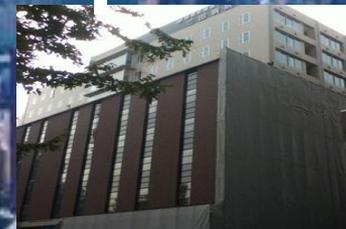


医療と介護のクロスロード

～同時改定と地域医療構想～



国際医療福祉大学大学院 教授
武藤正樹

目次



- パート 1
 - 同時改定と地域医療構想
- パート 2
 - 2018年診療報酬改定と入院医療
- パート 3
 - 介護報酬改定と介護医療院
- パート 4
 - 地域医療構想と都道府県の役割

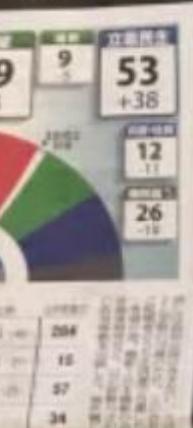
パート1

同時改定と地域医療構想





自民圧勝 与党310超



3分の2維持
立憲民主野党
希望敗北

赤野 甘利 里明

自公300に迫る



自民大勝280超



議論今後の様

希望伸び悩

衆院選

改憲熱

再び3分の2

衆院の新勢力

野党	120
自公	280

衆院選

野党	120
自公	280

2017年10月22日衆院選挙の自民圧勝で安倍一強政権の継続

社会保障、高齢者中心を是正 ～さらなる財源が必要～

- 今後の社会保障政策についてこれまでの高齢者中心から「全世代型」に見直す意向を表明
- 9月12日、日本経済新聞インタビュー
- 幼児教育・保育の無償化
 - さらなる財源が必要！
- 2019年10月の消費税率10%への引き上げ
 - しかし2018年改定は消費増税なき改定



安倍晋三首相

診療報酬改定について

12月18日の予算大臣折衝を踏まえ、平成30年度の診療報酬改定は、以下のとおりとなった。

1. 診療報酬本体 +0.55%

600億円

各科改定率	医科	+0.63%
	歯科	+0.69%
	調剤	+0.19%

2. 薬価等

▲ 1.74%

1700億円

① 薬価

▲ 1.65%

※ うち、実勢価等改定 ▲1.36%、
薬価制度の抜本改革 ▲0.29%

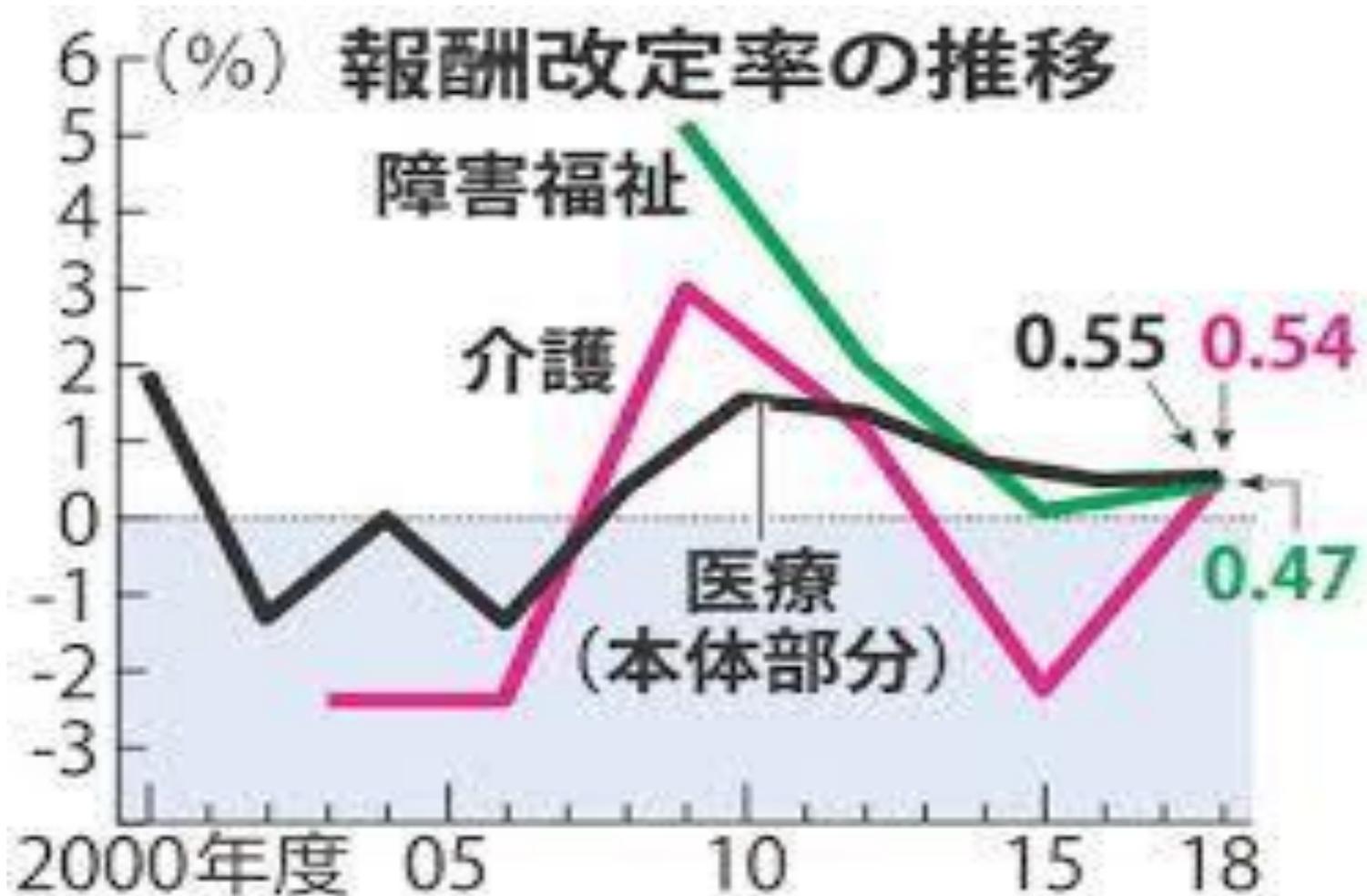
② 材料価格

▲ 0.09%

ネット
1.19%
マイナス

なお、上記のほか、いわゆる大型駅前薬局に対する評価の適正化の措置を講ずる。

トリプルプラス改定



2018年診療報酬改定

次期診療報酬改定に向けた 基本認識、視点、方向性等について

2018年診療報酬改定 ～地域医療構想を下支え～



迫井正深医療課長

急性期入院医療の見直し（7対1病床見直し）

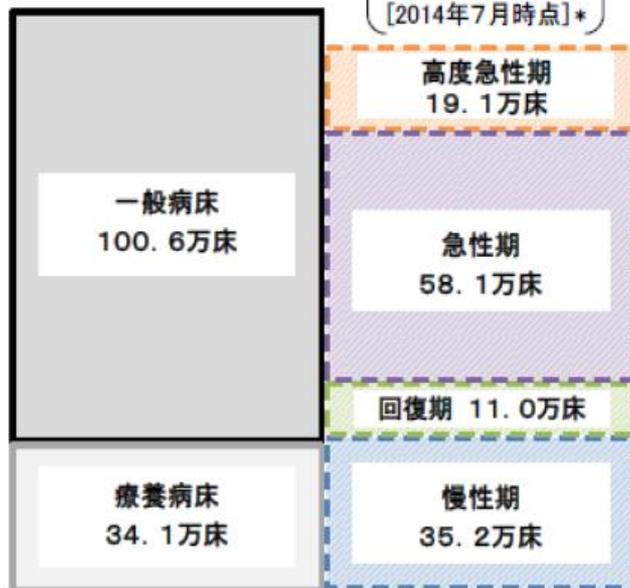
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
 （→ 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環）
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇨ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

【現 状:2013年】

134.7万床 (医療施設調査)

病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]*



【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)
115~119万床程度※1

15万床
減少



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区分別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

29.7~33.7万人程度※3

医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度
 ※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度
 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

改定の基本的視点について

- 改定の基本的視点については、以下の4点としてはどうか。
- その際、特に、今回の改定が6年に一度の介護報酬との同時改定であり、2025年以降も見据えて医療・介護の提供体制を構築するための重要な節目となることを踏まえ、地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進に重点を置くこととしてはどうか。

視点1 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進 【重点課題】

視点2 新しいニーズにも対応できる安心・安全で質の高い医療の実現・充実

視点3 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

視点4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

パート 2

2018年診療報酬改定と 入院医療

中医協診療報酬調査専門組織
入院医療等の調査・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
いけだ しゅんや 池田 俊也	国際医療福祉大学医学部公衆衛生学 教授
いけばた ゆきひこ 池端 幸彦	医療法人池慶会 理事長
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
おかむら よしたか 岡村 吉隆	公立大学法人 和歌山県立医科大学 理事長・学長
おがた ひろや 尾形 裕也	東京大学 政策ビジョン研究センター 特任教授
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
しま ひろじ 島 弘志	社会医療法人 雪の聖母会 聖マリア病院 病院長
すがはら たくま 菅原 琢磨	法政大学経済学部 教授
たけい じゅんこ 武井 純子	社会医療法人財団慈泉会 相澤東病院 看護部長
たみや ななこ 田宮 菜奈子	筑波大学 医学医療系 教授
つづい たかこ 筒井 孝子	兵庫県立大学大学院 経営研究科 教授
はやしだ けんし 林田 賢史	産業医科大学病院 医療情報部 部長
ふじもり けんじ 藤森 研司	東北大学大学院医学系研究科 公共健康医学講座 医療管理学分野 教授
ほんだ のぶゆき 本多 伸行	健康保険組合連合会 理事
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

2018年改定と入院医療 5つのポイント

- ポイント① 7対1 入院医療の見直し
- ポイント② 地域包括ケア病棟
- ポイント③ 回復期リハビリテーション病棟
- ポイント④ 入退院支援
- ポイント⑤ 療養病棟の1本化

ポイント①
7対1 入院基本料の
見直し

看護師配置数と重症患者割合
(重症度、医療・看護必要度)

現在の7対1入院基本料における評価指標

評価指標	評価期間 (①患者単位、②病棟単位)	施設基準
(1) 重症度、医療・看護必要度	①毎日 ②直近の1か月	2割5分以上 (200床未満は2割3分以上)
(2) 平均在院日数	①1入院あたり ②直近3か月	18日以内
(3) 在宅復帰率	①1入院あたり ②直近6か月間	8割以上

一般病棟における重症度、医療・看護必要度の見直しの考え方 2016年改定

○ 入院医療等の調査・評価分科会のとりまとめを基に、これまでの中医協において資料として提示した考え方を、以下のとおり整理した。

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
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)	なし	あり	
2 呼吸ケア(喀痰吸引の場合を除く)	なし	あり	
3 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	
4 心電図モニターの管理	なし	あり	
5 シリンジポンプの管理	なし	あり	
6 輸血や血液製剤の管理	なし	あり	
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 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用 ⑩ ドレナージの管理	なし		あり
⑪ 無菌治療室での治療	なし		あり
8 救急搬送(搬送日より1~2日間程度)	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 危険行動	ない		ある
3 診察・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
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

C 手術等の医学的状況	0点	1点
① 開胸・開頭の手術(術当日より5~7日間程度)		
② 開腹・骨の観血的手術(術当日より3~5日間程度)	なし	あり
③ 胸腔鏡・腹腔鏡手術(術当日より2~3日間程度)		
④ その他の全身麻酔の手術(術当日より1~3日間程度)		

重症者の定義

A得点が2点以上かつ
B得点が3点以上の患者

又は

A得点が3点以上の患者

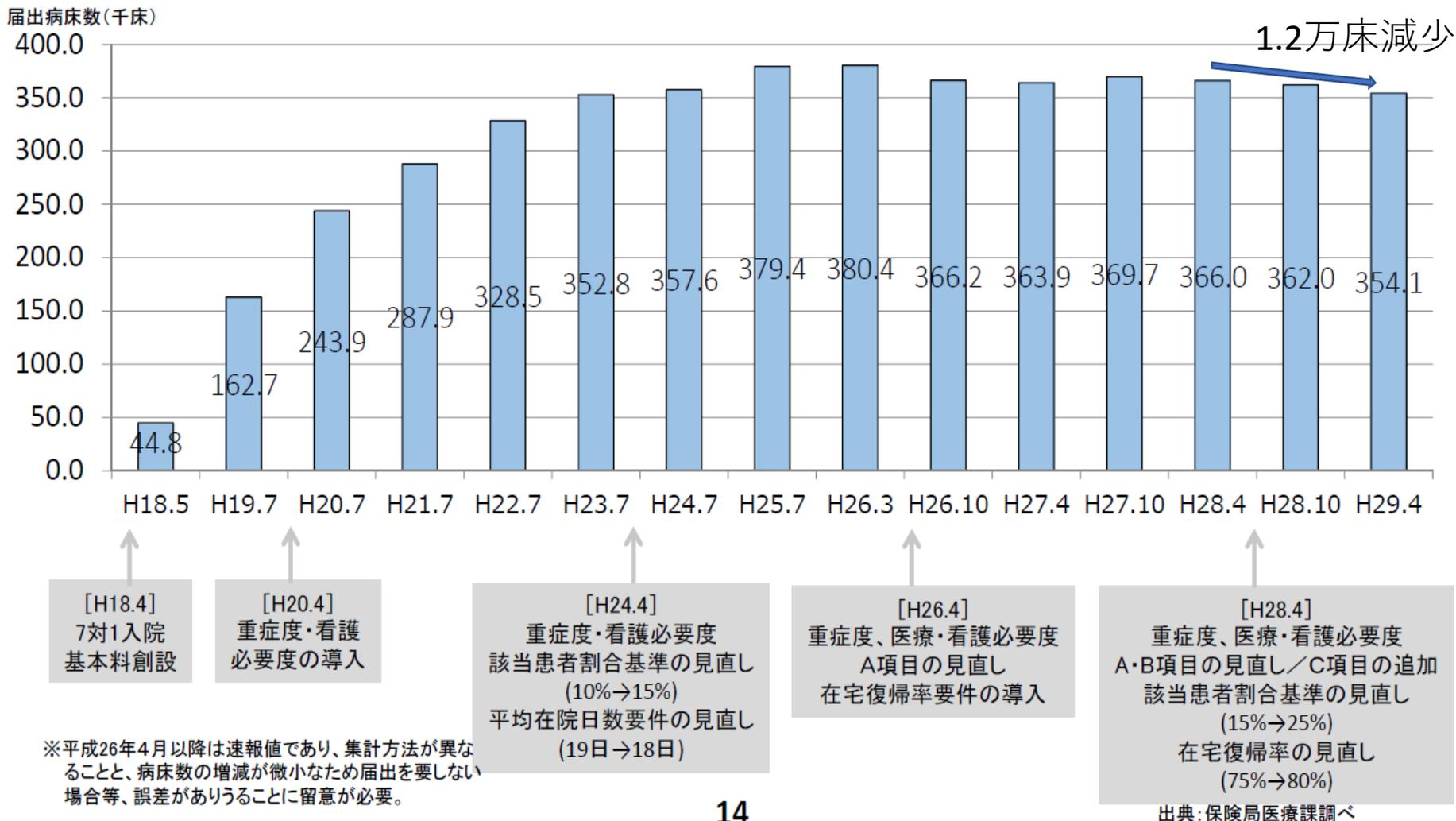
又は

C 1得点が1点以上の患者

2016年改定の 7対1への影響

一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の推移

- 7対1入院基本料の届出病床数は平成18年に創設されて以降増加。
- 平成20年以降、7対1入院基本料の増加は緩やかになり、平成26年度以降は横ばいからやや減少の傾向となっている。



2018年診療報酬改定

7対1, 10対1を統合・再編して
新評価体系へ

一般病棟（7対1）の施設基準による評価について

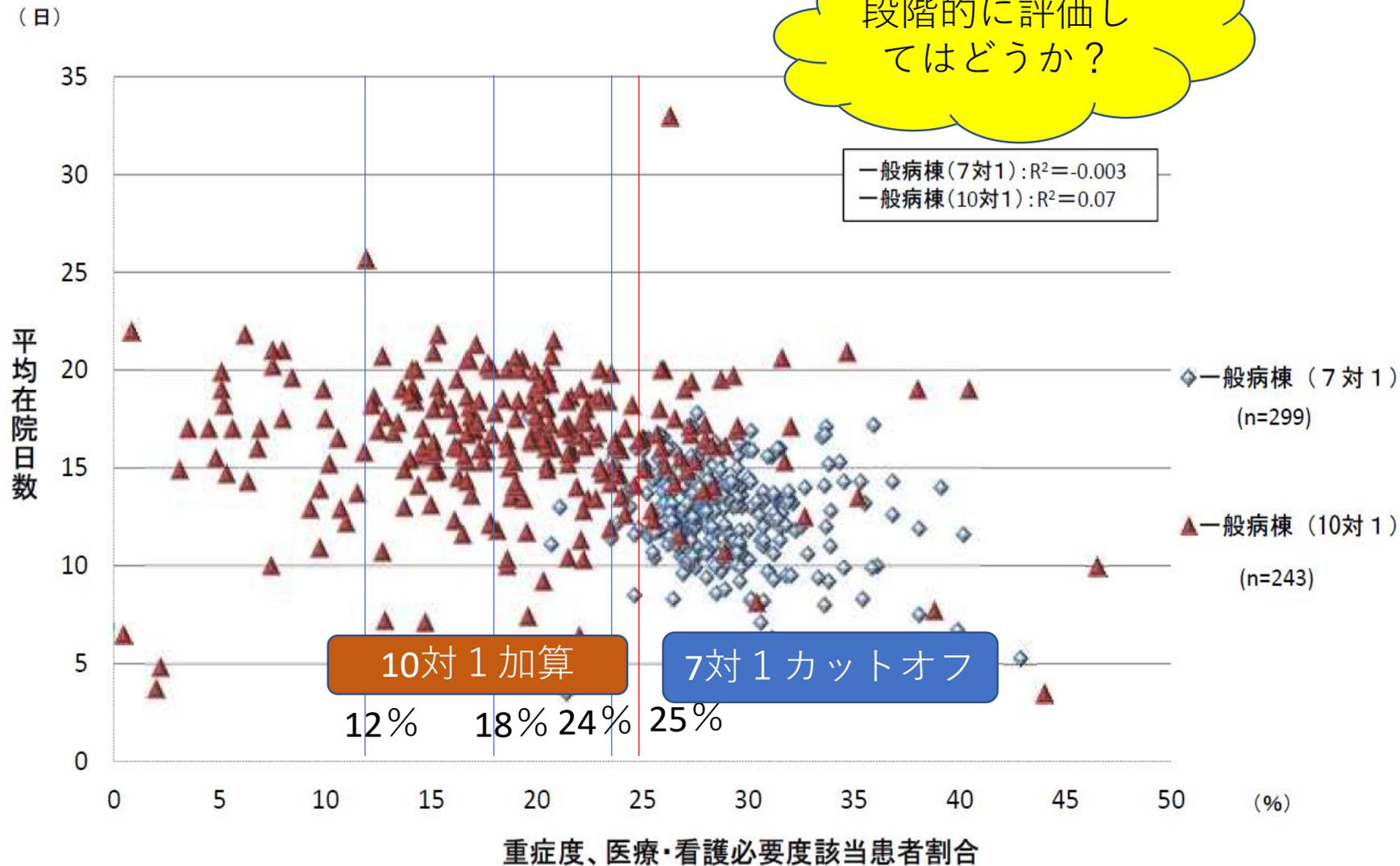
評価項目	評価期間 (①患者単位、②病棟単位)	基準値 (カットオフ値)
(1) 重症度、医療・看護必要度	①毎日 ②直近の1か月	2割5分以上 (200床未満は2割3分以上)
(2) 平均在院日数	①1入院あたり ②直近3か月	18日以内
(3) 在宅復帰率	①1入院あたり ②直近6か月間	8割以上

一般病棟（10対1）の加算による評価について

【加算の概要】

名称	点数(1日につき)	基準値
看護必要度加算1	55点	該当患者割合が2割4分以上
看護必要度加算2	45点	該当患者割合が1割8分以上
看護必要度加算3	25点	該当患者割合が1割2分以上

