

第十一次自治制度研究会

# 医療提供体制の再構築と 地域包括ケアシステム

平成26年7月30日

山形大学大学院医学系研究科

医療政策学講座教授

村上 正泰

## 【基本的な方向性】

- 医療機関の機能分化・連携の推進
- 地域包括ケアシステムの構築

## 【政策手段】

- 診療報酬改定
- 医療介護総合確保推進法[+補助金]

## 高齢者医療の主な特徴

- ① 慢性疾患の増加
- ② 複数の病気や症状を抱える
- ③ 代謝能力の低下
- ④ 症状の現れ方などが非定型的
- ⑤ 個人差が大きい
- ⑥ 現疾患と関係のない合併症を起こしやすい
- ⑦ 予後が医療のみならず社会的環境に影響される

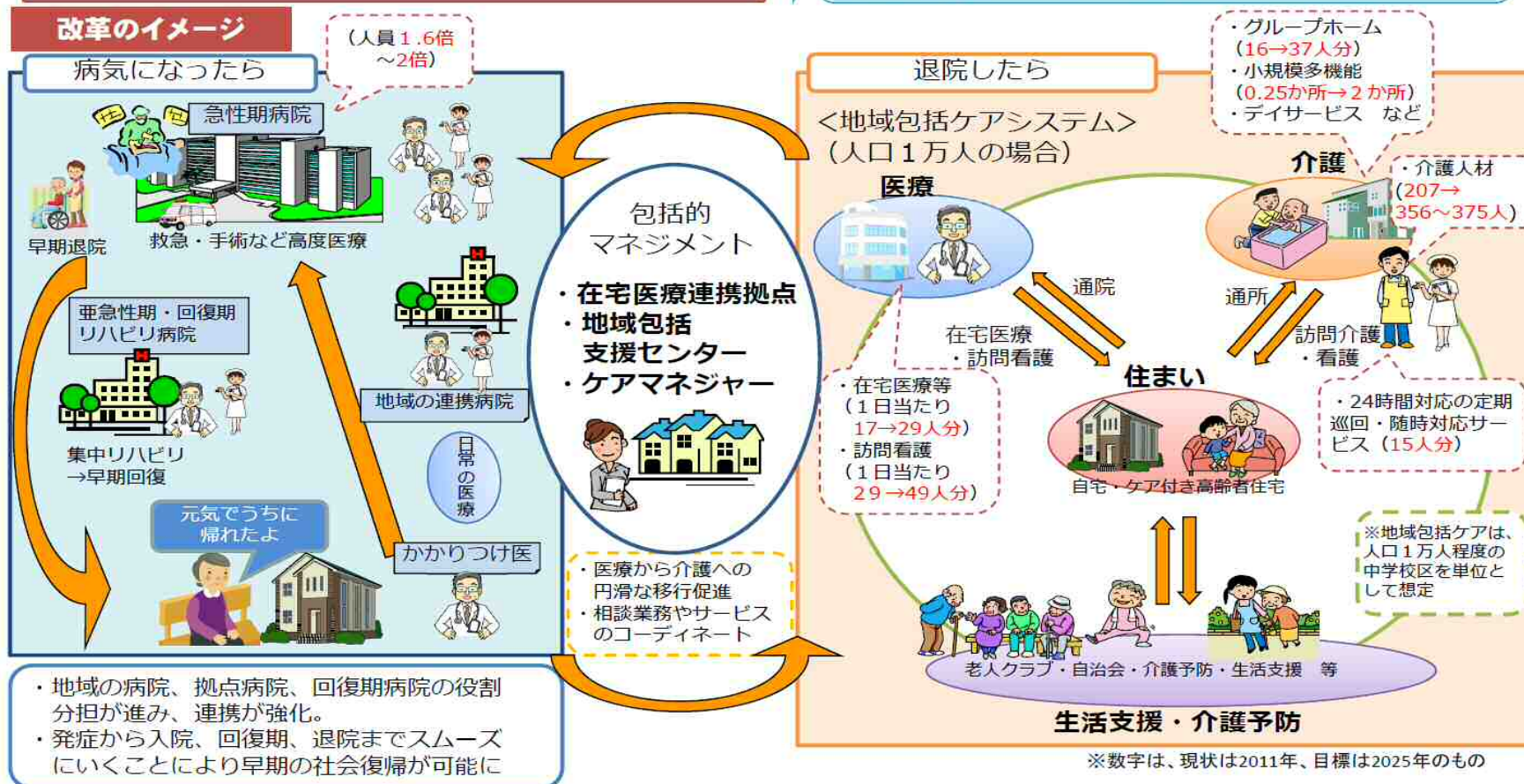
**「キュア」から「ケア」へ  
「生活」を「支える」ための医療・介護**

- 急性期医療には医療資源の集中的投入が不可欠  
＝低密度体制での急性期医療の提供は困難  
→急性期病院における医療従事者の疲弊の原因
  
- 人口減少社会において、**急性期機能の分散配置は物理的にも困難**。同じような機能の病院が近隣で併存して患者を「奪い合っている」状況では、患者ニーズに対応できないし、経営も成り立たない ⇒ 「共倒れ」の危機
  
- 地域の医療ニーズを踏まえた**病院機能の「差別化」と「パートナーシップ」**が不可欠
  - **急性期機能の広域的な集約化**と機能分担の必要性  
(診療科別、救急／がん etc.)
  - 急性期後の受け皿整備と前方・後方連携
    - ⇒ 中小病院・在宅における医療必要度の高い患者の増加
    - ⇒ **回復期・慢性期機能の強化と質の向上**の必要性

# 医療・介護サービス保障の強化

- 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ



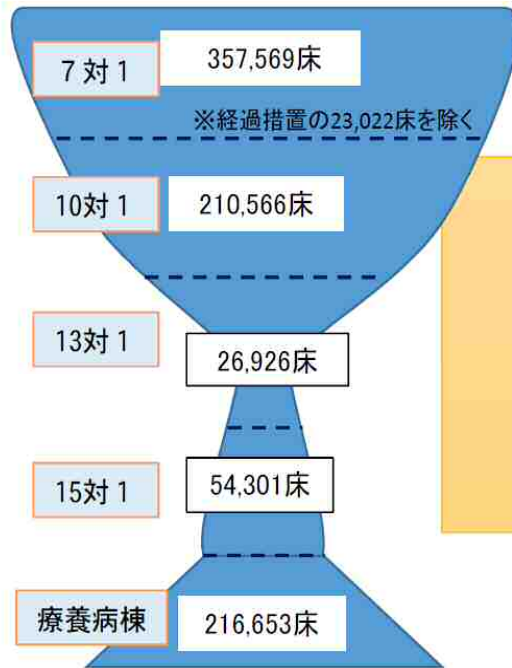


# 「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方」(概要)

(平成25年9月6日 社会保障審議会 医療保険部会・医療部会)

## 基本的な考え方

### <現在の姿>



### <高度急性期・一般急性期>

- 病床の機能の明確化と機能に合わせた評価
- ・平均在院日数の短縮
- ・長期入院患者の評価の適正化
- ・重症度・看護必要度の見直し
- ・入院早期からのリハビリの推進 等

