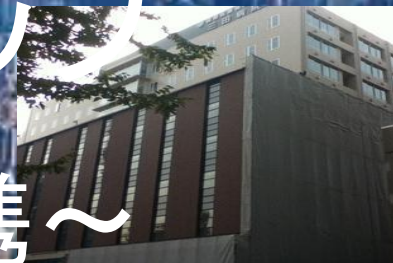


2025年へのロードマップ

～病床機能分化と地域連携～



国際医療福祉大学大学院教授
参議院厚生労働委員会調査室客員調査員
武藤正樹



国際医療福祉大学三田病院
2012年2月新装オープン！

目次

- パート1
 - 国民会議と医療介護一括法
- パート2
 - 地域医療ビジョン3つの課題
- パート3
 - 2014年診療報酬改定の影響～病床機能分化と連携
- パート4
 - 地域包括ケアと看護師・薬剤師



パート1

国民会議と医療介護一括法



2025年へ向けて、医療・介護のグランドデザインの議論
社会保障制度改革国民会議(会長 清家慶応義塾大学学長)
が2012年11月30日から始まった

社会保障・税一体改革(8月10日)

- 8月10日に社会保障と税の一体改革関連法案が参院本会議で賛成多数で可決した。
- 現在5%の消費税率を14年4月に8%、15年10月に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8月10日、参議院を通過

人口ピラミッドの変化(1990~2060年)

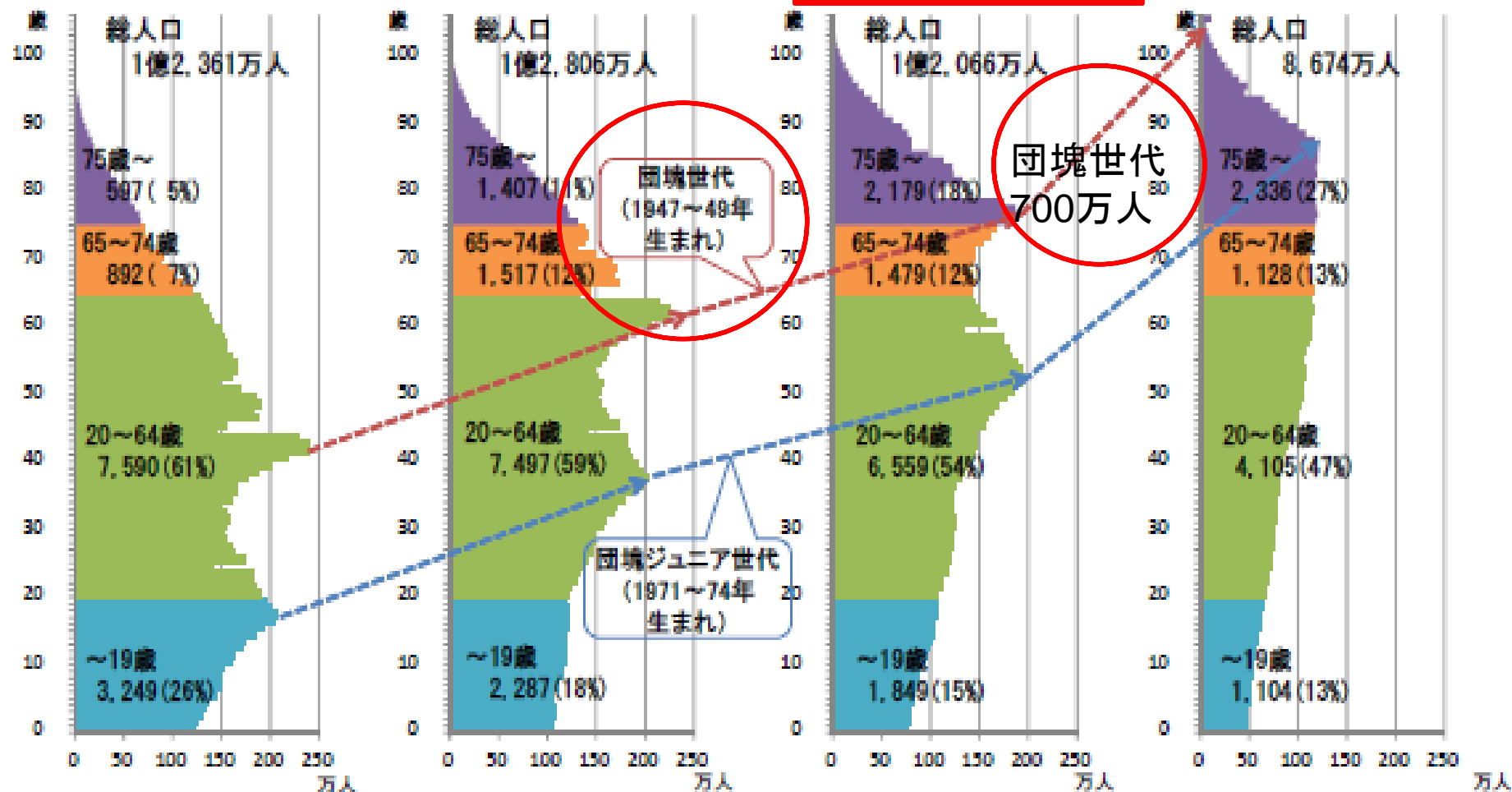
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

平成2年 (1990年) (実績)

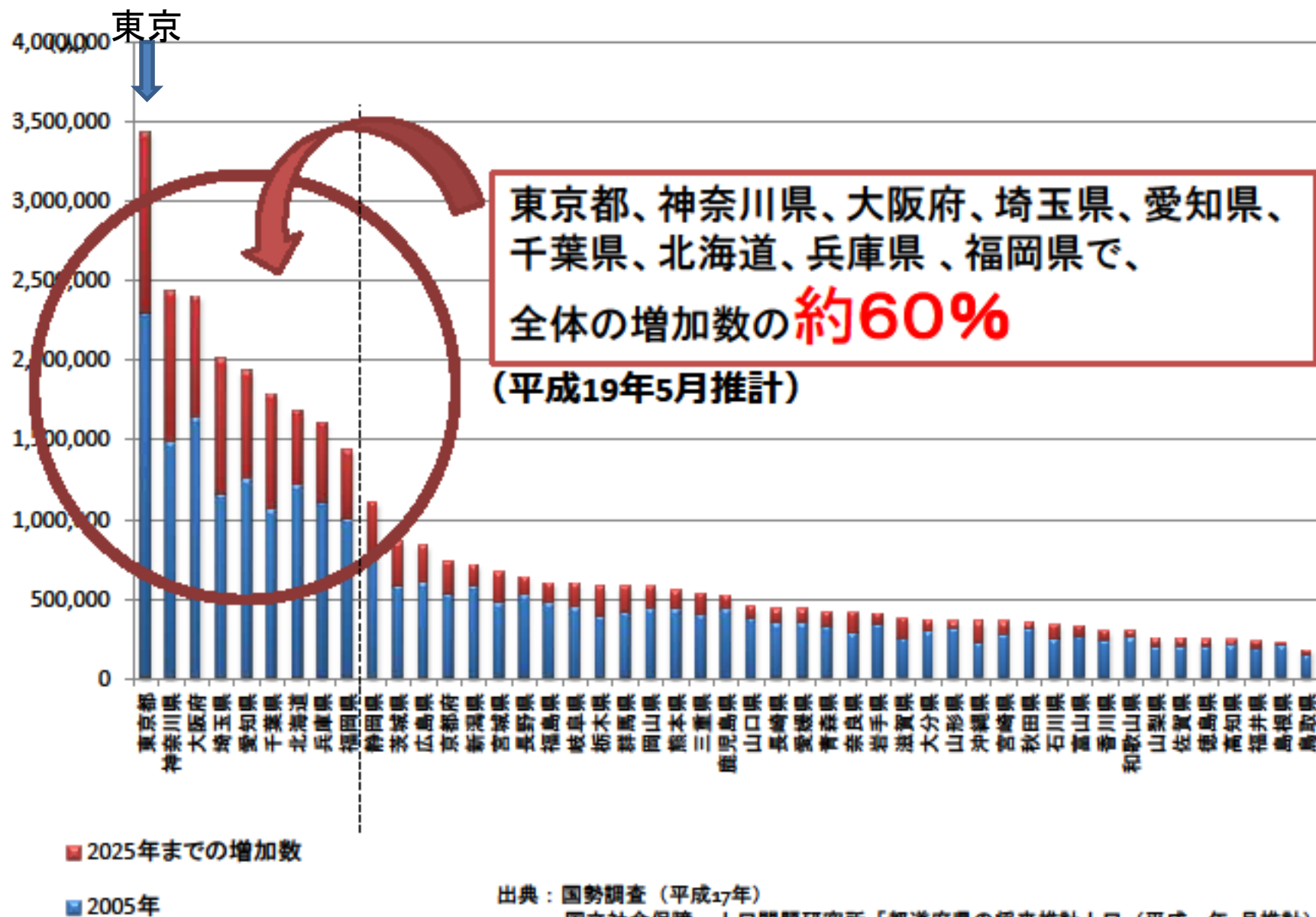
平成22年 (2010年) (実績)

平成37年 (2025年)

平成72年 (2060年)

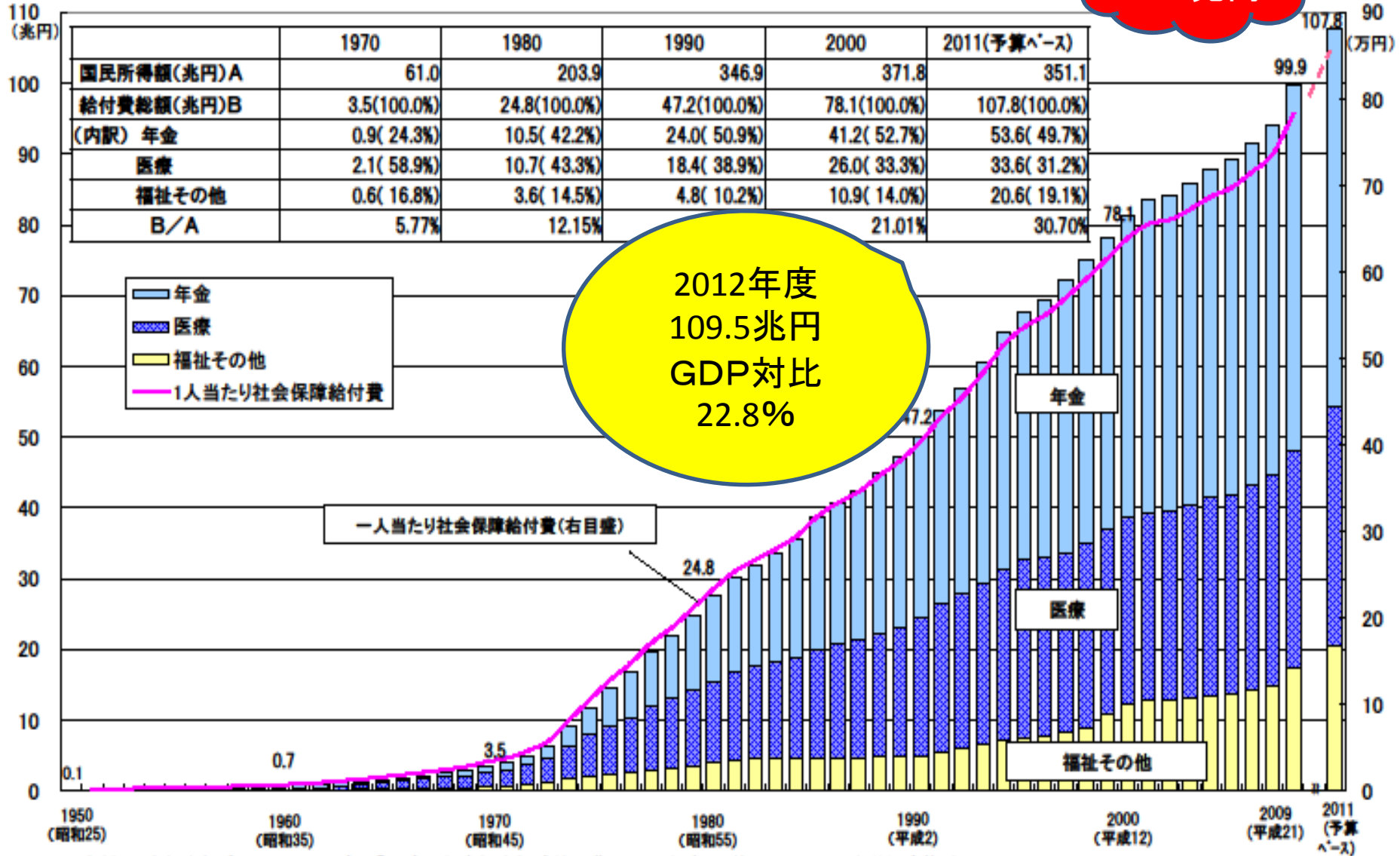


都道府県別高齢者人口(65歳以上)の増加数 (2005年 → 2025年)



社会保障給付費の推移

2025年
149兆円



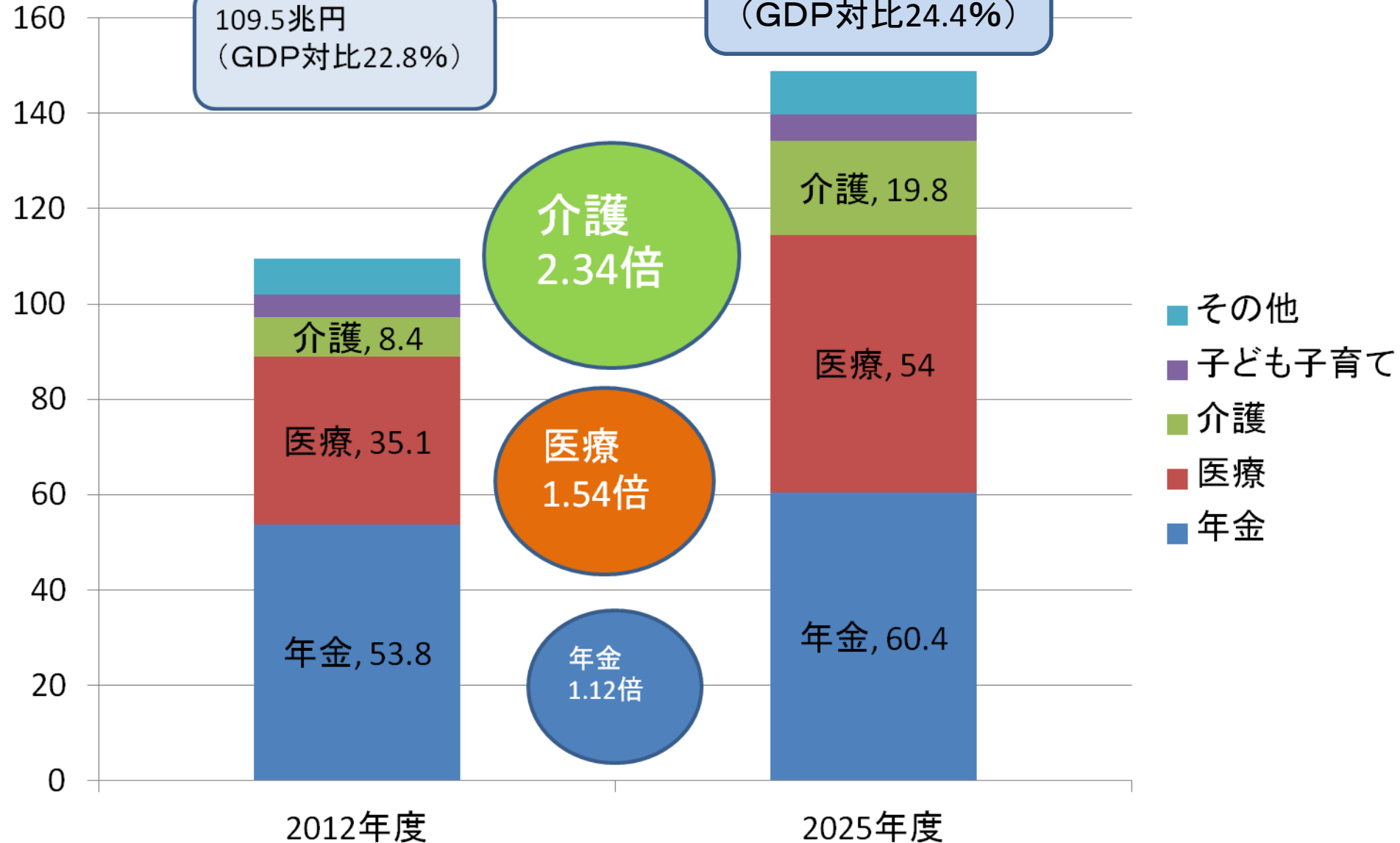
資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成21年度社会保障給付費」、2011年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

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)

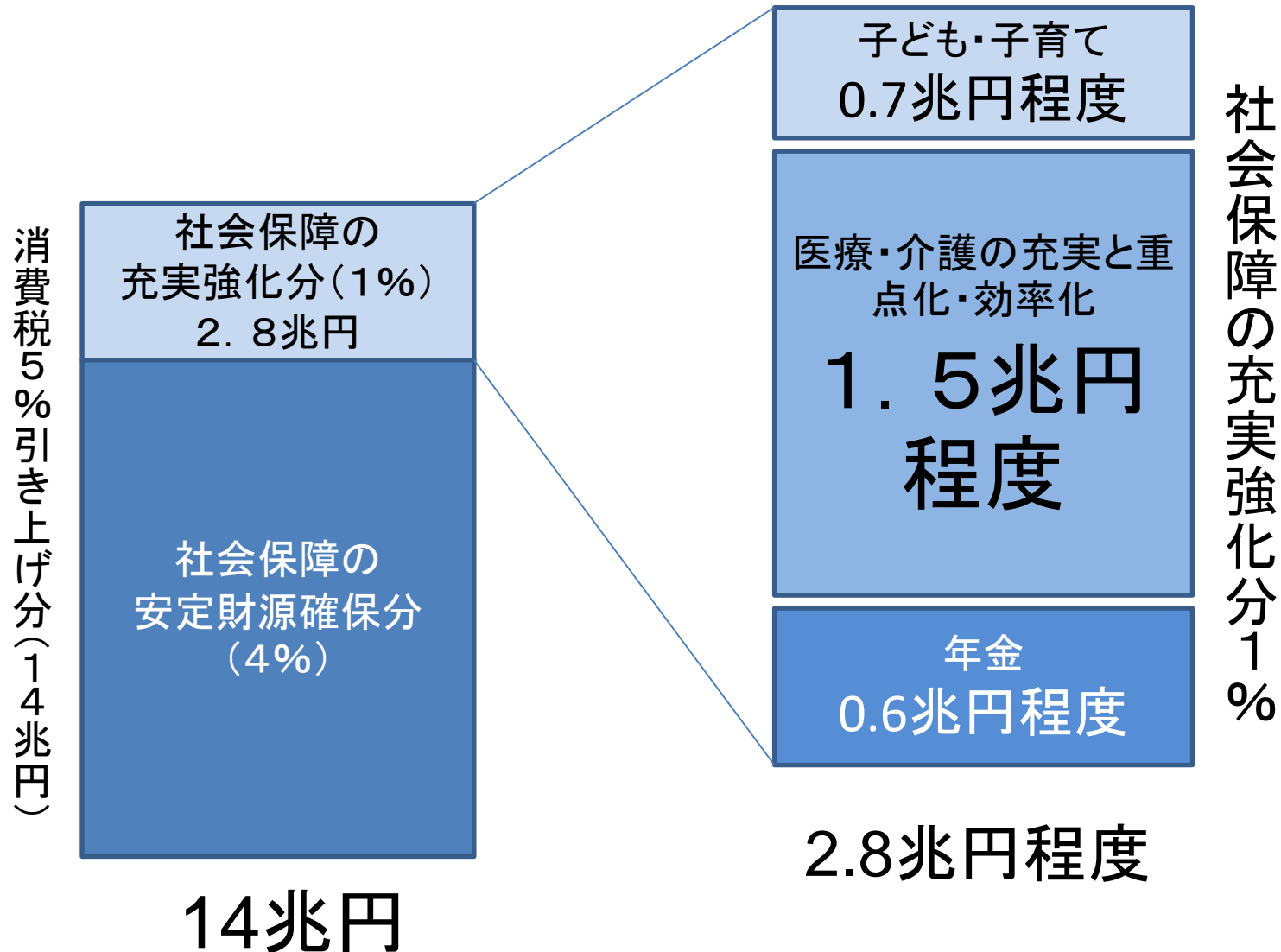
(注) 図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2008並びに2011年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

