

新たな地域医療構想策定に向けて

2024年4月17日

第2回新たな地域医療構想等に関する検討会
ヒアリング資料

一般社団法人未来研究所臥龍 代表理事/
兵庫県立大学大学院社会科学研究科 特任教授

香取 照幸

<http://www.garyu.or.jp/index.html>



Future Institute Wolong

いただいたお題

- **社会保障・税一体改革において目指していた医療・介護提供体制の考え方・方向性**
- **現在の医療・介護提供体制における課題**
- **新たな地域医療構想に期待すること**
- **2040年頃を見据えた医療提供体制のイメージ**

プレゼン時間が短いので、最初に結論を書きます。

○ 前回提出資料2 P163に示されている「主な課題」は、概ね議論すべき課題を網羅しており、首肯できる。前回の委員の議論を伺っても、各委員の問題意識は概ね同じ方向を指しているように思料。

○ その上で申し上げれば、

① 日本全体で見れば、2060年代後半までは医療・介護需要の総量は増大し続ける。他方で医療・介護を担う人的・物的資源は有限。かつ、地域ごとに置かれる状況は大きく異なる。すでに2040年、2060年になっている地域はたくさんある。

地域医療構想は、その前提で、各地域ごとに、2040年、あるいは2060年の絵姿を描き、そこからバックキャストで考えて、確保できる医療介護資源でいかに医療介護需要をカバーしていくか(=切れ目のない医療・介護サービスの実現)、という視点で考えることが必要。

② 故に、2040年に描かれる地域医療構想の姿は、地域によって大きく異なる。

: 現在及び将来における地域の医療資源の分布の姿

: 現在及び将来における地域の人口・高齢化率(高齢者の中の高齢化の進行度)・疾病構造の変化、さらには集住やコンパクトシティなど地域政策の動向によって地域コミュニティの姿がどのように変化するかを見通して、動態的視点で考える必要がある。

単純な都市一地方2元論、現在の人口規模による区分ではなく、より細かい類型分けが必要。

③ 地域ごとの差異、地域医療構想の前提となる今後の社会経済環境の変化の大きさに鑑みれば

: 現状の診療行動・機能分担(入院/外来、医療/介護)を前提にした現状投影型の推計は機能しない。

: 地域における医療提供体制全体の改革(最適の資源分配・機能分担・タスクシフト)、さらには医療・介護を通じた全体の改革を行なっていくことを織り込んだ改革遂行型地域医療構想を策定することが必要。

○ 各論について申し上げますと

- ① 在宅医療・地域医療の強化は不可避。これを織り込まないと病院・救急は機能不全を起こす。
コロナ禍の経験は「未来が前倒しで現前した」ということ。
テクノロジーの進歩は入院と在宅の役割分担(境界線)を大きく変え、時間と空間を超える医療を可能にする。在宅医療・地域医療の姿を描くときは、それを織り込むべき。
- ② 今後の人口動態の変化は極めて大きい。現在の2次医療圏の大半はおそらく維持できない。2040年あるいは2060年の人口分布(と医療資源の分布)を念頭に医療圏そのものの見直す必要がある。
- ③ 人口が減少していく中、2035年には85歳以上高齢者が1000万人を超える。その半数は要介護、4割は認知症。独居・高齢夫婦が大半となり家族介護力は当てにならない。
医療も介護同様、アウトリーチを前提とした提供体制へと組み替えていくことが必要
- ④ 資源制約(特に人的資源制約)は大きいと考えるべき。
:コロナ禍で明らかになった日本の医療提供体制の脆弱性を踏まえ、有限の資源をいかに効率的に組み立てて需要に応えるか、という視点が重要。その観点からもかかりつけ医機能の実装は不可欠。
:現状以上の過重労働を現場に課すことはできない。働き方改革は当然に織り込むことが必要であり、タスクシフト(専門職間の「人的タスクシフト」)、テクノロジーの活用(IT、IoT、SaMD、AI)による現場の負担軽減を大胆に進めないと、地域医療構想それ自体が画餅に帰しかねないと考えるべき。

総じて

今回策定される地域医療構想は、将来の医療のあり方そのものを描く構想、と位置付けるべき

參考資料

医療・介護提供体制改革の議論の流れ

社会保障国民会議(2008)

社会保障の機能強化(充実と効率化)としての医療提供体制の改革

医療・介護に関するシミュレーション

:あるべき医療・介護提供体制の提示

一定の改革(機能分化と連携・タスクシフト)を織り込んだ改革シナリオ



社会保障・税一体改革(2012)

「2.7兆フレーム」(機能強化と効率化の同時実施) 消費税の目的税化



社会保障改革プログラム法・社会保障制度改革国民会議(2013)



医療介護確保総合確保法(2014)

社会保障国民会議

社会保障国民会議（2008.1設置 6中間報告 11最終報告）

社会保障の「綻び」の顕在化(医療崩壊・少子化の進行)+歳出抑制路線の行き詰まり
→ 社会保障の安定財源確保と税制改革のリンケージ

・社会保障改革のアジェンダ転換

「持続可能性の確保」 → 「必要な機能の強化」

・年金・介護、年金に関する長期シミュレーションの実施

年金：税方式移行の長期シミュレーション

税方式論の問題点をマクロ・ミクロで提示

医療：一定の改革シナリオを織り込んだシミュレーション

将来の医療介護ニーズに対応する改革シナリオを提示

機能強化のために必要な財源規模を試算・消費税率に換算し提示

医療・介護費用に関するシミュレーション(2008.10)

現行制度の様々な構造問題(サービスの不足・非効率な提供システムなど)について、サービスの充実と効率化を同時に実施する改革を行い、「医療・介護サービスのあるべき姿」を実現した場合の医療・介護費用について行なった試算。

具体的には、医療について、病床の機能分化を進めるとともに急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入してできるだけ入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現し、同時に在宅医療・在宅介護を大幅に充実させ、地域での包括的なケアシステムを構築することにより利用者・患者のQOL(生活の質)の向上を目指す。

ポイント

単なる「費用推計」ではなく、一定の政策的インプリケーションを前提に行なった初めての試算。

- ① 医療と介護を一体的に推計したこと
- ② サービス提供体制改革を織り込み、複数のシナリオのもとで供給サイド（病床数・施設数・マンパワー）の推計も同時に行ったこと

医療・介護提供体制にかかる課題 ～ 我が国の一般病床・療養病床 ～

- 老人医療費無料化時代(1973～82年)から1980年代頃までは、高齢者の入院・入所ニーズは ほぼ病院で受け入れていた。
- 1990年頃から、急性期医療(一般病床)、慢性期医療(療養病床)、介護(介護老人保健施設)のニーズに応じた機能分化を進めてきたが、機能分化はまだ不十分であるとともに、急性期医療をさらに機能分化・機能強化するニーズが生じてきている。

(一般病床)

- 急性期医療については、医療資源の集中投入がより必要な重症患者を中心とした急性期医療の機能分化・重点化が十分でなく、さらに、平均在院日数も諸外国と比較しても長くなっており、全体として非効率であるのみならず、医療の質・患者のQOLにも影響を与えている。
- 他方、そのような重症急性期患者の退院後の受け皿となる、いわゆる亜急性期・回復期にふさわしい、ある程度安定した急性期治療やリハビリ等の機能を有する病床は非常に不足している。このことが、一般病床と療養病床の機能分化、平均在院日数短縮が進まない一因となっている。

(療養病床)

- 医療ニーズの強い患者を受けれている事例が存在する一方、いわゆる社会的入院を受け入れる事例もあるなど、病院の機能と患者の状態像とが必ずしも合致していない。

「シミュレーションの前提」におけるサービス提供体制改革の基本的考え方

- 平成37(2025)年において、国民の医療・介護ニーズを保障するために必要な医療・介護サービスを確保する(サービス総量の確保)。
- 社会保障国民会議中間報告で指摘されている、現在の医療・介護サービス提供体制の問題点を克服し、国民の求める医療・介護サービスを、質・量両面で最も効率的かつ効果的に提供できる体制を実現する。(効率的・効果的サービス提供の実現)
- 病気や介護が必要になっても、適切なサービスを利用して、個人の自立とQOLの追求が可能になるよう、医療・介護を通じて、個々人の心身状態に最もふさわしいサービスが切れ目なく提供できるような医療・介護サービス提供体制の一体的改革を行う。(サービスの質の確保、利用者の個別性の尊重)
- 施設か在宅かの二者択一ではなく、介護施設の生活環境の改善(個室、ユニット化)や小規模化と在宅医療・介護サービスの多様化と拡充、ケア付き住宅など居住系サービスの拡充により、利用者の希望と選択により、重度であっても、地域のなかでの暮らしを継続できるように必要なサービスを提供する。(個人の選択・生活の継続性の保障)
- 欧米先進諸国の実情も参考にし、国際的にみても遜色ないレベルの医療・介護を目指す。

《参考》社会保障国民会議中間報告で指摘されているサービス提供体制の構造改革

- ・ 病院機能の効率化と高度化
- ・ 地域における医療機関のネットワーク化
- ・ 地域における医療・介護・福祉の一体的提供(地域包括ケア)の実現
- ・ 医療・介護を通じた専門職種間の機能・役割分担の見直しと協働体制の構築

(3) サービス提供体制の構造改革と人的資源・物的資源の計画的整備

「選択と集中」の考え方に基づいて効率化すべきものは思い切って効率化し、他方で資源を集中投入すべきものには思い切った投入を行うことが必要であり、そのために必要な人的・物的資源の計画的整備を行うことが必要である。

① サービス提供体制の構造改革

・ 病院機能の効率化と高度化

国際標準から見て過剰な病床の思い切った適正化と疾病構造や医療・介護ニーズの変化に対応した病院・病床の機能分化の徹底と集約化

専門的医療提供を行う中核的病院(特に急性期病院)を中心とした人員配置の思い切った拡充・機器装備の充実

・ 地域における医療機能のネットワーク化

「施設完結型」システムから「地域完結型」システムへの転換。地域の病院・診療所が網の目状のネットワークをはり、地域資源を最大限効率的に活用しながら相互の機能分担・連携によって「面的」に医療ニーズをカバーする体制の実現

・ 地域における医療・介護・福祉の一体的提供(地域包括ケア)の実現

人々が日常を過ごす地域で、必要な医療・介護・福祉のサービスが包括的・継続的に提供できる体制の実現。

在宅支援機能を持つ主治医と介護支援専門員の連携を軸にした「地域包括ケアマネジメント」の実現

・ 医療・介護を通じた専門職種間の機能・役割分担の見直しと協働体制の構築

「チーム医療」「多職種協働」を基本に、限られた専門人材を効果的・効率的に活用し、利用者に対するよりよいサービスの提供を実現

② サービスを支える人的・物的資源の計画的整備

・人的資源の確保

「人が人を支える」という意味における「労働集約型サービス」としてのサービスの特性を踏まえ、医療・介護分野全体及び専門分野ごとの人的資源需要予測を行い、計画的養成・整備に早急に取り組む(資料28)。

医療機関経営・介護事業経営に関わる専門人材の養成・能力開発

・物的基盤の整備

知識集約産業としての特性を踏まえた、病院・施設の設備整備コストの確保

医療・介護におけるIT化の推進(可能な限りのレセプトオンライン化前倒し、データベース化促進等)

(4) 診療報酬体系・介護報酬体系の見直し

上記改革を実現していくためには、安定的な財源の確保・継続的な資金投入が必要であるが、同時に医療制度・介護制度内部での財源配分のあり方についての見直しも必要である。

そのためには、診療報酬・介護報酬について、構造改革を着実に推進する観点から、報酬体系そのもの、基本骨格のあり方にさかのぼった検討が必要である。

(5) 医療・介護に関する将来試算の実施

上記の一連の改革を行っていくことを前提にした上で、あるべきサービスの姿はどのようなものなのか、そのことを明らかにしつつ、それを実現し、維持していくためにはどれだけの費用(フロー・ストック)が必要なのかを推計する試算を早急に実施する。

費用推計試算を踏まえ、財源の確保方策について検討を行う。

具体的改革の方向

(総論)

- 医療・介護を通じたサービス提供体制の一体的な改革を行うことを基本に、改革度合いが緩やかなシナリオ(B1シナリオ)から、最も改革が進んだシナリオ(B3シナリオ)まで、複数の改革シナリオを見込む。

(急性期医療)

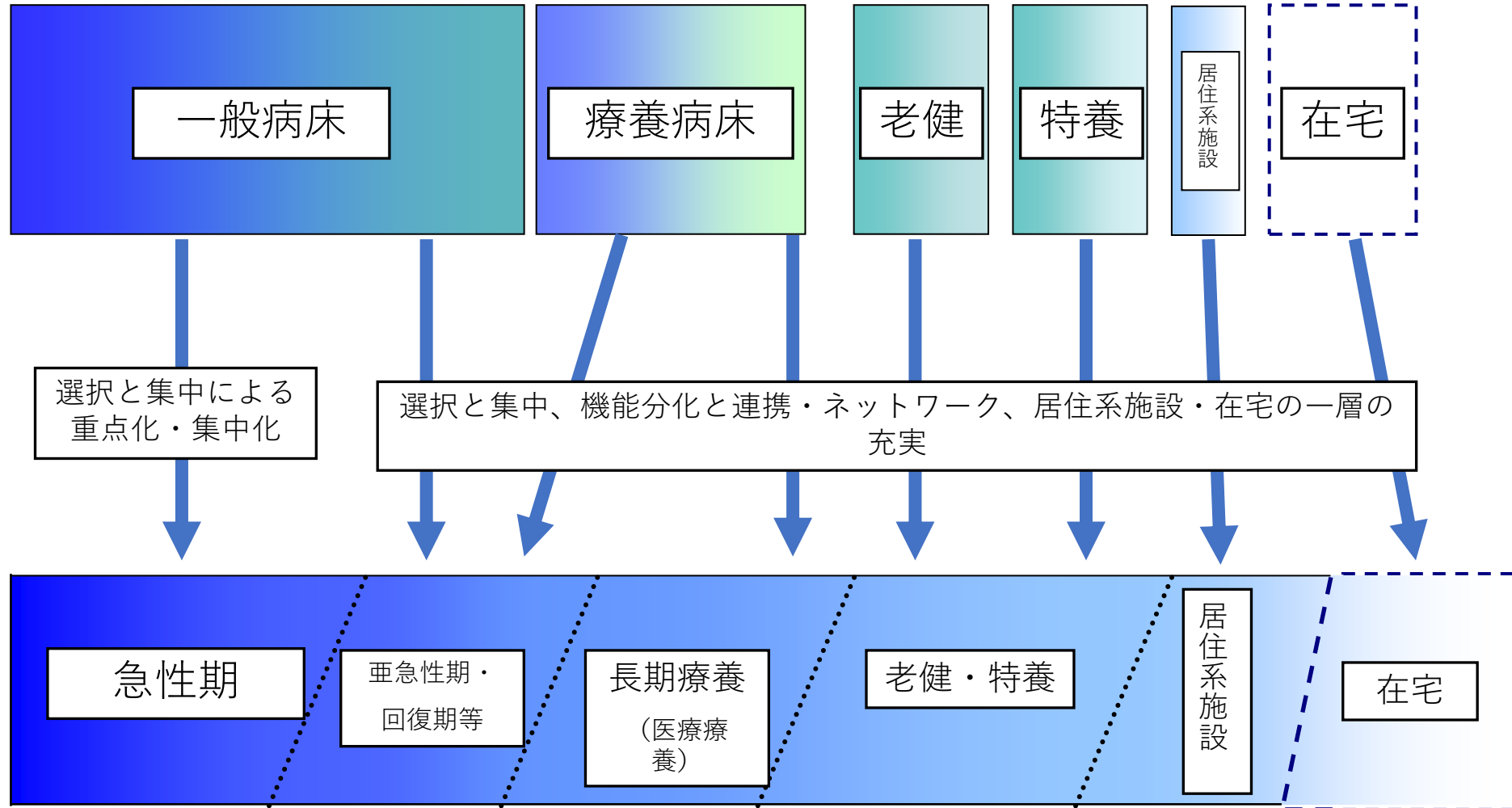
- 急性期入院医療について、早期の社会生活復帰を可能とするよう、医療の質の向上と効率性の向上により平均在院日数の短縮を図る。
- このため、現在の一般病床を急性期病床と亜急性期・回復期病床等とに機能分化し、急性期病床について人的・物的資源の集中投入による重点化・機能強化を図る。
- 同時に、急性期後の継続的な入院医療が必要な者に対する回復期リハビリテーション、亜急性期医療の機能強化を図るとともに、連携パスの普及、在宅医療の充実強化等により、急性期医療全体での早期退院－社会復帰の実現・在宅での療養継続支援を目指す。
- また、医療の高度化、集中化、機能分化等の医療提供体制の充実により、救急医療体制についても、機能分化にあわせた救急機能の充実強化を図る。

