

全国厚生労働関係部局長会議資料 (厚生分科会)

平成28年1月19日(火)

医政局

目次

1 医療提供体制の改革

- (1) 地域医療構想等……………P1
- (2) 改正医療法(地域医療連携推進法人制度の創設及び医療法人制度の見直し)……………P27
- (3) 持分なし医療法人への移行促進……………P32
- (4) 医療従事者の確保、養成等について……………P35

2 医療安全対策

- (1) 特定機能病院の医療安全管理体制の確保について…P42
- (2) 医療事故調査制度……………P45

3 臨床研究に関する法制度の検討について……………P50

4 後発医薬品の使用促進及び医療用医薬品の流通改善

.....P56

5 その他(周知事項)

(1) 地方分権関係(平成27年の地方からの提案等に関する対応方針).....P71

(2) 美容医療サービスに関する消費者問題について.....P73

(3) 看護師学校養成所2年課程(通信制)の入学要件の見直し

.....P75

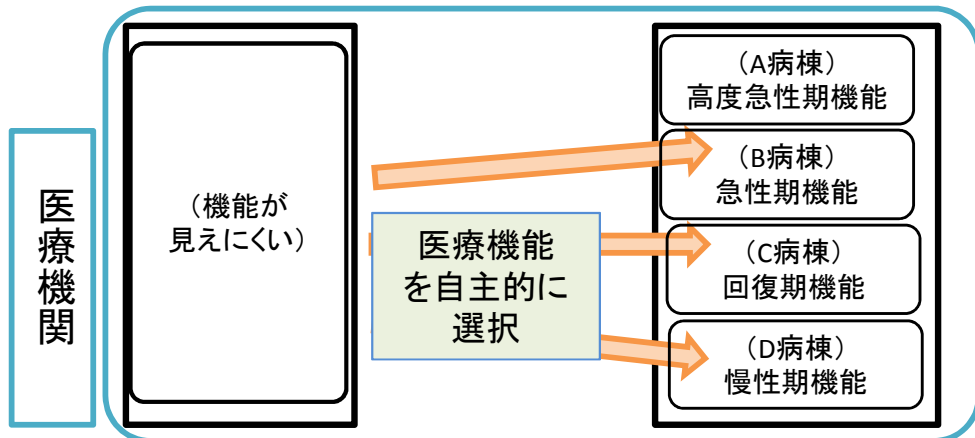
6 照会先一覧.....P77

1 医療提供体制の改革について

(1) 地域医療構想等

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31日に発出。



医療機能の現状と今後の方向を報告

都道府県

医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

(「地域医療構想」の内容)

1. 2025年の医療需要と病床の必要量
 - ・ 高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに推計
 - ・ 都道府県内の構想区域(2次医療圏が基本)単位で推計
2. 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

- 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

病床機能報告制度；平成27年の変更点

- 各医療機関(有床診療所を含む。)は、毎年、病棟単位で、医療機能の「現状」と「今後の方向」を、自ら1つ選択して、都道府県に報告。

病床機能報告 報告マニュアル
平成27年8月31日

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)。
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

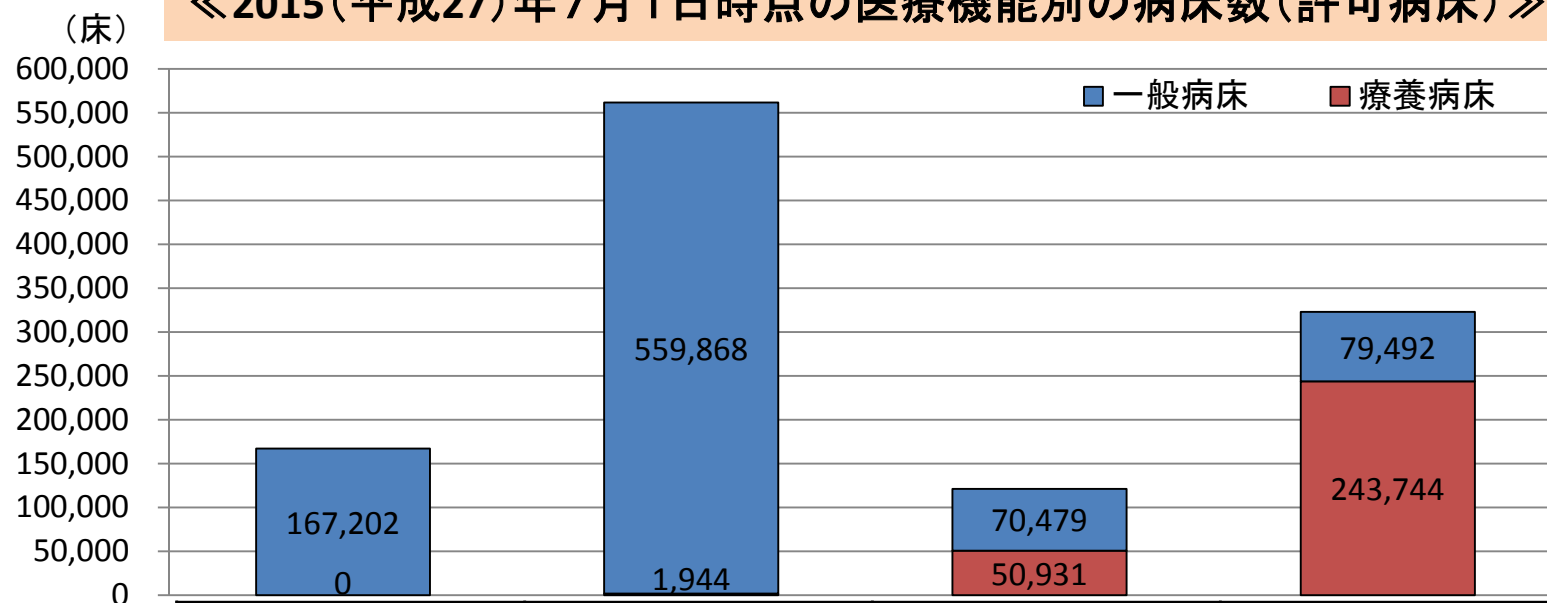
- 回復期機能については、「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション機能」のみではなく、リハビリテーションを提供していなくても「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合には、回復期機能を選択できることにご留意ください。
- 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択してください。
- 特定機能病院においても、病棟の機能の選択に当たっては、一律に高度急性期機能を選択するのではなく、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択してください。

病床機能報告制度における機能別病床数の報告状況【速報値】

○ 以下の集計は、12月2日時点でデータクリーニングが完了し、集計可能となった医療機関におけるデータを集計した速報値である。

- ・報告対象となる病院7,371施設、有床診療所7,239施設のうち、12月13日までに病院7,004施設(95.0%)、有床診療所5,815施設(80.3%)が報告済み
- ・12月2日時点でデータクリーニングが完了した病院6,644施設(90.1%)、有床診療所4,355施設(60.2%)のデータを集計した。
- ・集計対象施設における許可病床数合計は、1,195,762床
(cf. 医療施設調査(動態)における平成27年6月末時点の許可病床(一般、療養)の総数は1,331,374床)
- ・今回の集計対象施設についても追加のデータ修正等が生じる可能性があり、集計内容は変動し得る。

《2015(平成27)年7月1日時点の医療機能別の病床数(許可病床)》



	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
一般病床	167,202	559,868	70,479	79,492	877,041
療養病床	0	1,944	50,931	243,744	296,619
合計	167,202	561,812	121,410	323,236	1,173,660
構成比	14.2%	47.9%	10.3%	27.5%	100.0%
構成比(26年度)	15.5%	47.1%	8.8%	28.6%	100.0%

