

2025年へのロードマップ

～地域連携から地域統合ネットワークへ～



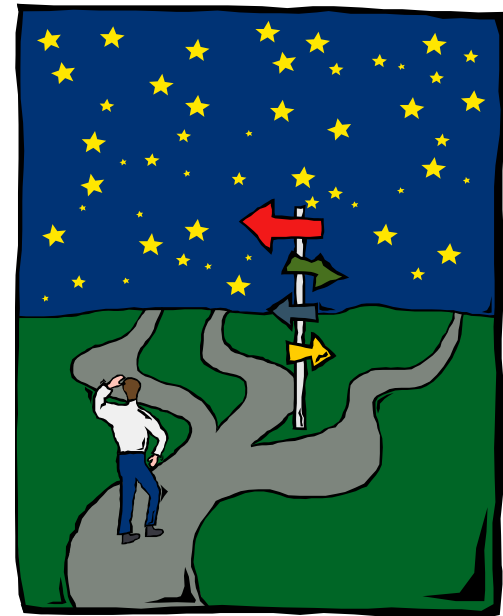
国際医療福祉大学大学院 教授
武藤正樹



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
 - 入院病床の機能分化
- パート3
 - 医療計画見直し
- パート4
 - 地域包括ケアシステム
- 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年へ向けて医療と介護の在り方が
社会保障制度改革国民会議で議論されてきた

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

社会保障制度改革国民会議改革案

	改革案	実施時期
医療	70～74歳の自己負担2割に上げ	2014年度から
	地域医療を再編、国保運営は都道府県で	2018年度までに
	大企業健保の負担を重くする「総報酬制」	2015年度から？
	紹介状のない大病院受診に定額の自己負担	
	高所得者対象に高額療養費負担上限上げ	2014年度にも
介護	高齢者対象に自己負担上げ	2015年度から？
	軽度の要支援者を保険給付からはずす	2015年度から？
	大企業健保の負担を重くする「総報酬制」	

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

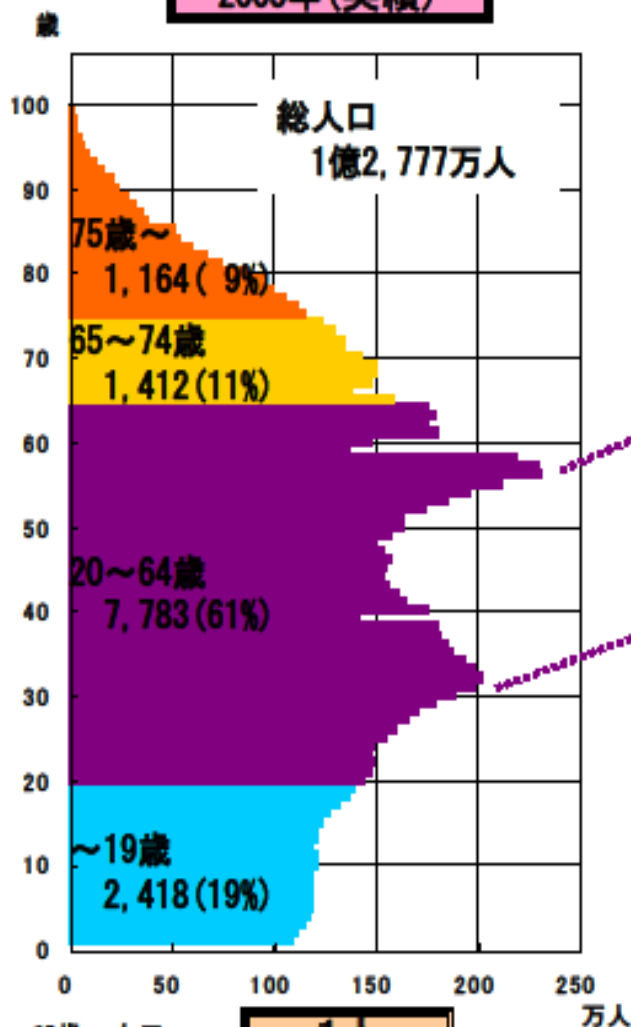


2012年8月10日、参議院を通過

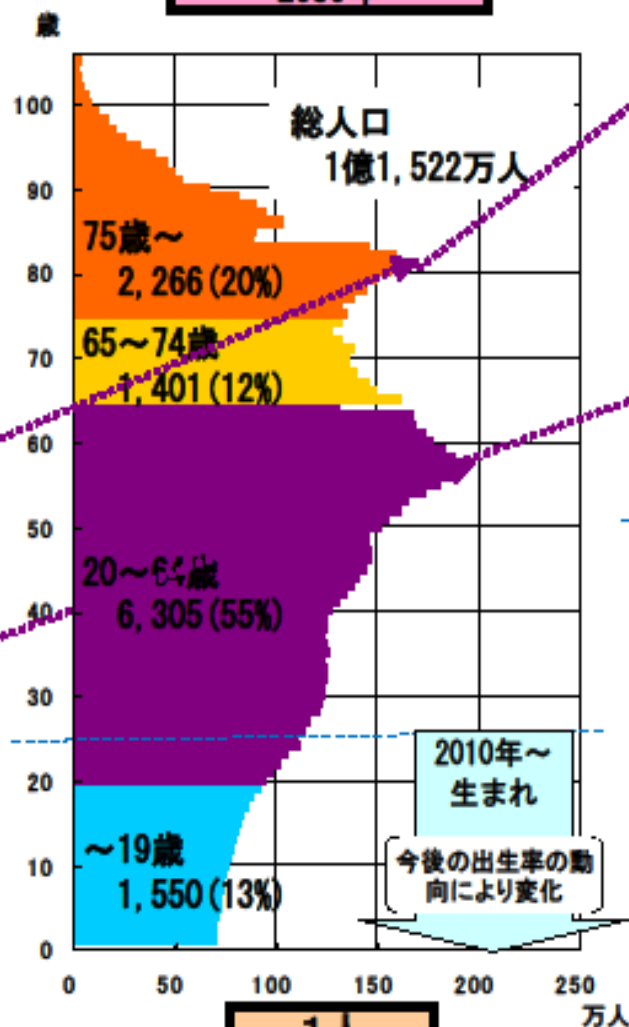
人口ピラミッドの変化(2005, 2030, 2055) - 平成18年中位推計 -

○ 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。

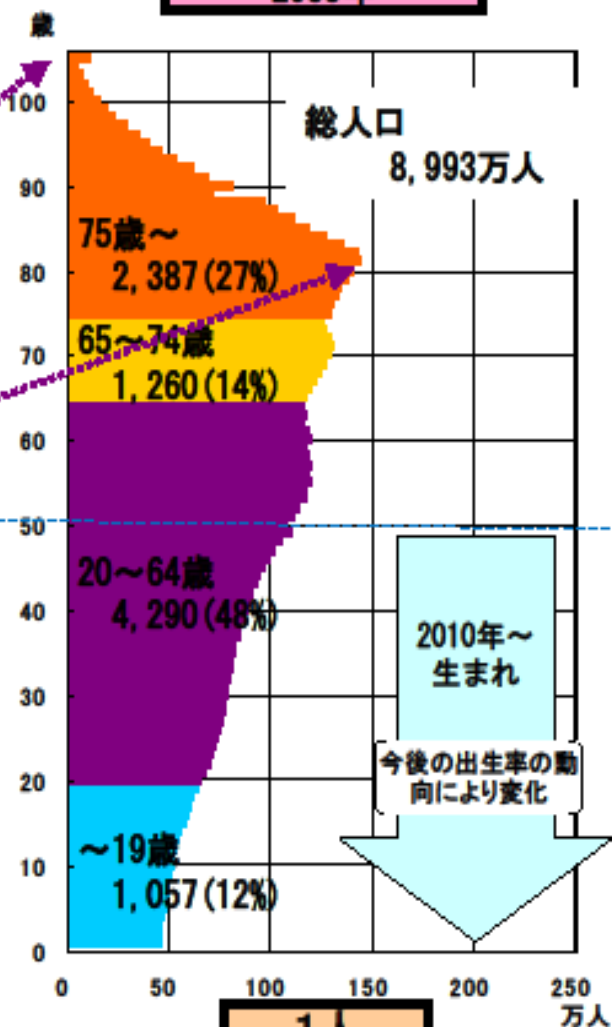
2005年(実績)



2030年



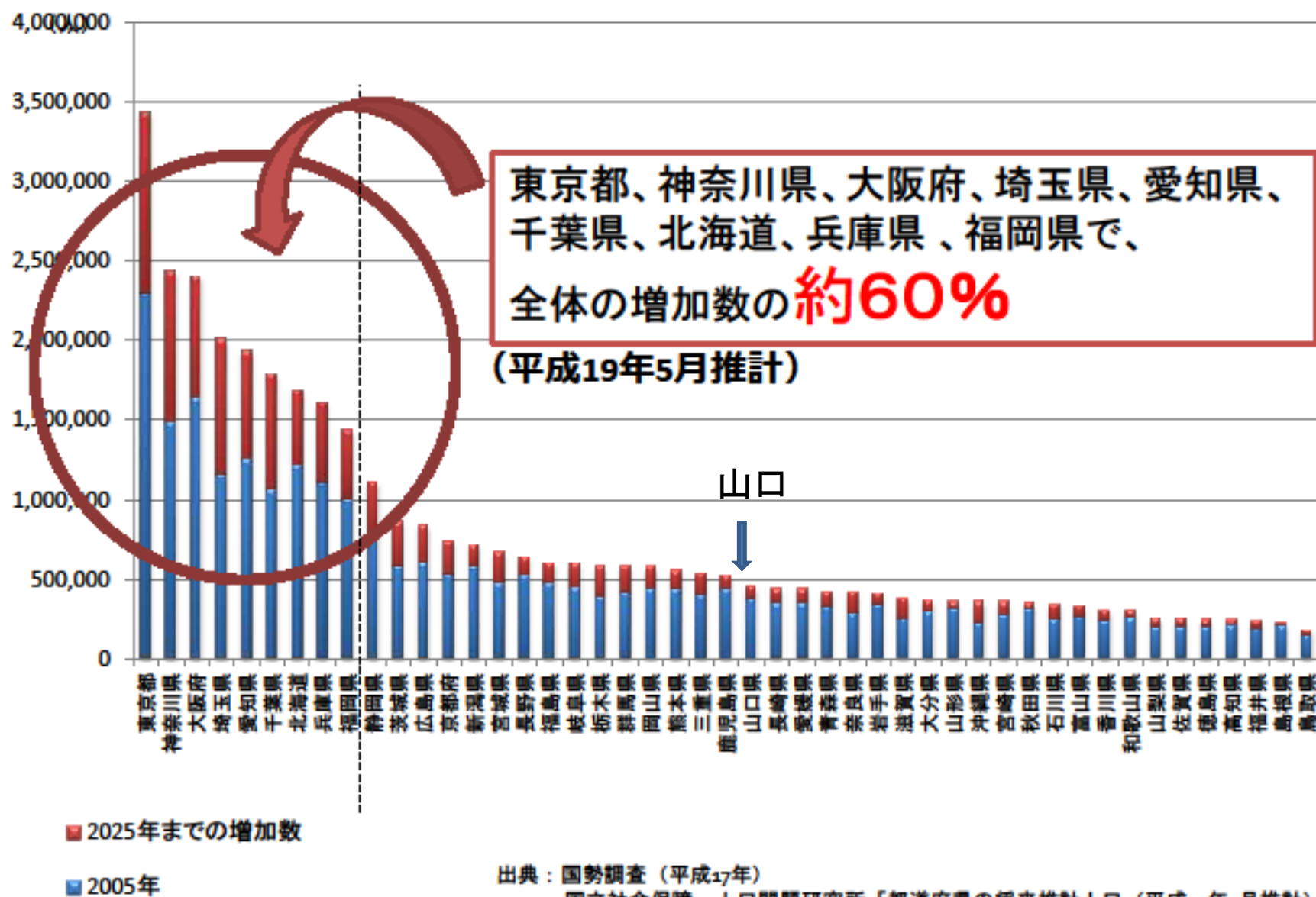
2055年



注:2005年は国勢調査結果(年齢不詳按分人口)。

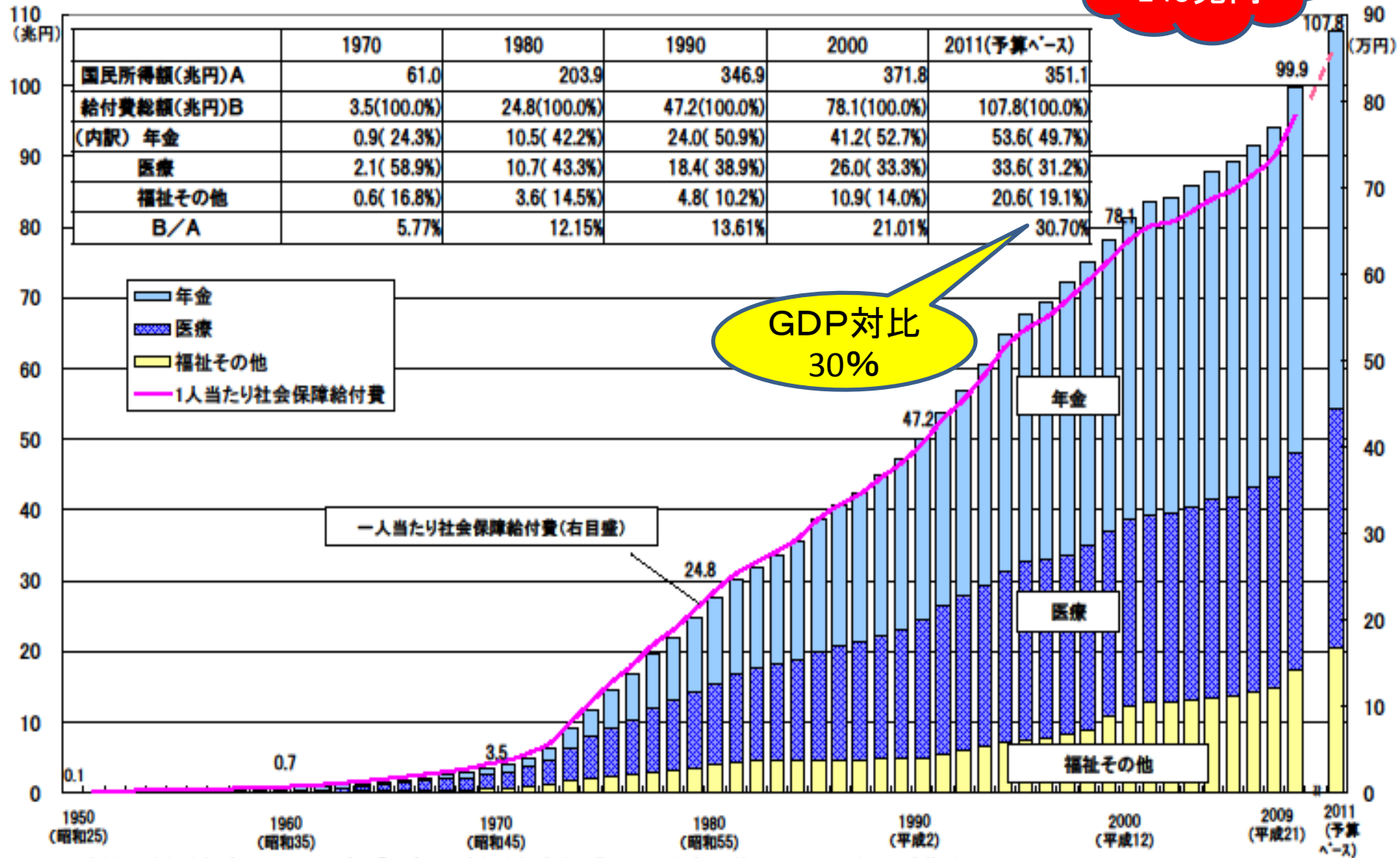
出典)国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」(出生中位・死亡中位)

都道府県別高齢者人口(65歳以上)の増加数 (2005年 → 2025年)



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)

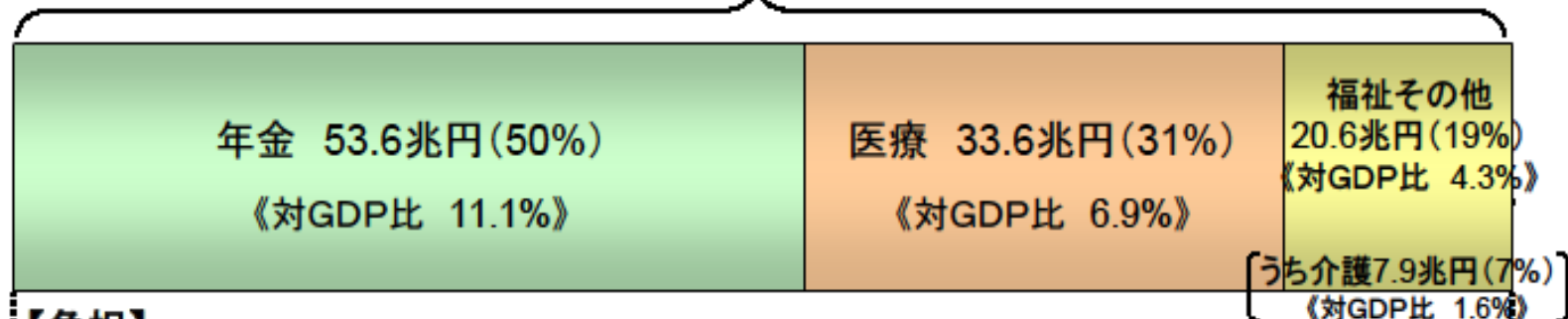
(注) 図中の数値は、1950, 1960, 1970, 1980, 1990, 2000及び2008並びに2011年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

社会保障の給付と負担の現状(2011年度予算ベース)

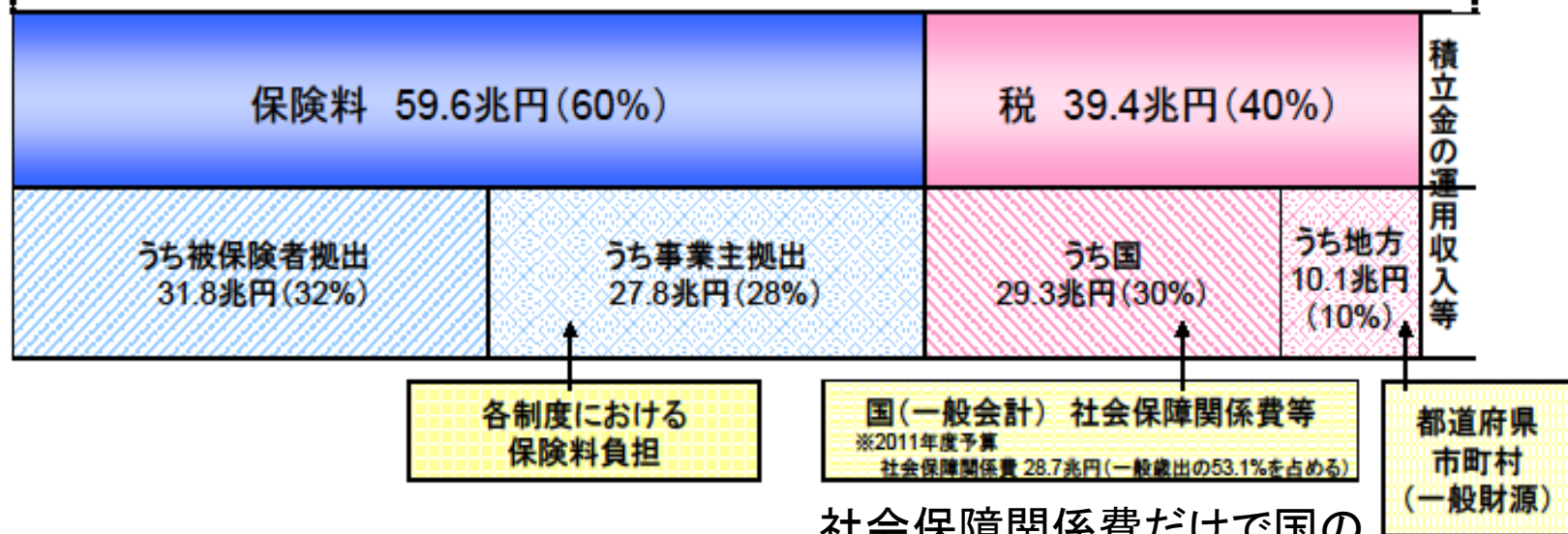
社会保障給付費(※) 2011年度(予算ベース) 107.8兆円 (対GDP比 22.3%)

