

平成30年度 第3回 富土地域医療構想調整会議

日 時：平成30年12月21日(金) 午後7時～

場 所：富士総合庁舎2階201会議室

次 第

○ 議 事

- 1 病床機能分類の定量的な基準の導入について
- 2 各医療機関の2025年への対応方針について

○ 報 告

- 1 療養病床転換意向等調査結果について
- 2 訪問診療及び介護サービスの提供状況について
- 3 地域医療介護総合確保基金（医療分）事業提案の状況について
- 4 富士圏域地域包括ケア推進ネットワーク会議について
- 5 退院支援ルール作成ワーキンググループについて

○ その他

平成 30 年度第 3 回 富士地域医療構想調整会議

資料目次

○資料 1－1	： 病床機能分類の定量的な基準の導入について	1
○資料 1－2	： 地域医療構想調整会議の活性化のための定量的な基準の導入について (国通知)	2
○資料 1－3	： 平成 30 年度病床機能報告の見直しに向けた議論の整理	3
○資料 1－4	： 第 2 回富士地域医療構想調整会議後にいただいたご意見	13
○資料 1－5	： 平成 27 年度入院基本料のレセプト出現比	15
○資料 2－1	： 各医療機関の 2025 年への対応方針について	23
○資料 2－2	： 「公立病院の新改革プラン」に記載されている「地域医療構想を踏まえた役割の明確化」	24
○資料 2－3	： 2025 年に向けた具体的対応方針【富士医療圏】	25
○資料 3	： 療養病床転換意向等調査結果 (概要)	27
○資料 4	： 在宅医療等の必要量に対する訪問診療及び介護サービスの提供状況	31
○資料 5	： 地域医療介護総合確保基金 (医療分) 事業提案の状況	36
○資料 6	： 富士圏域地域包括ケア推進ネットワーク会議について	37
○資料 7	： 退院支援ルール作成ワーキンググループについて	38

第3回富士地域医療構想調整会議 座席表

出入口

委員 大村 侑	委員<議長> 磯部 俊一	委員<副議長> 永松 清明	委員 高木 淳
委員 谷島 健生			委員 和田 泰明
委員 高木 啓			委員 中川 善文
委員 川上 正人			委員 高橋ハマ子
委員 西ヶ谷和之			委員 工藤 英機
委員 佐藤 洋			委員 伊東 禎浩
委員 柏木 秀幸			委員 小田 剛男
委員 渡邊英一郎			
			静岡県地域医療構想 アドバイザー 竹内 浩視

出入口

<事務局>
 健康福祉センター
 酒井所長 阿部課長 内藤班長 勝山主任

<関係者席>
 県庁 医療政策課、地域医療課、長寿政策課

傍聴席

【平成 30 年度第 3 回富士地域医療構想調整会議 出席者名簿】

平成 30 年 12 月 21 日

所属団体名等の名称	役職	氏名	備考
一般社団法人 富士市医師会	会長	磯部 俊一	(議長)
一般社団法人 富士宮市医師会	会長	永松 清明	
一般社団法人 富士市歯科医師会	会長	大村 侑	
一般社団法人 富士宮市歯科医師会	会長	高木 淳	
一般社団法人 富士市薬剤師会	会長	和田 泰明	
一般社団法人 富士宮市薬剤師会	会長	中川 喜文	
公益社団法人静岡県看護協会 富士地区支部(湖山リハビリテーション病院 看護部長)	地区理事	高橋ハマ子	
一般社団法人富士市医師会理事 私的病院部会	部会代表	渡邊英一郎	
富士市立中央病院	院長	柏木 秀幸	
富士宮市立病院	院長	佐藤 洋	
共立蒲原総合病院	院長	西ヶ谷和之	
静岡県慢性期医療協会 (新富士病院)	—	川上 正人	
精神科病床を有する医療機関 (鷹岡病院)	院長	高木 啓	
地域の病院 (富士脳障害研究所附属病院)	院長	谷島 健生	
全国健康保険協会静岡支部	支部長	長野 豊	(欠席)
健康保険組合連合会静岡連合会 (製紙工業健康保険組合常務理事)	理事	工藤 英機	
静岡県老人福祉施設協議会 (介護老人福祉施設すどの杜施設長)	企画経営委員長	大塚 芳正	(欠席)
富士市	保健部長	伊東 禎浩	
富士宮市	保健福祉部長	小田 剛男	
富士保健所	所長	伊藤 正仁	
静岡県地域医療構想アドバイザー	浜松医科大学 特任准教授	竹内 浩視	
オブザーバー	病院協会長	毛利 博	

病床機能分類の定量的な基準の導入について

1 病床機能報告の現状

病床機能報告は、医療機関のそれぞれの病棟が担っている医療機能を把握し、その報告を基に、地域における医療機能の分化・連携を進めることが目的としている。各医療機関は、その有する病床において担っている医療機能を自主的に選択し、病棟単位で、その医療機能について、都道府県に報告する仕組みになっている。

現行の報告は、各医療機能の定性的な基準を参考に医療機能を選択している。

2 現行の病床機能報告制度の抱える課題

病床機能報告の集計結果と地域医療構想などの将来の病床の必要量とを単純に比較し、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との誤解させる状況が生じている。

回復期は、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟に限定されると言った誤解をはじめ、回復期の理解が進んでいないことにより、主として回復期機能を有する病棟であっても、急性期機能と報告されている病棟が一定数存在している。

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報告された病棟においても、回復期の患者が一定数入院し、回復期の医療が提供されていることが考えられる。

3 定量的な基準の導入

実態に即したものにより近づけるため、定量的な基準を導入するよう厚生労働省から通知された。通知の中で佐賀県、埼玉県では独自の定量的な基準を作成している旨が紹介されている。(資料 1 - 2 : 平成 30 年 8 月 16 日厚生労働省地域医療計画課長通知)

(佐賀県) 「回復期」の充足度を判断する際の病床機能報告の活用

(埼玉県) 高度急性期・急性期の区分指標の採用

4 静岡県の定量的な基準の導入

現在、静岡県においても先行する各県を参考に定量的な基準を検討中です。

医政地発 0816 第 1 号
平成 30 年 8 月 16 日

各都道府県衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省医政局地域医療計画課長
（ 公 印 省 略 ）

地域医療構想調整会議の活性化のための地域の実情に応じた
定量的な基準の導入について

病床機能報告に関しては、その内容等について、

- ① 回復期機能に該当する病棟は、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟に限定されるといった誤解をはじめ、回復期機能に対する理解が進んでいないことにより、主として回復期機能を有する病棟であっても、急性期機能と報告されている病棟が一定数存在すること
- ② 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報告された病棟においても、回復期の患者が一定数入院し、回復期の医療が提供されていること

により、詳細な分析や検討が行われないうまま、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と誤解させる事態が生じているという指摘がある。

なお、一部の都道府県では、都道府県医師会などの医療関係者等との協議を経て、関係者の理解が得られた医療機能の分類に関する地域の実情に応じた定量的な基準を作成し、医療機能や供給量を把握するための目安として、地域医療構想調整会議（医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 30 条の 14 第 1 項に規定する協議の場をいう。以下同じ。）における議論に活用することで、議論の活性化につなげている。

各都道府県においては、地域医療構想調整会議における議論を活性化する観点から、本年度中に、都道府県医師会などの医療関係者等と協議を経た上で、地域の実情に応じた定量的な基準を導入されたい。

なお、地域の実情に応じた定量的な基準の導入に向けた地域での協議は、「地域医療構想調整会議の活性化に向けた方策について」（平成 30 年 6 月 22 日付医政地発 0622 第 2 号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）により示した都道府県単位の地域医療構想調整会議を活用し、議論を進めることが望ましい。

また、厚生労働省において、各都道府県が地域の実情に応じた定量的な基準を円滑に作成できるよう、データ提供等の技術的支援を実施していく予定であり、適宜活用されたい。

(参考)

平成 30 年度病床機能報告の見直しに向けた議論の整理

平成 30 年 6 月 22 日

医療計画の見直し等に関する検討会
地域医療構想に関するワーキンググループ

1. 病床機能報告の基本的考え方

- 病床機能報告は、医療機関のそれぞれの病棟が担っている医療機能を把握し、その報告を基に、地域における医療機能の分化・連携を進めることが目的である。
- 各医療機関は、その有する病床において担っている医療機能を自主的に選択し、病棟単位で、その医療機能について、都道府県に報告する仕組みである。（「急性期医療に関する作業グループ」の平成 24 年取りまとめ）

※医療資源の効果的かつ効率的な活用を図る観点から医療機関内でも機能分化を推進するため、「報告は病棟単位を基本とする」とされている。
- 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、最も多くの割合を占める病期の患者に提供する医療機能を報告することを基本としている。

2. 各医療機関が医療機能を選択する際の判断基準

- 各医療機関が医療機能を選択する際の判断基準は、制度導入時において、病棟単位の医療の情報が不足し、具体的な数値等を示すことは困難であったことから、各医療機能の定性的な基準を参考に医療機能を選択して、都道府県に報告する運用がなされてきている。（「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」の平成 26 年取りまとめ）

(参考) 定性的な基準

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）。
慢性期機能	○長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

3. 現行の病床機能報告制度の抱える課題

- 平成 29 年度の病床機能報告の結果においても、病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量とを単純に比較し、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との誤解させる状況が生じている。その要因としては、
 - ① 回復期は、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟に限定されると言った誤解をはじめ、回復期の理解が進んでいないことにより、主として回復期機能を有する病棟であっても、急性期機能と報告されている病棟が一定数存在すること
 - ② 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報告された病棟においても、回復期の患者が一定数入院し、回復期の医療が提供されていることが考えられる。このため、定量的な基準の導入も含めて病床機能報告の改善を図る必要がある。

- 平成 29 年度の病床機能報告の結果においても、高度急性期機能又は急性期機能と報告した病棟のうち、急性期医療を提供していることが全く確認できない病棟が一定数含まれている。このため、地域医療構想調整会議において、その妥当性を確認するとともに、国においても、地域医療構想調整会議での議論の状況を確認する必要がある。

4. 定量的な基準の導入

(地域医療構想調整会議での活用)

- 佐賀県においては、回復期機能の充足度を評価するために、都道府県医師会などの医療関係者等との協議を経て、定量的な基準を作成している。

- 埼玉県においては、各医療機関が、地域における自らの医療機能に関する立ち位置を確認し、医療機能の分化・連携の在り方を議論するための「目安」を提供することを目的として、都道府県医師会などの医療関係者等との協議を経て、定量的な基準を作成している。

- 先行している県では、都道府県医師会などの医療関係者等との協議を経て、関係者の理解が得られた定量的な基準を作成している点が重要である。また、現時点においては、各医療機関が 4 つの医療機能を選択する際の基準としてではなく、医療機能や供給量を把握するための目安として、地域医療構想調整会議における議論に活用されている。このような取組を通じて、各構想区域における地域医療構想調整会議の活性化につながっている。

- このような先進事例を踏まえ、その他の都道府県においても、地域医療構想調整会議を活性化する観点から、平成 30 年度中に、都道府県医師会などの医療関係者等と協議を経た上で、定量的な基準を導入することを求めることとする。国においては、その他の都道府県において、定量的な基準が円滑に作成されるよう、先行している県の取組内

容を紹介するとともに、この分析方法を活用した都道府県ごとのデータを提供するなどの技術的支援を行う。

(医療機能を選択する際の判断基準としての活用)

- 平成 30 年度の病床機能報告においては、急性期医療を全く提供していない病棟について、高度急性期機能又は急性期機能と報告できない旨を、医療機能を選択する際の定量的な判断基準として明確化する。ただし、報告項目に含まれていない急性期医療も存在することから、報告項目に含まれていない急性期医療を提供している場合には、その内容を自由記載で報告できるようにする。

5. 病床機能報告の項目の見直し

1) 診療報酬改定等を踏まえた対応

- 平成 30 年度の診療報酬改定において、入院基本料、特定入院料、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度、各種加算などの見直しが行われていることを踏まえて、報告項目の名称変更や、報告項目の追加など必要な見直しをする。

- 介護医療院の創設を踏まえて、退棟先の一つとして、報告項目を追加する。

2) 病床機能報告の改善に向けた対応

- 「経済財政運営と改革の基本方針 2017 (平成 29 年 6 月 9 日閣議決定)」においては、地域医療構想の達成に向けて、「個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針の速やかな策定に向けて、2 年間程度で集中的な検討を促進する」こととされていることを踏まえて、6 年後の病床の機能の予定を報告するのではなく、2025 年の病床の機能の予定を報告するように改める。その際、将来の病床規模も具体的に把握できるように報告項目を見直す。

6. 今後の検討課題

- 来年度以降の病床機能報告に向けては、今回導入する定量的な基準の在り方を含め、より実態を踏まえた適切な報告となるよう、引き続き検討する。

平成30年度病床機能報告の見直しに向けた議論の整理 (資料編)

「一般病床の機能分化の推進についての整理」

(平成24年6月15日急性期医療に関する作業グループ報告書) 抜粋

1. 基本的な考え方

- 今後の本格的な少子高齢社会を見据え、医療資源を効果的かつ効率的に活用し、急性期から亜急性期、回復期、療養、在宅に至るまでの流れを構築するため、一般病床について機能分化を進めていくことが必要である。
- 地域において、それぞれの医療機関の一般病床が担っている医療機能（急性期、亜急性期、回復期など）の情報を把握し、分析する。その情報を元に、地域全体として、必要な医療機能がバランスよく提供される体制を構築していく仕組みを医療法令上の制度として設ける。
この仕組みを通じて、それぞれの医療機関は、他の医療機関と必要な連携をしつつ自ら担う機能や今後の方向性を自主的に選択することにより、地域のニーズに応じた効果的な医療提供に努める。
- これにより、急性期医療から亜急性期、回復期等の医療について、それぞれのニーズに見合った病床が明らかとなり、その医療の機能に見合った医療資源の効果的かつ効率的な配置が促される。その結果、急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしいより良質な医療サービスを受けることができることにつながる。
- こうした仕組みを通じて、それぞれの医療機関が担っている機能が住民・患者の視点に立ってわかりやすく示されることにより、住民や患者が医療機関の機能を適切に理解しつつ利用していくことにつながる。

