

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
 - 病床機能報告制度と地域医療ビジョン
- パート3
 - 地域医療連携推進法人
 - 日本版IHN
- パート4
 - 2014年診療報酬改定の影響
 - 病床機能分化と連携



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)

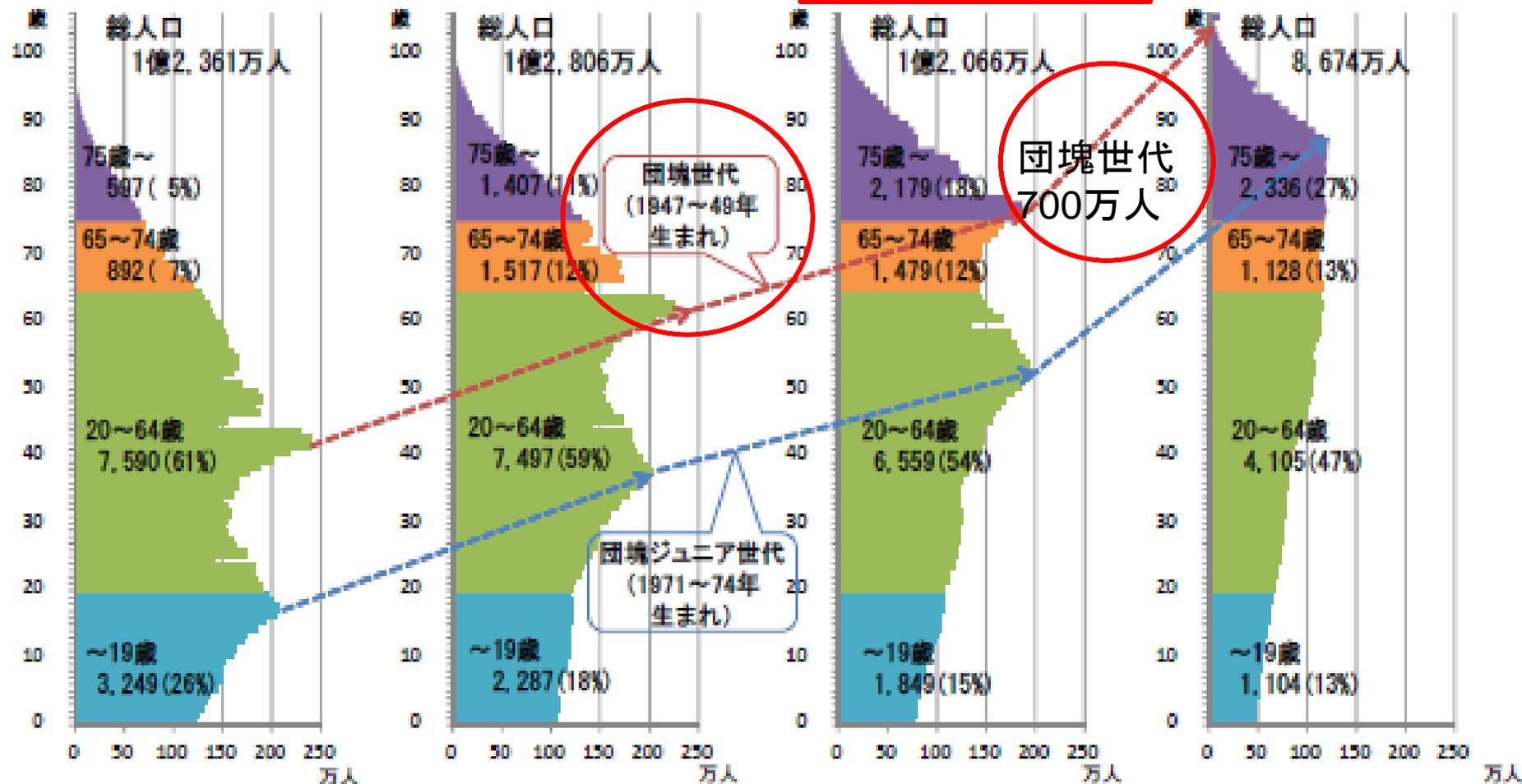
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

平成2年 (1990年) (実績)

平成22年 (2010年) (実績)

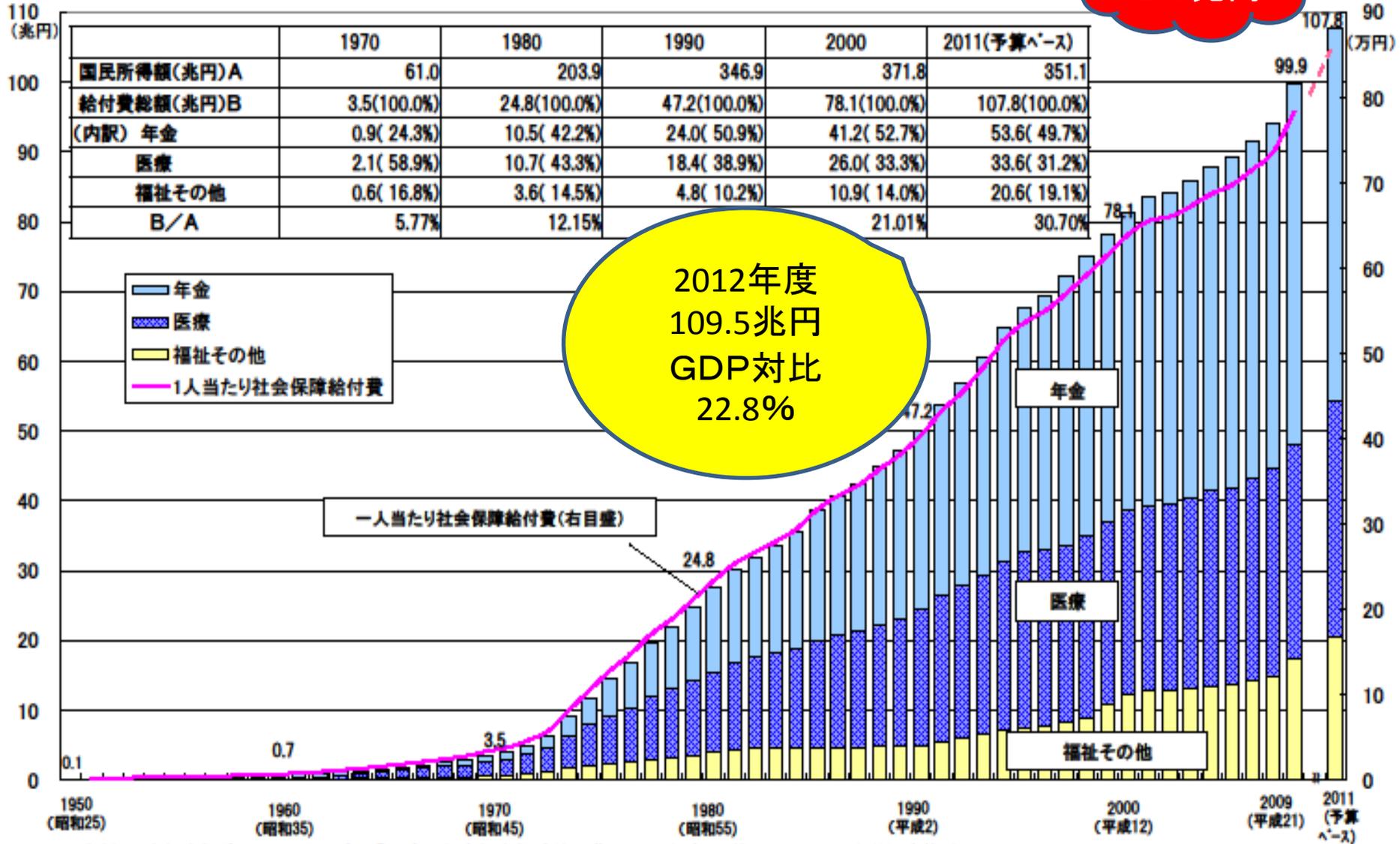
平成37年 (2025年)

平成72年 (2060年)



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。

社会保障給付費の見通し

(兆円)

109.5兆円
(GDP対比22.8%)

148.9兆円
(GDP対比24.4%)

消費税増税は、
社会保障給付費
に充当するため

- その他
- 子ども子育て
- 介護
- 医療
- 年金

介護
2.34倍

医療
1.54倍

年金
1.12倍

介護, 8.4

医療, 35.1

年金, 53.8

介護, 19.8

医療, 54

年金, 60.4

2012年度

2025年度

消費税アップ1年半、先延ばし 2017年4月をメドに



おかげで、診療報酬改定は2016年、17年、18年と3年連続改定！

消費税アップ先延ばし

2015年度厚労省予算縮小

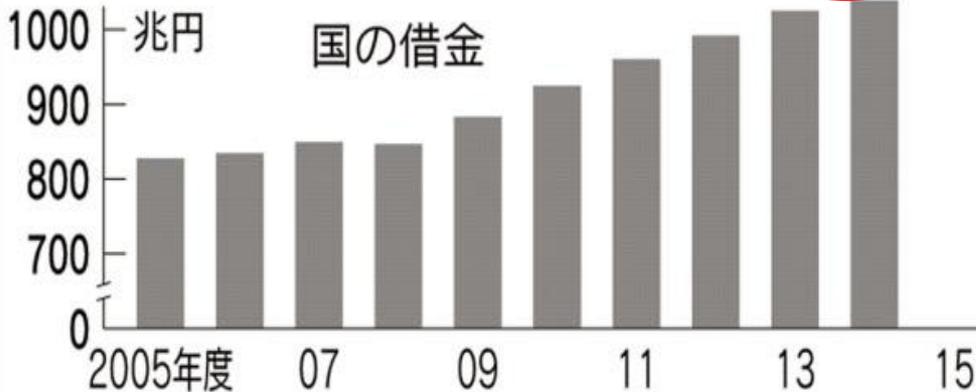
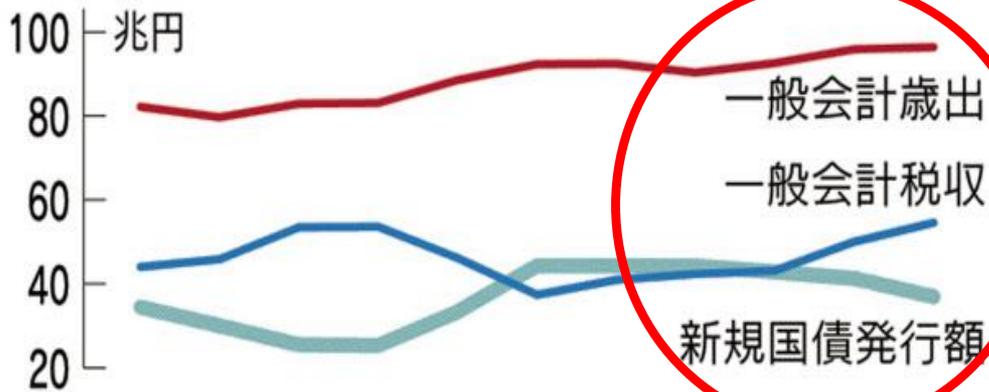
- 2015年度予算における「社会保障の充実策」予算の概要
- 財源は税率10%への再増税が延期されたことに伴い、2015年10月から増税分、約3千億円減った
- しかし、消費税率8%への引き上げによる増収分1兆3500億円
- これに社会保障と税の一体改革に基づく医療や介護の見直しで1400億円を節約して上積みし、合計1兆4900億円を確保
- 医療と介護分野に8千億円強
 - 医療、介護では、15年度に新たに拡充する施策に4300億円程度
 - 国民健康保険を安定させる基金の創設(200億円)
 - 国保の財政支援に1900億円、認知症施策に200億円など
 - 介護職員の処遇改善にも700億円以上を充てる
 - 医療介護に係わる新たな基金(地域医療介護総合確保基金)は医療は昨年度と同額900億円を充て、介護に800億円、合計1700億

2015年度予算案の概要と 介護報酬改定



2015年度予算案の概要

新規国債発行額は40兆円を下回る



(注)当初予算ベース。国の借金は長期、短期などの合計、年度末時点、14年度は9月末

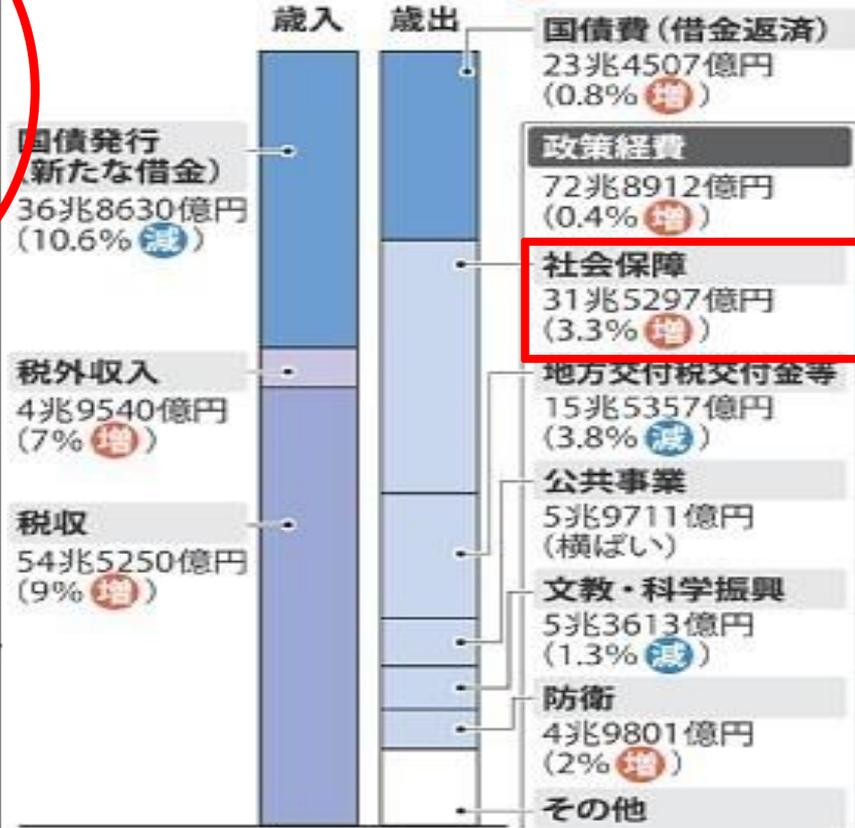
2015年度予算案の概要

※カッコ内は前年度当初予算比増減率。四捨五入の関係で、合計が合わないことがある。↑は増加、↓は減少

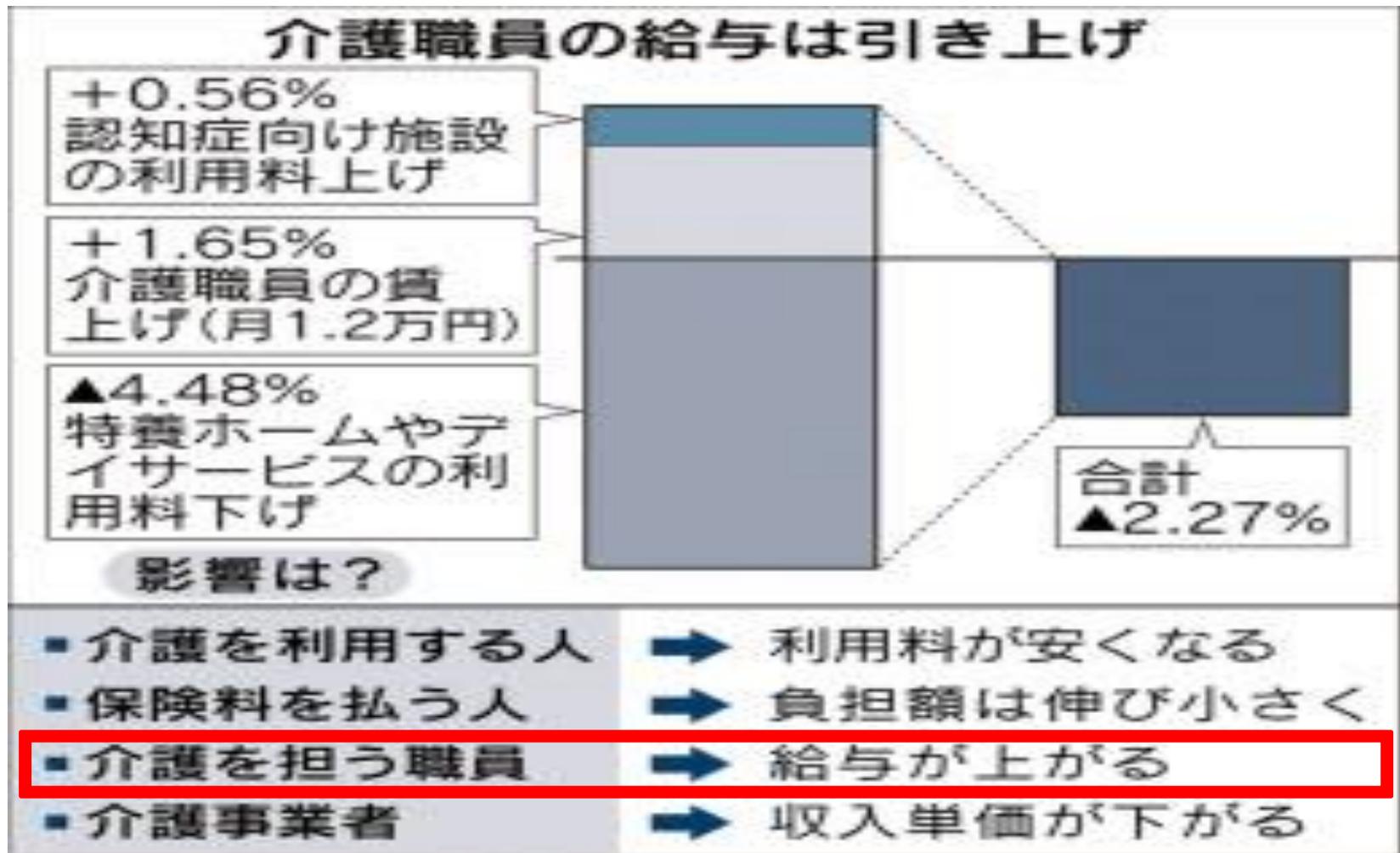
2年連続
過去最大

一般会計総額

96兆3420億円 (0.5% ↑)



介護報酬、9年ぶり下げ 2.27%減額決定



マイナス2.27%の内訳

介護報酬改定で4月からこうなる

特別養護 老人ホーム		↓	「利益率」が高いとされ、基本報酬を減額
小規模の デイサービス		↓	効率化、大規模化に向けて基本報酬を減額
24時間の 随時巡回 サービス	24h 	↑	医師や看護師、介護職員らの連携促進に新たに加算
訪問看護		↑	実績ある事業所には新たに加算
介護職員の 待遇改善		↑	月1万2千円相当のアップを目指す

報酬全体の
改定率



マイナス**2.27%**
9年ぶりの引き下げ

地域医療介護一括法



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

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

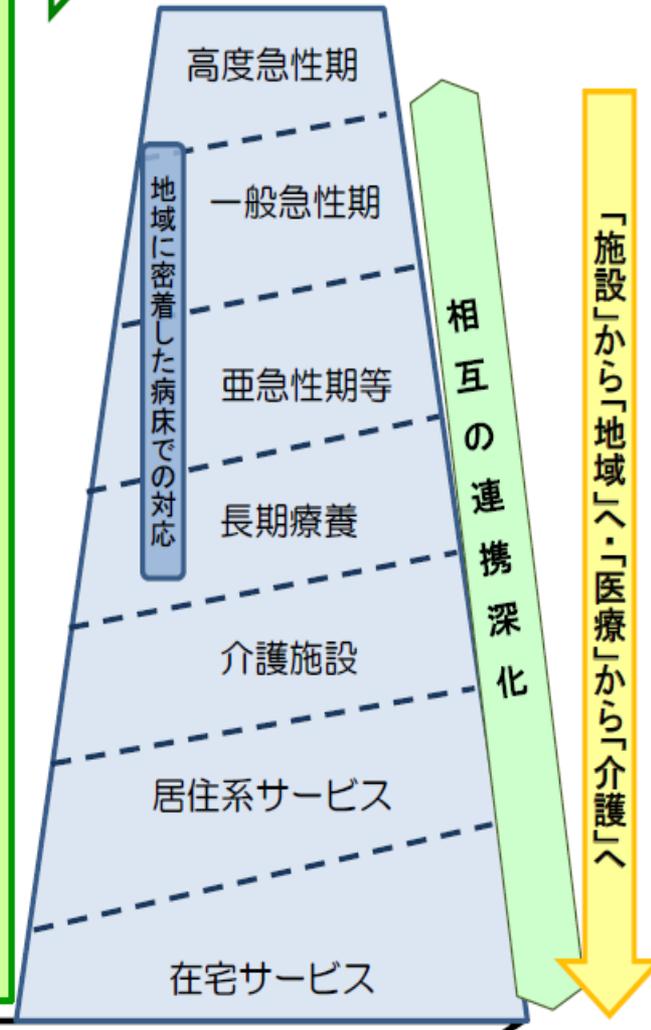
2012年以降、診療報酬・介護報酬の体系的見直し

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

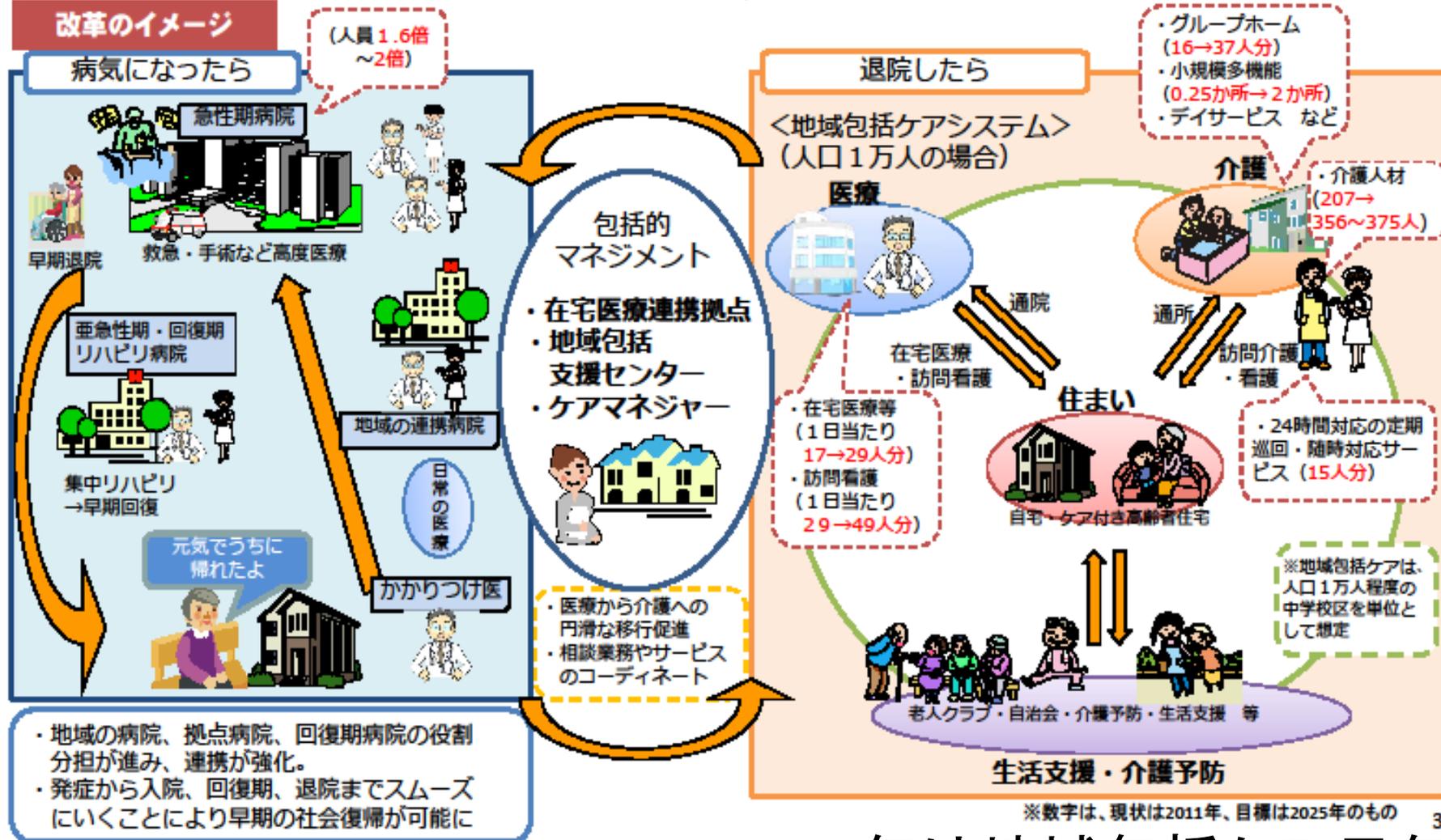
改革の方向性 ②

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

地域医療・介護一括法成立可決(2014年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)

