

# 地域医療構想と地域再編



国際医療福祉大学大学院 教授  
(医療福祉経営専攻、医学研究科公衆衛生専攻)  
武藤正樹



# 国際医療福祉大学三田病院 2012年



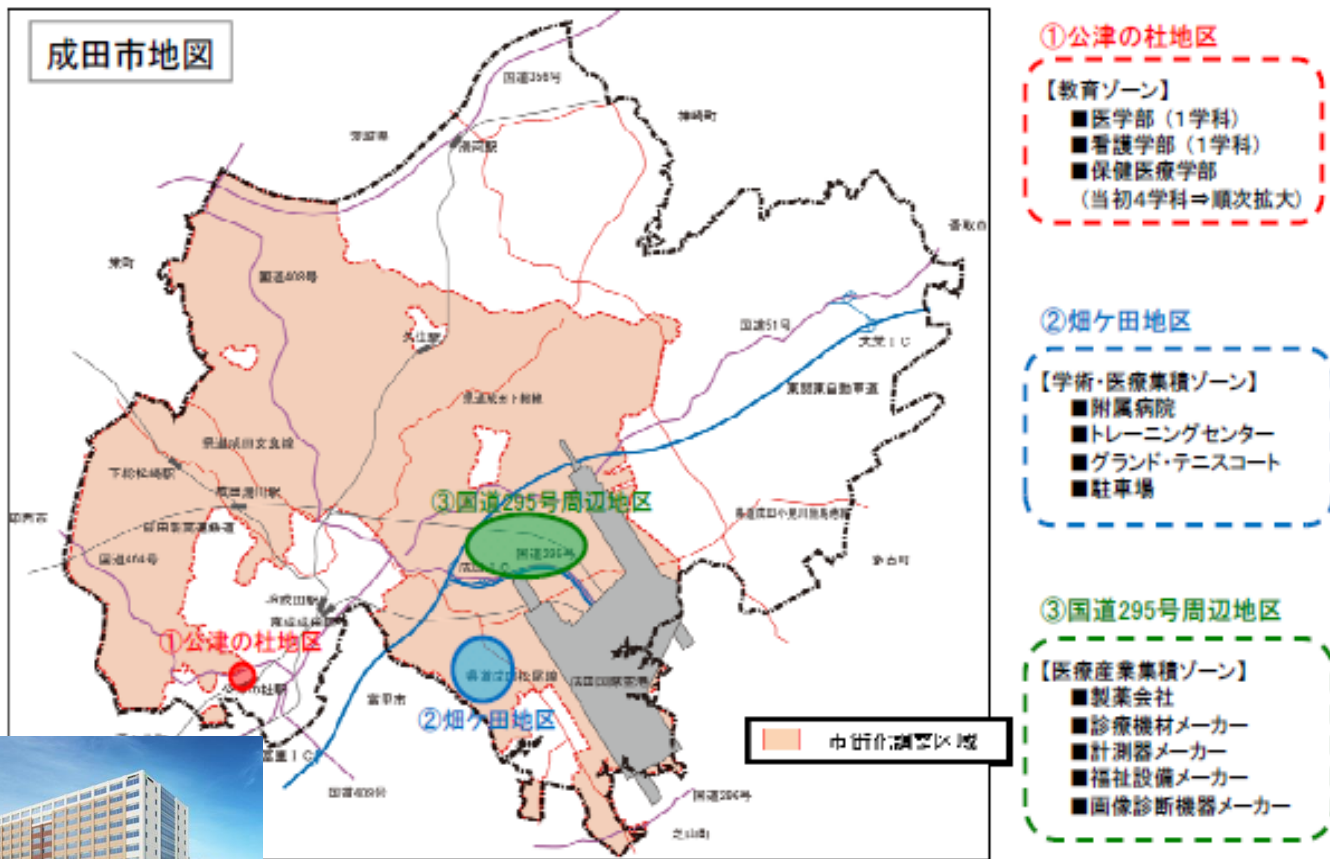
JCI認証取得




# 国家戦略特区「国際医療学園都市構想」

## 1. 構想の概要(4)

成田市と国際医療福祉大学は、「公津の杜(教育ゾーン)」および「畑ヶ田地区(学術・医療集積ゾーン)」で医学部をはじめとした大学の学部・学科と附属病院などの施設を整備します。





A photograph of a large, modern multi-story building, likely a university faculty building, taken at dusk. The building has a mix of light-colored upper floors and a darker lower section. It is surrounded by trees and a paved walkway. In the foreground, there are some white banners or posters. The sky is a deep blue, and some lights are visible on the building and in the distance.

国際医療福祉大学医学部  
2017年4月開校



# 2020年 国際医療福祉大学 成田病院を新設予定





2018年4月、国際医療福祉大学  
心理・医療福祉マネジメント学科  
大学院（h-MBA, MPH）

# 目次



- パート 1
  - 日本の病床の現状と課題
- パート 2
  - 医療介護総合確保法と地域医療構想
- パート 3
  - 診療報酬による誘導
- パート 4
  - 地域医療構想と地域再編

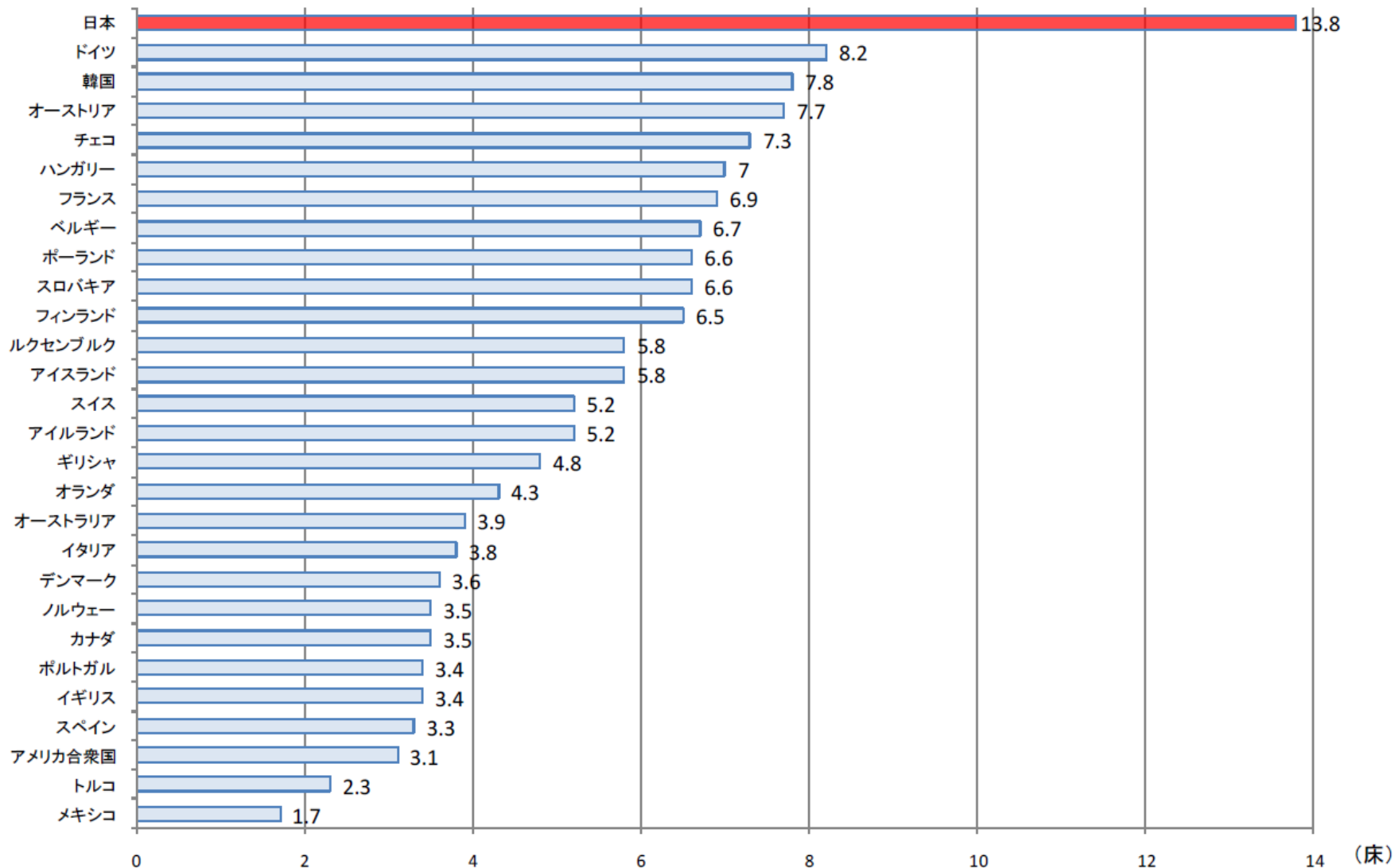
# パート1

## 日本の病床の現状と課題

人口当たりの病床数多い、  
平均在院日数長い、職員数少ない



# OECD諸国の病床数について(2008年(平成20年))



出典:OECD Health Data 2010

(注)上記の病床は、急性期・精神・療養・一般等医療機関における全ての病床数を含めたもの。  
(ただし、ナーシングホームや老健施設における病床数などを除く。)

人口千人あたり病床数

## 医療提供体制の各国比較(2005年)

国名	医師数 (病床百床当たり)	医師数 (人口千人当たり)	看護職員数 (病床百床当たり)	看護職員数 (人口千人当たり)
日本	14.3 (2004)	2.0 (2004)	63.2 (2004)	9.0 (2004)
ドイツ	40.3	3.4	115.1	9.7
フランス	45.6	3.4	103.1	7.7
イギリス	61.6	2.4	232.7	9.1
アメリカ	75.9	2.4	233.0 (2002)	7.9 (2002)

(出典):「OECD Health Data 2007」

※ 病床百床当たり医師数、病床百床当たり看護職員数については医師数、看護職員数を病床数で単純に割って百をかけた数値である。

※ 平均在院日数の算定の対象病床はOECDの統計上、以下の範囲となっている。

日本:全病院の病床 ドイツ:急性期病床、精神病床、予防治療施設及びリハビリ施設の病床(ナースিংホームの病床を除く)

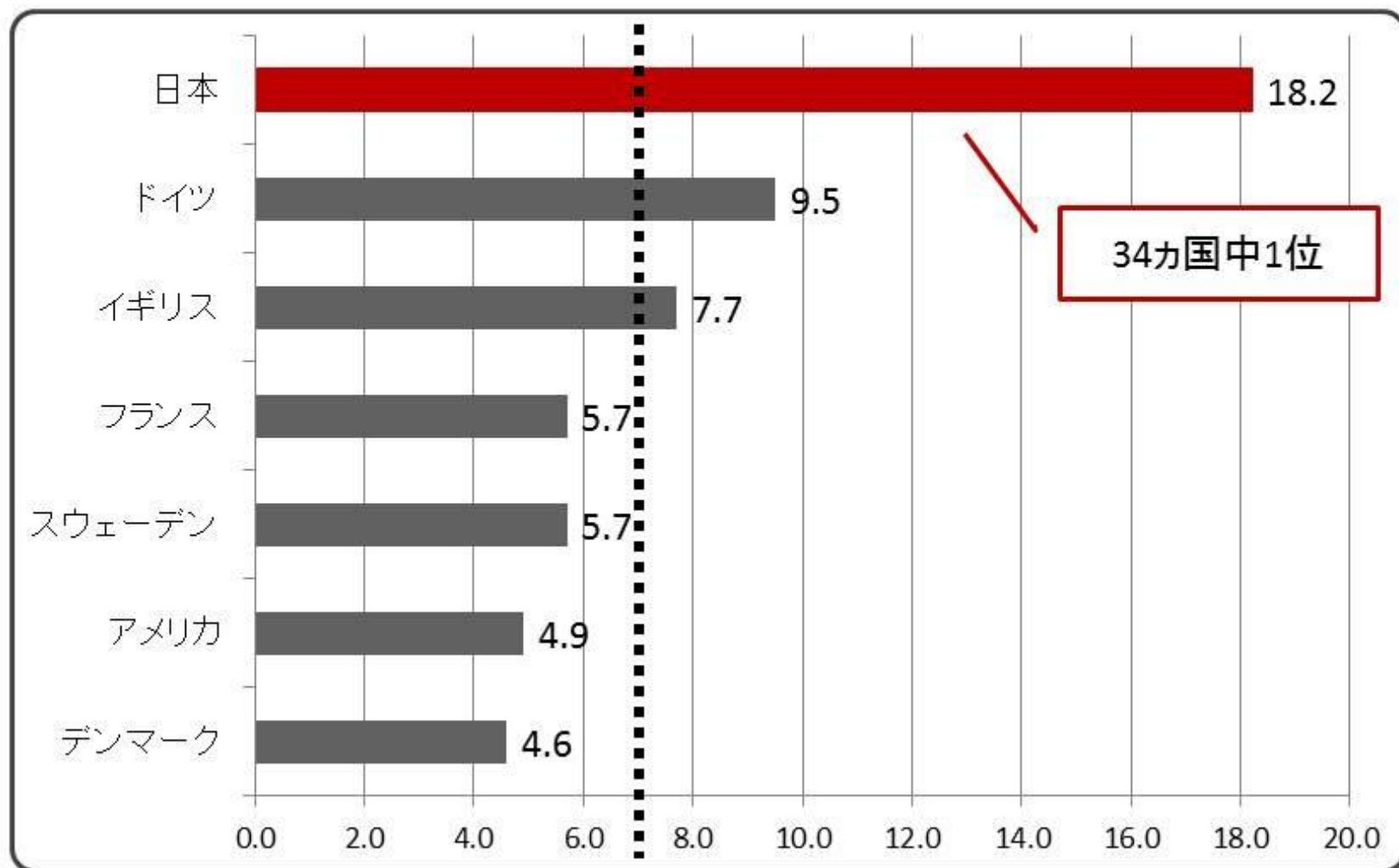
フランス:急性期病床、長期病床、精神病床、その他の病床 イギリス:NHSの全病床(長期病床を除く)