2. 医療機能及び病床機能を報告する仕組み

(医療機関が担っている医療機能を自主的に選択し、報告する仕組み)

- **各医療機関（診療所を含む。）が、その有する病床において担っている医療機能を自主的に選択し、その医療機能について、都道府県に報告する仕組みを設ける。**その際、医療機能情報提供制度を活用することを検討する。

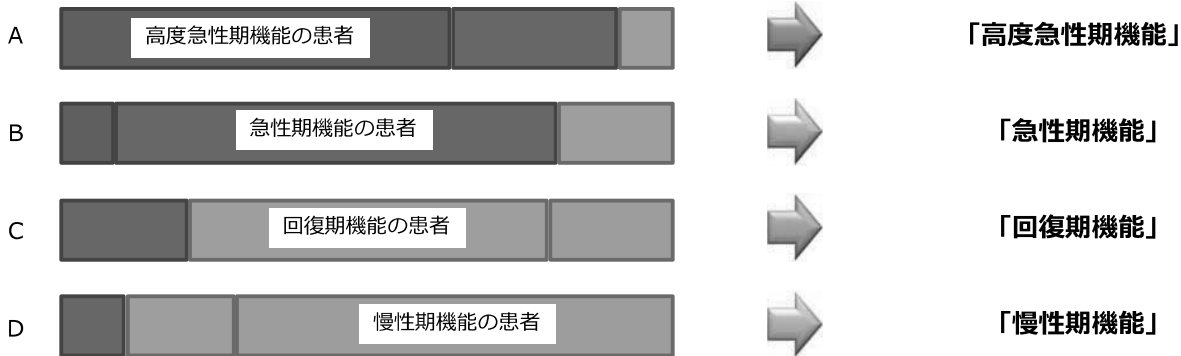
※ **報告は、病棟単位を基本とする。**

3. (略)

医療機能の選択に当たっての基本的な考え方

病床機能報告においては、病棟が担う医療機能をいずれか1つ選択して報告することとされているが、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、下図のように当該病棟でいずれかの機能のうち最も多くの割合の患者を報告することを基本とする。

(ある病棟の患者構成イメージ)



各々の病棟については、

「高度急性期機能」

「急性期機能」

「回復期機能」

「慢性期機能」

として報告することを基本とする。

2

病床機能報告における4医療機能について

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

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）。 ※回復期機能については、「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション機能」のみではなく、リハビリテーションを提供していなくても「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合には、回復期機能を選択できる。
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

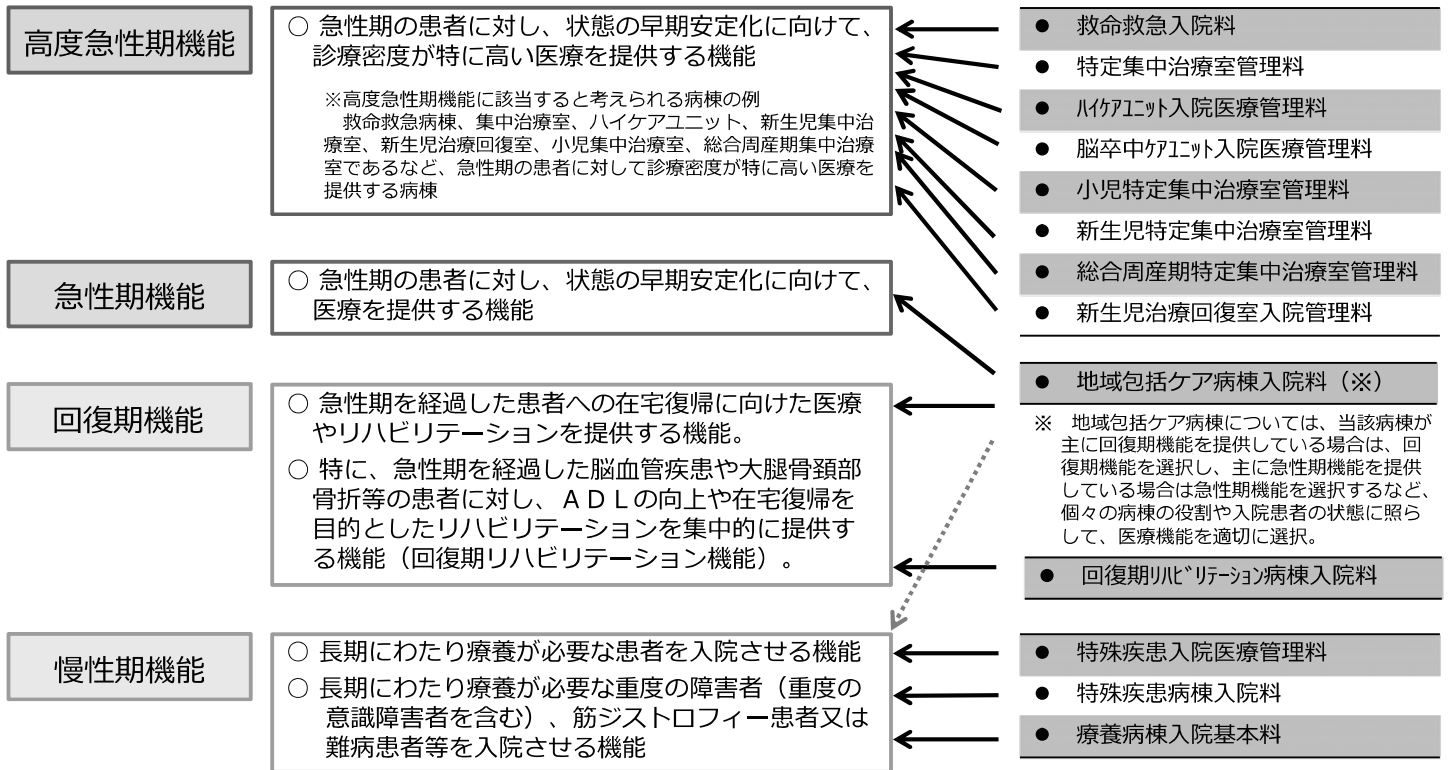
- 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択すること。
- 特定機能病院においても、病棟の機能の選択に当たっては、一律に高度急性期機能を選択するのではなく、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択すること。

3

7

特定の機能を有する病棟における病床機能報告の取扱い

特定入院料等を算定する病棟については、一般的には、次のとおりそれぞれの機能として報告するものとして取り扱う。その他の一般入院料等を算定する病棟については、各病棟の実態に応じて選択する。



4

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課事務連絡）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を進める上で、ご留意いただきたい。

平成29年度病床機能報告制度における主な報告項目

医療機能等		入院患者に提供する医療の内容	
医療機能等 医療機能（現在／6年後の方向） ※介護施設に移行する場合は移行先類型 ※任意で2025年時点の医療機能の予定		幅広い手術の実施 手術件数（臓器別）、全身麻酔の手術件数 人工心肺を用いた手術 胸腔鏡下手術件数、腹腔鏡下手術件数 悪性腫瘍手術件数 病理組織標本作製、術中迅速病理組織標本作製 放射線治療件数、化学療法件数 がん患者指導管理料 抗悪性腫瘍剤局所持続注、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入 超急性期脳卒中加算、脳血管内手術、経皮的冠動脈形成術分娩件数 入院精神療法、精神科リエゾンチーム加算、認知症ケア加算、精神疾患診療体制加算、精神疾患診断治療初回加算 ハイリスク分娩管理加算、ハイリスク妊産婦共同管理料 救急搬送診療料、観血的肺動脈圧測定 持続緩徐式血液濾過、大動脈バルーンパンピング法、経皮的肺補助法、補助人工心臓・植込型補助人工心臓 頭蓋内圧持続測定 血漿交換療法、吸着式血液浄化法、血球成分除去療法 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度を満たす患者割合	
構造設備・人員配置等 病床数・人員配置・機器等 許可病床数、稼働病床数（一般・療養別） ※病棟全体が非稼働である場合はその理由 ※経過措置（1床当たり面積）に該当する病床数 算定する入院基本料・特定入院料 主とする診療科 設置主体 部門別職員数（医師、歯科医師、看護師、准看護師、看護補助者、助産師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師数、臨床工学士、診療放射線技師、臨床検査技師、管理栄養士） DPC群の種類 特定機能病院、地域医療支援病院の承認有無 施設基準届出状況（総合入院体制加算、在宅療養支援病院／診療所、在宅療養後方支援病院） ※在宅療養支援病院である場合は看取り件数 三次救急医療施設、二次救急医療施設、救急告示病院の有無 高額医療機器の保有状況（CT、MRI、血管連続撮影装置、SPECT、PET、PETCT、PETMRI、強度変調放射線治療器、遠隔操作式密封小線源治療装置、ガンマナイフ、サイバーナイフ、内視鏡手術用支援機器（ダヴィンチ）） 退院調整部門の設置状況、職員数（医師、看護職員、MSW、事務員）		急性期後の支援・在宅 退院支援加算、救急・在宅等支援（療養）病床初期加算／有床診療所一般病床初期加算 地域連携診療計画加算、退院時共同指導料 介護支援連携指導料、退院時リハビリテーション指導料、退院前訪問指導料 中心静脈注射、呼吸心拍監視、酸素吸入 観血的動脈圧測定、ドレーン法、胸腔若しくは腹腔洗浄 人工呼吸、人工腎臓、腹膜灌流 経管栄養カテーテル交換法 全身管理 疾患別リハビリテーション料、早期リハビリテーション加算、初期加算、摂食機能療法 リハビリテーション充実加算、休日リハビリテーション提供体制加算 入院時訪問指導加算、リハビリテーションを実施した患者の割合 平均リハ単位数／1患者1日当たり、1年間の総退院患者数 1年間の総退院患者数のうち、入棟時の日常生活機能評価が10点以上であった患者数・退棟時の日常生活機能評価が入院時に比較して4点以上改善していた患者数 疾患に応じたリハビリテーション 早期からのリハビリテーションの実施状況 療養病棟入院基本料、褥瘡評価実施加算 重度褥瘡処置、重傷皮膚潰瘍管理加算 難病等特別入院診療加算、特殊疾患入院施設管理加算 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算 強度行動障害入院医療管理加算 長期療養患者の受入 往診患者述べ数、訪問診療患者述べ数、看取り患者数（院内／在宅） 有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料 急変時の入院件数、有床診療所の病床の役割 過去1年間の新規入院患者のうち、他の急性期医療を担う病院の一般病棟からの受入割合 多様な機能 救急医療管理加算 在宅患者緊急入院診療加算 救命のための気管内挿管 体表面ペースティング法／食道ペースティング法 非開胸的心マッサージ、カウンターショック 心臓穿刺、食道圧迫止血チューブ挿入法 休日又は夜間に受診した患者延べ数（うち診察後、直ちに入院となった患者延べ数） 救急車の受入件数 医科連携 歯科医師連携加算、周術期口腔機能管理後手術加算、周術期口腔機能管理料	
入院患者の状況 1年間の新規入棟患者数（予定入院・緊急入院別）、在棟患者延べ数、退棟患者数 1年間/月間の新規入棟患者数（入棟前の場所別） 1年間/月間の退棟患者数（退棟先の場所別、退院後の在宅医療の予定別）			

6

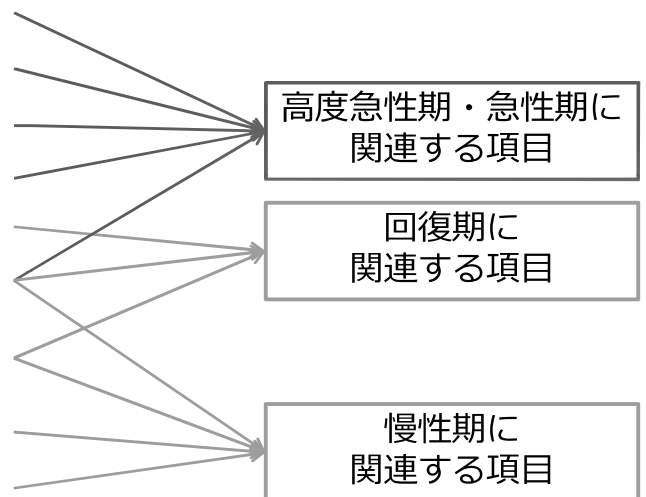
具体的な医療の内容に関する項目と病床機能

○ 病床機能報告における「具体的な医療の内容に関する項目」と、病床機能との関連性を以下のとおり整理。

【具体的な医療の内容に関する項目】

<様式2>

3. 幅広い手術の実施状況
4. がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況
5. 重症患者への対応状況
6. 救急医療の実施状況
7. 急性期後の支援・在宅復帰への支援の状況
8. 全身管理の状況
9. 疾患に応じたリハビリテーション・早期からのリハビリテーションの実施状況
10. 長期療養患者の受入状況
11. 重度の障害児等の受入状況
12. 医科歯科の連携状況

