

2025年へのカウントダウン

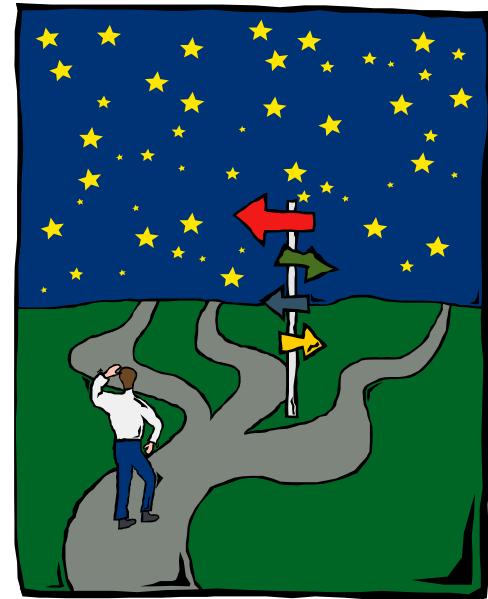
～医療計画見直し～



国際医療福祉大学大学院教授
武藤正樹

目次

- パート 1
 - 医療計画見直し
- パート 2
 - 第7次医療計画と課題
- パート 3
 - 療養病床の今後



パート1 医療計画の見直し



医療計画とは医療提供体制の基本計画

医療計画制度について

趣旨

- 各都道府県が、厚生労働大臣が定める基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定。
- 医療提供の量(病床数)を管理するとともに、質(医療連携・医療安全)を評価。
- 医療機能の分化・連携(「医療連携」)を推進することにより、急性期から回復期、在宅療養に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される「地域完結型医療」を推進。
- 地域の実情に応じた数値目標を設定し、PDCAの政策循環を実施。

記載事項

- 四疾病五事業(※)に係る目標、医療連携体制及び住民への情報提供推進策
- 居宅等における医療の確保 ○ 医師、看護師等の医療従事者の確保 ○ 医療の安全の確保
- 二次医療圏、三次医療圏の設定 ○ 基準病床数の算定 等

※ 四疾病五事業…四つの疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)と五つの事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む))をいう。

【 基準病床数制度 】

- ◇ 二次医療圏等ごとの病床数の整備目標であるとともに、それを超えて病床数が増加することを抑制するための基準となる病床数(基準病床数)を算定。
- ◇ 基準病床数制度により、病床の整備を病床過剰地域から非過剰地域へ誘導し、病院・病床の地域偏在を是正。

【 医療連携体制の構築・明示 】

- ◇ 四疾病五事業ごとに、必要な医療機能(目標、医療機関に求められる事項等)と各医療機能を担う医療機関の名称を医療計画に記載し、地域の医療連携体制を構築。
- ◇ 地域の医療連携体制を分かりやすく示すことにより、住民や患者が地域の医療機能を理解。

医療法の改正の主な経緯について

改正年	改正の趣旨等	主な改正内容等
昭和23年 医療法制定	終戦後、医療機関の量的整備が急務とされる中で、医療水準の確保を図るため、病院の施設基準等を整備	○病院の施設基準を創設
昭和60年 第一次改正 1985年	医療施設の量的整備が全国的にほぼ達成されたことに伴い、 <u>医療資源の地域偏在の是正と医療施設の連携の推進</u> を目指したもの。	○ <u>医療計画制度の導入</u> ・二次医療圏ごとに必要病床数を設定
平成4年 第二次改正	人口の高齢化等に対応し、患者の症状に応じた適切な医療を効率的に提供するための医療施設機能の体系化、患者サービスの向上を図るための患者に対する必要な情報の提供等を行ったもの。	○特定機能病院の制度化 ○療養型病床群の制度化
平成9年 第三次改正	要介護者の増大等に対し、介護体制の整備、日常生活圏における医療需要に対する医療提供、患者の立場に立った情報提供体制、 <u>医療機関の役割分担の明確化及び連携の促進</u> 等を行ったもの。	○診療所への療養型病床群の設置 ○地域医療支援病院制度の創設 ○ <u>医療計画制度の充実</u> ・二次医療圏ごとに以下の内容を記載 地域医療支援病院、療養型病床群の整備目標 医療関係施設間の機能分担、業務連携
平成12年 第四次改正	高齢化の進展等に伴う疾病構造の変化等を踏まえ、良質な医療を効率的に提供する体制を確立するため、入院医療を提供する体制の整備等を行ったもの。	○療養病床、一般病床の創設 ○ <u>医療計画制度の見直し</u> ・基準病床数へ名称を変更
平成18年 第五次改正	質の高い医療サービスが適切に受けられる体制を構築するため、医療に関する情報提供の推進、 <u>医療計画制度の見直し</u> 等を通じた医療機能の分化・連携の推進、地域や診療科による医師不足問題への対応等を行ったもの。	○都道府県の医療対策協議会制度化 ○ <u>医療計画制度の見直し</u> ・4疾病5事業の具体的な医療連携体制を位置付け

医療計画

具体的な記載事項

1. 二次医療圏の設定に関する事項
2. 三次医療圏の設定に関する事項
3. 基準病床数に関する事項
4. 地域医療支援病院の整備目標、その他機能を考慮した医療提供施設の整備の目標に関する事項
5. 医療提供施設の整備等の共同利用等病院、診療所、薬局その他医療関係施設相互の機能の分担及び業務の連携に関する事項
6. 救急医療の確保に関する事項（小児救急体制、病院前救護体制）
7. へき地医療の確保が必要な場合にあっては、頭蓋位量の確保に関する事項
8. 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の確保に関する事項
9. その他医療を提供する体制の確保に関し必要な事項

医療圏とは？

三次医療圏

先進的な技術や特殊な医療、発生頻度が低い疾病に関するものなどの医療需要に対応した医療圏

原則として各都道府県が三次医療圏（例外として、北海道のみ6つの三次医療圏が制定されている）

二次医療圏

入院治療を主体とした医療活動が、おおむね完了する医療圏

各都道府県毎に3～21の医療圏が制定されている

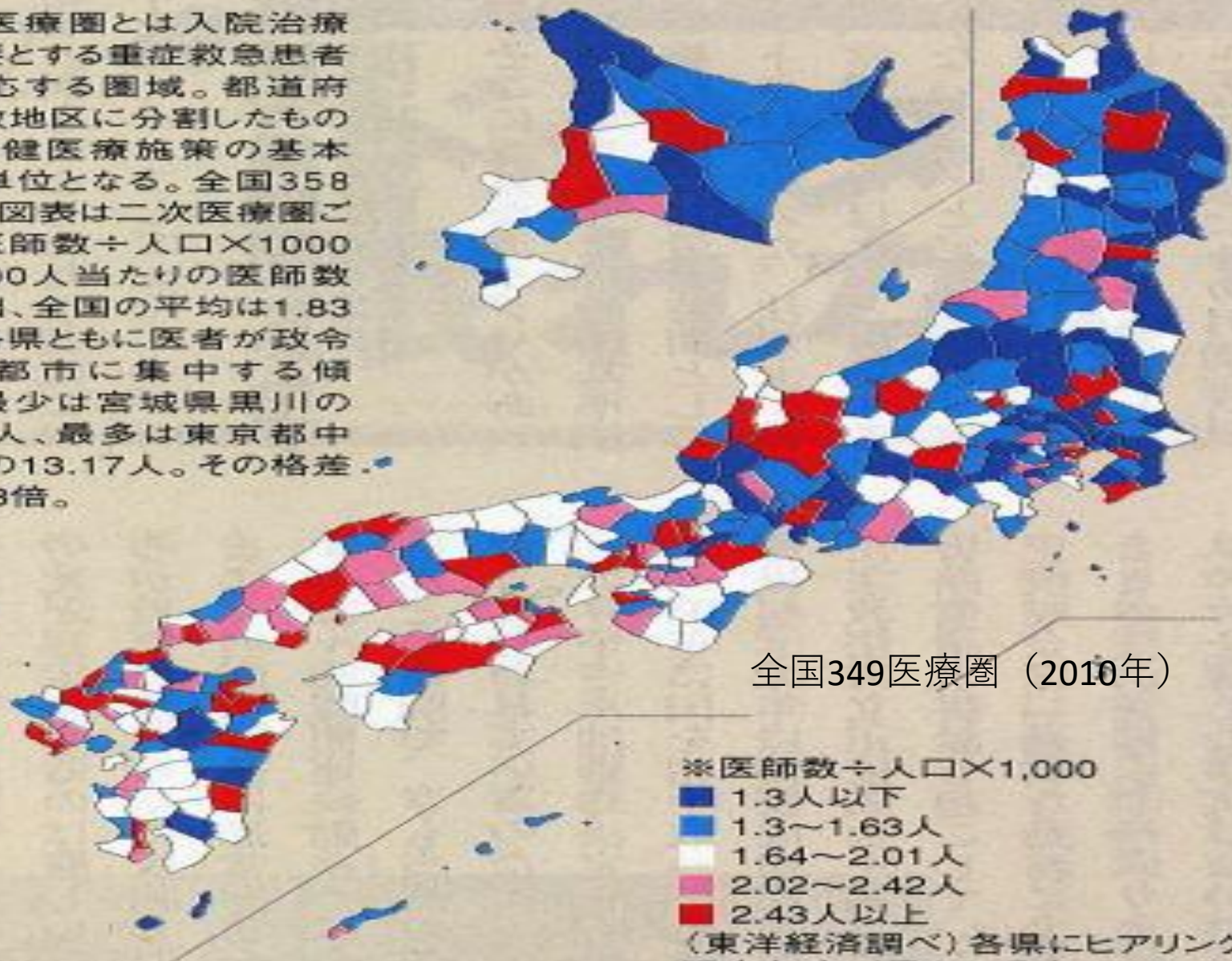
一次医療圏

普段からの健康相談が受けられる、かかりつけ医を中心とした地域医療体制の確立を目指した医療圏

市町村が一時医療圏とみなされている

■ 二次医療圏ごとの人口1000人当たり医師数

二次医療圏とは入院治療を必要とする重症救急患者に対応する圏域。都道府県を数地区に分割したもので、保健医療施策の基本的な単位となる。全国358カ所。図表は二次医療圏ごとの医師数÷人口×1000で1000人当たりの医師数を算出、全国の平均は1.83人。各県ともに医者が政令指定都市に集中する傾向。最少は宮城県黒川の0.59人、最多は東京都中央部の13.17人。その格差は22.3倍。



全国349医療圏（2010年）

※医師数÷人口×1,000

- 1.3人以下
- 1.3～1.63人
- 1.64～2.01人
- 2.02～2.42人
- 2.43人以上

（東洋経済調べ）各県にヒアリング。調査年度が異なる場合がある

二次医療圏ごとの詳細データは、本誌Webにて公開予定

基準病床数

- 二次医療圏内の一般病床数を人口や受療率から定めた数値
- 当該地域にどの程度の病床を整備すべきか、という整備目標
- この数値以上の病床数の増加を抑制する、働きを有する

- 都道府県知事がこの数値を超えた病院の開設をしないよう勧告した場合
 - 地方社会保険医療協議会の議を経て保険医療機関の指定をしないことで開設することは可能
- 第四次医療法改正（平成12年）で、療養病床と一般病床の基準病床数算定式について、地域間格差の是正、平均在院日数の短縮傾向の加味、都道府県知事の裁量による流入・流出加算の設定の3点が大きく変更された。

第5次医療計画～4疾患5事業ごとの 医療提供や連携体制の構築～ (2008年～2012年)

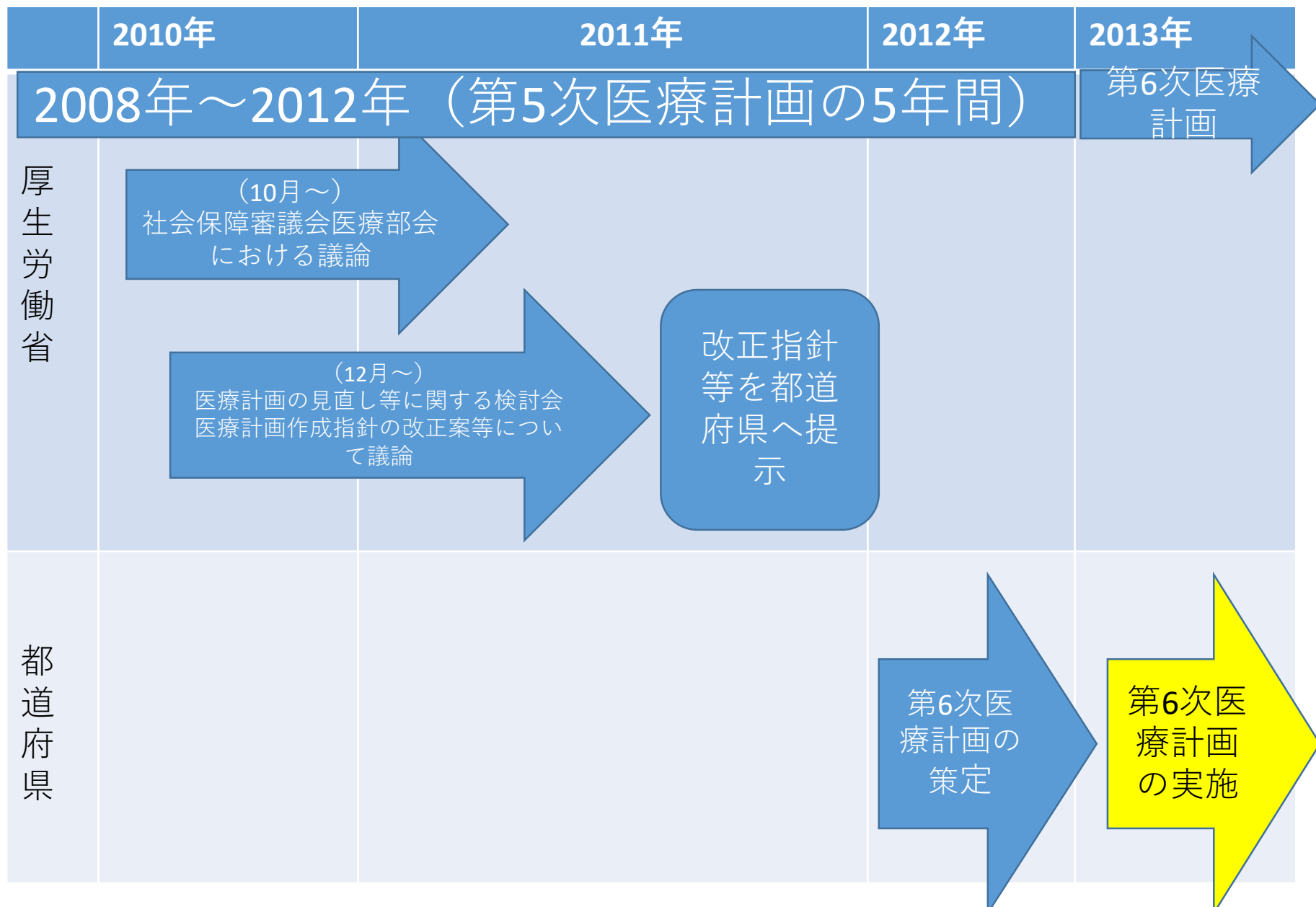
• 4 疾病

- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病

• 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

医療計画見直しスケジュール（案）



第6次医療計画見直し等検討会 (2013年～2017年)

