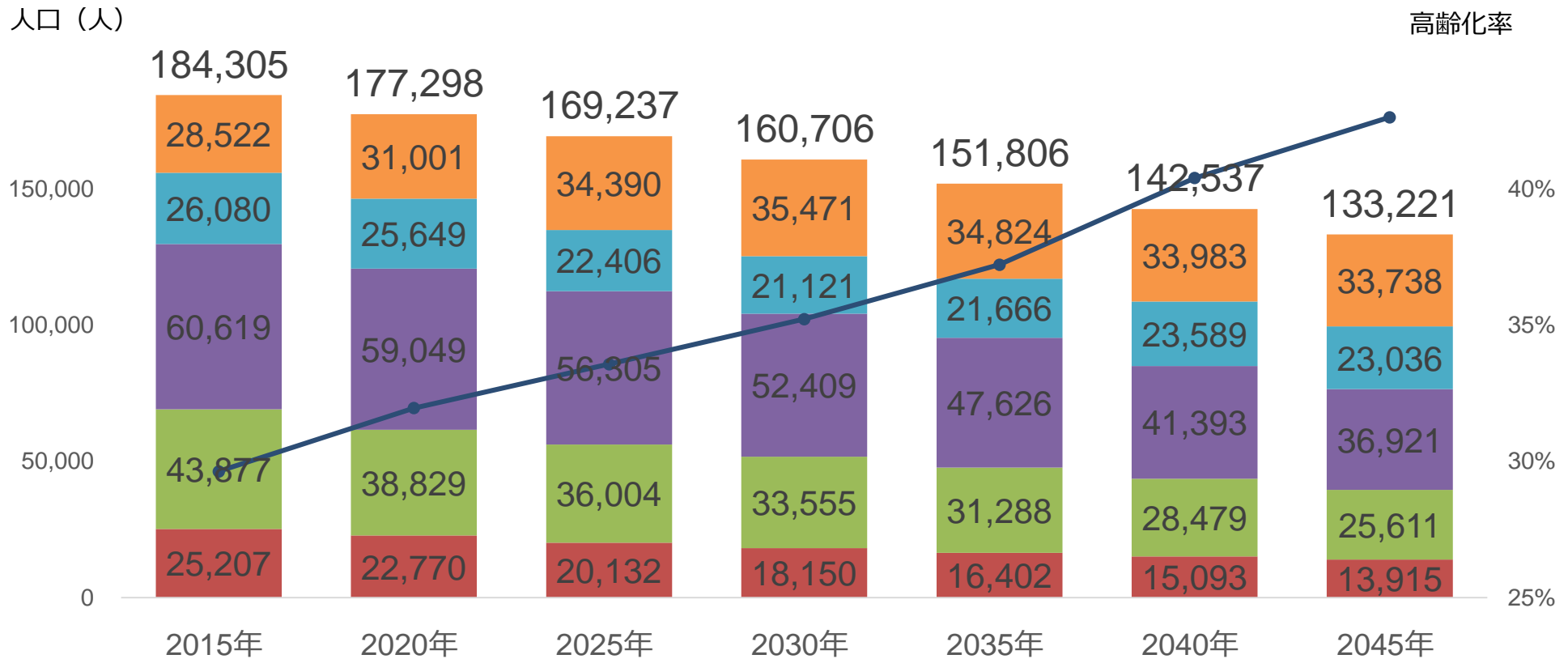


長野県地域医療構想と上伊那医療圏の
医療提供体制について
～今後の診療連携体制の構築に向けて～

高齢化による人口・疾病構造の変化

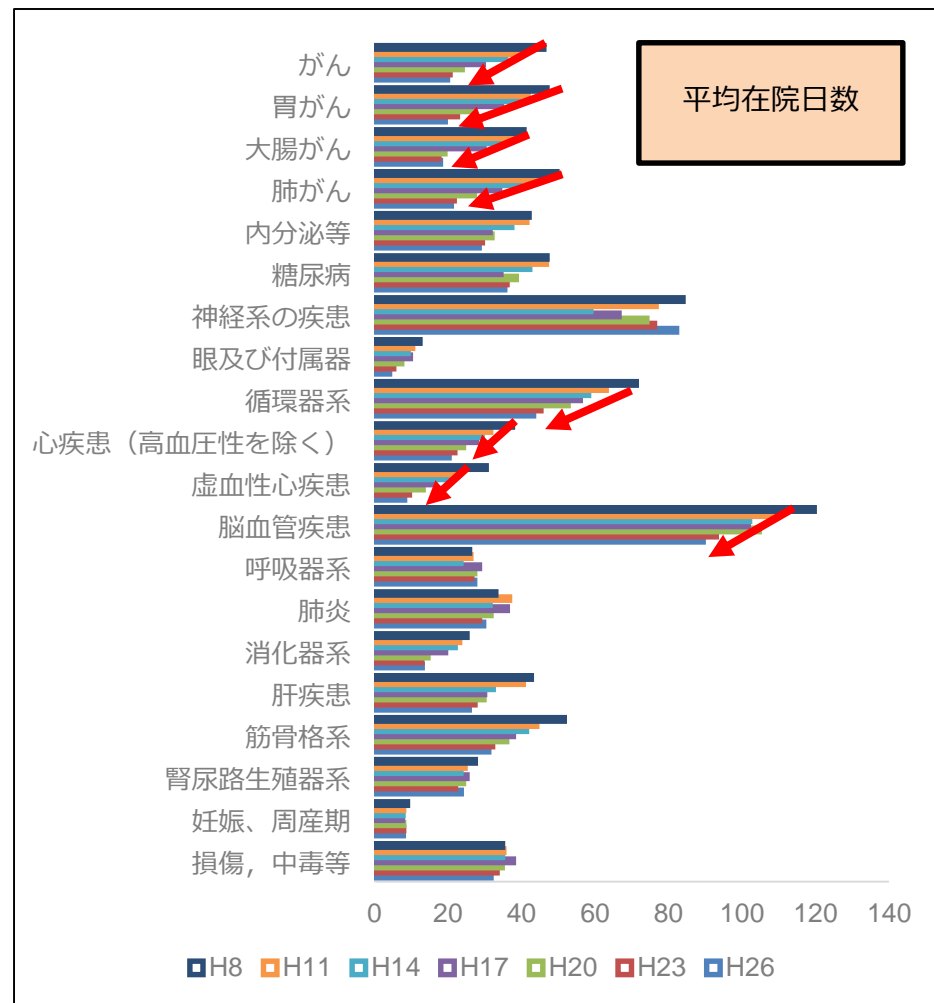
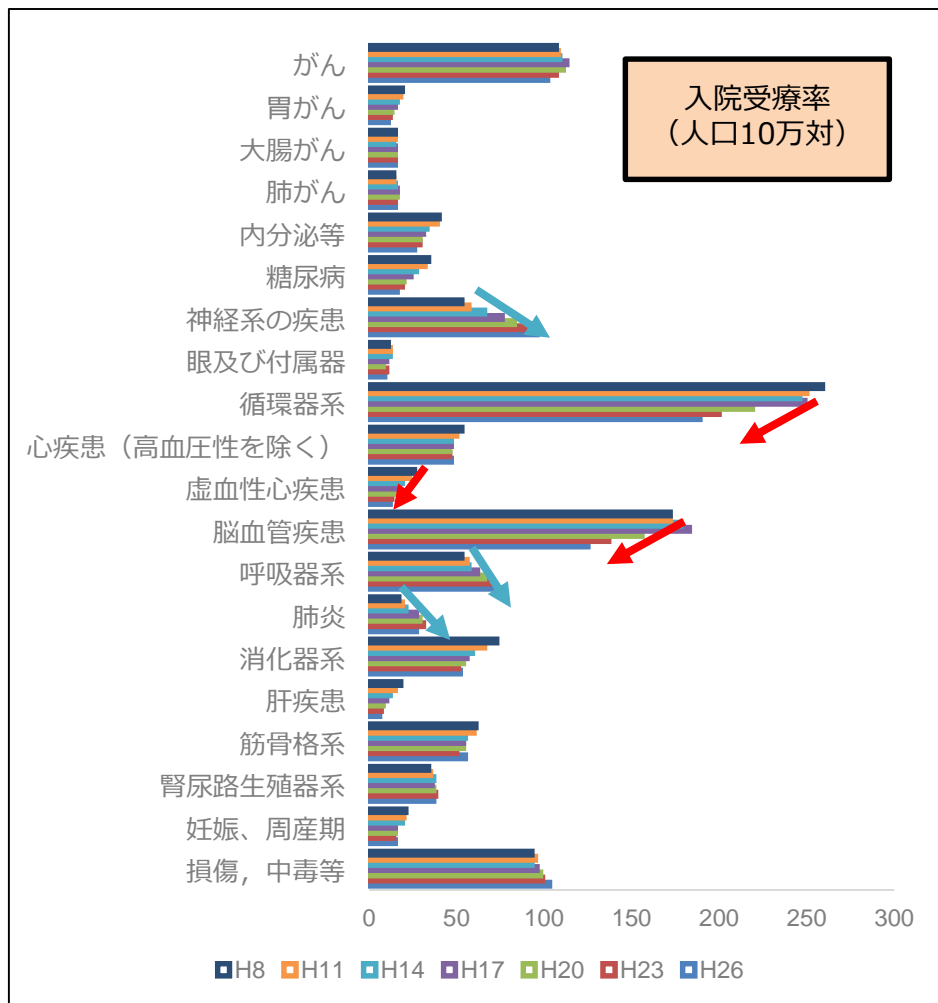
上伊那医療圏の今後の人口推移

