

これからの医療提供体制

自治医科大学
永井良三

医療費

10年前	30兆円
2011年	38.6兆円
2025年予測	52兆円

最近の増加率 約0.8-1.0兆円/年
国立大学運営費交付金
約1.1兆円/年

消費税5%増税

4%
1%

財政再建

2.7兆円

0.7兆円 子育て子供支援

0.6兆円 年金

1.5兆円 医療・介護

医療問題の日本の特徴

米国：市場原理

西欧・北欧

**国立や自治体立の病院等(公的所有)が中心
政府の強制力による改革**

日本

**医師が医療法人を設立し、病院等を私的所有
で整備、国や自治体などの公立の医療施設は
全体の14%、病床で22%**

互いの立場を尊重し、日本独自の方法で解決

地域完結型の医療

病床の機能分担 急性期、回復期、慢性期

高度急性期から在宅介護までの一連の流れ

かかりつけ医、総合診療医

川上から川下までの医療提供者間のネットワーク化

医療・介護のネットワーク化 ご当地医療

在宅医療連携拠点事業→地域包括推進事業

病床機能報告制度、地域医療ビジョンの策定

財政支援、基金

医療職種の職務見直し、看護師資格保持者の登録義務

データによる医療システムの制御、医療データの利活用

2次医療圏の見直し

社会保障制度改革国民会議報告書 平成25年8月

医療保険制度改革

財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保

財政基盤の強化のために必要な公費投入だけでなく、**保険料の適正化**など国民健康保険自身の努力によって国民健康保険が将来にわたって持続可能となるような仕組みについても検討すべきである。

国民健康保険の**低所得者に対する保険料軽減措置**の拡充を図るべきであり、具体的には、**対象となる軽減判定所得の基準額を引き上げる**ことが考えられる。医療保険制度における保険料の負担についても、**負担能力に応じて応分の負担を求める**ことを通じて保険料負担の格差是正に取り組むべきである。

医療計画の策定者である都道府県が、これまで以上に地域の医療提供体制に係る責任を積極的かつ主体的に果たすことができるよう、都道府県の権限・役割の拡大が具体的に検討されて然るべきである。効率的な医療提供体制への改革を実効あらしめる観点からは、国民健康保険に係る財政運営の責任を担う主体(保険者)を都道府県とし、更に地域における医療提供体制に係る責任の主体と国民健康保険の給付責任の主体を都道府県が一体的に担うことを射程に入れて実務的検討を進め、都道府県が地域医療の提供水準と標準的な保険料等の住民負担の在り方を総合的に検討することを可能とする体制を実現すべきである。

国民健康保険の運営に関する業務について、財政運営を始めとして都道府県が担うことを基本としつつ、保険料の賦課徴収・保健事業など引き続き市町村が担うことが適切な業務が存在することから、都道府県と市町村が適切に役割分担を行う。

国民健康保険において、相当の**高所得の者**であっても保険料の賦課限度額しか負担しない仕組みとなっていることを改めるため、**保険料の賦課限度額を引き上げるべき**である。

2015(平成27)年度からは**被用者保険者間の負担の按分方法を全面的に総報酬割とし、被用者保険者間、すなわち協会けんぽと健保組合、さらには共済組合の保険料負担の平準化を目指すべき**である。この負担に関する公平化措置により、**総数約1400の健保組合の4割弱の健保組合の負担が軽減され、健保組合の中での保険料率格差も相当に縮小することにもなる。**

後期高齢者医療制度については、今後は、現行制度を基本としながら、実施状況等を踏まえ、**後期高齢者支援金に対する全面総報酬割の導入**を始め、必要な改善を行っていくことが**適当**である。

大病院の外来は紹介患者を中心とし、**一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステム**の普及、定着は必須であろう。

入院療養における給食給付等の自己負担の在り方について、入院医療と在宅医療との公平を図る観点から見直すことも検討すべきである。また、現在、暫定的に1割負担となっている**70～74歳の医療費**の自己負担については、現役世代とのバランスを考慮し、高齢者にも応分の負担を求める観点から、法律上は**2割負担**となっている。この特例措置については、世代間の公平を図る観点から止めるべきであり、政府においては、その方向で、本年6月に閣議決定した「**経済財政運営と改革の基本方針**」のとおり「**早期に結論を得る**」べきである。

医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築

高度急性期から在宅介護までの一連の流れにおいて、川上に位置する病床の機能分化という政策の展開は、退院患者の受入れ体制の整備という川下の政策と同時に行われるべきものであり、また、川下に位置する在宅ケアの普及という政策の展開は、急性増悪時に必須となる短期的な入院病床の確保という川上の政策と同時に行われるべきものである。今後、認知症高齢者の数が増大するとともに、高齢の単身世帯や夫婦のみ世帯が増加していくことをも踏まえれば、地域で暮らしていくために必要な様々な生活支援サービスや住まいが、家族介護者を支援しつつ、本人の意向と生活実態に合わせて切れ目なく継続的に提供されることも必要であり、地域ごとの医療・介護・予防・生活支援・住まいの継続的で包括的なネットワーク、すなわち地域包括ケアシステムづくりを推進していくことも求められている

「病院完結型」の医療から「地域完結型」の医療への転換

患者は、病状に見合った医療施設、介護施設、さらには在宅へと移動を求められる。居場所の移動を伴いながら利用者のQOLを維持し家族の不安を緩和していくためには、提供側が移動先への紹介を準備するシステムの確立が求められる。ゆえに、退院患者の受入れ体制の整備という川下の政策と同時に行われるべきものであり、川上から川下までの提供者間のネットワーク化は新しい医療・介護制度の下では必要不可欠となる。そして、こうしたネットワークの中で、患者の移動が円滑に行われるよう、医療機関側だけでなく、患者側にもインセンティブが働くシステムとなることが望ましい。