(慢性期医療)

- 慢性期医療を中心とする長期療養について、重症化・重度化に対応した機能強化を図るとともに、在宅医療の充実強化、施設・在宅を通じた介護サービスの拡充により、できる限り住み慣れた地域での療養生活継続を実現する。

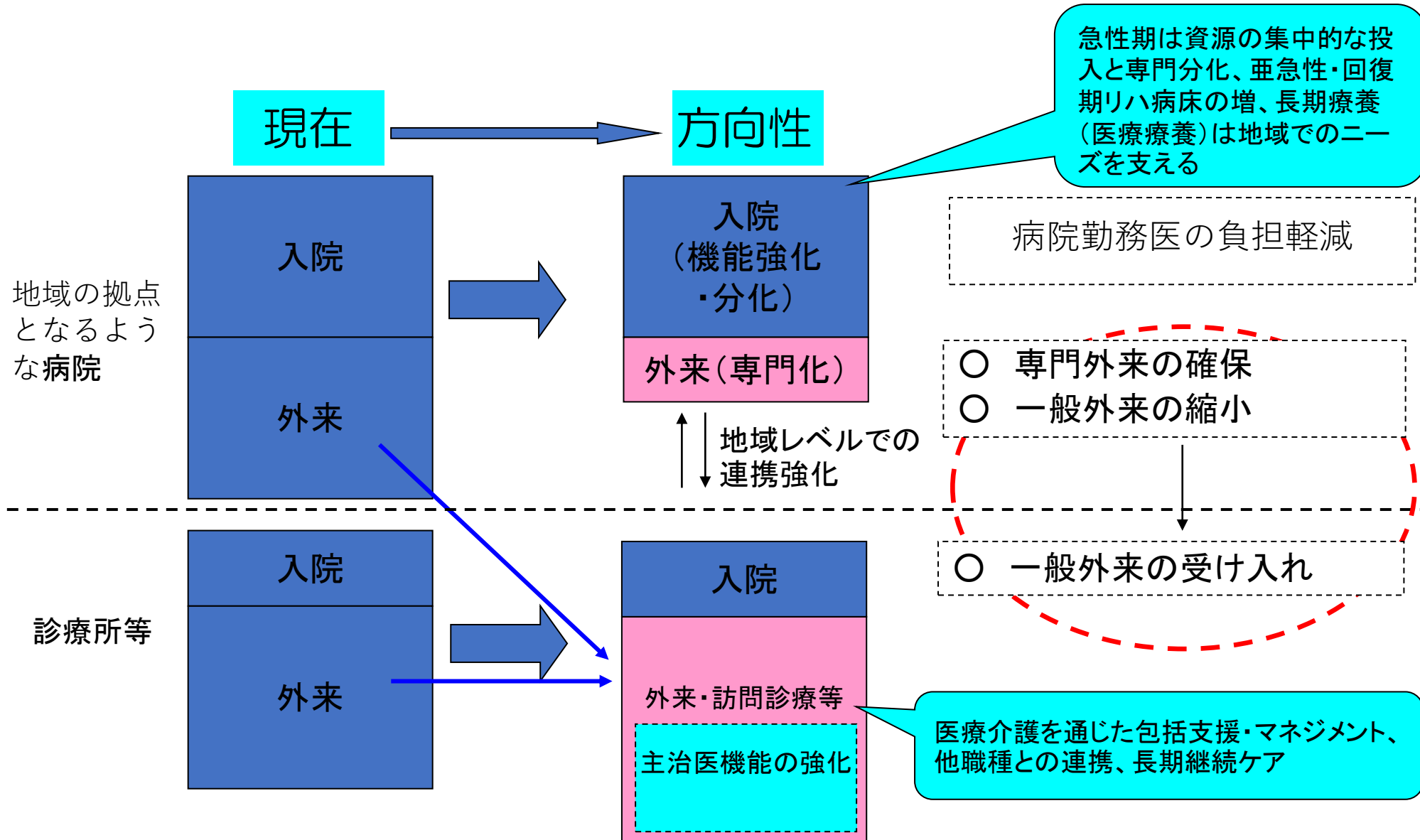
医療・介護提供体制の現状と将来像(イメージ図)

現状：病床機能の未分化、ニーズに応じた供給の不足



将来像：選択と集中、機能分化・ネットワーク、居住系施設・在宅の一層の充実

外来医療の役割分担のイメージ

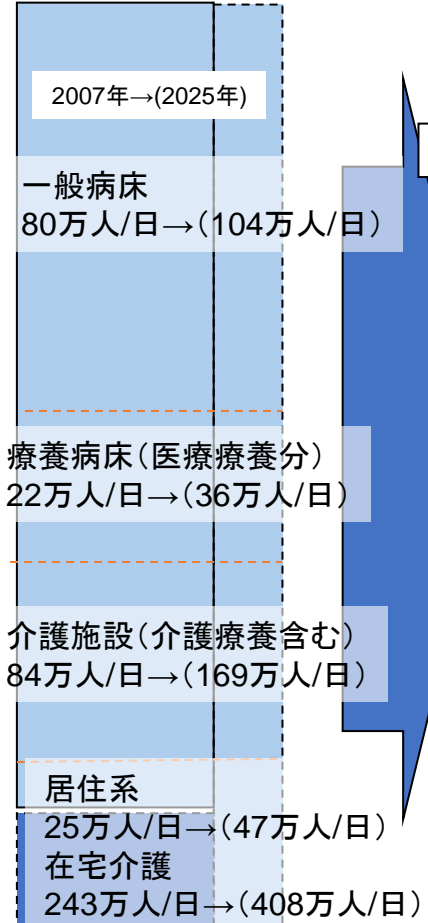


医療・介護サービスの需要と供給（一日当たり利用者数等）のシミュレーション

総括図

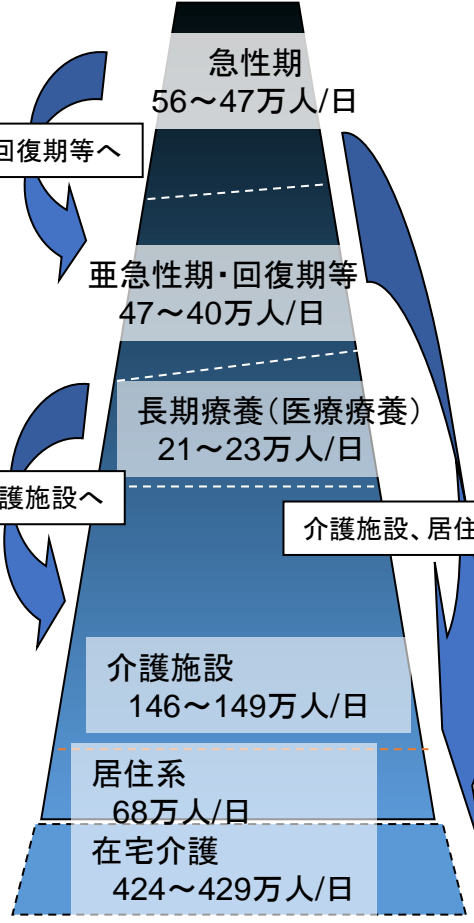
大胆な仮定をおいた平成37(2025)年時点のシミュレーションである

現状投影シナリオ (Aシナリオ)



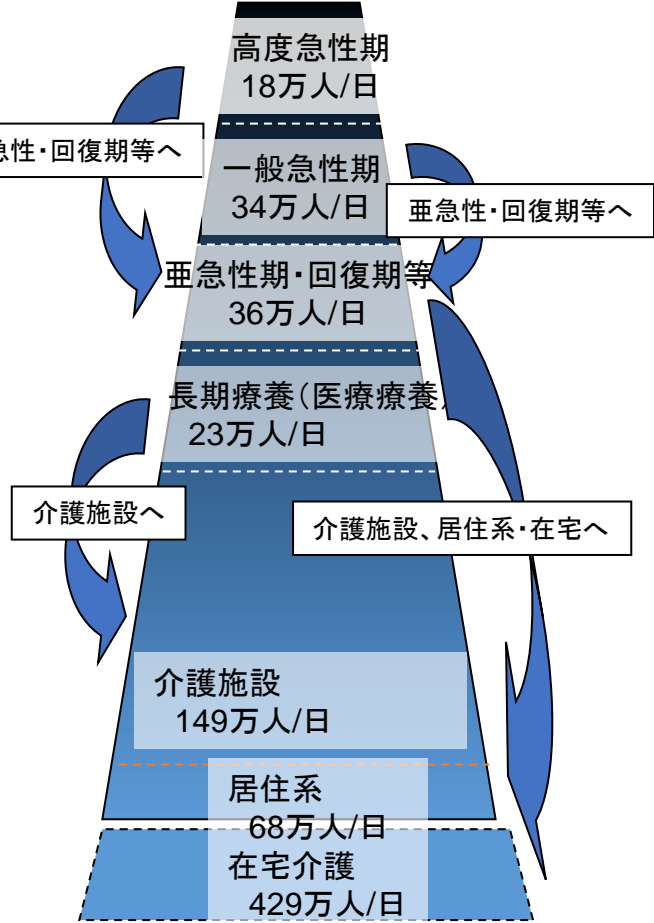
現状及び現状固定の推計による2025年の需要の伸びを単純においた場合

B1、B2シナリオ ー改革シナリオー



一般病床を機能分化(B1,B2シナリオは2分割、B3シナリオは3分割)。急性期の医療資源を集中投入し亜急性期・回復期との連携を強化。在院日数は減少。医療病床の医療必要度の低い需要は介護施設で受け止める。さらに在宅医療、居住系・在宅介護等の提供体制を強化することにより居住系・在宅サービスを強化。

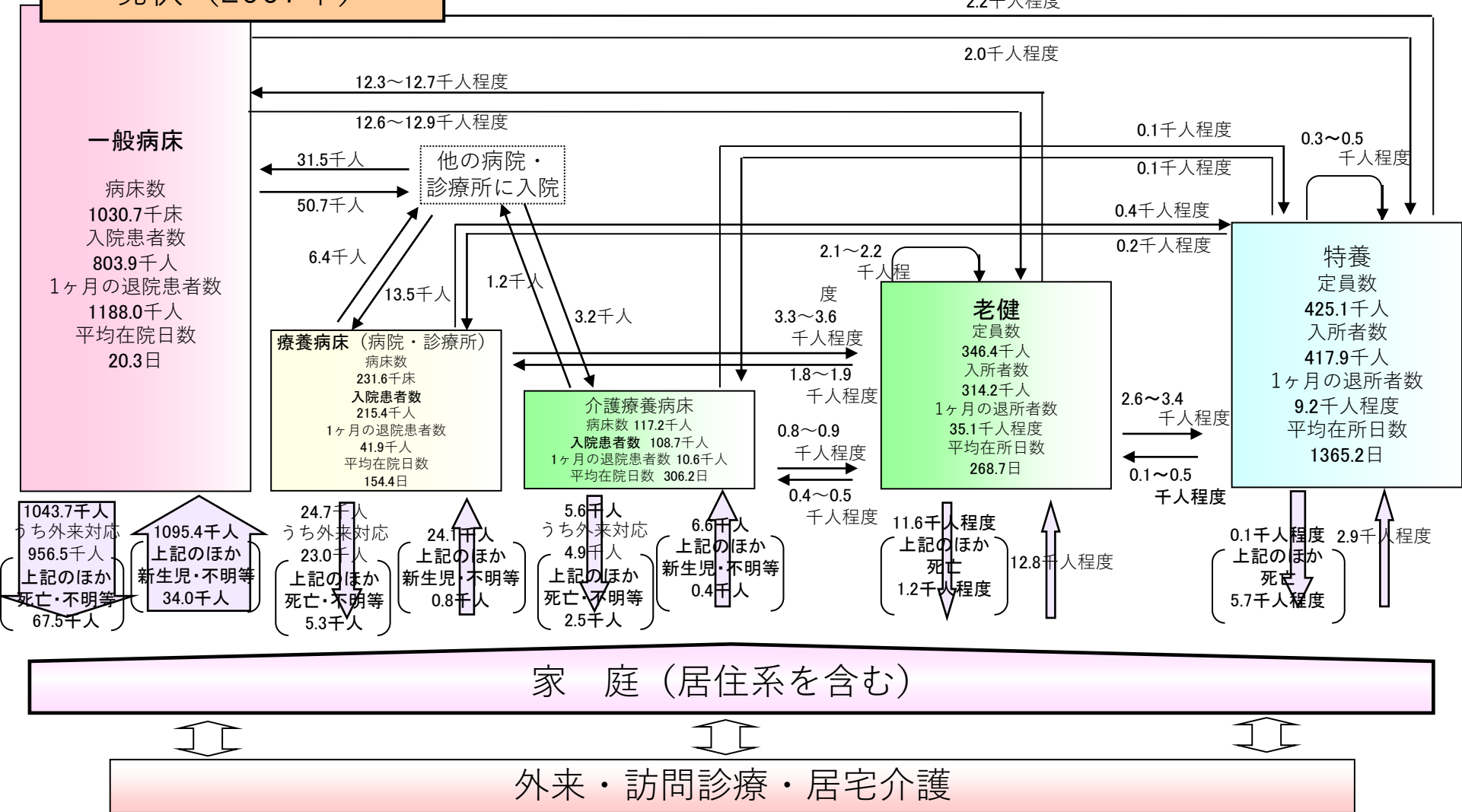
B3シナリオ



※上記に重複して外来や在宅医療受療者が2025年には1日当たり600万人あまりいる。 ※一般病床及び療養病床に有床診療所含む。

(附) 医療／介護・施設／在宅間の利用者の移動に関するシミュレーション

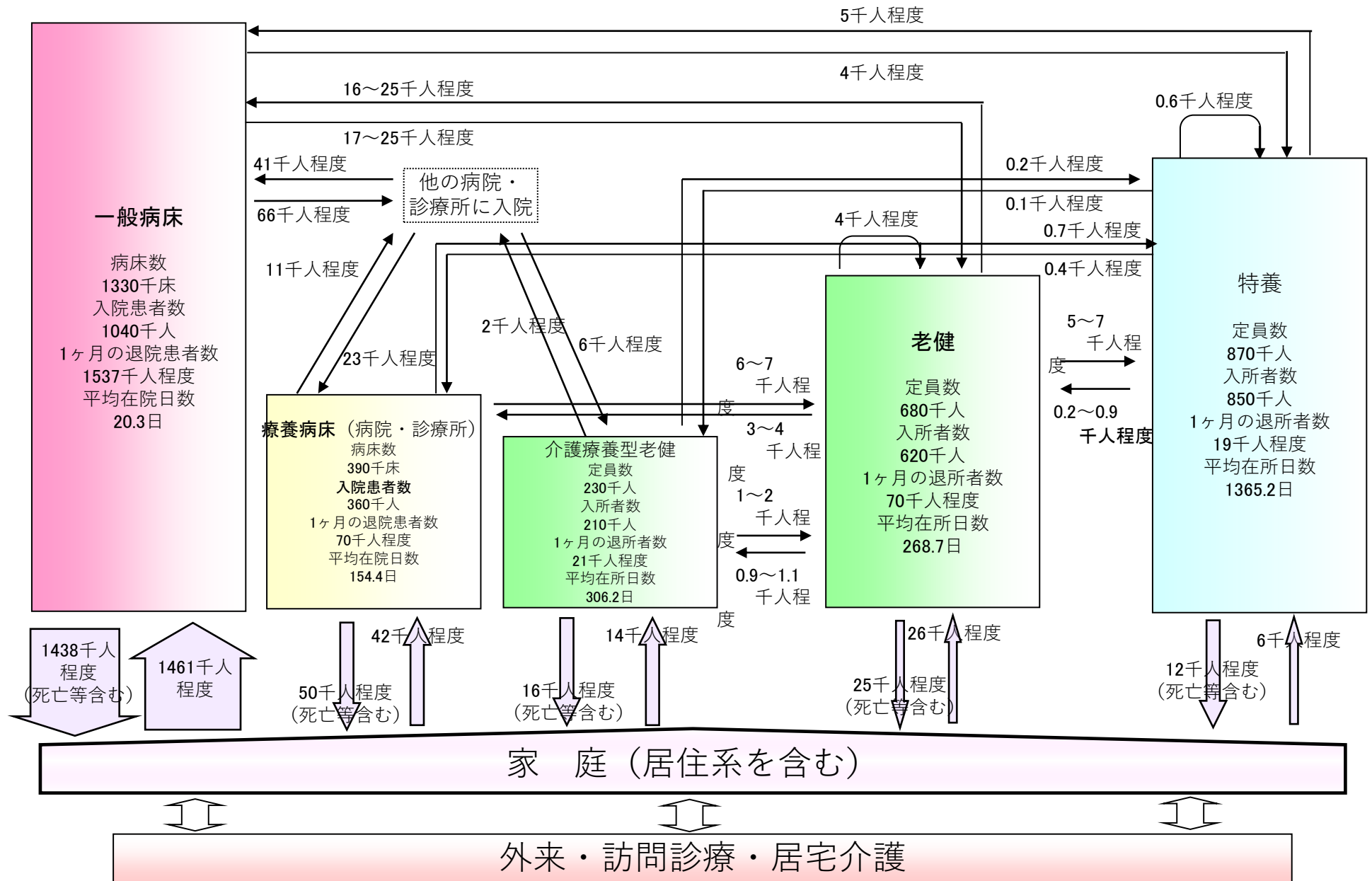
現状 (2007年)