2014年6月18日
可決成立

(カッコ内は施行時期)

2014年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

病床機能報告制度と 地域医療ビジョン



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）の策定

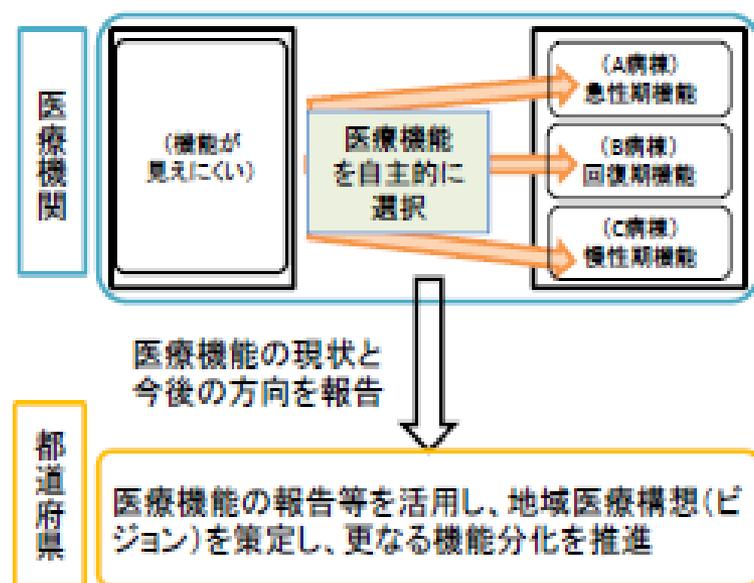
○ 病床機能報告制度（平成26年度～）

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

◎ 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

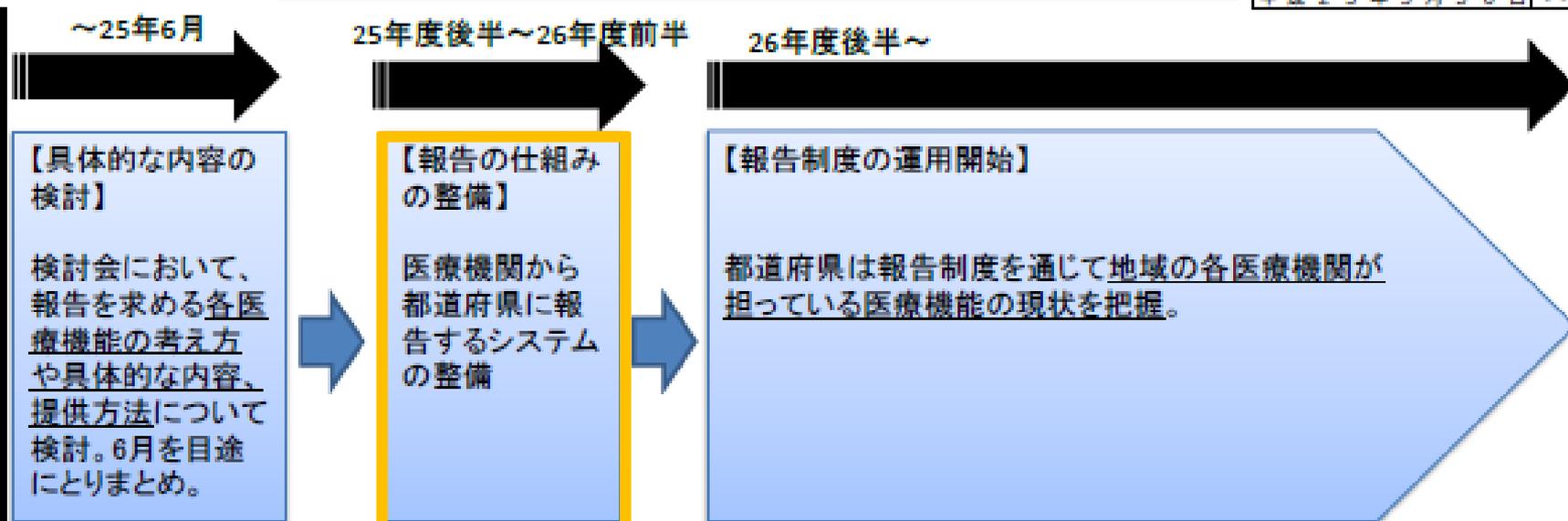
(注) 一般病床及び療養病床について、上記の医療機能及び提供する医療の具体的内容に関する項目を報告することとする。

◎ 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。

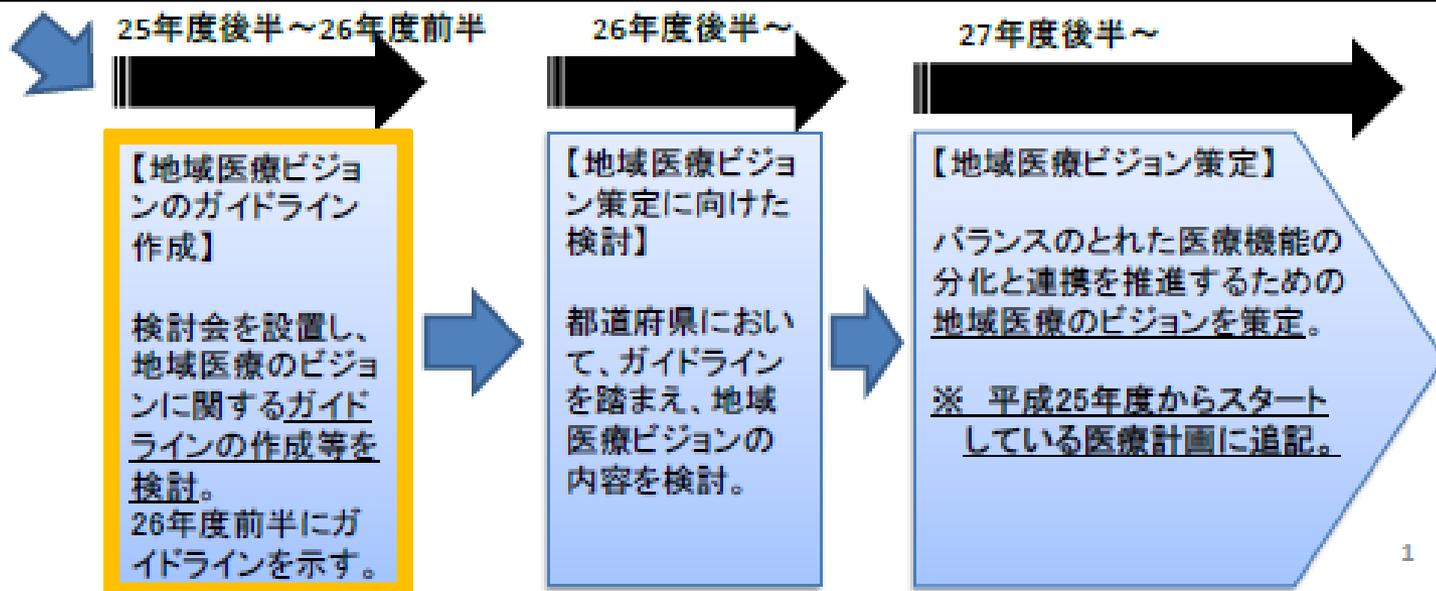
◎ 医療機能を選択する際の判断基準は、病棟単位の医療の情報が不足している現段階では具体的な数値等を示すことは困難であるため、報告制度導入当初は、医療機関が、上記の各医療機能の定性的な基準を参考に医療機能を選択し、都道府県に報告することとする。

報告制度の導入と地域医療ビジョン策定までの流れ

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

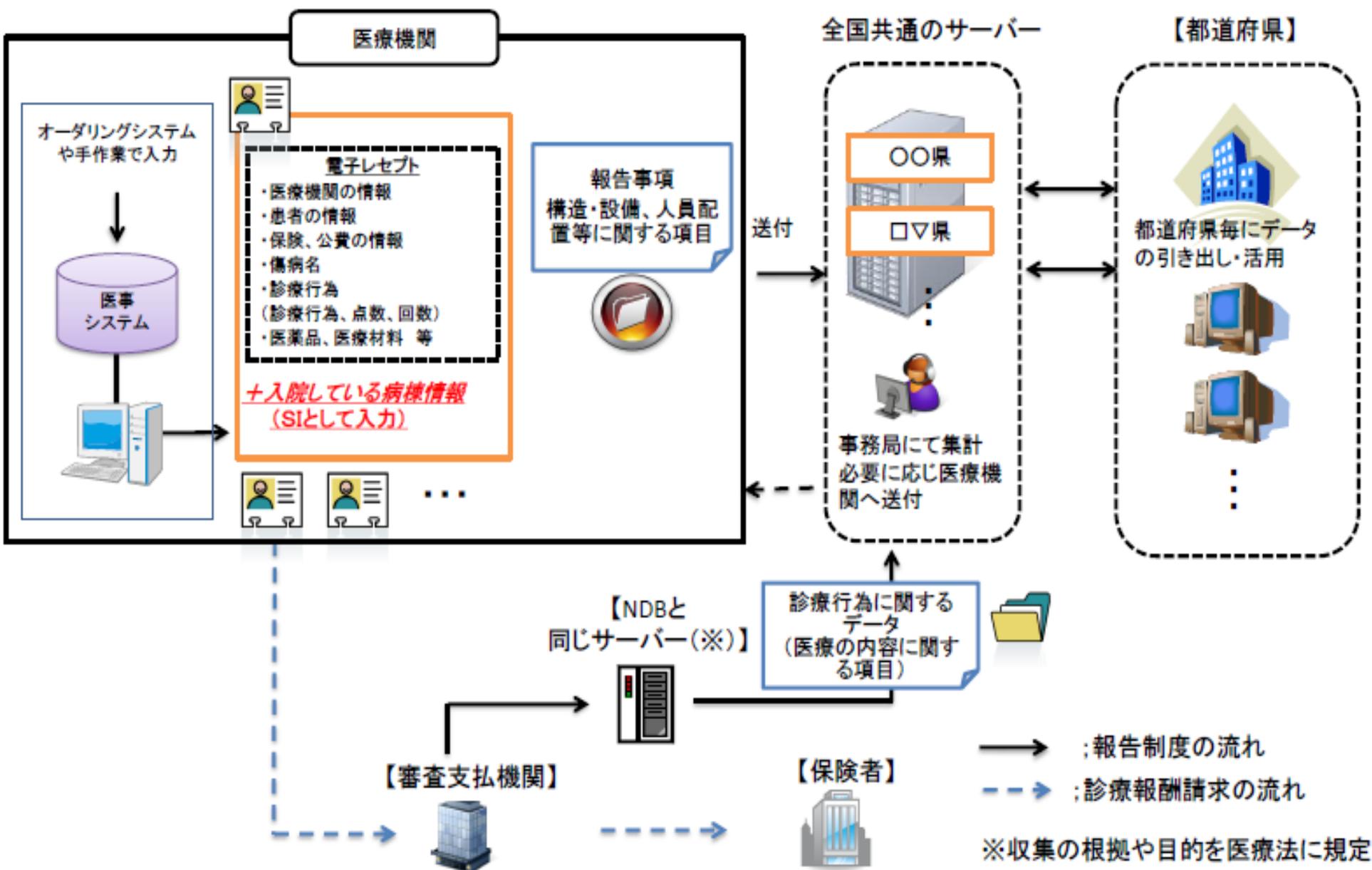
- 手術件数や処置件数など、提供している医療の内容を「レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）」を活用して自動的に集計する項目（81項目）

- 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

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



7月時点で44万床(44%)が急性期として届けた

病床機能報告制度における機能別病床数の報告状況【速報値】

○ 以下の集計は、12月19日時点でデータクリーニングが完了し、集計可能となった医療機関におけるデータを集計した速報値である。

- ・報告対象となる病院7,432施設、有床診療所8,117施設のうち、11月30日までに病院6,808施設(91.6%)、有床診療所5,395施設(66.5%)が報告済み
- ・このうち12月19日時点でデータクリーニングが完了した病院5,181施設(69.7%)、有床診療所3,774施設(46.5%)のデータを集計した。
- ・集計対象施設における許可病床数合計は、939,462床
(cf. 医療施設調査(動態)における平成26年6月末時点の許可病床(一般、療養)の総数は1,339,640床)
- ・今回の集計対象施設についても追加のデータ修正等が生じる可能性があり、集計内容は変動し得る。



	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
一般病床	153,052	437,613	46,280	63,911	700,856
療養病床	0	1,554	39,020	193,046	233,620
合計	153,052	439,167	85,300	256,957	934,476
構成比	16.4%	47.0%	9.1%	27.5%	100.0%

(注)集計対象施設のうち、2014年7月1日時点の病床の機能について未回答の病床が4,986床分あり、上表には含めていない。

病床機能区分ごとに基準病床数

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

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

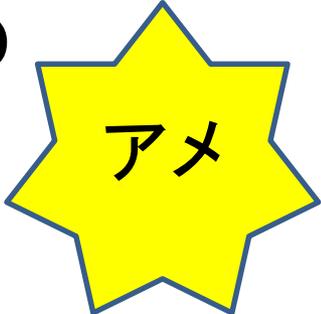
- ペナルティー案

- 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

地域医療構想策定ガイドライン等 に関する検討会



座長：遠藤久夫・学習院大学経済学部長

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
	安部 好弘	公益社団法人日本薬剤師会常任理事
	石田 光広	稲城市役所福祉部長
◎	遠藤 久夫	学習院大学経済学部長
○	尾形 裕也	東京大学政策ビジョン研究センター特任教授
	加納 繁照	一般社団法人日本医療法人協会会長代行
	齋藤 訓子	公益社団法人日本看護協会常任理事
	榎本 章司	公益社団法人日本精神科病院協会政策委員会委員長
	清水 循行	東京都奥多摩町福祉保健課長
	武久 洋三	一般社団法人日本慢性期医療協会会長
	土居 文朗	慶應義塾大学経済学部教授
	中川 俊男	公益社団法人日本医師会副会長
	西澤 寛俊	公益社団法人全日本病院協会会長
	花井 圭子	日本労働組合総連合会総合政策局長
	遠見 公雄	公益社団法人全国自治体病院協議会会長
	本多 伸行	健康保険組合連合会理事
	松田 晋哉	産業医科大学医学部教授
	山口 育子	NPO 法人ささえあい医療人権センター COML 理事長
	渡辺 顕一郎	奈良県医療政策部長
	和田 明人	公益社団法人日本歯科医師会副会長

※ ◎ 座長 ○ 座長代理

地域医療構想策定プロセス

構想区域の設定

```
graph TD; A[構想区域の設定] --> B[構想区域における  
医療需要の推計]; B --> C[地域医療構想調整会議における  
医療提供体制(必要病床数)の協議];
```

構想区域における
医療需要の推計

地域医療構想調整会議における
医療提供体制(必要病床数)の協議

構想区域の設定

- 構想区域とは2025年を見据えて、「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のこと
- 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会（座長：遠藤久夫・学習院大学経済学部長 2014年10月17日）
- 「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

地域医療構想と構想区域の設定

- 構想区域→将来構想
 - (2025年を見据えて)「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 →現状追認的
 - 二次医療圏
 - 入院医療を完結する圏域

2次医療圏見直し

- 2次医療圏をベースにで構想区域の設定を想定
- **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

(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」

次期医療計画では
見直しは必須！

地域医療構想調整会議

- 地域医療構想策定ガイドラインに関する検討会（2014年11月21日）
- 地域医療構想調整会議
 - 地域医療構想(ビジョン)に関する「協議の場」
 - 議事、開催時期、設置区域、参加者の範囲・選定、参加の担保、合意の方法・履行の担保
 - ①病床機能と病床数、②病床機能報告制度の情報共有、③地域医療介護総合確保基金に関する都道府県計画、④地域包括ケアや人材の確保、診療科ごとの連携などビジョン達成の推進
 - 構想区域
 - 都道府県知事が適当と認める区域での設置、複数の調整会議を合同開催、議事に応じて地域・参加者を限定した開催、既存の会議対を活用した開催
- ビジョンは最終的には医療審議会が最終決定

地域医療構想に関する会議

都道府県単位の会議

都道府県

意見聴取

地域医療構想
(医療計画の一部)

都道府県医療審議会

(医療法第71条の2)

- ・ 都道府県知事の諮問に応じ、当該都道府県における医療を提供する体制の確保に関する重要事項を調査審議

医療専門職、市町村、保険者の代表、学識経験者等

医療計画

地域医療対策協議会

(医療法第30条の12)

- ・ 救急医療等確保事業に係る医療従事者の確保等必要とされる医療の確保について協議
- ・ 都道府県は参加者として関係者と共に協議し、施策を策定・公表

二次医療圏等単位の会議

構想区域※1

※1 二次医療圏を原則としつつ、将来における要素を勘案して設定

地域医療構想調整会議

(医療法第30条の14)

- ・ 地域の病院・有床診療所が担うべき病床機能に関する協議
- ・ 病床機能報告制度による情報等の共有
- ・ 都道府県計画※2に盛り込む事業に関する協議
- ・ その他の地域医療構想の達成の推進に関する協議

活用※3

※3 圏域連携会議など、既存の枠組みを活用した形での開催も可能

二次医療圏

(平成27年2月末現在344圏域)

圏域連携会議

(医療計画作成指針平成24年3月30日)

- ・ 必要に応じて圏域ごとに関係者が必要に応じて、具体的な連携等について協議する場

地域医療構
想調整会議

地域医療構
想調整会議

地域医療構
想調整会議

・ 複数の地域医療構想調整会議、複数の都道府県による合同開催や、地域・参加者を限定した形での開催など柔軟な運用が可能

・ 特定の議題に関する協議を継続的に実施する場合には専門部会・ワーキンググループを設置

※2 都道府県が作成する地域における医療及び介護の総合的な確保に関する目標を達成するために必要な事業の実施に関する計画

消費税増収分を活用し都道府県に設置された地域医療介護総合確保基金を活用し、計画に掲載された事業に要する経費を支弁

圏域
連携
会議

圏域
連携
会議

圏域
連携
会議

医療需要の推計

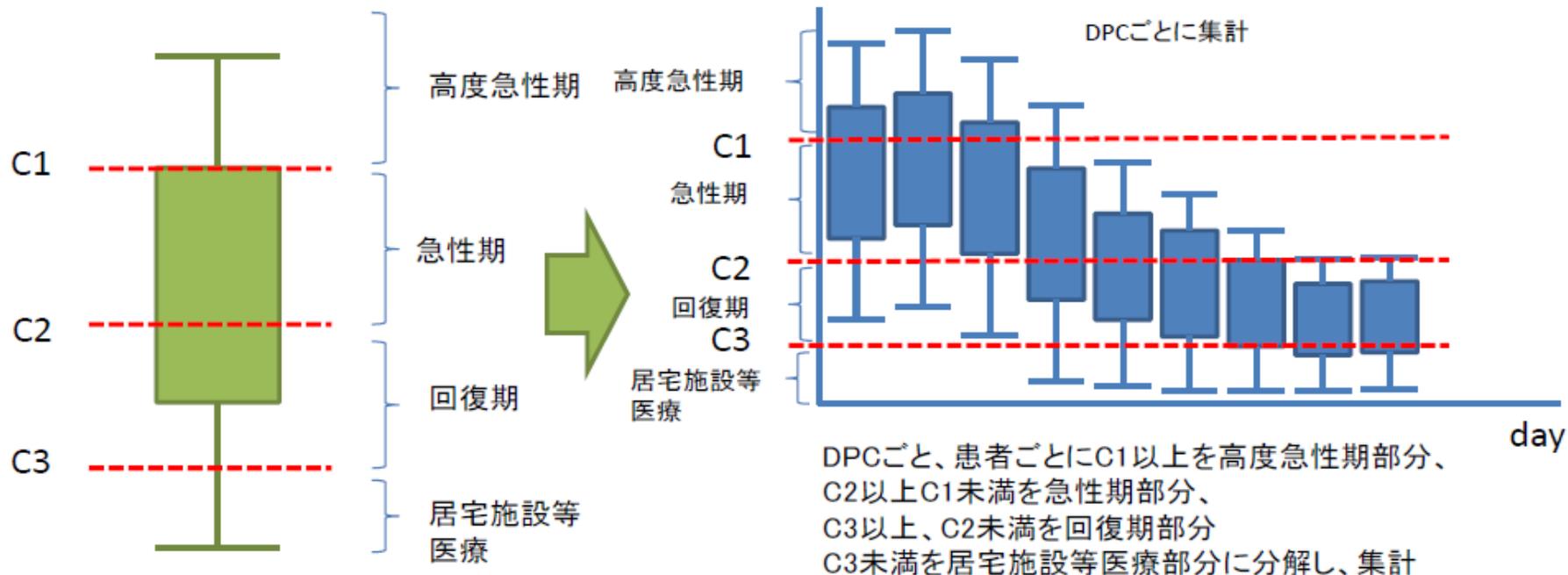
- 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会（座長：遠藤久夫・学習院大学経済学部長、2014年10月17日）
- 2025年の医療需要（患者数）と病床の必要量の推計
 - 社会保障・税一体改革で2011年6月に行った推計の基本的考え方を基に、レセプトデータやDPCデータなどを活用して、推計を精緻化する方針でもほぼ合意
 - 厚労省は次回の10月31日の会議で、医療需要等の推計のたたき台を提示する予定だ。

医療需要から 病床機能別病床数を推計

- 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会(2014年10月31日)
 - 1日当たりの「医療資源投入量」の多寡で医療需要(患者数)を推計→病床機能別病床数を推計
 - DPCデータとNDBから、患者に対する個別の診療行為を診療報酬の出来高点数に換算して入院日数や入院継続患者の割合などと比較して医療資源投入量を算出
 - 医療資源投入量(1日あたり入院医療費から入院基本料とリハを除いた出来高部分、医薬品、検査、手術、処置、画像など)
 - 医療資源投入量の高い段階から順に、高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能の4つの医療機能を位置付ける