【給付】

社会保障給付費



【負担】

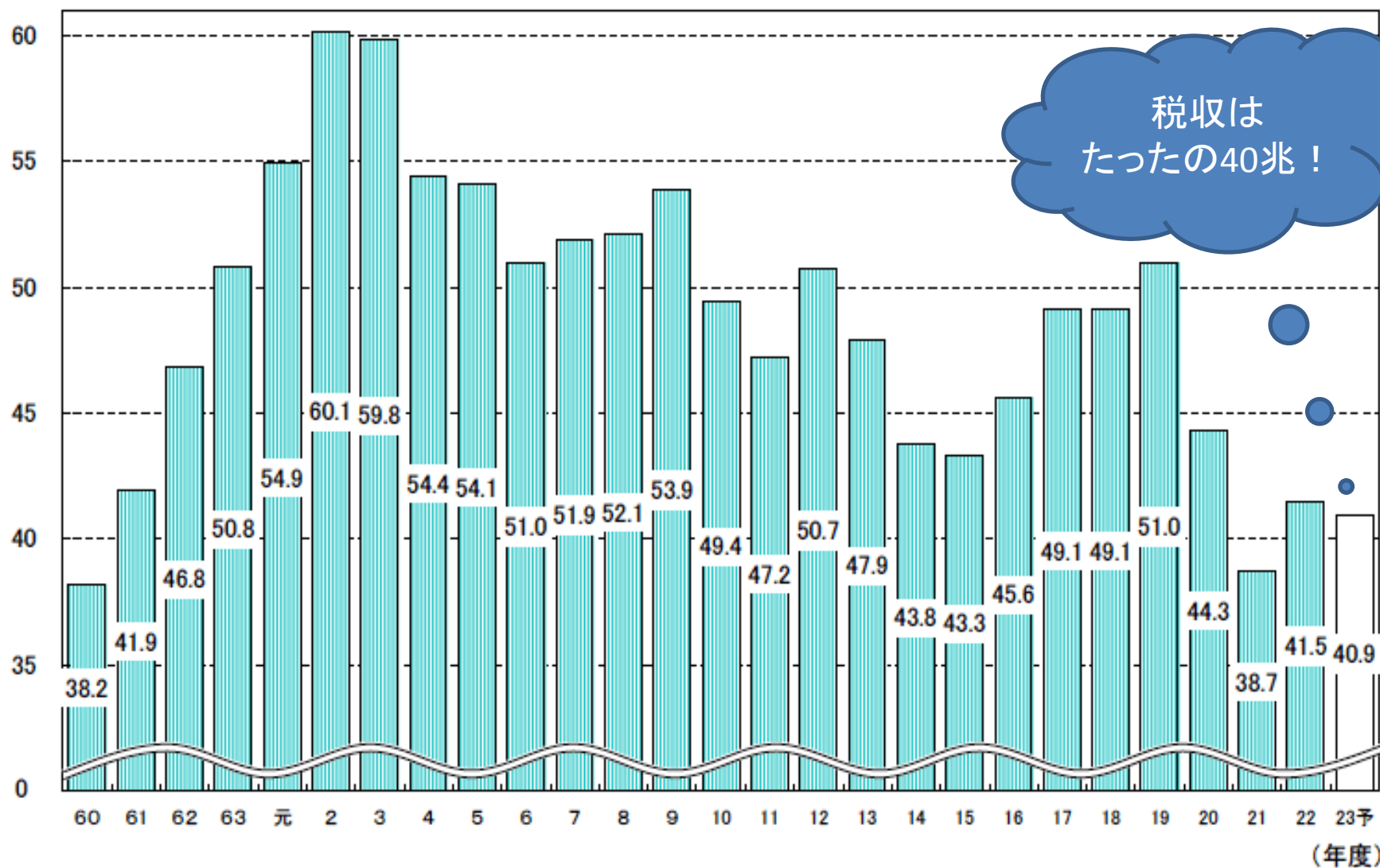


※ 社会保障給付の財源としてはこの他に資産収入などがある。

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

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	⇒ 10000か所
(市町村単独分含む)		
○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
		一般病床 107万床	【一般急性期】	46万床9日程度
	医師数	29万人	【亜急性期等】	35万床 60日程度
	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		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

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

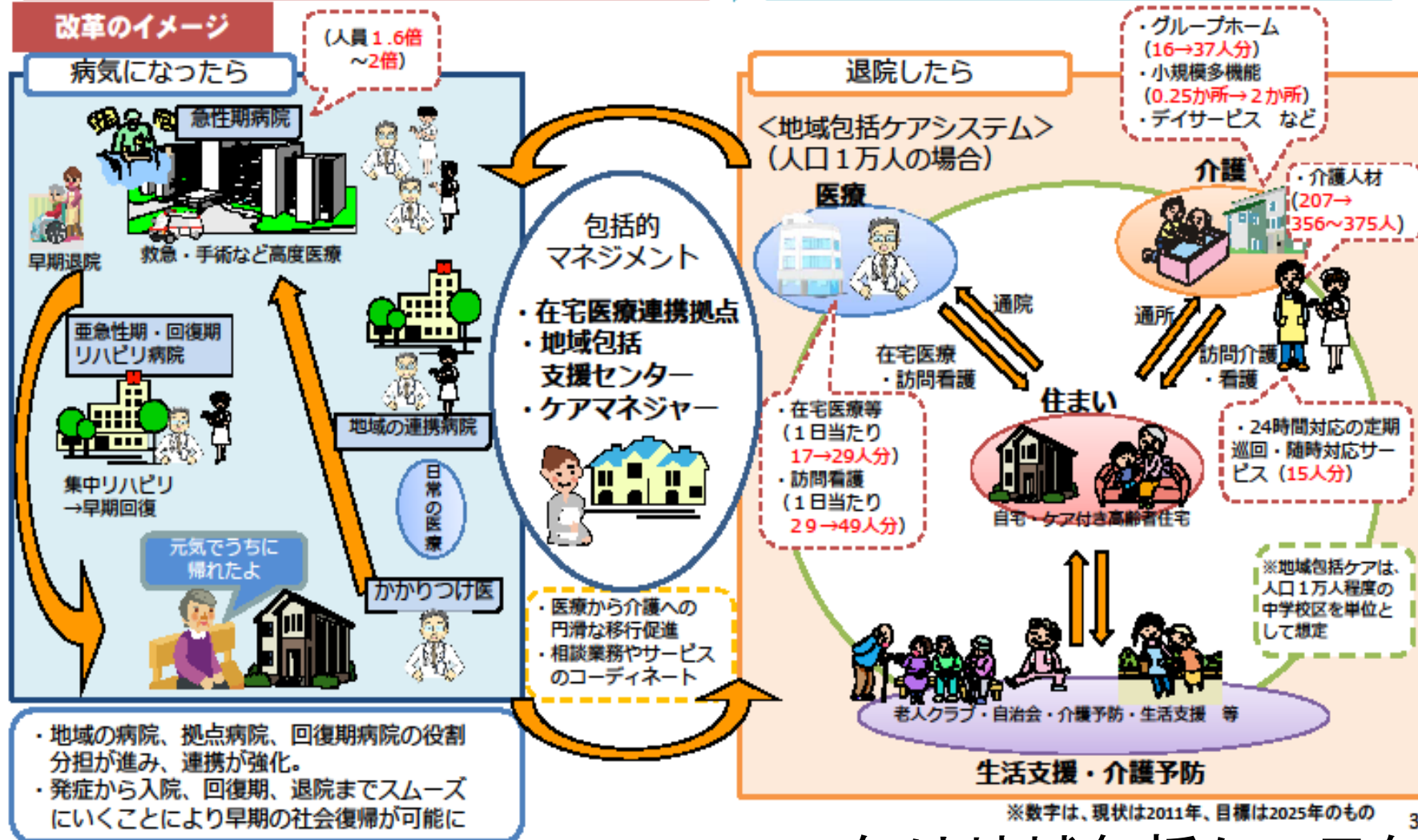
改革の方向性 ②

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

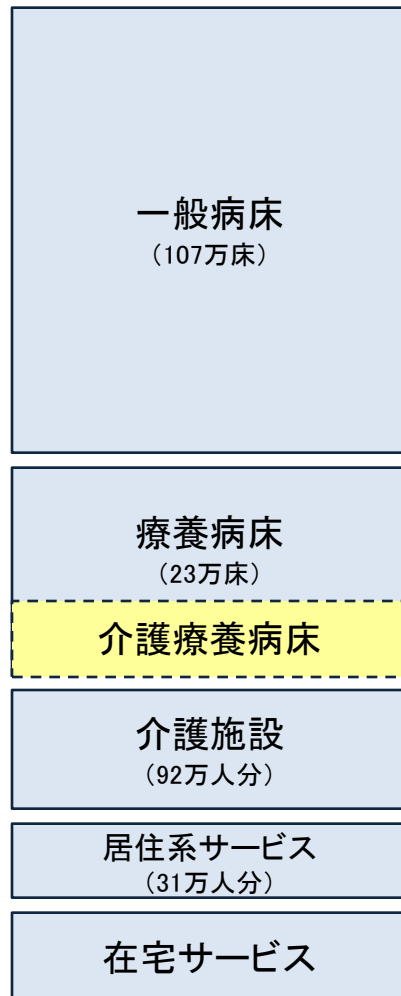


2012年は地域包括ケア元年

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

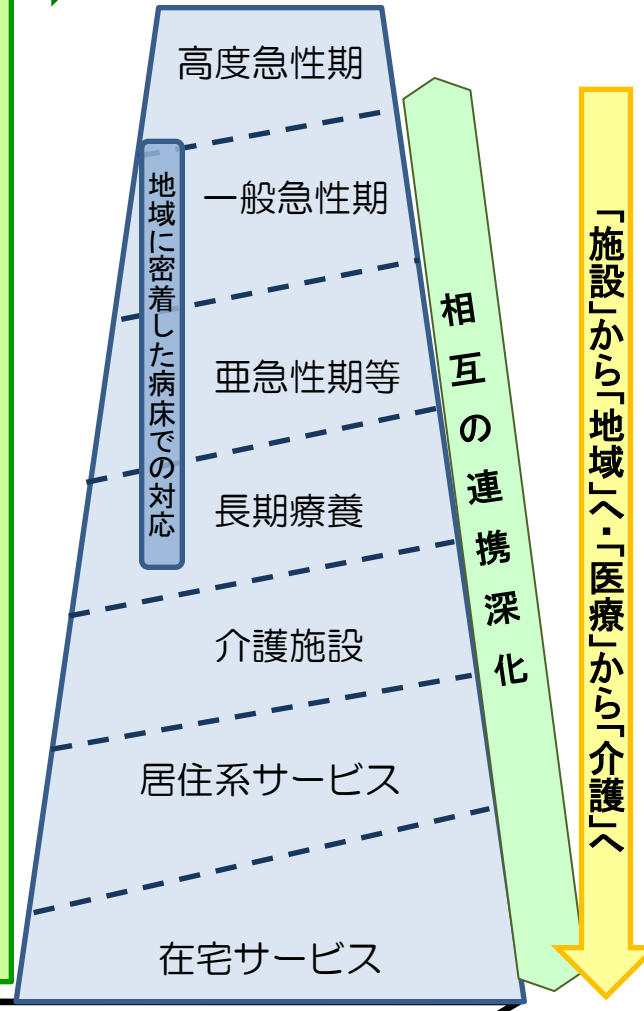
- ・在宅医療の充実
 - ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
 - ・訪問看護等の計画的整備 等
- ・在宅介護の充実
 - ・居住系サービスの充実・施設ユニット化
 - ・ケアマネジメント機能の強化 等

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

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

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③

診療報酬・介護報酬
同時改定③

診療報酬改定②

診療報酬改定④

2013年

2018年

医療計画

医療計画

医療計画

医療計画

2023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

入院病床の機能分化

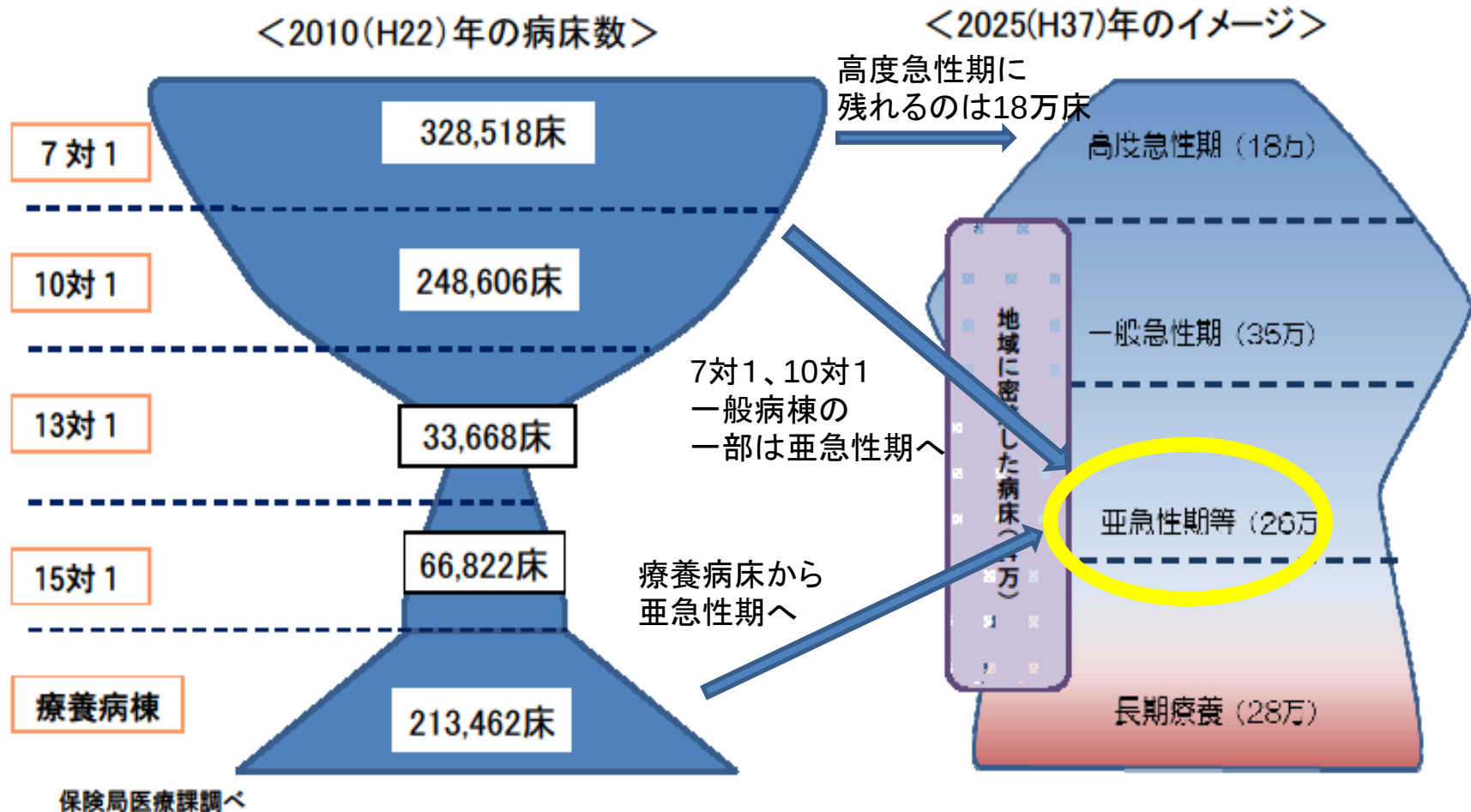
中医協調査専門組織
入院医療等調査・評価分科会(2012年8月7日)

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
あんどう 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	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～



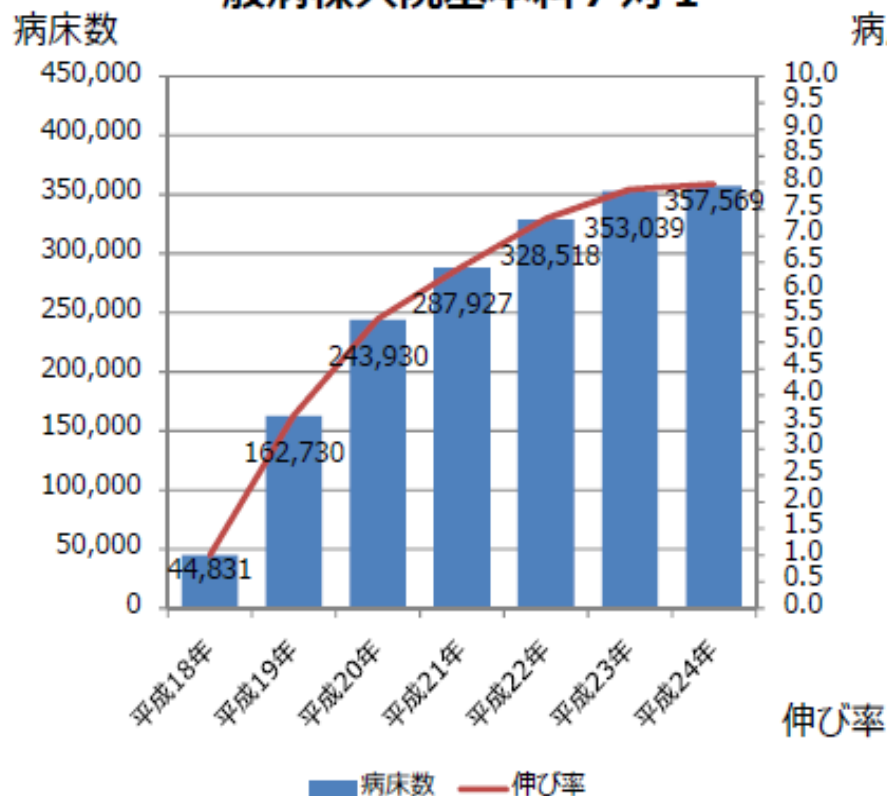
○ 届出医療機関数でみると10対1入院基本料が最も多いが、病床数でみると7対1入院基本料が最も多く、2025年に向けた医療機能の再編の方向性とは形が異なっている。