平均在院日数と重症度、医療・看護必要度該当患者割合の関係



7対1と10対1
の診療報酬点
数の差を考え
れば、病院と
しては7対1を
維持したいと
考えてしまう

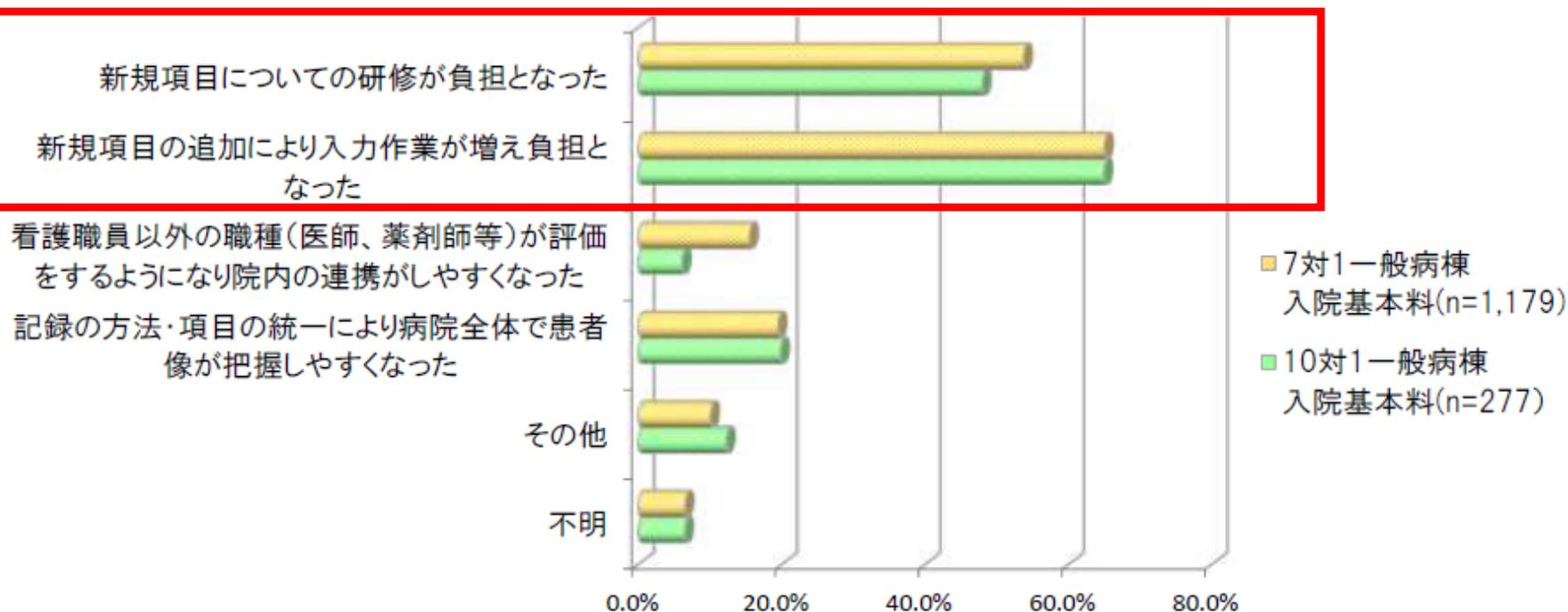
7対1ではカットオフ
値である25%ギリギ
リの病院が圧倒的だ
が、10対1では正規分
布に近くなっている

段階的に評価
してよいので
はないか？

重症度、医療・看護必要度の見直しの影響

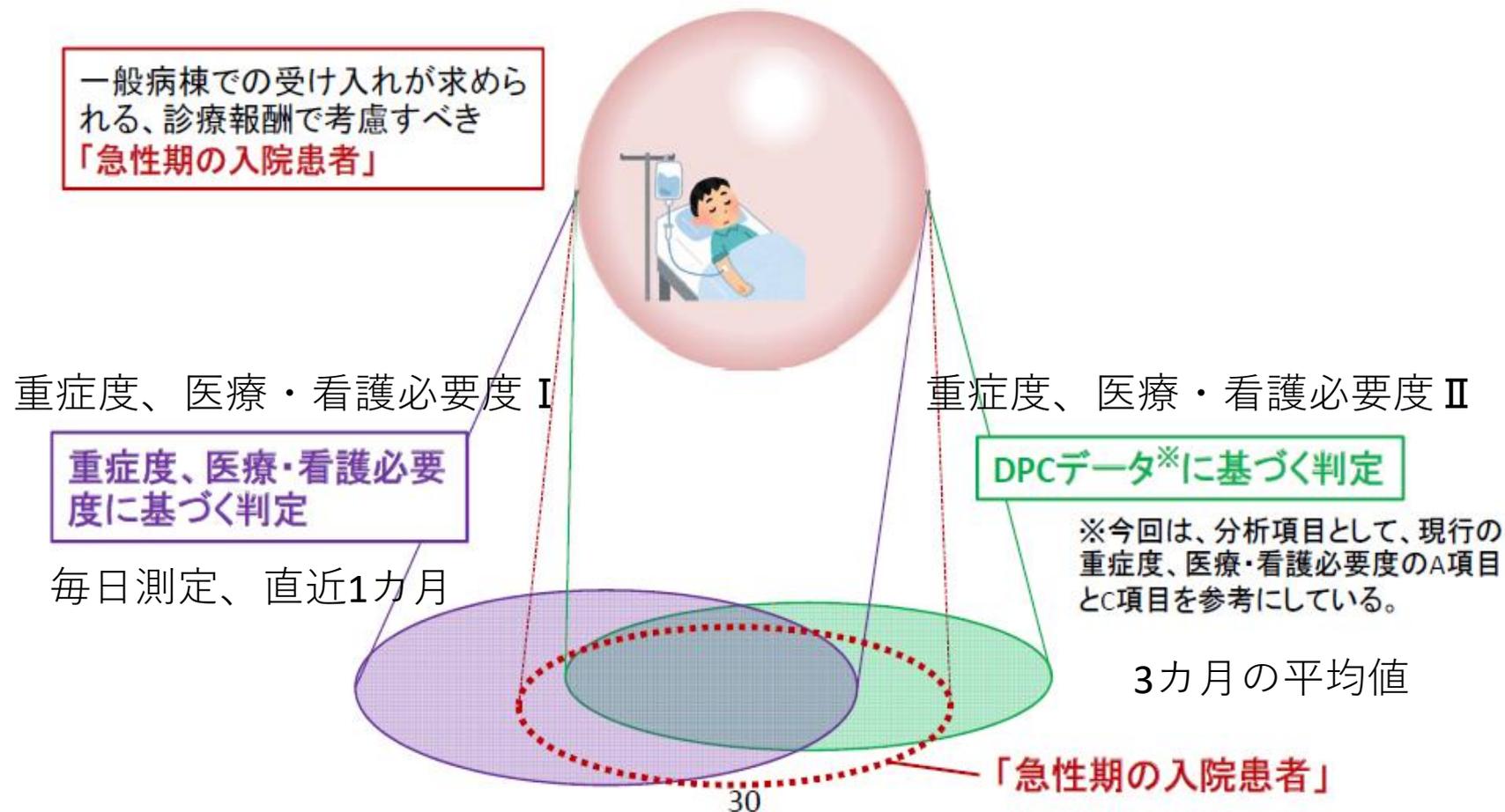
- 重症度、医療・看護必要度の評価に関する平成28年度診療報酬改定での見直しの影響については、「新規項目の追加により入力作業が増え負担となった」が、7対1病棟、10対1病棟ともに多かった。

<重症度、医療・看護必要度の評価を見直したことの影響>



急性期の入院医療における医療・看護の必要性の高い重症な患者を把握する手法の分析に係る概念図

- 今回の分析の目的は、医療・看護の必要性が高い重症な患者であって、一般病棟での受け入れが求められる、診療報酬で考慮すべき「急性期の入院患者」を、把握する評価手法としての合理性等を確認し、手法の特性に応じた整理するもの。

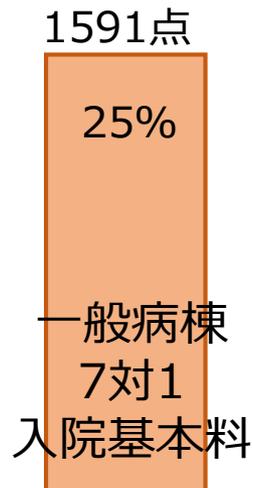
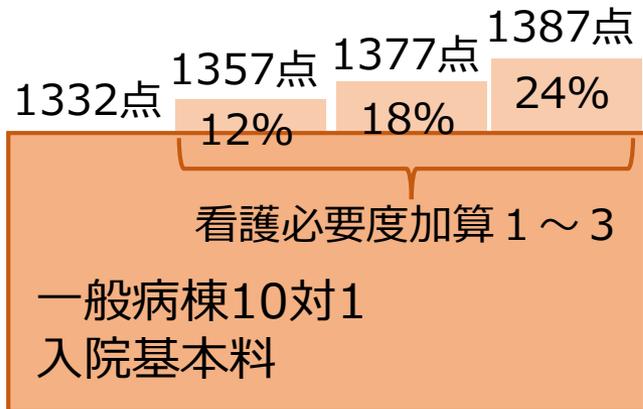


○看護配置などに基づく「基本部分」と、「診療実績に応じた段階的評価」を組み合わせるかどうか？
○医療機関の選択で従来方式の重症度医療看護必要度とDPCデータ（EF統合ファイル）に基づく重症患者割合計算を選択性としてはどうか？

中医協総会（2017年11月24日）

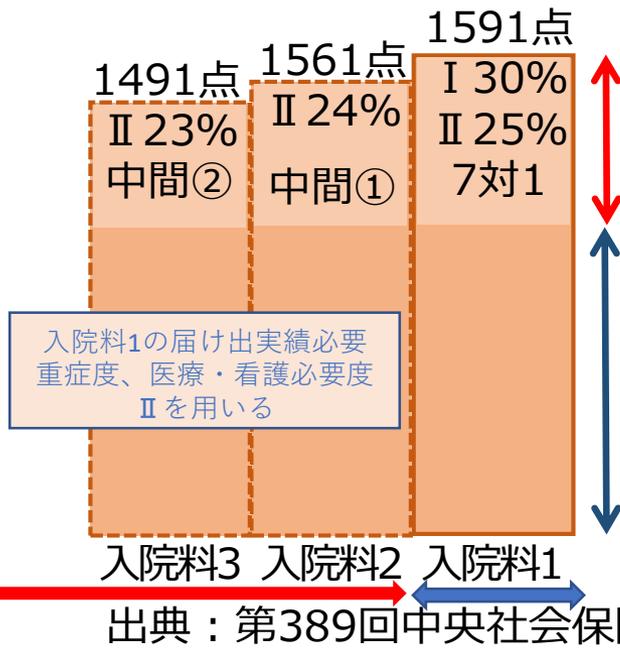
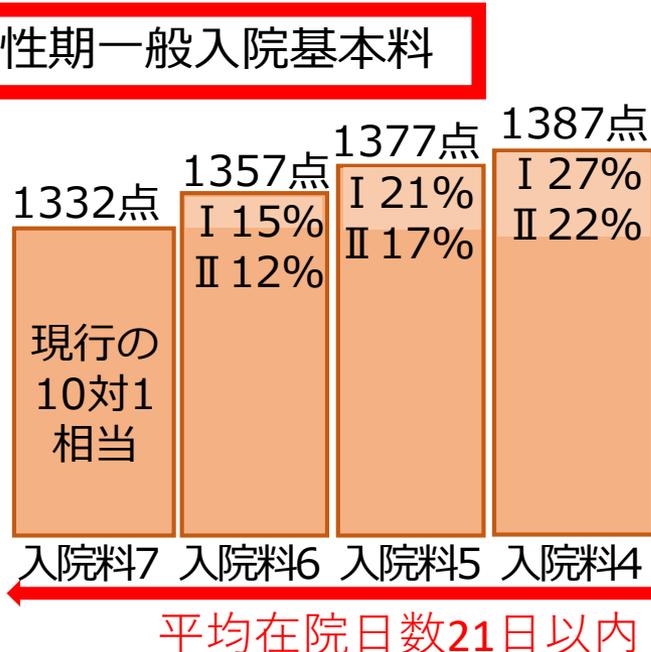
一般病棟入院基本料（7対1、10対1）の再編・統合の具体的なイメージ

【現行】一般病棟入院基本料



【平成30年度改定】

急性期一般入院基本料



I：現行評価方法
II：EFファイル

実績部分

基本部分

看護配置10対1が基本

看護師さんが余る??

看護師さんのマンパワーシフトが
始まる??

ポイント② 地域包括ケア病棟

病床機能区分の急性期・回復期の主流となる病棟

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

注:介護施設等、自宅・在宅医療から直接、急性期・高度急性期の病院へ入院することも可能。

急性期・高度急性期

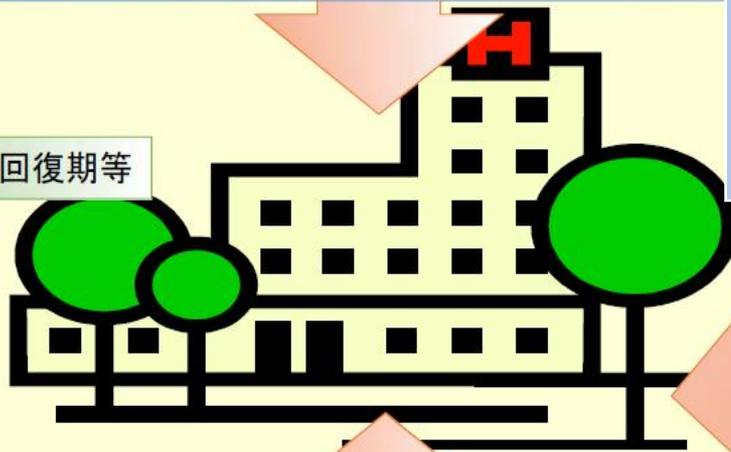


急性期

①急性期からの受け入れ

入院患者の重症度、看護必要度の設定 など

亜急性期・回復期等



実際には
④「一般病棟代替機能」
もある。

短期滞在手術
化学療法
糖尿病教育入院
レスパイト入院

②在宅・生活復帰支援

在宅復帰率の設定 など

③緊急時の受け入れ

・二次救急病院の指定
・在宅療養支援病院の届出 など

長期療養
介護等

介護施設等



自宅・在宅医療

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とはできない。
- 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

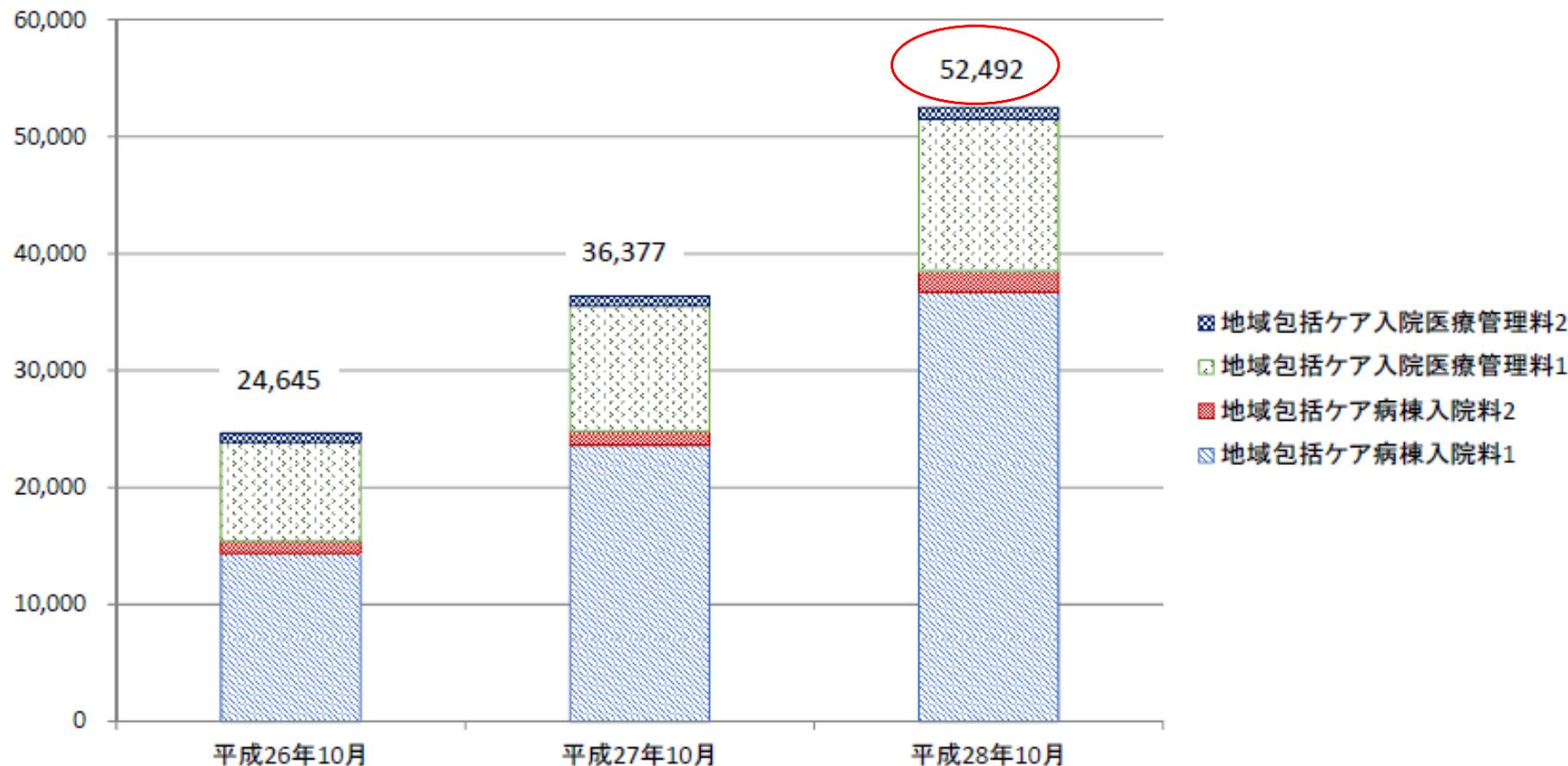
看護補助者配置加算:看護補助者が25対1以上(原則「みなし補助者」を認めないが、平成27年3月31日までは必要数の5割まで認められる。)

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

地域包括ケア病棟入院料等の届出病床数の推移

○ 地域包括ケア病棟入院基本料等の届出病床数は増加傾向である。

(床)



地域包括ケア病棟・病室における患者の流れ

診調組 入-1
29.6.7

- 地域包括ケア病棟・病室入棟患者の入棟元をみると、自院の7対1、10対1病床からの患者が最も多い。
- 地域包括ケア病棟・病室入棟患者の退棟先をみると、自宅への退棟が約6割で、そのうち在宅医療の提供のない患者が大部分を占める。

【入棟元】 (n=1,395)

自宅	26.7%	
自院	自院の7対1、10対1病床	49.4%
	自院の地域包括ケア・回りハ病床	0.4%
	自院の療養病床	0.0%
他院	他院の7対1、10対1病床	13.5%
	他院の地域包括ケア・回りハ病床	0.1%
	他院の療養病床	0.4%
介護療養型医療施設	0.1%	
介護老人保健施設	1.2%	
介護老人福祉施設（特養）	1.2%	
居住系介護施設	2.9%	
障害者支援施設	0.0%	
その他	1.9%	
不明	2.2%	

地域包括ケア病棟・病室

【退棟先】 (n=438)

自宅等	自宅	在宅医療の提供あり	7.3%
		在宅医療の提供なし	55.0%
自院	介護老人福祉施設（特養）		4.1%
	居住系介護施設（グループホーム等）		4.8%
	障害者支援施設		0.0%
	一般病床		1.4%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床		0.9%
療養病床	在宅復帰機能強化加算あり		0.9%
		在宅復帰機能強化加算なし	1.4%
	その他の病床		0.2%
他院	一般病床		2.7%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床		0.2%
	療養病床	在宅復帰機能強化加算あり	0.0%
		在宅復帰機能強化加算なし	0.5%
その他の病床		0.5%	
有床診療所	在宅復帰機能強化加算あり	0.0%	
	在宅復帰機能強化加算なし	0.2%	
介護施設	介護療養型医療施設		0.5%
	介護老人保健施設	在宅強化型	1.4%
		在宅復帰・在宅療養支援機能加算あり	0.5%
	上記以外		3.2%
死亡退院			3.2%
その他			0.0%
不明			11.2%