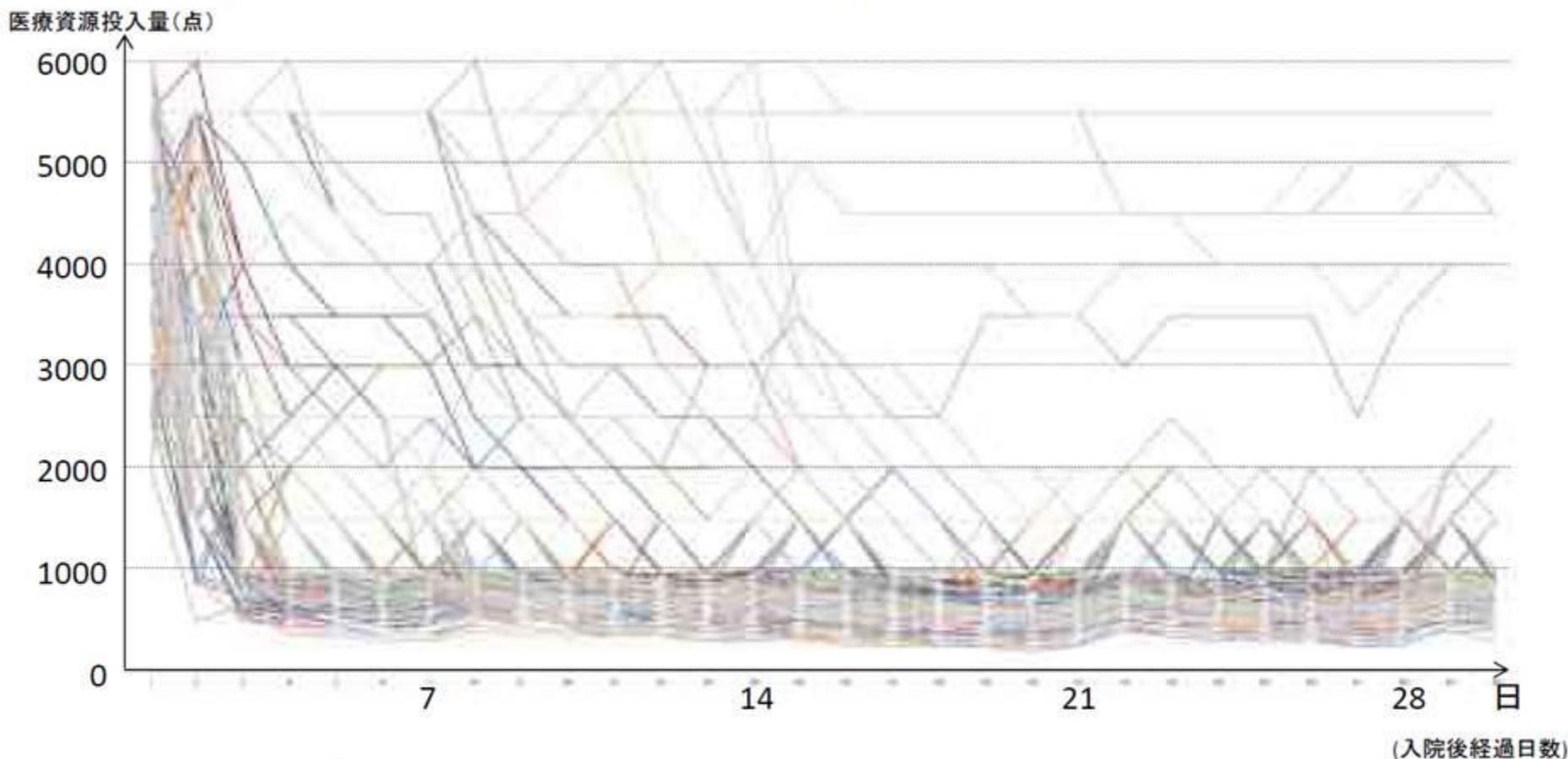
医療資源投入量を用いた 病床機能区分別の医療需要の推計方法(1)

- ① 1日当たりの医療資源投入量(入院期間の平均ではなく、入院1日ごとに計算。入院基本料、リハビリテーション料を除く。)を入院経過日数順に並べて、高度急性期と急性期の境界点(C1)、急性期と回復期の境界点(C2)、回復期と居宅施設等医療(通院を含む。以下同じ)の境界点(C3)となる医療資源投入量を分析。
- ② リハビリテーション料を含んだ医療資源投入量がC3を超えている場合は、回復期に配分する。ただし、医療資源投入量によらず、回復期リハビリテーションは回復期に、療養病床は慢性期に配分する。



医療資源投入量(中央値)の推移

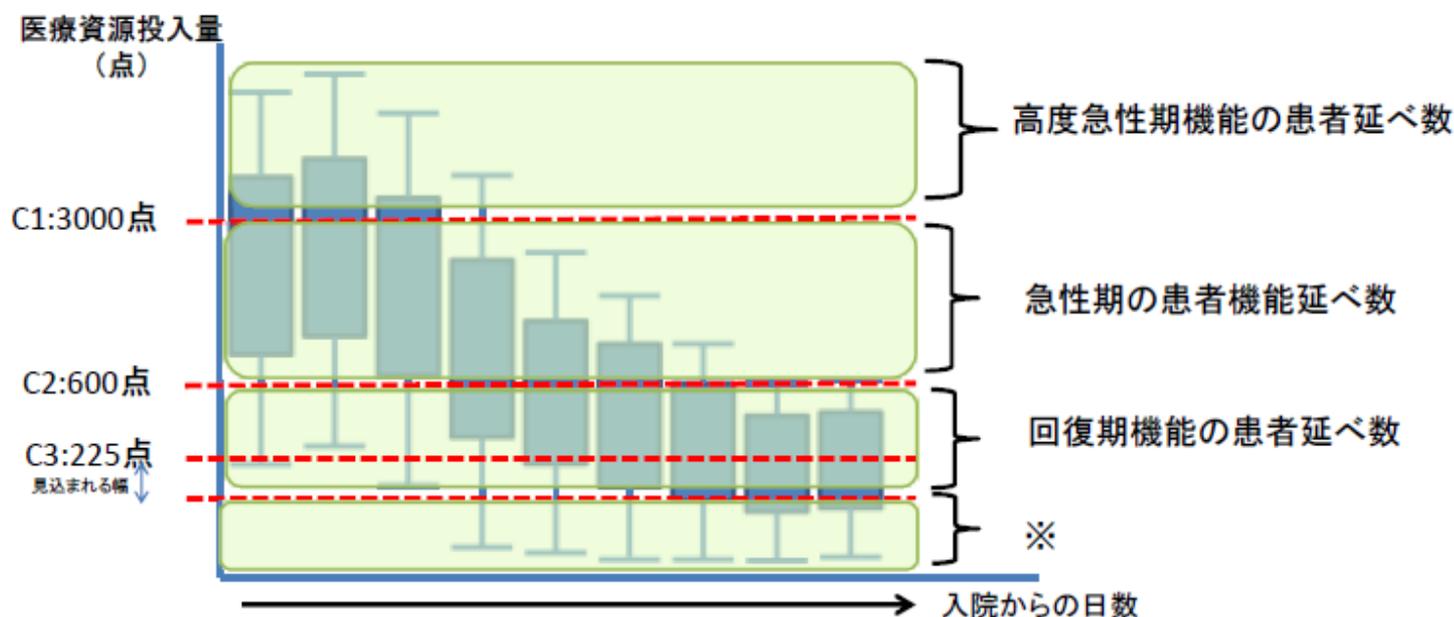
(入院患者数上位255のDPCの推移を重ね合わせたもの)



- 各DPCごとに1日当たりの医療資源投入量(中央値)を入院後経過日数順にプロットしたものを同一平面に重ね合わせたもの
- 患者数上位255のDPCについてプロット (平成23年度患者調査)
- 中央値は、1000点以上の場合、500点刻み、1000点未満の場合、50点刻みで集計

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す。
- 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。

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。

委員からの意見

- 「入院基本料を除いた医療資源投入量の推移のみで病床機能区分ごとに医療需要を推計することが妥当か？」
 - 入院基本料(平均在院日数、看護師数、重症度・看護必要度など)
- 「高額薬を使うことで投入量が多くなる一方、医療従事者の評価がなされていない」
 - 抗がん剤使用が高度急性期？
- 「患者像や重症度医療・看護必要度が反映されていない」

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

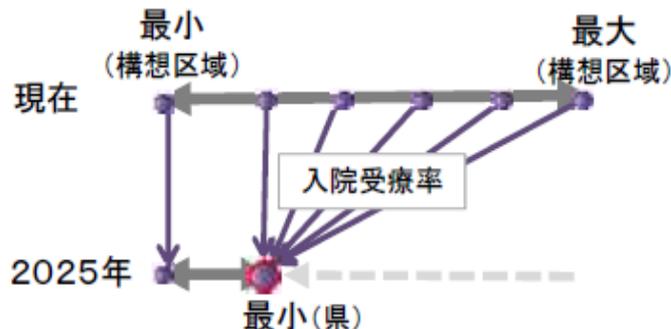
- 慢性期機能の医療需要については、医療機能の分化・連携により、現在では療養病床で入院している状態の患者数のうち一定数は、2025年には、在宅医療等※で対応するものとして推計する。
 - ※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。
- その際、療養病床については、現在、報酬が包括算定であるので、行われた診療行為が分からず、医療資源投入量に基づく分析ができない。また、地域によって、療養病床数や在宅医療の充実、介護施設の整備状況等は異なっている。
- 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。

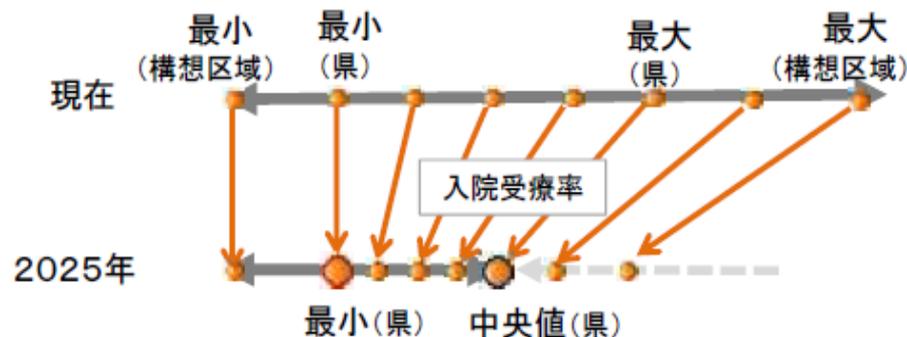
※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年(2013年)の受療率を用いて推計することとする。



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。

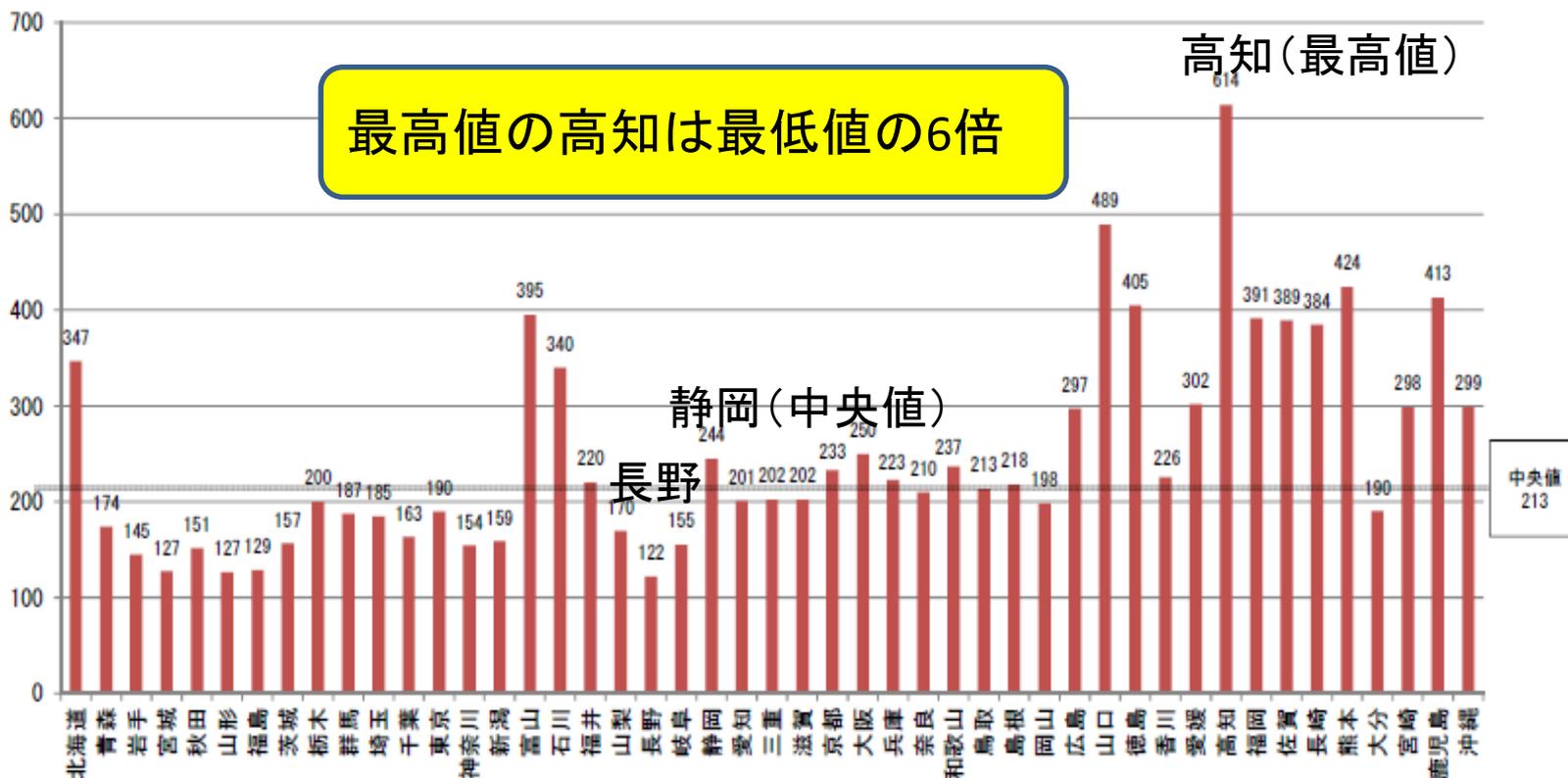


療養病床の都道府県別の性・年齢階級調整入院受療率（間接法）

都道府県の入院受療率が、全国平均の入院受療率と比べて高いかどうかを、性・年齢構成の影響を補正して示したもの。

【性・年齢階級調整入院受療率(間接法)(人口10万人対)の計算方法(平成23年患者調査、平成24年福島県患者調査、平成23年総務省人口推計調査)】

各都道府県の推計入院患者数÷各都道府県の期待入院患者数(Σ[全国の性・年齢別入院受療率×各都道府県の性・年齢別推計人口])×全国の入院受療率



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) 福井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。

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2次医療圏は、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2次医療圏

① 当該2次医療圏の慢性期病床の減少率が、全国中央値(34%)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)

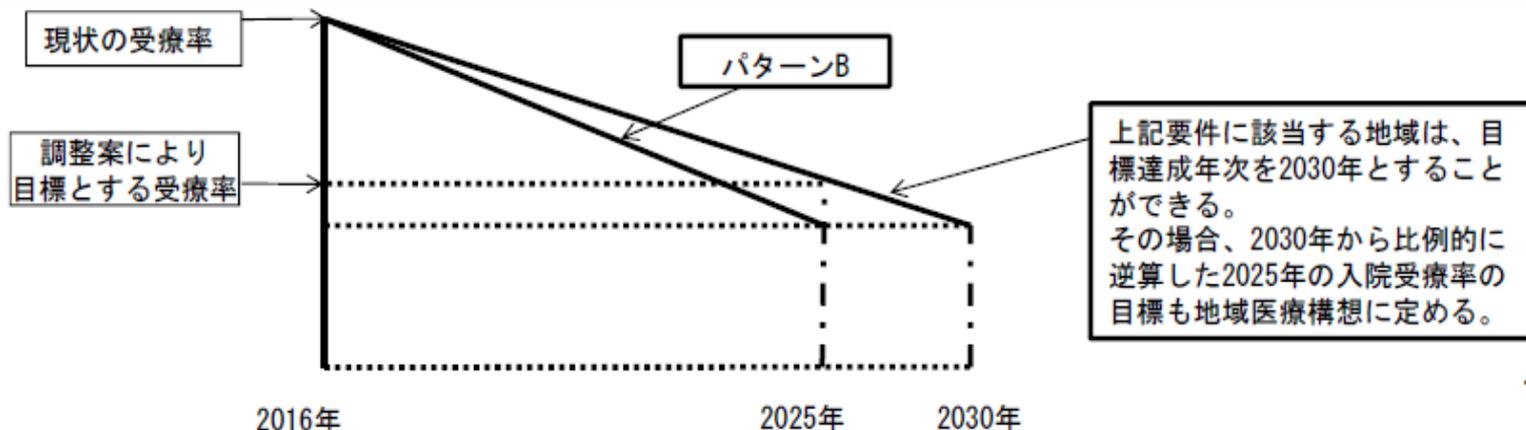
(地域医療構想策定後の目標修正について)

- 一定の要件に該当する2次医療圏において、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2次医療圏(中央値を超える減少率の2次医療圏に限る。)その他これに類する2次医療圏

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



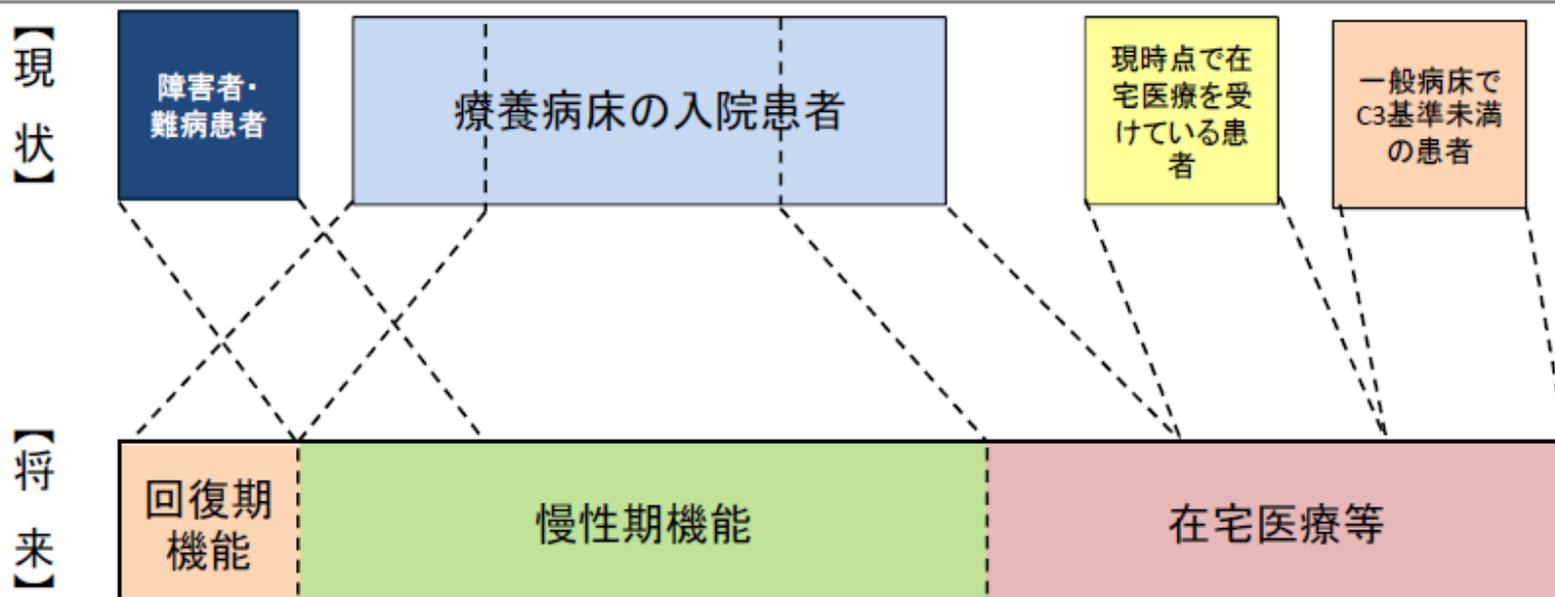
委員からの意見

- 療養病床の入院受療率による推計
 - 「そもそも療養病床と在宅医療を一体的に考えること自体が妥当とは思えない」
 - 療養病床にも人工呼吸器装着患者は多い
 - 「一般病床や在宅医療の利用状況も含めてトータルに需要を把握する必要ある」

慢性期機能および在宅医療等の需要の将来推計の考え方について

- 慢性期機能の医療需要及び在宅医療等（※）の患者の推計は、以下の考え方に基づき実施する。
- ① 一般病床の障害者・難病患者（障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院基本料及び特殊疾患入院医療管理料を算定している患者）は、慢性期機能の医療需要とする。
 - ② 療養病床の入院患者については、医療資源投入量とは別に、以下の考え方で慢性期機能及び在宅医療等の医療需要を計算する。
 - ・ 医療区分Ⅰの患者の〇%は、将来時点で在宅医療等の医療需要とする。
 - ・ その他の入院患者について、入院受療率の地域差があることを踏まえ、これを解消していくことで、将来時点の在宅医療等の医療需要を計算する。
(療養病床で回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している患者は、回復期の医療需要とする。)
 - ③ 一般病床でC3基準未満の医療資源投入量の患者については、在宅医療等の医療需要とする。

※ 居宅、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、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、医療提供施設以外の場所における医療をさす。



2025年の医療需要と 各医療機能の必要量の推計方法

構想区域(2次医療圏)ごとの病床機能区分別病床数(公表イメージ)

〇〇圏域(△△市、▲▲市…)のける医療機能ごとの病床の現状

- ・2014年7月1日時点の機能として、各医療機関が自主的に選択した機能の状況である
- ・1つの病棟に特定の患者だけが存在し、当該患者への医療だけを提供しているものではなく、実際の病棟の実情に即して、病棟内には様々な病期の患者が混在しており、各々の患者に応じた医療が提供されている。

施設名称	全体	機能別			
		高度急性期	急性期	回復期	慢性期
A病院	〇〇床	〇床	〇床		
B病院	〇〇床		〇床	〇床	
C病院	〇〇床		〇床	〇床	
D病院	〇〇床			〇床	〇床
…	〇〇床			〇床	
…	〇〇床				〇床
A診療所	〇〇床		〇床		
B診療所	〇〇床			〇床	
…	〇〇床			〇床	
…	〇〇床				〇床

クリックで病院ごとのページへ

医療需要に対する医療供給を踏まえた病床の必要量（必要病床数）の推計

- 将来のあるべき医療提供体制を踏まえ構想区域間の供給数の増減を調整し推定供給数（③）を病床稼働率で除して得た数を、各構想区域における平成37年（2025年）の病床の必要量（必要病床数）（④）とする。
- この場合において、病床稼働率は、高度急性期 75%、急性期 78%、回復期 90%、慢性期は 92%とする。

