

〔平成25年10月11日（金）〕
10時00分～12時00分
三田共用会議所1階講堂

第34回

社会保障審議会医療部会

議事次第

- 地域医療ビジョンを実現するために必要な措置（必要な病床の適切な区分、都道府県の役割の強化等）及び新たな財政支援制度の創設について
- 次期診療報酬改定の基本方針の検討について
- その他

（配布資料）

資料1 地域医療ビジョンを実現するために必要な措置（必要な病床の適切な区分、都道府県の役割の強化等）及び新たな財政支援制度の創設について

資料2 「平成26年度診療報酬改定の基本方針」の検討について

荒井委員提出資料

参考資料1 参考資料（資料1「地域医療ビジョンを実現するために必要な措置（必要な病床の適切な区分、都道府県の役割の強化等）及び新たな財政支援制度の創設」関係）

参考資料2 これまでの「診療報酬改定の基本方針」における「改定の視点」や「重点課題」等と「検討の方向」

参考資料3 「平成24年度診療報酬改定の基本方針」への対応状況について

参考資料4 平成18年～24年度の診療報酬改定の基本方針

地域医療ビジョンを実現するために必要な措置
(必要な病床の適切な区分、都道府県の役割の強化等) 及び
新たな財政支援制度の創設について

- | | |
|--|-----------------|
| 1. 必要な病床の適切な区分の設定及び病床機能報告制度・地域医療ビ
ジョンとの関係について | ・・・・・・・・・・ P 7 |
| 2. 都道府県の役割の強化等及び新たな財政支援制度の創設について | ・・・・・・・・・・ P 10 |

これまでの議論について

【「一般病床の機能分化の推進についての整理」（急性期医療に関する作業グループ 平成24年6月15日）】

1. 基本的な考え方

(略)

○ 地域において、それぞれの医療機関の一般病床が担っている医療機能（急性期、亜急性期、回復期など）の情報を把握し、分析する。その情報をもとに、地域全体として、必要な医療機能がバランスよく提供される体制を構築していく仕組みを医療法令上の制度として設ける。

この仕組みを通じて、それぞれの医療機関は、他の医療機関と必要な連携をしつつ自ら担う機能や今後の方向性を自主的に選択することにより、地域のニーズに応じた効果的な医療提供に努める。

(略)

3. 地域において均衡のとれた機能分化と連携を推進していくための方策

○ 地域において急性期、亜急性期、回復期等の医療を提供する病床などが、地域の医療ニーズに対応してバランスよく配置されることにより、地域全体として適切な機能分化と連携を推進し、地域医療の充実を図る。

○ 具体的には、都道府県は報告の仕組みを通じて地域の各医療機関が担っている医療機能の現状を把握する。こうした現状や高齢化の進展を含む地域の将来的な医療ニーズの見通しを踏まえながら、医療提供者等の主体的な関与の下で、新たに医療計画において、今後の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地域ごとに策定する。

(略)

○ 国は、各地域の病床機能の現状を把握、分析し、地域の実態も踏まえ、医療法における医療機能の登録制など位置づけのあり方や病床区分の見直しについて今後検討を行う。

【「社会保障制度改革国民会議報告書」(平成25年8月6日 社会保障制度改革国民会議)】(抜粋)

2 医療・介護サービスの提供体制改革

(1) 病床機能報告制度の導入と地域医療ビジョンの策定

医療提供体制改革の実現に向けた第1弾の取組として、これまで検討が進められてきた医療機能に係る情報の都道府県への報告制度(「病床機能報告制度」)を早急に導入する必要がある。

次いで、同制度により把握される地域ごとの医療機能の現状や高齢化の進展を含む地域の将来的な医療ニーズの客観的データに基づき見通しを踏まえた上で、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能ごとの医療の必要量を示す地域医療ビジョンを都道府県が策定することが求められる。

地域医療ビジョンの実現に向けて医療機能の分化と連携が適切に推進されることが、中期的な医療計画と病床の適切な区分を始めとする実効的な手法によって裏付けられなければならない。その際には、医師・診療科の偏在是正や過剰投資が指摘される高額医療機器の適正配置も視野に入れる必要がある。

地域医療ビジョンについては、都道府県において現状分析・検討を行う期間を確保する必要があるもの、次期医療計画の策定期である2018(平成30)年度を待たず速やかに策定し、直ちに実行に移していくことが望ましい。その具体的な在り方については、国と策定主体である都道府県とが十分協議する必要がある。

(2) 都道府県の役割強化と国民健康保険の保険者の都道府県移行
今般の国民会議の議論を通じて、医療の在り方を地域ごとに考えていく必要制が改めて確認された。このため、本年6月の閣議決定「経済財政運営と改革の基本方針」にも示されたとおり、地域ごとの実情に応じた医療提供体制を再構築することが求められる。

このような状況の下、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、ランパラーの確保を含む都道府県の権限・役割の拡大が検討されて然るべきである。また、医療提供体制の整備については、医療保険の各保険者等の関係者の意見も聞きながら、進めていくことが望ましい。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。ただし、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い、市町村の保険料収納や医療費適正化へのインセンティブを損なうことのない分権的な仕組みを目指すべきである。

(略)

その際に必要となる国民健康保険の財政的な構造問題への対応については後述するが、いずれにせよ、国民健康保険の保険者の都道府県移行の具体的な在り方については、国と地方団体との十分な協議が必要となる。また、当該移行については、次期医療計画の策定を待たず行う医療提供体制改革の一環として行われることを踏まえれば、移行に際し、様々な経過的な措置が必要となることは別として、次期医療計画の策定前に実現すべきである

(5) 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
医療・介護サービスの提供体制改革の推進のために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。ただし、その活用が提供体制の改革に直接的に結びついてこそ、消費税増収分を国民に還元するという所期の目的は果たされる。

その活用の手段として、診療報酬・介護報酬の役割も考えられるが、医療・介護サービスの提供体制改革に係る診療報酬や介護報酬の活用については、福田・麻生政権時の社会保障国民会議の際には、体系的な見直しが可能とされていたことに留意する必要があり、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。

