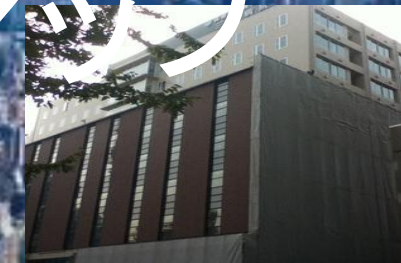


2025年へのロードマップ

～地域医療構想と地域連携～



国際医療福祉大学大学院教授
医療経営管理分野責任者
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
 - 地域医療構想3つの課題
- パート2
 - 2016年診療報酬改定への3つの課題
 - 入院医療等調査評価分科会より
- パート3
 - 地域包括ケアと在宅医療・介護連携



パート1

地域医療構想、3つの課題

- 課題① 構想区域の設定課題
- 課題② 必要病床数の設定課題
- 課題③ 地域経営統合の課題

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で  
医療提供体制(必要病床数)  
を協議];
```

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で
医療提供体制(必要病床数)
を協議

課題①

構想区域の設定

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

- 「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

- 入院医療を完結する圏域

構想区域に二次医療圏が適切か？

- 2次医療圏単位で「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

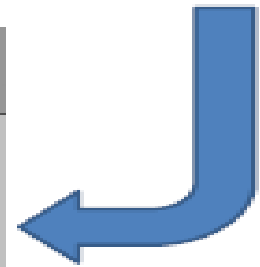
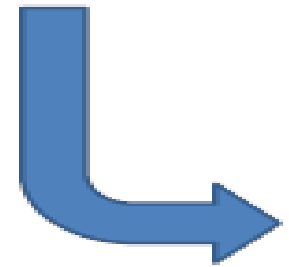
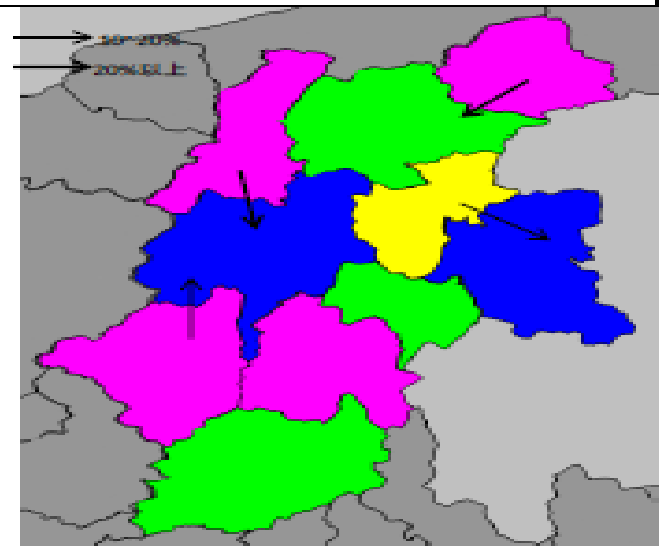
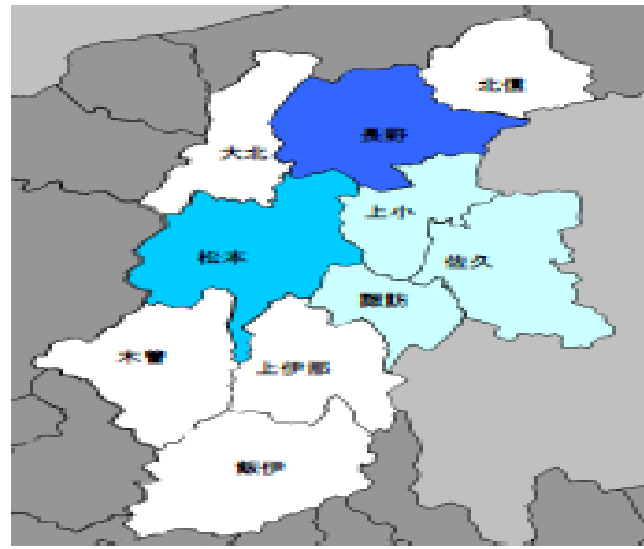
- ①医療圏見直し
 - 人口20万人未満、流出率20%以上、流入率20%未満
- ②数値指標の見直し
- ③精神疾患を5疾患目に追加
- ④医療従事者の確保に関する事項
- ⑤災害時における医療体制の見直し
- ⑥在宅医療に係わる医療体制の充実・強化

人口20万人未満、流出率20%以上、流入率20%未満

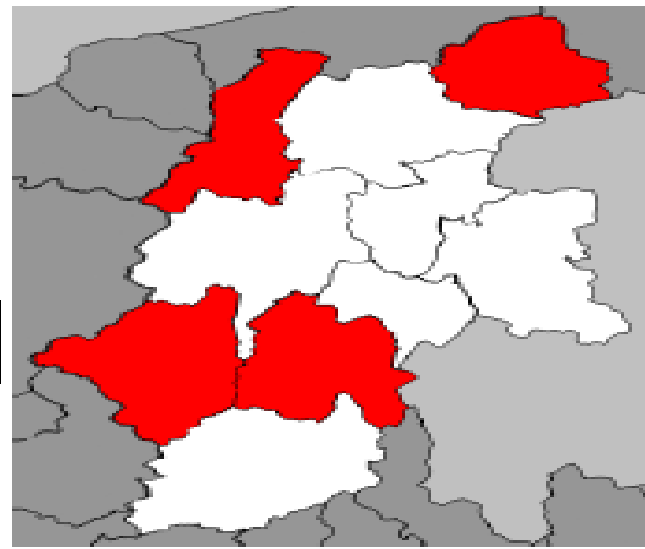
(長野県)

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



結局、長野県は見直しを行わなかった

(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」

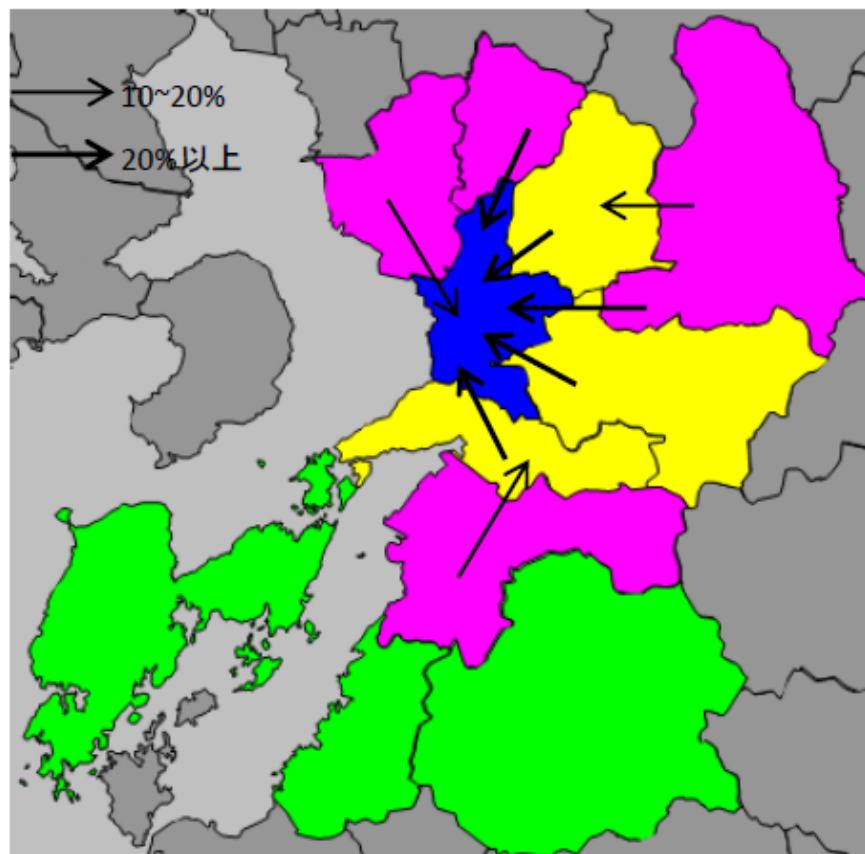
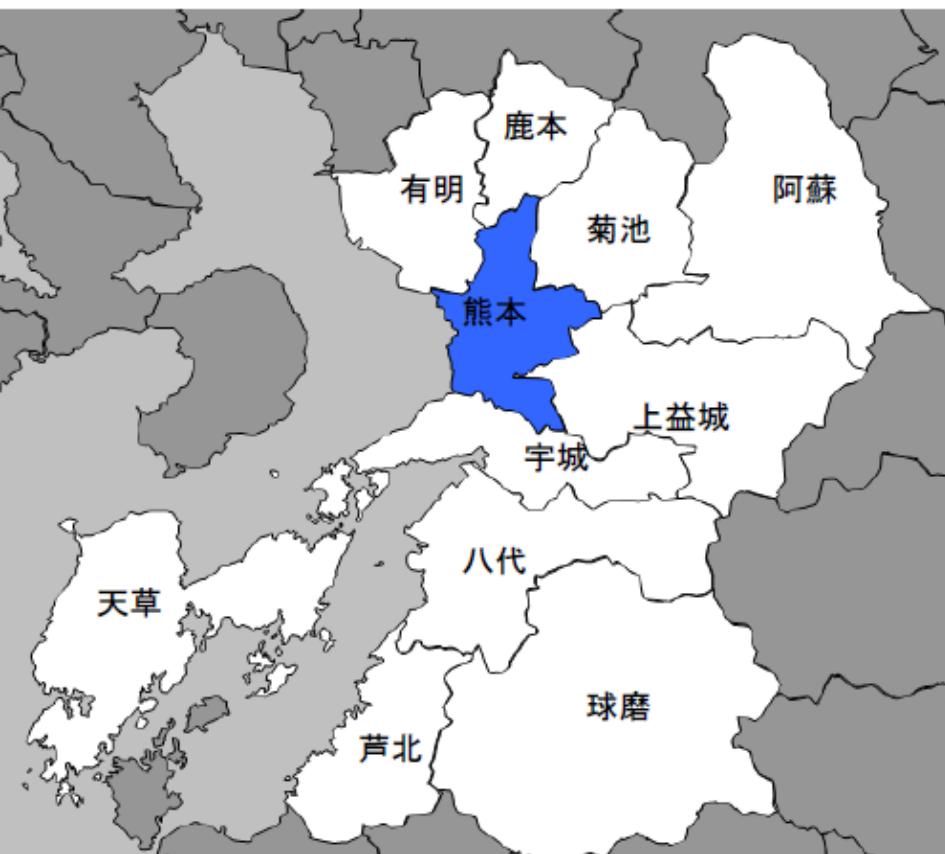
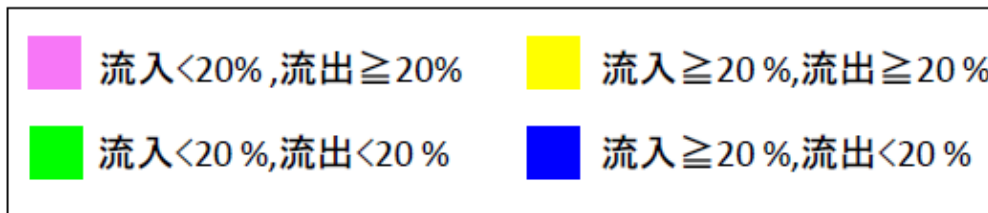
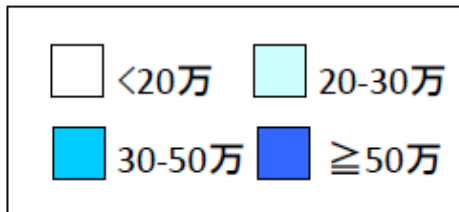
医療圏見直しの課題

- 次回医療計画で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？

人口

熊本県

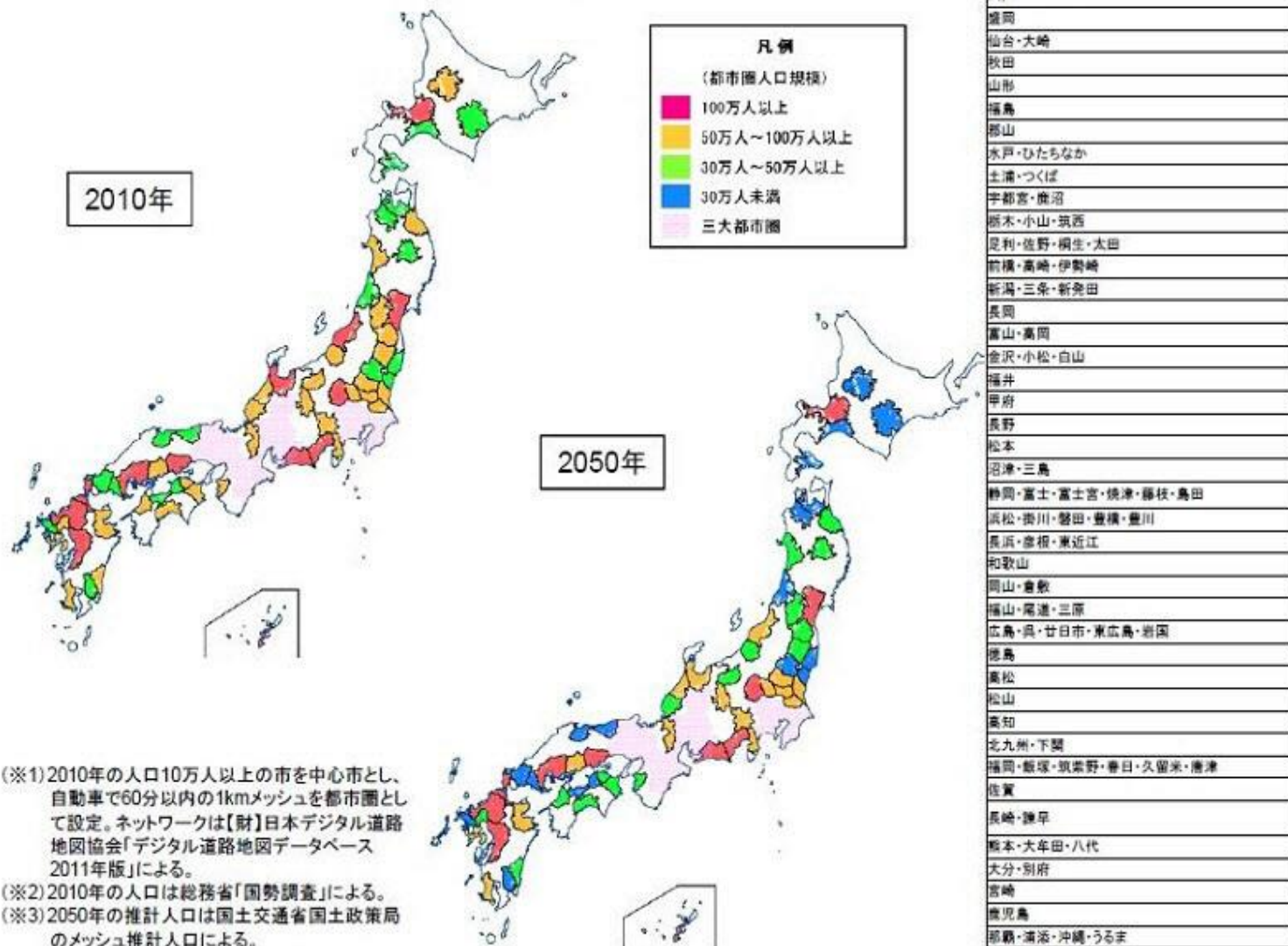
流入出



○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



2050年に人口30万人を維持できる都市圏(中心市)

【43都市圏】
札幌・小樽・江別
八戸
盛岡
仙台・大崎
秋田
山形
福島
郡山
水戸・ひたちなか
土浦・つくば
宇都宮・鹿沼
栃木・小山・筑西
足利・佐野・桐生・太田
前橋・高崎・伊勢崎
新潟・三条・新潟田
長岡
富山・高岡
金沢・小松・白山
福井
甲府
長野
松本
沼津・三島
静岡・富士・富士宮・焼津・藤枝・島田
浜松・掛川・磐田・豊橋・豊川
長浜・彦根・東近江
和歌山
岡山・倉敷
福山・尾道・三原
広島・呉・廿日市・東広島・岩国
徳島
高松
松山
高知
北九州・下関
福岡・飯塚・筑紫野・春日・久留米・南津
佐賀
長崎・諫早
熊本・大牟田・八代
大分・別府
宮崎
鹿児島
那覇・浦添・沖縄・うるま

2050年に人口30万人を維持できない都市圏(中心市)

【18都市圏】
函館
旭川
帯広
苫小牧
青森
弘前
釧路・浜田
いわき
日立
那須塩原
鳥取
米子
徳島
山口・防府
丸亀
新居浜・西条
佐世保
那覇

(※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。

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

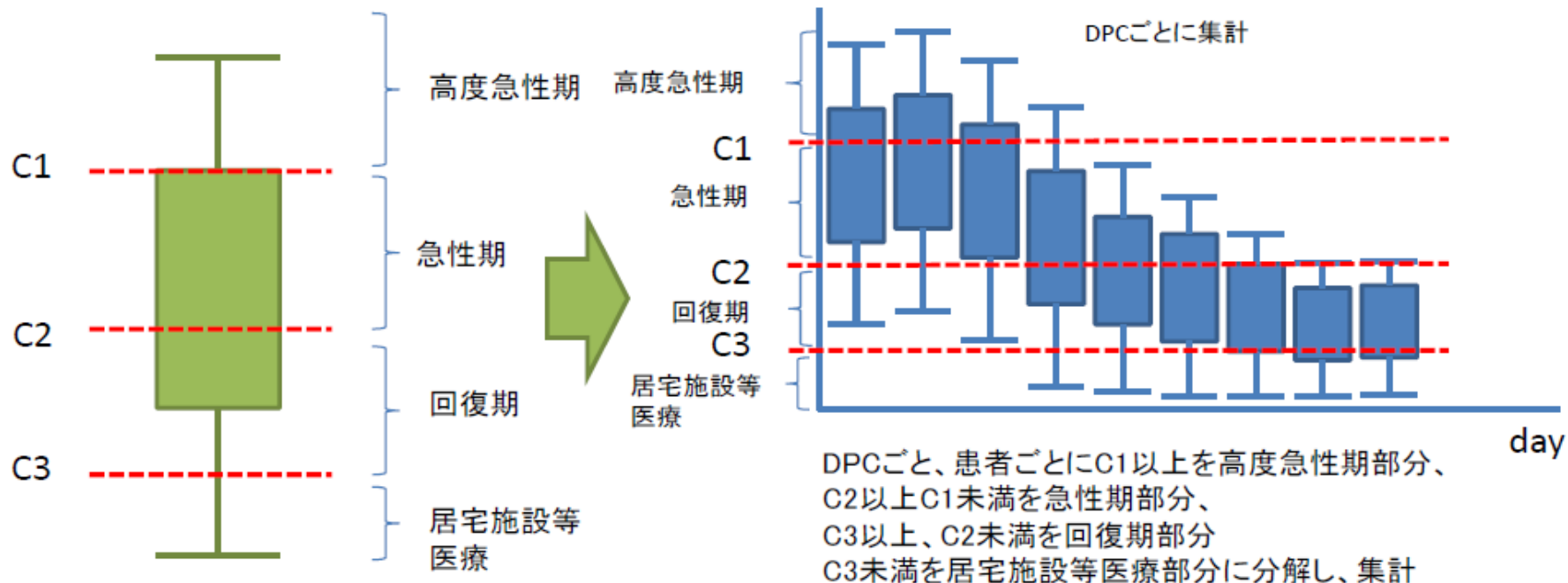
課題②必要病床数の設定

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

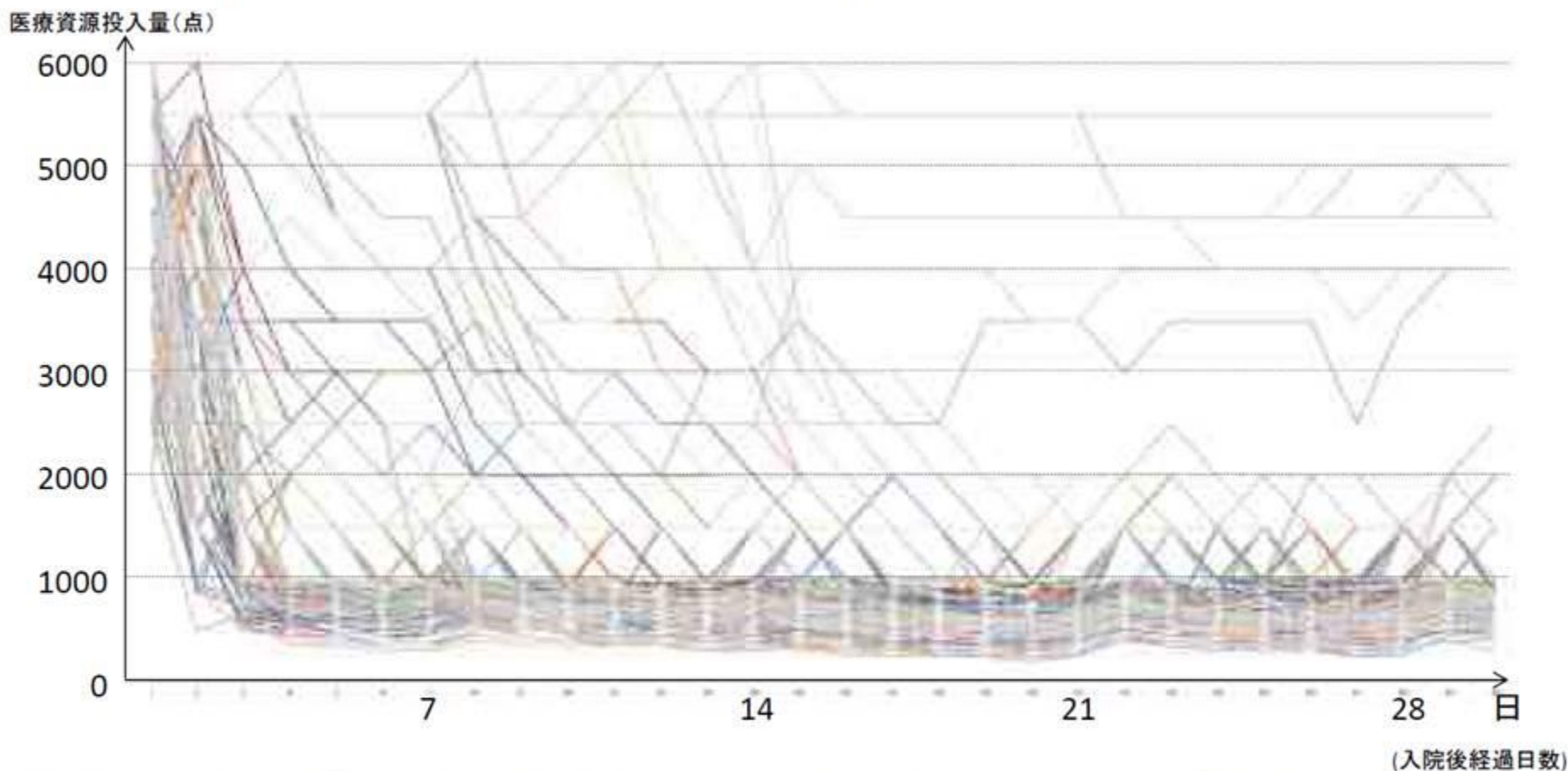
医療資源投入量を用いた 病床機能区分別の医療需要の推計方法(1)

- 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

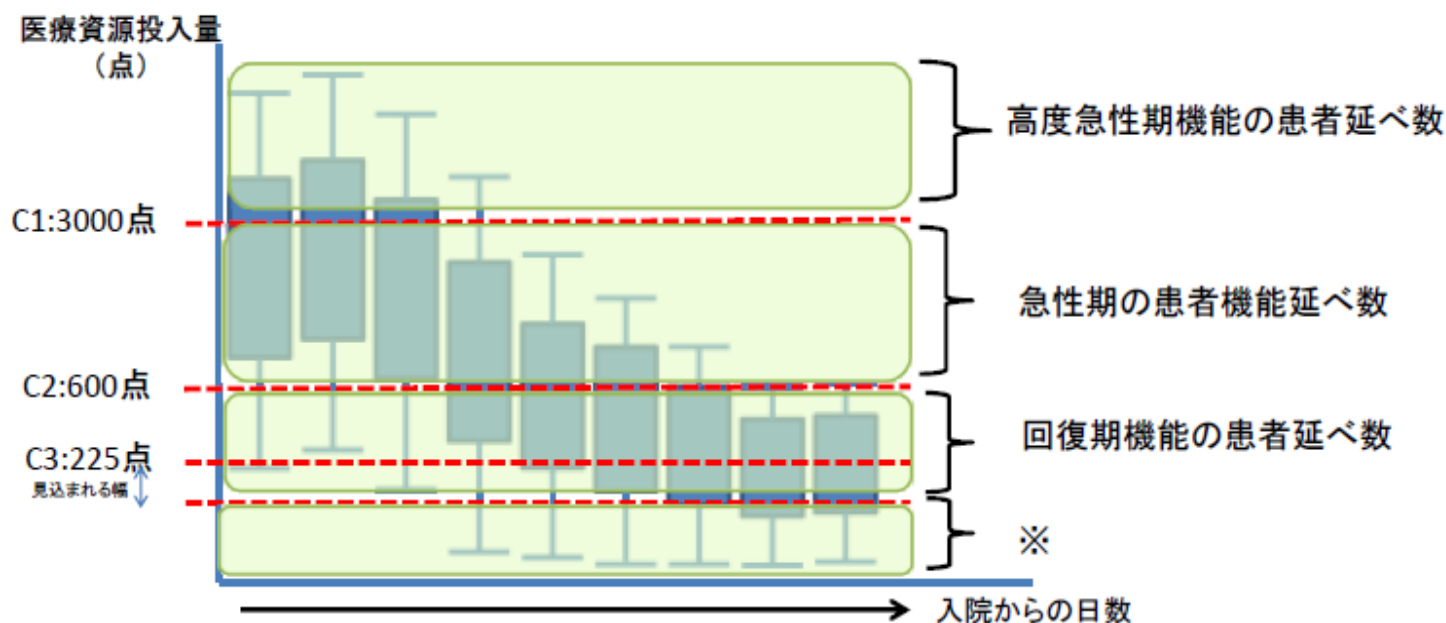
(入院患者数上位255のDPCの推移を重ね合わせたもの)



- 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

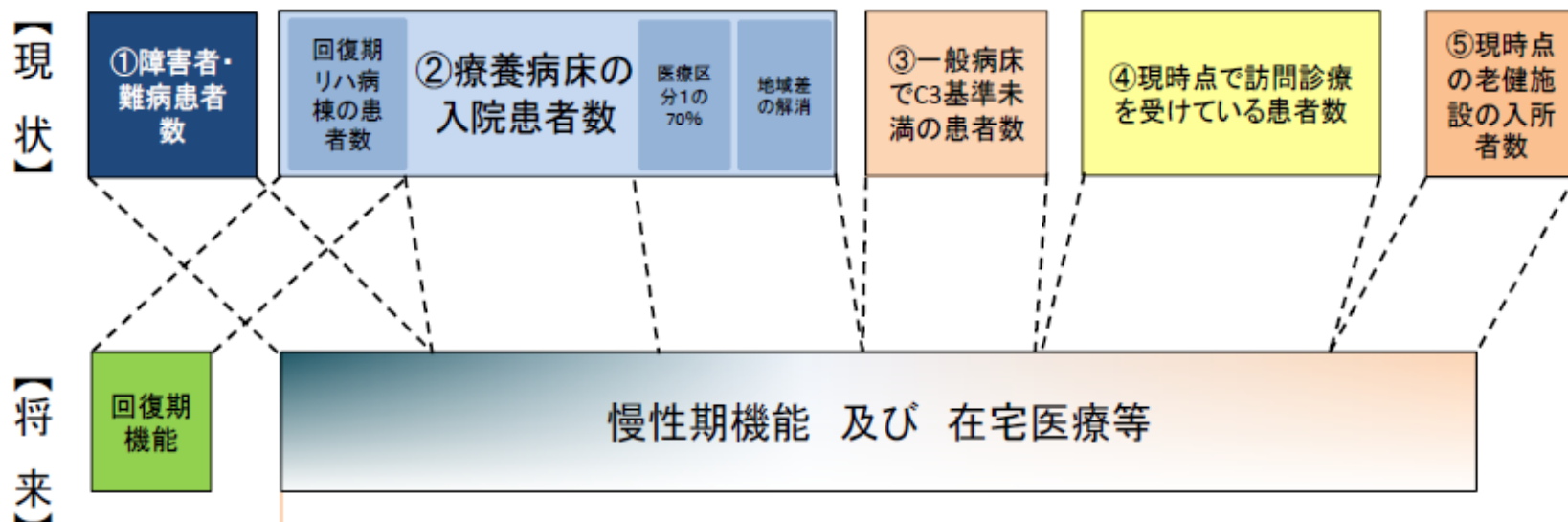
	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期	<p>C1 3,000点</p>	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療(一般病棟等で実施する医療も含む)から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期		急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量
