

医療計画見直しと病床機能分化



国際医療福祉大学大学院 教授
武藤正樹

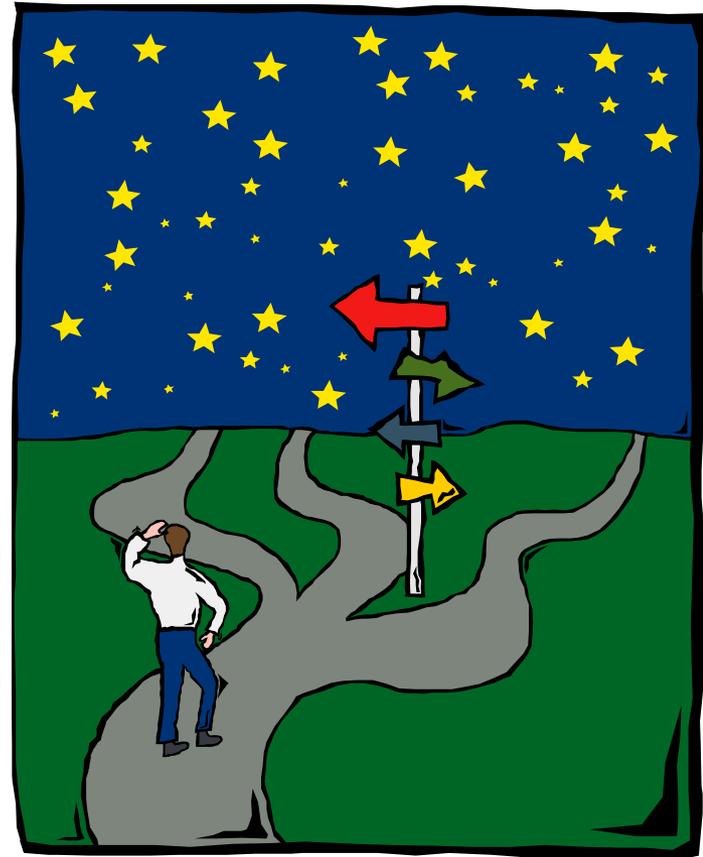


国際医療福祉大学三田病院

2月13日(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
 - 病床機能分化と
病床機能情報報告制度
- パート4
 - 地域連携から地域統合へ
- パート5
 - 地域包括ケアとヘルスケアリート



パート1

社会保障と税の一体改革

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提出

社会保障制度改革国民会議改革案

	改革案	法案提出メド
医療	70～74歳の自己負担2割に上げ	2014年度以降段階実施
	高額療養費の負担上限上げ	2014年度にも実施
	医療提供体制見直し	2014年通常国会に法案
	大企業健保の負担増	15年通常国会に法案
	国保の都道府県移管 高所得者の保険料上げ	2017年度までに実施
介護	軽度者へのサービスを市町村に 高齢者対象に自己負担上げ 特養の軽度者の入所制限	2014年通常国会に法案
	年金支給開始年齢の引き上げ	中長期で検討
年金・少子化 対策	待機児童対策	2014年度まで

社会保障・税一体改革(8月10日)

消費税関連法案国会通過

- 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

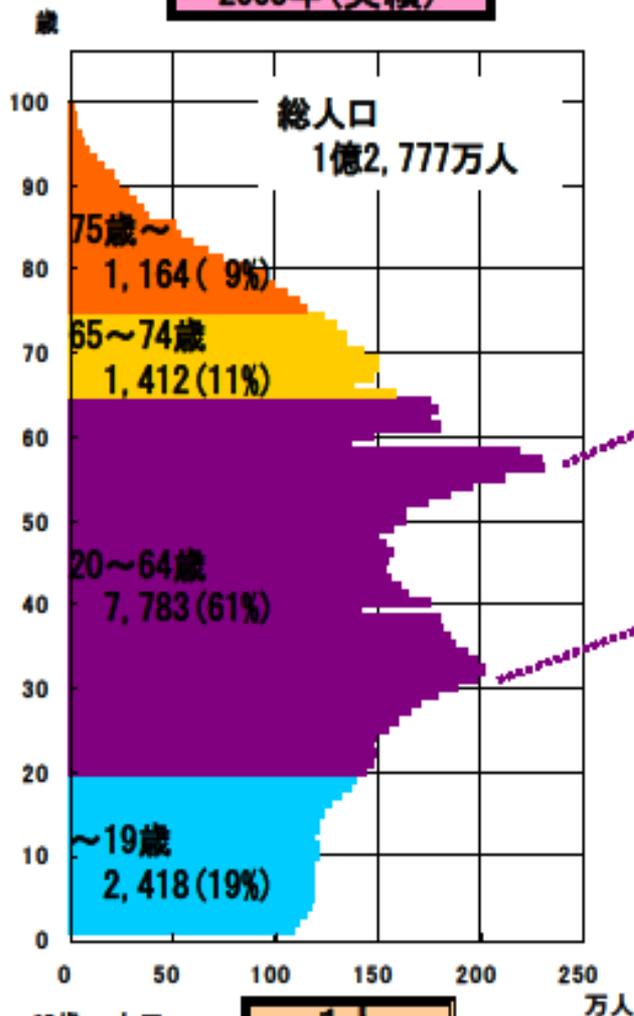


2012年8月10日、参議院を通過

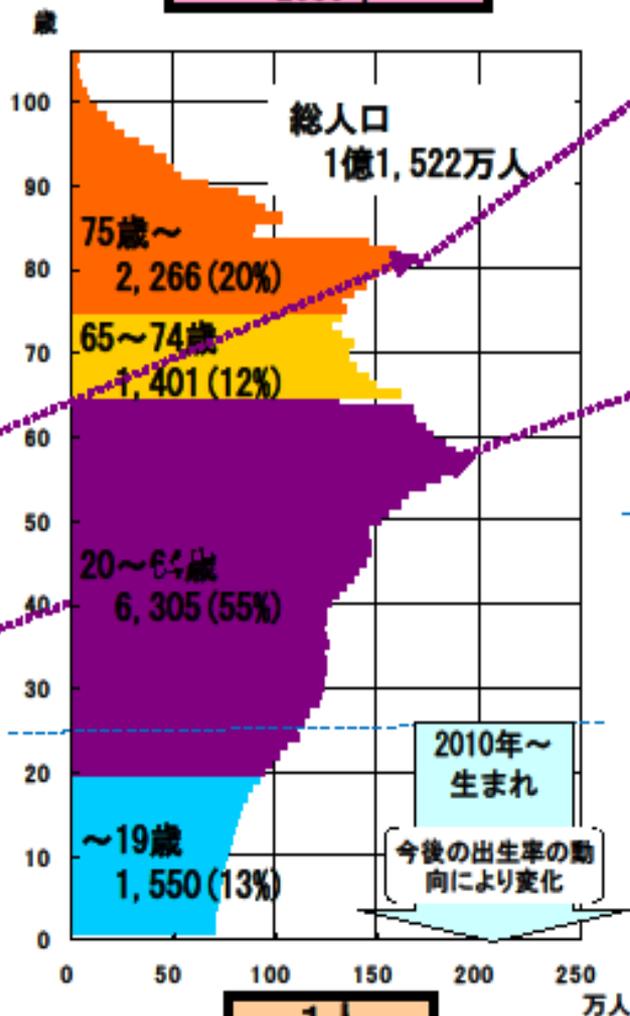
人口ピラミッドの変化(2005, 2030, 2055) - 平成18年中位推計 -

○ 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。

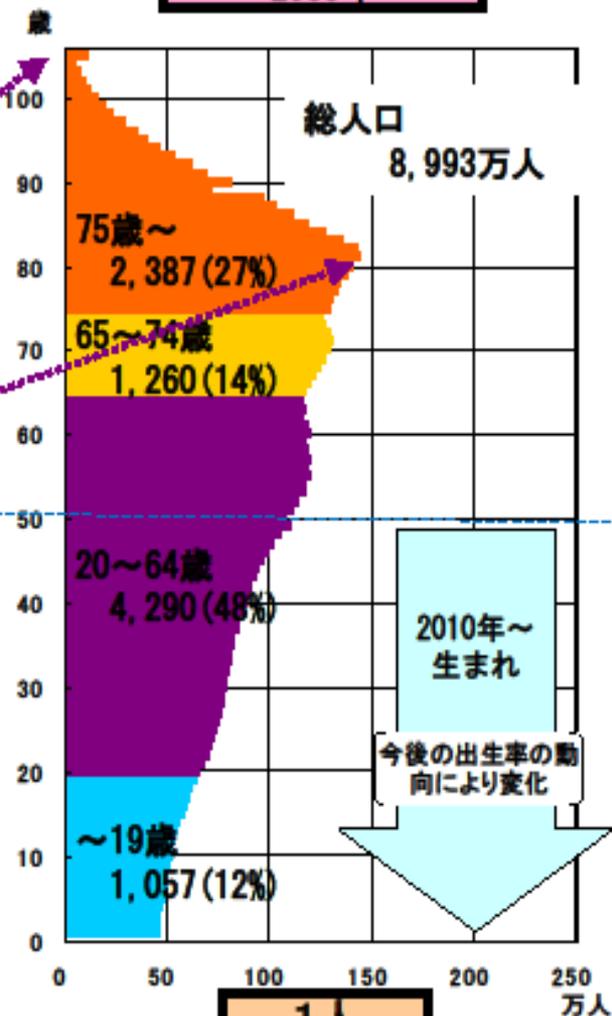
2005年(実績)



2030年



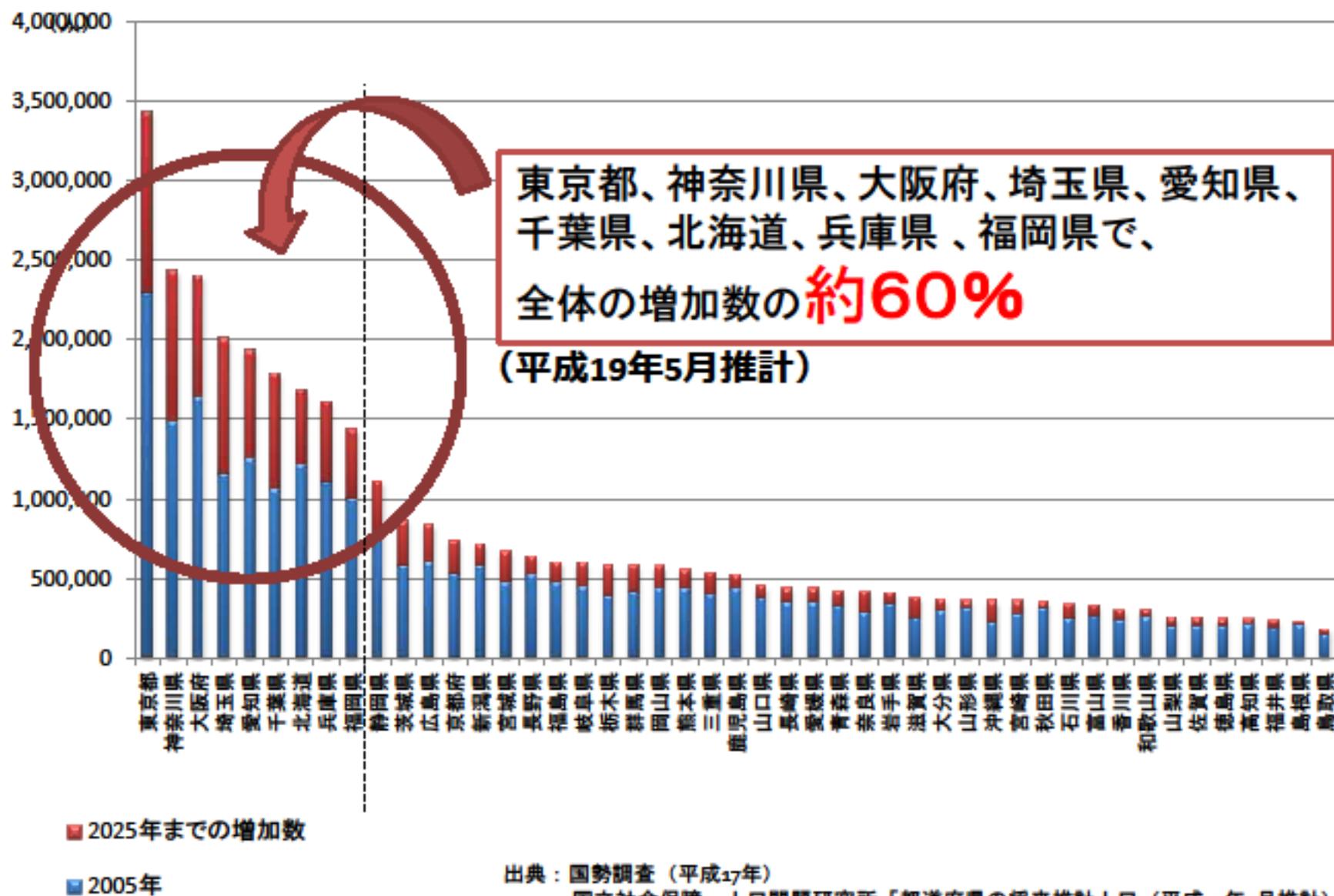
2055年



注: 2005年は国勢調査結果(年齢不詳按分人口)。

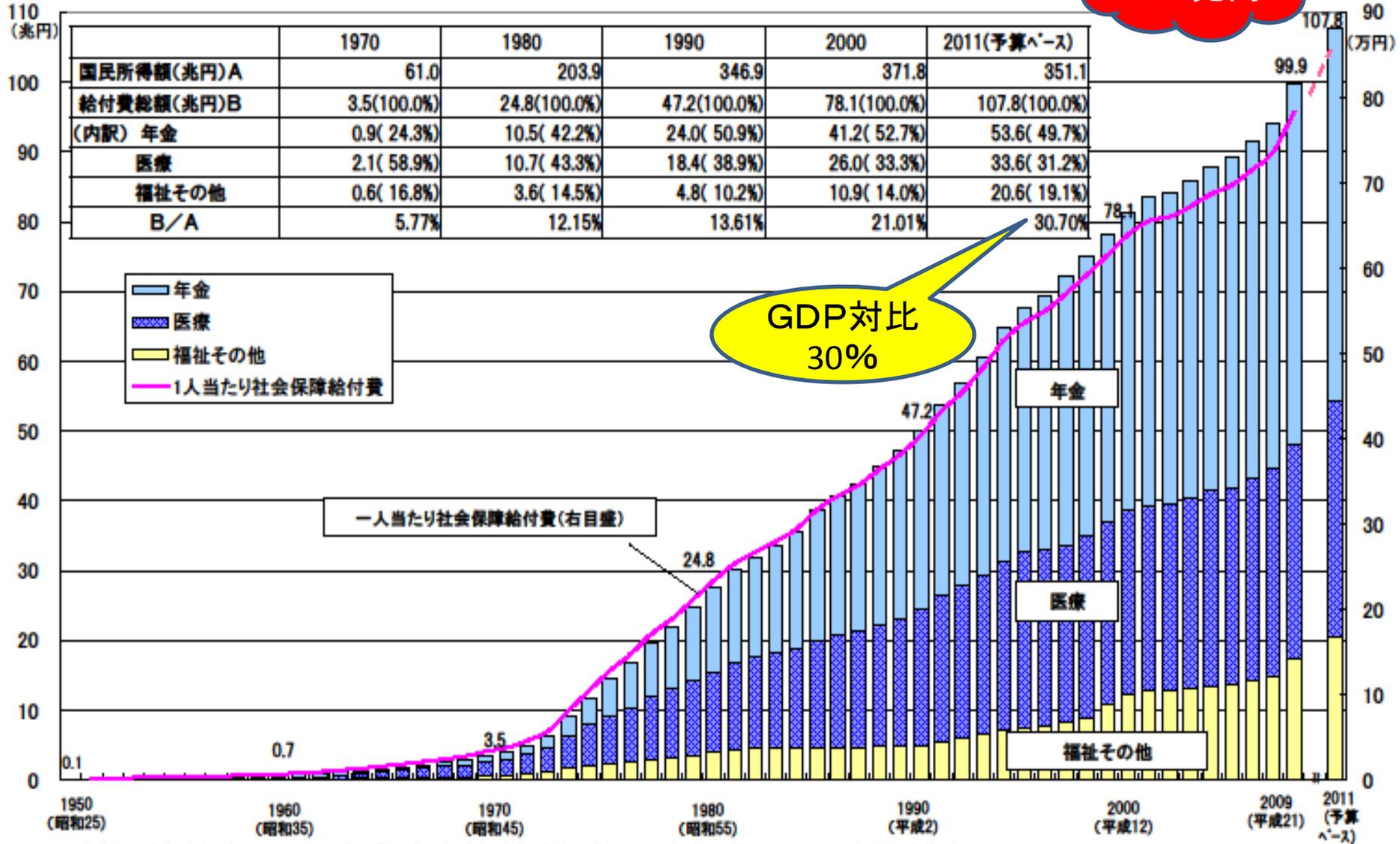
出典) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」(出生中位・死亡中位)