地域包括ケア病棟は創設当初の3つの機能を育てて行くことが大事だ

自宅からの患者については負荷がかかることが確認できた。何らかの評価を検討してもいいのではないか

2017年8月24日 入院医療分科会

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料に係る論点(案)

在宅患者支援病床初期
加算300点14日まで

【論点(案)】

- 自宅等から受け入れた患者と、それ以外からの受け入れた患者とで、提供する医療内容等が異なっていることから、「**救急・在宅等支援病床初期加算**」について、急性期後の入院患者と、在宅からの入院患者とで、診療実績等を踏まえつつ、評価を区別してはどうか。
- 地域包括ケア病棟入院料・治療管理料の届出要件において、在宅医療や救急医療の提供等が求められているが、地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、**訪問系サービスの提供**についても、要件の選択肢の一つとすることを検討してはどうか。
- 在宅医療、介護サービス等の地域で求められる多様な役割・機能を有する地域包括ケア病棟を持つ医療機関については、地域包括ケアシステムの構築により貢献できるよう、それらのサービスに係る実績等も加味した評価を検討してはどうか。

地域包括ケア病棟入院料の再編・統合のイメージ

【現行】



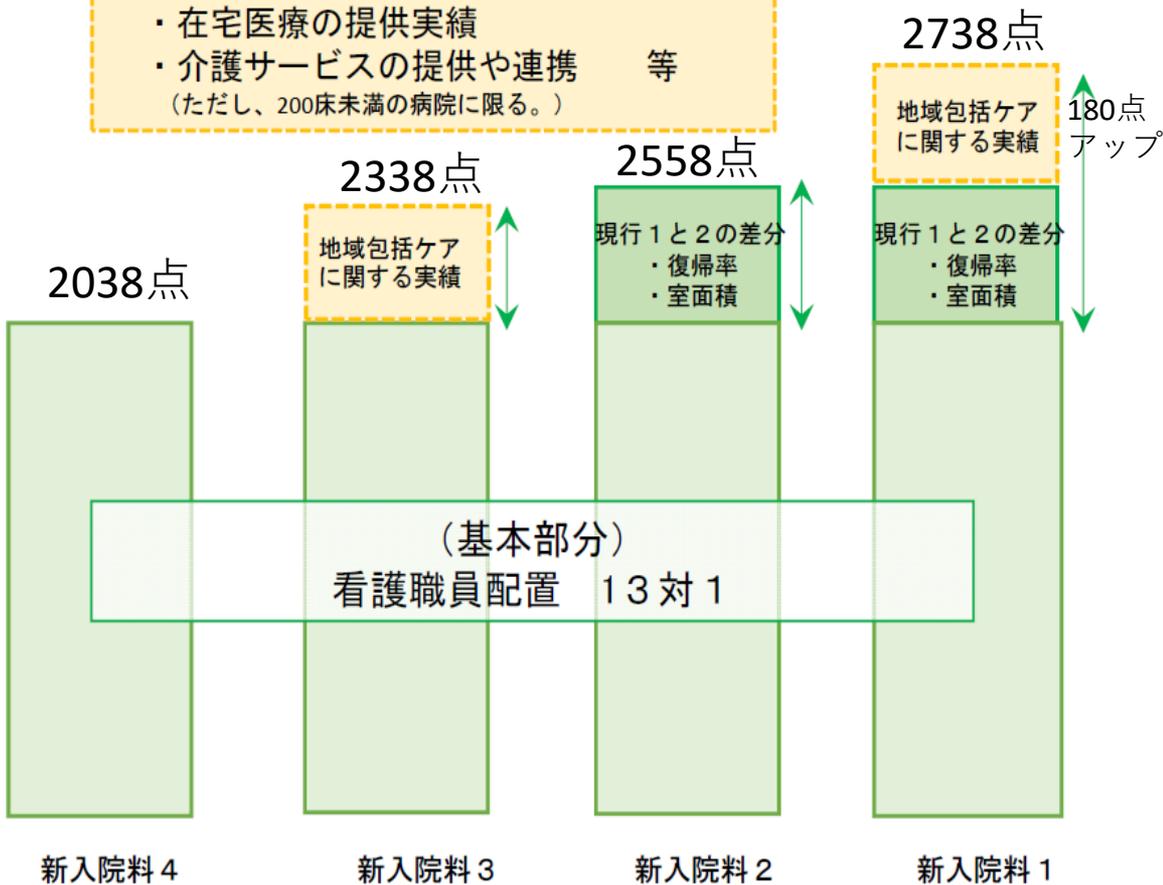
再編

【平成30年度改定の見直し（案）】

【地域包括ケアに関する実績部分】

- ・ 自宅等から緊急入院の受入実績
 - ・ 在宅医療の提供実績
 - ・ 介護サービスの提供や連携 等
- (ただし、200床未満の病院に限る。)

- ・ 自宅からの入院患者割合10%以上
- ・ 自宅からの緊急患者受け入れ件数3カ月で3人以上



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

(新) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

ポイント③

回復期リハビリテーション



2017年10月25日 中医協

回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価に係る計算式等について②

効果の実績の評価基準

3か月ごとの報告において報告の前月までの6か月間に退棟した患者を対象とした「実績指数」が2回連続して27未満の場合

$$\text{実績指数} = \frac{\text{各患者の（FIM得点[運動項目]の、退棟時と入棟時の差）の総和}}{\text{各患者の}\left(\frac{\text{入棟から退棟までの在棟日数}}{\text{状態ごとの回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数}}\right)\text{の総和}}$$

実績指数の計算対象

- 報告月の前月までの6か月間に退棟した患者（平成28年4月以降に入棟した患者のみ）
- ただし、以下の患者を除外

必ず除外する患者

- 在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を一度も算定しなかった患者
- 在棟中に死亡した患者

まとめて除外できる患者

- 回復期リハビリテーション病棟に高次脳機能障害の患者が特に多い(退棟患者の4割以上)保険医療機関では、**高次脳機能障害の患者**を全て除外してもよい。
(高次脳機能障害の患者とは、入院料の算定上限日数が180日となっている、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頭髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の患者)

医療機関の判断で、各月の入棟患者数(高次脳機能障害の患者を除外した場合は、除外した後の数)の3割以下の範囲で除外できる患者

- 入棟時にFIM運動項目の得点が20点以下の患者
- 入棟時にFIM認知項目の得点が24点以下の患者
- 入棟時にFIM運動項目の得点が76点以上の患者
- 入棟時に年齢が80歳以上の患者

◎ 除外の判断は遅くとも入棟月分の診療報酬請求までに行うことが必要。

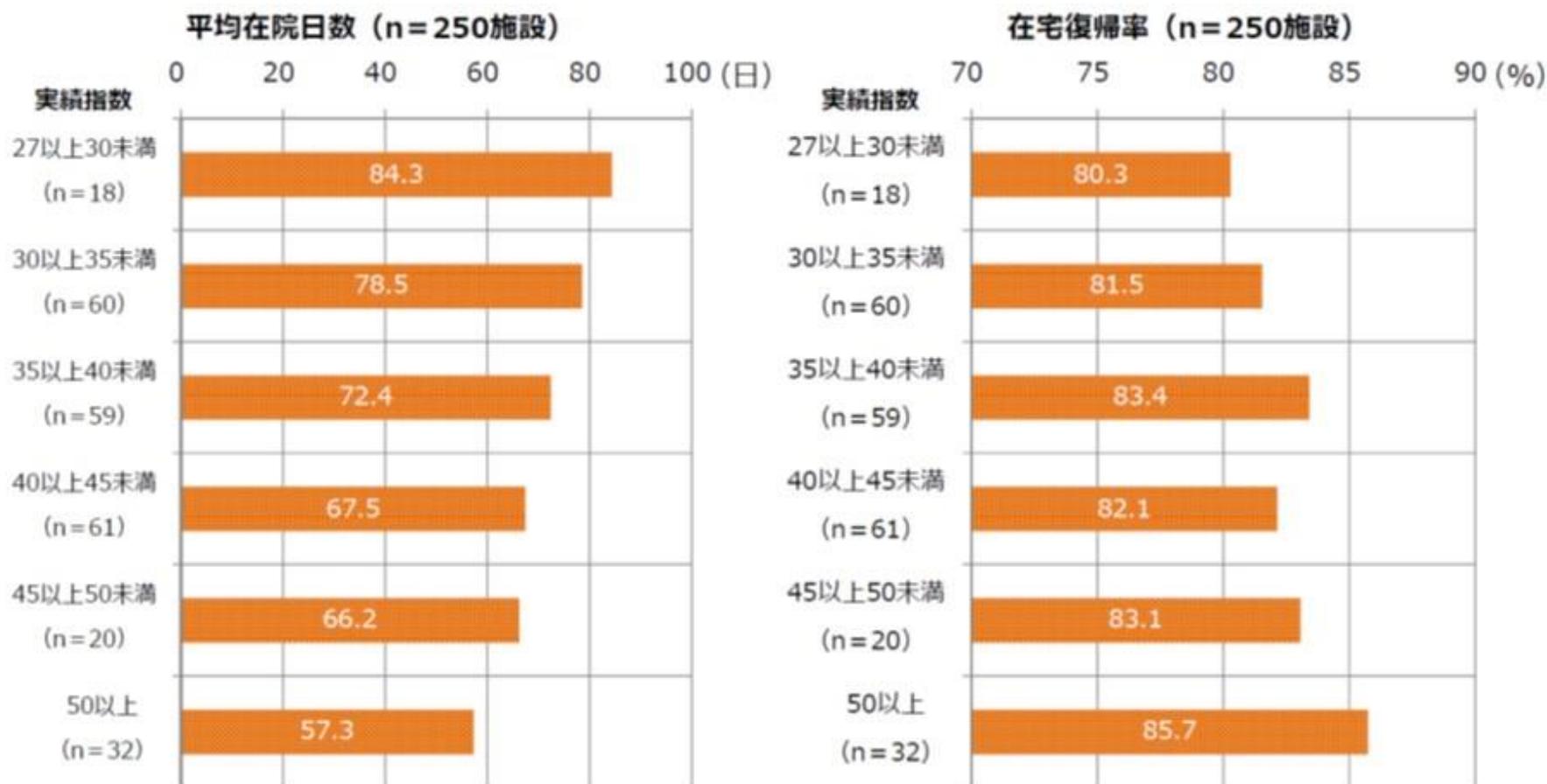
(除外に当たっては、除外した患者の氏名と除外の理由を一覧性のある台帳に順に記入するとともに、当該患者の入棟月の診療報酬明細書の摘要欄に、実績指数の算出から除外する旨とその理由を記載する。)

※ 在棟中にFIM運動項目の得点が1週間で10点以上低下したものは、実績指数の算出において、当該低下の直前に退棟したものと見なすことができる。

27未満が連続するとペナルティの対象に！

回復期リハ病棟における実績指数と平均在院日数・在宅復帰率

○ 実績指数が高いほど、平均在院日数は短い傾向、在宅復帰率は横ばいかやや高い傾向。

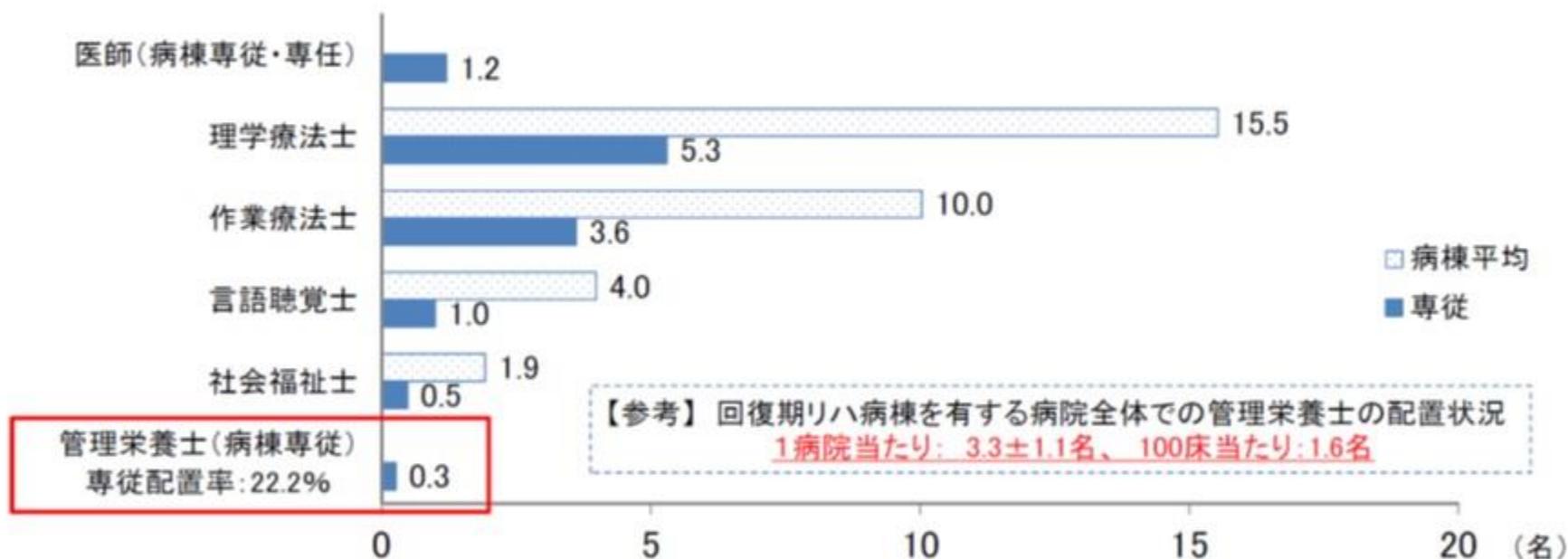


※ 回復期リハビリテーション病棟のうち、一定のリハビリ提供実績を有する病棟(過去6か月間に退棟した患者の数が10名以上で、入院患者に対して提供されたリハビリテーション単位数が1日平均6単位以上である病棟)について分析。実績指数27未満については、n=1とサンプルが少ないためグラフに示していない。

出典：診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成29年度調査)速報値

回復期リハビリテーション病棟における職員配置の状況

- 回復期リハビリテーション病棟(調査対象:1,058病棟)の職員配置数をみると、管理栄養士の平均配置数は1病棟当たり0.3名であった。病院全体の配置数でみると、1病院当たり3.3名(100床当たり1.6名)であった。
- 回復期リハビリテーション病棟のうち、管理栄養士を専従で配置している病棟は22.2%であった。



値は平成28年9月1日時点の常勤換算数; 同時点での回復期リハ病棟1病棟当たりの平均病床数: 45.8±9.5床

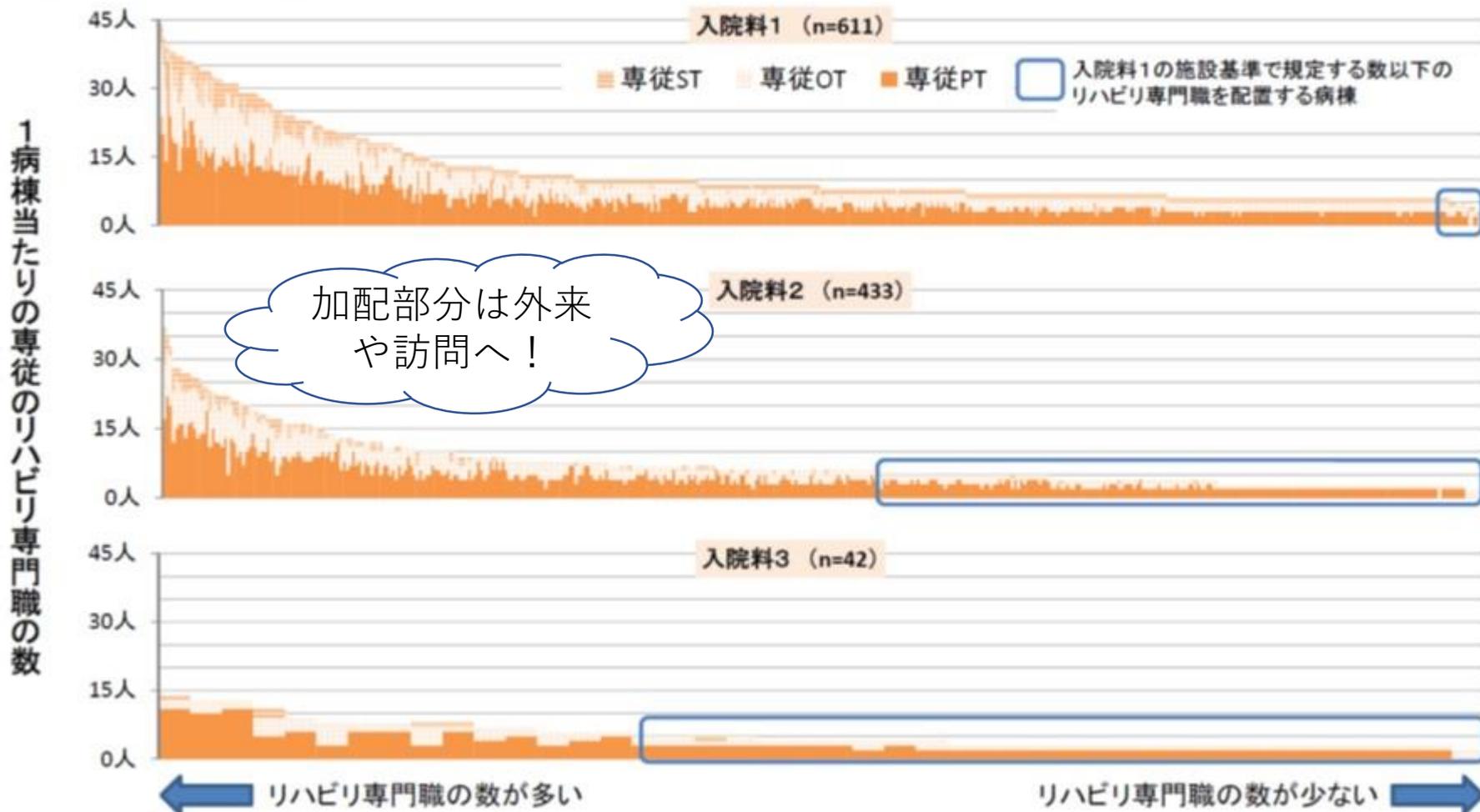
※ 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及び社会福祉士については、内数としての病棟専従者に加えて1病棟当たりの平均配置人数も記載

図 回復期リハ病棟における主な人員配置(看護師を除く)の状況

出典:「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書(平成29年2月)」(一社)回復期リハビリテーション病棟協会