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

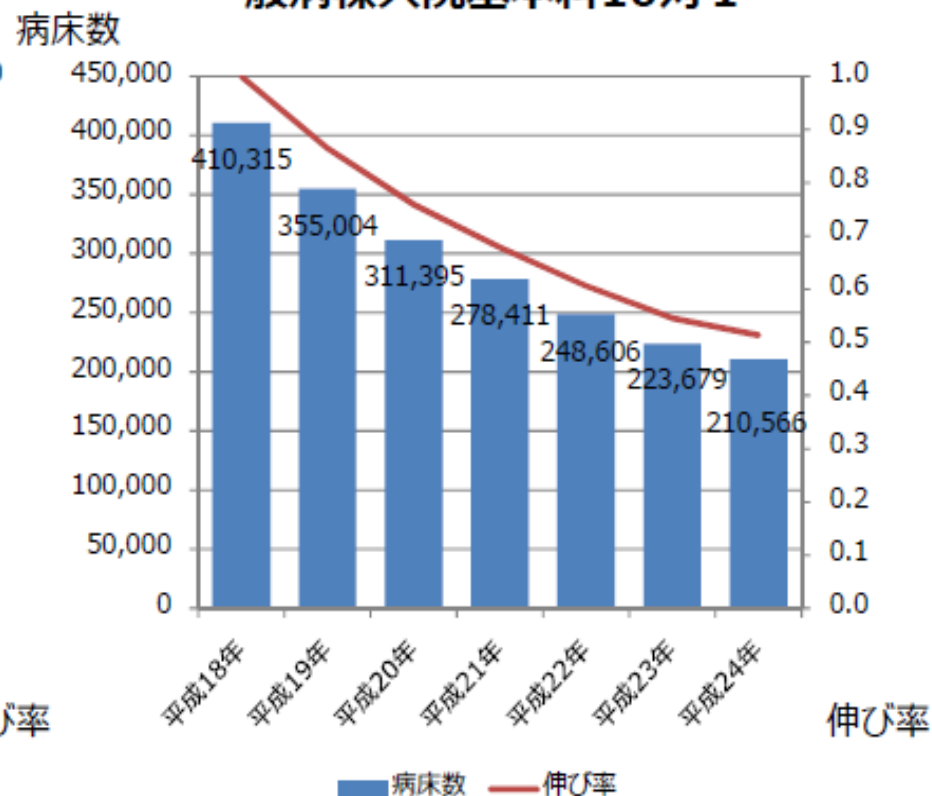
診 調 組 入 - 1
2 5 . 5 . 1 6

- 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）

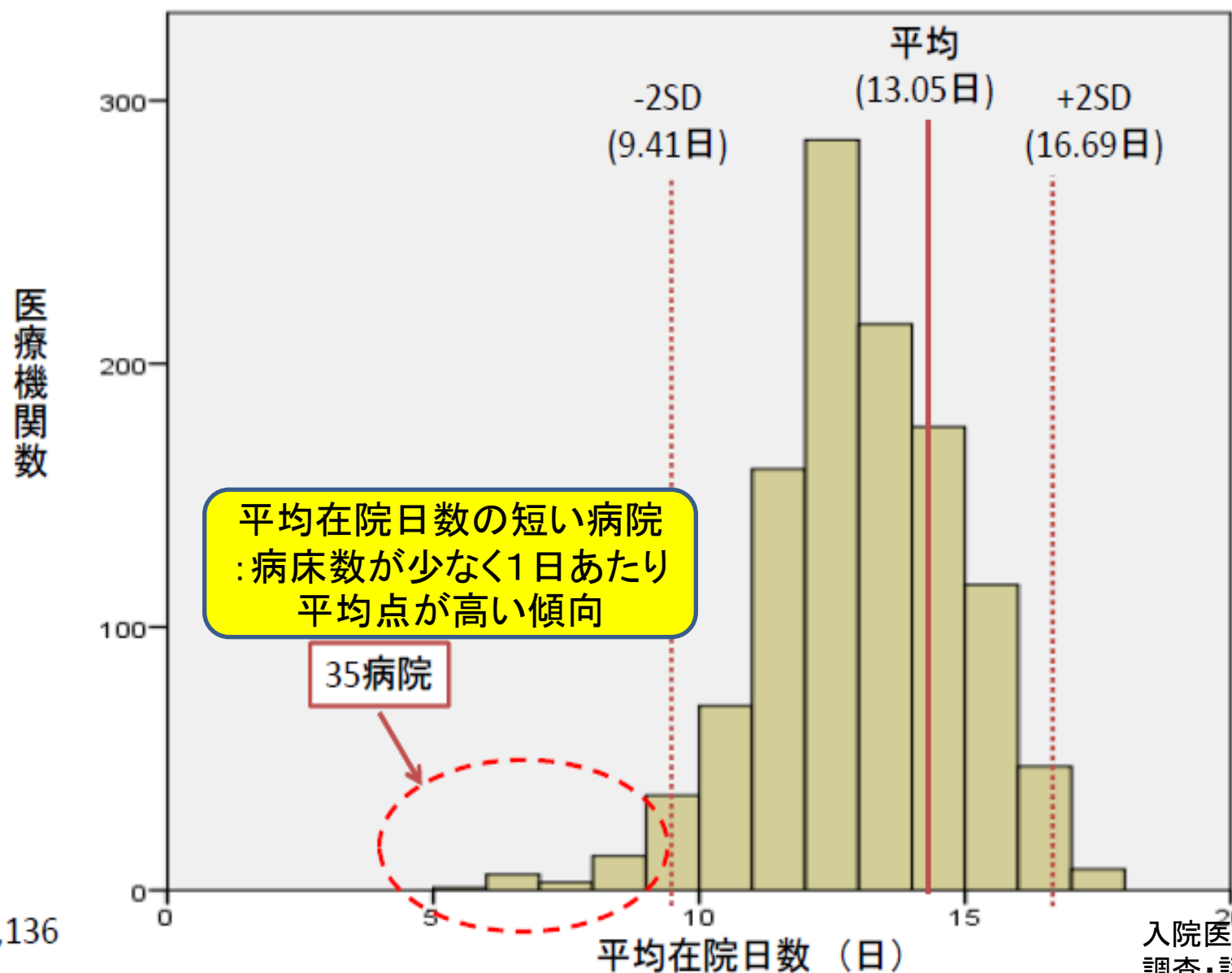
7対1入院基本料の見直し

- ①平均在院日数
- ②重症度・看護必要度
- ③その他の指標

①平均在院日数

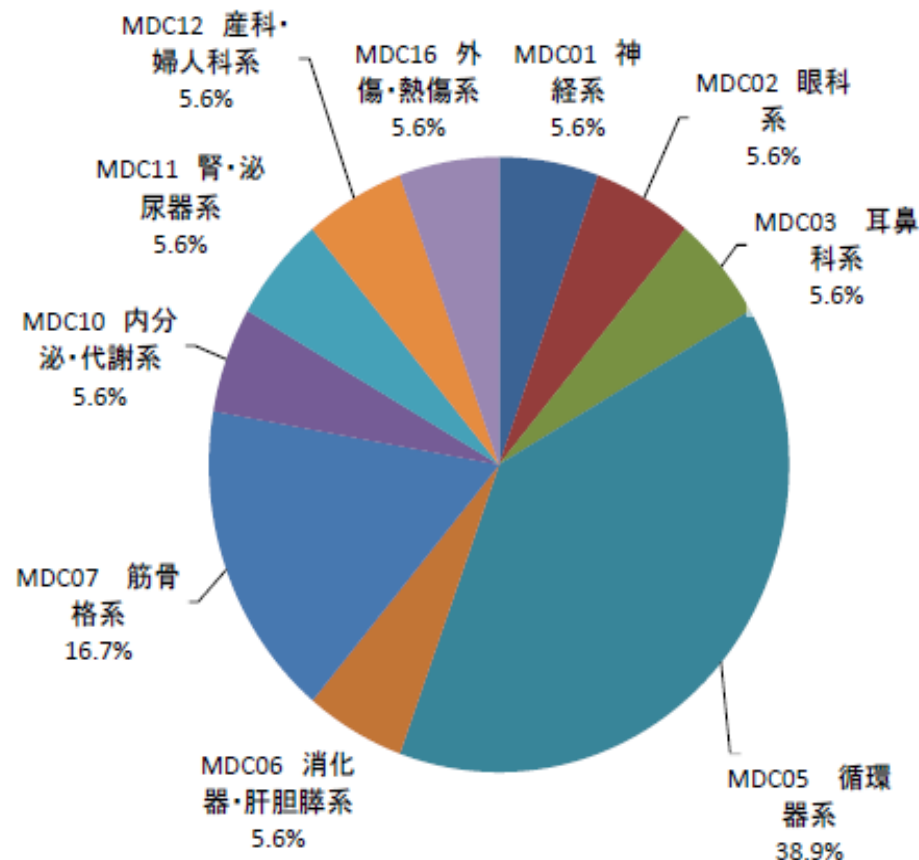
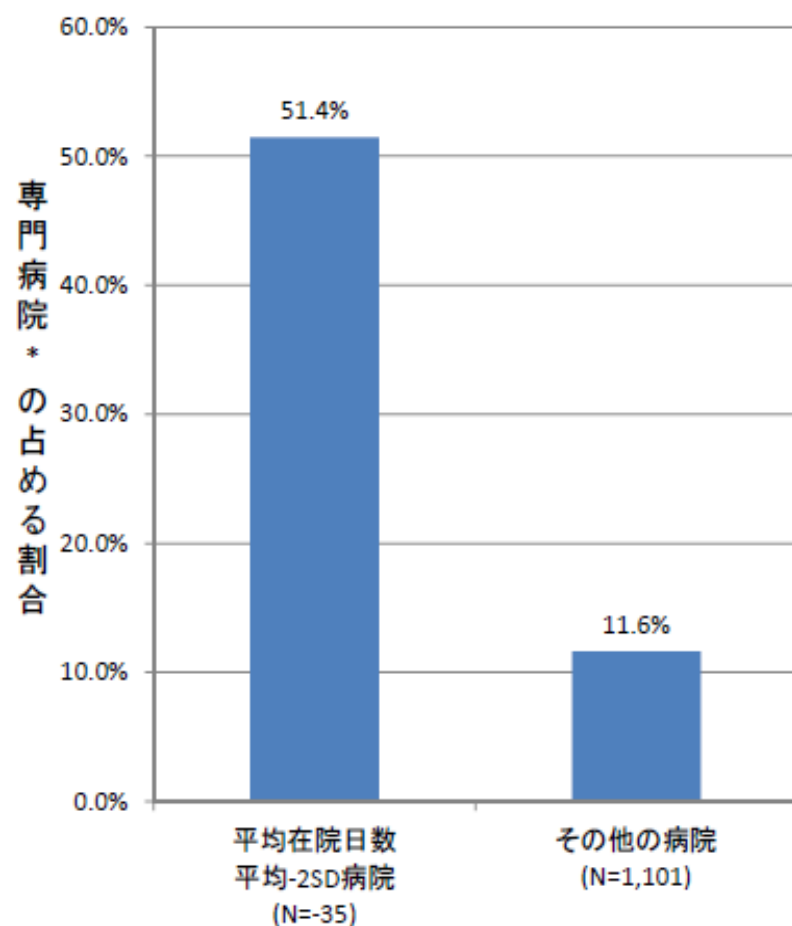
- 7対1入院基本料を算定している医療機関は、長期療養を提供することや、特定の領域に特化し標準化された短期間の医療を提供するのではなく、主に「複雑な病態をもつ急性期の患者に対し、高度な医療を提供すること」と考えられる。
- 7対1入院基本料を算定している医療機関のあり方を踏まえ、平均在院日数の算出において、治療や検査の方法等が標準化され、短期間で退院可能な手術や検査は平均在院日数の計算対象から外す
- 退院支援の強化と受け皿となる病棟の評価を検討することを前提に、特定除外制度については13対1・15対1と同様の取り扱いとする

7対1病院における平均在院日数（DPCデータ）



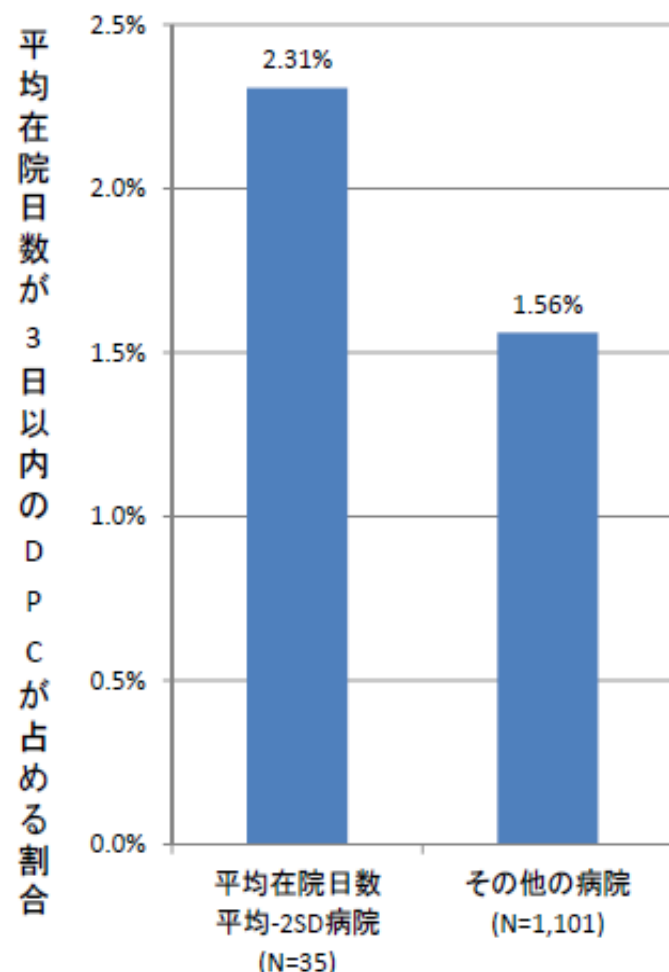
平均在院日数の短いDPC算定病床の状況②(DPCデータ)

*入院患者に占める特定MDCの患者の割合が40%以上の病院 <専門分野の内訳> N=18



平均在院日数の短い病院はその他の病院より特定のMDCに偏った病院の割合が多い。分野としては循環器・整形外科領域が多く、眼科や耳鼻科等の専門病院も含まれている。

平均在院日数の短いDPC算定病床の状況③(DPCデータ)



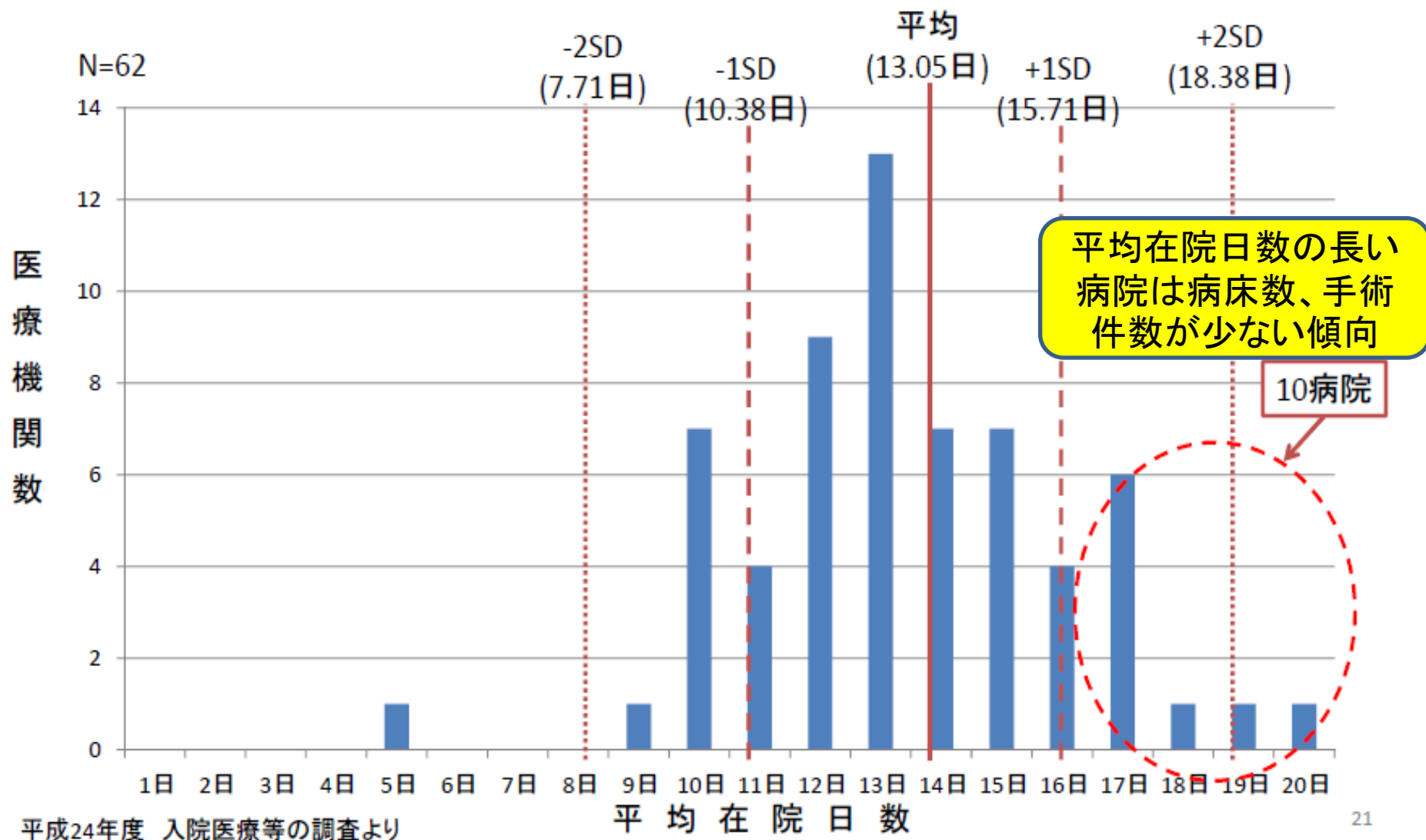
<平均在院日数が短いDPCの例>

DPC	平均在院日数	症例数	割合
小腸大腸の良性疾患 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術等あり 副傷病なし	2.86日	2,435	31.0%
前立腺の悪性腫瘍 前立腺針生検法あり	2.81日	875	11.1%
睡眠時無呼吸 手術なし 終夜睡眠ポリグラフィーあり	2.08日	672	8.5%
流産	1.88日	630	8.0%
鼠径ヘルニア 15歳未満 ヘルニア手術あり	2.55日	559	7.1%
食物アレルギー 小児食物アレルギー負荷試験あり	1.57日	547	7.0%
小腸大腸の良性疾患 手術なし 副傷病なし	2.37日	497	6.3%
食物アレルギー 手術・処置等1なし	2.11日	279	3.5%
その他	—	1,367	17.4%

平均在院日数の短い病院は平均在院日数が3日以内のDPCが占める割合が多い。3日以内のDPCの内訳としては、小腸・大腸の良性疾患のポリープ切除術や前立腺針生検、終夜睡眠ポリグラフィー目的の入院が多い。

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



特定除外制度

90日越えの特定入院基本料から
平均在院日数の
計算対象から除外する患者

特定入院基本料における 特定除外項目

厚生労働大臣が定める状態等にある者

- ①難病患者等入院診療加算を算定する患者
- ②重症者等療養環境特別加算を算定する患者
- ③重度の肢体不自由者(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。)、脊髄損傷等の重度障害者(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。)、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等
- ④悪性新生物に対する治療(重篤な副作用のおそれがあるもの等に限る。)を実施している状態にある患者
- ⑤観血的動脈圧測定を実施している状態にある患者
- ⑥心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を実施している状態にある患者(患者の入院の日から起算して180日までの間に限る。)
- ⑦ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態にある患者
- ⑧頻回に喀痰吸引及び干渉低周波去痰器による喀痰排出を実施している状態にある患者
- ⑨人工呼吸器を使用している状態にある患者
- ⑩人工腎臓、持続緩徐式血液濾過又は血漿交換療法を実施している状態にある患者
- 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(当該手術を実施した日から起算して30日までの間に限る。)にある患者
- ⑫前各号に掲げる状態に準ずる状態にある患者

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。

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	
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%

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)

②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	<u>15%以上</u> (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〕	<u>10%又は15%以上</u>
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〕	<u>10対1の場合</u> <u>10%以上</u> <u>7対1の場合</u> <u>15%以上</u>
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
 - 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

【A項目】 現行の一般病棟用の重症度・看護必要度の評価項目の該当率

○「創傷処置」、「血圧測定」、「点滴ライン同時3本以上」、「心電図モニター1（持続的な心電図のモニタリング）」、「シリンジポンプの使用」、「輸血や血液製剤の使用」

