

地域医療構想みうら半島の明日を考える
三位一体改革と
2020年診療報酬改定



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。



①公津の杜地区

【教育ゾーン】

- 医学部 (1学科)
- 看護学部 (1学科)
- 保健医療学部
- (当初4学科⇒順次拡大)

②畑ヶ田地区

【学術・医療集積ゾーン】

- 附属病院
- トレーニングセンター
- グランド・テニスコート
- 駐車場

③国道295号周辺地区

【医療産業集積ゾーン】

- 製薬会社
- 診療機材メーカー
- 計測器メーカー
- 福祉設備メーカー
- 画像診断機器メーカー





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
 - 2040年問題とは？
- パート 2
 - 三位一体改革とは？
- パート 2
 - どうなる2020年診療報酬改定？



パート 1 2040年問題とは？

2018年6月6日 社会保障審議会医療部会

2040年に何が起きるか？

2025年との比較を試みよう

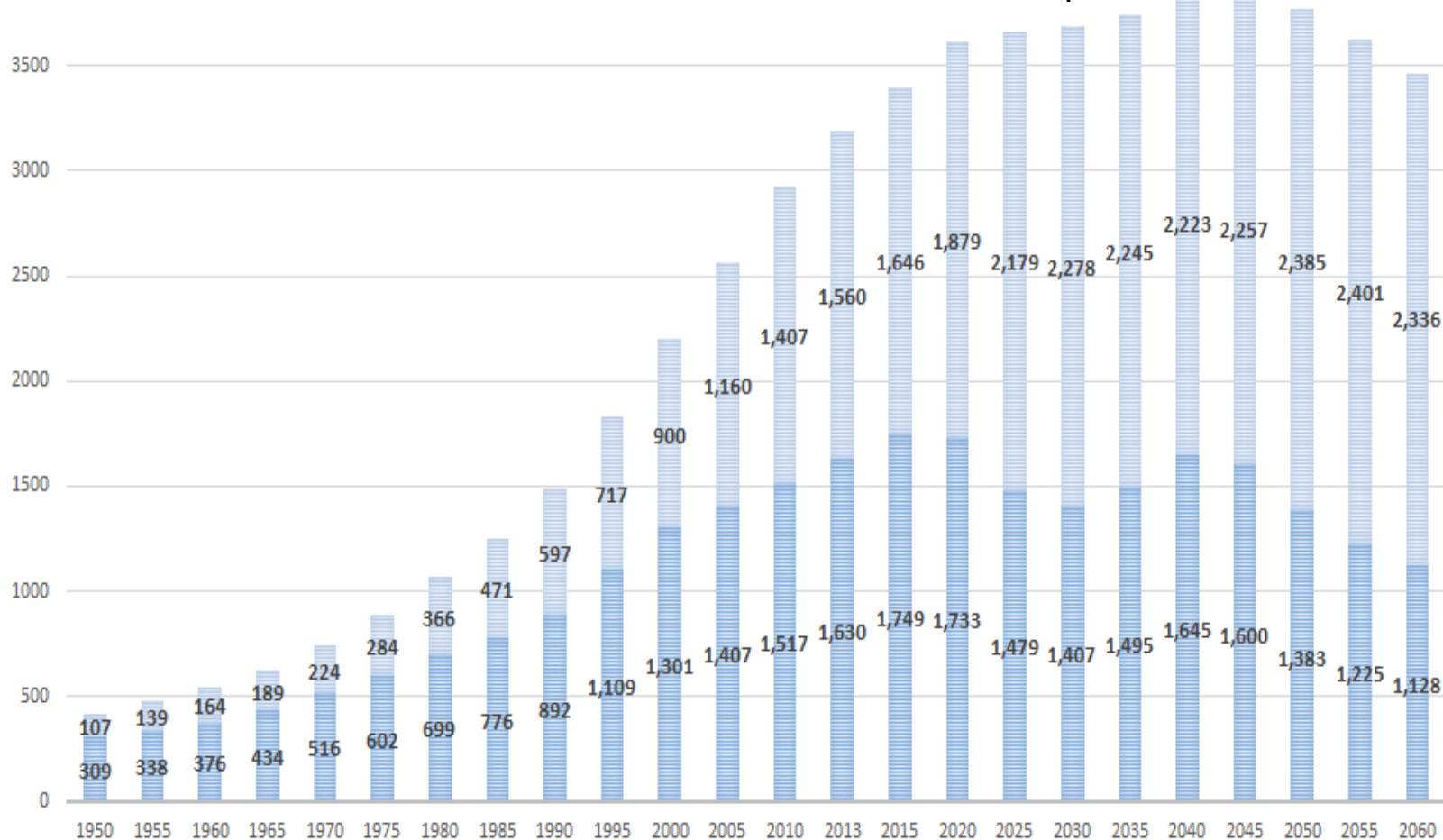
65歳以上の高齢者の人口推移

■ 65～74歳 ■ 75歳以上

2040年

万人

2025年



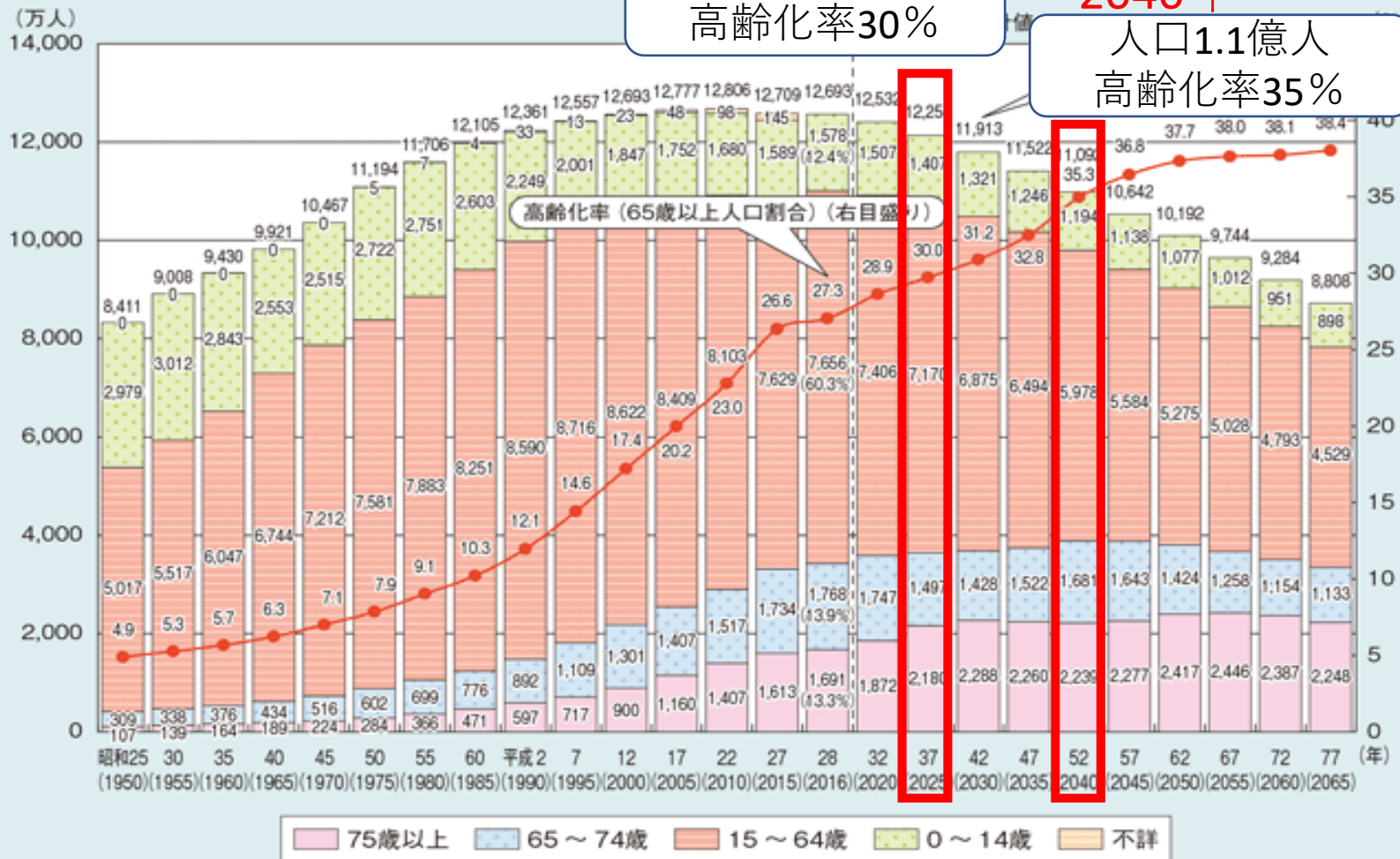
2025年

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%



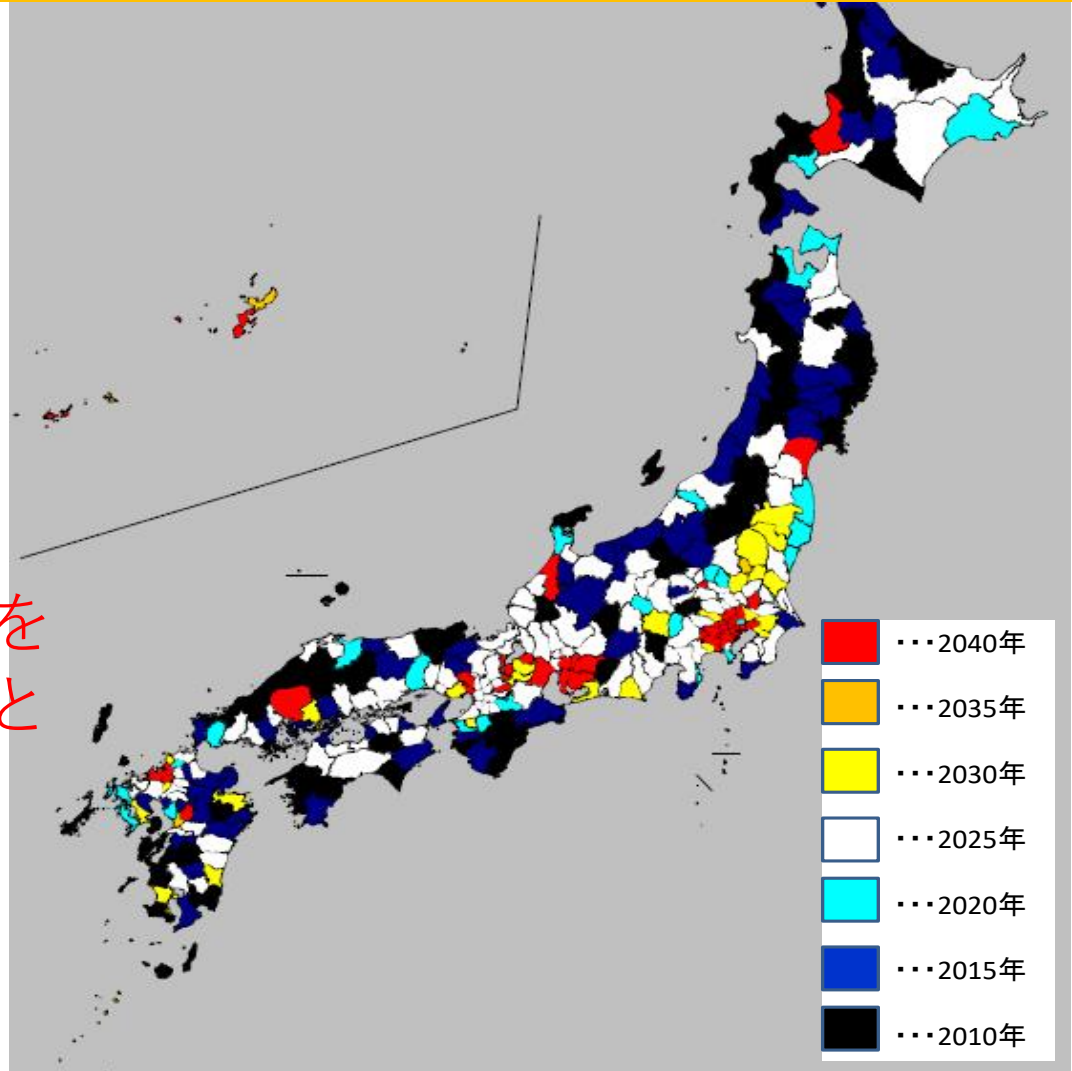
資料：2015年までは総務省「国勢調査」、2016年は総務省「人口推計」（平成28年10月1日確定値）、2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

(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

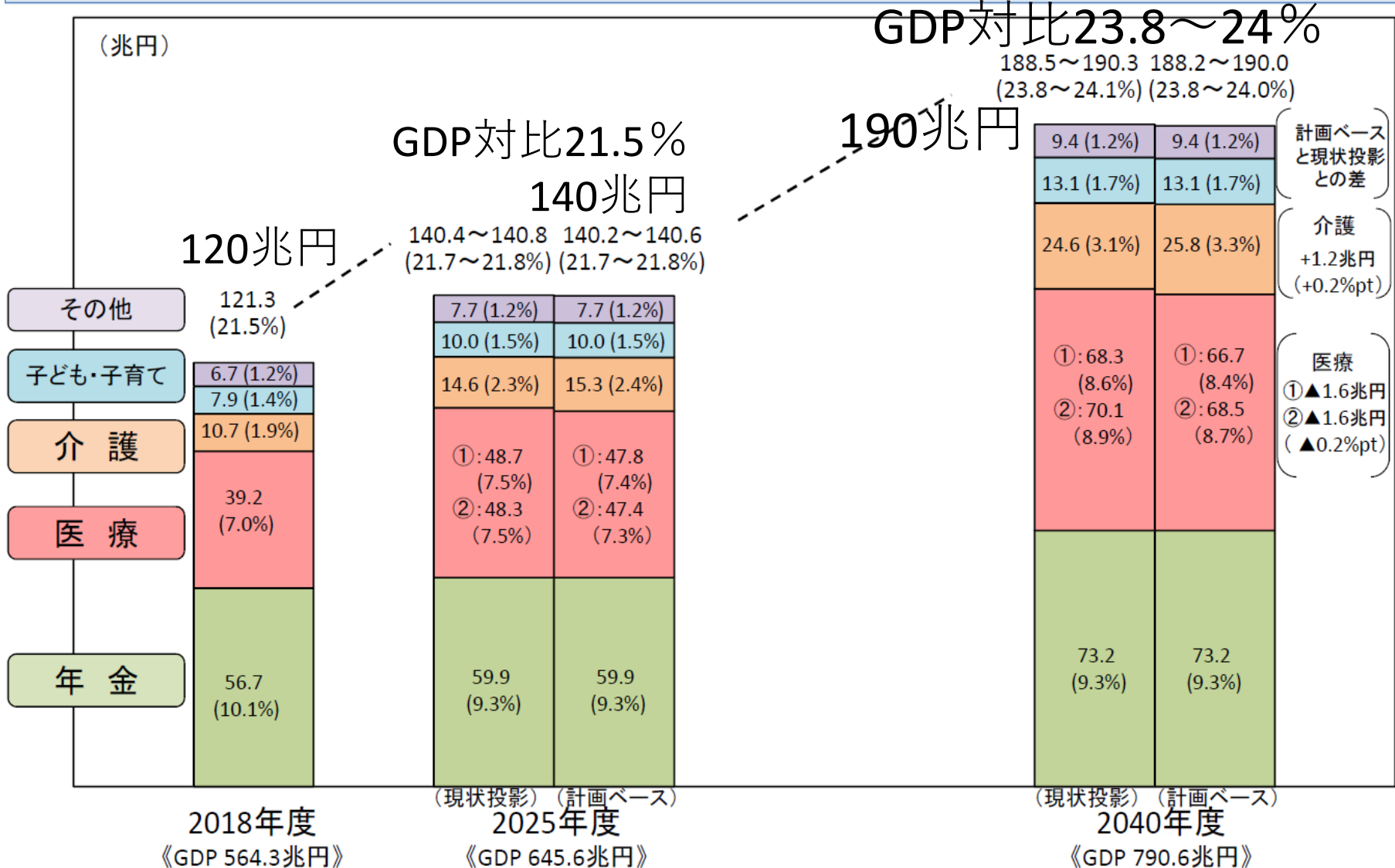
2040年に高齢化のピークを
迎えるのは首都圏を始めと
した大都市圏



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）

社会保障給付費

社会保障給付費の見通し（経済：ベースラインケース）



(注1) ()内は対GDP比。医療は単価の伸び率について2通りの仮定をおいており給付費に幅がある。

(注2) 「現状投影」は、医療・介護サービスの足下の利用状況を基に機械的に計算した場合。「計画ベース」は、医療は地域医療構想及び第3期医療費適正化計画、介護は第7期介護保険事業計画を基礎とした場合。

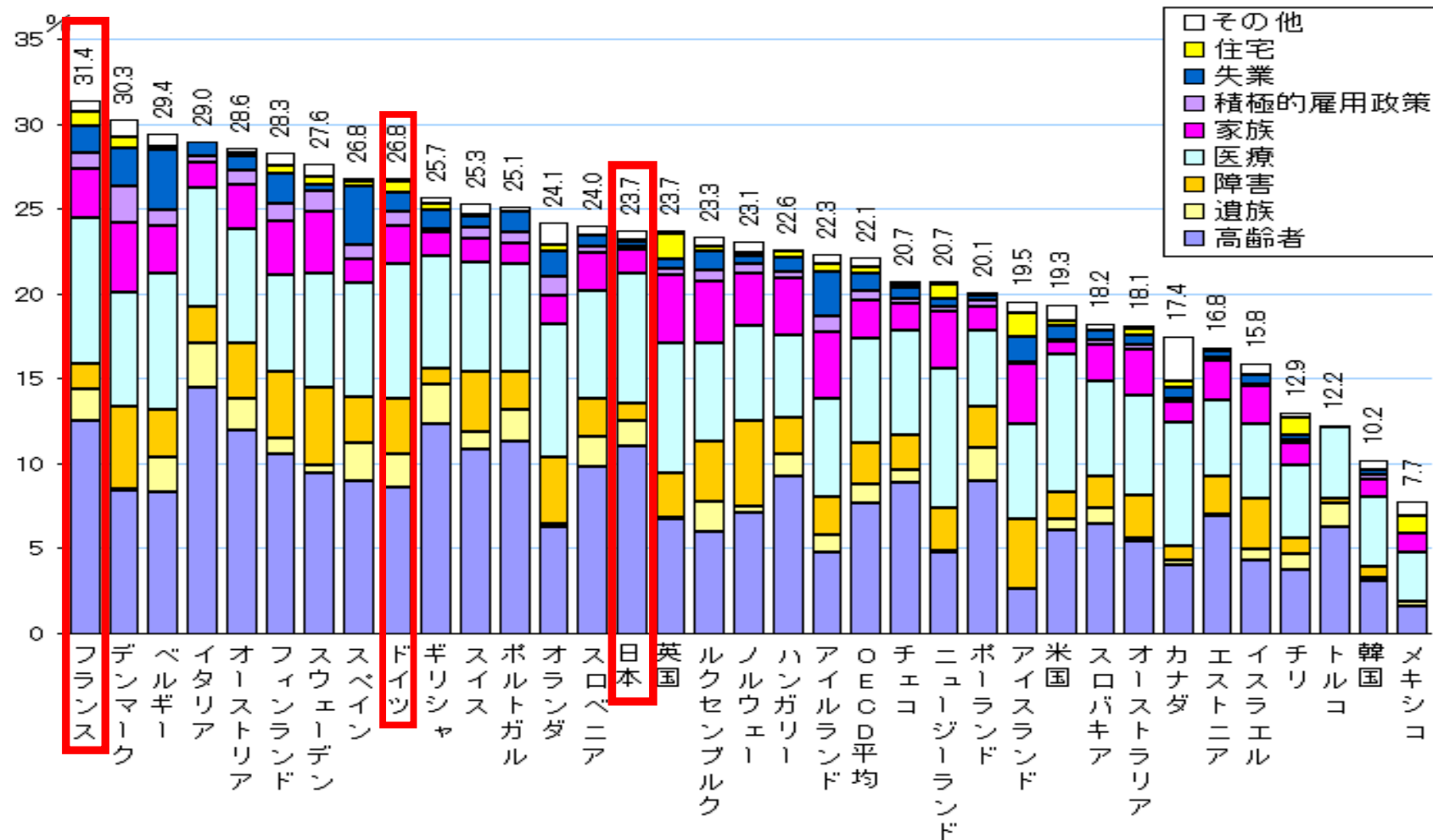
対GDP比はドイツに近く、世界に類を見ない水準というわけではない



伊原和人氏

- 2018年6月6日、社会保障審議会医療部会
- 「社会保障給付費が対GDP対比が24%という水準は今のドイツに近く、フランスではもっと高い、世界に類を見ない水準というわけではない」
 - 伊原和人厚労省大臣官房審議官（医療介護担当）

社会保障給付費の国際比較(OECD諸国) (2011年)



(注) 税や社会保険による社会支出(Social Expenditure; Public and mandatory private)の対GDP比である。日本の厚生年金保険からの給付はPublic、厚生年金基金からの給付はmandatory privateである。メキシコの失業、韓国の住宅は不詳。

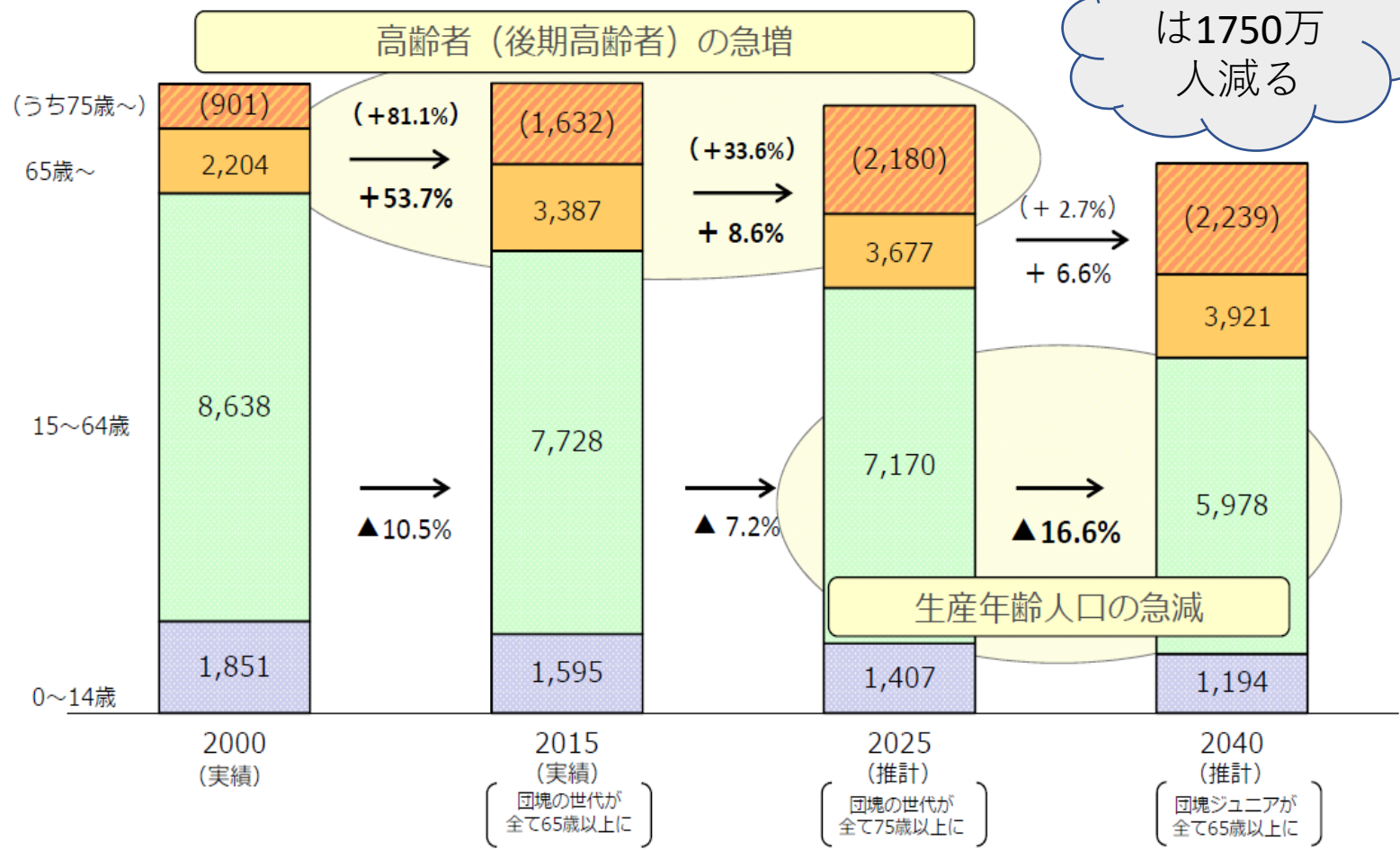
(資料) OECD.Stat (data extracted on 04 Apr 2015)

問題は人口減

2040年までの人口構造の変化

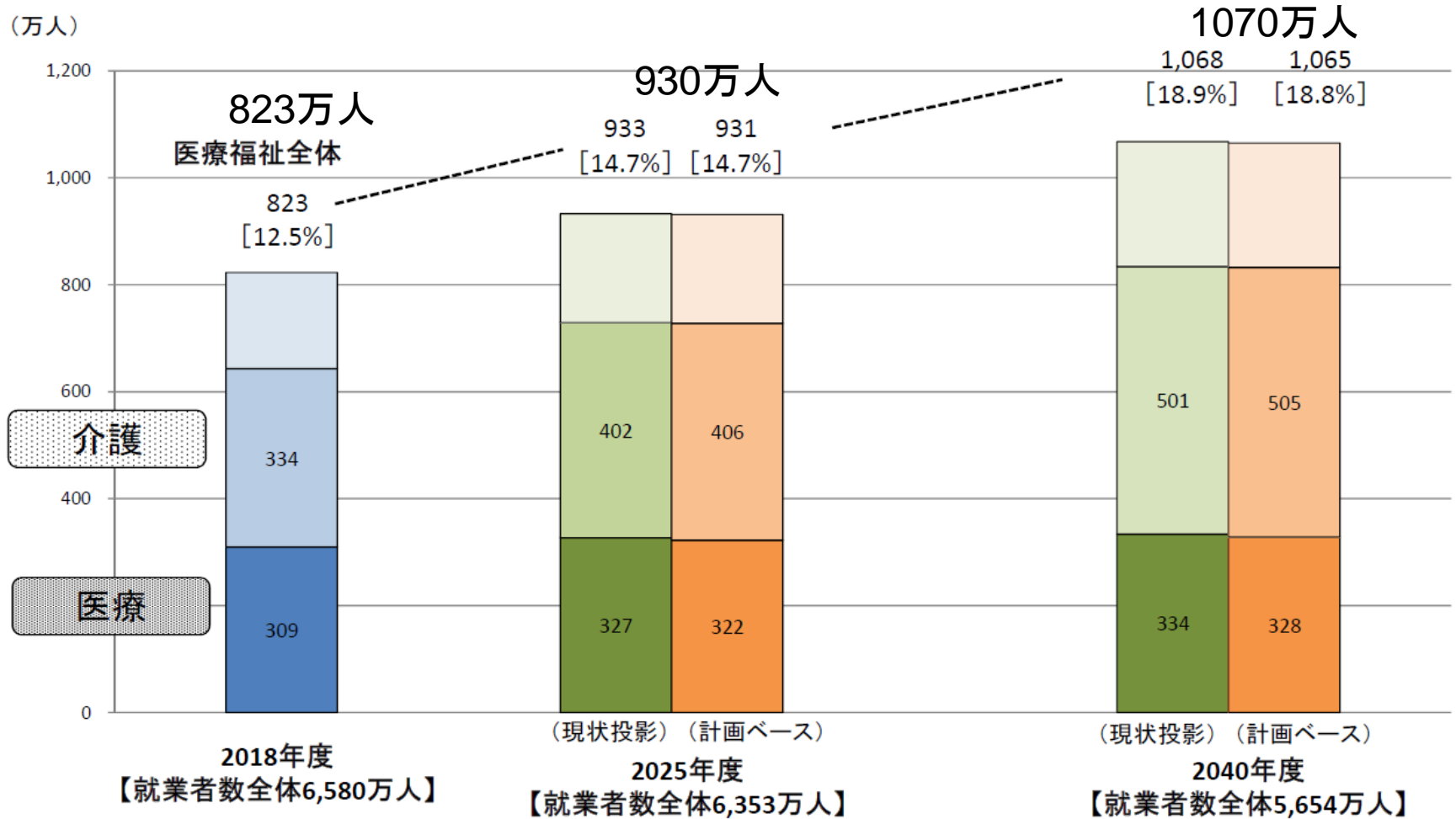
○ 我が国の人口動態を見ると、いわゆる団塊の世代が全員75歳以上となる2025年に向けて高齢者人口が急速に増加した後、高齢者人口の増加は緩やかになる。一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速。

【人口構造の変化】



(出典)総務省「国勢調査」「人口推計」、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」

医療福祉分野の就業者数の見通し



(注1) []内は就業者数全体に対する割合。

(注2) 医療福祉分野における就業者の見通しについては、①医療・介護分野の就業者数については、それぞれの需要の変化に応じて就業者数が変化すると仮定して就業者数を計算。②その他の福祉分野を含めた医療福祉分野全体の就業者数については、医療・介護分野の就業者数の変化率を用いて機械的に計算。③医療福祉分野の短時間雇用者の比率等の雇用形態別の状況等については、現状のまま推移すると仮定して計算。

(注3) 就業者数全体は、2018年度は内閣府「経済見通しと経済財政運営の基本的態度」、2025年度以降は、独立行政法人労働政策研究・研修機構「平成27年労働力需給の推計」および国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」(出生中位(死亡中位)推計)を元に機械的に算出している。