(注)集計対象施設のうち、2015年7月1日時点の病床の機能について未回答の病床が22,092床分あり、上表には含めていない。

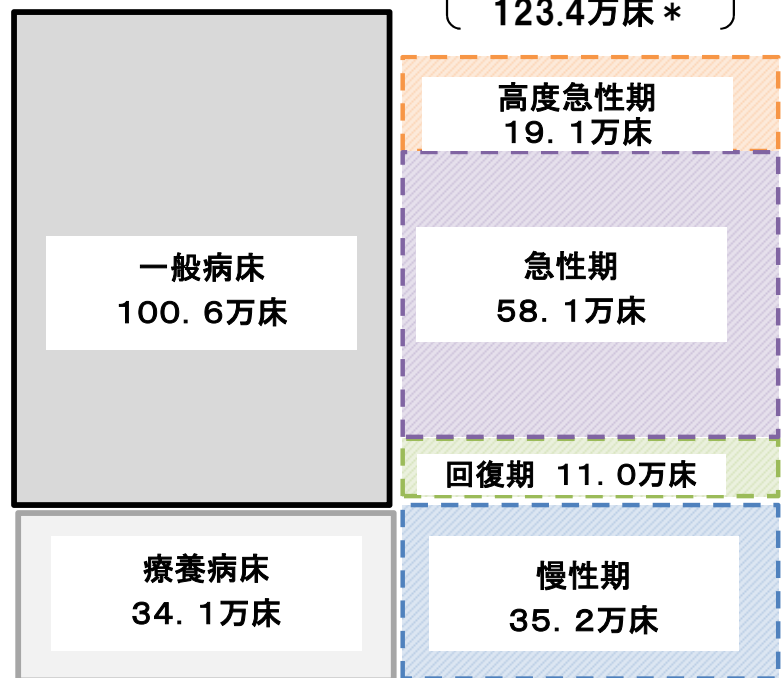
2025年のあるべき病床数の推計結果について

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、限られた医療資源を効率的に活用するため、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、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。
(⇒ 「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)
- 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。
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進めるため、
 - ・ 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
 - ・ 今後の療養病床における医療提供のあり方を含め、受け皿としての医療・介護のあり方の検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組む。

【現 状:2013年】

134.7万床 (医療施設調査)

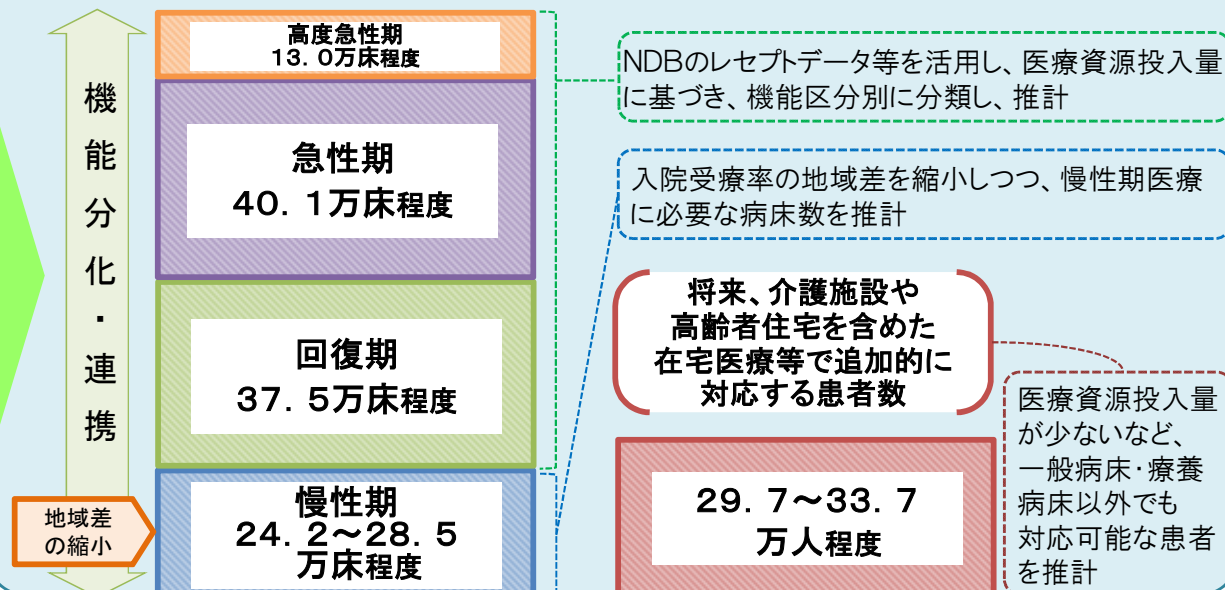
病床機能報告
123.4万床*



【推計結果:2025年】

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

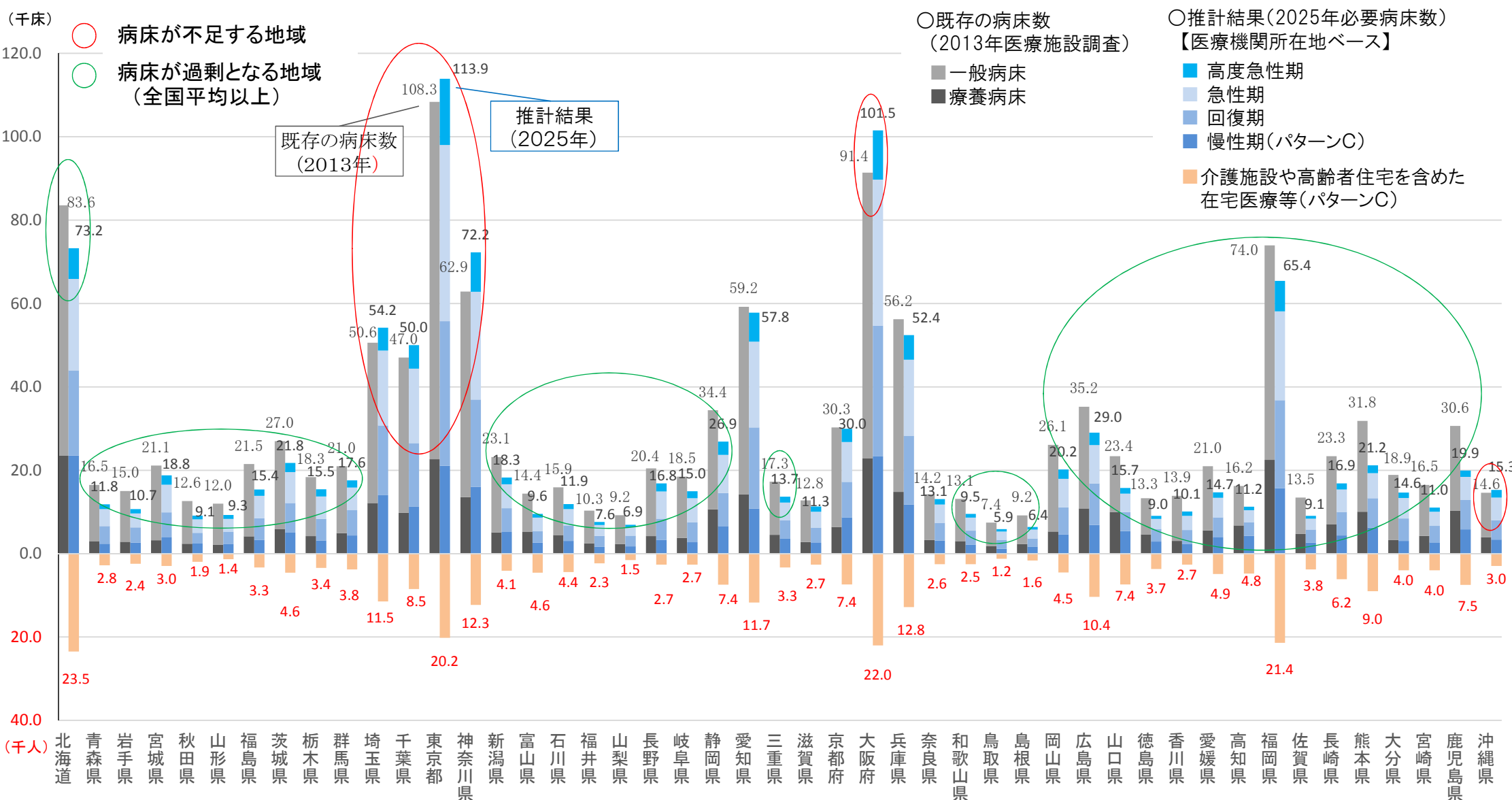
2025年の必要病床数(目指すべき姿)
115~119万床程度



* 2014年7月時点 (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。)

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

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



都道府県の地域医療構想の策定の進捗状況

(平成27年10月20日現在)

< 構想策定の予定時期 >

○ 都道府県における地域医療構想の策定予定時期は、平成27年度中の策定予定が20 (43%)、平成28年度半ばの策定予定が21 (45%)、H28年度中の策定予定が4 (8%)、未定が2 (4%)であった。

< 既に行われた構想策定に関する会議 (県単位) の回数 >

○ 地域医療構想の策定に関する会議 (医療審議会やワーキンググループなど、構想区域ごとの会議は除く) の開催回数は、全ての都道府県が1回以上開催しており、最多で6回開催している。

