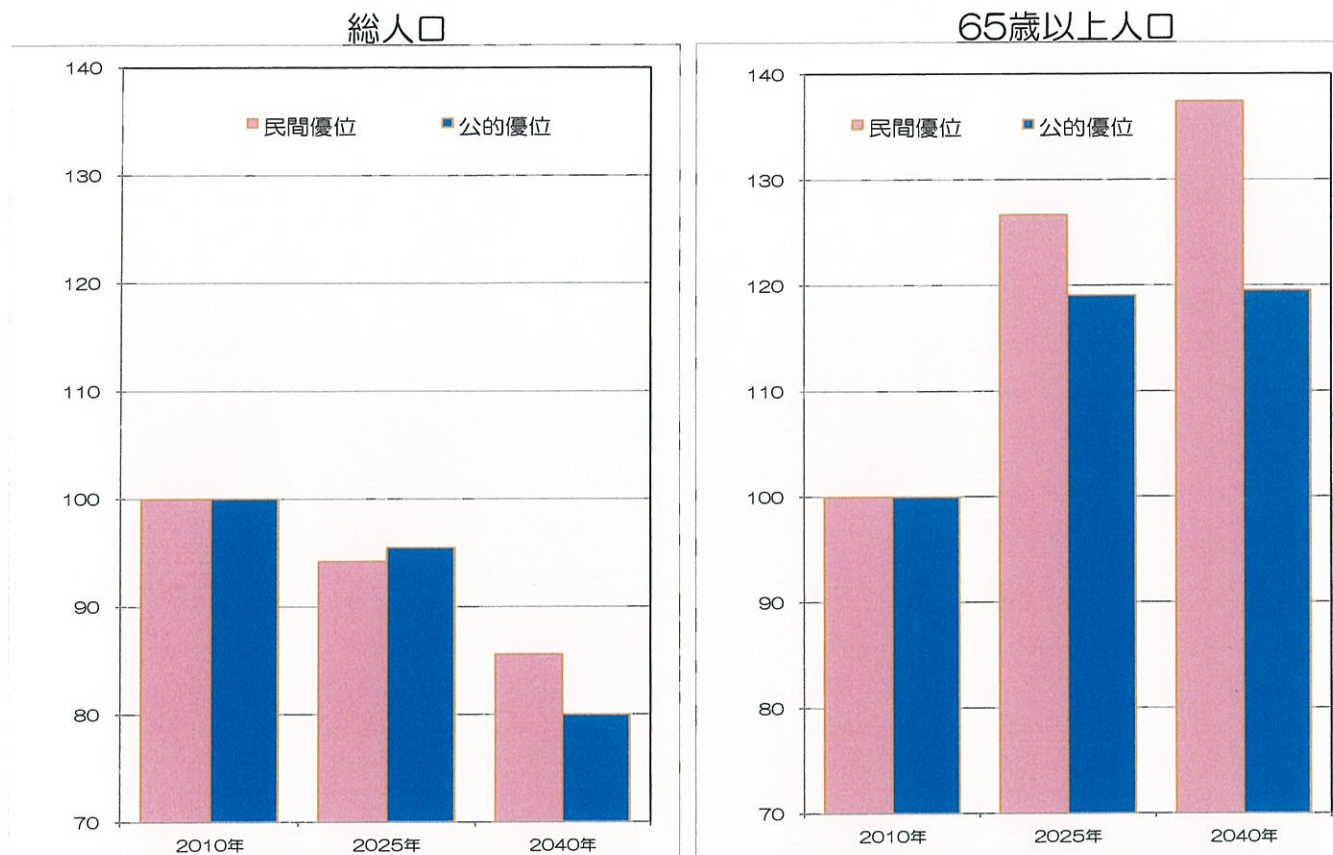
**2010年⇒2025年、2010年⇒2040年に、
全国で65歳以上人口が増加するうちの7割～8割は、
民間優位の都道府県で増加する**

高齢者人口（65歳以上）の増加数（2010年 ⇒ 2025年）



階級別人口の増加割合（2010年⇒2025年⇒2040年）

2010年を100とした場合の各年の指数



出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来人口推計」（平成25年3月推計）より作成

民間優位と公的優位の地域における、 2025年と2040年 の高齢者人口を考えた時の問題点は何か？

(民間優位の地域 ⇒ 救急搬送の50%以上を民間医療機関が受け入れている都道府県)
(公的優位の地域 ⇒ 救急搬送の50%以上を公的医療機関が受け入れている県)

1. 65歳以上の高齢者人口は、圧倒的に民間優位の都道府県で増加する
2. 2010年の人口を100とした場合、民間優位の都道府県は、2025年⇒2040年にかけて増加する、公的優位の県は2025年がピークとなり、2040年にかけては横ばいとなる

- 医療提供体制において、高齢者救急が今後増加する中では、急性期医療を担う民間医療機関の役割は、ますます重要になる
- 高齢者救急では慢性疾患の急性増悪には急性期の機能で対応できるが、脳疾患や循環器系の救急搬送では、高度急性期の機能も必要となる
- 2次救急医療機関のトリアージを確実に行ってこそ、3次の救急救命センターがその役割を果たすことが可能となる

地域医療構想策定 ガイドライン を考える

地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会 構成員名簿

(敬称略。五十音順)

相澤 孝夫	一般社団法人日本病院会副会長	中川 俊男	公益社団法人日本医師会副会長
安部 好弘	公益社団法人日本薬剤師会常任理事	西澤 寛俊	公益社団法人全日本病院協会会長
◎ 遠藤 久夫	学習院大学経済学部教授	花井 圭子	日本労働組合総連合会総合政策局長
○ 尾形 裕也	東京大学政策ビジョン研究センター特任教授	へんみ きみお	公益社団法人全国自治体病院協議会会長
加納 繁照	一般社団法人日本医療法人協会会長	ほんだ のぶみ	健康保険組合連合会理事
齋藤 訓子	公益社団法人日本看護協会常任理事	まつだ しんや	産業医科大学医学部教授
まくら じ しょうじ	公益社団法人日本精神科病院協会理事	むらおか あきら	高知市健康福祉部長
しみず のぶみ	奥多摩町福祉保健課長	やまぐち いくこ	NPO 法人ささえあい医療人権センターCOML 理事長
たけひさ とうぞう	一般社団法人日本慢性期医療協会会長	やまなし とおる	公益社団法人日本歯科医師会副会長
どい たけろう	慶應義塾大学経済学部教授	わたなべ けんいちろう	奈良県医療政策部長

※ ◎座長 ○座長代理

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 <small>昭和25年 昭和26年</small>	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 <small>医療法人制度施行 日本医療法人協会結成</small>	○病院の施設基準を創設
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、医療資源の地域偏在の是正と医療施設の連携の推進を目指したもの。	○医療計画制度の導入 ・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、医療機関の役割分担の明確化及び連携の促進等を行ったもの。	○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 ○医療計画制度の充実 ・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 ○医療計画制度の見直し ・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、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、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 ○医療計画制度の見直し ・4疾病5事業の具体的な医療連携体制を位置付け

地域医療構想の趣旨①

地域ごとの選択(需要の変化に対応するために)

■施設・設備投資の判断

新規整備が必要？

10年後のピークを踏まえて「新規に」整備することが
本当に正しいのか

→ 各施設・整備の耐用年数の関係など

■法人最適と地域最適

先陣争い？

法人経営の最適化と地域(住民から)の最適化が
両立するのか

→ 地域アクセスなど総合的な視点

出典：日本医療法人協会主催 第30回全国医療法人経営セミナー特別講演 厚労省医政局迫井課長「地域医療構想」

今回の推計方法及び前提等について

(一般病床及び療養病床に係る2025年の医療機能別必要病床数の推計)

- 本推計は、「医療・介護情報の分析・検討ワーキンググループにおける検討内容について」(第4回医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会 資料2 松田委員提出資料)、「地域医療構想策定ガイドライン等について」(平成27年3月31日付け医政発0331第53号)及び「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」の一部の施行について」(平成27年3月31日付け医政発0331第9号)等に基づき、一定の仮定を置いて、実施。
- 本推計の主な方法及び前提等は、以下のとおり。
 - ・ 2013年度(平成25年度)1年分のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ等を使用。

【高度急性期・急性期・回復期の境界点】

- ・ 高度急性期と急性期の境界点(C1)は、医療資源投入量(※1)で3,000点。
 - ※1 患者に対して行われた診療行為を1日当たりの診療報酬の出来高点数(入院基本料相当分及びリハビリテーション料の一部を除く。)で換算した値。
- ・ 急性期と回復期の境界点(C2)は、医療資源投入量で600点。
- ・ 回復期と在宅医療等の境界点(C3)は、医療資源投入量で225点(在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み、175点で区分(※2)。)。回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者数(一般病床・療養病床)を加算。
 - ※2 医療資源投入量が175点未満の医療を受ける入院患者であっても、リハビリテーションを受ける入院患者(回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する者を除く。)であってリハビリテーション料を含んだ医療資源投入量が175点以上となる医療を受けている場合は、回復期に分類。

【慢性期(パターンA・パターンB・パターンC)】

- ・ パターンA: 全ての二次医療圏の療養病床の入院受療率(※3)を全国最小値(県単位)にまで低下するとして、推計。
 - ※3 療養病床の入院患者のうち医療区分1の患者の70%に相当する者及び回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する者を除く。以下同じ。
- ・ パターンB: 全ての二次医療圏において療養病床の入院受療率と全国最小値(県単位)との差を一定割合(全国最大値(県単位)が全国中央値(県単位)にまで低下する割合)解消するとして、推計。
- ・ パターンC: 要件(※4)に該当する全ての二次医療圏は、パターンBの目標入院受療率の達成年次を2030年(平成42年)とし、2025年(平成37年)においては、2030年から比例的に逆算した入院受療率まで低下するとし、その他の二次医療圏は、2025年までにパターンBの目標入院受療率まで低下するとして、推計。

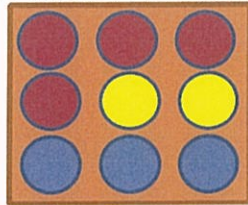
出典：内閣府 社会保障制度改革推進本部ホームページ

病床機能報告制度と地域医療構想の将来推計の違い

病床機能報告制度

・報告制度だと様々な病期の患者が混在しているのに一つの機能しか選べない

例) A病院の外科病棟



実際の病棟内には様々な病期の患者が混在している

- 高度急性期相当の患者(病床)
- 急性期相当の患者(病床)
- 回復期相当の患者(病床)

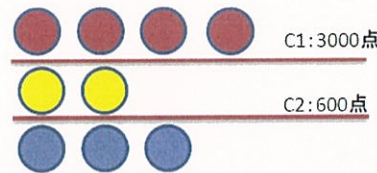


病床機能報告制度では混在している中で一番数の多い、高度急性期病棟として報告している

↑この状態で報告される

地域医療構想の将来推計

・将来推計は患者数をベースに病床数を出している



2013年度の入院受療率
(患者数/人口)
(性・年齢階級別・4機能別)



2025年度の推計人口
(性・年齢階級別)

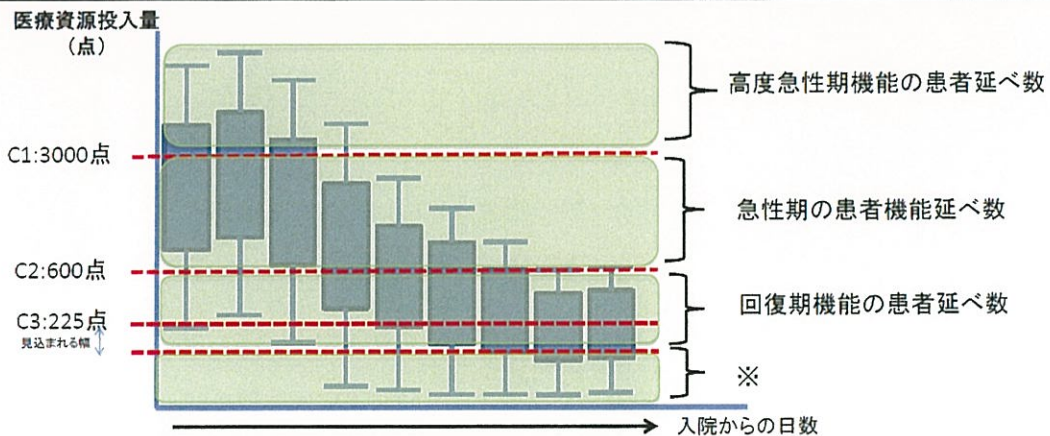


2025年度の必要病床数

出典：日本医療法人協会主催 第30回全国医療法人経営セミナー特別講演 厚労省医政局迫井課長「地域医療構想」

高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要の考え方

- 医療資源投入量の推移から、高度急性期と急性期との境界点(C1)、急性期と回復期との境界点(C2)となる医療資源投入量を分析。
- 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に相当する医療資源投入量として見込まれる境界点(C3)を分析した上で、在宅復帰に向けた調整を要する幅を更に見込み、回復期機能で対応する患者数とする。なお、調整を要する幅として見込んだ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こととする。
 - ※ 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・診療所以外の場所において提供される医療を指し、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定。
- C1を超えている患者延べ数を高度急性期機能の患者数、C1～C2の間にいる患者延べ数を急性期機能の患者数、C2～C3の間にいる患者延べ数を回復期機能の患者数として計算。



※ 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。



全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。

出典：日本医療法人協会主催 第30回全国医療法人経営セミナー特別講演 厚労省医政局迫井課長「地域医療構想」

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	C1 3,000点	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		
回復期	C2 600点	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
※	C3 225点	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。

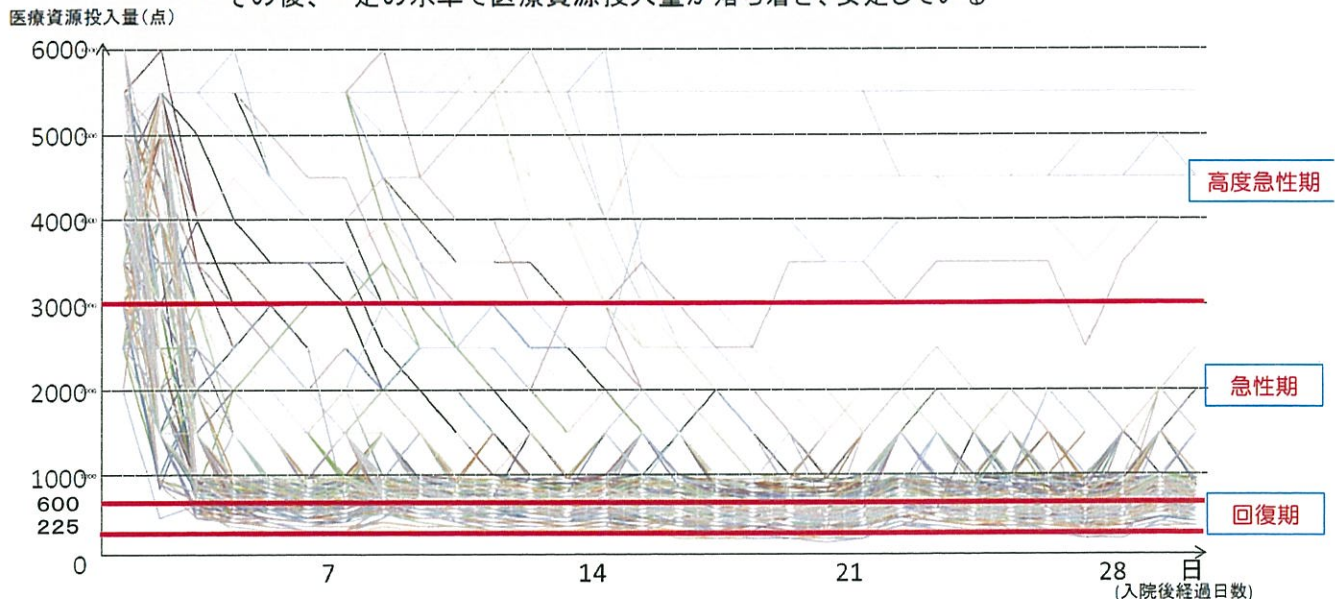
4

出典：第9回 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会 資料より

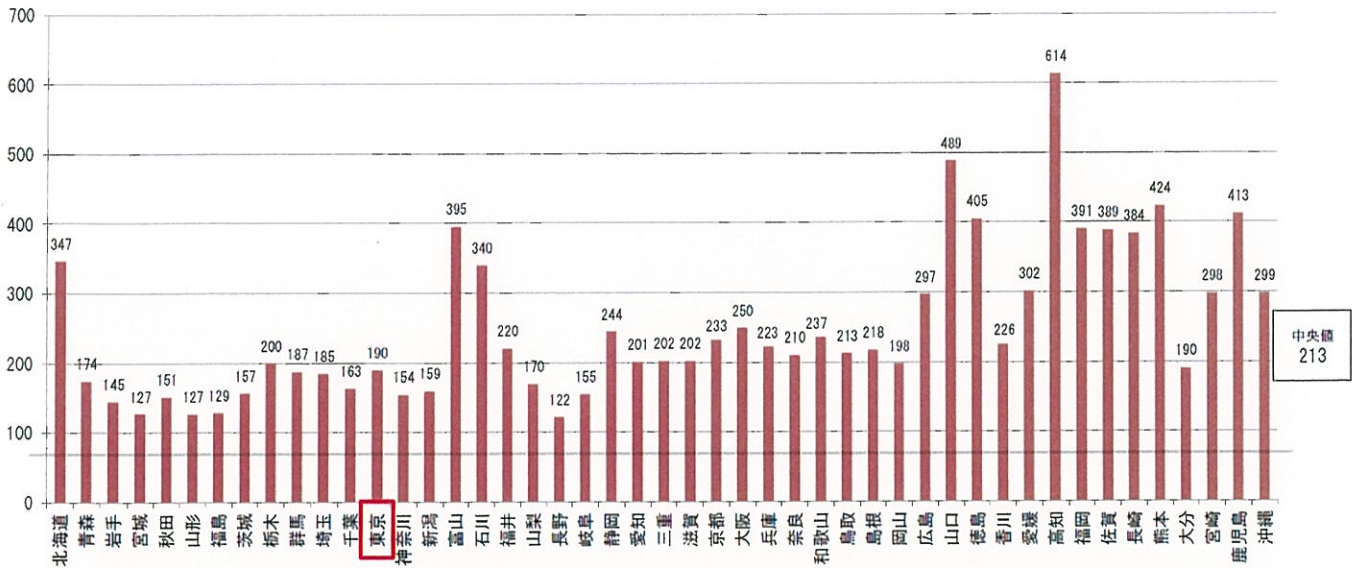
医療資源投入量(中央値)の推移

(入院患者数上位255のDPCの推移を重ね合わせたもの)

- 上記の分析を、推計入院患者数の多い傷病小分類上位255の疾患を選び、DPCにおいて対応する255の疾患について実施した。(当該255疾患の入院患者の合計入院数(人・日)が、全疾患の入院患者の合計入院数(人・日)に対して占める割合は63.1%であった。)
- 255のDPCの医療資源投入量の推移を1つの図にプロットした下図を見ると、異なる動きをするDPCがいくつかあるものの、以下のことが分かる。
 - ・ 入院初日から2~3日は、医療資源投入量が特に高い状態がある
 - ・ その後、一定の水準で医療資源投入量が落ち着き、安定している



