

医療計画見直しと医療圏



国際医療福祉総合研究所長
国際医療福祉大学大学院 教授
武藤正樹

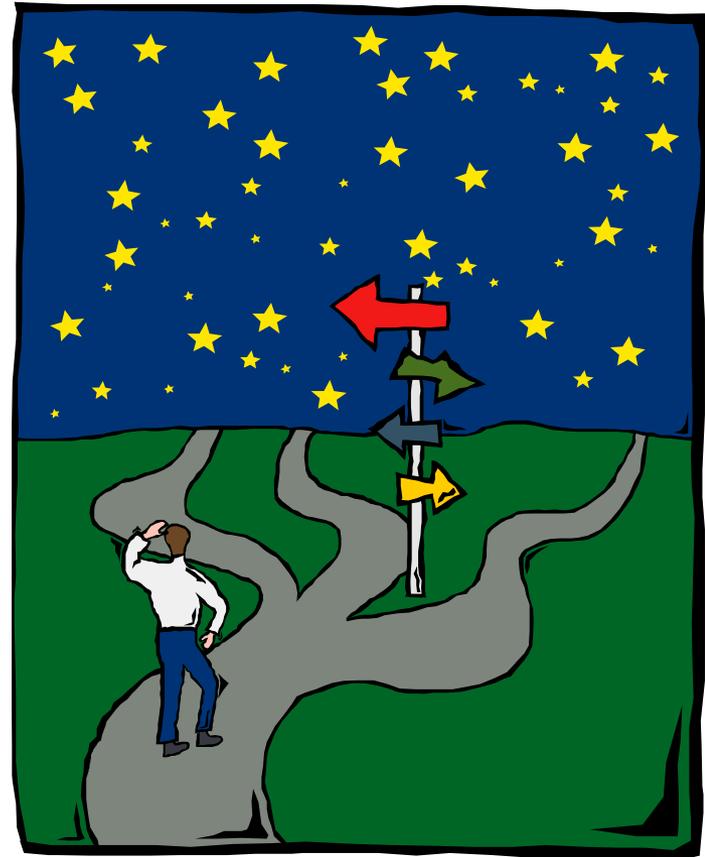


国際医療福祉大学三田病院

2月13日(月)新装オープン!

目次

- パート1
 - 社会保障・税の一体改革と医療計画
- パート2
 - 医療計画見直し
 - 医療圏見直し
- パート3
 - 医療計画の今後



パート1

社会保障・税の一体改革と医療計画



～2025年へ向けて、医療・介護のグランドデザインの
『正念場』が始まる～

社会保障・税一体改革(6月26日)

- 6月26日に社会保障と税の一体改革関連法案が衆院本会議で賛成多数で可決され、参院に送付された
- 現在5%の消費税率を14年に8%、15年に10%に引き上げることなどを盛り込んだ。
- その背景は…
団塊世代の高齢化と、激増する社会保障給付費問題

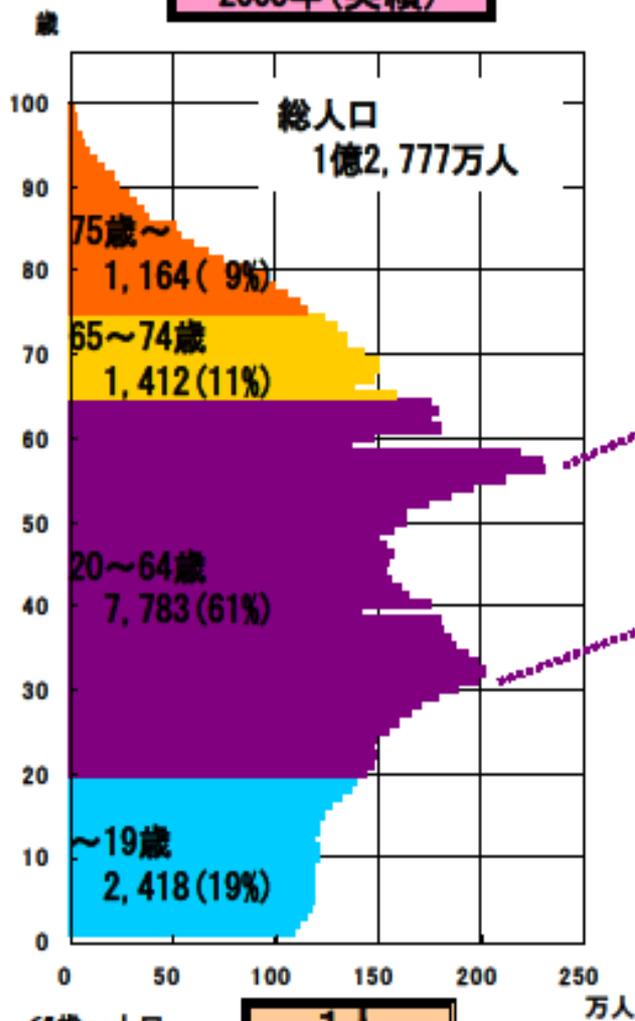


2012年6月26日、衆議院を通過

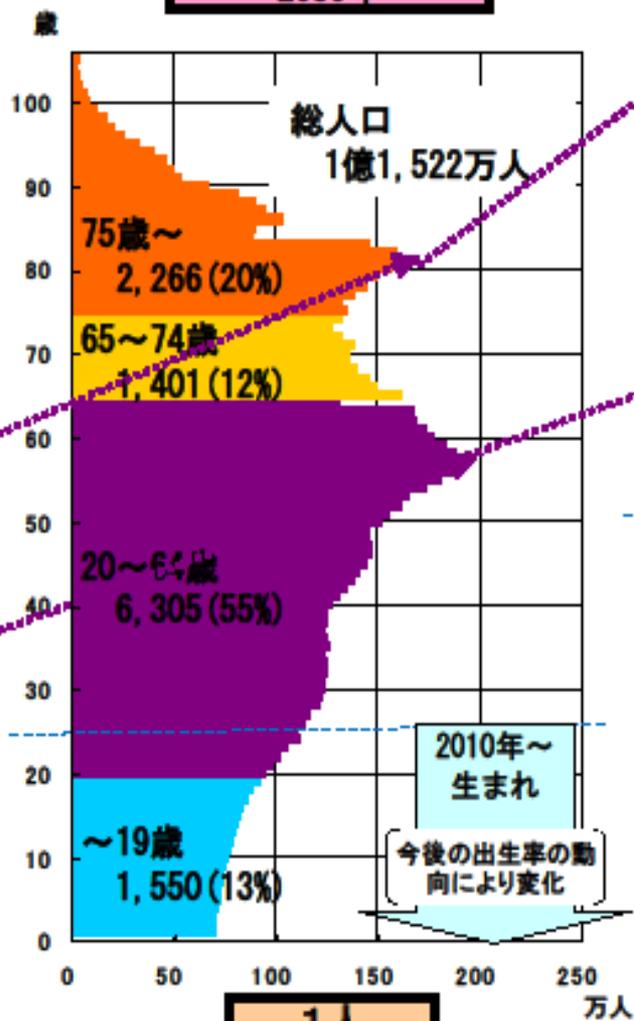
人口ピラミッドの変化(2005, 2030, 2055) - 平成18年中位推計 -

○ 我が国の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を3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2055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される。

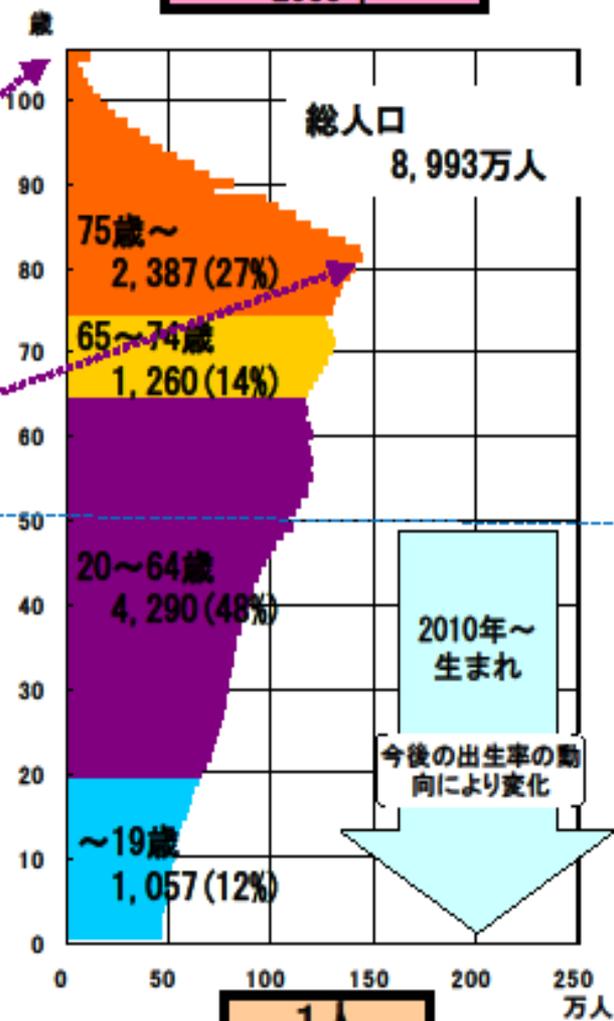
2005年(実績)



2030年



2055年

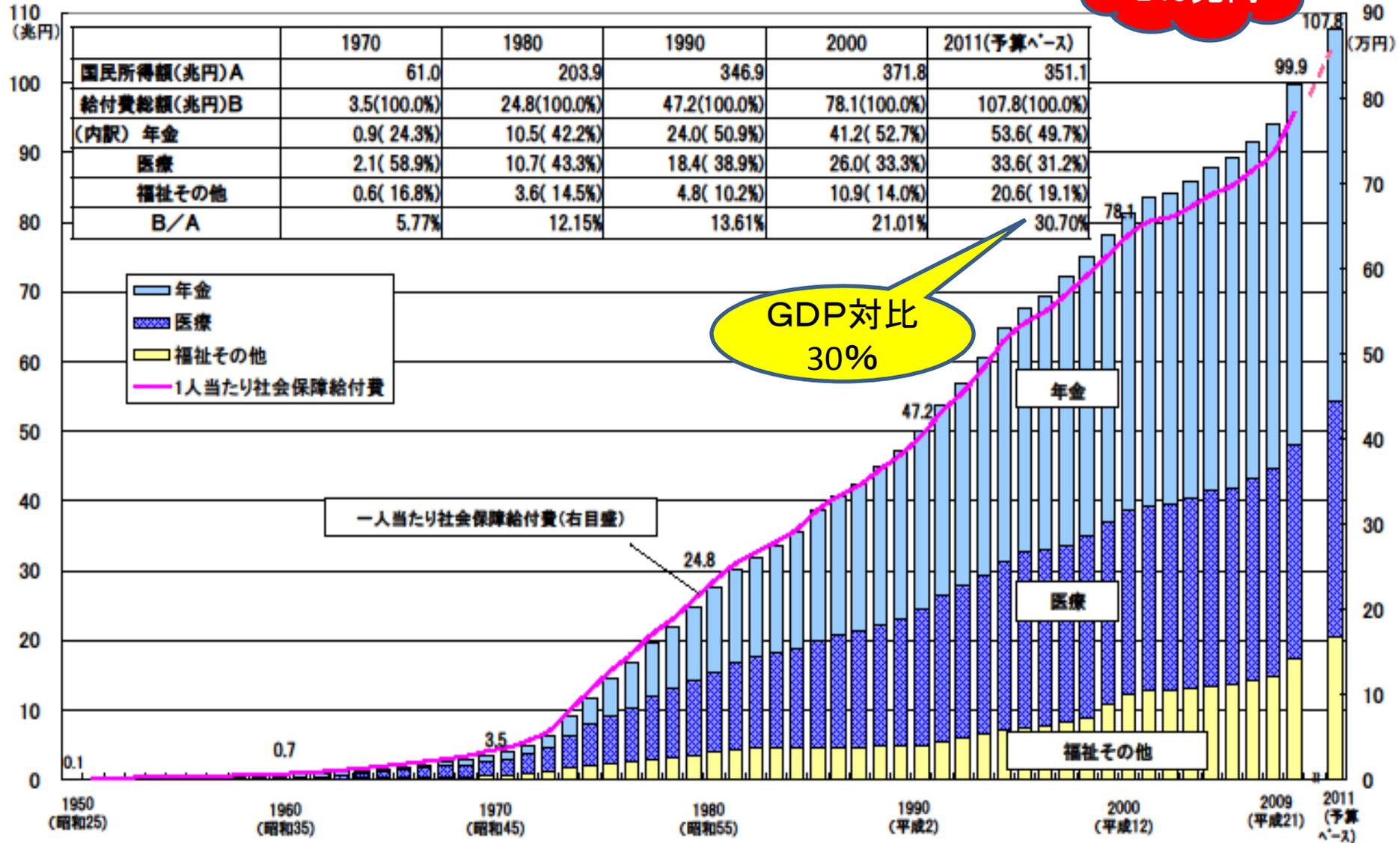


注: 2005年は国勢調査結果(年齢不詳按分人口)。

出典) 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)」(出生中位・死亡中位)

社会保障給付費の推移

2025年
140兆円



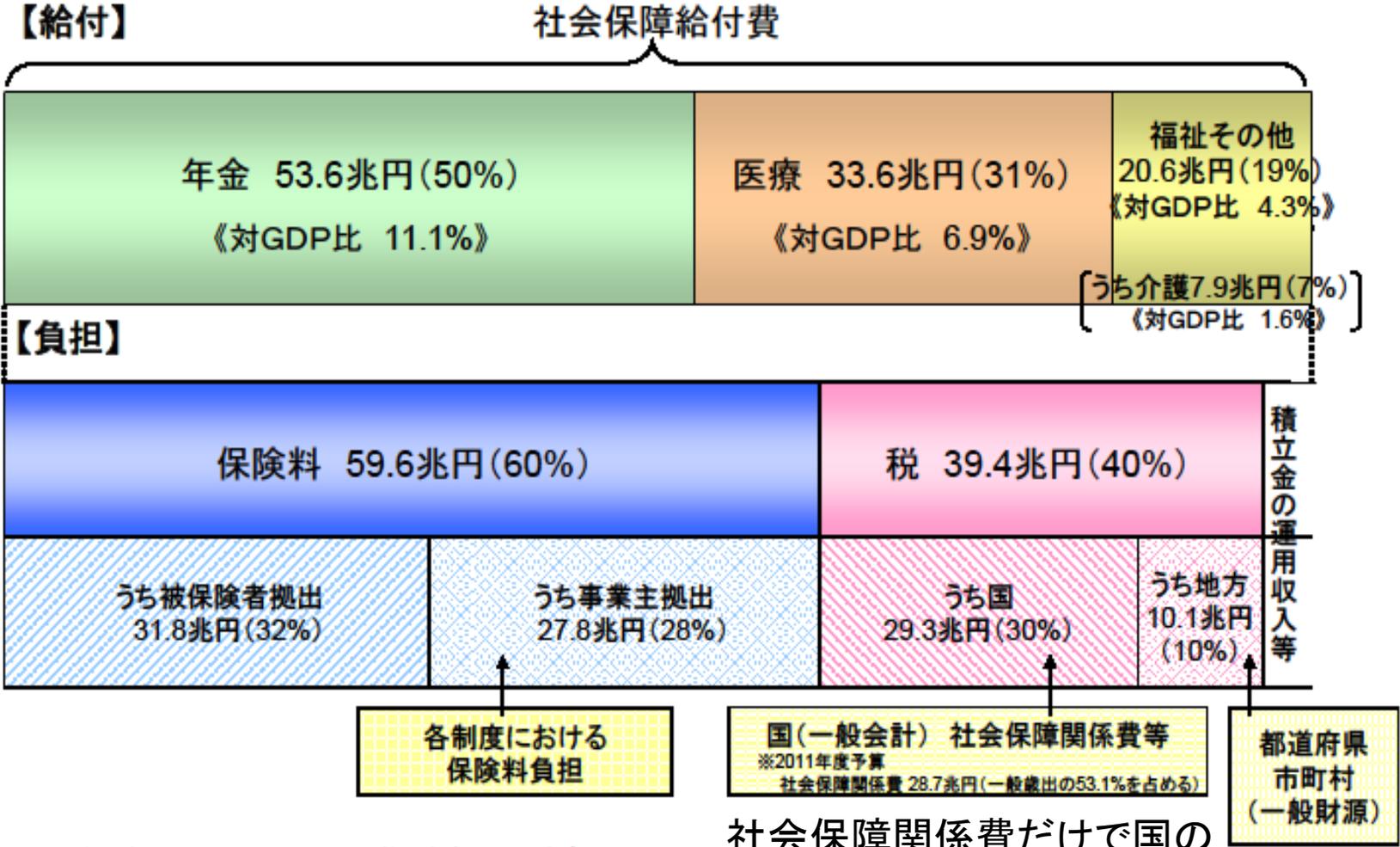
資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成21年度社会保障給付費」、2011年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

2011年度の国民所得額は平成23年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成23年1月24日閣議決定)

(注) 図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2008並びに2011年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

社会保障の給付と負担の現状(2011年度予算ベース)

社会保障給付費(※) 2011年度(予算ベース) 107.8兆円 (対GDP比 22.3%)

