

# 2025年へのロードマップ

～2014年改定から2025年改革への流れを読む～



国際医療福祉大学大学院教授  
武藤正樹



国際医療福祉大学  
三田病院

国際医療福祉大学  
三田病院

国際医療福祉大学三田病院  
2012年2月新装オープン

# 目次

- パート1
  - 社会保障・税の一体改革と国民会議
- パート2
  - 病床機能報告制度と次期医療計画見直し
- パート3
  - 2014年診療報酬改定と入院病床の機能分化
- パート4
  - 在宅医療の強化
- パート5
  - 地域包括ケアシステム



# パート1

## 社会保障・税の一体改革と 国民会議



2025年へ向けて、医療・介護のグランドデザインの議論  
社会保障制度改革国民会議(会長 清家慶応義塾大学学長)  
が2012年11月30日から始まった

# 社会保障・税一体改革(8月10日)

- 8月10日に社会保障と税の一体改革関連法案が参院本会議で賛成多数で可決した。
- 現在5%の消費税率を14年4月に8%、15年10月に10%に引き上げることなどを盛り込んだ。
- その背景は…  
団塊世代の高齢化と、激増する社会保障給付費問題

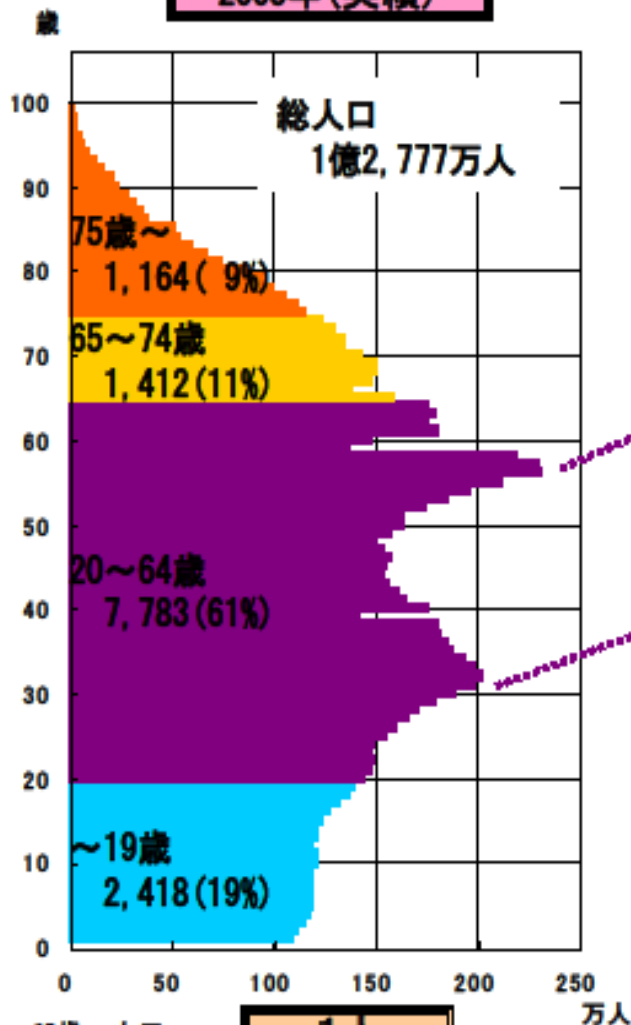


2012年8月10日、参議院を通過

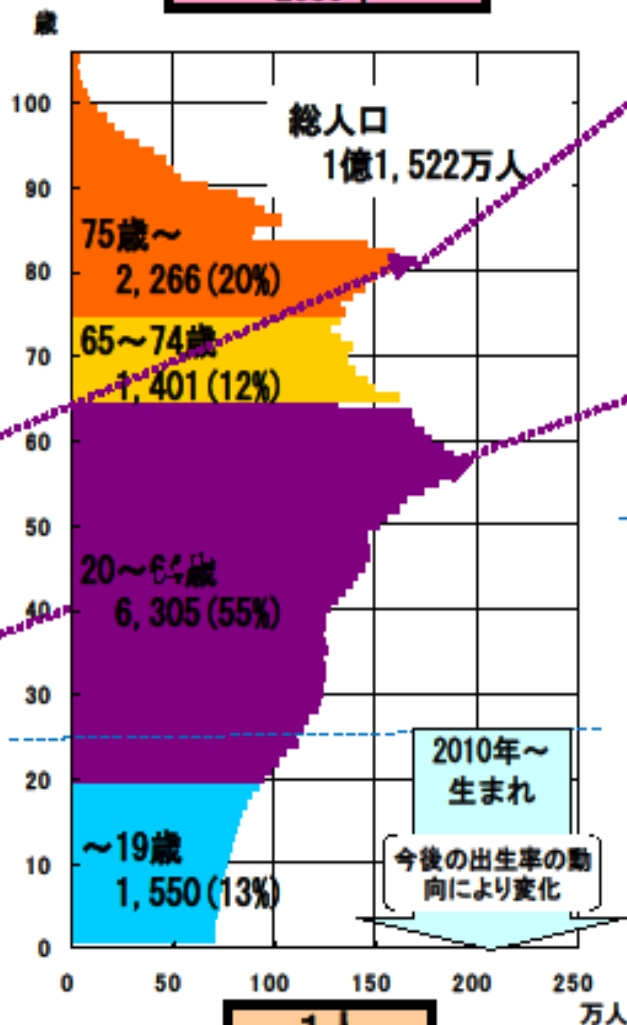
# 人口ピラミッドの変化(2005, 2030, 2055) - 平成18年中位推計 -

○ 我が国の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を3人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2055年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定される。

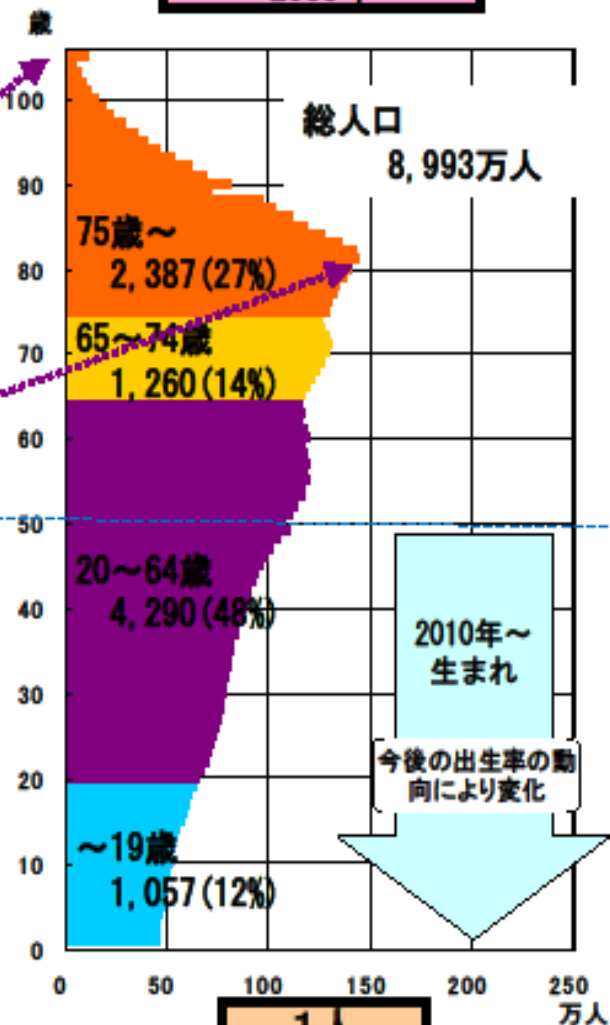
2005年(実績)



2030年



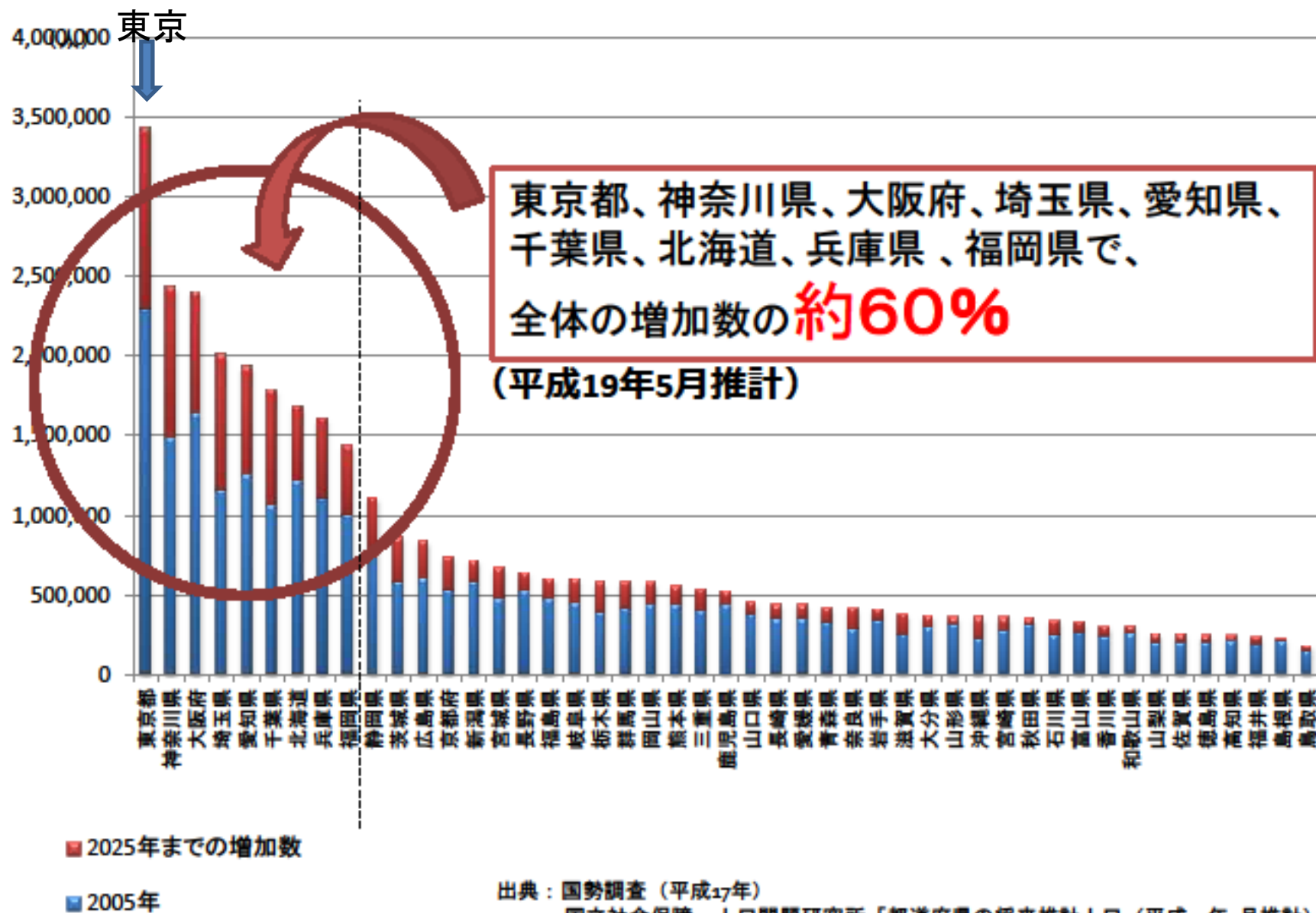
2055年



注: 2005年は国勢調査結果(年齢不詳按分人口)。

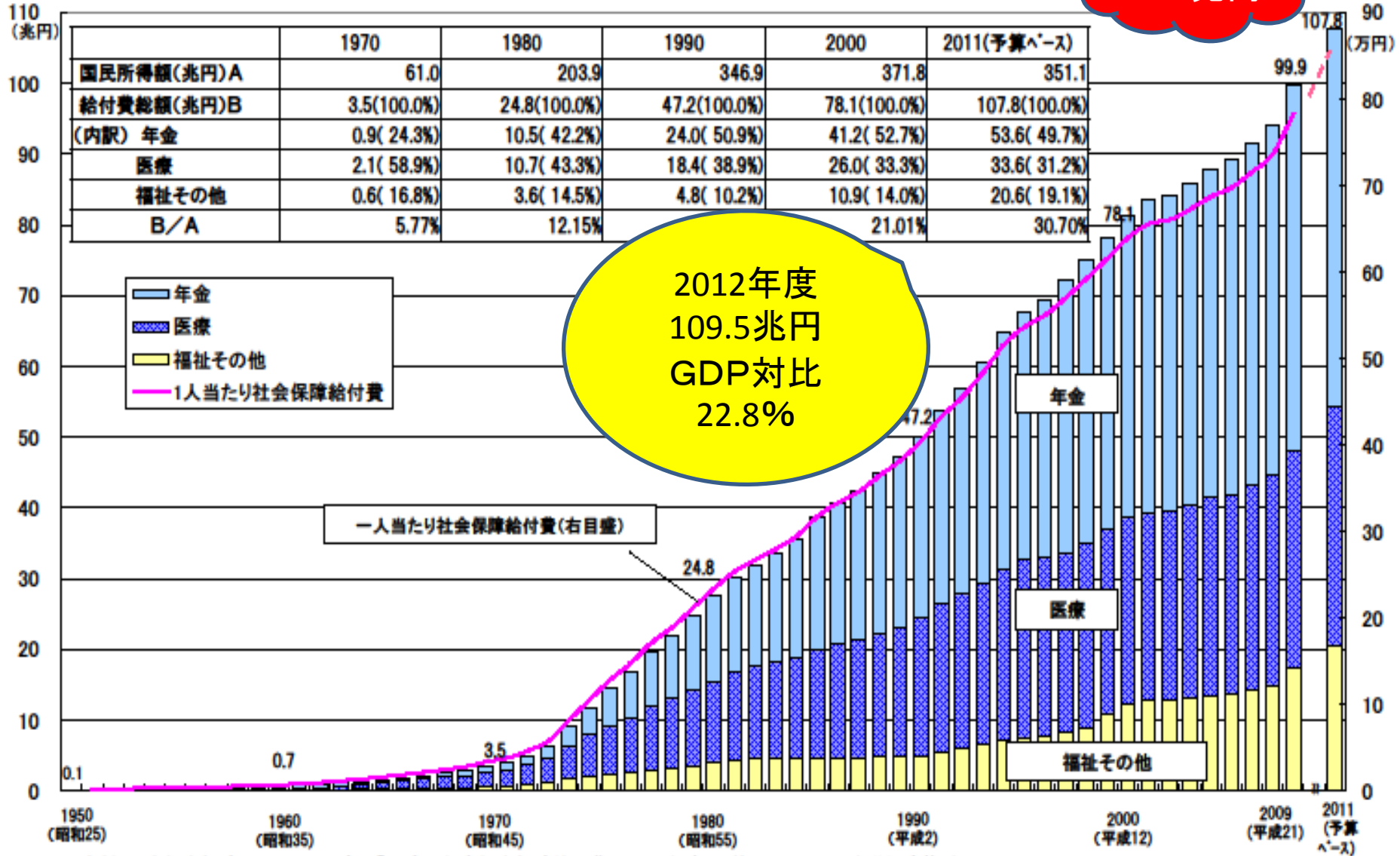
出典) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」(出生中位・死亡中位)

# 都道府県別高齢者人口(65歳以上)の増加数 (2005年 → 2025年)



# 社会保障給付費の推移

2025年  
149兆円



資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成21年度社会保障給付費」、2011年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

2011年度の国民所得額は平成23年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成23年1月24日閣議決定)

(注) 図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2008並びに2011年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。



# 社会給付費の見通し

(兆円)

109.5兆円  
(GDP対比22.8%)

148.9兆円  
(GDP対比24.4%)

介護  
2.34倍

医療  
1.54倍

年金  
1.12倍

介護, 19.8

医療, 54

年金, 60.4

介護, 8.4

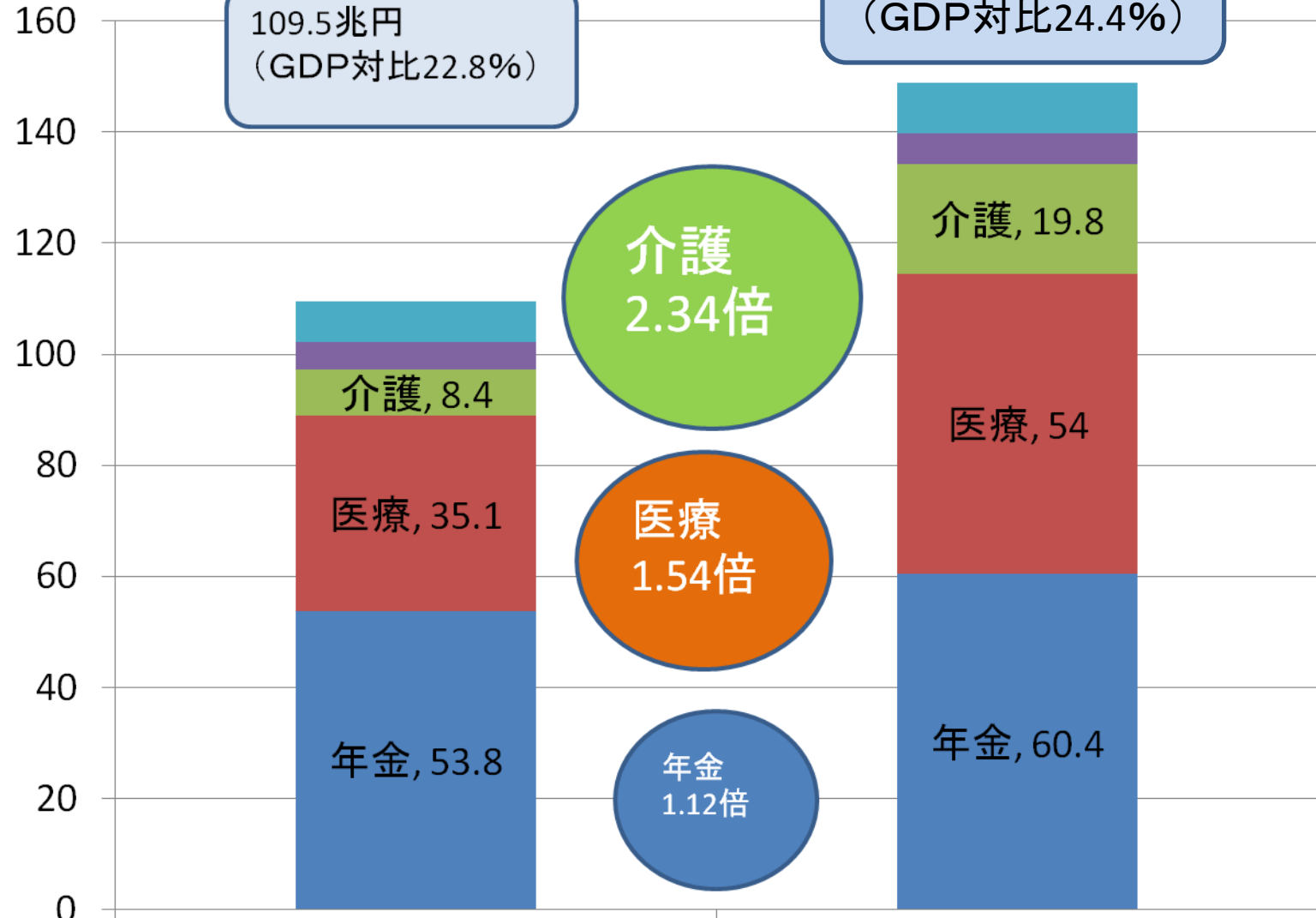
医療, 35.1

年金, 53.8

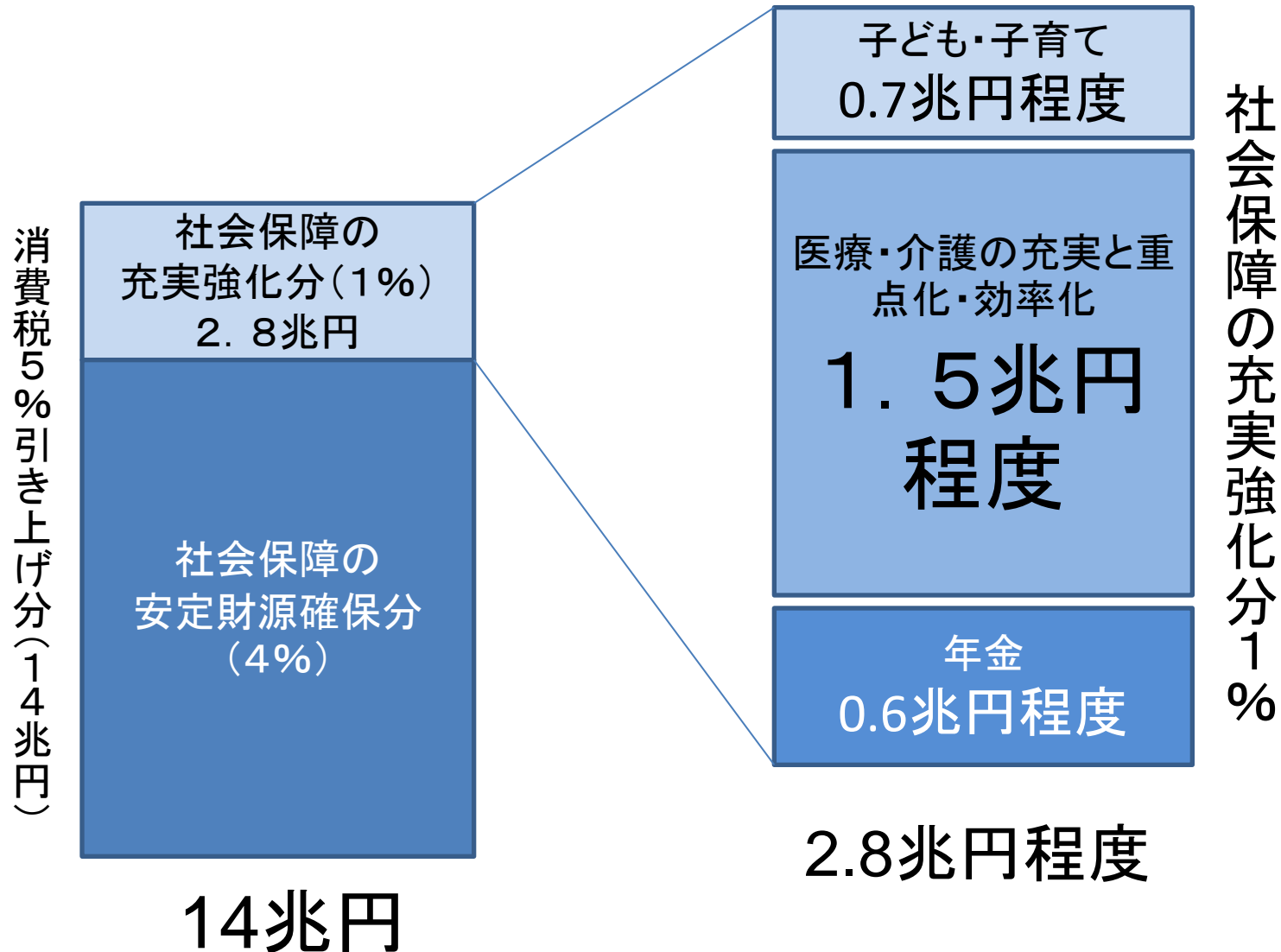
- その他
- 子ども子育て
- 介護
- 医療
- 年金

2012年度

2025年度



# 消費税増税分の使い道



# 社会保障・税の一体改革

# 医療・介護サービス提供体制の見直し

## 【子ども・子育て】

### 潜在的な保育ニーズにも対応した 保育所待機児童の解消

	平成22(2010)年	⇒	平成26(2014)年
○平日昼間の保育サービス(認可保育所等)	215万人	⇒	241万人
(3歳未満児の保育サービス利用率)	(75万人(23%))		(102万人(35%))
○延長等の保育サービス	79万人	⇒	96万人
○認定こども園	358か所(2009年)	⇒	2000か所以上
○放課後児童クラブ	81万人	⇒	111万人