- 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

第6次医療計画見直しの方向性

- ①医療圏見直し
- ②数値指標の見直し
- ③精神疾患を5疾患目に追加
- ④医療従事者の確保に関する事項
- ⑤災害時における医療体制の見直し
- ⑥在宅医療に係わる医療体制の充実・強化

①医療圏見直し

• 医療圏

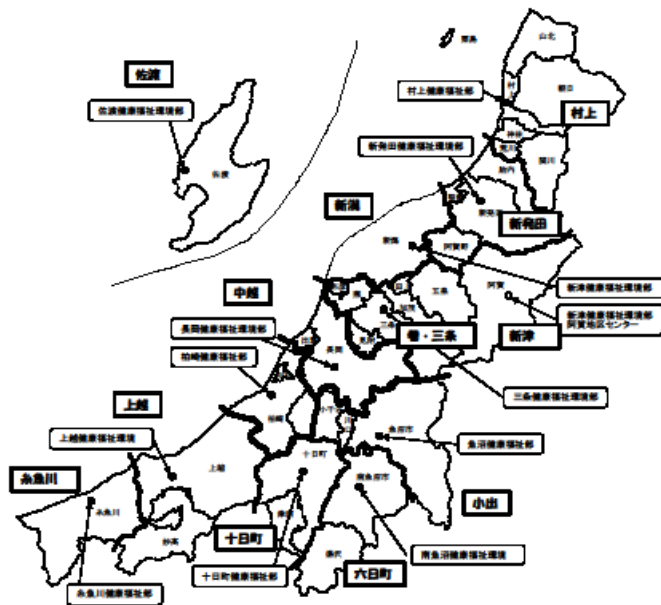
- 都道府県は、医療計画の中で、病院の病床及び診療所の病床の整備を測るべき地域的単位として区分する医療圏を定めることとする
- 1985年第1次医療法改正で導入
- 3次医療圏
 - 都道府県単位 52医療圏（北海道6医療圏）
 - 特殊な医療を提供（高度救命救急センター、都道府県がん診療連携拠点病院等）
- 2次医療圏
 - 349医療圏（2010年4月現在）
 - 一般の入院医療に係わる医療を提供
 - 地理的条件、患者需要、交通事情等

2次医療圏見直し

- 見直しの背景
 - 高速交通体系、医療情報の受発信・共有基盤の整備
 - 市町村合併の進展で13圏域の過半数が1～2市町村で構成、二次医療圏（広域市町村圏）の趣旨に合わなくなってきた
- 二次医療圏の見直し（新潟県の例）
 - 13圏域（1987年）→ 7圏域（2006年）

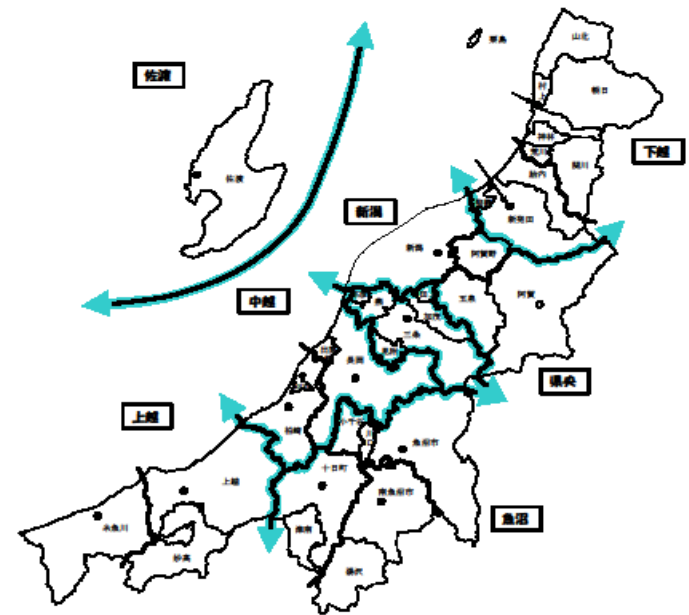
新潟県における二次医療圏見直し 13圏域（1987年）→7圏域（2006年）

平成18年3月31日までの二次保健医療圏



二次医療圏名

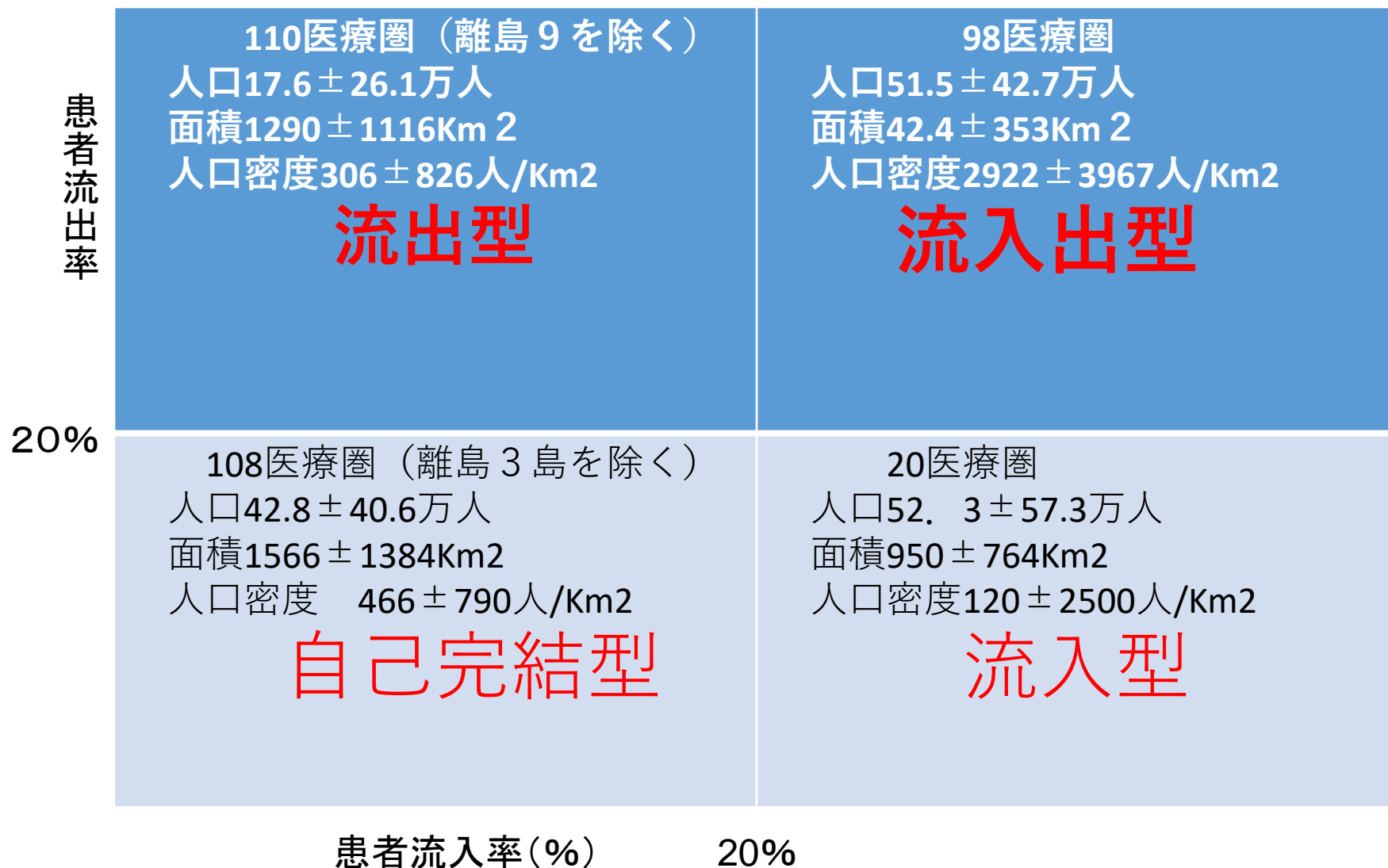
平成18年4月からの新たな二次保健医療圏



新しい二次医療圏

二次医療圏名

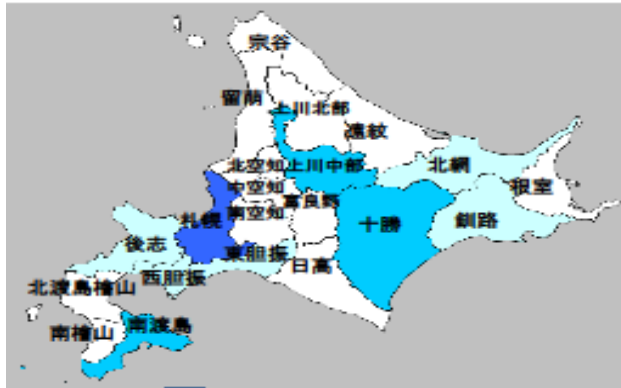
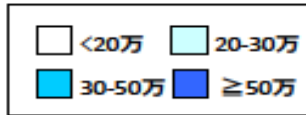
人口、流入流出でみた 二次医療圏のパターン



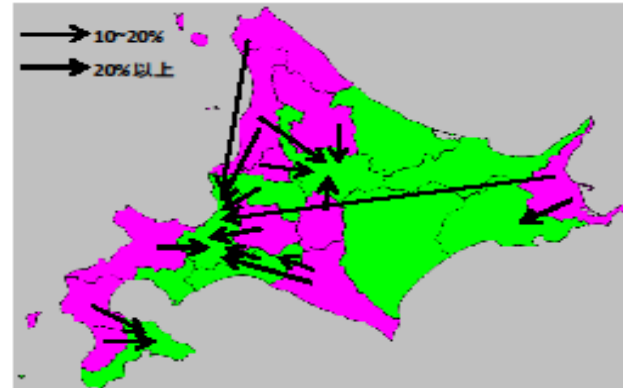
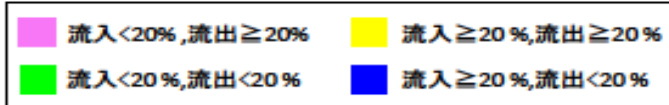
人口20万人未満で、
流出率20%以上、流入率
20%未満の医療圏を見直す
ことになった

(北海道)

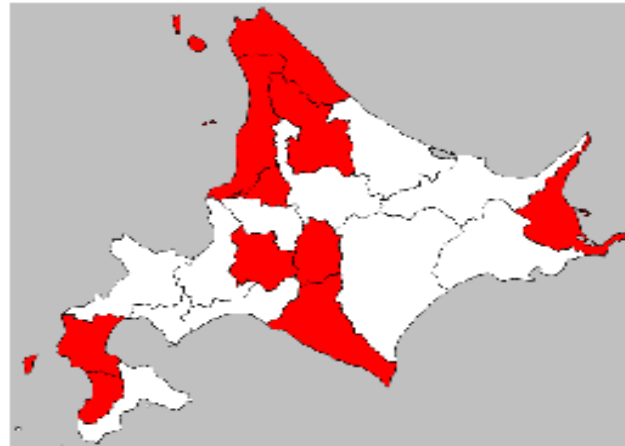
人口



流入出



■ 人口20万人未満
かつ患者流入率20%未満
かつ患者流出率20%以上



(参考)各都道府県の人口20万人未満の二次医療圏の現状

都道府県	二次医療圏数 (カッコ内は島部)		人口20万人未満の 二次医療圏数 (島部を除く)	人口20万人未満 かつ患者流入率20%未満 かつ患者流出率20%以上	都道府県	二次医療圏数 (カッコ内は島部)		人口20万人未満の 二次医療圏数 (島部を除く)	人口20万人未満 かつ患者流入率20%未満 かつ患者流出率20%以上
	S63年	H22年				S63年	H22年		
北海道	21	21 (0)	12	10	滋賀県	7	7 (0)	4	2
青森県	6	6 (0)	3	3	京都府	6	6 (0)	3	2
岩手県	9	9 (0)	<7>	<5>	大阪府	4	8 (0)	0	0
宮城県	5	7 (0)	<4>	<4>	兵庫県	10	10 (0)	3	1
秋田県	8	8 (0)	7	3	奈良県	3	5 (0)	1	1
山形県	4	4 (0)	1	0	和歌山県	6	7 (0)	6	4
福島県	7	7 (0)	<3>	<3>	鳥取県	3	3 (0)	1	0
茨城県	6	9 (0)	0	0	島根県	6	7 (1)	5	4
栃木県	5	5 (0)	0	0	岡山県	5	5 (0)	3	2
群馬県	10	10 (0)	6	0	広島県	10	7 (0)	2	1
埼玉県	9	10 (0)	1	1	山口県	9	8 (0)	4	2
千葉県	12	9 (0)	1	0	徳島県	3	6 (0)	5	3
東京都	13	13 (1)	0	0	香川県	5	5 (1)	2	1
神奈川県	8	11 (0)	0	0	愛媛県	6	6 (0)	4	2
新潟県	13	7 (1)	0	0	高知県	4	4 (0)	3	2
富山県	4	4 (0)	2	0	福岡県	10	13 (0)	7	4
石川県	4	4 (0)	2	2	佐賀県	3	5 (0)	4	1
福井県	4	4 (0)	3	2	長崎県	9	9 (4)	2	2
山梨県	8	4 (0)	3	1	熊本県	10	11 (0)	10	4
長野県	10	10 (0)	5	4	大分県	10	6 (0)	4	3
岐阜県	5	5 (0)	1	0	宮崎県	6	7 (0)	6	3
静岡県	10	8 (0)	2	0	鹿児島県	12	9 (2)	5	4
愛知県	8	11 (0)	2	0	沖縄県	5	5 (2)	1	1
三重県	4	4 (0)	1	0	計	345	349 (12)	151 <14>	87 <12>

(カッコ内は被災3県における二次医療圏数)

※二次医療圏数は平成22年4月現在

出典：平成20年患者調査(医政局指導課による特別集計：二次医療圏別、病院の療養病床及び一般病床の推計入院患者の圏内への流入患者割合、圏外への流出患者割合)

宮城県二次医療圏の再編

第5次医療計画
(2008年度～2012年度末まで)



第6次医療計画
(2013年度～2017年度末まで)