- 国立社会保障・人口問題研究所が2015年の国勢調査結果を基に行った、将来の人口推計結果によると、上伊那医療圏の人口は**2025年までに約1.5万人減少**。その後も減少を続け、**2045年には約5.1万人減少の約13.3万人**となる。
- 一方で、高齢者人口は2040年頃まで増加を続け、**高齢化率は2015年の約30%から、2025年は約34%、2045年には約43%**となることが予想される。



高齢化等による疾病構造の変化（全国の状況）

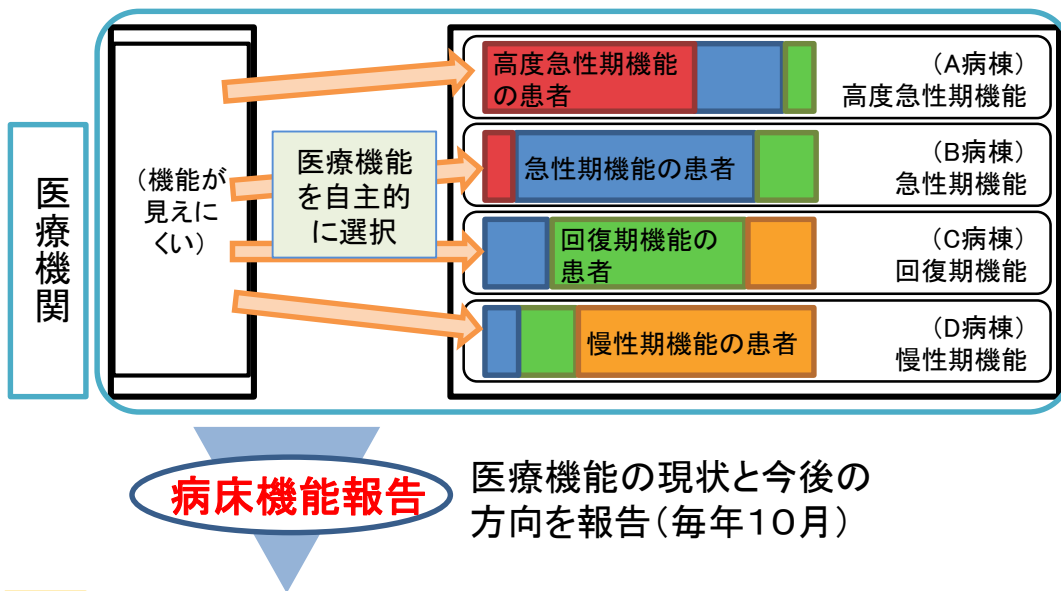
- 患者調査の結果によると、**循環器系疾患の入院患者は減少し、神経系、肺炎等の疾患が増加している。**
- 平均在院日数については、ほぼ全ての疾患で減少傾向にあり、**入院の医療需要（延べ入院患者）は減少傾向**にある。がんについては、治療の主体が入院から外来へ移行したことなどにより平均在院日数の短縮が顕著に生じている。



長野県地域医療構想について

地域医療構想とは

- 「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。
※ 「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。

都道府県

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

地域医療構想及び病床機能報告における 4 医療機能

- 地域医療構想の推進にあたっては、4 機能ごとの2025年の病床数の推計値（地域医療構想）と病床機能報告における4 機能ごとの報告結果を比較した上で進める。
- ただし、**地域医療構想と病床機能報告の4 医療機能ごとの基準は異なることに留意**が必要

	地域医療構想	病床機能報告
高度急性期	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療資源投入量*が 3,000 点以上 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> * 医療資源投入量：入院基本料相当分とリハビリテーション料の点数を除いた診療報酬点数 </div>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療資源投入量が 600～3,000 点・医療資源投入量が 175～600 点だが、早期リハビリテーション加算を算定し、かつリハビリ分の点数を加えた医療資源投入量が 600 点以上 ○ 正常分娩 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療資源投入量が 175～600 点・医療資源投入量が 175 点未満だが、リハビリ分の点数を加えると 175 点以上 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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）。
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 回復期リハビリテーション病棟 	
慢性期	<ul style="list-style-type: none"> ○ 障害者施設、特殊疾患病棟 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 療養病床（介護療養含む）の一部 	

地域医療構想・病床機能報告における回復期機能について

「地域医療構想・病床機能報告における回復期機能について」
(平成29年9月29日付け厚生労働省医政局地域医療計画事務連絡) 抜粋

地域医療構想における将来推計は患者数をベースに将来の病床の必要量を出しているのに対し、**病床機能報告制度では様々な病期の患者が混在する病棟について最も適する機能1つを選択して報告する仕組みである。**例えば**回復期機能は、「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」を指すもの**であり、当該機能を主として担う病棟が報告されるものであるから、**単に回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定している病棟のみを指すものではない。**

しかしながら、**この点の理解が不十分**であるために、これまでの病床機能報告では、**主として「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」を有する病棟であっても、急性期機能や慢性期機能と報告されている病棟が一定数存在**することが想定される。

また、実際の病棟には様々な病期の患者が入院していることから、主として急性期や慢性期の機能を担うものとして**回復期機能以外の機能が報告された病棟においても、急性期を経過した患者が一定数入院し、在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションが提供**されていたり、**在宅医療の支援のため急性期医療が提供**されていたりする場合があると考えられる。また、回復期機能が報告された病棟においても、急性期医療が行われている場合がある。

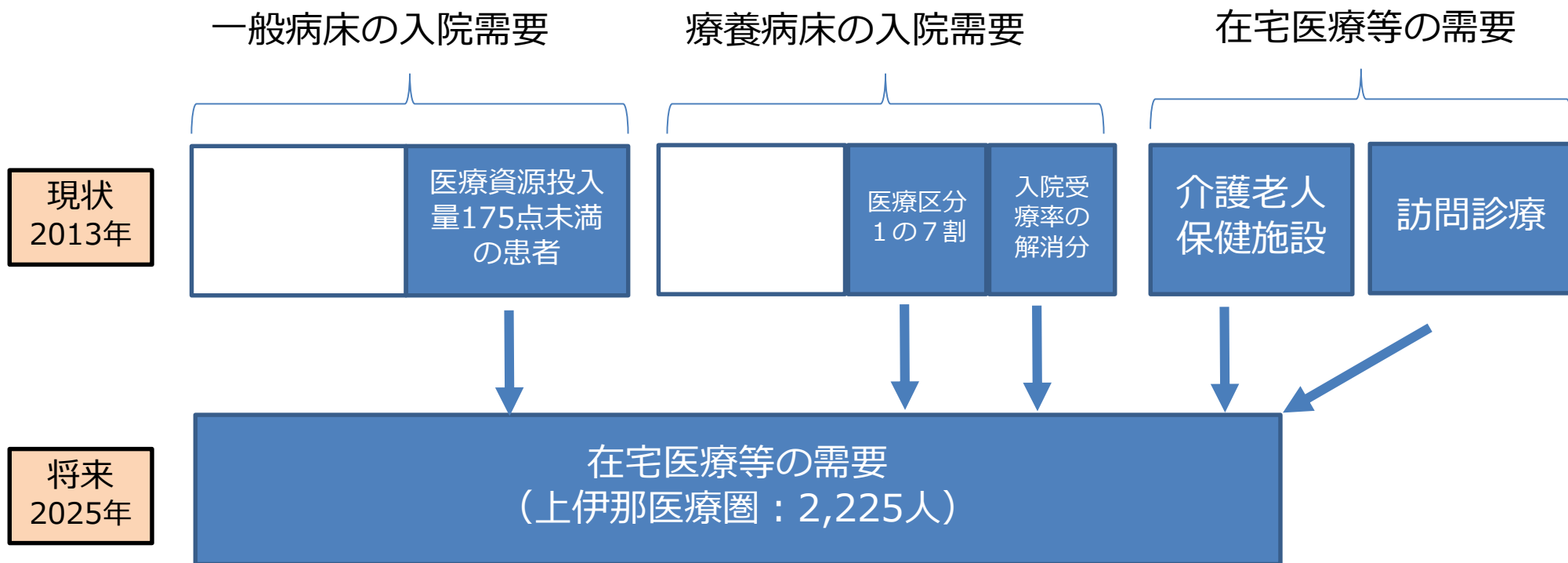
これらを踏まえると、**現時点では、全国的に回復期を担う病床が大幅に不足し、必要な回復期医療を受けられない患者が多数生じている状況ではないと考えているが、病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量との単純な比較から、回復期機能を担う病床が各構想区域で大幅に不足しているように誤解させる状況が生じていると想定**される。

このため、今後は、**各医療機関に、各病棟の診療の実態に即した適切な医療機能を報告していただくこと**、また、高齢化の進展により、将来に向けて回復期の医療需要の増加が見込まれる地域では、**地域医療構想調整会議において、地域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向について十分に分析**を行った上で、機能分化・連携を進めていただくことが重要と考えており、地域医療構想の達成に向けた取組等を進める上で、ご留意いただきたい。