※平成29年(2017年)には118万人(4.4%)

### 地域の子育て力の向上

	平成22(2010)年	⇒	平成26(2014)年
○地域子育て支援拠点事業	7100か所 (市町村単独分含む)	⇒	10000か所
○ファミリー・サポート・センター事業	637市町村	⇒	950市町村
○一時預かり事業	延べ348万人(2008年)	⇒	延べ3952万人

## 【医療・介護】

### 2011年度

### 2025年度

	2011年度	2025年度
【医療】	病床数、平均在院日数	107万床、19～20日程度
	医師数	29万人
	看護職員数	141万
	在宅医療等(1日あたり)	17万人分
【介護】	利用者数	426万人
	在宅介護 うち小規模多機能 うち定期巡回・随時対応型サービス	304万人分 5万人分 -
	居住系サービス 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分
	介護施設 特養 老健(+介護療養)	92万人分 48万人分(うちユニット12万人(26%)) 44万人分(うちユニット2万人(4%))
	介護職員	140万人
	訪問看護(1日あたり)	29万人分

一般病床  
107万床

機能分化し  
て103万床

居住系施設や外来・在宅医療は大幅増

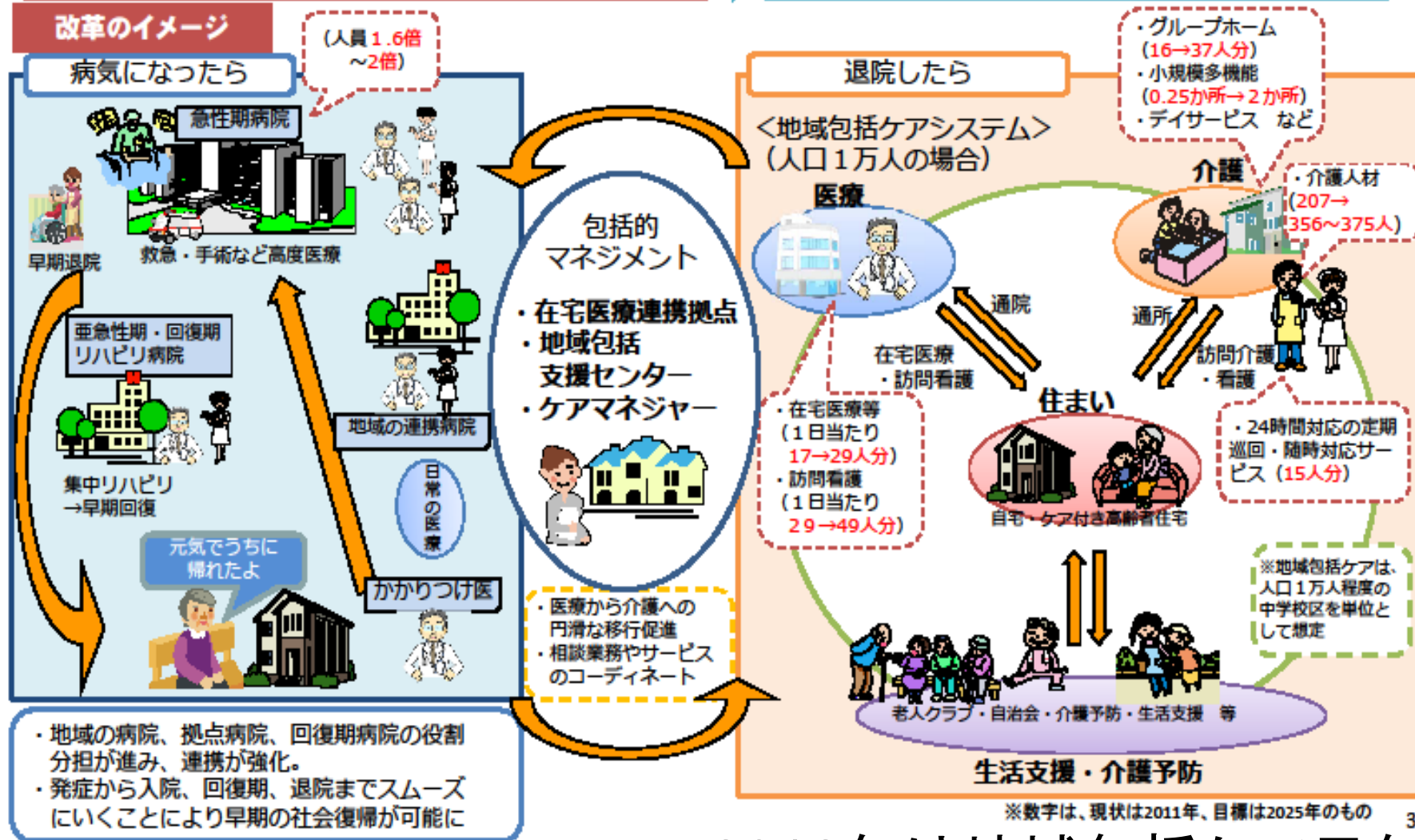
## 改革の方向性 ②

## 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

### 改革のイメージ



2012年は地域包括ケア元年

# 社会保障制度改革国民会議 最終報告書(2013年8月6日)



最終報告が清家会長から安倍首相に手渡し

# 国民会議報告のポイント

- 医療提供体制の見直し
  - 病床機能情報報告制度の早期導入
  - 病床機能の分化と連携の推進
  - 在宅医療の推進
  - 地域包括ケアシステムの推進
  - 医療職種の業務範囲の見直し
  - 総合診療医の養成と国民への周知

# 国民会議報告のポイント

- 都道府県の役割強化
  - 医療提供体制の構築に関する都道府県の役割強化
  - 国民健康保険の運営業務の都道府県への移行
  - 医療法人間の再編・統合をしやすくするための制度見直し

# 地域医療・介護推進法案のポイント

## 医療

基金の創設： 医療提供体制を見直す医療機関などに補助金を配るための基金を都道府県に創設(2014年度)

病床機能報告制度： 医療機関が機能ごとの病床数を報告する制度を導入(2014年10月)

地域医療構想： 都道府県が「地域医療構想」を作り、提供体制を調整(2015年4月)

医療事故を第三者機関に届けて出て、調査する仕組みを新設(2015年10月)

## 介護

「要支援」の人への通所・訪問看護サービスを市町村に移管(2015年4月から段階的に)

一定の所得がある利用者の自己負担割合を1割から2割に引き上げ(2015年8月)

所得が低い施設入居者向けの食費・部屋代補助の対象を縮小(2015年8月)

所得が低い高齢者の保険料軽減を拡充(2015年4月)

特養への新規入居者を原則「要介護3以上」に限定(2015年4月)

閣議決定！

(カッコ内は施行時期)



# 診療報酬における社会保障改革の実現に向けたスケジュール(粗いイメージ)

2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年

方向性

- ① 医療機関の機能の明確化と連携の強化
- ② 医療機関と在宅/介護施設との連携強化
- ③ 医療提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の構築

報酬改定



2013年

2018年

2024年

医療法改定など  
プログラム法案

医療計画

医療計画

医療計画

医療計画  
(6年)

医療計画

介護  
保険  
事業  
計画

介護  
保険  
事業  
計画

介護  
保険  
事業  
計画

介護  
保険  
事業  
計画

介護保  
険事業  
計画

介護  
保険  
事業  
計画

介護  
保険  
事業  
計画

医療介護のあるべき姿

# パート2

## 病床機能報告制度と 次期医療計画見直し



「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」  
(座長 学習院大学遠藤久夫教授)

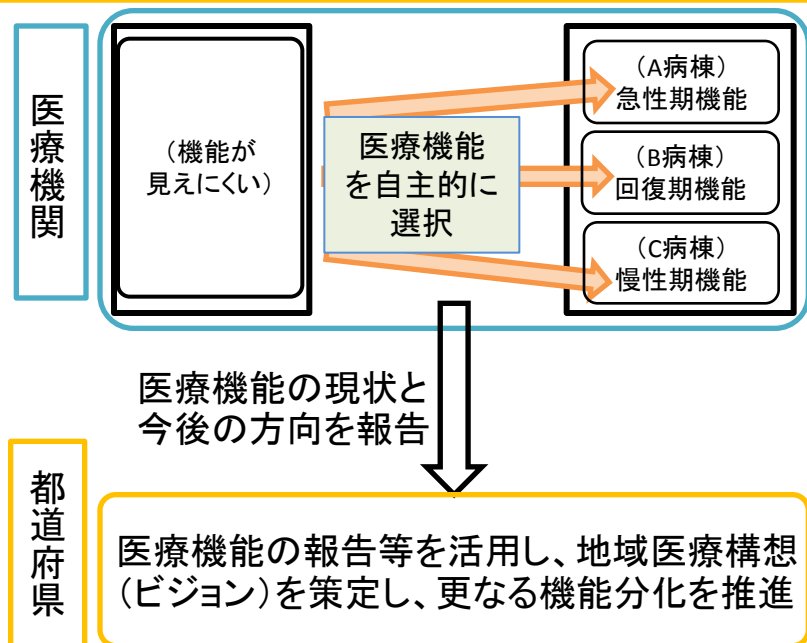
# 病床機能報告制度と地域医療構想（ビジョン）の策定

## ○ 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（**病床機能区分**）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

# 病床機能区分



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  
(座長 学習院大学遠藤久夫教授)

# 病床機能区分の経緯

「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」

- 6区分

- ①急性期、②亜急性期、③回復期、④長期療養、⑤障害者・特殊疾患、⑥そのほか「病棟内に機能が混在しているケース」

- 5区分

- ①急性期、②亜急性期、③回復期リハビリテーション、④地域多機能、⑤長期療養

- 4区分

- ①急性期機能、②検討中、③回復期リハビリテーション機能、④長期療養機能

# 「亜急性期」が争点

- 厚労省の亜急性期定義

- 「主として急性期を経過した患者（ポストアキュート）、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者（サブアキュート）に対し、在宅復帰に向けた医療を提供する機能」と定義し、ポストアキュート、サブアキュートを包括する概念
- 「この表現では、高齢者の救急は亜急性が担う印象になる。高齢者救急は急性期が担うべきだ」  
加納繁照委員（日本医療法人協会会長代行）、

# 検討会でまとまった病床機能区分

名称	内容
高度急性期	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期	○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	○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

厚生労働省「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」

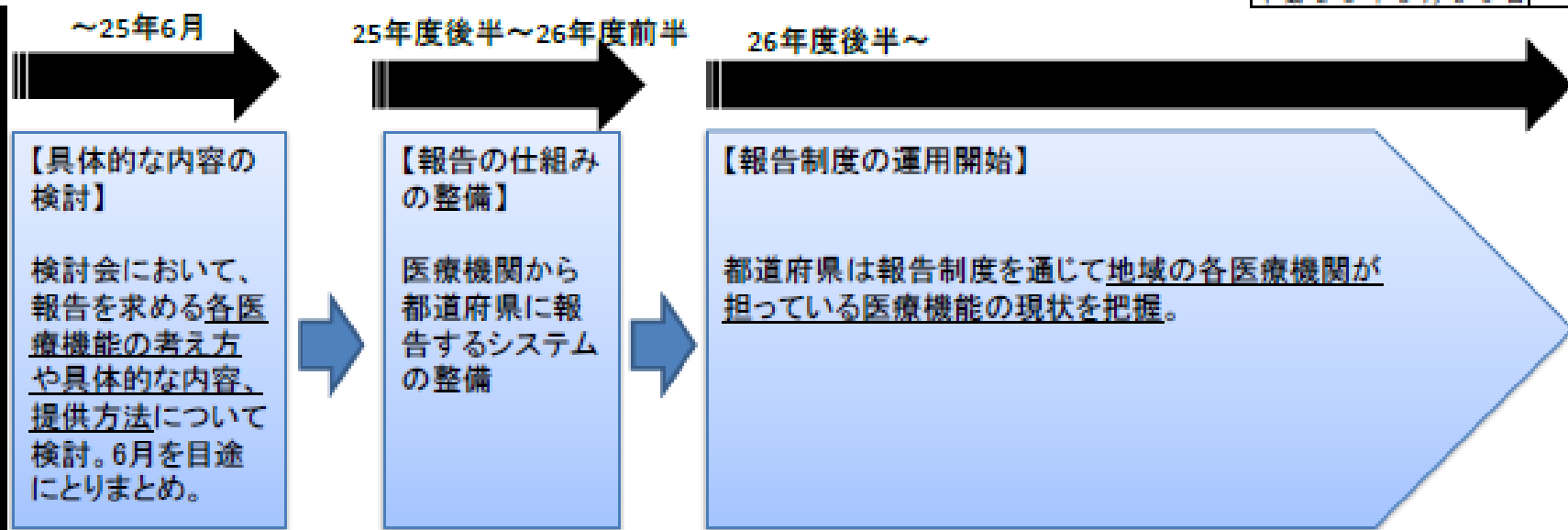
2013年9月4日

第8回の資料・議論を基に編集部作成

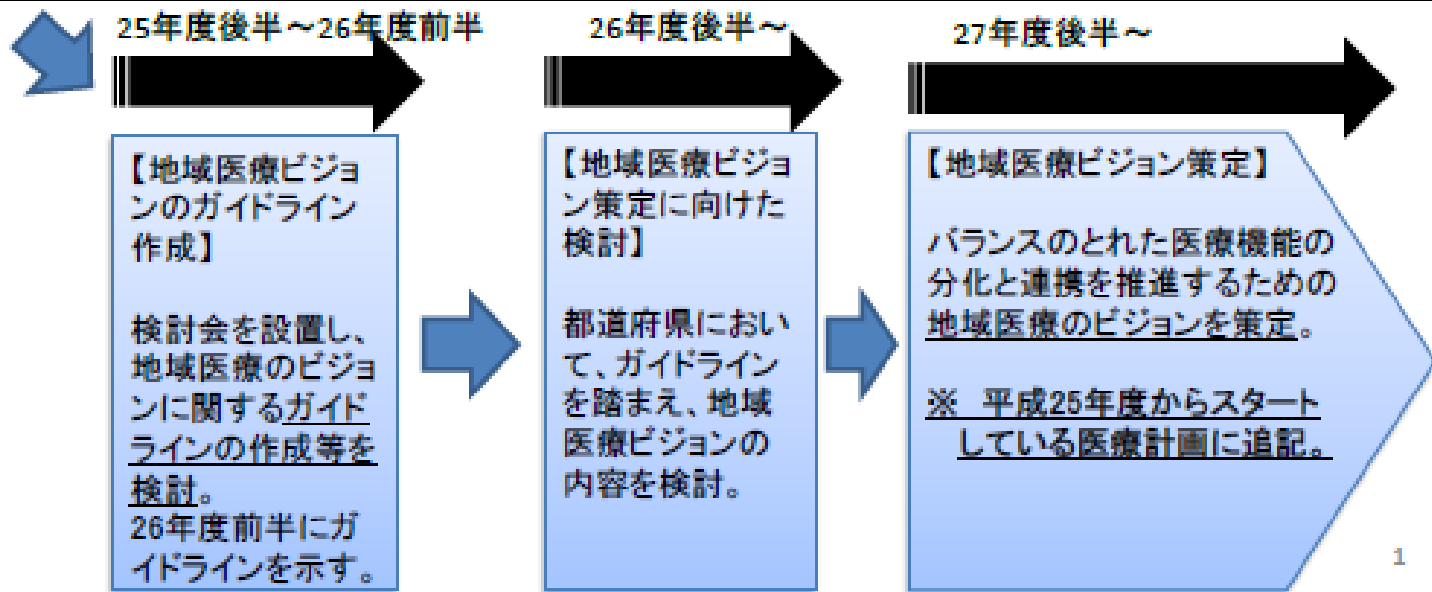
# 報告制度の導入と地域医療ビジョン策定までの流れ

第6回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  
平成25年5月30日  
参考資料

報告制度



地域医療ビジョン





# 病床区分ごとの基準病床数

- 社会保障審議会医療部会(部会長:永井良三・自治医科大学学長)2013年10月4日
- 1案
  - 新しい病床機能の定義を、次期医療法改正に盛り込んだ上で、現行の基準病床数(一般病床、療養病床を含む)に基づく新規開設、増床の許可に係る仕組みを適用する
- 2案
  - 医療法上の定義は変えないものの、病床機能報告制度の中で定量的な基準を設けて、著しい偏りがあるなどの場合、都道府県が一定の範囲内で補正できる仕組みを取り入れる。
-

# 病床区分ごとの基準病床数案に反対相次ぐ

- 日本病院会副会長 相沢孝夫氏
  - 「医療機関が必要な連携をしつつ、自主的に機能分化が進めるのが前提のはず。2つ目の案で、(病床数適正化に向けて)『誘導』との表現があるが、強制的に進めるようにしか見えない」。
- 日本医師会副会長 中川俊男氏
  - 1案について「病床基準数を法律で定めるというのは硬直的な案。5年後、10年後、何があるか分からず、柔軟に地域の医療機関が決められるようにすべき」、2案についても、基準を定める方向性に不満を示した。
- 全国自治体病院協議会会長 辺見公雄氏
  - 「公的病院では、自主的なベッド削減をほとんどやっている。民間病院も経営の必要があり、上が決めなくても、ふさわしい医療をやっていく」
- 慶応義塾大学経営大学院教授の田中滋氏
  - 「がちがちに基準を決めるのは良くない」

# 第3案(修正案)

- 修正案

- 地域医療ビジョンで定めた医療機能の必要量に収斂させていくため、医療機関相互の「協議の場」を設置
- 医療機関に対して、協議の場への参加と合意事項への協力などを努力義務とする案
- 合意を無視して、必要量に照らして過剰な医療機能の病床を増やそうとする、あるいは何らかの事情により、協議が機能不全になったなどの場合に、都道府県によるペナルティー的な対応を行う
- ペナルティー案



ムチ！

- ①医療機関名の公表、②各種補助金の交付対象や福祉医療機構による融資対象からの除外、③地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認の取消

# 機能分化と連携を進める 医療機関に基金制度




アメ

- 2014年度予算政府案
  - 厚生労働省が「新たな財政支援制度」として検討を進めている基金制度に、約602億円を充てる
  - 地方の負担分を含めた基金の総額は約904億円
  - **機能分化・連携を進める医療機関への補助財源**とするほか、現在は地域医療再生基金を活用して取り組む医療従事者の確保・養成を目的とする事業も補助対象とする予定
  - 地域包括ケアシステムの構築を推進する目的で、在宅医療・介護サービスの充実にも活用できるようにする方針

# 基金制度

- 基金の補助対象事業
  - 都道府県が新たに策定する地域医療ビジョンを達成するための医療機関の施設・設備整備事業
  - 在宅医療を推進するための事業
  - 介護サービスの施設・設備整備を推進するための事業
  - 医師、看護職、介護職を確保するための事業
  - 医療・介護従事者の勤務環境改善のための事業



パート3  
2014年診療報酬改定  
～入院病床の機能分化～

中医協調査専門組織  
入院医療等調査・評価分科会

診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会

委員名簿

氏名	所属
あんどう ぶんえい 安藤 文英	医療法人西福岡病院 理事長
いけだ しゅんや 池田 俊也	国際医療福祉大学 薬学部 薬学科 教授
いしかわ ひろみ 石川 広己	社会医療法人社団千葉県勤労者医療協会 理事長
かつき すすむ 香月 進	福岡県 保健医療介護部 医監
かんの まさひろ 神野 正博	社会医療法人財団董仙会 理事長
こうち えいたろう 高智 英太郎	健康保険組合連合会 理事
さなぎ すすむ 佐柳 進	独立行政法人国立病院機構関門医療センター一病院長
しまもり よしこ 嶋森 好子	社団法人東京都看護協会 会長
たけひさ ようぞう 武久 洋三	医療法人平成博愛会 理事長
つつい たかこ 筒井 孝子	国立保健医療科学院 統括研究官
ふじもり けんじ 藤森 研司	北海道大学病院地域医療指導医支援センター一長
むとう まさき 武藤 正樹	国際医療福祉大学大学院 教授

○ : 分科会長

# 2014年診療報酬改定の重点課題と改定の視点

## • 重点課題

### – ①医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

#### • ア 入院医療

- 急性期病床の機能の明確化、急性期後の受け皿となる病床の整備、有床診の機能に応じた評価等

#### • イ 外来医療

- 診療所・中小病院の主治医機能の評価、大病院の専門外来の評価等

#### • ウ 在宅医療

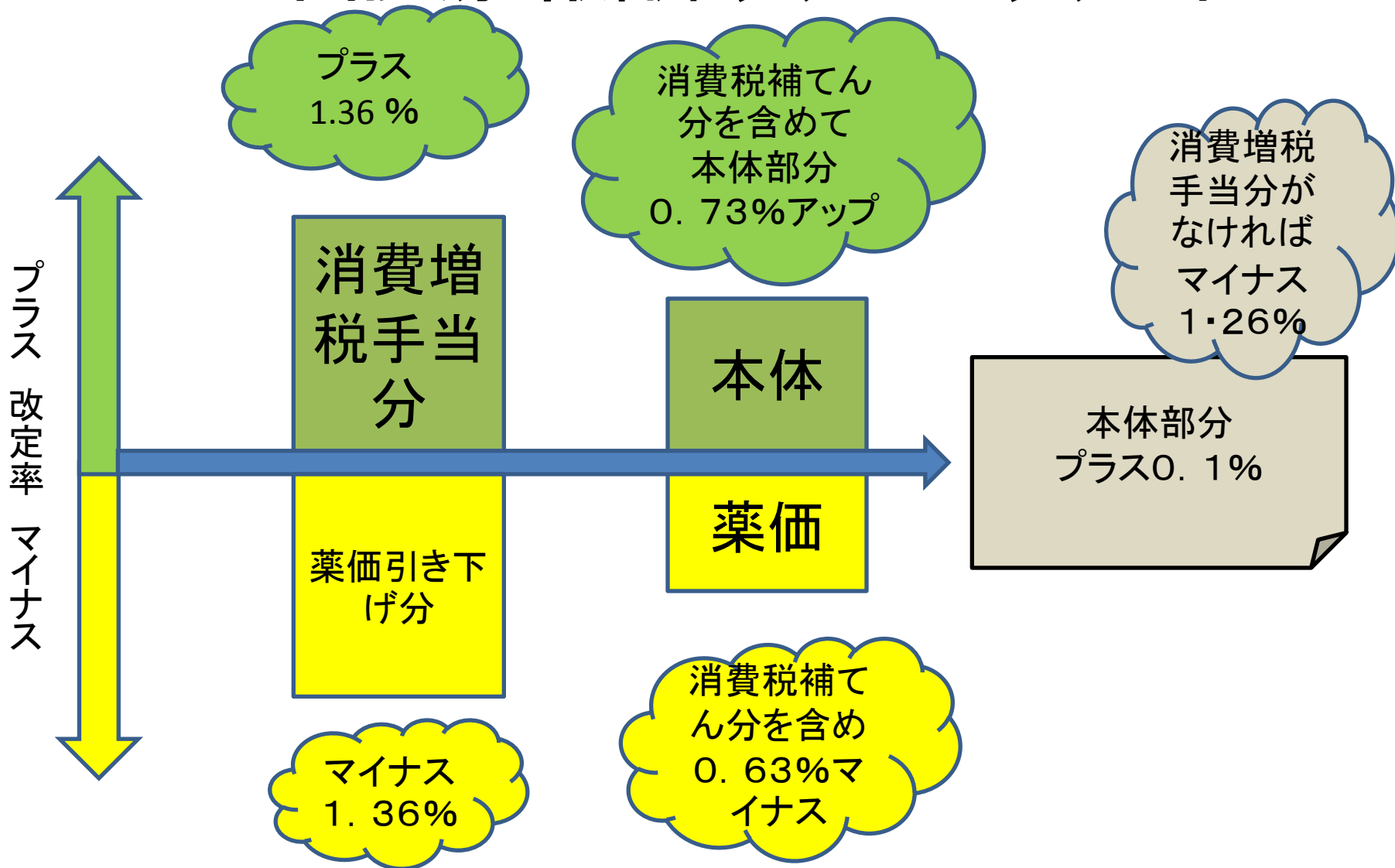
- 在宅療養支援診療所・病院の機能強化、在宅療養支援診療所・病院以外の医療機関による在宅医療の推進、訪問看護ステーションの大規模化の推進、在宅歯科医療の推進、在宅薬剤管理指導の推進等