社会給付費の見通し

(兆円)



消費税増税分の使い道



消費税アップ先延ばし解散？



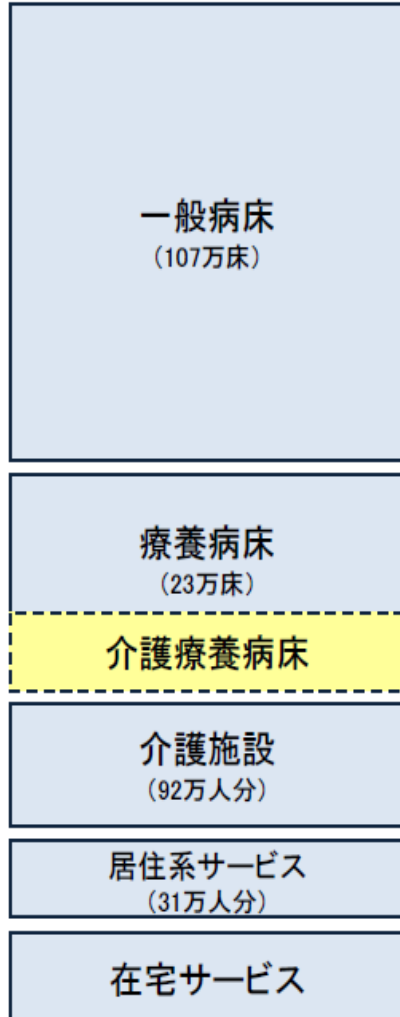
衆院解散

野党 候補者擁立など急ぐ構え

社会保障・税一体改革素案が目指す医療・介護機能再編(将来像)

○ 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】



【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

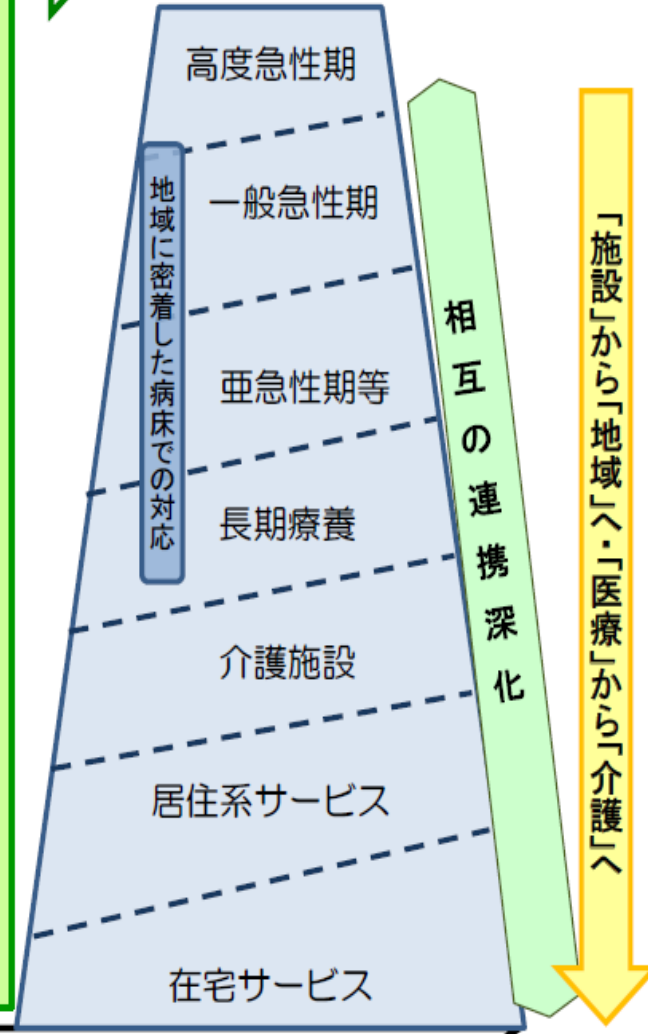
2012年以降、診療報酬・介護報酬の体系的見直し

基盤整備のための一括的法整備(2012年
目途法案化)

【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、住み慣れた地域での暮らしを継続

【2025(H37)年】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

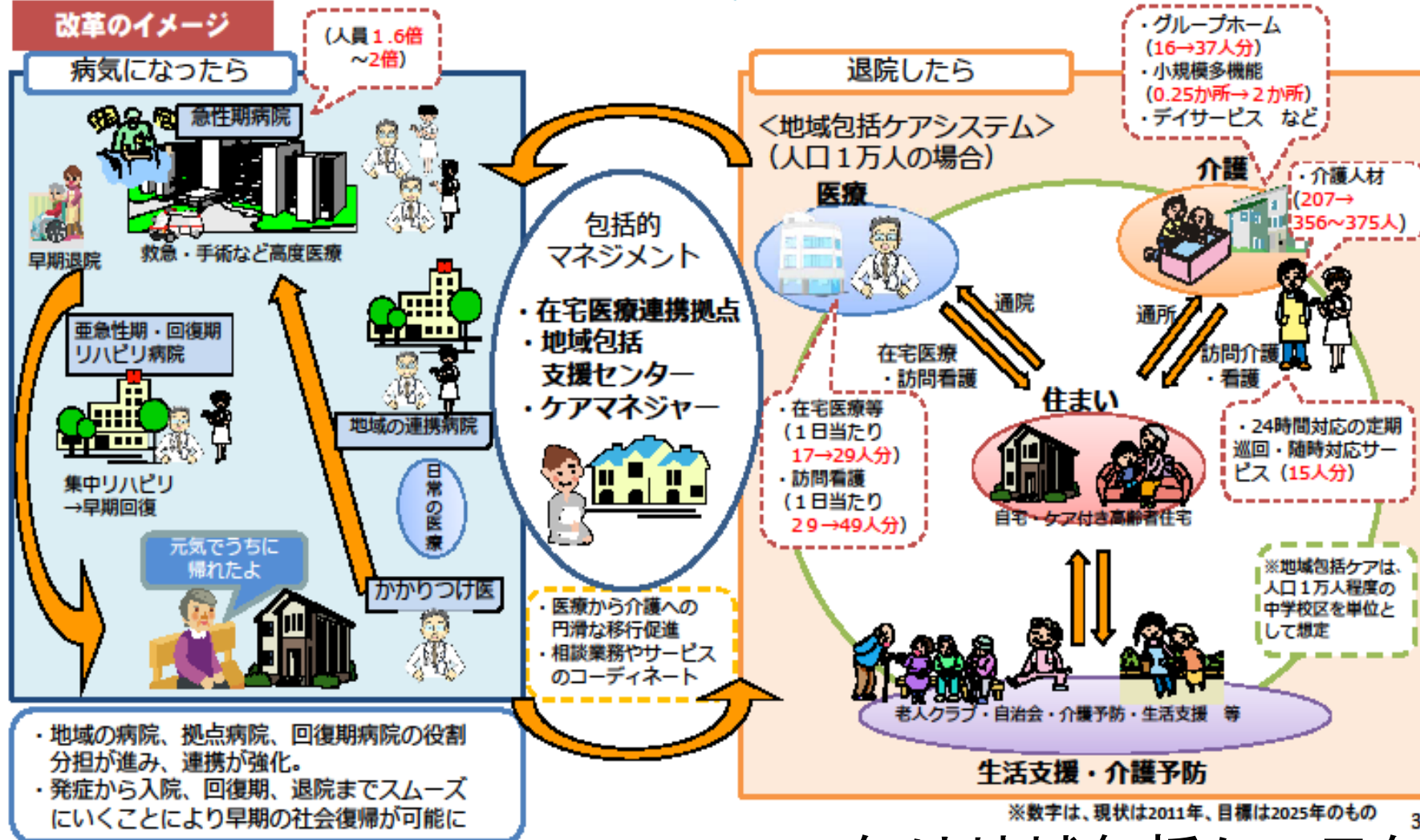
改革の方向性 ②

医療・介護サービス保障の強化

- 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

改革のイメージ



2012年は地域包括ケア元年

社会保障制度改革国民会議 最終報告書(2013年8月6日)



最終報告が清家会長から安倍首相に手渡し

国民会議報告のポイント

- 医療提供体制の見直し
 - 病床機能情報報告制度の早期導入
 - 病床機能の分化と連携の推進
 - 在宅医療の推進
 - 地域包括ケアシステムの推進
 - 医療職種の業務範囲の見直し
 - 総合診療医の養成と国民への周知

国民会議報告のポイント

- 都道府県の役割強化
 - 医療提供体制の構築に関する都道府県の役割強化
 - 国民健康保険の運営業務の都道府県への移行
 - 医療法人間の再編・統合をしやすくするための制度見直し

地域医療・介護一括法成立可決(6月18日)

医療

基金の創設：医療提供体制を見直す医療機関などに補助金を配るための基金を都道府県に創設(2014年度)

病床機能報告制度：医療機関が機能ごとの病床数を報告する制度を導入(2014年10月)

地域医療構想：都道府県が「地域医療構想」を作り、提供体制を調整(2015年4月)

医療事故を第三者機関に届けて出て、調査する仕組みを新設(2015年10月)

介護

「要支援」の人への通所・訪問看護サービスを市町村に移管(2015年4月から段階的に)

一定の所得がある利用者の自己負担割合を1割から2割に引き上げ(2015年8月)

所得が低い施設入居者向けの食費・部屋代補助の対象を縮小(2015年8月)

所得が低い高齢者の保険料軽減を拡充(2015年4月)

特養への新規入居者を原則「要介護3以上」に限定(2015年4月)

6月18日可
決成立

(カッコ内は施行時期)

5月14日衆院
厚生労働委員会で
強行採決！



衆議院 TVインターネット審議中継

Welcome to the House of Representatives Internet-TV

HOME

お知らせ

利用方法

FAQ

アンケート

強行採決の前日、5月13日衆議院厚生労働委員会参考人招致
「地域包括ケアシステムにおける看護師・薬剤師の役割と課題」

パート2

地域医療ビジョンと3つの課題



医療介護一括法可決成立(2014年6月18日)

病床機能報告制度と 地域医療構想(ビジョン)

地域医療ビジョン

3つの課題

病床機能報告制度と地域医療構想（ビジョン）の策定

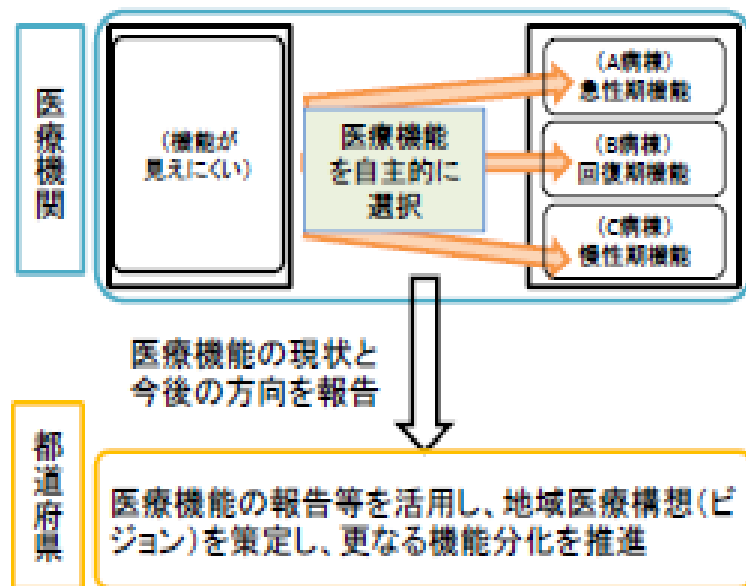
○ 病床機能報告制度（平成26年度～）

医療機関が、その有する病床において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する制度を設け、医療機関の自主的な取組みを進める。

○ 地域医療構想（ビジョン）の策定（平成27年度～）

都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して、二次医療圏等ごとの各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを策定し、医療計画に新たに盛り込み、さらなる機能分化を推進。

国は、都道府県における地域医療構想（ビジョン）策定のためのガイドラインを策定する（平成26年度～）。



(地域医療構想(ビジョン)の内容)

1. 2025年の医療需要
入院・外来別・疾患別患者数 等
2. 2025年に目指すべき医療提供体制
・二次医療圏等（在宅医療・地域包括ケアについては市町村）ごとの医療機能別の必要量
3. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策
例) 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、医療従事者の確保・養成等

医療機関が報告する医療機能

◎ 各医療機関(有床診療所を含む。)は病棟単位で(※)、以下の医療機能について、「現状」と「今後の方向」を、都道府県に報告する。

※ 医療資源の効果的かつ効率的な活用を図る観点から医療機関内でも機能分化を推進するため、「報告は病棟単位を基本とする」とされている(「一般病床の機能分化の推進についての整理」(平成24年6月急性期医療に関する作業グループ)。

◎ 医療機能の名称及び内容は以下のとおりとする。

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)。
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

(注) 一般病床及び療養病床について、上記の医療機能及び提供する医療の具体的内容に関する項目を報告することとする。

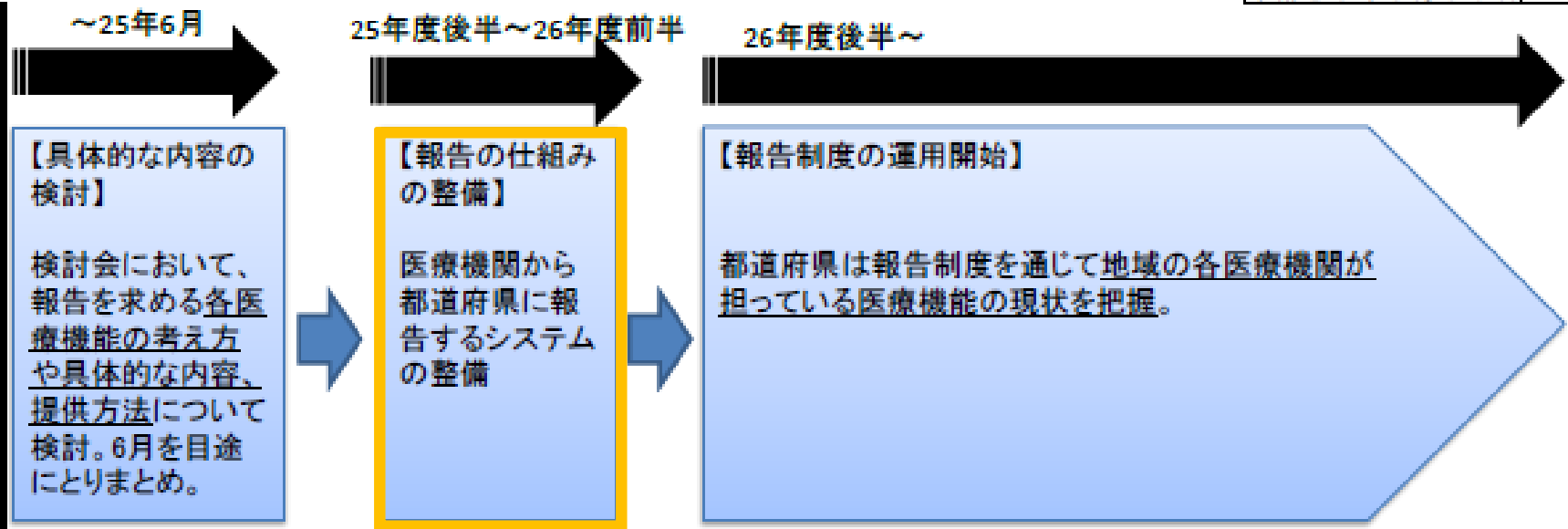
◎ 病棟が担う機能を上記の中からいずれか1つ選択して、報告することとするが、実際の病棟には、様々な病期の患者が入院していることから、提供している医療の内容が明らかとなるように具体的な報告事項を検討する。

◎ 医療機能を選択する際の判断基準は、病棟単位の医療の情報が不足している現段階では具体的な数値等を示すことは困難であるため、報告制度導入当初は、医療機関が、上記の各医療機能の定性的な基準を参考に医療機能を選択し、都道府県に報告することとする。

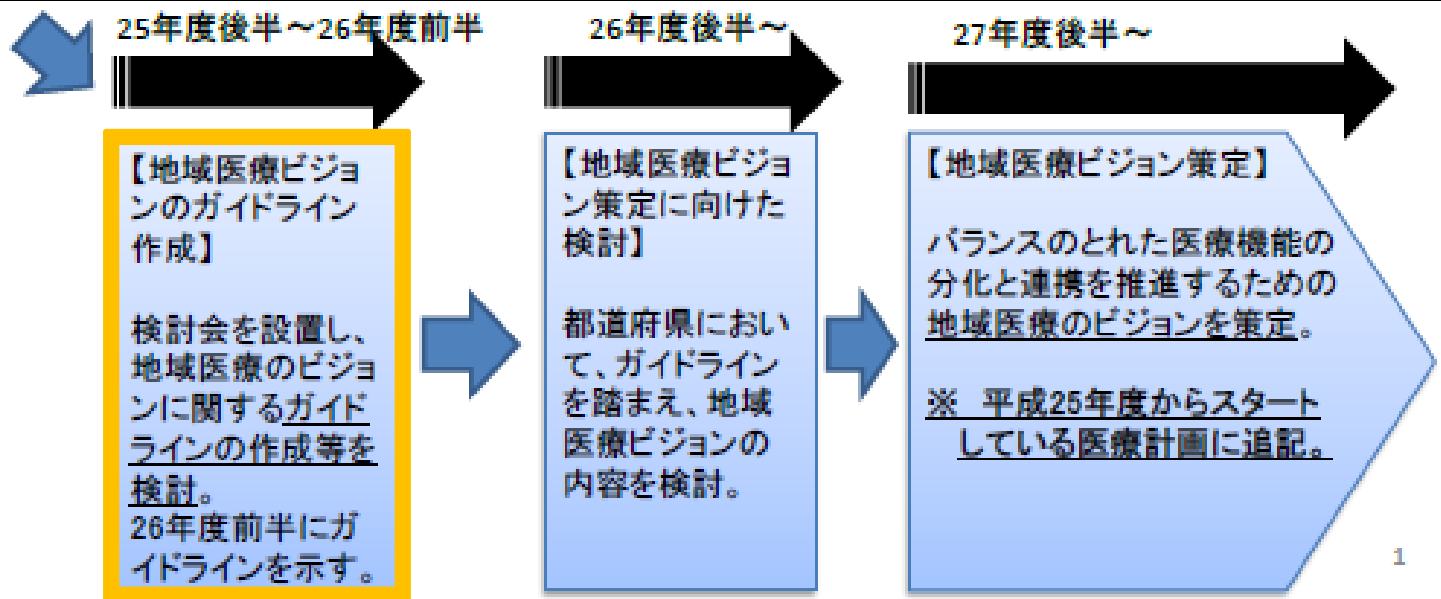
報告制度の導入と地域医療ビジョン策定までの流れ

第6回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
 平成25年5月30日
 参考資料

報告制度



地域医療ビジョン



病床機能報告制度と地域医療ビジョン

- 報告項目

- 人員配置・医療機器等

- 医療機関が看護職数などの人員配置や医療機器などの設備について、厚労省が整備するサーバーへ送る項目（病棟単位23項目、病院単位22項目）

- 手術・処置件数等

- 手術件数や処置件数など、提供している医療の内容を「レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）」を活用して自動的に集計する項目（81項目）