< 構想区域ごとの会議の開催状況 >

○ 構想区域ごとの会議の開催状況は、すべての構想区域で開催した県は32 (68%)、一部の構想区域で開催した県は6 (13%)、未実施の県は9 (19%) であった。

図1. 構想策定の予定時期

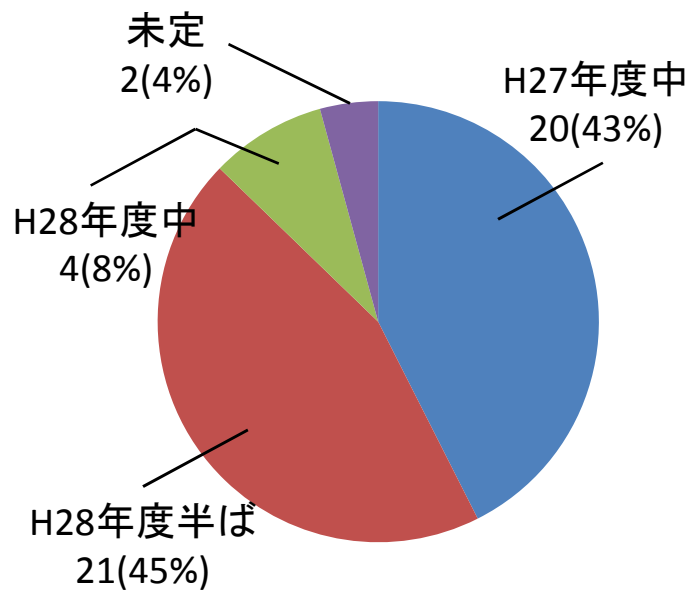


図2. 既に行われた構想策定に関する会議 (県単位) の回数

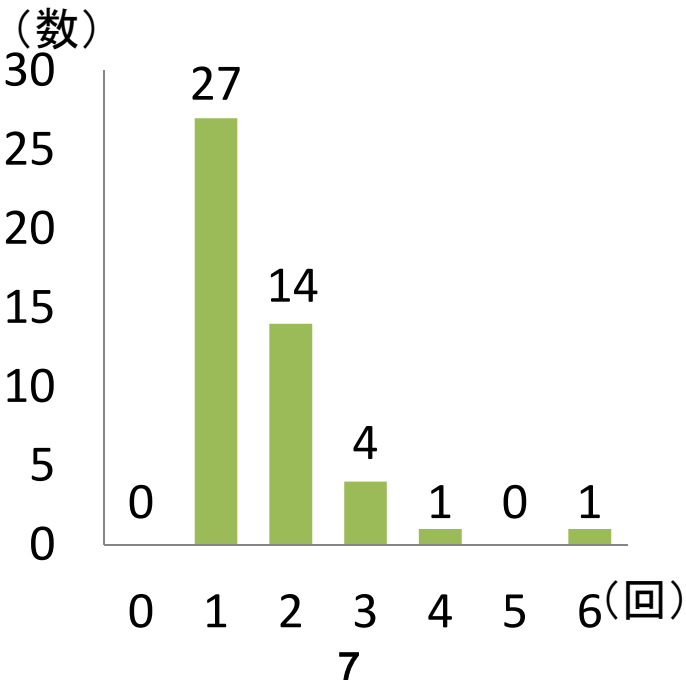
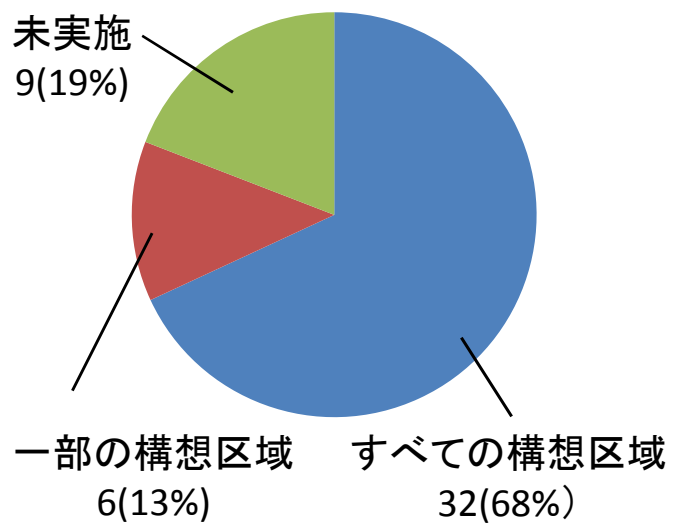


図3. 構想区域ごとの会議の開催状況



地域医療構想の策定とその実現に向けたプロセス

- 地域医療構想は、平成27年4月から、都道府県が策定作業を開始。
- 医療計画の一部として策定することから、都道府県医療審議会で議論するとともに、医師会等の地域の医療関係者や住民、市町村等の意見を聴取して、適切に反映。
- 具体的な内容の策定とその実現に向けた都道府県のプロセスは以下のとおり。

① 都道府県は、機能分化・連携を図る区域として「構想区域」を設定。

※ 「構想区域」は、現在の2次医療圏を原則とするが、①人口規模、②患者の受療動向、③疾病構造の変化、④基幹病院へのアクセス時間等の要素を勘案して柔軟に設定



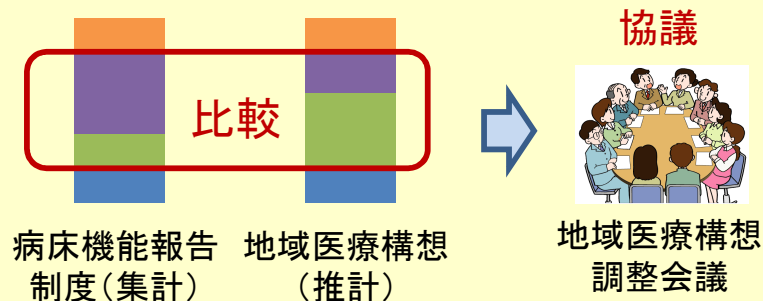
② 「構想区域」ごとに、国がお示しするガイドライン等で定める推計方法に基づき、都道府県が、2025年の医療需要と病床の必要量を推計。地域医療構想として策定。



③ 地域医療構想の実現に向けて、都道府県は構想区域ごとに、「地域医療構想調整会議」を開催。

※ 「地域医療構想調整会議」には、医師会、歯科医師会、病院団体、医療保険者等が参加。

- ・ 病床機能報告制度の報告結果等を基に、現在の医療提供体制と将来の病床の必要量を比較して、どの機能の病床が不足しているか等を検討。
- ・ 医療機関相互の協議により、機能分化・連携について議論・調整。



④ 都道府県は、地域医療介護総合確保基金等を活用し、医療機関による自主的な機能分化・連携を推進。

地域医療構想策定に係る課題抽出の取組

(地域医療構想策定ガイドラインより抜粋)

- 地域の医療提供体制の現状を把握し、地域医療構想を実現する上での課題を抽出することが重要。
- 課題を抽出するにはレセプトデータや消防庁などのデータを有効に利活用。
- 抽出した課題を解決するためには、地域医療構想調整会議に参加する関係者等で、データを基に認識を共有し、十分な議論を行うことが重要。

ア) 病床機能報告による現状と地域医療構想における必要病床数との比較

⇒ 病床の機能の分化及び連携について、まずは病床機能報告制度によって、各医療機関が担っている病床の機能の現状を把握・分析する。

(1) 将来の医療需要を推計 ⇒ 地域医療構想策定支援ツール(必要病床推計ツール)を活用

(2) 現時点と将来の医療需要との比較 ⇒ 病床機能報告制度を活用し上記と比較

イ) 病床の機能区分ごとにおける構想区域内の医療機関の状況の把握

⇒ 主な疾患(がん、脳卒中、心筋梗塞等)に対応できる医療機関の分布や、提供されている医療の内容に関する情報など、資料やデータに基づき検討

(1) 各医療機関の診療実績 ⇒ DPCデータを活用(事例1)

(2) 患者の流出入の状況 ⇒ 二次医療圏別のNDB・DPCデータを活用(事例2)

(3) 患者の医療機関へのアクセス状況 ⇒ 消防庁のデータ等を活用(事例3-1、3-2)

(4) 全国と県全体または二次医療圏別の診療実績比較 ⇒ 年齢調整標準化レセプト出現比を活用(事例4)

Ⅱ 地域医療構想策定後の取組

1. 地域医療構想の策定後の実現に向けた取組

(3) 都道府県の取組

○ 医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議により、病床の機能の分化及び連携等による将来のあるべき医療提供体制を実現するためには、地域の医療提供体制の確保に責任を有する都道府県が、その役割を適切に発揮する必要がある。