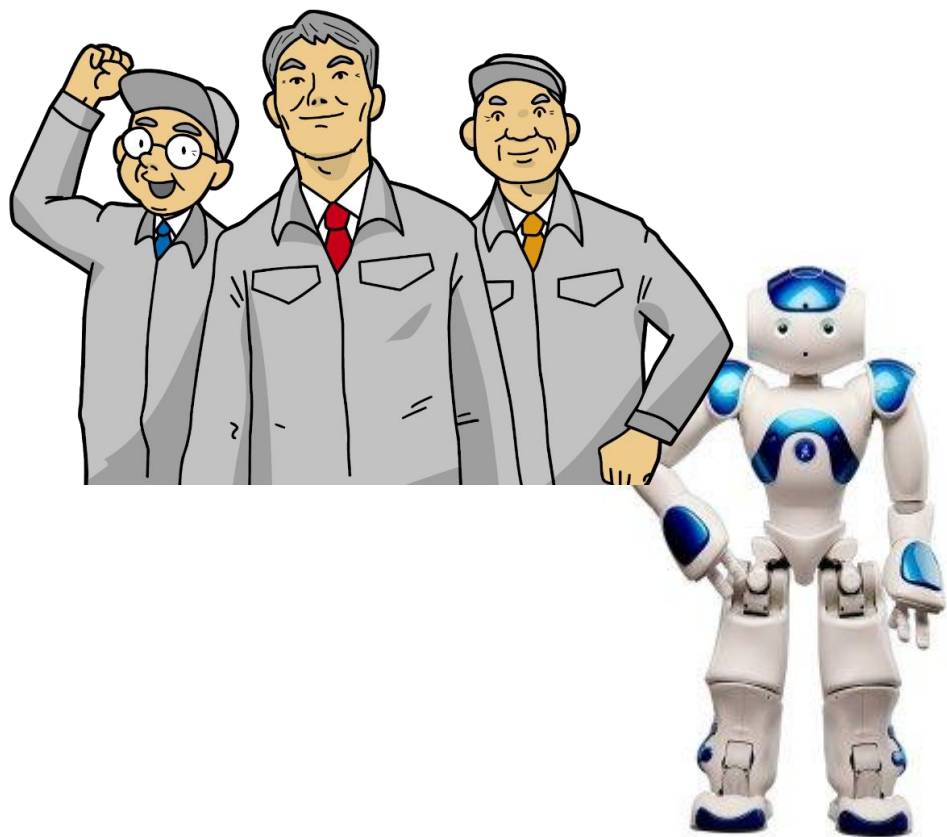
2040年問題のポイント

社会保障給付費はなんとかコントロールの範囲内
しかし就労人口減が最大の課題！

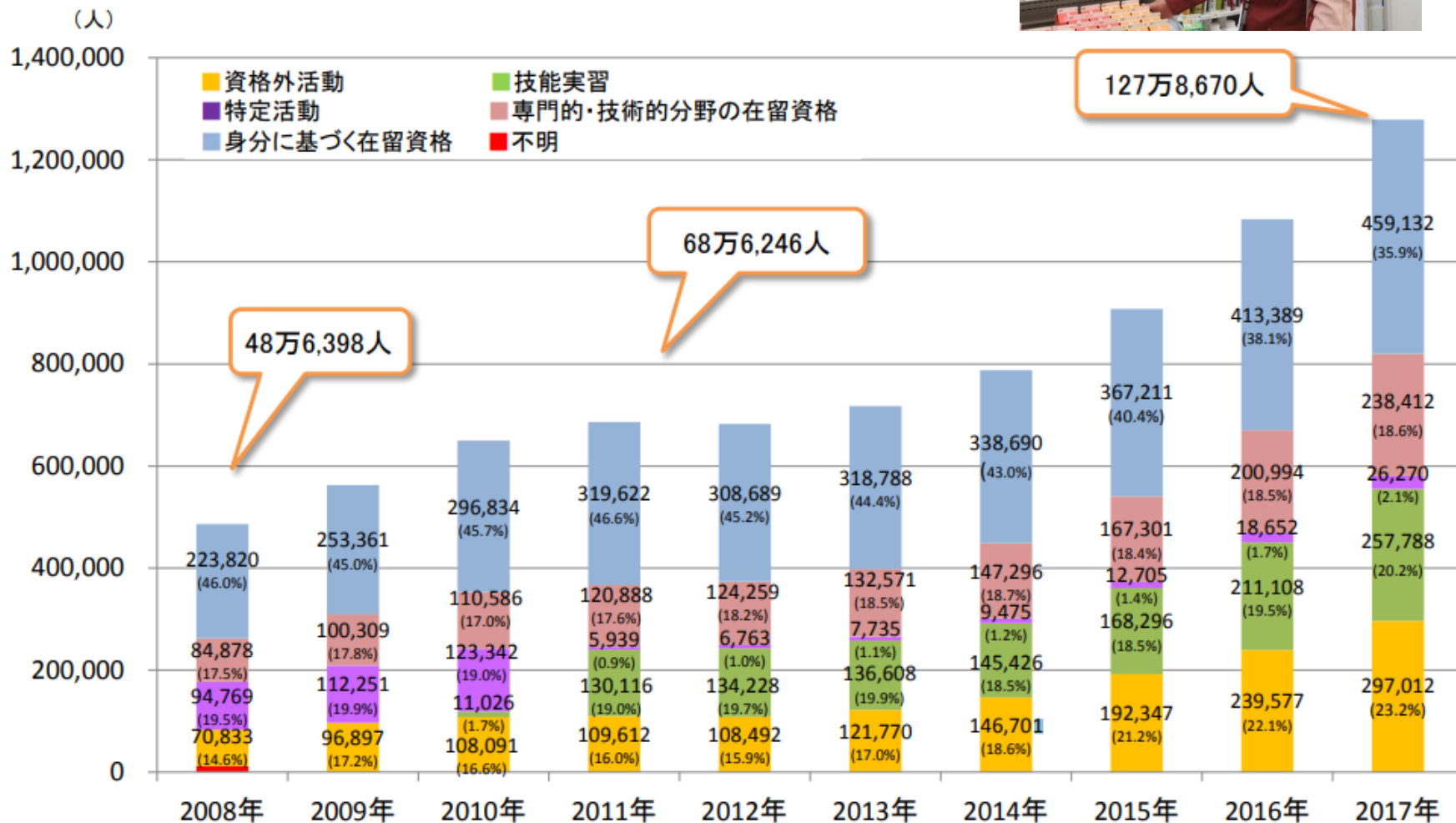
2040年問題の解決策は？

元気老人、女性、ロボット、
ICT、外国人労働者

元気老人、ロボット、 AIとICT、外国人労働者



外国人労働者の増加



※ 厚生労働省「外国人雇用状況」の届出状況まとめに基づく集計（各年10月末現在の統計）

パート2

三位一体改革とは？

- ①地域医療構想
- ②働き方改革、
- ③医師偏在対策

三位一体改革

2040年を展望した2025年までに着手すべきこと

① 医療施設の配置の最適化と連携の推進 ~地域医療構想の実現~

- ①全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針の合意形成
- ②合意形成された具体的対応方針の検証と地域医療構想の実現に向けた更なる対策
- ③病診/病病連携のための医療情報ネットワークの構築やオンライン診療等を推進するための適切なルール整備 等

三位一体で推進

② 医師・医療従事者の働き方改革の推進

- ①医師の労働時間管理の徹底
- ②医療機関内のマネジメント改革(管理者・医師の意識改革、業務の移管や共同化(タスク・シフティングやタスク・シェアリング)、ICT等の技術を活用した効率化 等)
- ③**医師偏在対策**による地域における医療従事者等の確保(地域偏在と診療科偏在の是正)
- ④地域医療提供体制における機能分化・連携、集約化・重点化の推進(これを推進するための医療情報の整理・共有化を含む)⇒**地域医療構想の実現**

③ 実行性のある医師偏在対策の着実な推進

- ①地域医療構想や2040年の医療提供体制の展望と整合した**医師偏在対策**の施行
 - ・ 医師偏在指標に基づく医師確保計画の策定と必要な施策の推進
 - ・ 将来の医療ニーズに応じた地域枠の設定・拡充
 - ・ 地域ごとに異なる人口構成の変化等に対応した将来の診療科別必要医師数を都道府県ごとに算出
- ② 地域におけるプライマリ・ケアに対応するための総合診療専門医の確保

①地域医療構想



千葉県地域医療構想調整会議

病床機能報告における4医療機能について

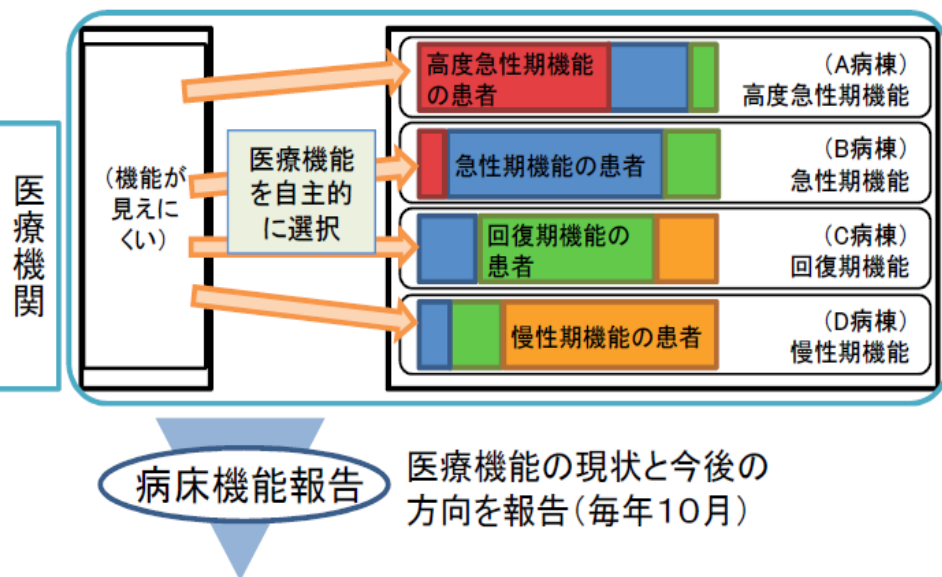
- 各医療機関（有床診療所を含む。）は、毎年、病棟単位で、医療機能の「現状」と「今後の方向」を、自ら1つ選択して、都道府県に報告。

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。

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

都道府県

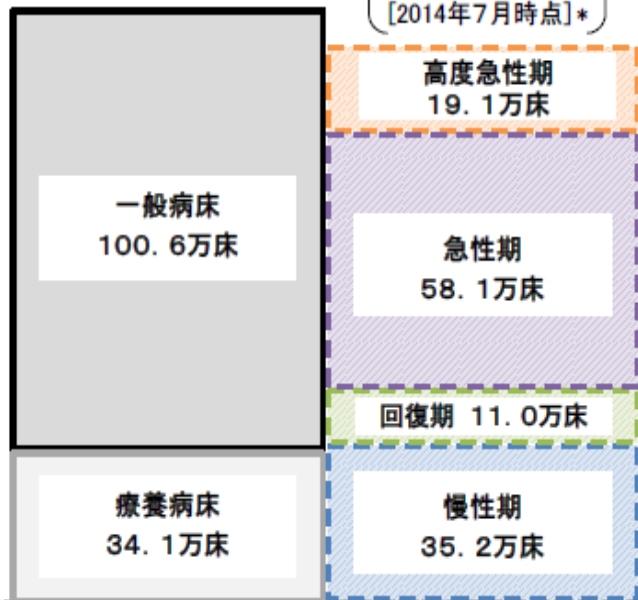
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 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



* 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

経済 フォローする

公立・公的424病院「再編検討を」 厚労省がリスト公表

2019年9月26日 15:10

厚生労働省は26日、市町村などが運営する**公立病院**と日本赤十字社などが運営する**公的病院**の25%超にあたる全国424の病院について「再編統合について特に議論が必要」とする分析をまとめ、病院名を公表した。診療実績が少なく、非効率な医療を招いているため

424公的病院、再編必要

神奈川県 厚労省、異例の公表

厚生労働省は26日、全国145の公立病院や日本赤十字社の公的病院のうち診療実績が少しいと判断した424の病院を初めて公表した。高齢化で膨張する医療費抑制のため、競合地域にある病院との再編・統合を促す必要があつて、異例の対応に踏み切つた。10月にも対象病院に再編・統合の格別な検討を要請し、来年9月までに結論を出してもらう考え。強制力はないが、身近な病院がなくなるとの不安から地元首長や住民の反発が予想される。

同日の会合で公表した対象病院は全体の29.1%に当たり、ベッド数が比較的に少ない病院が多かつた。対象の数は北海道の

都道府県別では、新潟（53.7%）、北海道（48.6%）、宮城（47.5%）、山口（46.7%）、岡山（43.3%）の順で割合が高かつた。

都道府県別の再編・統合対象病院割合

都道府県	公的病院数	対象病院数	割合(%)
① 新潟	41	22	53.7
② 北海道	111	54	48.6
③ 宮城	40	19	47.5
④ 山口	30	14	46.7
⑤ 岡山	30	13	43.3
⑥ 愛知	57	9	15.8
⑦ 京都	26	4	15.4
⑧ 栃木	15	2	13.3
⑨ 東京	78	10	12.8
⑩ 沖縄	14	0	0

※割合は四捨五入



定例会見 石巻市役所

“病院再編” 石巻市長憤り 村井知事「議論は必要」

亀山市長

「人口減少進む地域にとって市立病院の役割大きく 国に考えを伝えていきたい」

公立・公的 4 2 4 病院再編リスト

地域医療構想ワーキンググループで公表
(2019年9月26日)

- 2019年年央までに各医療機関の診療実績データを分析し、公立・公的医療機関等の役割が当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか、合意された具体的対応方針を検証し、地域医療構想の実現に必要な協議を促進。

2. 今後の取り組み

- 合意形成された具体的対応方針の検証と構想の実現に向けた更なる対策

- 今後、2019年年央までに、全ての医療機関の診療実績データ分析を完了し、「**診療実績が少ない**」または「**診療実績が類似している**」と位置付けられた**公立・公的医療機関等**に対して、構想区域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つつ、**医師の働き方改革の方向性**も加味して、**当該医療機能の他の医療機関への統合や他の病院との再編統合**について、地域医療構想調整会議で協議し改めて合意を得るように要請する予定。

分析内容

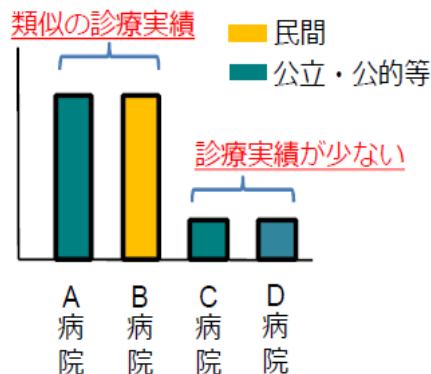
分析項目ごとに診療実績等の一定の指標を設定し、当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか分析する。重点化が不十分な場合、他の医療機関による代替可能性があるとする。

A 各分析項目について、診療実績が特に少ない。

B 各分析項目について、構想区域内に、一定数以上の診療実績を有する医療機関が2つ以上あり、かつ、お互いの所在地が近接している。

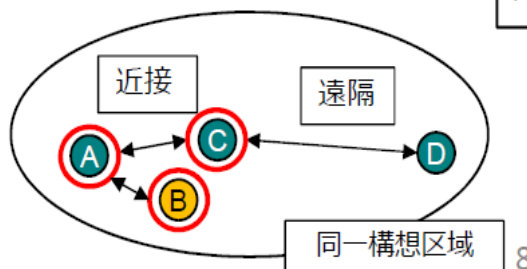
分析のイメージ

- ①診療実績の**データ分析**
(領域等(例:がん、救急等)ごと)



- ②地理的条件の**確認**

類似の診療実績がある場合のうち、**近接**している場合を確認



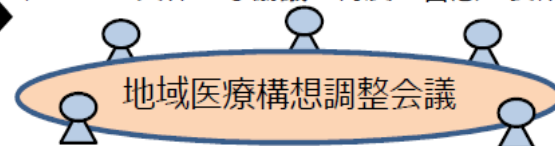
①及び②により「**代替可能性あり**」とされた公立・公的医療機関等

- ③分析結果を踏まえた地域医療構想調整会議における**検証**

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、**医師の働き方改革の方向性**も加味して、

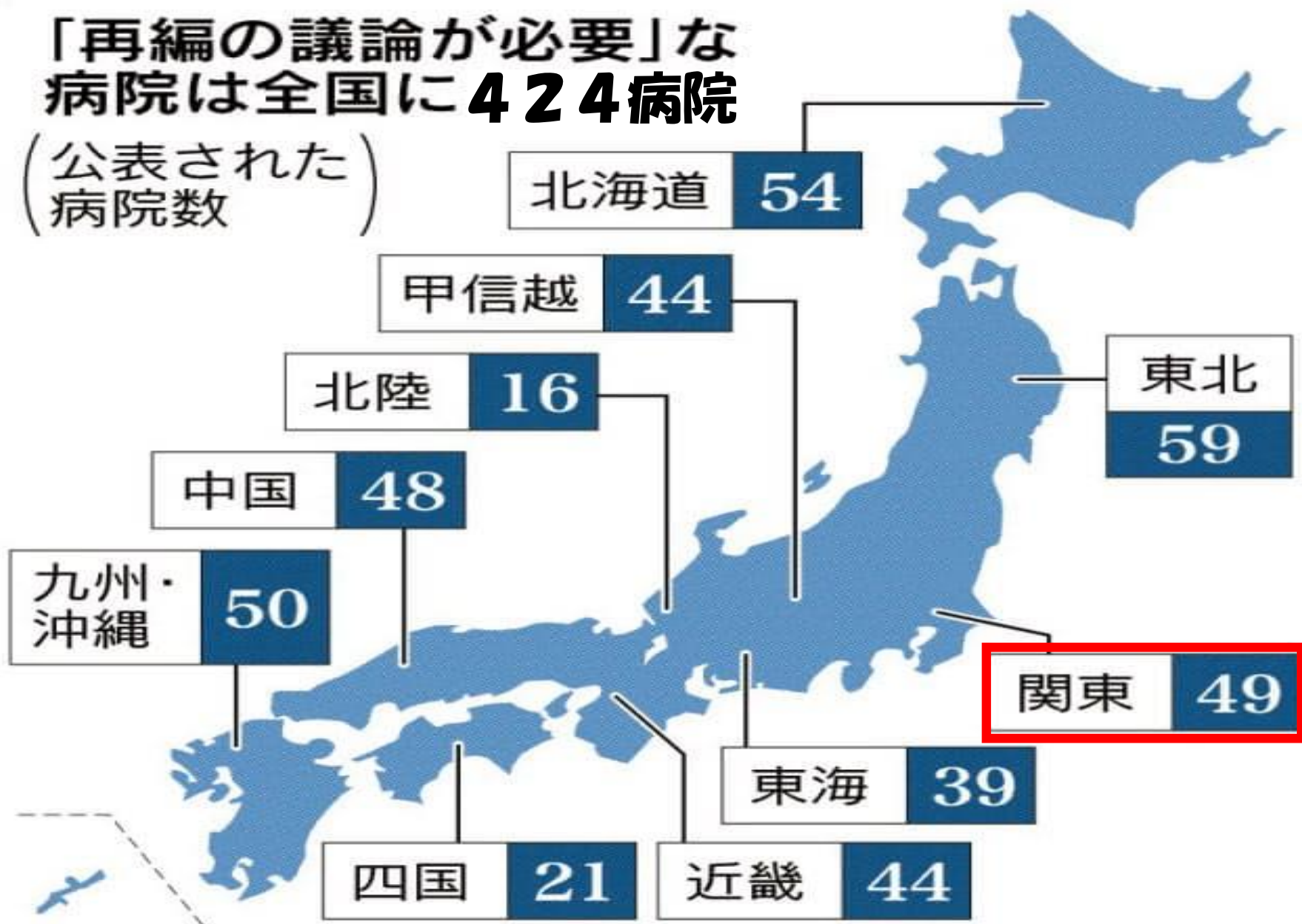
- **代替可能性のある機能の他の医療機関への統合**
- **病院の再編統合**

について具体的な協議・再度の合意を要請



「再編の議論が必要」な 病院は全国に**424**病院

(公表された
病院数)



再編・統合議論の要請対象とされた首都圏の医療機関

(※は近くに実績がある医療機関があることも理由)

診療実績が少ない

茨城	笠間市立病院※、小美玉市医療センター※、国家公務員共済組合連合会(KKR)水府病院※、 村立東海病院※、筑西市民病院※
栃木	独立行政法人国立病院機構(独国)宇都宮病院※
群馬	公立碓氷病院※、下仁田厚生病院※
埼玉	独立行政法人地域医療機能推進機構(独地)埼玉 北部医療センター、東松山医師会病院※、所 沢市市民医療センター※、独国・東埼玉病院
千葉	県千葉リハビリテーションセンター※、独国・千 葉東病院※、独地・千葉病院※、南房総市立富 山国保病院※、鴨川市立国保病院※、銚子市立 病院※、国保多古中央病院※、東陽病院※
東京	台東区立台東病院※、東京大学医科学研究所 付属病院※、済生会向島病院、独地・東京城東 病院、奥多摩町国民健康保険奥多摩病院、独 国・村山医療センター※、都立神経病院、国民 健康保険町立八丈病院

神奈川	済生会平塚病院※、東芝林間病院※、済生会神 奈川県病院、済生会若草病院
-----	--

静岡	JA静岡厚生連リハビリテーション中伊豆温泉 病院※、伊豆赤十字病院※、市立御前崎総合病 院※、市立湖西病院
----	---

近くに実績がある医療機関がある

茨城	独国・霞ヶ浦医療センター
栃木	独地・うつのみや病院
群馬	済生会前橋病院、一般社団法人伊勢崎佐波医師 会病院
埼玉	蕨市立病院、北里大学メディカルセンター、東 松山市立市民病院
千葉	千葉市立青葉病院、国保直営君津中央病院大佐 和分院
東京	KKR九段坂病院、済生会中央病院

神奈川	川崎市立井田病院、三浦市立病院、横須賀市立 市民病院、秦野赤十字病院、独国・神奈川病院、 相模原赤十字病院
-----	---

静岡	共立蒲原総合病院、独国・静岡てんかん・神経医 療センター、JA静岡厚生連清水厚生病院、JA 静岡厚生連静岡厚生病院、独地・桜ヶ丘病院、 菊川市立総合病院、公立森町病院、浜松赤十字 病院、JA静岡厚生連遠州病院、独・労働者健康 福祉機構浜松労災病院
----	--

An aerial photograph of a coastal region. The foreground shows a large body of blue water. The middle ground features a mix of green, forested hills and a developed urban area with buildings and roads. In the background, more green hills are visible under a clear blue sky. The text is overlaid in the center of the image.

事例
横須賀・三浦の地域医療構想を考える

「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）



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

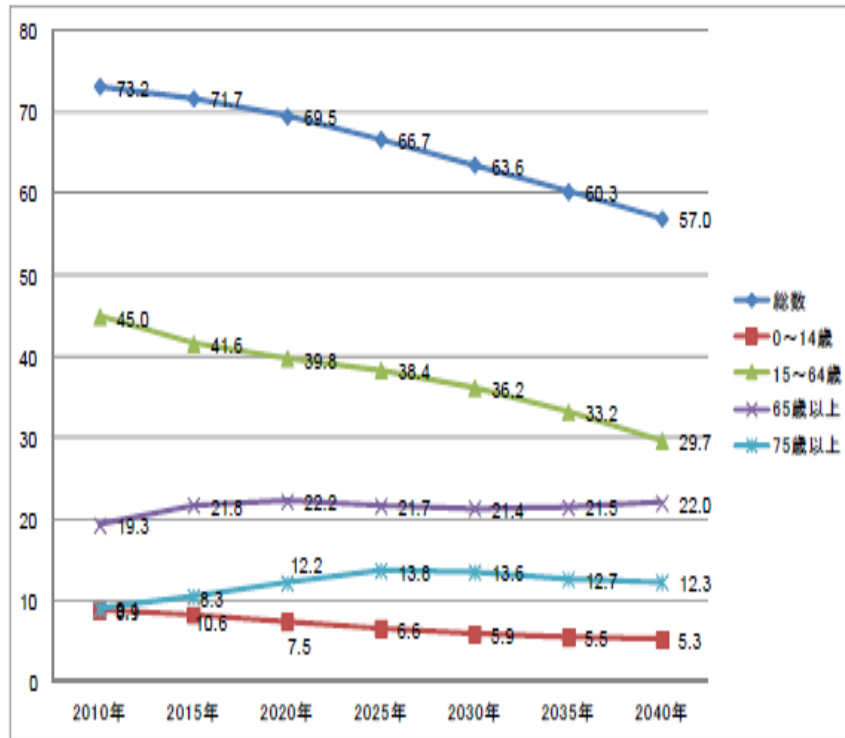
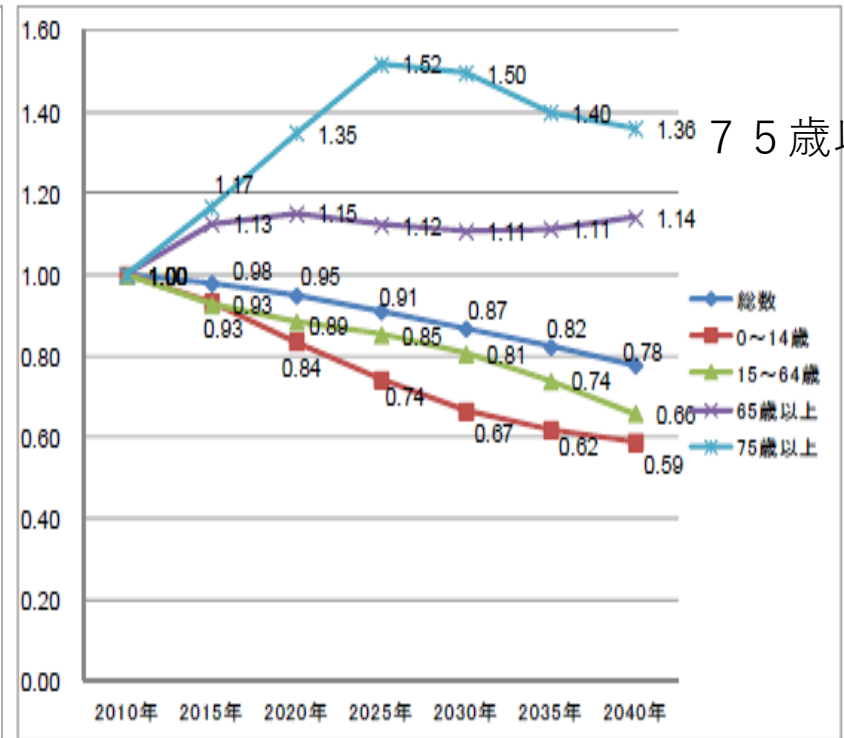


図 横須賀・三浦の年齢区分別人口の増加率の推移(2010年基準)

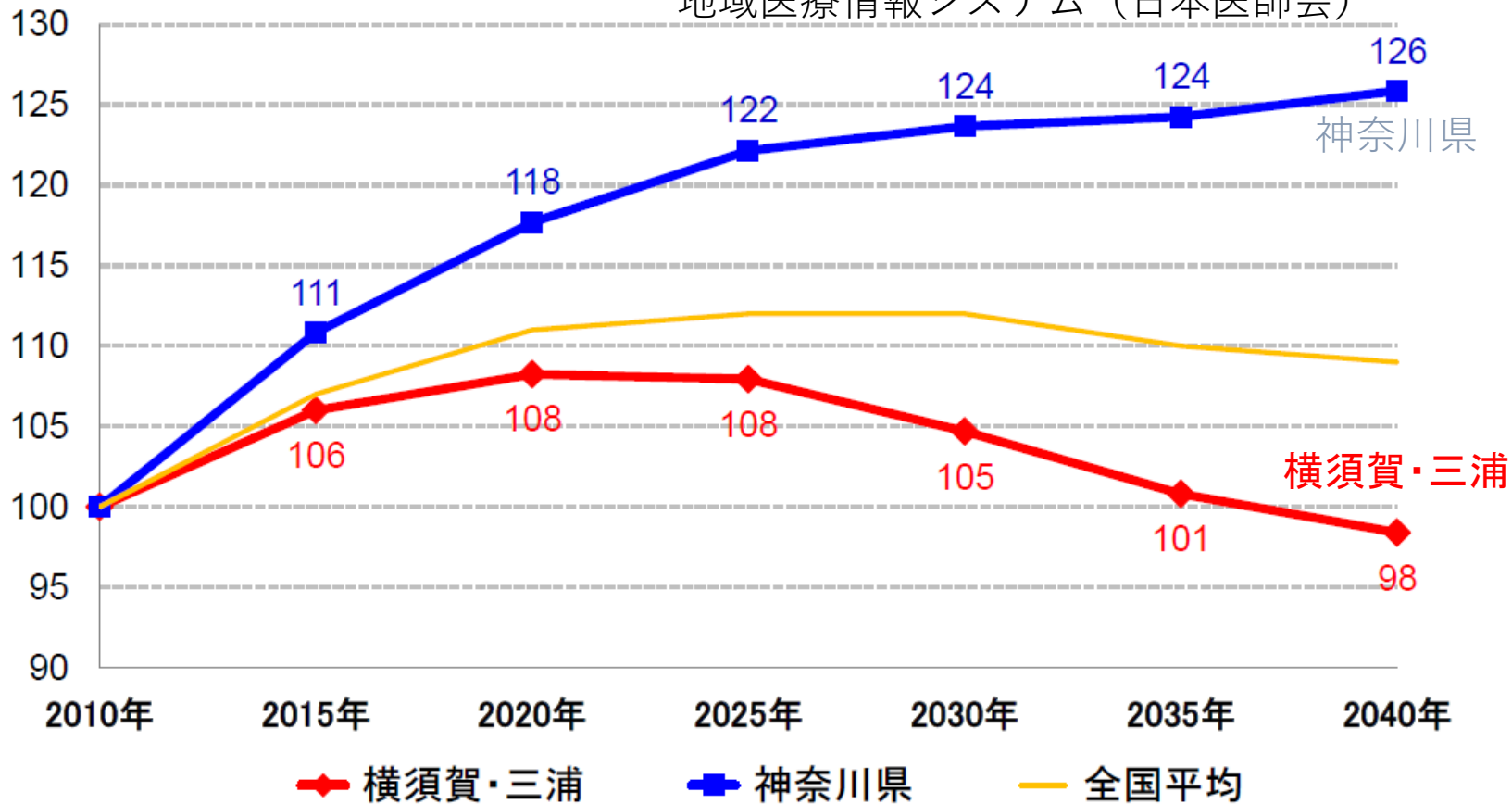


75歳以上

<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)

