

(1) 前回（第2回）の会議における主な意見等 について

1

第2回地域医療構想部会（H28年2月19日開催）

- 医療費が徐々に高くなり、加入者の負担が大きくなっている。国民皆保険制度を守るためにも、現状固定でなく、機能転換も含めてできる範囲でやっていくべき。
- 地域の医療資源を転換しながら、維持できる診療体制を今から模索することに時間を費やした方がよい。
- 富山県の医療は全国の医療からみて、保険点数が高い医療を行っているのか低い医療を行っているのかという評価をしておくべき。
- 現場の意見がきちんと反映されるべき。現場は、働いている人がどうなっていくのか不安に思っている。
- 比較的症状が軽いと病院は受け入れてくれないこともある。介護の現場も人材は不足しており、職員にとって負担と不安が大きい。
- 75歳以上人口は2030年まで増える。その方々に対応できるかの検討が必要。

2

- 慢性期の対応が一番の悩みどころ。新しい類型は、まだ具体的に決まっていなかったが、医療の手当が若干ある施設であれば、医療ではなく介護の方でもいいのではないかと思うが、一番大事なのは人材の問題。
- 介護状態にならないことが大切。また、入院したら回復して復帰できることが大切。回復と予防に尽力してほしい。
- 富山県は療養病床が多く、平均在院日数も多いけれども、特養等の施設も含めると、全国の真ん中くらいで、全体ではうまくいっている。効率よく介護できることを考えるべき。また、人材の質を高める方策に真剣に取り組むべき。
- 療養病床について、医療区分1が在宅医療等に移行できにくい理由がある。退院できない理由を考慮すべき。
- 慢性期を考えるうえでは、将来の患者となりうる住民の理解が必要。
- 将来は、今と同じかプラスの医療を受けられるようにしてほしい。在宅医療等は、いろんなところでコミュニケーションを取りながら進めてほしい。

3

第2回地域医療構想調整会議（4医療圏）

新川

3/25
開催

- 住み慣れた地域で、日常生活の支援が包括的に確保される体制づくりが必要不可欠である。
- 早急に地域包括ケアシステムを進めていくことが必要だと思っている。そこがうまくいけば、スムーズに在宅に転換していけると思う。
- 急性期の各機能の役割分担・連携を果たしていただき、寝たきりにならないような医療に努めてほしい。
- 病床のために医療を行っているわけではなく、現実には即した良い医療を提供できるようにどうすべきなのか、今一度考える機会ではないか。
- 公的病院も在宅医療を行わなければならないと思う。

富山

3/30
開催

- 医療内包型や外付型といった新しい形の受け皿に関する話が出ている。こういったものを整備していけば、共稼ぎの多い富山県においては、共稼ぎ世帯そのものが在宅医療等の受け皿になりえると考えている。
- 医療区分1の70%を在宅医療等へ移行できるという観点ではなく、内包型にして、今まで同様、介護保険の一つの区分として見ていく方が良いのではないか。
- まず、高度急性期の病床について議論され、在宅医療の受け皿についての議論はその後になると認識している。第7次医療計画までには決まると思うが、早めに検討してほしい。提供体制を決めるといのは時間がかかる。
- 現在の医療の仕組みの中では、病院の中で緩やかなケアミックスをしながら在宅へと移行する必要があるが、病院に機能を集約しないまま行くと、患者を早期退院させなければならなくなるなど、ハードランディングに繋がりがかねない。円滑に話を進めるためには、ソフトランディングさせることが重要である。

4

高岡

3/22
開催

- ・ 高度急性期や急性期の医療機能においても、入退院の調整や経過観察のときには、175点未満の医療資源投入量となるので、全てを在宅医療等へ移行できるわけではないという実情を踏まえるべきである。
- ・ 在宅医療の医療提供体制については、従事医師数が増加し、かなり進んでいるが、医療側が頑張ったとしても、家族側の理解も必要と考えている。
- ・ 富山県は、療養病床の平均在院日数は全国で1番長いという現状ではあるが、サービス付き高齢者住宅等を含めた施設数は、全国平均値となるので、施設等を含めて医療と介護をトータルで考える視点が大切である。
- ・ 医療費は年々増加しており、今後、2025年を見据え、各医療機関におかれては、地域の実情を踏まえながら病床の連携と分化を進めてもらいたい。

砺波

3/17
開催

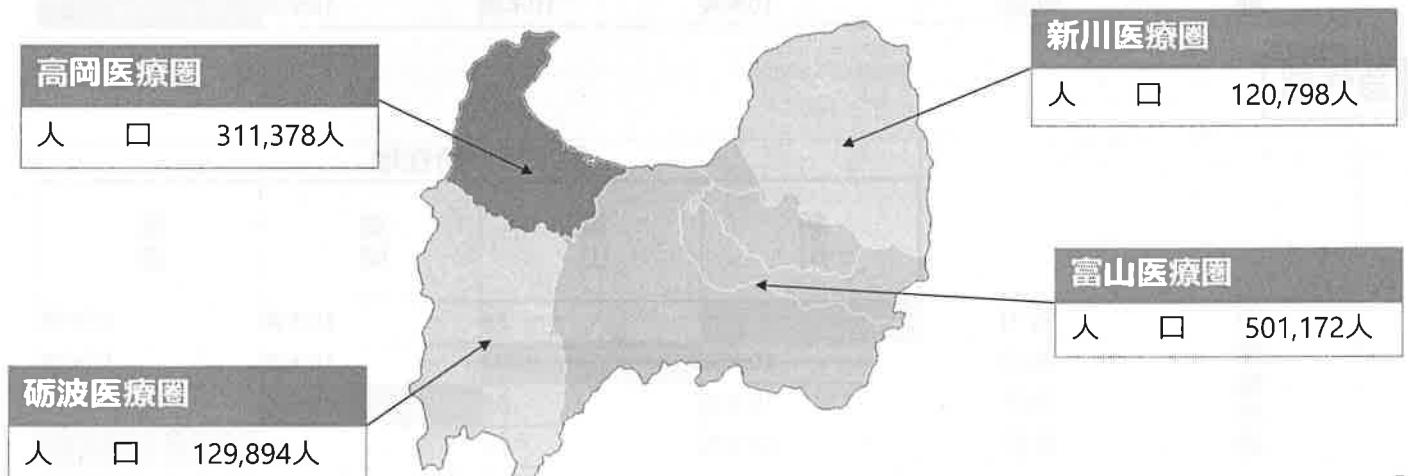
- ・ 国の考え方では、療養病床のうち医療区分1の70%を在宅医療等へ移行することとなっているが、現実的には厳しいと考えている。地域の特性を捉えた政策を展開してほしい。
- ・ 国の推計値では、「高度急性期」が不足ということであるが、実際にそこまでの医療需要があるのかどうかは、現状ではよくわからない。
- ・ 回復期リハビリテーション病床の稼働率がよくない。急性期機能との兼ね合いなどもあるので、病床が利用されるよう検討する必要がある。
- ・ 地域包括ケア病床の病棟は、地域の医療機関等と連携して、稼働率を高める方策を検討する必要がある。
- ・ 医療費は年々増加しており、少子高齢化に伴い、加入者の負担の現状維持が厳しい。医療機関におかれては、バランスのとれた質の高い医療を提供してほしい。

(2) 構想区域（医療圏）及び流出入の状況について

1

構想区域について

現行の医療計画は、二次医療圏を基本として、救急・災害・へき地・周産期等の医療提供体制の整備を進めており、また、二次医療圏域は高齢者福祉圏域及び障害保健福祉圏域と一致しており、保健・医療・福祉の連携を図っている。こうしたことから、現行の二次医療圏を構想区域として、4つの医療圏に地域医療構想調整会議を設置し、地域医療構想の策定に向けて検討を進めている。



