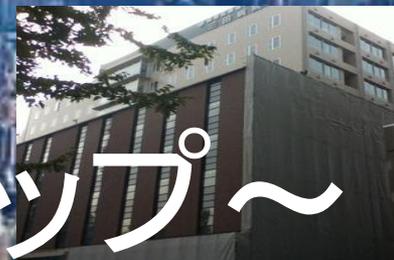


医療経済制度論 ～2025年へのロードマップ～



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

目次

- パート1
 - 医療計画の歴史と国際比較
- パート2
 - 医療介護一括法と地域医療構想
- パート3
 - 診療報酬制度と医療提供体制



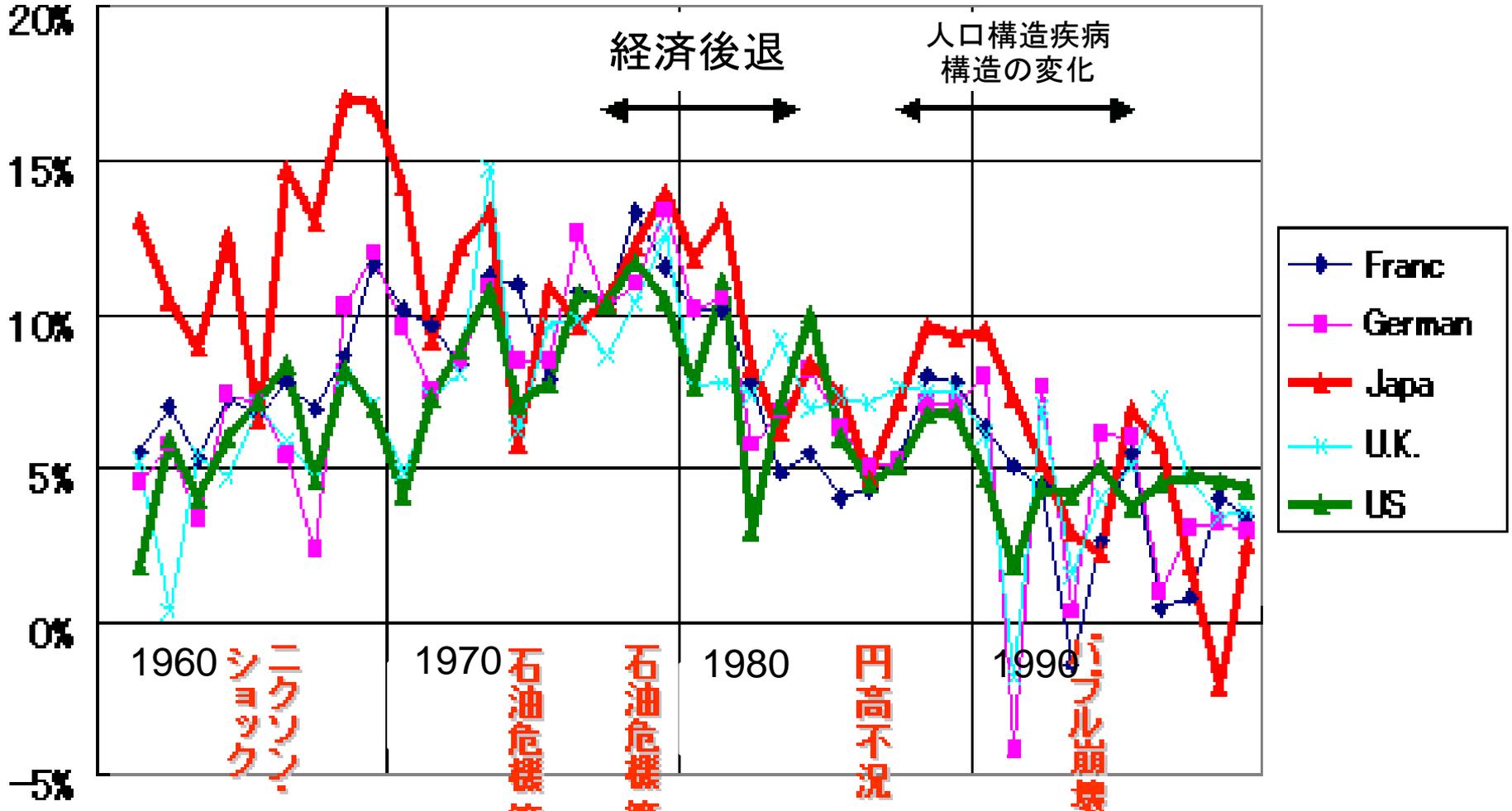
パート1

医療計画の歴史と国際比較

1965年、先進各国は
医療提供体制の同じスタートラインにっていた

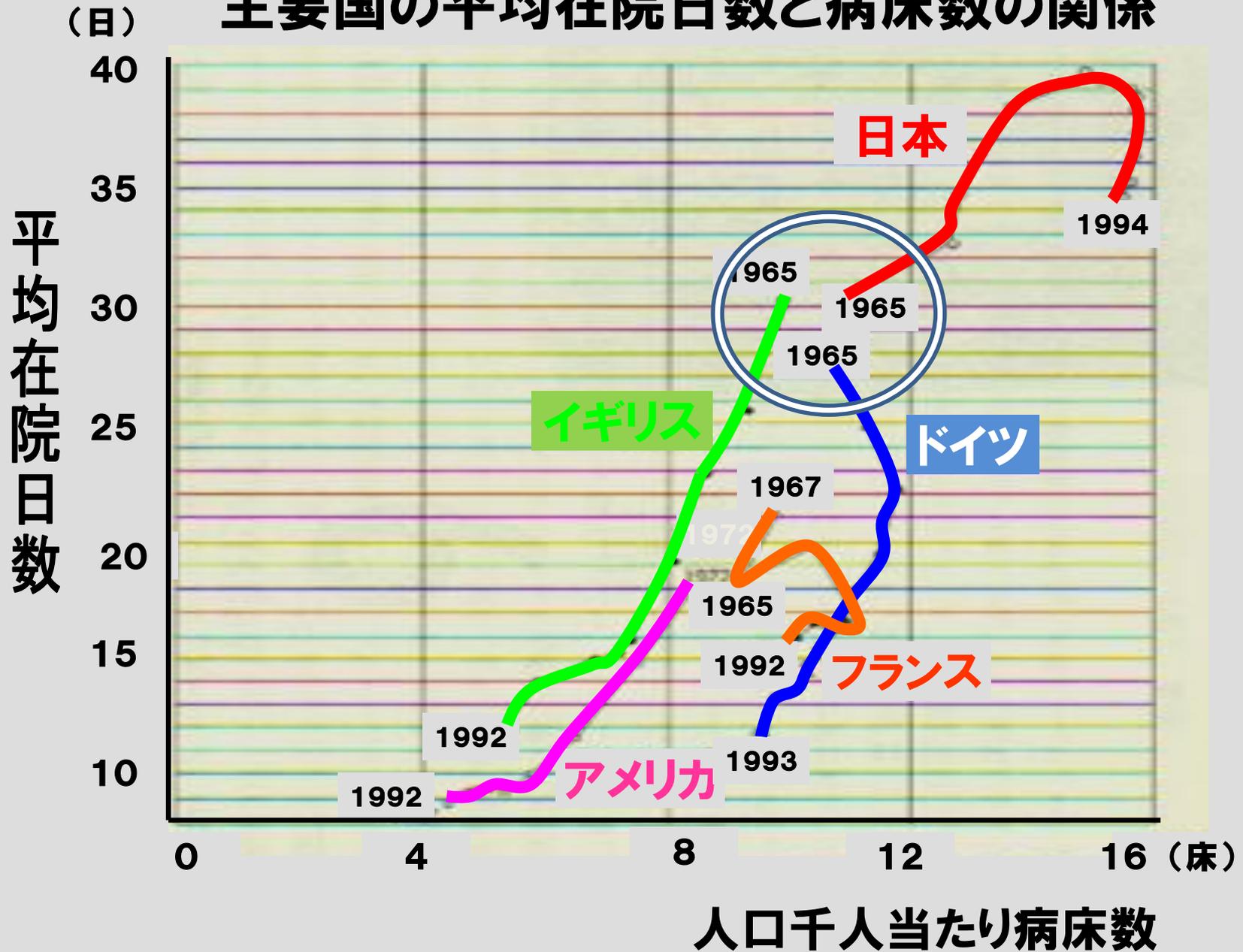
先進各国の経済成長推移

オイルショック後の世界経済の後退が医療提供体制の改革をもたらした

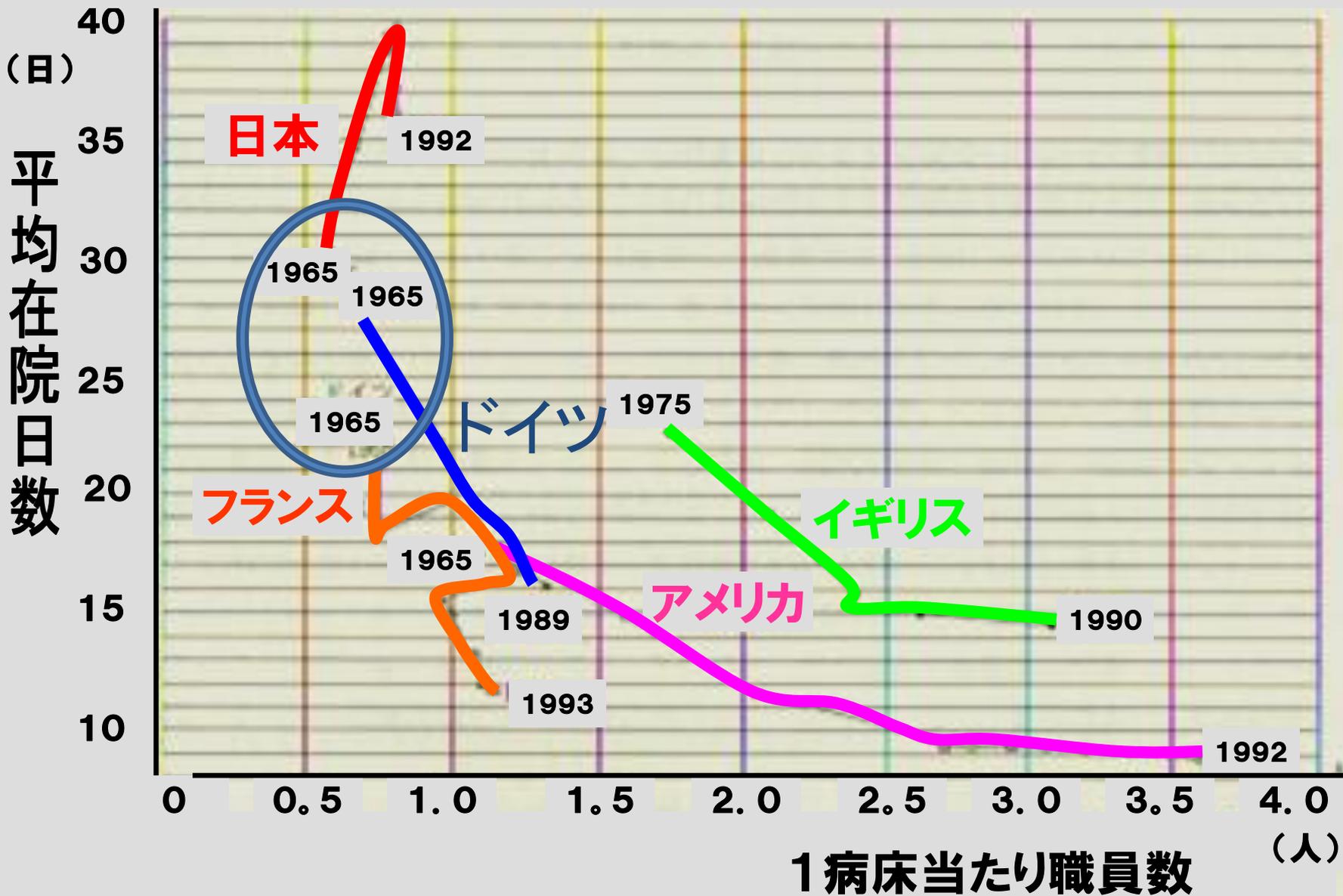


長谷川敏彦氏資料より

主要国の平均在院日数と病床数の関係



主要国の平均在院日数と1病床当たりの職員数の関係



失われた30年

- 先進各国は1965年代には同じスタートライン
- 日本を除く先進国は1970年代のオイルショックを契機に医療制度改革に乗り出した
 - 急性期病床と慢性期病床の機能区分
 - 急性期病床の絞込みと1床当たりの職員数増
 - 診療報酬改革(包括払いの導入)
 - 医療の標準化の促進
 - 医師養成制度の見直し(専門医とプライマリケア医の機能分化)

失われた30年

- そのとき日本は・・・？
 - 1970年代のオイルショックをうまく切り抜けた
 - 1980年代にバブル景気が襲った
 - 医療バブル時期(医療計画かけこみ増床20万床)
 - 全国一律の診療報酬制度によって医療費の伸びがGDPの成長範囲になんとかおさまっていた
 - バブル期に日本モデルに過信をもっていた
 - ジャパンアズN01
 - 成功は失敗のもと！
 - 医療提供体制改革に出遅れた！
 - 1985年にようやく医療計画がスタート
 - 第一次医療法改正

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)

医療法制定1948年

「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 1985年

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 2000年

* 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

2006年

○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

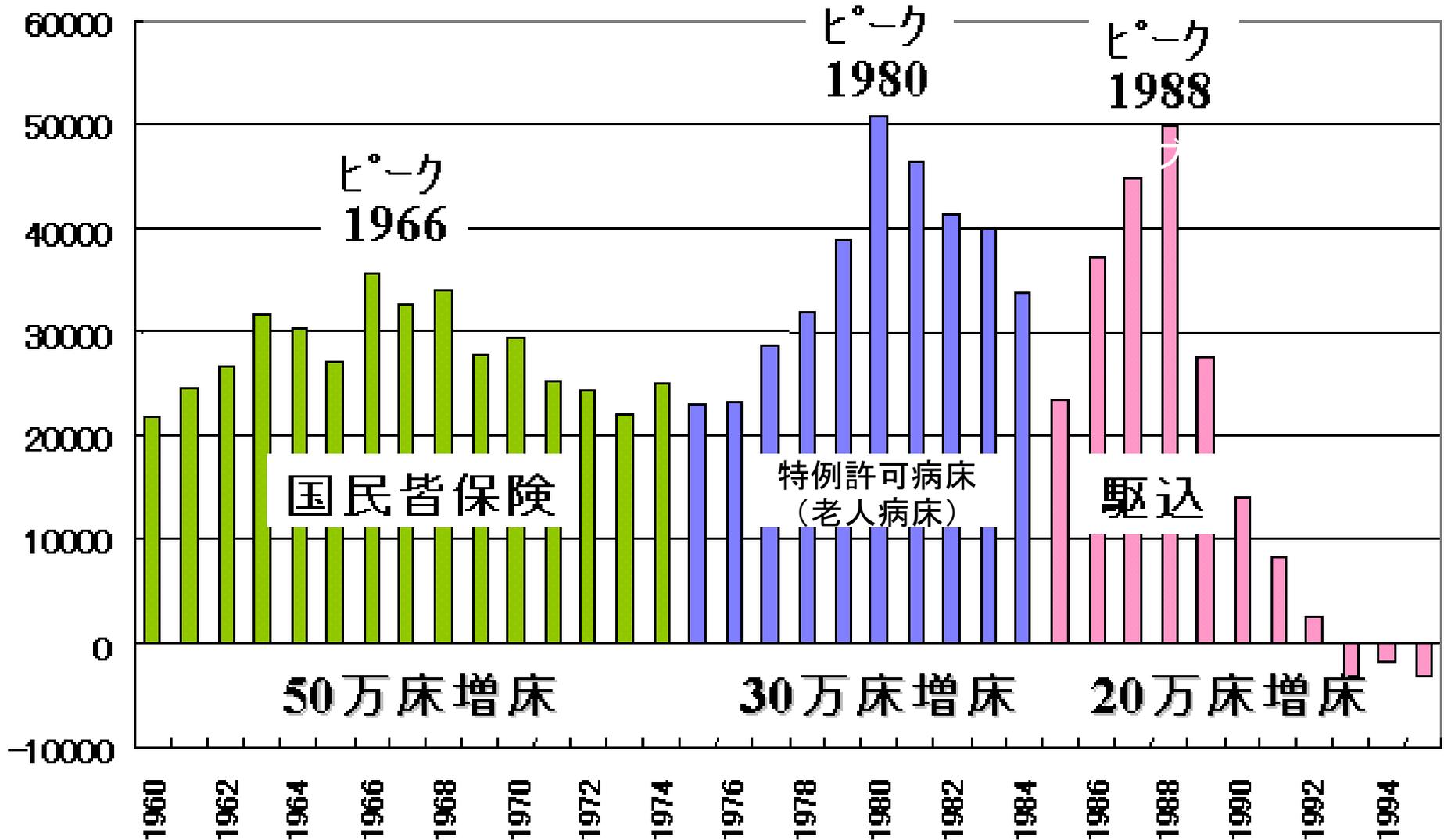
医療介護一括法における地域医療構想

2014年6月

日本で病床が過剰になったワケ

戦後3つの増床期

日本増床三つのピーク



特例許可老人病床

- 1983年老人保健法
- 特例許可老人病床
 - 医療法の人員配置基準を特例的に緩和して、「主として老人慢性疾患の患者を収容する病室を有する病院」
 - 診療報酬も低く抑えられた
 - 国際基準で言えば、病院ではなくナーシングホーム

地域医療計画と駆け込み増床

- 1985年地域医療計画の導入
- 二次医療圏ごとの病床規制
- 病床過剰地域では病床の増設や新設が認められなくなる
- 病床数を抑制する→医療費を抑制する
- しかし、なんと直前に駆け込み増床が起きた

医療計画への批判

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

医療計画への批判

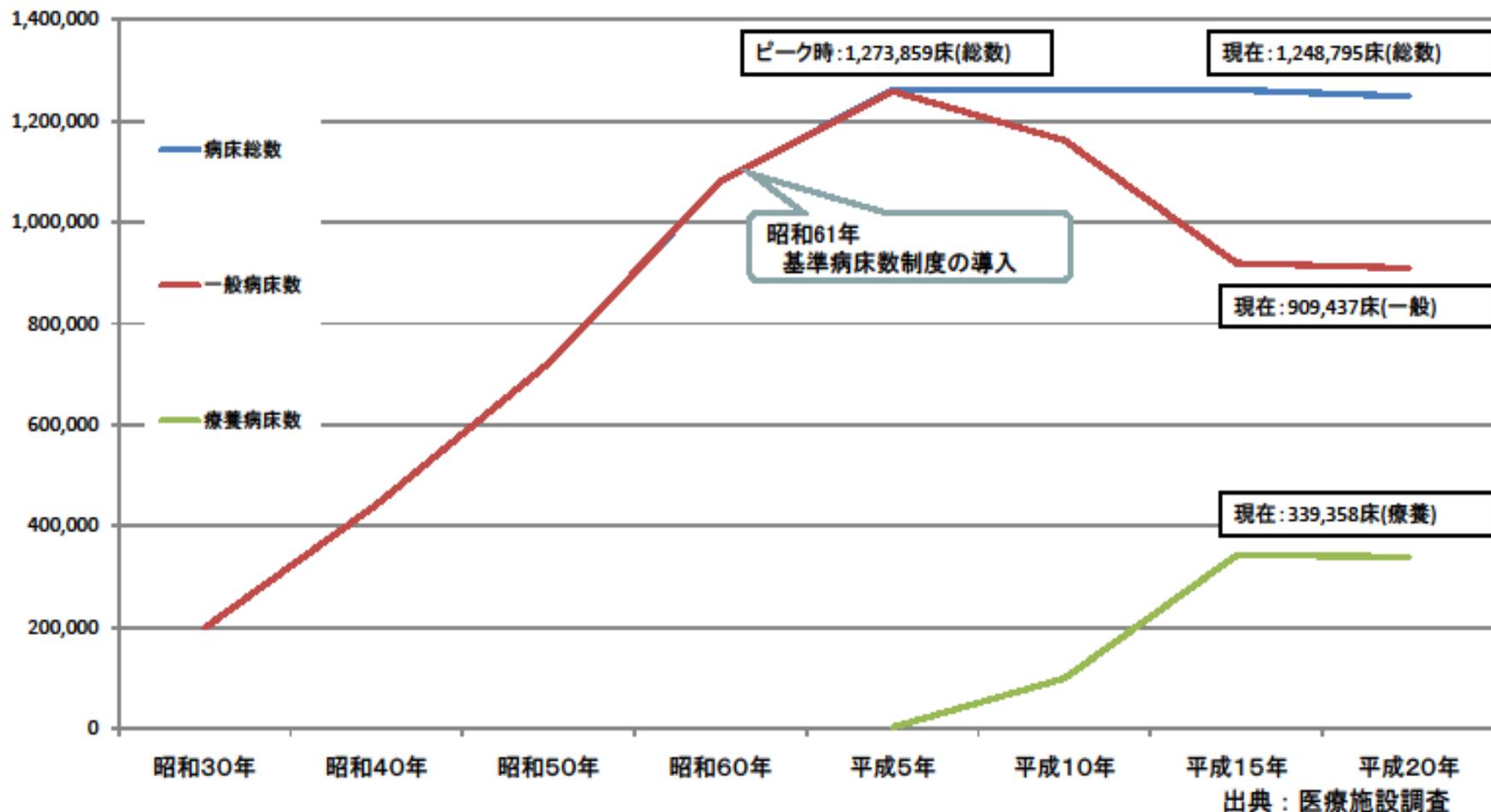
- 医療計画が医療費抑制に与えた影響評価
 - 医療計画後にも医療費の伸びは止まらなかったところから、あまり効果はなかったとする意見
 - しかし放置すればさらなる医療費増加を招いたという意見
 - 結局は病床規制以外には有効な医療費増加の歯止めは今のところ見当たらないとする意見などがある