○ このため、医療機関への情報提供を含め、都道府県において、以下の各段階における取組を行うことを原則とする。

ア 病床機能報告による現状と地域医療構想における必要病床数との比較

都道府県は、病床の機能の分化及び連携について、まずは病床機能報告制度によって、**各医療機関が担っている病床の機能の現状を把握・分析する。**その結果を踏まえ、地域医療構想において定める構想区域ごとの病床の機能区分ごとの将来の需要と必要病床数とを、地域全体の状況として把握する。

イ 各病床の機能区分ごとにおける構想区域内の医療機関の状況の把握

都道府県は、各医療機関が地域における自院の位置付けを容易に把握することができるよう、**病床の機能区分ごとに構想区域内の医療機関の状況を整理する必要がある。**病床機能報告制度では、具体的な医療の内容に関し比較の参考となる項目が報告されていることから、これらを基に、各医療機関が地域における将来のあるべき姿に応じて検討できるような資料・データを都道府県が作成する。この際、医療機関が、病棟ごとに、病床機能報告制度において選択した病床の機能区分に応じた必要な体制の構築や人員配置を検討することから、当該構想区域で各病床の機能を選択した医療機関の分布だけではなく、**主な疾患における分布や、提供されている医療の内容に関する情報など、より検討に適した資料・データとなるよう、**地域医療構想調整会議の議長等と事前に協議を行うなど、工夫をすることが望ましい。

2. 地域医療構想調整会議の設置・運営

(1) 議事

イ 議論の進め方

i 地域の医療提供体制の現状と将来目指すべき姿の認識共有

病床機能報告制度による情報や既存の統計調査等で明らかとなる地域の医療提供体制の現状と、地域医療構想で示される病床の機能区分ごとの将来の需要と必要病床数について、地域医療構想調整会議に参加する関係者で認識を共有。

ii 地域医療構想を実現する上での課題の抽出

地域の医療提供体制の現状を踏まえ、地域医療構想を実現していく上での課題について議論。

① DPCデータ

- ・ 当該医療圏で欠けている医療機能はないかを確認(特に、5疾病5事業に関わる主要疾患)
- ・ 各病院の機能が年度間で安定しているかを確認
- ・ 圏域内の各病院の機能分化の状況を把握

分析例：圏域内の各病院の診療パターンが同一の場合は機能分化が進んでいない事を示唆している

② NDBデータ

- ・ 医療行為別の患者の流出入の把握

分析例：二次救急を、患者住所地の医療圏で受けることができているか確認

③ 消防庁データ

- ・ 各二次医療圏や圏域をまたいだ救急搬送時間の把握

分析例：DPCデータ等で補完することで、患者の医療機関へのアクセスに係る課題の分析が可能

④ 年齢調整標準化レセプト出現比(SCR)