回復期リハビリテーション病棟における専従のリハビリ専門職の配置状況②

- 入院料2や3であっても、一定割合の病棟は、入院料1の施設基準で規定する数よりも多く、病棟専従のリハビリ専門職を配置していた。

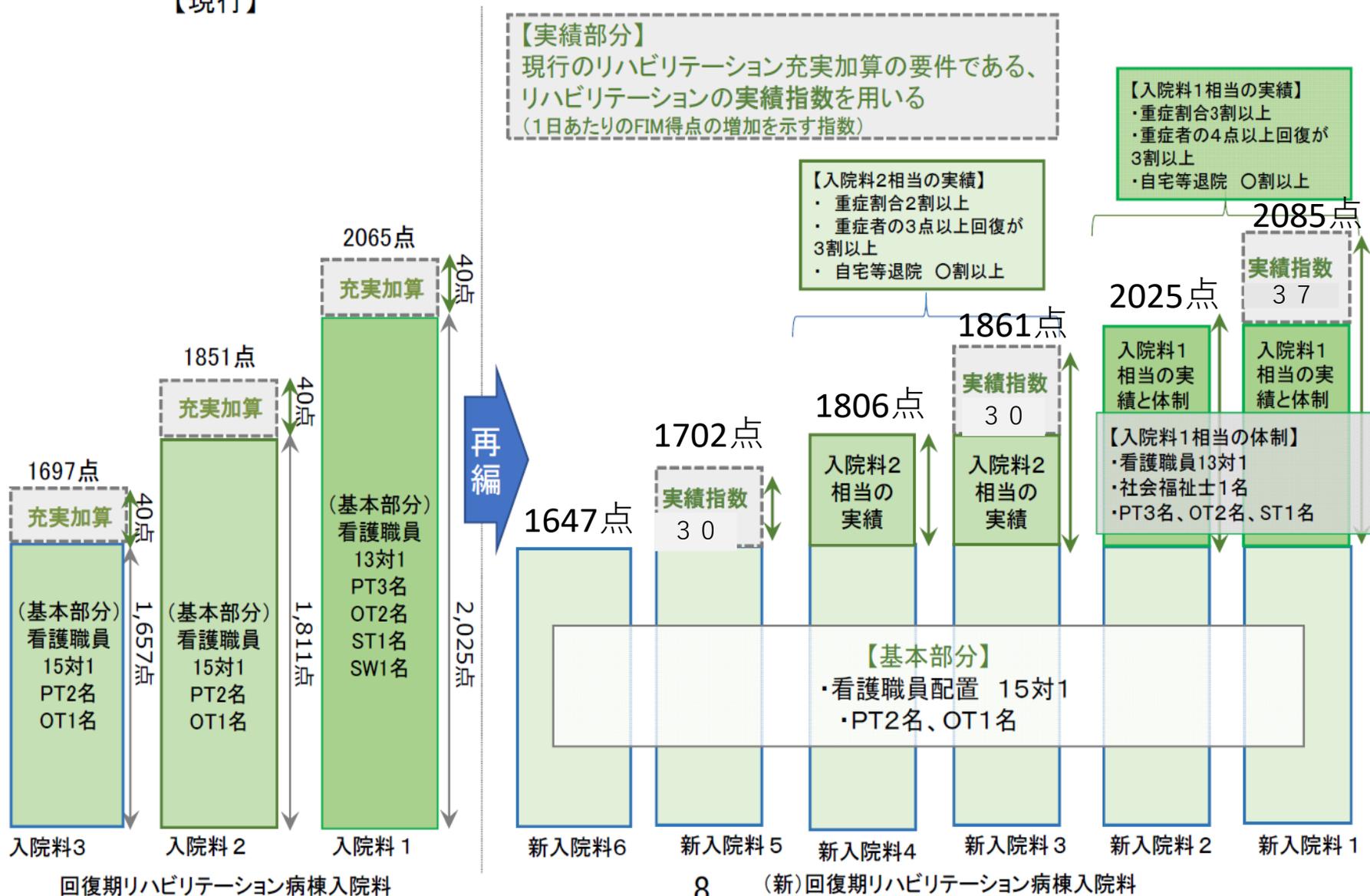


出典:「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書(平成29年2月)」(一社)回復期リハビリテーション病棟協会

回復期リハビリテーション病棟入院料の再編・統合のイメージ

【現行】

【平成30年度改定の見直し(案)】



FIMを上げるには？

排泄リハ・嚙下リハに着目！

Functional Independence Measure (FIM) によるADL評価

- ✓ 「運動ADL」13項目と「認知ADL」5項目で構成
- ✓ 各7～1点の7段階評価（合計：126点～18点）

自立	7点	完全自立
	6点	修正自立
部分介助	5点	監視
	4点	最小介助
介助あり	3点	中等度介助
	2点	最大介助
完全介助	1点	全介助

運動項目								認知項目									
セルフケア					排泄		移乗		移動		コミュニケーション		社会認識				
食事	整容	清拭	更衣(上半身)	更衣(下半身)	トイレ動作	排尿コントロール	排便コントロール	ベッド・椅子・車椅子	トイレ	浴槽・シャワー	歩行・車椅子	階段	理解(聴覚・視覚)	表出(音声・非音声)	社会的交流	問題解決	記憶
計42～6点					計14～2点		計21～3点		計14～2点		計14～2点		計21～3点				
運動項目 計91～13点										認知項目 計35～5点							
合計 126～18点																	

ポイント④
入退院支援

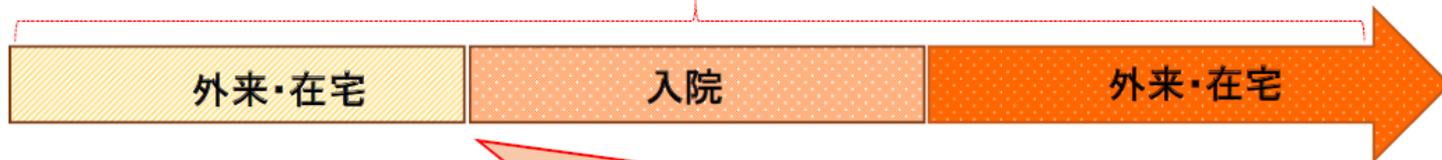
2018年診療報酬改定へむけて「入退院支援」の議論が始まった（入院医療分科会6月21日）



入院基本料の評価の見直しに向けた議論を始めた分科会（21日、厚労省）

地域包括ケアシステムの構築～入退院支援

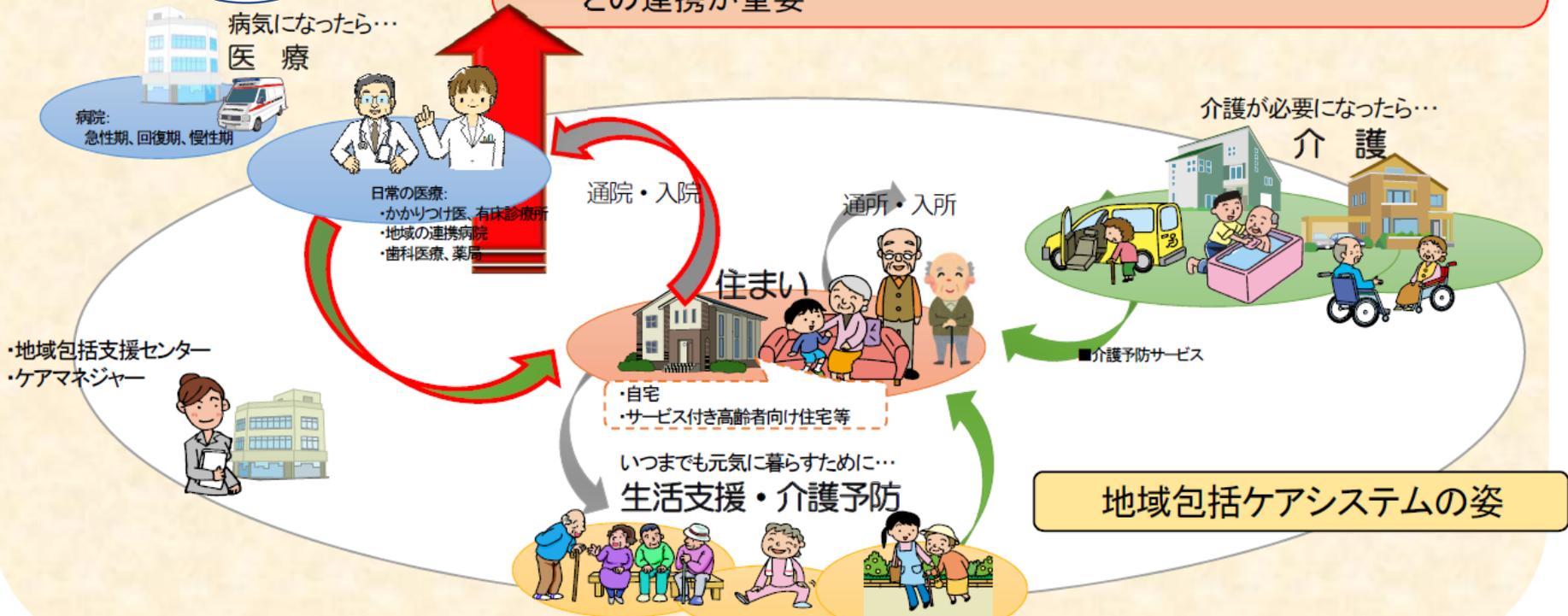
切れ目のない支援



退院支援から
入退院支援
へ！

退院後も住み慣れた地域で生活するための支援として、

- 外来や入院時から退院後の地域生活を見据えた支援が必要
- 外来部門と入院部門(病棟)との連携、地域と入院医療機関等との連携が重要



地域包括ケアシステムの姿

日本医療マネジメント学会 (仙台) 2017年7月7日、8日



東北大学病院の 入退院支援センター

- 東北大学病院（1225床）
 - 2015年から一部の診療科で「入退院センター」の運用を開始
 - 入退院センターでは入院が決定した患者に、入院案内や情報収集、退院阻害要因のスクリーニングを行い、必要時に病棟の多職種に情報提供がなされる。
 - 病棟では入退院センターから情報提供のあった退院阻害要因の内容を分析し、退院支援に活用する
 - 退院阻害要因は、介護力が最も多く、次いで経済状態、ADL低下、服薬管理、退院先の選択、問題行動、その他であった
 - 退院阻害要因はこのように入院前から明らかになっていて、支援可能なものも数多い
 - このため入退院センターにおける情報収集によって、早期からの退院支援を可能になったという

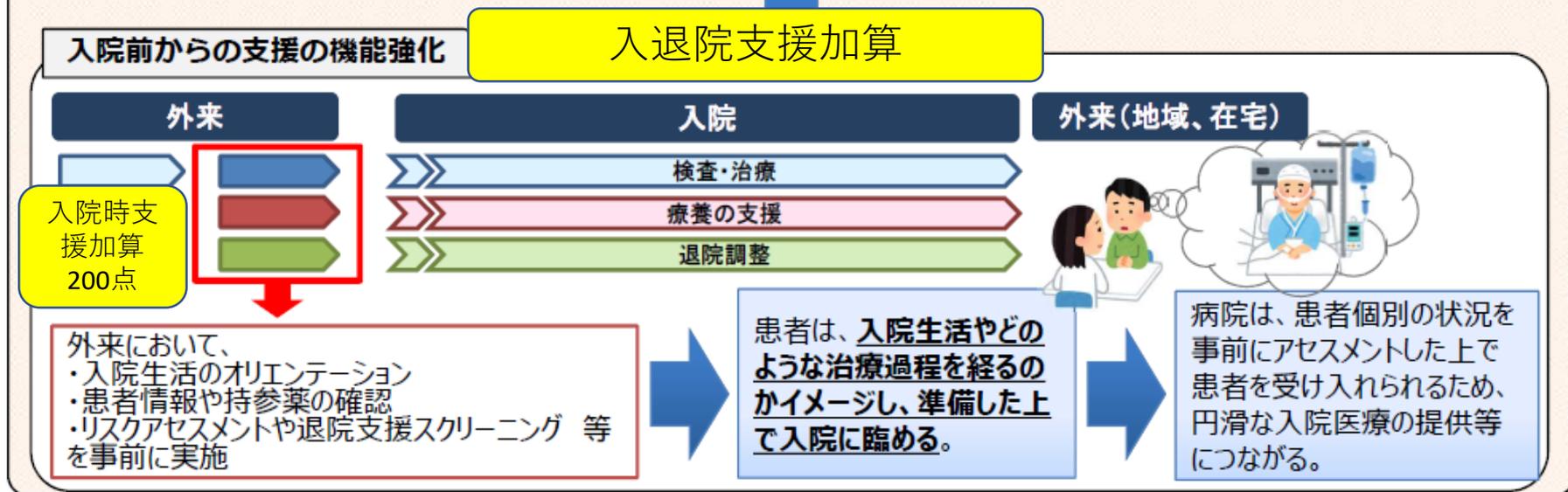
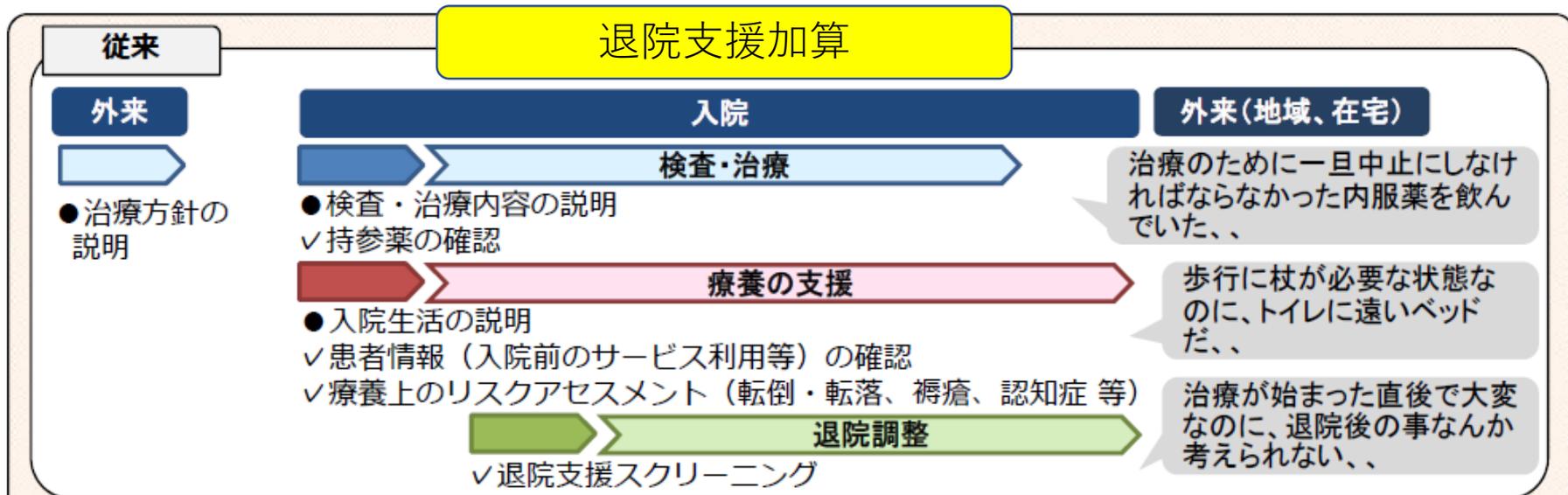
中部徳洲会病院（沖縄）の 入退院サポートセンター

- 沖縄の中部徳洲会病院（331床）
 - 2016年から「入退院サポートセンター」を設置し、ソーシャルワーカーの配置を行い運用を始めた
 - 入退院サポートセンターのソーシャルワーカーは看護師とともに入院予定患者の問診を行い、退院先の移行確認、各種制度案内を行い退院支援に関する患者教育を行う
 - 従来はソーシャルワーカーは患者が入院後に退院困難な患者を抽出し、患者・家族面談を行っていたが、これを入院前から行うことにより早期介入が図れるようになったという。

群馬中央病院の 入退院支援センター

- JCHO群馬中央病院（333床）
 - 2016年に入退院支援センターの運用を開始した。
 - 体制は看護師5名、クラーク1名の専従として、予定入院患者に対して入退院に係る薬剤部、医事課、栄養、MSW,リハビリ、歯科と協同して患者の入退院に係る説明を行った
 - これにより患者からは「医療費のことが心配だったけど安心した」「詳しく説明してもらってありがたい」と意見が聞かれた
 - また病棟、外来スタッフからは「書類の記入や基礎情報が入力してあるので助かっている」など院内連携にも役立っているとのことだ

入院前からの支援の機能強化(イメージ図)



入院時支援加算（200点）

- 入退院支援加算の加算
- 自宅等からの入院に限る
- 算定要件
 - 入院が決まった患者に対して・・・
 - 入院中の治療、入院計画
 - 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握（高齢者総合アセスメント：CGA, Comprehensive Geriatric Assessment)
 - 褥瘡リスク評価
 - 栄養アセスメント
 - 退院困難な要因の有無の評価
 - 入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援計画の立案

パート3

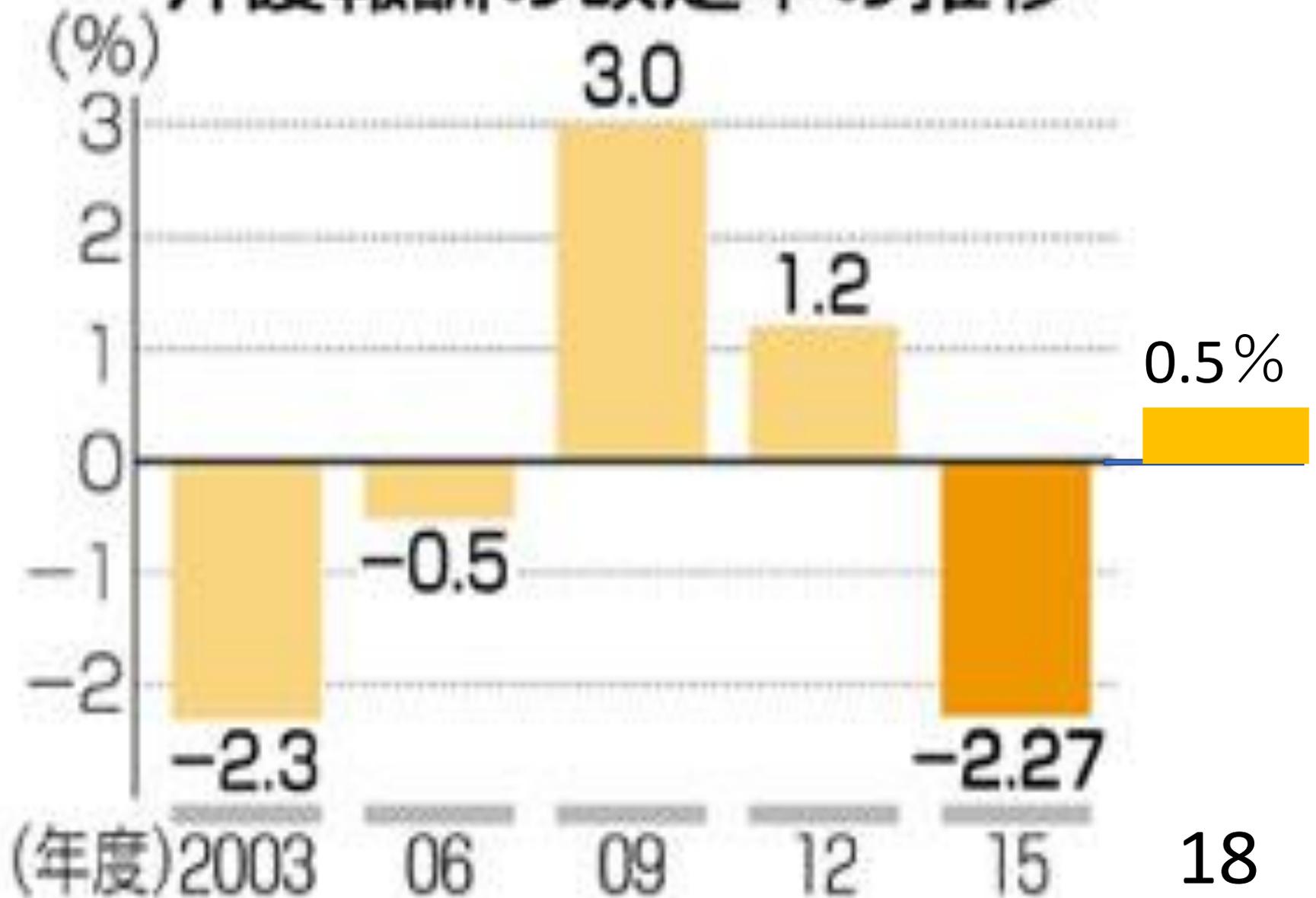
2018年介護報酬改定と 介護医療院



社会保障審議会・介護給付費分科会（2017年4月26日）

PTXX-170623-001

介護報酬の改定率の推移



介護医療院の創設

療養病床問題と介護医療院



療養病床の在り方等に関する検討会

2015年7月10日
医政局、老健局、保険局合同開催

療養病床に関する経緯①

S48(1973) 老人福祉法改正 老人医療費無料化

- 「老人病院」が増加。施設代わりの病院利用が促進。併せて医師、看護師の配置の薄い病院が増加（社会的入院問題）



S58(1983) 「特例許可老人病院」制度化

- 老人病院を医療法上「特例許可老人病院」と位置づけ、診療報酬上、医師、看護師の配置を減らし介護職員を多く配置する等の介護機能等の点を評価（診療報酬は一般病院よりも低く設定）