医療・介護サービスの提供体制改革の推進のための財政支援

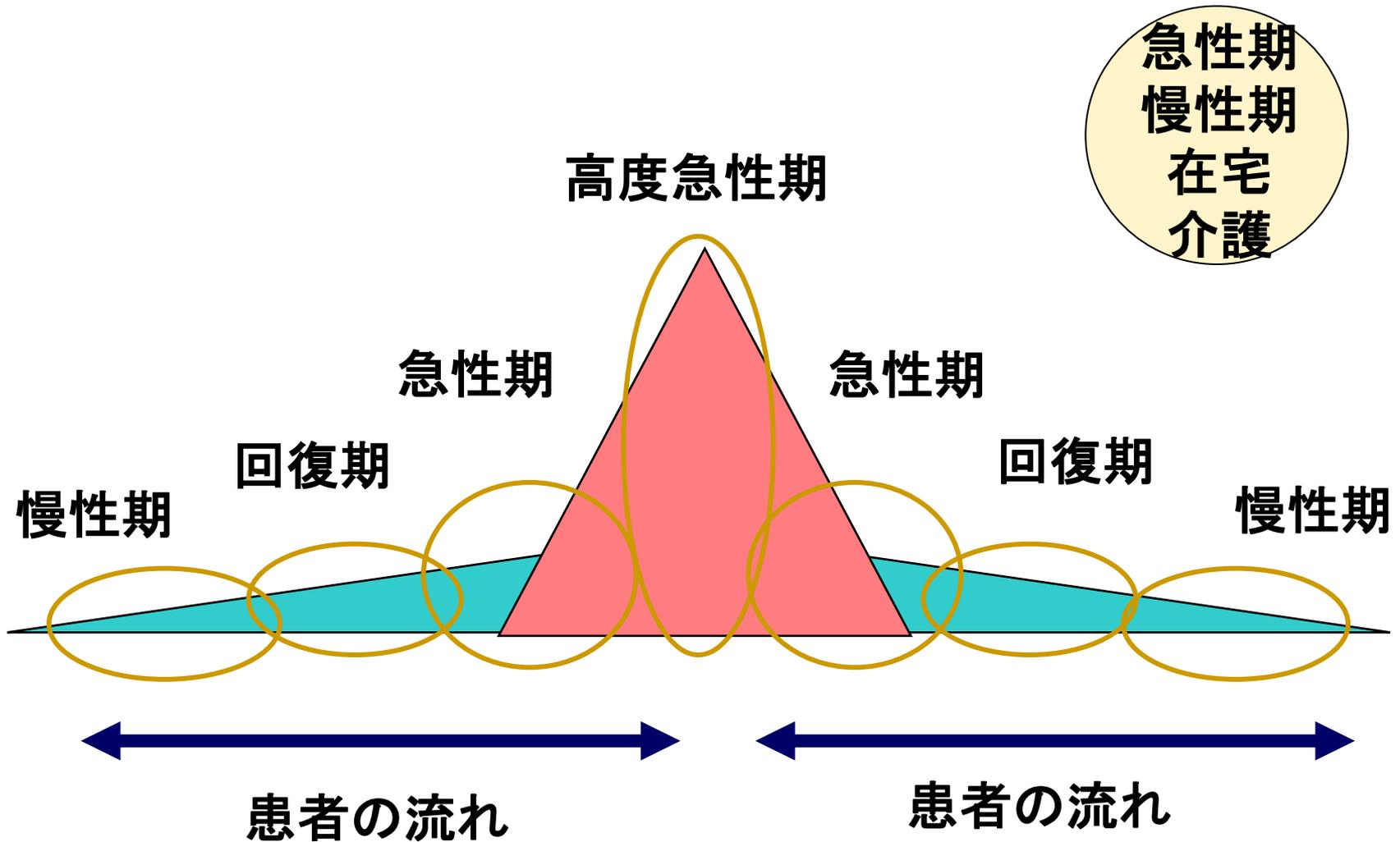
必要な財源については、消費税増収分の活用が検討されるべきである。具体的には、**病院・病床機能の分化・連携への支援、急性期医療を中心とする人的・物的資源の集中投入、在宅医療・在宅介護の推進、更には地域包括ケアシステムの構築に向けた医療と介護の連携、生活支援・介護予防の基盤整備、認知症施策、人材確保などに活用していくことになる。**

医療・介護サービスの在り方が「**地域完結型**」に変わるからには、それに資するよう、**診療報酬・介護報酬の体系的見直しを進めていく必要がある。**

また、全国一律に設定される**診療報酬・介護報酬とは別の財政支援の手法が不可欠**であり、**診療報酬・介護報酬と適切に組み合わせつつ改革の実現を期していくことが必要と**考えられる。**基金方式も検討に値しよう。**

まず取り組むべきは、各2次医療圏における将来の性別、年齢階級別の人口構成や有病率等のデータを基に**各地域における医療ニーズを予測**し、各地域の医療提供体制がそれに合致しているかを検証した上で、地域事情に応じた先行きの医療・介護サービス提供体制のモデル像を描いていくことであり、こうしたデータ解析のために国が率先して官民の人材を結集して、先駆的研究も活用し、都道府県・市町村との知見の共有を図っていくことであろう。また、このデータ解析により、実情に合っていないと評されることもある**現今の2次医療圏の見直し**そのものも可能となる。