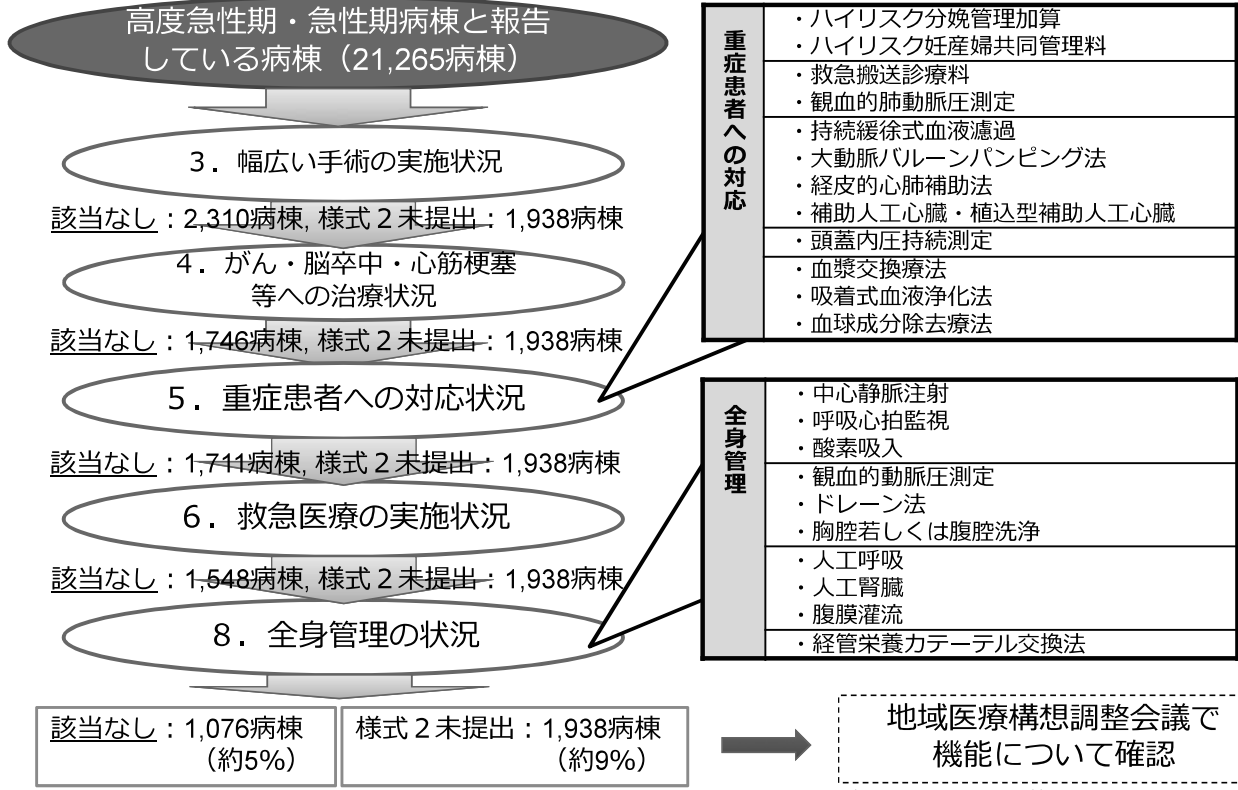


7
9

急性期医療を全く提供していないと考えられる病棟について

○ 高度急性期・急性期機能を選択した病棟について、「具体的な医療の内容に関する項目」の実施の有無を確認。

※ 平成29年度病床機能報告において、様式1で高度急性期又は急性期機能を報告している病院の病棟及び有床診療所のうち、様式2で以下の項目でレセプト件数、算定日数、算定回数が0件又は未報告と報告された病棟数を算出



平成29年度病床機能報告 医政局地域医療計画課調べ (平成30年4月時点)

定量的な基準 (佐賀県)

「回復期」の充足度を判断する際の病床機能報告の活用 (案)

○ 病床機能報告は、各医療機関が自主的に病棟機能を判断。この原則を踏まえつつ、地域医療構想調整会議分科会における協議に資するよう、病床機能報告で回復期以外と報告されている病棟のうち、

- ・①②については、回復期の過不足を判断する際に、回復期とみなす
- ・③については、将来の見込みを判断する際に、参考情報とする

ことで、病床機能報告と将来の病床の必要量の単純比較を補正してはどうか。

①既に回復期相当	病床機能報告における急性期・慢性期病棟のうち、病床単位の地域包括ケア入院管理料算定病床数 ※病棟単位の報告である病床機能報告の制度的限界を補正 病棟A 急性期の患者 回復期の患者 ←可能な限り客観指標で把握
②回復期への転換確実	調整会議分科会において他機能から回復期への転換協議が整った病床数 ※病床機能報告のタイムラグを補正
③回復期に近い急性期	病床機能報告における急性期病棟のうち、平均在棟日数が22日超の病棟の病床数 病棟B 急性期の患者 回復期の患者 ←平均在棟日数22日超のイメージ

定量的な基準（埼玉県）①

機能区分の枠組み

- 「ICU→高度急性期」「回復期リハ病棟→回復期」「療養病棟→慢性期」など、どの医療機能と見なすかが明らかな入院料の病棟は、当該医療機能として扱う。
- 特定の医療機能と結びついていない一般病棟・有床診療所の一般病床・地域包括ケア病棟（周産期・小児以外）を対象に、具体的な機能の内容に応じて客観的に設定した区分線1・区分線2によって、高度急性期/急性期/回復期を区分する。
- 特殊性の強い周産期・小児・緩和ケアは切り分けて考える。

4 機能	大区分							
	主に成人			周産期	小児	緩和ケア		
高度急性期	救命救急 ICU SCU HCU	↑ 一般病棟 ↓	↑ 有床診療所の一般病床 ↓	↑ 区分線1 ↓	MFICU NICU GCU	PICU	小児入院医療 管理料1	
急性期					産科の一般病棟 産科の有床診療所	小児入院医療管理料2,3 小児科の一般病棟7:1	緩和ケア病棟 (放射線治療あり)	
回復期	回復期 リハビリ病棟	↑ 地域包括ケア病棟 ↓	↑ 区分線2 ↓		小児入院医療管理料4,5 小児科の一般病棟7:1以外 小児科の有床診療所			
慢性期	療養病棟 特殊疾患病棟 障害者施設等					緩和ケア病棟 (放射線治療なし)		

10
具体的な機能に応じて区分線を引く

↑
切り分け

定量的な基準（埼玉県）②

高度急性期・急性期の区分（区分線1）の指標

○救命救急やICU等において、特に多く提供されている医療

- A：【手術】全身麻酔下手術
- B：【手術】胸腔鏡・腹腔鏡下手術
- C：【がん】悪性腫瘍手術
- D：【脳卒中】超急性期脳卒中加算
- E：【脳卒中】脳血管内手術
- F：【心血管疾患】経皮的冠動脈形成術（※）
- G：【救急】救急搬送診療料
- H：【救急】救急医療に係る諸項目（☆）
- I：【救急】重症患者への対応に係る諸項目（☆）
- J：【全身管理】全身管理への対応に係る諸項目（☆）

※…診療報酬上の入院料ではなくデータから特定がしにくいCCUへの置き換えができなかったこと、経皮的冠動脈形成術の算定が一般病棟7:1よりもICU等に集中していることによる。

☆…病床機能報告のデータ項目のうち、救命救急やICU等で算定が集中しているものに限定。

→これらの医療内容に関する稼働病床数当たりの算定回数を指標に用い、しきい値を設定。

急性期・回復期の区分（区分線2）の指標

○一般病棟7:1において多く提供されている医療

- K：【手術】手術
- L：【手術】胸腔鏡・腹腔鏡下手術
- M：【がん】放射線治療
- N：【がん】化学療法
- O：【救急】救急搬送による予定外の入院

○一般病棟や地域包括ケア病棟で共通して用いられている指標

- P：【重症度、医療・看護必要度】
基準（「A得点2点以上かつB得点3点以上」「A得点3点以上」「C得点1点以上」）を
満たす患者割合

→これらの医療内容に関する稼働病床数当たりの算定回数等を指標
に用い、しきい値を設定。

第2回富土地域医療構想調整会議後にいただいたご意見

項 目	意見等
富士医療圏における医療提供体制についての意見・課題	<p>病床機能報告のなかで、回復期機能が不足しているような内容の議論と一部対応がなされていますが、主として急性期、あるいは慢性期として報告された病棟のなかに、本来回復期機能の患者も多く入院しており、実際に回復期の医療がなされていることから、純粋に回復期機能として報告されている病床数は実際よりもかなり少ないと思われます。</p> <p>特に富士医療圏では急性期医療の入院の受け入れが出来ない状況が、繁忙期には現実的に起こっているため、人口にみあった急性期を診られる若い医師とベッドの確保が必要と思われます。</p>
	<p>別添資料は、内閣府が公表している「経済・財政と暮らしの指標見える化データベース（SCR）」の分析手法を用いて、27年度の年間全レセプトを使用し作成した入院基本料（7：1～25：1）のレセプト出現比と入院外来別の初診（時間外）加算の二次医療圏別データです。</p> <p>これらの出現比と病床機能報告の稼働率を比較するなどにより、正確な実態把握に努めていただきたいと思います、参考資料として提出するものです。</p> <p>そのうえで、未稼働病床に関して基金を活用する等により可能な限り医療資源の活用を図られるようお願いいたします。</p>

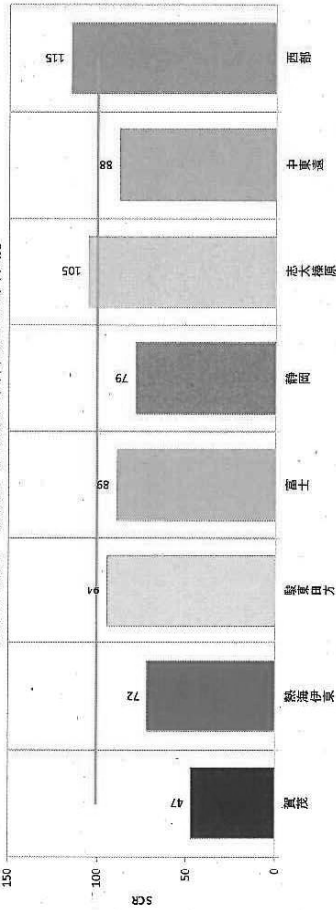
一般病棟入院基本料：7対1

入院・外差別 入院
190117710 一般病棟 A1001
診療行為 3,454,487
件数

入院
A1001 一般病棟7対1入院基本料(190117710)
9,454,487

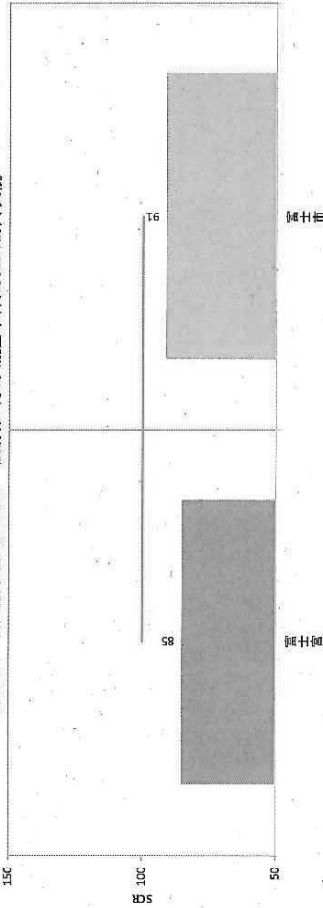
凡例	色	偏差値	色
SCR	132	70	
	123	65	
	115	60	
	107	55	
	98	50	
	90	45	
	81	40	
	73	35	
	64	30	

静岡県 A1001 一般病棟7対1入院基本料(190117710)、入院

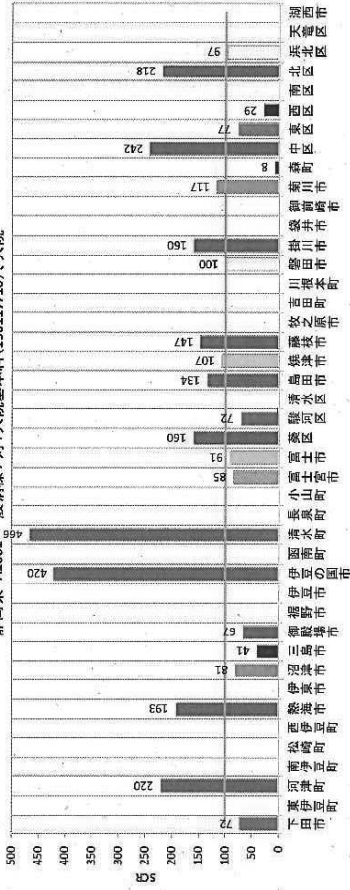


静岡県 A1001 一般病棟7対1入院基本料(190117710)、入院
22静岡県
静岡県

静岡県(二次医療圏：富士) A1001 一般病棟7対1入院基本料(190117710)、入院



静岡県 A1001 一般病棟7対1入院基本料(190117710)、入院



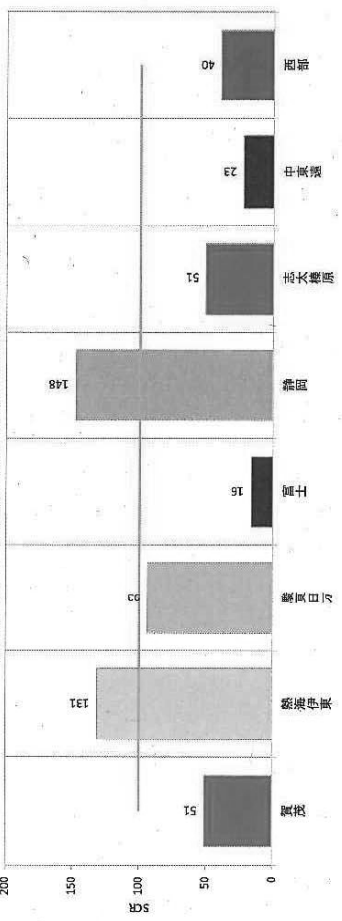
一般病棟入院基本料：10対1

入院・外来別 入院 190077410 一般病棟1 A1002
 診療行為 3,614,772
 件数

入院 A1002 一般病棟10対1入院基本料(190077410)
 3,614,772

凡例	SCR	色	偏差値	色
	189		70	
	170		65	
	151		60	
	132		55	
	114		50	
	95		45	
	76		40	
	58		35	
	39		30	