回復期		在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量
※		ただし、境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を見込み175点で推計する。

※ 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。

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※の患者数の推計は、以下の考え方に基づき実施する。
- ※ 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。
- ① 一般病床の障害者数・難病患者数（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数）については、慢性期機能の医療需要として推計する。
 - ② 療養病床の入院患者数については、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推計する。
 - ・ 医療区分1の患者数の70%は、将来時点で在宅医療等に対応する患者数として推計する。
 - ・ その他の入院患者数については、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、将来時点の慢性期・在宅医療等の医療需要として推計する。（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数は、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数については、在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み、当該点数未満の患者数を慢性期・在宅医療等の医療需要として推計する。
 - ④ 訪問診療を受けている患者数については、在宅医療等の医療需要として推計する。
 - ⑤ 老健施設の入所者数については、在宅医療等の医療需要として推計する。

慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ図※



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

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

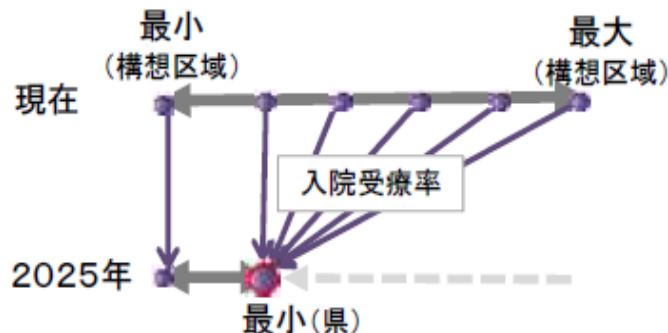
- 慢性期機能の医療需要については、医療機能の分化・連携により、現在では療養病床で入院している状態の患者数のうち一定数は、2025年には、在宅医療等※で対応するものとして推計する。
 - ※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。
- その際、療養病床については、現在、報酬が包括算定であるので、行われた診療行為が分からず、医療資源投入量に基づく分析ができない。また、地域によって、療養病床数や在宅医療の充実、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

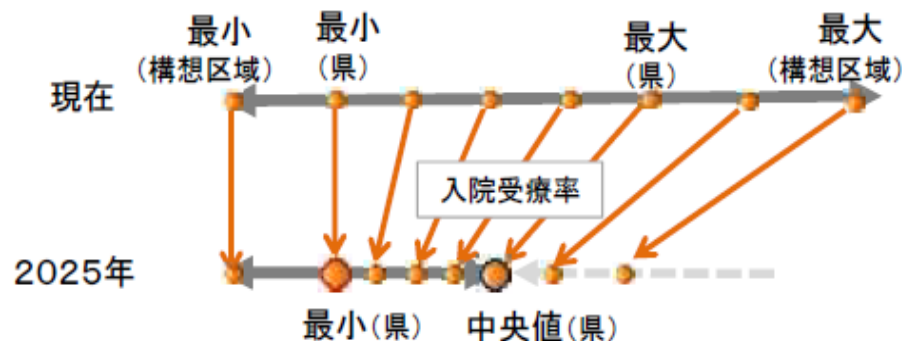
※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年(2013年)の受療率を用いて推計することとする。



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。

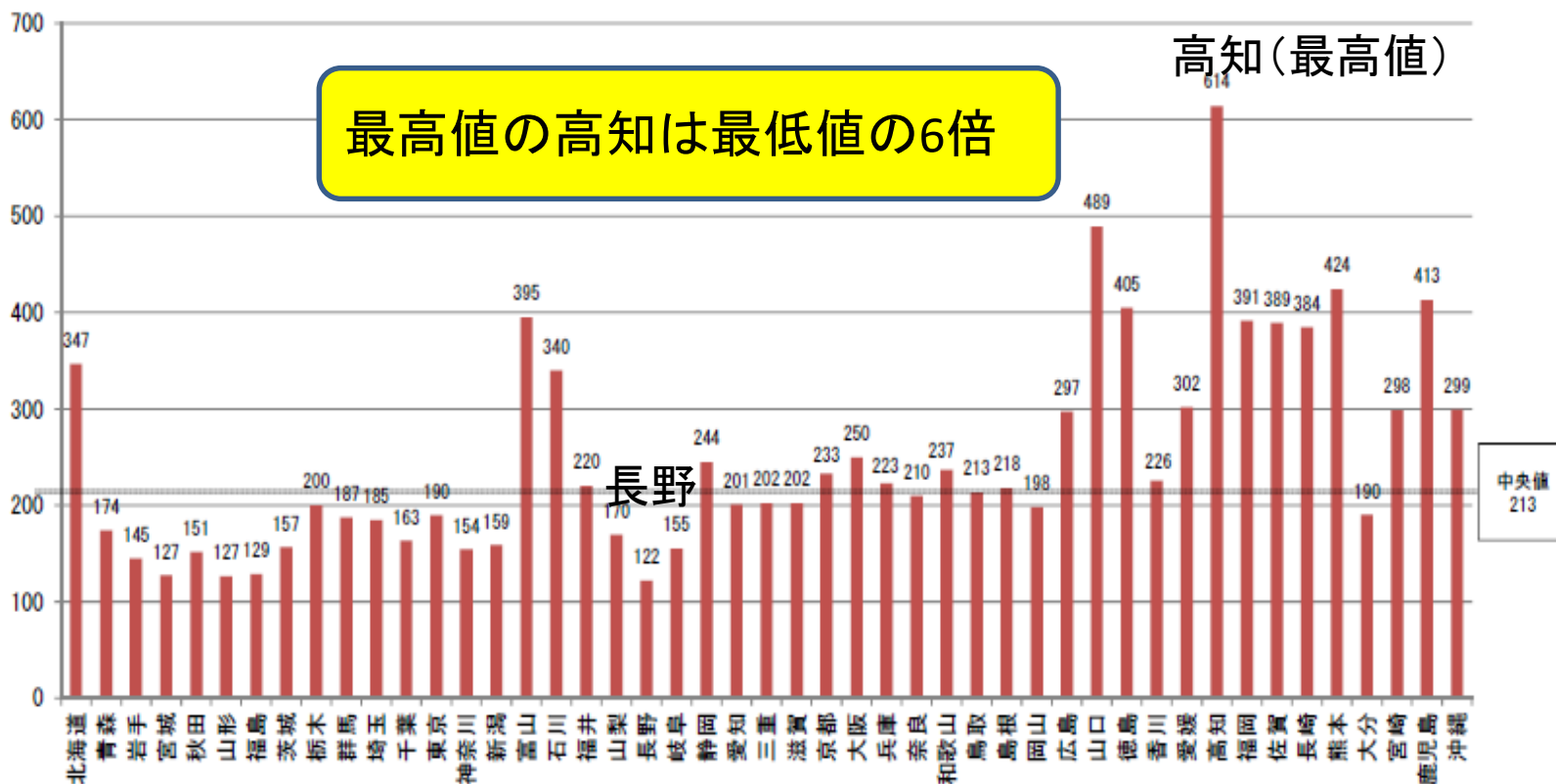


療養病床の都道府県別の性・年齢階級調整入院受療率（間接法）

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年福井県患者調査の数値を用いている。

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。

医療重要から病床の必要量(必要病床数)を推計する

6. 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

	2025年における医療供給(医療提供体制)			
	2025年における 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)(②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

7. 構想区域の確認

- 都道府県は、人口規模や基幹病院までのアクセス等を踏まえ、構想区

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」

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」

これまでの基準病床数算定式は どうなる？

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)等で対応可能な数) + (流入入院患者) - (流出入院患者)) ÷ 病床利用率

これまでは全国統一の病床数算定式
これからは地域別病床数算定方式

全国統一方式の算定式は
廃止する？ 共存させる？

課題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



解決の方向性は

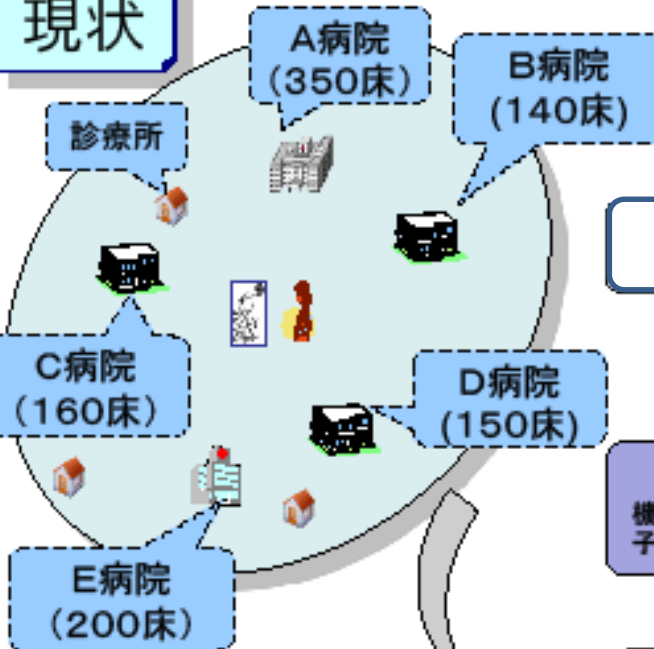
- 過当競争から病院経営を救う道は
- 非営利を厳正化して地域独占を許容
 - 高度急性期医療は、大学病院、国立病院、公的病院（日赤・済生会・共済・厚生連等）及び自治体病院が担っている場合が多い。これらの運営主体がそれぞれに独立したままで機能分担しようとしても、経営上の利害がぶつかるためうまくいかない。
 - このため、地域の中で、複数の病院がグループ化し、**病床や診療科の設定、医療機器の設置、人事、医療事務、仕入れ等を統合して行うことができる環境を作る。**

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(Integrated Healthcare Network)