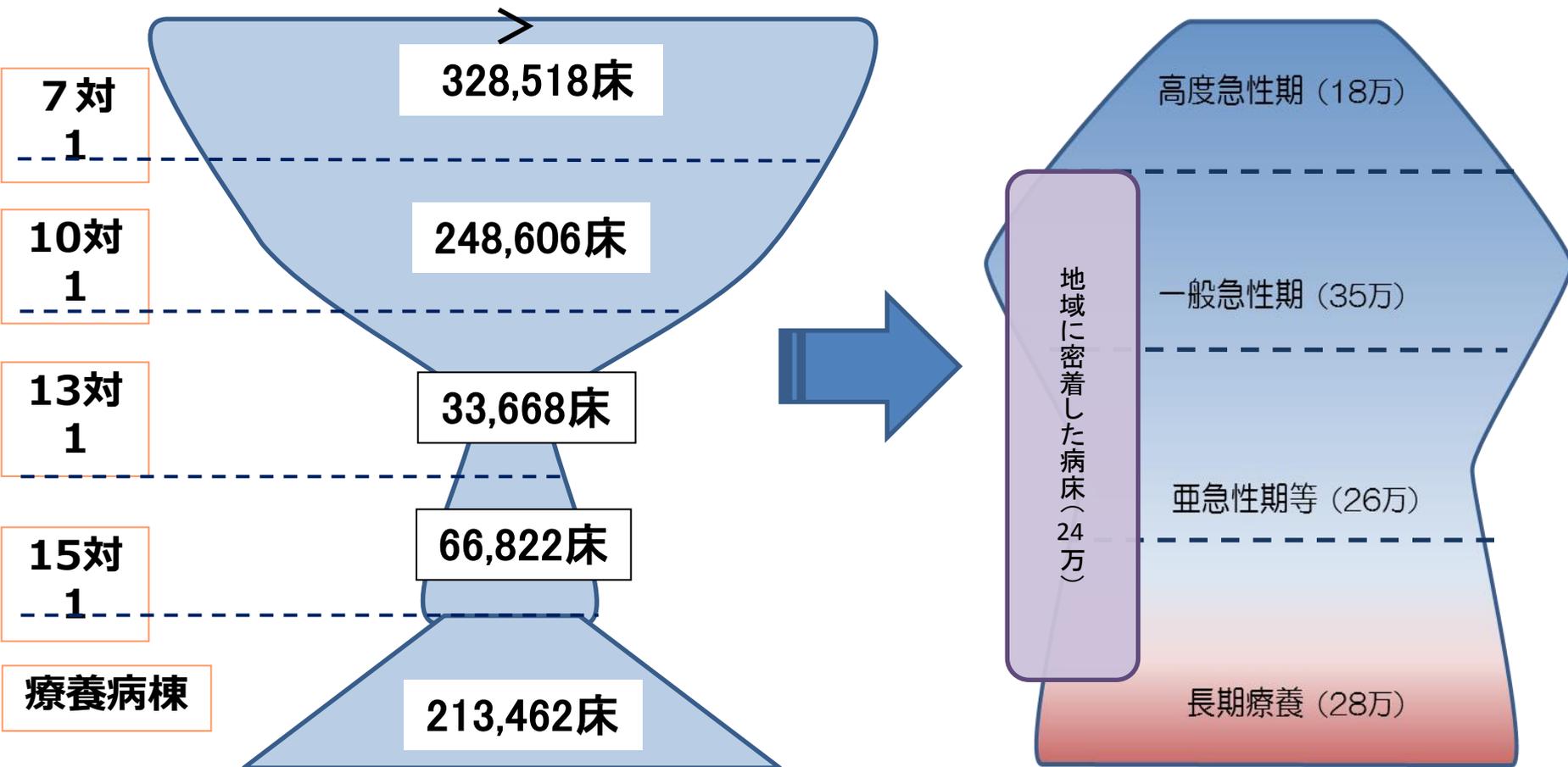
医療提供体制の再構築



【入院】現在の一般病棟入院基本料等の病床数

＜2010(H22)年の病床数＞

＜2025(H37)年のイメージ＞



保険局医療課調べ

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

重症向け病床、1/4削減 医療費抑制へ体制転換

症状が重く手厚い看護が必要な入院患者向けのベッド(急性期病床)について、厚生労働省は全体の4分の1にあたる約9万床を2015年度末までに減らす方針を固めた。高い報酬が払われる急性期病床が増えすぎて医療費の膨張につながったため、抑制方針に転換する。4月の診療報酬改定で報酬の算定要件を厳しくする。

厚労省方針

全国に約36万床ある急性期病床の削減は、診療報酬改定の目玉のひとつ。実際は急性期ではない患者が入院を続けるケースも目立ち、医療費の無駄遣いと指

摘されてきた。急性期病床以外での看護師不足も招き、「診療報酬による政策誘導の失敗」といった批判も強まっていた。急性期病床を減らすた

め、厚労省は4月から、入院患者7人当たり看護師1人という手厚い配置をする病院に支払われる「7対1入院基本料」の算定要件を見直す。

具体的には、重症患者と認めるチェック項目を細かくするなどして、高い報酬を認める対象を絞り込む。これにより14、15年度の2年間で「7対1病床」を約9万床減らす方針だ。まず14年度に医療費を600億

円減らせる効果も見込む。7対1病床は、高度医療を充実させるため06年度に

導入さ
患者1
660
(患者
人)の
病院が
備を准
約36万
般的な
る。厚
規模に
かかる
千億円
是正に

重症病床にメス

厚生労働相の諮問機関、中央社会保険医療協議会（中医協）は12日、2014年度の診療報酬改定案をまとめ、田村憲久厚労相に答申した。重症患者向け入院ベッド（7対1病床）を導入できる病院の要件を10月から厳格化し、高報酬の同病床を15年度までに25%程度削減することを狙う。在宅医療推進に向け、「主治医」の役割を果たす診療所などを厚遇する。

【佐藤文一、中島和哉】

7万床程度と踏んだ。ところが、年に億単位の増収が見込めるとあって36万床に

診療所厚遇 自民、支持確保狙い

14年度診療報酬改定の特徴の一つは、冷遇され減少傾向にある「有床診療所（有床診）」（19床以下の開業医、9.57カ所）への配分を厚くした点だ。自民党と菅内閣関係にあった日本医師会（日医）は同党が野党

時代、民主党政権に回った。このため、自民党には政権復帰後の改定で日医の主力である開業医を後押しし、日医の民主離れを確実にする狙いがあった。流れができたのは昨年10月。入院患者ら10人が死亡した、福岡市の有床診療所での火災だった。

併せずに地域医療が壊れ、また福岡で痛ましい事故が起き、手当てが必要と認識されたためだ」と述べた。しかし別の日医幹部は今回、厚労省は族議員に逆らえなかった」と語る。有床診への厚遇は改定全体の方向性を見えにくくした。厚労省は「在宅医療の推進を望む。だが、10、12年度、民主党政権下の過去2回の改定は「勤務医の待遇改善」を掲げ、大病院重視の姿勢を明確にした。それが今回は日医に配慮して診療所などに配分する一方、大病院の離反を恐れ病院にも深夜、休日への加算を増やすなどしたためだ。