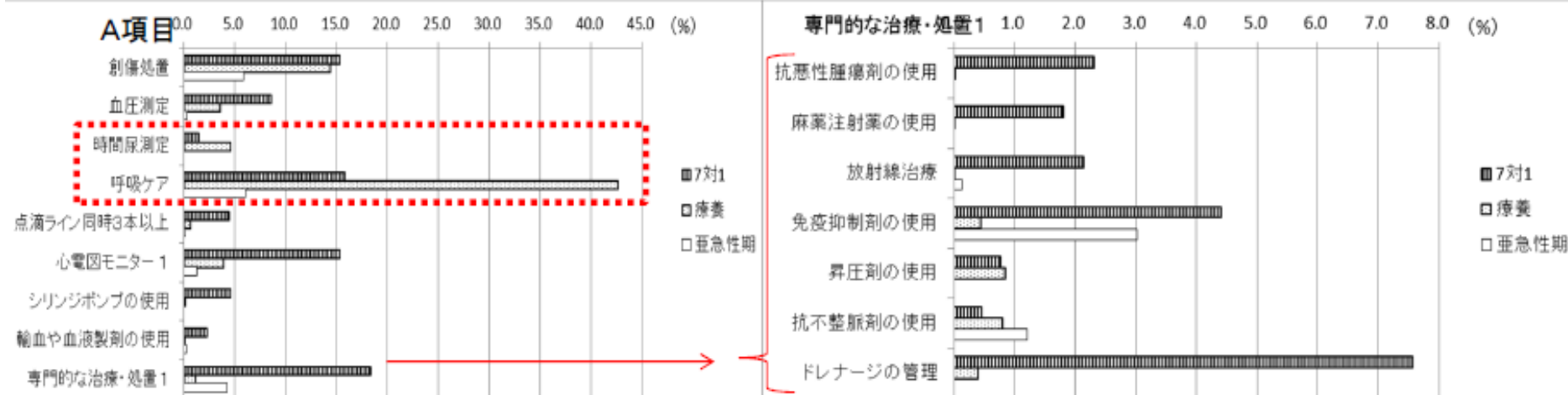
7対1入院基本料の方が療養病棟入院基本料より該当率が高い。

○「時間尿測定」、「呼吸ケア」

7対1入院基本料より療養病棟入院基本料の方が該当率が高い。

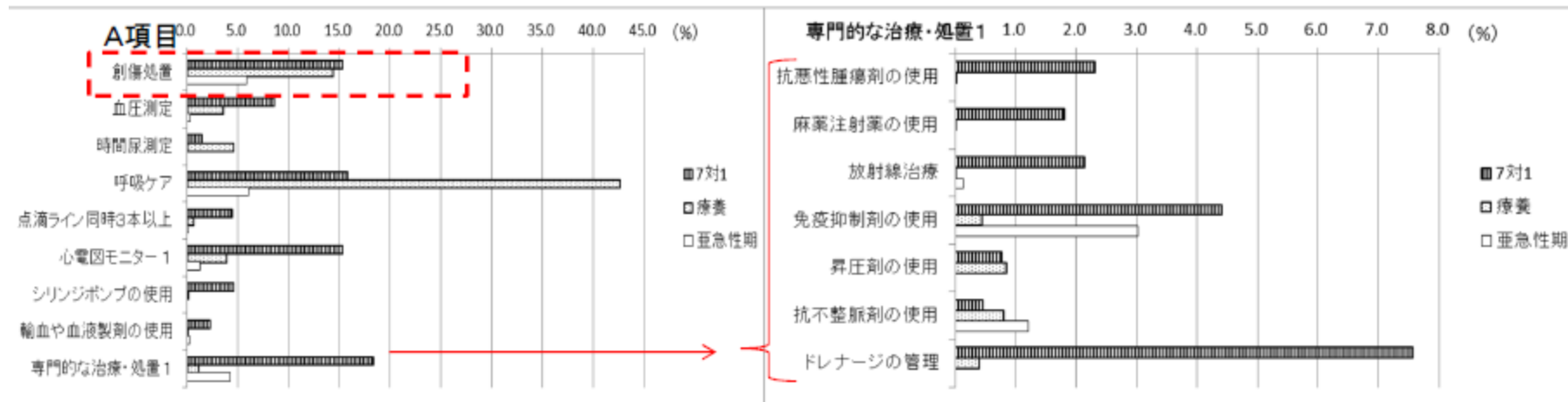
○「専門的な治療・処置1」

おおむね7対1入院基本料の方が高い項目が多い。



【A項目】 現行の一般病棟用の重症度・看護必要度の評価項目の該当率

- 「創傷処置」、「血圧測定」、「点滴ライン同時3本以上」、「心電図モニター1（持続的な心電図のモニタリング）」、「シリンジポンプの使用」、「輸血や血液製剤の使用」
7対1入院基本料の方が療養病棟入院基本料より該当率が高い。
- 「時間尿測定」、「呼吸ケア」
7対1入院基本料より療養病棟入院基本料の方が該当率が高い。
- 「専門的な治療・処置1」
おおむね7対1の方が高い項目が多い。



重症度・看護必要度に係る評価票 (B得点) + 追加項目案

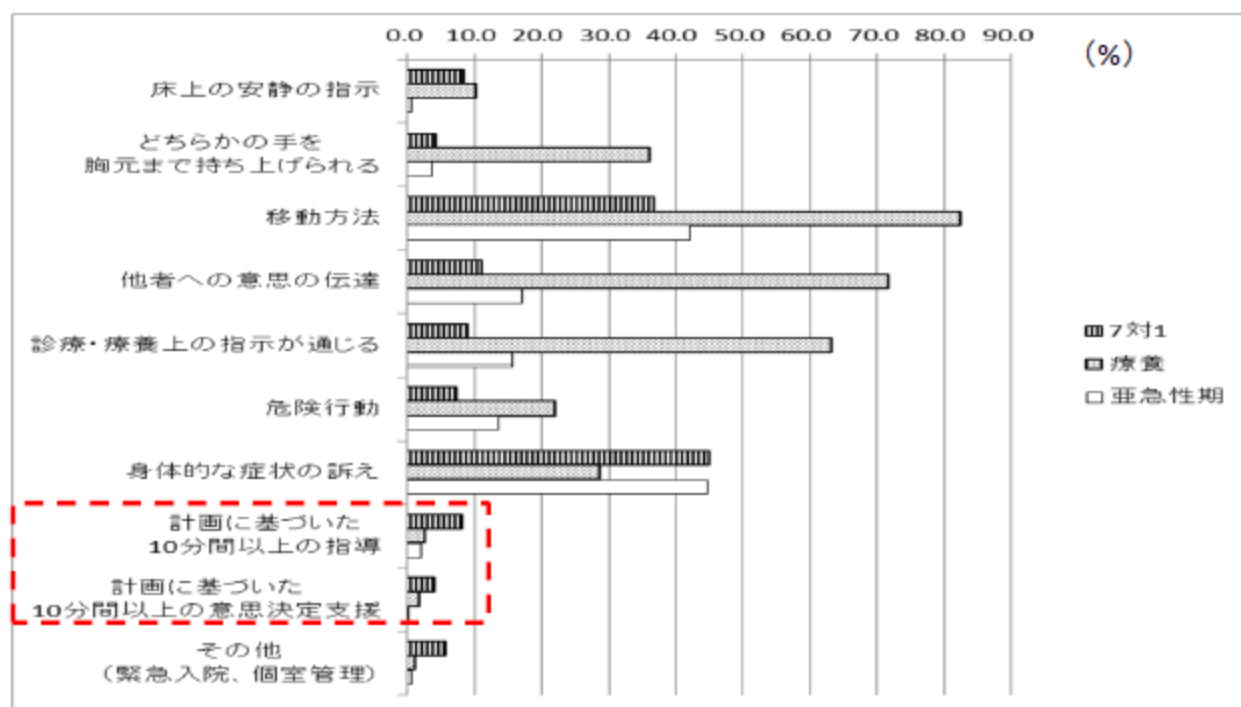
診 調 組 入 - 1
2 5 . 6 . 1 3 (再掲)

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

床上安静の指示	なし	あり	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動(搬送を含む)	
他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
危険行動	ない	ある	
身体的な症状の訴え	ない	ある	
計画に基づいた10分以上の指導	ない	ある	
看護計画に基づいた10分以上の意思決定支援	ない	ある	
その他(緊急入院、個室管理)	ない	ある	

追加項目

○「身体的な症状の訴え」「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」「その他(緊急入院、個室管理)」
7対1入院基本料の方が割合が高かった。



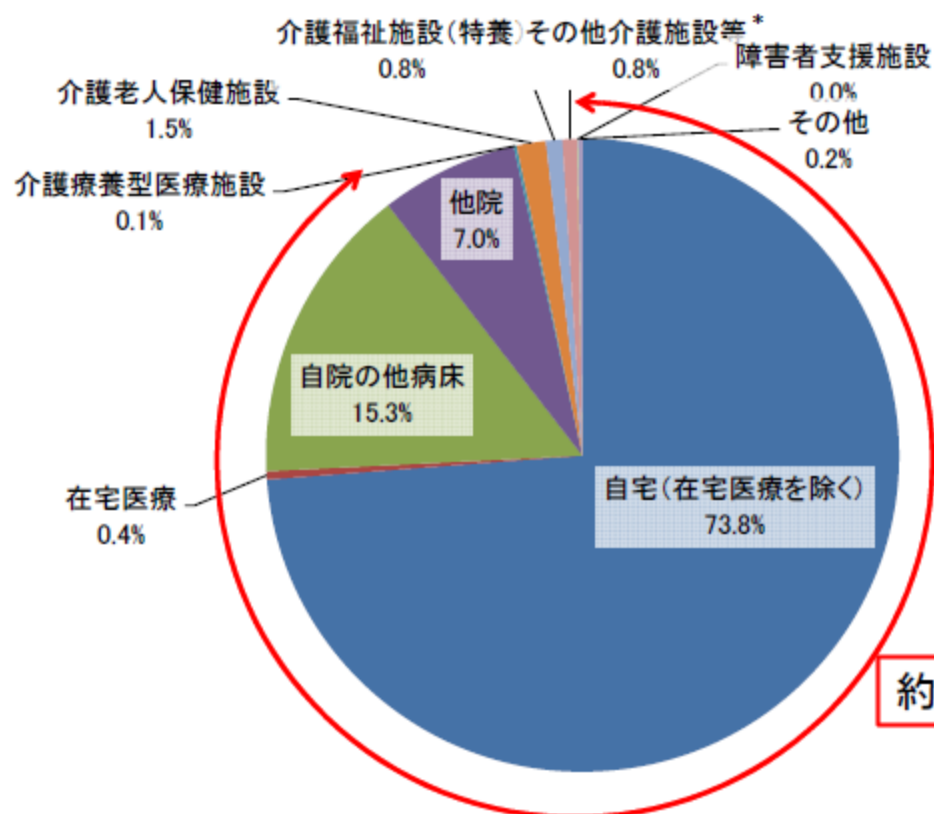
その他指標

- 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**DP C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

2 5 . 5 . 1 6



+死亡退院: 749人

約89.5%

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

2 5 . 3 . 1 3

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

老健

診療所等

長期療養

外来・訪問サービス等

【参考】在宅復帰率(介護保険)

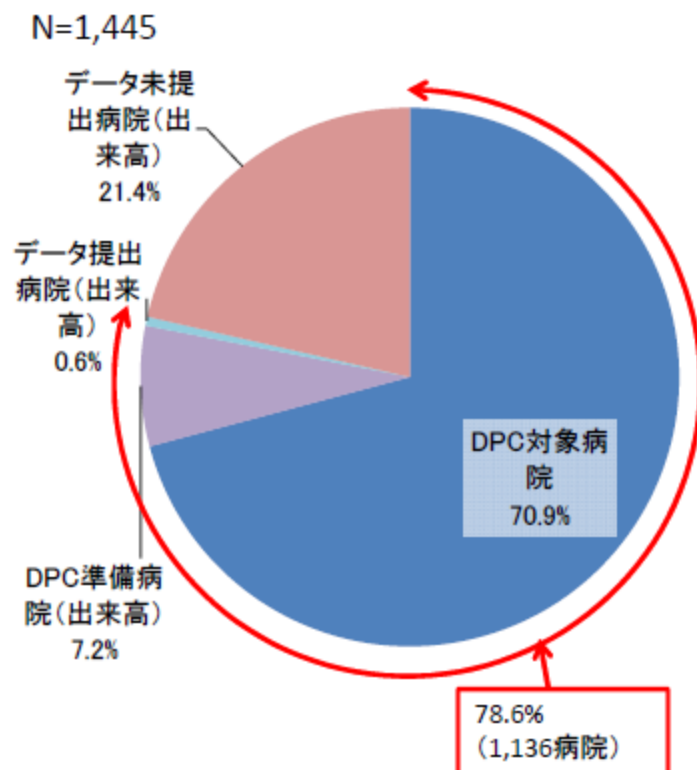
在宅復帰支援型の老健 > 5割

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

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

亜急性期入院医療の見直し

回復期リハ病棟入院料・亜急性期入院医療管理料の主な施設基準等

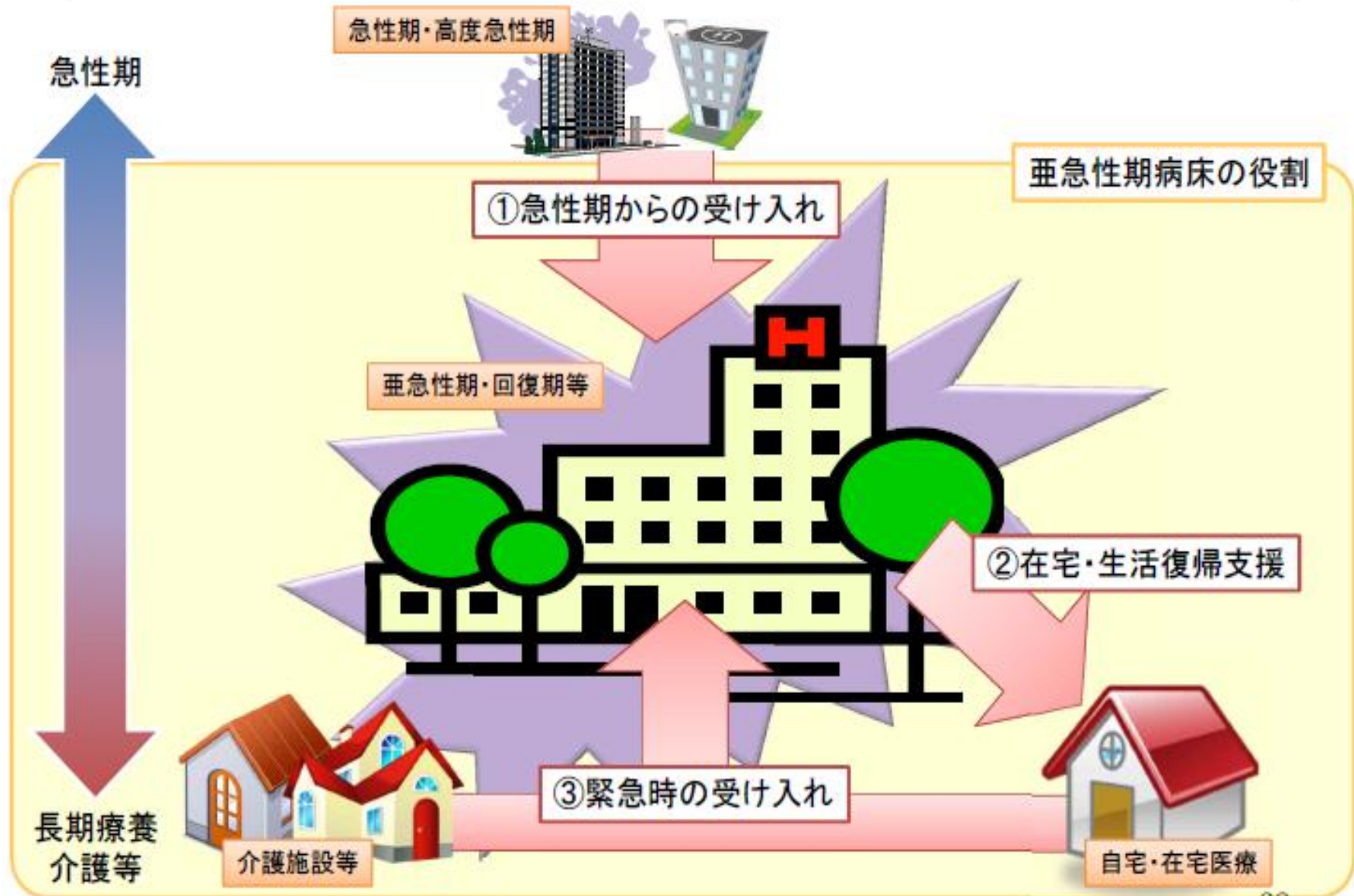
	回復期リハビリテーション病棟入院料1	回復期リハビリテーション病棟入院料2	回復期リハビリテーション病棟入院料3	亜急性期入院医療管理料
看護配置	13対1以上	15対1以上	15対1以上	13対1以上
看護補助者の配置	30対1以上	30対1以上	30対1以上	—
その他の職種の配置	専任医師1名以上、専従理学療法士3名以上、作業療法士2名以上、言語聴覚士1名以上、専任社会福祉士等1名以上	専任医師1名以上、専従理学療法士2名以上、作業療法士1名以上	専任医師1名以上、専従理学療法士2名以上、作業療法士1名以上	専任の在宅復帰支援を担当する者1名以上
新規入院患者	重症患者が3割以上 看護必要度A項目1点以上の患者が1割5分以上	重症患者が2割以上	—	—
在宅復帰率	7割以上	6割以上	6割以上	6割以上*
重症患者の退院時日常生活機能評価	4点以上改善している患者が3割以上	3点以上改善している患者が3割以上	—	—
その他	病棟単位で届出(回リハ3と併存不可)	病棟単位で届出(回リハ3と併存不可)	病棟単位で届出(新規以外、回リハ1・2と併存不可)	病室単位で届出、診療録管理体制加算を届け出ている、一般病床の3割以下(200床以上は40床)
点数	1,911点	1,761点	1,611点	2,061点(リハなし・60日まで) 1,911点(リハあり・60日まで)

*亜急性期入院医療管理料の在宅復帰率には老健施設を含む

新たな亜急性期入院医療の役割・機能

- 新たな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、病床単位で、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。



②機能分化の支援(平成26年度～)