図7 構想区域ごとの医療機能別医療需要に対する医療供給（医療提供体制）の状況（脳卒中、心筋梗塞等の主な疾病についても同様の表を作成）

推計年度

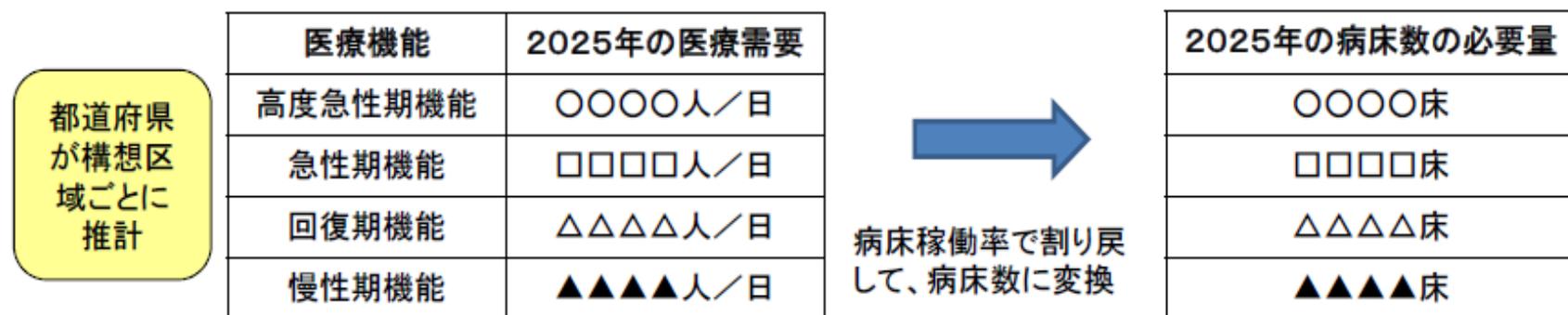
平成37年(2025年)

	2025年における	2025年における医療供給（医療提供体制）		
	医療需要 （当該構想区域に居住する患者の医療需要）①	現在の医療提供体制が変わらないと仮定した場合の他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したものの②※	将来のあるべき医療提供体制を踏まえ他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したものの③	病床の必要量(必要病床数) ③を基に病床利用率等により算出される病床数④
高度急性期 急性期 回復期 慢性期				

※ 高度急性期、急性期、回復期及び慢性期それぞれにおける②に関して、厚生労働省がデータ提供の技術的支援

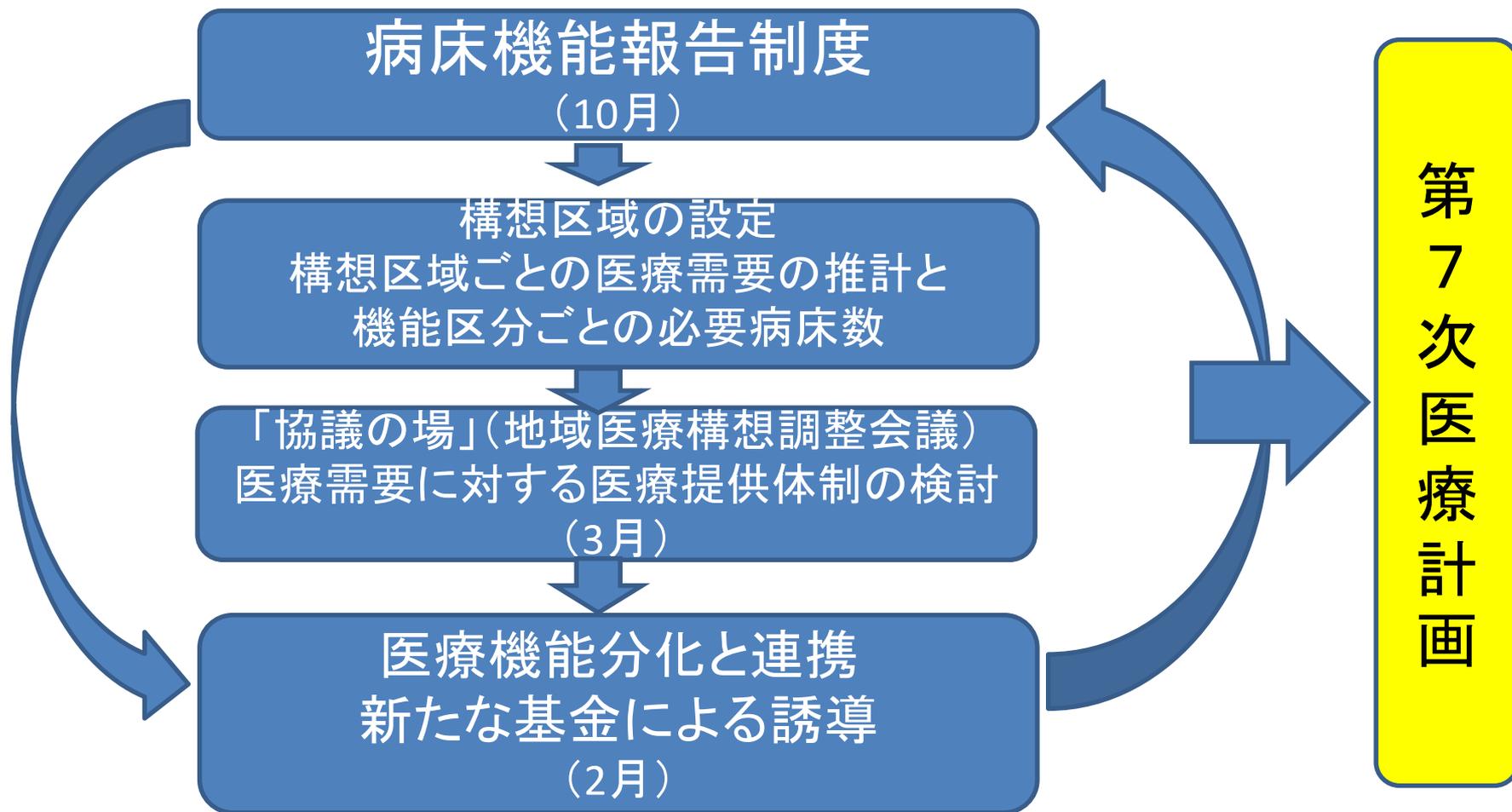
2025年の医療需要及び各医療機能の必要量の推計の基本的考え方

- 地域医療構想は、都道府県が構想区域(原則、二次医療圏)単位で策定。よって、将来の医療需要や病床の必要量についても、国が示す方法に基づき、都道府県が推計。
- 医療機能(高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能)ごとに、医療需要(1日当たりの入院患者延べ数)を算出し、それを病床稼働率で割り戻して、病床の必要量を推計。



- 推計に当たり、できる限り、患者の状態や診療の実態を勘案できるよう、NDB(ナショナルデータベース)のレセプトデータやDPCデータを分析する。
- 具体的には、患者に対して行われた診療行為を、診療報酬の出来高点数で換算した値(医療資源投入量)の多寡を見ていく。
- その他、推計に当たっては、入院受療率等の地域差や患者の流出入を考慮の対象とする。

地域医療構想の策定プロセス



PDCAサイクルを毎年繰り返す

2018年

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

2013年

地域医療
ビジョン

医療計画

2018年

医療計画

2023年

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

静岡県の構想区域と医療需要、 地域医療構想は、そして2025年の必要量は？

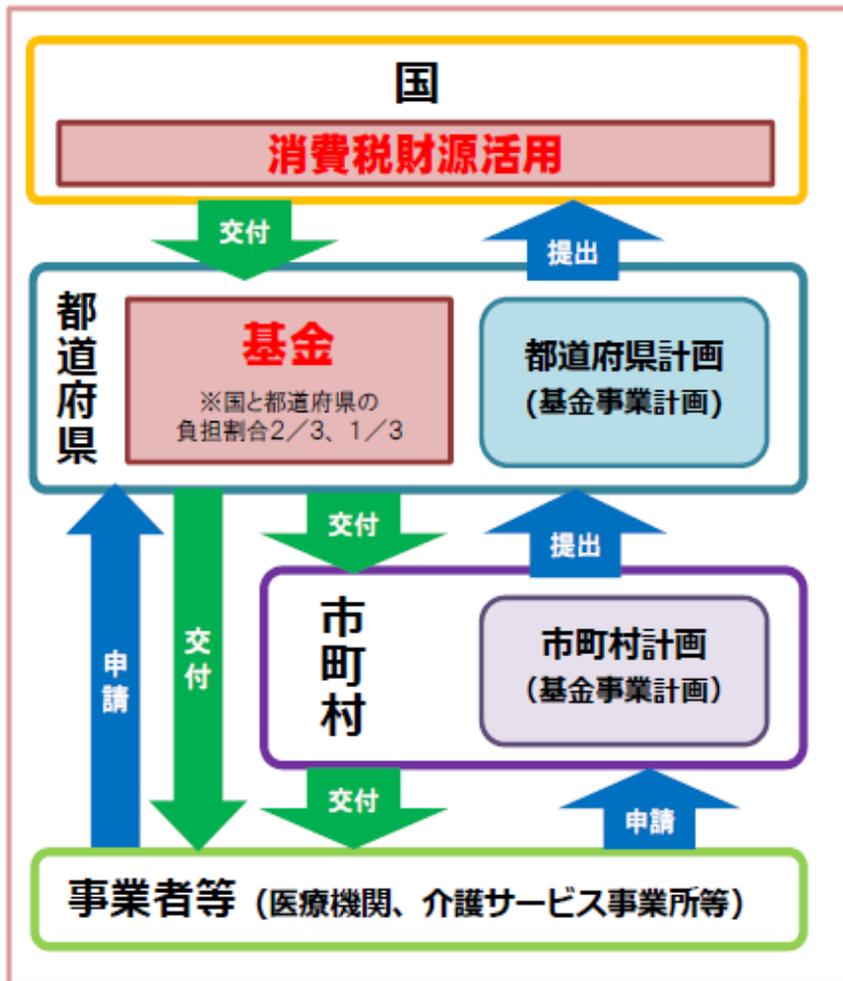


地域医療構想実現へ向けて

地域医療介護総合確保基金の活用

地域医療介護総合確保基金

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
- このため、消費税増収分を活用した新たな財政支援制度（地域医療介護総合確保基金）を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



都道府県計画及び市町村計画（基金事業計画）

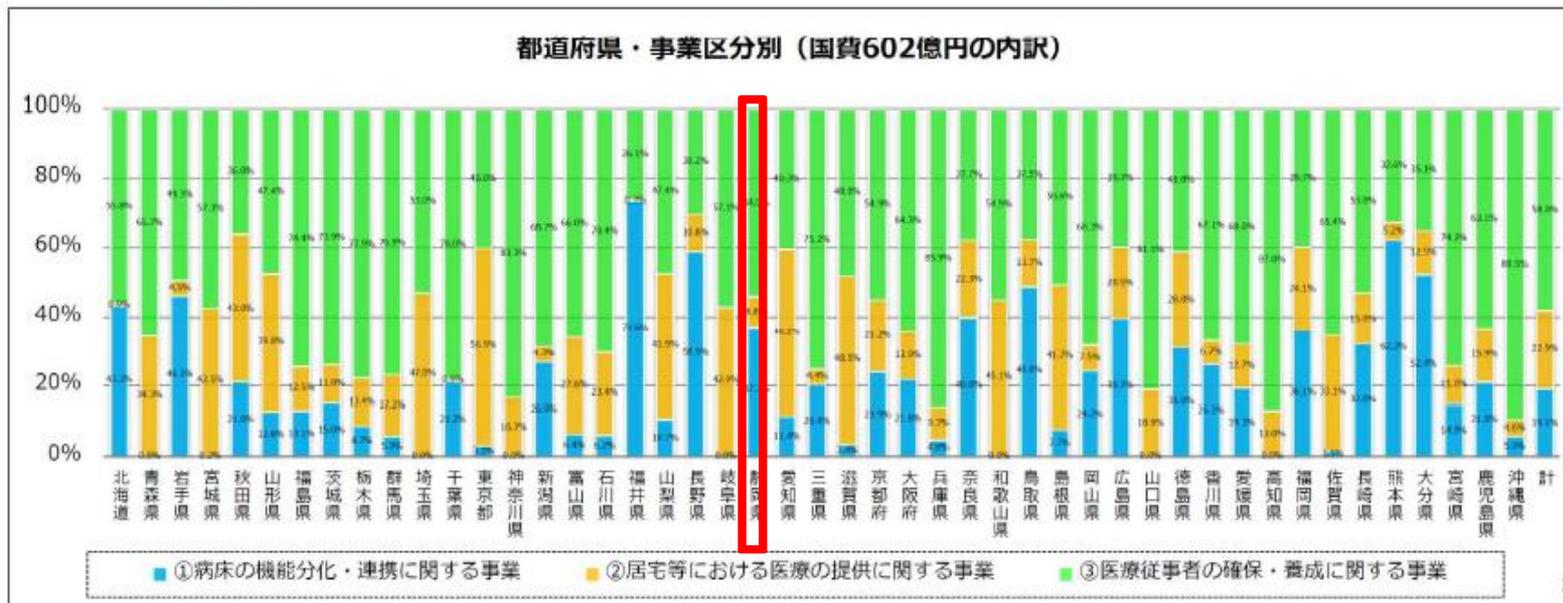
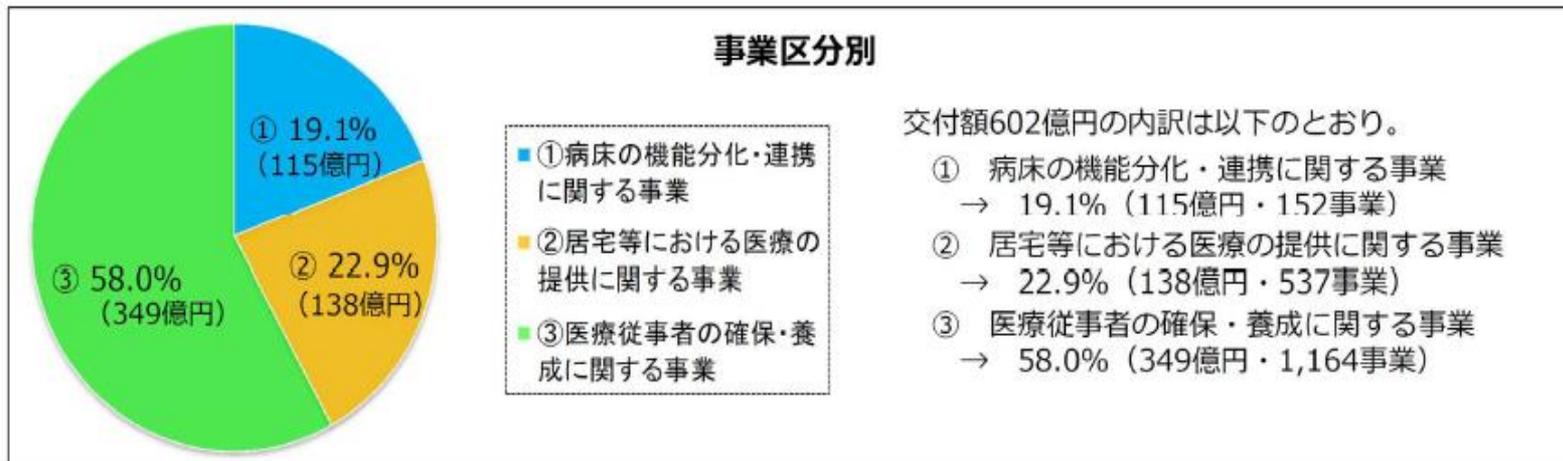
- 基金に関する基本的事項
 - ・公正かつ透明なプロセスの確保（関係者の意見を反映させる仕組みの整備）
 - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
 - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
- 都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項
医療介護総合確保区域の設定※1 / 目標と計画期間（原則1年間） / 事業の内容、費用の額等 / 事業の評価方法※2
 - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏域を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏域を念頭に設定。
 - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施。国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用
- 都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成

地域医療介護総合確保基金の対象事業

- 1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業(※)
- 2 居宅等における医療の提供に関する事業(※)
- 3 介護施設等の整備に関する事業（地域密着型サービス等）
- 4 医療従事者の確保に関する事業(※)
- 5 介護従事者の確保に関する事業

※ 基金の対象事業は、平成26年度は医療を対象として1、2、4を、平成27年度以降は介護を含めて全ての事業とする。

平成26年度 地域医療介護総合確保基金の事業区分別の交付額の割合

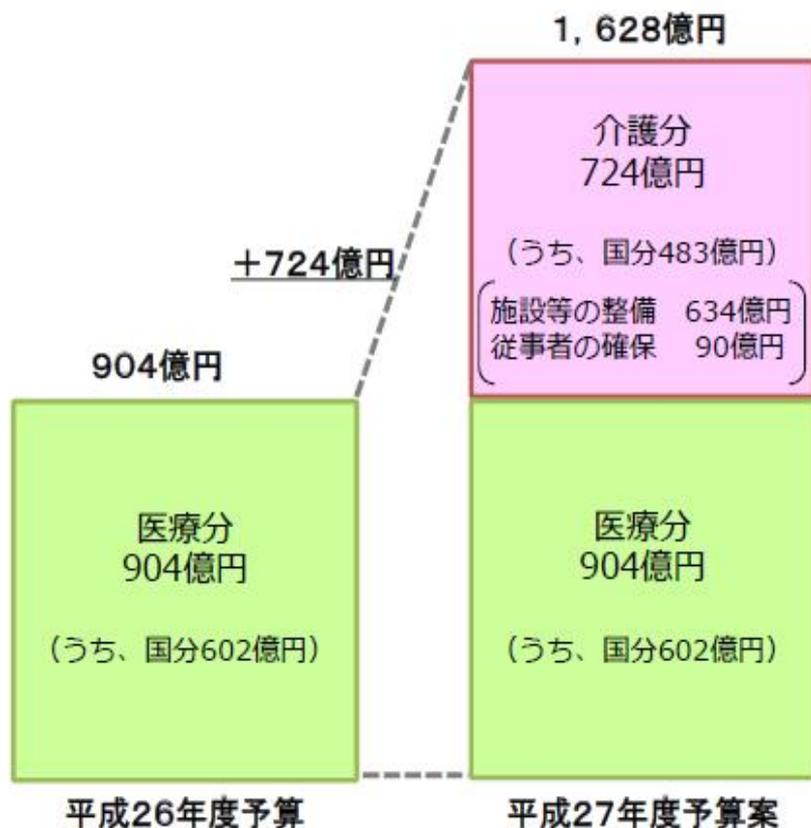


地域医療介護総合確保基金の 平成27年度予算案等について

地域医療介護総合確保基金の平成27年度予算案について

- 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、消費税増収分を活用した新たな財政支援制度（地域医療介護総合確保基金）を創設し、各都道府県に設置。
- 地域医療介護総合確保基金の平成27年度予算案は、公費ベースで1,628億円（医療分904億円（うち、国分602億円）、介護分724億円（うち、国分483億円））
- 平成27年度以降は、介護を含む全ての事業を対象とすることとしており、対前年度予算724億円増。

地域医療介護総合確保基金の予算



地域医療介護総合確保基金の対象事業

- 1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業(※)
- 2 居宅等における医療の提供に関する事業(※)
- 3 介護施設等の整備に関する事業(地域密着型サービス等)
- 4 医療従事者の確保に関する事業(※)
- 5 介護従事者の確保に関する事業

※ 基金の対象事業は、平成26年度は医療を対象として1、2、4を、平成27年度以降は介護を含めて全ての事業とする。

今後のスケジュール(案)

- 27年1月～ 都道府県ヒアリング実施
 (※都道府県による関係者からのヒアリング等実施)
- 予算成立後 基金の交付要綱等の発出
 介護分を都道府県へ内示
- 6月中 医療分を都道府県へ内示
- 7月中 交付決定 (※都道府県計画提出)

平成27年度地域医療介護総合確保基金の執行スケジュール(案)

時期	医療分	介護分	共通
平成27年 1月中旬	平成26年12月 ①都道府県に事業量の調査依頼 (事業内容、規模等)	①都道府県に事業量の調査依頼 (整備予定、規模等) ※事業メニュー案の提示	
2月頃	②都道府県より事業量の提出	②都道府県より事業量の提出	厚生労働関係部局長会議
3月頃		③事業量ヒアリング実施	全国医政関係主管課長会議 全国介護保険担当課長会議 ※交付要綱等案の提示
予算成立後	②' 都道府県より事業量の見直し 提出	④都道府県へ内示 ※必要に応じ、人材確保事業を対象 に追加ヒアリング・追加内示を実施	基金の交付要綱等の発出 ※都道府県計画の提出依頼(様式例を 提示)
5月頃	③事業量ヒアリング実施		都道府県より都道府県計画案の提出
6月頃	④都道府県へ内示		
7月頃	⑤交付申請 ⑥交付決定	⑤交付申請 ⑥交付決定	都道府県より都道府県計画の提出

パート3
地域医療連携推進法人
日本版NIH
非営利ホールディングカンパニー

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。

囚人のジレンマ: 互いに協調する方が裏切り合うよりもよい結果になることが分かっている¹でも、皆が自身の利益を優先している状況下では、互いに裏切りあってしまう

解決の方向性は

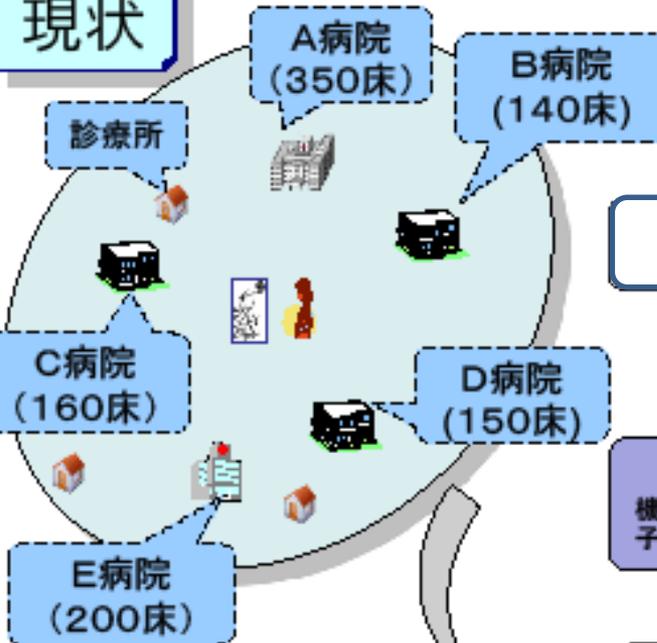
- 過当競争から病院経営を救う道は
- 非営利を厳正化して地域独占を許容
 - 高度急性期医療は、大学病院、国立病院、公的病院（日赤・済生会・共済・厚生連等）及び自治体病院が担っている場合が多い。これらの運営主体がそれぞれに独立したままで機能分担しようとしても、経営上の利害がぶつかるためうまくいかない。
 - このため、地域の中で、複数の病院がグループ化し、**病床や診療科の設定、医療機器の設置、人事、医療事務、仕入れ等を統合して行うことができる環境を作る。**

地域連携ネットワークから 地域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
 - Integrated Healthcare Network(広域医療圏統合ネットワーク)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