 - 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

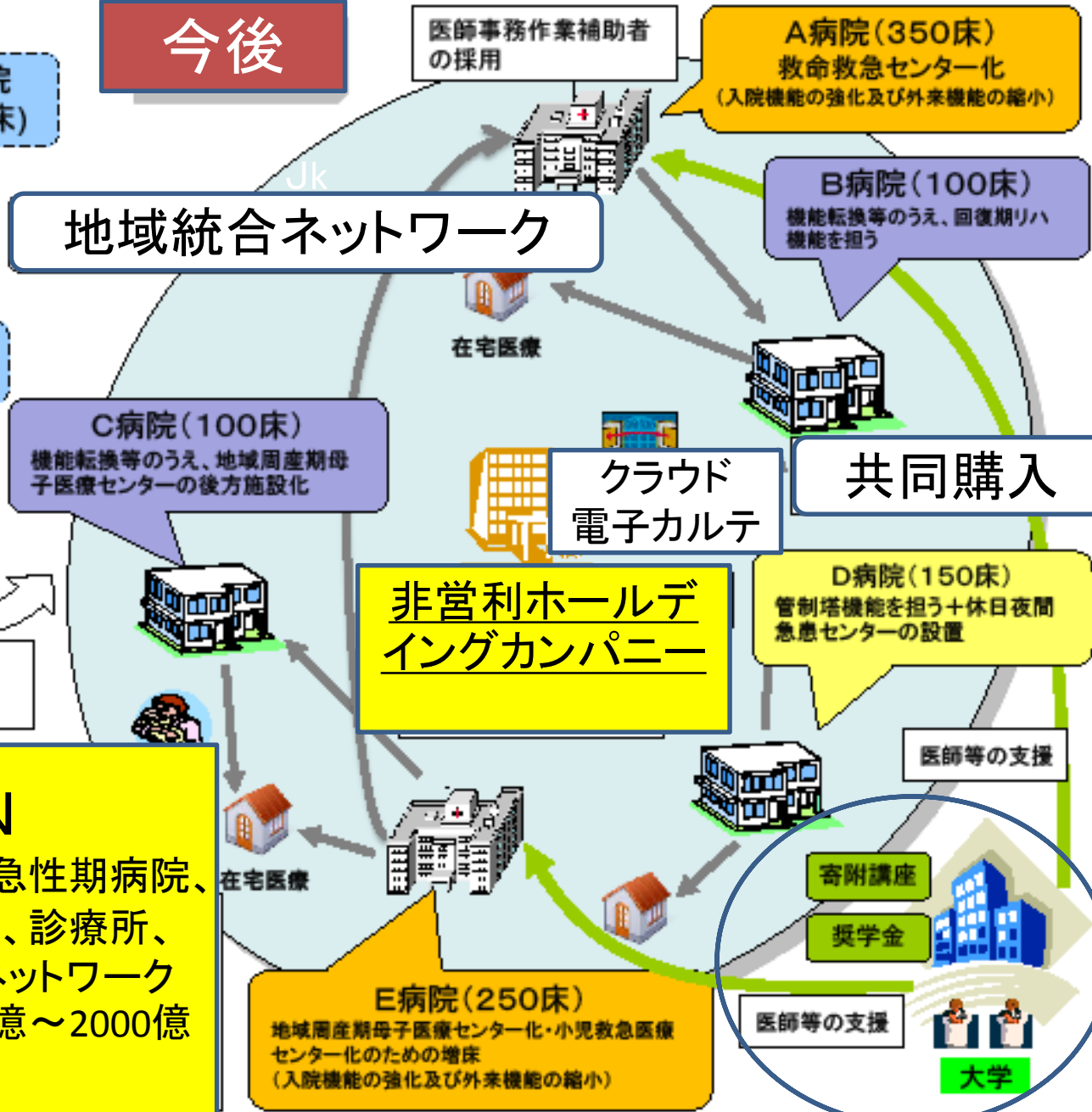


課題

- 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



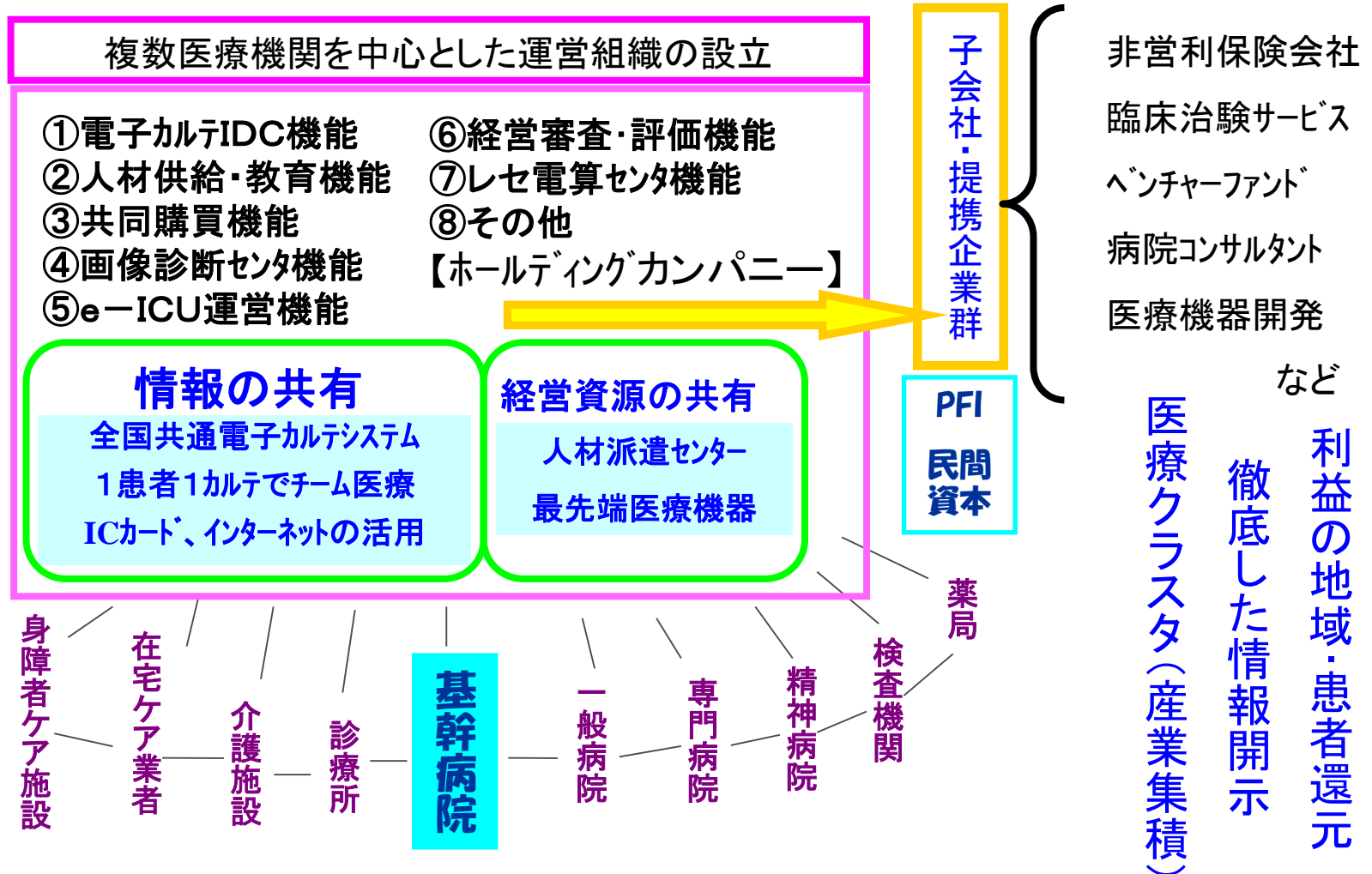
日本版IHN

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

大学

1つの広域医療圏で設立する 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



IHNモデルの代表 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

医療法人の事業展開等に関する検討会



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。

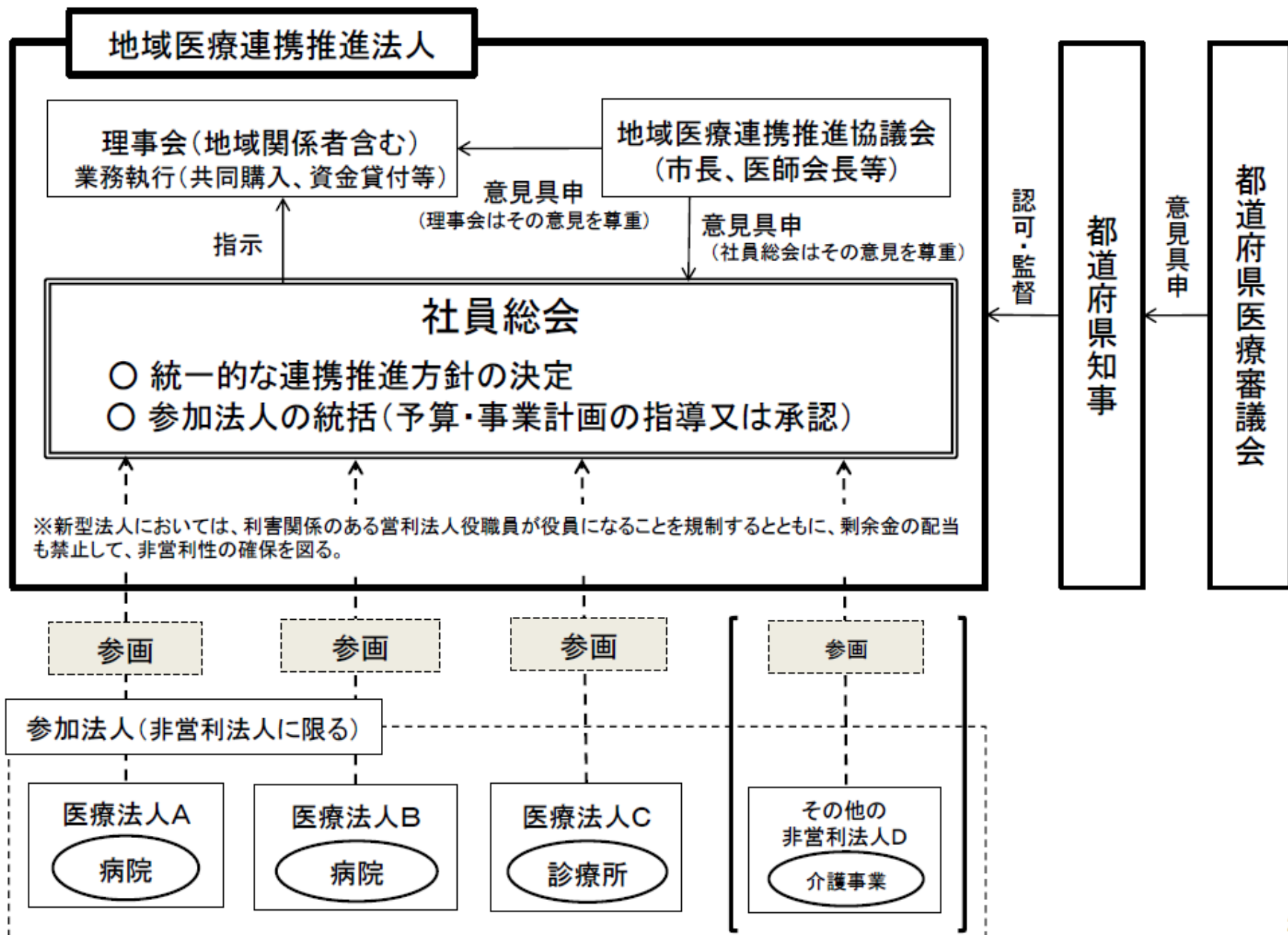
○ 業務内容

- ・ 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。

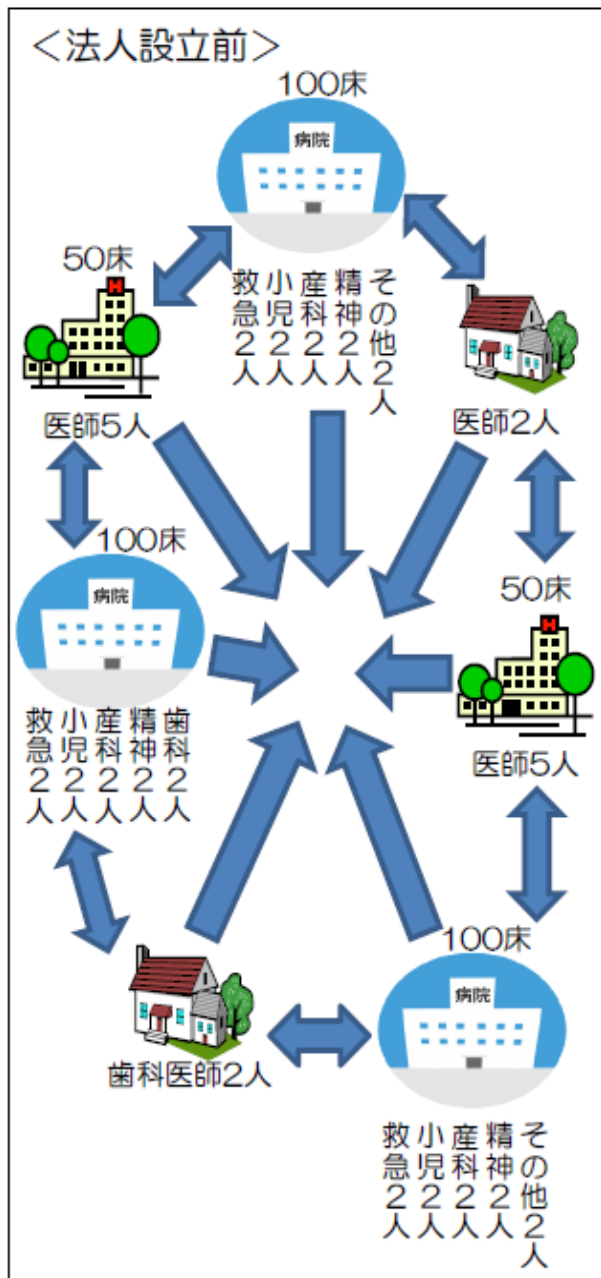
○ ガバナンス(非営利性の確保等)

- ・ 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）設立の効果・メリット（イメージ）

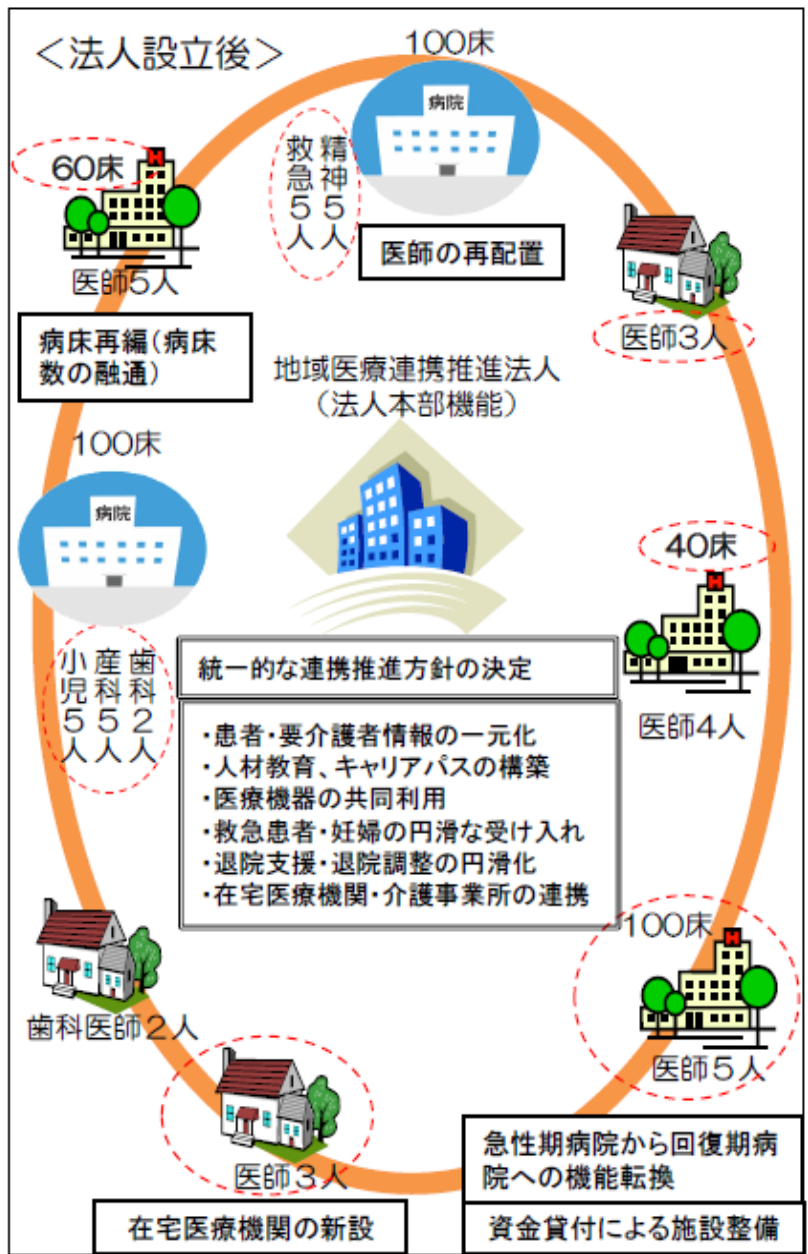


グループ内の
病床機能の分化・連携

急性期病院
過剰 → 適正化

回復期病院
不足 → 充実

在宅医療機関
不足 → 充実



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（※）。

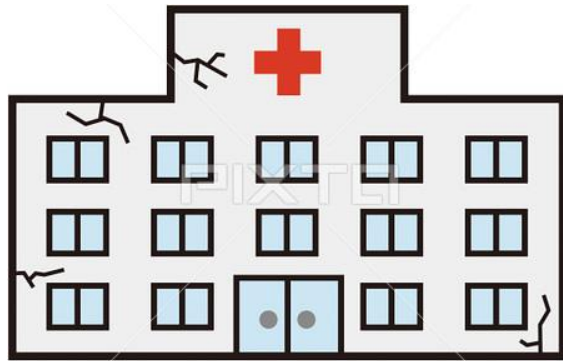
※ 例えば、病床過剰地域において、ある地域医療連携推進法人（仮称）の参加法人であるA法人が開設するA病院（200病床）と、B法人が開設するB病院（200病床）について、地域の医療需要等を踏まえ、A病院（350病床）とB病院（50病床）に病床数を変更する計画が立てられた場合など。

- 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。

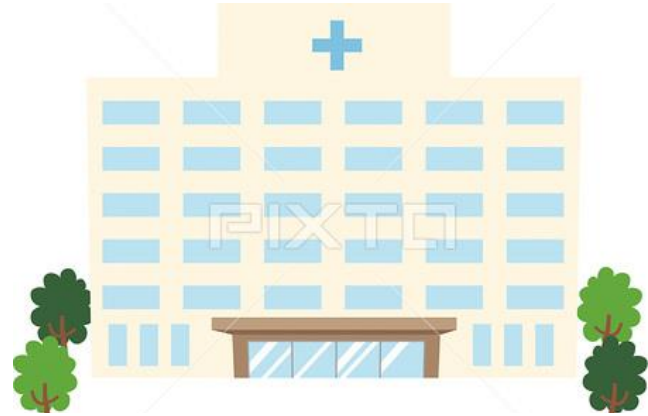
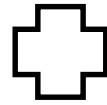
また、一部の都道府県では、同一法人内の病院等の病床の再編において、病床過剰地域であっても、地域医療の確保の観点から個別判断により病院等の間での病床の融通に関して勧告を行わないといった運用がなされている。

病床融通特例



pixta.jp - 4902298

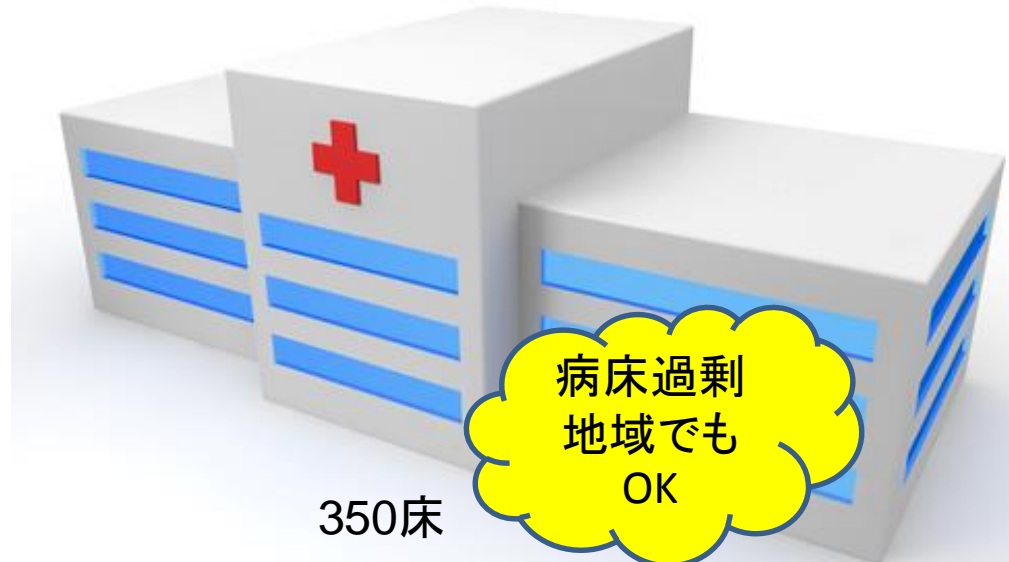
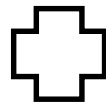
200床



200床



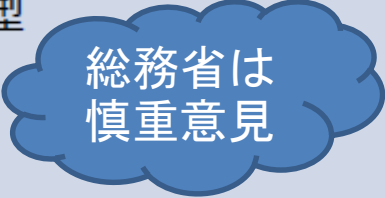
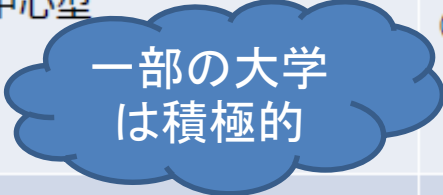
50床



350床

病床過剰
地域でも
OK

(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。

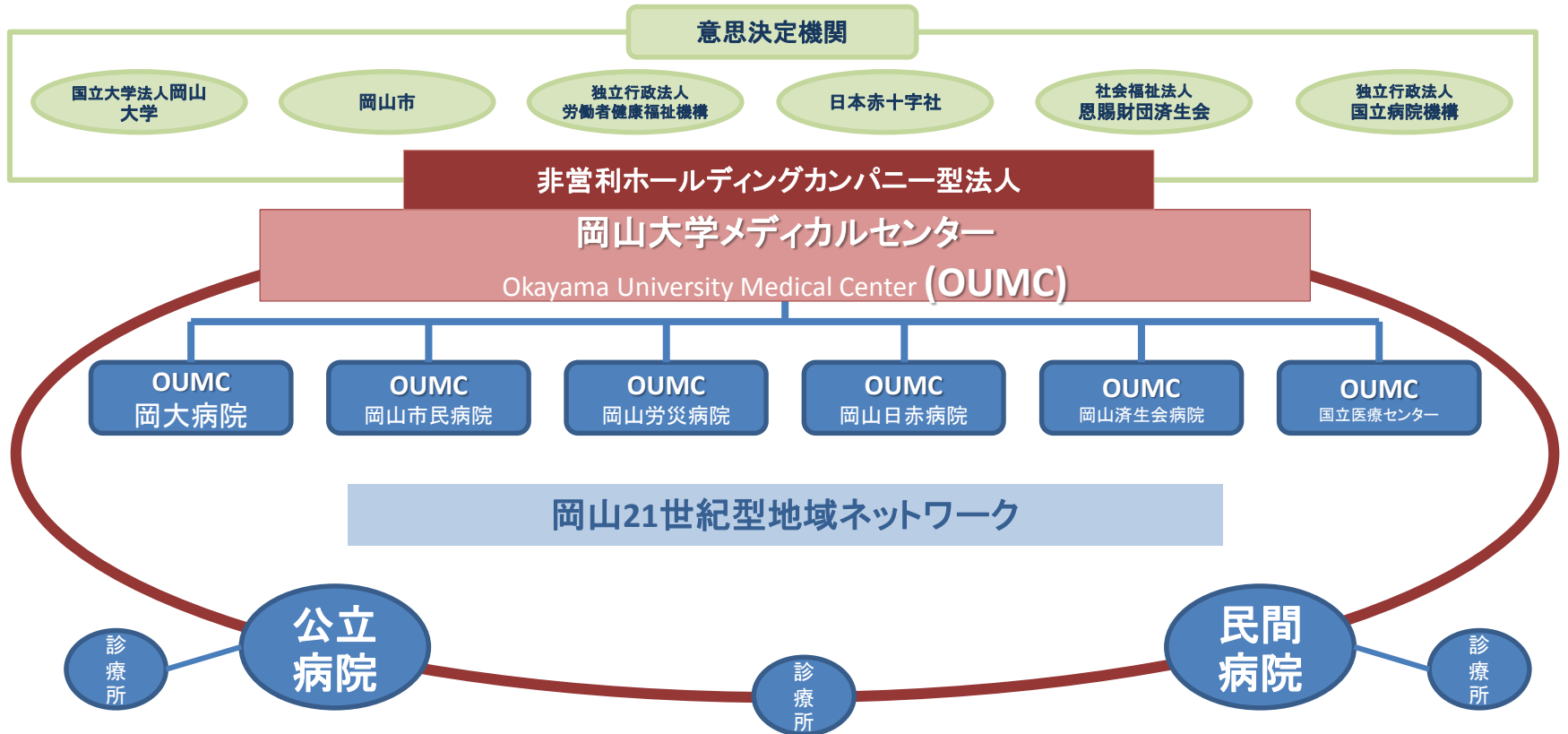


岡山大学メディカルセンター構想

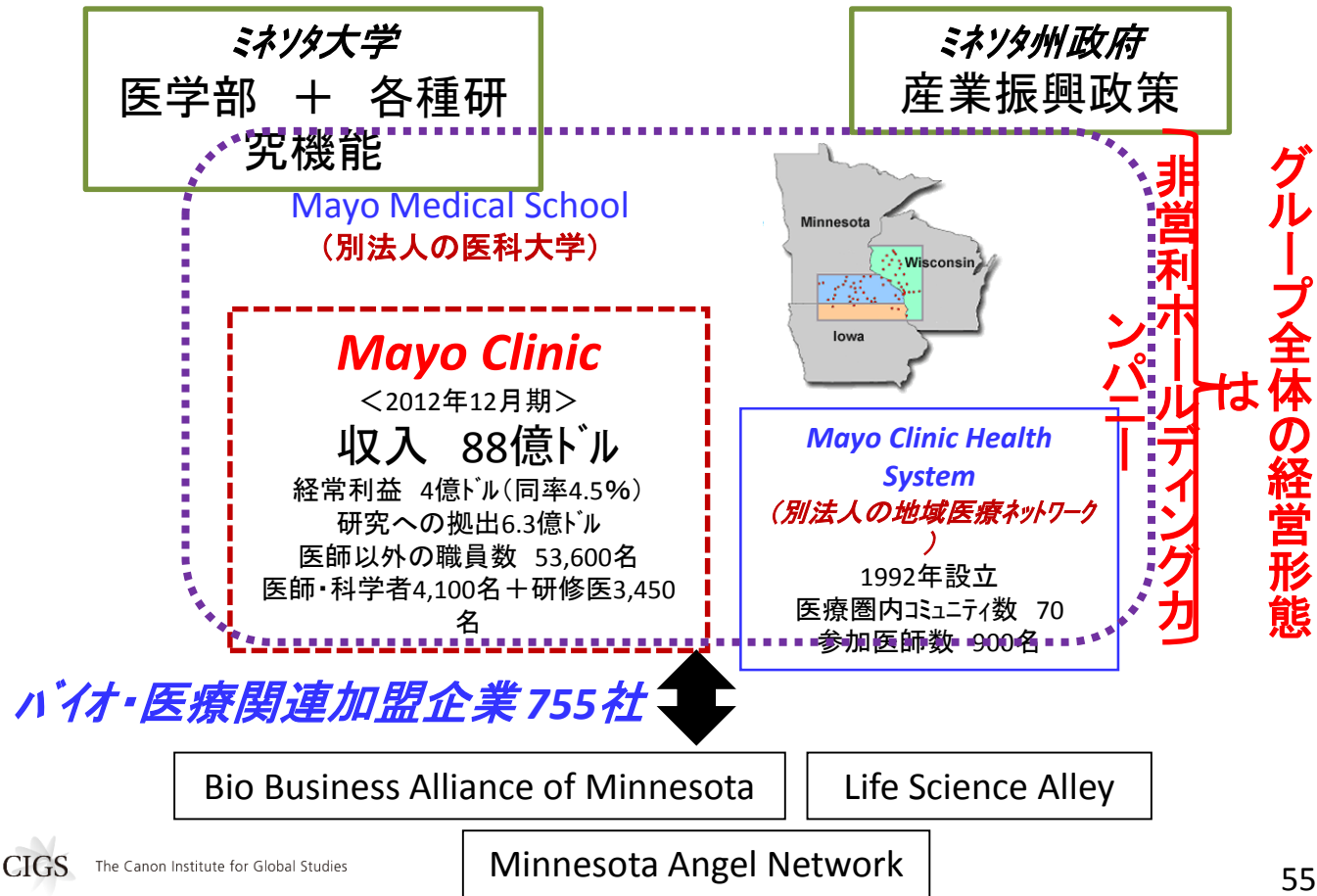
～岡山における医療・福祉サービス提供体制の効率化と地域経済活性化の実現～


平成26年3月28日
岡山大学 森田 潔

(2) 岡山大学メディカルセンター構想の概要



Mayo Clinicを核にした医療産業集積



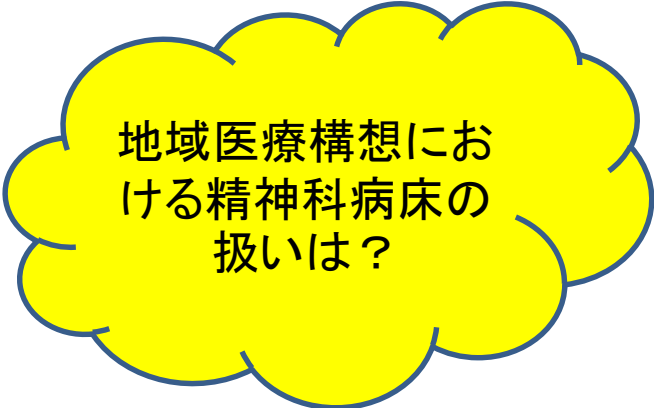


米メイヨー・クリニック
のような巨大ヘルス
ケア提供機関を作る
ための持ち株会社制
度などを通じて医療
分野の発展を促す

2014年1月22日ダボス会議

非営利HD法人の課題は さらなる税制優遇や補助金誘導

地域医療構想実現の
一手法として位置づけることが重要



地域医療構想における精神科病床の扱いは？

もう一つの大きな課題 精神科病床32万床の将来ビジョン

医療計画に精神疾患が加わった。
地域精神科医療構想が必要なのでは？

パート2

2016年診療報酬改定への 3つの課題

入院医療等調査評価分科会より

入院医療等調査評価分科会



2015年4月30日第一回分科会

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
安藤 文英	医療法人西福岡病院 理事長
池田 俊也	国際医療福祉大学大学院 教授
池端 幸彦	医療法人池慶会 理事長
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
香月 進	福岡県保健医療介護部 理事
神野 正博	社会医療法人財団董仙会 理事長
佐柳 進	特定医療法人茜会 昭和病院長
嶋森 好子	公益社団法人東京都看護協会 会長
筒井 孝子	兵庫県立大学大学院 経営研究科 教授
藤森 研司	東北大学大学院 医学系研究科・医学部 医療管理学分野 教授
發坂 耕治	公益財団法人 岡山県健康づくり財団 理事
本多 伸行	健康保険組合連合会 理事
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

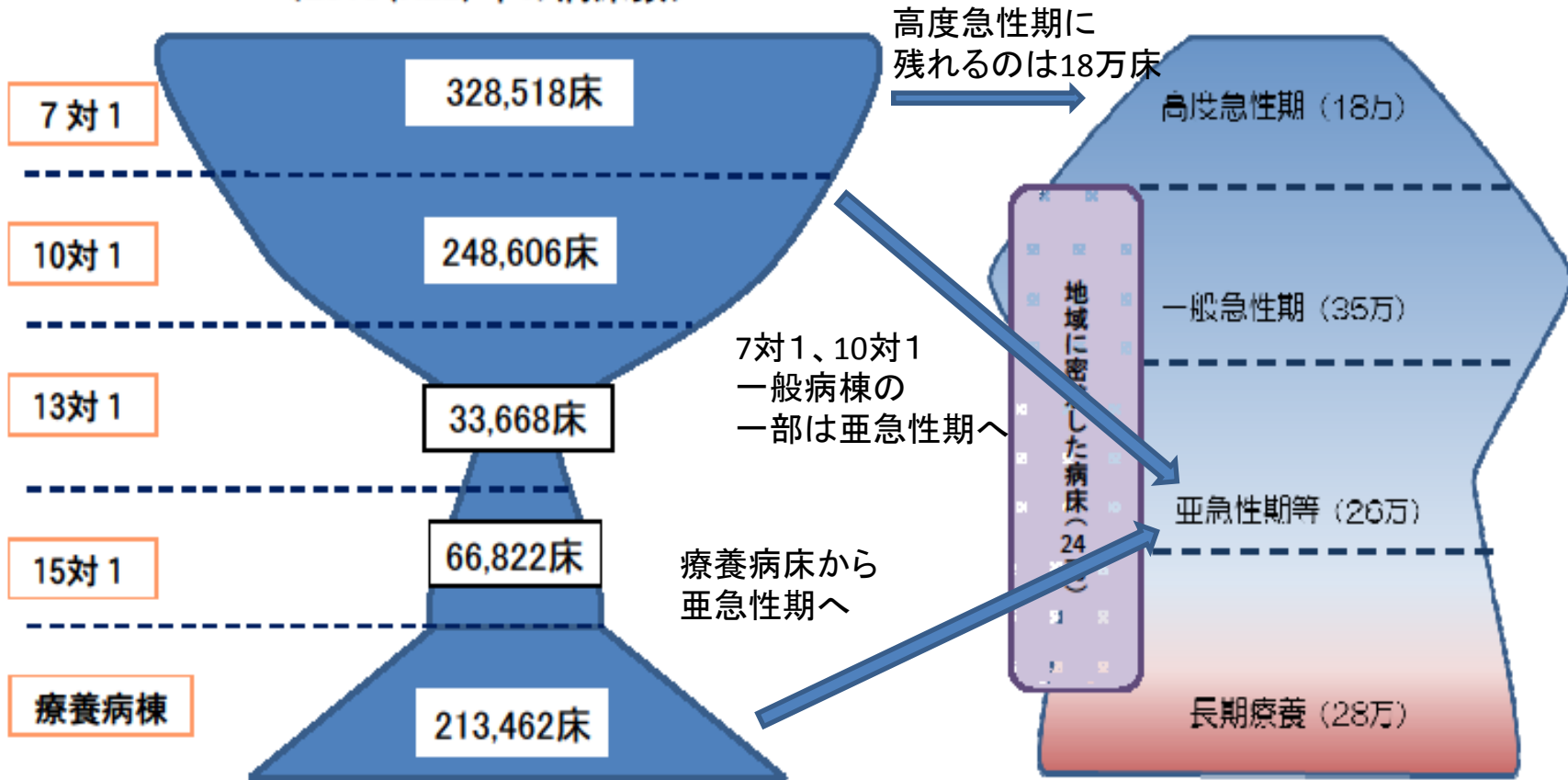
保険医療材料 専門組織

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。

次期報酬改定へ向けての 3つの課題

課題① 7対1病床のさらなる削減

課題② 地域包括ケア病棟のさらなる増加

課題③ 慢性期病床の見直し