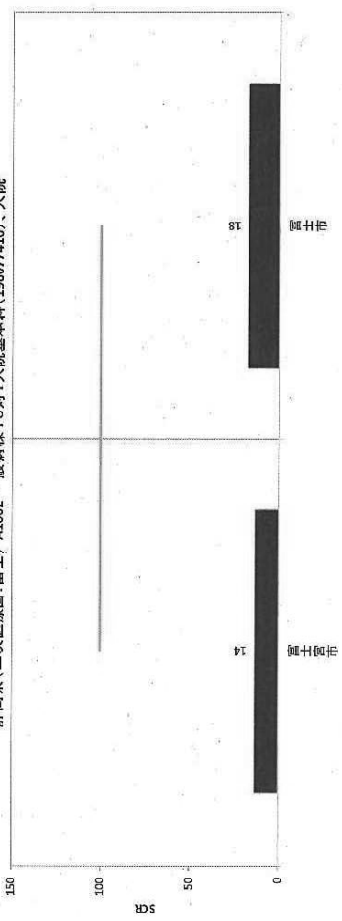
静岡県 A1002 一般病棟10対1入院基本料(190077410)、入院



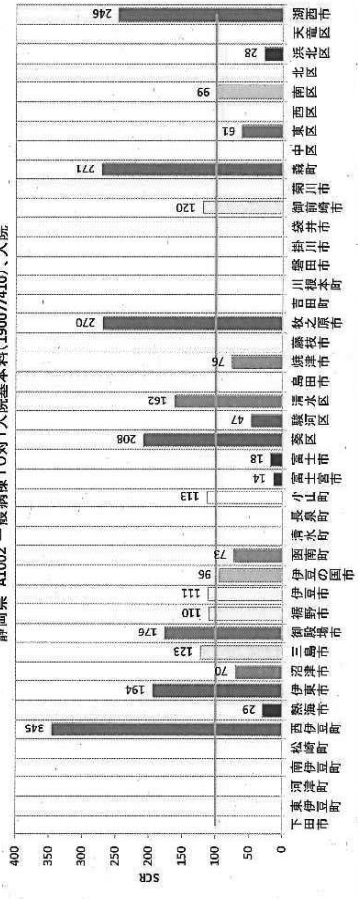
静岡県 A1002 一般病棟10対1入院基本料(190077410)、入院

22静岡県
 静岡市

静岡県(二次医療圏：富士) A1002 一般病棟10対1入院基本料(190077410)、入院



静岡県 A1002 一般病棟10対1入院基本料(190077410)、入院



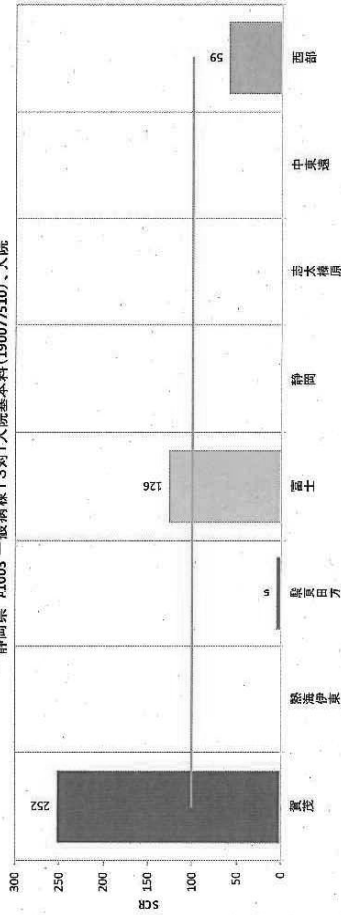
一般病棟入院基本料：13対1

入院・外来別 入院
 190077510 一般病棟1 A1003
 診療行為
 件数 389,165

入院
 A1003 一般病棟13対1入院基本料(190077510)
 389,165

凡例	SCR	偏差値	色
	204	70	
	176	65	
	149	60	
	122	55	
	95	50	
	68	45	
	41	40	
	14	35	
	- 14	30	

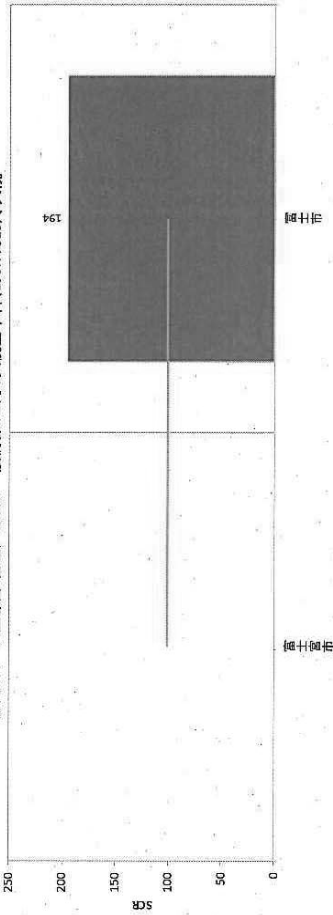
静岡県 A1003 一般病棟13対1入院基本料(190077510)、入院



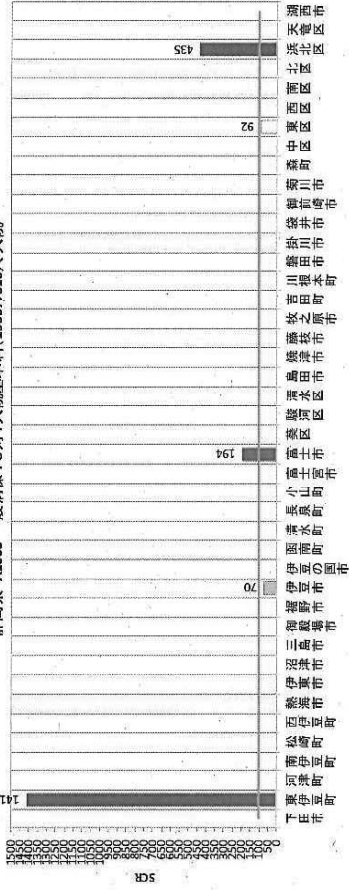
静岡県 A1003 一般病棟13対1入院基本料(190077510)、入院

22静岡県
 静岡県

静岡県(二次医療圏：富士) A1003 一般病棟13対1入院基本料(190077510)、入院



静岡県 A1003 一般病棟13対1入院基本料(190077510)、入院



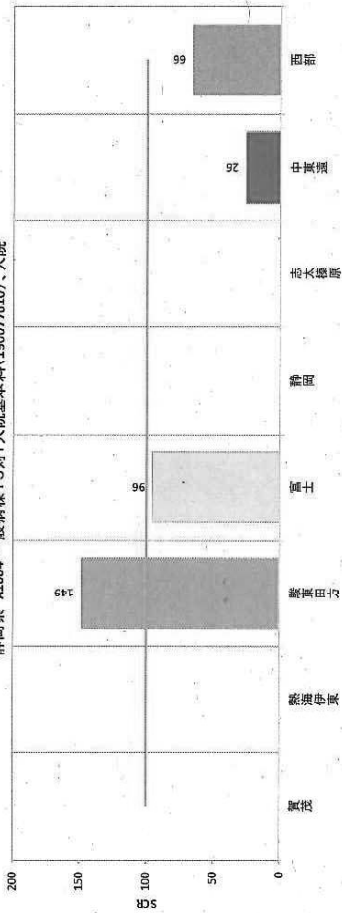
一般病棟入院基本料：15対1

入院・外来別 入院
190077610 一般病棟1 A1004
診療行為
件数 585,192

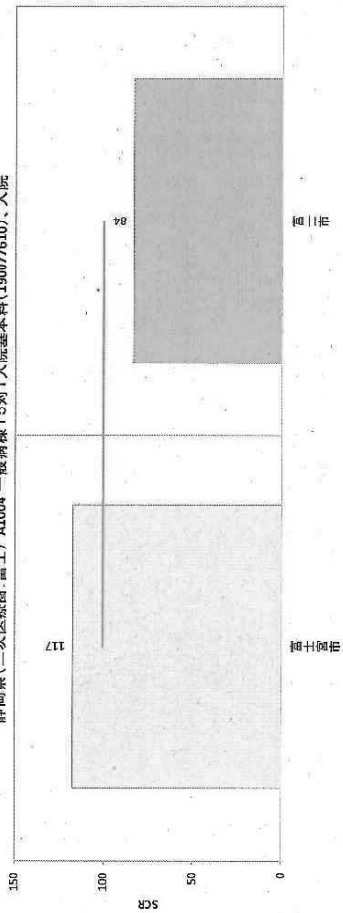
入院
A1004 一般病棟15対1入院基本料(190077610)
585,192

凡例	SCR	色	偏差値	色
	206	(darkest)	70	(darkest)
	181	(dark)	65	(dark)
	156	(medium-dark)	60	(medium-dark)
	131	(medium)	55	(medium)
	106	(medium-light)	50	(medium-light)
	81	(light)	45	(light)
	55	(lightest)	40	(lightest)
	30	(very light)	35	(very light)
	5	(white)	30	(white)

静岡県 A1004 一般病棟15対1入院基本料(190077610)、入院



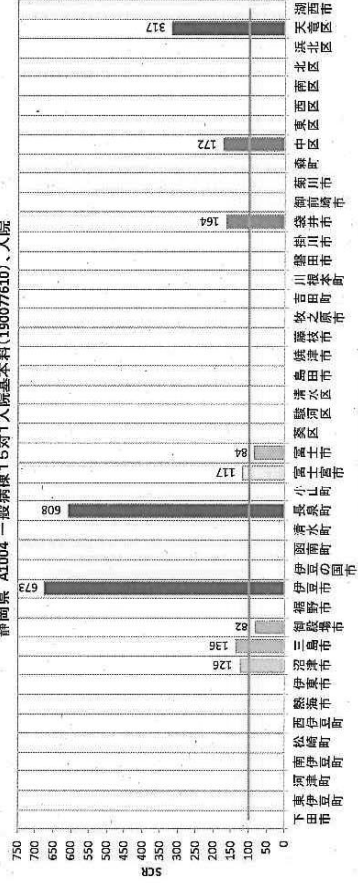
静岡県(二次医療圏:富士) A1004 一般病棟15対1入院基本料(190077610)、入院



静岡県 A1004 一般病棟15対1入院基本料(190077610)、入院

22静岡県
静岡県

静岡県 A1004 一般病棟15対1入院基本料(190077610)、入院



療養病棟入院基本料：25対1

入院・外来別 入院
診療行為
件数

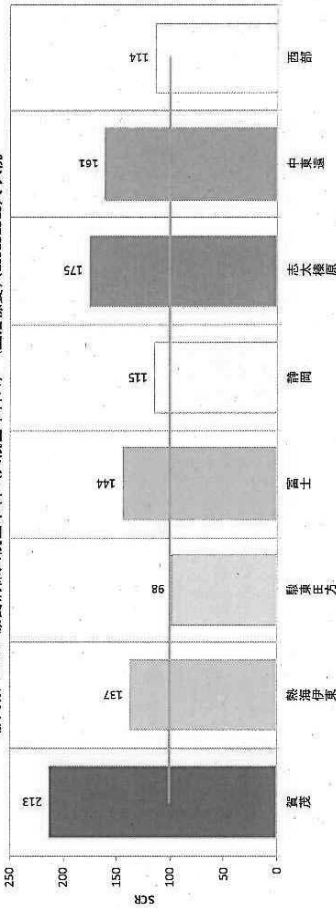
190132510 療養病棟A1012
171,978

凡例	SCR	色	偏差値
219	70		
192	65		
165	60		
138	55		
111	50		
84	45		
57	40		
30	35		
3	30		

凡例	SCR	色
219		
192		
165		
138		
111		
84		
57		
30		
3		

入院
A1012 療養病棟入院基本料2(入院基本料A)(生活療養)
171,978

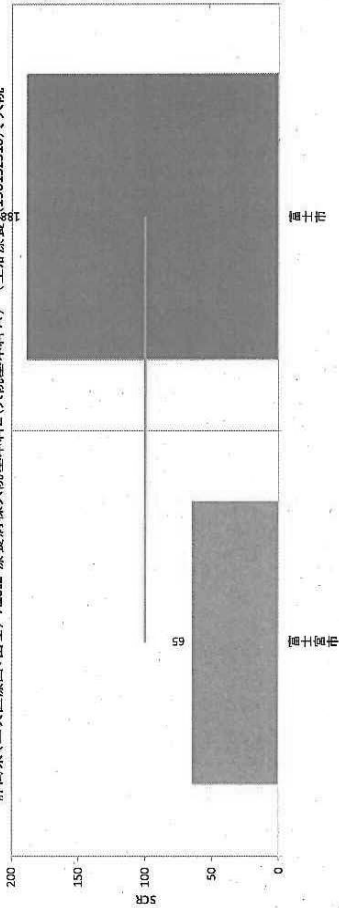
静岡県 A1012 療養病棟入院基本料2(入院基本料A) (生活療養)(190132510)、入院



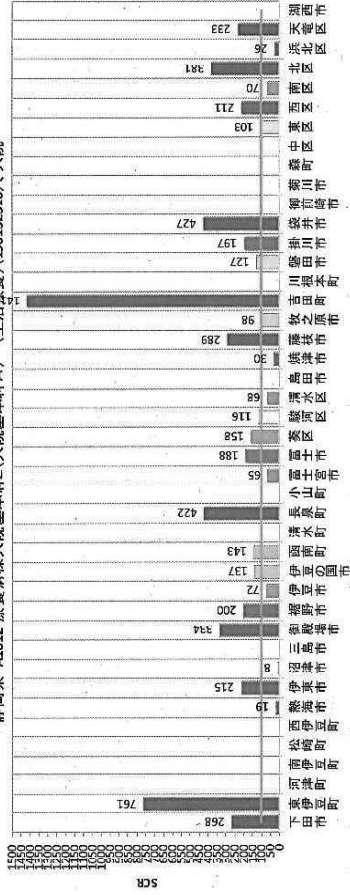
静岡県 A1012 療養病棟入院基本料2(入院基本料A) (生活療養)(190132510)、入院

22静岡県
静岡県

静岡県(二次医療圏:富士) A1012 療養病棟入院基本料2(入院基本料A) (生活療養)(190132510)、入院



静岡県 A1012 療養病棟入院基本料2(入院基本料A) (生活療養)(190132510)、入院



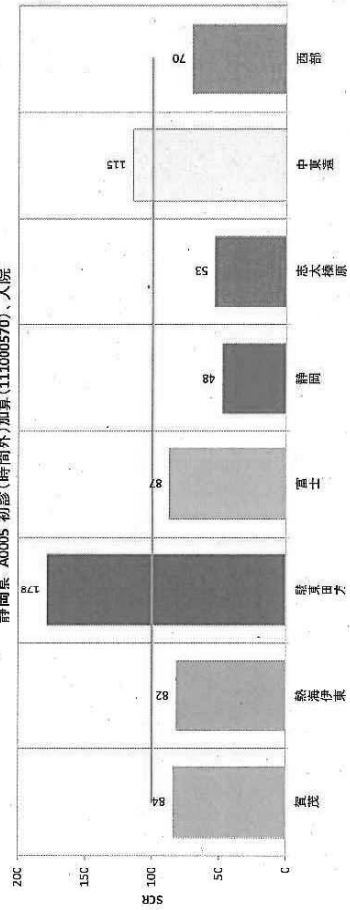
入院・初診(時間外) 加算

入院・外来別 入院
111000570 初診(時間外) A0005
診療行為
133,648
件数

入院
A0005 初診(時間外)加算(111000570)
133,648

凡例	SCR	色	偏差値	色
	186		70	
	166		65	
	146		60	
	127		55	
	107		50	
	87		45	
	67		40	
	48		35	
	28		30	