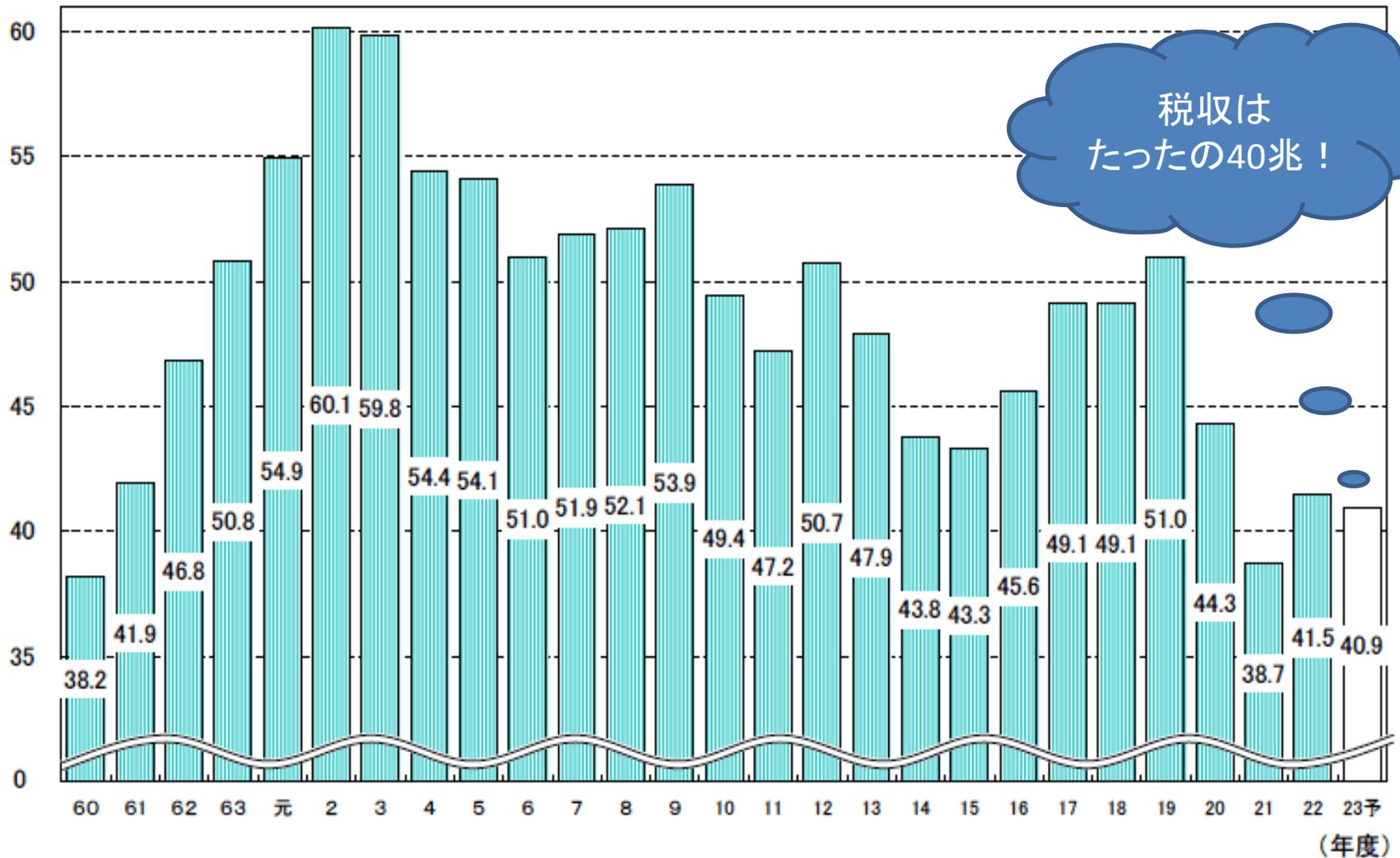


※ 社会保障給付の財源としてはこの他に資産収入などがある。

社会保障関係費だけで国の
一般歳出の53%を占めている

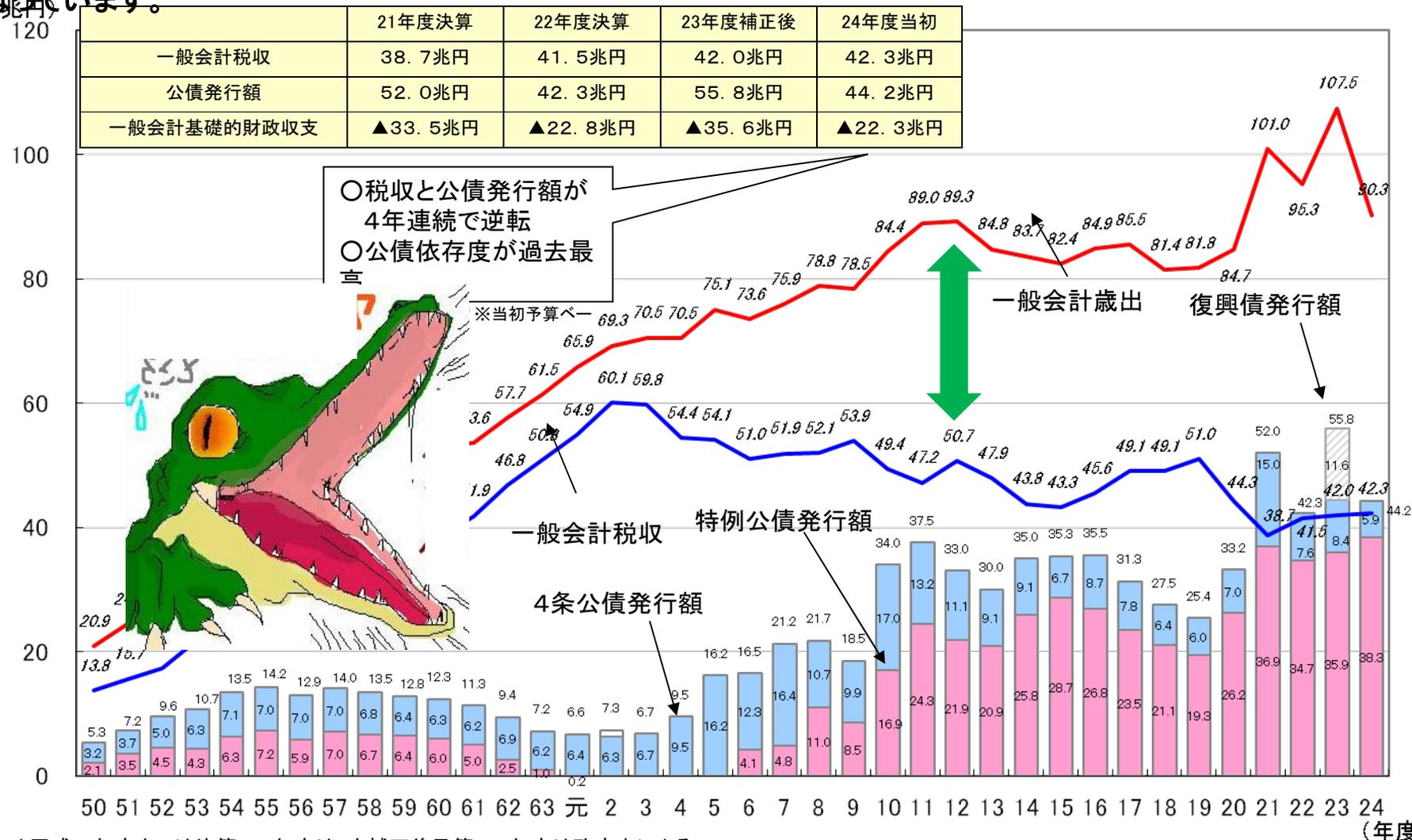
一般会計税収の推移

(兆円)



一般会計税収、歳出総額及び公債発行額の推移 財政健全化の必要性②

社会保障関係費の増加等により、歳出は増加傾向にあり、90兆円を超える規模となっています。一方、税収については、景気の低迷等を背景に、ピークの平成2年度の2/3程度の40兆円にまで落ち込んでおり、公債発行額を下回るようになってきています。この結果、歳出と税収の乖離は大きくなっており、グラフの形がまるで「ワニの口」のようになっています。



(注1) 平成22年度までは決算、23年度は4次補正後予算、24年度は政府案による。

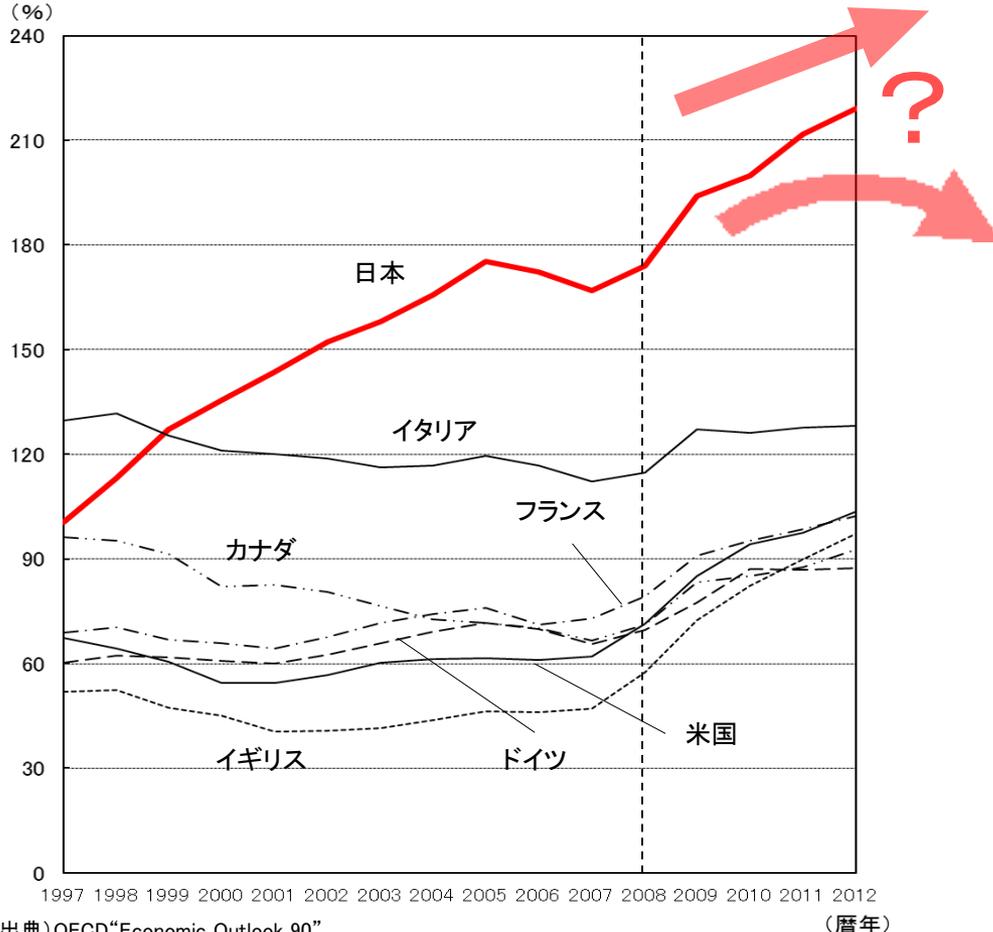
(注2) 平成2年度は、湾岸地域における平和回復活動を支援するための財源を調達するための臨時特別公債を約1.0兆円発行。

(注3) 平成23年度は、東日本大震災からの復興のために平成23年度～平成27年度まで実施する施策に必要な財源について、復興特別税の収入等を活用して確保することとし、

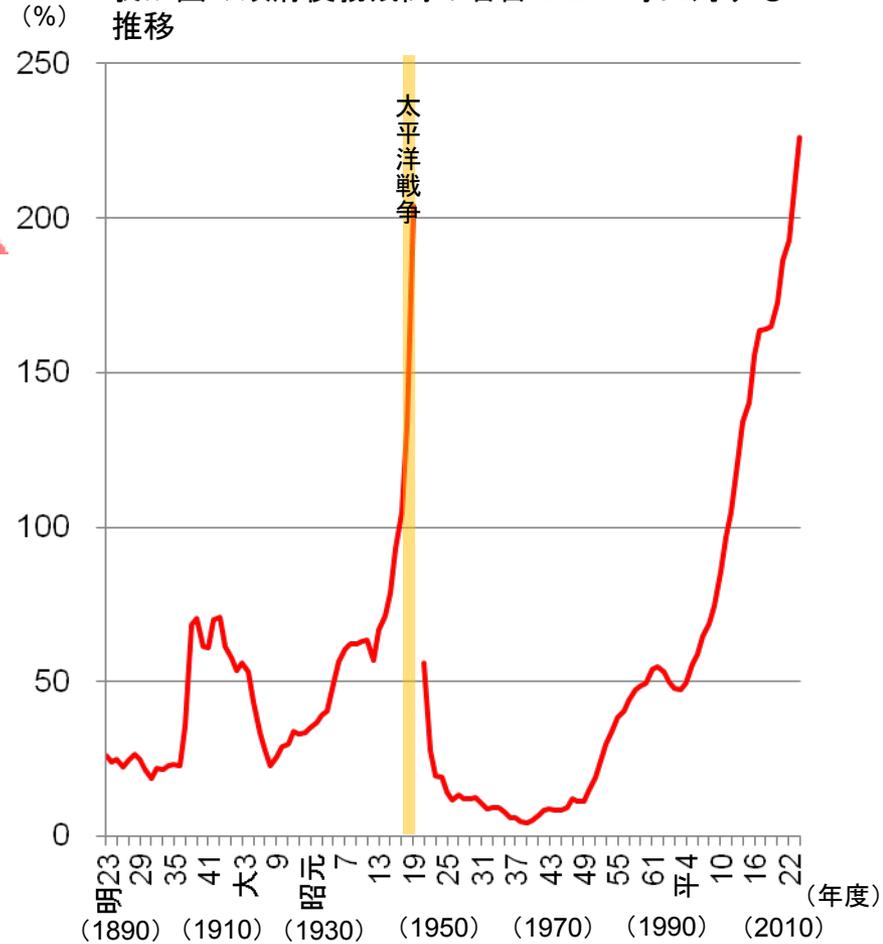
政府債務残高の現状

我が国の財政は、毎年の多額の国債発行が積み重なり、国際的にも歴史的にも最悪の水準にあります(太平洋戦争末期と同水準)。欧州諸国のような財政危機の発生を防ぐために、GDP(返済の元手)との対比で債務残高が伸び続けないう、収束させていくことが重要です。

債務残高の国際比較 (対GDP比)



我が国の政府債務残高の名目GDP等に対する推移

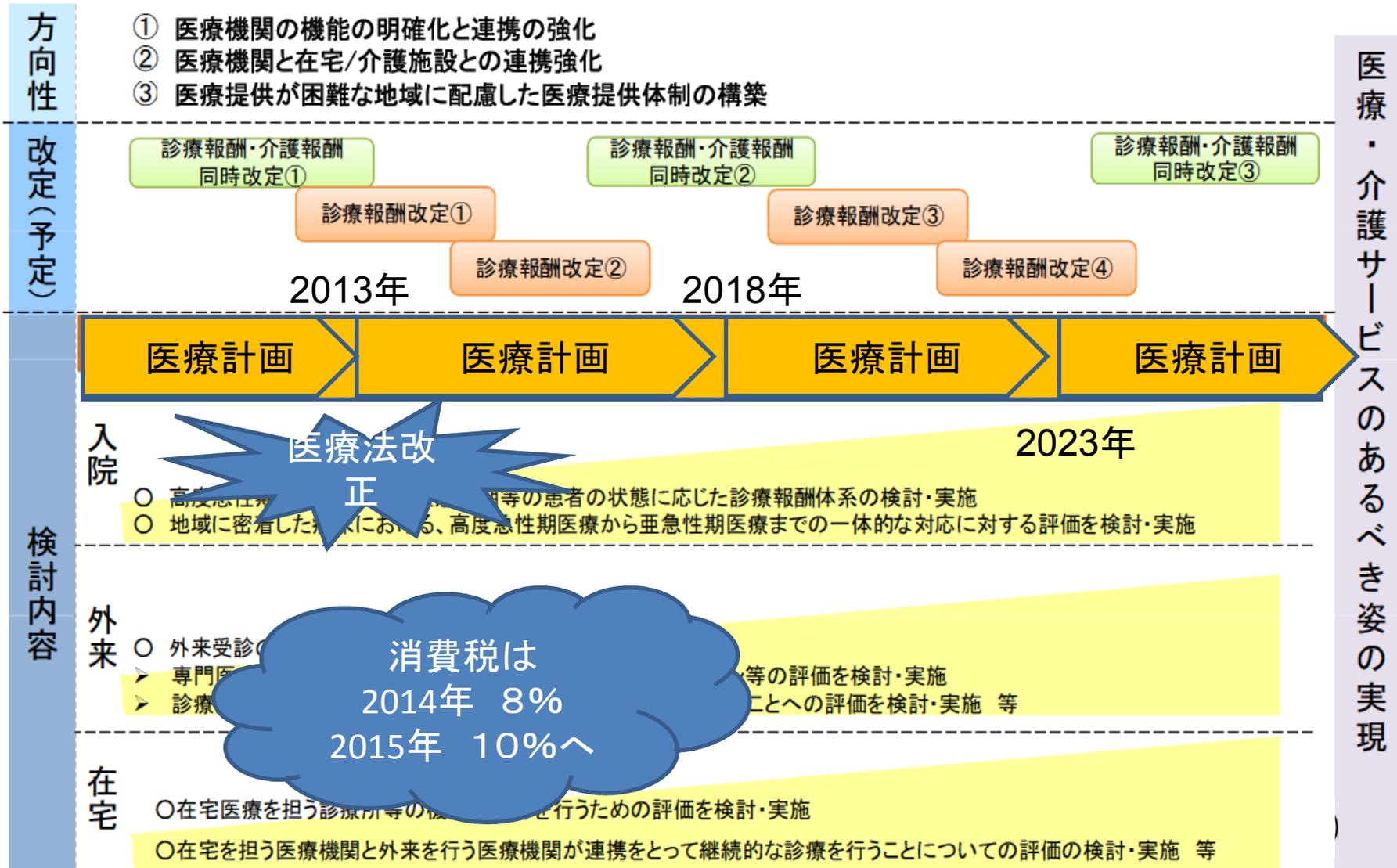


(出典) OECD "Economic Outlook 90"
 (注) 国際比較のため、債務残高の値は国民経済計算の体系(SNA)に基づく一般政府ベースのものを使用しており、

(出所) 債務残高は「国債統計年報」(国債及び借入金現在高)等
 GDPは「日本長期統計総覧」(国民経済計算)等

診療報酬における社会保障改革の実現に向けたスケジュール(粗いイメージ)

2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年



社会保障・税の一体改革

医療・介護サービス提供体制の見直し

【子ども・子育て】

潜在的な保育ニーズにも対応した 保育所待機児童の解消

	平成22(2010)年	⇒	平成26(2014)年
○平日昼間の保育サービス(認可保育所等)	215万人	⇒	241万人
(3歳未満児の保育サービス利用率)	(75万人(23%))	⇒	(102万人(35%))
○延長等の保育サービス	79万人	⇒	96万人
○認定こども園	358か所(2008年)	⇒	2000か所以上
○放課後児童クラブ	81万人	⇒	111万人

※平成29年(2017年)には118万人(4.4%)

地域の子育て力の向上

	平成22(2010)年	⇒	平成26(2014)年
○地域子育て支援拠点事業	7100か所	⇒	10000か所 (市町村単独分含む)
○ファミリー・サポート・センター事業	637市町村	⇒	950市町村
○一時預かり事業	延べ348万人(2008年)	⇒	延べ3952万人

【医療・介護】

2011年度

2025年度

	2011年度	2025年度
【医療】		
病床数、平均在院日数	107万床、19～20日程度	【高度急性期】 22万床 15～16日程度
	一般病床 107万床	【一般急性期】 46万床9日程度
		【亜急性期等】 35万床 60日程度
医師数	29万人	32～34万人
看護職員数	141万	195～205万人
在宅医療等(1日あたり)	17万人分	29万人分
【介護】		
利用者数	426万人	641万人(1.5倍)
		・ 介護予防・重度化予防により全体として3%減
		・ 入院の減少(介護への移行):14万人増
在宅介護	304万人分	449万人分(1.5倍)
うち小規模多機能	5万人分	40万人分(8.1倍)
うち定期巡回・随時対応型サービス	—	15万人分(—)
居住系サービス	31万人分	61万人分(2.0倍)
特定施設	15万人分	24万人分(1.6倍)
グループホーム	16万人分	37万人分(2.3倍)
介護施設	92万人分	131万人分(1.4倍)
特養	48万人分(うちユニット12万人(26%))	72万人分(1.5倍)(うちユニット51万人分(70%))
老健(+介護療養)	44万人分(うちユニット2万人(4%))	59万人分(1.3倍)(うちユニット29万人分(50%))
介護職員	140万人	232万人から244万人
訪問看護(1日あたり)	29万人分	49万人分

