

一般財団法人医療関連サービス振興会
第232回月例セミナー

地域医療構想の施行を踏まえた、
病院経営

平成28年10月4日（火）

講師：公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会 専務理事
／医療総研株式会社 代表取締役社長

伊藤 哲雄 氏

<講師ご略歴>

伊藤 哲雄 氏

公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会 専務理事
／医療総研株式会社 代表取締役社長

■略歴

昭和53年 3月 横浜国立大学経営学部経営学科 卒業
昭和53年 4月 商社 勤務
平成 8年 4月 医療総研株式会社 入社
平成21年10月 代表取締役社長 就任

■資格・特技

中小企業診断士
医業経営コンサルタント

■経営改善業務実績

岡山市立市民病院、大阪市民病院、福島県立病院

■関係団体役職

公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会 専務理事
制度改革特別委員会 委員長
公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会 東京都支部 副支部長

■主な著書

- ・入門医業経営指標—病院の経営課題がわかる—
共著（公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会）
 - ・月刊ジャーマック連載（公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会）
「診療圏分析と患者動態分析」「人員効率よりみる経営改善課題」
 - ・「医業経営者のための介護経営マニュアル」共著（日本医療企画）
 - ・「病院の経営改善とベンチマーキング」（企業診断：同友館）
 - ・「最新医業経営Q&A」（共著）
- ほか、多数。

『地域医療構想の施行を踏まえた、 病院経営』

日比谷コンベンションホール

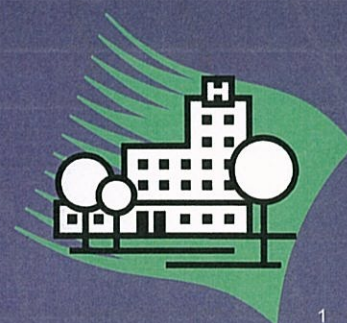
平成28年10月4日

医療総研株式会社

<http://www.iryu-soken.co.jp/>

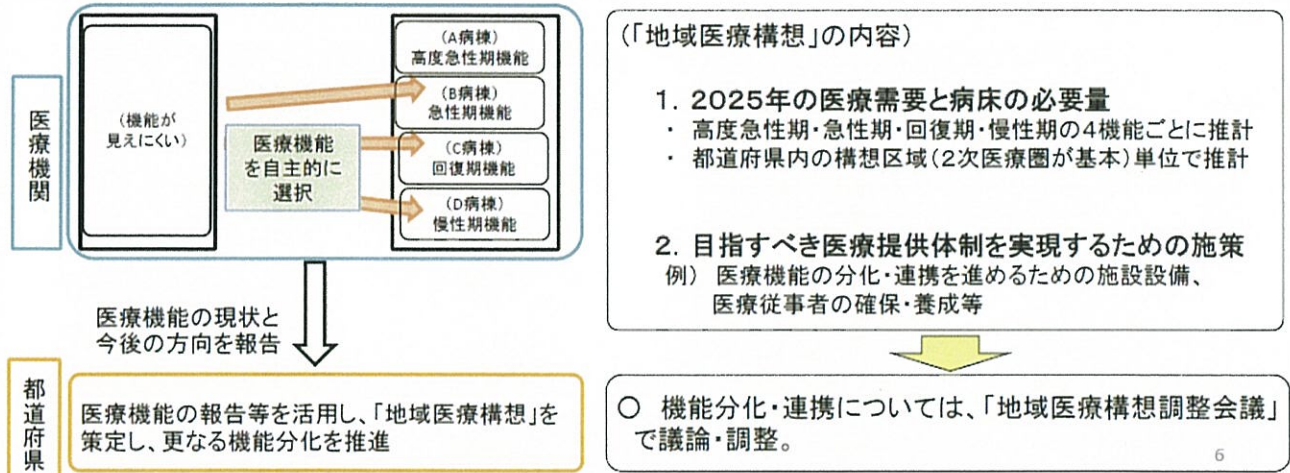
伊藤哲雄

地域医療構想 と 病床機能報告制度



地域医療構想について

- 昨年の通常国会で成立した「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。（法律上は平成30年3月までであるが、平成28年半ば頃までの策定が望ましい。）
※ 「地域医療構想」は、2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」を作成し、平成27年3月に発出。



病床機能報告制度

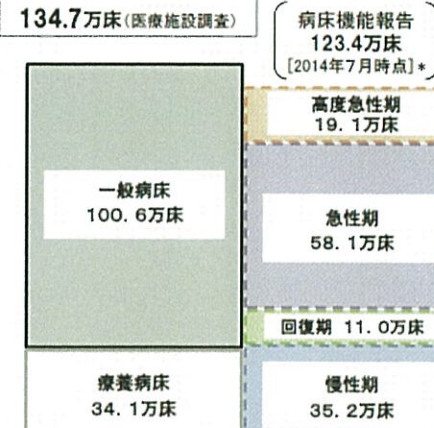
平成26年スタート

医療機能の名称	医療機能の内容
1. 高度急性期	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
2. 急性期	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
3. 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警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)
4. 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

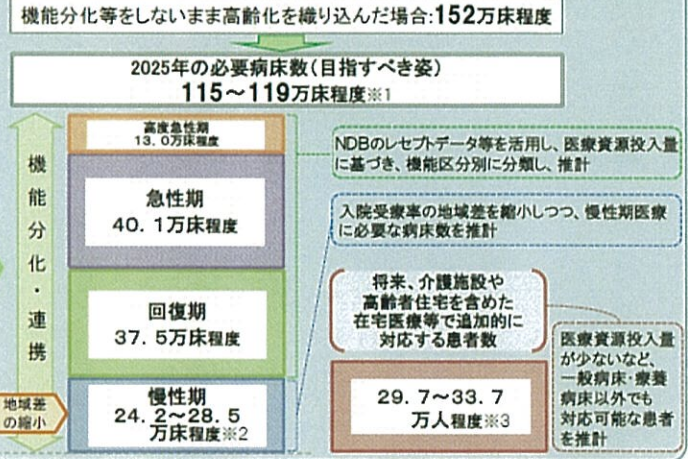
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 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】



【推計結果:2025年】



* 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

平成27年6月15日

医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会

各都道府県の「既存病床数」と「2025年必要病床数」 (厚労省発表データに基づき医療総研にて補正)