7医療圏から
4医療圏に統合

パート 2

第7次医療計画と課題

2018年～2023年（6年間）

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)

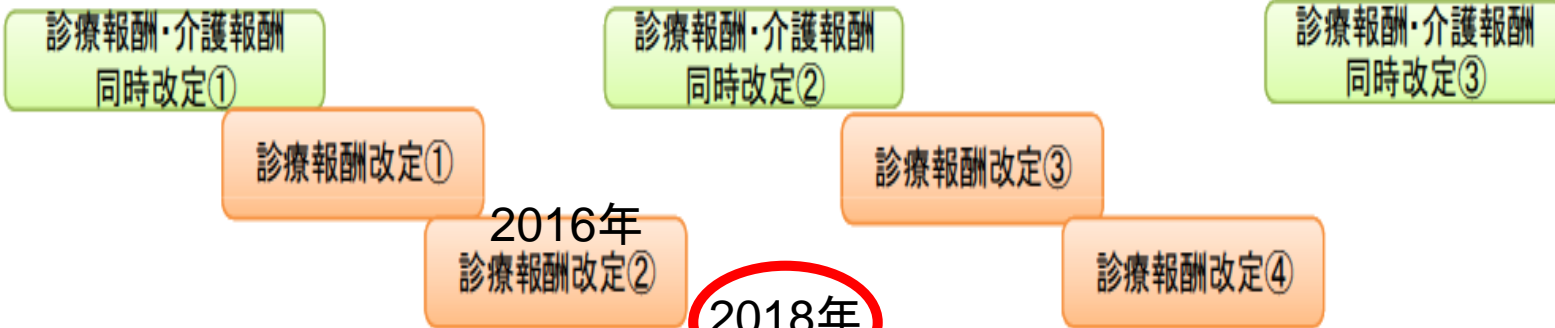
2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年



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

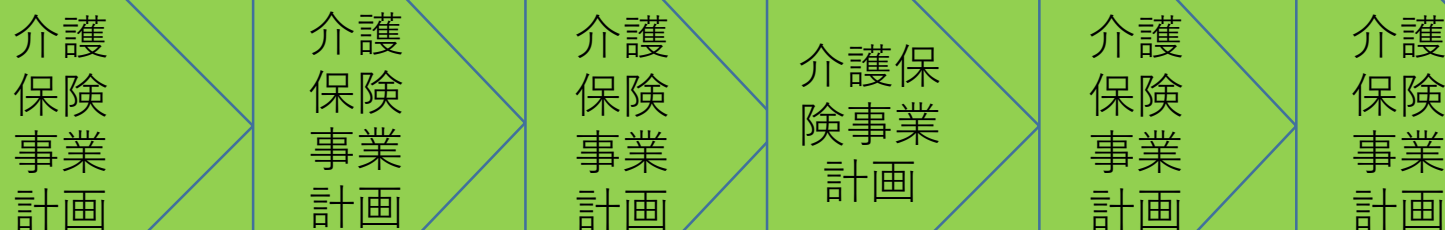
報酬改定



医療計画



介護保険事業計画



医療介護のあるべき姿

第7次医療計画見直し検討会



2016年11月9日 医療計画見直し等に関する検討会
(座長遠藤久夫 学習院大学経済学部長)

地域医療・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)

2014年6月18日
可決成立

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)

(カッコ内は施行時期)

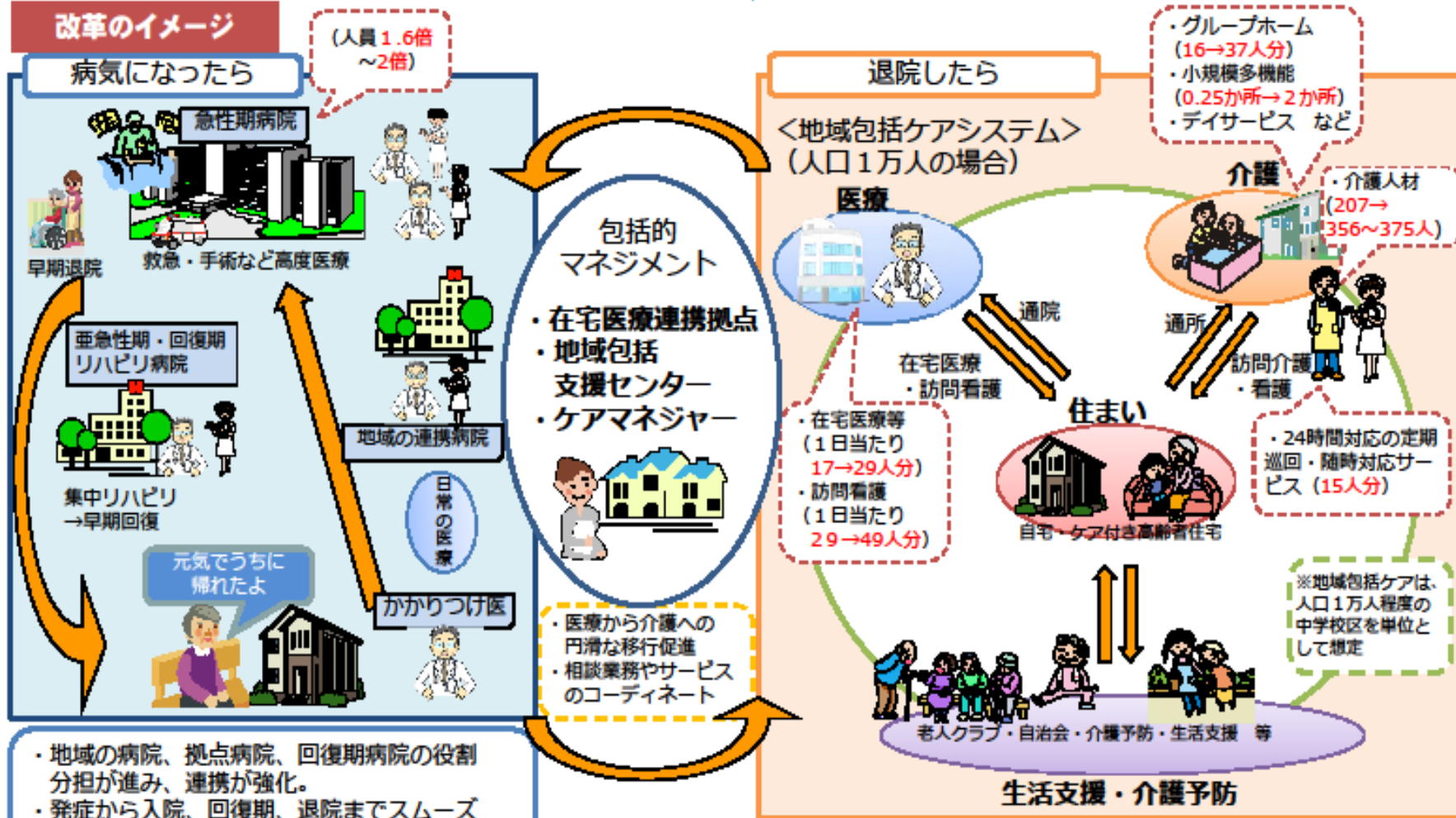
改革の方向性 ②

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



病床機能分化と連携

←同時進行→

地域包括ケアシステム

第7次医療計画と医療介護一括法

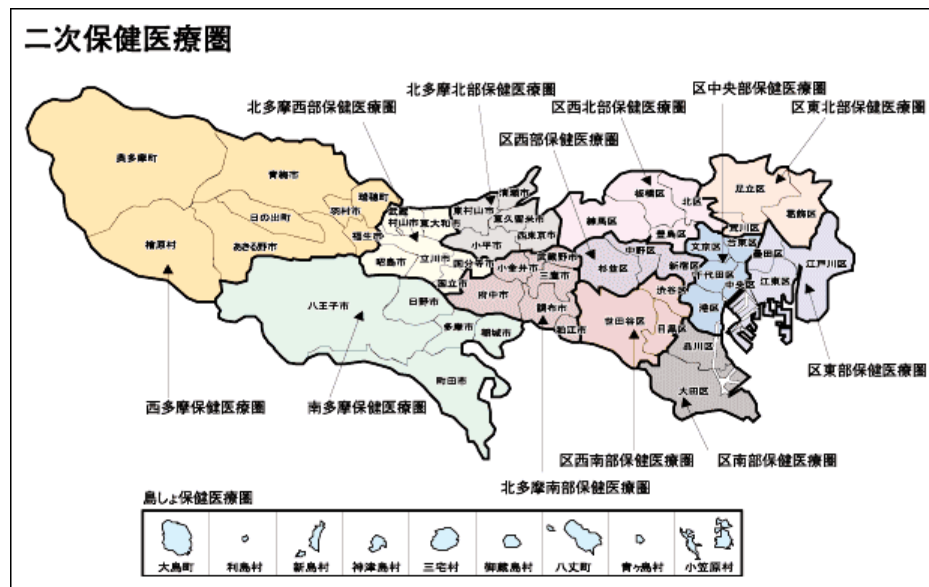
- 医療介護一括法（2014年4月）
 - 地域医療構想（地域医療計画の一環）の導入
 - 二次医療圏と地域医療構想区域
 - 基準病床数と地域医療構想の必要病床数の整合性
 - 地域包括ケアシステムの導入
 - 地域医療計画と介護保険事業計画と関係性
 - 介護保険事業計画3年間サイクルに合わせるために地域医療計画に見直しを6年間に

第7次医療計画の課題

- 課題①医療圏見直し
- 課題②基準病床数見直し
- 課題③5疾患・5事業＋在宅医療と指標
 - 5疾患：がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患
- 課題④総合確保方針

課題①

医療圏見直し



地域医療構想区域について

考え方

- 地域における病床機能の分化及び連携を推進するため、二次医療圏を基本とするとされている。
- その上で、人口構造の見通し、医療需要の動向、医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通し等を考慮して一体の区域として認められる単位。

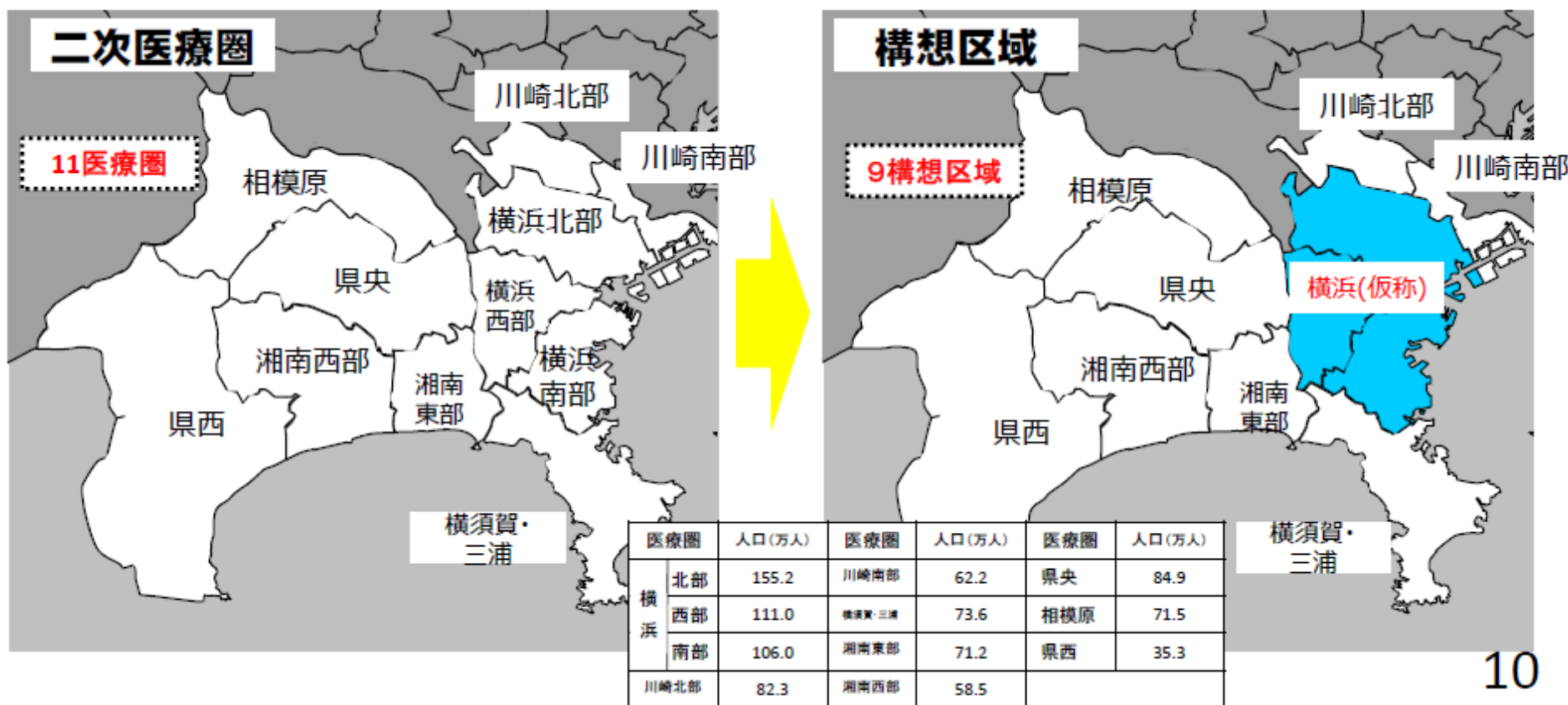
地域医療構想区域が有する役割等

- 将来の病床数の必要量(必要病床数)を設定する地域的な単位。
- 構想区域ごとに、「地域医療構想調整会議」を設置し、関係者との連携のうえ、地域医療構想の実現のための方策を協議。

地域医療構想区域の設定状況

神奈川県内の構想区域設定の考え方

- 横浜市内に存在していた3つの二次医療圏を1つに広域化。
- 横浜市内の他の二次医療圏の医療機関へのアクセスや、医療資源のバランスのとれた整備が今後も行われることが想定され、在宅医療等の推進を念頭に老人福祉圏域と整合を図る必要があることから、見直しを実施。