地域医療構想における在宅医療等の需要推計

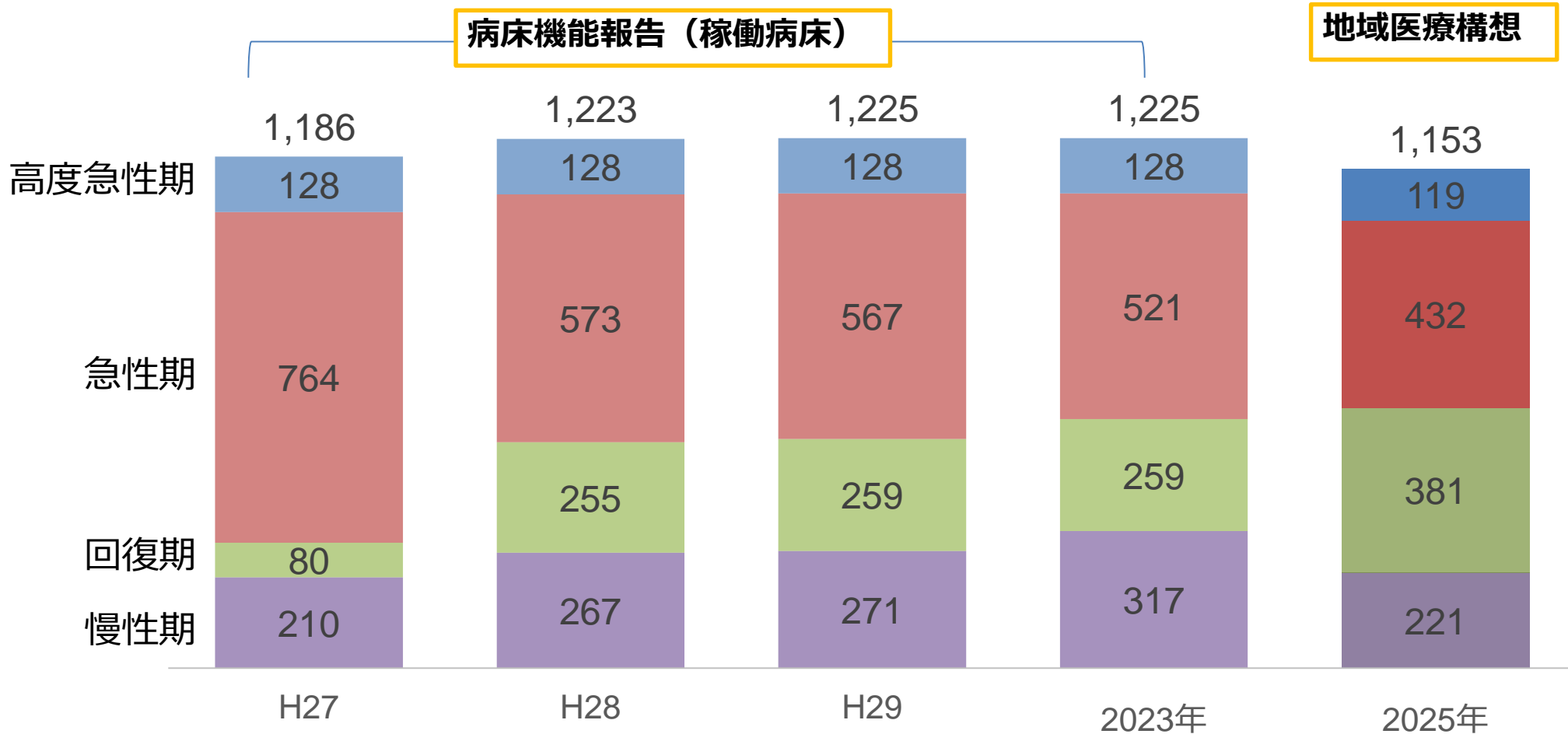
- 地域医療構想では、4 医療機能ごとの病床数の推計値のほか、仮定を置いた上で、入院医療から在宅医療等への移行を含む、在宅医療等の2025年の需要も推計している。
- 在宅医療等は、**自宅だけでなく介護保険施設や老人ホーム等の施設での対応も含む**ものとなっており、本県においては、単純に病床を削減し入院から在宅医療等への移行を進めるのではなく、介護保険適用の病床が介護保健施設等へ転換することで対応していくと整理

【推計方法のイメージ】



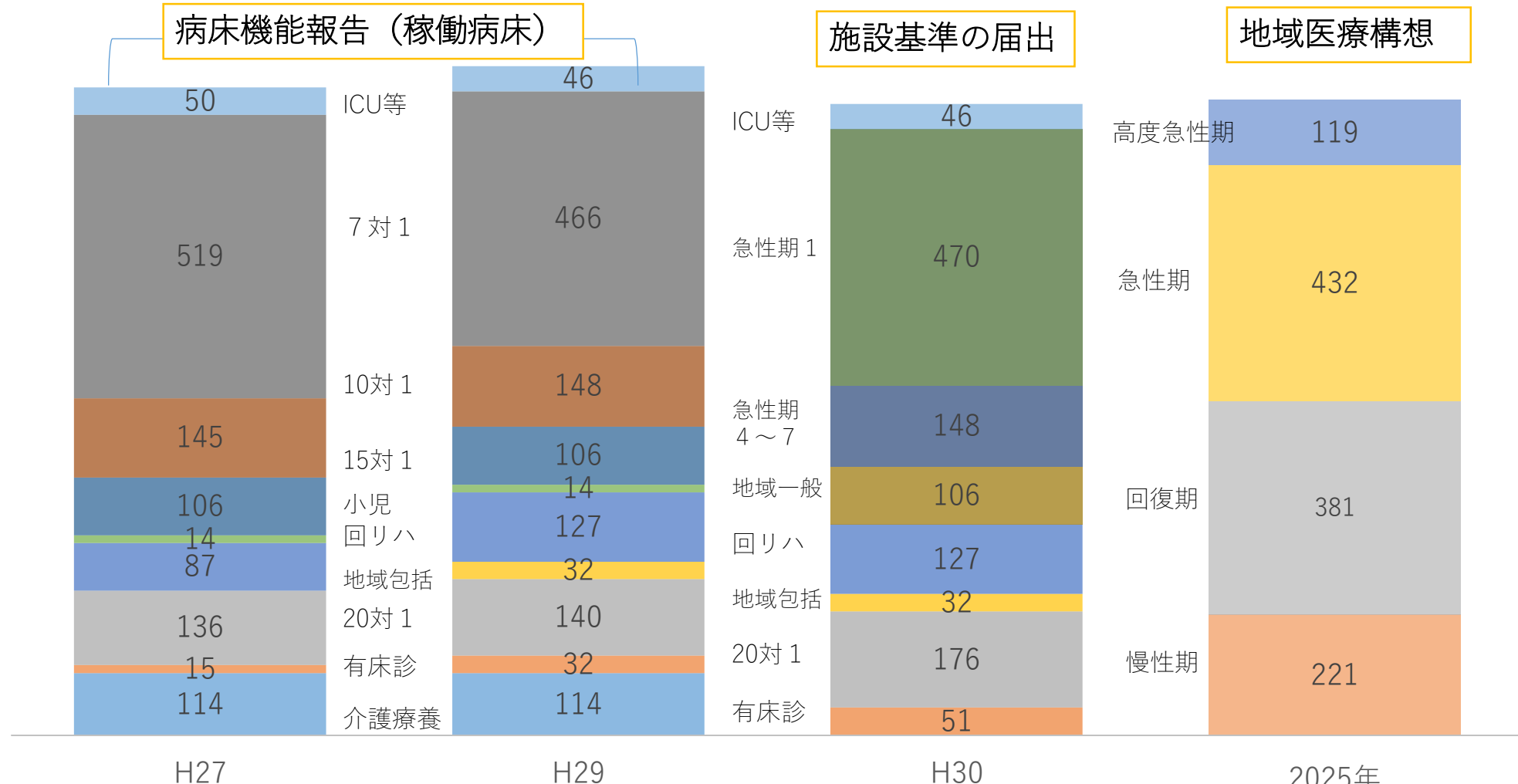
2025年の病床数の推計値と病床機能報告結果の推移

- 2025年の病床数の推計値と平成27～29年度の病床機能報告結果の推移は以下のとおり。平成27年度以降の回復期病床の増加の要因は、回復期リハビリテーション病棟及び地域包括ケア病棟の整備による病床機能の転換が主な理由となっている。
- また、6年間後の慢性期機能の増加は、既存の急性期病棟を慢性期機能へ転換することを検討しているもの。



平成29年度病床機能報告結果の状況 1

- 平成27、29年度の病床機能報告結果における入院基本料ごと届出状況の推移及び平成30年度の診療報酬改定後の関東信越厚生局への施設基準等の届出状況（5/1時点）は以下の通り。
- 平成27年度から平成29年度にかけて、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟の整備が行われた。



地域医療構想の推進プロセス

上伊那医療圏の課題

【上伊那構想区域の課題（長野県地域医療構想から抜粋）】

（現状）

- 地域医療再生事業により機能分化・連携が進んでいる構想区域。
- 南北に長い地理的条件の中で、アクセスしやすい松本、諏訪圏域や飯伊圏域へ患者が流出している構想区域。