- 地域医療構想（ビジョン）

- 病床機能の「今後の方向」は6年後の方向性
 - 「地域医療構想（ビジョン）のためのガイドラインを策定する検討会」で議論

報告項目(案)(未定稿)

※原則としていずれの機能を選択しても、以下の全ての項目について報告することとする。

●: 概ね外科のみで実施され则认为される項目

☆: 医療計画において示されている指標例に類すると考えられる項目

#: 構造設備・人員配置等に関する項目のうち、有床診療所からの報告を求めるもの

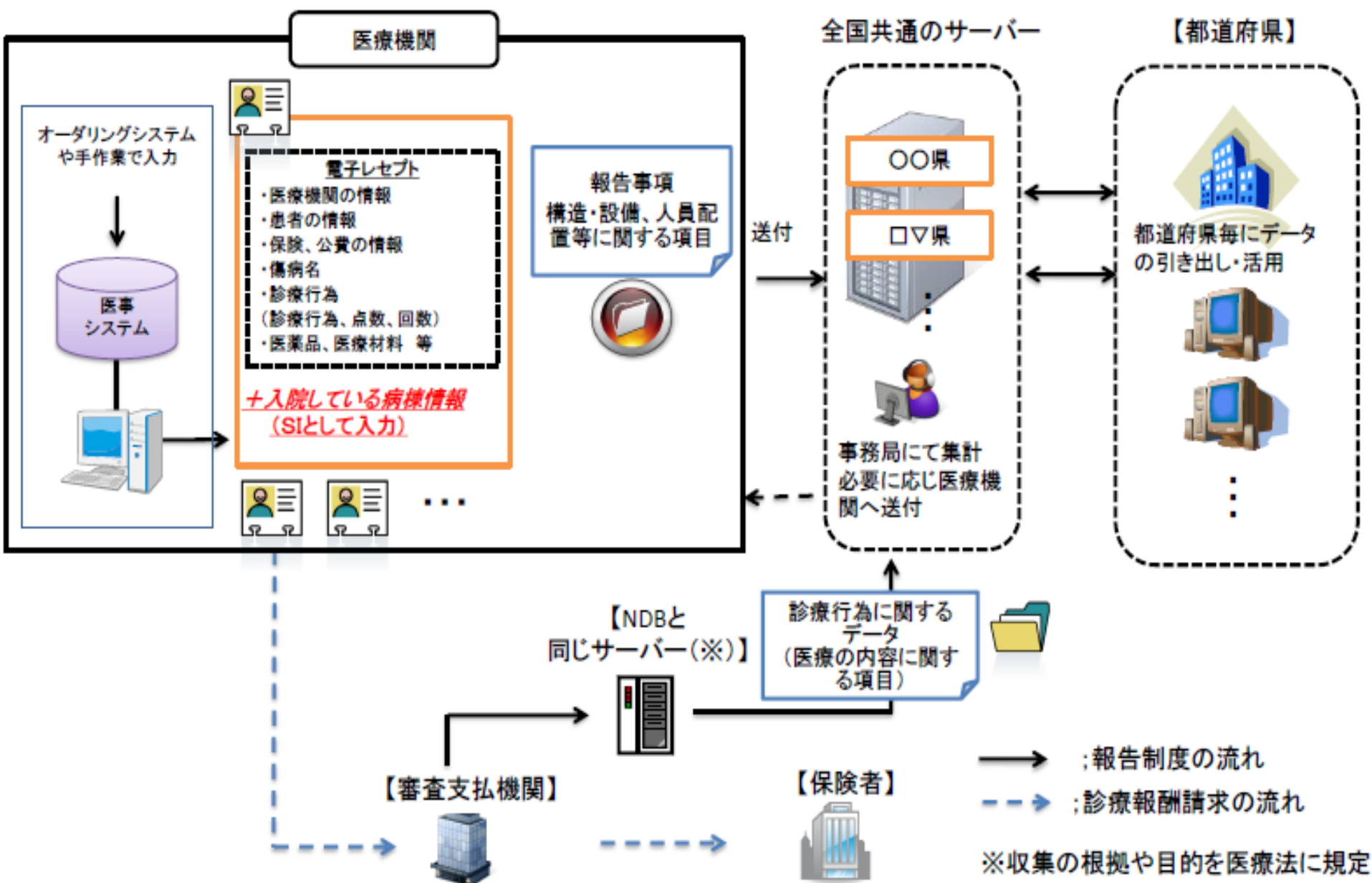
△: 前回の資料からの変更点

第12回病院機能情報の調査・調査の具体的なあり方に関する検討会	資料2
平成26年7月24日	

担う役割	具体的な項目	病院単位で報告を 求める項目		備考	
			レセプト を活用		
医療機能	# 現在の機能、将来時点の機能の予定	○			
(1) 構造設備・人員配置等に関する項目					
病床数・人員配置・機能など	# 許可病床数(療養病床の場合そのうち介護療養病床の数)	○			
	# 稼働病床数(療養病床の場合そのうち介護療養病床の数)	○			
	# 一般病床、療養病床の別	○			
	# 医療法上の経過措置に該当する病床数	○			
	# 看護師数、准看護師数、看護補助者数、助産師数	○		○	傾斜配置も含め病床毎の配置を記載する。また、外来、手術室も別途記載する
	理学療法士数、作業療法士数、言語聴覚士数、薬剤師数、臨床工学技士	○		○	病床単位も記載する
	# 主とする診療科	○			一つの病棟を複数の診療科で活用することを基本とする場合の選択肢を設ける
	算定する入院基本料・特定入院料	○	(○)		
	DPC群			○	
	在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院の届出の有無			○	
	上記届出を行っている場合、医療機関以外での看取り数、医療機関での看取り数			○	介護老人保健施設等の入所施設は医療機関以外に含む
	* 二次救急医療施設、救急告示病院の有無			○	
	64列以上のCT			○	
	16列以上64列未満のCT			○	
	16列未満のCT			○	
	3T以上のMRI			○	
	1.5T以上3T未満のMRI			○	
	1.5T未満のMRI			○	

病床機能報告制度における集計等の作業について

別添2



病床機能報告制度に基づく病床配分の適正化(私案)

情報公開

全国平均

高度急性期

・ 対象医療行為 200件/100床/日

一般急性期

・ 対象医療行為 400件/100床/日

回復期

・ 対象医療行為 300件/100床/日

慢性期

・ 対象医療行為 100件/100床/日

医療圏平均

高度急性期

・ 対象医療行為 100件/100床/日

一般急性期

・ 対象医療行為 200件/100床/日

回復期

・ 対象医療行為 400件/100床/日

慢性期

・ 対象医療行為 200件/100床/日

〇〇病院

高度急性期

・ 対象医療行為 10件/100床/日

一般急性期

・ 対象医療行為 150件/100床/日

回復期

・ 対象医療行為 500件/100床/日

慢性期

・ 対象医療行為 300件/100床/日



病床区分ごとの基準病床数

- 社会保障審議会医療部会(部会長:永井良三・自治医科大学学長)2013年10月4日
- 1案
 - 新しい病床機能の定義を、次期医療法改正に盛り込んだ上で、現行の基準病床数(一般病床、療養病床を含む)に基づく新規開設、増床の許可に係る仕組みを適用する
- 2案
 - 医療法上の定義は変えないものの、病床機能報告制度の中で定量的な基準を設けて、著しい偏りがあるなどの場合、都道府県が一定の範囲内で補正できる仕組みを取り入れる。
-

病床区分ごとの基準病床数案に反対相次ぐ

- **日本病院会副会長 相沢孝夫氏**
 - 「医療機関が必要な連携をしつつ、自主的に機能分化が進めるのが前提のはず。2つ目の案で、(病床数適正化に向けて)『誘導』との表現があるが、強制的に進めるようにしか見えない」。
- **日本医師会副会長 中川俊男氏**
 - 1案について「病床基準数を法律で定めるというのは硬直的な案。5年後、10年後、何があるか分からず、柔軟に地域の医療機関が決められるようにすべき」、2案についても、基準を定める方向性に不満を示した。
- **全国自治体病院協議会会長 辺見公雄氏**
 - 「公的病院では、自主的なベッド削減をほとんどやっている。民間病院も経営の必要があり、上が決めなくても、ふさわしい医療をやっていく」
- **慶応義塾大学経営大学院教授の田中滋氏**
 - 「がちがちに基準を決めるのは良くない」

第3案(修正案)

- 修正案

- 地域医療ビジョンで定めた医療機能の必要量に収斂させていくため、医療機関相互の「協議の場」を設置
- 医療機関に対して、協議の場への参加と合意事項への協力などを努力義務とする案
- 合意を無視して、必要量に照らして過剰な医療機能の病床を増やそうとする、あるいは何らかの事情により、協議が機能不全になったなどの場合に、都道府県によるペナルティー的な対応を行う

- ペナルティー案

- ①医療機関名の公表、②各種補助金の交付対象や福祉医療機構による融資対象からの除外、③地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認の取消



ムチ!

機能分化と連携を進める 医療機関に基金制度



アメ

- 2014年度予算政府案
 - 厚生労働省が「新たな財政支援制度」として検討を進めている基金制度に、約602億円を充てる
 - 地方の負担分を含めた基金の総額は約904億円
 - 機能分化・連携を進める医療機関への補助財源とするほか、現在は地域医療再生基金を活用して取り組む医療従事者の確保・養成を目的とする事業も補助対象とする予定
 - 地域包括ケアシステムの構築を推進する目的で、在宅医療・介護サービスの充実にも活用できるようにする方針

地域医療ビジョンの3つの課題

- ①医療圏見直し
- ②基準病床算定式見直し
- ③地域経営統合

①医療圏見直し

- 2次医療圏単位で「協議の場」の設定を想定
- **しかし現状の2次医療圏がそもそも妥当か？**
- 前回医療計画見直しの際、2次医療圏見直し（地方の小規模医療圏見直し）を行おうとしたが進まなかった経緯がある
- 2次医療圏見直し
 - 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
 - 87医療圏が対象、しかし実際には3県の医療圏しか見直されなかった

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

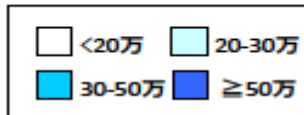
医療計画見直しの方向性

- ①医療圏見直し
 - 人口20万人未満、流出率20%以上、流入率20%未満
- 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

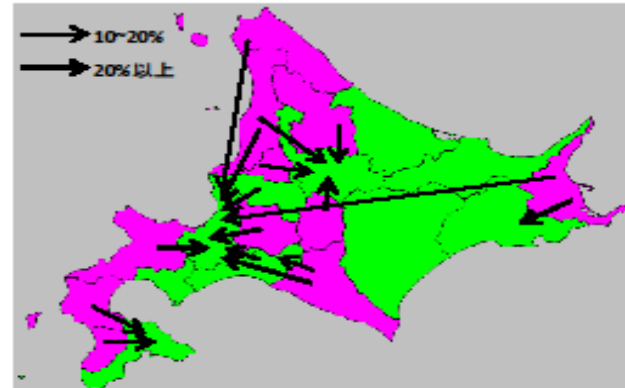
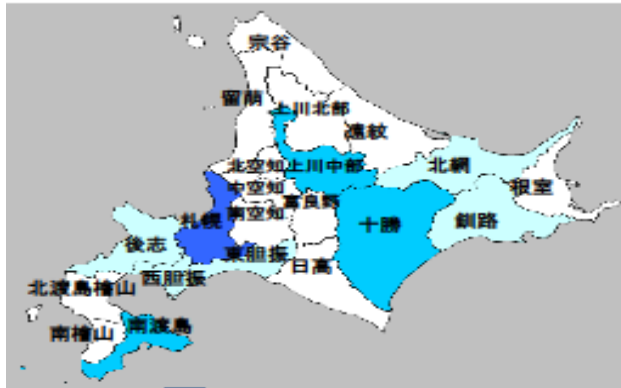
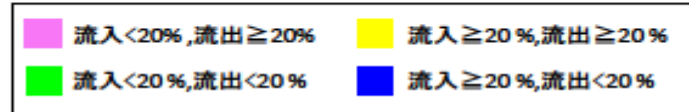
(北海道)

人口20万人未満、流出率20%以上、流入率20%未満

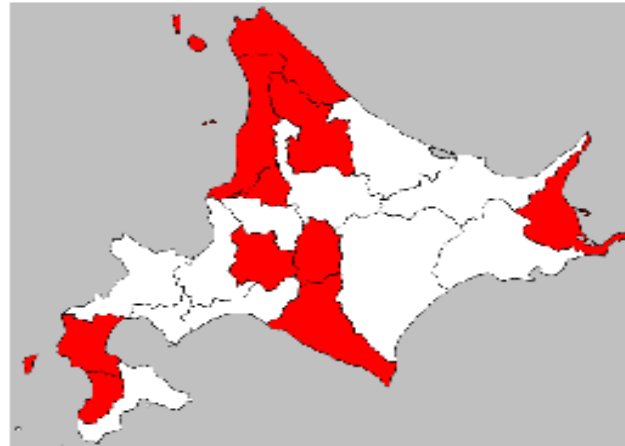
人口



流入出



■ 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



10医療圏が見直し対象となる
しかし、まったく見直しが
なされなかった！

(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)

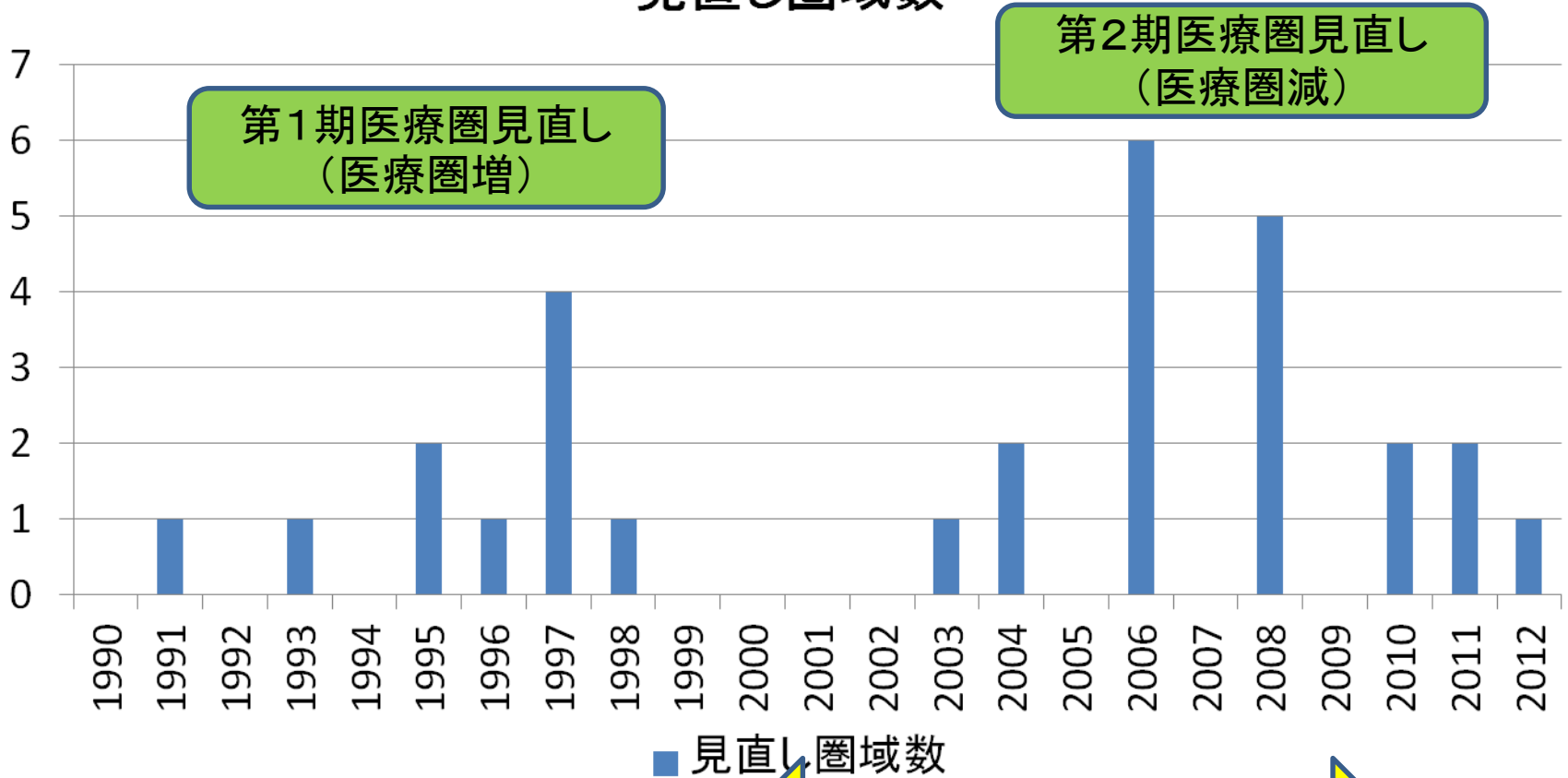
見直しをしない理由

～都道府県アンケート調査～

- 「見直す必要がない」(8府県、5府県は見直し対象圏域を含まない府県)
- 「(見直しの)メリットがない」(4県)
- 「医療資源の確保がより困難になる」(4県)
- 「(見直しの)時間がない」(2県)
- 「2次医療圏に関連づけられた拠点病院の指定などに影響が出る」(2県)
- 「地域医療再生基金など進行中の事業計画に影響が出る」(2県)
- 自由回答
 - 「見直しに伴い患者の利便性が低下するとの懸念から関係団体の理解が得られない」
 - 「地域特性を考えると医療圏の合併は医療サービスの低下を招く恐れがある」
 - 「医療圏の中核病院の維持・強化が必要」「現医療圏での課題に取り組み、患者の流入を解消することが住民に望まれている」

2次医療圏見直し圏域数の推移

見直し圏域数



第1期医療圏見直し
(医療圏増)