アメリカ:AHA(American Hospital Association)に登録されている全病院の病床



# 平均在院日数 全病床 2010年

## OECD平均7.1日

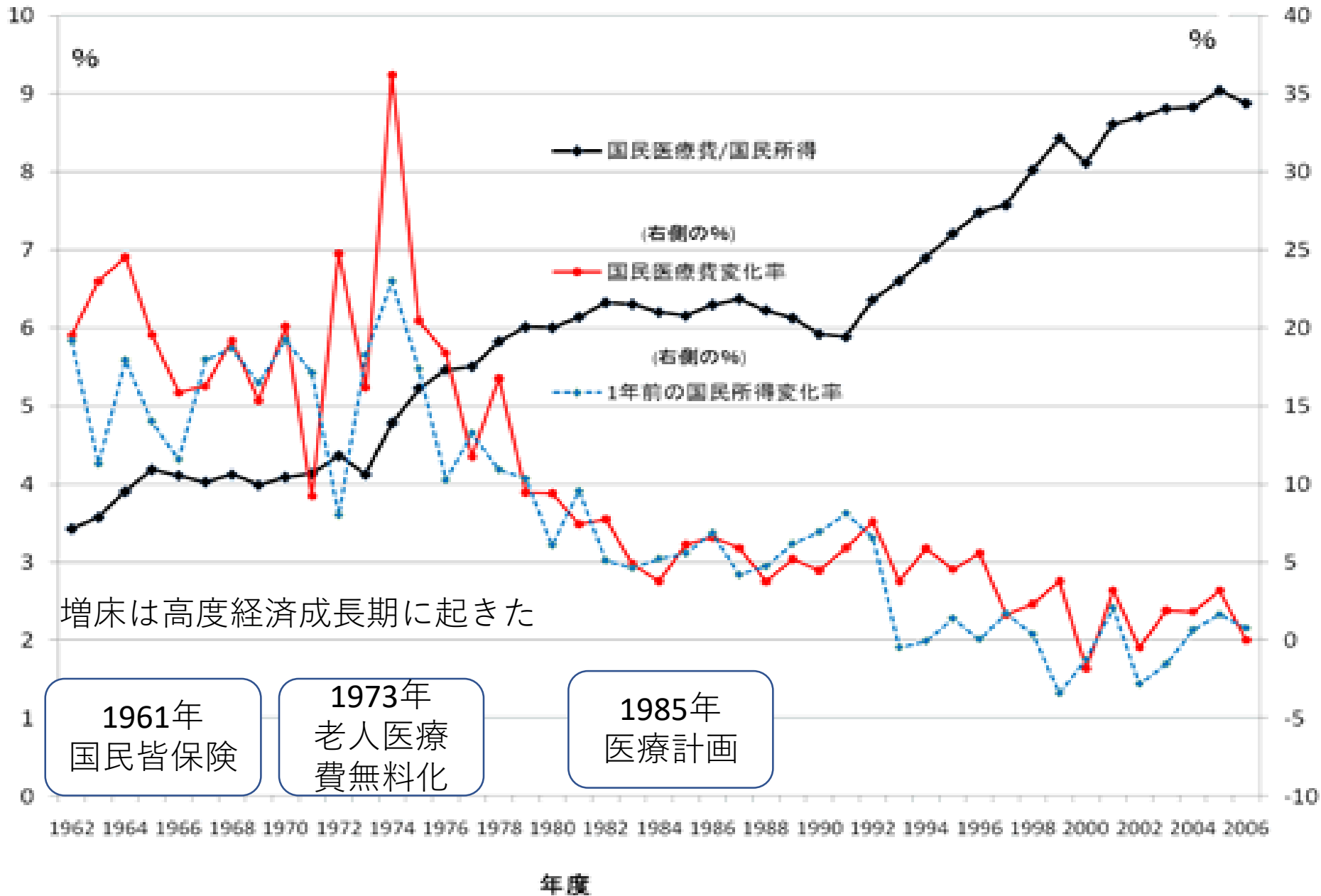


なぜ病床過剰に  
なったのか？

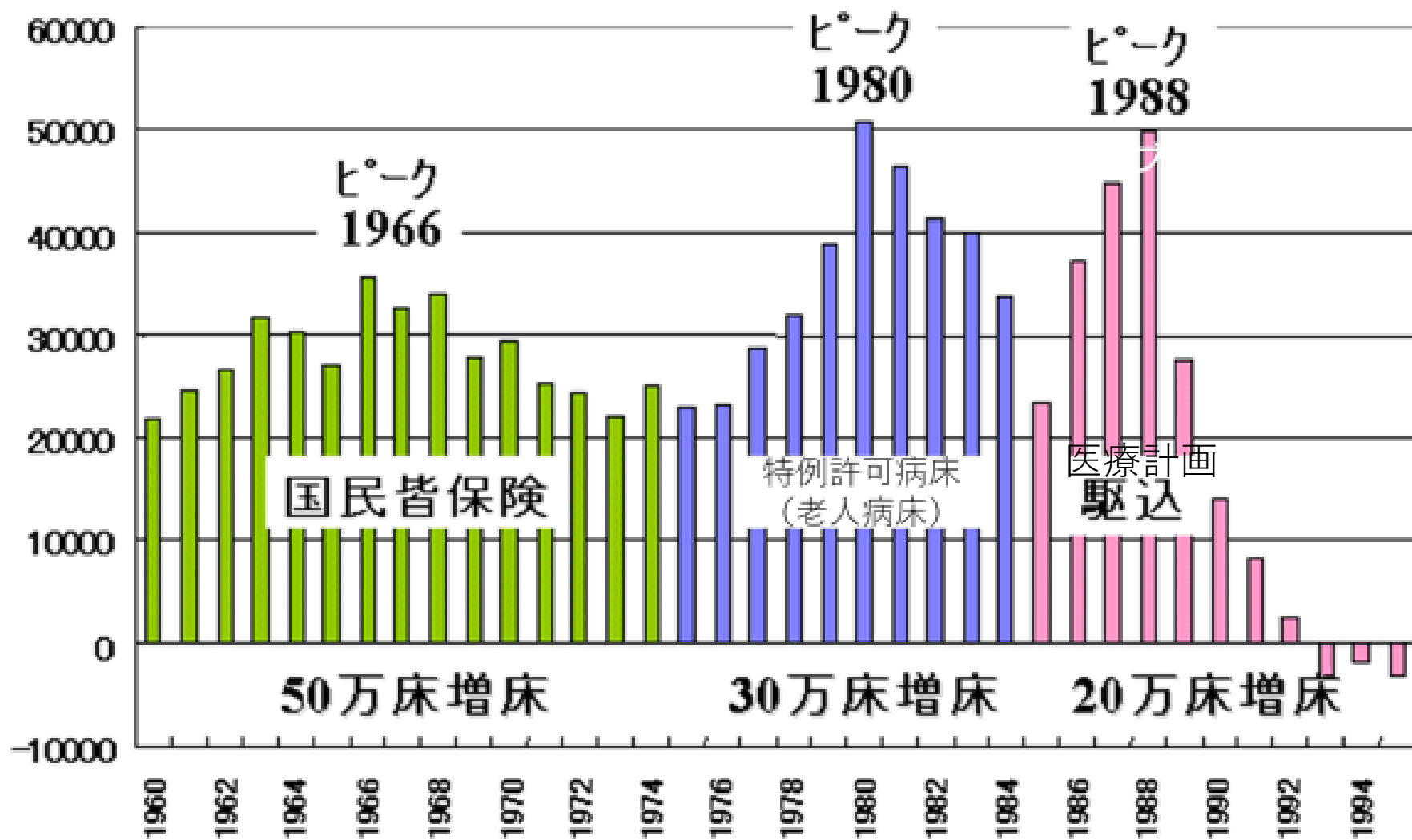


図2

国民医療費の対国民所得比および国民医療費変化率と国民所得変化率



# 日本の増床三つのピーク





# これからの課題

人口減少と超高齢化

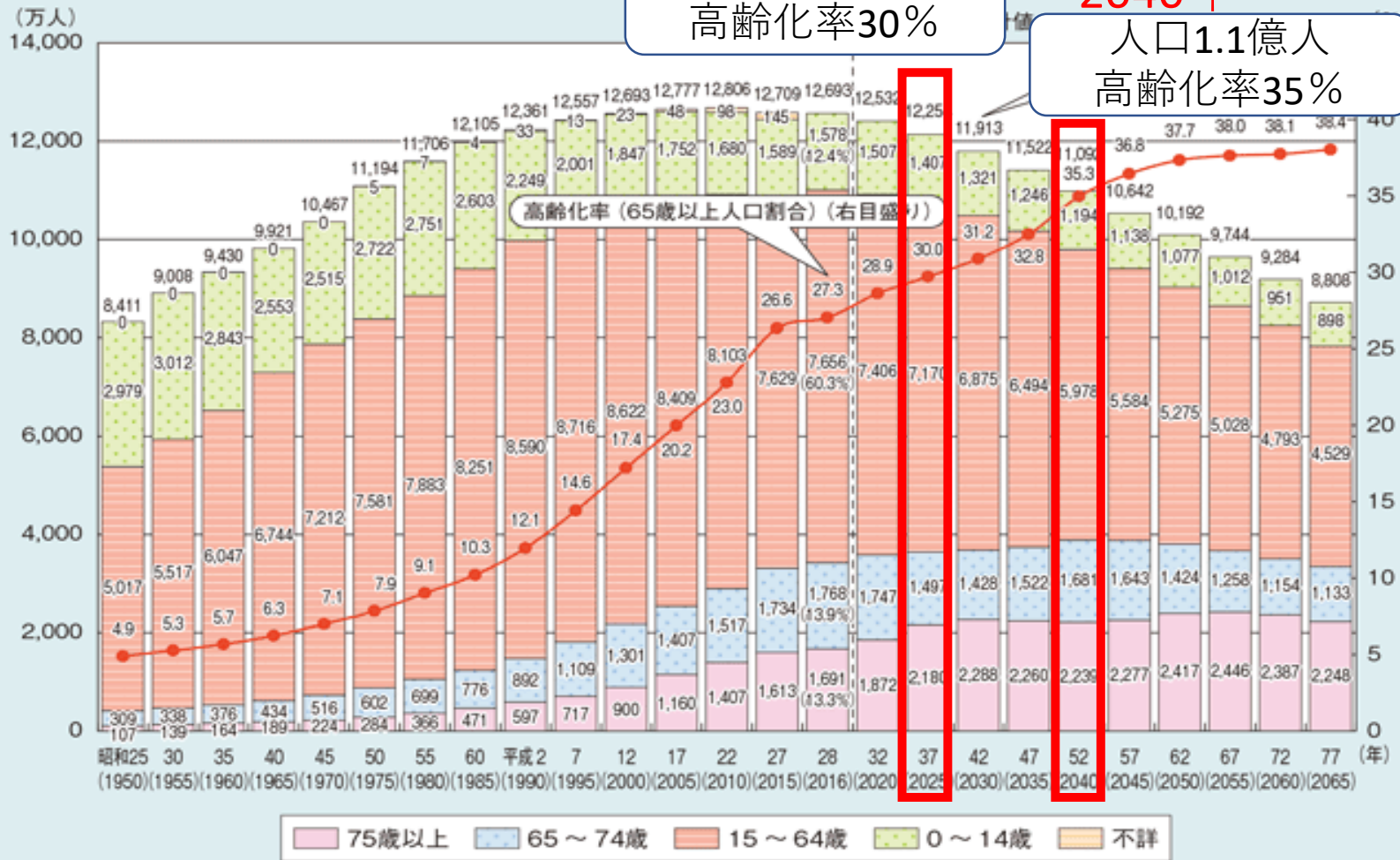
2025年

図1-1-2

高齢化の推移と将来推計

人口1.2億人  
高齢化率30%

2040年  
人口1.1億人  
高齢化率35%



資料：2015年までは総務省「国勢調査」、2016年は総務省「人口推計」（平成28年10月1日確定値）、2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