（課題）

- 人口10万人当たりの病床数は県内で最も少なく、医療従事者数についても医師が木曽圏域に次いで2番目に少なく、看護師は県内最少となっていることから、医療従事者の確保を図る。
- 開業医の高齢化などにより往診、訪問診療などの負担が大きくなる中、在宅医療・介護をいかに充実していくかが課題であり、住まいをベースとして在宅医療や介護を継続して提供できる体制を整え、地域包括ケアシステムの充実を図る。

昨年度の調整会議での議論

	議事事項	主な意見
第1回 (H29.10.23)	<ul style="list-style-type: none">・ 病床数の必要量と病床機能報告の関係性の整理・ 急性期医療機関の疾患ごとの役割分担の状況・ 疾患ごとの将来需要推計・ 在宅医療の実施状況・ 患者の受療動向	<ul style="list-style-type: none">・ 病床機能報告上の回復期への転換は、診療内容は変わらず、病床機能の選択を変えたただけの場合もあるので注意が必要・ 正看護師が不足している。定着率を上げるためには、地元での育成体制の整備が必要
第2回 (H29.12.18)	<ul style="list-style-type: none">・ 新公立病院改革プラン・ 総合確保基金事業・ 医療と介護の協議の場	<ul style="list-style-type: none">・ 介護医療院への転換見込については、報酬改定の詳細が出た後の影響を確認することが必要

地域医療構想の実現プロセス

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

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

個々の病院の再編に向け、各都道府県での「調整会議」での協議を促進。

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

STEP2「地域医療介護総合確保基金」により支援

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

- ・病床機能の転換等に伴う施設整備・設備整備の補助等を実施。

STEP3 都道府県知事による適切な役割の発揮

都道府県知事は、医療法上の役割を適切に発揮し、機能分化・連携を推進。

【医療法に定められている都道府県の権限】

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

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

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

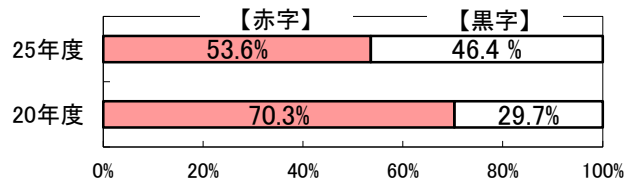
将来の方向性を踏まえた、自主的な取組だけでは、機能分化・連携が進まない場合

公立病院改革の推進

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

公立病院改革ガイドライン(H19年12月)に基づくこれまでの取組の成果

《経営の効率化》



《再編・ネットワーク化》

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

《経営形態の見直し》

(予定含む数)

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

新公立改革ガイドライン(H27年3月)に基づく更なる改革の推進

1 新公立病院改革プランの策定を要請

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

地域医療構想を踏まえた役割の明確化

- ・病床機能、地域包括ケア構築等を明確化

経営の効率化

- ・経常収支比率等の数値目標を設定

再編・ネットワーク化

- ・経営主体の統合、病院機能の再編を推進

経営形態の見直し

- ・地方独立行政法人化等を推進

2 都道府県の役割・責任を強化

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

3 地方財政措置の見直し

- (1)再編・ネットワーク化への財政措置の重点化(H27年度～)

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

- (2)特別交付税措置の重点化(H28年度～)

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

連携

医療介護総合確保推進法(H27年4月施行)に基づく取組(厚生労働省)

1 医療提供体制の改革(病床機能の分化・連携)

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

※ イメージ [構想区域単位で策定]

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

2 実現するための方策

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

公的医療機関等2025プラン

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

対象病院数

約810病院

記載事項

【基本情報】

- ・医療機関名、開設主体、所在地 等

【現状と課題】

- ・構想区域の現状と課題
- ・当該医療機関の現状と課題 等

【今後の方針】

- ・当該医療機関が今後地域において担うべき役割 等

【具体的な計画】

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

策定期限

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

●地域医療構想調整会議の議論のサイクル

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

留意点

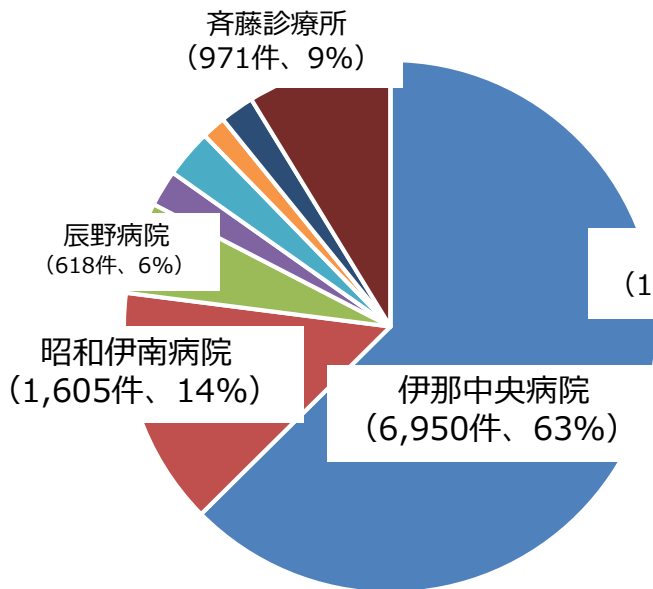
- 各医療機関におけるプランの策定過程においても、地域の関係者からの意見を聴くなどにより、構想区域ごとの医療提供体制と整合的なプランの策定が求められる。
- 各医療機関は、プラン策定後、速やかにその内容を地域医療構想調整会議に提示し、地域の関係者からの意見を聴いた上で、地域の他の医療機関との役割分担や連携体制も含め、構想区域全体における医療提供体制との整合性をはかることが必要。地域医療構想調整会議における協議の方向性との齟齬が生じた場合には、策定したプランを見直すこととする。
- さらに、上記以外の医療機関においても、構想区域ごとの医療提供体制の現状と、現に地域において担っている役割を踏まえた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

上伊那医療圏の医療提供の状況

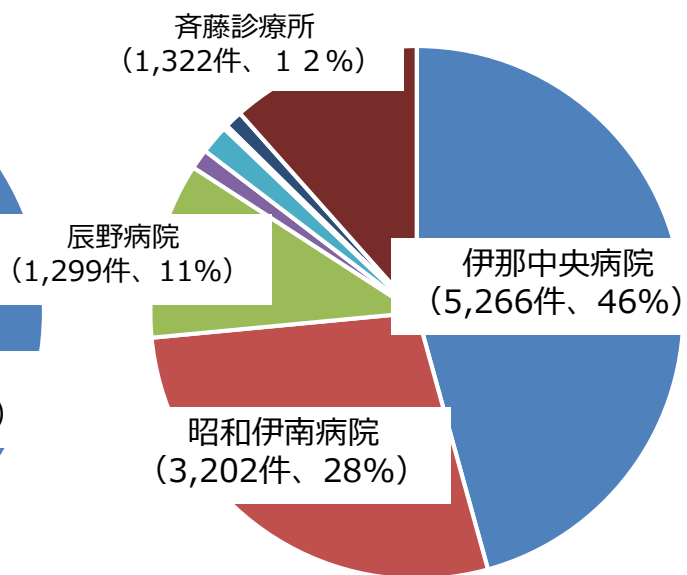
上伊那医療圏の救急医療の実施状況

- 以下は、平成29年度病床機能報告の結果から、救急医療の実施状況の医療圏内シェアを示したものの。
- 休日受診は、伊那中央病院（63%）、昭和伊南総合病院（14%）、斉藤診療所（9%）及び辰野病院（6%）の割合が多く、夜間・時間外の対応も、同様となっている。
- 救急車の受入は、伊那中央病院（49%）、昭和伊南総合病院（36%）が主たる役割を担っている。