課題①7対1病床の更なる削減

7対1入院基本料の経緯（平均在院日数・看護必要度）

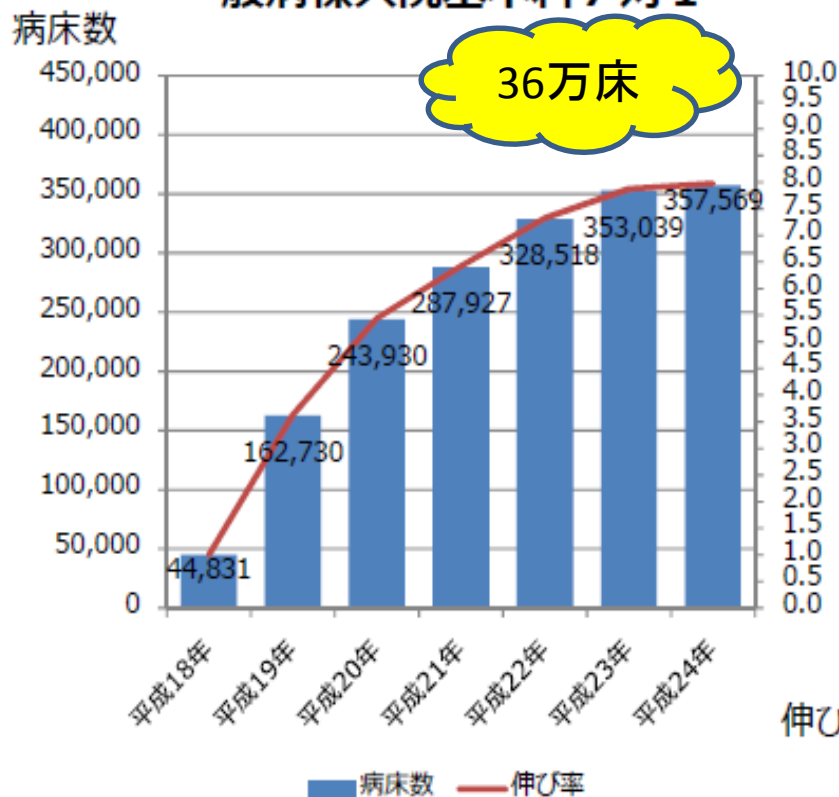
- 平成17年 医療制度改革大綱
「急性期医療の実態に即した看護配置について適切に評価した改定を行う」
- 平成18年 **7対1入院基本料創設**
- 平成19年 中央社会保険医療協議会から厚生労働大臣への建議
「手厚い看護を必要とする患者の判定法等に関する基準の研究に着手し、平成20年度診療報酬改定で対応すること」
- 平成20年 **7対1入院基本料の基準の見直し**
一般病棟用の重症度・看護必要度基準の導入
「A得点2点以上、B得点3点以上の患者が10%以上」
- 平成24年 **7対1入院基本料の基準の再見直し**
一般病棟用の重症度・看護必要度基準の見直し
「A得点2点以上、B得点3点以上の患者が10→15%以上」
平均在院日数要件の見直し
「平均在院日数が19日→18日以下」

一般病棟入院基本料（7対1と10対1）の届出病床数の割合と推移

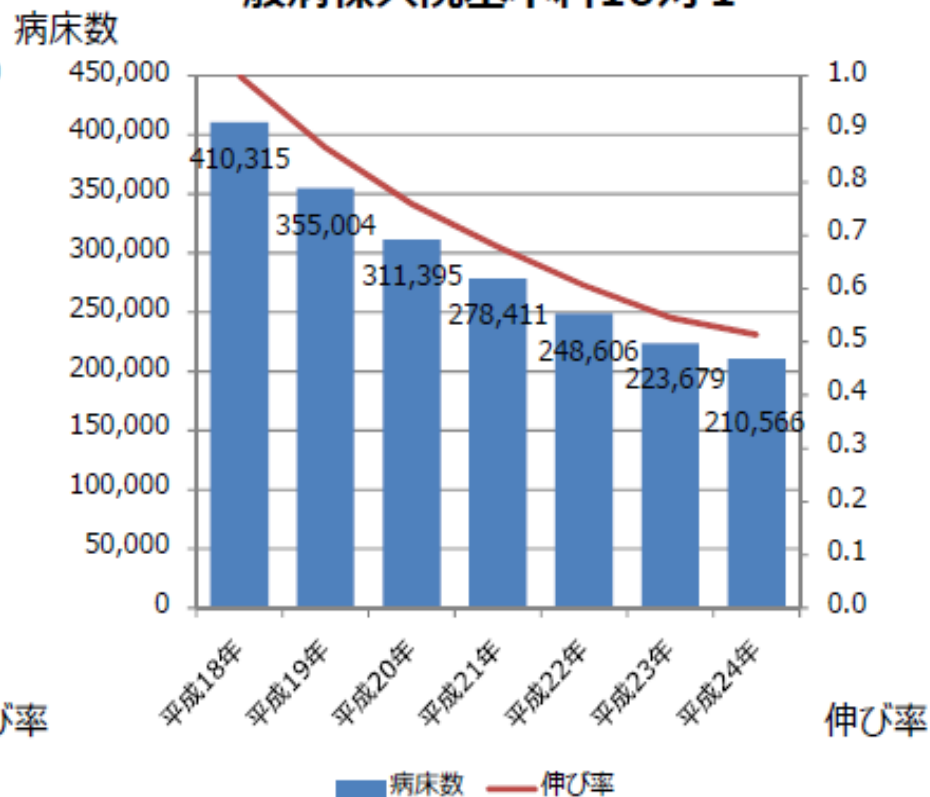
診調組 入 - 1
25.5.16

- 7対1入院基本料の届出病床数は平成18年以降増加。平成24年度の伸び率は、緩やか
- 10対1入院基本料の届出病床数は平成18年以降減少

一般病棟入院基本料7対1



一般病棟入院基本料10対1



※ 平成18年を1とした時の伸び率
 ※※ 平成24年は暫定値

(平成24年保険局医療課調べ)

平成26年度診療報酬改定（7対1入院基本料等の見直し）

▶ 7対1入院基本料等について以下のような見直しを行った。

- ① **特定除外制度**について、平成24年度診療報酬改定で見直しを行った13対1、15対1一般病棟入院基本料と同様の見直しを行う。
(※1)
- ② **「一般病棟用の重症度・看護必要度」**について、名称と項目内容等の見直しを行う。
- ③ **自宅や在宅復帰機能を持つ病棟、介護施設へ退院した患者の割合**について基準を新設。
- ④ **短期滞在手術基本料3**について、対象の手術を拡大し、検査も一部対象とする。また、本点数のみを算定する患者について、平均在院日数の計算対象から除外する。(※2)
- ⑤ **データ提出加算**の届出を要件化。

※1 10対1入院基本料等についても同様の取扱い。

※2 7対1入院基本料以外の入院料(診療所等を除く)についても同様の取扱い。

①特定除外制度の見直し

平成26年度診療報酬改定①

一般病棟における長期療養の適正化

➤7対1、10対1の病棟についても特定除外制度の見直しを行う。

① 90日を超えて入院する患者について、出来高算定とするが、平均在院日数の計算対象とする。

② 90日を超えて入院する患者について、療養病棟と同等の報酬体系とする。(平成26年3月31日に入院している患者は医療区分3と見なす)

①、②の取扱いについて、病棟単位で、医療機関が選択することとする。

※ 本取扱いは平成26年10月1日から実施することとする。また、②を選択する病棟のうち1病棟は、平成27年9月30日まで、2室4床までに限り、出来高算定を行う病床を設定できる。当該病床の患者は平均在院日数の計算対象から除外する。

＜上記の②を選択した場合の対応＞

90日を超えて入院している患者については療養病棟入院基本料1と同様に医療区分、ADL区分を用いて算定するが、以下の2点の対応を行う

1. 平成26年3月31日に入院している患者については、当分の間医療区分を3と見なす。
2. 平成27年9月30日までの間は、当該病棟の2室4床を指定し、出来高算定が可能。



入院90日以内の患者は通常通り出来高で算定。

90日を超えて入院している場合、療養入院基本料1と同様の算定を行うが、平成26年3月31日に入院している患者について医療区分3とみなす。

90日を超えて入院している場合であっても、平成27年9月30日までの間、2室4床まで、出来高算定が可能(平均在院日数の計算対象から除外)。

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%	

②重症度、医療・看護必要度の見直し

平成26年度診療報酬改定②

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し

▶急性期病床における患者像ごとの評価の適正化を図るため、モニタリング及び処置等の項目(A項目)について、急性期患者の特性を評価する項目とし、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」に名称を変更する。

現行(A項目)	
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 昇圧剤の使用、 ⑥ 抗不整脈剤の使用、⑦ ドレナージの管理



改定後(A項目)	
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置) <u>(削除)</u> <u>(削除)</u>
2	呼吸ケア(嚥痰吸引のみの場合を除く)
3	点滴ライン同時3本以上の管理
4	心電図モニターの管理
5	シリンジポンプの管理
6	輸血や血液製剤の管理
7	専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ) ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ) ④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理 ⑤ 放射線治療、 ⑥ 免疫抑制剤の管理、⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ) ⑧ 抗不整脈剤の使用(注射剤のみ) ⑨ 抗血栓性薬の持続点滴の使用 ⑩ ドレナージの管理

・1～6は各1点
・7は①～⑩のいずれかに該当した場合2点

※ B項目については変更なし。

【経過措置】

・上記の取り扱いについては、平成26年10月1日から施行する。

※A項目2点以上かつB項目3点以上の該当患者割合 1割5分以上 については変更なし。
※救命救急入院料を算定する治療室を有する母体医療機関の病棟、及び、
専門病院入院基本料(悪性腫瘍7割以上)についても、1割5分以上の基準を適用。