兵庫県には2次保健医療圏域は10圏域あるが、疾患・事業ごとに地域の実情に応じて圏域を柔軟に設定している。

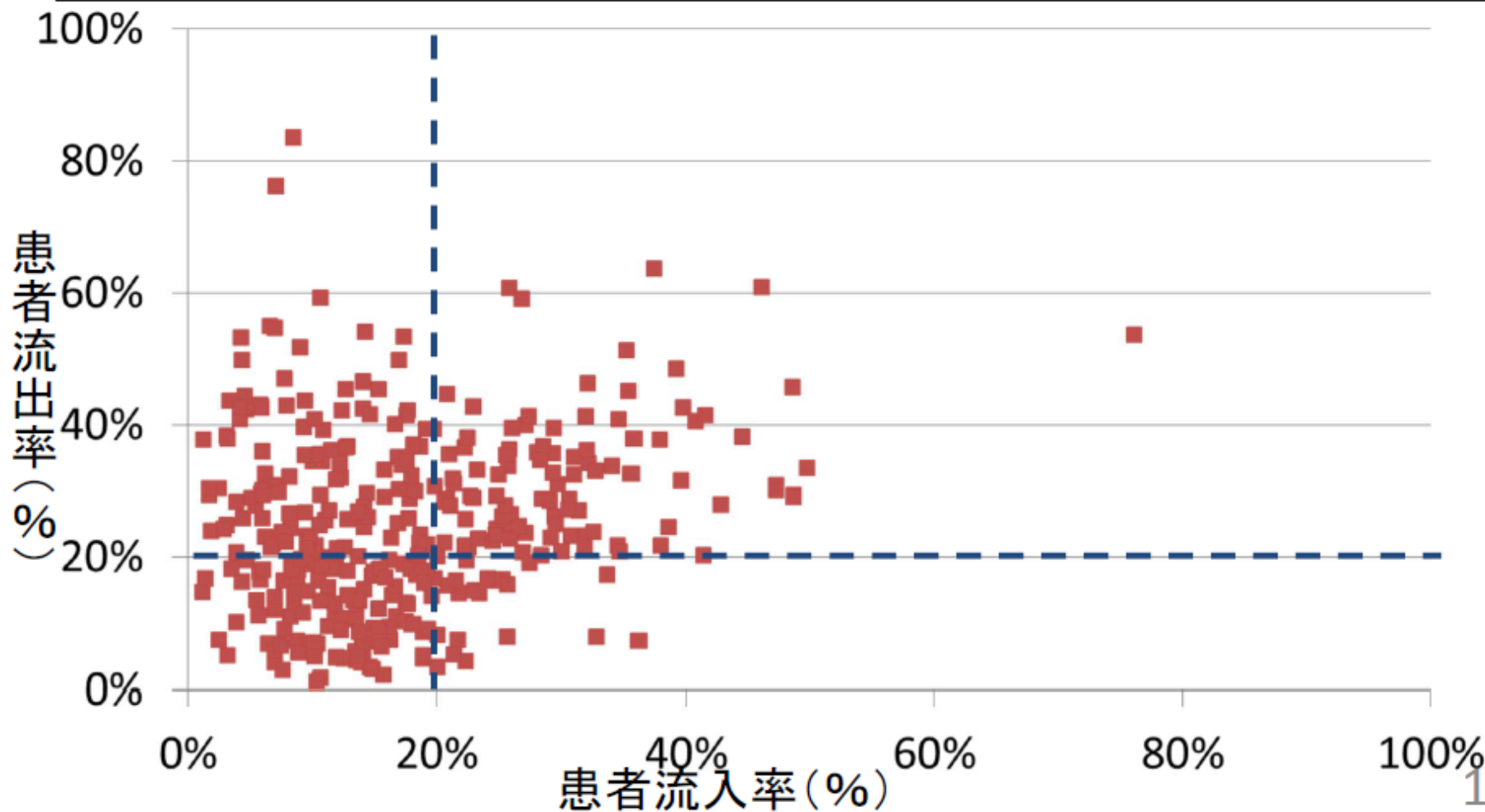
- ・心筋梗塞、脳卒中医療圏域 : 2次保健医療圏域のうち阪神北と丹波を1つとした9圏域
- ・救急医療圏域 : 2次保健医療圏域のうち但馬を北但馬、西南但馬の2つに、東播磨を東播磨と明石の2つに分けた12圏域
- ・2次小児救急医療圏域 : 2次保健医療圏域のうち阪神北を2つに分けた11圏域
- ・周産期医療圏域 : 2次保健医療圏域のうち神戸と阪神北の一部を、阪神北の一部と阪神南を、北播磨と東播磨を中播磨と西播磨をそれぞれ統合した7圏域



※は同一医療圏

地域医療構想の推計値に基づく医療圏間の流出入の状況

- 医療圏見直しの基準を地域医療構想の推計結果(2025年)に当てはめると、**90医療圏**が該当。人口減少により、基準に該当する医療圏が増加。
- このうち、前回の医療計画見直し時においても、医療圏見直しの基準に該当した医療圏は、**69医療圏**。



脳卒中・急性心筋梗塞の患者に対する人口カバー率

分析に用いたデータ

アクセスマップと人口カバー率 (国立がん研究センター:石川ベンジャミン光一氏作成)

○平成25年の公開 DPCデータ及び各DPC病院までの移動時間を基に、疾患分類ごとに病院までの搬送時間による人口カバー率を解析したもの。

○本データは、各都道府県に配布している医療計画策定支援データブックに掲載。

(注)このデータはDPC病院を対象としたものであり、地域全ての状況を示すものではない

分析方法

- ① DPC6桁:010060(脳梗塞)、050030(急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞)について、最寄りのDPC病院までの搬送時間が30分以内の人口カバー率を医療圏ごとに算出。
- ②算出した医療圏ごとの30分以内人口カバー率と医療圏人口を軸として、人口規模ごとにカバー率の分布図を作成。

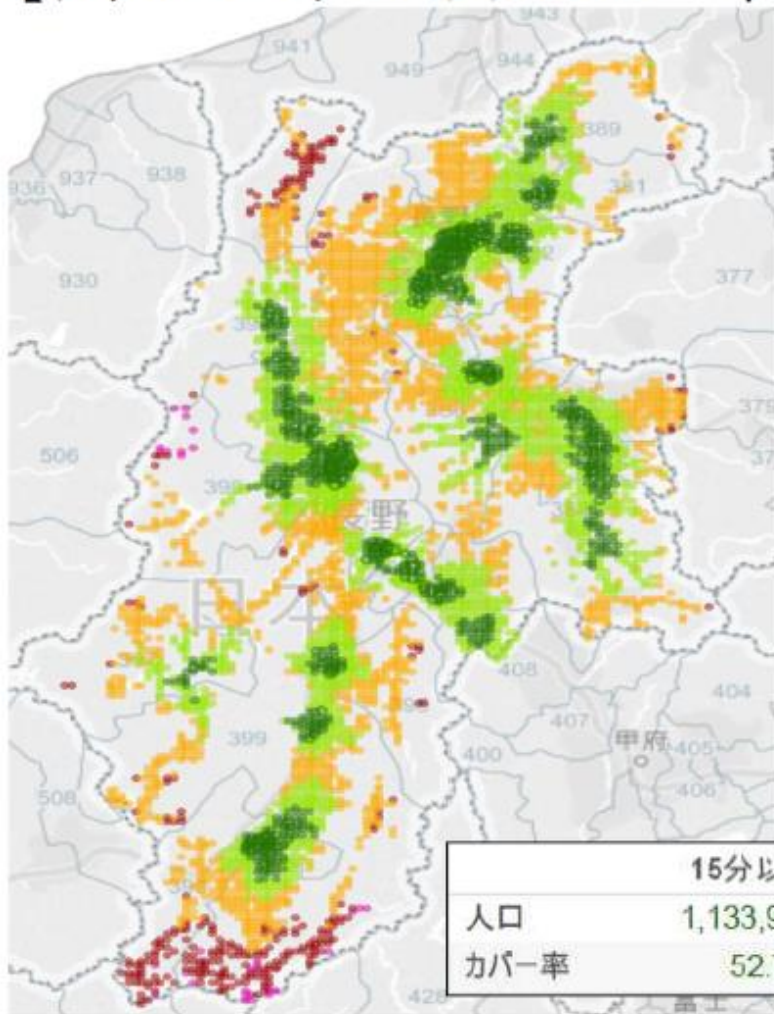
分析結果

○人口規模が小さくなるにつれて、短い時間でアクセスを確保できる医療資源の配置が乏しい。

○脳梗塞に対するアクセスは確保できているが、心筋梗塞ではアクセスが悪い医療圏がみられた。

ツールから取得できるデータの例

【アクセスマップと人口カバー率】



概要

- 指定した地域単位において、疾患ごとの人口カバー率を地図情報にプロットしたもの。
(図は長野県における脳梗塞の例)
- 今回の分析においては、30分以内の人口カバー率について、344医療圏の状況の分析を行った。

	15分以内	30分以内	60分以内	90分以内	90分超
人口	1,133,998	712,874	293,042	12,490	165
カバー率	52.7%	85.8%	99.4%	100.0%	100.0%

課題②

基準病床見直し

基準病床数制度について

目的

病床の整備について、病床過剰地域(※)から非過剰地域へ誘導することを通じて、病床の地域的偏在を是正し、全国的に一定水準以上の医療を確保

※既存病床数が基準病床数(地域で必要とされる病床数)を超える地域

仕組み

○ 基準病床数を、全国統一の算定式により算定

※一般病床・療養病床は、二次医療圏ごとの性別・年齢階級別人口、病床利用率等から計算

精神病床は、都道府県の年齢階級別人口、1年以上継続して入院している割合、病床利用率等から計算

結核病床は、都道府県において結核の予防等を図るため必要な数を知事が定めている

感染症病床は、都道府県の特定感染症指定医療機関等の感染症病床の合計数を基準に知事が定めている

○ 既存病床数が基準病床数を超える地域(病床過剰地域)では、公的医療機関等の開設・増床を許可しないことができる

病床数の算定に関する特例措置

- ① 救急医療のための病床や治験のための病床など、更なる整備が必要となる一定の病床については、病床過剰地域であっても整備することができる特例を設定
- ② 一般住民に対する医療を行わない等の一定の病床は既存病床数に算定しない(病床数の補正)

基準病床数制度の算定式(一般病床及び療養病床)の変遷

第一次医療法改正以前 (※病床規制の対象は公的医療機関等のみ)

「その他の病床」の必要病床数 = (一定の地域に含まれる各市町村別人口) × (各市町村の区分に応じて厚生大臣が定める数値)

第一次医療法改正(S60)(医療計画制度の創設)

「その他の病床」の必要病床数 = ((性別・年齢階級別人口) × (性別・年齢階級別入院受療率) + (流入入院患者) - (流出入院患者)) ÷ 病床利用率

第四次医療法改正(H12)(「その他の病床」を一般病床と療養病床に区分)

「一般病床+療養病床」の基準病床数(*) =
((性別・年齢階級別人口) × (性別・年齢階級別入院受療率) + (流入入院患者) - (流出入院患者)) ÷ 病床利用率

* 病床種別の届出期間中(~H15.8.31)は、経過措置として、
「一般病床+療養病床」+「その他の病床(診療所の療養型病床群を含む)」の基準病床数

新算定式の導入(H18. 4. 1)

○ 一般病床の基準病床数 = ((性別・年齢階級別人口) × (性別・年齢階級別退院率) × (平均在院日数 × 0.9) + (流入入院患者) - (流出入院患者)) ÷ 病床利用率

○ 療養病床の基準病床数 = ((性別・年齢階級別人口) × (性別・年齢階級別入院・入所需要率) - (介護施設(介護療養型医療施設を除く)等に対応可能な数) + (流入入院患者) - (流出入院患者)) ÷ 病床利用率

現行の基準病床数(一般・療養)の算定式

※現行の算定式は、医療法施行規則の一部を改正する省令(平成17年厚生労働省令第119号)により変更され、第5次医療計画から適用。

二次医療圏ごとに①、②、③の合算値を基準病床数として算定

①一般病床

$$\left[\begin{array}{l} \text{性別・年齢} \\ \text{階級別人口} \end{array} \right] \times \left[\begin{array}{l} \text{性別・年齢階級別} \\ \text{一般病床退院率} \end{array} \right] \times \left[\begin{array}{l} \text{平均在院日数} \end{array} \right] + \left[\begin{array}{l} \text{流入} \\ \text{入院患者数} \end{array} \right] - \left[\begin{array}{l} \text{流出} \\ \text{入院患者数} \end{array} \right]$$

病床利用率

直近の病院報告における年間の病床利用率

平均在院日数は直近の病院報告の平均在院日数から5年間で10%減とする

②療養病床

$$\left[\begin{array}{l} \text{性別・年齢} \\ \text{階級別人口} \end{array} \right] \times \left[\begin{array}{l} \text{性別・年齢階級別長期} \\ \text{療養入院・入所需要率} \end{array} \right] - \left[\begin{array}{l} \text{介護施設} \\ \text{対応可能数} \end{array} \right] + \left[\begin{array}{l} \text{流入} \\ \text{入院患者数} \end{array} \right] - \left[\begin{array}{l} \text{流出} \\ \text{入院患者数} \end{array} \right]$$

病床利用率

※①、②の算定については、二次医療圏ごとに流出入を加味し病床数を算出するが、その都道府県単位の合計数は、流出入がないとして積み上げた都道府県単位の合計数を超えることができない。

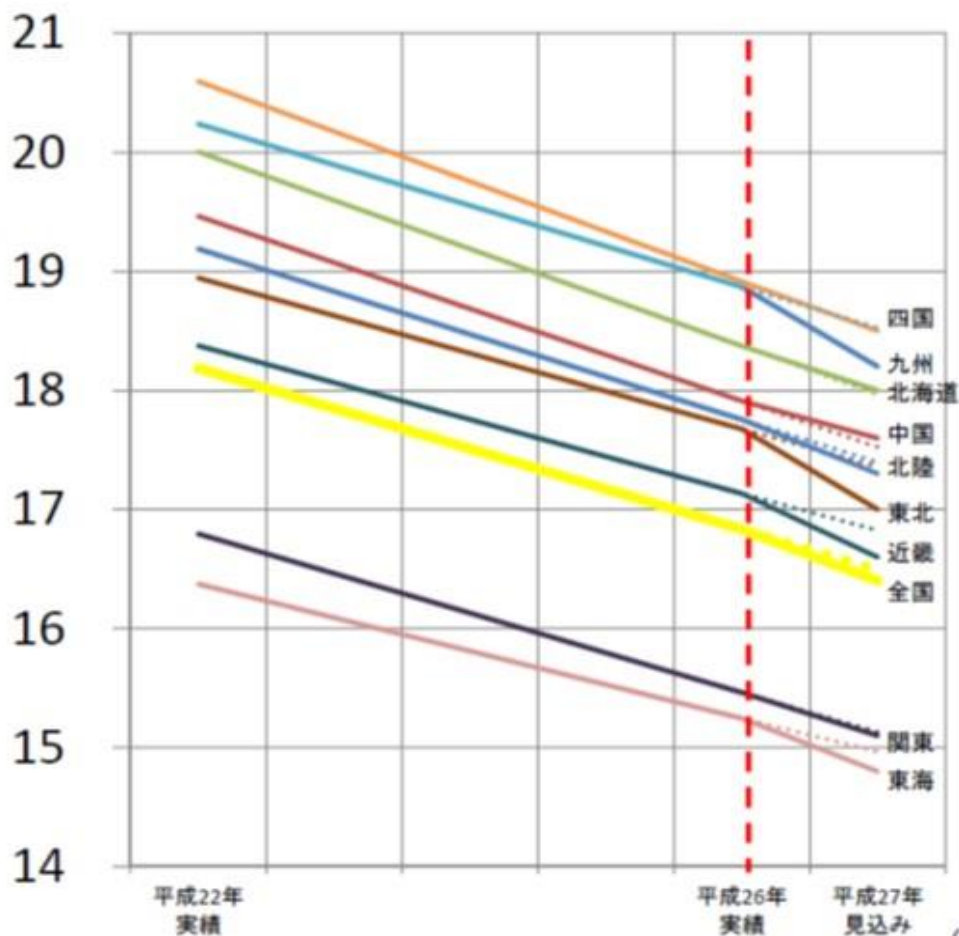
③流出超過加算

都道府県における流出超過分の1/3を限度に加算

基準病床の算定における平均在院日数について

(単位:日)