都道府県別にみた療養病床の年齢調整入院受療率 (間接法で年齢調整)



注：1) 都道府県の推計入院患者数は、患者住所別に算出したものである。
 2) 福島県の数値については、東日本大震災の影響で平成23年患者調査実施しなかったため、平成24年福島県患者調査の結果を用いている。
 3) 宮城県については石巻医療圏、気仙沼医療圏を除いた数値である。

出典：日本医療法人協会主催 第30回全国医療法人経営セミナー特別講演 厚労省医政局迫井課長「地域医療構想」

地域の実情に応じた慢性期機能及び在宅医療等の需要推計の考え方

- 慢性期機能の医療需要については、医療機能の分化・連携により、現在では療養病床で入院している状態の患者数のうち一定数は、2025年には、在宅医療等※で対応するものとして推計する。
 ※ 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・診療所以外の場所において提供される医療を指す。
- その際、療養病床については、現在、報酬が包括算定であるので、行われた診療行為が分からず、医療資源投入量に基づく分析ができない。また、地域によって、療養病床数や在宅医療の充実、介護施設の整備状況等は異なる。
- よって、医療資源投入量とは別に、地域が、療養病床の患者を、どの程度、慢性期機能の病床で対応するか、在宅医療・介護施設で対応するかについて、目標を定めることとして、患者数を推計する。
 その際、現在、療養病床の入院受療率に地域差があることを踏まえ、この地域差を一定の目標まで縮小していくこととする。
- また、介護施設や高齢者住宅を含めた受け皿となる医療・介護等での対応が着実に進められるよう、一定の要件に該当する地域については配慮を行う。

【入院受療率の地域差の解消目標】

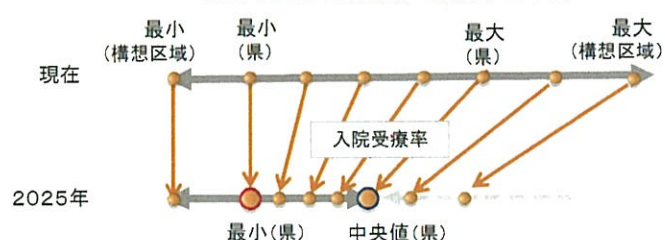
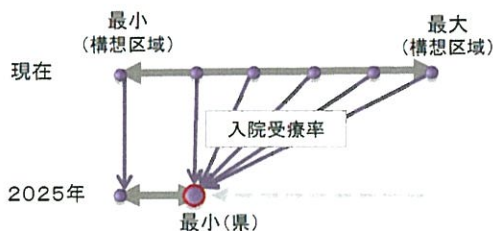
パターンA

全ての構想区域が
全国最小値(県単位)まで入院受療率を低下する。

パターンB

構想区域ごとに入院受療率と全国最小値(県単位)との差を一定割合解消させることとするが、その割合については全国最大値(県単位)が全国中央値(県単位)にまで低下する割合を一律に用いる。

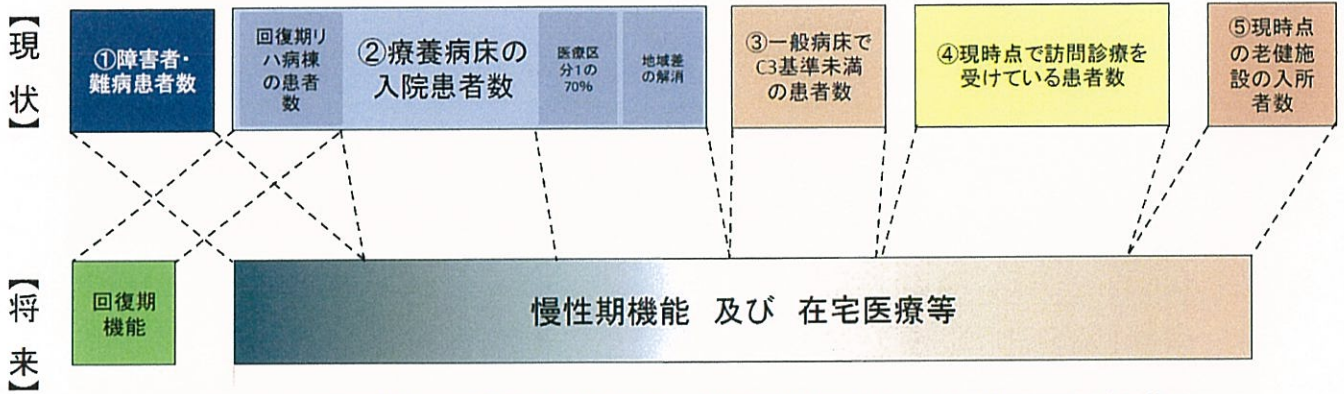
※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年(2013年)の受療率を用いて推計することとする。



出典：日本医療法人協会主催 第30回全国医療法人経営セミナー特別講演 厚労省医政局迫井課長「地域医療構想」

慢性期機能および在宅医療等の医療需要の考え方について

慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ図※



※ このイメージ図では将来の人口構成の変化を考慮していない。実際には地域における将来の人口構成によって幅の変化が起こる。

出典：日本医療法人協会主催 第30回全国医療法人経営セミナー特別講演 厚労省医政局迫井課長「地域医療構想」

地域の実情に配慮した慢性期病床の推計の特例について

(一定の地域は2030年に目標達成を延長可能)

○ 都道府県は、原則、パターンAからBの範囲内で入院受療率の目標を定めるが、以下の要件に該当する構想区域は、その目標達成年次を2025年から2030年とすることができることとする。

その際、2025年においては、2030年から比例的に逆算した入院受療率を目標とし、当該目標と2030年の目標の両方を地域医療構想に定めることとする。

【要件案】以下の①かつ②に該当する構想区域

① 当該構想区域の慢性期病床の減少率が、全国中央値(32%)よりも大きい

② 高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きい

※1 2030年に延長した場合でも、2025年時点で、減少率が中央値の34%を下回らないようにする。

※2 高齢者単身世帯の割合と入院受療率との相関については、弱い相関が見られる。(相関係数 0.62)

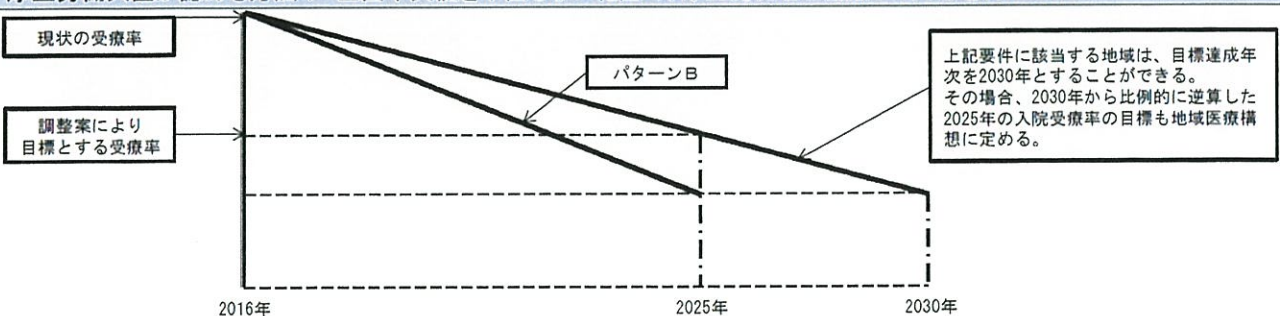
(地域医療構想策定後の目標修正について)

○ 一定の要件に該当する構想区域において、特別な事情により、慢性期病床の必要量の達成が著しく困難になった場合には、厚生労働大臣が認める方法により、入院受療率の目標を変更することができることとする。

一定の要件→ 全国中央値を超える減少率の都道府県の構想区域(中央値を超える減少率の構想区域に限る。)その他これに類する構想区域

特別な事情→ やむを得ない事情に限定

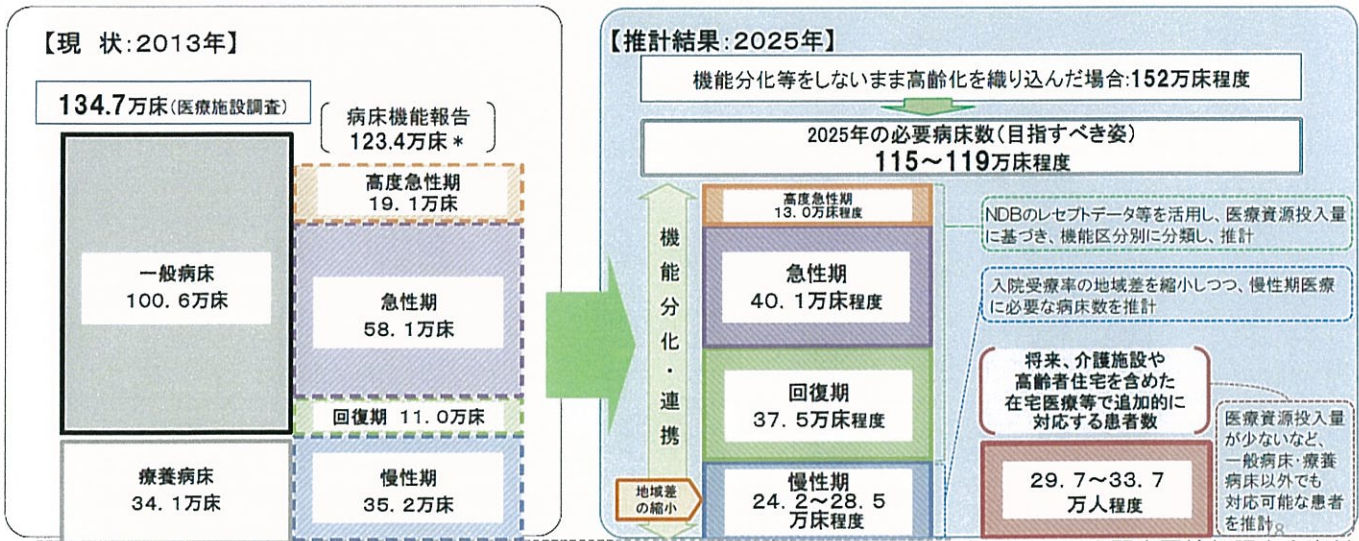
厚生労働大臣が認める方法→ 全国中央値を下回らない範囲で、厚生労働省と協議して同意を得た方法



出典：日本医療法人協会主催 第30回全国医療法人経営セミナー特別講演 厚労省医政局迫井課長「地域医療構想」

2025年のあるべき病床数の推計結果について

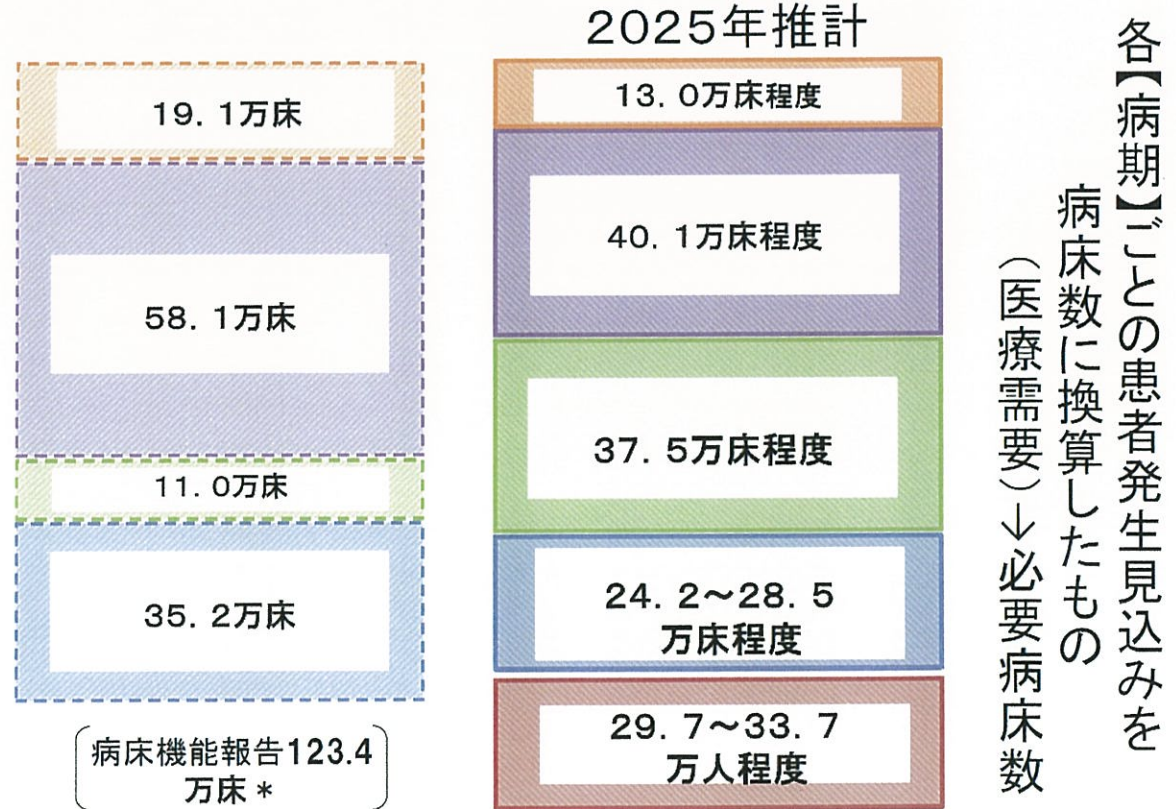
- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、限られた医療資源を効率的に活用するため、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化し、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。
(⇒ 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環)
- 今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進めるため、
 - ・ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに
 - ・ 今後の療養病床における医療提供のあり方を含め、受け皿としての医療・介護のあり方の検討を行うなど、
 国・地方が一体となって取り組む。



* 2014年7月時点 (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。) 平成27年6月15日:内閣官房情報調査会資料

出典: 日本医療法人協会主催 第30回全国医療法人経営セミナー特別講演 厚労省医政局迫井課長「地域医療構想」

2025年推計値の捉え方



出典: 日本医療法人協会主催 第30回全国医療法人経営セミナー特別講演 厚労省医政局迫井課長「地域医療構想」

大阪府の 地域医療構想策定の 取り組み状況

厚生労働省の定める算定式と地域医療構想策定支援ツール 地域医療構想策定支援ツールの内容

医療需要算出での利用データ

利用データ		病名
医療需要	①NDB (National Database) のレセプトデータ	有
	上記のうち慢性期、回復期リハビリテーション病棟入院料	無
	②DPC データ	有
	③公費負担医療分医療需要 (医療費の動向)	※
	④医療扶助受給者数 (被保護者調査)	※
	⑤訪問診療受療者数 (生活保護患者訪問診療レセプト数)	無
	⑥分娩数 (人口動態調査)	有
	⑦介護老人保健施設の施設サービス受給者数 (介護給付費実態調査)	無
	⑧労働災害入院患者数 (労働災害入院レセプト数)	無
⑨自賠責保険入院患者数 (自賠責保険請求データ)	無	
人口	住民基本台帳年齢階級別人口	—
将来推計人口	国立社会保障・人口問題研究所 性・年齢階級別将来推計人口	—

居住地で入院する患者の割合（疾病別・事業別）

	豊能	三島	北河内	中河内	南河内	堺市	泉州	大阪市
がん (1)	72.7%	72.4%	73.3%	48.9%	70.7%	69.6%	70.6%	88.7%
脳卒中 (1)	82.6%	76.6%	87.6%	72.7%	84.9%	74.1%	86.9%	89.2%
急性心筋梗塞 (1, 3)	73.5%	72.3%	78.8%	63.7%	78.6%	75.2%	83.0%	87.2%
糖尿病 (2)	73.4%	95.9%	89.8%	67.9%	93.4%	84.0%	93.1%	93.2%
精神疾患 (2)	62.5%	84.6%	59.6%	69.0%	69.4%	60.0%	91.3%	6.0%
救急医療 (2)	77.9%	84.5%	85.0%	73.2%	79.5%	85.4%	86.4%	90.2%
周産期医療 (1, 4)	84.8%	85.1%	74.6%	75.5%	89.1%	76.1%	100.0%	87.6%
小児医療 (1)	72.1%	73.2%	59.2%	46.8%	76.7%	59.2%	89.8%	79.8%

- (1) 支援ツールより算出
- (2) データ分析（NDB データ、データブック）により算出
- (3) 急性心筋梗塞の代用として、循環器疾患で算出
- (4) NDBデータ利用規則に基づくマスキングデータを除く数字により算定した割合である

