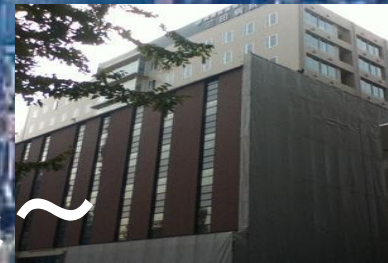


2025年へのロードマップ

～医療計画と地域連携最前線～



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  
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
- パート2
  - 医療計画見直し
- パート3
  - 2012年診療報酬改定と在宅医療
- パート4
  - 2012年介護報酬改定と地域包括ケア
- パート5
  - 地域連携から地域統合ネットワークへ



# パート1

## 社会保障・税の一体改革



2025年へ向けて、  
医療・介護のグランドデザインの議論が  
社会保障制度改革国民会議で始まった。

# 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年に8%、15年に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

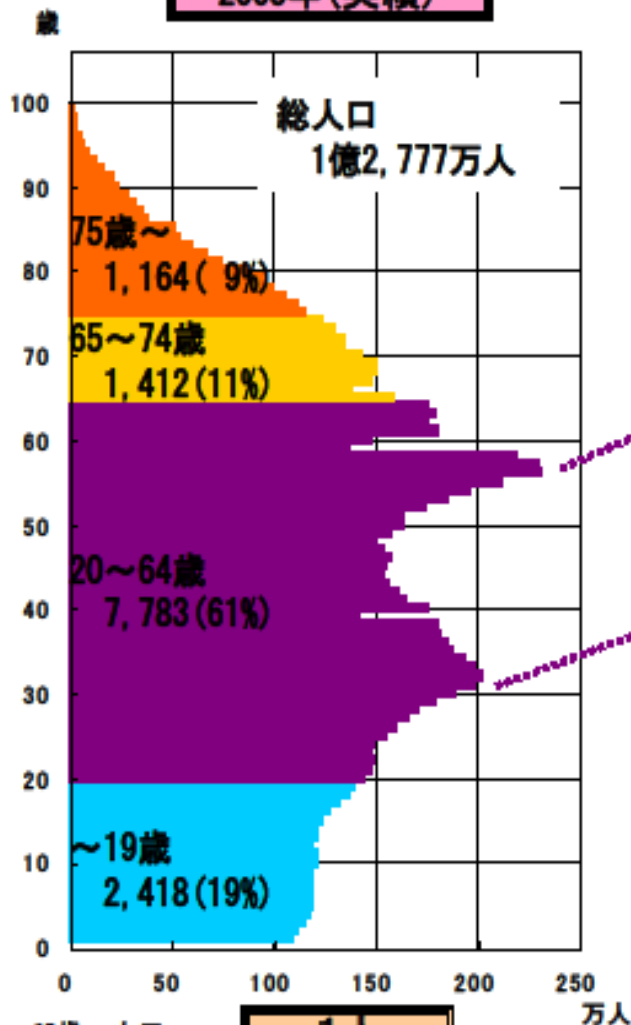


2012年8月10日、参議院を通過

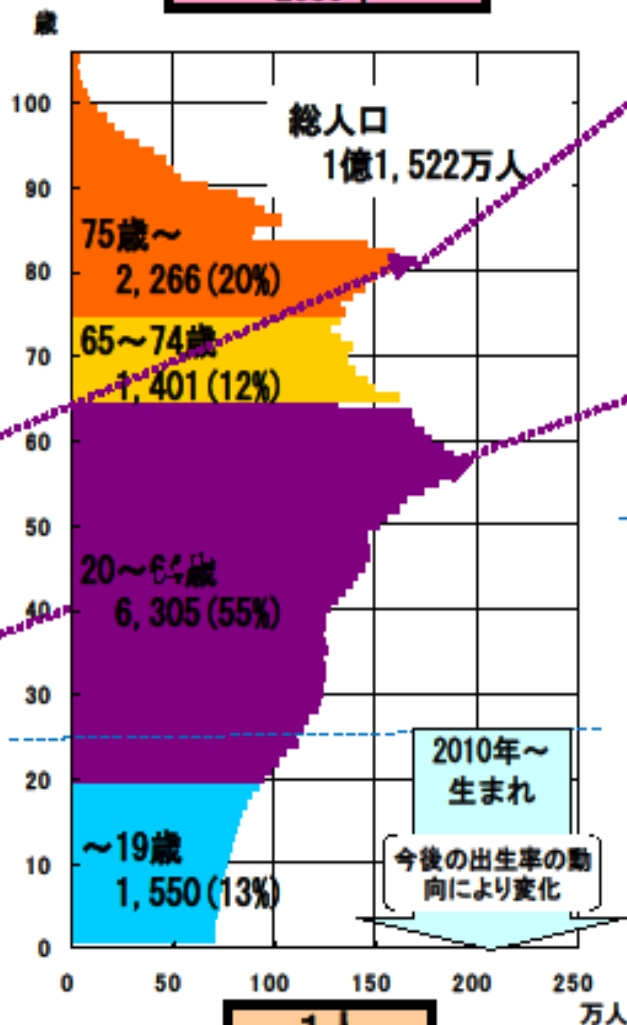
# 人口ピラミッドの変化(2005, 2030, 2055) - 平成18年中位推計 -

○ 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。

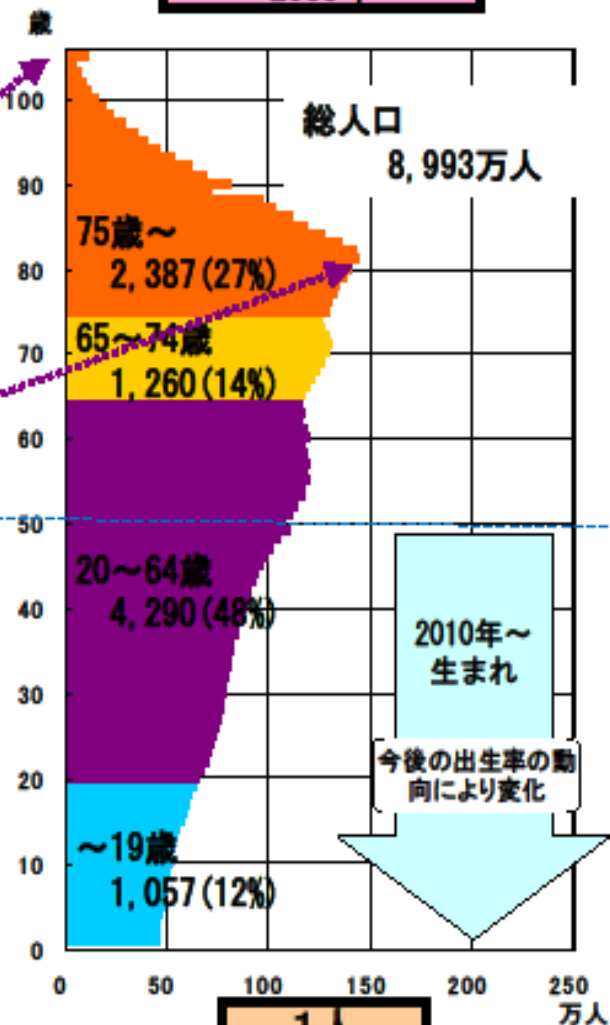
2005年(実績)



2030年



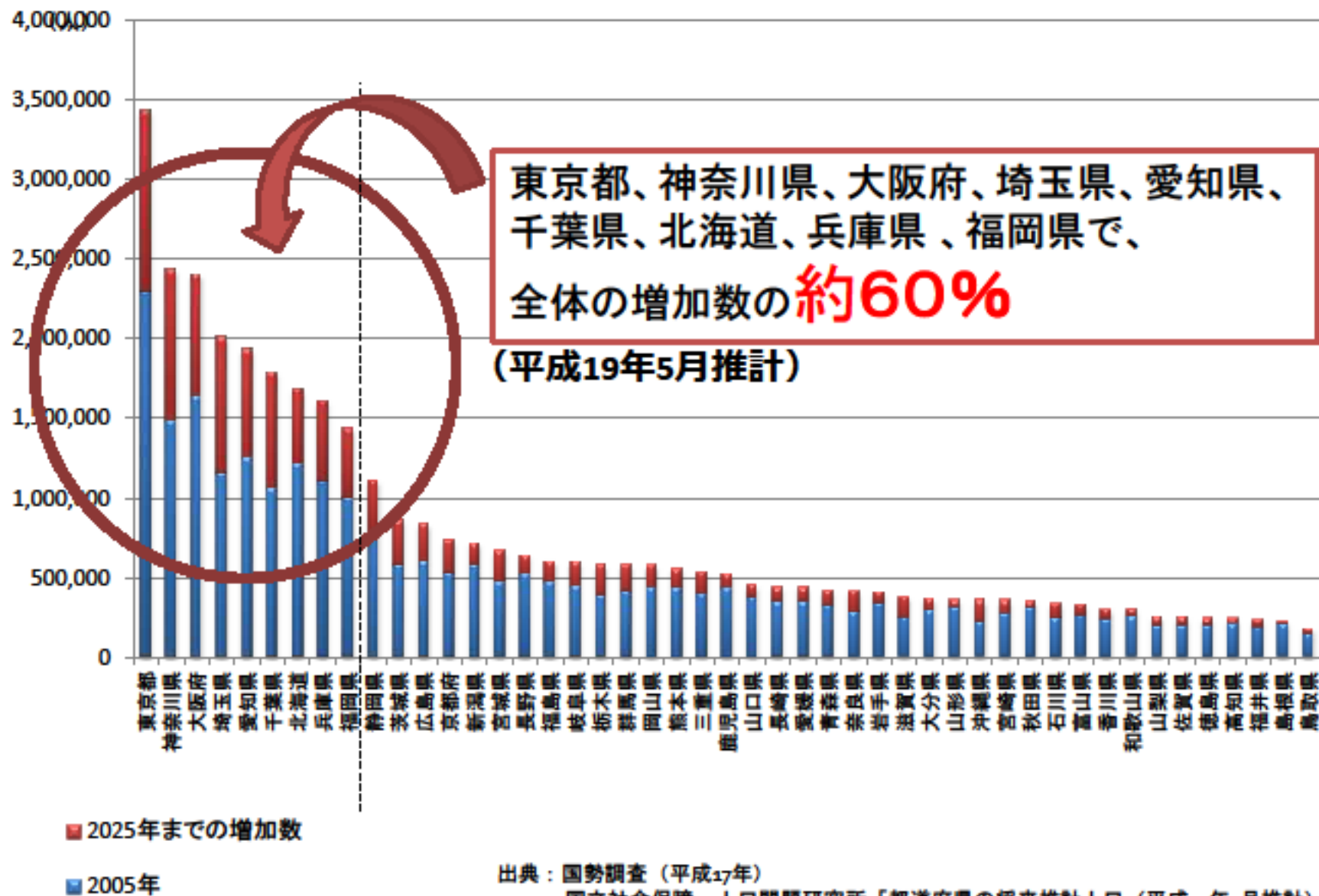
2055年



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)

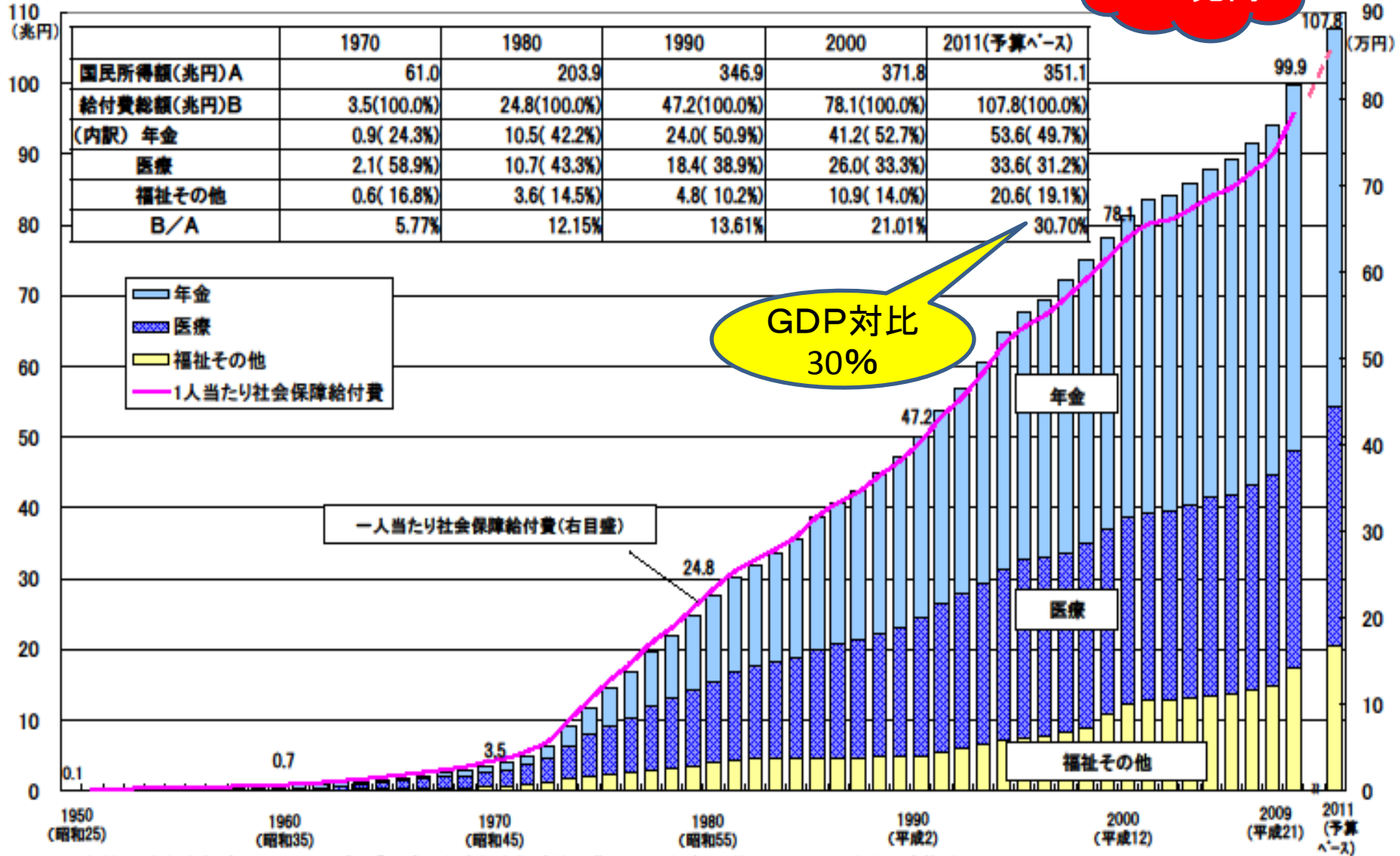
# 都道府県別高齢者人口(65歳以上)の増加数 (2005年 → 2025年)



出典：国勢調査（平成17年）  
 国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口（平成19年5月推計）」

# 社会保障給付費の推移

2025年  
140兆円



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、

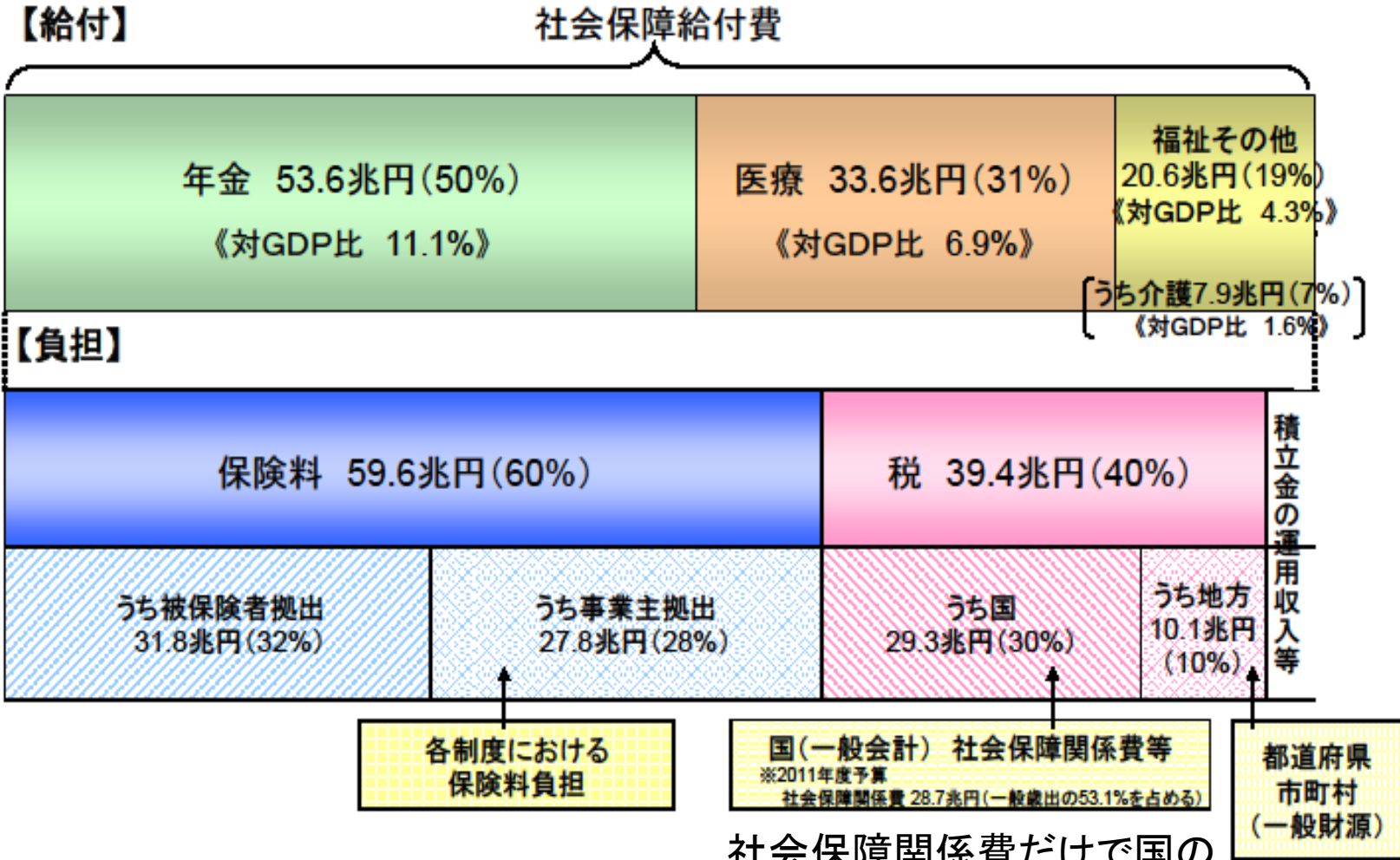
2011年度の国民所得額は平成23年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成23年1月24日閣議決定)

(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。



# 社会保障の給付と負担の現状(2011年度予算ベース)

社会保障給付費(※) 2011年度(予算ベース) 107.8兆円 (対GDP比 22.3%)