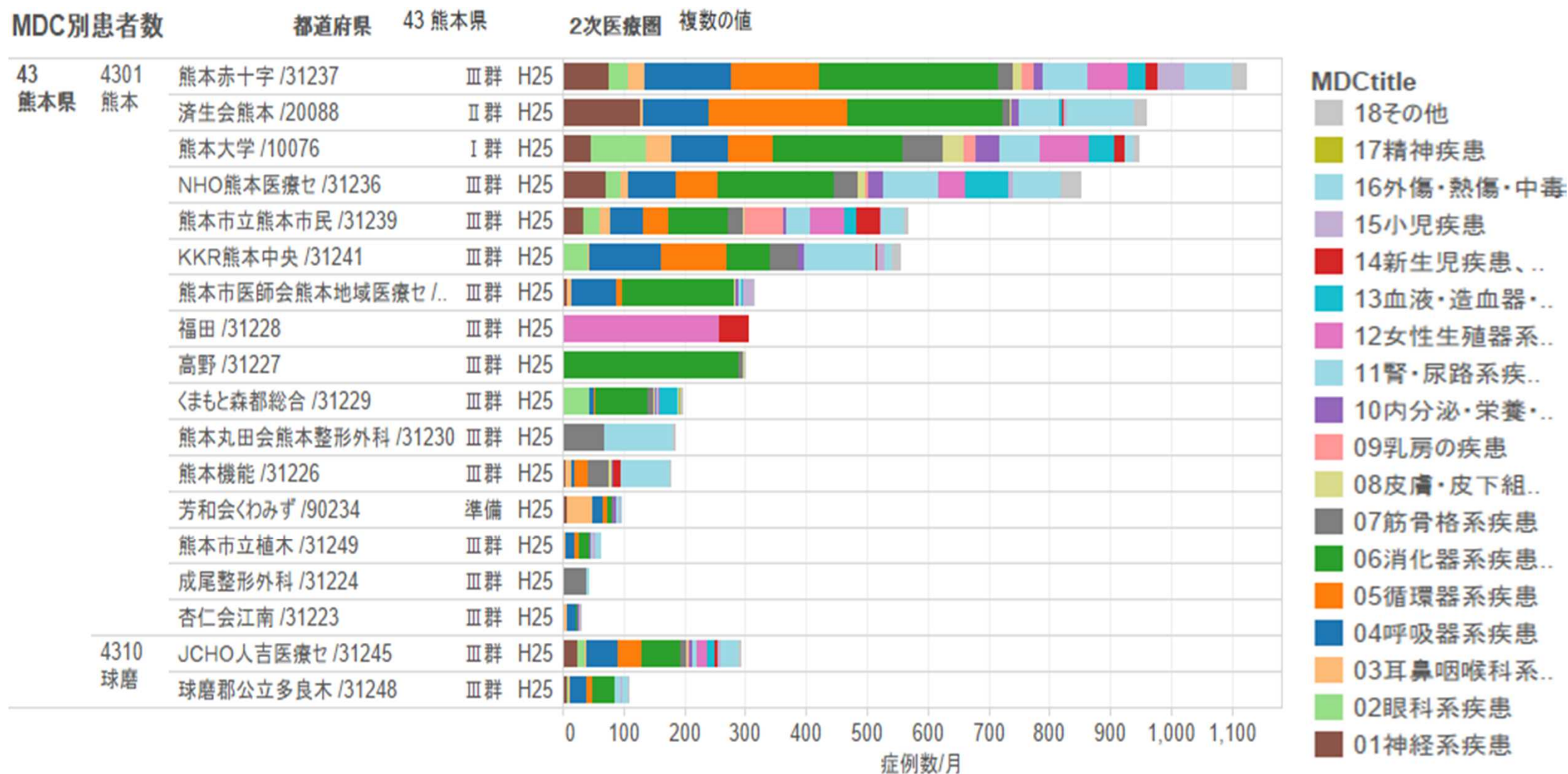
- ・ 地域ごとの疾患毎レセプトの出現状況を全国平均と比較

* その他にも、データブックやオープンツールを利用して、現状の医療提供体制とその課題について分析する。

(事例1) DPCデータを利用した地域における医療提供体制の評価

次のグラフは、DPCデータを用いて、医療機関ごとの患者数をMDC(臓器別の分類)別に集計したものの。

ほぼ診療科に対応しているMDC別に集計することによって、各医療機関の有する医療機能を把握したり、地域で欠けている医療機能がないかを確認したりすることが可能。

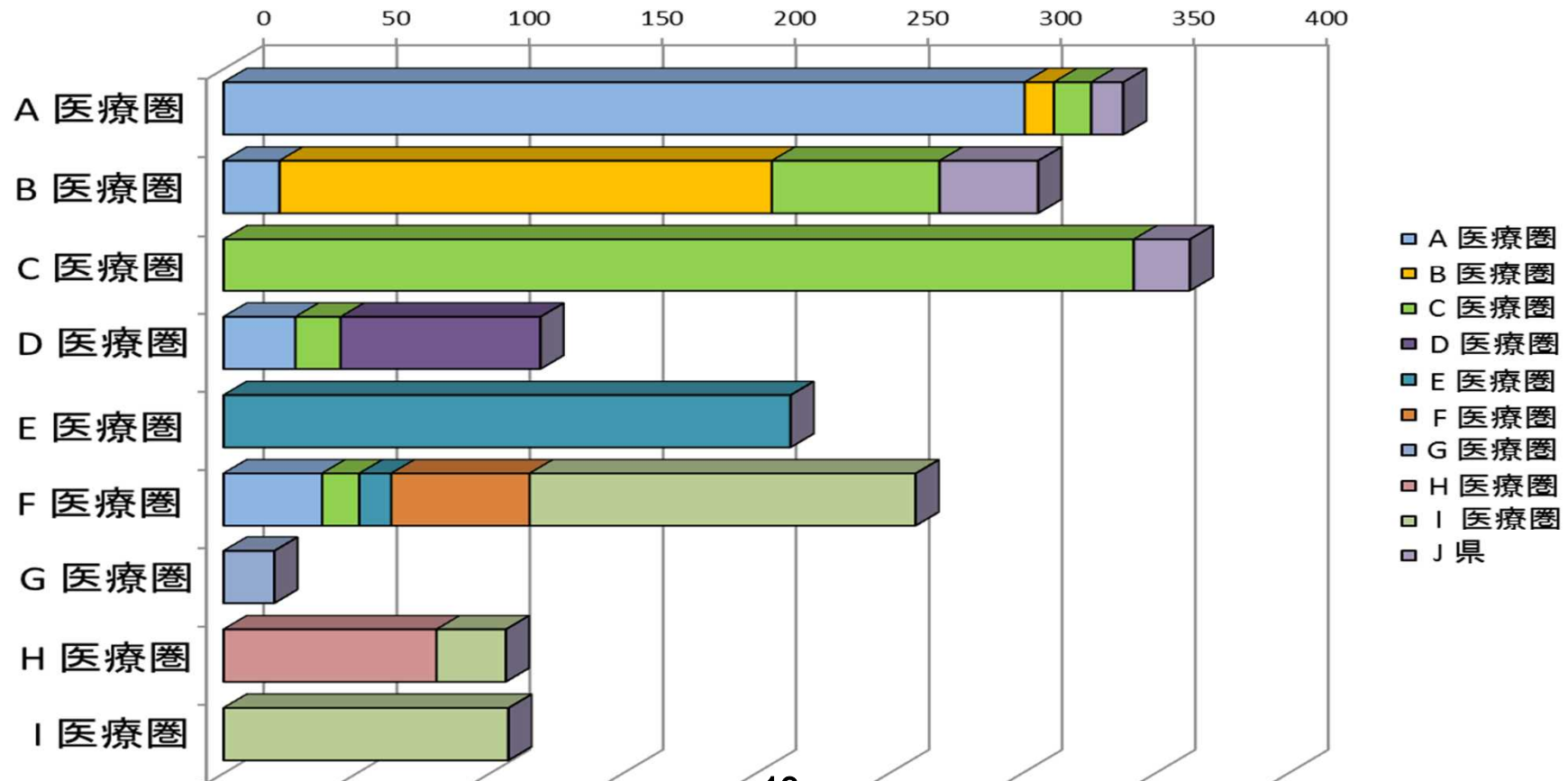


(事例2) NDBデータを利用した患者の流出入について

NDBデータを基に、患者住所地と医療機関所在地の2つのデータから分析することにより、医療圏別にみた患者の流出入の状況を把握し、医療圏における自己完結度を検討する事が可能。

次のグラフは、A県における虚血性心疾患のカテーテル実施件数を示しており、例えば、E医療圏は、自分の医療圏で、ほとんどをカバーできていることがわかる。一方で、F医療圏では、自分の医療圏でカバーできず、他の医療圏(A医療圏やI医療圏)に患者が流出していることがわかる。