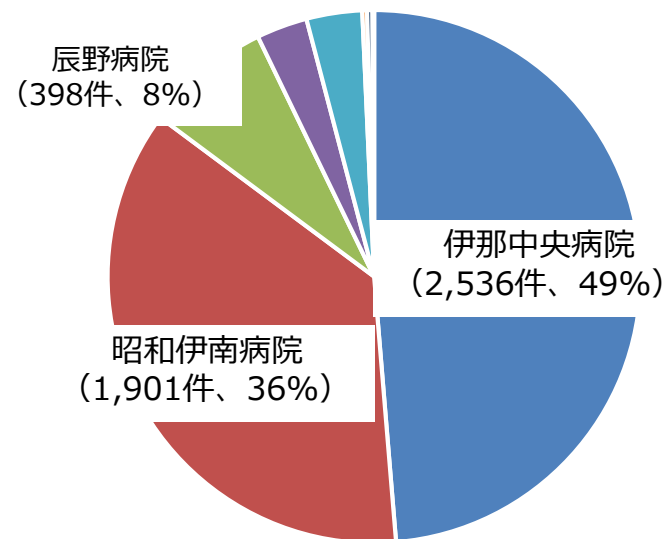
【休日受診】
N = 11,107



【夜間・時間外】
N = 11,522

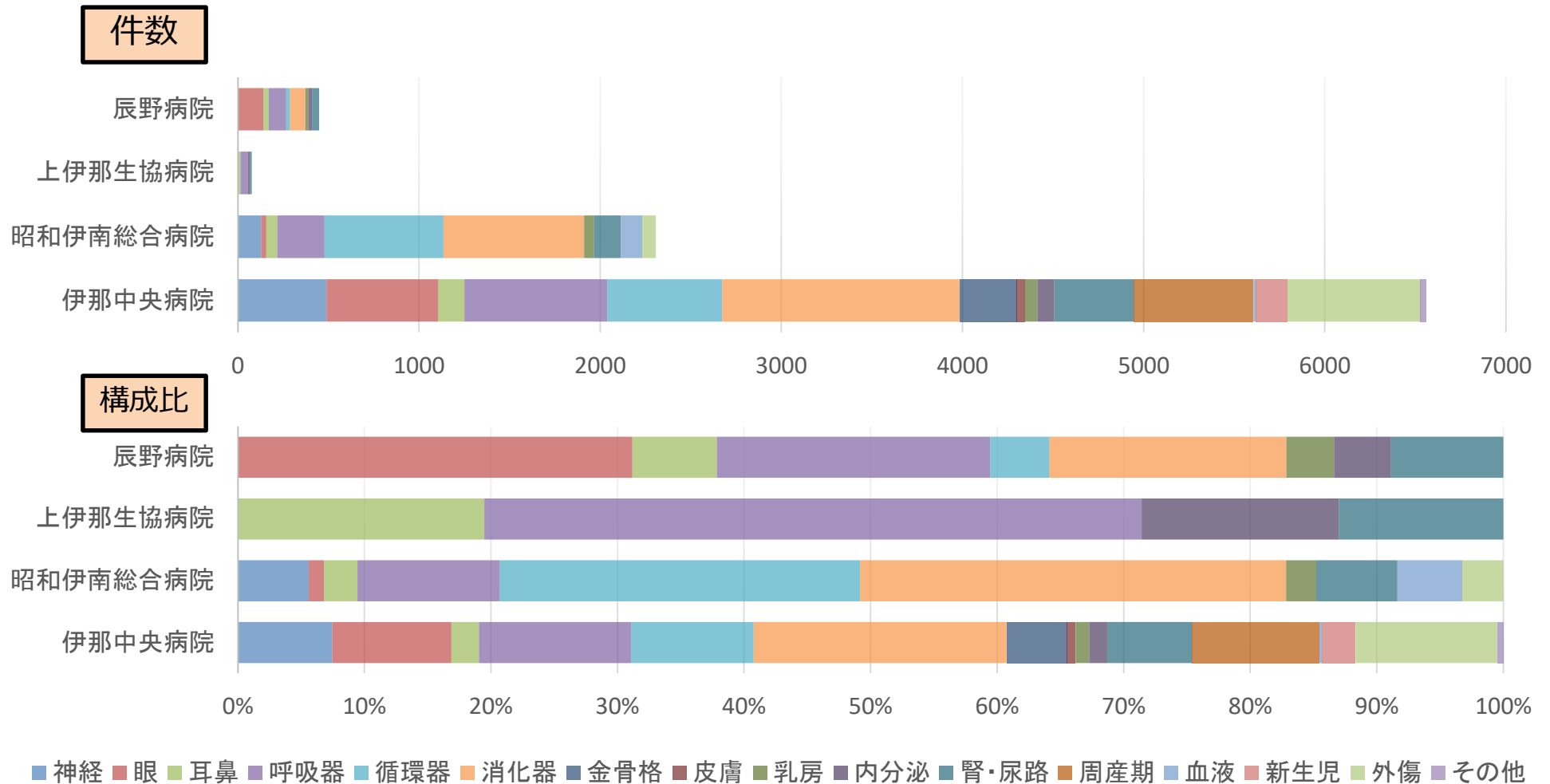


【救急車受入】
N = 5,209



上伊那医療圏のDPC病院の診療実績

- 厚生労働省の「平成28年度DPC導入の影響評価に関する調査」によると、辰野病院、上伊那生協病院においては、肺炎、白内障等の疾患に対応
- 昭和伊南総合病院は、狭心症・慢性虚血性心疾患及び心不全の循環器疾患の他、消化器系の悪性腫瘍に対応。伊那中央病院は、総合的に各種の疾患に対応している。



医療介護連携の状況（関連レセプトの発生状況）

- 診療行為の充足状況を測る指標「SCR(Standardized Claim data Ratio)」による、上伊那医療圏の医療介護連携に関する状況
- SCRが100を超えていれば、その診療行為は全国平均に比べて充足していると考えられる。なお、SCRは医療機関所在地における集計であることに注意（隣の市町村に訪問診療に行った場合、医療機関の所在する市町村のSCRとして集計される。）

指標名	区分	上伊那	伊那市	駒ヶ根市	辰野町	箕輪町	飯島町	南箕輪村	中川村	宮田村
入院機関との退院時カンファレンス開催	全体	204.8	112.2	813.8	10.5	—	191.4	—	126.9	58.3
病院従事者が退院前に患者宅を訪問し指導	入院	21.9	11.7	24.9	72.6	34.6	—	—	—	—
入院機関とケアマネジャーとの連携	入院	107.6	163.4	135.5	82.0	89.7	—	—	—	—
病院が患者に対し、退院支援・調整を実施	入院	109.5	236.2	74.5	20.8	—	—	62.3	—	—
医療機関、訪看、歯科、薬局間の情報共有ネットワーク	外来	—	—	—	—	—	—	—	—	—
患者における多職種でのカンファレンス	外来	8.8	—	—	—	—	141.1	—	—	—
訪問薬剤指導の実施	外来	536.7	1,406.8	—	—	—	—	—	—	—
訪問栄養指導の実施	外来	—	—	—	—	—	—	—	—	—
往診	全体	106.1	78.9	190.6	23.7	141.2	151.4	12.5	286.8	74.3
緊急往診	全体	110.4	95.2	137.1	14.0	202.0	41.2	28.8	269.5	255.5
訪問診療（同一建物）	外来	63.9	24.8	220.5	20.2	112.3	—	—	—	—
訪問診療（特定施設）	外来	38.6	7.6	25.4	2.4	153.0	—	—	405.5	—
訪問診療（居宅）	外来	103.4	73.1	156.5	52.4	169.7	80.7	4.7	12.9	359.9
訪問看護提供	外来	215.0	112.6	819.4	29.2	37.1	—	50.9	166.0	245.5
訪問看護指示	全体	108.7	51.7	167.9	24.1	338.7	124.5	31.4	153.7	37.5
ターミナルケア提供	外来	107.0	37.2	187.3	—	196.3	—	40.7	653.6	312.3
看取り	全体	87.9	30.0	141.4	—	172.7	—	—	594.1	284.3
在宅リハビリテーションの提供	外来	77.8	—	—	—	583.6	—	—	—	—
療養病床における急性期や在宅からの患者受付	入院	55.4	66.5	—	—	252.4	—	—	—	—
在宅療養中の患者の緊急入院を受け入れ	入院	52.9	80.1	71.1	—	79.9	—	—	—	—

低  →  高

医療介護連携の状況（病院が提供する在宅医療）

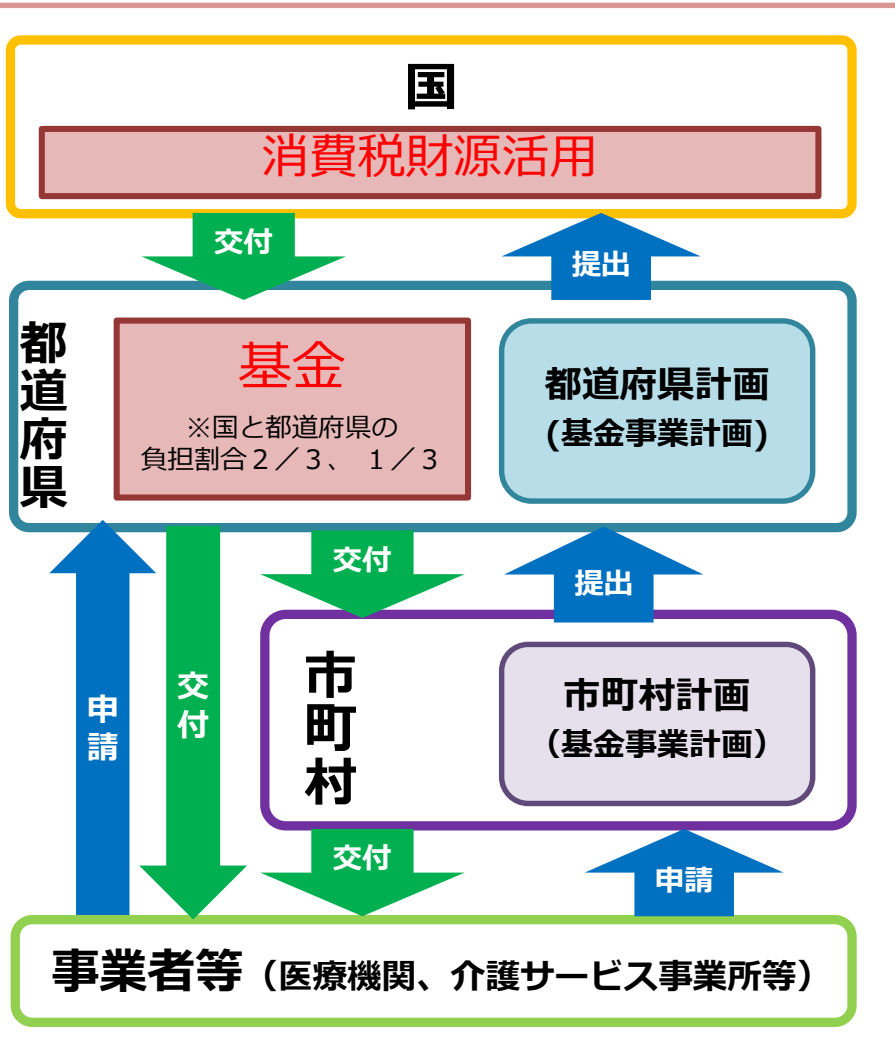
- 急性期病院においても、在宅医療が必要な退院患者に対し、他施設が在宅医療を提供しない場合は、自らが在宅医療を提供する場合がある。
- 一方で、在宅医療は必要だが、退院後の在宅療養の実施方法等が不明となっている場合も存在している。

