

2025年へのカウントダウン

～地域包括ケア・地域医療構想と大学の役割～



国際医療福祉大学大学院教授
医療経営管理分野責任者
武藤正樹



2016年1月

国際医療福祉大学三田病院
2012年2月新装オープン！

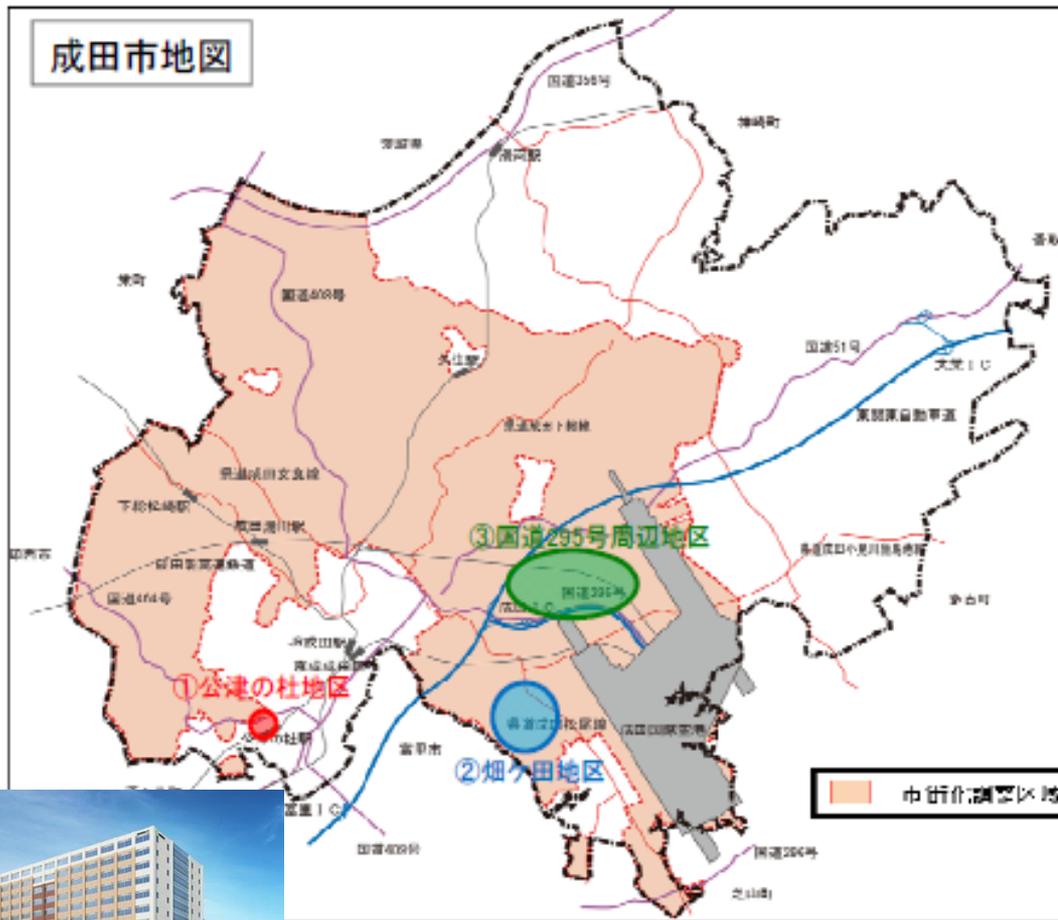


国家戦略特区「国際医療学園都市構想」

成田市に
医学部を！

1. 構想の概要(4)

成田市と国際医療福祉大学は、「公津の杜(教育ゾーン)」および「畑ヶ田地区(学術・医療集積ゾーン)」で医学部をはじめとした大学の学部・学科と附属病院などの施設を整備します。



①公津の杜地区

【教育ゾーン】

- 医学部 (1学科)
- 看護学部 (1学科)
- 保健医療学部
(当初4学科⇒順次拡大)

②畑ヶ田地区

【学術・医療集積ゾーン】

- 附属病院
- トレーニングセンター
- グラウンド・テニスコート
- 駐車場

産業クラスター

③国道295号周辺地区

【医療産業集積ゾーン】

- 製薬会社
- 診療機材メーカー
- 計測器メーカー
- 福祉設備メーカー
- 画像診断機器メーカー



2017年4月医学部開講

目次

- パート1
 - 国民会議と医療介護一括法
- パート2
 - 地域包括ケアシステム構築と大学の役割
- パート3
 - 地域医療構想とは？
- パート4
 - 広域医療圏統合ネットワーク(IHN)と大学の役割
- パート5
 - 地域連携推進法人と大学の役割



パート1

国民会議と医療介護一括法



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(1990~2060年)

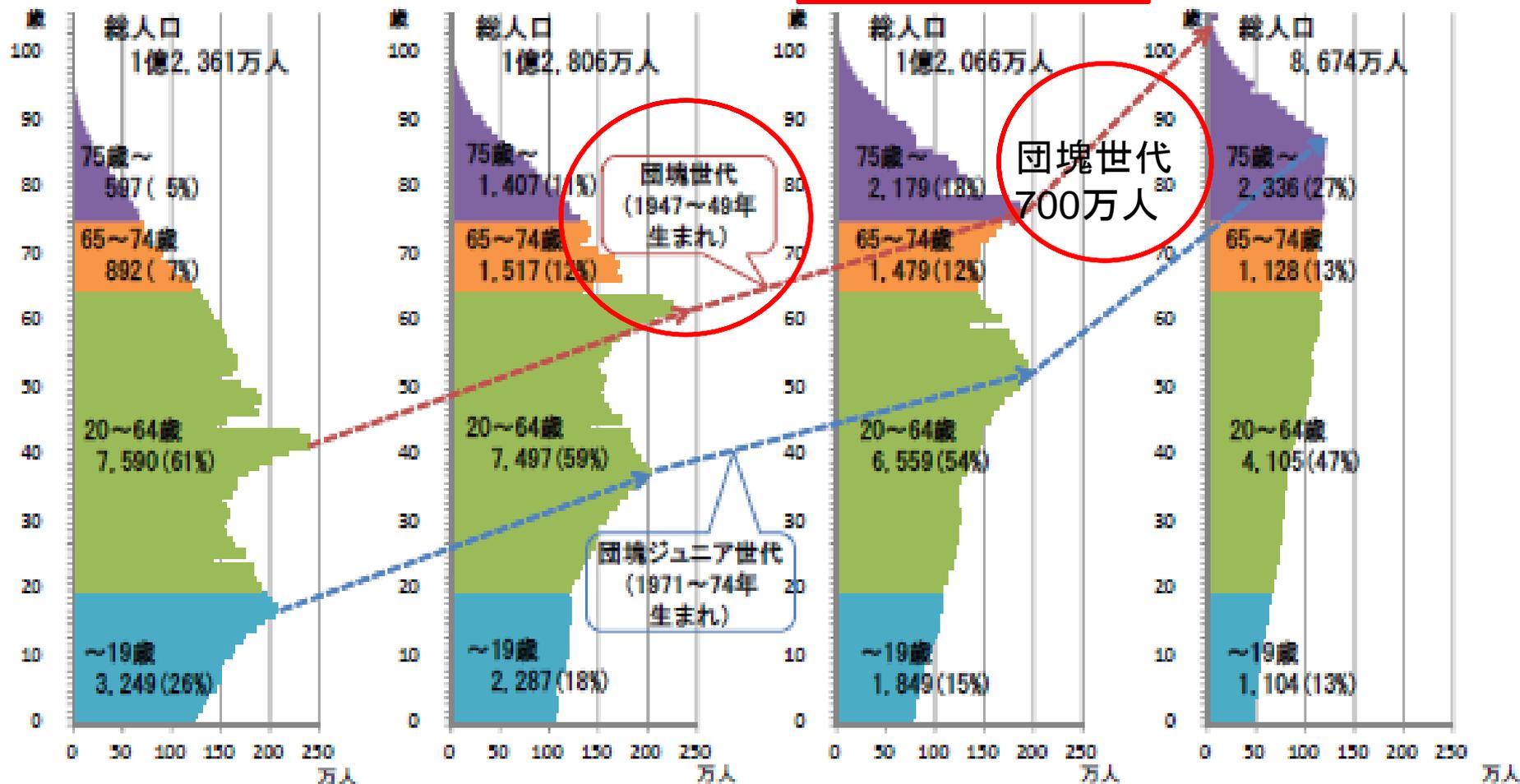
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

平成2年 (1990年) (実績)

平成22年 (2010年) (実績)

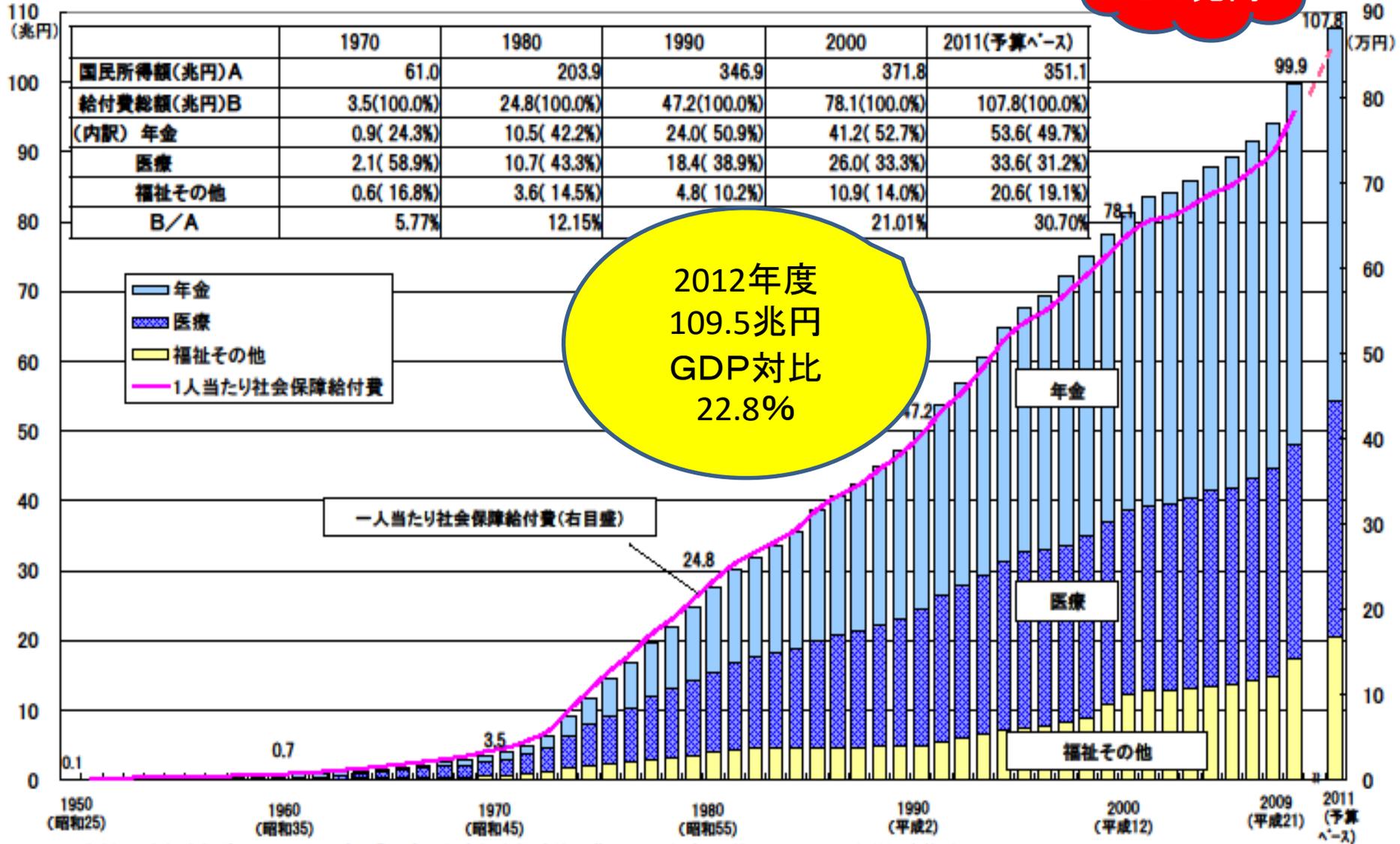
平成37年 (2025年)

平成72年 (2060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。

安倍首相、消費増税再延期

- 安倍首相、報道陣の質問に答え、「（経済状態は）、リーマン前に似ている」と述べ、消費税再延期を示唆した
- 消費税率1%でおよそ2兆円の歳入減
- 2018年診療報酬・介護報酬同時改定の財源は？