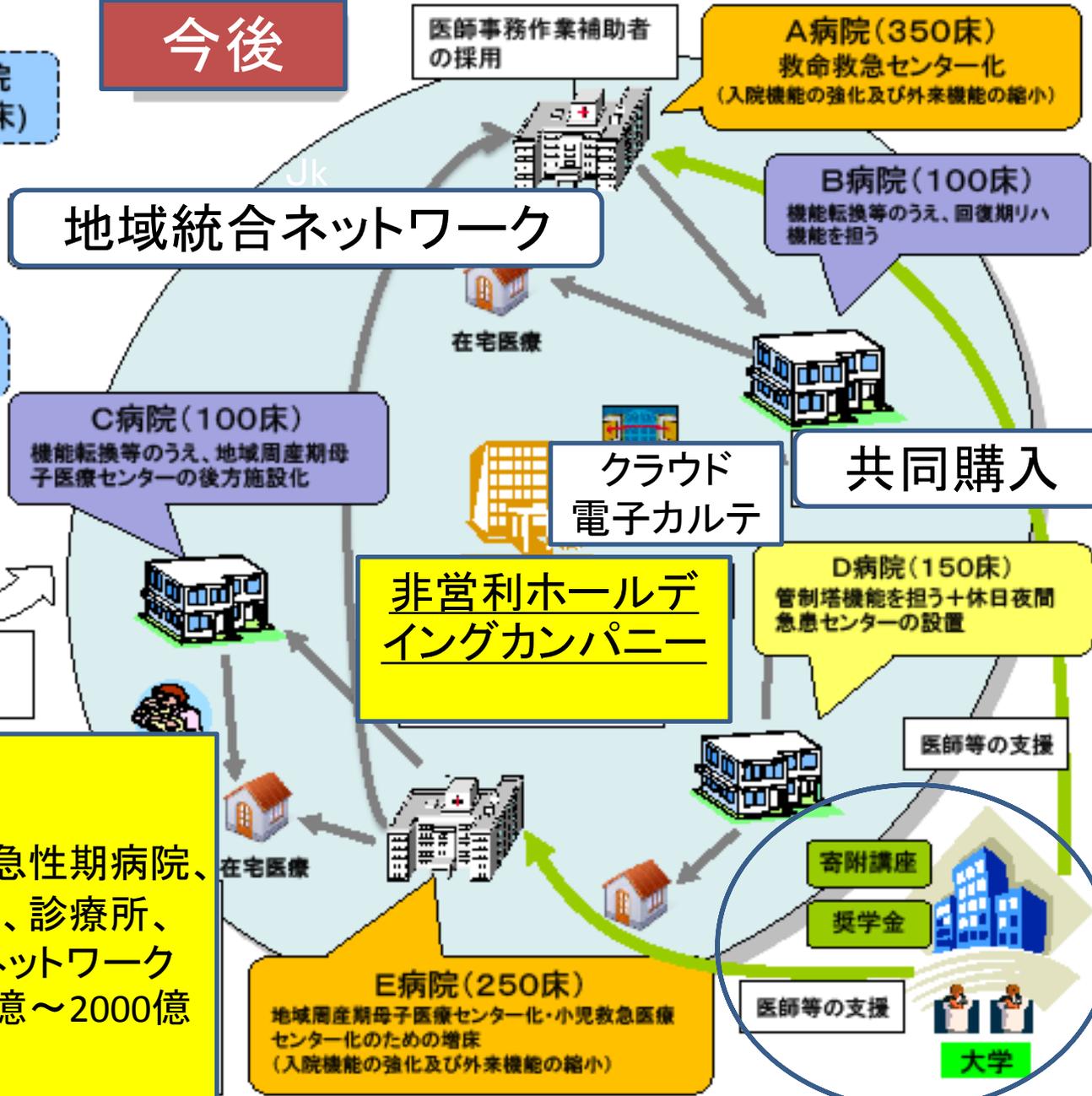
現状



- 課題
- 地域の医療資源が不足している
 - 施設間で機能分化と連携ができていない

今後

地域統合ネットワーク



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

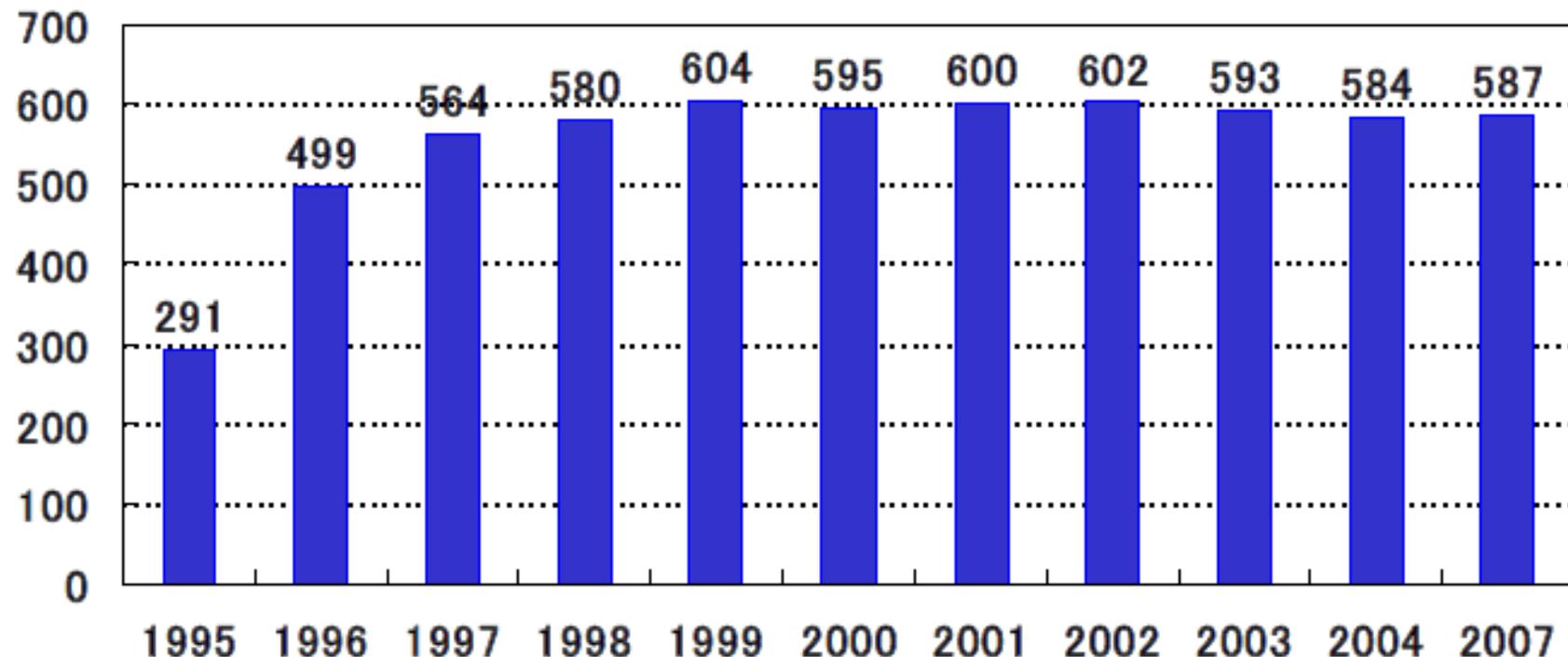
E病院 (250床)
 地域周産期母子医療センター化・小児救急医療センター化のための増床
 (入院機能の強化及び外来機能の縮小)





1990年代に登場し急成長したIHN

IHNの数の推移



- 米国内の主要医療圏の全てをカバー ⇒ 急性期ケア市場におけるシェア60%超
- 通常各医療圏に複数のIHNがあり、患者と参加独立開業医の獲得競争を展開

IHNモデルの形成の過程

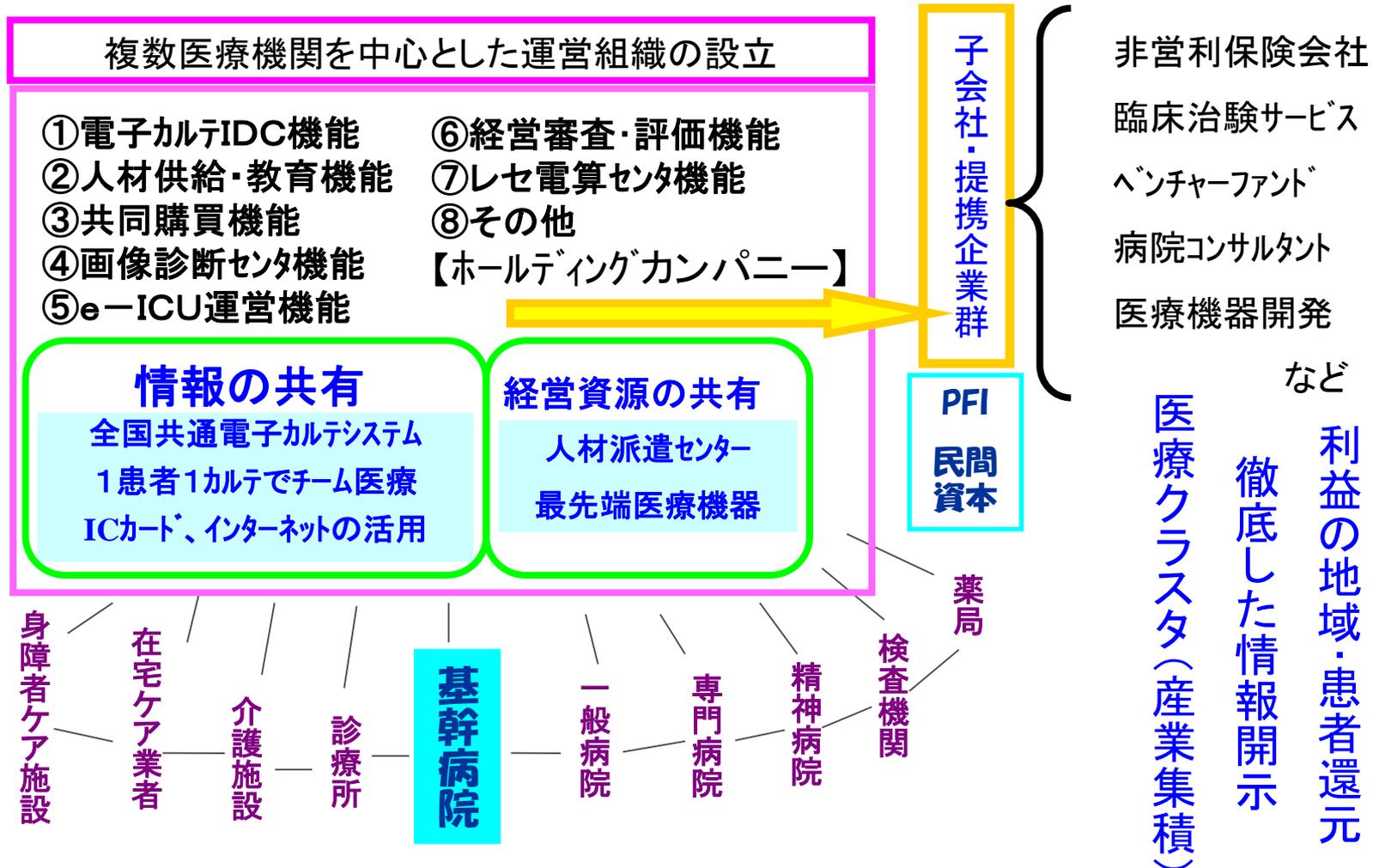
- 米国の病院はもともと民間非営利が中心で構成
- 1980年後半から1990年代に政府の医療費抑制策により病院の収益が悪化
- またマネジドケアに対抗するため病院の統合による規模拡大が盛んになった
- 統合は1980年代は類似の機能をもつ病院の水平統合から始まった
- 1990年代からは垂直統合によるIHNが盛んになって現在に至る

IHNモデルの成功の秘訣

- 地域における医療機関の大規模な統合ネットワークの形成
- 規模のメリット、ネットワーク内の機能分化と重複投資の防止を通じて、浮いた財源で医療技術の進歩に合わせた設備投資と人材育成を継続
- 医療人材養成機関(医学部、看護学部など)を併設
- 医療における民間的経営手法を徹底的に追求する
- 医療と経営の分離
- 民間非営利手法による地域連携から地域統合へ

1つの広域医療圏で設立する 非営利ホールディングカンパニー

医療機関及び医療関連企業、医師会、大学、行政の共同出資会社



民間型地域密着型IHN セントラ・ヘルスケア

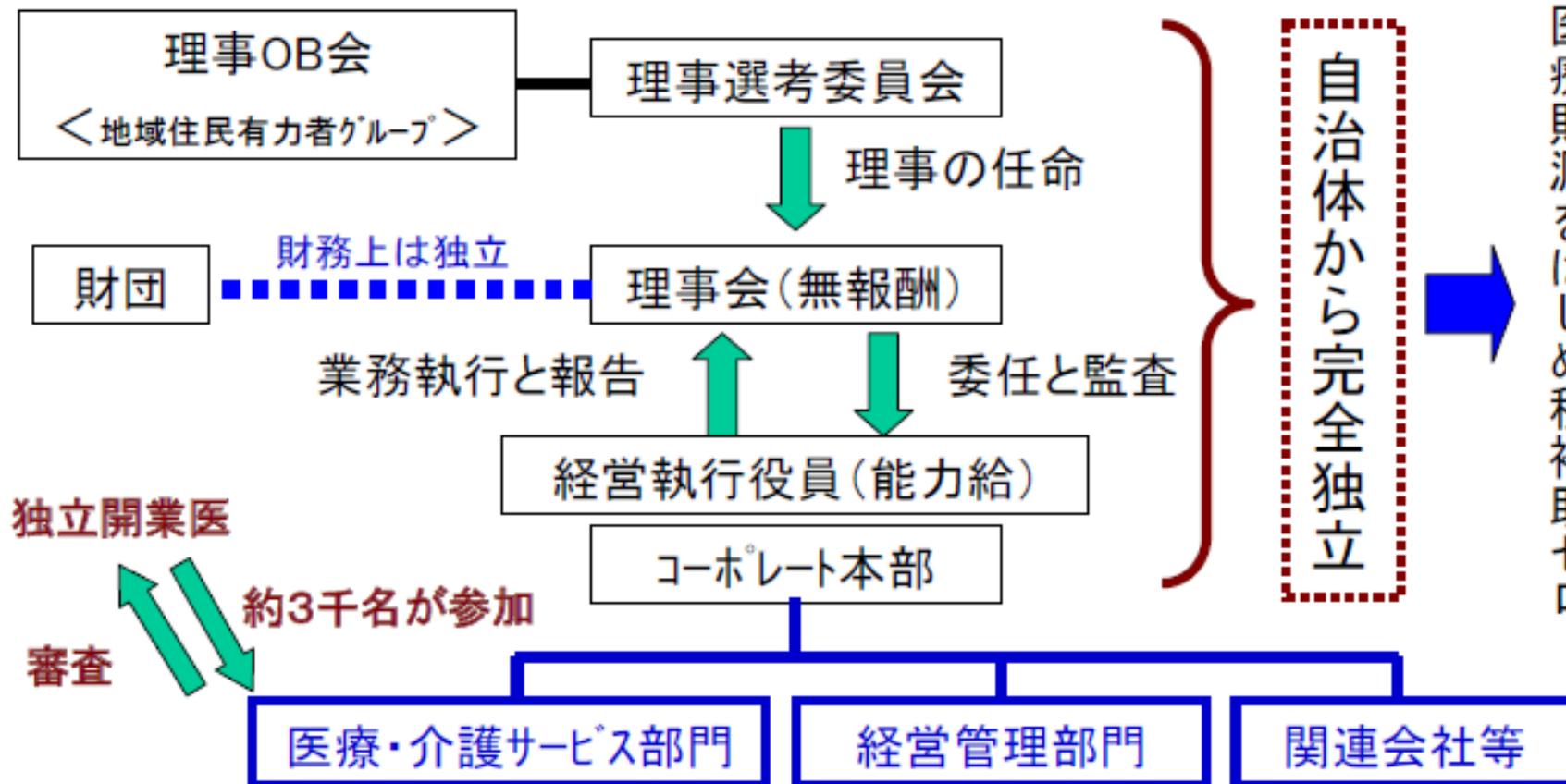
- セントラヘルスケア
 - セントラ・ノーフォーク総合病院を中核とし、半径100キロメートルの医療圏に約120の医療関連施設を保有する複合事業体
 - 総合病院と小児専門病院などの専門病院を中核として医療機関を経営統合
 - 医科大学を併設
 - 開業医ネットワークとの連携
 - 機能の重複を上手く避けて、互いに補完し合っている
 - 規模のメリットを追求



ノーフォーク バージニア州
セントラヘルスケア

Sentara Healthcare

ガバナンスは地域住民有力者グループ、経営は民間プロ



慈善医療財源をはじめ税補助ゼロ

職員数
約1万7千名

拠点施設数 87
うち病院 8(1,834床)
直接雇用医師約330名

戦略企画、財務
施設管理
ITスタッフ数約400名

医療保険会社
医療人材学校

医科大学主導型IHN UPMC(ピッツバーグ大学メデイカルセンター)

World Class Health Care - UPMC, Pittsburgh, PA, USA - Microsoft Internet Explorer

ファイル 編集 表示 お気に入り ツール ヘルプ

戻る 進む 検索 お気に入り

http://www.upmc.com/hanshin

CANON Easy-WebPrint 印刷 高濃度印刷 プレビュー オプション 印刷リストを表示

UPMC

Home | Site Map | News

About UPMC | Hospitals & Facilities | Our Services | Find A Doctor | Your Visit | Health A-Z | Careers at UPMC

To watch UPMC Minute interviews
CLICK HERE

UPMC Minute
A series of conversations with UPMC physicians that can change your approach to health care.

Request a Doctor's Appointment

Traffic Alert:
Boulevard of the Allies
Construction and Detours
[Maps and Directions](#)

Patients and Guests
How to access UPMC's programs, services, and facilities.

Health Care Professionals
Training and support for health care professionals.

Classes and Events
Classes and events for the public.

Supporting UPMC
Learn about the many ways to support UPMC.

Quality & Innovation



To improve the safety of patient care, UPMC is testing the first-ever "smart rooms" at UPMC Shadyside. This high-tech system identifies caregivers for patients and provides critical data at the bedside for doctors and nurses.

[Read more](#)

Our Care & Services



Consistently ranked among the nation's best, UPMC's treatment programs offer nationally and internationally recognized standards of care.

[Read more](#)

UPMC Spotlight



UPMC WAIVES PITTSBURGH PROMISE CONDITIONS THAT REQUIRED CITY COUNCIL APPROVAL.

[Read the press release and accompanying notices.](#)

ピッツバーグ大学の医療事業部門

UPMCの事業構造

～2006年現在～

非営利ホールディングカンパニー

経営管理サービス

情報システム
人事、財務、法務
リスクマネジメントなど

医療サービス

病院 19、癌センター 40
プライマリケア拠点数 400

医療保険(株)

加入者数 71万人
(注)ライバル保険会社の加入者も患者として受け入れる

多角化子会社群

リハビリテーション施設 50
海外病院コンサルなど国際事業
画像診断
在宅ケア
高齢者生活介助施設 16
検査
臨床治験 など

医療圏はペンシルバニア州の西半分

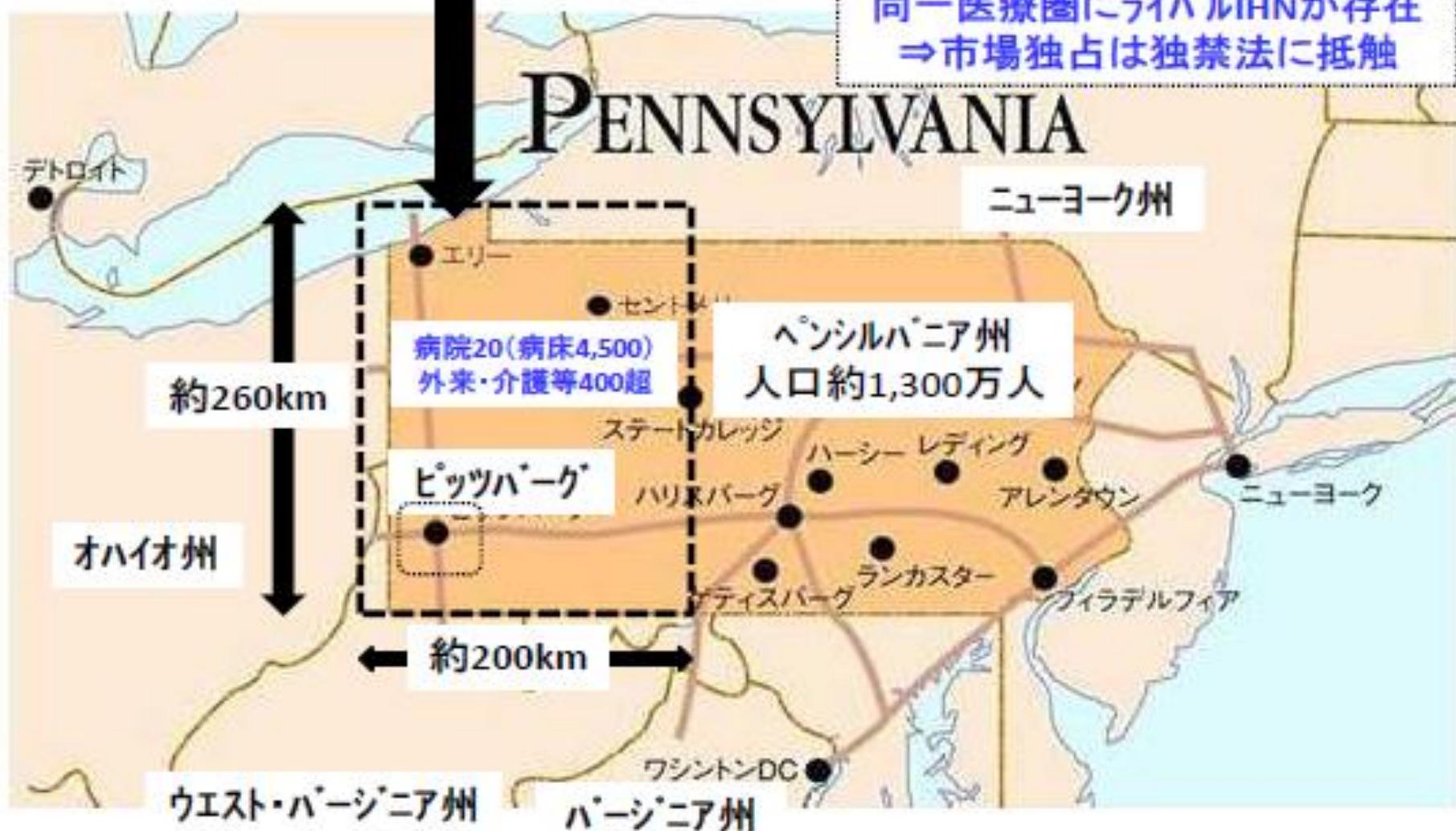
人口 約 400万人

従業員数 4万3千人

参加医師数 4,500人(うち直接雇用医師 2,300人)

UPMCの医療圏(人口約400万人)

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IHNが存在
⇒市場独占は独禁法に抵触



医療法人の事業展開等に関する検討会

日本版非営利ホールディングカンパニー



医療法人の事業展開等に関する検討会

1 設置の趣旨

医療法人に関しては、病床の機能分化・連携などを進め効率的で質の高い医療提供体制を構築するため、医療法人等との連携を推進すること等としており、日本再興戦略等において課題の検討が求められており、有識者による検討会を開催する。

2 審議事項

- ・ 非営利ホールディングカンパニー型法人制度(仮称)の創設について
- ・ 医療法人の透明性の確保・ガバナンスの強化について
- ・ 医療法人の分割について
- ・ 社会医療法人の認定要件の見直しについて 等