	医療機能	退院患者数【1か月間】	在宅医療不要	自院が在宅医療を提供	他施設が在宅医療を提供	在宅医療の実施予定が不明	退院患者数【1年間】	在宅医療不要	自院が在宅医療を提供	他施設が在宅医療を提供	在宅医療の実施予定が不明
伊那中央病院	高度急性期機能	1	1	0	0	0	8	8	0	0	0
	高度急性期機能	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	高度急性期機能	103	101	0	2	0	1346	1274	17	55	0
	高度急性期機能	159	159	0	0	0	1866	1866	0	0	0
	高度急性期機能	6	4	0	2	0	102	97	1	4	0
	高度急性期機能	1	1	0	0	0	27	27	0	0	0
	高度急性期機能	28	28	0	0	0	310	305	1	4	0
	急性期機能	79	76	0	1	2	957	898	13	42	4
	急性期機能	88	83	2	3	0	1071	1031	17	20	3
	急性期機能	90	82	1	7	0	1162	1092	24	46	0
	急性期機能	64	64	0	0	0	765	763	2	0	0
	急性期機能	102	100	0	2	0	1269	1253	3	12	1
	急性期機能	50	49	0	1	0	722	701	5	16	0
	回復期機能	20	19	1	0	0	289	283	1	5	0
昭和伊南総合病院	高度急性期機能	12	12	0	0	0	134	134	0	0	0
	急性期機能	82	80	2	0	0	946	924	10	12	0
	急性期機能	38	37	1	0	0	393	386	2	5	0
	急性期機能	68	67	0	1	0	847	840	5	2	0
	急性期機能	50	50	0	0	0	612	597	5	10	0
昭和伊南総合病院	回復期機能	36	34	2	0	0	379	356	9	14	0
	回復期機能	12	12	0	0	0	116	112	4	0	0
辰野病院	回復期機能	41	22	0	15	4	482	365	0	79	38
	回復期機能	24	15	0	7	2	542	367	0	134	41
仁愛病院	急性期機能	83	67	4	12	0	-	-	-	-	-
	慢性期機能	3	2	0	1	0	-	-	-	-	-
	慢性期機能	17	17	0	0	0	-	-	-	-	-
上伊那生協病院	急性期機能	26	18	7	1	0	-	-	-	-	-
	回復期機能	21	19	2	0	0	-	-	-	-	-
	慢性期機能	55	33	19	3	0	-	-	-	-	-
田中病院	慢性期機能	7	3	1	3	0	161	62	64	33	2
前澤病院	急性期機能	43	37	4	2	0	-	-	-	-	-

医療機能分化連携に向けた県の取組等

地域医療介護総合確保基金（医療分）

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
- このため、平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度（地域医療介護総合確保基金）を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



上伊那医療圏における実施事業一覧（H29）

- 1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設設備整備に関する事業（主な事業）
 - ・ 病床機能分化・連携基盤整備事業
伊那中央病院 事業費 900千円
回復期リハビリ病床への転換に伴う、多目的ルーム等の整備
- 2 居宅等における医療の提供に関する事業（主な事業）
 - ・ 在宅医療設備整備事業
伊那中央病院 事業費 722千円
訪問看護用車両の整備
 - ・ 訪問看護師育成・強化事業
伊那中央病院 事業費 400千円
認定看護師（皮膚・排泄ケア）1名の養成
 - ・ 在宅歯科保健医療研修事業
上伊那歯科医師会 事業費 370千円
訪問歯科検診のための研修会等の実施
- 3 医療従事者の確保に関する事業（主な事業）
 - ・ 病床機能転換に係る看護体制強化事業
町立辰野病院 事業費 375千円
認定看護師（認知症看護）1名の養成

地域医療人材ネットワーク構築支援事業

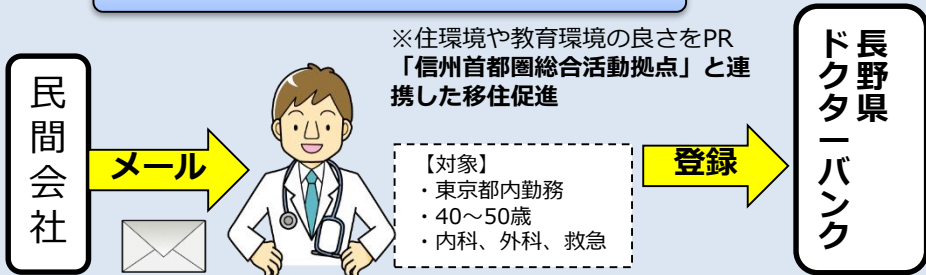
平成30年度要求額 71,341千円
(一財 46,620千円、地域医療介護総合確保基金 24,721千円)

事業の目的

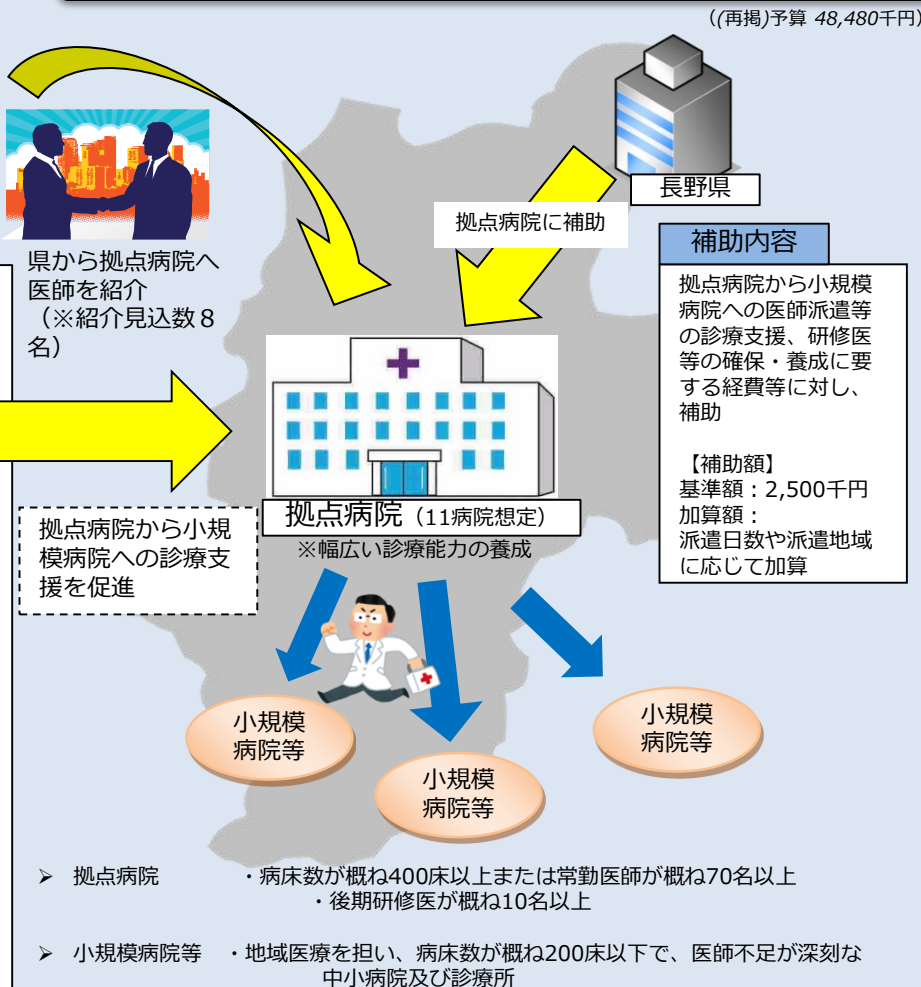
医師確保に関する取組の総合的な実施により、若手医師やミドル・シニアドクターを「地域医療人材拠点病院」へ集約するとともに、それらの人材を活用した地域の医師不足病院を支援するためのネットワークを構築する。加えて、医学生や研修医、医師の世代や病院間を超えた、地域での「縦・横」のネットワークを一層強化することによる県内定着率の向上、就業促進を図り、医師不足・偏在の解消に努める。

地域医療人材拠点病院支援事業 [予算52,801千円]

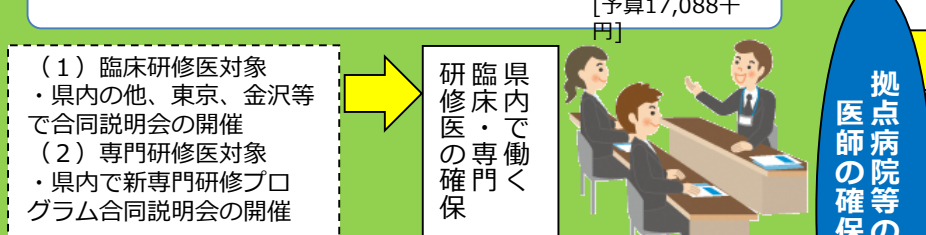
ターゲットメール等による情報発信 ((再掲)予算4,321千円)