都道府県別高齢者人口(65歳以上)の増加数 (2005年 → 2025年)



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。

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・介護の徹底した効率化

日本経済新聞

8月11日

14年4月8%

15年10月0%

増収、社会保険に

次の...成長力

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】

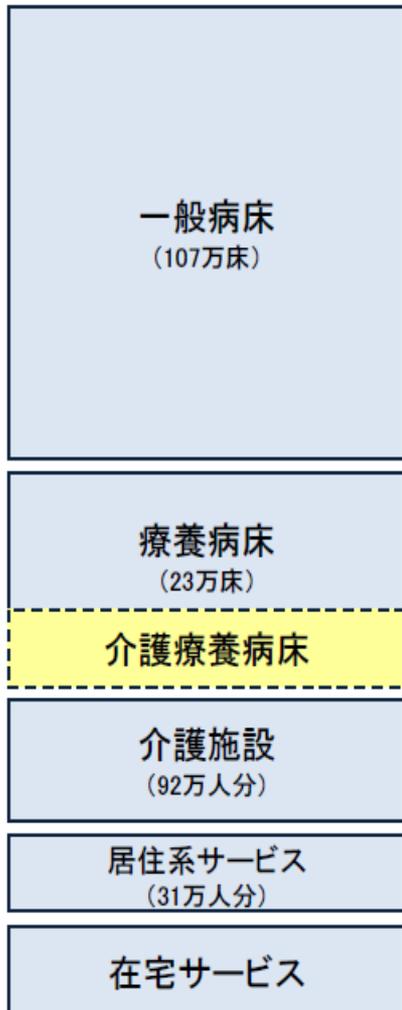
	2011年度	2025年度	
【医療】	病床数、平均在院日数	107万床、19～20日程度	【高度急性期】 22万床 15～16日程度 【一般急性期】 46万床9日程度 【亜急性期等】 35万床 60日程度
		一般病床 107万床	機能分化し て103万床
	医師数	29万人	32～34万人
	看護職員数	141万	195～205万人
	在宅医療等(1日あたり)	17万人分	29万人分
【介護】	利用者数	426万人	641万人(1.5倍) ・ 介護予防・重度化予防により全体として3%減 ・ 入院の減少(介護への移行):14万人増
	在宅介護	304万人分	449万人分(1.5倍)
	うち小規模多機能	5万人分	40万人分(8.1倍)
	うち定期巡回・随時対応型サービス	—	15万人分(—)
	居住系サービス	31万人分	61万人分(2.0倍)
	特定施設	15万人分	24万人分(1.6倍)
	グループホーム	16万人分	37万人分(2.3倍)
介護施設	92万人分	131万人分(1.4倍)	
特養	48万人分(うちユニット12万人(26%))	72万人分(1.5倍)(うちユニット51万人分(70%))	
老健(+介護療養)	44万人分(うちユニット2万人(4%))	59万人分(1.3倍)(うちユニット29万人分(50%))	
介護職員	140万人	232万人から244万人	
訪問看護(1日あたり)	29万人分	49万人分	

居住系施設や外来・在宅医療は大幅増

社会保障・税一体改革素案が目指す医療・介護機能再編(将来像)

○ 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】



【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

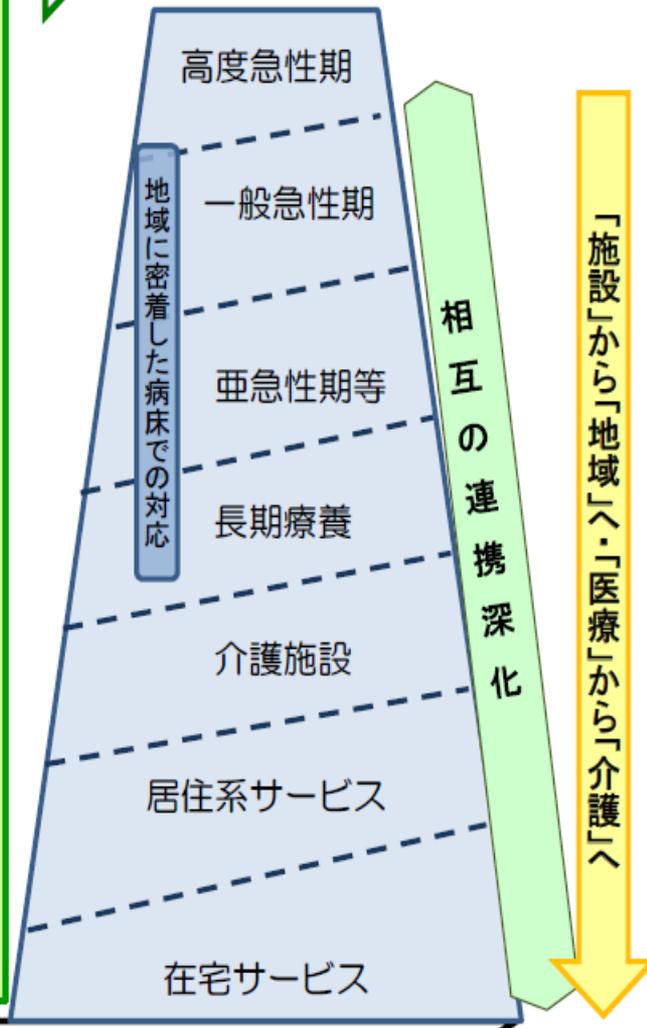
2012年以降、診療報酬・介護報酬の体系的見直し

基盤整備のための一括的法整備(2012年
目途法案化)

【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

【2025(H37)年】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

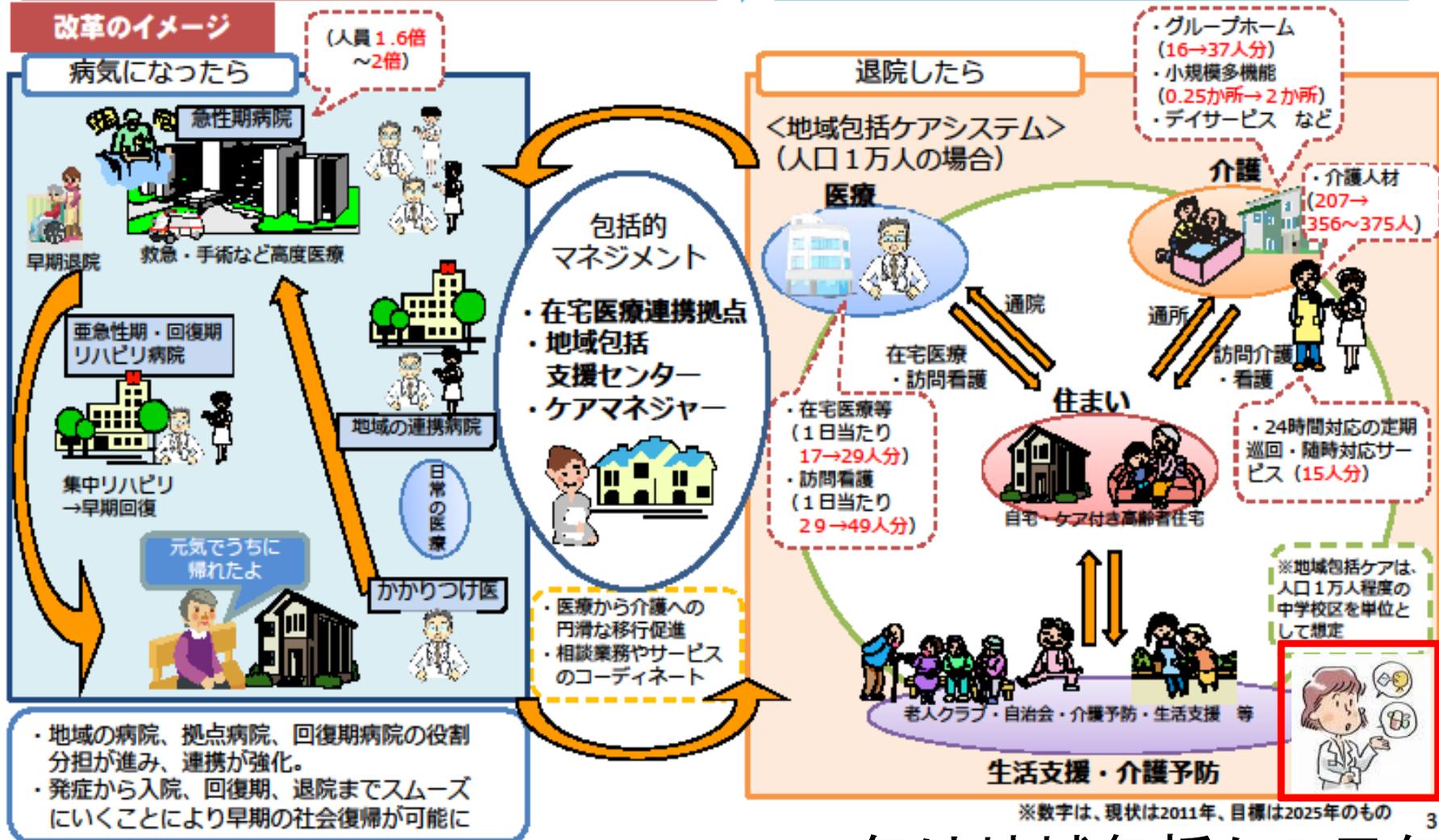
改革の方向性 ②

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



- ・地域の病院、拠点病院、回復期病院の役割分担が進み、連携が強化。
- ・発症から入院、回復期、退院までスムーズにいくことにより早期の社会復帰が可能に

薬局薬剤師

2012年は地域包括ケア元年

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



医療計画

医療計画

医療計画

医療計画

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

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

2013年地域医療計画 次期見直し

地域医療計画は5年計画
2008年～2012年

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

在宅医療の構築

「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)

在宅医療連携拠点事業

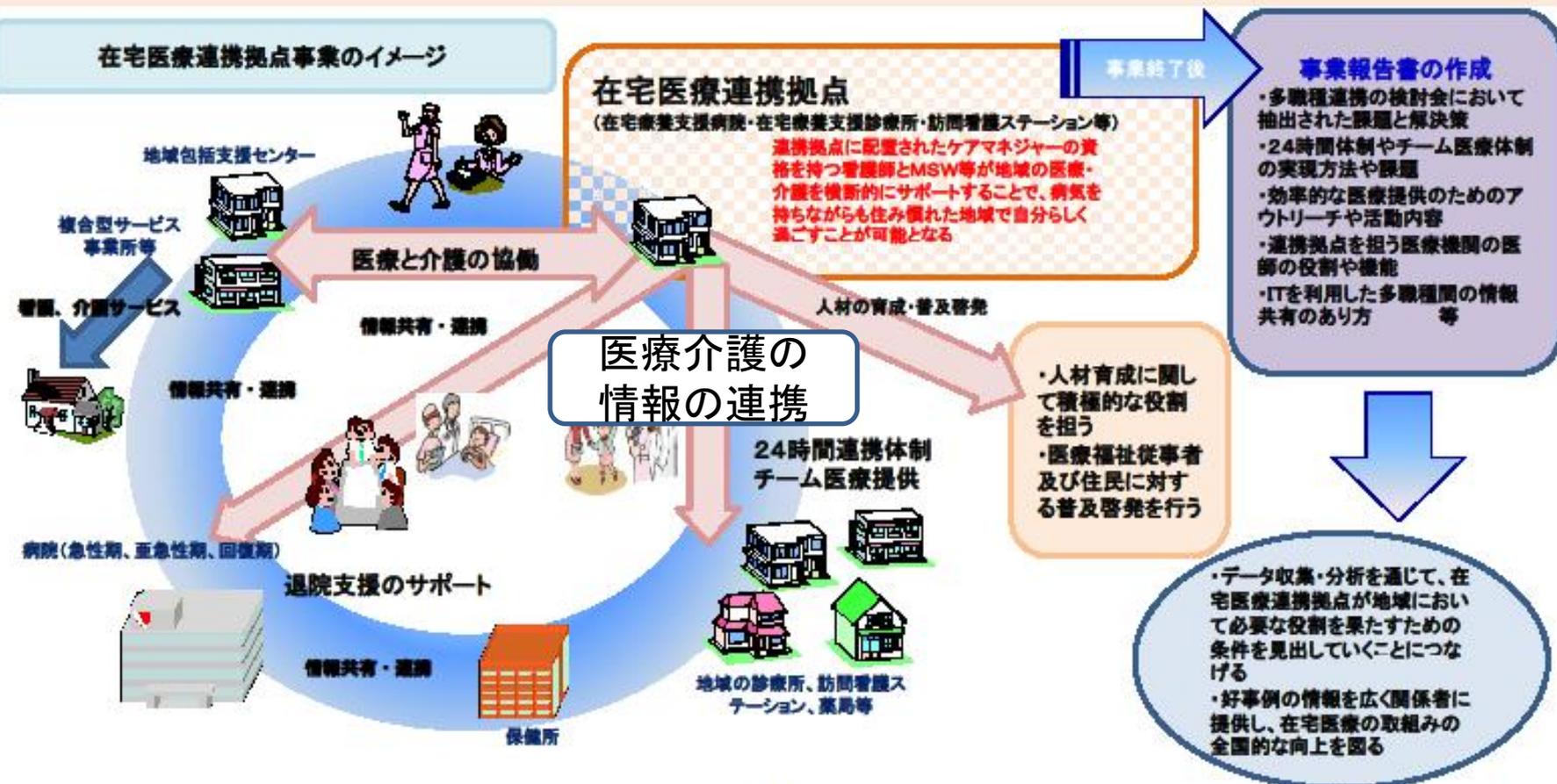
市町村ごとに2000拠点の設置をめざす！

① 在宅医療連携拠点事業

要望額 31億円

■本事業の目的

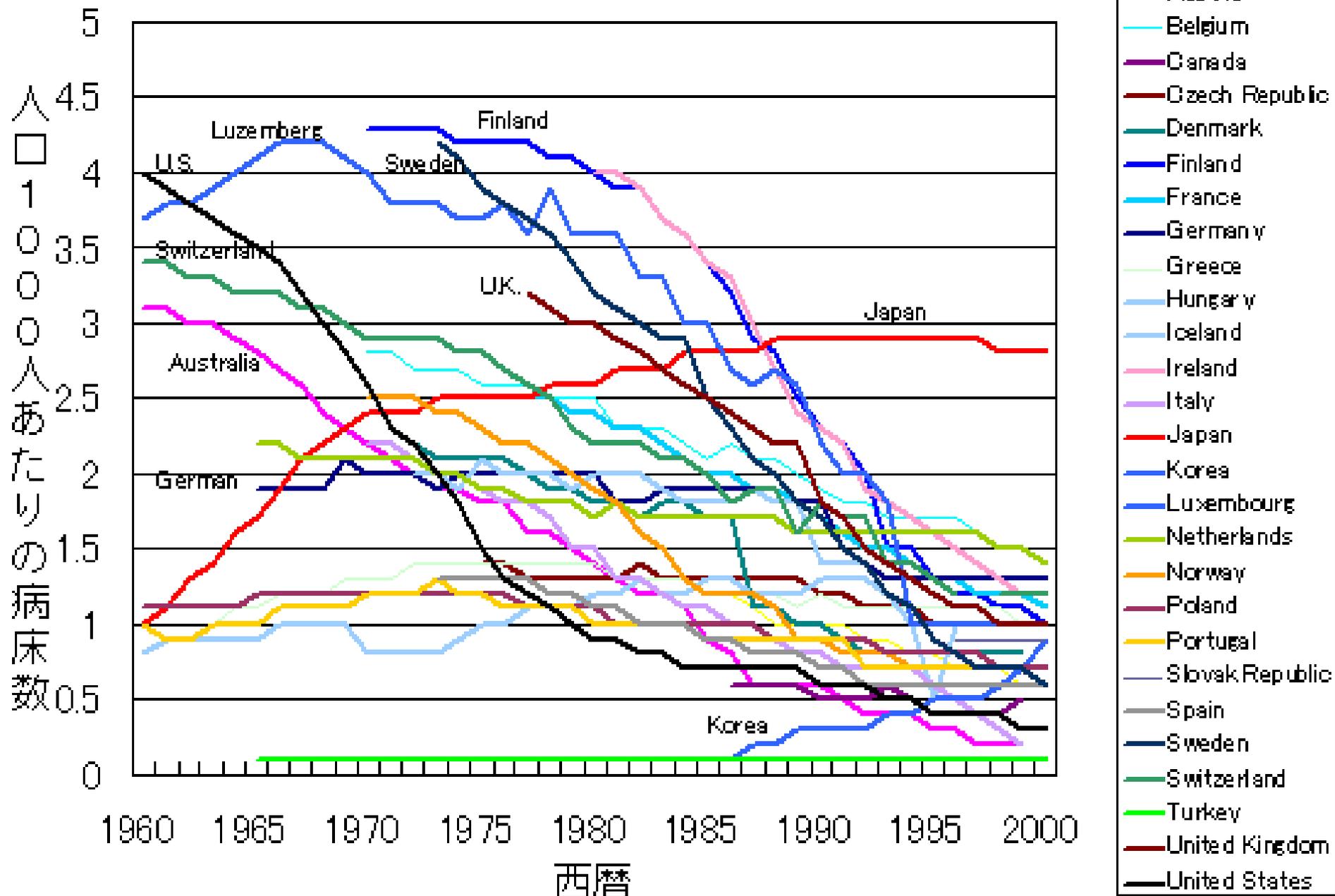
- 高齢者の増加、価値観の多様化に伴い、病気をもちつつも可能な限り住み慣れた場所で自分らしく過ごす「生活の質」を重視する医療が求められている。
- このため、在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指す。