#### • エ 連携ネットワーク

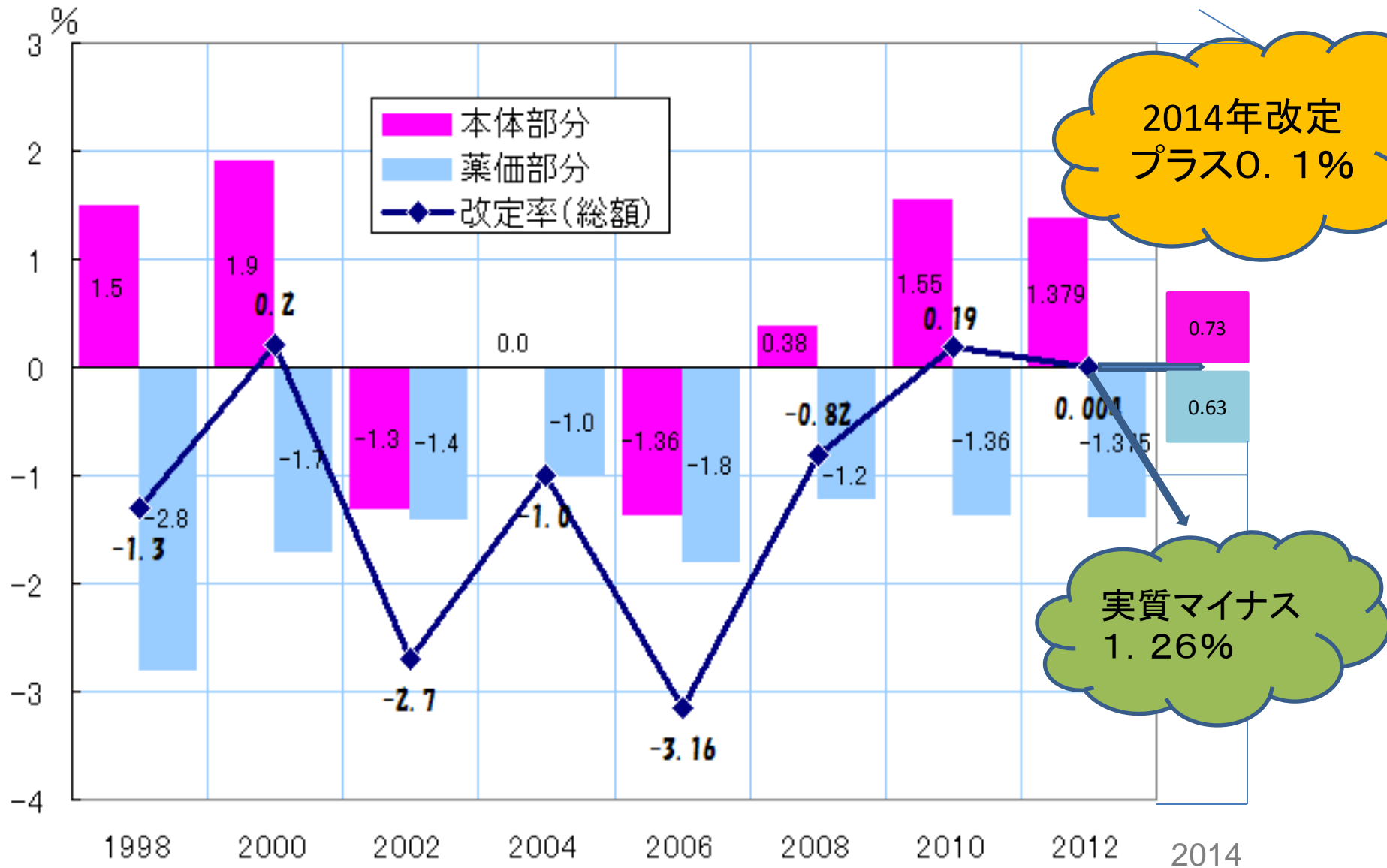
- 入院、在宅、歯科、薬局、看護、介護等のネットワークにおける円滑な移行や切れ目のない連携等



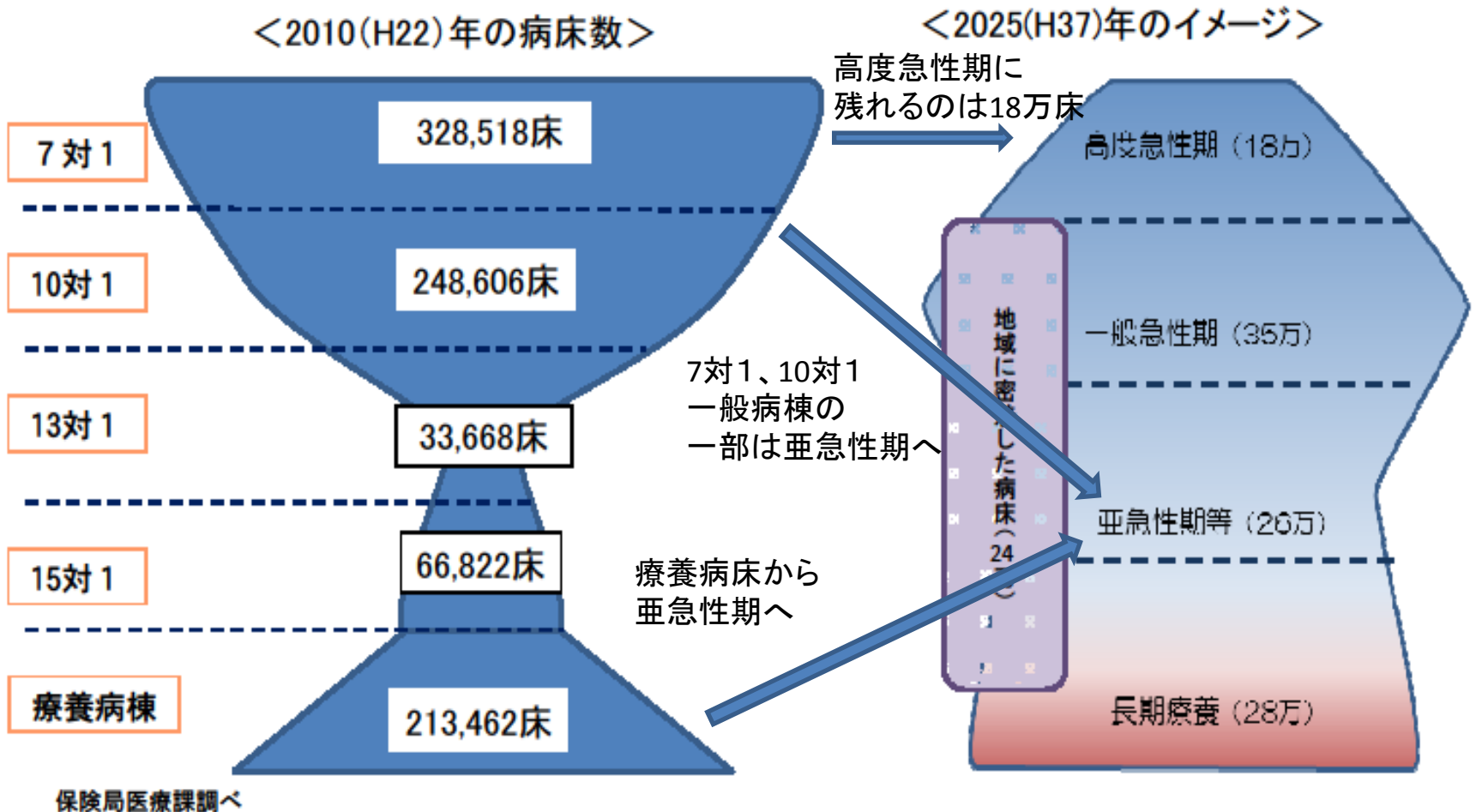
# 2014年診療報酬改定の改定率



# 診療報酬の改定率の推移



# 診療報酬による機能分化 ～杯型から砲弾型へ～



○ 届出医療機関数で見ると10対1入院基本料が最も多いが、病床数で見ると7対1入院基本料が最も多く、2025年に向けた医療機能の再編の方向性とは形が異なっている。

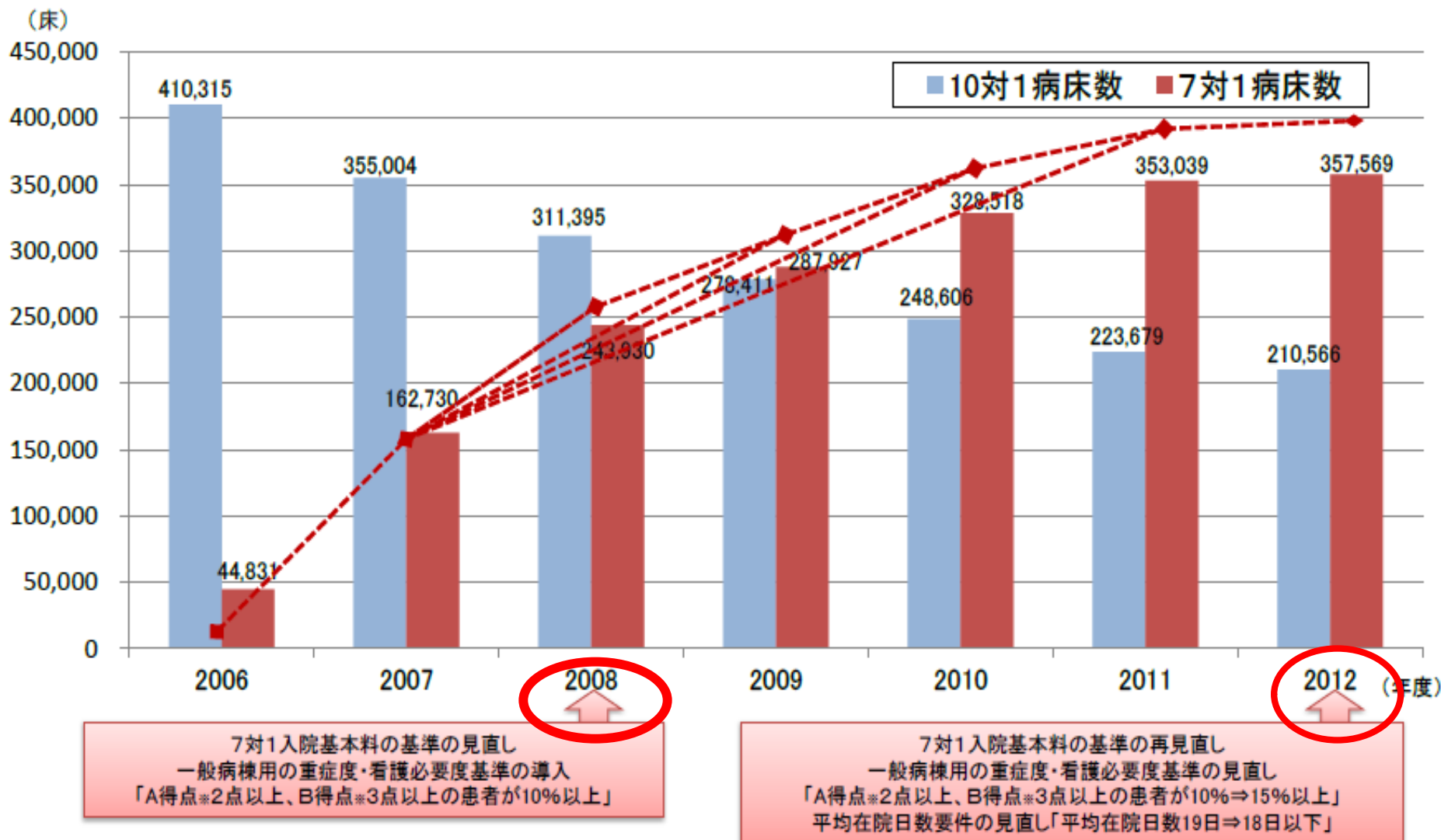
## 医療提供体制改革④(診療報酬の有効性)

(参考4)

○ 「7対1入院基本料」を算定する病床数は、2006年度の新設以来、一貫して増加。一方で、報酬の低い「10対1入院基本料」の病床は一貫して減少。

○ 2008年度、2012年度の診療報酬改定では、「7対1入院基本料」の要件を厳格化したが、この傾向は継続。

⇒ 診療報酬では、病床の数のコントロールができないことが実証されている。



※「A得点」:心電図モニターモニタリングや輸血等の処置の必要性により付加される得点。「B得点」:寝返りや食事摂取ができない等、患者の状況により付加される得点。

出所:平成25年7月17日 中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織(入院医療等の調査・評価分科会)資料

# 入院医療等の調査・評価分科会

- (1) **一般病棟入院基本料**の見直しについての影響および慢性期入院医療の適切な評価の見直し
  - ①平均在院日数について
  - ②重症度・看護必要度の項目
  - ③その他の指標について
- (2) **亜急性期入院医療管理料**等の見直し
- (3) 医療提供体制が十分ではないものの、地域において自己完結する医療を提供している医療機関に配慮した評価の検討

# 入院医療等の調査・評価分科会

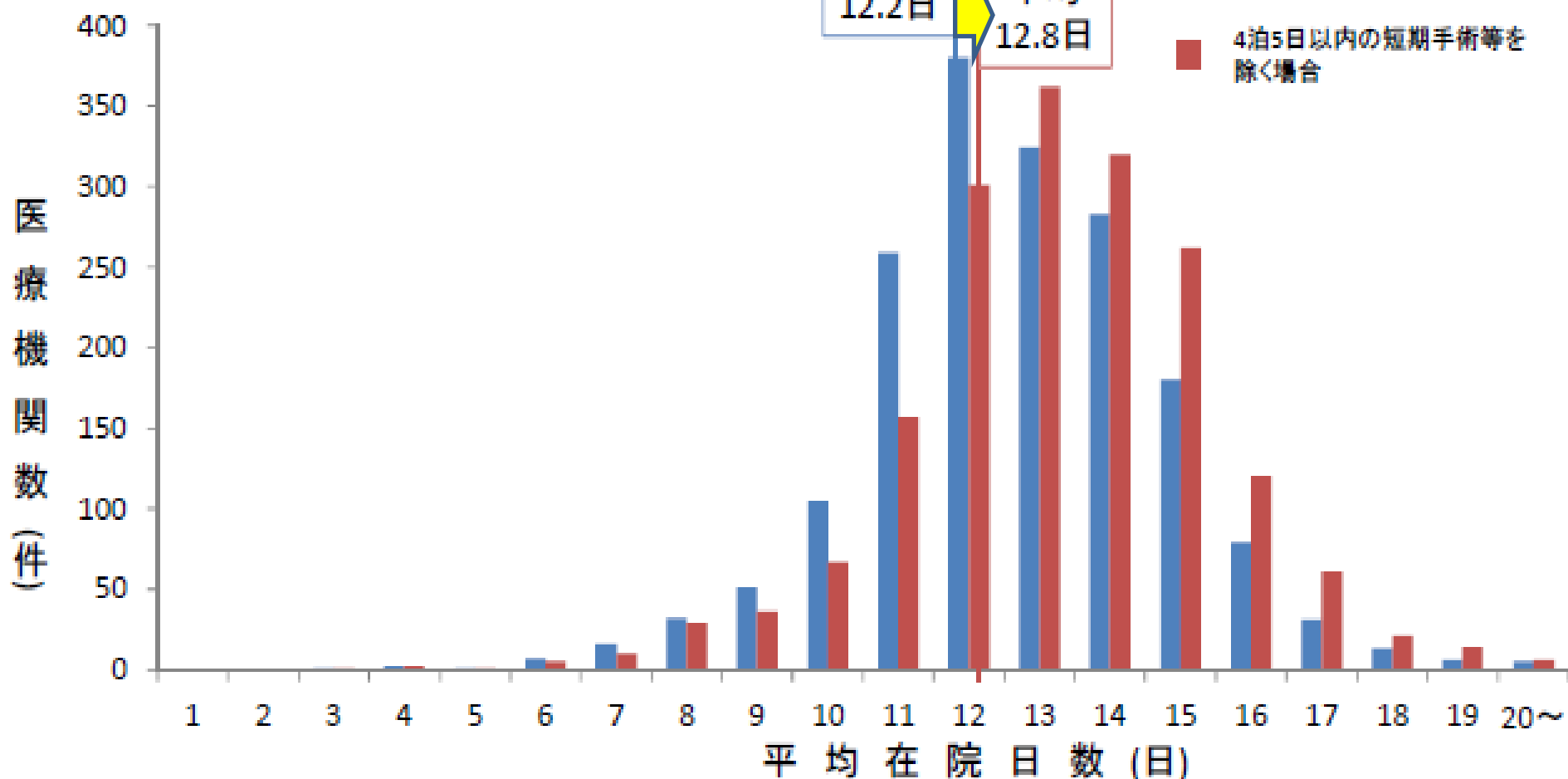
- (4) 特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病床に転換した場合に対する経過措置
- (5) 診療報酬点数表における簡素化
  - ① 栄養管理実施加算と褥瘡患者管理加算の包括化について
  - ② 入院基本料等加算の簡素化について
- (6) 医療機関における褥瘡の発生等

# 7対1入院基本料のあり方

- 7対1入院基本料を算定している医療機関は、長期療養を提供することや、特定の領域に特化し標準化された短期間の医療を提供するのではなく、主に「複雑な病態をもつ急性期の患者に対し、高度な医療を提供すること」と考えられる。
- 7対1入院基本料を算定している医療機関のあり方を踏まえ、平均在院日数の算出において、治療や検査の方法等が標準化され、短期間で退院可能な手術や検査は平均在院日数の計算対象から外す
- 退院支援の強化と受け皿となる病棟の評価を検討することを前提に、特定除外制度については13対1・15対1と同様の取り扱いとする

# DPCデータ提出病院における短期手術等に係る平均在院日数の影響

N=1,775  
(10対1病院を含む全DPCデータ提出病院)



4泊5日以内の短期手術等の症例を除いた場合、平均在院日数の差は全体で約0.6日 (+4.9%)程度



# 短期滞在手術・検査項目

- 腋臭手術皮膚有毛部切除術
- 水晶体再建術(眼内レンズ挿入)
- 乳腺腫瘍摘出術(長径5cm未満)
- 関節鏡下手根管開放手術
- 水晶体再建術(眼内レンズ挿入なし)
- 内視鏡的結腸ポリープ(粘膜切除長径2cm未満)
- 胸腔鏡交感神経切除術(両側)
- 子宮頸部(膣部)切除術
- 下肢静脈瘤手術抜去切除術
- 子宮鏡下子宮筋腫摘出術
- 下肢静脈瘤手術硬化療法(一連として)
- 内視鏡的結腸ポリープ術・粘膜切除術長径2cm以上
- 痔核手術(脱肛を含む)硬化療法(四段階注射法による)
- 終夜睡眠ポリグラフィー
- 前立腺針政権
- 小児食物アレルギー負荷試験
- ヘルニア手術そけいヘルニア
- 腹腔鏡下そうけいヘルニア手術(両側)

# 特定除外制度

90日越えの特定入院基本料から  
さらに平均在院日数の  
計算対象から除外する患者

## 90日超患者のうちの特定除外患者割合

	全体	入院期間90日超		うち 特定除外患者に該当する	
		人数	割合	人数	割合
7対1一般病棟入院基本料	3,810	223	5.9%	142	3.7%
10対1一般病棟入院基本料	1,727	147	8.5%	112	6.5%
療養病棟入院基本料1	1,703	1,374	80.7%	-	-
療養病棟入院基本料2	1,080	800	74.1%	-	-

○ 7対1、10対1一般病棟入院基本料を届出している医療機関においても90日を超えて長期入院する患者がある程度存在した。

# 特定除外患者の内訳(平成24年度調査)

		7対1 一般病棟入院基本料		10対1 一般病棟入院基本料	
		件数	割合	件数	割合
全体		142	100.0%	112	100.0%
特定除外患者該当状況	[01] 難病患者等入院診療加算を算定する患者	4	2.8%	3	2.7%
	[02] 重症者等療養環境特別加算を算定する患者	—	—	3	2.7%
	[03] 重度の肢体不自由者、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者および難病患者等	7	4.9%	10	8.9%
	[04] 悪性新生物に対する治療を実施している状態	37	26.1%	16	14.3%
	[05] 観血的動脈圧測定を実施している状態	—	—	—	—
	[06] リハビリテーションを実施している状態(入院日から起算して180日間に限る)	45	31.7%	20	17.9%
	[07] ドレーン法もしくは胸腔または腹腔の洗浄を実施している状態	4	2.8%	3	2.7%
	[08] 頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態	13	9.2%	6	5.4%
	[09] 人工呼吸器を使用している状態	11	7.7%	6	5.4%
	[10] 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過または血漿交換療法を実施している状態	6	4.2%	36	32.1%
	[11] 全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態(当該手術日から30日間に限る)	4	2.8%	—	—
	[12] 上記 [1]～[11] に掲げる状態に準ずる状態にある患者	9	6.3%	6	5.4%
[99] 未記入	2	1.4%	3	2.7%	

# 特定除外患者を含めて計算した場合の平均在院日数\*

\*調査票における入院日から調査日までの入院期間を元に算出しているため診療報酬上の基準とは異なる

(単位:日)

	7対1一般病棟入院基本料		10対1一般病棟入院基本料	
	(N=1,826)	特定除外患者を 含めない場合 (N=1,799)	(N=763)	特定除外患者を 含めない場合 (N=745)
全体	22.5	21.0	25.2	22.0
		← 1.5日延長		← 3.2日延長