出典：平成27年10月20日 第2回大阪府地域医療構想策定ワーキンググループ

支援ツールによる5疾病の医療需要の検討

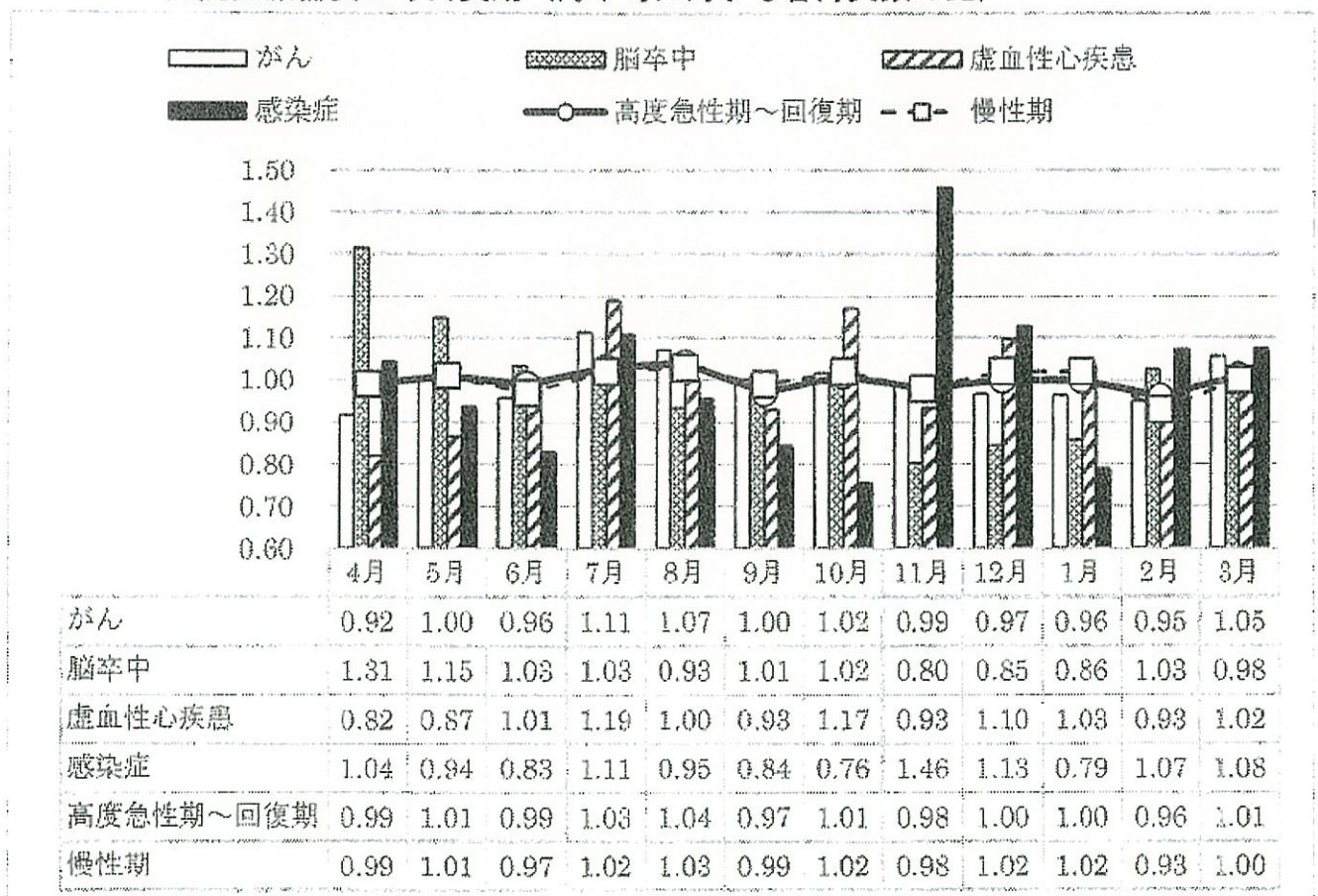
		支援ツール	データ分析	利用データ
5 疾病	がん	各圏域内で医療需要は概ね満たされている。 (大阪市をはじめ、豊能、南河内への流出が見られる。)	支援ツールによる検討結果と同様である。 (圏域間での流出入の多くは圏域境界に隣接する市区町村間での流出入が見られる。)	NDB データ
	脳卒中	各圏域内で医療需要は概ね満たされている。 (中河内から大阪市への流出が見られる。)	支援ツールによる検討結果と同様である。 (緊急性の高い疾患であり、最寄りの医療機関への搬送が優先されるため、圏域境界に隣接する市区町村間での流出入が見られる。)	NDB データ
	急性心筋梗塞	医療需要・必要病床数の大部分が10未満のマスキングにより、評価が困難である。 代替として、循環器系疾患全体として評価すると、各圏域内で医療需要は概ね満たされている。 (中河内から大阪市への流出が見られる。)	虚血性心疾患として検討したところ、支援ツールの循環器系疾患全体による検討結果と同様である。 (緊急性の高い疾患であり、最寄りの医療機関への搬送が優先されるため、圏域境界に隣接する市区町村間での流出入が見られる。)	NDB データ データブック (患者受療動向可視化ツール)
	糖尿病	MDC 診断群分類による医療需要の算出に限られているため、糖尿病による医療需要を評価できない。	各圏域内で医療需要は概ね満たされている。	NDB データ
	精神疾患	支援ツールでは精神病床は算定されず評価できない。	大阪市を除き、各圏域内での医療需要は概ね満たされている。 大阪市からは、泉州をはじめ、豊能、三島、中河内、南河内、堺市に流出が見られる。	データブック (患者受療動向可視化ツール)

支援ツールによる5事業の医療需要の検討

		支援ツール	データ分析	利用データ
5事業	救急医療	MDC 診断群分類による医療需要の算出に限られているため、救急医療による医療需要を評価できない。	各圏域内で医療需要は概ね満たされている。 (「最寄りの医療機関への搬送が優先されるため、圏域境界に隣接する市区町村間での流出入が見られる。)	データブック (患者受療動向可視化ツール)
	周産期医療	MDC 診断群分類による医療需要の算出に限られているため、周産期医療による医療需要を評価することは困難である。 代替として、MDC12 及び MDC14 で0~4歳、15~59歳の高度急性期・急性期の条件により周産期医療を想定した場合、各圏域内で医療需要に概ね満たされている。	各圏域内で医療需要は概ね満たされている。 (「北河内、中河内、大阪市」、「堺市、南河内、泉州」の圏域において補完している。)	NDB データ
	小児医療	各圏域内で医療需要は概ね満たされているが、北河内、中河内では、大阪市への流出が多い。堺市では、泉州、南河内への流出が多い。	支援ツールでの検討結果と概ね同様。 (「豊能、三島」、「北河内、中河内、大阪市」、「南河内、堺市、泉州」の圏域において補完している。)	NDB データ
	災害医療	支援ツールでは、非常時の医療需要は算定できない。	NDB データ等の現在取得しているデータでは非常時の医療需要は算定できない。	対象外
へき地医療		該当地域なし		

出典：平成27年10月20日 第2回大阪府地域医療構想策定ワーキンググループ

入院医療需要の年内変動（月平均に対する各月実数の比）



二次救急搬送件数の見込み

	平成25年(2013年)	平成37年(2025年)	増加数
	府内+流入-流出	府内+流入-流出	府内+流入-流出
A 年間救急入院件数見込 (件)	170,557	224,206	53,649
B 1日あたり件数見込 (件) (A/365)	467	614	<u>147</u>
C 高度急性期・急性期医療需要 (人/日) (B×12.7)	5,931	7,798	<u>1,867</u>
D 必要病床数推計(医療機関所在地) (床) (高度急性期+急性期)	38,718	46,836	8,118
E 必要病床数中の救急医療需要 (%) (C/D)	15.3	16.6	<u>1.3</u>

出典：平成27年10月20日 第2回大阪府地域医療構想策定ワーキンググループ

平成25年(2013年)救急入院件数

患者 住所地	医療機関所在地												総計
	豊能	三島	北河内	中河内	南河内	堺市	泉州	大阪市	京都府	兵庫県	奈良県	和歌山県	
豊能	14,822	380	82	28	19	27	2,678	51	1,012	23			19,122
三島	1,194	12,131	239	14	11	14	667	118	83	15	10		14,496
北河内	160	226	16,903	267	24	35	27	1,622	513	92	180		20,049
中河内	70	29	511	11,118	347	51	42	3,040	22	64	132		15,426
南河内	23	11	21	618	8,887	927	84	590	12	53	62	24	11,312
堺市	36	14	21	33	1,529	16,416	554	658	13	81	22	12	19,389
泉州	34		13	11	280	1,219	14,357	327	13	30	25	503	16,812
大阪市	914	127	920	1,482	573	643	148	51,428	97	580	197	37	57,146
滋賀県	13	13	22					35					83
京都府	50	158	459	14	11	22		173					887
兵庫県	1,156	99	73	38	43	68	42	1,156					2,675
奈良県	53	23	78	124	71	43	11	518					921
和歌山県	22	12	17		131	54	83	72					391
総計	18,547	13,223	19,359	13,747	11,926	19,519	15,348	62,964	839	1,995	656	586	178,709

出展：データブック（患者受療動向可視化ツール：救急・救急医療の体制【二次救急】）

府内+流入：174,633件

流出：4,076件

平成37年(2025年)救急入院件数推計値

患者 住所地	医療機関所在地												
	豊能	三島	北河内	中河内	南河内	堺市	泉州	大阪市	京都府	兵庫県	奈良県	和歌山県	総計
豊能	20,450	532	111	21	0	31	0	3,576	62	1,433	28	0	26,243
三島	1,637	16,870	318	0	0	0	0	864	146	112	16	0	19,963
北河内	200	281	22,719	345	11	36	30	2,067	688	117	248	0	26,742
中河内	83	23	708	15,331	449	56	52	3,966	18	82	175	0	20,943
南河内	26	0	23	833	12,125	1,260	105	716	0	63	80	25	15,255
堺市	51	0	16	26	1,976	22,126	748	863	0	107	9	0	25,922
泉州	35	0	0	0	328	1,553	19,128	393	0	29	28	636	22,130
大阪市	1,152	158	1,151	1,927	728	812	162	66,509	114	721	262	34	73,731
滋賀県	0	0	14	0	0	0	0	22					36
京都府	36	129	375	9	0	10	0	142					701
兵庫県	912	77	57	24	22	54	27	907					2,079
奈良県	41	8	59	95	52	28	0	397					680
和歌山県	9	0	0	0	95	33	60	52					249
総計	24,631	18,078	25,551	18,611	15,785	25,997	20,312	80,474	1,028	2,663	847	695	234,674

府内+流入：229,439件

流出：5,233件

出典：平成27年10月20日 第2回大阪府地域医療構想策定ワーキンググループ

二次医療圏別の病床稼働率

	一般病床				療養病床			
	既存 病床数 (床)	入院 患者数 (人/日)	退院 患者数 (人/日)	病床 稼働率 (推計値)	既存 病床数 (床)	入院 患者数 (人/日)	退院 患者数 (人/日)	病床 稼働率 (推計値)
全国	897,380	707,200	36,910	82.9%	328,195	286,600	1,423	87.8%
大阪府	65,824	53,900	2,768	86.1%	22,394	20,300	107	91.1%
豊能	7,157	6,100	306	89.5%	1,832	1,600	12	88.0%
三島	5,270	4,500	203	89.2%	1,161	1,100	8	95.4%
北河内	7,868	6,800	312	90.4%	2,153	1,300	12	60.9%
中河内	4,403	3,100	165	74.2%	1,305	1,400	6	107.8%
南河内	4,775	3,700	218	82.1%	1,867	1,800	8	96.9%
堺市	5,641	4,000	243	75.2%	3,824	4,000	9	104.8%
泉州	4,777	4,400	243	97.2%	3,864	3,600	9	93.4%
大阪市	25,933	21,300	1,077	86.3%	6,388	5,400	42	85.2%

※ 資料上、中河内、堺市では、病床稼働率が100%を超えているが、患者調査において、療養病床の入院患者数が既存病床数を上回っているため、同様の内容を掲載している。

病床機能報告との比較

府内全体の状況

府内総数の平成37年(2025年)の必要病床数と平成26年度(2014)年度の病床機能報告を比較すると、未報告の6,000床には留意が必要なものの高度急性期と慢性期では、ほぼ均衡しており、急性期は必要病床数を報告病床数が上回っており、逆に回復期は大きく不足する。

府内総数の必要病床数と病床機能報告

[必要病床数は医療機関所在地ベース]

	平成37年(2025年) 必要病床数(床)	病床機能報告(床)(26年7月)	差(床)
高度急性期	11,789	11,587	△202
急性期	35,047	43,635	+8,588
回復期	31,364	7,262	△24,102
慢性期	23,274	22,987	△287
計	101,474	85,471	△16,003(※)

※ 病床機能報告制度は、平成26年度(2014年度)から実施されたが、約6,000床が未報告又は無回答となっている。

出典：平成27年10月20日 第2回大阪府地域医療構想策定ワーキンググループ

医療圏ごとの状況

圏域別では、高度急性期と慢性期では、必要病床数を報告病床数が上回っている圏域と下回っている圏域が混在している。

急性期では、大半の医療圏が必要病床数を病床機能報告は上回っている。

回復期では、全ての医療圏で必要病床数が病床機能報告を上回っている。

病床機能報告による機能別病床数と支援ツールによる必要病床数推計値の比較

[必要病床数は医療機関所在地ベース]

		高度急性期	急性期	回復期	慢性期 ¹	無回答	合計
大阪府	必要病床数(2013)	10,562	28,156	23,744	24,157		86,619
	病床機能報告数(2014)	11,587	43,635	7,262	22,987	604	86,075
	必要病床数(2025)	11,789	35,047	31,364	23,274		101,474
豊能	必要病床数(2013)	1,294	3,304	2,748	2,169		9,515
	病床機能報告数(2014)	1,802	3,960	854	1,971	314	8,901
	必要病床数(2025)	1,436	4,044	3,577	2,421		11,478
三島	必要病床数(2013)	852	2,255	1,944	1,895		6,946
	病床機能報告数(2014)	947	3,296	858	1,494	15	6,610
	必要病床数(2025)	956	2,961	2,786	2,410		9,113
北河内	必要病床数(2013)	994	3,227	3,150	2,543		9,914
	病床機能報告数(2014)	894	5,710	863	2,487	8	9,962
	必要病床数(2025)	1,197	4,319	4,511	3,083		13,110
中河内	必要病床数(2013)	562	1,857	1,971	1,155		5,545
	病床機能報告数(2014)	163	3,527	427	1,375	0	5,492
	必要病床数(2025)	657	2,424	2,759	1,275		7,115
南河内	必要病床数(2013)	741	2,089	1,468	2,154		6,452
	病床機能報告数(2014)	1,061	3,452	192	1,953	1	6,659
	必要病床数(2025)	814	2,515	1,875	1,902		7,106
堺市	必要病床数(2013)	861	2,529	1,959	3,947		9,296
	病床機能報告数(2014)	804	3,449	971	3,793	67	9,084
	必要病床数(2025)	991	3,128	2,571	3,202		9,892
泉州	必要病床数(2013)	923	2,271	1,979	3,291		8,464
	病床機能報告数(2014)	612	3,647	935	3,409	39	8,642
	必要病床数(2025)	993	2,818	2,623	2,523		8,957
大阪府	必要病床数(2013)	4,335	10,624	8,525	7,003		30,487
	病床機能報告数(2014)	5,304	16,594	2,162	6,505	160	30,725
	必要病床数(2025)	4,745	12,838	10,662	6,458		34,703

1. 慢性期は堺市、泉州は特例条件、その他の二次医療圏ではパターンB条件で算出。

市区町村間の流出入

隣接する二次医療圏間での流出入は、圏域境界の市区町村間での流出入が主となっており、専門医療機関への受診による流出入が一部疾患等で見られた。

また、大阪府内から他府県への流出が多い市区町村が一部で見られたが、いずれも府県境の隣接する市町村への流出であり、医療機関への交通アクセスの利便性などの理由によるものと推察される。

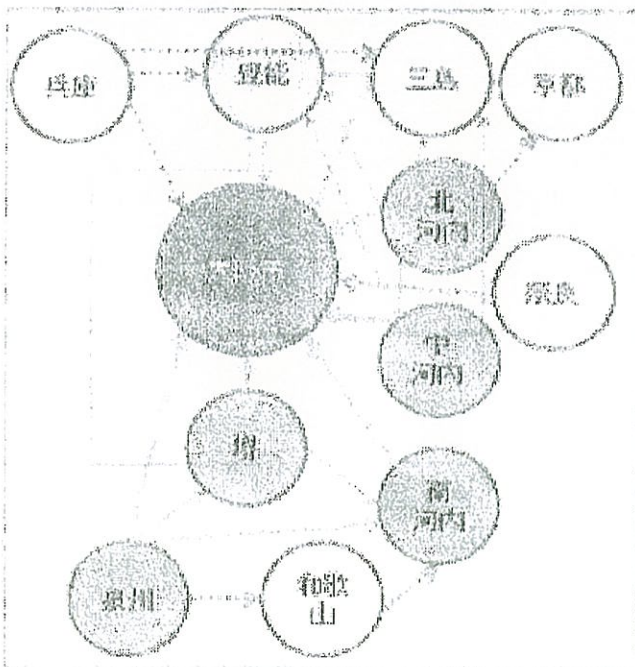
[再掲] (表●) 府内市町村からの他府県への特徴的な流出（一般病床、療養病床共通）

二次医療圏	市町村		流出先
豊能	豊能町、能勢町	→	兵庫県川西市、猪名川町
	池田市	→	兵庫県川西市
北河内	枚方市	→	京都府八幡市
	四條畷市	→	奈良県生駒市
中河内	柏原市	→	奈良県香芝市
泉州	岬町	→	和歌山県和歌山市

出典：平成27年10月20日 第2回大阪府地域医療構想策定ワーキンググループ

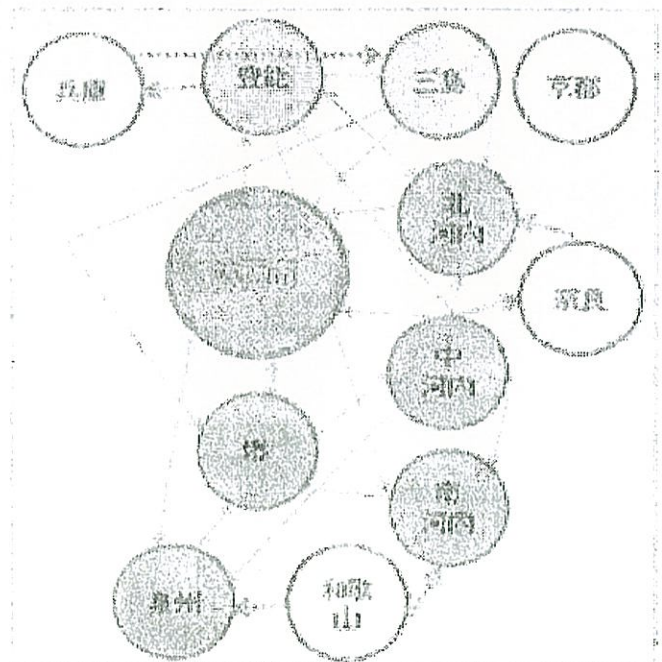
患者流出入のイメージ

(高度急性期・急性期・回復期)



(急性期)

..... 府外との関係
→ 府内二次医療圏との関係



- ・ 矢印の向きは流出入の関係性を示すものであり、流出入量を示すものではない。
- ・ 流出入については、各圏域の主なものについて記載している。

都道府県間における患者の流出入に伴う医療需要の調整

二次医療圏ごとの状況

二次医療圏ごとの協議対象は次のとおりである。

大阪府医療圏	他府県医療圏
豊能	兵庫県（神戸、阪神南、阪神北）
三島	京都府（京都・乙訓）、兵庫県（阪神南、阪神北）
北河内	京都府（京都・乙訓、山城北）、奈良県（奈良、西和）
中河内	奈良県（奈良、西和、中和）
南河内	和歌山県（橋本）
堺市	兵庫県（神戸、阪神南）
泉州	兵庫県（神戸）、和歌山県（和歌山、須賀、御坊）
大阪市	三重県（中勢伊賀）、京都府（京都・乙訓、山城北）、兵庫県（神戸、阪神南、阪神北）、奈良県（奈良、西和、中和）、和歌山県（御坊）

出典：平成27年10月20日 第2回大阪府地域医療構想策定ワーキンググループ

二次医療圏における医療提供体制の状況および構想区域の設定

構想区域の設定

患者の流出入の状況

	機能別		4 疾病				3 事業		
	高度急性期	急性期回復期慢性期	がん	脳卒中	急性心筋梗塞	糖尿病	救急	周産期※	小児※
豊能医療圏	破線部は、二次医療圏間での補完的な医療提供状況である。		破線部は、二次医療圏間での補完的な医療提供状況である。						豊能 三島
三島医療圏			破線部は、二次医療圏間での補完的な医療提供状況である。						
大阪市医療圏			破線部は、二次医療圏間での補完的な医療提供状況である。				大阪市 北河内 中河内		大阪市 北河内 中河内
北河内医療圏			破線部は、二次医療圏間での補完的な医療提供状況である。						
中河内医療圏			破線部は、二次医療圏間での補完的な医療提供状況である。						
南河内医療圏			破線部は、二次医療圏間での補完的な医療提供状況である。				南河内		南河内
堺市医療圏			破線部は、二次医療圏間での補完的な医療提供状況である。				堺市 泉州		堺市 泉州
泉州医療圏			破線部は、二次医療圏間での補完的な医療提供状況である。						