医療計画への積極評価

- 医療計画の効果

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

一般病床・療養病床の病床数の推移



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

基準病床数に対する病床数の推移

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

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

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

医療計画の国際動向



医療計画の国際動向

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

医療計画の国際動向

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

医療計画の国際動向

- 医療計画の廃止（米国の例）

- 1980年代に医療計画を撤廃するところもではじめた

- 米国の医療計画

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

- 米国の医療計画の廃止

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

医療計画の国際動向

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

さて我が国では？

- 病床規制から医療連携へ
 - 2008年医療計画見直しで医療連携が強調
 - 疾患別・事業別に構築する医療提供体制
- 病床規制としての医療計画の見直し
 - 基準病床数の見直し
 - 年齢階級別の入院率を盛り込んだ基準病床数の算定式は高齢化が進む都市圏に病床不足地域をもたらしている。
 - 医療計画による病床規制の以前に、DPCによる平均在院日数の短縮や医師・看護師不足によって空床が増加して、実質的に医療計画が意味を持たなくなっている？
- 医療計画は病床規制から地域医療の質保障計画
- 地域医療構想へ
 - 病床区分の精緻化の方向へ

パート2

医療介護一括法と地域医療構想



医療介護一括法可決成立(2014年6月18日)

社会保障制度改革国民会議 最終報告書(2013年8月6日)



最終報告が清家会長から安倍首相に手渡し

国民会議報告のポイント

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

国民会議報告のポイント

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

地域医療介護一括法



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

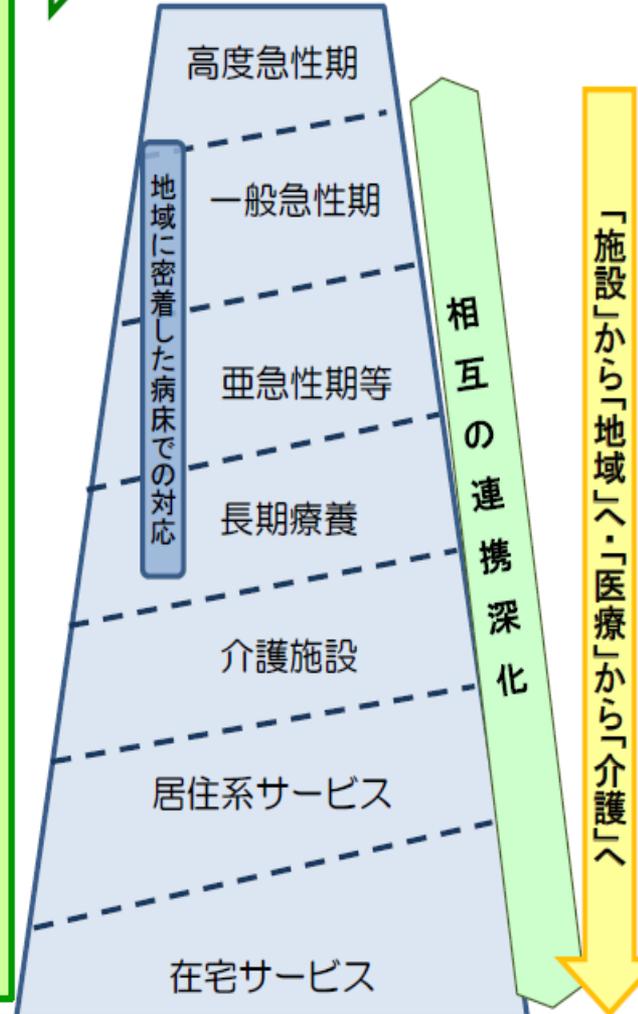
2012年以降、診療報酬・介護報酬の体系的見直し

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

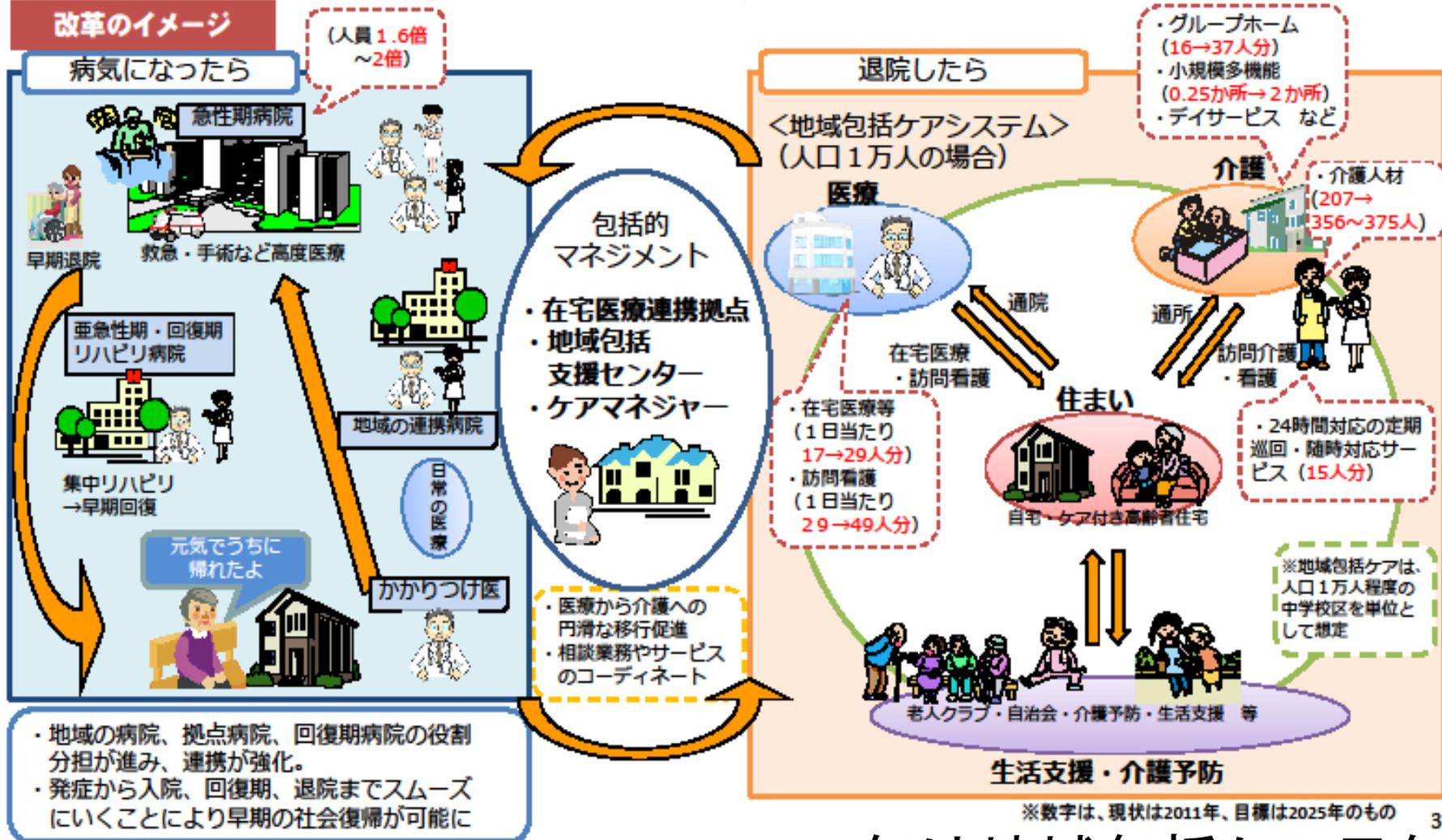
改革の方向性 ②

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)

病床機能報告制度と 地域医療構想



地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会

病床機能報告制度と地域医療構想（ビジョン）の策定

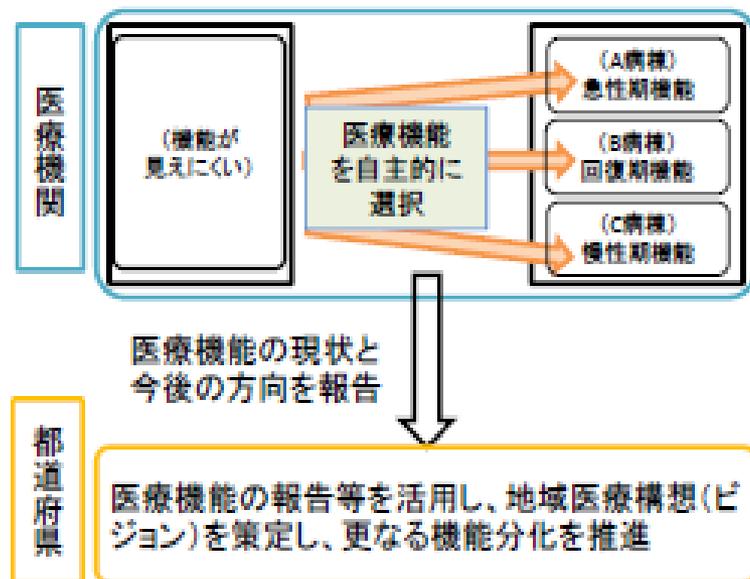
○ 病床機能報告制度（平成26年度～）

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

○ 地域医療構想（ビジョン）の策定（平成27年度～）

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

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



(地域医療構想(ビジョン)の内容)

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

医療機関が報告する医療機能

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

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

◎ 医療機能の名称及び内容は以下のとおりとする。

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

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

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

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

病床機能区分の経緯

「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」

- 6区分

- ①急性期、②亜急性期、③回復期、④長期療養、⑤障害者・特殊疾患、⑥そのほか「病棟内に機能が混在しているケース」

- 5区分

- ①急性期、②亜急性期、③回復期リハビリテーション、④地域多機能、⑤長期療養

- 4区分

- ①急性期機能、②検討中、③回復期リハビリテーション機能、④長期療養機能

「亜急性期」が争点

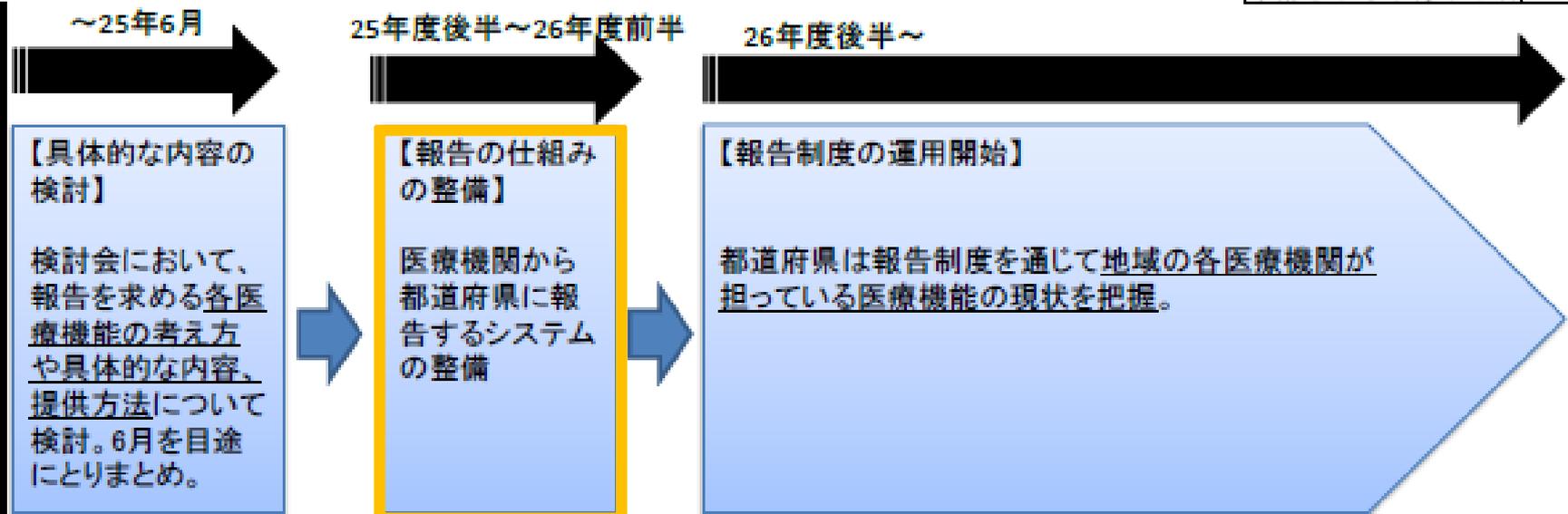
- 厚労省の亜急性期定義

- 「主として急性期を経過した患者（ポストアキュート）、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者（サブアキュート）に対し、在宅復帰に向けた医療を提供する機能」と定義し、ポストアキュート、サブアキュートを包括する概念
- 「この表現では、高齢者の救急は亜急性が担う印象になる。高齢者救急は急性期が担うべきだ」
加納繁照委員（日本医療法人協会会長代行）、

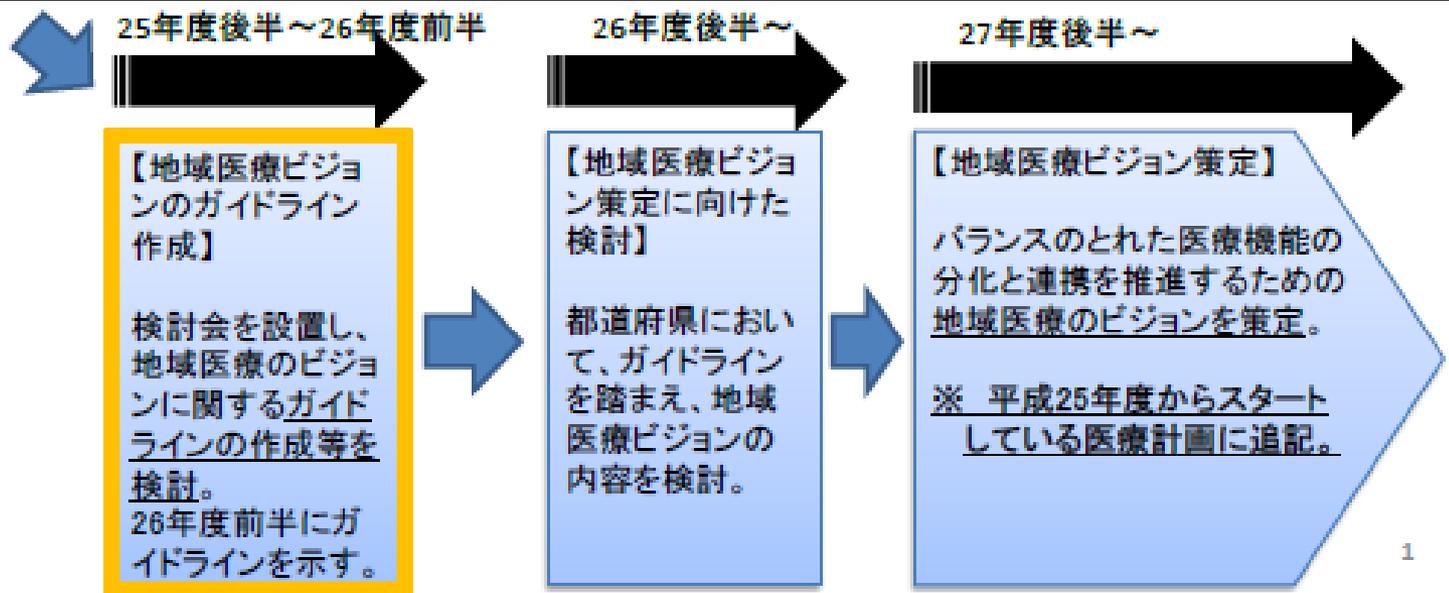
報告制度の導入と地域医療ビジョン策定までの流れ

第6回病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会
平成25年5月30日
参考資料

報告制度



地域医療ビジョン



病床機能報告制度と地域医療ビジョン

- 報告項目

- 人員配置・医療機器等

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

- 手術・処置件数等

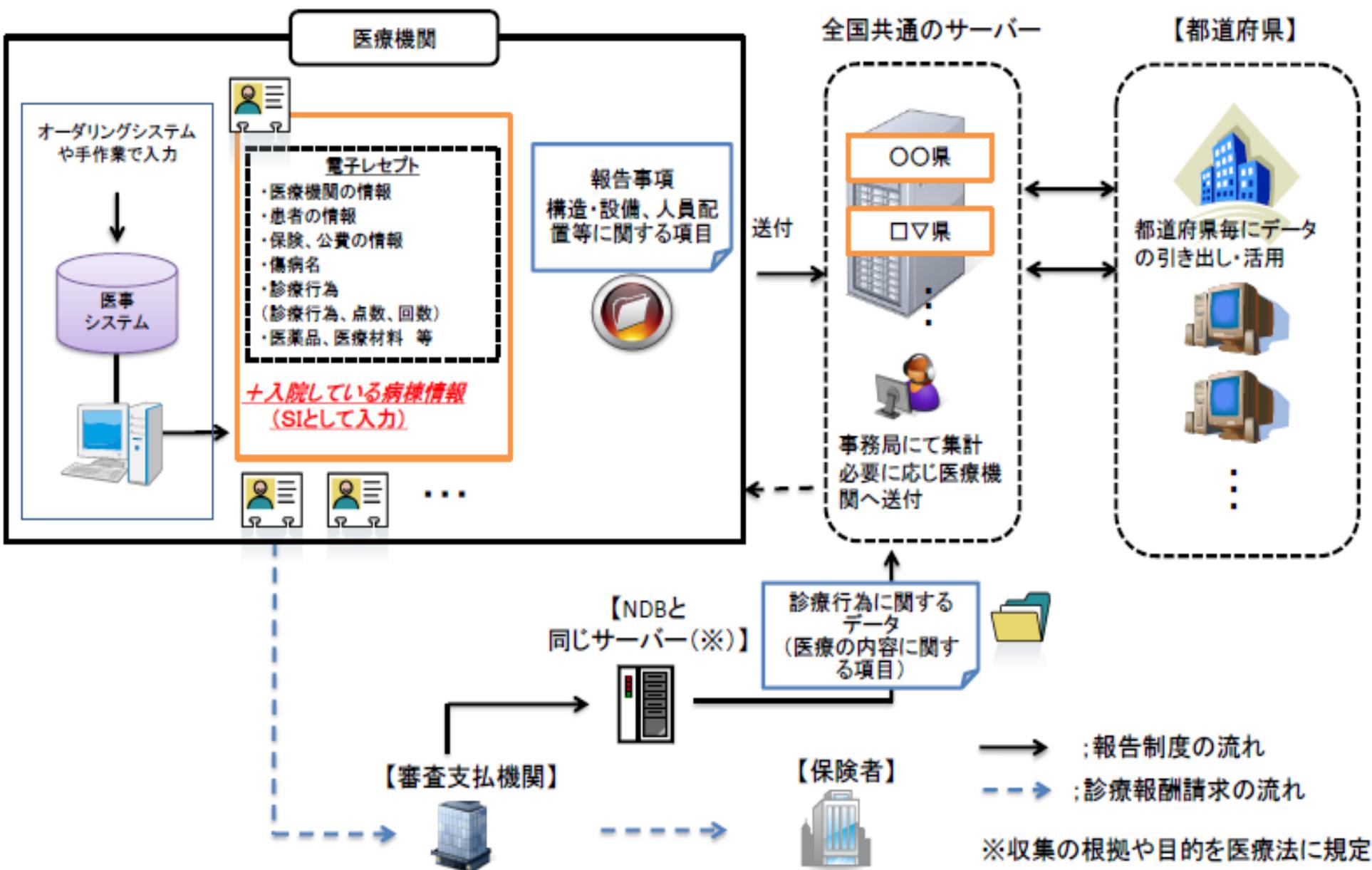
- 手術件数や処置件数など、提供している医療の内容を「レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）」を活用して自動的に集計する項目（81項目）