### <回復期(亜急性期入院医療管理料等)>

- 急性期を脱した患者の受け皿となる病床の整備
- ・急性期病床からの受入れ、在宅・生活復帰支援、在宅患者の急変時の受入れなど病床機能を明確化した上で評価 等

### <長期療養>

- 長期療養患者の受け皿の確保

### <その他>

- 医療資源の少ない地域の実情に配慮した評価
- 有床診療所の機能に応じた評価

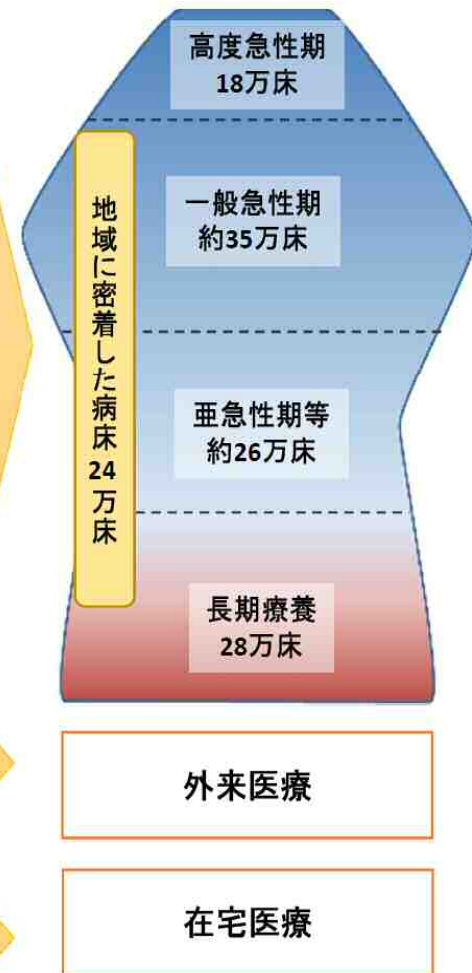
### <外来医療>

- 外来の機能分化の推進
- ・主治医機能の評価 等

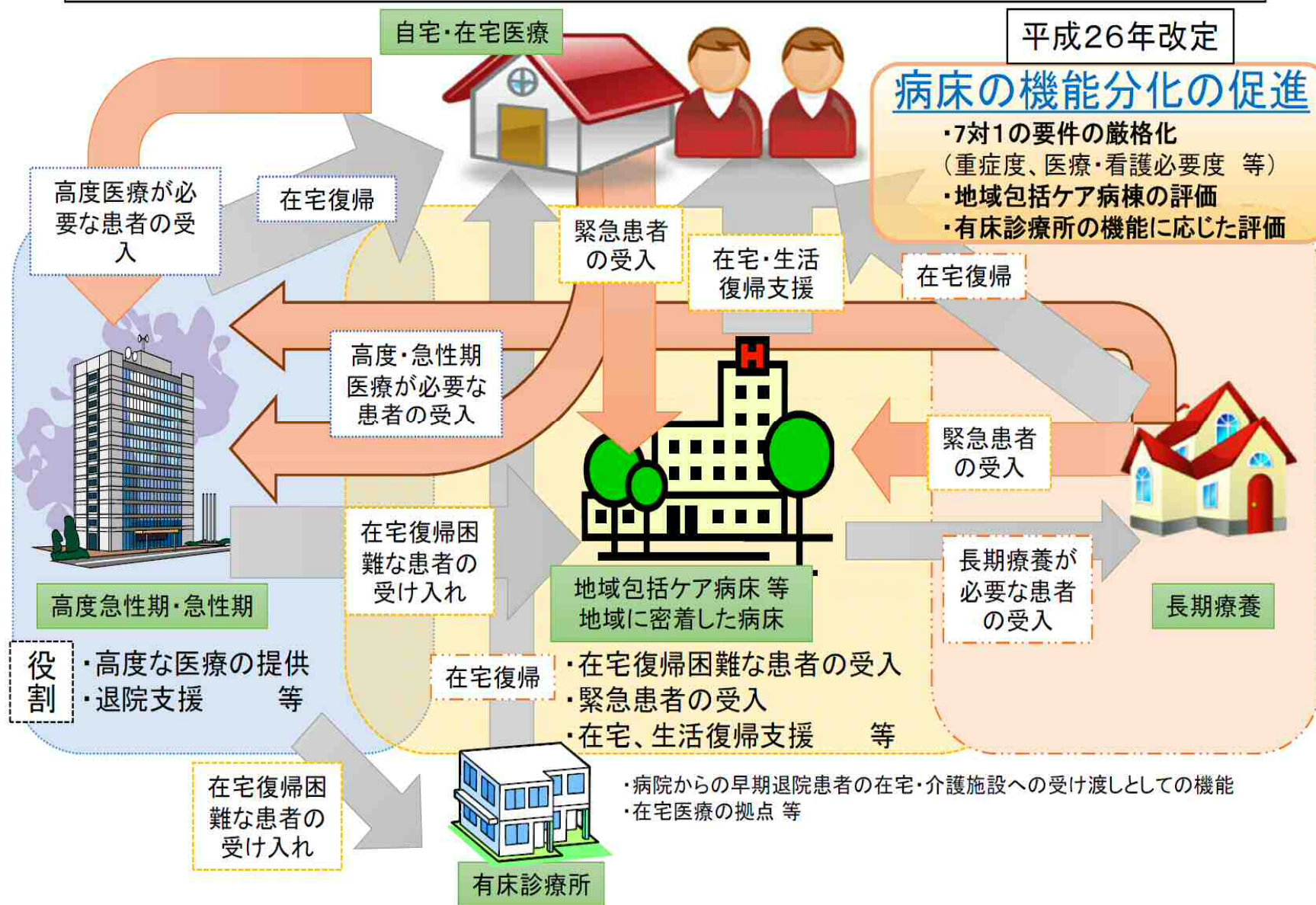
### <在宅医療>

- 質の高い在宅医療の提供の推進
- ・在宅療養支援診療所・病院の機能強化 等

### <2025年(平成37年)の姿>



# 1. 入院医療について〈病床の機能分化〉



平成26年改定

## 病床の機能分化の促進

- ・7対1の要件の厳格化 (重症度、医療・看護必要度 等)
- ・地域包括ケア病棟の評価
- ・有床診療所の機能に応じた評価



## 7対1入院基本料等の見直し

➤7対1入院基本料について以下のような見直しを行う

- ① 特定除外制度について、平成24年度診療報酬改定で見直しを行った13対1、15対1一般病棟入院基本料と同様の見直しを行う。(※1)
- ② 「一般病棟用の重症度・看護必要度」について、名称と項目内容等の見直しを行う。
- ③ 自宅や在宅復帰機能を持つ病棟、介護施設へ退院した患者の割合について基準を新設。
- ④ 短期滞在手術基本料3について、対象の手術を拡大し、検査も一部対象とする。また、本点数のみを算定する患者について、平均在院日数の計算対象から除外する。(※2)
- ⑤ データ提出加算の届出を要件化。

※1 10対1入院基本料等についても同様の取扱い。

※2 7対1入院基本料以外の入院料(診療所等を除く)についても同様の取扱い。



# 地域包括ケアを支援する病棟の評価

▶ 急性期後の受入をはじめとする地域包括ケアシステムを支える病棟の充実が求められていることから新たな評価を新設する。

(新) 地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1 2,558点 (60日まで)  
地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)2 2,058点 (60日まで)

看護職員配置加算 150点  
看護補助者配置加算 150点  
救急・在宅等支援病床初期加算 150点(14日まで)

[施設基準等]

- ① 疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを届け出ていること
- ② 入院医療管理料は病室単位の評価とし、届出は許可病床200床未満の医療機関で1病棟に限る。
- ③ 療養病床については、1病棟に限り届出することができる。
- ④ 許可病床200床未満の医療機関にあつては、入院基本料の届出がなく、地域包括ケア病棟入院料のみの届出であっても差し支えない。
- ⑤ 看護配置13対1以上、専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士1人以上、専任の在宅復帰支援担当者1人以上
- ⑥ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者が10%以上
- ⑦ 以下のいずれかを満たすこと ア) 在宅療養支援病院、イ) 在宅療養後方支援病院(新設・後述)として年3件以上の受入実績、ウ) 二次救急医療施設、エ) 救急告示病院
- ⑧ データ提出加算の届出を行っていること
- ⑨ リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上提供していること。
- ⑩ 平成26年3月31日に10対1、13対1、15対1入院基本料を届け出ている病院は地域包括ケア病棟入院料を届け出ている期間中、7対1入院基本料を届け出ることとはできない。
- ⑪ 在宅復帰率7割以上 (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)
- ⑫ 1人あたりの居室面積が6.4㎡以上である (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)

看護職員配置加算:看護職員が最小必要人数に加えて50対1以上

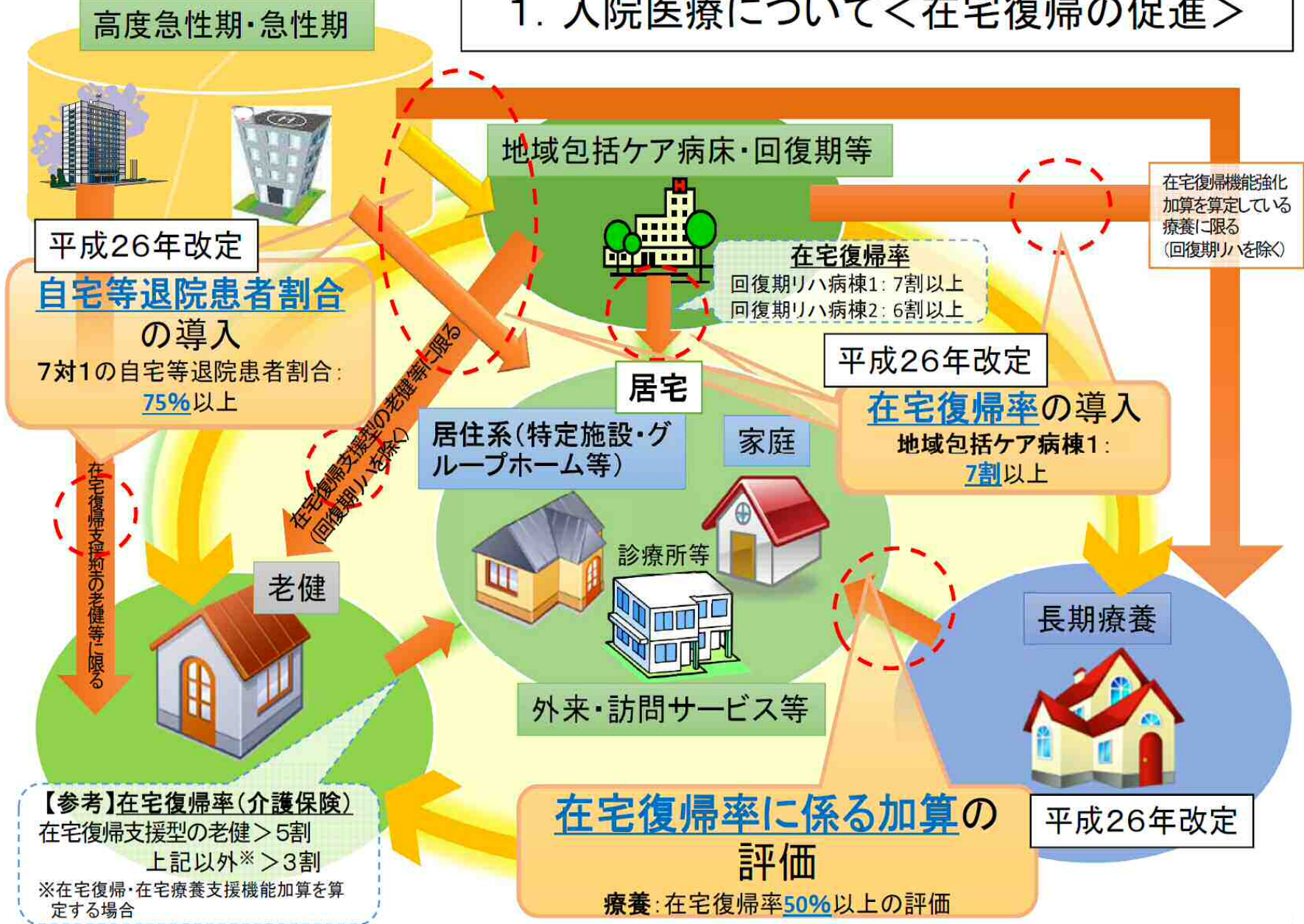
看護補助者配置加算:看護補助者が25対1以上(原則「みなし補助者」を認めないが、平成27年3月31日までは必要数の5割まで認められる。)