静岡県 A0005 初診(時間外)加算(111000570)、入院



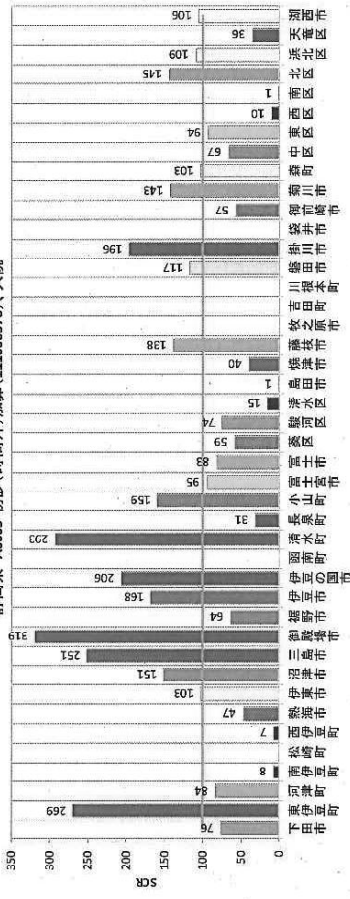
静岡県(二次医療圏:富士) A0005 初診(時間外)加算(111000570)、入院



静岡県 A0005 初診(時間外)加算(111000570)、入院

22静岡県
静岡県

静岡県 A0005 初診(時間外)加算(111000570)、入院



外来・初診(時間外) 加算

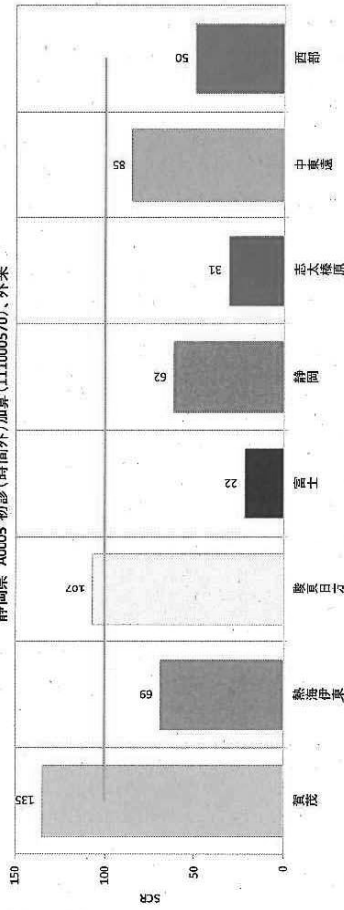
入院・外来別 外来
 診療行為 111000570 初診(時間外)A0005
 件数 : 081,582

外来
 A0005 初診(時間外)加算(111000570)
 1,081,582

凡例	SCR	色	凡例	SCR	色
	195			195	
	174			174	
	154			154	
	133			133	
	112			112	
	91			91	
	70			70	
	49			49	
	29			29	

凡例	SCR	色
	70	
	65	
	60	
	55	
	50	
	45	
	40	
	35	
	30	

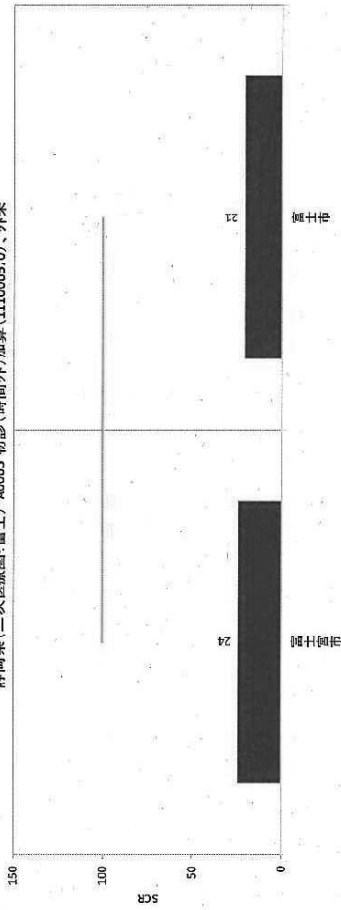
静岡県 A0005 初診(時間外)加算(111000570)、外来



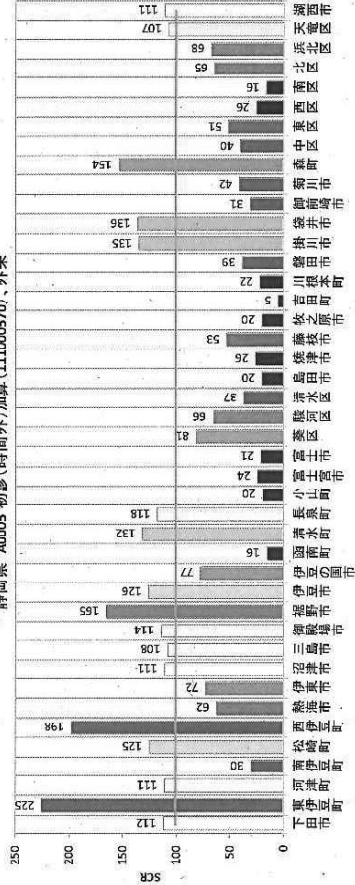
静岡県 A0005 初診(時間外)加算(111000570)、外来

22静岡県
 静岡県

静岡県(二次医療圏:富士) A0005 初診(時間外)加算(111000570)、外来



静岡県 A0005 初診(時間外)加算(111000570)、外来



各医療機関の 2025 年への対応方針について

概 要

「地域医療構想の進め方について」（平成 30 年 2 月 7 日厚生労働省地域医療計画課長通知）の中で、その他の医療機関においても地域医療構想調整会議において、構想区域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向を踏まえて、遅くとも平成 30 年度末までに平成 37（2025）年に向けた対応方針を協議することとされています。

このため、「新公立病院改革プラン」策定医療機関、精神科単科病院を除く富士医療圏のすべての病院に「2025 年への対応方針」を依頼し、別添のとおり取りまとめました。

※ 公立病院の 3 病院については、昨年度の地域医療構想調整会議において「新公立病院改革プラン」の説明をいただいています。

【参考】 「地域医療構想の進め方について」（抜粋）

（平成 30 年 2 月 7 日厚生労働省地域医療計画課長通知）

1. 地域医療構想調整会議の進め方について

(1) 地域医療構想調整会議の協議事項

「経済財政運営と改革の基本方針 2017（平成 29 年 6 月 9 日閣議決定）」においては、地域医療構想の達成に向けて、「個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針の速やかな策定に向けて、2 年間程度で集中的な検討を促進する」こととされていることを踏まえ、都道府県においては、毎年度この具体的対応方針をとりまとめること。

この具体的対応方針のとりまとめには、地域医療構想調整会議において、平成 37（2025）年における役割・医療機能ごとの病床数について合意を得た全ての医療機関の

- ① 平成 37（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 平成 37（2025）年に持つべき医療機能ごとの病床数を含むものとする。

．．．

ア. 個別の医療機関ごとの具体的対応方針の決定への対応

(ウ) その他の医療機関に関すること

それ以外の全ての医療機関については、地域医療構想調整会議において、構想区域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向を踏まえて、遅くとも平成 30 年度末までに平成 37（2025）年に向けた対応方針を協議すること。協議が調わない場合は、繰り返し協議を行った上で、平成 37（2025）年に向けた対応方針を決定すること。また、対応方針を決定した後に、見直す必要が生じた場合には、改めて地域医療構想調整会議で協議すること。

「公立病院の新改革プラン」に記載されている「地域医療構想を踏まえた役割の明確化」

○「富士市立中央病院新改革プラン」

- ・高度・先進的な医療を提供することは、富士市並びに富士保健医療圏において果たすべき最も重要な役割である。
- ・富士保健医療圏において、重症度に応じた医療提供体制の確立と、連携強化をより推進するため、高度急性期医療の提供体制の充実を図る。
- ・現在、高度急性期病床 16 床、急性期病床 488 床となっている病床機能を、新改革プランの計画年度の終期である平成 32 年度には、1 病棟分を高度急性期病床に転換し、高度急性期病床約 50 床、急性期病床約 450 床を目指す。
- ・平成 37 年には、高度急性期病床機能の更なる充実を図るため、さらに 1 病棟分を高度急性期病床に転換し、高度急性期病床約 100 床、急性期病床約 400 床を目指す。

○「富士宮市立病院新改革プラン」

- ・整形外科医師の確保が最優先課題であり、従前の診療体制水準を回復するために、引き続き医師確保に取り組むとともに、在宅医療を含む医療提供体制を確保するために、引き続き看護師確保に取り組む。
- ・これら人材確保対策により、現在稼働している「地域包括ケア病棟」を中心とした「病院から在宅につなげる仕組みづくり」の充実に寄与する。
- ・「地域医療支援病院」として効率的な医療提供を行い、当区域の限られた医療資源においても地域医療の質の確保に努めるため、地域医療連携室を中心に引き続き「病病連携」「病診連携」に取り組んでいく。

○「共立蒲原総合病院公立病院改革プラン」

- ・医療環境の変化や制度改革等に適切に対応し、住民が安心して暮らすことの出来る医療の充実をさらに推進するためには「効率的で質の高い医療の提供」と「地域包括ケアシステムの構築」を進めていく必要がある。
- ・ケアミックス病院として、「急性期」「回復期」「慢性期」の 3 つの病床機能をバランスよく担うことを地域における役割と捉え、それぞれの段階において質の高い医療を提供するとともに、地域の医療機関や介護事業者等と連携を図り、地域包括ケアシステムにおける役割を果たしていく。
- ・平成 37 年（2025 年）の目標稼働病床数を、「急性期」を 2 病棟 92 床、「回復期（地域包括ケア）」を 2 病棟 83 床、「慢性期」を 2 病棟 92 床、合計で 6 病棟 267 床とする。

病院名	富士脳障害研究所附属病院	聖隷富士病院	フジヤマ病院	芦川病院	富士いきいき病院
稼働病床数	160床	117床	110床	60床	197床
I-1 病院の特徴 (担う疾患の分野等)	脳血管障害及び脳腫瘍等	内科、循環器科、外科、整形外科、脳神経外科、眼科、小児科、泌尿器科の診療領域	一般病棟、療養病棟ケアミックス。介護老人保健施設を2施設併設	主に慢性期の患者様(喀痰吸引が必要、酸素の管理が必要、食事の経口摂取のみでは摂取量不足であり点滴等が必要とする等)の入院治療。慢性期でなくとも、対応可能な疾患の患者様(高度医療を要しない)の入院治療	地域医療とリハビリテーションを2本の柱として位置づけています。当院は、197床の病床と外来・訪問診療・健診センター・介護保険サービスを持つ医療法人として、私どもの広げられる範囲の地域のネットワーク資源として機能的にサービスを提供したいと考えております。
I-2 病院の課題	回復期病棟の充実	経営の安定化、救急体制の充実、休床病棟の再稼働、医療従事者の確保	急性期医療を受けた後の患者の受け皿となるよう人員確保を行う必要がある。また、可能であれば療養病床の増床を検討する。	慢性期医療を受けた後の患者様の受け入れ、自宅で医療・介護を受けている患者様で、在宅での治療が困難となった方の受け入れ。入院した患者様のその後の在宅治療、あるいは施設への橋渡し。	地域医療とリハビリテーションという機能を2本柱にして、地域の医療資源として継続して続けている前方・後方との連携を更に進めていくことで、顔の見える関係を築いていき、地域ニーズを確認しながら継続した病院運営を進めていくこと。
II-1 地域において今後担うべき役割	脳血管疾患への対応を中心とした、高度急性期、急性期、回復期医療体制の維持	急性期一般病床と地域包括ケア病床を持つ病院として地域医療に寄与する。法人として医療・保健・在宅の3事業を総合的に展開する	地域の包括的な支援・サービス提供体制の構築(地域包括ケアシステム)を充実したものにしていけるため、特に富士宮市北部地域を中心した役割を担っていく。	慢性期、療養病床を維持して、在宅施設での生活に継承される方の受け入れ、血的機能	地域医療とリハビリテーションを主とした入院医療の提供を行うことにより、他の医療機関、介護保険事業所及び行政機関等と連携を更に強化していくことにより、ご利用者にとって安心できる医療資源のひたつきとなる。
4機能ごとの病床のあり方	現在(H30)病床機能報告)	現在(H30)病床機能報告)	現在(H30)病床機能報告)	現在(H30)病床機能報告)	現在(H30)病床機能報告)
	将来(2025年度)	将来(2025年度)	将来(2025年度)	将来(2025年度)	将来(2025年度)
	高度急性期	40	40	60	60
	急性期	40	116	60	60
回復期	45	35	50	60	197
慢性期	35	35	50	60	197
(合計)	160	117	110	110	197
今後持つべき病床機能等	現在、急性期病棟、回復期病棟、療養型病棟を整備しているが、療養病棟から回復期への転換も視野にしたい。	6階病棟(35床、地域包括ケア病棟)を急性期機能から回復期機能に変更。休床中の7階病棟(34床)を急性期機能で再稼働	---	---	---
II-2 具体的な方針及び整備計画	地域に不足する回復期機能を提供するため、療養病棟から回復期病棟への変更を検討中。	同上	---	---	---
スタッフの人員確保計画	2025年度に向け、リハビリテーション関係のスタッフの増員計画。	医師の増員(紹介会での活用等)、看護師、医療技術職の増員(学校訪問、就職説明会への参加、奨学金貸与等)、他職種へのタスクシフト推進による医師、看護師の勤務負担の軽減	---	---	雇用パターンの多様化の検討(弱株も非常勤勤務パターンは100%パターン程あり、それぞれの生活環境に合わせて勤務している)有給の時間単位での取得等
年次スケジュール	現在、療養病棟が稼働しており、新規着工ではない。また、いつでも回復期への変更は可能。	2019年度内に、6階病棟(35床、地域包括ケア病棟)を急性期機能から回復期機能で再稼働	---	---	---
II-3 診療科の見直し	---	---	---	---	---
II-4 その他(病院で困っていること)	療養から回復期への変更を検討しているが、慢性期のベッドの確保が可能なのか。	地域に貢献できる医師を雇用するためには、病院としての課題(経営の安定化、救急体制の充実、休床病棟の再稼働、医療従事者の確保)を解決することが急務です。医師を含めた医療従事者の確保が最も困っている案件です。	---	一般病棟(39床)について、現在、医師・看護師の人材不足のため休床している。現時点で補充の目処は立っておらず、今後の人員の状況次第ですが、2025年までに再開する計画は出ていない状況です。	人口減少により、今以上の人員確保困難が予想される。併せて、人件費の高騰が懸念され、運営に影響することが予想される。設備投資に対しての費用も、人件費等の高騰により上昇していくことが予想される。病院規模について、規模ではなく機能性を重視した検討が必要となると予想するが、上記とのバランスが重要となると考える。