- 2016年5月26日 志摩
観光ホテル

地域医療介護一括法



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

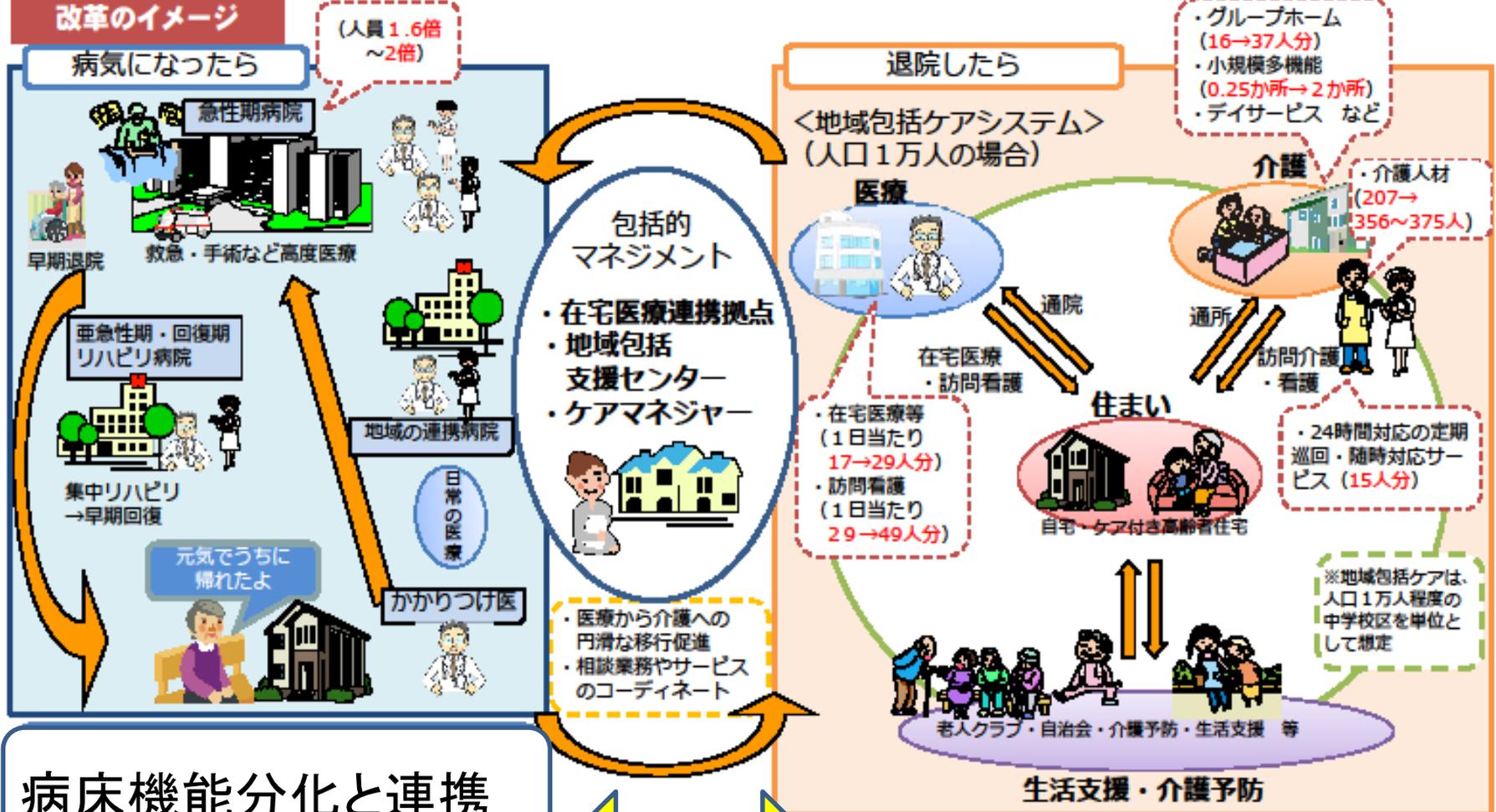
改革の方向性 ②

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



同時進行

地域包括ケアシステム

地域医療・介護一括法成立可決(2014年6月18日)

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)

2014年6月18日
可決成立

(カッコ内は施行時期)

2014年5月14日衆院
厚生労働委員会で
強行採決！



衆議院 TVインターネット審議中継

Welcome to the House of Representatives Internet-TV

HOME

お知らせ

利用方法

FAQ

アンケート

強行採決の前日、5月13日衆議院厚生労働委員会参考人招致
「地域包括ケアシステムにおける看護師・薬剤師の役割と課題」

パート2

地域包括ケアシステムと大学の役割



地域包括ケアシステムとは

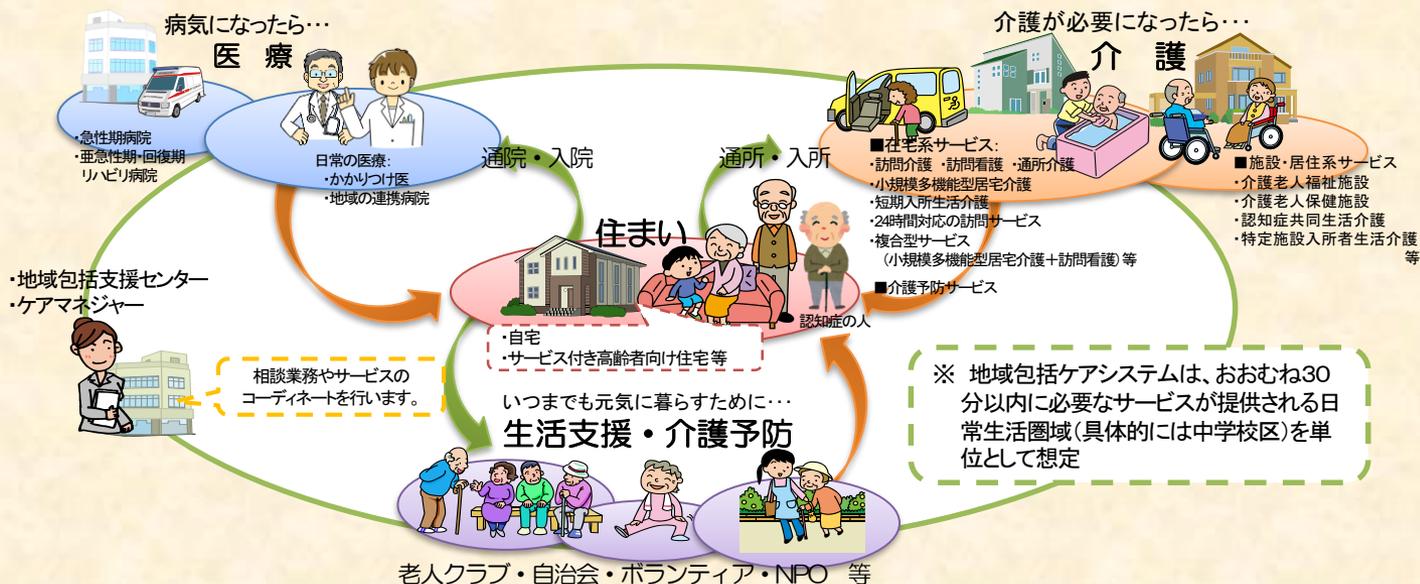
介護が必要になっても、住み慣れた地域で、その人らしい自立した生活を送ることができるよう、医療、介護、予防、生活支援、住まいを包括的かつ継続的に提供するシステム

地域包括ケアシステム
は街づくりシステム

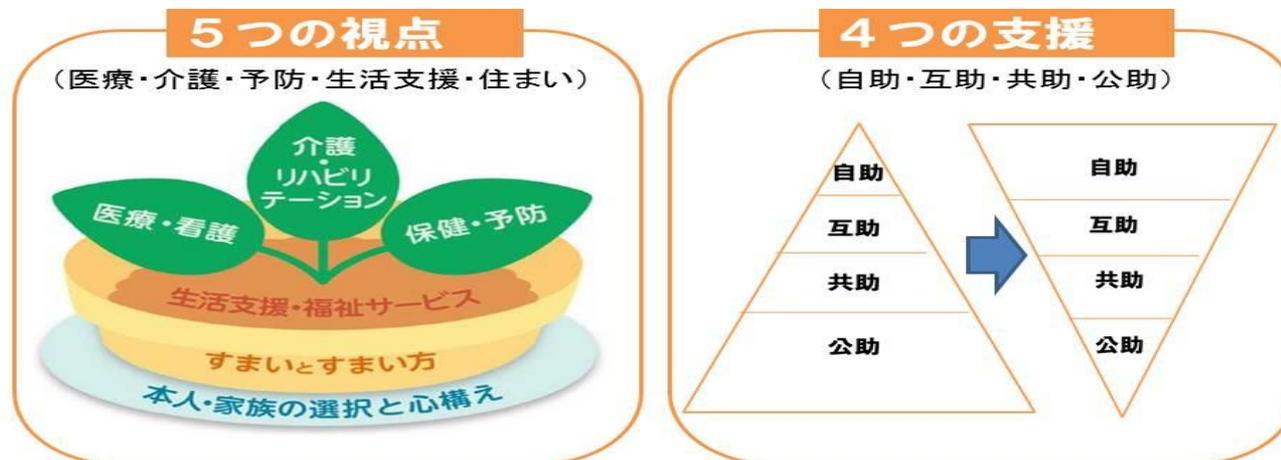
地域包括ケアシステム

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

2025年の地域包括ケアシステムの姿



地域包括ケアシステム構築と大学の役割



団塊世代が後期高齢者となる2025年に向けて日常生活圏域における地域連携の仕組みを構築する

地域包括ケアシステム構築 へ向けた取組事例 ～千葉県柏市の取組～

行政と医師会の協働による
在宅医療の推進と医療介護連携

柏市の在宅医療連携拠点事業の取り組み

柏市は、東京都心から約30kmにあり、高度経済成長を期に人口が増加し発展したまち。今後急激な高齢化を迎えることが予測されている。



超高齢社会に対応した、高齢者が安心して元気に暮らすことができるまちづくりを、柏市・東京大学・URの三者で検討する

↓
柏市豊四季台地域
高齢社会総合研究会(H21～)



JR柏駅から
上野駅まで約29分
東京駅まで約40分

人口：404,252人
世帯：164,449世帯
(平成24年4月1日現在)
高齢化率 20.86%

～取組の概要～ 平成21年度より開始

取組の経緯

(実施主体) 柏市(東京大学、UR都市機構との共同研究)

(背景・地域の課題)

● 都心のベッドタウンである柏市は、今後の急速な都市部の高齢化を見据えて、市が主導して産学官が一体となり「柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会」を発足。研究会を重ね、市民向けシンポジウムを開催し、平成22年に三者協定を締結。

- ・ 将来、高齢化が急速に進行(20年後には75歳以上人口が、2.17倍に急増(2010年約3万人→2030年約7万人))
- ・ 独居高齢者、高齢夫婦のみの世帯の増加(20年後には約1.5倍)
- ・ 75歳以上人口の増加に伴い、今後は在宅における訪問診療に対するニーズが増加

(取組のポイント)

- 行政が中心となって、多職種(医師会等)と連携し、在宅医療を推進。
- 医療・看護・介護の関係団体が、多職種連携のルール作りなどについて議論するために会議を開催し、関係作りやルール作りを進め、高齢化が進行する将来においても住民が住み慣れた地域で暮らせることを推進。

- 以下の取組みを推進
 - ・ 在宅医療従事者の負担軽減の支援
 - ・ 効率的な医療提供のための多職種連携
 - ・ 在宅医療に関する地域住民への普及啓発
 - ・ 在宅医療に従事する人材育成(在宅医療研修の実施)
 - ・ 上記を実現するための地域医療拠点の整備

取組に係る財源

平成24年度在宅医療連携拠点事業補助金

- 補助額 6,348千円(事業運営に関する経費) (補助率 国10/10)



東京大学高齢社会総合研究機構 学術支援専門職員 木村清一さん

- もと柏市保健福祉部長、2011年度より現職
- 2009年、木村さんと辻哲夫さんとの出会いが
柏プロジェクトを生んだ



第1. 柏プロジェクトとは何か？

- 2009(平成21年)年6月
三者での研究会が発足。
以降研究会を重ね、市民向けシンポジウ
ムを3回開催(7月、9月、2月)
- 2010(平成22年)年5月
三者協定を結ぶ、WG設置。
各WGが毎月1回ほど開催して課題の検討を
進めた
- 2011(平成23年)年6月28日
構想策定・プレスリリース。

「高齢社会の安心で豊かな暮らし、まらの
あり方」の三者で議論し、実現していこう！



柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会
[柏市・UR都市機構・東京大学]

柏プロジェクトとは？



木村清一さん

柏市

UR都市
機構

東京
大学



辻哲夫さん



豊四季台地域高齢社会総合研究会

豊四季台地域包括ケアシステムのイメージ

在宅医療と生きがい就労を実現し、平成26年初旬に豊四季台団地で地域包括ケアシステムの具体的な構築を目指す。

→ 国の政策を具現化するモデルをつくる。

■ 将来の豊四季台地域のイメージ

在宅で医療、看護、介護サービスが受ける体制が整い、いつまでも在宅で安心して生活できる



○ 植物栽培ユニット



○ サービス付き高齢者向け住宅

○ 24時間対応の在宅医療・看護・介護サービス



地域の中に多様な活躍の場があり、いつまでも元気で活躍できる



○ くるみ幼稚園

○ 地域医療拠点

地域拠点ゾーン

四季の道

(自転車歩行者専用道)