診療報酬改定答申

想定以上の増加に対処

今回の改定の柱は、「患者7人に看護師1人」と最も看護師の配置が手厚く、報酬額も最高の「7対1病床」（36万床）を25%（9万床）程度削減し、各病院を身の丈に合った施設に再編することだ。秋以降、平

均入院日数を実質的に短縮しない報酬を減額し、病院をふるいにかける。そもそも06年度改定で新設された7対1は、報酬を

厚くする代わりに、集中的な看護で入院日数を縮め、トータルで医療費を抑えるはずだった。厚労省は7対1が可能なのは全体の1割、

クローズアップ 2014

14年度診療報酬改定の主な項目 ★は新設

- 医療機関の機能分化、在宅医療の充実
 - ★ 難病患者らが長期入院（90日超）しても入院基本料を下げない（優遇措置を廃止）（10月～）
 - ★ 回復期の患者を受け入れる「地域包括ケア病棟入院料」（60日まで＝2万5800円か2万5580円）
 - 訪問診療など複数の役割を担う有床診療所の入院基本料を増額（14日以内では5110～8610円）
 - ★ 「主治医」の役割を果たす中小病院、診療所向けの「地域包括診療料」（月1回1万5030円）
 - ★ 在宅患者の急変時に対応可能な200床以上の病院を評価（入院初日2万5000円）
 - ★ 認知症の入院患者への早期リハビリ（1日2400円）
 - ★ 医療機関が金銭で患者紹介を受けることを禁止

医療費適正化、医療従事者の負担軽減

- ★ 治療目的以外でうがい薬だけを処方すれば保険適用を外す
- 病院勤務医の手術や一部処置の休日・時間外・深夜加算の上乗せ

消費増税対応

医科 初診料	2700円	▶	2820円
再診料	690円	▶	720円
歯科 初診料	2180円	▶	2340円
再診料	420円	▶	450円

※患者は1～3割を自己負担

自民党厚生族は「防災対策に有床診の報酬を上げろ」と厚労省に迫った。また昨年末には、日医出身で同党の羽生田俊参院議員が「有床診の役割を医療法に位置づける」と訴えた。日医の横倉義武会長は12日の記者会見で、有床診の優遇について「20年近く評

ケース1 認知症・68歳	これまで	4月以降
入院基本料と入院加算（計30日）	計34万8400円	▶ 計35万2300円
重度認知症加算	1000円×30日	▶ 3000円×30日
★精神保健福祉士配置加算		▶ 300円×30日
精神病棟入院時医学管理加算	50円×30日	▶ 50円×30日
医療安全対策加算1（入院初日）	850円	▶ 850円
入院精神療法	3600円×3日×4週	▶ 3600円×3日×4週
入院生活技能訓練療法	1000円×1日×4週	▶ 1000円×1日×4週
★認知症患者リハビリテーション料		▶ 2400円×3日×4週
計	42万7950円	▶ 52万9650円
窓口負担額（3割、高額療養費を適用）	8万1710円	▶ 8万2727円

ケース2 糖尿病など・75歳男性	これまで	4月以降
再診料	690円×2回	▶ 410円×2回
外来管理加算	520円×2回	▶ 360円×2回
明細書発行体制等加算	10円×2回	▶ 360円×2回
時間外対応加算1	50円×2回	▶ 630円×2回
特定疾患療養管理料	2250円×2回	▶ 630円×2回
血液形態・機能検査	490円×1回	▶ 410円×2回
処方せん料	680円×2回	▶ 410円×2回
特定疾患処方管理加算	180円×2回	▶ 410円×2回
一般名処方加算	20円×2回	▶ 410円×2回
小計	9290円	▶ 1万8650円
調剤薬局で		
調剤基本料	400円×2回	▶ 410円×2回
基準調剤加算2	300円×2回	▶ 410円×2回
調剤料	630円×2回	▶ 410円×2回
薬剤服用歴管理指導料	410円×2回	▶ 410円×2回
計	1万2770円	▶ 1万8650円
窓口負担額（1割、月額）	1280円	▶ 1870円

※★は新設

今回の診療報酬改定で、患者の負担はどう変わるのか。

ハケース1▽アルツハイマー型認知症の症状が悪化、認知症疾患医療センターに30日間入院し、初日からリハビリを受けた68歳男性

男性の入院基本料は9割程度上がるため、30日分で計30000円アップ。早期退院に向けて精神保健福祉士が配置されるため、その加算（1日3000円）も負担が必要になる。認知症治療では「重度認知症加算」が今の3倍、1日30000円に増額される。さらに新設の「認知症患者リハビリテーション料」（1日2400円）を週3回受けることで、男性の総医療費は改定前より10万1700円増の52万9650円になる。ただし、月の負担上限を定めた高額

「主治医」割高だが継続対応

療養費制度により、自己負担は8万2727円に抑えられる。

ハケース2▽30年来の糖尿病と脂質異常症で月2回内科診療所を受診する75歳男性

複数の慢性疾患を抱える患者に、本人の同意を得て「主治医」として対応できる診療所や200床未満の病院を対象に、月1回「一括して算定できる地域包括診療料」（月1回1万5030円）が新設される。再診料などを個別に積み上げる従来より割高になるが、1人の医師に継続的に24時間いつでも診てもらえる。また、調剤では基本料が10円アップ。24時間調剤可能な薬局は1回80円増しの3600円で、月2回は診察を受ける男性の総医療費は58800円増えた。自己負担は1割なので、男性の支払う額は1カ月5900円増の1870円。

入院基本料（1日1万5660円）を算定できる。男性は前から在宅医療を受けており、主治医で「坂の上ファミリークリニック」の小野宏志医師は、在宅でも治療可能と判断したが、家族は搬送を希望した。小野医師は「たとえ軽症でも、高度な医療を提供する病院への入院を希望する患者は多い。看護師を増やさない病院が、病床数を減