(資料)「患者調査」、「介護サービス施設・事業所調査」(厚生労働省)等
(作成方法等)

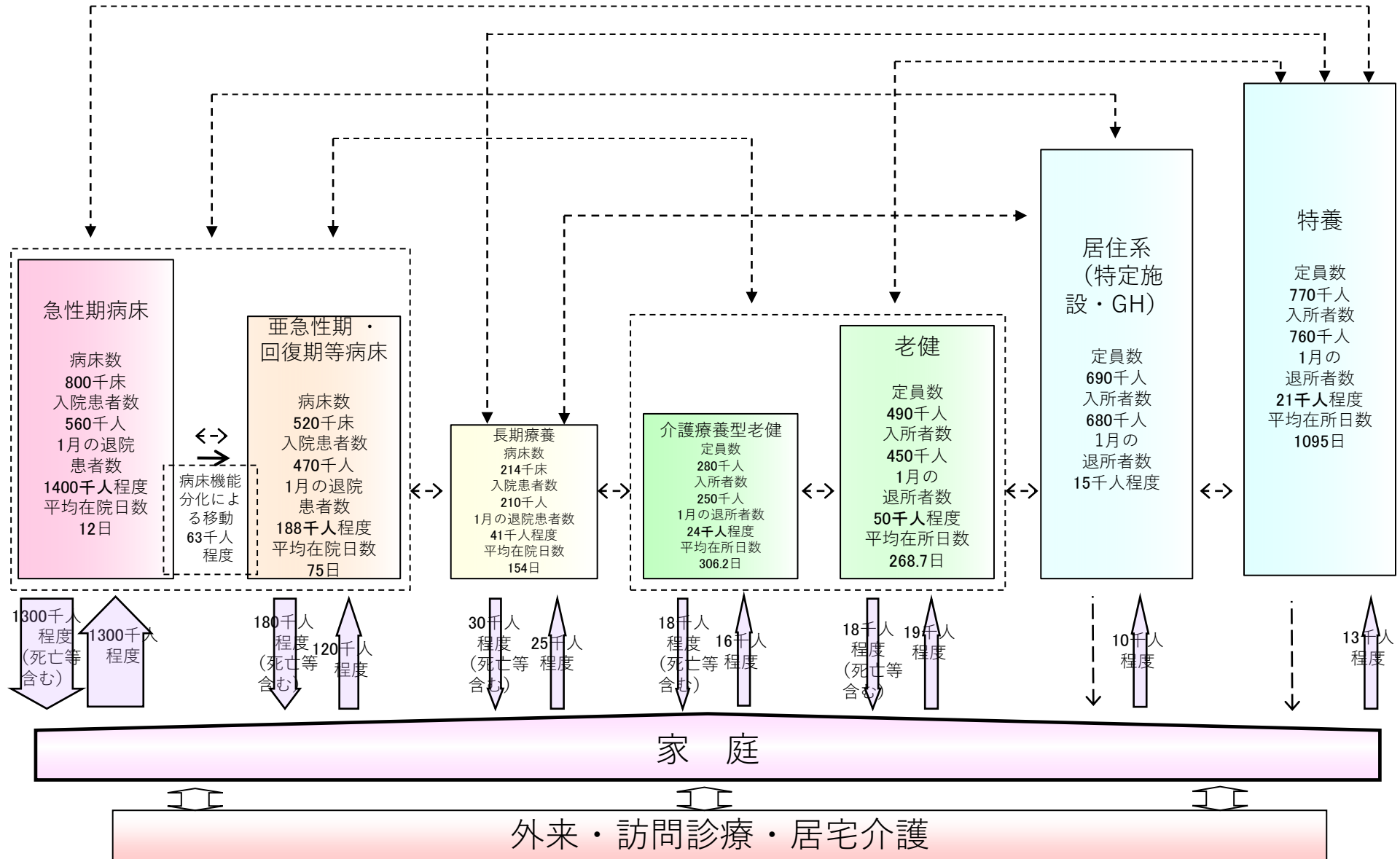
1. 入院・入所者数や平均在院日数は、医療・介護サービスの需要と供給のシミュレーションの数値を使用(平均在院日数は調査結果より)。
2. 利用者の移動(入退院・入退所等)数については、「患者調査」及び「介護サービス施設・事業所調査」と、入退院・入退所等の数等が定常状態の場合における関係式(ある日において入院・入所している者の数=ある日における入(退)院・入(退)所者数×平均在院・在所日数)とに基づき設定。なお、1月は30日として計算。
3. 調査によって各施設等に係る「入所前の場所」と「退所後の行き先」とが完全に一致しないこと等から、数値は一定の幅をもって表示している。
また、特養と医療機関との間の移動については特養の退所者数を基に設定した。

現状投影シナリオ (Aシナリオ)



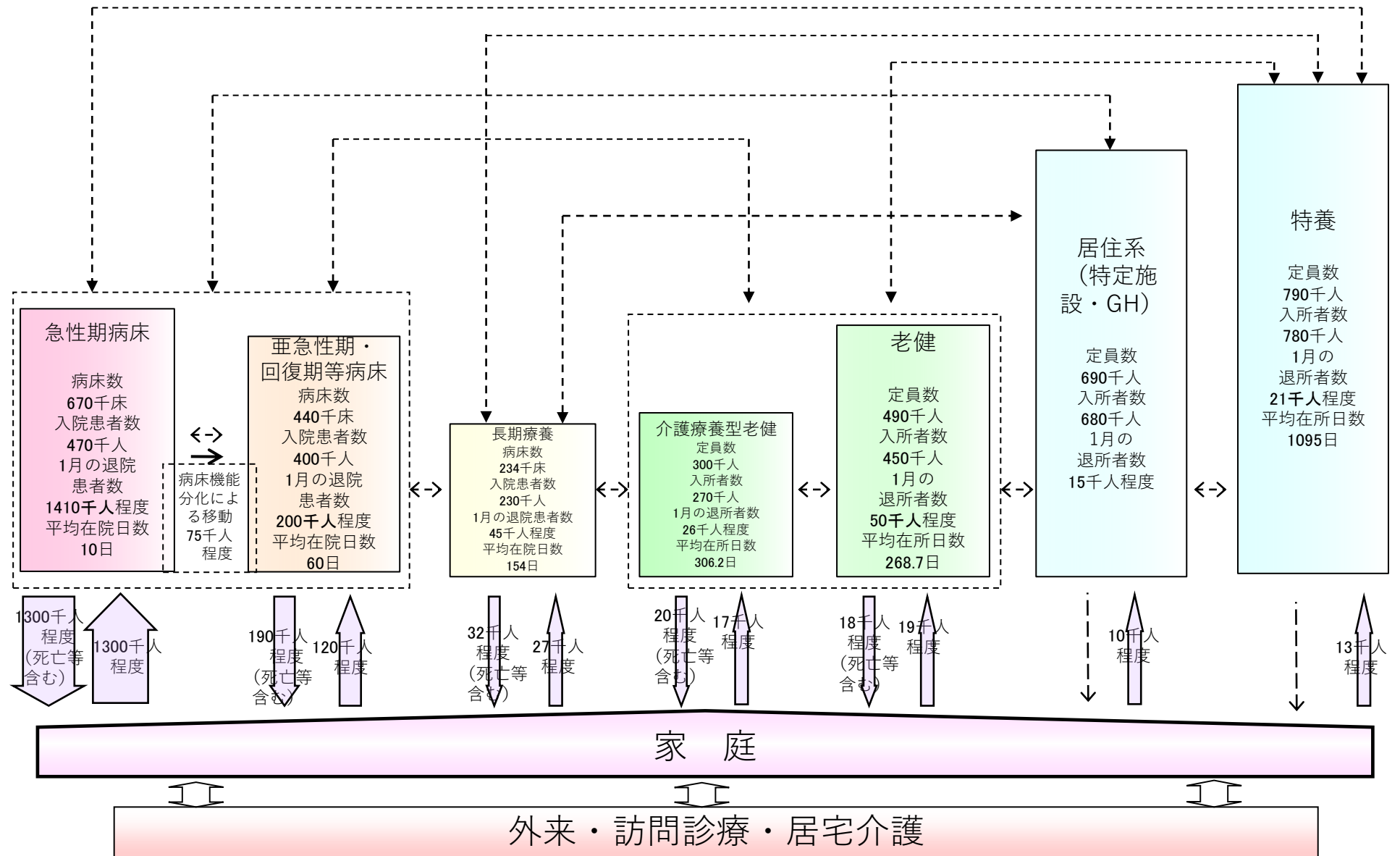
※ 2007年における数値を入院・入所者数等の変化に応じて変化させて設定。なお、平均在院・在所日数は変わらないものと仮定。

改革シナリオ (B1シナリオ)



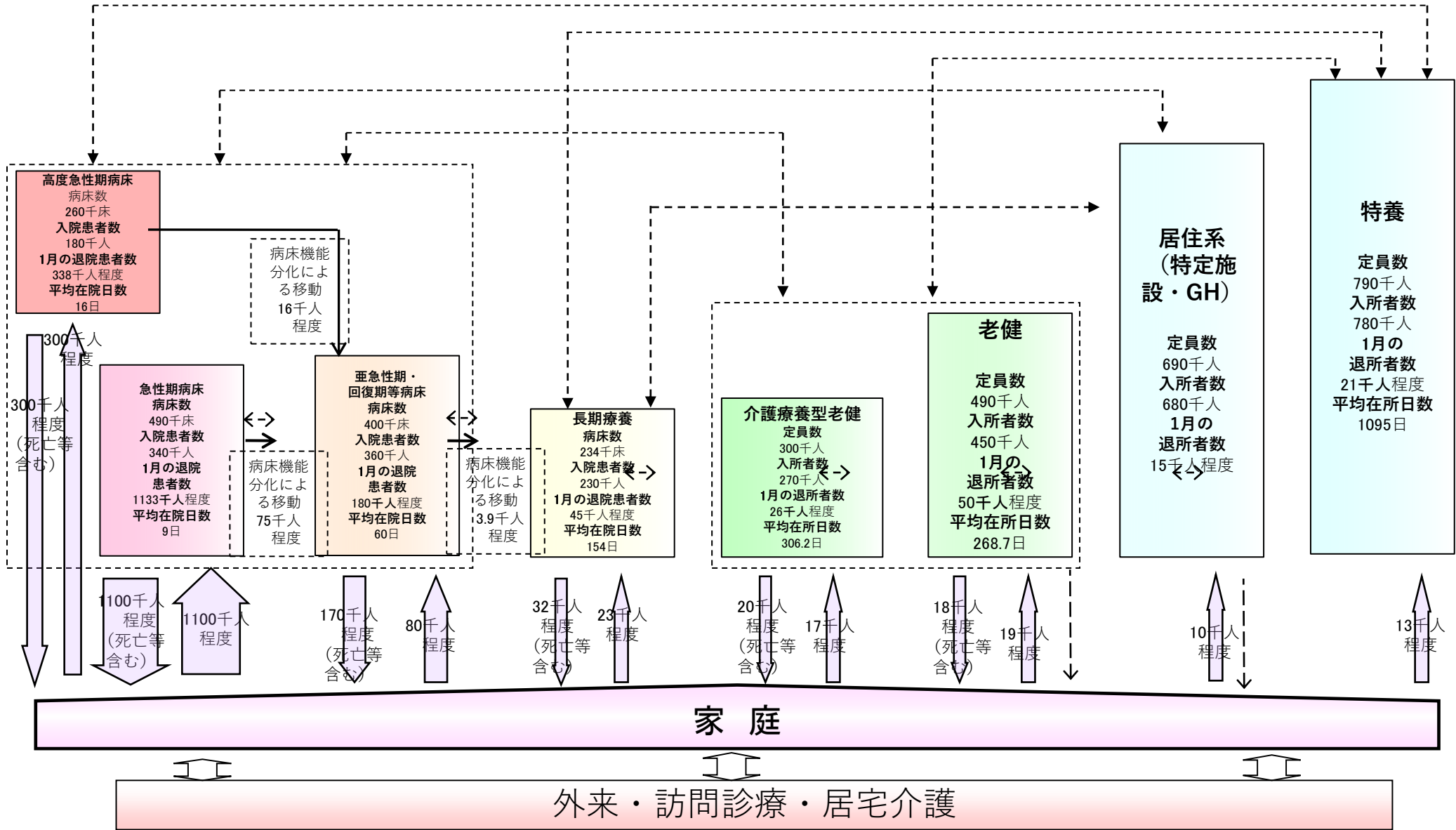
※ 2007年における数値を、入院・入所者数等の変化に応じて変化させ、さらに、改革シナリオに基づき平均在院日数等を変化させて設定。なお、特養については、入所時の要介護度上昇により平均在所日数が短くなり(3.74年程度→3年程度)その分入退所者数が増加すること、及び、老健等他の施設の機能強化に伴う家庭からの入所増加(退所者対比で6~7割程度)を仮定。また、居住系は、現行特養なみの平均居住期間を仮定し、(特養と同様)退所者対比で6~7割程度が家庭からの入居であるものと仮定。

改革シナリオ（B2シナリオ）



※ 2007年における数値を、入院・入所者数等の変化に応じて変化させ、さらに、改革シナリオに基づき平均在院日数等を変化させて設定。なお、特養については、入所時の要介護度上昇により平均在所日数が短くなり（3.74年程度→3年程度）その分入退所者数が増加すること、及び、老健等他の施設の機能強化に伴う家庭からの入所増加（退所者対比で6～7割程度）を仮定。また、居住系は、現行特養なみの平均居住期間を仮定し、（特養と同様）退所者対比で6～7割程度が家庭からの入居であるものと仮定。

改革シナリオ (B3シナリオ)



※ 2007年における数値を、入院・入所者数等の変化に応じて変化させ、さらに、改革シナリオに基づき平均在院日数等を変化させて設定。なお、特養については、入所時の要介護度上昇により平均在所日数が短くなり(3.74年程度→3年程度)その分入退所者数が増加すること、及び、老健等の施設の機能強化に伴う家庭からの入所増加(退所者対比で6~7割程度)を仮定。また、居住系は、現行特養なみの平均居住期間を仮定し、(特養と同様)退所者対比で6~7割程度が家庭からの入居であるものと仮定。

入院・施設・居住系サービス基盤（利用者を支えるベッド数・定員数等）のシミュレーション（国民会議）

	現状(2007年)	2025年			
		Aシナリオ	B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
急性期	【一般病床】103万床 78% 20.3日	【一般病床】133万床 78% 20.3日 (参考) 急性：15.5日 高度急性：20.1日 一般急性：13.4日 亜急性期等：75日	80万床 70% 12日 一般病床の職員の 20%増 退院患者数 140万人/月	67万床 70% 10日 一般病床の職員の 100%増 退院患者数 141万人/月	<ul style="list-style-type: none"> 高度急性26万床 退院患者数 70% 34万人/月 16日 一般病床の職員の 116%増 一般急性49万床 退院患者数 70% 113万人/月 9日 一般病床の職員の 80%増
亜急性期・回復期等	退院患者数 119万人/月	退院患者数 154万人/月	52万床 90% 75日 コメディカル等を 20%増 退院患者数 19万人/月	44万床 90% 60日 コメディカル等を 30%増 退院患者数 20万人/月	40万床 90% 60日 コメディカル等を 30%増 退院患者数 20万人/月
長期療養（医療療養）	23万床 93%	39万床 93%	21万床 98%	23万床 98%	23万床 98%
介護施設 特養 老健	84万人分 42万人分 42万人分 (老健+介護療養)	169万人分 85万人分 83万人分	146万人分 76万人分 70万人分	149万人分 78万人分 72万人分	149万人分 78万人分 72万人分
居住系 特定施設 グループホーム	25万人分 11万人分 13万人分	47万人分 22万人分 25万人分	68万人分 33万人分 35万人分	68万人分 33万人分 35万人分	68万人分 33万人分 35万人分

