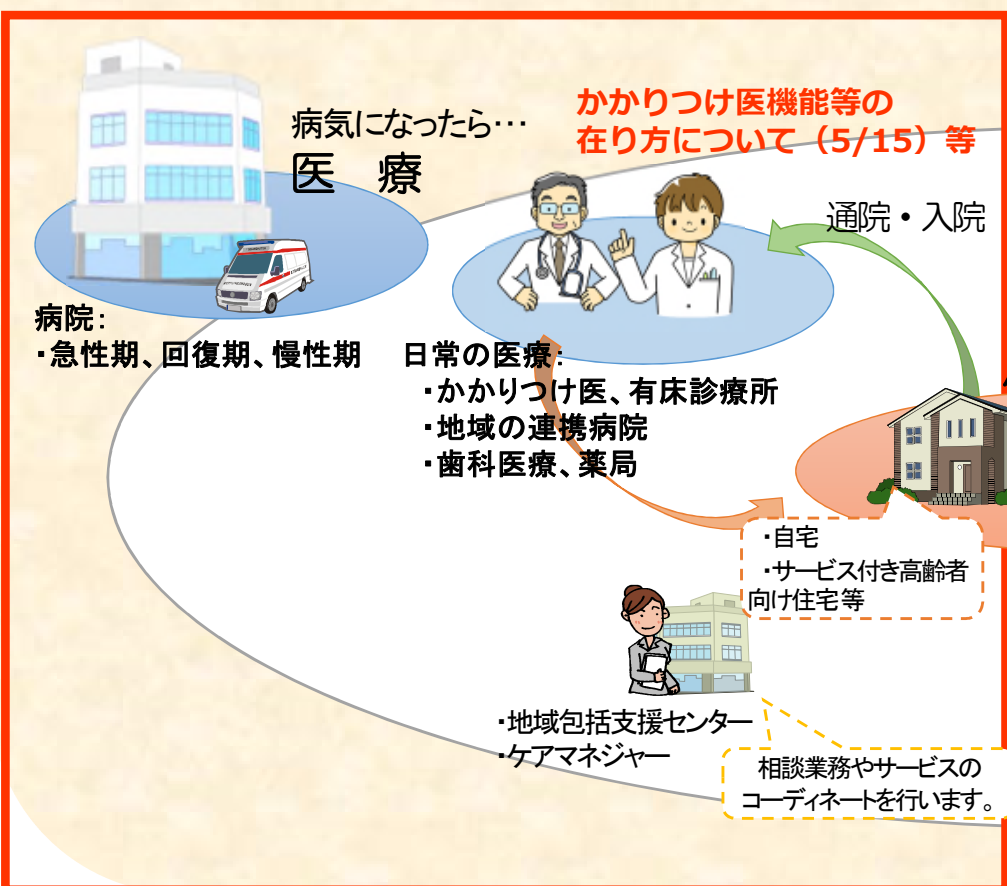


地域づくり・まちづくりにおける 医療の在り方について

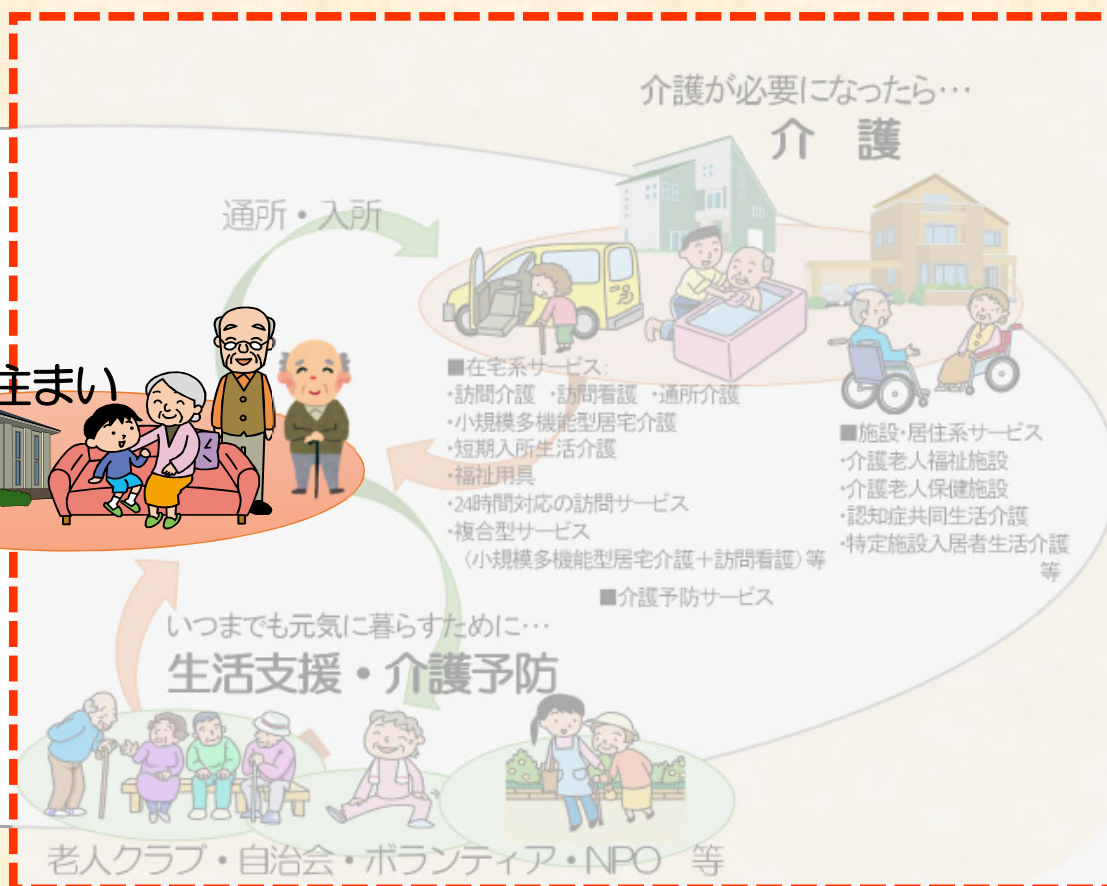
地域づくり・まちづくりにおける医療の在り方について (地域包括ケアシステムにおける医療の役割)

地域包括ケアシステムの姿

本日のテーマ (7/10)



介護・障害者福祉サービス等と医療の連携の在り方 (7/17)



○地域の状況を踏まえた入院医療の在り方について

- ・ 入院医療の現況
- ・ 入院医療の診療報酬
- ・ 入院医療提供体制の施策
- ・ その他

○地域における情報共有・連携について

- ・ 病床機能連携にかかる評価
- ・ 医療情報の標準化や地域医療情報連携ネットワーク
- ・ 医療機関と薬局や訪問看護ステーションの連携

○医療資源の少ない地域等における医療提供体制について

- ・ 医療資源の少ない地域における診療報酬上の対応
- ・ 地域間の医師や外来医療機能の偏在・不足
- ・ へき地医療

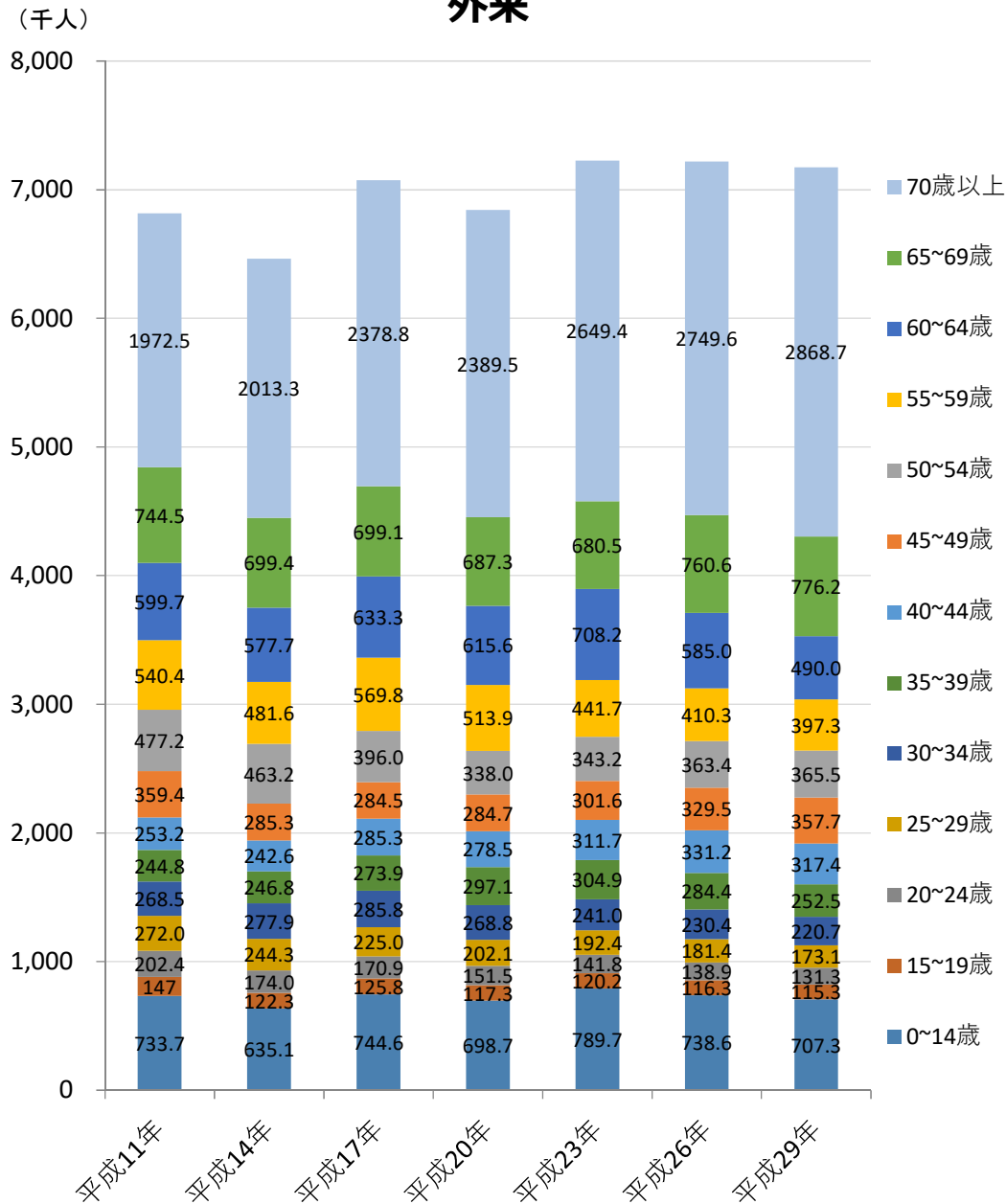
入院医療の現況

- 入院患者数・入院受療率は、全体的に低下傾向。
- 人口10万人あたり病院数・病床数は、ともに減少傾向。一般病床数は、横ばいから減少傾向。
- いずれの病床区分も、平均在院日数は減少傾向。病床利用率は横ばいの傾向。
- 1日あたり入院医療費は、増加傾向。
- 開設者別の病院病床数は、医療法人の占める割合が多く、構成割合に大きな変化はない。
- 各入院料の人口10万人あたり届出施設数・病床数は、都道府県ごとにばらつきがみられる。
- 2015年から2040年の市区町村の人口変動をみると、人口が大きく減少する市区町村が存在する。

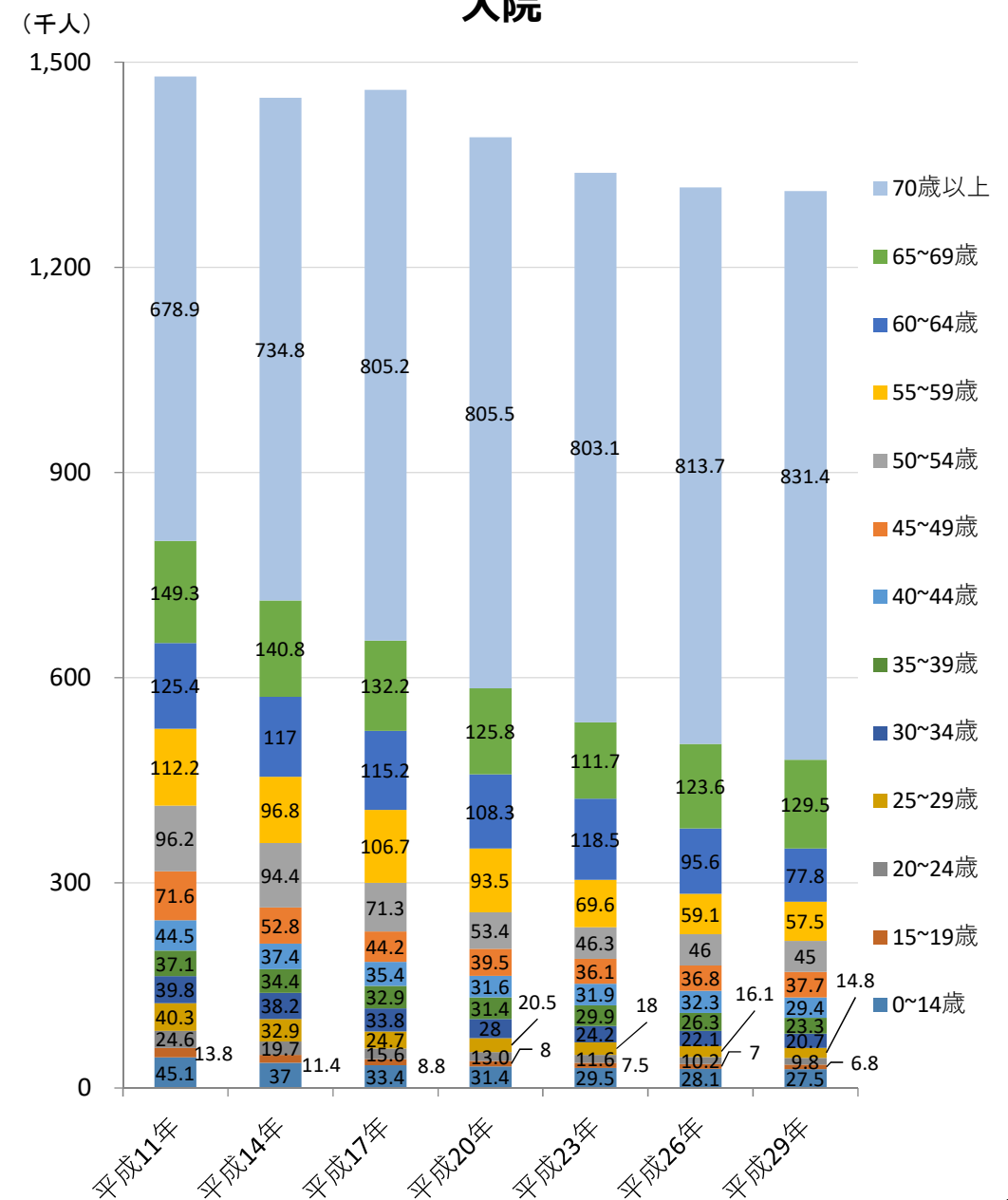
年齢階級別 患者数の経年推移

○ 外来患者数は近年横ばい、入院患者数は減少傾向にある。

外来



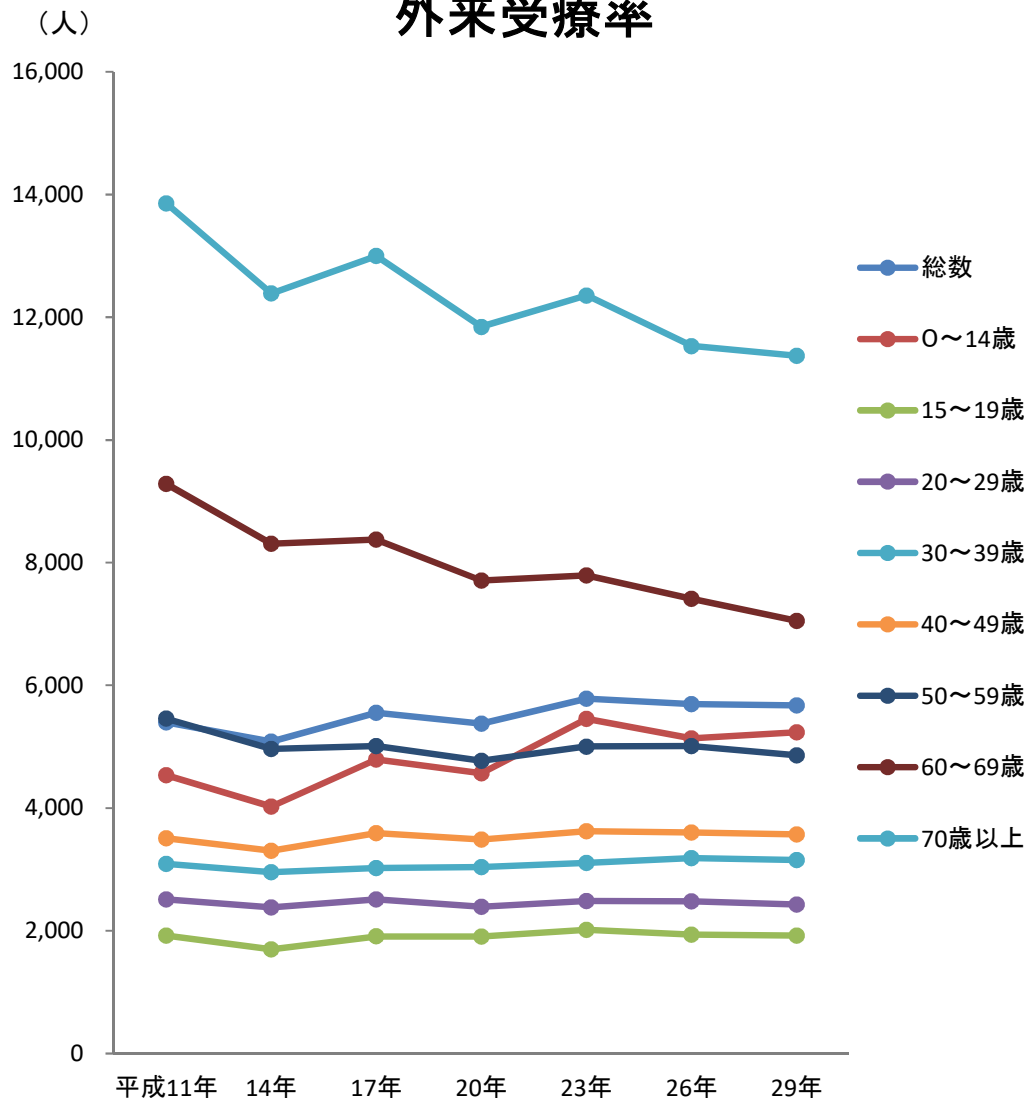
入院



年齢階級別 受療率の年次推移

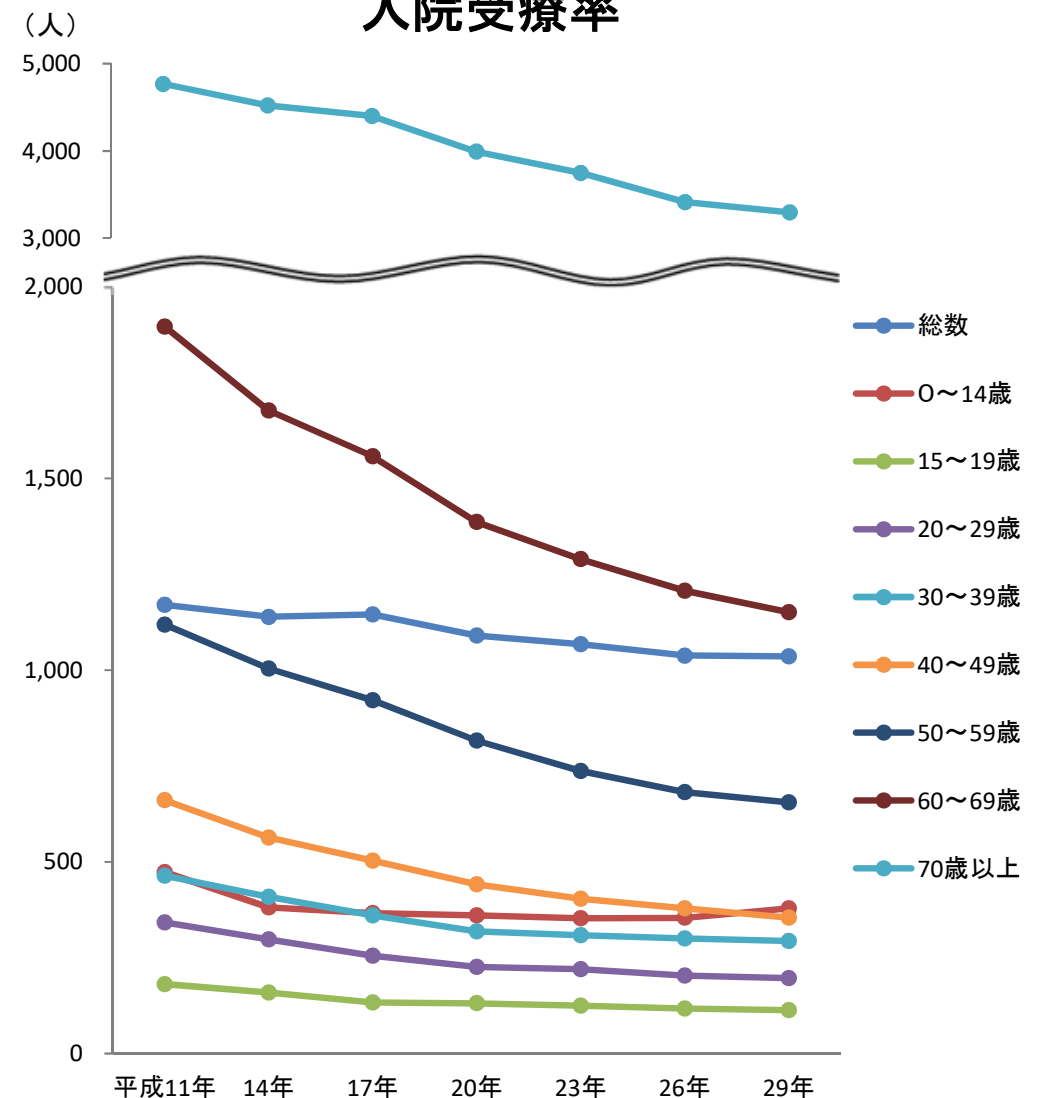
○ 外来受療率及び入院受療率は、0～14歳を除き、概ね横ばいから減少傾向にある。

外来受療率



※外来受療率：推計外来患者数（調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した外来患者（往診、訪問診療を含む）の推計数）を人口 10 万対であらわした数。

入院受療率

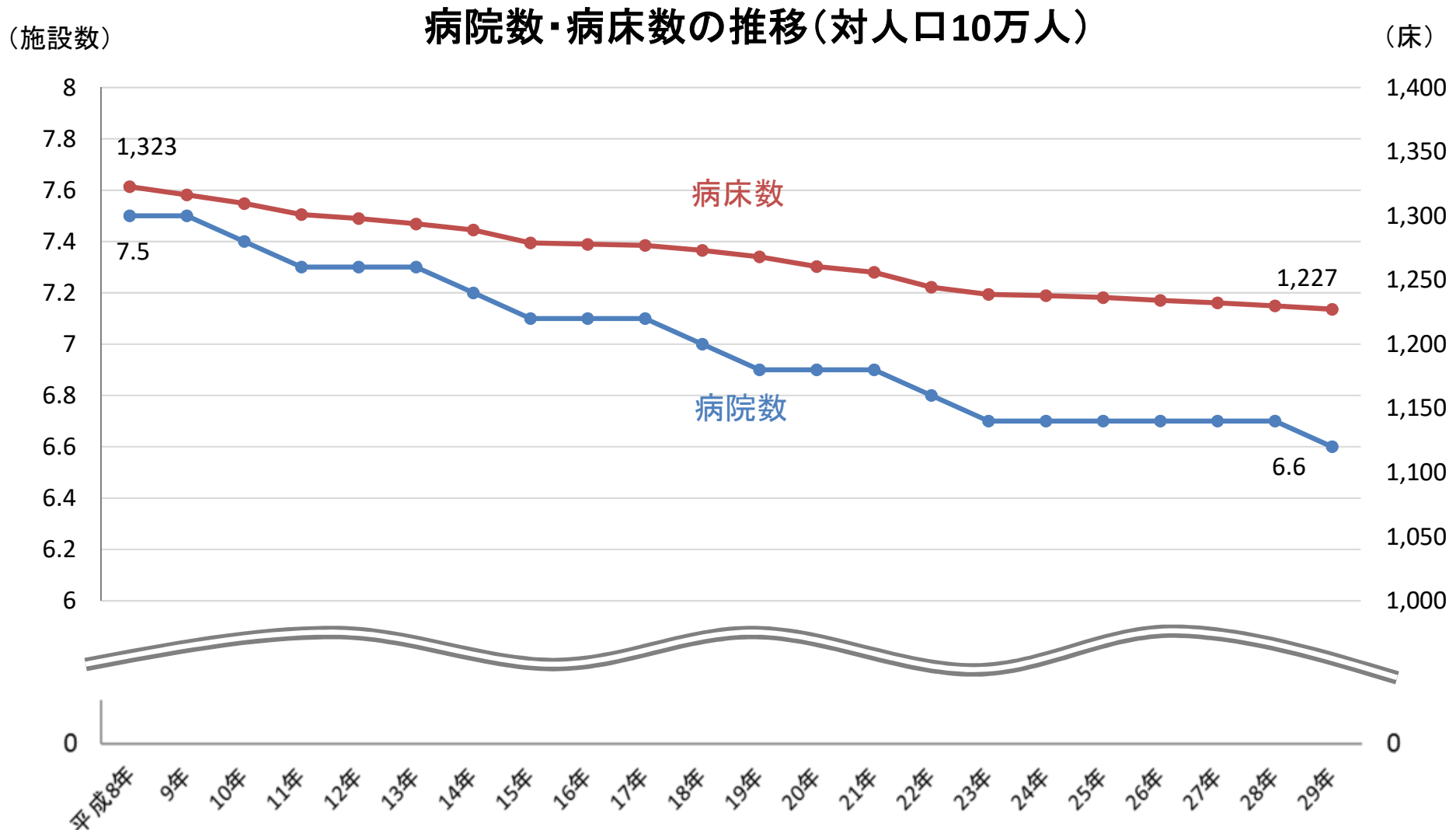


※入院受療率：推計入院患者数（調査日当日に、すべての医療施設に入院する患者の推計数）を人口 10 万対であらわした数。

出典：患者調査

病院数・病床数の推移(対人口10万人)

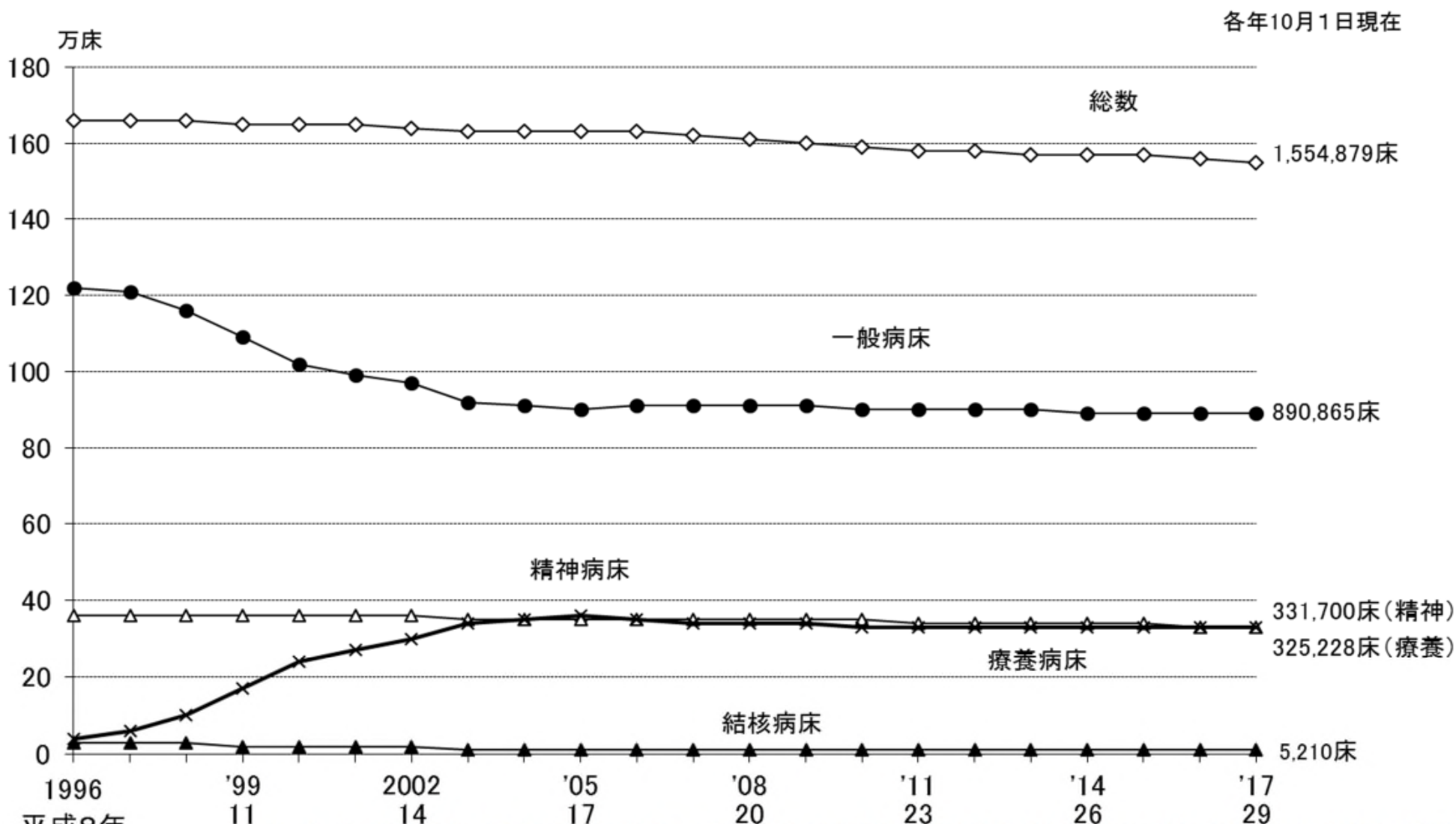
○ 人口10万人あたり病院数・病床数は、ともに減少傾向にある。



病床の種類別にみた病床数の年次推移

中医協 総 - 4 - 2
3 1 . 3 . 2 7

○ 総病床数はゆるやかな減少傾向。一般病床数は近年は横ばいからやや減少傾向。



注:1) 「一般病床」は、平成12年までは「その他の病床」のうち「療養型病床群」を除いたものであり、平成13・14年は「一般病床」及び「経過旧その他の病床(経過旧療養型病床群を除く。)」である。

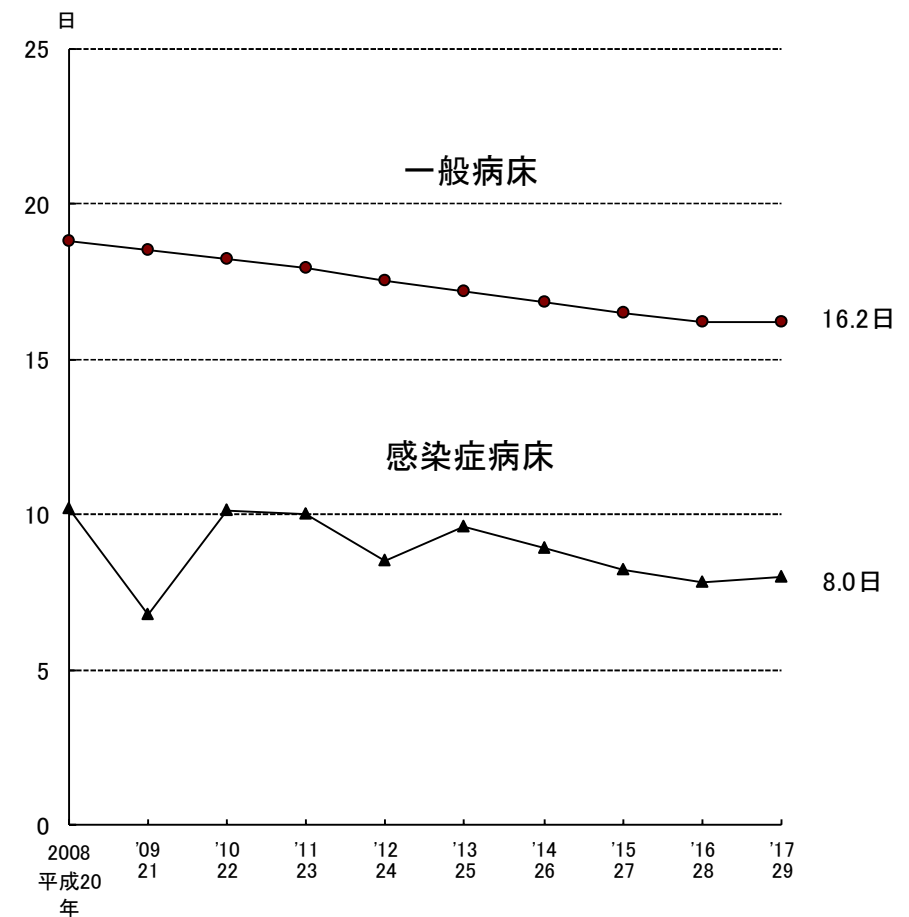
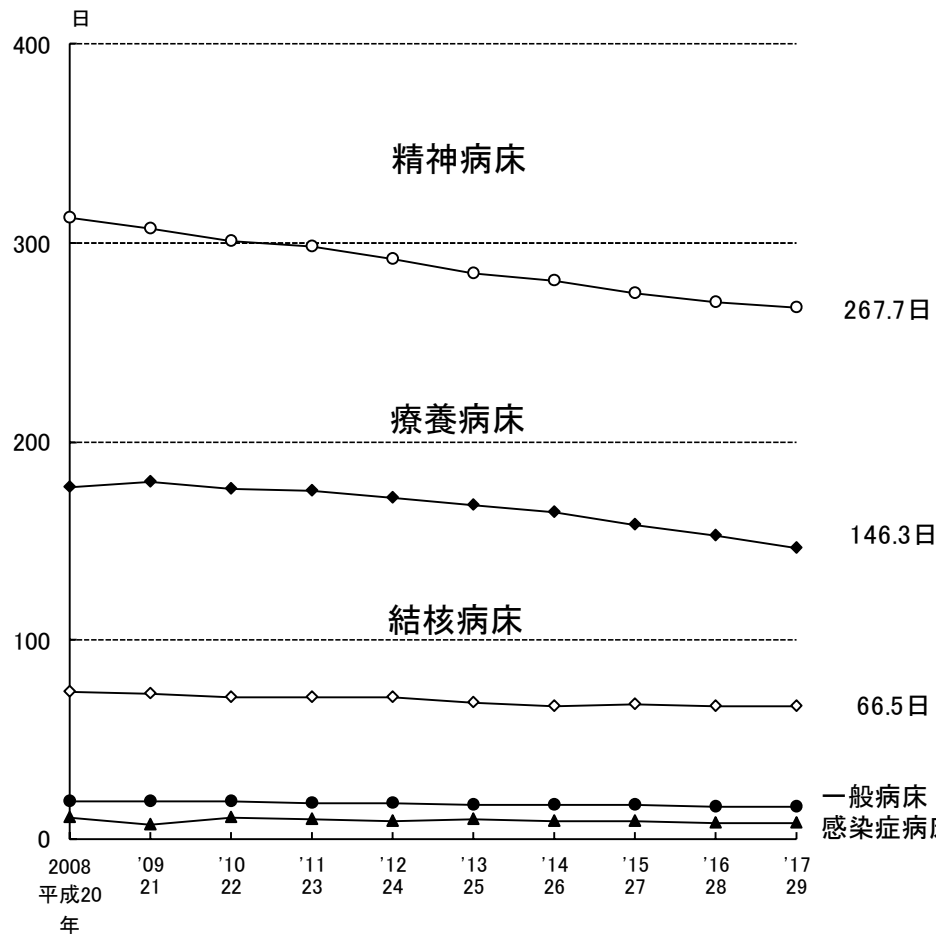
2) 「療養病床」は、平成12年までは「療養型病床群」であり、平成13・14年は「療養病床」及び「経過旧療養型病床群」である。

出典：医療施設調査

病床の種類別にみた平均在院日数の推移

中医協 総 - 4 - 2
3 1 . 3 . 2 7

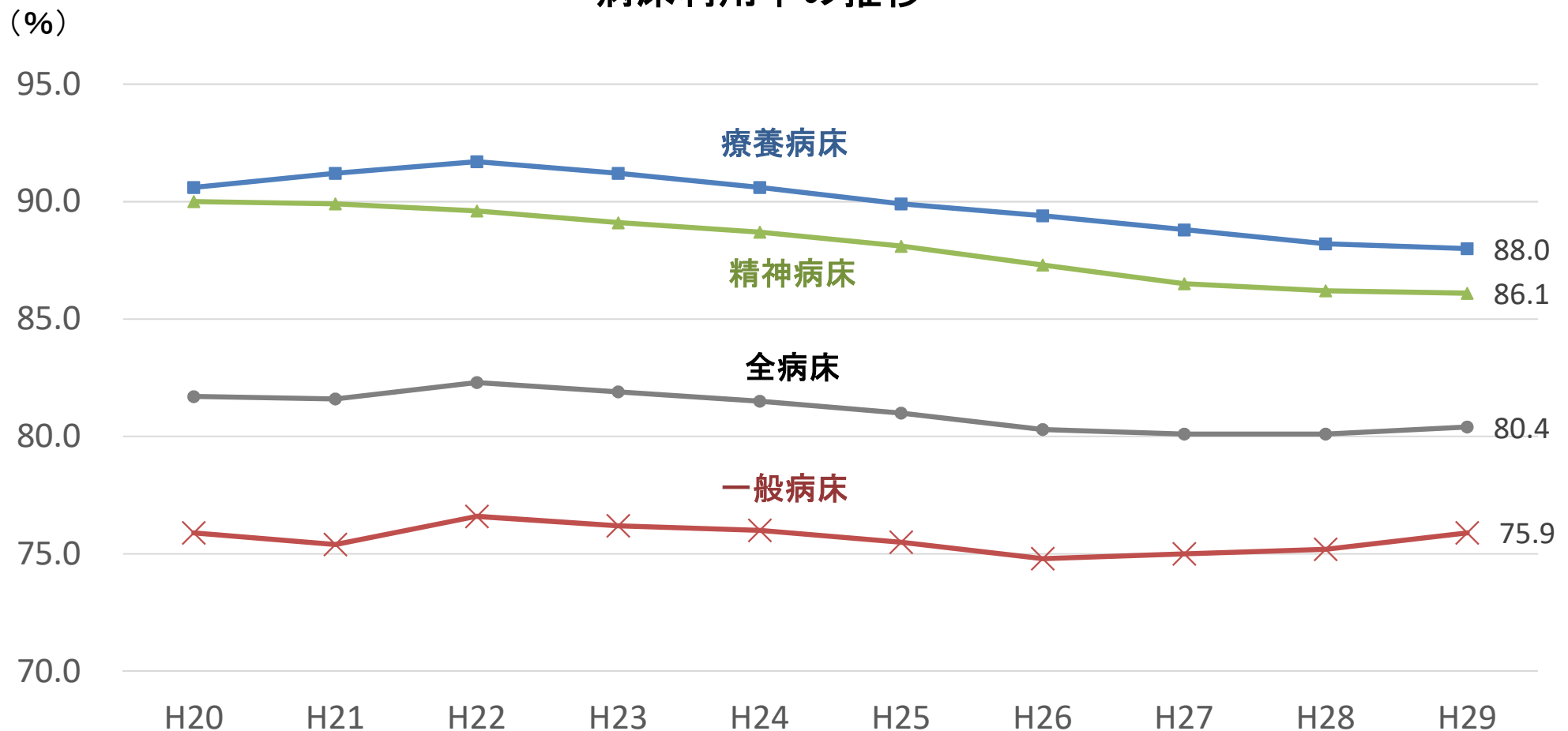
○ いずれの病床区分においても、平均在院日数は減少傾向にある。



注：東日本大震災の影響により、平成23年3月分の報告において、病院の合計11施設（岩手県気仙医療圏1施設、岩手県宮古医療圏1施設、宮城県石巻医療圏2施設、宮城県気仙沼医療圏2施設、福島県相双医療圏5施設）は、報告のあった患者数のみ集計した。
熊本地震の影響により、平成28年4月分の報告において、熊本県の病院1施設（阿蘇医療圏）は、報告がなかったため除いて集計した。

○ いずれの病床区分においても、病床利用率は近年横ばいの傾向にある。

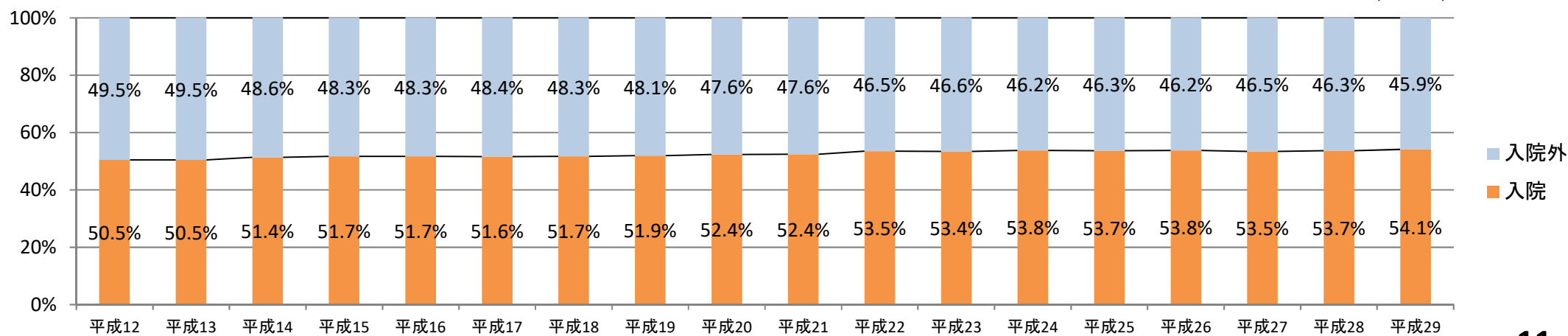
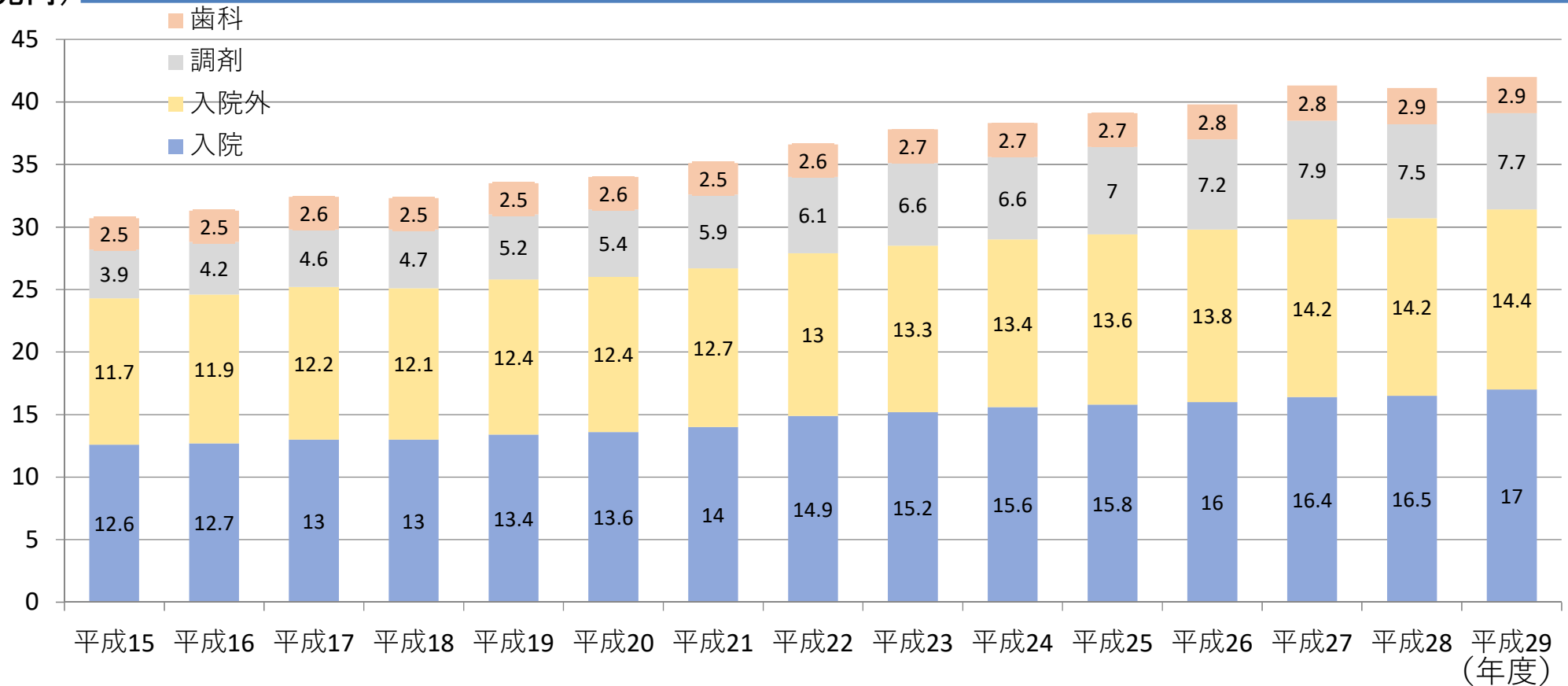
病床利用率の推移