らしても「7対1」を満たそうとするケースさえある」と打ち明ける。「7対1」の病床は現在、約36万床あり、最も多い。2006年度、手厚い看護を行う病院への支払いを高くする仕組みが導入され、当時の4万床から一気に増

えた。しかし、実際には軽症患者も入院して医療費の無駄遣いにつながっているほか、各地で看護師の争奪

戦が起こり、看護師不足を招く一因となった。こうした「失政」への反省から、今回の改定では入院基本料を重症患者に限って認めるなど、「7対1」の基準を厳しくする。2年間で9万床減らし、600億円の医療費削減を見込む。

■受け血病床

一方で、新たに「地域包括ケア病床」を設ける。脳卒中で緊急治療を受けた後に容体が安定した患者など、比較的軽症が軽い人の受け皿とする。専従の理学療法士を配置するなどし、リハビリの充実も図る。

■地域医療充実

地域医療の充実も図る。地域の診療所や200床未満の中小病院の医師が「主治医」としての役割を果たす場合、診療報酬を手厚くする。高血圧、糖尿病、脂

質異常症、認知症のうち、二つ以上の病気を抱える患者を対象とし、主治医は、患者が通院する他の医療機関や処方薬の状況をすべて把握し、日頃から患者の健康管理に努める。

日本では、誰でも希望する医療機関を受診でき、大病院志向が強い。慈恵医大病院患者支援・医療連携センターの常務連絡センター長は高齡化が進むと、病状に応じて大病院と診療所が連携する必要が増す。今後は、「まずは大病院で」という患者の意識を変え、啓発活動も重要になる」と強調する。



歩行訓練する入院患者（中央）。症状が軽い患者を受け入れる病床は、リハビリ機能の充実を図る（東京都世田谷区の世田谷記念病院）
リハビリの充実も図る。厚労省は、今回の改定で医療機関に対し、入院患者を自宅に戻すよう促す。地域包括ケア病床では、帰宅する退院患者の割合（在宅復帰率）が70%以上で入院が2か月以内の場合、患者1人につき2万5580円を診療報酬で加算する。こうした取り組みに積極的な世田谷記念病院（東京都）の酒向正春副院長は、病院内で寝たままだと確実に動けなくなり、帰宅が難しくなるため、リハビリは重要だ。ただ、専門職が不足しており、各医療機関で人材育成に取り組み必要がある」と強調する。

在宅復帰促す病床「主治医」奨励

診療報酬 課税論も

今回の改定は、消費税率が8%に引き上げられる4月から実施されるため、国民生活への影響を小さくしたい首相官邸の主導で、消費税分を除くと実質マイナスとなった。診療報酬引き上げの要求を抑え込まれた自民党の厚生労働族と呼ばれる議員や日本医師会などは、消費税率10%をにらみ、巻き返しを図る構えだ。

入力で払った消費税は、保険料や患者の窓口負担から回収できない。今回の改定は、消費増税に伴う医療機関の負担増を補うため、診療報酬に1.36%を上乗せし、初診料を100円再診料を30円引き上げたが、消費税対応分を除けば、マイナス1.26%。医師会には、診療報酬に消費税を課せ

から仕入れ分の消費税を、論も勢いを増しかねない。今回も、厚労族などの不満を和らげようと、政府が都道府県に設けた医療機関のための904億円の基金の280億円分は、看護学校への補助金など既存事業を用途も変えずに移し替え、たものとの判明、厚労族は不満を募らせている。

日本医師会の横倉義武会長、日本病院会の堺常雄会長らは12日、改定決定を受け、診療報酬は非課税で、医療機関が医療機器などの仕

実質マイナスで医療界など主張

入力で払った消費税は、保険料や患者の窓口負担から回収できない。今回の改定は、消費増税に伴う医療機関の負担増を補うため、診療報酬に1.36%を上乗せし、初診料を100円再診料を30円引き上げたが、消費税対応分を除けば、マイナス1.26%。医師会には、診療報酬に消費税を課せ

から仕入れ分の消費税を、論も勢いを増しかねない。今回も、厚労族などの不満を和らげようと、政府が都道府県に設けた医療機関のための904億円の基金の280億円分は、看護学校への補助金など既存事業を用途も変えずに移し替え、たものとの判明、厚労族は不満を募らせている。

診療報酬は非課税で、医療機関が医療機器などの仕

実質マイナスで医療界など主張

入力で払った消費税は、保険料や患者の窓口負担から回収できない。今回の改定は、消費増税に伴う医療機関の負担増を補うため、診療報酬に1.36%を上乗せし、初診料を100円再診料を30円引き上げたが、消費税対応分を除けば、マイナス1.26%。医師会には、診療報酬に消費税を課せ

から仕入れ分の消費税を、論も勢いを増しかねない。今回も、厚労族などの不満を和らげようと、政府が都道府県に設けた医療機関のための904億円の基金の280億円分は、看護学校への補助金など既存事業を用途も変えずに移し替え、たものとの判明、厚労族は不満を募らせている。

医療 超高齢に備え

「時々入院、ほぼ在宅」

診療報酬改定

4月からの医療サービス
の値段が決まった。「診療
報酬」を話し合う中央社会
保険医療協議会で12日、改
定内容がまとまった。迫り

来る「超高齢・多死社会」
に備える見直しがいくつも
盛り込まれた。今の病院中
心の医療体制では急増する
高齢者を受け入れられない

診療報酬改定のポイント

今	重症患者向けのベッドを大幅に減らし、リハビリ専門職らが退院を支援する病床を新設して転換を促す
未来	生活習慣病や認知症の患者をかかりつけ医が継続的に診療する場合に、再診療料や検査などの月額料まとめ払いを導入
在宅	み取りや緊急往診機 看に積極的な医療を 関の報酬を上げる 重症患者受け入れ などを進める訪問の 護ステーションの報 酬を新設する

ため、住み慣れた地域や在宅で支える仕組みへの転換が迫られている。

▼2面▶2025年へ急務、7面▶こう変わる

75歳以上の人口は、「団塊の世代」がこの年齢に達する2025年ごろまで急ピッチで増える。医療・介護の需要も急増する。25年には年間死者数が10年時点の1.3倍にあたる154万人に膨らむ見通しだ。