# 平均在院日数

- 4泊5日以内の**短期手術等の症例を除いて**平均在院日数を計算した場合
  - 12.2日→12.8日(+0.6日延長)
- 7対1、10対1入院基本料を算定する医療機関で、**特定除外患者を含めて**平均在院日数を計算した場合
  - 7対1 21.0日→22.5日(+1.5日延長)
  - 10対1 22.0日→25.2日(+3.2日延長)

重症度・看護必要度

## ② 一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票(平成24年診療報酬改定後)

Aモニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置	なし	あり	/
2 血圧測定	0から4回	5回以上	/
3 時間尿測定	なし	あり	/
4 呼吸ケア	なし	あり	/
5 点滴ライン同時3本以上	なし	あり	/
6 心電図モニター	なし	あり	/
7 シリンジポンプの使用	なし	あり	/
8 輸血や血液製剤の使用	なし	あり	/
9 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用、 ② 麻薬注射薬の使用、 ③ 放射線治療、 ④ 免疫抑制剤の使用、 ⑤ 昇圧剤の使用、 ⑥ 抗不整脈剤の使用、 ⑦ ドレナージの管理	なし	/	あり

B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 起き上がり	できる	できない	/
3 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
4 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	/
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

測定・評価が  
要件となるもの

	重症者※の割合
7対1入院基本料	15%以上 (がん専門病院については10%)
10対1入院基本料	測定・評価のみ (要件なし)
看護必要度加算 (一般病棟10対1入院基本料届出病棟)	10%又は15%以上
急性期看護補助体制加算 (一般病棟10対1及び7対1入院基本料届出病棟)	10対1の場合 10%以上 7対1の場合 15%以上
一般病棟看護必要度評価加算 (一般病棟13対1入院基本料届出病棟)	測定・評価のみ (要件なし)

※A得点が2点以上、かつB得点が3点以上の患者

厚生科学研究特別  
研究で追加項目を  
検討



# 重症度・看護必要度

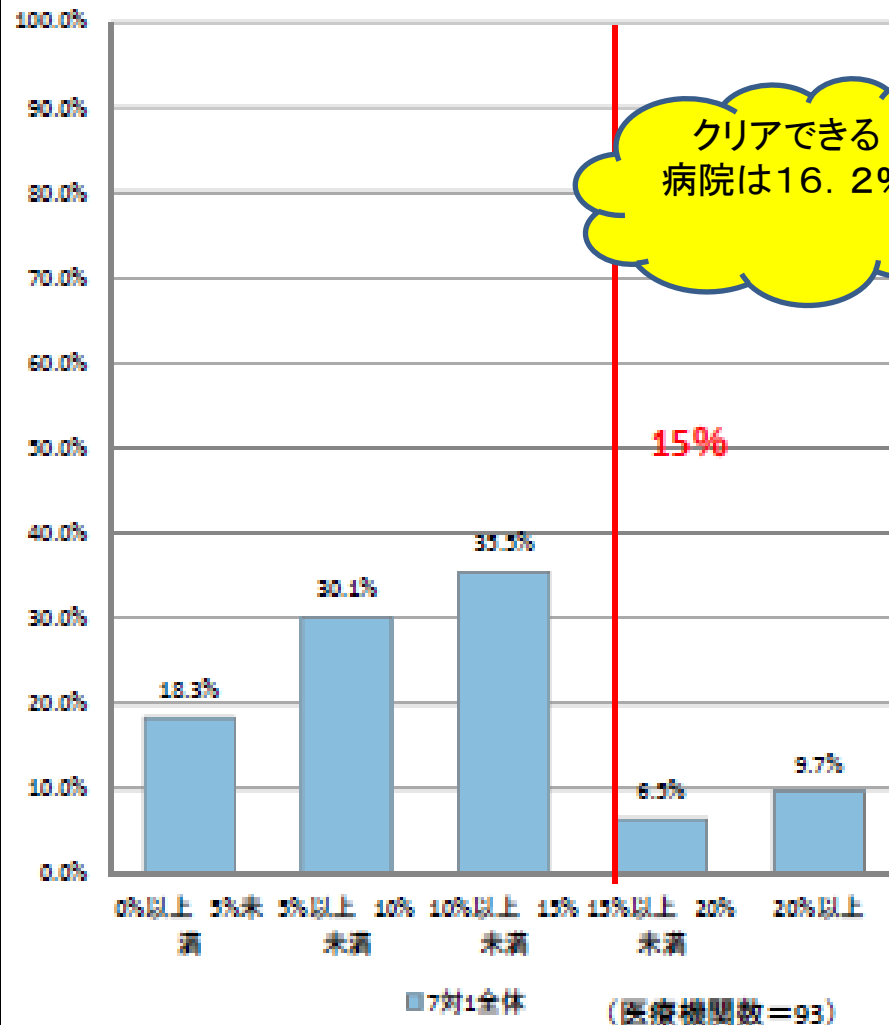
- 複雑な病態をもつ急性期の患者に必要とされる重症度・看護必要度とは何かという観点から見直し
  - 時間尿測定及び血圧測定は削除
  - 「創傷処置」については、褥瘡の処置とそれ以外の手術等の縫合部等の処置を分ける
  - 「呼吸ケア」については、痰の吸引を定義から外す
- 新しい項目の追加
  - 抗悪性腫瘍剤の内服、麻薬の内服・貼付、抗血栓塞栓薬の持続点滴をA項目に追加
  - 10分以上の指導・意思決定支援については、実施すべき内容等定義を明確にした上でA項目に追加

＜削除項目と追加項目の組み合わせのシミュレーション＞  
 パターン2:「時間尿測定」「血圧測定」「創傷処置」「呼吸ケア」の削除と  
 追加項目の全てを反映した場合①

A モニタリング及び処置等	
1 創傷処置	×
2 血圧測定	×
3 時間尿測定	×
4 呼吸ケア	×
5 点滴ライン同時3本以上	○
6 心電図モニター	○
7 シリンジポンプの使用	○
8 輸血や血液製剤の使用	○
計画に基づいた10分以上の指導	○
計画に基づいた10分以上の意思決定支援	○
9 専門的な治療・処置1	○
① 抗悪性腫瘍剤の使用	○
② 麻薬注射薬の使用	○
③ 放射線治療	○
④ 免疫抑制剤の使用	○
⑤ 昇圧剤の使用	○
⑥ 抗不整脈剤の使用	○
⑦ ドレナージの管理	○
抗悪性腫瘍剤の内服	○
麻薬の内服・貼付	○
抗血栓塞栓薬の持続点滴	○
B 患者の状況等	
1 寝返り	○
2 起き上がり	○
3 座位保持	○
4 移乗	○
5 口腔清潔	○
6 食事摂取	○
7 衣服の着脱	○

青字:削除項目案 赤字:追加項目案

基準該当者割合別の施設割合(%)



【集計について】7対1入院基本料を算定する医療機関の「基準該当者割合」別に医療機関の分布を集計

# 中医協総会（11月27日）

- 「計画に基づいた10分以上の指導・意思決定支援」を除くと・・・
- 「重症度・看護必要度の高い患者割合15%以上」の要件を満たせる病院は？
  - 全体の56.5%（25.9ポイント減）
  - 3カ月を超えず1割以内に変動の範囲内にある病院（点数算定が認められる）を含めると70.6%（16.5ポイント減）

## 2. 入院医療等の調査・評価分科会等の答申から

### 2-6: 7対1入院料(看護必要度: 3病院の状況)

シュミレーション②		看護必要度		
		現行	改定後(注2)	差
300床 がん専門病院	A病院 2013年7月	16.9%	14.2%	-2.7%
	8月	16.5%	13.4%	-3.1%
150床 整形外科病院	B病院 2013年7月	16.4%	11.1%	-5.3%
	8月	13.5%	10.3%	-3.2%
200床 ケアミックス病院	C病院 2013年7月	17.0%	14.4%	-2.6%
	8月	20.7%	17.8%	-2.9%

注2: A評価より血圧測定・時間尿測定・喀痰吸引を除外  
(除外条件は施設により違いあり)

- ①血圧測定・時間尿測定・喀痰吸引を除外した場合の看護必要度への影響を、試算したもの。
- ②3病院共に2.6%~5.3%と低下幅が大きく、A病院・B病院では2か月連続、C病院でも単月で施設基準の要件を下回る。  
(施設基準: 7対1=15%、10対1=10%)
- ③病棟別や診療科別など看護必要度の精査が必要。

## 2. 入院医療等の調査・評価分科会等の答申から

### 2-6: 7対1入院料(看護必要度: 3病院の状況)

病棟別の平均在院日数及び看護必要度(2013年8月)

#### A病院

300床  
がん専門病院

病棟名	平均在院日数	必要度(%)	試算(注1)	試算(注2)
東3	7.7	12.0	×	×
東4	12.5	17.4	○	○
東5	10.5	12.8	×	×
東6	22.3	9.0	×	×
南3	11.9	26.7	○	○
南4	22.0	9.1	×	×
南6	17.9	10.8	×	×
一般全体	13.0	16.5		

#### B病院

150床  
整形外科病院

	平均在院日数	必要度(%)	試算(注1)	試算(注2)
2階	22.0	11.2	×	×
3階	11.6	4.1	×	×
4階	14.5	5.4	×	×
東館	19.6	5.4	×	×
一般全体	13.4	13.5		

注1: 看護必要度が7対1を満たさない

注2: 平均在院日数・看護必要度共に7対1を満たさない。

## 2. 入院医療等の調査・評価分科会等の答申から

### 2-6:7対1入院料(看護必要度:3病院の状況)

#### C病院

200床  
ケアミックス病院

	平均在院日数	必要度(%)	試算(注1)	試算(注2)
西2	19.4	25.3	○	×
西3	19.3	18.1	○	×
4階	31.5	19.5	○	×
東3	6.8	15.0	○	○
一般全体	16.3	20.7		

注1:看護必要度が7対1を満たさない

注2:平均在院日数・看護必要度共に7対1を満たさない。

- ①3病院の平均在院日数と看護必要度を病棟別に表したもの。
  - ②病棟の看護必要度のみが施設基準(15%)を満たさない場合
    - ・A病院:5病棟がランクダウン。(2病棟は10対1も満たせない。)
    - ・B病院:4病棟共にランクダウン。(3病棟は10対1も満たせない。)
    - ・C病院:4病棟共にクリア。
  - ③病棟の平均在院日数(18日)と看護必要度(15%)が基準を満たさない場合
    - ・A病院:5病棟がランクダウン。
    - ・B病院:4病棟共にランクダウン。
    - ・C病院:3病棟がランクダウン。(10対1も満たせない。)
- という結果となった。

7対1病床36万床の4分の1  
9万床減るかもしれない？

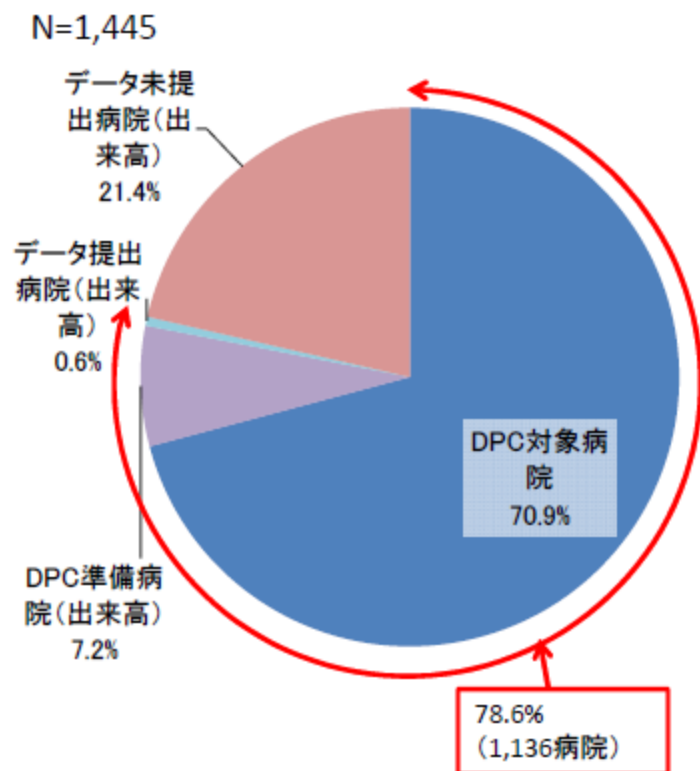
# その他指標

- 7対1入院基本料を算定している医療機関の診療実態を明らかにし、継続的に調査分析を行うためにDPCデータの提出を要件とすること
- 在宅復帰率 75%
  - 退院支援の取り組みの評価としての在宅復帰率（自宅、亜急性期病床等への転棟・転院も含む）
- 早期リハ
  - 急性期病棟におけるADL低下や関節拘縮等の予防のための早期リハによる介入ができる体制を評価する指標



# 7対1病院のDPCデータ提出の状況

7対1病院におけるDPCデータの提出状況(平成24年度)



DPCデータの提出病床の状況

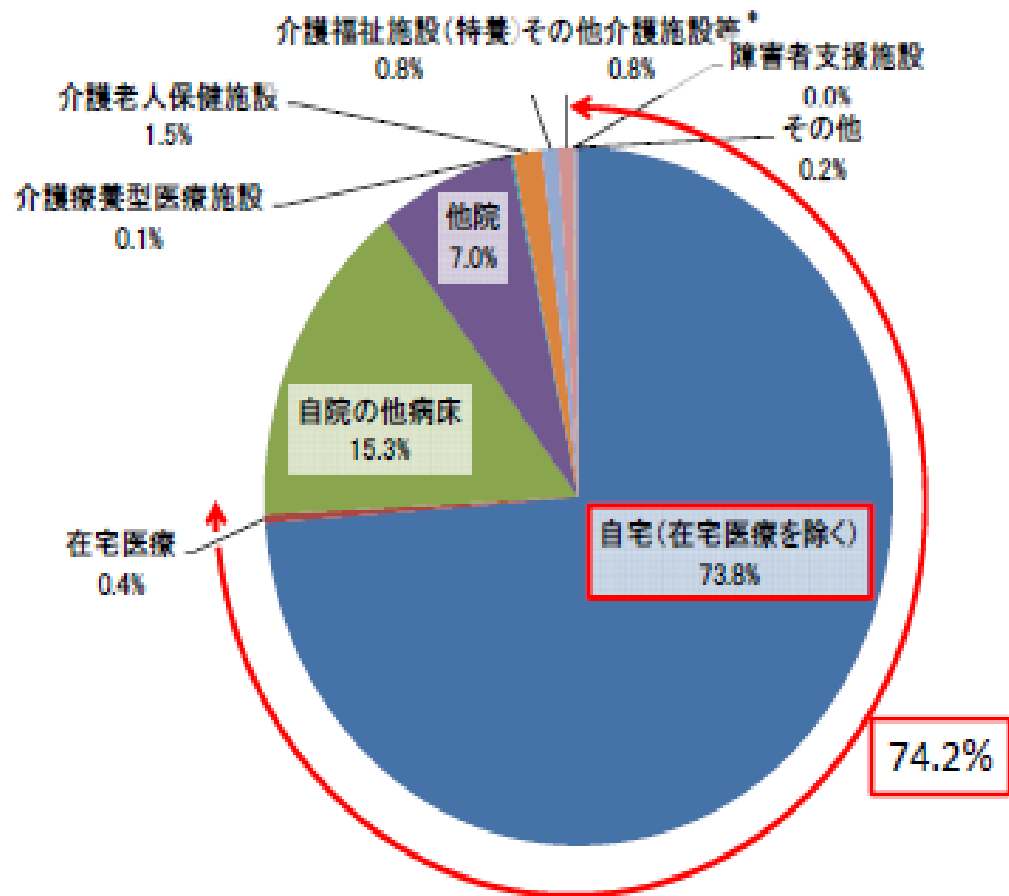
	許可病床数 (平成24年7月1日現在)	データ提出届出病床数 (平成25年3月1日現在)	割合
一般病棟 7対1入院基本料(経過措置を含む)	380,591	328,665	86.4%
一般病棟 10対1入院基本料	210,566	74,513	35.4%
特定機能病院 一般病棟 7対1入院基本料(経過措置を含む)	58,944	58,326	99.0%*
特定機能病院 一般病棟 10対1入院基本料	1,365	1,232	90.3%*
専門病院 7対1入院基本料(経過措置を含む)	5,795	5,569	96.1%
専門病院 10対1入院基本料	1,944	1,215	62.5%

\*特定機能病院で100%になっていないのは許可病床と届出病床の差によると考えられる

7対1入院基本料を算定している病床については、既に大半がDPCデータを提出している<sub>105</sub>

# 7対1病棟における退棟患者の状況(平成24年度調査結果)

(改) 診調組 入-1  
25.7.17



+死亡退院: 749人

74.2%

N=24,687

出典: 平成24年度 入院医療等の調査より

\*その他介護施設等には「グループホーム」「有料老人ホーム・軽費老人ホーム」「サービス付き高齢者向け住宅」が含まれる

高度急性期・急性期



# 在宅復帰の流れ(イメージ)

(改) 中医協 総-3  
25.3.13

亜急性期・回復期等



**在宅復帰率**  
回復期リハ病棟1: 7割以上  
回復期リハ病棟2: 6割以上  
亜急性期: 6割以上

居宅

居住系(特定施設・グループホーム等)

家庭



診療所等



外来・訪問サービス等

老健



長期療養



【参考】在宅復帰率(介護保険)  
在宅復帰支援型の老健 > 5割  
上記以外\* > 3割

※在宅復帰・在宅療養支援機能加算を算定する場合

# 新7対1経過措置 2014年9月まで！

データ提出加算については  
2015年3月まで

# 亜急性期入院医療

亜急性期入院医療が大きく見直しされる

# 亜急性期入院医療

- 亜急性期病床の役割・機能
  - ①急性期病床からの患者受け入れ
    - 重症度・看護必要度(A項目が1点以上の患者が10%以上)
  - ②在宅等にいる患者の緊急時の受け入れ
    - 在宅療養支援病院、二次救急病院の指定、救急告示の届け出
  - ③在宅への復帰支援
    - 在宅復帰率70%
- 多職種の配置
  - 専任のリハビリスタッフ、看護師、看護補助者、ケースワーカーなど

# 中医協総会（11月27日）

- 「亜急性期病棟」

- (i) 地域医療を支えるため「亜急性期医療の評価を充実」する
- (ii) 亜急性期は病棟単位の評価を原則とし、200床未満の病院については特例を設ける
  - 200床未満では病院全体あるいは1病棟に限り病床単位
- (iii) 亜急性期の機能に鑑み要件を設定する
- (iv) 療養病床においても、1病棟（60床）まで亜急性期の届出を可能とする

# 中医協総会(1月29日)で名称が 「地域包括ケア病棟」となった

- 地域包括ケア病棟入院料1

- 1日2558点、60日まで  
病棟単位

- 地域包括ケア入院医療管理料

- 1日2058点、60日まで
- 200床以下病院における病室単位

- 算定要件

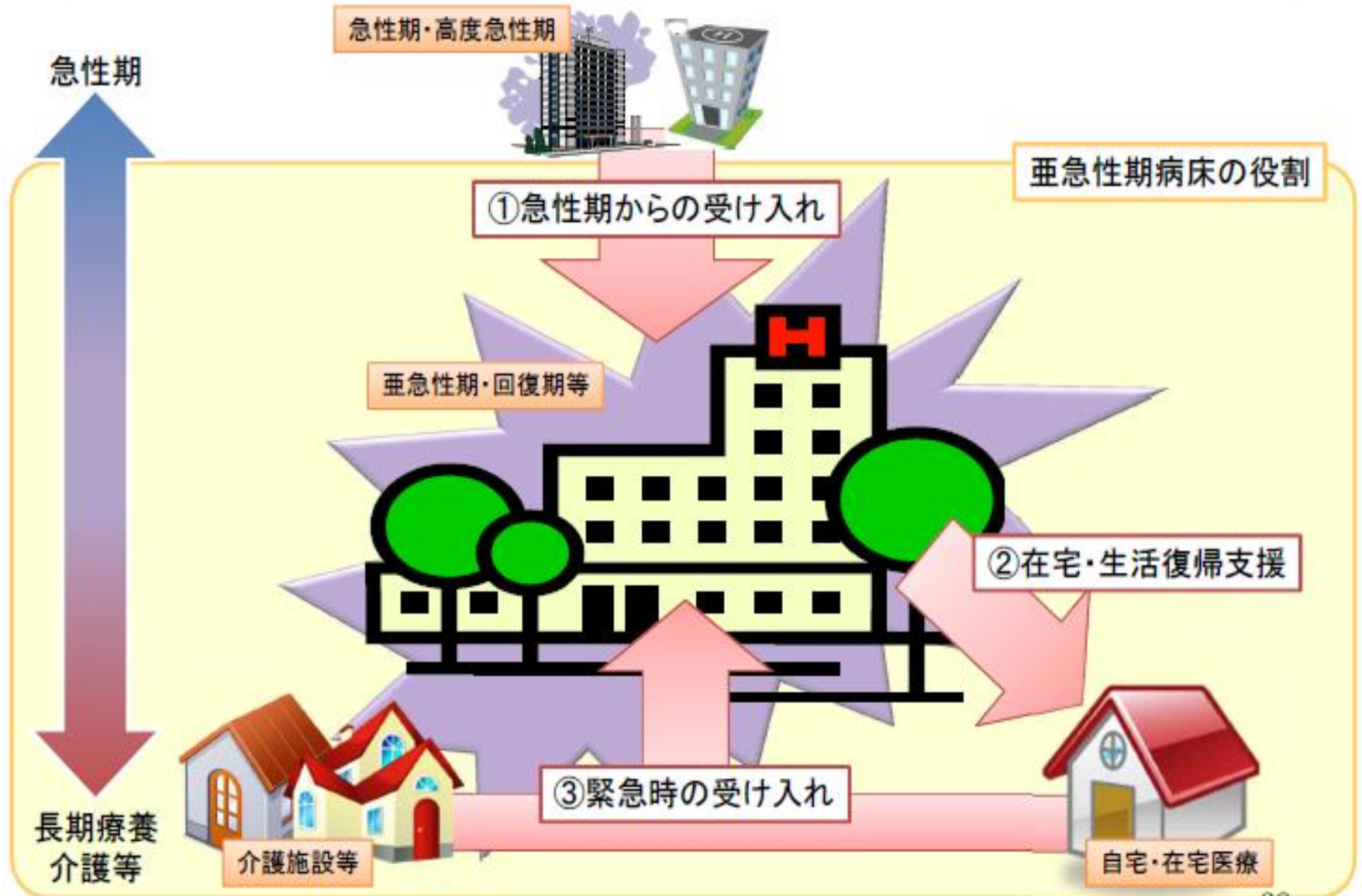
- 疾病別リハの届出
- 看護配置
- 常勤リハビリスタッフ
- リハ1日2単位以上
- 重症度・看護必要度
- 在宅復帰率
- 1床あたり原則6・4平米
- 在宅療養支援病院(200床未満)
- 2次救急指定病院、救急告示病院