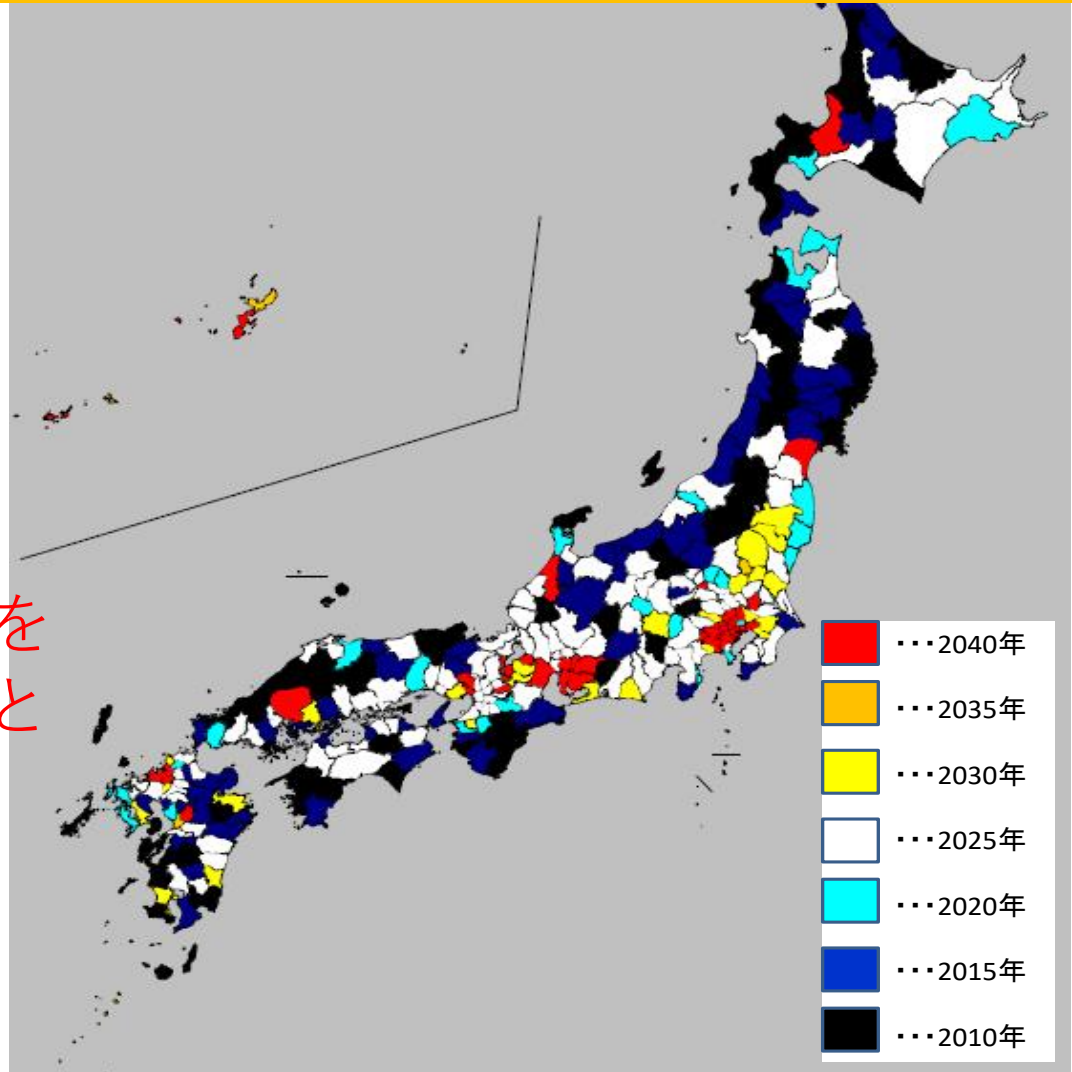
(注) 2016年以降の年齢階級別人口は、総務省統計局「平成27年国勢調査 年齢・国籍不詳をあん分した人口（参考表）」による。年齢不詳をあん分した人口に基づいて算出されていることから、年齢不詳は存在しない。なお、1950年～2015年の高齢化率の算出には分母から年齢不詳を除いている。



# 高齢化のピーク・医療需要総量のピーク

地域により  
医療需要ピークの時期  
が大きく異なる

2040年に高齢化のピークを  
迎えるのは首都圏を始めと  
した大都市圏



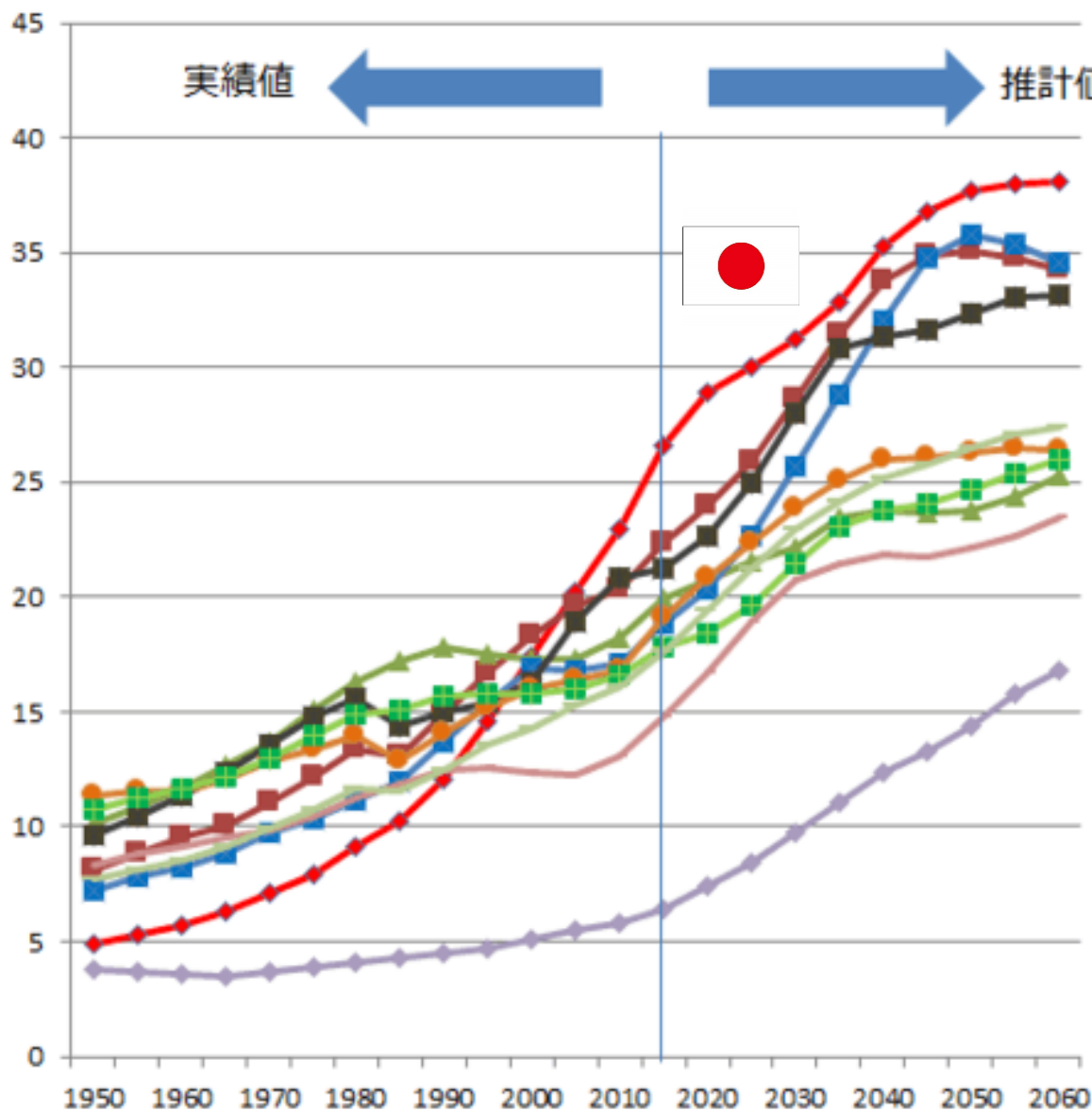
出典：社会保障制度国民会議 資料（平成25年4月19日 第9回  
資料3-3 国際医療福祉大学 高橋教授 提出資料）

(%)

実績値 ←

→ 推計値

2015年  
データ



- 日本 (26.7)
- イタリア (22.4)
- スウェーデン (19.9)
- スペイン (18.8)
- ドイツ (21.2)
- フランス (19.1)
- イギリス (17.8)
- アメリカ合衆国 (14.8)
- 先進地域 (17.6)
- 開発途上地域 (6.4)

# 医療が変わる

超高齢社会以前	超高齢社会以後
60歳	90歳
単一疾患	多疾患
急性期疾患 侵襲治療	慢性期疾患 薬物治療
完全治癒 しっかり	不完全治癒 そこそこ
病院	地域
単独の職種 単独の場所	多職種 複数の場所



# パート2

## 医療介護総合確保法と 地域医療構想



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

# 人口ピラミッドの変化(1990~2060年)

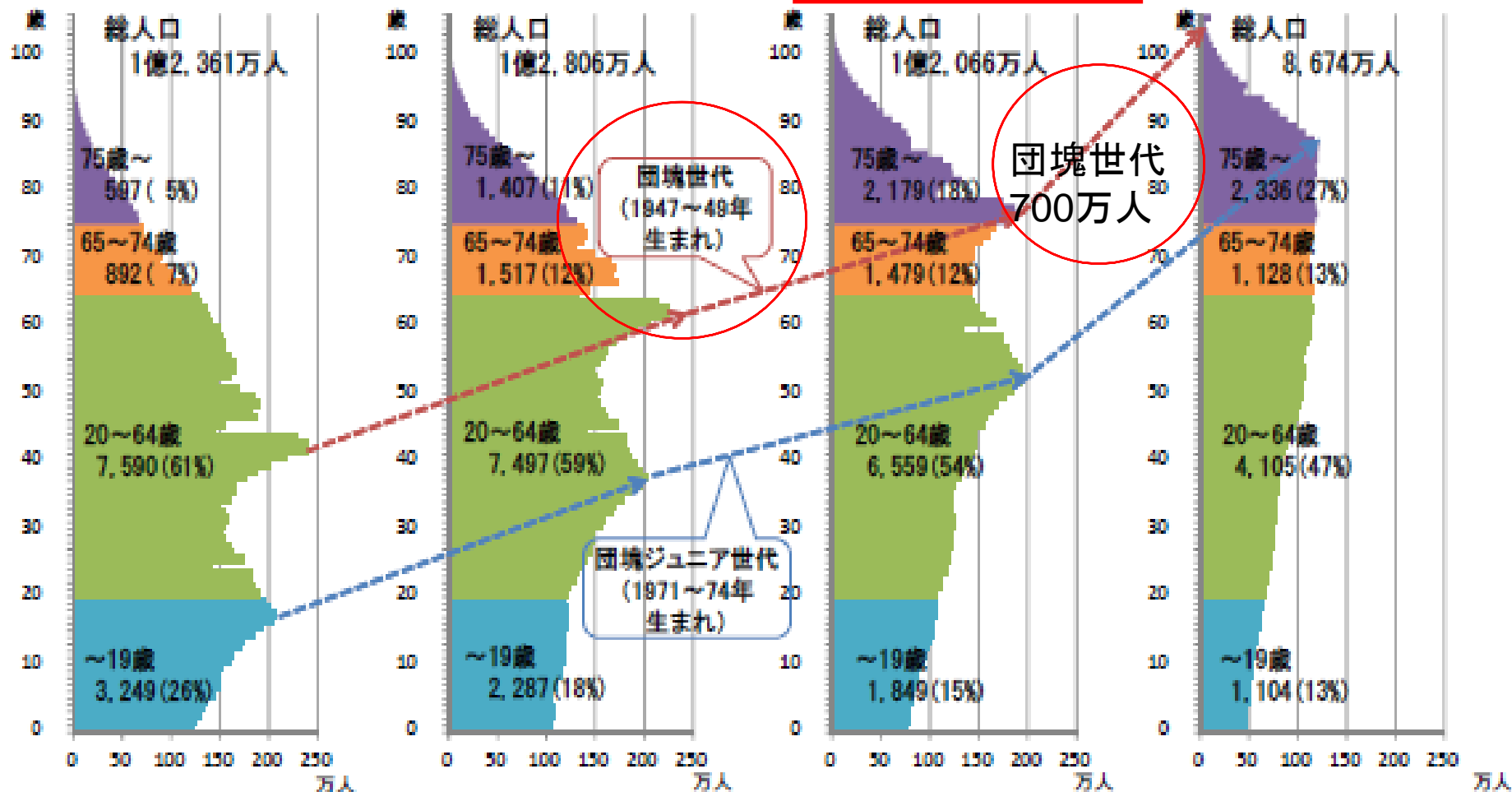
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

平成2年 (1990年) (実績)

平成22年 (2010年) (実績)