(注) 各欄数字については、上段はベッド数など整備数、中段はその平均稼働率、下段は平均在院日数。その下に、人員配置を強化する場合の内容を記載。

- ・ **このようなサービス提供体制の姿が実現されれば、現在の医療・介護とは格段に異なる質の高いサービスが効率的に提供できることになる。**
- ・ **このようなサービスの姿が実現されるためには、安定的な財源の確保のみならず、サービス供給体制の計画的整備や専門職種間の役割分担に関する制度の見直し、診療報酬・介護報酬体系の見直し、マンパワーの計画的養成・確保、サービス提供者間・多職種間の連携・ネットワークの仕組の構築、サービスの質の評価など、制度面を含めたサービス提供体制改革のための相当大胆な改革が実行されなければならない。**
- ・ **国民会議報告では、シミュレーション結果とともに、このような改革を実際に行っていくに際しては、実現されるサービスの姿を分かりやすく国民に示し、国民的合意を得ながら具体的な改革の道筋(工程表)を明らかにし、一つ一つ確実に改革を実現していくことが必要である旨、特に言及している。**

社会保障・税一体改革

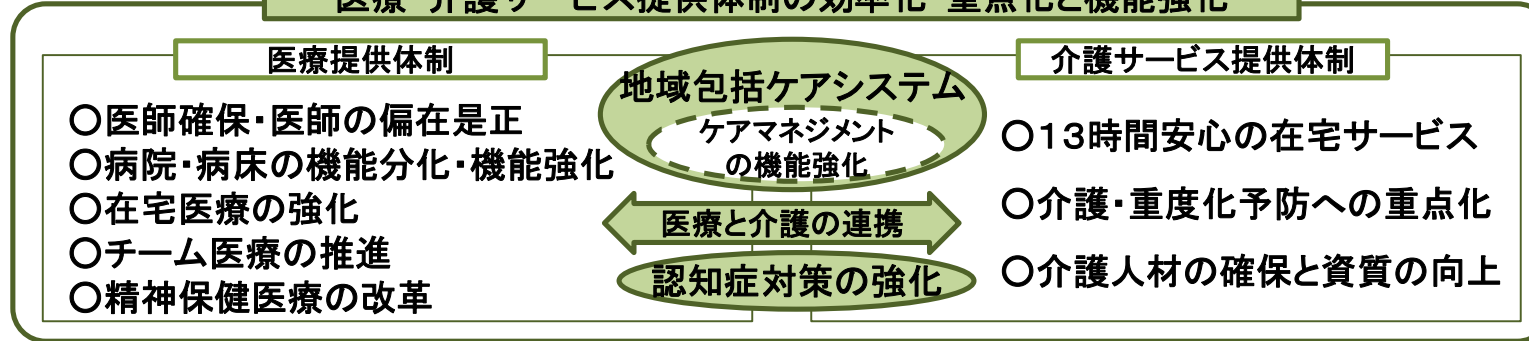
社会保障・税一体改革における医療・介護分野の改革のポイント

～サービス提供体制の改革～

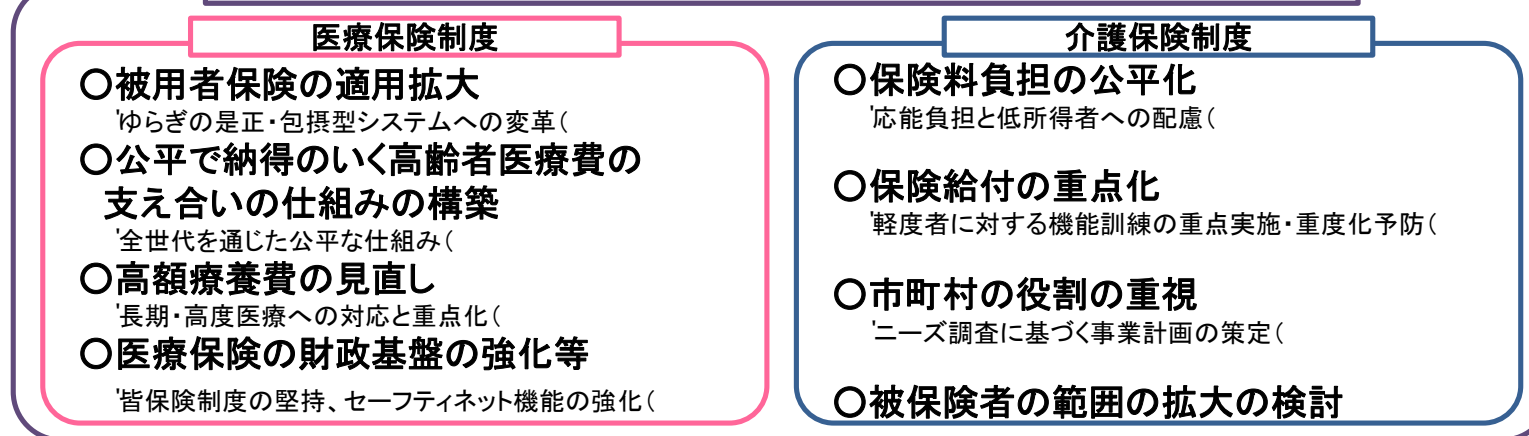
医療・介護制度改革の全体像

○ 医療・介護制度改革として、運営の効率化を図りつつ、①質の高い効率的な医療・介護サービスの提供体制の構築、②それを支える医療・介護保険制度の機能強化・持続可能性の確保、の両面の改革を行う。

医療・介護サービス提供体制の効率化・重点化と機能強化



あるべき医療・介護サービスを支えるための保障の重点化・機能強化



医療・介護制度の運営の効率化

国民負担増に配慮し、持続可能な制度とするために、更なる効率化を推進

- 生活習慣病の予防
- 後発医薬品の更なる使用促進
- 介護予防・重度化予防
- 適正受診の啓発・勧奨、計画的なサービス提供体制等への保険者機能の発揮
- 効果や安全性を踏まえた効率化に資するICTの利活用
- 療養費の見直し

平成24年
診療・介護
報酬の
同時改定
及び以後
の各改定

医療・介護
サービス
提供体制
の基盤整
備のため
の一括的
な法整備

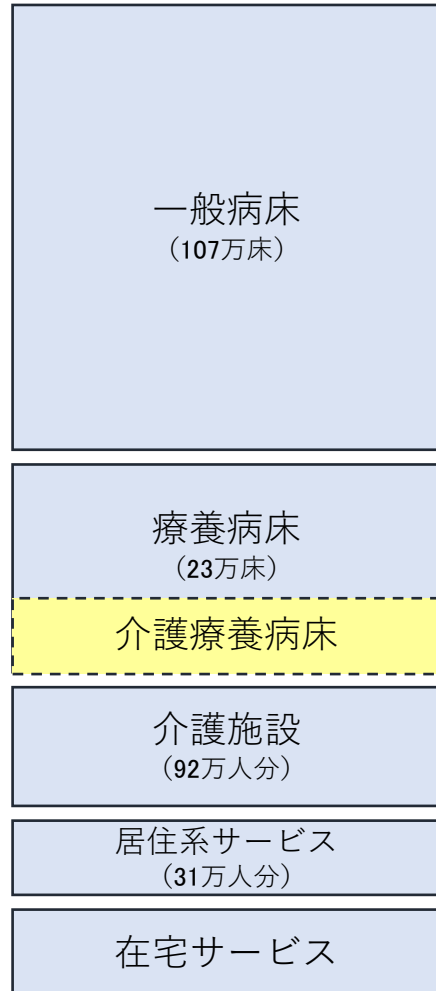
医療保険
介護保険
各法の
改正など

※ 恒久的な財
源の裏づけの下、
順次実施。

医療・介護機能の再編（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

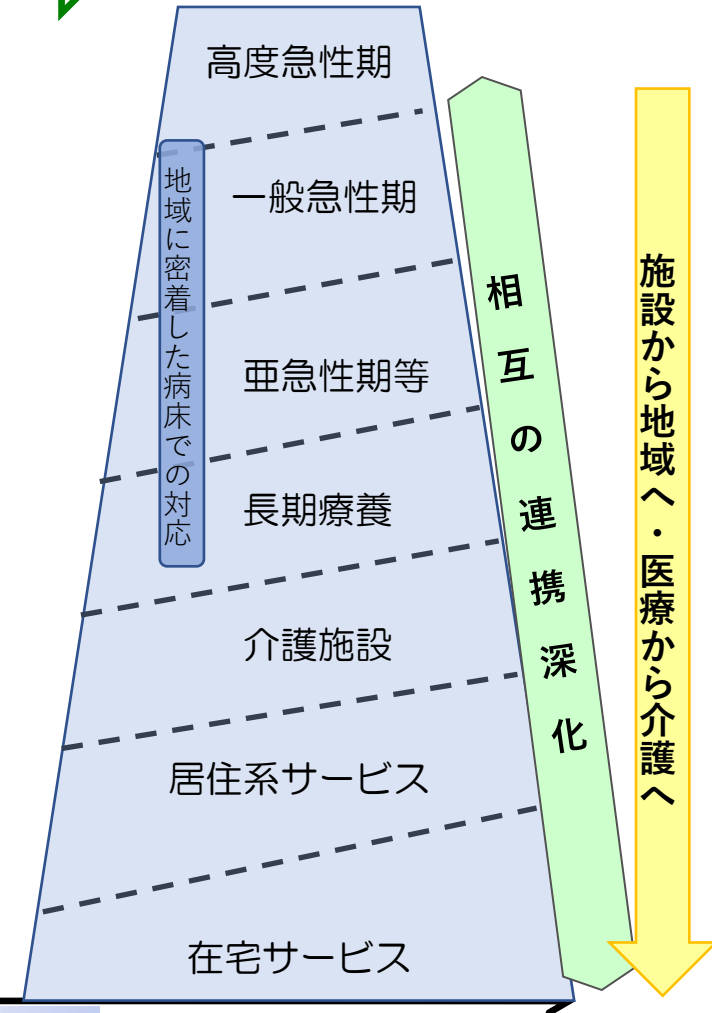
2012年以降、診療報酬・介護報酬の体系的見直し

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

参考(改革シナリオにおける主な機能強化、効率化・重点化要素 '2025年)

		2025年
機能強化	急性期医療の改革 医療資源の集中投入等(<ul style="list-style-type: none"> ・高度急性期の職員等 1倍程度増 '単価 約1.9倍(現行一般病床平均対比でみた場合(・一般急性の職員等 5割程度増 '単価 約1.5倍(" (・亜急性期・回復期リハ等の職員 コメディカルを中心に2割程度の増 '単価15%程度増(
	長期療養・精神医療の改革 医療資源の集中投入等(<ul style="list-style-type: none"> ・長期療養の職員 コメディカルを中心に0割程度の増 '単価4%程度増(・精神病床の職員 コメディカルを中心に2割程度の増 '単価15%程度増(
	在宅医療・在宅介護の推進等 施設から在宅・地域へ、認知症への対応(<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療利用者数の増 1.4倍程度 ・居住系・在宅介護利用者 約25万人/日程度増加 現状投影シナリオに対する増(・グループホーム 約10万人/日、小規模多機能 約32万人/日分程度増加 現状投影シナリオに対する増(・定期巡回、随時対応 約15万人/日分程度整備
	医療・介護従事者数の増加	<ul style="list-style-type: none"> ・全体で2011年の1.5~1.6倍程度まで増
	その他各サービスにおける充実、 サービス間の連携強化など	<ul style="list-style-type: none"> ・介護施設におけるユニットケアの普及、在宅介護サービス利用量の増大等各種サービスの充実 ・介護職員の処遇改善 '単価の上昇(・地域連携推進のためMSW等の増 '上記医療機関の職員増に加えて1~2中学校区に1名程度増(など
効率化・重点化	急性期医療の改革 平均在院日数の短縮等(<ul style="list-style-type: none"> ・高度急性期 9 平均在院日数 15~16日程度 ・一般急性期 9 平均在院日数 9 日程度 ・亜急性期・回復期等 9 平均在院日数 60 日程度 'パターン0の場合(
	※ 早期の退院・在宅復帰に伴い 患者のQOLも向上	<ul style="list-style-type: none"> ' 現行一般病床についてみると、平均在院日数19~20日程度[急性期15日程度 高度急性19~20日程度、一般急性13~14日程度(、亜急性期等75日程度]とみられる。(
	長期療養・精神医療の改革 平均在院日数の短縮等(<ul style="list-style-type: none"> ・長期療養 在院日数0割程度減少 ・精神病床 在院日数0割程度減少、入院1割程度減少
	在宅医療・在宅介護の推進等 施設から在宅・地域へ(<ul style="list-style-type: none"> ・入院・介護施設入所者 約60万人/日程度減少 現状投影シナリオに対する減(
	予防 '生活習慣病・介護(・地域連携 ・ICTの活用等	<ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣病予防や介護予防・地域連携・ICTの活用等により、医療については外来患者数4%程度減少 '入院ニーズの減少に伴い増加する分を除く(、介護については要介護者等2%程度減少
	医薬品・医療機器に関する効率化等	<ul style="list-style-type: none"> ・伸び率として、△0.1%程度 '医療の伸び率ケース①の場合((現状投影シナリオでも織り込み。後発医薬品の使用促進については、設定した伸び率に、最近の普及の傾向が含まれている。)
医師・看護師等の役割分担の見直し	<ul style="list-style-type: none"> ・病院医師の業務量△1割程度 '高度急性期、一般急性期(

医療・介護サービスの需要と供給（必要ベッド数）の見込み

パターン1	平成23年度 (2011)	平成37(2025)年度		
		現状投影シナリオ	改革シナリオ	
			各ニーズの単純な病床換算	地域一般病床を創設
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19～20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19～20日程度	【高度急性期】 22万床 70%程度 15～16日程度 30万人/月	【高度急性期】 18万床 70%程度 15～16日程度 25万人/月
一般急性期	退院患者数 125万人/月	(参考) 急性 15日程度 高度急性 19～20日程度 一般急性 13～14日程度 亜急性Ⅰ等 75日程度 亜急性Ⅱ等 57～58日程度 長期コース 190日程度 ※推計値 152万人/月	【一般急性期】 46万床 70%程度 9日程度 109万人/月	【一般急性期】 35万床 70%程度 9日程度 82万人/月
亜急性期・回復期リハ等			【亜急性期等】 35万床 90%程度 60日程度 16万人/月	【亜急性期等】 26万床 90%程度 60日程度 12万人/月
長期療養（慢性期）	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	28万床、91%程度 135日程度	
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度	
（入院小計）	166万床、80%程度 30～31日程度	202万床、80%程度 30～31日程度	159万床、81%程度 24日程度	159万床、81%程度 25日程度
介護施設 特養 老健（老健＋介護療養）	92万人分 48万人分 44万人分	161万人分 86万人分 75万人分	131万人分 72万人分 59万人分	
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	52万人分 25万人分 27万人分	61万人分 24万人分 37万人分	

（注1）医療については「万床」はベッド数、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数、「人/月」は月当たりの退院患者数。介護については、利用者数を表示。