	既存病床数(2013年10月1日現在) ①					2025年の必要病床数 ②					差 ②-①					在宅医療増加分(千人)
	合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	
全国計	1,346.9	208.7	634.4	119.7	384.2	1,148.5	130.3	400.6	375.2	242.3	-198.4	-78.4	-233.8	255.5	-141.9	336.6
北海道	83.6	8.1	40.7	5.9	28.9	68.7	7.3	21.9	20.4	19.0	-14.9	-0.8	-18.8	14.5	-9.9	27.7
青森県	16.5	1.9	9.5	1.7	3.5	11.7	1.2	4.1	4.2	2.2	-4.8	-0.7	-5.4	2.5	-1.3	2.9
岩手県	15.0	2.4	7.0	1.7	3.9	10.5	1.0	3.3	3.7	2.5	-4.5	-1.4	-3.7	2.0	-1.4	2.6
宮城県	21.1	3.1	12.0	1.7	4.4	18.7	2.3	6.6	6.0	3.8	-2.4	-0.8	-5.4	4.3	-0.6	3.0
秋田県	12.6	0.8	7.9	0.7	3.2	9.0	0.9	3.3	2.5	2.3	-3.6	0.1	-4.6	1.8	-0.9	2.1
山形県	12.0	2.1	6.0	1.2	2.7	9.2	0.9	3.1	2.9	2.3	-2.8	-1.2	-2.9	1.7	-0.4	1.4
福島県	21.5	1.8	13.5	1.4	4.7	15.1	1.5	5.4	5.2	3.0	-6.4	-0.3	-8.1	3.8	-1.7	3.6
茨城県	27.0	2.4	15.4	1.9	7.3	21.4	2.2	7.4	7.1	4.7	-5.6	-0.2	-8.0	5.2	-2.6	4.8
栃木県	18.3	4.0	8.3	1.4	4.6	15.2	1.7	5.4	5.2	2.9	-3.1	-2.3	-2.9	3.8	-1.7	3.7
群馬県	21.0	2.0	11.5	1.9	5.6	17.2	1.7	5.5	6.1	4.0	-3.8	-0.3	-6.0	4.2	-1.6	4.1
埼玉県	50.6	8.4	24.9	4.0	13.3	53.1	5.5	18.0	16.7	12.9	2.5	-2.9	-6.9	12.7	-0.4	12.5
千葉県	47.0	7.3	24.4	4.1	11.2	49.3	5.6	17.9	15.3	10.6	2.3	-1.7	-6.5	11.2	-0.6	9.1
東京都	108.3	31.9	44.1	7.3	25.0	111.8	15.9	42.3	34.7	19.0	3.5	-16.0	-1.8	27.4	-6.0	22.1
神奈川県	62.9	13.9	29.3	4.6	19.0	71.0	9.4	25.9	20.9	14.8	8.1	-4.5	-3.4	16.3	-0.2	13.4
新潟県	23.1	3.7	11.1	1.5	6.7	18.1	1.7	5.7	5.7	5.0	-5.0	-2.0	-5.4	4.2	-1.7	4.3
富山県	14.4	1.7	6.4	0.7	5.7	8.9	0.9	3.3	2.7	2.0	-5.5	-0.8	-3.1	2.0	-3.7	5.2
石川県	15.9	2.4	7.0	1.1	5.4	11.3	1.2	3.9	3.7	2.4	-4.6	-1.2	-3.1	2.6	-3.0	5.0
福井県	10.3	1.8	4.6	1.0	2.9	7.4	0.7	2.6	2.6	1.4	-2.9	-1.1	-2.0	1.6	-1.5	2.5
山梨県	9.2	1.3	4.3	1.0	2.6	6.8	0.5	2.0	2.6	1.6	-2.4	-0.8	-2.3	1.6	-1.0	1.7
長野県	20.4	3.4	10.1	2.1	4.8	16.7	1.9	6.5	5.1	3.2	-3.7	-1.5	-3.6	3.0	-1.6	2.7
岐阜県	18.5	2.3	11.0	1.2	4.0	14.9	1.7	5.8	4.8	2.6	-3.6	-0.6	-5.2	3.6	-1.4	2.8
静岡県	34.4	6.7	14.0	3.2	10.6	26.0	3.2	9.1	8.0	5.8	-8.4	-3.5	-4.9	4.8	-4.8	8.2
愛知県	59.2	14.7	25.4	5.5	13.6	56.6	6.9	20.6	19.5	9.6	-2.6	-7.8	-4.8	14.0	-4.0	12.6

各都道府県の「既存病床数」と「2025年必要病床数」 (厚労省発表データに基づき医療総研にて補正)

	既存病床数(2013年10月1日現在) ①					2025年の必要病床数 ②					差 ②-①					在宅医療増加分 (千人)
	合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	
三重県	17.3	2.6	0.6	1.4	4.7	13.3	1.4	4.3	4.4	3.3	-4.0	-1.2	-4.3	3.0	-1.4	3.6
滋賀県	12.8	1.9	6.6	1.2	3.1	11.1	1.3	3.9	3.6	2.3	-1.7	-0.6	-2.7	2.4	-0.8	2.9
京都府	30.3	5.8	13.2	2.3	9.0	29.4	3.2	9.5	8.5	8.1	-0.9	-2.6	-3.7	6.2	-0.9	7.9
大阪府	91.4	12.4	46.6	7.8	24.6	97.7	11.8	35.0	31.4	19.5	6.3	-0.6	-11.6	23.6	-5.1	25.5
兵庫県	56.2	5.7	20.6	4.9	15.0	50.5	5.9	18.2	16.5	9.9	-5.7	0.2	-12.4	11.6	-5.1	14.6
奈良県	14.2	1.8	7.3	1.6	3.5	12.8	1.3	4.4	4.3	2.9	-1.4	-0.5	-2.9	2.7	-0.6	2.8
和歌山県	13.1	1.8	6.2	1.3	3.8	9.3	0.9	3.1	3.3	1.9	-3.8	-0.9	-3.1	2.0	-1.9	2.8
鳥取県	7.4	1.9	2.0	0.8	1.9	5.8	0.6	2.0	2.1	1.1	-1.6	-1.3	-0.8	1.3	-0.8	1.3
島根県	9.2	2.5	3.1	1.1	2.5	6.2	0.6	2.2	1.9	1.5	-3.0	-1.9	-0.9	0.8	-1.0	1.8
岡山県	26.1	5.7	10.6	2.9	7.0	19.6	2.2	6.8	6.5	4.0	-6.5	-3.5	-3.8	3.6	-3.0	5.1
広島県	35.2	5.2	15.3	3.6	11.1	27.5	3.0	9.2	9.9	5.3	-7.7	-2.2	-6.1	6.3	-5.8	11.8
山口県	23.4	3.1	8.1	1.8	10.4	13.2	1.3	4.4	4.6	2.8	-10.2	-1.8	-3.7	2.8	-7.6	9.7
徳島県	13.3	1.7	4.0	1.9	5.8	8.2	0.7	2.4	3.0	2.0	-5.1	-1.0	-1.6	1.1	-3.8	4.5
香川県	13.9	1.4	7.2	1.2	4.1	9.9	1.1	3.4	3.4	2.0	-4.0	-0.3	-3.8	2.2	-2.1	2.9
愛媛県	21.0	2.4	9.6	2.0	7.0	14.1	1.3	4.7	4.8	3.3	-6.9	-1.1	-4.9	2.8	-3.7	5.5
高知県	16.2	1.7	5.4	1.6	7.5	9.3	0.8	2.8	3.3	2.4	-6.9	-0.9	-2.6	1.7	-5.1	6.5
福岡県	74.0	10.5	29.8	7.9	25.8	61.6	7.3	21.3	21.1	11.9	-12.4	-3.2	-8.5	13.2	-13.9	24.9
佐賀県	13.5	0.7	6.3	1.3	5.2	8.3	0.7	2.6	3.1	1.8	-5.2	-0.0	-3.7	1.8	-3.4	4.6
長崎県	23.3	1.8	11.2	2.7	7.6	15.4	1.5	5.4	5.7	2.9	-7.9	-0.3	-5.8	3.0	-4.7	7.5
熊本県	31.8	2.8	12.5	4.5	12.0	19.3	1.9	6.0	7.0	4.4	-12.5	-0.9	-6.5	2.5	-7.6	10.7
大分県	18.9	1.5	11.1	2.2	4.1	14.4	1.3	4.9	5.4	2.8	-4.5	-0.2	-6.2	3.2	-1.3	4.2
宮崎県	16.5	0.9	9.5	1.7	4.4	10.5	1.0	3.4	4.0	2.2	-6.0	0.1	-6.1	2.3	-2.2	4.5
鹿児島県	30.6	1.6	14.6	3.9	10.5	17.8	1.5	5.5	7.0	3.7	-12.8	-0.1	-9.1	3.1	-6.8	9.5
沖縄県	14.6	2.4	6.2	1.6	4.4	14.8	1.8	5.4	4.7	2.8	0.2	-0.6	-0.8	3.1	-1.6	3.4

全国・地方の「既存病床数」と「2025年必要病床数」 (厚労省発表データに基づき医療総研にて補正)