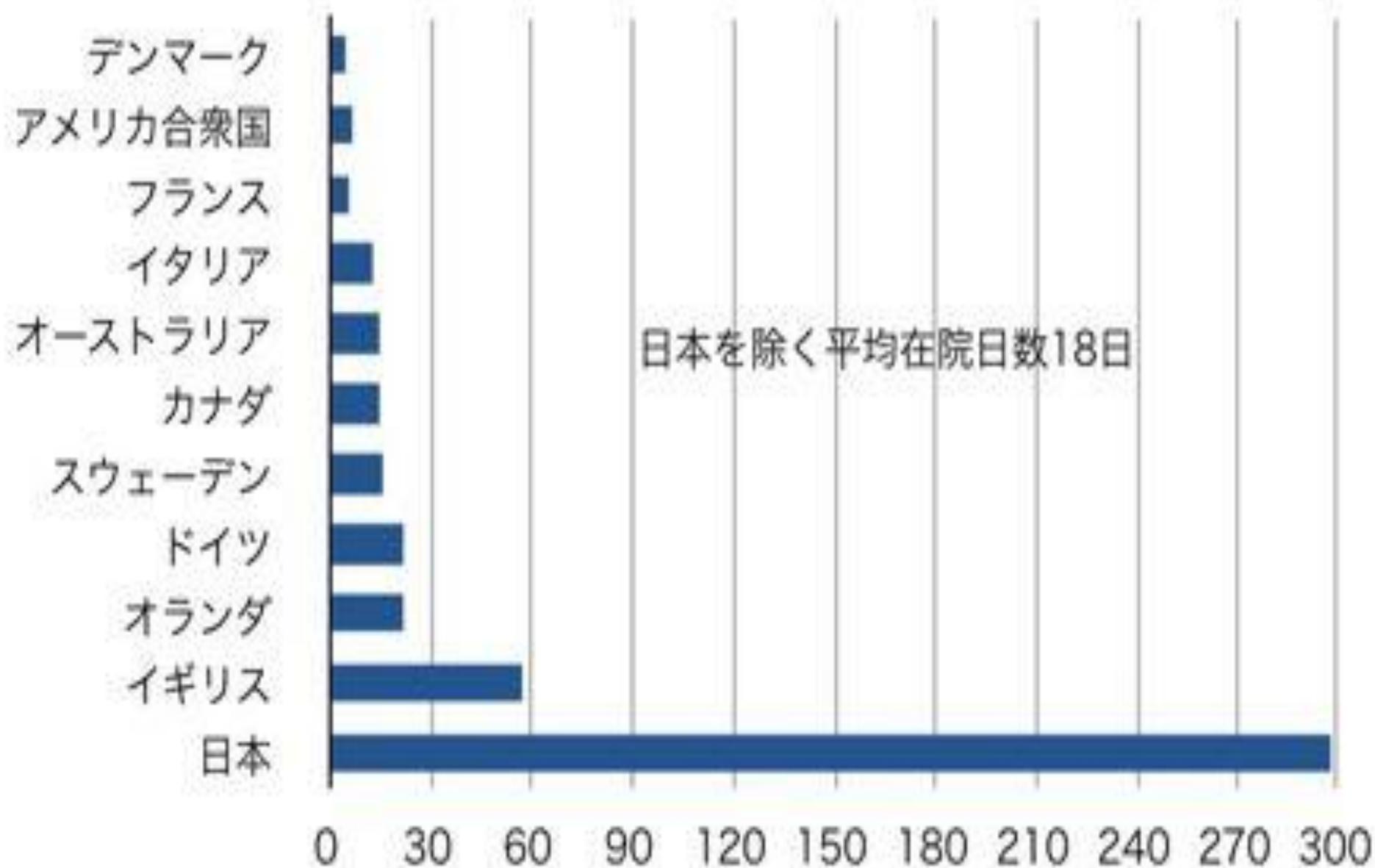
精神科疾患を5疾患に追加

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

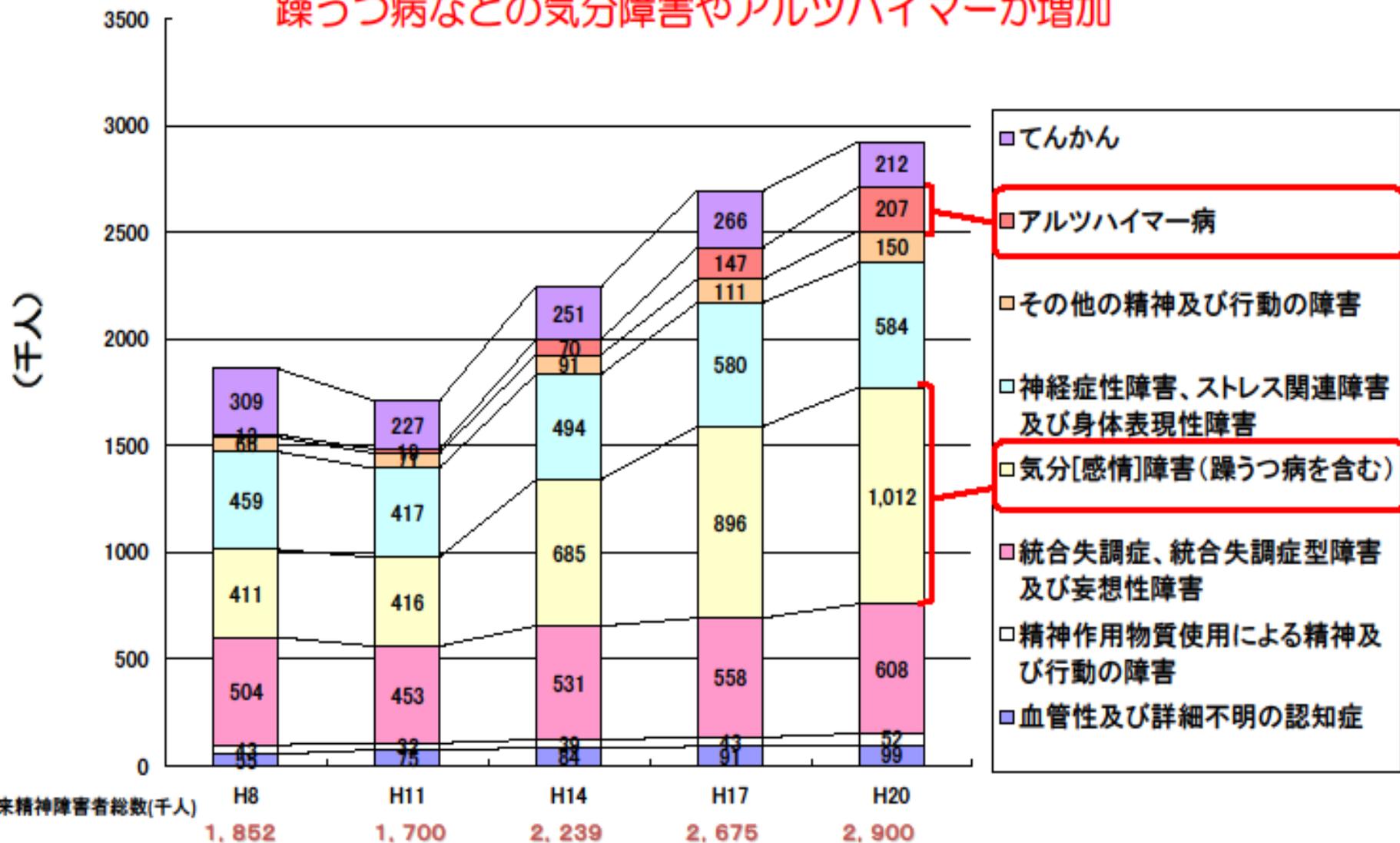


社会保障審議会医療部会 (2011年7月6日)

- 医療計画の5疾患目に精神疾患を追加することで合意
 - 精神疾患の患者数は323万人(2008年患者調査)
 - 4疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)のいずれよりも多い
 - 自殺による死亡者数3.1万人(糖尿病死亡者数1.4万人より多い)
- 委員からは積極的に支援する意見があいついだ
 - 「精神疾患は社会全体で見守らなければならない」(高智英太郎健保連理事)
 - 「他の4疾病よりも地域連携が必要」(横倉義武日医副会長)

精神疾患外来患者の疾病別内訳

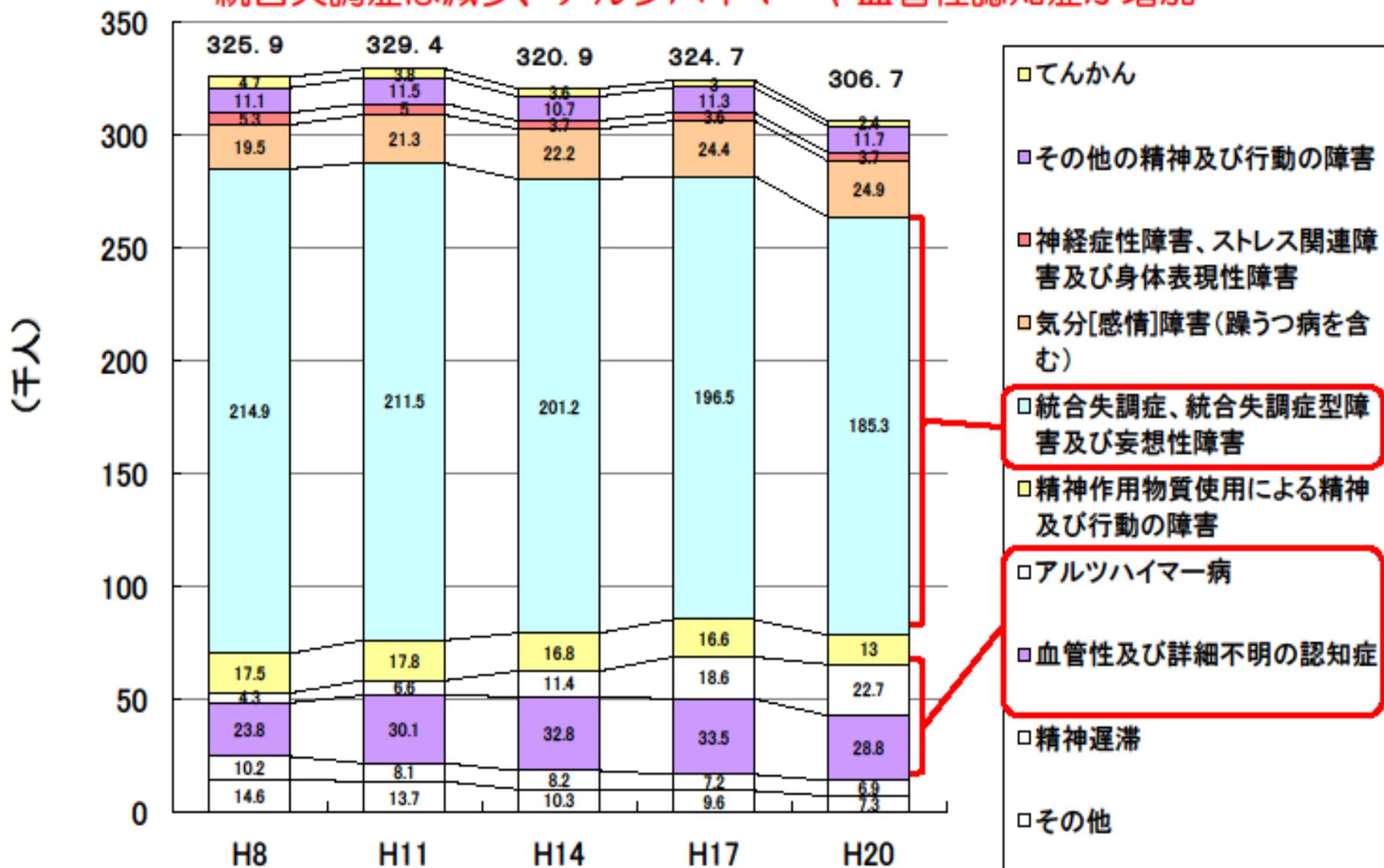
躁うつ病などの気分障害やアルツハイマーが増加



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

精神疾患が地域医療計画の 5疾患に加えられると・・・

- 精神科医療施設の診療機能の明示
- 地域医療計画における数値目標の明示
- 地域連携クリティカルパスの作成

認知症地域連携クリティカルパス

世田谷区もの忘れ連携パス

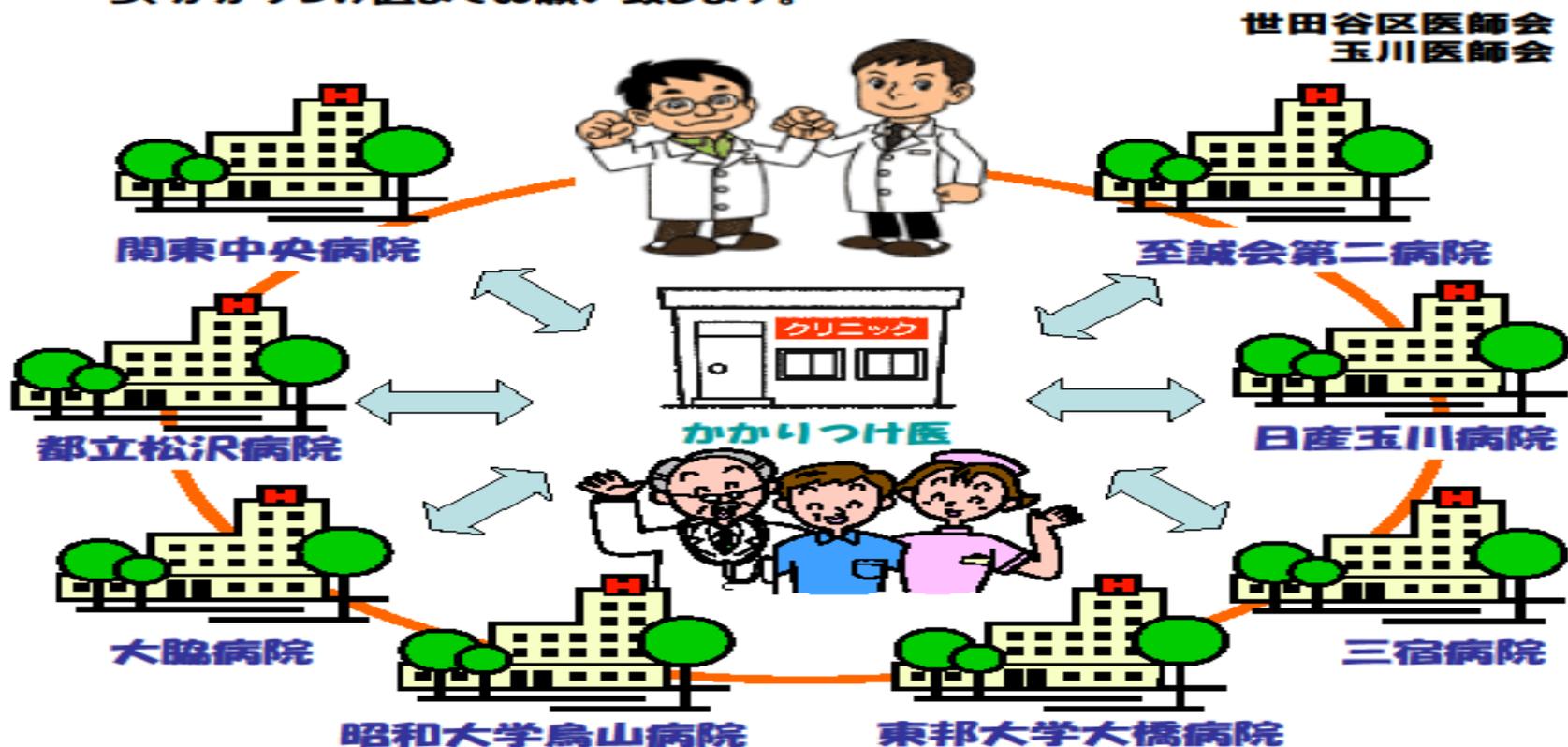


世田谷区もの忘れ診断 地域連携のご案内

世田谷区医師会・玉川医師会では地域の医療機関が連携して、もの忘れ患者様が安心して診断・治療・療養を継続できる環境づくりに努めて参りました。

今回ご案内する「世田谷区もの忘れ診断 地域連携」は患者様の診断方法や受診予定を患者様とご家族、かかりつけ医、病院で共有するためにつくりましたもの忘れ患者様の治療計画です。