機能分化して103万床

居住系施設や外来・在宅医療は大幅増

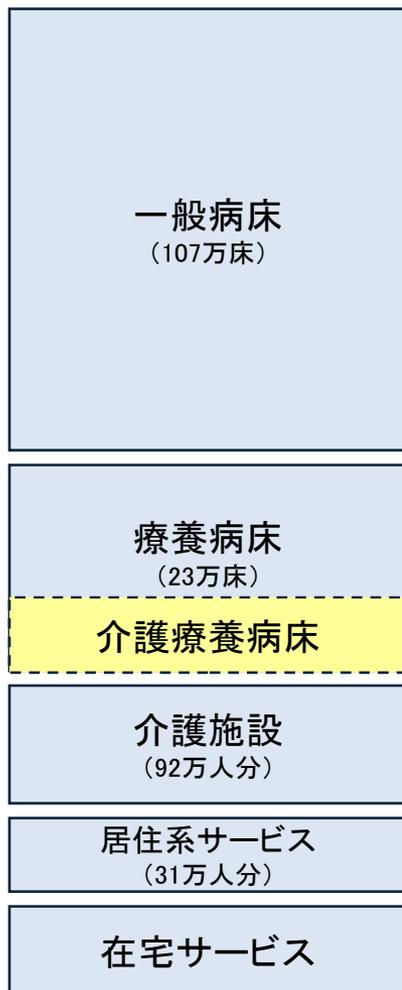
医療・介護機能の再編（将来像）

医療・介護の充実①

患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築。

【2011(H23)年】

【2025(H37)年】



【取組の方向性】

○入院医療の機能分化・強化と連携

- ・急性期への医療資源集中投入
- ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等

○地域包括ケア体制の整備

・在宅医療の充実

- ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
- ・訪問看護等の計画的整備 等

・在宅介護の充実

- ・居住系サービスの充実・施設ユニット化
- ・ケアマネジメント機能の強化 等

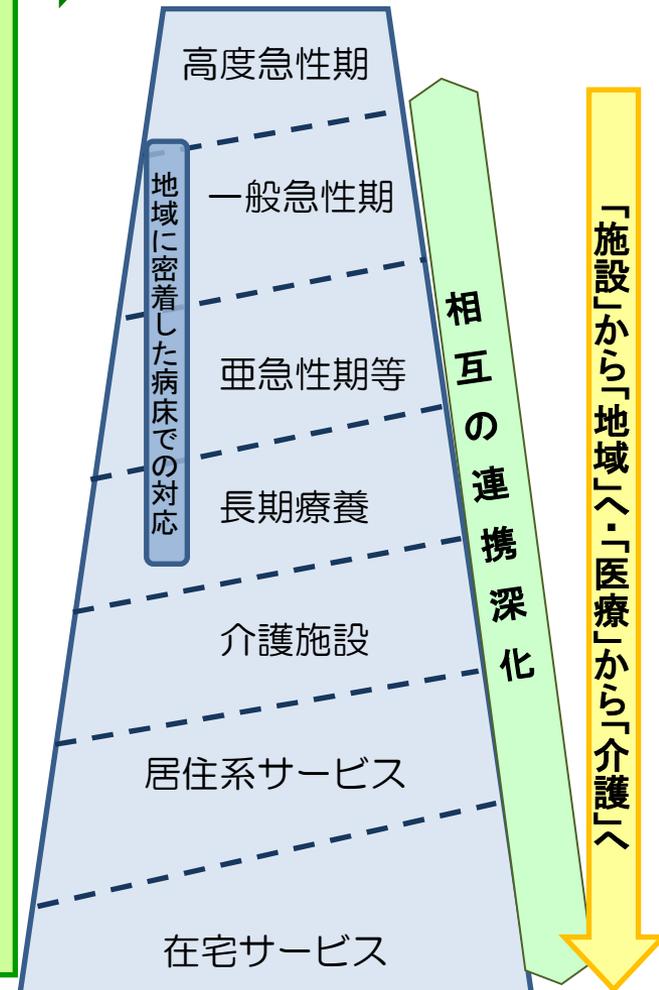
2012年診療報酬・介護報酬の同時改定を第一歩として取り組む

医療法等関連法を順次改正

【患者・利用者の方々】

- ・病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰

- ・医療や介護が必要になっても、住み慣れた地



地域での暮らしを継続
医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

社会保障と税一体改革と 医療計画との整合性は？

医療計画の作成指針によって、社会保障と税
一体改革のグランドデザインの描く医療提供
体制へと誘導する？

パート2

医療計画の見直し



2006年6月第5次医療法改正
地域医療計画の見直し

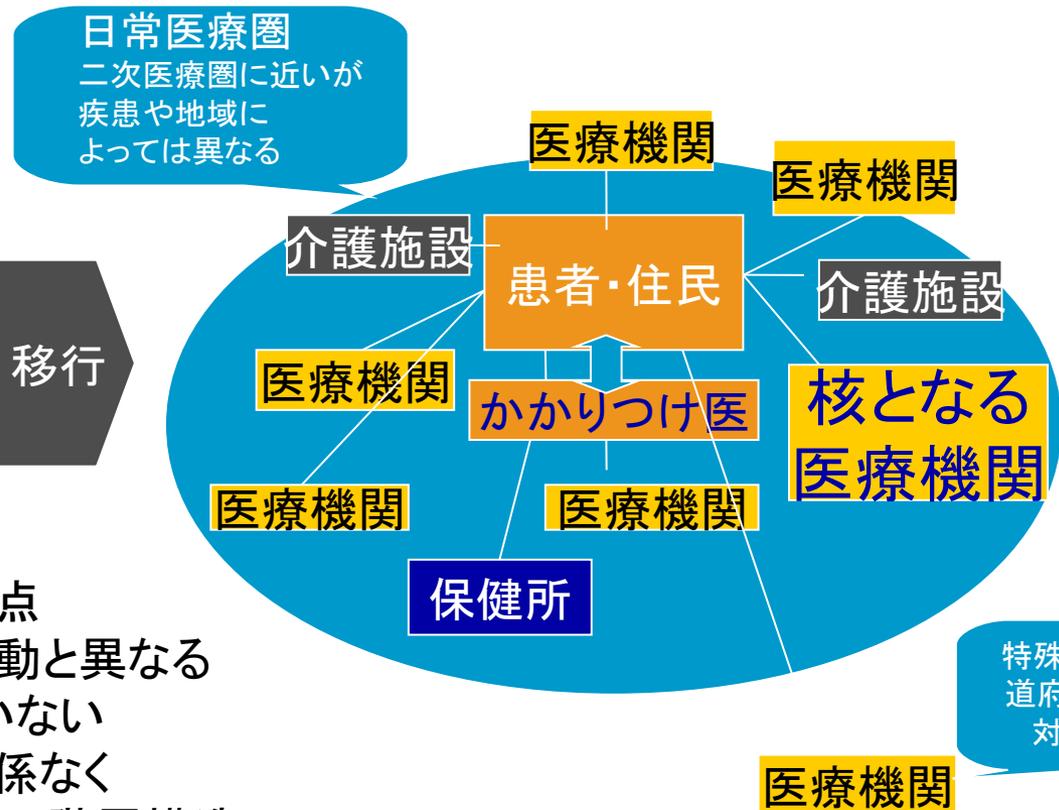
第5次医療法改正(2006年) 地域医療計画の見直し(2008年施行)

疾病別・事業別の地域連携ネットワーク

これまでの医療計画の
考え方



移行



現在の医療計画の問題点

- ①患者の実際の受療行動と異なる
- ②疾病動向を勘案していない
- ③地域の医療機能に関係なく
結果として大病院重視の階層構造

* 4疾患(がん、脳卒中、糖尿病、急性心筋梗塞)と5事業(救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医、小児医療)別のネットワーク形成

現行の医療計画～4疾患5事業～

- 4疾病

- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病

- 5事業

- ①救急医療
- ②災害医療
- ③へき地医療
- ④周産期医療
- ⑤小児医療

地域連携クリティカルパスが連携ツールとして
地域医療計画作成指針に採用

2013年地域医療計画 次期見直し

地域医療計画は5年計画
2008年～2012年

医療計画見直しスケジュール(案)



医療計画見直し等検討会

- 伊藤 伸一 日本医療法人協会副会長
- 尾形 裕也 九州大学大学院医学研究院教授
- 神野 正博 全日本病院協会副会長
- 齋藤 訓子 日本看護協会常任理事
- 末永 裕之 日本病院会副会長
- 鈴木 邦彦 日本医師会常任理事
- 池主 憲夫 日本歯科医師会常務理事
- 中沢 明紀 神奈川県保健福祉局保健医療部長
- 長瀬 輝誼 日本精神科病院協会副会長
- 伏見 清秀 東京医科歯科大学大学院教授
- 布施 光彦 健康保険組合連合会副会長
- **○武藤 正樹 国際医療福祉大学大学院教授**
- 山本 信夫 日本薬剤師会副会長
- 吉田 茂昭 青森県立中央病院長



第1回検討会
2010年12月17日

4疾患5事業の見直しの方向性

- 4疾病

- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病
- ⑤精神疾患

2次医療圏見直し

- 5事業

- ①救急医療
- ②災害医療
- ③へき地医療
- ④周産期医療
- ⑤小児医療
- *在宅医療構築に係わる指針を別途通知する

医療計画見直しの方向性

- ①医療圏見直し
- ②数値指標の見直し
- ③精神疾患を5疾患目に追加
- ④医療従事者の確保に関する事項
- ⑤災害時における医療体制の見直し
- ⑥在宅医療に係わる医療体制の充実・強化

①医療圏見直し

医療圏について

概要

○都道府県は、医療計画の中で、病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分する医療圏を定めることとされている。

三次医療圏

52医療圏(平成22年4月1日現在)

※都道府県ごとに1つ
北海道のみ6医療圏

【医療圏設定の考え方】

都道府県の区域を単位として設定

ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、複数の区域又は都道府県をまたがる区域を設定することができる。

↓
特殊な医療を提供

二次医療圏

349医療圏(平成22年4月1日現在)

【医療圏設定の考え方】

一体の区域として病院等における入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮する。

- ・地理的条件等の自然的条件
- ・日常生活の需要の充足状況
- ・交通事情 等

↓
一般の入院に係る医療を提供

特殊な医療とは…

- (例)
- ① 広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特に専門性の高い救急医療(高度救命救急センターなど)
 - ② 経皮的カテーテル心筋焼灼術、腎移植等の先進的技術を必要とする医療(都道府県がん診療連携拠点病院など)
 - ③ 高圧酸素療法、持続的血液濾過透析等特殊な医療機器の使用を必要とする医療
 - ④ 先天性胆道閉鎖症等発生頻度が低い疾病に関する医療 等

医療圏の設定に関する課題

- 二次医療圏は、都道府県ごとに1つ(北海道のみ6医療圏)設定されている三次医療圏で行うべき特殊な医療を除き、「一体の区域として病院における入院に係る医療を提供することが相当である単位」として都道府県が設定しているが、昭和60年の設置後、変更されていない地域も存在し、医療提供体制について医療圏格差があることが指摘されている。
- 現行の医療計画作成指針においては、医療圏の設定について、人口構造、患者の受療の状況等を検討することになっているが、数値による目安は示されていない。
- 医療計画作成指針の見直しにおいて、現行二次医療圏における、人口、患者の受療状況(医療圏を超えた流入、流出割合)等を評価し、その特徴をとらえることが必要である。

都道府県別、二次医療圏数の推移

都道府県名	二次医療圏数		増減	都道府県名	二次医療圏数		増減
	S63年	H22年			S63年	H22年	
北海道	21	21	0	滋賀県	7	7	0
青森県	6	6	0	京都府	6	6	0
岩手県	9	9	0	大阪府	4	8	+4
宮城県	5	7	+2	兵庫県	10	10	0
秋田県	8	8	0	奈良県	3	5	+2
山形県	4	4	0	和歌山県	6	7	+1
福島県	7	7	0	鳥取県	3	3	0
茨城県	6	9	+3	島根県	6	7	+1
栃木県	5	5	0	岡山県	5	5	0
群馬県	10	10	0	広島県	10	7	-3
埼玉県	9	10	+1	山口県	9	8	-1
千葉県	12	9	-3	徳島県	3	6	+3
東京都	13	13	0	香川県	5	5	0
神奈川県	8	11	+3	愛媛県	6	6	0
新潟県	13	7	-6	高知県	4	4	0
富山県	4	4	0	福岡県	10	13	+3
石川県	4	4	0	佐賀県	3	5	+2
福井県	4	4	0	長崎県	9	8	-1
山梨県	8	4	-4	熊本県	10	11	+1
長野県	10	10	0	大分県	10	6	-4
岐阜県	5	5	0	宮崎県	6	7	+1
静岡県	10	8	-2	鹿児島県	12	9	-3
愛知県	8	12	+4	沖縄県	5	5	0
三重県	4	4	0	計	345	349	+4

S63→H22年にかけて、増加14、減少9、不変24

二次医療圏の見直しの実例

新潟県

二次医療圏：13圏域(S62.6)→7圏域(H18.3)

<見直しの背景>

- 高速交通体系、医療情報の受発信・共有基盤の整備の進展により、患者の受療動向や医療機関の連携は13圏域を超えて広域化しており、13圏域のほとんどで完結度が低く、患者の需要に十分応えられていないとの問題が発生

<二次医療圏を取り巻く状況>

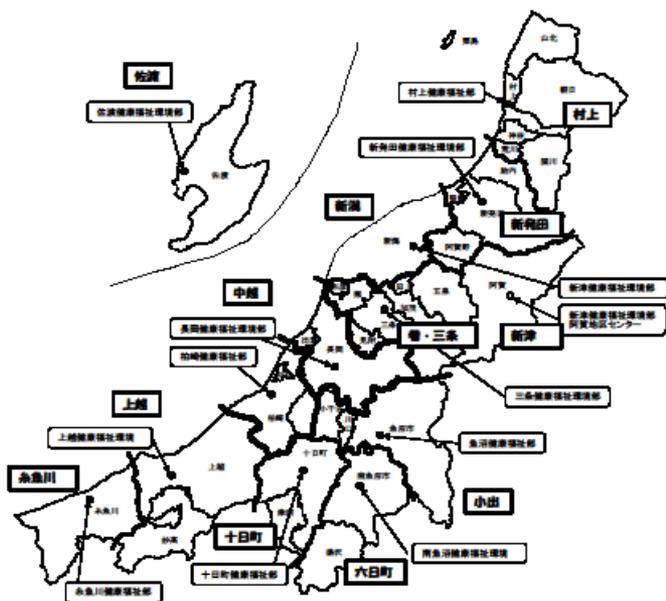
- ・ 13圏域の多くで人口規模が小さく、医療需要もこれに比例して少ないことから、機能整備が進まない要因の一つとなっている
- ・ 市町村合併の進展により、13圏域の過半数が1～2市町村で構成されることとなり、二次医療圏の設定目的に一致しなくなってきた 等

<見直しの方針>

- 二次医療圏を広域化し、二次医療圏で担うべき機能が果たせるよう、政策医療の充実と医療機関の役割分担と連携の促進により、高度・専門的な医療提供を図るとともに、二次医療圏内での完結度の向上を目指す
- 見直しにあたっては、県、市町村、関係機関等が連携して、へき地等の医師確保や地域医療支援等の整備充実に努める

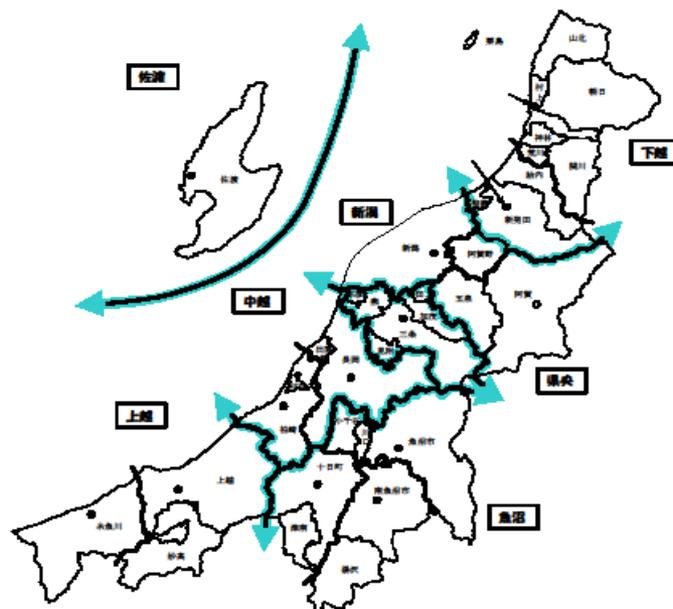
新潟県における二次医療圏見直し 13圏域(1987年)→7圏域(2006年)

平成 18 年 3 月 31 日までの二次保健医療圏



二次医療圏名

平成 18 年 4 月からの新たな二次保健医療圏



新しい二次医療圏

二次医療圏名

患者調査を用いた二次医療圏の現状分析について

二次医療圏の現状については、本検討会等において、二次医療圏間の格差があるとのこと指摘を受けていることから、患者の流入出割合、人口規模、面積規模に関して分析を行った。

患者調査の利用

各二次医療圏内で整備すべき病床は一般病床・療養病床であることから、「二次医療圏別、病院の療養病床及び一般病床の推計入院患者の圏内への流入患者割合、圏外への流出患者割合」について、特別集計を行い分析した。

※精神病床、結核病床、感染症病床は都道府県単位で整備するため、分析から除外した。

推計流入患者割合（当該地域内の医療施設で受療した推計患者数のうち、当該地域外に居住する患者の割合）

$$\text{推計流入患者割合 (流入率)} = \frac{\text{当該地域内の医療施設で受療した当該地域外に居住する推定患者数}}{\text{当該地域内の医療施設で受療した推計患者数(住所不詳を除く)}} \times 100$$

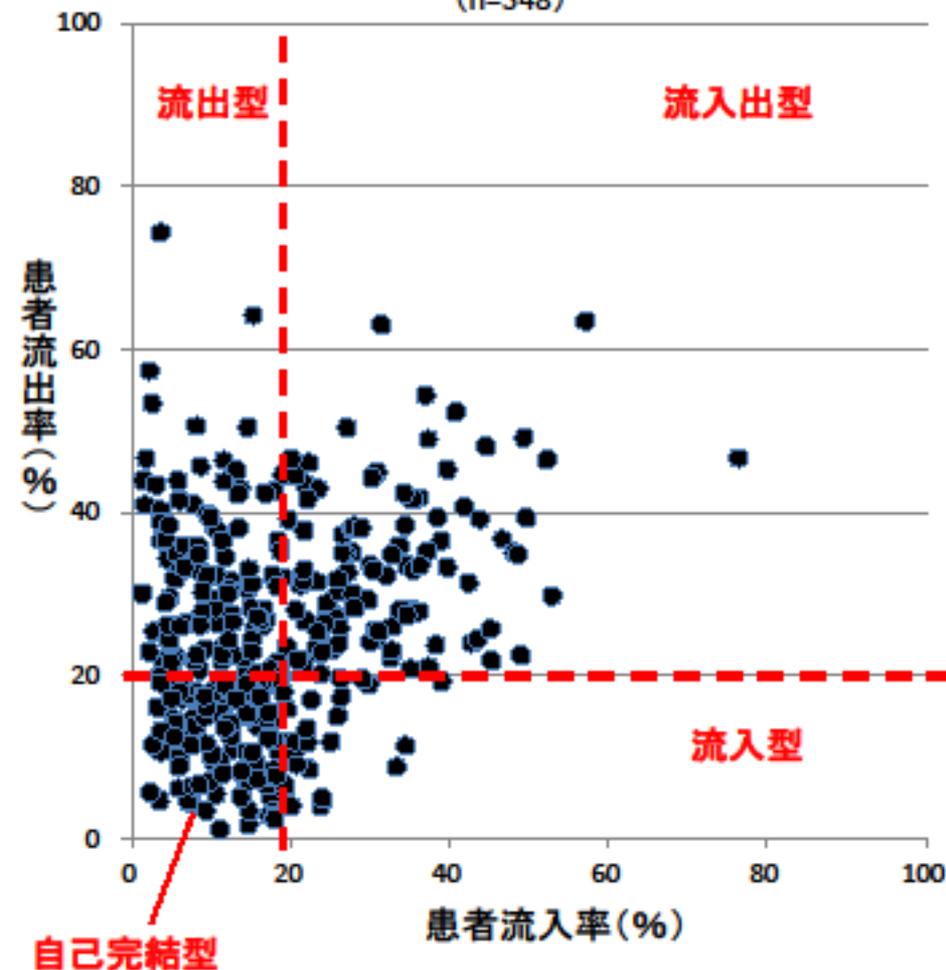
推計流出患者割合（当該地域内に居住する推計患者数のうち、当該地域外の医療施設で受療した患者の割合）

$$\text{推計流出患者割合 (流出率)} = \frac{\text{当該地域外の医療施設で受療した当該地域内に居住する推定患者数}}{\text{当該地域内の居住する推計患者数}} \times 100$$