また、一般の国民会議で提案される地域ごとの様々な実情に応じた医療・介護サービスの提供体制を再構築するという改革の趣旨に即するためには、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。

医療機能の分化・連携には医療法体系の手直しが必要であり、また、病院の機能転換や病床の統廃合など計画から実行まで一定の期間が必要なものも含まれることから、その場合の手法としては、基金方式も検討に値しよう。この財政支援については、病院等の施設や設備の整備に限らず、地域における医療従事者の確保や病床の機能分化及び連携等に伴う介護サービスの充実なども対象とした柔軟なものとする必要がある。

いずれにせよ、消費税増収分の活用の前提として、地域医療ビジョン、地域包括ケア計画等の策定を通じて、地域の住民にもそれぞれの地域の医療や介護サービスに対する還元のありようが示されることが大切である。

【「社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子について」（平成25年8月21日閣議決定）】（抜粋）

2. 医療制度

高齢化の進展、高度な医療の普及等による医療費の増大が見込まれる中で、国民皆保険制度を維持することを旨として以下のとおり、必要な改革を行う。

（略）

(3) 医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等を図り、効率的で質の高い医療提供体制を構築するとともに、今後の高齢化の進展に対応し、地域包括ケアシステム（医療、介護、住まい、予防、生活支援サービスが身近な地域で包括的に確保される体制）を構築することを通じ、地域で必要な医療を確保するため、次に掲げる事項その他診療報酬に係る適切な対応の在り方等について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

① 病床の機能分化・連携及び在宅医療・在宅介護を推進するために必要な次に掲げる事項

イ 病床機能に関する情報を都道府県に報告する制度の創設

ロ 地域医療ビジョンの策定及びこれを実現するために必要な措置

（必要な病床の適切な区分の設定、都道府県の役割の強化等）

ハ 新たな財政支援の制度の創設

ニ 医療法人間の合併、権利の移転に関する制度等の見直し

② 地域における医師、看護職員等の確保及び勤務環境の改善等に係る施策

③ 医療職種種の業務範囲及び業務の実施体制の見直し

（略）

(5) 次期医療計画の策定期が平成30年度であることを踏まえ、(3)に掲げる必要な措置を平成29年度までを目途に順次講ずる。その一環としてこのために必要な法律案を平成26年通常国会に提出することを目指す。

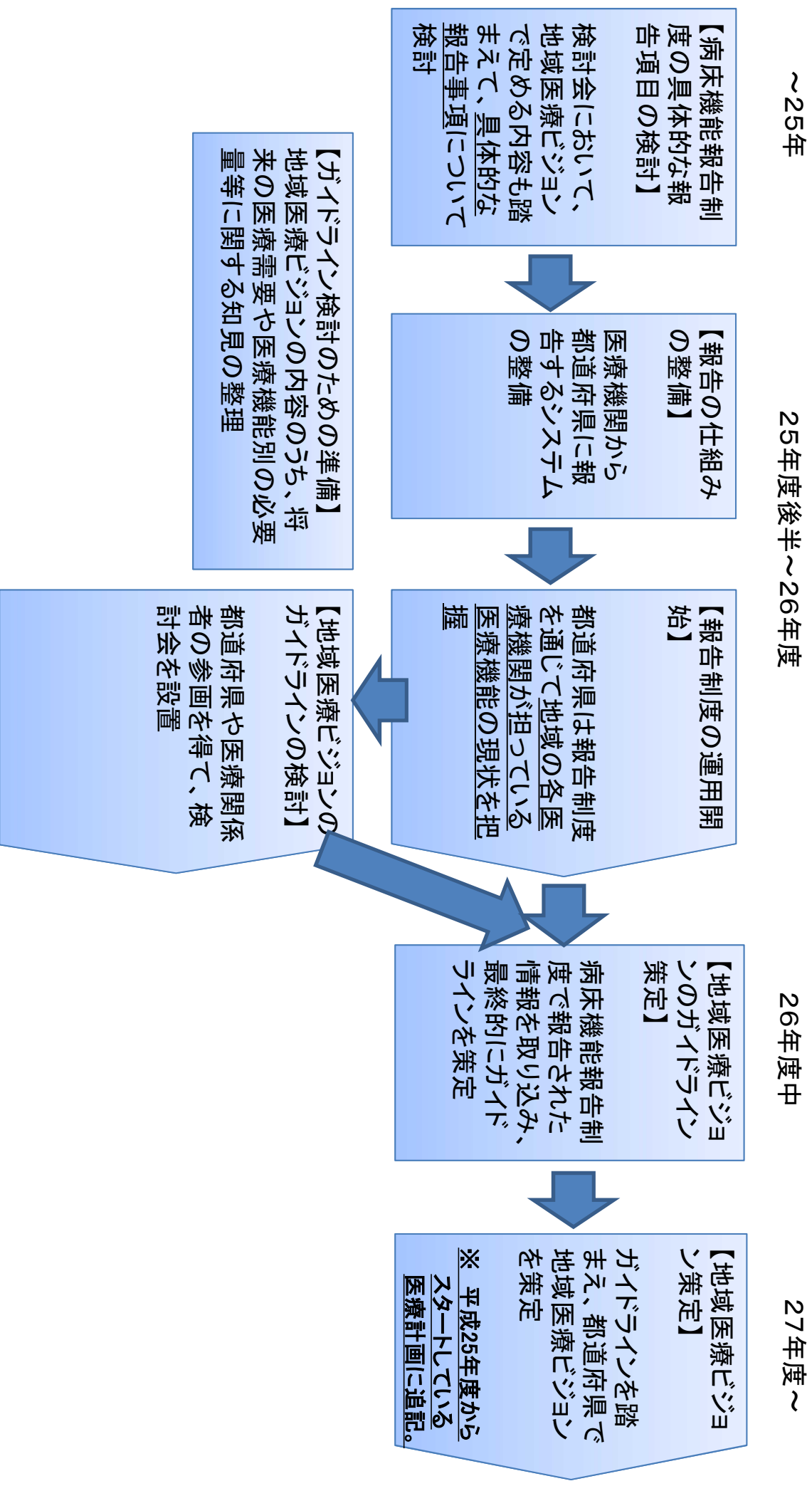
地域医療ビジョンを実現するために必要な措置（必要な病床の適切な区分、都道府県の役割の強化等）及び新たな財政支援制度の創設について