○ コミュニティ食堂

○ 特養 柏こひつじ園





地域包括ケア
の見える化

団地の一角のサ高住
と地域包括支援センター
訪問看護ステーション、
在宅医療支援診療所
など

柏地域医療連携センター

- 三師会事務局が入る柏地域医療連携センター
- 常駐するのは市の職員



柏市における在宅医療推進の取り組み

在宅医療を推進するため、行政（柏市）が事務局となり、医師会をはじめとした関係者と話し合う体制を構築し、関係作りとルール作りを行う。

<推進体制>



<在宅医療を推進するための取り組み>

- ① 在宅医療従事者の負担軽減の支援（主治医・副主治医システムの構築，医療・看護・介護の連携体制の確立，情報共有システム等）
- ② 効率的な医療提供のための多職種連携（在宅医療チームのコーディネート，在宅医療を行う診療所・訪問看護の充実）
- ③ 在宅医療に関する地域住民への普及啓発
- ④ 在宅医療に従事する人材育成（在宅医療研修の実施）
- ⑤ 上記を実現するための地域医療拠点の整備

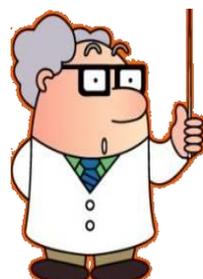
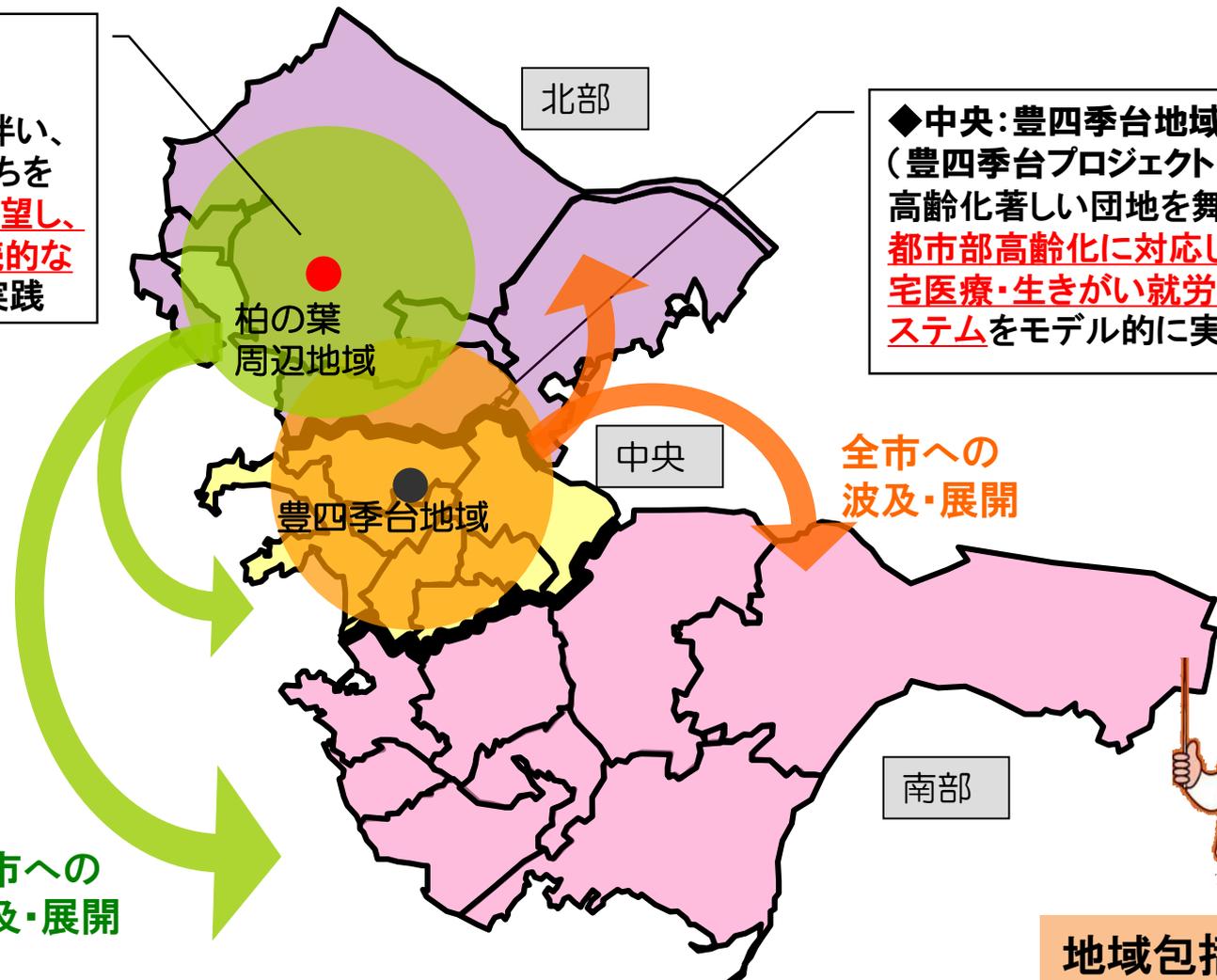


大学が知恵袋となって行う地域の街づくり

柏市は、超高齢社会への進行の段階に応じた健康安全な都市を目指す

◆北部：柏の葉周辺地域
(健康未来都市)
鉄道開通や住宅開発に伴い、人口が流入・増加するまちを舞台に、超高齢社会を展望し、健康に主眼をおいた持続的なまちづくりをモデル的に実践

◆中央：豊四季台地域
(豊四季台プロジェクト)
高齢化著しい団地を舞台に、都市部高齢化に対応した在宅医療・生きがい就労のシステムをモデル的に実践



健康づくり

全市への
波及・展開



地域包括ケア

地域の特徴に沿ったモデル事業を実施・得られたノウハウは全市へ展開

パート3

地域医療構想とは？



2025年へ向けて大きく変わる病床の姿

病床機能報告制度と地域医療構想（ビジョン）の策定

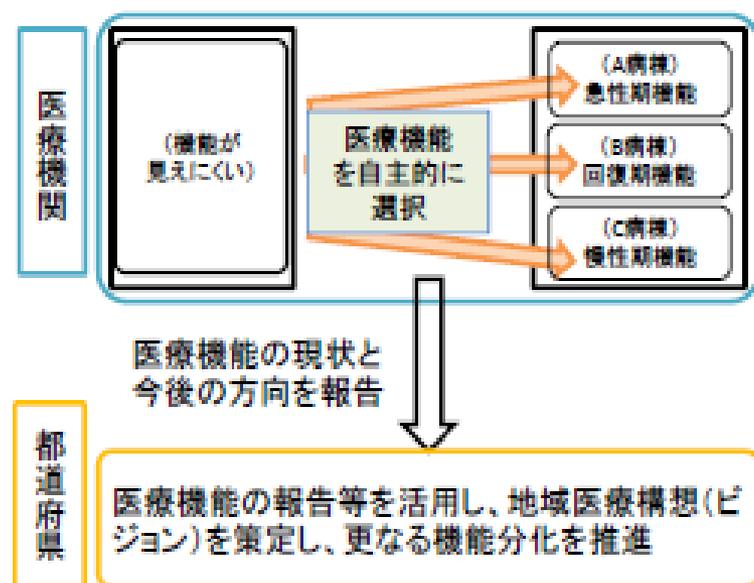
○ 病床機能報告制度（平成26年度～）

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

○ 地域医療構想（ビジョン）の策定（平成27年度～）

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

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



(地域医療構想(ビジョン)の内容)

1. 2025年の医療需要
入院・外来別・疾患別患者数 等
2. 2025年に目指すべき医療提供体制
・二次医療圏等（在宅医療・地域包括ケアについては市町村）ごとの医療機能別の必要量
3. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策
例) 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、医療従事者の確保・養成等

医療機関が報告する医療機能

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

※ 医療資源の効果的かつ効率的な活用を図る観点から医療機関内でも機能分化を推進するため、「報告は病棟単位を基本とする」とされている(「一般病床の機能分化の推進についての整理」(平成24年6月急性期医療に関する作業グループ)。

◎ 医療機能の名称及び内容は以下のとおりとする。

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

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

◎ 病棟が担う機能を上記の中からいずれか1つ選択して、報告することとするが、実際の病棟には、様々な病期の患者が入院していることから、提供している医療の内容が明らかとなるように具体的な報告事項を検討する。

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

病床機能報告制度と地域医療構想

• 報告項目

－ 人員配置・医療機器等

- 医療機関が看護職数などの人員配置や医療機器などの設備について、厚労省が整備するサーバーへ送る項目（病棟単位23項目、病院単位22項目）

－ 手術・処置件数等

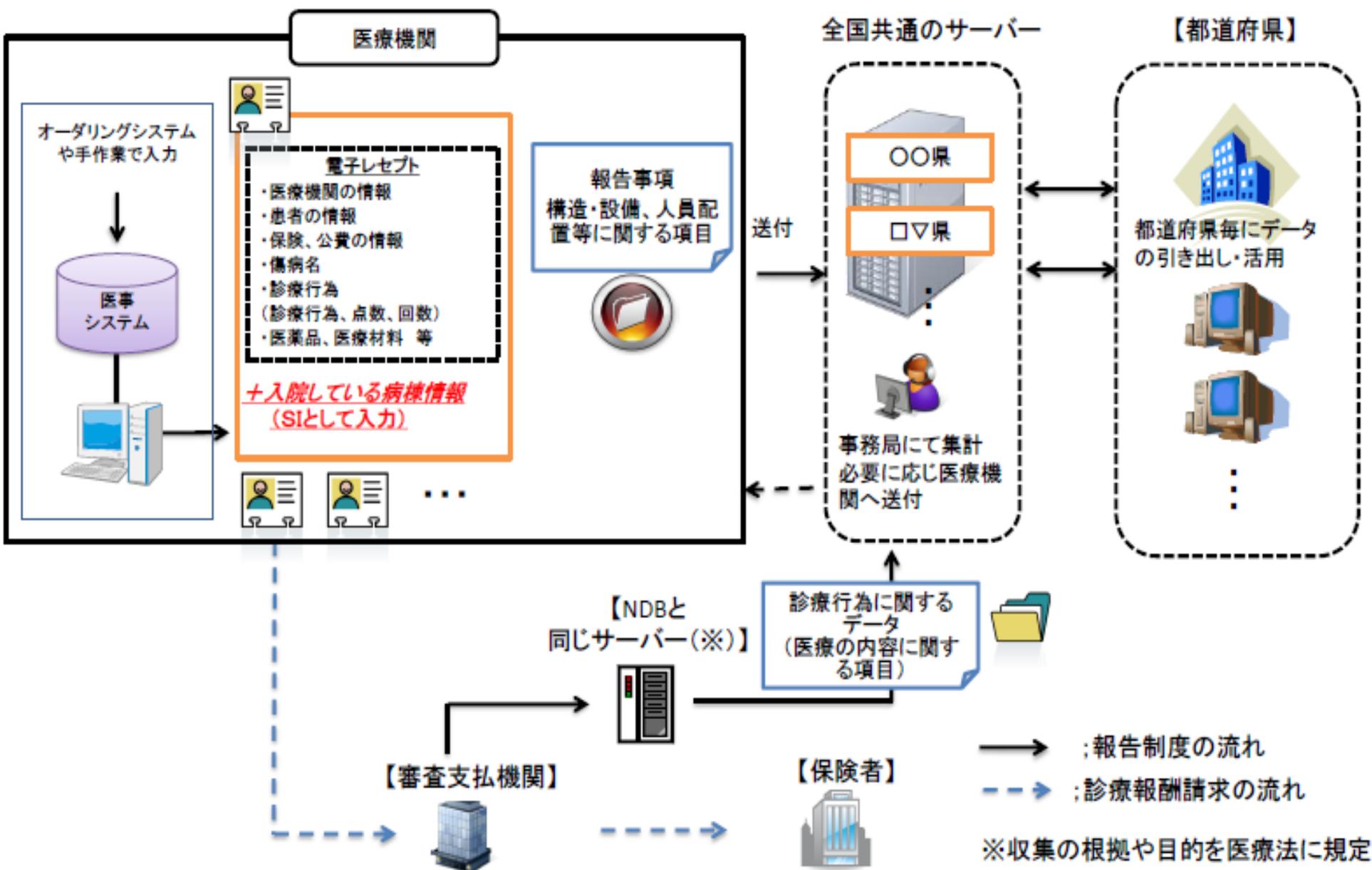
- 手術件数や処置件数など、提供している医療の内容を「レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）」を活用して自動的に集計する項目（81項目）