※ 「世田谷区もの忘れ診断 地域連携」に関するお尋ねやご意見がございましたら、かかりつけ医までお願い致します。



世田谷区もの忘れ診断 地域連携 (患者様用)



かかりつけ医:

様

病 院:

紹介時
月 日

初診~1ヶ月
月 日

定期受診
月 日

半年又は1年後
月 日

その後の
定期受診



FAX
予約



FAX
予約



ご紹介



診断・治療
各種検査等



定期的な診察
検査・治療



診断・治療
各種検査等



定期的な診察
検査・治療

病院への紹介の
際は事前に予約
をお取り致します



- MMSE
- 神経学的所見



血液検査

- 脳血流検査
- 心臓交感神経検査



脳MRI



検査前には事前に
病院予約を取って下さい

- MMSE
- 神経学的所見



血液検査

- 脳血流検査
- 心臓交感神経検査



脳MRI



病状に変化が
あった時には
病院と連携を
とります

パート3

病床機能分化と 病床機能情報報告制度

入院病床の機能分化

中医協調査専門組織「入院医療等の調査・評価分科会」
中間とりまとめより

国際医療福祉大学大学院教授 武藤正樹

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

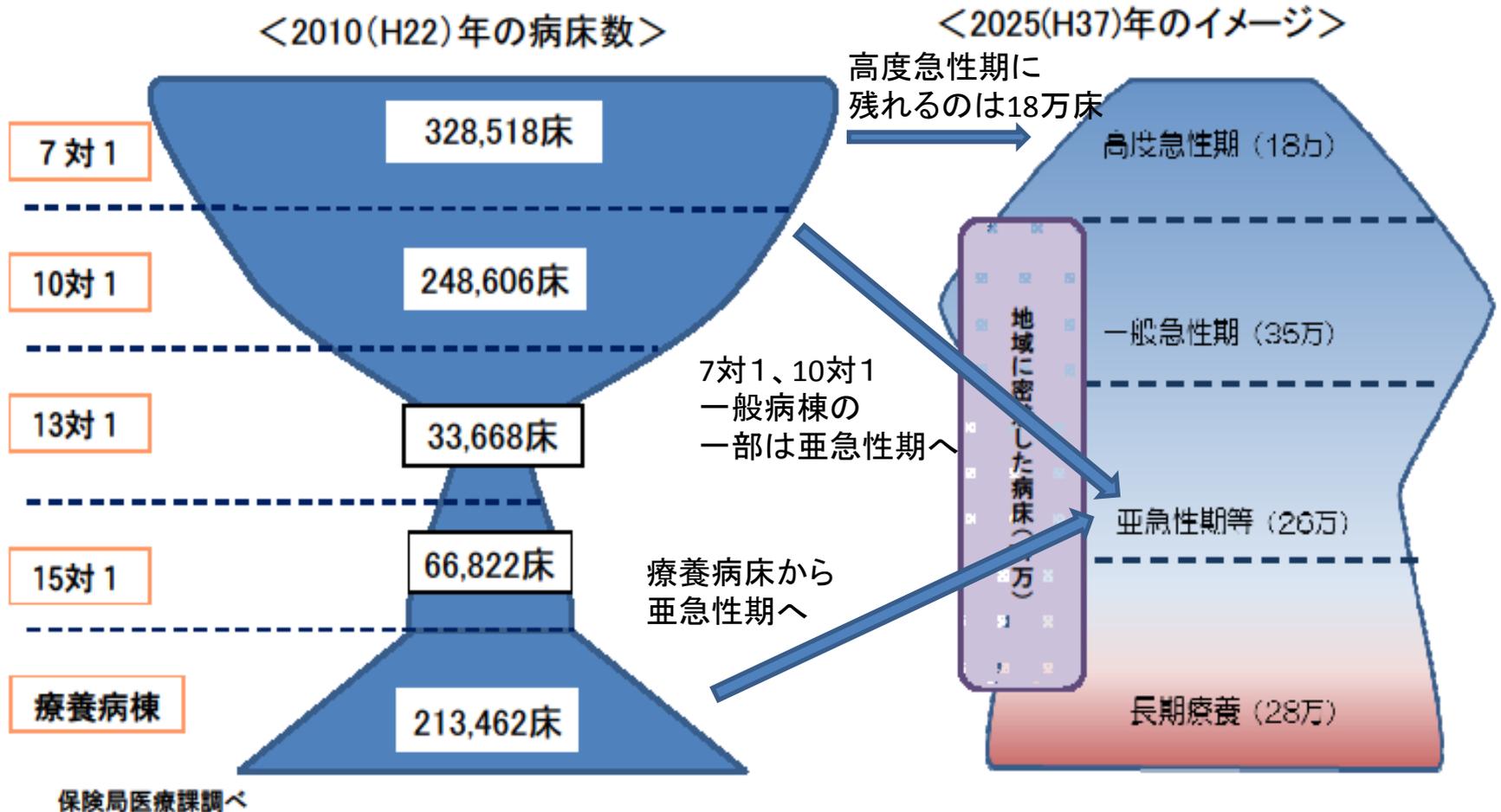
入院医療等の調査・評価分科会

- (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

診療報酬による機能分化 ～杯型から砲弾型へ～



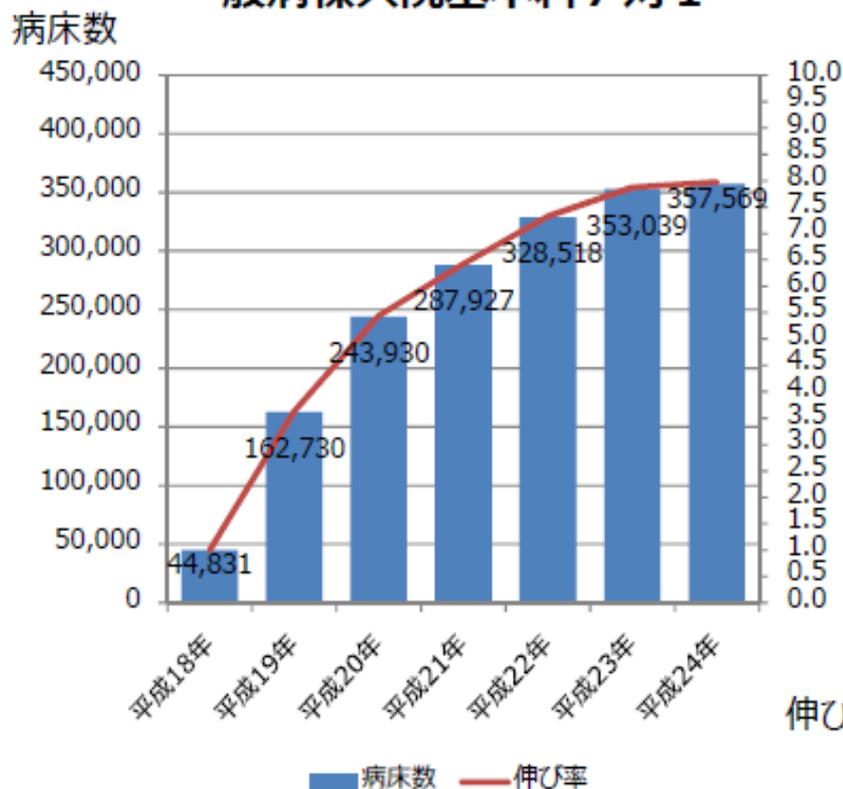
○ 届出医療機関数で見ると10対1入院基本料が最も多いが、病床数で見ると7対1入院基本料が最も多く、2025年に向けた医療機能の再編の方向性とは形が異なっている。

一般病棟入院基本料（7対1と10対1）の届出病床数の割合と推移

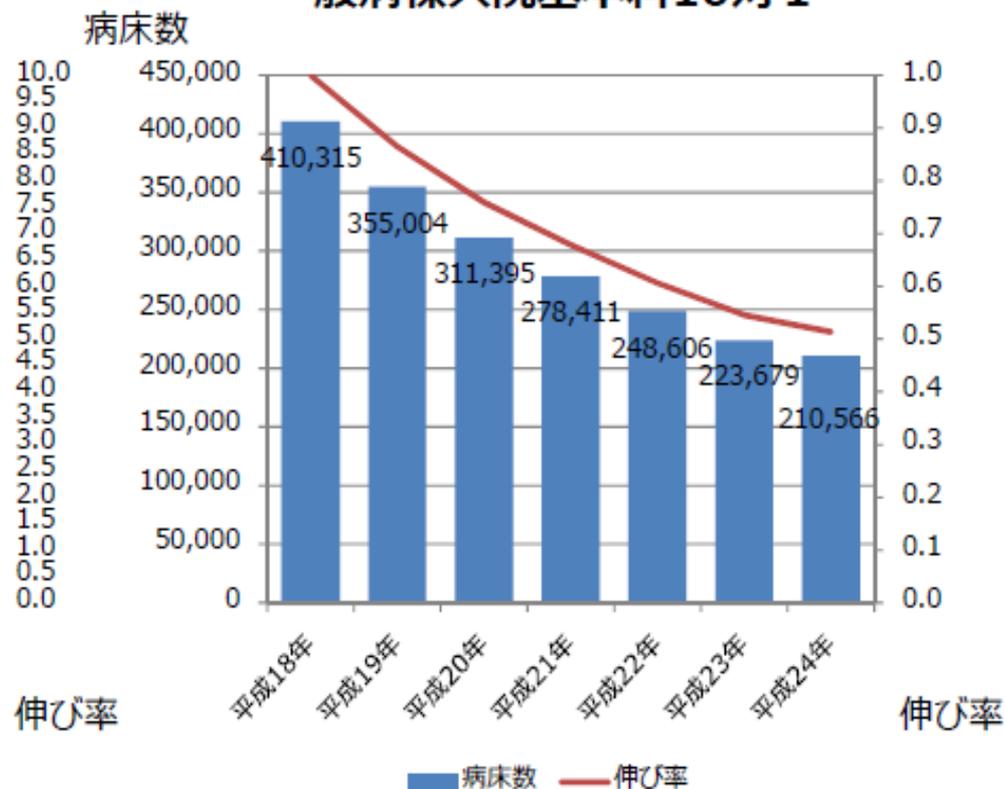
診調組 入 - 1
25.5.16

- 7対1入院基本料の届出病床数は平成18年以降増加。平成24年度の伸び率は、緩やか
- 10対1入院基本料の届出病床数は平成18年以降減少

一般病棟入院基本料7対1



一般病棟入院基本料10対1



※ 平成18年を1とした時の伸び率
 ※※ 平成24年は暫定値

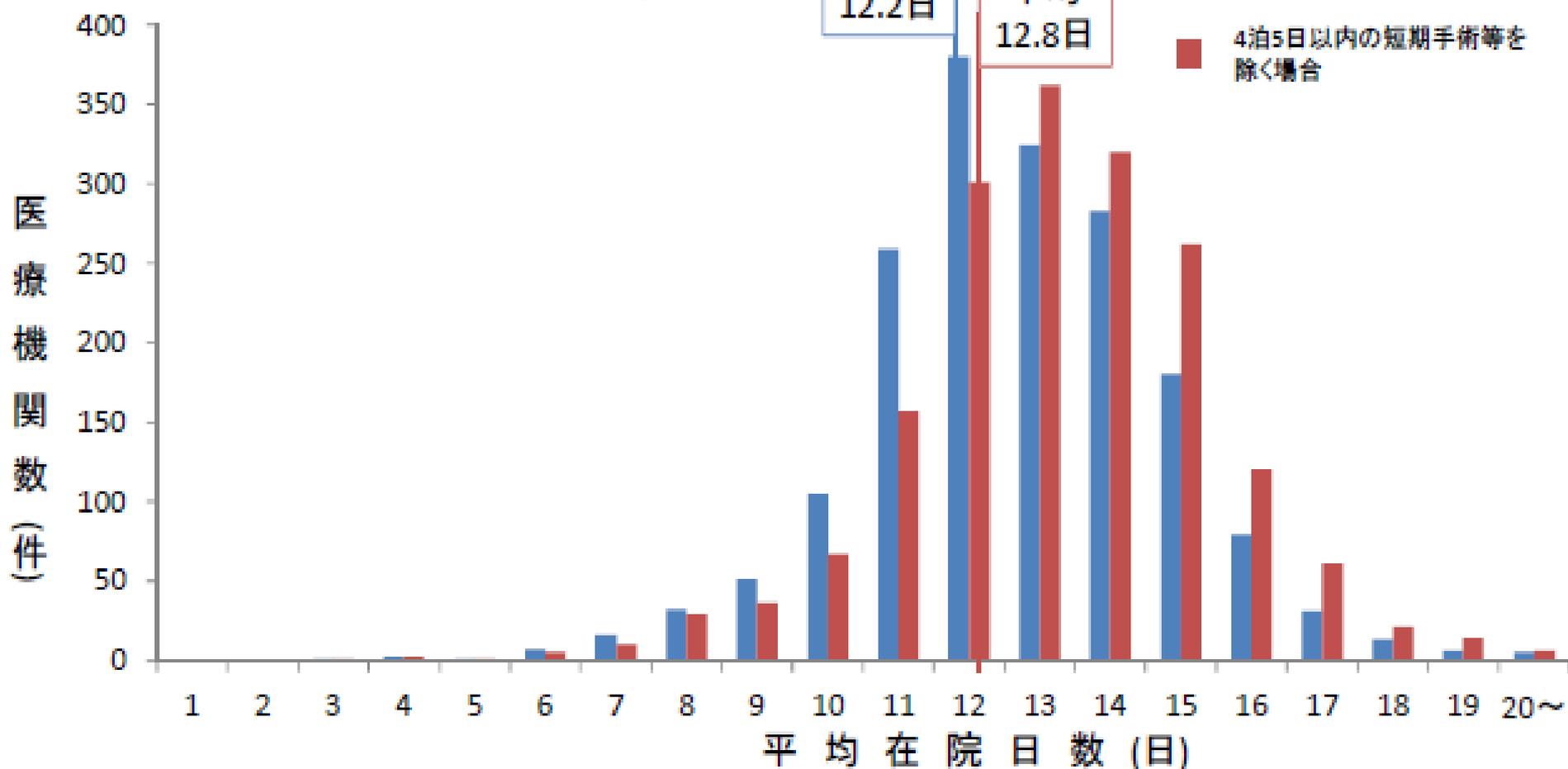
(平成24年保険局医療課調べ)

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

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

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

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

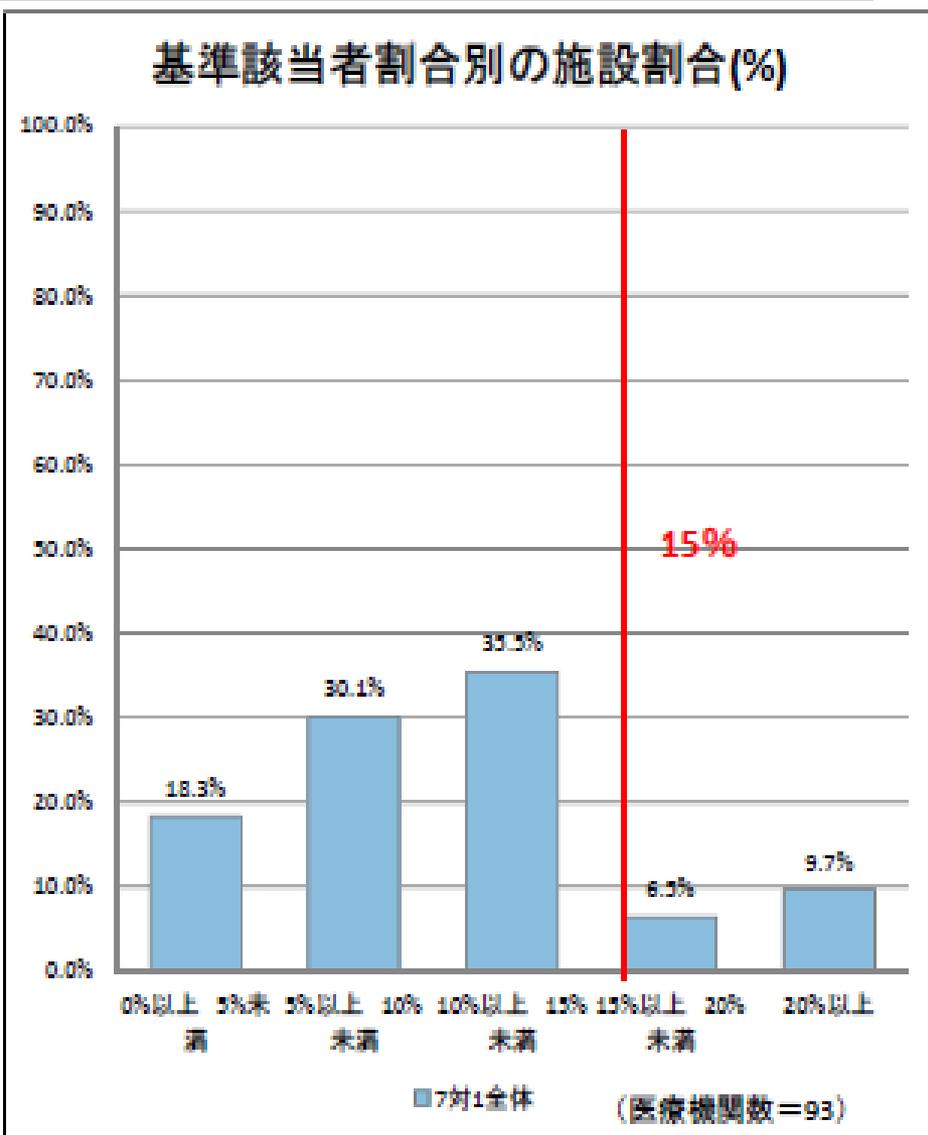
7対1入院基本料	重症者※の割合 15%以上 (がん専門病院については10%)
10対1入院基本料	測定・評価のみ (要件なし)
看護必要度加算 (一般病棟10対1入院基本料届出病棟)	10%又は15%以上
急性期看護補助体制加算 (一般病棟10対1及び7対1入院基本料届出病棟)	10対1の場合 10%以上 7対1の場合 15%以上
一般病棟看護必要度評価加算 (一般病棟13対1入院基本料届出病棟)	測定・評価のみ (要件なし)