※ 破線部は、二次医療圏間での補完的な医療提供状況である。

（圏域境界隣接の市区町村間の流出入は患者の通常的生活圏内での移動等として、この図には示していない。）

高度急性期、急性期、回復期及び慢性期の医療需要と病床の必要量の推計

省令等に基づく医療需要及び必要病床数の一覧

平成 37 年（2025 年）医療需要および必要病床数推計（上段：人／日、下段：床）

		高度急性期 (医療機関所在地)	急性期 (医療機関所在地)	回復期 (医療機関所在地)	慢性期(※) (医療機関所在地)	小計	在宅医療 (患者住所地)	合計
大阪府	医療需要	8,842	27,335	28,228	21,411	85,816	160,491	246,307
	必要病床数	11,789	35,047	31,364	23,274	101,474		101,474
豊能	医療需要	1,077	3,154	3,219	2,227	9,677	18,650	28,327
	必要病床数	1,436	4,044	3,577	2,421	11,478		11,478
三島	医療需要	717	2,309	2,507	2,217	7,750	12,740	20,490
	必要病床数	956	2,961	2,786	2,410	9,113		9,113
北河内	医療需要	897	3,369	4,060	2,837	11,163	20,066	31,229
	必要病床数	1,197	4,319	4,511	3,083	13,110		13,110
中河内	医療需要	493	1,890	2,483	1,173	6,039	15,409	21,448
	必要病床数	657	2,424	2,759	1,275	7,115		7,115
南河内	医療需要	611	1,962	1,688	1,750	6,011	11,897	17,908
	必要病床数	814	2,515	1,875	1,902	7,106		7,106
堺市	医療需要	744	2,440	2,314	2,945	8,443	18,182	26,625
	必要病床数	991	3,128	2,571	3,202	9,892		9,892
泉州	医療需要	745	2,198	2,361	2,321	7,625	15,564	23,189
	必要病床数	993	2,818	2,623	2,523	8,957		8,957
大阪市	医療需要	3,558	10,013	9,596	5,941	29,108	47,983	77,091
	必要病床数	4,745	12,838	10,662	6,458	34,703		34,703

※ 慢性期の医療需要・必要病床数は、パターンB（豊能、三島、北河内、中河内、南河内、大阪市）、特例（堺市、泉州）により算出している。

（注）在宅医療等の医療需要については、在宅医療等を必要とする対象者を表しており、実際には全員が1日に医療提供を受けるものではない。その患者の受ける医療の頻度等によって医療提供体制は異なる。

出典：平成27年10月20日 第2回大阪府地域医療構想策定ワーキンググループ

在宅医療等の医療需要の推計

支援ツールにより算定される在宅医療等の医療需要（人/日）

	豊能	三島	北河内	中河内	南河内	堺市	泉州	大阪市	合計
在宅医療等の医療需要	18,650	12,740	20,066	15,409	11,897	18,182	15,564	47,983	160,491
(再掲)在宅医療等の うち訪問診療分	13,557	9,032	13,766	10,664	7,562	11,755	9,171	32,149	107,655

（注）在宅医療等の医療需要については、在宅医療等を必要とする対象者を表しており、実際には全員が1日に医療提供を受けるものではない。その患者の受ける医療の頻度等によって医療提供体制は異なる。

「民の効率性」 と 「公的の繰入金」 を考える

諸橋イズムの呪縛

- ひとむかし前にはあんなに汚かった自治体病院がホテル以上のゴージャス病院に変わった。
- 以前あんなに問題になっていた累積赤字が言われなくなった。
- 自治体病院の職員平均給与は年収約900万円
- 国民は誰もが今の医療が経営的になりたっていると思っている。

故諸橋芳夫先生の御略歴

昭和17年9月旧東京帝国大学医学部卒業

昭和27年12月総合病院国保旭中央病院院長就任

- 昭和45年2月(社)全国自治体病院協議会
会長就任～14期28年間
- 昭和58年4月(社)日本病院会会長就任～5
期15年間
- 平成3年11月勲一等瑞宝章叙勲
- 平成12年1月19日享年81歳で永眠される

自治体病院と共に歩んだ我が40年

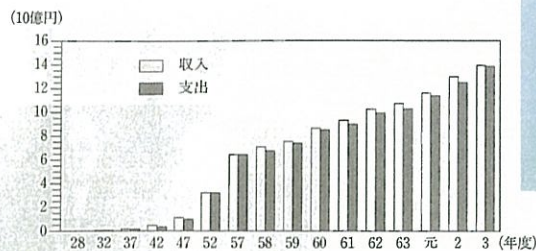


図10 病院事業収支年度別推移

日月無私照



I めざす医療

を思いますと、責任は重いわけです。看護婦さんなどが「先生、私共には生活がかかっているんです」と、おっしゃられる。家内はよく年金をもらわなくて掛金だけ取られている、と言いますが、「生活のかかっている人達は生活のかかっている私より、もっと働いてもらいたい」(爆笑)と返答します。

全国自治体病院協議会理事、常務理事、会長(昭和四十五年より一二選)

私は全国自治体病院協議会の理事(昭三十八)、常務理事(昭四十四)、会長(昭四十五)に推挙されました。今回まで三年近く勤めております。自治体病院の整備拡充、使命達成に邁進しているのであります。自治体病院こそ日本の医療供給体制の中核だと思っております。

自治省・自治体病院への交付税制度―奥野誠亮先生・多賀一郎先生の尽力

自治体病院が赤字になって来ると、それぞれの開設者である地方自治体が財政上苦しまわらなければならない。昭和三十五年には多賀一郎会長先生の御尽力、奥野誠亮先生のご協力を得て、特別交付税制度というものが造られました。

昭和三十五年には一床当たり五〇〇〇円、総計約五億数千円でした。ところがこれが平成三年には二三〇〇億円にもなり、三六〇倍に増えました。ちなみに私共の病院のこの頃は全科の医業収入が年一億二〇〇〇万円、現在は一四四億円程度です(図10)から、この間に病院の収入は二〇倍ですが、交付税関係は三六〇倍になっています。この交付税制度というのできてから、自治体病院は今日の発展を来して地域の中核的な病院、基幹病院になることができました。奥野先生は正に自治体病院の生みの親、育ての親であります。



また自治体病院議員連盟の会長さんでもありますが、この人なくしては今日の自治体病院は無かった。私はこのように思うわけであります。並びに特別地方債につきましては、昭和三十六年には三六億円、現在は三〇〇億円を越え一六〇倍近くになっております。

このようなことから自治省が大変力を入れて下さる。また、厚生省も特殊診療部門、救急、療、リハビリ、小児、僻地、看護学校、病院設備と沢山のお金を下さる。あるいは地方自治体からそれぞれの市町村立病院に助成して下さる。あるいは県立病院に県から出して下さる。これらを合計すると年間に約五〇〇〇億円です。

正に恩人の奥野先生です。とくに奈良県の方々は次の選挙の時にも絶対に落とさないように応援して下さい。私も心援に出掛けます。奥野誠亮先生が書いて下さった「礼は往來を尚ぶ」という扁額を院長室に掲げ感謝申し上げます(図11)。

つぎに病院経営はいつたどのようにあるべきか? ということを考えてみたいのですが、これは「入るをはかりて出するを制す」ということです。

入るものは法的に許されるものはできるだけいただく。出るものは

諸橋イズムの呪縛の結果

公的病院が

豪華な病院で累積赤字も言わ無くなった



国民が公的病院は充分、経済的に成り立っていると勘違いし医療にお金が掛かると思わなくなった



民間病院が

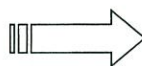
医療費をいくら上げてくれと叫んでも

国民（マスコミも）は味方してくれない

医療法と医療法人制度

医療法（昭和23年制定）の目的

医療を提供する体制の確保を図り、
国民の健康の保持に寄与する



営利を目的として病院、診療所又は
助産所を開設することを否定

非営利性と一定の公共性を満たす法人制度として医療法人制度が創設

公共性のみならず非営利性をも確保する必要があり、**株主への利益配当を最終目的とする株式会社ではその経営主体として相応しくない**と考えられ、**特別の法人制度が設けられた**

医療法人制度の趣旨

医療事業の経営主体が**医業の非営利性を損なうことなく法人格を取得する途を開く**

- ①資金の集積を容易にする
- ②医療機関の経営に永続性を付与する

私人による医療機関の経営困難を緩和→「医療を提供する体制の確保を図り、国民の健康保持に寄与する」

以上から**剰余金の配当禁止が明確に法律で規定**

世界に類のない！日本独自の制度！



藤森 眞治
ふじもり しんじ

明治二十四年八月五日生

大正二年十月 岡山医学専門学校卒業
大正三年一月 医籍登録
大正十二年十月 スイスベルン大学卒業
昭和三年四月 医学博士号授与
大正四年四月 藤森医院開設
大正十四年四月 藤森耳鼻喉科病院を開設
昭和二年十一月 新医療法による病院に改組
昭和十五年十月 医療法人藤森医療財団設立認可
昭和二十二年四月 参議院議員に当選し、参議院結核対策特別委員長・厚生委員長を歴任。医療法人制度確立に奔走
昭和二十六年四月 日本医療法人協会設立に尽力 初代理事長となる。
昭和二十七年八月 社団法人日本医療法人協会認可。初代会長となる。
昭和三十三年五月 逝去
他に日本病院協会副会長など多くの官・公・民間団体の要職を歴任。

出典：日本医療法人協会30年史

非営利性を明白に

この法人に営利法人でないということを明白にいたしますために、経営上の要件として規定しておりますことは、第五十四条に医療法人は、剰余金の配当をしてはならない。法人に剰余金が生じた場合、これを社員に配当をいたしますということになりますと、その額の如何を問わず営利的な色彩を帯びることになります。先程申し上げました医療法第七条の第二項の規定にあります基本的な方針にも背馳することになると思っています、この法人につきましては、あくまでも医療経営が本体である以上、剰余金の配当を禁止することによりまして、営利性を持っていないということを明白にしたつもりでございます。

日本医療法人協会二十年史

年	月日	日本医療法人協会関係事項
昭和23年	五・一 五・一	医療法改正、医療法人制度採用 登録税法第九条（課税除外）第七号に医療法人設立登記は登録税を課せられないことに法律第一二二号によって改正された （注）ただし登録税法は昭和四二年六月一二日法律第三五号により全文改正し登録免許税法となり、課税対象となる。
昭和25年	八・一 八・二	医療法人制度施行さる 医療法人に関する厚生次官通牒 課税上特例を設けることは直接の目的ではない 中間法人の性格が明らかにされた 積極的な公益性は要求しない しかし、剰余金は配当禁止 医療法人認可第一号。兵庫県藤森医療財団
昭和26年	一・二五 一・二七 一・三〇 二・一 二・二 二・三 二・三	大蔵省泉私案なるものが厚生省当局に提示 （医療法人に対する課税試案）泉私案 泉私案阻止のため衆四・参七計一名による医師国会議員連盟は参議院常任委員庁舎に大蔵省主税局臨時税制調査室長泉美之松氏を招き泉私案構想を聴取した 泉私案について参院常任庁舎で東京病院協会上条理事長川島日理理事・河北・浅野・天野の法人理事長が中山参議院議員と懇談 泉私案阻止の為東京・大阪・京都・兵庫の代表者が参集、厚生次官に陳情 林副総理、黒川厚相に前記代表者泉私案阻止の陳情ならびに医師会側の援助を要望 医療法人協会の結成を前記代表者で申し合せ 泉私案阻止について谷口日医会長と前記陳情団が厚生・大蔵両大臣に陳情 福本日医常務理事は、谷口日医会長の厚生・大蔵両大臣にあてた「医療法人の課税に関する陳情書」を携行して東上した医療法人陳情団に参加しそれぞれ陳情した 陳情団解散に当り全員が発起人となり日本医療法人協会を結成することとなった 日本医療法人協会月報No1（三月号）発行 日本医療法人協会結成
昭和27年	三・一〇 四・五	

病院事業・平成27年度の地方公営企業繰出金の基準

1. 病院の建設改良に要する経費
2. へき地医療の確保に要する経費
3. 不採算地区病院の運営に要する経費
4. 結核医療に要する経費
5. 精神医療に要する経費
6. 感染症医療に要する経費
7. リハビリテーション医療に要する経費
8. 周産期医療に要する経費
9. 小児医療に要する経費
10. 救急医療の確保に要する経費
11. 高度医療に要する経費
12. 公立病院附属看護師養成所の運営に要する経費
13. 院内保育所の運営に要する経費
14. 公立病院附属診療所の運営に要する経費
15. 保健衛生行政事務に要する経費
16. 経営基盤強化対策に要する経費

出典：総務省平成27年度の地方公営企業繰出金について（通知）

地域医療構想策定 ガイドライン

平成27年3月
地域医療構想策定ガイドライン等
に関する検討会

8. 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討

(3) 病床の機能の分化及び連携の推進

- このため、都道府県においては、医師会等の医療関係者と十分に協議を行った上で、地域医療介護総合確保基金を有効に活用し、病床の機能の分化及び連携のための仕組みづくりや施設・設備整備等に対して支援するとともに、将来的に病床の機能が過剰になることが見込まれる構想区域においては、設置主体の特性を踏まえ、地域における必要な役割分担の議論が進むよう、一般会計繰入や補助金の交付状況など税財源の投入状況を含めた必要なデータの提供や、調整を行う必要がある。

公的病院（全国合計）の損益状況

単位：百万円

	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	5年度平均
経常収益	3,964,591	3,955,763	3,920,256	3,917,808	3,919,761	3,935,636
内 医業収益	3,446,276	3,450,985	3,422,883	3,432,855	3,445,358	3,439,671
内 国庫（県）補助金	17,478	18,947	20,006	19,695	19,777	19,181
内 他会計繰入金 (A)	551,934	528,049	519,050	506,831	495,855	520,344
経常費用	4,074,900	3,950,123	3,910,792	3,905,700	3,944,581	3,957,219
経常損益 (B)	-110,309	5,640	9,464	12,108	-24,820	-21,583
特別損益	3,352	-4,698	-10,587	-7,866	-18,103	-7,580
内 特別利益	34,085	23,154	31,212	25,058	35,680	29,838
内 特別損失	30,734	27,853	41,799	32,924	53,782	37,418
純損益	-106,957	942	-1,123	4,242	-42,923	-14,003
実質経常収入 （他会計繰入金含まず） (B)-(A)	-662,243	-522,409	-509,586	-494,723	-520,675	-541,927
累積欠損金	2,157,132	2,070,706	2,032,591	1,958,123	1,970,402	
（参考）1床当り繰入金 （千円）	2,554	2,557	2,587	2,584	2,550	2,566

（注1）総務省公営企業決算で対象の都道府県・市町村・組合立病院

1. 毎年約5,000億円以上の他会計繰入金を補填
2. 5年間の繰入額は2兆6000億円、実質経常損益累計2兆7,000億円
3. 平成25年度末の累計欠損金額1兆9,700億円

平成25年度 東京都内公立病院の財政状況(繰入金の大きい順)

(平成25年4月1日～平成26年3月31日)

(単位百万円)

所在市	病院名	経常収入 (繰入金含む) (A)	経常費用 (B)	経常損益 (C)	繰入金 (D)	実質 経常損益 (実質赤字) (C) - (D)	当年度 未処理 欠損金	実質経常収入 (繰入金含まず) (E) = (A) - (D)	経常収支 比率 (B) ÷ (E)
	都立8病院計	153,604	150,067	3,537	39,055	-35,519	-2,082	114,549	131.0%
墨田区	墨東病院	27,293	25,232	2,061	6,519	-4,458	-4,409	20,774	121.5%
文京区	がん・感染症センター駒込病院	29,460	29,263	197	6,427	-6,230	2,112	23,033	127.0%
府中市	小児総合医療センター	18,812	18,815	-3	6,316	-6,319	-580	12,496	150.6%
府中市	多摩総合医療センター	30,576	28,772	1,804	5,652	-3,848	-1,733	24,924	115.4%
世田谷区	松沢病院	13,160	13,159	1	5,651	-5,651	1,210	7,508	175.3%
豊島区	大塚病院	13,605	13,598	7	2,997	-2,990	989	10,608	128.2%
渋谷区	広尾病院	13,943	14,474	-531	2,864	-3,395	270	11,079	130.6%
府中市	神経病院	6,756	6,755	1	2,629	-2,628	58	4,127	163.7%
小平市	公立昭和病院	17,386	17,187	199	1,620	-1,420	-53	15,766	109.0%
町田市	町田市民病院	13,074	13,262	-188	1,200	-1,388	3,516	11,874	111.7%
福生市	公立福生病院	7,816	8,485	-669	837	-1,506	5,240	6,979	121.6%
稲城市	稲城市立病院	6,463	6,910	-447	705	-1,152	1,671	5,758	120.0%
あきる野市	阿伎留医療センター	5,792	6,527	-735	702	-1,437	7,426	5,091	128.2%
日野市	日野市立病院	7,712	7,752	-39	694	-734	7,070	7,018	110.5%
青梅市	青梅市総合病院	16,631	16,333	298	595	-297	-413	16,036	101.9%
八丈島	八丈病院	1,469	1,496	-26	290	-316	26	1,179	126.8%
西多摩郡	奥多摩病院	483	454	29	95	-66	-73	388	116.9%
	合計	230,432	228,473	1,959	45,794	-43,835	22,329	184,638	123.7%

東京都内17病院の平均実質赤字額→

-2,579 (総務省地方公営企業年鑑統計資料病院事業より作成)

平成25年度 東京都内公立病院の財政状況(経常収支比率の高い順)

(平成25年4月1日～平成26年3月31日)