• 地域医療構想（ビジョン）

- 病床機能の「今後の方向」は6年後の方向性
- 「地域医療構想（ビジョン）のためのガイドラインを策定する検討会」で議論

病床機能報告制度における集計等の作業について

別添2



病床機能と病棟の情報(病棟コード)の対応表について

【病床機能報告(毎年10月)】

○ 各医療機関が病床機能報告の際に、各医療機関の病棟と、電子レセプトに記録された病棟の情報(病棟コード)とを関連づけるため、次の対応表を病床機能報告の際に報告。

(対応表イメージ)

7. 病棟名及び病棟情報【貴院において、平成28年7月1日時点で一般病床・療養病床を有する全ての入院病棟の名称及び病棟コードを入力してください。】

※病棟の単位は、各病棟における看護体制の1単位をもって病棟として取り扱うものとします。特定入院料を算定する治療室・病室については、当該施設基準の要件を満たす体制の1単位をもって病棟として取り扱うものとします。

(特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料4、地域包括ケア入院医療管理料1又は2を算定する場合は除く。)

※同じ病棟名の病棟が存在する場合、病棟名に連番を付して区別してください。

※病棟情報については、電子レセプトにより診療報酬請求を行っている病院のみ入力対象となります。

平成28年6月診療分の電子レセプトに記録頂いた病棟コードを入力してください。

No	病棟名	レセプトに印字又は表示する名称	病棟コード
1	3階東病棟	慢性期機能病棟01	190640001
2	3階西回復期リハビリテーション病棟	回復期機能病棟01	190630001
3	4階東地域包括ケア病棟	回復期機能病棟02	190630002
4	4階西病棟	急性期機能病棟01	190620001
5	5階東病棟	急性期機能病棟02	190620002
6	5階ICU病棟	高度急性期機能01	190610001
7			

各医療機関が有する
病棟名を記載

6月診療・7月請求分の
電子レセプトに記録した
病棟コードを記載

地域医療構想策定ガイドライン等 に関する検討会



座長：遠藤久夫・学習院大学経済学部長

地域医療構想策定 3つのステップ

① 構想区域の設定



② 構想区域における
医療需要の推計



③ 地域医療構想調整会議で
医療提供体制(必要病床数)を
協議

ステップ②

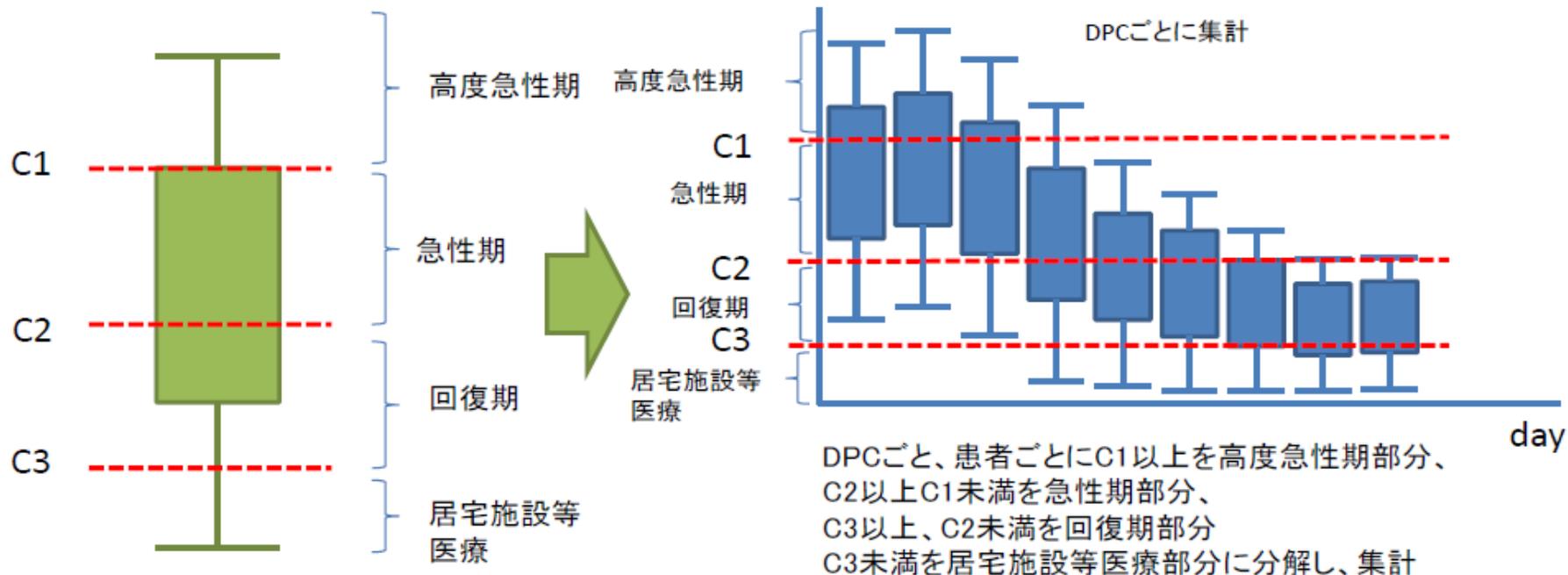
医療需要を推計する

医療需要から 病床機能別病床数を推計

- 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会(2014年10月31日)
 - 1日当たりの「**医療資源投入量**」の多寡で医療需要(患者数)を推計→病床機能別病床数を推計
 - DPCデータとNDBから、患者に対する個別の診療行為を診療報酬の出来高点数に換算して入院日数や入院継続患者の割合などと比較して医療資源投入量を算出
 - **医療資源投入量**(1日あたり入院医療費から入院基本料とリハを除いた出来高部分、医薬品、検査、手術、処置、画像など)
 - 医療資源投入量の高い段階から順に、高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能の4つの医療機能を位置付ける

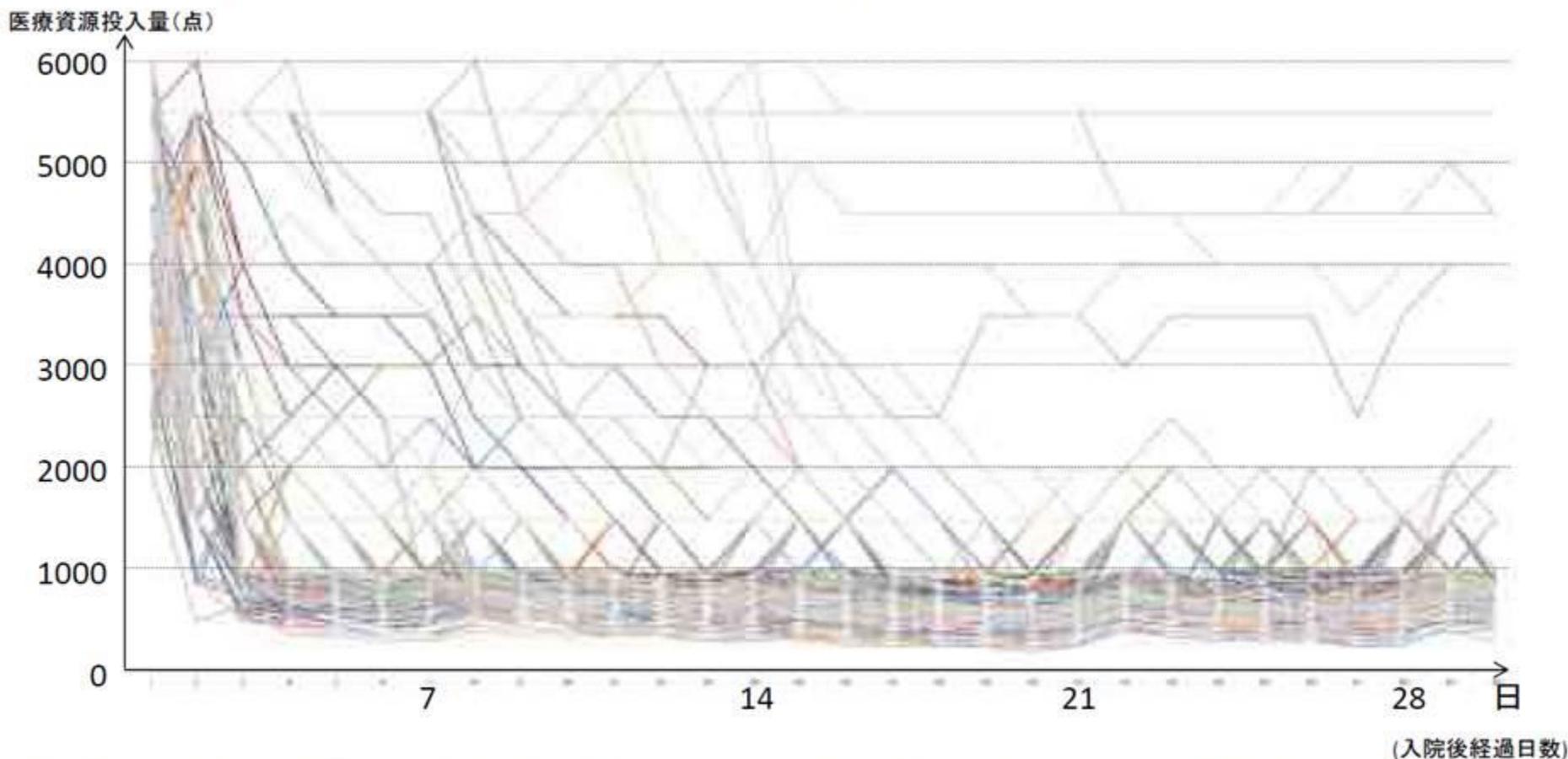
医療資源投入量を用いた 病床機能区分別の医療需要の推計方法(1)

- ① 1日当たりの医療資源投入量(入院期間の平均ではなく、入院1日ごとに計算。入院基本料、リハビリテーション料を除く。)を入院経過日数順に並べて、高度急性期と急性期の境界点(C1)、急性期と回復期の境界点(C2)、回復期と居宅施設等医療(通院を含む。以下同じ)の境界点(C3)となる医療資源投入量を分析。
- ② リハビリテーション料を含んだ医療資源投入量がC3を超えている場合は、回復期に配分する。ただし、医療資源投入量によらず、回復期リハビリテーションは回復期に、療養病床は慢性期に配分する。



医療資源投入量(中央値)の推移

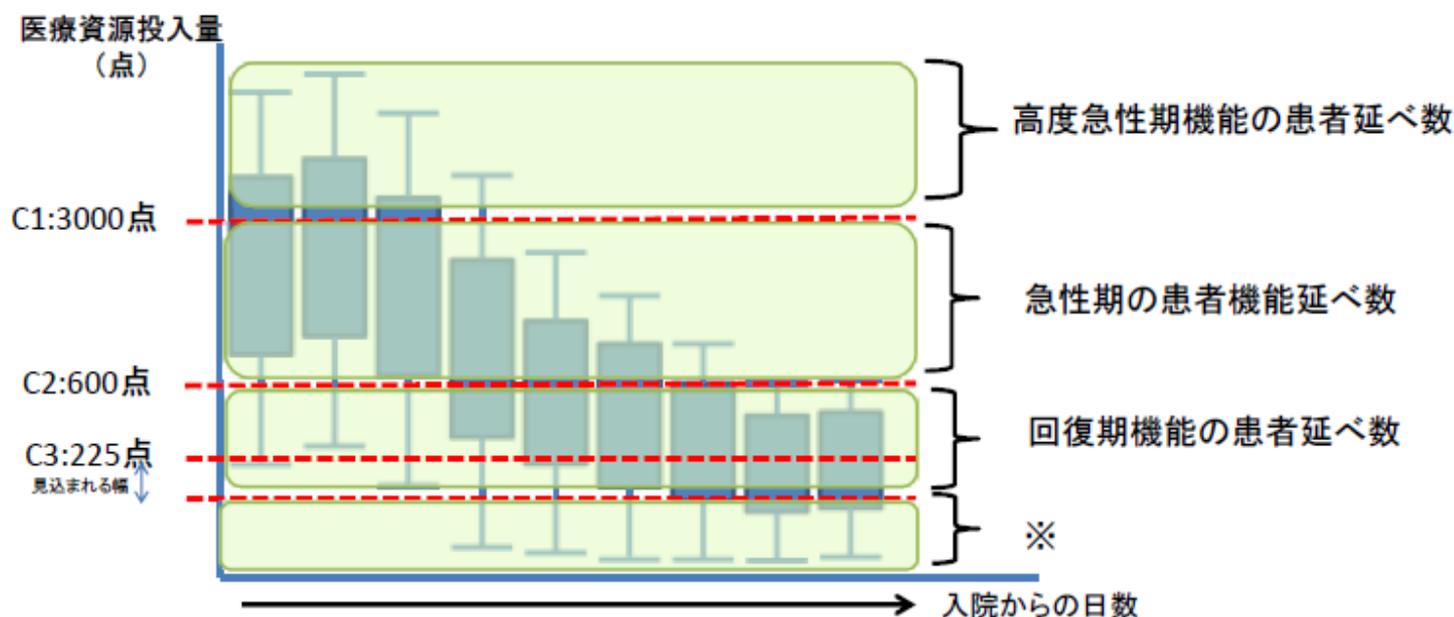
(入院患者数上位255のDPCの推移を重ね合わせたもの)