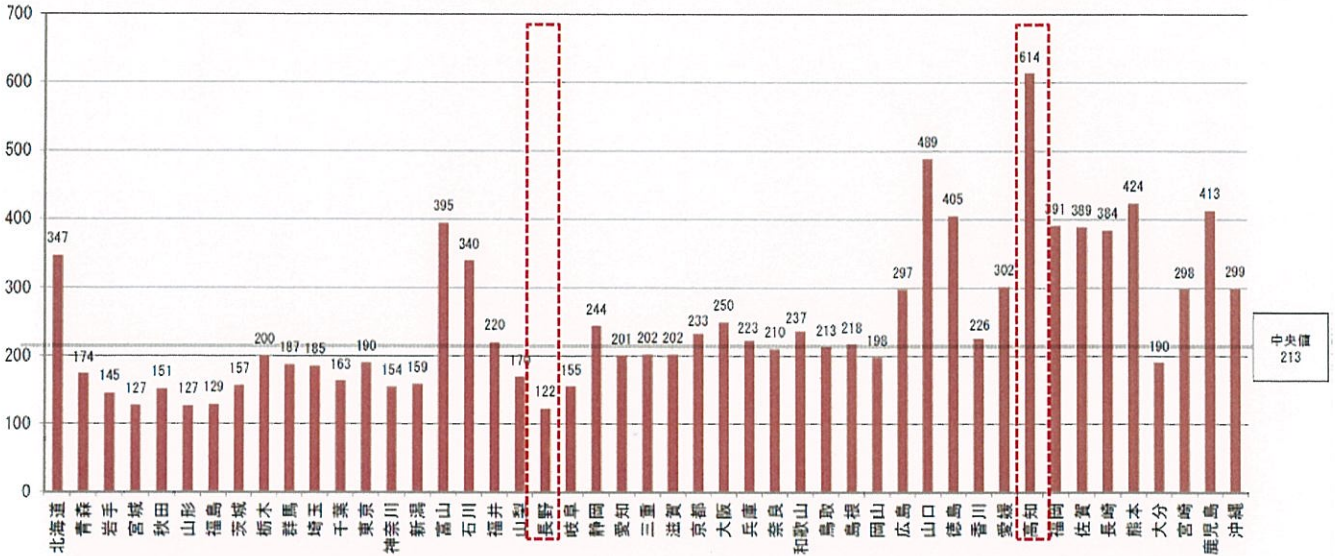
		既存病床数(2013年10月1日現在) ①	2025年必要病床数 ②	差 ②-①	①/差	在宅医療増加分 (千人)
全国	合計	1,346.9	1,148.5	-198.4	-15%	336.6 (25%)
	高度急性期	208.7	130.3	-78.4	-37%	
	急性期	634.4	400.6	-233.8		
	回復期	119.7	375.2	255.5	214%	
	慢性期	384.2	242.3	-141.9	-37%	
高知県	合計	16.2	9.3	-6.9	-43%	6.5 (40.1%)
	高度急性期	1.7	0.8	-0.9	-49%	
	急性期	5.4	2.8	-2.6		
	回復期	1.6	3.3	1.7	100%	
	慢性期	7.5	2.4	-5.1	-68%	

療養病床の都道府県別の性・年齢階級調整入院受療率（間接法）

都道府県の入院受療率が、全国平均の入院受療率と比べて高いかどうかを、性・年齢構成の影響を補正して示したものの。

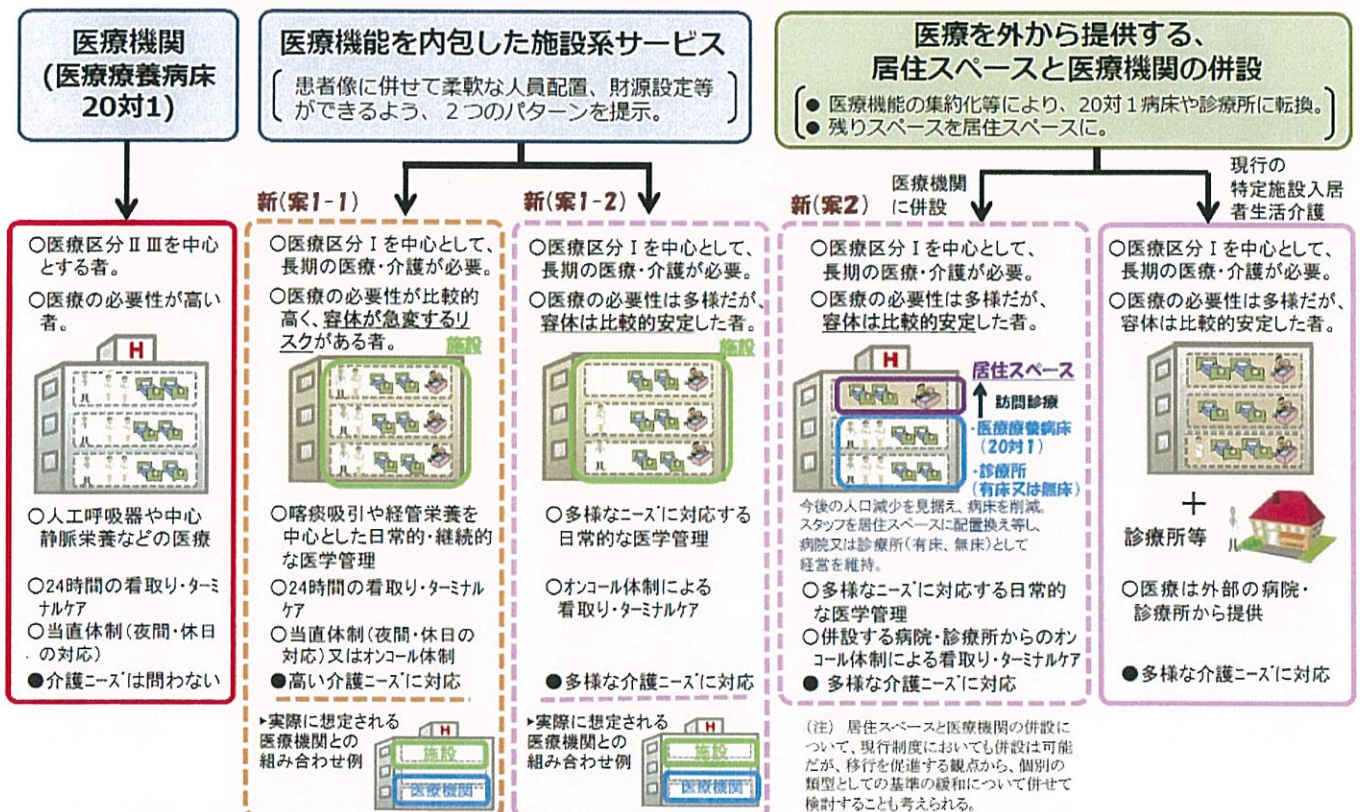
【性・年齢階級調整入院受療率（間接法）（人口10万人対）の計算方法（平成23年患者調査、平成24年福島県患者調査、平成23年総務省人口推計調査）】

各都道府県の推計入院患者数÷各都道府県の期待入院患者数（Σ〔全国の性・年齢別入院受療率×各都道府県の性・年齢別推計人口〕）× 全国入院受療率



注：1）都道府県の推計入院患者数は、患者住所別に算出したものである。
 2）福島県の数値については、東日本大震災の影響で平成23年に患者調査を実施しなかったため、平成24年福島県患者調査の結果を用いている。
 3）宮城県については石巻医療圏、気仙沼医療圏を除いた数値である。

慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス提供類型（イメージ）



※ 介護保険施設等への転換を行う場合は、介護保険事業計画の計画値の範囲内となることに留意が必要。

医療法等に関する意見



10

平成26年1月20日 | 第73回社会保障審議会医療保険部会 | 参考資料 2

医療法等改正に関する意見

平成25年12月27日
社会保障審議会医療部会

社会保障審議会医療部会においては、平成23年12月22日に、「医療提供体制の改革に関する意見」を取りまとめており、これを受けて、厚生労働省においては、関連する検討会等が設けられ、医療法等の改正に向けての検討が行われてきた。

また、平成24年2月には、社会保障・税一体改革大綱が閣議決定され、社会保障制度改革の方向性が示された。同年8月には、社会保障制度改革推進法が公布・施行され、これに基づき、同年11月に社会保障制度改革国民会議が設置され、社会保障制度改革の内容について、具体的な議論が行われた。この議論については、平成25年8月6日に、社会保障制度改革国民会議報告書として取りまとめられ、これを踏まえ、政府において、同年10月に、持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律案を国会に提出し、同年12月5日に成立したところである。

こうした政府の社会保障制度改革全体の検討を踏まえ、社会保障審議会医療部会においては、本年6月より10回にわたり、医療提供体制の改革の具体的な内容について、さらに議論を深めてきたところであり、これまでの議論を踏まえ、医療法等改正に関する意見を以下のとおり取りまとめた。