- 地域医療構想（ビジョン）

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

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

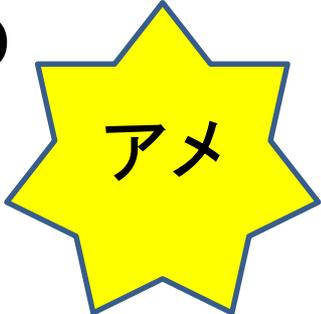
- ペナルティー案

- 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



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

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

医療圏の課題



島しょ圏域

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

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	島根県	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」

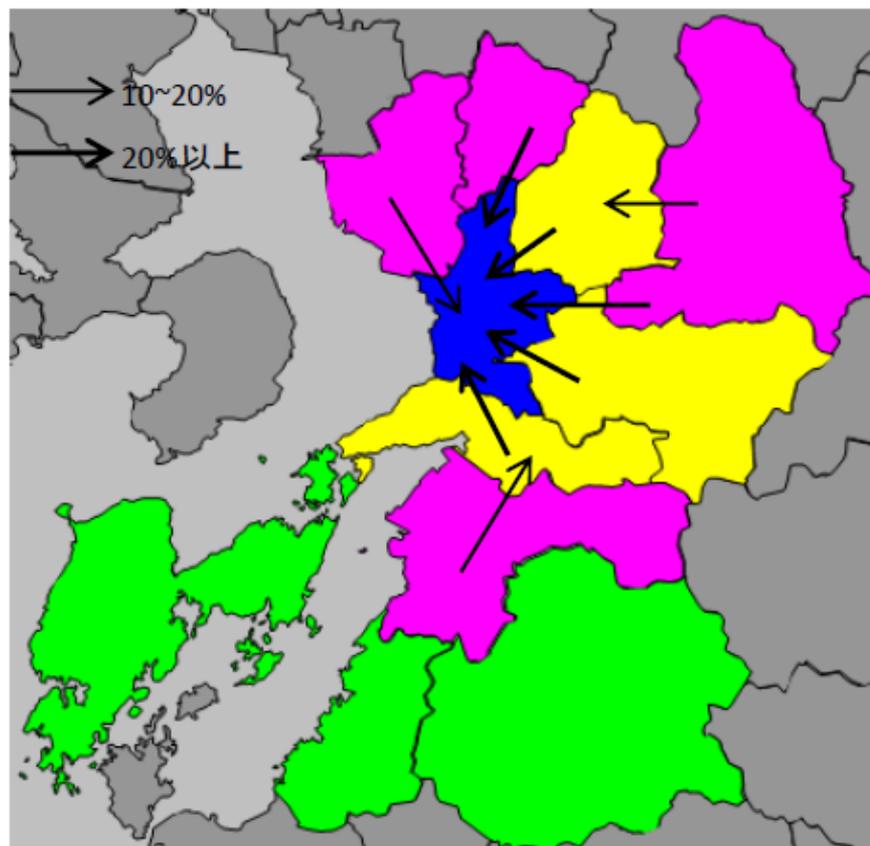
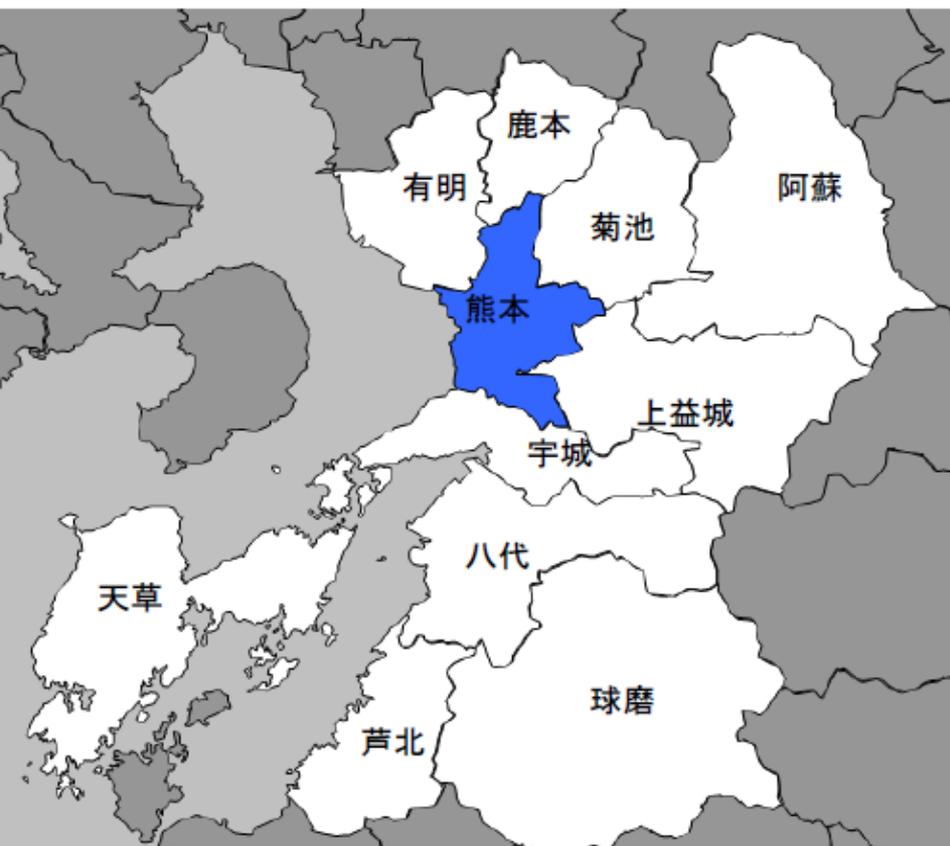
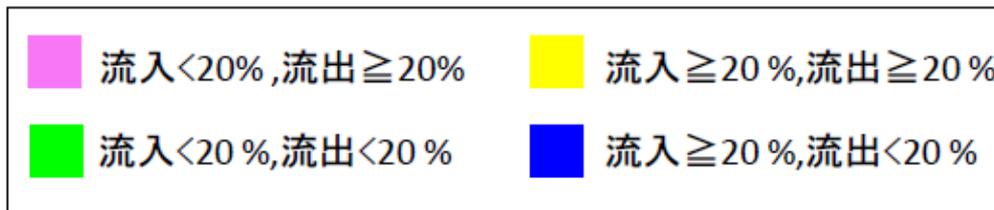
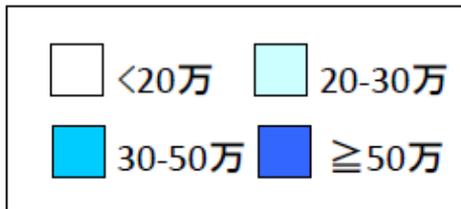
医療圏見直しの課題

- 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

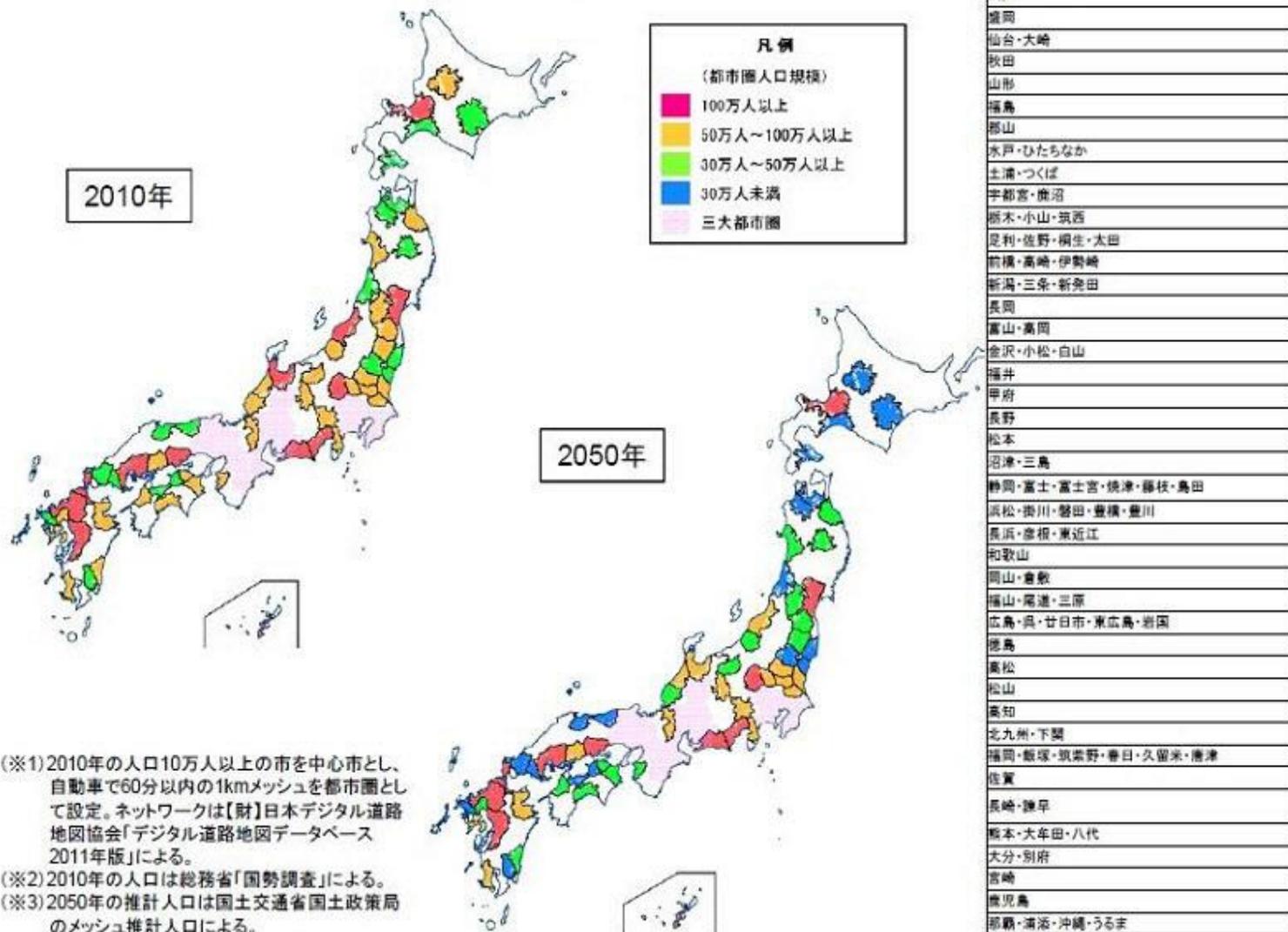
流入出



○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・函田
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。

構想区域～5疾病5事業

- 5疾病・5事業の圏域問題
 - 5疾病・5事業＋在宅医療ごと区域の範囲が異なる
 - 5疾病：がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患
 - 5事業＋在宅医療：救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児救急医療を含む小児医療、在宅医療
 - 県境問題
 - 2次医療圏（見直し必要）

東京都内近郊の脳卒中地域連携ネットワーク構築にむけて



急性期 (22施設)

回復期 (20施設)

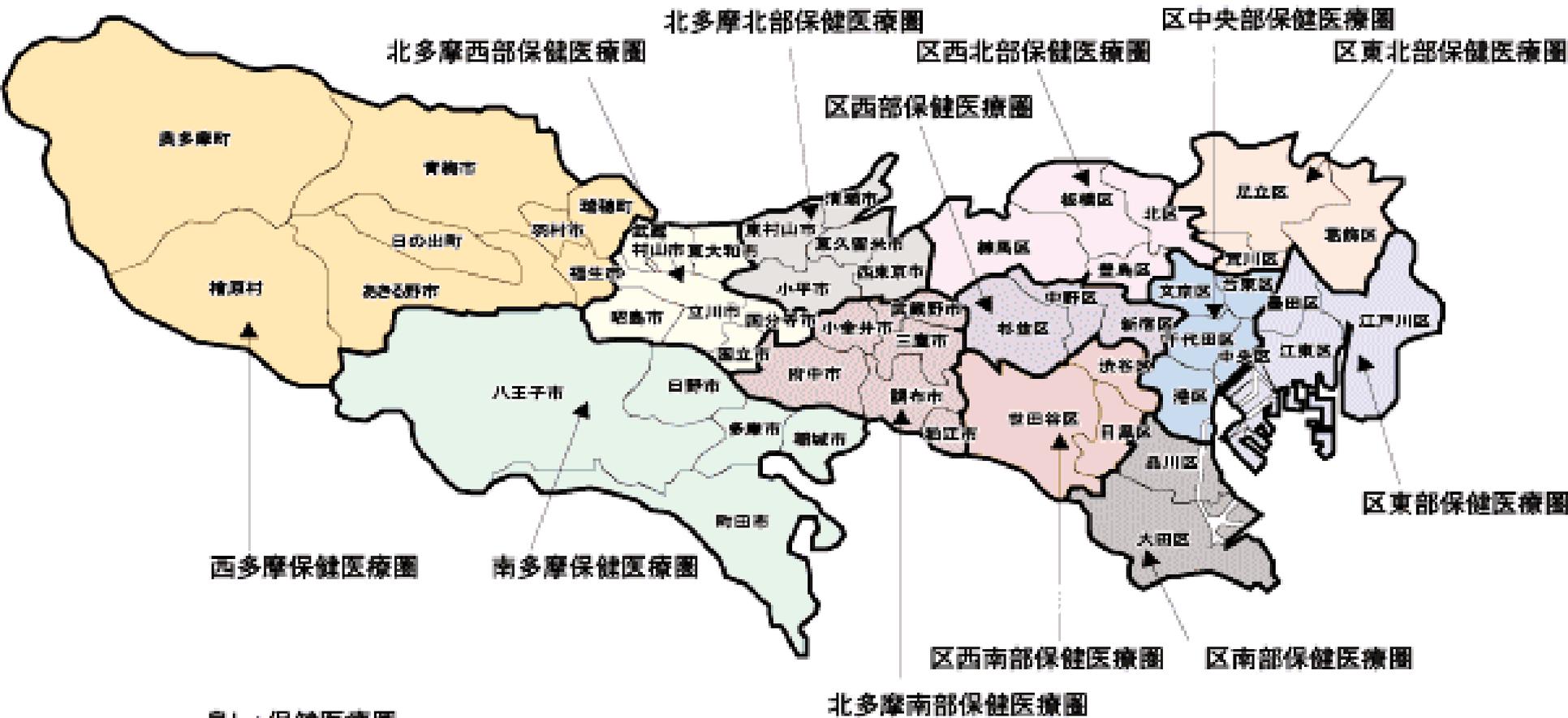
維持期 (11施設)

大都市圏の医療圏見直し

- 大都市圏の医療圏見直し

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

大都市部、東京の構想区域は？



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

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

医療需要の推計

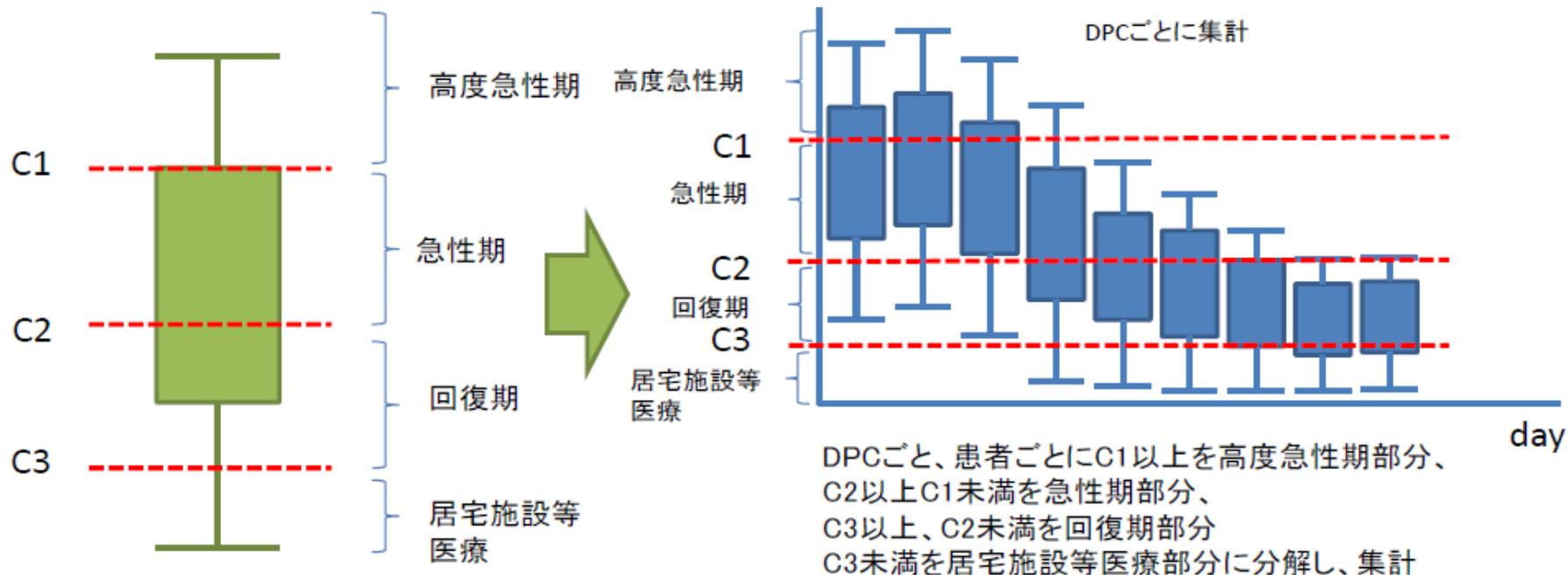
- 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会（座長：遠藤久夫・学習院大学経済学部長、2014年10月17日）
- 2025年の医療需要（患者数）と病床の必要量の推計
 - 社会保障・税一体改革で2011年6月に行った推計の基本的考え方を基に、レセプトデータやDPCデータなどを活用して、推計を精緻化する方針でもほぼ合意
 - 厚労省は次回の10月31日の会議で、医療需要等の推計のたたき台を提示する予定だ。