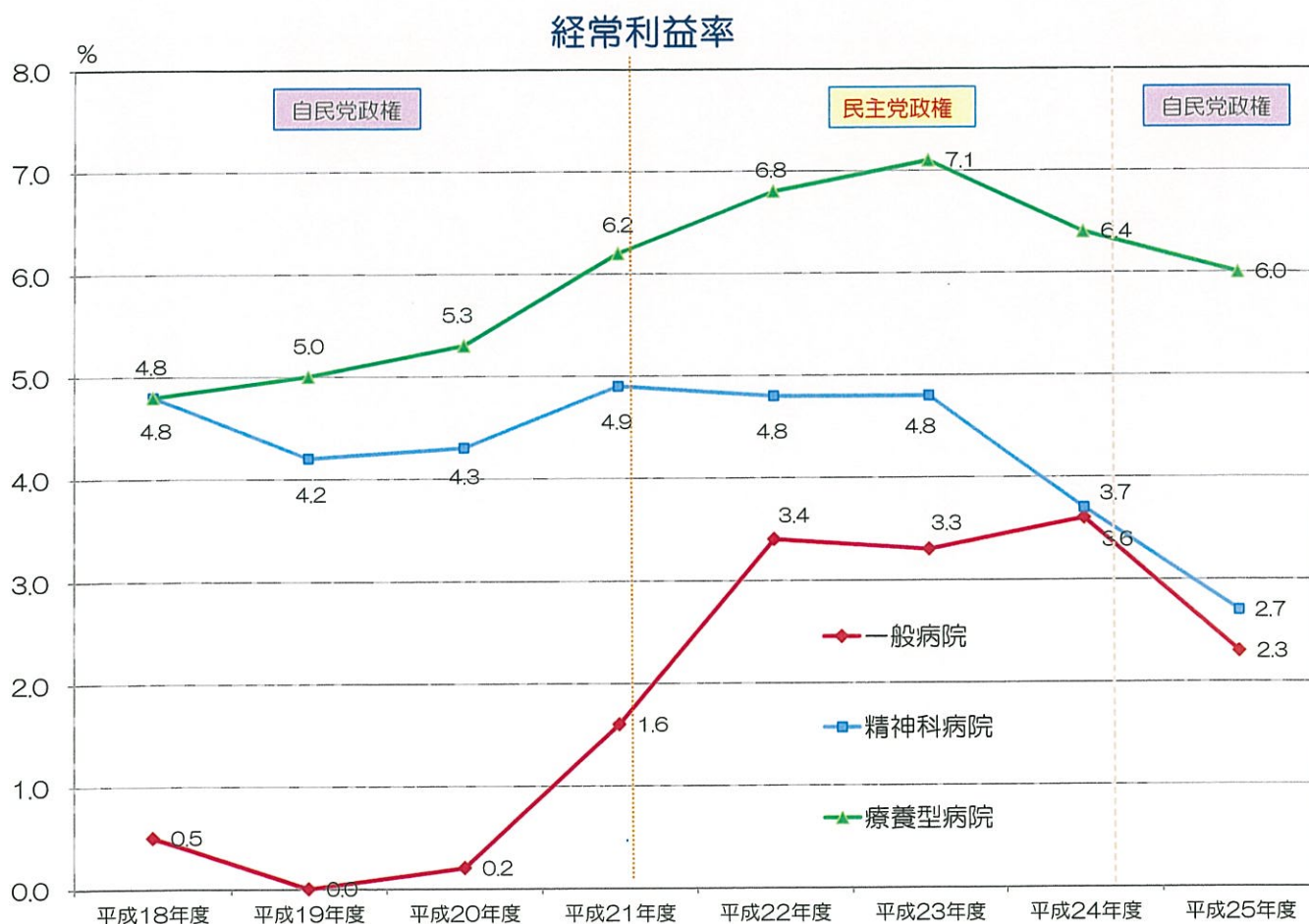
(単位百万円)

所在市	病院名	経常収入 (繰入金含む) (A)	経常費用 (B)	経常損益 (C)	繰入金 (D)	実質 経常損益 (実質赤字) (C) - (D)	当年度 未処理 欠損金	実質経常収入 (繰入金含まず) (E) = (A) - (D)	経常収支 比率 (B) ÷ (E)
	都立8病院計	153,604	150,067	3,537	39,055	-35,519	-2,082	114,549	131.0%
世田谷区	松沢病院	13,160	13,159	1	5,651	-5,651	1,210	7,508	175.3%
府中市	神経病院	6,756	6,755	1	2,629	-2,628	58	4,127	163.7%
府中市	小児総合医療センター	18,812	18,815	-3	6,316	-6,319	-580	12,496	150.6%
渋谷区	広尾病院	13,943	14,474	-531	2,864	-3,395	270	11,079	130.6%
豊島区	大塚病院	13,605	13,598	7	2,997	-2,990	989	10,608	128.2%
文京区	がん・感染症センター駒込病院	29,460	29,263	197	6,427	-6,230	2,112	23,033	127.0%
墨田区	墨東病院	27,293	25,232	2,061	6,519	-4,458	-4,409	20,774	121.5%
府中市	多摩総合医療センター	30,576	28,772	1,804	5,652	-3,848	-1,733	24,924	115.4%
あきる野市	阿伎留医療センター	5,792	6,527	-735	702	-1,437	7,426	5,091	128.2%
八丈島	八丈病院	1,469	1,496	-26	290	-316	26	1,179	126.8%
福生市	公立福生病院	7,816	8,485	-669	837	-1,506	5,240	6,979	121.6%
稲城市	稲城市立病院	6,463	6,910	-447	705	-1,152	1,671	5,758	120.0%
西多摩郡	奥多摩病院	483	454	29	95	-66	-73	388	116.9%
町田市	町田市民病院	13,074	13,262	-188	1,200	-1,388	3,516	11,874	111.7%
日野市	日野市立病院	7,712	7,752	-39	694	-734	7,070	7,018	110.5%
小平市	公立昭和病院	17,386	17,187	199	1,620	-1,420	-53	15,766	109.0%
青梅市	青梅市総合病院	16,631	16,333	298	595	-297	-413	16,036	101.9%
	合計	230,432	228,473	1,959	45,794	-43,835	22,329	184,638	123.7%

東京都内17病院の平均実質赤字額→

-2,579 (総務省地方公営企業年鑑統計資料病院事業より作成)

自民党政権 と 医療・介護報酬



平成25年度 病院の経営状況について

福祉医療機構のデータに基づき、平成25年度の病院の経営状況について分析を行ったところ、機能性では、「病床1床あたり年間医業収益」は一般病院で前年度比3.6%増加するものの、療養型病院では0.6%、精神科病院では0.3%の増加にとどまった。

収支状況では、人件費をはじめとする各費用増もあり、「経常収益対経常利益率」は一般病院で前年度比1.3ポイント低下し2.3%、療養型病院で0.4ポイント低下し6.0%、精神科病院で1.0ポイント低下し2.7%と利益は軒並みマイナス傾向となった。また、各病院類型ともに年々赤字病院の割合は増加し、一般病院では約4割が赤字となった。

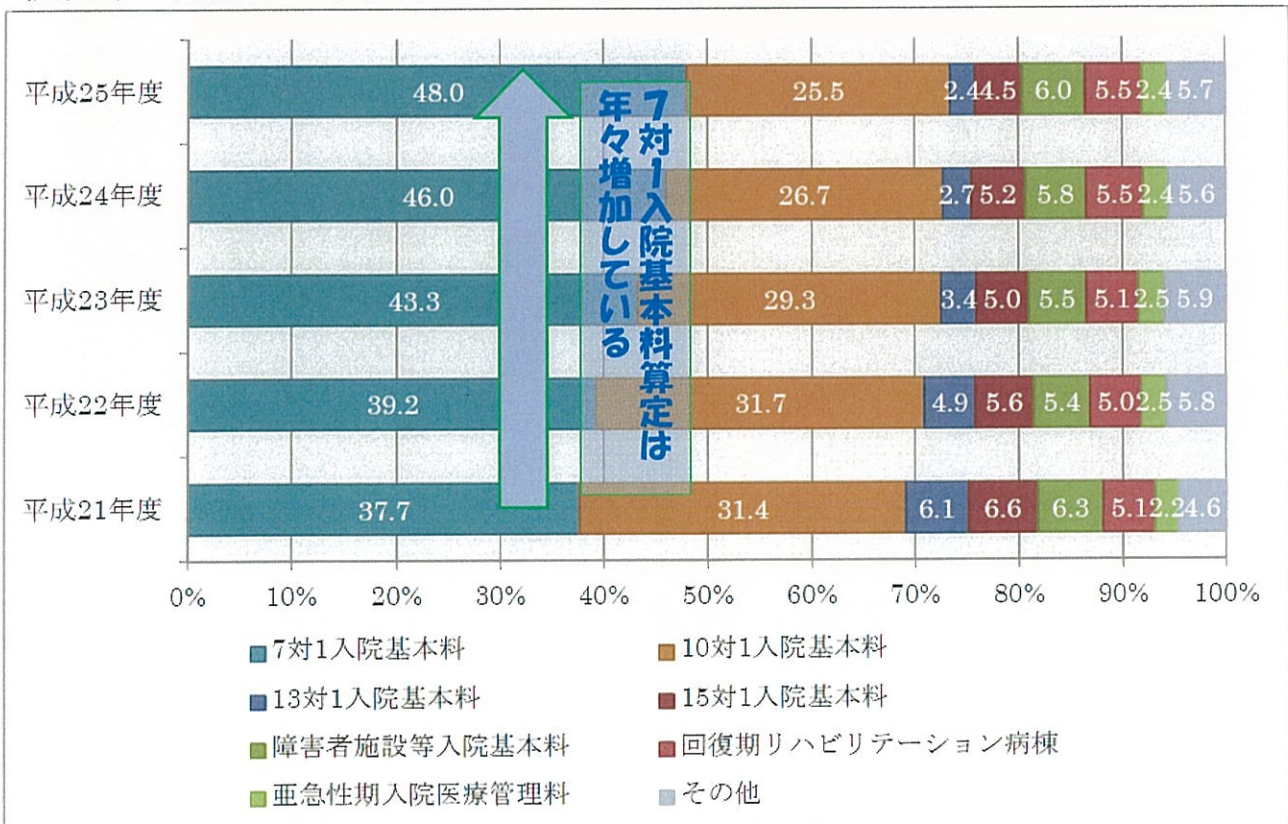
財務状況では、一般病院で「固定資産」や「固定負債」の増加など投資の増加傾向がみられるものの、療養型病院、精神科病院では特に大きな動きはみられなかった。

回復期リハビリテーション病院では、従事者数の増加に伴い、機能性は経年で向上している。また、回復期リハビリテーションに専門特化することでさらに利益率は上昇するほか、病床規模については当機構のデータでは、「100床以上199床以下」の経常利益率が最も高くなっている。

平成25年度は診療報酬改定の狭間であったが、前年度と比較し全般的に厳しい経営状況と認識される結果となった。

独立行政法人福祉医療機構リサーチレポートを転載

(図表3) 一般病床における入院基本料等の算定割合の推移



注1) その他は、特定集中治療室管理料(ICU)、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料、NICU等各種集中治療室(ICUは除く)等 注2) 構成比率は、病床数により算出

3. 収支の状況

各病院類型における平成 24 年度および平成 25 年度の 100 床あたりの収支状況については図表 5、病院類型別の収支状況（構成比等）については図表 6 のとおりとなっている。

(1) 一般病院の収支状況

【「経常収益対経常利益率」は 2.3% に低下】

一般病院については、前述のとおり機能性の向上が反映され、「100 床あたりの入院収益」は前年度比で 3.5%、「100 床あたりの外来収益」は 3.9% 増加した。一方、「経費の面」では「100 床あたり人件費」は、前年度比で 5.0%、「100 床あたり医療材料費」は 6.7%、「100 床あたり

給食材料費」は 2.2%、「100 床あたり経費」は 4.1%、「100 床あたり減価償却費」は 6.7% と軒並み増加している。収益と費用を金額ベースに換算すると、「100 床あたりの医業収益合計」は 66,899 千円増加、「100 床あたりの医業費用合計」は 93,829 千円増加となった。結果として、「医業収益対医業利益率」は、前年度より 1.5 ポイント低下し 1.8%、「経常収益対経常利益率」は 前年度より 1.3 ポイント低下し 2.3% となった。機能性の向上により収益は増加したものの、それ以上に人件費をはじめとする各種費用も増加したことより、利益率は前年度比で低下するものとなった。

**収入は 67 百万円増加したが、経費が 94 百万円増加
⇒ 結果的には利益率が低下してしまった**

平成 27 年度介護報酬改定

平成 27 年度の介護報酬改定は、2025 年（平成 37 年）に向けて、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」の構築を実現していくため、平成 26 年度制度改正の趣旨を踏まえ、中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化、介護人材確保対策の推進、サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築といった基本的な考え方に基づき行うものである。

これらとともに、賃金・物価の状況、介護事業者の経営状況等を踏まえた介護報酬の改定率は、全体で▲2.27%である。

(参考)

介護報酬改定率 ▲2.27%

(うち、在宅分▲1.42%、施設分▲0.85%)

(注1) ▲2.27%のうち、在宅分、施設分の内訳を、試算したもの。

(注2) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護は、在宅分に含んでいる。
(施設分は、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設)

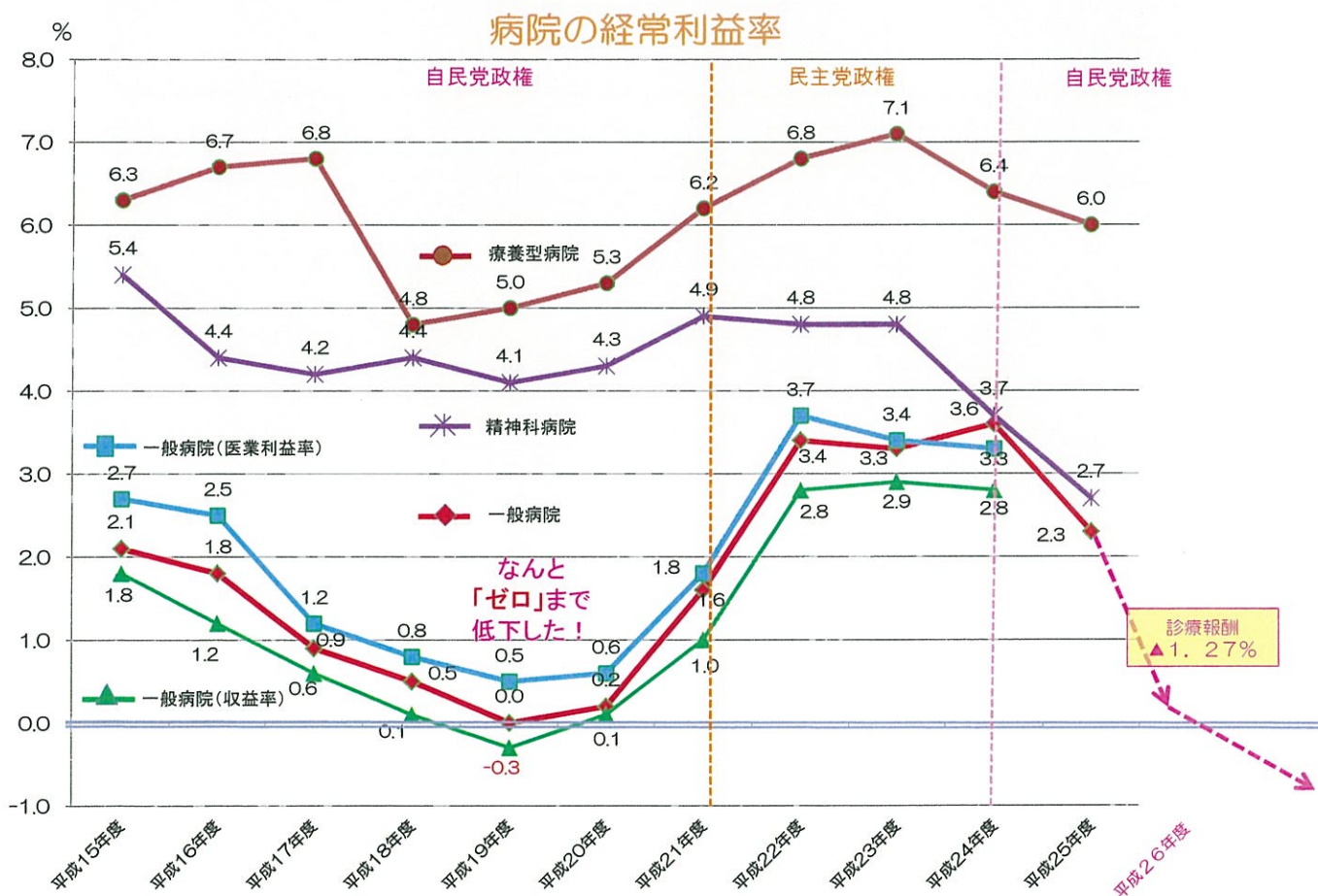
平成28年度診療報酬改定

⇒大幅なマイナス改定が確実か？

国が

- ・「病床機能報告」
- ・「地域医療ガイドライン作成」

で医療界への関与を強める中、各病院は再度立ち位置を確認し、至急将来に向けた準備が必要なのでは？



悪夢の19年度再来？ 平成28年度改定後

平成27年1月 独立行政法人福祉医療機構リサーチレポートより作成

平成27年医療経済実態調査が発表された

平成27年11月5日 日本経済新聞 社説

一般病院の1施設当たり損益

	金額		構成比率		金額の伸び率
	前々年(度)	前年(度)	前々年(度)	前年(度)	
	千円	千円	%	%	%
医業収益	3,693,585	3,750,362	99.9	99.9	1.5
介護収益	4,397	4,383	0.1	0.1	-0.3
医業・介護費用	3,759,894	3,872,528	101.7	103.1	3.0
損益差額	-61,912	-117,784	-1.7	-3.1	-

(注) 記載計数は集計1 (医業・介護収益に占める介護収益の割合が2%未満) の医療機関等の集計値
 出典：厚生労働省 平成27年実施 第20回医療経済実態調査

赤字幅は5,587万円拡大
損益率は▲1.7% ⇒ ▲3.1%へ悪化

一律の診療報酬改定は限界だ

厚生労働省が医療機関の経営状況をみるために実施した2014年度の医療経済実態調査の結果がまとまった。前年度に比べて病院の経営が悪化する一方、診療所は病院に比べて収支面で余裕がある実態が明らかになった。

16年度には医療機関の収入源で

調査結果によると、一般病院の

ある診療報酬の改定が予定されている。その財源は国民の税金や健康保険料だ。国の苦しい財政状況を踏まえ、この調査結果を参考に医療機関の経営実態に応じた見直しを実施し、全体的には報酬を抑制すべきだ。

損益率は平均でマイナス3.1%となった。前年度はマイナス1.7%だった。前年度より赤字幅が拡大したことになる。診療所はプラス15.5%だった。前年度の16.1%から利益率は少し鈍化しているものの、黒字を維持した。このほか、保険薬局も前年度より下がってはいるが、プラス7.2%だった。チェーン薬局など店舗数の多い薬局ほど利益率が高い傾向もわかった。

このように医療機関の形態や規模などによって経営状況は大きく異なる。診療報酬はすべての医療機関向けに一律、あるいは大まかな区分けで決まることが多いが、このままでは経営破綻がさらに広がりがかねない。できる限りきめ細

入院基本料別の損益状況

一般病棟

	7対1					10対1				
	金額		構成比率		金額の伸び率	金額		構成比率		金額の伸び率
	前々年(度)	前年(度)	前々年(度)	前年(度)		前々年(度)	前年(度)	前々年(度)	前年(度)	
	千円	千円	%	%	%	千円	千円	%	%	%
医業収益	7,812,196	7,935,975	99.9	99.9	1.6	2,652,396	2,673,287	99.8	99.8	0.8
介護収益	6,984	7,341	0.1	0.1	5.1	5,350	4,674	0.2	0.2	-12.6
医業・介護費用	7,958,140	8,208,792	101.8	103.3	3.1	2,745,908	2,821,282	103.3	105.4	2.7
損益差額	-138,960	-265,475	-1.8	-3.3	-	-88,162	-143,321	-3.3	-5.4	-

	13対1					15対1				
	金額		構成比率		金額の伸び率	金額		構成比率		金額の伸び率
	前々年(度)	前年(度)	前々年(度)	前年(度)		前々年(度)	前年(度)	前々年(度)	前年(度)	
	千円	千円	%	%	%	千円	千円	%	%	%
医業収益	1,144,271	1,154,568	99.9	99.8	0.9	1,159,188	1,162,753	99.7	99.7	0.3
介護収益	903	1,848	0.1	0.2	104.7	3,166	3,384	0.3	0.3	6.9
医業・介護費用	1,181,356	1,190,671	103.2	103.0	0.8	1,161,204	1,180,534	99.9	101.2	1.7
損益差額	-36,182	-34,256	-3.2	-3.0	-	1,150	-14,397	0.1	-1.2	-