2025年に向けた具体的な対応方針(平成30年11月)【富士医療圏】

病院名	川村病院	湖山リハビリテーション病院	新富士病院	米山記念病院	富士整形外科病院
稼働病床数	60床	192床	206床	84床	90床
病院の特徴 (担当疾患の分野等)	消化器疾患を中心に診断・治療・看取りまでを行う地域密着型の病院	住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けられるような医療・介護・在宅医療のサポートを目指しております。リハビリテーション病院として回復期リハビリ病棟はもとより、医療療養病棟においても、量ともに充実したリハビリテーション・医療を提供することを心がけております。	介護施設での対応が困難な人を医療療養病棟で受け入れ、在宅医療の環境整備、医師、ナースの適切な確保、人件費や修繕費、医療器具の買い替え等の経費の増大	現状は内科の常勤医を中心に、重篤で在宅介護不可能な方の看取りや、施設からの肺炎や感染症、心不全や腎不全、肝不全や嚥末期の方の看取りが多く、入院される患者様の約2/3を看取っております。そのため、平均在院日数も若干長め、重症症比率も8割弱となっております。	整形外科病院として、当該診療科疾患の診断、手術・リハビリテーション等を含めた治療を行い、社会復帰、在宅復帰への医療サービスを提供する。
I-1	医師、看護師、薬剤師等の人員確保が問題となっている。輪番制二次救急病院・救護病院として緊急入院・救急搬送に対応するためにマンパワーを増やしたい。	平成30年3月16床の増床が認可され、合計76床となった。そのうち20床を緩和ケア病棟の新設とし、56床を一般急性期とした。富士医療圏に20床開設する事によって、地域における緩和ケア医療の一翼を担う。	高齢者を中心とした急性期医療の提供体制を確立していく。地域における高齢者救急の一端を担い、皆様に頼られる総合診療病棟を目指す。	①人手不足：今後更に、医師、看護師だけでなくヘルパーの不足が深刻化すると見られます。 ②建物の老朽化：当院は、建設後、既に50年を経過し、早急に建替えを第一目標とし、検討しております。	高齢化によりニーズが高まる整形外科疾患に対応すべく、回復期からの円滑な在宅復帰と併せて、急性期医療、さらには圏域の基幹病院が担う高度急性期医療の充実のための間接的な支援にも貢献できるような、病床機能体制の構築及び維持を図る。
I-2	地域において今後担うべき役割	4機能ごとの病床のあり方	現在(H30)病床機能報告) 将来(2025年度)	現在(H30)病床機能報告) 将来(2025年度)	現在(H30)病床機能報告) 将来(2025年度)
高度急性期	60	76	52	30	58
急性期			96		
回復期			154	54	32
慢性期			206	84	46
(合計)	60	76	206	84	106
今後持つべき病床機能等	2020年に現在の一般病棟60床から、16床増床となり、一般急性期56床、緩和ケア病棟20床の体制になる。	現在(H30)病床機能報告) 将来(2025年度)	現在(H30)病床機能報告) 将来(2025年度)	現在(H30)病床機能報告) 将来(2025年度)	現在(H30)病床機能報告) 将来(2025年度)
II-2	具体的な方針及び整備計画	現在の旧館・南館の病棟部分と内視鏡室部分を、現在の病院北側に内視鏡室、病棟22床を移設する。同じ北側敷地内に20床の緩和ケア病棟を新築する。	新築である緩和ケア病棟を開設するにあたり、人員を確保する。WLBの構築、働き方改善の推進の中で、有給消化率100%、月の時間外勤務時間10時間以内、短時間正職員導入等、労働環境の改善を図る。	主に回復期機能を提供する病棟の増床により、間接的に急性期機能も充足することができ、高齢者の整形外科疾患の増加に対応可能とする。	2018年度12月16床増床稼働(回復期病棟14床、急性期病棟2床)
スタッフの人員確保計画	富士医療圏に関して言えば、やはり人材確保の問題が急務となると予想される。各病院・施設が医師、看護師等の採用に苦慮すると思われる。	2019年度 北側敷地に医療棟及び緩和ケア病棟着工 2020年度 旧館・南館改修工事着工及び完了、療棟及び緩和ケア病棟開設	16床増床に伴う看護師、事務職員増員、回復期機能充実に基づき理学療法士及び作業療法士増員	高齢者合併疾患に対応する機能が脆弱であるため、可能な範囲での充足を図る。 救急患者で状態不良などの際に他院へ紹介したい時、受入れ先を探すのに時間を要する。 現状の医療提供体制維持には医療従事者確保が前提であり、看護師採用時に負担する給与と会社への高齢者手数料や人件費増加が病院経営での収益圧迫に繋がっている。	2018年度12月16床増床稼働(回復期病棟14床、急性期病棟2床)
年次スケジュール	富士医療圏に苦慮していること	2019年度 16床増床開設予定、病院全体にて合計208床 医療依存度の高く、介護保険施設等での管理が難しい方の受け入れ 終末期の看取り、在宅生活を維持するためのレスパイト的受け入れ 課題としては、専門職の確保困難。特に看護師の採用等人材確保に苦慮している	高齢者の救急対応の体制確立には医師、看護師等のマンパワーの確保が必須となるが、人材の確保がとて困難である。また、近年では介護職員の確保も非常に困難になりつつあり、どの職種も人材の確保が非常に難しい現状がある。また、病棟が満床時に緊急の受け入れ要請があった場合に、対応が困難となるため、ベッドコントロールが非常に重要になるが、常に緊急ベッドの確保が難しい。	現在ある急性期病棟15:1の地域一般入院基本料3は、今後の国の政策として、急性期から回復期に転換されていくのではないかと考えます。現在の実情として、急性期についても回復期の働きにのたから、当院は、今後の国の政策に従っていくつもりです。 また、建物の状態からも現時点では、介護医療院等に変更する予定はありません。	2018年度12月16床増床稼働(回復期病棟14床、急性期病棟2床)
診療科の見直し					
II-3					
II-4					

療養病床転換意向等調査結果（概要）

- ① 調査結果のポイント
- ② 介護療養病床、医療療養病床25:1について
- ③ 介護医療院について

① 調査結果のポイント

- 1 許可病床数について
 - ・設置期限のある「医療療養 25:1」が減少。⇒ おおむね本則の「医療療養20:1」へ移行
 - ・転換状況は、圏域によって差が見られる。
- 2 転換先意向について
 - ・「未定」の病床数が減少。
 - ・「介護医療院」の増加（特に県西部地域）

② 「介護療養病床」「医療療養病床25:1」について

- ・「介護療養病床」及び「医療療養病床25:1」の設置期限は、2023年度末まで延長された。

※延長の考え方：
療養病床の転換に当たっては、報酬改定が経営へ与える影響や、医療計画・介護保険事業計画との関係も考慮する必要があることから、次回の診療報酬・介護報酬の同時改定かつ、両計画改定を行うタイミングで再度検討等を行うことが適当。

- ・本県では、両類型ともに転換が進んでいる。

<介護療養病床>

H29：1,711床 ⇒ H30：1,431床（▲ 280床）

<医療療養病床 25:1>

H29：2,327床 ⇒ H30：349床（▲1,978床）

③ 介護医療院について

<現状>

- ・介護医療院は平成30年4月に制度創設された。
- ・本県では平成30年11月現在、6施設451床が開設している。
- ・転換元は、介護療養病床325床、医療療養病床66床、介護療養型老人保健施設（転換老健）60床となっている。

静岡県内の介護医療院開設状況（平成30年11月1日現在）

所在市町	名 称	人員基準	開設年月日	転換元	療養床数
浜松市	介護医療院 有玉病院	I 型	H30. 6. 1	介護療養病床	58床
浜松市	介護医療院 西山ナーシング	I 型	H30. 8. 1	介護療養病床	164床
浜松市	湖東ケアセンター	I 型	H30. 9. 1	介護療養型老人保健施設 (転換老健)	60床
浜松市	天竜すずかけ病院・介護医療院	II 型	H30. 10. 1	医療療養病床	55床
函南町	介護医療院 伊豆平和病院	II 型	H30. 11. 1	介護療養病床 医療療養病床	60床
浜松市	介護医療院浜北さくら台	I 型	H30. 11. 1	介護療養病床	54床
計	6施設				451床

(I 型:介護療養病床相当、II 型:老健施設相当以上)

<地域医療構想との関係>

- ・地域医療構想において、介護医療院は「在宅医療等」の区分となる。
- ・このため、療養病床が介護医療院へ転換すると、「慢性期」の病床数は減少し、「在宅医療等」は増加する。

⇒ 慢性期機能及び在宅医療等の検討において、療養病床を有する医療機関の転換意向が重要となる。

<介護医療院等への転換に伴う病床数のイメージ>

高度急性期		高度急性期
急性期		急性期
回復期		回復期
慢性期		慢性期
医療療養25対1 介護療養 等	転換	介護医療院 等

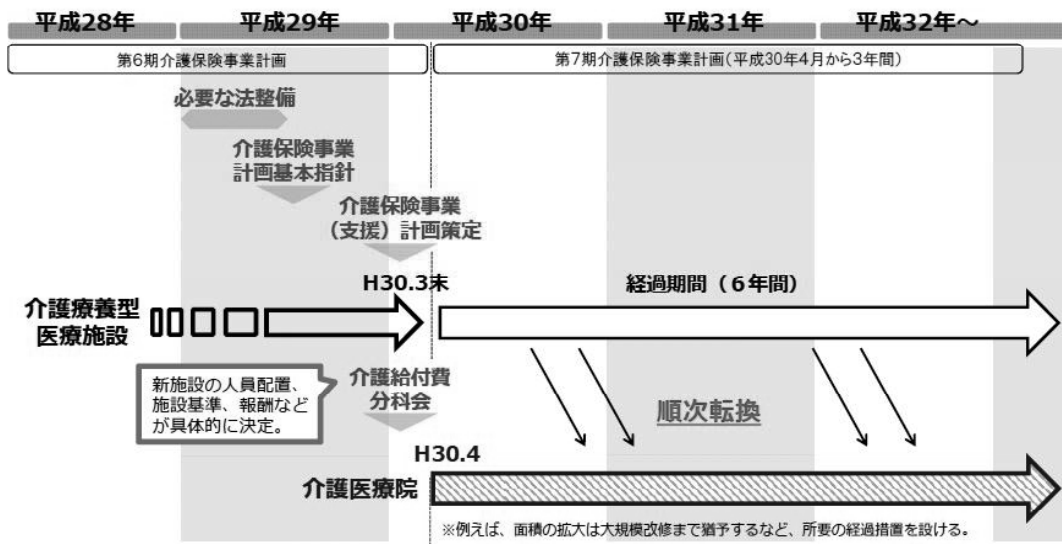
<介護医療院への転換について>

- ・医療療養病床及び介護療養病床、転換老健から介護医療院への転換は、介護保険事業支援計画の「総量規制」の対象とならない。
(一般病床からの転換は、「総量規制」の対象となる。)
- ・このため、まずは医療療養病床及び介護療養病床が、介護医療院への転換候補として想定されている。
- ・今年度調査における介護医療院への転換意向は1,178床であり、昨年度の478床から700床の増加。また、転換意向「未定」の病床数は1,486床であり、介護医療院への転換は今後も増加することが想定される。

⇒ 地域医療構想の推進、在宅医療等の充実に向けて、療養病床の転換意向を今後も継続的に確認していく必要がある。

介護医療院に関するスケジュールのイメージ

- 介護医療院の創設に向けて、設置根拠などにつき、法整備を行った。
- 平成29年度末で設置期限を迎えることとなっていた介護療養病床については、その経過措置期間を6年間延長することとした。



(出典 : 厚生労働省HP「介護医療院の概要」)

「第7期介護保険事業（支援）計画における療養病床、介護医療院等の取扱いに関する基本的考え方について」より抜粋
 (平成29年8月10日付け事務連絡 厚生労働省老健局介護保険計画課)

(1) 療養病床からの転換に係る必要入所定員総数等

市町村介護保険事業計画における認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る必要利用定員総数並びに都道府県介護保険事業支援計画における介護専用型特定施設入居者生活介護等に係る必要利用定員総数（混合型特定施設入居者生活介護の必要利用定員総数を定めた場合は、その必要利用定員総数を含む。）及び介護保険施設に係る必要入所定員総数には、医療保険適用の療養病床（以下「医療療養病床」という。）及び指定介護療養型医療施設が、これらの事業を行う施設等へ転換する場合における当該転換に伴う利用定員、入所定員の増加分は含まないものとする。

(2) 介護老人保健施設から介護医療院への転換に係る必要入所定員総数

平成18年度以降、医療療養病床及び指定介護療養型医療施設からの転換を促進してきた経緯に鑑み、介護医療院に係る必要入所定員総数には、介護老人保健施設（平成18年7月1日から平成30年3月31日までに医療療養病床又は指定介護療養型医療施設から転換して許可を受けたものに限る。）が介護医療院に転換する場合における当該転換に伴う入所定員の増加分は含まないものとする。