（注2）「地域一般病床」は、高度急性期の1/6と一般急性期及び亜急性期等の1/4で構成し、新規入退院が若干減少し平均在院日数が若干長めとなるものと、仮定。

ここでは、地域一般病床は、概ね人口1万人未満の自治体に暮らす者（今後250～300万人程度で推移）100人当たり1床程度の整備量を仮定。

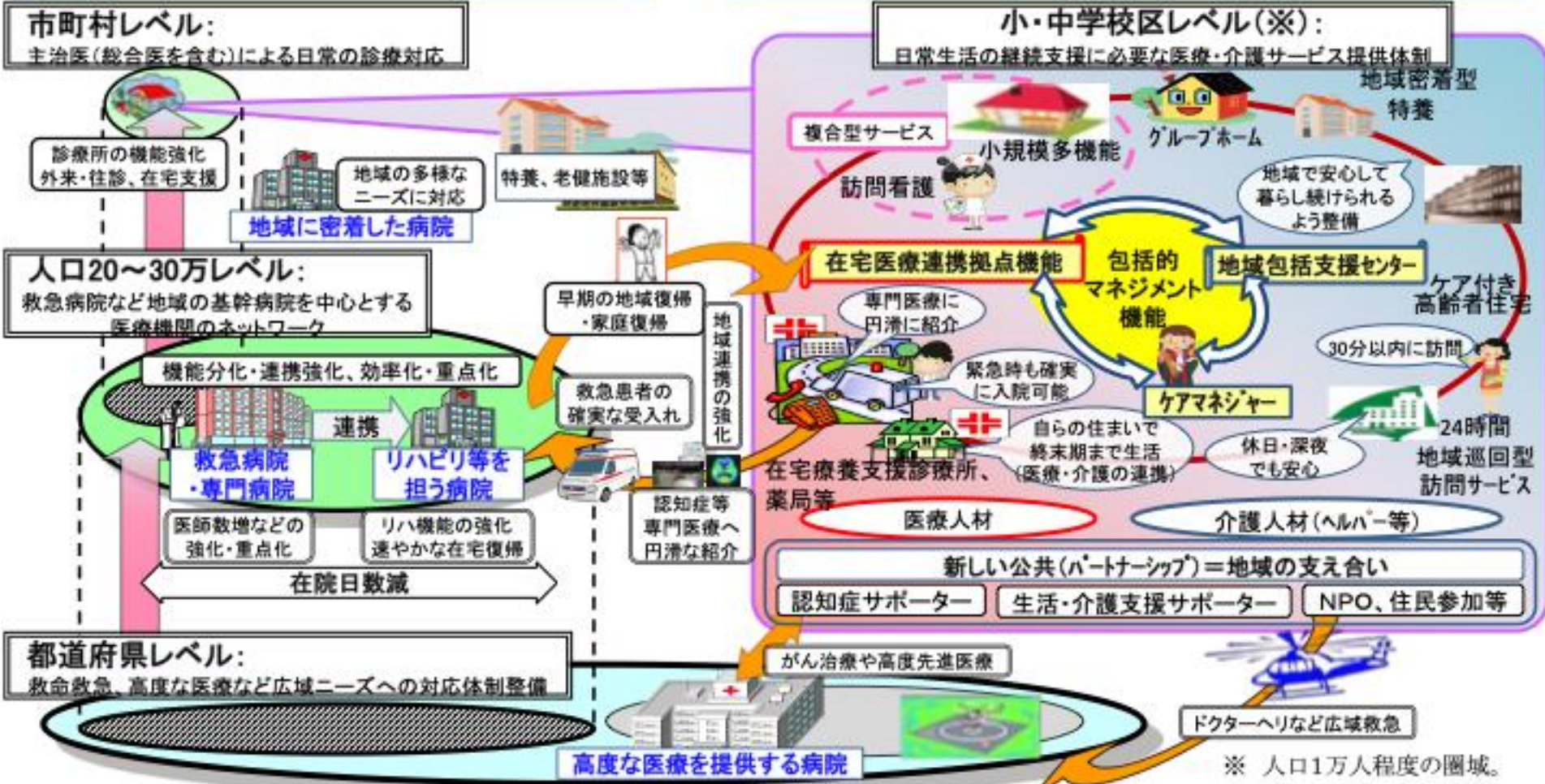
医療・介護の提供体制の将来像の例

～機能分化し重層的に住民を支える医療・介護サービスのネットワーク構築～

- 日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まいが切れ目なく、継続的かつ一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の確立を図る。
- 小・中学校区レベル(人口1万人程度の圏域)において日常的な医療・介護サービスが提供され、人口20～30万人レベルで地域の基幹病院機能、都道府県レベルで救命救急・がんなどの高度医療への体制を整備。

医療提供体制の効率化・重点化と機能強化
都道府県域から市町村域まで、重層的に医療サービスを提供

地域包括ケアの実現(包括的ケアマネジメントの機能強化)
※ 体制整備は被災地のコミュニティ復興において先駆的に実施することも検討



良質な医療を効率的に提供するための医療提供体制の機能強化

○ 国民が安心して良質な医療を受けることができるよう、①医師確保・偏在対策、②病院・病床の機能分化・強化、③在宅医療体制の強化、④チーム医療の推進、⑤精神保健医療の改革など、医療提供体制の機能強化を図る。

- ・ 国際的にみて人口当たり医師数が少なく、医師の不足・偏在
- ・ 救急、産科・小児科等の確保困難

医師確保・偏在是正と、医療機関間や他職種との役割分担・連携が重要に

- ・ 国際的にみて人口当たり病床数の多さに対し、病床当たり従事者は少ない
- ・ 一般病床の機能分担が不明確
- ・ 医療技術・機器の高度化、インフォームドコンセントの実践、医療安全の確保等に伴って、医師を始めとするスタッフの業務増大

機能分化とそれに応じた資源投入や、多職種の協働が重要に

疾病構造が変化する中、急性期治療を経過した患者を受け入れる入院機能や、在宅医療機能などが不足

機能分化に加え、医療機能のネットワーク化や、医療・介護の連携強化が重要に

医師不足対策など目下の課題に取り組みつつ
切った集中投入など構造的な改革が必要
必要な分野への医療資源の思い

①医師の確保・偏在対策

- 医師確保、医師の偏在是正に向けての都道府県等の役割強化
- 総合的な診療を行う医師と専門的な診療を行う医師との役割分担などを踏まえた偏在対策

②病院・病床の機能分化・強化と連携強化

- 急性期への資源集中投入による機能強化、亜急性期・回復期リハビリ、慢性期等の機能分化・強化と集約化
- 拠点病院機能、救急医療機能等の強化
- 地域の実状に応じて幅広い医療ニーズに対応する機能の強化
- 医療機関の連携強化、ネットワーク化、連携パス普及、情報共有等

③在宅医療提供体制の強化

- 在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護ステーション等の計画的整備
- 地域に密着した医療機関病床の在宅支援病床としての活用検討
- 連携拠点機能の整備や連携パスの普及
- 在宅医療を担うマンパワーの確保強化

④多職種の連携、協働によるチーム医療の推進

- 医師、看護職員、介護職員など各職種の専門性向上と役割分担見直し
- 医療クラーク等の積極的活用による医師等の業務分担の推進
- 医療ニーズの増大・高度化、看護の質の向上に対応した看護職員確保策強化

⑤精神保健医療の改革

- 精神病床に関する機能に応じた人員配置や連携機能の強化
- 包括的に支援する多職種チームによるアウトリーチ支援、訪問支援(体制整備)
- 障害福祉サービス、介護サービスとの連携強化

医療事故に関する無過失補償制度とその医療事故の原因、過失の有無等(を究明し、再発防止策を提言する仕組み、死亡時画像診断の活用等の検討)

医療・介護分野におけるICTの利活用について

- 「新たな情報通信技術戦略 平成22年4月(」やIT戦略本部における医療情報化に関するタスクフォースにおける検討等を踏まえ、医療・介護分野におけるICTの利活用を積極的に推進する。

0-電子レセプトの利活用

- 医療機関や保険者において、自らが保有する電子レセプトデータ等の分析を行うことにより、医療の質の向上や効果的な保健事業の実施が可能となる。
- 有識者会議の審査に基づき、厚生労働省が保有するレセプト情報等を提供することにより、都道府県が作成する医療計画への活用や医療サービスの質の向上等を目指した研究が可能となる。
- レセプト電子化により、縦覧・突合点検が可能となるなど審査支払事務の効率化が図られる。

1-医療・介護の連携等への活用

- ITを活用したネットワークを構築することにより、在宅医療と介護の関係者間で必要な情報の共有を図ることが可能となる。
- 電子カルテを用いることにより、医療機関間の情報共有の促進が可能となる。
- 病院-診療所間で検査データを共有することが可能となる。

2-個人による電子化された医療・健康情報の活用

- 電子化された医療・健康情報を管理・活用することにより、自らの健康管理等を効率的に行うことが可能となる。 例(電子版お薬手帳、カード、電子版糖尿病連携手帳

3-番号制度の導入による利便性の向上

- 高額医療・高額介護合算制度について、医療・介護サービス提供者間の情報連携により立て替え払いが不要となる。
- 券面に「番号」を記載した0枚のICカードで年金手帳、医療保険証、介護保険証等を提示可。
- 医療・介護サービスの現場において、本人が自分の診療情報等を容易に入手・活用できる。

利用者数のシミュレーション（集中検討会議）

パターン 1	平成23年度 (2011)	平成27(2015)年度		平成37(2025)年度	
		現状投影シナリオ	改革シナリオ	現状投影シナリオ	改革シナリオ
高度急性期	80万人/日	86万人/日 <small>〔 高度急性期 17万人/日 一般急性期 43万人/日 亜急性期等 26万人/日 〕</small>	16万人/日	97万人/日 <small>〔 高度急性期 19万人/日 一般急性期 49万人/日 亜急性期等 29万人/日 〕</small>	16万人/日
一般急性期			39万人/日		33万人/日
亜急性期・回復期等 <small>※現行医療療養の回復期 リハビリテーションを含む</small>			27万人/日		31万人/日
長期療養（慢性期）	21万人/日	24万人/日	21万人/日	31万人/日	25万人/日
精神病床	31万人/日	32万人/日	29万人/日	34万人/日	24万人/日
（入院小計）	（133万人/日）	（143万人/日）	（133万人/日）	（162万人/日）	（129万人/日）
介護施設	92万人/日	115万人/日	106万人/日	161万人/日	131万人/日
特養	48万人/日	61万人/日	57万人/日	86万人/日	72万人/日
老健（老健+介護療養）	44万人/日	54万人/日	49万人/日	75万人/日	59万人/日
（入院・介護施設小計）	（225万人/日）	（257万人/日）	（238万人/日）	（323万人/日）	（260万人/日）
居住系	31万人/日	38万人/日	38万人/日	52万人/日	61万人/日
特定施設	15万人/日	18万人/日	18万人/日	25万人/日	24万人/日
グループホーム	16万人/日	20万人/日	20万人/日	27万人/日	37万人/日
在宅介護	304万人/日	342万人/日	352万人/日	434万人/日	449万人/日
うち小規模多機能	5万人/日	6万人/日	10万人/日	8万人/日	40万人/日
うち定期巡回・随時対応	-	-	1万人/日	-	15万人/日
（居住系・在宅介護小計 うちGH・小規模多機能）	（335万人/日） （21万人/日）	（380万人/日） （26万人/日）	（391万人/日） （30万人/日）	（486万人/日） （35万人/日）	（510万人/日） （77万人/日）
外来・在宅医療	794万人/日	812万人/日	807万人/日	828万人/日	809万人/日
うち在宅医療等	17万人/日	19万人/日	23万人/日	20万人/日	29万人/日
上記利用者（重複あり）	（1353万人/日）	（1449万人/日）	（1436万人/日）	（1637万人/日）	（1580万人/日）
（参考）総人口	1億2729万人	1億2623万人		1億2157万人	

マンパワー必要数のシミュレーション（集中検討会議）

パターン 1	平成23年度 (2011)	平成27(2015)年度		平成37(2025)年度	
		現状投影 シナリオ	改革シナリオ	現状投影 シナリオ	改革シナリオ
医師	29万人	30～32万人	30～31万人	33～35万人	32～34万人
看護職員	141万人	151～158万人	155～163万人	172～181万人	195～205万人
介護職員	140万人	161～169万人	165～173万人	213～224万人	232～244万人
医療その他職員	85万人	91～95万人	91～95万人	102～107万人	120～126万人
介護その他職員	66万人	76～80万人	79～83万人	100～105万人	125～131万人

(注1) 医療機関及び介護サービス事業所に従事する全ての職員を対象として、実数として推計したものである。医師及び看護職員については、行政、研究機関、産業医、他の福祉施設等で従事する者も含んでいる。

※ 社会保障国民会議の医療・介護シミュレーションでは、医療や介護のその他職員には一定の職種のみを含む形で表章されており、本推計の表

章値が比較的大きくみえることに留意が必要。

(注2) 非常勤の割合について現行から変動する可能性があるので、5%程度幅のある推計値となっている。（医療については現状+5%程度の幅を仮定、介護については現状±2.5%程度の幅を仮定。）

(注3) 医師及び看護職員については、病棟については病床当たりの職員配置を基本に配置増を織り込んで推計し、外来については患者数の伸びに比例させて推計した。また、在宅の看取りケアの体制強化を一定程度見込んだ。さらに、急性期等の病床に勤務する医師及び看護職員については、役割分担による負担軽減を見込んでいる。医師については、他の職種との役割分担により、20%業務量が減ることを見込んだ。看護職員については、医師の業務を分担する分と、他の職員に分担してもらう分とが相殺すると仮定した。

(注4) 介護職員は、施設・居住系については利用者数の伸びにより、在宅については利用者数及び利用回数の伸びにより推計している。また、改革シナリオでは、施設のユニット化推進による職員増と、訪問介護員については非正社員（1月の労働時間61.0時間）が介護職員の非正社員（1月の労働時間117.2時間）並に勤務すると仮定して推計している。（（財）介護労働安定センター「平成21年度介護労働実態調査」による。）

(注5) 医療その他職員には、病院・診療所に勤務する薬剤師、OT、PTなどのコメディカル職種、医療ソーシャルワーカー（MSW）、看護補助者、事務職員等が含まれ、介護その他職員には、介護支援専門員、相談員、OT、PTなどのコメディカル職種等が含まれる。

社会保障・税一体改革法成立後の取り組み

社会保障制度改革国民会議報告書

～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～

(平成25年8月6日 社会保障制度改革国民会議)

II 医療・介護分野の改革

1 改革が求められる背景と社会保障制度改革国民会議の使命

社会システムには慣性の力が働く。日本の医療システムも例外ではなく、四半世紀以上も改革が求められているにもかかわらず、20世紀半ば過ぎに完成した医療システムが、日本ではなお支配的なままである。

日本が直面している急速な高齢化の進展は、疾病構造の変化を通じて、必要とされる医療の内容に変化をもたらしてきた。平均寿命60歳代の社会で、主に青壮年期の患者を対象とした医療は、救命・延命、治癒、社会復帰を前提とした「病院完結型」の医療であった。しかしながら、平均寿命が男性でも80歳近くとなり、女性では86歳を超えている社会では、慢性疾患による受療が多い、複数の疾病を抱えるなどの特徴を持つ高齢期の患者が中心となる。そうした時代の医療は、病気と共存しながらQOL(Quality of Life)の維持・向上を目指す医療となる。すなわち、医療はかつての「病院完結型」から、患者の住み慣れた地域や自宅での生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療、実のところ医療と介護、さらには住まいや自立した生活の支援までもが切れ目なくつながる医療に変わらざるを得ない。ところが、日本は、今や世界一の高齢国家であるにもかかわらず、医療システムはそうした姿に変わっていない。(中略)

具体的には、日本の医療・介護サービス提供体制が抱えている問題は、2008(平成20)年6月に公表された「社会保障国民会議第二分科会(サービス保障(医療・介護・福祉))中間とりまとめ」で詳述されており、医療について言えば、人口当たりの病床数は諸外国と比べて多いものの、急性期・回復期・慢

性期といった病床の機能分担は不明確であり、さらに、医療現場の人員配置は手薄であり、病床当たりの医師・看護職員数が国際標準よりも少なく過剰労働が常態化していること、この現実が、医療事故のリスクを高め、一人一人の患者への十分な対応を阻んでいることが指摘されていた。

救急医、専門医、かかりつけ医(診療所の医師)等々それぞれの努力にもかかわらず、結果として提供されている医療の総体が不十分・非効率なものになっているという典型的な合成の誤謬ともいふべき問題が指摘されていたのであり、問題の根は個々のサービス提供者にあるのではない以上、ミクロの議論を積み上げるのでは対応できず、システムの変革そのもの、具体的には「選択と集中」による提供体制の「構造的な改革」が必要となる。要するに、今のシステムのままで当事者が皆で努力し続けても抱える問題を克服することは難しく、提供体制の構造的な改革を行うことによって初めて、努力しただけ皆が報われ幸福になれるシステムを構築することができるのである。

2008(平成20)年の「社会保障国民会議 最終報告」で示された「あるべき医療・介護サービス」提供体制の背景にある哲学は、医療の機能分化を進めるとともに急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、後を引き継ぐ回復期等の医療や介護サービスの充実によって総体としての入院期間をできるだけ短くして早期の家庭復帰・社会復帰を実現し、同時に在宅医療・在宅介護を大幅に充実させ、地域での包括的なケアシステムを構築して、医療から介護までの提供体制間のネットワークを構築することにより、利用者・患者のQOLの向上を目指すというものであった。

医療介護総合確保推進法(2014.6成立・順次施行)

概要

1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（医療介護総合確保促進法関係）

- ①都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のため、消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置
- ②医療と介護の連携を強化するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定

2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）

- ①医療機関が都道府県知事に病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告し、都道府県は、それをもとに地域医療構想（ビジョン）（地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を医療計画において策定
- ②医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け

3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化（介護保険法関係）

- ①在宅医療・介護連携の推進などの地域支援事業の充実とあわせ、予防給付（訪問介護・通所介護）を地域支援事業に移行し、多様化
※地域支援事業：介護保険財源で市町村が取り組む事業
- ②特別養護老人ホームについて、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化
- ③低所得者の保険料軽減を拡充
- ④一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引上げ（ただし、一般の世帯の月額上限は据え置き）
- ⑤低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加

4. その他

- ①診療の補助のうちの特定行為を明確化し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設
- ②医療事故に係る調査の仕組みを位置づけ
- ③医療法人社団と医療法人財団の合併、持分なし医療法人への移行促進策を措置
- ④介護人材確保対策の検討（介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を27年度から28年度に延期）