厚生労働省においては、本部会の意見を十分踏まえ、制度見直しが必要な事項についての法律改正案を次期通常国会に提出する等、改革に早急に取り組み、着実に実施されたい。

I 基本的な考え方

○ 今後、高齢化が進展し、医療・介護サービスの需要が増大していく中で、患者それぞれの状態にふさわしい良質かつ適切な医療を効果的かつ効率的に提供する体制を構築するためには、医療機能の分化・連携を進め、各医療機能に応じて必要な医療資源を適切に投入し、入院医療全体の強化を図るとともに、同時に、退院患者の生活を支える在宅医療及び介護サービス提供体制を充実させていくことが必要である。

○ また、今後、認知症高齢者、単身や夫婦のみの高齢者世帯が増加していくことも踏まえれば、地域包括ケアシステム（地域の実情に応じて、高齢者が可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制）を構築することが求められ、そのためには、地域の中で医療と介護サービスが一体的に提供されることが必要であり、医療と介護の連携をさらに推進する必要がある。

○ さらに、我が国の医療提供体制については、医療人材の確保の面では、
・医師等の地域間・診療科間での偏在
・医療需要の多様化、医療技術・機器の高度化、インフォームドコンセントの実践、医療安全の確保等に伴う医療スタッフの業務増大・長時間労働や当直、夜勤・交代制勤務など、厳しい勤務環境といった課題があり、限られた医療資源を有効活用し、良質かつ適切な医療を効果的かつ効率的に提供する体制を構築するためには、医師等の偏在の是正、チーム医療の推進、看護職員の確保、医療機関の勤務環境の改善等に取り組む必要がある。

○ 加えて、医療事故に係る調査の仕組みを確立することや、日本発の革新的医薬品・医療機器の開発などに必要となる質の高い臨床研究を推進すること、医療法人に関する制度の見直し等、医療を取り巻く環境の変化に対応した改革も求められている。

○ こうした課題に対処し、医療提供体制の改革を進めるため、以下に記載した事項について、実効性ある取組を行っていくべきである。

II 具体的な改革の内容について

1. 医療機能の分化・連携及び地域包括ケアシステムの構築に資する在宅医療の推進について

(1) 病床機能報告制度の創設

- 医療機能の分化・連携の推進にあたっては、地域において、それぞれの医療機関が担っている医療機能の情報を把握し、分析することが必要であることから、医療機関が、その有する病床（一般病床及び療養病床）において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、病床単位を基本として、都道府県に報告する仕組みを、医療法上の制度として設けるべきである。
- 医療機能の名称は高度急性期機能、急性期機能、回復期機能及び慢性期機能の4区分とし、一般病床及び療養病床を有する医療機関は各医療機能の内容に照らして、病床ごとにこの中からいずれか1つを選択して、都道府県に報告することとする。ただし、実際の病床には、様々な病期の患者が入院していることから、医療機関が併せて報告する具体的な報告事項については、提供している医療の内容が正確な実績として明らかとなるようなものとする必要がある。
- また、具体的な報告事項については、医療機関にとって極力追加的な負担が生じないように留意しつつ、都道府県での地域医療ビジョンを策定する上で必要な情報と、患者・住民・他の医療機関に明らかにする情報を求めることとすべきである。
- 医療機関から都道府県に報告された情報については、患者・国民に分かりやすい形に工夫して公表し、患者・国民の医療機関の選択に資するようにすべきである。
- また、各医療機能の内容（報告の基準）は、病床単位の医療の情報が不足している現段階では具体的な数値で示すことは困難であるため、制度開始当初は定性的なものとするが、今後、報告内容を分析して、定量的なもの（指標）としていくべきである。
- なお、具体的な報告事項やその公表のあり方等については、引

3

需要の将来推計、医療機能別の将来の必要量を算出するための標準的な計算式等を示すこととするが、必要量の算出に当たっては、都道府県が地域の事情等の合理的な理由に基づき、一定の範囲で補正を行うことができるようにすべきである。

- 地域医療ビジョンの策定スケジュールについては、平成26年度中に病床機能報告制度を開始し、これにより報告された内容を踏まえて、国において、同年度中に地域医療ビジョンのガイドラインを策定するようにすべきである。
それを受けて、都道府県においては、平成27年度から平成28年度にかけて地域医療ビジョンを策定できるようにすべきであるが、その際には、都道府県の業務負担等も考慮しつつ、都道府県が地域の実情を踏まえて、積極的に考えて、各都道府県にふさわしい地域医療ビジョンを策定することができるよう、策定期限については、一定の幅のあるものとすべきである。
- また、地域医療ビジョンは、医療計画と同様に、医療法の規定に基づいて、医師会、歯科医師会、薬剤師会、医療審議会及び市町村の意見を聴くとともに、病院団体を含めた幅広い関係者の参画も得ながら、策定されるべきである。その内容については、医療機能の分化・連携及び地域包括ケアシステムの構築に資する在宅医療を適切に推進していく観点から、今後、定期的に見直し、記載された各項目がより精緻なものとなるようにする必要がある。
- (3) 地域医療ビジョンを実現するために必要な措置（必要な病床の適切な区分、都道府県の役割の強化等）
- 医療機能の分化・連携については、まずは、病床機能報告制度によって、医療機関がその有する病床で担っている医療機能の現状を国及び都道府県が把握・分析し、その結果を踏まえて、都道府県において策定される地域医療ビジョンによって、二次医療圏等ごとの将来の医療需要と各医療機能の必要量が示されることで、医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議により、進められることを前提とすべきである。
- また、国及び都道府県は、医療機関の自主的な取組を支援し、また、医療機関相互の協議を実効的なものとするために、以下の

5

き続き、「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」において検討するとともに、各医療機能の区分とそれぞれの内容等については、今後、報告された内容を分析し、その結果に基づき、必要に応じて、見直しがあり得るものである。

(2) 地域医療ビジョンの策定

- 都道府県においては、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化・連携を進め、医療資源の適正な配分を図ることにより、今後、高齢化の進展により増大する医療・介護サービスの需要に対応できる地域医療提供体制を構築するために、地域医療ビジョンを策定することが必要である。
- 地域医療ビジョンについては、地域の医療需要の将来推計や病床機能報告制度により医療機関から報告された情報等を活用し、二次医療圏等ごとに、各医療機能の将来の必要量等を含む地域の医療提供体制の将来の目指すべき姿を示すものとし、これを都道府県は医療計画の一部として策定することとすべきである。
- 地域医療ビジョンでは、主に以下の内容について定めることとすべきである。
 - ・ 2025年の医療需要
入院・外来別、疾患別患者数等
 - ・ 2025年に目指すべき医療提供体制
二次医療圏等（在宅医療については市町村等を単位）ごとの医療機能別の必要量
 - ・ 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整備、医療従事者の確保・養成等
- 国においては、今後、地域医療ビジョンのより詳細な内容を検討し、策定のためのガイドラインを作成することとするが、その際には、都道府県、医療者及び医療保険関係者等も参画する検討会を設置し、具体的な検討を行うこととすべきである。
- また、このガイドラインにおいては、二次医療圏等ごとの医療

4

措置を講ずるべきである。

- ① 「協議の場」の設置
 - ・ 都道府県は、医療機関や医療保険者等の関係者が参加し、個々の医療機関の地域における機能分化・連携について協議する「協議の場」を設置することとする。
 - ・ また、この「協議の場」の協議の実効性を高めるため、医療機関に対して、「協議の場」への参加及び「協議の場」での合意事項への協力の努力義務等を設けることとする。
 - なお、その組織運営は、公平・公正に行われる必要がある。
- ② 医療保険者の意見を聴く仕組みの創設
 - ・ 都道府県が医療計画を策定する際には、医療保険者の意見を聴くこととする。
 - ・ その際には、都道府県ごとに設けられている医療保険者による協議会である保険者協議会の意見を聴くことも必要である。
- ③ 医療と介護の一体的推進のための医療計画の役割強化（後述）
- ④ 新たな財政支援の仕組みの創設（後述）
- こうした措置を通じて、医療機関による自主的な取組や医療機関相互の協議を実効的なものとし、機能分化・連携を進め、地域医療ビジョンの必要量に向けて病床数を取れんさせていくことが基本となるものである。
- ただし、仮に、「協議の場」の合意に従わない一部医療機関が現れ、地域医療ビジョンで定めた必要量に照らして過剰な医療機能の病床をさらに増やそうとする場合や、何らかの事情により「協議の場」が機能しなくなり、機能分化・連携が進まない場合等については、これに対処するために、都道府県の役割として、以下の措置を設ける必要がある。
- その際、以下の措置については、都道府県において、合理的な根拠に基づき、運用されることが重要である。