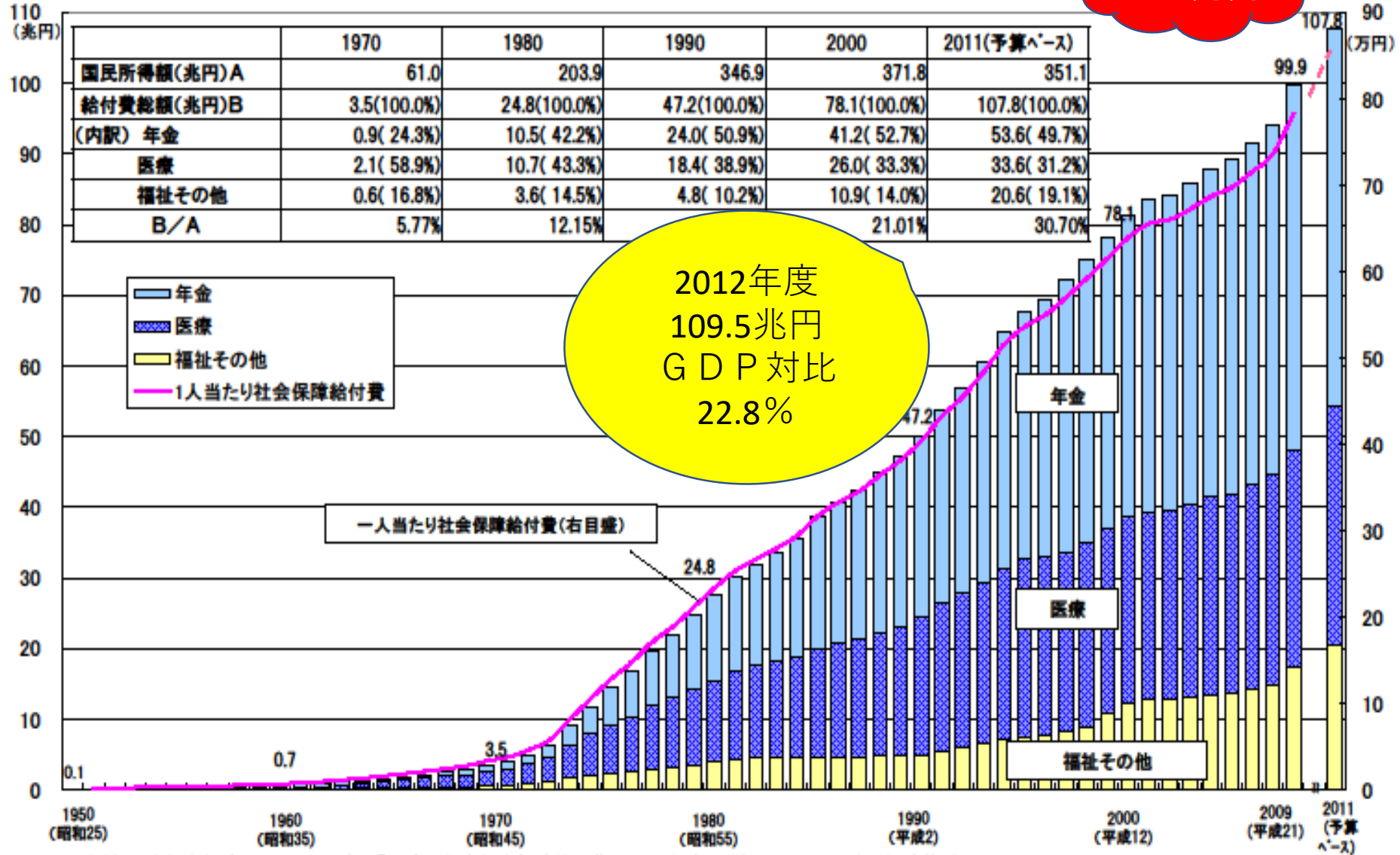
平成37年 (2025年)

平成72年 (2060年)



# 社会保障給付費の推移

2025年  
149兆円



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

2011年度の国民所得額は平成23年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成23年1月24日閣議決定)

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



# 社会保障・税一体改革関連法案 (2014年8月10日)

- 8月10日に社会保障と税の一体改革関連法案が参院本会議で賛成多数で可決した。
- 現在5%の消費税率を14年4月に8%、15年10月に10%に引き上げることなどを盛り込んだ。
- その背景は・・・  
団塊世代の高齢化と、激増する社会保障給付費問題



2012年8月10日、参議院を通過

# 地域医療介護 総合確保法



# 社会保障制度改革国民会議 最終報告書（2013年8月6日）



地域医療構想  
と地域包括  
ケアシステム

最終報告が清家会長から安倍首相に手渡し



# 地域医療介護総合確保法 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)

2014年6月18日  
可決成立

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)

(カッコ内は施行時期)

2014年5月14日衆院  
厚生労働委員会で  
強行採決！



# 衆議院 TVインターネット審議中継

Welcome to the House of Representatives Internet-TV

HOME

お知らせ

利用方法

FAQ

アンケート



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



医療政策は財源問題を基本に、  
地域医療計画（地域医療構想）  
と診療報酬により誘導されている

# 診療報酬における社会保障改革の実現に向けたスケジュール(粗いイメージ)

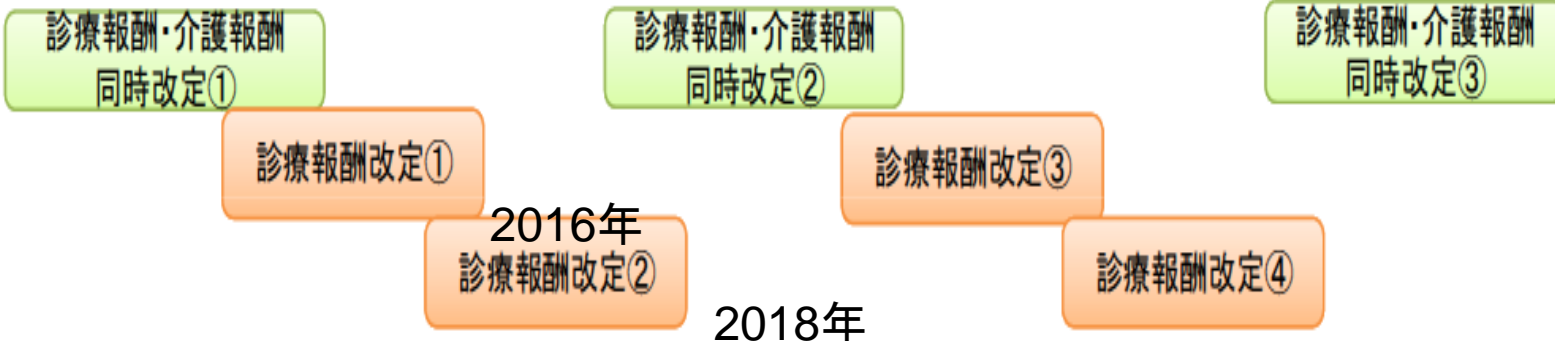
2012年 2014年 2016年 2018年 **2020年** 2022年 2024年 2025年



方向性

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

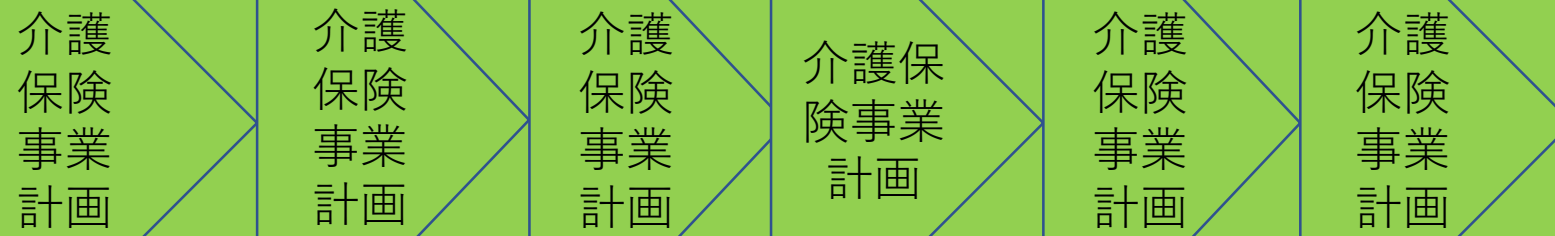
報酬改定



医療計画



介護保険事業計画



医療介護のあるべき姿

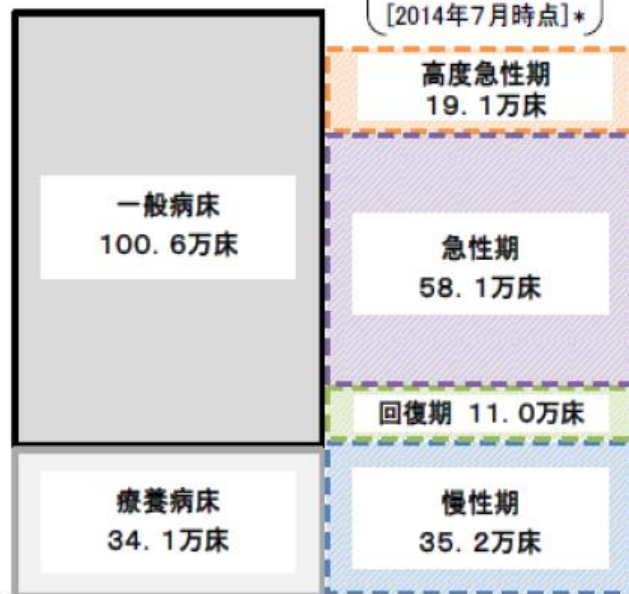
# 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 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