○ 地域における医療機能の分化・連携については、まず、病床機能報告制度の仕組みにより、各医療機関が担っている医療機能の現状を把握・分析し、それを通じて、医療機関が他の医療機関と必要な連携をしつつ、自主的に機能の分化を進めるとともに、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・連携を進めるため、都道府県において、二次医療圏ごとの各医療機能の将来の必要量を含む地域医療ビジョンを策定することが求められる。また、国・都道府県は診療報酬と新たな財政支援の仕組みを適切に組み合わせて、機能の分化・連携を進める医療機関を支援していくことが必要であると考えられる。

○ その一方で、都道府県が、地域医療ビジョンの実現のために、これまで以上に主体的に地域ごとの医療機能の分化・連携を進めていくことができるよう、必要な病床の適切な区分の設定、都道府県の役割の強化等について、検討することが必要である。

○ このため、以下において、

1. 必要な病床の適切な区分の設定及び病床機能報告制度・地域医療ビジョンとの関係
 2. 都道府県の役割の強化等及び新たな財政支援制度の創設
- について、具体的内容、メリット及び課題・論点等を整理する。



1. 必要な病床の適切な区分の設定及び病床機能報告制度・地域医療ビジョンとの関係について

1. 必要な病床の適切な区分の設定及び病床機能報告制度・地域医療ビジョンとの関係について

- 「必要な病床の適切な区分の設定」については、以下の2つの案があると考えられるが、これらについてどう考えるか。

案1 医療法上の一般病床・療養病床について、現行の一般病床・療養病床等の基準病床数に加えて、病床機能報告制度の医療機能ごとに区分し、各医療機能の基準病床数を定める

案2 現在の医療法上の病床区分は変えずに、病床機能報告制度の医療機能について、今後、現状を把握し、その結果を分析した上で、定量的な基準を定めて、各医療機能の必要な病床数へと誘導していく

※医療法上の病床区分、病床区分ごとの人員配置・構造設備基準、基準病床数制度の概要については、参考資料を参照。

案 1 医療法上の一般病床・療養病床について、現行の一般病床・療養病床等の基準病床数に加えて、病床機能報告制度の医療機能ごとに区分し、各医療機能の基準病床数を定める

(具体的内容)

- まずは、各医療機能の定性的な基準により病床機能報告制度を開始するが、次の段階で、医療法上の一般病床・療養病床について、病床機能報告制度の医療機能ごとに区分し、各医療機能の基準病床数を定めることとする。

- その上で、各医療機能の既存病床数が基準病床数を超えている場合には、当該医療機能の病床の新規開設・増床について、現行の基準病床数に基づく新規開設・増床の許可に係る仕組み（公的医療機関の場合は許可しない、一般医療機関の場合は勧告）を適用する。

案 2 現在の医療法上の病床区分は変えずに、病床機能報告制度の医療機能について、今後、現状を把握し、その結果を分析した上で、定量的な基準を定めて、各医療機能の必要な病床数へと誘導していく

(具体的内容)

- 病床機能報告制度については、当初は、各医療機能の内容は定性的な基準とするが、報告された情報を分析し、今後、各医療機能の定量的な基準（※）を定める。

※ 定量的な基準は、例えば、手術や処置等医療の内容を踏まえた指標により、設定することを想定しているが、医療資源の適切な投入の観点から、どの指標が良いのか等について、今後、病床機能報告制度の情報を分析して、検討。

- 定量的な基準については、都道府県が、地域において医療機能に著しい偏りがある等の一 定の場合には、政策的に一定の範囲内で補正することができることとする。

- その上で、診療報酬と新たな財政支援の仕組みとを適切に組み合わせて、必要な医療機能の病床数へと誘導していくこととする。

※ 案 1・案 2のいずれにしても、各医療機能の基準病床数又は地域医療ビジョンの必要量については、都道府県が地域の事情に応じて、一定の補正を行うことができることを検討。 10

2. 都道府県の役割の強化等及び新たな財政支援 制度の創設について

「都道府県の役割の強化等及び新たな財政支援制度の創設について」の内容について

○ 都道府県の役割の強化等及び新たな財政支援制度の創設について、以下のような内容が考えられるが、これらについてどう考えるか。

(1) 医療計画の機能強化等

- ① 医療計画の策定・変更時の医療保険者の意見聴取
 - ② 機能分化・連携のための圏域ごとの協議の場の設置
 - ③ 医療と介護の一体的推進のための医療計画の役割強化（介護保険の計画との一体的な策定）
 - ④ 地域医療ビジョンの達成のための都道府県知事による診療報酬に関する意見提出
- (2) 新たな財政支援制度の創設

(3) 病床の有効利用に係る都道府県の役割の強化

- ① 一定期間稼働していない病床に対する都道府県知事による稼働又は削減の措置の要請
- ② 医療機関に対する都道府県知事による医療機能の転換等の要請又は指示

【参考】 現行の医療法における医療機関に対する行政の関与の比較

○ 現行の医療法における医療機関に対する行政の関与は以下のとおり。

	公的医療機関	公的医療機関以外の一般医療機関
① 病床過剰地域における開設・増床について	許可しないことができる (公的医療機関以外に、国家公務員共済組合、地方公務員共済組合等が開設する病院も対象)	要件を満たしていれば許可することになる。 ただし、都道府県が医療計画の推進のため、勧告を行うことができる。勧告に従わない場合は、保険医療機関の指定を行わないことができる。
② 稼働していない病床の扱い	削減を命令することができる	規定なし
③ 医療従事者の確保等の都道府県の施策への協力	協力義務が規定されている	規定なし (ただし、広く医療従事者に対して、協力の努力義務が課せられている)
④ 医療機関の設置について	設置を命令することができる	規定なし
⑤ 建物・設備の共用、医師の実地修練等のための整備、救急医療等確保事業に係る必要な措置の実施について	命令・指示をすることができる	規定なし