二次医療圏の流入・流出割合

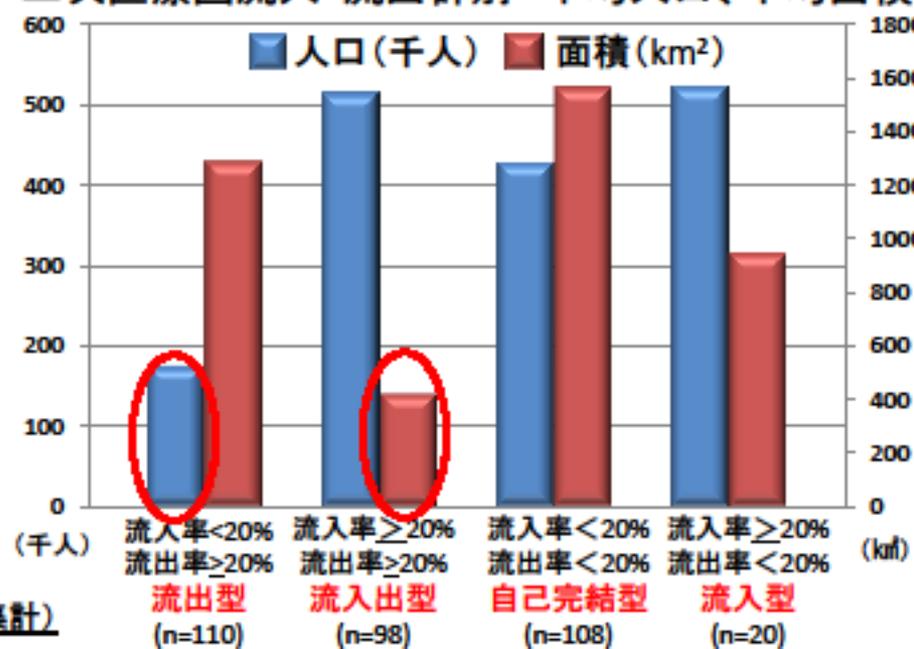
二次医療圏別、病院の療養病床及び一般病床の推計入院患者の圏内への流入患者割合、圏外への流出患者割合
【20%をcut-offとした場合】

(n=348)



患者流出率 (%)	110医療圏 (離島9を除く)	98医療圏
20%以上	人口 17.6±26.1万人 面積 1290±1116km ² 人口密度 306±826人/km ² 流出型	人口 51.5±42.7万人 面積 424±353km ² 人口密度 2922±3967人/km ² 流入外型
20%未満	108医療圏 (離島3を除く) 人口 42.8±40.6万人 面積 1566±1384km ² 人口密度 466±790人/km ² 自己完結型	20医療圏 人口 52.3±57.3万人 面積 950±764km ² 人口密度 1120±2500人/km ² 流入型
	患者流入率 (%) 20%	数値: 平均±標準偏差

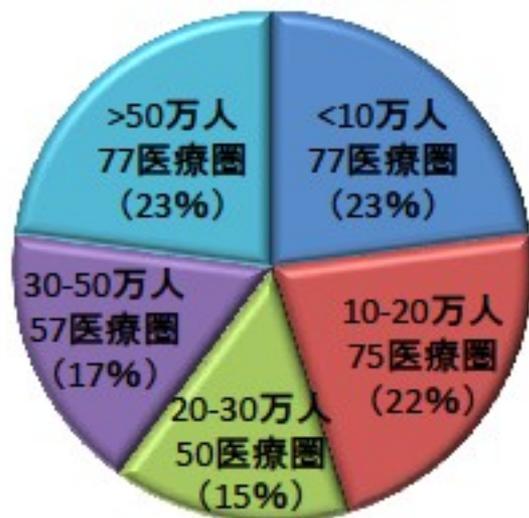
二次医療圏流入・流出群別 平均人口、平均面積



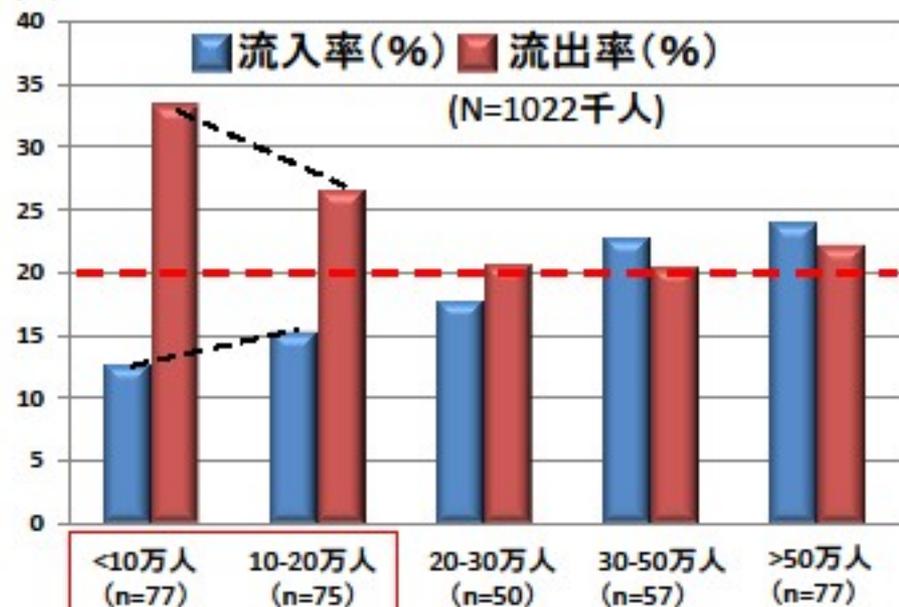
出典: 平成20年患者調査 (医政局指導課による特別集計)

人口別、二次医療圏の特徴

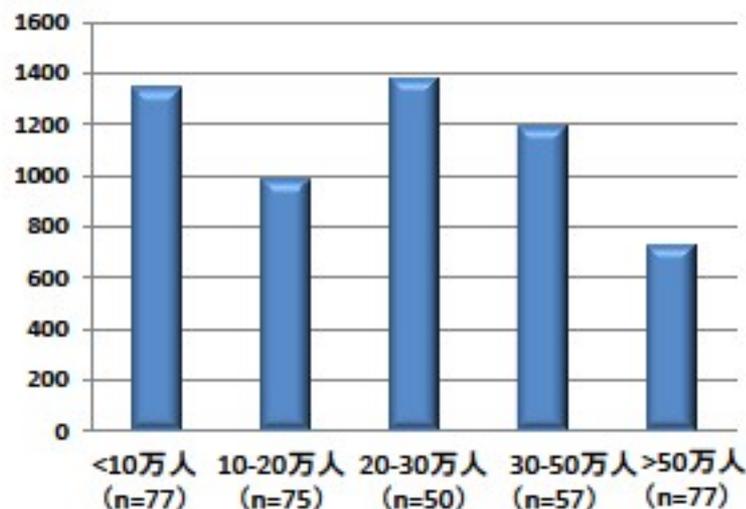
二次医療圏人口別割合
(離島12医療圏を除く)



二次医療圏人口群別、病院の療養病床及び一般病床入院患者における平均流入・流出割合 (%)



二次医療圏人口群別、平均面積 (km²)



人口20万人以下では、流入率<<流出率の傾向が顕著

人口20万人未満で、
流出率20%以上、流入率20%未
満の医療圏を見直すことになった

二次医療圏の見直しに向けた検証の手順

現行二次医療圏の人口規模を確認

人口20万人未満の2次医療圏

人口20万人以上の2次医療圏

病院の療養病床及び一般病床の推計入院患者の
受療状況(流入患者割合、流出患者割合を確認)

流出型

(流入率<<流出率)

流入率20%未満、流出率20%以上

流出型以外

面積、基幹病院までのアクセスなども考慮し、
主な流出先の医療圏との一体化など、二次医療圏の見直しを検討

※二次医療圏の設定を変更しない場合には、
その考え方を明記するとともに、医療の需給状況の改善に向けた検討を行うこと

二次医療圏
の検証

※なお、医療計画の見直しに際しては、従来どおり、人口規模に限らず、すべての医療圏の現状について検証を行い、現在の医療圏の設定が適切かどうか検討を行う必要がある。

(参考)各都道府県の人口20万人未満の二次医療圏の現状

都道府県	二次医療圏数 (カッコ内は島部)		人口20万人未満の 二次医療圏数 (島部を除く)	人口20万人未満 かつ患者流入率20%未満 かつ患者流出率20%以上	都道府県	二次医療圏数 (カッコ内は島部)		人口20万人未満の 二次医療圏数 (島部を除く)	人口20万人未満 かつ患者流入率20%未満 かつ患者流出率20%以上
	S63年	H22年				S63年	H22年		
北海道	21	21 (0)	12	10	滋賀県	7	7 (0)	4	2
青森県	6	6 (0)	3	3	京都府	6	6 (0)	3	2
岩手県	9	9 (0)	<7>	<5>	大阪府	4	8 (0)	0	0
宮城県	5	7 (0)	<4>	<4>	兵庫県	10	10 (0)	3	1
秋田県	8	8 (0)	7	3	奈良県	3	5 (0)	1	1
山形県	4	4 (0)	1	0	和歌山県	6	7 (0)	6	4
福島県	7	7 (0)	<3>	<3>	鳥取県	3	3 (0)	1	0
茨城県	6	9 (0)	0	0	鳥根県	6	7 (1)	5	4
栃木県	5	5 (0)	0	0	岡山県	5	5 (0)	3	2
群馬県	10	10 (0)	6	0	広島県	10	7 (0)	2	1
埼玉県	9	10 (0)	1	1	山口県	9	8 (0)	4	2
千葉県	12	9 (0)	1	0	徳島県	3	6 (0)	5	3
東京都	13	13 (1)	0	0	香川県	5	5 (1)	2	1
神奈川県	8	11 (0)	0	0	愛媛県	6	6 (0)	4	2
新潟県	13	7 (1)	0	0	高知県	4	4 (0)	3	2
富山県	4	4 (0)	2	0	福岡県	10	13 (0)	7	4
石川県	4	4 (0)	2	2	佐賀県	3	5 (0)	4	1
福井県	4	4 (0)	3	2	長崎県	9	9 (4)	2	2
山梨県	8	4 (0)	3	1	熊本県	10	11 (0)	10	4
長野県	10	10 (0)	5	4	大分県	10	6 (0)	4	3
岐阜県	5	5 (0)	1	0	宮崎県	6	7 (0)	6	3
静岡県	10	8 (0)	2	0	鹿児島県	12	9 (2)	5	4
愛知県	8	11 (0)	2	0	沖縄県	5	5 (2)	1	1
三重県	4	4 (0)	1	0	計	345	349 (12)	151 <14>	87 <12>

(カッコ内は被災3県における二次医療圏数)

※二次医療圏数は平成22年4月現在

出典：平成20年患者調査（医政局指導課による特別集計：二次医療圏別、病院の療養病床及び一般病床の推計入院患者の圏内への流入患者割合、圏外への流出患者割合）

2次医療圏見直しの影響

- 2次医療圏見直しは以下の事項に影響を与える
 - 基準病床
 - 医療圏に関連した病院整備
 - 地域医療支援病院
 - がん診療連携拠点病院
 - 災害拠点病院等
- 医療圏見直しは地域特性に配慮すべき

②医療計画における数値指標の設定

- 前回見直しより、5年間の計画期間内に達成すべき数値指標を決めることになった
- 疾患別、事業別に達成すべき数値指標を設定し、その達成度を住民を含む委員会等で評価を行い、PDCAサイクルを回すことになった。
- 今回のこの数値指標を整理した。
 - 必須指標
 - 推奨指標

医療計画作成指針の見直しのポイント(PDCAサイクル)

○5疾病・5事業及び在宅医療の現状把握の指標について

5疾病・5事業及び在宅医療の指針において、指標例を提示するにあたっては、

- ①病期や医療機能ごとに分類した、②ストラクチャー・プロセス・アウトカムに関する指標を、
- ③5疾病・5事業、在宅医療ごとの指針の別表に記載し、④基本的に各指標の情報源を併せて提示することで、都道府県が情報を把握しやすくする。

その際、公的統計等により全都道府県で入手可能な指標(必須指標)、独自調査やデータの解析等により入手可能な指標(推奨指標)を定め、医療計画に原則記載する。

【現状の医療計画作成指針】

都道府県は、医療連携体制を構築するにあたって、患者動向、医療資源及び医療連携に関する情報等を収集し、現状を把握する必要がある。



【見直し案】

都道府県は、医療連携体制を構築するにあたって、患者動向、医療資源及び医療連携に関する情報等を収集し、現状を把握する必要がある。

具体的には、5疾病・5事業及び在宅医療の指針に別表で例示する指標(病期・医療機能ごとに分類されたストラクチャー・プロセス・アウトカムに関する指標)等を用いて、現状を把握する。

その際、公的統計等により全都道府県で入手可能な指標(必須指標)、独自調査やデータの解析等により入手可能な指標(推奨指標)として例示されたものについては、医療計画に原則記載し、地域の医療提供体制について十分な現状把握に努める。

医療計画作成指針の見直しのポイント(PDCAサイクル)

○課題の抽出、数値目標の設定、施策・事業の策定について

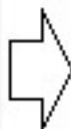
指標により把握した現状を分析した上で、地域の医療提供体制の課題を抽出し、抽出した課題をもとに数値目標を設定する。

さらに、数値目標を達成し、医療提供体制をより充実させるために策定した施策・事業を記載する。

【現状の医療計画作成指針】

(課題の抽出について記載なし)

疾病又は事業ごとに、がん対策推進計画や介護保険事業支援計画、健康増進計画等で定められた目標を勘案し、地域の実情に応じて、評価可能で具体的な数値目標を定め、記載する。



【見直し案】

都道府県は、5疾病・5事業及び在宅医療について、それぞれの指針の別表で示す指標等により把握した現状を分析した上で、求められる医療機能とその連携体制を踏まえ、都道府県あるいは医療圏ごとに医療体制の課題を抽出する。

さらに、抽出した課題をもとに、評価可能で具体的な数値目標を設定し、目標達成のために策定した施策・事業を記載する。

なお、数値目標を設定する際は、がん対策推進計画や介護保険事業支援計画、健康増進計画等で定められた目標も勘案する。

都道府県医療計画における数値目標の設定状況

S:Structure 医療サービスを提供する物質資源、人的資源及び組織体制を測る指標
 P:Process 実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標
 O:Outcome 医療サービスの結果としての住民の健康状態や満足度を測る指標

都道府県ごとのSPO指標設定状況(上位・下位3県)

単位:件

	都道府県	S	P	O	合計
上位 3 県	A県	37	36	14	87
	B県	39	32	13	84
	C県	26	23	7	56
下位 3 県	D県	3	2	0	5
	E県	1	1	1	3
	F県	0	2	1	3

A県の実例(脳卒中) ※数値は目標値

S:t-PAを用いた血栓溶解療法が可能な病院数55ヶ所

P:t-PAを用いた血栓溶解療法の実施件数460件

O:年齢調整死亡率(人口十万対)男49.6女23.1

B県の実例(救急) ※数値は目標値

S:1時間以内に救命救急センターに搬送可能な地域の
人口カバー率83%

P:救急搬送するまでに30分以上を要した件数(現状維持)

O:心肺停止患者の1ヶ月後の予後(3.3%より向上)

都道府県医療計画における評価体制の記載状況

数値目標の評価時期(毎年等)が医療計画に記載されている都道府県数	22
評価の場(医療審議会等)が医療計画に記載されている都道府県数	35
評価結果の公表(ホームページ等)について医療計画に記載されている都道府県数	17

[医政局指導課調べ](#)

○保健医療計画の進捗状況の評価例(長野県)

第4章 第2節 急性心筋梗塞対策

記載種別: 長野県医療計画

<p>(中略)</p> <p>進捗の概要</p> <p>○ 急性期から回復期及び再発予防期(在宅療養に対する支援を含む。)までの医療について、地域連携クリニックカナルパスの導入等により地域の医療機関が連携する医療提供体制の整備を推進します。</p>									
<p>(中略)</p> <p>事業の進捗</p> <p>○ 急性期から回復期及び再発予防期まで、地域の医療機関が連携する医療提供体制の整備を推進している。</p> <table border="1"> <tr> <td>地域連携クリニックカナルパスを導入する急性期の病院数</td> <td>119年度</td> <td>120年度</td> <td>121年度</td> </tr> <tr> <td></td> <td>0病院</td> <td>3病院</td> <td>11病院</td> </tr> </table>	地域連携クリニックカナルパスを導入する急性期の病院数	119年度	120年度	121年度		0病院	3病院	11病院	
地域連携クリニックカナルパスを導入する急性期の病院数	119年度	120年度	121年度						
	0病院	3病院	11病院						
<p>(中略)</p> <p>数値目標</p> <p>○ 地域連携クリニックカナルパスを導入する急性期の病院数</p> <table border="1"> <tr> <td>平成19年度の現状</td> <td>平成23年4月の現状 (21病院中)</td> <td>平成24年度の設定目標</td> </tr> <tr> <td>0病院</td> <td>11病院</td> <td>急性期の医療機関の例 に劣らない程度の病院</td> </tr> </table>	平成19年度の現状	平成23年4月の現状 (21病院中)	平成24年度の設定目標	0病院	11病院	急性期の医療機関の例 に劣らない程度の病院			
平成19年度の現状	平成23年4月の現状 (21病院中)	平成24年度の設定目標							
0病院	11病院	急性期の医療機関の例 に劣らない程度の病院							
<p>計画進捗状況</p> <p>全体的に実現 <input type="checkbox"/> 部分的に実現 <input checked="" type="checkbox"/> 部分的に未実現 <input type="checkbox"/> 全体的に未実現 <input type="checkbox"/></p>									
<p>(中略)</p> <p>課題と今後の取組方針</p> <p>○ 引き続き、急性期から回復期及び再発予防までの医療について、地域連携クリニックカナルパスの導入等により地域の医療機関が連携する医療提供体制の整備を推進する。</p>									

指標設定・評価に関する論点

- 都道府県の医療計画の実行性を高めるためには、現状の把握、課題の抽出、目標の設定、施策の実施、目標達成状況の評価、施策の見直しを一環して行うこと(PDCAサイクル)が重要である。
- 医療計画のPDCAサイクルをより機能的に循環させるために、
 - 全都道府県で入手可能な、現状把握のための指標を指針に位置づけ、都道府県が原則記載すること
 - 進捗状況を評価する時期(1年毎など)を記載すること
 - 住民等に上記の情報を収集して公開することなどの手段が考えられるが、どのように見直すべきか。

必須指標・推奨指標選定の考え方

必須指標： 全都道府県で入手可能な指標

<p>①厚生労働省大臣官房統計情報部が実施している調査等の公開データに基づく指標 (例)患者調査、医療施設調査</p>	<p>(長所) ①都道府県間、医療圏間の比較ができる ②経年的な比較ができる</p>
<p>②都道府県が把握可能な機能をもった病院数等の指標 (例)地域医療支援病院数、地域がん診療連携拠点病院数</p>	<p>(短所) ①3年に一度など調査周期が長いものは、PDCAサイクルのための数値目標になりにくい ②病院数、医療従事者数など、ストラクチャー指標が多い</p>
<p>③診療報酬の施設基準届出数から得られる指標</p>	<p>③都道府県単位、2次医療圏単位など調査の範囲が固定されている</p>

推奨指標： 独自調査、データの解析等が必要であるが、把握する必要性が高いと考えられる指標

<p>①分析を要するが、公的統計等から入手可能な指標</p>	<p>(例) 患者調査、医療施設調査等の個票解析で得られるデータ</p>
<p>②独自調査が必要であるが、医学的あるいは医療提供体制を検討する上で、把握する必要性が高いと考えられる指標</p>	<p>(例) 専門的治療が可能な医療機関 救急搬送件数、手術の実施件数 等 (消防、医療機関への調査が必要)</p>

がんの医療体制構築に係る現状把握のための指標例(案)