診療種別 医療費の動向(平成15～29年度)

中医協 総 - 4 - 2
3 1 . 3 . 2 7

(兆円) ○ 全ての診療種別医療費は横ばい～増加傾向。入院-入院外の比率に大きな変化はない。

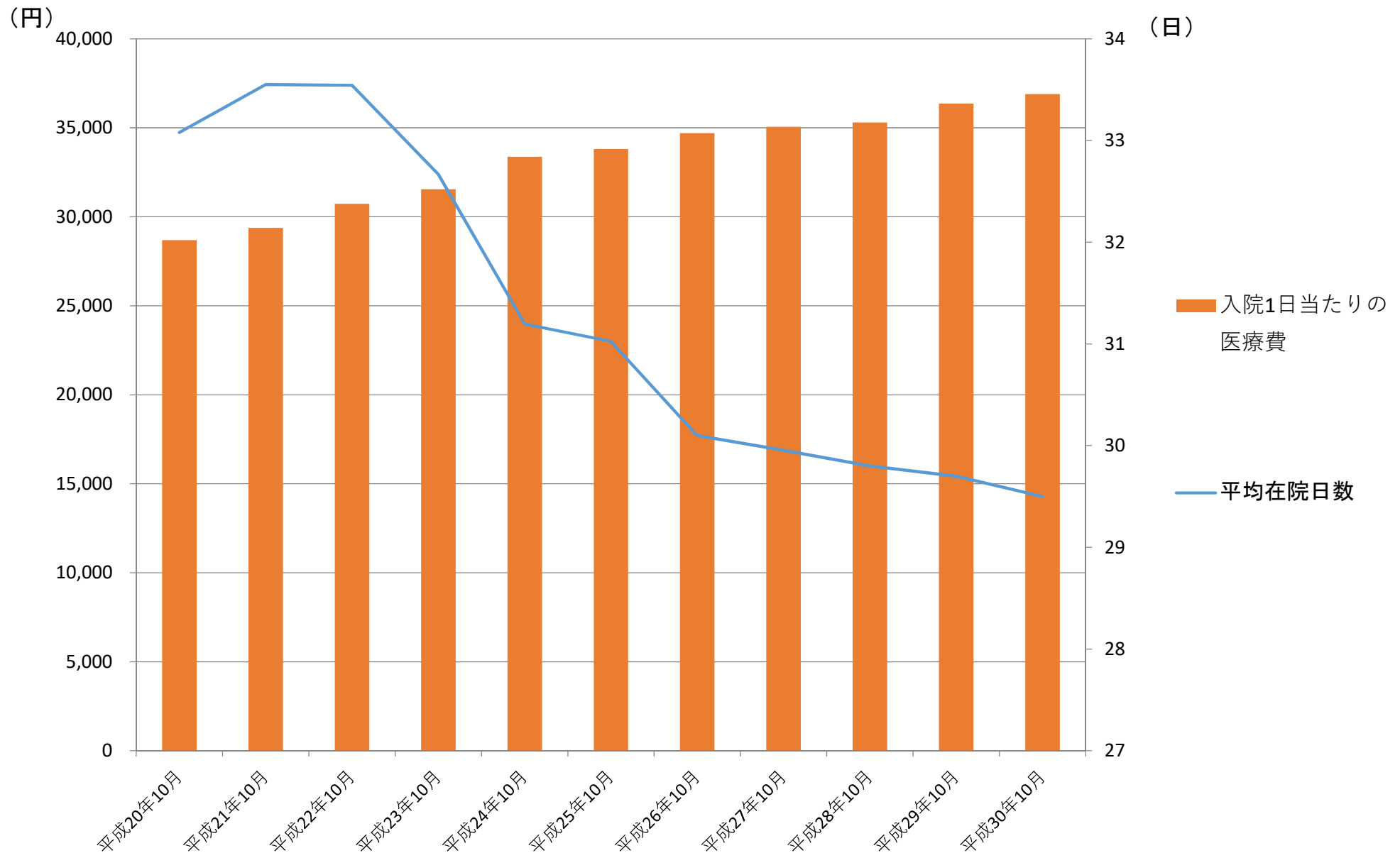


出典:「医療費の動向」(厚生労働省)

1日当たりの入院医療費の推移

中医協 総 - 4 - 2
3 1 . 3 . 2 7

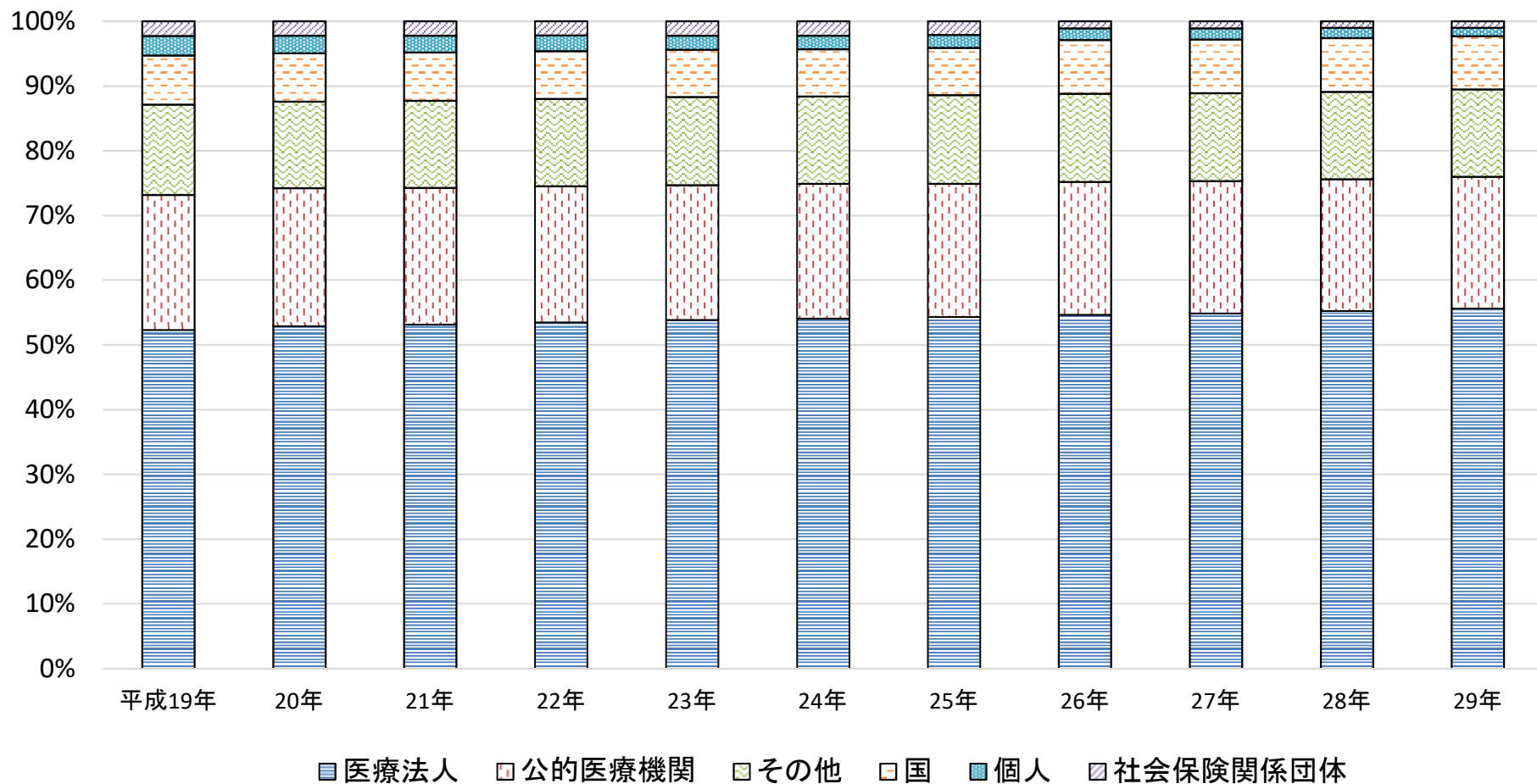
○ 平均在院日数は全体として減少傾向。入院1日あたり医療費は増加傾向。



開設者別の病院病床数の構成割合

○ 開設者別の病院病床数の構成割合をみると、医療法人が約5～6割で最も多く、構成割合に大きな変化はない。

開設者別の病院病床数の構成割合



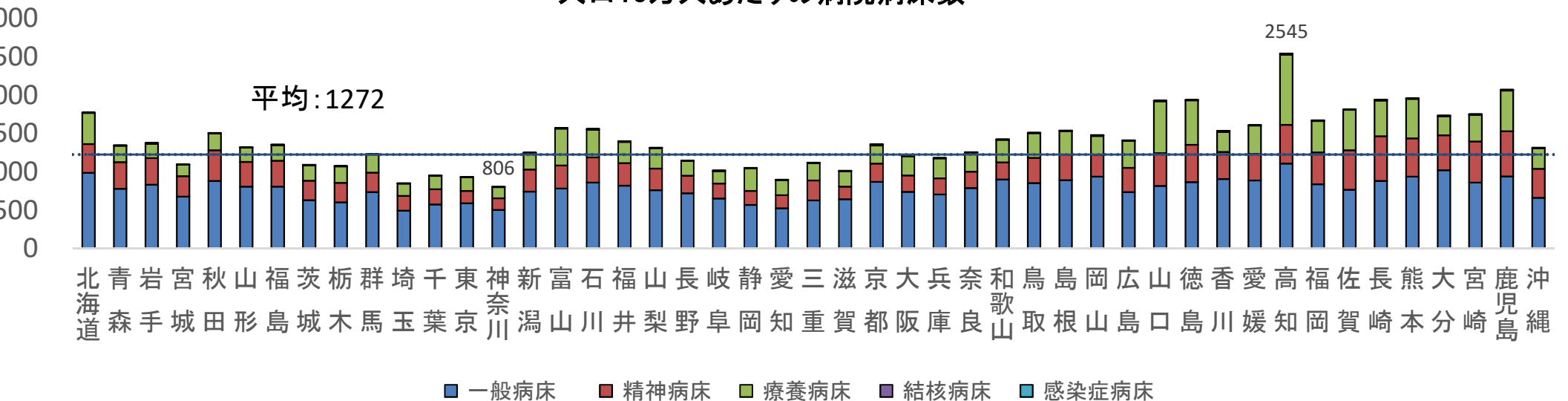
都道府県別にみた病院病床数

中医協 総 - 4 - 2
3 1 . 3 . 2 7

- 都道府県ごとに人口あたり病院病床数はばらつきがみられる。
- 総病床数をみると、最も少ない神奈川県は高知県の1/3程度。

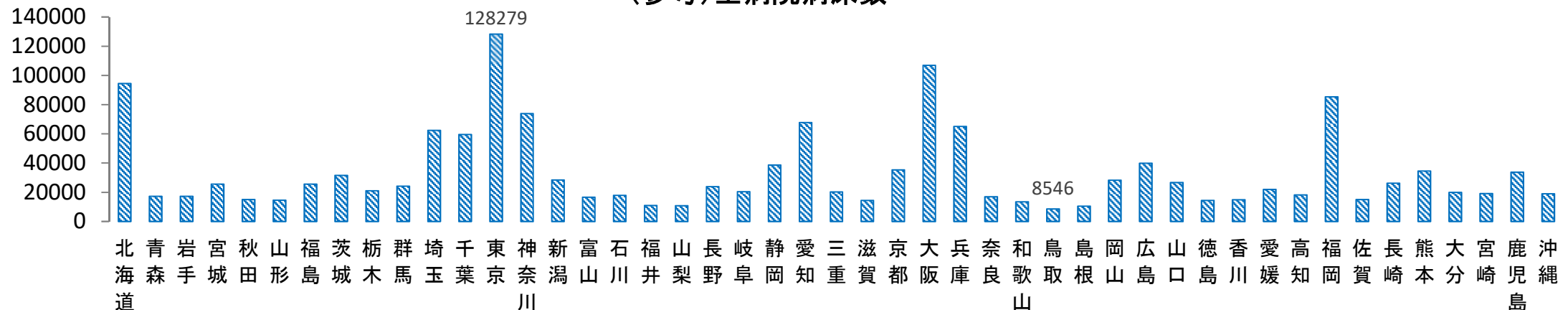
(床)

人口10万人あたりの病院病床数



(床)

(参考)全病院病床数



人口段階別市区町村の変動(2015→2040)【H30推計】

総務省自治体戦略2040構想研究会
第一次・第二次報告の概要(抜粋)

	人口増減率(2015年→2040年)				
	増加	±0～▲10%	～▲20%	～▲30%	～▲40% ～▲50%
100万人以上	さいたま市、川崎市、福岡市(3団体)	札幌市、横浜市、名古屋市、京都市、大阪市、広島市(6団体)	仙台市、神戸市(2団体)		
50～100万人	川口市、大田区、世田谷区、杉並区、板橋区、練馬区(6団体)	宇都宮市、千葉市、船橋市、江戸川区、相模原市、浜松市、岡山市、熊本市(8団体)	足立区、八王子市、新潟市、静岡市、堺市、東大阪市、姫路市、松山市、北九州市、鹿児島市(10団体)		
20～50万人	つくば市、越谷市、柏市、港区、新宿区、文京区、墨田区、江東区、品川区、目黒区、渋谷区、豊島区、荒川区、調布市、西東京市、藤沢市、岡崎市(17団体)	水戸市、高崎市、伊勢崎市、太田市、川越市、上尾市、草加市、市川市、松戸市、中野区、北区、葛飾区、府中市、町田市、茅ヶ崎市、大和市、金沢市、福井市、松本市、一宮市、豊田市、四日市市、大津市、豊中市、吹田市、茨木市、明石市、西宮市、倉敷市、福山市、高松市、久留米市、佐賀市、大分市、宮崎市、那覇市(36団体)	盛岡市、山形市、前橋市、所沢市、平塚市、厚木市、長岡市、富山市、長野市、岐阜市、豊橋市、春日井市、津市、高槻市、枚方市、八尾市、尼崎市、加古川市、宝塚市、奈良市、和歌山市、松江市、徳島市、高知市、佐世保市(25団体)	旭川市、青森市、八戸市、秋田市、春日部市、市原市、横須賀市、富土市、寝屋川市、呉市、下関市、長崎市(12団体)	函館市(1団体)
10～20万人	戸田市、朝霞市、三郷市、ふじみ野市、木更津市、流山市、浦安市、中央区、台東区、三鷹市、小金井市、日野市、刈谷市、安城市、東海市、草津市、浦添市、沖縄市、うるま市(19団体)	帯広市、小山市、新座市、富士見市、成田市、習志野市、八千代市、鎌ヶ谷市、立川市、武蔵野市、小平市、東村山市、国分寺市、東久留米市、伊勢原市、海老名市、藤枝市、豊川市、西尾市、小牧市、稲沢市、桑名市、彦根市、和泉市、箕面市、米子市、出雲市、東広島市、廿日市市、山口市、防府市、丸亀市、筑紫野市、春日市(34団体)	苫小牧市、大崎市、土浦市、古河市、ひたちなか市、佐野市、那須塩原市、熊谷市、鴻巣市、深谷市、入間市、久喜市、坂戸市、野田市、佐倉市、我孫子市、青梅市、昭島市、多摩市、鎌倉市、小田原市、秦野市、座間市、高岡市、小松市、白山市、甲府市、上田市、大垣市、多治見市、各務原市、三島市、富士宮市、磐田市、掛川市、半田市、伊勢市、松阪市、鈴鹿市、長浜市、東近江市、岸和田市、池田市、泉佐野市、伊丹市、川西市、三田市、橿原市、生駒市、鳥取市、津山市、宇部市、新居浜市、飯塚市、諫早市、別府市、都城市、鹿屋市、霧島市(59団体)	釧路市、北見市、江別市、弘前市、一関市、奥州市、酒田市、取手市、筑西市、足利市、栃木市、加須市、狭山市、上越市、飯田市、沼津市、焼津市、瀬戸市、宇治市、守口市、松原市、大東市、羽曳野市、尾道市、岩国市、周南市、西条市、大牟田市、唐津市、八代市、延岡市(31団体)	石巻市、鶴岡市、日立市、桐生市、富田林市、河内長野市、門真市、今治市(8団体)
3～10万人	名取市、富谷市、利府町、守谷市、つくばみらい市、志木市、吉川市、伊奈町、印西市、千代田区、狛江市、稲城市、野々市市、瑞穂市、常滑市、大府市、知立市、高浜市、日進市、長久手市、幸田町、守山市、栗東市、京田辺市、木津川市、藍住町、大野城市、福津市、志免町、新宮町、粕屋町、鳥栖市、合志市、大津町、菊陽町、宜野湾市、名護市、豊見城市、南城市、読谷村、南風原町(41団体)	千歳市、恵庭市、滝沢市、東根市、牛久市、鹿嶋市、さくら市、下野市、壬生町、東松山市、蕨市、和光市、八潮市、白岡市、四街道市、袖ヶ浦市、白井市、国立市、東大和市、清瀬市、武蔵村山市、綾瀬市、能美市、津幡町、鯖江市、甲斐市、美濃加茂市、可児市、袋井市、菊川市、長泉町、岩倉市、清須市、北名古屋市、みよし市、東郷町、扶桑町、大治町、蟹江町、いなべ市、菰野町、野洲市、長岡京市、精華町、芦屋市、加東市、椿磨町、香芝市、葛城市、広陵町、岩出市、総社市、府中町、下松市、筑後市、宗像市、太宰市、古賀市、那珂川町、篠栗町、大村市、石垣市、糸満市(63団体)	音更町、北上市、岩沼市、東松島市、柴田町、天童市、那珂市、神栖市、東海村、阿見町、上三川町、みどり市、大泉町、本庄市、桶川市、蓮田市、鶴ヶ島市、三芳町、上里町、宮代町、東金市、あきる野市、瑞穂町、逗子市、葉山町、寒川町、黒部市、砺波市、射水市、かほく市、敦賀市、坂井市、南アルプス市、笛吹市、中央市、諏訪市、駒ヶ根市、茅野市、塩尻市、佐久市、東御市、安曇野市、中津川市、羽島市、島田市、御殿場市、裾野市、湖西市、清水町、碧南市、蒲郡市、犬山市、江南市、知多市、尾張旭市、豊明市、田原市、弥富市、あま市、東浦町、武豊町、亀山市、近江八幡市、甲賀市、湖南市、福知山市、向日市、貝塚市、摂津市、藤井寺市、大阪狭山市、小野市、稲美町、太子町、田原本町、瀬戸内市、赤磐市、善通寺市、東温市、松前町、香南市、直方市、行橋市、小郡市、糸島市、宇美町、岡垣町、武雄市、小城市、神埼市、長与町、宇土市、益城町、中津市、由布市、始良市、宮古島市、西原町(98団体)	網走市、伊達市、北広島市、石狩市、十和田市、三沢市、むつ市、花巻市、久慈市、紫波町、塩竈市、角田市、多賀城市、登米市、亶理町、米沢市、寒河江市、南陽市、石岡市、結城市、龍ヶ崎市、下妻市、常総市、笠間市、坂東市、かすみがうら市、銚田市、小美玉市、茨城町、鹿沼市、真岡市、大田原市、館林市、藤岡市、富岡市、安中市、玉村町、行田市、秩父市、飯能市、羽生市、北本市、幸手市、日高市、杉戸町、松伏町、館山市、茂原市、旭市、鴨川市、君津市、八街市、富里市、大網白里市、羽村市、南足柄市、大磯町、三条市、新発田市、見附市、燕市、阿賀野市、南魚沼市、胎内市、魚津市、滑川市、小矢部市、七尾市、越前市、富士吉田市、山梨市、北杜市、須坂市、小諸市、伊那市、中野市、千曲市、高山市、関市、瑞浪市、恵那市、土岐市、本美市、郡上市、伊豆の国市、函南町、津島市、愛西市、名張市、高島市、米原市、亀岡市、八幡市、泉大津市、高石市、泉南市、四條畷市、交野市、熊取町、相生市、豊岡市、赤穂市、西脇市、高砂市、加西市、篠山市、丹波市、たつの市、猪名川町、大和郡山市、天理市、桜井市、橋本市、田辺市、紀の川市、倉吉市、境港市、浜田市、益田市、真庭市、浅口市、三原市、三次市、光市、山陽小野田市、鳴門市、小松島市、阿南市、坂出市、三豊市、伊予市、四国中央市、南国市、四万十市、田川市、荏田町、伊万里市、島原市、荒尾市、玉名市、山鹿市、菊池市、宇城市、宇佐市、小林市、日向市、出水市、薩摩川内市、日置市、志布志市(150団体)	室蘭市、岩見沢市、滝川市、登別市、北斗市、黒石市、稚内市、つがる市、五所川原市、平川市、宮古市、大船渡市、釜石市、白石市、栗原市、横手市、大館市、鹿角市、由利本荘市、湯沢市、大仙市、新庄市、上山市、常陸太田市、北茨城市、常陸大宮市、稲敷市、桜川市、行方市、日光市、矢板市、沼田市、渋川市、毛呂山町、小川町、寄居町、富津市、匝瑛市、香取市、山武市、いすみ市、福生市、三浦市、愛川町、柏崎市、小千谷市、十日町市、村上市、糸魚川市、妙高市、五泉市、魚沼市、氷見市、南砺市、加賀市、大野市、都留市、韭崎市、甲州市、岡谷市、下呂市、熱海市、伊東市、御前崎市、牧之原市、新城市、伊賀市、舞鶴市、綾部市、城陽市、京丹後市、南丹市、柏原市、阪南市、洲本市、三木市、南あわじ市、朝来市、淡路市、大和高田市、海南市、大田市、安来市、雲南市、玉野市、笠岡市、井原市、高梁市、備前市、府中市、庄原市、柳井市、吉野川市、阿波市、美馬市、観音寺市、さぬき市、大洲市、西予市、柳川市、八女市、大川市、中間市、朝倉市、みやま市、雲仙市、人吉市、天草市、日田市、佐伯市、臼杵市、杵築市、豊後大野市、日南市、西都市、指宿市、曽於市、奄美市、南九州市(117団体)

※人口は2015年時点 ※下線(赤字)は2040年の人口が下位の人口区分へ変動する団体。枠囲み(緑文字)は2040年の人口が上位の人口区分へ変動する団体。
※太枠は各人口段階において団体数が最も多い人口増減率のカテゴリ

※ 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(H30. 3)」から作成
※ 地域別将来推計人口では福島県内市町村は推計がないため、市区町村数の合計は1,682としている。

人口段階別市区町村の変動(2015→2040)【H30推計】

総務省自治体戦略2040構想研究会
第一次・第二次報告の概要(抜粋)

人口増減率(2015年→2040年)

	増加	±0～ ▲10%	～▲20%	～▲30%	～▲40%	～▲50%	～▲60%	～▲70%	▲70%～
1～3万人	吉岡町、滑川町、開成町、御代田町、南箕輪村、豊山町、大口町、阿久比町、朝日町、川越町、愛荘町、北島町、宇多津町、須恵町、恩納村、金武町、北谷町、北中城村、中城村、与那原町（21団体）	東神楽町、矢野町、大和町、一宮町、聖籠町、内灘町、昭和町、岐南町、北方町、玉城町、福崎町、三郷町、早島町、里庄町、勝央町、坂町、松茂町、筑前町、吉野ヶ里町、三股町、嘉手納町（21団体）	幕別町、中標津町、六戸町、おいらせ町、大河原町、高根沢町、榛東村、明和町、千代田町、長生村、日の出町、大井町、富士河口湖町、軽井沢町、高森町、笠松町、大野町、池田町、吉田町、明和町、大山崎町、島本町、志岡町、王寺町、有田川町、上富田町、湯梨浜町、海田町、石井町、多度津町、遠賀町、大刀洗町、大木町、広川町、基山町、時津町、波佐見町、佐々町、日出町、本部町（40団体）	七飯町、倶知安町、芽室町、別海町、六ヶ所村、階上町、金ヶ崎町、村田町、七ヶ浜町、山辺町、八千代町、境町、益子町、市貝町、野木町、甘楽町、板倉町、邑楽町、嵐山町、美里町、酒々井町、横芝光町、二宮町、立山町、小浜市、勝山市、あわら市、永平寺町、高浜町、若狭町、富士見町、箕輪町、松川町、小布施町、垂井町、神戸町、安八町、川辺町、御嵩町、森町、東員町、多気町、日野町、竜王町、久御山町、太子町、河南町、斑鳩町、御坊市、白浜町、北栄町、南部町、伯耆町、矢掛町、鏡野町、大竹市、安芸高田市、熊野町、北広島町、田布施町、平生町、東みよし町、三木町、綾川町、まんのう町、砥部町、香美市、豊前市、宮若市、水巻町、桂川町、鹿島市、嬉野市、みやき町、有田町、川棚町、阿蘇市、長洲町、南阿蘇村、御船町、甲佐町、錦町、豊後高田市、高鍋町、新富町、門川町、屋久島町（87団体）	名寄市、富良野市、長沼町、栗山町、美瑛町、上富良野町、美幌町、斜里町、遠軽町、釧路町、藤崎町、鶴田町、野辺地町、東北町、五戸町、南部町、遠野市、陸前高田市、二戸市、雫石町、大槌町、蔵王町、山元町、松島町、加美町、涌谷町、美里町、美郷町、村山市、長井市、中山町、河北町、高島町、白鷹町、庄内町、高萩市、潮来市、城里町、那須烏山市、芳賀町、那須町、中之条町、越生町、川島町、吉見町、鳩山町、神川町、栄町、東庄町、松田町、箱根町、湯河原町、加茂市、田上町、津南町、上市町、入善町、羽咋市、中能登町、南越前町、越前町、富士川町、大町市、佐久穂町、下諏訪町、辰野町、木曽町、坂城町、飯綱町、美濃市、山県市、飛騨市、養老町、小山市、美浜町、紀宝町、与謝野町、養父市、市川町、神河町、新温泉町、平群町、河合町、大淀町、有田市、新宮市、かつらぎ町、みなべ町、岩美町、八頭町、琴浦町、大山町、江津市、邑南町、隠岐の島町、美作市、和気町、美咲町、吉備中央町、世羅町、美祢市、板野町、上板町、土庄町、内子町、安芸市、土佐市、宿毛市、佐川町、四万十町、うきは市、鞆手町、福智町、みやこ町、築上町、多久市、白石町、松浦市、杵岐市、西海市、水俣市、氷川町、あさぎり町、玖珠町、国富町、川南町、都農町、高千穂町、枕崎市、西之表市、いちき串木野市、さつま町、長島町、徳之島町（134団体）	留萌市、紋別市、士別市、根室市、砂川市、深川市、当別町、八雲町、岩内町、余市町、白老町、日高町、浦河町、新ひだか町、平内町、板柳町、七戸町、三戸町、八幡平市、岩手町、山田町、洋野町、一戸町、丸森町、南三陸町、にかほ市、仙北市、三種町、羽後町、尾花沢市、川西町、遊佐町、大洗町、大子町、美浦村、利根町、塩谷町、那珂川町、東吾妻町、みなかみ町、ときがわ町、皆野町、小鹿野町、勝浦市、多古町、九十九里町、白子町、山北町、輪島市、志賀町、宝達志水町、大月市、上野原市、市川三郷町、飯山市、山ノ内町、揖斐川町、八百津町、下田市、南知多町、鳥羽市、熊野市、紀北町、宮津市、京丹波町、豊能町、能勢町、岬町、多可町、上郡町、佐用町、香美町、御所市、上牧町、湯浅町、那智勝浦町、串本町、奥出雲町、竹原市、江田島市、三好市、小豆島町、鬼北町、愛南町、須崎市、土佐清水市、いの町、黒潮町、芦屋町、香春町、川崎町、上天草市、美里町、和木町、山都町、芦北町、津久見市、竹田市、国東市、串間市、えびの市、阿久根市、垂水市、伊佐市、湧水町、大崎町、肝付町（107団体）	美唄市、芦別市、赤平市、森町、鱒ヶ沢町、中泊町、男鹿市、茂木町、阿賀町、朝日町、珠洲市、能登町、身延町、東伊豆町、尾鷲市、周防大島町、室戸市、新上五島町（18団体）	南伊勢町（1団体）	
1万人未満	御蔵島村、川北町、日吉津村、久山町、宜野座村（5団体）	二セコ町、舟橋村、忍野村、山形村、豊郷町、田尻町、日高町、上峰町、江北町、嘉島町、今帰仁村、竹富町（12団体）	東川町、鹿追町、中札内村、更別村、小笠原村、刈羽村、鳴沢村、川上村、原村、宮田村、松川村、輪之内町、富加町、和木町、西原村、綾町、龍郷町、渡嘉敷村、南大東村、北大東村、与那国町（21団体）	鷹栖町、西興部村、厚真町、新冠町、土幌町、清水町、大樹町、鶴居村、大衡村、色麻町、三川町、婦恋村、高山村、川場村、昭和村、睦沢町、新島村、清川村、弥彦村、湯沢町、西桂町、山中湖村、中川村、下條村、豊丘村、池田町、白馬村、高山村、坂祝町、白川村、飛島村、宇治田原町、川西町、海士町、西栗倉村、芸西村、吉富町、上毛町、玉東町、木城町、十島村、喜界町、天城町、和泊町、与論町、大宜味村、東村、座間味村、粟国村、伊平屋村、伊是名村（51団体）	新篠津村、鹿部町、今金町、黒松内町、真狩村、留寿都村、共和町、泊村、仁木町、月形町、新十津川町、当麻町、中富良野町、南富良野町、猿払村、幌延町、小清水町、訓子府町、大空町、豊浦町、壮瞥町、安平町、上土幌町、新得町、浜中町、標茶町、標津町、田舎館村、横浜町、東通村、平泉町、川崎町、大郷町、大湯村、大江町、金山町、五霞町、横瀬町、長瀬町、神崎町、芝山町、長柄町、御宿町、大島町、利島村、神津島村、三宅村、青ヶ島村、中井町、出雲崎町、粟島浦村、美浜町、おおい町、道志村、南牧村、立科町、青木村、飯島町、阿智村、平谷村、売木村、秦皇村、蕎木村、木祖村、大桑村、麻績村、生坂村、朝日村、木島平村、南伊豆町、松崎町、木曾岬町、度会町、御浜町、甲良町、多賀町、井手町、安堵町、高取町、明日香村、広川町、美浜町、印南町、日高川町、太地町、三朝町、吉賀町、西ノ島町、新庄村、奈義町、久米南町、直島町、琴平町、北川村、本山村、土佐町、橘原町、糸田町、大任町、赤村、玄海町、大町町、東彼杵町、南関町、南小国町、産山村、高森町、水上村、九重町、高原町、東串良町、中種子町、宇検村、瀬戸内町、伊仙町、知名町、国頭村、伊江村、久米島町、多良間村（120団体）	知内町、長万部町、江差町、厚沢部町、寿都町、蘭越町、喜茂別町、京極町、赤井川村、南幌町、奈井江町、由仁町、浦臼町、秩父別町、雨竜町、北竜町、比布町、和寒町、剣淵町、下川町、美深町、小平町、羽幌町、遠別町、天塩町、浜頓別町、枝幸町、豊富町、清里町、置戸町、佐呂間町、湧別町、興部町、雄武町、洞爺湖町、平取町、えりも町、広尾町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町、浦幌町、厚岸町、弟子屈町、羅臼町、蓬田村、西目屋村、大間町、田子町、新郷村、住田町、岩泉町、田野畑村、普代村、軽米町、野田村、九戸村、女川町、五城目町、八郎潟町、井川町、東成瀬村、西川町、朝日町、大石田町、最上町、舟形町、大蔵村、戸沢村、飯豊町、河内町、長野原町、草津町、片品村、東秩父村、長南町、大多喜町、鋸南町、八丈町、真鶴町、関川村、池田町、小海町、南相木村、北相木村、長和町、阿南町、上松町、南木曾町、玉滝村、筑北村、小谷村、野沢温泉村、信濃町、小川村、栄村、関ヶ原町、七宗町、東白川村、河津町、川根本町、設楽町、東栄町、大台町、大紀町、山添村、三宅町、古座川町、北山村、智頭町、江府町、飯南町、川本町、美郷町、津和野町、知夫村、安芸太田町、大崎上島町、神石高原町、勝浦町、佐那河内村、美波町、上島町、松野町、奈半利町、田野町、中土佐町、越知町、日高村、津野町、三原村、小竹町、東峰村、添田町、太良町、小国町、津奈木町、多良木町、湯前町、相良村、山江村、葦北町、西米良村、三島村、南種子町、大和村、渡名喜村（149団体）	三笠市、上ノ国町、乙部町、奥尻町、せたな町、島牧村、神恵内村、古平町、妹背牛町、沼田町、愛別町、上川町、占冠村、音威子府村、中川町、幌加内町、増毛町、苫前町、初山別村、中頓別町、礼文町、利尻町、利尻富士町、津別町、滝上町、むかわ町、様似町、白糠町、外ヶ浜町、深浦町、大鰐町、風間浦村、佐井村、葛巻町、西和賀町、七ヶ宿町、小坂町、上小阿仁村、藤里町、八峰町、真室川町、鮭川村、小国町、上野村、下仁田町、檜原村、奥多摩町、穴水町、早川町、南部町、小菅村、根羽村、大鹿村、白川町、西伊豆町、豊根村、笠置町、和束町、南山城村、伊根町、千早赤阪村、曾爾村、吉野町、十津川村、下北山村、紀美野町、九度山町、高野町、由良町、すさみ町、若桜町、日南町、日野町、阿武町、上勝町、神山村、那賀町、牟岐町、海陽町、つるぎ町、久万高原町、伊方町、東洋町、安田町、馬路村、大川村、仁淀川町、大月町、小値賀町、五木村、球磨村、姫島村、諸塚村、椎葉村、美郷町、日之影町、五ヶ瀬町、錦江町、南大隅町（99団体）	夕張市、歌志内市、松前町、福島町、木古内町、積丹町、上砂川町、今別町、神流町、南牧村、丹波山村、天龍村、御杖村、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、上北山村、東吉野村、上関町、大豊町（21団体）	川上村（1団体）

※人口は2015年時点 ※下線(赤文字)は2040年の人口が下位の人口区分へ変動する団体。枠囲み(緑文字)は2040年の人口が上位の人口区分へ変動する団体。
※太枠は各人口段階において団体数が最も多い人口増減率のカテゴリー

※ 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(H30. 3)」から作成
※ 地域別将来推計人口では福島県内市町村は推計がないため、市区町村数の合計は1,682としている。

入院医療の診療報酬

- 一般病棟入院基本料の届出施設数は概ね横ばいだが、7対1や10対1の届出病床数は減少傾向。地域包括ケア病棟入院料1、回復期リハビリテーション病棟入院料1、療養病棟入院基本料1は、届出施設数・病床数ともに、増加傾向。
- 平均在院日数は一般病棟入院基本料の7対1が最も短く、全体的に近年は大きな変化はない。病床稼働率は入院料によってばらついている。
- 入院料別の開設者の割合をみると、いずれも民間の占める割合が多いが、一般病棟入院基本料（7対1）や地域包括ケア病棟入院料1では、国立、公立、公的・組合の占める割合が比較的多い。
- 入院料別の病小規模の分布をみると、一般病棟入院基本料の7対1以外は、100床未満が最も多い。
- 都道府県別の各入院料の届出施設数、届出病床数の数と割合は、ばらつきがみられる。
- 入院患者の状態をみると、概ね急性期の入院料の方が、年齢層が若く、要介護・要支援が少なく、自立した患者が多い。
- 入院医療にかかる評価については、平成30年度診療報酬改定において、基本的な診療に係る評価（基本部分）と、診療実績に応じた段階的な評価（実績部分）との2つの評価を組み合わせた評価体系に再編・統合した。
- 地域移行を進める精神病棟の評価として、平成28年度診療報酬改定で地域移行機能強化病棟入院料が新設された。当該入院料については、平成31年度までに新規の届出を行うこととされている。

診療報酬における機能に応じた病床の分類（イメージ）

医療法の
位置付け

一般病床

(H29.6末医療施設動態・病院報告)

病床数 891,492床
病床利用率 73.3%
平均在院日数 15.7日

療養病床

(H29.6末医療施設動態・病院報告)

病床数 327,088床
病床利用率 87.8%
平均在院日数 145.5日

DPC/PDPS

1,664施設 483,747床※2
(▲11,480床)
※2 H29.4.1現在

特定機能病院 入院基本料

85施設
58,446床※1
(+103床)
※1 一般病棟に限る

専門病院入院基本料

21施設 6,513床 (▲770床)

救命救急入院料

383施設 6,499床 (+1床)

特定集中治療室管理料

644施設 5,299床 (▲229床)

ハイケアユニット入院医療管理料

管理料1 493施設 4,732床
管理料2 36施設 337床
合計 529施設 5,069床 (+426床)

脳卒中ケアユニット入院医療管理料

153施設 1,202床 (+198床)

小児特定集中治療室管理料

8施設 88床 (+4床)

新生児特定集中治療室管理料

231施設 1,615床 (▲21床)

総合周産期特定集中治療室管理料

125施設 母児・胎児 797床 (+48床)
新生児 1,615床 (+90床)

新生児治療回復室入院医療管理料

197施設 2,750床 (+17床)

一類感染症患者入院医療管理料

31施設 99床 (+6床)

	管理料1	管理料2	管理料3	管理料4	管理料5
小児入院	68施設	192施設	105施設	371施設	138施設
医療管理料	5,027床 (+95床)	6,780床 (+4床)	2,563床 (▲64床)	7,923床 (▲298床)	-

一般病棟入院基本料

617,411床 (▲13,978床)

回復期リハビリテーション病棟入院料

入院料1	入院料2	入院料3	計
688施設	696施設	124施設	1,508施設
44,299床 (+5,589床)	32,560床 (▲1,736床)	5,204床 (▲820床)	82,063床 (+3,033床)

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

入院料1	入院料2	計
1,848施設	126施設	1,974施設
56,332床 (+13,503)	3,093床 (+381)	59,425床 (+13,884)

障害者施設等入院基本料

863施設
67,341床 (+541床)

特殊疾患病棟

入院料1	入院料2	管理料
110施設	93施設	30施設
5,850床 (▲26床)	6,877床 (+315床)	470床 (▲24床)

緩和ケア病棟入院料
394施設 7,927床 (+388床)

介護療養 病床

52,724床
※H29.6末病院報告

施設基準届出
平成29年7月1日現在
(カッコ内は前年比較)

有床診療所（一般） 5,372施設 71,913床 (▲3,529床)

有床診療所（療養） 563施設 5,523床 (▲879床)

精神科病棟 1,303施設 157,205床 (▲2,915床)

精神科救急入院料
入院料1 137施設 8,630床 (+876床)
入院料2 4施設 256床 (▲2床)

精神科急性期治療病棟入院料
入院料1 346施設 16,220床 (+284床)
入院料2 12施設 628床 (▲62床)

精神科救急・合併症入院料
10施設 334床 (+12床)

児童・思春期精神科入院
37施設 1,223床 (+43床)

精神療養病棟入院料
824施設 92,816床 (▲1,466床)

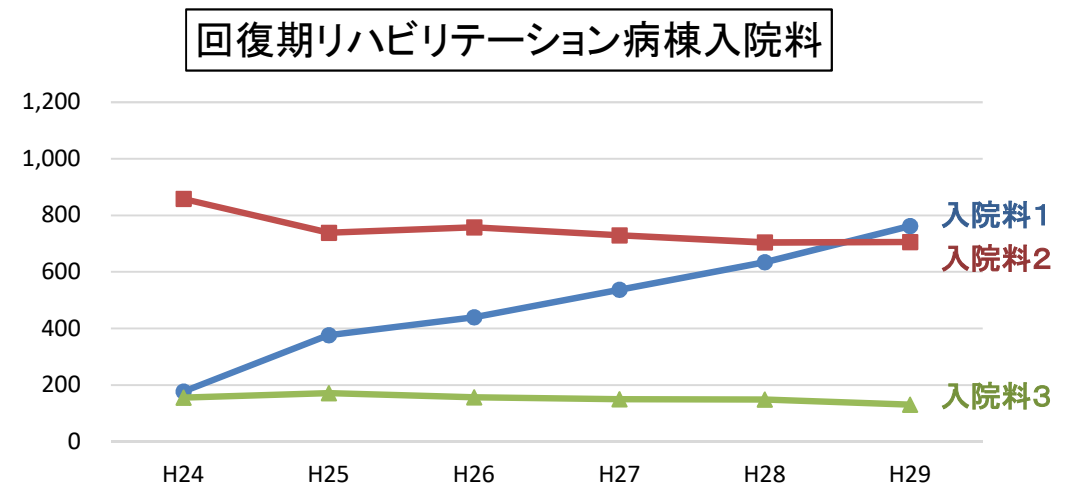
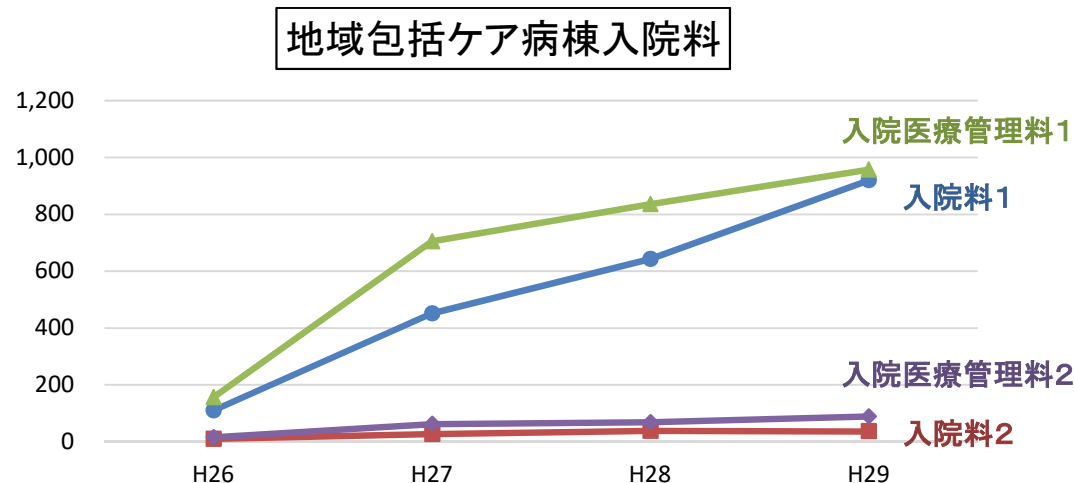
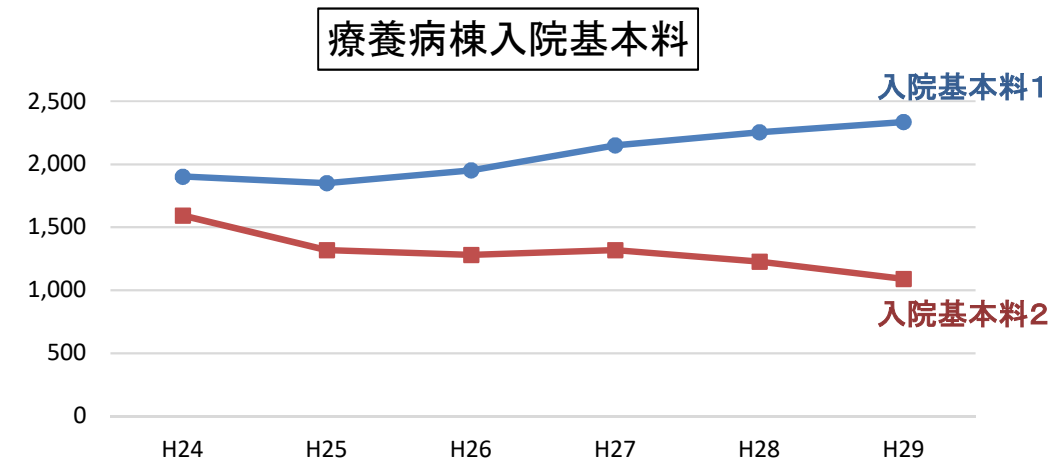
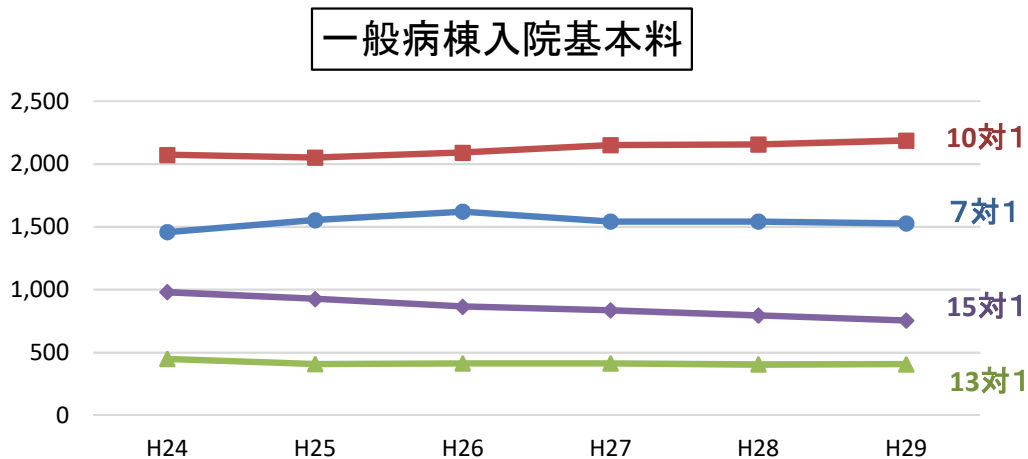
認知症治療病棟入院料
入院料1 501施設 34,911床 (+453床)
入院料2 8施設 680床 (▲256床)