※ 医療法上、全ての医療機関(公的医療機関含む)について、医療計画の達成の推進に資するため、医療連携体制の構築のために必要な協力をするよう努めるものとするとの努力義務が規定されている。

※ 医療法上の「公的医療機関」：以下のものが開設する病院

都道府県、市町村、一部事務組合等地方公共団体の組合、国民健康保険団体連合会、普通国民健康保険組合、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連合会、社会福祉法人北海道社会事業協会

(1) ① 医療計画の策定・変更時の医療保険者の意見聴取

1. 現行制度の概要

○ 医療法上、都道府県は、医療に関する専門的科学的知見に基づき医療計画の案を作成するため、診療又は調剤に関する学識経験者の団体の意見を聴かなければならないとされている。また、医療計画を定め、変更するときは、あらかじめ医療審議会及び市町村の意見を聴かなければならないとされている。

医療法第30条の4 都道府県は、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の計画（以下「医療計画」という。）を定めるものとする。

2～10（略）

11 都道府県は、医療に関する専門的科学的知見に基づいて医療計画の案を作成するため、診療又は調剤に関する学識経験者の団体の意見を聴かなければならない。

12 都道府県は、医療計画を定め、又は第三十条の六の規定により医療計画を変更しようとするときは、あらかじめ、都道府県医療審議会及び市町村（救急業務を処理する一部事務組合及び広域連合を含む。）の意見を聴かなければならない。

2. 具体的内容

- 社会保障制度改革国民会議報告書においては、
- ・ 医療提供体制の整備については、医療保険の各保険者等の関係者の意見も聞きながら、進めていくことが望ましい
 - ・ 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）を都道府県とすべき
- 旨が指摘されている。

○ このような中、医療保険の費用負担者である医療保険者の参画を得た医療計画とし、医療機能の分化・連携を進め、効率的・効果的な医療提供体制を構築していくため、医療計画を定め又は変更する時に、あらかじめ、医療保険者の意見を聴くこととしてはどうか。

○ その際、特定の医療保険者の意見ではなく、現在、都道府県ごとに設置されている保険者協議会には、健康保険組合連合会や全国健康保険協会の都道府県支部も構成員となっていることを踏まえ、この保険者協議会の意見を聴くこととしてはどうか。

※ [保険者協議会の構成員]

- ・ 国民健康保険の保険者たる市町村を代表する者
- ・ 健康保険組合連合会支部を代表する者
- ・ 全国健康保険協会支部を代表する者
- ・ 国民健康保険組合を代表する者
- ・ 国民健康保険団体連合会を代表する者

3. メリット

○ 患者・住民の視点に立ち、効率的・効果的な医療提供体制を構築していく上で、医療計画の策定等の際し医療保険者の意見を聴くことは、有効な方策となるのではないか。

4. 課題・論点

○ 現在、都道府県ごとに設置され、国保連合会が事務局を担う保険者協議会を法定化し、機能を強化することが前提となる。

(1) ② 機能分化・連携のための圏域ごとの協議の場の設置

1. 現行制度の概要

(地域医療対策協議会)

- 医療法上、都道府県が、救急医療等確保事業に係る医療従事者の確保等について協議する場として、地域医療対策協議会が設けられている。

※ 地域医療対策協議会の構成

- 一 特定機能病院
- 二 地域医療支援病院
- 三 第三十一条に規定する公的医療機関
- 四 医師法第十六条の二第一項に規定する厚生労働大臣の指定する病院
- 五 診療に関する学識経験者の団体
- 六 大学その他の医療従事者の養成に係る機関
- 七 当該都道府県知事の認定を受けた第四十二条の二第一項に規定する社会医療法人
- 八 その他厚生労働省令で定める者

(圏域連携会議)

- 医政局長通知により、都道府県は、必要に応じて、二次医療圏を単位として、5疾病・5事業及び在宅医療について、関係者が具体的な連携等を協議する場（圏域連携会議）を設けることとされている。

①構成 各医療機能を担う全ての関係者

②内容 以下の点について、関係者全てが認識・情報を共有した上で、各医療機能を決定する。

- ・ 医療連携の必要性について認識の共有
- ・ 医療機関等に係る人員、施設整備及び診療機能に関する情報の共有
- ・ 当該疾病及び事業に関する最新の知識・診療技術に関する情報の共有

2. 具体的内容

○ 地域医療ビジョンを実現していくためには、医療機関の自主的な機能分化・連携の取組みが不可欠であるが、具体的に、個別の医療機関同士が、地域における機能分化・連携について協議し、進めていくための場を設置することとしてはどうか。

○ 現在、医療計画の5疾病・5事業及び在宅医療の推進のために、都道府県が必要にに応じて二次医療圏ごとに設けている圏域連携会議の場を活用して、地域ごとの機能分化・連携の推進について、議論することとしてはどうか。

○ この議論の場には、地域の病院の開設者等の医療関係者、都道府県、医療保険者の代表等、地域の機能分化・連携に係る主要な関係者の参画を求めてはどうか。

3. メリット

○ 二次医療圏等において、どの医療機関がどの医療機能を担うか、どのように連携しているかについて、個別具体的な協議が行われることで、医療機関の自主的な機能分化と連携が進むことが期待される。

4. 課題・論点

○ 医療機能の分化・連携について、二次医療圏ごとに協議する場を医療法上、規定することとするか。

(1) ③ 医療と介護の一体的推進のための医療計画の役割強化（介護保険の計画との一体的な策定）

1. 現行制度の概要

（医療計画について）

- 医療法において、厚生労働大臣は、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図るための基本的な方針（基本方針）を定めるものとする。また、都道府県は、基本方針に則し、かつ、地域の実情に応じて、医療計画を定めるものとする。とされている。