※人口は、平成28年6月1日現在（富山県人口移動調査より）

2

県内圏域間及び県間の患者流出入について

国の地域医療構想策定ガイドラインによれば、構想区域ごとの医療需要の推計については、「医療機関所在地ベース」と「患者住所地ベース」の2通りの推計値の範囲内で調整することとなっている。

本県では、まずは、現在の患者の受療行動を踏まえて検討することが必要との考え方から、「医療機関所在地ベース」による推計値により、各医療圏の地域医療構想調整会議等で協議を行っている。

なお、県間の流出入については、対象県と調整することとなっており、石川県及び岐阜県と「医療機関所在地ベース」で調整済み。新潟県とも「医療機関所在地ベース」で調整する予定。

	医療機関所在地ベース (現在同様に流出入あり)	患者住所地ベース (流出入無し)
考え方	<ul style="list-style-type: none"> 患者の医療圏間流出入が現状のまま継続するものとして推計する考え方 	<ul style="list-style-type: none"> 患者の医療圏間の流出入がなく、入院が必要な全ての患者は住所地の二次医療圏の医療機関の病床に入院するものとして推計する考え方
メリット	<ul style="list-style-type: none"> 現行の患者移動や医療提供体制などの地域の実情に即したものとなる。 	<ul style="list-style-type: none"> 患者の住所地に必要な医療を提供できる。
デメリット	<ul style="list-style-type: none"> 流入超過の場合、圏域内に住所地がある患者数以上の医療資源を提供する必要がある。 	<ul style="list-style-type: none"> 現行の患者移動や医療提供体制等の地域の実情が考慮されない。 圏域内で必要な医療を提供する体制を整備する必要がある。

3

医療圏間における医療機能別の流出入

高度急性期

表は、平成37年（2025年）の医療需要の推計による流出入

単位：人／日

		医療機関所在地			
		新川	富山	高岡	砺波
患者住所地	新川	60	13	10未満	10未満
	富山	10未満	335	10未満	10未満
	高岡	10未満	31	157	10未満
	砺波	10未満	10未満	10未満	51

急性期

		医療機関所在地			
		新川	富山	高岡	砺波
患者住所地	新川	276	33	10未満	10未満
	富山	10未満	1,140	10未満	10未満
	高岡	10未満	65	660	11
	砺波	10未満	13	25	230

※ 流出入が10人／日未満は非公表

出典：厚生労働省「富山県版2025年度4機能別医療需要」

4

医療圏間における医療機能別の流出入

回復期

単位：人/日

		医療機関所在地			
		新川	富山	高岡	砺波
患者住所地	新川	295	32	10未満	10未満
	富山	10未満	1,074	12	10未満
	高岡	10未満	70	611	11
	砺波	10未満	10	23	225

慢性期

		医療機関所在地			
		新川	富山	高岡	砺波
患者住所地	新川	262	29	0	10未満
	富山	20	1,062	22	21
	高岡	10未満	105	418	55
	砺波	0	24	11	264

※ 流出入が10人/日未満は非公表

出典：厚生労働省「富山県版2025年度4機能別医療需要」

5

医療圏内の完結率及び他医療圏の流出入の割合

2025年の医療需要の推計による他医療圏の流出入については、患者の選択により、地理的に隣接している他医療圏への受療があり、また、県内のアクセスが比較的恵まれていることから、医療圏を越えての受療は一部（10%未満）あるものの、各医療圏内の完結率は、ほぼ90%以上となっており、また、将来、医療機関の大規模な整備等、医療提供体制の変更等がない限り、今後も流出入が継続するものと考えられる。

表は、平成37年（2025年）の医療需要の推計による流出入割合

		医療機関所在地			
		新川	富山	高岡	砺波
患者住所地	新川	92.1%	6.7%	0.2%	0.1%
	富山	0.5%	97.3%	0.7%	0.2%
	高岡	0.0%	6.6%	89.5%	2.4%
	砺波	0.0%	2.3%	3.8%	90.6%

※ 県外へ流出している患者もいるため、100%にはならない。

出典：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」

6

県間流出入の状況

表は、平成37年（2025年）の医療需要の推計による流出入

対象県	高度急性期		急性期		回復期		慢性期	
	人/日	医療圏	人/日	医療圏	人/日	医療圏	人/日	医療圏
新潟県	10人未満の流出入						14	新川
	10人未満の流出入						16	富山
岐阜県	10人未満の流出入		11	富山	13	富山	11	富山
石川県	▲ 11	砺波	▲ 12	高岡	▲ 11	高岡	▲ 11	高岡
			▲ 23	砺波	▲ 20	砺波	▲ 18	砺波

※ 患者流出入が（機能別・医療圏別で）10人/日以上以上の医療需要が県間調整対象 出典：厚生労働省「富山県版2025年度4機能別医療需要」 7

参考：厚生労働省「医療計画作成指針（H24.3月）」で示された二次医療圏の見直し基準

人口規模が20万人未満

流入患者割合が20%未満

流出患者割合が20%以上

以上の全てに当てはまる場合は、

「入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられる」として、二次医療圏の設定を見直すことを求められた。