救急・在宅等支援病床初期加算:他の急性期病棟(自院・他院を問わず)、介護施設、自宅等から入院または転棟してきた患者について算定

(出所)厚生労働省資料



# 1. 入院医療について〈在宅復帰の促進〉



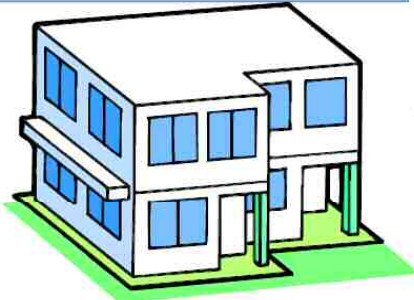
## 2. 外来医療の機能分化・連携の推進について

平成26年改定

### 主治医機能の評価

地域包括診療料 1,503点  
地域包括診療加算 20点

全人的かつ継続的な診療



患者がアクセスしやすい中小病院、診療所

- 複数の慢性疾患を有する患者の対応
- 必要な時にいつでも連絡が取れ、適切な指示を出せる体制の確保
- 専門医や介護保険施設等への適切な紹介
- 継続的な服薬や健康管理 等

平成26年改定

### 大病院の一般外来の縮小

・紹介率・逆紹介率の基準の引き上げ  
・長期投薬の是正

専門的な診療



地域の拠点となるような病院

- 外来業務の負担軽減
- 専門外来の確保
- 一般外来の縮小



介護保険サービス等



## 主治医機能(かかりつけ医)の評価の新設

○患者に身近な診療所や中小病院の主治医機能(かかりつけ医)の評価を新設  
 → 複数の慢性疾患をもつ患者に対し、健康管理や服薬管理等も含め、継続的かつ全人的な医療を行う「主治医機能」を評価

(新) 地域包括診療料 : 1,503点(月1回) 【包括点数】  
地域包括診療加算 : 20点/回 【出来高点数】

	地域包括診療料 1,503点(月1回)		地域包括診療加算 20点(1回につき)
	病院	診療所	診療所
包括範囲	下記以外は包括 ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算。地域連携小児夜間・休日診療料 診療情報提供料(Ⅱ)。在宅医療に係る点数(訪問診療料、在総管、特医総管を除く。)。薬剤料(処方料、処方せん料を除く。)。 ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの。 ※当該患者について、当該医療機関で検査(院外に委託した場合を含む。)を行い、その旨を院内に掲示する		出来高
対象疾患	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)		
対象医療機関	診療所又は許可病床が200床未満の病院		診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。(経過措置1年)		
服薬管理	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること 等  ・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者は受診時にお薬手帳を持参することとし、医師はお薬手帳のコピーをカルテに貼付する等を行う 等 ・当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする 等 (患者の同意がある場合に限り、その他の薬局での処方も可能。その場合、患者に対して、時間外においても対応できる薬局のリストを文書により提供し、説明すること等を行う。)	
健康管理	・健診の受診勧奨、健康相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等		
介護保険制度	・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること。 ・下記のいずれか一つを満たす ① 在宅療養管理指導または短期入所療養介護等の提供 ④ 介護保険の生活期リハの提供 ⑦ 所定の研修を受講 ② 地域ケア会議に年1回以上出席 ⑤ 介護サービス事業所の併設 ⑧ 医師がケアマネージャーの資格を有している ③ 在宅介護支援事業所の指定 ⑥ 介護認定審査会に参加 ⑨ (病院の場合) 総合評価加算の届出又は介護支援連携指導料の算定		
在宅医療の提供および24時間の対応	・在宅医療を行う旨の院内掲示、当該患者に対し24時間の対応を行っていること  ・下記のすべてを満たす ① 2次救急指定病院又は救急告示病院 ② 地域包括ケア病棟入院料等の届出 ③ 在宅療養支援診療所	・下記のすべてを満たす ① 時間外対応加算1の届出 ② 常勤医師が3人以上在籍 ③ 在宅療養支援診療所	・下記のうちいずれか1つを満たす ① 時間外対応加算1又は2の届出 ② 常勤医師が3人以上在籍 ③ 在宅療養支援診療所



### 3. 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について

平成26年改定

#### ① 在宅療養後方支援 病院の評価

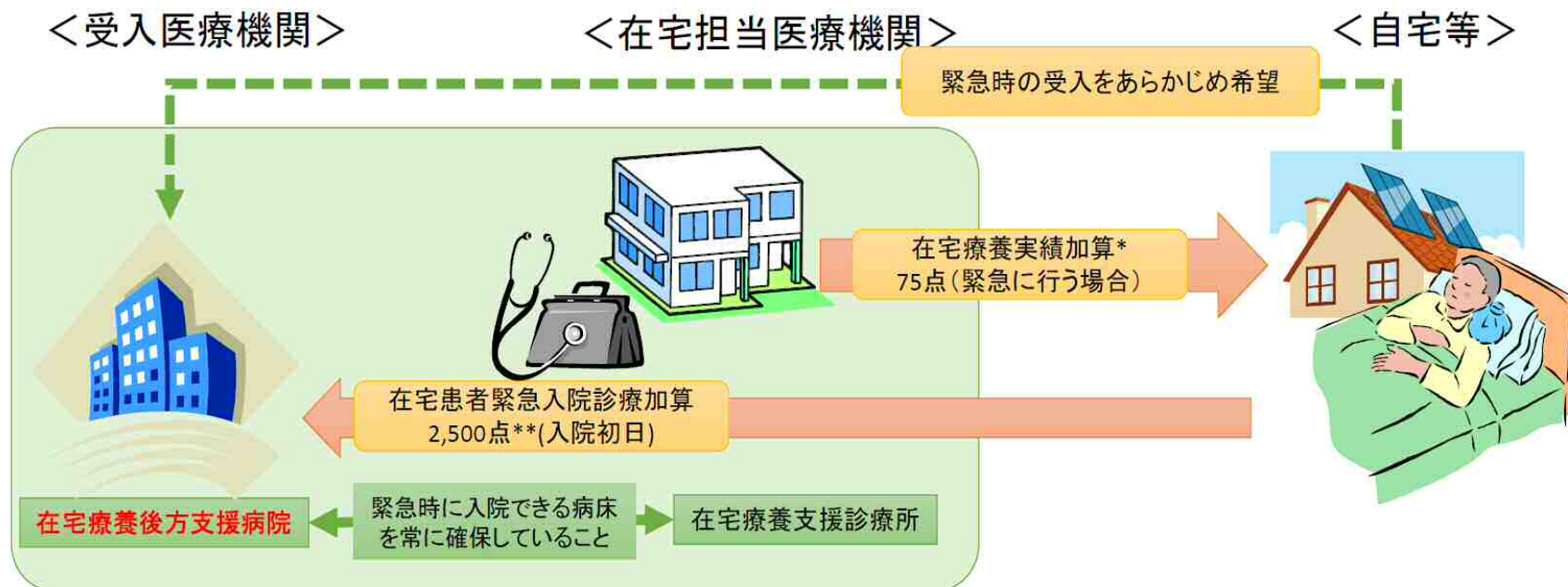
- ・在宅患者緊急入院診療加算
- ・在宅患者共同診療料

#### ② 在宅医療の質の強化

- ・機能強化型在支診・病の実績要件の強化
- ・同一建物への複数訪問の評価見直し
- ・薬剤や衛生材料等の供給体制の整備
- ・在宅歯科医療の推進
- ・在宅薬剤管理指導業務の推進