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



# 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。

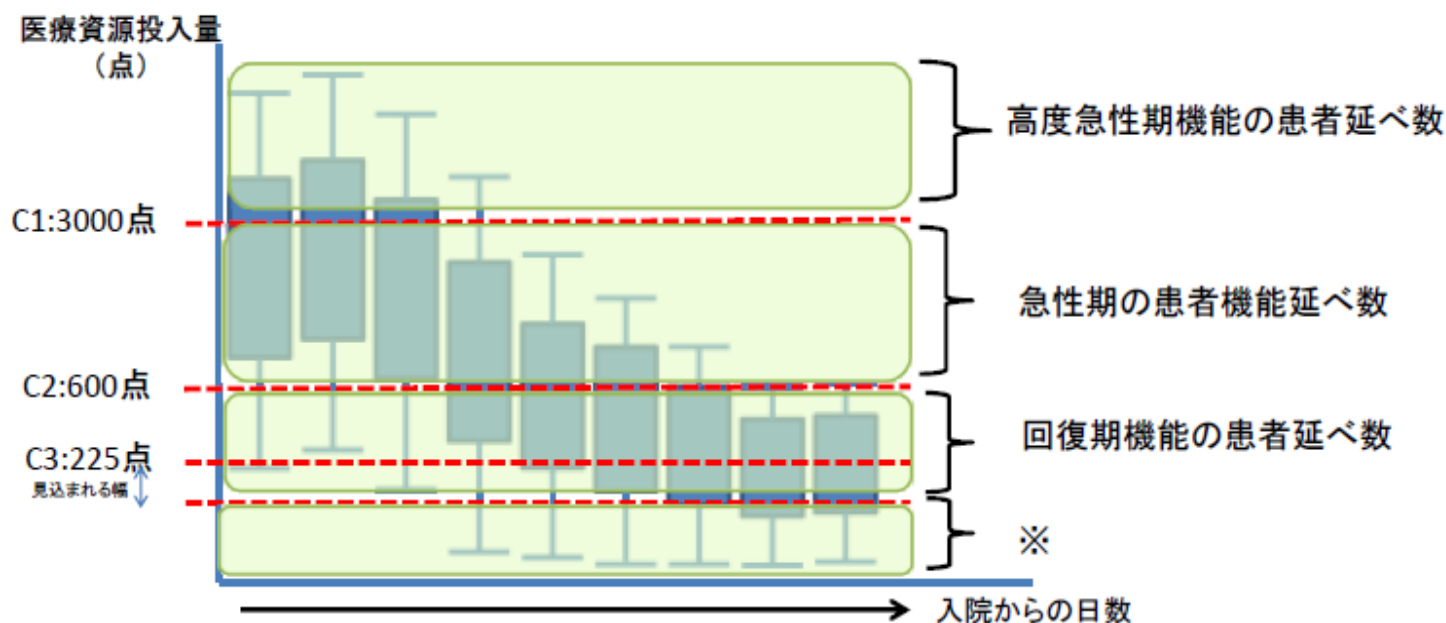


# 医療需要から 病床機能別病床数を推計

- 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

## 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。

# パート3 診療報酬による誘導

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

# 急性期入院医療の絞り込み

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

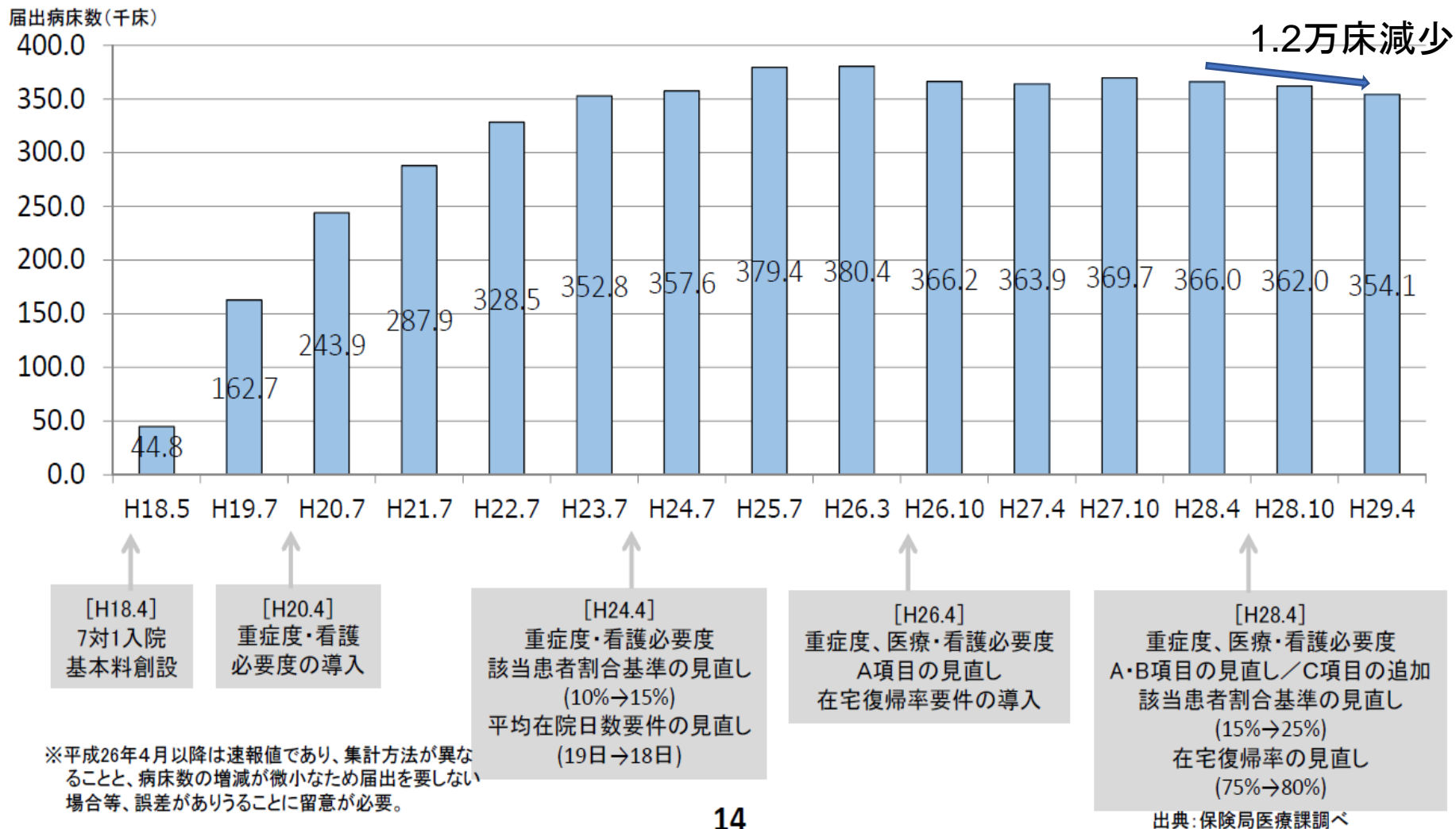
又は

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。



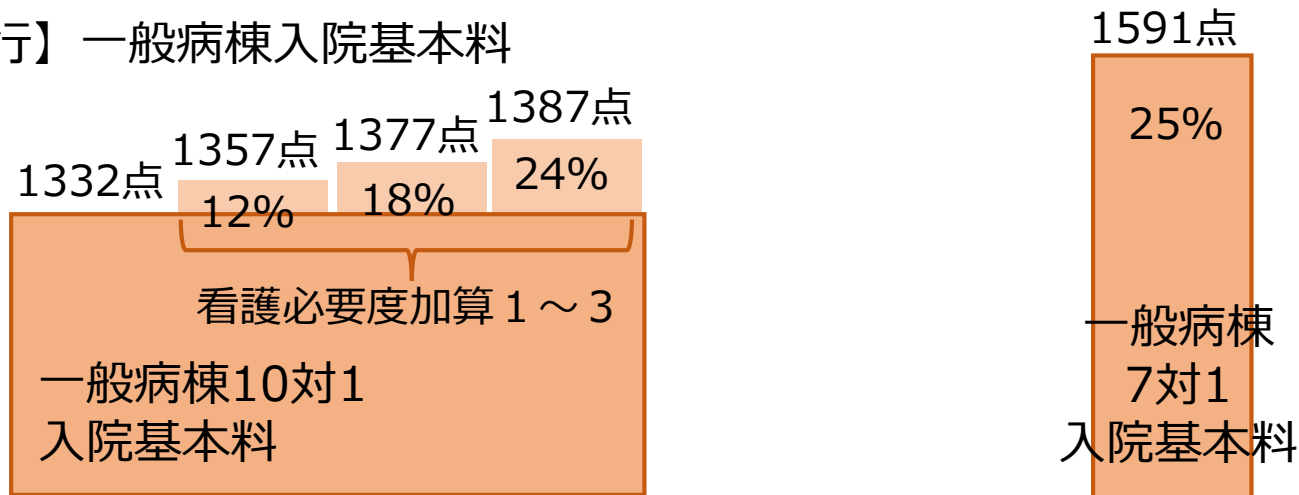


# 2018年診療報酬改定

7対1, 10対1を統合・再編して  
新評価体系へ

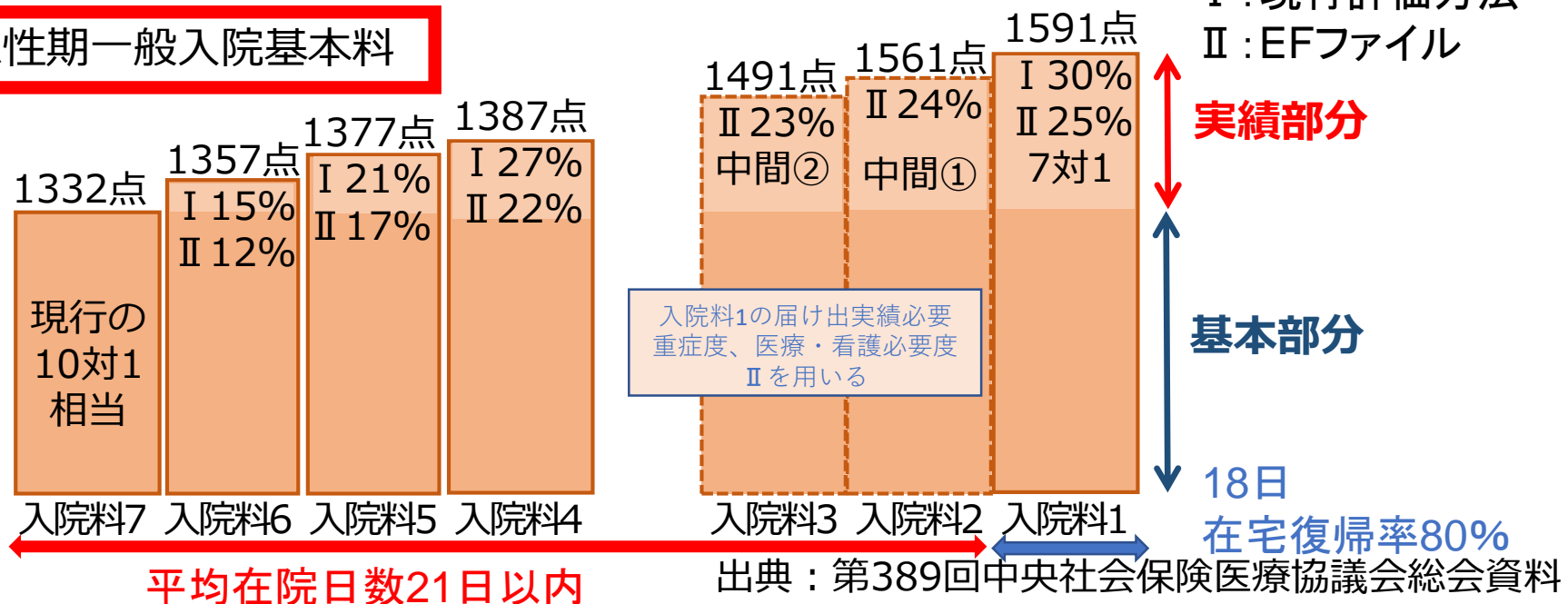
一般病棟入院基本料（7対1、10対1）の再編・統合の具体的なイメージ

【現行】一般病棟入院基本料



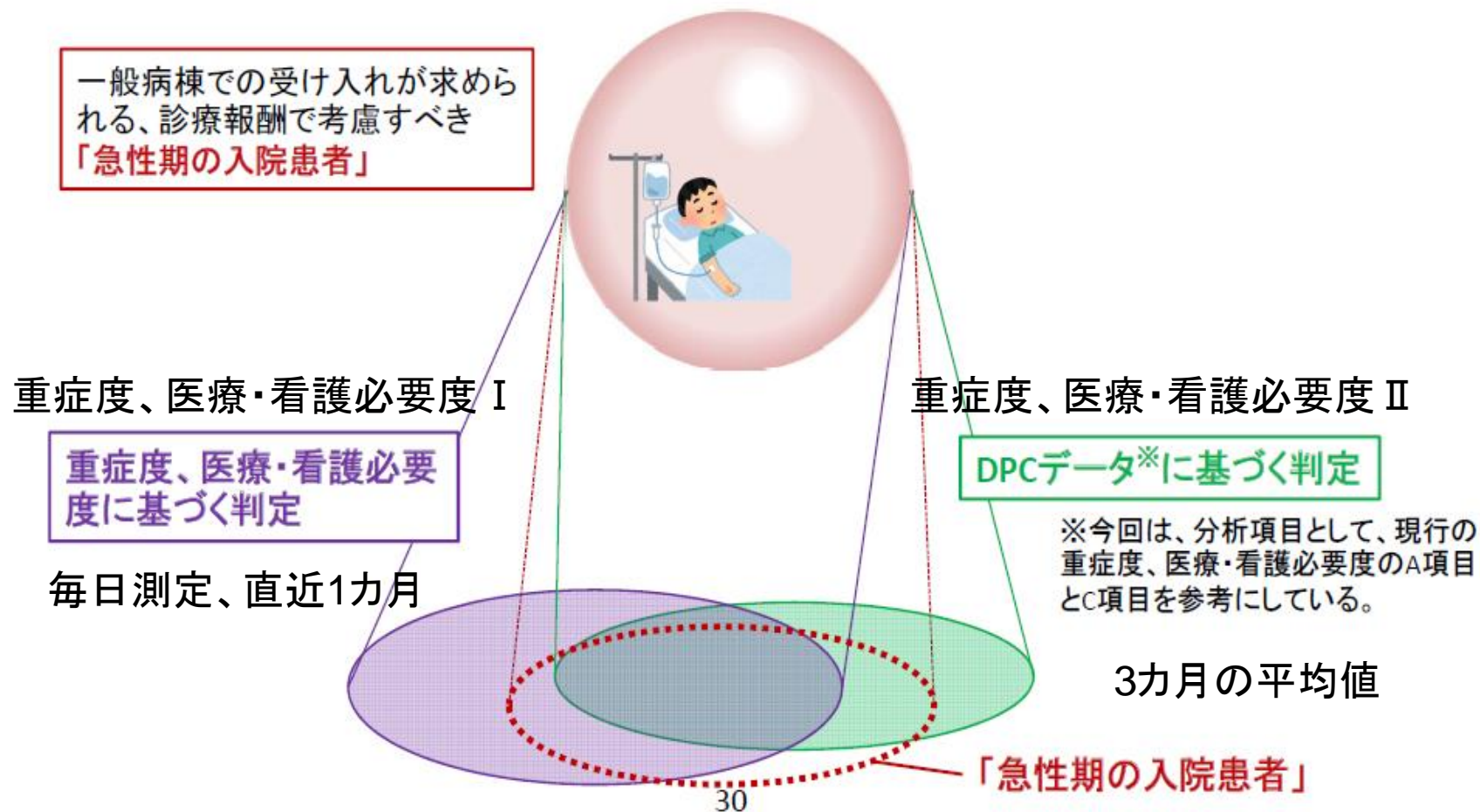
【平成30年度改定】

急性期一般入院基本料



## 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。



# 急性期一般入院料と地域一般入院料の改定後の現状（2018年6月）

2017年11月		2018年6月						
一般病棟入院基本料	合計	急性期一般入院料1	急性期一般入院料2	急性期一般入院料3	急性期一般入院料4	急性期一般入院料5	急性期一般入院料6	急性期一般入院料7
7対1	1,527	1,480	26	0	3	2	2	0
10対1	2,177	29	4	0	459	689	508	431
13対1	402	0	0	0	2	6	9	5
15対1	744	0	0	0	0	0	1	2