（介護保険事業支援計画について）

- 介護保険法において、厚生労働大臣は、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針（基本指針）を定めるものとする。また、都道府県は、基本指針に即して、三年を一期とする介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施の支援に関する計画（都道府県介護保険事業支援計画）を定めるものとする。とされている。
- なお、医療計画と介護保険事業支援計画ともに、双方との調和が保たれるように努めなければならないとされている。

2. 具体的内容

- 医療・介護サービスについては、2025年（平成37年）に向け、高度急性期から在宅医療・介護までの一連のサービス提供体制の一体的な確保を進める必要がある。在宅医療・介護連携の推進については、第32回医療部会で提示した論点があると考えられるが、医療・介護サービスの一体的確保を進めるため、これに加え、都道府県が策定する医療計画について、次頁のような見直しについてどう考えるか。

○ 都道府県が策定する医療計画と介護保険事業支援計画を、一体的・強い整合性を持った形で策定することとしてはどうか。

- 具体的には、
- ・ 国が定める両計画の基本方針を整合的なものにして、策定する
 - ・ 現在、医療計画の計画期間は5年、介護保険事業支援計画の計画期間は3年となっているが、両者の整合を図る観点から、医療計画の策定サイクルを見直す（両者の計画期間が揃うよう、平成30年度以降、計画期間を6年に見直し、在宅医療など介護保険と関係する部分等は、中間年（3年）で必要な見直しを行う）
 - ・ 国、都道府県、市町村（介護保険事業計画を策定）において、こうした整合的な基本方針や計画を策定し、進めるための協議を行う
 - ・ 訪問看護など市町村の介護保険事業計画に盛り込まれた在宅医療サービスを確保するための取組について、医療計画に記載すること等が考えられるのではないか。

3. ミット

○ 入院医療における病院・病床の機能分化・連携の推進と、退院患者の受入れ体制として必須の在宅医療・介護サービスの確保とが、同時かつ一体的に進められるようになる。

4. 課題・論点

○ 都道府県・市町村が協議を行う上では、既存の医療や介護に係る協議との役割分担を整理し、効果的に行っていくことが必要。

(1) ④ 地域医療ビジョンの達成のための都道府県知事による診療報酬に関する意見提出

1. 現行制度の概要

- 高齢者医療確保法において、都道府県には医療費適正化計画を評価した上での診療報酬への意見提出権限が付与されている。

[高齢者医療確保法の規定内容]

- ・ 都道府県は、医療費適正化計画の実績の評価を行った結果、医療費適正化計画に掲げる医療の効率的な提供の推進に関する目標の達成に必要なときは、厚生労働大臣に対し、診療報酬への意見を提出できる。(法第13条第1項)
- ・ 厚生労働大臣は、都道府県から意見が提出されたときは、この意見に配慮して診療報酬を定めるよう努めなければならない。(法第13条第2項)
- ・ 厚生労働大臣は、医療費適正化計画の実績の評価を行った結果、医療費適正化計画に掲げる医療の効率的な提供の推進に関する目標を達成し、医療費適正化を推進するために必要があるときは、他の都道府県の区域の診療報酬と異なる定めをすることができる。(法第14条第1項)
- ・ 上記の異なる定めをするに当たっては、厚生労働大臣は、関係都道府県知事に協議するものとする。(法第14条第2項)

2. 具体的内容

- 都道府県が地域医療ビジョンを実現していく上で、診療報酬を活用して医療機能の分化・連携を推進していくことができるよう、現行の医療費適正化計画に係る都道府県の診療報酬への意見提出のような仕組みを導入することが考えられないか。

3. メリット

- 各都道府県の地域医療ビジョンの達成状況に応じて、都道府県が診療報酬に関する意見を提出できることが明確になる。

4. 課題・論点

- 医療費適正化計画との整合を図るとともに、医療費適正化に資する意見を提出することとするなど、医療保険財政への影響も踏まえた議論が必要ではないか。

(2) 新たな財政支援制度の創設

1. 具体的な内容

- 医療・介護サービスについては、2025年（平成37年）に向け、高度急性期から在宅医療・介護までの一連のサービス提供体制の一体的な確保を進める必要がある。また、医療・介護サービスの提供体制は、地域ごとの様々な実情に応じて、整備される必要があり、そのためには、全国一律に設定される診療報酬・介護報酬とは別の新たな財政支援の仕組みが必要ではないか。
- 新たな財政支援の仕組みは、消費税増収分を活用して設けることとし、医療機関の施設や設備の整備だけでなく、地域における医療従事者の確保や病床の機能分化及び連携等に伴う介護サービスの充実等も対象とする柔軟なものとするべきではないか。
- また、病院の機能転換や病床の統廃合など計画から実行まで一定の期間が必要なものもあることから、都道府県に基金を造成する仕組みとしてはどうか。

2. メリット

- 都道府県が、地域の実情を踏まえて、医療・介護サービスの提供体制の一体的な確保を進めることができる。

3. 課題・論点

- ① 消費税増収分を活用する前提として、地域医療ビジョン、介護保険事業計画等の策定を通じて、実効ある医療・介護サービス提供体制の改革の姿を示していくことが必要。
- ② 既存の基金事業（地域医療再生基金、介護基盤緊急整備等臨時特例基金）により実施している基盤整備との関係について、整理が必要。

(3) ① 一定期間稼働していない病床に対する都道府県知事による稼働又は削減の措置の要請

1. 現行制度の概要

- 既存病床数が基準病床数を超えている病床過剰地域においては、新たな病床の整備が一定、制限されることとなっているが、病床過剰地域の中には、開設許可を受けていながら、一定期間稼働していない病床が存在する地域もあり、医療資源が有効に活用されていない。

※ 千葉県が平成24年8月に県内の病院に対して行った調査では、「医療法上許可を得ているが、医療機関の都合により、実際には入院できる状態にない病床」は一般病床で2,189床(6.4%)。(病院の自記式回答による)