富山県の場合

人口規模が20万人未満	新川医療圏、砺波医療圏
流入患者割合が20%未満	全医療圏
流出患者割合が20%以上	該当なし

見直し基準に該当する医療圏は存在していない。

(3) 主な疾病別の状況について

1

受療率とは・・・（厚生労働統計に用いる主な比率及び用語の解説より）

- ある特定の日に疾病治療のために、すべての医療施設に入院あるいは通院、又は往診を受けた患者数と人口10万人との比率を「受療率」という。

患者調査によって、病院あるいは診療所に入院又は外来患者として治療のために通院した患者の全国推計患者数を把握し、「受療率」を算出する。

$$\text{受療率} = \frac{\text{1日の全国推計患者数}}{\text{総人口}} \times 100,000$$

- 患者調査【厚生労働省】

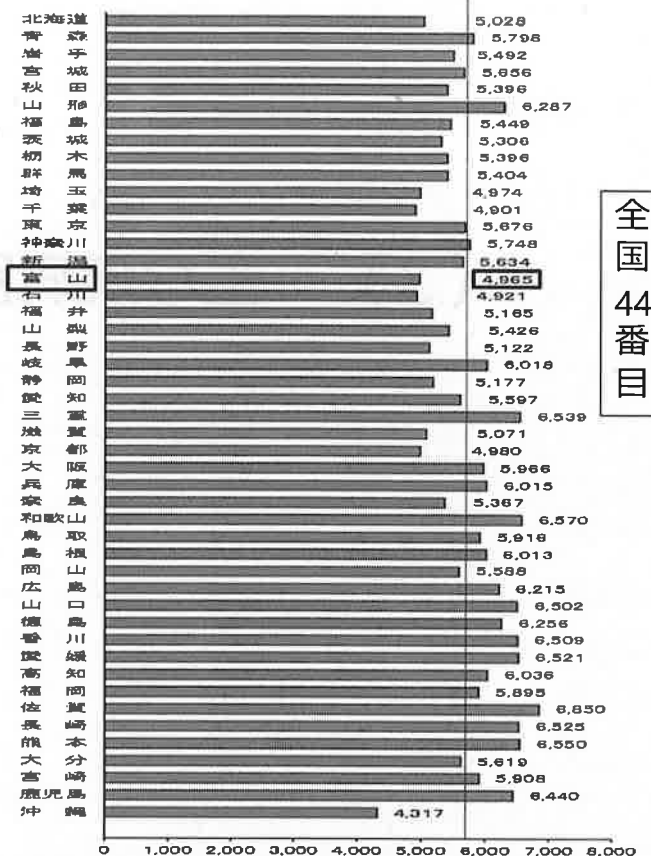
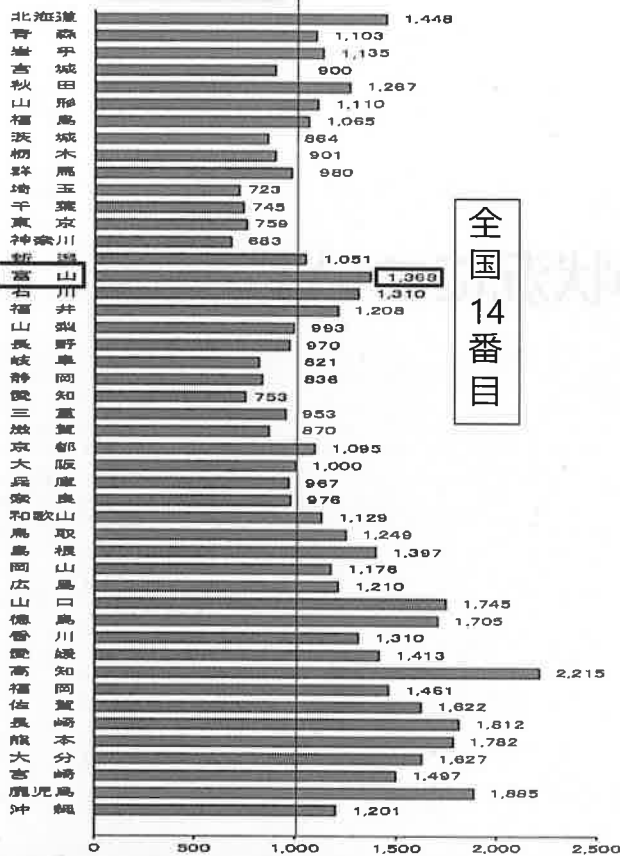
目 的 病院及び診療所（以下「医療施設」という）を利用する患者について、その傷病状況等の実態を明らかにし、医療行政の基礎資料を得ること。

調査事項 性別、出生年月日、患者住所、入院・外来の種別、受療の状況等。

都道府県別の受療率（人口10万人対）

入院（全国平均1,038）

外来（全国平均5,696）



全国 14番目

全国 44番目

本県は、全国平均に比べ、入院の受療率が高く、外来の受療率が低い。

出典：平成26年10月 厚生労働省 「患者調査」

入院・外来別の年齢階層別受療率（人口10万人対）

年齢階級	入院(全国平均)		入院(富山県)		差 (B-A)
	総数 A		総数 B		
総数	1,038		1,368		330
0～4歳	345		296		△49
5～14	92		129		37
15～24	141		207		66
25～34	270		369		99
35～44	318		429		111
45～54	505		647		142
55～64	930		1,036		106
65～74	1,568		1,736		168
75歳以上	4,205		5,088		883
(再掲) 65歳以上	2,840		3,407		567

年齢階級	外来(全国平均)		外来(富山県)		差 (B-A)
	総数 A		総数 B		
総数	5,696		4,965		△731
0～4歳	6,762		7,258		496
5～14	3,503		2,673		△830
15～24	2,091		1,517		△574
25～34	2,911		2,927		16
35～44	3,334		2,823		△511
45～54	4,225		3,300		△925
55～64	5,984		5,113		△871
65～74	9,455		7,699		△1,756
75歳以上	11,906		9,482		△2,424
(再掲) 65歳以上	10,637		8,609		△2,028

本県は、全国平均に比べ、75歳以上の入院受療率が高い。

出典：平成26年10月 厚生労働省 「患者調査」

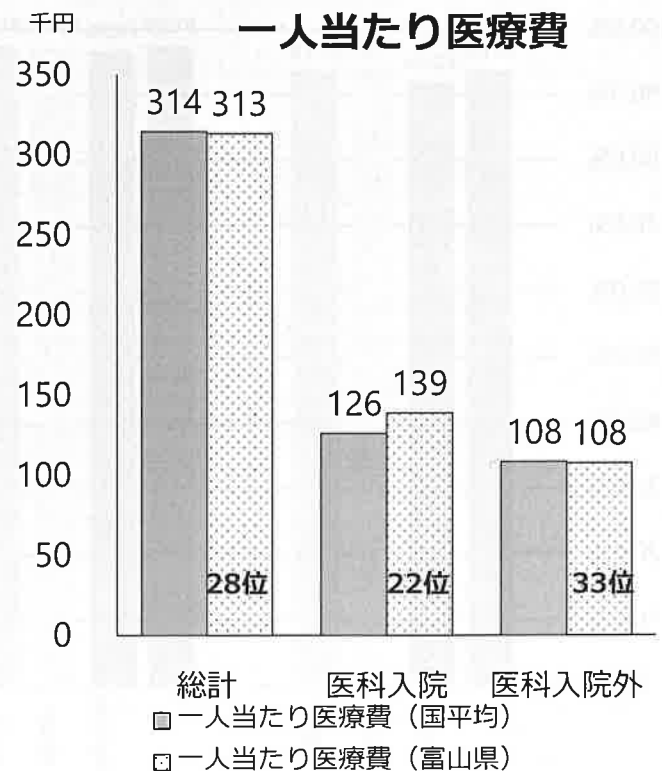
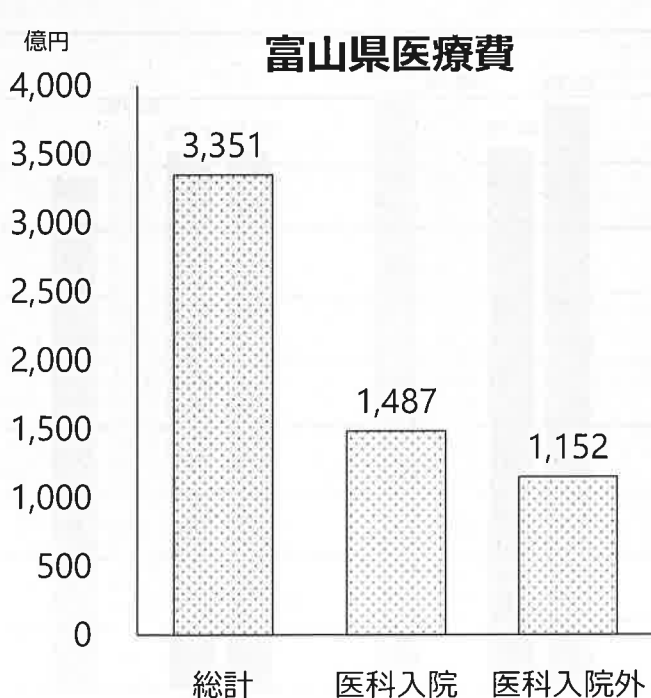
主な疾病別の入院・外来別受療率（人口10万人対）