	予防	専門診療	標準的診療	療養支援
ストラクチャー指標	○	救急外来を行っている医療機関数 【医療施設数】		24時間体制で在宅医療を提供できる医療機関数
	○	敷地内診療をしている医療機関数 【医療施設数】	○	緩和ケアが提供できる訪問看護ステーション数
		がん診療連携拠点病院の数 【診療報酬施設基準】		○
		がん診療連携拠点病院以外で専門的ながん診療を行う医療機関数		
		がん検診に関する精度管理・事業評価を行っている市町村数	○	がん検診に関する精度管理・事業評価を行っている市町村数
			○	放射線治療の実施体制が整備されている医療機関数 【医療施設数】
			○	外来化学療法の実施体制が整備されている医療機関数 【医療施設数】
			○	緩和ケア外来を実施している医療機関数
			○	緩和ケアチームのある医療機関数 【医療施設数(後援)】
			○	緩和ケアに関する基本的な知識を習得した医師数
			○	緩和ケア病棟を有する医療機関数、緩和ケア病棟数 【医療施設数(後援)】
			○	がんリハビリテーションを実施する医療機関数 【診療報酬施設基準】
			○	病理診断科医師数 【医師・歯科医師・薬剤師数】
			○	相談支援センターの設置医療機関数
			○	がん患者に対してカウンセリングを行う体制が整備されている医療機関数 【診療報酬施設基準】
プロセス指標	○	がん検診受診率 【国勢調査基礎調査】	○	悪性腫瘍手術の実施件数 【医療施設数】
	○	がん検診受診率 【地域医療・健康増進事業報告】	○	放射線治療の実施件数 【医療施設数】
			○	外来化学療法の実施件数 【医療施設数(後援)】
			○	緩和ケアの実施件数 【データ解析】
			○	がんリハビリテーションの実施件数 【データ解析】
			○	地域連携クリティカルパスに基づく診療計画策定等の実施件数 【データ解析】
			○	地域連携クリティカルパスに基づく診療提供等の実施件数 【データ解析】
			○	地域連携クリティカルパスの導入率
			○	医療用医薬品の消費量 【厚生省監視指導・医薬対策課よりとめ】
			○	がん患者の在宅死亡割合 【人口動態調査】
アウトカム指標			○	年間がん死亡数(75歳未満) 【人口動態調査】

脳卒中の医療体制構築に係る現状把握のための指標例(案)

	予防	救護	急性期	回復期	維持期
ストラクチャー指標		○ 脳卒中により救急搬送された患者数 【患者調査(病院)】	○ 神経内科医師数、脳神経外科医師数 【医師・歯科医師・薬剤師調査】		○ 在宅医療を提供する医療機関数 【医療施設調査(病院)】
			○ 救命救急センターを有する医療機関数、病床数 【医療施設調査】		○ 訪問看護ステーション数 【介護サービス施設・事業所調査】
			○ 脳卒中の専門病室を有する医療機関数、病床数 【医療施設調査】		○ 訪問薬剤管理指導が実施可能な薬局数 【診療報酬支払基金】
			○ 脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法の実施可能な医療機関数 【診療報酬支払基金】		
			○ 脳外科手術が可能な医療機関数 【データ集約】		
			○ 脳血管内手術が可能な医療機関数 【データ集約】		
				○ リハビリテーションが実施可能な医療機関数 【診療報酬支払基金調査】	
プロセス指標	○ 健康診断・健康検査の受診率 【国民生活基礎調査】	発症から救急通報を行うまでに要した平均時間	○ 脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法適用患者への回復法実施数 【データ集約】		
	○ 高血圧症患者の年別調整外来受診率 【患者調査】	救急要請から医療機関収容までに要した平均時間	○ くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施数 【データ集約】		
			○ くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術の実施数 【データ集約】		
				入院中のケアプラン策定率	
			○ 地域連携クリティカルパスに基づく診療計画作成等の実施件数 【データ集約】	○ 地域連携クリティカルパスに基づく回復期の診療計画作成等の実施件数 【データ集約】	○ 地域連携クリティカルパスに基づく退院後の外来診療計画作成等の実施件数 【データ集約】
			地域連携クリティカルパス導入率		
アウトカム指標				○ 在宅等生活の場に復帰した患者の割合 【患者調査(病院)】	発症後1年後におけるADLの状況
					脳卒中を主な原因とする要介護認定患者数(要介護度別)
			○ 退院患者平均在院日数 【患者調査】		○ 脳血管疾患の在宅死亡割合 【人口動態調査】
			○ 年別調整死亡率 【人口動態調査】		

急性心筋梗塞の医療体制構築に係る現状把握のための指標例(案)

	予防	救護	急性期	回復期	再発予防
ストラクチャー指標	◎ 禁煙外来の実施医療機関数 【医療施設調査】	○ 心筋梗塞により救急搬送された患者数 【患者調査(傷患)】	◎ 循環器医師数、心臓血管外科医師数 【医師・歯科医師・薬剤師調査】		
			◎ 救命救急センターを有する病院数、病床数 【医療施設調査】		
			◎ 心筋梗塞の専用病室(CCU)を有する病院及びその病床数 【医療施設調査】		
			◎ 冠動脈造影検査及び治療が実施可能な医療機関数 【医療施設調査】		
			◎ 大動脈バルーンポンピング法が可能な医療機関数 【診療報酬施設基準】		
			◎ 心臓補助装置を使用することが可能な医療機関数 【診療報酬施設基準】		
			◎ 心臓血管手術が可能な医療機関数		
			◎ 心臓リハビリテーションが実施可能な医療機関数 【診療報酬施設基準】		
プロセス指標	◎ 健康診断・健康検査の受診率 【国民生活基礎調査】	発症から救急通報を行うまでに要した平均時間	○ 急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈形成手術数 【データ解析】		
	◎ 高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率 【患者調査】	救急要請(覚知)から医療機関収容までに要した平均時間	○ 虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術数 【データ解析】		
	○ 脳質異常症患者の年齢調整外来受療率 【患者調査(傷患)】	心臓停止が疑われる者に対して現場に居合わせた者により救急蘇生法を実施した割合(AEDの使用を含む)	未院から心臓カテーテル検査までに要した平均時間		
	◎ 糖尿病患者の年齢調整外来受療率 【患者調査】	医療機関収容までに心臓停止していた患者の割合	地域連携クリティカルバス導入率		
	◎ 喫煙率 【国民生活基礎調査】	心臓停止を自覚してから心肺補助までの時間(AED)			
アウトカム指標				○ 在宅等生活の場にて獲得した患者の割合 【患者調査(傷患)】	
			◎ 遠隔患者平均在院日数 【患者調査】		
			◎ 年齢調整死亡率 【人口動態調査】		

糖尿病の医療体制構築に係る現状把握のための指標例(案)

	初期・安定期治療	専門治療	急性増悪時治療	慢性合併症治療
ストラクチャー指標	○ 糖尿病内科(代謝内科)の医師数 【医師・歯科医師・薬剤師調査】	教育入院を行う医療機関数	急性合併症の治療を行う医療機関数	○ 糖尿病網膜症の治療が可能な医療機関数 【データ解析】
	○ 糖尿病内科(代謝内科)を専攻する医療機関数 【医療施設調査(個別)】			○ 糖尿病足病変に関する指導を実施する医療機関数 【診療報酬施設基準】
	糖尿病教室等の患者教育を実施する医療機関数			
プロセス指標	○ 健康診断・健康検査の受診率 【国民生活基礎調査】	地域連携クリティカルパス導入率		
	○ 高血圧疾患患者の年齢調整受診率 【患者調査】			
	○ 健診を契機に受診した患者数			
アウトカム指標	有病者数・有病率、予備軍数 【健康増進計画参照】			○ 糖尿病に合併する脳卒中、心筋梗塞の発症数
	治療中断率(医師の判断によらないものに限る)			○ 糖尿病による失明発症率
	薬物療法からの離脱実績			○ 糖尿病腎症による新規透析導入率
		○ 退院患者平均在院日数 【患者調査】		
	○	○ 年齢調整死亡率 【人口動態調査】		

救急医療体制構築に係る現状把握のための指標例(案)

	救護	救命救急	入院救急	初期救急医療	救命期後医療
ストラクチャー指標	○ 救急救命士の数	救急医療に携わる医師数			
	住民の救急蘇生法講習の受講率	○ 救命救急センターの数 【救急医療体制調査】	○ 2次救急医療機関の数 【救急医療体制調査】	○ 初期救急医療施設の数 【救急医療調査】	
	○ AEDの設置台数	○ 特定集中治療室のある医療機関数 【医療施設調査】			
	○ 救急車の稼働台数				
	○ 救急救命士が同乗している救急車の割合				
	○ MC協議会の開催回数				
	○ 救急患者搬送数				
プロセス指標	救命の現場に居合わせた者による救命処置実施率	○ 都道府県の救命救急センターの充実度評価Aの割合 【救命救急センターの評価】		○ 診療所のうち、初期救急医療に参画する機関の割合 【救急医療調査】	○ 救急搬送患者の地域連携受入件数 【データ解析】
	一般市民のAED使用症例数とその事後検証実施率				
	救急救命士によって行われる特定行為の件数				
	○ 救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間				
	1時間以内に救命救急センターに搬送可能な地域の人口カバー率				
	救命救急センターにおいて、消防機関からの救急搬送受入要請に対して実際に受け入れた患者の割合(救急搬送応答率)				
	救急車で搬送する病院が決定するまでに、要請開始から30分以上、あるいは4医療機関以上に要請を行った件数、全搬送件数に占める割合(受け入れ困難事例)				
	二次輸送病院の輸送日における、消防機関からの救急搬送受入要請に対して実際に受け入れた患者の割合			二次輸送病院の輸送日における、消防機関からの救急搬送受入要請に対して実際に受け入れた患者の割合	
MC協議会で事後検証を行った症例数					
アウトカム指標	心臓停止患者の1ヶ月後の予後				

災害時における医療体制構築に係る現状把握のための指標例(案)

	災害拠点病院	災害急性期の応援派遣	災害中長期の応援派遣	
ストラクチャー指標	病院の耐震化率(耐震化された病院数/全病院数)			
	災害対応マニュアル(業務継続計画を含む。)を策定している病院の割合			
	広域災害・救急医療情報システム(EMIS)へ登録している病院の割合			
	災害時の通信手段を確保している病院の割合			
	○	すべての施設が耐震化された災害拠点病院の割合 【事件確認時等】	DMAT等緊急医療チームの数及びチームを構成する医療従事者の数	
	○	災害拠点病院のうち、災害に備えて医療資器材の備蓄を行っている病院の割合 【事件確認時等】	災害時に応援派遣可能な医療従事者の総数	
	○	災害拠点病院のうち、受水槽の保有や、井戸設備の整備を行っている病院の割合 【事件確認時等】		
	○	災害拠点病院のうち、食料や飲料水、医薬品等を3日分程度備蓄している病院の割合 【事件確認時等】		
○	災害拠点病院のうち、食料や飲料水、医薬品等の物資の供給について、関係団体と締結を結び優先的に供給される体制を整えている病院の割合 【事件確認時等】			
○	災害拠点病院のうち、病院敷地内にヘリポートを有している病院の割合 【事件確認時等】			
プロセス指標	各地域における防災訓練に参加した医療従事者数			
	EMISの操作等の研修・訓練を定期的実施している病院の割合			
	災害対応マニュアル(業務継続計画を含む。)を定期的に見直ししている病院の割合			
	災害時の搬送先を確保している病院の割合			
	○	災害拠点病院のうち、傷病者が多数発生した場合を想定した災害実働訓練を実施した病院の占める割合 【事件確認時等】	○	災害時の医療チーム等の受入を想定し、都道府県が派遣調整本部(仮称)のコーディネート機能の確認を行う災害実働訓練実施回数 【都道府県が実施】
	○	基幹災害拠点病院が、地域災害拠点病院の職員に対して実施した災害医療研修(実施回数×人数等) 【事件確認時等】	○	災害時の医療チーム等の受入を想定し、保健所管轄区域や市町村単位等で地域災害医療対策会議(仮称)のコーディネート機能の確認を行う災害実働訓練実施箇所数及び回数 【保健所・市町村が実施】
○	基幹災害拠点病院における県下の災害関係医療従事者を対象とした研修の実施回数 【事件確認時等】			
アウトカム指標				

へき地の医療体制構築に係る現状把握のための指標例(案)

	保健指導	へき地診療	へき地診療の支援医療	行政機関等の支援
ストラクチャー指標	○	へき地の数 【要件確認】		
	保健指導の場の数	○	○	
		○		
		○		
プロセス指標	○		○	○
			○	○
アウトカム指標				

周産期医療の医療体制構築に係る現状把握のための指標例(案)

	正常分娩	地域周産期医療	総合周産期医療	療養・療育支援	
ストラクチャー指標	○	産科医及び産婦人科医の数(人口10万人あたり) 【医師・産科医師・産科助産師】		在宅療養・療育を行う医療機関の数	
	○	分娩取扱施設に勤務する産科医及び産婦人科医数 【医療施設調査(産医)】		重症心身障害児の数	
	○	新生児科医の数(人口10万人あたり)		○ 身体障害者手帳交付数(18歳未満) 【市町村】	
	○	助産師数 【医療施設調査】		療養療育施設入所児童数	
			新生児を担当する医師数		
	○	分娩を取り扱う産科又は産婦人科病院数 【医療施設調査】	○	NICUを有する医療機関及びその病床数 (人口10万人あたり) 【医療施設調査】	
	○	分娩を取り扱う産科又は産婦人科診療所数 【医療施設調査】	○	GCUを有する医療機関及びその病床数 【医療施設調査】(22年度調査より)	
		分娩を取り扱う助産所数	○	MFCUを有する医療機関及びその病床数 (人口10万人あたり) 【医療施設調査】	
		○	ハイリスク分娩管理加算届出医療機関数 【診療報酬施設基準】		
○	院内助産所数 【医療施設調査(産医)】(22年度調査より)		ドクターカーを保有する医療圏の数		
プロセス指標	○	出生率 【人口動態調査】			
	○	合計特殊出生率 【人口動態調査】			
	○	低出生体重児出生率 【人口動態調査】			
	○	分娩数(帝王切開件数を含む。) 【医療施設調査】			
	○	産後訪問指導を受けた割合 【地域保健・安全保健事業報告】	○	NICU入室児数(人口10万人あたり) 【医療施設調査】	
				NICU平均在院日数	
				母体搬送数(人口10万人あたり)	
			新生児搬送数		
			救急要請から医療機関収容までに要した 平均時間		
			搬送先医療機関の選定において問い合わせた 周産期医療施設数		
アウトカム指標	○	新生児死亡率 【人口動態調査】	○	乳児死亡率 【人口動態調査】	
	○	周産期死亡率 【人口動態調査】	○	幼児死亡率 【人口動態調査】	
	○	妊産婦死亡率 【人口動態調査】			
	○	死産率 【人口動態調査】			

小児医療の医療体制構築に係る現状把握のための指標例(案)

	相談支援等	一般小児医療		地域小児医療センター		小児中核病院	
		一般小児医療	初期小児救急	小児専門医療	入院小児救急	高度小児専門医療	小児救命救急医療
ストラクチャー指標	小児救急啓発事業における講習会実施回数	○ 一般小児医療を担う病院・診療所数 【医療施設調査(医業)】		地域小児医療センター数		小児中核病院数	
	○ 小児救急電話相談の件数 【保健所調査】	○ 小児入院管理科の算定病床数 【診療報酬施設基準】					
	○ 小児救急電話回線数 【保健所調査】	24時間365日の対応が可能な体制が確保されている医療圏の整備率					
	○ 深夜対応をした小児電話相談の割合 【保健所調査】	○ 小児科標榜診療所に勤務する医師数 【医療施設調査(医業)】	○ NICU病床数 【医療施設調査】	○ PICU病床数 【医療施設調査】			
		○ 小児医療に係る病院勤務医数 【医療施設調査(医業)】					
		重点化指数(小児科を標榜する病院一施設当たり的小児科医数、小児人口、年間入院患者数、外来受診者数、救急・時間外受診者数の平均値と標準偏差値及びこれらの推移)					
		○ 地域連携小児夜間・休日診療科の届出施設数 【診療報酬施設基準】					
		○ 救急外来にて院内トリアージを行っている医療機関数 【診療報酬施設基準】					
		○ 院内保育士数 【医療施設調査】(23年度調査より)					
		○ 小児人口 【人口動態調査】					
	○ 出生数 【人口動態調査】						
プロセス指標		初期医療機関から入院を要する医療を担う機関又は高次機能医療機関への患者転送件数					
		時間外受入患者のうち開業医が対応したものの割合					
		○ 特別児童扶養手当数、児童育成手当数、障害児福祉手当交付数、身体障害者手帳交付数(18歳未満) 【市町村】					
		入院を要する医療を担う医療機関において、消防機関からの救急搬送受入要請に対して実際に受け入れた患者の割合					
アウトカム指標		○ 乳児死亡率 【人口動態調査】					
		○ 幼児死亡率 【人口動態調査】					
		○ 小児(15才未満)の死亡率 【人口動態調査】					

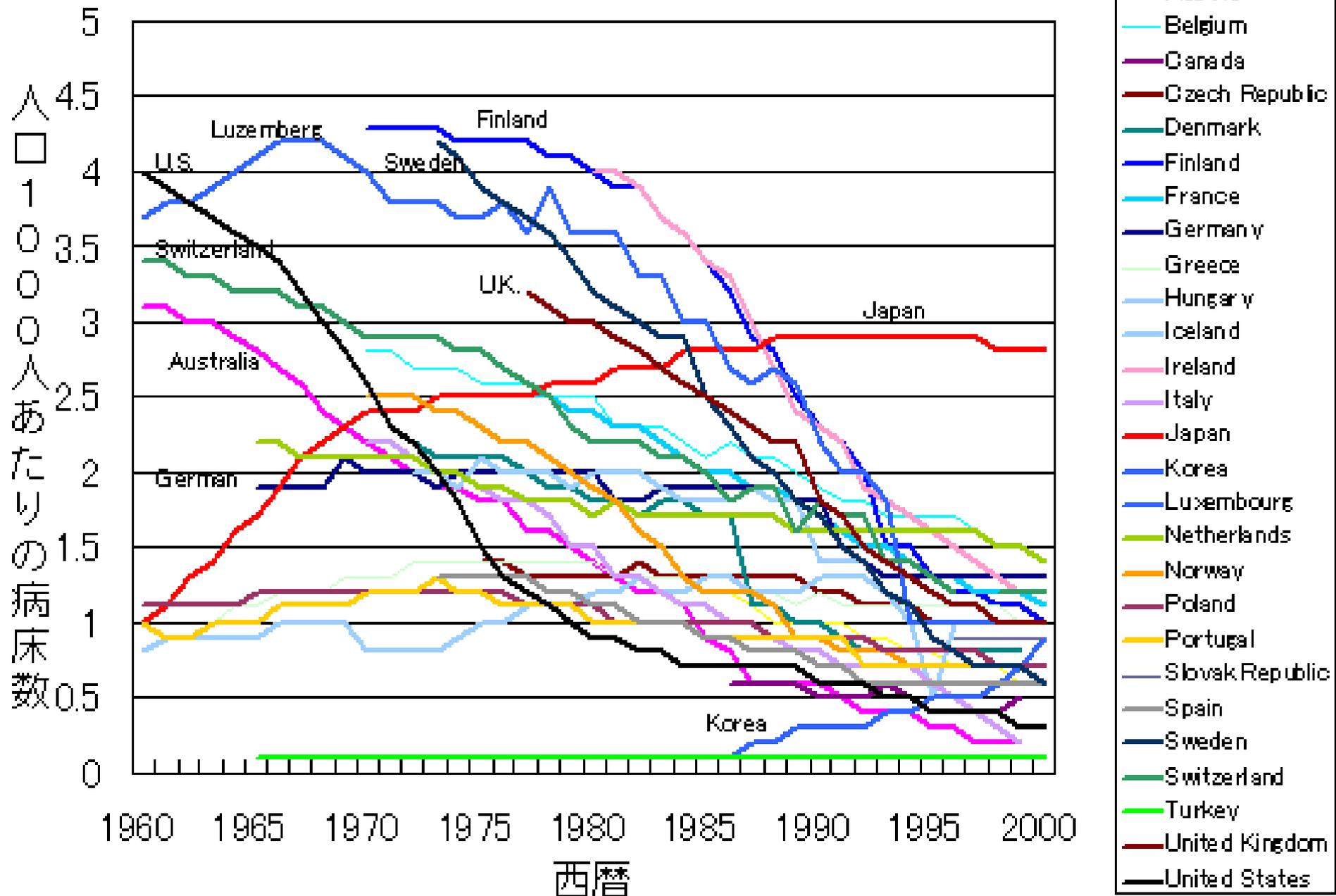
在宅医療の医療体制構築に係る現状把握のための指標例(案)