第2期医療圏見直し
(医療圏減)

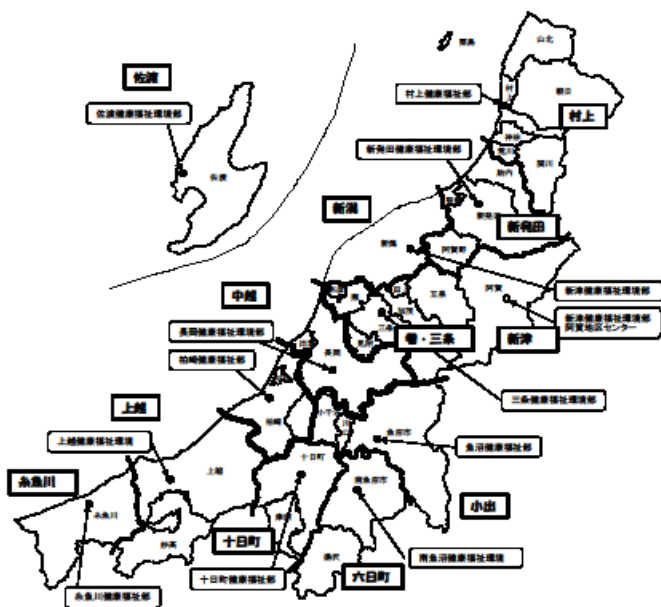
平成の市町村大合併
(1999~2010年)

地域医療再生資金(2009~2011年)

1985年医療法改正で
医療計画がスタート

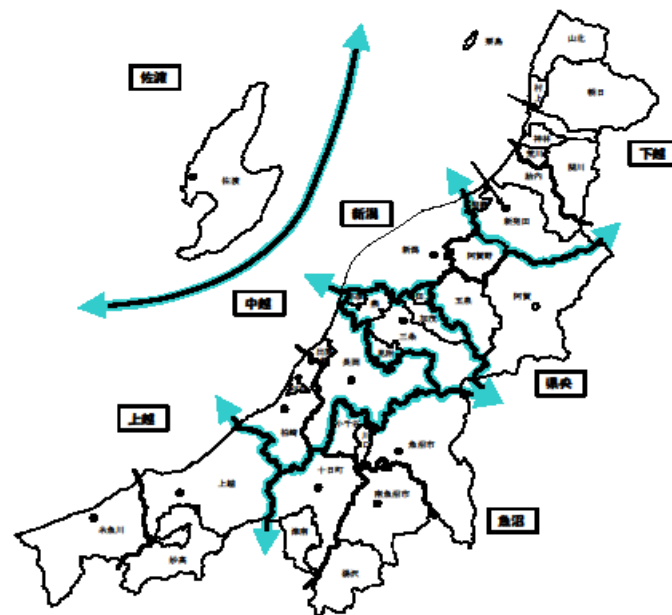
新潟県における二次医療圏見直し 13圏域(1987年)→7圏域(2006年)

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

2次医療圏見直しの課題

• 2次医療圏の再設定

– 人口規模が大きく、流入型の医療圏を中核として、医療圏を統合してはどうか？

- 新たな見直しコンセプトと基準を設定する

- キーワードは「集中！」

- 前回は人口規模の小さい医療圏の見直し

- これからは人口規模の大きい医療圏に周辺医療圏を統合する。このため中核医療圏を指定してはどうか？

- 中核医療圏の指定基準を作ってはどうか？

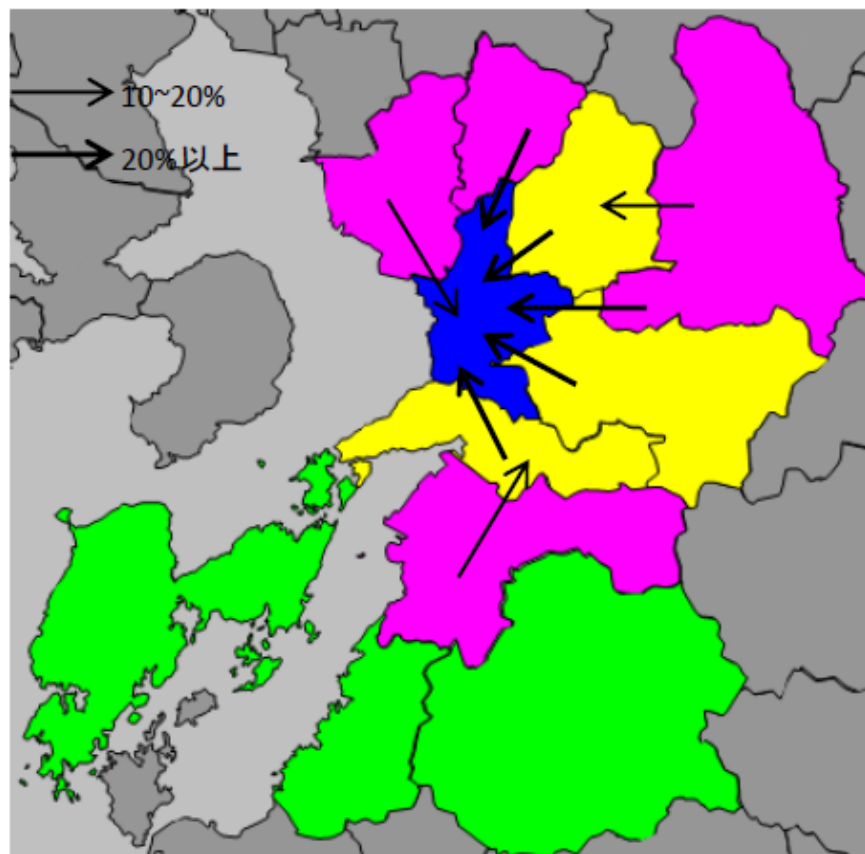
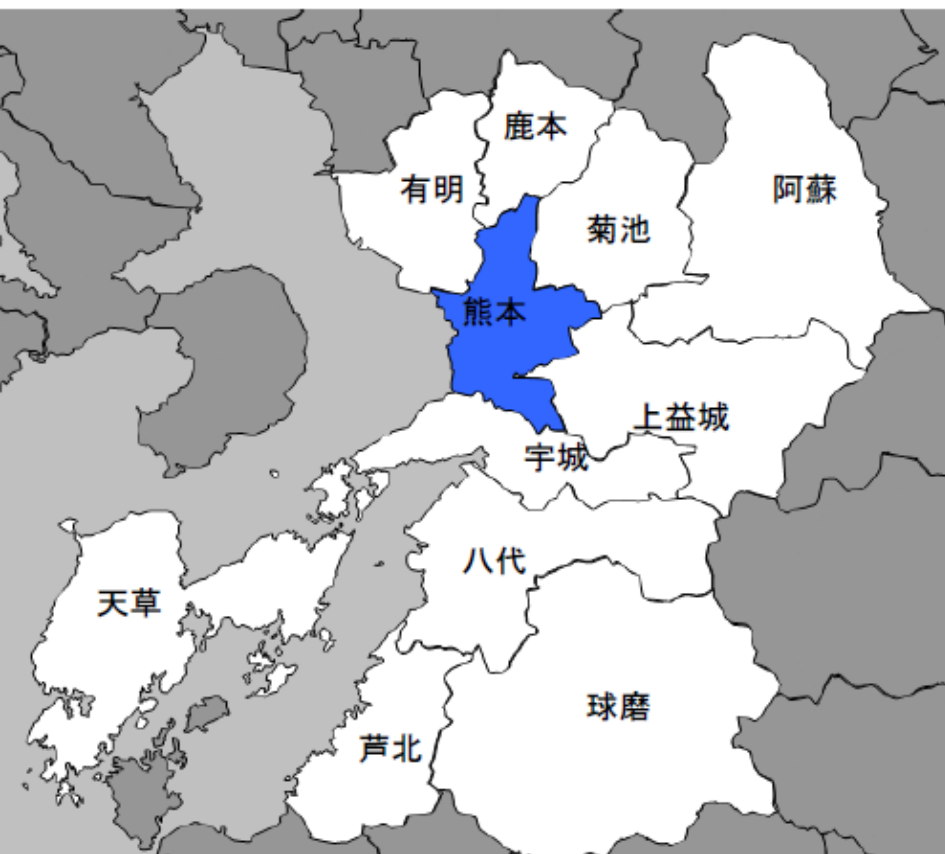
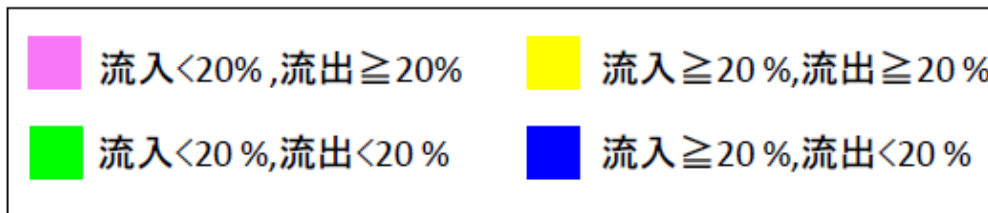
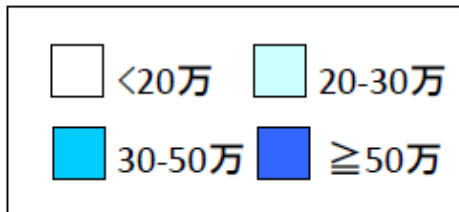
– 2次医療圏見直しを新たな基金で誘導してはどうか？

- 新たな基金による医療機能分化の適応要件と2次医療圏見直しをリンクさせる

人口

熊本県

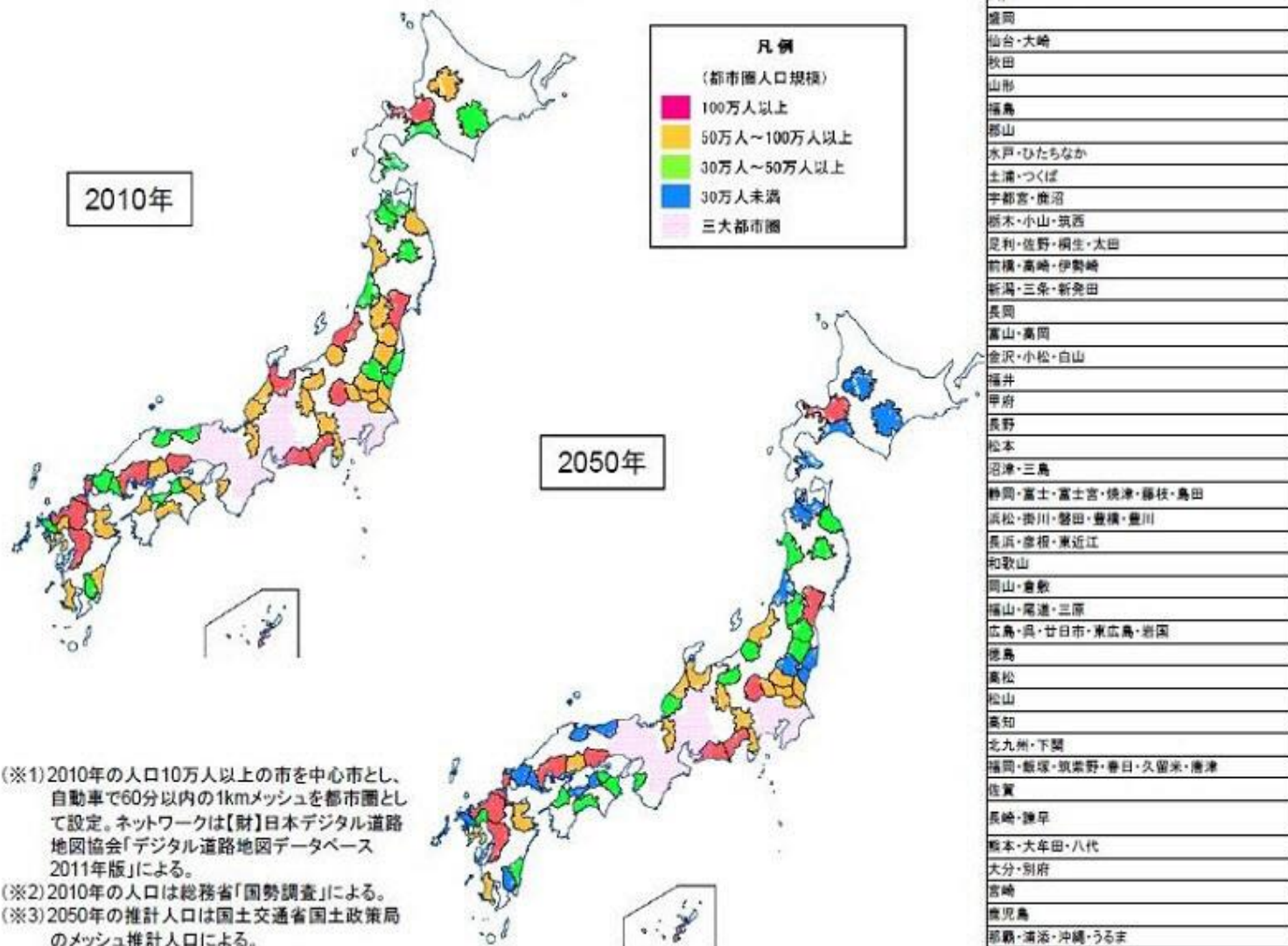
流入出



○30万人以上の都市圏※は、61(2010年)から43(2050年)へと激減。

※)三大都市圏を除く。

2010年に人口30万人以上の都市圏(三大都市圏を除く)の人口の変化



(※1) 2010年の人口10万人以上の市を中心市とし、自動車で60分以内の1kmメッシュを都市圏として設定。ネットワークは【財】日本デジタル道路地図協会「デジタル道路地図データベース2011年版」による。

(※2) 2010年の人口は総務省「国勢調査」による。

(※3) 2050年の推計人口は国土交通省国土政策局のメッシュ推計人口による。

大都市圏の医療圏見直し

- 大都市圏の医療圏見直し

- これから起きる都市部の高齢化には、大都市部の医療圏の見直しが必要
- 大都市は特に県境医療圏問題が大きい
- たとえば東京都およびその周辺県の医療圏の設定はどうすればよいのか？

東京都 二次保健医療圏



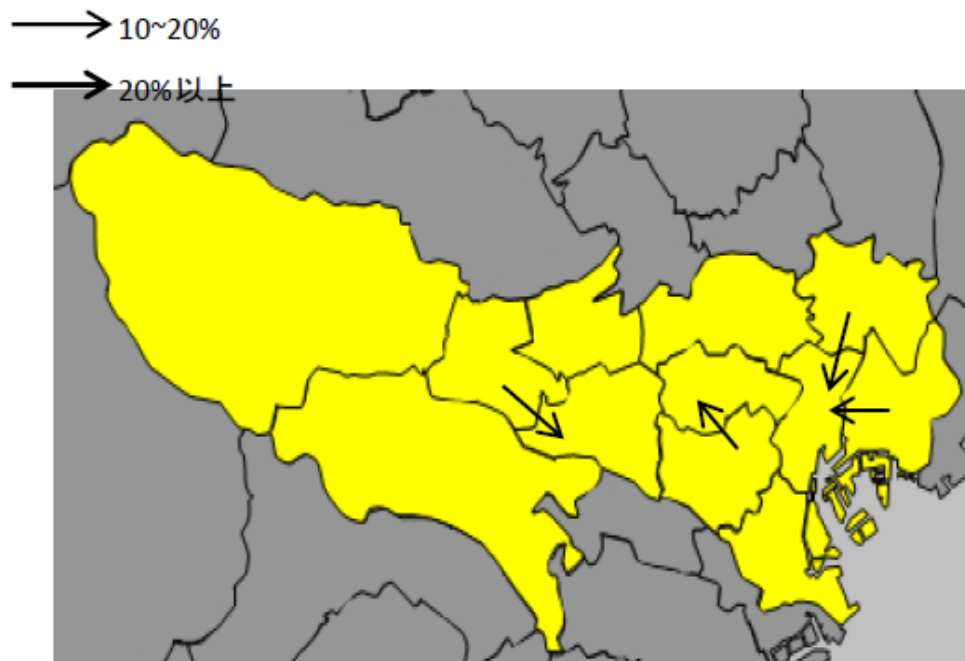
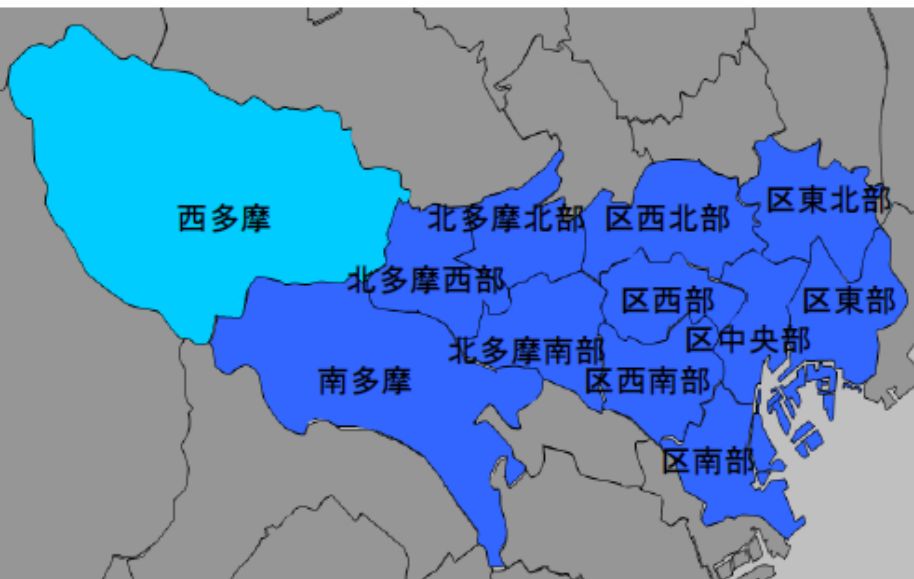
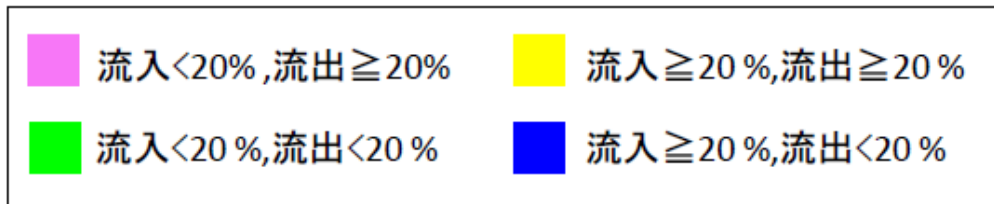
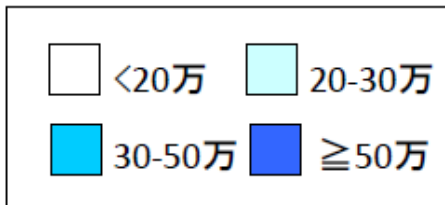
島しょ保健医療圏

大島町	利島村	新島村	神津島村	三宅村	御蔵島村	八丈町	青ヶ島村	小笠原村

人口

東京都

流入出



地域医療構想策定ガイドライン等 に関する検討会

- 地域医療構想における「構想区域」
 - 「地域における病床の機能分化及び連携を推進するための基準として厚生労働省令で定める基準に従い定める区域」
 - 医療法
 - 二次医療圏をベースとして考える
 - 入院医療を完結する圏域