【解析例】 A県における虚血性心疾患に対するカテーテル治療の実施件数

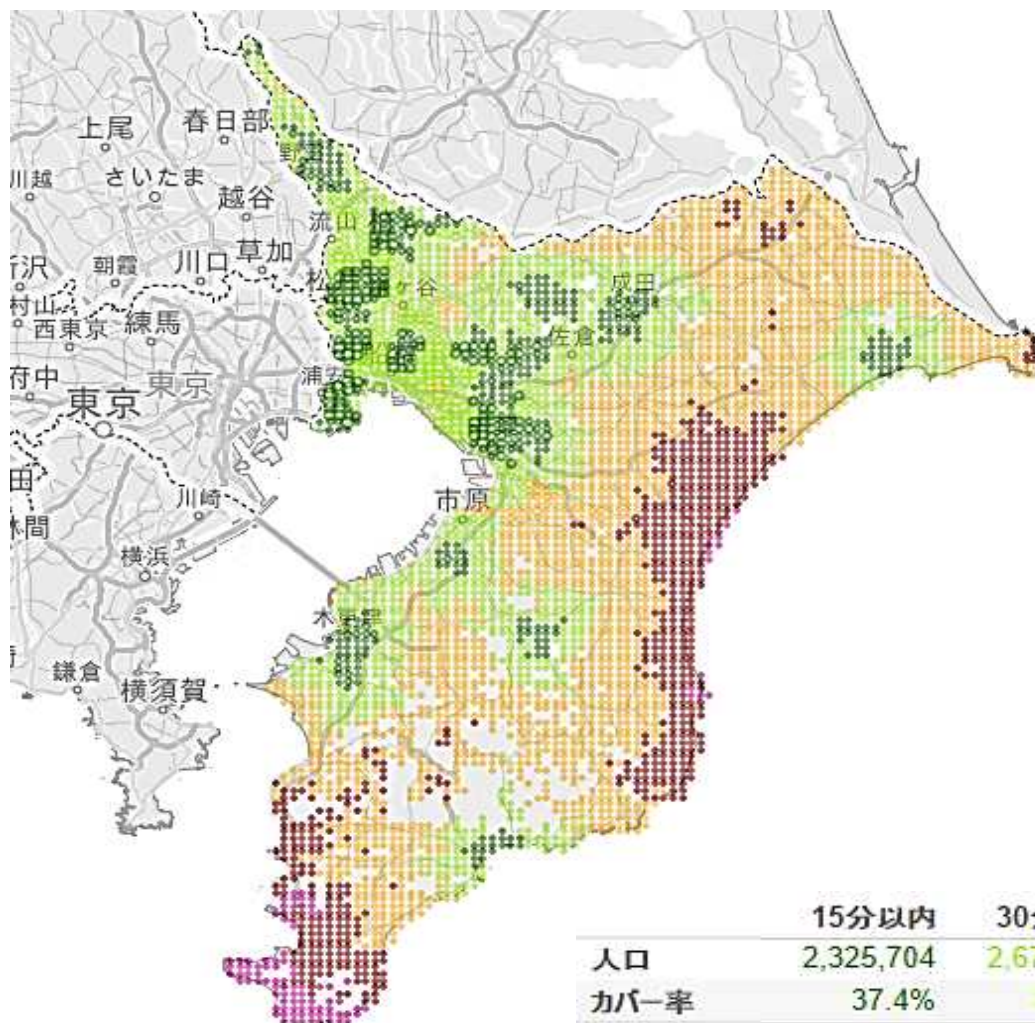


(事例3-1) 消防庁データ等を利用した患者のアクセスについて

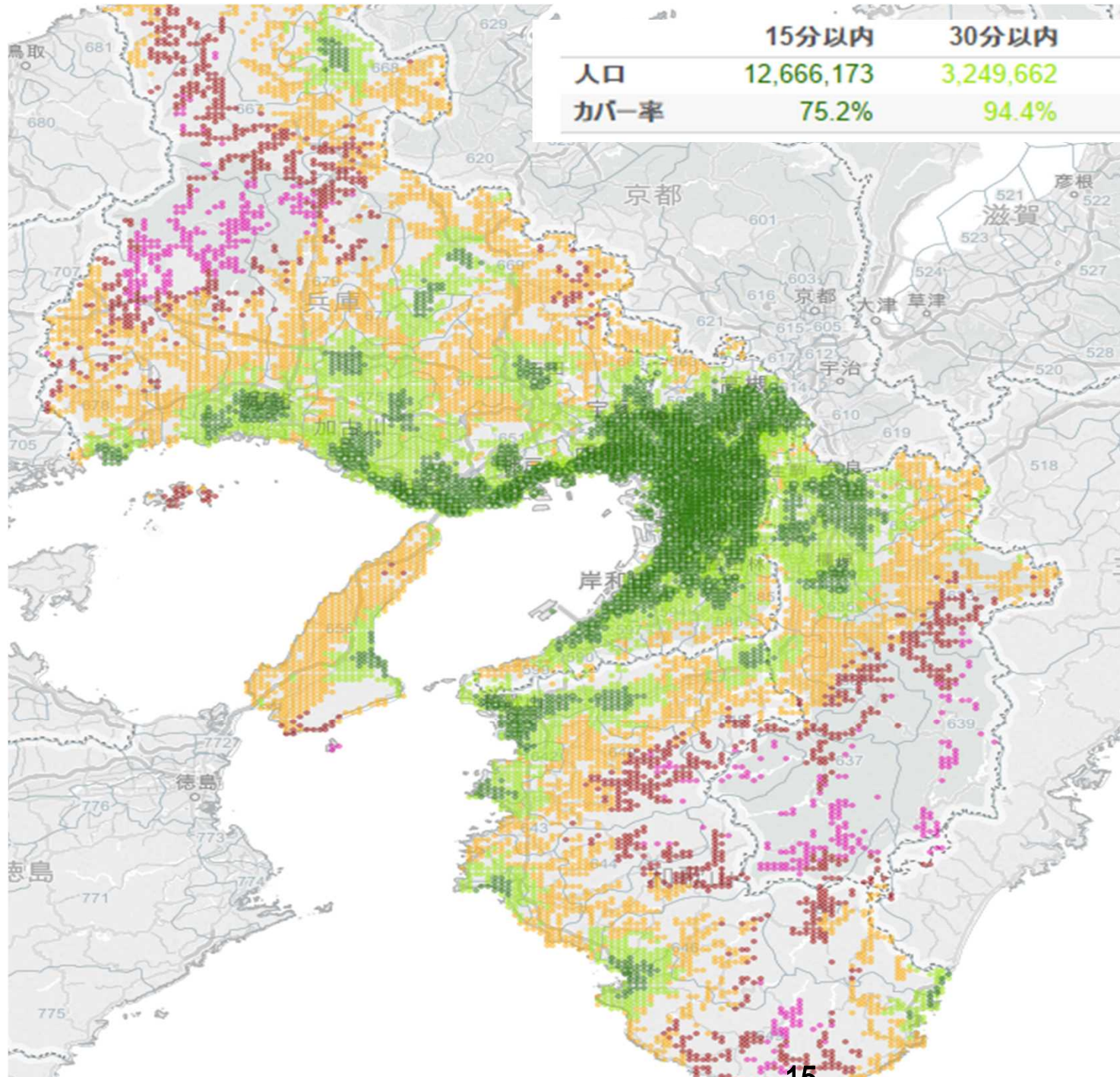
消防庁のデータ等を用いて、患者の医療機関へのアクセスについて分析・評価することが可能。

次の地図は、くも膜下出血及び破裂動脈瘤について、搬送時間別の人口について、地図上で塗り分けして、カバー率を可視化したもの。

千葉県における「くも膜下出血及び破裂動脈瘤」の搬送時間別人口カバー率(地図)



(事例3-2) 県境を超えた患者の医療機関へのアクセスについて



奈良県・和歌山県・大阪府・兵庫県の県間を含めた、急性心筋梗塞の医療機関へのアクセスマップ。

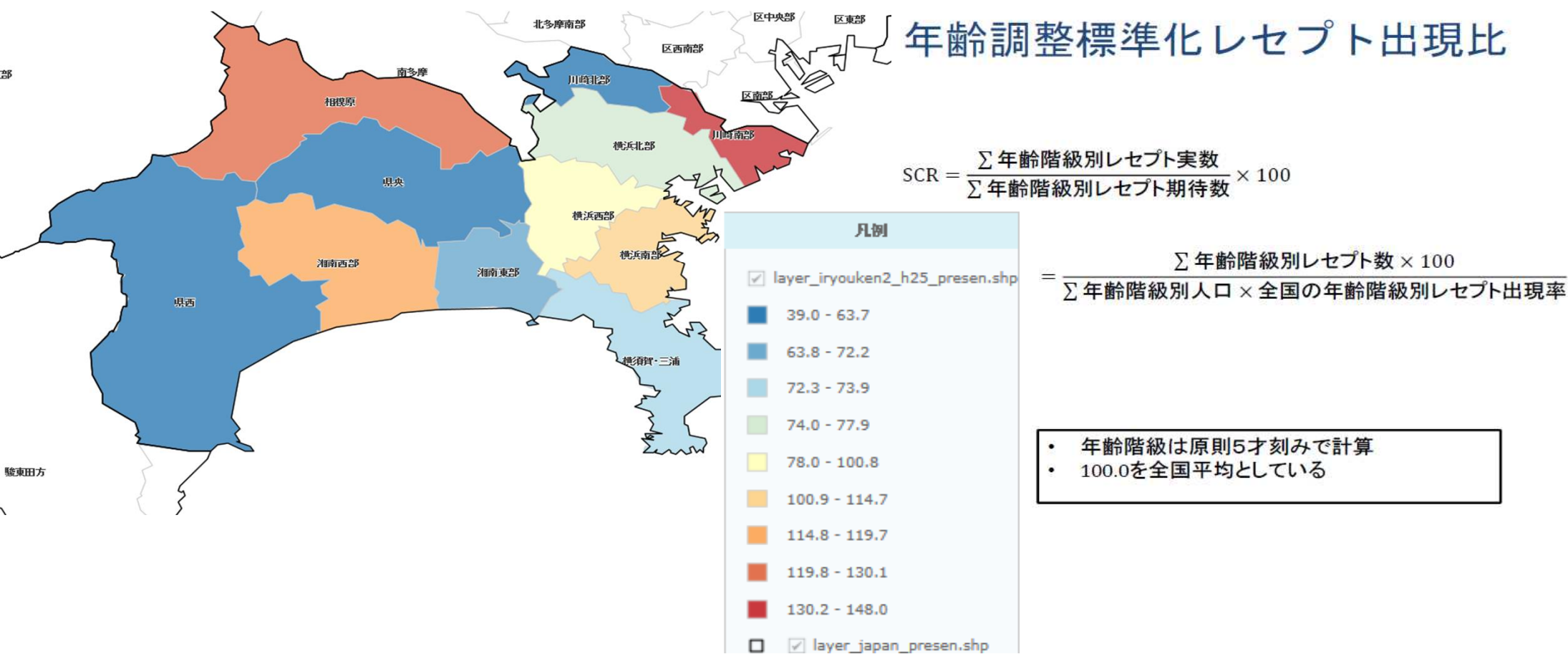
医療機関へのアクセスに関しては、自分の県内の医療圏別の分析だけでなく、県境については、他県の医療機関へのアクセスも含めて検討する。

(事例4)レセプトを利用した医療提供体制の評価について

次の地図は、一定の診療行為に係るレセプト数を地域の年齢・人口構成で補正した値(略称SCR)を算出し、地図上で可視化したもの。

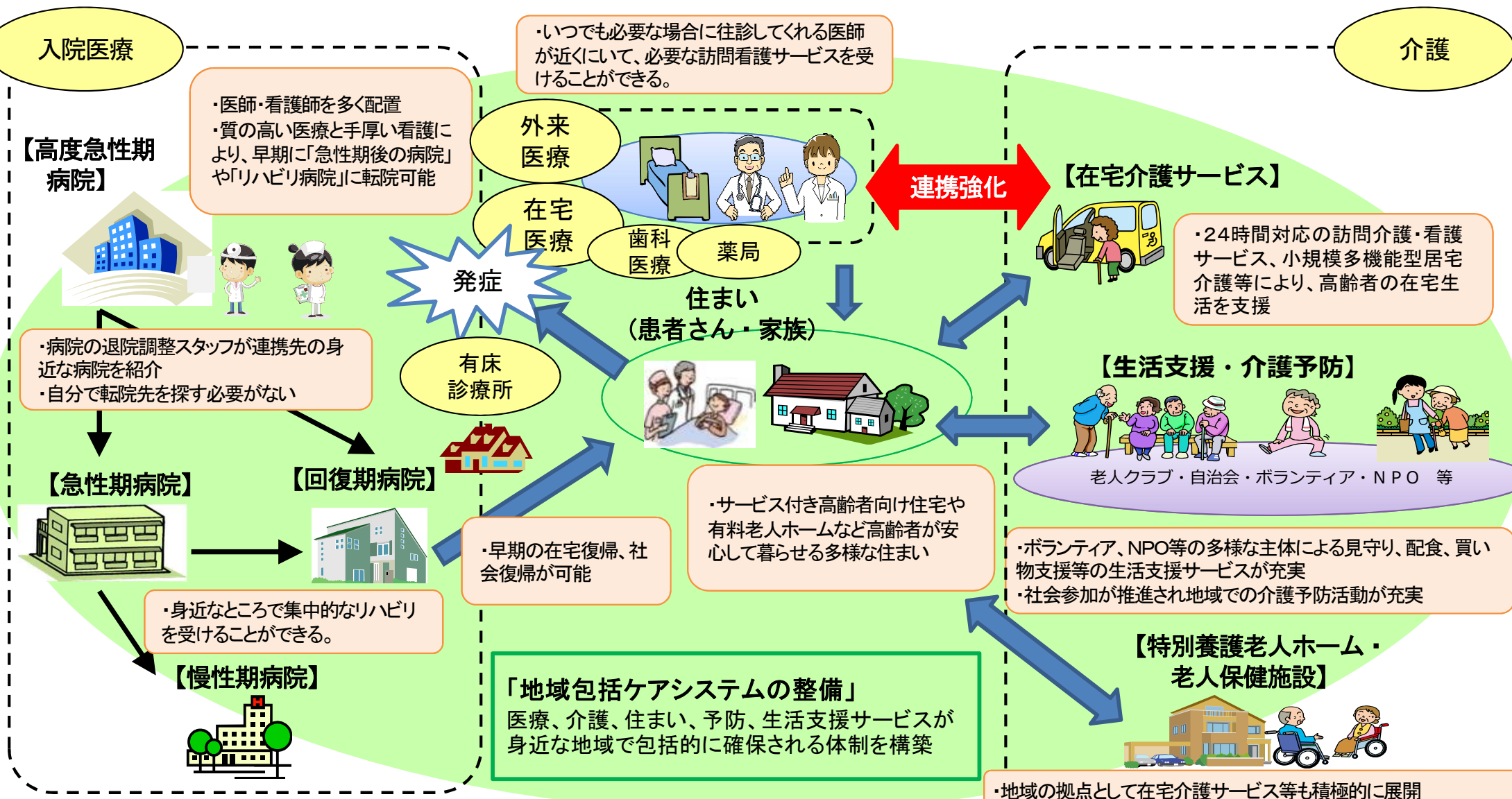
例として、がんに関する医療提供体制を評価する資料として、胃癌に対する内視鏡的手術件数を二次医療圏毎に塗り分けたものである。