※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

<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

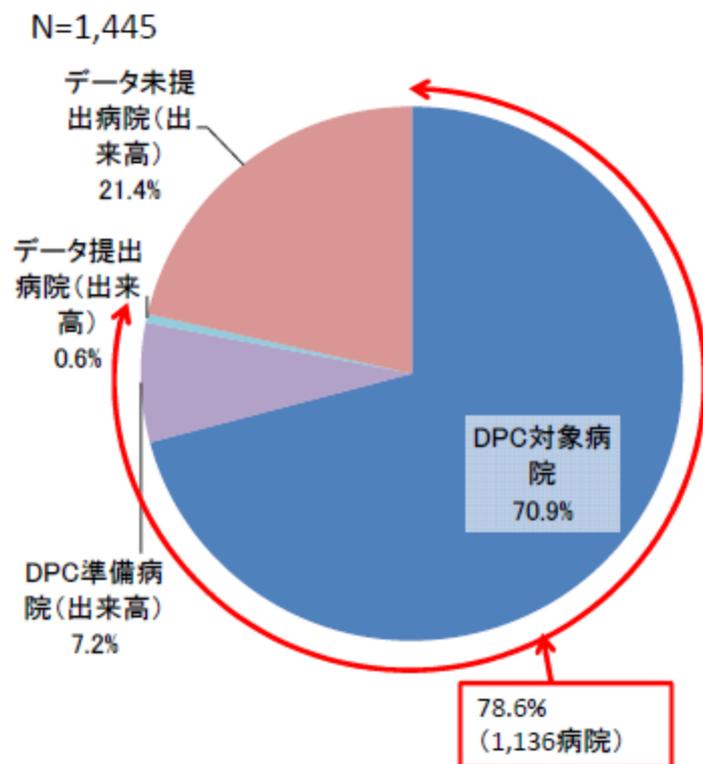
【集計について】7対1入院基本料を算定する医療機関の「基準該当者割合」別に医療機関の分布を集計

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
 - 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
- 第三者評価受審査

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

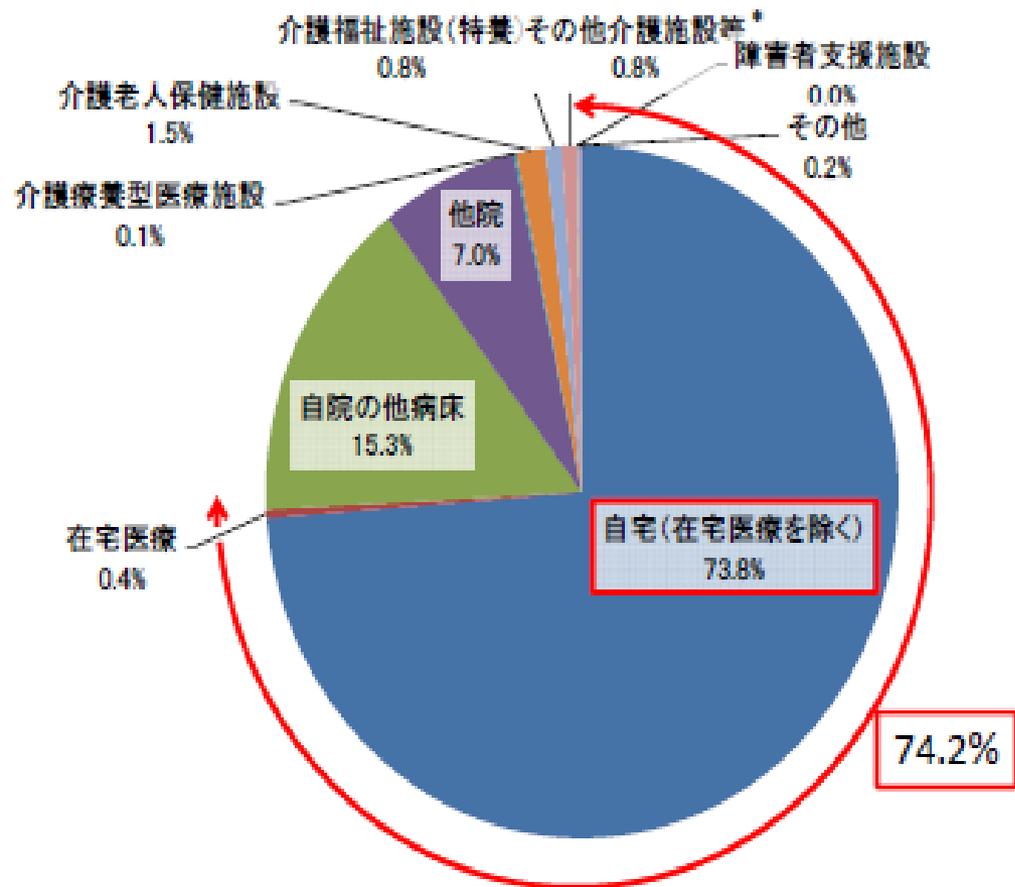
	許可病床数 (平成24年7月1日現在)	データ提出届出病床数 (平成25年3月1日現在)	割合
一般病棟 7対1入院基本料(経過措置を含む)	380,591	328,665	86.4%
一般病棟 10対1入院基本料	210,566	74,513	35.4%
特定機能病院 一般病棟 7対1入院基本料(経過措置を含む)	58,944	58,326	99.0%*
特定機能病院 一般病棟 10対1入院基本料	1,365	1,232	90.3%*
専門病院 7対1入院基本料(経過措置を含む)	5,795	5,569	96.1%
専門病院 10対1入院基本料	1,944	1,215	62.5%

*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₁₀₅

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

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

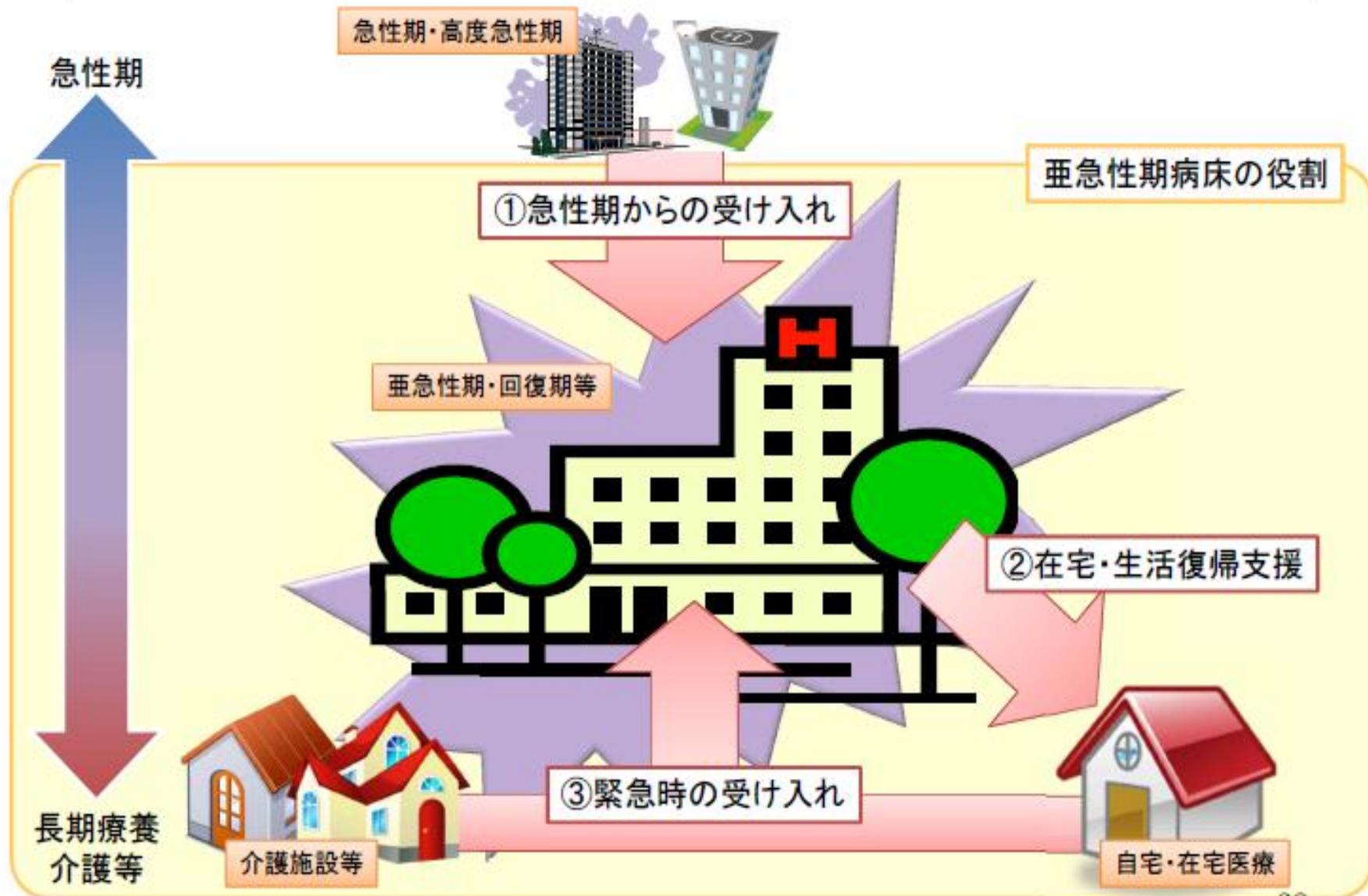
亜急性期入院医療

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
 - ②在宅等にいる患者の緊急時の受け入れ
 - 二次救急病院の指定や在宅療養支援病院の届け出
 - ③在宅への復帰支援
 - 在宅復帰率
- データ提出
 - 亜急性期病床の果たす機能を継続的に把握する必要性を踏まえ、提供されている医療内容に関するDPCデータの提出

亜急性期病床の地域医療に果たす役割



入院医療等の調査・評価分科会の
調査結果に基づいて、
秋から中医協総会の議論が始まる！



中医協総会

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)

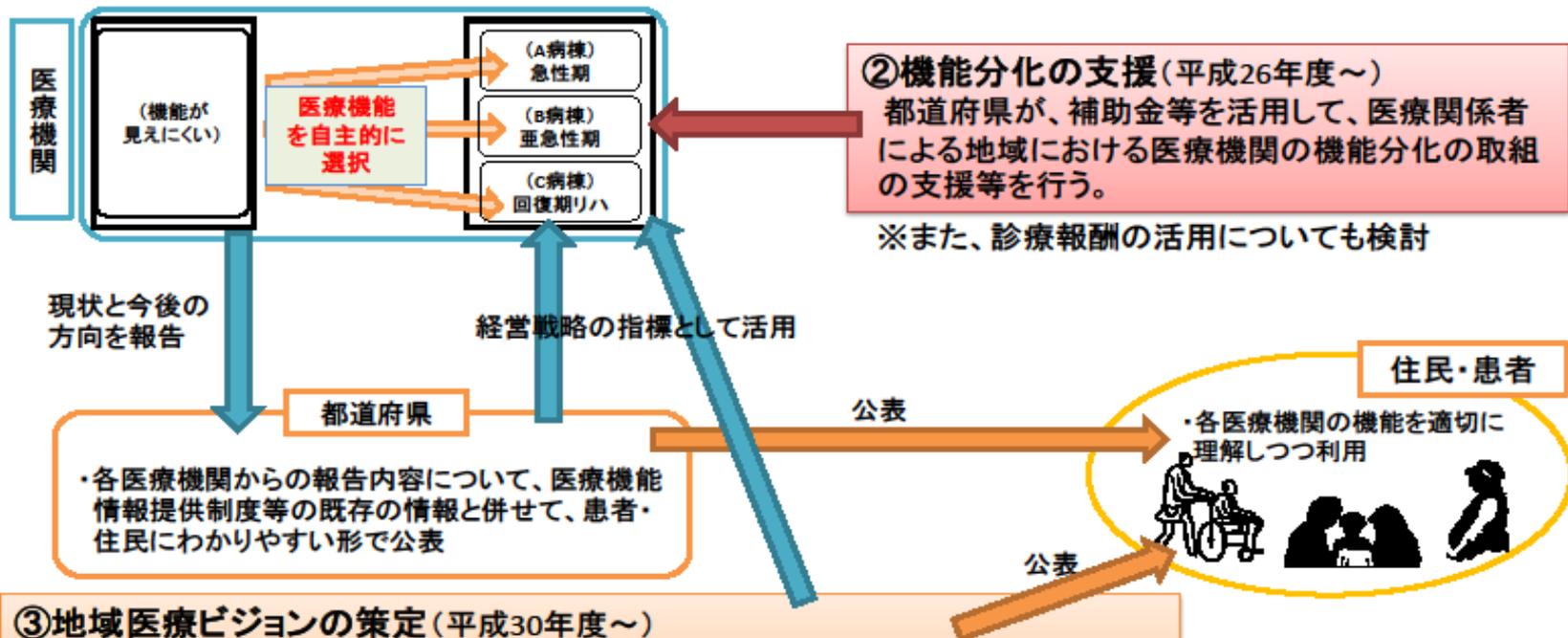
病床機能情報の報告・提供制度

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。

病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方(案)

1. 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
急性期機能	○ 主として、急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、比較的診療密度の高い医療を提供する機能
【検討中】	○ 主として、比較的軽度の急性期の患者(※)及び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つつ、幅広い患者に対応する機能
回復期リハビリテーション機能	○ 主として、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。
長期療養機能	○ 主として、長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 主として、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(資料3)に関する項目を報告することとする。

※ 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を含むが、これらの患者には、重症で高密度な医療を要する場合もあり、その場合には急性期機能で対応することとなる。

◎ 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。

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
2014年改定

2013年

診療報酬改定②

2018年

診療報酬改定③

診療報酬改定④

診療報酬・介護報酬
同時改定③

医療計画

医療計画

医療計画

医療計画

2023年

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4

地域連携から地域統合へ

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。**

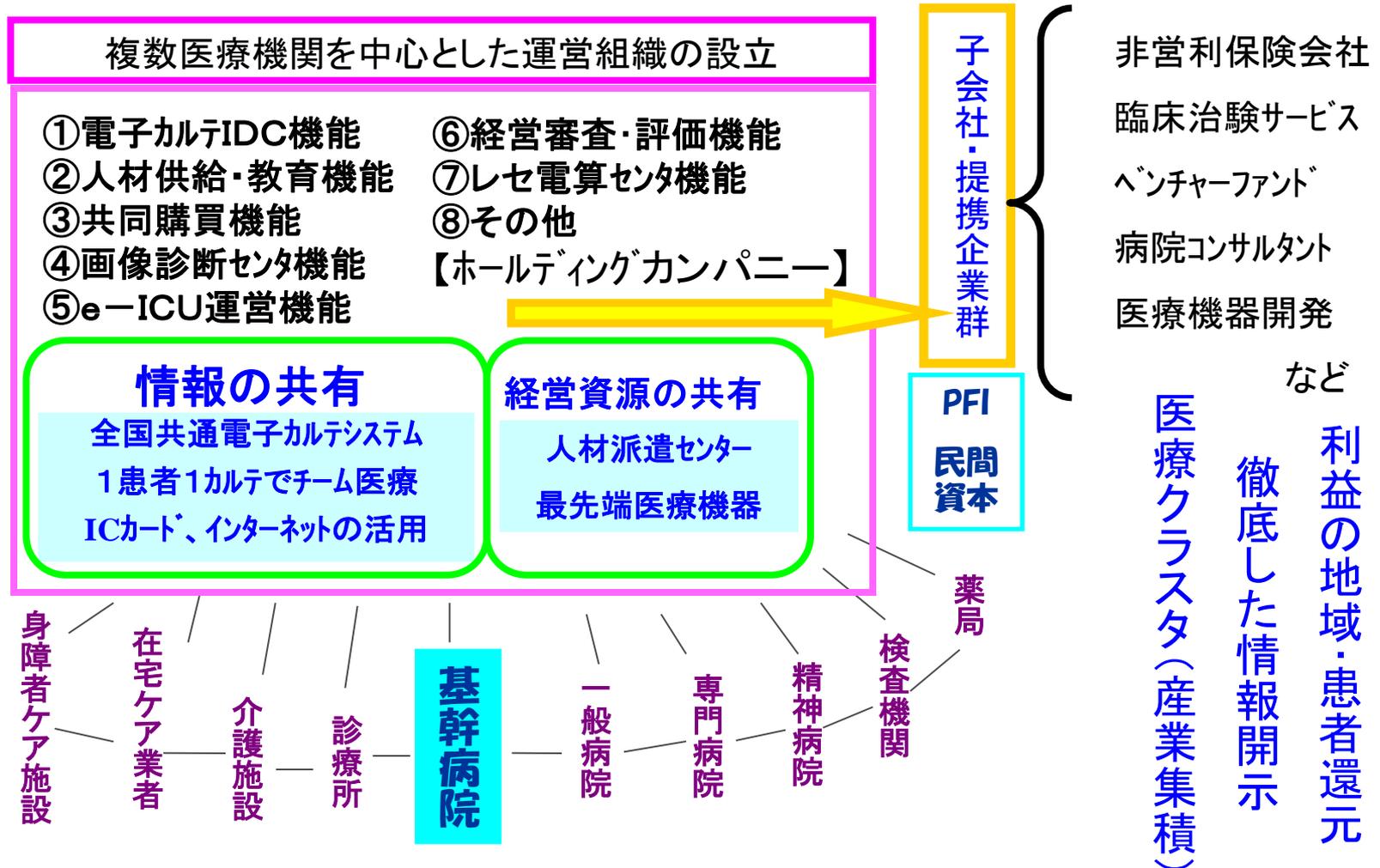
医療法人法の改正



- 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くする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