#### ③ 在宅医療を担う医療 機関の量的確保

- ・実績のある在支診・病の評価
- ・在支診・病以外の在宅時医学  
総合管理料等の評価

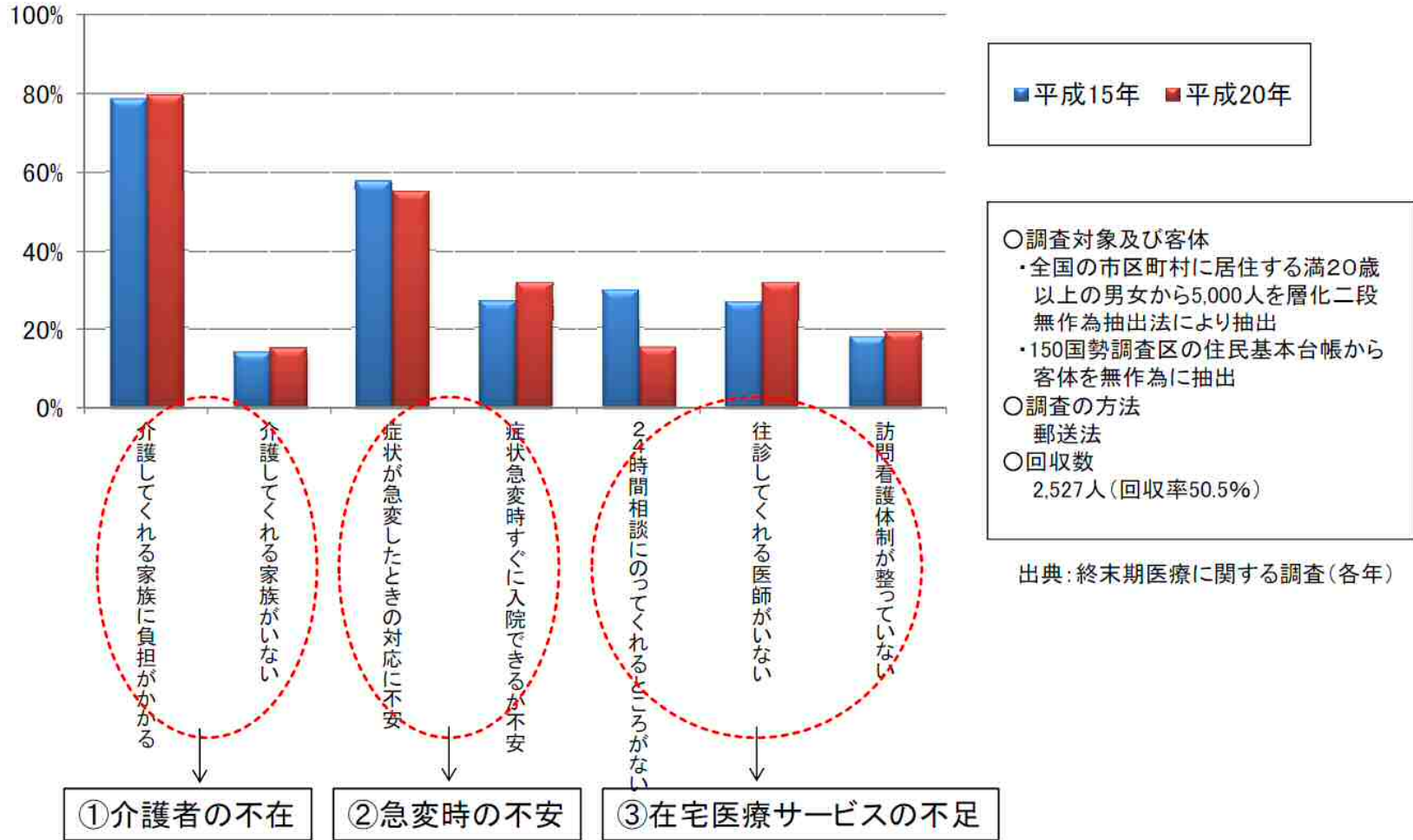


\* 在宅療養支援診療所で算定可能な緊急に行う往診料の加算（650点）に加えて、さらに加算する

\*\*在宅療養後方支援病院であって、あらかじめ当該病院を緊急時の入院先とすることを希望していた患者の場合

# 在宅療養推進に当たっての課題

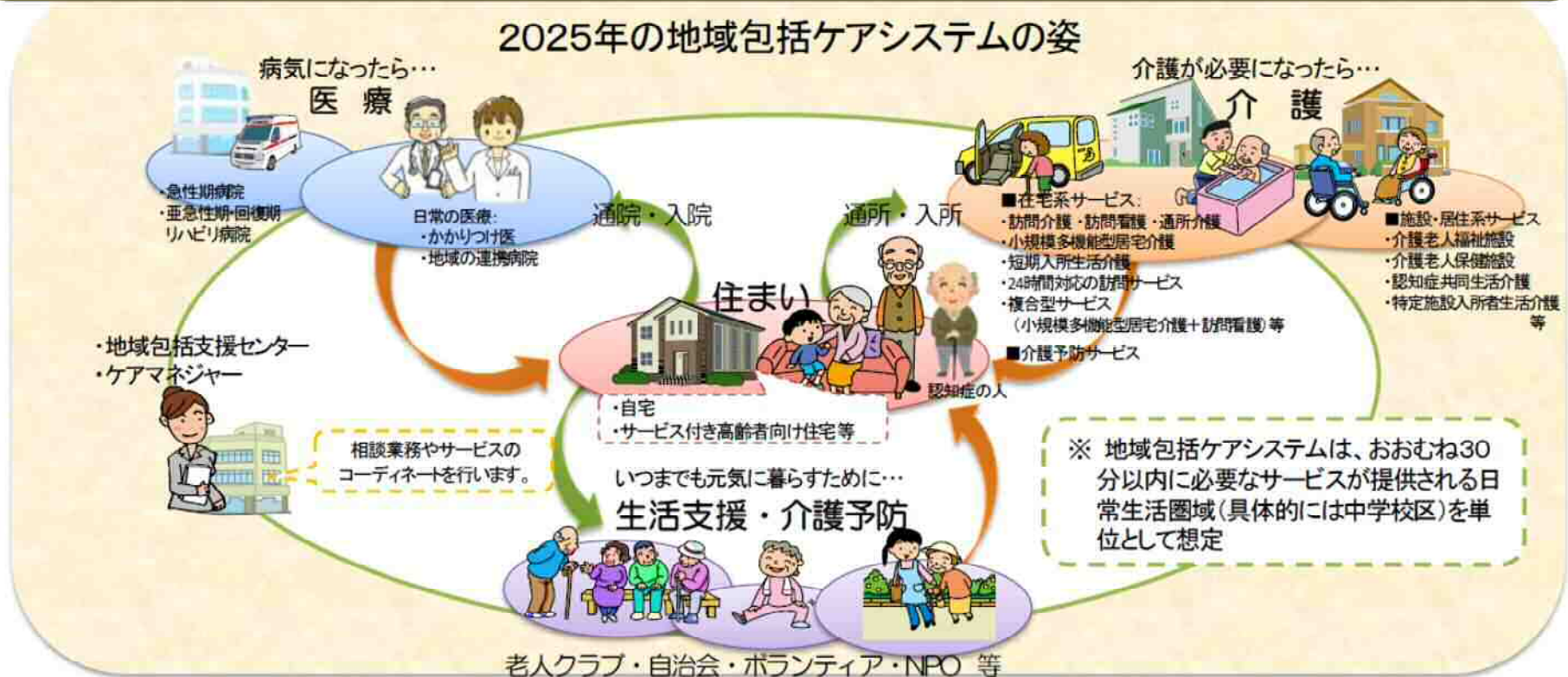
## ■在宅療養移行や継続の阻害要因





# 地域包括ケアシステム

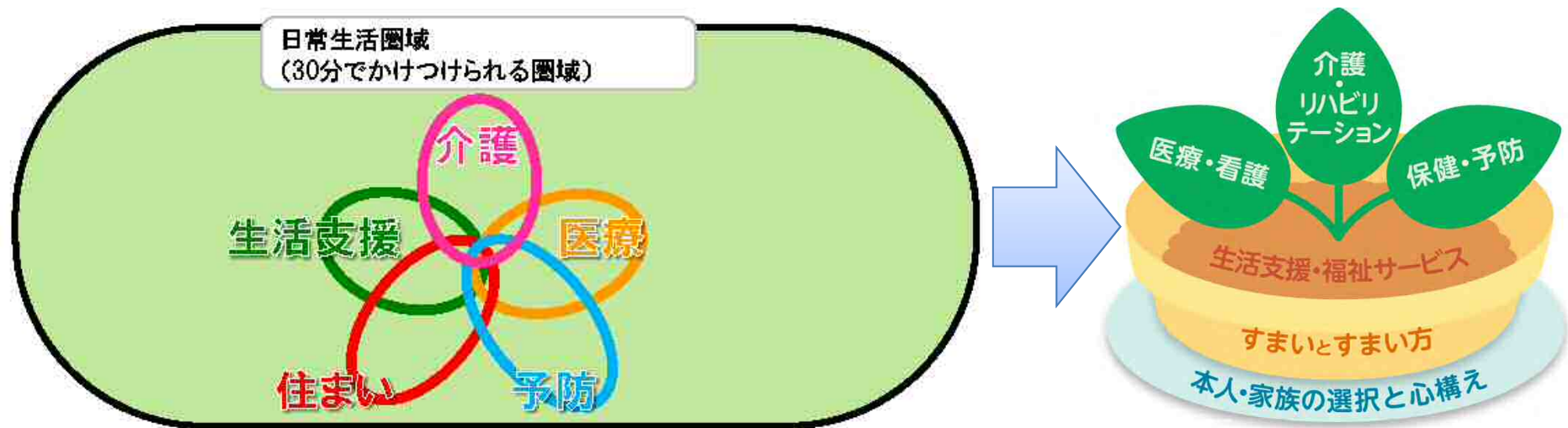
- **住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようになります。**
- 認知症は、超高齢社会の大きな不安要因。今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差を生じています。**  
**地域包括ケアシステムは、保険者である市町村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



- これから急増していく高齢患者の日常的なニーズに対応するためには、中小病院や診療所における「**かかりつけ医**」機能を軸とした「**地域包括ケア**」体制の構築が不可欠
- 慢性疾患を抱えた高齢者に対して、「**生活**」の視点を中心にケアを組み立てることにより、「生活」を「分断する」のではなく、「**生活**」を「**支える**」医療・介護を提供することが重要
- 退院困難な場合でも、漫然とした長期入院の継続ではなく、各種サービスを利用した地域での療養生活への発想の転換
- 在宅療養と介護施設入所や急変時の入院等とを二者択一的に捉えるのではなく、補完的に機能させながら、できる限り住み慣れた地域での療養生活を支援していくことが必要
- 回復期・長期療養のための入院や老健施設等への入所の場合も、そこから地域に戻る道筋を描くことが重要