2017年11月		2018年6月			
一般病棟入院基本料	合計	地域一般入院料1	地域一般入院料2	地域一般入院料3	その他
7対1	1,527	2	0	0	12
10対1	2,177	12	1	4	40
13対1	402	217	143	8	12
15対1	744	11	13	699	18

7対1からのランクダウン45病院  
 10対1からのランクアップ33病院  
 差し引き1200床の減  
 （日本アルトマーク調べ）  
2018年11月時点で、7対1病床は1年前から比べて6498床減



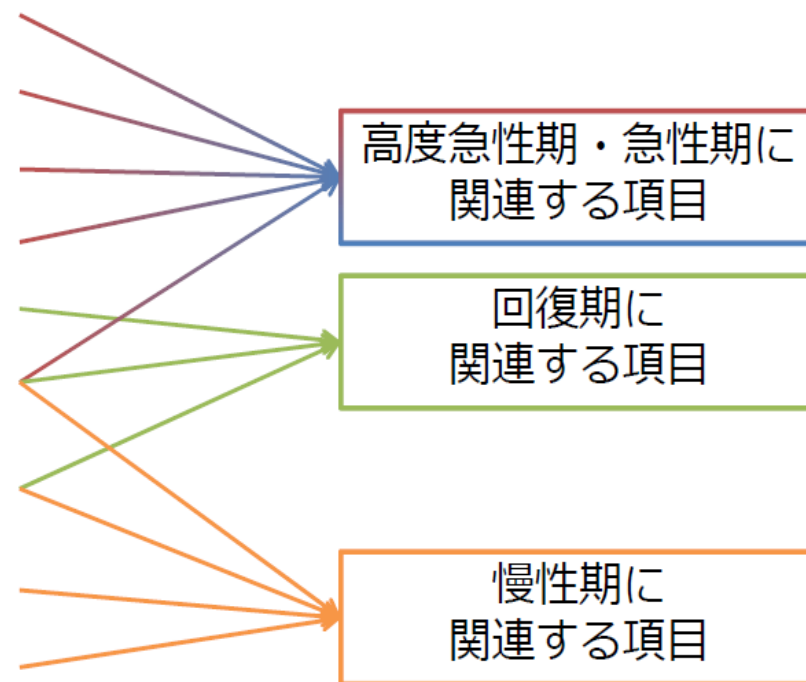
診療報酬と  
地域医療構想との関係で  
急性期機能が選別される？

- 本資料における結果の整理に当たって、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仮定。

## 【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



# パート4

## 地域医療構想と地域再編



全国341の  
二次医療圏



## 事例

横須賀・三浦の地域医療構想を考える



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。

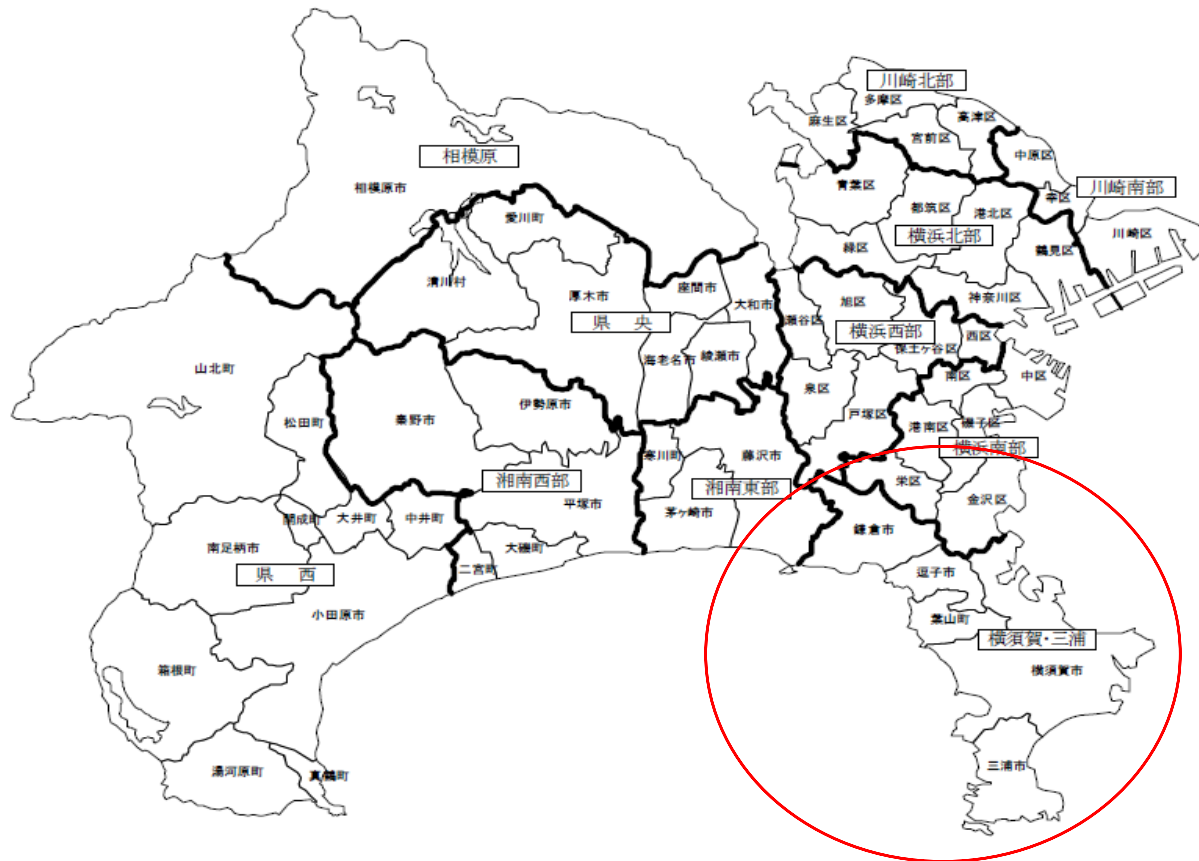
将来の方向性を踏まえた、自主的な取組だけでは、機能分化・連携が進まない場合

# 「よこすか・みうらの地域医療構想を考える」2016年7月15日（横須賀共済病院）



## < 二次保健医療圏 >

- 一般的な入院医療への対応を図り、保健・医療・福祉の連携した総合的な取り組みを行うために市区町村域を超えて設定する圏域です。
- 県内の二次保健医療圏は、次の市町村で構成される11圏域です。



横須賀・三浦医療圏

# 横須賀・三浦の人口推移

## (1)人口の将来推計

図 横須賀・三浦の年齢区分別人口の推移

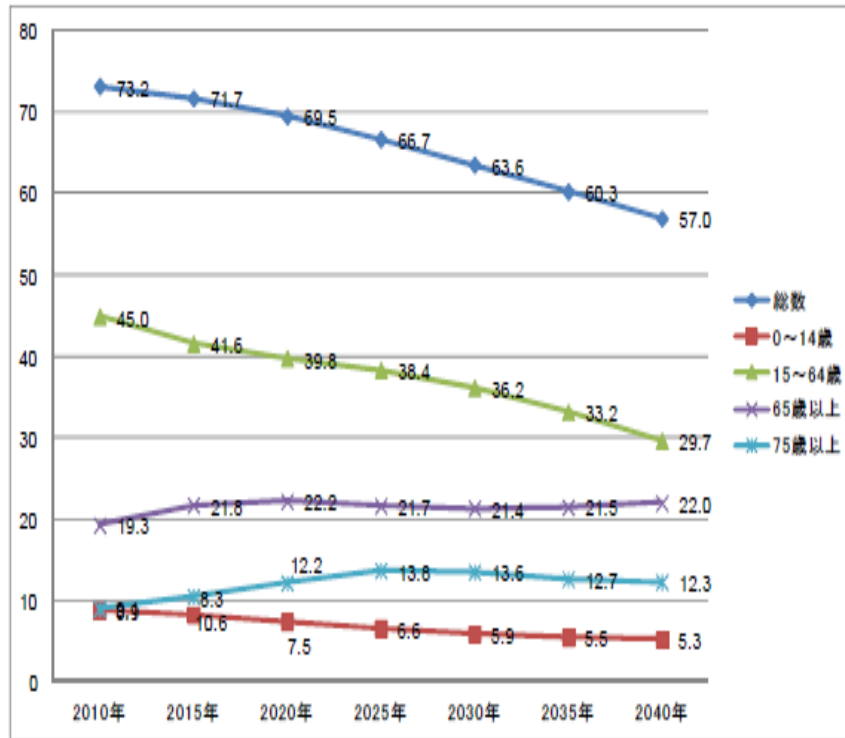
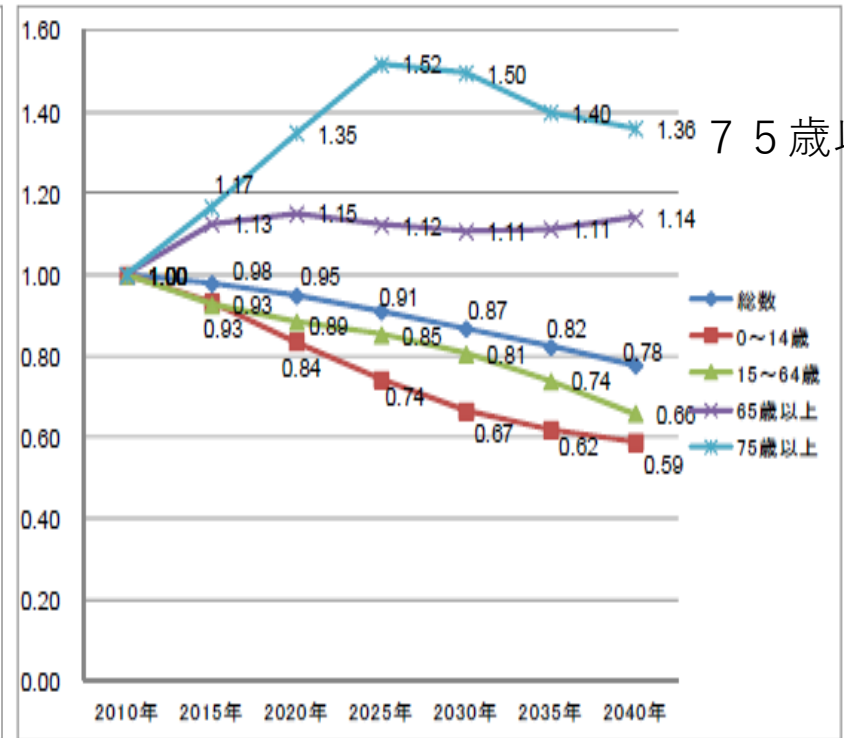


図 横須賀・三浦の年齢区分別人口の増加率の推移(2010年基準)



75歳以上

<出典> 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来人口推計」(平成25年3月推計)