リハの充実



# 地域包括ケア病棟の新たな機能



# 在宅療養後方支援病院 地域包括ケア病棟の例



医療法人 平成博愛会

## 世田谷記念病院

SETAGAYA MEMORIAL HOSPITAL

日慢協 武久洋三氏



# 平成24年4月2日開院

地域包括ケア後方病院？

## 全室個室200床

医療療養病床 105床

地域包括ケア病棟

長期急性期病床 56床  
長期慢性期病床 49床

回復期リハビリ病棟 95床

診療科目  
内科、整形外科、リハビリテーション科  
診療時間  
午前9時～正午



# 2つのタイプの療養病床

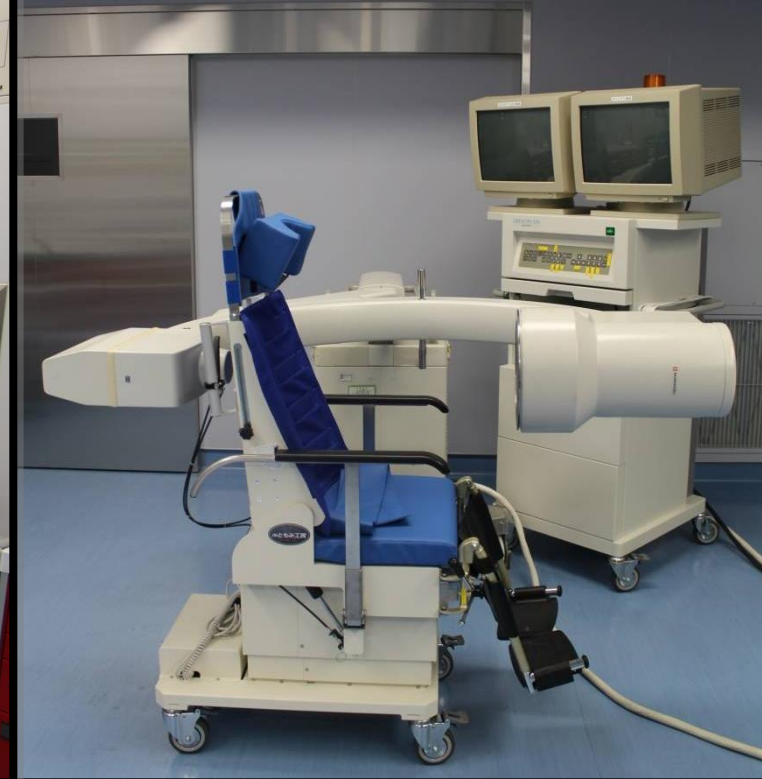
## 長期急性期病床

## 地域包括ケア病棟

- 急性期治療を終えた患者を早期(1~2週間)に受け入れる
- 積極的な治療とリハビリにより早期退院を目指す
- 在宅療養や施設入所患者様の状態悪化時の後方支援病床
- 看護配置は15:1(通常の療養は20:1)
- 目標平均在院日数は2ヶ月
- 在宅復帰率 70%

## 長期慢性期病床

- 長期急性期病床での治療で状態が安定した患者
- 入院前から長期療養が必要と分かっている患者
- 長期急性期病床と同様に積極的な治療とリハビリにより退院を目指す



## 実施可能な手技・検査

PICC・CVカテーテル挿入

嚥下造影

VE検査

内視鏡検査(経鼻・経口)

中心静脈リザーバー挿入術

胃瘻造設術



## リハビリテーション

PT 57名  
OT 17名      合計 82名  
ST 8名

回復期      9単位/日      24時間365日

長期急性期      1~2単位/日      地域包括ケア病棟  
2単位必須

長期慢性期      集団リハビリ・レクリエーション

# 世田谷記念病院

平成24年4月～平成25年3月における  
1年間の平均在院日数

長期急性期病棟	61日
長期慢性期病棟	82日
回復期リハビリテーション病棟	77日
病院全体	73日

# <療養病棟(長期急性期 + 長期慢性期)>

## 入院状況

総入院患者数: 335例

入院経路		
急性期病院	162	例
慢性期病院	7	例
診療所	13	例
特養・老健	137	例
自宅	14	例
居住系施設	2	例
計	335	例

## 退院状況

総退院患者数: 264例

在宅復帰率 : 83.8%

退院経路		
急性期病院	22	例
慢性期病院	22	例
特養・老健	100	例
自宅	52	例
居住系施設	11	例
死亡	57	例
計	264	例



外来の機能分化の推進について

## 外来診療の機能分化の推進(平成24年診療報酬改定)

### 特定機能病院等における初・再診料等の評価の見直し

- 紹介率や逆紹介率の低い特定機能病院等を紹介なしに受診した患者等に係る初・再診料を適正な評価とするとともに、保険外併用療養費(選定療養)の枠組みの活用を推進し、病院及び診療所における外来機能の分化及び病院勤務医の負担軽減を図る。

(新) 初診料 200点(紹介のない場合)

(新) 外来診療料 52点

(他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合)

**※ 保険外併用療養費(選定療養)を利用可能**

[算定要件]

- ①前年度の紹介率が40%未満かつ逆紹介率が30%未満の特定機能病院及び一般病床が500床以上の地域医療支援病院(経過措置)当該初診料・外来診療料の評価を導入するのは、平成25年4月1日とする。

なお、①の場合には、毎年10月1日に地方厚生(支)局に報告を行うこと。

$$\text{紹介率} = \frac{(\text{紹介患者数} + \text{救急患者数})}{\text{初診の患者数}} \quad \text{逆紹介率} = \frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診の患者数}}$$

※初診の患者数等の定義については、医療法における業務報告と同様

- ※ ただし、前年度1年間の実績が基準に満たなかった保険医療機関については、報告年度の連続する6か月間の実績が基準を上回る場合には紹介率が低い保険医療機関とはみなされない。

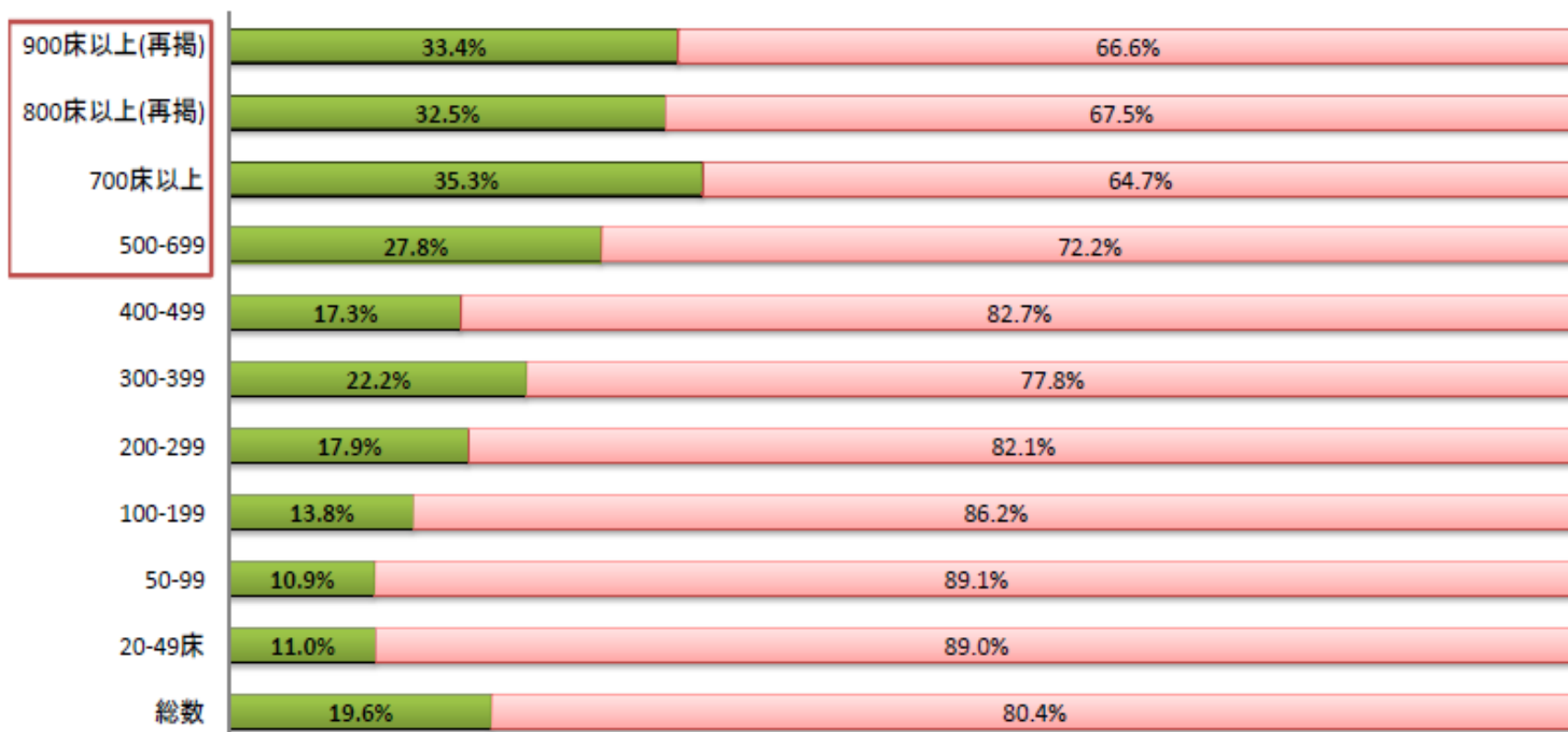
(翌年の4月1日までに地方厚生(支)局長へ報告する。)

(注) 初診の患者数、紹介患者数、逆紹介患者数、救急患者数の定義については、

- ・特定機能病院は、「医療法の一部を改正する法律の一部の施行について(平成5年2月15日)(健政発第98号)」により、
- ・地域医療支援病院は、「医療法の一部を改正する法律の施行について(平成10年5月19日)(健政発第639号)」により、  
定めている業務報告と同じ基準としている。

## 病床規模別の紹介率の状況(外来)

病院(外来)  
 ■ 紹介あり患者の割合 □ 紹介なし患者の割合

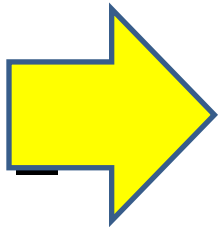


紹介あり患者の割合: 外来患者総数のうち、紹介あり(病院から、一般診療所から、歯科診療所から、介護老人保健施設から、介護老人福祉施設から、その他から)と答えた患者の割合

病床規模が大きくなるほど、紹介率が高くなり、特に500床以上で高くなる傾向がある

# 大病院の紹介率・逆紹介率

- 特定機能病院及び500床以上の地域医療支援病院
  - 紹介率50%未満かつ逆紹介率50%未満
- 特定機能病院を除く500床以上の全ての病院（一般病床200床未満の病院を除く）
  - 紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満



初診療	200点
外来診療料	52点

# 中医協総会(2013年11月1日)において 入院医療等の調査・評価分科会報告

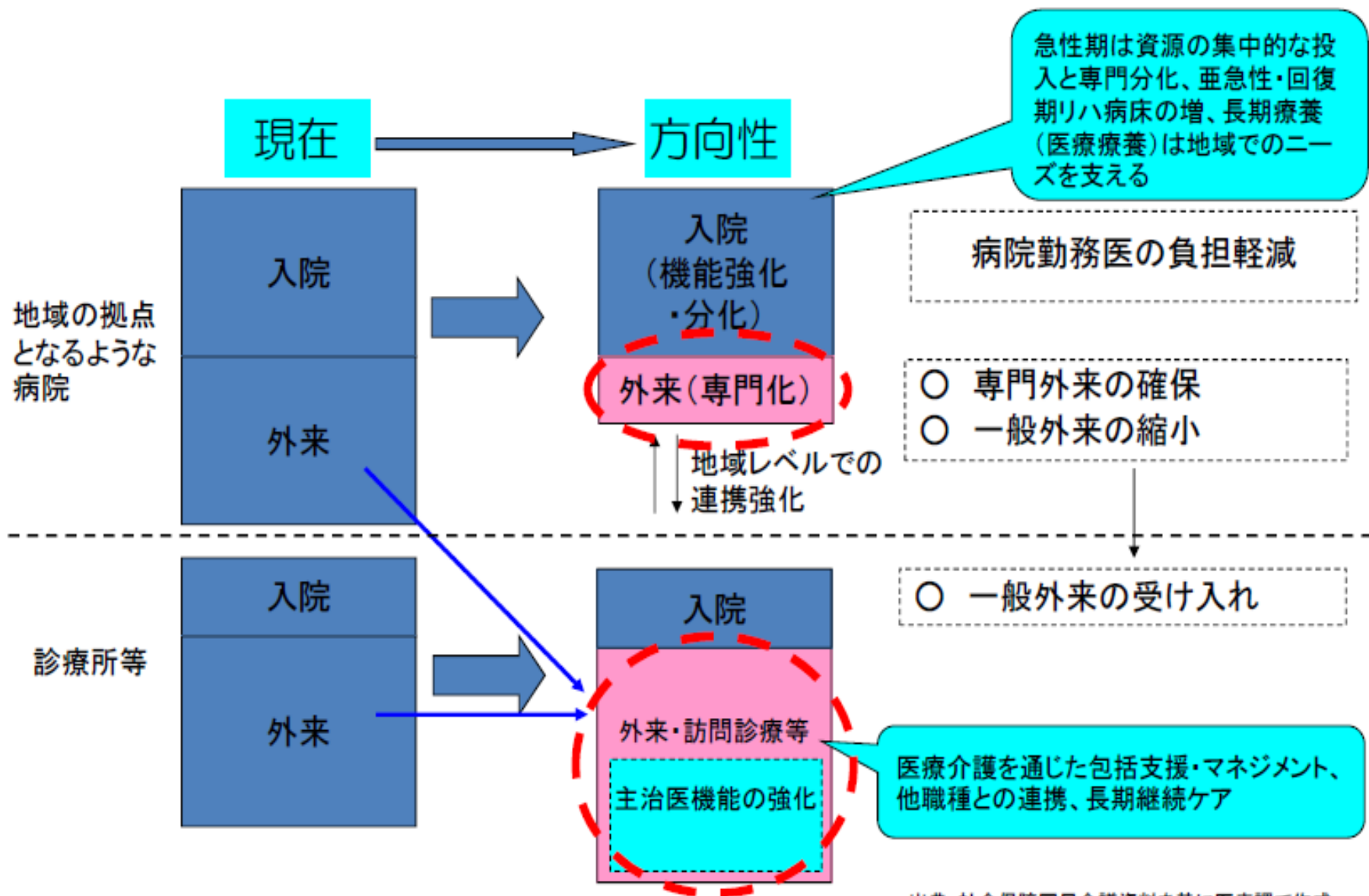


# 外来医療(その3) <主治医機能について>

平成25年10月9日

# 外来医療の役割分担のイメージ

(改) 中医協 総-3  
23.11.30



# 主治医機能の強化について

1. 対象医療機関と対象患者
2. 服薬管理
3. 健康管理
4. 介護保険制度の理解と連携
5. 在宅医療の提供および24時間の対応



## 主治医機能について① (対象医療機関と対象患者)

### 概要

- ・ 外来の機能分化の更なる推進の観点から、診療所や中小病院の主治医機能を持った医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、適切な専門医療機関等と連携することにより、継続的かつ全人的な医療を行う。

### 対象医療機関

- ・ 外来の機能分化の観点から、主治医機能については、地域の拠点となる病院ではなく、**主としてアクセスしやすい診療所や中小病院が担うことが重要**であると考えられる。
- ・ また、複数の慢性疾患を持つ患者に対して、主治医機能を持った医師が、それぞれの専門性を持った医療機関と連携しながら、一元的な管理を行うことが重要であると考えられる。

### 対象患者

- ・ 複数の慢性疾患を有している患者は高齢者に多いが、それ以外の年齢層にも一定程度みられ、年齢に関わらず継続的かつ全人的な医療を行うことが重要であると考えられる。
- ・ また、**高血圧症、糖尿病、脂質異常症や認知症を有する患者**が増加することが見込まれ、これらの疾患を主病とする患者に対する対応が重要であると考えられる。

# 主治医機能の評価

- 地域包括診療料 1500点(月1)
  - 200床以下病院、診療所
  - 高血圧、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上
  - 担当医の研修
  - 服薬管理
  - 健康管理
  - 介護保険に係る相談
  - 在宅医療の提供および24時間対応
- 地域包括診療加算 50点(1回につき)
  - 診療所のみ対象

# パート4

## 在宅医療の強化



2月10日中医協答申

# 在宅療養支援診療所・病院



# 06年在宅療養支援診療所の新設

特養、有料老人ホーム、ケアハウスの入居者で末期がんの患者に対する訪問診療料が算定できる



特養  
有料老人ホームなど

死亡前24時間以内に訪問して患者を看取れば1万点



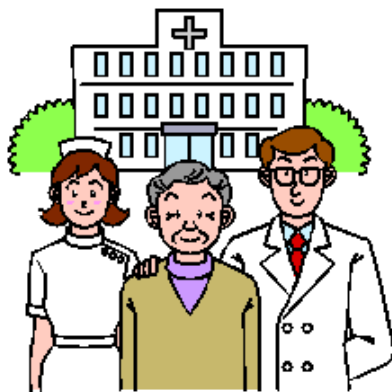
B診療所  
(連携先)



A診療所

在宅療養支援診療所

往診料や訪問診察料に高い加算



A診療所と連携しているB診療所(またはC病院)がA診療所の代形で訪問診療を行えば、在宅療養支援診療所なみの高い診療点数を算定できる



# 在宅療養支援診療所

湘南なぎさ診療所



# 人口10万人当たりの都道府県別在宅療養支援診療所数

## 人口10万人当たりの在宅療養支援診療所数

数

25

20

15

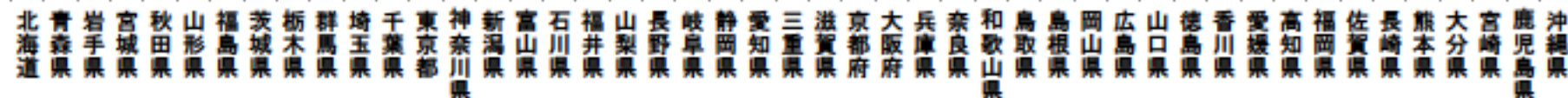
10

5

0

全国平均 10.1

東京



保険局医療課データ 平成23年7月

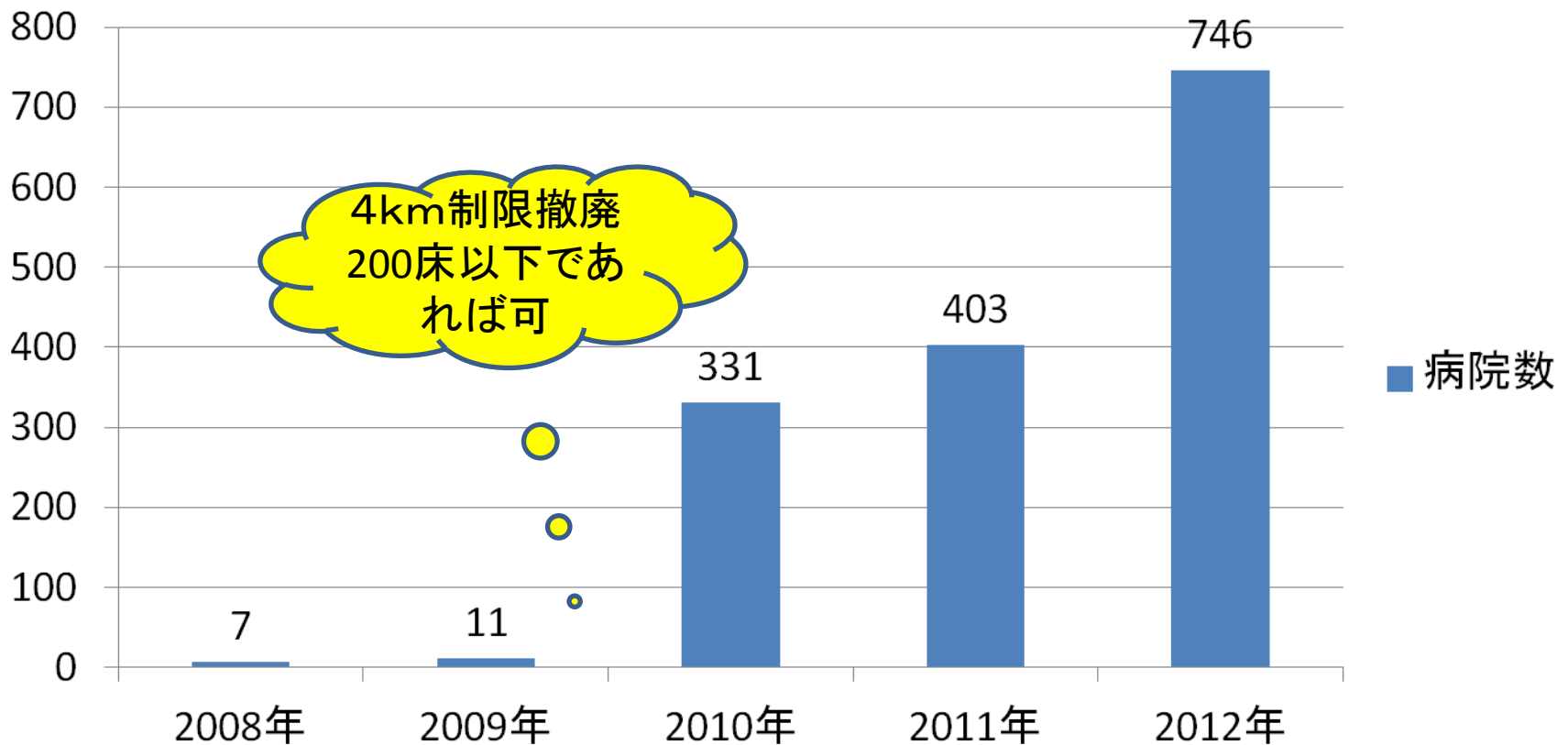
# 在宅療養支援病院の規制緩和 (2010年診療報酬改定)

- **2008年診療報酬改定**
  - 在宅療養支援病院の要件は「半径4km以内に診療所が存在しないもの」とされていたので、僻地等地域において在宅療養を提供する診療所がない地域のみ限定されていた
  - このため届け出は11病院に限定
- **2010年診療報酬改定**
  - 4Km要件が撤廃され、しかも200床以下の病院で取得が可能となった
  - この要件撤廃の影響により在宅療養支援病院が急増



# 在宅療養支援病院数の推移

病院数



# 医療法人財団厚生会古川橋病院

東京都で第1号の在宅療養支援病院

- 在宅療養支援病院 港区南麻布2丁目
  - 一般病床 49床
  - 介護老人保健施設 40床
  - 介護予防機能訓練施設 20名
  - 居宅介護支援事業所
  - 健診センター