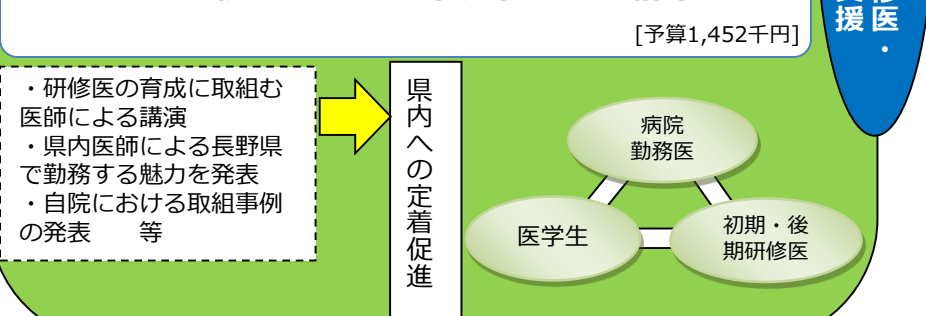
地域医療人材拠点病院による人材育成・診療支援 ((再掲)予算 48,480千円)



臨床研修指定病院等合同説明会 [予算17,088千円]

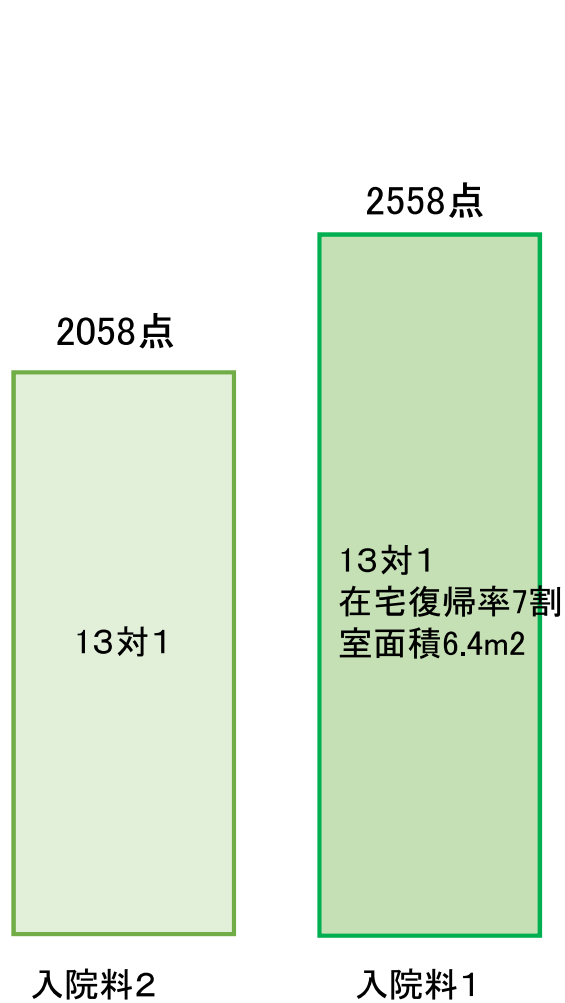


医学生・研修医・医師のネットワーク構築支援 [予算1,452千円]



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の再編・統合のイメージ

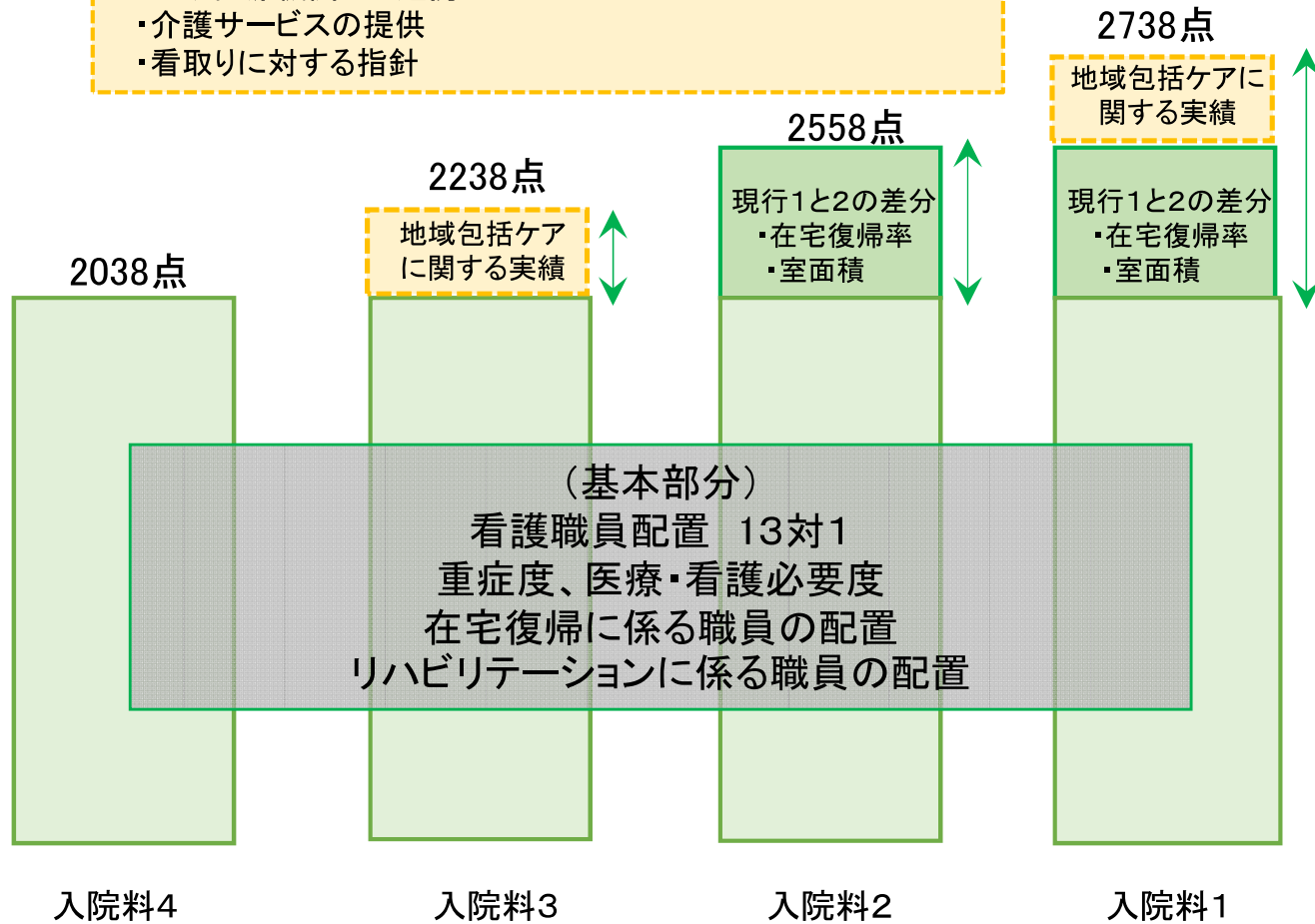
【現行】



【平成30年度改定】

- 【地域包括ケアに関する実績部分】(200床未満の病院に限る。)

 - ・自宅等からの入棟患者割合
 - ・自宅等からの緊急患者の受入れ
 - ・在宅医療等の提供
 - ・地域医療機関との連携
 - ・介護サービスの提供
 - ・看取りに対する指針



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

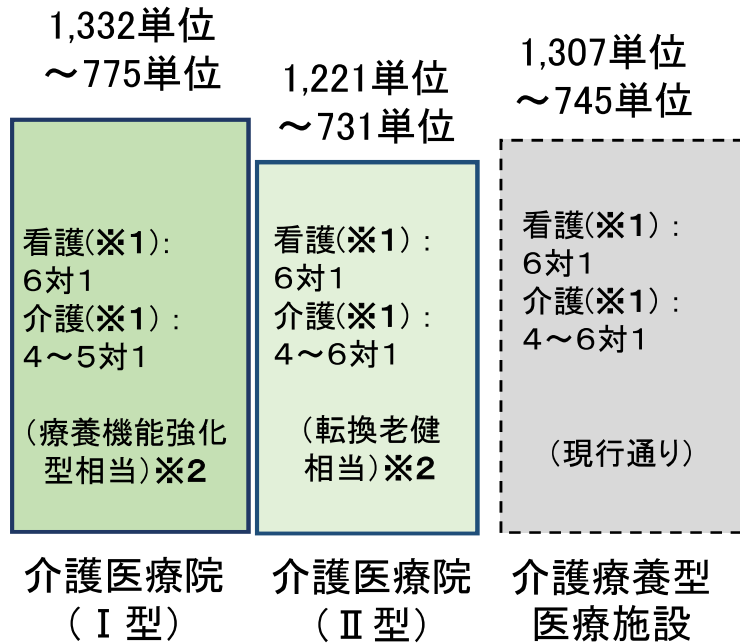
(新)地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