結核病棟 193施設 4,627床 (▲140)

入院料別の届出施設数の推移

- 入院料別の届出施設数をみると、一般病棟入院基本料は概ね横ばい。療養病棟入院基本料1、地域包括ケア病棟入院料・管理料1、回復期リハビリテーション病棟入院料1は増加傾向。

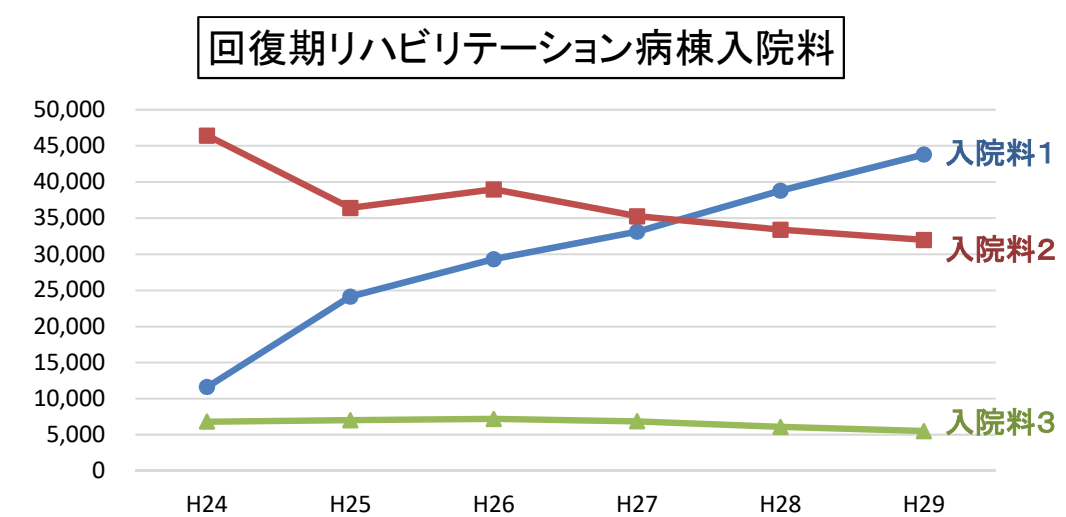
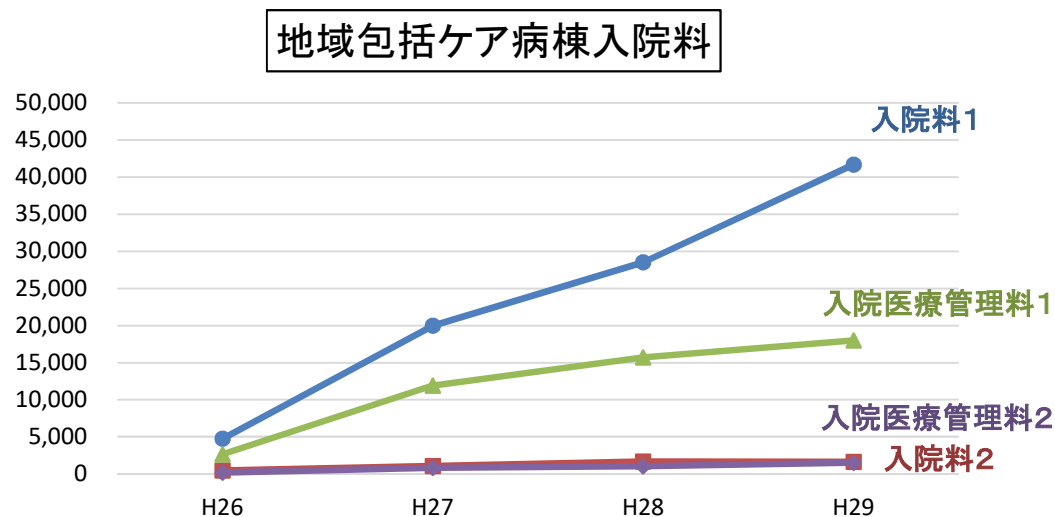
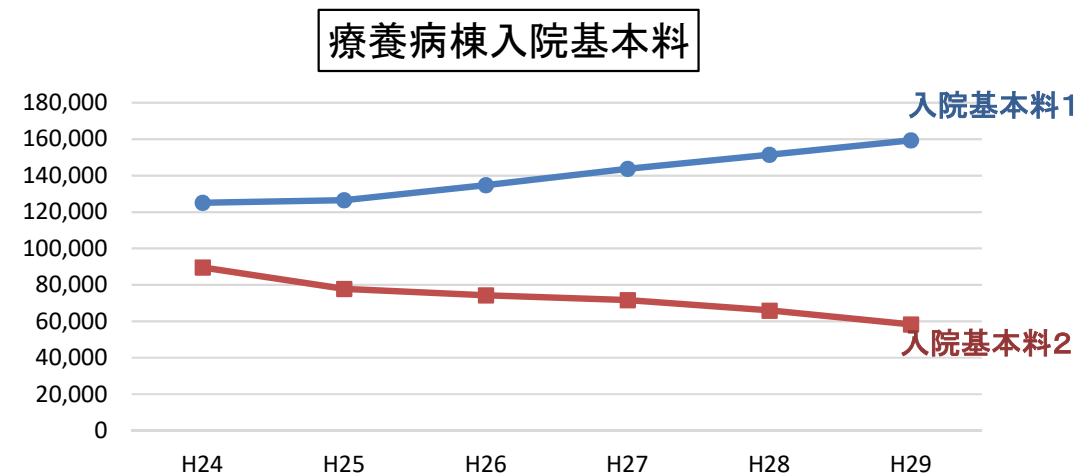
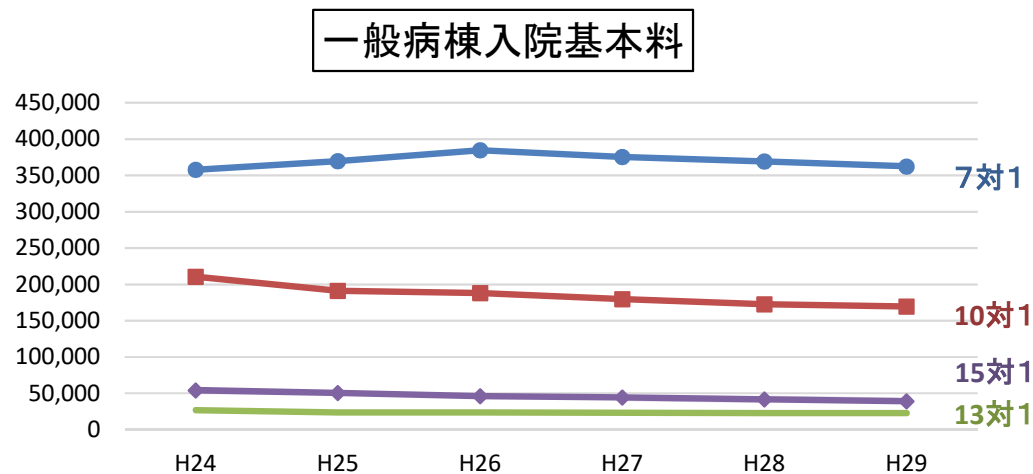
(件数)



入院料別の届出病床数の推移

- 入院料別の届出病床数をみると、一般病棟入院基本料の7対1、10対1は減少傾向。療養病棟入院基本料1、地域包括ケア病棟入院料・管理料1、回復期リハビリテーション病棟入院料1は増加傾向。

(床数)



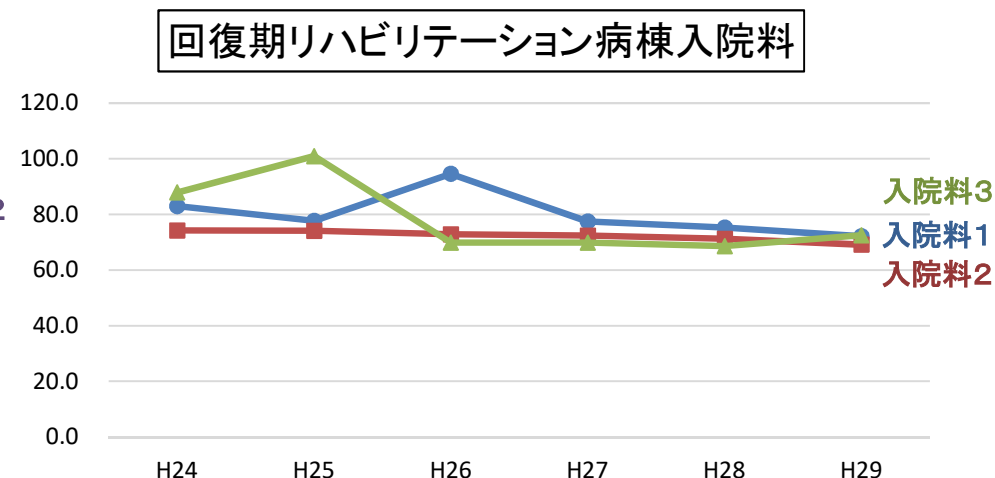
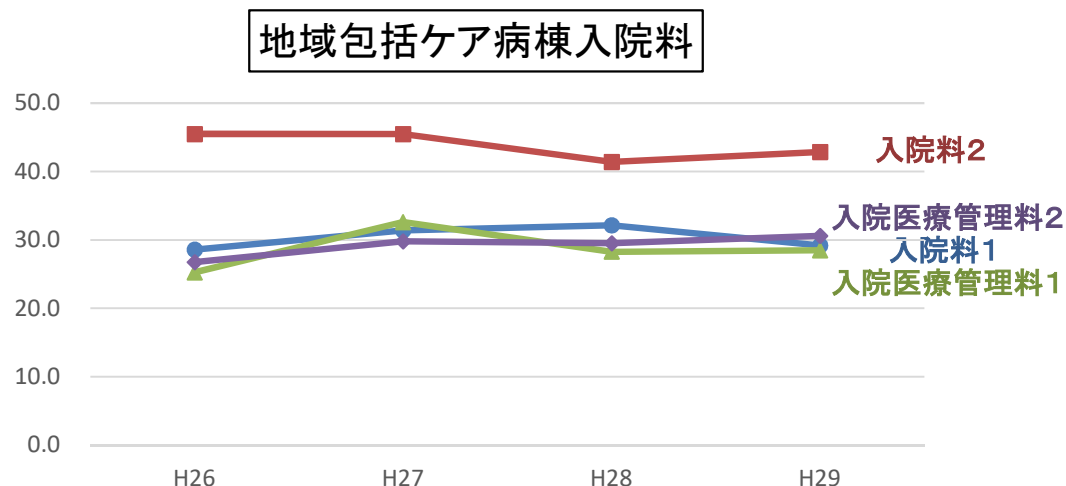
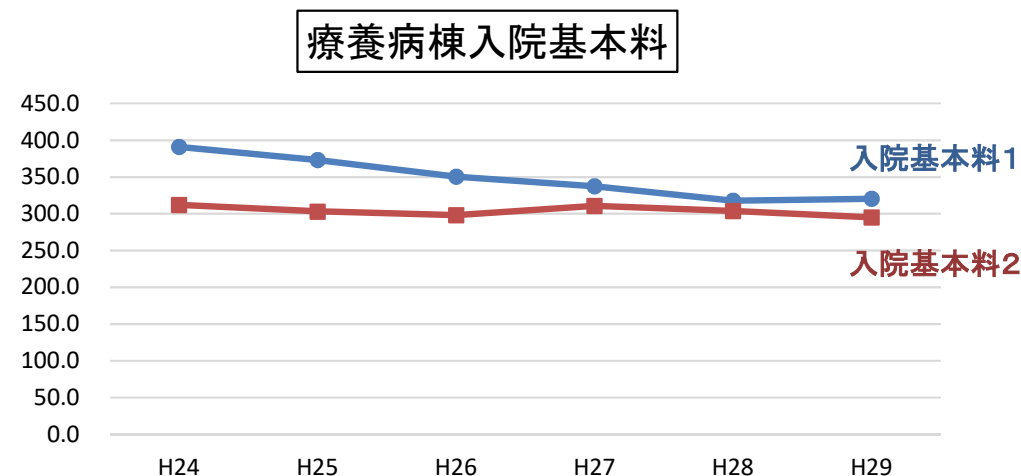
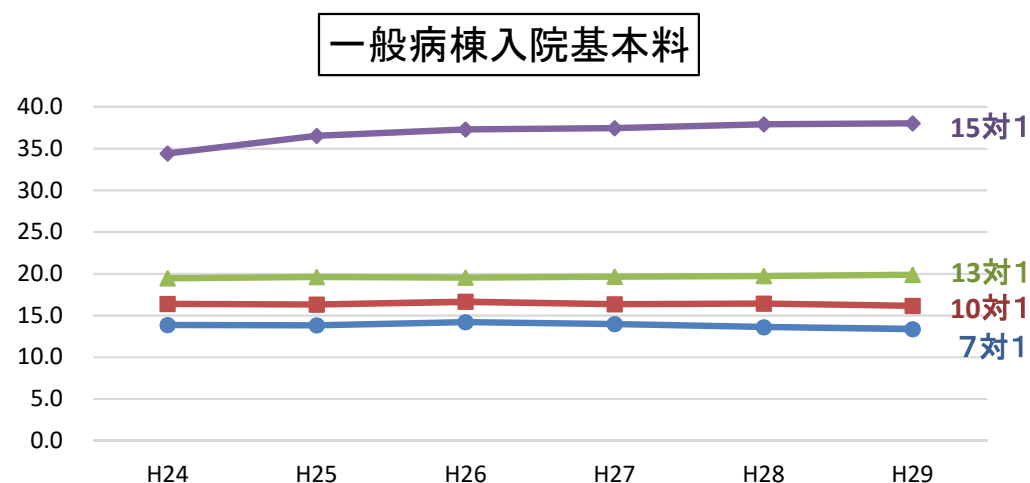
※H24,25は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除く

出典：保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

入院料別の平均在院日数の推移

- 入院料別の平均在院日数をみると、一般病棟入院基本料の7対1が最も短く、全体的に近年は概ね一定で、大きな変化はない。

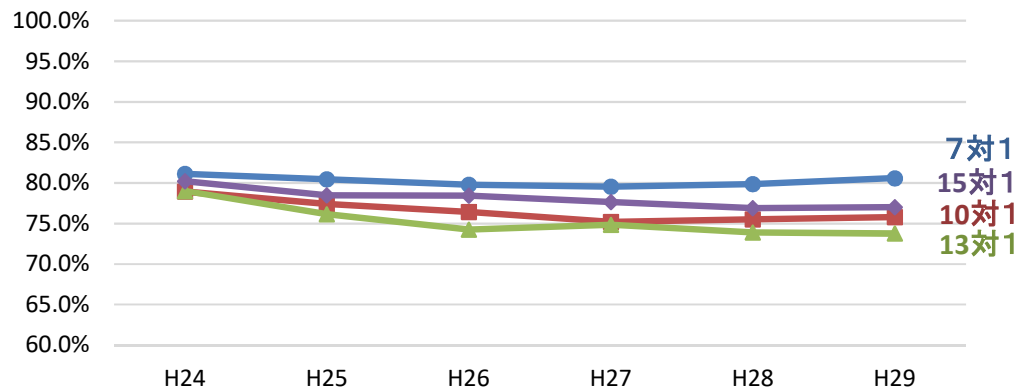
(日)



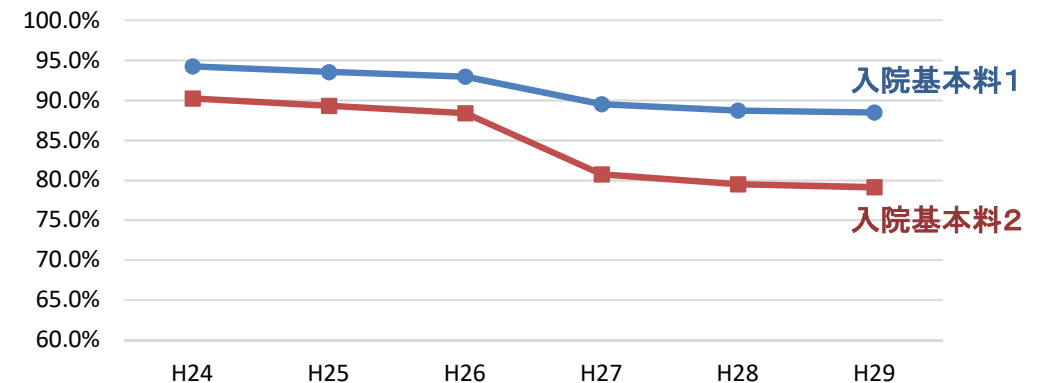
入院料別の病床稼働率の推移

- 入院料別の病床稼働率をみると、一般病棟入院基本料の7対1及び10対1は、平成27年よりやや上昇傾向。療養病棟入院基本料は、近年やや減少傾向。地域包括ケア病棟入院料・管理料は上昇傾向。回復期リハビリテーション病棟入院料は概ね横ばい。

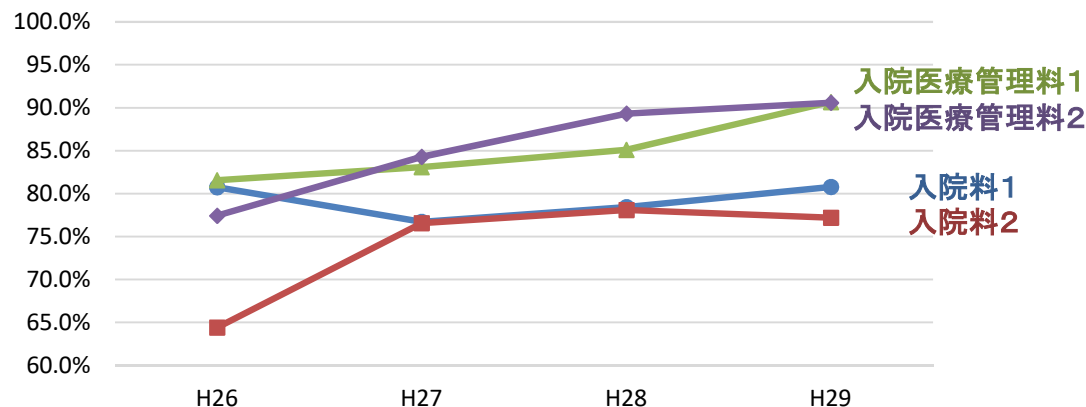
一般病棟入院基本料



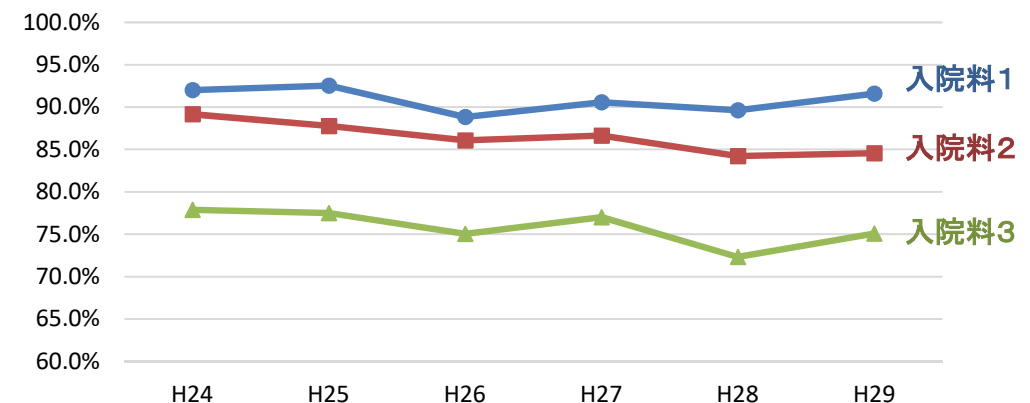
療養病棟入院基本料



地域包括ケア病棟入院料



回復期リハビリテーション病棟入院料



※H24,25は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除く
 ※医療機関の「1日平均患者数」÷「稼働病床数」として計算

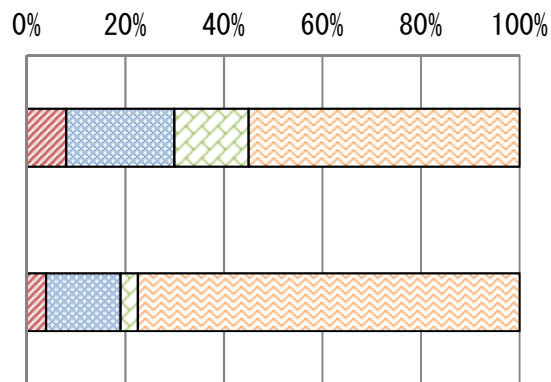
出典：保険局医療課調べ（各年7月1日時点）

入院料別の開設者の割合

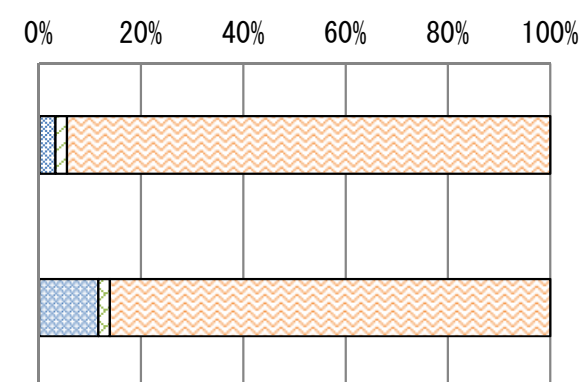
○ 入院料別の開設者の割合をみると、いずれの入院料も民間の占める割合が最も多いが、一般病棟入院基本料（7対1）や地域包括ケア病棟入院料1では、国立、公立、公的・組合の占める割合が比較的多い。

■ 国立
 ■ 公立
 ■ 公的・組合
 ■ 民間

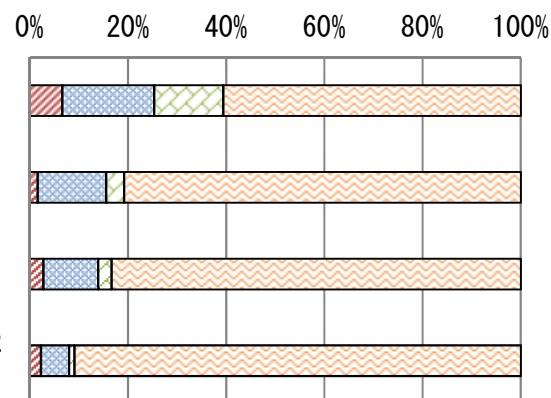
一般病棟入院基本料



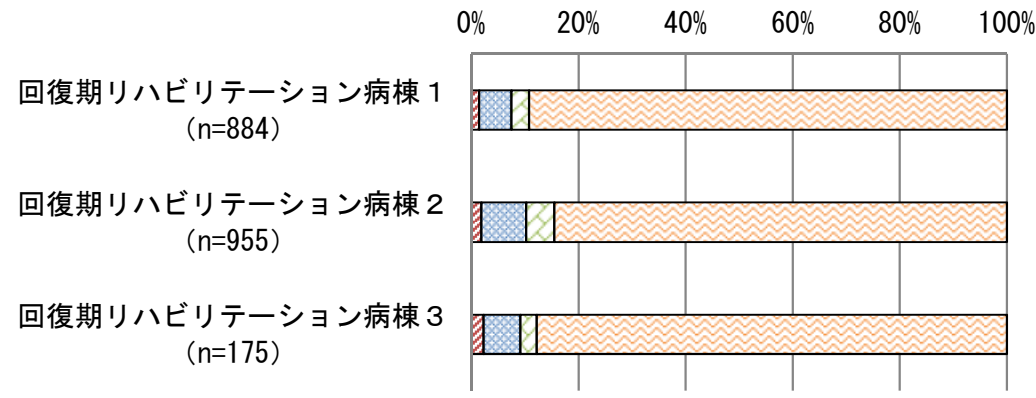
療養病棟入院基本料



地域包括ケア病棟入院料



回復期リハビリテーション病棟入院料

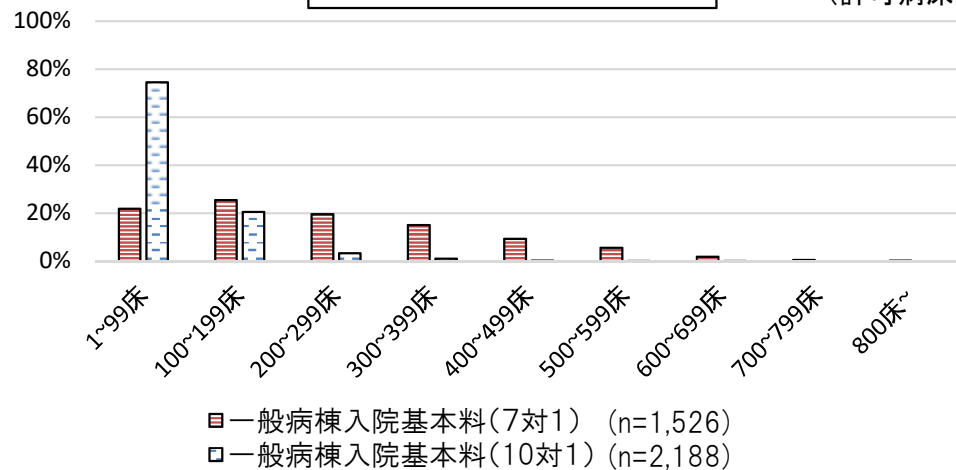


入院料別の病床規模の分布

○ 入院料別の病床規模の分布をみると、一般病棟入院基本料(7対1)以外は、100床未満が最も多い。

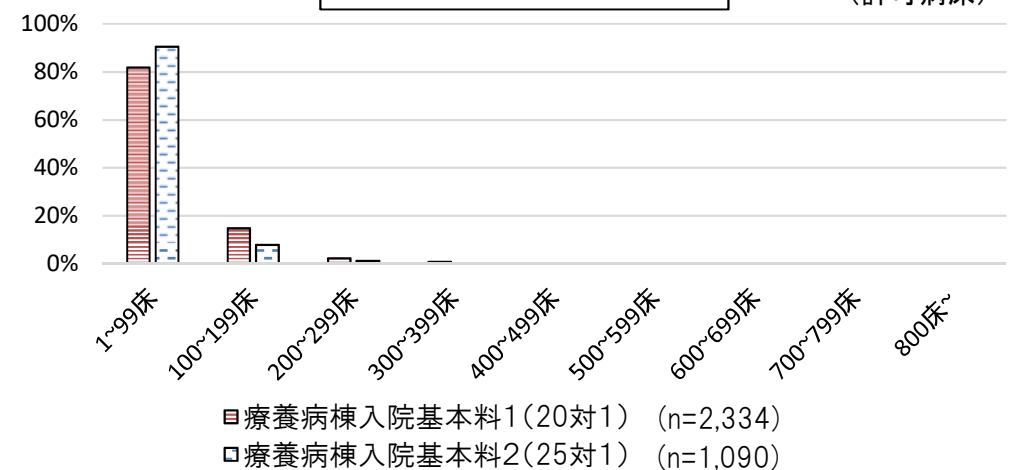
一般病棟入院基本料

(許可病床)



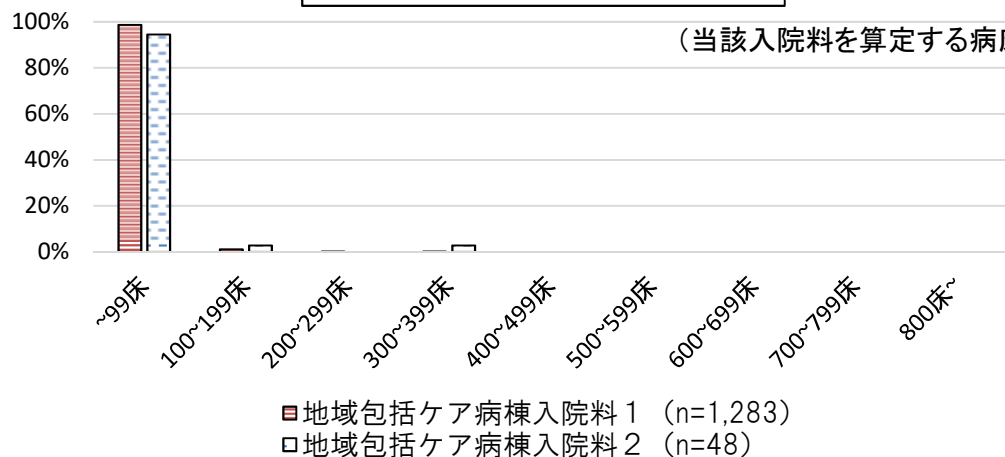
療養病棟入院基本料

(許可病床)



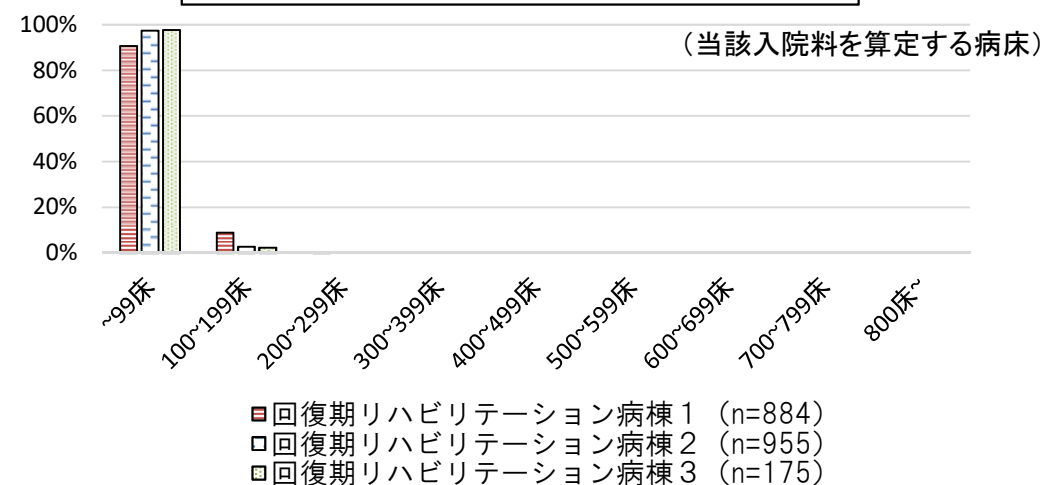
地域包括ケア病棟入院料

(当該入院料を算定する病床)



回復期リハビリテーション病棟入院料

(当該入院料を算定する病床)



※一般病棟入院基本料及び療養病棟入院基本料は許可病床数、
地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料は当該入院料を算定する病床数

出典：保険局医療課調べ（平成29年7月1日時点）

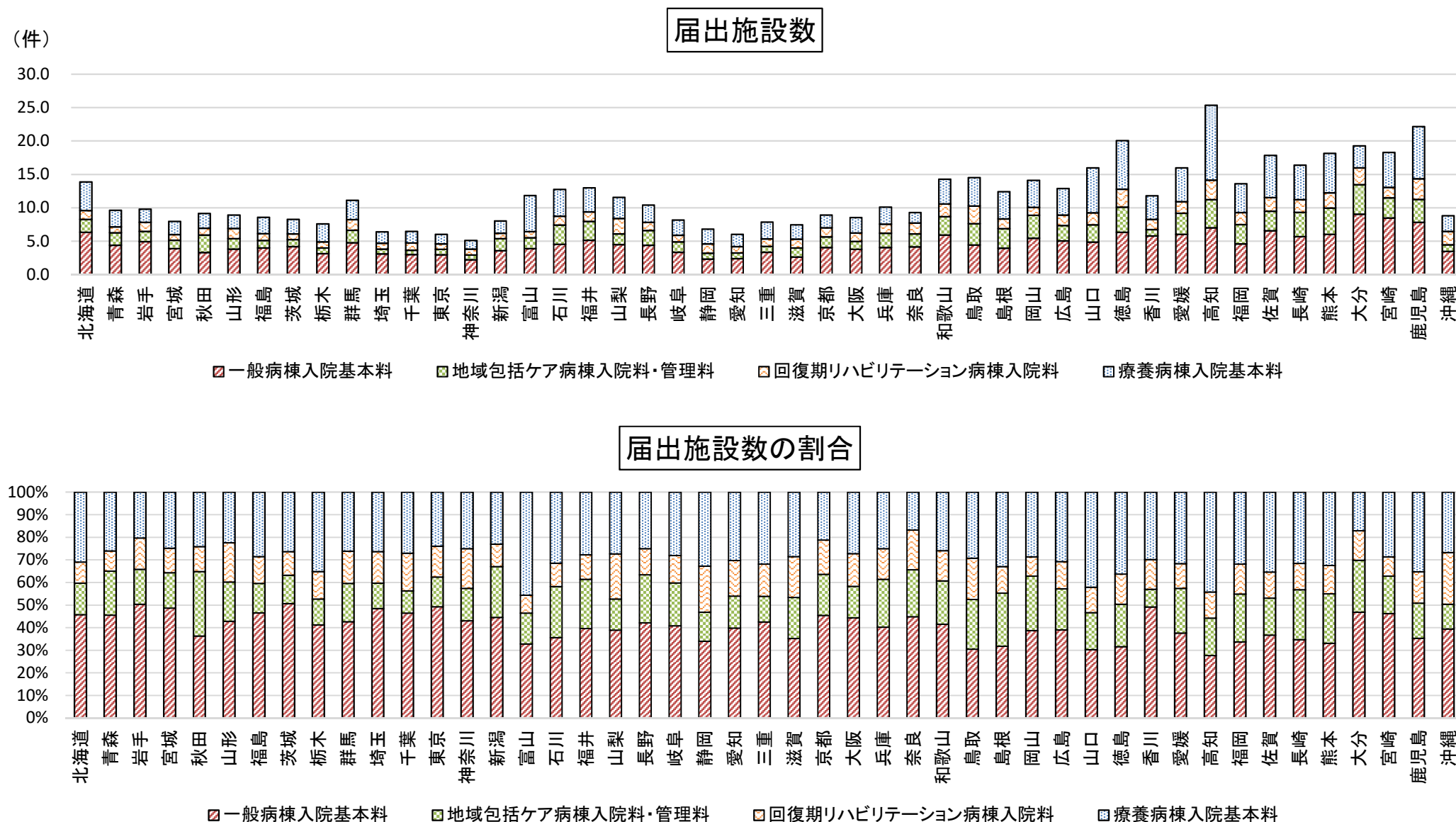
病床数が要件に含まれる主な診療報酬項目

○ 病床規模に応じた医療機関の機能等を踏まえ、以下の診療報酬項目の施設基準等において、病床数が一定以上又は未満であることが要件となっている。

主な診療報酬項目	
許可病床数400床以上	初診料・外来診療料における特定の点数(209点、54点※ ¹)の算定要件 ※ ¹ 通常の点数はそれぞれ282点、73点
	地域包括ケア病棟入院料における届出可能な病棟数の制限
許可病床数400床未満	在宅患者共同診療料の算定要件
一般病床数200床以上	外来診療料の算定要件
一般病床数200床未満	再診料の算定要件
許可病床数200床以上	在宅療養後方支援病院の要件、療養病棟入院基本料等においてデータ提出が要件
許可病床数200床未満	機能強化加算、地域包括診療料、在宅時医学総合管理料等の算定要件
	地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の要件(入院料2・4を除く)
	在宅療養支援病院の要件(半径4km以内に診療所が存在しない場合を除く)
	処方料、処方せん料における加算の要件、データ提出加算における特定の点数(加算1 200点、2 210点※ ²)の算定要件 ※ ² 許可病床数200症以上はそれぞれ150点、160点
許可病床数100床以上	精神疾患診療体制加算の算定要件
	精神科急性期医師配置加算の算定要件※ ³ ※ ³ 精神病床を除く許可病床数が100床以上の場合

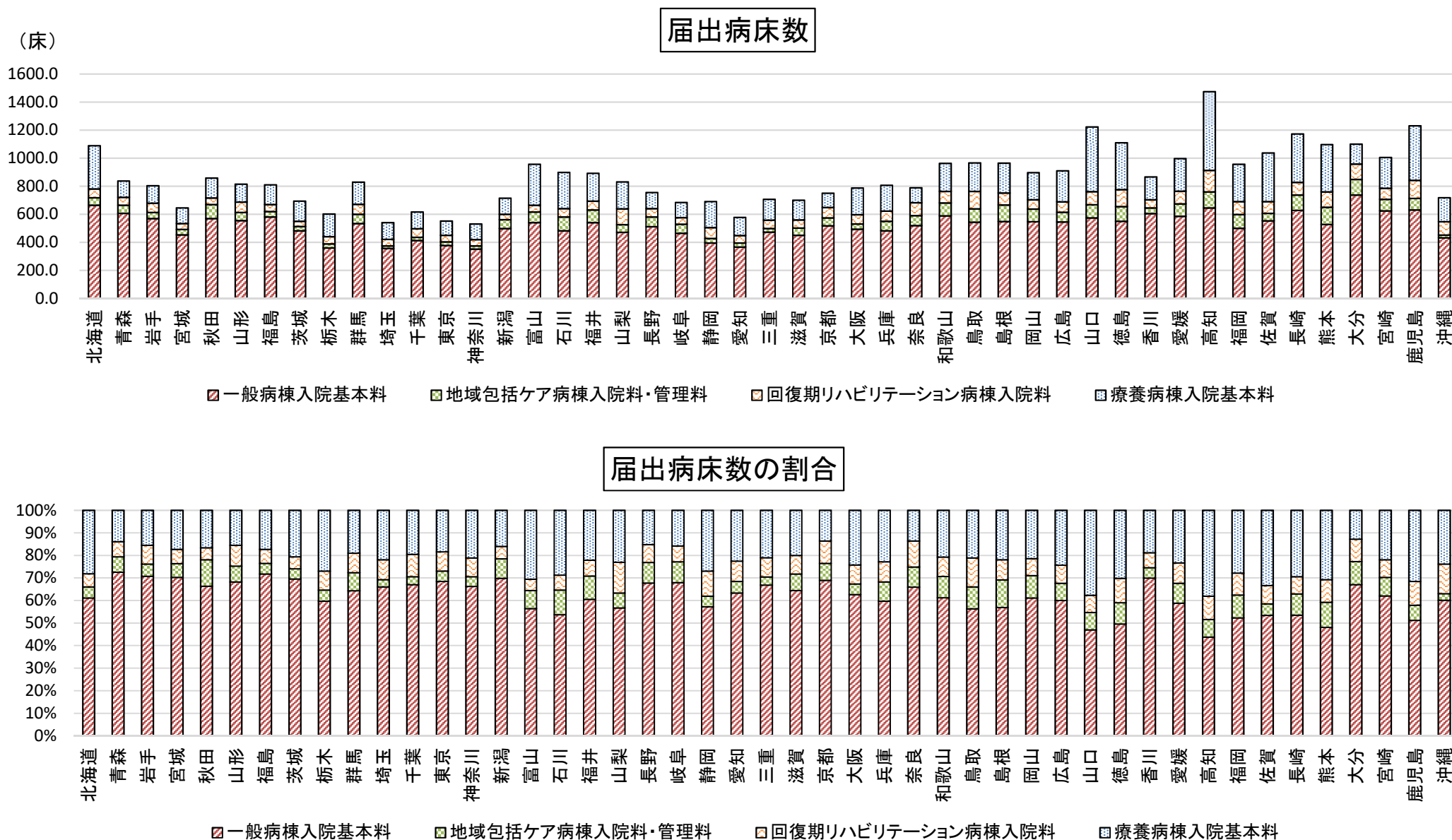
都道府県別 入院料別届出施設数・割合(対人口10万人)

○ 都道府県別の各入院料の届出施設数とその割合は都道府県ごとにばらついている。



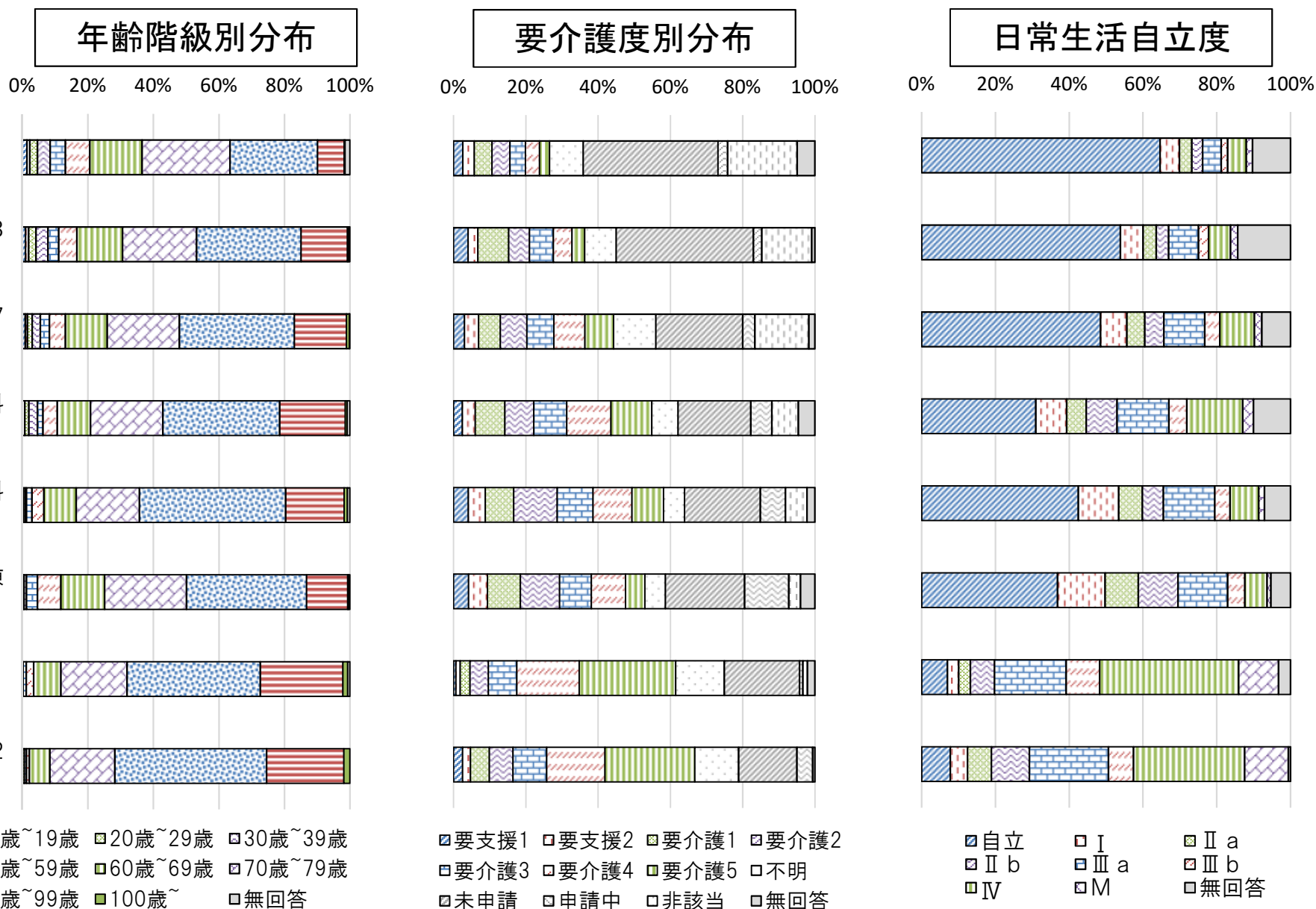
都道府県別 入院料別届出病床数・割合(対人口10万人)

○ 都道府県別の各入院料の届出病床数とその割合は都道府県ごとにばらついている。



入院患者の年齢・要介護度・日常生活自立度

○ 入院料別に、入院患者の年齢・要介護度・認知症高齢者の日常生活自立度の分布をみると、概ね急性期の入院料の方が、年齢層が若く、要介護・要支援が少なく、自立した患者が多い。



一般病棟入院基本料等の評価体系の見直し

- 一般病棟入院基本料等について、入院医療の基本的な診療に係る評価(基本部分)と、診療実績に応じた段階的な評価(実績部分)との2つの評価を組み合わせた評価体系に再編・統合する。

① 一般病棟入院基本料

- 一般病棟入院基本料(7対1、10対1、13対1、15対1)について再編・統合し、新たに、急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料とする。また、急性期一般入院基本料の段階的な評価については、現行の7対1一般病棟と10対1一般病棟との中間の評価を設定する。

② 地域包括ケア病棟入院料

- 基本的な評価部分と在宅医療の提供等の診療実績に係る実績部分とを組み合わせた体系に見直すとともに、在宅医療や介護サービスの提供等の地域で求められる多様な役割・機能を果たしている医療機関を評価する。

③ 回復期リハビリテーション病棟入院料

- 回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系にリハビリテーションの実績指数(回復期リハビリテーション病棟における1日あたりのFIM得点の改善度を、患者の入棟時の状態を踏まえて指数化したもの)を組み込む。

④ 療養病棟入院基本料

- 20対1看護職員配置を要件とした療養病棟入院料に一本化することとし、医療区分2・3の該当患者割合に応じた2段階の評価に見直す。
- 現行の療養病棟入院基本料2(25対1看護職員配置)については、医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針を踏まえ、療養病棟入院料の経過措置と位置付け、最終的な経過措置の終了時期は次回改定時に改めて検討することとし、経過措置期間をまずは2年間と設定する。