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

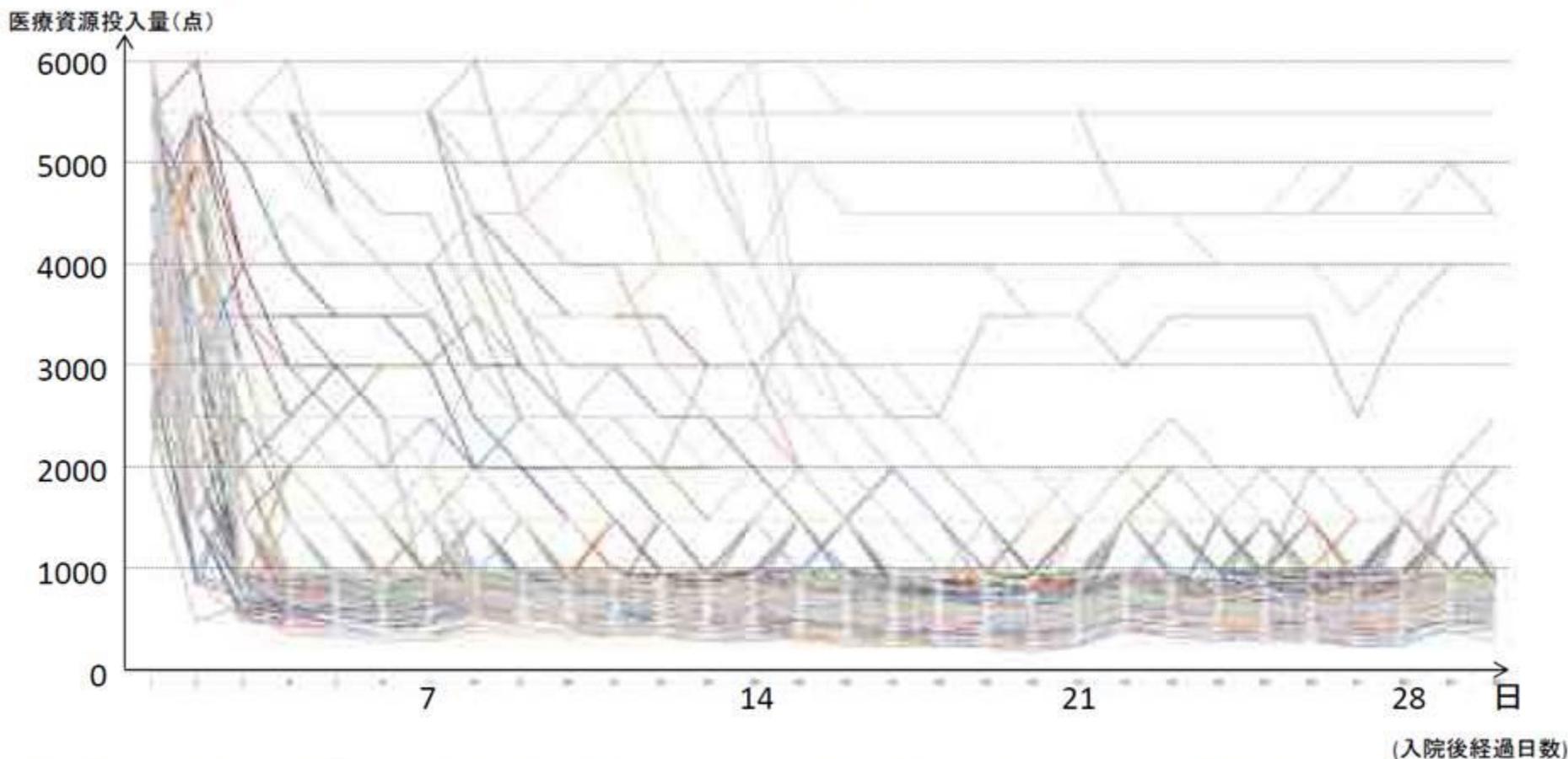
医療資源投入量を用いた 病床機能区分別の医療需要の推計方法(1)

- 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

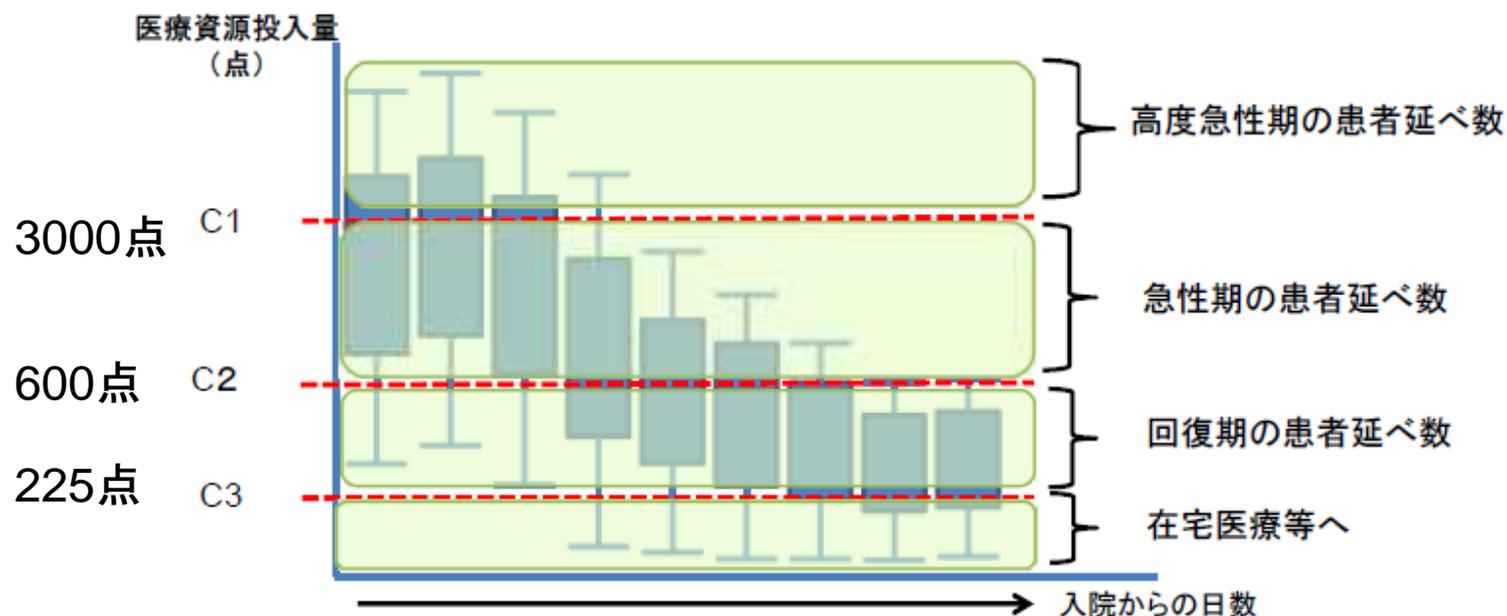
(入院患者数上位255のDPCの推移を重ね合わせたもの)



- 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)、回復期と在宅医療等との境界点(C3)となる医療資源投入量を分析。
- C1を超えている患者延べ数を高度急性期の患者数、C1~C2の間にいる患者延べ数を急性期の患者数、C2~C3の間にいる患者延べ数を回復期の患者数として計算。



全てのDPC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【案】

	医療資源 投入量	基本的考え方	患者像の例
高度 急性期	3000	救命救急病棟やICU、HCU に加え、一般病棟等で実施 するような重症者に対する診 療密度が特に高い治療から、 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	<ul style="list-style-type: none"> 心不全に対して非侵襲的人工呼吸器による呼吸補助を行い、肺動脈圧測定カテーテルや心エコー、血液検査、レントゲン等で綿密な評価を行いながら、利尿剤等による治療を実施している状態。まもなく呼吸器から離脱出来そうで、検査や評価の頻度も下げていけそうである。 <p>[例] 非侵襲的人工呼吸器+心エコー+心電図+観血的肺動脈圧測定+胸部レントゲン+点滴管理+薬剤+血液検査</p>
急性期			
回復期	600	急性期における治療が終了し、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	<ul style="list-style-type: none"> 急性胆管炎に対し、緊急で内視鏡的胆道ドレナージを行った。引き続き、抗菌薬治療を行い、全身状態は改善し、血液検査を実施した。 尿路感染症に対し、抗菌薬治療を行っている。熱が下がり、全身状態は回復しつつあり、食事を摂ることが出来ている。 <p>[参考] DPCデータ及びNDBのレセプトデータから、「医療資源投入量がおおよそ横這いとなって、落ち着く段階」の平均資源投入量を計算。 ※ 具体的には、DPCの入院期間Ⅱ及び入院期間Ⅲにおける全疾患の平均資源投入量を、入院期間Ⅱ及び入院期間Ⅲのそれぞれの患者数で加重平均。その後、NDBのレセプトデータも加えて、さらに補正。</p>
在宅医療 等	225	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	<ul style="list-style-type: none"> 誤嚥性肺炎に対する抗菌薬療法は終了し、全身状態は安定しているが、経口摂取は不安定で補液が必要。喀痰が多いため吸引を行っている。 大腸がんの手術後、経過は良好であったが、腸閉塞となり、絶飲食とし、補液およびイレウス管によるドレナージを行っている。 <p>[例] 補液+点滴管理+ドレーン</p>
		○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む。	

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」

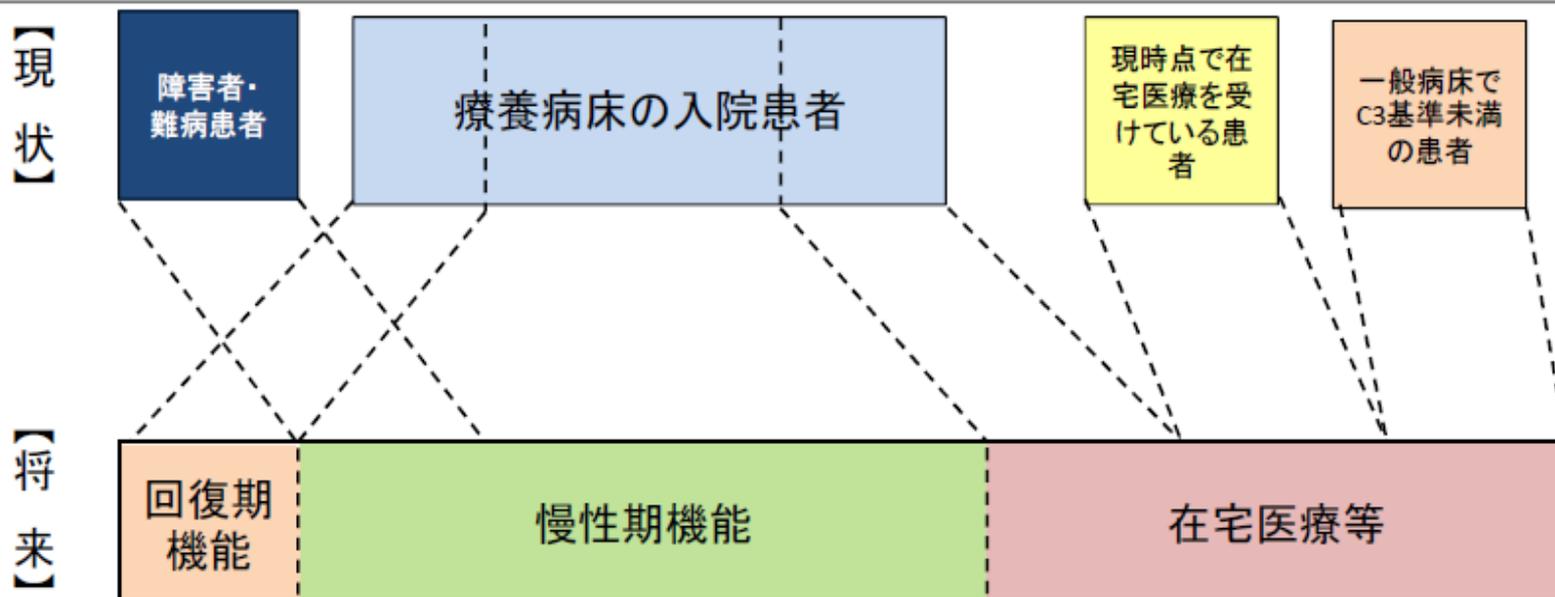
委員からの意見

- 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」

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。

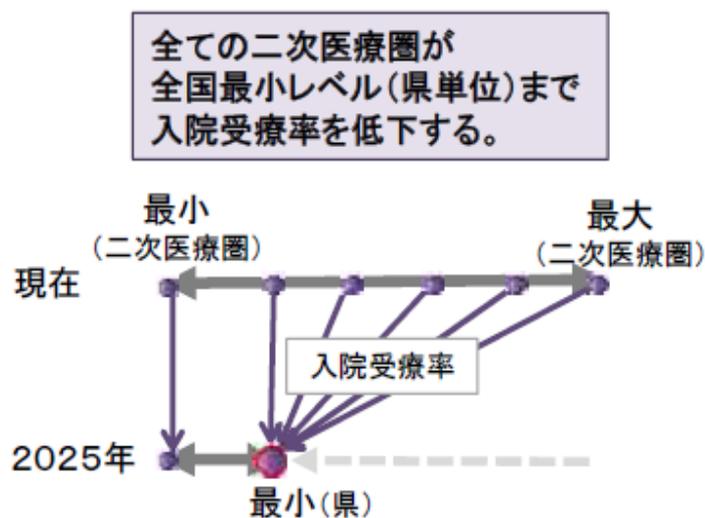
※ 居宅、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、その他、医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、医療提供施設以外の場所における医療をさす。



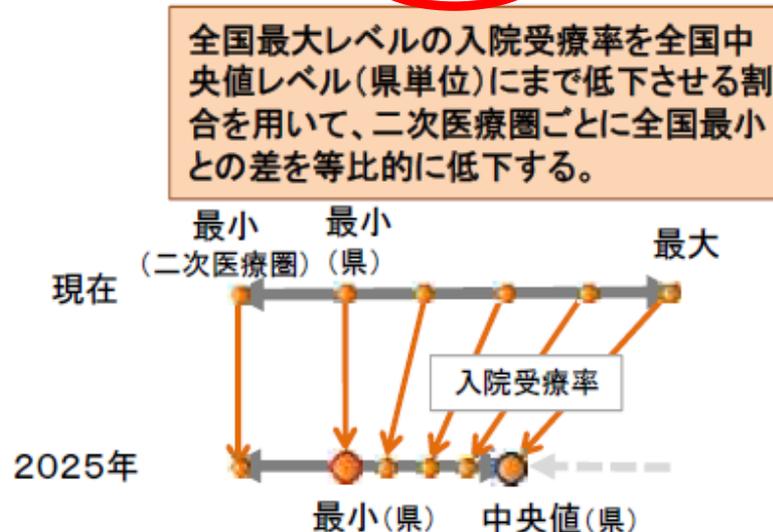
地域の実情に応じた慢性期及び在宅医療等の需要推計の考え方【案】

- 慢性期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。
※ 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。
- その際、療養病床については、現在、診療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。
その目標としては、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、この差を縮小しつつ、地域が一定の幅の中で目標を設定することとするため、B案としてはどうか。

【入院受療率の補正目標の設定案】 A



B

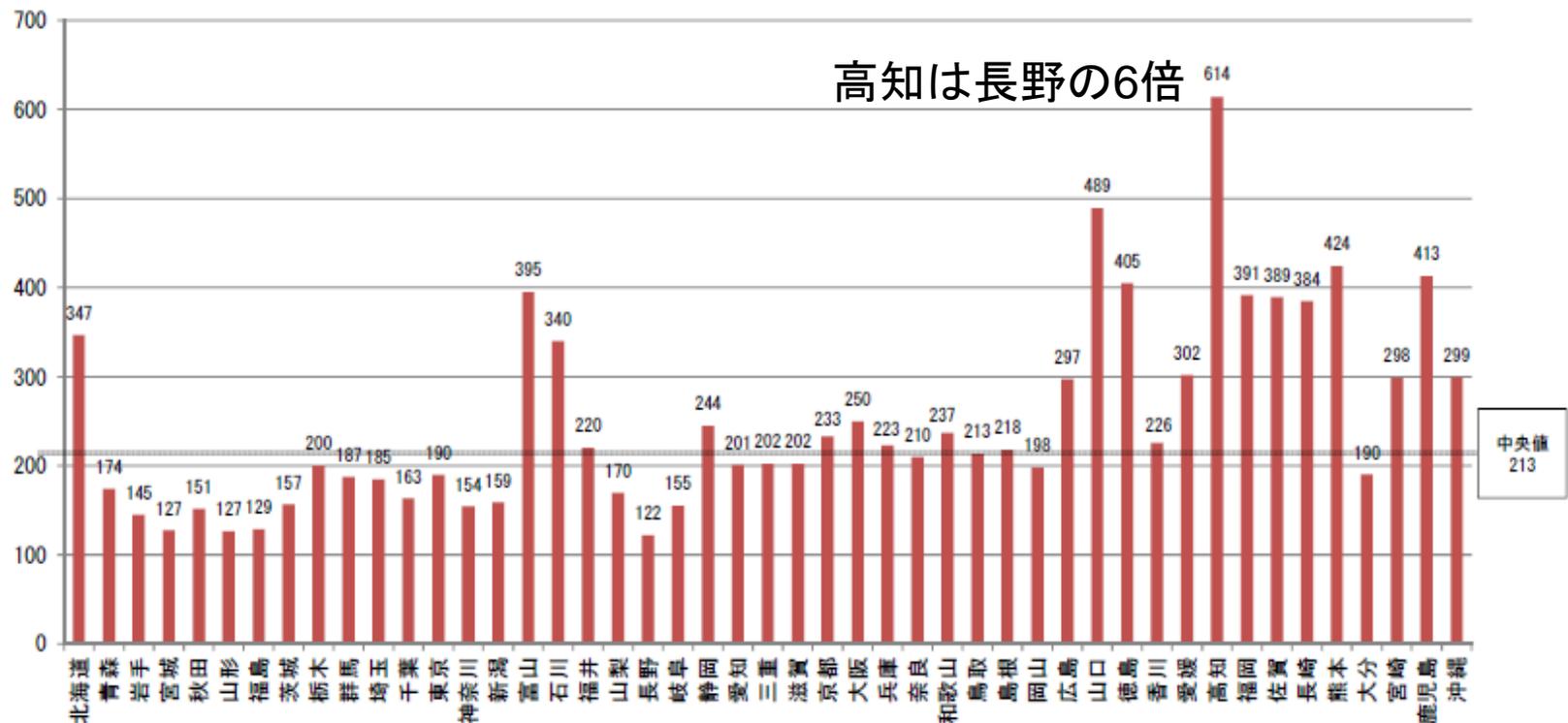


療養病床の都道府県別の性・年齢階級調整入院受療率（間接法）

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（ \sum 〔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）福島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。