	通院支援	生活の場における療養支援	急変時の対応	習取り	
ストラクチャー指標	○	診療所数、人口10万人あたりの診療所数(市区町村別) 【人口動態総覧所・市区町村別統計(業務-加工統計)】			
	○	在宅療養支援診療所数、在宅療養支援診療所(有床診療所)の病床数(市区町村別) 【診療報酬施設基礎】			
	○	病院数(市区町村別) 【人口動態総覧所・市区町村別統計(業務-加工統計)】			
	○	在宅療養支援病院数、在宅療養支援病院の病床数(市区町村別) 【診療報酬施設基礎】			
	○	歯科診療所数(市区町村別) 【人口動態総覧所・市区町村別統計(業務-加工統計)】			
	○	在宅療養支援歯科診療所数(市区町村別) 【診療報酬施設基礎】			
	○	訪問看護事業所数(市区町村別) 【介護サービス施設・事業所調査】			
	○	訪問看護ステーションの従事者数、24時間体制、特別な加護を有する患者への対応、(市区町村別) 【介護サービス施設・事業所調査(療養)】			
	○	薬局数(市区町村別) 【厚生労働省厚生行政調査】			
	○	うち薬局小売薬の免許を取得している薬局数、訪問薬剤指導を実施する薬局数(市区町村別) 【診療報酬施設基礎】			
	○	通院支援の担い手を配置している診療所・病院数(市区町村別) 【医療施設調査(療養)】		<ul style="list-style-type: none"> ○ 在宅患者の急変時の受け入れをしている有床診療所数 【診療報酬施設基礎】 ○ ショートステイ実施施設数 【介護サービス施設・事業所調査】 ○ 在宅療養中の患者の緊急受け入れが可能な施設数(市区町村別) 【介護サービス施設・事業所調査】 ○ 在宅・入所相互利用を実施している施設数(市区町村別) 【介護サービス施設・事業所調査】 ○ 医療ニーズに対応可能なグループホームの数(管理型)あり(市区町村別) 【介護サービス施設・事業所調査】 	<ul style="list-style-type: none"> ○ テレモニタリングに対応する機関数(市区町村別) 診療所・病院数 【診療報酬施設基礎】 ○ 訪問看護・介護施設数 【介護サービス施設・事業所調査】
プロセス指標	○	住診の件数(市区町村別) 【データ集約】	○	ショートステイ提供回数(市区町村別) 【介護サービス施設・事業所調査(療養)】	
	○	訪問歯科診療の件数(市区町村別) 【データ集約】			
	○	訪問看護提供数(市区町村別) 【データ集約】【介護サービス施設・事業所調査(療養)】			
	○	訪問薬剤指導の実施数(市区町村別) 【データ集約】【介護サービス施設・事業所調査(療養)】			
	○	療養の投資中の患者に対する訪問薬剤指導の実施数(市区町村別) 【データ集約】【介護サービス施設・事業所調査(療養)】			
	○	訪問栄養指導の実施数 【データ集約】【介護サービス施設・事業所調査(療養)】			
	○	歯科衛生士による訪問指導の実施数(市区町村別) 【データ集約】【介護サービス施設・事業所調査(療養)】			
	○	小児への訪問診療提供数(市区町村別) 【データ集約】【訪問看護事業所調査(療養)】			
アウトカム指標	○	通院患者の平均在院日数(市区町村別) 【調査調査(療養)】		○	在宅習取り数(市区町村別) 【人口動態調査(療養)】

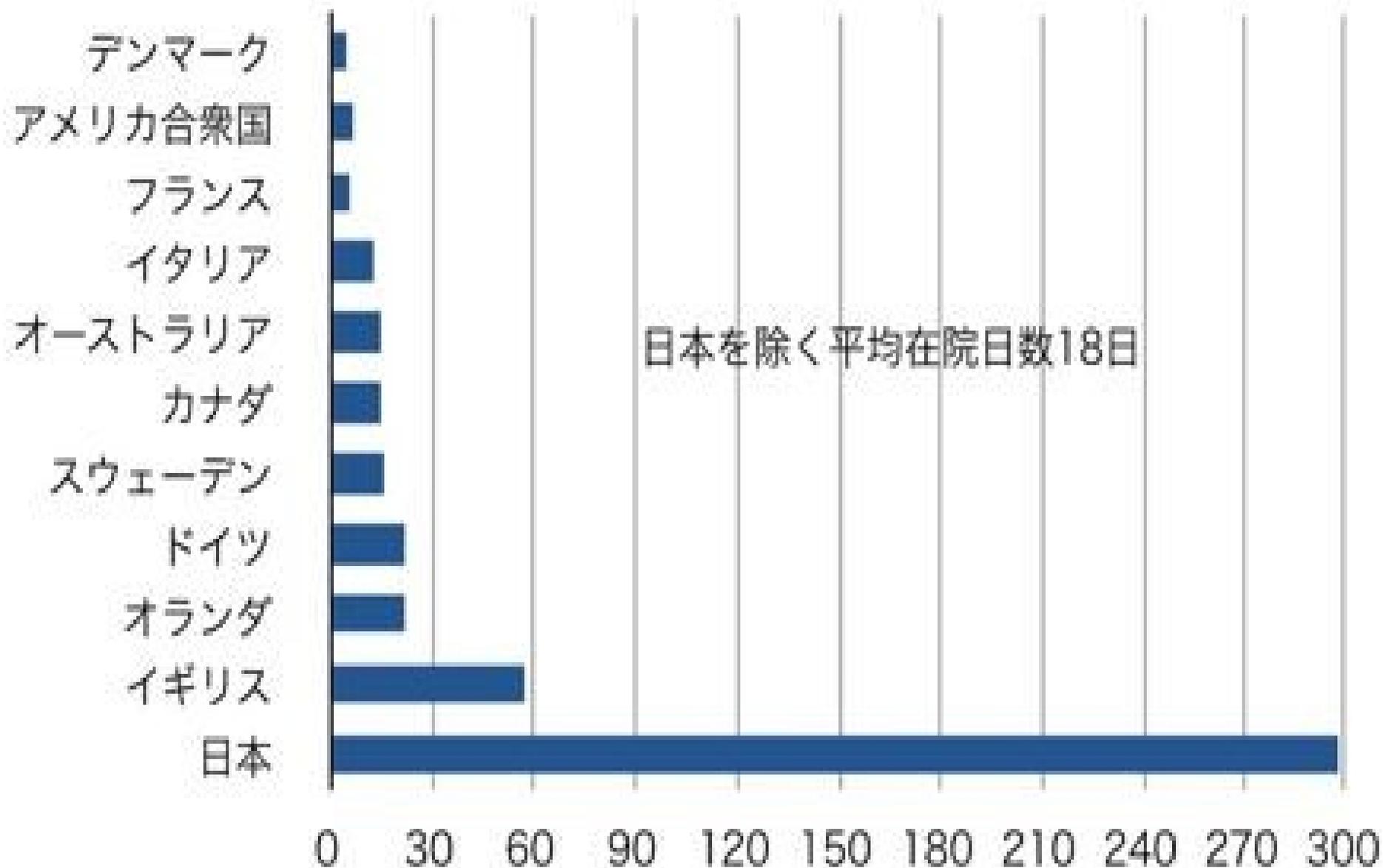
③精神科疾患を5疾患に追加

日本の精神医療の特殊性

OECD加盟国の人口1000人あたりの精神科病床数



2005年退院者平均在院日数

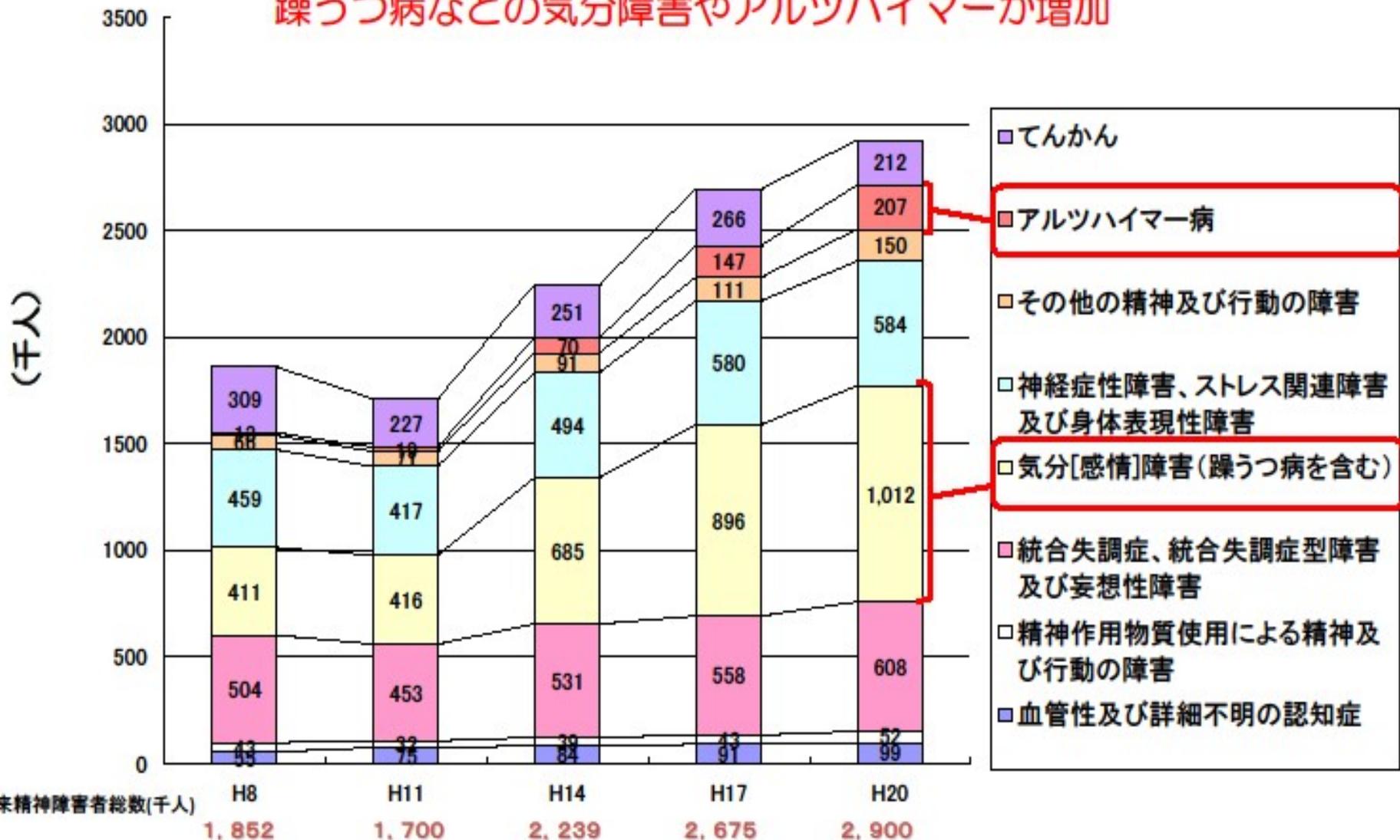


社会保障審議会医療部会 (2011年7月6日)

- 医療計画の5疾患目に精神疾患を追加することで合意
 - 精神疾患の患者数は323万人(2008年患者調査)
 - 4疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)のいずれよりも多い
 - 自殺による死亡者数3.1万人(糖尿病死亡者数1.4万人より多い)
- 委員からは積極的に支援する意見があいついだ
 - 「精神疾患は社会全体で見守らなければならない」(高智英太郎健保連理事)
 - 「他の4疾病よりも地域連携が必要」(横倉義武日医副会長)

精神疾患外来患者の疾病別内訳

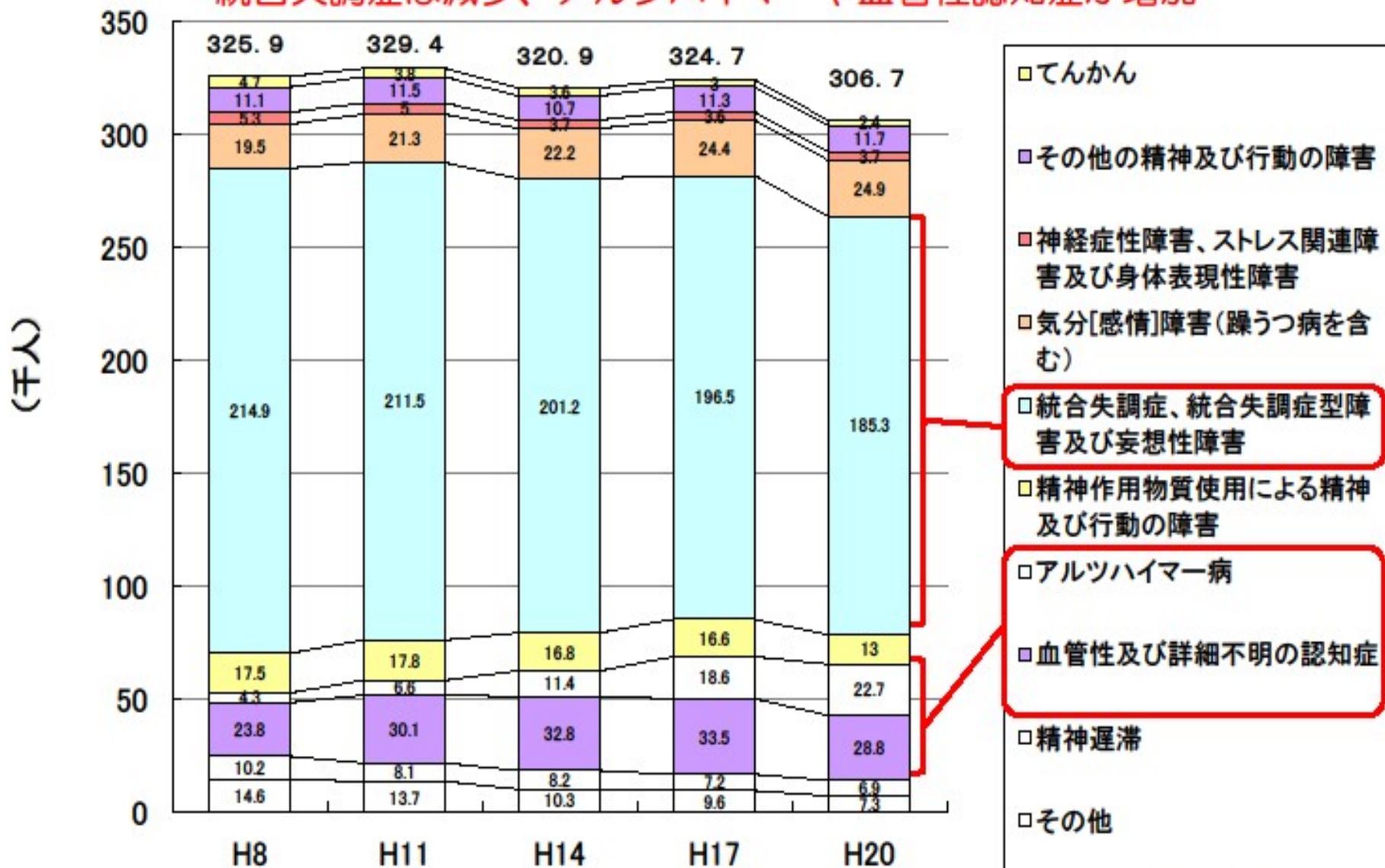
躁うつ病などの気分障害やアルツハイマーが増加



資料：患者調査

精神病床入院患者の疾病別内訳

統合失調症は減少、アルツハイマーや血管性認知症が増加



資料：患者調査

精神疾患が地域医療計画の 5疾患に加えられると...

- 精神科医療施設の診療機能の明示
- 地域医療計画における数値目標の明示
- 地域連携クリティカルパスの作成

認知症地域連携クリティカルパス

世田谷区もの忘れ連携パス

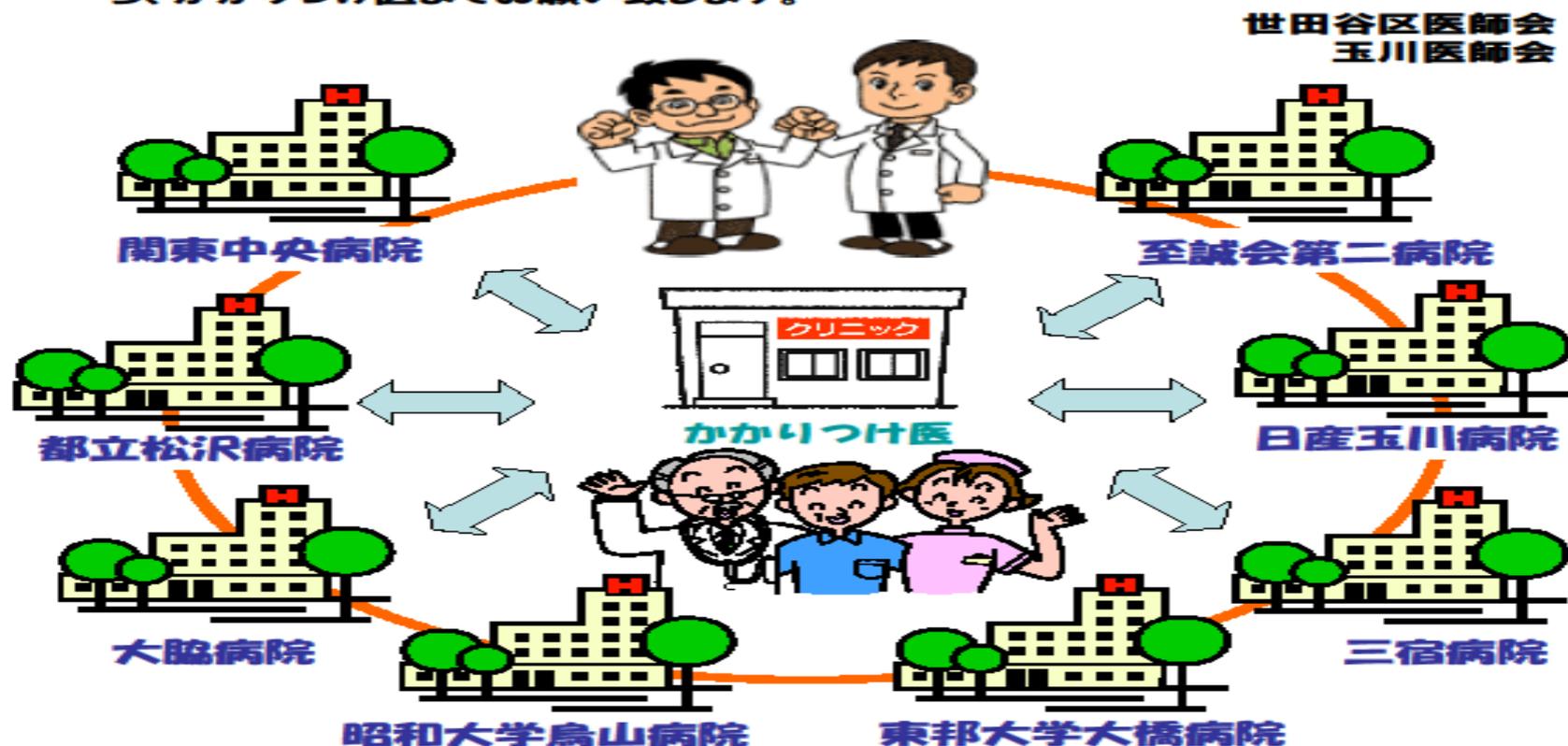


世田谷区もの忘れ診断 地域連携のご案内

世田谷区医師会・玉川医師会では地域の医療機関が連携して、もの忘れ患者様が安心して診断・治療・療養を継続できる環境づくりに努めて参りました。

今回ご案内する「世田谷区もの忘れ診断 地域連携」は患者様の診断方法や受診予定を患者様とご家族、かかりつけ医、病院で共有するためにつくりましたもの忘れ患者様の治療計画です。