6

[病院の新規開設・既存医療機関による増床]

- 都道府県知事は、医療計画の達成に必要な場合には、新規開設・増床の許可の際に、不足している医療機能を担うことを条件に付し、事後的にその遵守を求めることとする。

[既存医療機関による医療機能の転換]

- ① 既存医療機関が必要量に照らし過剰な医療機能に転換しようとする場合
- 都道府県知事は、あらかじめ、医療機関に対して、医療審議会での説明や転換計画書の提出を求めた上で、転換にやむを得ない事情がないと認める場合には、医療審議会の意見を聴いて、転換の中止を要請・指示することができることとする。
 - 医療機関が都道府県知事の要請等に従わない場合には、現行の医療法上の措置(※)に加えて以下の措置を講ずることができることとする。
 - イ 医療機関名の公表
 - ロ 各種補助金の交付対象や福祉医療機構の融資対象からの除外
 - ハ 地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認の取消し
(注) 将来的には、過剰な医療機能の病床への転換について診療報酬による対応を行うかどうかについても検討する必要がある。
 - 上記の措置によっても、過剰な医療機能への転換を行った限定的なケースにおいては、一定の手続きを経た上で、過剰な医療機能に転換した当該病床に限って、国が保険医療機関の指定を行わないとすることも考えられる。これについては、こうした措置を導入すべきとの意見もある一方、入院患者に与える影響も考慮し、慎重な対応が必要との意見もあることから、今後の機能分化・連携の進捗状況も見ながら、引き続き、検討する必要がある。
- ※ 現行の医療法においても、管理者が管理をなすのに適さないことを認めるときは開設者に対して管理者の変更を命ずることや、公的医療機関の開設者に対して、運営に関して必要な指示を行

うこと等ができることとなっている。

② 「協議の場」が何らかの事情により機能しなくなり、医療機関の自主的な取組だけでは機能分化・連携が進まない場合

- 現行の医療法において、都道府県知事は、医療審議会の意見を聴いた上で、公的医療機関等の一定期間稼働していない病床の削減を命令することができることとなっているが、これに加えて、都道府県知事は、医療審議会の意見を聴いて、公的医療機関等以外の医療機関の一定期間稼働していない病床についても、一定期限までの稼働又は削減の要請を行うことができることとする。
- 都道府県知事は、医療審議会の意見を聴いた上で、公的医療機関については、過剰な医療機能から不足している医療機能への転換や回復期機能等の充実等の指示を行うことができることとする。
公的医療機関以外の医療機関については、同様の要請を行うことができることとする。
- 医療機関が都道府県知事の要請等に従わない場合には、上記①の場合のイ・ロの措置を講ずることができることとする。

(4) 在宅医療の充実、医療と介護の連携の推進等

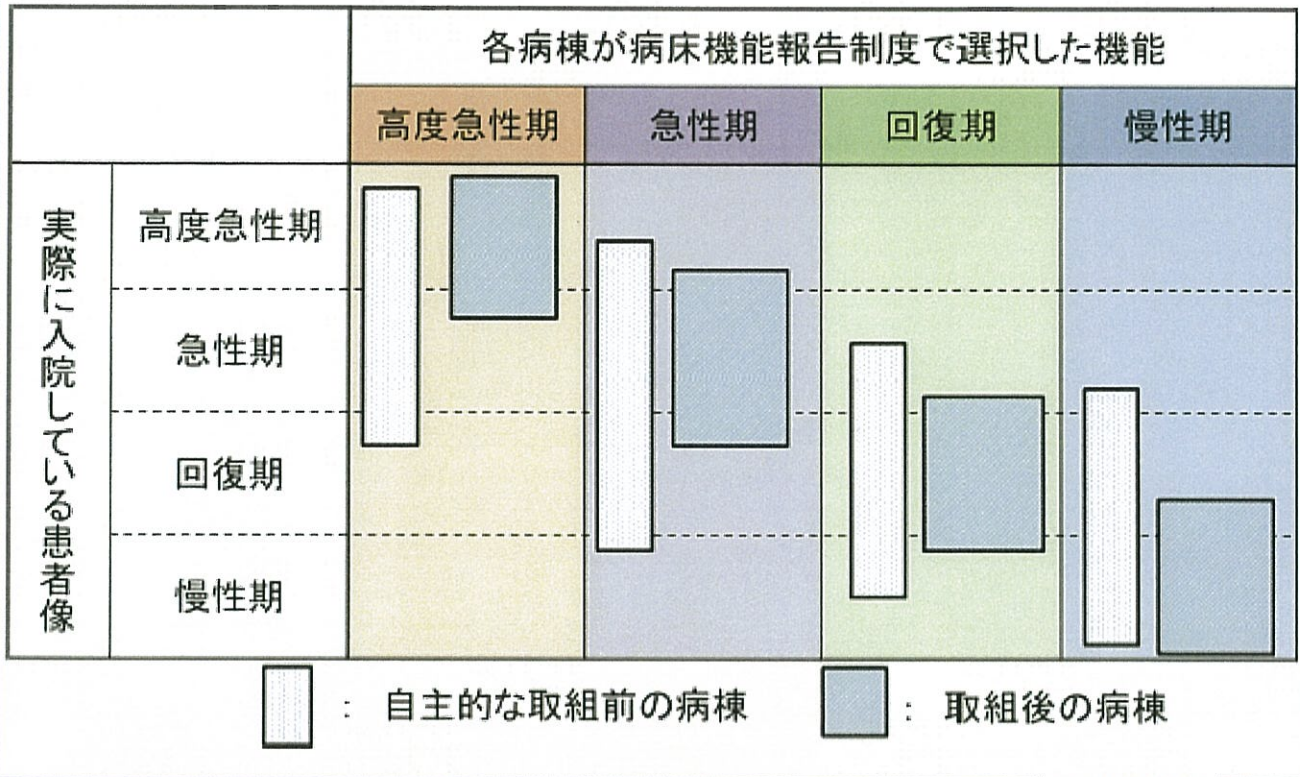
① 在宅医療の充実

- 医療機能の分化・連携の推進により、入院医療の強化を図ると同時に退院後の生活を支える在宅医療、外来医療及び介護サービスを充実させる必要があり、また、地域包括ケアシステムの構築のためには、医療と介護の連携をさらに推進し、医療・介護サービスの提供体制を一体的に整備していく必要がある。
- 在宅医療の提供体制は、在宅医療を受ける患者の生活の場である日常生活圏域での整備が必要であることから、国、都道府県の支援のもと、市町村が主体となって地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会及び看護協会等と協働して推進する必要がある。
- 地域包括ケアシステムの構築に必要な在宅医療の提供体制

医療機関に求められる 今後の対応

地域医療構想

図 (患者の収れんのイメージ)



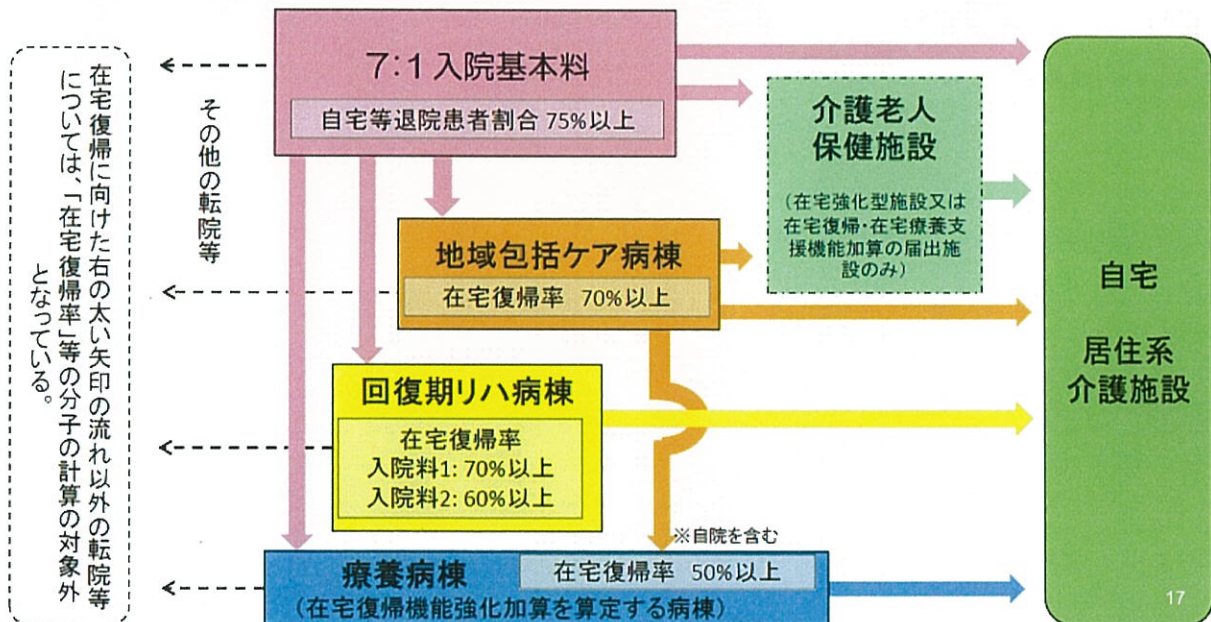
第3回地域医療構想推進ガイドライン等に関する検討会 資料 3
平成27年2月12日