医療・介護の計画策定には ケアサイクル論が必要

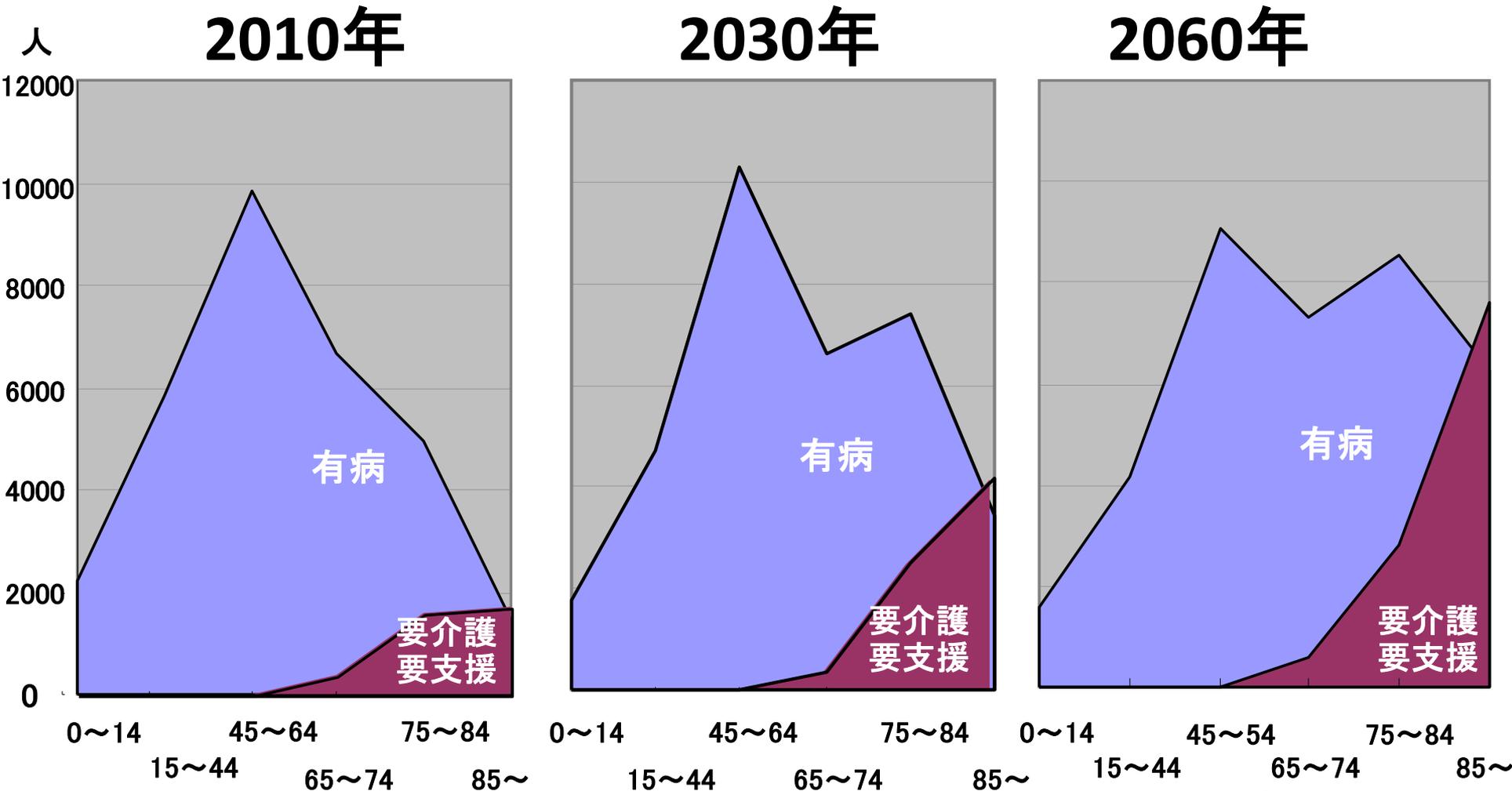


地域包括ケアには
ケアサイクル論が最適

長谷川敏彦氏（元日本医科大学教授）
文部科学省 科学技術・学術政策研究所 客員研究官

医療・介護需要の変遷

有病・要介護・要支援者人口10万当たり



長谷川敏彦氏資料より

一人の患者・要介護者の
個表を時系列で繋いだもの

例

76歳男性／脳卒中

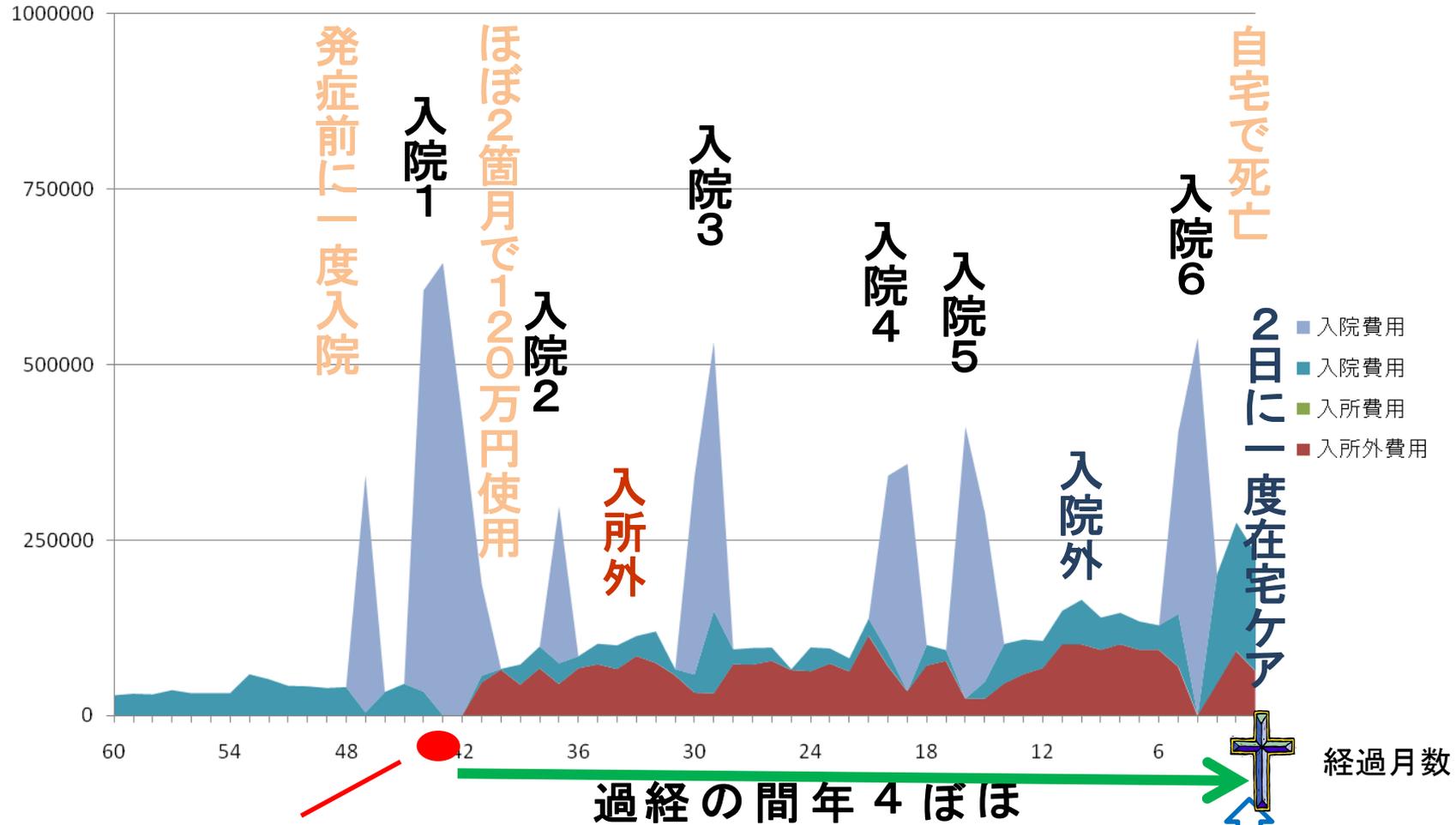
ケアサイクルを見てみよう！

No.48 死亡前60ヶ月間の医療・介護費推移

76歳男性／介護主病名：脳卒中

費用(円)

1ヶ月個人単位請求額

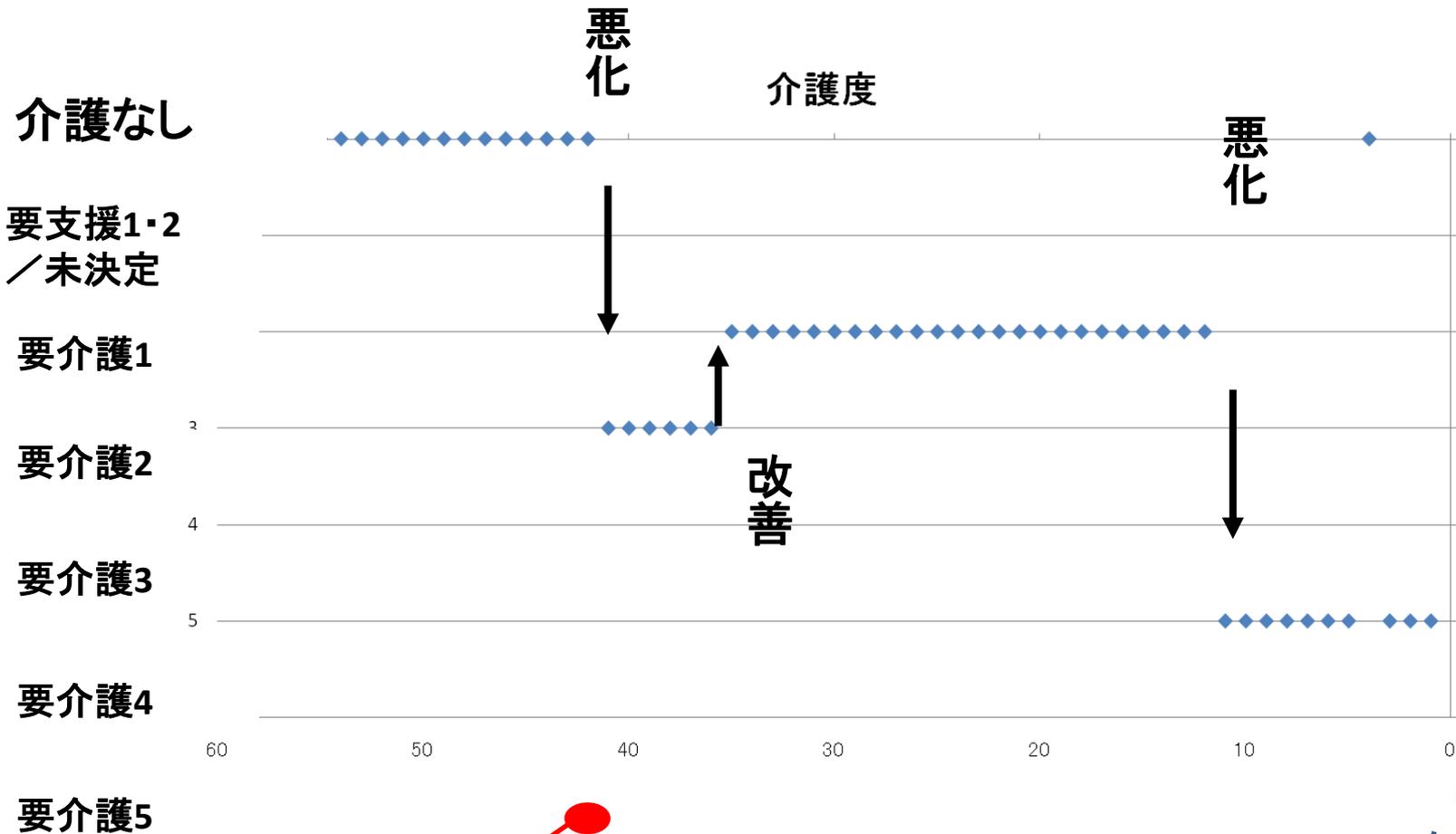


脳卒中
発症

2007年7月23日 76歳で死亡

No.48 死亡前60ヶ月間の介護度推移

76歳男性／介護主病名：脳卒中



No.49 死亡前60ヶ月間の医療・介護費推移

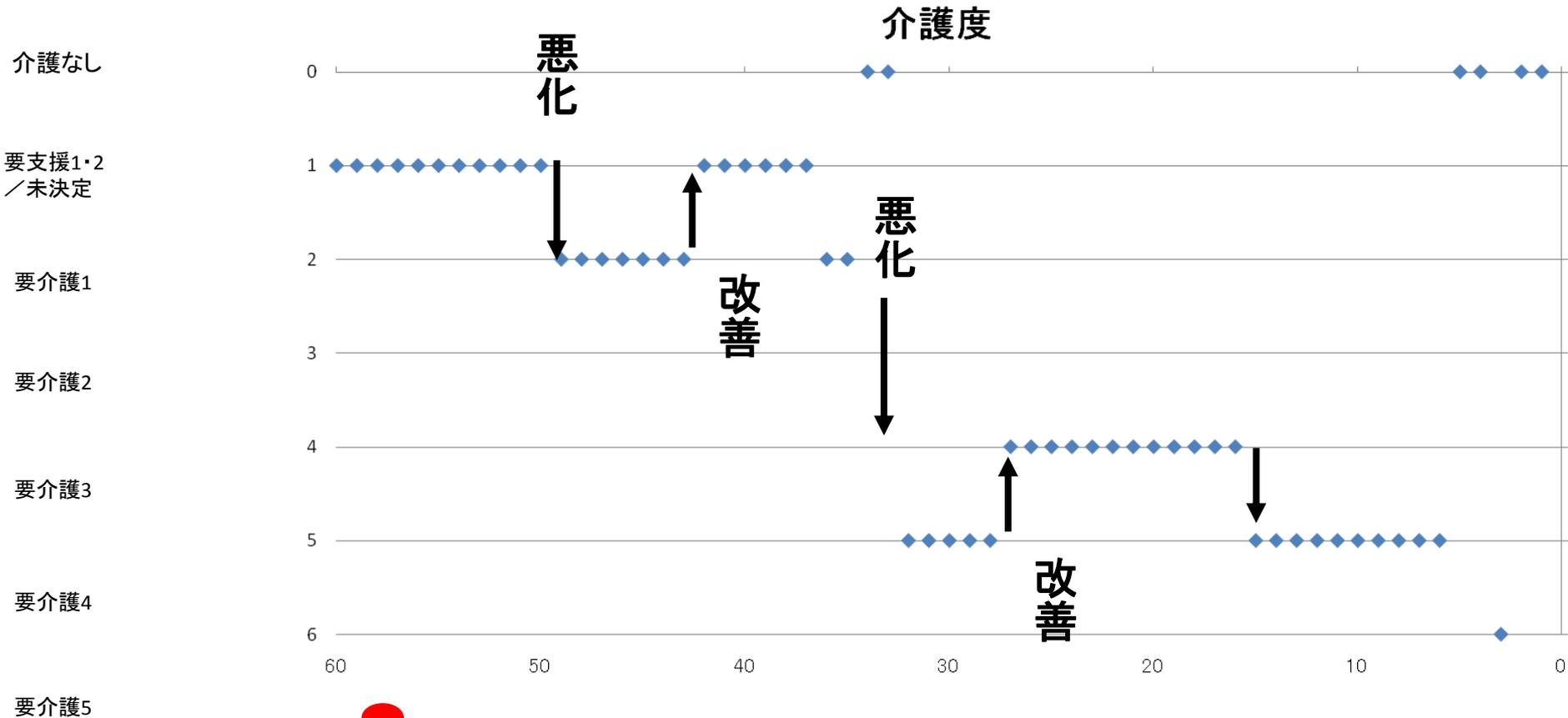
91歳女性／介護主病名：脳卒中

費用(円)



No.49 死亡前60ヶ月間の介護度推移

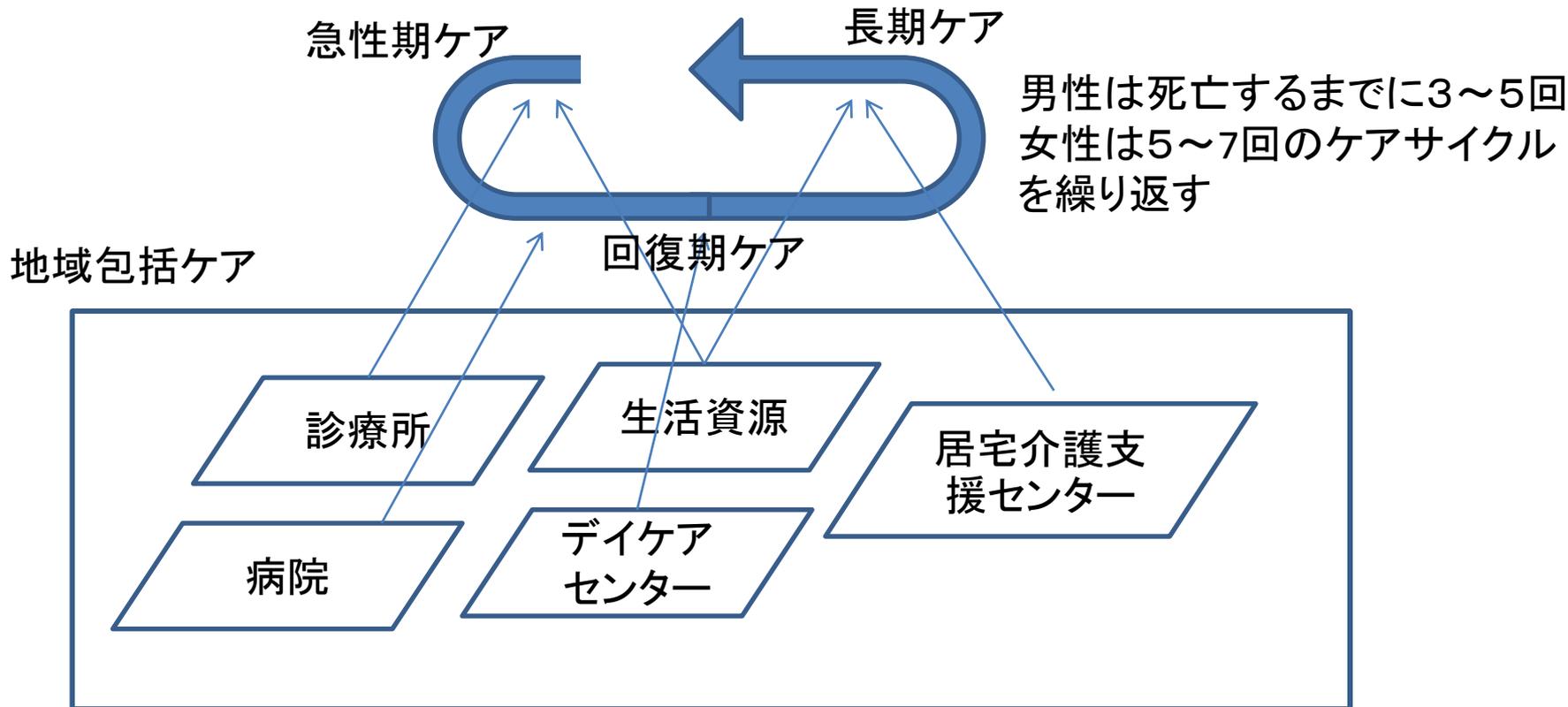
91歳女性／介護主病名：脳卒中



脳卒中
発症

2007年7月25日
91歳で死亡

ケアサイクル



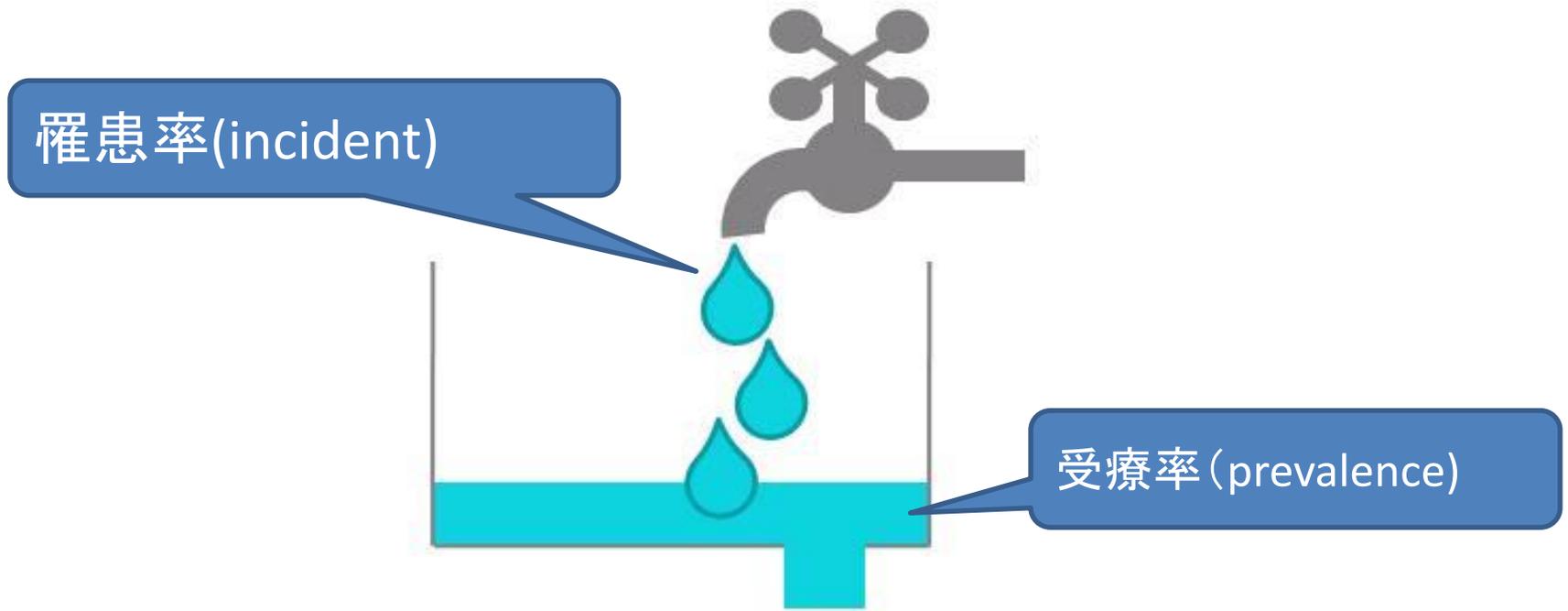
医療・介護のケアサイクル

- 後期高齢者で医療・介護は不可分、医療と介護のケアサイクルを循環する
 - 男性は死亡するまでに3～5回のケアサイクル、
女性は5～7回のケアサイクルの回転がある
- 医療・介護の必要度を発生源ベースで定量的に捉えるにはケアサイクル論が最適
- 受療率よりも罹患率から医療需要を補足することが重要