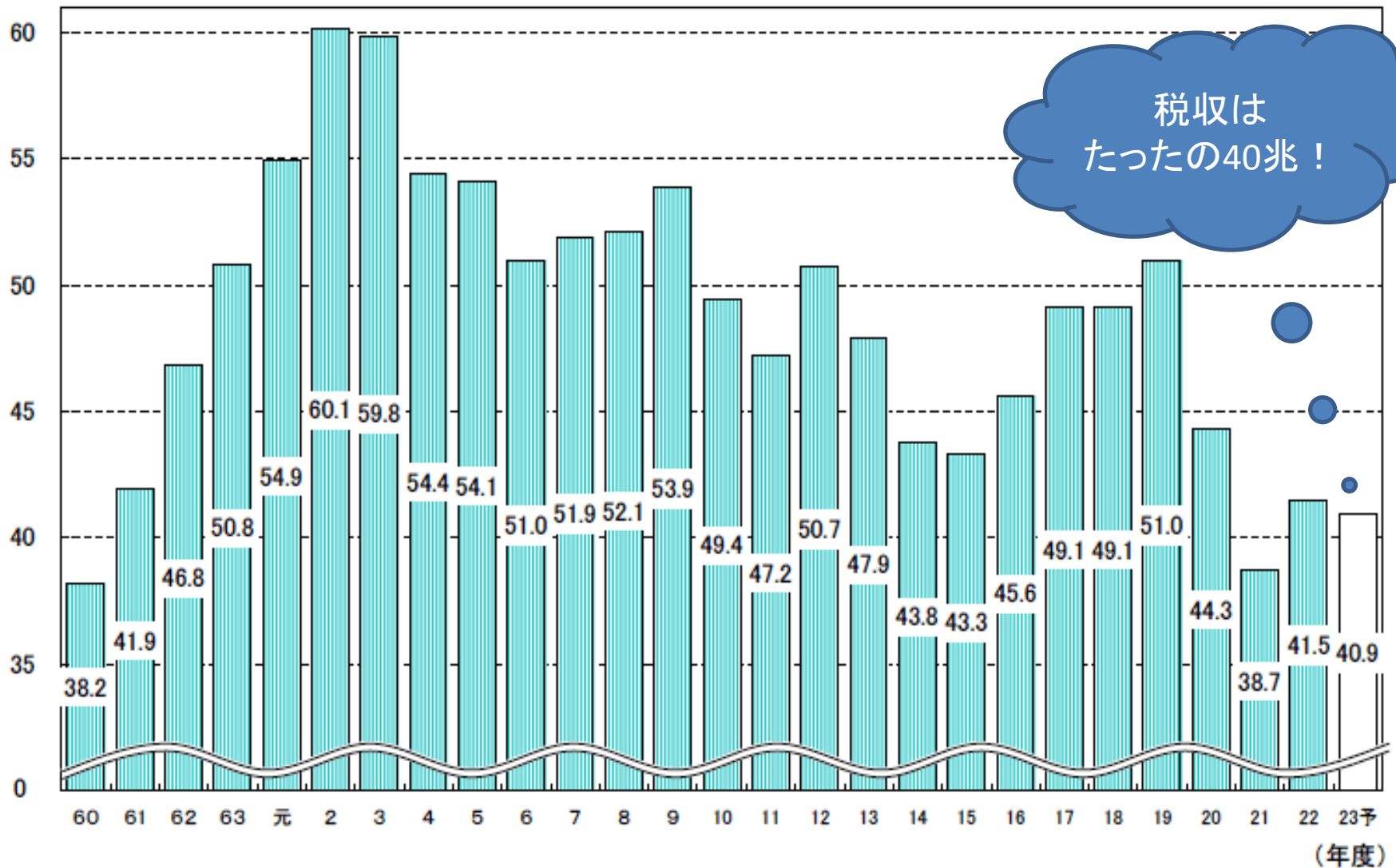


※ 社会保障給付の財源としてはこの他に資産収入などがある。

社会保障関係費だけで国の  
一般歳出の53%を占めている

# 一般会計税収の推移

(兆円)



# 消費増税法が成立



そしてついに増税！

しかし、

その前になすべきことは？

医療・介護の機能強化と

徹底した効率化

# 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

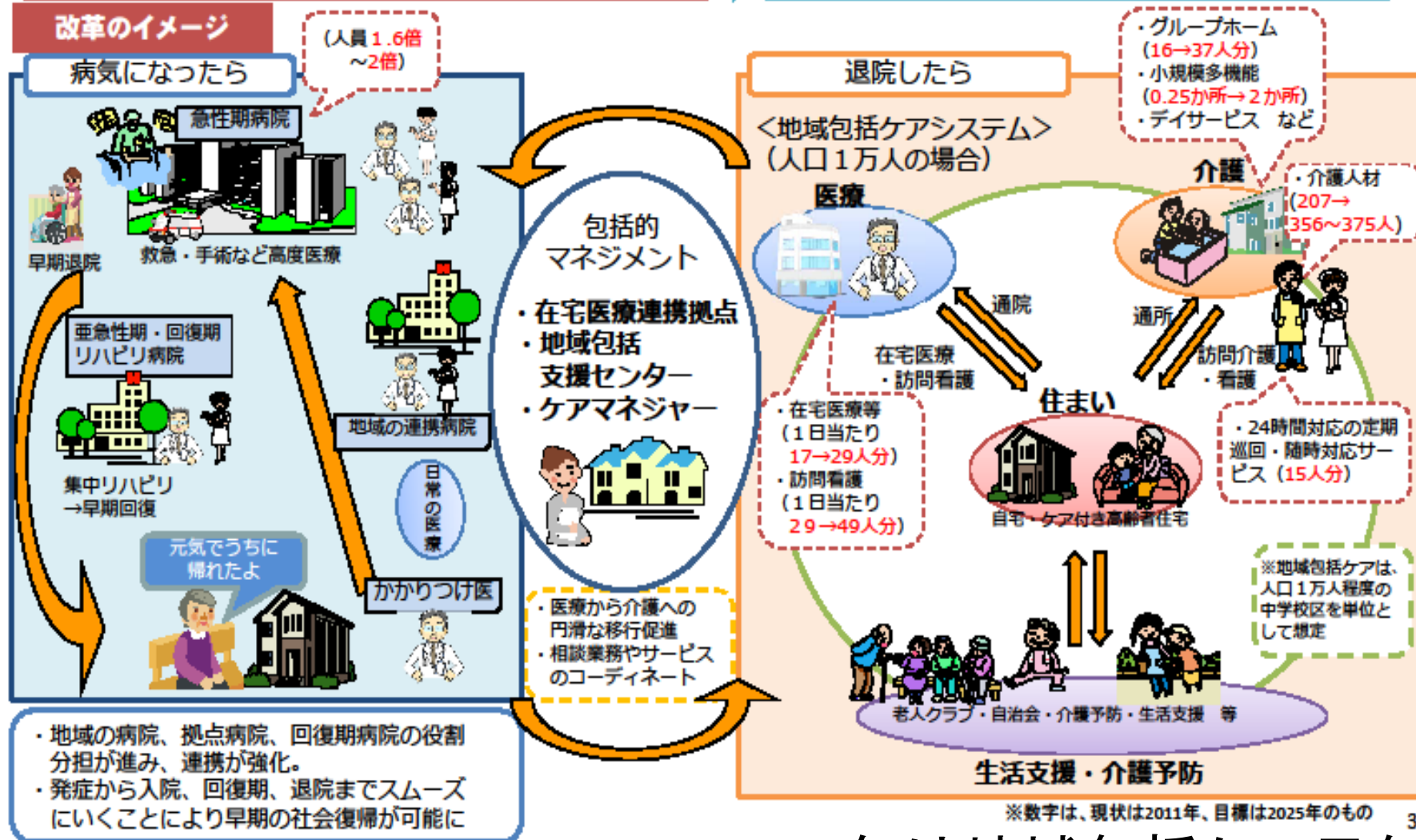
## 改革の方向性 ②

## 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

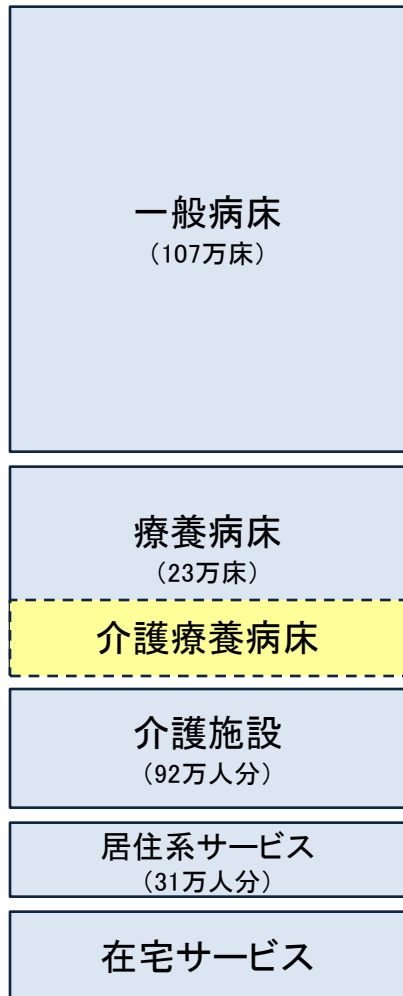
# 医療・介護機能の再編（将来像）

医療・介護の充実①

患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築。

【2011(H23)年】

【2025(H37)年】



## 【取組の方向性】

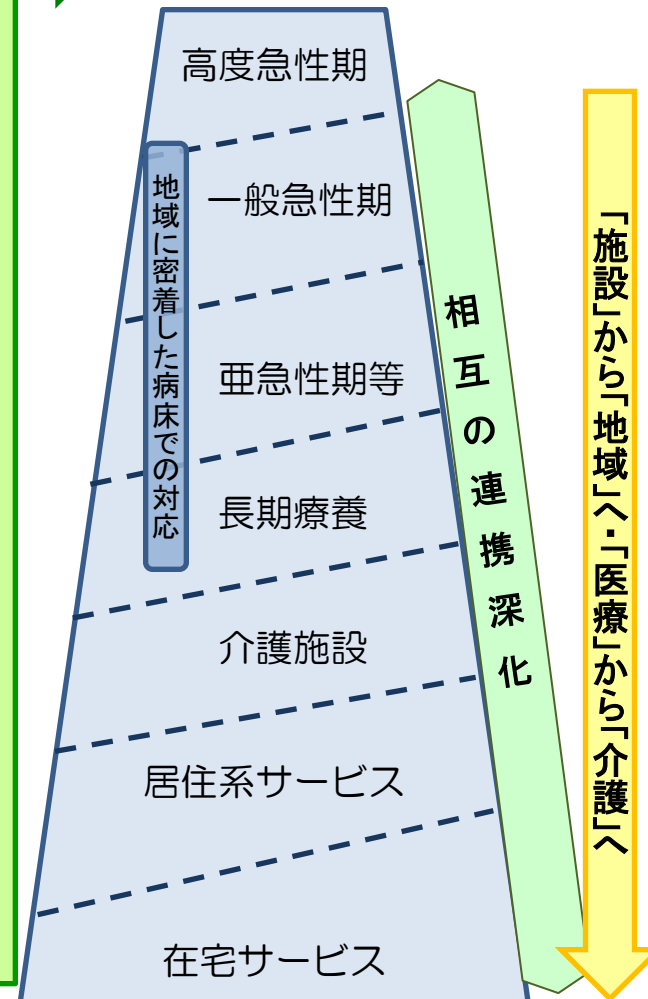
- 入院医療の機能分化・強化と連携
  - ・急性期への医療資源集中投入
  - ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等
- 地域包括ケア体制の整備
  - ・在宅医療の充実
    - ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
    - ・訪問看護等の計画的整備 等
  - ・在宅介護の充実
    - ・居住系サービスの充実・施設ユニット化
    - ・ケアマネジメント機能の強化 等

2012年診療報酬・介護報酬の同時改定を第一歩として取り組む

医療法等関連法を順次改正

## 【患者・利用者の方々】

- ・病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
- ・医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

# 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（2012年8月1日）

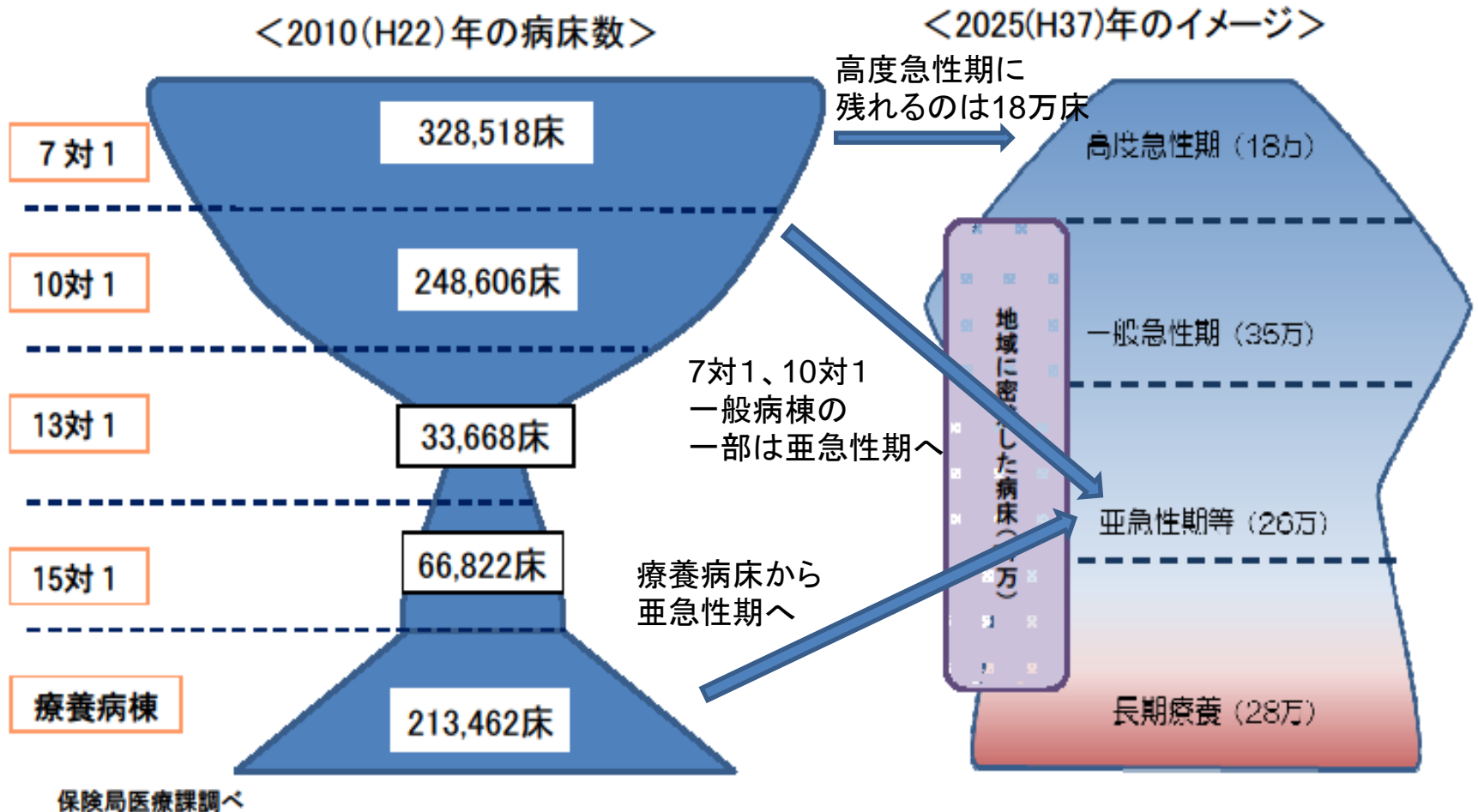
診療報酬調査専門組織・入院医療費等の調査・評価分科会  
委員名簿

氏名	所属
あんだう ぶんえい 安藤 文英	日本病院会 常任理事 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	日本医師会 常任理事 社会医療法人社団千葉県勤労者医療協会 理事長
かつき すずむ 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	全日本病院協会 副会長 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 すずむ 佐柳 進	独立行政法人国立病院機構関門医療センター 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	日本慢性期医療協会 会長 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 長
むとう まさき 武藤 正樹	国際医療福祉総合研究所 所長

○：分科会長



# 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。

# 病院機能にあわせた効率的な入院医療等の評価

## 7対1入院基本料の算定要件の見直し

一般病棟7対1入院基本料の算定要件の見直しを行い、患者像に即した適切な評価や病床の機能分化の推進を図る。

### 【現行】

一般病棟 入院基本料	平均在院日数 19日以内 看護必要度基準 1割以上
特定機能病院 入院基本料	平均在院日数 28日以内 看護必要度基準 評価のみ
専門病院 入院基本料	平均在院日数 30日以内 看護必要度基準 1割以上

### 【改定後】

一般病棟 入院基本料	平均在院日数 18日以内 看護必要度基準 1割5分以上
特定機能病院 入院基本料	平均在院日数 26日以内 看護必要度基準 1割5分以上
専門病院 入院基本料※	平均在院日数 28日以内 看護必要度基準 1割5分以上

※ ただし、悪性腫瘍患者を一般病棟に7割以上入院させている保険医療機関における看護必要度基準については、従前通り1割以上であること

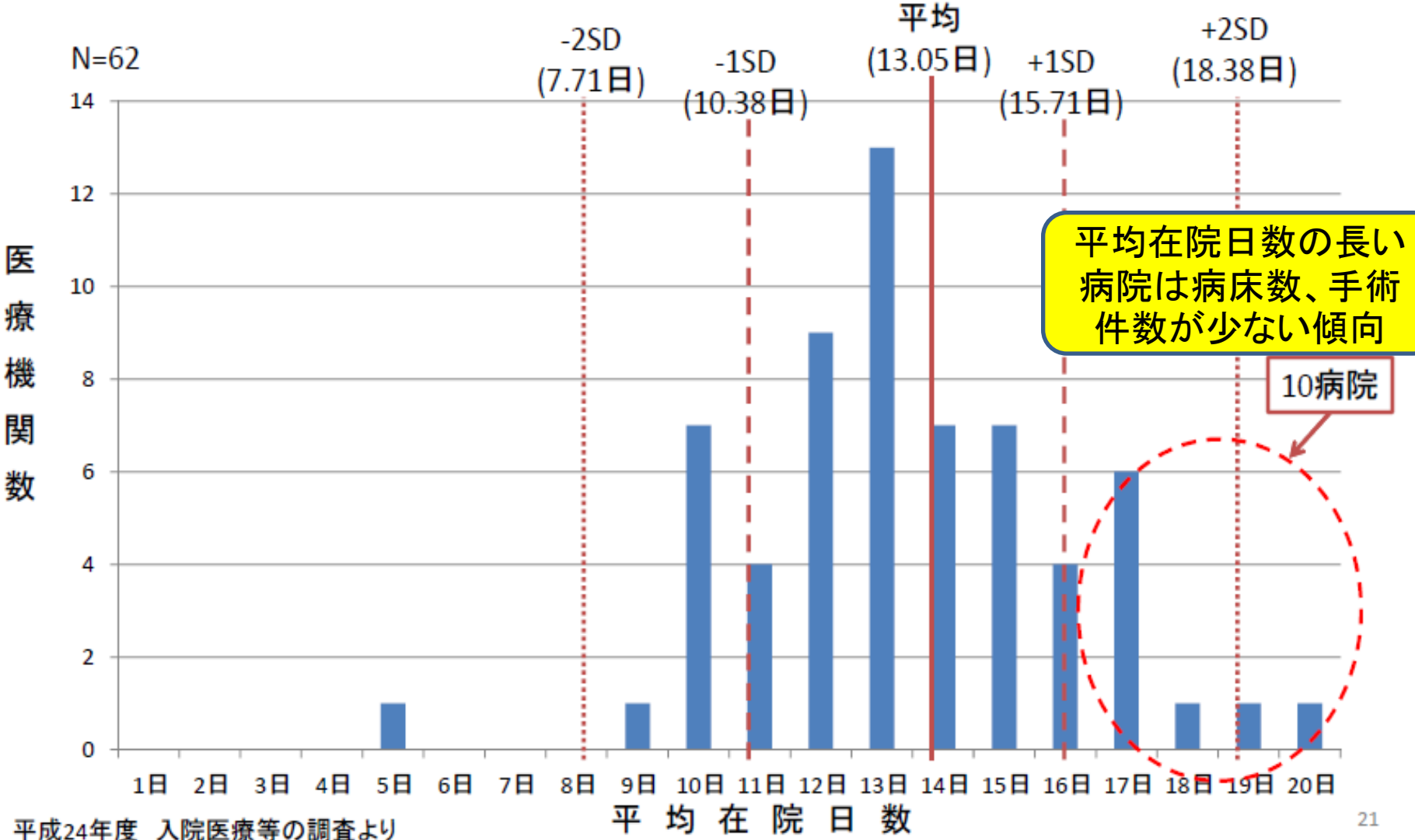
### 【経過措置】

平成24年3月31日において7対1入院基本料を算定している病棟であって、平成24年4月1日以降において改定後の7対1入院料の算定基準は満たさないが、改定後の10対1入院基本料の基準を満たしている病棟に限り、平成26年3月31日までの間、改定後の7対1入院基本料を算定できる。(ただし、25対1急性期看護補助体制加算(スライド8枚目)は算定できない)