- 各DPCごとに1日当たりの医療資源投入量(中央値)を入院後経過日数順にプロットしたものを同一平面に重ね合わせたもの
- 患者数上位255のDPCについてプロット (平成23年度患者調査)
- 中央値は、1000点以上の場合、500点刻み、1000点未満の場合、50点刻みで集計

高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要の考え方

- 医療資源投入量の推移から、高度急性期と急性期との境界点(C1)、急性期と回復期との境界点(C2)となる医療資源投入量を分析。
- 在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションに相当する医療資源投入量として見込まれる境界点(C3)を分析した上で、在宅復帰に向けた調整を要する幅を更に見込み、回復期機能で対応する患者数とする。なお、調整を要する幅として見込んだ点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等※の患者数として一体的に推計することとする。
 - ※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。
- C1を超えている患者延べ数を高度急性期機能の患者数、C1～C2の間にいる患者延べ数を急性期機能の患者数、C2～C3の間にいる患者延べ数を回復期機能の患者数として計算。



※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。



全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。

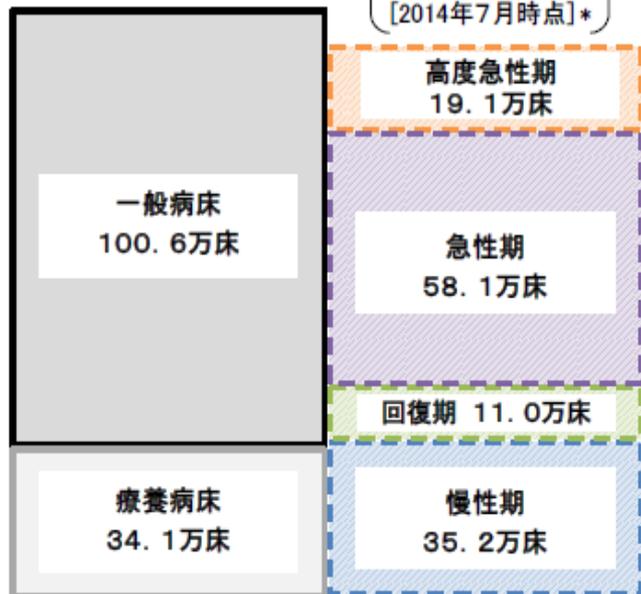
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
 (→ 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環)
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇒ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

【現 状:2013年】

134.7万床 (医療施設調査)

病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]*



【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等を行ないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)
115~119万床程度※1



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区分別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

29.7~33.7万人程度※3

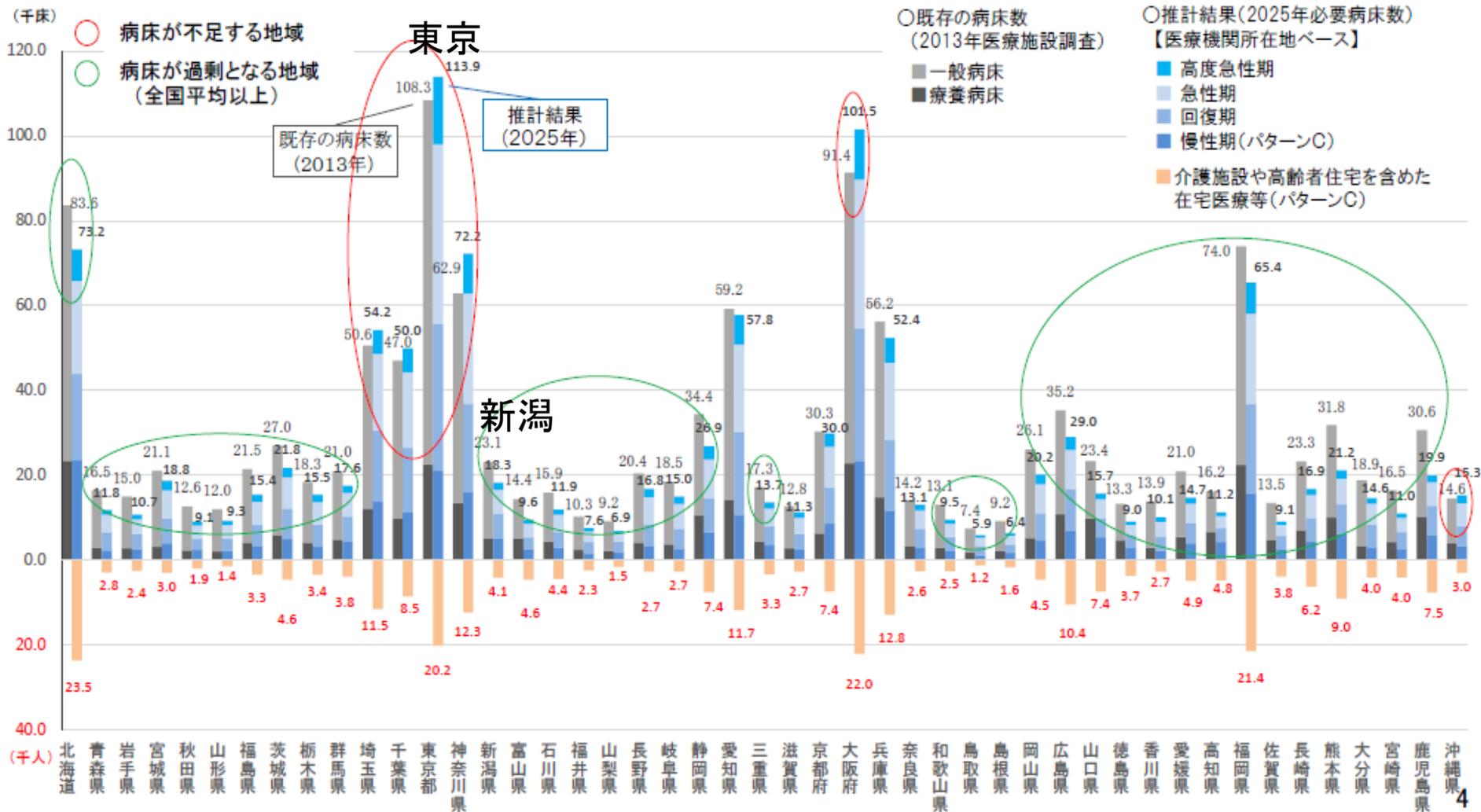
医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度
 ※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度
 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果(都道府県別・医療機関所在地ベース)

- 一般病床と療養病床の合計値で既存の病床数と比較すると、現在の稼働の状況や今後の高齢化等の状況等により、2025年に向けて、不足する地域と過剰となる地域がある。
- 概ね、大都市部では不足する地域が多く、それ以外の地域では過剰となる地域が多い。
- 将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数も、大都市部を中心に多くなっている。



2013年比2025年增減率(目標)

- ①15% 神奈川
- ②11% 大阪
- ③7% 埼玉
- ④6% 千葉
- ⑤5% 東京、沖繩
- ⑥-1% 京都
- ⑦-2% 愛知
- ⑧-7% 兵庫
- ⑨-8% 奈良
- ⑩-11% 宮城
- -12% 北海道、滋賀、福岡 (全国平均)
- -15% 栃木
- -16% 群馬
- -18% 長野、広島
- -19% 茨城、岐阜
- -20% 鳥取
- -21% 新潟、三重
- -22% 静岡
- -23% 山形、岡山、大分
- -25% 石川、山梨
- -26% 福井
- -27% 和歌山、香川、長崎
- -28% 青森、秋田、福島
- -29% 岩手
- -30% 島根、愛媛
- -31% 高知
- -32% 徳島
- -33% 富山、山口、佐賀、熊本、宮崎
- -35% 鹿児島

病床、最大20万削減

急性期と慢性期のベッド数を減らし
医療費を抑える(政府の目標)



内閣府の専門調査会
(長・永井良三自治医

科大学長)が人口推計や
診療報酬明細書から、将

25年、30万人を在宅に

2025年までに最大20万床削減 在宅を30万人へ

パート4

広域医療圏統合ネットワーク(IHN)と 大学の役割

IHN(Integrated Health Network)

国民会議のポイント

医療法人制度・社会法人制度の見直し

- 医療法人等の間の競合を避け、地域における医療・介護サービスのネットワーク化を図るためには、当事者間の競争よりも協調が必要であり、その際、医療法人等が容易に再編・統合できるような制度の見直しを行うことが重要である。
- このため、医療法人制度・社会福祉法人制度について非営利性や公共性の堅持を前提としつつ、機能の分化・連携の推進に資するよう、例えばホールディングカンパニーの枠組みのような法人間の合併や権利の移転等を速やかに行うことができる道を開くための制度改正を検討する必要がある。
- 複数の医療法人がグループ化すれば、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、医療資源の適正な配置・効率的な活用を期待することができる。