鈴木先生



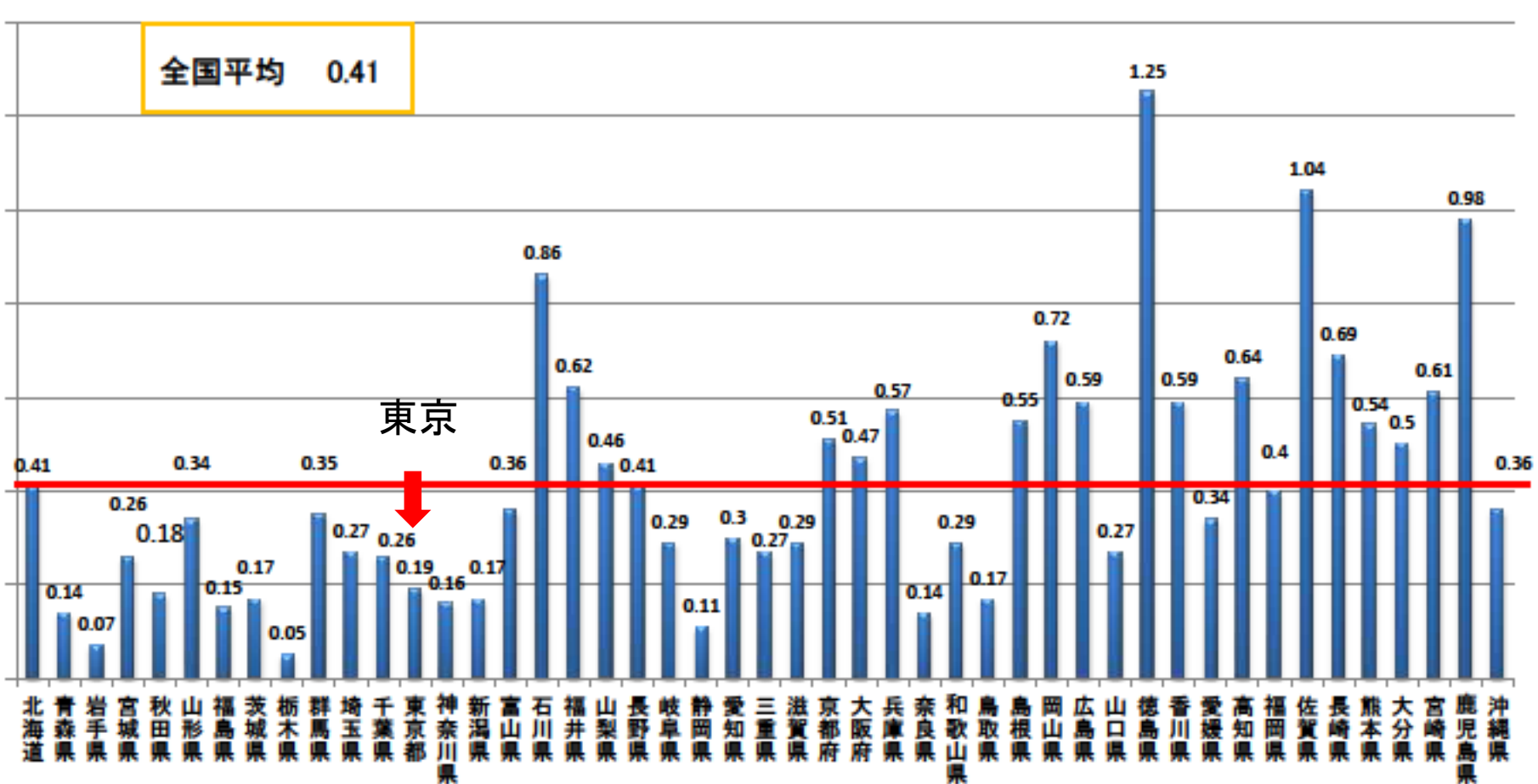
# 人口10万人当たりの都道府県別在宅療養支援病院数

## 人口10万人当たりの在宅療養支援病院数

数

全国平均 0.41

東京

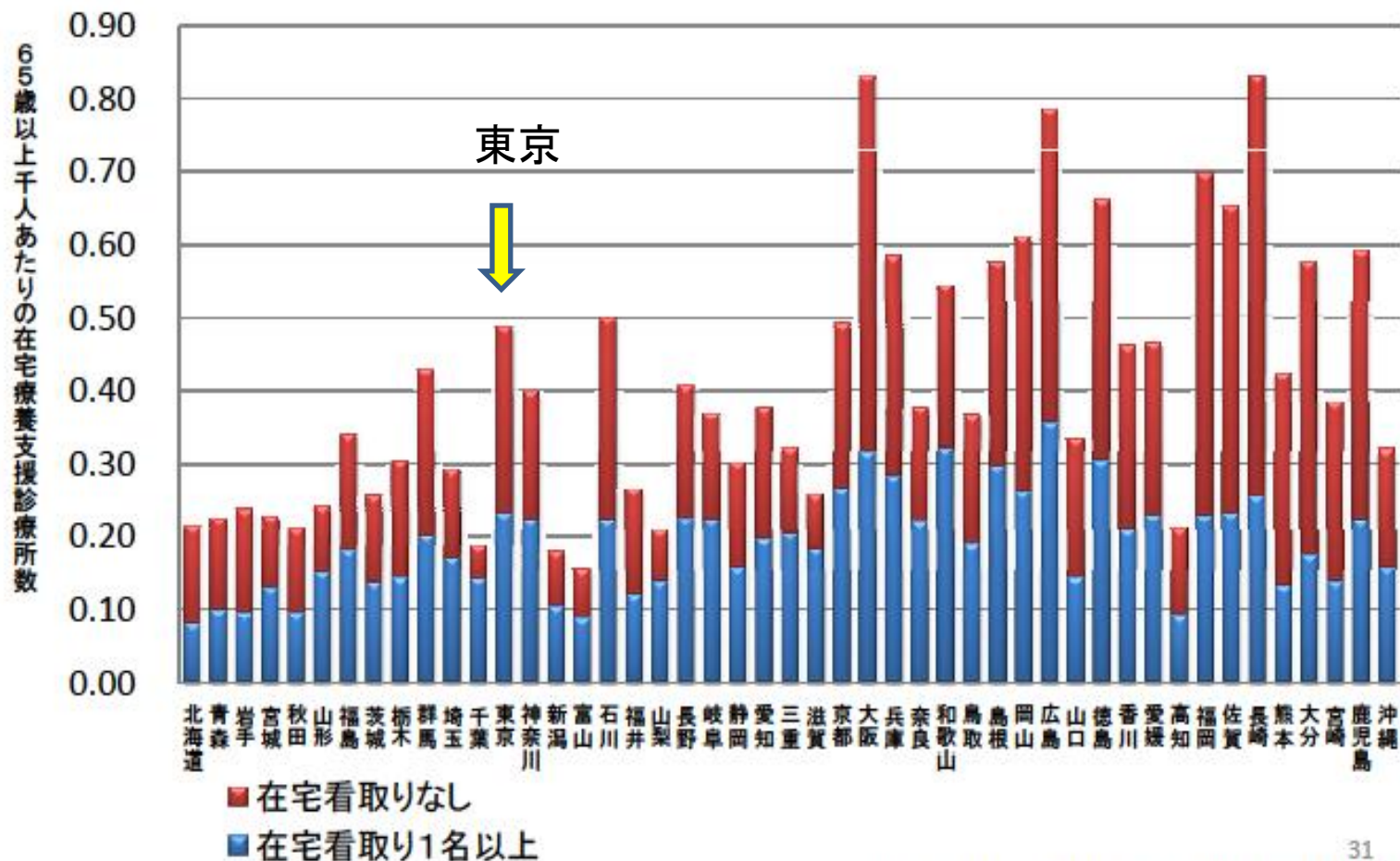


保険局医療課データ 平成23年7月

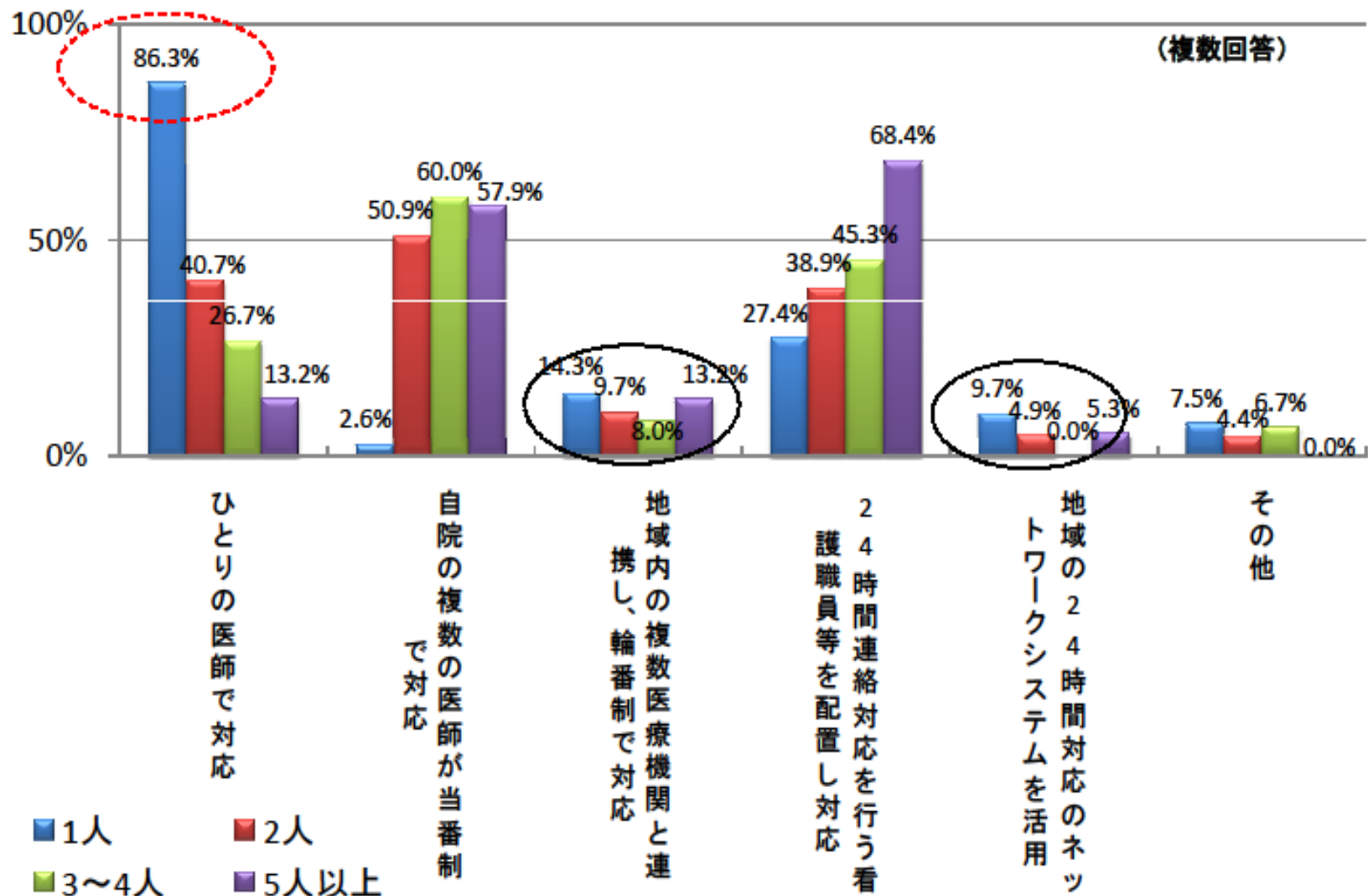
# 在宅療養支援診療所・病院の 課題と対策

少ない在宅看取りと  
機能強化型在宅療養支援診療所・病院

# 在宅療養支援診療所数(65歳以上千人あたり) <都道府県別分布>



# 在宅療養支援診療所における緊急時の連絡体制(複数回答)



(n=1,228 無回答を除く)

出典) 日本医師会総合政策研究機構

「在宅医療の提供と連携に関する実態調査」在宅療養支援診療所調査

# 機能強化した在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院等への評価(2012年診療報酬改定)

- ①従前の在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の要件に以下を追加する。
  - －イ 所属する常勤医師3名以上
  - －ロ 過去1年間の緊急の往診実績5件以上
  - －ハ 過去1年間の看取り実績2件以上

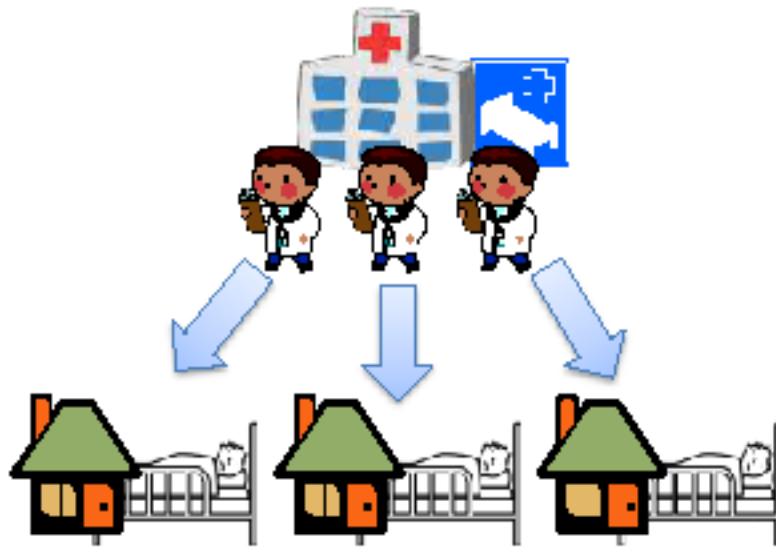
機能強化型  
在宅療養支援診療所  
在宅療養支援病院

# 機能強化した在宅療養支援診療所・ 在宅療養支援病院等への評価

- ②複数の医療機関が連携して①の要件を満たすことも可とするが、連携する場合は、以下の要件を満たすこと。
  - イ 患者からの緊急時の連絡先の一元化を行う
  - ロ 患者の診療情報の共有を図るため、連携医療機関間で月1回以上の定期的なカンファレンスを実施
  - ハ 連携する医療機関数は10未満
  - ニ 病院が連携に入る場合は200床未満の病院に限る

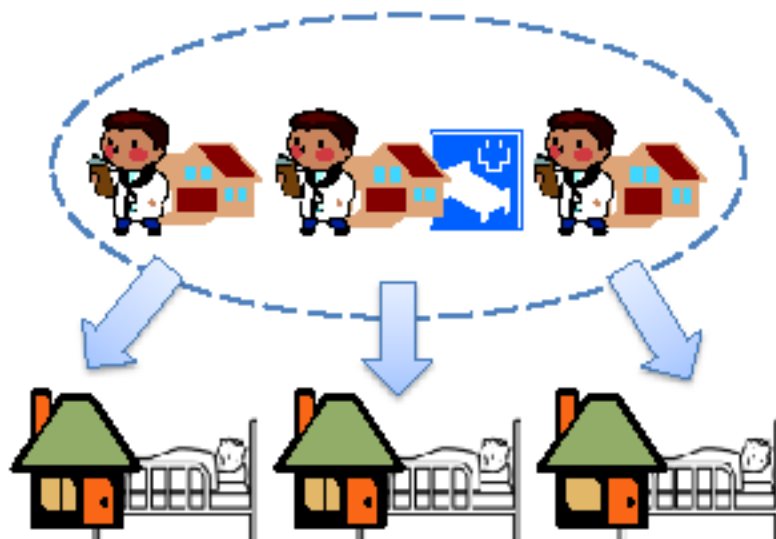


## 単独強化型



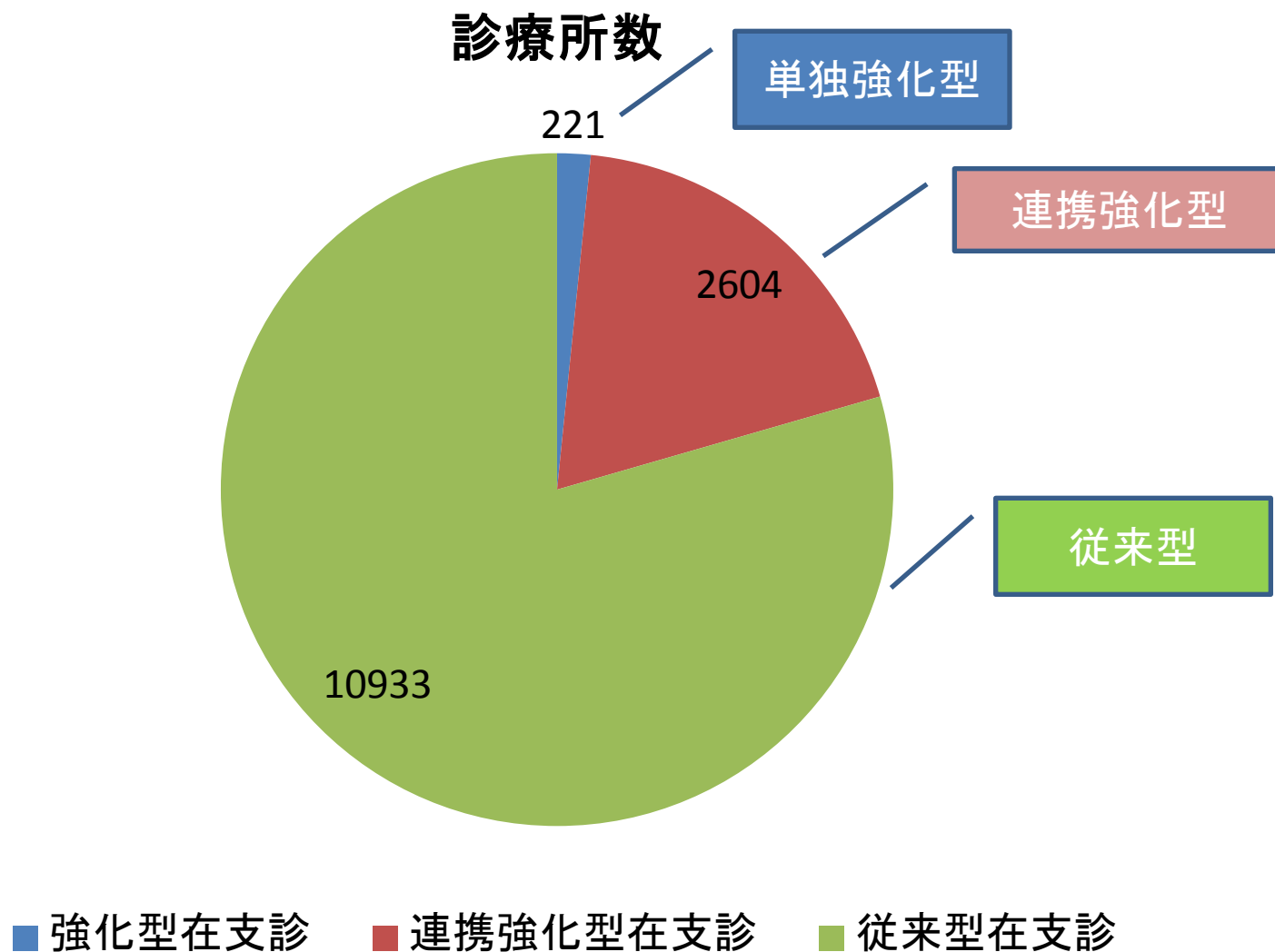
- ・3名以上の医師が所属する診療所が在宅医療を行う場合
- ・複数の診療所がグループを組んで在宅医療を行う場合をともに評価。
- ・さらに、ベッドを有する場合を高く評価。

## 連携強化型



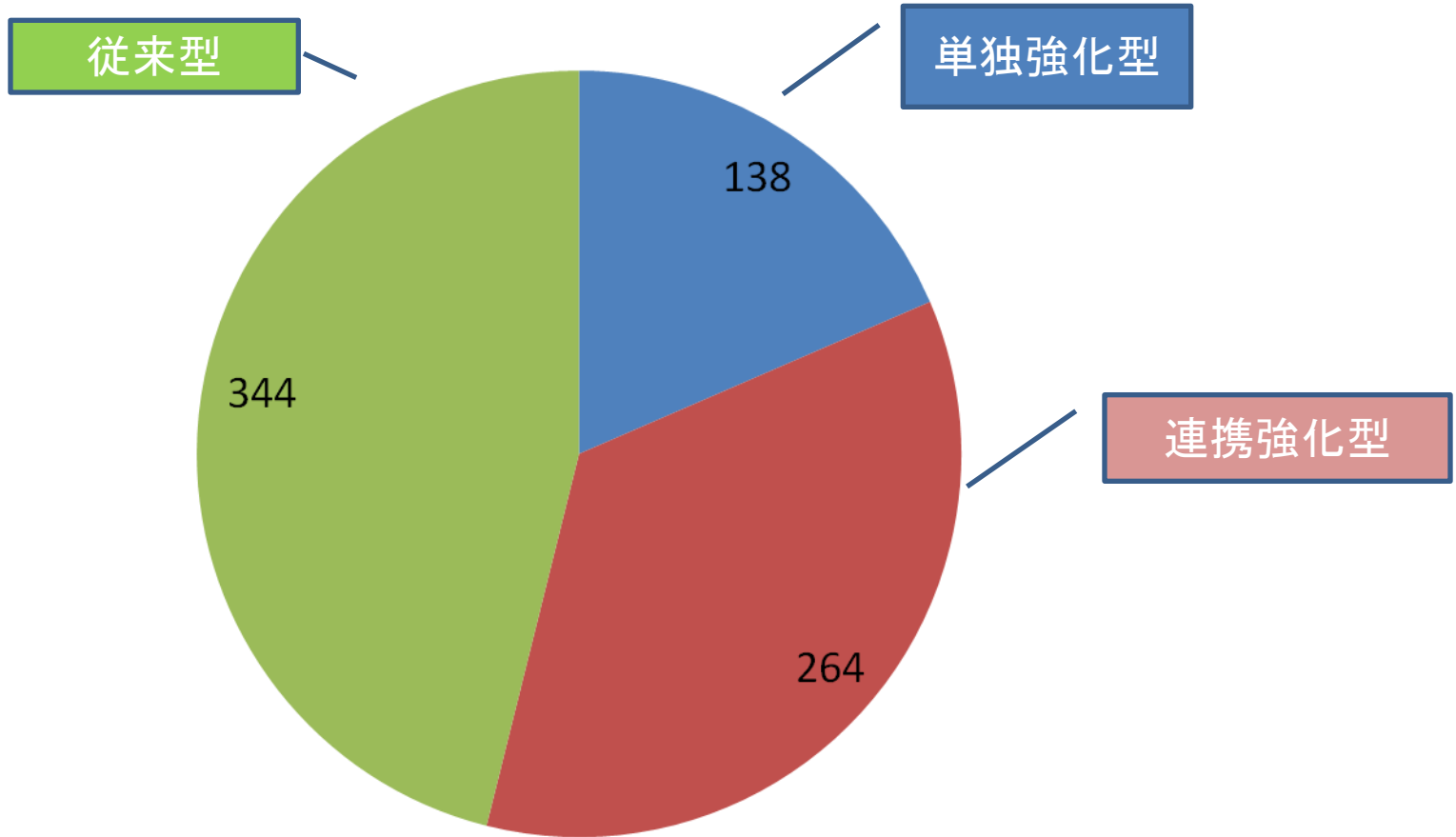
	従来型の在支診・在支病	強化型在支診・在支病
○往診料		
緊急加算	650点	750点(病床有850点)
夜間加算	1,300点	1,500点(病床有1,700点)
深夜加算	2,300点	2,500点(病床有2,700点)
○在宅時医学総合管理料		
処方せん有	4,200点	4,600点(病床有5,000点)
処方せん無	4,500点	4,900点(病床有5,300点)
○特定施設入居時等医学総合管理料		
処方せん有	3,000点	3,300点(病床有3,600点)
処方せん無	3,300点	3,600点(病床有3,900点)
○在宅ターミナル加算		
ターミナルケア加算	4,000点	5,000点(病床有6,000点)
看取り加算	3,000点	3,000点(病床有3,000点)
○在宅がん医療総合診療料		
処方せん有	1,495点	1,650点(病床有1,800点)
処方せん無	1,685点	1,850点(病床有2,000点)