急性期一般入院基本料(急性期一般入院料1～7)の内容

➤ 一般病棟入院基本料(7対1、10対1)について、入院患者の医療の必要性に応じた適切な評価を選択できるよう、実績に応じた評価体系を導入し、将来の入院医療ニーズの変化にも弾力的に対応可能とするため、急性期一般入院料1～7に再編する。

		入院料7	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1
看護職員		10対1以上 (7割以上が看護師)						7対1以上 (7割以上が 看護師)
患者割合 []内は 200床未満の 経過措置	重症度、 医療・看護 必要度Ⅰ*1	測定していること	15%以上	21%以上	27%以上	— [26%以上]	— [27%以上]	30%以上
	重症度、 医療・看護 必要度Ⅱ*2	測定していること	12%以上	17%以上	22%以上	23%以上 [21%以上]	24%以上 [22%以上]	25%以上
平均在院日数		21日以内						18日以内
在宅復帰・ 病床機能連携率		—						8割以上
その他		—				・入院医療等に関する調査への 適切な参加 ・届出にあたり入院料1の届出実績 が必要		医師の員数が入 院患者数の100 分の10以上
データ提出加算		○						
点数		1,332点	1,357点	1,377点	1,387点	1,491点	1,561点	1,591点

*1: 現行方法による評価 *2: 診療実績データを用いた場合の評価
[]内は許可病床数200床未満の一般病棟7対1入院基本料の経過措置

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1～4の内容

- 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を基本的な評価部分と在宅医療の提供等の診療実績に係る評価部分とを組み合わせた体系に見直すとともに、在宅医療や介護サービスの提供等の地域で求められる多様な役割・機能を果たしている医療機関を評価する。

*1:現行方法による評価 *2:診療実績データを用いた場合の評価

	管理料4	入院料4	管理料3	入院料3	管理料2	入院料2	管理料1	入院料1
看護職員	13対1以上 (7割以上が看護師)							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ*1 10%以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ*2 8%以上							
在宅復帰に係る職員	当該保険医療機関内に在宅復帰支援を担当するものを適切に配置							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
在宅復帰率	—				7割以上			
室面積	—				6.4㎡以上			
自宅等から入棟した患者割合	—		1割以上 (10床未満は3月で3人以上)	1割以上	—		1割以上 (10床未満は3月で3人以上)	1割以上
自宅等からの緊急患者の受入	—		3月で3人以上		—		3月で3人以上	
在宅医療等の提供(*3)	—		○		—		○	
看取りに対する指針	—		○		—		○	
届出単位	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟
許可病床数200床未満のみが対象	○	—	○	○	○	—	○	○
点数(生活療養)	2,038点(2,024点)		2,238点(2,224点)		2,558点(2,544点)		2,738点(2,724点)	

*3: 以下①～④のうち少なくとも2つを満たしていること

- ①当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料の算定回数が3月で20回以上であること。
- ②当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が3月で100回以上、若しくは同一敷地内の訪問看護ステーションにおいて、訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が3月で500回以上であること。
- ③当該保険医療機関において、開放型病院共同指導料(Ⅰ)又は(Ⅱ)の算定回数が3月で10回以上であること。
- ④介護保険における訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーション等の介護サービスを同一敷地内の施設等で実施していること。

回復期リハビリテーション病棟入院料1～6の内容

- 回復期リハビリテーション病棟において実施されているアウトカム評価の推進を図る観点から、当該入院料の評価体系についてリハビリテーションの実績指数を組み込むなどの見直しを行う。

	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1
医師	専任常勤1名以上					
看護職員	15対1以上（4割以上が看護師）				13対1以上（7割以上が看護師）	
看護補助者	30対1以上					
リハビリ専門職	専従常勤の PT2名以上、OT1名以上				専従常勤のPT3名以上、 OT2名以上、ST1名以上	
社会福祉士	－				専任常勤1名以上	
管理栄養士	－					専任常勤1名 （努力義務）
リハビリ計画書の 栄養項目記載	－					必須
リハビリテーション実績指数 等の院内掲示等による公開	○					
データ提出加算の届出	○（200床以上の病院のみ）			○		
休日リハビリテーション	－ ※休日リハビリテーション提供体制加算あり				○	
「重症者」の割合 （日常生活機能評価10点以上）	－		2割以上		3割以上	
重症者における 退院時の日常生活機能評価	－		3割以上が 3点以上改善		3割以上が 4点以上改善	
自宅等に退院する割合	－		7割以上			
リハビリテーション実績指数	－	30以上	－	30以上	－	37以上
点数 （生活療養を受ける場合）	1,647点 （1,632点）	1,702点 （1,687点）	1,806点 （1,791点）	1,861点 （1,846点）	2,025点 （2,011点）	2,085点 （2,071点）

※ 重複を整理する観点から回復期リハビリテーション病棟入院料における重症度、医療・看護必要度に係る要件は除外

療養病棟入院料1～2の内容

- 看護職員配置20対1以上を要件とした療養病棟入院基本料に一本化することとし、医療区分2・3の該当患者割合に応じた2段階の評価に見直す。

	療養病棟入院料2	療養病棟入院料1
看護職員※	20対1以上 (医療法上の4:1)	
看護補助者※	20対1以上 (医療法上の4:1)	
医療区分2・3 該当患者割合	5割以上	8割以上
データ提出	200床以上の病院は必須	
点数	医療区分1 735点～ 902点 医療区分2 1,151点～1,347点 医療区分3 1,389点～1,745点	医療区分1 800点～ 967点 医療区分2 1,215点～1,412点 医療区分3 1,454点～1,810点

※ 療養病棟入院基本料については、医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針を踏まえ、看護職員配置20対1に満たない場合の経過措置を新たに設けるとともに、看護職員配置25対1に満たない場合の経過措置も別途設ける。

精神科病棟入院基本料等の要件

	医師の配置	看護職員等の配置	構造設備等	その他の主な要件	算定の対象となる患者	診療報酬点数	
精神病棟入院基本料	医師 48:1	看護 7:1 (特定機能病院のみ)	・特記事項なし	・病棟の平均在院日数40日以内 ・新規入院患者の5割以上がGAF30以下	・精神疾患を有する患者	(1,350点)	※初期加算 465点 (～14日) 250点 (15～30日) 125点 (31～90日) 10点 (91～180日) 3点 (181日～1年)
		看護 10:1 (特定機能病院)		・病棟の平均在院日数40日以内 ・新規入院患者の5割以上がGAF30以下		1,271点 (1,278点)	
		看護 13:1 (特定機能病院)		・病棟の平均在院日数80日以内 ・新規入院患者の4割以上がGAF30以下又は身体合併症患者 ・身体疾患への治療体制を確保		946点 (951点)	※重度認知症加算 300点 (～1月) ※救急支援精神病棟 初期加算 100点 (～14日)
		看護 15:1 (特定機能病院)		・特記事項なし		824点 (868点)	
		看護 18:1				735点	
		看護 20:1				680点	
		特別入院基本料 (看護 25:1)				559点	
		地域移行機能強化病棟入院料		指定医 病院常勤2名 精神科医 病棟常勤1名 (専任) 医師 48:1		看護＋看護補助者＋OT＋PSW 15:1 (うち6割以上が看護、OT又はPSW) PSW 病棟専従2名 公認心理士 病院常勤1名	1看護単位60床以下

地域移行を進める精神病棟の評価

平成28年度診療報酬改定

集中的な退院支援と病床数の適正化に取り組む精神病棟の評価

➤ 地域移行機能強化病棟入院料 1,527点

[施設基準]

- ① 看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び看護補助者が15:1以上で配置されていること。うち、看護職員、作業療法士又は精神保健福祉士が6割以上であること。
- ② 当該病棟において、看護職員、作業療法士及び精神保健福祉士の最小必要数(当該必要数が看護職員数を上回る場合には看護職員数)の2割以上が看護師であること。
- ③ 専従の精神保健福祉士が2名以上(当該病棟の入院患者が40を超える場合は3名以上)配置されていること。
- ④ 届出時に、当該保険医療機関全体の精神病床に、許可病床数の90%に相当する数以上の患者が入院していること。(下回る場合は許可病床数の変更届を提出)
- ⑤ 1年以上の長期入院患者が当該病棟から退院した数が、月平均で当該病棟の届出病床数の1.5%に相当する数以上であること。
- ⑥ 当該保険医療機関全体で、1年当たり、当該病棟の届出病床数の5分の1に相当する数の精神病床を減らしていること。
- ⑦ 精神障害者の地域生活を支援する関係機関等との連携を有していること。
- ⑧ 平成31年度までに新規の届出を行うこと。

届出状況		
	平成28年	平成29年
届出医療機関数	9	36
届出病床数	219	1,239

算定状況		
	平成28年	平成29年
算定件数	202	1,623
算定回数	5,614	47,117

入院医療提供体制の施策

- 医療計画において、都道府県が策定すべき事項として、医療圏の設定や基準病床数の算定、地域医療構想等が定められている。
- 地域医療構想の実現に向けて、これまで、地域医療構想調整会議の設置や、公立・公的医療機関等の医療機能を見直すための改革プランの合意等の取組を行った。
- 地域医療構想の進め方として、都道府県は、構想区域の実情を踏まえながら、毎年度、地域医療構想調整会議において合意した具体的方針をとりまとめることとされている。

医療計画について

- 都道府県が、国の定める基本方針に即し、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定するもの。
- 医療資源の地域的偏在の是正と医療施設の連携を推進するため、昭和60年の医療法改正により導入され、都道府県の二次医療圏ごとの病床数の設定、病院の整備目標、医療従事者の確保等を記載。平成18年の医療法改正により、疾病・事業ごとの医療連携体制について記載されることとなり、平成26年の医療法改正により「地域医療構想」が記載されることとなった。

計画期間

- 6年間（現行の第7次医療計画の期間は2018年度～2023年度。中間年で必要な見直しを実施。）

記載事項(主なもの)

○ 医療圏の設定、基準病床数の算定

- ・ 病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分。

二次医療圏

335医療圏（平成30年4月現在）

【医療圏設定の考え方】

一般の入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮。

- ・ 地理的条件等の自然的条件
- ・ 日常生活の需要の充足状況
- ・ 交通事情 等

三次医療圏

52医療圏（平成30年4月現在）

※都道府県ごとに1つ（北海道のみ6医療圏）

【医療圏設定の考え方】

特殊な医療を提供する単位として設定。ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、当該都道府県の区域内に二以上の区域を設定し、また、都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に応じ、二以上の都道府県にわたる区域を設定することができる。

- ・ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入/流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

○ 地域医療構想

- ・ 2025年の、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能ごとの医療需要と将来の病床数の必要量、在宅医療等の医療需要を推計。

○ 5疾病・5事業(※)及び在宅医療に関する事項

※ 5疾病…5つの疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患）。

5事業…5つの事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む。））。

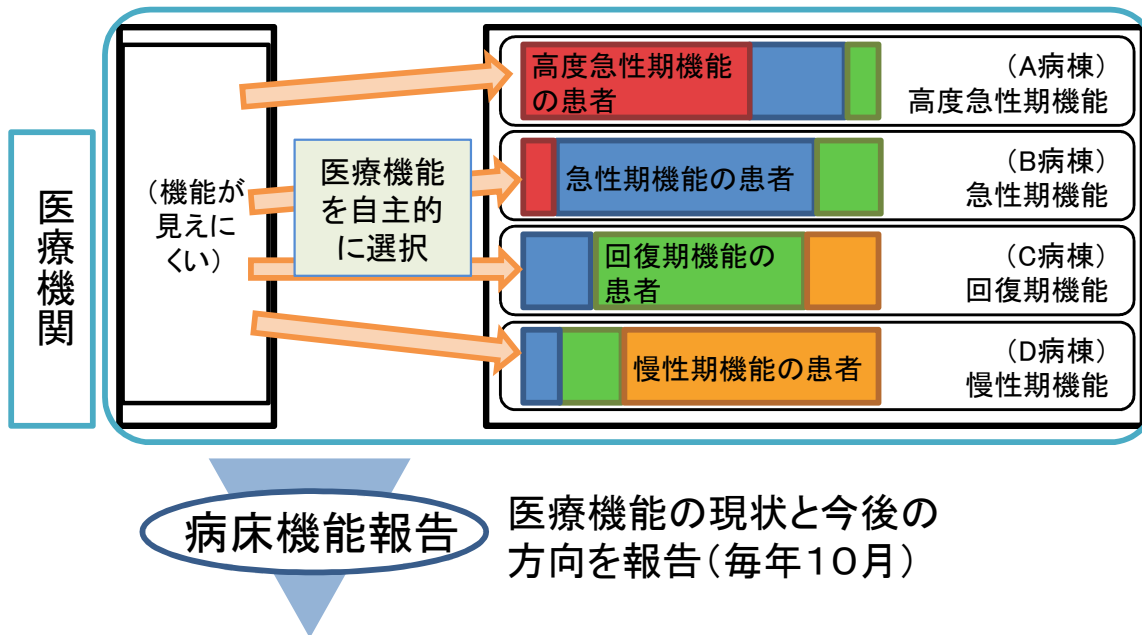
- ・ 疾病又は事業ごとの医療資源・医療連携等に関する現状を把握し、課題の抽出、数値目標の設定、医療連携体制の構築のための具体的な施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う（PDCAサイクルの推進）。

○ 医師の確保、医療従事者(医師以外)の確保

- ・ 地域医療支援センターにおいて実施する事業等による医師、看護師等の確保。

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。
※ 「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

医療法の規定

- 第30条の14 都道府県は、構想区域その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者との協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ、医療計画において定める将来の病床数の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議を行うものとする。
- 2 関係者は、前項の規定に基づき都道府県が行う協議に参加するよう都道府県から求めがあつた場合には、これに協力するよう努めるとともに、当該協議の場において関係者間の協議が調った事項については、その実施に協力するよう努めなければならない。

地域医療構想調整会議の協議事項

「地域医療構想の進め方について」（平成30年2月7日付け医政地発0207第1号
厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）より

【個別の医療機関ごとの具体的対応方針の決定への対応】

- 都道府県は、毎年度、地域医療構想調整会議において合意した具体的対応方針をとりまとめること。

具体的対応方針のとりまとめには、以下の内容を含むこと。

- ① 2025年を見据えた構想区域において担うべき医療機関としての役割
- ② 2025年に持つべき医療機能ごとの病床数

- 公立病院、公的医療機関等は、「新公立病院改革プラン」「公的医療機関等2025プラン」を策定し、平成29年度中に協議すること。
- その他の医療機関のうち、担うべき役割を大きく変更する病院などは、今後の事業計画を策定し、速やかに協議すること。
- 上記以外の医療機関は、遅くとも平成30年度末までに協議すること。

【その他】

- 都道府県は、以下の医療機関に対し、地域医療構想調整会議へ出席し、必要な説明を行うよう求めること。
 - ・病床が全て稼働していない病棟を有する医療機関
 - ・新たな病床を整備する予定の医療機関
 - ・開設者を変更する医療機関

地域医療構想の実現に向けたこれまでの取組について

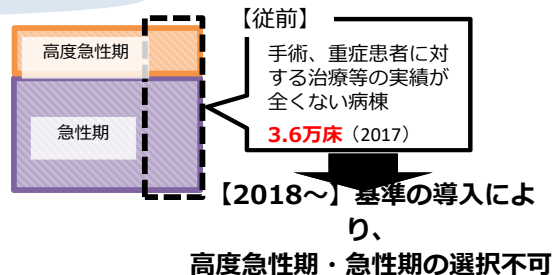
1. これまでの取り組み

- これまで、2017年度、2018年度の2年間を集中的な検討期間とし、**公立・公的医療機関等においては地域の民間医療機関では担うことのできない医療機能に重点化**するよう医療機能を見直し、これを達成するための再編統合の議論を進めるように要請した。
- 公立・公的医療機関等でなければ担えない機能として、「新公立病院改革ガイドライン」や「経済財政運営と改革の基本方針2018」においてはそれぞれ、
 - ア 高度急性期・急性期機能や不採算部門、過疎地等の医療提供等
 - イ 山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供
 - ウ 救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供
 - エ 県立がんセンター、県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供
 - オ 研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能が挙げられている。
- 2018年度末までに**全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針が地域医療構想調整会議で合意されるよう取組を推進。**

地域医療構想の実現のための推進策

○ 病床機能報告における定量的基準の導入

- 2018年10月からの病床機能報告において診療実績に着目した報告がなされるよう定量的基準を明確化し、**実績のない高度急性期・急性期病棟を適正化**



○ 2018年6月より地域医療構想アドバイザーを任命

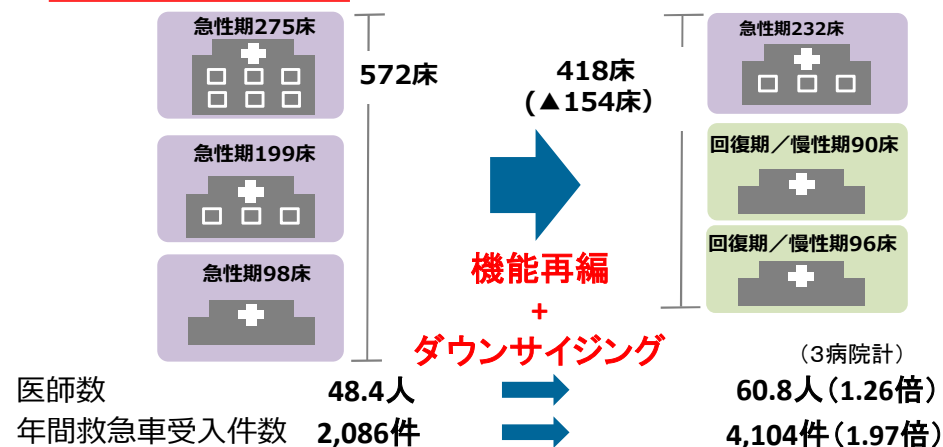
- ・調整会議における議論の支援、ファシリテート
- ・都道府県が行うデータ分析の支援 等 (36都道府県、79名 (平成31年3月))

○ 2018年6月より都道府県単位の地域医療構想調整会議の設置

○ 介護医療院を創設し、介護療養・医療療養病床からの転換を促進

機能分化連携のイメージ (奈良県南和構想区域)

- 医療機能が低下している3つの救急病院を1つの救急病院（急性期）と2つの回復期／慢性期病院に**再編し、ダウンサイジング**
- 機能集約化により医師一人当たりの救急受入件数が増え、**地域全体の医療機能の強化、効率化**が促進された



病床機能ごとの病床数の推移

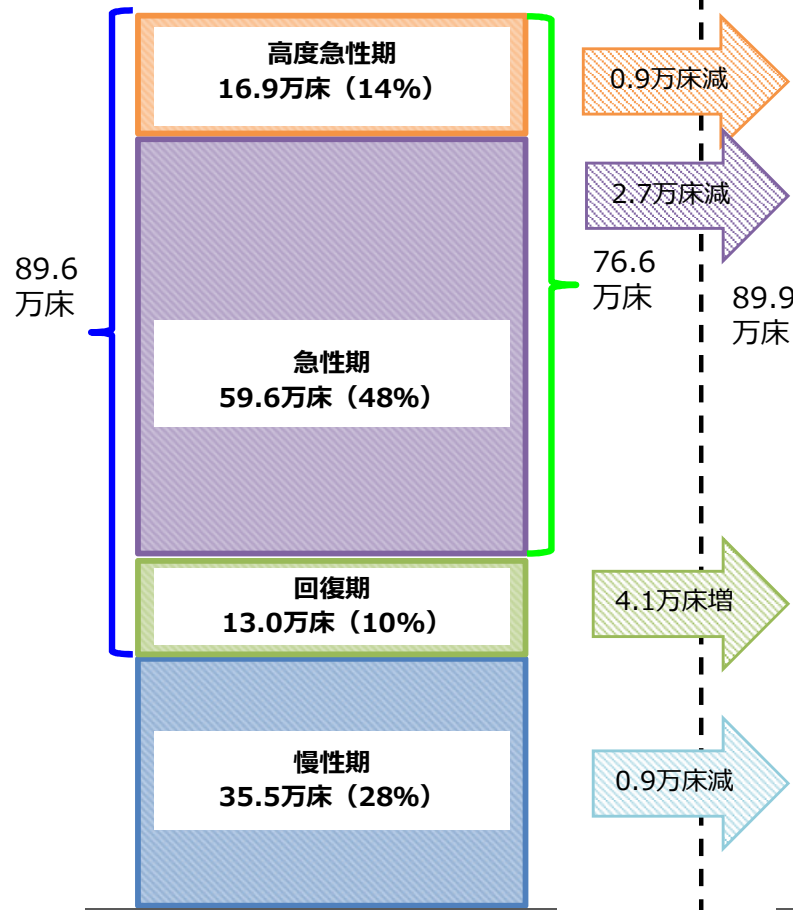
- 2025年見込の病床数※¹は**121.8万床**となっており、2015年に比べ、**3.3万床減少する見込み**。 ※²
- 機能別にみると、高度急性期+急性期は**4.6万床減少**、回復期は**6.2万床増加**、慢性期は**4.9万床減少**する見込み。

※¹：2018年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数
 ※²：対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

【2015年度病床機能報告】

2015年

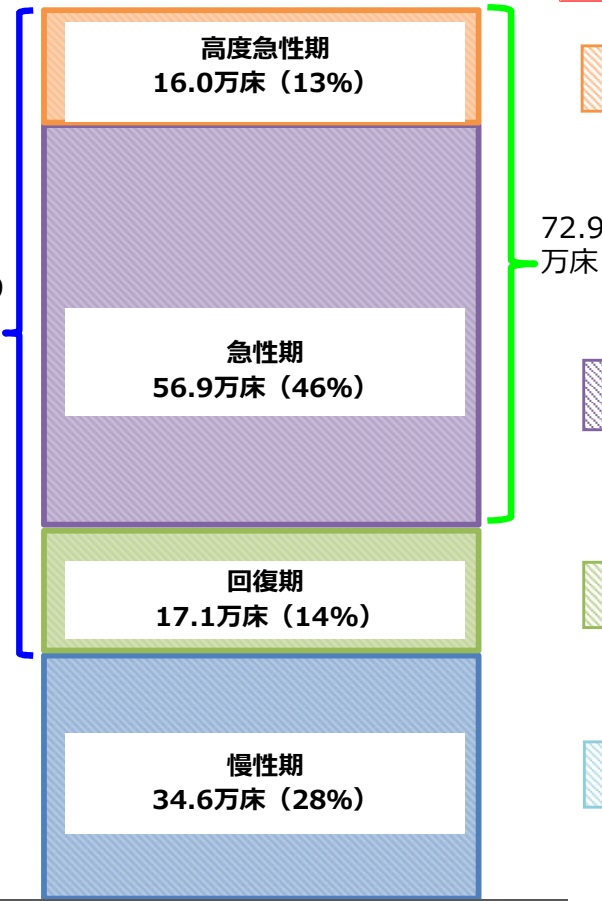
合計 125.1万床



【2018年度病床機能報告 (2019年5月時点暫定値)】

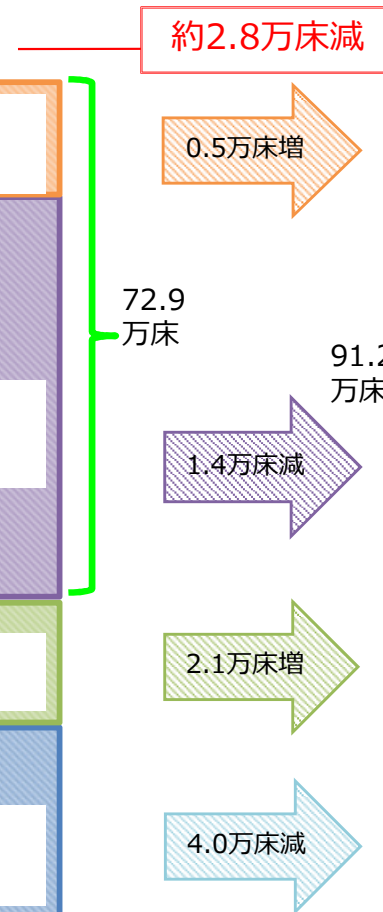
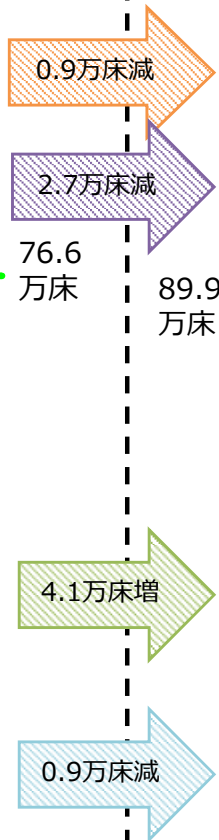
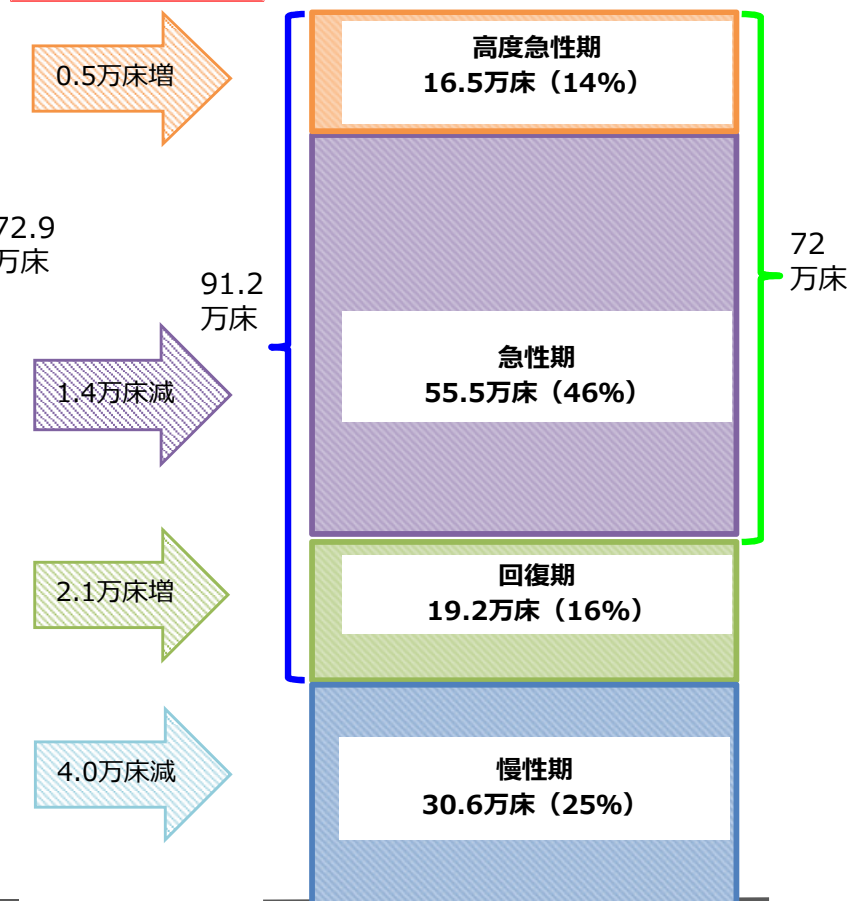
2018年

合計 124.6万床



2025年見込 ※¹

合計 121.8万床



「地域医療構想の進め方について」※のポイント

地域医療構想調整会議の協議事項

※平成30年2月7日付け医政地発0207第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知

【個別の医療機関ごとの具体的対応方針の決定への対応】

- **都道府県は、毎年度、地域医療構想調整会議において合意した具体的対応方針をとりまとめること。**

具体的対応方針のとりまとめには、以下の内容を含むこと。

- ①2025年を見据えた構想区域において担うべき医療機関としての役割
- ②2025年に持つべき医療機能ごとの病床数

⇒平成30年度以降の地域医療介護総合確保基金の配分に当たっては、具体的対応方針のとりまとめの進捗状況を考慮する。

- **公立病院、公的医療機関等は、「新公立病院改革プラン」「公的医療機関等2025プラン」を策定し、平成29年度中に協議すること。**

⇒協議の際は、構想区域の医療需要や現状の病床稼働率、民間医療機関との役割分担などを踏まえ公立病院、公的病院でなければ担えない分野へ重点化されているかどうかについて確認すること。

- **その他の医療機関のうち、担うべき役割を大きく変更する病院などは、今後の事業計画を策定し、速やかに協議すること。**

- **上記以外の医療機関は、遅くとも平成30年度末までに協議すること。**

【その他】

- 都道府県は、以下の医療機関に対し、地域医療構想調整会議へ出席し、必要な説明を行うよう求めること。

・病床が全て稼働していない病棟を有する医療機関・新たな病床を整備する予定の医療機関・開設者を変更する医療機関

地域医療構想調整会議での個別の医療機関の取組状況の共有

- **都道府県は、個別の医療機関ごと（病棟ごと）に、以下の内容を提示すること。**

- ①医療機能や診療実績 ②地域医療介護総合確保基金を含む各種補助金等の活用状況
- ③公立病院・公的病院等について、病床稼働率、紹介・逆紹介率、救急対応状況、医師数、経営に関する情報など

地域医療構想調整会議の運営

- **都道府県は、構想区域の実情を踏まえながら、年間スケジュールを計画し、年4回は地域医療構想調整会議を実施すること。**
- 医療機関同士の意見交換や個別相談などの場を組合せながら、より多くの医療機関の主体的な参画が得られるよう進めること。

- 2040年に向けて人材不足等の新たな課題に対応するため、**I.地域医療構想の実現に向けた取組、II.医療従事者の働き方改革、III.医師偏在対策を三位一体で推進し、総合的な医療提供体制改革を実施**

地域医療構想の実現に向けた更なる取組

これまでの取組

公立・公的医療機関等→民間医療機関では担えない機能に重点化する観点から、**2025年に持つべき医療機能ごとの病床数等について具体的対応方針を策定**

＜具体的対応方針の合意結果＞

- ・公立病院、公的医療機関ともに「急性期」からの転換が進んでいない。
- ・トータルの病床数は横ばい。

(新公立病院改革プラン対象病院 2019年3月末 95%合意) (単位：万床)

	合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
2017年	17.4	3.5	11.5	1.4	1.0
2025年見込	17.4	3.6	10.9	2.0	0.9

(公的医療機関等2025プラン対象病院 2019年3月末 98%合意)

	合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
2017年	30.2	10.8	15.2	1.9	2.4
2025年見込	30.3	10.5	15.1	2.5	2.3

今後の取組

- ① 2019年央に、**国が、都道府県に対して公立・公的医療機関等の具体的対応方針の検証を要請。要請対象の医療機関を公表。**
→都道府県が遅くとも2020年秋を目途に再協議・同意を終え、国の更なる対応につなげる。

【要請の内容】

・「類似の実績がある医療機関が近接している」又は「診療実績が少ない」医療機関を対象
・診療領域又は医療機関の再編・統合について地域医療構想調整会議での再協議・同意を要請

- ② ①の医療機関を含む区域から、**国が重点的に支援する区域を設定。**
都道府県と連携し、データ分析や再編統合の方向性等について直接助言。
- ③ 上記の取組と併せ、民間医療機関の再編を促す観点からも、地域医療介護総合確保基金の活用状況の検証結果を踏まえ、**病床のダウンサイジング支援等の追加的方策等**についても検討。

2040年の医療提供体制を見据えた3つの改革

現在の課題 非効率な医療提供
(医療資源の分散と偏在、医師の過重労働)

2025年までに着手し着実に実行すべきこと

I.医療施設の最適配置の実現と連携

～ **地域医療構想の実現：2025年まで** ～

- 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 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取組

三位一体で推進

II.医師・医療従事者の働き方改革

(医師の時間外労働に対する上限規制：2024年～)

- ① 医療機関における労働時間管理の適正化とマネジメント改革
- ② 上手な医療のかかり方に向けた普及・啓発と患者・家族への支援

III.実効性のある医師偏在対策

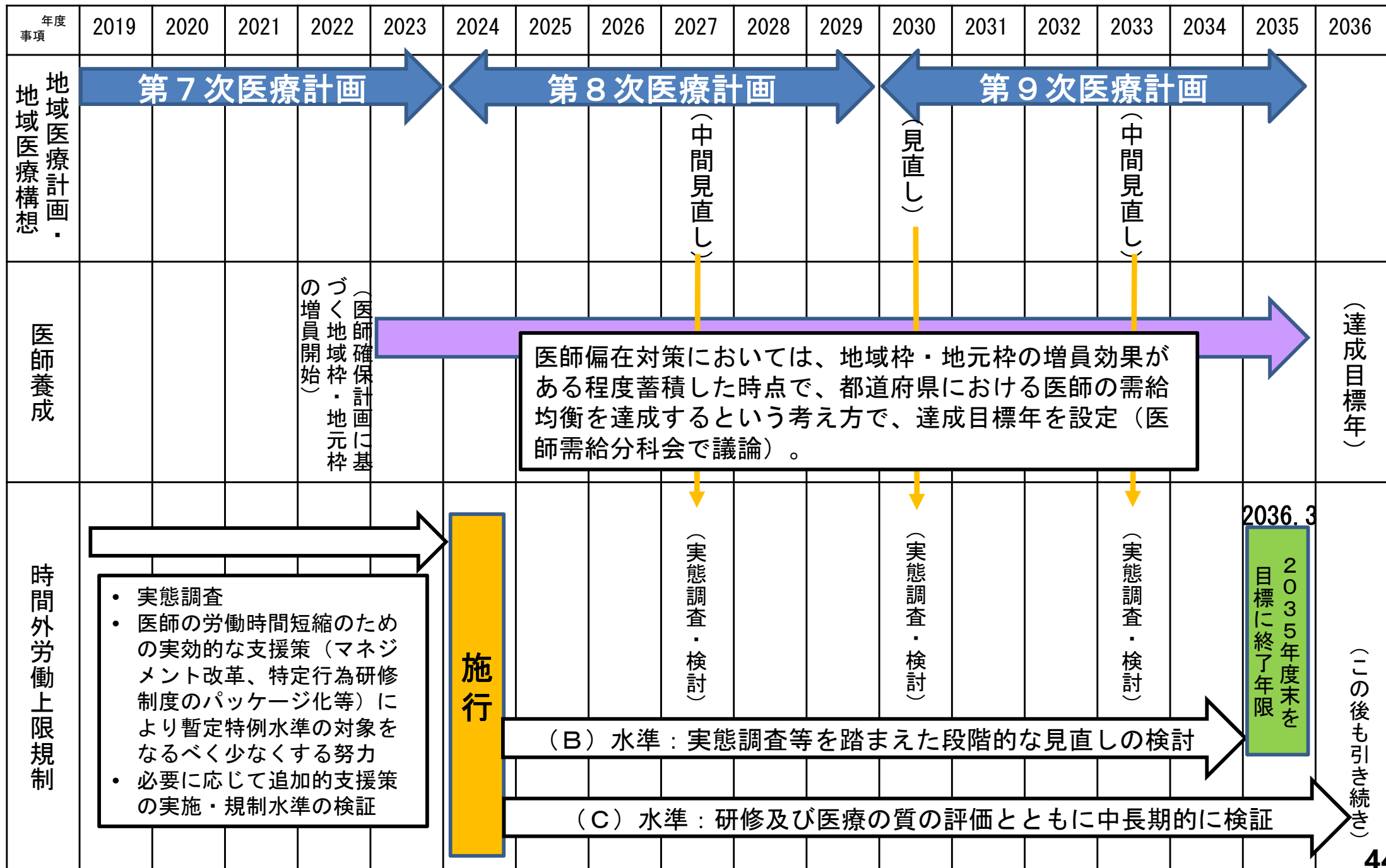
(偏在是正の目標年：2036年)

- ① 地域及び診療科の医師偏在対策
- ② 総合診療専門医の確保等のプライマリ・ケアへの対応

2040年 どこにいても質が高く安全で効率的な医療へ

今後の各施策の道行き(中長期の見通し)

参考



その他

- 診療所数は全体として増加傾向であったが、近年は横ばい。そのうち有床診療所の施設数と病床数は減少傾向。
- 平成30年度診療報酬改定においては、有床診療所の地域医療における役割を踏まえ、医療と介護を併用する場合の評価等を行った。

「地域医療構想を踏まえた地域包括ケアシステムの構築のための有床診療所の在り方について」

平成30年3月27日付け医政地発0327第1号

各都道府県衛生主管部(局)長宛 厚生労働省医政局地域医療計画課長通知

有床診療所については、地域によっては、患者の急変時に対応する機能や在宅医療の拠点としての機能等を果たしており、地域包括ケアシステムの構築を進める上では、有床診療所の役割がより一層期待される。

このため、医療法施行規則の一部を改正する省令(平成29年厚生労働省令第27号)が平成30年4月1日から施行され、病床設置が届出により可能となる診療所の範囲が見直され、地域包括ケアシステムの構築のために必要な機能を有し、地域における医療需要を踏まえ必要とされる診療所として、都道府県医療審議会の意見を聴いて、都道府県知事が認める診療所が対象範囲に含まれることとなる。

今後、地域医療構想の達成に向けた取組や地域包括ケアシステムの構築に向けた取組を進める際には、有床診療所の特性を踏まえつつ、その機能を有効に活用する観点から、下記の点に留意されたい。

記

1 療養病床及び一般病床の整備に関する事項について

既存病床数が基準病床数や将来の病床数の必要量を下回る地域であって、今後、新たに療養病床及び一般病床の整備を行う際には、地域の将来の医療需要の動向を踏まえ、在宅医療の拠点として、住民の身近な地域で緊急時に対応できる入院医療を確保する観点から、有床診療所の病床設置についても、地域医療構想調整会議で議論すること。

2 地域医療構想調整会議の進め方について

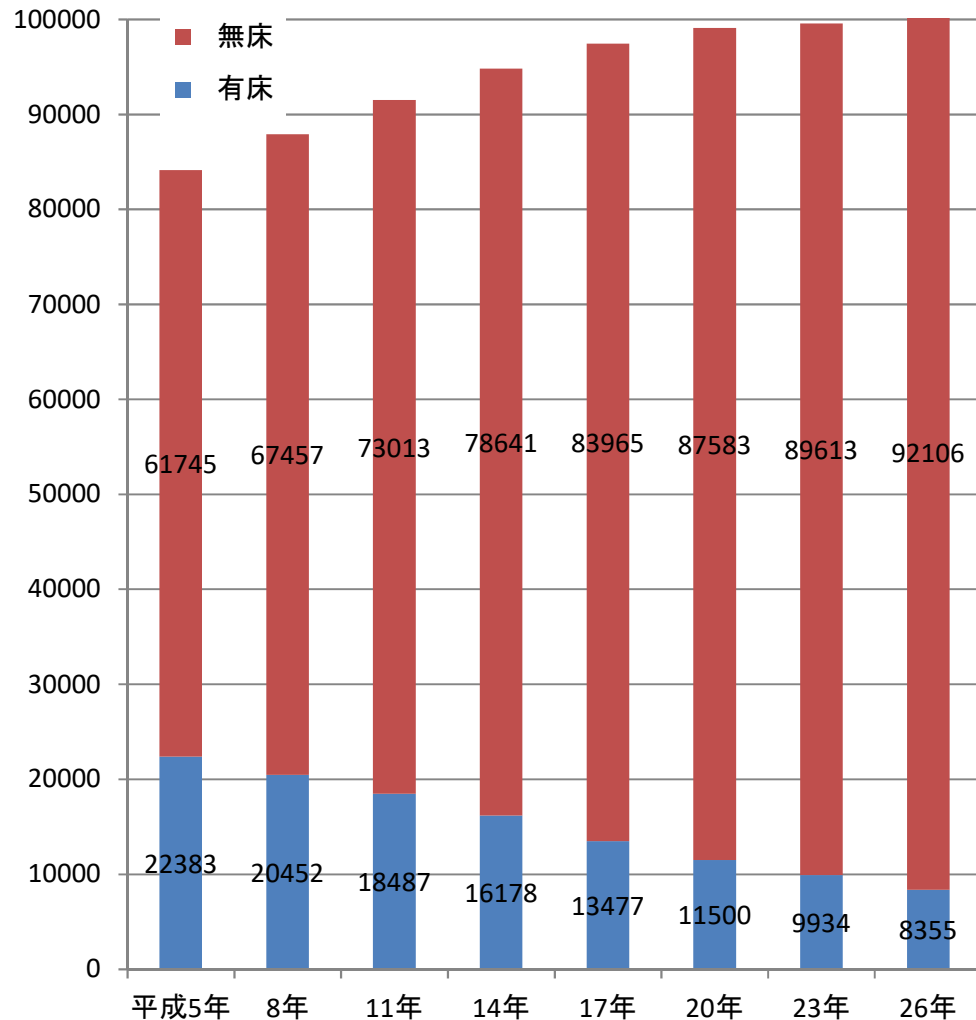
既存病床数と基準病床数等の関係性に関わらず、全ての地域において、都道府県知事が、病床設置が届出により可能となる有床診療所として適当であるか否かについて判断する際には、都道府県医療審議会の意見を聴く前に、予め、地域医療構想調整会議の協議を経ること。

具体的には、「地域医療構想の進め方について」(平成30年2月7日付け医政地発0207第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)に掲げる地域医療構想調整会議の協議事項を参考にし、有床診療所として新たに病床を整備する予定の医療機関を把握した場合には、当該医療機関に対し、地域医療構想調整会議への出席及び必要な説明を求めること。

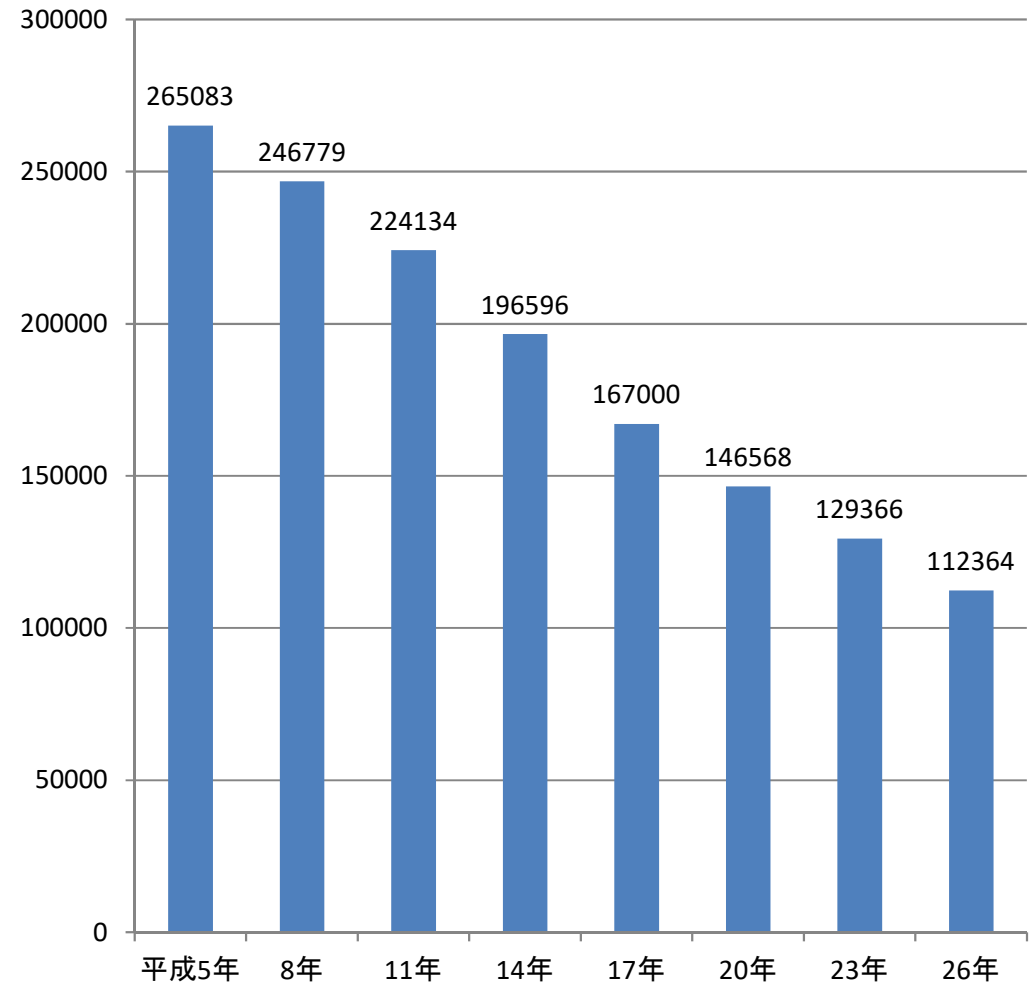
有床診療所について

- （一般）有床診療所＝医師又は歯科医師が、公衆又は特定多数人のため医業又は歯科医業を行う場所であって、患者を入院させるための施設を有しないもの又は19人以下の患者を入院させるための施設を有するもの（医療法第1条の5）
- 診療所数全体としては近年ほぼ横ばいであるが、無床診療所は増加し、有床診療所については減少傾向にある。

■診療所数の推移



■有床診療所の病床数の推移



出典：医療施設調査（動態・静態）（平成26年）、平成23年は東日本大震災の影響により、宮城県石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県の医療施設を除く。

有床診療所入院基本料の施設基準

- 有床診療所入院基本料1～3については、次のいずれかに該当すること。
- ・ 介護サービスの提供に関する実績(①)を有していること。
 - ・ 在宅療養中の患者への支援や専門医療等実施等の実施等に関する要件(②～⑪)のうち、いずれか2つを満たすこと。