傷病分類	入院		外来	
	全国	富山	全国	富山
総数	1,038	1,368	5,696	4,965
循環器系の疾患	189	293	734	720
脳血管疾患（再掲）	125	205	74	74
高血圧性疾患（再掲）	5	6	528	510
心疾患（高血圧性のものを除く）（再掲）	47	70	105	111
新生物	114	137	182	187
悪性新生物（再掲）	102	124	135	140
胃の悪性新生物（再掲）	11	14	15	19
結腸及び直腸の悪性新生物（再掲）	15	19	22	23
気管、気管支及び肺の悪性新生物（再掲）	15	19	13	14
呼吸器系の疾患	71	80	526	482
肺炎（再掲）	27	24	6	3
慢性閉塞性肺疾患（再掲）	6	9	17	26
喘息（再掲）	3	4	100	72
骨折	72	84	72	61
精神及び行動の障害	209	286	203	140
統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害（再掲）	130	187	55	55

本県では、悪性新生物、脳血管疾患、心疾患、骨折、精神及び行動の障害の入院受療率が全国平均に比べて高くなっている。

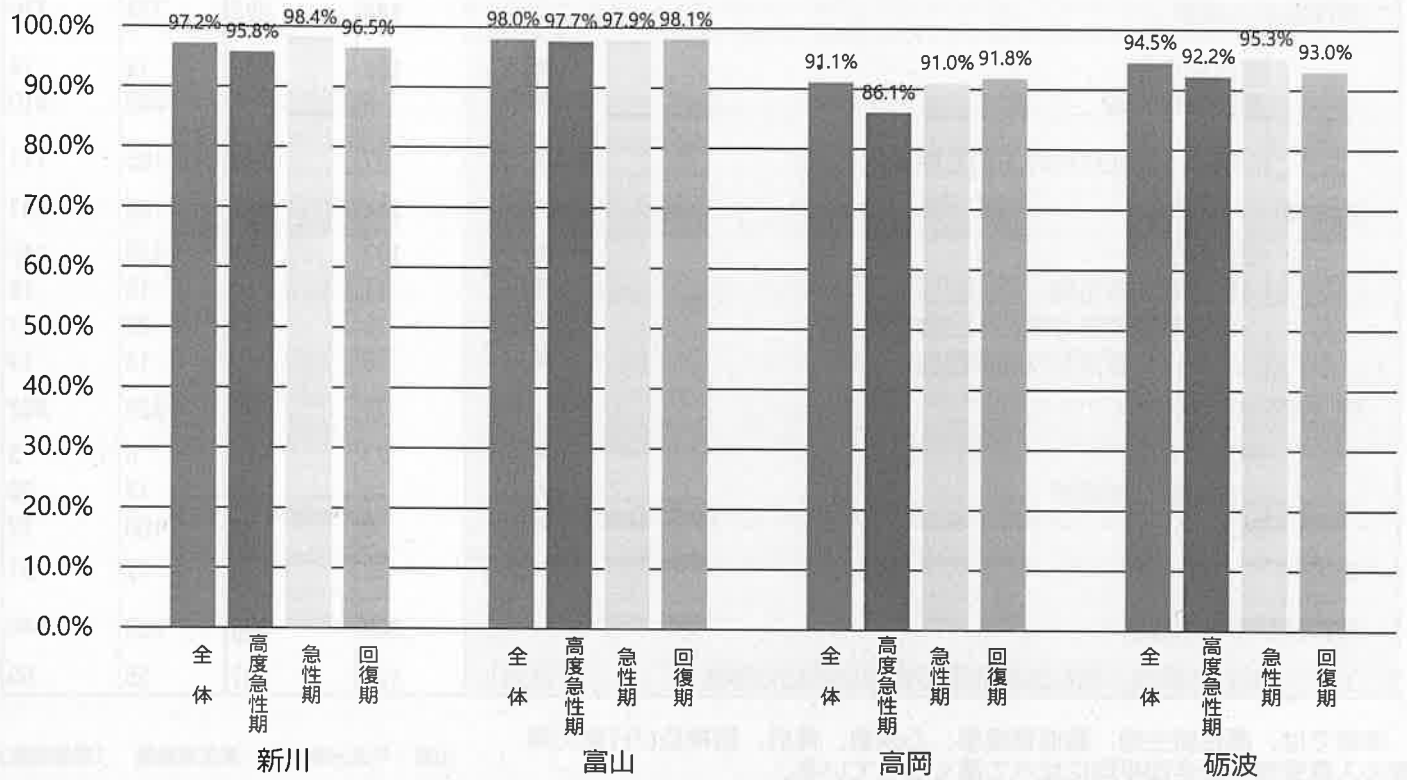
出典：平成26年10月 厚生労働省 「患者調査」

概算医療費（第2回部会資料より再掲）



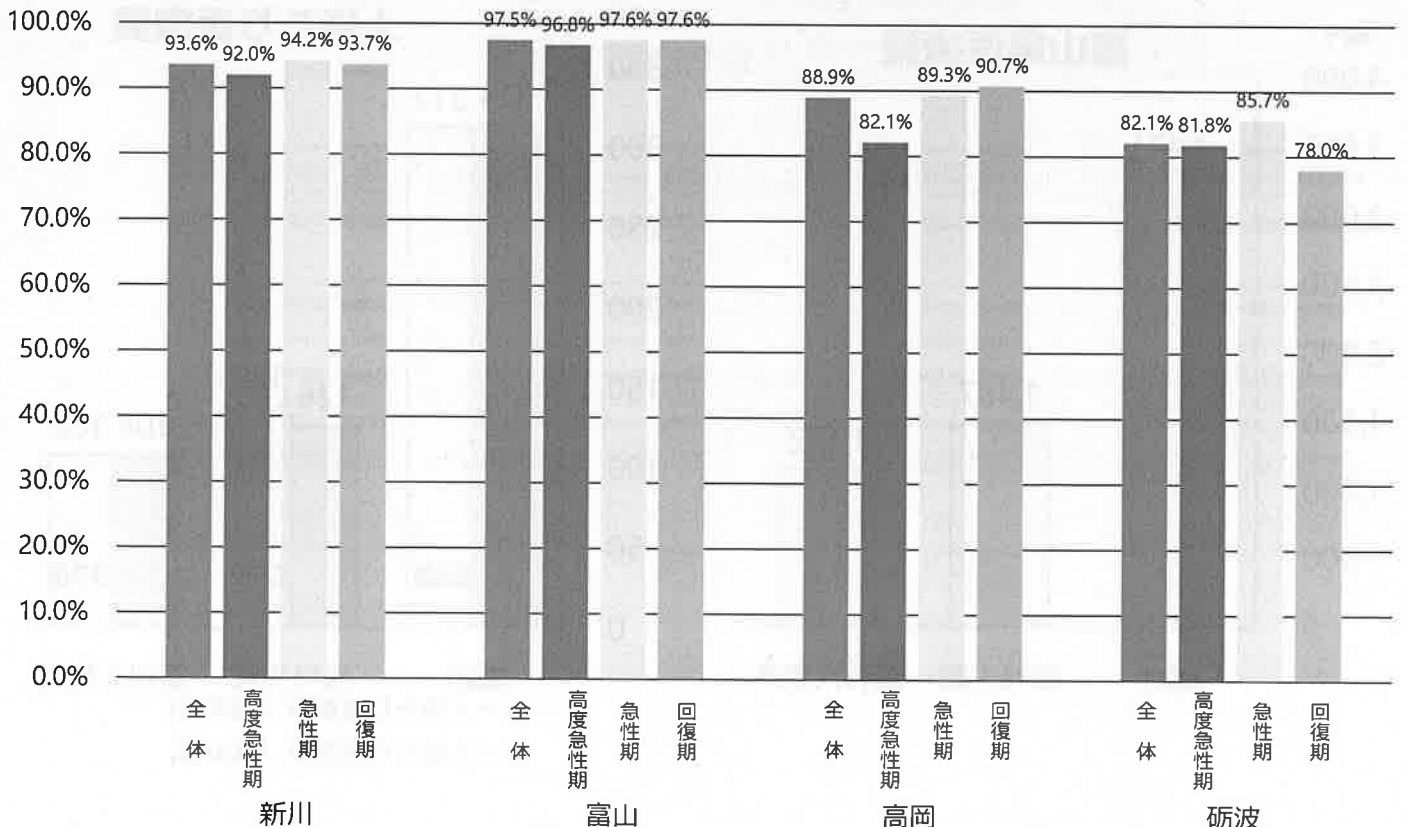
主な疾病別完結率「脳卒中」

完結率とは...患者が自分の居住する医療圏内の医療機関で入院する割合
 グラフは、平成37年（2025年）の医療需要の推計による完結率



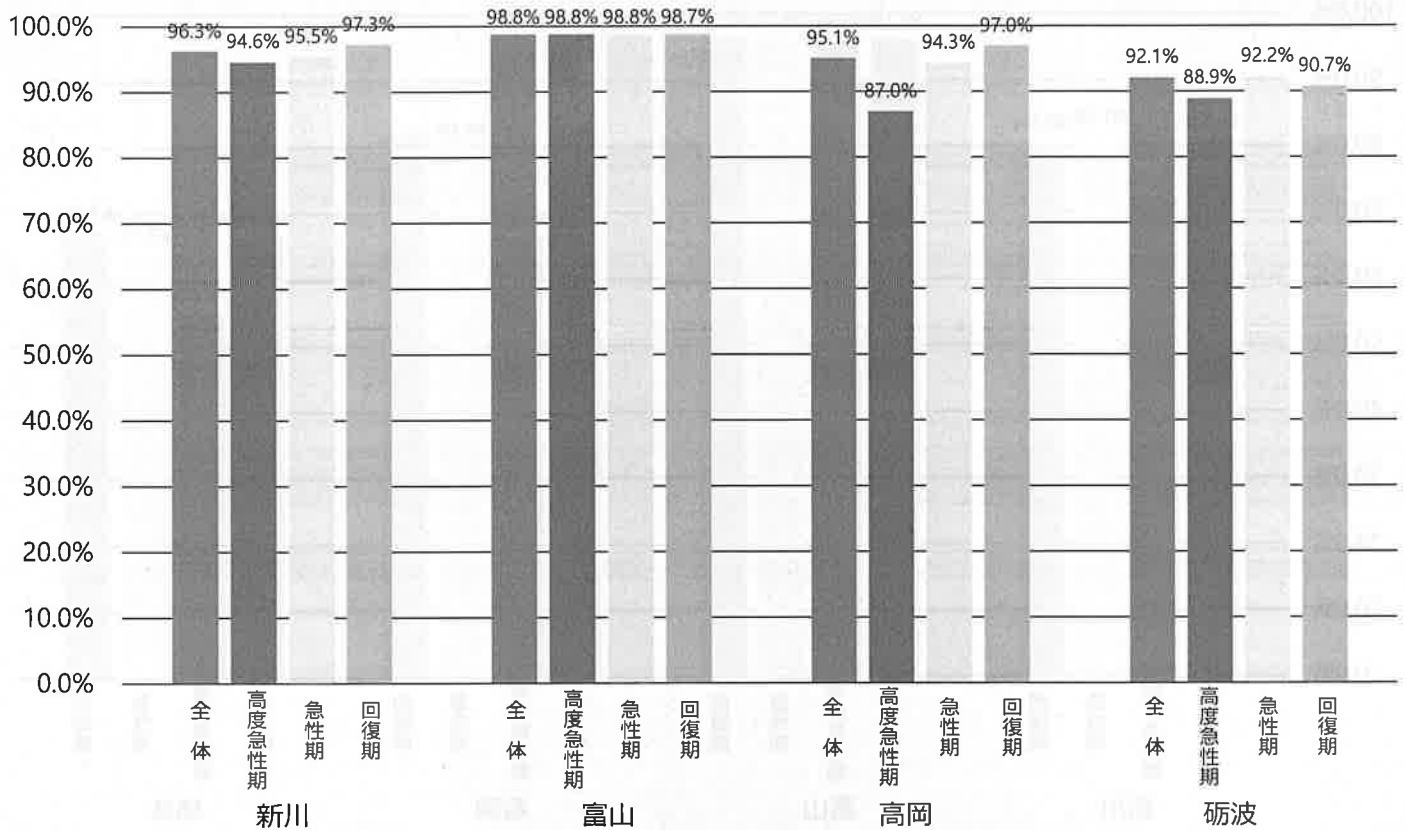
出典：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」 7

主な疾病別完結率「急性心筋梗塞」



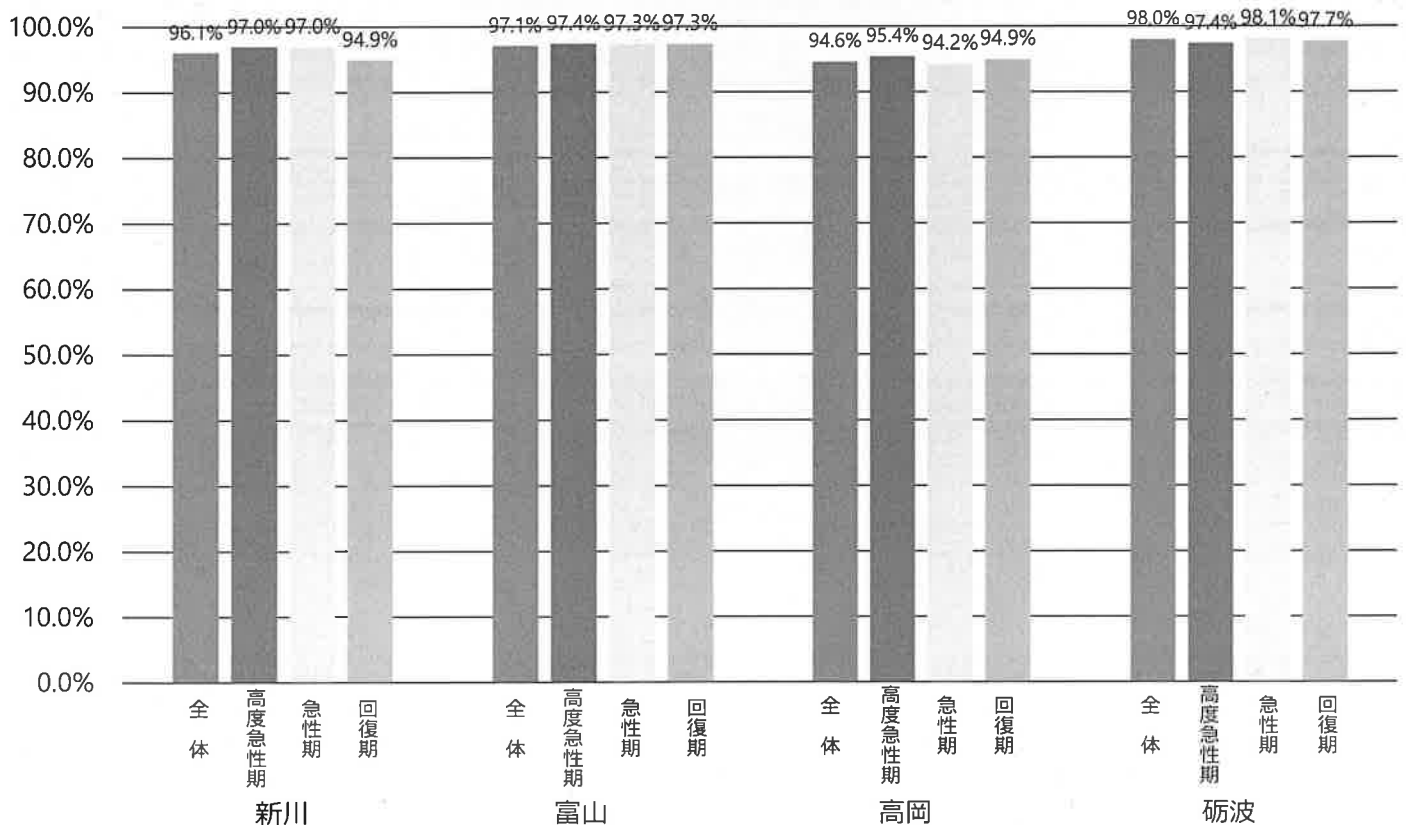
出典：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」 8