# 強化型在宅療養支援診療所 (2012年7月現在)



# 強化型在宅療養支援病院 (2012年7月現在)

病院数



■ 強化型在支病   ■ 連携強化型在支病   ■ 従来型在支病

# 2014年診療報酬改定

強化型在宅療養支援病院・診療所の  
要件の厳格化

# 機能強化型在支診・病の 要件厳格化

- 単独強化型

- 「在宅担当の常勤医師3名」要件は変わらず

- 緊急往診

- 「5件以上」→「10件以上」

- 看取り

- 「2件以上」→「4件以上」

- 連携強化型

- 個々の医療機関が「緊急往診4件以上」、「看取り2件以上」というハードルをクリア

# パート5

## 地域包括ケアシステム

# 2012年介護報酬改定の基本方針

- 1 地域包括ケアシステムの基盤評価
  - ①高齢者の自立支援に重点を置いた在宅・居住系サービス
  - ②要介護度が高い高齢者や医療ニーズの高齢者に対応した在宅・居住系サービスの提供
- 2 医療と介護の役割分担・連携強化
  - ①在宅生活時の医療機能の強化へ向けた、新サービスの創設及び訪問看護、リハビリステーションの充実並びに看取りへの退行強化
  - ②介護施設における医療ニーズへの対応
  - ③入退院時における医療機関と介護サービス事業者との連携促進
- 認知症にふさわしいサービスの提供
- 質の高い介護サービスの確保



# 地域包括ケアシステム



## 【地域包括ケアの四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4つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～④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。

### ④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宅の整備(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

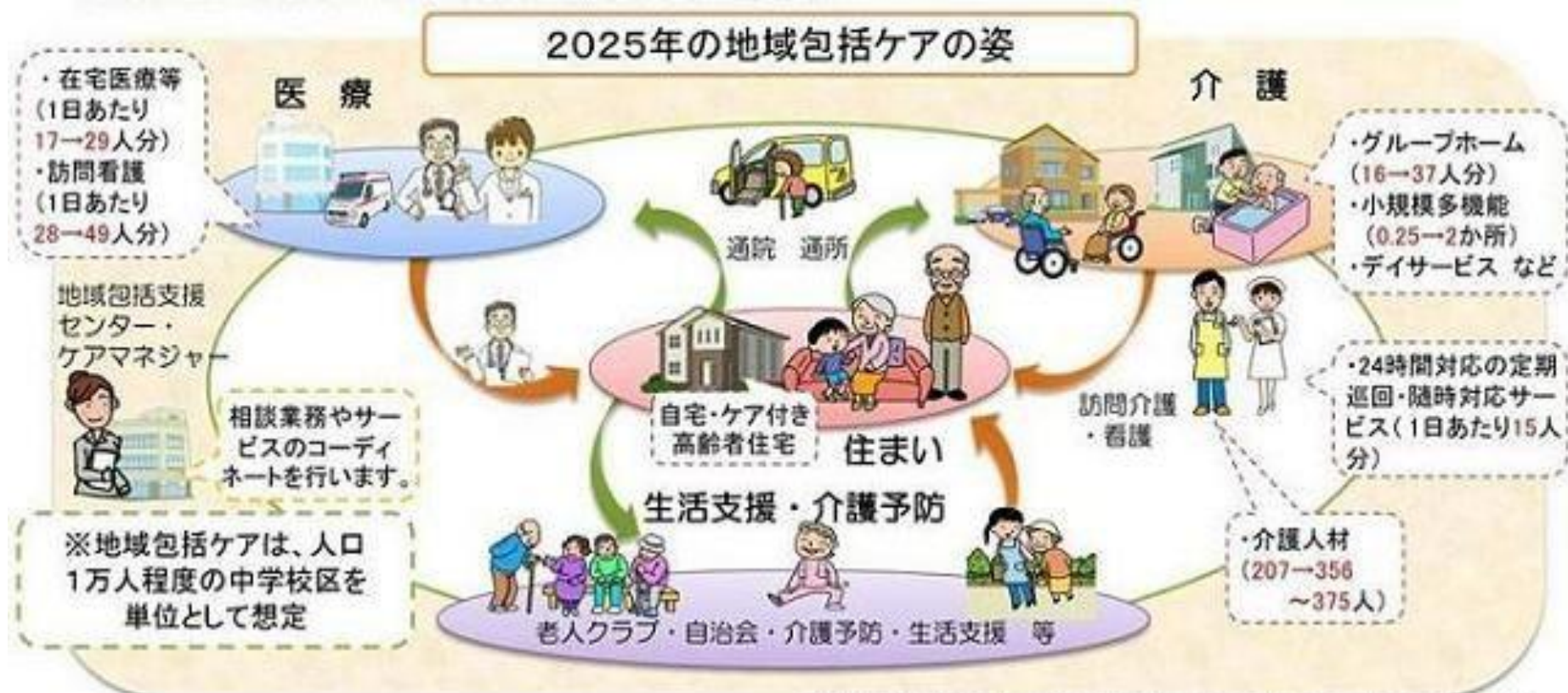
・持ち家のバリアフリー化の推進

## 社会保障・税一体改革成案による介護の将来像

○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る。

＜改革の主な具体策＞

- ・24時間対応の訪問サービス、グループホームや小規模多機能型サービスなどのサービスが充実。
- ・介護予防事業等により要介護状態になる高齢者が減少し、自立した高齢者の社会参加が活発になる。
- ・介護職員の処遇を改善し、キャリアパスを確立することにより、介護に必要な労働力が安定的に確保され、介護職員が誇りを持って仕事に取り組むことができる。



※数字は、現状は2011年、目標は2025年のもので、人口1万人の場合

# 地域包括ケアシステムを支える 3つの新規サービス

- ① 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
  - 改正介護保険法(2011年6月)
- ② 複合型サービス
  - 介護給付費分科会(2011年5月)
- ③ サービス付高齢者向け住宅
  - 改正高齢者住まい法(2011年10月)

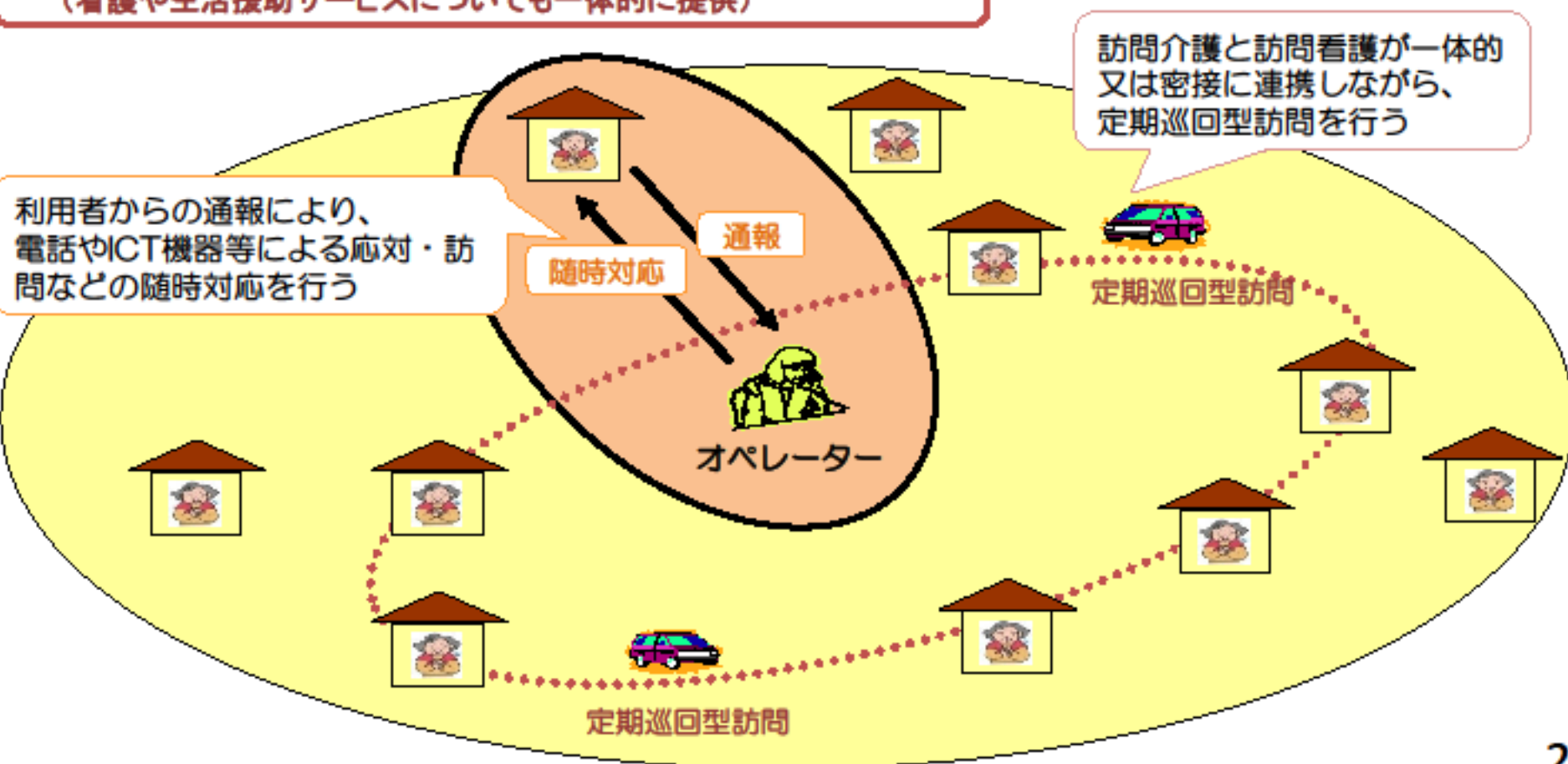
# ①定期巡回・随时対応型 訪問介護看護

改正介護保険法(2011年6月)

# I 制度概要について

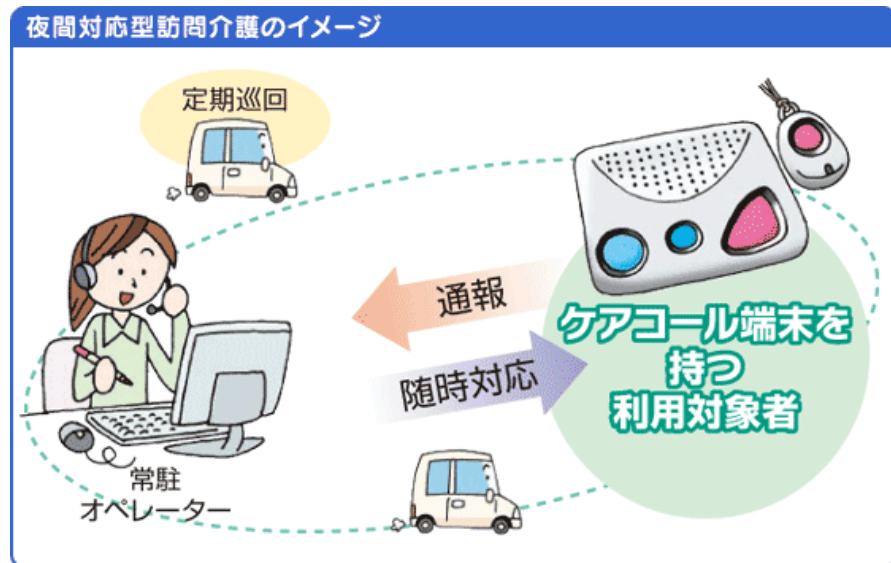
- 重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に又はそれぞれが密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」を創設（平成24年4月）。

- 地域密着型サービスの一類型として創設
- 対象者は要介護者のみ（介護予防サービスは規定していない）
- 身体介護サービスを中心とした一日複数回サービス  
（看護や生活援助サービスについても一体的に提供）



# 24時間対応型訪問介護サービス例

- 随時訪問の代表例(複数回答)
  - ①ベッドや車椅子からのずれ落ち(46%)
  - ②オムツ交換・トイレ介助(46%)
  - ③トイレやお風呂で転倒(26.9%)
  - ④体調が悪い(11.5%)
  - ⑤何となく不安(7.7%)



- 平成21年度世田谷区24時間随時訪問サービス当評価研究事業報告書

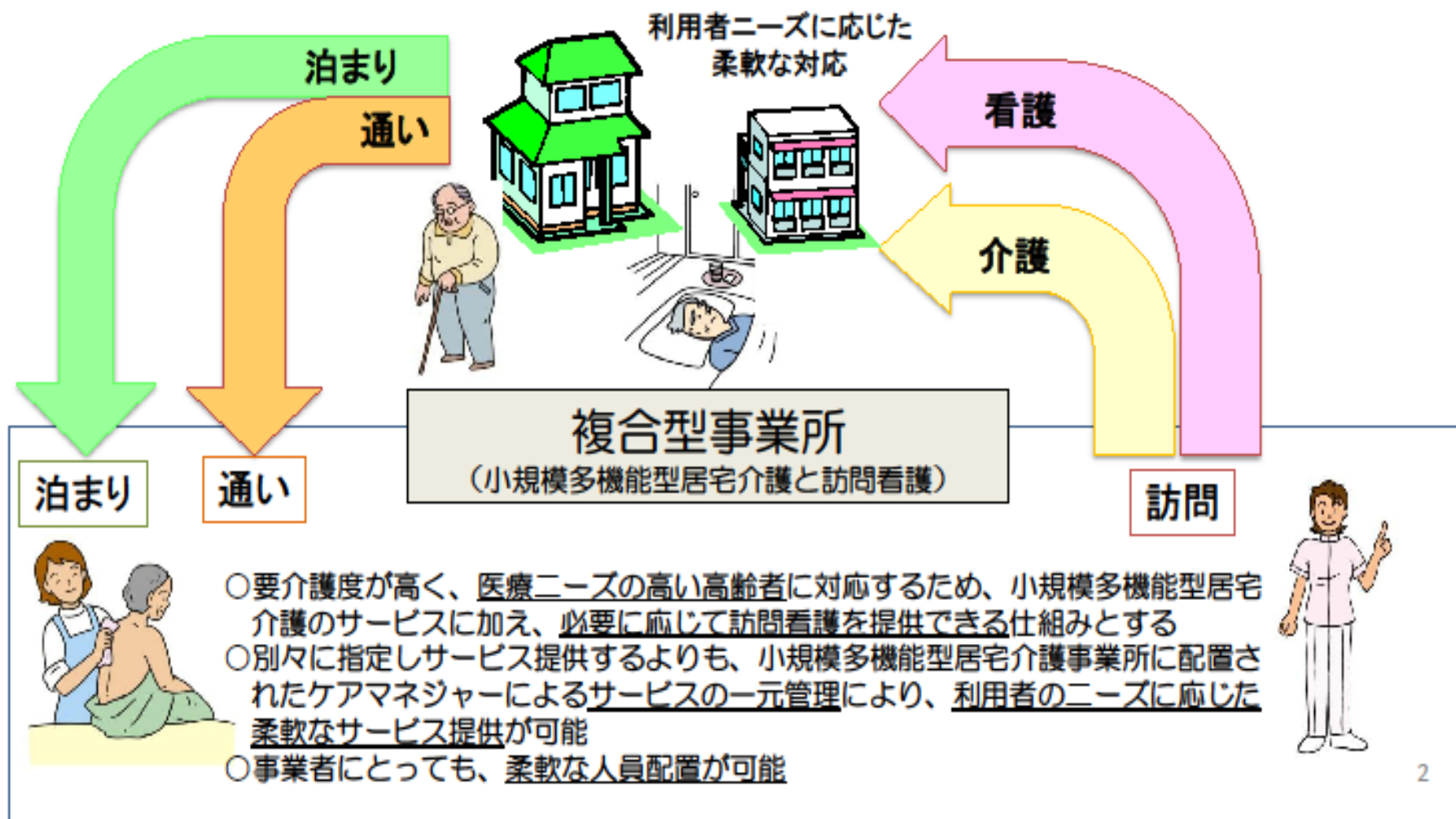
## ②複合型サービス

小規模多機能型居宅介護と  
訪問看護との組み合わせサービス  
介護給付費分科会(2011年5月)

# 小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複合型サービスの概要 (イメージ図)

- 今般、小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複数のサービスを組み合わせた複合型事業所を創設し、看護と介護サービスの一体的な提供により医療ニーズの高い要介護者への支援の充実を図る。

※ 地域密着型サービスとして位置づけ



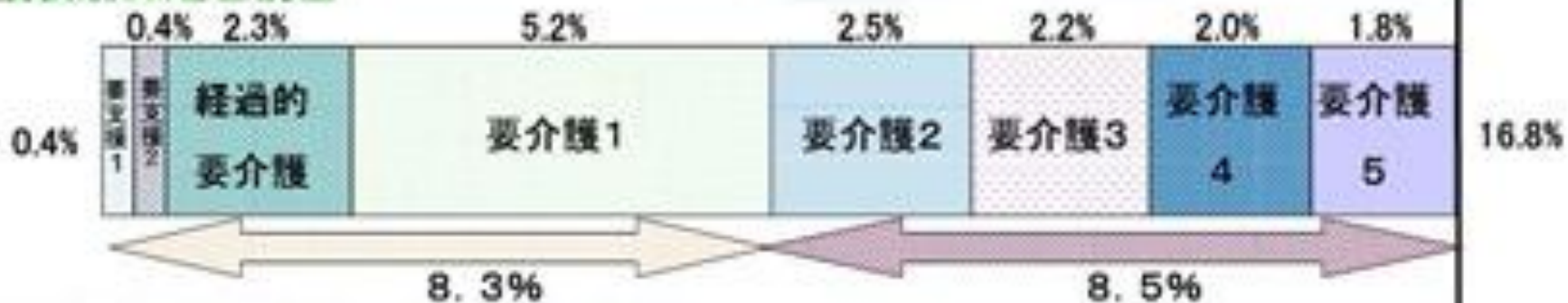


# ③サービス付高齢者向け住宅

改正高齢者住まい法(2011年10月)

# 各国の介護施設・介護付高齢者住宅の割合

## ○要介護度別認定者割合

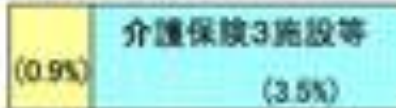


## ○各国の高齢者の居住状況（定員の比率） （全高齢者における介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合）

日本（2005）

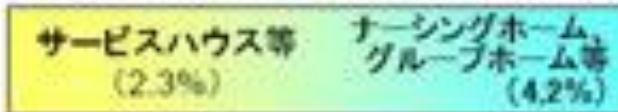
2020年までに3～5%へ  
「住生活基本計画(H23. 3)」

4.4%



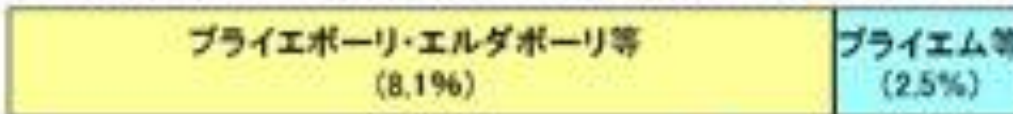
スウェーデン（2005）

6.5%



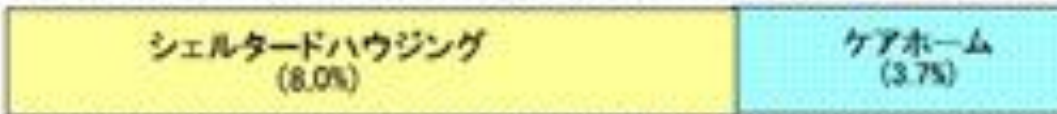
デンマーク（2006）

10.7%



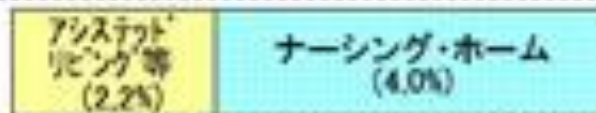
英国（2001）

11.7%



米国（2000）

6.2%



# デンマークにおける高齢者施設・住宅整備の推移

出典：医療経済研究機構 2007『諸外国における介護施設の機能分化等に関する調査報告書』

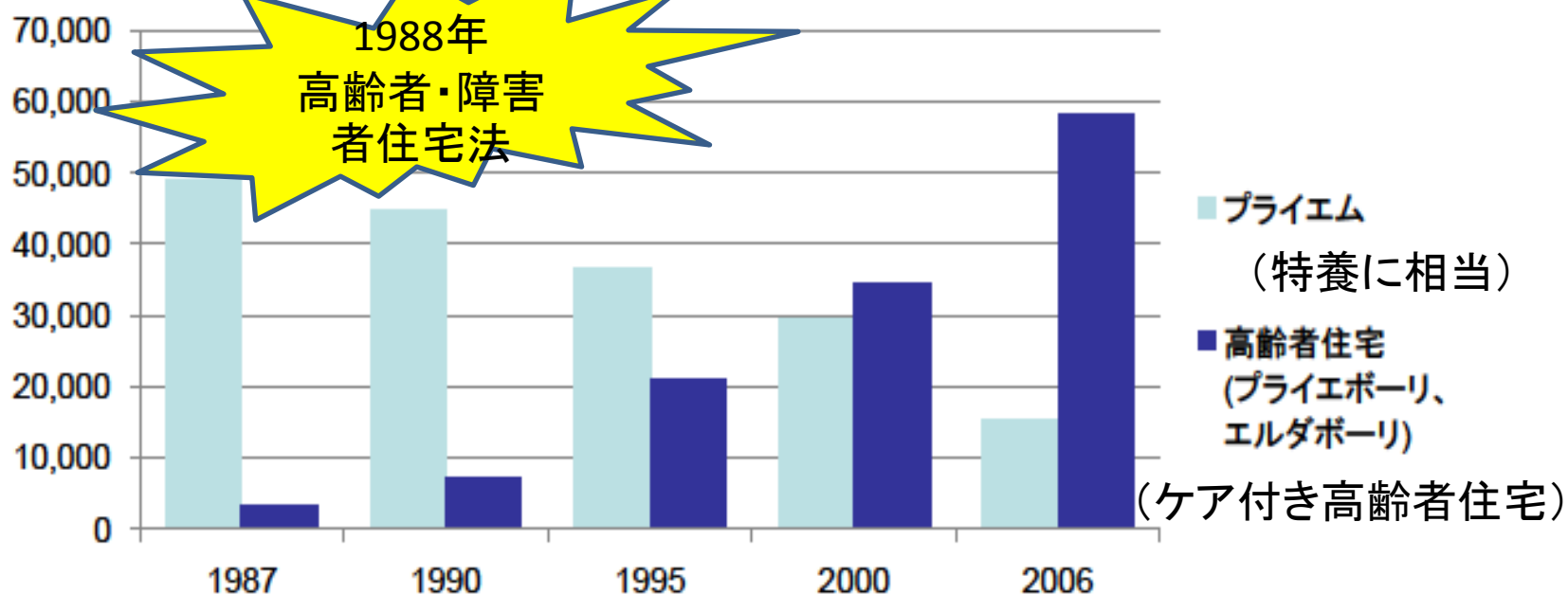
1970年代 プライエム(わが国の特別養護老人ホームに相当)を大規模化し、施設数も増加の一途を辿ったものの、待機者が常に存在し、財政負担は大きなものとなっていた。