- 現行の医療法においては 都道府県知事は、病床過剰地域において、公的医療機関等の病床が、正当な理由がないのに、業務の全部又は一部を行っていないときは、あらかじめ医療審議会の意見を聴いて、当該医療機関の開設者等に対して、病床数を削減する措置を採るべきことを命ずることができるとされている。(医療法第7条の2第3項)

◎医療法 第7条の2 (略)

2 (略)

3 都道府県知事は、第一項各号に掲げる者が開設する病院(療養病床等を有するものに限る。)又は診療所(前条第三項の許可を得て病床を設置するものに限る。)の所在地を含む地域(医療計画において定める第三十条の四第二項第九号に規定する区域をいう。)における療養病床及び一般病床の数が、同条第五項の厚生労働省令で定める基準に従い医療計画において定める当該区域の療養病床及び一般病床に係る基準病床数を既に超えている場合において、当該病院又は診療所が、正当な理由がないのに、前条第一項若しくは第二項の許可に係る療養病床等又は同条第三項の許可を受けた病床に係る業務の全部又は一部を行っていないときは、当該業務を行っていない病床数の範囲内で、当該病院又は診療所の開設者又は管理者に対し、病床数を削減することを内容とする許可の変更のための措置を採るべきことを命ずることができる。

4・5 (略)

6 都道府県知事は、第一項若しくは第二項の規定により前条第一項から第三項までの許可を与えない処分をし、又は第三項の規定により命令しようとするときは、あらかじめ、都道府県医療審議会の意見を聴かなければならない。

7 (略)

2. 具体的な内容

- 都道府県知事は、既存病床数が基準病床数を超えている地域において、公的医療機関等以外の医療機関の病床が、正当な理由がなく、一定期間稼働していないときは、あらかじめ医療審議会の意見を聴いて、当該医療機関の開設者等に対して、一定の期限までに稼働させるか、削減の措置を講ずるよう要請することができるとしてはどうか。

3. メリット

- 稼働していない病床を整理し基準病床数の枠の有効活用を図り、地域において必要な医療機能の病床の整備に役立てることができる。

4. 課題・論点

- ① 一定期間稼働していない病床の定義をどうするか。 「平成25年4月1日時点で1年間稼働今年度から、医療法第25条の立入調査において、 「平成25年4月1日時点で1年間稼働していない病床を除いた」稼働病床数を調査することとしているが、これと同様の考え方とするか。
- ② 第5次医療法改正（H18年改正）で導入した公的医療機関の稼働していない病床に
対する削減命令の活用実績がない中で、まずは、これの活用を図っていくべきではないか。

(3) ② 医療機関に対する都道府県知事による医療機能の転換等の要請又は指示

1. 現行制度の概要

(医療計画の達成に資するための医療連携体制構築への協力)

- 医療法において、医療機関に対しては、医療計画の達成の推進に資するため、医療連携体制の構築のために必要な協力をするよう努めるものとするとの努力義務が規定されている。

(公的医療機関に対する行政の関与 (命令や規制))

- 医療法においては、戦後、医療機関の計画的整備を図るに当たり、国民に必要な医療を確保するとともに、医療の向上を進めるための中核とすることを意図して、公的医療機関制度が設けられている。

- 公的医療機関は、その公共性や提供する医療の公益性に着目して与えられているものであり、法人税の非課税措置をはじめ、各種の税制上の優遇措置を受けている。これらの優遇措置と引き替えに、医療法においては、公的医療機関は一般の医療機関と比べて、強い行政の関与を受けることとなっている。

※ 医療法上の「公的医療機関」：以下のものが開設する病院

都道府県、市町村、一部事務組合等地方公共団体の組合、国民健康保険団体連合会、普通国民健康保険組合、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連合会、社会福祉法人北海道社会事業協会

- 具体的には、医療法上、以下のものが規定されている。

- ① 病床過剰地域における開設・増床の許可制限 (医療法第7条の2第1項)
- ② 稼働していない病床の削減の命令 (医療法第7条の2第3項)
- ③ 医療従事者の確保等の都道府県の施策への公的医療機関の協力義務 (医療法第31条)
- ④ 公的医療機関の設置命令 (医療法第34条)
- ⑤ 公的医療機関に対する命令及び指示※ (医療法第35条)

※ 建物・設備の共用、医師の実地修練等のための整備、救急医療等確保事業に係る必要な措置の実施に係る命令・指示

2. 具体的な内容

○ 公的医療機関の医療法上の位置づけを勘案し、都道府県知事は、地域医療ビジョンで定めた必要量の達成に必要なと認める時は、公的医療機関に対して、必要量に照らして過剰となっている医療機能から不足している医療機能への転換や回復期機能の充実等を指示することができるとしてはどうか。

○ また、公的医療機関以外の一般の医療機関に対しても、過剰な医療機能からの転換等を要請することができるとしてはどうか。

3. メリット

○ 都道府県知事は、法的根拠を持って、医療機関に対して、過剰な医療機能からの転換等の要請又は指示を行うことができるようになる。

4. 課題・論点

○ 機能転換を要請・指示するとしても、医療機関自体の経営方針や経営改革の方向、また、開設者をはじめ医療従事者等の意向等も踏まえ、都道府県において、関係者とよく調整・協議していただくことが必要になる。

参考資料

(資料1「地域医療ビジョンを実現するために必要な措置
(必要な病床の適切な区分、都道府県の役割の強化等)及び
新たな財政支援制度の創設」関係)

病床の区分

病床について、医療法第7条第2項第1号から第5号までにおいて、以下のように定義されている。

一 精神病床

病院の病床のうち、精神疾患を有する者を入院させるためのものをいう。

二 感染症病床

病院の病床のうち、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）第6条第2項に規定する一類感染症、同条第3項に規定する二類感染症（結核を除く。）、同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症及び同条第八項に規定する指定感染症（同法第7条の規定により同法第19条又は第20条の規定を準用するものに限る。）の患者（同法第8条（同法第7条において準用する場合を含む。）の規定により一類感染症、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症又は指定感染症の患者とみなされる者を含む。）並びに同法第6条第9項に規定する新感染症の所見がある者を入院させるためのものをいう。