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>

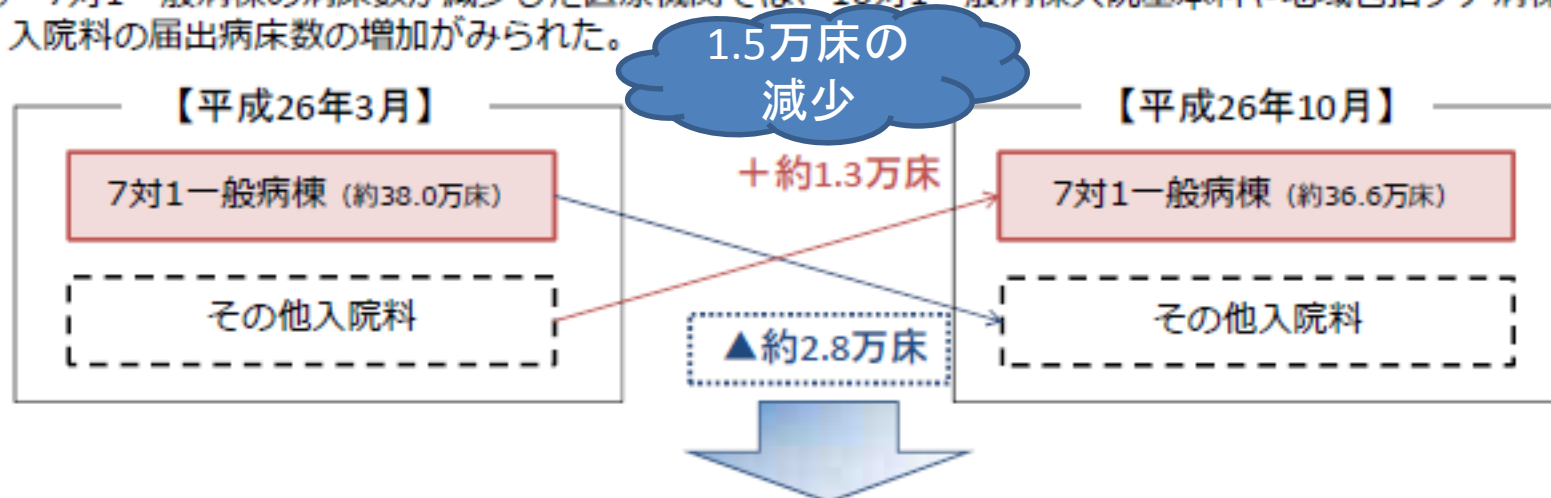
- K008 腋臭症手術2皮膚有毛部切除術
- K093-2 関節鏡下手根管開放手術
- K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)
- K282 水晶体再建術1 眼内レンズを挿入する場合 口その他のもの
- K282 水晶体再建術2 眼内レンズを挿入しない場合
- K474 乳腺腫瘍摘出術1長径5cm未満
- K617 下肢静脈瘤手術1抜去切除術
- K617 下肢静脈瘤手術2硬化療法
- K617 下肢静脈瘤手術3高位結紮術
- K633 ヘルニア手術5鼠径ヘルニア
- K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術
- K721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術1長径2cm未満
- K721 内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

7対1一般病棟入院基本料の届出病床数の動向

- 平成26年度診療報酬改定後、7対1一般病棟入院基本料から他の入院料へ移行した病床数は約2.8万床であった。
- 7対1一般病棟の病床数が減少した医療機関では、10対1一般病棟入院基本料や地域包括ケア病棟入院料の届出病床数の増加がみられた。



【7対1病床数が減少した医療機関における主な届出病床数の動向】

	平成26年3月 (病床数；千床)	平成26年10月 (病床数；千床)	増加した 病床数 (千床)	増加した届出 医療機関数
10対1一般病棟入院基本料	0	16	16	約170か所
回復期リハビリテーション 病棟入院料1	2.2	3.5	1.3	約30か所
地域包括ケア病棟入院料1	-	6.5	6.5	約150か所

出典：平成26年3月末及び10月末時点の病床数を、各地方厚生局の有する情報をとりまとめて集計したもの（病床数の増減が微小なため届出を要しない場合等、誤差がありうることに留意が必要）。

急性期医療についての課題と論点

- 経年的に見ると、我が国の病床数は、緩やかに減少する傾向にあり、一般病床等の平均在院日数も、短縮する傾向にある。
- 平成26年度診療報酬改定においては、特定除外制度の見直しや重症度・看護必要度の名称と項目内容の見直し、自宅等に退院した患者割合に関する基準の設定等が行われた。その後、7対1入院基本料を算定する病床はやや減少したが、依然として全ての種別の中で最も多い状態にある。
- 急性期医療が提供されていることを評価する指標としては、平均在院日数、「重症度、医療・看護必要度」などが用いられている。こうした指標からみたとき、医療機関の幅広い多様性がある。
- 貴重な医療資源を有効に活用して、質の高い医療を確保するためには、急性期病床がその役割を一層発揮するとともに、地域における効率的な医療提供体制の構築を推進する必要がある。

【論点】



7対1要件
の更なる
厳格化

- 急性期病床の機能分化を進めるため、緊急性の高い患者や、高度な医療を要する患者の受け入れを評価するとともに、入院医療の提供に関する連携や在宅復帰の推進を図る方策について、平成26年度改定の答申附帯意見も踏まえ、更に検討すべきではないか。

課題②地域包括ケア病棟の さらなる増加

地域包括ケア病棟

- 地域包括ケア病棟の役割・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

急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価

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ていることから新たな評価を新設する。

(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(原則「みなし補助者」を認めないが、平成27年3月31日までは必要数の5割まで認められる。)

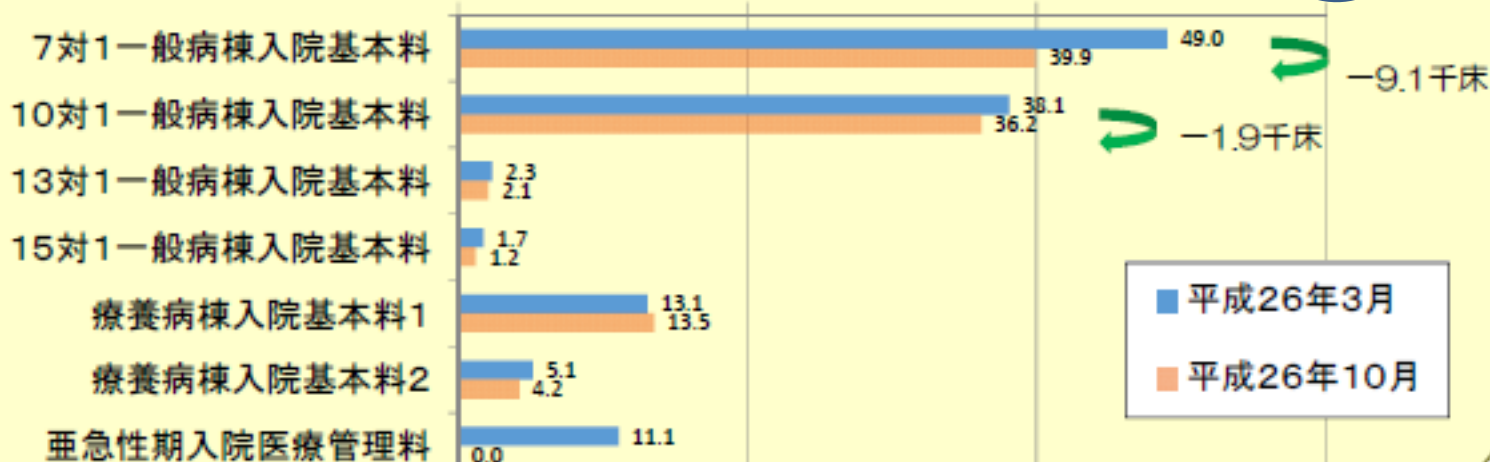
救急・在宅等支援病床初期加算:他の急性期病棟(自院・他院を問わず)、介護施設、自宅等から入院または転棟してきた患者について算定

地域包括ケア病棟の届出状況①

地域包括ケア病棟入院料等を届出した病床数



地域包括ケア病棟入院料等を届け出た施設における
平成26年3月から10月の間の他の病床の届出状況の変化

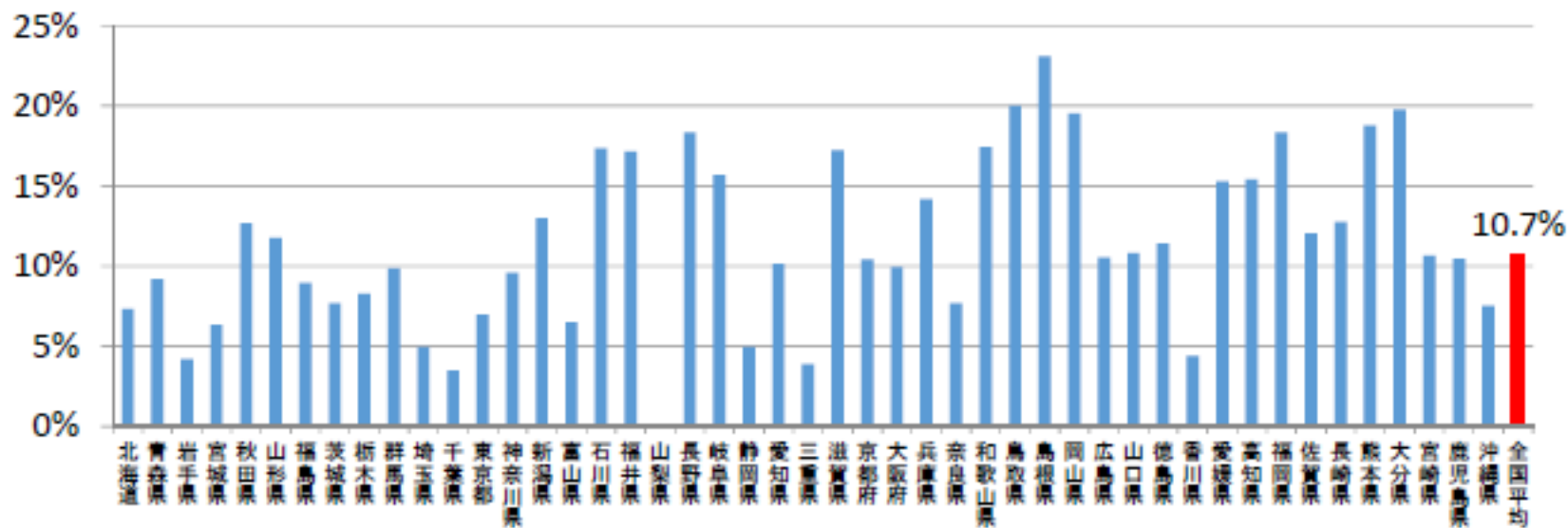


2.46万床

出典：平成26年3月末及び10月末時点の病床数を、各地方厚生局の有する情報を取りまとめて集計したもの（病床数の増減が微小なため届出を要しない場合等、誤差がありうることに留意が必要）。

地域包括ケア病棟入院料等の届出状況②

各都道府県の病院における
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を届け出た割合(※)



※各都道府県で地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を届け出た医療機関の数を、各都道府県の病院数(病床種別は問わない)で除したもの。

平成26年10月現在 医療課調べ

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

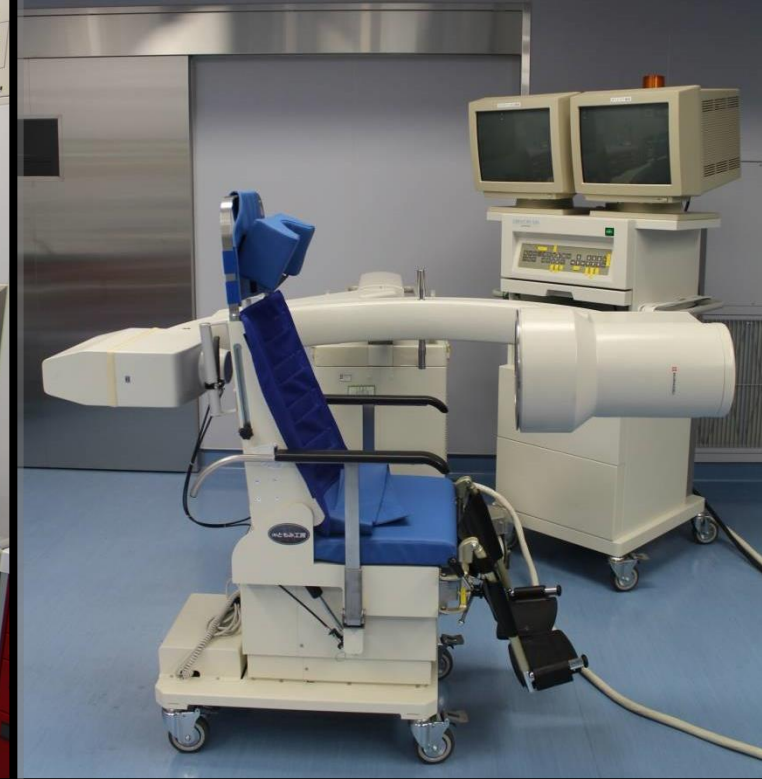
長期急性期病床

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

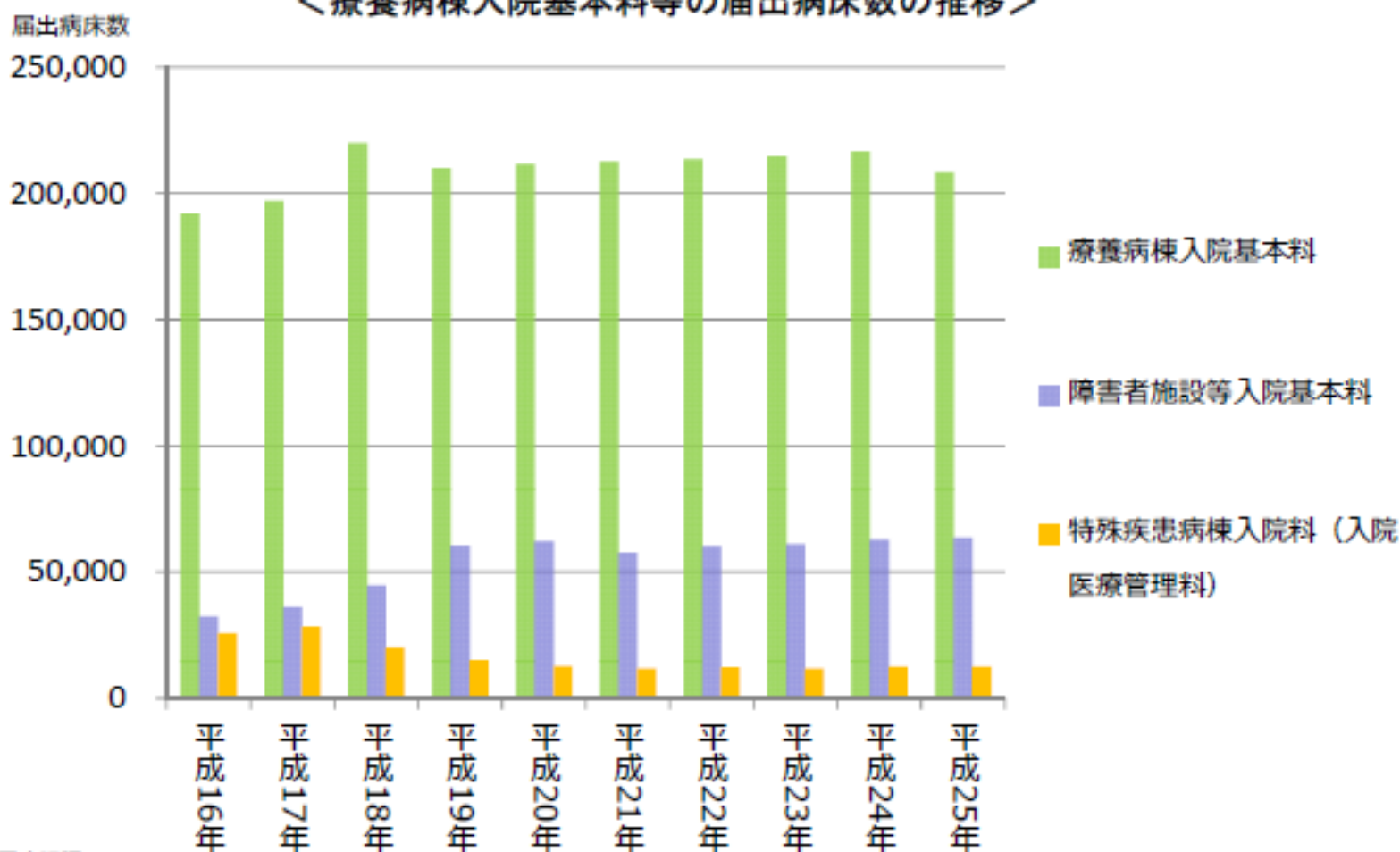
課題③慢性期病床の見直し

慢性期入院医療に係る診療報酬上の評価

		障害者施設等入院 基本料1	障害者施設等 入院基本料2～4	特殊疾患病棟 入院料1	特殊疾患病 棟入院料2	特殊疾患入院 医療管理料	療養病棟入 院基本料1	療養病棟入院 基本料2
看護配置		7対1以上	10対1以上～ 15対1以上	20対1以上	—	20対1以上	20対1以上	25対1以上