主な疾病別完結率「成人肺炎」



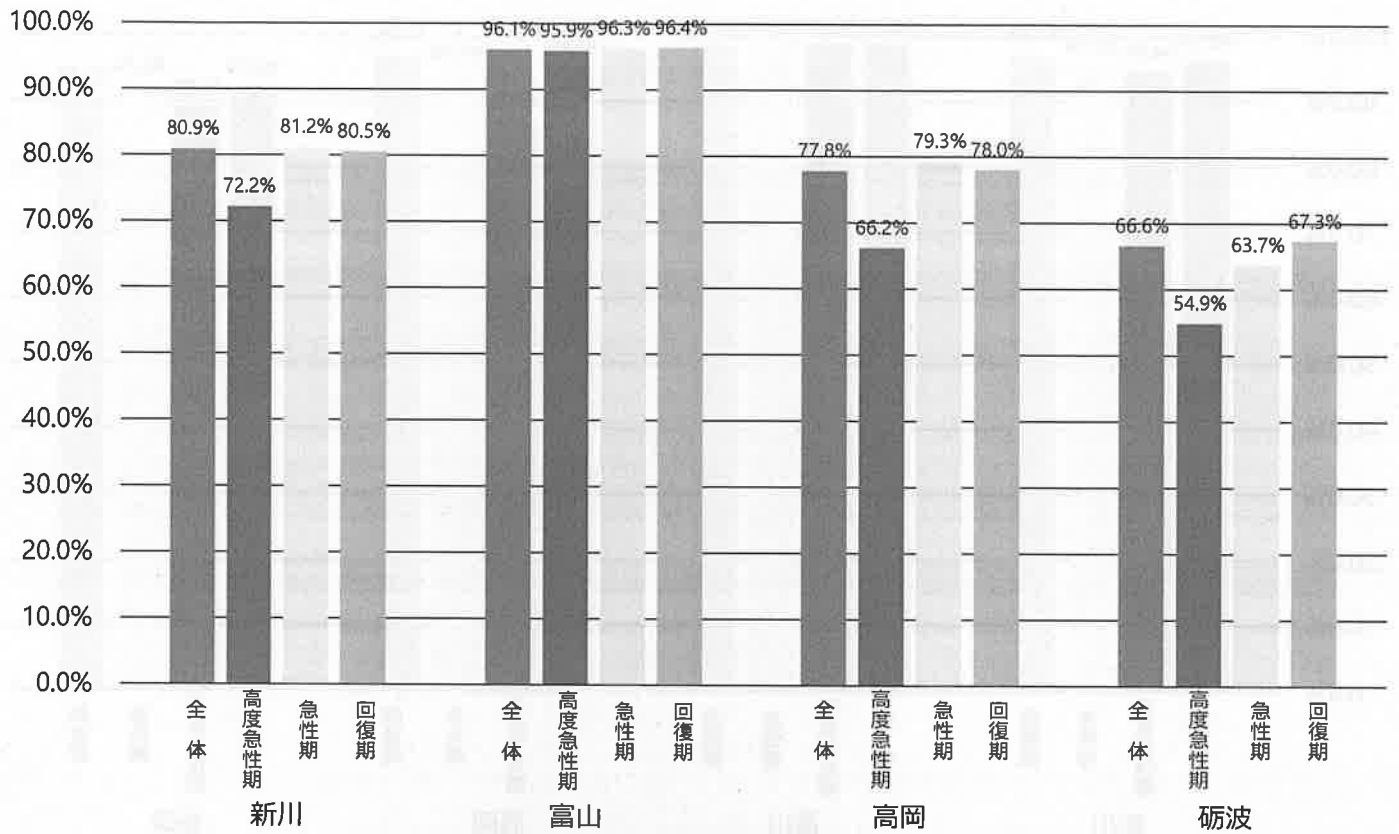
出典：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」

主な疾病別完結率「大腿骨骨折」



出典：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」

主な疾病別完結率「がん」



出典：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」 11

【自治体別】がん完結率



(4) 県内公的病院の意見聴取の概要について

県内公的病院の意見聴取（H28.5～7月実施）の概要

1 県内病院に占める公的病院の割合

一般病床を有する病院（割合）	24病院/44病院(54.5%)
一般病床数（割合）	7,051床/8,358床(84.3%)

2 「緩和ケア病床」急性期病床から「回復期リハビリテーション病床」、「地域包括ケア病床」、への転換

～平成27年度	転換 病床数	平成28年度（予定含む）	転換 病床数
■ 氷見市民病院（回復期リハ）	49床	■ 高岡市民病院（緩和ケア）	20床
■ かみいち総合病院（回復期リハ）	48床	■ 厚生連高岡病院（緩和ケア）	16床
■ 射水市民病院（地域包括ケア）	52床	■ 南砺中央病院（地域包括ケア）	52床
■ 砺波総合病院（地域包括ケア）	48床	■ 済生会富山病院(地域包括ケア)	50床
■ 済生会高岡病院（地域包括ケア）	56床	■ 済生会高岡病院（回復期リハ）	40床
■ 南砺市民病院（地域包括ケア）	48床	5病院	
■ 厚生連滑川病院（地域包括ケア）	53床		
■ 高岡ふしき病院（地域包括ケア）	60床		
■ 北陸中央病院（地域包括ケア）	43床		
9病院		計	178床
計	457床		

県内公的病院の意見聴取（H28.5～7月実施）実施状況

<内容>

- ・10年後（2025年）を見据えた病院の今後の方針
- ・地域医療の確保のために担っている機能の維持、推進
（救急医療、災害医療、周産期医療、へき地医療等）
- ・他の病院・診療所・訪問看護ステーション・介護保険施設等との役割分担、連携策
- ・回復期機能病床への転換
- ・休床、空床における今後の方針

5月	31日	県立中央病院	7月	1日	高岡市民病院
	23日	厚生連高岡病院		4日	富山市民病院
	24日	砺波総合病院		5日	富山大学附属病院
	26日	黒部市民病院		6日	高岡ふしき病院
6月				8日	富山赤十字病院訪問、逓信病院
				12日	氷見市民病院
				13日	富山労災病院、厚生連滑川病院
				14日	北陸中央病院、北陸病院
				19日	富山県リハビリテーション病院・こども支援センター 国立病院機構富山病院
				27日	済生会富山病院
				28日	済生会高岡病院