3 委員

田中 滋	慶應義塾大学名誉教授【座長】		
猪熊 律子	読売新聞東京本社社会保障部部長	鶴田 憲一	全国衛生部長会会長
今村 定臣	日本医師会常任理事	西澤 寛俊	全日本病院協会会長
浦野 正男	全国社会福祉法人経営者協議会総務委員長	橋本 英樹	東京大学大学院医学系研究科教授
太田 二郎	全国老人福祉施設協議会総務・組織委員長	長谷川 友紀	東邦大学医学部教授
大道 道大	日本病院会副会長	日野 頌三	日本医療法人協会会長
梶川 融	日本公認会計士協会副会長	松井 秀征	立教大学法学部教授
川原 丈貴	川原経営総合センター代表取締役社長	松原 由美	明治安田生活福祉研究所主席研究員
瀬古口精良	日本歯科医師会常務理事	山崎 學	日本精神科病院協会会長

4 審議スケジュール・開催状況

25年12月 4日	医療法人等との連携の推進について
26年 4月 2日	非営利ホールディングカンパニー型法人制度に係る報告について等
26年 6月27日	非営利ホールディングカンパニー型法人制度(仮称)の検討に当たっての主な論点等について
26年 9月10日	非営利ホールディングカンパニー型法人制度(仮称)の創設について等
26年10月10日	非営利新型法人制度の創設について等
26年11月27日	非営利新型法人制度の創設について等
27年 1月30日	地域医療連携推進法人制度(仮称)の創設について等
27年 2月 9日	地域医療連携推進法人制度(仮称)の創設及び医療法人制度の見直しについて【取りまとめ】

非営利ホールディングカンパニー型法人制度（イメージ）

制度の目的等

- 複数の医療法人及び社会福祉法人等を束ねて一体的に経営することを法制上可能とする非営利ホールディングカンパニー型法人（仮称）を創設（本年末までに検討を進め、その後速やかに制度的措置を講じる）。
→ 産業競争力会議では、その意義として、病床の機能分化や医療・介護等の連携が容易になり、高齢者が必要とするサービスを切れ目なく体系的に提供できるようになることや、病床や診療科の設定、高額医療機器の導入等を統合して行える他、資金調達の一括化による調達コスト抑制など、経営の効率化が可能となることを挙げている。

検討の方向性

- 非営利ホールディングカンパニー型法人及びこれに参加する医療法人等において、以下の3点を共有等できる仕組みとする方向で検討。（今後、本検討会において具体的に検討）

① 理念を共有すること

- 非営利ホールディングカンパニー型法人及びこれに参加する医療法人等が協力して、社会に対してどのような貢献をしていくのかを明確化した「理念」を策定する。

② この理念を実現するために行われる、意思決定を共有すること

- 上記の理念を実現するため、非営利ホールディングカンパニー型法人が行う個々の意思決定に従って、参加する医療法人等が法人運営を行うよう、必要なガバナンスの仕組みを設ける。
→医療法人等の社員総会又は評議員会の過半数を、非営利ホールディングカンパニー型法人やその理事又は社員が占める。

③ この理念等を実現するため、ヒト・カネ・モノを有効に活用すること

- 上記の理念や意思決定を実現するため、参加する医療法人等のヒト・カネ・モノを有効に活用する。
→個人に配当しない非営利法人の間で資金の融通ができるようにする。
→非営利ホールディングカンパニー型法人が株式会社（介護事業等）に出資できるようにする。

地域医療連携推進法人制度

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。

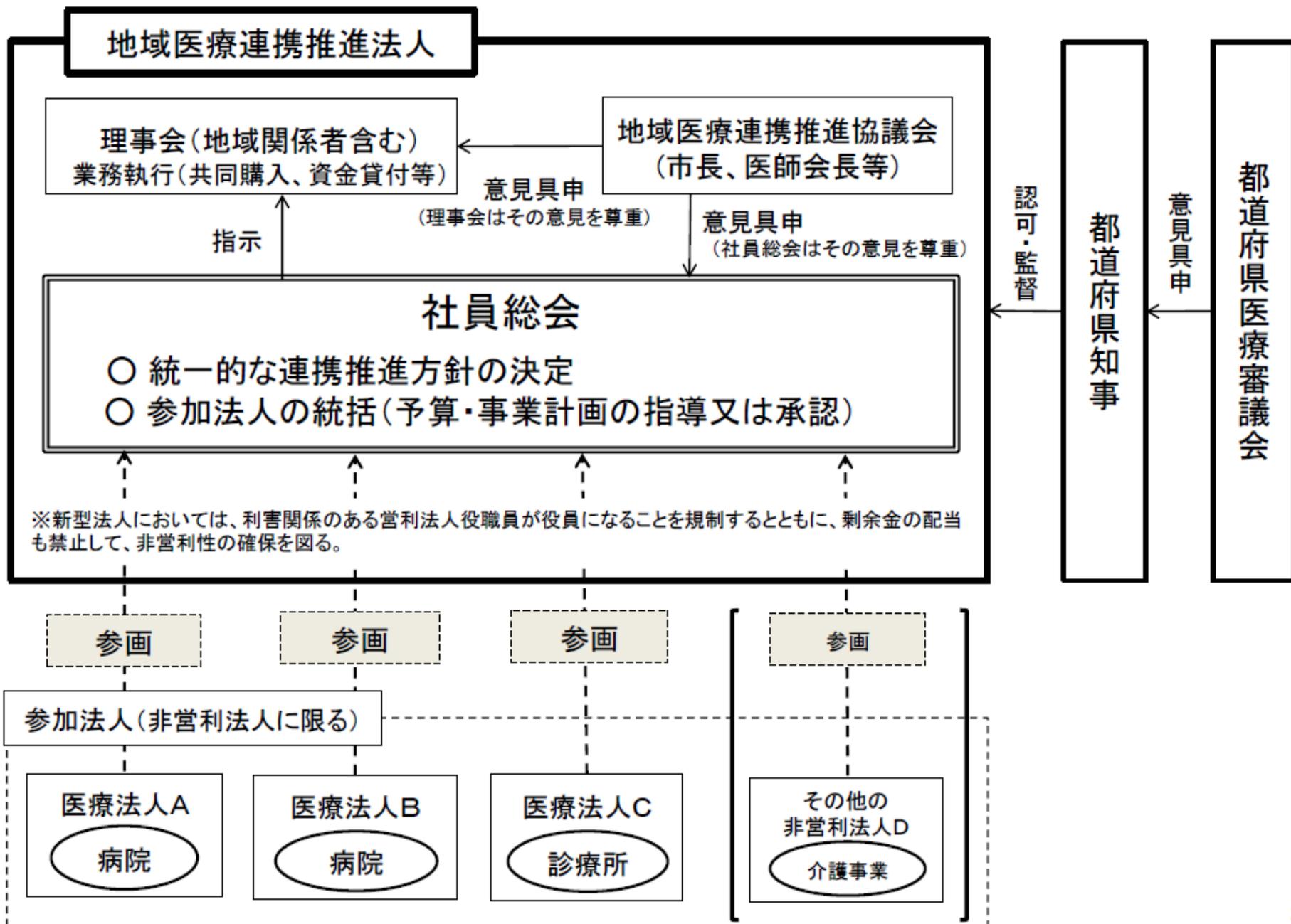
○ 業務内容

- ・ 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。
- ・ 営利法人役職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。

地域医療連携推進法人制度(仮称)の仕組み



地域医療連携推進法人（仮称）内における
病床の再編の医療計画上の取扱いについて（案）

- 地域医療連携推進法人（仮称）が参加法人に係る病院等の機能の分担及び業務の連携を推進する上で、病床の再編が有効となる場合が考えられるが、現行の基準病床数制度では、全体の病床数が増加しない場合であっても、病床過剰地域において個々の病院等で増床等がなされる場合には、都道府県知事の勧告の対象となる（※）。

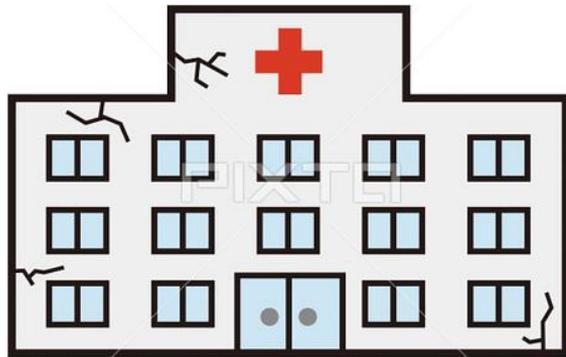
※ 例えば、病床過剰地域において、ある地域医療連携推進法人（仮称）の参加法人であるA法人が開設するA病院（200病床）と、B法人が開設するB病院（200病床）について、地域の医療需要等を踏まえ、A病院（350病床）とB病院（50病床）に病床数を変更する計画が立てられた場合など。

- 今般、地域医療連携推進法人（仮称）制度を創設するに当たり、連携推進方針（仮称）に沿った機能の分担及び業務の連携を円滑に進めるため、地域医療連携推進法人（仮称）の参加法人に係る病院等の病床の再編において、病床過剰地域であっても、地域医療構想区域を基本とした地域における病院等の間での病床の融通を認める基準病床数の特例（※）を設けることを検討する。

※ 現行の医療法では、①急激な人口の増加等の「特別な事情」により病床の整備が必要となる場合（第30条の4第7項）及び②救急医療のための病床等、更なる整備が必要となる「特定の病床」について整備する場合（同条第8項）において、基準病床数の特例が設けられている。

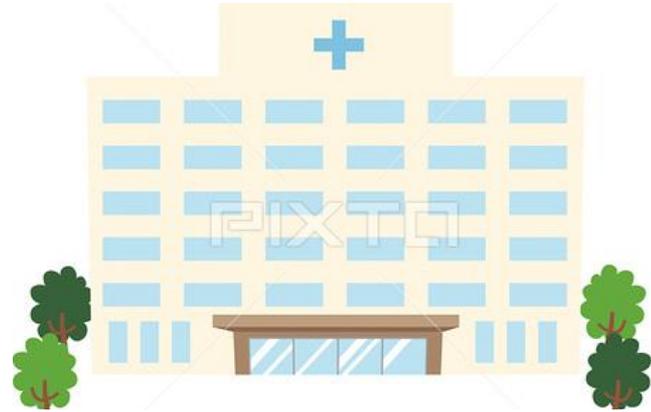
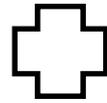
また、一部の都道府県では、同一法人内の病院等の病床の再編において、病床過剰地域であっても、地域医療の確保の観点から個別判断により病院等の間での病床の融通に関して勧告を行わないといった運用がなされている。

病床融通特例



pixta.jp - 4902298

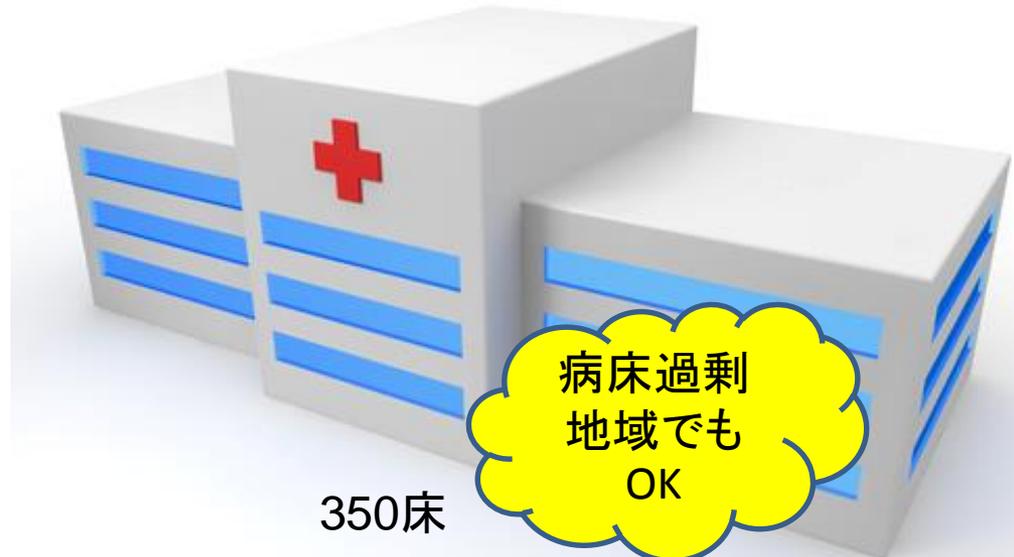
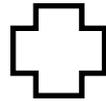
200床



200床



50床



350床

病床過剰
地域でも
OK

地域医療連携推進法人に
期待できる効果とは？

○ 新型法人設立の趣旨・期待できる効果としては、どのようなことが考えられるか。

(以下は議論のためのたたき台)

新型法人設立の趣旨

新型法人を設立し、既存法人の独自性を一定程度保障しながら、グループ全体に関する意思決定を一元的に行うことで複数の医療法人等を一体的に運営していくこととすると、これにより、地域の医療提供体制において医療法人等間の横の連携を強化し、競争よりも協調を進めることで、病床機能の分化・連携などを行い、地域包括ケアをさらに進めていくとともに、医療資源（ヒト・モノ・カネ）を効率的に活用することで医療提供体制を確保することができるのではないかと考えられる。

期待できる効果

以下の効果が考えられるのではないかと考えられる。

○ 医療等サービスの向上（地域包括ケアの推進）

新型法人において、参加法人を含めた運営方針を決定し、医療資源等を効率的に活用することにより、地域住民に対する医療等のサービスを向上させる。

- ・ 当該患者の症状に合ったグループ内医療機関の相談・紹介
- ・ グループ内医療機関の患者情報の一元的把握
- ・ 退院支援・退院調整ルールの策定
- ・ 救急受入ルールの策定
- ・ 介護事業を行う株式会社に出資することによる介護事業の拡充
- ・ 在宅医療・介護事業に未参入の医療法人が事業を新たに実施（グループ内からノウハウ・資金を入手）

○ 法人の経営効率の改善等（医療提供体制の確保）

グループの一体的運営によりヒト・モノ・カネを有効活用し、各法人の経営効率を改善させることで、医療提供体制の確保を図る。

- ・ グループ全体での採用・人事異動
- ・ グループ全体での従業員のキャリアパスの構築
- ・ 管理業務・共通業務の一括実施（統一システム、共同研修、共同物品購入、庶務等）
- ・ 医薬品等の共同購入・シーツのクリーニング等を一括で行う株式会社に出資して効率性を向上
- ・ グループ内の資金融通（貸付等）の実施
- ・ グループとしてのブランド力（信用力）の獲得

(参考) 非営利ホールディングカンパニー型法人の活用モデル等について

非営利ホールディングカンパニー型法人の活用モデルの例	具体的なイメージの例
自治体中心型	<ul style="list-style-type: none">○ 都道府県や市町村がその区域内的の医療法人、社会福祉法人等に呼びかけて、非営利ホールディングカンパニー型法人（HD法人）を創設する。○ 自治体を中心となって、医療法人等の横の連携を高めることで、地域医療構想、医療計画、介護保険事業計画などと整合性を持ちつつ、病床機能の再編、地域包括ケアシステムの構築等を円滑に進めることが期待される。○ 必要に応じて、自治体が出資したり、自治体の幹部を理事とするなど、適宜、関与することも可能である。
中核病院中心型	<ul style="list-style-type: none">○ 地域の社会医療法人、大学付属病院を運営する法人など急性期医療等を担う中核的な医療法人等が、回復期や在宅医療を担う医療法人や、介護を担う社会福祉法人に呼びかけて、HD法人を創設する。○ 地域の中核病院が中心となることで、回復期や在宅医療の基盤が弱い場合は、中核病院の信用力を元に資金を確保してそこに投資するなど、地域の効率的な医療提供体制を構築することが期待される。
地域共同設立型	<ul style="list-style-type: none">○ 都道府県医師会や地区医師会が中心となって、その区域内的の医療法人、社会福祉法人等に呼びかけて、HD法人を創設する。○ 医師会が中心となることで、現在、医師会が中心的に進めている在宅医療・介護の連携の更なる促進や、共同購入や医療機器の共同使用等による中小医療法人の経営の効率化、経営の厳しい医療法人の支援や受け皿としての機能が期待される。○ 自治体も巻き込むことによって、自治体からの出資などの支援を受けることも可能である。



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

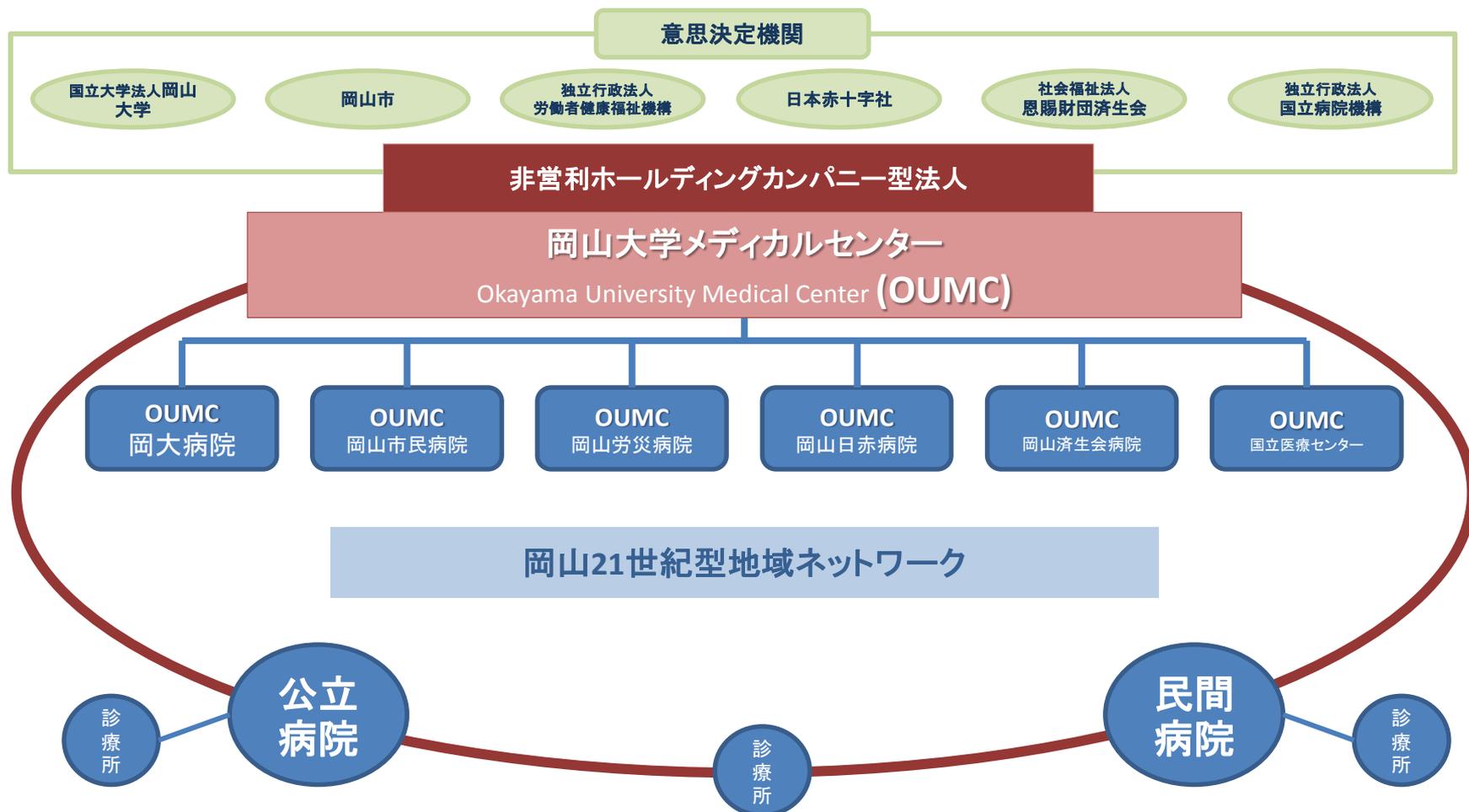
(1) 提案の背景



□ 大学附属病院の現状

- ✓ 大学附属病院の役割は、「教育」「研究」「臨床」の3点に集約される。
- ✓ 日本の医療、特に先進医療は大学附属病院によって担われてきた。
- ✓ 医師等の人材育成も大学附属病院が中核となって担ってきた。一方で、大学病院だけでは臨床教育の全てをカバーできないという現状がある。
- ✓ 中核都市における医療提供体制の充実には、大学附属病院の「臨床機能」を中核として充実・発展させ、その成果を医学教育及び研究に還元していく好循環を創り出す必要がある。
- ✓ 優秀な人材の確保も含め、大学附属病院の機能を更に発展させる組織形態にする必要がある。

(2) 岡山大学メディカルセンター構想の概要



(2) 岡山大学メディカルセンター構想の概要

Okayama University Medical Center (OUMC)

1. 岡山大学附属病院を別法人化し、同病院を中核として近隣病院を包含した岡山大学メディカルセンター（OUMC）を構築する。
2. 同一のガバナンスのもとで競合・分立していた診療内容を再編し、競合を避け、各々の診療領域の規模及び質を向上させ、日本一の規模と質を持った医療事業体を創出する。
3. 国際レベルのメガホスピタルを創出し、県外およびアジア等海外からも患者を受け入れる医療事業の核とするとともに、日本のサービスを海外へ輸出する拠点とする。
4. 大学医学部における教育の質を担保するため、新法人は岡山大学と、「教育」、「研究」機能を確実に提供する契約を締結するなどの措置を行なう。（従来の大学附属病院の機能を継続的に担うべく運営費交付金等については他大学附属病院と同等の扱いとする。）
5. 国立大学法人は新法人の構成員として、新法人の意思決定に参画する。

(3) 岡山大学メディカルセンター構想の期待される効果①

Okayama University Medical Center
(OUMC)

《地域住民にとって》

- ✓ **最適な施設で医療サービスの提供が受けられる。**
 - * 中核施設群の連携により、地域にネットワークを構築して最高レベルの医療を実現する。
 - * 周辺施設との連携の中で地域全体の医療の質に責任を持ち、搬送体制の確立、高難度症例の分担、診断治療のサポートを行う。

- ✓ **医療過疎が解決される。**
 - * 周辺の小規模施設は、連携を前提に機能を集約する。また若手医師においては、十分な経験を積むことが出来るようローテーションを設計する。
 - * 研修内容の更なる充実を図ることで、地域医療に必要な医師を確保することが可能となる。

(3) 岡山大学メディカルセンター構想の期待される効果②

Okayama University Medical Center
(OUMC)

《医療従事者にとって》

- ✓ **キャリア開発の機会を得られる。**
 - * 大規模事業体となるため、人事ローテーション、研修、学会参加、留学などが提供できる。例えば、若手は一定期間を中山間地域で過ごし定期的に研修を行い、中堅は、子弟の教育環境が良い都市部に勤務するといったことが可能になる。

- ✓ **適正な評価に基づく報酬が得られる。**
 - * 岡山大学メディカルセンター（OUMC）として診療機能を別法人化することで医療者としての評価を付与し、優秀な人材を確保する。