三 結核病床

病院の病床のうち、結核の患者を入院させるためのものをいう。

四 療養病床

病院又は診療所の病床のうち、前三号に掲げる病床以外の病床であつて、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ものをいう。

五 一般病床

病院又は診療所の病床のうち、前各号に掲げる病床以外のものをいう。

病床区分に係る改正の経緯

【制度当初～】



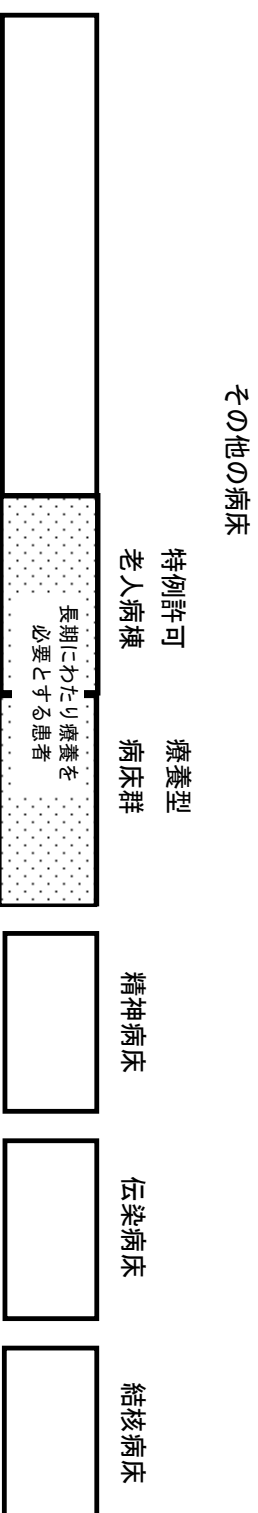
- ・ 高齢化の進展
- ・ 疾病構造の変化

【特例許可老人病棟の導入（昭和58年）】



- ・ 高齢化の進展、疾病構造の変化に対応するためには、老人のみならず、広く「長期療養を必要とする患者」の医療に適した施設を作る必要が生じる。

【療養型病床群制度の創設（平成4年）】



- ・ 少子高齢化に伴う疾病構造の変化により、長期にわたり療養を必要とする患者が増加。療養型病床群等の諸制度が創設されたものの、依然として様々な病態の患者が混在。

【一般病床、療養病床の創設（平成12年）】



病院に関する主な構造設備の基準及び人員の標準

	一般病床	療養病床	精神病床		感染症病床	結核病床
定義	精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床	主として長期にわたリ療養を必要とする患者を入院させるための病床	精神疾患を有する者を入院させるための病床	1) 大学病院等※1	感染症法に規定する一類感染症、二類感染症及び新感染症の患者を入院させるための病床	結核の患者を入院させるための病床
				1) 以外の病院		
人員配置標準	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 3:1	医師 48:1 薬剤師 150:1 看護職員※2 4:1 看護補助者※2 4:1 理学療法士及び作業療法士 病院の実情に応じた適当数	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 3:1	医師 48:1 薬剤師 150:1 看護職員※3 4:1	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 3:1	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 4:1
(各病床共通) ・歯科医師 歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の入院患者に対し、16:1 ・栄養士 病床数100以上の病院に1人 ・診療放射線技師、事務員その他の従業者 病院の実情に応じた適当数 (外来患者関係) ・医師 40:1 ・歯科医師 病院の実情に応じた適当数 ・薬剤師 外来患者に係る取扱処方せん75:1 ・看護職員 30:1						

※1 大学病院(特定機能病院及び精神病床のみを有する病院を除く。)のほか、内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻咽喉科を有する100床以上の病院(特定機能病院を除く。)のことをいう。

※2 平成24年3月31日までには、6:1でも可

※3 当分の間、看護職員5:1、看護補助者を合わせて4:1

	一般病床	療養病床	精神病床		感染症病床	結核病床
			1) 大学病院等※1	1) 以外の病院		
必置施設	<ul style="list-style-type: none"> ・各科専門の診察室 ・手術室 ・処置室 ・臨床検査施設 ・エックス線装置 ・調剤所 ・給食施設 ・診療に関する諸記録 ・分べん室及び新生児の入浴施設※2 ・消毒施設 ・洗濯施設 ・消火用の機械又は器具 	一般病床の必置施設に加え、 <ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練室 ・談話室 ・食堂 ・浴室 	一般病床の必置施設に加え、 <ul style="list-style-type: none"> ・精神疾患の特性を踏まえた適切な医療の提供及び患者の保護のために必要な施設 		一般病床の必置施設に加え、 <ul style="list-style-type: none"> ・機械換気設備 ・感染予防のためのしや断その他必要な施設 ・一般病床に必置とされる消毒施設のほかに必要な消毒設備 	一般病床の必置施設に加え、 <ul style="list-style-type: none"> ・機械換気設備 ・感染予防のためのしや断その他必要な施設 ・一般病床に必置とされる消毒施設のほかに必要な消毒設備
病床面積	6.4㎡/床 以上 <既設>※3 6.3㎡/床 以上(1人部屋) 4.3㎡/床 以上(その他)	6.4㎡/床 以上※4	一般病床と同じ		一般病床と同じ	一般病床と同じ
廊下幅	片側居室 1.8m以上 両側居室 2.1m以上 <既設>※3 片側居室 1.2m以上 両側居室 1.6m以上	片側居室 1.8m以上 両側居室 2.7m以上 <既設>※3 片側居室 1.2m以上 両側居室 1.6m以上	一般病床と同じ	療養病床と同じ	一般病床と同じ	一般病床と同じ

※1 大学病院(特定機能病院及び精神病床のみを有する病院を除く。)のほか、内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻咽喉科を有する100床以上の病院(特定機能病院を除く。)のことをいう。