<参考>看護必要度基準:1一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票により測定  
A得点(モニタリング及び処置等)2点以上 かつ、B得点(患者の状況等)3点以上の患者の割合

# 7対1病院における平均在院日数\* (平成24年度調査)

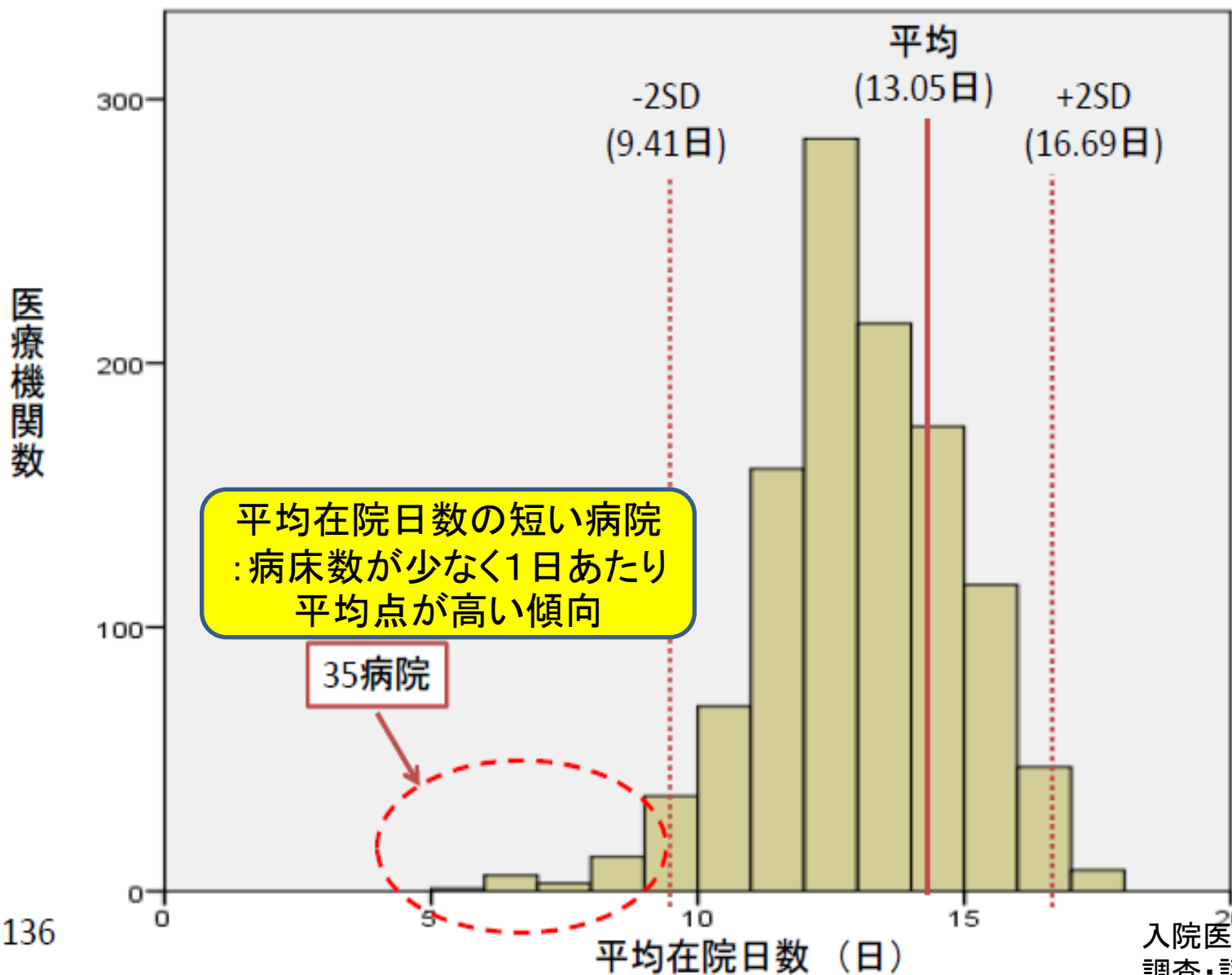
\*医療機関における一般病床全体の平均在院日数であるため、診療報酬上の基準とは異なる



平成24年度 入院医療等の調査より

入院医療等の調査・評価分科会 (2013年5月16日)

# 7対1病院における平均在院日数（DPCデータ）



N=1,136

入院医療等の  
調査・評価分科会

## 一般病棟における長期療養患者の評価の適正化

- 一般病棟(13対1、15対1病棟に限る)における長期療養患者の評価体系(特定除外制度)の見直しを行い、より適切な医療機関の機能分化を推進する。

90日を超えて入院する患者を対象として、

- ①引き続き一般病棟13対1または15対1入院基本料(出来高)の算定を可能とするが、平均在院日数の計算対象とする。
  - ②療養病棟入院基本料1と同じ評価(医療区分・ADL区分を用いた包括評価)とし、平均在院日数の計算対象外する。
- ①、②の取扱いについて、病棟単位で、医療機関が選択することとし、当該取扱いは、平成24年10月1日からの施行とする。  
なお、②の場合には、地方厚生(支)局に届出を行うこと。

# 亜急性期入院医療管理料

## 亜急性期入院医療管理料の見直し

- 亜急性期入院医療管理料を算定している患者の中に、回復期リハビリテーションを要する患者が一定程度含まれることから、患者の実態に応じた評価体系に見直すことで、医療機関におけるより適切な機能分化を推進する。

(新) 亜急性期入院医療管理料1 2,061点

(新) 亜急性期入院医療管理料2 1,911点

# 回復期リハビリテーション病棟の評価

- 回復期リハビリテーション病棟の評価体系を見直し、充実したリハビリテーションを推進する。

【現行】

回復期リハビリテーション病棟入院料1	1,720点
回復期リハビリテーション病棟入院料2	1,600点

【改定後】

(新)回復期リハビリテーション病棟入院料1	<u>1,911点</u>
(改)回復期リハビリテーション病棟入院料2	<u>1,761点</u>
回復期リハビリテーション病棟入院料3	1,611点

(注)重症患者回復病棟加算については、入院料に包括して評価を行う

## 今後の論点の整理

○これまで、外来医療、在宅医療、入院医療について議論を行ってきたが、これらの議論を踏まえ、入院医療等の分科会や検証調査の結果等を勘案しながら、以下の点等について今後具体的に議論を進めることとしてはどうか。

### 入院医療

- ① 急性期病床の担う役割の明確化と長期入院の是正
- ② 亜急性期、回復期の機能分化に向けた評価の導入
- ③ 地域の実情に応じた病棟の評価のあり方 等

### 外来医療

- ① かかりつけ医機能の評価
- ② 大病院の紹介外来の推進 等

### 在宅医療

- ① 在宅療養支援診療所・病院の評価の検討
- ② 不適切と考えられる事例への対策も含めた地域の実情に応じた在宅医療の推進 等

また、上記以外の個別の重要課題については、必要に応じて議論を行うこととしてはどうか

# 中医協で議論されている 入院基本料の見直し

## 入院基本料

- 入院サービスの基本料金、病院のホテルサービス料金

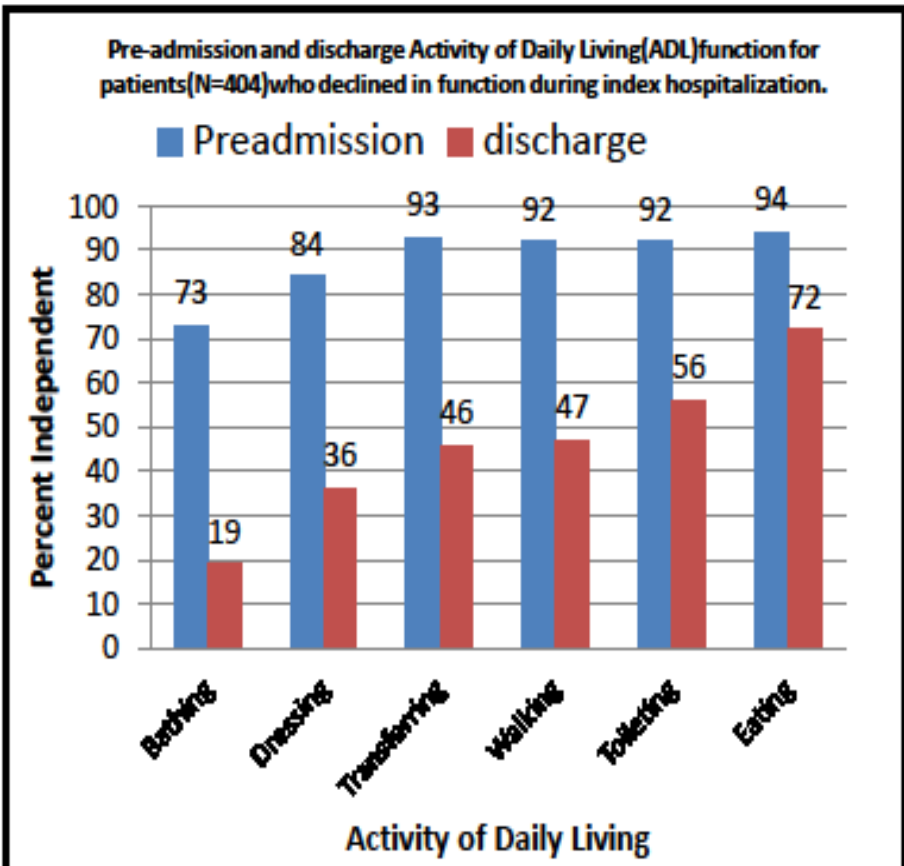
## • 算定要件

- ①看護配置数
  - 看護師の配置数だけでよいのか？多職種配置？
- ②重症度・看護必要度
  - 評価票はこのままでよいのか？
- ③平均在院日数
  - 平均在院日数のみでよいのか？



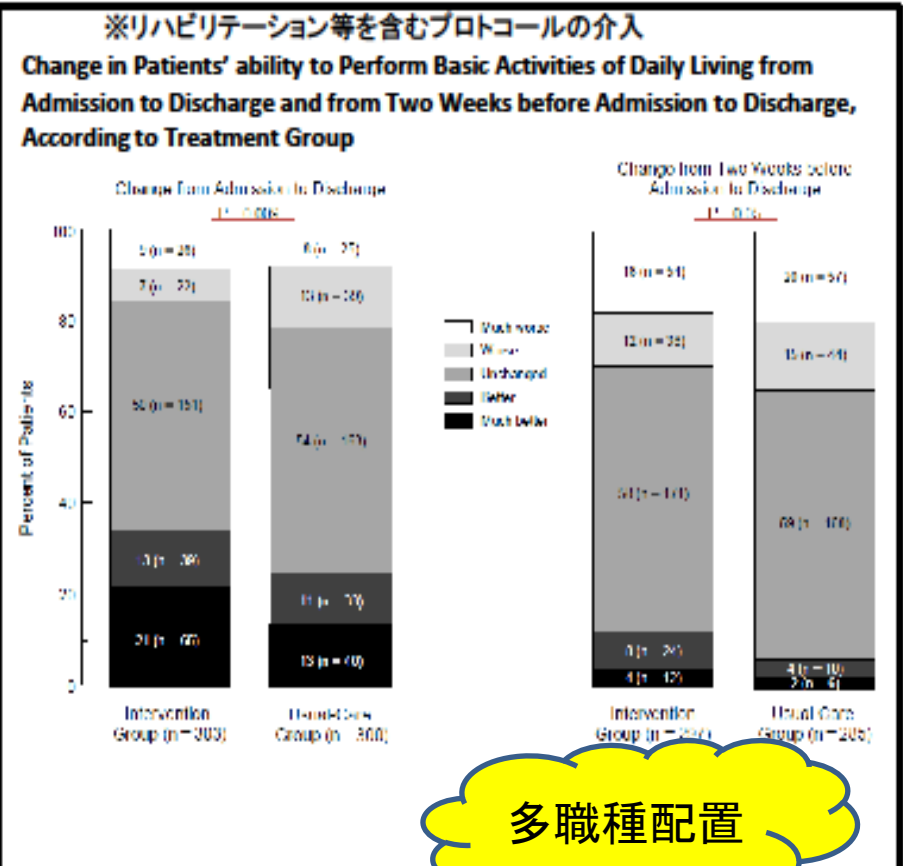
# 急性期病院における早期からのリハビリテーション等の介入

## 入院時と退院時のADL(日常生活動作)の比較



出典: Sager MA, Rudberg MA. Functional decline associated with hospitalization for acute illness. Clin Geriatr Med. 1998 Nov;14(4):669-79.

## 入院時と退院時の通常治療群と介入群\*の比較



出典: Landefeld CS, et al. A randomized trial of care in a medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. N Engl J Med. 1995 May 18;332(20):1338-44.

急性期病院において、入院時よりも退院時にADLが下がる傾向があり、リハビリテーション等を含むプロトコルを導入することにより、ADLが改善する傾向が見られる。

## 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

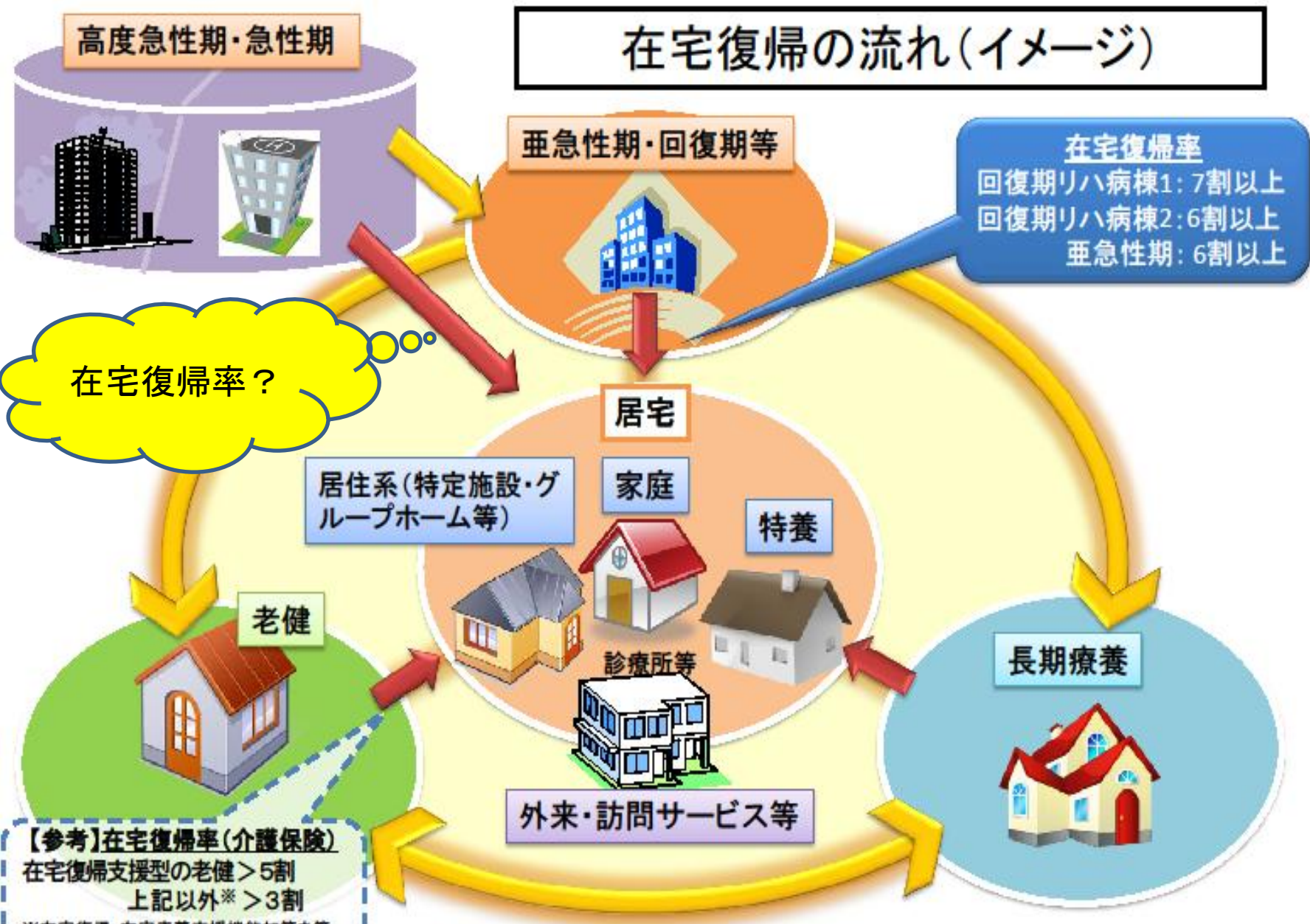
測定・評価が  
要件となるもの

	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

厚生科学研究で  
検討

### ③ 平均在院日数と在宅復帰率？



入院医療等の調査・評価分科会  
の調査結果に基づいて9月以降  
中医協の議論が始まる！

# パート2

## 医療計画の見直し



2006年6月第5次医療法改正  
地域医療計画の見直し

# 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



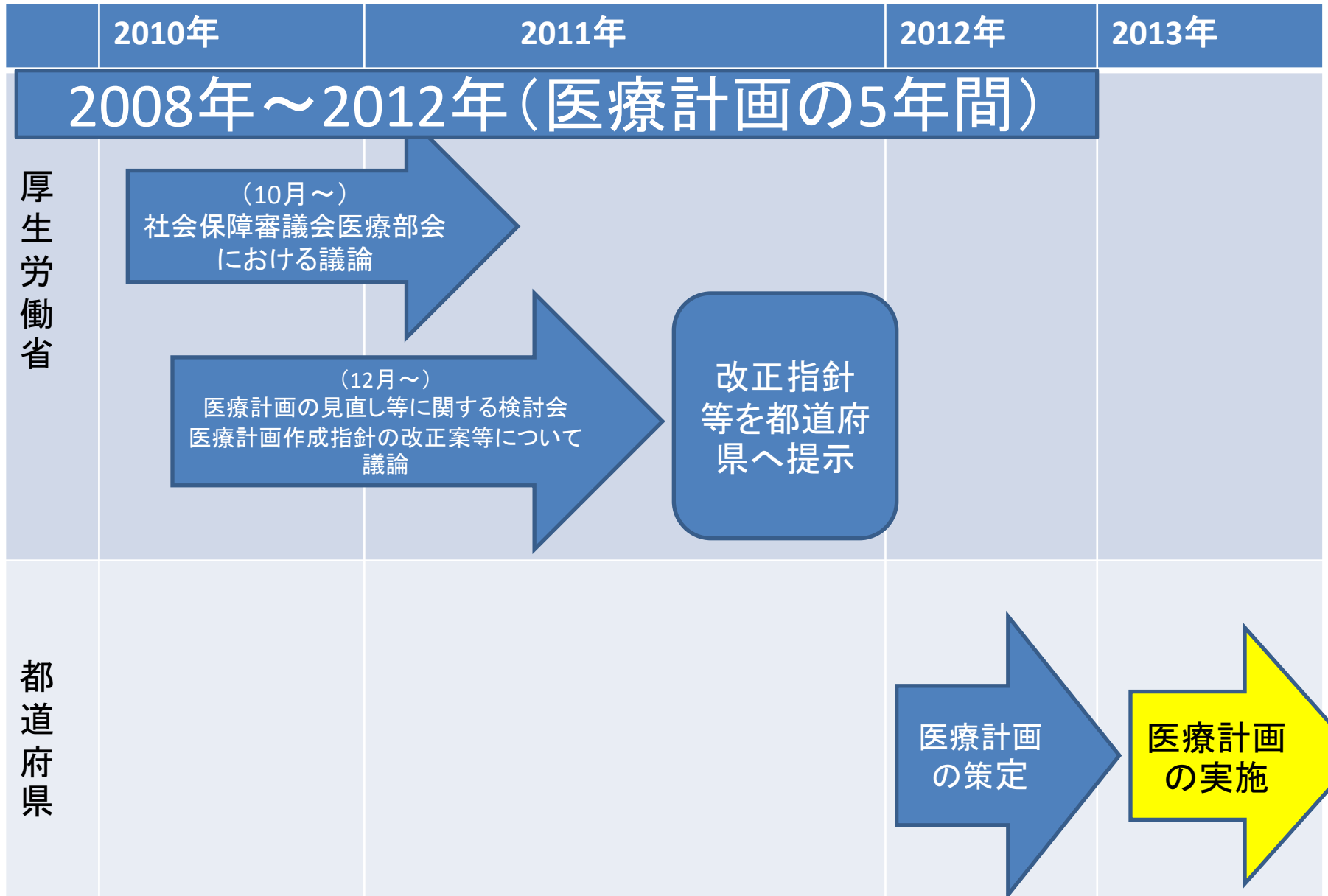
方向性

- 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



医療介護のあるべき姿

# 医療計画見直しスケジュール(案)



# 医療計画見直し等検討会

- 伊藤 伸一 日本医療法人協会副会長
- 尾形 裕也 九州大学大学院医学研究院教授
- 神野 正博 全日本病院協会副会長
- 齋藤 訓子 日本看護協会常任理事
- 末永 裕之 日本病院会副会長
- 鈴木 邦彦 日本医師会常任理事
- 池主 憲夫 日本歯科医師会常務理事
- 中沢 明紀 神奈川県保健福祉局保健医療部長
- 長瀬 輝誼 日本精神科病院協会副会長
- 伏見 清秀 東京医科歯科大学大学院教授
- 布施 光彦 健康保険組合連合会副会長
- **○武藤 正樹 国際医療福祉大学大学院教授**
- 山本 信夫 日本薬剤師会副会長
- 吉田 茂昭 青森県立中央病院長