# 地域包括ケアシステム



## 【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが必須。

### ①医療との連携強化

・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化。

### ②介護サービスの充実強化

・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)

・24時間対応の在宅サービスの強化

### ③予防の推進

・できる限り要介護状態としないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

### ④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進。

### ⑤高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住まいの整備(国交省)

・高齢者専用賃貸住宅と生活支援拠点の一体的整備、・持ち家のバリアフリー化の推進

左図及び文章:2012年7月11日厚生労働省在宅医療連携拠点事業説明会より

右図:地域包括ケア研究会、「地域包括ケアシステム構築における今後の検討のための論点」,2013より

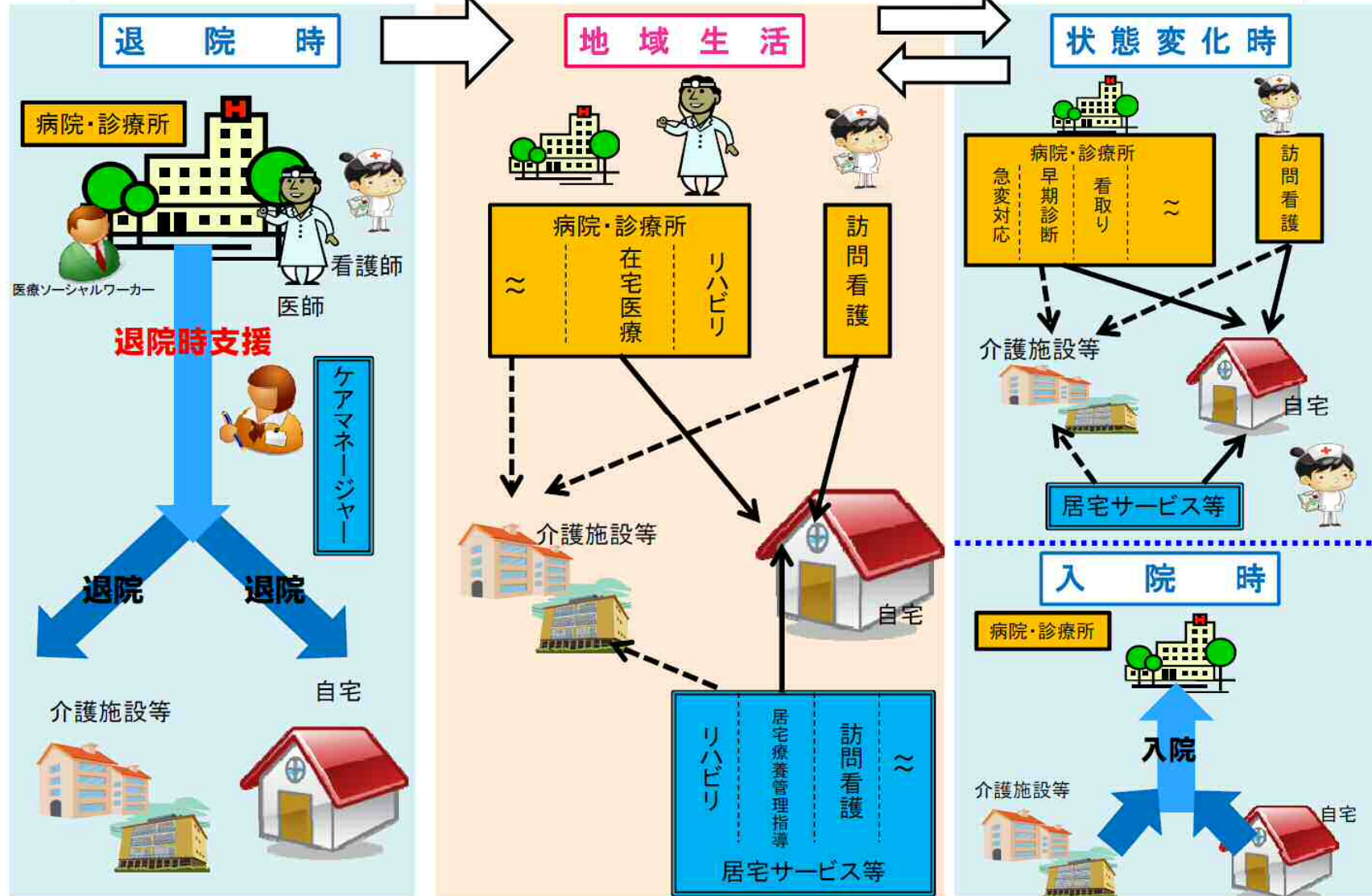
## 地域包括ケアシステム構築手法の類型

- 農村・中山間地型
- 地方都市型
- 大都市型
- 団地・集合住宅型

## 総合的・一体的なサービス提供に必要なネットワーク構築

- 他の在宅療養支援診療所や一般診療所  
    (「主治医＝副主治医制」の構築や専門分野の補完等)
- 病院(在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、  
    専門的な診療機能を有する病院)
- 訪問看護ステーション ⇒ 大規模化・多機能化
- 調剤薬局
- 介護サービス関連  
    居宅介護支援事業所(ケアプラン作成)  
    居宅介護サービス事業者