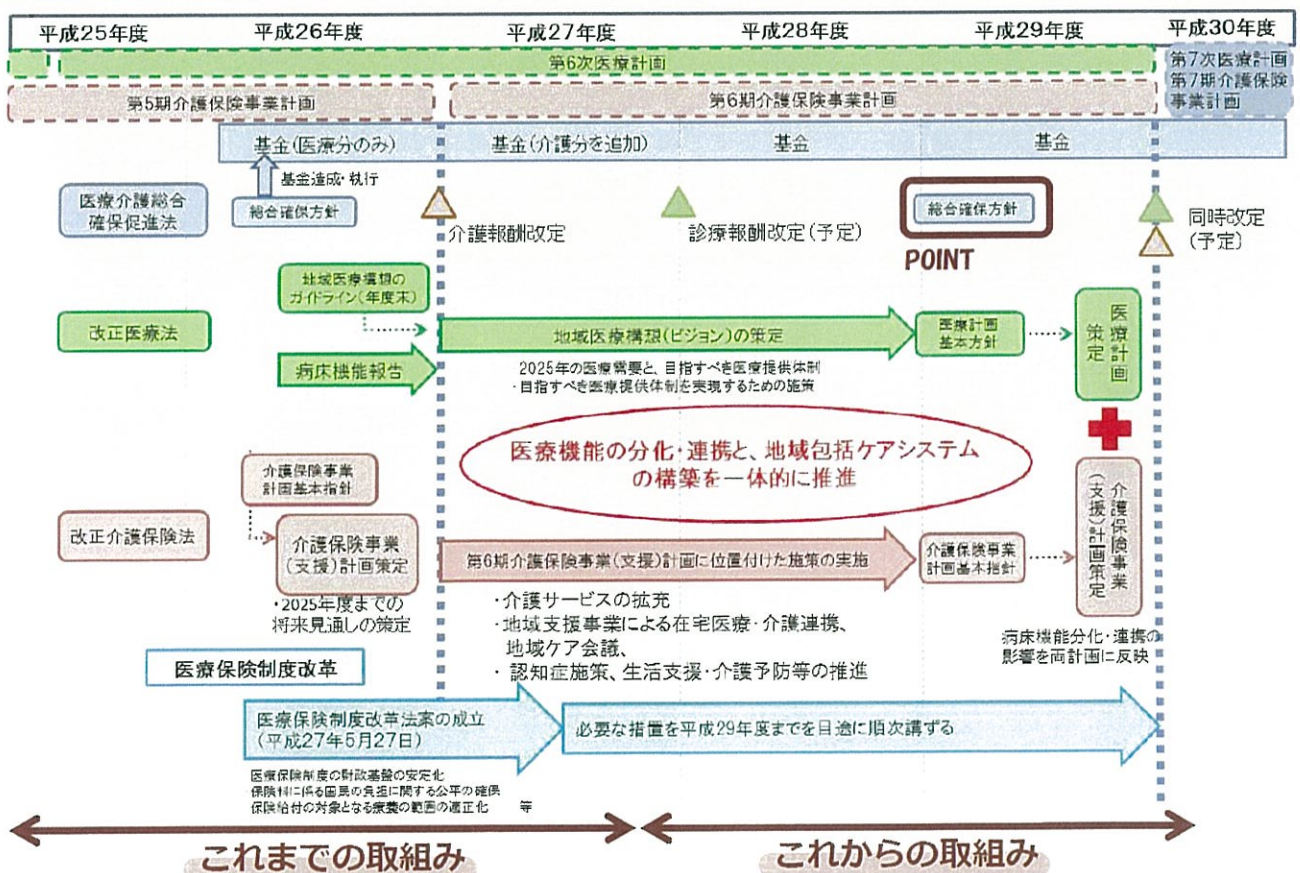
療養病棟

	入院基本料 1					入院基本料 2				
	金額		構成比率		金額の伸び率	金額		構成比率		金額の伸び率
	前々年(度)	前年(度)	前々年(度)	前年(度)		前々年(度)	前年(度)	前々年(度)	前年(度)	
	千円	千円	%	%	%	千円	千円	%	%	%
医業収益	1,509,944	1,542,181	99.8	99.8	2.1	1,835,496	1,846,909	99.8	99.8	0.0
介護収益	3,388	3,181	0.2	0.2	-6.1	4,769	3,367	0.2	0.2	-29.4
医業・介護費用	1,477,337	1,510,435	97.6	97.7	2.2	1,904,826	1,917,172	103.5	103.6	0.0
損益差額	35,994	34,928	2.4	2.3	-	-64,561	-66,896	-3.5	-3.6	-

(注) 記載計数は集計1 (医業・介護収益に占める介護収益の割合が2%未満) の医療機関等の集計値

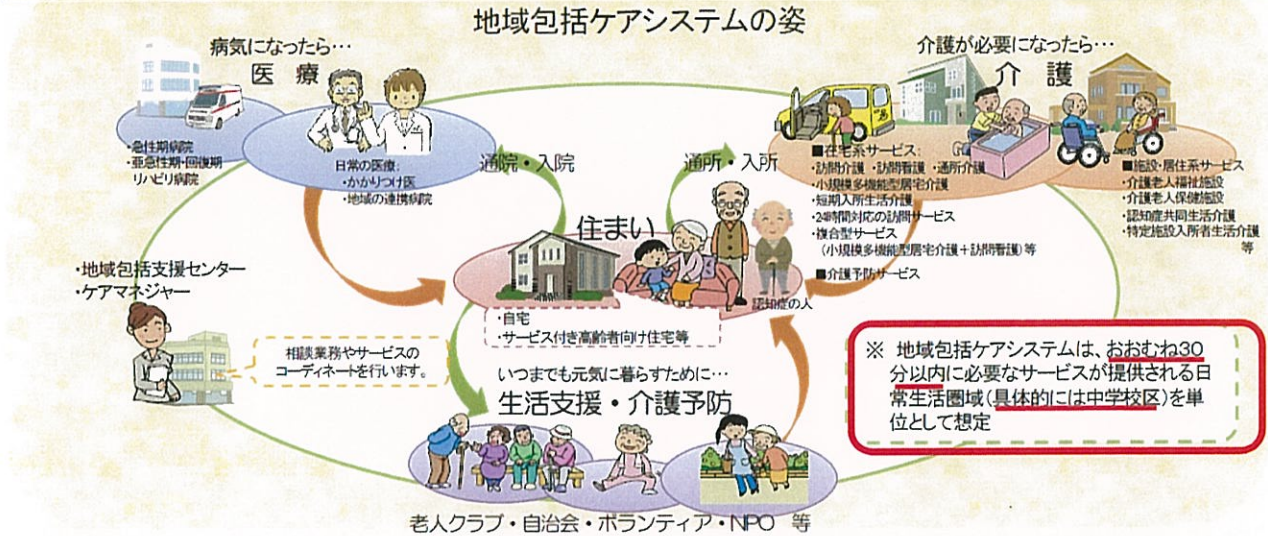
医療・介護 サービス提供体制 の改革に向けて

医療と介護の一体改革に係る今後のスケジュール



地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。**
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です。**



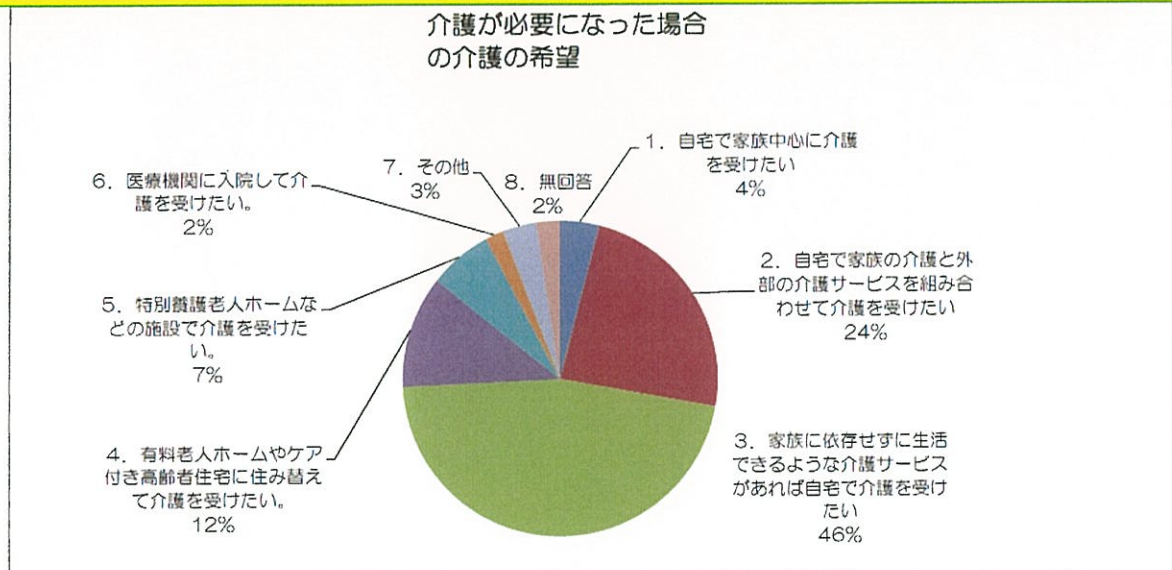
出典：厚生労働省資料

介護の希望（本人の希望）

【自分が介護が必要になった場合】

最も多かったのは「家族に依存せずに生活できるような介護サービスがあれば自宅で介護を受けたい」で46%、2位は「自宅で家族の介護と外部の介護サービスを組み合わせて介護を受けたい」で24%、3位は「有料老人ホームやケア付き高齢者住宅に住み替えて介護を受けたい」で12%。⇒ **1～3位合計で82%**

慢性疾患が急性増悪した場合に対応できるのは、地域の二次救急医療機関



資料出所：「介護保険制度に関する国民の皆さまからのご意見募集(結果概要について)」厚生労働省老健局

3 疾病構造の変化と認知症がある高齢者の増加

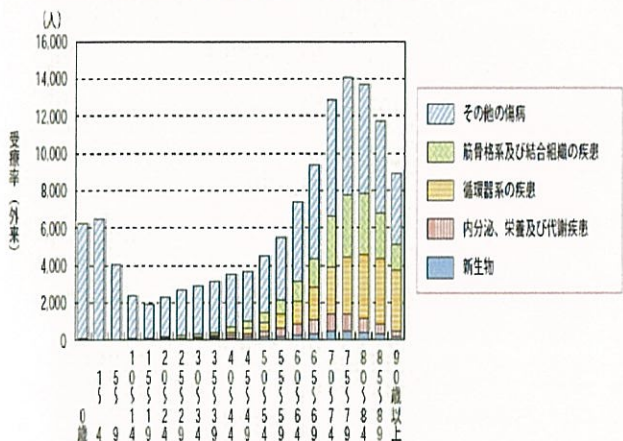
- 急性疾患から慢性疾患へという傾向が強まり、生活習慣病の受診率が增大。
- 認知症高齢者が2025年には現在の2倍以上に増加。
これに対応し、認知症高齢者の特性に応じた効果的なサービスが求められる。

(1) 疾病構造の変化

- **急性疾患から慢性疾患へという傾向。**75歳以上高齢者の増加に伴い、生活習慣病の受療率が増加。

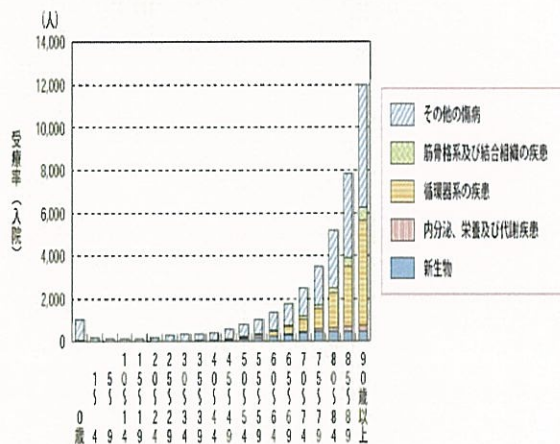
(注) 生活習慣病に分類される循環器系の疾患については、入院、外来ともに年齢が高くなるにつれて受療率が増加。

図表2-1-5 人口10万人当たり年齢階級別受療率（外来）（2005年）



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「患者調査」（2005年）

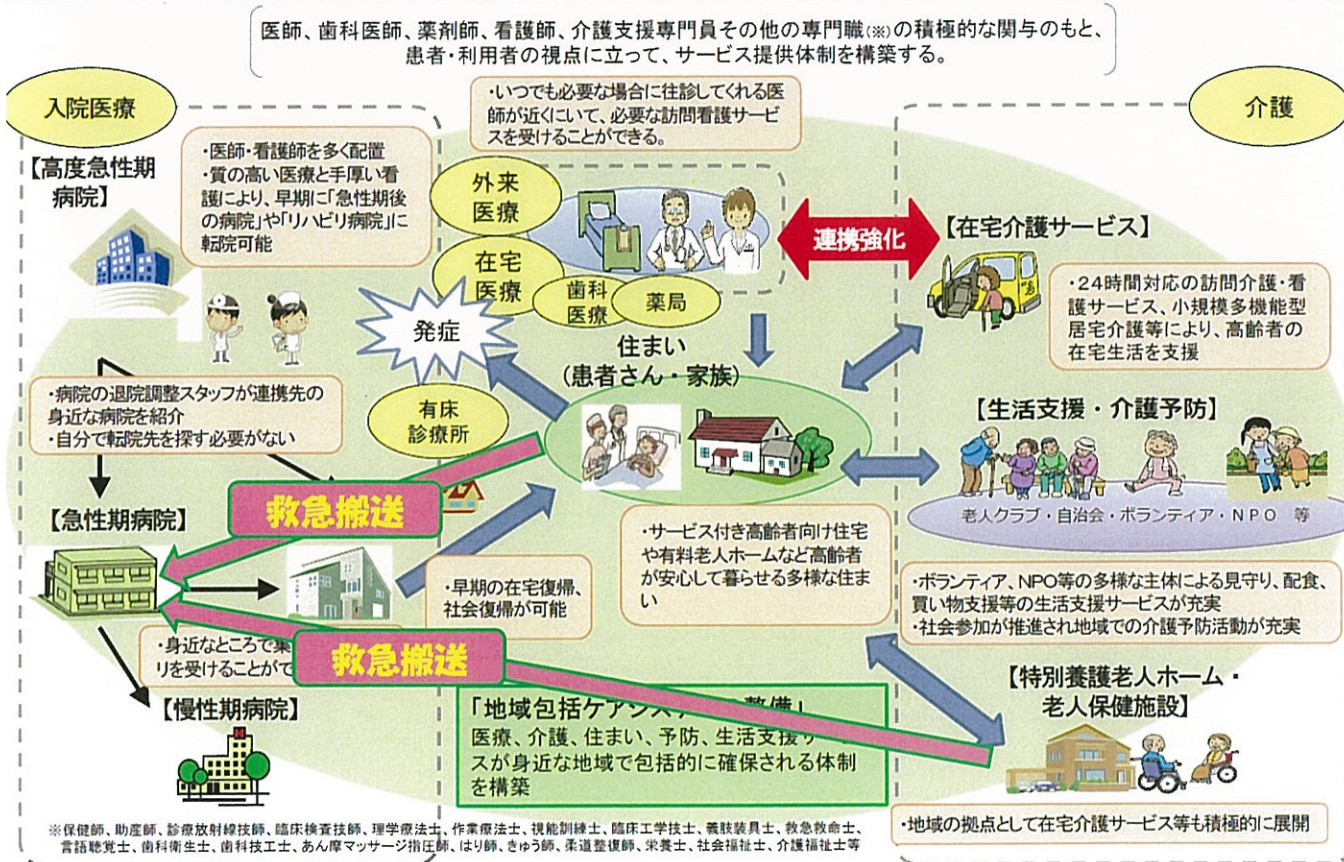
図表2-1-6 人口10万人当たり年齢階級別受療率（入院）（2005年）



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「患者調査」（2005年）

出典：社会保障国民会議サービス分委会第2回資料

医療・介護サービスの提供体制改革後の姿（サービス提供体制から）

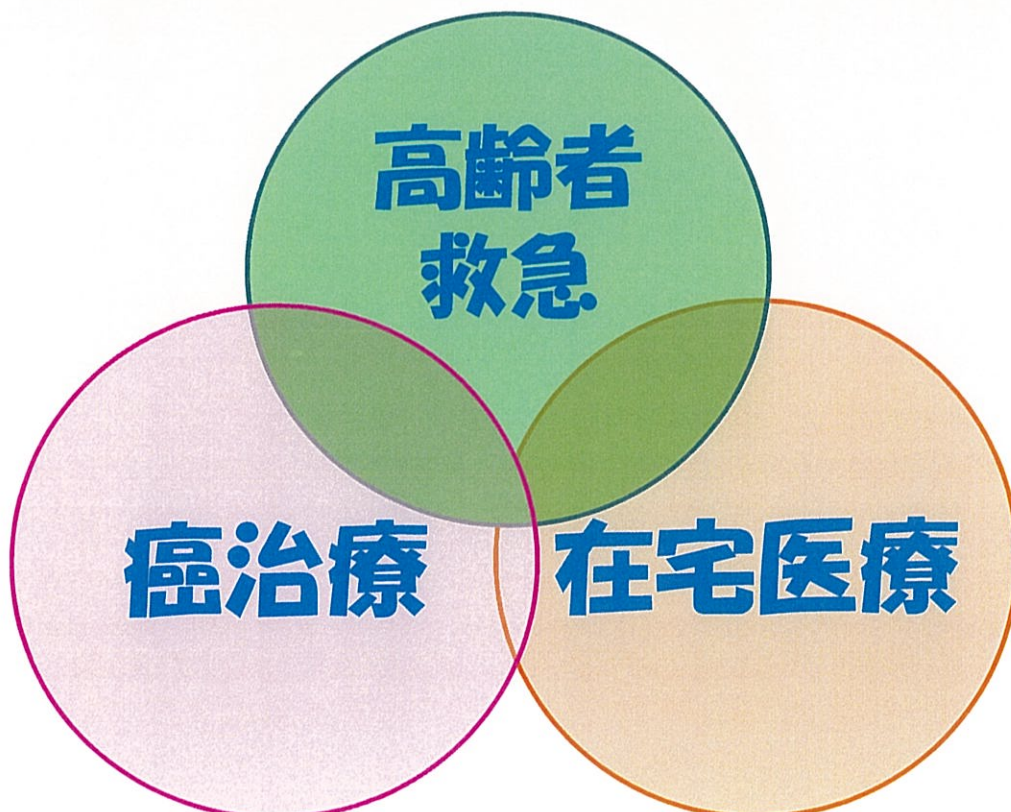


出典：第5回 医療介護総合確保促進会議資料

これから大都市で激増する 高齢者医療への三大対策

- **癌治療**：日本人の二人に一人は癌になり、三人に一人は癌で死ぬ。重粒子等の治療から緩和ケア等までの対応
- **在宅医療**：ターミナルケアも含む、余生の健康管理、在宅で対応出来る急変時対応も
- **高齢者救急**：トリアージを含む急変時対応 QOLを期待できる救急高齢者患者への積極的な治療