第1回検討会  
2010年12月17日



# 4疾患5事業の見直しの方向性

- 4疾病

- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病
- ⑤精神疾患

2次医療圏見直し

- 5事業

- ①救急医療
- ②災害医療
- ③へき地医療
- ④周産期医療
- ⑤小児医療
- \* 在宅医療構築  
に係わる指針を  
別途通知する

# ①医療圏見直し

# 医療圏について

## 概要

○都道府県は、医療計画の中で、病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分する医療圏を定めることとされている。

## 三次医療圏

52医療圏(平成22年4月1日現在)

※都道府県ごとに1つ  
北海道のみ6医療圏

### 【医療圏設定の考え方】

都道府県の区域を単位として設定

ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、複数の区域又は都道府県をまたがる区域を設定することができる。

↓  
特殊な医療を提供

## 二次医療圏

349医療圏(平成22年4月1日現在)

### 【医療圏設定の考え方】

一体の区域として病院等における入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮する。

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

↓  
一般の入院に係る医療を提供

## 特殊な医療とは…

- (例)
- ① 広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特に専門性の高い救急医療(高度救命救急センターなど)
  - ② 経皮的カテーテル心筋焼灼術、腎移植等の先進的技術を必要とする医療(都道府県がん診療連携拠点病院など)
  - ③ 高圧酸素療法、持続的血液濾過透析等特殊な医療機器の使用を必要とする医療
  - ④ 先天性胆道閉鎖症等発生頻度が低い疾病に関する医療 等

人口20万人未満で、  
流出率20%以上、流入率20%未  
満の医療圏を見直すことになった

該当する医療圏は全国87医療圏  
愛知県はなし

# 2次医療圏見直しの影響

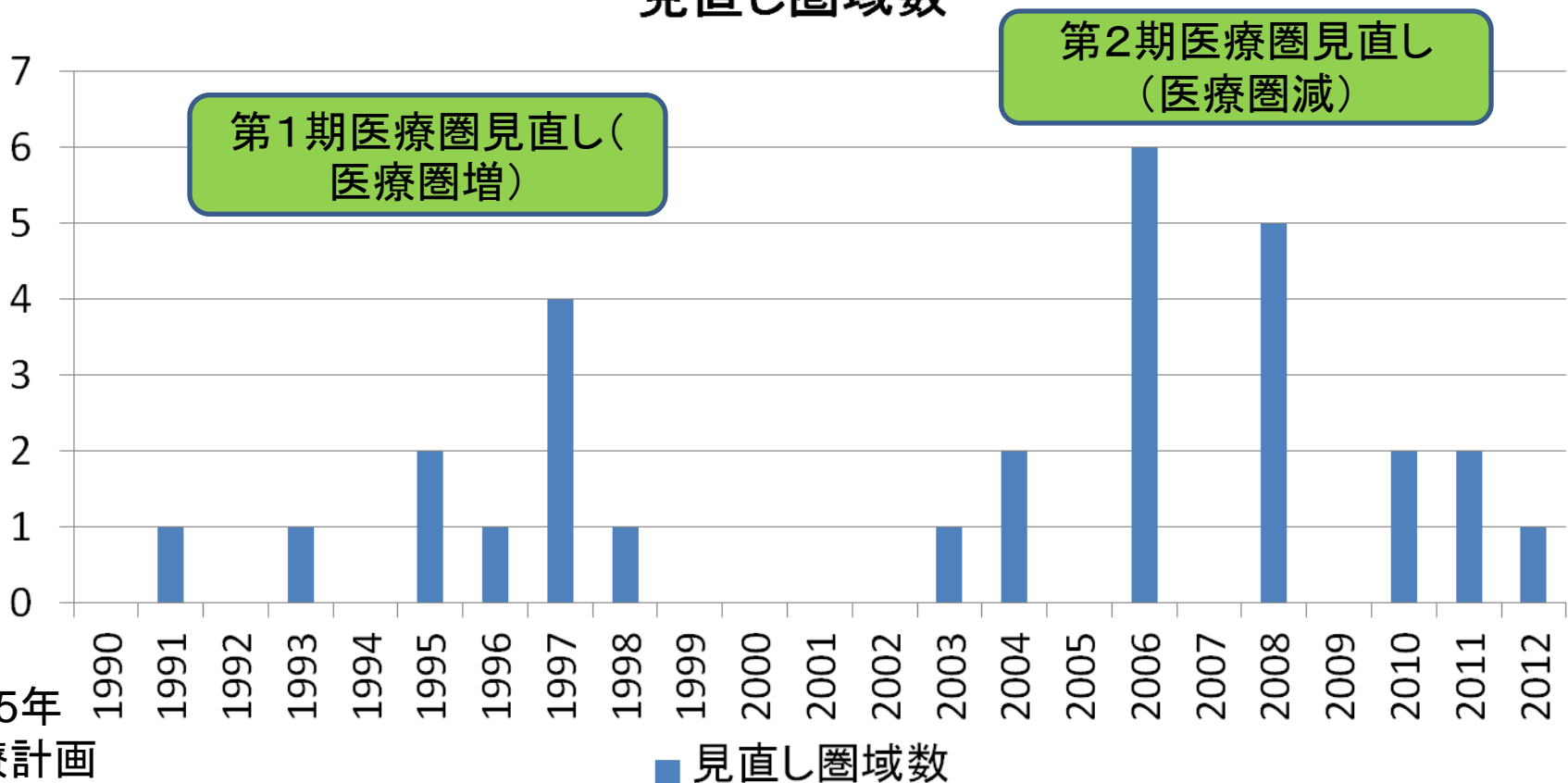
- 2次医療圏見直しは以下の事項に影響を与える
  - 基準病床
  - 医療圏に関連した病院整備
    - 地域医療支援病院
    - がん診療連携拠点病院
    - 災害拠点病院等
- 医療圏見直し
  - 2012年11月現在で、医療圏見直しを検討しているのは、宮城、栃木、徳島の3県のみ

# 医療圏見直し

- 2012年11月現在、2013年度からの新医療計画で医療圏設定を見直しの方針を固めている都道府県
  - 宮城県の3医療圏減
  - 栃木県の1医療圏増
  - 徳島県の3医療圏減
- 33都府県はすでに見直さない方針
  - この33都府県のうち、24県に先の医療圏見直しの作成指針である人口20万人未満、流入率20%未満、流出率20%以上の医療圏が含まれていた

# 2次医療圏見直し圏域数の推移

見直し圏域数



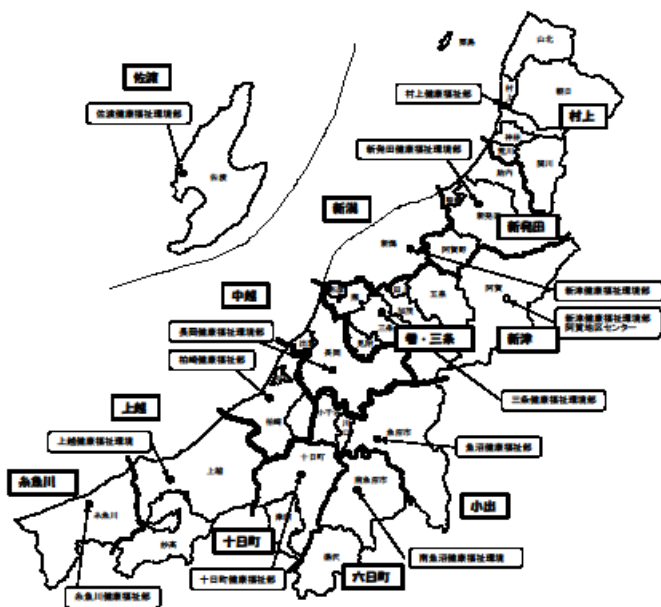
1985年  
医療計画

平成の大合併(1999~2010年)

地域医療再生資金(2009~2011年)

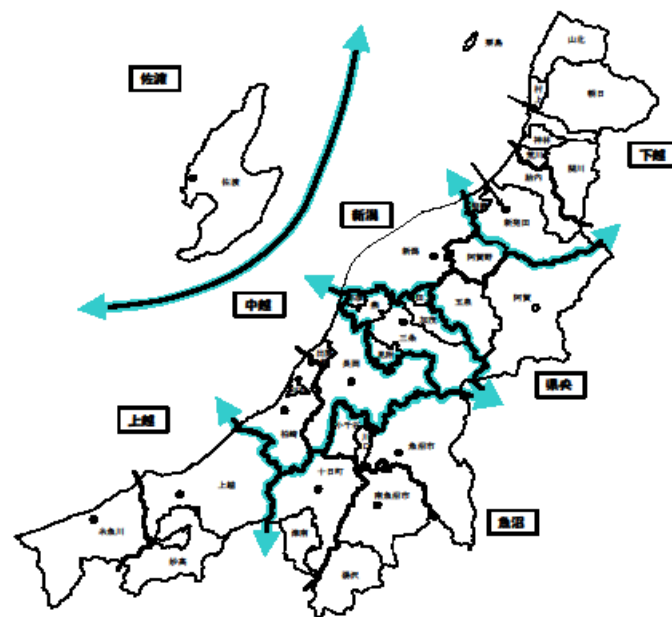
# 新潟県における二次医療圏見直し 13圏域(1987年)→7圏域(2006年)