3

主 な 意見等 概 要

- ・昨年度実施された県独自の実態調査以降に回復期機能病床に転換する等、院内の病床・病棟の再編を進めており、その後、病床稼働率が改善してきている。
- ・県独自の実態調査結果は、自院の現状を反映しており、また、自院の立ち位置を確認することができ、今後、自院としての病床の機能分化・連携について検討していく予定である。
- ・少子高齢化や人口減少、疾病構造の変化がある中で、自院においても、時代の情勢を的確に捉え、地域の医療ニーズにマッチした医療サービスに移行していく必要があると考えている。
- ・回復期機能への転換、訪問診療、訪問看護等、在宅医療への取組をさらに推進していくことを検討している。
- ・病・病や病・診連携をさらに推進するため、地域の医療機関同士の協議の場を継続的に実施していくことが必要と考えている。

4

(5) 地域医療構想の項目と現状・課題及び施策の方向性について（たたき台）

1

富山県地域医療構想の項目（案）について

1 基本的事項

○ 地域医療構想策定の背景

- 人口減少や高齢化が進行する中、平成37年（2025年）には、いわゆる「団塊の世代」が全て75歳以上となる超高齢社会を迎え、本県においては、3人に1人が65歳以上、5人に1人が75歳以上となり、今後、さらに高齢化が進行すると、医療や介護を必要する人がますます増加し、現在の医療・介護サービスの提供体制のままでは十分対応できないことが予想される。
- 医療法が改正され、高度急性期、急性期、回復期、慢性期、在宅医療・介護に至るまで、患者の状態に応じた適切な医療を、地域において効果的かつ効率的に提供する体制の構築に向け、医療機能の分化・連携や在宅医療の充実等を推進するため、各都道府県は、医療計画の一部として、将来の医療提供体制の目指すべき姿を示す「地域医療構想」を策定することとなった。

○ 地域医療構想の目的と内容、位置づけ、目標年次

2 富山県の現状と将来予測

- 人口等の将来推計
- 医療機関の状況、医療従事者の状況
- 拠点病院等の状況
- 在宅医療と介護サービスの状況
- 患者の受療動向

3 地域医療構想策定の検討体制

3～7については、記載必要項目
(厚生労働省の地域医療構想策定ガイドライン)

○検討体制

(医療審議会地域医療構想部会、4つの医療圏ごとに地域医療構想調整会議を設置)

○委員構成

4 構想区域

○構想区域 = 2次医療圏

- ・ 構想区域は、医療計画において二次医療圏を基本として、救急・災害・周産期等の医療提供体制の整備を進めていること、また、高齢者福祉圏域及び障害保健福祉圏域と一致しており、保健・医療と福祉の連携が図りやすいことなどから、現行の二次医療圏を構想区域とする。
- ・ ただし、緊急性の高い脳卒中や急性心筋梗塞等の高度救急医療や、がんなど診療密度が特に高い高度医療については、二次医療圏にこだわらず、医療圏を越えた連携を進める。

5 医療需要と必要病床数

○医療需要と必要病床数の推計方法 (厚生労働省令に基づく推計)

○平成37年(2025年)における医療需要及び必要病床数の推計

○居宅等における医療の必要量の推計

○病床機能報告と必要病床数の比較

○平成27年(2015年)の富山県独自実態調査の結果

3

6 目指すべき医療提供体制を実現するための施策

○目指すべき医療提供体制を実現するための体系

○現状・課題及び施策の方向性

- ・ 病床の機能の分化及び連携の促進
- ・ 在宅医療等の充実
- ・ 医療・介護従事者の確保・養成

7 構想区域別の地域医療構想

○新川地域

○富山地域

○高岡地域

○砺波地域

8 地域医療構想の推進

○地域医療構想の推進、進行管理

- ・ 医療圏ごとに地域医療構想調整会議において、地域医療構想の推進、進行管理

4

(平成28年2月19日 第2回部会 資料より 再掲)

- 1 病床の機能分化・連携の促進
 - ・ 地域における病病連携、病診連携の強化
 - ・ 不足する病床機能への対応（回復期機能への病床転換促進）
- 2 在宅医療等の充実
 - ・ 医療機関と介護施設の連携強化
 - ・ 在宅医療を担う施設、人材の充実
 - ・ 医療機関によるサポート体制の充実
- 3 医療従事者の確保・養成
 - ・ 専門職種の人材確保・養成
 - ・ 医療従事者の勤務環境改善

5

1 病床の機能分化・連携の促進

○「現状・課題」枠の右下の記載事項について

第1回部会→医療審議会第1回地域医療構想部会の意見等

第2回部会→医療審議会第1回地域医療構想部会の意見等

新川、富山、高岡、砺波→各医療圏の地域医療構想調整会議の意見等

医療機関→H27年度実施した「実態アンケート調査」における医療機関からの意見等

〔現状・課題①〕 地域の実情に応じた医療機能の充足

- 本県では、平成37年（2025年）には、全ての医療圏において回復期機能病床が不足すると見込まれており、将来の医療需要を見据え、地域の実情に応じた病床機能を過不足なく確保していく必要がある。（第1回部会、新川、富山、高岡、砺波）



〔2025年に向けた施策の方向性〕

- 医療圏内で不足する医療機能の充足については、医療機関における自主的な取り組みを基本とし、各医療圏の地域医療構想調整会議において、地域の実情を踏まえ、関係者が十分に意見交換を行いながら、対応を検討
- 県では、不足する回復期機能の病床を充足させるための病床転換の促進、そのための「地域医療介護総合確保基金」を活用した支援

6

〔現状・課題②〕 病・病連携の推進

- 本県の公的病院は24施設あり、一般病床の8割以上が集中するなど、これまで主に高度急性期、急性期機能を担ってきたが、各医療圏における病床の機能分化・連携を促進するため、公的病院間及び公的病院と民間病院間の「病・病連携」を推進していく必要がある。

(医療機関)



〔2025年に向けた施策の方向性〕

- 高度急性期、急性期、回復期、慢性期の病床機能の分化・連携を促進するため、関係する医療機関間における「病・病連携」について協議

7

〔現状・課題③〕 高度急性期・急性期機能の救急医療体制の充実

- 人口減少が進む中、救急搬送件数が増加傾向にあることから、病床機能の分化・連携にあたっては、高度急性期・急性期機能を有する医療機関が引き続き救急医療に取り組めることが必要である。

(医療機関)



〔2025年に向けた施策の方向性〕

- 医療圏内で速やかに急性期の専門的治療を受療できる救急医療体制の充実
- 緊急性の高い脳卒中や急性心筋梗塞等の発症初期における「待てない急性期」については、ドクターヘリを活用した救命・救急医療活動や救急車内での救急救命処置の充実強化
- 高度急性期医療については、医療資源の集積を考慮し、高度な医療機器の共同利用や医療圏域を越えた広域連携体制の推進

8

〔現状・課題④〕 回復期機能の入院医療と在宅医療、介護との連携

- 回復期機能の病棟（病床）に転換する医療機関では、在宅医療や介護の日常生活の支援体制との連携により、地域に根付いた病棟（病床）に作り上げることが必要である。

（第1回部会）



〔2025年に向けた施策の方向性〕

- 退院した患者が自宅や地域で必要な医療が受けられるよう、回復期機能を担う医療機関と在宅医療や介護を支える関係機関との切れ目のない医療連携の推進

9

〔現状・課題⑤〕 慢性期機能の入院医療と在宅医療等との役割分担

- 高齢化の進展に伴い、医療を必要とする重度の要介護者や認知症の患者が今後ますます増加していくことから、患者の状態に応じて、慢性期機能を担う医療機関で継続的な入院が必要か、あるいは在宅医療等に移行できないかを検討していく必要がある。