1つの広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



広域医療圏統合事業体

- IHN: Integrated Healthcare Network
 - 「人口数百万人の広域医療圏において、急性期ケア病院、診療所、リハビリ施設、介護施設、在宅ケア事業所、地域医療保険会社など地域住民に医療サービスを提供するために必要な機能を網羅的に有する統合医療事業体」
 - 松山幸弘氏、キャノングローバル戦略研究所

IHNモデル

- 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



バージニア州 ノースフォーク
センタラヘルスケア

IHNモデル分類

- ①純民間型・1地域密着型
- ②自治体立・1地域密着型
- ③全国展開型
- ④純民間・医科大学業務提携型
- ⑤医科大学主導型
- ⑥完全統合クローズ型。

IHN分類

- ①純民間型・1地域密着型
 - センタラ・ヘルスケア、連邦政府や州政府の補助金を受けない純民間型のIHNである
 - インターマウンテン・ヘルスケア(ユタ州ソルトレーク市)も有名
- ②自治体立・1地域密着型
 - 自治体立病院を中核に設立されたIHNで純民間型よりは規模が小さい
 - 代表例はサラソナ・メモリアル・ヘルスケア【フロリダ州】

IHN分類

- ③全国展開型
 - 中小規模の地域密着型IHNを全国規模で複数たばねたIHN
 - 売上規模は最大であるが、それぞれの拠点が分散しているので、求心力が1地域密着型より弱い
 - 代表例はカトリック系のアセンション・ヘルスやカソリック・ヘルスケア・ウェストなど
- ④純民間型・医科大業務提携型
 - センタラ・ヘルスケアがあげられる。センタラ・ヘルスケアは地元の医科大学や総合大学医学部と業務提携を行っている
 - その他の例としてはミズーリ州セントルイス市のワシントン大学と業務提携したBJCヘルスケアの例がある

IHN分類

- ⑤医科大学主導型

- 医科大学が所有する病院グループが周辺の病院群を買収し、さらに医療関連産業も集めて発展したもの
- ペンシルベニア州ピッツバーグ市にあるUPMC(ピッツバーグ大学メデイカルセンター)などが代表例

- ⑥完全統合クローズ型

- カイザーパーマネンテ(カリフォルニア州オークランド市)が代表例
- もともと鉱山会社のカイザー社の従業員保険から始まった保険会社であるカイザーパーマネンテが周辺の7~8州の加入者820万人を擁して、自ら30の病院を経営し、1.1万人のプライマリケア医をかかえた巨大IHNを形成している。

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

日本版IHN

- 日本版IHN
 - 既存の単独の医療・介護福祉・教育複合体の発展形
 - また先進的な民間病院の連合体構想なども考えられる
 - 今や存続が危ぶまれている公的病院のリストラプロセスの中での地域統合ネットワークも現実的な選択肢

パート5
地域包括ケアシステムと
ヘルスケア・リート

地域包括ケアシステムのサービスイメージ

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

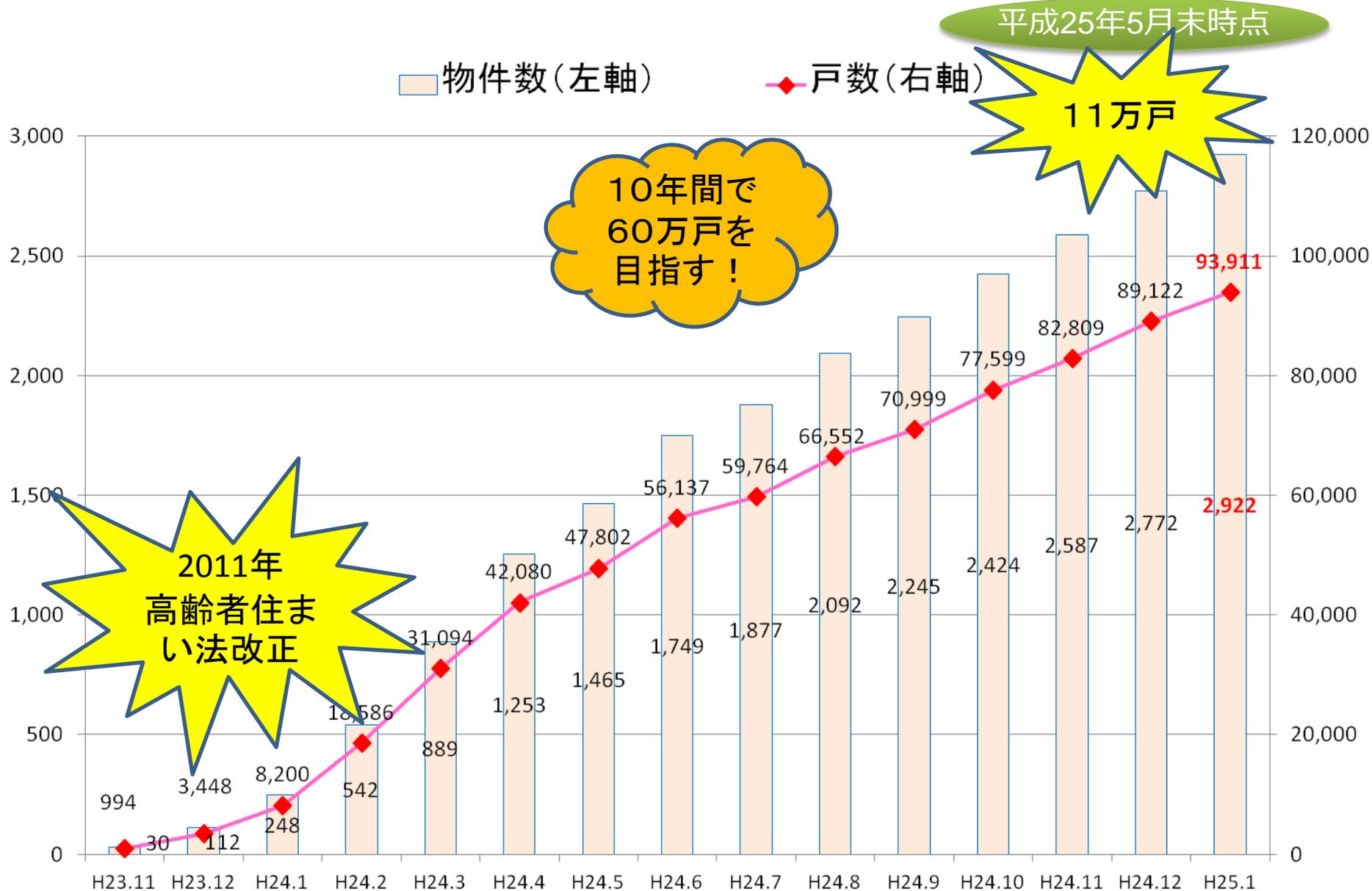


NPO,
住民参加、企
業、自治体など

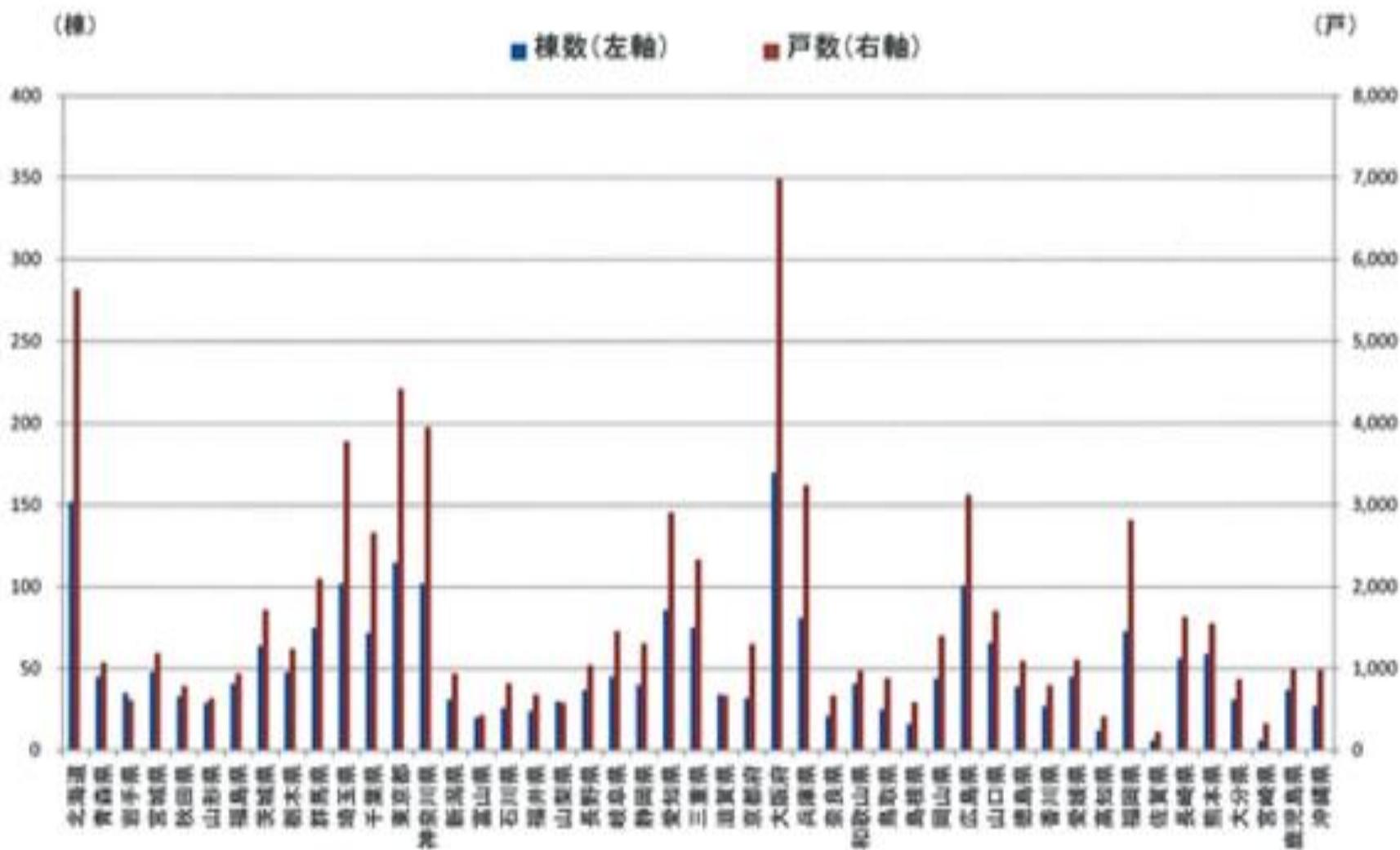
サービス付き高齢者向け住宅

2011年高齢者住まい法の改正

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

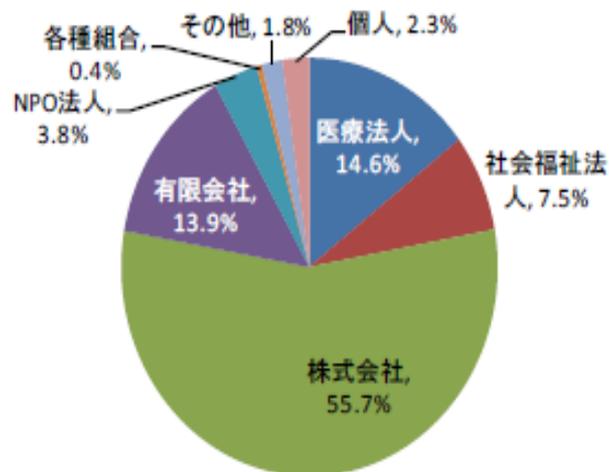
- ・法人等種別では、株式会社(55.7%)、医療法人(14.6%)、有限会社(13.9%)、社会福祉法人(7.5%)で全体の9割を占める。
- ・主な業種としては、介護系事業者が6割強を占め、次いで医療系事業者(16.1%)、不動産業者(8.7%)となっている。

