

第8回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会

WS-3 事前スライド

今後の病院総合医が地域で生き残るための変化とは

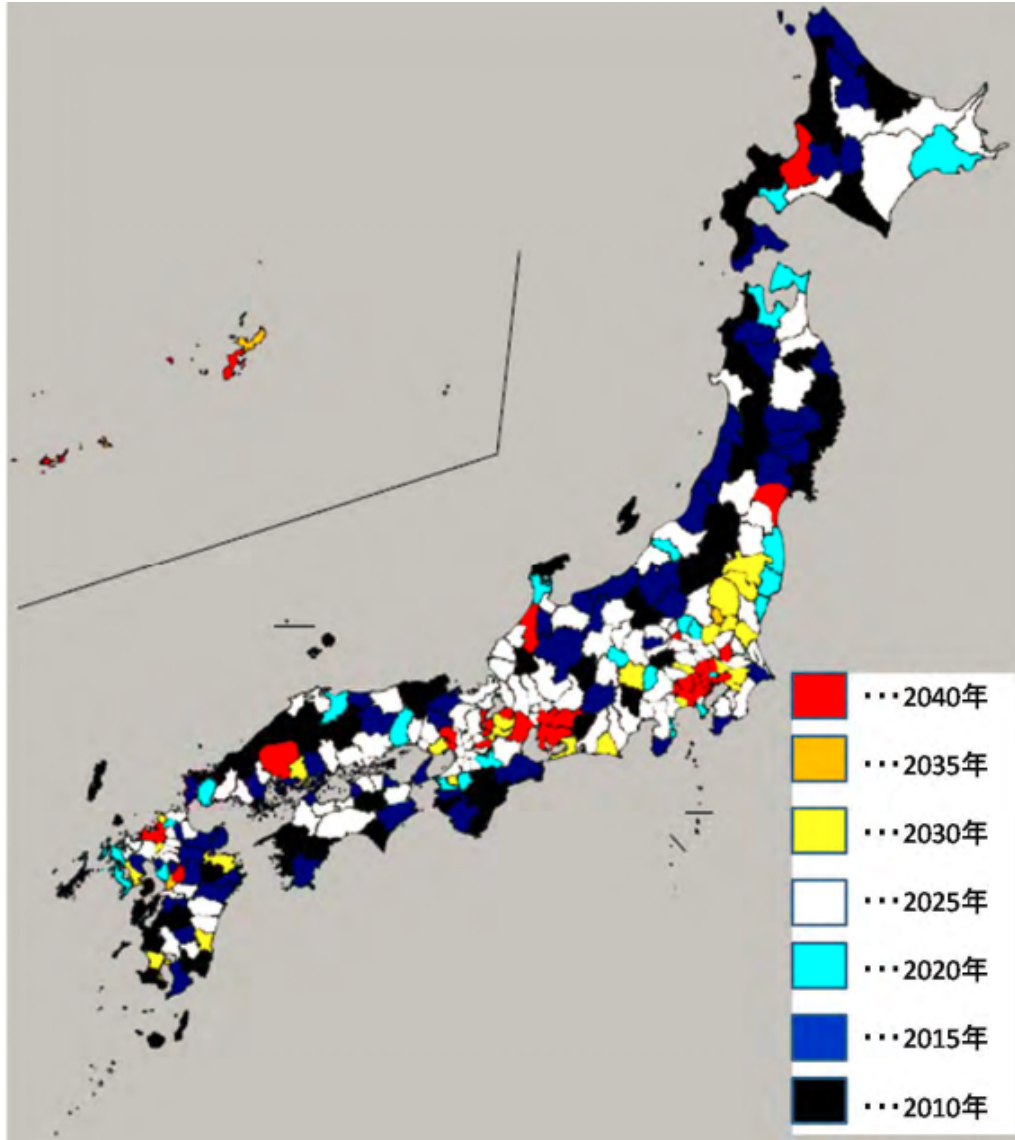
病院総合医委員会

高齢者大国 日本

医療費を抑制しながら
複雑な疾病、医療ニーズを抱えた患者の
生活支援を行い、患者の満足度を高められるか

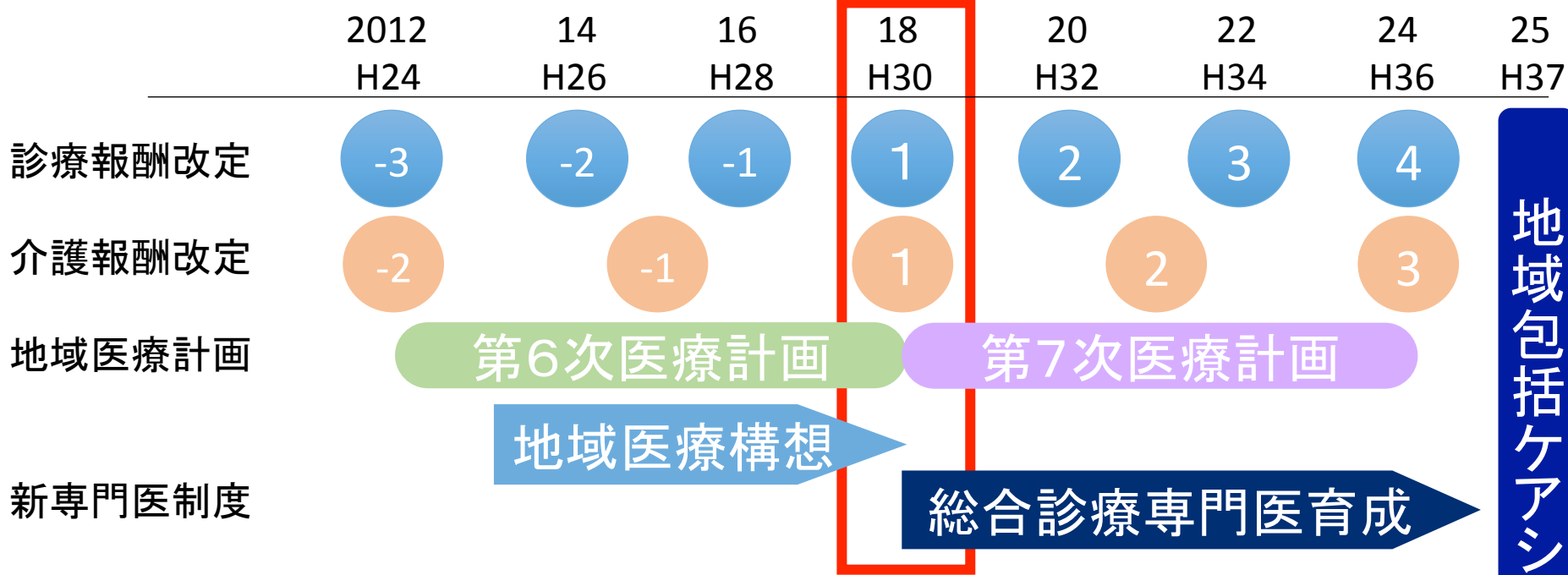
このチャレンジは
世界中から注目されている

地域によって医療需要のピーク時期が異なる
高齢化・人口減少によって差が大きい



全ての地域で生じる変化

- 病床機能の分化
- 病院経営の悪化
 - 病院から施設への転換
 - ケアミックス型病院
 - 病院グループ形成
- 地域包括ケアシステム
 - 医療-介護の連携強化
 - 回復期・リハビリの強化
 - 在宅医療・かかりつけ医
- 医師需給の変化
- 効率性・生産性の強化

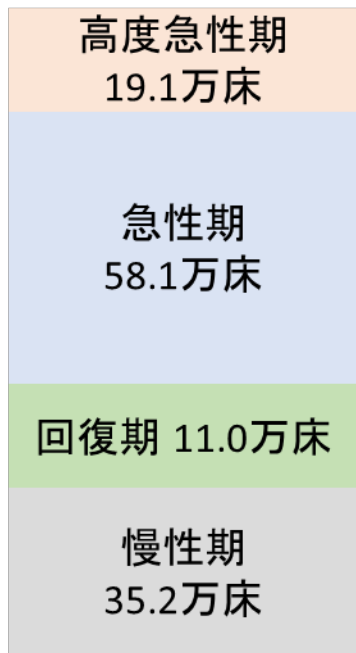


地域包括ケアシステム構築
ゴール

2018年のKey Word

- 機能分化を誘導する厳しい改定
- 急性期/DPC▼
- 地域包括・回復期▲
- 慢性期削減▼
- 介護認定の厳格化
- 地域連携の強化
- 地方・地域への医師需給の低下
- 病床過剰地域の病床削減へ始動

123.4万床(2014.7)



機能分化・連携

2025年
115-119万床



施設や自宅
在宅医療
29-33万人

なぜ、地域包括ケアシステムか

「既存のシステムは、高齢化社会に対応できていない」

- 複数の慢性疾患を抱える高齢者増加により治療できない医療
- 医療費の高騰
- 確立した専門医療に伴う診療サイクルの分断
- 社会の医療観、医療倫理、死生観などが混沌



患者の最適を考え、医療の質を維持し、
医療費を抑制するシステムが必要

地域包括ケア＝垂直統合＋水平統合