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。

囚人のジレンマ: 互いに協調する方が裏切り合うよりもよい結果になることが分かっているにも、皆が自身の利益を優先している状況下では、互いに裏切りあってしまう

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。**

IHN(Integrated Healthcare Network)とは？

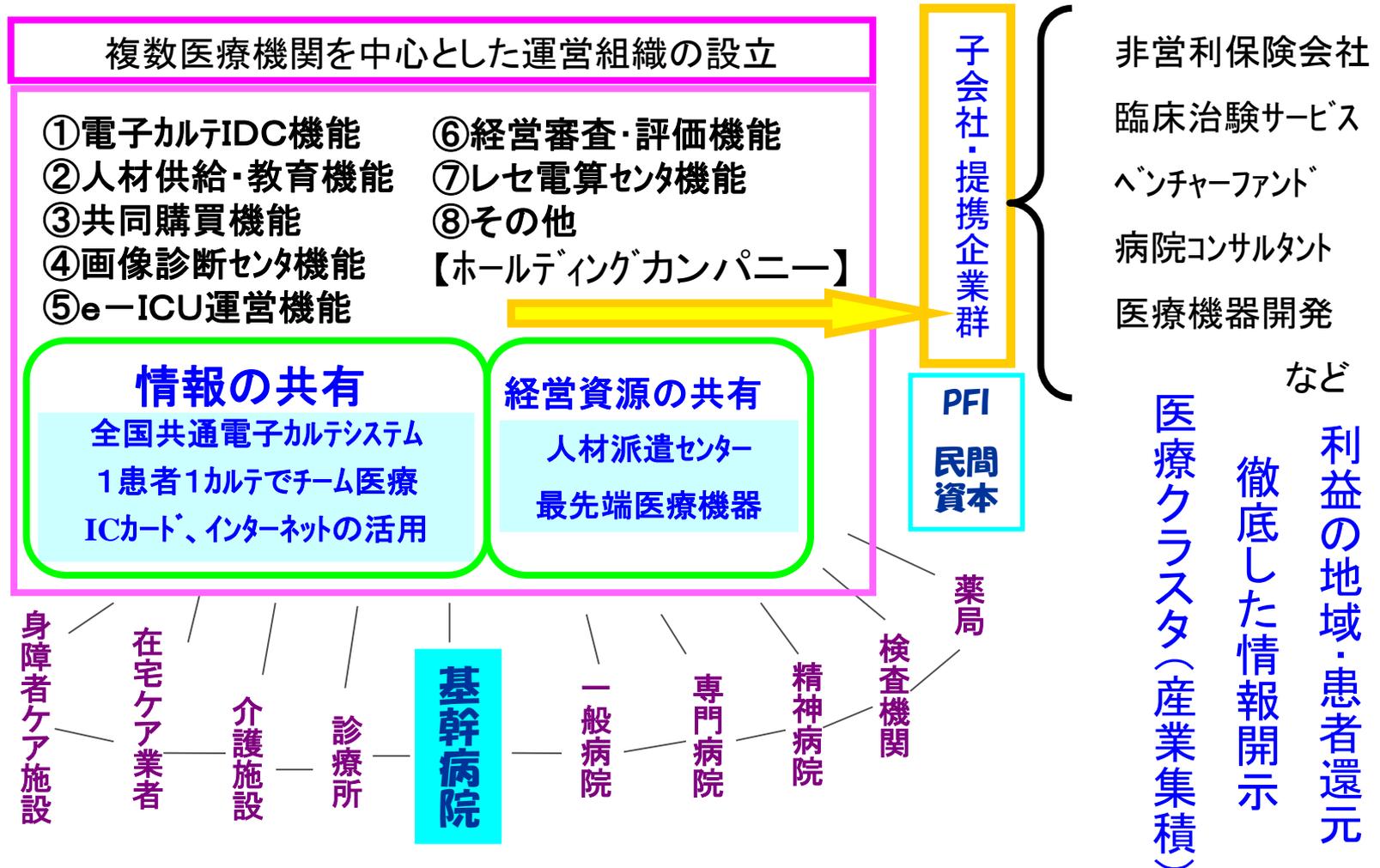
広域医療圏統合ネットワーク



キヤノングローバル戦略研究所 研究主幹
国際医療福祉大学大学院特任教授
松山幸弘氏

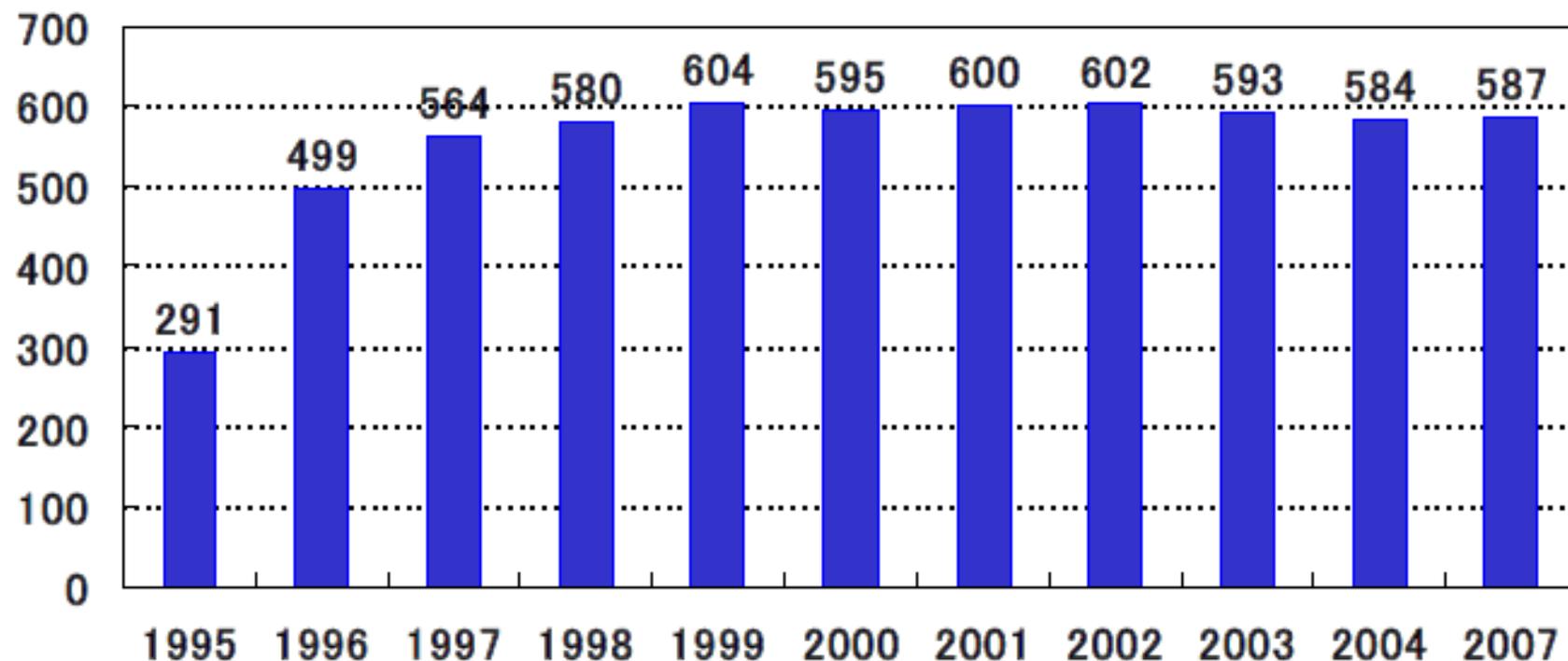
1つの広域医療圏で設立する ホールディングカンパニー

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



1990年代に登場し急成長したIHN

IHNの数の推移



■ 米国内の主要医療圏の全てをカバー ⇒ 急性期ケア市場におけるシェア60%超

■ 通常各医療圏に複数のIHNがあり、患者と参加独立開業医の獲得競争を展開

IHNモデルの形成の過程

- 米国の病院はもともと民間非営利が中心で構成
- 1980年後半から1990年代に政府の医療費抑制策により病院の収益が悪化～DRGの導入～
- またマネジドケアに対抗するため病院の統合による規模拡大が盛んになった
- 統合は1980年代は類似の機能をもつ病院の水平統合から始まった
- 1990年代からは垂直統合によるIHNが盛んになって現在に至る

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
- 民間非営利手法による地域連携から地域統合へ

IHN事例(米国等)



セントラヘルスケア(バージニア州ノースフォーク)

IHNモデル分類

松山幸弘氏



- ①純民間型・1地域密着型
 - センタラ・ヘルスケア(バージニア州ノースフォーク)
 - インターマウンテン・ヘルスケア(ユタ州ソルトレーク)
- ②自治体立・1地域密着型
 - サラソナ・メモリアル・ヘルスケア(フロリダ州)
- ③全国展開型
 - アセンション・ヘルス(カトリック系)
 - カソリック・ヘルスケア・ウェスト
- ④純民間・医科大学業務提携型
 - センタラ・ヘルスケア
 - ワシントン大学と業務提携したBJCヘルスケア(ミズーリ州セントルイス)
- ⑤医科大学主導型
 - UPMC(ピッツバーグ大学メディカルセンター、ペンシルベニア州ピッツバーグ)
- 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)

①純民間型・1地域密着型 セントラ・ヘルスケア

- セントラヘルスケア
 - セントラ・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
セントラヘルスケア

Sentara Healthcare

www.sentara.com

所在地:バージニア州ノーフォーク

The screenshot shows the Sentara Healthcare website interface. At the top, there is a navigation menu with links for Doctors, Hospitals & Facilities, Services, Patient & Visitor Info, Health Info, News, and Employment. A main banner features the text "ExploreHealth WITH SENTARA" and "READ Medical breakthroughs and health info in the monthly ExploreHealth with Sentara newspaper ad or online". Below this, there are sections for "Screenings & Events" and "Making the Right Healthcare Decisions" with three sub-images: "Quality & Safety Measures", "Defining Quality in Healthcare", and "Asking the Right Questions". A search box is visible on the right side of the page.

医業サービスと医療保険の
収入合計 21億ドル
(2005)

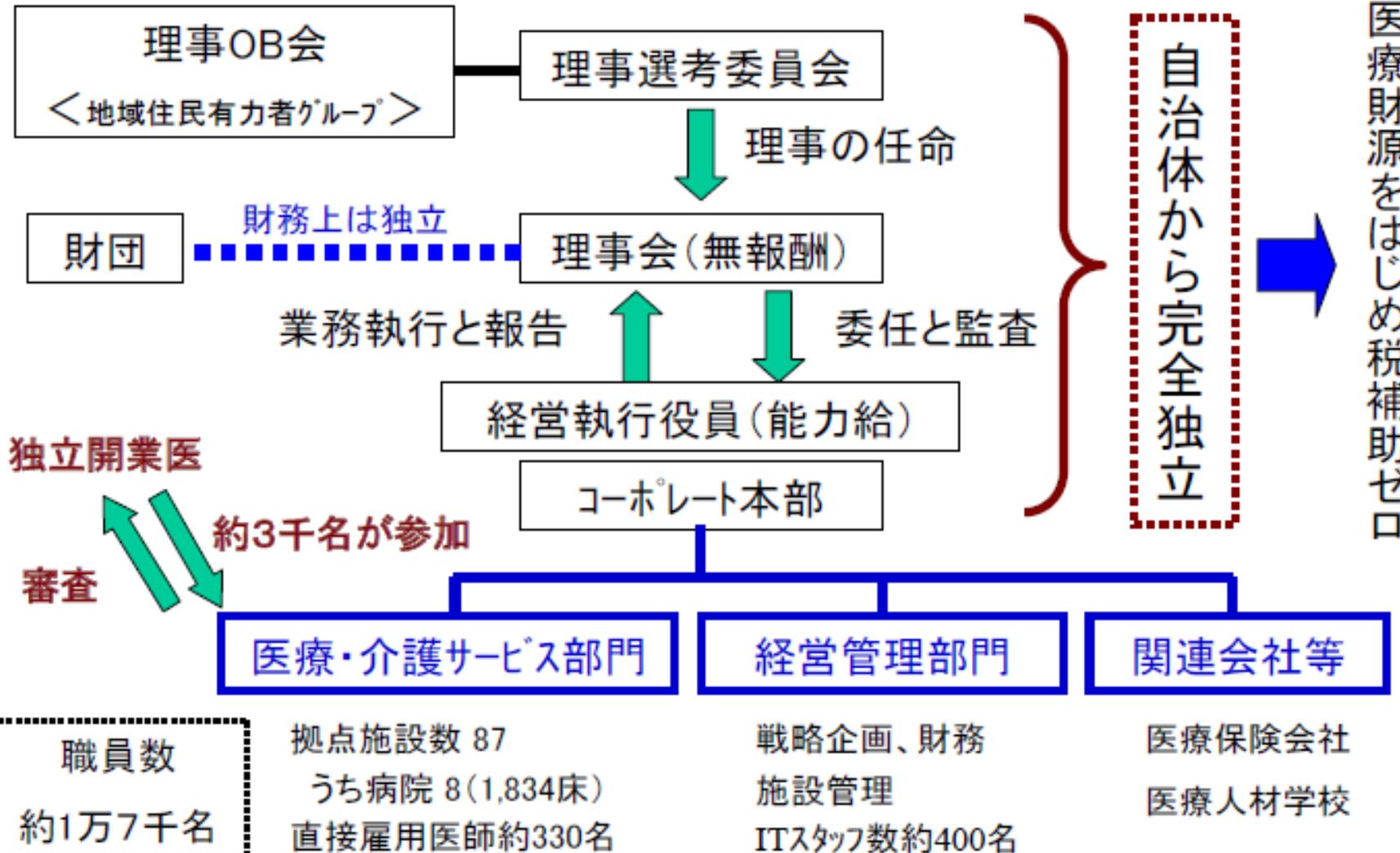
年間慈善医療 8,960万ドル

非課税 & 税による補助ゼロ

全米587のIHNの中で経営
統合度評価10年連続トップテン

Sentara Healthcare

ガバナンスは地域住民有力者グループ、経営は民間プロ



⑤医科大学主導型 UPMC(ピッツバーグ大学メデイカルセンター)

World Class Health Care - UPMC, Pittsburgh, PA, USA - Microsoft Internet Explorer

ファイル 編集 表示 拡張機能 新規タブ 検索 印刷 共有

http://www.upmc.com/japanese

CANON Easy-WebPrint 印刷 高濃度印刷 プレビュー オプション 印刷リストを表示

UPMC

Home | Site Map | News

About UPMC | Hospitals & Facilities | Our Services | Find A Doctor | Your Visit | Health A-Z | Careers at UPMC

To watch UPMC Minute interviews
CLICK HERE

UPMC Minute
A series of conversations with UPMC physicians that can change your approach to health care.

Request a Doctor's Appointment

Traffic Alert:
Boulevard of the Allies
Construction and Detours
[Maps and Directions](#)

Patients and Guests
How to access UPMC's programs, services, and facilities.

Health Care Professionals
Training and support for health care professionals.

Classes and Events
Classes and events for the public.

Supporting UPMC
Learn about the many ways to support UPMC.

Quality & Innovation



To improve the safety of patient care, UPMC is testing the first-ever "smart rooms" at UPMC Shadyside. This high-tech system identifies caregivers for patients and provides critical data at the bedside for doctors and nurses.

[Read more](#)

Our Care & Services



Consistently ranked among the nation's best, UPMC's treatment programs offer nationally and internationally recognized standards of care.

[Read more](#)

UPMC Spotlight



UPMC WAIVES PITTSBURGH PROMISE CONDITIONS THAT REQUIRED CITY COUNCIL APPROVAL.