※2 産婦人科又は産科を有する病院に限る。

※3 既設とは、平成13年3月1日時点で既に開設の許可を受けている場合のことをいう。

※4 平成5年4月1日時点で既に開設の許可を受けていた病院内の病床を、平成12年4月1日までに転換して設けられた療養型病床群であつた場合は、6.0㎡/床 以上

基準病床数制度について

(参考)

目的

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するため、二次医療圏単位で基準病床数を定めることにより、病床過剰地域から非過剰地域へ、病床の整備を誘導していく。

仕組み

○ 医療法上の病床の区分(精神病床・結核病床・感染症病床・療養病床及び一般病床)ごとに、全国統一の算定式により、基準病床数を算定。

○ ただし、一般病床と療養病床については、それぞれに基準病床数を設定するのではなく、両者の合計数を「一般病床・療養病床」という1つの区分の基準病床数として設定することとなっている。

※ 精神病床は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る
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

病床過剰地域での病院等の開設許可等

○ 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、都道府県知事は、公的医療機関等の新規開設・増床を許可しないことができる。

○ 一方、民間医療機関については、病床過剰地域であっても、構造設備基準等の要件を満たしている限り、病院等の開設・増床を許可することとなる。ただし、都道府県知事は、医療計画の達成の推進のために特に必要がある場合には、都道府県医療審議会の意見を聞いて、病院等の開設・増床等に関して、勧告することができる。この勧告に従わない場合、厚生労働大臣は、保険医療機関の指定を行わないことができる。

基準病床数制度について

病院・診療所の病床数については、各都道府県が地域で必要とされる「基準病床数」を全国統一の算定式により算定し、「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、病院開設・増床を許可しないこととなっている。

基準病床数

○ 都道府県は、以下の算定式に基づき基準病床数を設定する。

「一般病床の基準病床数」＝

$$\left((\text{性別} \cdot \text{年齢階級別人口}) \times (\text{性別} \cdot \text{年齢階級別退院率}) \times (\text{平均在院日数} \times 0.9) + (\text{流入入院患者}) - (\text{流出入院患者}) \right) \div \text{病床利用率}$$

「療養病床の基準病床数」＝

$$\left((\text{性別} \cdot \text{年齢階級別人口}) \times (\text{性別} \cdot \text{年齢階級別入院} \cdot \text{入所需要率}) - (\text{介護施設} \cdot \text{介護療養型医療施設を除く}) \text{で対応可能な数} \right) + (\text{流入入院患者}) - (\text{流出入院患者}) \div \text{病床利用率}$$

○ ただし、都道府県は、県外への流出患者数が県内への流入患者数を上回る場合、「（流出患者数－流入患者数）×1/3」を限度として基準病床数を加算することができる。

○ さらに、都道府県は、以下に掲げる事情があるときは、厚生労働大臣に協議の上その同意を得た病床数を基準病床数に加算できる。

◇ 急激な人口の増加が見込まれること

◇ 特定の疾患に罹患する者が異常に多くなること

等

既存病床数

○ 病院の一般病床及び療養病床

○ 有床診療所の一般病床（平成19年1月1日以後に使用許可を受けたものに限る）及び療養病床

○ 介護老人保健施設については、入所定員数に0.5を乗じた数を既存病床数に算定（※経過措置により、現在は原則算定対象外）

※職域病院等の病床数の補正
職域病院等の病床は、部外者が利用している部分を除き、特定の患者のみが利用しているため、既存病床数には算入しない。

「職域病院等」

- ・重症心身障害児施設の病床
 - ・バツクベツドが確保されているICU病床
 - ・国立ハンセン病療養所の病床
- 等

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PPDCAサイクルの推進)。

(参考) 介護保険事業(支援)計画について

保険給付の円滑な実施のため、3年間を1期とする介護保険事業(支援)計画を策定している。

国の基本指針(法第116条、18.3.31告示314)

- 介護保険法第116条第1項に基づき、国が介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本指針を定める
 - ※市町村等が介護サービス量を見込むに当たり参酌する標準を示す

市町村介護保険事業計画(法第117条)

- 区域(日常生活圏域)の設定
- 各年度における種類ごとの介護サービス量の見込み(区域毎)
- 各年度における必要定員総数(区域毎)
 - ※認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- 各年度における地域支援事業の量の見込み
- その他の事項

保険料の設定等

- 保険料の設定
- 市町村長は、地域密着型の施設等について、必要定員総数を超える場合ないことができない。

都道府県介護保険事業支援計画(法第118条)

- 区域(老人福祉圏域)の設定
- 市町村の計画を踏まえて、介護サービス量の見込み(区域毎)
- 各年度における必要定員総数(区域毎)
 - ※介護保険施設、介護専用型特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
 - ※混合型特定施設に係る必要定員総数を設定することもできる(任意)
- その他の事項

基盤整備

- 都道府県知事は、介護保険施設等について、必要定員総数を超える場合ないことができる。

診療報酬改定の流れ

診療報酬改定は、

- ① 予算編成過程を通じて内閣が決定した改定率を所与の前提として、
- ② 社会保障審議会医療保険部会及び医療部会において策定された「基本方針」に基づき、
- ③ 中央社会保険医療協議会において、具体的な診療報酬点数の設定等に係る審議を行い、実施されるものである。

内閣

- 予算編成過程を通じて改定率を決定

社会保障審議会

医療保険部会・医療部会

- 基本的な医療政策について審議
- 診療報酬改定に係る「基本方針」を策定

中央社会保険医療協議会

- 社会保障審議会で決定された「基本方針」に基づき審議
- 個別の診療報酬項目に関する点数設定や算定条件等について議論

【中央社会保険医療協議会の委員構成】

支払側委員と診療側委員とが保険契約の両当事者として協議し、公益委員がこの両者を調整する「三者構成」

- ① 支払側委員（保険者、被保険者の代表） 7名
- ② 診療側委員（医師、歯科医師、薬剤師の代表） 7名
- ③ 公益代表 6名（国会同意人事）