地域医療構想策定ガイドライン等 に関する検討会

- 10月17日開催検討会（座長：遠藤久夫・学習院大学経済学部長）
- 「現状の2次医療圏は、さまざまな課題を持っているとはいえ、他に代わる有効なものがあるわけではないので、これをベースにし、4つの要素を勘案するという、厚労省の提案がおおむね認められたと思う」
- 「4つの要素」
 - (1)人口規模
 - (2)患者の受療行動（流出率・流入率）
 - (3)疾病構造の変化
 - (4)基幹病院までのアクセス時間等の変化



②基準病床見直し

基準病床数見直し

- 現状の基準病床数の計算式は分子に年齢階級別人口が入っている
- このため高齢化が進展すると、基準病床数がどんどん増えていく。
 - 前回医療計画見直しの際千葉県は3000病床増加した
- 社会保障と税一体改革では、2025年へむけて一般病床数は現状107万床から、放置すれば130万床になるところを103万床までしぼりこむとしている。
 - 基準病床数計算式の変更が必要

基準病床数制度について

病院・診療所の病床数については、各都道府県が地域で必要とされる「基準病床数」を全国统一の算定式により算定し、「既存病床数」が「基準病床数」を超える地域(病床過剰地域)では、病院開設・増床を許可しないこととなっている。

基準病床数

○ 都道府県は、以下の算定式に基づき基準病床数を設定する。

「一般病床の基準病床数」＝
((性別・年齢階級別人口)×(性別・年齢階級別退院率)
×(平均在院日数×0.9)+(流入入院患者)-(流出入院患者))÷病床利用率

「療養病床の基準病床数」＝
((性別・年齢階級別人口)×(性別・年齢階級別入院・入所需要率)-(介護施設(介護療養型医療施設を除く)等
で対応可能な数)+(流入入院患者)-(流出入院患者))÷病床利用率

- ただし、都道府県は、県外への流出患者数が県内への流入患者数を上回る場合、「(流出患者数-流入患者数)×1/3」を限度として基準病床数を加算することができる。
- さらに、都道府県は、以下に掲げる事情があるときは、厚生労働大臣に協議の上その同意を得た病床数を基準病床数に加算できる。
 - ◇ 急激な人口の増加が見込まれること
 - ◇ 特定の疾患に罹患する者が異常に多くなること
等

既存病床数

- 病院の一般病床及び療養病床
- 有床診療所の一般病床(平成19年1月1日以後に使用許可を受けたものに限る)及び療養病床
- 介護老人保健施設については、入所定員数に0.5を乗じた数を既存病床数に算定
(※経過措置により、現在は原則算定対象外)

※職域病院等の病床数の補正

職域病院等の病床は、部外者が利用している部分を除き、特定の患者のみが利用しているため、既存病床数には算入しない。

「職域病院等」

- ・重症心身障害児施設の病床
- ・バックベッドが確保されているICU病床
- ・国立ハンセン病療養所の病床 等

医療・介護サービスの需要と供給（必要ベッド数）の見込み

パターン1	平成23年度 (2011)	平成37(2025)年度			
		現状投影シナリオ	改革シナリオ		
			各ニーズの単純な病床換算	地域一般病床を創設	
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19～20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19～20日程度	【高度急性期】 22万床 70%程度 30万人/月 15～16日程度	【高度急性期】 18万床 70%程度 25万人/月 15～16日程度	
一般急性期	退院患者数 125万人/月	(参考) 急性 15日程度 高度急性 19～20日程度 一般急性 13～14日程度 亜急性期等 75日程度 亜急性期等57～58日程度 長期ケア 190日程度 ※推計値	【一般急性期】 46万床 70%程度 109万人/月 9日程度	【一般急性期】 35万床 70%程度 82万人/月 9日程度	【地域一般病床】 24万床 77%程度 19～20日程度
亜急性期・回復期リハ等		152万人/月	【亜急性期等】 35万床 90%程度 16万人/月 60日程度	【亜急性期等】 26万床 90%程度 12万人/月 60日程度	29万人/月
長期療養（慢性期）	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	28万床、91%程度 135日程度		
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度		
（入院小計）	166万床、80%程度 30～31日程度	202万床、80%程度 30～31日程度	159万床、81%程度 24日程度	159万床、81%程度 25日程度	
介護施設 特養 老健（老健＋介護療養）	92万人分 48万人分 44万人分	161万人分 86万人分 75万人分	131万人分 72万人分 59万人分		
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	52万人分 25万人分 27万人分	61万人分 24万人分 37万人分		

（注1）医療については「万床」はベッド数、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数、「人/月」は月当たりの退院患者数。介護については、利用者数を表示。

（注2）「地域一般病床」は、高度急性期の1/6と一般急性期及び亜急性期等の1/4で構成し、新規入退院が若干減少し平均在院日数が若干長めとなるものと、仮定。

ここでは、地域一般病床は、概ね人口5～7万人未満の自治体に暮らす者（今後2000～3000万人程度で推移）100人当たり1床程度の整備量を仮定。

必要病床数の算定

- 各都道府県別の医療・介護サービスの需要と供給(必要病床数)の2025年見込みが必要
- 見直した医療圏ごとの病床区分(在宅区分含む)ごとの必要量をNDBを基に算出することが必要
- 全国一律の算定式で対応できるか？

基準病床数制度の算定式(一般病床及び療養病床)の変遷

第一次医療法改正以前 (※病床規制の対象は公的医療機関等のみ)

「その他の病床」の必要病床数 = (一定の地域に含まれる各市町村別人口) × (各市町村の区分に応じて厚生大臣が定める数値)

第一次医療法改正(S60)(医療計画制度の創設)

「その他の病床」の必要病床数 = ((性別・年齢階級別人口) × (性別・年齢階級別入院受療率) + (流入入院患者) - (流出入院患者)) ÷ 病床利用率

第四次医療法改正(H12) (「その他の病床」を一般病床と療養病床に区分)

「一般病床+療養病床」の基準病床数(*) = ((性別・年齢階級別人口) × (性別・年齢階級別入院受療率) + (流入入院患者) - (流出入院患者)) ÷ 病床利用率

* 病床種別の届出期間中(~H15.8.31)は、経過措置として、
「一般病床+療養病床」+「その他の病床(診療所の療養型病床群を含む)」の基準病床数

新算定式の導入(H18. 4. 1)

○ 一般病床の基準病床数 = ((性別・年齢階級別人口) × (性別・年齢階級別退院率) × (平均在院日数 × 0.9) + (流入入院患者) - (流出入院患者)) ÷ 病床利用率

○ 療養病床の基準病床数 = ((性別・年齢階級別人口) × (性別・年齢階級別入院・入所需要率) - (介護施設(介護療養型医療施設を除く)等に対応可能な数) + (流入入院患者) - (流出入院患者)) ÷ 病床利用率

2025年モデルにふさわしい算定式に変更
介護福祉、在宅等をも勘案した病床算定式

地域医療構想策定ガイドライン等 に関する検討会

- 10月17日開催検討会（座長：遠藤久夫・学習院大学経済学部長）
- 2025年の医療需要と病床の必要量の推計
 - 社会保障・税一体改革で2011年6月に行った推計の基本的考え方を基に、レセプトデータやDPCデータなどを活用して、推計を精緻化する方針でもほぼ合意
 - 厚労省は次回の10月31日の会議で、医療需要等の推計のたたき台を提示する予定だ。



③地域経営統合

国民の医療介護ニーズに適合した 提供体制改革への道筋 医療は競争よりも協調を

社会保障制度改革国民会議

2013年4月19日

慶應義塾大学商学部 権丈善一



なぜ、競争ではなく協調なのか

- 個々の経営体が競争する状況下では、機能の分化はおろか、仮に機能分化ができたとしても連携は困難——診療報酬によって利益誘導できる話ではない。
- 量的拡張を目指す時代には、競争は有効だった。
- しかし、量的には整備された段階でも、今までのような競争を続けていけば、囚人のジレンマ状況に陥って、みんなが辛い状態の均衡に陥る——いや、陥っている。

解決の方向性は

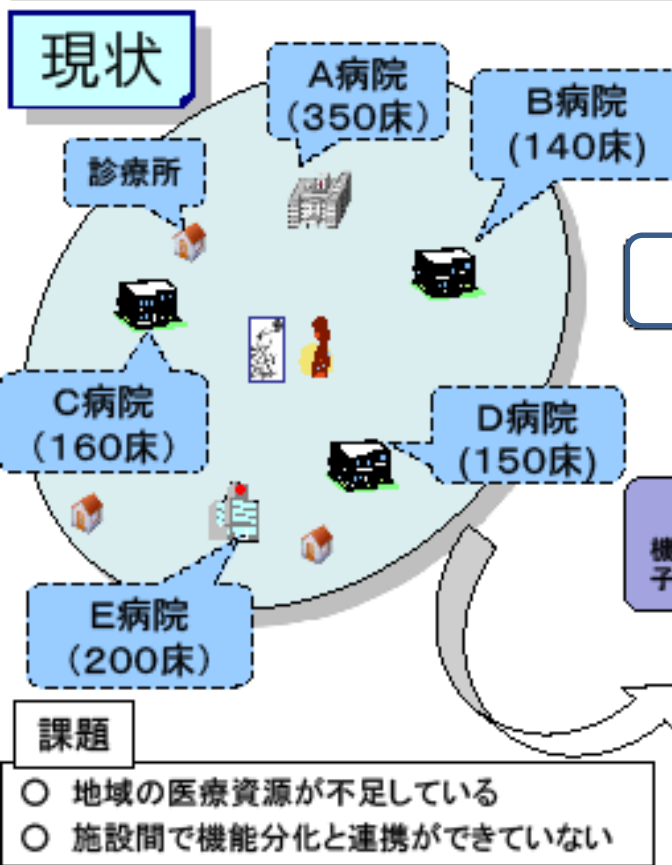
- 過当競争から病院経営を救う道は
- 非営利を厳正化して地域独占を許容
 - 高度急性期医療は、大学病院、国立病院、公的病院（日赤・済生会・共済・厚生連等）及び自治体病院が担っている場合が多い。これらの運営主体がそれぞれに独立したままで機能分担しようとしても、経営上の利害がぶつかるためうまくいかない。
 - このため、地域の中で、複数の病院がグループ化し、**病床や診療科の設定、医療機器の設置、人事、医療事務、仕入れ等を統合して行うことができる環境を作る。**

連携ネットワークから統合ネットワークへ

- 地域連携ネットワーク(現状)
 - 経営主体の異なる医療機関・介護福祉施設の連携
 - 医療計画における連携推進
 - 疾病別・事業別ネットワーク
- 地域統合ネットワーク(今後)
 - 経営主体の異なる医療機関、介護福祉事業体等を経営統合した事業体を形成→IHN
 - IHNとは
 - 50km~100Km医療圏に急性期病院、回復期リハ、慢性期病院、診療所、介護施設、在宅医療・介護
 - 売り上げ規模1000億~2000億円規模の統合ネットワーク
 - 保険者、物流、医療人材、情報の統合ネットワークを形成
 - 医療人材養成機関(大学)を併設あるいは連携

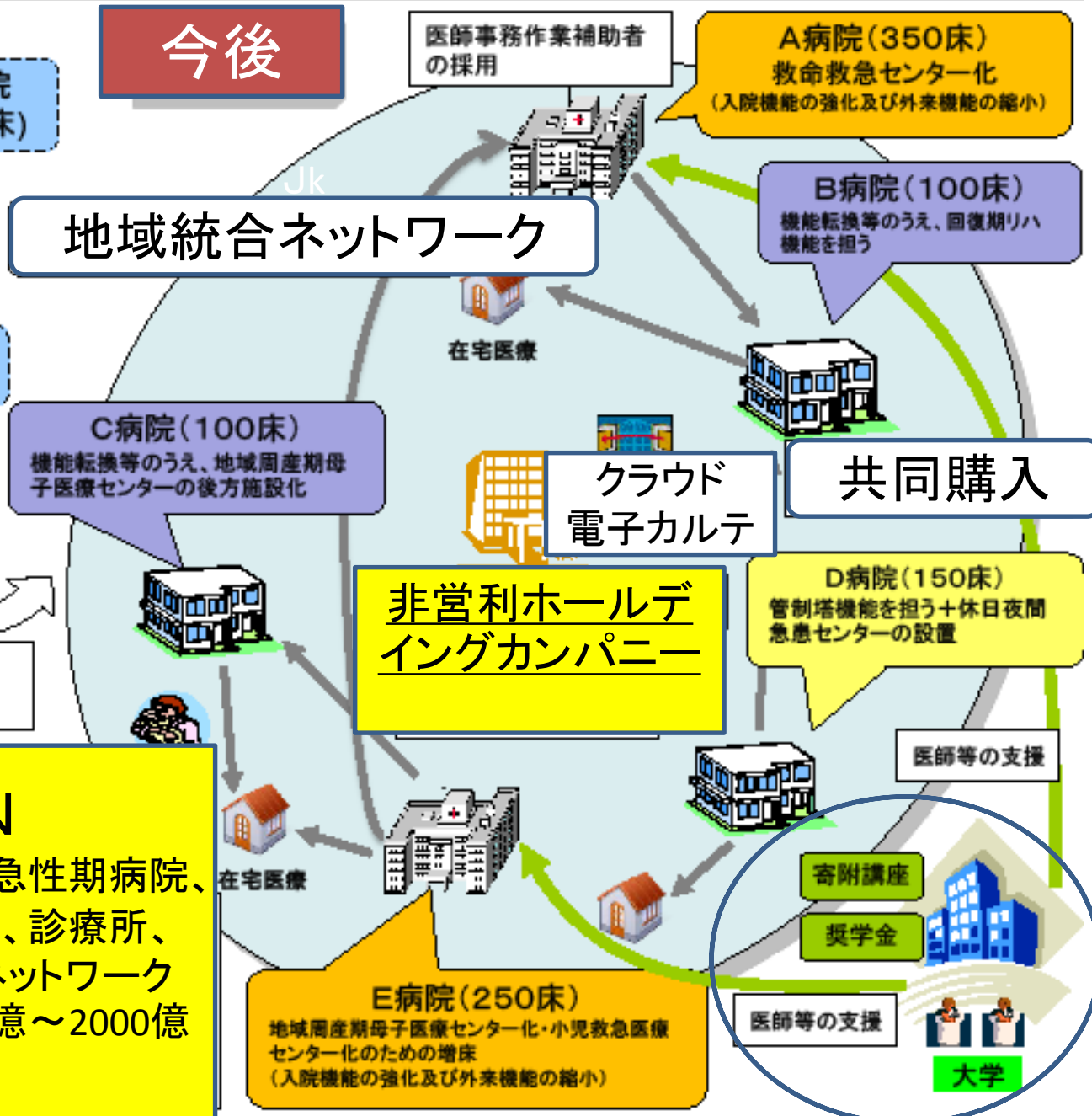
地域連携ネットワークから地域統合ネットワークへ

現状



今後

地域統合ネットワーク



日本版IHN

半径50Km~100Km 圏内に急性期病院、回復期リハ病院、慢性期病院、診療所、介護福祉施設、大学の統合ネットワーク (IHN) を形成、売り上げ1000億~2000億円規模

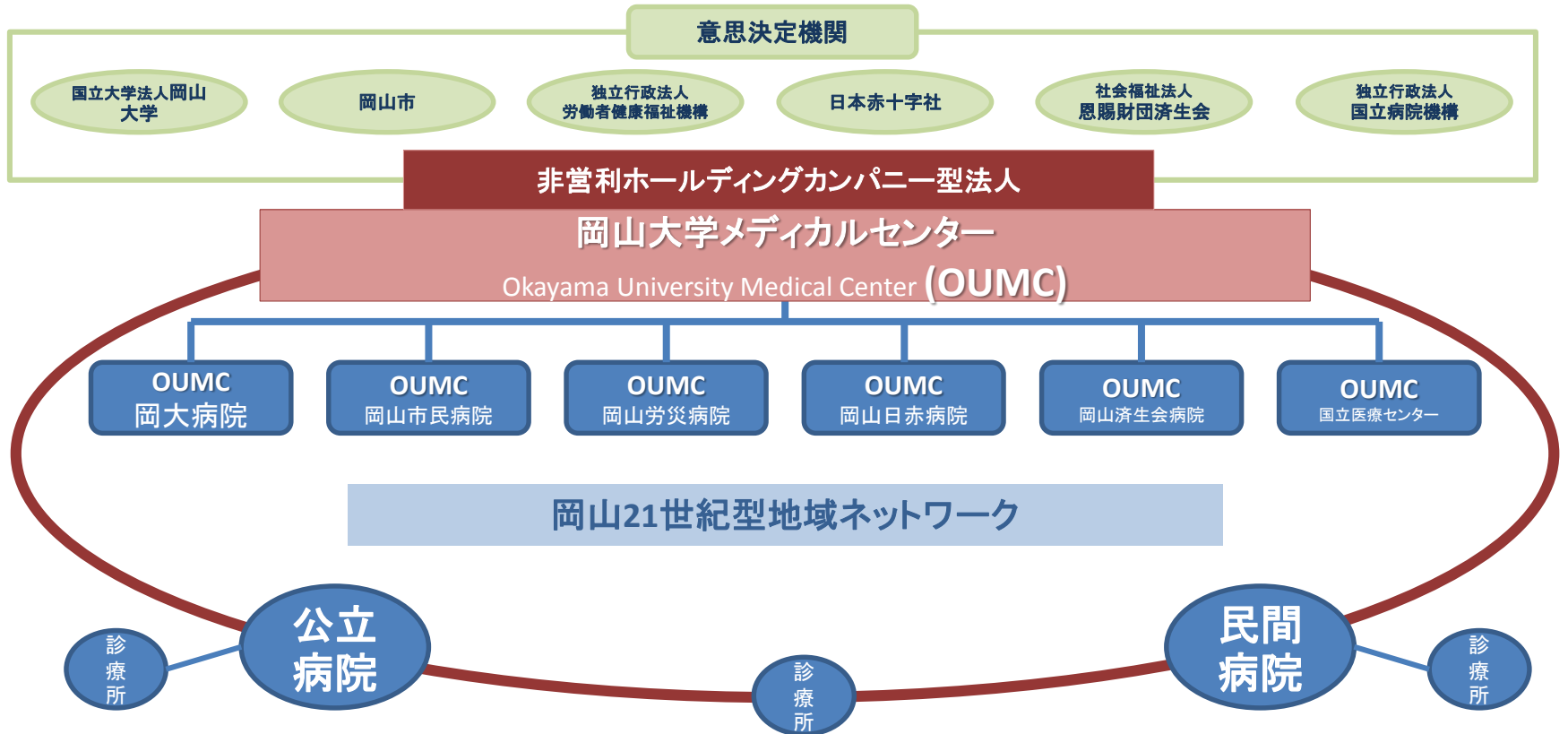


岡山大学メディカルセンター構想

～岡山における医療・福祉サービス提供体制の効率化と地域経済活性化の実現～

平成26年3月28日
岡山大学 森田 潔

(2) 岡山大学メディカルセンター構想の概要



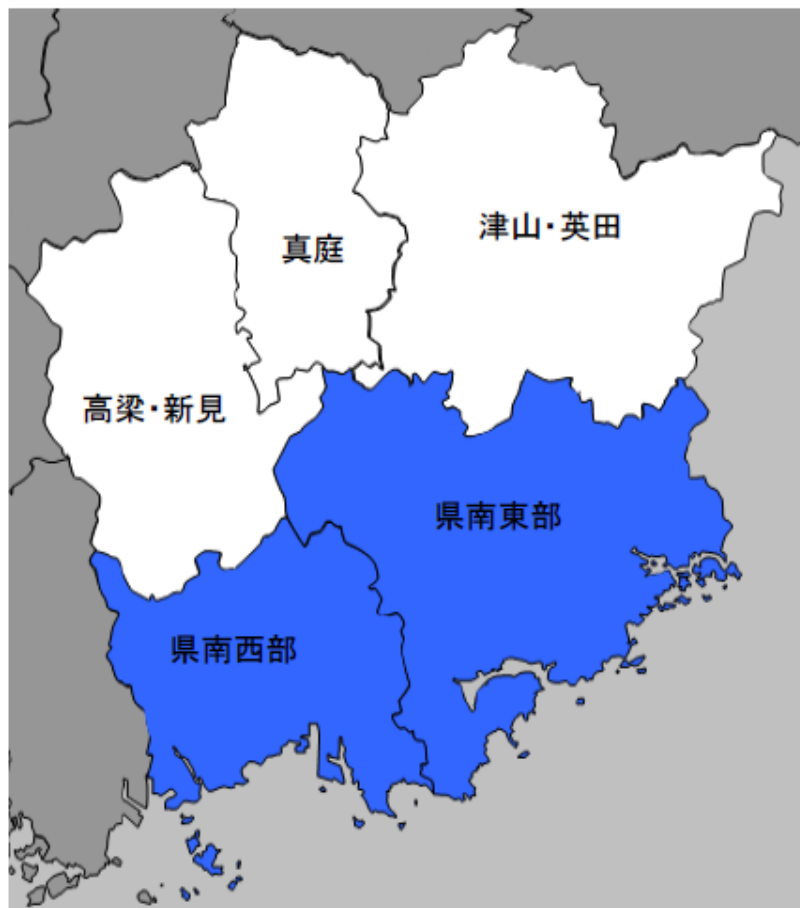
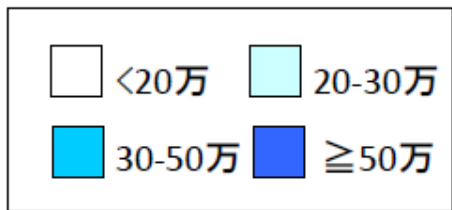
(3) 岡山大学メディカルセンター構想の期待される効果③