介護サービスの提供に関する実績	① 過去1年間に介護保険によるリハビリテーション、居宅療養管理指導、短期入所療養介護若しくは複合型サービス等を実施した実績があること、介護医療院を併設していること、又は指定居宅介護支援事業所であること。
在宅療養中の患者への支援に関する実績	② 在宅療養支援診療所であって、過去1年間に訪問診療を実施した実績があること。 ③ 過去1年間の急変時の入院件数が6件以上であること。 ④ 過去1年間の当該保険医療機関内における看取りの実績を2件以上有していること。
専門医療等の実施に関する実績	⑤ 過去1年間の手術の際の全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔の患者数が30件以上であること(分娩を除く)。 ⑥ 過去1年間の分娩件数(帝王切開を含む)が30件以上であること。 ⑦ 過去1年間に乳幼児加算・幼児加算、超重症児(者)入院診療加算、準超重症児(者)入院診療加算又は小児療養環境特別加算を算定したことがあること。
急性期病院からの患者の受け入れに関する実績	⑧ 過去1年間の新規入院患者のうち、他の保険医療機関の一般病床からの受入が1割以上であること。
医療機関の体制、その他	＜緊急時の対応＞ ⑨ 夜間看護配置加算1または2を届け出ていること。 ⑩ 時間外対応加算1を届け出ていること。 ＜その他＞ ⑪ 医療資源の少ない地域に属する有床診療所であること。

有床診療所の地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)での運用の支援

- 介護サービスを提供している有床診療所について、入院基本料1から3までの要件を緩和する。

現行(有床診療所入院基本料1～3の施設基準(抜粋))

在宅療養中の患者への支援に関する実績(介護サービスの提供を含む)、専門医療等の実施に関する実績、急性期病院からの患者の受け入れに関する実績、医療機関の体制等に係る11の施設基準のうち、2つ以上に該当すること。



改定後(有床診療所入院基本料1～3の施設基準(抜粋))

次のいずれかに該当すること。

- ① 介護サービスを提供していること。
- ② 在宅療養中の患者への支援に関する実績、専門医療等の実施に関する実績、急性期病院からの患者の受け入れに関する実績、医療機関の体制等に係る10の施設基準のうち、2つ以上に該当すること。

- 介護サービスを提供している有床診療所について、高齢患者等に対する入院受入れに係る評価を新設する。

(新) 介護連携加算1 192点(1日につき)

(新) 介護連携加算2 38点(1日につき)

[算定要件] (1) 65歳以上又は40歳以上の要介護・要支援被保険者の患者。
(2) 入院日から起算して15日以降 30日までの期間に限り算定。

[施設基準]

介護連携加算1 (1) 有床診療所入院基本料1又は2の届出を行っている。
(2) 介護サービスを提供している。

介護連携加算2 (1) 有床診療所入院基本料3に係る届出を行っている。
(2) 介護サービスを提供している。

- 有床診療所在宅復帰機能強化加算の平均在院日数に係る要件等を見直す。

現行(点数、施設基準(抜粋))

入院日から起算して15日以降に1日につき5点

(3) 平均在院日数が60日以内であること。



改定後(点数、施設基準(抜粋))

入院日から起算して15日以降に1日につき20点

(3) 平均在院日数が 90日以内 であること。

<参考> 有床診療所のモデル分析

	主に地域医療を担う有床診療所 ⇒ <u>地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)</u>	主に専門医療を担う有床診療所 ⇒ <u>専門医療提供モデル</u>
入院患者の年齢・特徴	医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者	専門的な医療ニーズのある患者 (相対的に若くADLが自立している患者が多い)
在院日数	相対的に長い	短期滞在(高回転型)
総点数における各診療行為の内訳	入院料等の割合が相対的に高い	検査・手術の割合が高い
病床稼働率	(休眠していない病床の)稼働率は高い	必ずしも高くない
典型的な診療科	内科、外科	眼科、耳鼻咽喉科

地域の状況を踏まえた入院医療の在り方について

【論点】

- 地域における医療提供体制の確保を進めるため、異なる機能を担う医療機関がそれぞれの役割を維持しつつ、医療機関間の機能分化・連携を進めやすくするような評価の在り方について、各入院料の届出等の状況や、平成30年度診療報酬改定の対応を踏まえ、どのように考えるか。

○地域の状況を踏まえた入院医療の在り方について

- ・ 入院医療の現況
- ・ 入院医療の診療報酬
- ・ 入院医療提供体制の施策
- ・ その他

○地域における情報共有・連携について

- ・ 病床機能連携にかかる評価
- ・ 医療情報の標準化や地域医療情報連携ネットワーク
- ・ 医療機関と薬局や訪問看護ステーションの連携

○医療資源の少ない地域等における医療提供体制について

- ・ 医療資源の少ない地域における診療報酬上の対応
- ・ 地域間の医師や外来医療機能の偏在・不足
- ・ へき地医療

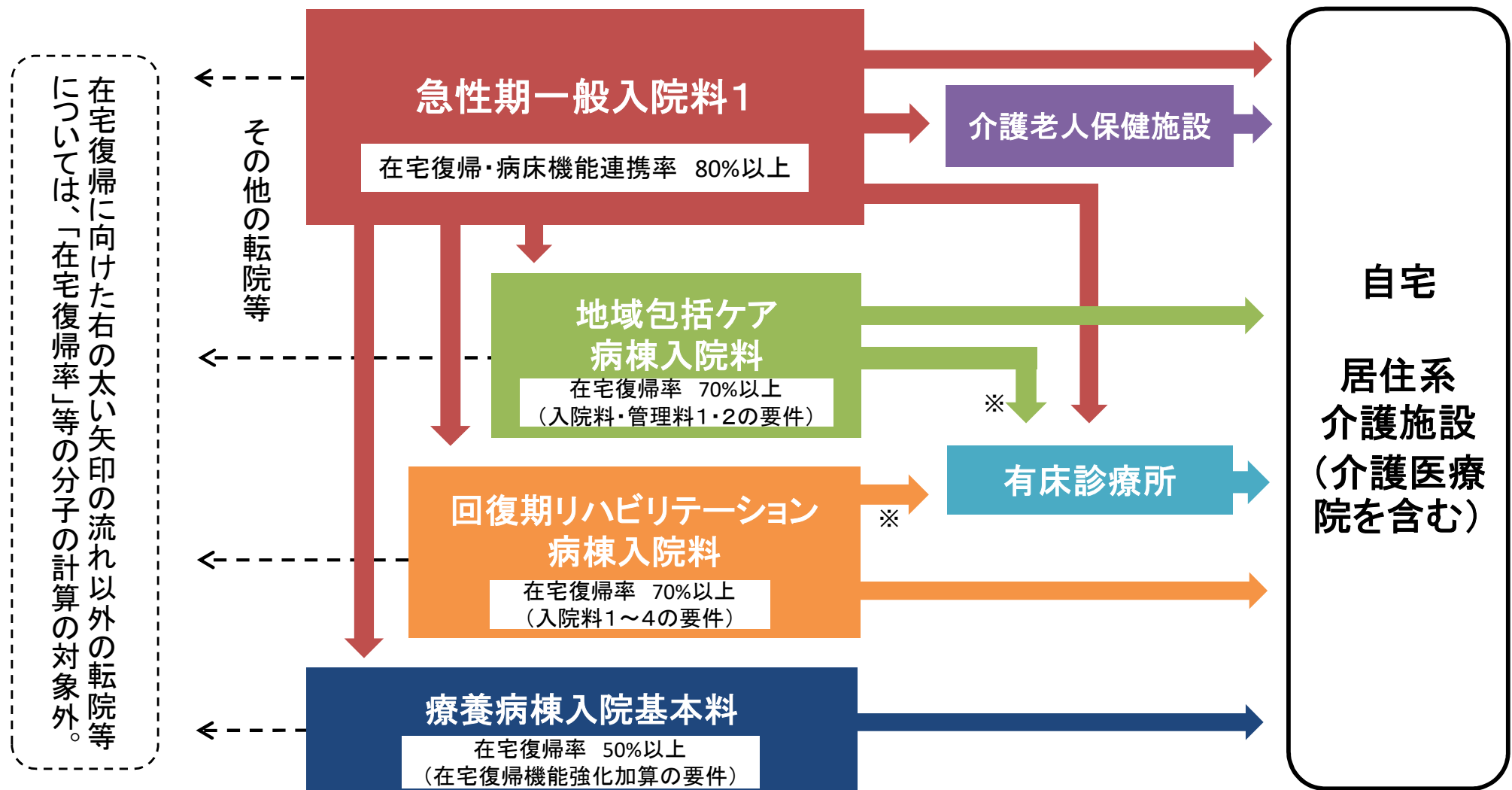
病床機能連携にかかる評価

- 病床機能連携にかかる評価として、在宅復帰・病床機能連携率等の要件や、在宅や急性期病棟から患者を受け入れた場合の評価等がある。
- 平成30年度診療報酬改定において、患者の在宅復帰や医療機関間の連携を推進する観点から、在宅復帰・病床機能連携率等の要件の見直しを行った。また、在宅や急性期病棟から患者を受け入れた場合の評価について、入院・入棟元を在宅と急性期病棟で分けて評価することとした。
- 入院料別の病棟の患者の流れをみると、急性期一般入院料1では自宅への入退棟が多かった。地域包括ケア病棟・病室には自院の一般病床から、回復期リハビリテーション病棟には他院の一般病床から入棟する患者が多く、ともに退棟先は自宅が多かった。療養病棟では自宅からの入棟が多く、死亡退院が多かった。

在宅復帰・病床機能連率等にかかる転院・転棟の流れ

- 急性期一般入院料1や地域包括ケア病棟入院料等の施設基準において、在宅復帰や病床機能連携が適切に進むよう、在宅等に退院した患者の割合を設定している。
- 平成30年度診療報酬改定では、連携等をさらに推進する観点から、一部の計算式の見直しや、施設基準の引き上げ等を行った。

(太い矢印は在宅復帰率の算出にあたって計算式に含まれる退院・転院)



※介護サービスを提供している有床診療所に限る

在宅復帰・病床機能連携率等の計算方法

○ 在宅復帰・病床機能連携率等の計算方法と施設基準は以下のとおり。

在宅復帰・
病床機能
連携率等

=

急性期一般入院料1

- ・自宅
- ・居住系介護施設等
(介護医療院を含む)
- ・地域包括ケア病棟
- ・回復期リハビリテーション病棟
- ・療養病棟
- ・有床診療所
- ・介護老人保健施設

※死亡退院・転棟患者(自院)・
再入院患者除く

・急性期一般入院料1算定病棟から
退棟した患者

※死亡退院・転棟患者(自院)・
再入院患者除く

施設基準8割

地域包括ケア病棟 入院料1・2

- ・自宅
- ・居住系介護施設等
(介護医療院を含む)
- ・有床診療所
(介護サービス提供医療機関
に限る)

※死亡退院・再入院患者を除く

・地域包括ケア病棟から退棟した
患者

※死亡退院・再入院患者を除く

施設基準7割

回復期リハ病棟 入院料1～4

- ・自宅
- ・居住系介護施設等
(介護医療院を含む)
- ・有床診療所
(介護サービス提供医療機関
に限る)

※死亡退院・再入院患者を除く

・回復期リハビリテーション病棟から
退棟した患者

※死亡退院・一般病棟への転棟転院患
者・再入院患者を除く

施設基準7割

※下線は平成30年度診療報酬改定で見直し

急性期一般入院料の在宅復帰率

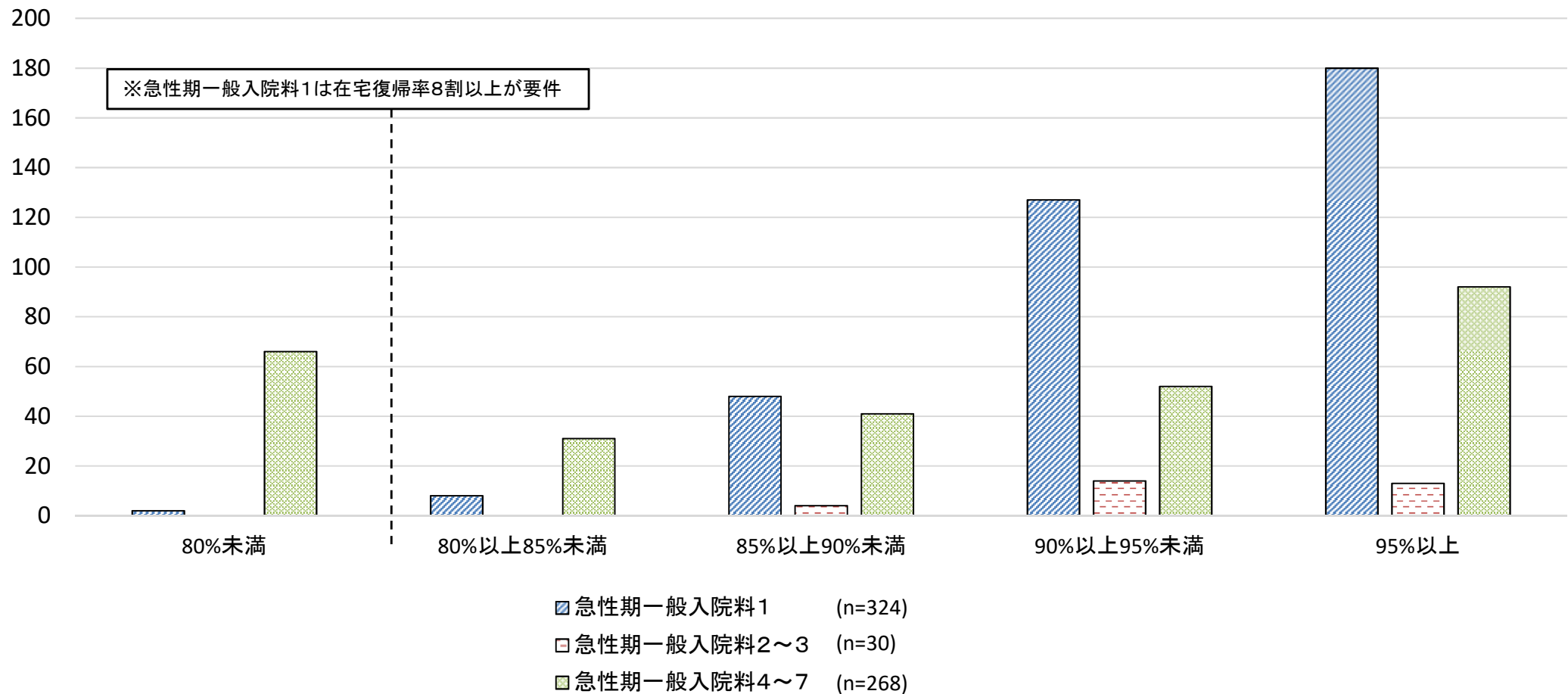
中医協 診－1
元 . 6 . 1 2

診調組 入－1
元 . 6 . 7

- 急性期一般入院料1及び2・3においては、在宅復帰率が90%以上の医療機関の占める割合が大きい。
- 急性期一般入院料4～7の在宅復帰率は、ばらついている。

在宅復帰率の医療機関分布

(医療機関数)



地域包括ケア病棟・病室の在宅復帰率

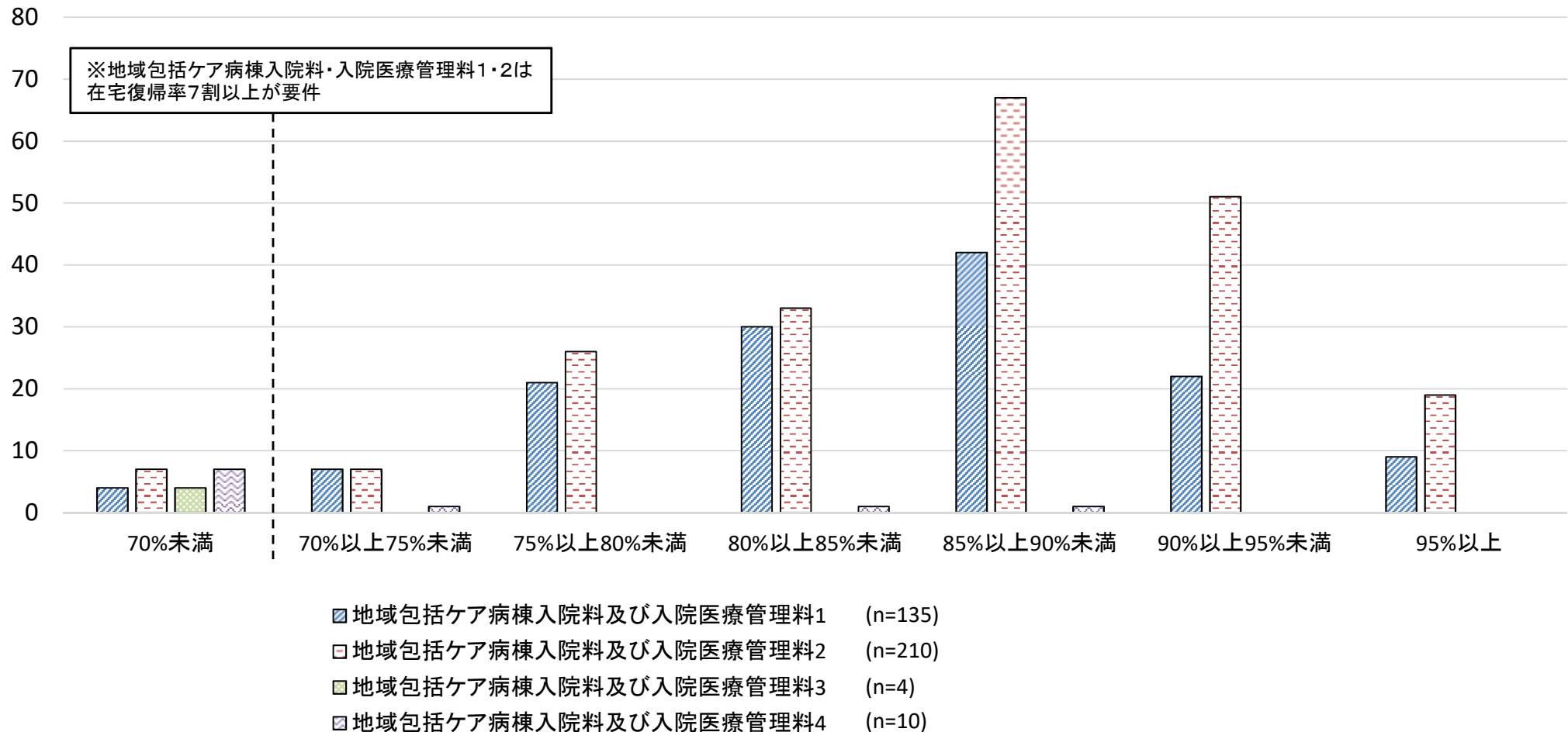
中医協 診－1
元 . 6 . 1 2

診調組 入－1
元 . 6 . 7

○ 地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料1・2においては、在宅復帰率が施設基準の70%を大きく上回る医療機関が多数存在した。

在宅復帰率の医療機関分布

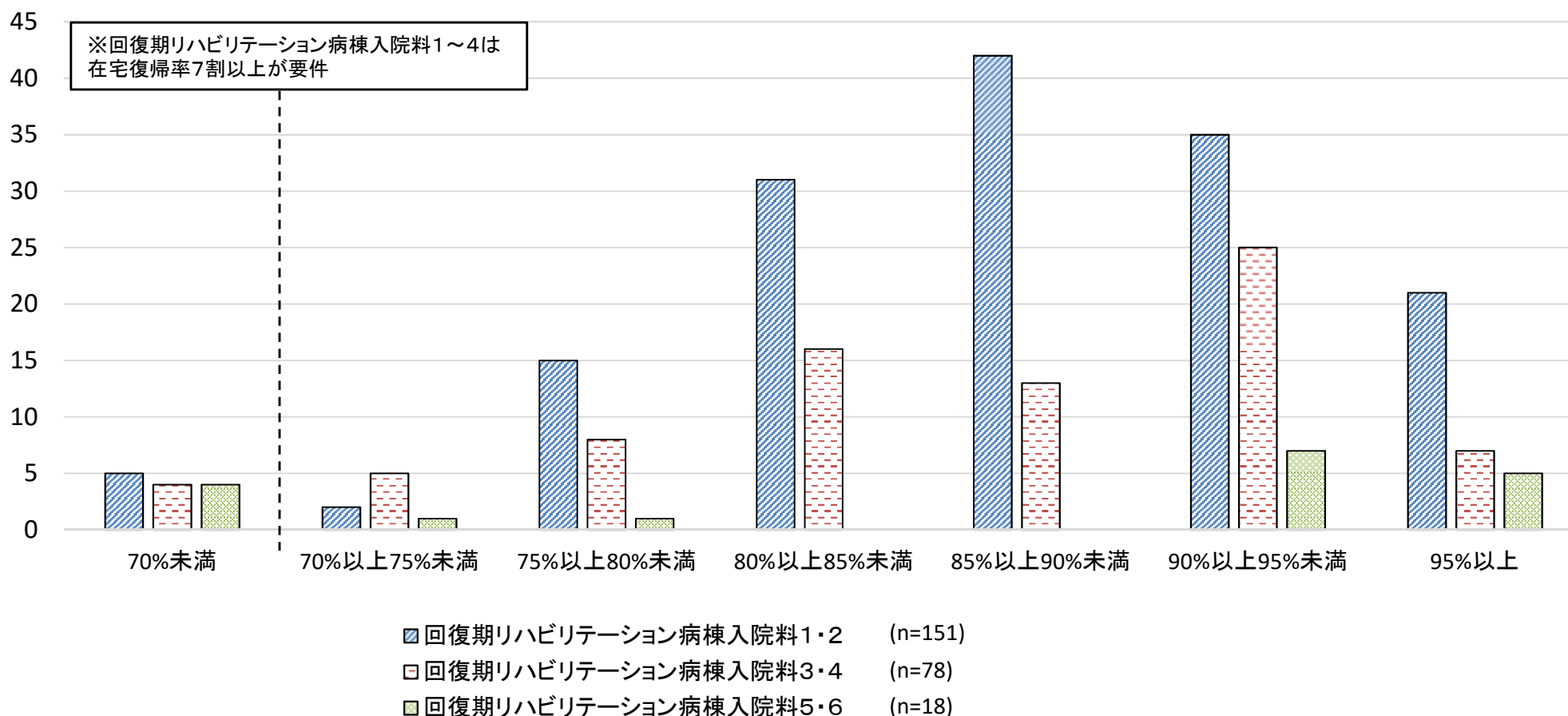
(医療機関数)



○ 回復期リハビリテーション病棟入院料1～4においては、在宅復帰率が施設基準の70%を大きく上回る医療機関が多数存在した。

在宅復帰率の医療機関分布

(医療機関数)



病床機能連携を評価する主な診療報酬項目

○ 一部の入院料において、他の保険医療機関や在宅から患者を受け入れた場合を評価している。

報酬項目	対象	主な要件	点数
在宅患者支援(療養)病床初期加算	地域包括ケア病棟入院料・管理料 療養病棟入院基本料	当該病棟(病室)に入院している患者のうち、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者に対し、治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に算定。	1日300点(療養病床は350点)(入院から14日間)
急性期患者支援(療養)病床初期加算	地域包括ケア病棟入院料・管理料 療養病棟入院基本料	当該病棟(病室)に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関(急性期医療を担う保険医療機関に限る。)の一般病棟から転棟した患者について算定。	1日150点(療養病床は300点)(入院から14日間)
救急・在宅等支援(療養)病床初期加算	地域一般入院基本料 有床診療所療養病床入院基本料 特定一般病棟入院料	当該病棟(診療所)に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者について算定。	1日150点(入院から14日間)
有床診療所一般病床初期加算	有床診療所入院基本料	当該診療所に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者について算定。	1日100点(入院から7日間)
重症児(者)受入連携加算	地域一般入院基本料 療養病棟入院基本料 障害者施設等入院基本料 有床診療所(療養病床)入院基本料 特殊疾患入院料・管理料 等	当該病棟に他の保険医療機関から転院してきた患者が、他の保険医療機関においてA246入退院支援加算3を算定した場合に算定。	2000点(入院初日)
在宅患者緊急入院診療加算	一般病棟入院基本料 療養病棟入院基本料 地域包括ケア病棟入院料・管理料 等	他の診療所においてC002在宅時医学総合管理料又はC002-2施設入居時等医学総合管理料等を算定している患者の病状の急変等に伴い、当該診療所の求めに応じて入院させた場合に算定。	2500点～1000点(入院初日)
精神疾患診療体制加算1	一般病棟入院基本料 特定集中治療室管理料 等	当該保険医療機関が、他の保険医療機関の求めに応じ、他の保険医療機関の精神病棟に入院する身体合併症の入院治療を要する精神疾患患者の転院を受け入れた場合に算定。	1000点(入院初日)
緩和ケア病棟緊急入院初期加算	緩和ケア病棟入院料	当該保険医療機関と連携して緩和ケアを提供する別の保険医療機関(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る)により在宅での緩和ケアが行われている患者の急変等に伴い、当該別の保険医療機関の求めに応じて入院させた場合に算定。	1日200点(入院から15日間)

在宅や急性期病棟から患者を受け入れた場合の評価

- 地域包括ケア病棟や療養病棟等における、在宅や急性期病棟から患者を受け入れた場合の評価について、平成30年度診療報酬改定で要件や点数の見直しを行った。
- 在宅から患者を受け入れた場合の評価については、「治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に関する支援を行った場合」を要件としている。

平成30年度診療報酬改定

救急・在宅支援病床初期加算の見直し

- 地域包括ケア病棟入院料及び療養病棟入院基本料の救急・在宅等支援病床初期加算について、急性期医療を担う一般病棟からの患者の受入れと、在宅からの受入れを分けて評価する。

現行

当該病棟（地域包括ケア病棟入院料を算定する場合にあつては、又は病室）に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援（療養）病床初期加算として、1日につき150点（療養病棟入院基本料1を算定する場合にあつては、1日につき300点）を所定点数に加算する。



改定後

【急性期病棟から受入れた患者】

当該病棟（地域包括ケア病棟にあつては、又は病室）に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、転院又は転棟した日から起算して14日を限度として、急性期患者支援（療養）病床初期加算として、1日につき150点（療養病棟入院基本料を算定する場合にあつては、1日につき300点）を所定点数に加算する。

【在宅から受入れた患者】

当該病棟（地域包括ケア病棟にあつては、又は病室）に入院している患者のうち、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者に対し、治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して14日を限度として、在宅患者支援（療養）病床初期加算として、1日につき300点（療養病棟入院基本料を算定する場合にあつては、1日につき350点）を所定点数に加算する。

急性期一般入院料 1 の病棟における患者の流れ

中医協 診 - 1
元 . 6 . 1 2

診調組 入 - 1
元 . 6 . 7

- 急性期一般入院料1の入棟元をみると、自宅(在宅医療の提供なし)が最も多く、66.5%であった。
- 退棟先においても、自宅(在宅医療の提供なし)が最も多く、60.7%であった。

【入棟元】 (n=13,046)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	8.8%
	自宅(在宅医療の提供なし)	66.5%
介護施設等	介護老人保健施設	1.7%
	介護医療院	0.0%
	介護療養型医療施設	0.2%
	特別養護老人ホーム	1.5%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	1.6%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム サービス付高齢者向け住宅等)	1.3%
	障害者支援施設	0.1%
他院	他院の一般病床	3.4%
	他院の一般病床以外	0.9%
自院	自院の一般病床(地域一般、地ケア、回リハ以外)	6.6%
	自院の地域一般入院基本料を届出ている病床	0.1%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリ テーション病棟入院料を届出ている病床	0.1%
	自院の療養病床(上記以外)	0.0%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	4.4%
有床診療所		0.1%
その他		0.5%
無回答		2.1%

急性期一般入院料 1

【退棟先】 (n=5,961)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	6.1%
	自宅(在宅医療の提供なし)	60.7%
介護施設等	介護老人保健施設	1.1%
	介護医療院	0.0%
	介護療養型医療施設	0.2%
	特別養護老人ホーム	1.1%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	1.1%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム サービス付高齢者向け住宅等)	0.8%
	障害者支援施設	0.1%
他院	他院の一般病床(地域一般、地ケア、回リハ以外)	3.9%
	他院の地域一般入院基本料を届出ている病床	0.2%
	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリ テーション病棟入院料を届出ている病床	3.3%
	他院の療養病床(上記以外)	1.2%
	他院の精神病床	0.2%
	他院のその他の病床	0.4%
自院	自院の一般病床(地域一般、地ケア、回リハ以外)	3.6%
	自院の地域一般入院基本料を届出ている病床	0.1%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリ テーション病棟入院料を届出ている病床	3.6%
	自院の療養病床(上記以外)	0.3%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	1.2%
有床診療所(介護サービス提供医療機関)		0.1%
有床診療所(上記以外)		0.1%
死亡退院		3.5%
その他		0.3%
無回答		7.1%

地域包括ケア病棟・病室における患者の流れ

中医協 診－1
元 6 1 2

診調組 入－1
元 6 7

- 地域包括ケア病棟・病室の入棟元をみると、自院の一般病床（地域一般入院基本料、地域包括ケア病棟・病室、回復期リハビリテーション病棟を除く）が最も多く、43.5%であった。
- 退棟先をみると、自宅（在宅医療の提供なし）が最も多く、49.4%であった。

【入棟元】 (n=1,797)

自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	6.4%
	自宅（在宅医療の提供なし）	22.9%
介護施設等	介護老人保健施設	1.6%
	介護医療院	0.2%
	介護療養型医療施設	0.2%
	特別養護老人ホーム	3.8%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	2.0%
	その他の居住系介護施設（認知症グループホームサービス付高齢者向け住宅等）	1.6%
	障害者支援施設	0.3%
他院	他院の一般病床	12.4%
	他院の一般病床以外	1.7%
自院	自院の一般病床（地域一般、地ケア、回リハ以外）	43.5%
	自院の地域一般入院基本料を届出ている病床	1.2%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床	0.5%
	自院の療養病床（上記以外）	0.1%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	1.2%
	有床診療所	0.0%
その他		0.1%
無回答		0.3%

地域包括ケア病棟・病室

【退棟先】 (n=545)

自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	9.7%
	自宅（在宅医療の提供なし）	49.4%
介護施設等	介護老人保健施設	4.8%
	介護医療院	0.2%
	介護療養型医療施設	0.4%
	特別養護老人ホーム	3.7%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	4.2%
	その他の居住系介護施設（認知症グループホームサービス付高齢者向け住宅等）	2.8%
	障害者支援施設	0.4%
他院	他院の一般病床（地域一般、地ケア、回リハ以外）	3.3%
	他院の地域一般入院基本料を届出ている病床	0.0%
	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床	2.6%
	他院の療養病床（上記以外）	3.3%
	他院の精神病床	0.0%
	他院のその他の病床	0.2%
自院	自院の一般病床（地域一般、地ケア、回リハ以外）	1.3%
	自院の地域一般入院基本料を届出ている病床	0.2%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床	1.3%
	自院の療養病床（上記以外）	1.3%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.0%
	有床診療所（介護サービス提供医療機関）	0.4%
有床診療所（上記以外）		0.7%
死亡退院		3.5%
その他		0.0%
無回答		6.6%

回復期リハビリテーション病棟における患者の流れ

中医協 診 - 1	診調組 入 - 1
元 . 6 . 1 2	元 . 6 . 7

- 回復期リハビリテーション病棟の入棟元をみると、他院の一般病床が最も多く、66.9%であった。
- 退棟先をみると、自宅(在宅医療の提供なし)が最も多く、51.1%であった。

【入棟元】 (n=2,170)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	1.1%
	自宅(在宅医療の提供なし)	5.0%
介護施設等	介護老人保健施設	0.2%
	介護医療院	0.0%
	介護療養型医療施設	0.0%
	特別養護老人ホーム	0.0%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	0.1%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	0.4%
	障害者支援施設	0.0%
他院	他院の一般病床	66.9%
	他院の一般病床以外	3.1%
自院	自院の一般病床(地域一般、地ケア、回リハ以外)	21.8%
	自院の地域一般入院基本料を届出ている病床	0.4%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床	0.2%
	自院の療養病床(上記以外)	0.2%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.0%
	有床診療所	0.1%
その他	その他	0.0%
	無回答	0.3%

回復期リハ病棟

【退棟先】 (n=268)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	9.7%
	自宅(在宅医療の提供なし)	51.1%
介護施設等	介護老人保健施設	8.2%
	介護医療院	0.0%
	介護療養型医療施設	0.4%
	特別養護老人ホーム	1.9%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	3.7%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	3.7%
	障害者支援施設	0.0%
他院	他院の一般病床(地域一般、地ケア、回リハ以外)	4.1%
	他院の地域一般入院基本料を届出ている病床	0.4%
	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床	1.9%
	他院の療養病床(上記以外)	1.9%
	他院の精神病床	0.4%
	他院のその他の病床	0.7%
自院	自院の一般病床(地域一般、地ケア、回リハ以外)	1.9%
	自院の地域一般入院基本料を届出ている病床	0.0%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床	0.7%
	自院の療養病床(上記以外)	0.7%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.7%
	有床診療所(介護サービス提供医療機関)	0.0%
その他	有床診療所(上記以外)	0.0%
	死亡退院	0.0%
	その他	0.4%
無回答	無回答	7.5%

療養病棟における患者の流れ

中医協 診－1
元 . 6 . 1 2

診調組 入－1
元 . 6 . 7

- 療養病棟の入棟元をみると、他院の一般病床が最も多く、44.6%であった。
- 退棟先をみると、死亡退院が最も多く、52.7%であった。

【入棟元】 (n=3,113)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	2.7%
	自宅(在宅医療の提供なし)	5.6%
介護施設等	介護老人保健施設	2.3%
	介護医療院	0.2%
	介護療養型医療施設	2.1%
	特別養護老人ホーム	2.8%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	1.0%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム サービス付高齢者向け住宅等)	1.0%
	障害者支援施設	0.1%
他院	他院の一般病床	44.6%
	他院の一般病床以外	5.9%
自院	自院の一般病床(地域一般、地ケア、回リハ以外)	17.3%
	自院の地域一般入院基本料を届出ている病床	4.7%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリ テーション病棟入院料を届出ている病床	4.2%
	自院の療養病床(上記以外)	2.4%
	自院の精神病床	1.1%
	自院のその他の病床	1.2%
	有床診療所	0.2%
その他		0.1%
無回答		0.4%

療養病棟

【退棟先】 (n=338)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	8.0%
	自宅(在宅医療の提供なし)	11.5%
介護施設等	介護老人保健施設	3.8%
	介護医療院	0.0%
	介護療養型医療施設	2.4%
	特別養護老人ホーム	4.7%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	2.4%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム サービス付高齢者向け住宅等)	1.8%
	障害者支援施設	0.0%
他院	他院の一般病床(地域一般、地ケア、回リハ以外)	6.5%
	他院の地域一般入院基本料を届出ている病床	0.0%
	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリ テーション病棟入院料を届出ている病床	0.3%
	他院の療養病床(上記以外)	1.5%
	他院の精神病床	0.0%
	他院のその他の病床	0.3%
自院	自院の一般病床(地域一般、地ケア、回リハ以外)	0.9%
	自院の地域一般入院基本料を届出ている病床	0.6%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリ テーション病棟入院料を届出ている病床	0.6%
	自院の療養病床(上記以外)	0.9%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.6%
	有床診療所(介護サービス提供医療機関)	0.0%
	有床診療所(上記以外)	0.0%
	死亡退院	52.7%
	その他	0.3%
	無回答	0.3%

医療情報の標準化や地域医療情報連携ネットワーク

- 医療分野におけるICTの活用を進め、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するため、令和元年度に医療情報化支援基金が創設された。
- 現在、地域によっては、医療機関間が診療上必要な医療情報を電子的に共有・閲覧できる仕組みとして、地域医療情報連携ネットワークが構築されている。
- 平成28年度診療報酬改定において、システム等にかかる一定の施設基準のもと、画像情報・検査結果等の電子的な送受にかかる評価を新設し、算定件数は増加傾向にある。
- 薬局において、地域医療連携ネットワークを通じて診療情報や検査値を活用し、投与量や有害事象の確認等の安全対策に取り組んでいる事例がある。

電子カルテシステムの普及状況の推移

	一般病院 (※1)	病床規模別			一般診療所 (※2)
		400床以上	200～399床	200床未満	
平成20年	14.2% (1,092／7,714)	38.8% (279／720)	22.7% (313／1,380)	8.9% (500／5,614)	14.7% (14,602／99,083)
平成23年 (※3)	21.9% (1,620／7,410)	57.3% (401／700)	33.4% (440／1,317)	14.4% (779／5,393)	21.2% (20,797／98,004)
平成26年	34.2% (2,542／7,426)	77.5% (550／710)	50.9% (682／1,340)	24.4% (1,310／5,376)	35.0% (35,178／100,461)
平成29年	46.7% (3,432／7,353)	85.4% (603／706)	64.9% (864／1,332)	37.0% (1,965／5,315)	41.6% (42,167／101,471)
うちSS-MIX 導入状況 (※4)	37.0% (1,269／3,432)	56.1% (338／603)	39.1% (338／864)	30.2% (593／1,965)	5.4% (2,266／42,167)

【注 釈】

(※1) 一般病院とは、病院のうち、精神科病床のみを有する病院及び結核病床のみを有する病院を除いたものをいう。

(※2) 一般診療所とは、診療所のうち歯科医業のみを行う診療所を除いたものをいう。

(※3) 平成23年は、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県の全域を除いた数値である。

(※4) 電子カルテを導入している医療機関のみ「導入有り」と回答しているものと仮定

保健医療情報分野の標準規格（厚生労働省標準規格）

厚生労働省標準規格は、保健医療情報標準化会議の提言を受けて、厚生労働省が決定

＜制定：医政発0331第1号＞ 平成22年3月31日

HS001 医薬品HOTコードマスター
HS005 ICD10 対応標準病名マスター
HS007 患者診療情報提供書及び電子診療データ提供書（患者への情報提供）
HS008 診療情報提供書（電子紹介状）
HS009 IHE 統合プロファイル「可搬型医用画像」およびその運用指針
HS028 ISO 22077-1:2015 保健医療情報－医用波形フォーマット
パート1：符号化規則
HS011 医療におけるデジタル画像と通信（DICOM）
HS012 JAHIS 臨床検査データ交換規約

＜一部改正：政社発1221第1号＞ 平成23年12月21日

HS013 標準歯科病名マスター
HS014 臨床検査マスター
HS016 JAHIS放射線データ交換規約

＜一部改正：政社発0323第1号＞ 平成24年3月23日

HS017 HIS, RIS, PACS, モダリティ間予約, 会計, 照射録情報連携指針

＜一部改正：医政発0328第6号、政社発0328第1号＞
平成28年3月28日

HS022 JAHIS 処方データ交換規約
HS024 看護実践用語標準マスター
HS031 地域医療連携における情報連携基盤技術仕様
HS026 SS-MIX2 ストレージ仕様書および構築ガイドライン

＜一部改正：医政発0521第2号、政統発0521第1号＞
平成30年5月21日

HS027 処方・注射オーダ標準用法規格

（「「保健医療情報分野の標準規格（厚生労働省標準規格）について」の一部改正について」抜粋）

医療機関等における医療情報システムの構築・更新に際して、厚生労働省標準規格の実装は、情報が必要時に利用可能であることを確保する観点から有用であり、地域医療連携や医療安全に資するものである。また、医療機関等において医療情報システムの標準化や相互運用性を確保していく上で必須である。

このため、今後厚生労働省において実施する医療情報システムに関する各種施策や補助事業等においては、厚生労働省標準規格の実装を踏まえたものとする。

厚生労働省標準規格については現在のところ、医療機関等に対し、その実装を強制するものではないが、標準化推進の意義を十分考慮することを求めるものである。

2. オンライン資格確認や電子カルテ等の普及のための医療情報化支援基金の創設

令和元年度予算 300億円

- 技術革新が進む中で、医療分野においてもICTを積極的に活用し、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築していくことが急務である。このため、令和元年度において、医療情報化支援基金を創設し、医療分野におけるICT化を支援する。
(地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律の改正。令和元年10月1日施行)

医療情報化支援基金（令和元年度）の対象事業

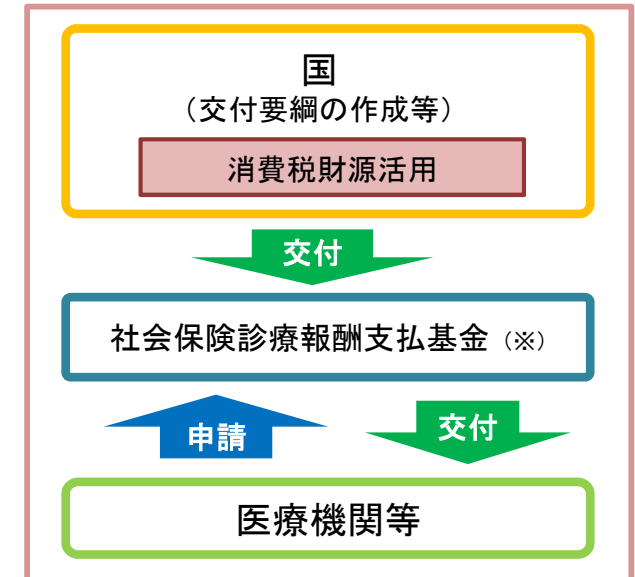
1 オンライン資格確認の導入に向けた医療機関・薬局のシステム整備の支援

オンライン資格確認を円滑に導入するため、保険医療機関・薬局での初期導入経費（システム整備・改修等）を補助

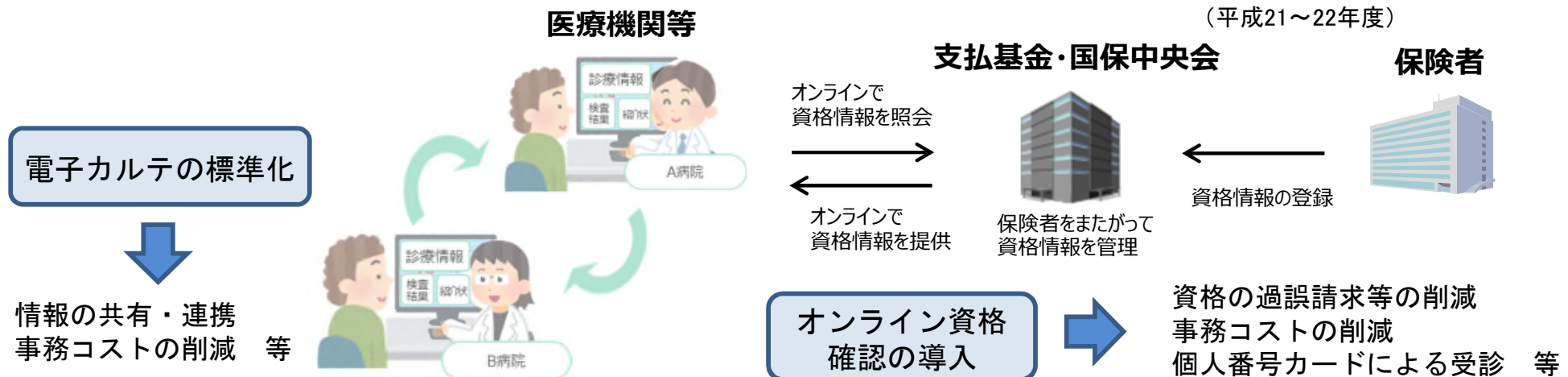
2 電子カルテの標準化に向けた医療機関の電子カルテシステム等導入の支援

国の指定する標準規格を用いて相互に連携可能な電子カルテシステム等を導入する医療機関での初期導入経費を補助

〔支援スキーム〕



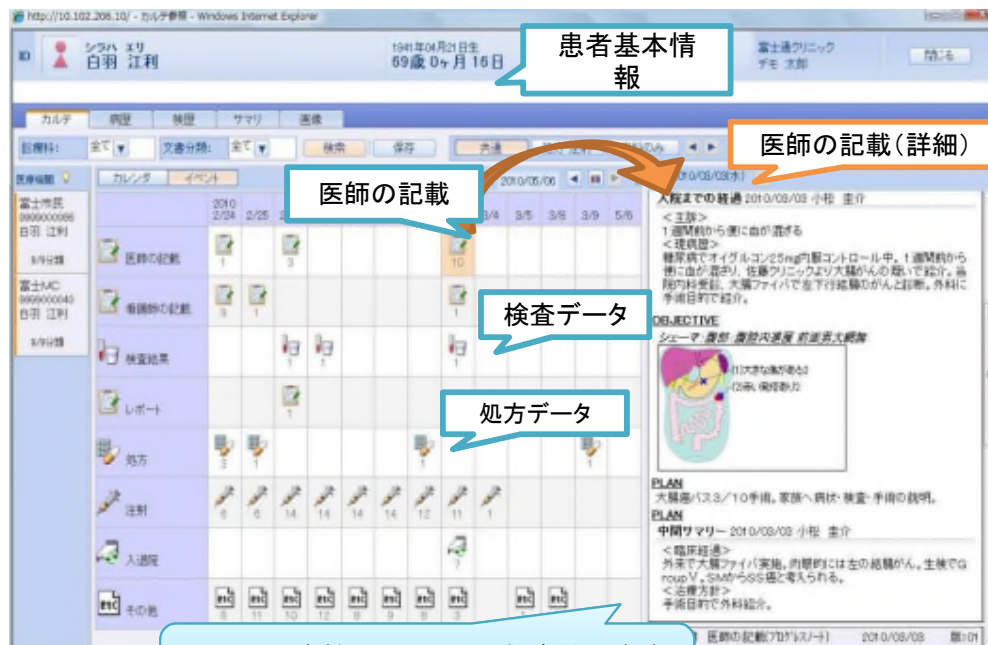
※レセプトオンライン化設備整備事業の実績有り
(平成21～22年度)