後

「在宅復帰率」の設定により想定される在宅復帰の流れ

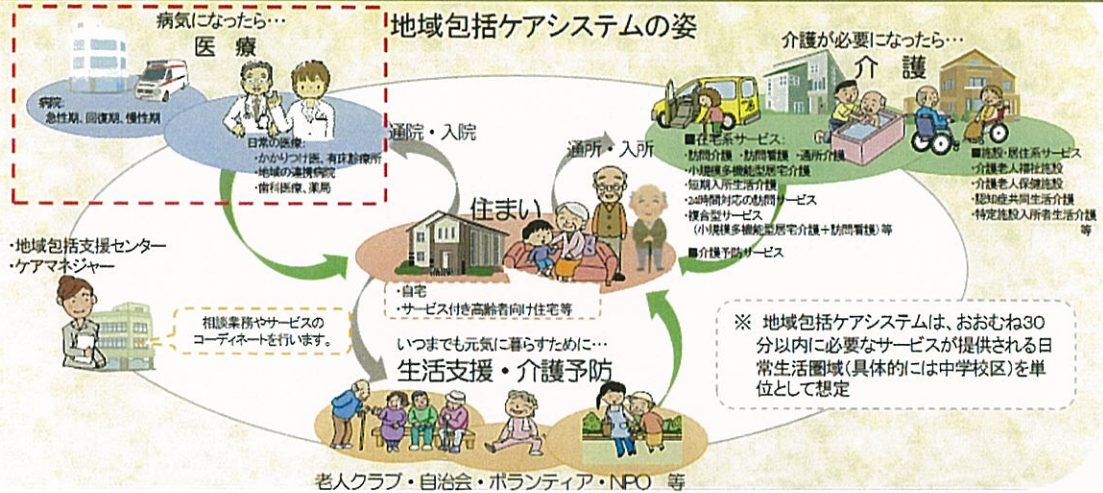
- 7対1入院基本料における「自宅等退院患者割合」や、地域包括ケア病棟・療養病棟における「在宅復帰率」の基準において、自宅だけでなく、在宅復帰率等の基準の設定された病棟への転院等を、分子として算入できることとしている。
- これにより、各地域における、在宅復帰に向けた流れに沿った連携等の取り組みを促している。

各病棟ごとの在宅復帰率の算出にあたって、在宅復帰に含まれる退院・転院を、太い矢印で示す。



地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援**が一体的に提供される**地域包括ケアシステムの構築を実現**。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**。
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要**。



12

地域包括ケアシステムとは、「住居の種類にかかわらず、おおむね30分以内(日常生活圏域)に生活上の安全・安心・健康を確保するための多様なサービスを24時間365日を通じて利用しながら、病院等に依存せずに住み慣れた地域での生活を継続できる体制」を指す。

18

病院に求められる今後の対応

病院機能がより明確化し、**病床の機能分化・連携が進む**

→役割が精査されることで、高度急性期・急性期が減少し、回復期が増える ➡ (2025年改革シナリオ)

→地域によって違いがあるので、各地域ごとに病院のあり方を見直す必要がある ➡ (2次医療圏に対応した地域医療構想)

地域に患者さんを返していくことが病院経営にとって必須となる
 →診療報酬はすべて、在宅に戻すことを前提に決められている
 ➡ (在宅復帰率のさらなる強化、主治医機能の推進)

19

中堅病院経営改善 コンサルティング最新事例

20

事例

21

事例病院概要

■ 300床規模病院

一般病床、地域包括病棟

- 内科／呼吸器内科／循環器内科／消化器内科／糖尿病内科／内分泌内科／腎臓内科／神経内科／心療内科／外科／消化器外科／整形外科 など 27診療科標榜

患者分析は経営改善の要諦

入院患者	入院期間	実患者数	構成比	延患者数	1日平均患者数	構成比	単価(円)
全体	14日以内	1,286	59.5%	16,712	135.9	49.3%	44,013
	15～30日	458	21.2%	8,137	66.2	24.0%	28,203
	31日以上	416	19.3%	9,066	73.7	26.7%	27,999
	計	2,160	100.0%	33,915	275.7	100.0%	35,939

機能	延患者数	1日平均患者数	構成比	1日平均単価(円)		備考
					備考に基づく単価	
高度急性期	2,591	16.9	6.6%	148,066	124,953	入院基本料、リハビリ料、食事療養費を除く単価が30,000円以上
急性期	15,663	102.4	39.7%	32,750	12,795	入院基本料、リハビリ料、食事療養費を除く単価が6,000円以上30,000円未満(早期リハ実施患者はリハビリ料含む)
回復期	12,740	83.3	32.3%	22,574	4,321	入院基本料、リハビリ料、食事療養費を除く単価が1,750円以上6,000円未満(リハビリ実施患者はリハビリ料含む)
慢性期・在宅	8,447	55.2	21.4%	19,159	615	上記以外の患者
計	39,441	257.8	100.0%	34,127	-	

＜ 現行 ＞	
病棟種別	看護配置等
一般病棟	10対1看護配置、急性期看護補助体制加算(25対1)
一般病棟	10対1看護配置、急性期看護補助体制加算(25対1)
一般病棟	10対1看護配置、急性期看護補助体制加算(25対1)
一般病棟	10対1看護配置、急性期看護補助体制加算(25対1)
地域包括ケア病棟	13対1看護配置、看護職員配置加算(50対1)、看護補助者配置加算(25対1)
一般病棟	10対1看護配置、急性期看護補助体制加算(25対1)

↓

＜ 第Ⅰ期 病棟再編案 ＞	
病棟種別	看護配置等
一般病棟	7対1看護配置、急性期看護補助体制加算(50対1)
一般病棟	7対1看護配置、急性期看護補助体制加算(50対1)
一般病棟	7対1看護配置、急性期看護補助体制加算(50対1)
一般病棟	7対1看護配置、急性期看護補助体制加算(50対1)
回復期リハ病棟2	15対1看護配置、30対1看護補助配置
療養病棟1	20対1看護配置、20対1看護補助配置

↓

＜ 第Ⅱ期 病棟再編案 ＞	
病棟種別	看護配置等
一般病棟	7対1看護配置、急性期看護補助体制加算(50対1)
一般病棟	7対1看護配置、急性期看護補助体制加算(50対1)
一般病棟	7対1看護配置、急性期看護補助体制加算(50対1)
回復期リハ病棟1	13対1看護配置、30対1看護補助配置
回復期リハ病棟1	13対1看護配置、30対1看護補助配置
地域包括ケア病棟	13対1看護配置、看護職員配置加算(50対1)、看護補助者配置加算(25対1)

24

医業収益 医業利益の変化

現行							
病棟機能	施設基準	病床数	稼働率	1日入院患者数	1日単価(円)	年間収入(千円)	
急性期	一般病棟(10:1)	250	91.2%	228.0	35,388	2,944,989	
回復期	地域包括ケア病棟	55	86.8%	47.7	32,401	564,308	
合計		305	90.4%	275.7	34,871	3,509,298	