H5(1993) 医療法改正 「療養型病床群」の創設

- 一般病院における長期入院患者の増加に対応し、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための療養環境を有する病床として「療養型病床群」を創設（病床単位でも設置できるようにする）。



H12(2000) 介護保険法施行 H13(2001) 医療法改正 「療養病床」の創設

【介護保険法施行】

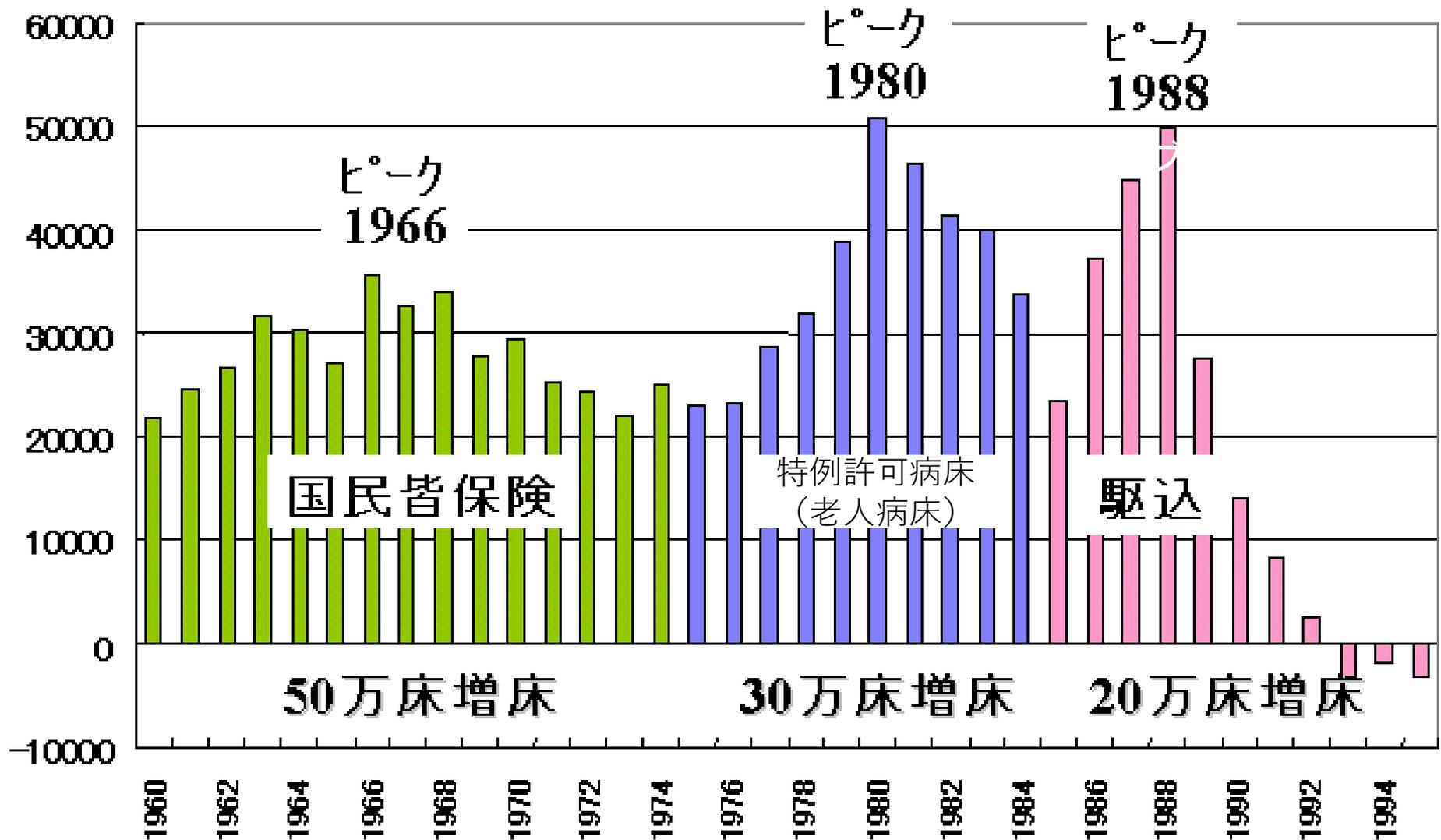
- 療養病床の一部（※1）について、介護保険法上、主として長期にわたり療養を必要とする要介護者に対して医学的管理、介護などを行う「介護療養型医療施設」（※2）として位置づけ（介護療養病床）

- ※1 介護保険法施行時(2000年)は、医療法改正までの間、療養型病床群として位置づけられていた。
- ※2 介護療養型医療施設の一類型として、医療法上の認知症疾患療養病棟(精神病床)を併せて位置づけ。

【医療法改正】

- 療養型病床群と老人病院（特例許可老人病院）を再編し、「療養病床」に一本化

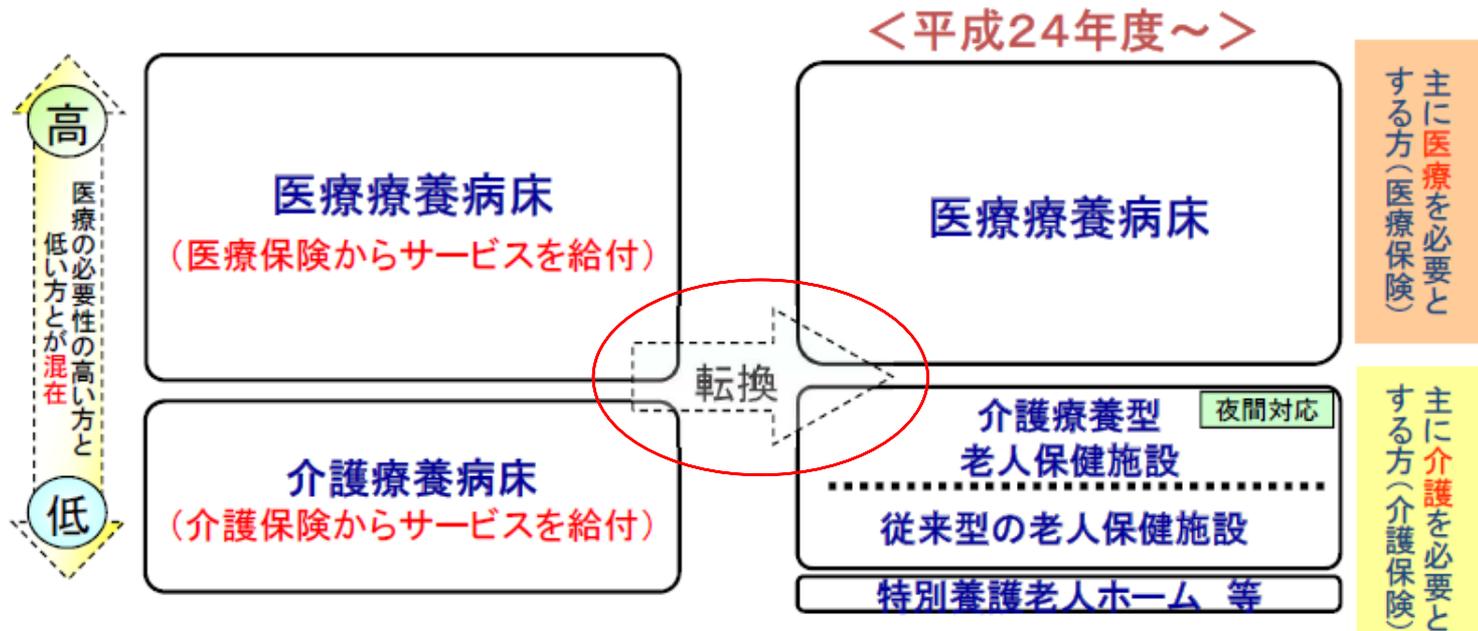
日本の増床三つのピーク



療養病床に関する経緯②

H18(2006) 医療保険制度改革／診療報酬・介護報酬同時改定 2011年度末で廃止
 介護療養病床のH23年度末での廃止決定

- 同時報酬改定に際し、実態調査の結果、医療療養病床と介護療養病床で入院患者の状況に大きな差が見られなかった（医療の必要性の高い患者と低い患者が同程度混在）ことから、医療保険と介護保険の役割分担が課題
- また、医療保険制度改革の中で、医療費総額抑制を主張する経済財政諮問会議との医療費適正化の議論を受け、患者の状態に応じた療養病床の再編成（老健施設等への転換促進と介護療養病床のH23年度末廃止）を改革の柱として位置づけ
- 同時に、療養病床の診療報酬体系について、気管切開や難病等の患者の疾患・状態に着目した「医療区分」（1～3）、食事・排泄等の患者の自立度に着目した「ADL区分」（1～3）による評価を導入



医療区分2・3 ... 医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態や、難病、脊椎損傷、肺炎、褥瘡等の疾患等を有する者
 医療区分1 ... 医療区分2、3に該当しない者(より軽度な者)

療養病床に関する経緯③

H23(2011) 介護保険法改正 2017年度末 介護療養病床の廃止・転換期限をH29年度末まで延長

- 介護療養病床の老健施設等への転換が進んでいない現状を踏まえ、転換期限をH29年度末まで6年延長（※平成24年以降、医療療養病床からの転換を含め、介護療養病床の新設は認めない）

【介護保険法改正の附帯決議】

介護療養病床の廃止期限の延長については、3年から4年後に実態調査をした上で、その結果に基づき必要な見直しについて検討すること。

<療養病床数の推移>

	H18(2006).3月	H24(2011).3月	<参考>H27(2015).3月
介護療養病床数	12.2万床	7.8万床 (△4.4万床)	6.3万床 (△5.9万床)
医療療養病床数	26.2万床	26.7万床 (+0.5万床)	27.7万床 (+1.5万床)
合計	38.4万床	34.5万床	34.0万床

※1 括弧内は平成18年(2006)との比較
※2 病床数については、病院報告から作成

医療療養病床（20対1・25対1）と介護療養病床の現状

療養病床については、医療法施行規則に基づき、看護師及び看護補助者の人員配置は、本則上4：1（診療報酬基準でいう20対1に相当）以上とされているが、同施行規則（附則）に基づき、経過措置として、平成30年3月31日までの間は、6：1（診療報酬基準でいう30対1に相当）以上とされている。

※ 医療法施行規則に基づく人員配置の標準は、他の病棟や外来を合わせ、病院全体で満たす必要がある。

		医療療養病床		介護療養病床
		20対1	25対1	
人員	医師	48:1(3人以上)	48:1(3人以上)	48:1 (3人以上)
	看護師及び 准看護師	20:1 (医療法では4:1)	25:1 (医療法では、4:1が原則だが、29年度末まで経過的に6:1が認められている。)	6:1 (診療報酬基準でいう30:1に相当) (医療法では、4:1が原則だが、29年度末まで経過的に6:1が認められている。)
	看護補助者	20:1 (医療法では、4:1)	25:1 (医療法では、4:1が原則だが、29年度末まで経過的に6:1が認められている。)	—
	介護職員	—	—	6:1
施設基準		6.4㎡以上	6.4㎡以上	6.4㎡以上
設置の根拠		医療法(病院・診療所)	医療法(病院・診療所)	医療法(病院・診療所)
病床数		約12.8万床(※1)	約8万床(※1)	約6.3万床(※2)
財源		医療保険	医療保険	介護保険
報酬(例)(※3)		療養病棟入院基本料1	療養病棟入院基本料	機能強化型A、療養機能強化型B、その他

14万床

2017年度末までに廃止

(※1)施設基準届出(平成25年7月1日現在)

(※2)病院報告(平成27年3月分概数)

(※3)療養病棟入院基本料は、医療区分・ADL区分等に基づく患者分類に基づき評価。介護療養施設サービス費は、要介護度等に基づく分類に基づき評価。

介護療養病床
はナーシング
ホームに

介護療養病床
の老健転換は
むりすじ

介護療養病床
の医療法人型
特養転換は？



I. 医療機能を内包した施設系サービス

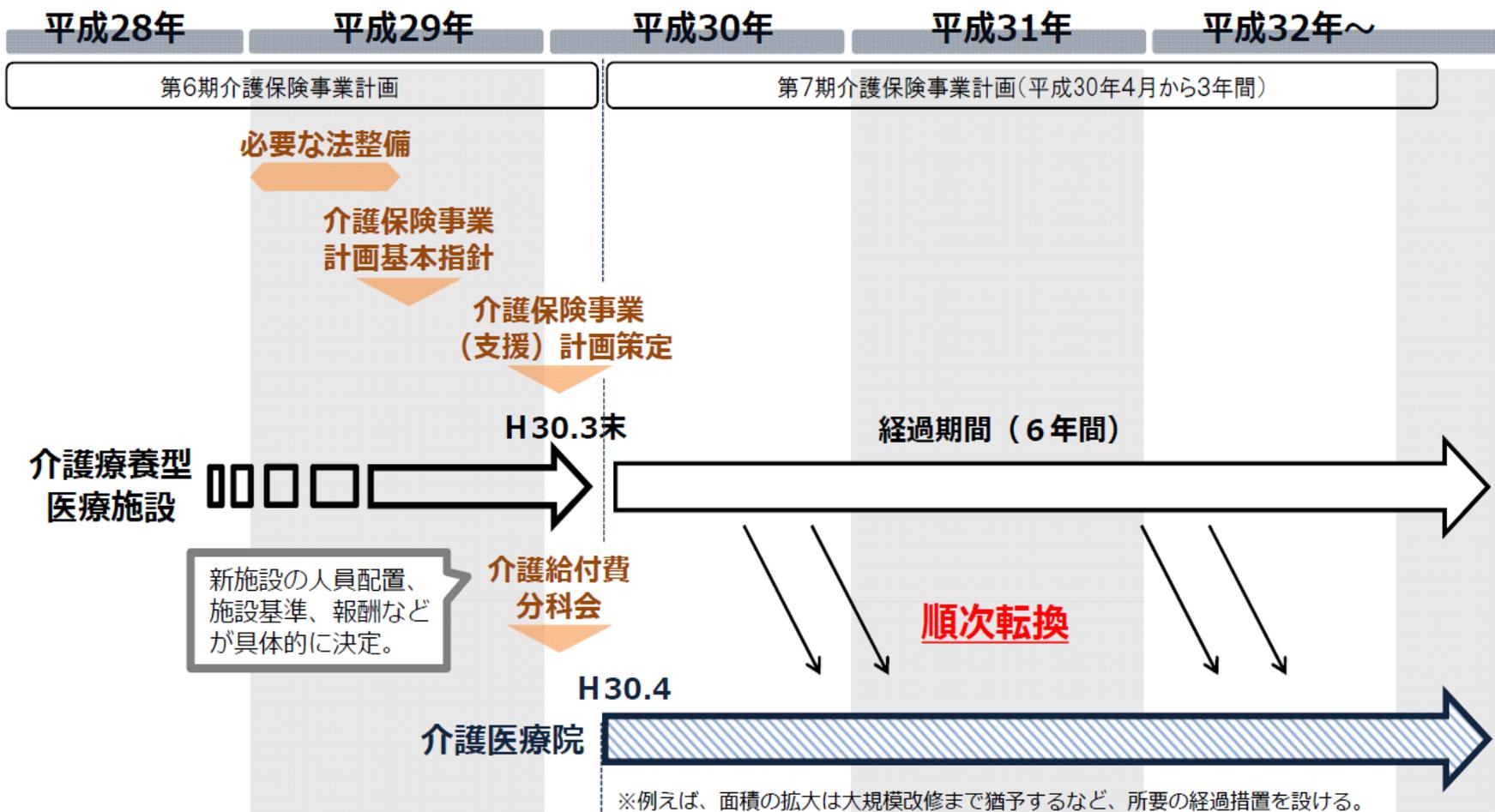
- 平成29年度末に設置期限を迎える介護療養病床等については、現在、これらの病床が果たしている機能に着目し、今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応、各地域での地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域の実情等に応じた柔軟性を確保した上で、その機能を維持・確保していく。

	新たな施設	
	(I)	(II)
基本的性格	要介護高齢者の長期療養・生活施設	
設置根拠 (法律)	介護保険法 ※ 生活施設としての機能重視を明確化。 ※ 医療は提供するため、医療法の医療提供施設にする。	
主な利用者像	重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者等 (療養機能強化型A・B相当)	左記と比べて、容体は比較的安定した者
施設基準 (最低基準)	介護療養病床相当 (参考：現行の介護療養病床の基準) 医師 48対1 (3人以上) 看護 6対1 介護 6対1	老健施設相当以上 (参考：現行の老健施設の基準) 医師 100対1 (1人以上) 看護 3対1 介護 ※ うち看護2/7程度
	※ 医療機関に併設される場合、人員配置基準の弾力化を検討。 ※ 介護報酬については、主な利用者像等を勘案し、適切に設定。具体的には、介護給付費分科会において検討。	
面積	老健施設相当 (8.0 m ² /床) ※ 多床室の場合でも、家具やパーテーション等による間仕切りの設置など、プライバシーに配慮した療養環境の整備を検討。	
低所得者への配慮 (法律)	補足給付の対象	

介護医療院
(仮称)

介護医療院に関するスケジュールのイメージ

- 介護医療院の創設に向けて、設置根拠などにつき、法整備を行った。
- 平成29年度末で設置期限を迎えることとなっていた介護療養病床については、その経過措置期間を6年間延長することとした。



介護医療院のポイント

- **【移行定着支援加算】 93単位/日**
 - 介護医療院の療養環境や医療必要度に応じて加算のメリハリをつける
 - ただし最初の3年の中で、転換後1年のみ。
- 3年目からは、一般病床からの転換や新設も認める？ただし、介護施設の総量規制の中
- 療養病床2の1への一本化で、療養病床2から介護医療院への転換を促す
- 従来介護療養病床の基本報酬は適正化？
- 介護医療院が老健、特養に与えるインパクト大

介護医療院 7～8万床！

- 現在約6万床ある介護療養病床から4万くらい、25対1医療療養病床の半分くらいが移行し、全体として7～8万床くらいになると想定している。
- 介護医療院協会を2018年4月に設立



日本慢性医療協会会長
武久洋三氏（2017年6月22日）

療養病床の概要

- 療養病床は、病院又は診療所の病床のうち、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるもの。
- **医療保険の『医療療養病床(医療保険財源)』と、介護保険の『介護療養病床(介護保険財源)』がある。**

	医療療養病床		介護療養病床	介護老人保健施設	特別養護老人ホーム
	20対1	25対1			
概要	病院・診療所の病床のうち、 <u>主として長期療養を必要とする患者を入院させるもの</u> ※看護職員の基準(診療報酬上の基準)で20対1と25対1が存在。		病院・診療所の病床のうち、 <u>長期療養を必要とする要介護者に対し、医学的管理の下における介護、必要な医療等</u> を提供するもの	要介護者にリハビリ等を提供し、 <u>在宅復帰を目指す施設</u>	要介護者のための <u>生活施設</u>
病床数	約14.4万床 ※1	<u>約7.2万床</u> ※1	<u>約5.9万床</u> ※2	約36.8万床 ※3 (うち、介護療養型:約0.9万床)	約56.7万床 ※3
設置根拠	医療法(病院・診療所)		医療法(病院・診療所) <u>介護保険法(介護療養型医療施設)</u>	介護保険法 (介護老人保健施設)	老人福祉法 (老人福祉施設)
施設基準	医師	48対1(3名以上)		100対1(常勤1名以上)	健康管理及び療養上の指導のための必要な数
	看護職員	4対1 (29年度末まで、6対1で可)	6対1 } 3対1 6対1	3対1 (うち看護職員を2/7程度を標準)	3対1
	介護職員 ※4	4対1 (29年度末まで、6対1で可)			
面積	6.4㎡		6.4㎡	8.0㎡ ※5	10.65㎡(原則個室)
設置期限	—		<u>平成35年度末</u> 法改正(H29年6月公布)で H29年度末から更に6年間延長	—	—

※1 施設基準届出(平成27年7月1日)
※4 医療療養病床にあつては、看護補助者。

※2 病院報告(平成28年3月分概数)