— (実線):平成22年実績から、1割短縮を見込んだ推移
 (点線):平成22年実績と平成26年の実績を延長した場合の推移



	平成22年 実績	平成26年 実績	平成27年		①-②
			①短縮見込み	②実績推移反映	
全国	18.2	16.8	16.4	16.5	-0.10
北海道	20.0	18.4	18.0	18.0	0.03
東北	18.9	17.7	17.0	17.4	-0.36
関東	16.8	15.5	15.1	15.1	-0.03
北陸	19.2	17.8	17.3	17.4	-0.10
東海	16.4	15.2	14.8	15.0	-0.17
近畿	18.4	17.1	16.6	16.8	-0.22
中国	19.5	17.9	17.6	17.5	0.08
四国	20.6	18.9	18.5	18.5	0.01
九州	20.2	18.9	18.2	18.5	-0.33

- 一般病床の基準病床数の算定に用いる平均在院日数については、医療計画作成時の直近の統計調査(現行では平成22年病院報告)を基に、平均在院日数の1割短縮を見込んだ上で、地方ブロックごとに算定している。
- 左記グラフは、過去4年間の平均在院日数の推移と現行の医療計画期間の平均在院日数の短縮見込みをプロットしたもの。
- 例えば、東海ブロックにおいては、平均在院日数の見込みほどには、実際の平均在院日数の短縮(実線)は見込めないことが推測される。
- ただし、ブロックごとにその傾向は異なる。

(病院報告から)

平均在院日数のブロック差

- 平均在院日数の地域ブロック差
 - 東北や近畿、九州では平均在院日数は想定どおり短縮していない
 - 逆に想定より早いスピードで短縮している地域もある
- このため平均在院日数は、地方ブロックごとの経年変化を踏まえた日数を設定することになった
 - その際、平均在院日数が全国平均を下回る場合は当該ブロックの直近6年の短縮率を用い、上回る場合は「全国地+ α 」と当該ブロックの直近の短縮率を比較し、より高い短縮率を用いることになった。
 - 「 α 」は地域差を是正するために適した値を今後定めるとしている。
- 病床利用率
 - 一般病床の分では76%を下限に、療養病床の分母では90%を下限とすることになった。
 - (これまで一般病床は80%、療養病床は93%)

病床の必要量(必要病床数)について

目的

現在の医療需要と将来の推計人口から、将来の医療需要を推計し、地域における病床の機能の分化及び連携を推進する

仕組み

- 将来の病床の必要量を、全国統一の算定式(※)により算定
- 将来の医療需要を、病床の機能区分ごとに推計

※基本的に、構想区域ごとの性別・年齢階級別入院受療率と、将来の推計人口から計算

高度急性期機能、急性期機能及び回復期機能は、医療資源投入量を基準として区分

慢性期機能は、リハビリテーションを受ける者を除いた療養病床の入院患者数のうち、医療区分1の患者の70%相

当及び療養病床の入院患者の入院受療率の地域差解消分を除いた入院患者の他、一般病床の障害者・難病患者等を、長期にわたり療養が必要な患者として区分

地域医療構想を実現するための 都道府県知事の権限

	公的医療機関等	その他の医療機関
病院の新規開設等への対応	開設許可等の際、 <u>不足している医療機能を担う等の条件を付与することができる。</u>	
過剰な医療機能に転換しようとする場合	<u>病床機能報告における基準日病床機能と基準日後病床機能(6年後)とが異なる場合、当該報告を行った医療機関の所在地を含む構想区域の基準日後病床機能に係る病床数が、病床の必要量(必要病床数)に既に達しているときは、当該医療機関に対し協議の場等において医療機能を転換する理由の説明等を求めることができる。その理由がやむを得ないものと認められないときは、都道府県医療審議会の意見を聴いて、基準日後病床機能に変更しないこと等を「命ずる」ことができる。</u>	「命ずる」を「要請」に読替
「協議の場」の協議が調わない場合	<u>協議の場における協議が調わない等の際には、都道府県医療審議会の意見を聴いて、不足している医療機能に係る医療を提供すること等を「指示」することができる。</u>	「指示」を「要請」に読替

基準病床数と病床の必要量(必要病床数)の関係性の整理について

- 基準病床数は現時点において必要とされる病床数であるのに対し、地域医療構想においては、医療需要の変化に応じた将来(2025年)における病床の必要量(必要病床数)を定めているが、これらの関係について整理が必要ではないか。
- 今後、都市部において急速な医療需要の高まりが見込まれることを踏まえ、基準病床数制度との関係についてどのように考えるか。
- 地域医療構想を通じた将来の医療提供体制の実現に向け、各医療機関の自主的な取組を前提とした上で、都道府県知事の権限行使の具体的な要件等について整理が必要ではないか。

本文(1)
の
検討項目

本文(2)
の
検討項目

本文(3)
の
検討項目

これらについては、「地域医療構想に関するワーキンググループ」において、考え方を整理することとしてはどうか。



これらについて、「地域医療構想に関するワーキンググループ」において、考え方を整理することとして、第3回検討会です承を得た。

大阪府の地域医療構想より抜粋

6 必要病床数と病床機能報告の比較

○病床機能報告は、医療法に基づき毎年度(平成 26 年～)医療機関が病棟単位で、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の 4 つの医療機能の中から 1 つずつ選び都道府県に報告を義務付け。

○必要病床数と病床機能報告数とを毎年度比較検討し、不足する医療機能の充実を検討、協議する。

- ・現状では、高度急性期と慢性期は、ほぼ均衡。急性期は過剰、回復期は大きく不足。
- ・今後、不足する回復期機能の充実が必要。

・府内では約 9 割が民間医療機関であり、公民における構想区域単位での医療機関の自主的な取組みの協議により充足を図っていく。

(医療施設調査平成 26 年 10 月 1 日現在)

民間病院の割合	医療機関数	病床数
大阪府	90.6%	80.2%
全国	81.6%	71.1%

○また、必要病床数と現状の病床機能報告数とを比較すると平成 37 年(2025 年)には約 1 万床が不足する推計結果。

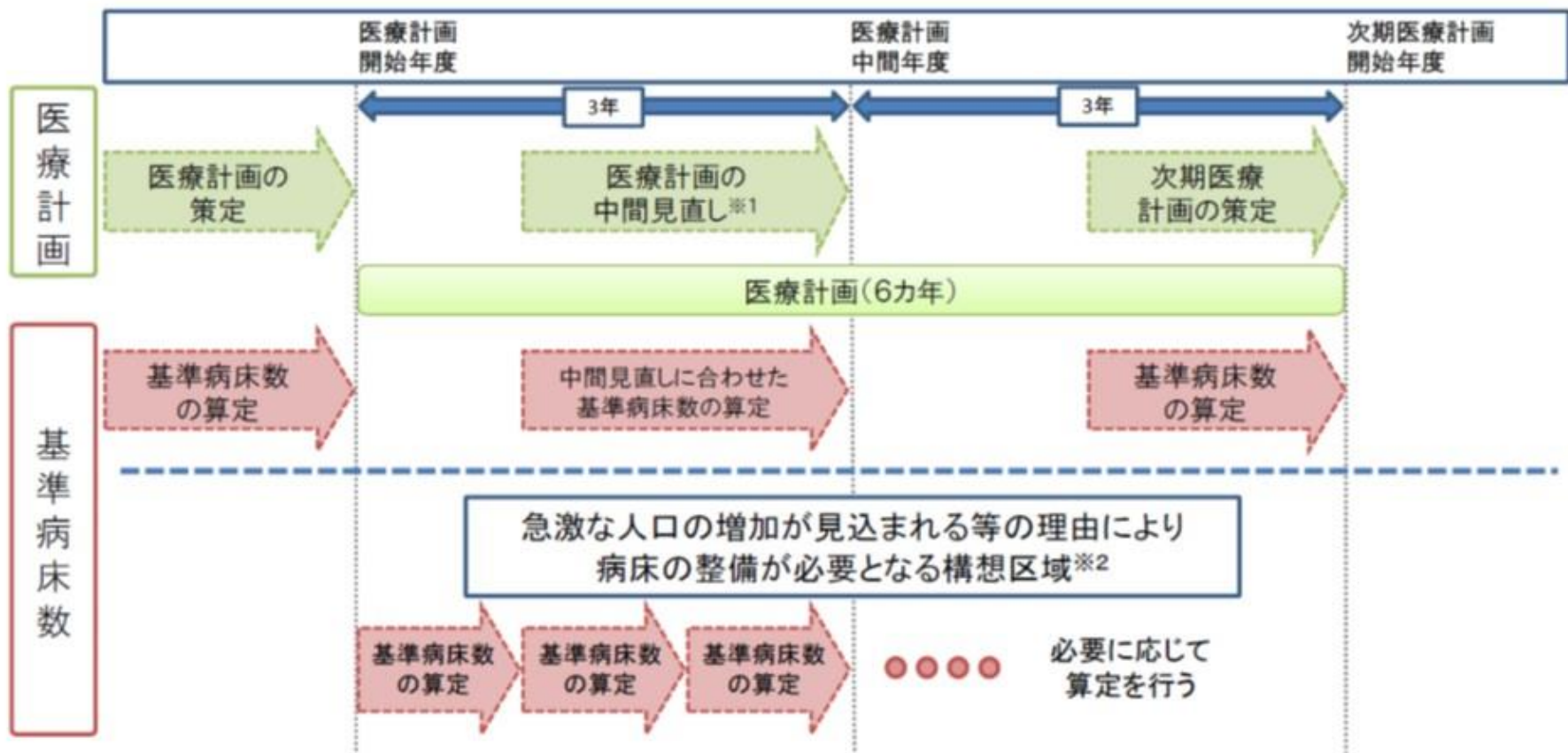
- ・現状では、既存病床数が、保健医療計画に定める基準病床数(医療法に基づく算定数)を超えるため増床はできない。

医療機能	平成 37 年(2025 年) 必要病床数(床)	平成 26 年 7 月 病床機能報告(床)	差引 (床)
高度急性期	11,789	11,587	△202
急性期	35,047	43,635	+8,588
回復期	31,364	7,262	△24,102
慢性期	23,274	22,987	△287
計	101,474	85,471	※△16,003
(未報告含む)		(91,378)	(△10,096)

※病床機能報告では約 6,000 床が未報告又は無回答

地域医療構想に関する ワーキンググループ





※1 医療法第30条の6 都道府県は、3年ごとに第30条の4第2項第6号に掲げる事項及び次の各号に掲げる事項のうち同号に掲げる事項その他厚生労働省令で定める事項に関するもの(次項において「居宅等医療等事項」という。)について、調査、分析及び評価を行い、必要があると認めるときは、当該都道府県の医療計画を変更するものとする。

- 一 第30条の4第2項各号(第6号を除く。)に掲げる事項
- 二 医療計画に第30条の4第3項各号に掲げる事項を定める場合にあつては、当該各号に掲げる事項

※2 既存病床数が基準病床数を上回り(病床過剰地域)、かつ病床の必要量が基準病床数を上回る、という状況が想定される構想区域。

課題③5疾患・5事業

- 第6次医療計画では5疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）、5事業（救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療）＋在宅医療
- 第7次医療計画でも5疾患、5事業を引き継ぐ
- 第7次医療計画では、「5疾病・5事業」に追加して、口コモティブ・シンドロームとフレイルが検討対象として上がった。いずれの対策も重要という点では委員の意見は一致したが、「5疾病・5事業」への追加は見送られた。
- ただ、都道府県が必要と認める場合には対策を盛り込むことができ、フレイル等の対策は「保健・医療・介護（福祉）の総合的な取り組み」として記載することになる。

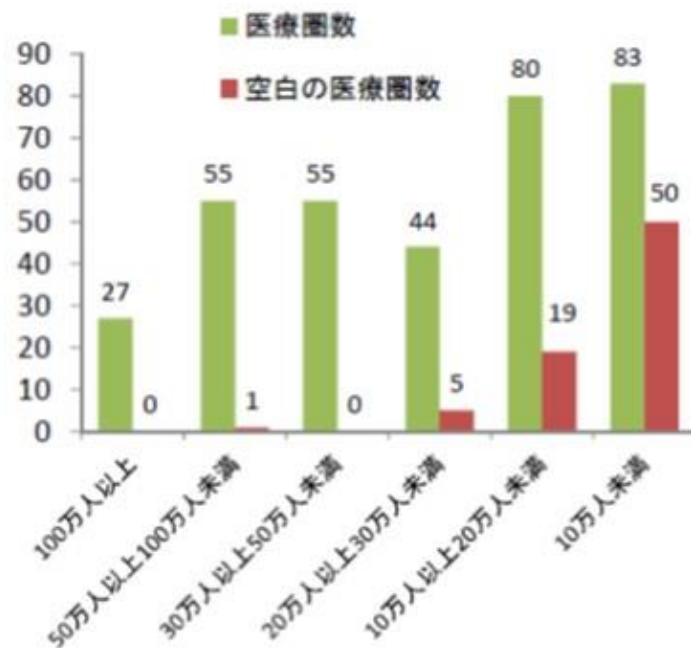
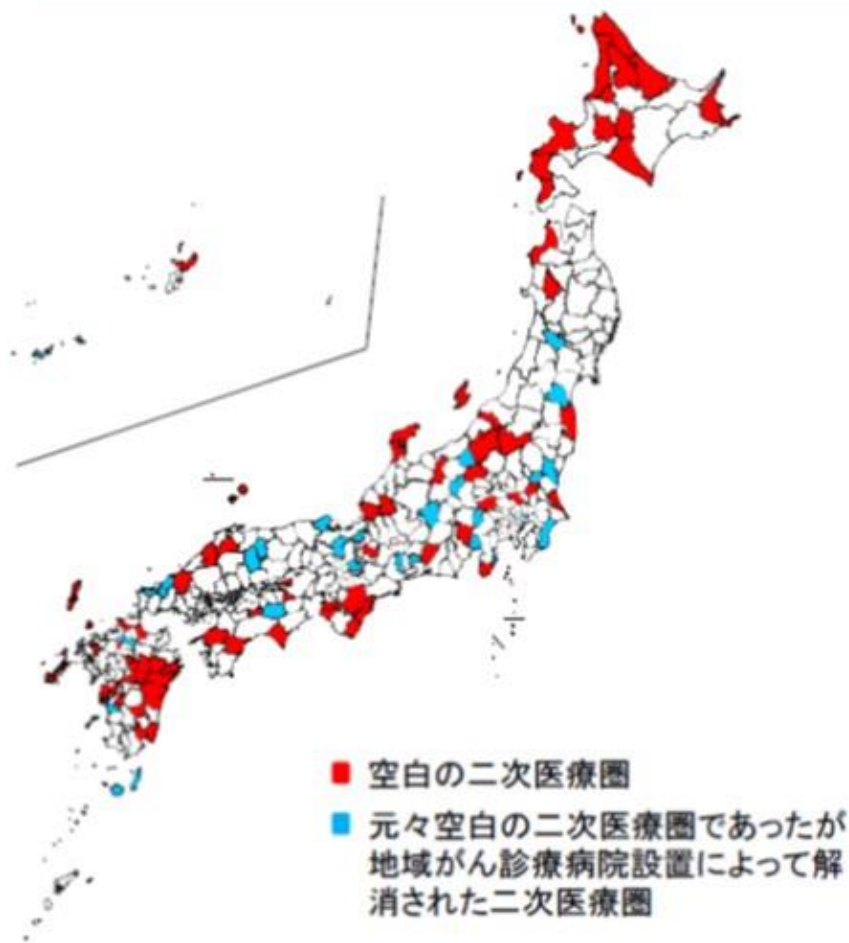
がん