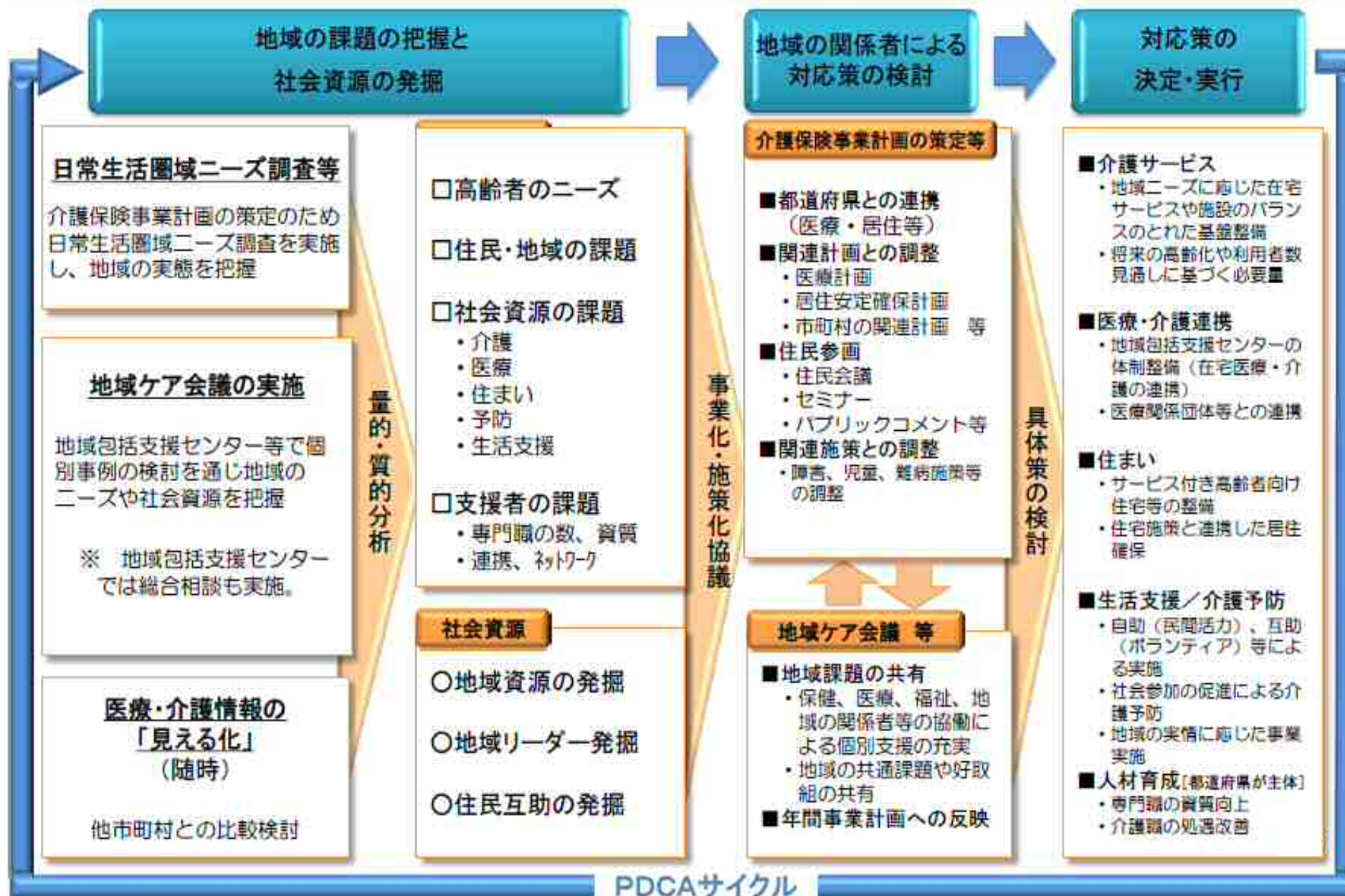
# 要介護・要支援高齢者等の視点からみた医療・介護の提供のイメージ



(出所)厚生労働省資料



# 市町村における地域包括ケアシステム構築のプロセス（概念図）

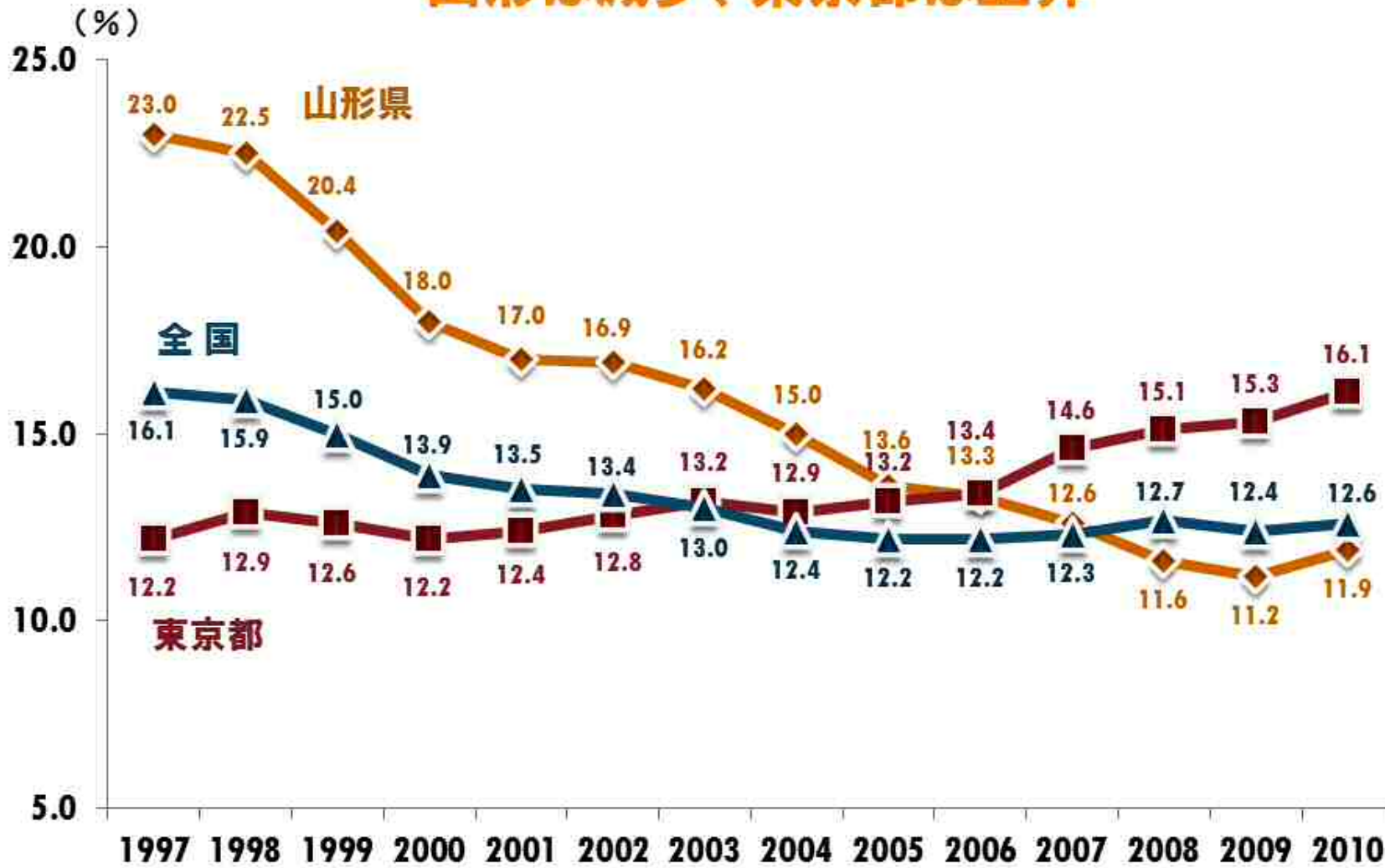


## 地域包括ケアシステムに必要なケアマネジメントの確立

- 異なる事業主体による**多様なサービスを繋ぎ合わせ**、患者・利用者の多様なニーズに対応するには、**多職種連携**によるニーズの総合的評価とサービスの組み合わせが不可欠
- 「顔の見える関係」 ⇒ 「地域ケア会議」を通じた個別事例検討・課題共有 ⇒ 複数のサービス間の本質レベルの統合 ⇒ 医療・介護提供体制の変革＝マネジメントの効率性向上
- 地域の中で多職種連携の**「ハブ」となる機能**の確立が必要 ⇒ 機能向上に向けた高齢者ケアの流れの中で、医療と介護が有機的につながるように、**系統立った評価と管理**を（必要な在宅療養者に対して）**継続的に**実施することが重要

# 自宅死亡率の推移

～山形は減少、東京都は上昇～



出所:人口動態統計

# 在宅医療・介護を担う人材育成の必要性



# 山形大学医学部在宅医療・在宅看護教育センター機構図

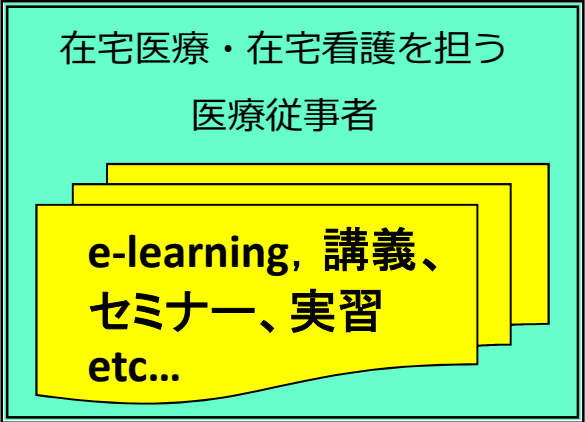
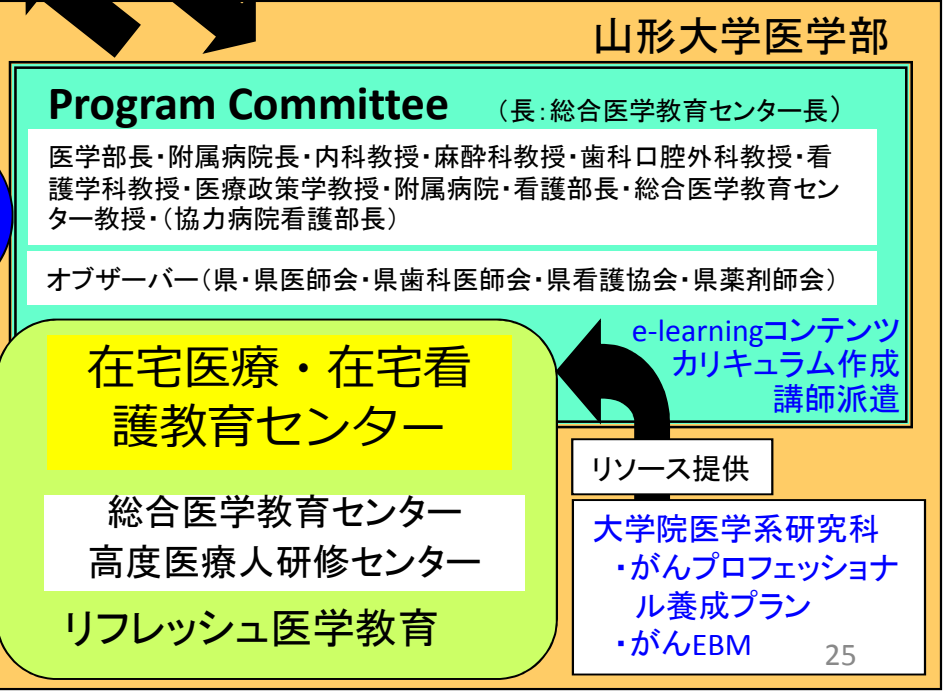
Executive Committee (長: 嘉山孝正学長特別補佐)  
 山形大学・山形県・県医師会・県歯科医師会・県看護協会・県薬剤師会