平成 18 年 3 月 31 日までの二次保健医療圏



二次医療圏名

平成 18 年 4 月からの新たな二次保健医療圏



新しい二次医療圏

二次医療圏名

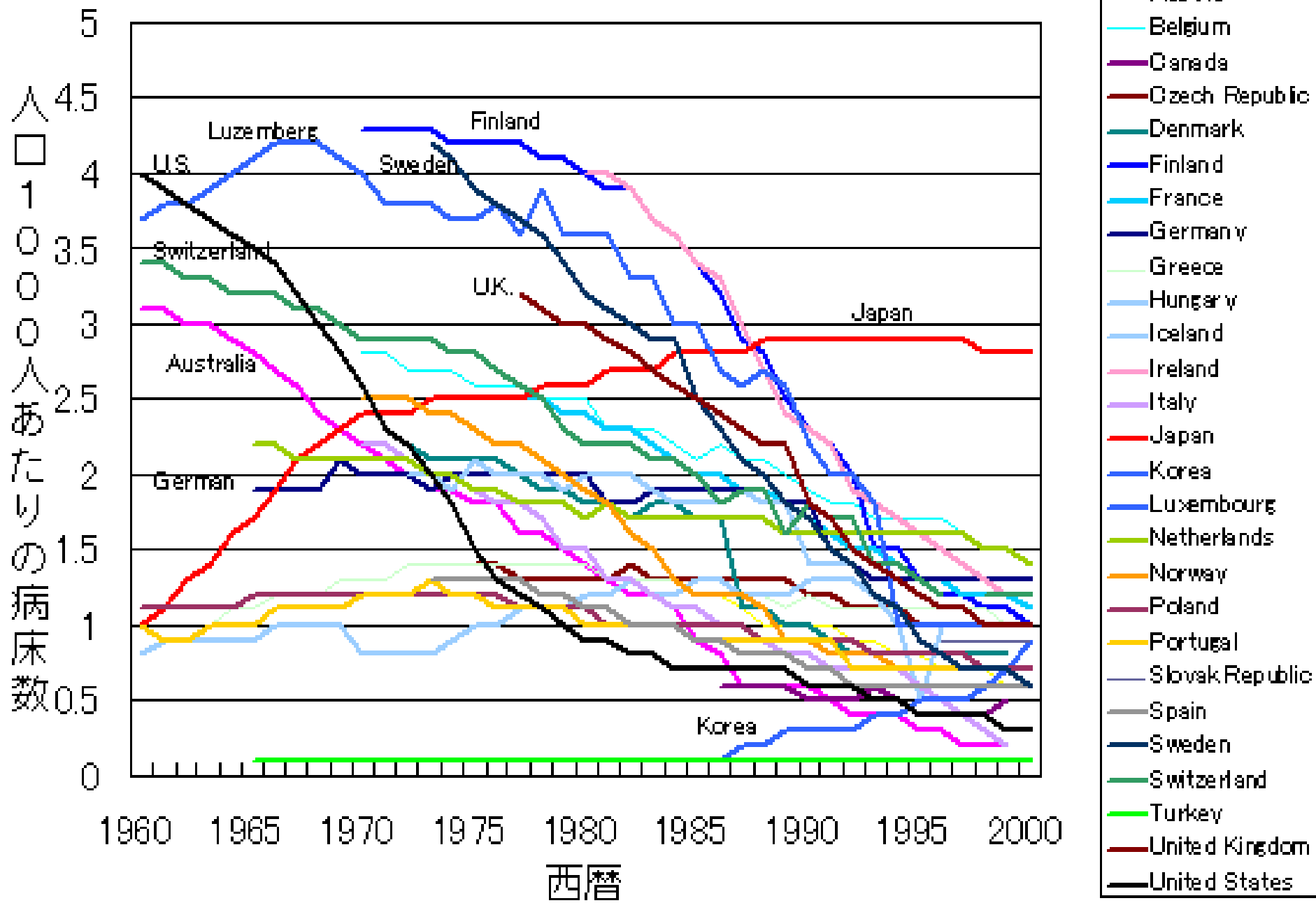


医療圏見直しの次の課題は  
大都市圏の医療圏

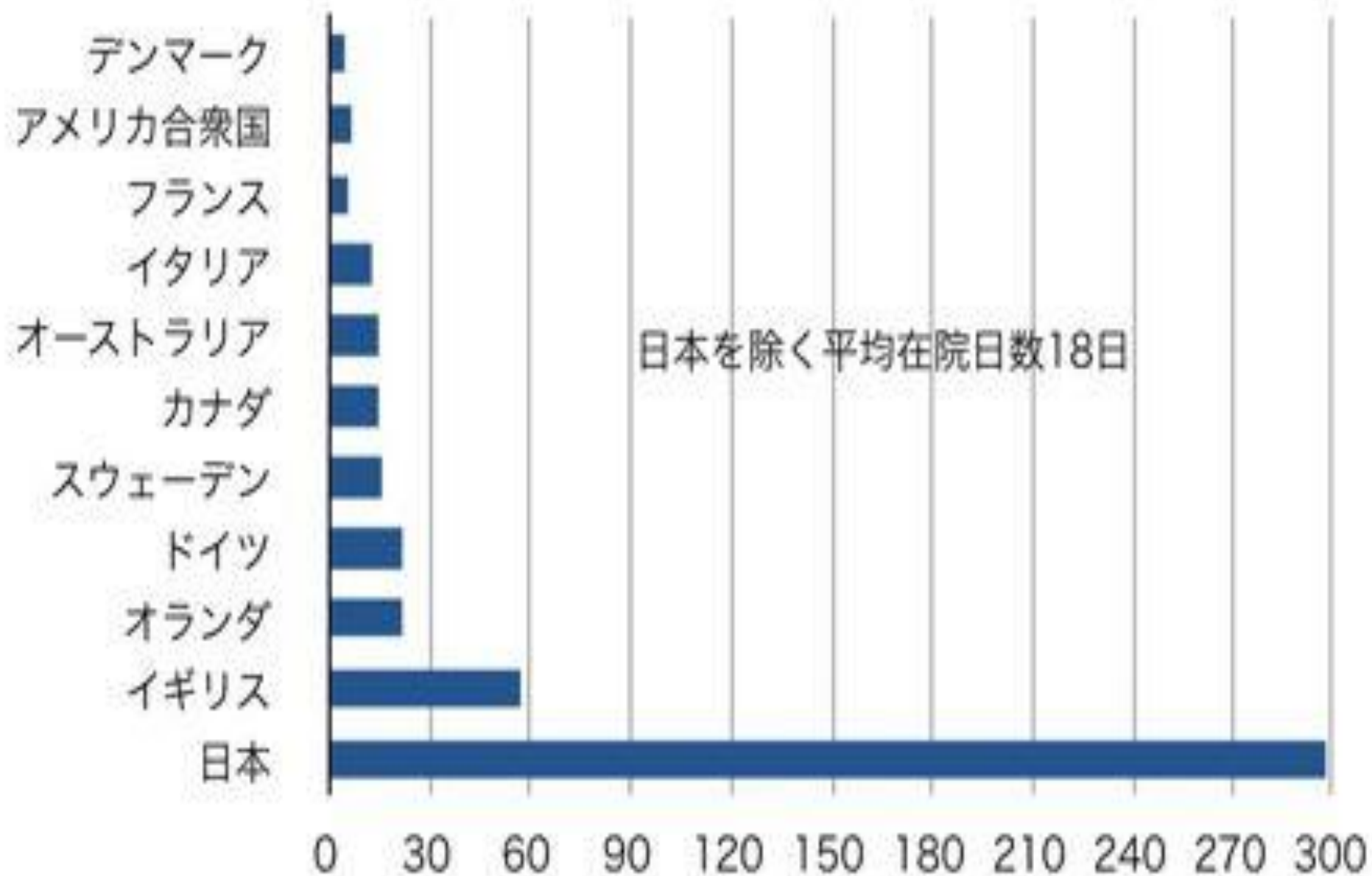
# ③精神科疾患を5疾患に追加

日本の精神医療の特殊性

# OECD加盟国の人口1000人あたりの精神科病床数

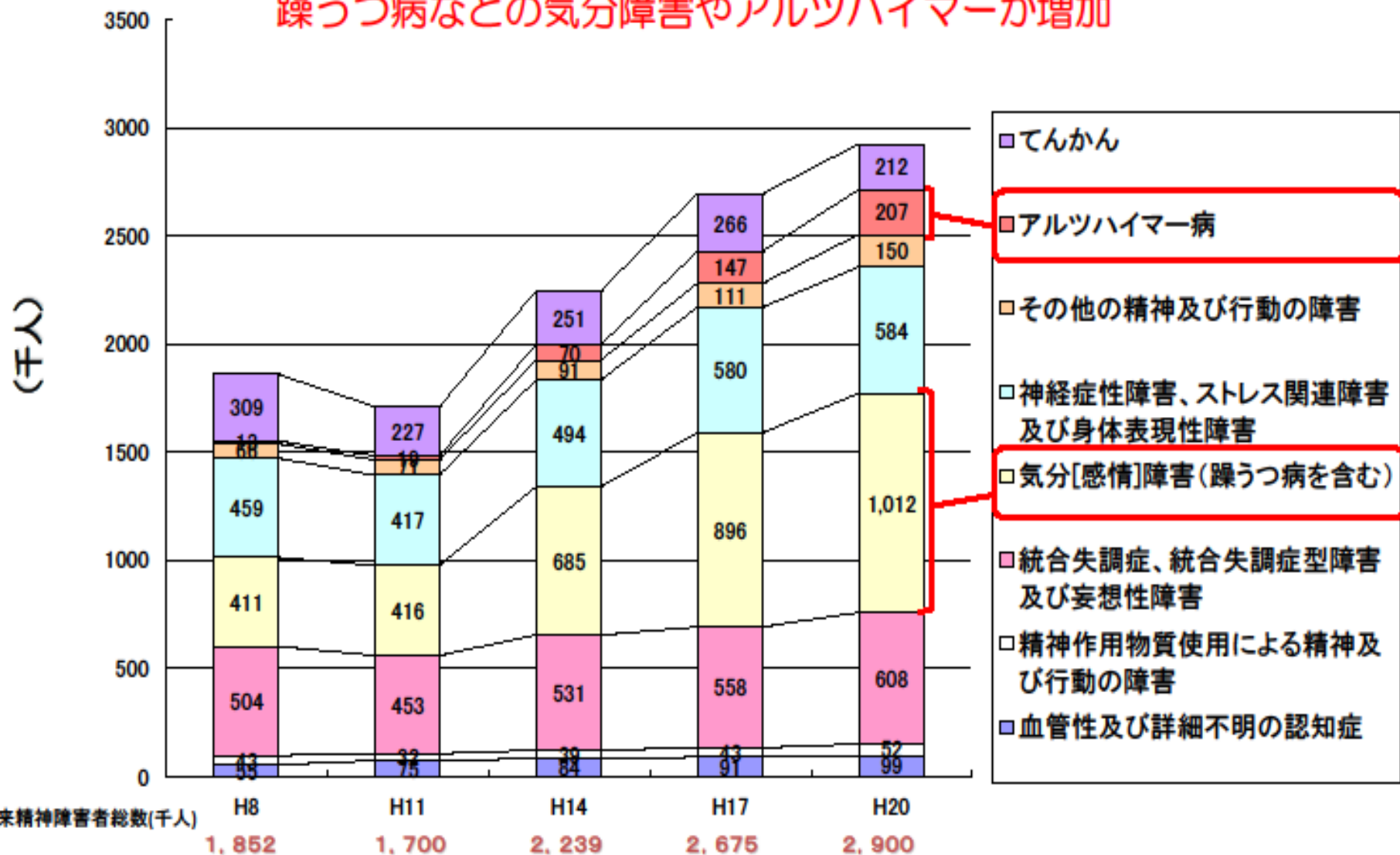


## 2005年退院者平均在院日数



# 精神疾患外来患者の疾病別内訳

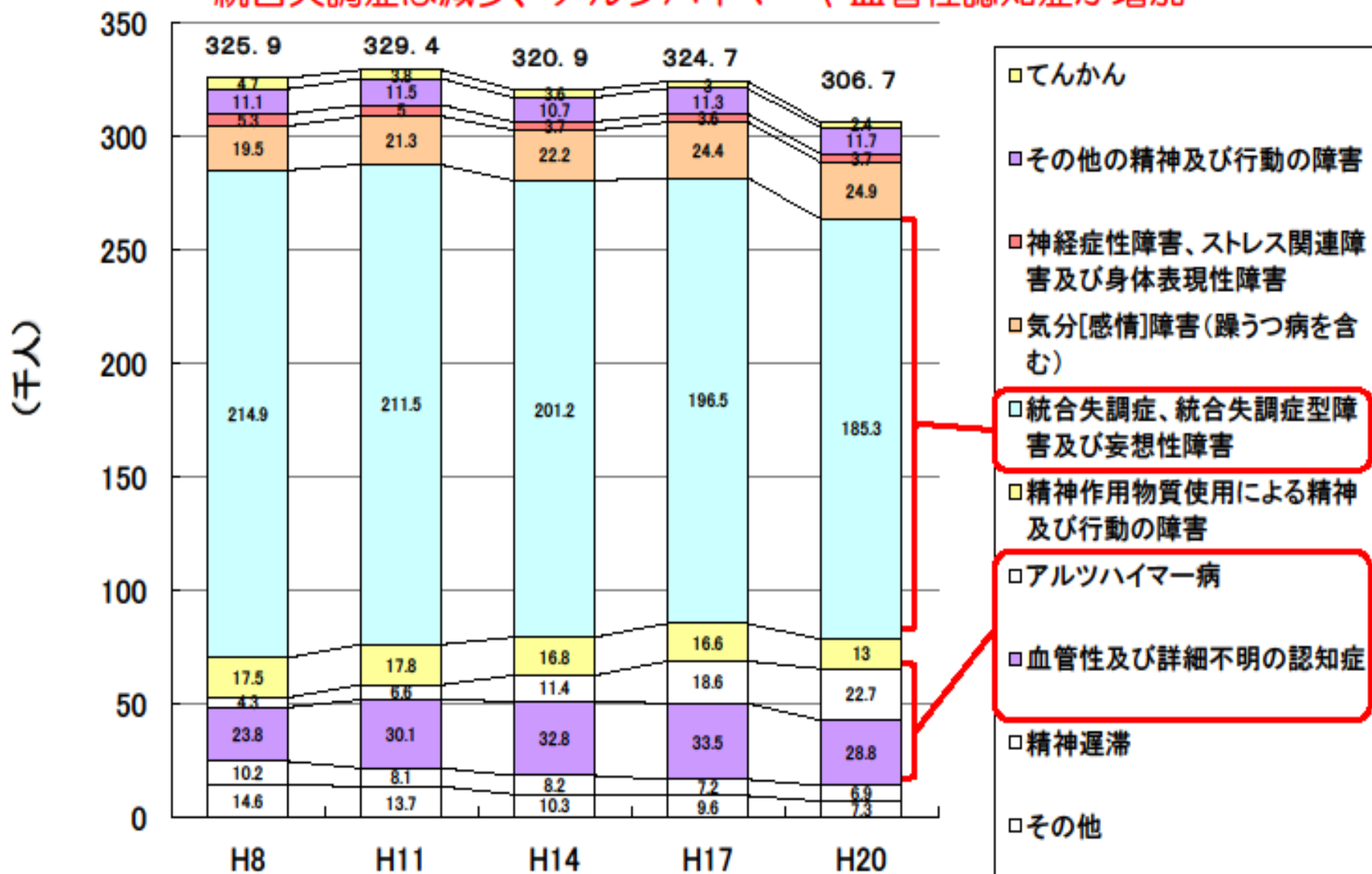
躁うつ病などの気分障害やアルツハイマーが増加



資料：患者調査

# 精神病床入院患者の疾病別内訳

統合失調症は減少、アルツハイマーや血管性認知症が増加



資料：患者調査

# 「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」

- 精神科病床の機能分化と人員配置を検討
  - 手薄だった精神科病床の人員配置
    - 一般病床に比べて医師は3分の1、看護師は4分の3
  - 患者状態像に応じた人員配置



「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」(座長:武藤)  
2012年3月23日～6月28日まで  
厚労省において4回の検討会を行った

# 医療法上の精神科病床人員配置

		一般 病床	療養 病床	精神科病床		感染症 病床	結核 病床	外来 患者
				※1	※2			
人員 配置 基準	医師	16:1	48:1	16:1	48:1	16:1	16:1	40:1
	看護職員※3	3:1	4:1 ※4	3:1	4:1 ※2	4:1	3:1	30:1
	看護補助者	-	4:1 ※4	-	-	-	-	-
	薬剤師	70:1	150:1	70:1	150:1	70:1	70:1	処方せん 75枚:1

※1 内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻咽喉科を有する100床以上の病院並びに大学附属病院

※2 ※1以外の病院は、当分の間、看護職員5:1、看護補助者を合わせて4:1でも可

※3 看護職員（看護師、准看護師） ※4 平成24年3月30日までは、6:1でも可



# 精神病床における患者の動態の年次推移



# 診療報酬の届出病床数(精神病床)

届出病床数 336,776床  
(平成22年7月1日現在)

特定入院料  
(155,392床)

看護配置3:1以上  
169,771床

精神病棟入院基本料  
(178,102床)

特定機能病院  
入院基本料  
(3,282床)

精神科救急入院料 (77医療機関 3,977床) 2:1

精神科救急・合併症入院料 (6医療機関 276床) 2:1

精神科急性期治療病棟  
入院料1 (274施設 13,794床) 入院料2 (22施設 1,122床)  
2.5:1  
3:1

認知症治療病棟  
入院料1 (433施設 30,077床) 4:1  
入院料2 (33施設 2,709床)

精神療養病棟  
(836施設 103,437床) 6:1

2:1 10:1 (34病棟、1,361床\*)

2.5:1 13:1  
(平成22年から導入)

3:1  
15:1  
(2,710病棟、145,959床\*)

18:1 (303病棟 17,655床\*)

20:1 (153病棟 9,265床\*)

特別入院基本料 (99病棟 5,521床\*)

1.5:1 7:1  
(7病棟 220床\*)

2:1 10:1  
(8病棟 261床\*)

2.5:1 13:1  
(平成22年から導入)

3:1 15:1  
(84病棟 2,971床\*)

医療観察法に定める  
指定入院医療機関数  
28か所 666床\*\*3

急性期入院対象者  
入院医学管理料

回復期入院対象者  
入院医学管理料

社会復帰期入院対象者  
入院医学管理料

小児入院医療管理料5  
(360床\*\*2)

特殊疾患病棟入院料  
58病棟 3,059床\*\*

精神科身体合併症管理加算  
(1,001施設)

精神病棟入院時医学  
管理加算  
(251施設 43,500床)

※ 入院基本料の病棟数・病床数は平成21年6月30日現在(合計とは一致しない)  
※2 平成21年6月30日の小児入院医療管理料3の届出数  
※3 医療観察法に定める指定入院医療機関数・病床数は平成23年10月1日現在  
上記以外は、平成23年10月5日中央社会保険医療協議会資料より作成

# 診療報酬の届出病床数(精神病床)

届出病床数 336,776床  
(平成22年7月1日現在)

特定入院料  
(155,392床)

精神病棟入院基本料  
(178,102床)

特定機能病院  
入院基本料  
(3,282床)

精神科救急  
精神科救急  
入院料1(2床)

**統合失調症+気分障害**  
**50±17歳**  
**3カ月未満**

認知症治療病床  
入院  
入院

**認知症、77±14歳**

精神療養病棟  
(836施設 103,437床)

**統合失調症**  
**62±14歳**  
**1年以上8割**

10:1 (34病棟、1,361床\*)

13:1  
(平成22年から導入)

15:1  
(2,710病棟、145,959床\*)

**統合失調症**  
**58±16歳**  
**1年以上6割**

18:1 (303病棟 17,655床\*)

20:1 (153病棟 9,265床\*)

特別入院基本料 (99病棟 5,521床\*)

7:1  
(7病棟 220床\*)

13:1  
(平成22年から導入)

15:1  
(84病棟 2,971床\*)

医療観察法に定める  
指定入院医療機関数  
28か所 666床※3

急性期入院対象者  
入院医学管理料

回復期入院対象者  
入院医学管理料

社会復帰期入院対象者  
入院医学管理料

小児入院医療管理料5  
(360床※2)

特殊疾患病棟入院料  
58病棟 3,059床※

精神科身体合併症管理加算  
(1,001施設)

精神病棟入院時医学  
管理加算  
(251施設 43,500床)

※ 入院基本料の病棟数・病床数は平成21年6月30日現在(合計とは一致しない)  
 ※2 平成21年6月30日の小児入院医療管理料3の届出数  
 ※3 医療観察法に定める指定入院医療機関数・病床数は平成23年10月1日現在  
 上記以外は、平成23年10月5日中央社会保険医療協議会資料より作成

# 今後の対応～医療法施行規則～

- 入院期間別の人員配置を医療法施行規則に書き込む。
- 精神保健福祉法に書き込んで、それを引用する？

## 精神病床の医師・看護職員の配置標準

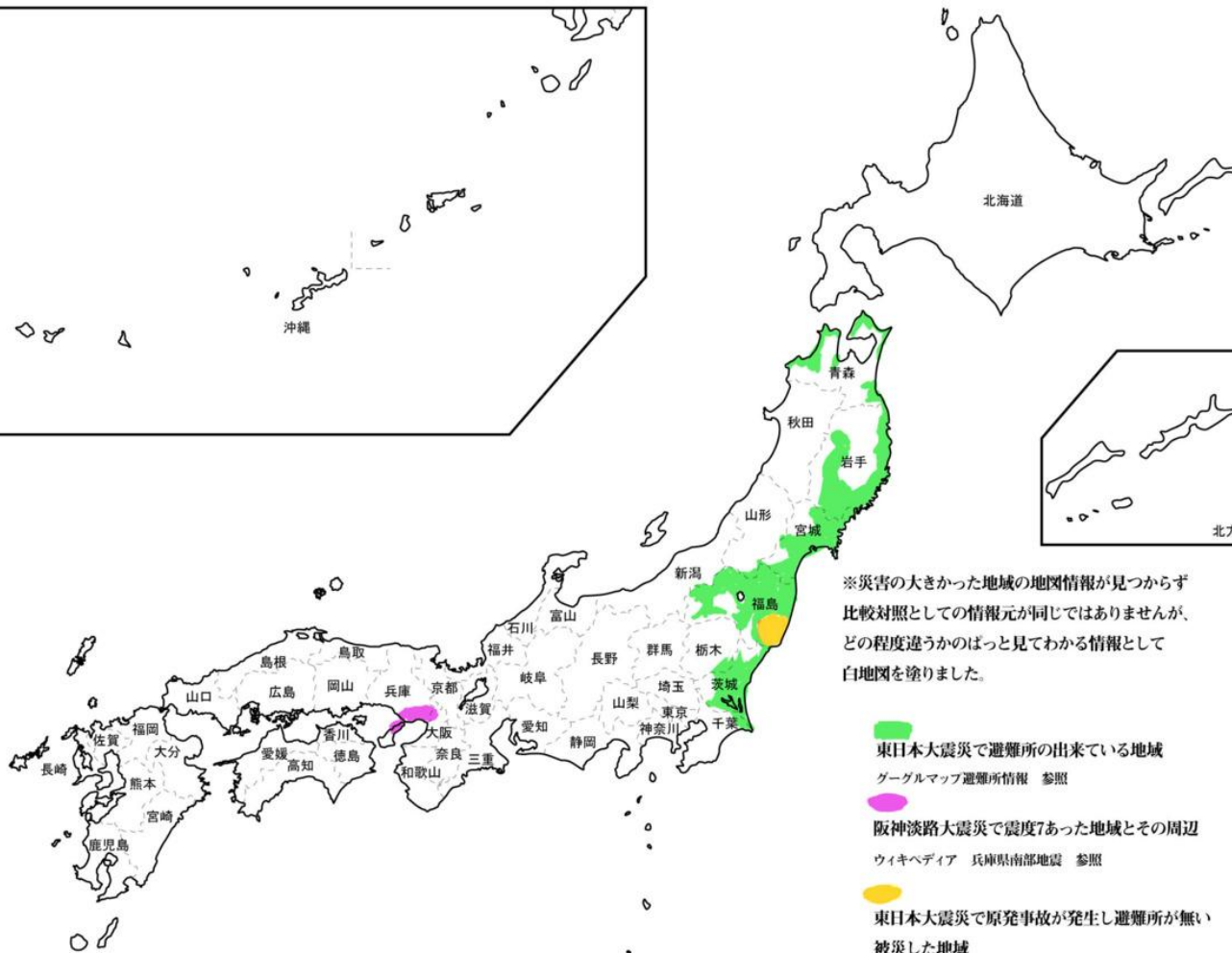
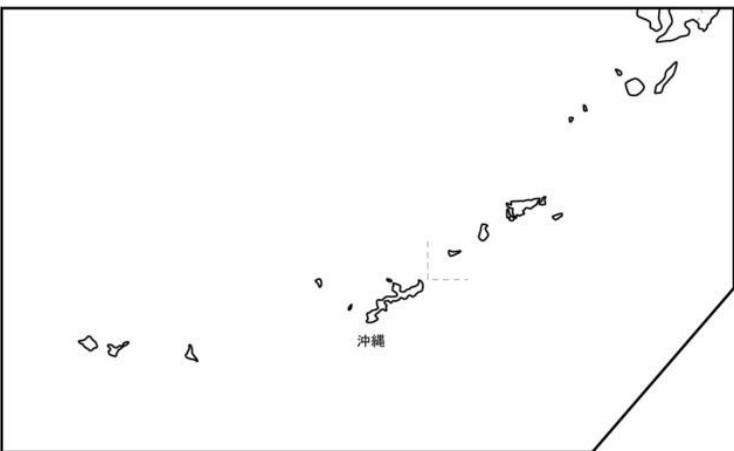
現行	今後の方向性	
医師 48 対 1	【入院 3 か月未満】 医師 <b>16 対 1</b>	【入院 3 か月以上 1 年未満】 医師 48 対 1
看護職員 4 対 1	看護職員 <b>3 対 1</b>	看護職員 <b>基本的に 3 対 1</b> ※一定割合は、PSW や OT などを 含めることができる

厚労省の資料などを基に作成

# ④災害時における医療体制の見直し



# 災害拠点病院の要件見直し



※災害の大きかった地域の地図情報が見つからず比較対照としての情報元が同じではありませんが、どの程度違うかのばっと見てわかる情報として白地図を塗りました。

- 東日本大震災で避難所の出来ている地域  
グーグルマップ避難所情報 参照
- 阪神淡路大震災で震度7あった地域とその周辺  
ウィキペディア 兵庫県南部地震 参照
- 東日本大震災で原発事故が発生し避難所が無い被災した地域

## 東北3県9医療圏が被災した



朝日新聞調べ(4月15~22日)。①②は各病院や保健所に問い合わせた。③④は県や保健所、医師会の把握数。仙台医療圏は仙台市宮城野区、若林区と沿岸市町に限定。相双医療圏の①②は原発から半径30km圏内を含む

# 東日本大震災における災害拠点病院の被害状況

	病院数	東日本大震災による被害状況		診療機能の状況											
		全壊	一部損壊	外来の受入制限			外来受入不可			入院の受入制限			入院受入不可		
				被災直後	5/17現在	6/20現在	被災直後	5/17現在	6/20現在	被災直後	5/17現在	6/20現在	被災直後	5/17現在	6/20現在
岩手県	11	0	11	11	0	0	0	0	0	11	1	1	0	0	0
宮城県	14	0	13	5	0	0	0	0	0	2	1	0	1	0	0
福島県	8	0	7	4	1※	1※	1	0	0	5	0	1※	0	1※	0
計	33	0	31	20	1	1	1	0	0	18	2	2	1	1	0

※緊急時避難準備区域

(7月1日時点：医政局指導課調べ)

被災地の災害拠点病院のうち31病院は一部損壊で、全壊は0であった。(一部損壊には、建物の一部が利用不可能になるものから施設等の損壊まで含まれる。)

7月1日時点では、県立釜石病院(岩手県)、緊急時避難準備区域の南相馬市立総合病院(福島県)で入院・外来制限を行っている。

# 東日本大震災を受け 災害拠点病院の5つの課題

- ①建物の耐震性
- ②災害時の通信手段の確保
- ③広域災害救急医療情報システム（EMIS）
- ④ライフライン
- ⑤備蓄
- その他
  - ヘリポート



# 岩手県立釜石病院も被災した 全床再開に向け、耐震補強工事を 急ピッチで進めた



岩手県立釜石病院



釜石病院の耐震化工事を説明する遠藤院長(左)

# 三田病院/山王病院も免震化



三田病院の免振構造



山王病院

# ⑥在宅医療に係わる医療体制 の充実・強化

# 「在宅医療指針」

- 国立長寿医療研究センターが中心になって取りまとめた「在宅医療体制構築に係る指針案」を参考にする方針。
  - 24時間365日、患者の生活の視点に立った多職種連携医療の確保
  - 看取りまで行える医療のための連携体制
  - 認知症の在宅医療の推進
  - 介護との連携—などの観点から、各都道府県が地域の実情に合わせて計画を策定すべき

# 在宅医療に関する医療計画の内容(数値目標)

## ■数値目標の例(各都道府県の医療計画より)

### ○北海道

- ・在宅医療を実施する医療機関割合  
現状35.2%→目標値38.1%

### ○山形

- ・主任介護支援専門員研修受講者数  
44人(H18)→50人(H24)