高齢者医療の三大対策



今後の医療提供体制をどう考えるか？

1. 救急搬送受け入れ数から考察すると、日本の医療体制は「民間優位」と「公的優位」に2分化されているが、人口の3分の2を占める都道府県は「民間優位」の地域になっている。地域により民間医療機関と公的医療機関の役割分担が明確になりつつある、ということが言えるだろう
2. 高齢者人口は、2010年比2025年に約710万人、2040年に920万人増加するが、その7～8割は「民間優位」の都道府県である
3. 高齢化の進行と同じくして、高齢者救急搬送数も増加すると考えられるが、民間の2次救急医療機関の経営基盤が安定しなければ、高齢者救急搬送は受入不能の状態となる懸念がある
4. 全国ベースで、毎年約5,000億円を超す他会計繰入金繰出しされているが、地域毎に公的医療機関が中心となって担う役割が異なることから、都道府県毎に政策医療の検証を行い、効率的な資金の運用を再考すべきではないか。
5. 非営利性と一定の公共性を満たす法人制度として医療法人制度が機能してきた。高齢者社会に相応しい、「民間」の知恵と効率性を活かした医療提供体制を構築することは十分可能であろう。

今後の医療提供体制の中で 「地域医療連携推進法人」 をどのように考えるか

地域医療連携推進法人制度(仮称)の創設について(概要)

参考資料1

趣旨

医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携を推進し、地域医療構想を達成するための一つの選択肢として、地域医療連携推進法人(仮称)の認定制度を創設する。これにより、競争よりも協調を進め、地域において質が高く効率的な医療提供体制を確保する。

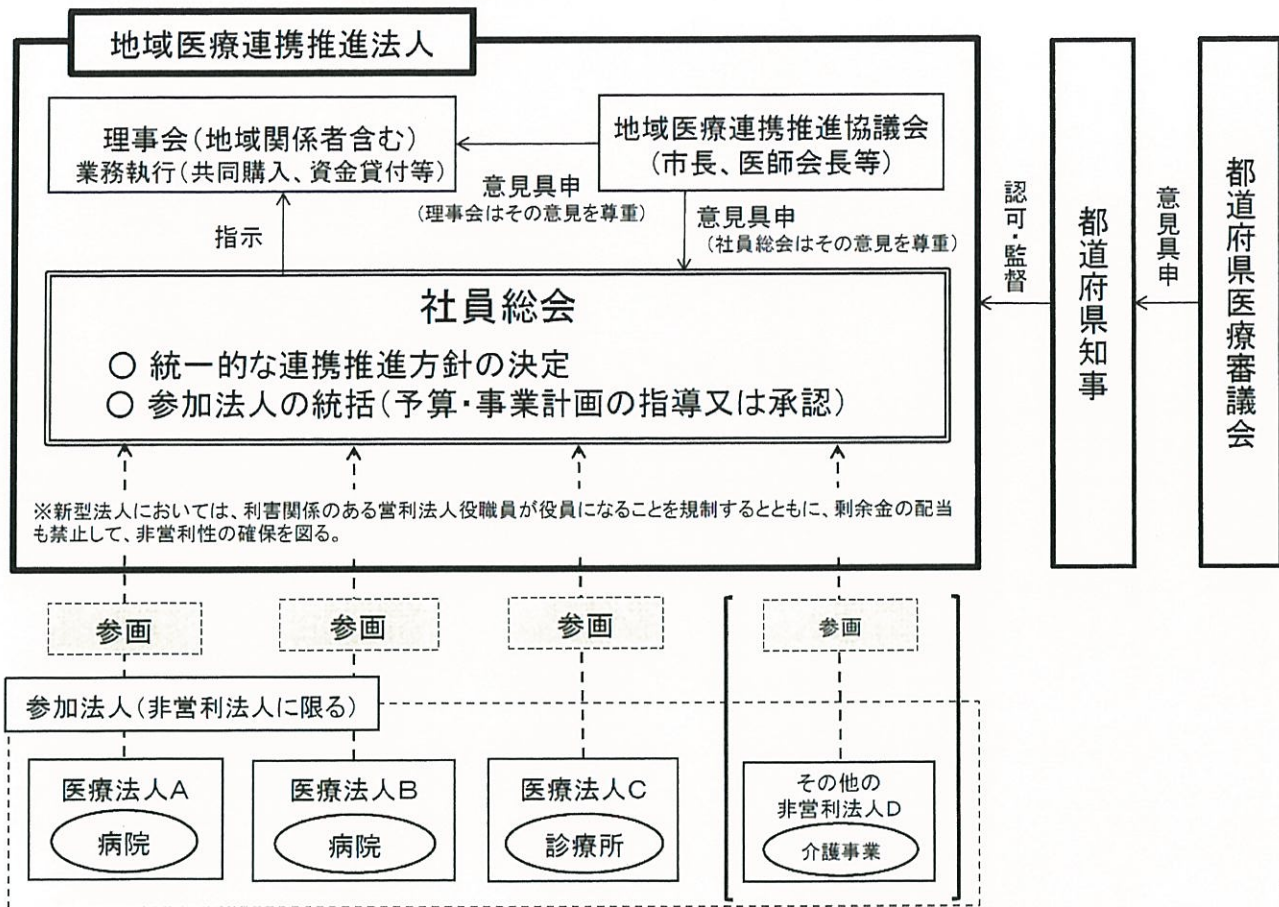
ポイント

※医療法改正

- 法人格
 - ・ 地域の医療機関等を開設する複数の医療法人その他の非営利法人の連携を目的とする一般社団法人について、都道府県知事が地域医療連携推進法人(仮称)として認定する。
- 参加法人(社員)
 - ・ 地域で医療機関を開設する複数の医療法人その他の非営利法人を参加法人とすることを必須とする。
 - ・ それに加え、地域医療連携推進法人の定款の定めるところにより、地域包括ケアの推進のために、介護事業その他地域包括ケアの推進に資する事業を行う非営利法人を参加法人とすることができる。
 - ・ 営利法人を参加法人・社員とすることは認めない。
- 業務内容
 - ・ 統一的な連携推進方針(医療機能の分化の方針、各医療機関の連携の方針等)の決定。
 - ・ 病床再編(病床数の融通)、キャリアパスの構築、医師・看護師等の共同研修、医療機器等の共同利用、病院開設、資金貸付等。
 - ・ 関連事業を行う株式会社(医薬品の共同購入等)を保有できる。
- ガバナンス(非営利性の確保等)
 - ・ 社員の議決権は各一個とするが、不当に差別的な取扱いをしない等の条件で、定款で定めることができる。
 - ・ 参加法人の事業計画等の重要事項について、意見を聴取し、指導又は承認を行うことができる。
 - ・ 理事長は、その業務の重要性に鑑み、都道府県知事の認可を要件とする。
 - ・ 地域医療連携推進協議会の意見を尊重するとともに、地域関係者を理事に加えて、地域の意見を反映。
 - ・ 営利法人役員を役員にしないこととするとともに、剰余金の配当も禁止して、非営利性の確保を図る。
 - ・ 外部監査等を実施して透明性を確保する。
 - ・ 都道府県知事が、都道府県医療審議会の意見に沿って、法人の認定、重要事項の認可・監督等を行う。

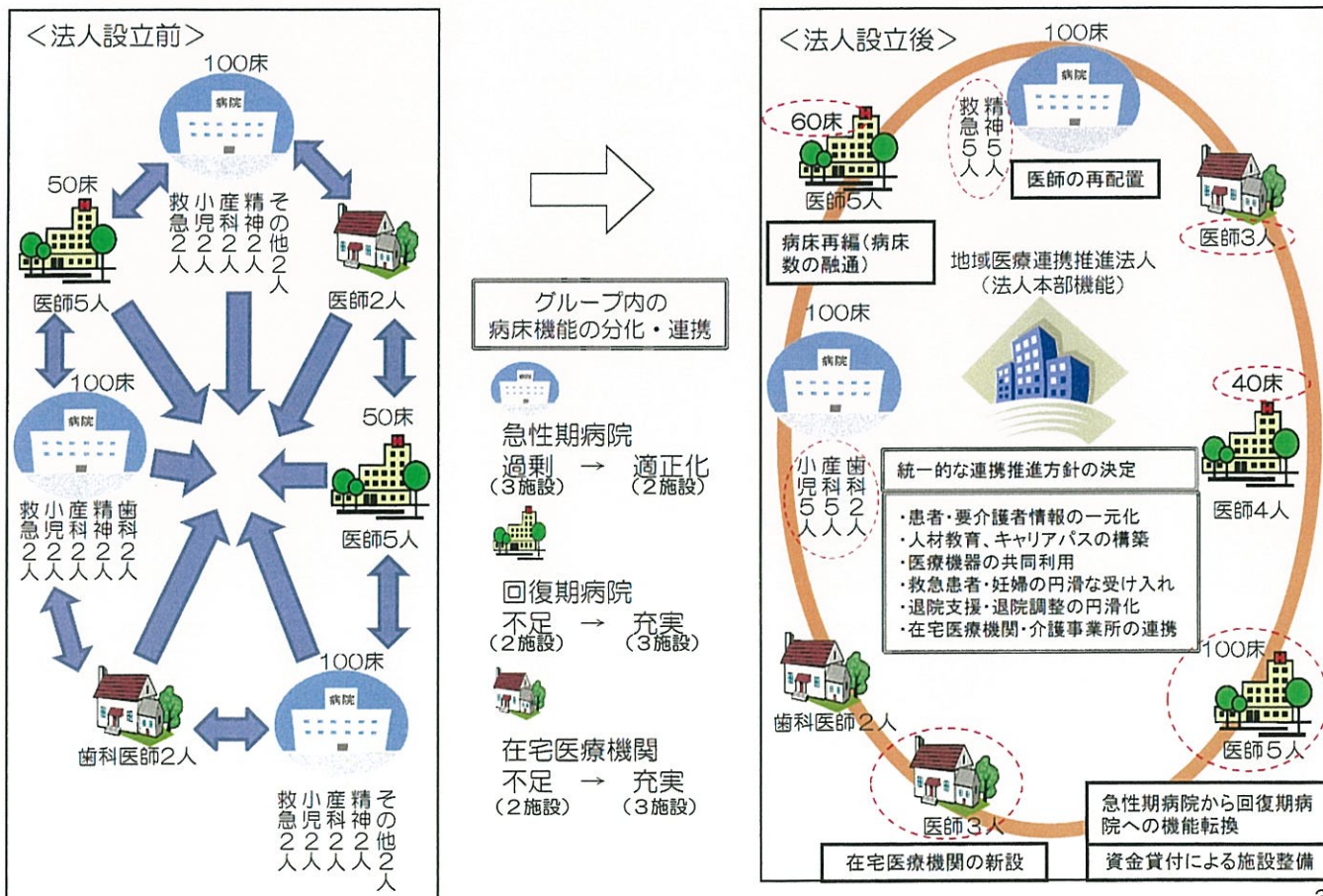
1

地域医療連携推進法人制度(仮称)の仕組み



(厚生労働省 「医療法人の事業展開等に関する検討会」より)

地域医療連携推進法人(仮称)設立の効果・メリット(イメージ)



アライアンス (alliance)

同盟・連合・提携・縁組

複数の企業が互いに経済的なメリットを享受するために、緩やかな協力体制を構築すること

1つの企業に経営を統合してゆくホールディングとは異なり、時間・賃金もそれほど要することなく進められ、各企業の独自性は保たれる



STAR ALLIANCE



SKYTEAM

例を挙げると航空業界が良い例



STAR ALLIANCE



コードシェアについて

行きたい日に行きたい都市へ。世界をつなぐネットワーク。世界各 地域を代表する航空会社と提携し、コードシェア便をワールドワイドに展開。これにより、世界各都市への乗り換えがスムーズになり、より便利になりました。



★スターアライアンス加盟航空会社

国際線			
AIR CANADA エア・カナダ	AIR CHINA 中国国際航空	Air Japan エアージャパン	AIR MACAU 澳門航空 マカオ航空
AIR NEW ZEALAND ニュージーランド航空	ASIANA AIRLINES アシアナ航空	Austrian オーストリア航空	Air Dolomiti Volare con la Lufthansa エア・ドロミティ
EGYPTAIR エジプト航空	ETIHAD AIRWAYS エティハド航空	EVA AIR エバー航空	Garuda Indonesia ガルーダ・インドネシア航空
HAWAIIAN AIRLINES ハワイアン航空	JET AIRWAYS ジェットエアウェイズ	LOT POLISH AIRLINES LOIポーランド航空	Lufthansa ルフトハンザドイツ航空
QATAR カタール航空	SAS スカンジナビア航空	山東航空 山東航空	新疆航空 新疆航空
SINGAPORE AIRLINES シンガポール航空	SOUTH AFRICAN AIRWAYS 南アフリカ航空	SWISS スイス インターナショナル エアラインズ	TAM TAM ブラジル航空
TAP PORTUGAL TAPポルトガル航空	THAI タイ国際航空	TURKISH AIRLINES ターキッシュエアラインズ	UNITED ユナイテッド航空
virgin atlantic ヴァージン・アトランティック航空			



グローバルな活躍
be one.



スカイチーム加盟航空会社

毎日16,323便を運航。世界177カ国、1,052の就航都市がお客様をお待ちしております。20のスカイチーム加盟航空会社のご利用で、お客様のワールドワイドなご旅行はより快適なものとなります。個人旅行でも出張でも、スカイチームはお客様により優れた柔軟性や安心感、そして幅広い選択肢をご提供いたします。私たちスカイチームは、チーム一丸となってより細やかなサービスをお客様にご提供いたします。

私たちスカイチームのことを是非知ってください。スカイチームに加盟している航空会社についての詳細は、以下をクリックしてください。



【加納繁照が提唱していたアライアンスのイメージ図】

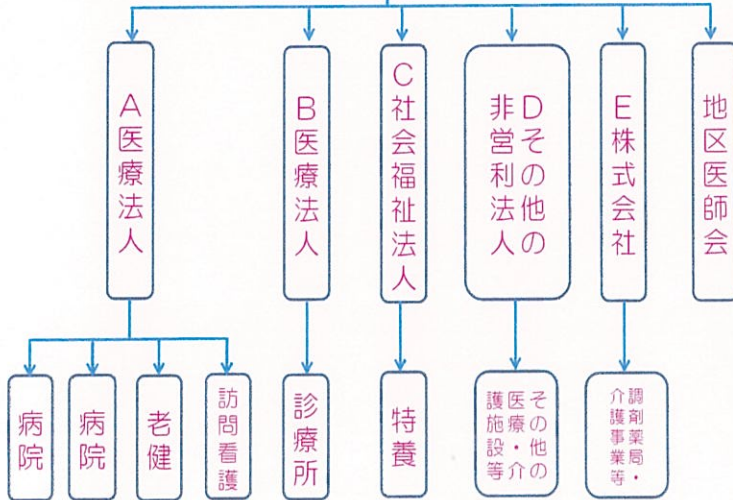
地域包括ケア・アライアンス

地域包括ケア・アライアンス協議会
各法人・団体からの代表者で運営（議長を選出）

地域包括ケア・アライアンスは、理念を同じくする地域の病院、診療所、介護福祉業者、等々の法人と地区医師会で構成

各法人・団体が互いに経済的なメリット（①患者・介護者のデータ一元共有化②役員の重任③物品の共同購入④研修の均一化等）を享受するために、緩やかな協力体制を構築することで、各事業体の独自性が保たれたままで、連携し医療サービスを提供する

各法人・団体からの代表者より議長を選出し、その代表者で構成される「地域包括ケア・アライアンス協議会」が全体の運営を行う



厚生労働省の目指す「非営利ホールディングカンパニー型法人（仮称）」とは異なり、「地域包括ケア・アライアンス」では、民間医療機関主体で効率的に運営されてきた日本の医療制度を維持・発展することで、短時間に地域に密着した地域包括ケアの実践ができる可能性が高いのではないか

**現行の制度を壊して、再構築する
時間はない！**

「アライアンス」の方が効果的では？

あいのままの現状でLet It Go!

**「地域包括ケア・アライアンス」
の枠組みを提唱**

NYHQ Quality, right here.



member
New York-Presbyterian
Healthcare System
affiliate: Weill Cornell Medical College



2013-2014
ANNUAL REPORT
to our Community

June 2014



- We have made significant investment in tools to enhance quality and safety, including the installation of an automated tablet-dispensing robot and IV compounding suite, located in our new Pharmacy, to help improve medication safety (read more about quality and safety achievements on pages 03 – 08).
- We are the official hospital for the New York Cosmos Soccer club! NYHQ provides complete medical and orthopaedic care to Cosmos players during games and practices (read about our exclusive partnership on page 15).

Through this report, you can learn more about what is happening, right here at New York Hospital Queens... and what our progress means to you and this great Queens community! As always, we thank you for your continued support of New York Hospital Queens, our talented and dedicated employees, medical staff, volunteers and trustees.