※ 「世田谷区もの忘れ診断 地域連携」に関するお尋ねやご意見がございましたら、かかりつけ医までお願い致します。



世田谷区もの忘れ診断 地域連携 (患者様用)



かかりつけ医:

様

病 院:

紹介時
月 日

初診～1ヶ月
月 日

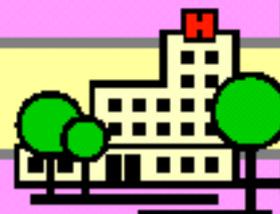
定期受診
月 日

半年又は1年後
月 日

その後の
定期受診

FAX
予約

FAX
予約



ご紹介

診断・治療

定期的な診察
検査・治療

診断・治療

定期的な診察
検査・治療

各種検査等

各種検査等

- MMSE
- 神経学的所見

- MMSE
- 神経学的所見



血液検査

脳血流検査

心臓交感
神経検査



脳MRI



血液検査

脳血流検査

心臓交感
神経検査



脳MRI



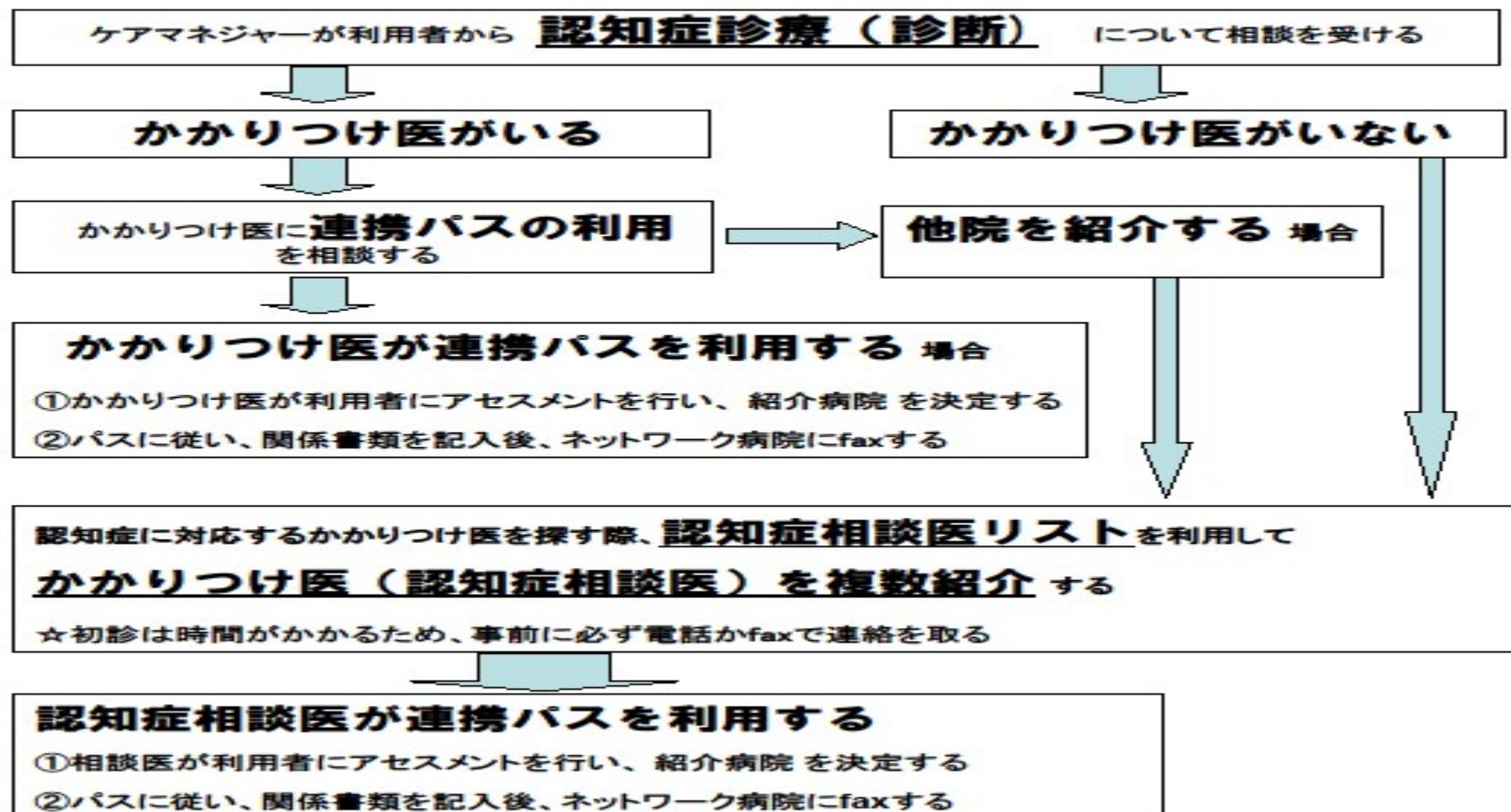
病院への紹介の
際は事前に予約
をお取り致します



検査前には事前に
病院予約を取って下さい

病状に変化が
あった時には
病院と連携を
とります

世田谷区認知症診断地域連携クリティカルパス ケアマネジャー用 使用例



注1 かかりつけ医と連携で認知症の治療に当たるためかかりつけ医は必ず必要。
認知症ネットワーク病院の直接の受診は基本的に控える。

注2 世田谷認知症診断地域連携クリティカルパスについては医師会から会員へ資料配布済み

「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」

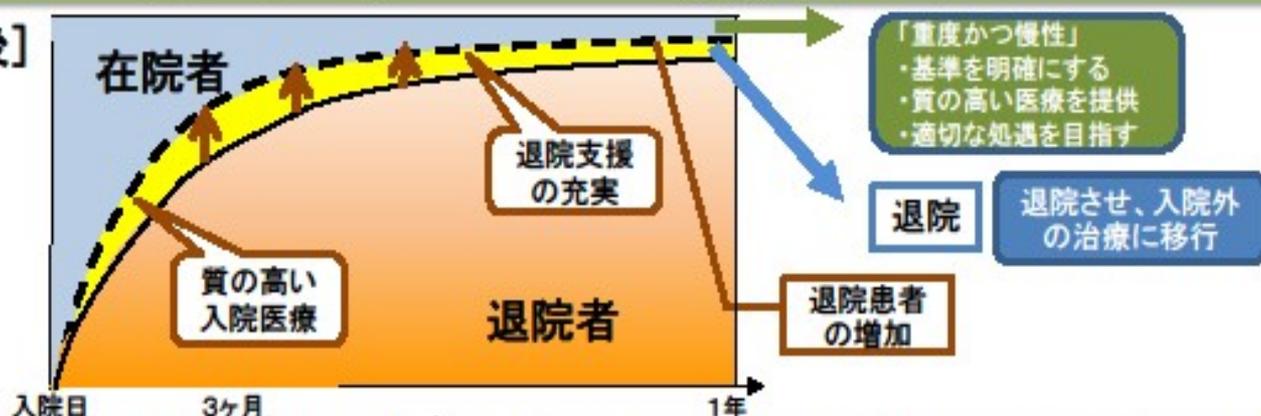
- 精神科病床の機能分化と人員配置を検討
 - 3ヶ月未満の急性期医療
 - 3か月～1年未満
 - 重度かつ慢性
 - 1年以上の長期高齢者入院



「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」[座長：武藤)
2012年4月19日厚労省

新たな入院患者への精神科医療

[今後]

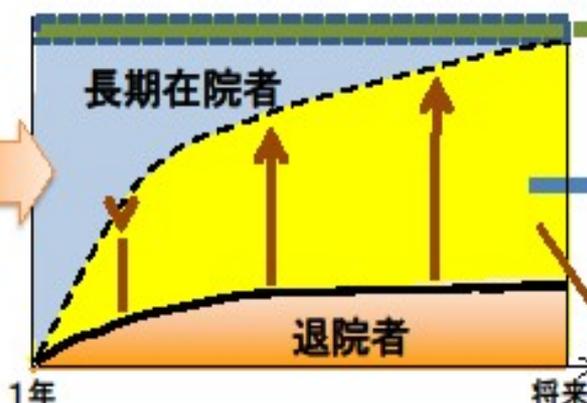


	3か月未満(精神症状が活発で入院治療が必要な患者)	3か月～1年未満(急性期の症状はある程度改善しているが、リハビリテーションや退院後の生活環境調整等に時間を要する患者)
人員体制、地域移行の取組など	<ul style="list-style-type: none"> ○安全で質の高い入院医療を提供できるようにするため、チーム医療を前提とした上で、医療法施行規則上、 ・医師・看護職員について一般病床と同等の配置とする ・精神保健福祉士、作業療法士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する 	<ul style="list-style-type: none"> ○生活機能の向上などの退院支援をより充実させる観点から、医療法施行規則上、 ・医師は、現在の精神病床と同等の配置とする ・看護職員で3対1の配置を基本としつつ、そのうち一定割合は、精神保健福祉士や作業療法士等の従事者の配置を可能とする ・精神保健福祉士、作業療法士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する
	重度かつ慢性 (地域で生活することが非常に困難な状態にあり、長期に入院治療が必要な患者)	
	<ul style="list-style-type: none"> ○「重度かつ慢性」の患者の基準については、調査研究等を通じて明確化するとともに、新たな長期在院患者を増やすことのないよう明確かつ限定的な取り扱いとする ○「重度かつ慢性」の患者については、質の高い医療を提供し適切な処遇を目指すとともに、新たな治療やアウトリーチ(訪問支援)などにより地域移行を可能にするモデルを検討する ○人員体制については、①対象を医療の必要性が高い患者とするならば一般病床と同様の配置にすべきとの意見、②多職種で3対1の人員配置とし、状態に応じた職種を配置できるようにすべきとの意見、があった 	
その他	<ul style="list-style-type: none"> ○機能分化は、実現可能な方策を講じながら、地域の状況を考慮しつつ、段階的に進めていく ○機能分化を進みやすくするため、一つの病棟で複数の状態像の患者のミックスが可能となるような仕組みを検討する ○アウトリーチ(訪問支援)やデイケアなどの外来医療の充実や、医療と福祉の複合的なサービスや、入院中から退院後の準備を地域と連携して始める方法など、新たな1年以上の長期在院者を作らないための取り組みを推進する。併せて、新たな長期在院者を作らないことを明確にするため、「重度かつ慢性」を除き、精神科の入院患者は1年で退院させ、入院外治療に移行させる仕組みを作る ○機能分化については状況を確認しつつ、一定期間ごとに見直していく 	

現在の長期在院者への対応

[今後]

- ・地域移行の取組を推進する
- ・生活支援、退院支援に重点をおいた人員配置とする
- ・地域生活に近い療養環境とする



「重度かつ慢性」へ分類

適切な処遇を目指す

退院

地域移行の取り組みをより一層促進する

退院患者の増加

現在の長期在院者(「重度かつ慢性」を除く)(精神症状や行動障害はある程度落ち着いており医療の必要性は高くないが、生活機能障害が重い等により、必要なサービス支援や適切な退院先が地域にないなどのためこれまで退院できなかった患者)

地域移行の取組

- 長期在院者の地域移行を推進するため、
 - ・できる限り、退院、地域移行が進むような取組を重点的に行う
 - ・アウトリーチ(訪問支援)やデイケアなどの外来部門にも人員の配置が実現可能な方策を講じていくと同時に、地域移行のための人材育成を推進する
 - ・高齢者で要介護度が高い場合に、精神疾患のある人でも、退院して介護サービス等が使いやすくなるような方策を検討する

人員体制

- 退院支援や生活支援などの患者像に応じた支援を提供できるよう、医療法施行規則上、
 - ・医師は、現在の精神病床の基準よりも少ない配置基準とする
 - ・看護職員、精神保健福祉士、作業療法士、理学療法士、看護補助者(介護職員)等の多職種で3対1の配置基準とする

その他の意見

- 地域移行を進めるためには、医療、福祉、介護などでできるだけ選択肢が多い方がよい
- 地域の受け皿として、医療と福祉のサービスを複合的に提供できるような新たな仕組みを検討すべき
- 長期高齢の在院者の受け皿として、精神病床でも介護老人保健施設に転換できるようにすべきとの提案があった。これに対して、精神疾患がある人でも、介護保険の対象かどうか状態像に応じて個別に判断すべき、介護保険の対象にならない者は引き続き医療や障害福祉サービス等に対応すべきとの意見があった。
- 地域移行を進めるためには、退院しても安心して暮らせる住居の確保が極めて重要である
- 長期在院者の地域移行の状況を確認しつつ、一定期間ごとに見直していくべき

療養環境

- 長期の療養や地域移行のためには、より地域生活に近い環境が適切であるとの観点から、
 - ・開放的な環境を確保する
 - ・外部の支援者との関係を作りやすい環境とする
 - ・長期在院者のための病棟では、原則として、隔離や身体拘束は行わないこととする

医療法施行規則

- 入院期間別の人員配置を医療法施行規則に書き込めるのか？
- 精神保健福祉法に書き込んで、それを引用する？

精神病床の医師・看護職員の配置標準

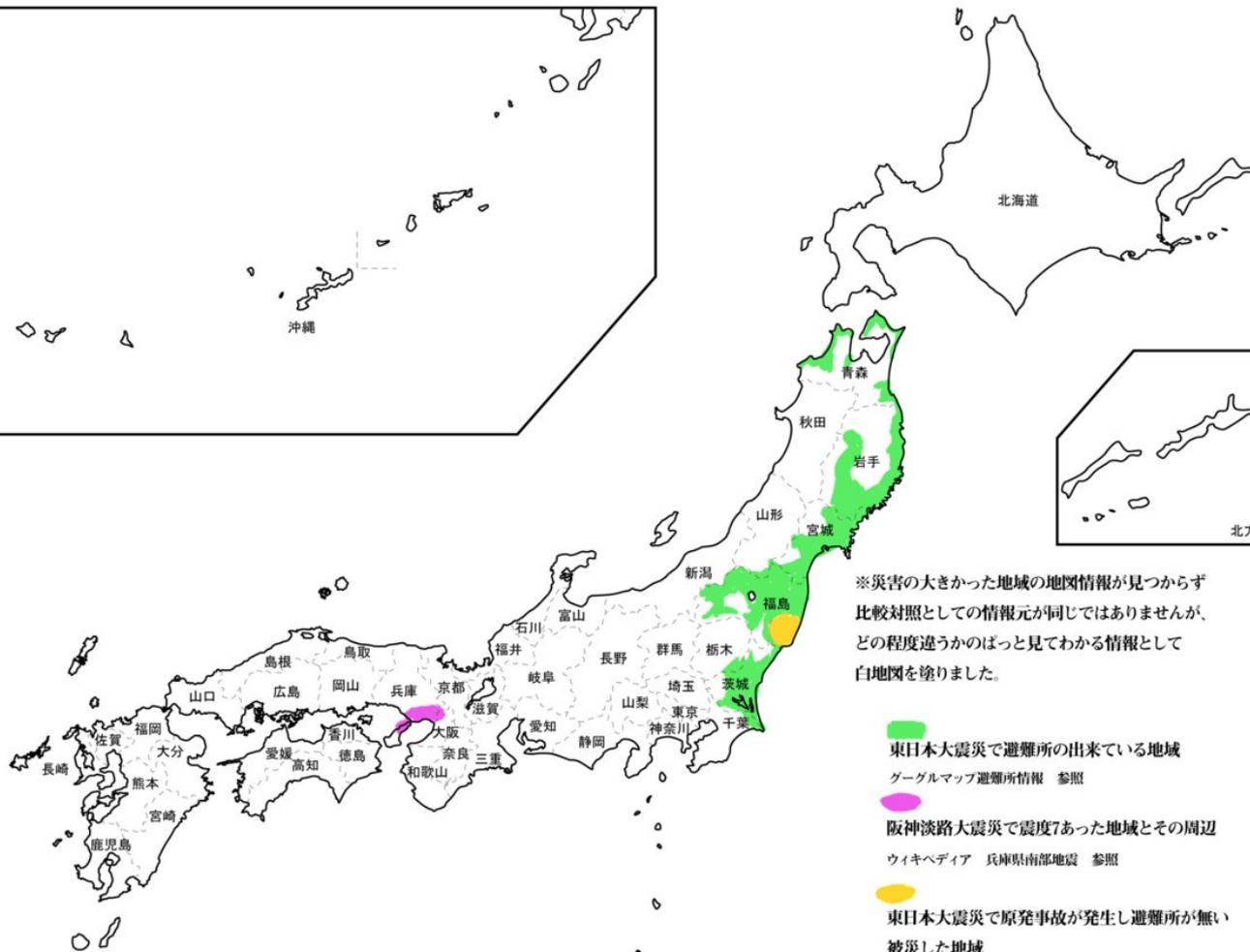
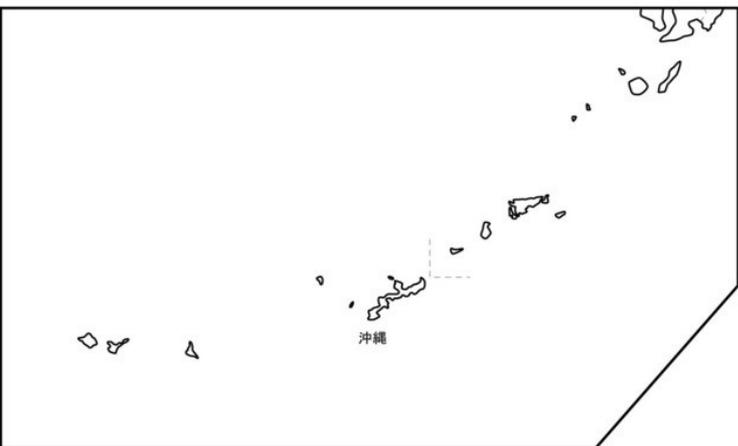
現行	今後の方向性	
医師 48 対 1	【入院 3 か月未満】 医師 16 対 1	【入院 3 か月以上 1 年未満】 医師 48 対 1
看護職員 4 対 1	看護職員 3 対 1	看護職員 基本的に 3 対 1 ※一定割合は、PSW や OT などを 含めることができる

厚労省の資料などを基に作成

④災害時における医療体制の見直し



災害拠点病院の要件見直し



東北3県9医療圏が被災した



朝日新聞調べ(4月15~22日)。①②は各病院や保健所に問い合わせた。③④は県や保健所、医師会の把握数。仙台医療圏は仙台市宮城野区、若林区と沿岸市町に限定。相双医療圏の①②は原発から半径30km圏内を含む

東日本大震災における災害拠点病院の被害状況

	病院数	東日本大震災による被害状況		診療機能の状況											
		全壊	一部損壊	外来の受入制限			外来受入不可			入院の受入制限			入院受入不可		
				被災直後	5/17現在	6/20現在	被災直後	5/17現在	6/20現在	被災直後	5/17現在	6/20現在	被災直後	5/17現在	6/20現在
岩手県	11	0	11	11	0	0	0	0	0	11	1	1	0	0	0
宮城県	14	0	13	5	0	0	0	0	0	2	1	0	1	0	0
福島県	8	0	7	4	1※	1※	1	0	0	5	0	1※	0	1※	0
計	33	0	31	20	1	1	1	0	0	18	2	2	1	1	0

※緊急時避難準備区域

(7月1日時点: 医政局指導課調べ)

被災地の災害拠点病院のうち31病院は一部損壊で、全壊は0であった。(一部損壊には、建物の一部が利用不可能になるものから施設等の損壊まで含まれる。)