医療需要予測指数 (2010年=100)

地域医療情報システム (日本医師会)



全国平均	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
医療需要予測指数	107	111	112	112	110	109

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





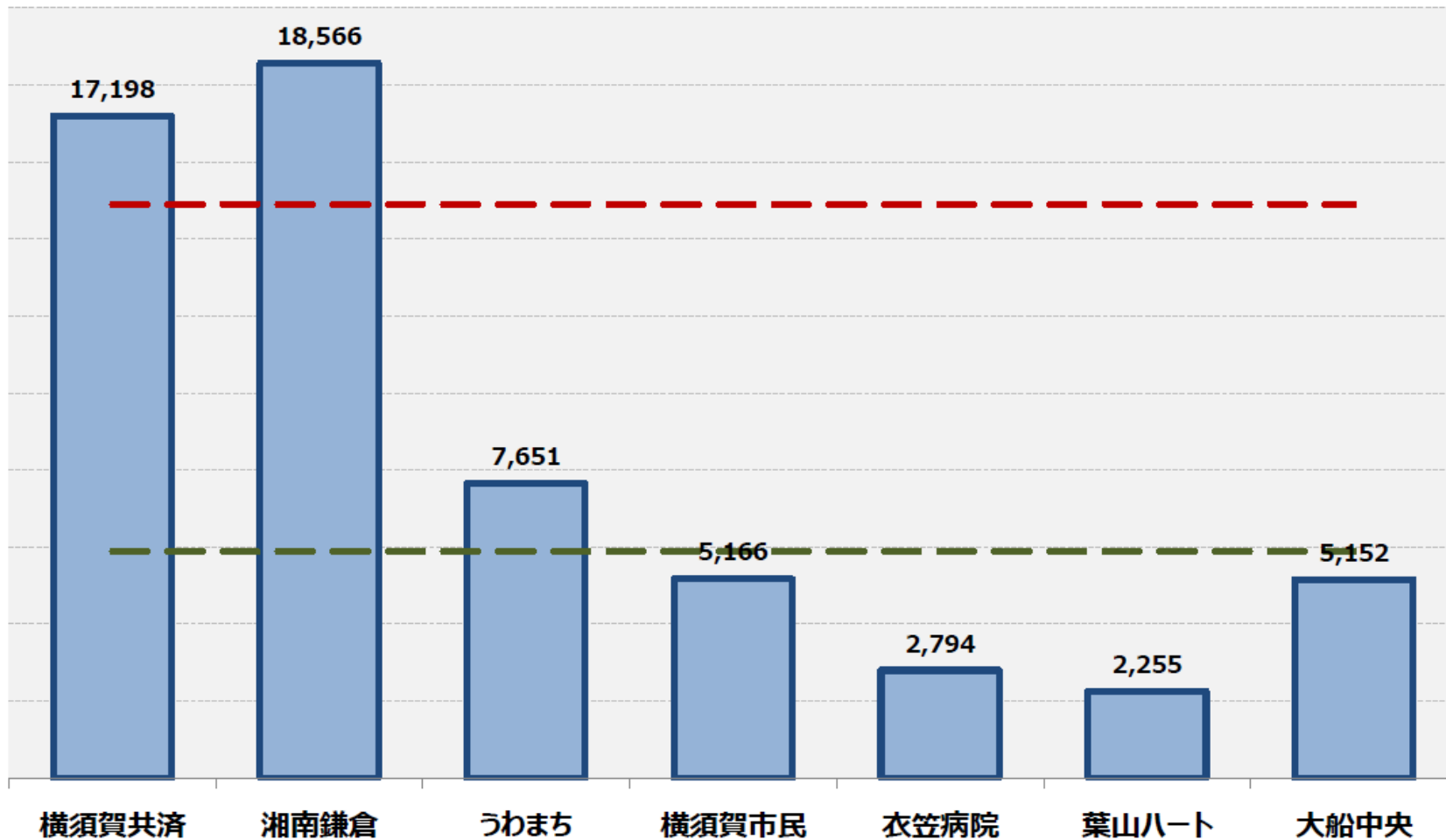
入院患者数

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

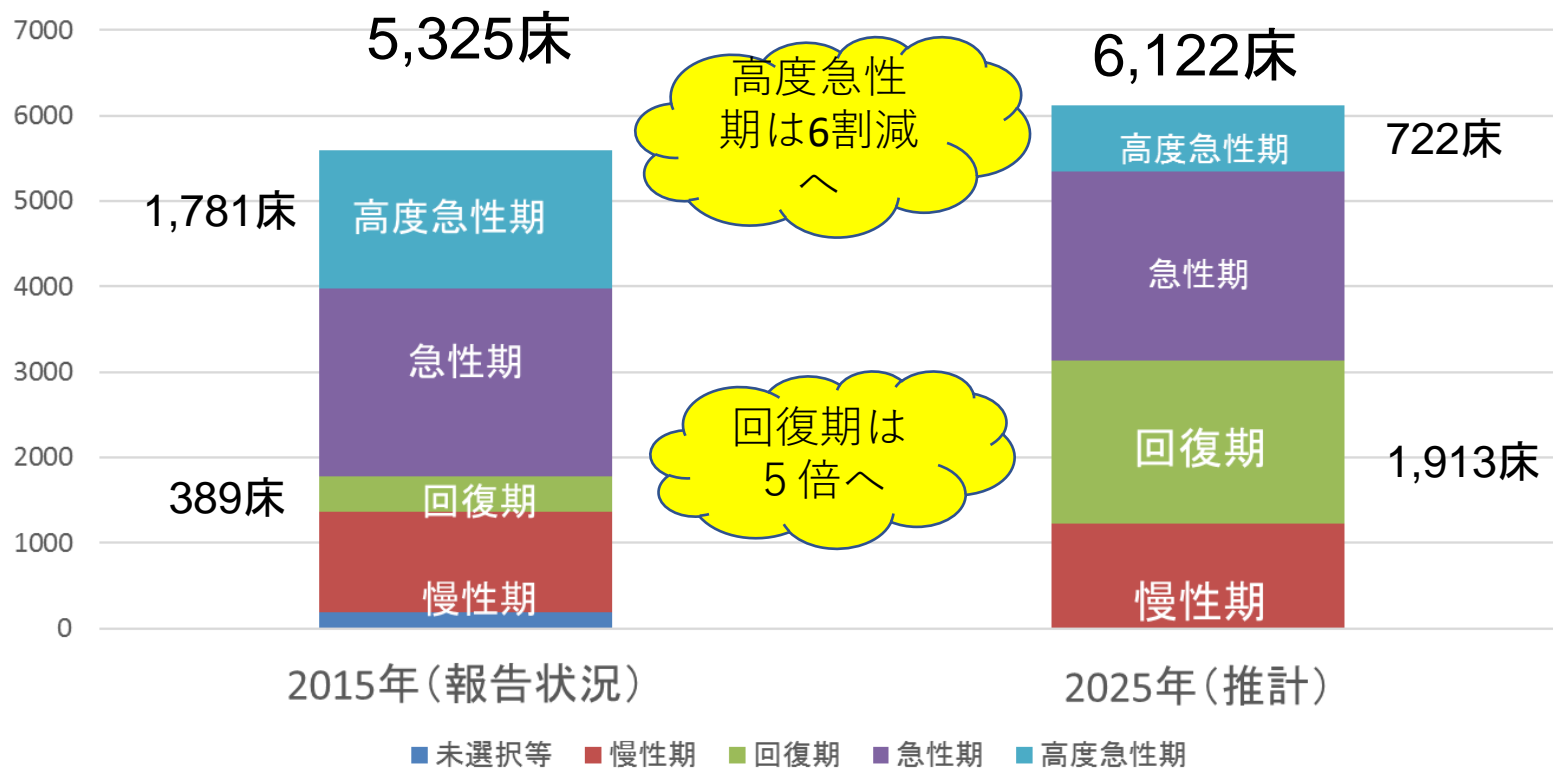
■ 症例数 ■ 大学病院平均値 ■ 全病院の平均値



横須賀・三浦 2025年の病床数の必要量

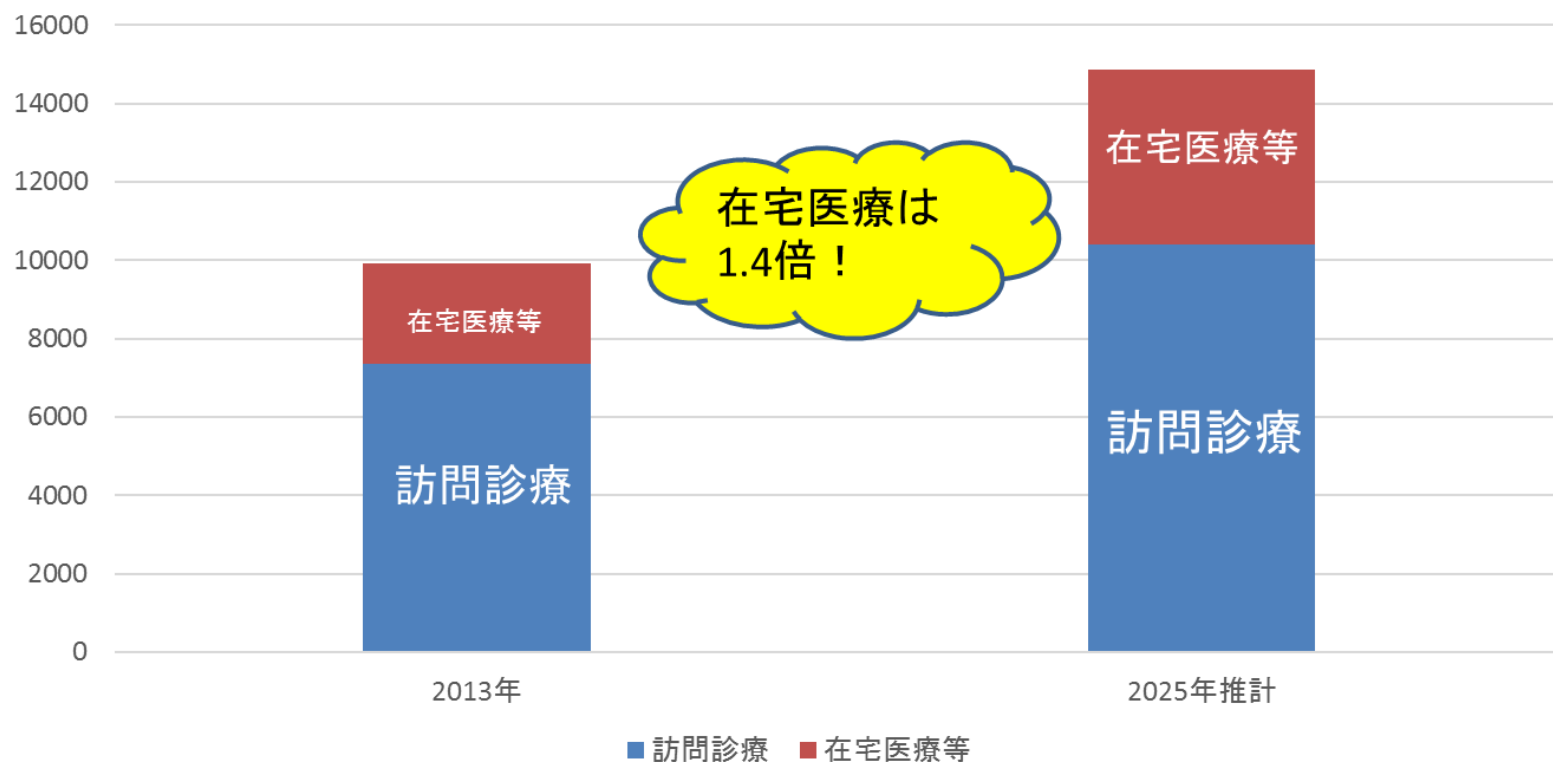
病床機能報告（厚労省）

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

②働き方改革



2018年6月

働き方改革関連法

時間外労働（残業）の上限を規制



大企業

2019年4月～

中小企業

2020年4月～

【原則として】

🕒 月45時間・年360時間

【例外でも】

🕒 年720時間以内（※休日労働を含まない）

🕒 単月100時間未満、
2~6か月平均80時間以内（※休日労働を含む）



医師への適用は **2024年4月～**、
上限時間も別に設定



応招義務の問題から、 上限規定の適用を 2024年まで猶予する

この間、「医師に適用する規制の具体的な在り方」
「医師の労働時間短縮策」を、先の検討会で議論し、
2019年3月末までに結論を得る。

医師の働き改革の3つのポイント

① 上限時間

上限時間等の制度的な議論の整理と複数案

② 自己研鑽・宿日直

労働としての診療と自己研鑽の時間的区分はむつかしい

昭和24年の宿日直許可基準について、現在の実態を踏まえた解釈の現代化が必要。

③ タスシェア・シフト

看護特定行為、医師事務作業補助者、複数主治医、医師のシフト制など

①時間外労働時間の上限規定

- 超過重労働（上位10%、2万人）の時間外労働短縮が最優先事項
 - 「時間外労働年1860時間」は36協定でも超えられない上限
- 水準A（2024年度以降適用される水準）
 - 勤務医に2024年度以降適用される水準
 - 時間外労働年960時間以内・月100時間未満
- 水準B（地域医療確保暫定特例）
 - 地域医療確保暫定特例水準
 - 時間外労働年1860時間以内・月100時間未満
- 水準C（技能向上）
 - 若手医師が短期間に集中的に行う技能向上のため
- * 連続勤務時間制限28時間、勤務間インターバル9時間
- 働き方改革を進めるためには、地域での医療連携、さらには医療機関の集約も必要

2024年4月とその後に向けた改革のイメージ②(案)

- 2024.4以降、暫定特例水準を超える時間外労働の医師は存在してはならないこととなり、暫定特例水準対象の医師についても、時間外労働が年960時間以内となるよう労働時間短縮に取り組んでいく。

病院勤務医の働き方の変化のイメージ

(時間外労働の年間時間数)

現状



2024.4
上限規制適用

2024.4以降、暫定特例水準を超える時間外労働の医師は存在してはならないこととなる

2023年度末までに
解消

約1割
約2万人

1,900~
2,000時間程度

水準B
暫定特例水準

2035年度末までに解消

約3割
約6万人

暫定特例水準対象についても、
時間外労働が年960時間以内と
なることを目指し、さらなる
労働時間短縮に取り組む

960時間

2024年以降適用される

水準A

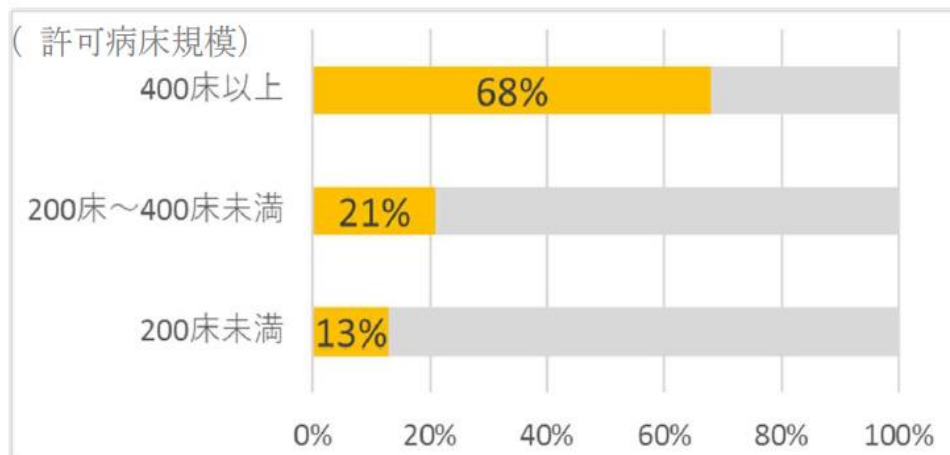
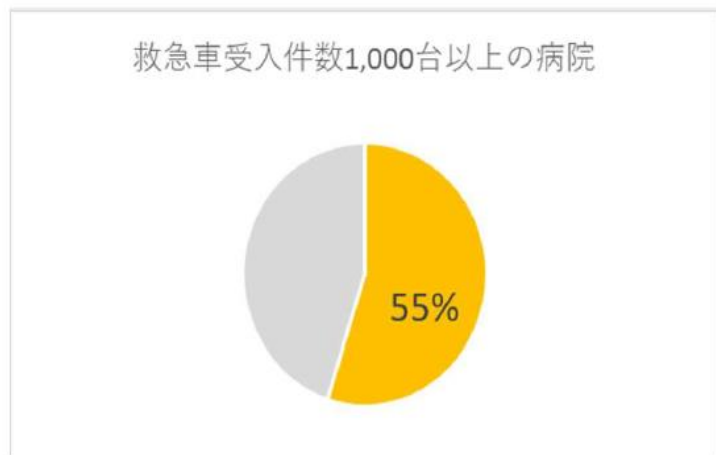
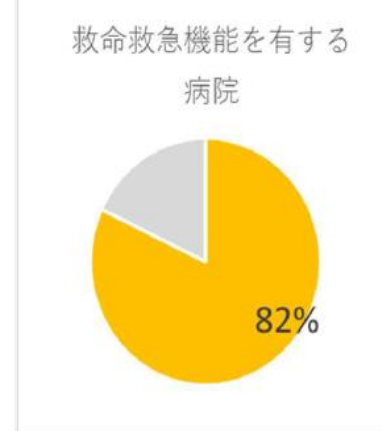
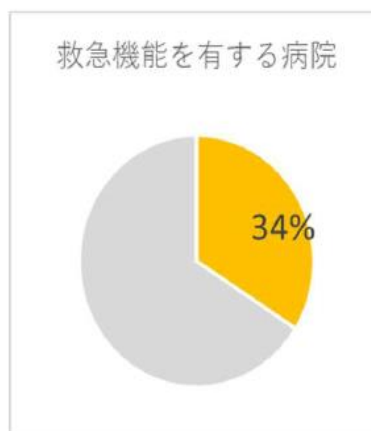
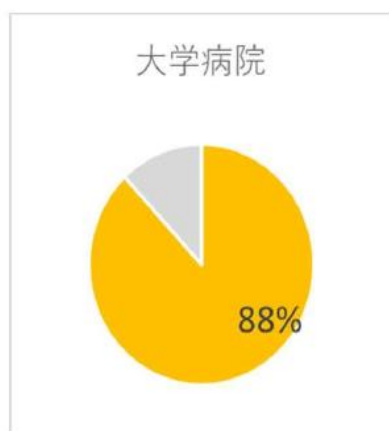
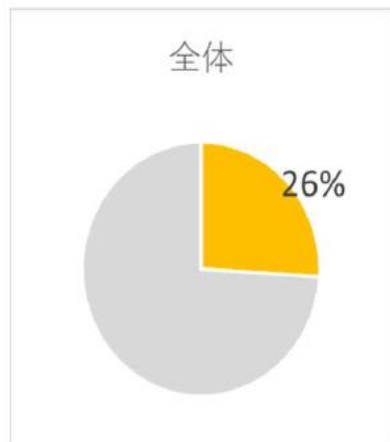
約6割
約12万人

暫定特例水準対象を除き、
2024.4以降、年960時間を超え
る時間外労働の医師は存在し
てはならないこととなる

地域医療確保暫定特例水準(案)を超える働き方の医師がいる病院

週勤務時間が80時間を超える者がいる病院の割合

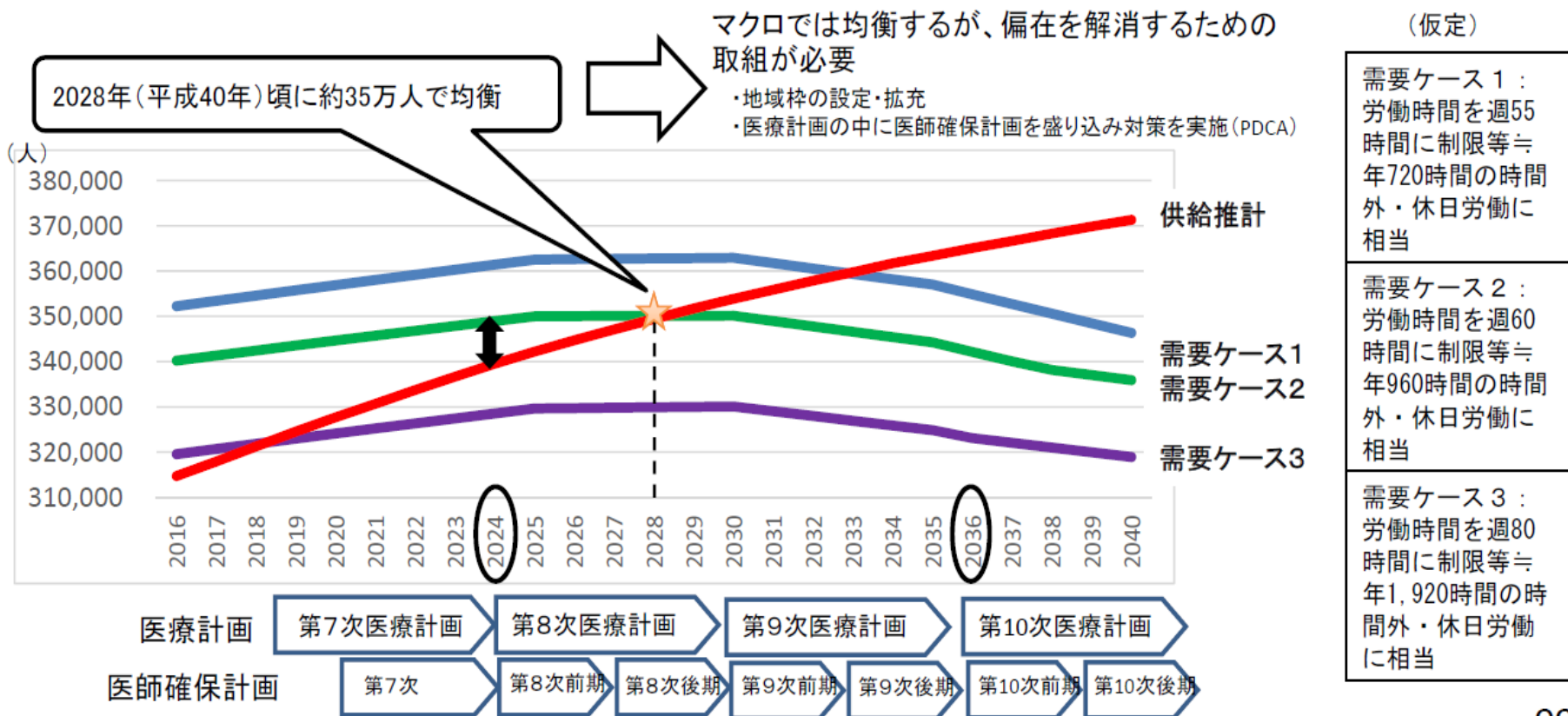
B水準超の勤務医がいる病院



※「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」(平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班)結果をもとに医政局医療経営支援課で作成。病院勤務の常勤医師のみ。勤務時間は「診療時間」「診療外時間」「待機時間」の合計でありオンコール(通常の勤務時間とは別に、院外に待機して応急患者に対して診療等の対応を行うこと)の待機時間は除外。医師が回答した勤務時間数であり、回答時間数すべてが労働時間であるとは限らない。救急機能とは、救急告示・二次救急・救命救急のいずれかに該当すること。

地域医療確保暫定特例水準を設定する必要性①(医師需給との関係)

- ❑ 医療需要は、人口減少等を背景に、2030年以降にピークを迎え減少する見込み。医師需給は、労働時間を週60時間程度に制限する・7%のタスク・シフティングを実現する等の仮定をおく「需要ケース2」において、2028年頃に均衡すると推計されるが、この場合であっても2024年段階ではまだ約1万人の需給ギャップが存在。
- ❑ さらに、マクロで医師需給が均衡した後も、引き続き偏在を解消するための取組が必要であり、都道府県単位で偏在を解消する目標年は、2036年とされている（医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会において議論）。



※医師確保計画は2020年、第7次医療計画に初めて盛り込まれる

次回診療報酬改定の 最重要課題は医師の働き方改革



中医協委員 猪口雄二氏

- 「私自身は、2018年度の診療報酬と介護報酬の同時改定よりも、医師の働き方改革の問題の方が大きいと考えている」
- 「医師のシフト制などが基本になれば、多数の医師がいる病院でないと、とても対応できない。けれども、今の診療報酬体系では、それだけの医師を雇用する余裕はなく、とてもシフト体制は組むことができない」。

③ 医師偏在対策

A wide-angle photograph of a large, modern conference room. Numerous people, mostly men in business suits, are seated around a long, dark wood conference table. The room has a high ceiling with several large, square recessed lights. The walls are wood-paneled. In the foreground, several people are seen from behind, looking towards the center of the room. The overall atmosphere is professional and formal.

第28回 医療従事者の需給に関する検討会
医師需給分科会（2019年2月18日）

医師偏在指標

これまで長らく
「人口**10**万人対医師数」が指標として
用いられてきた

人口10万人対医師数における課題	医師偏在指標における対応
1-1. 人口構成(性・年齢構成)の違いを反映できていない	地域ごとの医療需要について、人口構成の違いを踏まえ、受療率を用いて性年齢調整を行ったものを用いてはどうか。
1-2. 患者の流出入等を反映できていない	昼間人口と夜間人口のそれぞれを用い、実態に応じた一定の重み付けを行ったものを用いてはどうか。 患者の流出入に関しては、患者住所地を基準に流出入実態を踏まえ、都道府県間調整を行うこととしてはどうか。
1-3. へき地等の地理的条件を反映できていない	法律上、医師確保対策の対象とされている「医師の確保を特に図るべき区域」に、医師少数区域以外の二次医療圏に存在する無医地区、準無医地区(へき地診療所設置済み地区を含む。)も一定の考え方の下、含めることを検討してはどうか
1-4. 医師の性別・年齢分布について反映できていない	医師の性・年齢階級別の平均労働時間で重み付けを行ったものを用いてはどうか。
1-5. 入院、外来などの機能ごとの偏在の状況、診療科別の医師の偏在の状況を反映できていない	入院外来別の医師偏在については、外来医療機能の不足・偏在等への対応について検討する際に併せて検討することとしてはどうか。 診療科別の医師偏在については、喫緊の対応として小児科と産科についての指標を暫定的に作成してはどうか。

(参考) 現時点の医師偏在指標について

医療従事者の需給に関する検討会
第23回 医師需給分科会(平成30年10月24日)
資料3-1(抜粋・一部改変)

- 医師数は、性別ごとに20歳代、30歳代・・・60歳代、70歳以上に区分して、平均労働時間の違いを用いて調整する。
- 従来的人口10万人対医師数をベースに、地域ごとに性年齢階級による受療率の違いを調整する。

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数}}{\text{地域の人口} \div 10\text{万} \times \text{地域の標準化受療率比}(\ast 1)}$$

$$\text{標準化医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$\text{地域の標準化受療率比}(\ast 1) = \text{地域の期待受療率} \div \text{全国の期待受療率}(\ast 2)$$

$$\text{地域の期待受療率}(\ast 2) = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

注) 患者の流出入に関しては、患者住所地を基準に流出入実態を踏まえ、都道府県間調整を行うこととする。
へき地などの地理的条件については、「医師の確保を特に図るべき区域」として、一定の考え方の下で考慮することとする。