## D P C 対象病院の分布

### D P C 対象病院とは・・・

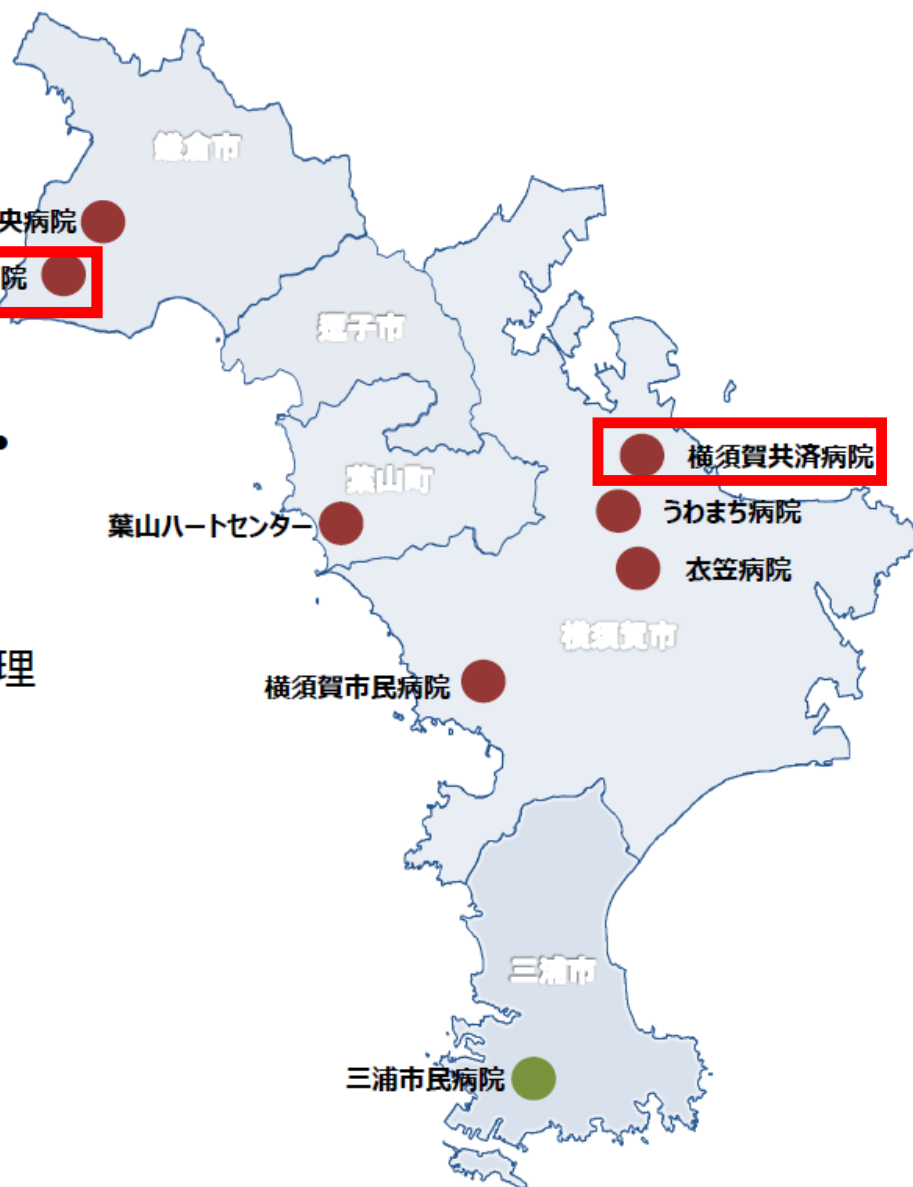
#### 急性期医療を担う医療機関

- ・ 看護師の人員配置
- ・ D P C 調査へ参加・診療録の適切な管理

#### 横須賀・三浦医療圏では7病院

D P C 対象病院：7病院

D P C 準備病院：1病院





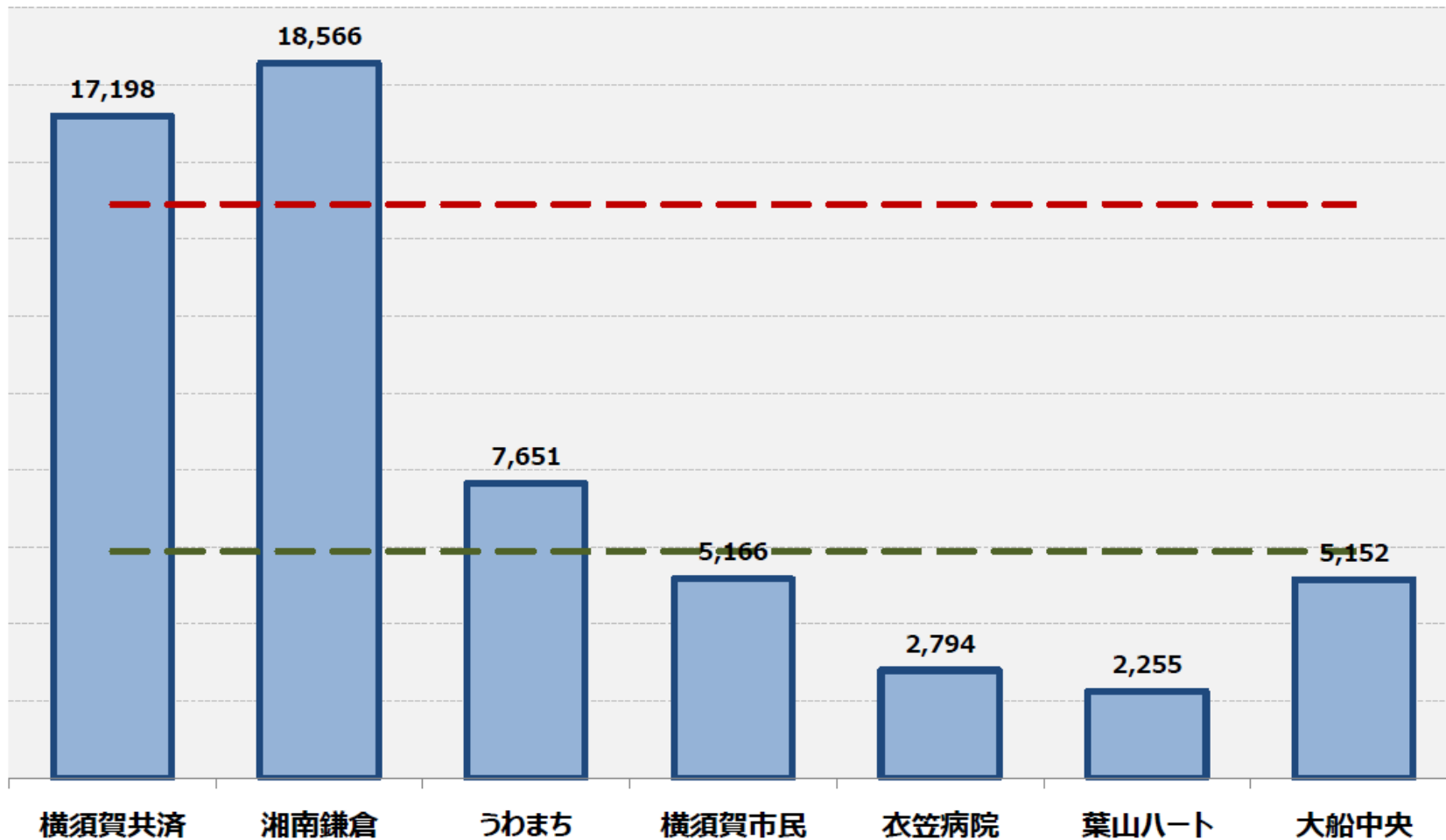
# 入院患者数

平成26年度実績

[HTTP://WWW.MHLW.GO.JP/STF/SHINGI2/0000104146.HTML](http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000104146.html)