実績報告／要望 ←→ 教育ニーズ情報

ニーズ調査・調整

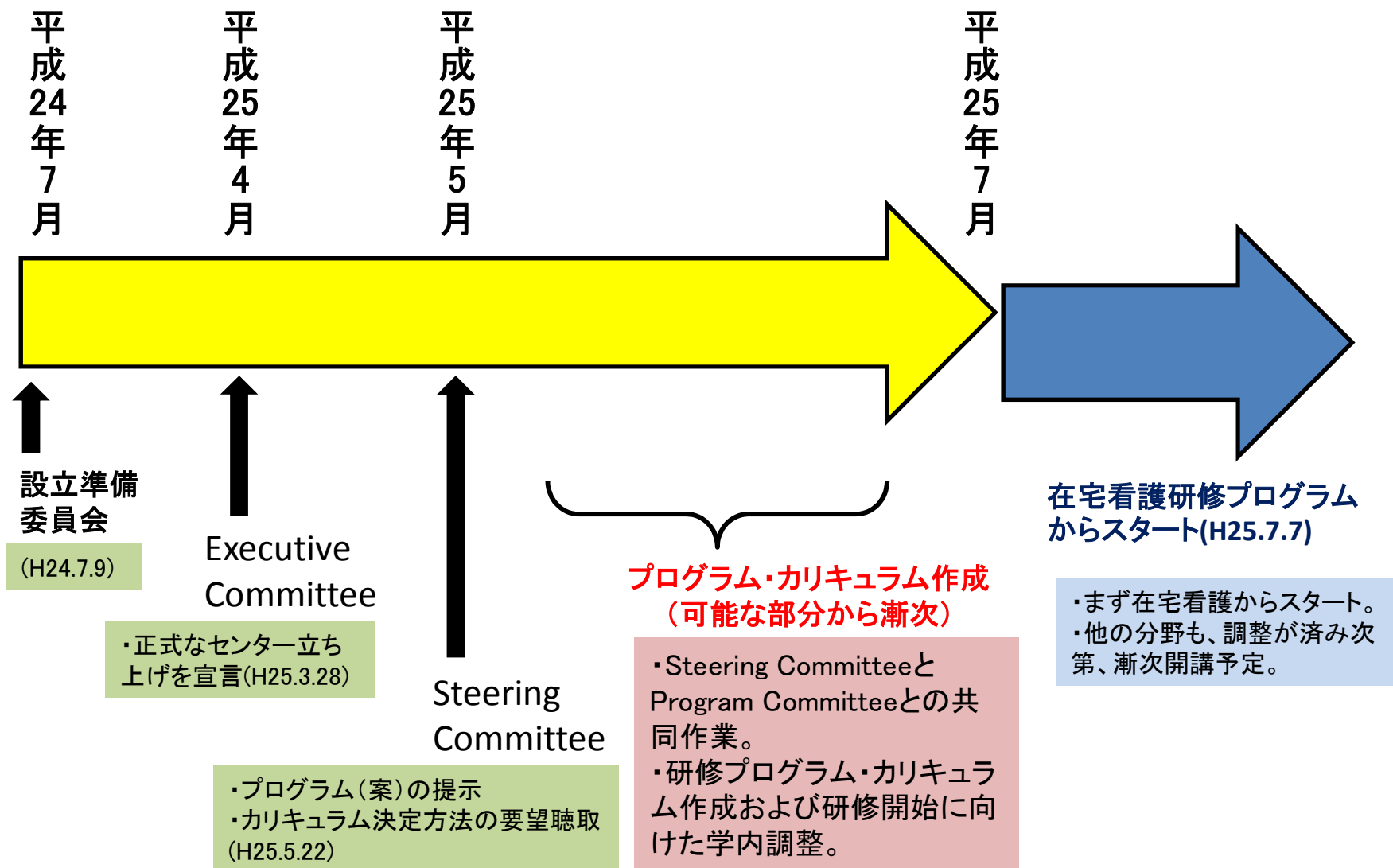
看護協会e-learning／医師会生涯教育プログラムなど既存のリソース



必要に応じて積極活用

教育の機会提供

# 在宅医療・在宅看護教育センターこれまでの経過と予定



	平成25年4月－6月	7月－12月	平成26年1月－3月
がん看護の最前線	<p><b>講 義</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・がん医療における継続したがん看護の充実（佐藤禮子教授）</li> <li>・がん在宅療養者・家族に対する退院支援（大谷和子教授）</li> <li>・がん化学療法患者の看護（小澤千佳認定看護師）</li> <li>・放射線療法の看護（天野緑認定看護師）</li> <li>・疼痛緩和の看護（鹿野たかね認定看護師）</li> <li>・在宅がん療養者の訪問看護（徳田喜恵子訪問看護ステーション所長）</li> <li>・在宅がん療養者へのケアの実際（秋山正子白十字責任者）</li> </ul>		
実習	<p><b>実 習：附属病院看護部長 那須景子</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①疼痛緩和医療部の実習</li> <li>②外来化学療法室の実習</li> <li>③キャンサートリートメントボード参加によるチーム医療実習</li> <li>④がん患者相談と退院支援の実習</li> </ol>		
その他	<p>広報関係 講演会企画他 事前打ち合わせ会 (看護協会にて)</p>	<p>受講者調査関係</p>	<p>修了証発行など 次年度企画など</p>

# エビデンスに基づく地域医療提供体制の再構築の必要性



医療政策に対して国の力がさほど強くない日本の状況を鑑み、データの可視化を通じた客観的データに基づく政策、つまりは、医療消費の格差を招来する市場の力でもなく、提供体制側の創意工夫を阻害するおそれがある政府の力でもないものとして、**データによる制御機構をもって医療ニーズと提供体制のマッチングを図るシステムの確立**を要請する声が上がっていることにも留意せねばならない。そして、そうしたシステムの下では、医療専門職集団の自己規律も、社会から一層強く求められることは言うまでもない。

(社会保障制度改革国民会議報告書)

## 医療・介護サービス提供体制の一体的な確保について

- 医療・介護サービスについては、2025年(平成37年)に向け、**高度急性期から在宅医療・介護までの一連のサービス提供体制の一体的な確保**を行い、医療・介護の総合的な確保を図るため、以下の見直しを行う。

① 都道府県が策定する医療計画と介護保険事業支援計画を、**一体的・強い整合性を持った形で策定**

①-1 医療計画と介護保険事業支援計画を包括する基本的な方針を策定

①-2 医療計画の策定サイクル(現在5年)の見直し

→平成30年度以降、介護と揃うよう6年に。在宅医療など介護と関係する部分は、中間年(3年)で必要な見直し。

①-3 医療計画での在宅医療、介護との連携に関する記載の充実

→医療計画に在宅医療の目標等を記載。市町村の介護保険事業計画に記載された在宅医療・介護の連携の推進に係る目標を達成できるよう、医療計画・地域医療ビジョンにおいても、在宅医療の必要量の推計や、目標達成のための施策等の推進体制について記載。

② 病床の機能分化・連携、医療従事者の確保・養成、在宅医療・介護の推進のため、**消費税増収分を活用した新たな財政支援制度(各都道府県に基金を設置)を法定化**する。

\* 地域介護・福祉空間整備交付金の根拠法である「地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律」(「地域介護施設整備促進法」)を発展的に改組



## 病床機能報告制度と地域医療構想（ビジョン）の策定

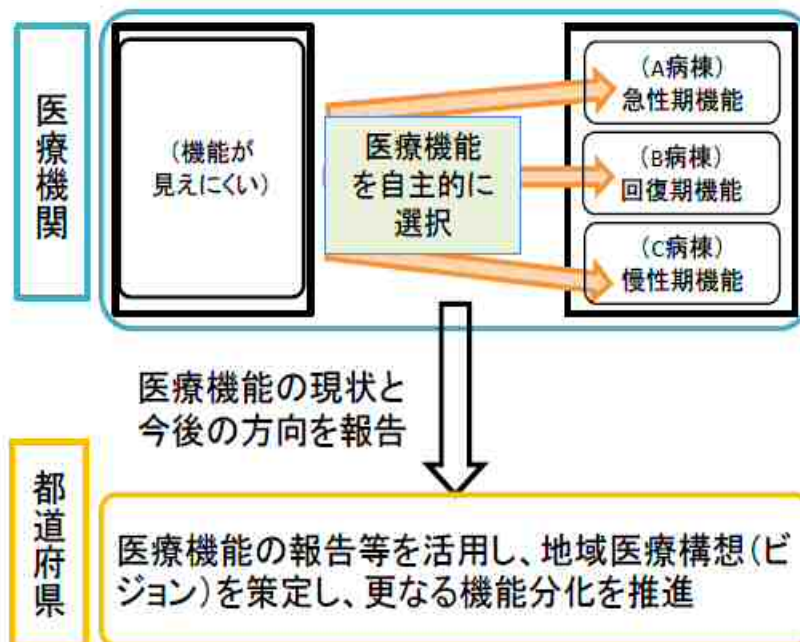
### ○ 病床機能報告制度（平成26年度～）

医療機関が、その有する病床において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する制度を設け、医療機関の自主的な取組みを進める。

### ○ 地域医療構想（ビジョン）の策定（平成27年度～）

都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して、二次医療圏等ごとの各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを策定し、医療計画に新たに盛り込み、さらなる機能分化を推進。

国は、都道府県における地域医療構想（ビジョン）策定のためのガイドラインを策定する（平成26年度～）。



### （地域医療構想（ビジョン）の内容）

1. 2025年の医療需要  
入院・外来別・疾患別患者数 等
2. 2025年に目指すべき医療提供体制  
・二次医療圏等（在宅医療・地域包括ケアについては市町村）ごとの医療機能別の必要量
3. 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、  
医療従事者の確保・養成等

## 医療機関が報告する医療機能

◎ 各医療機関(有床診療所を含む。)は病棟単位で(※)、以下の医療機能について、「現状」と「今後の方向」を、都道府県に報告する。

※ 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(「一般病床の機能分化の推進についての整理」(平成24年6月急性期医療に関する作業グループ)。

◎ 医療機能の名称及び内容は以下のとおりとする。

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

(注) 一般病床及び療養病床について、上記の医療機能及び提供する医療の具体的内容に関する項目を報告することとする。

◎ 病棟が担う機能を上記の中からいずれか1つ選択して、報告することとするが、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、提供している医療の内容が明らかとなるように具体的な報告事項を検討する。

◎ 医療機能を選択する際の判断基準は、病棟単位の医療の情報が不足している現段階では具体的な数値等を示すことは困難であるため、報告制度導入当初は、医療機関が、上記の各医療機能の定性的な基準を参考に医療機能を選択し、都道府県に報告することとする。



## 医療機能の分化・連携に係る取組みの流れについて

- 病床機能報告制度の運用開始、地域医療ビジョンの策定及び都道府県の役割の強化等を含めた医療機能分化・連携に係る取組みの流れを整理すると、以下のようになると考えられる。

【病床機能報告制度の運用開始】(平成26年度～)  
・医療機関が担っている医療機能を都道府県に報告(※)

※ 報告の基準は、当初は「定性的な基準」であるが、報告内容を分析して、今後、「定量的な基準」を定める。

【地域医療ビジョンの策定】(平成27年度～)  
・都道府県において地域医療ビジョンの策定。  
・地域の医療需要の将来推計や病床機能報告制度等により医療機関から報告された情報等を活用し、二次医療圏等ごとに、各医療機能の必要量(2025年時点)等を含む地域の医療提供体制の将来の目指すべき姿を示す。