■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。

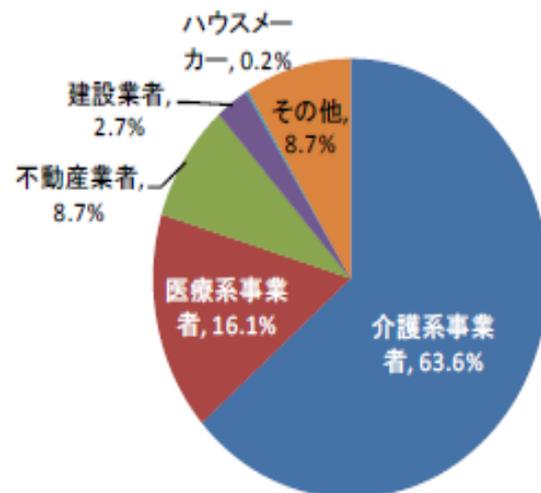


■主な業種

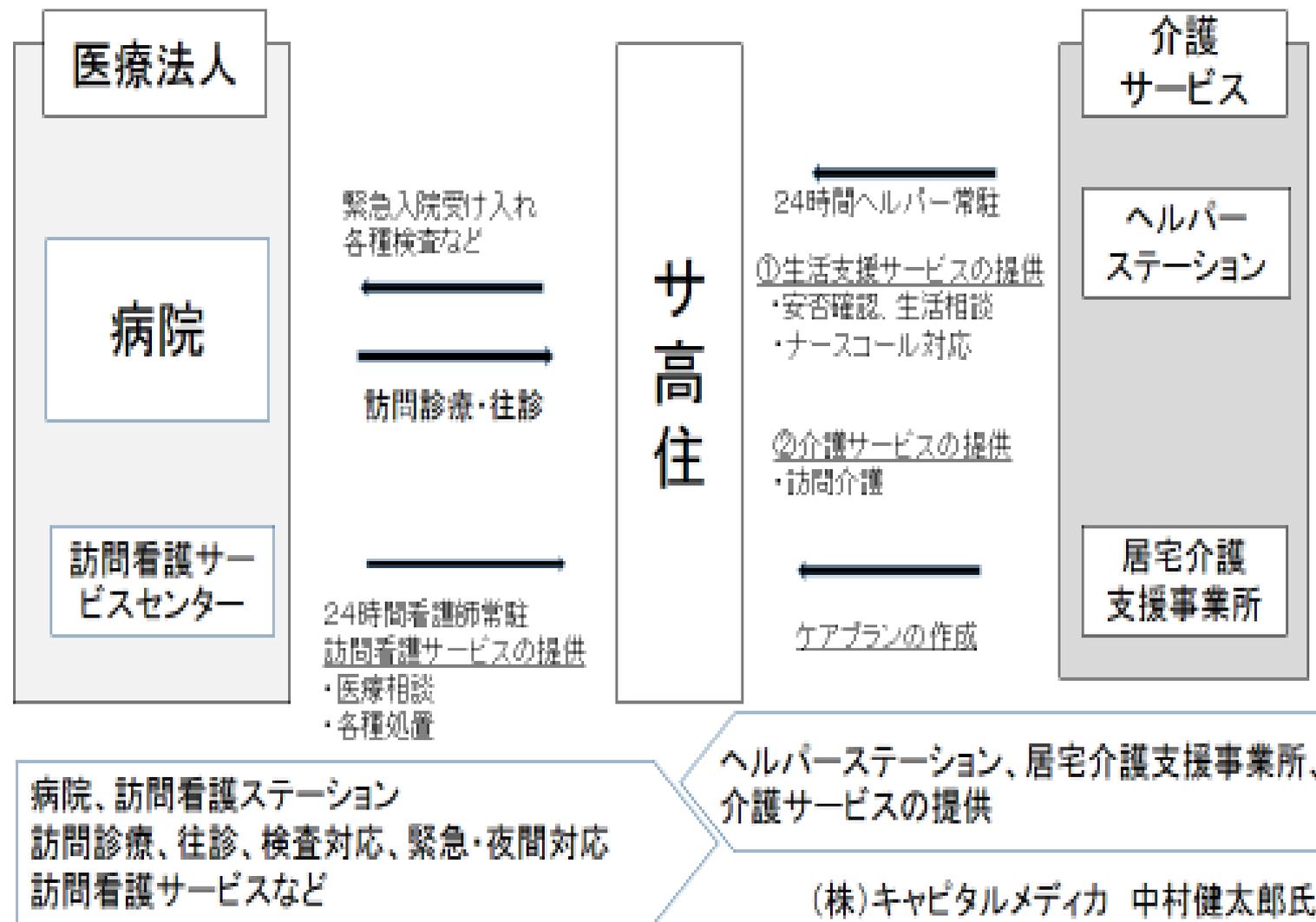
有効回答数:3,069件

	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。

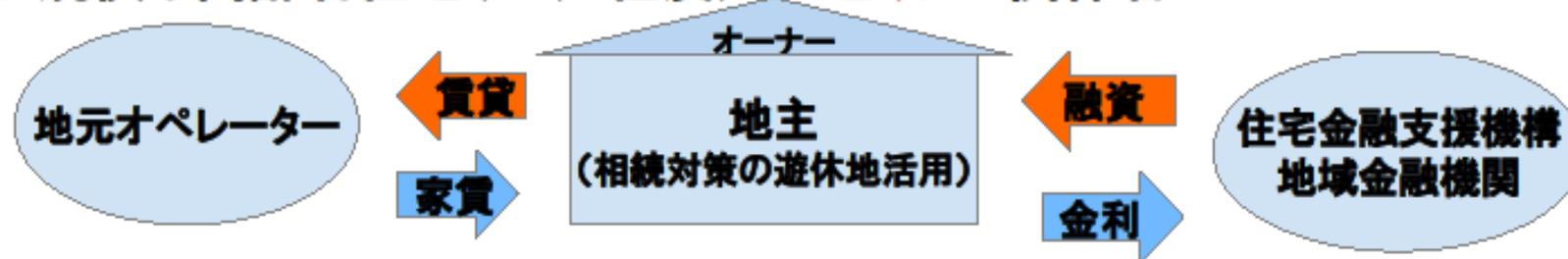


医療系サ高住の運営体制の例



誰がどのような高齢者住宅を建設し運営するのか？

- 不動産の所有(オーナー)と運営(オペレーター)の分離
 - ◆ オペレーターは建物を賃借しオペレーションに特化する
 - ◆ オペレーターはオフバランス経営のメリットが得られる
 - ◆ オペレーターは資金調達力に限界がある
 - ◆ 不動産投資家やデベロッパーは高齢者住宅への投資に注目し始めている
- 小規模な高齢者住宅(30戸程度)は“**地域**”の関係者で



- 大規模な高齢者住宅(60戸以上)は“**資本市場**”の関係者で



サービス付き高齢者向け住宅と 資金調達

ヘルスケア・リートの応用

高齢者住宅60万戸の整備にどのくらいの資金が必要か？

- 国の高齢者住宅整備目標～10年間で60万戸(年間6万戸)
- 必要な資金(推定)～平均10百万円/戸×60万戸=6兆円(年間6,000億円)
 - ◆ 推定の前提条件
 - 建物の面積～40㎡/戸 (居室部分+共用部分)
 - 建物の建築費～6百万円/戸 (約50万円/坪)
 - 土地の取得費～地方都市2百万円～東京都心15百万円/戸
地方物件や借地物件の比率が高いことより平均10百万円と仮定
- 高齢者住宅・施設にかかわる事業や投資は、少子高齢化と核家族化が進む中で社会的ニーズを背景に、成長が見込まれる有望なマーケット
- 一方で現状では高齢者住宅・施設に投資している投資家は限定的であり、投資家の裾野拡大が重要な課題

「ヘルスケア施設供給促進のための 不動産証券化手法の活用及び 安定利用の確保に関する検討委員会」

米国ヘルスケアリート視察報告

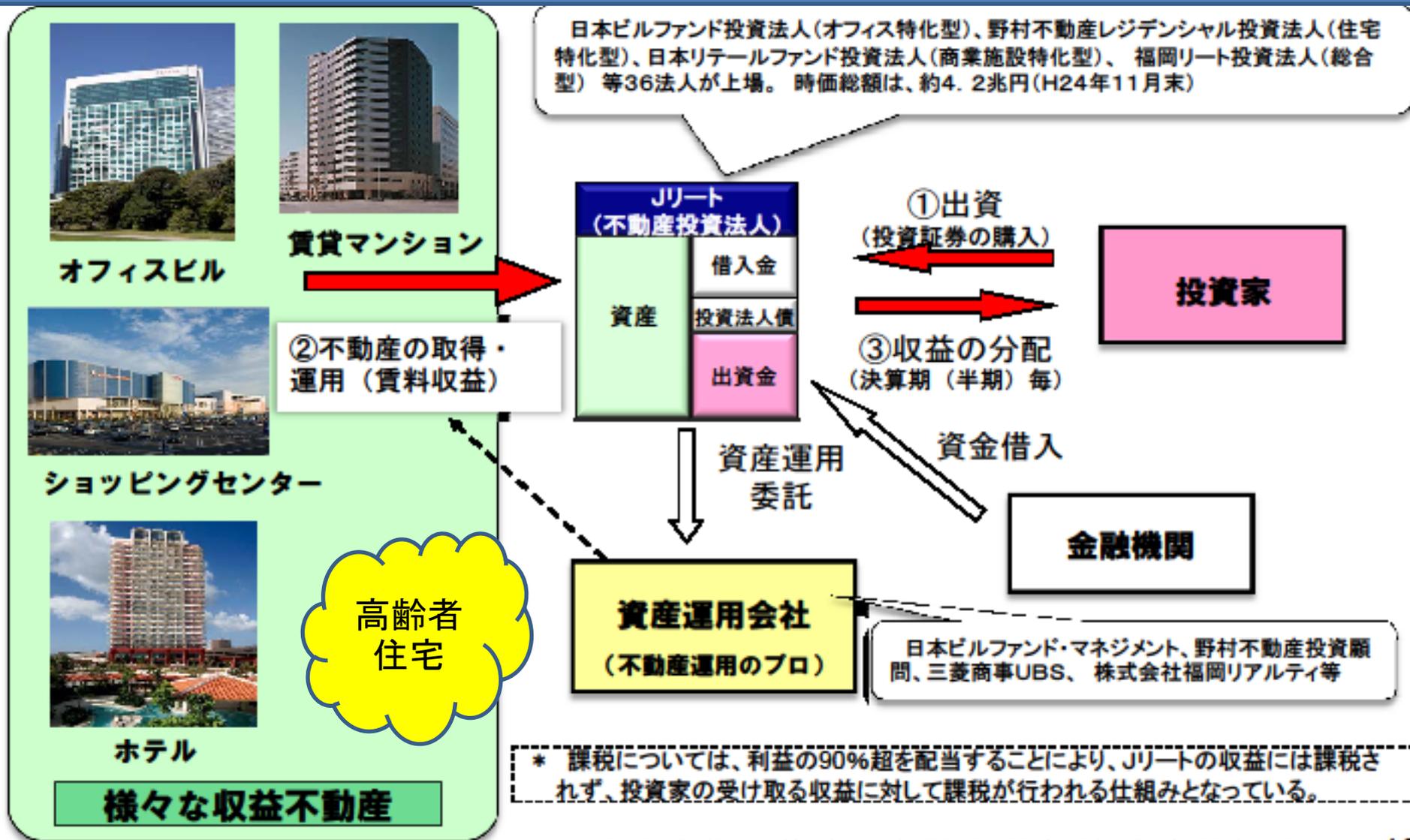
第3回検討委員会

2013年2月8日(金)
(事務局資料)

国土交通省、金融庁、厚生労働省

リート(REIT: Real Estate Investment Trust)とは？

不動産投資信託のこと、公衆から調達した資金を不動産に投資する仕組みのことで、特に、日本の国内法に則った日本版REIT(J-REIT)のことを単にREITという場合がある。



REIT市場規模の上位10カ国

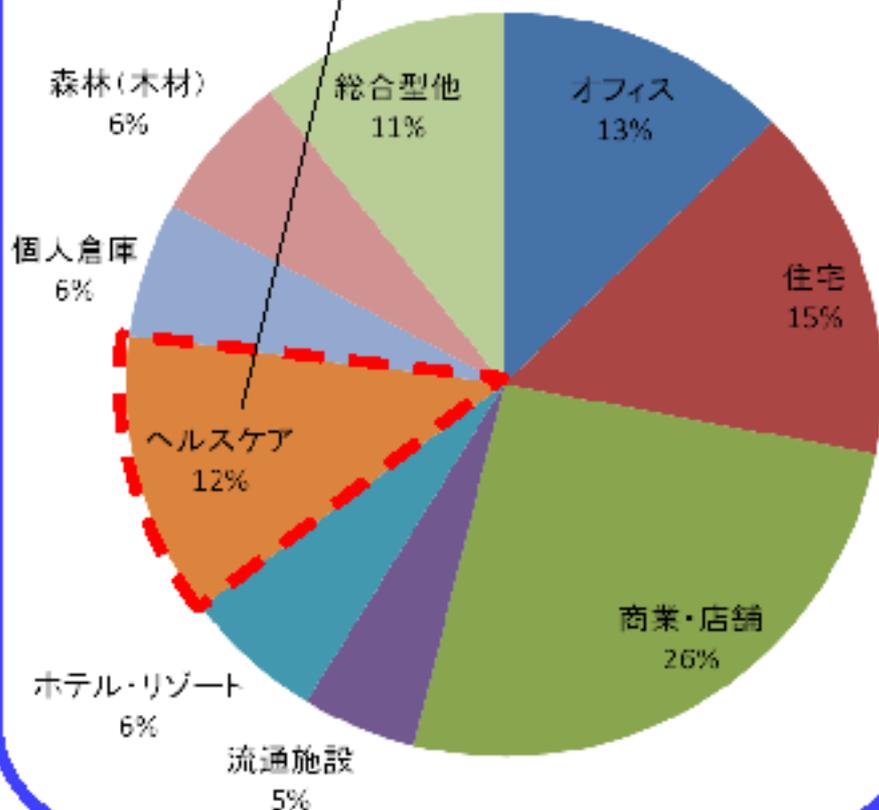
	国	時価総額 (2011年3月末)	上場銘柄数 (2011年3月末)
1	米国	35.6兆円	157
2	オーストラリア	6.8兆円	56
3	フランス	6.0兆円	43
4	日本	3.5兆円	35
5	英国	3.4兆円	25
6	カナダ	3.0兆円	34
7	シンガポール	2.4兆円	24
8	オランダ	1.1兆円	6
9	香港	1.0兆円	7
10	トルコ	0.7兆円	21

出典:『不動産証券化ハンドブック』(各国資料よりARES作成)

日米リート用途別割合の比較

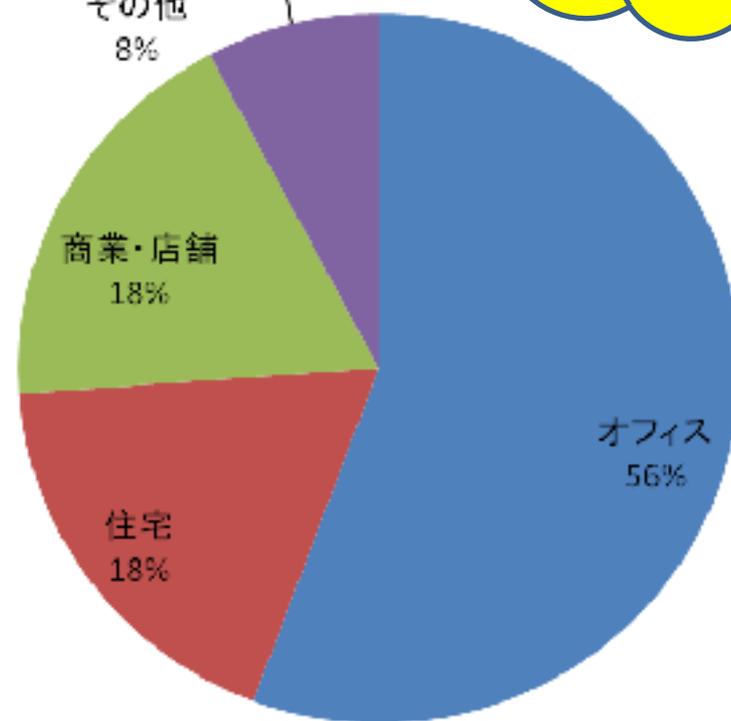
米国リート

株式時価総額約4兆円



Jリート

流通施設・ホテル
その他
8%

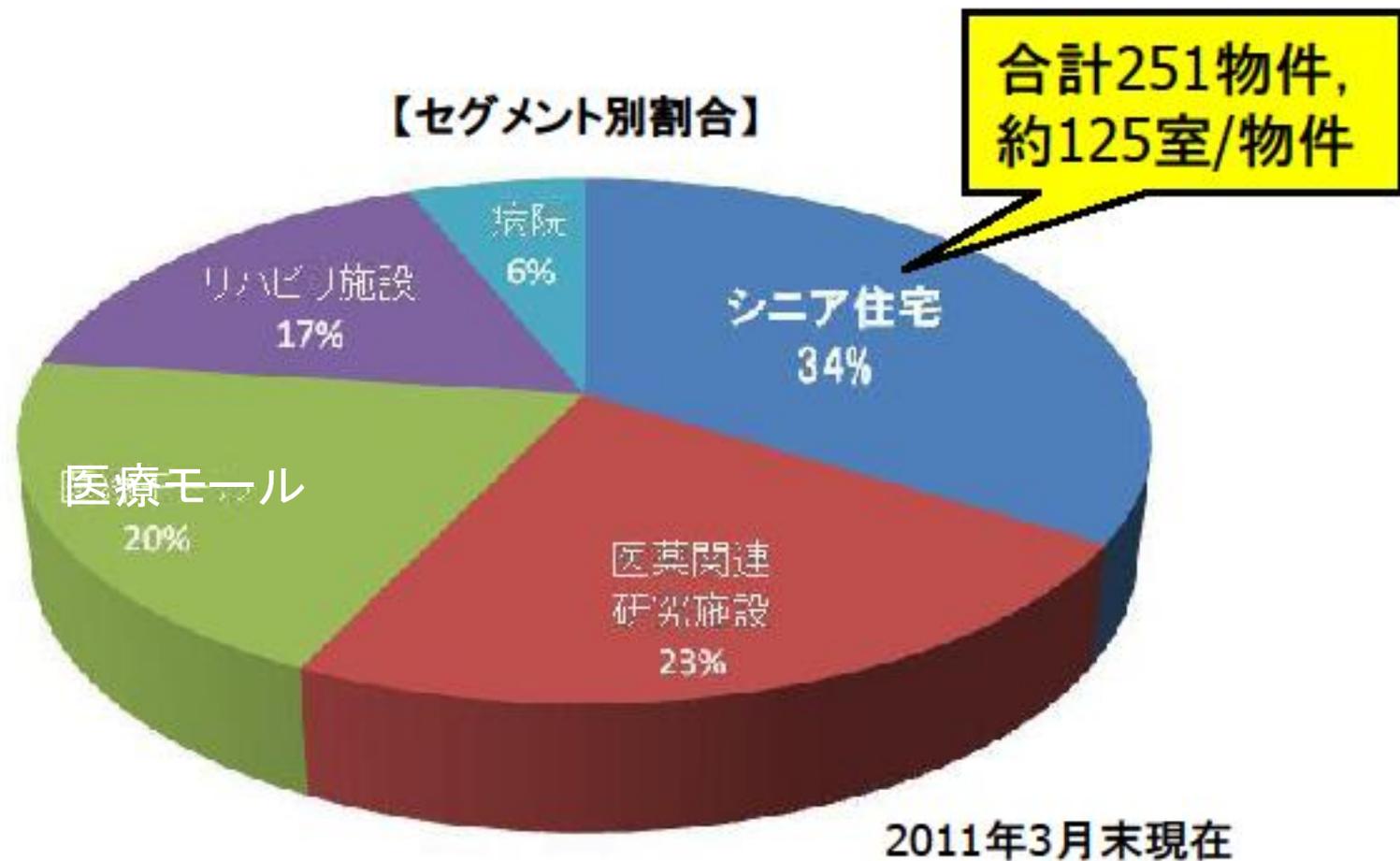


日本では
ヘルスケア
リートはほと
んどない

出典: NAREIT 'REIT Watch May 2011' および 不動産証券化協会「J-REIT View(2011年5月)」データをもとに作成
注) 米国リートは株式時価総額ベース、Jリートは保有不動産額ベース、円換算は80円/\$