※3 介護サービス施設・事業所調査(平成27年10月1日)
※5 介護療養型は、大規模改修まで6.4㎡以上で可。

パート4

地域医療構想と 都道府県の役割

「地域医療構想は地域の医療提供体制を守る大きな仕事」

- 6月1日に開催された、「平成30年度 第1回 都道府県医療政策研修会」
- 「地域医療構想の業務は、地域の医療提供体制を守る大きな仕事である。これに携わることは宿命・運命であると捉え、真剣に取り組んでいきたい」
- 厚労省医政局地域医療計画課の佐々木健 課長



「地域医療構想の進め方」通知

地域医療構想WG・ 在宅医療WG合同会議	参考 資料
平成30年3月2日	2

医政地発0207第1号
平成30年2月7日

各都道府県衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省医政局地域医療計画課長
（ 公 印 省 略 ）

地域医療構想の進め方について

地域医療構想（医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第1項第7号に規定する地域医療構想をいう。以下同じ。）は、平成28年度中に全ての都道府県において策定され、今後は、地域医療構想調整会議（同法第30条の14第1項に規定する協議の場をいう。以下同じ。）を通じて、構想区域（同法第30条の4第1項第7号に規定する構想区域をいう。以下同じ。）ごとにその具体化に向けた検討を進めていく必要がある。

また、「経済財政運営と改革の基本方針2017（平成29年6月9日閣議決定）」において、地域医療構想の達成に向けて、構想区域ごとの地域医療構想調整会議での具体的議論を促進することが求められている。具体的には、病床の役割分担を進めるためのデータを国から都道府県に提供し、個別の病院名や転換する病床数の具体的対応方針の速やかな策定に向けて、それぞれの地域医療構想調整会議において2年間程度で集中的な検

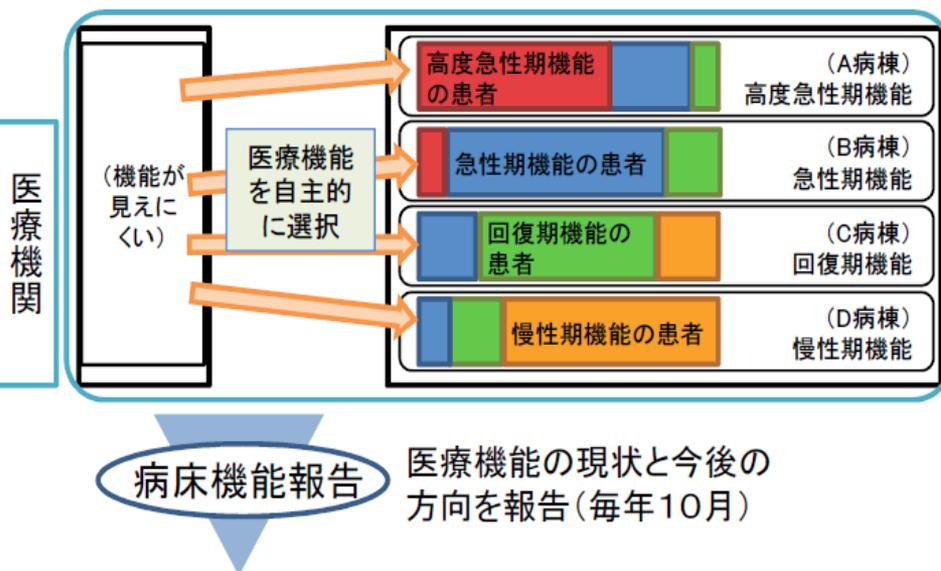
地域医療構想の進め方（通知）

- （ア）個別の医療機関ごとの具体的な対応方針
 - 公立病院に関すること
 - 公的医療機関に関すること
 - その他の医療機関に関すること
- （イ）非稼働病床に関すること
- （ウ）新たな医療機関の開設や増床に関すること

地域医療構想とは？

地域医療構想について

- 「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。平成28年度中に全都道府県で策定済み。
2015年
※ 「地域医療構想」は、二次医療圏単位での策定が原則。
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。



「地域医療構想」の内容

1. 2025年の医療需要と病床の必要量

- ・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と病床の必要量を推計
- ・在宅医療等の医療需要を推計
- ・都道府県内の構想区域(二次医療圏が基本)単位で推計

2. 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、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等

- 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

病床機能報告における4医療機能について

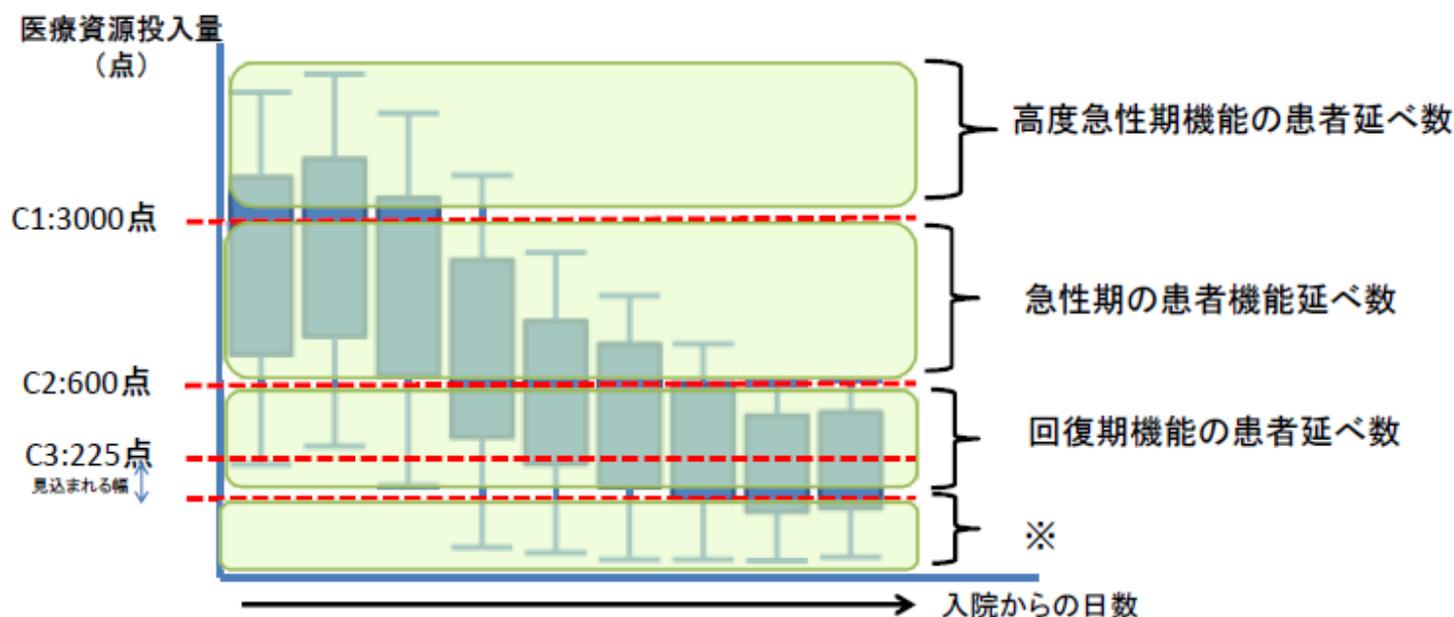
- 各医療機関（有床診療所を含む。）は、毎年、病棟単位で、医療機能の「現状」と「今後の方向」を、自ら1つ選択して、都道府県に報告。

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 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
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

- **回復期機能については、**「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション機能」のみではなく、リハビリテーションを提供していなくても「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合には、**回復期機能を選択できる。**
- 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択すること。
- 特定機能病院においても、病棟の機能の選択に当たっては、一律に高度急性期機能を選択するのではなく、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択すること。

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。

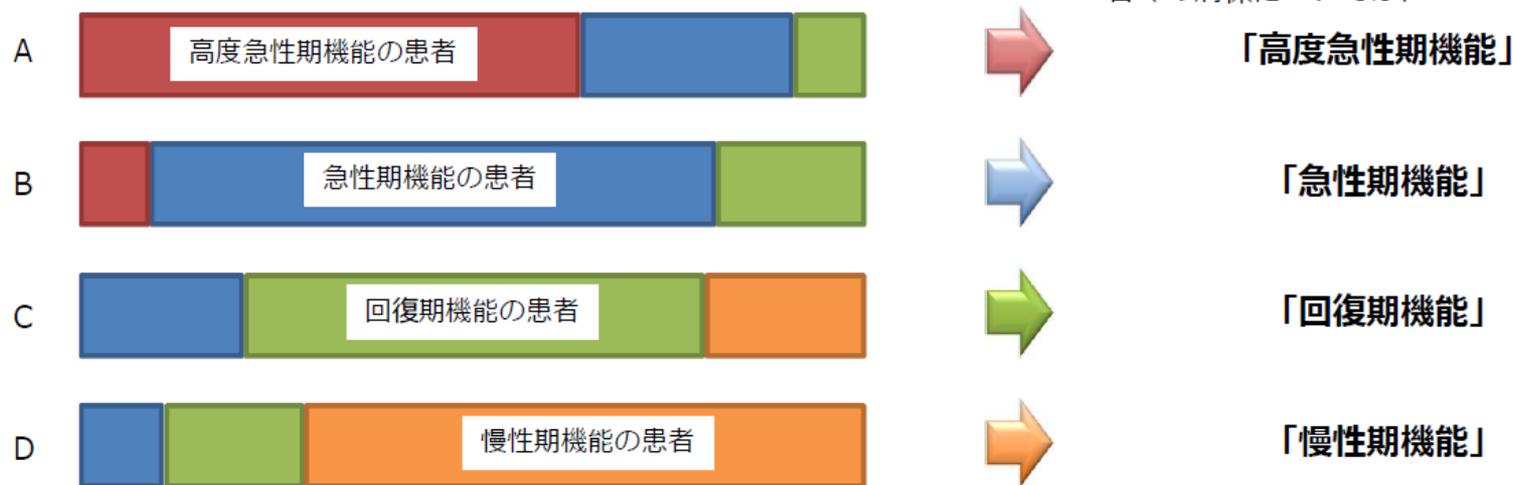


全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。

医療機能の選択に当たっての基本的な考え方

病床機能報告においては、病棟が担う医療機能をいずれか1つ選択して報告することとされているが、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、下図のように当該病棟でいずれかの機能のうち最も多くの割合の患者を報告することを基本とする。

(ある病棟の患者構成イメージ)



各々の病棟については、

「高度急性期機能」

「急性期機能」

「回復期機能」

「慢性期機能」

として報告することを基本とする。

具体的な医療の内容に関する項目と病床機能

- 病床機能報告における「具体的な医療の内容に関する項目」と、病床機能との関連性を以下のとおり整理。

【具体的な医療の内容に関する項目】

<様式2>

- 3. 幅広い手術の実施状況
- 4. がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況
- 5. 重症患者への対応状況
- 6. 救急医療の実施状況
- 7. 急性期後の支援・在宅復帰への支援の状況
- 8. 全身管理の状況
- 9. 疾患に応じたリハビリテーション・
早期からのリハビリテーションの実施状況
- 10. 長期療養患者の受入状況
- 11. 重度の障害児等の受入状況
- 12. 医科歯科の連携状況



急性期医療を全く提供していないと考えられる病棟について

- 高度急性期・急性期機能を選択した病棟について、「具体的な医療の内容に関する項目」の実施の有無を確認。

※ 平成29年度病床機能報告において、様式1で高度急性期又は急性期機能を報告している病院の病棟及び有床診療所のうち、様式2で以下の項目でレセプト件数、算定日数、算定回数が0件又は未報告と報告された病棟数を算出

高度急性期・急性期病棟と報告している病棟 (21,265病棟)

3. 幅広い手術の実施状況

該当なし：2,310病棟, 様式2未提出：1,938病棟

4. がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況

該当なし：1,746病棟, 様式2未提出：1,938病棟

5. 重症患者への対応状況

該当なし：1,741病棟, 様式2未提出：1,938病棟

6. 救急医療の実施状況

該当なし：1,548病棟, 様式2未提出：1,938病棟

8. 全身管理の状況

重症患者への対応

- ・ハイリスク分娩管理加算
- ・ハイリスク妊産婦共同管理料
- ・救急搬送診療料
- ・観血的肺動脈圧測定
- ・持続緩徐式血液濾過
- ・大動脈バルーンパンピング法
- ・経皮的心肺補助法
- ・補助人工心臓・植込型補助人工心臓
- ・頭蓋内圧持続測定
- ・血漿交換療法
- ・吸着式血液浄化法
- ・血球成分除去療法

全身管理

- ・中心静脈注射
- ・呼吸心拍監視
- ・酸素吸入
- ・観血的動脈圧測定
- ・ドレーン法
- ・胸腔若しくは腹腔洗浄
- ・人工呼吸
- ・人工腎臓
- ・腹膜灌流
- ・経管栄養カテーテル交換法

「全項目該当なし」：1,076病棟 + 「様式2未提出」：1,938病棟
= 3,014病棟 (約14%)

3

地域医療構想調整会議で機能について確認

地域医療構想の 実現プロセス

地域医療構想の実現プロセス

1. まず、医療機関が「地域医療構想調整会議」で協議を行い、機能分化・連携を進める。都道府県は、**地域医療介護総合確保基金**を活用。
2. 地域医療構想調整会議での協議を踏まえた自主的な取組だけでは、機能分化・連携が進まない場合には、医療法に定められた**都道府県知事の役割**を適切に発揮。

STEP1 地域における役割分担の明確化と将来の方向性の共有を「地域医療構想調整会議」で協議

個々の病院の再編に向け、各都道府県での「調整会議」での協議を促進。

- ① 救急医療や小児、周産期医療等の政策医療を担う中心的な医療機関の役割の明確化を図る
- ② その他の医療機関について、中心的な医療機関が担わない機能や、中心的な医療機関との連携等を踏まえた役割の明確化を図る

STEP2「地域医療介護総合確保基金」により支援

都道府県は、「**地域医療介護総合確保基金**」を活用して、医療機関の機能分化・連携を支援。

- ・病床機能の転換等に伴う施設整備・設備整備の補助等を実施。

STEP3 都道府県知事による適切な役割の発揮

都道府県知事は、医療法上の役割を適切に発揮し、機能分化・連携を推進。

【医療法に定められている都道府県の権限】

- ① **地域で既に過剰**になっている医療機能に転換しようとする医療機関に対して、**転換の中止の命令**(公的医療機関等)及び**要請・勧告**(民間医療機関)
- ② 協議が調わない等の場合に、地域で**不足している医療機能を担うよう指示**(公的医療機関等)及び**要請・勧告**(民間医療機関)
- ③ 病院の開設等の許可申請があった場合に、地域で不足している医療機能を担うよう、開設等の許可に条件を付与
- ④ 稼働していない病床の削減を命令(公的医療機関等)及び**要請・勧告**(民間医療機関)

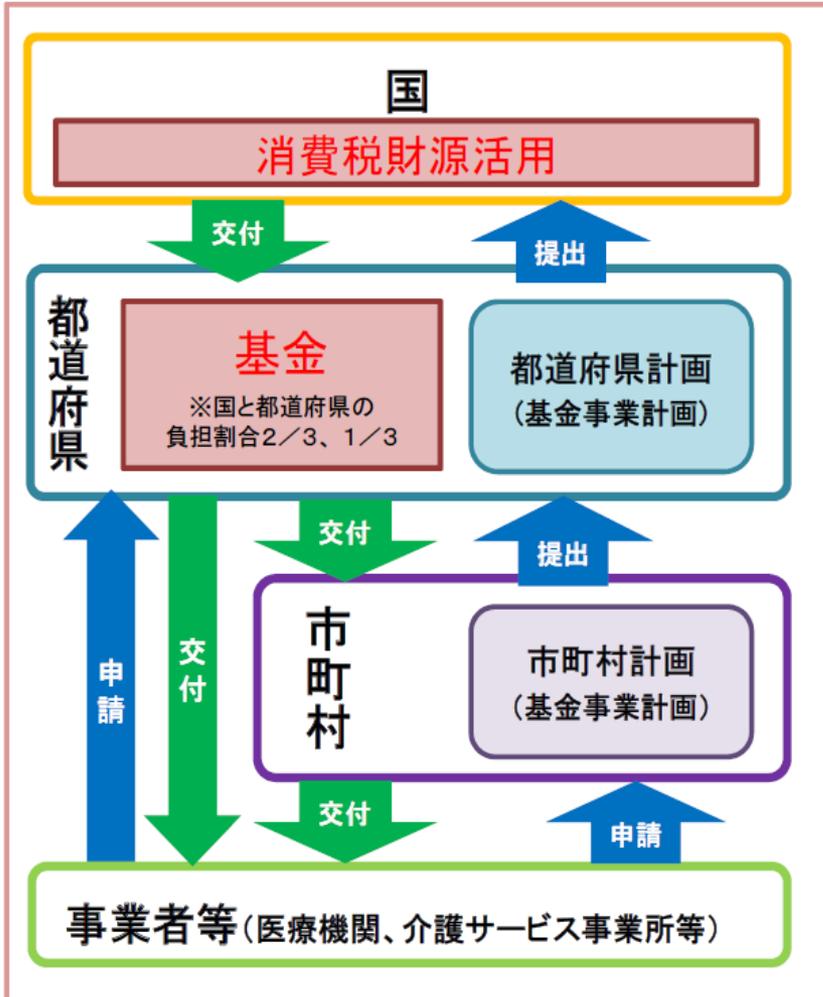
※ ①～④の実施には、都道府県の医療審議会の意見を聴く等の手続きを経る必要がある。

※ 勧告、命令、指示に従わない医療機関には、医療機関名の公表や地域医療支援病院の承認の取消し等を行うことができる。

は、将来の方向性を踏まえた、自主的な取組だけでは、機能分化・連携が進まない場合

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、平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度(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

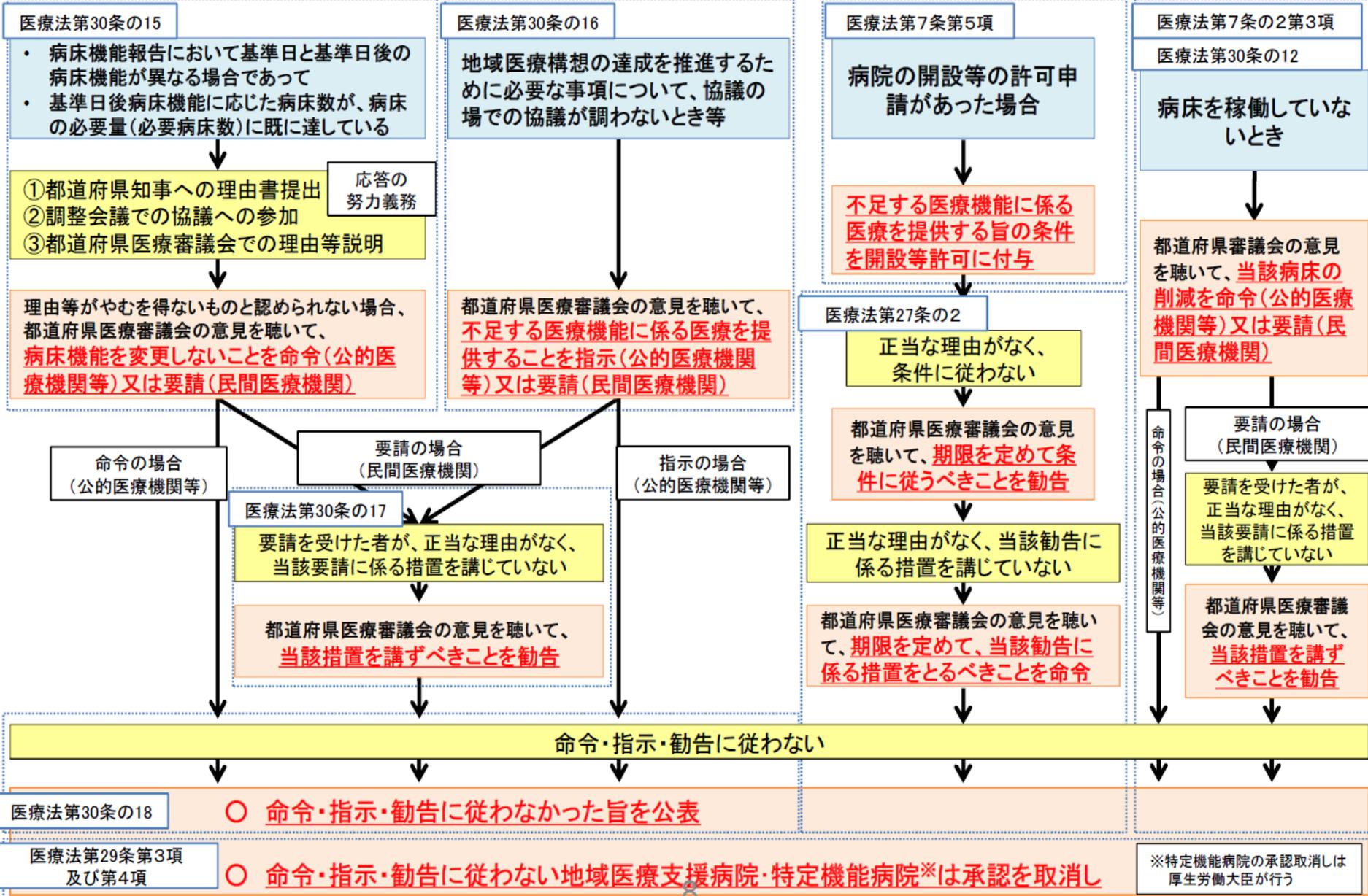
※ 基金の対象事業は、平成26年度は医療を対象として1、2、4を、平成27年度以降は介護を含めて全ての事業としている。