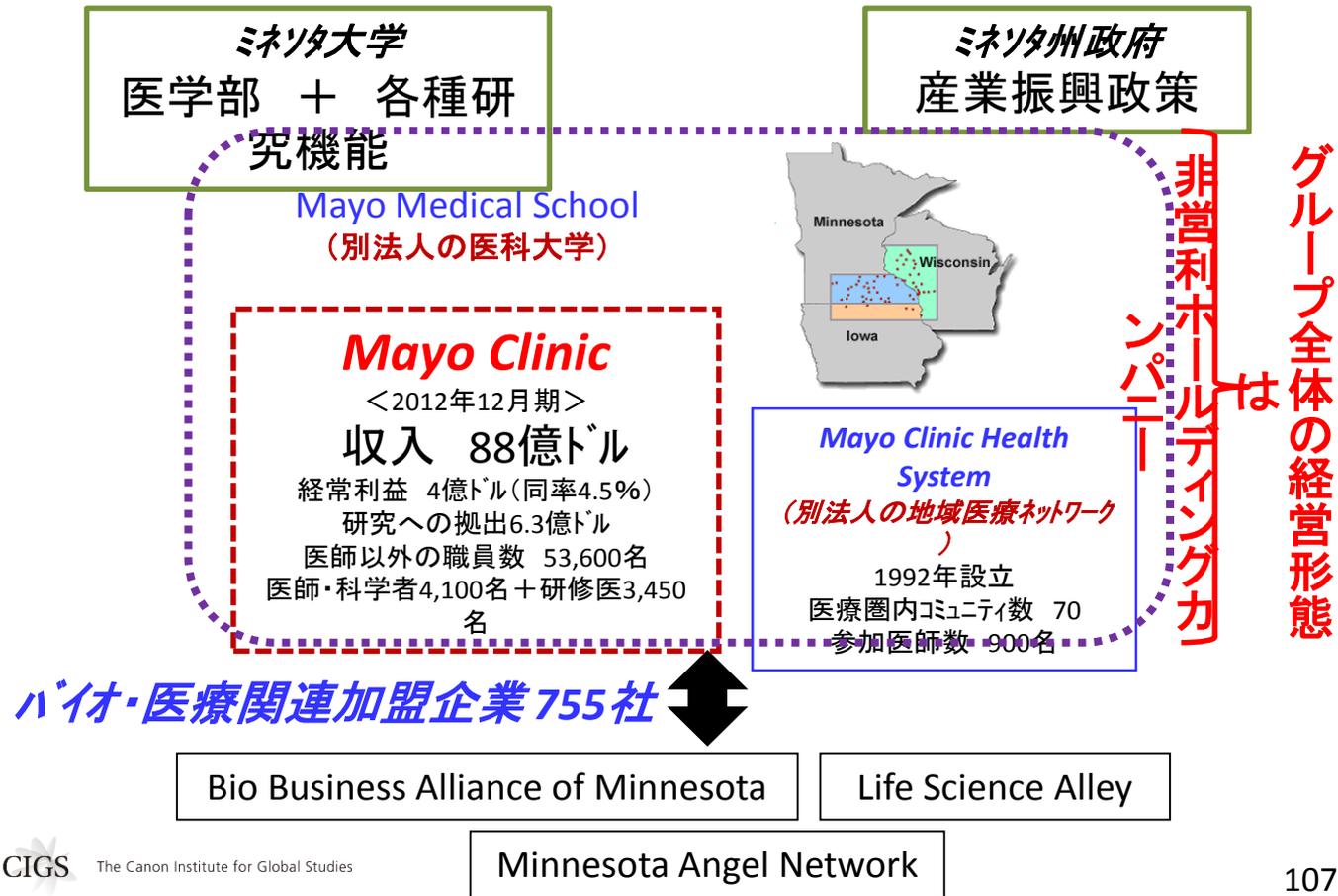
(3) 岡山大学メディカルセンター構想の期待される効果③

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。

Mayo Clinicを核にした医療産業集積





米メイヨー・クリニック
のような巨大ヘルス
ケア提供機関を作る
ための持ち株会社制
度などを通じて医療
分野の発展を促す

2014年1月22日ダボス会議

地域医療連携推進法人制度 医療法改正法案の取りまとめ

そして5年後に見直し

パート4

2014年診療報酬改定の影響 ～病床機能分化と地域連携～



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

中央社会保険医療協議会の関連組織

中央社会保険医療協議会

総会 (S25設置)

報告

報告

聴取

意見

専門部会

特に専門的事項を調査審議させるため必要があるとき、
中医協の議決により設置

診療報酬改定結果 検証部会

所掌: 診療報酬が医療現場等に与えた影響等について審議
設置: H17
会長:
委員: 公益委員のみ
開催: 改定の議論に応じて開催
平成22年度2回
平成23年度2回
平成24年度4回

薬価専門部会

所掌: 薬価の価格算定ルールを審議
設置: H2
会長: 西村万里子(明治学院大学法学部教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 4: 4: 4
開催: 改定の議論に応じて開催
平成22年度2回
平成23年度14回
平成24年度7回

費用対効果評価 専門部会

所掌: 医療保険制度における費用対効果評価導入の在り方について審議
設置: H24
会長:
委員: 支払: 診療: 公益: 参考人 = 6: 6: 4: 3
開催: 改定の議論に応じて開催

保険医療材料 専門部会

所掌: 保険医療材料の価格算定ルールを審議
設置: H11
会長: 印南一路(慶應義塾大学総合政策学部教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 4: 4: 4
開催: 改定の議論に応じて開催
平成22年度2回
平成23年度9回
平成24年度1回

小委員会

特定の事項についてあらかじめ意見調整を行う必要があるとき
中医協の議決により設置

診療報酬基本問題 小委員会

所掌: 基本的な問題についてあらかじめ意見調整を行う
設置: H3
会長: 森田朗(学習院大学法学部教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 5: 5: 6
開催: 改定の議論に応じて開催
平成22年度開催なし
平成23年度開催なし
平成24年度5回

調査実施小委員会

所掌: 医療経済実態調査についてあらかじめ意見調整を行う
設置: S42
会長: 野口晴子(早稲田大学政治経済学術院教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 5: 5: 4
開催: 調査設計で開催
平成22年度3回
平成23年度1回
平成24年度3回

聴取

意見

診療報酬調査専門組織

所掌: 診療報酬体系の見直しに係る技術的課題の調査・検討
設置: H15 委員: 保険医療専門審査員

- DPC評価分科会 時期: 月1回程度
会長: 小山信彌(東邦大学医学部特任教授)
- 医療技術評価分科会 時期: 年1回程度
会長: 福井次矢(聖路加国際病院長)
- 医療機関のコスト調査分科会 時期: 年1回程度
会長: 田中滋(慶應義塾大学大学院教授)
- 医療機関等における消費税負担に関する分科会
会長: 田中滋(慶應義塾大学大学院教授)
- 入院医療等の調査・評価分科会
会長: 武藤正樹(国際医療福祉大学大学院教授)

専門組織

薬価算定、材料の適用及び技術的課題等について調査審議する必要があるとき、有識者に意見を聴くことができる

薬価算定組織

所掌: 新薬の薬価算定等についての調査審議
設置: H12
委員長: 長瀬隆英(東京大学大学院教授)
委員: 保険医療専門審査員
時期: 4半期に一度の薬価収載、緊急収載等に応じて、月一回程度

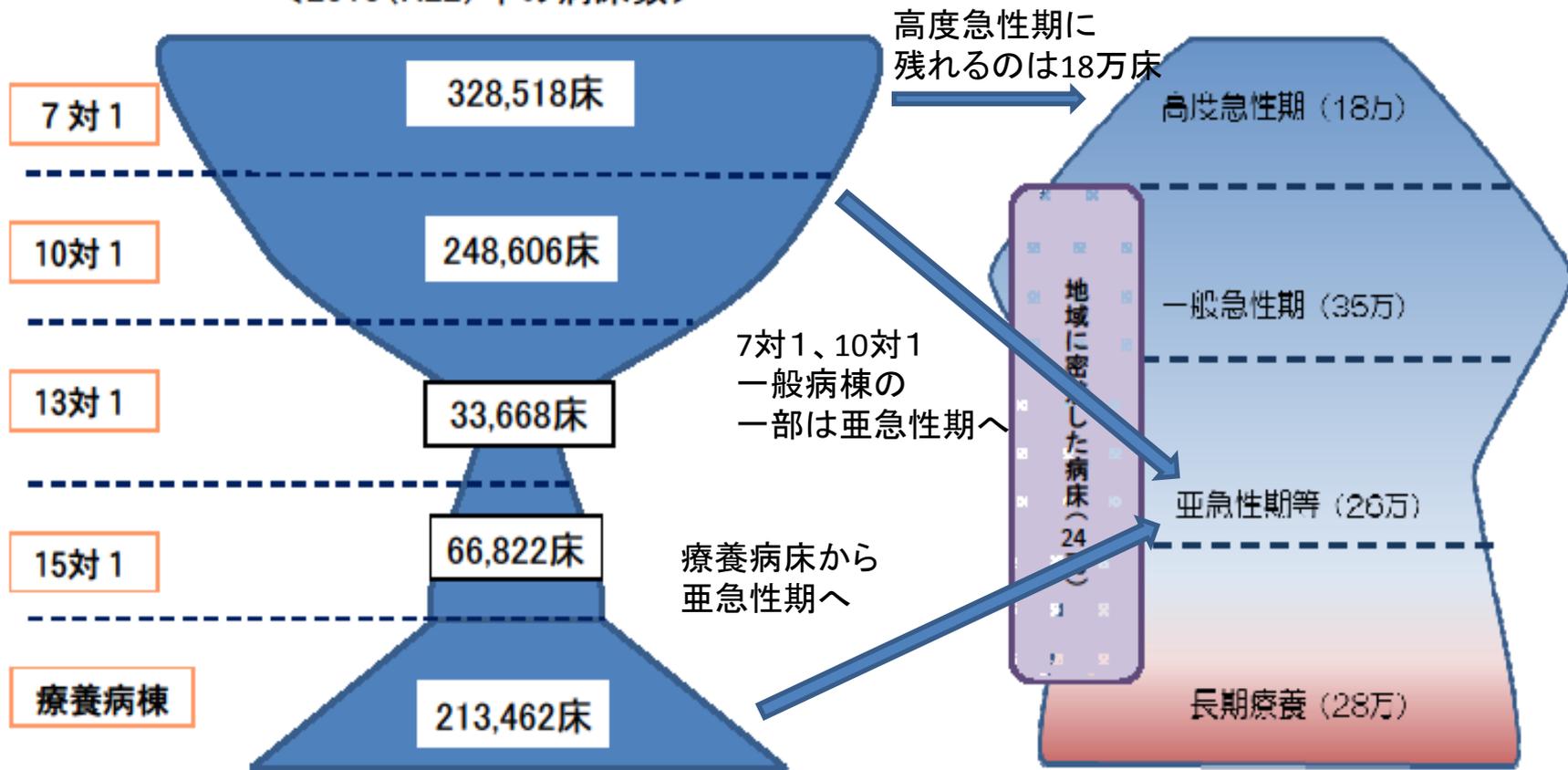
保険医療材料 専門組織

所掌: 特定保険医療材料の保険適用についての調査審議
設置: H12
委員長: 松本純夫(東京医療センター院長)
委員: 保険医療専門審査員
時期: 4半期に一度の保険収載等に応じて、3月に3回程度

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

短期滞在手術基本料の見直し

➤一定程度治療法が標準化し、短期間で退院可能な検査・手術が存在していることを踏まえて、短期滞在手術基本料3の対象を21種類に拡大するとともに、包括範囲を全診療報酬点数とする。

<対象検査>

- D237 終夜睡眠ポリグラフィー1 携帯用装置を使用した場合
- D237 終夜睡眠ポリグラフィー2 多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合
- D237 終夜睡眠ポリグラフィー3 1及び2以外の場合
- D291-2 小児食物アレルギー負荷検査
- D413 前立腺針生検法

<対象手術>

- K008 腋臭症手術2皮膚有毛部切除術
- K093-2 関節鏡下手根管開放手術
- K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)
- K282 水晶体再建術1 眼内レンズを挿入する場合 口その他のもの
- K282 水晶体再建術2 眼内レンズを挿入しない場合
- K474 乳腺腫瘍摘出術1長径5cm未満
- K617 下肢静脈瘤手術1抜去切除術
- K617 下肢静脈瘤手術2硬化療法
- K617 下肢静脈瘤手術3高位結紮術
- K633 ヘルニア手術5鼠径ヘルニア
- K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術
- K721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術1長径2cm未満
- K721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術2長径2cm以上
- K743 痔核手術 2硬化療法(四段階注射法)
- K867 子宮頸部(腔部)切除術
- K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術

短期滞在手術・検査は
1入院包括になる！

※ 入院5日目までに該当手術・検査を実施した患者については、他に手術を実施した場合を除き、本点数を算定する。また、本点数のみを算定した患者は平均在院日数の計算対象から除く。

特定除外制度

90日越えの特定入院基本料から
さらに平均在院日数の
計算対象から除外する患者

90日超患者のうちの特定除外患者割合

	全体	入院期間90日超		うち 特定除外患者に該当する	
		人数	割合	人数	割合
7対1一般病棟入院基本料	3,810	223	5.9%	142	3.7%
10対1一般病棟入院基本料	1,727	147	8.5%	112	6.5%
療養病棟入院基本料1	1,703	1,374	80.7%	-	-
療養病棟入院基本料2	1,080	800	74.1%	-	-

○ 7対1、10対1一般病棟入院基本料を届出している医療機関においても90日を超えて長期入院する患者がある程度存在した。

出典：平成24年度 入院医療等の調査より

特定除外患者の内訳(平成24年度調査)

		7対1 一般病棟入院基本料		10対1 一般病棟入院基本料	
		件数	割合	件数	割合
全体		142	100.0%	112	100.0%
特定除外患者該当状況	[01] 難病患者等入院診療加算を算定する患者	4	2.8%	3	2.7%
	[02] 重症者等療養環境特別加算を算定する患者	—	—	3	2.7%
	[03] 重度の肢体不自由者、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者および難病患者等	7	4.9%	10	8.9%
	[04] 悪性新生物に対する治療を実施している状態	37	26.1%	16	14.3%
	[05] 観血的動脈圧測定を実施している状態	—	—	—	—
	[06] リハビリテーションを実施している状態(入院日から起算して180日間に限る)	45	31.7%	20	17.9%
	[07] ドレーン法もしくは胸腔または腹腔の洗浄を実施している状態	4	2.8%	3	2.7%
	[08] 頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態	13	9.2%	6	5.4%
	[09] 人工呼吸器を使用している状態	11	7.7%	6	5.4%
	[10] 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過または血漿交換療法を実施している状態	6	4.2%	36	32.1%
	[11] 全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態(当該手術日から30日間に限る)	4	2.8%	—	—
	[12] 上記 [1]～[11] に掲げる状態に準ずる状態にある患者	9	6.3%	6	5.4%
	[99] 未記入	2	1.4%	3	2.7%

特定除外患者を含めて計算した場合の平均在院日数*

*調査票における入院日から調査日までの入院期間を元に算出しているため診療報酬上の基準とは異なる

(単位:日)

	7対1一般病棟入院基本料		10対1一般病棟入院基本料	
	(N=1,826)	特定除外患者を 含めない場合 (N=1,799)	(N=763)	特定除外患者を 含めない場合 (N=745)
全体	22.5	21.0	25.2	22.0
		← 1.5日延長	← 3.2日延長	

平均在院日数

- 4泊5日以内の**短期手術等の症例を除いて**平均在院日数を計算した場合
 - 12.2日→12.8日(+0.6日延長)
- 7対1、10対1入院基本料を算定する医療機関で、**特定除外患者を含めて**平均在院日数を計算した場合
 - 7対1 21.0日→22.5日(+1.5日延長)
 - 10対1 22.0日→25.2日(+3.2日延長)

重症度・看護必要度



② 一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票(平成24年診療報酬改定後)

Aモニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置	なし	あり	/
2 血圧測定	0から4回	5回以上	/
3 時間尿測定	なし	あり	/
4 呼吸ケア	なし	あり	/
5 点滴ライン同時3本以上	なし	あり	/
6 心電図モニター	なし	あり	/
7 シリンジポンプの使用	なし	あり	/
8 輸血や血液製剤の使用	なし	あり	/
9 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用、 ② 麻薬注射薬の使用、 ③ 放射線治療、 ④ 免疫抑制剤の使用、 ⑤ 昇圧剤の使用、 ⑥ 抗不整脈剤の使用、 ⑦ ドレナージの管理	なし	/	あり

B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 起き上がり	できる	できない	/
3 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
4 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	/
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

測定・評価が要件となるもの

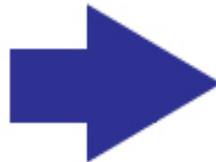
7対1入院基本料	重症者※の割合 15%以上 (がん専門病院については10%)
10対1入院基本料	測定・評価のみ (要件なし)
看護必要度加算 (一般病棟10対1入院基本料届出病棟)	10%又は15%以上
急性期看護補助体制加算 (一般病棟10対1及び7対1入院基本料届出病棟)	10対1の場合 10%以上 7対1の場合 15%以上
一般病棟看護必要度評価加算 (一般病棟13対1入院基本料届出病棟)	測定・評価のみ (要件なし)

※A得点が2点以上、かつB得点が3点以上の患者

厚生科学研究特別研究で追加項目を検討

重症度、医療・看護必要度の見直し

A項目(改定前)	
1	創傷処置
2	血圧測定
3	時間尿測定
4	呼吸ケア
5	点滴ライン同時3本以上
6	心電図モニター
7	シリンジポンプの使用
8	輸血や血液製剤の使用
9	専門的な治療・処置
	① 抗悪性腫瘍剤の使用
	② 麻薬注射薬の使用
	③ 放射線治療
	④ 免疫抑制剤の使用
	⑤ 昇圧剤(注射)の使用
	⑥ 抗不整脈剤の使用
	⑦ ドレナージの管理



A項目(改定後)	
1	創傷処置
	①創傷処置②褥瘡処置
	①、②いずれか一つ以上該当する場合
2	血圧測定
3	時間尿測定
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)
3	点滴ライン同時3本以上
4	心電図モニター
5	シリンジポンプの使用
6	輸血や血液製剤の使用
7	専門的な治療・処置
	① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤を使用した場合)
	② 抗悪性腫瘍剤の内服
	③ 麻薬注射薬の使用(注射剤を使用した場合)
	④ 麻薬の内服・貼付
	⑤ 放射線治療
	⑥ 免疫抑制剤の使用
	⑦ 昇圧剤(注射)の使用
	⑧ 抗不整脈剤の使用
	⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴
	⑩ ドレナージの管理

※ 赤字が改定後の修正点

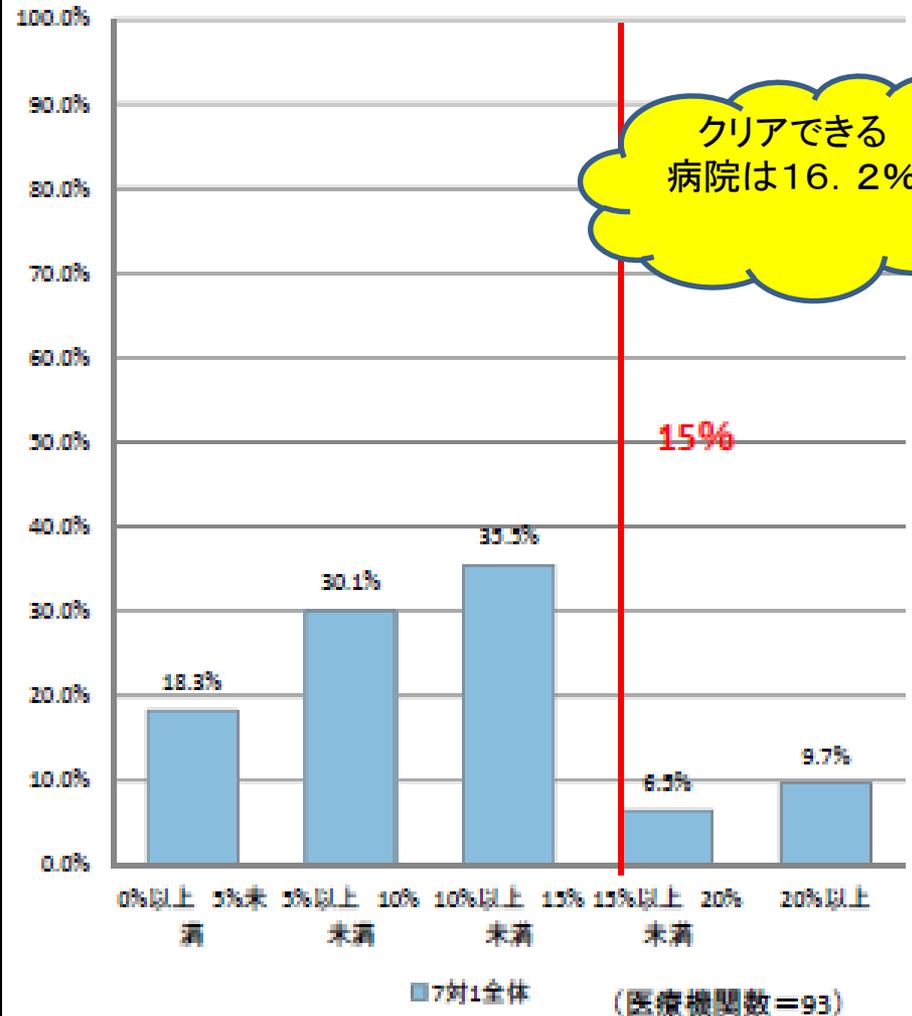
重症度・看護必要度

- 複雑な病態をもつ急性期の患者に必要とされる重症度・看護必要度とは何かという観点から見直し
 - 時間尿測定及び血圧測定は削除
 - 「創傷処置」については、褥瘡の処置とそれ以外の手術等の縫合部等の処置を分ける
 - 「呼吸ケア」については、痰の吸引を定義から外す
- 新しい項目の追加
 - 抗悪性腫瘍剤の内服、麻薬の内服・貼付、抗血栓塞栓薬の持続点滴をA項目に追加
 - 10分以上の指導・意思決定支援については、実施すべき内容等定義を明確にした上でA項目に追加

＜削除項目と追加項目の組み合わせのシミュレーション＞
 パターン2:「時間尿測定」「血圧測定」「創傷処置」「呼吸ケア」の削除と
 追加項目の全てを反映した場合①

A モニタリング及び処置等	
1 創傷処置	×
2 血圧測定	×
3 時間尿測定	×
4 呼吸ケア	×
5 点滴ライン同時3本以上	○
6 心電図モニター	○
7 シリンジポンプの使用	○
8 輸血や血液製剤の使用	○
計画に基づいた10分以上の指導	○
計画に基づいた10分以上の意思決定支援	○
9 専門的な治療・処置1	○
① 抗悪性腫瘍剤の使用	○
② 麻薬注射薬の使用	○
③ 放射線治療	○
④ 免疫抑制剤の使用	○
⑤ 昇圧剤の使用	○
⑥ 抗不整脈剤の使用	○
⑦ ドレナージの管理	○
抗悪性腫瘍剤の内服	○
麻薬の内服・貼付	○
抗血栓塞栓薬の持続点滴	○
B 患者の状況等	
1 寝返り	○
2 起き上がり	○
3 座位保持	○
4 移乗	○
5 口腔清潔	○
6 食事摂取	○
7 衣服の着脱	○

基準該当者割合別の施設割合(%)



青字:削除項目案 赤字:追加項目案

【集計について】7対1入院基本料を算定する医療機関の「基準該当者割合」別に医療機関の分布を集計

中医協総会（11月27日）

- 「計画に基づいた10分以上の指導・意思決定支援」を除くと・・・
- 「重症度・看護必要度の高い患者割合15%以上」の要件を満たせる病院は？
 - 全体の56.5%（25.9ポイント減）
 - 3カ月を超えず1割以内に変動の範囲内にある病院（点数算定が認められる）を含めると70.6%（16.5ポイント減）

7対1病床はどれくらい減るのか？

36万床の4分の1、
9万床減るといわれたが・・・
実際は1.4万床の減

7対1病床は1.4万床の減少

- 厚生労働省は3月4日の中医協総会で新7対1一般入院基本料の病床数動向を発表
- 2014年4月改定後、10月時点で7対1病床は2.8万床減少
- しかし、その他入院料から新たに新7対1病床に移行した病床が1.4万床あることから実質の減少は1.4万床にとどまった