- がん診療の均てん化

- がん診療連携拠点病院や地域がん診療病院の整備により、これまでの拠点病院空白2次医療圏は2014年4月108か所あったものが、2016年4月にはその数は75か所に減少した。
- 一方、最新のゲノム医療や高度な放射線治療機器（粒子線治療機器）などをすべての拠点病院で実施する体制の整備は非現実的であることから、これらの拠点施設の連携や集約化も必要とされた。
- このため医療計画の進捗を評価するための指標としては「拠点病院のない2次医療圏における地域がん診療病院の整備状況」を追加する。
- さらに現在例示している「診療ガイドライン等に基づき作成されたクリティカルパスを整備している医療機関数」を「地域連携クリティカルパスに参加している登録医療機関数および適応患者数」に改める必要性も指摘された。
- がん対策の具体的内容については「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」で検討を行う。

全国における空白の二次医療圏の分布状況

○ 地域がん診療病院の設置によって、全国的に、空白の二次医療圏であった地域が一定程度解消された（108地域→75地域）。



現時点における空白の二次医療圏数
→ 75地域

全国がん拠点病院 427箇所
(2018年4月現在)

現状と今後の方向性のまとめ

拠点病院体制による均てん化の維持



(今後)

ゲノム医療等の
高度・専門的医療



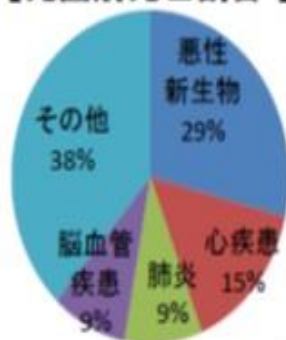
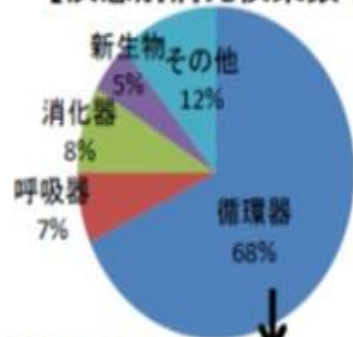
一定の集約化
を検討

脳卒中

- 「急性期治療（搬送後1時間以内のt-PA治療や脳血管内治療）」などを踏まえた医療提供体制を構築する
- 脳卒中後の要介護状態の患者を減らすために、発症早期のリハビリテーション、回復期、維持期のリハビリにも切れ目なく移行できるよう、医療機関相互の連携を図る。評価のための指標としては「脳梗塞に対する脳血管内治療の実施件数」などを加える。

○死亡割合で心疾患は第2位、脳血管疾患は第4位¹。

○疾患別病死検索数の68%が循環器病²。

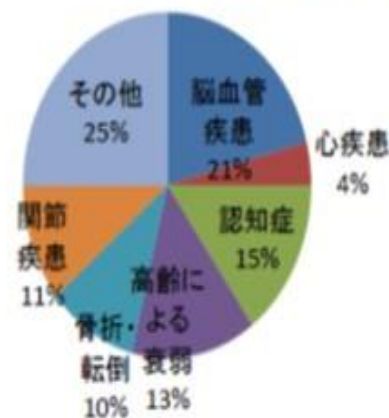
【死因別死亡割合¹】【疾患別病死検索数²】

- ・虚血性心疾患 65.5%
- ・脳血管疾患 13.3%
- ・大動脈～毛細血管疾患 8.3%

⇒循環器病は突然死に占める割合が大きい。

○脳血管疾患は要介護の原因の第1位。介護度が上がるほど脳血管疾患の占める割合が大きい³。

○慢性心不全の約40%が1年以内に再入院⁴。

【介護が必要となった主な原因構成³】

○循環器病は、発症後早急に適切な治療を開始する必要があるのではないか。

○循環器病の適切な診療により、要介護状態に至る患者が減少する可能性がある。

出典 1. 厚生労働省 平成27年人口動態統計

2. 東京都監察医務院 平成27年版統計表

3. 厚生労働省 平成22年国民生活基礎調査

4. Circulation Journal.2006; 70(12): 1617-1623

急性心筋梗塞

- 急性心筋梗塞は疾病名を「心筋梗塞等の心血管疾患」に見直し、回復期、慢性期を含めた医療体制を整備する。そして医療機関だけでなく、かかりつけ薬剤師・薬局の活用を含め連携を図る。新たな指標には「来院**90**分以内に冠動脈再開通達成率」、「心臓リハビリテーション実施件数」を追加するほか、「慢性心不全患者の再入院率」など、回復期・慢性期についての指標も今後追加する予定である

糖尿病と精神疾患

- 糖尿病

- 発症予防・重症化予防に重点を置いた対策を推進する。医療機関や薬局、保険者などが連携し、健診者・治療中断者へ受診勧奨する体制を構築する
- 医療従事者が地域での健康づくりや疾病予防に参加できる機会も確保する。
- 新規指標には「糖尿病透析予防指導管理料の算定件数」などを追加する。

- 精神疾患

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に向け、重層的な連携による支援体制を整える
- 多様な精神疾患ごとに対応を可能にするため、各医療機関の機能を明確化し、「都道府県・2次医療圏を集計単位とした指標」を追加する。

糖尿病重症化予防と保険者機能強化

予防・健康づくり等に関する保険者インセンティブについて

- 予防・健康づくり等に関する保険者インセンティブについては、平成27年国保法等改正において、国保の保険者努力支援制度を創設するとともに、保険者種別の特性に応じて新たなインセンティブ制度に見直すこととした。

〈現行(～平成29年度)〉

保険者種別	健康保険組合・共済組合	協会けんぽ	国保(市町村)	国保組合	後期高齢者医療広域連合
手法	後期高齢者支援金の加算・減算制度				なし
指標	特定健診・保健指導の実施率				



〈見直し後(平成30年度～)〉

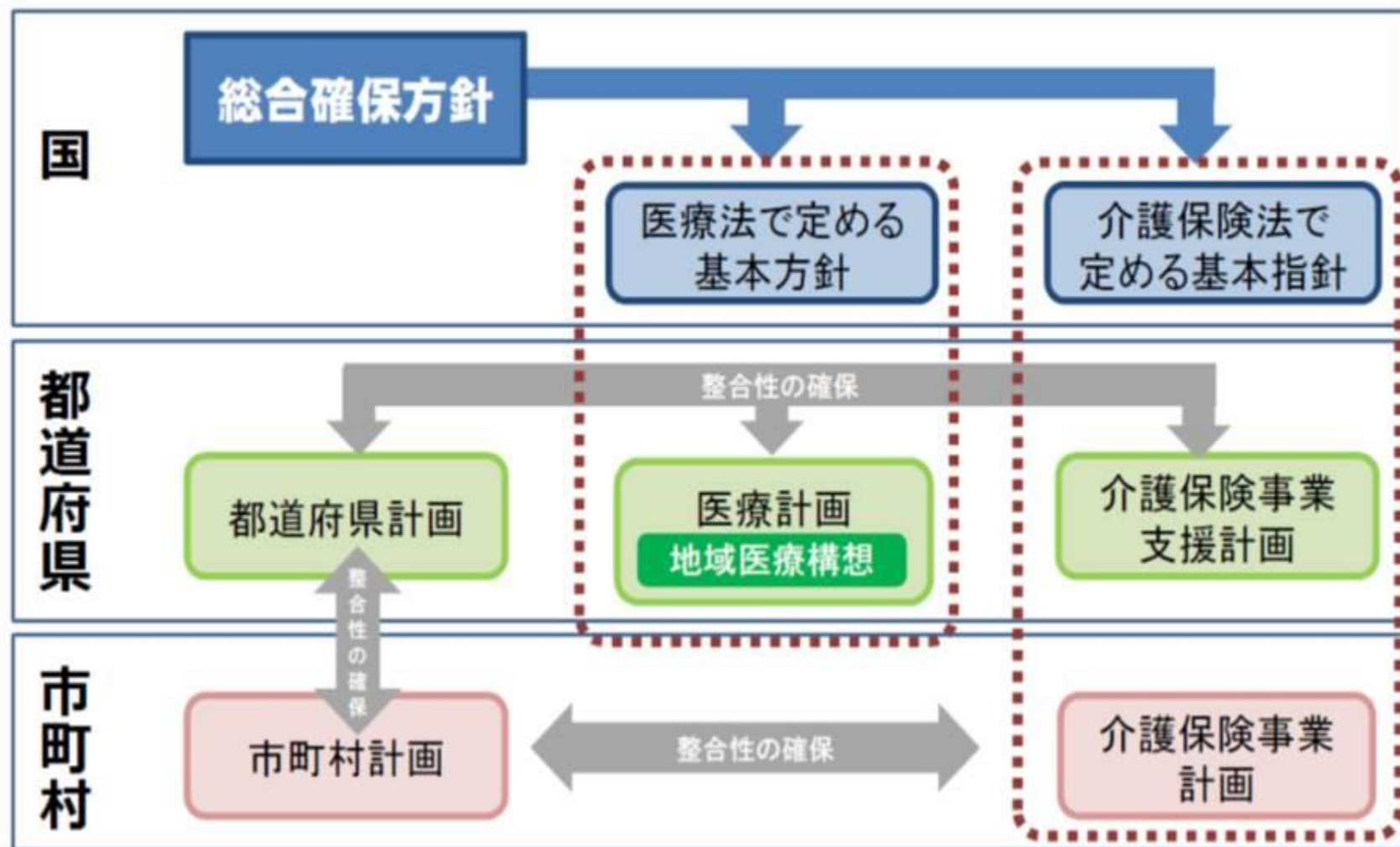
保険者種別	健康保険組合・共済組合	協会けんぽ	国保(都道府県・市町村)	国保組合	後期高齢者医療広域連合
手法	後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直し	各支部の取組等を都道府県単位保険料率に反映	保険者努力支援制度を創設	各国保組合の取組等を特別調整補助金に反映	各広域連合の取組等を特別調整交付金に反映
指標	保険者種別共通の項目を設定 各項目の具体的な基準や、保険者種別の特性を踏まえて追加する項目は、保険者種別毎に設定				

糖尿病性腎症の重症化予防の取り組みに関する事業を行っている保険者にインセンティブを与える

課題④

総合確保方針

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



医療計画と介護保険事業計画の整合性

- 「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」
(医療介護一括法)
 - 「2018年度より始まる第7次医療計画から、事業年度を6年間とする(現在は5年間)」ことで、介護保険事業(支援)計画(事業年度は3年間)との整合性をとることとされている。
- 医療介護総合確保推進法
 - 医療計画と介護保険事業(支援)計画の整合性を図るために、これら計画の上位指針(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案方針、総合確保方針)を策定することを国に指示。
 - 厚労省は医療介護総合確保促進会議を設置し、2014年9月に総合確保方針を策定した。