＜参考＞療養病床再編成の概要（医療保険・介護保険）

【介護保険】 介護療養病床

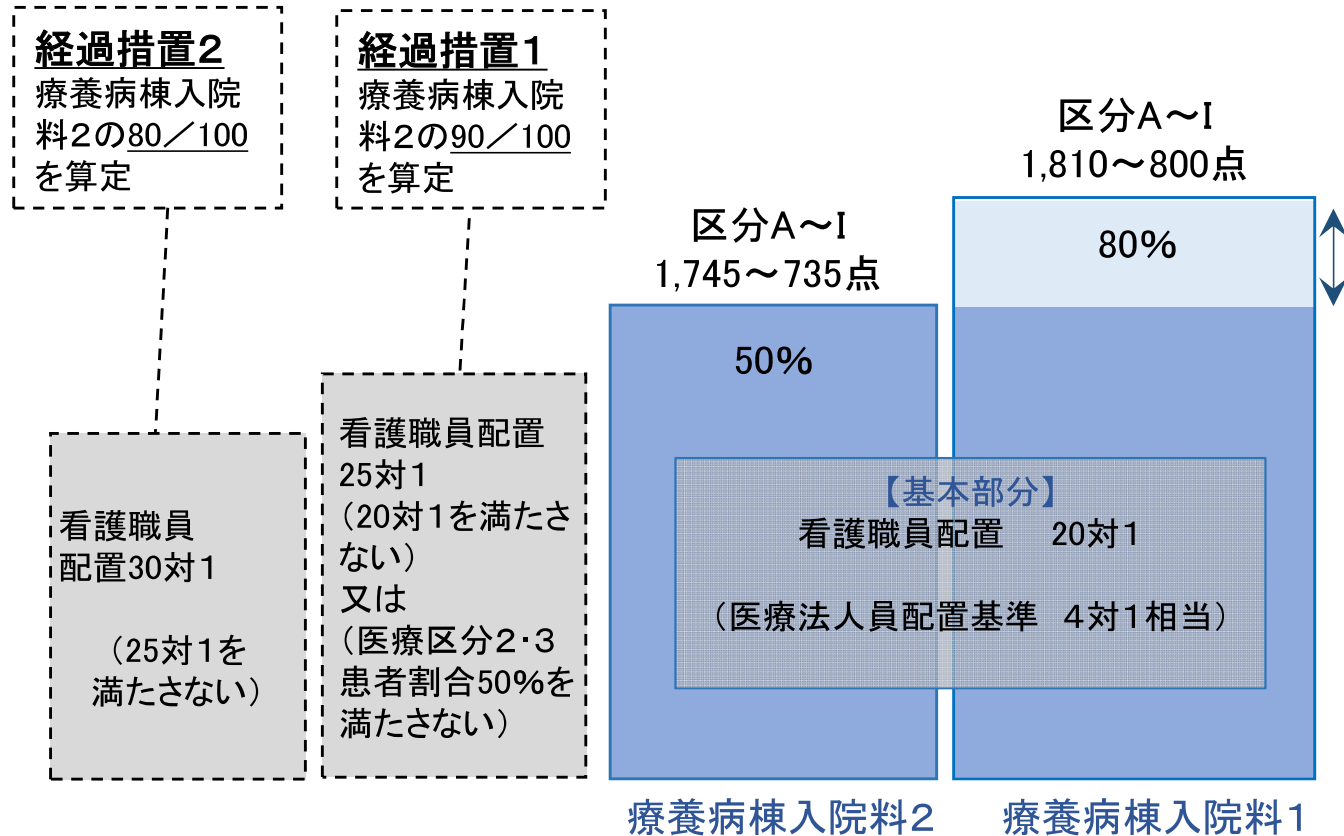
(※1) 医療法人員配置基準は「雇用配置」であり、診療報酬の人員配置基準である「実質配置」とは異なる（「実質配置」は「雇用配置」の約5倍）

(※2) 介護医療院に転換した場合には、「移行定着支援加算 93単位/日」（1年間に限り）が算定可能。



【医療保険】 医療療養病床

【実績部分】
・医療区分2・3該当患者割合



医療法及び医師法の一部を改正する法律案の概要

改正の趣旨

地域間の医師偏在の解消等を通じ、地域における医療提供体制を確保するため、都道府県の医療計画における医師の確保に関する事項の策定、臨床研修病院の指定権限及び研修医定員の決定権限の都道府県への移譲等の措置を講ずる。

改正の概要

1. 医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設【医療法】

医師少数区域等における一定期間の勤務経験を通じた地域医療への知見を有する医師を厚生労働大臣が評価・認定する制度の創設や、当該認定を受けた医師を一定の病院等の管理者として評価する仕組みの創設

2. 都道府県における医師確保対策の実施体制の強化【医療法】

都道府県においてPDCAサイクルに基づく実効的な医師確保対策を進めるための「医師確保計画」の策定、都道府県と大学等が必ず連携すること等を目的とした「地域医療対策協議会」の機能強化、効果的な医師の配置調整等のための地域医療支援事務の見直し 等

3. 医師養成過程を通じた医師確保対策の充実【医師法、医療法】

医師確保計画との整合性の確保の観点から医師養成過程を次のとおり見直し、各過程における医師確保対策を充実

- ・ 医学部：都道府県知事から大学に対する地域枠・地元出身入学者枠の設定・拡充の要請権限の創設
- ・ 臨床研修：臨床研修病院の指定、研修医の募集定員の設定権限の国から都道府県への移譲
- ・ 専門研修：国から日本専門医機構等に対し、必要な研修機会を確保するよう要請する権限の創設
国及び都道府県から日本専門医機構等に対し、地域医療の観点から必要な措置の実施を意見する仕組みの創設 等

4. 地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応【医療法】

外来医療機能の偏在・不足等の情報を可視化するため、二次医療圏を基本とする区域ごとに外来医療関係者による協議の場を設け、夜間救急体制の連携構築など地域における外来医療機関間の機能分化・連携の方針と併せて協議・公表する仕組みの創設

5. その他【医療法等】

- ・ 地域医療構想の達成を図るための、医療機関の開設や増床に係る都道府県知事の権限の追加
- ・ 健康保険法等について所要の規定の整備 等

施行期日

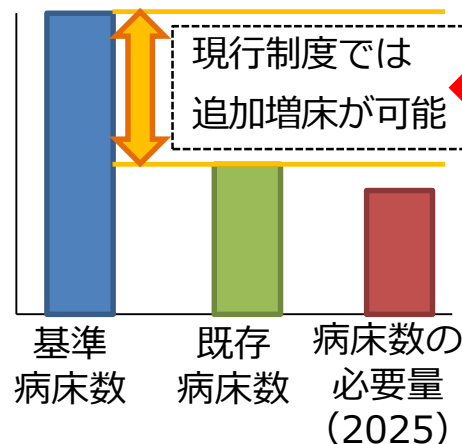
平成31年4月1日。（ただし、2のうち地域医療対策協議会及び地域医療支援事務に係る事項、3のうち専門研修に係る事項並びに5の事項は公布日、1の事項及び3のうち臨床研修に係る事項は平成32年4月1日から施行。）

地域医療構想の達成を図るための都道府県知事等の権限の追加

現 状

- 現在、都道府県知事に付与されている地域医療構想達成のための権限のみでは、人口の減少が進むこと等により、**将来の病床数の必要量が既存病床数を下回る場合に、申請の中止や申請病床数の削減を勧告などを行うことができない**状況にある。

追加的な整備が可能なケース



今後の対応

新規開設、増床等の申請

都道府県知事が許可を与えないこと（民間医療機関の場合には勧告）ができる

基本的な考え方

- 地域医療構想が全国で確実に達成されるよう、都道府県知事等の権限を追加し、構想区域において既存病床数が既に将来の病床数の必要量に達している場合には、当該構想区域に医療機関の新規開設、増床等の許可の申請があった場合に、必要な手続を経た上で、都道府県知事が所要の対応を図る等の対応を図ることが適当。

法案の内容（医療法・健康保険法改正）

地域医療構想を推進するため、構想区域において**既存病床数が既に将来の病床数の必要量に達している場合には、当該構想区域に医療機関の新規開設、増床等の許可の申請があっても、必要な手続を経た上で、都道府県知事が許可を与えないこと（民間医療機関の場合には勧告）ができる**こととし、勧告を受けた民間医療機関の病床については、厚生労働大臣が、保険医療機関の指定をしないことができる旨規定する。（公布日施行）

上伊那医療圏の医療提供体制の充実に向けた視点

1 今後想定される人口・疾病構造の変化に伴う課題

- 上伊那医療圏全体の人口は減少するものの、高齢者人口は今後も増加し続ける。
- 高齢化により増加することが考えられる、肺炎、外傷等のいわゆる軽症急性期（サブアキュート）の需要は地域医療構想の需要推計上、回復期の需要として推計されている。
- また、高齢者の方々は、住まいを介護保険施設としている場合も多く、医療介護連携の中で、自宅だけでなく介護保険施設も含めた、軽傷急性期の医療アクセスを検討していく必要がある。

2 対応の視点

- 高齢者の軽症急性期需要に対応する医療機能として、総合確保基金を活用した、地域包括ケア病棟の整備や、地域医療人材拠点病院支援事業による診療連携を通じて、二次救急の医療提供体制のあり方を地域で検討していくことが必要ではないか。
- その際は、地域医療構想における回復期機能への転換や充実の観点で、民間医療機関においても、公立病院との役割分担のもと、今後の対応方針を検討していくことが必要ではないか。