[Read the press release and accompanying notices.](#)

ピッツバーグ大学の医療事業部門

UPMCの事業構造

～2006年現在～

非営利ホールディングカンパニー

経営管理サービス

情報システム
人事、財務、法務
リスクマネジメントなど

医療サービス

病院 19、癌センター 40
プライマリケア拠点数 400

医療保険(株)

加入者数 71万人
(注)ライバル保険会社の加入者も患者として受け入れる

多角化子会社群

リハビリテーション施設 50
海外病院コンサルなど国際事業
画像診断
在宅ケア
高齢者生活介助施設 16
検査
臨床治験 など

医療圏はペンシルバニア州の西半分

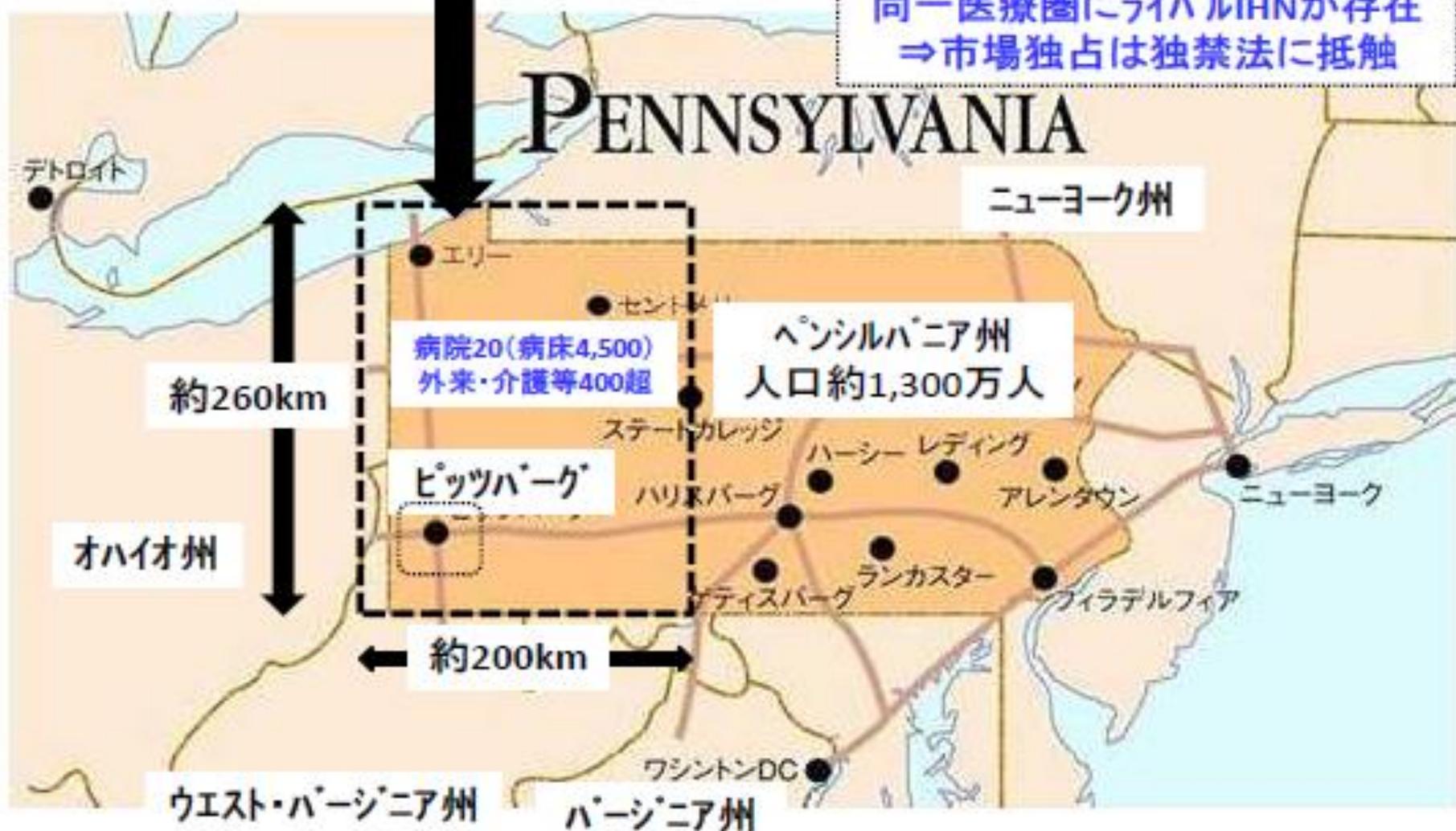
人口 約 400万人

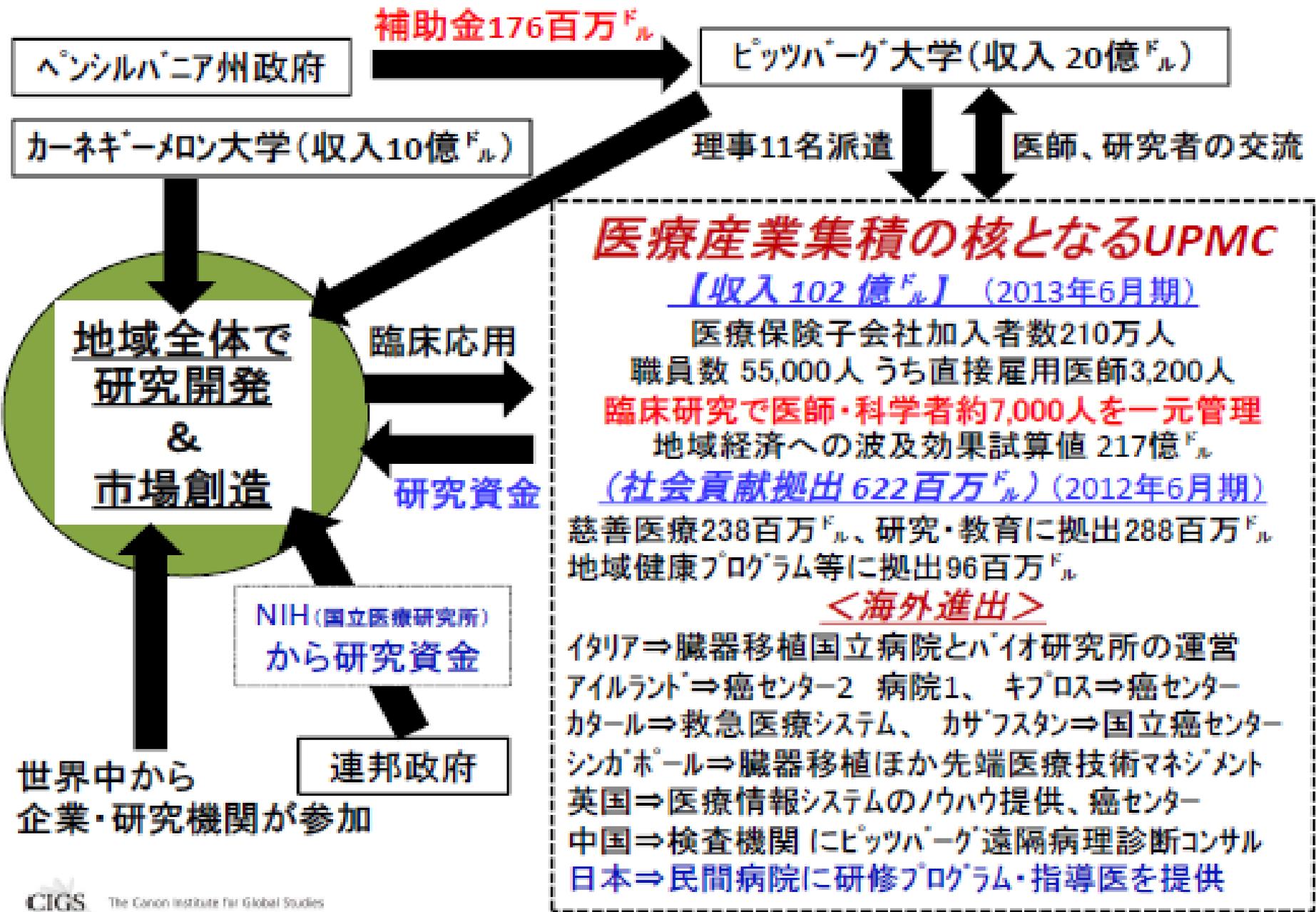
従業員数 4万3千人

参加医師数 4,500人(うち直接雇用医師 2,300人)

UPMCの医療圏(人口約400万人)

UPMCの病院医療市場シェア
ピッツバーグのあるアルゲニー郡で60%
同一医療圏にライバルIHNが存在
⇒市場独占は独禁法に抵触





医療産業集積の核となるUPMC

【収入102億ドル】 (2013年6月期)

医療保険子会社加入者数210万人
 職員数 55,000人うち直接雇用医師3,200人
臨床研究で医師・科学者約7,000人を一元管理
 地域経済への波及効果試算値 217億ドル
(社会貢献拠出622百万ドル) (2012年6月期)
 慈善医療238百万ドル、研究・教育に拠出288百万ドル
 地域健康プログラム等に拠出96百万ドル

<海外進出>

イタリア⇒臓器移植国立病院とバイオ研究所の運営
 アイルランド⇒癌センター2 病院1、キプロス⇒癌センター
 カタール⇒救急医療システム、カザフスタン⇒国立癌センター
 シンガポール⇒臓器移植ほか先端医療技術マネジメント
 英国⇒医療情報システムのノウハウ提供、癌センター
 中国⇒検査機関にピッツバーグ遠隔病理診断コンサル
 日本⇒民間病院に研修プログラム・指導医を提供

日本の大学附属病院は世界基準から見れば弱小零細事業体

(単位:億円) 1US\$=100円換算	2012年3月期			2012年6月期	
	大阪大学	京都大学	東京大学	ピッツバーグ	カーネギーメロン
収入	1,312	1,450	2,173	1,956	1,062
授業料・入学料	124	137	139	525	367
附属病院収益	334	315	420	0	0
運営費交付金	473	523	827	176	0
その他	381	475	787	1,255	695
総資産	4,396	4,513	13,371	5,362	2,374
うち土地	2,234	1,666	8,897	51	45
純資産	3,083	2,886	10,717	3,400	1,628
うち政府出資金	2,684	2,445	10,035	0	0
国立大学45病院、6医療センター全体合計 8,887億円				UPMC:1地域で1兆円	

附属病院を分離し、医療事業体を創ることこそが大学ブランド戦略

パート5
地域医療連携推進法人と
大学の役割

日本版IHN

医療法人の事業展開等に関する検討会



2013年11月

医療法の一部を改正する法律の概要

趣旨

医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携を推進するため、地域医療連携推進法人の認定制度を創設するとともに、医療法人について、貸借対照表等に係る公認会計士等による監査、公告等に係る規定及び分割に係る規定を整備する等の措置を講ずること。

1. 地域医療連携推進法人制度の創設

(1) 都道府県知事の認定

- 地域において良質かつ適切な医療を効率的に提供するため、病院等に係る業務の連携を推進するための方針を定め、医療連携推進業務を行う一般社団法人は、都道府県知事の認定を受けることができる。

※医療連携推進方針の記載事項については、一部省令事項

<参加法人(社員)> ※地域医療連携推進法人の社員となれる者の範囲については、省令事項。

- ・ 病院等の医療機関を開設する医療法人等の非営利法人。
- * 介護事業等の地域包括ケアシステムの構築に資する事業を行う非営利法人を加えることができる。

<主な認定基準>

- ・ 地域医療構想区域を考慮して病院等の業務の連携を推進する区域を定めていること。
- ・ 地域の関係者等を構成員とする評議会が、意見を述べるものと定めていること。
- ・ 参加法人の予算、事業計画等の重要事項について、地域医療連携推進法人の意見を少なくとも求めるものと定めていること。
- * 都道府県知事の認定は、地域医療構想との整合性に配慮するとともに、都道府県医療審議会の意見を聴いて行う。

(2) 実施する業務

- 病院等相互間の機能の分担及び業務の連携の推進(介護事業等も含めた連携を加えることができる。)
- 医療従事者の研修、医薬品等の供給、資金貸付等の医療連携推進業務。
- 一定の要件により介護サービス等を行う事業者に対する出資を可能とする。