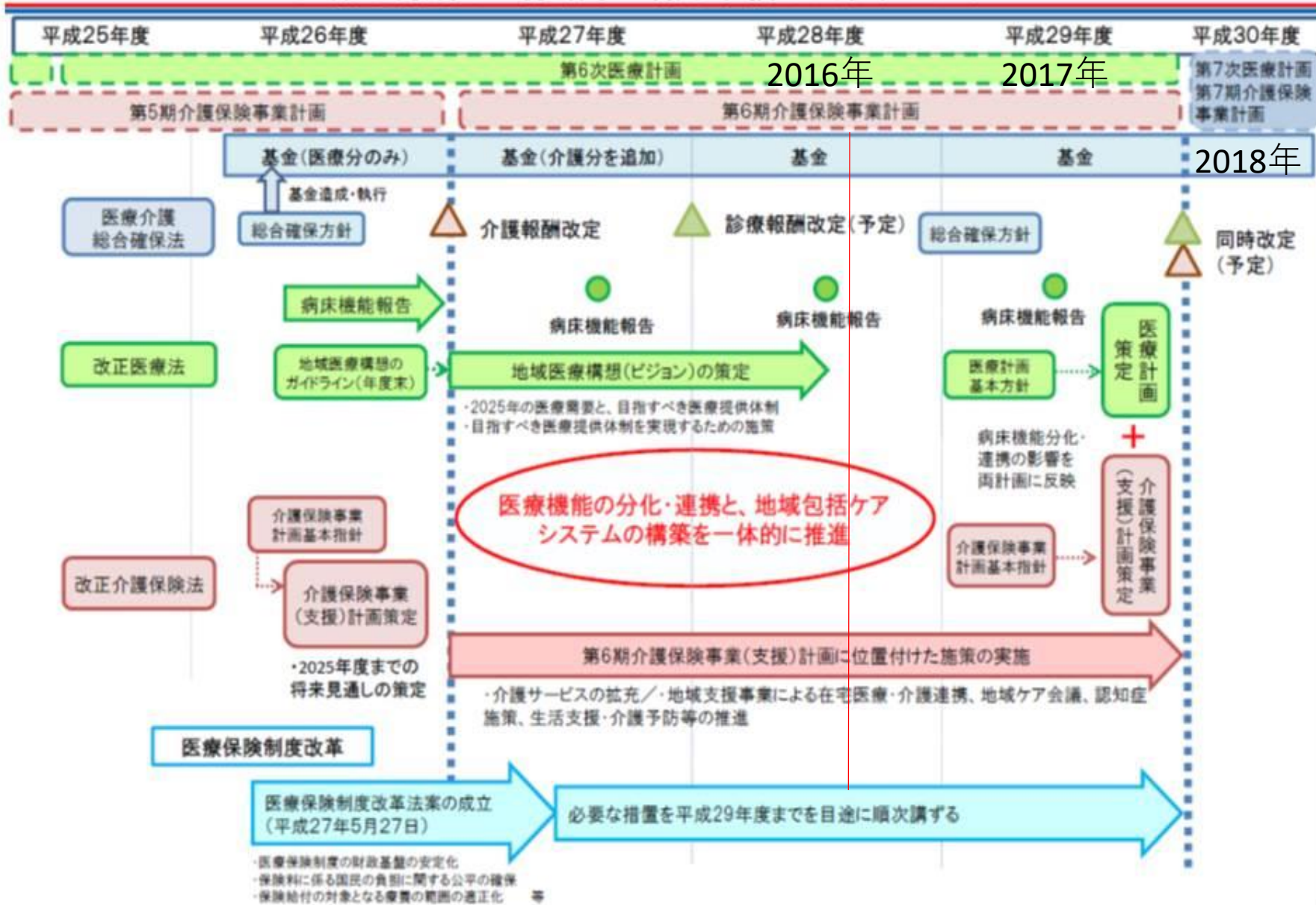
総合確保方針

- 総合確保方針の位置づけ
 - 医療計画と介護保険事業計画の基本的な方針・指針が策定され、これに沿って医療計画と介護保険事業支援計画が策定される
 - 総合確保方針は両計画の上位指針となっている
 - 総合確保方針
 - 大きく次の4部で構成されている。
 - (1) 地域における医療及び介護の総合的な確保の意義・基本的な方向
 - (2) 医療計画基本方針・介護保険事業計画基本指針の基本となるべき事項、都道府県計画・医療計画・都道府県介護保険事業支援計画の整合性の確保
 - (3) 都道府県計画・市町村計画の作成と整合性の確保
 - (4) 新たな財政支援制度（基金）に関する事項
- 例えば(2)では、医療計画と介護保険事業（支援）計画に齟齬や隙間が出ないように、「両計画の区域」や「基礎データ」などに整合性を確保するよう指示
 - さらに、医療・介護の連携を強化するための取り組みを図るよう求めています。

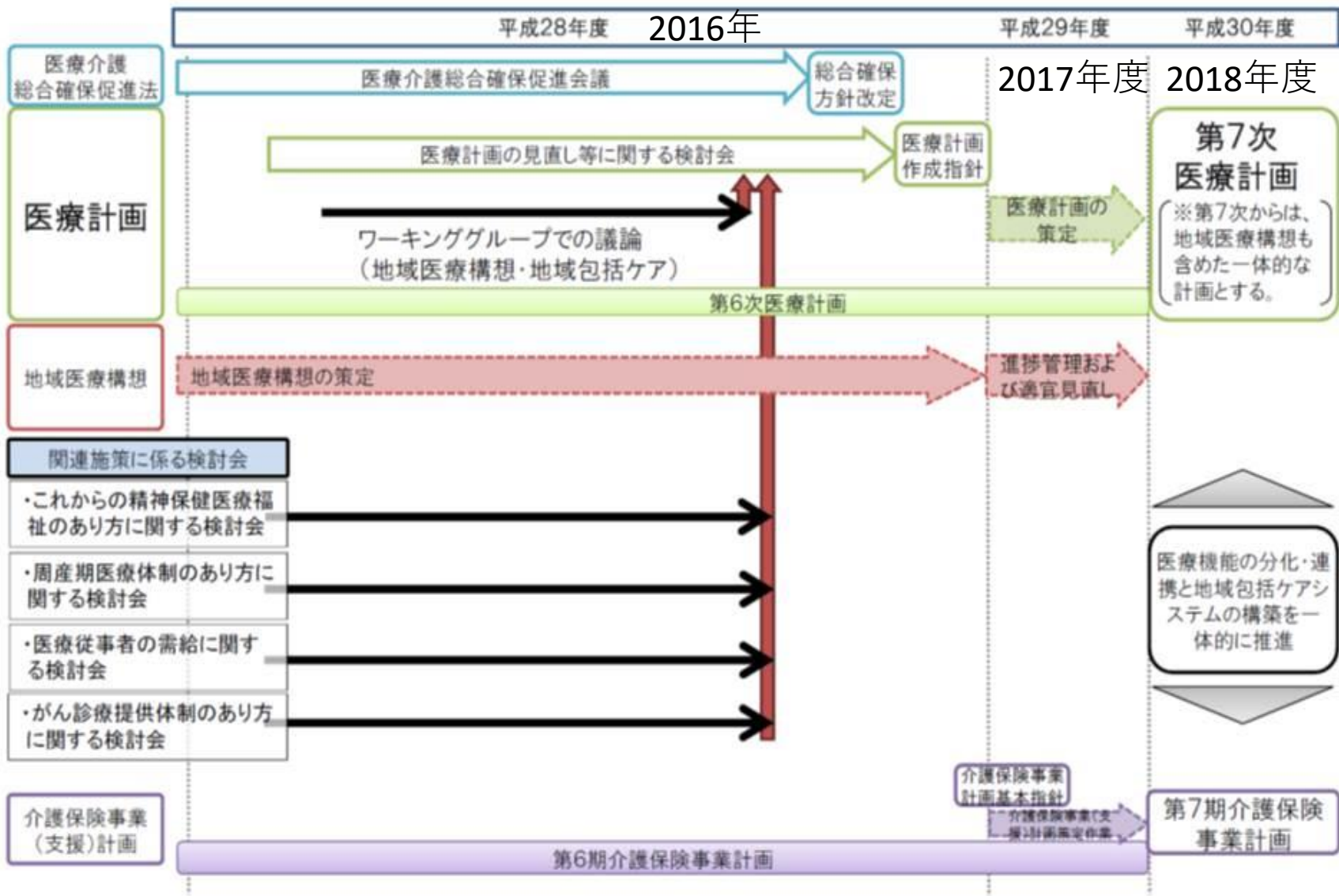
総合確保方針

- **2018年度からの新医療計画・介護計画に向け、総合確保方針を見直し**
- 現在、総合確保方針に沿って基金の運営や、医療・介護サービス提供体制の整備などが進んでい（支援）が、新たな医療計画（第7次）と介護保険事業連携がスタートする
- 両計画は2018年度からスタート。あわせて2018年度には診療報酬と介護報酬の同時改定も控えている
- これらが整合性を持って計画・実行される必要があるため、厚労省は「総合確保方針に漏れを要する部分はないか」を確認し、必要なら見直しを行う

医療と介護の一体改革に係る今後のスケジュール



医療・介護制度および関連施策に係る検討会のスケジュール



医療計画の策定に係る指針等の全体像について

【医療法第30条の3】

厚生労働大臣は基本方針を定める。

基本方針【大臣告示】

医療提供体制確保の基本的考え方

【法第30条の8】

厚生労働大臣は、技術的事項について必要な助言ができる。

医療計画作成指針【局長通知】

医療計画の作成

- 留意事項
- 内容、手順 等

疾病又は事業ごとの医療体制について
【課長通知】

疾病・事業別の医療体制

- 求められる医療機能
- 構築の手順 等

【法第30条の4第1項】

都道府県は基本方針に即して、かつ地域の実情に応じて医療計画を定める。

医療計画

○ 疾病・事業ごとの医療体制

- ・ がん
- ・ 脳卒中
- ・ 急性心筋梗塞
- ・ 糖尿病
- ・ 精神疾患
- ・ 救急医療
- ・ 災害時における医療
- ・ へき地の医療
- ・ 周産期医療
- ・ 小児医療(小児救急含む)

○ 居宅等における医療

○ 地域医療構想

○ 地域医療構想を実現する施策

○ 病床機能の情報提供の推進

○ 医療従事者の確保

○ 医療の安全の確保

○ 施設の整備目標

○ 基準病床数 等

パート3 療養病床の今後

2017年療養病床廃止期限が迫る

療養病床の在り方等に関する検討会



2015年7月10日
医政局、老健局、保険局合同開催

療養病床に関する経緯①

S48(1973) 老人福祉法改正 老人医療費無料化

- 「老人病院」が増加。施設代わりの病院利用が促進。併せて医師、看護師の配置の薄い病院が増加（社会的入院問題）



S58(1983) 「特例許可老人病院」制度化

- 老人病院を医療法上「特例許可老人病院」と位置づけ、診療報酬上、医師、看護師の配置を減らし介護職員を多く配置する等の介護機能等の点を評価（診療報酬は一般病院よりも低く設定）



H5(1993) 医療法改正 「療養型病床群」の創設

- 一般病院における長期入院患者の増加に対応し、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための療養環境を有する病床として「療養型病床群」を創設（病床単位でも設置できるようにする）。



H12(2000) 介護保険法施行 H13(2001) 医療法改正 「療養病床」の創設

【介護保険法施行】

- 療養病床の一部（※1）について、介護保険法上、主として長期にわたり療養を必要とする要介護者に対して医学的管理、介護などを行う「介護療養型医療施設」（※2）として位置づけ（介護療養病床）

※1 介護保険法施行時(2000年)は、医療法改正までの間、療養型病床群として位置づけられていた。

※2 介護療養型医療施設の一類型として、医療法上の認知症患者療養病棟(精神病床)を併せて位置づけ。

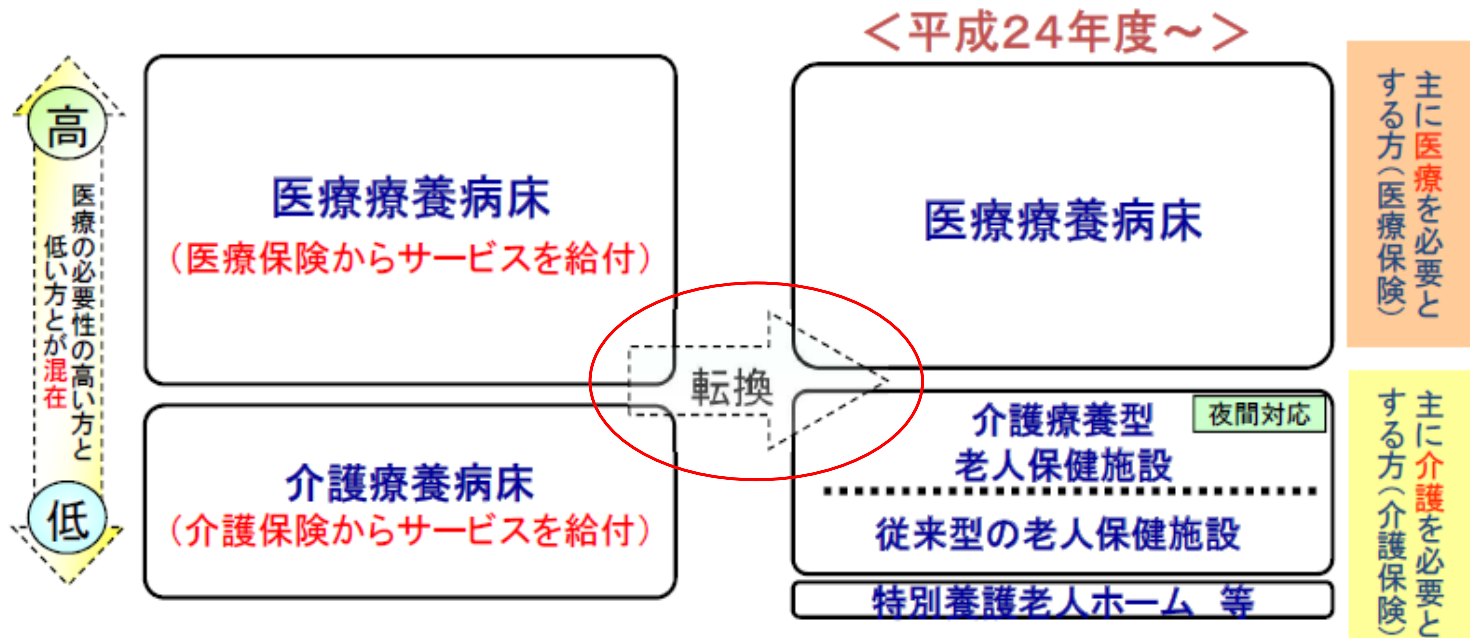
【医療法改正】

- 療養型病床群と老人病院（特例許可老人病院）を再編し、「療養病床」に一本化

療養病床に関する経緯②

H18(2006) 医療保険制度改革／診療報酬・介護報酬同時改定 2011年度末で廃止
 介護療養病床のH23年度末での廃止決定

- 同時報酬改定に際し、実態調査の結果、医療療養病床と介護療養病床で入院患者の状況に大きな差が見られなかった（医療の必要性の高い患者と低い患者が同程度混在）ことから、医療保険と介護保険の役割分担が課題
- また、医療保険制度改革の中で、医療費総額抑制を主張する経済財政諮問会議との医療費適正化の議論を受け、患者の状態に応じた療養病床の再編成（老健施設等への転換促進と介護療養病床のH23年度末廃止）を改革の柱として位置づけ
- 同時に、療養病床の診療報酬体系について、気管切開や難病等の患者の疾患・状態に着目した「医療区分」（1～3）、食事・排泄等の患者の自立度に着目した「ADL区分」（1～3）による評価を導入



医療区分2・3 ... 医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態や、難病、脊椎損傷、肺炎、褥瘡等の疾患等を有する者
 医療区分1 ... 医療区分2、3に該当しない者(より軽度な者)

療養病床に関する経緯③

H23(2011) 介護保険法改正 2017年度末
介護療養病床の廃止・転換期限をH29年度末まで延長

- 介護療養病床の老健施設等への転換が進んでいない現状を踏まえ、転換期限をH29年度末まで6年延長（※平成24年以降、医療療養病床からの転換を含め、介護療養病床の新設は認めない）

【介護保険法改正の附帯決議】

介護療養病床の廃止期限の延長については、3年から4年後に実態調査をした上で、その結果に基づき必要な見直しについて検討すること。

<療養病床数の推移>

	H18(2006).3月	H24(2011).3月	<参考>H27(2015).3月
介護療養病床数	12.2万床	7.8万床 (△4.4万床)	6.3万床 (△5.9万床)
医療療養病床数	26.2万床	26.7万床 (+0.5万床)	27.7万床 (+1.5万床)
合計	38.4万床	34.5万床	34.0万床