年齢調整標準化レセプト出現比(SCR)を用いた医療提供体制の評価(胃癌・内視鏡的手術)



あるべき医療介護提供体制の構想

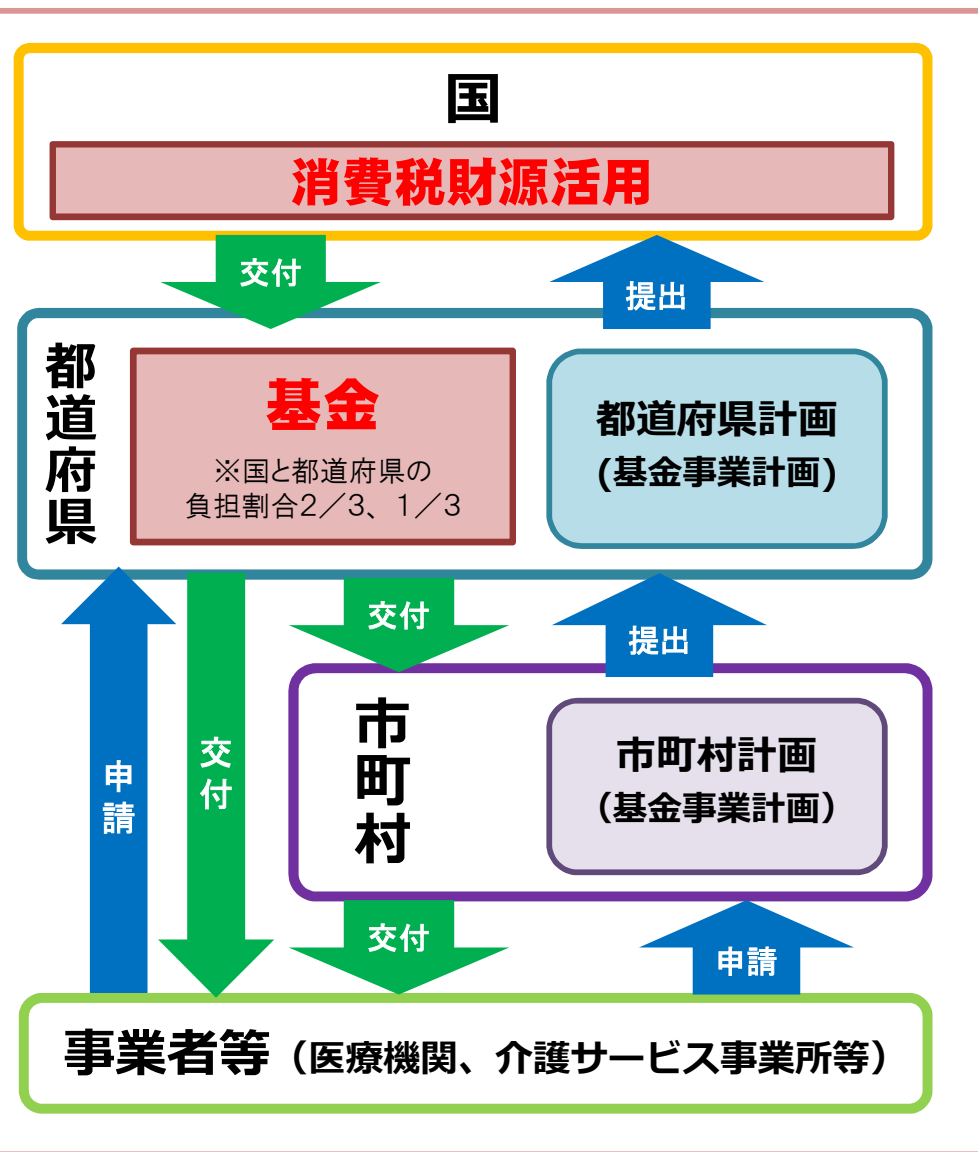
将来の医療需要や現状の医療提供体制等をふまえ、どのような医療介護提供体制が望ましいのかについて会議で議論を十分に行い、合意形成を行っていただきたい。



※保健師、助産師、診療放射線技師、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、臨床工学技士、義肢装具士、救急救命士、言語聴覚士、歯科衛生士、歯科技工士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士、社会福祉士、介護福祉士等

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

平成27年度地域医療介護総合確保基金(医療分)について

○**交付決定日** 平成28年1月6日

○**各都道府県が平成27年度から実施する事業**

① 病床の機能分化・連携に関する事業	454億円
② 居宅等における医療の提供に関する事業	65億円
③ 医療従事者の確保・養成に関する事業	385億円
合計	904億円

(参考)

第186回通常国会において成立した医療介護総合確保法では、厚生労働大臣は「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(以下「総合確保方針」という。)を定めなければならない。」と規定しており、これに基づき、平成26年9月12日に総合確保方針が告示され、基金を充てて実施する事業の範囲として、

- 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
- 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

が定められており、今年度はこのうち医療を対象とした事業(1, 2及び4)を実施。

平成26年度地域医療介護総合確保基金(医療分)について

○**交付決定日** 平成26年11月19日

○各都道府県が平成26年度から実施する事業

① 病床の機能分化・連携に関する事業	174億円
② 居宅等における医療の提供に関する事業	206億円
③ 医療従事者の確保・養成に関する事業	524億円
合計	904億円

○事業実施状況

26年度で予算措置された904億円のうち、26年度で実施する事業は603億円(計画時点、66.8%)で、執行率は約7割。

	(計画時)	(執行額、率)
① 病床の機能分化・連携に関する事業	95億円	39億円(40.5%)
② 居宅等における医療の提供に関する事業	83億円	46億円(55.3%)
③ 医療従事者の確保・養成に関する事業	425億円	335億円(78.7%)
合計	603億円	419億円(69.5%)

地域医療介護総合確保基金における平成26年度事業の執行状況について（基金全体）

平成26年度事業の執行状況（全体）

地域医療介護総合確保基金においては、平成26年度予算として904億円（医療分）が公費として措置された。そのうち、26年度に実施する事業は603億円（66.8%）であり、執行率は69.5%となった。

- 「Ⅰ 病床の機能分化・連携」の施設整備に関する事業は、事業の着手に必要な調整等に時間を要し、事業開始が27年度以降になった県が見受けられ、40.5%の執行率となった。
- 「Ⅱ 在宅医療の推進」は55.3%、「Ⅲ 医療従事者の確保」は、78.7%の執行率となった。