今は8割の人が病院で亡くなる。だが病院を高齢者の急増と同じペースで増やすのは、財政事情や人手の面で難しい。このままでは、人生の最期を穏やかに迎えられる「死に場所」が足りなくなる恐れが強い。

政府がめざす高齢者医療の姿は「時々入院、ほぼ在宅」。患者が自宅や施設で暮らすのを基本とし、入院が必要でも極力短期間とする形だ。今は、患者が病気になるのと病院に駆け込み、面倒をみてもらう「病院完結型」が基本。これを「かかりつけ医」や看護師が患者を訪ねて診療する「地域完結型」に変えていく。

診療報酬の改定はこの形に誘導する手段となる。在

地域完結 2025年へ急務

診療報酬改定

「かかりつけ医」主役

高齢化で医療や介護を必要とする人が爆発的に増える。4月からの診療報酬改定は、都市部を中心とした「2025年問題」への対応が大きなテーマになった。病院中心の形を見直し、「時々入院、ほぼ在宅」の医療に向けた改革が本格的に動き出す。ただ現場では、さまざまなハードルが立ちほだかる。

▼一面参照



自宅を訪れた医師と看護師から診療を受ける90歳の男性。千葉県柏市

「調子はどうですか。ご飯は食べてますか」

千葉県松戸市で在宅医療に取り組み医師、苛原実さん(60)は、隣接する柏市の男性90)宅を訪れ、寝室のベッドに横たわる男性に声をかけた。血圧や心拍数を測り、聴診器を胸にあてた。「ぜんそくがあるね。これ以上悪くなったら入院しないとダメだよ」。介護に当たる妻(62)に伝えた。男性は認知症で、以前の入院先では「家へ帰りたい」と繰り返した。自宅での治療に切り替えると、落ち着きを取り戻した。妻は「何かあれば先生に来てもらえるので心配はない」。

訪問看護も一翼

お年寄りが住み慣れた場で長く暮らせるようにするには、医師の取り組みだけでは十分ではない。先進的な活動で知られる「湘南真田メディケアセンター」(神奈川県平塚市)は、診療所や訪問看護ステーション、有料老人ホームなどを併せ持つ複合型施設だ。患者の状況に応じて医師や看護師、介護士の専門職がチームをつくる。医療や介護、生活の世話まで、幅広いサービスを「地域完結型」で提供する。

病院改革に懸念

「奪い合い」は、診療報酬による政策誘導の失敗が理由の一つだ。06年度、重症の患者向けに看護師を厚く配置するベッド(急性期病床)に高い報酬を払う仕組みを厚生労働省が導入した。その後、全国の病院が競って急性期病床に移行し、国の想定をはるかに上回る数まで増えてしまった。その結果、看護師争奪戦のような状況が生じ、地方都市などで看護師不足が

拍車がかかった。

この状況を是正するため今回、厚生労働省は急性期病床の高い報酬を算定できる要件を厳しくした。急性期病床全体の4分の1に当たる約9万床を2年間で減らす方針だ。これで浮いた人手や医療費を、在宅医療や急性期を脱した患者向けの病床に振り向け、急増する高齢者の受け皿を確保するねらいがある。

病院の体制改革はスムーズに進むのか。見直し議論では、医療界から「急性期病床の急な削減は現場を混乱させる」との慎重論が相次いだ。厚生労働省内にも「9万床減るかはやってみないとわからない」との声が漏れる。