Okayama University Medical Center
(OUMC)

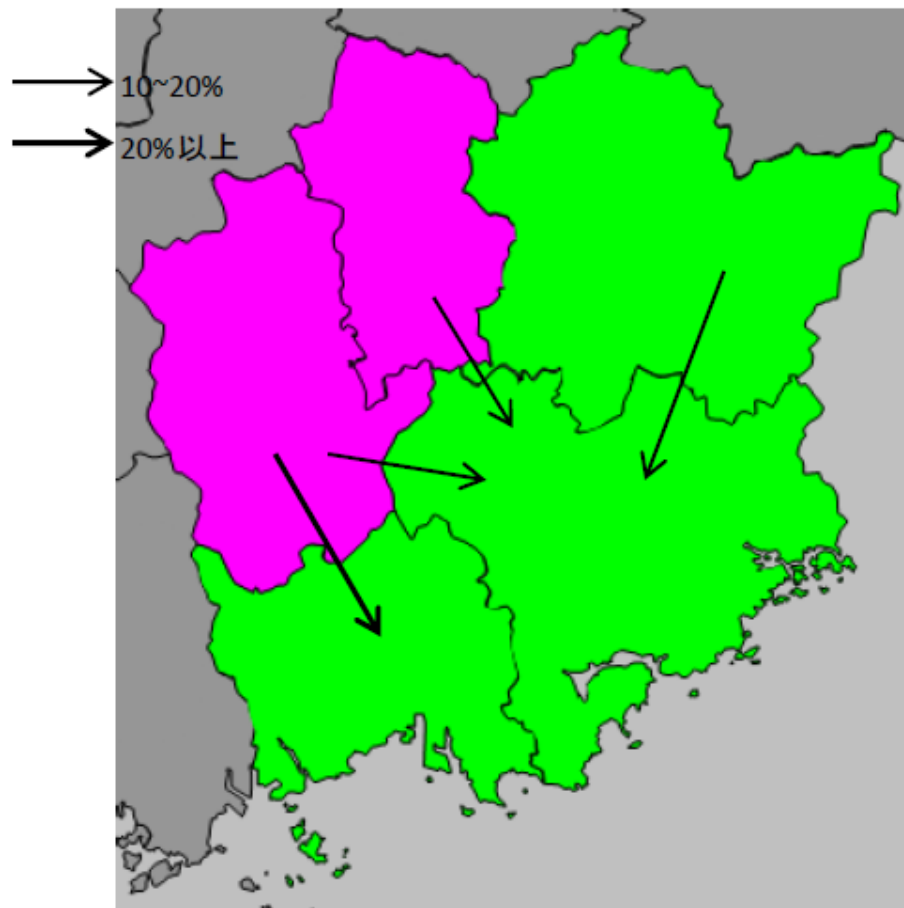
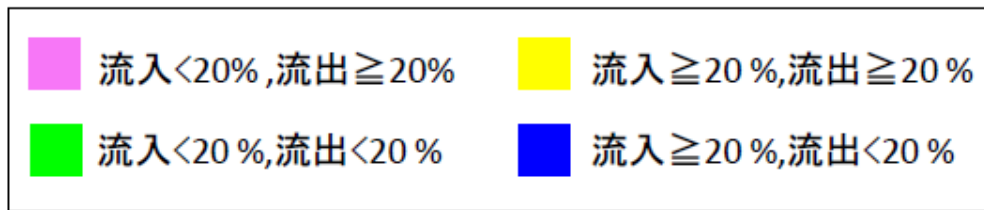
《医療産業都市を形成する》

- ✓ 県内外から患者を呼び込む。
 - * 集約による医療レベルの向上を通じて、県外からも患者を受け入れる。
 - * 内外からの患者吸引力が増大することで、宿泊施設などの県内周辺産業の需要増につながる。
 - * 来訪者の増加に加え、「医療」「健康」の地域イメージと、農水産物などの地域資源を組み合わせることで、様々な産業振興、経済活性化の可能性が生まれてくる。
- ✓ 医薬品や医療機器の研究開発の基盤を充実する。
 - * 症例集積が進むことで、医療の質の向上、治療成績の向上など、医療技術の向上に繋がるとともに、研究開発の基盤が充実する。（岡山大学病院は臨床研究中核病院に認定）
- ✓ 医療関連産業の集積。
 - * 全体で症例が蓄積し、研究開発機能が集約されることで、創薬ベンチャーを含めた医薬品産業、医療機器産業、資本の集積に繋がる。
- ✓ 日本の医療サービス輸出の拠点となる国内企業のアジア進出を後押しする。
 - * 岡山大学がミャンマーの医師育成に長年協力してきた実績を踏まえ、OUMCを基盤に東南アジア諸国の医療制度整備に貢献する。これまでに築いた人脈をソフトパワーとして、日本の医療サービスの輸出する拠点となる。

人口



流入出

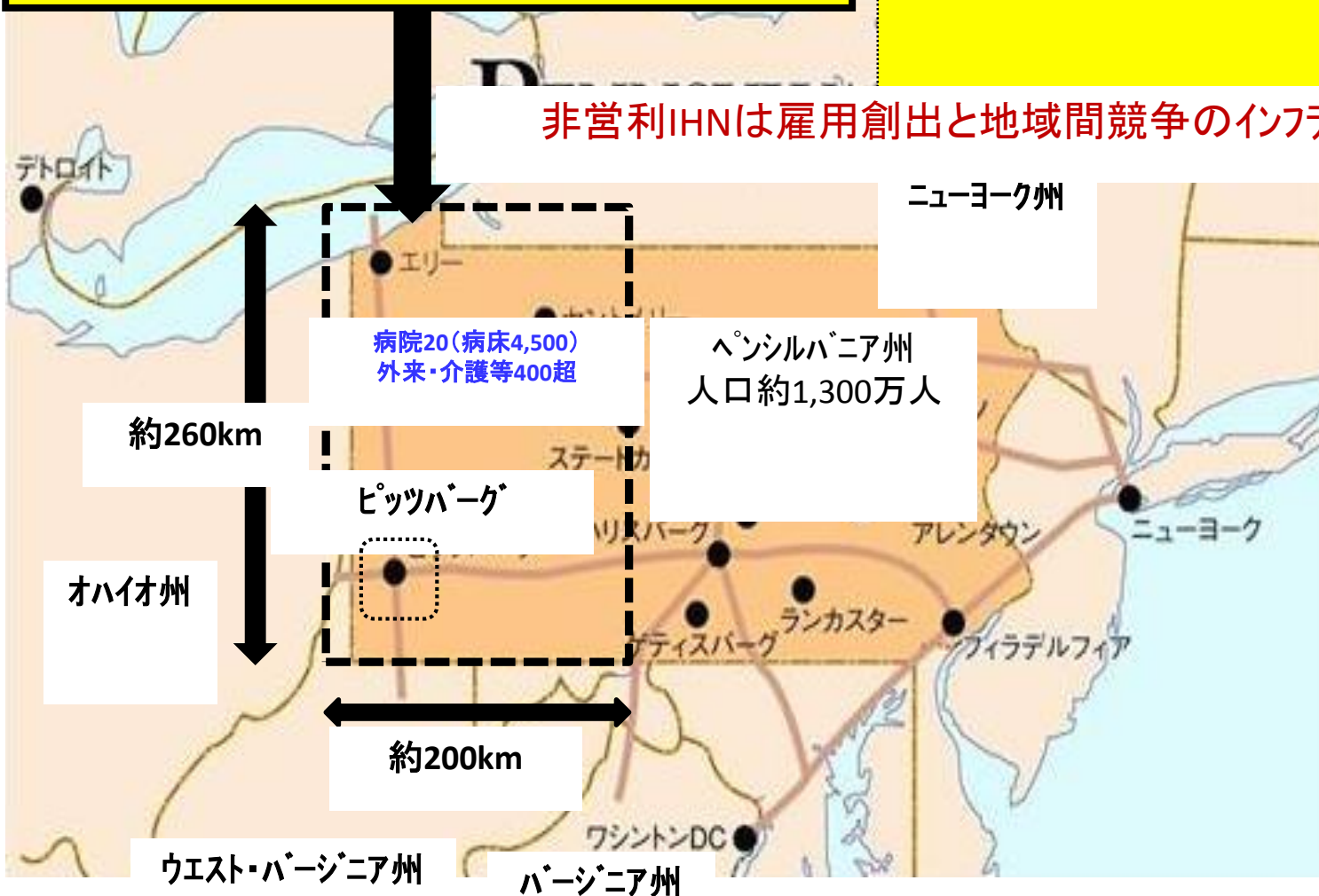


UPMCの病院医療市場シェア
ピッツバーグのあるアルゲニー郡で60%
同一医療圏にライバル非営利IHNが存在
⇒市場独占は独禁法に抵触

UPMCの医療圏(人口約400万人)

ピッツバーグ大学メディカルセンター(UPMC)

非営利IHNは雇用創出と地域間競争のインフラ



1986年創立、25年でMayo を追い抜いたUPMC

地域経営統合についても地域医療構想の中で積極的に位置づけるようにしてはどうか？

2025年へのロードマップ

診療報酬改定、介護報酬改定
医療計画と介護保険事業計画

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)

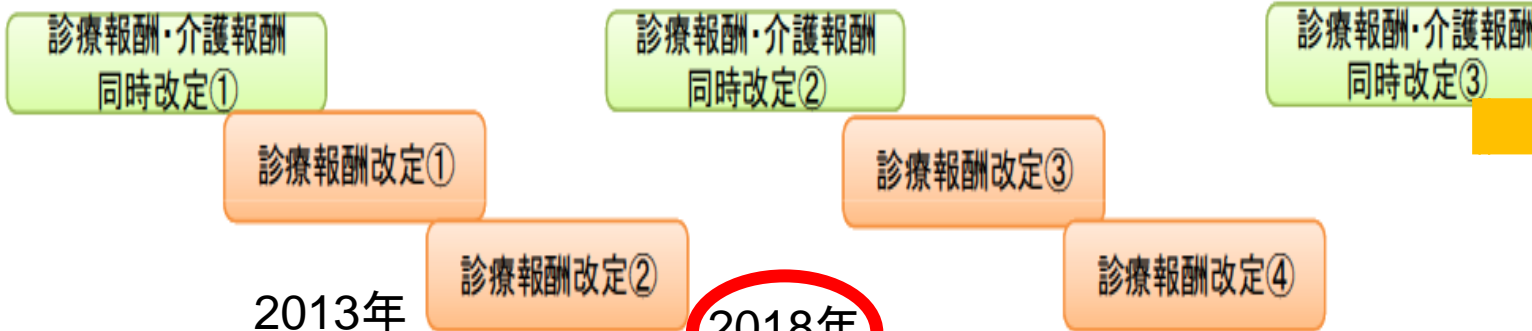
2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年



方向性

- ① 医療機関の機能の明確化と連携の強化
- ② 医療機関と在宅/介護施設との連携強化
- ③ 医療提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の構築

報酬改定



医療計画

医療計画

医療計画

医療計画

医療計画

介護保険事業計画

介護保険事業計画

介護保険事業計画

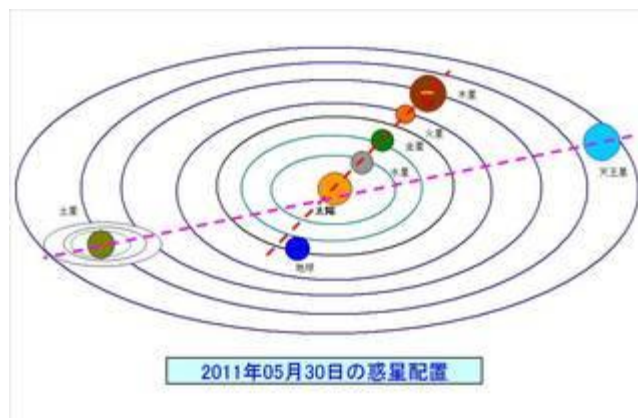
介護保険事業計画

介護保険事業計画

介護保険事業計画

介護保険事業計画

医療介護のあるべき姿



惑星直列をもう一度

- ・医療計画を6年にすることで介護保険事業計画とサイクルを合わせる
- ・介護保険改定を2年に1回あるいは診療報酬改定を3年に1回として毎回同時改定とする

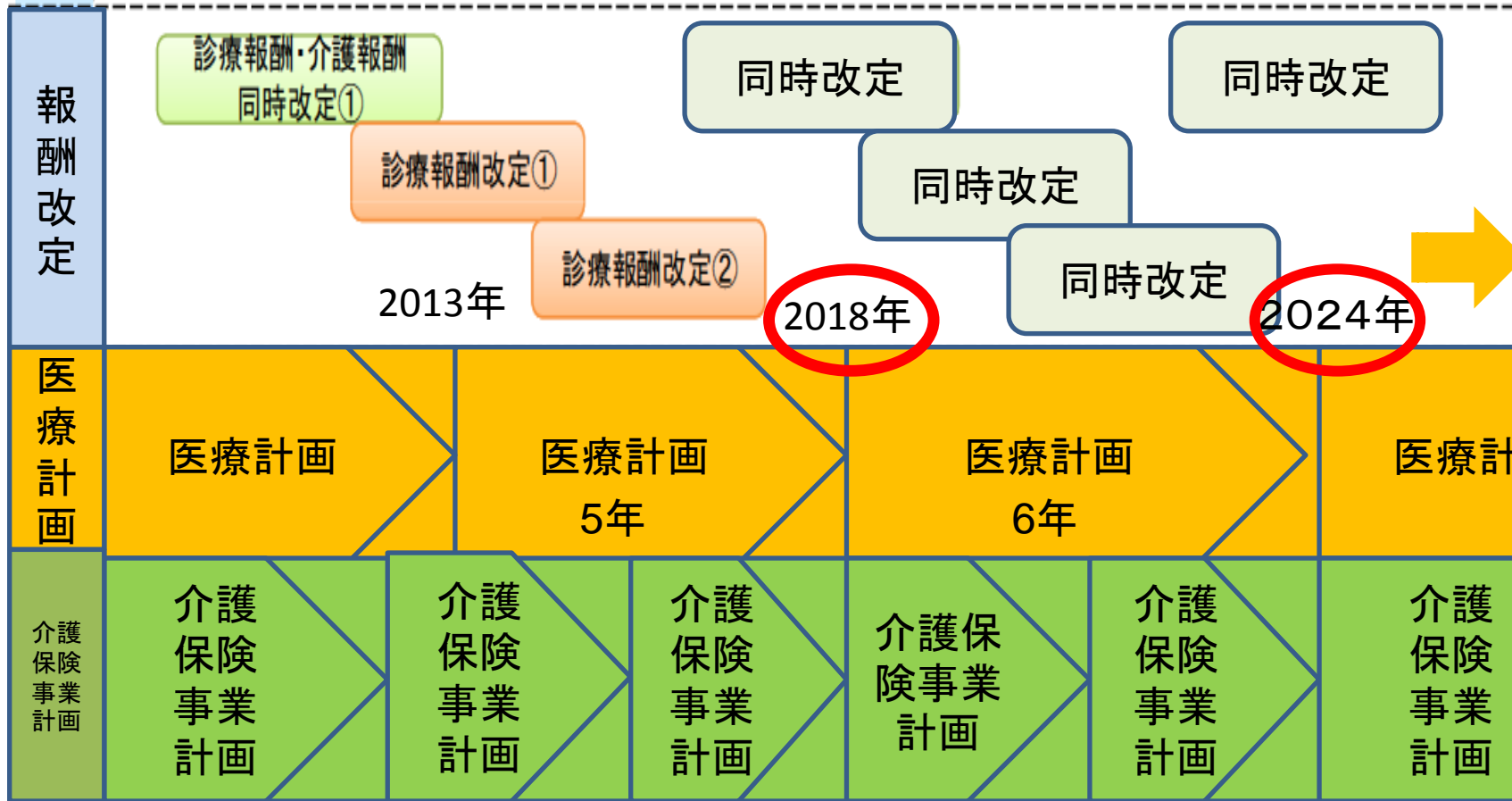
診療報酬における社会保障改革の実現に向けたスケジュール(粗いイメージ)

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

方向性

- ① 医療機関の機能の明確化と連携の強化
- ② 医療機関と在宅/介護施設との連携強化
- ③ 医療提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の構築