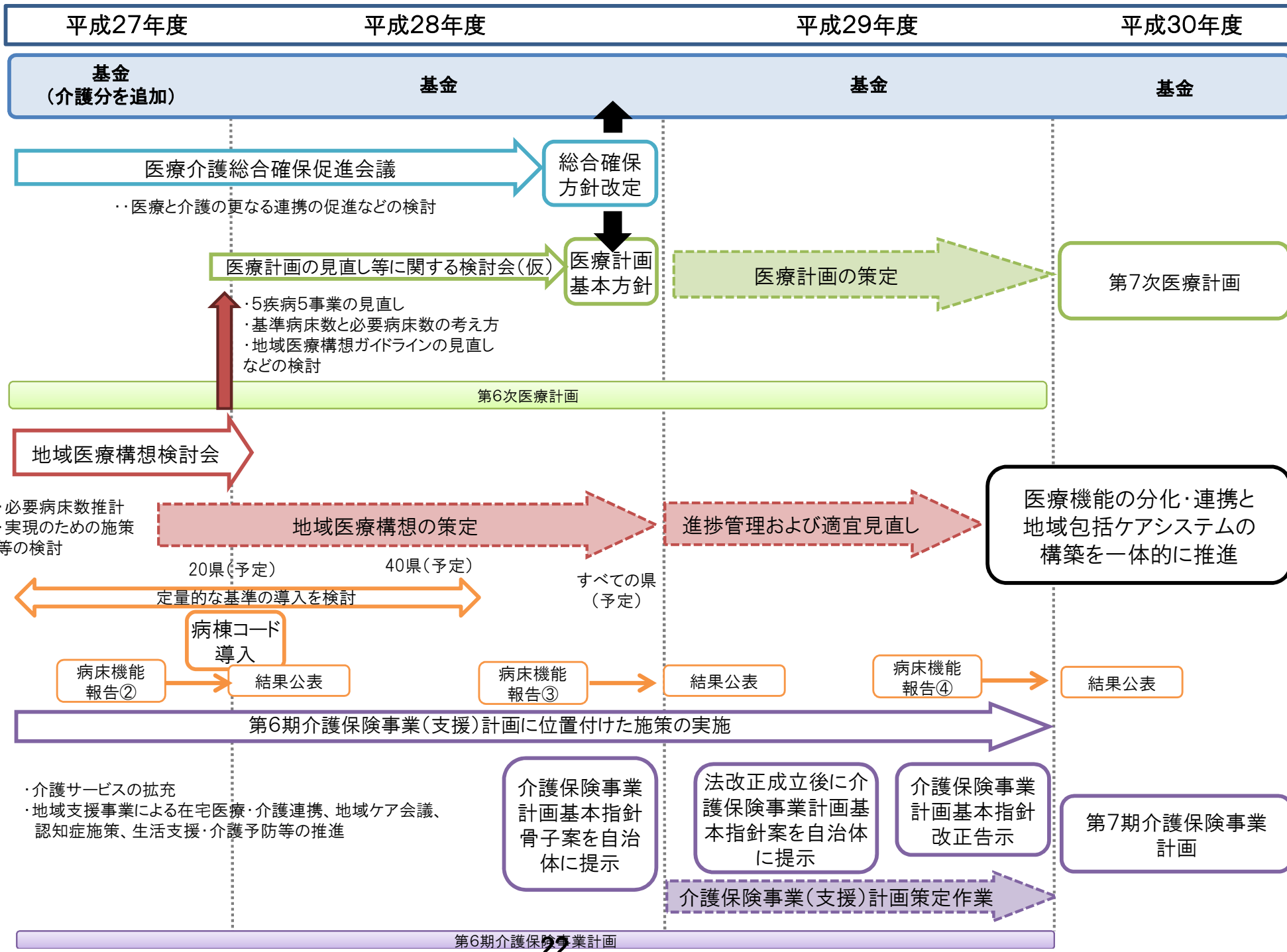
（参考1）

	26年度交付決定額	
Ⅰ 病床の機能分化・連携	174億円	(19.2%)
Ⅱ 在宅医療の推進	206億円	(22.8%)
Ⅲ 医療従事者の確保	524億円	(58.0%)
計	904億円	(100.0%)

（参考2）

	26年度事業（計画）		26年度事業（実績）	
Ⅰ 病床の機能分化・連携	95億円	(15.8%)	39億円	(40.5%)
Ⅱ 在宅医療の推進	83億円	(13.8%)	46億円	(55.3%)
Ⅲ 医療従事者の確保	425億円	(70.5%)	335億円	(78.7%)
計	603億円	(100.0%)	419億円	(69.5%)

医療・介護制度見直しの今後の3年のスケジュール



医療計画制度について

趣旨

- 各都道府県が、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。

平成25年度からの医療計画における記載事項

- 新たに精神疾患を加えた五疾病五事業(※)及び在宅医療に係る目標、医療連携体制及び住民への情報提供推進策

※ 五疾病五事業…五つの疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患)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。災害時における医療は、東日本大震災の経緯を踏まえて見直し。

- 地域医療支援センターにおいて実施する事業等による医師、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

※ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入・流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

【 医療連携体制の構築・明示 】

- ◇ 五疾病五事業ごとに、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。
- ◇ 指標により、医療資源・医療連携等に関する現状を把握した上で課題の抽出、数値目標を設定、施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う(疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進)。

療養病床の在り方等に関する検討会

目的

- 本年3月に定められた地域医療構想ガイドラインでは、慢性期の病床機能及び在宅医療等の医療需要を一体として捉えて推計するとともに、療養病床の入院受療率の地域差解消を目指すこととなった。
- 地域医療構想の実現のためには、在宅医療等で対応する者について、医療・介護サービス提供体制の対応方針を早期に示すことが求められている。
- 一方、介護療養病床については、平成29年度末で廃止が予定されているが、医療ニーズの高い入所者の割合が増加している中で、今後、これらの方々を介護サービスの中でどのように受け止めていくのか等が課題となっている。
- このため、慢性期の医療ニーズに対応する今後の医療・介護サービス提供体制について、療養病床の在り方をはじめ、具体的な改革の選択肢の整理等を行うため、本検討会を開催する。

検討事項

- (1) 介護療養病床を含む療養病床の今後の在り方
- (2) 慢性期の医療・介護ニーズに対応するための(1)以外の医療・介護サービス提供体制の在り方

構成員

(◎は座長、○は座長代理)

- ・池端 幸彦 (医療法人池慶会理事長・池端病院院長)
- ・井上 由起子 (日本社会事業大学専門職大学院教授)
- ・猪熊 律子 (読売新聞東京本社社会保障部部長)
- ◎遠藤 久夫 (学習院大学経済学部教授)
- ・尾形 裕也 (東京大学政策ビジョン研究センター特任教授)
- ・折茂 賢一郎 (中之条町介護老人保健施設六合つつし荘センター長)
- ・嶋森 好子 (慶応義塾大学元教授)
- ・鈴木 邦彦 (日本医師会常任理事)
- ・瀬戸 雅嗣 (社会福祉法人栄和会理事・総合施設長)
- 田中 滋 (慶応義塾大学名誉教授)
- ・土屋 繁之 (医療法人慈繁会理事長)
- ・土居 丈朗 (慶応義塾大学経済学部教授)
- ・東 秀樹 (医療法人静光園理事長・白川病院院長)
- ・松田 晋哉 (産業医科大学医学部教授)
- ・松本 隆利 (社会医療法人財団新和会理事長)
- ・武藤 正樹 (国際医療福祉大学大学院教授)

今後のスケジュール (予定)

- 平成27年7月10日に第1回を開催し、本年1月までに7回開催した。
- 今後、検討会の報告を踏まえ、社会保障審議会の医療部会、介護保険部会等において、制度改正に向けた議論を開始。

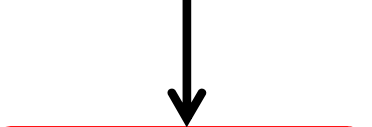
慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービスモデル（イメージ）

平成28年1月15日
第7回療養病床の在り方等に関する検討会（参考資料）

**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。



新(案1-1)

- 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

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

新(案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。**

↑訪問診療

●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

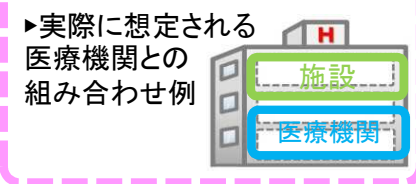
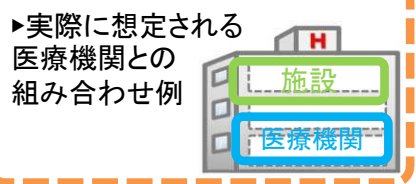
現行の特定施設入居者生活介護

- 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) 居住スペースと医療機関の併設について、現行制度においても併設は可能だが、移行を促進する観点から、個別の種類としての基準の緩和について併せて検討することも考えられる。

※ 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。