(Integrated care , Community-based care)

垂直統合 : 急性期から回復期・慢性期へ

水平統合 : 医療・介護・生活支援の連携

有能かつ有用な病院総合医になるために
急性期、回復期、地域の特性を視野に入れた

Patient Flow Management 能力が必要である

今、そしてこれから おこること

診療報酬制度をベースとした誘導



各医療機関の機能・問題点の見直し



業務の効率化、多職種連携、権限移譲など



病院経営/機能/地域医療の新生



未来への投資(人材、設備、地域づくり)

機能分化の過渡期

今、そしてこれから おこること

診療報酬の厳格化

条件を満たさない病院は淘汰される

急性期をより急性期へ

重症度、医療介護必要度(7:1) 25% → 30%

回復期をより回復期へ

地域包括ケア病棟(重症度10%、在宅復帰率70%)

回復期リハ病棟(重症度5%、在宅復帰率70%)

地域の医療機関同士が協力して、
それぞれの機能を最適化する

Patient Flow Managementが重要な鍵

病院総合医をめぐる問題点

急性期病院の背景因子

- 高齢者の増加により、医学的管理・社会的調整の負荷増加
- 機能分化により病院総合医に高い専門性が追求される傾向
- 数年単位で変化する医療制度や地域連携に対応できない
 - (組織)回復期・療養・在宅への連携・情報交換が不十分
 - (個人)医師の背景や経験により差が生じる退院判断基準や地域連携

回復期以降の背景因子

- 回復期や療養型病棟で、病院総合医の需要あるも供給が追いつかない
- 急性期病院側との調整が、受け手に回らざる得ない状況

病院総合医の背景因子

- 全国的に病院総合医の成り手が少ない
- 不明確な病院総合医の育成プロセス(内科 or 総合診療プログラム?)
- 「回復期・包括・慢性期を担う病院総合医」の医師像・コンピテンシーが不明、かつ研修プログラムや研修制度も未定。
- 病院総合医への高い期待感に比して、“強み(専門性)”“旨味”の低い認知度