施行期日

公布日（平成26年6月25日）。ただし、医療法関係は平成26年10月以降、介護保険法関係は平成27年4月以降など、順次施行。

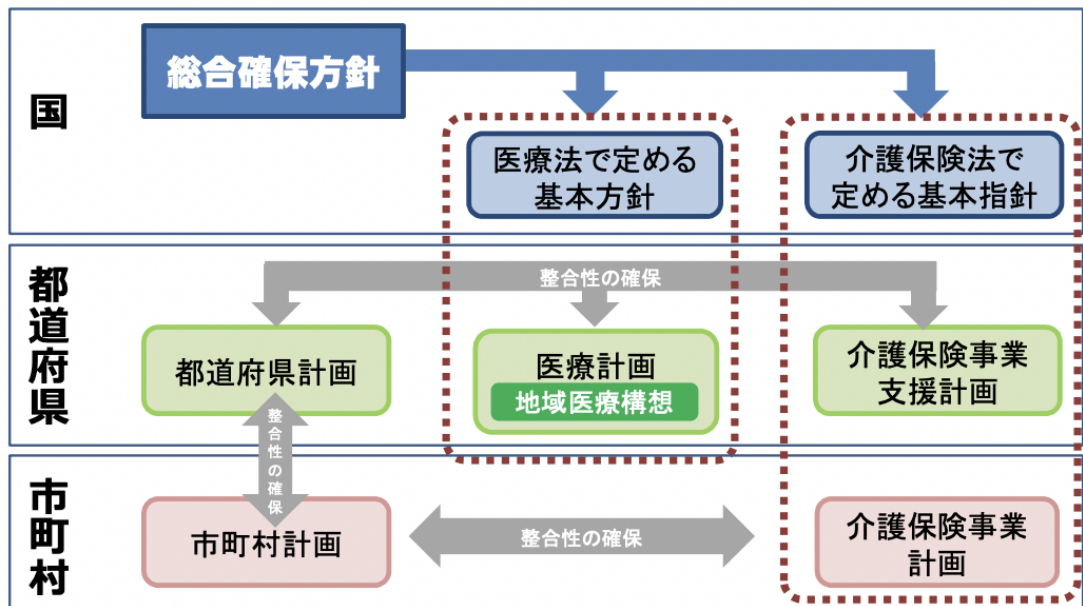
地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（概要）

地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第64号）第3条に基づき、平成26年9月12日、地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（総合確保方針）を策定。

地域における医療及び介護の総合的な確保の意義・基本的方向

- 意義：「団塊の世代」が全て75歳以上となる2025年に向け、**利用者の視点に立って切れ目のない医療及び介護の提供体制を構築**。自立と尊厳を支えるケアを実現。
- 基本的方向：①**効率的で質の高い医療提供体制の構築と地域包括ケアシステムの構築**
 ②**地域の創意工夫**を生かせる仕組み / ③**質の高い医療・介護人材の確保と多職種連携の推進**
 ④**限りある資源の効率的かつ効果的な活用** / ⑤**情報通信技術（ICT）の活用**

医療法の基本方針と介護保険法の基本指針の基本事項 医療と介護に関する各計画の整合性の確保



地域医療介護総合確保基金の基本事項

【基金の活用にあたっての基本方針】

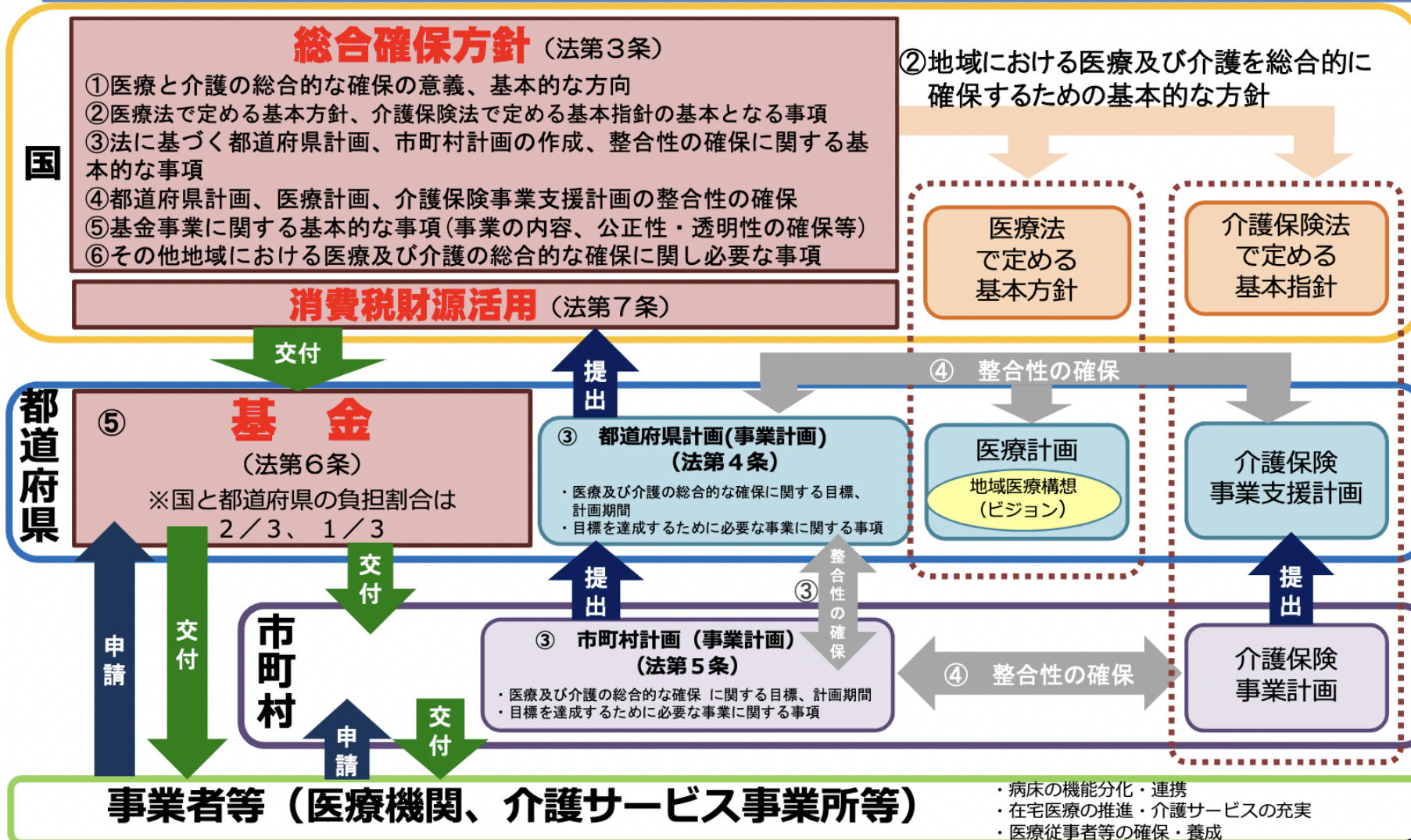
- 都道府県は、関係者の意見が反映される仕組みの整備
- 事業主体間の公平性など、公正性・透明性の確保
- 診療報酬・介護報酬等との役割分担の考慮 等

【基金事業の範囲】

- ① 地域医療構想の達成に向けた**医療機関の施設又は設備の整備**に関する事業
- ② 居宅等における医療の提供に関する事業
- ③ 介護施設等の整備（地域密着型サービス等）に関する事業
- ④ 医療従事者の確保に関する事業
- ⑤ 介護従事者の確保に関する事業

地域における医療及び介護を総合的に確保するための仕組み

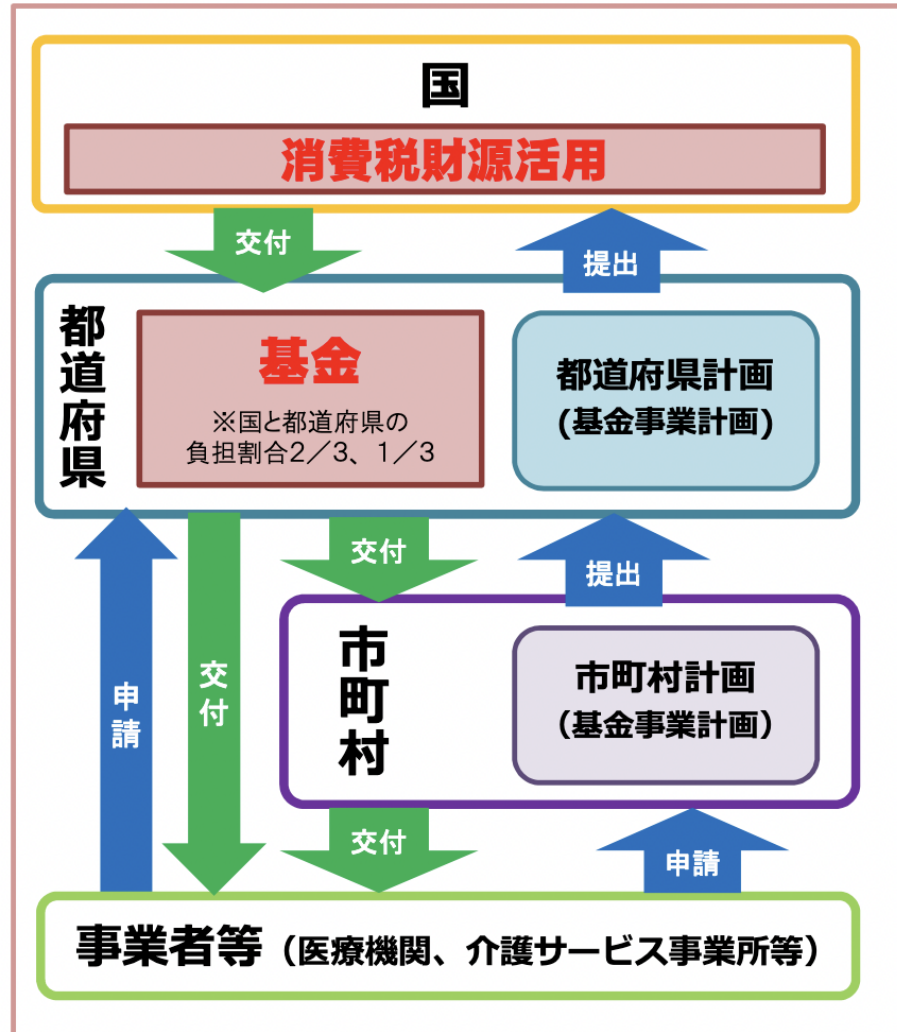
- ・医療と介護の連携を強化するため、厚生労働大臣が総合確保方針を策定
- ・都道府県計画、医療計画、介護保険事業支援計画の整合性を確保
- ・都道府県計画に記載した医療・介護の事業(病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等)のため、消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置



※ 法：地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律

地域医療介護総合確保基金

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
- このため、平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度（地域医療介護総合確保基金）を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



都道府県計画及び市町村計画（基金事業計画）

- **基金に関する基本的事項**
 - ・公正かつ透明なプロセスの確保（関係者の意見を反映させる仕組みの整備）
 - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
 - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
- **都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項**
 医療介護総合確保区域の設定※1 / 目標と計画期間（原則1年間） / 事業の内容、費用の額等 / 事業の評価方法※2
 - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏域を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏域を念頭に設定。
 - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施。国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用
- 都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成

地域医療介護総合確保基金の対象事業

- 1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- 2 居宅等における医療の提供に関する事業
- 3 介護施設等の整備に関する事業（地域密着型サービス等）
- 4 医療従事者の確保に関する事業
- 5 介護従事者の確保に関する事業

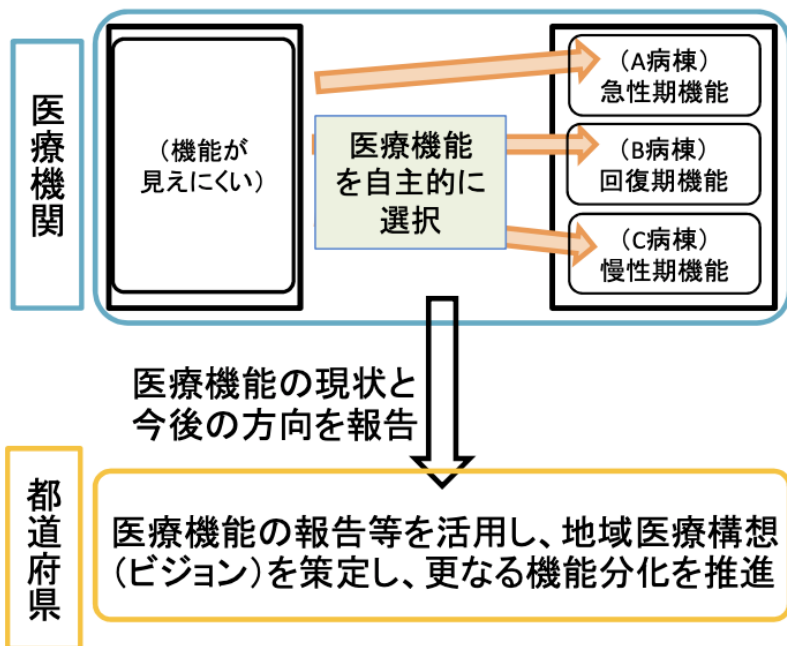
病床機能報告制度と地域医療構想（ビジョン）の策定

○ 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年度中）。

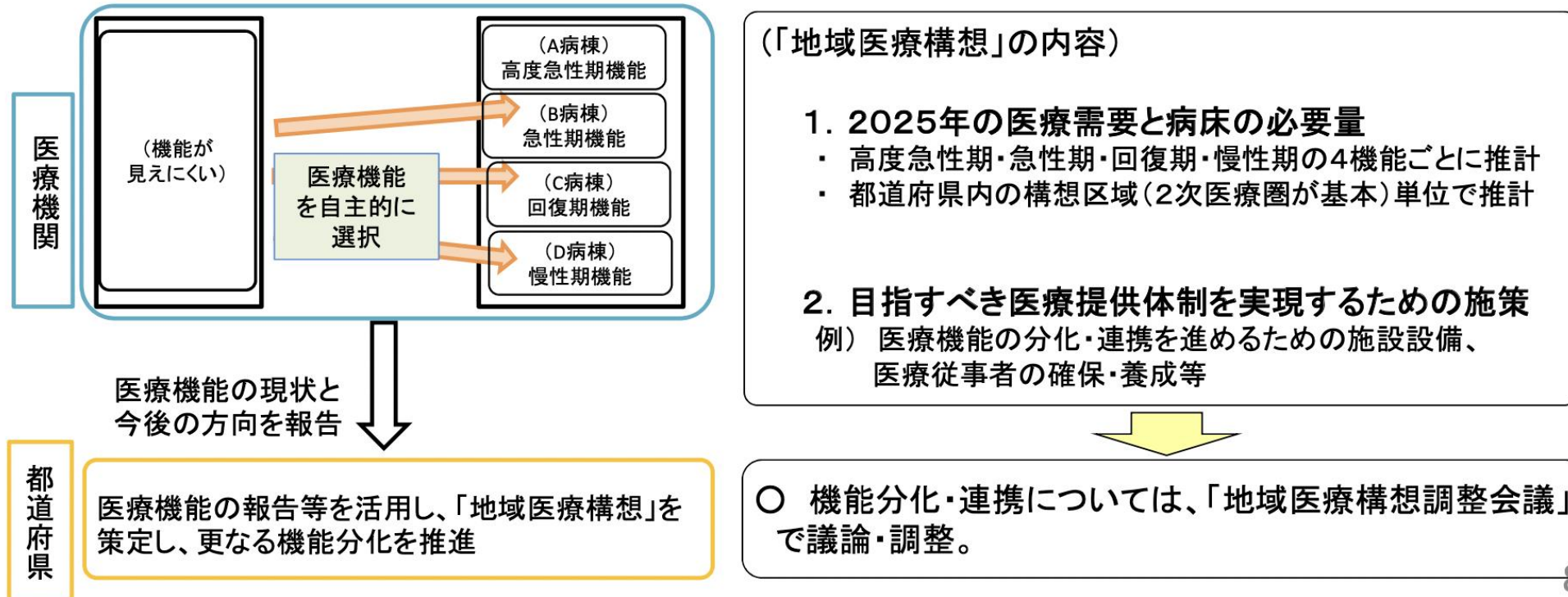


(地域医療構想(ビジョン)の内容)