受療率と罹患率

- 受療率 (prevalence)
 - ある特定の日に疾病治療のために、すべての医療施設に入院あるいは通院、又は往診を受けた患者数と人口10万人との比率を「受療率」という。
- 罹患率 (incident)
 - ある人口集団における、ある一定の観察期間における疾病の発症頻度の率である

受療率と罹患率



計画立案はインシデントベースで

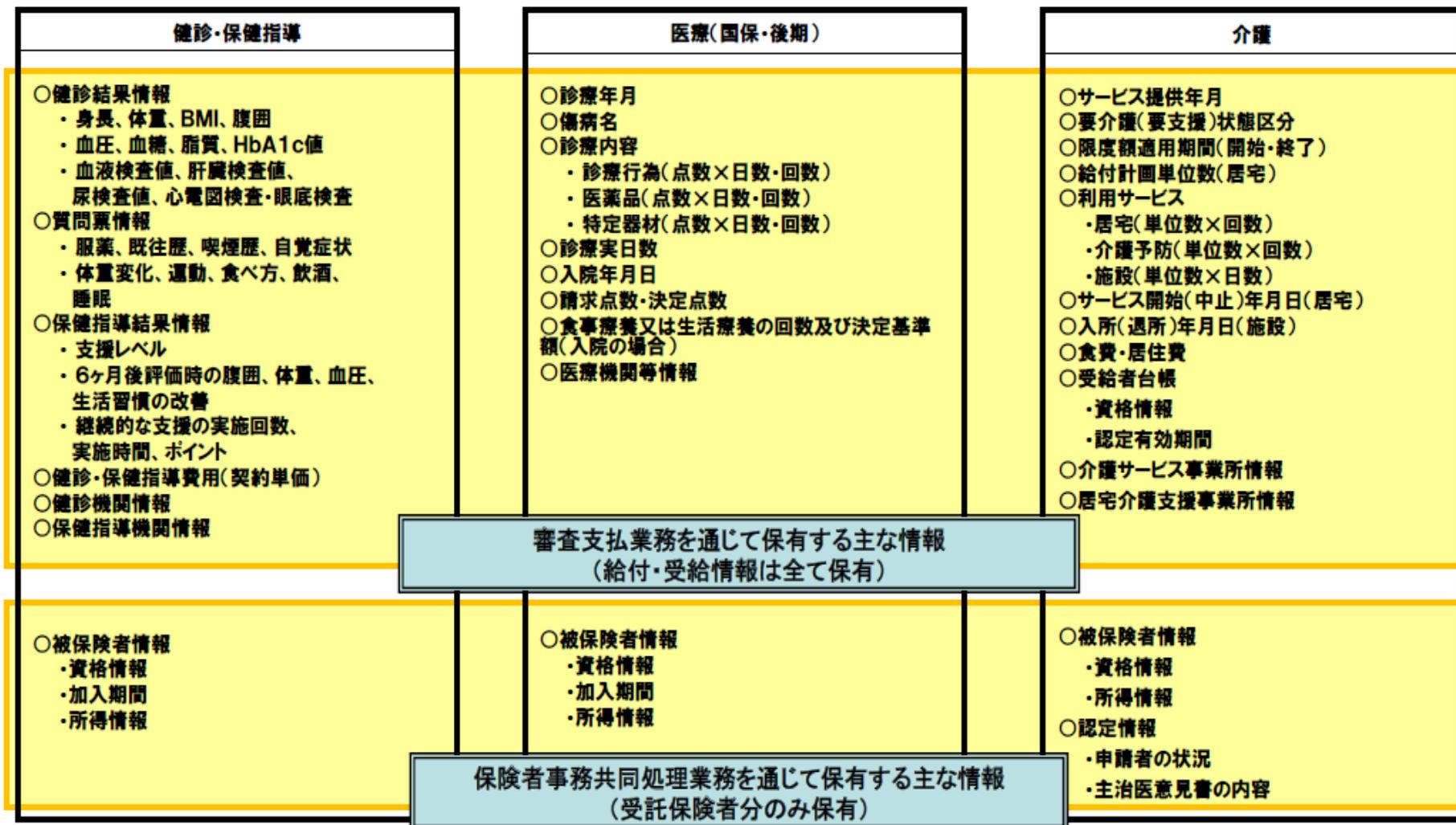
国保データベース(KDB)を使って
ケアサイクル・データを抽出しよう

レセプト・特定健診等情報の保有状況について

保有主体	データベース	使用目的
国 (厚生労働大臣)	NDB ○ 保有情報 レセプト情報・特定健診等情報	医療費適正化計画の作成、実施評価に資する調査・分析
保険者中央団体・ 保険者	国保データベース (KDB) システム 国民健康保険の保険者等から委託を受けて、都道府県国民健康保険団体連合会及び国民健康保険中央会において、データを共同処理するもの。 ○ 稼働 平成25年10月 ○ 保有情報 医療レセプト情報（後期高齢者医療も含む）・特定健診等情報・介護レセプト情報 健保連システム 健康保険組合に対して、健康保険組合連合会が、全組合のデータを集計・分析し、提供するもの。 ○ 稼働予定 平成26年4月 ○ 保有情報 レセプト情報・特定健診等情報 ※ 上記以外にも、独自のシステムや民間事業者への委託により医療費分析等を行っている保険者もある。	① 加入者についての健康状況の把握・比較分析 ② 加入者についての疾病別等の医療費の分析

国保連合会が保有する情報

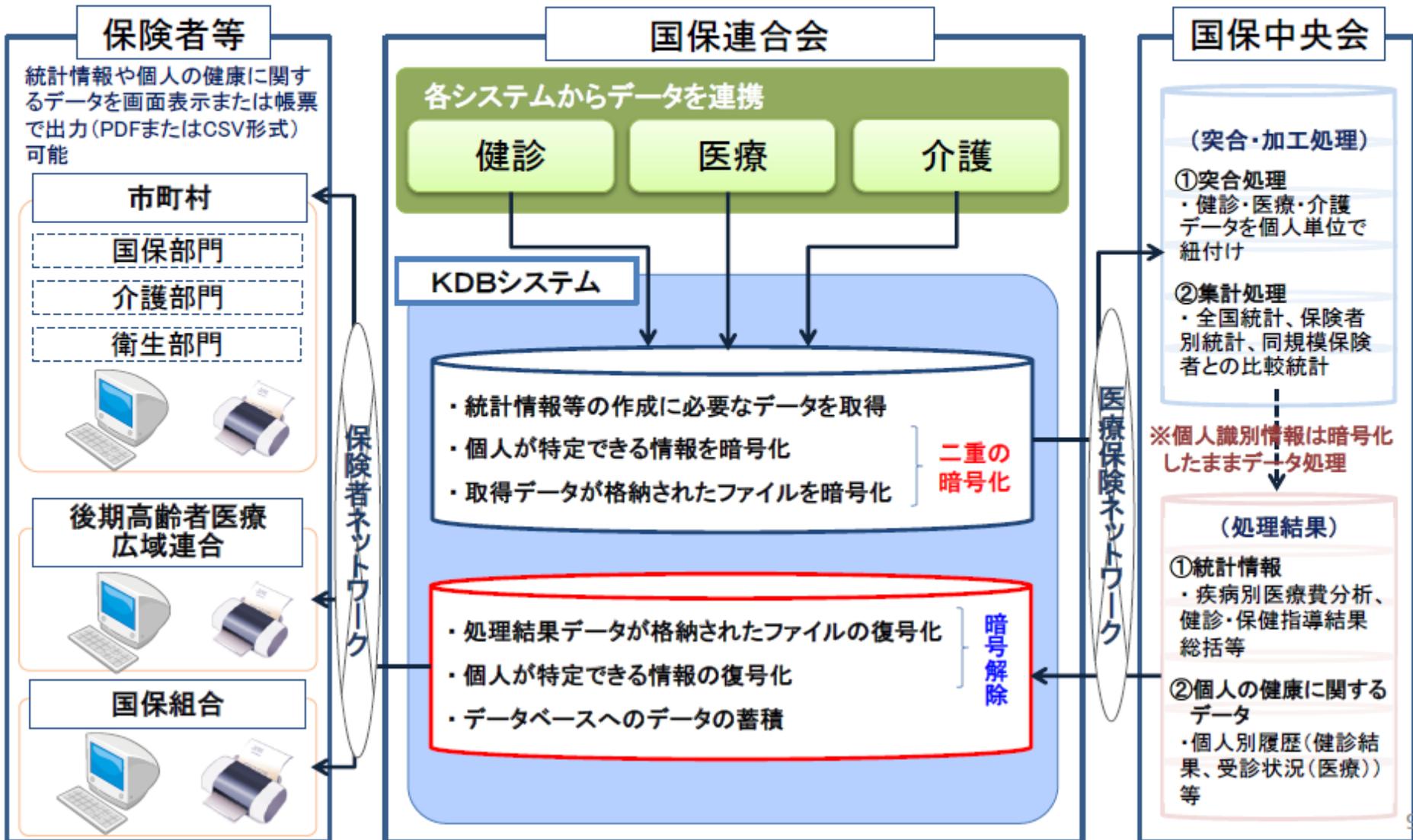
国保連合会は、保険者の委託を受けて行う各種制度の審査支払業務及び保険者事務共同電算処理業務を通じて給付情報等を保有している。



国保データベース(KDB)システムに活用

国保データベース(KDB)システムの概要

○ 国保データベース(KDB)システムは、国保連合会が各種業務を通じて管理する給付情報(健診・医療・介護)等から「統計情報」を作成するとともに、保険者からの委託を受けて「個人の健康に関するデータ」を作成し、提供する。



国保データベース(KDB)システムの主な対象データ

○ 国保データベース(KDB)システムは、国保連合会において健診・医療・介護情報を取り扱う各システムと連携し、統計情報等の作成に必要な下記のデータを取得する。

健診・保健指導

特定健診等データ管理システム

<健診等データ(月次)>

- 健診台帳データ
- 健診結果台帳データ
- 検査問診結果台帳データ
- 特定健診結果データ
- 指導台帳データ
- 指導結果台帳データ
- 継続支援台帳データ
- 特定保健指導結果データ
- 被保険者マスタ
- 除外対象者データ
- 健診等機関マスタ

<保険者別集計帳票データ(年次)>

- 特定健診リスクパターン別集計表
- 質問票項目別集計表
- 特定健診結果総括表
- 特定保健指導結果総括表(動機付け)
- 特定保健指導結果総括表(積極的)
- 特定健診・保健指導実施結果総括表
- 特定健診・保健指導進捗・実績管理表

医療(国保・後期)

国保総合システム

- 医科レセプト
 - ・レセプト管理、患者情報、傷病名情報、摘要欄情報
- DPCLレセプト
 - ・レセプト管理、総括管理、包括評価部分、傷病、診断群分類、摘要、傷病名、資格、CDレコード
- 調剤レセプト
 - ・レセプト管理、患者情報、医薬品、処方、調剤、指導管理料
- 被保険者台帳データ
 - ・被保険者マスタ(世帯情報)、被保険者マスタ(個人情報)

後期高齢者医療請求支払システム

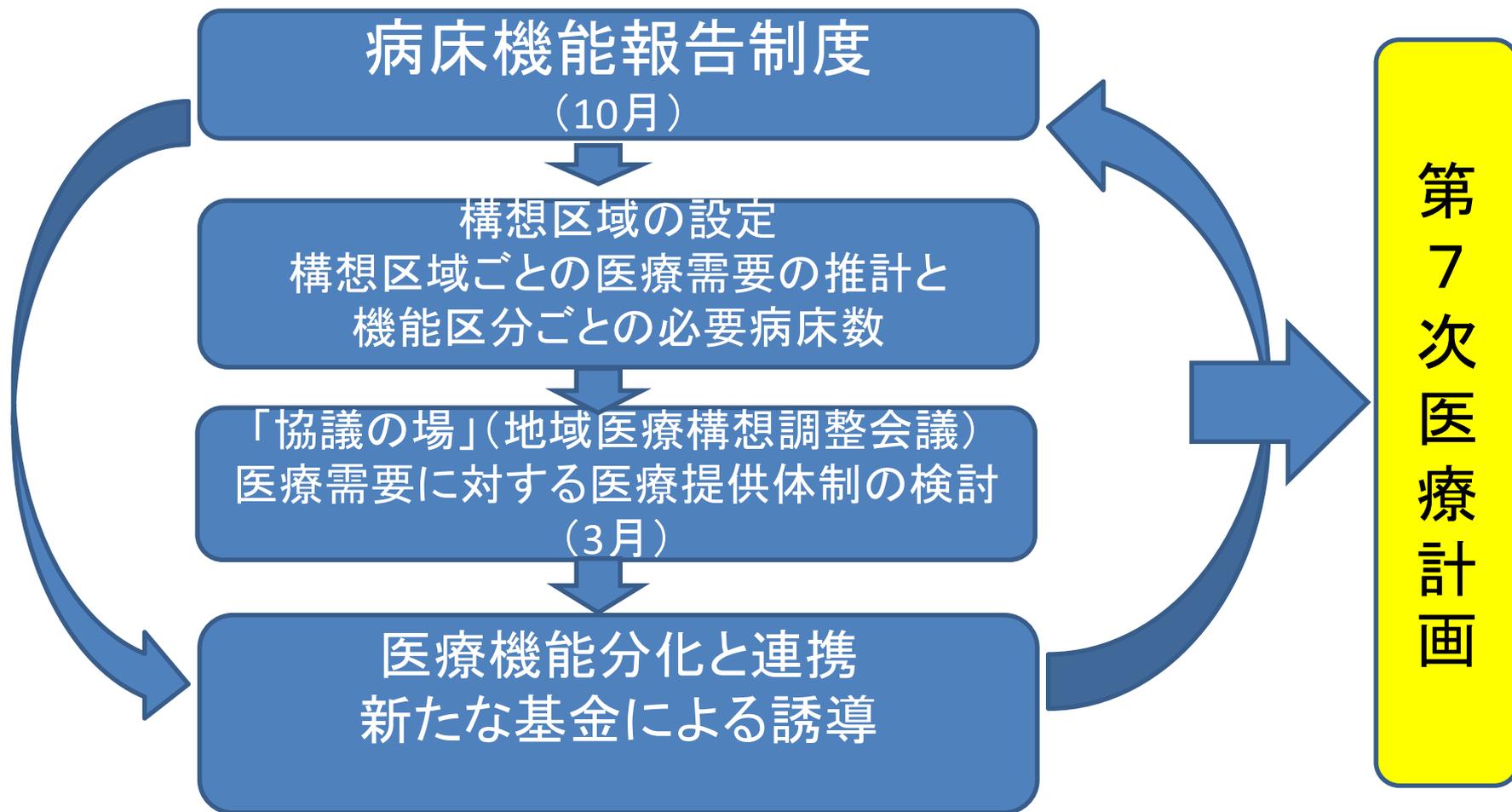
- 被保険者台帳データ
 - ・被保険者マスタ(個人情報)

介護

介護保険審査支払等システム

- 保険者向け給付管理票情報
- 国保連合会保有給付実績情報
 - ・基本情報レコード
 - ・明細情報レコード
 - ・緊急時施設療養情報レコード
 - ・所定疾患施設療養費等情報レコード
 - ・特定診療費・特別療養費情報レコード
 - ・食事費用情報レコード
 - ・居宅サービス計画費情報レコード
 - ・福祉用具購入費情報レコード
 - ・住宅改修費情報レコード
 - ・高額介護サービス費情報レコード
 - ・特定入所者介護サービス費用情報レコード
 - ・社会福祉法人軽減額情報レコード
 - ・集計情報レコード
- 保険者台帳情報
- 市町村固有情報
- 広域連合情報(行政区情報)
- 事業所台帳情報
 - ・基本情報、サービス情報、介護支援専門員情報
- 受給者台帳情報

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

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

パート3

診療報酬改定と医療提供体制



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: 野口靖子(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