1981年 施設の問題について、居住機能とケア機能の分離の必要性を強調(高齢者政策委員会報告)

1982年 高齢者三原則  
〔高齢者政策委員会報告〕  
○これまで暮らしてきた生活と断絶せず、継続性をもって暮らす(継続性)  
○高齢者自身の自己決定を尊重し、周りはこれを支える(自己決定)  
○今ある能力に着目して自立を支援する(残存能力の活性化)

1988年 高齢者・障害者住宅法の成立 (高齢者住宅の整備、プライエム新規建設の凍結)

以後、プライエムを改修し、床面積が2倍程度の高齢者住宅へ転用する等の取り組みが進められている



# サービス付き高齢者向け住宅の登録制度の概要

高齢者の居住の安定確保に関する法律(改正法:公布 H23.4.28/施行H23.10.20)

登録戸数:82,809戸  
(平成24年11月30日現在)

## 1. 登録基準 (※有料老人ホームも登録可)

《ハード》 ・床面積は原則25㎡以上 ・構造・設備が一定の基準を満たすこと  
・バリアフリー(廊下幅、段差解消、手すり設置)

《サービス》 ・サービスを提供すること (少なくとも**安否確認・生活相談サービス**を提供)  
[サービスの例:食事の提供、清掃・洗濯等の家事援助 等]

《契約内容》 ・長期入院を理由に事業者から一方的に解約できないなど、居住の安定が図られた契約であること  
・敷金、家賃、サービス対価以外の金銭を徴収しないこと  
・前払金に関して入居者保護が図られていること (初期償却の制限、工事完了前の受領禁止、保全措置・返還ルールの特示の義務付け)

## 2. 登録事業者の義務

- ・契約締結前に、サービス内容や費用について書面を交付して説明すること
- ・登録事項の情報開示
- ・誤解を招くような広告の禁止
- ・契約に従ってサービスを提供すること

## 3. 行政による指導監督

- ・報告徴収、事務所や登録住宅への立入検査
- ・業務に関する是正指示
- ・指示違反、登録基準不適合の場合の登録取消し

24時間対応の訪問看護・介護  
「定期巡回随時対応サービス」の活用  
→介護保険法改正により創設

サービス付き高齢者向け住宅

【併設施設】  
診療所、訪問看護ステーション、  
ヘルプステーション、  
デイサービスセンター など

住み慣れた環境で  
必要なサービスを受けながら  
暮らし続ける

サービス付き高齢者向け住宅に関する制度  
の詳細はこちらをご覧ください。

<http://www.satsuki-jutaku.jp/system.html>

# 生活支援サービス付き高齢者専用賃貸住宅の事例

## ココファン日吉（神奈川県横浜市） 平成22年3月開設

■土地をURより賃借して高齢者専用賃貸住宅と介護事業所を一体的に整備。  
学習塾も併設し、高齢者と子供、地域住民の多世代交流の促進もめざす。

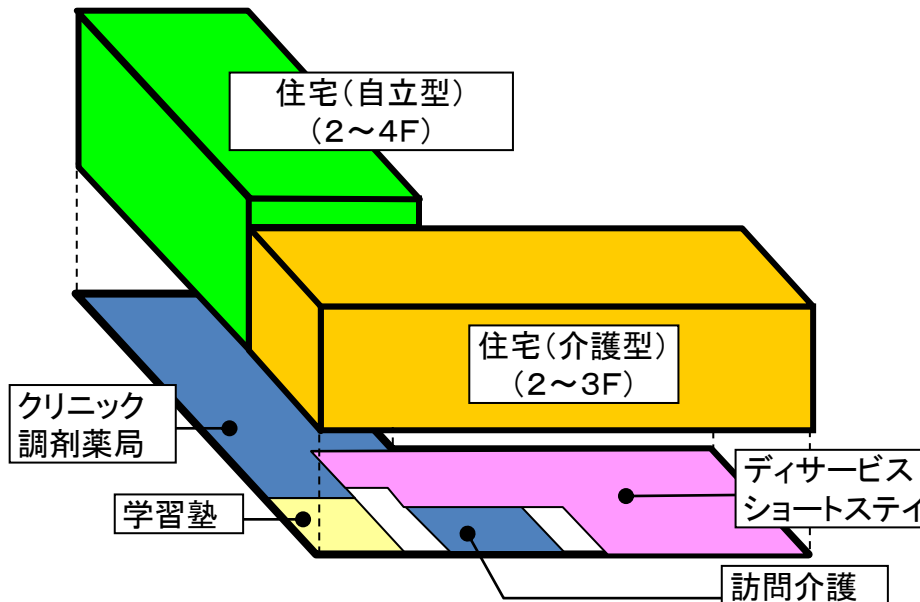
	自立型	介護型
戸数	24戸	57戸
住戸面積	35.65～70.41㎡	18.06～22.96㎡
家賃	105,000～188,000円	75,000～79,000円
共益費	4,600～7,500円	20,000円
サービス費	26,250～32,550円	32,550円

併設事業所等：

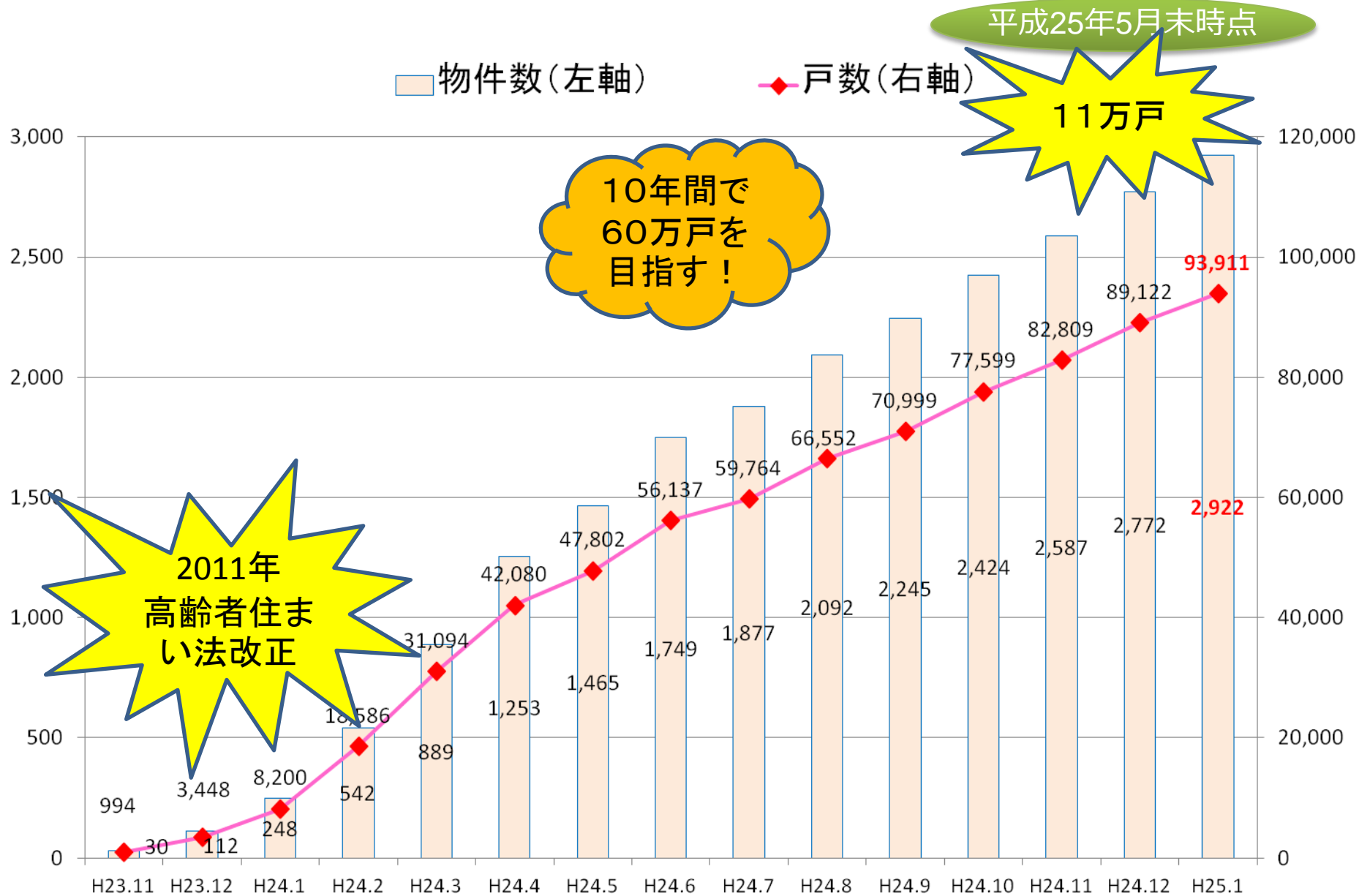
訪問介護、通所介護、短期入所  
居宅介護支援

学習塾（事業者グループ会社の経営）

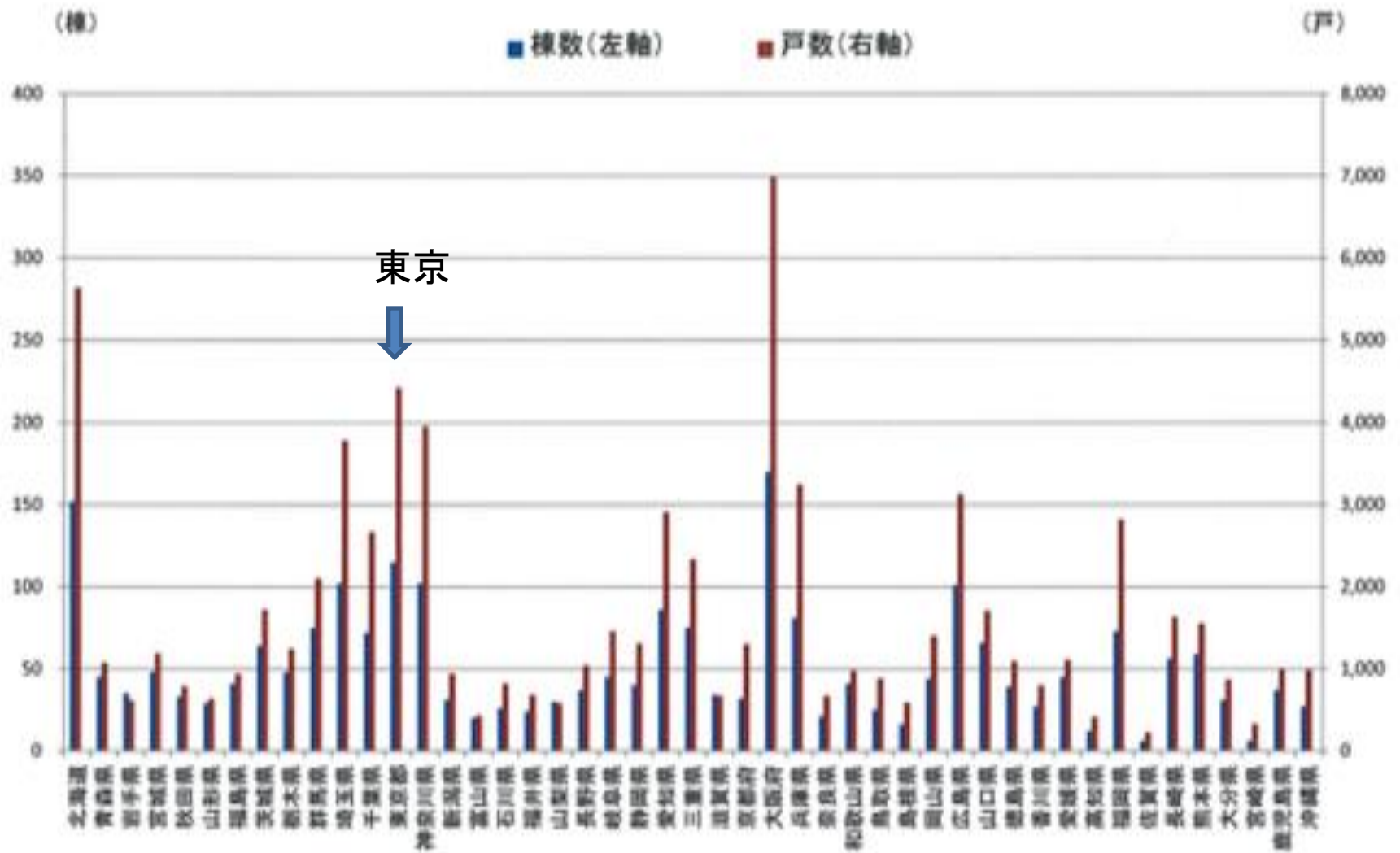
テナント：クリニック、調剤薬局



# サービス付き高齢者向け住宅の登録状況の推移



# サービス付き高齢者向け住宅の都道府県別登録状況(H24.10末時点)



# サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者

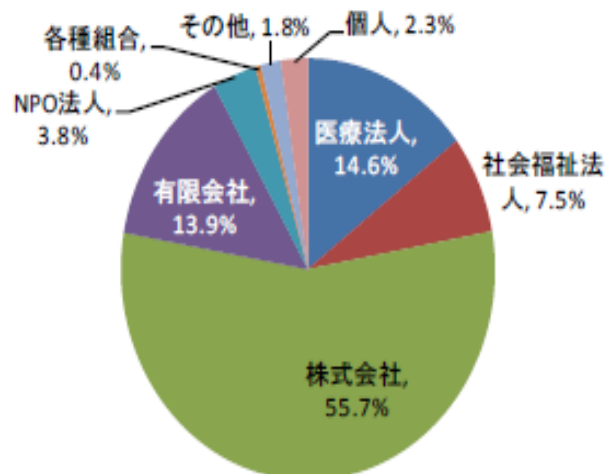
- ・法人等種別では、株式会社(55.7%)、医療法人(14.6%)、有限会社(13.9%)、社会福祉法人(7.5%)で全体の9割を占める。
- ・主な業種としては、介護系事業者が6割強を占め、次いで医療系事業者(16.1%)、不動産業者(8.7%)となっている。

## ■法人等種別

有効回答数:3,142件

	実数	割合
医療法人	459	14.6%
社会福祉法人	236	7.5%
株式会社	1,749	55.7%
有限会社	437	13.9%
NPO法人	119	3.8%
各種組合	14	0.4%
その他	55	1.8%
個人	73	2.3%

※その他は、一般社団法人、合同会社等。

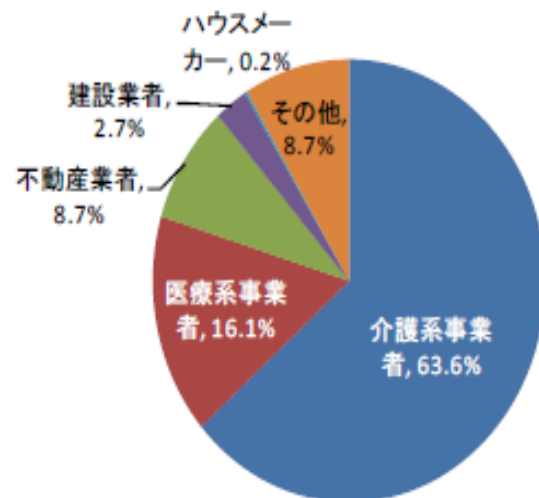


## ■主な業種

有効回答数:3,069件

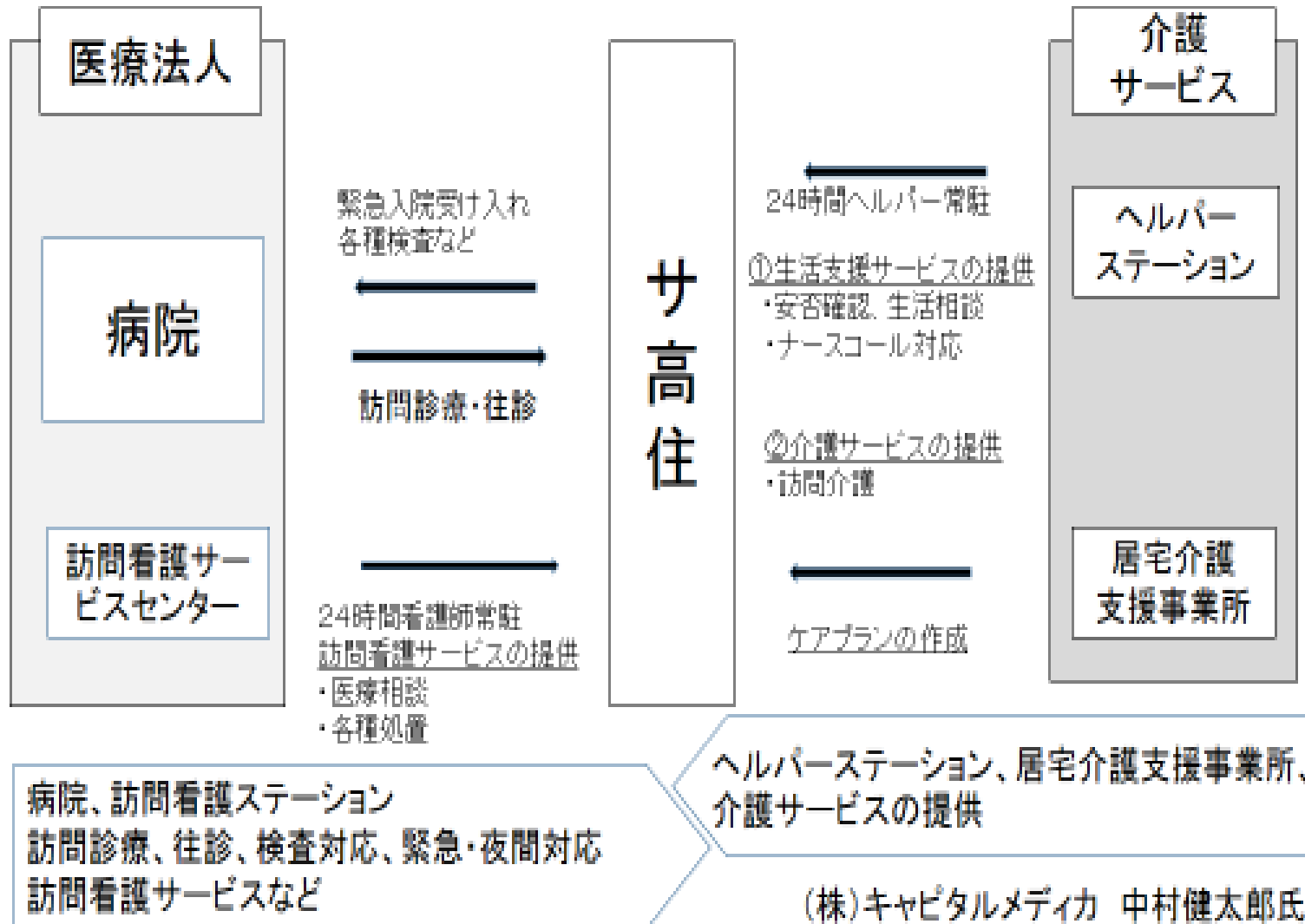
	実数	割合
介護系事業者	1,951	63.6%
医療系事業者	495	16.1%
不動産業者	267	8.7%
建設業者	83	2.7%
ハウスメーカー	7	0.2%
その他	266	8.7%

※その他は、警備会社、農協・生協、電気設備会社等。





# 医療系サ高住の運営体制の例



# 医療型サ高住への利用者移行

- ①一般病床からの移行
- ②療養病床からの移行
- ③精神病床からの移行
- ④在宅復帰強化型老健からの移行

# 医療型サ高住への利用者移行

- ①一般病床からの移行
  - 7対1、10対1の急性期病院の平均在院日数短縮
  - 13対1、15対1病床における90日超えの特定除外患者制度が見直しの影響
  - 特定除外患者には慢性透析患者も含まれているので、今や透析患者の受け皿としての在宅透析専用サ高住が人気

# 医療型サ高住への利用者移行

- ②の療養病床からの移行
  - 医療療養病床における医療区分1患者のような軽症患者の受け皿
  - 今後は2017年まで廃止されることになっている介護療養病床からの移行
- ③の精神科病床からの移行
  - 長期入院患者20万床の受け皿
- ④在宅宅復帰強化型老健からの移行

# 公的賃貸住宅団地における高齢者向け住宅・医療・福祉拠点の整備

## 豊四季台地区における長寿社会対応のまちづくり

柏市の豊四季台団地を含む豊四季台地区において東大（高齢社会総合研究機構）－柏市－都市機構が共同で、当該地区での将来に向けたまちづくりを、住民や医療・介護の関係者と一緒になって考え実行する「モデルプロジェクト」を計画し、サービス付き高齢者向け住宅や福祉施設等を整備。

- 事業予定地 千葉県柏市豊四季台
- 予定事業期間 平成24年度～平成25年度

### 【高齢者向け住宅や医療・介護拠点の整備】

- ① サービス付き高齢者向け住宅
- ② 訪問看護ステーション
- ③ 小規模多機能型居宅介護事業所
- ④ 在宅療養支援診療所
- ⑤ 豊四季台地域の主治医診療所
- ⑥ 地域包括支援センター
- ⑦ 学童保育施設
- ⑧ 薬局



### 施設の概要『柏こひつじ園』

- 特別養護老人ホーム (定員 90名)
- 併設ショートステイ (定員 10名)
- 認知症対応型共同生活介護 (定員 9名)
- 老人デイサービスセンター (定員 20名)

事業者：社会福祉法人 小羊会  
敷地面積：約 3,000㎡  
延床面積：約 5,100㎡  
規模：RC造地上6階地下1階  
開設時期：平成23年10月予定



- 交通：JR常磐線・東武野田線柏駅 バス5分
- 敷地面積：32.3ha
- 管理戸数：4,666戸

# 地域包括ケアシステムは 街づくりの視点、地域ごとのスタイルで

- 地域包括ケアシステムは、急性期を川上（上流）にして川下（下流）を眺める提供者の目線ではなく、住まいを拠点として上流、下流を逆転させる生活者・住民視点から構築
- 地域包括ケアは医療・介護の領域にとどまらず、街づくり、地域づくりの視点が必要
- 各地域の個性的な方法で作る
- 人口1万人の地域が、地域の実情に合わせて全国1万2千のスタイルで作ること

# まとめと提言

- 
- 社会保障と税の一体改革は2025年へ向けての医療と介護のグランドデザイン
- 2014年報酬改定の1丁目1番地は、  
7対1削減と地域包括ケア病棟の創設
- 病床機能報告制度と地域医療ビジョンと連動している
- 地域包括ケアの視点なくして病院経営なし

# 2025年へのロードマップ

## ～医療計画と医療連携最前線～

- 武藤正樹著
- 医学通信社
- A5判 220頁、2600円
- 地域包括ケア、医療計画、診療報酬改定と連携、2025年へ向けての医療・介護トピックスetc
- **4月発刊**



これは  
良く分  
かる

日野原先生にもお読みいただいています。



# ご清聴ありがとうございました



フェイスブックで「お友達募集」をしています

国際医療福祉大学クリニック <http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>  
で月・木外来をしております。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイト  
に公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

[gt2m-mtu@asahi-net.or.jp](mailto:gt2m-mtu@asahi-net.or.jp)