都道府県知事の権限の行使の流れ

【過剰な医療機能への転換の中止等】

【不足する医療機能への転換等の促進】

【非稼働病床の削減】



医療法第30条の15

• 病床機能報告において基準日と基準日後の病床機能が異なる場合であって
• 基準日後病床機能に応じた病床数が、病床の必要量(必要病床数)に既に達している

- ①都道府県知事への理由書提出
②調整会議での協議への参加
③都道府県医療審議会での理由等説明

応答の
努力義務

理由等がやむを得ないものと認められない場合、
都道府県医療審議会の意見を聴いて、
病床機能を変更しないことを命令(公的医療機関等)又は要請(民間医療機関)

命令の場合
(公的医療機関等)

要請の場合
(民間医療機関)

指示の場合
(公的医療機関等)

医療法第30条の17

要請を受けた者が、正当な理由がなく、
当該要請に係る措置を講じていない

都道府県医療審議会の意見を聴いて、
当該措置を講ずべきことを勧告

医療法第30条の16

地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について、協議の場での協議が調わないとき等

都道府県医療審議会の意見を聴いて、
不足する医療機能に係る医療を提供することを指示(公的医療機関等)又は要請(民間医療機関)

医療法第7条第5項

病院の開設等の許可申請があった場合

不足する医療機能に係る医療を提供する旨の条件を開設等許可に付与

医療法第27条の2

正当な理由がなく、
条件に従わない

都道府県医療審議会の意見を聴いて、
期限を定めて条件に従うべきことを勧告

正当な理由がなく、当該勧告に係る措置を講じていない

都道府県医療審議会の意見を聴いて、
期限を定めて、当該勧告に係る措置をとるべきことを命令

医療法第7条の2第3項
医療法第30条の12

病床を稼働していないとき

都道府県審議会の意見を聴いて、
当該病床の削減を命令(公的医療機関等)又は要請(民間医療機関)

命令の場合(公的医療機関等)

要請の場合
(民間医療機関)

要請を受けた者が、
正当な理由がなく、
当該要請に係る措置を講じていない

都道府県医療審議会の意見を聴いて、
当該措置を講ずべきことを勧告

医療法第30条の18

○ 命令・指示・勧告に従わなかった旨を公表

医療法第29条第3項
及び第4項

○ 命令・指示・勧告に従わない地域医療支援病院・特定機能病院※は承認を取消し

※特定機能病院の承認取消しは厚生労働大臣が行う

地域医療構想の進め方（通知）

- （ア）個別の医療機関ごとの具体的な対応方針
 - 公立病院に関すること
 - 公的医療機関に関すること
 - その他の医療機関に関すること
- （イ）非稼働病床に関すること
- （ウ）新たな医療機関の開設や増床に関すること

開設主体別医療機関の財政・税制上の措置

開設主体別医療機関	財政			税制			
	政府 出資金*1	運営費 交付金*2 ・繰入金	補助金	国税	地方税		
				法人税 (医療保健業)	事業税 (医療保健業)	不動産取得税	固定資産税
公立病院	-	○*3	対象*4	非課税	非課税	非課税	非課税
国民健康保険組合	-	-	対象*4	非課税	非課税	一部非課税*5	一部非課税*5
日本赤十字社	-	-	対象*4	非課税	非課税	一部非課税*5	一部非課税*5
済生会	-	-	対象*4	非課税	非課税	一部非課税*5	一部非課税*5
厚生連	-	-	対象*4	非課税	非課税	一部非課税*5	一部非課税*5
北海道社会事業協会	-	-	対象*4	非課税	非課税	一部非課税*5	一部非課税*5
国家公務員共済組合連合会	-	-	対象*4	非課税	非課税	一部非課税*5	一部非課税*5
公立学校共済組合	-	-	対象*4	非課税	非課税	一部非課税*5	一部非課税*5
日本私立学校振興・共済事業団	○	-	対象*4	非課税	非課税	一部非課税*5	一部非課税*5
健康保険組合	-	-	対象*4	非課税	非課税	一部非課税*5	一部非課税*5
地域医療機能推進機構	○	-	対象*4	非課税	非課税	非課税	一部非課税*5
国立病院機構	○	○*6	対象*4	非課税	非課税	非課税	一部非課税*5
労働者健康安全機構	○	○*6	対象*4	非課税	非課税	非課税	一部非課税*5
(参考) 公益社団法人、公益財団法人	-	-	対象*4	一部非課税*7	一部非課税*7	一部非課税*5	一部非課税*5
(参考) 社会医療法人	-	-	対象*4	一部非課税*8	一部非課税*8	一部非課税*5	一部非課税*5
(参考) 医療法人	-	-	対象*4	課税	課税	課税	課税*9

*1: 政府出資金とは、独立行政法人等において、その業務を確実に実施するために必要な資本金その他の財産的基礎を有する必要があり、これに対して政府が出資することをいう(参考: 独立行政法人通則法第8条第1項)。日本私立学校振興・共済事業団に関しては、私立学校への助成事業のみ。

*2: 運営費交付金とは、独立行政法人が行う業務の財源に充てるために必要な金額の全部又は一部に相当する金額について、国が予算の範囲内で交付する資金。

*3: 地方公営企業法第17条の2(経費の負担の原則)及び総務省が定めた繰出基準(総務副大臣通知)に基づき、一般会計が負担すべき経費(経営に伴う収入をもって充てることが適当でない経費及び能率的な経営を行ってもなおその経営に伴う収入のみをもって充てることが客観的に困難であると認められる経費)を公営企業会計に対して繰り入れているもの。

*4: 個別の補助金の目的や性質によって対象外にもなりえる。なお、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、全国厚生農業協同組合連合会の会員である厚生(医療)農業協同組合連合会、社会福祉法人北海道社会事業協会、公益社団法人、公益財団法人、学校法人、社会医療法人、健康保険組合、国家公務員共済組合連合会及び公立学校共済組合が開設した病院について、公立病院と同様に当該地域の医療確保のため、公立病院に対する繰入金に準じて自治体から運営費に関する補助金の交付を受けている場合がある。

*5: 経営する病院及び診療所において直接その用に供する資産などは非課税。

*6: 国立病院機構では、国期間分の退職給付金費用や臨床研究事業経費等に、労働者健康安全機構では、未払賃金立替払事業や研究・試験及び成果の普及事業等に使用されており、両機構とも診療事業には使用していない。

*7: 法人税法令で定める収益事業に該当する医療保健業、公益目的事業は非課税。

*8: 社会医療法人では、医療保健業(附帯業務、収益業務は除く。)は非課税。

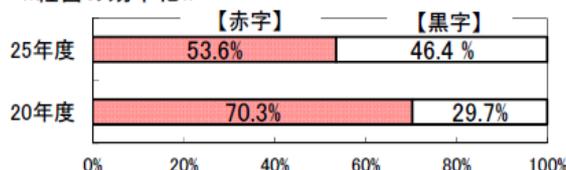
*9: 自治体の条例により減免を行っている場合がある。

公立病院改革の推進

- 「新公立病院改革ガイドライン」(平成27年3月)に基づき新公立病院改革プランの策定を要請。
- 平成29年3月31日現在で新公立病院改革プランを策定済の病院は800(全体の92.7%)。
- 医療提供体制の改革と連携して公立病院の更なる経営効率化、再編・ネットワーク化等を推進。

公立病院改革ガイドライン(H19年12月)に基づくこれまでの取組の成果

《経営の効率化》



《再編・ネットワーク化》

- ・統合・再編等に取り組んでいる病院数 162病院
- ・再編等の結果、公立病院数は減少
H20: 943 ⇒ H25: 892 (△ 51病院)

《経営形態の見直し》

- ・地方独立行政法人化(非公務員型) 69病院
 - ・指定管理者制度導入(いわゆる公設民営) 21病院
 - ・民間譲渡・診療所化 50病院
- (予定含む数)

新公立改革ガイドライン(H27年3月)に基づく更なる改革の推進

1 新公立病院改革プランの策定を要請

- (1) 策定時期: 地域医療構想の策定状況を踏まえつつH27年度又はH28年度中
- (2) プランの内容: 以下の4つの視点に立った取組を明記

地域医療構想を踏まえた役割の明確化

- ・病床機能、地域包括ケア構築等を明確化

経営の効率化

- ・経常収支比率等の数値目標を設定

再編・ネットワーク化

- ・経営主体の統合、病院機能の再編を推進

経営形態の見直し

- ・地方独立行政法人化等を推進

2 都道府県の役割・責任を強化

- 再編・ネットワーク化への積極的な参画、新設・建替へのチェック機能の強化等

3 地方財政措置の見直し

- (1) 再編・ネットワーク化への財政措置の重点化(H27年度～)

通常の整備 …… 25%地方交付税措置
再編・ネットワーク化に伴う整備 …… 40%地方交付税措置

- (2) 特別交付税措置の重点化(H28年度～)

- 措置率(8割)の導入、都道府県の役割・責任の強化、財政力に応じた算定
- 公的病院等への措置も公立病院に準じて継続

医療介護総合確保推進法(H27年4月施行)に基づく取組(厚生労働省)

1 医療提供体制の改革(病床機能の分化・連携)

- 都道府県が、2025年の機能別の医療需要・必要病床数※と目指すべき医療提供体制等を内容とする地域医療構想を策定
(平成29年3月31日現在、全ての都道府県で策定済)

※ イメージ [構想区域単位で策定]

	2025年(推計)	
	医療需要	必要病床数
高度急性期	○○○ 人/日	○○○ 病床
急性期	□□□ 人/日	□□□ 病床
回復期	△△△ 人/日	△△△ 病床
慢性期	▲▲▲ 人/日	▲▲▲ 病床

2 実現するための方策

- 都道府県による「地域医療構想調整会議」の開催
- 知事の医療法上の権限強化(要請・指示・命令等)
- 医療介護総合確保基金を都道府県に設置

連携

公的医療機関等2025プラン

- 公的医療機関※、共済組合、健康保険組合、国民健康保険組合、地域医療機能推進機構、国立病院機構及び労働者健康安全機構が開設する医療機関、地域医療支援病院及び特定機能病院について、地域における今後の方向性について記載した「公的医療機関等2025プラン」を作成し、策定したプランを踏まえ、地域医療構想調整会議においてその役割について議論するよう要請。 ※新公立病院改革プランの策定対象となっている公立病院は除く。

対象病院数

約810病院

記載事項

【基本情報】

- ・医療機関名、開設主体、所在地 等

【現状と課題】

- ・構想区域の現状と課題
- ・当該医療機関の現状と課題 等

【今後の方針】

- ・当該医療機関が今後地域において担うべき役割 等

【具体的な計画】

- ・当該医療機関が今後提供する医療機能に関する事項
(例)・4機能ごとの病床のあり方について
・診療科の見直しについて 等
- ・当該医療機関が今後提供する医療機能に関する、具体的な数値目標
(例)・病床稼働率、手術室稼働率等、当該医療機関の実績に関する項目
・紹介率、逆紹介率等、地域との連携に関する項目、人件費率等、経営に関する項目 等

策定期限

- 救急医療や災害医療等の政策医療を主として担う医療機関: 平成29年9月末
(3回目の地域医療構想調整会議で議論)
- その他の医療機関: 平成29年12月末 (4回目の地域医療構想調整会議で議論)

●地域医療構想調整会議の議論のサイクル

4～6月	7～9月	10～12月	1～3月
病床機能報告等のデータ等を踏まえ、各医療機関の役割を明確化	医療機能、事業等ごとの不足を補うための具体策を議論	各役割を担う医療機関名を挙げ、機能転換等の具体策の決定	具体的な医療機関名や進捗評価指標、次年度基金の活用等を含む取りまとめ

留意点

- 各医療機関におけるプランの策定過程においても、地域の関係者からの意見を聴くなどにより、構想区域ごとの医療提供体制と統合的なプランの策定が求められる。
- 各医療機関は、プラン策定後、速やかにその内容を地域医療構想調整会議に提示し、地域の関係者からの意見を聴いた上で、地域の他の医療機関との役割分担や連携体制も含め、構想区域全体における医療提供体制との整合性をはかることが必要。地域医療構想調整会議における協議の方向性との齟齬が生じた場合には、策定したプランを見直すこととする。
- さらに、上記以外の医療機関においても、構想区域ごとの医療提供体制の現状と、現に地域において担っている役割を踏まえた今後の方針を検討することは、構想区域における適切な医療提供体制の構築の観点から重要である。まずは、それぞれの医療機関が、自主的に検討するとともに、地域の関係者との議論を進めることが望ましい。

2. 公立・公的病院等を中心とした機能分化・連携の推進に関する論点

- 各構想区域において、公立・公的病院等ごとに「新公立病院改革プラン」「公的医療機関等2025プラン」の協議が進行しており、各構想区域の医療需要や現状の病床稼働率等を踏まえて、公立・公的病院等でなければ担えない分野へ重点化された具体的対応方針が決定されることが重要である。
- また、地域における救急医療、小児医療、周産期医療等の政策医療を確保する観点から、公立・公的病院等を中心とした機能分化・連携の推進に関する議論を一層深化させる必要がある。
- 一部の都道府県では、急性期医療の確保の観点から、公立・公的病院等の再編統合の具体的取組が進んでいるが、多くの構想区域では、再編統合の必要性について、議論ができていない。また、公立・公的病院等の再編統合の具体的事例の分析が十分にできていないことから、その意義について認識の共有ができていないのではないか。



- 公立・公的病院等を中心とした機能分化・連携の推進に向けて、
 - ① 地域医療構想WGにおいて構想区域ごとの取組状況の分析
 - ② 再編統合の事例の見える化について具体的に検討を進めてはどうか。

南和地域の広域医療提供体制の再構築

発想の契機

- ・町立大淀病院
- ・県立五條病院
- ・国保吉野病院

3つの公立病院(急性期)がそれぞれ医療を提供



連携内容

医療機能が低下している3つの公立病院を、1つの救急病院(急性期)と2つの地域医療センター(回復期・療養期)に役割分担し、医療提供体制を再構築

12市町村とともに、県が構成員として参加する全国でも珍しい一部事務組合で3病院の建設、改修、運営を実施

南和広域医療企業団

回復期・慢性期

吉野病院
改修 (H28年4月)



急性期・回復期
南奈良総合医療センター
新設 (H28年4月)

回復期・慢性期

五條病院
改修 (H29年4月)



連携

H29.3ドクターヘリ
運用開始



連携の成果

- ・急性期から慢性期まで切れ目の無い医療提供体制を構築
- ・救急搬送受入数 計 5.7件→11.2件/日 (H28年度実績)
- ・病床利用率 65.0%→88.8% (H28年度実績)
- ・へき地診療所との連携強化
(医療情報ネットワークで結び、病院の予約や検査結果の相互利用)

南和地域の医療提供体制の再構築、ドクターヘリの運用により、救急医療、へき地医療、災害医療等が充実

再編前

3病院の医師数
(常勤換算)
※全て急性期病院

五條病院 25.7人
大淀病院 13.0人
吉野病院 9.7人
(計 48.4人)

(参考)

南和医療圏
人口 78,116人
(2015年)
医師数 107人
(2014年)
人口10万人あたり医師数
137人
(2014年)



再編後

集約化のメリット

集約化による急性期機能の向上

3病院の医師数計
48.4人 ⇒ 60.8人 (H28.4月時点)
(1.26倍)
に対し
救急搬送受け入れ件数
2,086件 ⇒ 4,104件 (H28実績)
(1.97倍)

症例集積や研修機能の向上による若手医師への魅力向上

- ✓ 専門研修基幹施設(1領域)
総合診療科
- ✓ 専門研修連携施設(12領域)
内科、外科、小児科、整形外科、
救急科、脳神経外科、麻酔科、
皮膚科、病理、形成外科
放射線科、総合診療科
- ✓ 基幹型臨床研修指定病院の指定申請(H31年度の入受を目指す)

病院の役割の明確化による医局からの協力

- ✓ 医大医師配置センターから
3病院への派遣人数 (H28.4派遣)
- 要請人数 52人(25診療科)
- 派遣人数 51人(25診療科)

24時間365日の救急体制のために必要な医師数

スケールメリットによる診療科の増加・強化

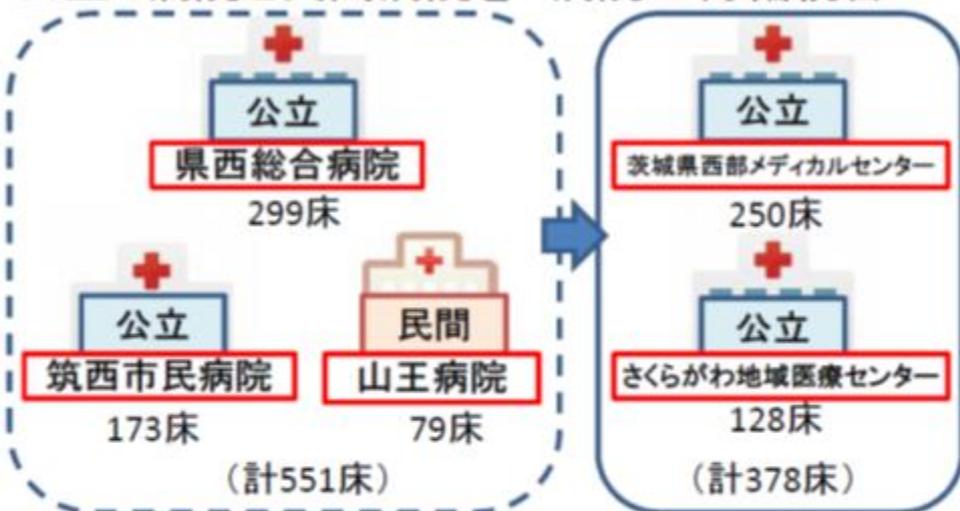
- ✓ 再編後に開始した診療科
 - 産婦人科
 - 歯科口腔外科
 - 精神科
 - 救急科
- ✓ 小児科の機能強化
 - 南奈良総合医療センターに機能集約
 - 小児科救急輪番の充実
輪番日以外にも宿直対応、
 - 夕診、午後診も実施

3病院の医師数
(H29.4.1現在)
(急性期中心)
南奈良総合医療センター
_____ 58.2人
(回復期・慢性期中心)
吉野病院
_____ 5.8人
五條病院
_____ 3.0人
(計 67.0人)

病院再編の概要(筑西)

【概要】

公立2病院と民間病院を2病院へ再編統合



【期待される役割】

当該地域において二次救急医療までを完結

(参考1)新病院の概要

病院名	茨城県西部メディカルセンター	さくらがわ地域医療センター
所在地	筑西市	桜川市
運営	地方独立行政法人茨城県西部医療機構(新設)	山王病院へ指定管理
規模	一般250床	一般80床 療養48床
診療科目	共通	内科, 小児科, 外科, 整形外科, 眼科
	独自	泌尿器科, 耳鼻咽喉科, 皮膚科・形成外科, 救急科