医療介護のあるべき姿



パート3

2014年診療報酬改定の影響 ～病床機能分化と連携～



2014年診療報酬改定の課題

病床機能分化と在宅医療

中医協調査専門組織
入院医療等調査・評価分科会

診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会

委員名簿

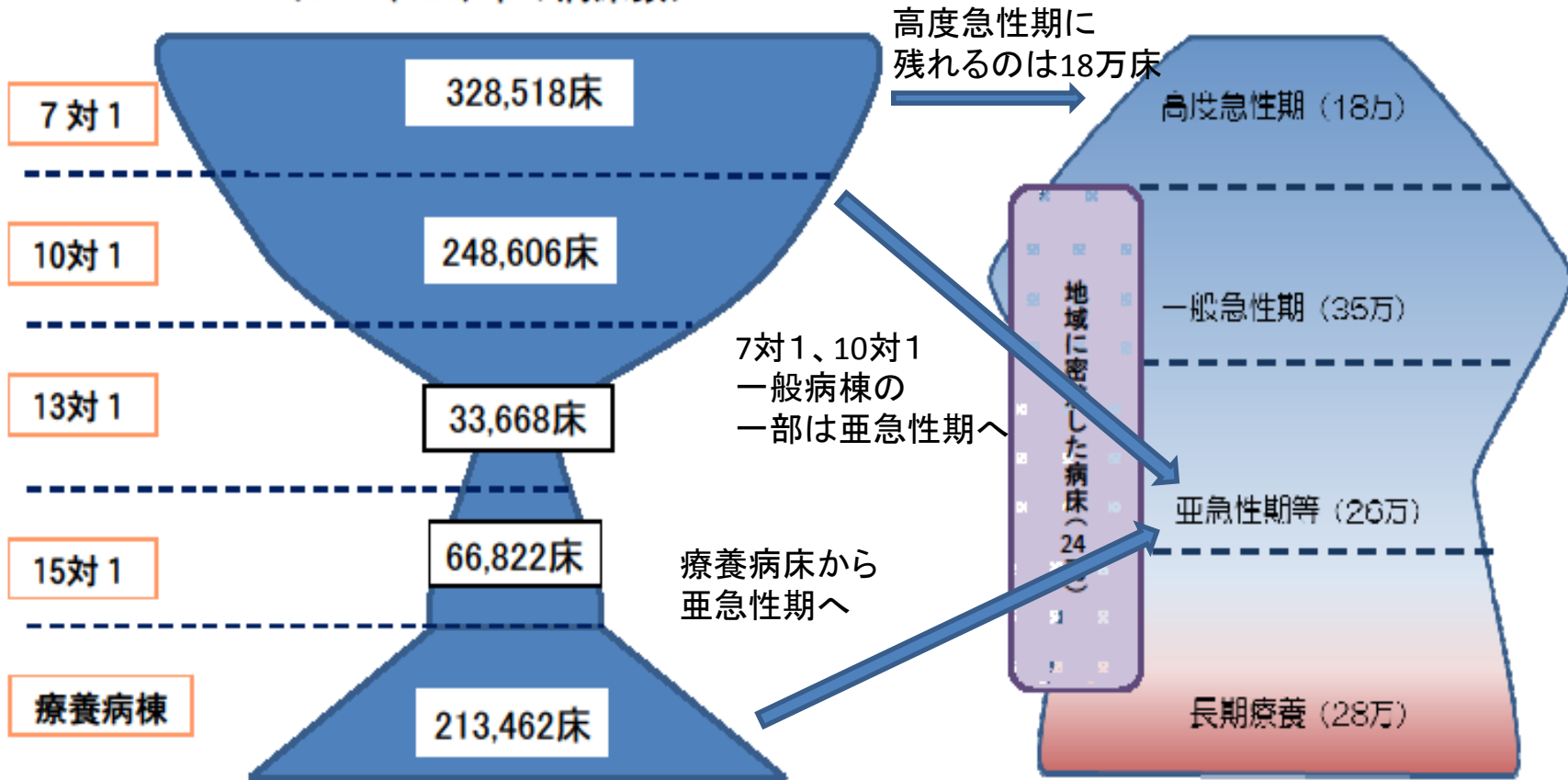
氏名	所属
あんどう ぶんえい 安藤 文英	医療法人西福岡病院 理事長
いけだ しゅんや 池田 俊也	国際医療福祉大学 薬学部 薬学科 教授
いしかわ ひろみ 石川 広己	社会医療法人社団千葉県勤労者医療協会 理事長
かつき すすむ 香月 進	福岡県 保健医療介護部 医監
かんの まさひろ 神野 正博	社会医療法人財団董仙会 理事長
こうち えいたろう 高智 英太郎	健康保険組合連合会 理事
さなぎ すすむ 佐柳 進	独立行政法人国立病院機構関門医療センター一病院長
しまもり よしこ 嶋森 好子	社団法人東京都看護協会 会長
たけひさ ようぞう 武久 洋三	医療法人平成博愛会 理事長
つつい たかこ 筒井 孝子	国立保健医療科学院 統括研究官
ふじもり けんじ 藤森 研司	北海道大学病院地域医療指導医支援センター一長
むとう まさき 武藤 正樹	国際医療福祉大学大学院 教授

○ : 分科会長

診療報酬による病床機能分化 ～ウィングラス型からヤクルト型へ～

<2010(H22)年の病床数>

<2025(H37)年のイメージ>



保険局医療課調べ

- 届出医療機関数で見ると10対1入院基本料が最も多いが、病床数で見ると7対1入院基本料が最も多く、2025年に向けた医療機能の再編の方向性とは形が異なっている。

入院医療等の調査・評価分科会

- (1) **一般病棟入院基本料**の見直しについての影響および慢性期入院医療の適切な評価の見直し
 - ①平均在院日数について
 - ②重症度・看護必要度の項目
 - ③その他の指標について
- (2) **亜急性期入院医療管理料**等の見直し
- (3) 医療提供体制が十分ではないものの、地域において自己完結する医療を提供している医療機関に配慮した評価の検討

7対1入院基本料のあり方

- 7対1入院基本料を算定している医療機関は、長期療養を提供することや、特定の領域に特化し標準化された短期間の医療を提供するのではなく、主に「複雑な病態をもつ急性期の患者に対し、高度な医療を提供すること」と考えられる。
- 7対1入院基本料を算定している医療機関のあり方を踏まえ、平均在院日数の算出において、治療や検査の方法等が標準化され、短期間で退院可能な手術や検査は平均在院日数の計算対象から外す
- 退院支援の強化と受け皿となる病棟の評価を検討することを前提に、特定除外制度については13対1・15対1と同様の取り扱いとする

7対1病床はどれくらい
削減されるだろうか？

当初は9万床と言っていたが...

その他指標

- 7対1入院基本料を算定している医療機関の診療実態を明らかにし、継続的に調査分析を行うためにDPCデータの提出を要件とすること
- 在宅復帰率75%
 - 退院支援の取り組みの評価としての在宅復帰率（自宅、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟、在宅復帰機能強化加算を届けている療養病床への退院）
- 早期リハ
 - 急性期病棟におけるADL低下や関節拘縮等の予防のための早期リハによる介入ができる体制を評価する指標

地域包括ケア病棟の新設

- 地域包括ケア病棟（亜急性期病棟）の機能
 - ①急性期病床からの患者受け入れ
 - 重症度・看護必要度
 - ②在宅等にいる患者の緊急時の受け入れ
 - 二次救急病院の指定や在宅療養支援病院の届け出
 - ③在宅への復帰支援
 - 在宅復帰率
- データ提出
 - 亜急性期病床の果たす機能を継続的に把握する必要性を踏まえ、提供されている医療内容に関するDPCデータの提出

地域包括ケアを支援する病棟の評価

▶ 急性期後の受入をはじめとする地域包括ケアシステムを支える病棟の充実が求められる。

(新)	地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1	2,558点	(60日まで)
	地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)2	2,058点	(60日まで)
	看護職員配置加算	150点	
	看護補助者配置加算	150点	
	救急・在宅等支援病床初期加算	150点	(14日まで)

[施設基準等]

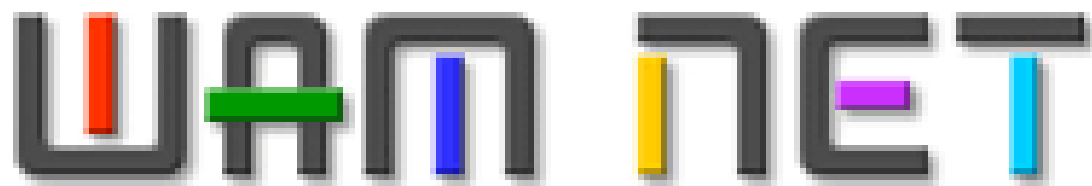
- ① 疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを届け出ていること
- ② 入院医療管理料は病室単位の評価とし、届出は許可病床200床未満の医療機関で1病棟に限る。
- ③ 療養病床については、1病棟に限り届出することができる。
- ④ 許可病床200床未満の医療機関にあっては、入院基本料の届出がなく、地域包括ケア病棟入院料のみの届出であっても差し支えない。
- ⑤ 看護配置13対1以上、専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士1人以上、専任の在宅復帰支援担当者1人以上
- ⑥ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者が10%以上
- ⑦ 以下のいずれかを満たすこと ア) 在宅療養支援病院、イ) 在宅療養後方支援病院(新設・後述)として年3件以上の受入実績、ウ) 二次救急医療施設、エ) 救急告示病院
- ⑧ データ提出加算の届出を行っていること
- ⑨ リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上提供していること。
- ⑩ 平成26年3月31日に10対1、13対1、15対1入院基本料を届け出ている病院は地域包括ケア病棟入院料を届け出ている期間中、7対1入院基本料を届け出ることはいできない。
- ⑪ 在宅復帰率7割以上 (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)
- ⑫ 1人あたりの居室面積が6.4㎡以上である (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)

看護職員配置加算:看護職員が最小必要人数に加えて50対1以上

看護補助者配置加算:看護補助者が25対1以上

救急・在宅等支援病床初期加算:他の急性期病棟(自院・他院を問わず)、介護施設、自宅等から入院または転棟してきた患者について算定

「地域包括ケア病棟」
リハは包括化された



福祉医療機構アンケート調査

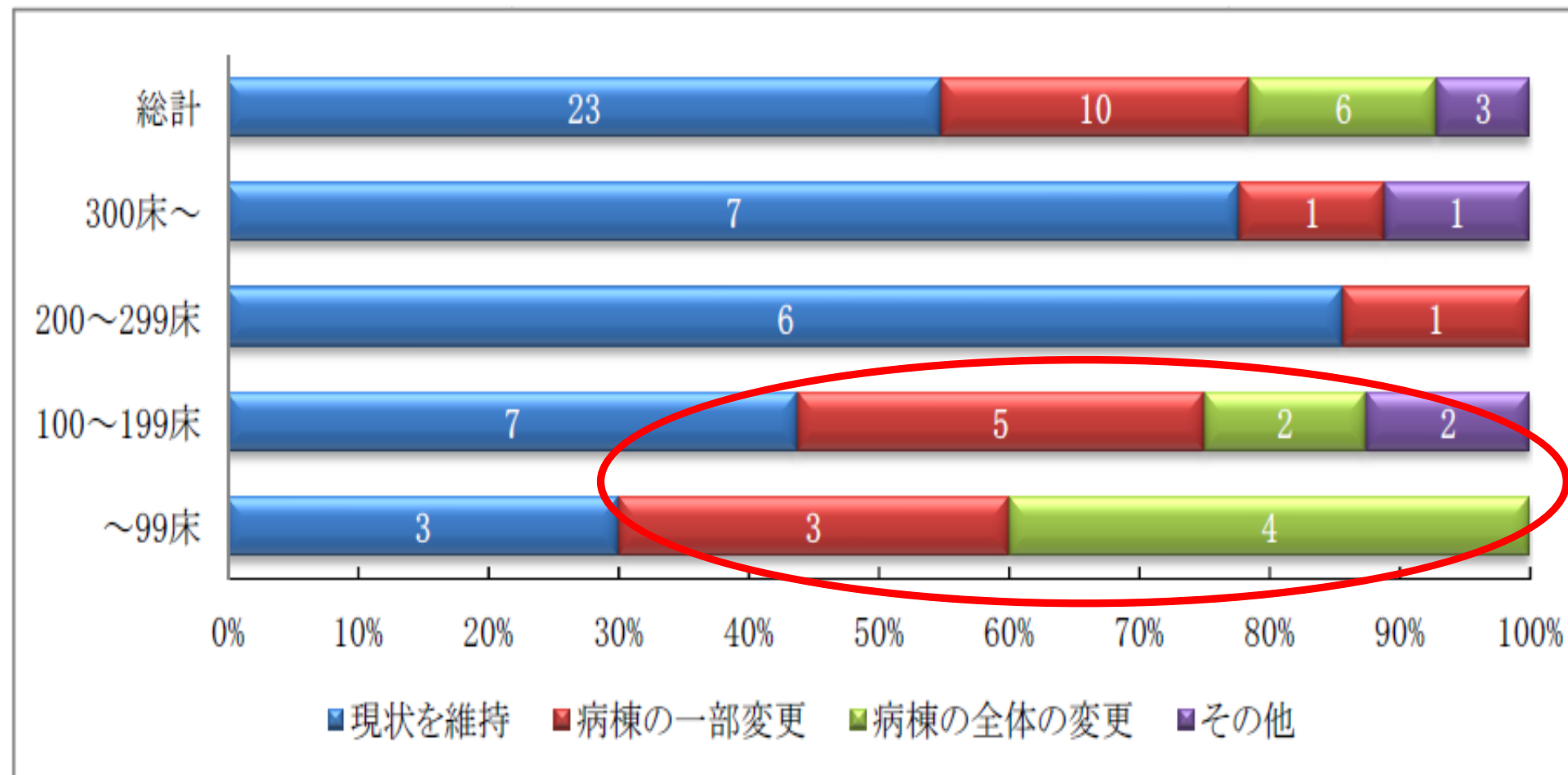
貸付先1380施設(990法人)を対象

2014年5月12日～23日にかけて、

Webアンケートを実施

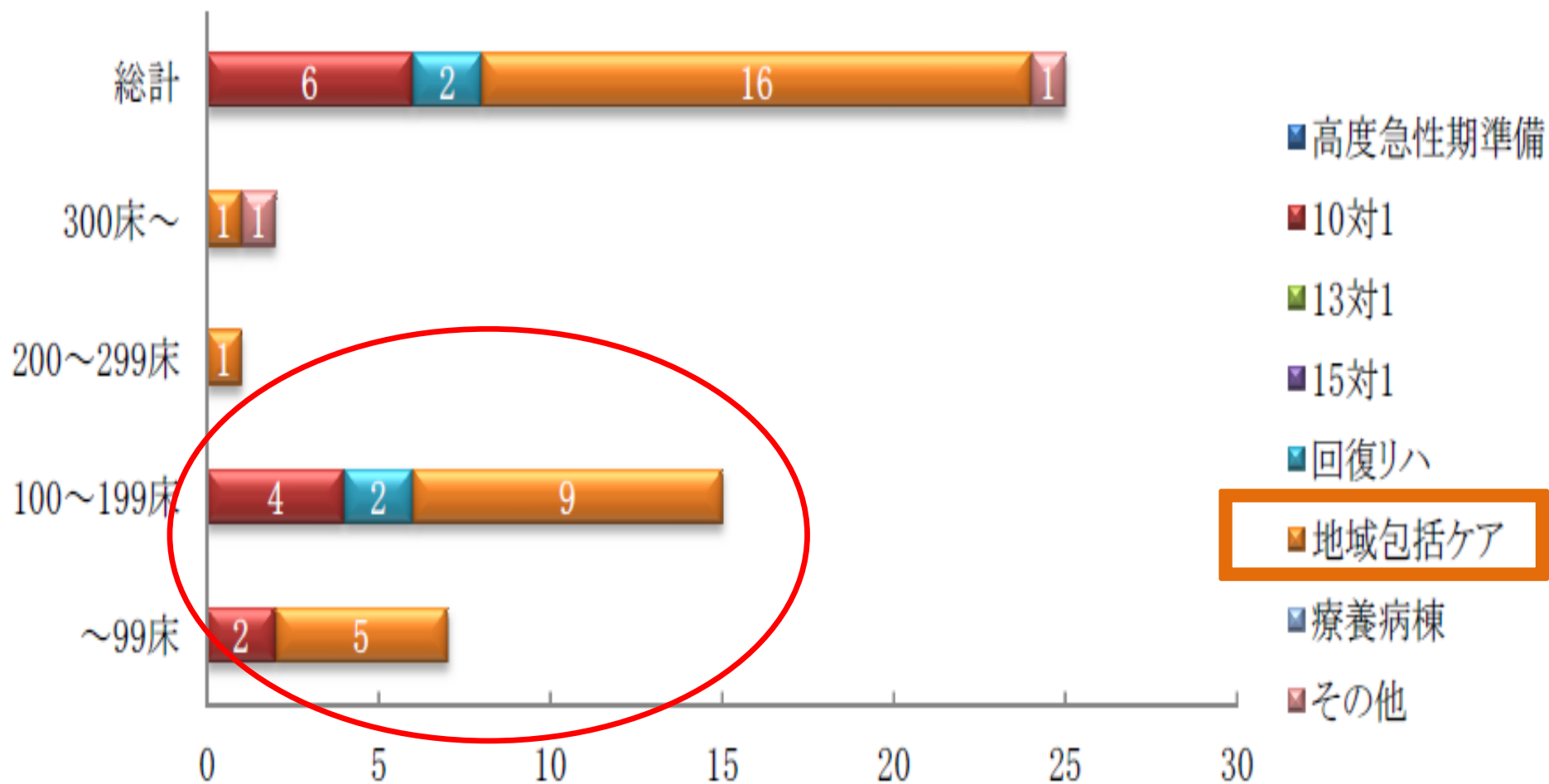
201施設(172法人)より回答を得た(回収率14.6%)

(図表 8) 病棟変更の検討 (7 対 1 入院基本料)



※ グラフ内の数値は回答数

(図表 10) 7 対 1 入院基本料からの変更先



※ グラフ内の数値は回答数

在宅療養後方支援病院 地域包括ケア病棟の例



医療法人 平成博愛会

世田谷記念病院

SETAGAYA MEMORIAL HOSPITAL

日慢協 武久洋三氏



平成24年4月2日開院

地域包括ケア後方病院？

全室個室200床

医療療養病床 105床

地域包括ケア病棟

長期急性期病床 56床
長期慢性期病床 49床

回復期リハビリ病棟 95床

診療科目
内科、整形外科、リハビリテーション科
診療時間
午前9時～正午



2つのタイプの療養病床

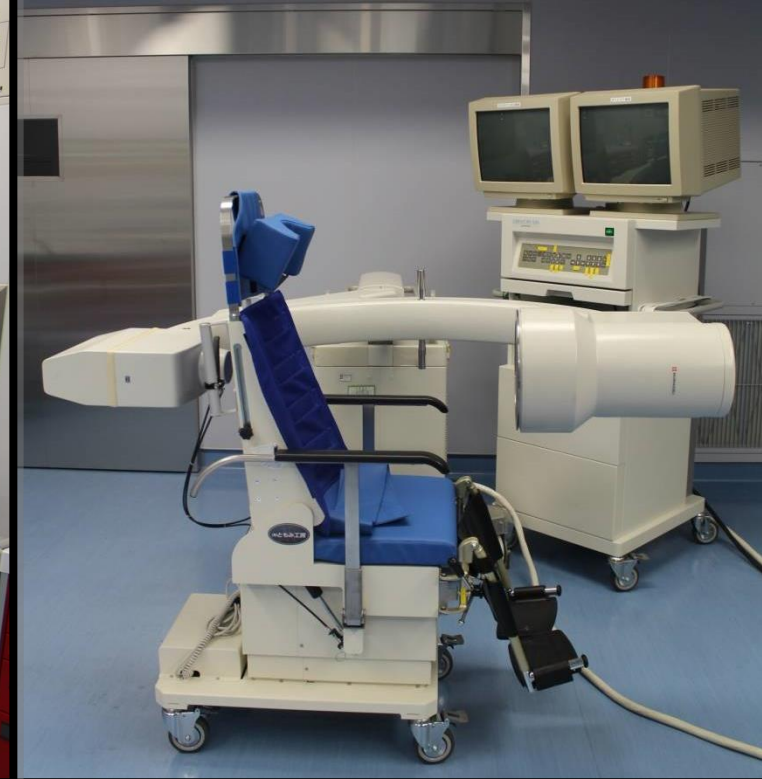
長期急性期病床

地域包括ケア病棟

- 急性期治療を終えた患者様を早期(1~2週間)に受け入れる
- 積極的な治療とリハビリにより早期退院を目指す
- 在宅療養や施設入所患者様の状態悪化時の後方支援病床
- 看護配置は15:1(通常の療養は20:1)→10対1
- 目標平均在院日数は2ヶ月
- 在宅復帰率 70%