2025年までにめざす医療の姿

連携して患者を支える

供給 → 大幅増



訪問看護ステーション

ほぼ在宅

今回見直す点

- ✓ 24時間の重症患者対応などで報酬アップ
- ✓ 急な往診などに積極的だと報酬アップ

大幅増



在宅医療のかかりつけ医

訪問 診療所、中小病院

自宅・高齢者施設

大幅増



介護サービス

通所

訪問

症状が重くなったら…入院

時々入院

- ✓ 重症向けのベッドを減らし回復期向けを増やす



病院

ほぼ横ばい

退院

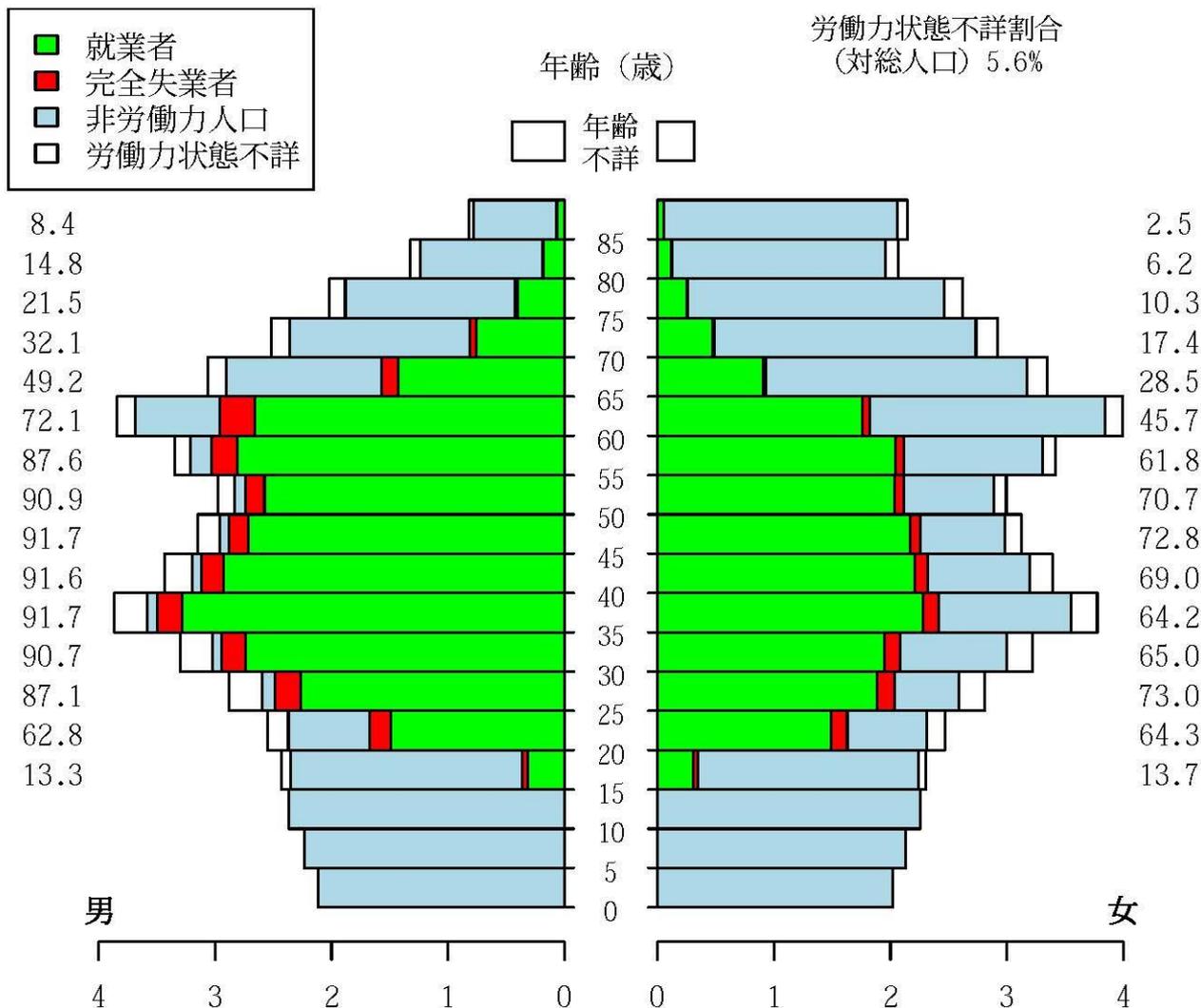
- ✓ 急変時の受け入れで報酬アップ
- ✓ 退院率が高いと報酬アップ

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案

2月12日閣議決定

年齢別人口と就業率(全国)

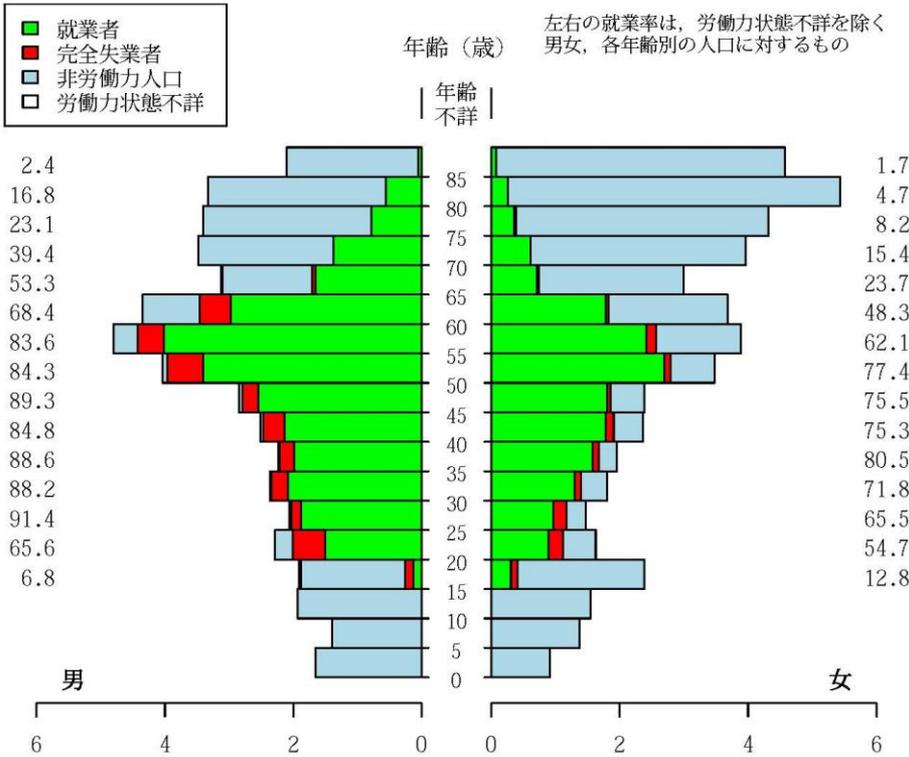
図C00022 全国の人口の男女、年齢、労働力状態別構成、
男女・年齢別労働力状態不詳を除く人口に対する就業者割合
(%, 2010年国勢調査)



総人口 128057352人, 就業者割合(対総人口) 46.6%,
就業者割合(対労働力状態不詳を除く人口) 49.3%, 女性就業者割合(対総就業者) 42.8%