Sincerely,

Stephen S. Mills
President and Chief Executive Officer
– New York Hospital Queens

Gary J. Zuar
Chairman, Board of Trustees
– New York Hospital Queens

Senior Vice President, Finance
– New York-Presbyterian Hospital

Where To Find NYHQ Services: 718-670-2000

Find a Doctor: Call 1-800-282-6684, or visit nyhq.org

New York Hospital Queens
56-45 Main Street
Flushing, NY 11355
(718) 670-2000
nyhq.org

Ambulance Service
(718) 670-2222
(On-Call 24 Hours)

The Julia & Ned R. Arnold Center For Radiation Oncology
56-45 Main Street
(Enter on 56th Avenue)
Flushing, NY 11355
(718) 670-1500

The Theresa Lang Children's Center
56-45 Main Street
(Enter on 141st Street)
Flushing, NY 11355
(718) 670-1800

NYHQ Diagnostic Laboratories
Pre-Admissions Center
56-45 Main Street
(At main hospital)
Flushing, NY 11355
(718) 670-1990

Blood Donor Center
56-45 Main Street
(At main hospital)
Flushing, NY 11355
(718) 670-1007
(Call for location of Blood Mobile or visit nyhq.org)

Ambulatory Care Center
182-15/19 Horace Harding Expy.
Fresh Meadows, NY 11365
(718) 670-2903
(718) 670-2971

The Silvercrest Center for Nursing & Rehabilitation
144-45 87th Avenue
Briarwood, NY 11435
(718) 480-4000

NYHQ Center for Wound Healing at Silvercrest
144-45 87th Avenue
Briarwood, NY 11435
855-480-HEAL (4325)

The Cardiac Health Center
174-03 Horace Harding Expy.
Fresh Meadows, NY 11365
(718) 670-1695

The Center for Dental & Oral Medicine
174-11 Horace Harding Expy.
Fresh Meadows, NY 11365
(718) 670-1060

The Center for Developmental Disabilities
59-16 174th Street
Fresh Meadows, NY 11365
(718) 670-2731

Family Health Center
136-56 39th Avenue, 2nd floor
Flushing, NY 11354
(718) 886-7014

Prosthetic Implant Center
136-56 39th Avenue, 2nd Floor
Flushing, NY 11354
(In the Family Health Center)
(718) 670-1701

Queens Eye Center
60-10 Main Street
Flushing, NY 11355
(718) 661-8800

Health Outreach: Services for Older Adults & Their Families
57-15A Main Street
Flushing, NY 11355
(718) 670-1211

The Hollis Women's Center
189-04 Hillside Avenue
Hollis, NY 11423
(718) 740-5545

NYHQ Diagnostic Laboratories Patient Service Centers
200-12 44th Avenue
Bayside, NY 11361
(718) 661-8841

23-18 31st Street, Suite 300
Astoria, NY 11105
(718) 721-5160

136-20 38th Avenue, Suite 8B
Flushing, NY 11354
(718) 886-5080

1000 Northern Boulevard,
Suite 320
Great Neck, NY 11021
(516) 446-2102

The Neuroscience Institute
182-15 Horace Harding Expy.
Fresh Meadows, NY 11365
(718) 670-1777

Pediatric Asthma Center
59-16 174th Street
Fresh Meadows, NY 11365
(718) 670-1920
Emergency Hotline:
(800) 926-5182
(Call for location of van)

Main Street Radiology
32-25 Francis Lewis Blvd.
Bayside, NY 11358

44-01 Francis Lewis Blvd.
Bayside, NY 11361
136-25 37th Ave.
Flushing, NY 11354
(718) 428-1500

Additional Location Coming Soon

Trude Weishaupt Memorial Satellite Dialysis Center
59-28 174th Street
Fresh Meadows, NY 11365
(718) 670-1276

The Specialty Care Center
138-47 Horace Harding Expy.
Flushing, NY 11355
(718) 670-2530

Jackson Heights Family Health Center
73-15 Northern Boulevard
Jackson Heights, NY 11372
(718) 424-2788

NYHQ Obstetrics & Gynecology Ambulatory Center
163-03 Horace Harding Expy.
Flushing, NY 11365
(718) 888-9121

NYHQ Center for Orthopaedics & Rehabilitation Medicine
163-03 Horace Harding Expy.
Outpatient Rehabilitation
Fresh Meadows, NY 11365
(866) 670-OUCH (6824)
2nd Floor: Rehabilitation Services
4th Floor: Orthopaedic Practice

The Breast Center
56-26 Main Street
Flushing, NY 11355
(718) 670-1185

New Community-Based Practices:
Astoria Primary Care
41-01 30th Avenue
Astoria, NY 11103
(718) 204-9886

Bayside Primary Care
44-02 Francis Lewis Blvd
Suite A, Bayside, NY 11358
(718) 631-0500

Middle Village Breast Surgery
66-83 70th Street
Middle Village, NY 11379
(718) 651-2929
Kap-Jae Sung

Astoria Cardiology
27-47 Crescent Street
Astoria, NY 11102
(718) 606-6800

30-18 37th Avenue, 1st Floor
Astoria, NY 11103
(718) 278-0100

Maspeth Multispecialty Care
72-41 Grand Avenue
Maspeth, NY 11378
(718) 458-0261

Fresh Meadows Surgical Care
75-68 187th Street
Fresh Meadows, NY 11366
(718) 458-0220

Jamaica Primary Care
162-15 Highland Avenue
Jamaica Estates, NY 11432
(718) 657-8171

Bay Terrace Primary Care
2391 Bell Blvd, Suite 201
Bayside, NY 11360
(718) 224-2743

Queens Diabetes & Endocrinology
59-45 161st Street
Flushing, NY 11365
(718) 762-3111

Whitestone Primary Care
14-02 150th Street
Whitestone, NY 11357
(347) 625-6221

Coming Soon:
Auburndale Pediatric Multi-Specialty
26-19 Francis Lewis Blvd.
Auburndale, NY 11358

NYHQQuality, right here.

HSS's Global Reach

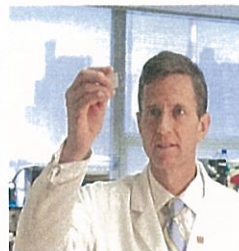
Hospital for Special Surgery attracts patients from almost every corner of the globe of all ages and activity levels. Because of its reputation as a leader in musculoskeletal medicine and research, HSS also attracts leading physicians from many different countries. International medical students drawn to the hospital's highly competitive residency and fellowship programs often remain at HSS after their training and become valued members of our medical team.

Top experts in their fields, our physicians are routinely asked to present and lecture at conferences, hospitals, and universities around the world, while the HSS Academic Visitors Program allows physicians from abroad to come to HSS to observe our clinical expertise and medical innovation firsthand. HSS is committed to expanding our role in musculoskeletal medicine and advancing best practices both at home and abroad.

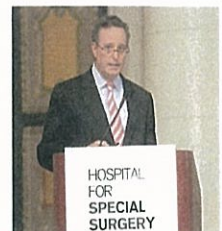
The cultural and global diversity of our patients and staff make Hospital for Special Surgery a truly unique environment. The International Center is dedicated to providing our patients with an exceptional hospital experience. Please do not hesitate to contact us for further information.



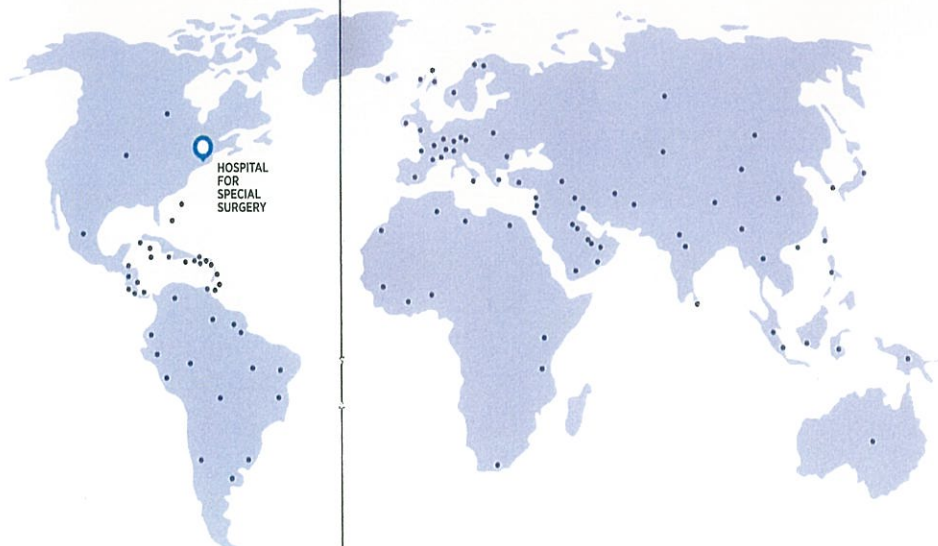
HSS is designated as a Medical Centre of Excellence by FIFA. We are also the official hospital and team physicians for many professional and national teams.



Research at Hospital for Special Surgery is focused on discovering and developing effective approaches for prevention, diagnosis, and treatment of orthopedic and rheumatic diseases.



Hospital faculty are frequently invited to deliver lectures and provide training around the world.



Patients have come to HSS from more than 100 countries

The Depth of North Shore-LIJ

The capabilities and resources of North Shore-LIJ Health System and Lenox Hill Hospital help ensure the future success of the Lenox Hill HealthPlex. North Shore-LIJ's culture of innovation is among the reasons the health system is considered one of the most successful in the nation. Our goals are always focused around the needs of our patients, as we strive to deliver efficient, high-quality care in a manner that meets the expectations of patients and their families.



16 hospitals with more than 6,000 inpatient beds, including:

Five tertiary hospitals

- ▲ Lenox Hill Hospital, Manhattan
- ▲ North Shore University Hospital, Manhasset, NY
- ▲ Long Island Jewish Medical Center, Queens
- ▲ Staten Island University Hospital North
- ▲ Southside Hospital, Bay Shore, NY

A children's hospital

- ▲ Cohen Children's Medical Center, Queens

Two psychiatric facilities

- ▲ Zucker Hillside Hospital, Queens
- ▲ South Oaks Hospital, Amityville, NY

Eight community hospitals in New York City and on Long Island

- ▲ Forest Hills Hospital
- ▲ Plainview Hospital
- ▲ Franklin Hospital, Valley Stream, NY
- ▲ Staten Island University Hospital South
- ▲ Glen Cove Hospital
- ▲ Syosset Hospital
- ▲ Huntington Hospital
- ▲ Nassau University Medical Center, East Meadow, NY (Affiliate)

Research

- ▲ Feinstein Institute for Medical Research, Manhasset, NY

School of Medicine

- ▲ Hofstra North Shore-LIJ School of Medicine, Hempstead, NY

Unmatched Continuum of Care

In addition to its hospitals, North Shore-LIJ's comprehensive continuum of care includes the largest hospital-based ambulance and emergency management response system in the East, about 400 outpatient physician practices, and a full complement of home care, rehabilitation, long-term care and hospice care services. Those vital programs and related diagnostic, therapeutic and prevention services make North Shore-LIJ particularly well positioned to meet all of our patients' health care needs, as well as the needs of the communities we serve throughout Manhattan, Queens, Staten Island and Long Island.

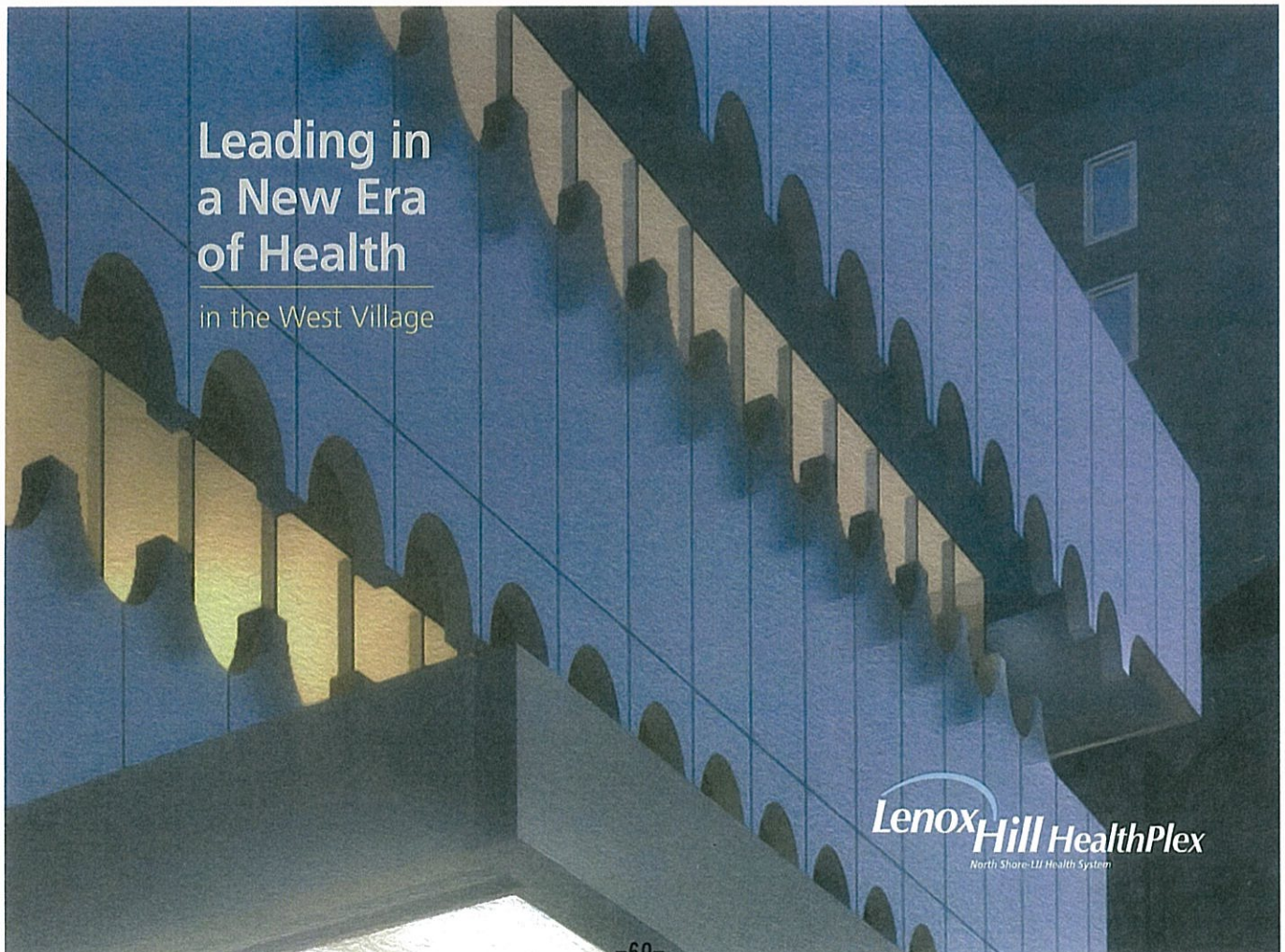
North Shore-LIJ employs more than 2,600 full-time physicians and over 10,000 nurses, has affiliations with over 9,400 community-based physicians and a total workforce of more than 48,000 – the largest private employer in New York State.

Visionary Approach to Medical Education

The Hofstra North Shore-LIJ School of Medicine, the first new allopathic medical school in New York in 40 years, has garnered national attention because of its innovative and visionary approach to medical education. As an integrated, academic health system, North Shore-LIJ's 120 residency and fellowship programs serve as a training ground for more than 1,500 future physicians.



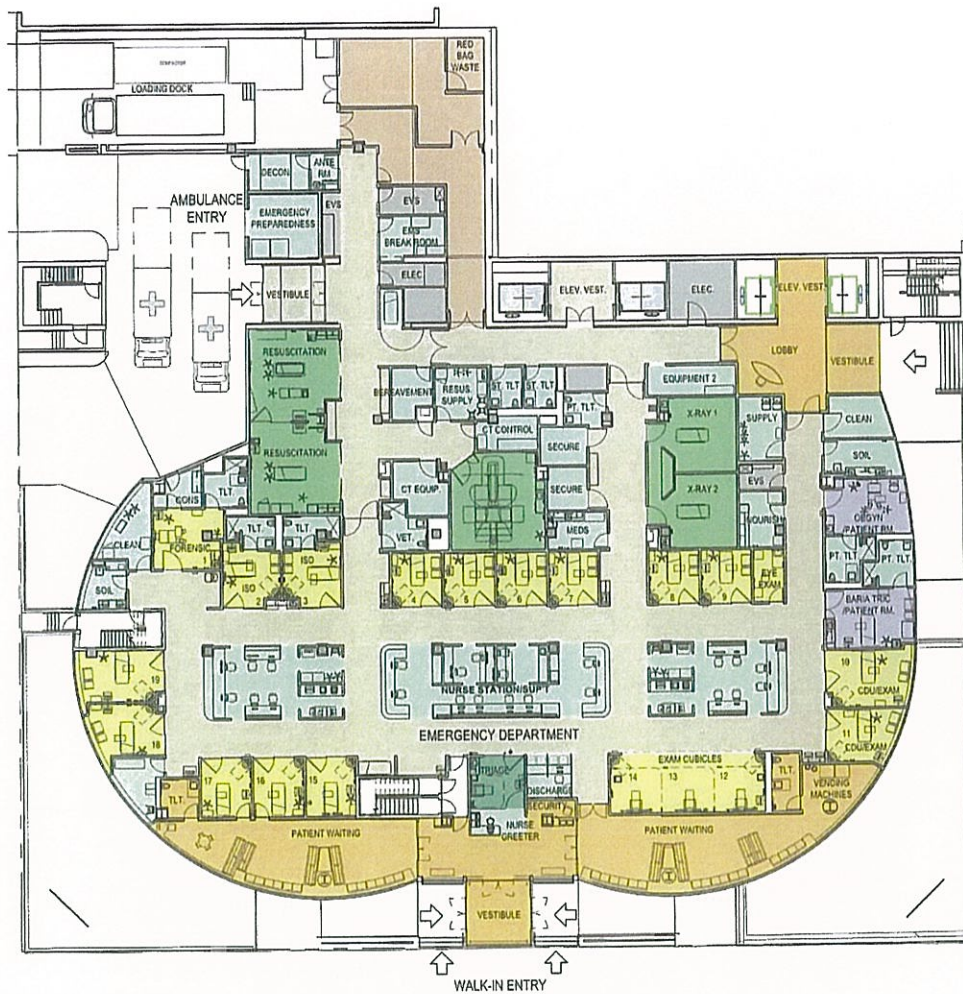
HOFSTRA NORTH SHORE-LIJ
SCHOOL OF MEDICINE



Leading in
a New Era
of Health

in the West Village

Lenox Hill HealthPlex
North Shore-LIJ Health System

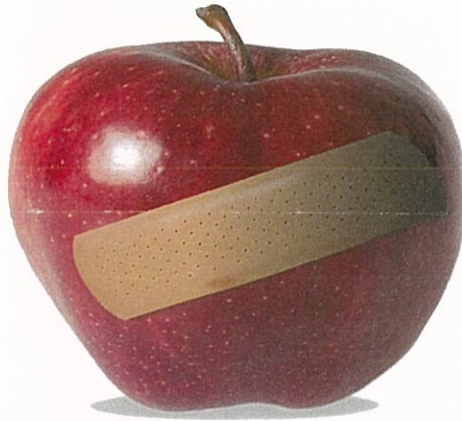


Care That Sets Us Apart	URGENT CARE CENTER	LENOX HILL HEALTHPLEX EMERGENCY CENTER	HOSPITAL EMERGENCY DEPT.
All welcome regardless of insurance and ability to pay	No	Yes	Yes
EMTALA Regulations	No	Yes	Yes
Operates 24/7/365	No	Yes	Yes
911 Receiving	No	Yes	Yes
Disaster Prepared, including Decontamination Center	No	Yes	Yes
Psychiatric Capable	No	Yes	Yes
Major Trauma Mgmt	No	Stabilize and Transfer	Stabilize, then Admit or Transfer
Acute Heart Attack Care	No	Treat, Stabilize, then Transfer	Treat, Stabilize, then Admit or Transfer
Acute Stroke Care	No	Treat, Stabilize, then Transfer	Treat, Stabilize, then Admit or Transfer
Emergency Physicians Specialist Training	Varies	Yes	Yes
Emergency Trained RNs	Usually not	Yes	Yes
Specialists Available for Care Coordination	No	Yes	Yes
X Ray, Ultrasound, and/or CAT Scan	Usually not	Yes	Yes

OPEN 7 Days
24 hrs

New York: Save Time When You Need It Most.

We accept
Medicare &
Workers Comp



 **EMERGENCY
MEDICAL CARE**

Quality urgent care in a New York minute

Two Convenient NYC Locations:
DOWNTOWN: 200 Chambers Street, NYC, 10007
MIDTOWN: 521 West 42nd Street, NYC 10036

212.962.6600
www.emcny.com

OPEN 7 Days
24 hrs

We accept
Medicare &
Workers Comp

Save Time When You Need It Most.

ONSITE TESTING

CT scans | Ultrasound

Blood testing | X-rays | Labs

KLAS Rated Angiography | EKG

No appointment necessary



Anyone who has ever waited hours while going through the admission process in a Hospital ER setting knows how painful the process can be. EMC was designed to speed you to medical services within an average of 15 minutes of your arrival. The next time you need urgent care, don't wait! Get the medical attention you deserve by qualified physicians and staff trained specifically for medical emergency.

**Because you never know
when you'll need urgent care.**

 **EMERGENCY
MEDICAL CARE**

Quality urgent care in a New York minute

Two convenient NYC locations:
DOWNTOWN: 200 Chambers Street, NYC, 10007
MIDTOWN: 521 West 42nd Street, NYC 10036

212.962.6600
www.emcny.com