現行の医療法の規定により、案の作成時に、診療又は調剤の学識経験者の団体の意見を聴く。

現行の医療法の規定により、策定時に医療審議会及び市町村の意見を聴く。  
※意見聴取の対象に、保険者協議会を追加。

【医療機関による自主的な機能分化・連携の推進】  
・医療機能の現状と、地域ごとの将来の医療需要と各医療機能の必要量が明らかになったことにより、将来の必要量の達成を目指して、医療機関の自主的な取組みと医療機関相互の協議により機能分化・連携を推進

診療報酬と新たな財政支援の仕組みによる機能分化・連携の支援

### 【都道府県の役割の強化】

- 医療機関や医療保険者等の関係者が参画し、個々の医療機関の地域における機能分化・連携について協議する「協議の場」の設置
- 医療と介護の一体的推進のための医療計画の役割強化(介護保険の計画との一体的な策定)

機能分化・連携を  
実効的に推進

# 山形大学蔵王協議会

(会長:嘉山孝正学長特別補佐)

**【会員】山形大学医学部教授会、山形大学関連病院会及び山形大学医学部教室員会の構成員並びに山形県健康福祉部、山形県医師会、山形県歯科医師会、山形県看護協会、山形県薬剤師会の代表**

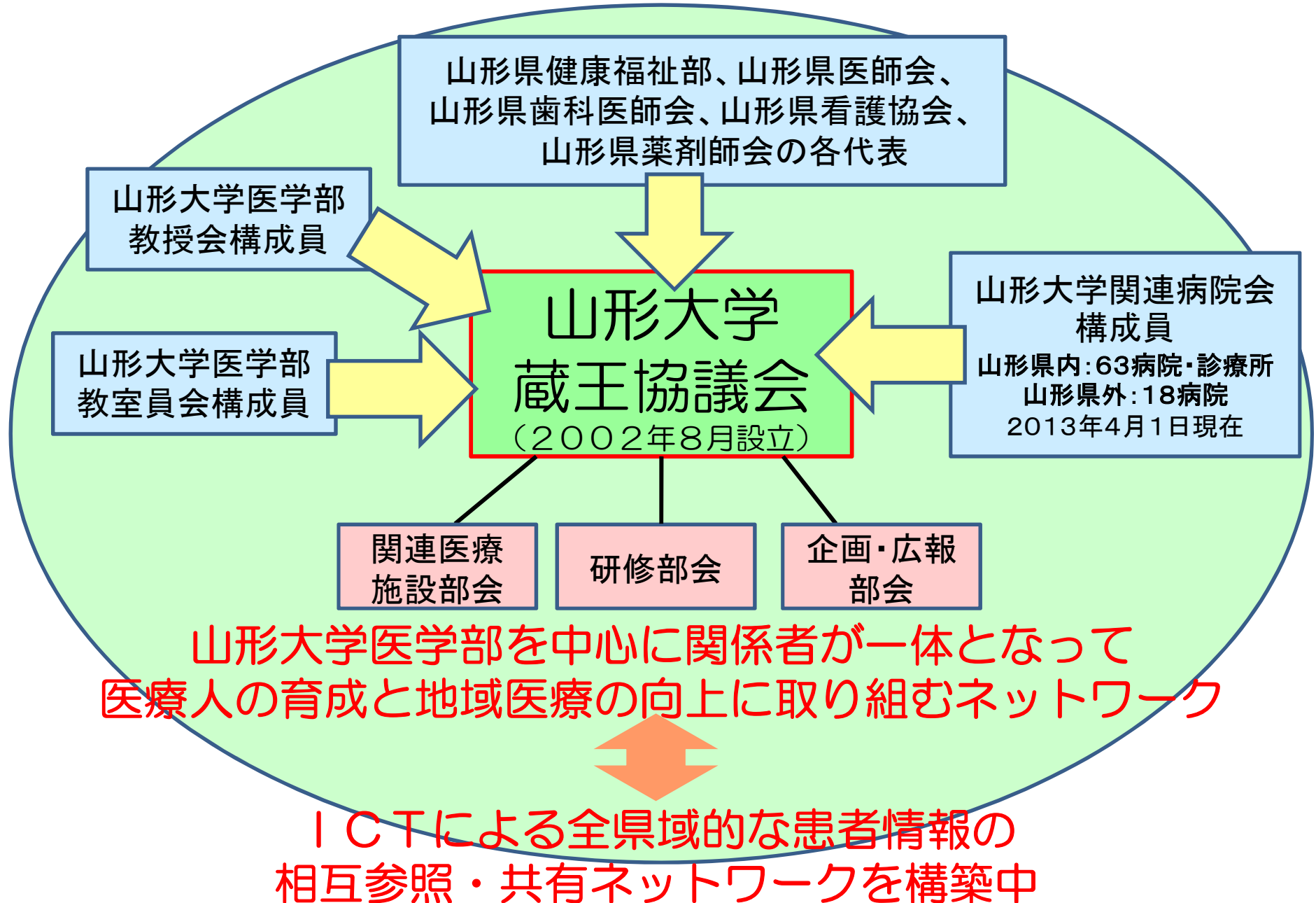
**【目的】会員相互の緊密な連携と協力により山形大学並びに関連医療施設の医学・医療の充実と発展を図り、人材養成と地域医療の向上に寄与する**

## **【事業】**

- (1)卒後臨床研修体制の整備等**
- (2)関連医療施設との連携**
- (3)山形大学地域医療医師適正配置委員会との連携**
- (4)地域の医師の適切な配置**
- (5)その他必要な事業**



# 蔵王協議会を通じた県内医療機関のネットワーク構築



# 山形大学医学部 医師適正配置委員会

【委員】医学部長、附属病院長、**山形県健康福祉部の代表(1名)**、**関連病院会の代表(1名)**、教室員会の代表(1名)、**県民の代表(2名)**、基礎医学系教授(1名)、臨床医学系教授(4名)、医学系研究科生命環境医科学専攻教授(1名)、医学部長が指名する者(若干名)

## 【審議事項】

- (1)地域医療機関との人事交流のあり方
- (2)地域医療機関からの医師の人事についての要望への対応
- (3)医師の地域医療機関への転出入に係る審査(転出入に係るすべての医師を対象とし、診療科からの転出入医師異動理由書について、医師の異動に係る審査基準に基づき行う)
- (4)地域医療における医師の適正配置
- (5)その他地域医療の質の向上に係る方策



別紙様式

学 部 長	病院長	事務課長	総務課長	総務課長補佐	広報企画係長	人事係長
委員会承認	年 月 日					
学部長承認					転入・転出先 機 関 の 長	

転出入医師異動理由書

年 月 日

医 学 部 長 殿

今回 病院で勤務している 氏を  
病院での勤務に異動させたいので、下記の理由で申請いたします。

記

理由（\*該当する理由に○印を付けること。）

- 1 教育能力に著しく優れ、学生や研修医の教育に多大な貢献をされると考えられる。
- 2 研究をより容易に行うことができると考えられる。
- 3 より高度な先進的集学的医療を学ぶことができ、又はそれを必要としていると考えられる。
- 4 1 から 3 までの理由で現在勤務している病院において減員となった場合でも、その後の病院での臨床・教育・研究が長期的視点から山形県内の医療に大きく貢献すると考えられる。
- 5 医師本人が身体的精神的理由のため、勤務継続が困難である。
- 6 その他やむを得ない理由がある。

[理由： ]

注：医師の異動に際しては、次に掲げる条件を満たしていること。

- 1 医師本人が希望又は了承していること。
- 2 医局全体の賛同が得られていること。
- 3 診療科長が了承していること。

診療科名	科
医師（本人）	印
医局長	印
診療科長	印

# 「エビデンス」に基づいた 合意形成と協力



県内の医療機関別の診療機能や経営状況、患者の受療動向、医師の勤務実態などについて各種調査研究を継続的に実施し、医療提供体制の全県域的な現状把握



調査結果は、大学においては蔵王協議会や医師適正配置委員会などにおける議論に、山形県においてはさまざまな審議会などでの県内医療提供体制の検討に活用され、県内の医療資源の適正配置に貢献

# 山形県での病院再編の先駆的取り組み

## ● 置賜広域病院組合

1995年11月 置賜広域病院組合設立

2000年11月 新病院開院

(旧) 長井市立総合病院(463床)、南陽市立総合病院(251床)、川西町立病院(98床)、飯豊町中央診療所(無床)

(新) 基幹病院:公立置賜総合病院(520床)

サテライト病院・診療所:公立置賜長井病院(110床)、公立置賜南陽病院(50床)、川西診療所(無床)、飯豊町国民健康保険診療所(無床)



## ● 地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構

2008年4月 地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構設立

(旧) 山形県立日本海病院(528床)、酒田市立酒田病院(400床)

(新) 急性期:日本海総合病院(646床)

回復期・慢性期:酒田医療センター(114床)



※ 現在も村山地域などで病院のあり方の見直しに向けて検討中



# 全県域的なネットワーク構築 “地域循環型”のシステムづくり



県全体で医療機関のネットワーク化を進め、教育・臨床・研修を通じて一体的に地域全体で医師の養成と診療のレベルアップを図る

地域全体で患者を診る連携体制の構築  
山形大学を「ハブ」とする  
「地域循環型」医療の発展

山形大学医学部附属病院と日本海総合病院(ちようかいネットの中核)、公立置賜総合病院(OKI-netの中核)の間でICTを活用して患者情報の相互参照・共有化を可能化、接続病院を拡大  
→ 情報共有のネットワークを全県域化