7月1日時点では、県立釜石病院(岩手県)、緊急時避難準備区域の南相馬市立総合病院(福島県)で入院・外来制限を行っている。

東日本大震災を受け 災害拠点病院の5つの課題

- ①建物の耐震性
- ②災害時の通信手段の確保
- ③広域災害救急医療情報システム
(EMIS)
- ④ライフライン
- ⑤備蓄
- その他
- ヘリポート

災害医療等のあり方に関する検討会 報告書概要

災害拠点病院について

【東日本大震災を踏まえた課題・提案】

- 耐震化
 - ・災害時に傷病者を受け入れるために、病院機能を維持する必要性
 - ・耐震性の低い施設を有している災害拠点病院の被害
- ライフライン
 - ・連絡の取れなかった災害拠点病院あり
 - ・EMISへの緊急時入力が徹底されなかった
 - ・ライフラインの途絶が長期間となり、燃料等が不足
- 備蓄・流通
 - ・交通の遮断やガソリン不足等で、職員の分も含めた食料、飲料水等が不足
- ヘリポート
 - ・敷地外のヘリコプター離着陸場からの搬送では、時間と手間がかかった
- 平時からの役割
 - ・DMATや医療チームを受け入れる体制整備の必要性
- 基幹災害拠点病院
 - ・複数のDMAT保有・救命救急センターの指定の追加による災害時の診療機能の強化の必要性

【現状：災害時における初期救急医療体制の充実強化について(健政発第451号)】

【今後の方針】

●耐震化	・施設は耐震構造を有すること	・診療機能を有する施設を耐震化 (病院機能を維持するための施設の耐震化が望ましい)
●ライフライン	・EMISの端末を原則として有すること ・水、電気等のライフラインの維持機能を有すること	・衛星電話を保有、衛星回線インターネットに接続できる環境を整備 ・EMISへ確実に情報を入力する体制を整備 ・通常の6割程度の発電容量を備えた自家発電機を保有し、3日程度の燃料を備蓄 ・受水槽の保有や井戸設備の整備、優先的な給水の協定等により、水を確保
●備蓄・流通		・食料、飲料水、医薬品等を3日分程度備蓄 ・地域の関係団体・業者との協定の締結等による体制整備
●ヘリポート	・原則として病院敷地内にヘリポートを整備	・原則として病院敷地内にヘリポートを整備
●平時からの役割	・災害時の応急用資器材の貸出機能	・DMATを保有し、DMATや医療チームを受け入れる体制整備 ・救命救急センターもしくは2次救急病院の指定 ・災害時の応急用医療資器材の貸出機能 ・地域の2次救急医療機関等の医療機関とともに、定期的な訓練を実施 ・災害時に地域の医療機関への支援を検討するための院内の体制を整備
●基幹災害拠点病院	・災害医療の研修に必要な研修室を保有	・病院機能を維持するための施設を耐震化 ・病院敷地内のヘリポート整備 ・複数のDMAT保有 ・救命救急センター指定

※今後、「災害時における初期救急医療体制の充実強化について(健政発第451号)」を改正予定

岩手県立釜石病院も被災した 全床再開に向け、耐震補強工事を 急ピッチで進めた



岩手県立釜石病院



釜石病院の耐震化工事を説明する遠藤院長(左)

⑥在宅医療に係わる医療体制 の充実・強化

「在宅医療指針」

- 国立長寿医療研究センターが中心になって取りまとめた「在宅医療体制構築に係る指針案」を参考にする方針。
 - 24時間365日、患者の生活の視点に立った多職種連携医療の確保
 - 看取りまで行える医療のための連携体制
 - 認知症の在宅医療の推進
 - 介護との連携—などの観点から、各都道府県が地域の実情に合わせて計画を策定すべき

在宅医療に関する医療計画の内容(数値目標)

■数値目標の例(各都道府県の医療計画より)

- 北海道
 - ・在宅医療を実施する医療機関割合
現状35.2%→目標値38.1%
- 山形
 - ・主任介護支援専門員研修受講者数
44人(H18)→50人(H24)
- 福島
 - ・在宅療養支援診療所 148(H18) → 196(H24)
 - ・訪問看護ステーション 121(H18) → 128(H24)
 - ・保険薬局に占める訪問薬剤管理指導料の届出薬局
76.9%(H18) → 81%(H24)
 - ・保険薬局に占める麻薬小売業免許取得薬局の割合
84.1%(H18) → 85.9%(H24)
- 茨城
 - ・医療機関と連携し在宅医療に取り組む薬局の割合
6%(H18) → 50%(H24)
- 東京
 - ・医療保健政策区市町村包括補助事業の実施(在宅医療推進に資する事業)
5自治体(H19) → 全市町村(H24)
- 山梨
 - ・在宅ホスピス連絡体制が整備されている保健福祉事務所圏域の数 1圏域(H18) → 4圏域(H24)
- 福井
 - ・在宅医療推進のためのコーディネーター設置地区
→5地区(H24)
- 福岡
 - ・在宅医療を受ける患者数
2100人/1日(H18) → 30%増(H24)
- 佐賀
 - ・自宅での死亡の割合8.1%(H18) → 12.2%(H24)
- 熊本
 - ・訪問看護ST数 107(H17) → 120(H24)
 - ・訪問看護師の就業者数 429(H18) → 554(H24)
 - ・往診や訪問看護を実施する医療機関数
582(H18) → 640(H24)
 - ・緊急時24時間対応訪問看護ST割合
24時間対応可能 22.1%(H16) → 30%(H24)
24時間連絡可能 94.2%(H16) → 98%(H24)
 - ・麻薬小売業免許を取得している保険調剤薬局の割合
82.9%(H18) → 100%(H24)
- 沖縄
 - ・在宅療養支援診療所(75歳以上人口千人あたり)
0.46(H18) → 0.82(H24)
 - ・訪問看護ステーション(人口10万人あたり)
3.7(H18) → 4.5(H24)

在宅医療連携拠点事業

市町村ごとに2000拠点の設置をめざす！

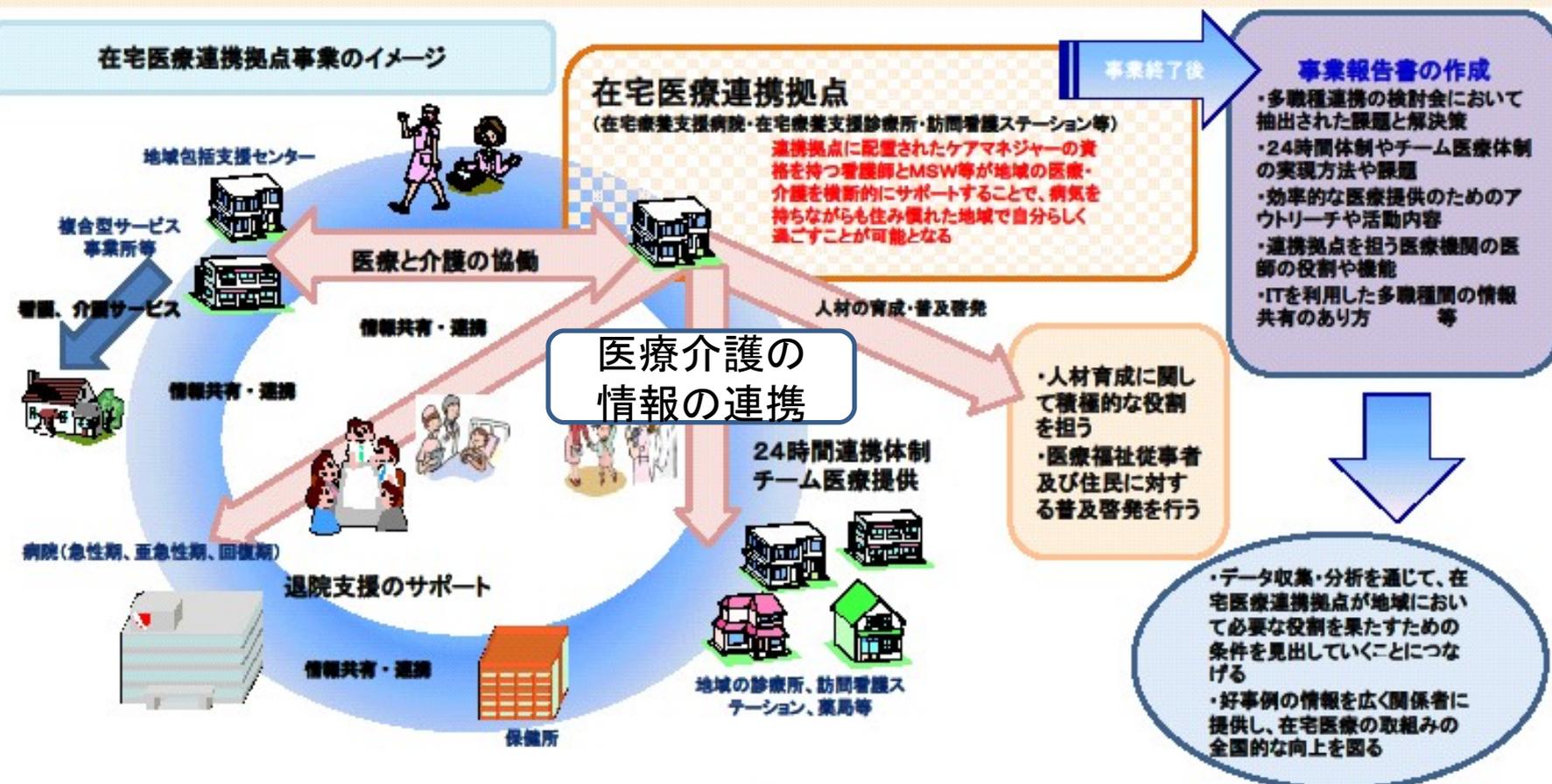
① 在宅医療連携拠点事業

要望額 31億円

■本事業の目的

○高齢者の増加、価値観の多様化に伴い、病気をもちつつも可能な限り住み慣れた場所で自分らしく過ごす「生活の質」を重視する医療が求められている。

○このため、在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指す。



新生在宅医療・介護元年

- 在宅医療連携拠点事業
 - ①在宅チーム医療を担う人材の育成
 - ②実施拠点となる基盤の整備
 - ③個別の疾患などに対応したサービスの充実・支援
- 2012年度を「新生在宅医療・介護元年」として立ち上げたい
- 在宅医療連携拠点事業にはICTが必須！



大谷医政局長

パート3

医療計画の今後

医療計画への批判

- かけこみ増床
 - 1985年に医療計画が制定された当初、医療計画策定後の病床規制をみこんで、20万床もの増床が起こった
- 既得権益の保護と自由な競争の阻害
 - 医療計画による病床規制の結果、既存の病床が既得権益化され、新規の病院参入を阻んでいる
 - 医療計画は市場の自由な競争をはばんで、結果的には医療サービスの質の低下をまねいているのではないか？

医療計画への批判

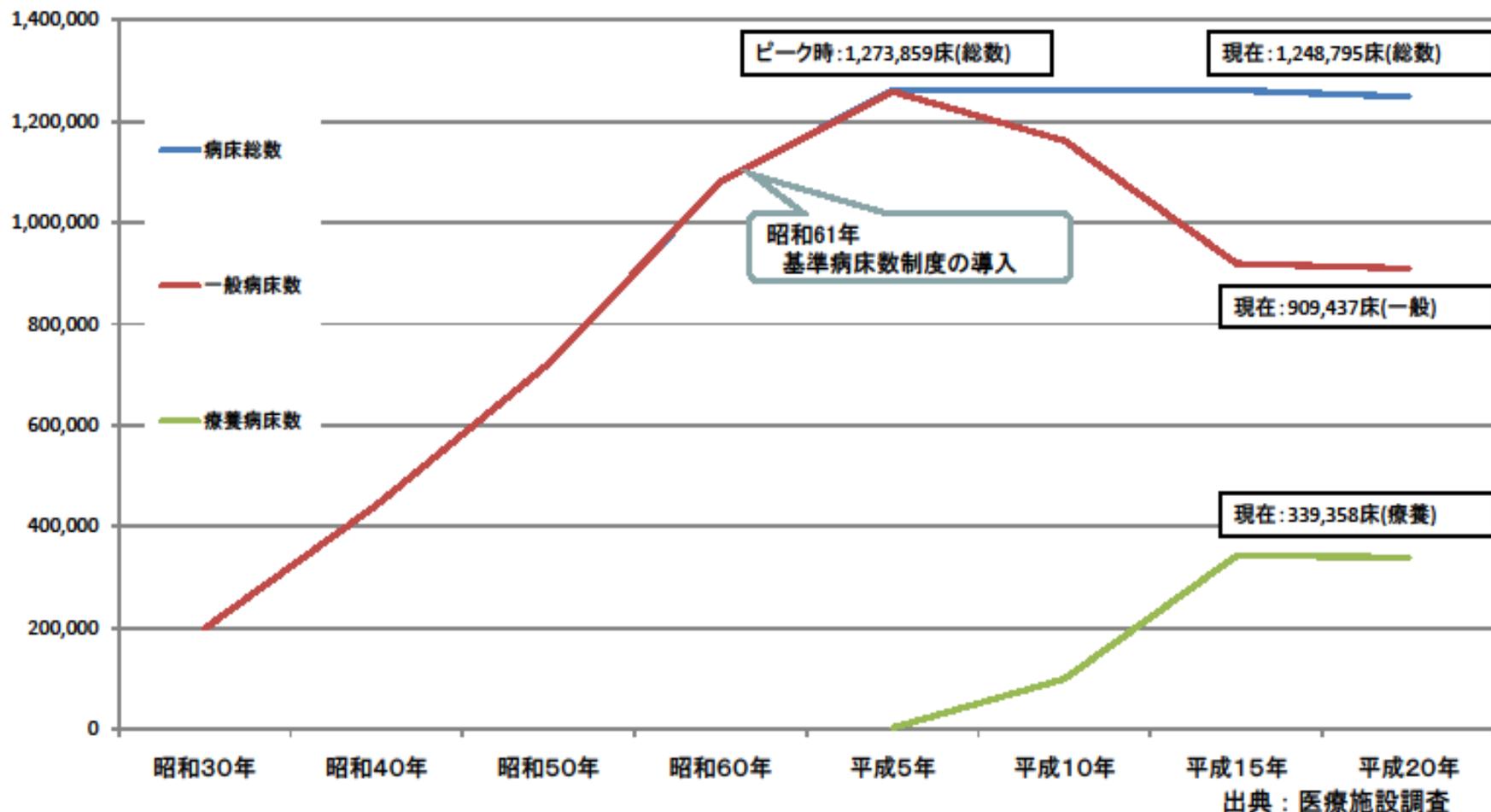
- 医療計画が医療費抑制に与えた影響評価
 - 医療計画後にも医療費の伸びは止まらなかったところから、あまり効果はなかったとする意見
 - しかし放置すればさらなる医療費増加を招いたという意見
 - 結局は病床規制以外には有効な医療費増加の歯止めは今のところ見当たらないとする意見などがある

医療計画への積極評価

- 医療計画の効果

- 医療計画策定後、それまで見られていた病床の増加が止まっており、平均在院日数も短縮し、病床あたりの取り扱い患者数も増加している
- 病床不足地域では逆に病床が増えている。医療計画は病床数の地域間格差是正にも役立ったという意見もある。

一般病床・療養病床の病床数の推移



注: 1)「一般病床」について、昭和30年～昭和60年は「その他の病床」であり、平成5年～平成10年は「その他の病床」のうち「療養型病床群」を除いたものである。
2)「療養病床」は、平成5年～平成10年までは「療養型病床群」である。
3)「病床総数」は、「一般病床数」と「療養病床数」の合計である。

基準病床数に対する病床数の推移

○ 平成5年度において、病床数が基準病床数を上回っていた県については、病床数が減少し、病床数が基準病床数を下回っていた県については、病床数が増加している。

基準病床数に対する病床数 (平成5年度)	基準病床数 (平成5年度)	病床数の推移				基準病床数(平成5年度)に対する割合			
		5年度	10年度	15年度	20年度	5年度	10年度	15年度	20年度
120%～の県	162,000	204,615	201,013	193,664	190,748	126.3%	124.1%	119.5%	117.7%
100%～120%の県	582,860	626,896	620,655	613,484	603,181	107.6%	106.5%	105.3%	103.5%
100%未満の県	455,214	430,068	439,181	454,265	454,866	94.5%	96.5%	99.8%	99.9%

※「基準病床数」の数値については、平成6年3月31日現在で適用された基準病床数。出典：「平成6年版厚生白書」
「病床数」の数値については、各年10月1日現在の数値。出典：「医療施設調査」

医療計画の国際動向

- 世界保健機構（WHO）が医療計画を推奨
 - 医療計画は1960年代より世界保健機構（WHO）が医療計画策定を推奨したこともあり、先進国でも何らかの医療計画を立てている国は多い
 - たとえば英国や北欧諸国のように国営医療が主体の国は、医療計画は政府の保健医療分野における整備計画そのものという国も多い。
 - 医療費抑制計画としての医療計画
 - 一方、民間病院が多く、医療費抑制が課題となっている国では規制のために医療計画を実施している国が多い。

医療計画の国際動向

- 米国、フランス、ドイツ
 - 1970年代に病床や医療機器の適正配備と医療費抑制のために医療計画を導入した
 - 医療機器も規制の対象で、高額医療機器の整備計画についても医療計画による許可申請が義務付けられている。
 - 日本は医療機器の適正配置計画は行っていない
 - 1980年代の見直し(無意味となった医療計画)
 - 1970年代に作られた医療計画も、1980年代に平均在院日数の短縮による病床過剰現象目立ってくると、医療計画による病床規制は次第に不要になってきた。

医療計画の国際動向

- 医療計画の廃止（米国の例）

- 1980年代に医療計画を撤廃するところもではじめた

- 米国の医療計画

- 1974年に国家医療計画資源開発法が制定されて、病院の新設や増床、高額医療機器の導入にあっては病床必要証明（Certificate of Need: CON）を州政府から得ることが必要となった

- 米国の医療計画の廃止

- 1984年に診断群分類別包括支払い制度であるDRG／PPSが導入されて、各病院の平均在院日数が大幅に短縮化し病床利用率が低下し、病棟閉鎖や病院減少がおきた。
 - CONによる病床規制そのものが不要となってレーガン政権下の1986年にはCONによる規制は撤廃される。

医療計画の国際動向

- 医療計画の見直し(欧州の例)
 - ヨーロッパ諸国の近年の傾向としてはDRG分類ごとに各医療機関の医療行為を把握して、それらの情報に基づき医療計画の作成や見直しを行っているところが多い。
 - また医療計画も当初の量的規制から医療機関間の連携、医療の質の保証などの質的側面に移行しつつあり、量的規制としての医療計画は廃止の方向で検討されている国が多い。

さて我が国では？

- 病床規制から医療連携へ
 - 2008年医療計画見直しで医療連携が強調
- 病床規制としての医療計画の見直し
 - 基準病床数の見直し
 - 年齢階級別の入院率を盛り込んだ基準病床数の算定式は高齢化が進む都市圏に病床不足地域をもたらしている。計算式の見直し？
 - 医療計画による病床規制の以前に、DPCによる平均在院日数の短縮や医師・看護師不足によって空床が増加して、実質的に医療計画は意味がなくなっている
- 医療計画は病床規制から地域医療の質保証計画へ

まとめと提言

- ・医療費抑制計画から始まった医療計画も、いまや大幅な見直しの時期
- ・医療計画は、病床規制計画から、地域医療における連携や医療の質計画へと変質すべき
- ・同時に、社会保障と税一体改革の実行計画でもあるべき
- ・二次医療圏についても大都市圏の医療圏見直しが次の課題となる

医療が変わるto2020

- 武藤正樹著
- 医学通信社 5月発売
- A5判 320頁、2400円
- DPC/PDPS, 地域連携, P4P, 臨床指標, RBRVS, スキルミクス, etc
- 好評発売中



ご清聴ありがとうございました



国際医療福祉大学クリニック<http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>
で月・木外来をしております。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイト
に公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

[gt2m-mtu@asahi-net.jp](mailto:gt2m-mtu@asahi-net.or.jp)