流出入を考慮した都道府県ごとの医師偏在指標

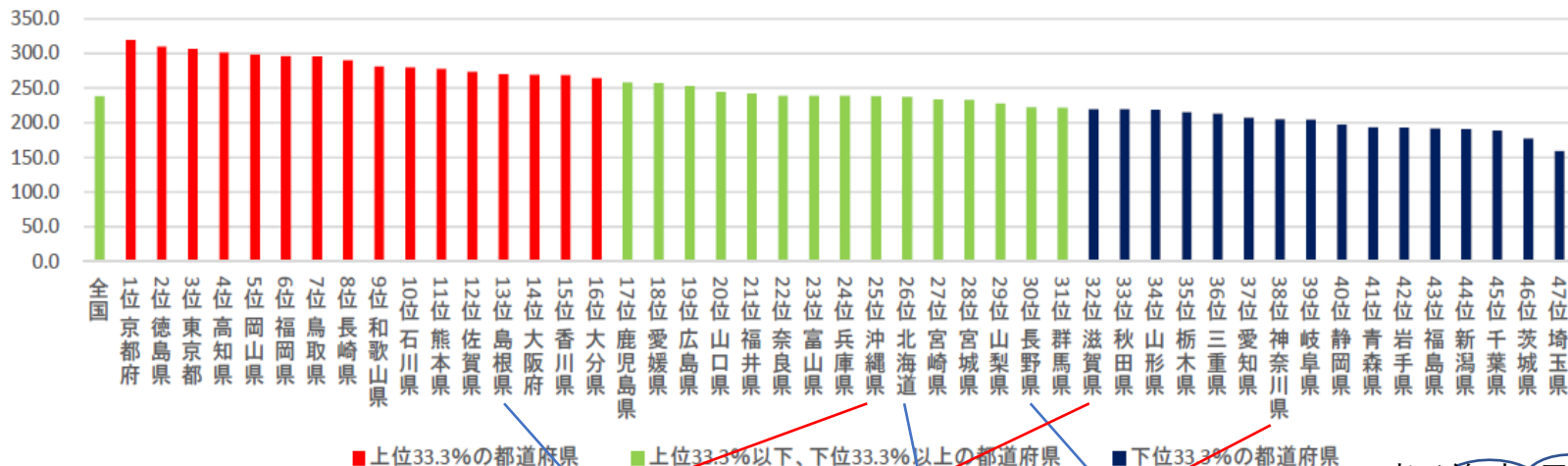
平成31年
4月24日

第66回社会保障
審議会医療部会

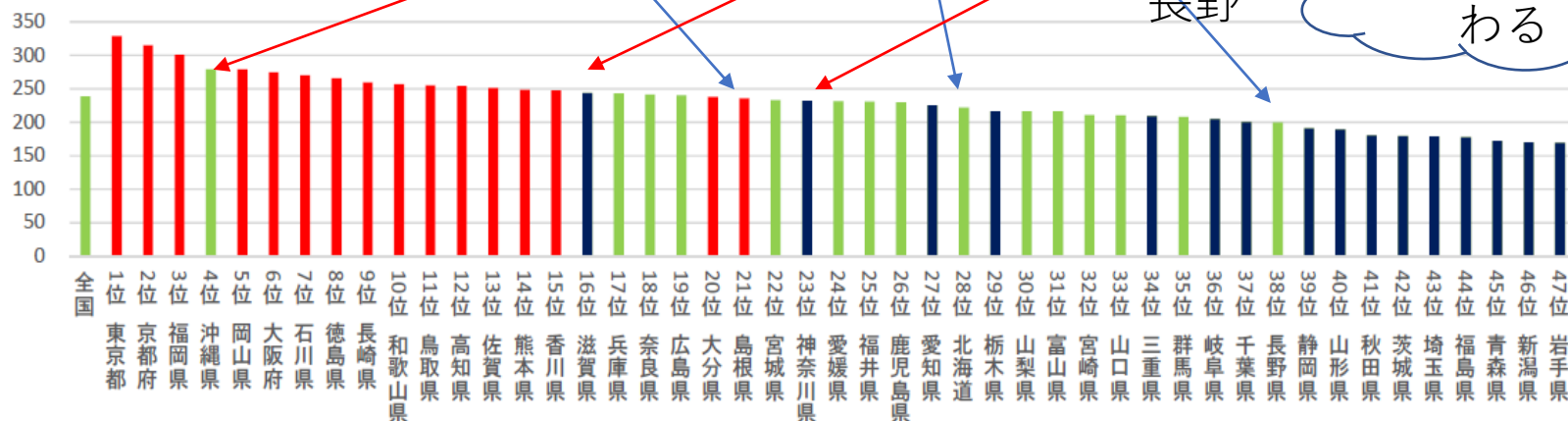
参考資料
1-3

人口10万人対医師数

旧指標



新指標



都道府県順位が入れ替わる

参照)

・平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査

・平成29年住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査

・平成26年患者調査

・平成27年国勢調査

・「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」(平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班)

●三次医療圏別医師偏在指標（暫定）（指標値降順）

・本資料における医師偏在指標は、患者の流入を反映した指標である。

	上位33.3%
	下位33.3%

都道府県コード	医療圏名	医師偏在指標	順位
	全国	238.3	
13	東京都	329.0	1
26	京都府	314.9	2
40	福岡県	300.5	3
47	沖縄県	279.3	4
33	岡山県	278.8	5
27	大阪府	274.4	6
17	石川県	270.4	7
36	徳島県	265.9	8
42	長崎県	259.4	9
30	和歌山県	257.2	10
31	鳥取県	255.0	11
39	高知県	254.3	12
41	佐賀県	251.3	13
43	熊本県	248.5	14
37	香川県	247.8	15
25	滋賀県	243.5	16
28	兵庫県	243.0	17
29	奈良県	241.1	18
34	広島県	240.4	19
44	大分県	238.0	20
32	島根県	235.9	21
04	宮城県	232.7	22
14	神奈川県	231.8	23

都道府県コード	医療圏名	医師偏在指標	順位
38	愛媛県	231.0	24
18	福井県	230.9	25
46	鹿児島県	229.8	26
23	愛知県	225.3	27
01	北海道	222.0	28
09	栃木県	216.7	29
19	山梨県	216.4	30
16	富山県	216.2	31
45	宮崎県	210.6	32
35	山口県	210.3	33
24	三重県	208.8	34
10	群馬県	208.2	35
21	岐阜県	204.7	36
12	千葉県	200.5	37
20	長野県	199.6	38
22	静岡県	191.1	39
06	山形県	189.4	40
05	秋田県	180.6	41
08	茨城県	179.3	42
11	埼玉県	178.7	43
07	福島県	177.4	44
02	青森県	172.1	45
15	新潟県	169.8	46
03	岩手県	169.3	47

神奈川

二次医療圏別医師偏在指標

医師偏在指標（暫定） 二次医療圏

医療圏コード	都道府県名	医療圏名	医師偏在指標	順位
全国			238.3	
1301	東京都	区中央部	759.7	1
1304	東京都	区西部	508.0	2
4006	福岡県	久留米	453.3	3
0806	茨城県	つくば	442.9	4
2304	愛知県	尾張東部	431.3	5
1001	群馬県	前橋	425.4	6
3203	島根県	出雲	421.8	7
2501	滋賀県	大津	416.9	8
4001	福岡県	福岡・糸島	407.9	9
2604	京都府	京都・乙訓	399.6	10
0905	栃木県	県南	399.1	11
4312	熊本県	熊本・上益城	382.1	12
4601	鹿児島県	鹿児島	368.3	13
2701	大阪府	豊能	365.4	14
4101	佐賀県	中部	363.4	15
1702	石川県	石川中央	361.6	16
3001	和歌山県	和歌山	353.6	17
3103	鳥取県	西部	350.5	18
4201	長崎県	長崎	348.0	19
1303	東京都	区西南部	347.5	20
4703	沖縄県	南部	347.1	21
2007	長野県	松本	339.6	22
1311	東京都	北多摩南部	337.9	23
4501	宮崎県	宮崎東諸県	337.5	24
3505	山口県	宇部・小野田	337.2	25
3301	岡山県	県南東部	334.6	26
1302	東京都	区南部	334.4	27

上位33.3%
下位33.3%

1位東京都
区中央部
759.7

医療圏コード	都道府県名	医療圏名	医師偏在指標	順位
全国			238.3	
0803	茨城県	常陸太田・ひたち	96.4	315
1206	千葉県	山武長生夷隅	96.1	316
0508	秋田県	湯沢・雄勝	94.3	317
3202	島根県	雲南	94.0	318
3303	岡山県	高梁・新見	93.8	319
1704	石川県	能登北部	92.9	320
4306	熊本県	阿蘇	91.9	321
0121	北海道	根室	91.7	322
0706	福島県	相双	91.7	323
0102	北海道	南檜山	91.5	324
4611	鹿児島県	熊毛	90.6	325
2201	静岡県	賀茂	89.6	326
2311	愛知県	東三河北部	87.9	327
0808	茨城県	筑西・下妻	87.7	328
0804	茨城県	鹿行	86.9	329
0307	岩手県	宮古	86.8	330
4609	鹿児島県	曾於	81.7	331
1903	山梨県	峡南	81.5	332
0111	北海道	日高	80.4	333
0116	北海道	宗谷	79.0	334
0502	秋田県	北秋田	69.6	335

上位33.3%
下位33.3%

区中央部と北秋田で
10倍の格差！

第335位
秋田県
北秋田
69.6

医師確保計画を通じた医師偏在対策について

医療従事者の需給に関する検討会
第23回 医師需給分科会(平成30年10月24日)
資料1(抜粋・一部改変)

背景

- ・ 人口10万人対医師数は、医師の偏在の状況を十分に反映した指標となっていない。
- ・ 都道府県が主体的・実効的に医師確保対策を行うことができる体制が十分に整っていない。

医師の偏在の状況把握

医師偏在指標の算出

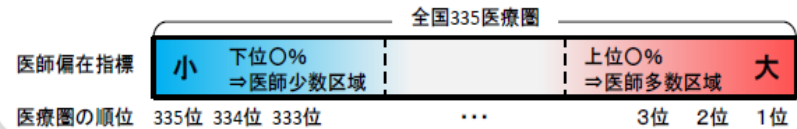
三次医療圏・二次医療圏ごとに、**医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成等を踏まえた**医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

医師偏在指標で考慮すべき「5要素」

- ・ 医療需要（ニーズ）及び将来の人口・人口構成の変化
- ・ 患者の流出入等
- ・ へき地等の地理的条件
- ・ 医師の性別・年齢分布
- ・ 医師偏在の種別（区域、診療科、入院/外来）

医師多数区域・医師少数区域の設定

全国の335二次医療圏の医師偏在指標の値を一律に比較し、上位の一定の割合を医師多数区域、下位の一定の割合を医師少数区域とする基準を国が提示し、それに基づき都道府県が設定する。



国は、都道府県に医師確保計画として以下の内容を策定するよう、ガイドラインを通知。

『医師確保計画』(=医療計画に記載する「医師の確保に関する事項」)の策定

医師の確保の方針

(三次医療圏、二次医療圏ごとに策定)

医師偏在指標の大小、将来の需給推計などを踏まえ、地域ごとの医師確保の方針を策定。

- (例)・短期的に医師が不足する地域では、医師が多い地域から医師を派遣し、医師を短期的に増やす方針とする
- ・ 中長期的に医師が不足する地域では、地域枠・地元出身者枠の増員によって医師を増やす方針とする等

確保すべき医師の数の目標(目標医師数)

(三次医療圏、二次医療圏ごとに策定)

医師確保計画策定時に、3年間の計画期間の終了時点で確保すべき目標医師数を、医師偏在指標を踏まえて算出する。

目標医師数を達成するための施策

医師の確保の方針を踏まえ、目標医師数を達成するための具体的な施策を策定する。

- (例)・大学医学部の地域枠を15人増員する
- ・ 地域医療対策協議会で、医師多数区域のA医療圏から医師少数区域のB医療圏へ10人の医師を派遣する調整を行う 等

3年*ごとに、都道府県において計画を見直し(PDCAサイクルの実施)

西暦	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
医療計画	第7次						第8次					
医師確保計画	指標設計(国)	計画策定(県)	第7次				第8次(前期)		第8次(後期)			

* 2020年度からの最初の医師確保計画のみ4年(医療計画全体の見直し時期と合わせるため)

都道府県による医師の配置調整のイメージ



三次医療圏の医師の多寡の状況による医師の確保の方針の違い（案）

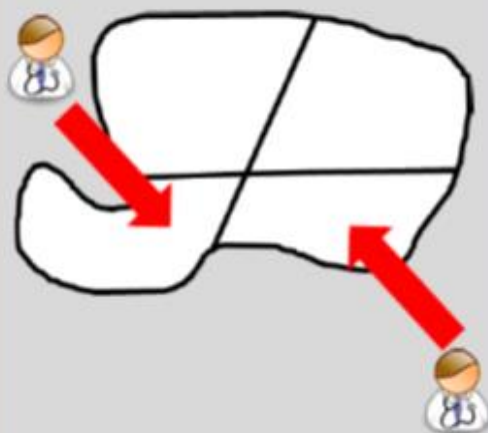
- 医師**少数**三次医療圏 : 他の医師多数三次医療圏からの医師の確保ができることとしてはどうか。
- 医師**中程度**三次医療圏 : 医師少数区域（二次医療圏）が存在する場合には、必要に応じて、他の医師多数三次医療圏からの医師の確保ができることとしてはどうか。
- 医師**多数**三次医療圏 : 他の三次医療圏からの医師の確保を行わないこととしてはどうか。

医師**少数**三次医療圏
A県

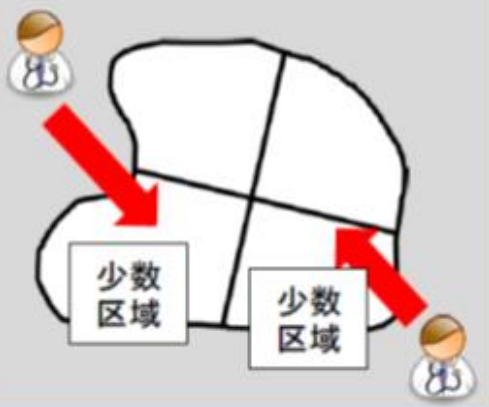
医師**中程度**三次医療圏
B県

医師**多数**三次医療圏
C県

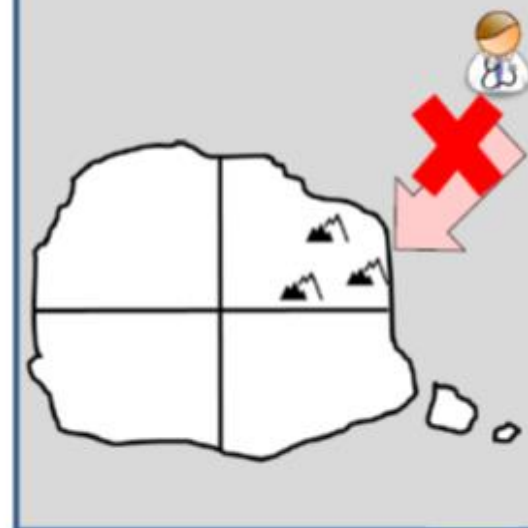
他の医師多数三次医療圏からの医師の確保を行うこととしてはどうか。



必要に応じて、医師少数区域に対しては他の医師多数三次医療圏からの医師の確保ができることとしてはどうか。



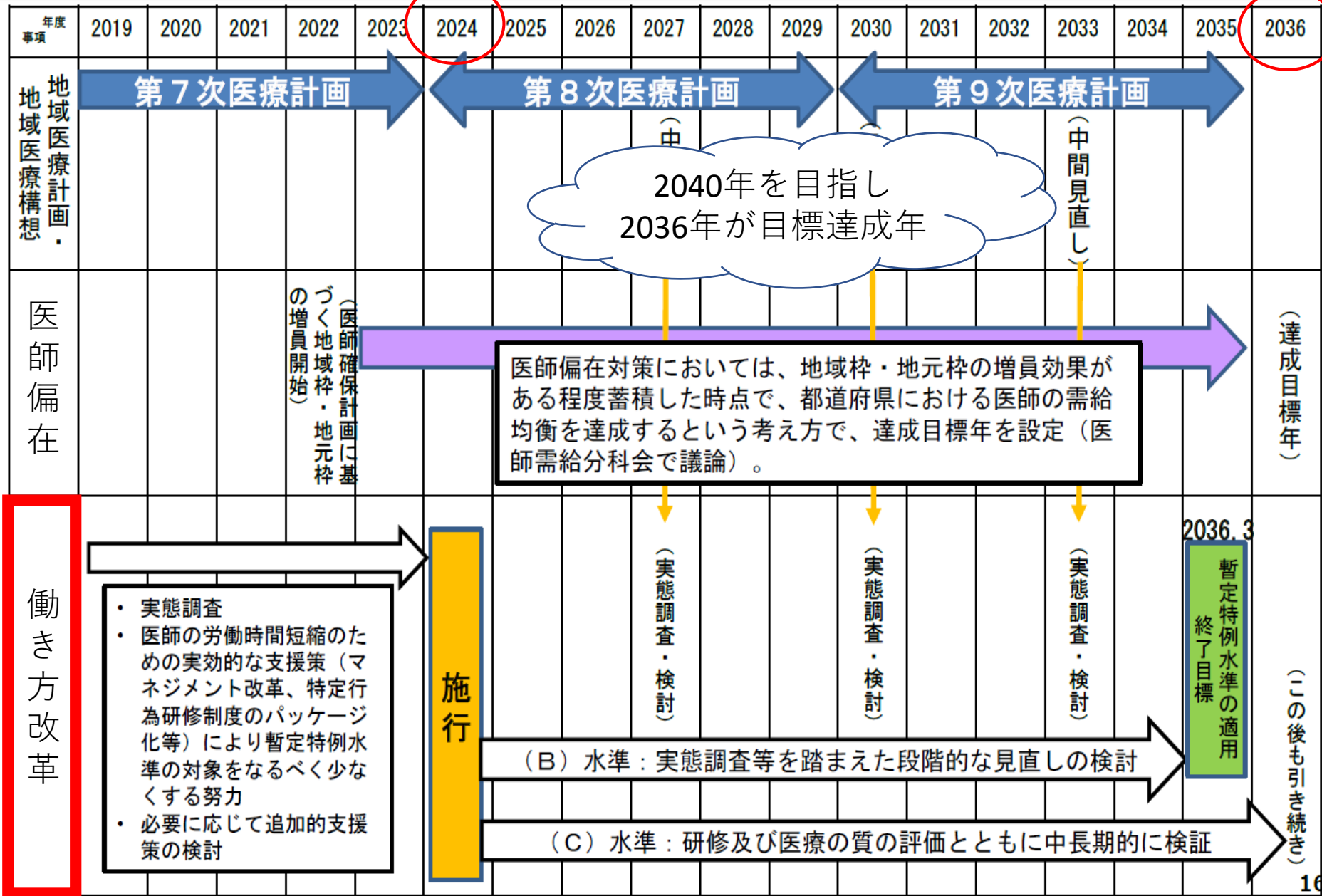
他の三次医療圏からの医師の確保を行わないこととしてはどうか。



三位一体改革の工程表

- ①地域医療構想（医療計画）
- ②医師偏在対策（医師確保計画）
- ③働き方改革

三位一体改革の工程表



三位一体改革の一つの
ソリューション

地域医療連携推進法人

「地域医療連携推進法人連絡会議」

2019年1月25日



地域医療連携推進法人

	都道府県	地域医用連携推進法人	認定日
1	山形県	日本海ヘルスケアネット	2018年4月1日
2	福島県	医療戦略研究所	2018年4月1日
3	栃木県	日光ヘルスケアネット	2019年4月1日
4	千葉県	房総メディカルアライアンス	2018年12月1日
5	神奈川県	さがみメディカルパートナーズ	2019年4月1日
6	愛知県	尾三会	2017年4月2日
7	滋賀県	滋賀高島	2019年4月1日
8	大阪府	北河内メディカルネットワーク	2019年6月1日
9	大阪府	弘道会ヘルスケアネットワーク	2019年6月12日
10	兵庫県	はりま姫路総合医療センター整備推進機構	2017年4月3日
11	島根県	江津メディカルネットワーク	2019年6月1日
12	広島	備北メディカルネットワーク	2019年6月1日
13	鹿児島県	アンマ	2017年4月2日

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



山形県庄内地方の地域医療連携 推進法人構想（イメージ）

日本海ヘルスケアネットワーク

- 人工透析の検査は
日本海総合病院に一本化
- 医師の派遣
- 薬や資材の共同購入
- 老人保健施設の空き情報の共有 など



		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

グループ内の機能分化・連携
 ・急性期病床 過剰→適正化
 ・回復期病床 不足→充実
 ・介護、在宅医療等の充実

病床再編(病床数の融通)

★山形県・酒田市病院機構★
 総合病院等運営



医師の再配置等

寄り添う医療・介護

★A 会★
 病院、介護老健等運営



地域医療連携推進法人
 日本海ヘルスケアネット
 (法人本部・日本海HP)

★酒田地区医師会十全堂★
 訪問看護ステーション等運営



★B 会★
 診療所、介護老健等運営



機能分化、人事交流、
 病床融通、地域フォー
 ミュラリ

- ・患者・要介護者向け
- ・人材教育、キャリアパスの構築
- ・医療機器の共同利用。材料共同購入
- ・医師派遣、NS医療技師派遣等
- ・退院支援・退院調整の円滑化
- ・在宅医療機関・介護事業所の連携等

★C 会★
 介護老健等運営



ちょうかいネット



共有する診療情報	
診療録	
お薬の処方	
血液検査結果	
レントゲン、CT等の画像情報	
レポート	など



患者さんが指定した
医療施設でのみ
診療情報を
共有します。

※診療情報開示病院（平成23年1月現在）
日本海総合病院
健友会 本宮病院

診療情報開示病院

訪問看護
ステーション

酒田 医療情報ネットワーク協議会

ちょうかいネット

データセンター・認証局

介護施設

情報開示病院が公開した診療情報は、情報の
安全性を確保するための暗号化され、個人
情報が漏れることはありません。



診療所

薬局



歯科診療所



お問い合わせは

酒田 医療情報ネットワーク協議会

ちょうかいネット

事務局 | 酒田市あきほ町30番地（日本海総合病院内）
電話 | 0234-26-2001（日本海総合病院代表番号）

ちようかいネット登録医療機関

- ◆ 医療情報開示病院
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
鶴岡市立健康友会 本間病院
鶴岡地区医師会 (Net4U)
医療法人健友会 庄内余目病院
鶴岡市立健康友会 庄内検診センター (酒田市、遊佐町、山形県立中央病院)
- ◆ 医療情報閲覧施設
インターネット回線のある医療機関であれば登録できます。
今後拡大していくページで最新の状況が閲覧できる
「加設」のページ
- ◆ 調剤情報共有システム
医療機関、保険薬局の調剤情報を共有する情報システム

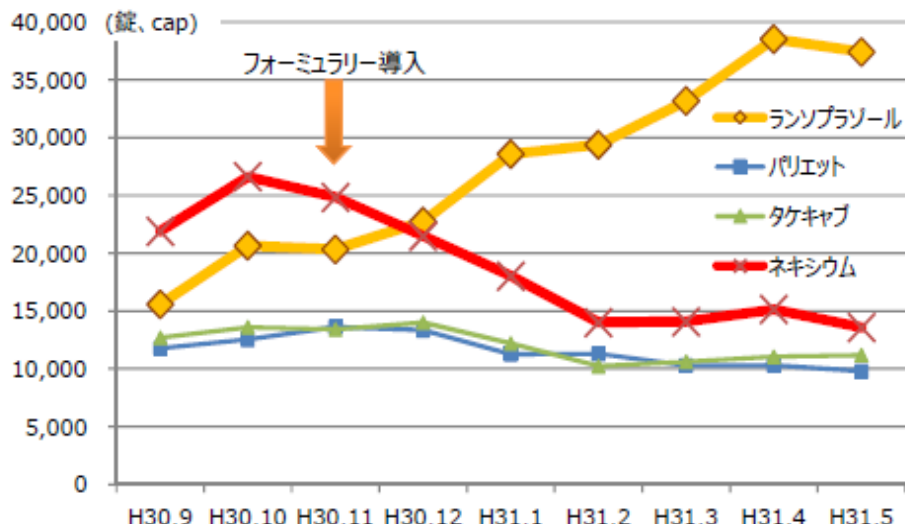
日本海ヘルスケアネットでの地域フォーミュラリーについて②（実績等）

- プロトンポンプ阻害薬（PPI）等の薬効群で地域における推奨薬剤リストが作成されている。
- 日本海総合病院においては、一定の導入効果が出ている。

■ 地域フォーミュラリー対象薬効群の推奨薬剤リスト

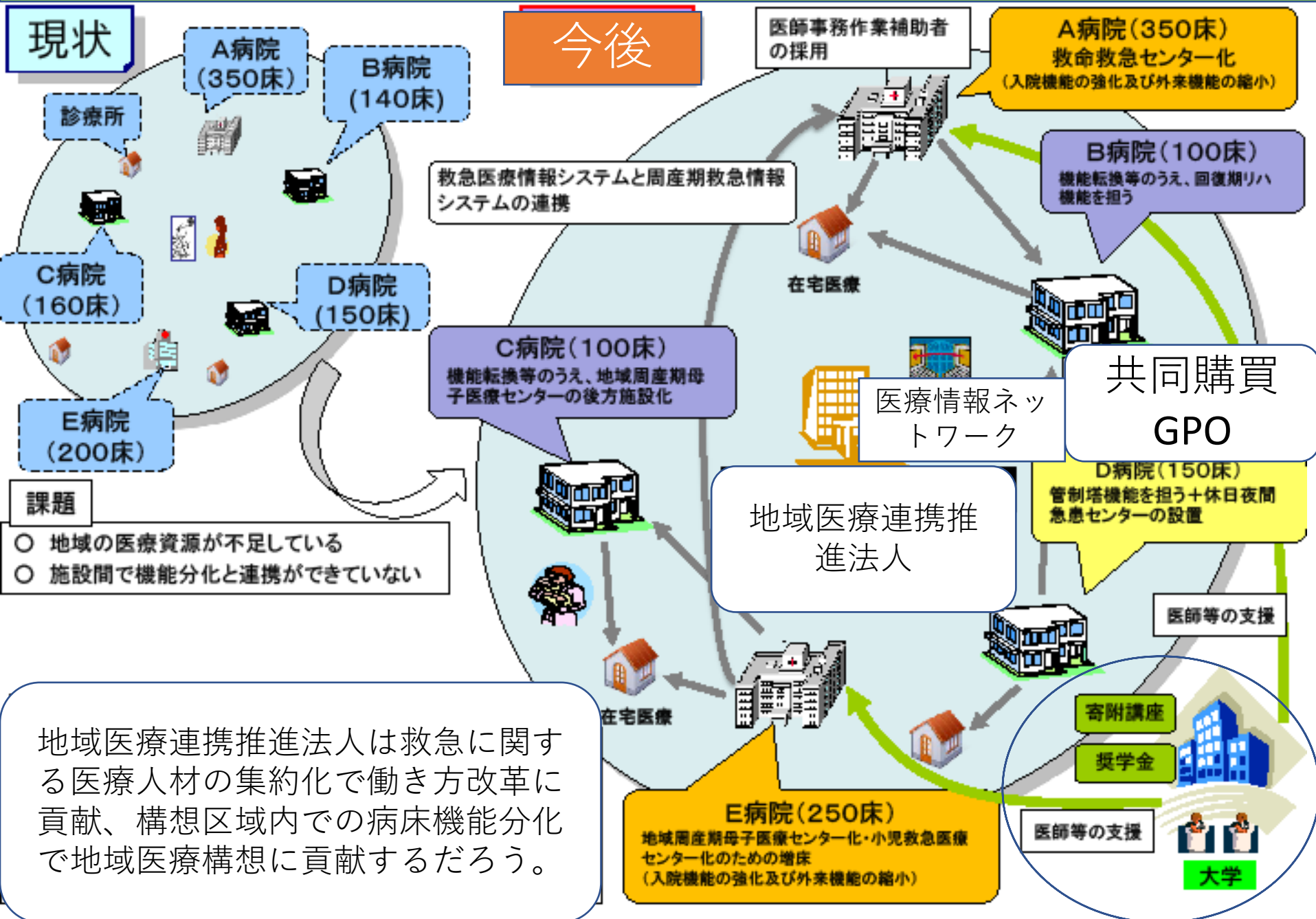
対象薬効群	薬剤名
プロトンポンプ阻害薬	ランソプラゾール
	ラベプラゾール
	オメプラゾール
αグルコシダーゼ阻害薬	ボグリボース
	ミグリトール
アンギオテンシンⅡ受容体拮抗薬	テルミサルタン（第一推奨薬）
	オルメサルタン（第二推奨薬）
	カンデサルタン（第三推奨薬）
HMG-CoA還元酵素阻害薬	ロスバスタチン
	ピタバスタチン
バイオシミラー製剤	インブリキシマブ
ビスフォスフォネート製剤	アレンドロン酸ナトリウム
	リセドロン酸ナトリウム

■ 地域フォーミュラリー導入の効果（日本海総合病院の事例）



■ 非推奨薬選択時のアラート表示（日本海総合病院の事例）

三位一体改革の切り札



パート 3

どうなる2020年診療報酬改定？



社会保障審議会医療部会
(2019年9月19日)

令和2年度診療報酬改定のスケジュール（案）

令和元年

社会保障審議会（医療保険部会、医療部会）

秋以降 令和2年度診療報酬改定の基本方針の議論

12月頃 令和2年度診療報酬改定の基本方針の策定

内閣

12月中下旬 予算編成過程で、診療報酬の改定率を決定

令和2年

厚生労働大臣

1月頃

中医協に対し、

- ・ 予算編成過程を通じて内閣が決定した「改定率」
 - ・ 社会保障審議会で策定された「基本方針」
- に基づき改定案の調査・審議を行うよう諮問

厚生労働大臣

3月上旬頃 診療報酬改定に係る告示・通知の発出

中央社会保険医療協議会

1月以降 入院医療、外来医療、在宅医療等のあり方について議論

平成30改定の検証結果も含め、個別項目について集中的に議論

11月頃 医療経済実態調査の結果報告

12月頃 薬価調査・材料価格調査の結果報告

1月以降 厚生労働大臣の諮問を受け、具体的な診療報酬点数の設定に係る調査・審議
(公聴会、パブリックコメントの実施)

2月上旬頃
厚生労働大臣に対し、改定案を答申

令和2年4月1日 施行

①令和2年度診療報酬改定の基本方針について

- 令和2年度改定においても、これまでの改定の視点（※別添参照）をベースとしつつ、近年の社会情勢・医療を取り巻く状況を踏まえたものとしてはどうか。その際、改定に当たっての基本認識や各視点の具体的な検討の方向について、どのようなものが考えられるか。

（1）改定に当たっての基本認識

<p>（例） 健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現</p>	<p>（例）</p> <ul style="list-style-type: none">・ 健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現・ 社会保障制度の持続可能性の確保・ 「経済財政運営と改革の基本方針2019」や「成長戦略実行計画・成長戦略フォローアップ・令和元年度革新的事業活動に関する実行計画」等への対応
<p>（例） 医師等の働き方改革の推進</p>	<p>（例）</p> <ul style="list-style-type: none">・ 医療従事者の業務負担の軽減と、働き方改革の推進・ 業務の効率化に資するICT等の活用・ 医療資源の効率的な配分と適切な医業経営の確保
<p>（例） 患者・国民に身近な医療の実現</p>	<p>（例）</p> <ul style="list-style-type: none">・ 患者にとって身近でわかりやすい医療の実現・ かかりつけ医機能の充実、患者への情報提供や相談・支援の充実・ 市民、医療提供者、行政、民間企業それぞれが担う役割の実現