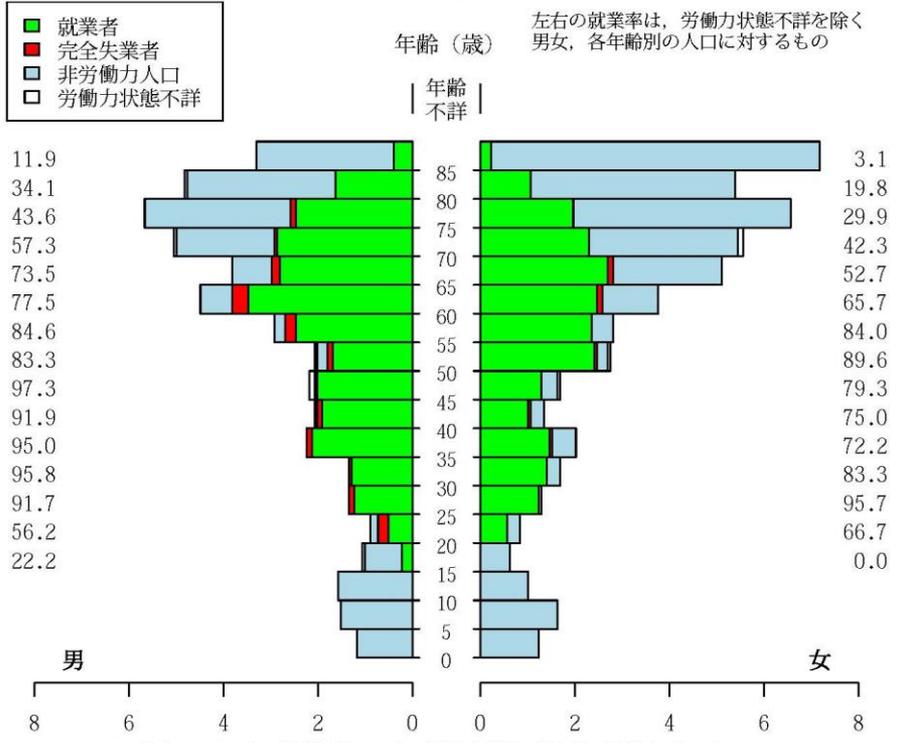
旧美和村(茨城県)と上勝町(徳島県)の人口構成と就業率

図C08346 人口の男女、年齢、労働力状態別割合(図の部分)及び男女、年齢別就業率(左右端の数値部分)
 -茨城県旧美和村- (%、2010年国勢調査)



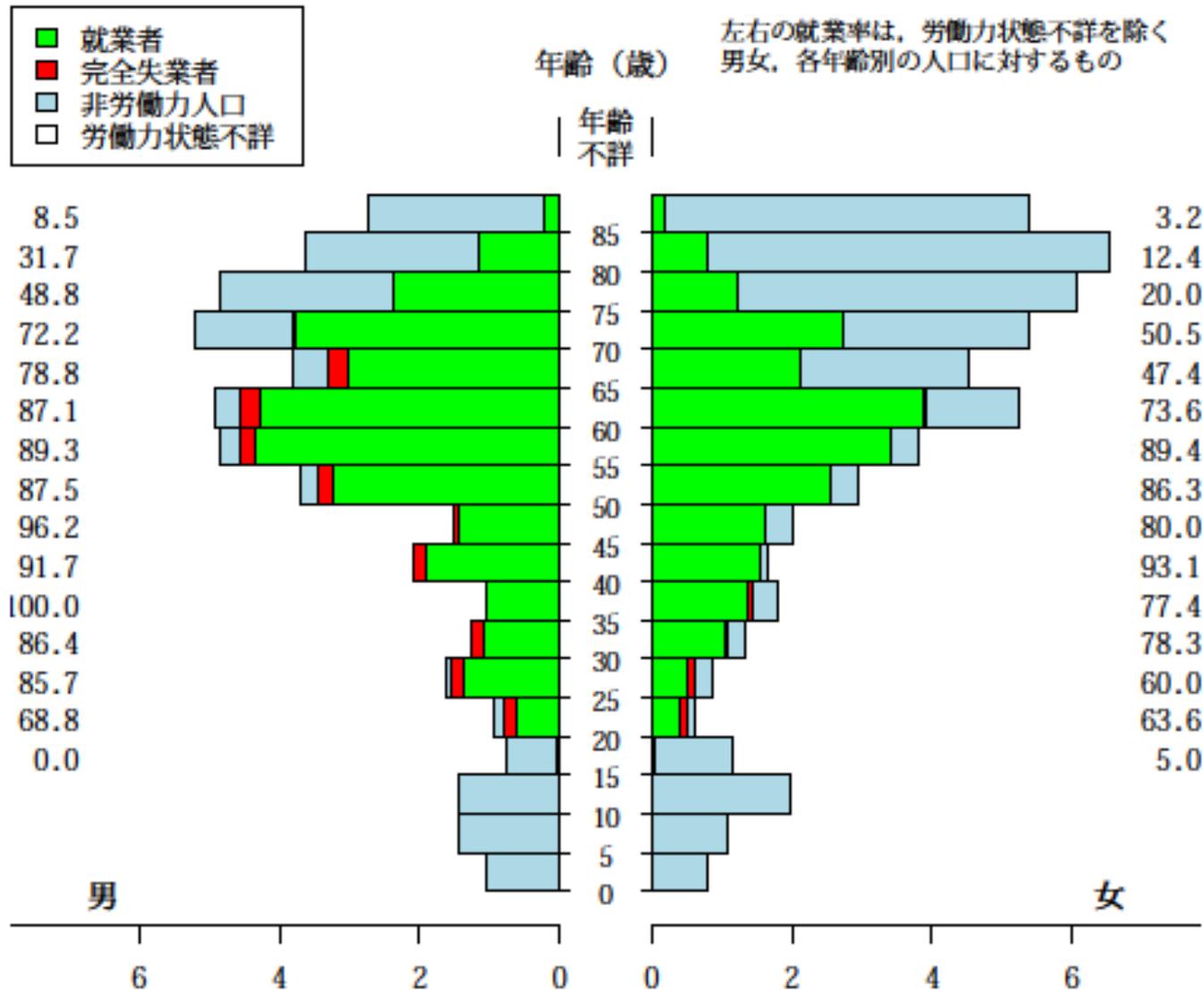
総人口 3936人, 就業総数 1754人, 労働力状態不詳割合(対総人口) 0.1%,
 就業率(対総人口) 44.6%, 就業率(対不詳除く総人口) 44.6%, 女性就業者割合(対総就業者) 39.3%

図C36302 人口の男女、年齢、労働力状態別割合(図の部分)及び男女、年齢別就業率(左右端の数値部分)
 -徳島県上勝町- (%、2010年国勢調査)



総人口 1783人, 就業総数 883人, 労働力状態不詳割合(対総人口) 0.6%,
 就業率(対総人口) 49.5%, 就業率(対不詳除く総人口) 49.8%, 女性就業者割合(対総就業者) 45.3%

図C35204B 人口の男女、年齢、労働力状態別割合（図の部分）
 及び男女、年齢別就業率（左右端の数値部分）
 -山口県旧むつみ村-（％，2010年国勢調査）



総人口 1731人，就業総数 923人，労働力状態不詳割合(対総人口) 0.0%，
 就業率(対総人口) 53.3%，就業率(対不詳除く総人口) 53.3%，女性就業者割合(対総就業者) 44.0%

65歳以上有業率（2007年10月1日）と 1人当たり老人医療費（2007年度）