### ○福島

- ・在宅療養支援診療所 148(H18) → 196(H24)
- ・訪問看護ステーション 121(H18) → 128(H24)
- ・保険薬局に占める訪問薬剤管理指導料の届出薬局  
76.9%(H18) → 81%(H24)
- ・保険薬局に占める麻薬小売業免許取得薬局の割合  
84.1%(H18) → 85.9%(H24)

### ○茨城

- ・医療機関と連携し在宅医療に取り組む薬局の割合  
6%(H18) → 50%(H24)

### ○東京

- ・医療保健政策区市町村包括補助事業の実施(在宅医療推進に資する事業)  
5自治体(H19) → 全市町村(H24)

### ○山梨

- ・在宅ホスピス連絡体制が整備されている保健福祉事務所圏域の数  
1圏域(H18) → 4圏域(H24)

### ○福井

- ・在宅医療推進のためのコーディネーター設置地区  
→5地区(H24)

### ○福岡

- ・在宅医療を受ける患者数  
2100人/1日(H18) → 30%増(H24)

### ○佐賀

- ・自宅での死亡の割合8.1%(H18) → 12.2%(H24)

### ○熊本

- ・訪問看護ST数 107(H17) → 120(H24)
- ・訪問看護師の就業者数 429(H18) → 554(H24)
- ・往診や訪問看護を実施する医療機関数  
582(H18) → 640(H24)
- ・緊急時24時間対応訪問看護ST割合  
24時間対応可能 22.1%(H16) → 30%(H24)  
24時間連絡可能 94.2%(H16) → 98%(H24)
- ・麻薬小売業免許を取得している保険調剤薬局の割合  
82.9%(H18) → 100%(H24)

### ○沖縄

- ・在宅療養支援診療所(75歳以上人口千人あたり)  
0.46(H18) → 0.82(H24)
- ・訪問看護ステーション(人口10万人あたり)  
3.7(H18) → 4.5(H24)

# 病床機能情報報告制度と 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)

# 報告制度の導入と地域医療ビジョン策定までの流れ (とりまとめにおける整理)

## 1. 医療機能及び病床機能を報告する仕組みの導入

- 各医療機関（診療所を含む。）が、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（医療機能情報提供制度の活用検討）  
※ 報告は、病棟単位を基本
- 各医療機関は、急性期、亜急性期、回復期その他主として担っている医療機能の内容を報告。
- 報告する医療機能毎に、提供している医療の機能や特性、人的な体制、構造設備などの病床機能についても併せて報告。

報告を求める各医療機能の考え方や具体的な内容については、医療提供者や利用者の意見も踏まえながら、医療部会の下に設ける検討の場において、別途検討を進める。

- 各医療機関は、定期的に、都道府県に報告するとともに、報告した事項について、当該医療機関において閲覧に供するなど患者や住民にわかりやすく提供。
- 都道府県は、各医療機関からの報告の内容を、患者、住民にわかりやすい形で公表。

今回の検討会の設置

## 2. 医療機能の情報把握

- 都道府県は報告の仕組みを通じて地域の各医療機関が担っている医療機能の現状を把握。

## 3. 地域医療ビジョンの策定(次々回の医療計画)

- （医療機能の）現状や高齢化の進展を含む地域の将来的な医療ニーズの見通しを踏まえながら、医療提供者等の主体的な関与の下で、新たに医療計画において、今後の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地域ごとに策定。

※ 国において、予め、都道府県に報告された医療機能に係る情報を分析し、地域において均衡のとれた医療機能を適切に推進するための地域医療のビジョンに関するガイドラインの作成等を医療提供者や利用者の意見も踏まえ、検討。その際、医療資源の限られた地域等について、地域の実情に応じた配慮も併せて検討。

今後検討会を設置して、検討

※ 上記のビジョンの策定については、医療機関からの情報を踏まえ行うものであることや都道府県の準備期間を考慮し、次々回の医療計画の策定の中で検討。

## 4. その他

- 機能分化を推進するに当たっての基本的考え方や、国や都道府県、医療機関、患者・住民等の役割について、医療法に位置づける。

# 病床機能情報報告制度

- 2014年度から以下の病床機能類型について病棟ごとに都道府県に報告する
- 病床機能の6種類（種類名は仮称）
  - (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）



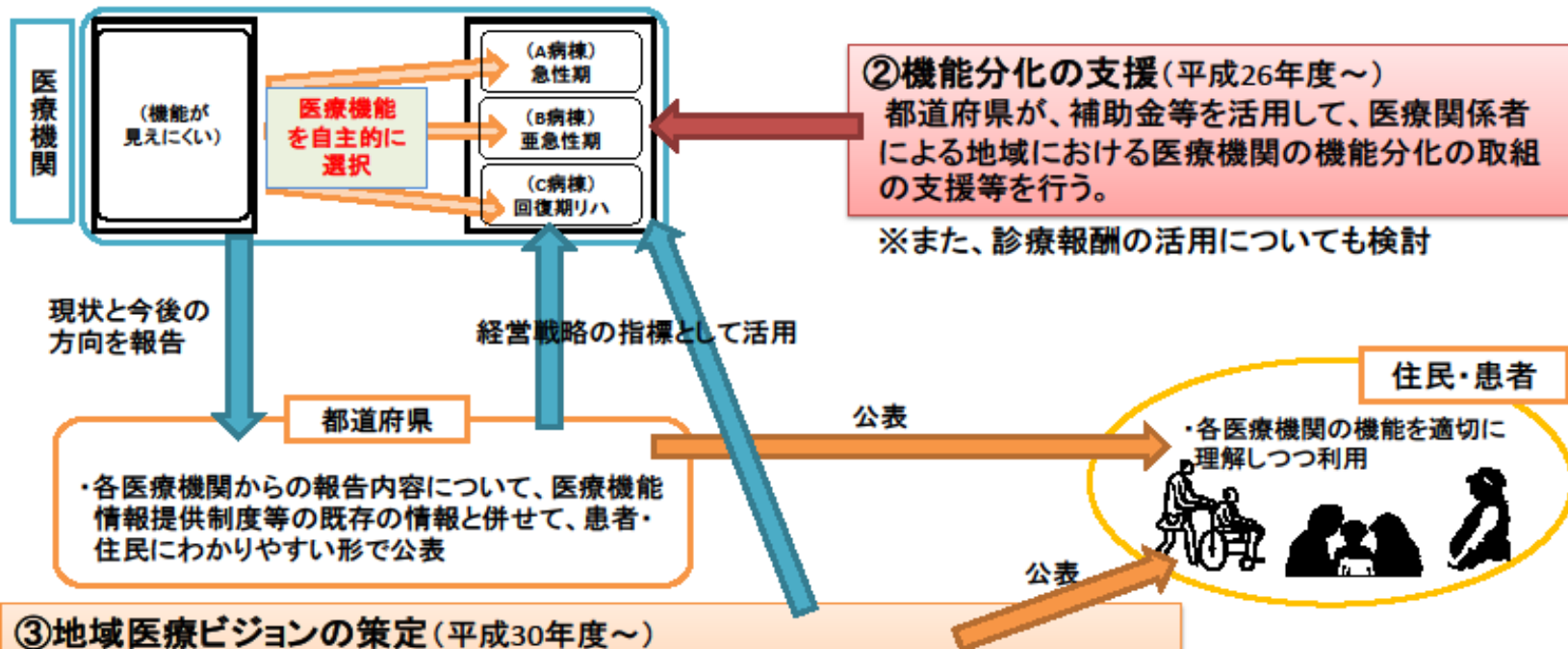
# 病床機能情報の報告・提供制度

## 機能分化を推進するための仕組み

第4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	資料
平成25年3月7日	4

### ①医療機関による報告(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を進める。



### ③地域医療ビジョンの策定(平成30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、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。

# 2025年へのロードマップ

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

診療報酬・介護報酬  
同時改定①

診療報酬改定①

診療報酬・介護報酬  
同時改定②

診療報酬改定②

診療報酬改定③

診療報酬・介護報酬  
同時改定③

診療報酬改定④

2013年

2018年

2023年

医療計画

医療計画

医療計画

医療計画

医療計画

病床機能情報報告制度

病床機能情報  
報告制度

病床機能情報  
報告制度

病床機能情報  
報告制度

医療介護のあるべき姿

# パート3

## 2012年診療報酬改定と 在宅医療



2月10日中医協答申

# 2012年診療報酬改定基本方針

- 社会保障審議会医療部会・医療保険部会（12月1日）
- 2つの重点課題と4つの視点
- 2つの重点課題
  - ①急性期医療の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減
  - ②医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進および地域生活を支える在宅医療などの充実

# 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



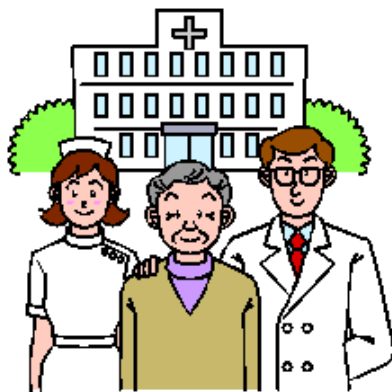
B診療所  
(連携先)