HCP社(米国ヘルスケアリートの最大手)

保有資産総額(取得価格ベース): 約1兆1800億円(80円/\$)

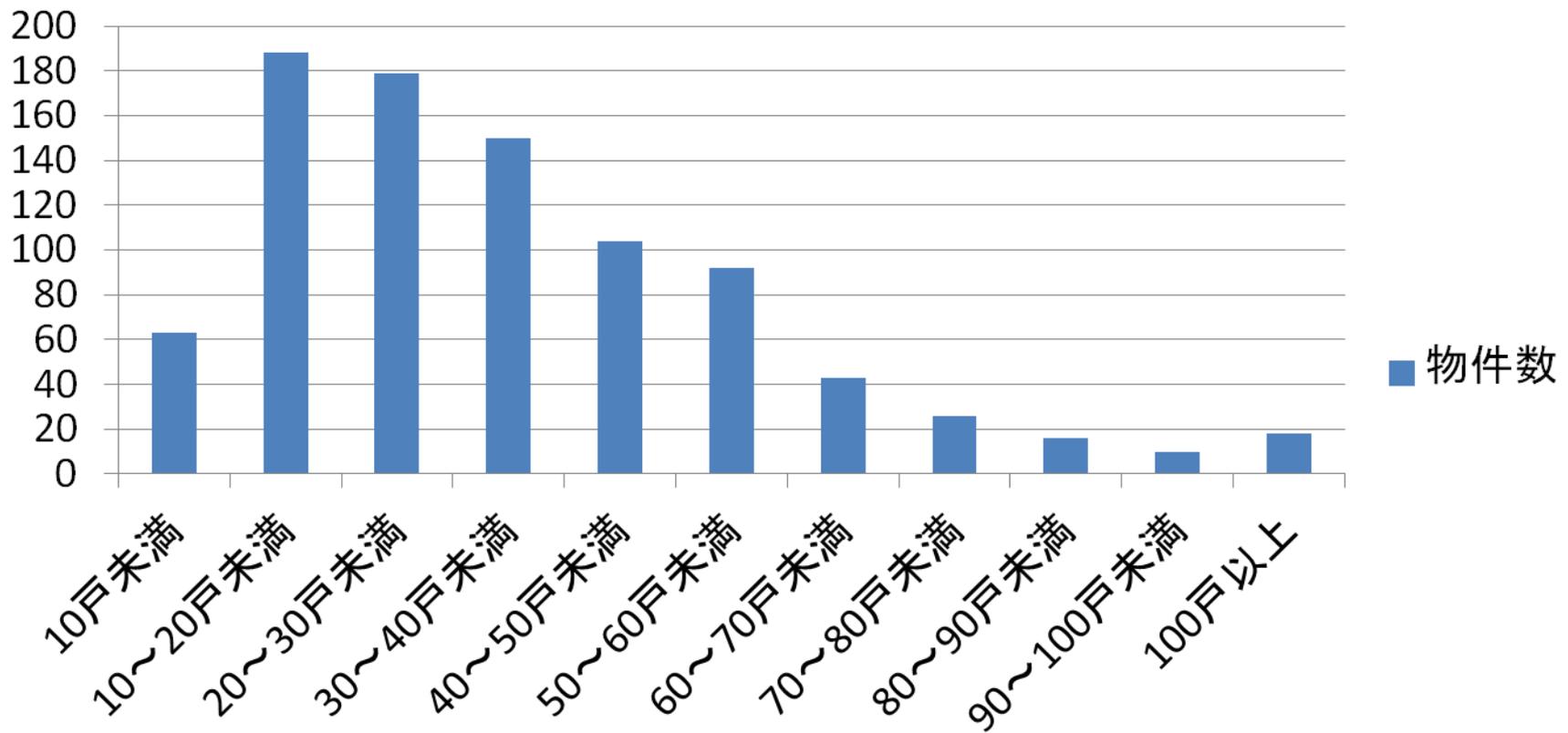


出典: HCP社WebサイトおよびHCP 2010 ANNUAL REPORTより

ヘルスケアリートの対象は
大規模、高機能、高付加価値型
高齢者住宅

日本の従来の サービス付き高齢者向け住宅は小規模

物件数

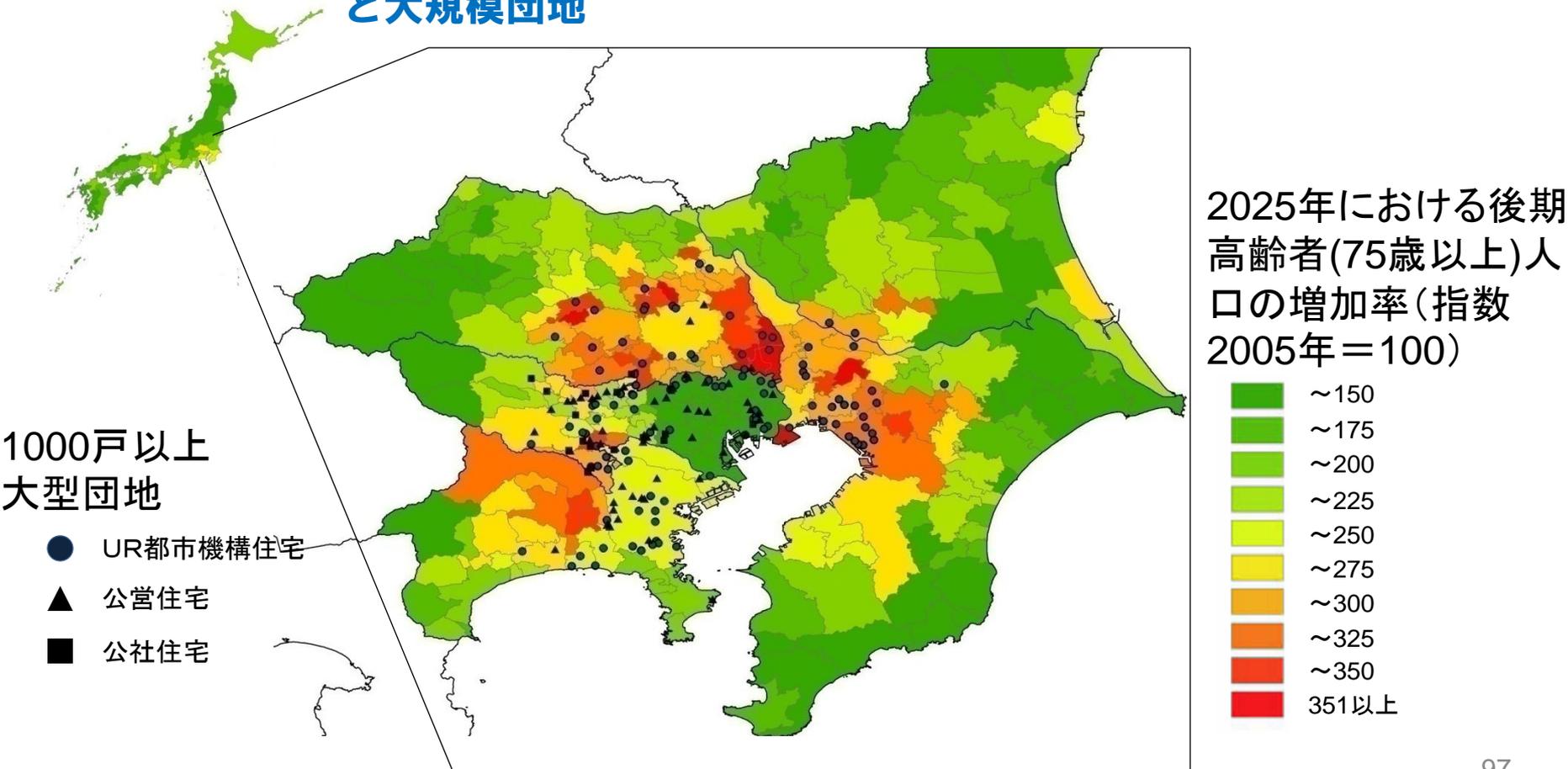


中井生活経済研究所調べ(2012年)

高齢化の進展と大型団地の関係

- ・今後高齢化が急速に進展するのは大都市近郊地域。
- ・当該地域は、公的賃貸住宅団地の立地と重複する(高度経済成長期での大都市への人口流入に対応した大規模団地の立地)

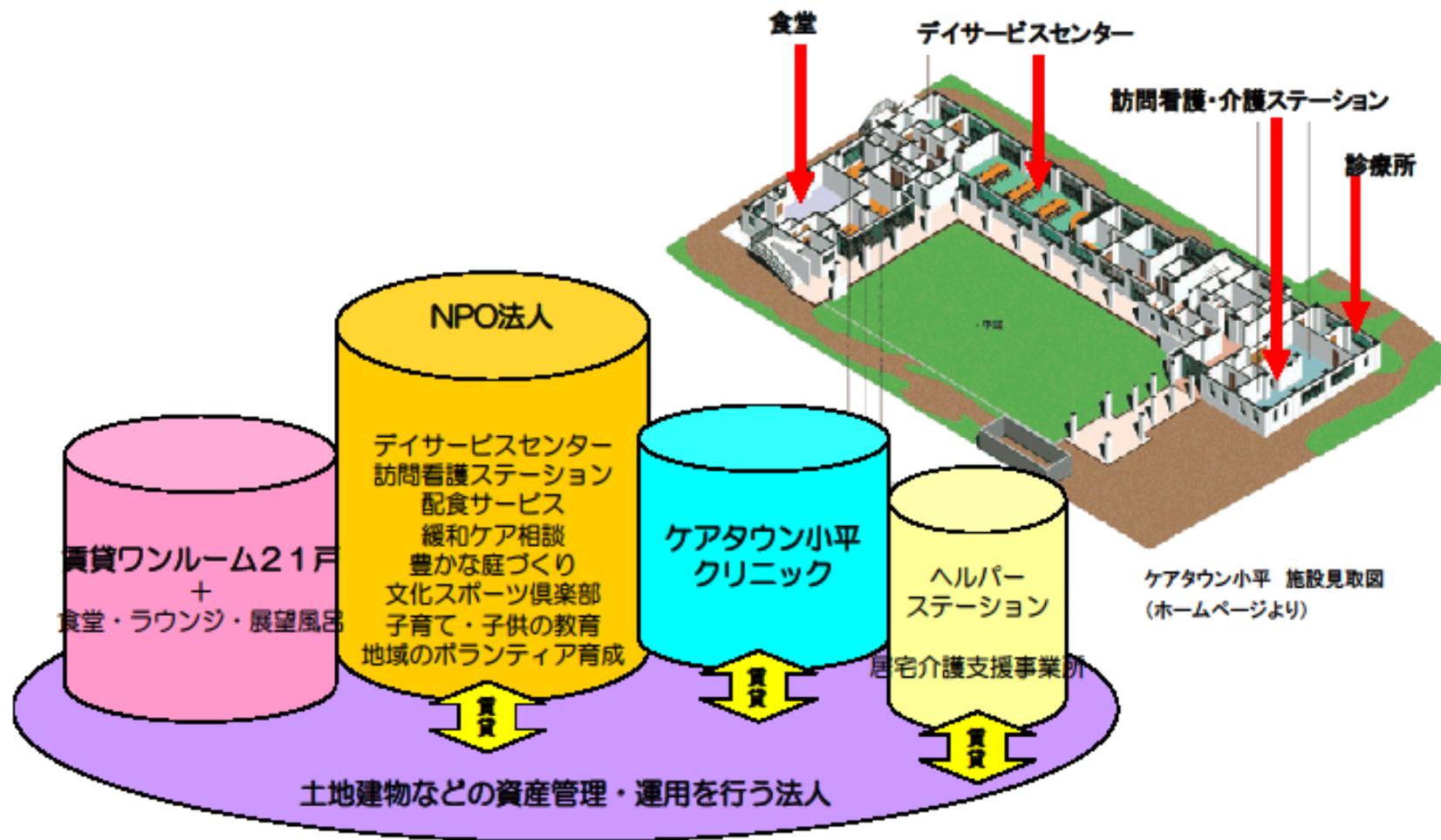
首都圏での高齢化の伸び率（後期高齢者の人口増加率）と大規模団地



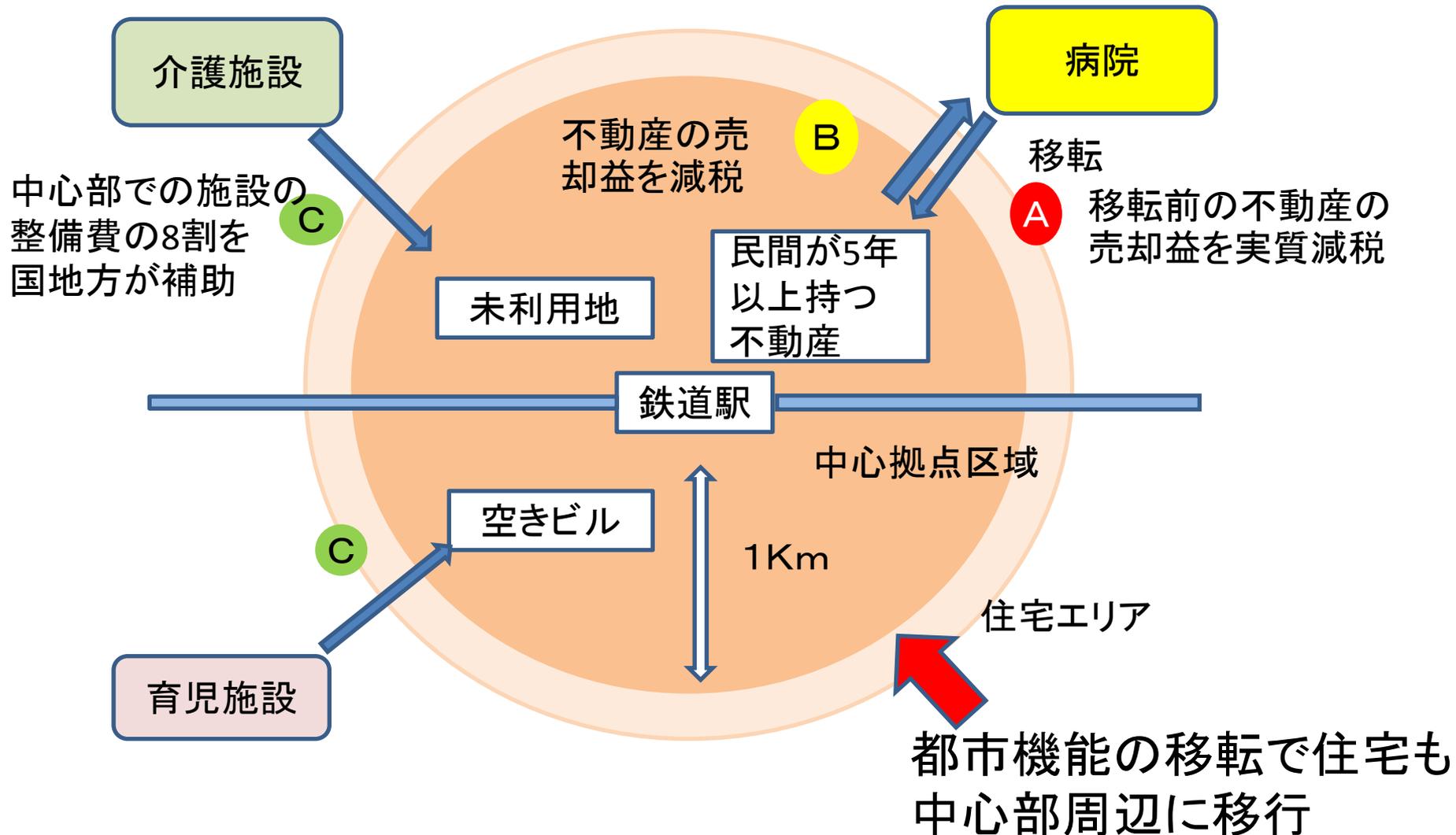
大型団地再生に「サ高住」助成

- 「地域居住機能再生推進事業(30億円)」
 - 平成25年度国土交通省予算案
 - 高度経済成長期に開発されたニュータウンが今や住民の高齢化真つただ中
 - ニュータウンの中には建て替えによる高齢者対応を進めるケース増えている
- 地方公共団体、住宅供給公社などが地域ごとに協議会をつくり団地再生を行う場合に一部助成をおこなうことになった
- 対象
 - 5ヘクタール以上
 - 入居開始から30年以上経過
 - 公的団地対住宅の管理戸数が1000戸以上

グループホーム、ケアハウスといった多様な住居の場での在宅医療の例



国土交通省が計画する 集約型都市づくり支援策



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月発売**
- <http://www.igakutushin.co.jp/index1.php?contenturl=book1.php?id=615>



まとめと提言

- ・2025年へのあるべき医療・介護の姿への推進エンジンは医療計画と診療報酬改定
- ・2013年医療計画見直し、2014年診療報酬改定はその第一歩
- ・病床機能分化と地域連携は表裏一体
- ・地域連携から地域経営統合へ

■

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