療養病床の転換意向等調査結果 前回（平成29年10月）と今回（平成30年8月）の比較

2 転換先意向

		1 病床数														2 転換先意向																			
		許可病床数の内訳														(1) 医療療養病床からの転換意向先										(2) 介護療養病床からの転換意向先									
		開設許可 病床	医療 療養	療養1.2 20:1	経過措置 25:1	回復期 リハ	地域包括 ケア	その他	介護 療養	医療保険	介護 医療院	介護老人 保健施設	一般 病床	廃止	未定	計	医療保険 療養1.2 20:1	回復期・ 地域包括	介護 医療院	介護老人 保健施設	一般 病床	廃止	未定	計											
賀茂	H29	299床	239床	-	198床	41床	-	60床	-	41床	-	-	-	198床	239床	-	-	-	-	-	-	-	60床	60床											
	H30	299床	239床	50床	148床	41床	-	60床	-	41床	-	-	-	40床	239床	158床	41床	-	-	-	-	-	60床	60床											
	増減	-	-	50床	-50床	-	-	-	-	-	-	-	-	-158床	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-											
熱海 伊東	H29	391床	391床	346床	-	31床	14床	-	391床	63床	-	-	-	14床	391床	314床	63床	-	-	-	-	-	-	-											
	H30	391床	391床	338床	-	31床	14床	-	391床	113床	-	36床	-	36床	391床	242床	113床	-	-	-	-	-	-	-											
	増減	-	-	-8床	-	-	8床	-	-	50床	-	-	-	-14床	-	-72床	50床	-	-	-	-	-	-	-											
駿東 田方	H29	226床	1879床	1049床	394床	401床	35床	382床	100床	313床	100床	100床	100床	389床	1879床	977床	313床	100床	-	-	-	-	293床	382床											
	H30	226床	1879床	1263床	88床	401床	40床	382床	100床	355床	100床	100床	100床	20床	1879床	918床	355床	100床	-	-	-	-	277床	382床											
	増減	-	-	214床	-306床	-	40床	52床	-	59床	42床	-	-	20床	-	-59床	42床	-	-	-	-	-	-16床	-											
富士	H29	879床	879床	379床	215床	285床	-	879床	338床	338床	-	-	-	154床	879床	387床	338床	-	-	-	-	-	-	-											
	H30	879床	879床	546床	48床	285床	-	879床	338床	338床	-	-	-	237床	879床	304床	338床	-	-	-	-	-	-	-											
	増減	-	-	167床	-167床	-	-	-	-	-	-	-	-	83床	-	-83床	-	-	-	-	-	-	-	-											
静岡	H29	2081床	1703床	1096床	187床	366床	52床	378床	476床	476床	-	-	-	547床	1703床	680床	476床	-	-	-	-	-	-	378床											
	H30	2085床	1707床	1197床	-	413床	52床	378床	473床	473床	-	-	-	193床	1707床	1041床	473床	-	-	-	-	-	-	378床											
	増減	4床	4床	99床	-187床	47床	-	45床	-	3床	-	-	-	-354床	4床	361床	-3床	-	-	-	-	-	-	-											
志太 榛原	H29	1095床	1029床	395床	509床	125床	-	66床	203床	203床	1床	-	-	1029床	825床	203床	-	-	-	-	-	-	50床	66床											
	H30	1095床	1079床	839床	1床	205床	34床	16床	269床	269床	-	-	-	61床	1079床	686床	269床	-	-	-	-	-	16床	16床											
	増減	-	50床	444床	-508床	80床	34床	-50床	66床	66床	-1床	-	-	35床	50床	-139床	66床	-	-	-	-	-	-34床	-50床											
中東遠	H29	1344床	1139床	488床	505床	146床	-	205床	196床	196床	-	-	-	545床	1139床	398床	196床	-	-	-	-	-	205床	205床											
	H30	1344床	1139床	933床	-	197床	9床	205床	285床	285床	96床	-	-	54床	1139床	704床	285床	96床	-	-	-	-	50床	205床											
	増減	-	-	445床	-505床	51床	9床	-	306床	89床	96床	-	-	-491床	-	306床	89床	96床	-	-	-	-	-155床	-											
西部	H29	2560床	1940床	1202床	319床	312床	88床	620床	440床	440床	-	-	-	224床	1940床	1276床	440床	-	-	-	-	-	612床	620床											
	H30	2354床	1964床	1460床	64床	352床	88床	390床	495床	495床	111床	-	-	104床	1964床	1254床	495床	111床	-	-	-	8床	390床												
	増減	-206床	24床	258床	-255床	40床	-	-19床	-230床	22床	111床	-	-	-120床	24床	-22床	55床	111床	-	-	-	-604床	-230床												
県計	H29	10910床	9199床	4957床	2327床	1707床	140床	1711床	2070床	2070床	100床	100床	100床	2071床	9199床	4857床	2070床	100床	16床	-	-	-	1220床	1711床											
	H30	10708床	9277床	6626床	349床	1925床	231床	1431床	2369床	2369床	307床	164床	55床	1075床	9277床	5307床	2369床	307床	871床	-	-	-	411床	1431床											
	増減	-202床	78床	1669床	-1978床	218床	91床	78床	-280床	450床	207床	64床	55床	-996床	78床	450床	299床	207床	-16床	-	-	-	-809床	-280床											

※一般病床、療養病床について記載

在宅医療等の必要量に対する 訪問診療及び介護サービスの提供状況

第 7 期介護保険事業（支援）計画における在宅医療等の見込み

○2025年の在宅医療等の必要量と提供見込み（市町推計）（人/月）

市町名	必要量(追加的需要+高齢化分)					提供見込み量(追加的需要分+高齢化分)				
	必要量(追加分)		必要量(高齢化分)			介護 医療院	外来	介護老人保 健施設	訪問診療	その他
	療養病床	一般病床	介護老人保 健施設	訪問診療						
賀茂圏域	1,024	110	87	399	428	63	87	381	486	7
熱海伊東圏域	1,643	144	112	651	735	8	112	514	965	43
駿東田方圏域	7,186	891	378	2,647	3,271	209	717	2,332	3,862	65
富士圏域	3,723	480	152	1,479	1,612	23	612	1,284	1,754	50
静岡圏域	8,082	987	235	3,014	3,845	616	235	3,119	3,845	267
志太榛原圏域	4,585	582	205	1,966	1,832	50	205	1,865	2,398	66
中東遠圏域	4,198	801	157	1,820	1,420	228	718	1,770	1,433	49
西部圏域	9,652	1,611	369	3,510	4,162	708	1,204	3,513	4,227	0
県計	40,093	5,606	1,695	15,486	17,305	1,904	3,890	14,779	18,972	548

（出典）必要量：静岡県地域医療構想(国の機械的試算)、提供見込み量：市町の推計値の積み上げ
※四捨五入により数字が一致しないものがある

■ 第 7 期介護保険事業（支援）計画の進捗管理

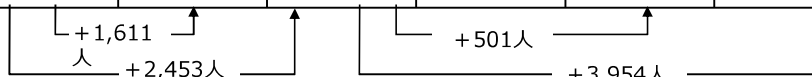
- 第7期計画の訪問診療の見込みに対する実績
- 療養病床の転換の状況（介護医療院の設置状況）

訪問診療の現状と第7期介護保険事業（支援）計画における在宅医療等の見込み

- 2018(平成30)年4月の訪問診療の利用者数（県計）は、15,018人で、2013(平成25)年に比べ2,453人増加
- 地域医療構想を基に市町が見込んだ2025年の訪問診療の人数（県計）は18,972人で、2018年4月の実績に比べ、3,954人の増加を見込んでいる。

(人/月)

	訪問診療の実績				市町が見込んだ訪問診療の提供見込み量		
	2013年	2017年 4月	2018年 4月	2018- 2017年	2020年	2025年	2025- 2018
賀茂	295	404	385	▲19	422	486	101
熱海伊東	419	717	740	23	695	965	225
駿東田方	2,420	3,045	2,940	▲105	3,080	3,862	922
富士	1,212	1,110	1,451	341	1,452	1,754	303
静岡	2,844	3,302	3,383	81	3,407	3,845	462
志太榛原	1,273	1,407	1,560	153	1,666	2,398	838
中東遠	1,037	1,176	1,319	143	1,127	1,433	114
西部	3,065	3,015	3,240	225	3,670	4,227	987
県計	12,565	14,176	15,018	842	15,519	18,972	3,954



※2013年の実績は診療機関所在地別、2017、2018年4月の実績及び見込み量は利用者の住所地別の人数
 ※小数点以下の端数処理のため、県計は圏域合計と一致しない箇所があります

訪問診療と介護サービスの利用状況（2018.4）

- 2018(平成30)年4月に訪問診療を利用した人のうち、介護サービスを利用していた人数(県計)は13,924人、併用率は92.7%となっている。
- 訪問診療の利用者の介護度は総合事業対象者から要介護5と幅広く、要介護1以下が26.1%、要介護2～4が20%前後、要介護5が16.3%となっている。

(人)

	利用者数	介護 サービス 併用なし	介護サービス併用あり							併用率
			要支援 以下	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5		
賀茂	385	32	353	15	52	95	68	60	63	91.7%
熱海伊東	740	35	705	38	143	146	115	142	121	95.3%
駿東田方	2,940	265	2,675	202	550	515	478	528	402	91.0%
富士	1,451	63	1,388	68	216	269	281	293	261	95.7%
静岡	3,383	151	3,232	129	617	630	595	674	587	95.5%
志太榛原	1,560	112	1,448	75	253	265	290	294	271	92.8%
中東遠	1,319	151	1,168	45	243	245	205	234	196	88.6%
西部	3,240	285	2,955	145	847	533	488	567	375	91.2%
県計	15,018	1,094	13,924	717	2,921	2,698	2,520	2,792	2,276	92.7%

訪問診療と介護サービス併用者の介護サービス利用状況① 利用場所

- 2018(平成30)年4月に訪問診療を利用した人のうち、特定施設(有料老人ホーム等)や認知症グループホームなどの居住系施設に入所・入居していた利用者数(県計)は6,672人
 ○それ以外の自宅や集合住宅(サービス付き高齢者向け住宅を含む)に居住していた利用者数は7,284人
 ※重複利用者がいるため、下表の合計とは一致しません。

	要支援 以下	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計	H29.4
①特定施設入居者生活介護 (有料老人ホーム、軽費老人ホーム等) ※介護予防、地域密着型サービスを含む	335	928	608	547	608	372	3,398	2,938
②認知症対応型共同生活介護 (認知症グループホーム) ※介護予防サービスを含む	12	631	714	757	565	404	3,083	2,758
③施設サービス (特養、老健、介護療養型医療施設、介護医療院) ※地域密着型サービスを含む	0	12	16	29	78	56	191	183
①～③合計	347	1,571	1,338	1,333	1,251	832	6,672	5,879
④自宅等 ①～③以外	374	1,350	1,362	1,192	1,554	1,452	7,284	6,456
合計	717	2,921	2,698	2,520	2,792	2,276	13,924	12,335

訪問診療と介護サービス併用者の介護サービス利用状況② サービス種別利用人数

○2018(平成30)年4月に自宅等で訪問診療を利用した方の介護サービス種別の利用状況は下表のとおり。

	要支援以下	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
訪問診療	374	1,350	1,362	1,192	1,554	1,452	7,284
訪問介護・訪問型サービス	204	646	623	518	696	681	3,368
訪問入浴介護	1	19	48	88	282	491	929
訪問看護	82	281	339	362	620	800	2,484
訪問リハビリテーション	10	33	38	33	72	103	289
通所介護・地域密着型通所介護・通所型サービス	134	681	693	579	694	492	3,273
通所リハビリテーション	14	70	96	83	100	120	483
福祉用具貸与	154	664	1,009	981	1,414	1,384	5,606
短期入所生活介護・療養介護	0	45	94	157	276	345	917
居宅療養管理指導	260	983	930	855	1,044	936	5,008
夜間対応型訪問介護	0	0	0	0	1	6	7
認知症対応型通所介護	0	6	10	25	33	54	128
小規模多機能型居宅介護	14	77	66	64	73	61	355
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0	79	39	19	29	6	172
看護小規模多機能型居宅介護	0	3	17	16	25	35	96

※一部のサービス種別は介護予防サービス、総合事業を含む

訪問診療と介護サービス併用者の介護サービス利用状況③ サービス種別利用割合

○2018(平成30)年4月に居住系施設以外で訪問診療を利用した人で、訪問看護を利用したのは(県計) 34.1%、介護度が高くなるにつれ利用率は高くなっている。

	要支援以下	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
訪問介護・訪問型サービス	54.5%	47.9%	45.7%	43.5%	44.8%	46.9%	46.2%
訪問入浴介護	0.3%	1.4%	3.5%	7.4%	18.1%	33.8%	12.8%
訪問看護	21.9%	20.8%	24.9%	30.4%	39.9%	55.1%	34.1%
訪問リハビリテーション	2.7%	2.4%	2.8%	2.8%	4.6%	7.1%	4.0%
通所介護・地域密着型通所介護・通所型サービス	35.8%	50.4%	50.9%	48.6%	44.7%	33.9%	44.9%
通所リハビリテーション	3.7%	5.2%	7.0%	7.0%	6.4%	8.3%	6.6%
福祉用具貸与	41.2%	49.2%	74.1%	82.3%	91.0%	95.3%	77.0%
短期入所生活介護・療養介護	0.0%	3.3%	6.9%	13.2%	17.8%	23.8%	12.6%
居宅療養管理指導	69.5%	72.8%	68.3%	71.7%	67.2%	64.5%	68.8%
夜間対応型訪問介護	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.4%	0.1%
認知症対応型通所介護	0.0%	0.4%	0.7%	2.1%	2.1%	3.7%	1.8%
小規模多機能型居宅介護	3.7%	5.7%	4.8%	5.4%	4.7%	4.2%	4.9%
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0.0%	5.9%	2.9%	1.6%	1.9%	0.4%	2.4%
看護小規模多機能型居宅介護	0.0%	0.2%	1.2%	1.3%	1.6%	2.4%	1.3%