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

地域医療構想について

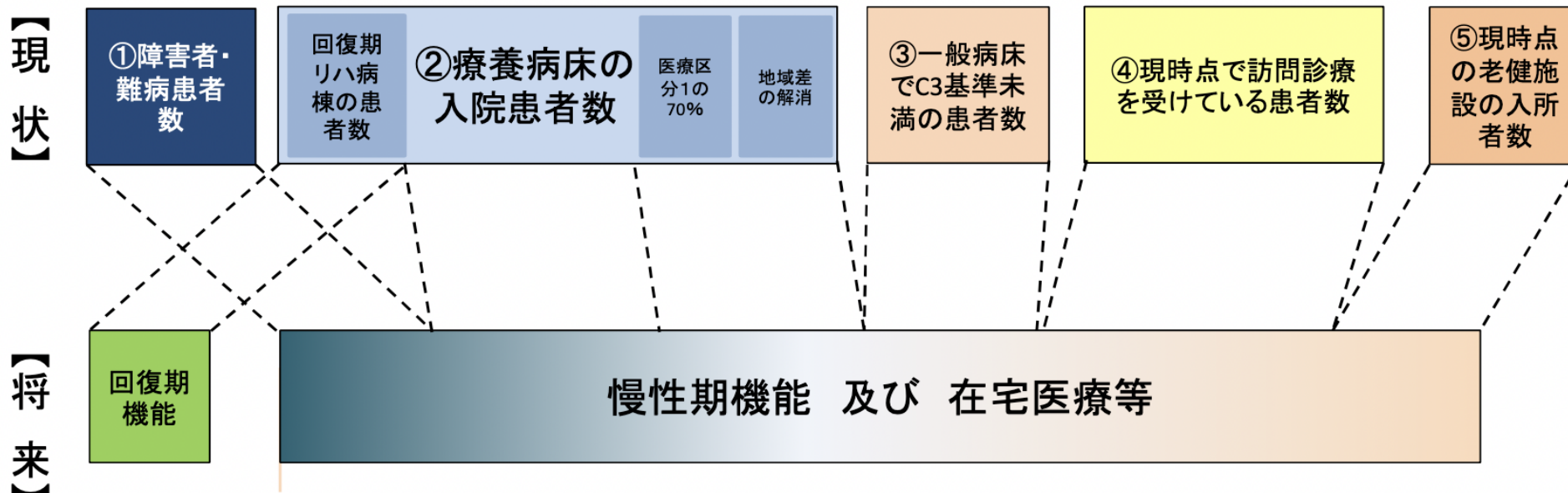
- 「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。
(法律上は平成30年3月までであるが、平成28年半ば頃までの策定が望ましい。)
※ 「地域医療構想」は、2次医療圏単位での策定が原則。
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。



慢性期機能および在宅医療等の需要の将来推計の考え方について

- 慢性期機能の医療需要及び在宅医療等※の患者数の推計は、以下の考え方に基づき実施する。
- ※ 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し、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定。
- ① 一般病床の障害者数・難病患者数（障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院基本料及び特殊疾患入院医療管理料を算定している患者数）については、慢性期機能の医療需要として推計する。
 - ② 療養病床の入院患者数については、医療資源投入量とは別に、以下の考え方で慢性期機能及び在宅医療等の医療需要を推計する。
 - ・ 医療区分1の患者数の70%は、将来時点で在宅医療等に対応する患者数として推計する。
 - ・ その他の入院患者数については、入院受療率の地域差があることを踏まえ、これを解消していくことで、将来時点の慢性期・在宅医療等の医療需要としてそれぞれを推計する。（療養病床で回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している患者数は、回復期の医療需要とする。）
 - ③ 一般病床でC3基準未満の医療資源投入量の患者数については、慢性期・在宅医療等の医療需要として推計する。
 - ④ 訪問診療を受けている患者数（在宅患者訪問診療料を算定している患者数）については、在宅医療等の医療需要に含めて推計する。
 - ⑤ 老健施設の入所者数（介護老人保健施設の施設サービス受給者数）については、在宅医療等の医療需要に含めて推計する。

慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ図※



※ このイメージ図では将来の人口構成の変化を考慮していない。実際には地域における将来の人口構成によって幅の変化が起こる。

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）

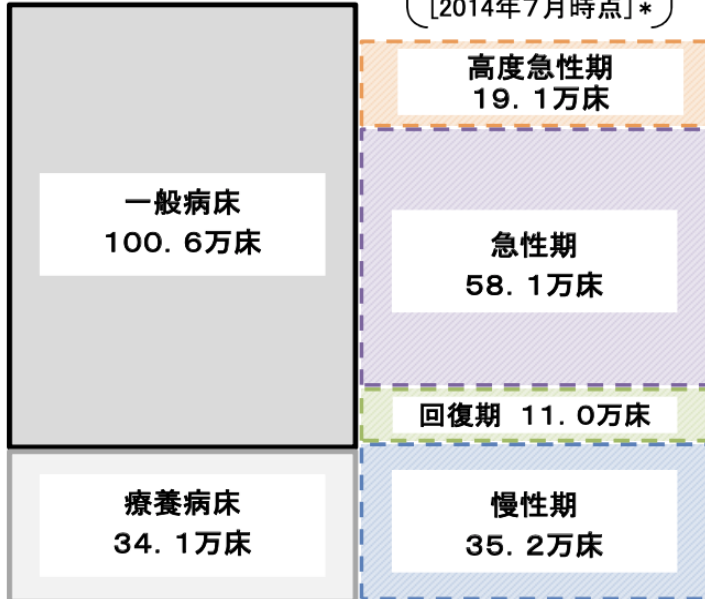
6/15内閣官房
専門調査会資料

- 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)

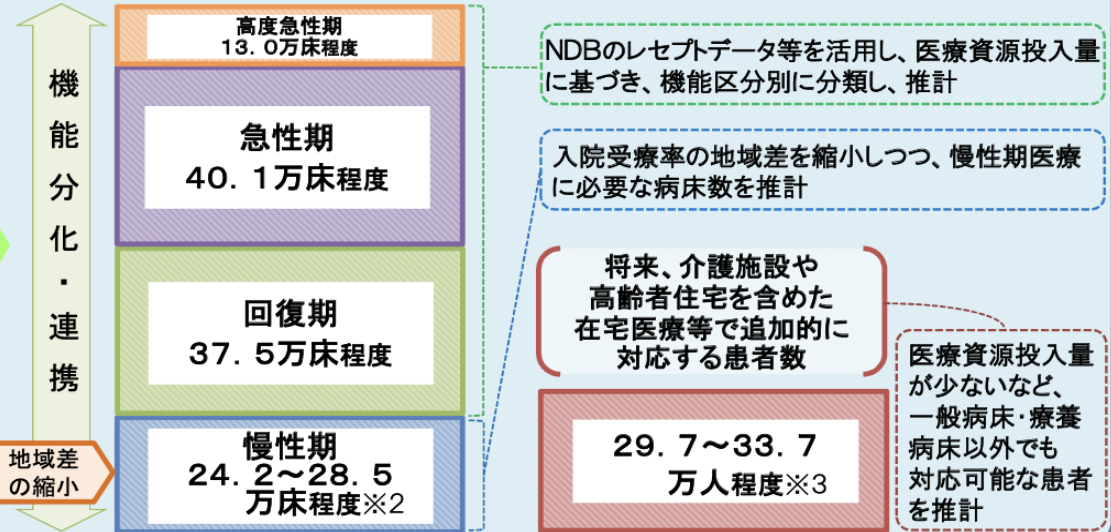
病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]*



【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

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

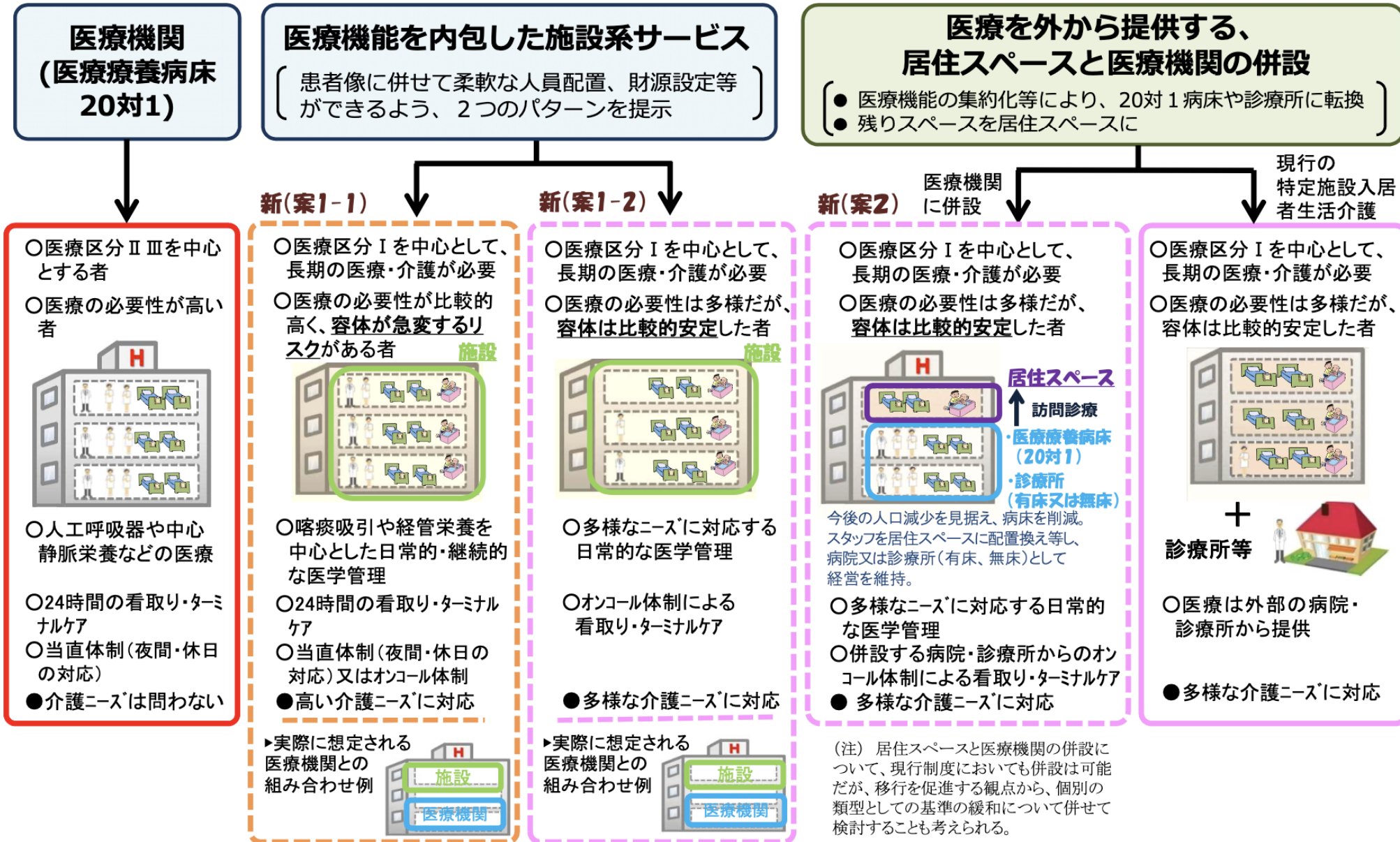
2025年の必要病床数(目指すべき姿)
115~119万床程度※1



* 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

慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス提供類型（イメージ）



※ 介護保険施設等への転換を行う場合は、介護保険事業計画の計画値の範囲内となることに留意が必要。

在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 事業項目の一部を郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

○事業項目と取組例

（ア）地域の医療・介護の資源の把握

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化
- ◆ 必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査
- ◆ 結果を関係者間で共有



（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

- ◆ 情報共有シート、地域連携パス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

（キ）地域住民への普及啓発

- ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- ◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等



（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- ◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

- ◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。

（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

- ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

（カ）医療・介護関係者の研修

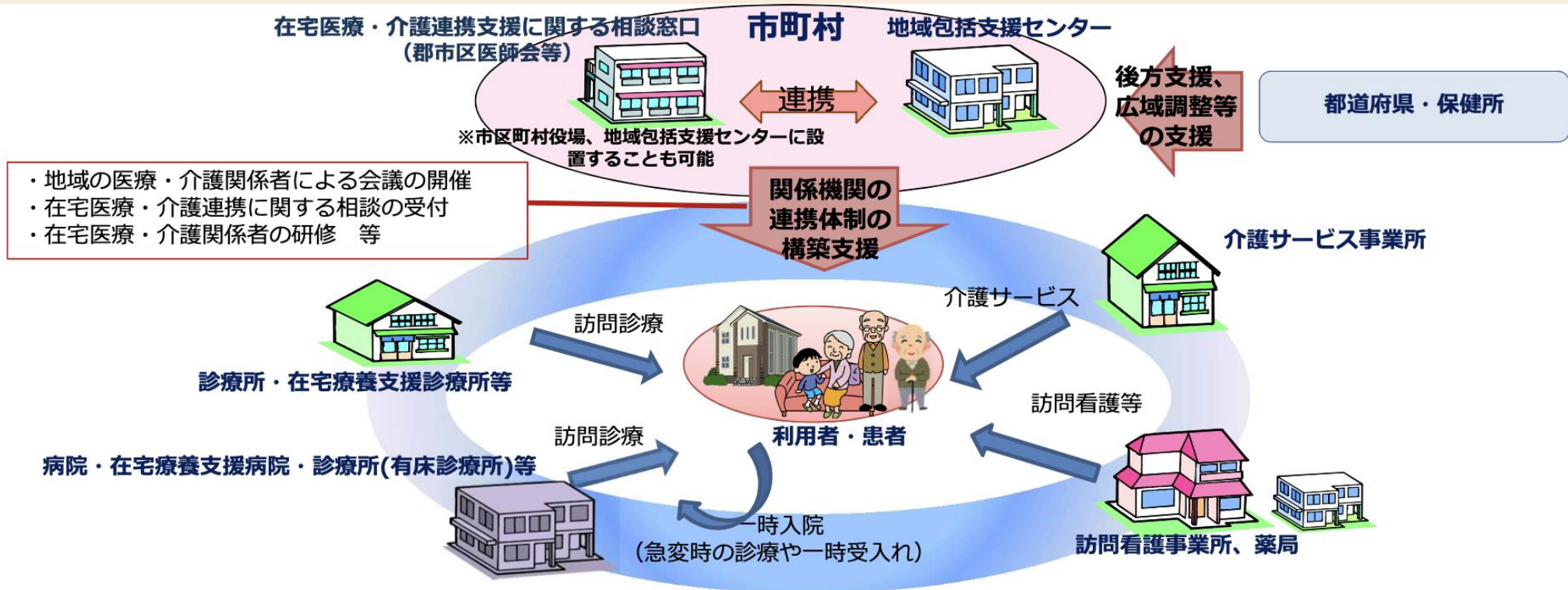
- ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得
- ◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等

（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

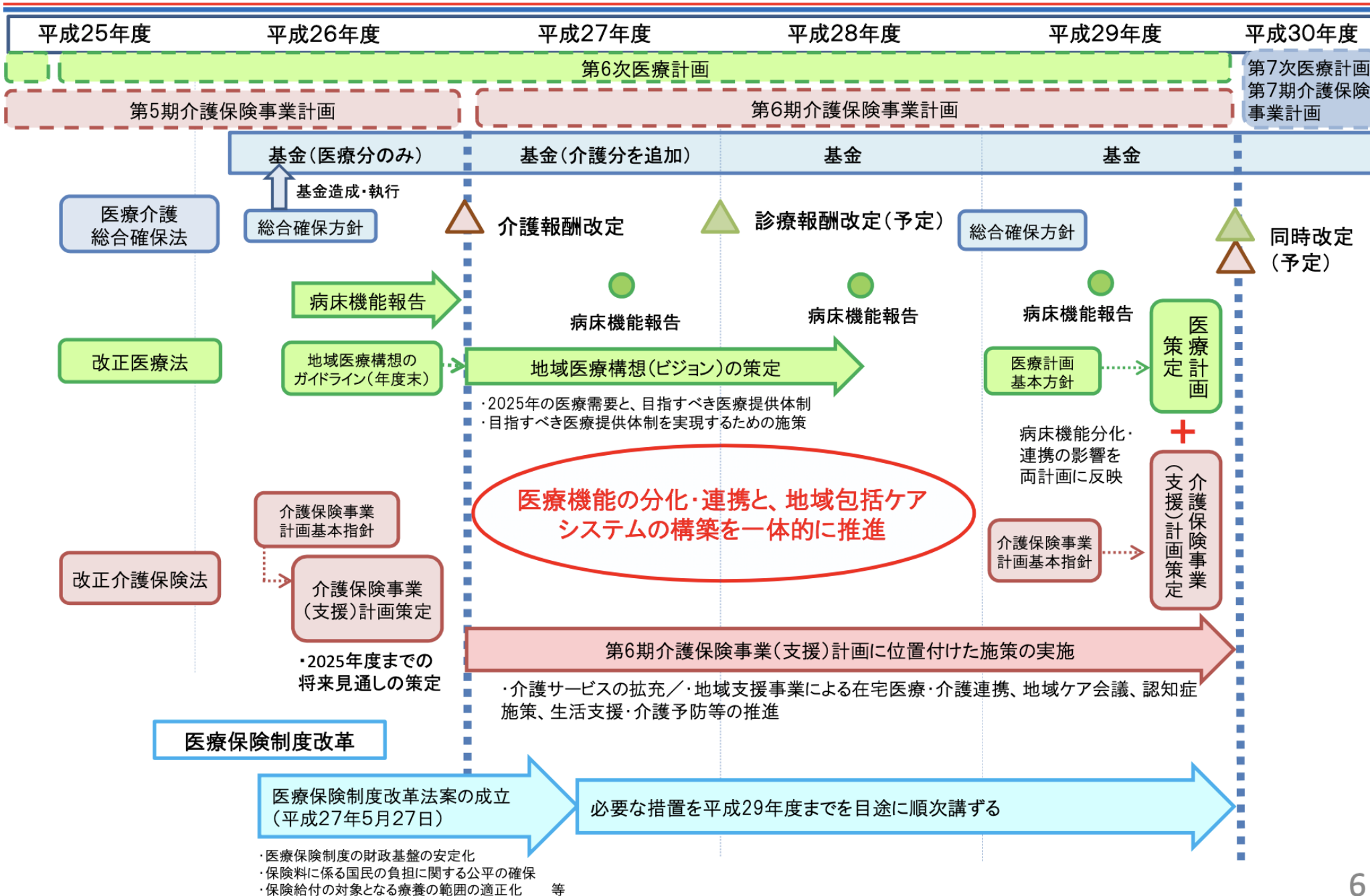
- ◆ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