※医療連携推進業務を行う事業者に対する出資要件については、省令事項

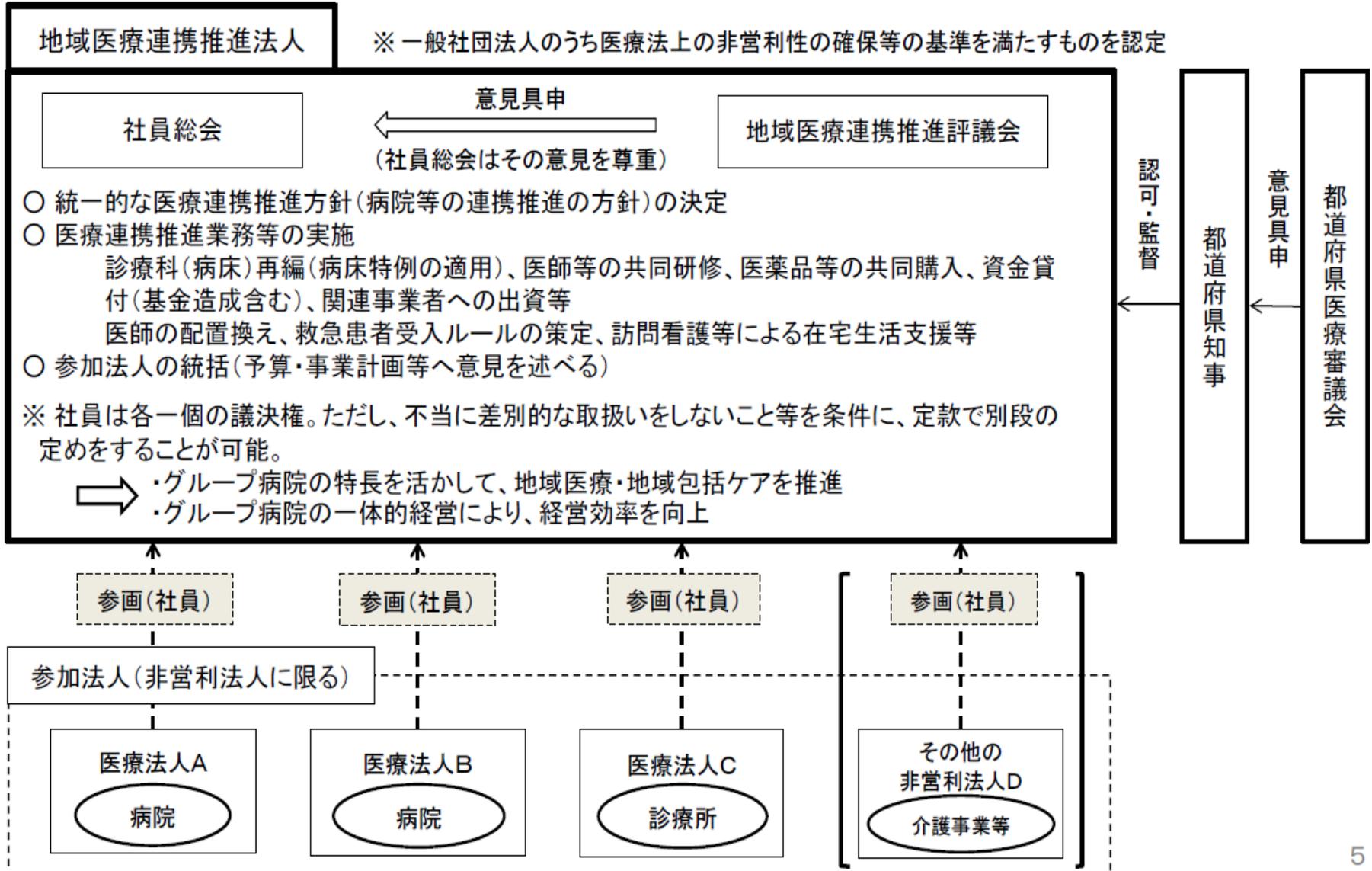
(3) その他

- 代表理事は都道府県知事の認可を要することとともに、剰余金の配当禁止、都道府県知事による監督等の規定について医療法人に対する規制を準用。
- 都道府県知事は、病院等の機能の分担・業務の連携に必要と認めるときは、地域医療構想の推進に必要である病院間の病床の融通を許可することができる。

地域医療連携推進法人制度について(概要)

参考

医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携を推進し、地域医療構想を達成するための一つの選択肢として、地域医療連携推進法人の認定制度を創設する。これにより競争よりも協調を進め、地域において質が高く効率的な医療提供体制を確保。



○ 新型法人設立の趣旨・期待できる効果としては、どのようなことが考えられるか。

(以下は議論のためのたたき台)

新型法人設立の趣旨

新型法人を設立し、既存法人の独自性を一定程度保障しながら、グループ全体に関する意思決定を一元的に行うことで複数の医療法人等を一体的に運営していくこととすると、これにより、地域の医療提供体制において医療法人等間の横の連携を強化し、競争よりも協調を進めることで、病床機能の分化・連携などを行い、地域包括ケアをさらに進めていくとともに、医療資源（ヒト・モノ・カネ）を効率的に活用することで医療提供体制を確保することができるのではないかと考えられる。

期待できる効果

以下の効果が考えられるのではないかと考えられる。

○ 医療等サービスの向上（地域包括ケアの推進）

新型法人において、参加法人を含めた運営方針を決定し、医療資源等を効率的に活用することにより、地域住民に対する医療等のサービスを向上させる。

- ・ 当該患者の症状に合ったグループ内医療機関の相談・紹介
- ・ グループ内医療機関の患者情報の一元的把握
- ・ 退院支援・退院調整ルールの策定
- ・ 救急受入ルールの策定
- ・ 介護事業を行う株式会社に出資することによる介護事業の拡充
- ・ 在宅医療・介護事業に未参入の医療法人が事業を新たに実施（グループ内からノウハウ・資金を入手）

○ 法人の経営効率の改善等（医療提供体制の確保）

グループの一体的運営によりヒト・モノ・カネを有効活用し、各法人の経営効率を改善させることで、医療提供体制の確保を図る。

- ・ グループ全体での採用・人事異動
- ・ グループ全体での従業員のキャリアパスの構築
- ・ 管理業務・共通業務の一括実施（統一システム、共同研修、共同物品購入、庶務等）
- ・ 医薬品等の共同購入・シーツのクリーニング等を一括で行う株式会社に出資して効率性を向上
- ・ グループ内の資金融通（貸付等）の実施
- ・ グループとしてのブランド力（信用力）の獲得

(参考) 非営利ホールディングカンパニー型法人の活用モデル等について

非営利ホールディングカンパニー型法人の活用モデルの例	具体的なイメージの例
自治体中心型	<ul style="list-style-type: none">○ 都道府県や市町村がその区域内的の医療法人、社会福祉法人等に呼びかけて、非営利ホールディングカンパニー型法人（HD法人）を創設する。○ 自治体を中心となって、医療法人等の横の連携を高めることで、地域医療構想、医療計画、介護保険事業計画などと整合性を持ちつつ、病床機能の再編、地域包括ケアシステムの構築等を円滑に進めることが期待される。○ 必要に応じて、自治体が出資したり、自治体の幹部を理事とするなど、適宜、関与することも可能である。
中核病院中心型	<ul style="list-style-type: none">○ 地域の社会医療法人、大学付属病院を運営する法人など急性期医療等を担う中核的な医療法人等が、回復期や在宅医療を担う医療法人や、介護を担う社会福祉法人に呼びかけて、HD法人を創設する。○ 地域の中核病院が中心となることで、回復期や在宅医療の基盤が弱い場合は、中核病院の信用力を元に資金を確保してそこに投資するなど、地域の効率的な医療提供体制を構築することが期待される。
地域共同設立型	<ul style="list-style-type: none">○ 都道府県医師会や地区医師会が中心となって、その区域内的の医療法人、社会福祉法人等に呼びかけて、HD法人を創設する。○ 医師会が中心となることで、現在、医師会が中心的に進めている在宅医療・介護の連携の更なる促進や、共同購入や医療機器の共同使用等による中小医療法人の経営の効率化、経営の厳しい医療法人の支援や受け皿としての機能が期待される。○ 自治体も巻き込むことによって、自治体からの出資などの支援を受けることも可能である。

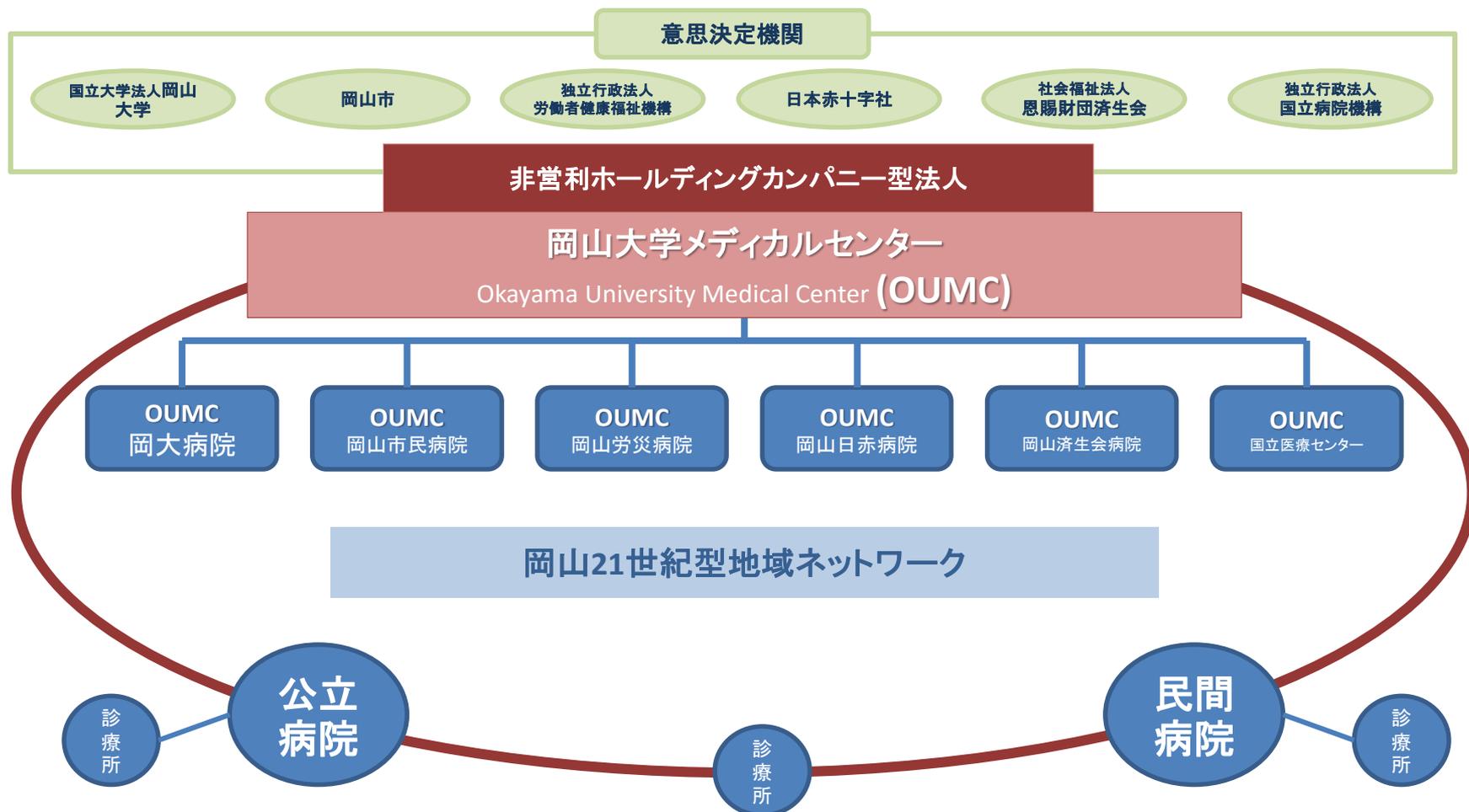


岡山大学メディカルセンター構想

～岡山における医療・福祉サービス提供体制の効率化と地域経済活性化の実現～

平成26年3月28日
岡山大学 森田 潔

(2) 岡山大学メディカルセンター構想の概要





米メイヨー・クリニックのよ
うな巨大ヘルスケア提供
機関を作るための持ち株
会社制度などを通じて医療
分野の発展を促す

2014年1月22日ダボス会議

地域医療連携推進法人制度の活用による医療機関等の連携が検討されている事例

参加予定: 大学病院、市立病院、独立行政法人立病院等
内容: 総合病院同士のグループ化によって、機能分担、業務連携を検討。

大学病院
主導型

参加予定: 中規模の医療法人等
内容: 地域の中堅病院の間で、診療科目の分担、職員の相互交流等の連携を検討。

参加予定: 医療法人、社会福祉法人等
内容: 総合病院、診療所、介護施設等の中心に、総合的なコールセンターを設置し、連携促進を検討。

参加予定: がん治療を専門とする医療法人
内容: 薬剤の共同購入や高額医療機器を使った治療の連携等を検討。

参加予定: 自治体病院と医療法人
内容: 自治体病院の改築にあわせ、地域の病院再編のため、制度の利用を検討。

参加予定: 中規模の医療法人等
内容: 患者の電子カルテの統一を中心として連携を検討。

30法人が
検討中

参加予定: 中規模の医療法人等
内容: 入院中の患者等への給食サービスの共同化を中心として連携を検討。

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



介護保険事業計画



医療介護のあるべき姿

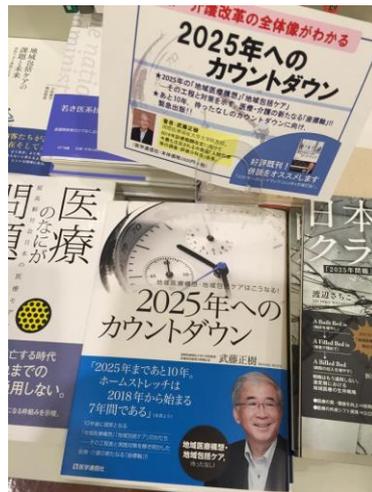
2025年へのカウントダウン

～地域医療構想・地域包括ケアはこうなる！～

- 武藤正樹著
- 医学通信社
- A5判 270頁、2800円
- 地域医療構想、地域包括ケア診療報酬改定、2025年へ向けての医療・介護トピックスetc
- **2015年9月発刊**



アマゾン売れ筋
ランキング瞬間風速第一位！



まとめと提言

- ・医療介護一括法は、団塊世代700万人が後期高齢者となる2025年へむけて法制基盤
- ・地域包括ケアシステムと地域医療構想が2大テーマ
- ・大学も地域包括ケアシステムや地域医療構想の一翼を担おう
- ・地域連携推進法人と大学の役割に注目が集まっている

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