どちらか一方を満たす	施設	医療型障害児入所施設又は指定医療機関(児童福祉法)		—	医療型障害児入所施設又は指定医療機関(児童福祉法)	—		
	患者像	—	重度の肢体不自由児(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、難病患者等が概ね7割以上	脊椎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及び難病患者等が概ね8割以上	重度の肢体不自由児(者)、重度の障害者(脊髄損傷等を除く)が概ね8割以上	脊椎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及び難病患者等が概ね8割以上	医療区分2、3の患者が8割以上	—
	看護要員	—	10対1以上		10対1以上(うち、看護職員5割以上)	10対1以上	看護補助者20対1以上	看護補助者25対1以上
その他		一般病棟			一般又は精神病棟	一般病棟の病室	療養病棟	
		超重症、準超重症児(者)が3割以上	—			—		褥瘡の評価
点数		1,566点	1,311点～ 965点	1,954点	1,581点	1,954点	1,769～782点	1,706～719点
包括範囲		出来高		一部の入院基本料等加算・除外薬剤、注射剤を除き包括			検査・投薬、注射(一部を除く)・病理診断・x線写真等・一部の処置等は包括	

慢性期入院医療に係る病床の届出数

＜療養病棟入院基本料等の届出病床数の推移＞



平成25年度入院医療等の調査・評価分科会とりまとめ

(中央社会保険医療協議会 平成25年11月1日資料より一部抜粋)

- 療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料及び特殊疾患病棟入院料1を算定する病棟の患者の主病名をみると、脳梗塞、脳内出血、その他の神経系の疾患が多い傾向がみられた。
- 特殊疾患病棟入院料や障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者像が療養病棟の患者像と類似していたことから、障害者手帳の交付を受けた患者や難病認定を受けた患者に対する適切な医療を継続することを前提に、当該病棟等の対象とする患者像や病床の機能について見直すことが必要である。

慢性期入院医療についての課題と論点

- 療養病床では入院受療率や平均在院日数等に大きな地域差がみられることが示されている。
- 療養病棟では、在院日数が長い場合ほど病状の見通しが不変な患者や死亡退院する患者の割合が大きくなる傾向がみられる。また、療養病棟への診療報酬は医療区分に応じた評価とされており、医療区分ごとの受入患者数の割合等には療養病棟入院基本料1と2で違いがみられる。
- 平成26年度診療報酬改定では、在宅復帰機能強化加算を創設するなど在宅復帰を促すための見直しが行われた。また、平成27年度介護報酬改定では、介護療養型医療施設が担っている看取りやターミナルケアを中心とした長期療養及び喀痰吸引、経管栄養などの医療処置を実施する機能について、新たな要件を設定した上で、重点的な評価が行われた。
- 特殊疾患病棟入院料・障害者施設等入院基本料等においては、その特性に応じた患者が入院できるよう、入院対象患者が定められているが、意識障害を有する脳卒中の患者など、状態像が療養病棟の対象患者と重複している場合もある。

【論点】

- 密度の高い医療を要する患者を、病床の機能に応じて適切に受け入れるための、状態像に応じた評価のあり方についてどのように考えるか。また、長期療養を担う病床において、可能な限り在宅復帰を促すための評価のあり方についてどのように考えるか。

パート3

地域包括ケアと在宅医療・介護連携

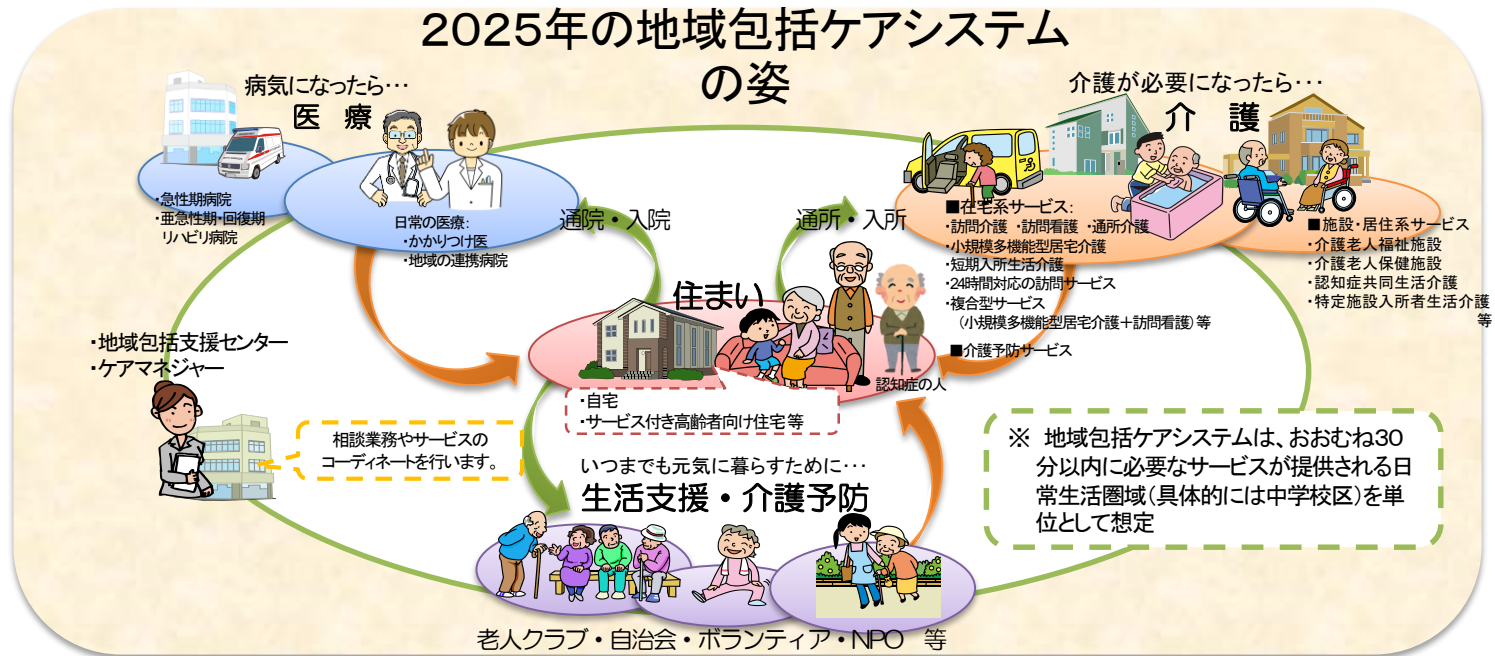


地域包括ケアシステムとは

介護が必要になっても、住み慣れた地域で、その人らしい自立した生活を送ることができるよう、医療、介護、予防、生活支援、住まいを包括的かつ継続的に提供するシステム

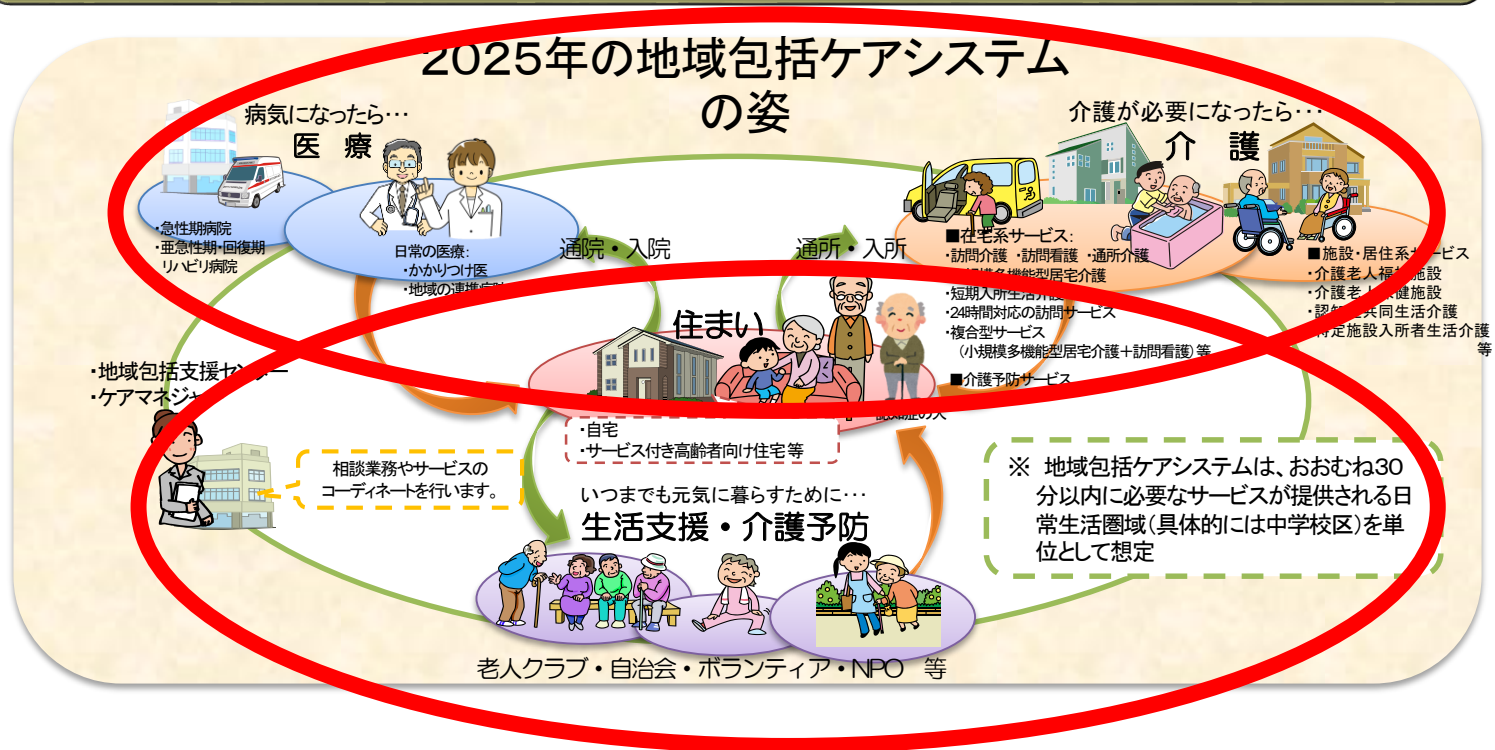
平成25年 地域包括ケアシステム

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



平成25年 地域包括ケアシステム

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

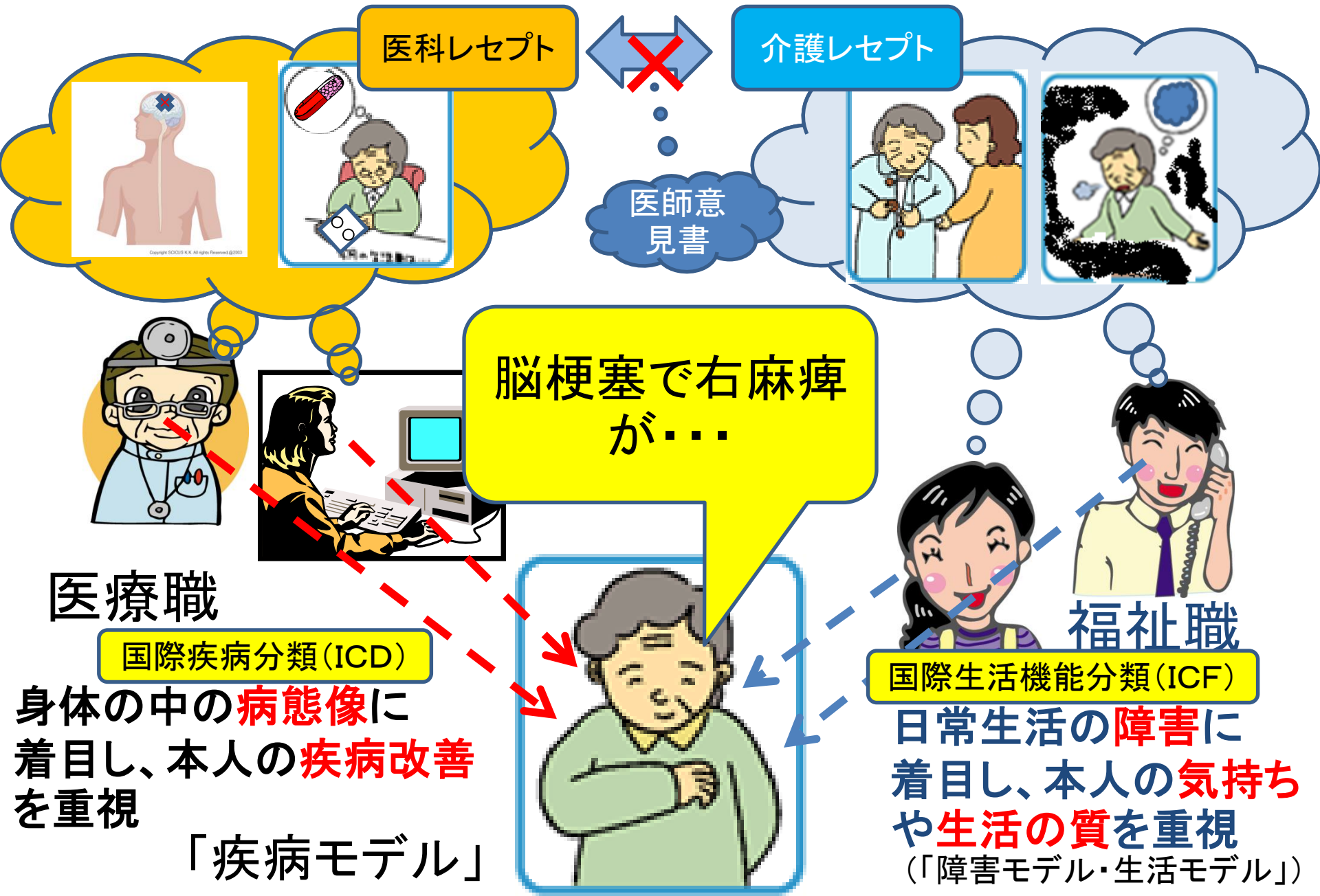


地域包括ケアシステムでは 医療と介護の連携が課題



医療と介護の連携

医療と介護福祉ではモデルが異なり情報もレセプトも異なる



医療と介護のギャップと連携

- 医療と介護・福祉は制度も違う、職種も違う
- 医療と介護・福祉は、言葉も違う、文化も違う
 - 医療は国際疾病分類(ICD)
 - 介護福祉は国際生活機能分類(ICF)
- 医療と介護・福祉の情報ギャップ、コミュニケーションギャップを埋めるための情報連携が必要
- レセプトも医科レセと介護レセで異なる
 - 両者を結ぶのは医師意見書のみ

新しい地域支援事業の全体像

<現行>

介護保険制度

<見直し後>

【財源構成】

国 25%

都道府県
12.5%

市町村
12.5%

1号保険料
21%

2号保険料
29%

【財源構成】

国 39.5%

都道府県
19.75%

市町村
19.75%

1号保険料
21%

介護給付 (要介護1~5)

介護予防給付
(要支援1~2)

訪問看護、福祉用具等

訪問介護、通所介護

介護予防事業

又は介護予防・日常生活支援総合事業

○二次予防事業

○一次予防事業

介護予防・日常生活支援総合事業の場合は、上記の他、生活支援サービスを含む要支援者向け事業、介護予防支援事業。

包括的支援事業

○地域包括支援センターの運営
・介護予防ケアマネジメント、総合相談支援業務、権利擁護業務、ケアマネジメント支援

任意事業

○介護給付費適正化事業
○家族介護支援事業
○その他の事業

現行と同様

事業に移行

全市町村で
実施

多
様
化

充
実

充
実

介護給付 (要介護1~5)

介護予防給付 (要支援1~2)

新しい介護予防・日常生活支援総合事業