地域医療情報連携ネットワークとは

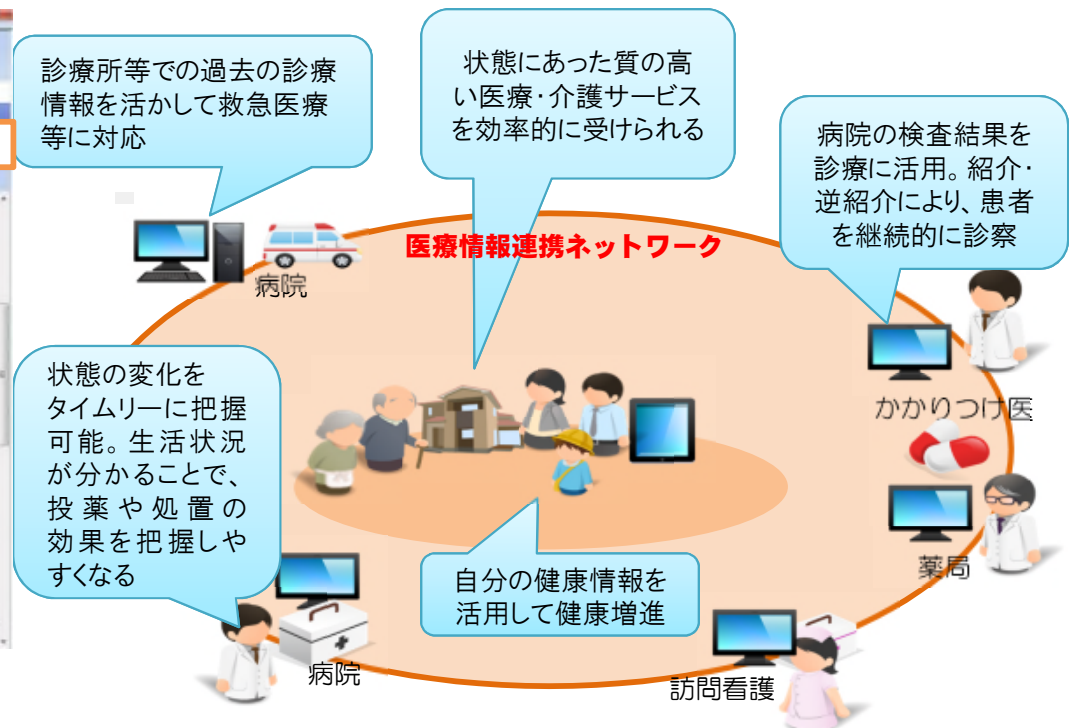
- 患者の同意を得た上で、医療機関間において、診療上必要な医療情報（患者の基本情報、処方データ、検査データ、画像データ等）を電子的に共有・閲覧できる仕組み。
- 高度急性期医療、急性期医療、回復期医療、慢性期医療、在宅医療・介護の連携体制を構築。
- 地域の医療機関等の間で、患者の医療情報をICTを活用して共有するネットワークを構築することにより、医療サービスの質の向上や効率的な医療の提供が期待される。

医療情報連携ネットワークで利用される 診療情報閲覧の画面例



異なる医療機関において、効率的に患者の診療情報を閲覧・参照できる。

医療情報連携ネットワークの将来イメージ



医療と介護を総合的に確保するためのICTの基盤整備

地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（抄）

第1 地域における医療及び介護の総合的な確保の意義及び基本的な方向に関する事項

二 医療及び介護の総合的な確保に関する基本的な考え方

1 基本的な方向性

（5）情報通信技術（ICT）の活用

質の高い医療提供体制及び地域包括ケアシステムの構築のためには、医療・介護サービス利用者も含めた関係者間での適時適切な情報共有が不可欠であり、情報通信技術（ICT）の活用は情報共有に有効な手段である。一方で、情報通信技術（ICT）の活用方法は多様化するとともに、互換性が必ずしも十分に確保されていないという課題もある。そのため、医療及び介護に係る情報の特性を踏まえた個人情報保護に十分に配慮しながら、標準的な規格に基づいた相互運用性の確保や将来の拡張性を考慮しコスト低減に努める等、情報通信技術（ICT）の活用を持続可能なものとして進めていくことが重要である。また、情報通信技術（ICT）を活用した医療・介護ニーズの把握やこれに基づく取組から得られるデータを踏まえた施策の立案も重要である。

地域医療介護総合確保基金での具体例（平成29年度）

ひろしま医療情報ネットワーク整備事業（広島県）

地域医療構想に基づいた病床機能の分化・連携を進めるため、ひろしま医療情報ネットワーク（HMネット）の更なる周知・参加募集を行うとともに参加に必要な初期整備を行い、参加施設数を増加させることでHMネットの更なる活用を図る。

しまね医療情報ネットワーク事業（島根県）

地域包括ケアシステム構築のための多職種連携等を進めるため、しまね医療情報ネットワーク（まめネット）における情報提供病院の拡大を行うとともに、連携アプリケーションの改修を行うことで、まめネットの更なる整備・活用を図る。

医療情報ICT化推進事業（滋賀県）

地域医療構想の達成に向けて更なる医療介護連携を進めるため、情報提供病院の診療情報を診療所等が閲覧するためのシステム「びわ湖メディカルネット」と、在宅療養患者の情報を多職種で共有するためのシステム「淡海あさがおネット」の統合を行う。

情報通信技術（ICT）を活用した医療連携や医療に関するデータの収集・利活用の推進

診療情報提供書等の文書の電子的な送受に関する記載の明確化

- 診療情報提供書等の診療等に要する文書（これまで記名・押印を要していたもの）を、**電子的に送受できることを明確化し、安全性の確保等に関する要件を明記。**

画像情報・検査結果等の電子的な送受に関する評価

- 保険医療機関間で、診療情報提供書を提供する際に、併せて、画像情報や検査結果等を電子的に提供し活用することについて評価。

（新）検査・画像情報提供加算

（診療情報提供料の加算として評価）

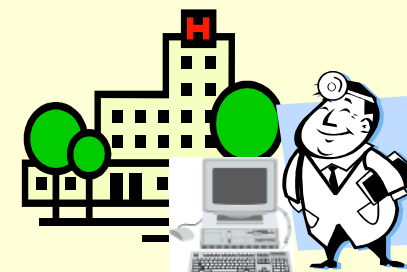
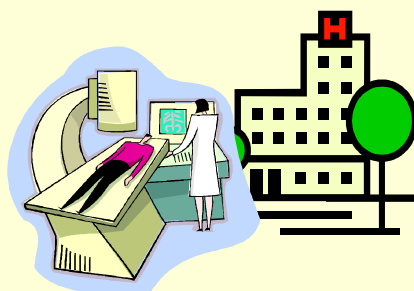
イ 退院患者の場合 200点

ロ その他の患者の場合 30点

診療情報提供書と併せて、画像情報・検査結果等を電子的方法により提供した場合に算定。

（新）電子的診療情報評価料 30点

診療情報提供書と併せて、電子的に画像情報や検査結果等の提供を受け、診療に活用した場合に算定。



〔施設基準〕

- ① 他の保険医療機関等と連携し、患者の医療情報に関する電子的な送受信が可能なネットワークを構築していること。
- ② 別の保険医療機関と標準的な方法により安全に情報の共有を行う体制が具備されていること。

画像情報・検査結果等の電子的な送受にかかる評価

検査・画像情報提供加算

診療情報提供書を提供する際に、診療記録のうち主要なものについて、他の保険医療機関に対し、電子的方法により閲覧可能な形式で提供した場合又は電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合に算定する。

	情報提供方法		提供する情報
	診療情報提供書	検査結果及び画像情報等	
1	電子的に送信 又は書面で提供	医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークを通じ電子的に常時閲覧可能なよう提供	- 検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容及び退院時要約等の診療記録のうち主要なもの（少なくとも検査結果及び画像情報を含むものに限る。画像診断の所見を含むことが望ましい。退院患者については、平成30年4月以降は退院時要約を含むものに限る。） （注）多数の検査結果及び画像情報等を提供する場合には、どの検査結果及び画像情報等が主要なものであるかを併せて情報提供することが望ましい。
2	電子的に送信	電子的に送信 （診療情報提供書に添付）	

電子的診療情報評価料

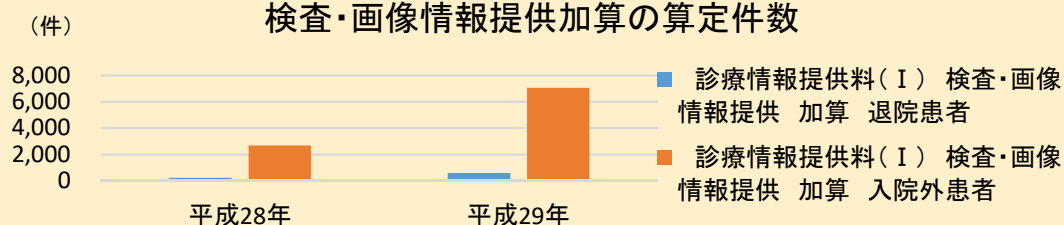
診療情報提供書の提供を受けた患者に係る診療記録のうち主要なものについて、電子的方法により閲覧又は受信し、当該患者の診療に活用した場合に算定する。

	情報受領方法		受領する情報
	診療情報提供書	検査結果及び画像情報等	
1	電子的に受信 又は書面で受領	医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークを通じ閲覧	- 検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容及び退院時要約等の診療記録のうち主要なもの（少なくとも検査結果及び画像情報を含むものに限る。） - 受領した検査結果及び画像情報等を評価し、診療に活用した上で、その要点を診療録に記載する。
2	電子的に受信	電子的に受信 （診療情報提供書に添付）	

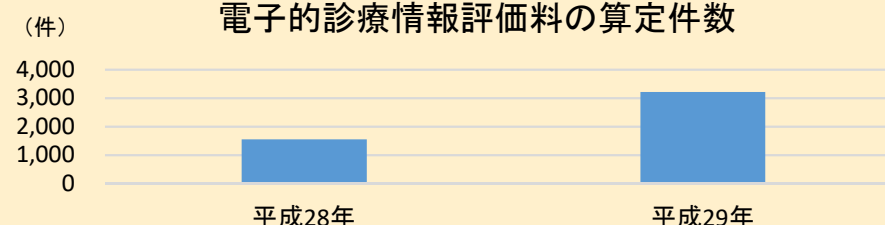
施設基準

- 診療情報提供書を電子的に提供する場合は、**HPKI**による電子署名を施すこと。
- 患者の医療情報に関する電子的な送受信又は閲覧が可能な**ネットワーク**を構築すること。
- 厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（平成25年10月）を遵守し、**安全な通信環境**を確保すること。
- 保険医療機関において、**個人単位の情報の閲覧権限の管理**など、個人情報の保護を確実に実施すること。
- 厚生労働省標準規格に基づく標準化された**ストレージ機能**を有する情報蓄積環境を確保すること。
- 情報の電子的な送受に関する**記録を残している**こと。（ネットワーク運営事務局が管理している場合は、随時取り寄せることができること。）

検査・画像情報提供加算の算定件数



電子的診療情報評価料の算定件数

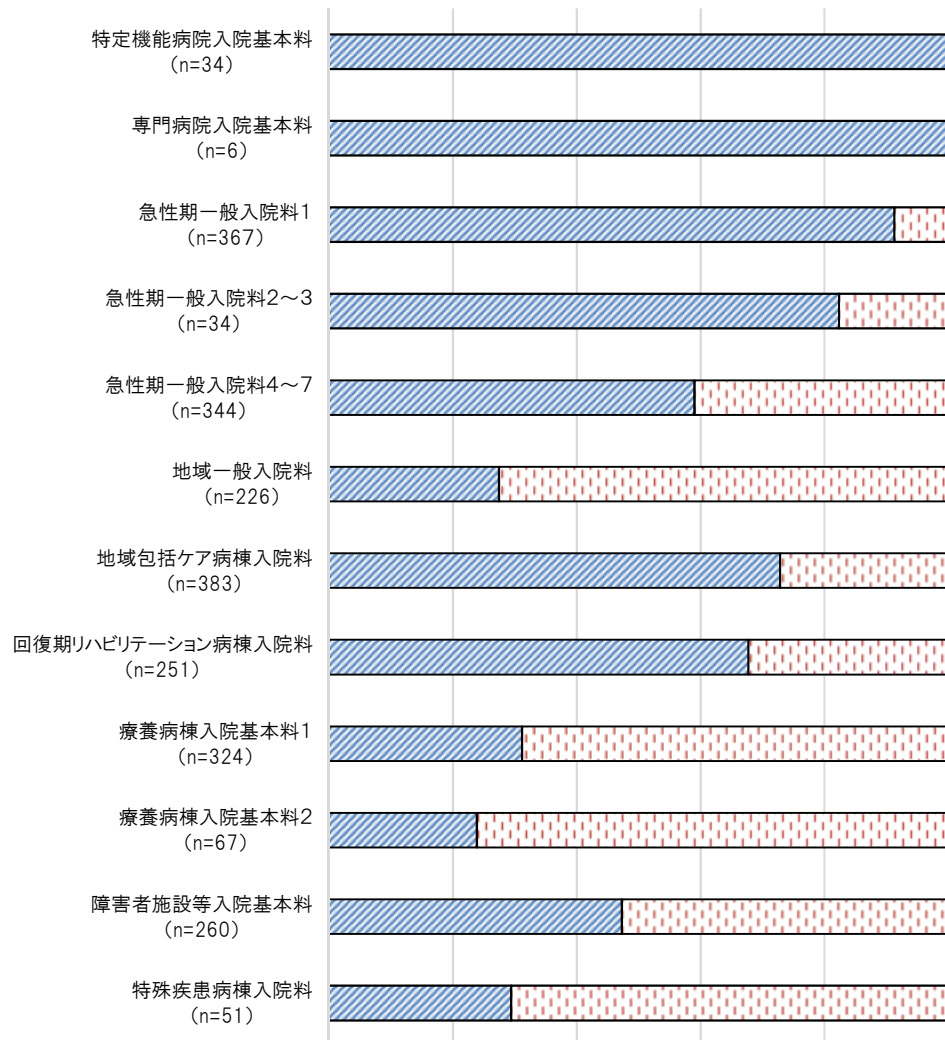


入院料別のシステムの導入状況

電子カルテの導入状況

■ 導入している □ 導入していない

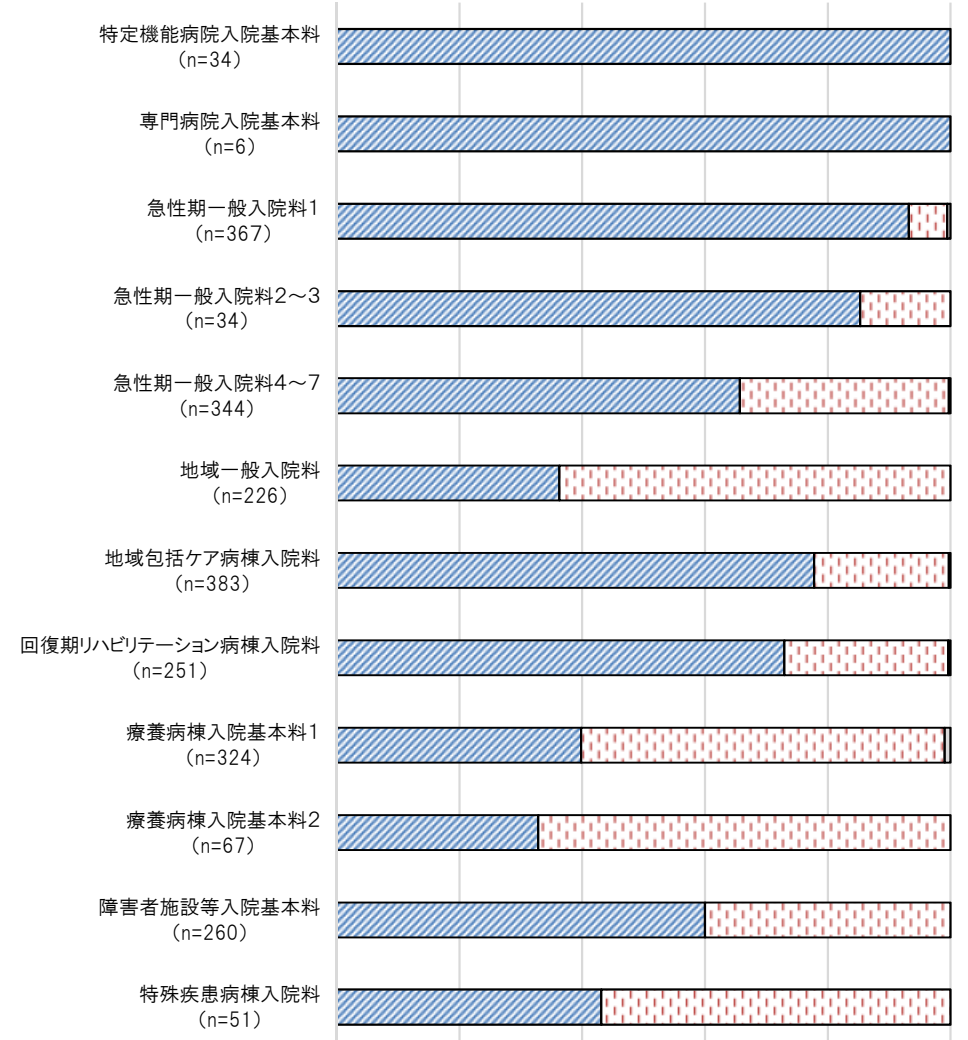
0% 20% 40% 60% 80% 100%



オーダーリングシステムの導入状況

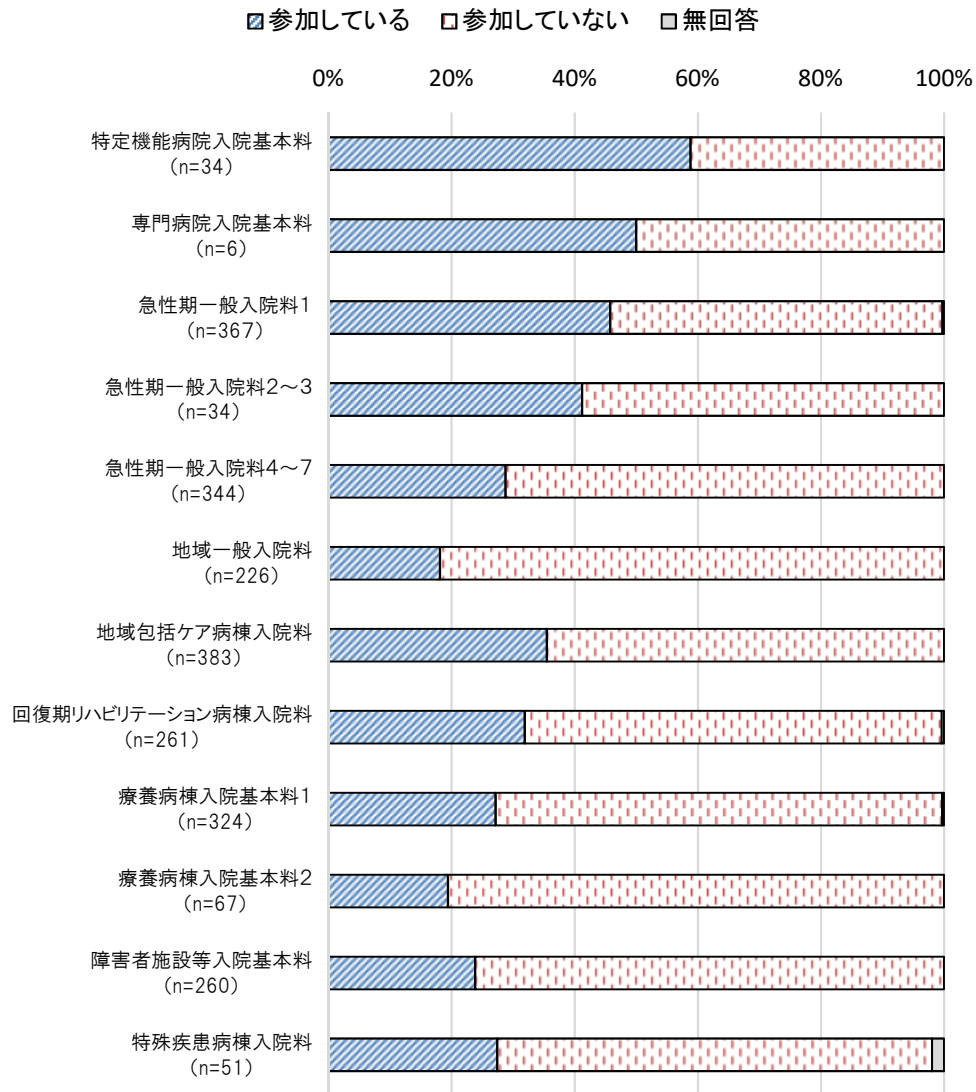
■ 導入している □ 導入していない □ 無回答

0% 20% 40% 60% 80% 100%

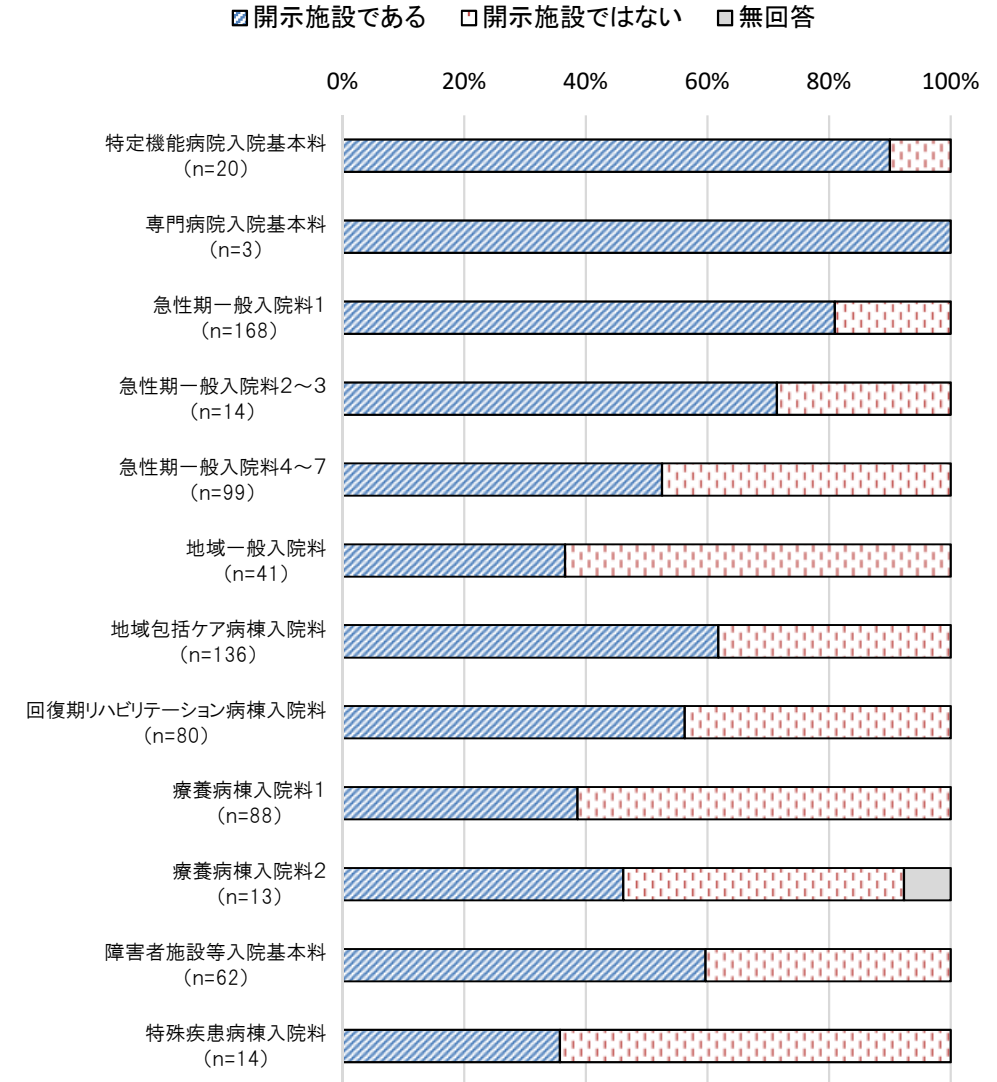


入院料別の医療情報連携ネットワークへの参加状況

医療情報連携ネットワークへの参加状況



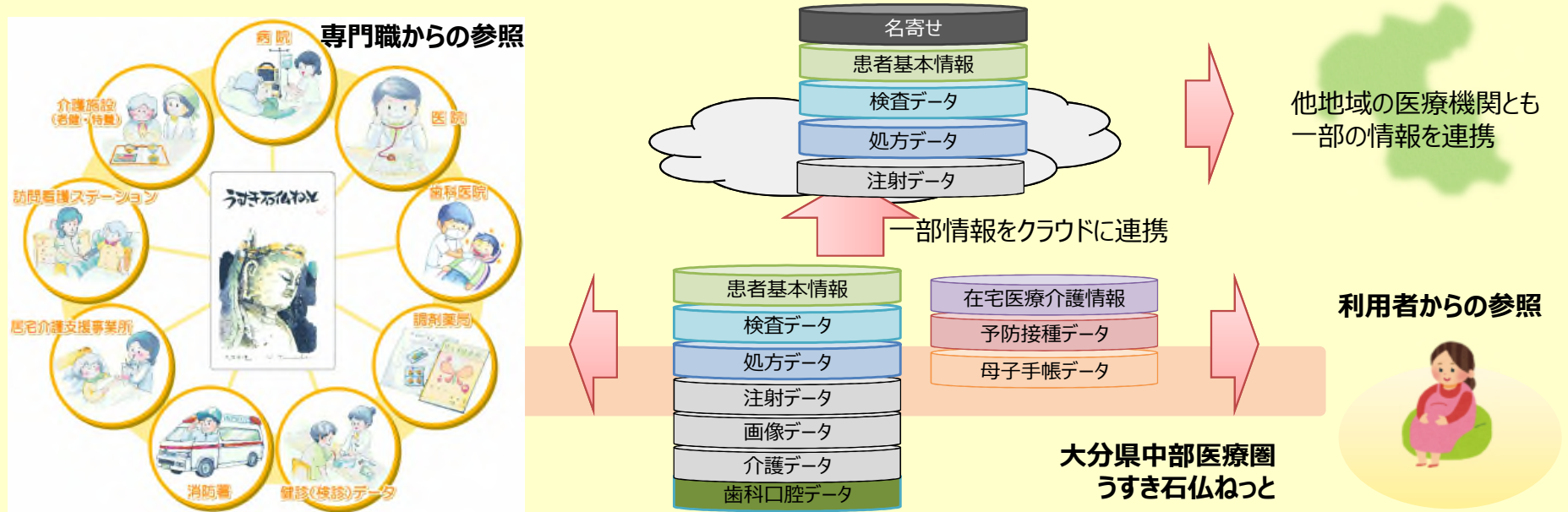
医療情報連携ネットワークにおける患者情報の開示状況



医療・介護・保健データ利活用モデル（EHR）

医療・介護・保健データ利活用モデル(EHR) (大分県臼杵市)

平成29年度のクラウド型EHR高度化事業により、既存の医療情報連携システム（うすき石仏ねっ）を機能拡充するとともに、大分県中部医療圏及び北部医療圏の複数の医療機関を、新設のクラウドサーバにより連携することで、単一医療圏を越えて基本情報、検査、処方、注射情報を共有可能な仕組みを構築した。



地域住民の医療・介護情報を多職種が共有することで、効果的な地域包括ケアを実現

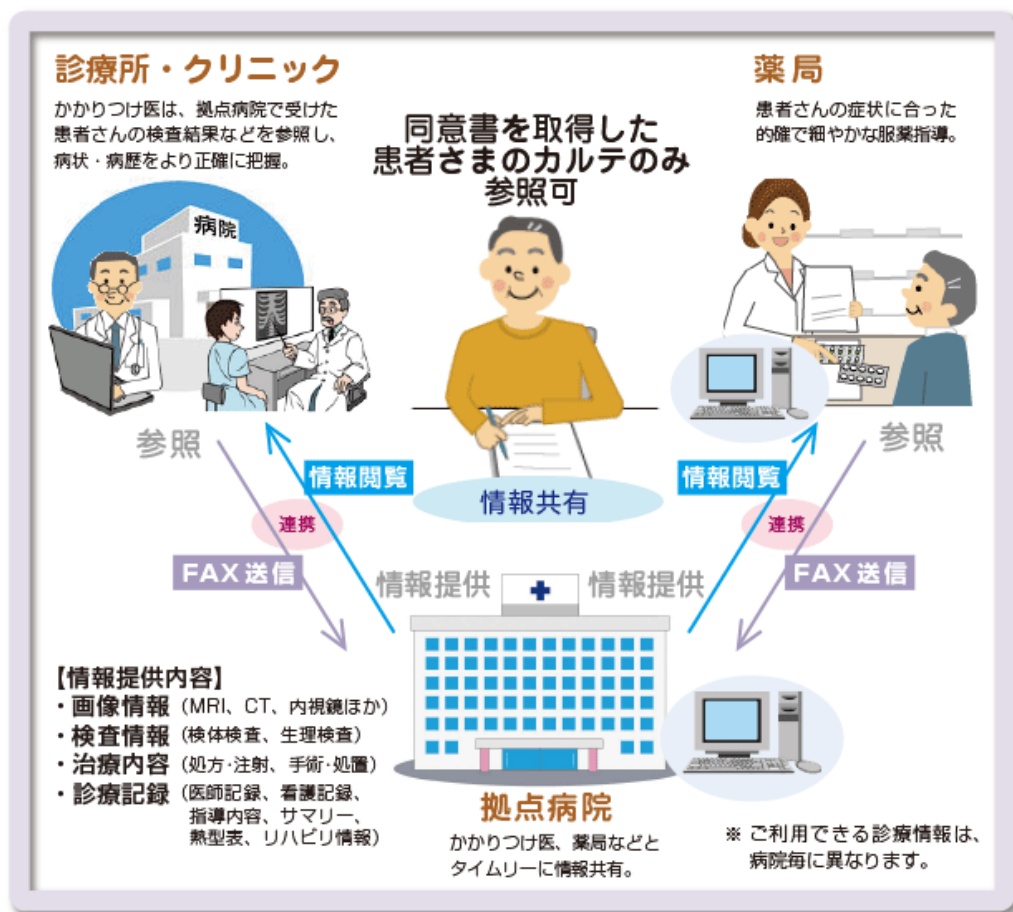
- うすき石仏ねっとは、大分県臼杵市内の**8割以上の医療機関**（病院、医科診療所）、**9割以上の歯科診療所、調剤薬局、介護施設**が加入。同市内の人口の**5割以上**が、また65歳以上の**高齢者の約7割**、75歳以上の**約8割**が登録しており、効果的な地域包括ケアの実現に寄与している。
- クラウドの活用により、一部の情報（検査、処方、注射情報等）については、**隣接の二次医療圏を含む臼杵市外の医療機関等とも連携できる仕組みを構築した。**

薬局における地域医療連携ネットワークの活用等について

- 長崎県では「あじさいネット」を活用した医療機関等・薬局等の情報共有や連携が行われている。
- 薬局においては診療情報や検査値等を活用し、投与量や有害事象の確認等の安全対策に取り組んでいる。

●あじさいネットとは

あじさいネットとは、長崎の地域医療ネットワークシステムであり、患者の同意のもと、診療情報を複数の医療機関等と薬局で共有することにより、安全で高品質な医療を提供し地域医療の質の向上を目指すもの。



●参加状況

- ・全登録患者数* 89,458名 *全例で同意書取得済（2018年2月28日現在）
- ・会員数 1,367名
- ・情報提供病院 37施設
- ・情報閲覧施設 344施設

【情報閲覧施設の種別内訳】

病院・診療所：209、歯科：1、訪問看護：17
薬局：108、介護：6、行政：1、その他：2
 （2019年3月28日現在）

●薬局での活用状況

（あじさいネットを利用した薬局へのアンケート調査による）



医療機関と薬局や訪問看護ステーションの連携

＜医療機関と薬局との連携＞

- 平成30年度診療報酬改定において、医療機関の求めて応じて服薬情報の提供を行った場合の評価の拡充や、地域医療に貢献する薬局の評価等を行った。
- トレーシングレポート(服薬情報提供文書)により、即時性が低いものの薬物療法に必須な情報を薬局が医療機関に伝達し、次回診療時に活用する取組が行われている。

＜医療機関と訪問看護ステーションの連携＞

- 患者の入院等にあたり訪問看護ステーションから医療機関等への情報提供の仕組みとして、平成30年度診療報酬改定で新設された訪問看護情報提供療養費3を算定した訪問看護ステーションは約1割。
- 医療機関においては、専門の研修を受けた看護師による同行訪問や退院前後の訪問指導を実施しており、算定件数は概ね増加傾向。

薬局における対人業務の評価の充実(服薬情報等提供料)

服薬情報提供料

○ 服薬情報等提供料について、保険医療機関の求めがあった場合の評価を見直す。

現行

【服薬情報提供料】
服薬情報提供料

20点

改定後

【服薬情報提供料】
服薬情報等提供料1

30点

※保険医療機関の求めがあった場合

服薬情報等提供料2

20点

※患者又はその家族等の求めがあった場合又は薬剤師がその必要性を認めた場合

調剤後の継続的な薬学的管理を実施



保険医療機関

医療機関へ文書等で情報提供

- ・患者の服用薬及び服薬状況
- ・患者の服薬指導の要点、患者の状態等
- ・患者が容易に又は継続的に服用できるための技術工夫等の調剤情報



保険薬局

患者等への情報提供や必要な指導

- ・医薬品緊急安全性情報や医薬品・医療機器等安全性情報等
- ・患者の服薬期間中に服薬状況の確認及び必要な指導



患者

例えば、向精神薬の減薬の場合に副作用の発現状況のフォローを指示

※かかりつけ薬剤師は、上記に係る業務を行うことを前提としており、かかりつけ薬剤師指導料等を算定している場合は服薬情報等提供料は算定できない。

トレーシングレポートを活用した医療機関と薬局の連携

- トレーシングレポート（服薬情報提供文書）により、即時性が低いものの薬物療法の有効性・安全性に必須な情報を薬局が医療機関に伝達し、次回診療時に活用する取組が行われている。

京都大学医学部附属病院薬剤部の取組

病院からの情報

患者ID: ■ かかりつけ薬局
患者氏名: □ 無、□ 有 薬局名:

服薬指導内容情報提供書
退院時服薬指導情報提供書
院内作成した説明書

- 治療導入時に院内の薬剤師が服薬指導した内容、その際に聞き取った患者情報などを保険薬局に伝えるためのツール
- 病院薬剤部から保険薬局へFAXで送信する

保険薬局の薬剤師 御待史

ロンスープ錠開始に伴い、当院で初回服薬指導を実施しております。指導内容はFAX1～3枚目をご参照ください。プリスターカードを使用して調剤する場合、付録の添付書をお願い致します。また、コンプライアンス、副作用状況等をトレーシングレポートにて報告いただければ、カルテ記載し、主治医に報告させていただきます。ご協力をお願いします。

処方医へ（電子カルテに添付）

14/08/01作成



FAXを
送受信

保険薬局からの情報

京大病院のトレーシングレポートの様式

京都大学医学部附属病院 御中

報告日: 年 月 日

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

担当医	科	先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
患者ID:			電話番号:
患者名:			FAX 番号:
			担当薬剤師名: 印
この情報を伝えることに患者の同意を			☐ 得た。 ☐ 得ていない。
☐ 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします。			

トレーシングレポート

- 即時性は低いですが薬物療法の有効性・安全性に必須な情報を医師に確実に伝えるためのツール
- 保険薬局から病院薬剤部へFAXで送信する
- 病院薬剤部で報告内容を確認し、電子カルテに添付するとともに処方医にメールで報告

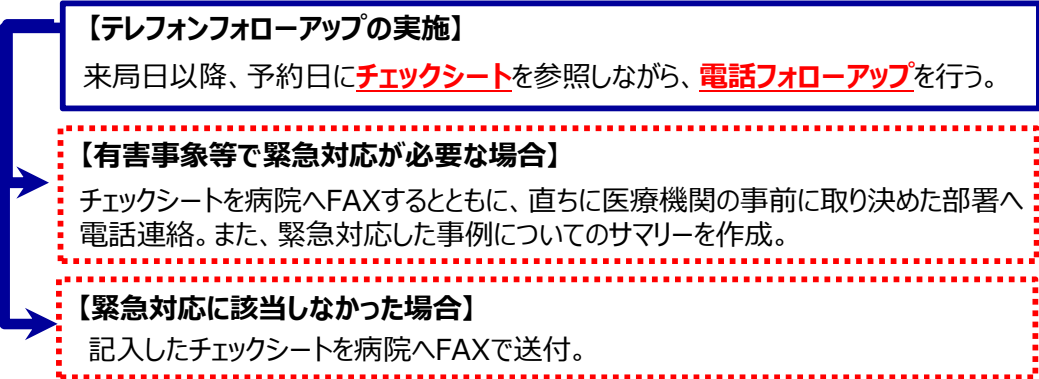
薬物療法に関する医療機関と薬局の連携（抗がん剤治療のフォローアップ）

- がんの薬物療法など、より丁寧な薬学的管理を要する疾患においては、医療機関からの指示に基づいて薬局薬剤師が服用期間中の服薬状況等をフォローし、その結果を医療機関に共有することで、副作用等への対応をより適切に行うことができる。
- こうした機能を発揮するためには、医療機関と薬局の密な連携が重要。

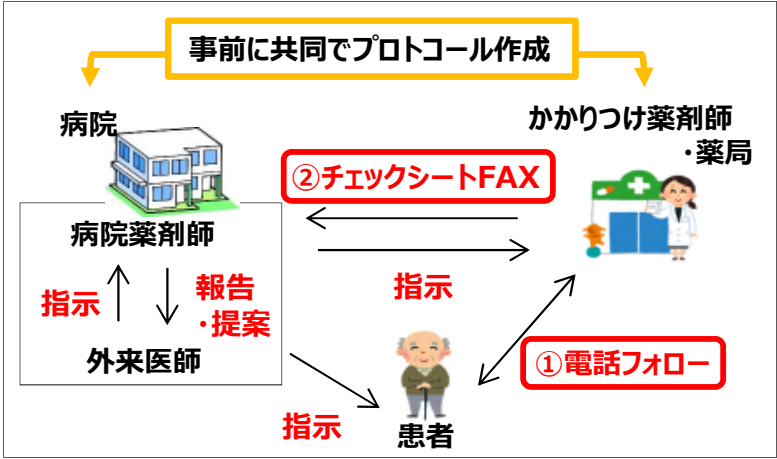
「薬剤師が担う医療機関と薬局間の連携手法の検討とアウトカムの評価研究」（平成28年度～29年度厚生労働行政推進調査事業費補助金）

- 研究代表者：安原 真人（東京医科歯科大学）
- 研究目的：プロトコルに基づく薬物治療管理（PBPM）により、がん外来化学療法で経口抗がん剤を服用している患者に対して、薬局が服用期間中にフォローアップを行うことの効果を研究

➤ 薬局のフォローアップ対応の流れ



➤ 実施フロー図

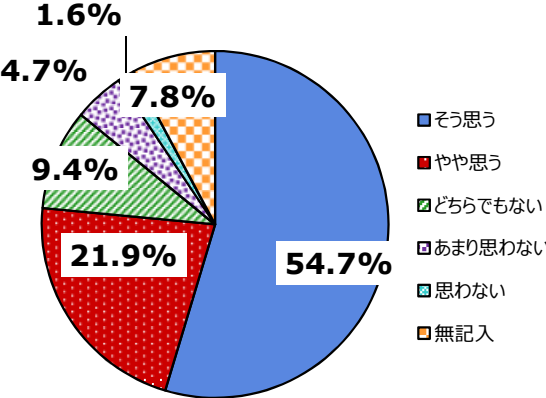


<結果>

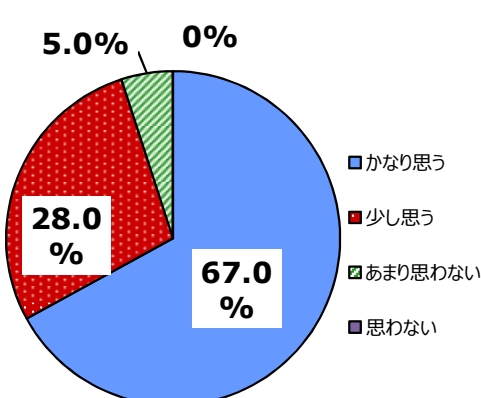
- 129名の登録患者（トレーシングレポート428件）
- 電話フォローアップを契機とする
緊急入院 1名
予定外受診 4名（5件）
休薬 9名
- 電話フォローアップに基づく
医師への処方提案 49件
このうち23件（47%）が処方に反映

⇒副作用の重篤化を回避し患者の安全に直接寄与

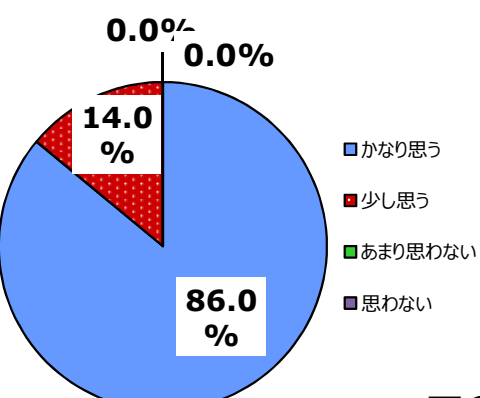
薬局薬剤師からの副作用に対する対応やアドバイスは有用であったか（患者調査）



電話フォローで患者の副作用への対処方法の実施がより適切に行えたか（医師調査）



保険薬局と病院薬剤師と医師が情報を共有し連携することは必要か（医師調査）



地域医療に貢献する薬局の評価

地域支援体制加算について

- かかりつけ薬剤師が機能を発揮し、地域包括ケアシステムの中で地域医療に貢献する薬局について、夜間・休日対応等の地域支援の実績等を踏まえた評価を新設する。

(新) 地域支援体制加算 35点

個別要件の分類

	実績要件8項目※	施設基準
個々の患者に対する適切な薬学的管理・指導体制	■ 重複投薬・相互作用等防止加算 ■ 服用薬剤調整支援料 ■ かかりつけ薬剤師指導料等 ■ 外来服薬支援料	■ 患者ごとの適切な薬学的管理・指導 ■ 患者の求めに応じた情報提供 ■ 適切な薬学的管理・指導を行う体制・機能 ■ かかりつけ薬剤師届出
情報共有による地域・社会への貢献、多職種連携体制	■ 服薬情報等提供料	■ プレアボイド報告実績 ■ 副作用報告体制 ■ 当該地域における、在支診等及び訪看との連携体制 ■ 保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整担当者との連携体制
24時間、在宅対応など、多様な患者ニーズに対応できる体制（地域医療を支える業務への積極的な対応）	■ 夜間・休日等の対応 ■ 単一建物診療患者が1人の場合の在宅薬剤管理 ■ 麻薬管理指導加算	■ 24時間、在宅対応体制・周知 ■ 一定時間以上の開局 ■ 十分な数の医薬品の備蓄 ■ 後発品数量シェア50%以上（集中率85%超の場合） ■ 麻薬届出 ■ 在宅実績

※ 基準値は地域医療に貢献する体制を有する薬局を評価できるよう、薬局の取組状況を参考に設定。

訪問看護ステーションから医療機関等への情報提供

- 平成30年度診療報酬改定において新設された訪問看護情報提供療養費3を算定した訪問看護ステーションは約1割であり、情報提供先のほとんどは医療機関である。

入院又は入所時の連携の強化

平成30年度診療報酬改定 I-4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑪

- 主治医が、患者が入院又は入所する医療機関等に情報提供を行う際、訪問看護ステーションから提供された情報を併せて提供した場合の評価を設ける。また、情報提供を行う訪問看護ステーションの評価を設ける。

(新) 療養情報提供加算(診療情報提供料(I)) 50点

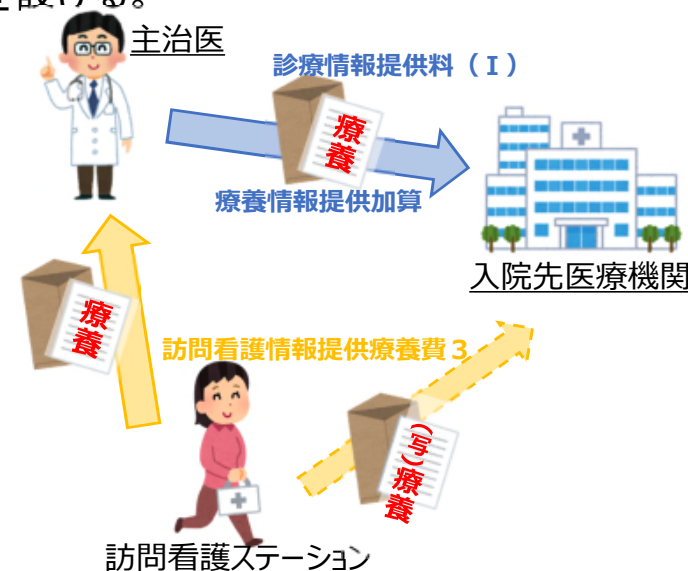
[算定要件]

保険医療機関が、患者が入院又は入所する保険医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院に対して文書で診療情報を提供する場合、当該患者に訪問看護を定期的に行っていた訪問看護ステーションから得た指定訪問看護に係る情報を添付して紹介を行った場合に加算。