都道府県が、補助金等を活用して、医療関係者による地域における医療機関の機能分化の取組の支援等を行う。

※また、診療報酬の活用についても検討

住民・患者

・各医療機関の機能を適切に理解しつつ利用



医療計画に
反映

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

診療報酬・介護報酬
同時改定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②

診療報酬改定④

2013年

2018年

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3

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

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

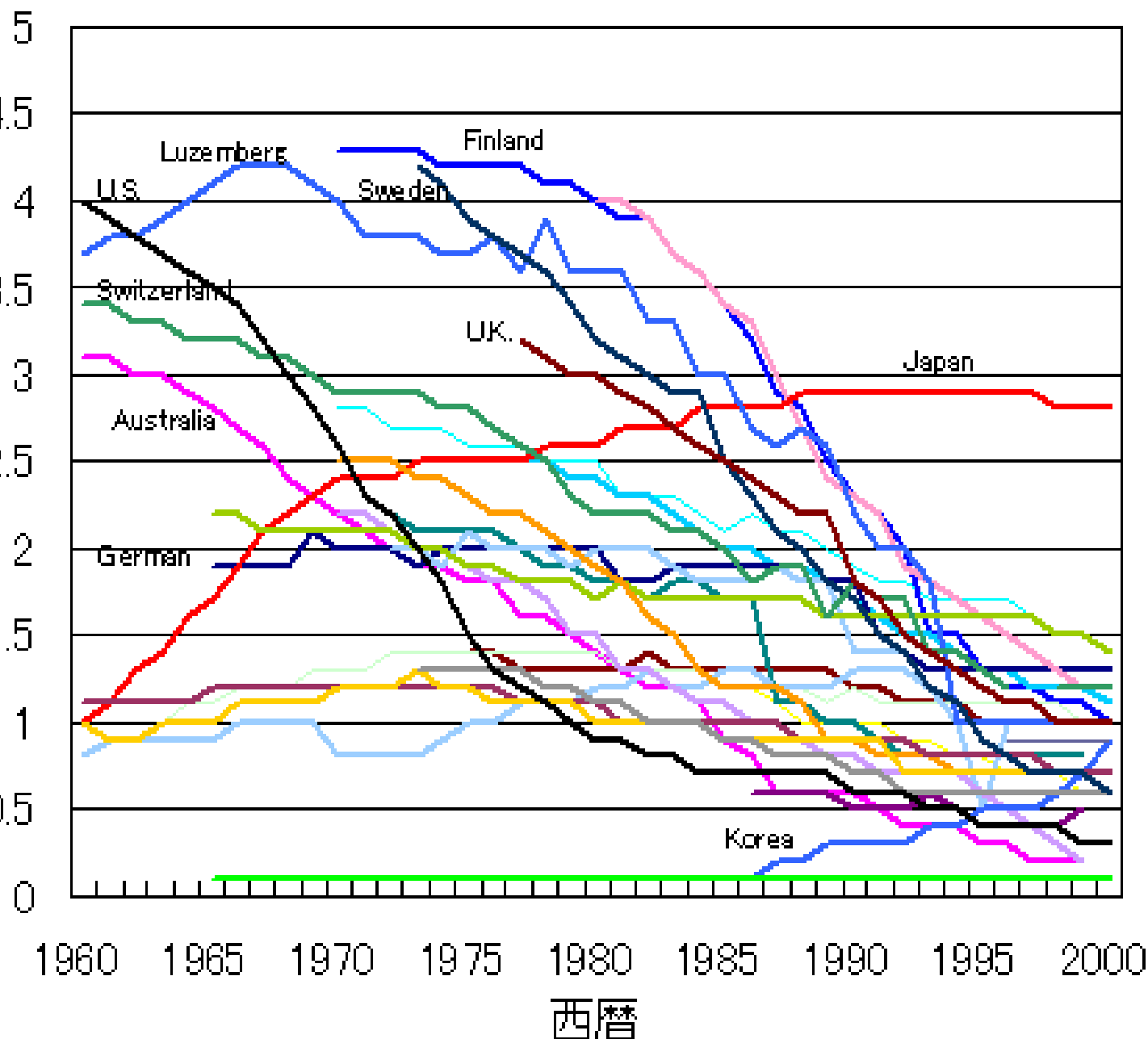
- ①救急医療
- ②災害医療
- ③へき地医療
- ④周産期医療
- ⑤小児医療
- * 在宅医療構築
に係わる指針を
別途通知する

精神科疾患を5疾患に追加

日本の精神医療の特殊性

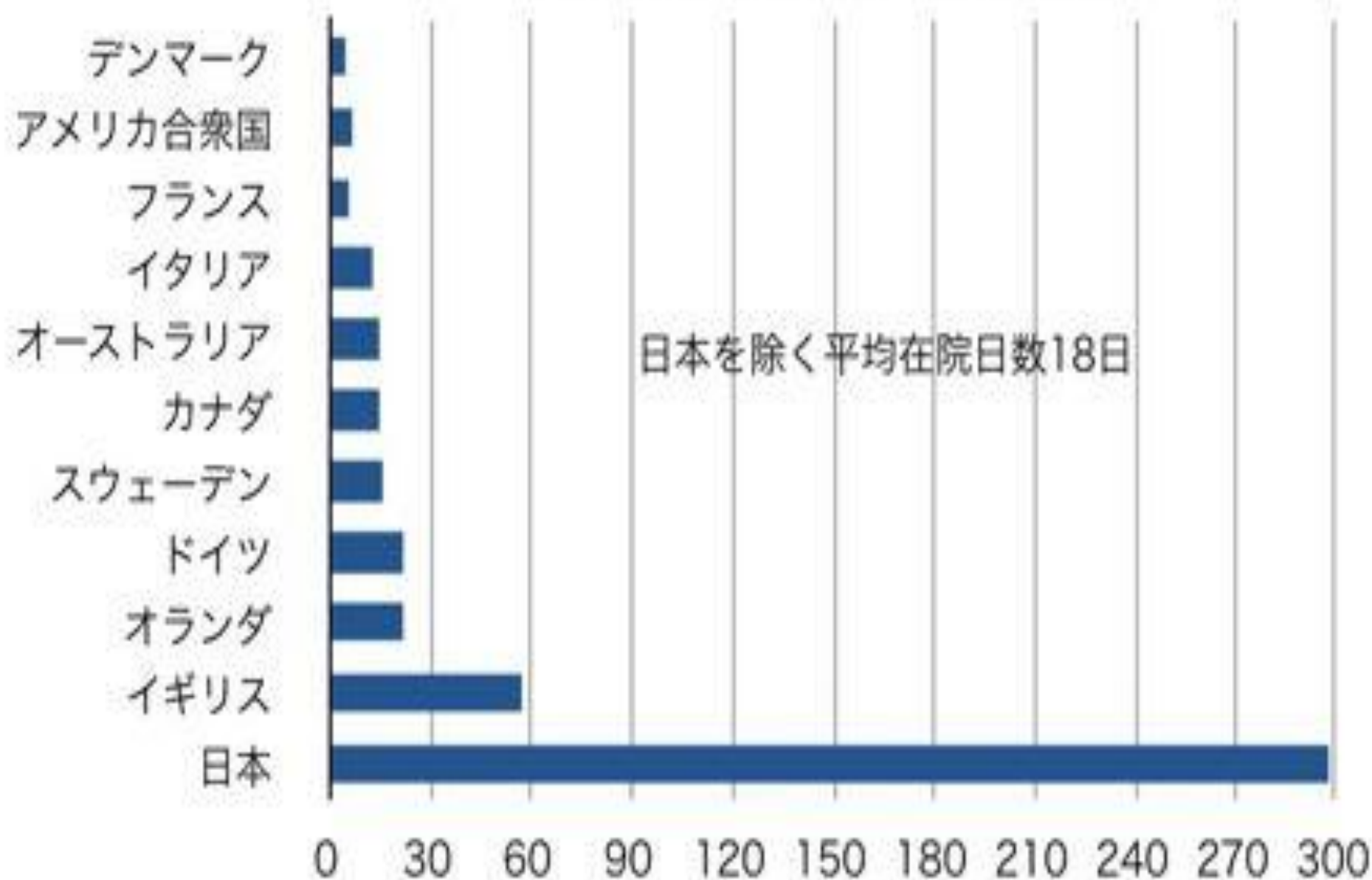
OECD加盟国の人口1000人あたりの精神科病床数

人口1000人あたりの病床数



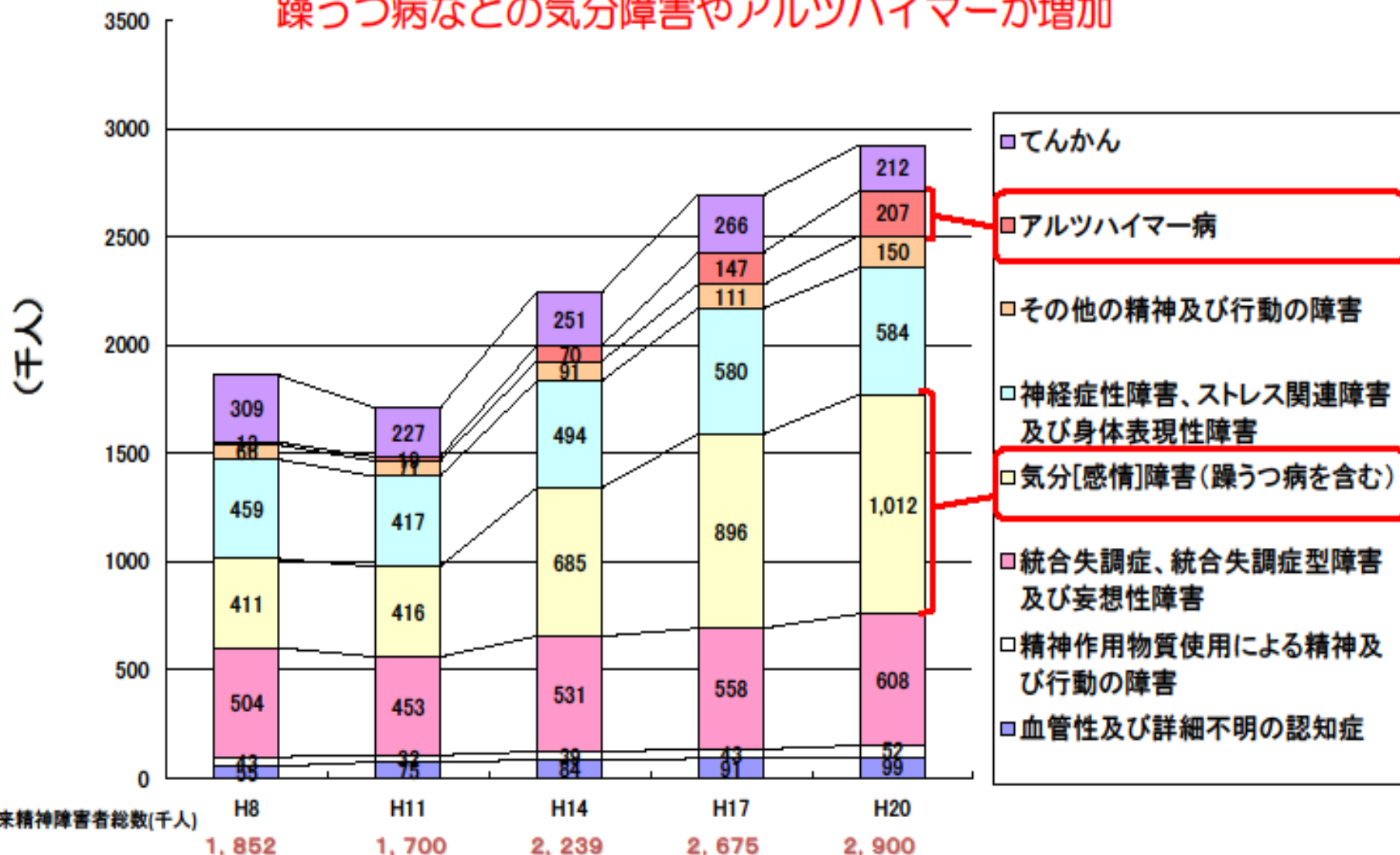
- Australia
- Austria
- Belgium
- Canada
- Czech Republic
- Denmark
- Finland
- France
- Germany
- Greece
- Hungary
- Iceland
- Ireland
- Italy
- Japan
- Korea
- Luxembourg
- Netherlands
- Norway
- Poland
- Portugal
- Slovak Republic
- Spain
- Sweden
- Switzerland
- Turkey
- United Kingdom
- United States

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

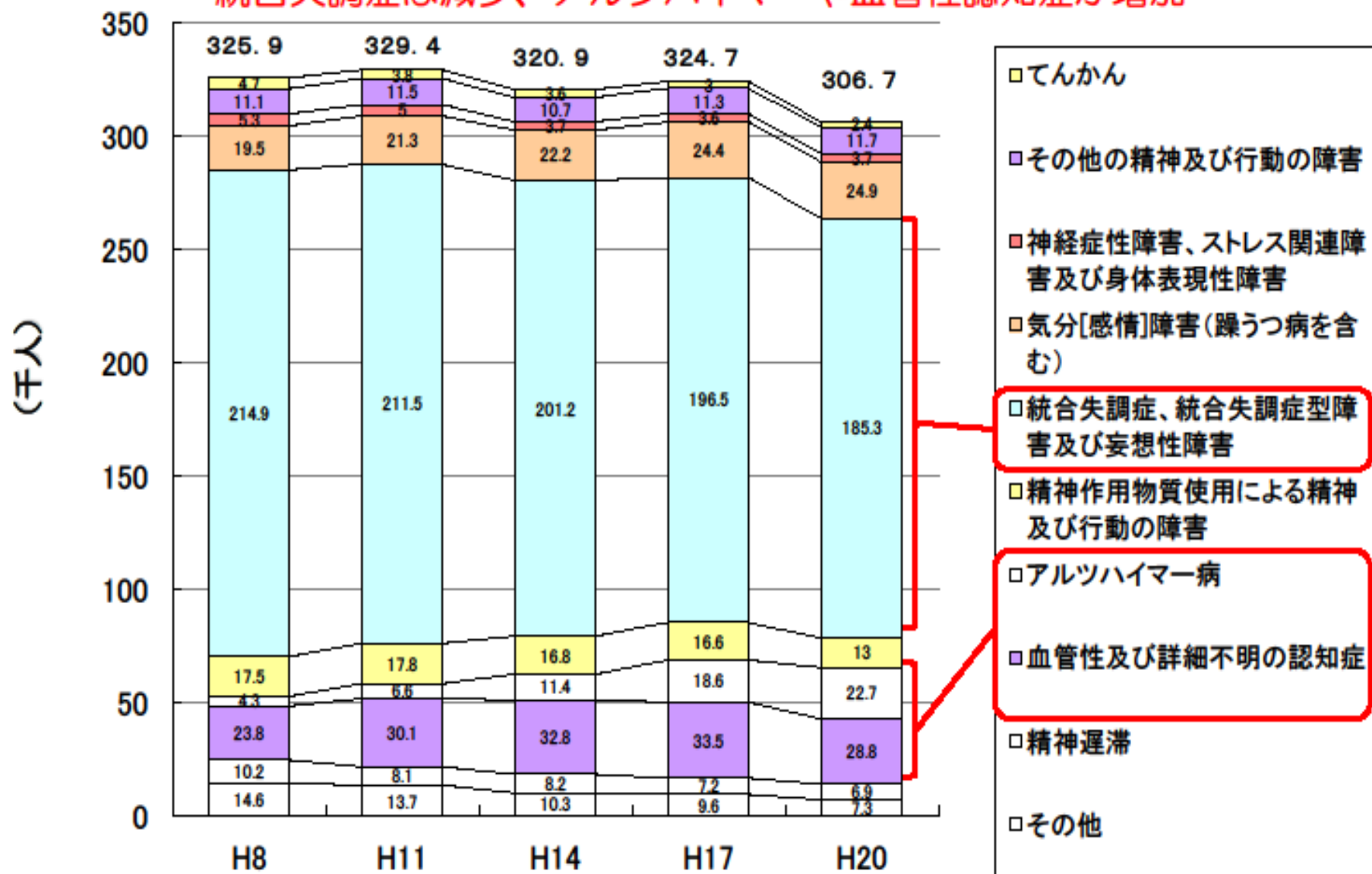
躁うつ病などの気分障害やアルツハイマーが増加



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

精神疾患に関する医療計画 目指すべき方向(案)

精神疾患患者やその家族等に対して、

1. 住み慣れた身近な地域で基本的な医療やサービス支援を受けられる体制
2. 精神疾患の患者像に応じた医療機関の機能分担と連携により、他のサービスと協働することで、適切に保健・医療・介護・福祉・生活支援・就労支援等の総合的な支援を受けられる体制
3. 症状がわかりにくく、変化しやすいため、医療やサービス支援が届きにくいという特性を踏まえ、アクセスしやすく、必要な医療を受けられる体制
4. 手厚い人員体制や退院支援・地域連携の強化など、必要な時に、入院医療を受けられる体制
5. 医療機関等が、提供できるサービスの内容や実績等についての情報を、積極的に公開することで、各種サービス間での円滑な機能連携を図るとともに、サービスを利用しやすい環境

を、提供することを目指す。

精神疾患の医療体制の構築に係る指針

(2) 医療資源・連携等に関する情報

- ・ 従事者数、医療機関数（病院報告、医療施設調査、事業報告）
- ・ 往診・訪問診療を提供する精神科病院・診療所数（医療施設調査）
- ・ 精神科訪問看護を提供する病院・診療所数（医療施設調査）
- ・ 訪問看護ステーション数、薬局数（「在宅医療」を参照）
- ・ 精神科救急医療施設数（事業報告）
- ・ 精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターの開設状況（事業報告）
- ・ 医療観察法指定通院医療機関数
- ・ 地域連携クリティカルパス導入率
- ・ GP（内科等身体疾患を担当する科と精神科）連携会議の開催地域数及び、紹介システム構築地区数
- ・ 向精神薬（抗精神病薬、抗うつ薬、睡眠薬、抗不安薬）の薬剤種類数
- ・ 抗精神病薬の単剤率

地域連携クリティカルパス導入率（推奨）

在宅医療に係わる医療体制の 充実・強化

「医療計画の見直しについて」

～「在宅医療の体制構築に係る指針」のポイント～

○在宅医療に係る医療体制の充実・強化について

- ⇒ 医療連携体制の中で在宅医療を担う医療機関等の役割を充実・強化するため、医療計画に定める他の疾病・事業と同様に「在宅医療の体制構築に係る指針」を示し、介護保険事業(支援)計画との連携を考慮しつつ、都道府県が達成すべき目標や施策等を記載することにより、医療計画の実効性が高まるよう促す。

○在宅医療に係る圏域の設定について

- ⇒ 在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく異なることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制(重症例を除く)や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

○疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進について

- ⇒ 疾病・事業ごとに効率的・効果的な医療体制を構築するためには、医療計画の実行性を高める必要があり、そのため、
- ・まず、全都道府県で入手可能な指標等を指針に位置づけ、都道府県がその指標を用いて現状を把握すること
 - ・さらに、把握した現状を基に課題を抽出し、課題を解決するに当たっての数値目標を設定し、その目標を達成するための施策・事業を策定すること
 - ・また、定期的な評価を行う組織(医療審議会等)や時期(1年毎等)を明記し、施策・事業の進捗状況等の評価を行うとともに、必要に応じて施策・事業を見直すこと
 - ・最後に、これらの情報を住民等に公開すること
- といったプロセスを「医療計画作成指針」に明示した。

「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)

パート4

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

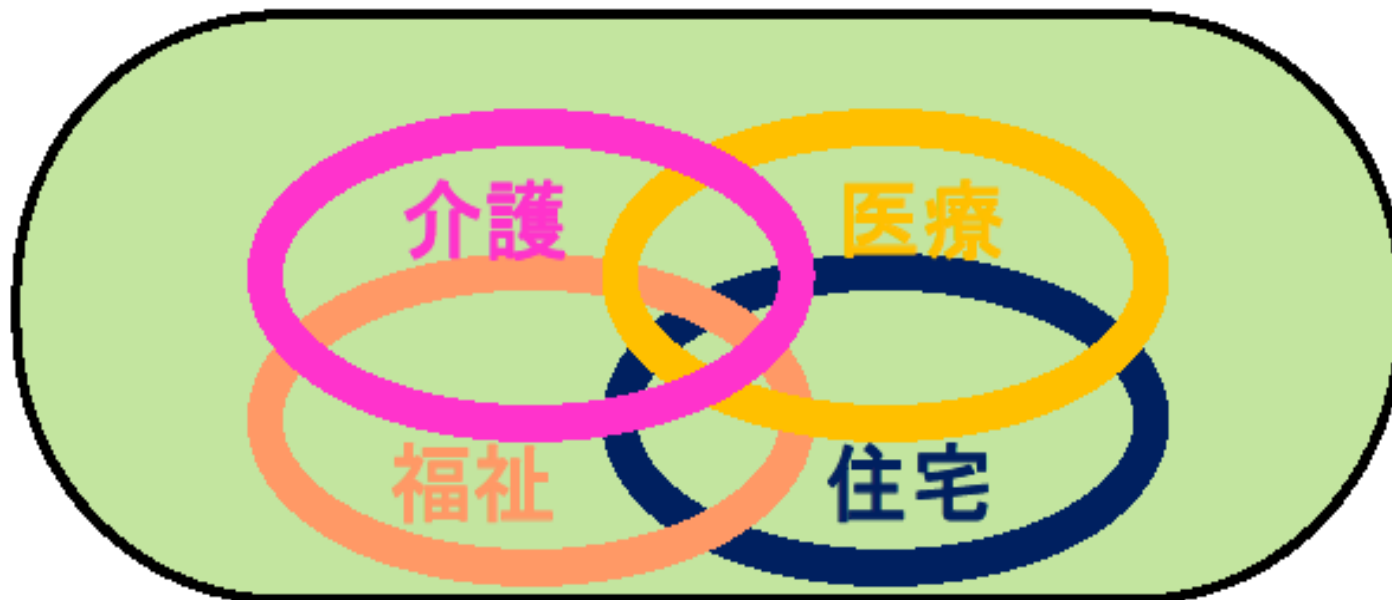
- ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進