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

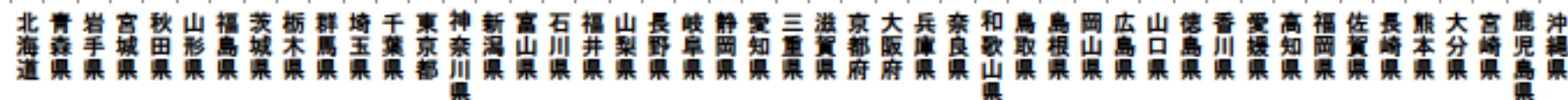
10

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

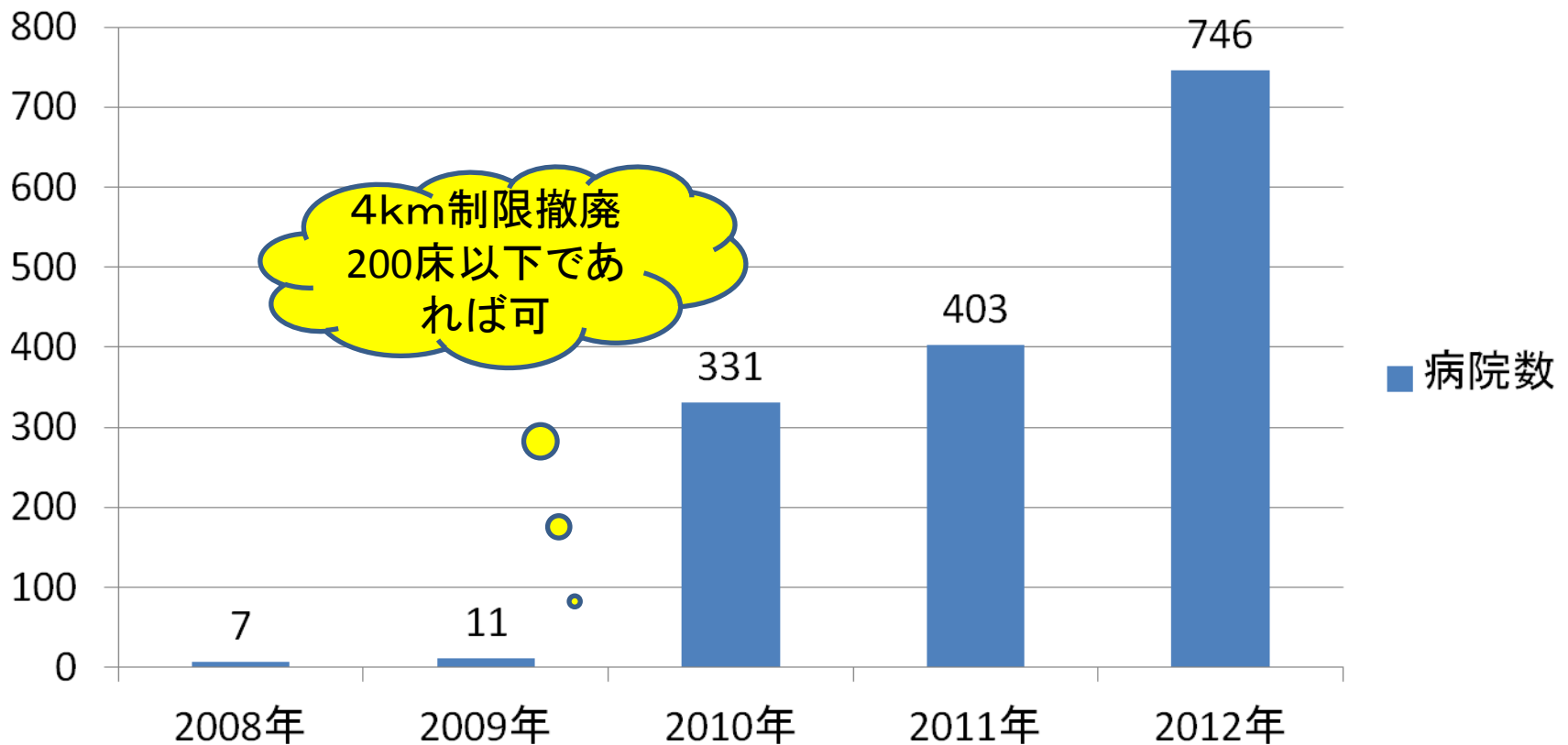


# 在宅療養支援病院の規制緩和 (2010年診療報酬改定)

- **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



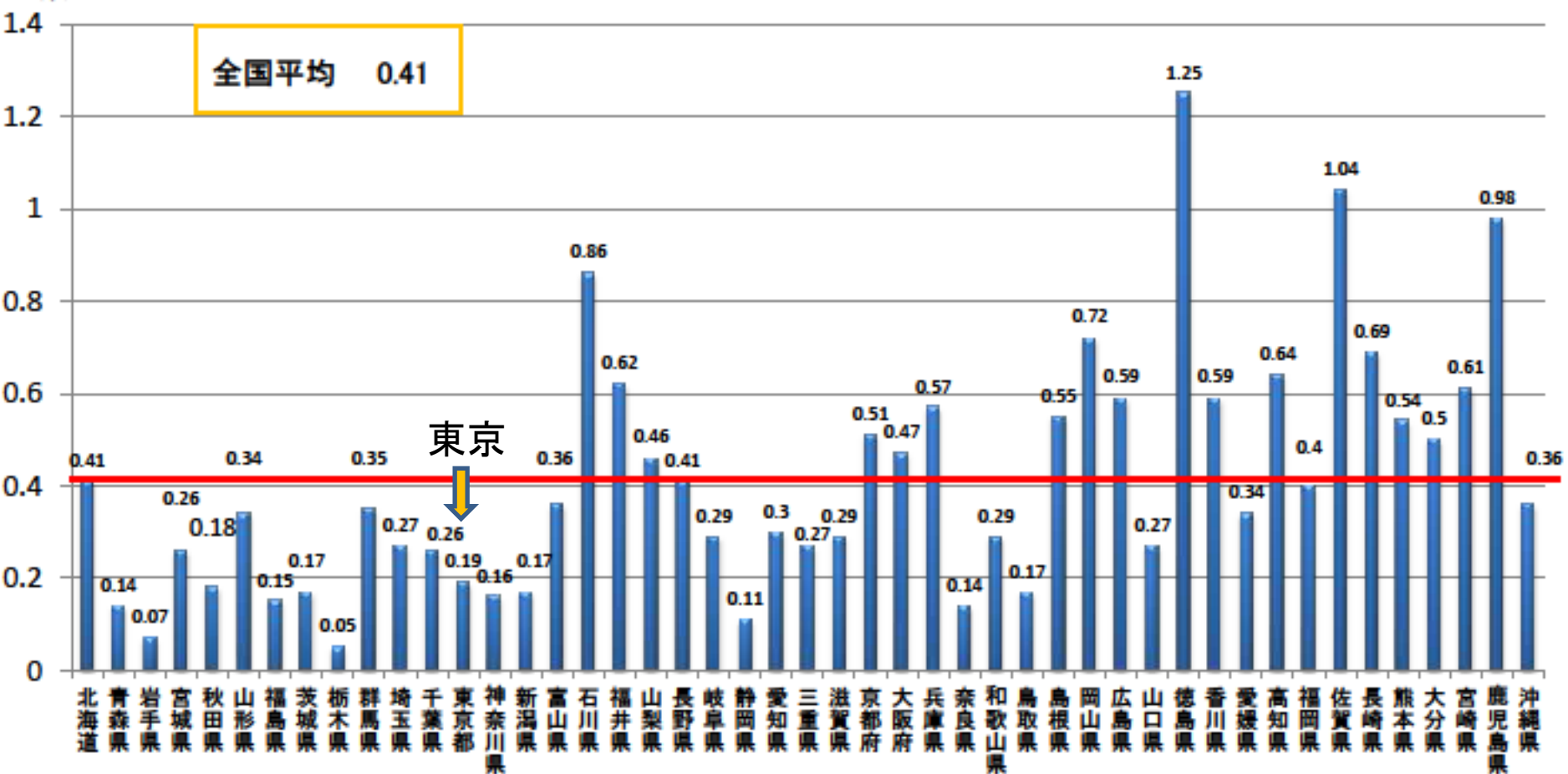
鈴木先生



# 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

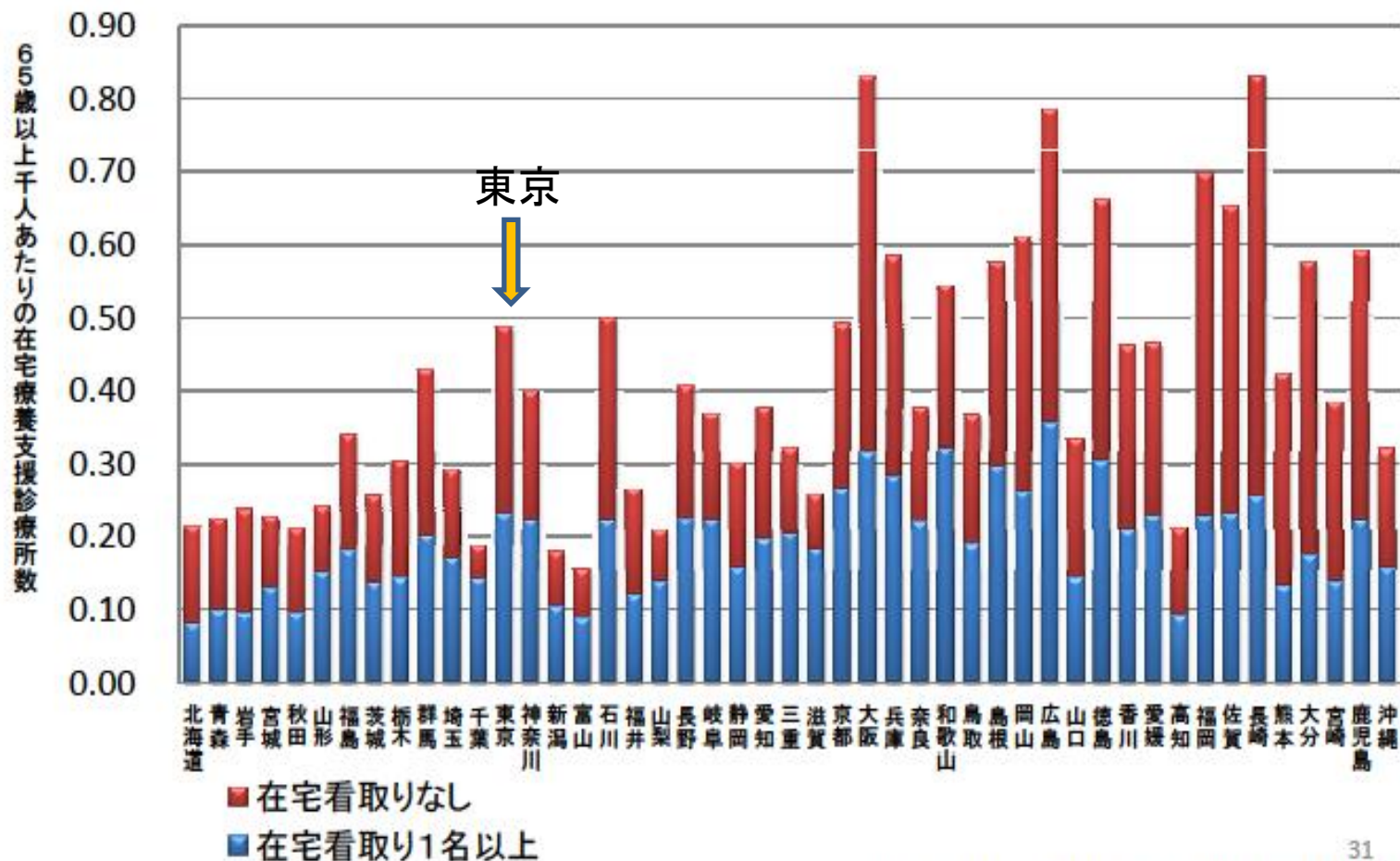


保険局医療課データ 平成23年7月

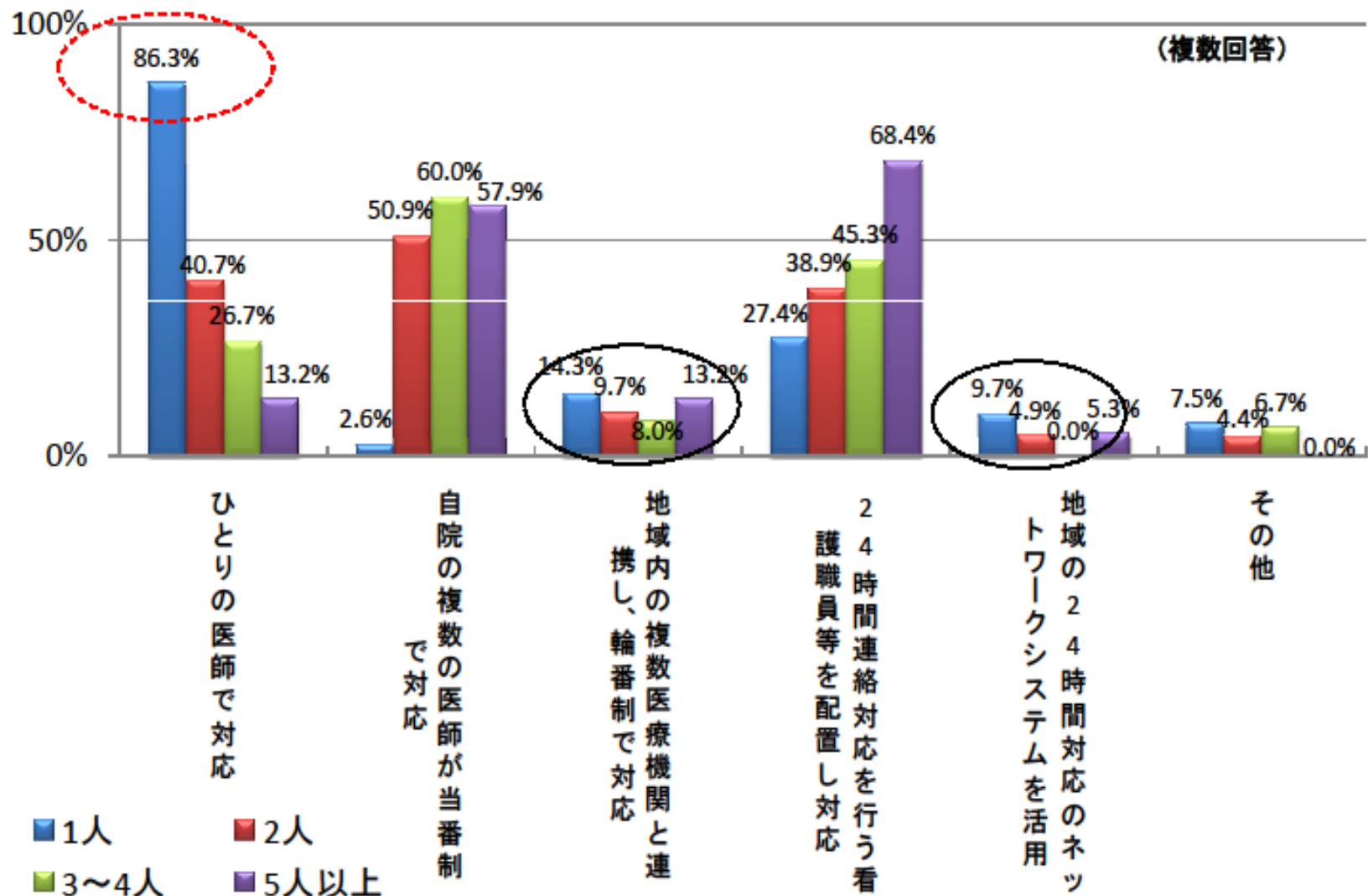
# 在宅療養支援診療所・病院の 課題と対策

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

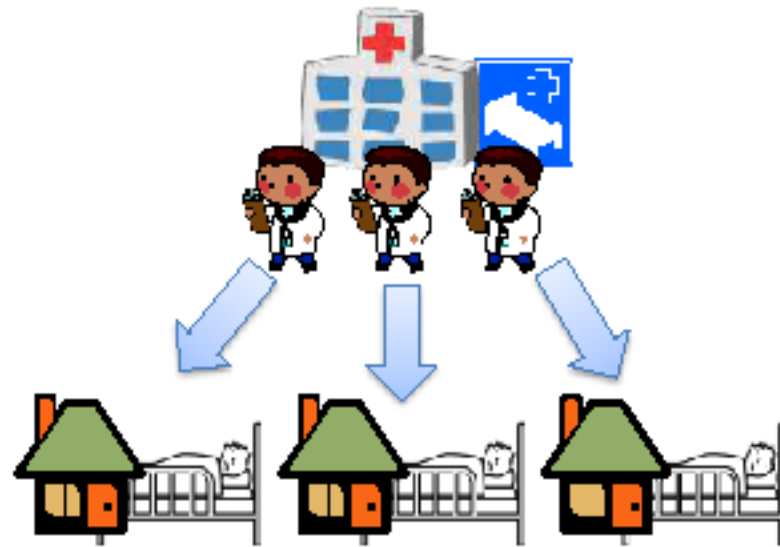
機能強化型  
在宅療養支援診療所  
在宅療養支援病院



# 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

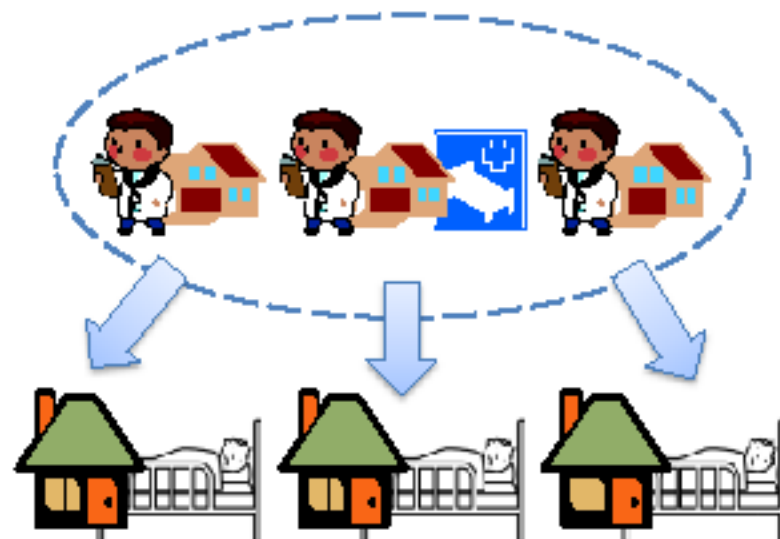
- ②複数の医療機関が連携して①の要件を満たすことも可とするが、連携する場合は、以下の要件を満たすこと。
  - イ 患者からの緊急時の連絡先の一元化を行う
  - ロ 患者の診療情報の共有を図るため、連携医療機関間で月1回以上の定期的なカンファレンスを実施
  - ハ 連携する医療機関数は10未満
  - ニ 病院が連携に入る場合は200床未満の病院に限る

## 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)

## パート4

# 2012年介護報酬改定と 地域包括ケア

# 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について

医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援(地域包括ケア)を推進

## 【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
- ・介護職員によるたんの吸引などの医療行為の実施

### 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時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設など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なら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

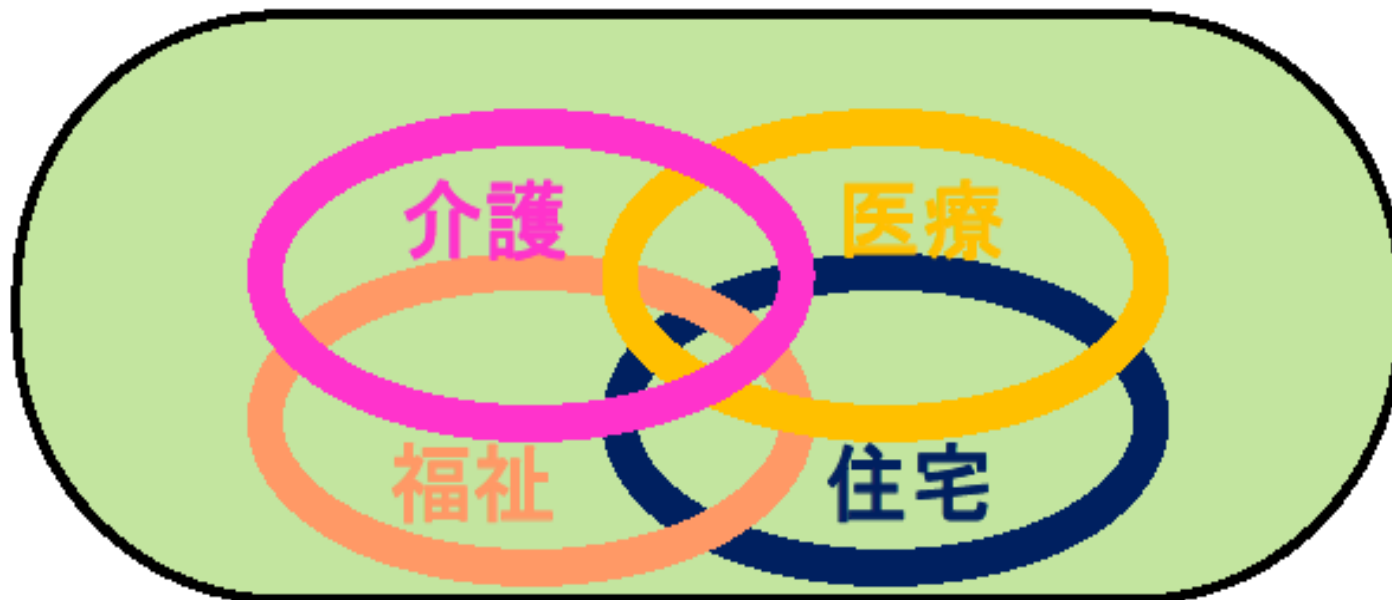
### ⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備(国交省と連携)

- ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ

※ 「地域包括ケアシステム」は、ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏域)で適切に提供できるような地域での体制と定義する。その際、地域包括ケア圏域については、「おおむね30分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本とする。

(「地域包括ケア研究会報告書」より)

# 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

# 地域包括ケアシステムのイメージ

認知症患者へのサービス

複合型サービス

小規模多機能型居宅介護（  
訪問看護と組み合わせた複  
合型サービスを含む）

グループホーム



在宅療養支援病院



定期巡回・随時対応型  
訪問介護看護



在宅療養支援診療所



介護保険施設



サービス付高齢者向け住宅などの住まい



NPO,  
住民参加、企  
業、自治体など



# 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)

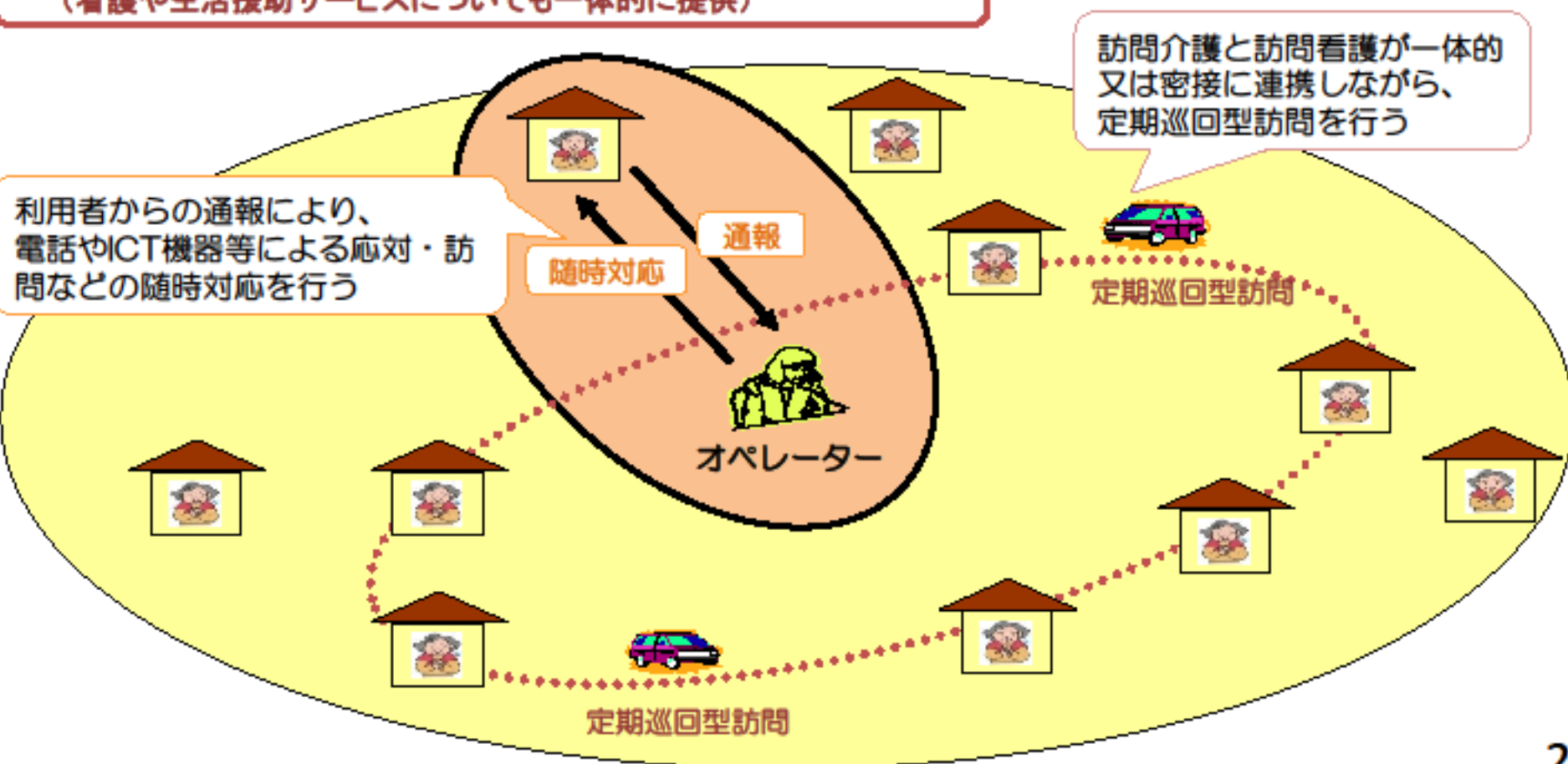
# ①定期巡回・随时対応型 訪問介護看護

改正介護保険法(2011年6月)

# I 制度概要について

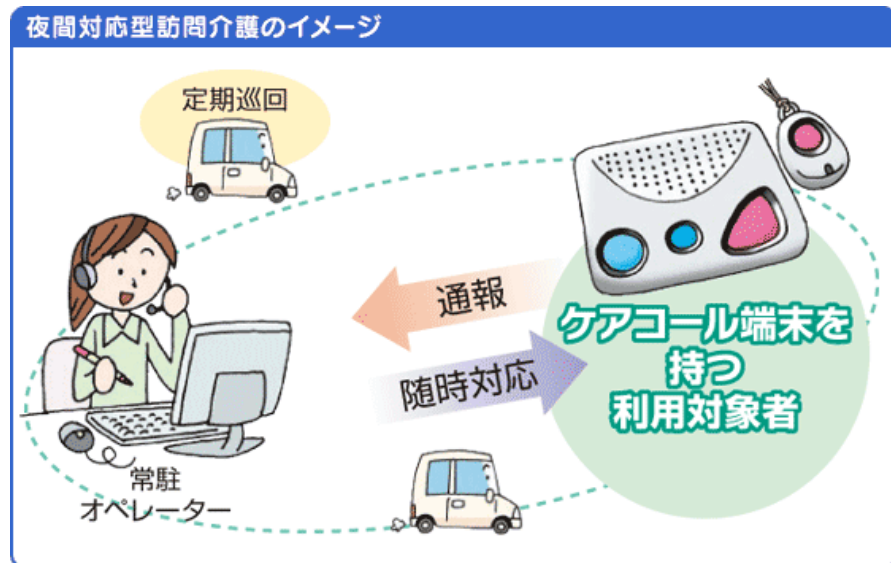
- 重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に又はそれぞれが密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」を創設（平成24年4月）。

- 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

# 24時間型サービス実施状況

- 定期巡回・随時対応サービス実施状況
  - 2012年10月末時点
  - 68保険者、117事業所で実施
- 都道府県別実施状況
  - 東京都 13保険者
  - 埼玉県 8保険者
  - 愛知県 7保険者
  - 北海道、千葉 5保険者
  - 事業者数で最も多いのは横浜(18)、札幌(12)、名古屋(6)、川崎(5)、米子(5)

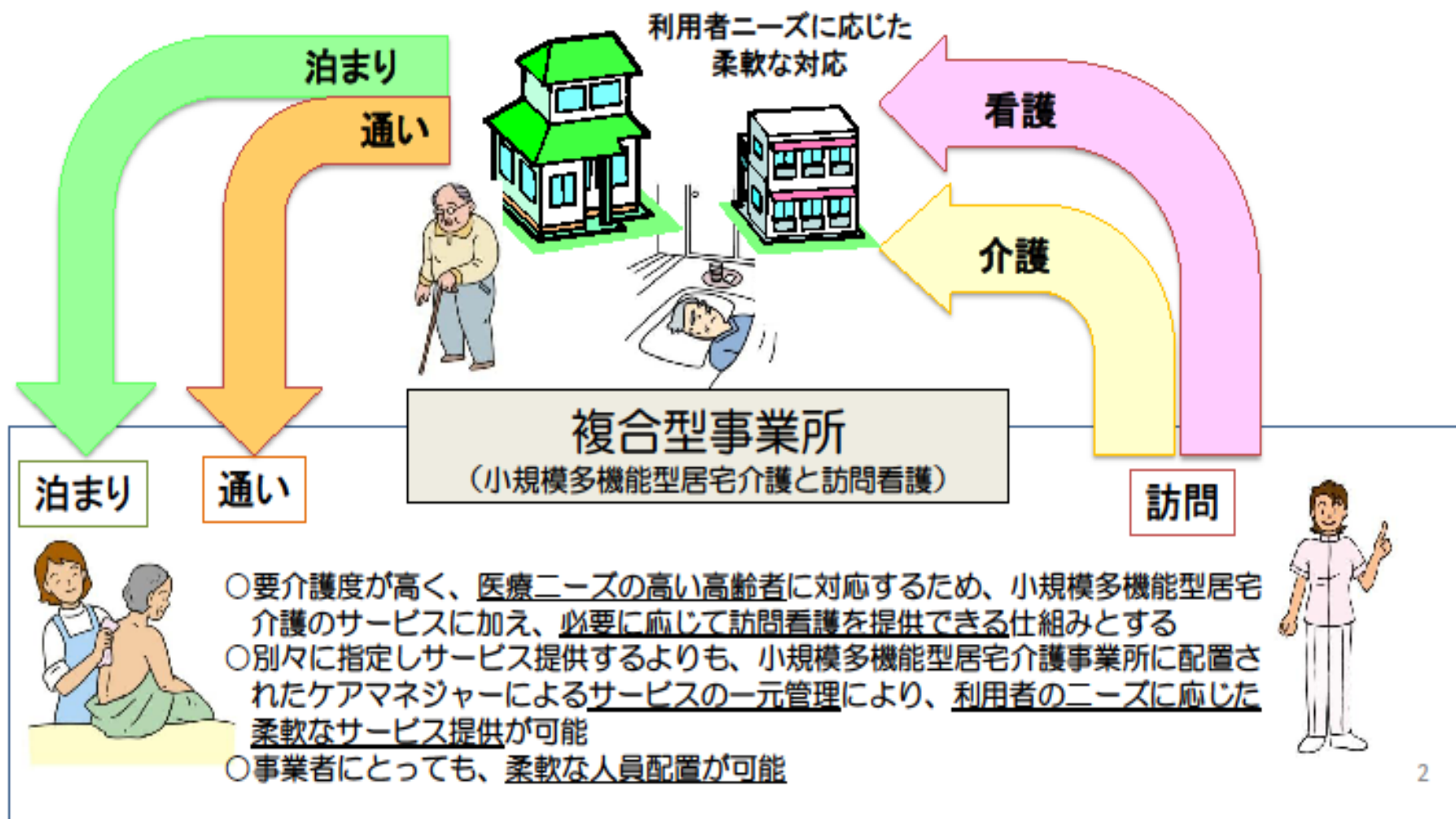
## ②複合型サービス

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)