※1 括弧内は平成18年(2006)との比較
※2 病床数については、病院報告から作成

医療療養病床（20対1・25対1）と介護療養病床の現状

療養病床については、医療法施行規則に基づき、看護師及び看護補助者の人員配置は、本則上4：1（診療報酬基準でいう20対1に相当）以上とされているが、同施行規則（附則）に基づき、経過措置として、平成30年3月31日までの間は、6：1（診療報酬基準でいう30対1に相当）以上とされている。

※ 医療法施行規則に基づく人員配置の標準は、他の病棟や外来を合わせ、病院全体で満たす必要がある。

		医療療養病床		介護療養病床
		20対1	25対1	
人員	医師	48:1(3人以上)	48:1(3人以上)	48:1 (3人以上)
	看護師及び 准看護師	20:1 (医療法では4:1)	25:1 (医療法では、4:1が原則だが、29年度末まで経過的に6:1が認められている。)	6:1 (診療報酬基準でいう30:1に相当) (医療法では、4:1が原則だが、29年度末まで経過的に6:1が認められている。)
	看護補助者	20:1 (医療法では、4:1)	25:1 (医療法では、4:1が原則だが、29年度末まで経過的に6:1が認められている。)	—
	介護職員	—	—	6:1
施設基準		6.4㎡以上	6.4㎡以上	6.4㎡以上
設置の根拠		医療法(病院・診療所)	医療法(病院・診療所)	医療法(病院・診療所)
病床数		約12.8万床(※1)	約8万床(※1)	約6.3万床(※2)
財源		医療保険	医療保険	介護保険
報酬(例)(※3)		療養病棟入院基本料1	療養病棟入院基本料	機能強化型A、療養機能強化型B、その他

14万床

2017年度末までに廃止

(※1)施設基準届出(平成25年7月1日現在)

(※2)病院報告(平成27年3月分概数)

(※3)療養病棟入院基本料は、医療区分・ADL区分等に基づく患者分類に基づき評価。介護療養施設サービス費は、要介護度等に基づく分類に基づき評価。

介護療養病床
はナーシング
ホームに

介護療養病床の老健転換はむりすじ

介護療養病床の住宅転換は？



慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービスモデル（イメージ）

**医療機関
(医療療養病床
20対1)**

医療機能を内包した施設系サービス
〔患者像に併せて柔軟な人員配置、財源設定等
ができるよう、2つのパターンを提示〕

**医療を外から提供する、
居住スペースと医療機関の併設**
〔医療機能の集約化等により、20対1病床や診療所に転換
● 残りスペースを居住スペースに〕


○医療区分ⅡⅢを中心とする者
○医療の必要性が高い者



○人工呼吸器や中心静脈栄養などの医療
○24時間の看取り・ターミナルケア
○当直体制(夜間・休日の対応)
●介護ニーズは問わない


新(案1-1)

○医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要
○医療の必要性が比較的高く、容体が急変するリスクがある者




○喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理
○24時間の看取り・ターミナルケア
○当直体制(夜間・休日の対応)又はオンコール体制
●高い介護ニーズに対応

▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例



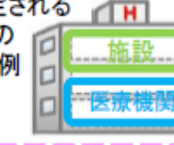
新(案1-2)

○医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要
○医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者



○多様なニーズに対応する日常的な医学管理
○オンコール体制による看取り・ターミナルケア
●多様な介護ニーズに対応

▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例

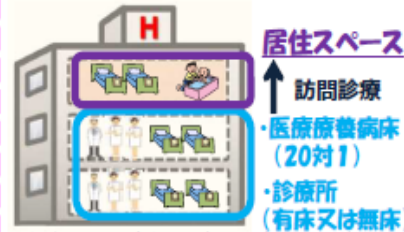


新類型

新(案2)

医療機関に併設

○医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要
○医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者



居住スペース
↑ 訪問診療
・医療療養病床(20対1)
・診療所(有床又は無床)

今後の人口減少を見据え、病床を削減。スタッフを居住スペースに配置換え等し、病院又は診療所(有床、無床)として経営を維持。

○多様なニーズに対応する日常的な医学管理
○併設する病院・診療所からのオンコール体制による看取り・ターミナルケア
●多様な介護ニーズに対応

現行の特定施設入居者生活介護

○医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要
○医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者



+

診療所等

○医療は外部の病院・診療所から提供
●多様な介護ニーズに対応

(注) 居住スペースについては、介護保険施設等へ転換を行う場合は、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。

医療法人による特養設置の規制緩和を！

※ 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。

社会保障審議会・療養病床特別部会

2016年10月26日



I. 医療機能を内包した施設系サービス

- 平成29年度末に設置期限を迎える介護療養病床等については、現在、これらの病床が果たしている機能に着目し、今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応、各地域での地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域の実情等に応じた柔軟性を確保した上で、その機能を維持・確保していく。

	新たな施設	
	(I)	(II)
基本的性格	要介護高齢者の長期療養・生活施設	
設置根拠 (法律)	介護保険法 ※ 生活施設としての機能重視を明確化。 ※ 医療は提供するため、医療法の医療提供施設にする。	
主な利用者像	重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する 認知症高齢者等 (療養機能強化型A・B相当)	左記と比べて、容体は比較的安定した者
施設基準 (最低基準)	<p>介護療養病床相当 (参考：現行の介護療養病床の基準)</p> <div style="border: 2px dashed red; padding: 5px;"> <p>医師 48対1 (3人以上)</p> <p>看護 6対1</p> <p>介護 6対1</p> </div>	<p>老健施設相当以上 (参考：現行の老健施設の基準)</p> <div style="border: 2px dashed red; padding: 5px;"> <p>医師 100対1 (1人以上)</p> <p>看護 } 3対1</p> <p>介護 } ※ うち看護2/7程度</p> </div> <p>～</p>
	<p>※ 医療機関に併設される場合、人員配置基準の弾力化を検討。</p> <p>※ 介護報酬については、主な利用者像等を勘案し、適切に設定。具体的には、介護給付費分科会において検討。</p>	
面積	老健施設相当 (8.0 m ² /床) ※ 多床室の場合でも、家具やパーテーション等による間仕切りの設置など、プライバシーに配慮した療養環境の整備を検討。	
低所得者への配慮 (法律)	補足給付の対象	

II. 医療を外から提供する居住スペースと医療機関の併設

- 経営者の多様な選択肢を用意する観点から、居住スペースと医療機関の併設型を選択する場合の特例、要件緩和等を設ける。

医療外付け型（居住スペースと医療機関の併設）

設置根拠 (法律)	<ul style="list-style-type: none">✓ 医療機関 ⇒ 医療法✓ 居住スペース ⇒ 介護保険法・老人福祉法 <p>※ 居住スペースは、特定施設入居者生活介護の指定を受ける有料老人ホーム等を想定（介護サービスは内包）</p>					
主な利用者像	医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者					
施設基準 (居住スペース)	<p>(参考：現行の特定施設入居者生活介護の基準)</p> <table border="1"><tr><td>医師</td><td>基準なし</td></tr><tr><td>看護</td><td rowspan="2">3対1 ※ 看護職員は、利用者30人までは1人、 30人を超える場合は、50人ごとに1人</td></tr><tr><td>介護</td></tr></table> <p>※ 医療機関部分は、算定する診療報酬による。</p>	医師	基準なし	看護	3対1 ※ 看護職員は、利用者30人までは1人、 30人を超える場合は、50人ごとに1人	介護
医師	基準なし					
看護	3対1 ※ 看護職員は、利用者30人までは1人、 30人を超える場合は、50人ごとに1人					
介護						
面積 (居住スペース)	<p>(参考：現行の有料老人ホームの基準)</p> <p>個室で13.0㎡/室以上</p> <p>※ 既存の建築物を転用する場合、個室であれば面積基準なし</p>					

考えられる要件緩和、留意点等

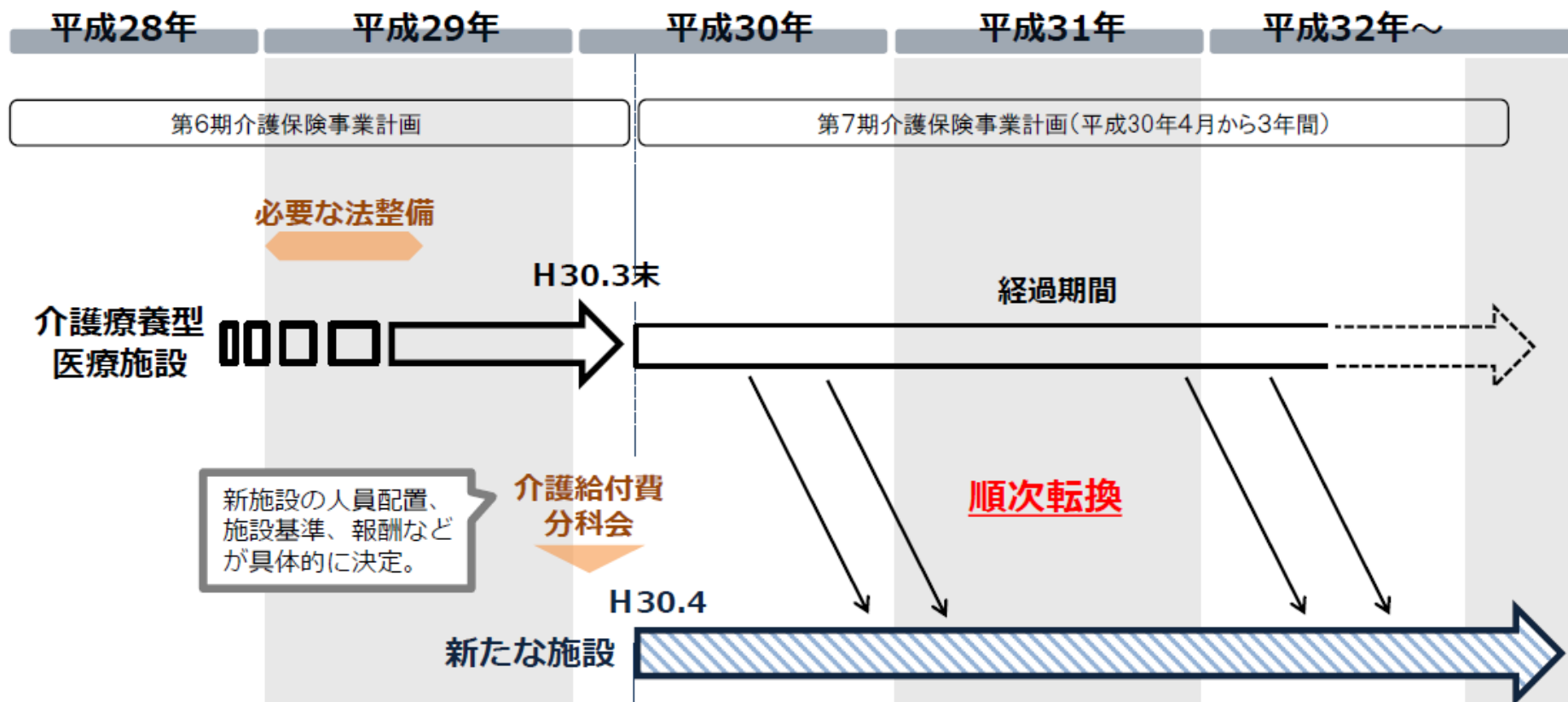
- ✓ 居住スペース部分の基準については、経過措置等をあわせて検討。
- ✓ 医療機関併設型の場合、併設医療機関からの医師の往診等により夜間・休日の対応を行うことが可能。

Ⅲ. 新施設に関する法整備を行う場合のスケジュール（イメージ）

- 新施設を創設する場合には、設置根拠などにつき、法整備が必要。
- この場合には、平成29年度末で設置期限を迎える介護療養病床については、現場の医療関係者や患者の方々の理解を得て、期限を設けつつも、準備のための経過期間を設けることが必要。

【例】 仮に新施設に関する法整備を行うことになった場合のスケジュール（イメージ）

※ 新たな類型について、具体的な道行きがわかるような資料を提出すべき、との委員のお求めがあったことから、作成したもの。



※例えば、面積の拡大は大規模改修まで猶予するなど、所要の経過措置を設ける。

それ以外の主な論点

IV. 転換支援策の取扱い

- ✓ 現行の転換支援策は、今後も継続する。

◀現行の転換支援策の例▶

- ・療養病床等から転換した老健施設は、大規模改修までの間、床面積を6.4㎡/人 以上で可とする
 - ・療養病床等から転換した老健施設、特別養護老人ホームは、大規模改修までの間、廊下幅（中廊下）を、1.2（1.6）m以上（内法）で可とする
 - ・療養病床等から転換した老健施設等と医療機関の施設・設備の共用を認める（病室と療養室又は居室、診察室と特養の医務室を除く）
 - ・医療機関併設型小規模老人保健施設の人員基準の緩和（小規模老人保健施設に医師、PT又はOT若しくはSTを置かないことができる）
 - ・介護療養型医療施設を介護施設等に転換した場合の費用助成 等
- ✓ 介護保険事業（支援）計画との関係では、第6期計画の取扱い（療養病床からの転換については、年度ごとのサービス量は見込むものの、必要入所（利用）定員総数は設定しない）を今後も継続。

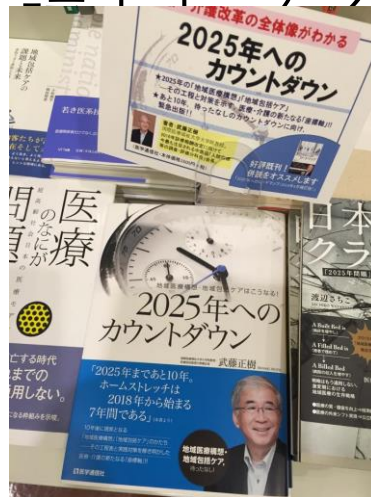
V. 医療療養病床25対1（診療報酬）の取扱い等

- ✓ 医療療養病床25対1（療養病棟入院基本料2）の取扱いについては、「医療療養病床の人員配置標準に係る特例」の取扱いを踏まえ、医療の必要性が高い慢性期患者に対して適切な医療を提供する観点から、地域医療構想に基づく地域の医療提供体制等も勘案しつつ、中央社会保険医療協議会で検討する。
- ✓ 医療法施行規則に基づく医療療養病床の人員配置標準の経過措置は、平成29年度末で終了とする。なお、有床診については、その地域で果たす役割の重要性に鑑み、所要の配慮が必要。

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**  **発刊**
アマゾン売れ筋
ランキング瞬間風速第一位！



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