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



在宅療養支援診療所



定期巡回・随時対応型
訪問介護看護



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)

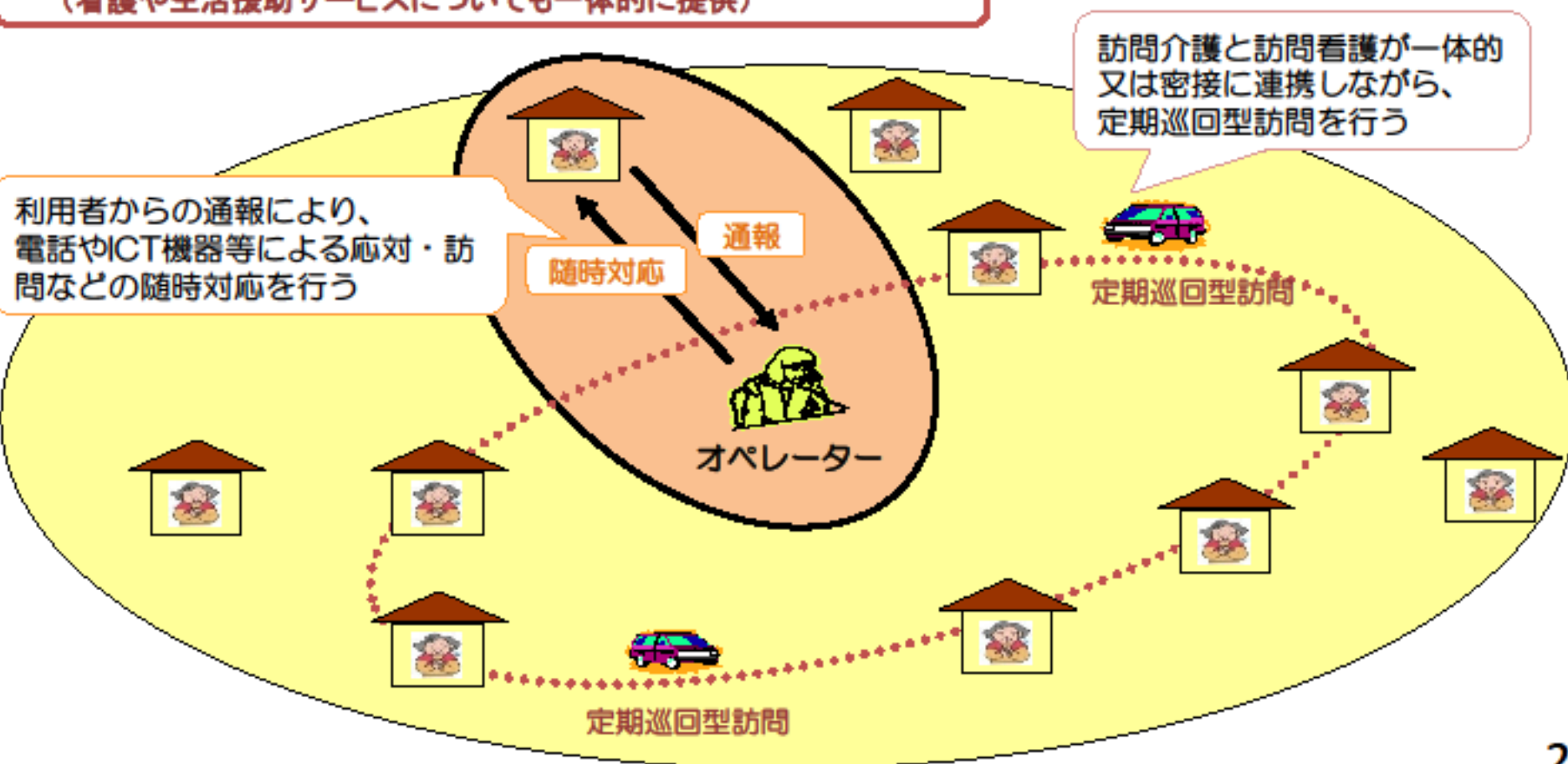
①定期巡回・随时対応型 訪問介護看護

改正介護保険法(2011年6月)

I 制度概要について

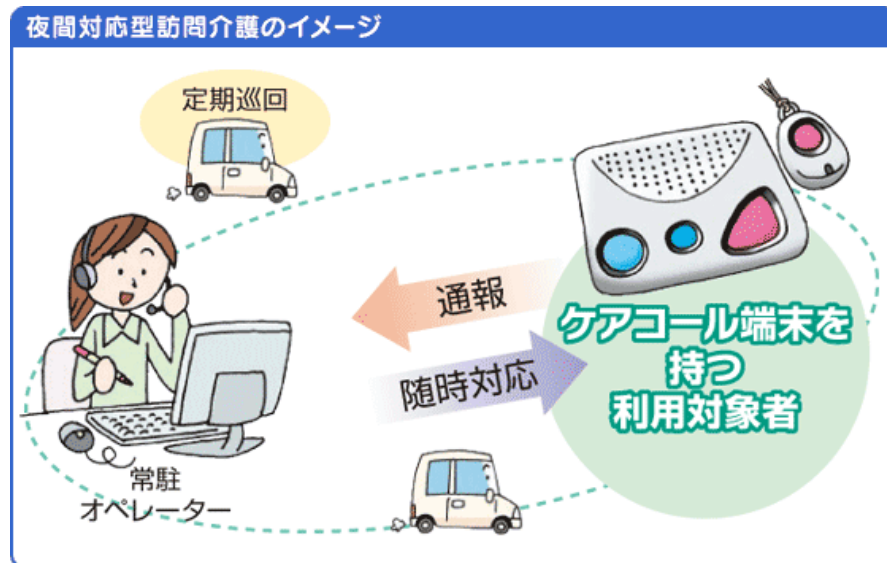
- 重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に又はそれぞれが密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」を創設（平成24年4月）。

- 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り落ち(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)

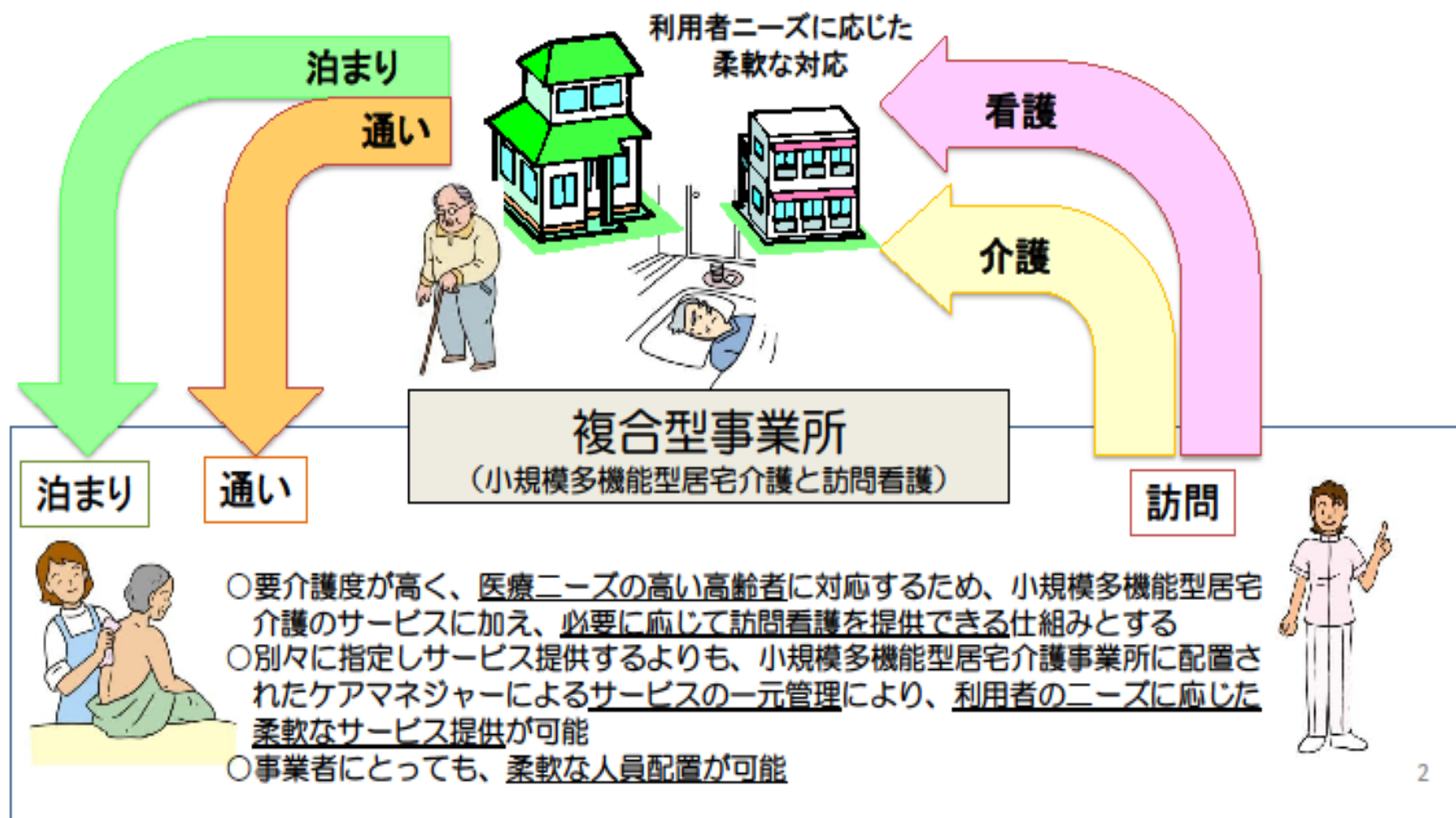
②複合型サービス

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

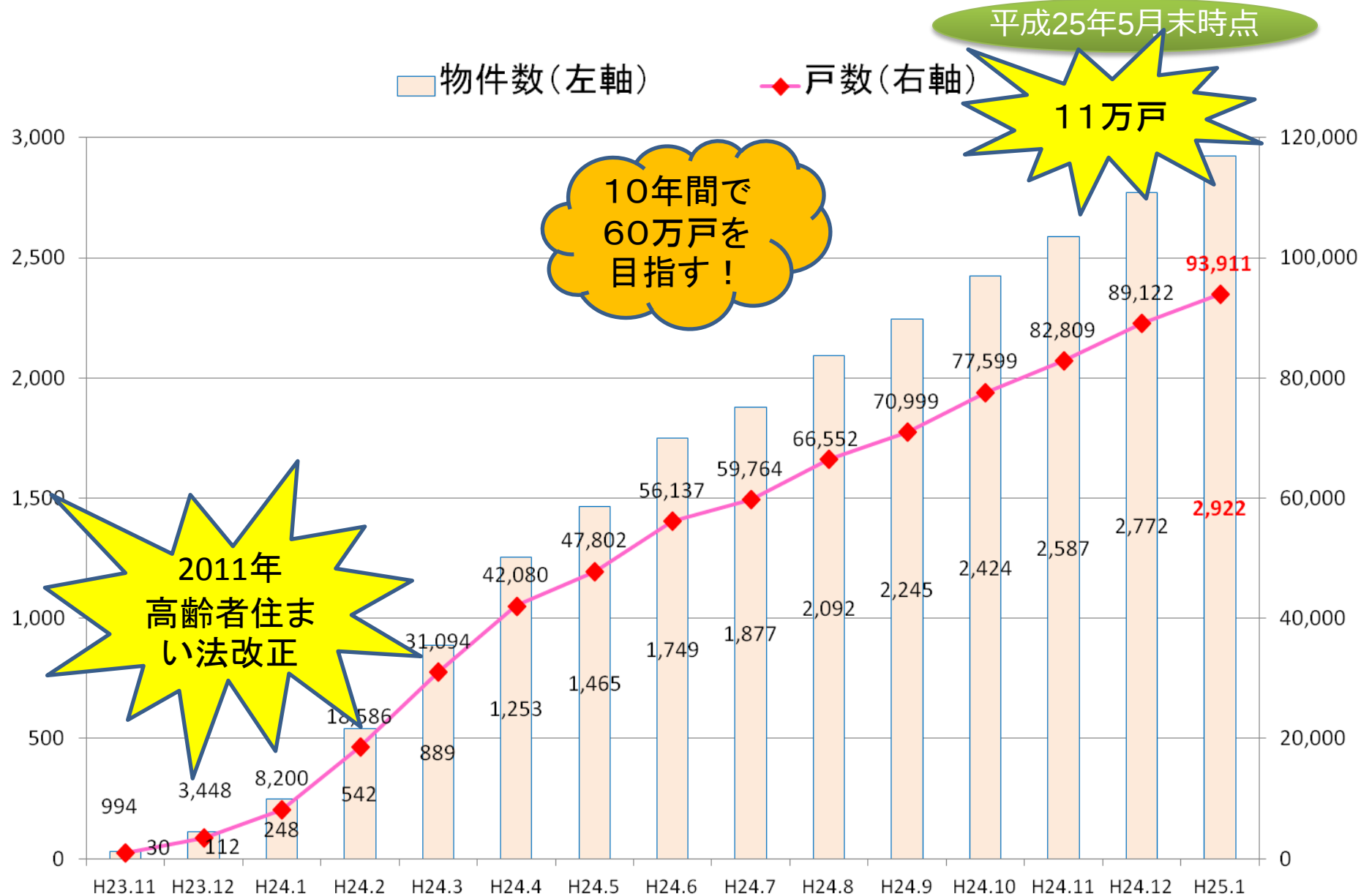
【併設施設】
診療所、訪問看護ステーション、
ヘルパーステーション、
デイサービスセンター など