↓

病棟再編後							現行からの 増収額 (千円)
病棟機能	施設基準	病床数	稼働率	1日入院患者数	1日単価(円)	年間収入(千円)	
急性期	一般病棟(7:1)	200	90.0%	180.0	40,952	2,690,571	
回復期	回復期リハ病棟	55	95.0%	52.3	37,000	705,636	
慢性期	療養病棟	50	95.0%	47.5	24,150	418,701	
合計		305	91.7%	279.8	37,361	3,814,908	305,611

↓

＜ 第Ⅱ期 ＞ 病棟再編後							現行からの 増収額 (千円)
病棟機能	施設基準	病床数	稼働率	1日入院患者数	1日単価(円)	年間収入(千円)	
急性期	一般病棟(7:1)	150	90.0%	135.0	45,549	2,244,410	
回復期	回復期リハ病棟1	105	90.0%	94.5	39,140	1,350,036	
回復期	地域包括ケア病棟	50	95.0%	47.5	30,868	535,174	
合計		305	90.8%	277.0	40,845	4,129,620	620,323

25

逆紹介は身を助ける？

外来1日単価 の階級	平均単価	全体						全体(透析患者除く)					
		初診患者			再診患者			初診患者			再診患者		
		外来延 患者数	1日平均 患者数	構成比	外来延 患者数	1日平均 患者数	構成比	外来延 患者数	1日平均 患者数	構成比	外来延 患者数	1日平均 患者数	構成比
2千円未満	1,235 円	0	0.0	0.0%	3,398	161.8	28.9%	0	0.0	0.0%	3,398	161.8	33.0%
2千円~5千円	3,544 円	219	10.4	22.1%	1,876	89.3	15.9%	219	10.4	22.1%	1,876	89.3	18.2%
5千円~1万円	7,470 円	400	19.0	40.3%	2,366	112.7	20.1%	400	19.0	40.3%	2,366	112.7	23.0%
1万円~1万5千円	12,167 円	167	8.0	16.8%	1,026	48.9	8.7%	167	8.0	16.8%	1,026	48.9	10.0%
1万5千円~2万円	17,031 円	78	3.7	7.9%	547	26.0	4.6%	78	3.7	7.9%	545	26.0	5.3%
2万円以上	33,943 円	128	6.1	12.9%	2,555	121.7	21.7%	128	6.1	12.9%	1,090	51.9	10.6%
計	11,639 円	992	47.2	100.0%	11,768	560.4	100.0%	992	47.2	100.0%	10,301	490.5	100.0%
平均単価(円)		11,403			11,659			11,403			9,114		

改善のポイント

- 地域に不足している医療機能の提供
- 患者内容に応じた病棟編成
- 余裕職員の活用による病棟基準の向上
- リハビリの強化
- 外来患者の見直し
- 地域連携強化

事例から見る 収益改善のポイント

28

収益改善のポイント

- 厚生労働省の方針を知る・・・機能の明確化
- 診療報酬施設基準の熟知・・・もてる経営資源(ヒト・モノ・スペースetc)の有効活用
- 各種加算に精通
- 患者主体の数値管理
- 具体的分析手法
 - ・患者分析
 - ・職員効率分析
 - ・スペース分析
 - ・財務分析 etc.

29

経営について



30

医業経営とは

「地域住民に、**良質の医療を継続的に提供する**」

ために、**必要な利益を確保**するべく管理運営を行うことである

31

利益

医業収益↑ - 医業費用↓

医業収益

患者数↑ × 患者単価↑

医療機関における機能の明確化

■ 病院

高度急性期機能

急性期機能

回復期リハ機能

慢性期機能

■ 診療所

外来診療

在宅医療を中心とした

地域におけるかかりつけ医機能

34

収益改善のために

地域におけるニーズ

と

自らが提供する医療サービス・機能

を合わせないと

効率的な診療報酬が得られない

35

選ばれる医療機関

誰に

患者 + 他の医療機関

職員

行政

36

平成28年度診療報酬改定 -改定率・重点項目-

37

診療報酬改定について

厚生労働省発保0113第1号
平成28年1月13日

中央社会保険医療協議会
会 長 田 辺 国 昭 殿

厚生労働大臣
塩 崎 恭 久

諮 問 書

(平成28年度診療報酬改定について)

健康保険法（大正11年法律第70号）第82条第1項、第85条第3項、第85条の2第3項、第86条第3項、第88条第5項及び第92条第3項、船員保険法（昭和14年法律第73号）第59条において準用する健康保険法第82条第1項（船員保険法第54条第2項及び第58条第2項に規定する定めに係る部分に限る。）及び船員保険法第65条第12項において準用する健康保険法第92条第3項（船員保険法第65条第10項に規定する定めに係る部分に限る。）、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第46条において準用する健康保険法第82条第1項及び国民健康保険法第54条の2第12項において準用する健康保険法第92条第3項、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第71条第1項、第74条第8項、第75条第5項、第76条第4項、第78条第5項及び第79条第3項並びに持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律（平成27年法律第31号）附則第18条の規定に基づき、平成28年度診療報酬改定について、貴会の意見を求めます。

なお、答申に当たっては、別紙1「診療報酬改定について」（平成27年12月21日財務大臣・厚生労働大臣合意文書）及び別紙2「平成28年度診療報酬改定の基本方針」（平成27年12月7日社会保険審議会医療保険部会・社会保障審議会医療部会）に基づき行っていたとご承知願います。

平成28年度の診療報酬改定は、以下のとおりとする。

全体改定率▲1.31%

1. 診療報酬本体 **+0.49%**
 - 各科改定率 医科 +0.56%
 - 歯科 +0.61%
 - 調剤 +0.17%
2. 薬価等
 - ① 薬価 **▲1.22%**
上記のほか、・市場拡大再算定による薬価の見直しにより、▲0.19%
・年間販売額が極めて大きい品目に対応する市場拡大再算定の特例の実施により、▲0.28%
 - ② 材料価格 **▲0.11%**

なお、上記のほか、新規収載された後発医薬品の価格の引下げ、長期収載品の特例的引下げの置き換え率の基準の見直し、いわゆる大型門前薬局等に対する評価の適正化、入院医療において食事として提供される経腸栄養用製品に係る入院時食事療養費等の適正化、医薬品の適正使用等の観点等からの1処方当たりの湿布薬の枚数制限、費用対効果の低下した歯科材料の適正化の措置を講ずる。

診療報酬改定の変遷

	全体改定率	本体	薬価	診療材料
昭和63(1988)年	3.40%	5.44%		-2.04%
平成2(1990)年	3.70%	6.40%		-2.70%
平成4(1992)年	5.00%	7.40%		-2.40%
平成6(1994)年	2.68%	4.80%		-2.12%
小計	14.78%	24.04%		-9.26%
平成8(1996)年	0.80%	3.40%		-2.60%
平成10(1998)年	-1.30%	1.50%	-2.70%	-0.10%
平成12(2000)年	0.20%	1.90%	-1.60%	-0.10%
小計	-0.30%	6.80%		-7.10%
平成14(2002)年	-2.70%	-1.30%	-1.30%	-0.10%
平成16(2004)年	-1.05%	0.00%	-0.89%	-0.16%
平成18(2006)年	-3.16%	-1.36%	-1.60%	-0.20%
平成20(2008)年	-0.82%	0.38%	-1.10%	-0.10%
小計	-7.73%	-2.28%		-5.45%
平成22(2010)年	0.19%	1.55%	-1.23%	-0.13%
平成24(2012)年	0.00%	1.38%	-1.26%	-0.12%
平成26(2014)年	0.10%	0.73%	-0.58%	-0.05%
平成28(2016)年	-1.31%	0.49%	-1.69%	-0.11%
小計	-1.02%	4.15%		-5.17%

注：平成9(1997)年4月：消費税率引き上げに伴う改定あり

平成28年度診療報酬改定の基本方針

改定の基本的視点と具体的方向性

- (1) 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点 **【重点課題】**
- (2) 患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で質が高い医療を実現する視点
- (3) 重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点
- (4) 効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