(要支援1~2、それ以外の者)

○介護予防・生活支援サービス事業

・訪問型サービス

・通所型サービス

・生活支援サービス(配食等)

・介護予防支援事業(ケアマネジメント)

○一般介護予防事業

包括的支援事業

○地域包括支援センターの運営
(左記に加え、**地域ケア会議の充実**)

○**在宅医療・介護連携の推進**

○**認知症施策の推進**

(認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員等)

○**生活支援サービスの体制整備**

(コーディネーターの配置、協議体の設置等)

任意事業

○介護給付費適正化事業
○家族介護支援事業
○その他の事業

地域支援事業

在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化し、全国的に取り組む。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、都市区医師会等と連携しつつ、取り組む。
- 可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村が、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 一部を都市医師会等（地域の中核的医療機関や他の団体を含む）に委託することができる。
- 都道府県・保健所が、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施の手引書や事例集の作成等により支援。都道府県を通じて実施状況を把握。

事業項目と取組例

（ア）地域の医療・介護サービス資源の把握

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、地図又はリスト化
- ◆ さらに連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査した結果を、関係者間で共有、住民にも公表 等



（エ）在宅医療・介護サービス等の情報の共有支援

- ◆ 地域連携バス（在宅医療を行う医療機関、介護事業所等の情報を含む）等の活用により、在宅医療・介護の情報の共有支援
- ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも対応 等

（オ）在宅医療・介護関係者の研修

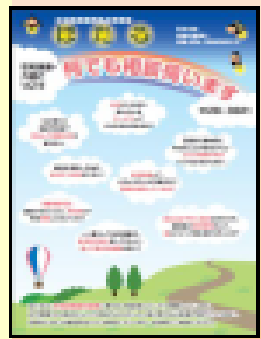
- ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じて、多職種連携の実際を学ぶ
- ◆ 介護職種を対象とした医療関連のテーマの研修会を開催 等

（カ）24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築

- ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制を整備 等

（キ）地域住民への普及啓発

- ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウムの開催
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用し、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- ◆ 在宅での看取りについても普及啓発 等



（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議

- ◆ 地域の医療機関・ケアマネジャー等介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状と課題の抽出、解決策等を協議 等

（ウ）在宅医療・介護連携支援センター（仮称）の運営等

- ◆ 在宅医療・介護連携の支援窓口の設置・運営により、在宅医療と介護サービスの担当者（看護師、社会福祉士等）の連携を支援するコーディネーターを配置して、連携の取組の支援とともに、ケアマネジャー等から相談受付 等

（ク）二次医療圏内・関係市区町村の連携

- ◆ 二次医療圏内の病院から退院する事例等に関して、都道府県、保健所等の支援の下、在宅医療・介護等の関係者間で情報共有の方法等について協議 等

在宅医療・介護連携支援センター(仮称)

(在宅医療・介護連携相談窓口)

- 介護保険の知識を有する看護師、医療ソーシャルワーカー等を配置し、地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等から相談を受け付ける。(原則、住民からの相談は地域包括支援センターが受け付ける)
- 地域の在宅医療・介護関係者、地域包括支援センターに対して、在宅医療・介護連携に関する情報提供等を行う。



市区町村

連携

郡市区医師会等に委託*

必要に応じて

在宅医療・介護連携支援センター(仮称)

(在宅医療と介護連携についての相談窓口)

(郡市区医師会等)



◆在宅医療・介護連携に関する相談の受付等(★)

- 在宅医療・介護連携についての窓口の設置し、医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの相談の受付及び情報提供を行う。
- 退院支援ルールが整備されていない地域における、医療機関から在宅への円滑な移行が困難な事例について、医療・介護の関係者に対して調整支援を行う。
- 市区町村で協議された対応方針を踏まえ、各事業の必要に応じて支援をする。

支援

◆在宅医療・介護連携の課題と抽出の対応の協議

- 在宅医療・介護連携の課題を抽出し、その解決策及び他の各事業の対応方針について協議

◆二次医療圏内・関係市区町村の連携

- 退院後の在宅医療・介護サービスが円滑に提供されるよう、同一の二次医療圏内にある市区町村が連携し、当該二次医療圏内にある病院と、介護サービス事業者間における情報共有等の方法について協議

◆地域の医療・介護サービス資源の把握(★)

- 地域の医療機関、介護事業者の住所、機能等を調査し、これまでに自治体で把握されている情報と併せてマップ又はリストを作成

◆地域住民への普及啓発(★)

- 在宅医療・介護サービスに関する講演会開催、パンフレットの作成・配布等によって、地域住民の在宅医療・介護連携の理解の促進を図る