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

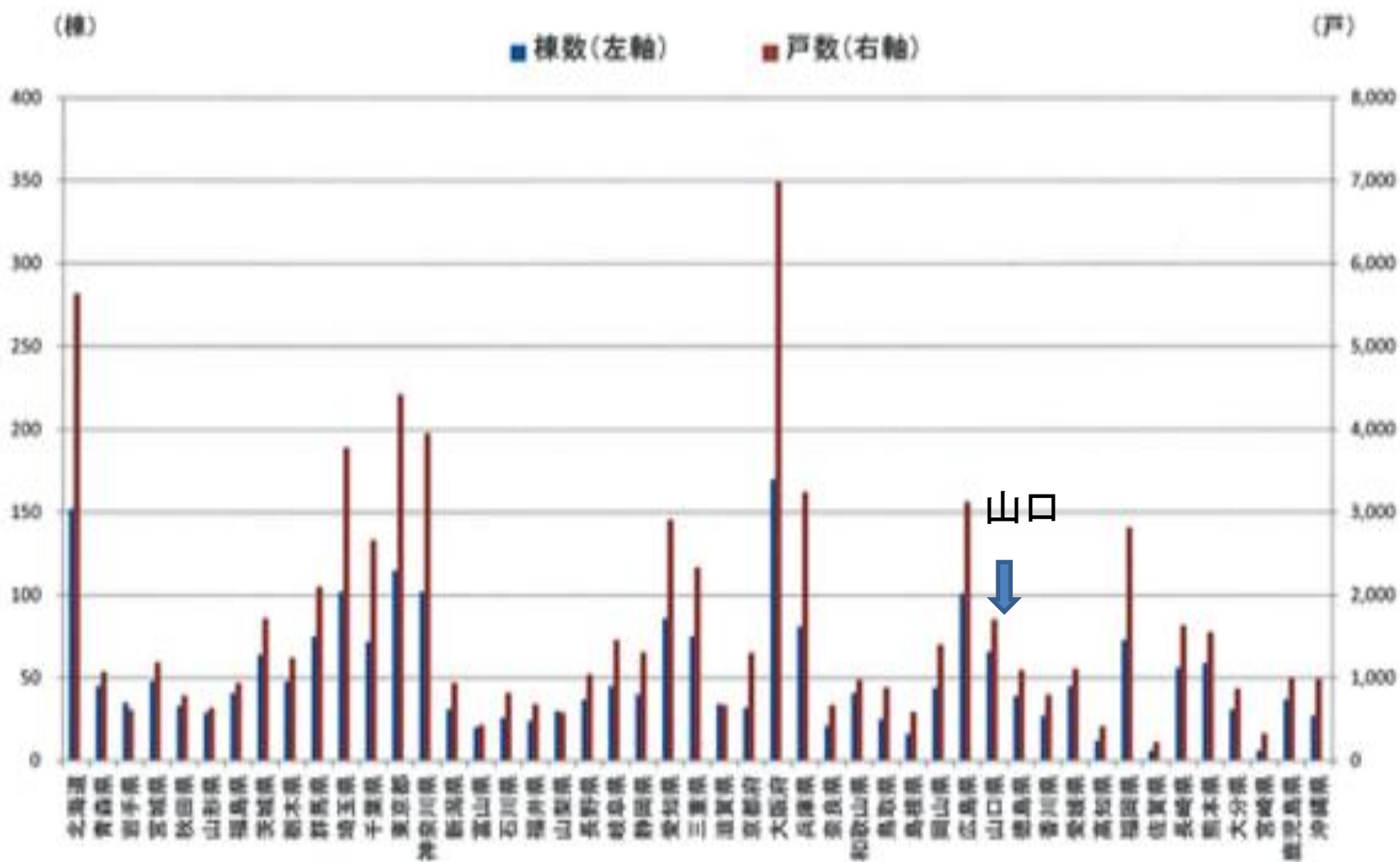
サービス付き高齢者向け住宅に関する制度
の詳細はこちらをご覧ください。

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

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。

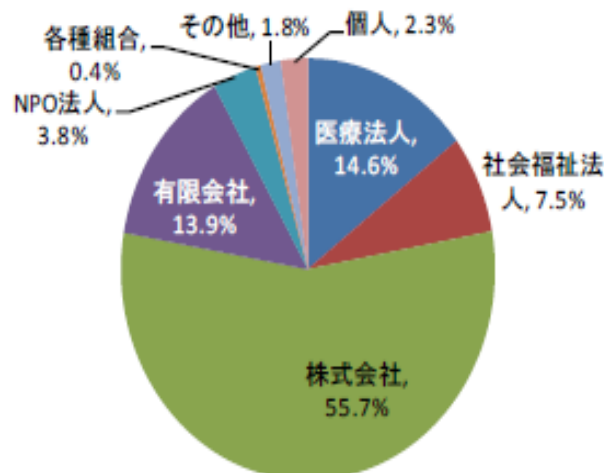
■法人等種別

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。

H25.3末時点

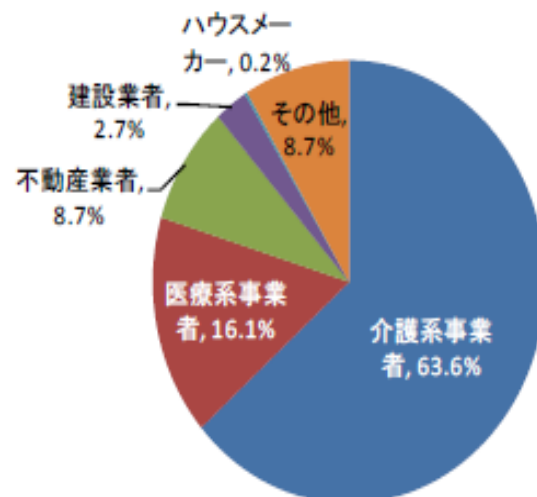


■主な業種

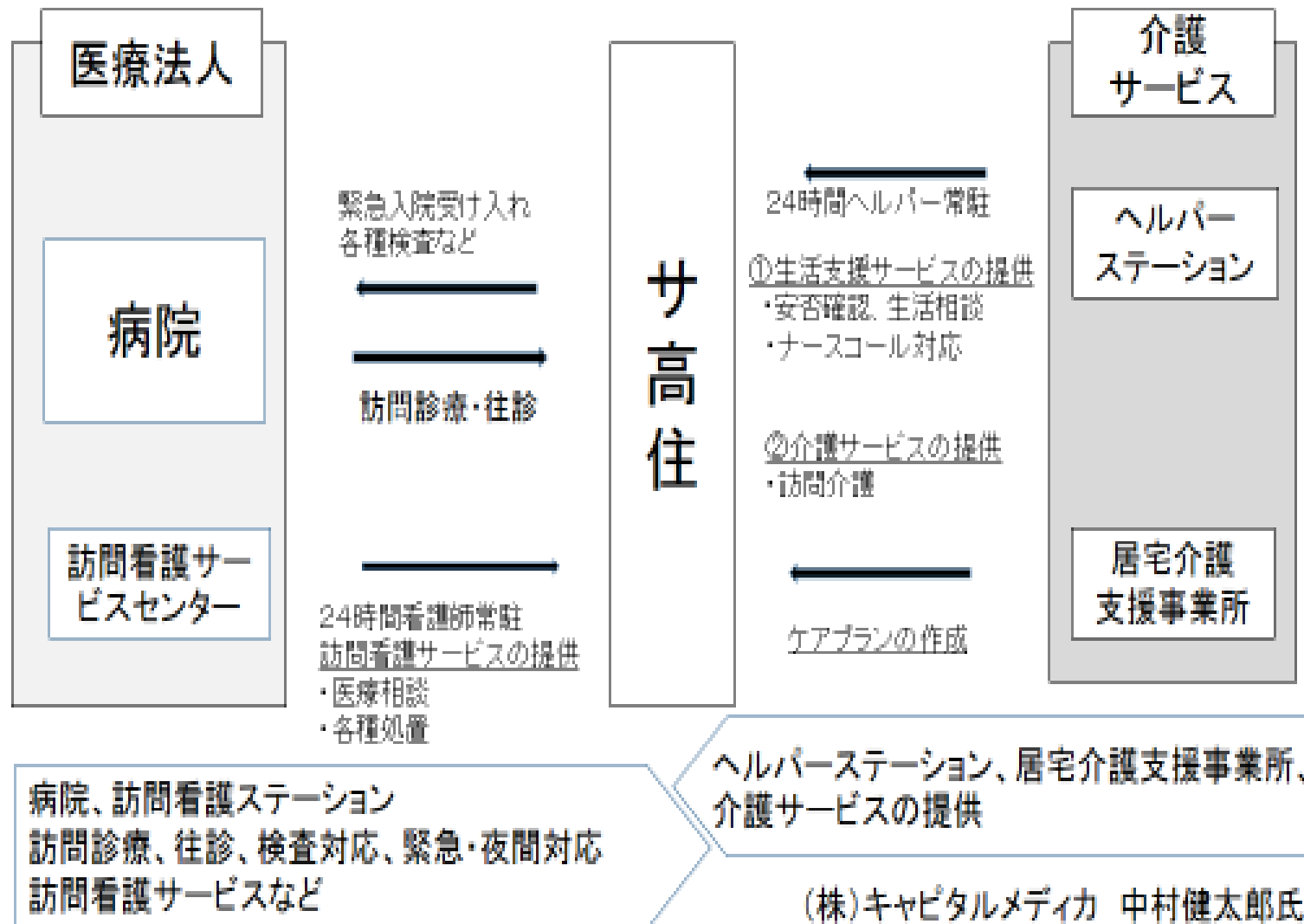
有効回答数:3,069件

	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

特定入院基本料における 特定除外項目

厚生労働大臣が定める状態等にある者

- ①難病患者等入院診療加算を算定する患者
- ②重症者等療養環境特別加算を算定する患者
- ③重度の肢体不自由者(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。)、脊髄損傷等の重度障害者(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。)、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等
- ④悪性新生物に対する治療(重篤な副作用のおそれがあるもの等に限る。)を実施している状態にある患者
- ⑤観血的動脈圧測定を実施している状態にある患者
- ⑥心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を実施している状態にある患者(患者の入院の日から起算して180日までの間に限る。)
- ⑦ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態にある患者
- ⑧頻回に喀痰吸引及び干渉低周波去痰器による喀痰排出を実施している状態にある患者
- ⑨人工呼吸器を使用している状態にある患者
- ⑩人工腎臓、持続緩徐式血液濾過又は血漿交換療法を実施している状態にある患者
- 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(当該手術を実施した日から起算して30日までの間に限る。)にある患者
- ⑫前各号に掲げる状態に準ずる状態にある患者

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

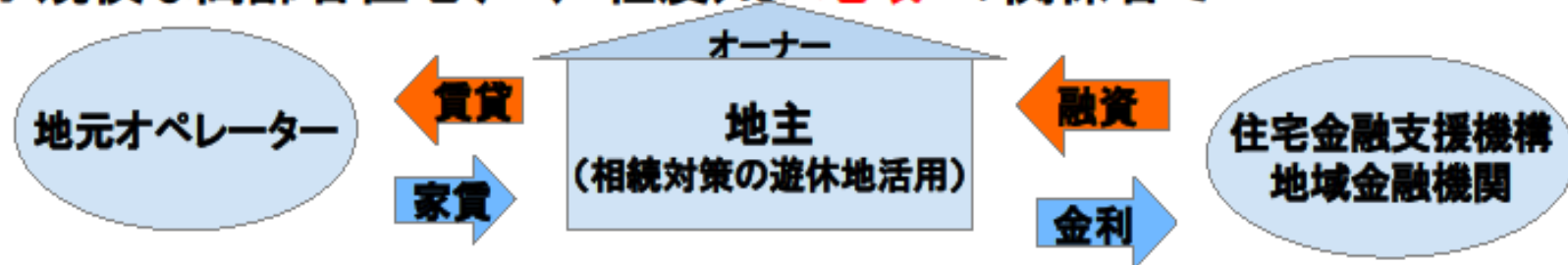
サービス付き高齢者向け住宅と 資金調達

ヘルスケア・リートの応用

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



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

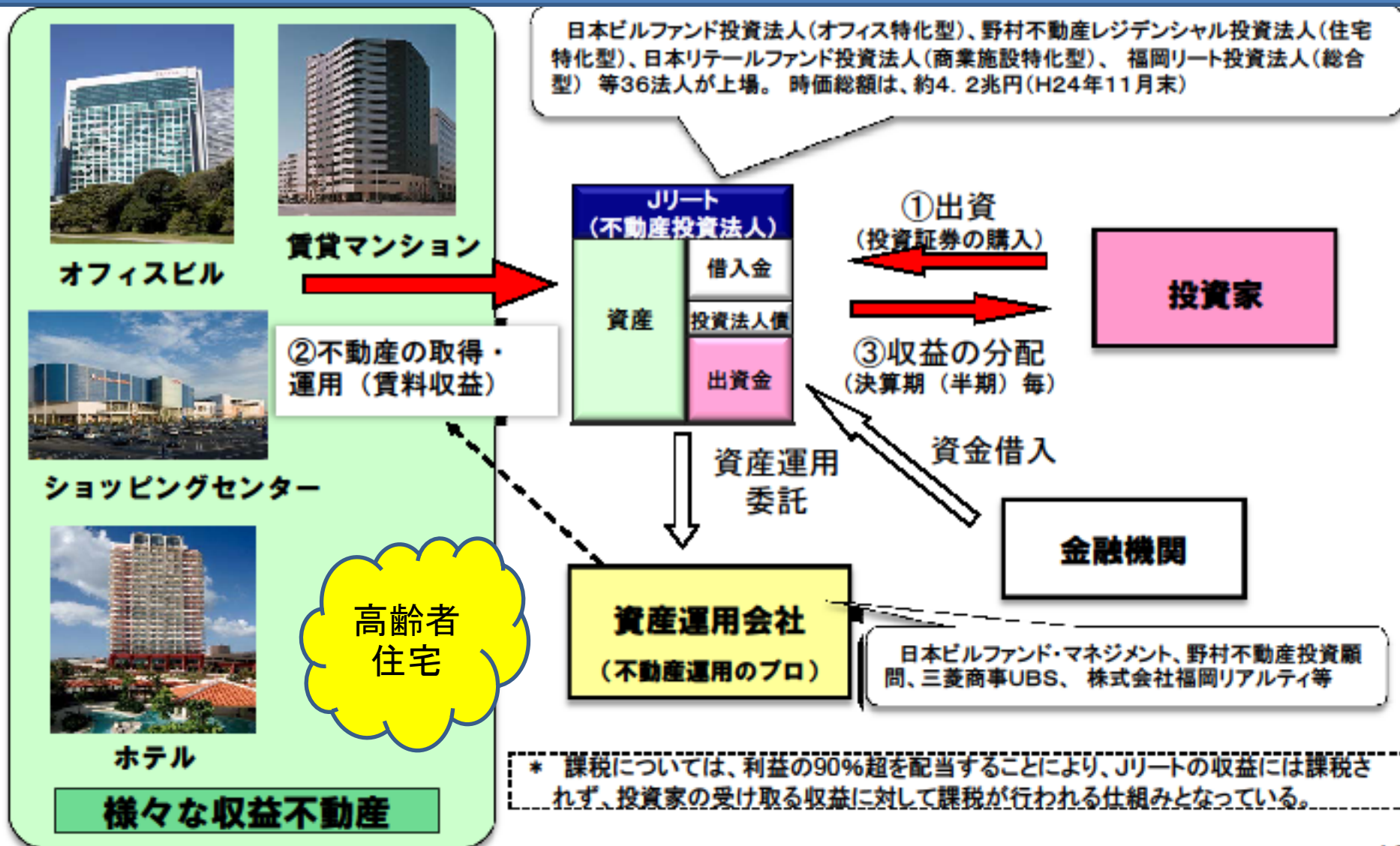
第3回検討委員会

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

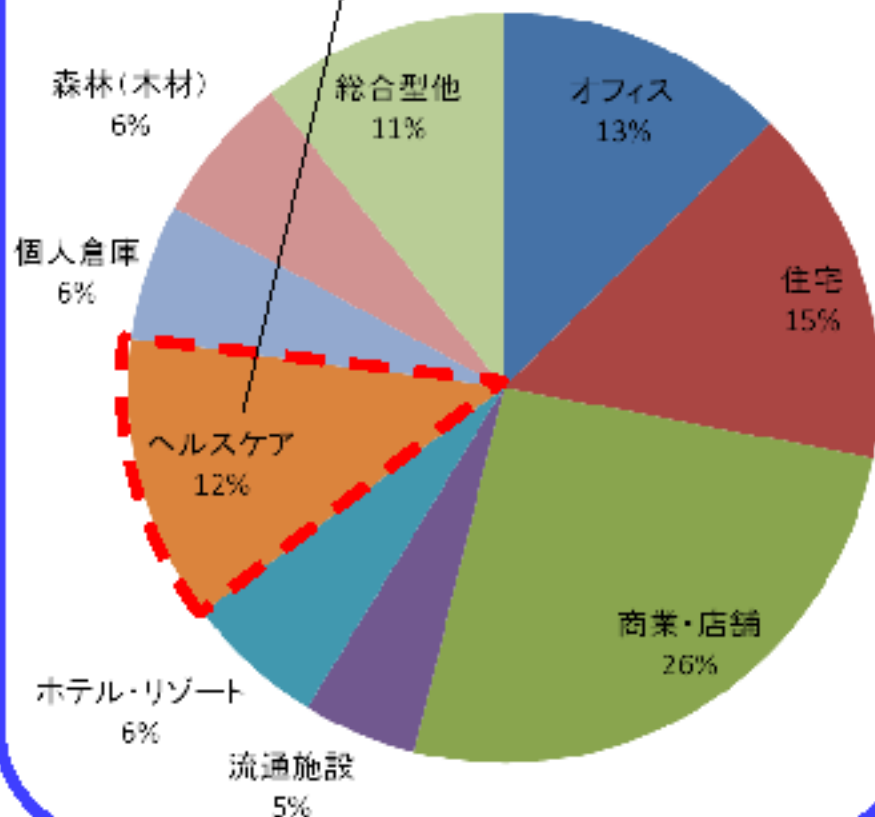
	国	時価総額 (2011年3月末)	上場銘柄数 (2011年3月末)
1	米国	35.6兆円	157
2	オーストラリア	6.8兆円	56
3	フランス	6.0兆円	43
4	日本	3.5兆円	35
5	英国	3.4兆円	25
6	カナダ	3.0兆円	34
7	シンガポール	2.4兆円	24
8	オランダ	1.1兆円	6
9	香港	1.0兆円	7
10	トルコ	0.7兆円	21

出典:『不動産証券化ハンドブック』(各国資料よりARES作成)

日米リートの用途別割合の比較

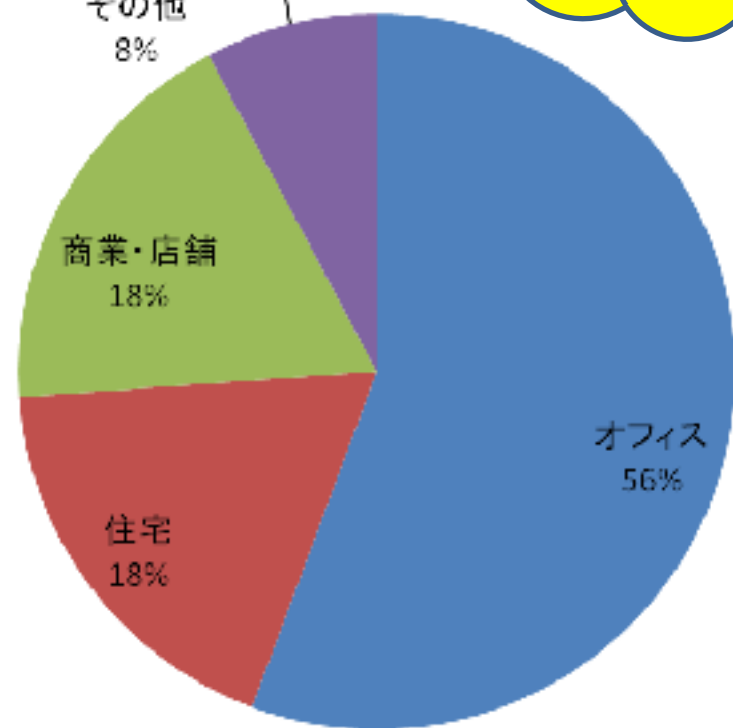
米国リート

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%

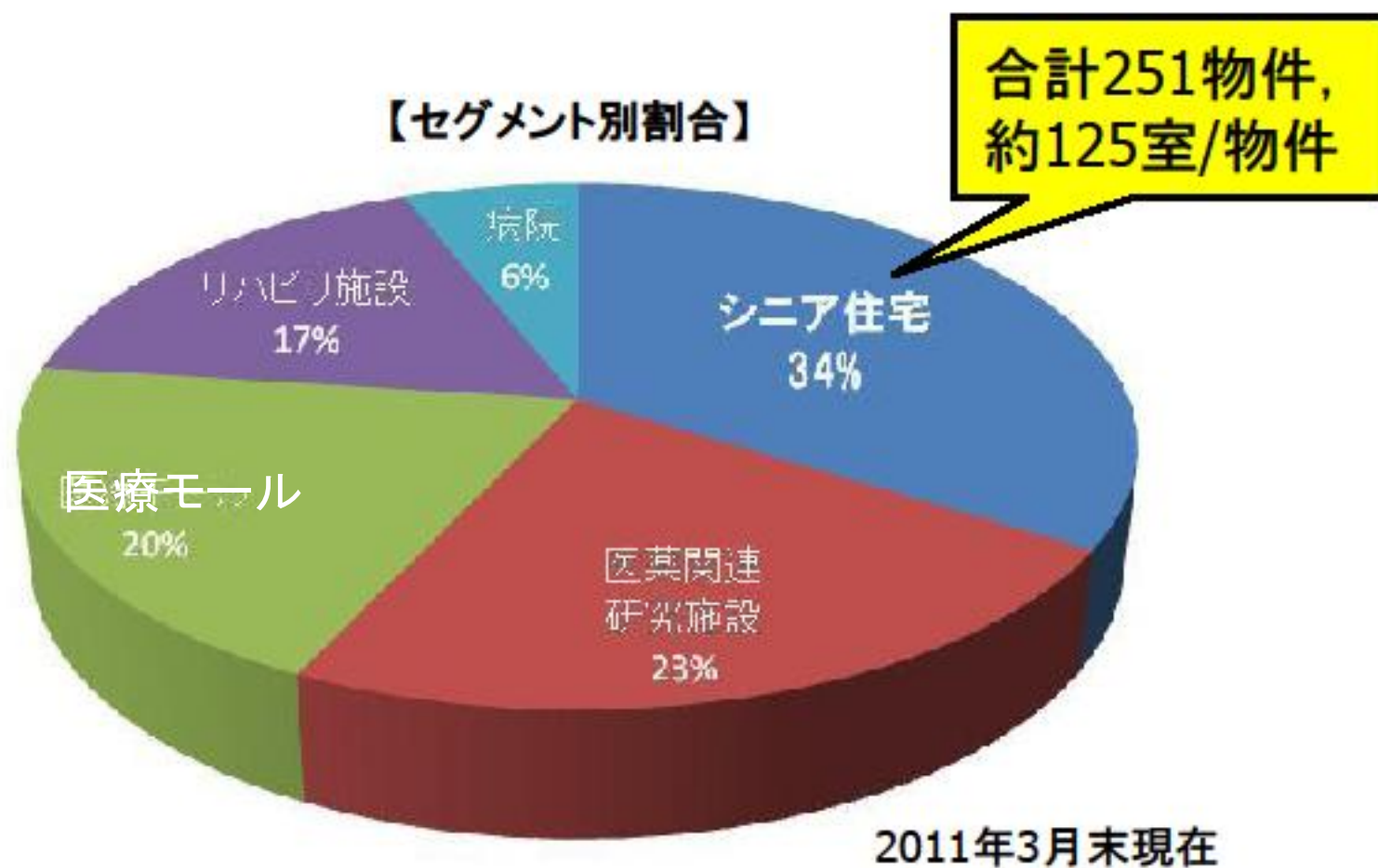


日本では
ヘルスケアリー
トはほとん
どない

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/\$)