(2) 改定の基本的視点と具体的方向性

○「視点」の例と「方向」の例における記述は、中央社会保険医療協議会での議論を参考に整理している。

「視点」の例	「方向」の例
<p>(例) 医療従事者の負担を軽減し、医師等の働き方改革を推進する視点</p>	<p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none">医療機関内における適切なマネジメントやタスク・シフティングの推進、人員配置の合理化、チーム医療の推進、書類作成・研修要件の合理化等を通じた労務管理・労働環境改善のマネジメントの実践の評価柔軟な働き方や業務の効率化に資するICT等の活用の推進
<p>(例) 患者・国民にとって身近であるとともに、安心・安全で質の高い医療を実現する視点</p>	<p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none">かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価患者にとって必要な情報提供、相談支援の評価アウトカムに着目した評価の推進質の高いがん医療の評価小児医療、周産期医療、救急医療の充実妊産婦が納得して医療を受けられる体制の構築精神疾患や障害を抱える方などに対する施策・サービスとの連携口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、対物業務から対人業務への転換の推進医療の質に係るエビデンスを踏まえた遠隔診療の評価ICT等を活用した地域における情報共有・連携の推進
<p>(例) 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進に関する視点</p>	<p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none">地域によって異なる状況を踏まえた病床機能の分化・連携の推進、入院医療の評価外来医療の機能分化・強化質の高い在宅医療・訪問看護の確保医療機関、薬局、訪問看護ステーション間の連携の推進地域包括ケアシステムの推進のための取組
<p>(例) 効率化・適正化を通じて、制度の安定性・持続可能性を高める視点</p>	<p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none">後発医薬品の使用促進残薬や重複投薬、薬剤耐性 (AMR)、ポリファーマシーへの対応や長期処方時の適正使用等、医薬品の効率的かつ安全で有効な使用の推進費用対効果評価医薬品、医療機器、検査等について、市場実勢価格を踏まえた適正な評価

2020年診療報酬改定個別事項の 3つのポイント

- ポイント① どうなる7対1？
- ポイント② どうなる地域包括ケア病棟？
- ポイント③ どうなる回復期リハ病棟？

ポイント① どうなる7対1？



中医協総会

2018年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

入院医療分科会

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

入院医療のポイント 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)

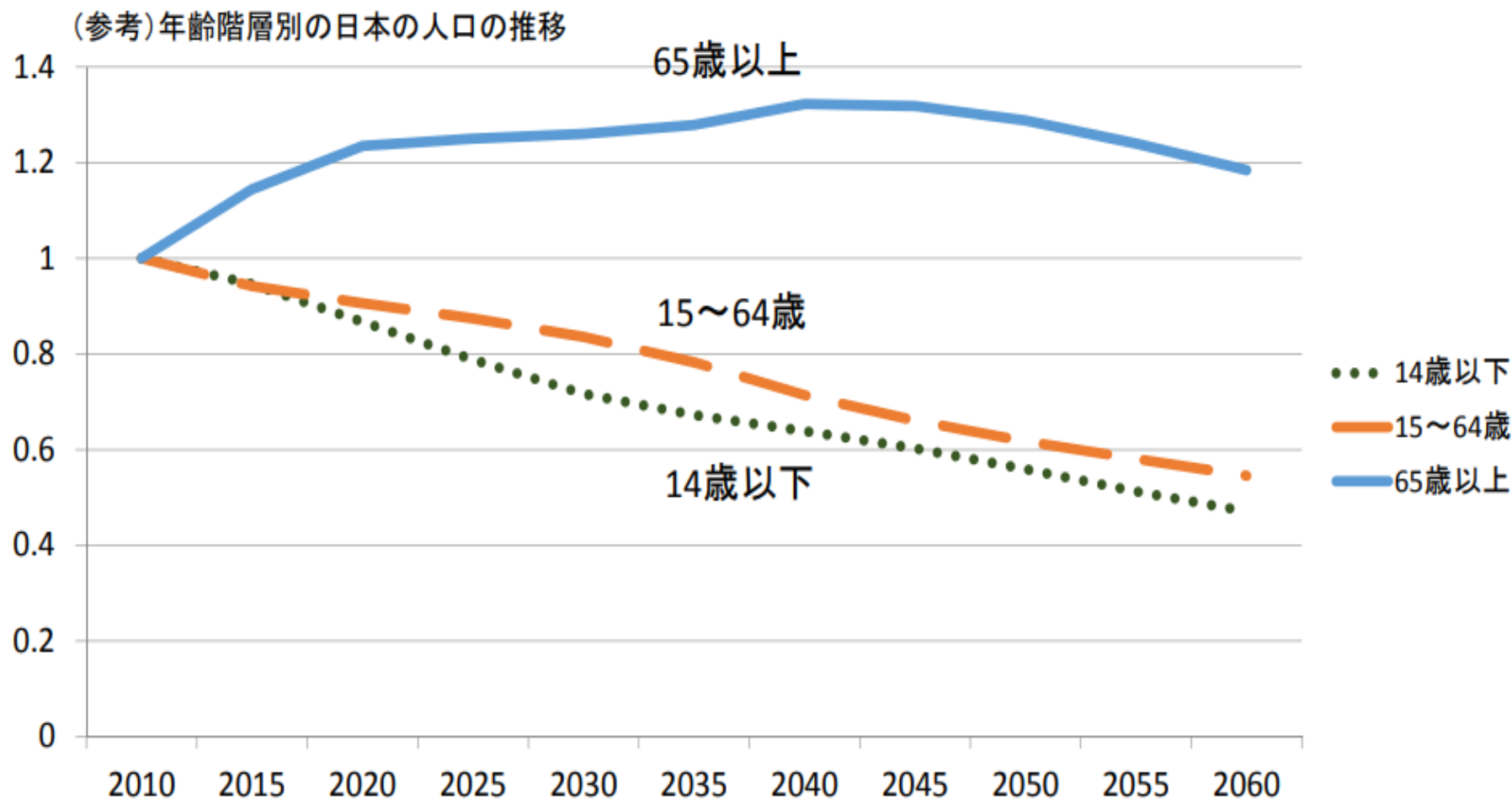
見直しの3つのワケ

- ①若者が減り急性期の需要が減っていく
- ②就労人口がこれからは減っていく
- ③病棟はすでに看護ばかりでなく多職種配置

入院医療ニーズの将来予測① ～年齢構成～

中医協 総 - 6
29 . 3 . 1 5

○年齢階層別の日本の人口の推移をみると、今後、65歳未満の人口は減少していくことが想定される。

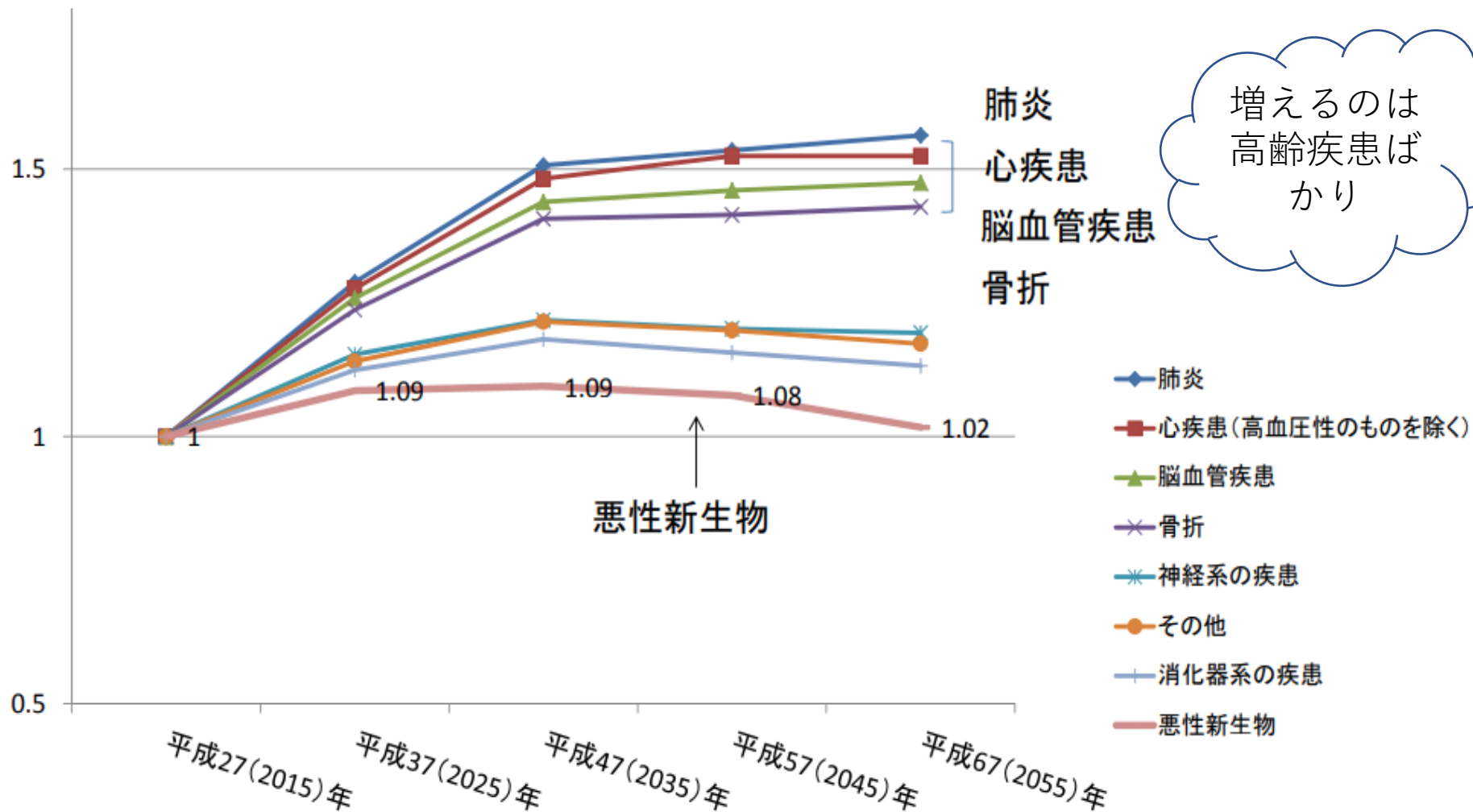


※各年齢層毎の2010年時点の人口を1とした場合の推計値

(出所) 総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)
厚生労働省「人口動態統計」
(平成22年国勢調査においては、人口12,806万人、生産年齢人口割合63.8%、高齢化率23.0%)

入院医療ニーズの将来予測② ～疾患構成～

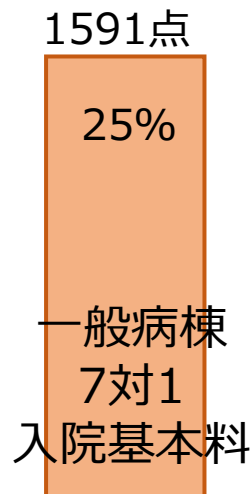
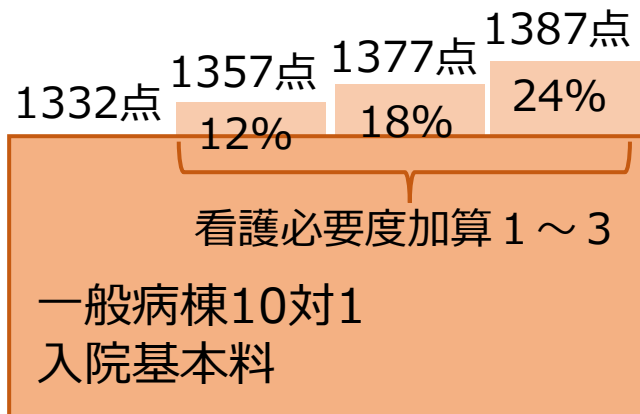
(参考) 入院患者の将来推計 2015年を1とした場合の増加率



増えるのは
高齢疾患ば
かり

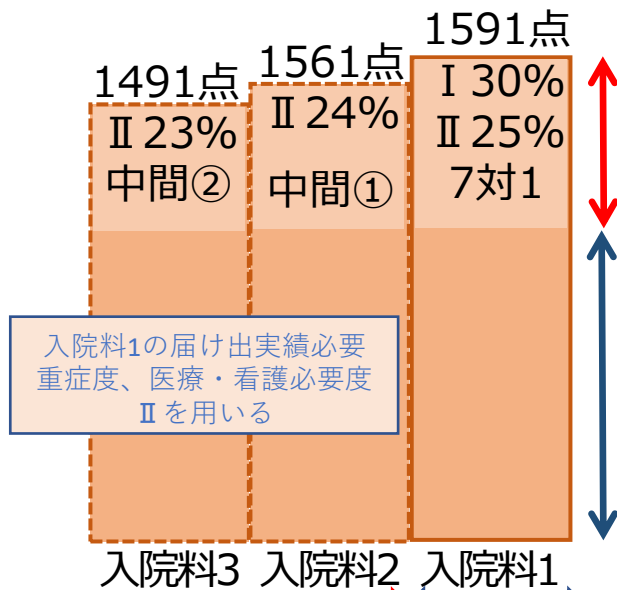
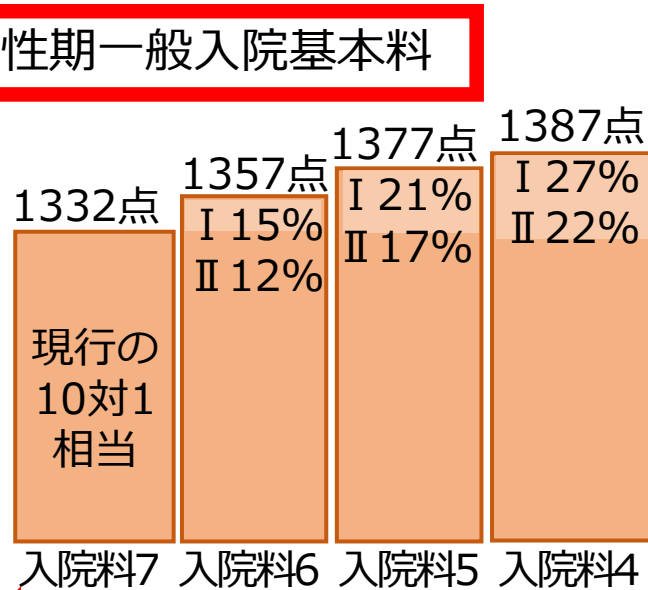
一般病棟入院基本料（7対1、10対1）の再編・統合の具体的なイメージ

【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

18日

在宅復帰率80%

平均在院日数21日以内

出典：第389回中央社会保険医療協議会総会資料

看護職員、看護補助者の加配の評価及び看護補助者業務見直し

急性期一般入院料のうち中間的な評価の病棟における夜間看護職員の配置に係る評価を新設する。また、看護職員夜間 12 対 1 配置加算 1 の評価を充実する

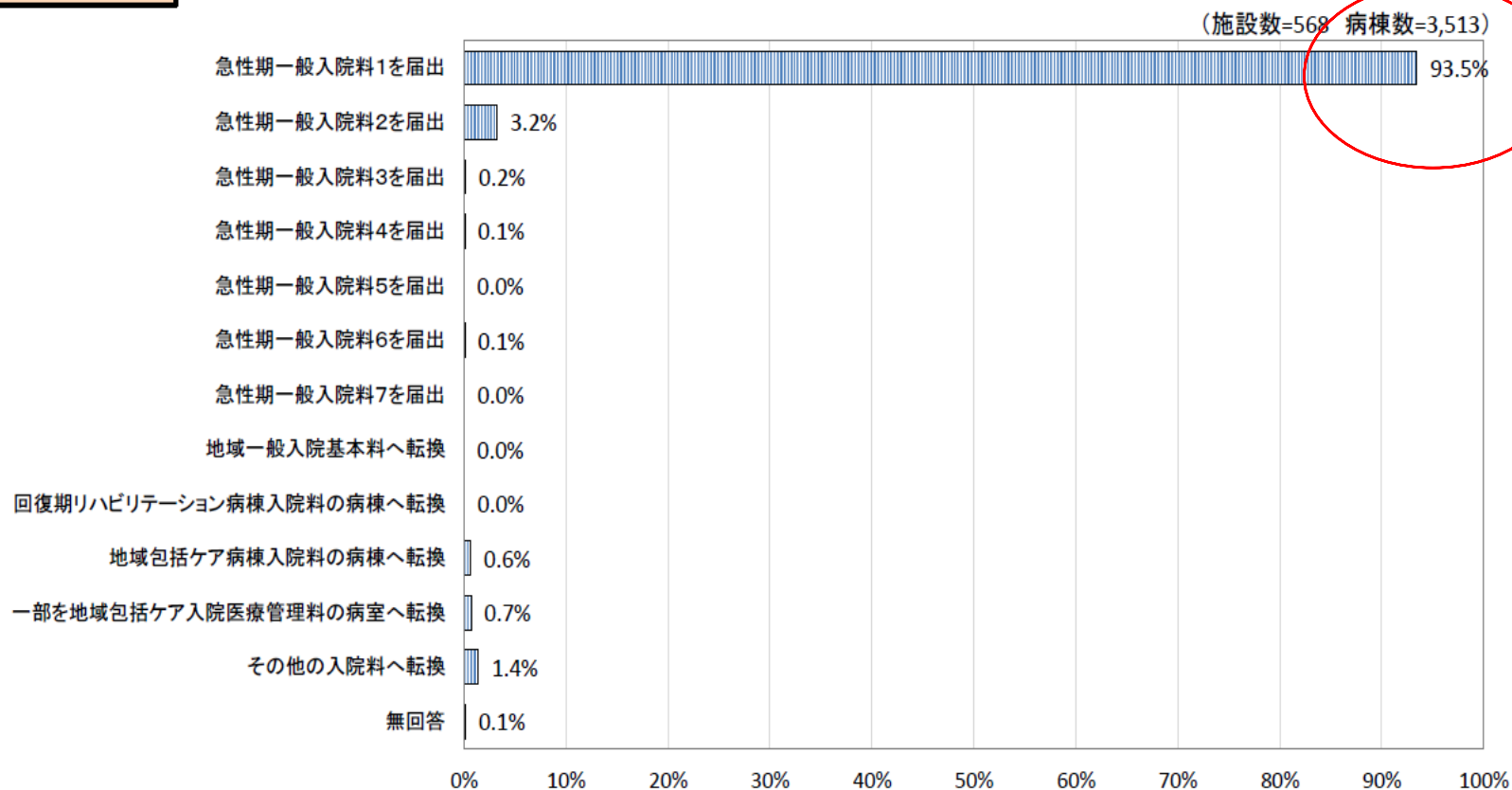
改定前	改定後
<p>【看護職員夜間配置加算】</p> <p>1 看護職員夜間 12対1配置加算 イ 看護職員夜間 12対1配置加算1 80点</p> <p>□ 看護職員夜間 12対1配置加算2 60点</p> <p>2 看護職員夜間16対1配置加算 40点</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>【看護職員夜間配置加算】</p> <p>1 看護職員夜間 12対1配置加算 イ 看護職員夜間 12対1配置加算1 95点</p> <p>□ 看護職員夜間 12対1配置加算2 75点</p> <p>2 看護職員夜間16対1配置加算 イ 看護職員夜間16対1配置加算1 55点</p> <p><u>□ 看護職員夜間16対1配置加算2</u> 30点</p>

改定前に一般病棟（7対1）を届出していた病棟の状況

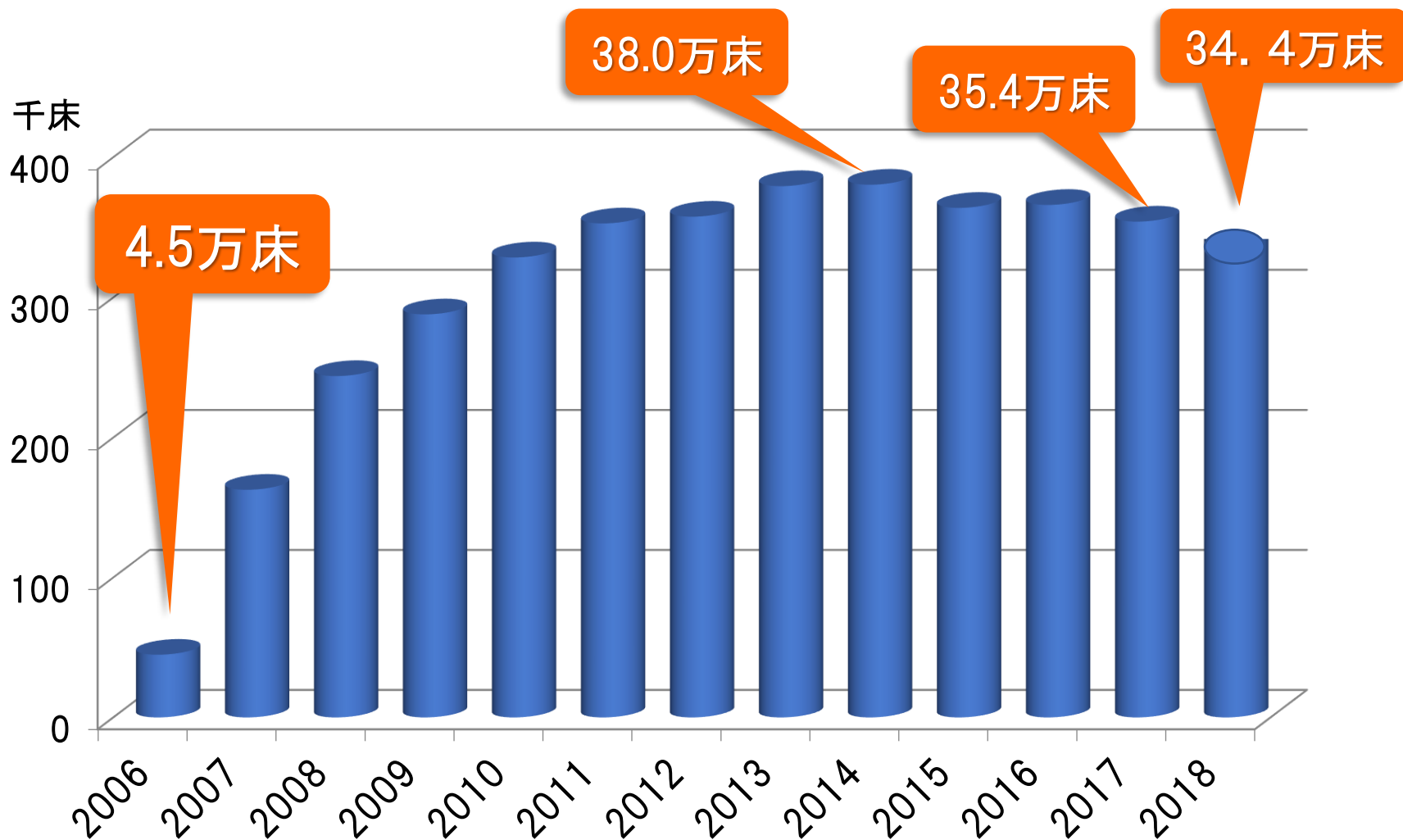
- 改定前に一般病棟（7対1）を届出していた病棟について、令和元年6月1日時点の状況を見ると、急性期一般入院料1を届出ている病棟が最も多く、93.5%であった。
- 急性期一般入院料1以外を届出した病棟の中では、急性期一般病棟入院料2を届出ている病棟が多かった。

2019年度調査

改定前に一般病棟（7対1）を届出していた病棟の令和元年6月1日時点の届出状況



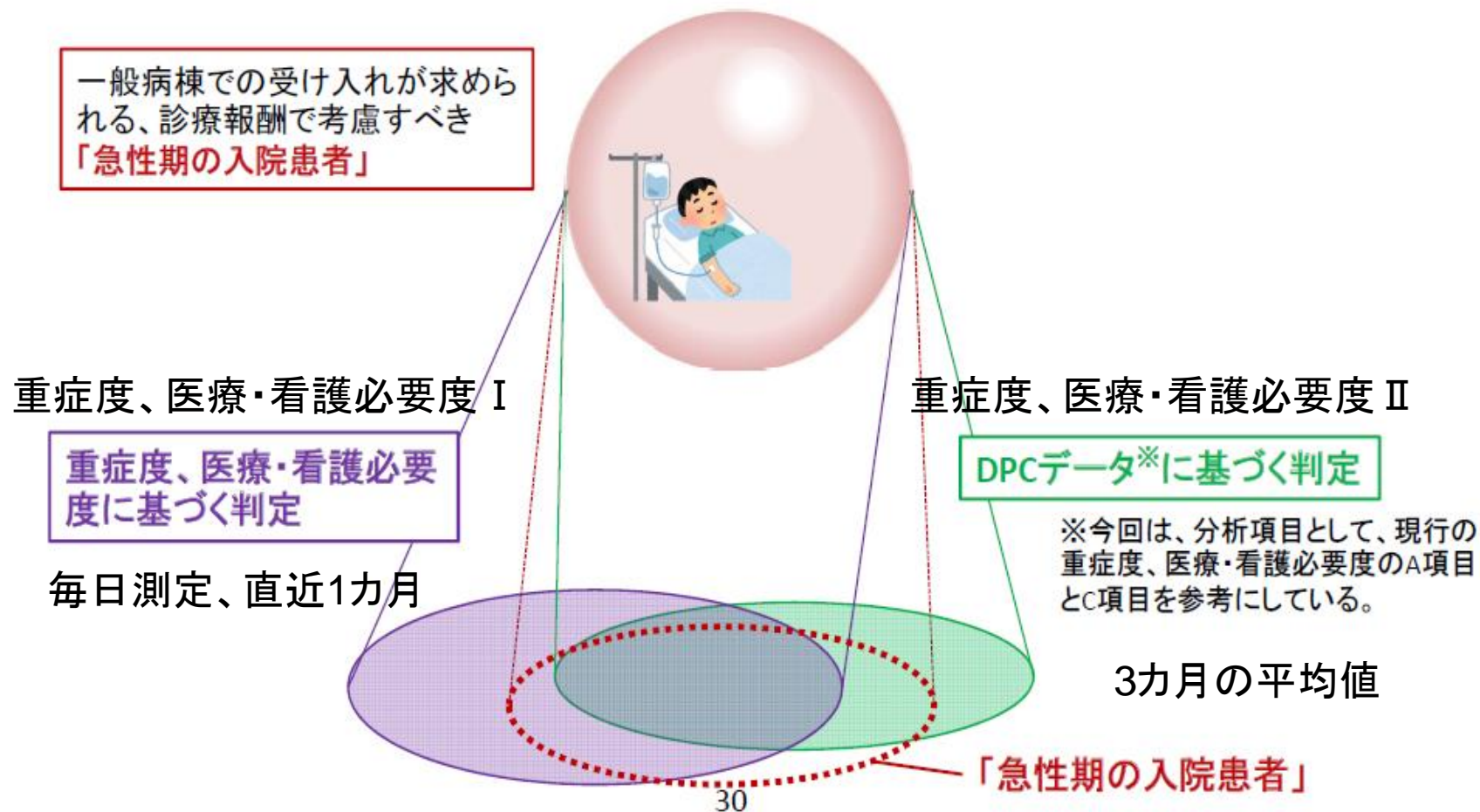
一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の推移