◆在宅医療・介護サービス等の情報の共有支援(★)

- 医療・介護関係者に対し、情報共有ツール等の導入を支援

◆24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築(★)

- 地域の医療・介護関係者の協力を得て、緊急時等の連絡体制も含めた在宅医療・介護の提供体制を整備

◆在宅医療・介護関係者の研修(★)

- 医療関係者に対する介護サービス等の研修、介護関係者に対する医療等の研修を実施する。また、多職種連携のグループワークを実施

※地域包括支援センター又は市区町村役場に設置することも可能。

★がついている事業項目については委託可能

医療福祉連携講習会

～医療と介護福祉を結ぶ人材研修～



日本医療マネジメント学会

医療福祉連携講習会

学会認定「医療福祉連携士」

- 日本医療マネジメント学会は学会認定の医療福祉連携士制度を創設した
- 目的
 - 地域の急性期医療機関から在宅までの切れ目のないサービスを効率的に提供し、
 - 患者にとって最適な連携を推進するため、
 - 医療と福祉を連携コーディネートする「医療福祉連携士」の育成と認定制度を創設する

医療福祉連携士

- 病院などの地域医療連携室や、地域の包括支援センターで連携業務に従事するスタッフを対象にした初めての学会認定制度
- 2011年からスタートし、現在までに学会認定の初の「医療福祉連携士」がこれまでに200名が誕生
- 全国ではじめての医療と福祉の連携コーディネーター制度
- スーパー連携士、スーパーケアマネをめざす制度

研修科目（共通科目）

○講義

- 1 地域医療連携概論
- 2 医療政策・関係法規概論
- 3 診療報酬制度概論
- 4 福祉連携論
- 5 ケアマネジメント論
- 6 病院運営概論
- 7 医療情報システム概論
- 8 クリティカルパス概論
- 9 クリティカルパス演習Ⅰ
- 10 クリティカルパス演習Ⅱ

- 11 地域連携クリティカルパス概論Ⅰ
- 12 地域連携クリティカルパス概論Ⅱ
- 13 地域連携クリティカルパス演習Ⅰ
- 14 地域連携クリティカルパス演習Ⅱ
- 15 在宅医療概論
- 16 カウンセリング概論

○地域連携の実習

- 1 地域医療連携実習
- 2 地域連携クリティカルパス実習

○フォローアップ研修

* すべての座学と実習を履修すること。

* 座学1コマ :90分 実習1コマ:6時間

専門科目

医学系科目

○座学

- 1 臨床医学概論Ⅰ
- 2 臨床医学概論Ⅱ
- 3 臨床医学概論Ⅲ
- 4 臨床医学概論Ⅳ
- 5 臨床医学概論Ⅴ
- 6 臨床医学概論Ⅵ
- 7 臨床看護概論
- 8 地域看護概論

○実習

- 1 臨床医学実習Ⅰ（急性期病院）
- 2 臨床医学実習Ⅱ（回復期病院）
- 3 臨床医学実習Ⅲ（地域診療所）
- 4 保健行政実習（保健所、保健センター）

社会・福祉系科目

○座学

- 1 医療福祉論
- 2 精神保健福祉論
- 3 退院支援論Ⅰ
- 4 退院支援論Ⅱ
- 5 地域移行支援論
- 6 福祉制度論
- 7 福祉施設論
- 8 在宅介護論

○実習

- 1 介護療養型施設実習（入所施設）
- 2 在宅福祉実習（地域包括支援センター）
- 3 福祉行政実習（福祉事務所、自相等）
- 4 居宅介護支援施設実習

* 座学は全て、実習は2つ以上を履修すること

認定試験

- 受講資格者が学会が主催する研修会において、必要な科目を履修することにより、受験資格を得る。
- 学会以外が主催する研修会や講義の一部を学会主催の科目として認定することもできる。
- 受験希望者は個別に学会に受験資格の認定を受けるために必要な手続き(書類等の提出)を行う。
- 認定試験は受験資格にかかわらず、全ての科目から出題される。

研修日程と場所

- 研修場所
 - 日本医科大学教育棟2階(東京)、実習は各地
- 研修日程
 - 5月16日から11月18日の間の土日、10日間
 - 共通科目
 - 医療系科目
 - 福祉系科目
 - 課題講習
 - 施設実習

目指そう、医療福祉連携士！

詳細は日本医療マネジメント学会ホームページから



「医療福祉連携士」を取得

五稜郭病院の尾関・保健師さん(左)が、日本医療・福祉・介護の連携を推進する「医療福祉連携士」を取得した。医療と福祉、介護との連携・協働をより発展させるために、尾関さんの活動が注目されている。

(取材協力：)

尾関さんが「医療福祉連携士」を取得したのは、地域医療と福祉連携のあり、患者が必要とするサービスを提供することを目指す。尾関さんは「医療福祉連携士」を取得し、地域医療と福祉連携を推進する。尾関さんは「医療福祉連携士」を取得し、地域医療と福祉連携を推進する。



修了証を手に「医療福祉連携士の認知度が広がれば」と話す尾関さん

「医療福祉連携士」は、医療と福祉、介護の連携を推進する。尾関さんは「医療福祉連携士」を取得し、地域医療と福祉連携を推進する。尾関さんは「医療福祉連携士」を取得し、地域医療と福祉連携を推進する。

地域包括ケア築きたい

内目
道2人

尾関さんは「医療福祉連携士」を取得し、地域医療と福祉連携を推進する。尾関さんは「医療福祉連携士」を取得し、地域医療と福祉連携を推進する。尾関さんは「医療福祉連携士」を取得し、地域医療と福祉連携を推進する。

医療と介護の連携で、 開かせよう地域包括ケアの花



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

- ・課題はあるにせよ地域医療構想策定が始まった次期7次医療計画へむけて構想策定へ向けて歩を進めよう。
- ・2016年診療報酬改定も、7対1の要件厳格化、地域包括ケア病棟のあり方、慢性期病床のあり方が重点課題となるだろう。
- ・医療と介護を結ぶ人材の教育研修に医療福祉連携講習を活用しよう。

第17回

日本医療マネジメント学会学術総会

大阪でお会い
しましょう！

医療における不易流行
～変わらないもの、変わるもの～

開催日時：平成27年 **6月12^(金)日**▶**13^(土)日**

会 場：グランキューブ大阪 (大阪国際会議場)

会 長：山根 哲郎 (パナソニック健康保険組合 松下記念病院 院長)

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