# 病院情報局

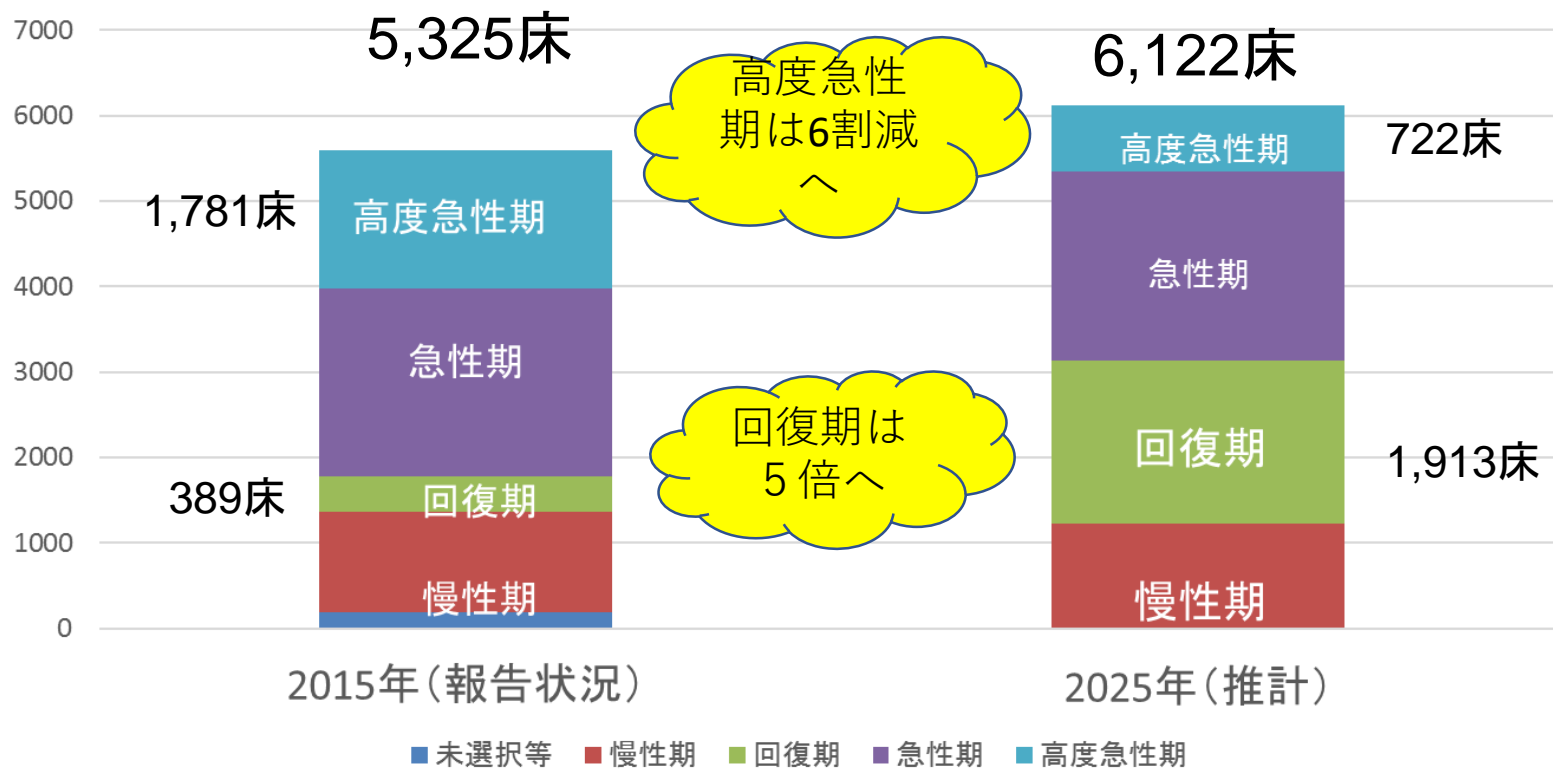
■ 症例数    ■ 大学病院平均値    ■ 全病院の平均値



# 横須賀・三浦 2025年の病床数の必要量

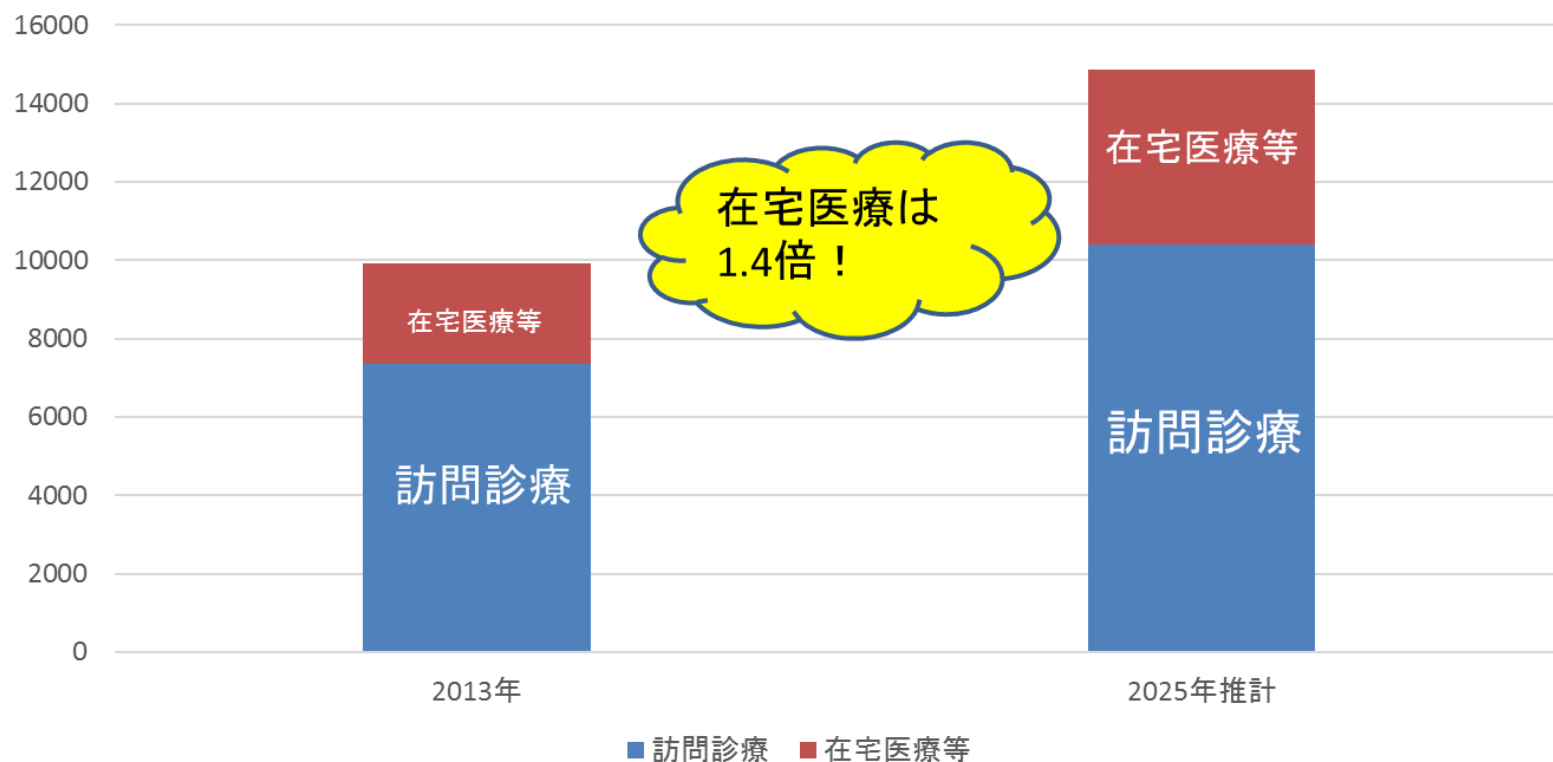
病床機能報告（厚労省）

グラフタイトル



# 横須賀・三浦 在宅医療等の必要量

グラフタイトル



在宅医療の必要量は療養病床の医療区分1の70%、  
一般病床の医療資源投入量175点未満の患者数が含まれている



地域医療構想による  
地域再編は  
まず公立、公的病院から

# 地域医療構想の進め方 (2018年通知)

- (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  
と

## 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

# 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)



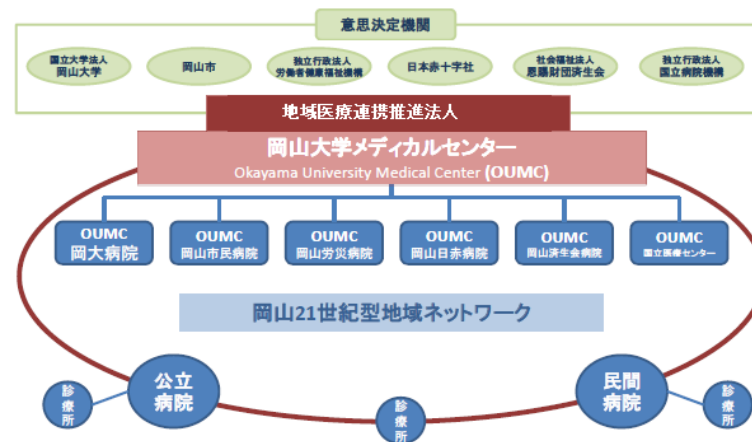
慢性期機能、老健等へ

- ・ 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

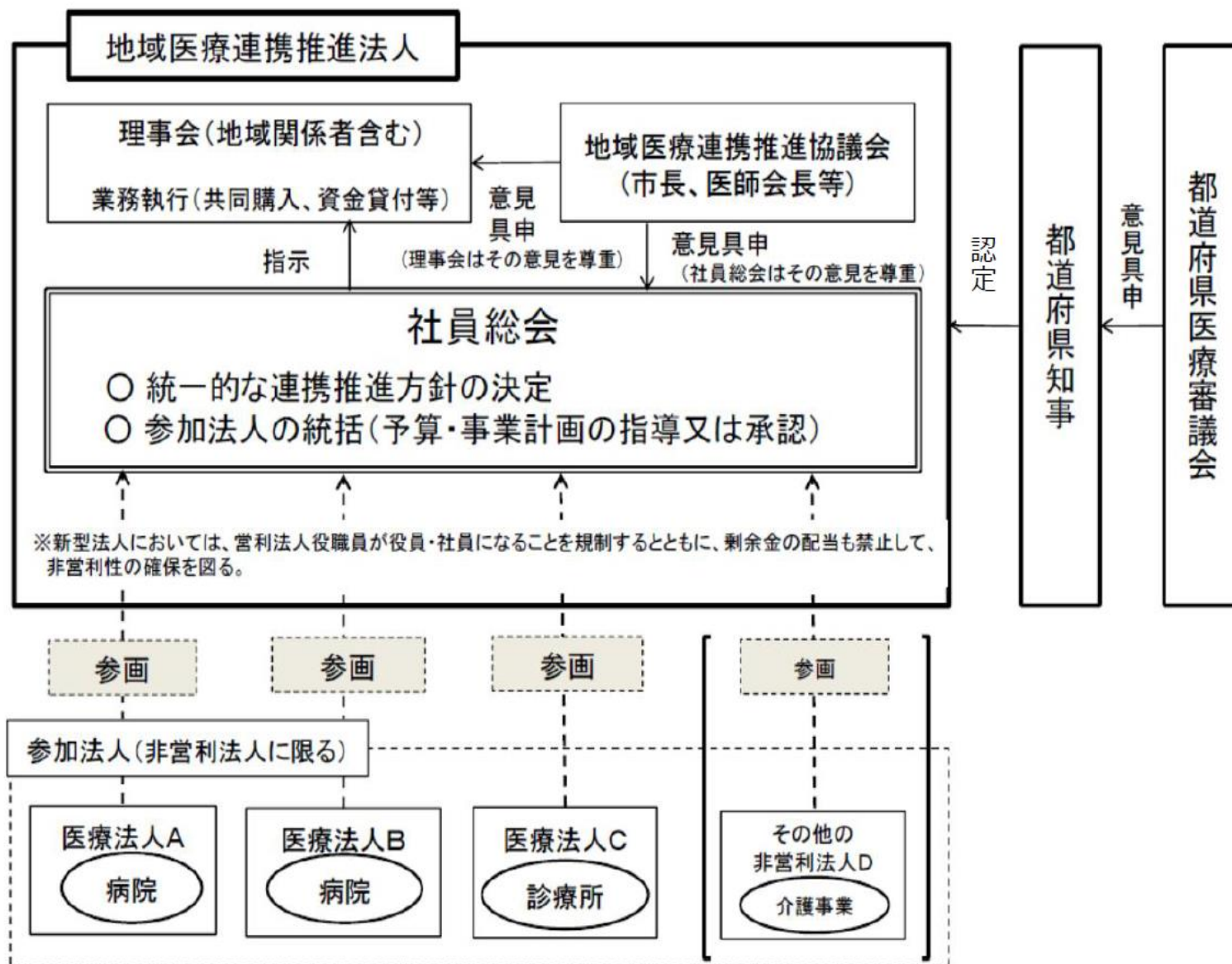
**病床規模の縮小や回復期・慢性期機能へ転換**



# 地域連携推進法人



# 参考)地域医療連携推進法人の仕組み



# 地域医療連携推進法人制度のメリット

---

## 1. 法制度上のメリット

- ① 病床過剰地域においても、地域医療構想達成のため、必要な病床融通を参加法人内で行う事ができる。
- ② 参加法人に対する資金貸付が可能

## 2. 法人運営上のメリット

- ① 患者紹介・逆紹介の円滑化・・・カルテの統一化、重複検査の防止、スムーズな転院
- ② **医薬品・医療機器等の共同購入**による経営効率の向上
- ③ 法人内での医師医療機器の適正配置

※診療報酬上のメリットはない

## 認可された地域医療連携推進法人

名称	認定日	参加医療機関
尾三会	4月2日	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>大学病院と地域医療法人等の業務提携</b></li> <li>◆ 藤田保健衛生大学病院を含む20法人と、2医療機関が参加法人ではない社員として加わる</li> </ul>
備北メディカルネットワーク	4月2日	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>中山間地域における市立病院等の業務提携</b></li> <li>◆ 三次市立三次中央病院、三次地区医療センター、庄原市立西城市民病院の3病院で連携</li> </ul>
奄美南部メディカルケアアソシエーション (ANMA)	4月2日	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>離島における地域の多数の診療所の業務提携</b></li> <li>◆ 大島郡宇検村と瀬戸内海を医療連携推進区域とし、医療法人馨和会、宇検村、瀬戸内町が参加</li> </ul>
はりま姫路総合医療センター整備推進機構	4月3日	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>統合再編成を目指した病院間の業務提携</b></li> <li>◆ 兵庫県立姫路循環器病センターと製鉄記念広畑病院の統合再編をめざし、両病院の機能分担や業務連携を推進</li> </ul>
日本海ヘルスケアネット	検討中	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>地方独法病院を中心に医療法人や介護施設を含めた連携</b></li> <li>◆ 日本海総合病院、酒田医療センターと、医療法人、特別養護老人ホーム、訪問看護ステーションが参加予定</li> </ul>

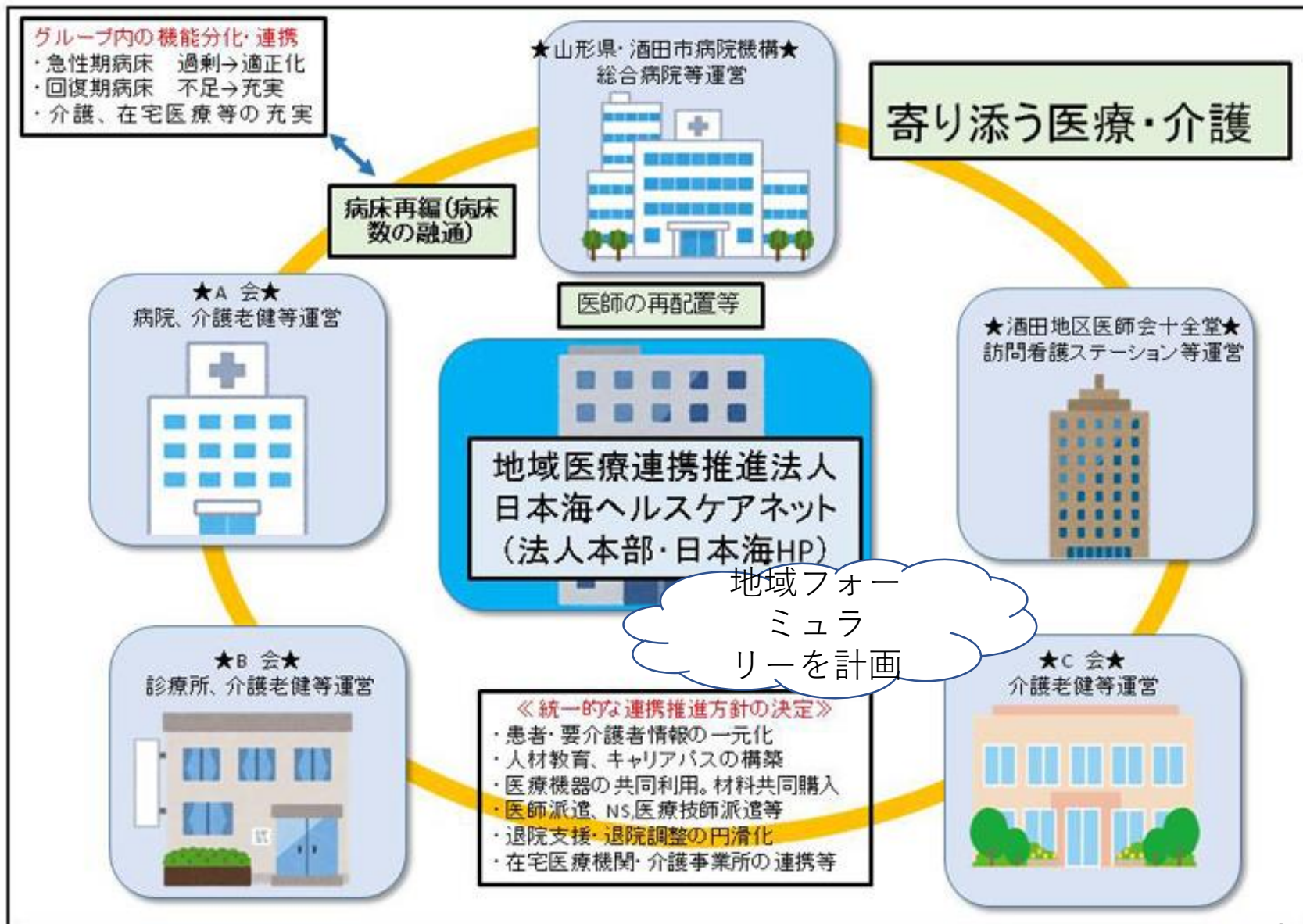


# 地域医療連携推進法人 日本海ヘルスケアネット 2018年1月



		病床数等		診療科	職員数	備考	
1	地方独立行政法人 山形県・酒田市病院機構						
	日本海総合病院	計	646	27診療科	計	942	救命救急センター PET-CT・ヘリポート・LDR
	酒田医療センター	療養 回復期	35 79	内科、リハビリテーション科	計	107	回復期リハ デイケア
2	医療法人健友会	一般 地域包括ケア 療養 老健施設	80 24 50 100	内科、外科、整形外科、 泌尿器科	計	428	介護老健 訪問看護ステーション 地域包括支援センター 有料老人ホーム
3	医療法人宏友会	診療所 老健施設	6 100	外科、胃腸科、肛門科など	計	160	介護老健 在宅介護支援センター 地域包括支援センター 訪問看護ステーション
4	社会福祉法人光風会	老健施設	100		計	320	介護老健 地域包括支援センター 特別養護老人ホーム
5	一般社団法人酒田地区医師会	会員数	203		計	16	訪問看護ステーション、 スワン
※他、薬剤師会、歯科医師会などが オブザーバー参加			1,170床			総計1,973人	

# 連携法人日本海ヘルスケアネット(仮称)設立イメージ



2040年、地方では  
連携推進法人だらけ！



# 2025年へのカウントダウン ～地域医療構想・地域包括ケアはこうなる！

- 武藤正樹著
- 医学通信社
- A5判 270頁、2800円
- 地域医療構想、地域包括ケア診療報酬改定、2025年へ向けての医療・介護トピックスetc

• 2015年9月発刊

このたび韓国語版も発刊



# 医療と介護のクロスロード to 2025

- **2018年2月緊急出版！**

- 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

本体価格 1,500円 + 税

韓国語版  
も2018年  
10月発刊



ご清聴ありがとうございました



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