出典：厚生労働省 平成29年度第8回 入院医療等の調査・評価分科会
平成29年9月15日を改変

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。

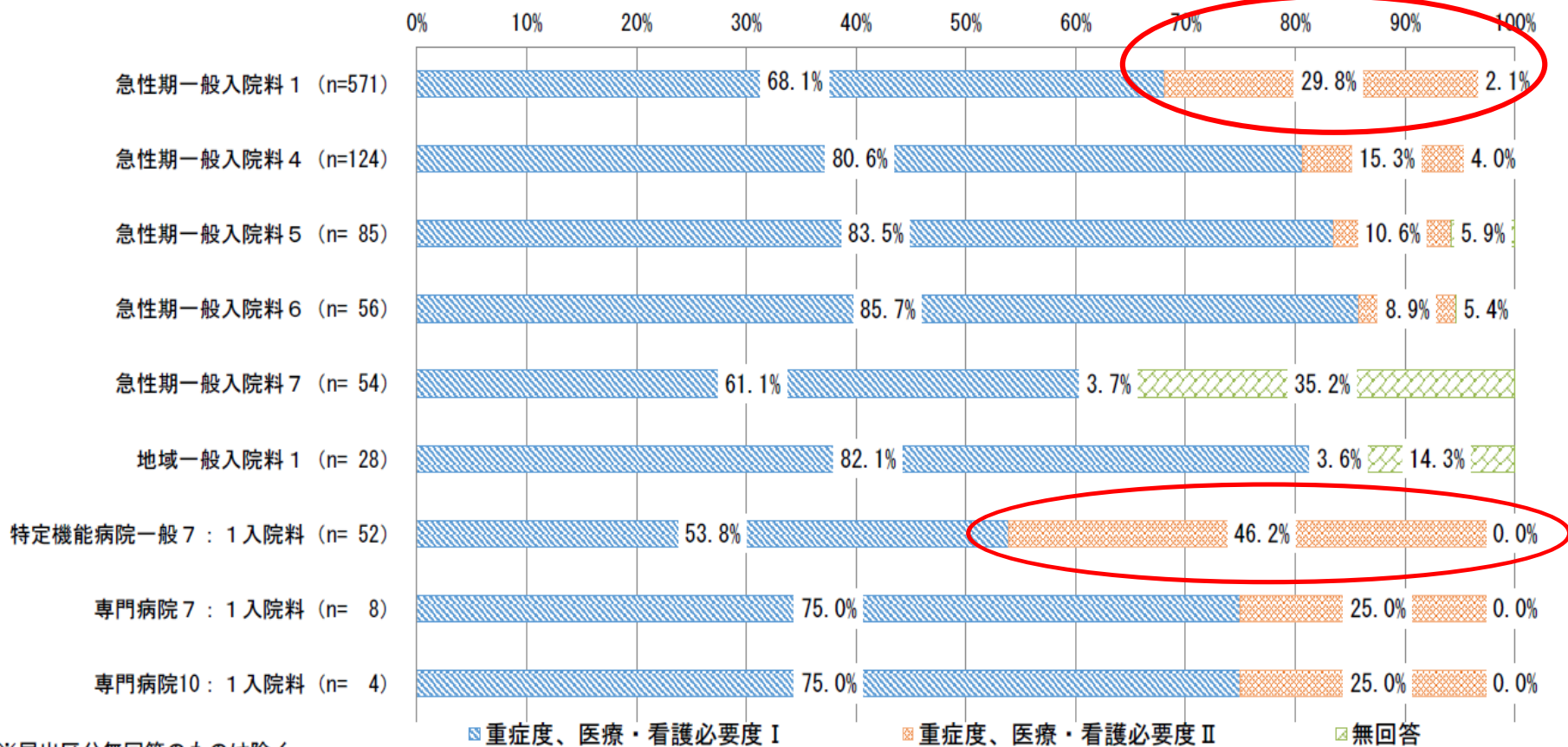


一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度の届出状況

○ 重症度、医療・看護必要度Ⅱを届出ている施設は、急性期一般入院料1では約3割、急性期一般入院料4～6では1割前後であった。

2019年度調査

届出を行っている重症度、医療・看護必要度の種別

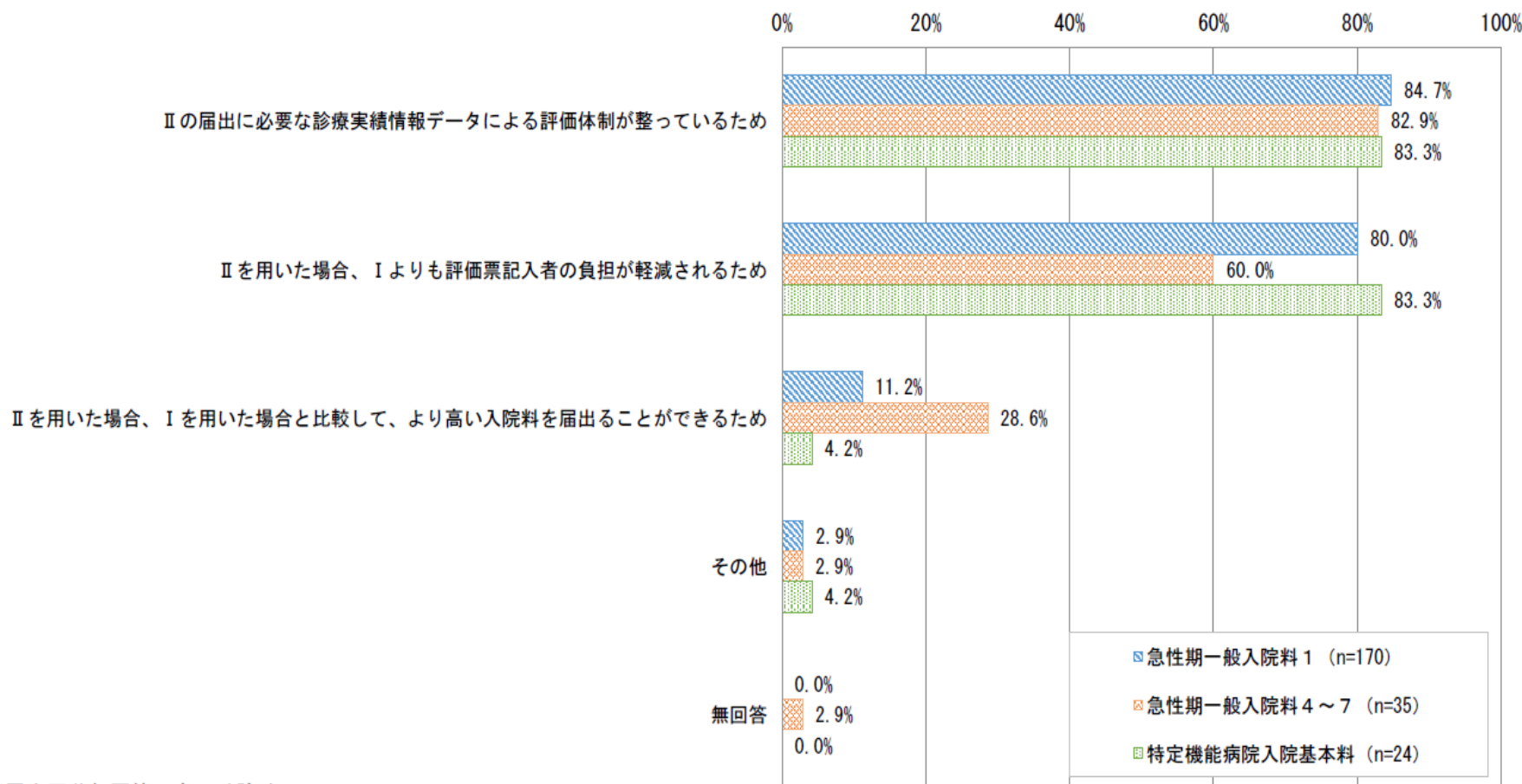


重症度、医療・看護必要度Ⅱを届出ている理由

- 重症度、医療・看護必要度Ⅱを届出ている理由をみると、「Ⅱの届出に必要な診療実績情報データによる評価体制が整っているため」が多かった。

重症度、医療・看護必要度Ⅱを届出ている理由

(複数回答)

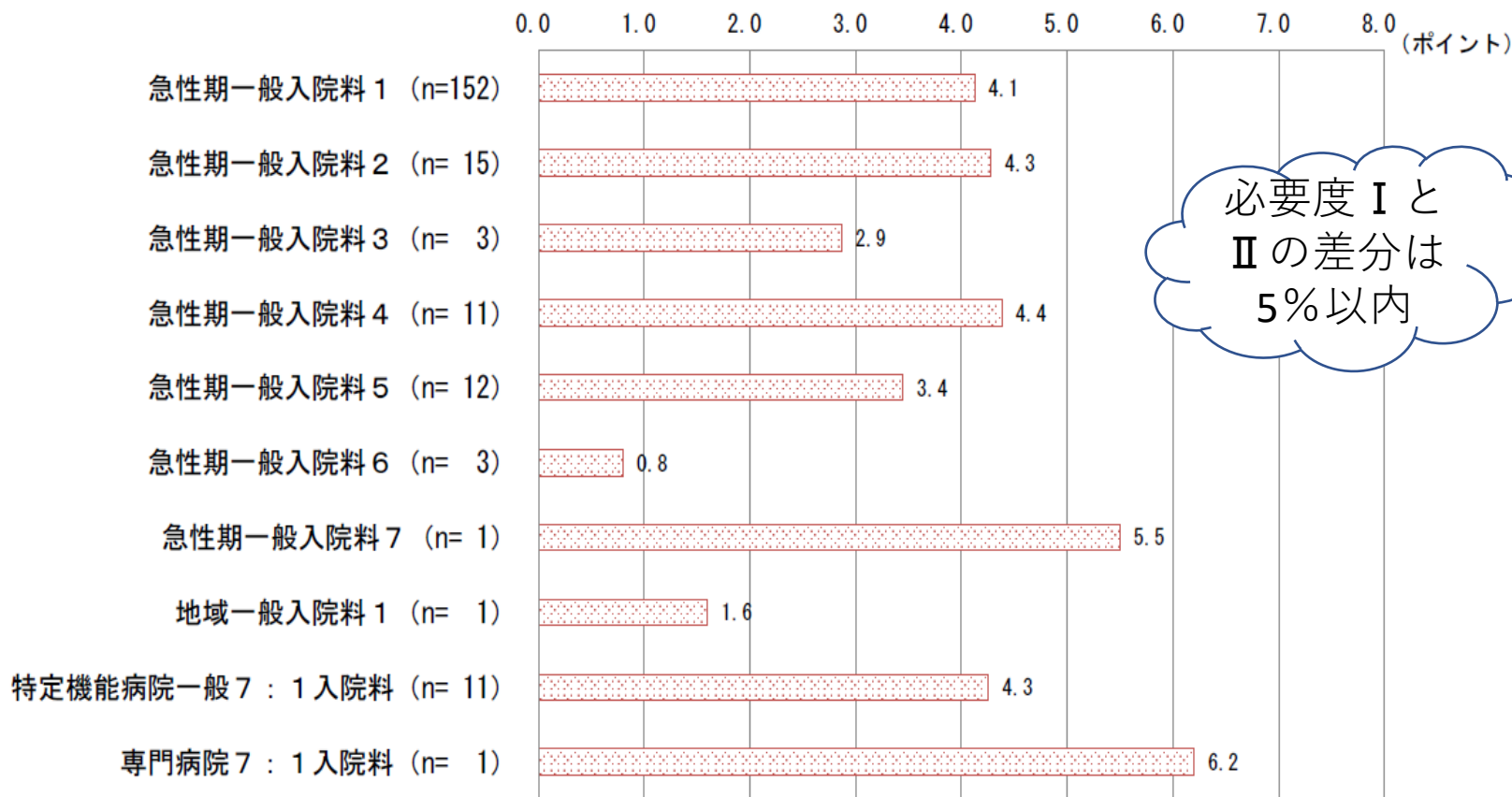


※届出区分無回答のものは除く

重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の差（Ⅰ／Ⅱ）

○ 重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合について、平成30年においてⅠとⅡのいずれも回答した施設における差の平均をみると、急性期一般入院料1では4.1ポイントの差があった。

重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡの基準を満たす患者割合の差
（平成30年においてⅠ・Ⅱいずれも回答した施設の比較）



※届出区分無回答のものは除く

※平成30年において重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの両方を回答したもののみ集計

□ 平成30年8月～10月における重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの差〔Ⅰ－Ⅱ〕

出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

重症度、医療・看護必要度 の見直し

認知症・せん妄を評価

重症度、医療・看護必要度の見直し②

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価の基準の見直し

- 手術等の医学的状況(C項目)の開腹手術について、実態を踏まえ、該当日数を短縮する。

現行	
C18	開腹手術(5日間)



改定後	
C18	開腹手術(4日間)

- 処置等を受ける認知症やせん妄状態の患者に対する医療について、適切に評価されるよう、重症度、医療・看護必要度の該当患者の基準を見直す。

現行
・A得点2点以上かつB得点3点以上
・A得点3点以上
・C得点1点以上



改定後
・A得点2点以上かつB得点3点以上
・「B14」又は「B15」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上
・A得点3点以上
・C得点1点以上

基準①
基準②

※ B14・・・診療・療養上の指示が通じる
B15・・・危険行動

- 基準等の変更に伴い、該当患者割合及び届出に係る経過措置を設ける。

要件	現行の対象病棟	
施設基準	病棟群単位の届出病棟、許可病床数200床未満の一般病棟7対1入院基本料の病棟で、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合が2.3%以上2.5%未満の病棟	平成30年3月31日までの間、
急性期一般入院料2及び3の届出要件	許可病床数200床未満の一般病棟7対1入院基本料の病棟 一般病棟7対1入院基本料、病棟群単位の届出病棟	平成30年3月31日までの間、平成32年3月31日までの間、入院料1又は急性期一般入院料1・2の算定に係る要件を満たしているものとする。

認知症、せん妄を評価した。
認知症の患者が多い病棟は7対1を取りやすくなった。

基準②のみに該当している患者（必要度Ⅱ）

- 基準②のみに該当している患者の該当項目をみると、A1点は「心電図モニター」が多く、次いで「呼吸ケア」「創傷処置」が多かった。
- B項目が「1点+2点」の患者の該当項目は「診療・療養上の指示が通じる+危険行動」が多く、「1点×3」の患者は「移乗+衣服+指示」が多かった。

		B3点（1点+2点）									
		指示,危険	衣服2,指示	衣服1,危険	食事2,指示	食事1,危険	口腔,危険	移乗2,指示	移乗1,危険	寝返り2,指示	寝返り1,危険
A1点	血液製剤	1.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	0.8%	0.0%	0.0%
	シリンジポンプ	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	モニター	11.9%	0.4%	2.5%	0.0%	0.0%	5.3%	1.2%	4.1%	1.2%	0.4%
	点滴3本	1.6%	0.4%	1.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%
	呼吸ケア	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	創傷処置	0.4%	2.9%	0.4%	0.0%	0.0%	2.0%	0.0%	0.4%	0.0%	2.0%

心電図モニターが突出して多い

		B3点（1点×3）									
		食事,衣服,指示	口腔,衣服,指示	口腔,食事,指示	移乗,衣服,指示	移乗,口腔,指示	移乗,口腔,指示	寝返り,衣服,指示	寝返り,食事,指示	寝返り,口腔,指示	寝返り,移乗,指示
A1点	血液製剤	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	シリンジポンプ	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	モニター	0.0%	2.5%	4.1%	11.1%	0.8%	3.7%	1.2%	0.0%	4.1%	6.1%
	点滴3本	0.0%	0.4%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	0.8%	0.0%	0.0%	0.8%
	呼吸ケア	0.0%	1.6%	2.0%	5.3%	0.0%	0.4%	0.4%	0.4%	1.2%	1.6%
	創傷処置	0.0%	0.0%	0.0%	3.7%	0.0%	0.0%	2.5%	0.0%	1.6%	0.0%

※A1点+B3点の患者における割合(n=244人日)

		B4点以上
A1点	血液製剤	0.6%
	シリンジポンプ	1.2%
	モニター	62.8%
	点滴3本	4.7%
	呼吸ケア	20.5%
	創傷処置	10.3%

※A1点+B4点以上の患者における割合(n=13,628人日)

基準②のみに該当する患者について

○ 基準② (B14又はB15に該当し、A得点1点以上かつB得点3点以上)のみに該当する患者の割合と該当項目について入院料別に比較すると、当該患者は急性期病棟より療養病棟で多かった。また、急性期病棟は療養病棟と比較して、「創傷処置」の割合が低く、「心電図モニター」の割合が高かった。

	7対1特定機能病棟入院基本料 (一般病棟) (n=20747)	7対1一般病棟入院基本料 (n=61168)	10対1一般病棟入院基本料 (n=13175)	療養病棟入院基本料 1 (20対1) (n=20148)	療養病棟入院基本料 2 (25対1) (n=5920)
【基準】					
「A得点1点」かつ「B14又はB15に該当」かつ「B得点3点以上」	352 1.7%	2,892 4.7%	690 5.2%	2,950 14.6%	669 11.3%
【A項目】	該当患者のうち	該当患者のうち	該当患者のうち	該当患者のうち	該当患者のうち
創傷処置	76 21.6%	711 24.6%	195 28.3%	1,030 34.9%	385 57.5%
呼吸ケア	107 30.4%	662 22.9%	253 36.7%	1,494 50.6%	222 33.2%
点滴5in/同時3本以上の管理	8 2.3%	26 0.9%	4 0.6%	14 0.5%	0 0.0%
心電図モニター管理	152 43.2%	1,428 49.4%	227 32.9%	405 13.7%	41 6.1%
シリンジポンプ管理	2 0.6%	42 1.5%	8 1.2%	7 0.2%	21 3.1%
輸血や血液製剤管理	7 2.0%	23 0.8%	3 0.4%	0 0.0%	0 0.0%
専門的な治療処置	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
抗悪性腫瘍剤の使用	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
抗悪性腫瘍剤の内服管理	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
麻薬の使用	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
麻薬の内服・貼付・座剤	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
放射線治療	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
免疫抑制剤管理	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
昇圧剤の使用	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
抗不整脈剤の使用	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
抗血栓薬持続点滴の使用	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
ドレージ管理	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
無菌治療室での治療	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
救急搬送後の入院	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
【B項目】	該当患者のうち	該当患者のうち	該当患者のうち	該当患者のうち	該当患者のうち
搬送り (1点)	124 35.2%	717 24.8%	105 15.2%	228 7.7%	56 8.4%
搬送り (2点)	133 37.8%	1,819 62.9%	540 78.3%	2,575 87.3%	578 86.4%
移乗 (1点)	155 44.0%	849 29.4%	99 14.3%	181 6.1%	35 5.2%
移乗 (2点)	77 21.9%	1,140 39.4%	266 38.6%	2,355 79.8%	494 73.8%
口腔清潔 (1点)	301 85.5%	2,730 94.4%	635 92.0%	2,854 96.7%	662 99.0%
食事摂取 (1点)	160 45.5%	872 30.2%	160 23.2%	359 12.2%	88 13.2%
食事摂取 (2点)	113 32.1%	1,384 47.9%	317 45.9%	2,021 68.5%	449 67.1%
衣服の着脱 (1点)	158 44.9%	592 20.5%	59 8.6%	197 6.7%	49 7.3%
衣服の着脱 (2点)	161 45.7%	2,141 74.0%	608 88.1%	2,530 85.8%	529 79.1%
診療・療養上の指示が通じる (1点)	320 90.9%	2,543 87.9%	620 89.9%	2,834 96.1%	632 94.5%
危険行動 (2点)	177 50.3%	1,538 53.2%	249 36.1%	647 21.9%	124 18.5%

基準②は療養病床に多く、A項目は創傷処置が多い

入院で実施する割合が高い手術（必要度Ⅱの対象外のもの）

○ 重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価対象外である手術のうち、入院で実施する割合が高い手術について、例えば、入院が100%かつ年間件数や点数が一定以上の手術をみると、以下のとおりであった。

(例) 入院の割合が100%かつ年間1,000件以上の手術 (n=33)

区分	名称	総件数	点数
K060-3	化膿性又は結核性関節炎掻爬術（膝）	1871	20020
K079-2	関節鏡下靭帯断裂形成手術（十字靭帯）	18241	34980
K080-4	関節鏡下肩胛板断裂手術（複雑）	1891	38670
K080-5	関節鏡下肩関節唇形成術（腱板断裂を伴う）	1087	45200
K134	椎間板摘出術（後方摘出術）	17999	23520
K154-3	定位脳腫瘍生検術	1052	20040
K164-5	内視鏡下脳内血腫除去術	1770	42950
K171-2	内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術（下垂体腫瘍）	2737	108470
K174	水頭症手術（シャント手術）	12287	24310
K180	頭蓋骨形成手術（頭蓋骨のみ）	2714	16450
K191	脊髄腫瘍摘出術（髄外）	2598	59500
K328	人工内耳植込術	1133	40810
K457	耳下腺腫瘍摘出術（耳下腺深葉摘出術）	1444	14440
K461	甲状腺部分切除術、甲状腺腫瘍摘出術（両葉）		
K462	パセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）		
K463	甲状腺悪性腫瘍手術（全摘及び亜全摘）		
K463	甲状腺悪性腫瘍手術（切除）		
K476	乳腺悪性腫瘍手術（乳頭乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わない））		
K570-3	経皮的肺動脈形成術		
K574-2	経皮的心房中隔欠損閉鎖術		
K601	人工心臓（2日目以降）		
K603	補助人工心臓（2日目以降30日目まで）		
K603	補助人工心臓（31日目以降）		
K603-2	小児補助人工心臓（31日目以降）	3559	76000
K604-2	橋込型補助人工心臓（非拍動流型）（2日目以降30日目まで）	3239	5000
K604-2	橋込型補助人工心臓（非拍動流型）（31日目以降90日目まで）	6409	2780
K604-2	橋込型補助人工心臓（非拍動流型）（91日目以降）	23209	1500
K609	動脈血栓内摘出術（内頸動脈）	4031	43880
K614	血管移植術、バイパス移植術（下腿、足部動脈）	1169	62670
K742-2	腹腔鏡下直腸脱手術	1196	30200
K894	中位鉗子焼出術	1394	4760
K912	子宮外妊娠手術（開腹）	1147	14110
K912	子宮外妊娠手術（腹腔鏡）	4304	22950

(例) 入院の割合が100%かつ50,000点以上の手術 (n=30)

区分	名称	総件数	点数
K011	顔面神経麻痺形成手術（動的）	141	64350
K017	遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付き）（乳房再建術）	740	84050
K134-2	内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方摘出術）	31	75600
K153	鼻性頭蓋内合併症手術	17	52870
K170	経耳的聴神経腫瘍摘出術	20	76890
K171	経鼻的下垂体腫瘍摘出術	444	83700
K171-2	内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術（下垂体腫瘍）	2737	108470
K171-2	内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術（頭蓋底脳腫瘍（下垂体腫瘍を除く））	362	123620
K181	脳刺激装置植込術（片側）	234	65100
K181	脳刺激装置植込術（両側）	520	71350
K191	脊髄腫瘍摘出術（髄外）	2598	59500
K191	脊髄腫瘍摘出術（髄内）	437	118230
K201	皮膚腫瘍手術（頸部、胸部、腹部等の操作による）	217	113880
K201	皮膚腫瘍手術（頸部、胸部、腹部等の操作による）	727	113880
K201	皮膚腫瘍手術（頸部、胸部、腹部等の操作による）	12	76040
K201	皮膚腫瘍手術（頸部、胸部、腹部等の操作による）	497	75070
K201	皮膚腫瘍手術（頸部、胸部、腹部等の操作による）	77	72900
K201	皮膚腫瘍手術（頸部、胸部、腹部等の操作による）	47	54210
K201	皮膚腫瘍手術（頸部、胸部、腹部等の操作による）	90	52820
K514-3	移植用肺採取術（死体）（両側）	33	63200
K614	血管移植術、バイパス移植術（下腿、足部動脈）	1169	62670
K697-6	移植用肝採取術（死体）	27	86700
K709-4	移植用脾臓採取術（死体）	22	84080
K751-3	腹腔鏡下鎖肛手術（腹会陰式）	31	70140
K773-4	腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固）	408	52800
K803-2	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術	989	89380
K803-3	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術	57	87380
K850	女子外生殖器悪性腫瘍手術（皮膚移植（筋皮弁使用））	59	63200

C項目も増えるだろう

2020年改訂大予測

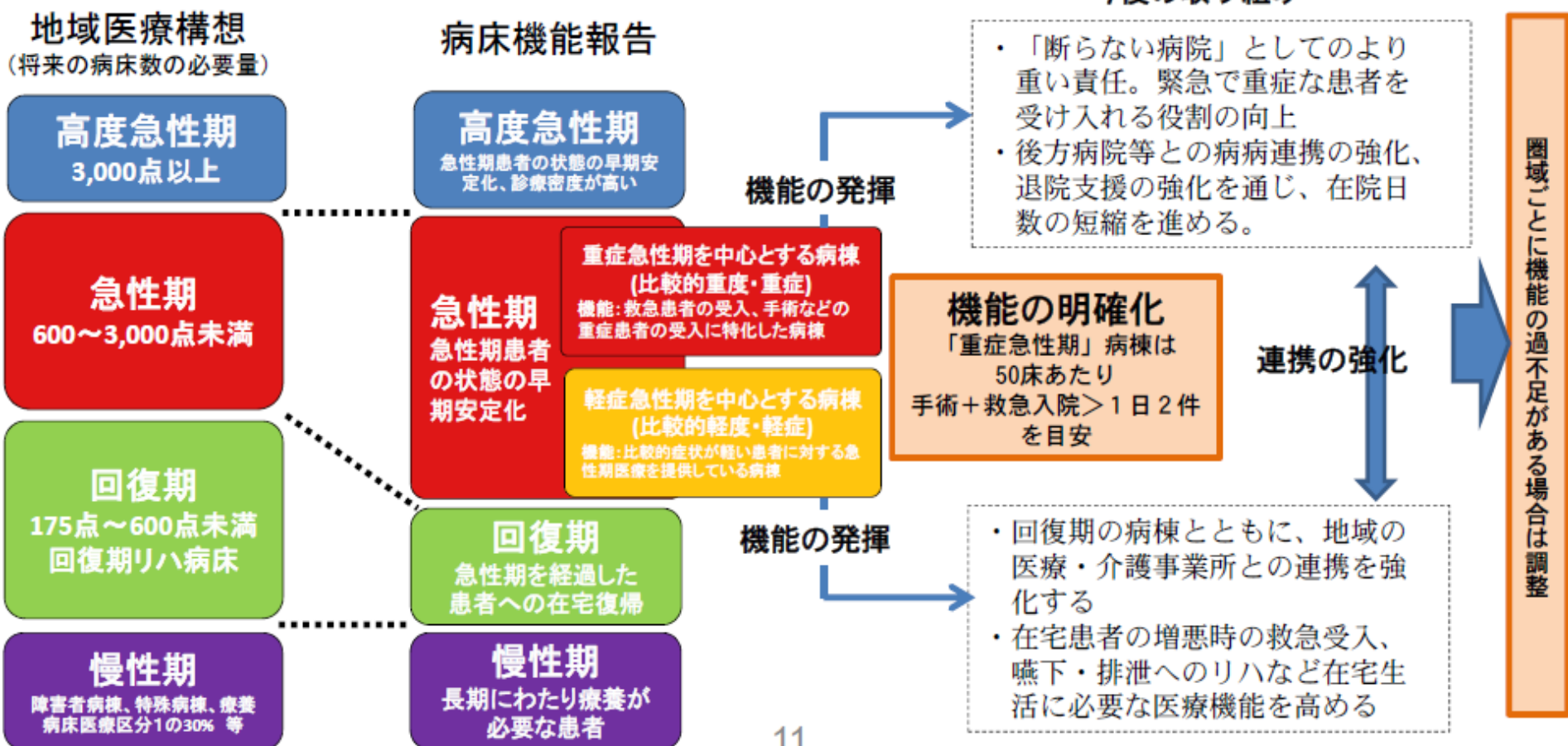
- ○7対1は消える？
- ○重症度、医療・看護必要度Ⅱに統一？
- ○B項目、C項目の見直し
- ○基本部分が看護師数のみの評価から多職種評価になる？
- ○地域医療構想との関係で急性期機能の選別が始まるだろう

看護師集めてなんぼの世界から
実績達成してなんぼの世界へ

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？

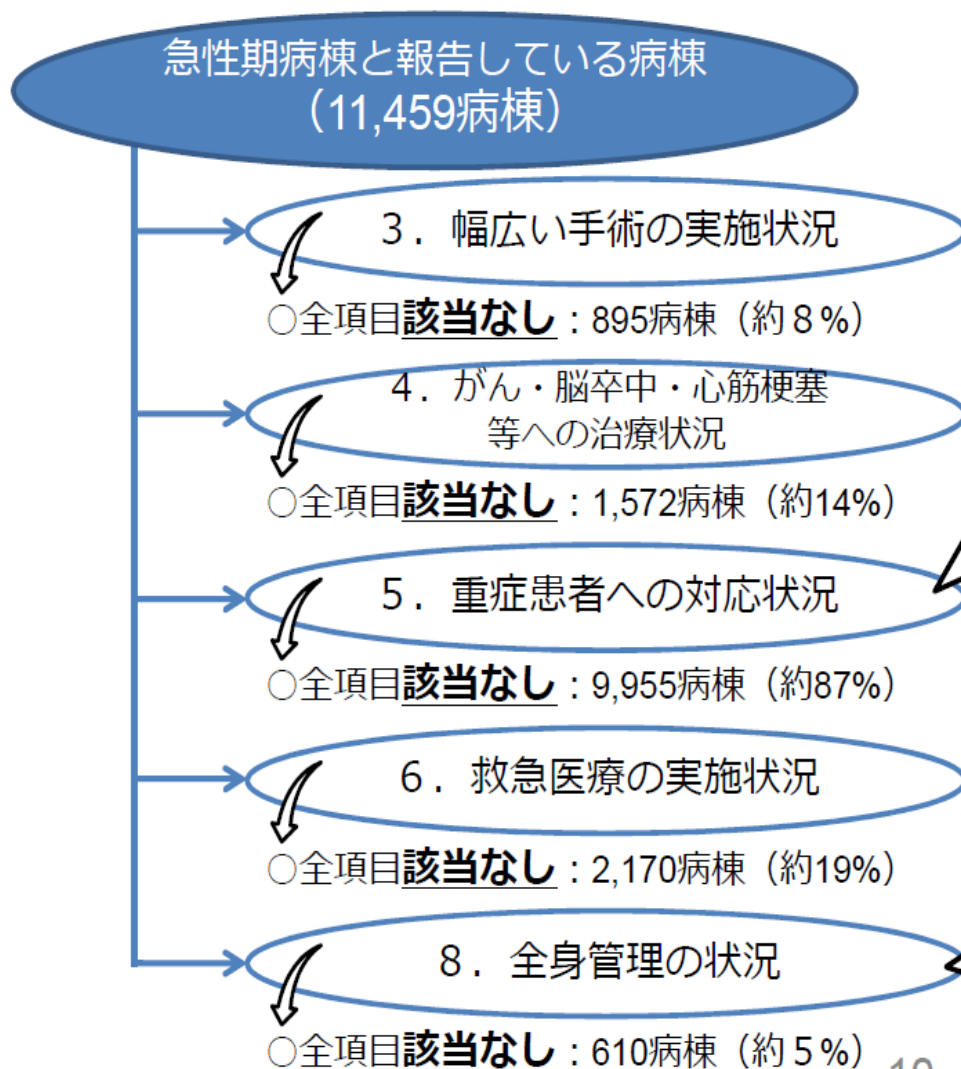
急性期の報告の「奈良方式」

- 平成29年の病床機能報告に加え、奈良県の独自の取り組みとして、急性期を重症と軽症に区分する目安を示したうえで報告を求め、施策の対象となる医療機能を明確化し、より効果的な施策の展開を図る。(第7次保健医療計画にも反映させる予定。)



- 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28年度病床機能報告において、様式1で急性期機能を報告している病院の病棟のうち、様式2で以下の項目でレセプト件数、算定日数、算定回数が全て0件と報告された病棟数を算出



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
全身管理	・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

重症患者への対応	・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
全身管理	・人工呼吸
	・人工腎臓
	・腹膜灌流
	・経管栄養カテーテル交換法

入院患者の評価指標の課題(案)

- 平成30年度診療報酬改定における中医協答申書附帯意見において、入院医療については「入院医療機能のより適切な評価指標や測定方法等、医療機能の分化・強化、連携の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること」とされている。
- 次回改定に向けて、入院患者の医療・看護の必要性に係る指標については、それぞれの入院料に応じて、医療機能をより適切に評価するため、以下の検討が必要。
 - ・ 重症度、医療・看護必要度については、平成30年度改定における評価基準の見直しや、重症度、医療・看護必要度Ⅱの創設を踏まえた検討
 - ・ 医療区分については、平成30年度改定における判定方法の見直しを踏まえた検討
 - ・ 回復期リハビリテーション病棟については、平成30年度改定において入院料の評価体系に実績評価を組み込んだことを踏まえた検討 等
- また、中・長期的には、入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等について、従来の評価指標以外についても、必要な調査研究を含め、検討する必要があるのではないか。