40

入院に係る主な改定ポイント

- 7:1 看護必要度の強化(25%以上)
- チーム医療の推進(ICU薬剤師配置、看護職と補助者の業務分担等)
- 500床以上病院およびICU等を保有する病院は地域包括ケア病棟1病棟まで
- 一般病棟群の導入で、7:1、10:1 同時届け出可能に
- 地域包括病棟の急性期化?
- 回復期リハ病棟にアウトカム評価導入
- 療養病棟入院基本料2の医療区分2, 3の患者割合強化
- 療養病床の医療区分の見直し
- 在宅復帰機能のさらなる強化

41

その他改定ポイント

- 認知症患者に対する適正な医療提供体制の評価
- 退院支援に向けた体制の評価
- 主治医機能の評価について施設基準を緩和し普及促進
- 紹介状なしの大病院受診時の定額負担導入
- ICTの活用に対する評価
- かかりつけ薬剤師・薬局の評価
- 多剤投薬の減薬など薬剤量の削減への対応

42

【1-1（医療機能の分化・強化／入院医療の評価）-①】

7 対 1 入院基本料等の施設基準の見直し

（一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し）

骨子【1-1（1）】

第1 基本的な考え方

「重症度、医療・看護必要度」について、現行の基準を満たす患者以外にも、医療の必要性が高い患者も多くみられることから、手術直後の患者、救急搬送後の患者、無菌治療室での管理、認知症・せん妄の患者等を含め、急性期に密度の高い医療を必要とする状態が「重症度、医療・看護必要度」等において適切に評価されるよう、見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」について、急性期に密度の高い医療を必要とする状態が適切に評価されるよう、項目及び基準の見直しを行う。

現 行	改定案
【評価項目の見直し】	【評価項目の見直し】
A項目（モニタリング及び処置等）	A項目（モニタリング及び処置等）
1～6 略	1～6 略
7 専門的な治療・処置	7 専門的な治療・処置
① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	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	② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理
③ 麻薬の使用（注射剤のみ）	③ 麻薬の使用（注射剤のみ）
④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理	④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理
⑤ 放射線治療	⑤ 放射線治療
⑥ 免疫抑制剤の管理、	⑥ 免疫抑制剤の管理、
⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）	⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）

8

⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）	⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）
⑨ 抗血栓薬の持続点滴の使用	⑨ 抗血栓薬の持続点滴の使用
⑩ ドレナージの管理 （新設）	⑩ ドレナージの管理 ⑪ 無菌治療室での治療 8 救急搬送（2日間） （新設）
B項目（患者の状況等）	B項目（患者の状況等）
8 寝返り	9 寝返り
9 起き上がり	（削除）
10 座位保持	（削除）
11 移乗	10 移乗
12 口腔清潔	11 口腔清潔
13 食事摂取	12 食事摂取
14 衣服の着脱 （新設）	13 衣服の着脱
（新設）	14 危険行動
	15 診療・療養上の指示が通じる （新設）
	C項目（手術等の医学的状況）
	16 開頭の手術（7日間）
	17 開胸の手術（7日間）
	18 開腹の手術（5日間）
	19 骨の観血的手術（5日間）
	20 胸腔鏡・腹腔鏡手術（3日間）
	21 全身麻酔・脊髄麻酔の手術（15から20を除く）（2日間）
	22 救命等に係る内科的治療（2日間）
【基準の見直し】	【基準の見直し】
【一般病棟用の「重症度、医療・看護	【一般病棟用の「重症度、医療・看護

9

<p>必要度」に係る基準]</p> <p>モニタリング及び処置等に係る得点 (A得点) が2点以上、かつ患者の状況等に係る得点 (B得点) が3点以上。</p>	<p>必要度」に係る基準]</p> <p><u>次のいずれかの基準を満たすこと</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ モニタリング及び処置等に係る得点 (A得点) が2点以上、かつ患者の状況等に係る得点 (B得点) が3点以上 ・ <u>モニタリング及び処置等に係る得点 (A得点) が3点以上</u> ・ <u>手術等の医学的状況に係る得点 (C得点) が1点以上</u>
<p>[地域包括ケア病棟入院料における一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」に係る基準]</p> <p>モニタリング及び処置等に係る得点 (A得点) が1点以上。</p>	<p>[地域包括ケア病棟入院料における一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」に係る基準]</p> <p>モニタリング及び処置等に係る得点 (A得点) が1点以上、<u>又は手術等の医学的状況に係る得点 (C得点) が1点以上。</u></p>

<p>一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を、10対1入院基本料を算定する病棟にあっては0.5割以上入院させる病棟であること。</p>	<p>一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を、10対1入院基本料を算定する病棟にあっては<u>0.6割以上</u>入院させる病棟であること。</p>
--	---

[経過措置]

平成 28 年 3 月 31 日に当該入院料の届出を行っている病棟については、平成 28 年 9 月 30 日までの間、上記の基準を満たしているものとする。

また、平成 28 年 3 月 31 日に当該入院料の届出を行っている病棟（病床数 200 床未満の保険医療機関が有するものに限る。）であって、当該入院料の病棟群単位の届出を行わないものにあつては、7 対 1 入院基本料の施設基準について、平成 30 年 3 月 31 日までに限り、一般病棟用の「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、2割5分を2割3分と読み替えたものを満たす必要がある。

2. 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の項目の見直しに伴い、各入院料の施設基準に定められている該当患者割合要件について、見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【7 対 1 入院基本料】</p> <p>一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を 1 割 5 分以上入院させる病棟であること。</p> <p>【急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算】</p>	<p>【7 対 1 入院基本料】</p> <p>一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を <u>2 割 5 分以上</u> 入院させる病棟であること。</p> <p>【急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算】</p>

15% → 25%

見直し案におけるシミュレーションのまとめ②

中医協 総-2
27. 12. 9

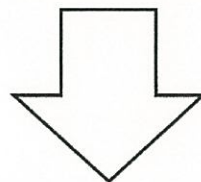
○ 見直し案で基準を22%から28%とした場合における影響をシミュレーションした。

7対1病棟で新基準により影響が予想される病床数

基準22% ▲4.2%	基準23% ▲5.7%	基準24% ▲7.8%	基準25% ▲9.9%	基準26% ▲12.5%	基準27% ▲14.7%	基準28% ▲16.1%
----------------	----------------	----------------	----------------	-----------------	-----------------	-----------------

他病棟から新たに7対1病棟に転棟が予想される病床数

+5~7%



基準22% +0.8%~ +2.8%	基準23% ▲0.7%~ +1.3%	基準24% ▲2.8%~ ▲0.8%	基準25% ▲4.9%~ ▲2.9%	基準26% ▲7.5%~ ▲5.5%	基準27% ▲9.7%~ ▲7.7%	基準28% ▲11.1%~ ▲9.1%
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---------------------------

医療制度改革今後の展望



今後のスケジュール(中長期)

	H24	H25	H26	H27	H28	H30	H32	H33	H34	H36	H37
	2012	2013	2014	2015	2016	2018	2020	2021	2022	2024	2025
診療報酬改定	○		○		○	○	○		○	○	
介護報酬改定	○			○		○		○		○	
医療計画		○	← 5年 →			○	← 6年 →			○	

改革シナリオ

今後の展望

- 医療制度改革・・・2012 HOP 2018 STEP 2024 JUMP
- 地域の存続のために・・・医療、教育、雇用の3本柱がないと地域は崩壊する
- 選定療養の拡大・・・ips等医療技術の発達により高度医療充実(7次医療法?)
→TPP(ねらいは保険か)
大病院 初診料・再診料の自己負担義務化
- 地域包括診療料→病院外来患者の削減
かかりつけの医師として地域医療を支える存在
- 病床機能の明確化・・・2025年に向け大幅削減案
- 終末期医療に対する診療報酬
包括化、 特定(選定)療養費化

今後の展望

- 在宅療養支援診療所・病院の拡大→入院患者数の削減→医療費の抑制
在宅医療に取り組まない開業医の診療報酬は抑え込み
在宅療養支援病院の拡充
- 生活習慣病対策
特定健診・保健指導・・・メタボリックシンドローム対策の実施
- その他
新しい在宅・・・有料老人ホーム、サ高住(サービス付き高齢者住宅)
DPC医療機関別係数
ドラッグラグ、デバイスラグ
免責制度(外来時の定額負担)
セルフメディケーション
負担能力に応じた公平な負担
保険対象診療の絞り込み
etc.

ご清聴ありがとうございました。

伊藤哲雄

ito@iryo-soken.co.jp