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

高度急性期・急性期



在宅復帰の流れ(イメージ)

(改) 中医協 総-3
25.3.13

亜急性期・回復期等



在宅復帰率

回復期リハ病棟1: 7割以上

回復期リハ病棟2: 6割以上

亜急性期: 6割以上

7対1病棟
在宅復帰率75%

地域包括ケア病棟
在宅復帰率70%

居宅

居住系(特定施設・グループホーム等)

家庭



診療所等



外来・訪問サービス等

老健



長期療養



【参考】在宅復帰率(介護保険)

在宅復帰支援型の老健 > 5割

上記以外※ > 3割

※在宅復帰・在宅療養支援機能加算を算定する場合

在宅復帰機能強化加算
在宅復帰率50%

全ての施設で在宅復帰率が導入
「全ての道は在宅へ通ず」

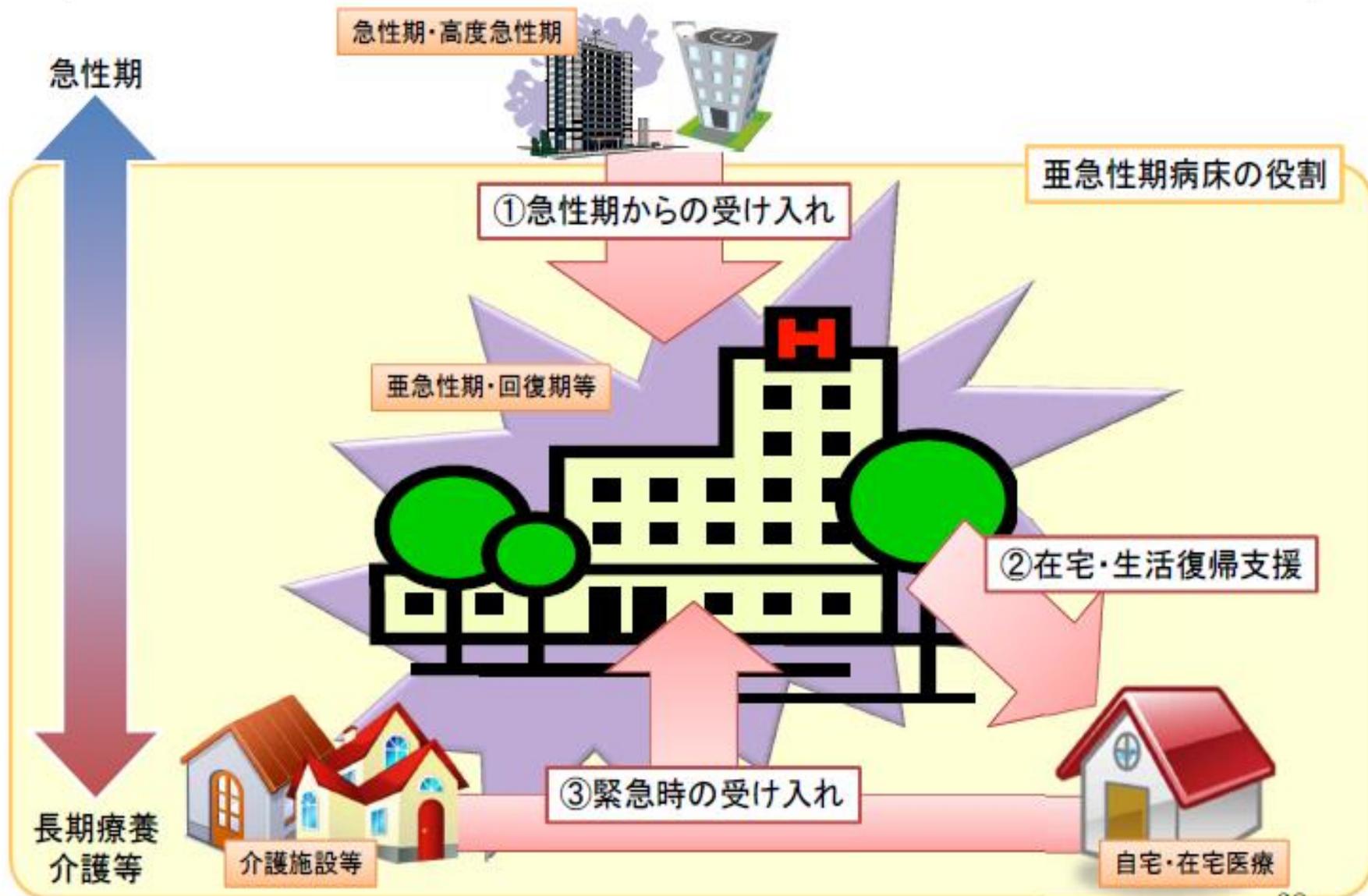
亜急性期入院医療

亜急性期入院医療が大きく見直しされる

亜急性期入院医療

- 亜急性期病床の役割・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

亜急性期病床の地域医療に果たす役割



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

亜急性期病棟は
「地域包括ケア病棟」
リハは包括化された

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

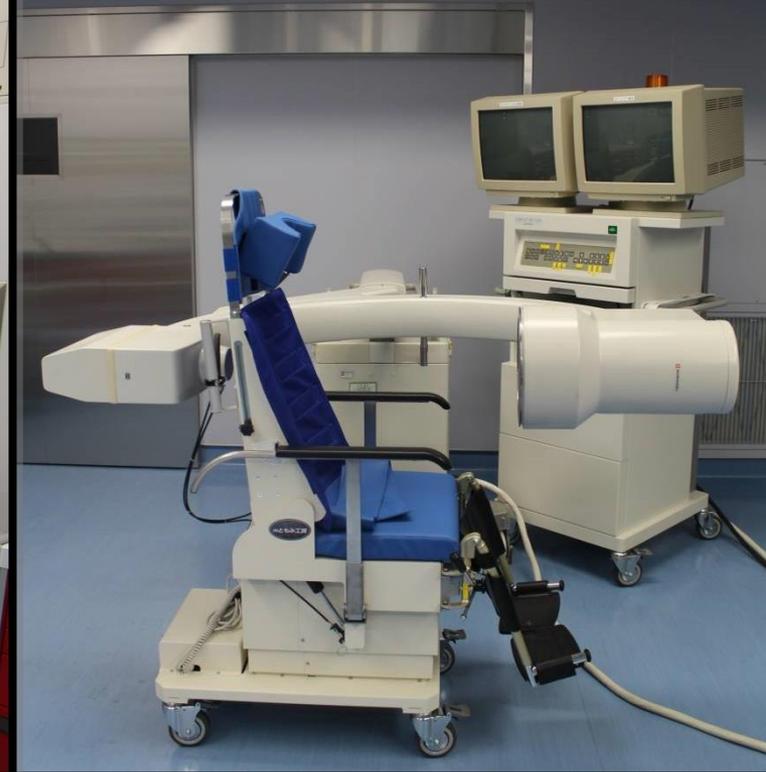
長期急性期病床

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

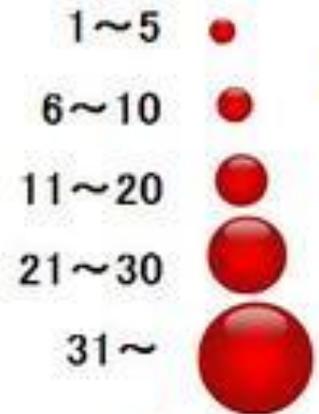
長期慢性期

集団リハビリ・レクリエーション

(地包ケア1) 地域包括ケア病棟入院料1及び地域包括ケア入院医療管理料1958病院
 (地包ケア2) 地域包括ケア病棟入院料2及び地域包括ケア入院医療管理料2 86病院

地包ケア1・2算定 1044病院 2.64万床

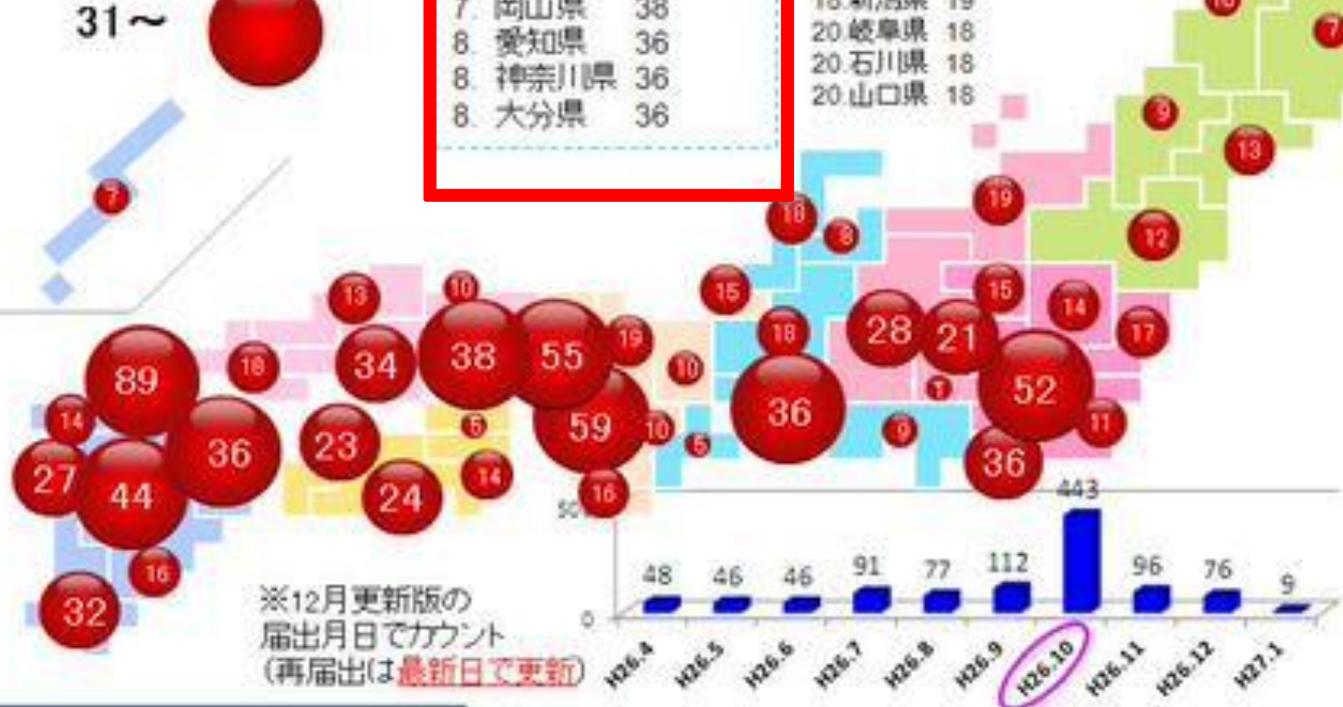
(H27年1月15日現在) (H26年12月届出まで)



TOP20

1. 福岡県	89
2. 大阪府	59
3. 兵庫県	55
4. 東京都	52
5. 北海道	47
6. 熊本県	44
7. 岡山県	38
8. 愛知県	36
8. 神奈川県	36
8. 大分県	36

11. 広島県	34
12. 鹿児島県	32
13. 長野県	28
14. 長崎県	27
15. 高知県	24
16. 愛媛県	23
17. 埼玉県	21
18. 京都府	19
18. 新潟県	19
20. 岐阜県	18
20. 石川県	18
20. 山口県	18



地方厚生局別

地方厚生局	病院数	病床数
北海道	47	(41-6)
東北	61	(58-3)
関東信越	214	(200-14)
東海北陸	94	(88-6)
近畿	184	(163-21)
中国	113	(106-7)
四国	66	(60-6)
九州沖縄	265	(241-23)

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

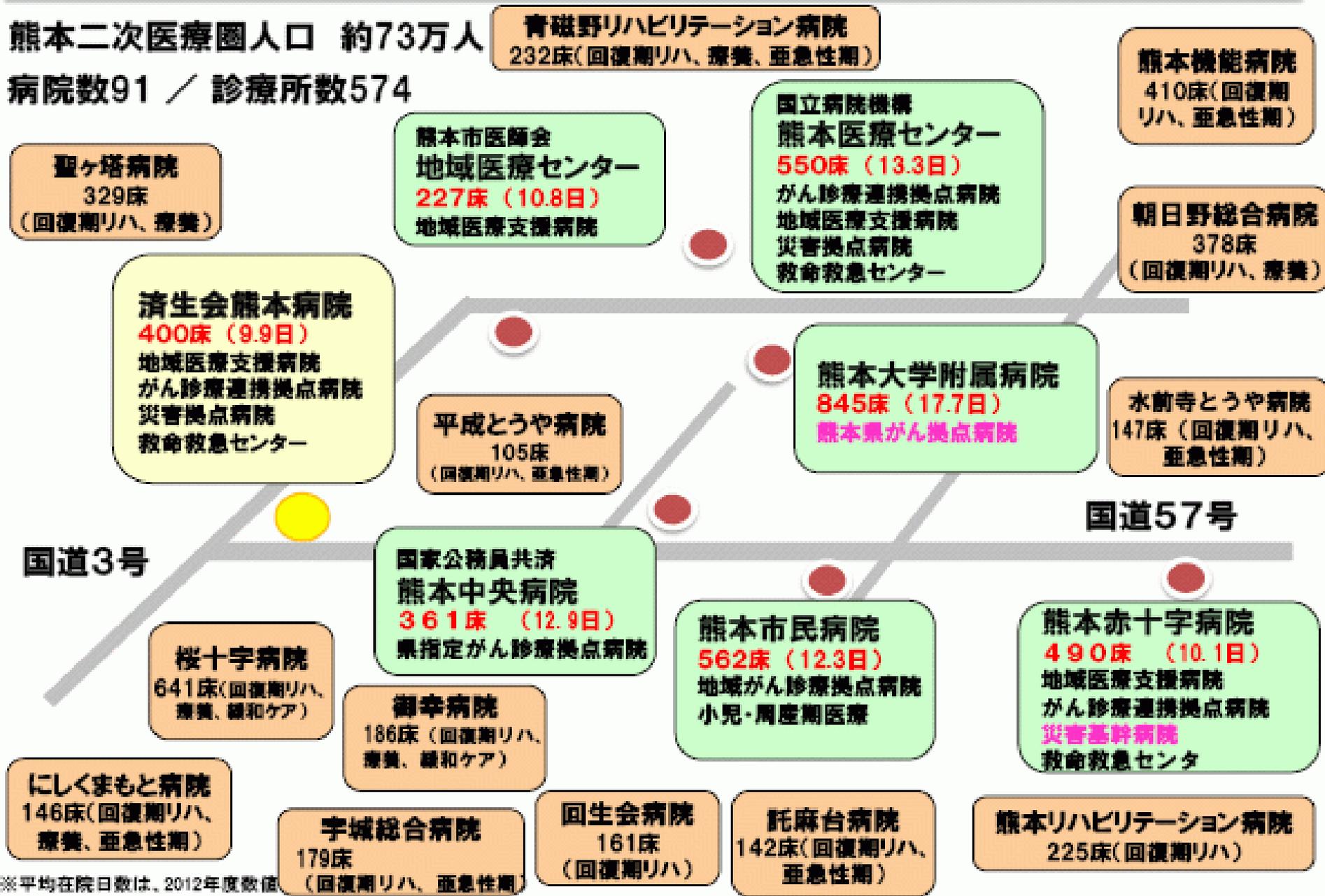


9月28日、日本長期急性期病床(LTAC)研究会
(会長:上西紀夫氏、公立昭和病院長)が済生会熊本病院で開催

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

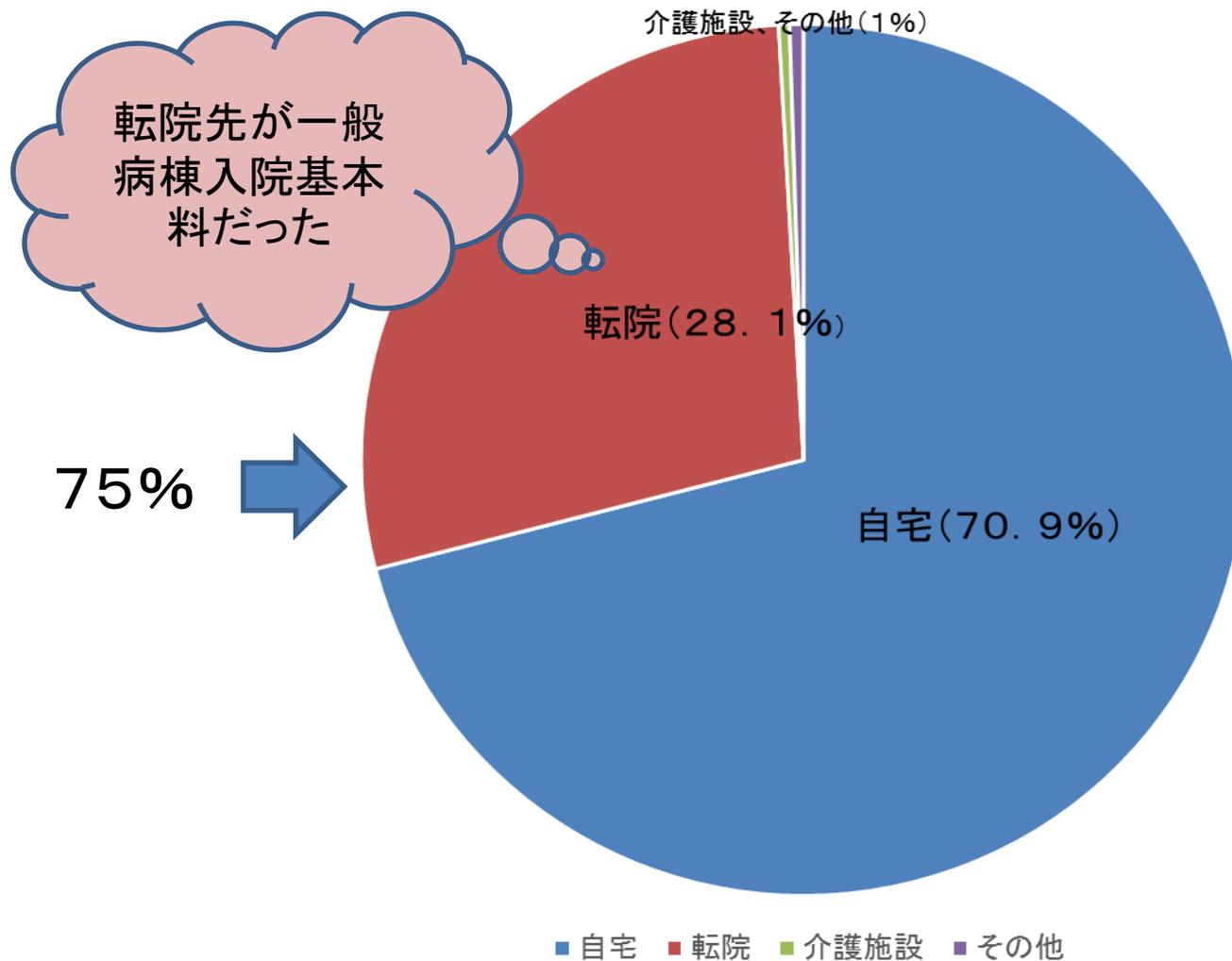
- 済生会熊本病院

- 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

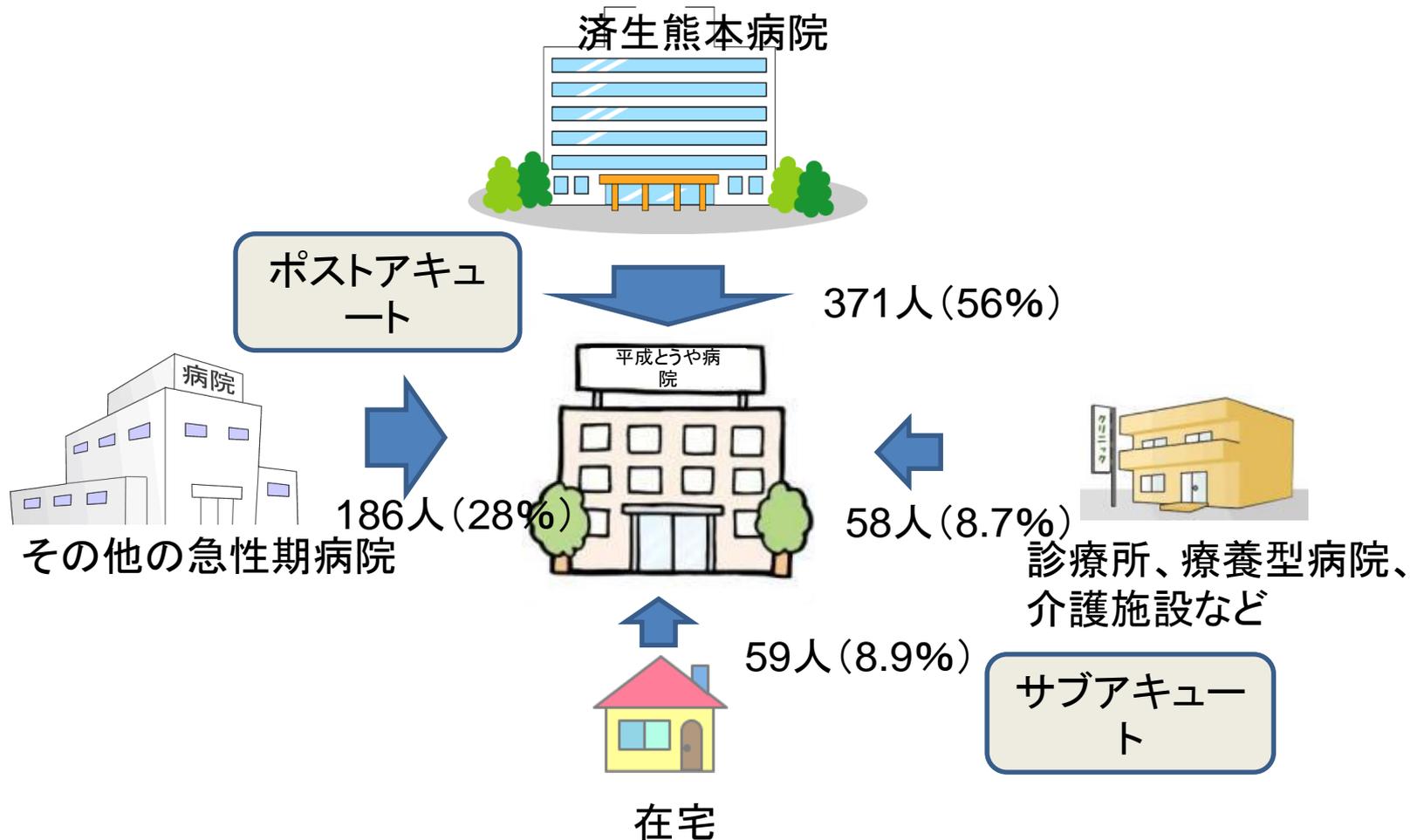
平成とうや病院



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

入院医療調査評価分科会

- 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
- 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。



7対1の更なる
厳格化！

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

• 3刷目が
発刊予定



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

- ・病床機能報告制度に基づく地域医療構想の形成が
これからの課題
- ・地域医療構想ガイドラインに注目しよう
- ・地域医療構想実現へ向けて、地域医療介護総合確保基金
の活用が必要
- ・地域医療連携推進法人制度も考慮しては？
- ・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、この地域医療連携に与えるインパクトに着目

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