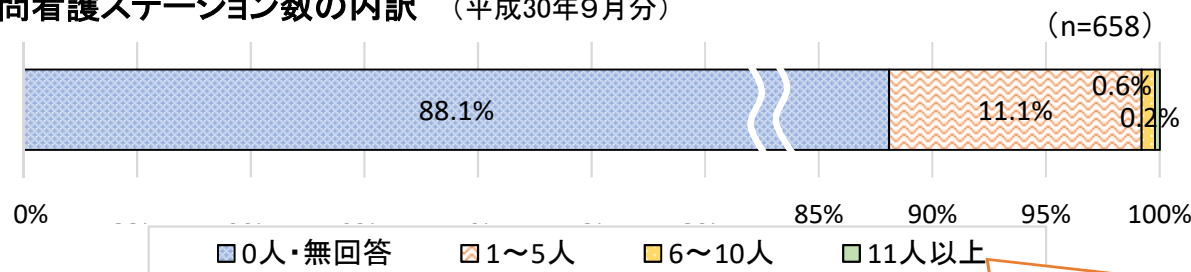
(新) 訪問看護情報提供療養費3 1,500円

[算定要件]

保険医療機関等に入院又は入所する利用者について、当該利用者の診療を行っている保険医療機関が入院又は入所する保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて紹介を行うにあたって、訪問看護ステーションが、当該保険医療機関に指定訪問看護に係る情報を提供した場合に算定。また、当該文書の写しを求めに応じて、入院又は入所先の保険医療機関等と共有する。



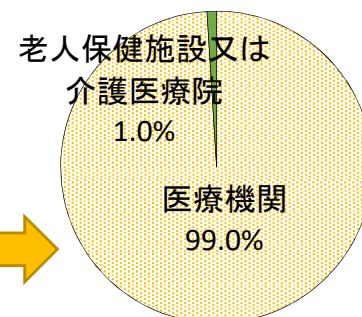
■ 訪問看護情報提供療養費3を算定した利用者数別の訪問看護ステーション数の内訳 (平成30年9月分)



＜算定した利用者がいた場合＞
平均人数:2.3人 中央値:1人(最小:1人、最大:26人)

■ 訪問看護情報提供療養費3を算定した利用者の入院・入所先の内訳 (入院・入所先について回答のあった計102人)

(入院・入所先について回答のあった計102人)



ニーズの高い在宅療養者に対する医療機関等の看護師による支援①

○ 緩和ケア等のニーズを有する在宅療養者に対し、専門の研修を受けた看護師による同行訪問は、医療機関によるものが多く、算定件数は増加傾向にある。

■ 訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅱ）

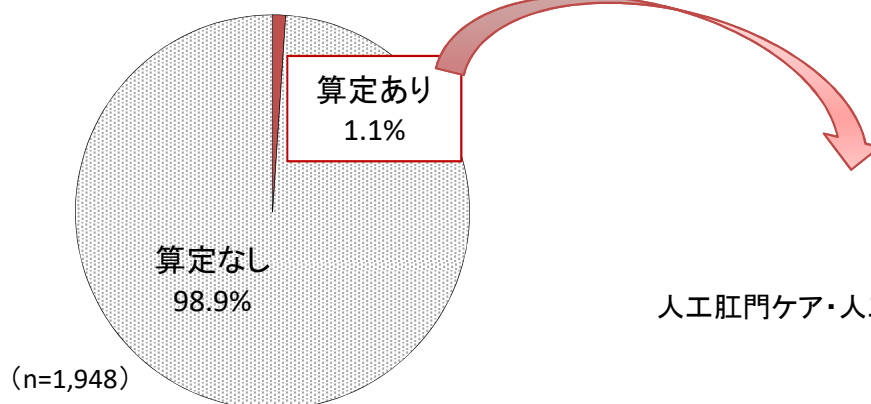
ハ 悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 12,850円

■ 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料

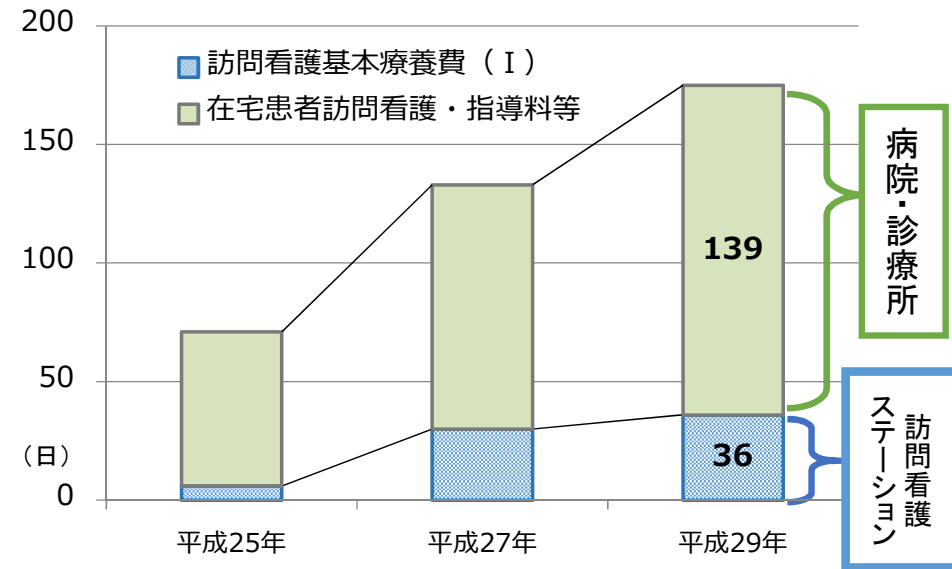
3 悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 1,285点

悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者、真皮を越える褥瘡の状態にある利用者又は人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続若しくは反復して生じている状態にある利用者に対して、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師等又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師等と共同して同一日に指定訪問看護を行った場合に、当該利用者1人について、それぞれ月1回を限度として算定する。※平成30年度診療報酬改定において人工肛門ケア及び人工膀胱ケアを追加

■ 専門の研修を受けた看護師による訪問看護を行った利用者の割合 （訪問看護ステーションのみ、平成30年9月分）



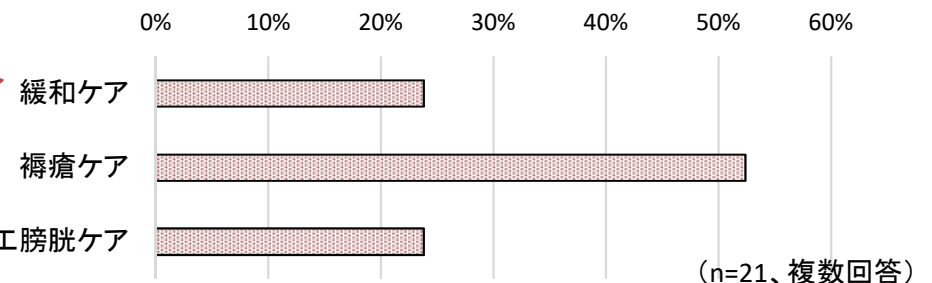
■ 専門の研修を受けた看護師による訪問看護の算定件数



【出典】訪問看護療養費実態調査(各年6月審査分)をもとに厚生労働省保険局医療課にて作成
社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)

※在宅患者訪問看護・指導料等：在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料

■ 専門の研修を受けた看護師による訪問看護の内訳



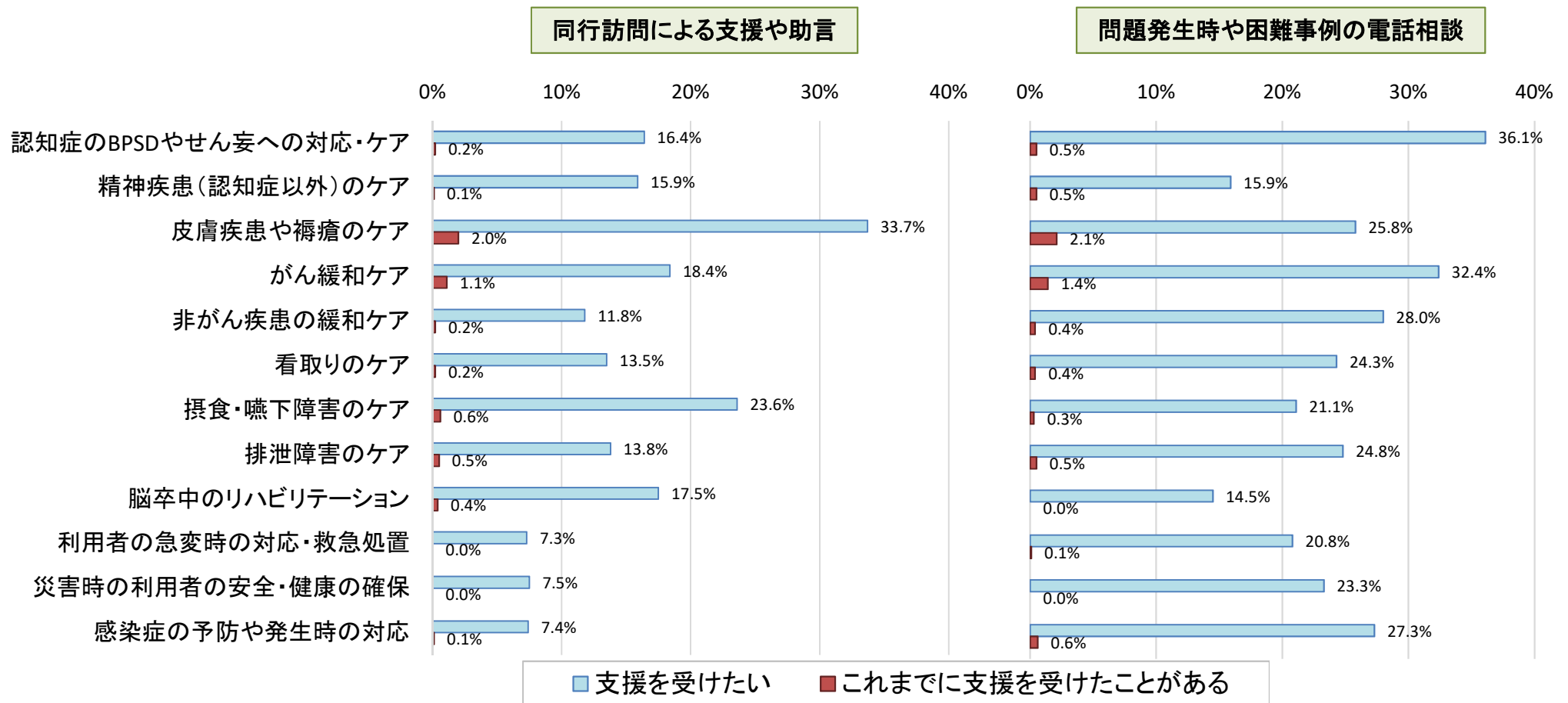
【出典】平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療と訪問看護に係る評価等に関する実施状況調査」(訪問看護調査票・患者票)

ニーズの高い在宅療養者に対する医療機関等の看護師による支援②

○ 専門性の高い看護師の同行訪問や電話相談による支援についてみると、皮膚疾患や褥瘡のケアの支援を受けたことがある訪問看護ステーションが多い。

■ 訪問看護ステーションが受けた支援形態 及び
訪問看護ステーションがこれまでに受けたことがある専門性の高い看護師からの支援形態

(n=1,650、複数回答)



退院前後の医療機関からの訪問指導の状況

- 退院前訪問看護指導料の算定件数は横ばい、退院後訪問看護指導料及び訪問看護同行加算の算定件数は増加傾向にある。

平成28年度診療報酬改定

退院直後の在宅療養支援に関する評価

- 医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするために、退院直後の一定期間、退院支援や訪問看護ステーションとの連携のために、入院していた医療機関から行う訪問指導について評価する。

(新) 退院後訪問指導料 580点(1日につき)
(新) 訪問看護同行加算 20点

[算定要件]

- ① 対象患者: 別表第8又は認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅲ以上※
※要介護被保険者等及び看護師等が配置されている特別養護老人ホーム・指定障害者支援施設等の入所者(ただし保険医療機関を除く。)も算定可能とする。
- ② 算定回数: 退院後1か月以内に限り、5回を限度として算定する。
- ③ 在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回に限り、所定点数に加算する。

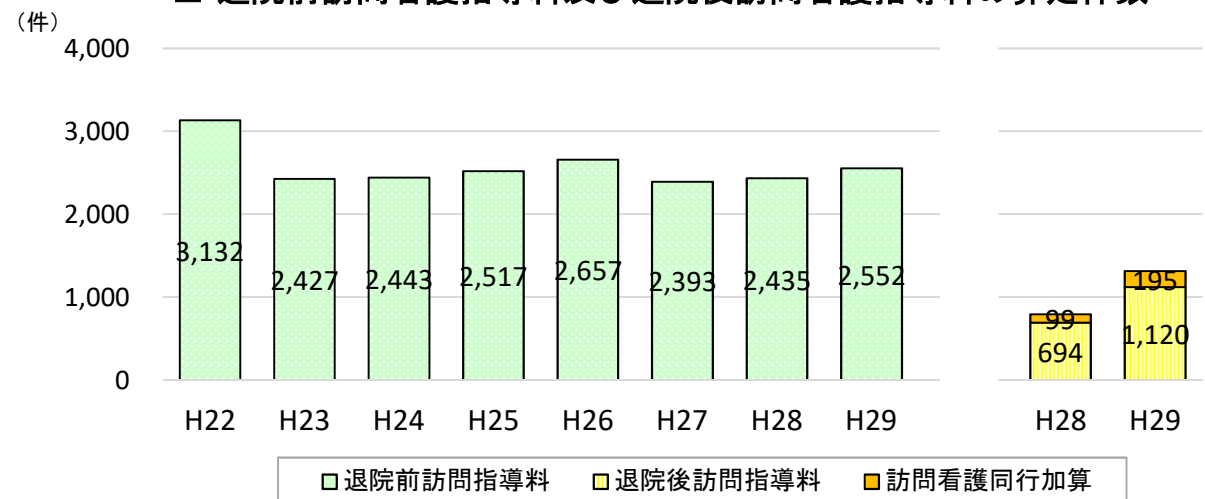


<参考> 退院前訪問指導料 580点

[算定要件]

- ① 継続して1月を超えて入院すると見込まれる入院患者の円滑な退院のため、入院中又は退院日に患者を訪問し、患者の病状、患者の家屋構造、介護力等を考慮しながら、退院後の在宅での療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定。
- ② 算定回数: 入院中1回(入院後早期に退院前訪問看護の必要があると認められる場合は2回)
- ③ 医師の指示を受けた保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等も可能。

■ 退院前訪問看護指導料及び退院後訪問看護指導料の算定件数



【出典】社会医療診療行為別統計(調査)(各年6月審査分)

歯科診療報酬における医療機関間での診療情報の共有に対する評価

○ 歯科診療報酬における医療機関間での診療情報の共有については、主に文書で行われている。

B009	診療情報提供料 I 検査・画像情報提供加算	患者の紹介を行う際に、検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容、退院時要約等の診療記録のうち主要なものについて、他の保険医療機関に対し、電子的方法により閲覧可能な形式で提供した場合又は電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合に加算。
B009-2	電子的診療情報評価料	診療情報提供書を電子的方法により閲覧又は受信し、当該患者の診療に活用。
B011	診療情報連携共有料	医科の保険医療機関と歯科の保険医療機関の間で診療情報を共有。
B015	退院時共同指導料2 多機関共同指導管理加算	やむを得ない事情により在宅療養担当医療機関等の関係者のいずれかが、患者が入院している保険医療機関に赴くことができない場合に限り、ビデオ通話等でも可。
C000	歯科訪問診療料 地域医療連携体制加算	電子メール、ファクシミリでの提供でも可。
C007	在宅患者連携指導料	電子メール、ファクシミリでの提供でも可。
C008	在宅患者緊急時等カンファレンス料	やむを得ない事情により関係者全員が患家に赴き実施することができない場合は、ビデオ通話等でも可。
E	歯科画像診断管理加算	専ら画像診断を行う歯科医師が画像診断結果を文書により報告。
O	口腔病理診断料 口腔病理診断管理加算	専ら病理診断を行う歯科医師又は医師が病理診断結果を文書により報告。

医科・歯科間での診療情報の共有

- 平成30年度診療報酬改定において、医科歯科連携を推進する観点から、歯科診療を行う上で必要な診療情報や処方内容等の診療情報について、かかりつけ医との間で共有した場合の評価を新設した。

診療情報連携共有料

120点 【医科点数表、歯科点数表】

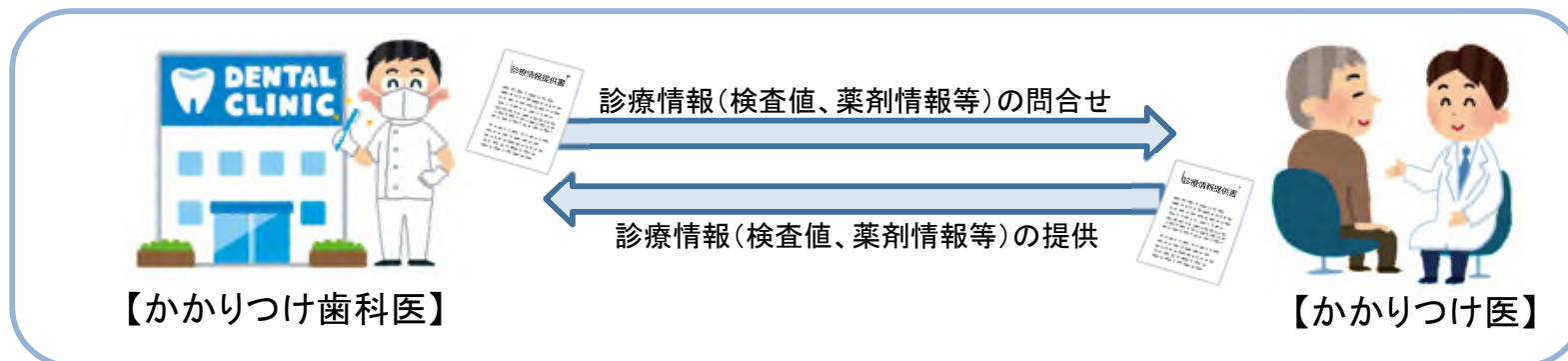
医科の保険医療機関と歯科の保険医療機関の間で診療情報を共有することにより、質の高い診療が効率的に行われることを評価するもの。

[対象患者]

慢性疾患を有する患者又は歯科診療を行う上で特に全身的な管理の必要性を認め検査結果や診療情報を確認する必要がある患者

[算定要件]【歯科点数表】

- 当該患者の同意を得て、別の保険医療機関に当該患者の診療情報の提供を文書により求めた場合に算定
- 保険医療機関と連携を図り、必要に応じて問い合わせに対応できる体制(窓口の設置など)を確保していること。
- 保険医療機関ごとに患者1人につき、診療情報の提供を求めた日の属する月から起算して3月に1回に限り算定する。
- 診療情報提供料(Ⅰ)により紹介した月から起算して3月以内に、同一の保険医療機関に対して当該患者の診療情報の提供を求めた場合において、診療情報連携共有料は別に算定できない。



地域における情報共有・連携について

【論点】

- 患者の在宅復帰や、医療機関間の連携をさらに進める観点から、病床機能連携にかかる評価の在り方について、平成30年度診療報酬改定の対応を踏まえ、どのように考えるか。
- 医療情報の標準化や、地域医療情報連携ネットワークの構築については、基盤整備のための基金が創設されたところ。医療機関間における診療情報の電子的な送受にかかる評価の在り方については、今後、ネットワークの具体的な活用状況やその効果等を踏まえて検討してはどうか。
- 医療機関と薬局や訪問看護ステーションの連携について、医療現場の取組状況や、平成30年度診療報酬改定の対応を踏まえ、どのように考えるか。

○地域の状況を踏まえた入院医療の在り方について

- ・ 入院医療の現況
- ・ 入院医療の診療報酬
- ・ 入院医療提供体制の施策
- ・ その他

○地域における情報共有・連携について

- ・ 病床機能連携にかかる評価
- ・ 医療情報の標準化や地域医療情報連携ネットワーク
- ・ 医療機関と薬局や訪問看護ステーションの連携

○医療資源の少ない地域等における医療提供体制について

- ・ 医療資源の少ない地域における診療報酬上の対応
- ・ 地域間の医師や外来医療機能の偏在・不足
- ・ へき地医療

医療資源の少ない地域における診療報酬上の対応

- 医療資源の少ない地域については、一部の診療報酬項目について要件緩和等を行っており、平成30年度診療報酬改定においても、その対象を拡大する等の対応を行った。しかし、医療資源の少ない地域に配慮した報酬項目の算定状況については、算定の多い項目と少ない項目でばらつきがみられる。
- 医療資源の少ない地域の医療機関にヒアリング調査を行ったところ、ICTの活用に関する意見や、医療資源の少ない地域に配慮した項目の一部の要件を満たすことが困難という意見があった。
- 医療資源が少ない地域の薬局について、平成30年度診療報酬改定において、一定の基準を満たす場合に調剤基本料1を算定可能とする特例を設けた。

現行の「医療資源の少ない地域」(41医療圏)

<二次医療圏の要件> ①かつ②

- ①人口当たり医師数が下位 1/3 かつ人口当たり看護師数が下位 1/2
- ②病院密度が下位15%又は病床密度が下位15%

※マーカーの二次医療圏のほか、離島振興法第2条第1項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法第1条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法第4条第1項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法第3条第三号に規定する離島の地域に該当する地域

- 北海道江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町及び奥尻町の地域
- 北海道日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町及び新ひだか町の地域
- 北海道留萌市、増毛町、小平町、苫前町、羽幌町、初山別村、遠別町及び天塩町の地域
- 北海道稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町及び幌延町の地域
- 北海道根室市、別海町、中標津町、標津町及び羅臼町の地域
- 青森県五所川原市、つがる市、鱒ヶ沢町、深浦町、鶴田町及び中泊町の地域
- 青森県むつ市、大間町、東通村、風間浦村及び佐井村の地域
- 岩手県花巻市、北上市、遠野市及び西和賀町の地域
- 岩手県大船渡市、陸前高田市及び住田町の地域
- 岩手県宮古市、山田町、岩泉町及び田野畑村の地域
- 岩手県久慈市、普代村、野田村及び洋野町の地域
- 岩手県二戸市、軽米町、九戸村及び一戸町の地域
- 秋田県北秋田市及び上小阿仁村の地域
- 秋田県大仙市、仙北市及び美郷町の地域
- 秋田県湯沢市、羽後町及び東成瀬村の地域
- 山形県新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村及び戸沢村の地域
- 福島県下郷町、檜枝岐村、只見町及び南会津町の地域
- 東京都大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村及び小笠原村の地域
- 新潟県十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町及び津南町の地域
- 新潟県佐渡市の地域
- 石川県輪島市、珠洲市、穴水町及び能登町の地域
- 福井県大野市及び勝山市の地域
- 山梨県市川三郷町、早川町、身延町、南部町及び富士川町の地域
- 長野県木曾郡の地域
- 長野県中野市、飯山市、下高井郡及び下水内郡
- 愛知県新城市、設楽町、東栄町及び豊根村の地域
- 滋賀県高島市の地域
- 奈良県五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村及び東吉野村の地域
- 島根県雲南市、奥出雲町及び飯南町の地域
- 島根県海士町、西ノ島町、知夫村及び隠岐の島の地域
- 香川県小豆郡の地域
- 高知県須崎市、中土佐町、橋原町、津野町及び四万十町の地域
- 長崎県五島市の地域
- 長崎県小値賀町及び新上五島町の地域
- 長崎県壱岐市の地域
- 長崎県対馬市の地域
- 熊本県阿蘇市、南小国町、小国町、産山村、高森町、西原村及び南阿蘇村の地域
- 鹿児島県西之表市及び熊毛郡の地域
- 鹿児島県奄美市及び大島郡の地域
- 沖縄県宮古島市及び多良間村の地域
- 沖縄県石垣市、竹富町及び与那国町の地域

医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の要件緩和

○ 医療資源の少ない地域(特定地域)においては、入院料の算定、人員配置基準、夜勤の要件、病床数の要件が一部緩和されている。

項目名	医療資源の少ない地域に配慮した主な要件緩和等	緩和の対象
A 1 0 0 一般病棟入院基本料*	病棟ごとに違う区分の入院基本料の算定が可能	入院料の算定
A 1 0 8 有床診療所入院基本料	入院基本料 1 ～ 3 の施設基準の一つとして、医療資源の少ない地域（特定地域）に所在する有床診療所であること	(入院料の要件)
A 2 2 6 - 2 緩和ケア診療加算*	医師・看護師・薬剤師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
A 2 3 3 - 2 栄養サポートチーム加算*	看護師・薬剤師・管理栄養士の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師・管理栄養士の専従要件等の緩和	人員配置
A 2 3 6 褥瘡ハイリスク患者ケア加算*	看護師等の専従要件の緩和	人員配置
A 2 4 6 入退院支援加算*	看護師・社会福祉士の専従要件の緩和	人員配置
A 3 0 8 - 3 地域包括ケア病棟入院料	看護職員配置が15対1以上※ ¹ 看護職員の最小必要数の4割以上※ ² が看護師、理学療法士等の専従要件の緩和 ※1 特定地域以外では13対1以上 ※2 特定地域以外では7割以上 許可病床数200床未満に限るとされている基準について、240床未満とする (地域包括ケア病棟入院医療管理料1、2、3及び4、地域包括ケア病棟入院料1及び3)	人員配置 病床数
A 3 1 7 特定一般病棟入院料	一般病棟が1病棟のみ（DPC対象病院を除く） 看護職員配置が13対1以上又は15対1以上 看護要員1人当たりの月平均夜勤72時間要件なし	人員配置 夜勤の要件
A 2 4 8 精神疾患診療体制加算	許可病床数80床以上（特定地域以外は許可病床数100床以上）	病床数
A 2 4 9 精神科急性期医師配置加算	許可病床数80床以上（特定地域以外は許可病床数100床以上）	病床数
在宅療養支援診療所	許可病床数240床未満（特定地域以外は許可病床数200床未満）	病床数
在宅療養支援病院	許可病床数240床未満（特定地域以外は許可病床数200床未満）	病床数
在宅療養後方支援病院	許可病床数160床以上（特定地域以外は許可病床数200床以上）	病床数
B 0 0 1 2 4 外来緩和ケア管理料*	医師・看護師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
B 0 0 1 2 7 糖尿病透析予防指導管理料*	医師・看護師又は保健師・管理栄養士の専任要件・常勤要件の緩和	人員配置

*医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び急性期一般入院料1を算定している病院を除く）の一般病棟が対象。

注）下線部については、平成30年度診療報酬改定にて追加もしくは項目名が変更となったもの。

医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の評価

改定年度	改定内容
平成24年	○ 一般病棟入院基本料の届出について、病棟ごとの届出を可能とする ※ 特定機能病院、200床以上の病院、D P C対象病院、一般病棟7対1・10対1入院基本料を算定している病院を除く ○ 1病棟のみの小規模な病院について、病棟に応じた評価として特定一般病棟入院料を新設 ○ チームで診療を行う栄養サポートチーム加算及び緩和ケア診療加算について、専従要件を緩和した評価を別途新設
平成26年	○ 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の要件を緩和した評価を導入 ○ 特定一般病棟入院料について、一般病棟が1病棟のみの病院を対象に加える ○ チーム医療等に係る評価について、糖尿病透析予防指導管理料や外来緩和ケア管理料等を追加するとともに専従要件等を緩和
平成28年	○ 医療資源の少ない地域に配慮した評価については、利用状況が極めて低調であり、その要因として考えられる対象地域に関する要件を見直し ＜対象地域に関する要件＞ ➢ 患者の流出率についての要件を緩和し、医療従事者が少ないこと自体を要件化※ ➢ 二次医療圏の一部が離島となっている場合についても対象地域に追加 ○ 一般病棟10対1入院基本料を算定している保険医療機関を対象に加える (特定機能病院、200床以上の病院、D P C対象病院及び一般病棟7対1入院基本料を算定している病院を除く) ※要件①かつ② ①人口当たり医師数が下位1/3かつ人口当たり看護師数が下位1/2 ②病院密度が下位15%又は病床密度が下位15%
平成30年	○ 医療資源の少ない地域における加算等の要件の緩和対象について、200床未満の病院に加えて、許可病床400床未満の病院も対象に追加（特定機能病院、DPC対象病院及び病棟全体で急性期一般入院料1を算定している病院を除く） ○ 医療機関の病床数を基準としている診療報酬について、当該病床数の基準を2割緩和 ＜対象＞ ○地域包括ケア入院医療管理料1～4 ○地域包括ケア病棟入院料1・3 ○精神疾患診療体制加算 ○精神科急性期医師配置加算 ○在宅療養支援診療所 ○在宅療養支援病院 ○在宅療養後方支援病院

医療資源の少ない地域に配慮した病床数要件の緩和

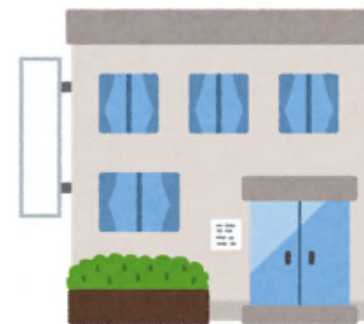
- 医療資源の少ない地域における加算等の要件の緩和対象について、200床未満の病院に加えて、許可病床数が400床未満の病院※も新たに対象に加える。

※ 特定機能病院、DPC対象病院及び病棟全体で急性期一般入院料1を算定している病院を除く。

- 医療機関の病床数が一定程度以上又は未満であることを基準としている診療報酬について、医療資源の少ない地域においては、当該基準の病床数を2割不足又は超過しても差し支えないこととする。

[対象]

- | | |
|-------------------------|-------------------|
| ○ 地域包括ケア入院医療管理料1、2、3及び4 | ○ 地域包括ケア病棟入院料1及び3 |
| ○ 精神疾患診療体制加算 | ○ 精神科急性期医師配置加算 |
| ○ 在宅療養支援診療所 | ○ 在宅療養支援病院 |
| ○ 在宅療養後方支援病院 | |



<参考> 医療資源の少ない地域に配慮した評価

- 医療資源の少ない地域については、次のように設定。
- ① 「人口当たり医師数が下位1/3かつ人口当たり看護師数が下位1/2」かつ「病院密度が下位15%又は病床密度が下位15%」を満たす二次医療圏 ⇒ 41二次医療圏
 - ② 離島振興法の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法に規定する離島の地域に該当する地域
- 医療資源の少ない地域に配慮した評価としては、医療従事者が少ないこと等に着目し、緩和ケア診療加算・栄養サポート加算等の専従要件等を一定程度緩和した上で、それに見合った評価を設定したものや、医療機関が少ないため機能分化が困難であることに着目し、病棟機能の混合を認めたもの等を設定。

医療資源の少ない地域に配慮した評価の算定状況

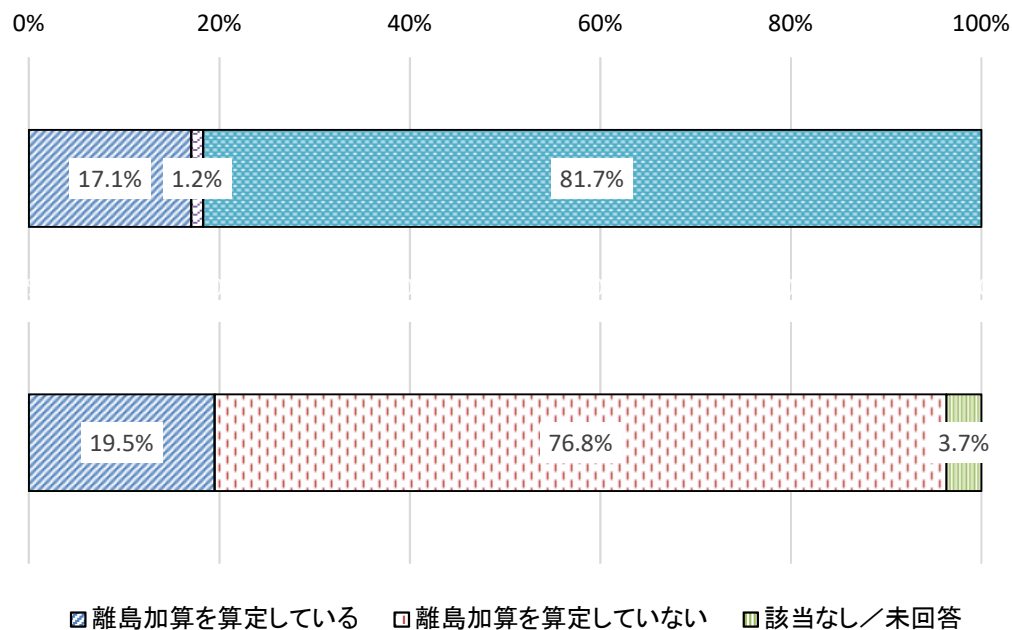
○ 算定回数は、増加傾向にあるものの、一部の算定項目については算定されていない。

算定項目	点数	H28件数	H29件数	H28回数	H29回数
緩和ケア診療加算（特定地域）	200	0	0	0	0
栄養サポートチーム加算（特定地域）	100	10	20	34	42
褥瘡ハイリスク患者ケア加算（特定地域）	250	0	1	0	1
退院支援加算 2（特定地域）（一般病棟入院基本料等の場合）	95	2	5	2	5
退院支援加算 2（特定地域）（療養病棟入院基本料等の場合）	318	4	6	4	6
地域包括ケア病棟入院料 1（特定地域）	2,371	0	0	0	0
地域包括ケア病棟入院料 1（生活療養）（特定地域）	2,357	0	0	0	0
地域包括ケア入院医療管理料 1（特定地域）	2,371	2	9	88	133
地域包括ケア入院医療管理料 1（生活療養）（特定地域）	2,357	0	0	0	0
地域包括ケア病棟入院料 2（特定地域）	2,191	0	0	0	0
地域包括ケア病棟入院料 2（生活療養）（特定地域）	2,177	0	0	0	0
地域包括ケア入院医療管理料 2（特定地域）	2,191	0	0	0	0
地域包括ケア入院医療管理料 2（生活療養）（特定地域）	2,177	0	0	0	0
特定一般病棟入院料 1	1,121	112	124	1,861	1,520
特定一般病棟入院料 2	960	93	190	1,818	3,061
特定一般病棟入院料 入院期間加算（14日以内）	450	146	227	1,543	1,767
特定一般病棟入院料 入院期間加算（15日以上30日以内）	192	72	73	809	639
特定一般病棟入院料 重症児（者）受入連携 加算	2,000	0	0	0	0
特定一般病棟入院料 救急・在宅等支援病床初期 加算	150	84	62	872	527
特定一般病棟入院料 一般病棟看護必要度評価 加算	5	0	0	0	0
特定一般病棟入院料 地域包括ケア入院医療管理 1	2,371	0	0	0	0
特定一般病棟入院料 地域包括ケア入院医療管理 2	2,191	0	0	0	0
外来緩和ケア管理料（特定地域）	150	0	0	0	0
糖尿病透析予防指導管理料（特定地域）	175	0	0	0	0

- 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関における、所在地域の指定状況及び離島加算の算定状況は以下のとおりであった。
- 有床診療所については、離島加算の施設基準を満たす地域に所在する場合であっても、算定していない場合がある。

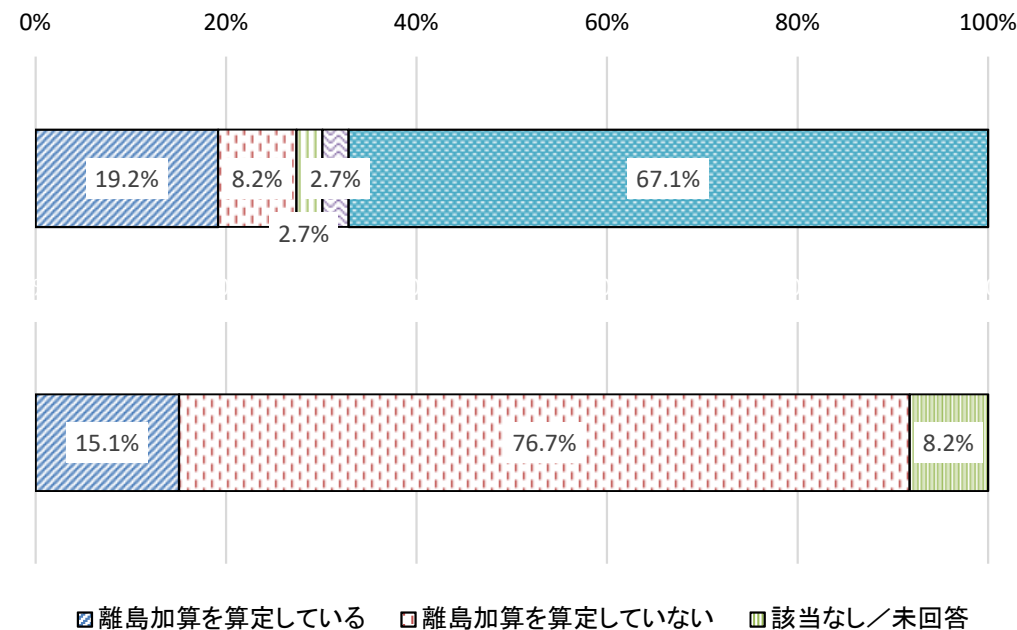
病院(n=82)

- 離島振興法(昭和28年法律第72号)により離島振興対策実施地域として指定された地域
- 奄美群島振興開発特別措置法(昭和29年法律第189号)により指定された地域
- 小笠原諸島振興開発特別措置法(昭和44年法律第79号)により指定された地域
- 沖縄振興特別措置法(平成14年法律第14号)に規定する離島
- その他/該当なし/未回答



診療所(n=73)

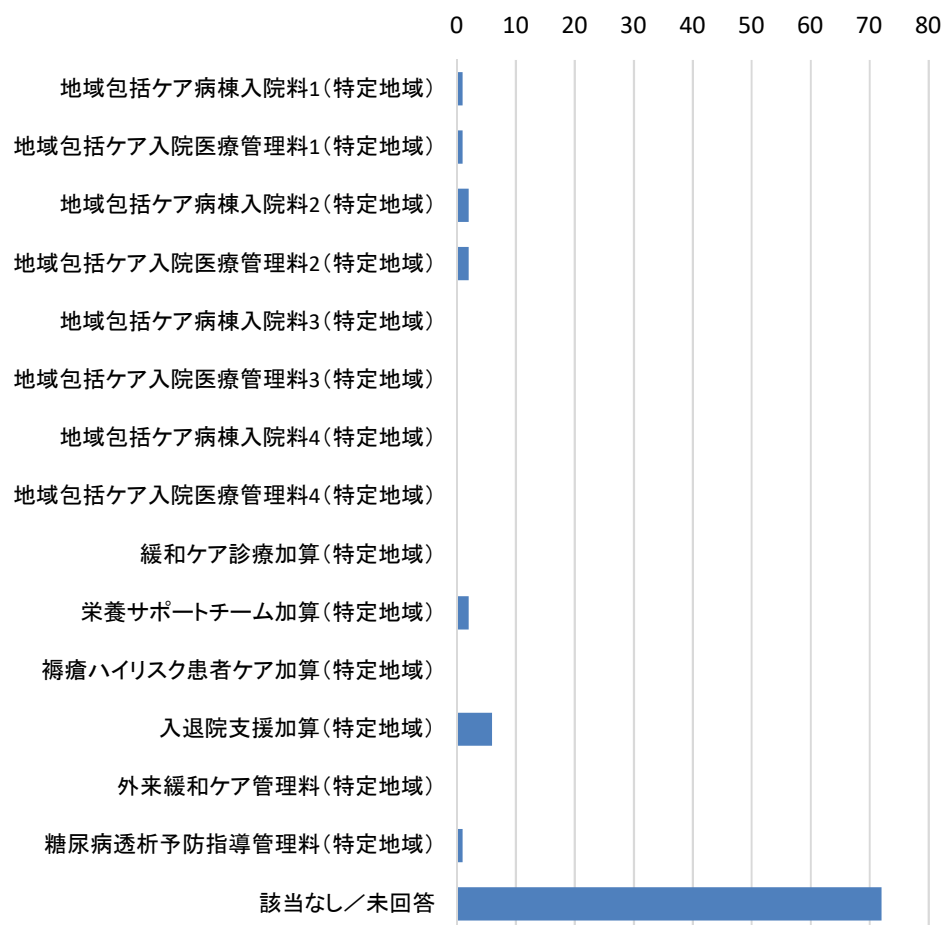
- 離島振興法(昭和28年法律第72号)により離島振興対策実施地域として指定された地域
- 奄美群島振興開発特別措置法(昭和29年法律第189号)により指定された地域
- 小笠原諸島振興開発特別措置法(昭和44年法律第79号)により指定された地域
- 沖縄振興特別措置法(平成14年法律第14号)に規定する離島
- その他/該当なし/未回答



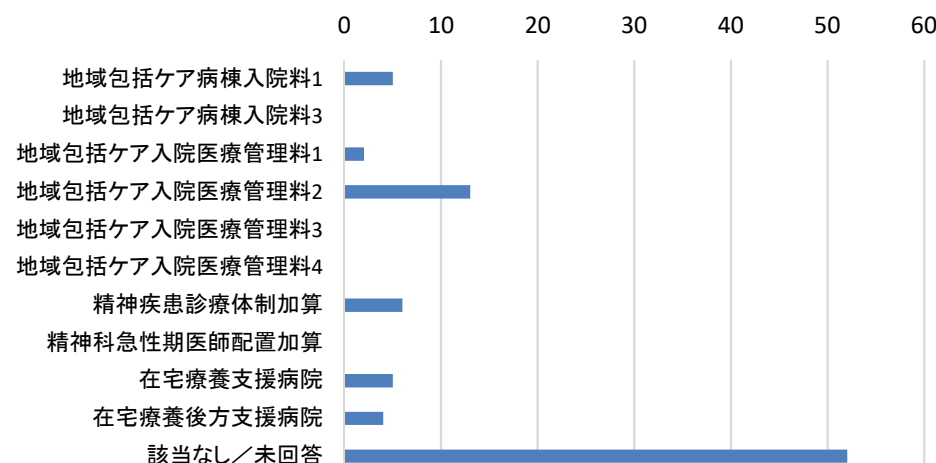
医療資源の少ない地域に配慮した要件を設けた 特定入院料及び加算等の届出状況等について

○ 平成30年度診療報酬改定において要件の見直しを実施した、医療資源の少ない地域に所在する病院及び診療所が対象となる特定入院料及び加算等の届出状況は、以下のとおりであった。

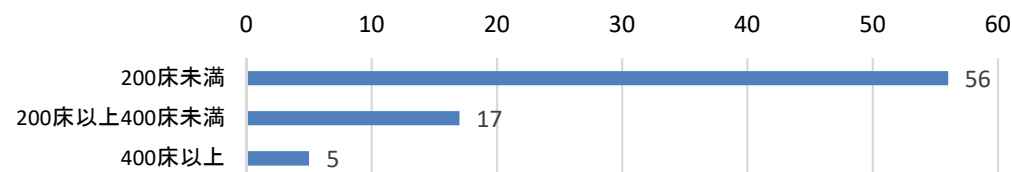
① 400床未満の病院が緩和対象となる見直しを実施した
特定地域に係る特定入院料、加算の届出状況(病院) (n=82)



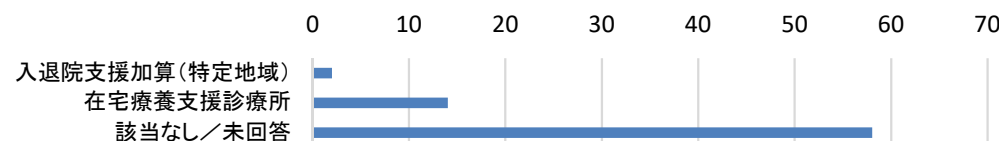
② 病床数の要件の見直しを実施した
特定入院料、加算等の届出状況(病院) (n=82)



③ 回答した病院の許可病床数の分布 (n=78)



④ ①②に相当する見直しを実施した
加算等の届出状況(有床診療所) (n=73)



	医療機関の概況	所在している市町村の概況
A病院	・許可病床数:一般40床、療養48床 ・届出入院料:急性期一般、療養、地域包括ケア	○九州地方 ○人口:約26,000人 ○離島振興実施対策地域
B病院	・許可病床数:療養120床 ・届出入院料:療養	○東北地方 ○人口:約57,000人
C病院	・許可病床数:一般98床 ・届出入院料:急性期一般	○東北地方 ○人口:約15,000人
D病院	・許可病床数:一般60床 ・届出入院料:地域一般	○東北地方 ○人口:約8,500人
E病院	・許可病床数:一般120床、療養48床、精神50床 ・届出入院料:急性期一般、療養、地域包括ケア	○九州地方 ○人口:約26,000人 ○離島振興実施対策地域
F病院	・許可病床数:一般90床、療養44床 ・届出入院基本料:急性期一般、療養、地域包括ケア	○甲信越地方 ○人口:約36,000人
G病院	・許可病床数:一般90床、療養50床 ・届出入院料:急性期一般、療養、地域包括ケア	○東北地方 ○人口:約12,000人
H病院	・許可病床数:一般178床、療養92床 ・届出入院料:地域一般、療養、障害者施設等、回復期リハ	○東北地方 ○人口:約36,000人
I病院	・許可病床数:一般120床 ・届出入院料:急性期一般、地域包括ケア	○北陸地方 ○人口:約17,000人