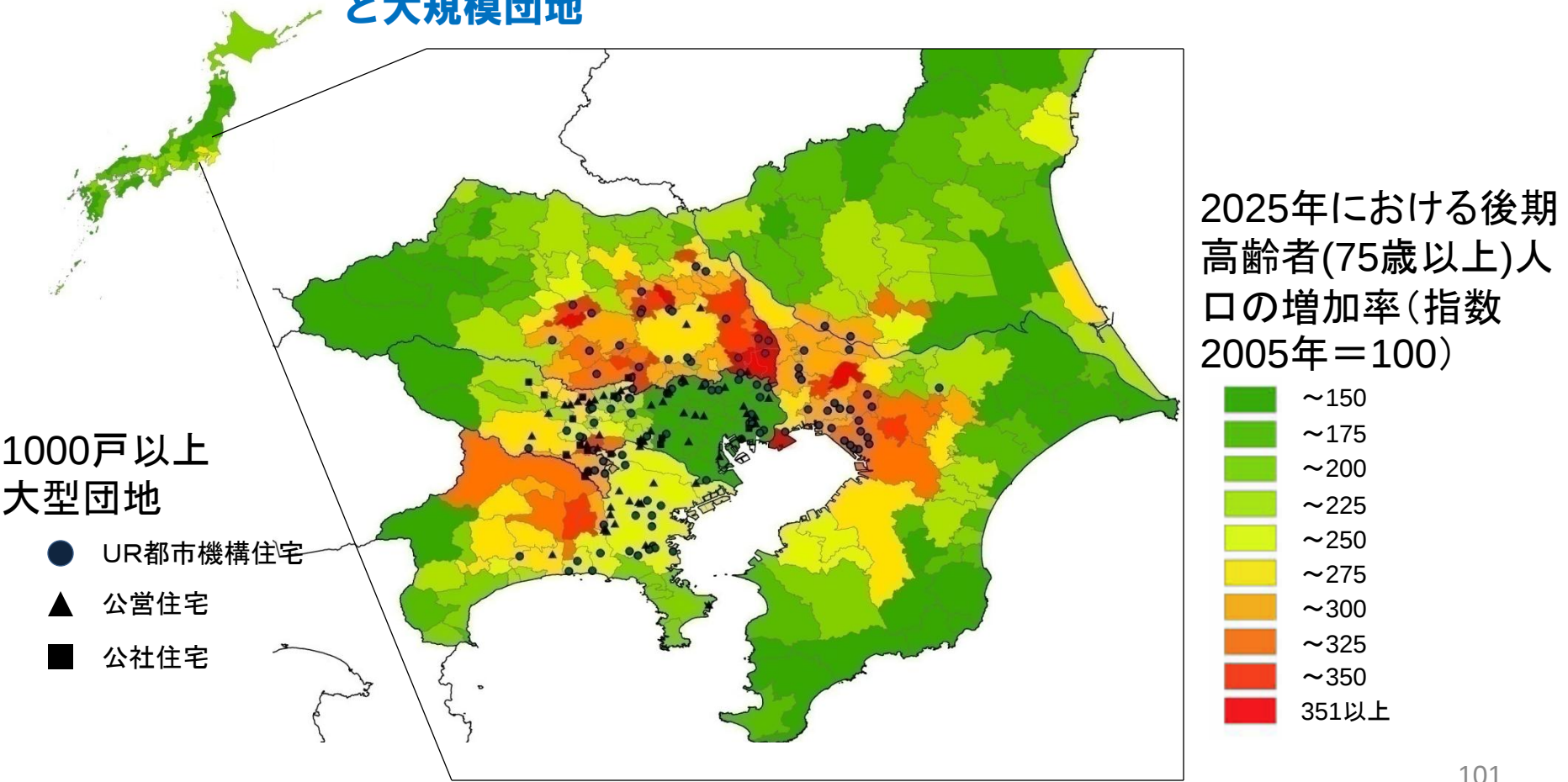
出典: HCP社WebサイトおよびHCP 2010 ANNUAL REPORTより

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

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tン対住宅の管理戸数が1000戸以上

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。

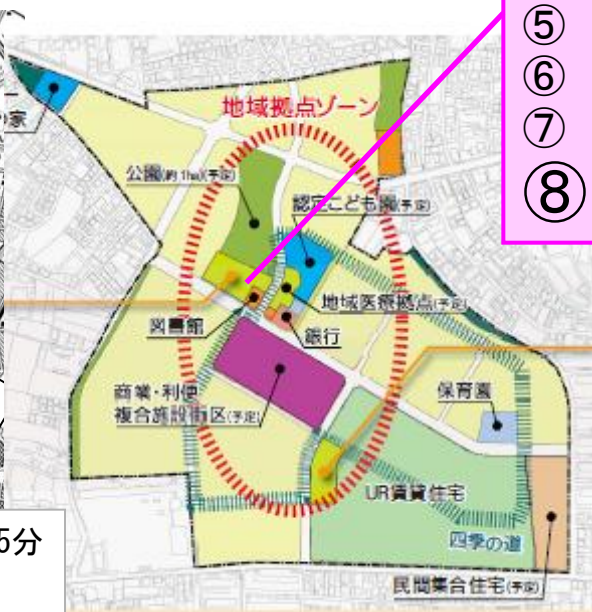
- 事業予定地 千葉県柏市豊四季台
- 予定事業期間 平成24年度～平成25年度

【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



- 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



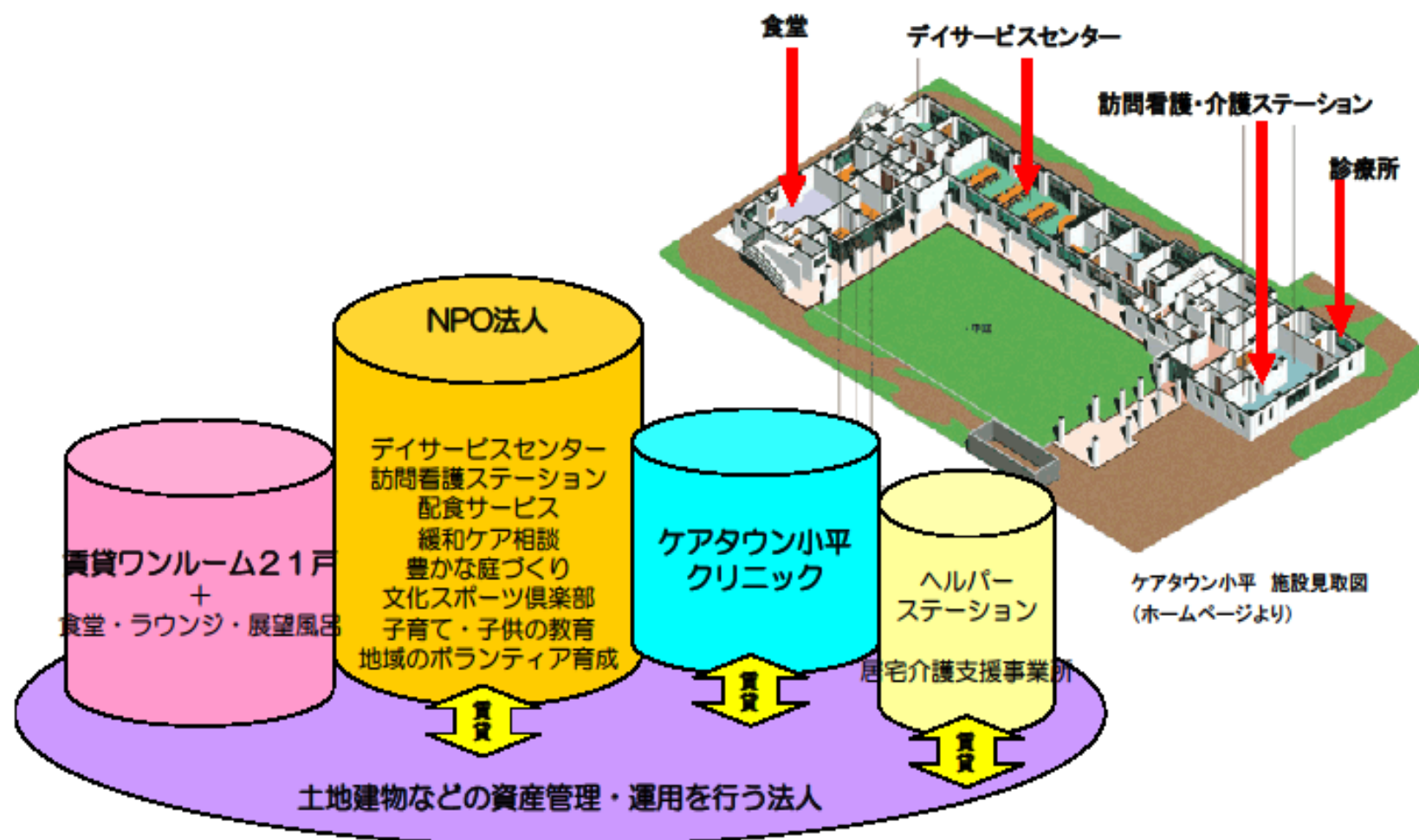
施設の概要『柏こひつじ園』

- 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 m²
延床面積：約 5,100 m²
規模：RC造 地上6階 地下1階
開設時期：平成23年10月予定



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



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の
議論から

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、これ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。**

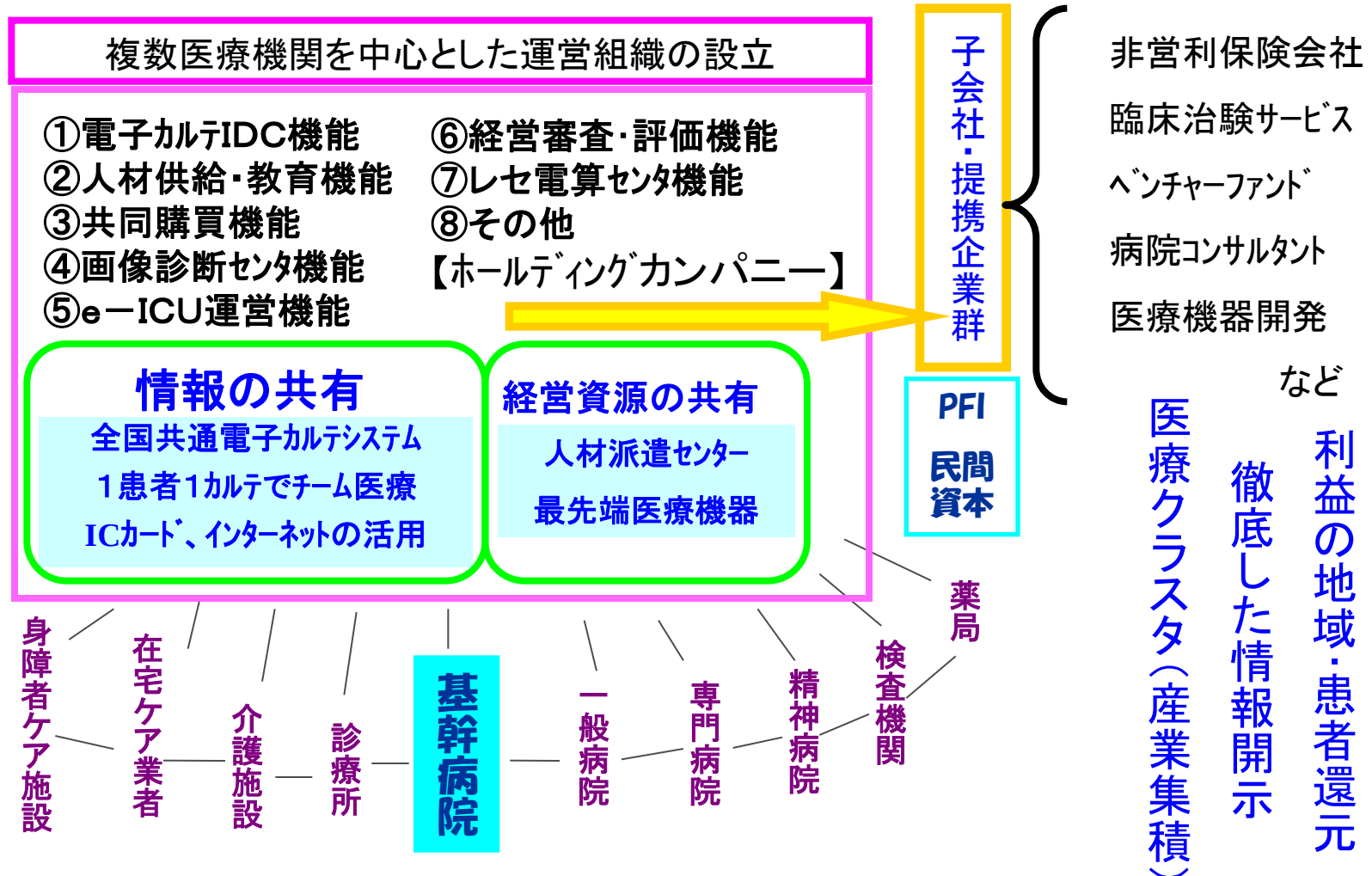
医療法人法の改正



- 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

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

- 長野厚生連グループなどが注目

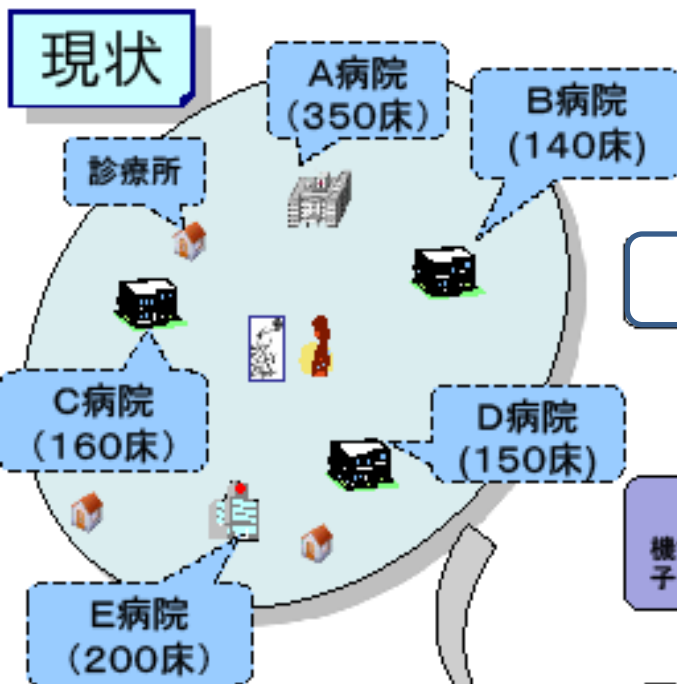
- また先進的な民間病院の連合体構想なども考えられる

- 東京湾沿岸の有力民間病院群

- 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

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

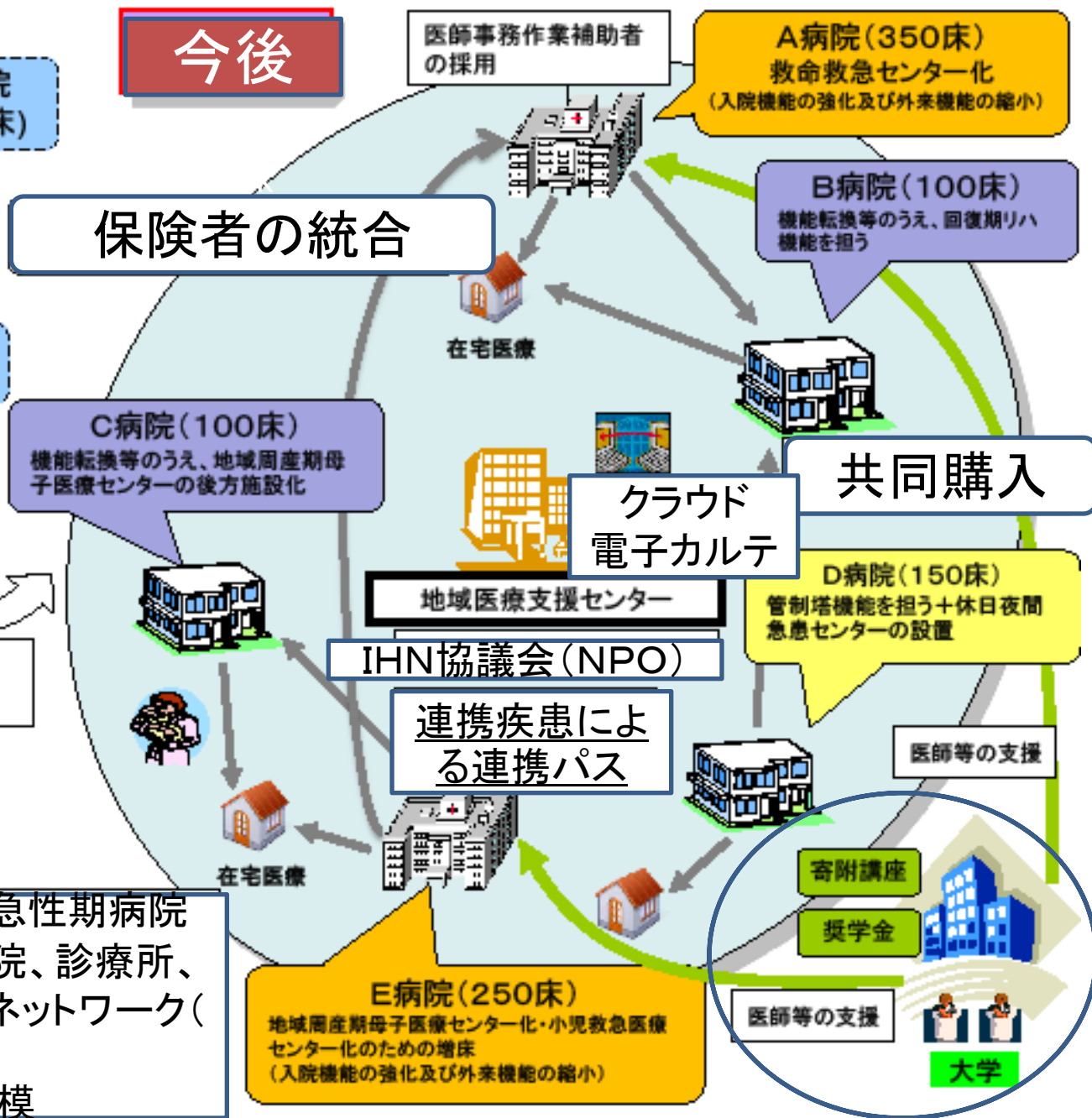
- 地域の医療資源が不足している
- 施設間で機能分化と連携ができていない

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



好評発売中！

病院再生への挑戦

●病院再生研究会編

武藤 正樹 国際医療福祉大学大学院教授

成田 徹郎 国際医療福祉大学大学院特任准教授

●B5判／122頁

●定価（本体価格2,800円＋税）

●ISBN978-4-902266-55-7



続・病院再生への挑戦

■編集 病院再生研究会

代表幹事 武藤 正樹 国際医療福祉大学大学院教授

事務局長 成田 徹郎 国際医療福祉大学大学院特任准教授

■B5判／98頁

■定価（本体価格2,800円＋税）

■ISBN978-4-902266-80-1

本書の内容

意欲的に医療再生

本書は専刊「

2012年に国際医療福祉大学大学院

札幌道都病院・十和田市立病院・豊川

事例や地域医療再生基金・ICT活用・地

富むアイデアを紹介。

乃木坂スクール
「病院再生セミナー」

対象

病院経営者・医療従事者・企業関係者・自治体関係者

CONTENTS

第1章 病院再生・再編・統合における平成25年問題

—改革のキーワード「強・リーダーシップ」「スピード感」「自主性」—

東日本税理士法人代表社員 長 隆

第2章 地域医療再生とIHN

キヤノングローバル戦略研究所研究主幹 松山 幸弘

第3章 V字回復の病院事業再生札幌道都病院の事例

医療法人社団札幌道都病院経営企画室長 高橋 宏昌

第4章 十和田市立病院経営改革から考える自治体病院経営のあり方

—十和田市病院事業経営評価委員会の議論を中心に—

元青森県十和田市副市長 小久保 純一

第5章 豊川市民病院の広域医療連携 —愛知県東三河の事例—

豊川市民病院事業管理者 佐々木 徳義

第6章 独立行政法人国立病院機構滋賀病院の改革

独立行政法人国立病院機構滋賀病院院長 井上 修平

第7章 病院の経営破綻を招かないために 国際医療福祉大学大学院客員教授 瀬上 清貴

第8章 地域医療再生基金について 厚労省医政局医療政策課地域医療対策室長 平子 哲夫

第9章 公立病院改革について

統括者自治財政局単公営企業室長 松田 浩樹

第10章 再生基金とICT活用の先駆的事例 —佐酒地域医療連携ネットワークの構築—

新潟県生達佐酒総合病院外科部長 佐藤 賢治

第11章 再生基金とICT活用の先駆的事例 —山形県置賜広域事例—

公立置賜総合病院院長 新澤 陽英

公立置賜総合病院医療連携部長 山田 昌弘

公立置賜総合病院医療連携・相談室室長 吉田 貴海

第12章 医療・介護再生への提言 —医療領域の課題、日本人はなぜ同じ轍を踏んできたのか！—

埼玉県済生会東松本病院院長補佐 本田 宏

続・病院再生への挑戦

病院再生研究会 編

代表幹事 武藤 正樹 国際医療福祉大学大学院教授

事務局長 成田 徹郎 国際医療福祉大学大学院特任准教授

日本医学出版

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**
- <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
- ・将来ビジョンは、現状を踏まえた上で、2025年を見据えた大きなグランドデザインの中から構築すべき

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。患者さんをご紹介します

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