H21	茨城県地域医療再生計画に新病院整備を位置付け
H22	当該地域における医療提供体制あり方検討会議 ⇒建設場所の問題でまとまらず
H23	東日本大震災の被災等もあり, 公立2病院の統合に 両市基本合意
スキーム, 建設場所, 病院機能等について紆余曲折 ⇒県, 両市の勉強会を実施(10回開催)	
H26	民間病院を含む3病院のスキームについて両市合意
H27	・基本構想策定 ・基本設計着手
H30	開院予定(10月)

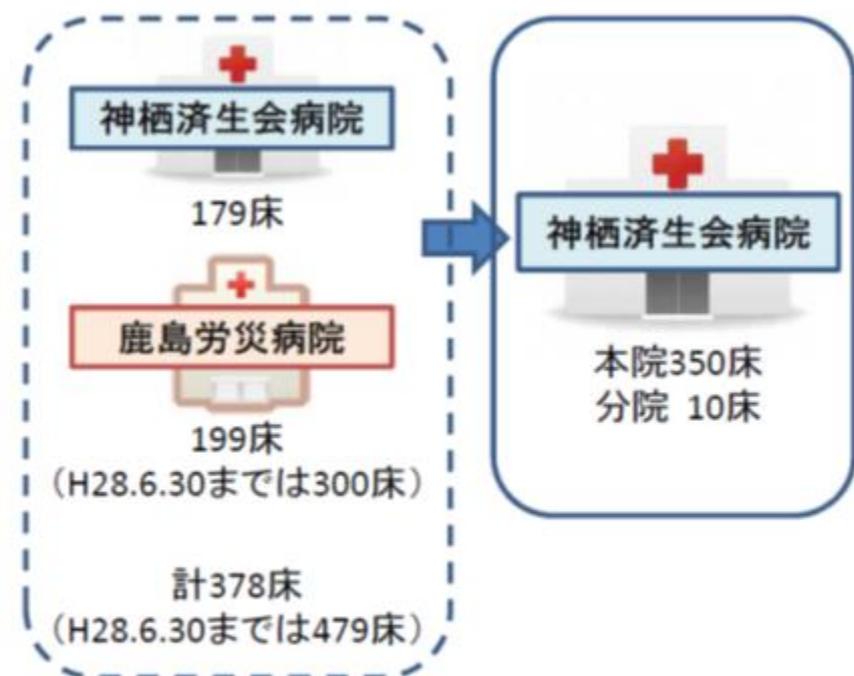
(参考2)概算費用

茨城県西部メディカルセンター 128億円
さくらがわ地域医療センター 73億円
(うち県の支援額26億円)

病院再編の概要(鹿行)

【概要】

2病院を再編統合し、**医療資源を集約化**



【概算費用】

本院整備 7,716百万円(うちH30施工分344百万円)
 分院整備 345百万円(全額H30施工分)

※H30における県・市の支援額
 県 172百万円(補助率1/4)
 市 230百万円(補助率1/3)

時期	内容
H26～27	H25の鹿島労災病院の医師大量退職を受け、神栖市、済生会病院、労災病院が中心となって議論するが具体的な方向性のとりまとめに至らず
H28.5	「鹿島労災病院と神栖済生会病院の今後のあり方検討委員会報告書」 ※再編の必要性や再編の基本的な考え方等
H28.7	「再編統合協議会」及び「再編統合準備室」設置 ※再編案や再編統合後の医療体制等について協議
H28.11～	住民説明会の開催
H29.4	「再編統合に伴う新病院等整備のための基本構想」決定 ※目指す姿や本院・分院の基本方針等
H29.8	「再編統合に係る基本合意書」締結 ※労災病院を済生会病院に統合。本院として済生会病院を増築整備、労災病院の所在地に分院として診療所を整備
H30.2	第5回再編統合協議会 ※統合時期(H31.4.1)、財産移譲、職員雇用、県・市の支援について合意
H30.6 (予定)	「再編統合に係る基本合意書に関する協定書」締結 ※統合時期、財産移譲、職員雇用、県・市の支援、統合後の病床数等
H31.3 (予定)	鹿島労災病院の廃止
H31.4 (予定)	両病院の統合、分院開院 ※出来るだけ早期に本院を増築

北海道の地域医療構想の概要と北空知構想区域の記載について

概要

- 道全体では、約1,900床(平成27年病床機能報告集計数の約2%)が過剰となる一方で、回復期機能が約14,800床(現在の約260%相当)不足すると推計
- 一部区域では、自治体病院等を中心とした具体的な機能分化・連携のイメージを提示

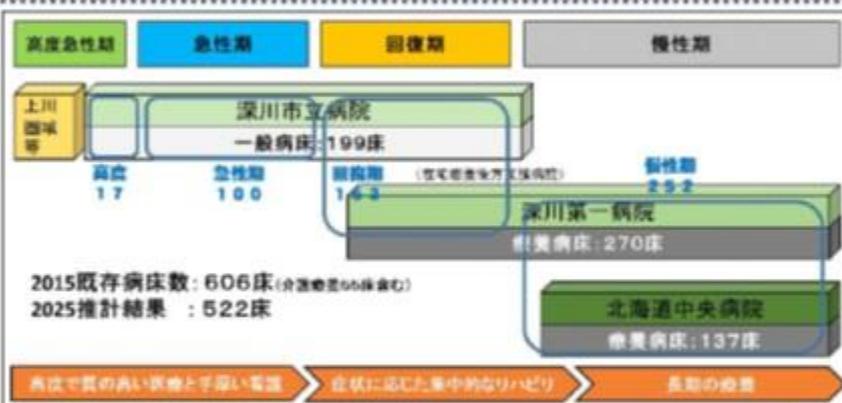
構想区域の設定(21構想区域)



北空知構想区域の2025年の病床の必要量と在宅医療等の必要量

区分	平成27(2015)年における機能別病床数(病床機能報告)	平成37(2025)年における病床の必要量
高度急性期	0床	17床
急性期	191床	100床
回復期	0床	153床
慢性期	407床	252床
病床計	598床	522床
在宅医療等の必要量	—	524人/日

北空知構想区域の地域医療構想達成に向けたポイント



・左図を「北空知圏域の医療機能の分化・連携イメージ」として提示



・一部の病床の機能を転換する図(赤枠)を示し、「回復期機能の充足のために各病院がどのように役割分担を行うか等について議論」と記載

青森県の地域医療構想調整会議における検討内容

医療法に定める地域医療構想調整会議の開催

地域医療構想の記載内容(病床機能の分化・連携の推進)

- 構想区域内における医療機関の役割分担の明確化、連携体制の強化による、効率的・効果的な医療提供体制を構築
- 自治体病院等の機能再編成を推進

調整会議(津軽構想区域)での議論

- 新たな中核病院の整備による医療資源の集約を通じて、救急医療体制の確保と充実、急性期医療、専門医療の対応力向上
- その他の医療機関については、病床稼働率等の状況を踏まえた、病床規模の見直し及び回復期・慢性期機能へ転換

➡ **基本的な方向性について、関係者間で合意。今後、具体策について議論を深化。**

新たな中核病院の整備による自治体病院等機能再編成のイメージ

<津軽構想区域>

新たな中核病院



- ・ 国立病院機構弘前病院 (342床)
- ・ 弘前市立病院(250床)

統合し、**新たな中核病院を整備**

- ・ 救命救急センター
- ・ 臨床研修指定病院
- ・ 地域災害拠点病院
- ・ 地域周産期母子医療センター
- ・ 地域医療支援病院 等

黒石病院 (機能分化、病床削減)



回復期機能へ

板柳中央病院 (機能分化)



回復期、慢性期機能へ

大鰐病院 (機能転換、病床削減)



慢性期機能、老健等へ

- ・ 黒石病院(257床)
- ・ 大鰐病院(60床)
- ・ 板柳中央病院(87床)
- ・ その他の中小病院

病床規模の縮小や
回復期・慢性期機能へ転換

再編統合に関する議論の状況①

再編統合に関する議論を行っている構想区域



24構想区域／341構想区域

今後予定されている主な再編統合事例①

※議論の途上にある事例も含まれる。

【現状】

【再編後の予定】

	病院名	設置主体	所在地	許可病床数					休棟 など	統合	病院名	設置主体	所在地	許可病床数				再編予 定時期
				高度	急性	回復	慢性	高度						急性	回復	慢性		
青森県	国立病院機構弘前病院	(独)国立病院機構	弘前市	342	342				統合	新病院	(独)国立病院機構	弘前市	440～ 450	(調整中)				未定
	弘前市立市民病院	市	弘前市	250	214	36												
宮城県	栗原市立栗原中央病院	市	大崎・栗原	300	200	50	50		統合	栗原市立栗原中央病院	市	大崎・栗原	300	200	50	50	H31.4	
	宮城県立循環器・呼吸器病センター	地方独立行政法人	大崎・栗原	90	90			※併せて結核病床等を移管する。(50床→29床)										
山形県	米沢市立病院	市	米沢市	322	5	283	34		再編	米沢市立病院	市	米沢市	300	300			H35.4	
	三友堂病院	医療法人	米沢市	190	5	115	58	12						170		170		
茨城県	神栖済生会病院	済生会	神栖市	179	93			86	統合	神栖済生会病院(本院)	済生会	神栖市	350	(調整中)				H31.4
	鹿島防災病院	(独)労働者健康安全機構	神栖市	199	100			99						神栖済生会病院(分院)	済生会	神栖市	10	

再編統合に関する議論の状況②

今後予定されている主な再編統合事例②

※議論の途上にある事例も含まれる。

【現状】

	病院名	設置主体	所在地	許可病床数					休棟 など
				高度	急性	回復	慢性		
茨城県	筑西市民病院	市	筑西市	173	173				
	県西総合病院	市	桜川市	299	253		46		
	山王病院	民間	桜川市	79	43		36		



【再編後の予定】

	病院名	設置主体	所在地	許可病床数				再編予 定時期
				高度	急性	回復	慢性	
	茨城県西部メディ カルセンター	市	筑西市	250	(調整中)			H30.10
	さくらがわ地域医 療センター	市※	桜川市	128	(調整中)			
※さくらがわ地域医療センターの運営は山王病院 (指定管理)								

愛知県	岡崎市民病院	市	岡崎市	715	298	417			
	愛知県がんセンター愛 知病院	県	岡崎市	226	4	222			



	岡崎市民病院	市	岡崎市		(調整中)			H31.4
	(岡崎市移管)	市	岡崎市					

兵庫県	県立柏原病院	県	丹波市	303	4	215		84
	柏原赤十字病院	日赤	丹波市	95	95			



	県立丹波医療セ ンター (仮称)	県	丹波市	320	(調整中)			H31

兵庫県	県立姫路循環器病セン ター	県	姫路市	350	25	325		
	製鉄記念広畑病院	医療法人	姫路市	392	190	194		



	はりま姫路総合 医療センター	県	姫路市	736	(調整中)			H34

徳島県	阿南中央病院	公益法人	阿南市	229	120	30	50	29
	阿南共栄病院	厚生連	阿南市	343	283	40		20



	阿南医療セン ター※	厚生連	阿南市	398	278	70	50	H31春
※建物は民間の中央病院を継承し、組織運営は厚生連が担う								

再編統合に関する議論の状況②

今後予定されている主な再編統合事例②

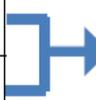
※議論の途上にある事例も含まれる。

【現状】

	病院名	設置主体	所在地	許可病床数					休棟 など
				高度	急性	回復	慢性		
熊本県	公立玉名中央病院	一部事務組合	玉名市	302	262	40			
	玉名郡市医師会立玉名 地域保健医療センター	その他の法人	玉名市	150	53	47	50		
鹿児島県	鹿児島医療センター	(独)国立病院 機構	鹿児島市	370	31	339			
	鹿児島通信病院	会社	鹿児島市	50	50				
沖縄県	沖縄県立北部病院	県	名護市	257	18	214	25		
	公益社団法人北部地区 医師会病院	公益法人	名護市	200	6	139	55		

【再編後の予定】

	病院名	設置主体	所在地	許可病床数				再編予 定時期
				高度	急性	回復	慢性	
	くまもと県北病 院	地方独立行 政法人	玉名市	402	(調整中)			H33.4
	鹿児島医療セン ター	(独)国立病 院機構	鹿児島市	410	31	379		H30.4
	(両病院を統 合)	調整中	調整中	調整中			未定	

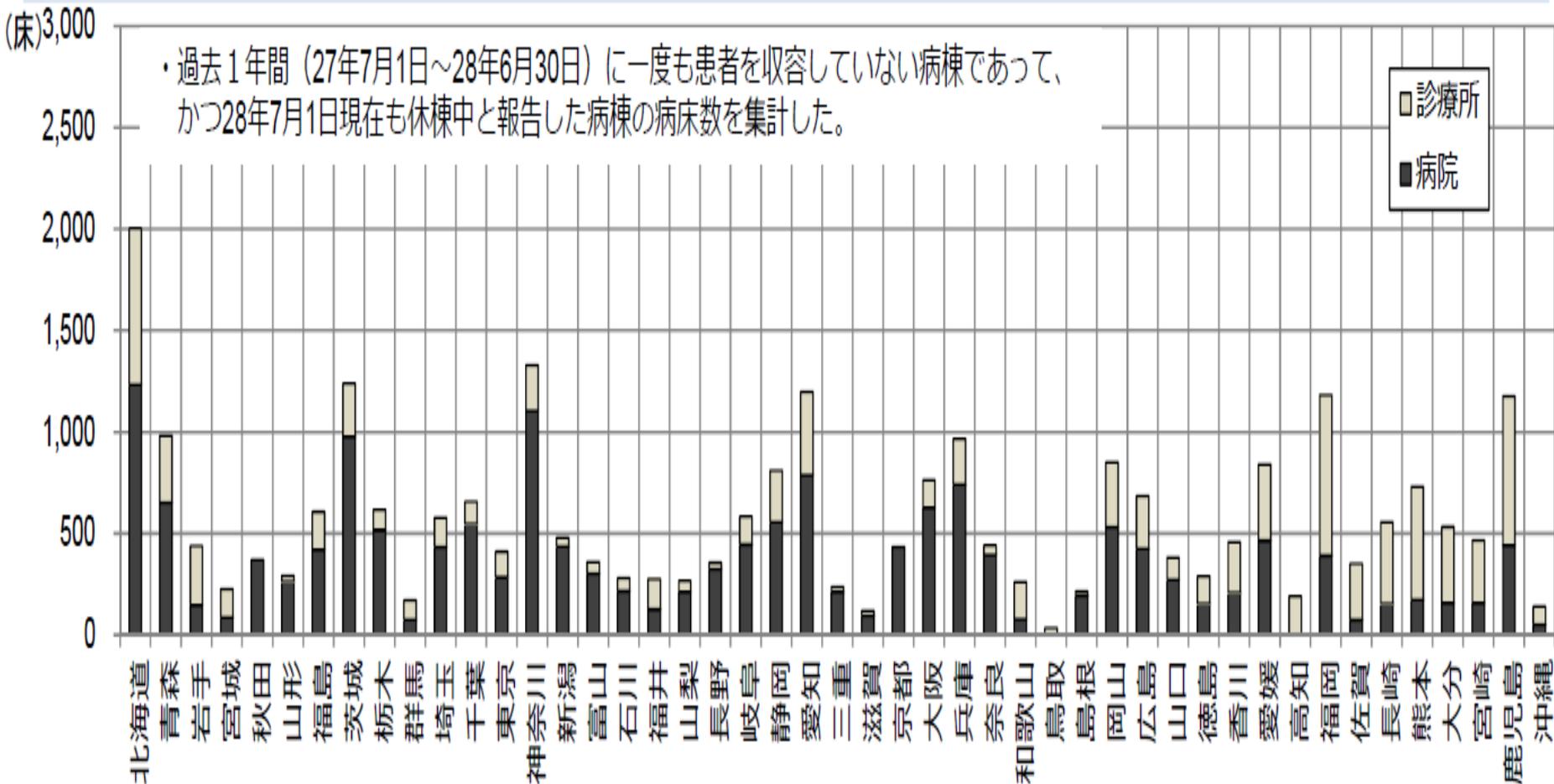


地域医療構想の進め方

- (ア) 個別の医療機関ごとの具体的な対応方針
 - 公立病院に関すること
 - 公的医療機関に関すること
 - その他の医療機関に関すること
- (イ) 非稼働病床に関すること
- (ウ) 新たな医療機関の開設や増床に関すること

地域医療構想調整会議における議論の状況（非稼働病棟）

■非稼働病棟の病床数（平成30年3月末時点）（注）平成28年度（平成28年10月実施）の病床機能報告を基にした集計である。



(参考) 非稼働病棟の減床事例

(減床済み) H28年病床機能報告での報告以降の例

都道府県	設置主体	医療機関名	許可病床数	うち 非稼働病床	減床数 (予定数)	対応年月
山形県	公立	A病院	360	45	60	H30.4
栃木県	民間	B診療所	19	19	19	H29.6
富山県	公立	C病院	109	49	49	H30.2
石川県	民間	D病院	294	54	95	H28.10
石川県	公立	E病院	662	43	32	H30.1
和歌山県	公立	F病院	274	56	26	H29.5
和歌山県	民間	G診療所	19	19	19	H29.12
和歌山県	民間	H診療所	19	19	19	H29.12
和歌山県	民間	I診療所	3	3	3	H29.3
和歌山県	公立	J診療所	2	2	2	H29.4
和歌山県	民間	K診療所	19	19	19	H29.11
和歌山県	公立	L診療所	2	2	2	H29.3
島根県	公的等	M病院	301	48	48	H30.4
愛媛県	民間	N病院	401	31	31	H28.10
愛媛県	民間	O診療所	19	19	19	H29.3
宮崎県	民間	P診療所	19	19	19	H30.4
宮崎県	民間	Q診療所	2	2	2	H30.3

(今後予定されているもの)

新潟県	公立	R病院	99	39	39	H30予定
富山県	公立	S病院	190	41	41	H31.3予定
長野県	公的等	T病院	416	47	47	H30中予定
長野県	公的等	U病院	310	50	50	H30中予定
長野県	公立	V病院	273	54	54	未定
静岡県	公立	W病院	426	39	39	H30.10予定
和歌山県	民間	X病院	60	16	16	H30.5予定
山口県	公的等	Y病院	475	48	48	未定

非稼働病棟に係る議論の進め方に関する留意事項

「地域医療構想調整会議の進め方に関する留意事項について」
(平成29年11月6日付け厚生労働省医政局地域医療計画事務連絡)

病床機能報告の結果等から、病床が全て稼働していない病棟を有する医療機関が確認された場合には、当該医療機関に対し、地域医療構想調整会議へ出席し、次の点について説明するよう求めること。

- ・ 病棟を稼働していない理由
- ・ 当該病棟の今後の運用見通しに関する計画

その上で、当該病棟の今後の運用見通しに関し、病棟を再び稼働しようとする計画がある場合には、当該医療機関の医療従事者の確保に係る方針、地域の他の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえ、現在稼働している病棟の稼働率を現在以上に上げたとしてもなお追加的な病棟の再稼働の必要性があるか否かについて地域医療構想調整会議において十分に議論すること。

特に、再稼働した場合に担う予定の病床機能が、構想区域において過剰な病床機能である場合には、過剰な病床機能へ転換するケースと同様とみなし、より慎重に議論を進めること。

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



介護保険事業計画



医療介護のあるべき姿

今日のまとめ

- ・ 団塊世代700万人が後期高齢者となる2025年まであと8年、いよいよ地域医療構想も本番
- ・ 診療報酬改定と地域医療構想は車の両輪
- ・ 地域医療構想における都道府県の役割は重い



医療と介護のクロスロード to 2025

- **2月20日緊急出版！**
- 2018年同時改定の「十字路口」から2025年へと続く「道」を示す！
- 医学通信社から
2018年2月出版予定
本体価格 1,500円 + 税



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
mutoma@iuhw.ac.jp