ポイント②

どうなる地域包括ケア病棟？

病床機能区分の急性期と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

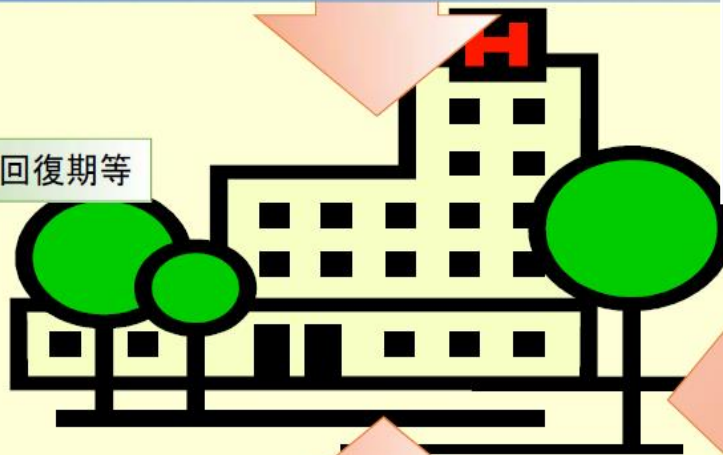


急性期

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

長期療養
介護等



介護施設等

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

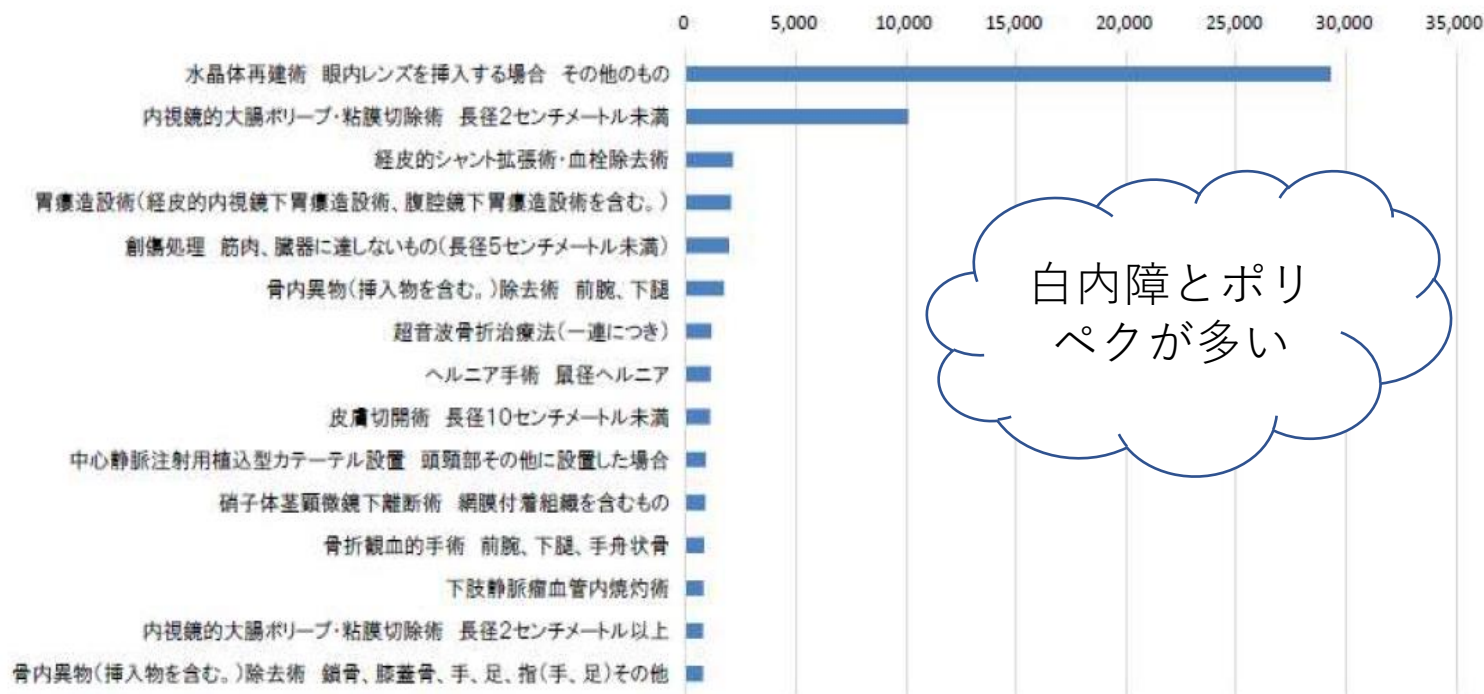


自宅・在宅医療

地域包括ケア病棟において実施される手術（短期滞在を除く）

- 地域包括ケア病棟入院料を算定する期間中に実施される手術（短期滞在手術等基本料を算定する場合を除く）をみると、「水晶体再建術（眼内レンズを挿入する場合）」が最も多く、次いで、「内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術（2cm未満）」が多かった。

地域包括ケア病棟入院料を算定する期間中に実施される手術（上位15件）



白内障とポリープが多い

出典:平成30年度DPCデータ ※DPC対象病院においては短期滞在手術等基本料2・3が算定できないことに留意

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%	

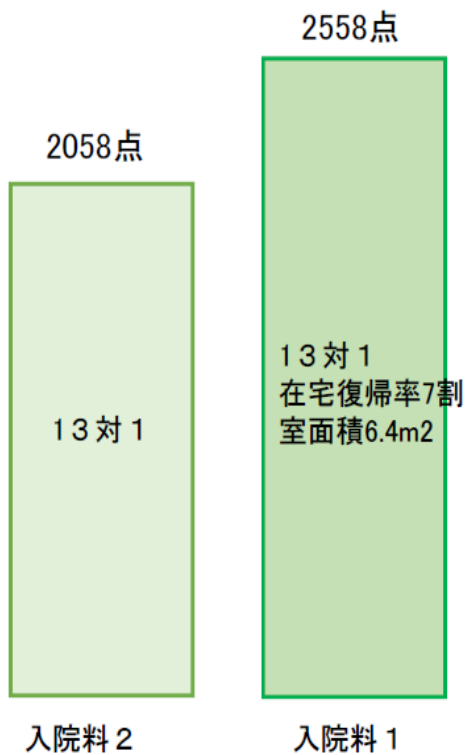
地域包括ケア病棟・病室

【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	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】



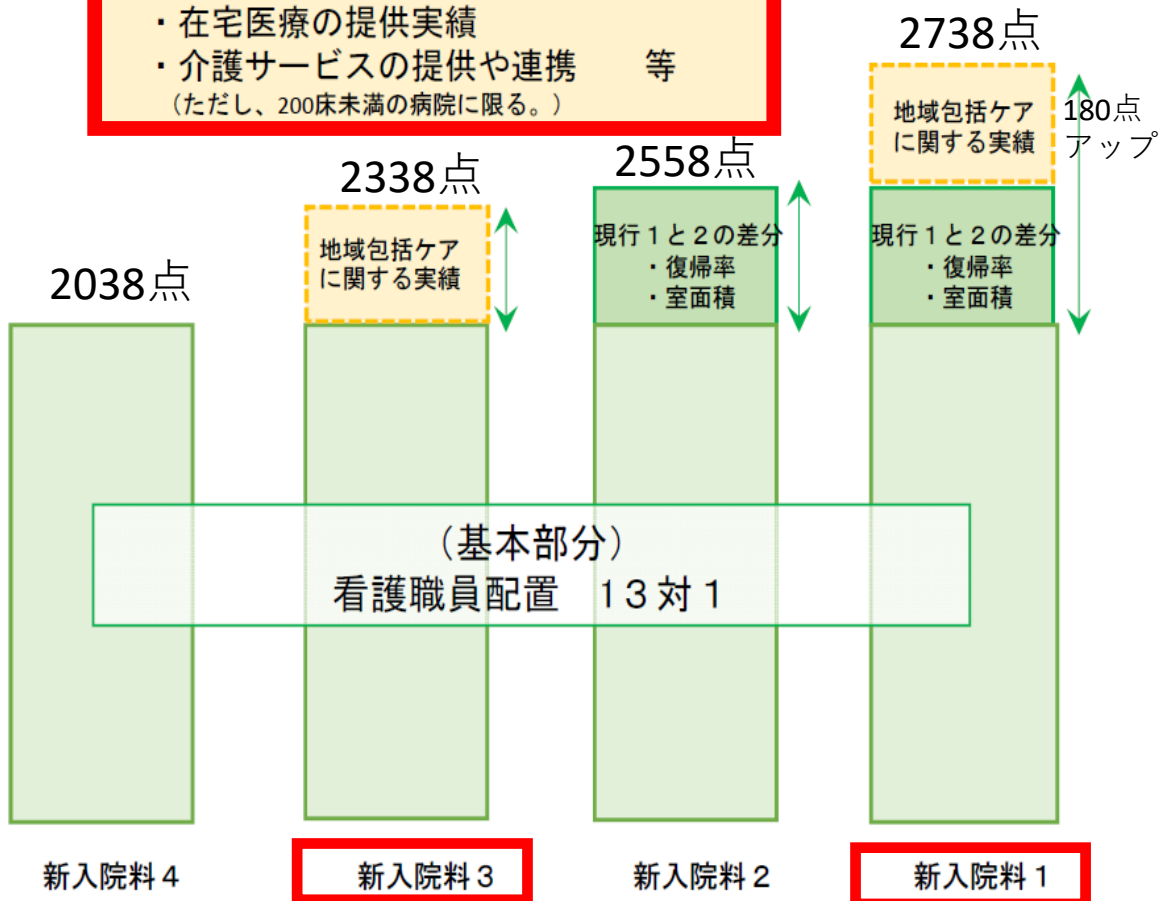
再編

【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。)

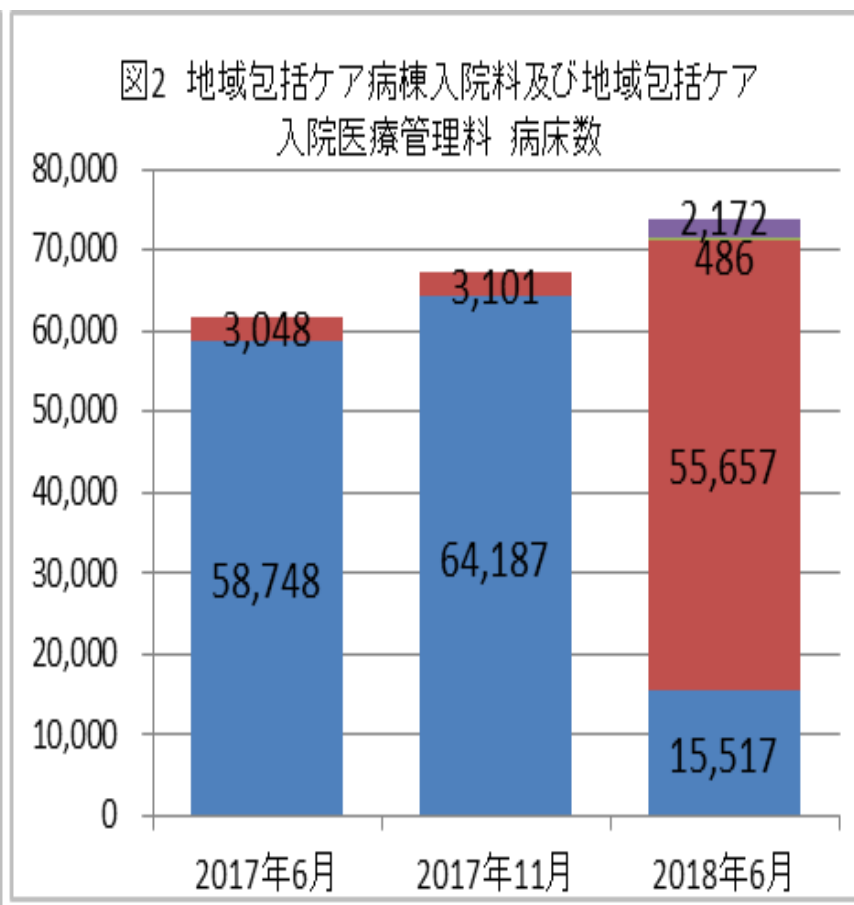
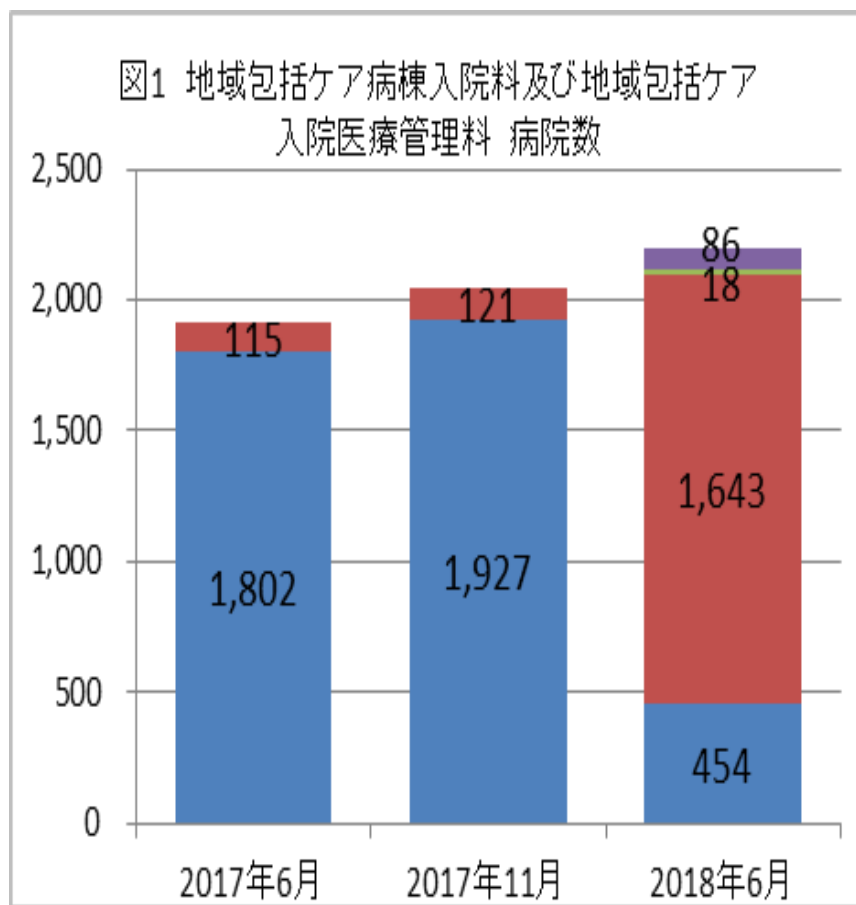
- ・ 自宅からの入院患者割合10%以上
- ・ 自宅からの緊急患者受け入れ件数3カ月で3人以上



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

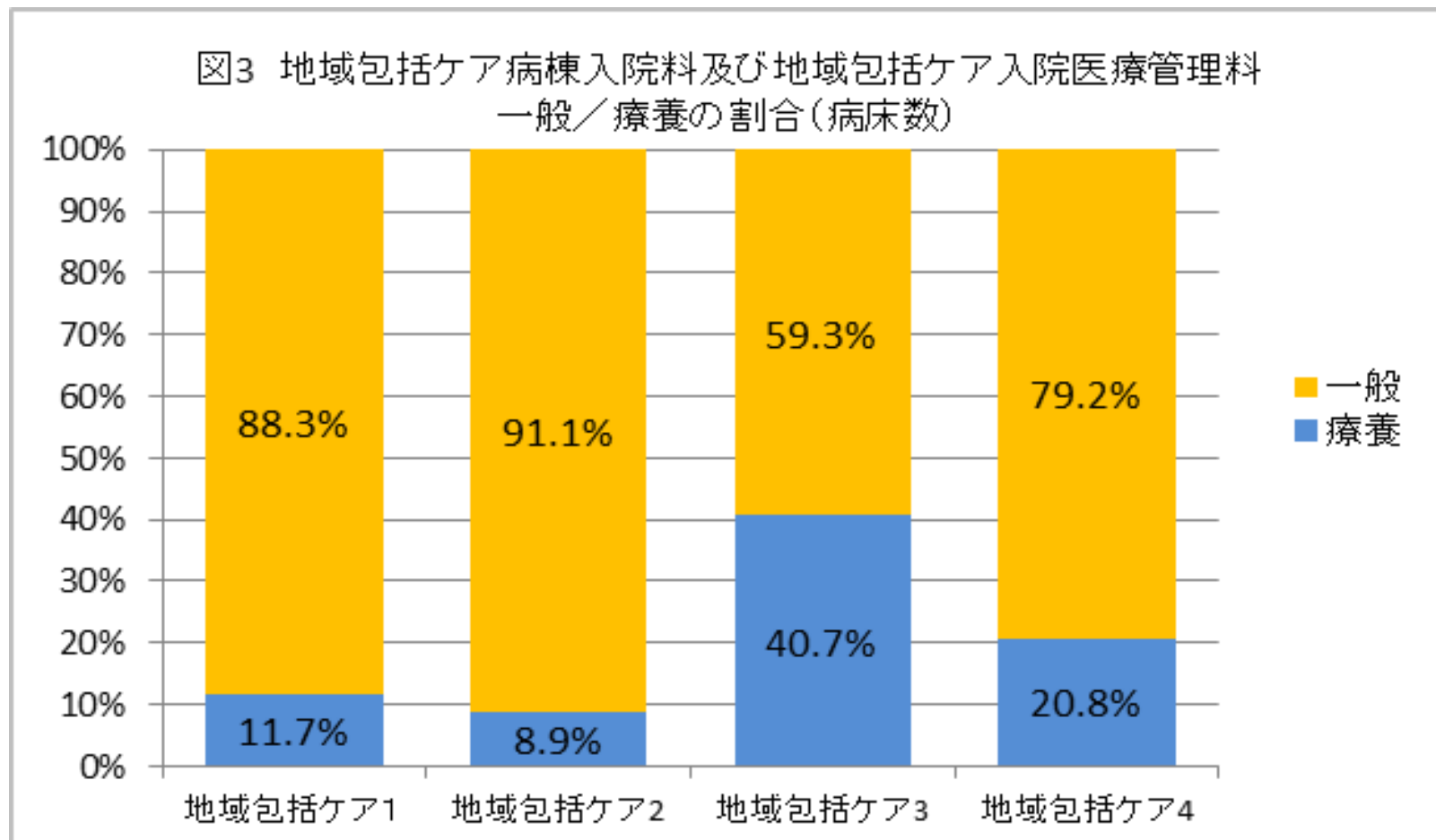
地域包括ケア病棟 2191病院、73,832床（2018年6月）



■ 地域包括ケア1
 ■ 地域包括ケア2
 ■ 地域包括ケア3
 ■ 地域包括ケア4
 （日本アルトマーク調べ）

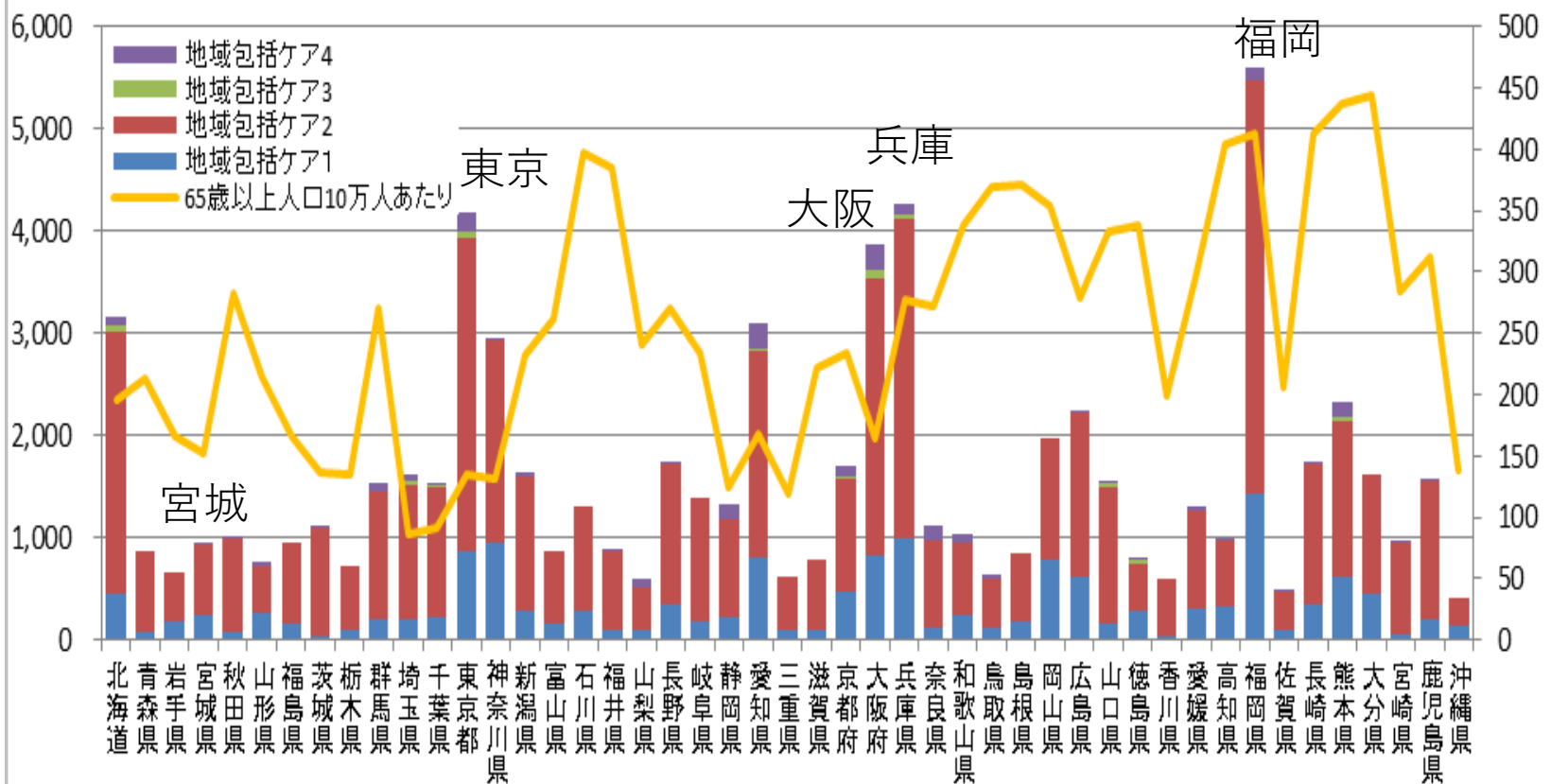
地域包括ケア病棟

一般病床からの転換9割、療養からの転嫁1割



都道府県別地域包括ケア病棟

図4 地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料 都道府県別病床数



地域包括ケア病棟ウェブセミナー (2019年1月21日)

Live Symposium
病院経営

療養病床から60床の
地ケア病棟への転換で、
入院単価
680点アップ

一般病床49床を地
ケア病棟に転換、近
隣の病院との連携協
定でポストアキュート
の受け入れ

BRIDGE
Bright Days Together

演者
医療法人十善会 野瀬病院 病院長
野瀬 範久 先生

演者
独立行政法人
地域医療機能推進機構 (JCHO)
東京高輪病院 院長
木村 健二郎 先生

座長
国際医療福祉大学大学院 教授
武藤 正樹 先生

野瀬病院 (神戸)
(90床)
野瀬範久院長

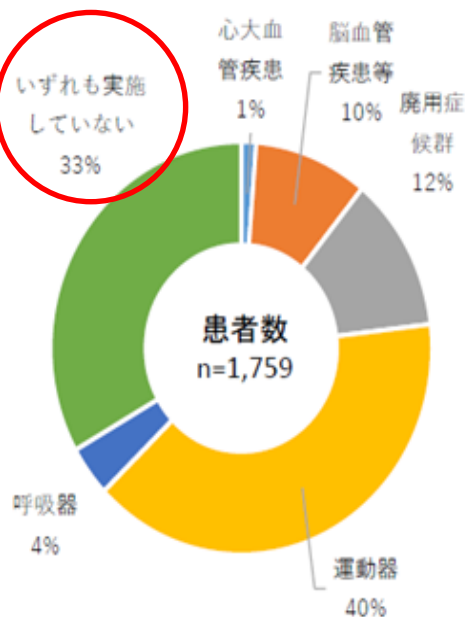
JCHO東京高輪病院
(239床)
木村健二郎院長

国際医療福祉大学
武藤正樹

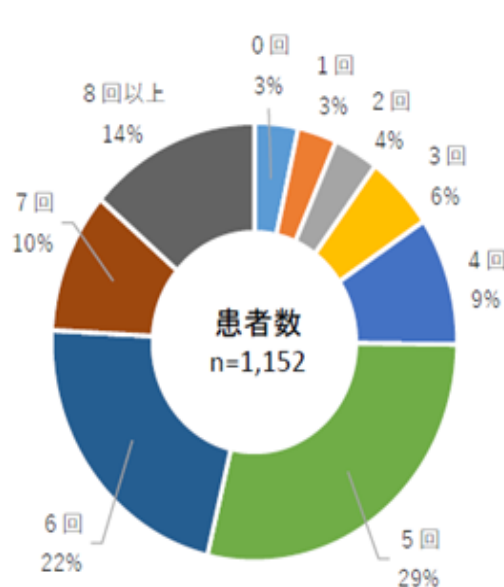
リハビリテーションの実施状況

- 疾患別リハビリテーションの実施状況をみると、「運動器リハビリテーション」が最も多いが、次いで、「いずれも実施していない」が多かった。
- いずれかの疾患別リハビリテーションを実施している患者について、過去7日間の実施頻度と実施単位をみると、「5回以上」が約7割5分、「11単位以上」が約6割5分であり、それ以下の患者も一定数いた。

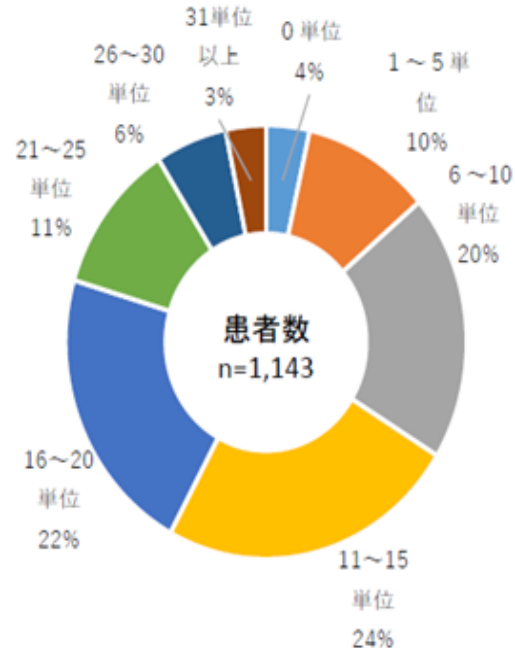
実施している
疾患別リハビリテーション



疾患別リハビリテーションを
実施している場合の頻度(過去7日間)



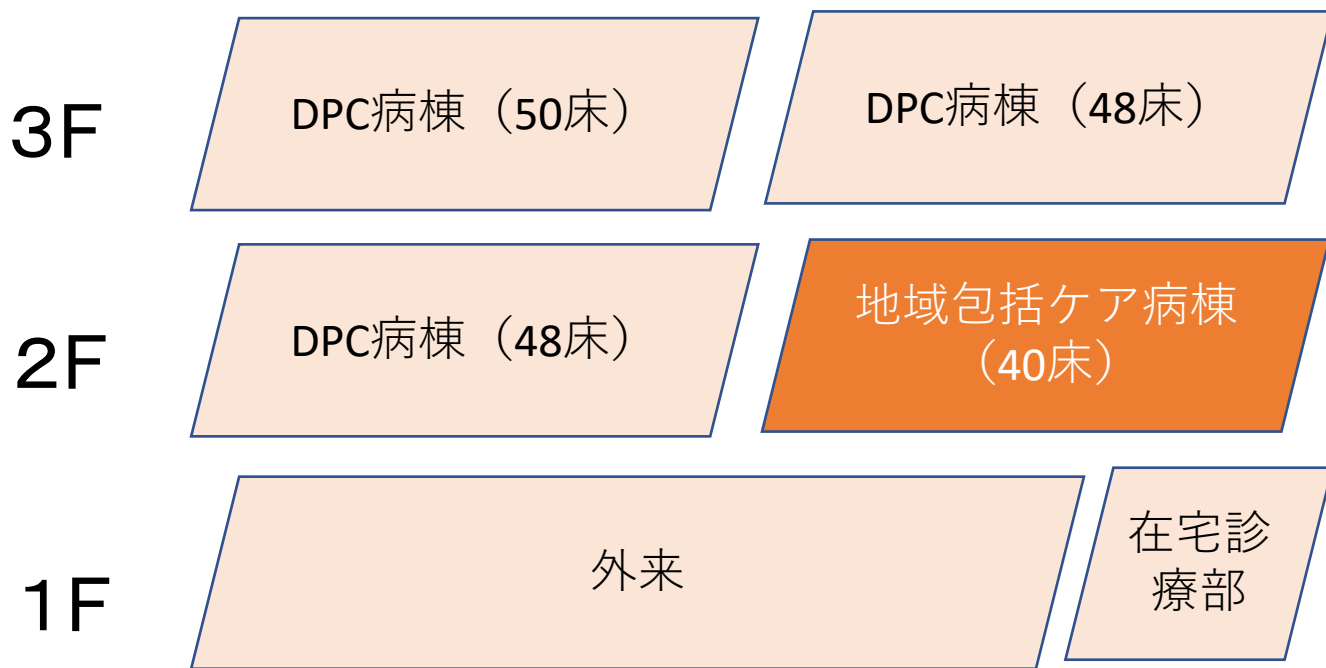
疾患別リハビリテーションを
実施している場合の単位数(過去7日間)