設問	医療機関の主な意見等
地域連携の状況	・ ICTによる連携とケア会議を運営しており、大変効果がある。
診療提供体制等の状況	○ 人員配置 ・ 専従要件が緩和されても、職員の絶対数が不足する。 ・ 医師や看護師等について、常勤の職員が不足している。 ・ 社会福祉士が不足している。 ○ 研修 ・ 研修の機会の確保が難しい。 ・ オンライン講義を教育に活用している。 ・ e-ラーニングによる研修がありがたい。 ○ ICT ・ 遠隔診療の導入を予定している。 ・ ICTを用いた画像情報の連携を実施している。 ○ その他 ・ 医師事務作業補助者が非常に有用である。

設問	医療機関の主な意見等
医療資源の少ない地域に係る診療報酬項目について	○ 入退院支援加算 ・ 看護師や社会福祉士以外の配置でも算定できれば有用だと思う。 ○ 栄養サポートチーム加算 ・ 常勤要件があることにより、届出が難しい。 ・ 公立であり、管理栄養士の異動があるため、経験を有する管理栄養士が異動してこないと届出ができない。 ・ オンラインでの研修がないと、研修要件が満たせない。 ○ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算 ・ 職員の異動があるため、経験を有する人員の確保が難しい。 ○ 緩和ケア診療加算 ・ がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験を有する者の確保が難しい。 ・ がん診療の拠点となる病院等の要件を満たすことが困難である。 ・ 常勤要件を満たすのが難しい。 ○ 外来緩和ケア管理料 ・ 身体症状の緩和を担当する医師と精神症状の緩和を担当する医師を1名ずつ配置することが困難。 ・ 看護師の研修要件を満たすことが困難である。 ○ 糖尿病透析予防指導管理料 ・ 糖尿病及び糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験や研修を満たすことが難しい。

医療資源が少ない地域の薬局に対する特例

○ 以下の①～③の基準に該当する保険薬局は、調剤基本料1を算定する。

① 医療を提供しているが医療資源の少ない地域（施設基準告示別表第六の二）に所在

② 処方箋受付回数が1月に2,500回以下

中学校区

③ 以下の医療提供体制の基準を満たす
薬局A: 中学校区内の医療機関数※が10以下で
許可病床数200床以上の病院がない

薬局A

すべて集中率70%以下

薬局B

集中率70%超の
医療機関がある

中学校区外

医療機関A

③ 以下の医療提供体制の基準を満たす
薬局B: 中学校区内の医療機関に医療機関Aを加えて
医療機関数※が10以下で
許可病床数200床以上の病院がない

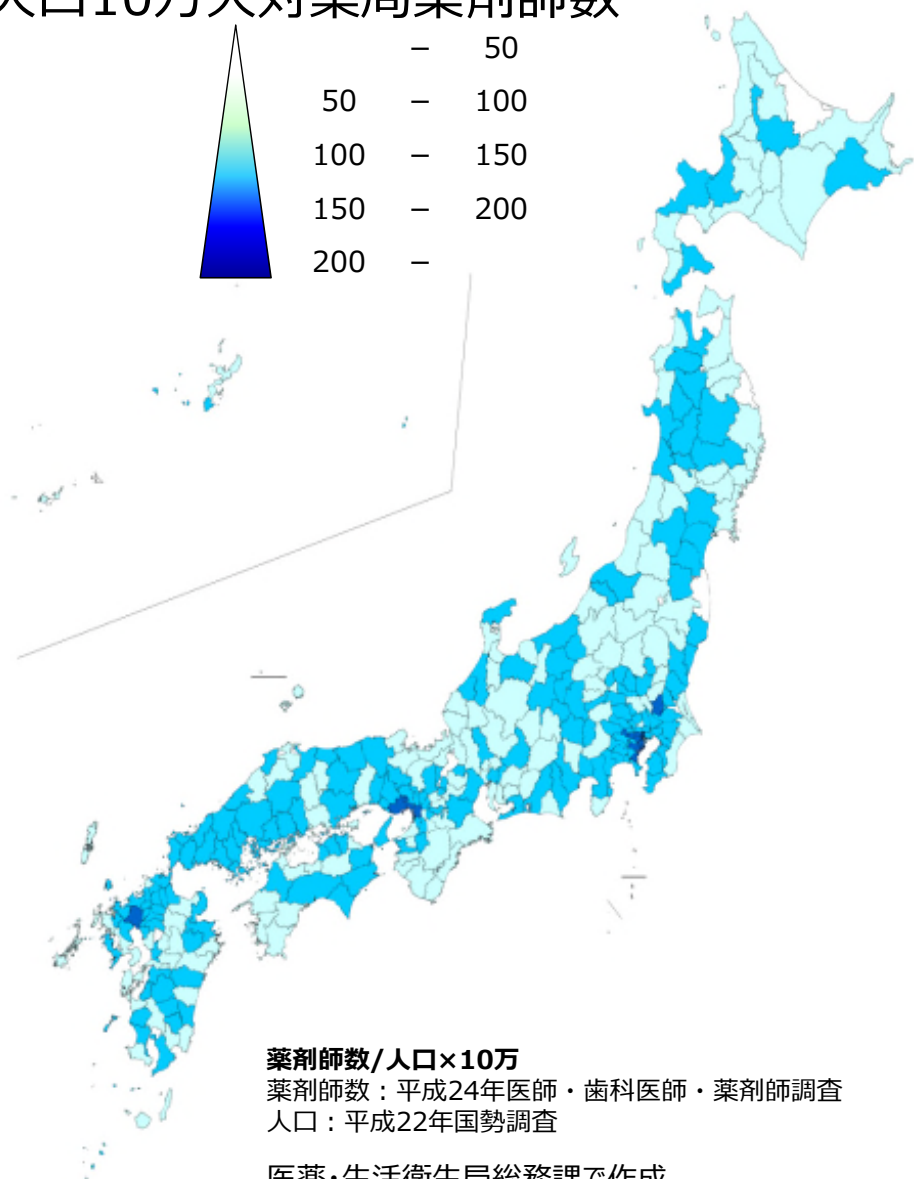
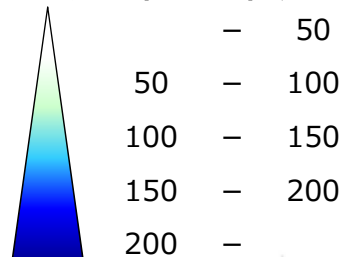
※歯科のみの医療機関は含まない

- ・当年2月末日時点の状況をもって施設基準の適合性を判断し、当年4月1日から翌年3月末日まで所定点数を算定する。
- ・当年4月1日から翌年3月末日までの間に、新たに施設基準に適合した場合は、届出を行うことができ、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。

薬局薬剤師の分布、無薬局町村数

- 人口10万人当たりの薬局薬剤師数（二次医療圏）はばらつきがある。
- 無薬局町村は、全国で約150町村である。

人口10万人対薬局薬剤師数

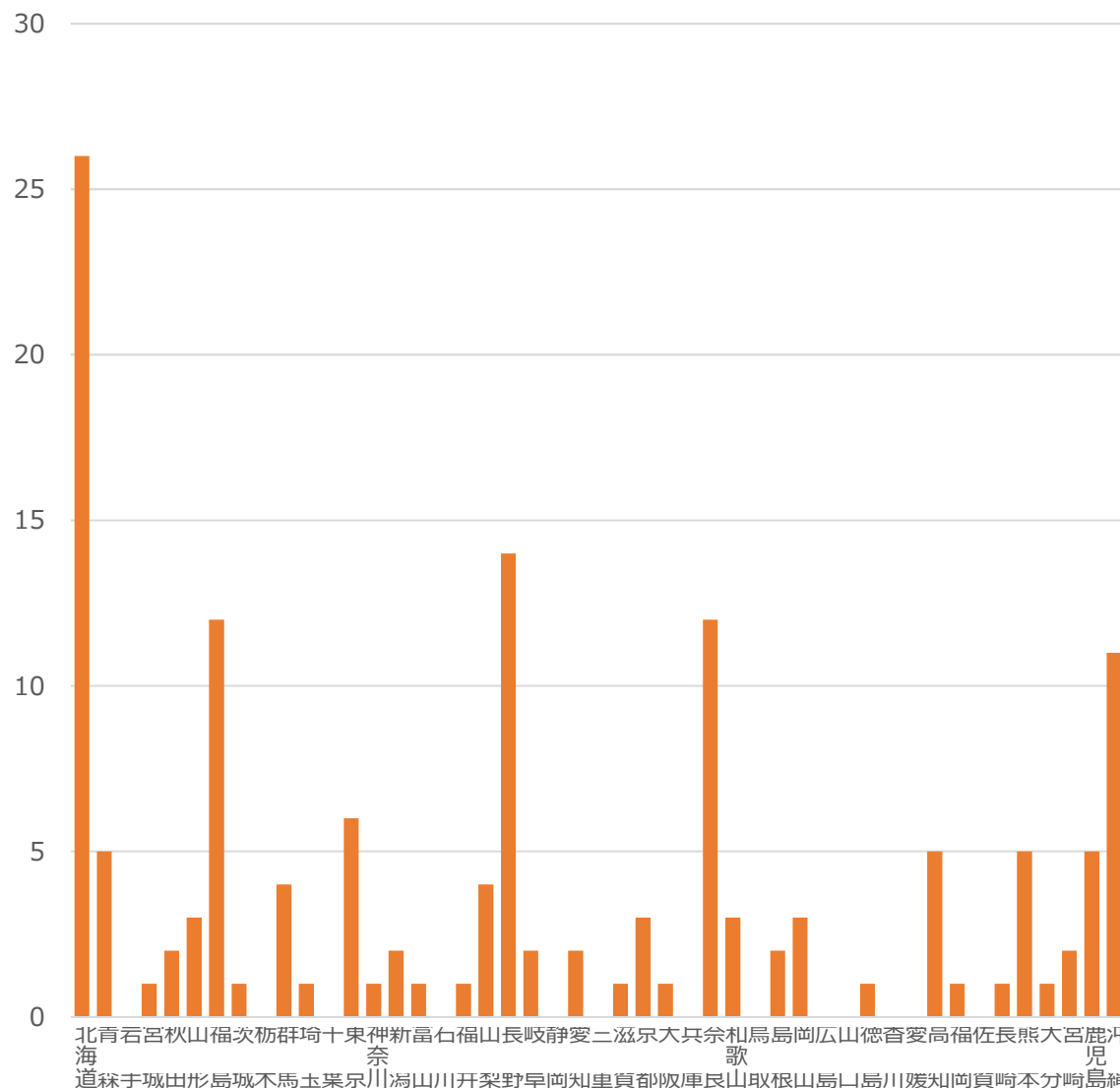


薬剤師数/人口×10万

薬剤師数：平成24年医師・歯科医師・薬剤師調査
人口：平成22年国勢調査

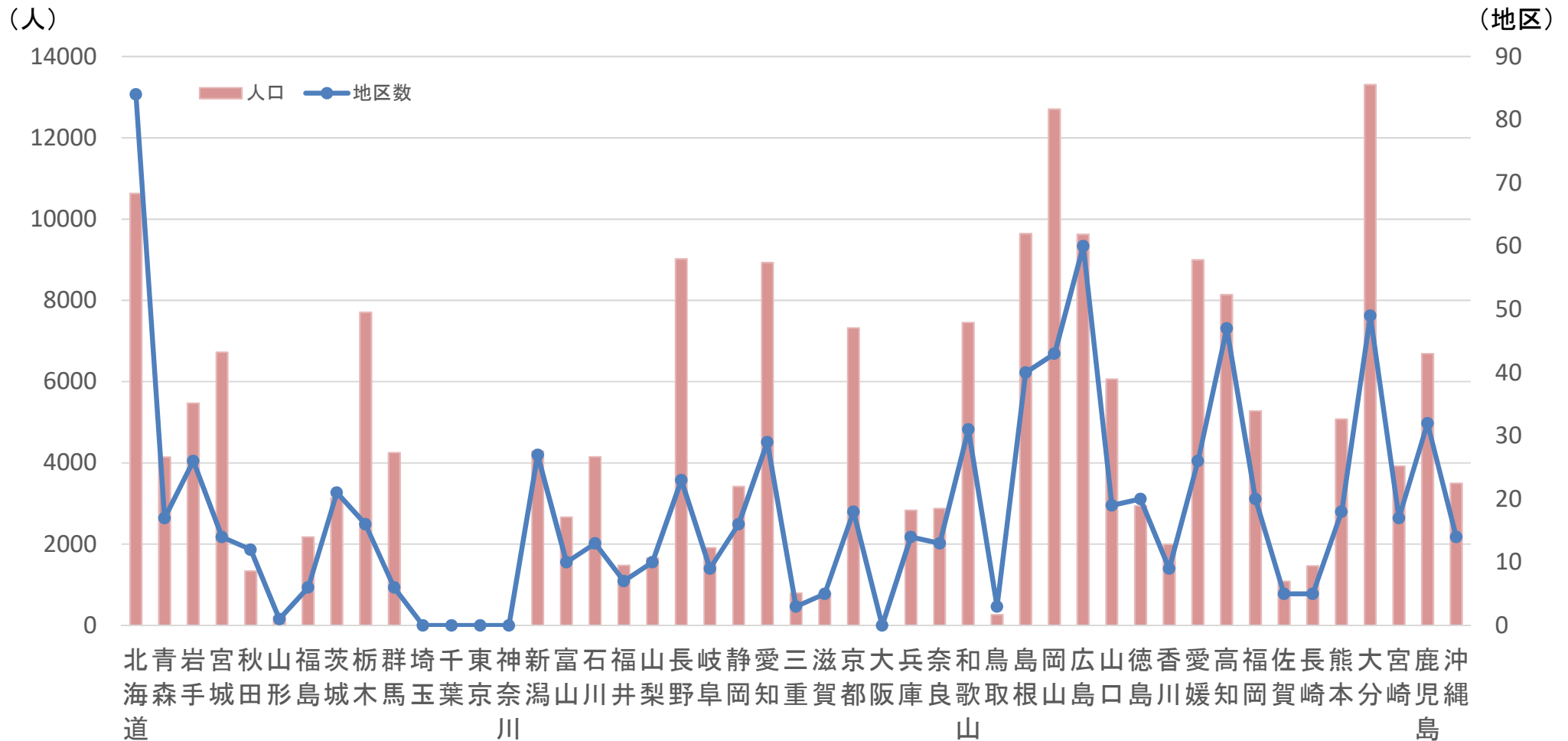
医薬・生活衛生局総務課で作成

無薬局町村数（都道府県別）



無歯科医地区について

○ 無歯科医地区数は858 地区、無歯科医地区人口は206,109 人である。



※ 無医地区・無歯科医地区とは、医療機関（歯科医療機関も含む。以下同じ。）のない地域で、当該地区の中心的な場所を起点として、おおむね半径4 kmの区域内に50人以上が居住している地区であって、かつ容易に医療機関を利用することができない地区をいう。

地域間の医師や外来医療機能の偏在・不足

- 医療法において、地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応や、医師確保計画を通じた医師偏在対策について定められている。
- 地域医療支援病院のうち、医師派遣・環境整備機能を有する病院の管理者については、医師少数区域等で一定期間勤務し、その中で医師少数区域等における医療の提供のために必要な業務を行った医師でなければならないこととされる予定である。
- 地域医療支援病院については、地域で必要な医療の確保を図る病院として、診療報酬で評価している。

医療法及び医師法の一部を改正する法律（平成30年法律第79号）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

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

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、医師会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

都道府県の意見を聴いた上で、国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

2019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2020年4月1日から施行。）

地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

経緯

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

- 外来医療については、無床診療所の開設状況が都市部に偏っていること、診療所における診療科の専門分化が進んでいること、救急医療提供体制の構築等の医療機関間の連携の取組が、個々の医療機関の自主的な取組に委ねられていること、等の状況にある。
- それを踏まえ、「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会 第2次中間取りまとめ」において、**外来医療機能に関する情報の可視化、外来医療機能に関する協議の場の設置**等の枠組みが必要とされ、また、医療法上、医療計画において外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項（以下、「**外来医療計画**」）が追加されることとなった。

外来医療計画の全体像

外来医療機能に関する情報の可視化

- 地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握を行うために、診療所の医師の多寡を**外来医師偏在指標**として可視化。

$$\text{外来医師偏在指標} = \frac{\text{標準化診療所医師数}}{\left[\frac{\text{地域の人口}}{10万} \times \text{地域の標準化受療率比} \right] \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合}}$$

※ 医師偏在指標と同様、医療ニーズ及び人口・人口構成とその変化、患者の流入・流出、へき地などの地理的条件、医師の性別・年齢分布、医師偏在の単位の5要素を考慮して算定。

- 外来医師偏在指標の上位33.3%に該当する二次医療圏を、**外来医師多数区域**と設定。

新規開業希望者等に対する情報提供

- 外来医師偏在指標及び、外来医師多数区域である二次医療圏の情報を、医療機関のマッピングに関する情報等、開業に当たって参考となるデータと併せて公表し、**新規開業希望者等に情報提供**。

※ 都道府県のホームページに掲載するほか、様々な機会を捉えて周知する等、新規開業希望者等が容易に情報にアクセスできる工夫が必要。また、適宜更新を行う等、質の担保を行う必要もある。

※ 新規開業者の資金調達を担う金融機関等にも情報提供を行うことが有効と考えられる。

外来医療機能に関する協議及び協議を踏まえた取組

- 地域ごとにどのような外来医療機能が不足しているか議論を行う、**協議の場を設置**。
 - ※ 地域医療構想調整会議を活用することも可能。 ※ 原則として二次医療圏ごとに協議の場を設置することとするが、必要に応じて市区町村単位等での議論が必要なものについては、別途ワーキンググループ等を設置することも可能。
- **少なくとも外来医師多数区域においては、新規開業希望者に対して、協議の内容を踏まえて、在宅医療、初期救急（夜間・休日の診療）、公衆衛生（学校医、産業医、予防接種等）等の地域に必要とされる医療機能を担うよう求める。**

- 外来医療計画の実効性を確保するための方策例

- ・ 新規開業希望者が開業届出様式を入手する機会を捉え、地域における地域の外来医療機能の方針について情報提供
- ・ **届出様式に、地域で定める不足医療機能を担うことへの合意欄を設け**、協議の場で確認
- ・ 合意欄への記載が無いなど、**新規開業者が外来医療機能の方針に従わない場合、新規開業者にに対し、臨時の協議の場への出席要請を行う**
- ・ 臨時の協議の場において、構成員と新規開業者で行った**協議内容を公表** 等

今後の検討課題

- 外来医療機能の偏在の可視化等による新規開業者の行動変容への影響について、検証を行っていく。
- 十分な効果が得られない場合には、無床診療所の開設に対する新たな制度上の仕組みについて、法制的・施策的な課題を整理しつつ、検討が必要。

医師確保計画を通じた医師偏在対策について

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

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

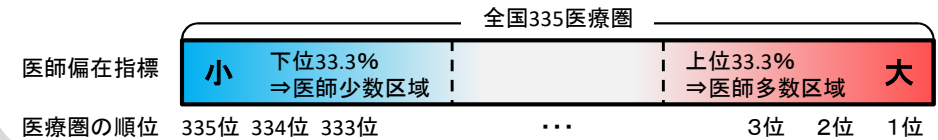
三次医療圏・二次医療圏ごとに、**医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成等を踏まえた**医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

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。

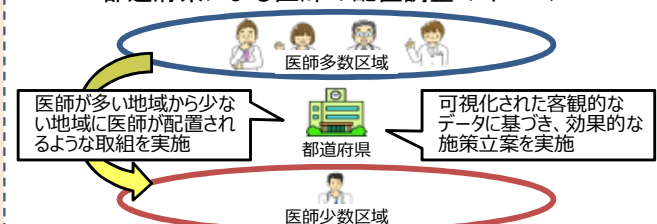
- （例）・ 大学医学部の地域枠を15人増員する
- ・ 地域医療対策協議会で、医師多数区域のA医療圏から医師少数区域のB医療圏へ10人の医師を派遣する調整を行う 等

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）

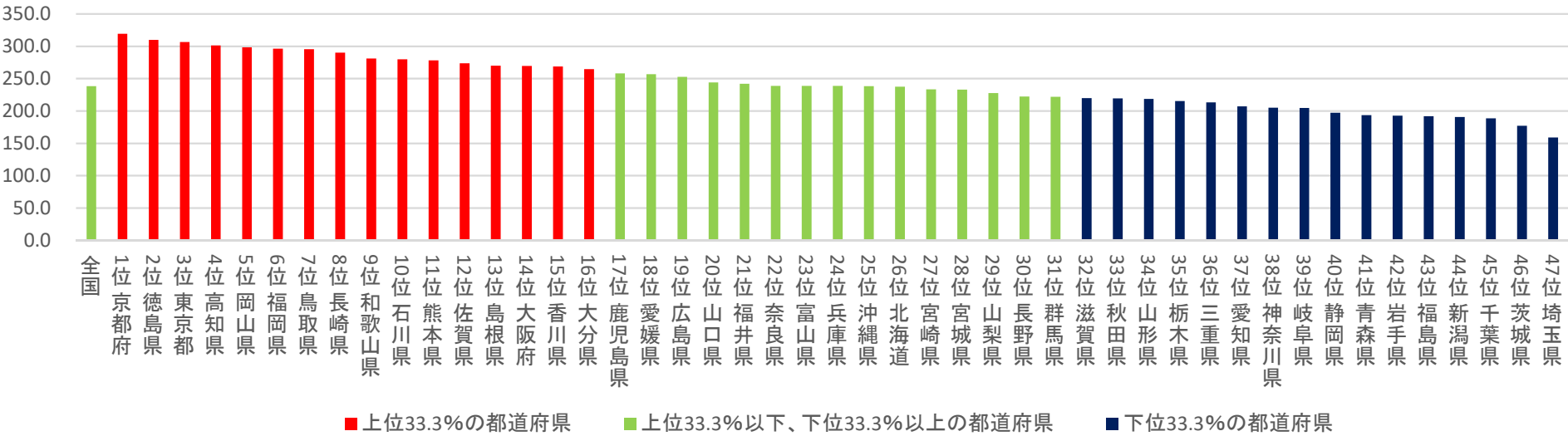
都道府県による医師の配置調整のイメージ



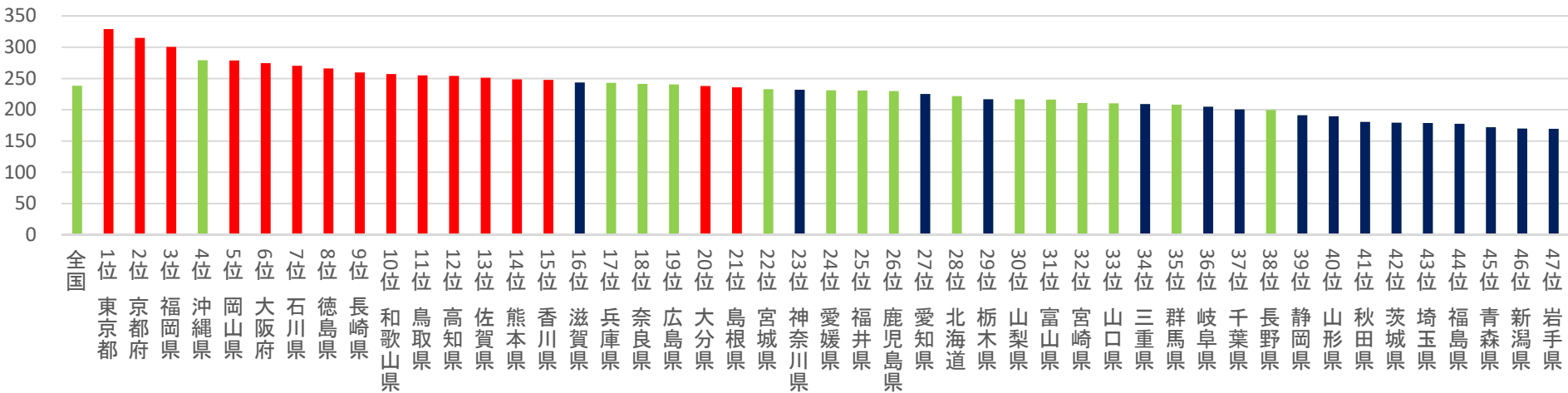
流出入を考慮した都道府県ごとの医師偏在指標

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



医師偏在指標



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)

医師確保計画を通じた医師偏在の解消

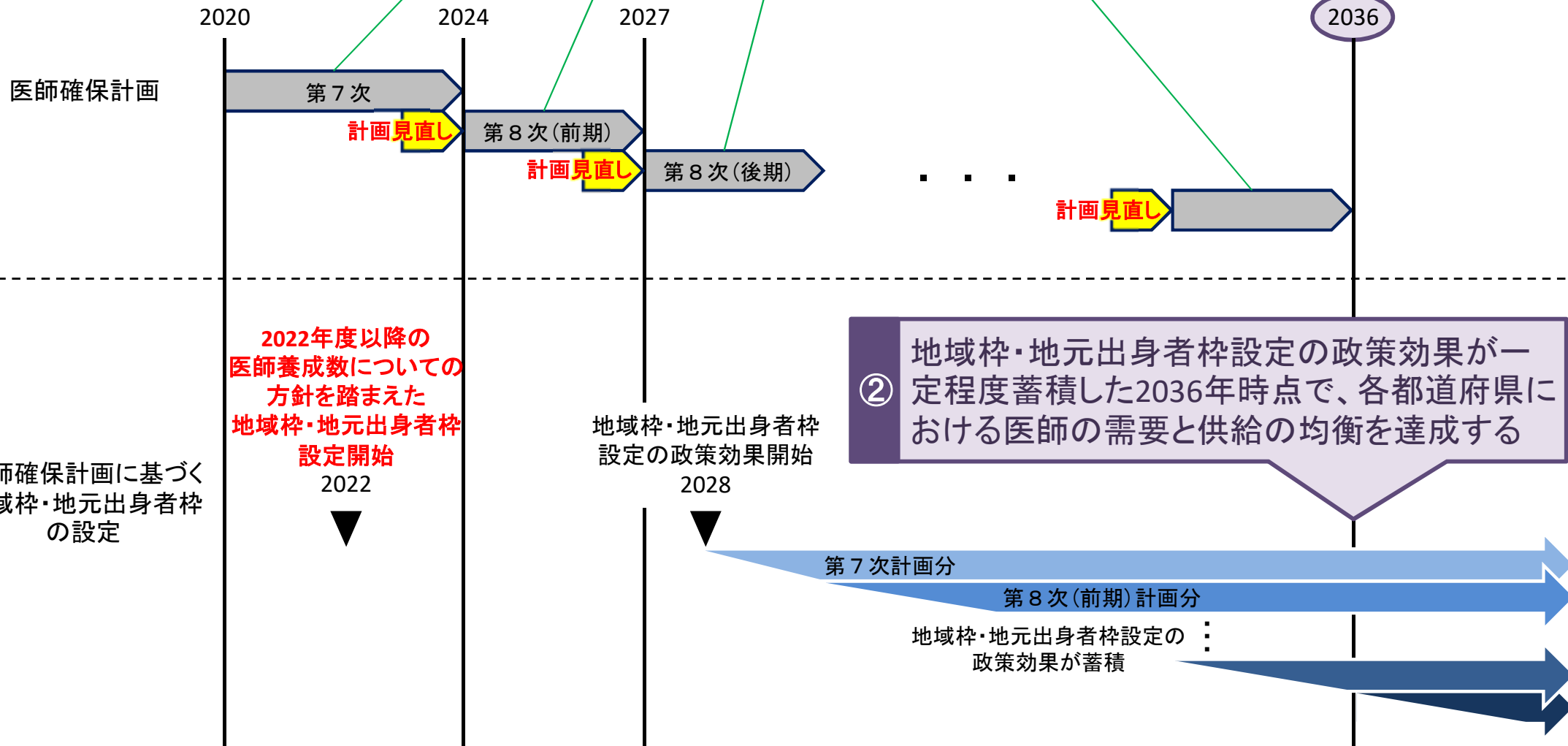
平成31年
4月24日

第66回社会保障
審議会医療部会

参考資料
1-3

①

三次医療圏間、二次医療圏間の医師偏在の喫緊の課題について、
医師確保計画の各計画期間ごとに効果検証・課題把握と対応策の立案を行い、
早期に効果を発揮する医師偏在対策(短期的な対策)により偏在を是正



※医師需給の均衡を達成した後の医師需要も
踏まえた地域枠・地元出身者枠の設定を行う

医師少数区域等で勤務した医師を認定する制度について

- 医師少数区域等における勤務の促進のため、医師少数区域等に一定期間勤務し、その中で医師少数区域等における医療の提供のために必要な業務を行った者を厚生労働大臣が認定する。

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

認定に必要な勤務期間や業務内容



厚生労働省

申請に基づき、**厚生労働大臣が**
医師少数区域等における医療に
関する経験を**認定**

申請

認定



医師

**医師少数区域等における
6か月以上※¹の勤務※²**

※¹ 医師免許取得後10年以内の場合は、
原則として連続して勤務（妊娠・出産等による中断は可）するが、10年目以降の場合は、断続的な勤務の積算も可。

※² 認定の対象となるのは、2020年度以降の勤務とする。（臨床研修中の期間を除く。）



医師少数区域等の医療機関

【申請内容】

- 勤務した医療機関名と所在地
 - 勤務した期間
 - 業務内容等
- 申請の際には、医師少数区域等での医師の勤務状況に対する認定制度の影響を測るため、認定の対象となる勤務の直前の勤務地等についても申告する。

＜認定に必要な業務＞

- (1) 個々の患者の生活背景を考慮し、幅広い病態に対応する継続的な診療や保健指導（患者の専門的な医療機関への受診の必要性の判断を含む。）
 - ・ 地域の患者への継続的な診療
 - ・ 診療時間外の患者の急変時の対応
 - ・ 在宅医療
- (2) 他の医療機関や、介護・福祉事業者等との連携
 - ・ 地域ケア会議や退院カンファレンス等への参加
- (3) 地域住民に対する健康診査や保健指導等の地域保健活動
 - ・ 健康診査や保健指導等の実施

認定医師等に対するインセンティブ

① 一定の病院の管理者としての評価

- ・ 地域医療支援病院のうち医師派遣・環境整備機能を有する病院※の管理者は、認定医師でなければならないこととする。（2020年度以降に臨床研修を開始した医師を管理者とする場合に限る。）

※管理者要件に認定医師であることを加える病院の範囲については、施行後の認定制度の普及状況等を踏まえ見直しの必要性について検討する。

② 認定医師や医療機関に対する経済的インセンティブ

- ・ 認定医師個人や、認定医師によって質の高いプライマリ・ケアが提供される医療機関等に対する経済的インセンティブの設定について検討を行う。

地域医療支援病院制度の概要

趣旨

- 患者に身近な地域で医療が提供されることが望ましいという観点から、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を行い、かかりつけ医等への支援を通じて地域医療の確保を図る病院として、平成9年の医療法改正において創設（都道府県知事が個別に承認）。

※承認を受けている病院（平成30年12月現在） ... 607

主な機能

- 紹介患者に対する医療の提供（かかりつけ医等への患者の逆紹介も含む）
- 医療機器の共同利用の実施
- 救急医療の提供
- 地域の医療従事者に対する研修の実施

承認要件

- 開設主体：原則として国、都道府県、市町村、社会医療法人、医療法人等
- 紹介患者中心の医療を提供していること
 - ① 紹介率80%を上回っていること
 - ② 紹介率が65%を超え、かつ、逆紹介率が40%を超えること
 - ③ 紹介率が50%を超え、かつ、逆紹介率が70%を超えること
- 救急医療を提供する能力を有すること
- 建物、設備、機器等を地域の医師等が利用できる体制を確保していること
- 地域医療従事者に対する研修を行っていること
- 原則として200床以上の病床、及び地域医療支援病院としてふさわしい施設を有すること 等

地域医療支援病院制度発足の経緯

- 地域医療支援病院制度は、地域で必要な医療を確保し、地域の医療機関の連携等を図る観点から、かかりつけ医等を支援する医療機関として、平成9年の第三次医療法改正において創設された。

今後の医療体制の在り方について(意見具申)(平成8年4月25日 医療審議会)

Ⅱ 医療施設機能の体系化

1. 患者のニーズに応じた医療機関の在り方

(6) 地域医療の充実・支援を行う医療機関の在り方

- 地域の診療所や中小病院は、地域における医療の中心的な提供主体としてプライマリケアを担っているところであるが、地域で必要な医療を確保し、地域の医療機関の連携等を図る観点から、かかりつけ医等を支援する医療機関の位置付けを検討することが必要である。このような医療機関としては、一定規模の病床を有し、救急医療の実施や在宅医療の支援、施設・設備の開放等を行うとともに、地域の医師等医療関係者に対する研修、医療機関に対する情報提供等の機能を持つことが適当である。また、がん等の単一の機能を有する病院であっても、地域の医療機関と連携して、必要な医療の確保に寄与する場合には、地域の医療を支援する医療機関として位置付けていくことが適当であろう。なお、これらの医療機関は紹介患者を積極的に受け入れていくことが期待される。

診療報酬による評価について

A204 地域医療支援病院入院診療加算(入院初日) 1,000点

注 地域医療支援病院である保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))のうち、地域医療支援病院入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、入院初日に限り所定点数に加算する。

※ 平成10年度診療報酬改定において「地域医療支援病院入院診療料」(入院料)として新設。
平成18年度診療報酬改定において、現行の評価に見直し。

診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(抄)

(平成28年3月4日付け保医発0304第3号厚生労働省保険局医療課長・厚生労働省保険局歯科医療管理官通知)

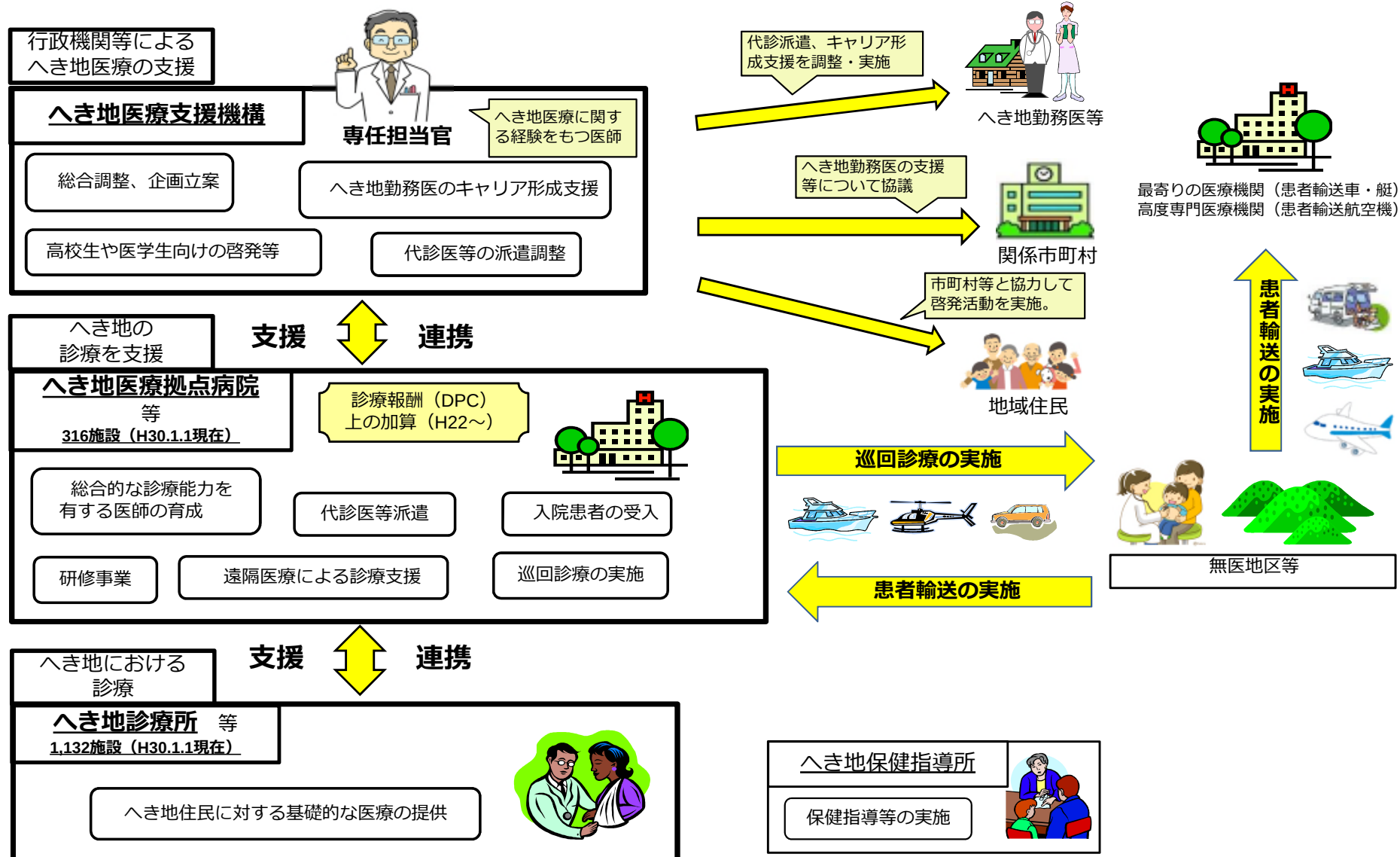
- (1) 地域医療支援病院入院診療加算は、地域医療支援病院における紹介患者に対する医療提供、病床や高額医療機器等の共同利用、24時間救急医療の提供等を評価するものであり、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。
- (2) (1)にかかわらず入院初日に病棟単位で行うべき特定入院料以外の特定入院料を算定した場合については、入院基本料の入院期間の計算により一連の入院期間とされる期間中に特定入院料を算定しなくなった日(当該日が退院日の場合は、退院日)において1回に限り算定する。

へき地医療

- へき地における医療の確保については、へき地保健医療計画を医療計画に一本化して進めることとされた。
- 診療報酬においては、へき地医療拠点病院の指定を受けていること等について、一部の診療報酬項目の要件としている。

へき地保健医療対策の概要

○へき地（無医地区等）における医療の確保を図るため、へき地に対する支援事業の企画、調整及び医師派遣を実施するへき地医療支援機構、へき地における医療の提供等を行うへき地医療拠点病院及びへき地診療所の運営等に対する補助を行う。



第7次医療計画におけるへき地医療の見直し

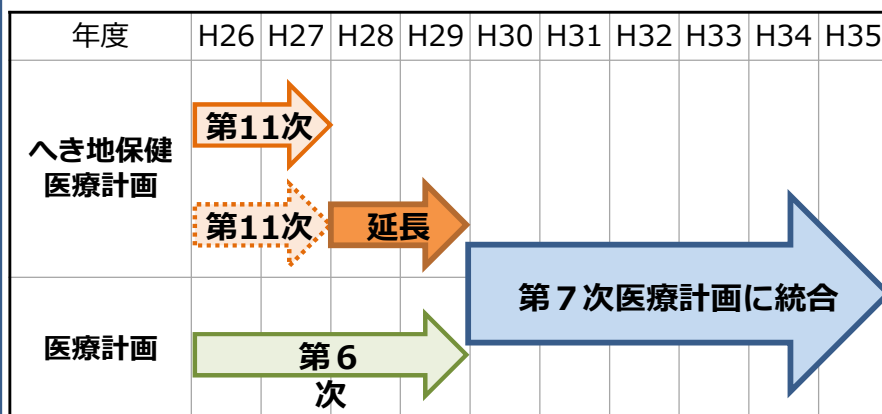
【概要】

- へき地における医療従事者の確保やチーム医療の充実については、「へき地保健医療計画」を「医療計画」に一本化した上で、医療計画における医療従事者の確保等の取組と連動して進めることとした。
- へき地診療所に対する医師派遣及び代診医派遣、無医地区等に対する巡回診療の実績がないへき地医療拠点病院が存在するため、へき地医療拠点病院の活動目標を明示した。

「へき地保健医療計画」と「医療計画」の一本化

平成26年度へき地保健医療対策検討会において、「第11次へき地保健医療計画」の実施期間を平成29年度まで延長し、平成30年度から実施する「第7次医療計画」と一体的に検討を行う方針とされた。

<イメージ図>



へき地医療拠点病院の活動状況

へき地医療拠点病院の指定は受けているが、人員不足等から、巡回診療、医師派遣、代診医派遣のいずれも実施していない施設が一定程度存在する（77施設（24.8%）、平成28年1月1日時点）。

巡回診療	医師派遣	代診医派遣	実施無し
90	102	94	77(24.7%)

このため、へき地医療拠点病院の要件を見直し、現状を明確化するとともに数値目標を示し、へき地医療拠点病院のさらなる充実を図る必要がある。

【へき地医療拠点病院の活動目標】

へき地医療拠点病院の主たる3事業である

- ① へき地における巡回診療、
 - ② へき地への医師派遣、
 - ③ へき地への代診医派遣
- の実績が年間12回（月1回）以上

機能評価係数Ⅱの評価内容③（見直し後・地域医療係数）

評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
がん	退院患者の〔「B005-6がん治療連携計画策定料」を算定した患者数〕／〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名である患者数〕 (0.5P)		
	「がん診療連携拠点病院の指定」、「小児がん拠点病院の指定」、「地域がん診療病院」、「特定領域がん診療連携拠点病院」（いずれかで0.5P）	「都道府県がん診療連携拠点の指定」又は「小児がん拠点病院」の指定 (0.5P) 「地域がん診療連携拠点病院の指定」 (0.25P)	
脳卒中	<u>・ t-PA療法の実施(0.25P)</u> <u>・ A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績又は血管内治療の実施実績を評価(0.5P)</u> <u>・ A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績及び血管内治療の実施実績を評価（1P）</u> <u>（血管内治療の実施：入院2日目までにK178-31,K178-32,K178-4のいずれかが算定されている症例の診療実績）</u> <u>※ いずれか最大値で評価。</u>		
心血管疾患	医療資源を最も投入した傷病名が「急性心筋梗塞」であり、予定外の入院であって時間外対応加算（特例を含む）・休日加算・深夜加算が算定され、入院2日目までに経皮的冠動脈形成術等（K546、K547、K548、K549、K550、K550-2、K551、K552、K552-2）のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価(0.5P)		
	<u>入院中に大動脈解離に対する手術（K5601,K5602,K5603,K5604,K5605,K560-21,K560-22,K560-23,K5611のいずれかが算定されている症例）の診療実績（25%tile値以上の医療機関を0.5P、その他は0P）</u>		
精神疾患	A230-3精神科身体合併症管理加算の算定実績(0.5P) A311-3精神科救急・合併症入院料の1件以上の算定実績(1P)		
へき地	「へき地医療拠点病院の指定」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価（いずれかで1P）		

へき地であることが要件に含まれる主な診療報酬項目

○ 一部の報酬項目において、へき地医療拠点病院等の指定を受けていることを要件としている。

報酬項目	へき地に係る要件
医師事務作業補助体制加算2 20 対1、25 対1、30 対1及び40 対1補助体制加算	「災害時における医療体制の充実強化について」(平成24 年3月21 日医政発0321 第2号)に規定する災害拠点病院、「へき地保健医療対策事業について」(平成13 年5月16 日医政発第529 号)に規定するへき地医療拠点病院又は地域医療支援病院の指定を受けていること。
遠隔画像診断	受信側(画像診断が行われる病院である保険医療機関)においては以下の基準を全て満たすこと。ただし、歯科診療に係る画像診断については、歯科画像診断管理加算の要件を満たしていれば足りるものであること。 ア 画像診断管理加算1、2又は3に関する施設基準を満たすこと。 イ 特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院又はへき地医療支援病院であること。
医科点数表第2章第9部処置の通則の5並びに歯科点数表第2章第8部処置の通則の6に掲げる処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準	「災害時における医療体制の充実強化について」(平成24 年3月31 日医政地発0331 第3号)に規定する災害拠点病院、「へき地保健医療対策事業について」(平成13 年5月16 日医政発第529 号)に規定するへき地医療拠点病院又は地域医療支援病院の指定を受けていること。
保険医療機関間の連携による病理診断に関する施設基準	標本等の受取又は受信側(病理標本等の観察及び評価が行われる保険医療機関)においては、次に掲げる基準を全て満たしていること。 ア 病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算の届出を行っている施設であること。 イ 特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院、へき地医療支援病院又は病理診断科を標榜する医療機関であること。 ウ イに掲げる医療機関のうち、特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院、へき地医療支援病院以外の医療機関であって、病理診断科を標榜する医療機関における病理診断に当たっては、同一の病理組織標本等について、病理診断を専ら担当する複数の常勤の医師又は常勤の歯科医師が観察を行い、診断を行う体制が整備されていること。なお、診断に当たる医師又は歯科医師のうち少なくとも1名以上は、病理診断の経験を7年以上有していること。 エ 病理標本が送付される場合においては、受取側の保険医療機関に送付される病理標本について、別添2の様式79 の2に定める計算式により算出した数値が100 分の80 以下であること。 オ デジタル病理画像の観察及び評価を行う場合は、デジタル病理画像による病理診断の施設基準に係る届出を行っていること。
保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製に関する施設基準	受信側(病理診断が行われる保険医療機関)においては、病理診断を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師が勤務する特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院又はへき地医療支援病院であること。

医療資源の少ない地域等における医療提供体制について

【論点】

- 医療資源の少ない地域への配慮として、平成30年度診療報酬改定においても、一部の報酬項目の緩和対象を拡大する等の対応を行ったところ。医療資源の少ない地域等における必要な医療の確保を図る観点から、今後、どのような対応が考えられるか。