## ■ 改正前

### 高齢者向け賃貸住宅（賃貸借方式）

#### 高齢者円滑入居賃貸住宅（高円賃）

※高齢者であることを理由に入居を拒まない賃貸住宅（登録基準を満たすもの）

#### 高齢者専用賃貸住宅（高専賃）

※高円賃のうち専ら高齢者やその配偶者を賃借人とする賃貸住宅

#### 高齢者向け優良賃貸住宅（高優賃）

※バリアフリー、緊急時対応サービス利用可などの認定基準を満たした賃貸住宅

### 有料老人ホーム（利用権方式が多い）

#### 有料老人ホーム

※老人福祉法に規定された高齢者向けの生活施設で、老人福祉施設ではないもの

## ■ 改正後（2011年10月20日から）

### サービス付き高齢者向け住宅

#### サービス付き高齢者向け住宅に一本化（高円賃、高専賃、高優賃を廃止）

※地方公共団体による高齢者向けの優良な賃貸住宅制度は存置

#### サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けた有料老人ホーム

#### サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けない有料老人ホーム

# 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

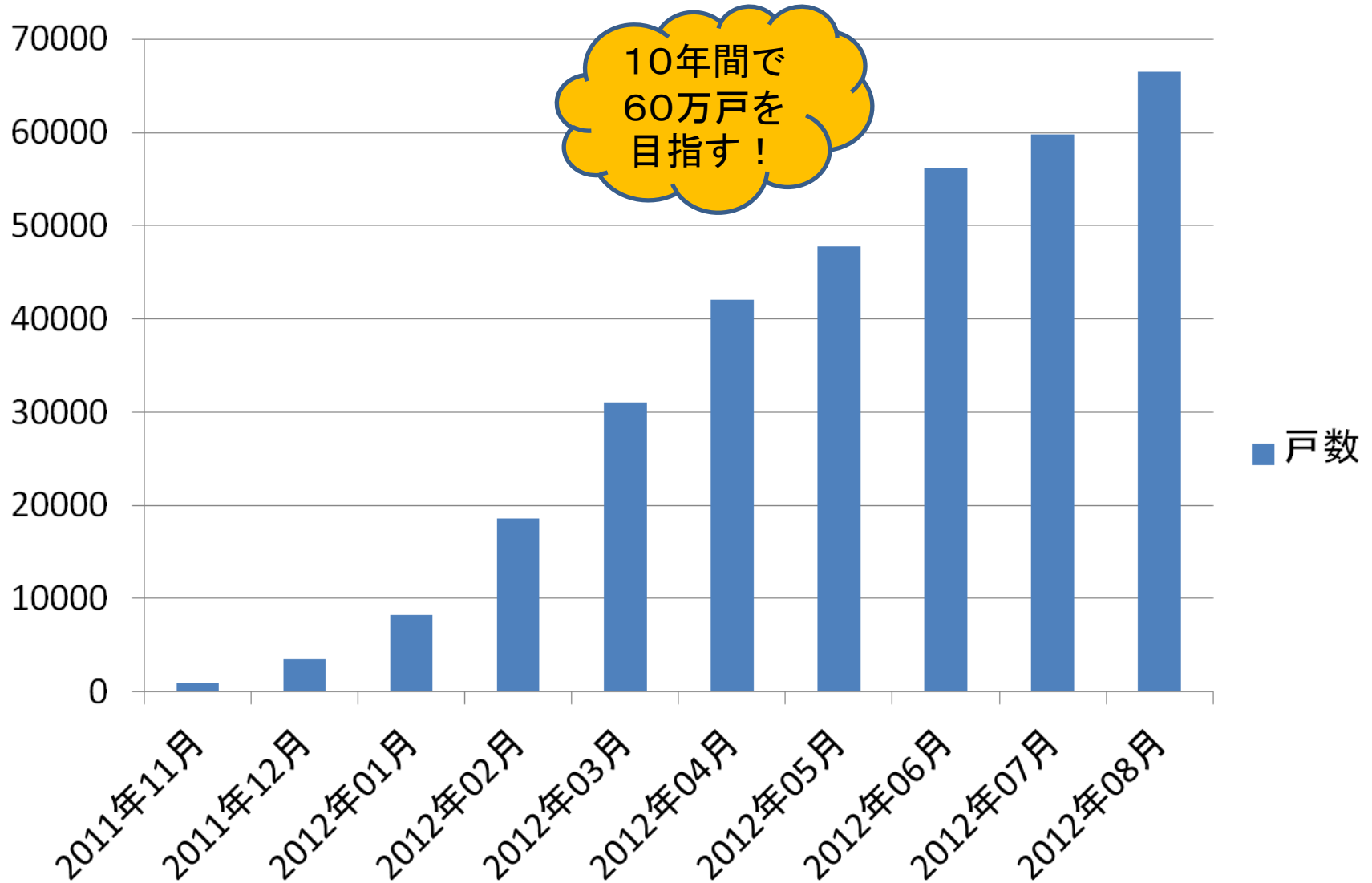
【併設施設】  
診療所、訪問看護ステーション、  
ヘルプステーション、  
デイサービスセンター など

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>

# 急増するサービス付き高齢者向け住宅



# パート5 地域連携から 地域統合ネットワークへ



社会保障制度改革国民会議

# 国民の医療介護ニーズに適合した 提供体制改革への道筋 医療は競争よりも協調を

社会保障制度改革国民会議

2013年4月19日

慶應義塾大学商学部 権丈善一



# なぜ、競争ではなく協調なのか

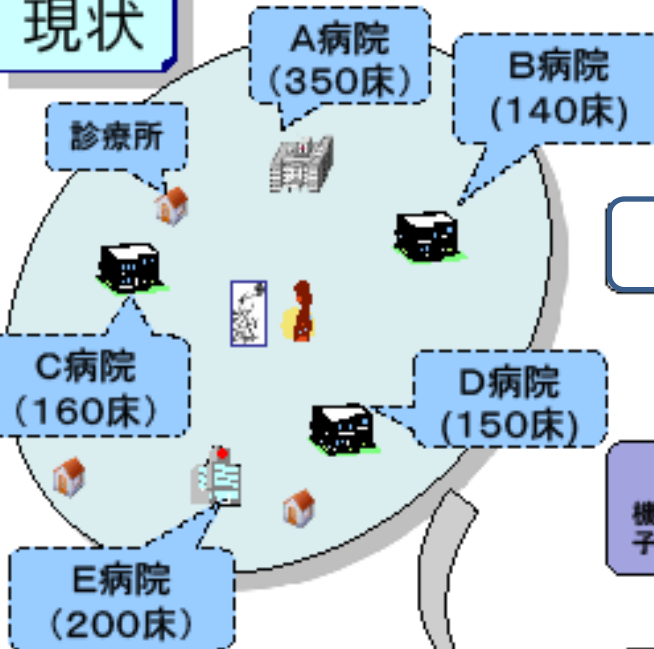
- 個々の経営体が競争する状況下では、機能の分化はおろか、仮に機能分化ができたとしても連携は困難——診療報酬によって利益誘導できる話ではない。
- 量的拡張を目指す時代には、競争は有効だった。
- しかし、量的には整備された段階でも、今までのような競争を続けていけば、囚人のジレンマ状況に陥って、みんなが辛い状態の均衡に陥る——いや、陥っている。

# 解決の方向性は

- 過当競争から病院経営を救う道は
- 非営利を厳正化して地域独占を許容
  - 高度急性期医療は、大学病院、国立病院、公的病院（日赤・済生会・共済・厚生連等）及び自治体病院が担っている場合が多い。これらの運営主体がそれぞれに独立したままで機能分担しようとしても、経営上の利害がぶつかるためうまくいかない。
  - このため、地域の中で、複数の病院がグループ化し、病床や診療科の設定、医療機器の設置、人事、医療事務、仕入れ等を統合して行うことができる環境を作る。

# 地域連携ネットワークから地域統合ネットワークへ

## 現状



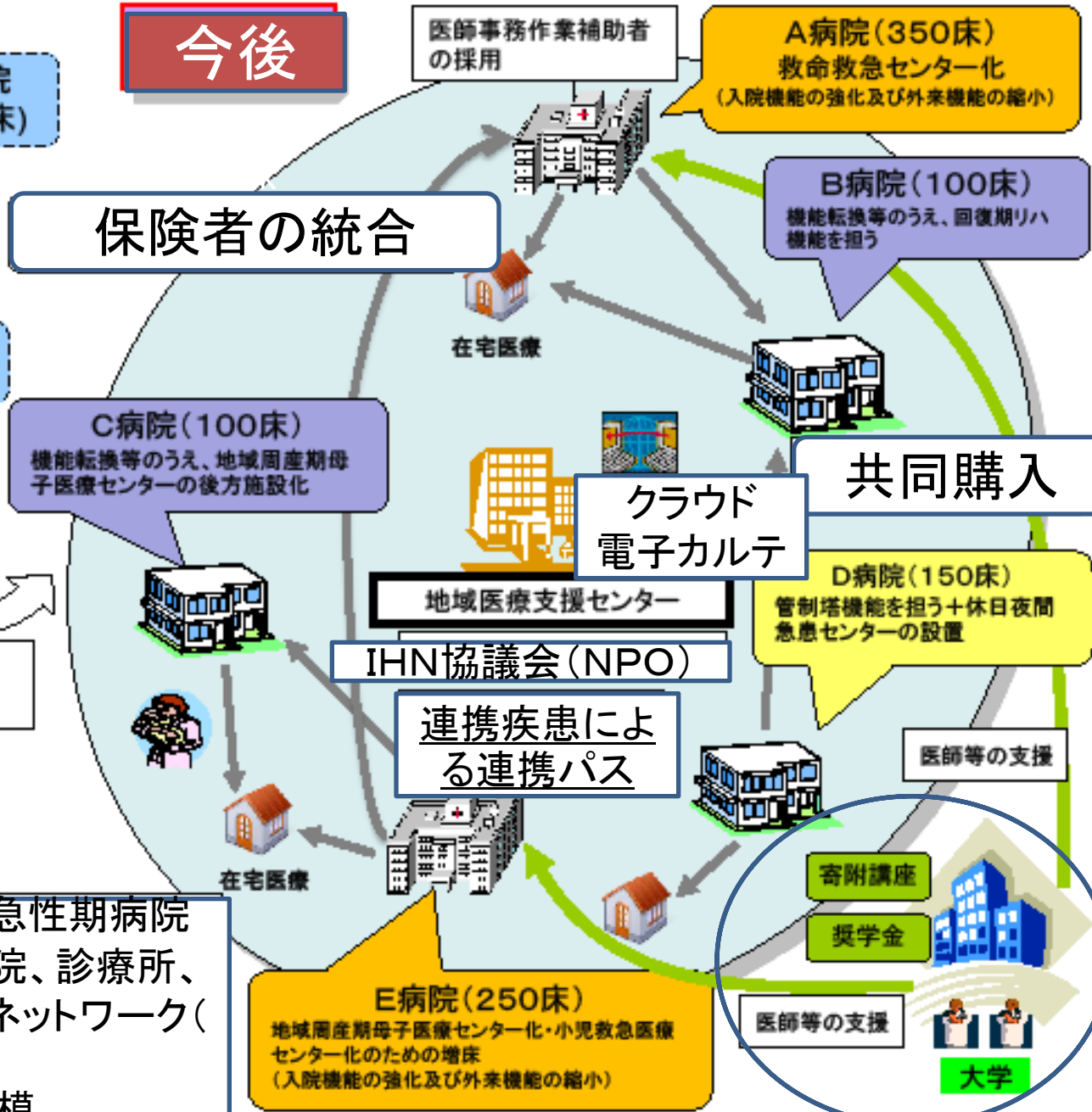
- 課題**
- 地域の医療資源が不足している
  - 施設間で機能分化と連携ができていない

**方策**

半径50Km~100Km 圏内に急性期病院、回復期リハ病院、慢性期病院、診療所、介護福祉施設+大学の統合ネットワーク(IHN)を形成、  
売り上げ600億~1000億円規模

## 今後

### 保険者の統合



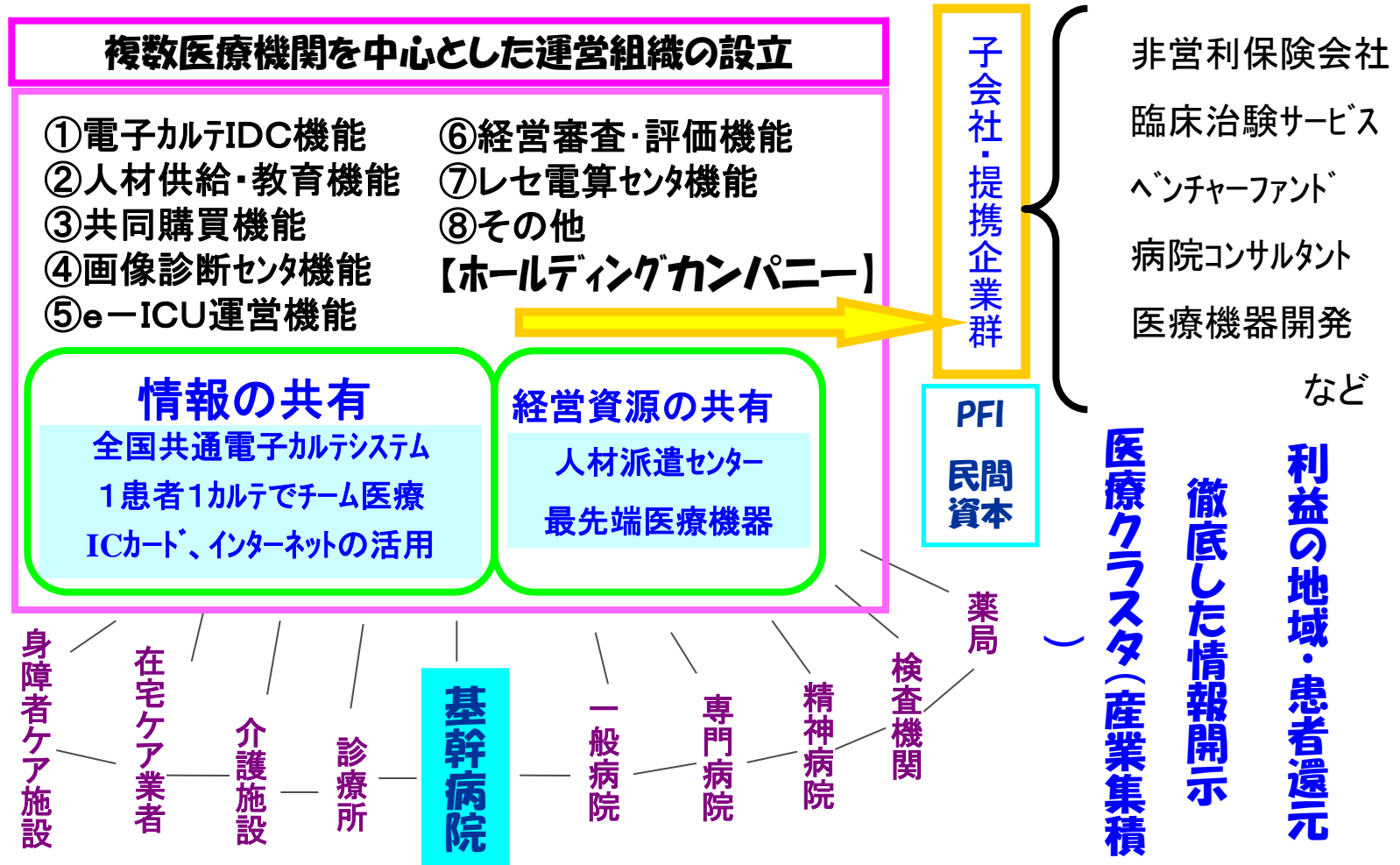


# 連携ネットワークと統合ネットワーク

- 地域連携ネットワーク(現状)
  - 経営主体の異なる医療機関・介護福祉施設の連携
  - 医療計画における連携推進
    - 疾病別・事業別ネットワーク
- 地域統合ネットワーク(今後)
  - 保険者、物流、医療人材、情報の統合ネットワークを形成
  - 50km~100Km医療圏に急性期病院、回復期リハ、慢性期病院、診療所、介護施設、在宅医療・介護
  - 売り上げ規模600億~1000億円の統合ネットワーク
  - 医療人材養成機関(大学)を併設あるいは連携

# 1つの地域医療圏で設立する ホールディングカンパニー

医療機関及び医療関連企業、医師会、大学、行政の共同出資会社



# 医療法人法の改正



- 経済財政諮問会議（議長：安倍首相）
  - 伊藤元重東大教授
  - 医療法人法の改正（規制緩和）
    - 医療法人同士の合併や権利の移転をしやすいような医療法人制度の規制緩和を進めるべき
  - 新型医療法人
    - 国や自治体が運営する公設病院や健保組合が運営する公的病院などもグループに参加できるような地域経営統合の道を開く

# アメリカの IHN（広域医療圏統合医療事業体の基本形

非営利ホールディングカンパニー

医療サービス部門

子会社群

経営管理部門

病院

保険会社

財務

診療所

.....

情報システム

リハビリ施設

.....

(数百名)

介護施設

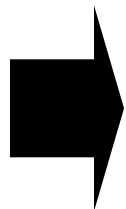
戦略企画

在宅ケア

.....

.....

数千名と提携  
独立開業医



直接雇用医師は数百名

# インテグレイテッド・ヘルスケア・ ネットワーク (IHN)

- センタラヘルスケア
  - センタラ・ノーフォーク総合病院を中核とし、半径100キロメートルの医療圏に約120の医療関連施設を保有する複合事業体
  - 総合病院と小児専門病院などの専門病院を中核として医療機関を経営統合
  - 医科大学を併設
  - 開業医ネットワークとの連携
  - 機能の重複を上手く避けて、互いに補完し合っている
  - 規模のメリットを追求



ノーフォーク バージニア州  
センタラヘルスケア

# IHNモデルの成功の秘訣

- 地域における医療機関の大規模な統合ネットワークの形成
- 規模のメリット、ネットワーク内の機能分化と重複投資の防止を通じて、浮いた財源で医療技術の進歩に合わせた設備投資と人材育成を継続
- 医療人材養成機関(医学部、看護学部など)を併設
- 医療における民間的経営手法を徹底的に追求する
- 医療と経営の分離
- 民間手法による地域連携から地域統合へ

# 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
- **3月発売予定、現在、予約受付中**
- <http://www.igakutushin.co.jp/index1.php?contenturl=book1.php?id=615>



# まとめと提言

- ・社会保障と税の一体改革では、2025年へ向けての医療と介護のロードマップを示している
- ・一体改革では、病床の機能分化と連携、地域包括ケアシステムがキーワード
- ・診療報酬・介護報酬改定と医療計画が、一体改革の推進エンジン
- ・そして地域連携から地域統合ネットワークの創生へ



# ご清聴ありがとうございました



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