長期慢性期病床

- 長期急性期病床での治療で状態が安定した患者
- 入院前から長期療養が必要と分かっている患者
- 長期急性期病床と同様に積極的な治療とリハビリにより退院を目指す



実施可能な手技・検査

PICC・CVカテーテル挿入

嚥下造影

VE検査

内視鏡検査(経鼻・経口)

中心静脈リザーバー挿入術

胃瘻造設術



リハビリテーション

PT 57名

OT 17名

ST 8名

合計 82名

回復期

9単位/日

24時間365日

長期急性期

1~2単位/日

地域包括ケア病棟
2単位必須

長期慢性期

集団リハビリ・レクリエーション

2014年診療報酬改定の インパクト

熊本市を例に

2014年診療報酬改定の影響

- 済生会熊本病院と医療連携先の病院の事例報告があった
- 熊本医療圏人口は73万人で、病院数91、診療所数574

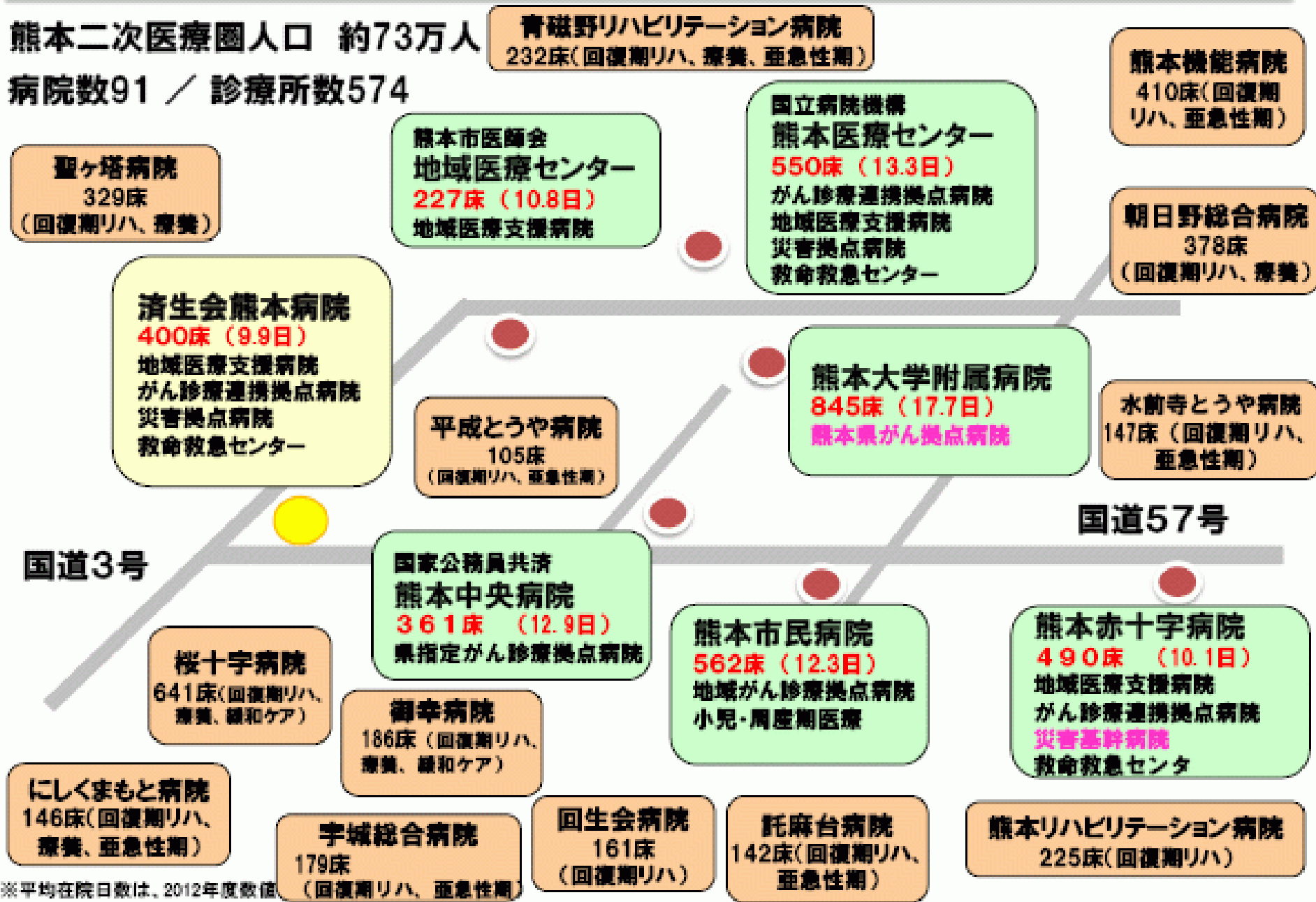


9月28日、日本長期急性期病床(LTAC)研究会
(会長:上西紀夫氏、公立昭和病院長)が済生会熊本病院で開催

図1 熊本市の医療環境

熊本二次医療圏人口 約73万人

病院数91 / 診療所数574



※平均在院日数は、2012年度数値



济生会熊本病院

済生会熊本病院

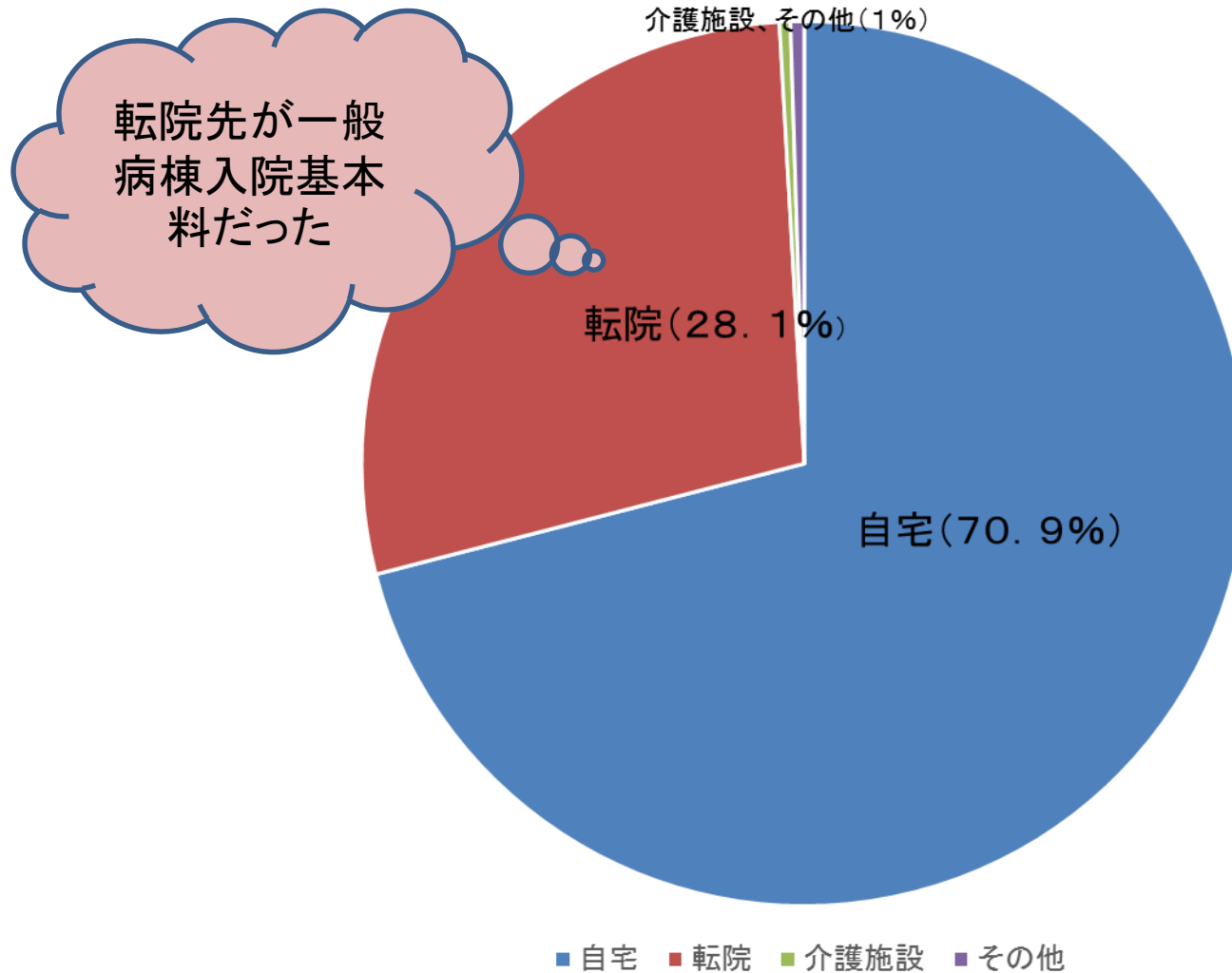
- 済生会熊本病院

- 400床、医師数134名、診療科目は19科目、重要臓器に絞ったセンター制をとるきわめて専門特化した急性期病院
- 救急車台数も年間9000台以上で全国3位
- 平均在院日数10.1日、病床利用率95.0%（2013年度）
- 入院患者数は2013年度実績で13,455人、そのうち3,812人（28%）が他施設へ転院
- 転院先の医療施設は全数で253施設あるが、そのうち11施設で転院患者の50%を占めている。

在宅復帰率75%

- 済生会熊本病院の在宅復帰率
 - 2013年度実績の在宅復帰の内訳は、自宅70.9%、転院28.1%、介護施設0.4%、その他0.5%
 - このうち転院について連携先病院にヒアリングしたところ、転院当初は一般病棟入院料算定病床での受け入れを行っていて、直接、回復期リハ病棟に受け入れる例が少ないことがわかった
 - このように転院先で、まず一般病棟で受け入れてから回復期リハ病棟という流れでは、済生会熊本病院では在宅復帰率75%要件は達成されない。

済生会熊本病院の退院・転院先(2013年度)



連携会議

- 2014年3月、連携先の病院の事務長との間で地域連携に関する情報交換会を行った
- 連携先病院の方でも、「(報酬改定によって)、これからは地域包括ケア病棟や回復期リハ病棟に直接受け入れをしないと急性期病院から患者を紹介してもらえないのではないか?」という危機感を持っていた
- また多くの病院が回復期リハへの直接転院受け入れを検討中であることが判った
- また地域包括ケア病棟新設を検討中であることも分かった。ただ地域包括ケア病棟の施設基準について、救急告知の申請やデータ提出加算の届出について不安の声が聞かれた。

連携先の病院が 地域包括ケア病棟開設へと動いた

- 情報交換会を行ったこともあって、結果的にはこれら転院上位病院の11病院中8病院が地域包括ケア病棟を8月までに届けを出し、済生会熊本病院の在宅復帰率もなんとか75%要件達成にメドが立った

救急トリアージと心不全患者

- 済生会熊本病院の救急の課題
 - 救急外来からの直接、他院転院例も月間10～20件程度、見られる。
 - 高齢者でADL低下の患者の骨折や腰痛など患者、一過性の意識障害の患者の入院経過観察などの患者
- 心不全患者が病床を占有
 - 高齢の心不全患者の救急も増加と心不全患者が循環器病床を占有することも課題
 - 心不全患者は再入院率が高い
- 救急患者のトリアージが課題
 - 誤嚥性肺炎、転倒による骨折、心不全

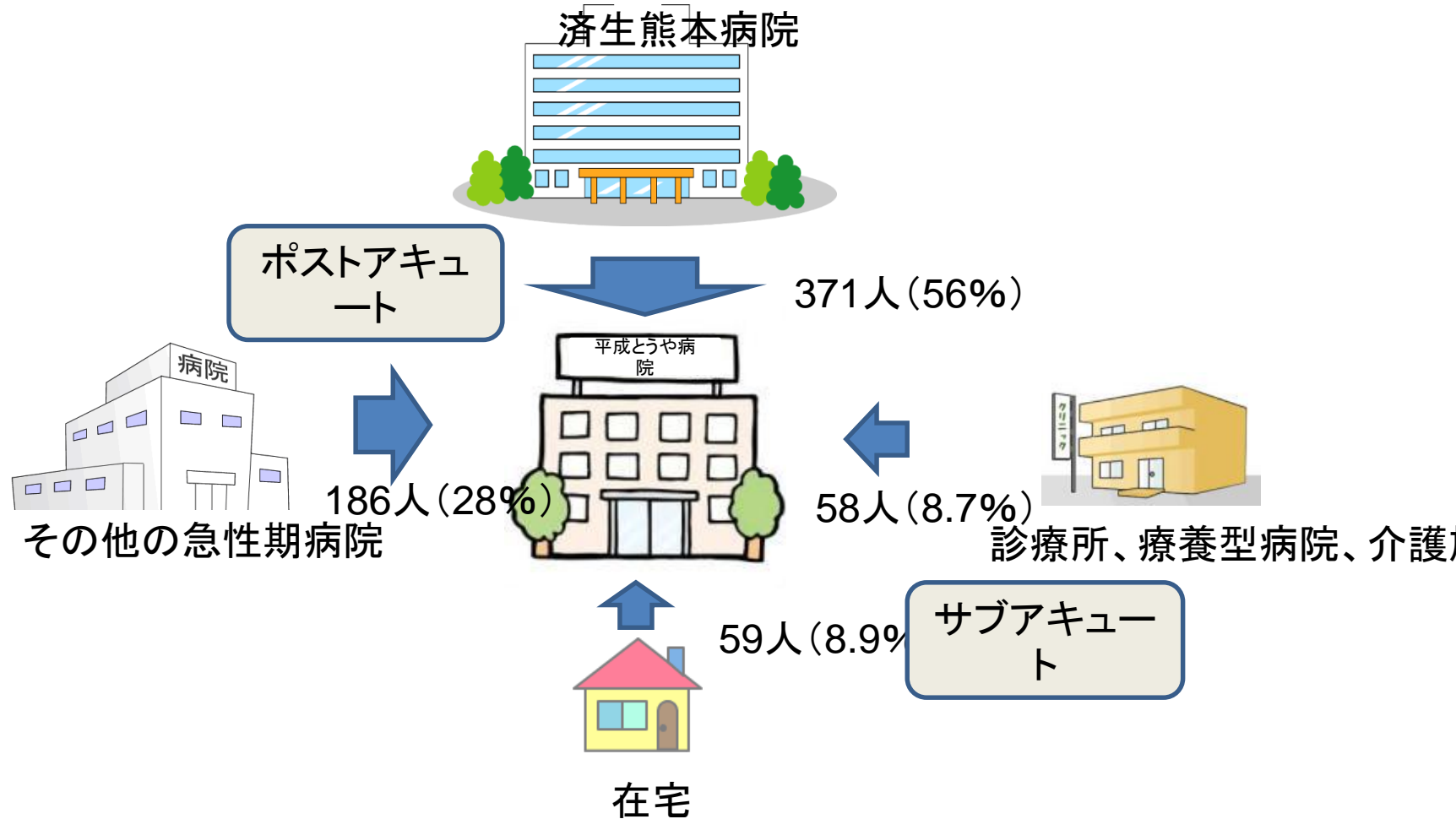
平成とうや病院



平成とうや病院

- 110床のケアミクス病院
 - 2013年度は一般病棟44床(10対1)、亜急性病床10床、回復期リハ病床56床
 - 2014年6月より一般14床(10対1)、地域包括ケア病棟40床、回復期リハ病床56床
 - 年間入院総数663人
 - ポストアキュート
 - 84%を熊本市内の急性期病院から転院で受け入れ
 - » 済生会熊本病院からの患者は、受け入れ患者の8割以上
 - サブアキュート
 - » 療養病床や介護施設から8.7%、在宅からは8.9%受け入れ
 - 在宅復帰率は80.9%

平成とうや病院の入院患者663名の経路内訳(2013年度)



平成とうや病院

- 病床別受け入れ患者数割合
 - 一般病棟におよそ3割、地域包括ケア病棟に3割、回復期リハ病棟に4割
 - 一般病棟
 - 患者数は少ないが、人工呼吸器装着のポストアキュート患者も受け入れた経験があるという。
 - 地域包括ケア病棟
 - 患者は回復期リハビリ病棟ほどの専門リハビリは必要としないが、1日に2単位以上のリハビリを必要とする患者
 - たとえば急性期病院での術後の廃用症候群、四肢骨の遠位部骨折の術後、心不全などのリハビリ患者や、同時に在宅や施設から来る誤嚥性肺炎や転倒による四肢骨の遠位部骨折や靭帯損傷など

地域における病床機能分化と 連携が「協議の場」を通じてはじまる

地域医療ビジョンの形成へ

次期改定へ向け

入院医療調査評価分科会の調査が始まる

- 次回2016年報酬改定へ向けての影響調査票の作成(10月9日)
- 一般病棟7対1入院基本料の要件見直し(特定除外制度や重症者の基準、短期滞在手術・検査の見直し、総合入院体制加算1の見直し)の影響
- 地域包括ケア病棟新設の影響
- 慢性期入院医療の状況
 - 障害者病棟、特殊疾患病棟、医療療養病床の病床区分
- 有床診療所入院基本料見直しの影響
- 医療資源が少ない地域の医療機関の評価方法の見直しの影響。

2025年へのロードマップ

～医療計画と医療連携最前線～

- 武藤正樹著
- 医学通信社
- A5判 220頁、2600円
- 地域包括ケア、医療計画、診療報酬改定と連携、2025年へ向けての医療・介護トピックスetc
- **4月発刊**



これは
良く分
かる

日野原先生にもお読みいただいています。

まとめと提言

- ・2025年へ向けて医療計画のさらなる見直しが必要
医療圏見直し、基準病床算定式の見直し
- ・医療計画においても地域経営統合の視点が重要
- ・2014年診療報酬改定は7対1削減と地域包括ケア病棟の創設～その影響は？
- ・2025年へむけて病床機能分化と連携が「協議の場」の場を通じて始まる

ご清聴ありがとうございました



フェイスブックで「お友達募集」をしています

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.or.jp