どうなる地域包括ケア病棟？

- 実績要件の見直しか？
 - 入院料1、3の自宅からの入院要件、看取り指針が入院料2、4にも拡大か？
 - 在宅医療等の提供要件（以下の4項目のうち2つ以上）
 - ①訪問診療
 - ②訪問看護
 - ③開放型病床の共同指導
 - ④同一敷地内での訪問介護、訪問看護、訪問リハビリ
 - 在宅医療等の提供要件は2項目から3項目以上へ拡大か？

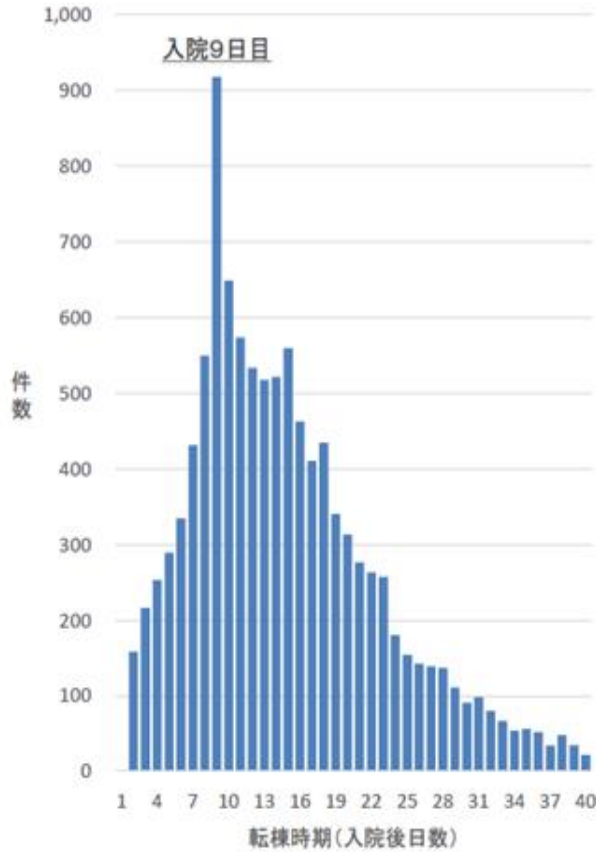
DPC病院で地域包括ケア病棟を持つ病院（186床）の例



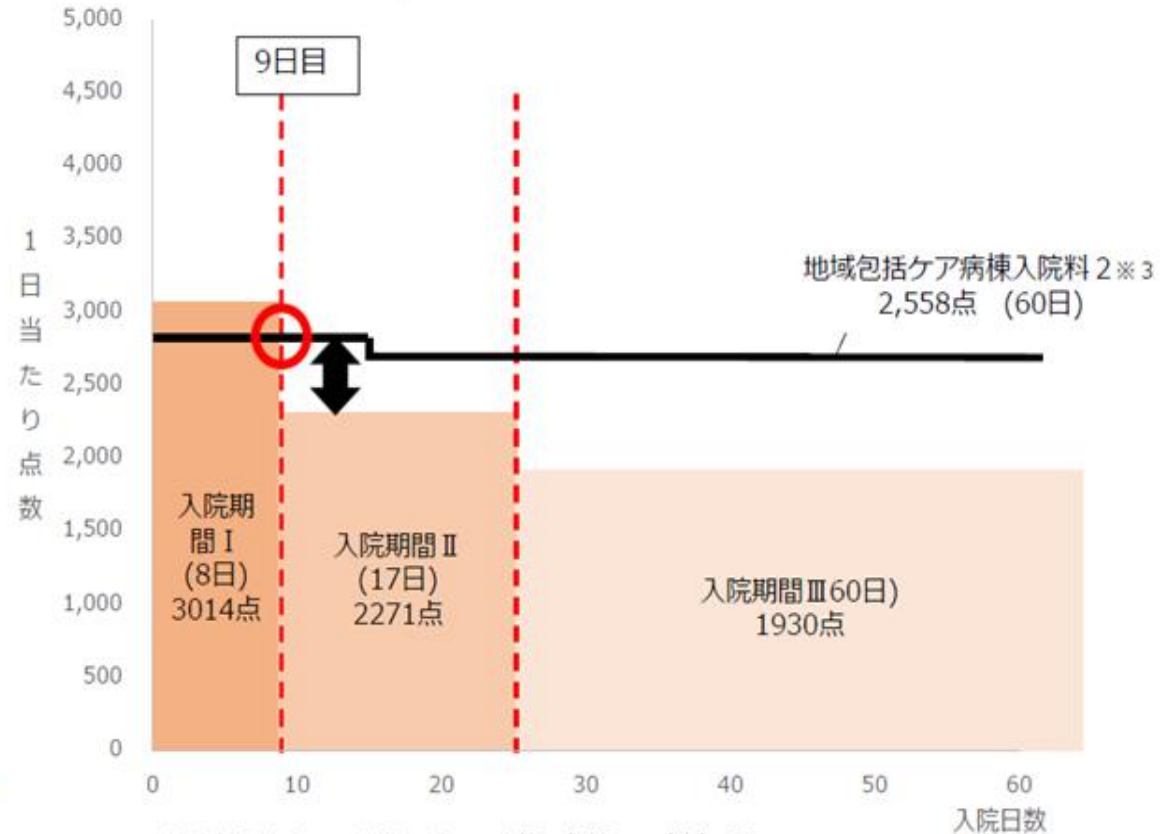
* DPC病棟からの退院調整に時間がかかる患者を地域包括ケア病棟へ転棟させることで、DPC病棟の7対1を維持する、地域包括ケア病棟で高い点数を維持する。

胸椎、腰椎以下骨折損傷（胸・腰髄損傷を含まず）手術なし(160690xx)

地域包括ケア病棟への転棟時期※ 1



DPC/PDPSによる報酬※ 2と転棟先での報酬



※ 1 DPC算定対象病床から地域包括ケア病棟に転棟した症例に限る

※ 2 平均的な係数値で算出（基礎係数：1.075、機能評価係数Ⅰ：0.135、機能評価係数Ⅱ：0.088）

※ 3 急性期患者支援病床初期加算を算定（14日間に限り、150点を加算）

ポイント③ どうなる回復期リハ病棟

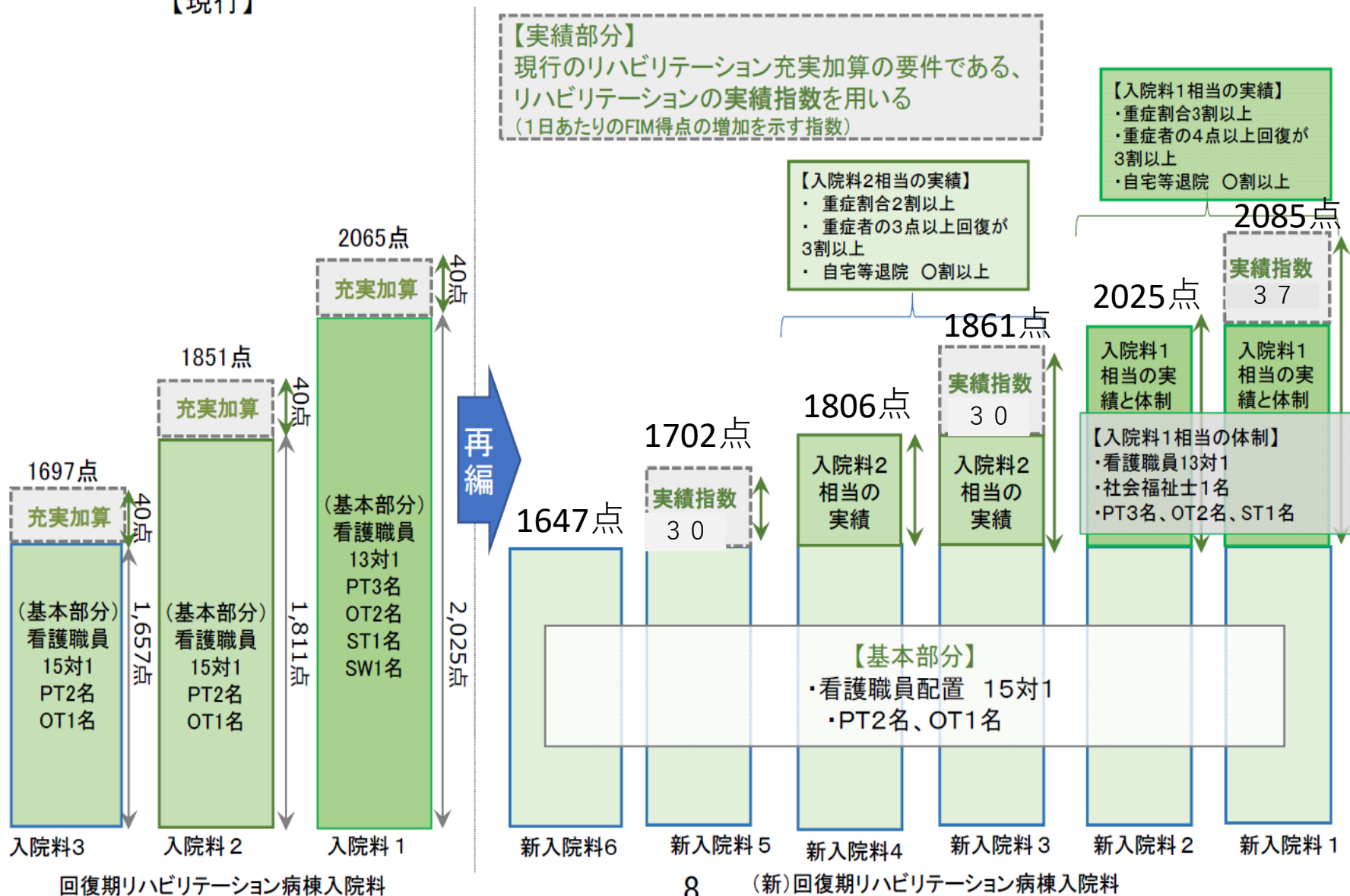


2017年10月25日 中医協

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）

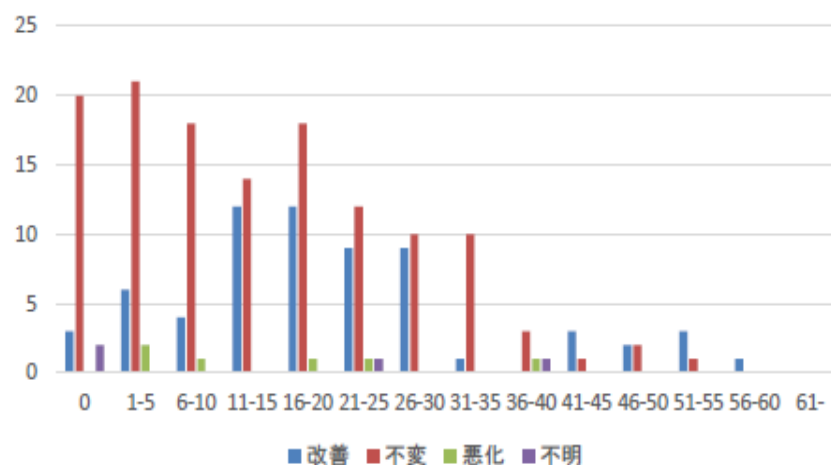
自立	7点	完全自立
	6点	修正自立
部分介助	5点	監視
	4点	最小介助
介助あり	3点	中等度介助
	2点	最大介助
完全介助	1点	全介助

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																	

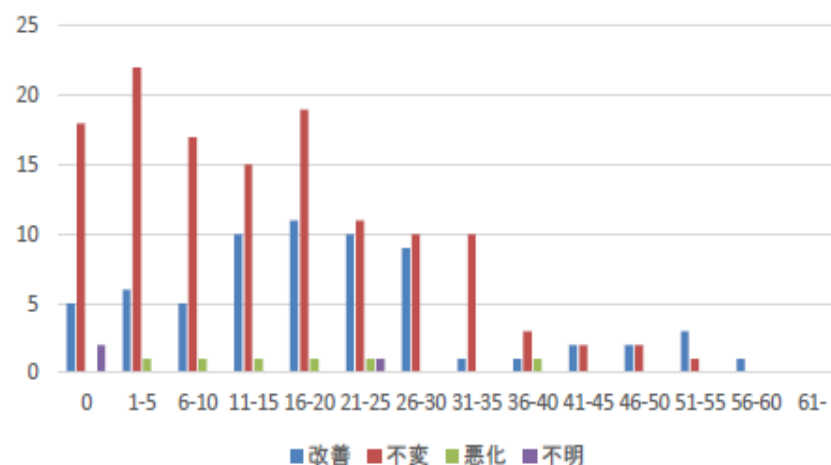
ADLスコア項目別のFIM得点の変化⑤

○ 回復期リハビリテーション病棟を退棟した患者における、ADLスコアの「排便」の項目及び「排尿」の項目の入院時から退棟時までの変化と、FIM得点の変化の関係については、以下のとおり。

⑨排便



⑩排尿



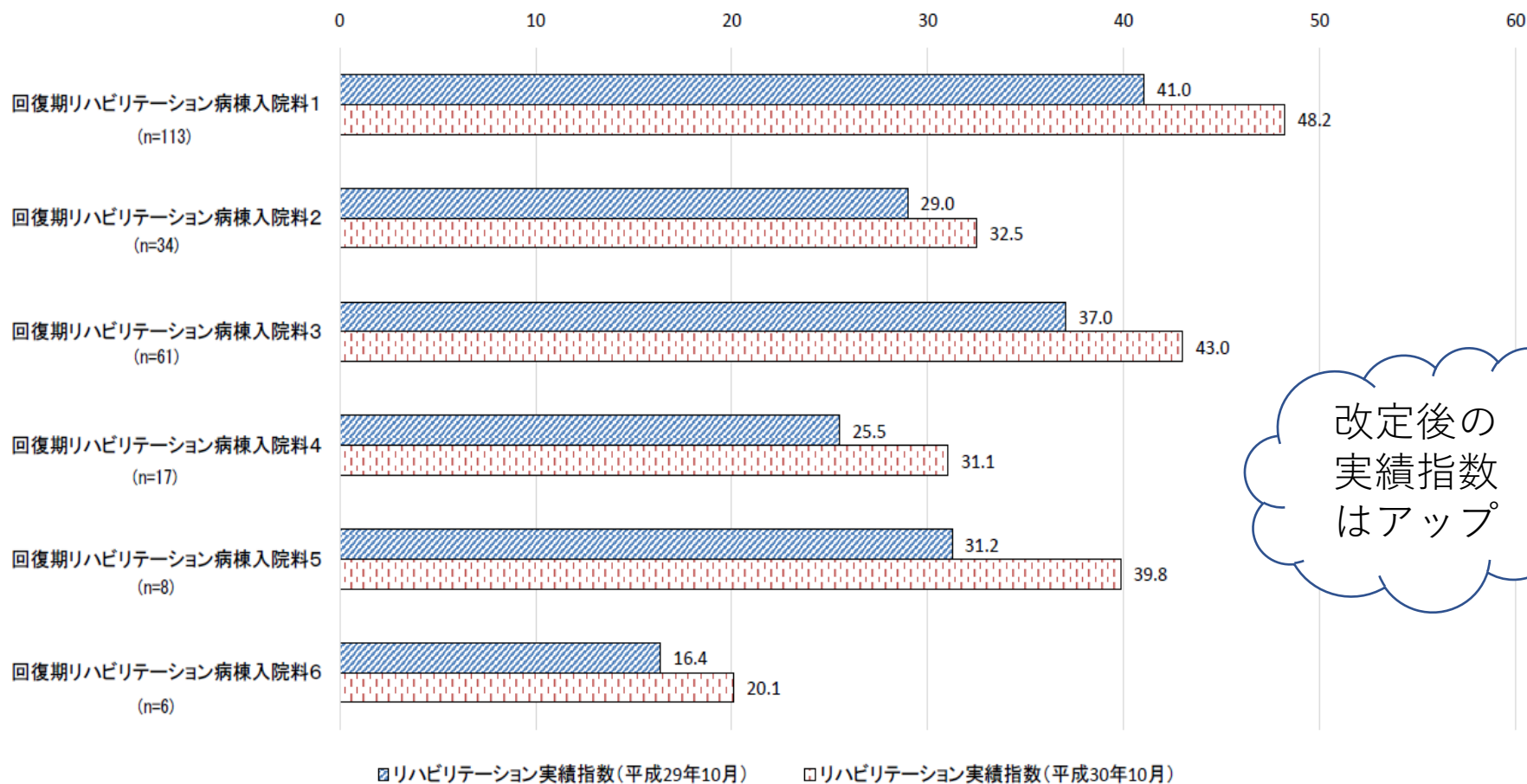
	改善 (n=64)	不変 (n=128)	悪化 (n=6)
平均値	21.5	14.6	15.8
中央値	19.5	13.0	13.0

	改善 (n=64)	不変 (n=129)	悪化 (n=6)
平均値	21.2	14.9	17.3
中央値	19.5	13.0	14.5

リハビリテーション実績指数について

- 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している医療機関において、平成29年10月と平成30年10月のリハビリテーション実績指数を比較すると、全体的に上昇傾向にあった。
- リハビリテーション実績指数は、回復期リハビリテーション病棟入院料1，3又は5を算定する病棟を有する医療機関において高い傾向にあった。

リハビリテーション実績指数



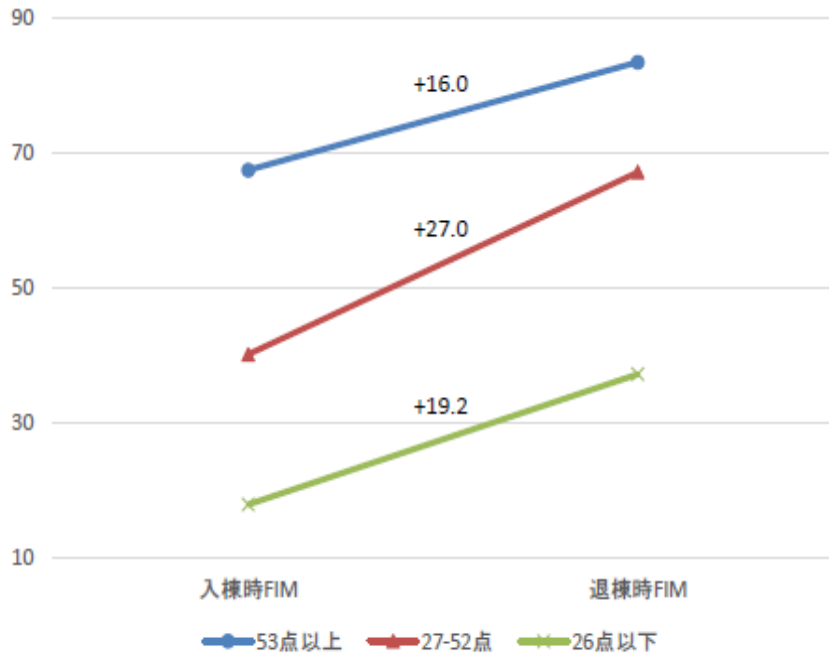
改定後の
実績指数
はアップ

入棟時FIMごとのFIM得点の変化

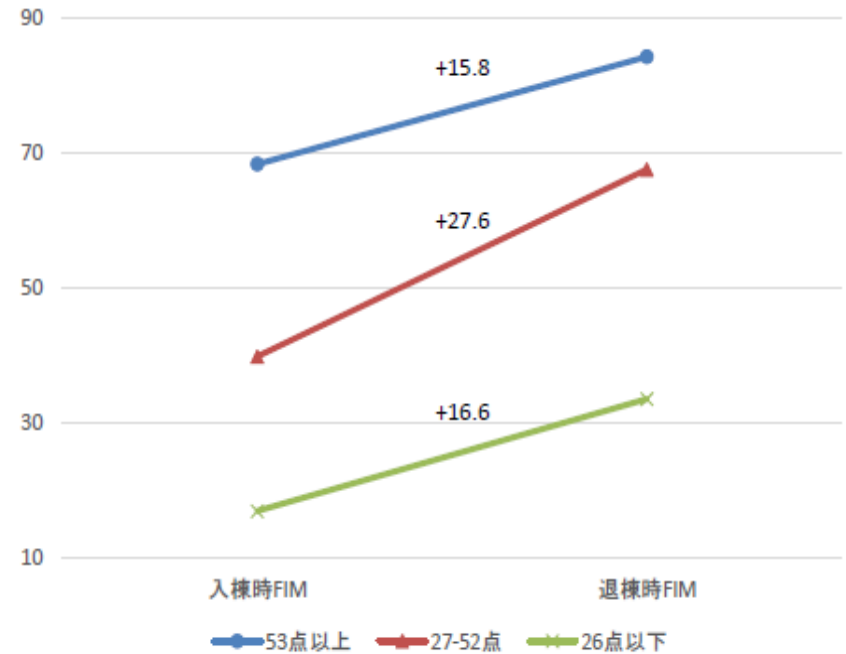
○ 入棟時FIMごとに見たFIM得点の変化について、入棟時のFIMが27点以上52点以下の群において、FIM得点の変化が大きかった。

回復期リハ病棟への急性期からの入棟が早まったから？患者選択が起きているのでは？

入棟時FIMごとに見たFIM得点の変化
(全体)



入棟時FIMごとに見たFIM得点の変化
(脳血管系)



入退棟時FIM及びFIM得点の変化の年次推移

○ 入棟時と退棟時のFIM(運動・認知合計の平均値)の推移を見ると、「入棟時」は2016年度以降やや低下傾向にあり、「退棟時」はほぼ横ばいから微増傾向であった。また、FIM得点の変化(運動・認知合計の平均値)の推移を見ると、2016年度以降増加傾向となっていた。

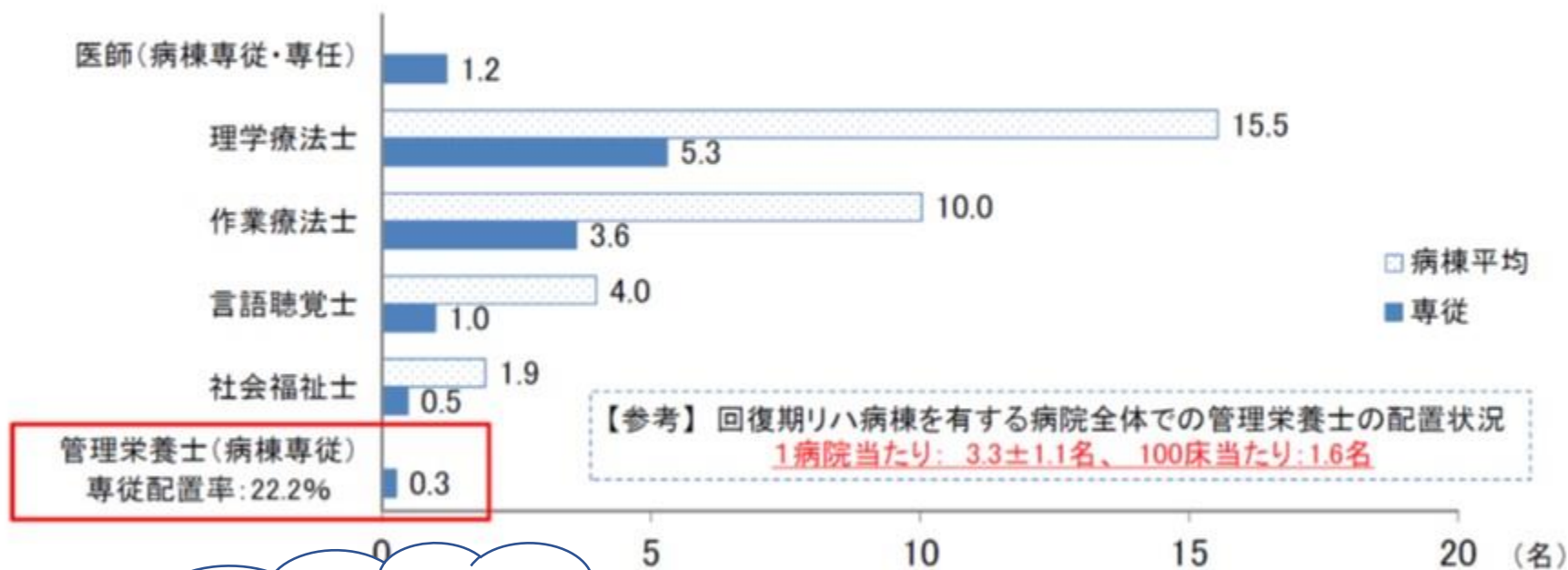
入棟時FIM(運動・認知合計)及び退棟時FIM(運動・認知合計)の推移



入棟時のFIMが下がったのは
発症からの期間が短くなったのか？
それともクリームスキミングか？

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。



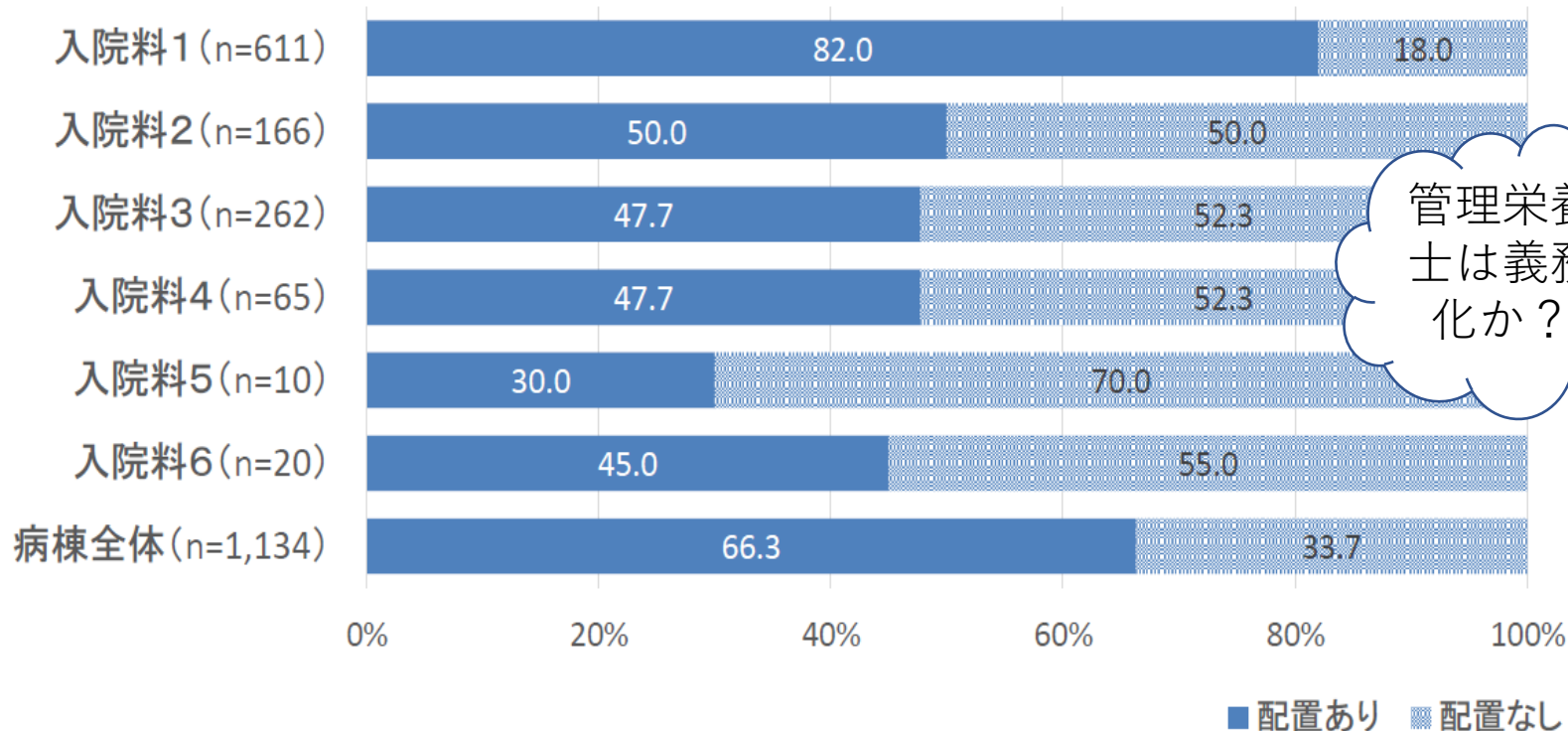
値は平成2

※ 理 入院基本料1では管理栄養士の配置実績82%

回復期リハ病棟1病棟当たりの平均病床数:45.8±9.5床
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
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

- 専任管理栄養士の病棟配置が努力義務である入院料1を算定している施設では、管理栄養士が配置されている施設の割合は、82.0%である。
- 管理栄養士の病棟配置の要件がない入院料2～4を算定している施設では、管理栄養士が配置されている施設の割合は、約50%である。



管理栄養士は義務化か？

図 回復期リハ病棟入院料別の専従または専任管理栄養士配置状況

今日のまとめ

- ・ 2040年、金は何とかなっても、人がいない時代
- ・ 三位一体改革が2020年より始動開始
- ・ 424病院リストと地域再編の動向に注目
- ・ 三位一体改革のソリューションの一つが
地域医療連携推進法人
- ・ 2020年診療報酬改定では、7対1の行方、
地域包括ケア病棟の同行に注目

2040年～医療&介護のデッドライン



2040年—— 医療&介護の デッドライン

武藤正樹 国際医療福祉大学大学院 教授
MASAKI MUTO

2040年——団塊世代700万人が
死に場所難民になる
超高齢化社会
そのピークまであと20年

2040年に向かう“潮流”に沿って、
今後どのような地域・医療・介護の体制が構築されていくか、
医療機関と介護施設は今後どの方向に舵を切るべきか——



医学通信社

- 団塊世代“大死亡時代”の航海図～地域のブルーオーシャンへ！～
- 武藤正樹（国際医療福祉大学大学院教授）著
- 2019年11月 刊行予定
- 予約受け付け中
- 1800円

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