在宅医療・介護連携の推進

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。
 (※) 在宅療養を支える関係機関の例
 - ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
 - ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
 - ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
 - ・介護サービス事業所（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）
- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



医療と介護の一体改革に係る今後のスケジュール



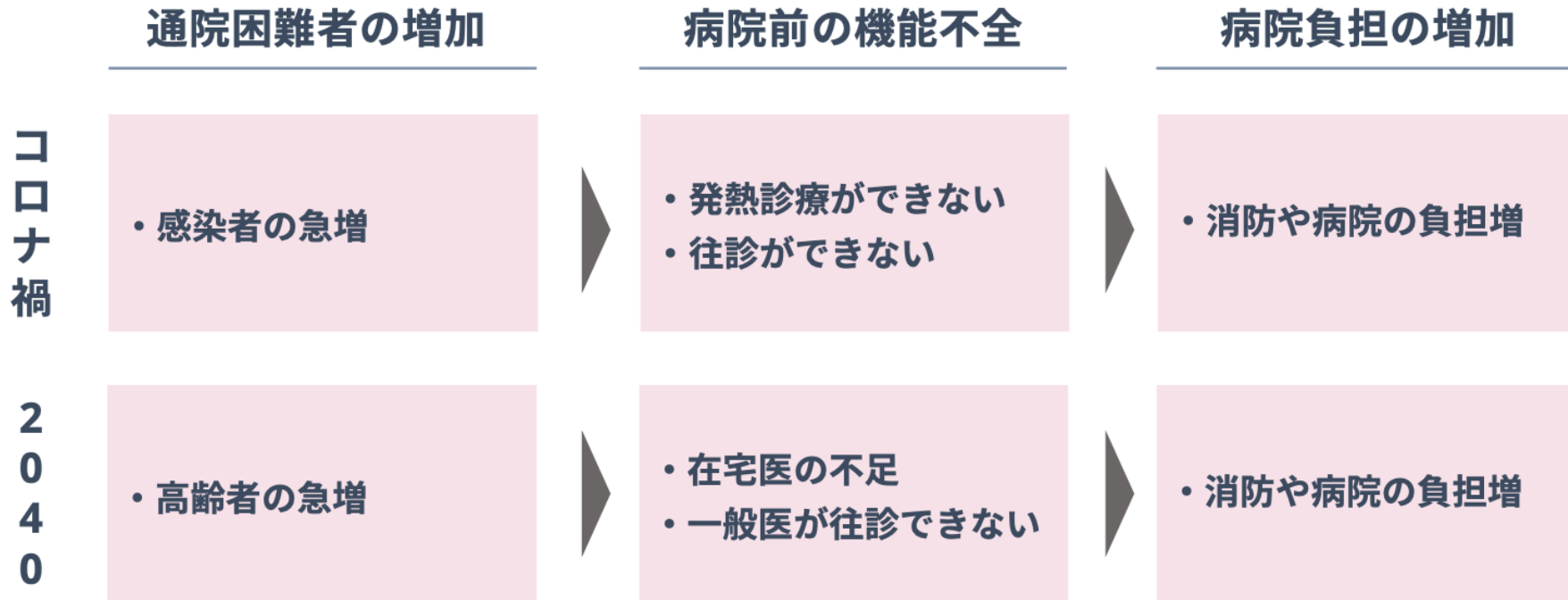
医療提供体制改革

在宅医療・地域包括ケアネットワーク・かかりつけ医機能は「三位一体」

(1) 我が国の医療提供体制についての現状認識

- 今回の COVID-19 禍は「すでに起こっている未来」
2040年に直面するであろう医療の現場を、我々は現在進行形で経験した。
- 高齢者人口は2040年代半ば、後期高齢者人口は2060年代後半までは増加
- 他方で、今日すでに入院患者の7割は65歳以上、半数は75歳以上、高齢者の6割は独居か高齢夫婦世帯
- 近い将来、医療現場では要介護高齢者・基礎疾患(多くは複数)を持つ患者(multimorbidity)の急性期対応・感染症対応が常態化。
家族介護はほぼあてにならなくなる。

コロナ禍は2040年の世界だった



(株)ファストドクター 菊池医師の講演資料より

☆ 在宅医療の機能強化をしておかなければ、病院(入院医療)への負荷がどんどん大きくなって再び機能不全を起こす。

- **今回のCOVID-19禍で、平時の医療提供体制が持っていた構造的弱点が顕在化。
課題は有事対応(のみ)にあるのではなく、平時の体制にある。**
- **自由開業医・自由標榜制のもと、独立採算の中小民間病院中心で発展してきた我が国では、設備投資や人的資源配置は個々の医療機関が判断。
医療機関は機能未分化・相互に競合/競争関係。医療機関相互の連携・協働の契機が内在していない。**
- **他方で患者の「選択の自由」が大きいフリーアクセスの医療保険制度の下で、患者の流れ(適時適切な医療需要の振り分け)は制度的にコントロールできていない。**
- **結果、全体としてみれば、地域(医療圏)全体での最適資源分配の視点がなく、機能未分化・非効率で「資源の薄まき」状態の余力のない医療提供体制が形成。
供給(提供側)もコントロールできず需要(患者)も制御できないまま、今回のCOVID-19禍のように局所的に負荷がかかればいとも簡単に崩れる、という脆弱さを露呈。**

(2) 医療提供体制改革の視点

① 在宅医療・地域医療の強化

- 全世代型社会保障構築会議の中間取りまとめでも指摘されているように、今回のCOVID-19禍では、在宅医療・地域医療の弱さが病院への大きな負荷になって医療崩壊の危機を招いた。

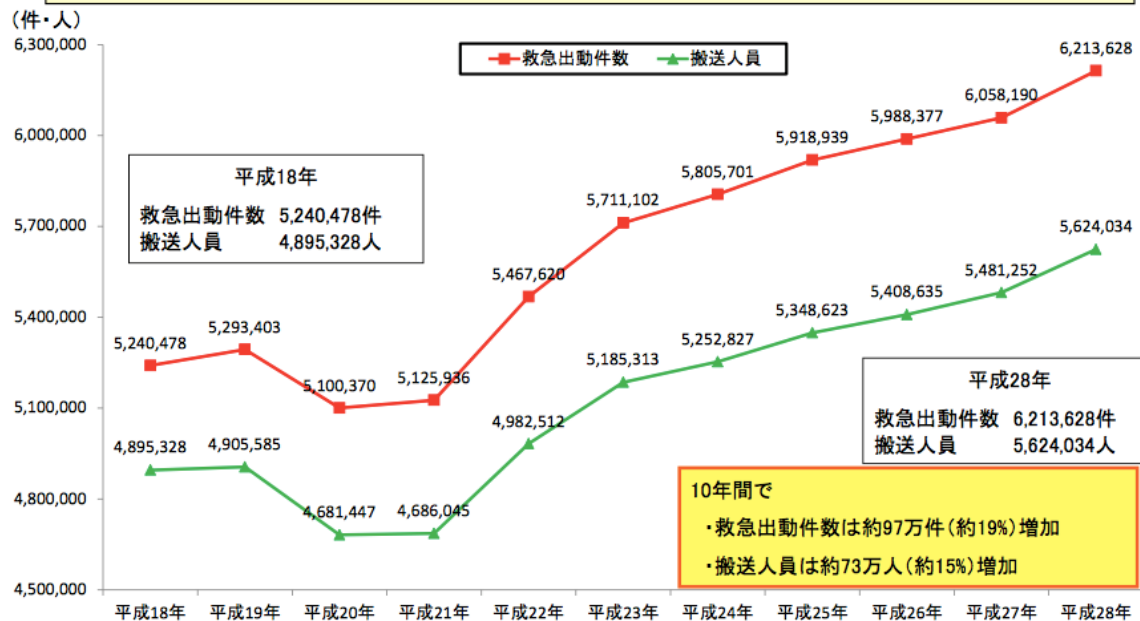
在宅医療・地域医療が機能しなければ病院の負担は大きくなる。

- 医療・介護需要が伸びていく中で、医療資源は人的にも物的にも有限。
- 地域医療構想においては、今ある人的・物的医療資源を効率的・効果的に組み立てていかに必要なニーズに応えていくかという視点に立ち、病院病床の機能分化・連携だけでなく、診療所も含めた地域医療全体の提供体制改革、すなわち地域完結型医療の構築を考えることが必要。
- 在宅医療・地域医療の強化が、全体の提供体制、資源利用の最適化につながる。このことを深く認識することが重要。

在宅医療の強化は様々な医療の課題を解決する(救急医療の例)

救急出動件数及び搬送人員の推移

○ 救急出動件数及び搬送人員数ともに、8年連続の増加となり、過去最多となった。

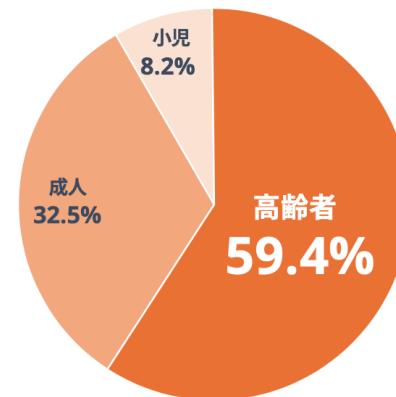


10年間で
 ・救急出動件数は約97万件(約19%)増加
 ・搬送人員は約73万人(約15%)増加

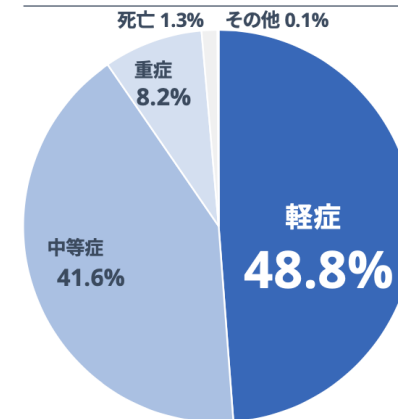
(注) 1 平成10年以降の救急出場件数及び搬送人員についてはヘリコプター出動分を含む。 5
 2 各年とも1月から12月までの数値である。

初期救急の往診体制が整えられれば
 救急出動件数は相当数抑制できる

搬送患者の年齢別内訳



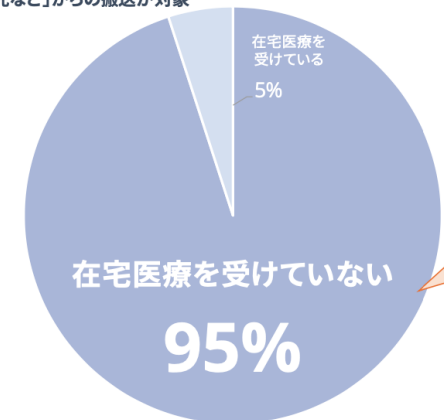
搬送患者の重症度別内訳



資料:総務省消防庁 救急・救助の現況

高齢者による搬送内訳

※「自宅・外出先など」からの搬送が対象



資料:東京都福祉保健局 地域包括ケアシステムにおける迅速・適切な救急医療に関する検討委員会(H29)

② 超高齢社会における医療のあり方の変化

- 「治す医療」から「治し支える医療」へ

生活の質(Quality Of Life)を重視した医療、「生活の中の医療(生活を犠牲にしない医療)」

- 人々は可能であれば最後まで住み慣れた地域・自宅で過ごすことを望む。
可能な限り住み慣れた地域で完結できる医療提供体制の構築が重要。

- とすれば、超高齢社会の病院病床に求められる機能は

- ① 「治す」に特化した高次機能を担う病院

- ② 地域医療、在宅医療を診療所とともに担う「治し、支える」病院

という、二つの方向に分かれていくと考えられる。

- **さらなる高齢化の進行、人口減少による過疎化の進行などの社会経済環境の変化を考えれば、在宅医療の重要性はますます高まる。**

より患者・利用者の日常生活に近い場所で必要な医療が受けられることが求められる。

- **診断治療技術の進歩、医療Dxの進展は、さまざまな治療を在宅で行うことを可能にし、時間と場所を超えて医療を提供することを可能にした。**
- **オンライン診療などの非対面診療は入院・外来・往診と並ぶ「第四の診療形態」として位置付け、その普及定着を進めていくべき。**

③ 必要な医療サービスの保障・切れ目のない医療サービス

～提供機関相互の役割分担と連携、地域包括ケアネットワークとそれを担うマネジメント機能～

- 医療や介護のサービスは、患者・利用者の状態像の変化に対応して必要なサービスが切れ目なく提供されなければならない。
- そのためには、提供者側の連携(病診・病病・診診連携、医療介護連携)が不可欠。各機関が役割分担し、相互に連携して継続的支援を行うことのできる患者の立場に立ったシステムが地域に構築されていなければならない。
- 介護保険では各機関の役割分担や連携を担う役割としてケアマネージャーが存在。ケアマネージャーと主治医の連携が全体の調整を担っている。
- 医療にあっても、患者家族に伴走し継続的に関わり、必要に応じて入院支援・退院支援を行う役割を持つ存在は極めて重要だが、制度上そのような機能・役割を担う存在は明確にされていない。

- 現在でも、65歳以上の高齢患者の多くが同一月内に複数の医療機関を受診。重複検査・重複受診・多剤投与の問題は、医療費適正化の観点のみならず、当該患者にとって最適の医療を提供するという観点からも重要な問題。

患者・家族の立場に立って最適の医療が提供されるよう必要な調整を行う機能は、地域医療体制に不可欠の機能。

さらに言えば、患者は医療以外の多様なニーズ(介護・生活支援・フレイル・栄養管理等々)を持ち、医療だけではその人の生活を支え切ることが困難。

包括的で継続的な切れ目ないサービスは医療を超えて保障されなければならない。

- 地域包括ケアネットワークはまさにそのことのために構想されているもの。個々の制度を越え、財源も専門性も規制も異なる様々なサービスや専門職の働きを横串で繋いでいく「メタ制度 —Integrated care network」として機能するもの。
- 医療は地域包括ケアネットワークの重要な構成要素。
医療提供体制改革は、地域包括ケアネットワークの文脈の中で機能するものとして進められることが必要。

④ 資源の効率利用 働き方改革

- 増大する医療ニーズを最小限の設備・マンパワーで(かつ民間医療機関中心に) 引き受けてきた歴史は、医師・医療スタッフの慢性的過重労働という問題も招来。
- 医師1人当たりの入院担当患者数は、アメリカの1.1人に対して日本は5.5人。年間の医師1人当たりの外来延べ患者数は、アメリカの約1500人に対して日本は約5300人。勤務医の長時間労働は常態化しており、医師の働き方改革が大きな問題。
- 医療提供体制改革は、別の見方をすれば医療の人的・物的資源の再配置・再分配。限りある人的・物的資源の効率的な利用は、医師・看護師をはじめとする医療関係者の働き方改革にもつながる。
- 医療Dxの積極的活用も含め、医療従事者の働き方改革という視点からの専門職種間の役割分担の見直し、タスクシフト、チームプラクティスといった取り組みも必要。
- このことはかかりつけ医の負荷軽減という形で、かかりつけ医の普及実装にも貢献。

⑤ 医療費適正化(最適化) 無駄な医療の排除

- **医療提供体制改革は、限られた医療資源によって必要な医療需要をカバーするという意味において、サービス提供の効率化を通じてアウトカムの最大化を実現することに繋がる。**
- **とするならば、医療費の最適化、費用対効果の最大化は提供体制改革によって実現される。**
- **すなわち、提供体制改革こそが医療費適正化の最も正しい道筋である。**



Future Institute Wolong

一般社団法人 未来研究所臥龍

<http://www.garyu.or.jp/organization.html>