■患者住所別 訪問診療の利用状況

市町名	人口(2017.10.1)		訪問診療の実績(人/月)			
	総人口	うち 後期高齢者	2017年 4月	2018年 4月	2018- 2017年	伸び率
下田市	22,007	4,595	86	81	-5	94.2%
東伊豆町	12,186	2,766	57	63	6	110.5%
河津町	7,093	1,529	32	29	-3	90.6%
南伊豆町	8,263	1,935	41	44	3	107.3%
松崎町	6,514	1,627	84	80	-4	95.2%
西伊豆町	7,778	2,128	104	88	-16	84.6%
賀茂圏域	63,841	14,580	404	385	-19	95.3%
熱海市	37,000	9,378	411	389	-22	94.6%
伊東市	66,988	13,810	306	351	45	114.7%
熱海伊東圏域	103,988	23,188	717	740	23	103.2%
沼津市	192,154	29,271	1,277	1,165	-112	91.2%
三島市	109,515	14,898	517	525	8	101.5%
御殿場市	87,929	10,792	139	143	4	102.9%
裾野市	52,113	6,017	195	190	-5	97.4%
伊豆市	30,283	6,263	148	182	34	123.0%
伊豆の国市	47,624	7,453	186	173	-13	93.0%
函南町	37,242	5,509	180	168	-12	93.3%
清水町	32,232	4,095	158	154	-4	97.5%
長泉町	42,862	4,643	219	215	-4	98.2%
小山町	19,057	2,720	26	25	-1	96.2%
駿東田方圏域	651,011	91,661	3,045	2,940	-105	96.6%
富士宮市	129,951	17,401	283	327	44	115.5%
富士市	246,603	32,507	827	1,124	297	135.9%
富士圏域	376,554	49,908	1,110	1,451	341	130.7%
静岡市	699,087	104,275	3,302	3,383	81	102.5%
静岡圏域	699,087	104,275	3,302	3,383	81	102.5%
島田市	96,997	15,233	302	328	26	108.6%
焼津市	137,935	19,414	438	448	10	102.3%
藤枝市	143,227	20,016	500	562	62	112.4%
牧之原市	44,758	7,002	112	139	27	124.1%
吉田町	28,983	3,514	43	62	19	144.2%
川根本町	6,778	2,029	12	21	9	175.0%
志太榛原圏域	458,678	67,208	1,407	1,560	153	110.9%
磐田市	167,018	21,747	452	534	82	118.1%
掛川市	114,975	15,104	300	303	3	101.0%
袋井市	86,333	9,409	147	177	30	120.4%
御前崎市	32,142	4,487	86	101	15	117.4%
菊川市	46,894	5,963	115	121	6	105.2%
森町	18,008	3,173	76	83	7	109.2%
中東遠圏域	465,370	59,883	1,176	1,319	143	112.2%
浜松市	796,114	109,231	2,869	3,087	218	107.6%
湖西市	58,758	7,458	146	153	7	104.8%
西部圏域	854,872	116,689	3,015	3,240	225	107.5%
県計	3,673,401	527,392	14,176	15,018	842	105.9%

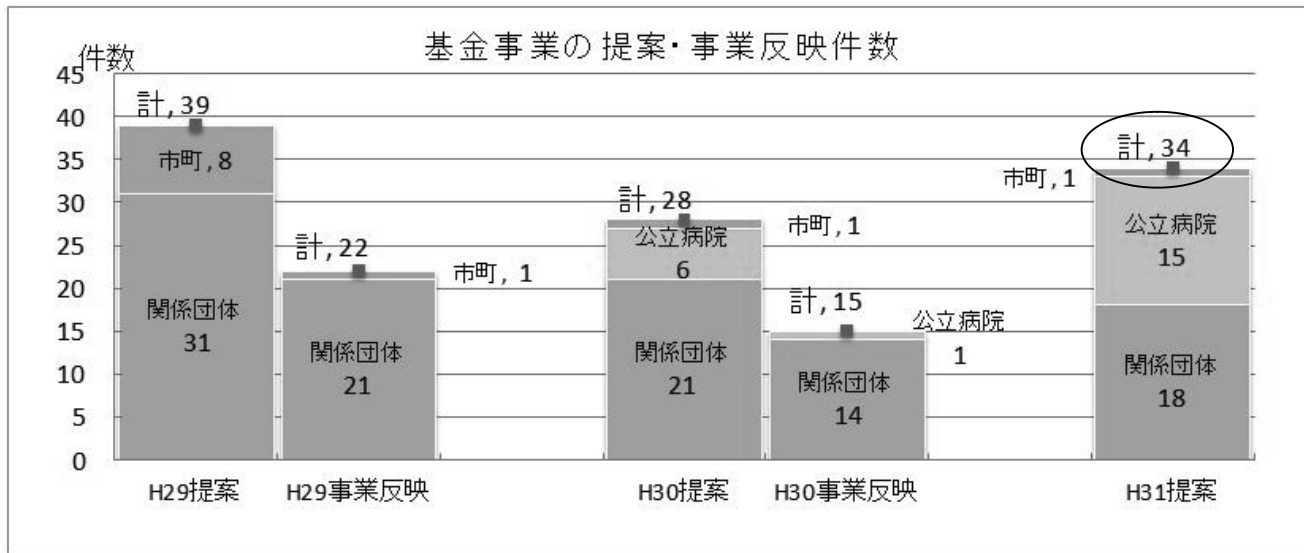
市町が見込んだ提供見込量		
2020年	2025年	2025- 2018年
128	138	57
111	140	77
34	46	17
37	33	-11
55	70	-10
57	60	-28
422	486	101
292	416	27
403	550	199
695	965	225
1,068	1,289	124
577	728	203
270	377	234
214	269	79
195	240	58
240	274	101
179	212	44
137	185	31
158	229	14
42	58	33
3,080	3,862	922
489	577	250
964	1,177	53
1,452	1,754	303
3,407	3,845	462
3,407	3,845	462
377	503	175
482	750	302
516	783	221
170	179	40
95	148	86
26	36	15
1,666	2,398	838
390	472	-62
248	295	-8
206	250	73
123	187	86
120	187	66
40	42	-41
1,127	1,433	114
3,424	3,880	793
246	347	194
3,670	4,227	987
15,519	18,972	3,954

※訪問診療の実績は国保+後期高齢

地域医療介護総合確保基金(医療分) 事業提案の状況

- 地域医療介護総合確保基金(医療分)のH31事業提案は、**34件**
→事業所管課は提案内容を踏まえ、事業への反映を検討するものは財政当局と予算要求折衝中
- 今年度、各保健所から地域医療構想調整会議委員あてに、事業提案募集を案内
→従来は関係団体の提案が大半だったが、公立病院の提案が増加 (H30:6件→H31:15件)

基金事業提案件数等の推移(H29~31)



基金事業化に向けたスケジュール(予定)

時期	県	国
8月	基金事業提案募集 → 内容調整	
11月	財政当局との予算要求折衝	
2月		国調査(各県基金事業要望)
3月	県議会2月定例会での予算措置	
4月		国ヒアリング(各県基金事業要望)
8月	事業実施	各県への基金配分額の内示
		交付申請・県計画・事後評価等の提出
		交付決定

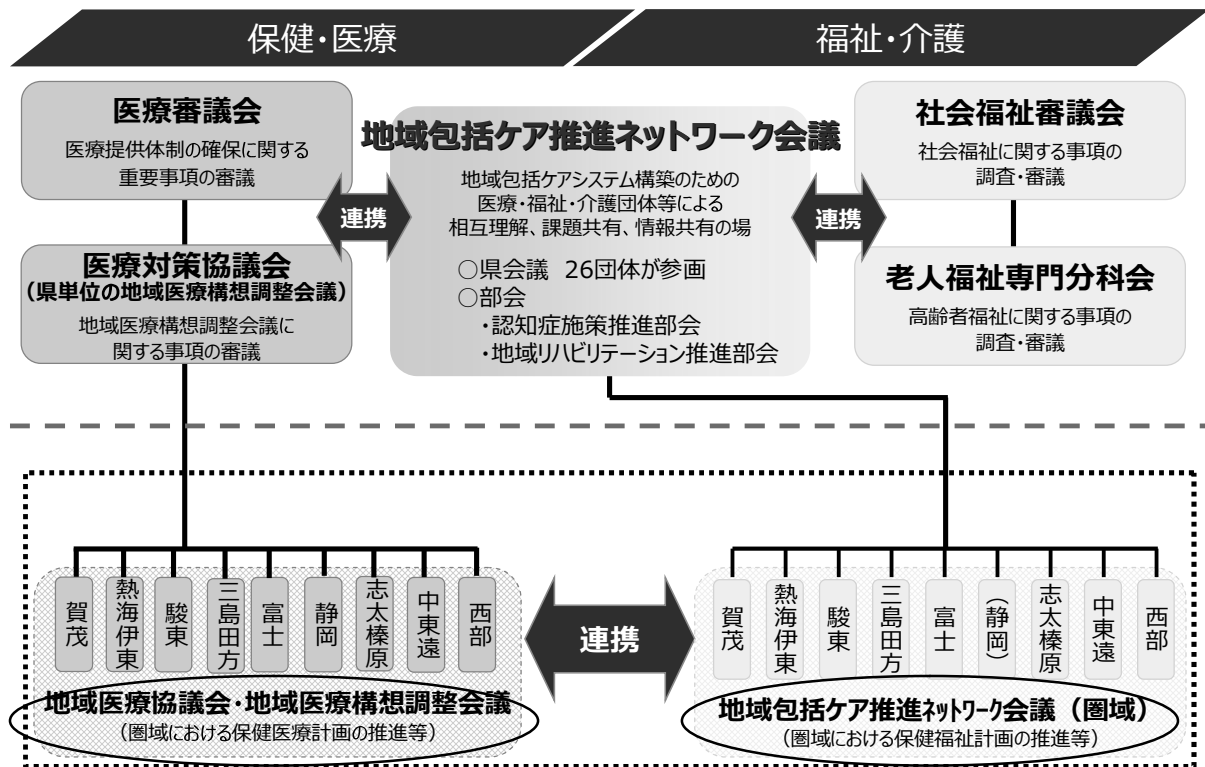
基金事業化にあたってのポイント

- 基金事業区分の趣旨に沿った事業目的と、効果的な事業の組み立て
- アウトプット指標(事業の直接的な成果)とアウトカム指標(地域全体への波及効果)の設定と事業効果の定量的な検証体制
- ◎**県や各圏域にとって必要な医療・介護ニーズへの対応と、地域の合意**

※基金事業区分(医療)・・・Ⅰ:病床機能分化連携、Ⅱ:在宅医療推進、Ⅳ:医療従事者確保

富士圏域地域包括ケア推進ネットワーク会議について

○ 地域包括ケア推進ネットワーク会議の位置付け



- (1) 目的
- 医療・介護資源の現状や地域課題の把握、共有化
 - 圏域で必要とされる医療・介護の連携強化
 - 市町事業の円滑な実施に向けた環境整備
 - 市町間の連携の促進 等

(2) 圏域会議の協議内容

ア 第8次長寿社会保健福祉計画圏域計画の進捗管理

- ・介護サービス提供基盤（介護人材を含む）
- ・医療・介護連携（多職種連携を含む）
- ・認知症
- ・自立支援、介護予防、重度化防止（介護予防、リハビリテーション、地域ケア会議）

イ 第9次長寿社会保健福祉計画圏域計画の策定

- ・第8次計画の進捗管理を踏まえた取組の設定

区分	第8次計画			第9次計画
	2018(H30)	2019(H31)	2020	2021
開催数	1回(2月予定)	2回	3回	
内容	○計画の進捗管理 ○データに基づく分析	○計画の進捗管理 ○データに基づく分析 ○課題に対する対応策の検討 等	○圏域計画の策定	○計画の進捗管理
備考	※2017(H29)と比べ、委員の人数を絞った形で開催		※2017(H29)と同じ委員数で開催	

退院支援ルール作成ワーキンググループについて

1 事業目的

在宅での医療需要の増加が見込まれる2025年に向けて、入院患者とその家族が安心して病院から在宅療養へ移行できるように、地域ごとの退院支援ルールを策定する。

※県保健医療計画、県長寿社会保健福祉計画ともに、数値目標として「退院支援ルールを設定している2次保健医療圏数：2020年までに全医療圏において設定」することを掲げている。

2 事業内容

在宅医療・介護関係職種によるワーキンググループを設置し、退院支援ルールについて検討を行う。検討結果については、地域医療構想調整会議や地域包括ケア推進ネットワーク会議に報告し、地域としての了解を得た上で、関係職種への周知を図っていく。

(1) ワーキンググループ委員

所属団体	氏名
富士宮市医師会（富士宮中央クリニック）	淵本 晃司
富士市医師会（鈴木医院）	鈴木 康将
富士宮市立病院 主任看護師	小澤 広美
富士市立中央病院 主任看護師	赤堀 崇代
共立蒲原総合病院 地域医療支援室長	渡辺 富士子
富士宮市居宅介護支援部会長（居宅介護支援事業所旭ヶ丘）	宮城島 里美
富士市介護支援専門員連絡協議会（介護保険センターぱーむ）	植松 光徳
静岡県訪問看護ステーション協議会（訪問看護ステーションあい）	望月 愛子
富士宮市福祉企画課 主幹兼係長	新谷 久美子
富士宮市福祉企画課（地域包括支援センター）	森 統子
富士市高齢者支援課 主幹	佐野 知澄
富士市北部地域包括支援センター長	金澤 公美

(2) スケジュール

日時	内容等
平成30年 8月30日(木)	【第1回 退院支援ルール作成ワーキンググループ】 ・退院支援に関する各機関の取組と課題
11月6日(火)	【第2回 退院支援ルール作成ワーキンググループ】 ・退院支援に係る課題の対応策
平成31年 2月中	【第3回 退院支援ルール作成ワーキンググループ】 ・退院支援ルール(案)の検討
2月中	【第1回 地域包括ケア推進ネットワーク会議】 ・退院支援ルール(案)の報告
2月下旬	【第4回 地域医療構想調整会議】 ・退院支援ルール(案)の報告