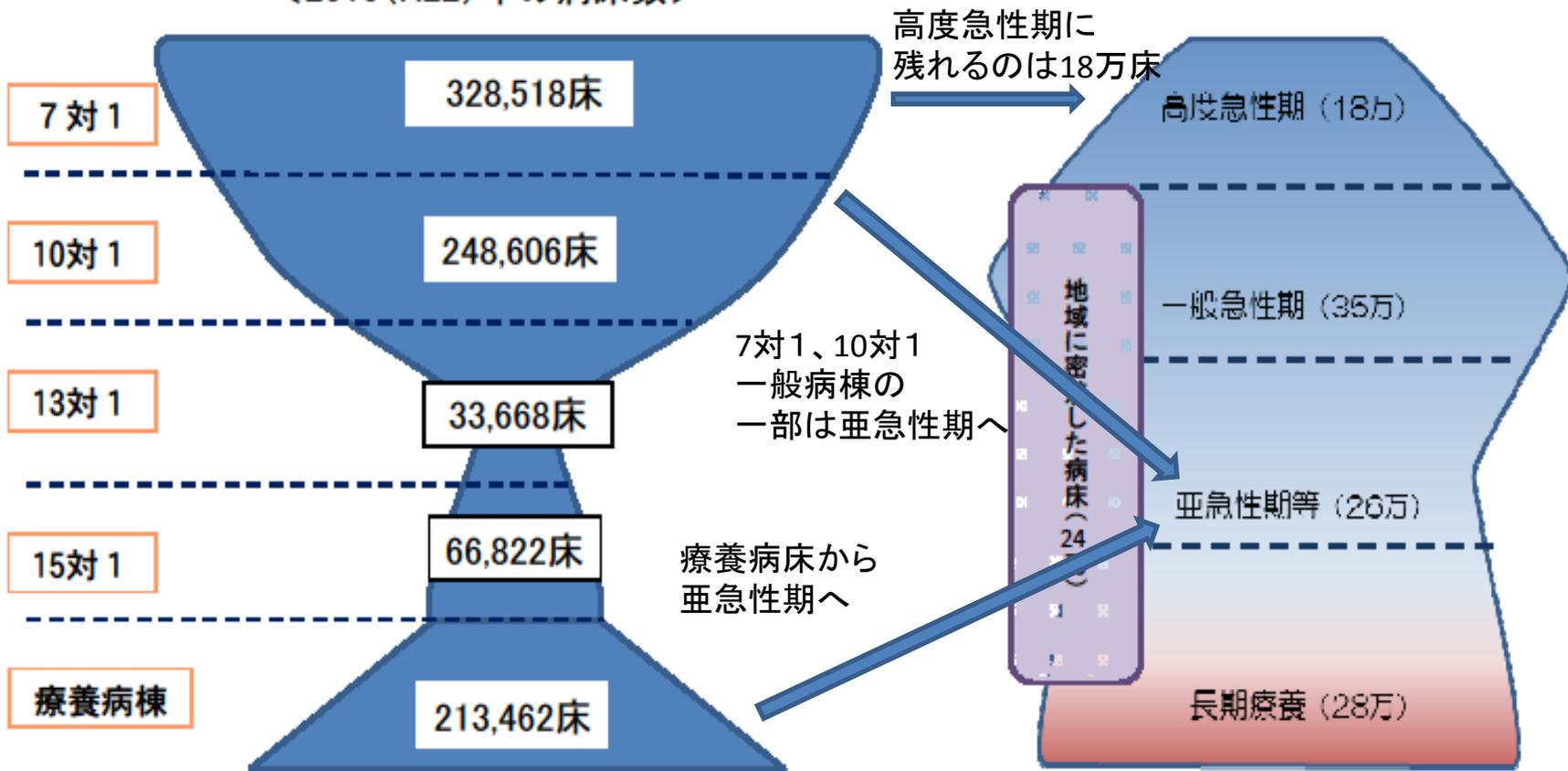
保険医療材料 専門組織

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

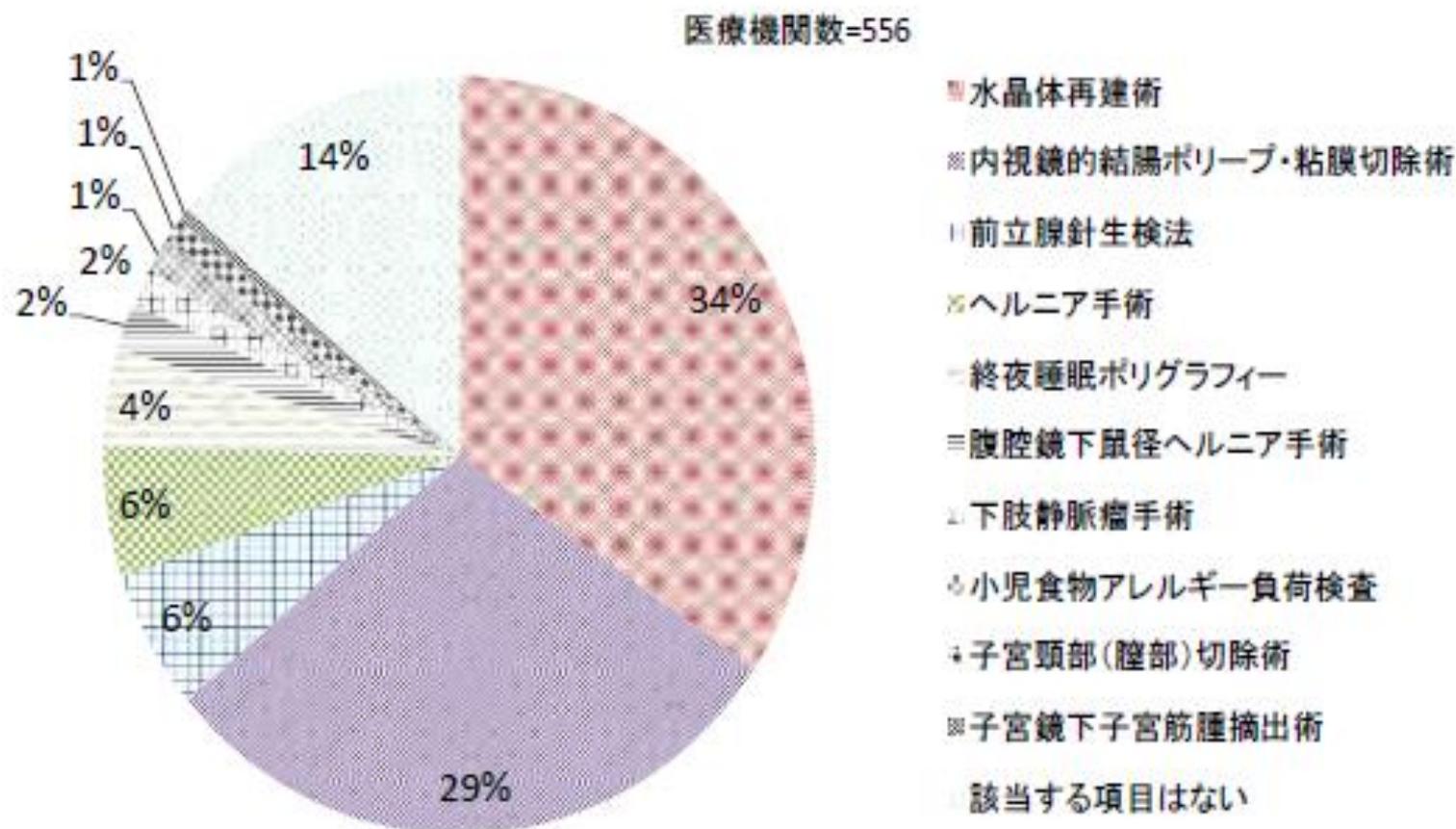
7対1入院基本料のあり方

- 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

短期滞在手術等基本料の算定状況

- 各医療機関において、短期滞在手術等基本料3の各項目のうち、「最も算定回数が多かった」と回答した医療機関が最も多かったのは「水晶体再建術」、「内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術」であった。

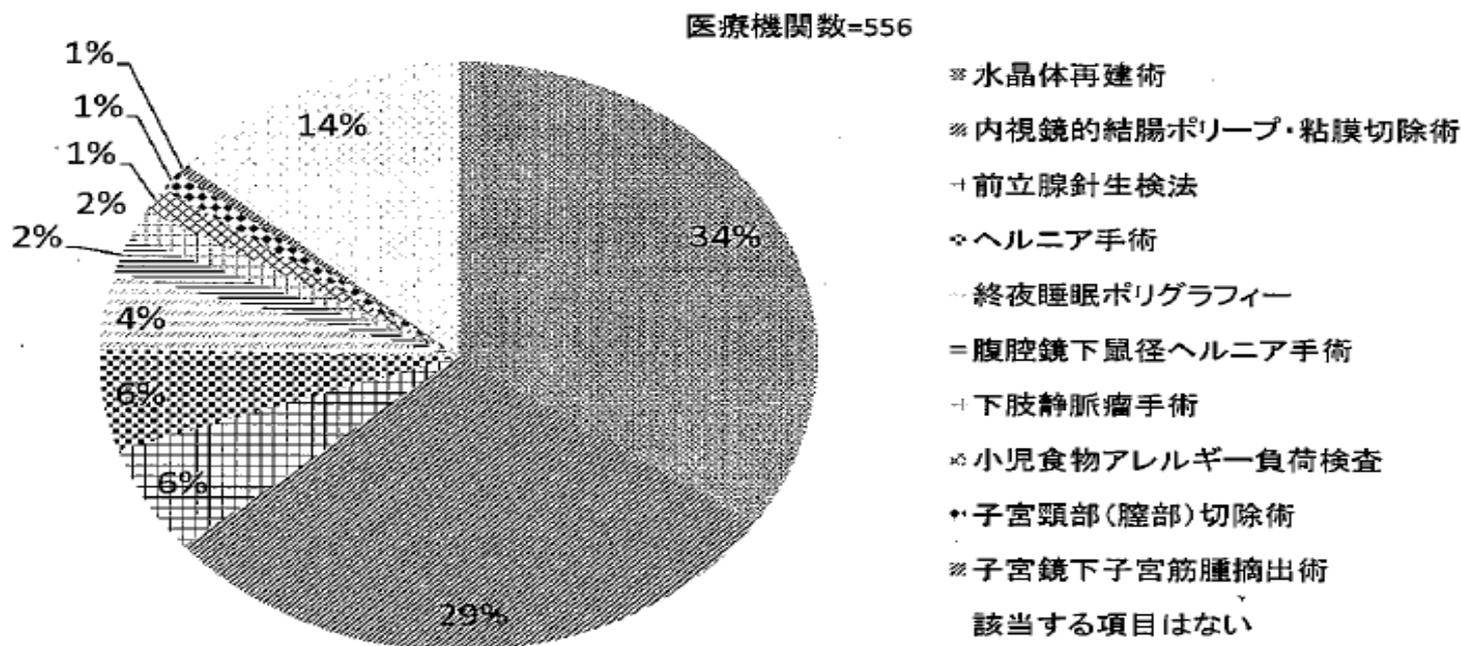
＜短期滞在手術等基本料3のうち最も算定回数が多い項目＞



短期滞在手術等基本料の算定状況

- 各医療機関において、短期滞在手術等基本料3の各項目のうち、「最も算定回数が多かった」と回答した医療機関が最も多かったのは「水晶体再建術」、「内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術」であった。

<短期滞在手術等基本料3のうち最も算定回数が多い項目>



出典：平成26年度入院医療等の調査(施設票)

短期滞在手術等基本料の算定状況

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

特定除外患者の内訳(平成24年度調査)

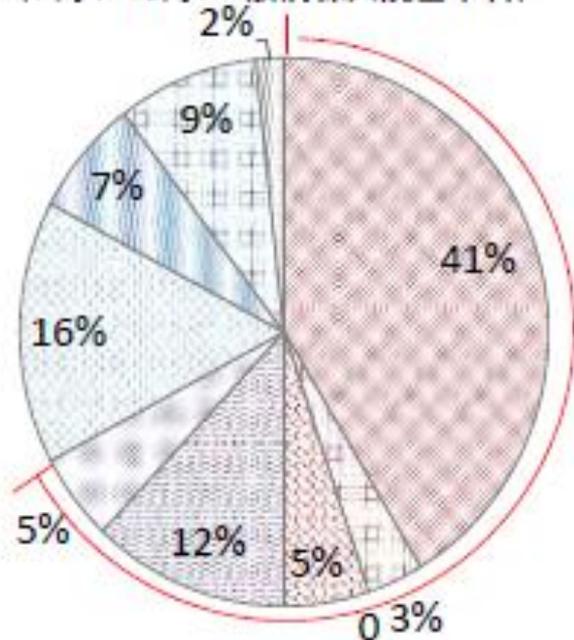
		7対1 一般病棟入院基本料		10対1 一般病棟入院基本料	
		件数	割合	件数	割合
全体		142	100.0%	112	100.0%
特定除外患者該当状況	[01] 難病患者等入院診療加算を算定する患者	4	2.8%	3	2.7%
	[02] 重症者等療養環境特別加算を算定する患者	—	—	3	2.7%
	[03] 重度の肢体不自由者、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者および難病患者等	7	4.9%	10	8.9%
	[04] 悪性新生物に対する治療を実施している状態	37	26.1%	16	14.3%
	[05] 観血的動脈圧測定を実施している状態	—	—	—	—
	[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%	

90日を超えて入院している患者の退棟状況について

○ 90日を超えて入院している患者の退棟先は、自宅が最も多い。また、自宅や療養病棟、介護施設等への退棟が全体の7割弱であった。

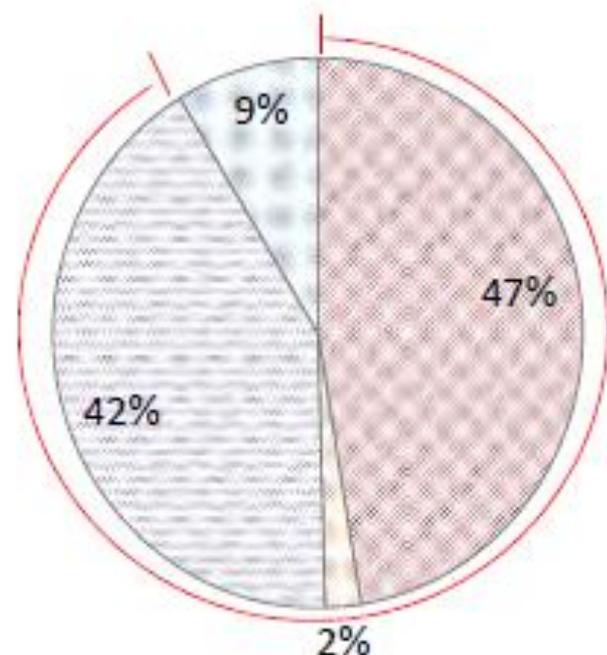
○ なお、90日を超えて入院している患者が減少した医療機関のうち、約90%に退院支援室又は地域連携室が設置されていた。

＜90日を超え患者の退棟先＞
(7対1・10対1一般病棟入院基本料)



- ☐ 自宅
- 自院の療養病棟
- ▨ 他院の療養病棟
- 自院の一般病床
- 他院の一般病床
- ▨ 自院の地域包括ケア・回りハ病床
- ▨ 他院の地域包括ケア・回りハ病床
- ▨ 介護施設等
- ▨ 自院のその他病床
- ▨ 他院のその他病床

＜90日超え患者が減少した医療機関の退院支援＞



- ▨ いずれも設置
- ▨ 退院支援室のみ設置
- ▨ 地域連携室のみ設置
- ▨ いずれも設置していない

重症度、医療・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

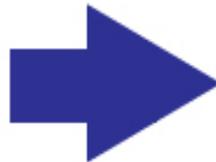
7対1入院基本料	重症者※の割合 15%以上 (がん専門病院については10%)
10対1入院基本料	測定・評価のみ (要件なし)
看護必要度加算 (一般病棟10対1入院基本料届出病棟)	10%又は15%以上
急性期看護補助体制加算 (一般病棟10対1及び7対1入院基本料届出病棟)	10対1の場合 10%以上 7対1の場合 15%以上
一般病棟看護必要度評価加算 (一般病棟13対1入院基本料届出病棟)	測定・評価のみ (要件なし)

※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



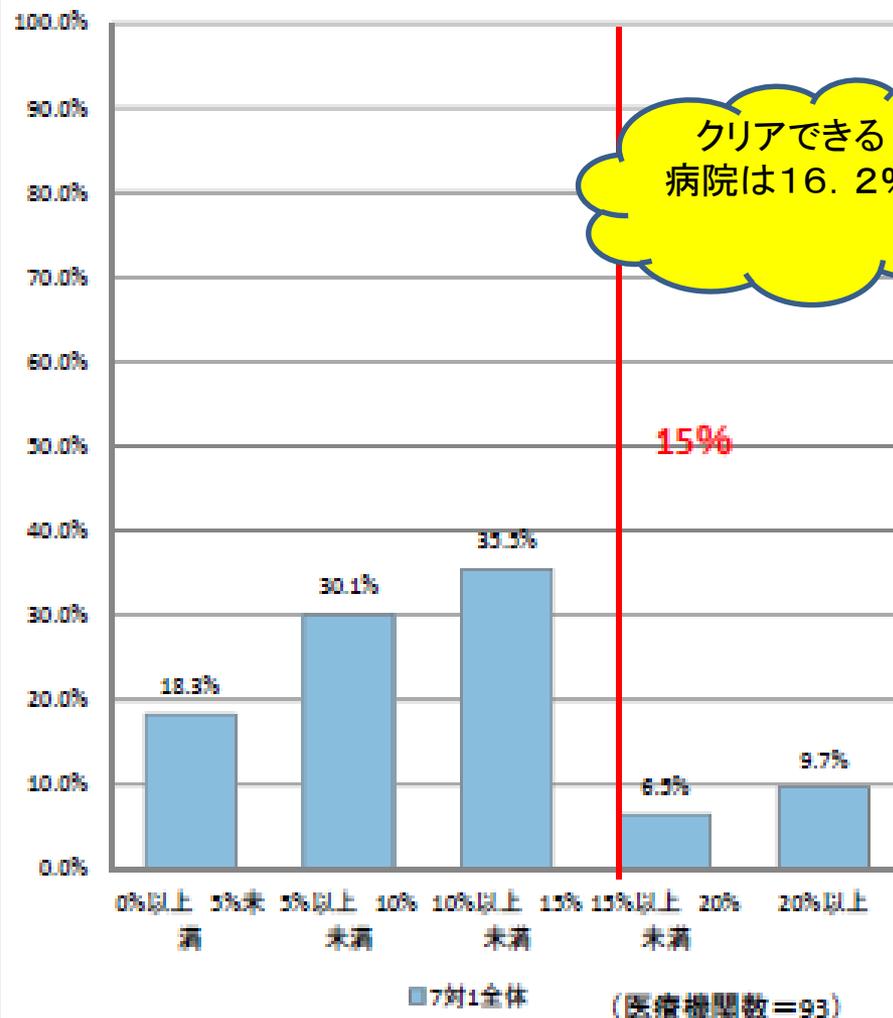
A項目(改定後)	
1	創傷処置
	①創傷処置②褥瘡処置
	①、②いずれか一つ以上該当する場合
2	血圧測定
3	時間尿測定
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)
3	点滴ライン同時3本以上
4	心電図モニター
5	シリンジポンプの使用
6	輸血や血液製剤の使用
7	専門的な治療・処置
	① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤を使用した場合)
	② 抗悪性腫瘍剤の内服
	③ 麻薬注射薬の使用(注射剤を使用した場合)
	④ 麻薬の内服・貼付
	⑤ 放射線治療
	⑥ 免疫抑制剤の使用
	⑦ 昇圧剤(注射)の使用
	⑧ 抗不整脈剤の使用
	⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴
	⑩ ドレナージの管理

※ 赤字が改定後の修正点

＜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）

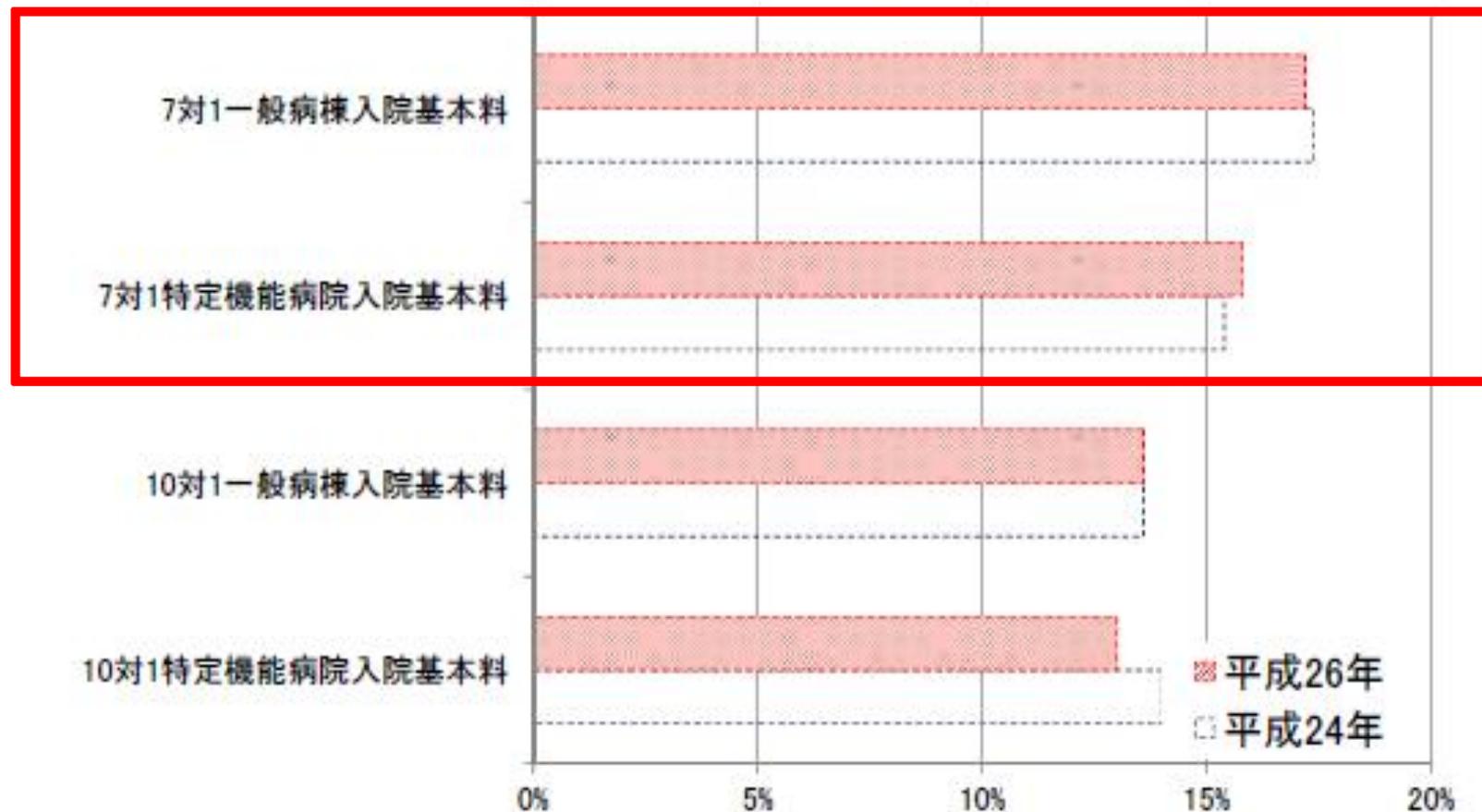
7対1病床はどれくらい減るのか？

36万床の4分の1、
9万床減るといわれているが...

入院料別の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合

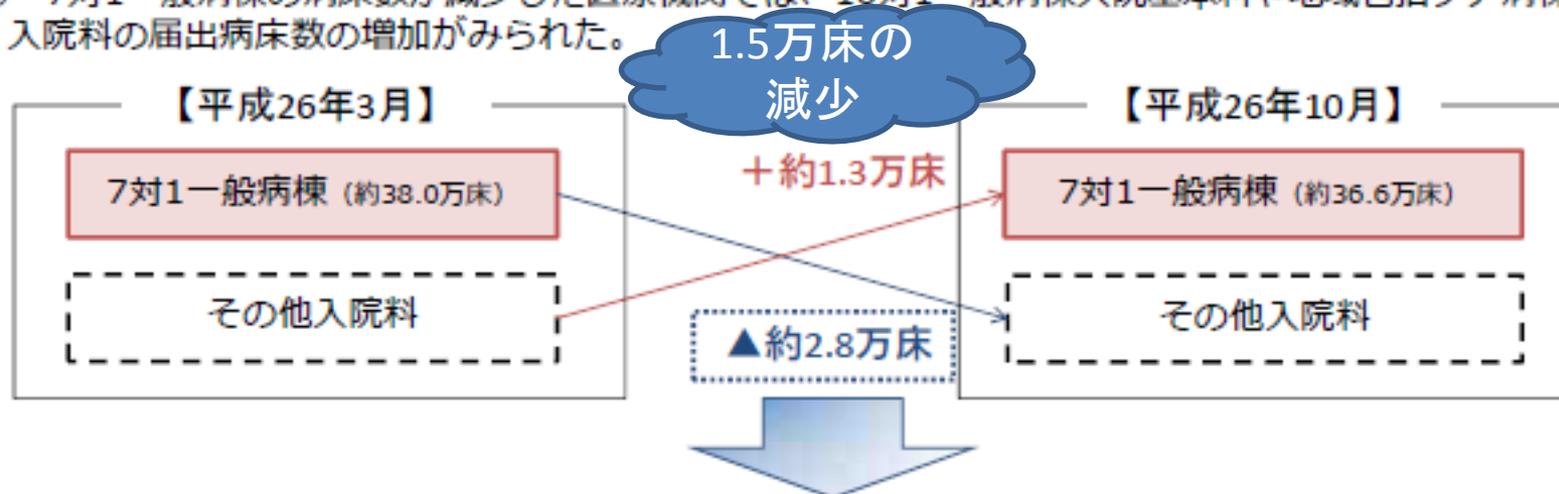
- 7対1・10対1入院基本料において、平成26年度診療報酬改定の前後で、「重症度、医療・看護必要度」の該当患者割合に大きな変化はなかった。また、特定機能病院よりも一般病棟入院基本料を算定している医療機関の方が該当患者割合が高かった。

＜入院料別の該当患者割合＞



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）。

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
2 5 . 3 . 1 3

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

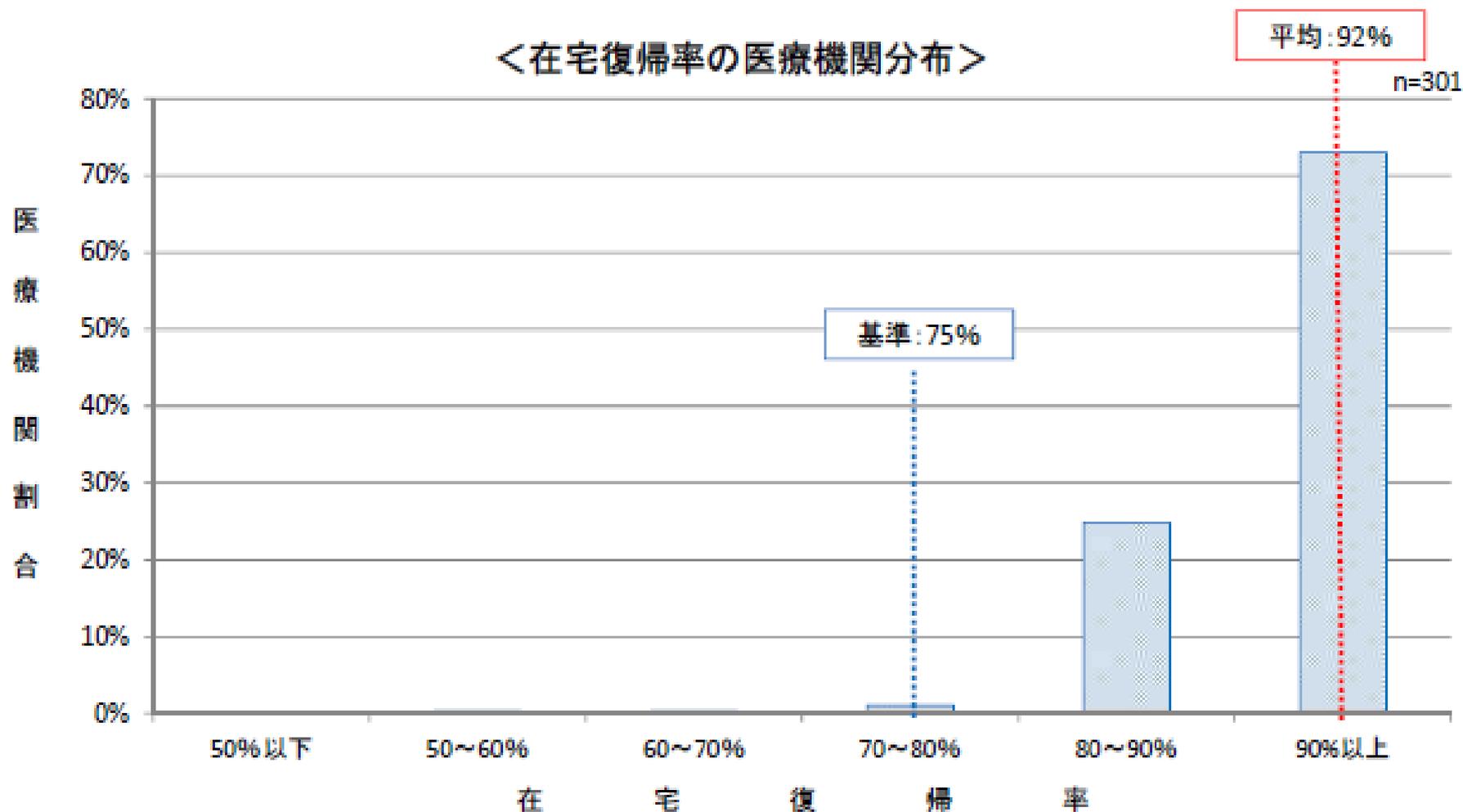
在宅復帰機能強化加算
在宅復帰率50%

全ての施設で在宅復帰率が導入
「全ての道は在宅へ通ず」

7対1一般病棟における在宅復帰率の状況

- 7対1一般病棟における在宅復帰率は平均92%であり、ほとんどの医療機関が施設基準の要件となっている75%よりも高い値を示している。

＜在宅復帰率の医療機関分布＞



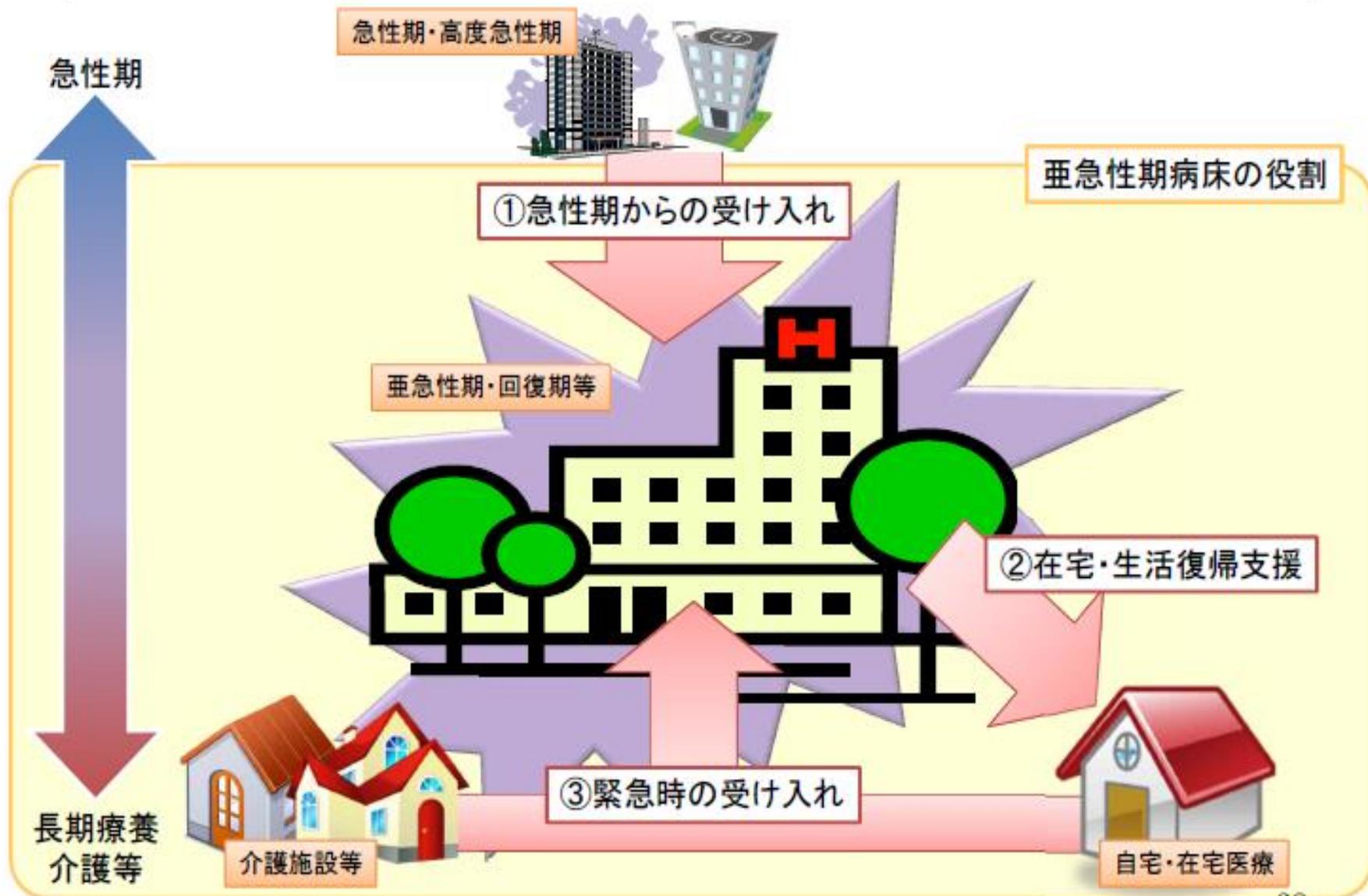
亜急性期入院医療

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

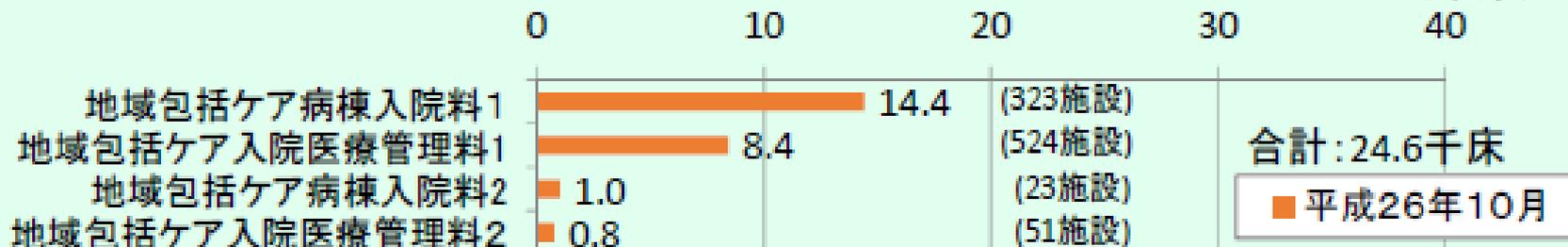
亜急性期病棟は
「地域包括ケア病棟」
リハは包括化された

参考：地域包括ケア病棟の届出状況

中医協 総-3
27.3.4

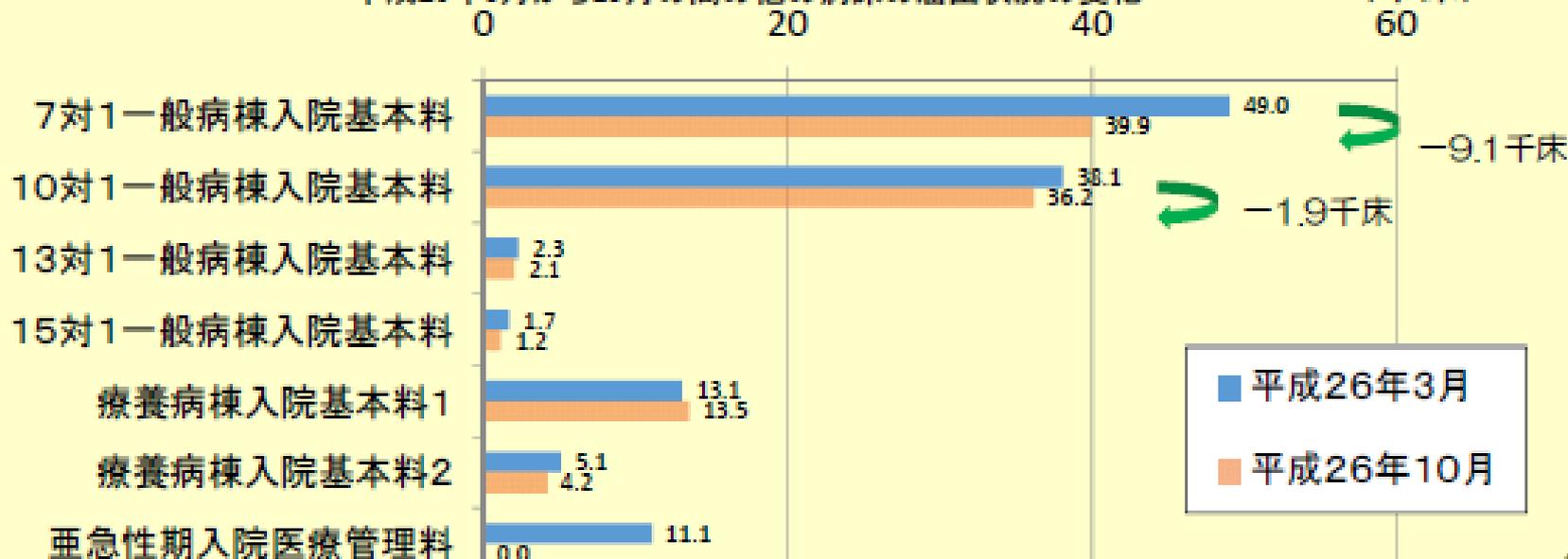
地域包括ケア病棟入院料等を届出した病床数

(千床)



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

(千床)



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）。

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

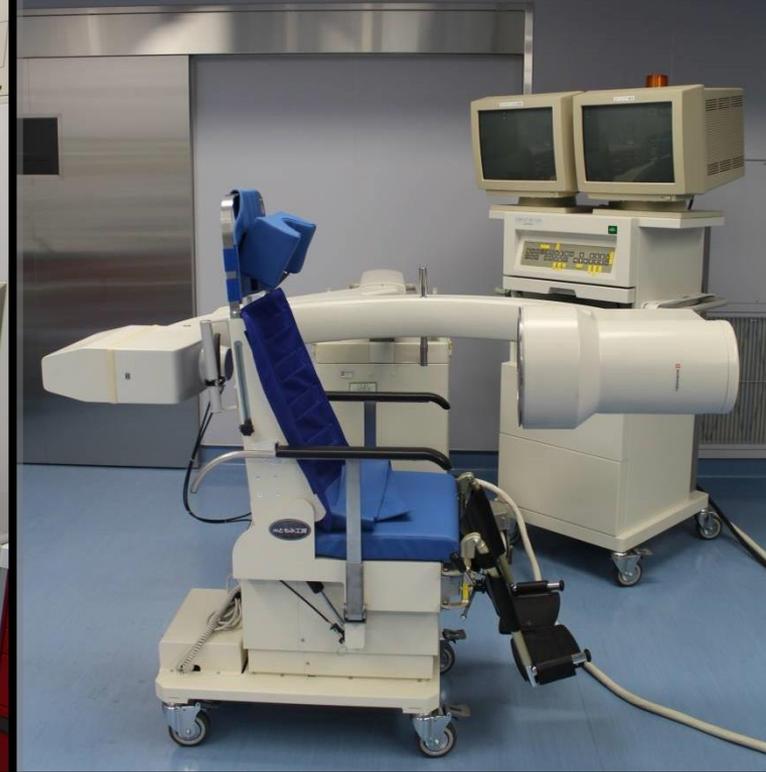
長期急性期病床

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

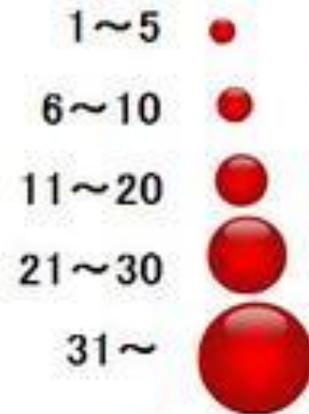
長期慢性期

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1 ... 958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 2.6万床

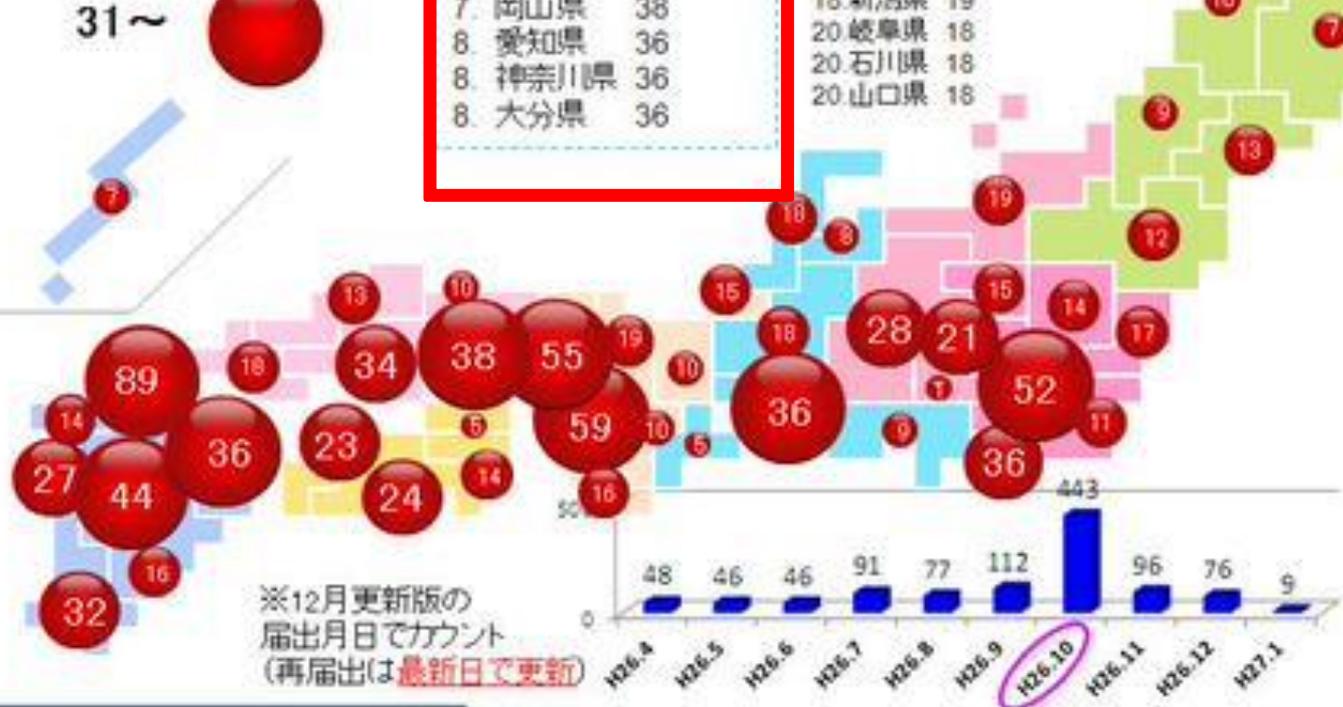
(H27年1月15日現在) (H26年12月届出まで)



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

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)

これからの検討課題

- ・病床機能報告制度に基づく地域医療ビジョンの形成がこれからの課題
- ・医療投入資源量による病床機能区分は適切だろうか？
- ・地域包括ケアシステムの計画にはインシデントベースに定量化したケアサイクル・データが必要！
- ・国保データベース（KDB）を使ったケアサイクル分析ソフトの開発を！

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。

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
に公開しておりません。資料でご覧ください。

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