（第1回部会）



〔2025年に向けた施策の方向性〕

- 慢性期機能の病床について、国が設置した「社会保障審議会療養病床の在り方等に関する特別部会」において、「医療」、「介護」、「住まい」の機能を提供するサービスの検討が行われており、国の動向を注視
- 患者や家族が安心して、慢性期機能病床から在宅医療等へ移行できるよう、慢性期機能病床を有する医療機関の円滑な退院調整や、在宅医療・訪問看護による24時間365日対応可能な医療提供体制の整備

10

〔現状・課題⑥〕 効率的・効果的な医療提供体制の構築

- 急速な高齢化や医療の高度化によって医療費が増大しているなか、利用者に過剰な負担をかけることなく、症状に応じた転院など、医療機関間の連携（病・病連携、病・診連携）や在宅医療、介護サービスとの連携を推進し、効率的・効果的な医療提供体制を構築していく必要がある。

（第2回部会、新川、富山、高岡、砺波、医療機関）



〔2025年に向けた施策の方向性〕

- 医療機関への地域医療連携室の設置促進や、紹介、逆紹介を通じた医療機関間の連携、地域連携クリティカルパス（※）の活用などの促進
- ICTを活用したネットワークシステムによる診療情報の共有化
- 入院早期から在宅医療、介護サービスと連携した退院支援の取組の推進

※地域連携クリティカルパスとは、診療にあたる急性期病院や地域の診療所などの複数の医療機関が、役割分担を含め診療内容（診療計画表）をあらかじめ患者に提示・説明することにより、患者が入院から退院後の住み慣れた地域での療養まで、安心して医療を受けることができるようにするもの。

11

2 在宅医療等の充実

「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。（厚生労働省 地域医療構想策定ガイドライン）

〔現状・課題①〕 在宅医療提供体制の整備

- 今後、在宅医療等を受ける対象となり得る後期高齢者が大きく増加することから、在宅医療提供体制の整備を図る必要がある。

（第1回部会、新川、富山、高岡、砺波）



〔2025年に向けた施策の方向性〕

- 24時間365日対応可能な在宅医療・訪問看護の推進、在宅医療を支える医師や看護師等の医療関係者の確保、病状急変時等における医療機関の受入れ体制の確保
- 訪問看護ステーションの設備整備や人材育成、業務の効率化や勤務環境改善等への支援
- 入院から在宅療養への円滑な移行支援、在宅医療を支える医療関係者と介護関係者の相互理解の促進、医療・介護関係者のICT（情報通信技術）等を活用した情報共有の促進

12

〔現状・課題②〕 地域包括ケアシステムの構築

- 患者と家族が安心して住み慣れた地域で療養生活を継続することができるよう、医療機関や介護施設、地域が連携して支援する「地域包括ケアシステム」を構築する必要がある。（第2回部会、新川、富山、高岡、医療機関）



〔2025年に向けた施策の方向性〕

- 高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した生活を営むことを可能にするための、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される地域包括ケア体制の構築

13

〔現状・課題③〕 中重度者ケアや看取りケアの充実

- 今後、単身、夫婦のみの高齢者世帯や医療依存の高い要介護高齢者等の増加が見込まれるため、中重度者ケアや看取りケアの充実を図る必要がある。（富山）



〔2025年に向けた施策の方向性〕

- 居宅で安心して療養を続けることができるよう、症状急変時などに往診や訪問看護を速やかに受けることができる体制整備、後方病床の確保
- 心身の苦痛に適切に対応できるよう質の高い在宅緩和ケアの充実、家族等の不安や負担に配慮した看取り体制の構築
- 在宅等で医療依存の高い要介護高齢者の容態に応じた的確に対応できるよう、専門知識を持った摂食・嚥下障害看護や緩和ケア等の認定看護師の養成・確保

14

〔現状・課題④〕 継続的な医療体制の確保

- 入院医療と在宅医療等に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保することが必要となる。

(第1回部会、新川、富山、高岡、砺波)



〔2025年に向けた施策の方向性〕

- 入院時の情報提供や退院前カンファレンスの実施、退院調整ルールの普及など、入院退院に伴う医療機関と介護支援専門員（ケアマネジャー）の情報共有の推進
- 医療機関を退院する患者が自宅や地域で必要な医療や介護を切れ目なく受けられるよう、在宅医療・介護を提供する関係者（医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員、介護福祉士、ホームヘルパー等）の情報共有の推進

15

〔現状・課題⑤〕 病院と在宅医療等との連携

- 地域医療において大きな役割を果たしている病院においては、地域の実情を踏まえ、在宅医療等の体制や医療と介護との連携体制について一定の役割を果たすことが必要となる。

(新川、医療機関)



〔2025年に向けた施策の方向性〕

- 専門性の高い症状緩和など在宅緩和ケアに関する在宅主治医への指導・助言
- 在宅医療等への移行後も患者の状態に応じた切れ目ないリハビリテーションの提供
- 在宅療養患者の病状変化時には、地域包括ケア病床等を有する医療機関に入院できるよう医療と介護との連携体制の構築

16

〔現状・課題⑥〕多職種連携ネットワークの構築

- 急増する在宅医療ニーズに対応していくため、在宅医療を支える医師、歯科医師、保健師、看護師、薬剤師、介護支援専門員等の多職種間の連携強化を図る必要がある。
- 在宅医療を支える関係機関相互の効率的な連携ができるよう、ICTを活用した在宅医療・介護サービスの情報共有を行う必要がある。

(第2回部会、新川、医療機関)



〔2025年に向けた施策の方向性〕

- 在宅療養患者を支える医師、歯科医師、保健師、看護師、薬剤師、介護支援専門員等の地域の関係者による多職種間連携研修会の実施
- ICTを活用した利用者情報を医療・介護関係者が共有する仕組みの構築など、多職種連携ネットワークの構築

17

〔現状・課題⑦〕認知症高齢者の地域支援体制の整備

- 今後も増加が見込まれる認知症高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、地域支援体制が必要となる。(富山)



〔2025年に向けた施策の方向性〕

- 認知症高齢者が住み慣れた地域の環境で、自分らしく暮らし続けることができるよう、認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- 認知症の容態に応じた医療・介護等の提供、介護者への支援、地域の見守り体制や生活支援体制などの構築

18

〔現状・課題⑧〕 訪問診療、訪問看護の充実強化

- 住み慣れた地域で在宅療養を支える体制を整備するため、訪問診療、訪問看護等の在宅医療に取り組む医療機関や訪問看護ステーション等の機能強化を図っていく必要がある。

(富山地域、医療機関)



〔2025年に向けた施策の方向性〕

- 県在宅医療支援センターを拠点とした在宅医療に取り組む医師の確保・育成（新たに在宅医療に取り組む医師の参入促進など）
- 在宅医療に取り組む医師相互の連携やグループ化等の支援
- 訪問看護の魅力を伝えるインターンシップ等の導入や新たに訪問看護に従事する看護職員の育成・確保、訪問看護ステーションの規模拡大や機能強化、安定した経営基盤確保のための支援

19

〔現状・課題⑨〕 支える医療への対応

- 今後も、医療機関で「治す医療」の重要性は変わらないが、患者の住み慣れた地域で在宅医療等を受けるため、医療従事者が寄り添い「支える医療」も重要となっており、また、在宅医療等を受ける患者や家族の理解も必要となる。

(富山、医療機関)



〔2025年に向けた施策の方向性〕

- 在宅医療等に対応可能な医療機関や訪問看護ステーション等に関する住民への情報提供
- 医師会や市町村等との連携による在宅医療や在宅での看取り、地域包括ケアシステム等に関する普及啓発の推進

20

〔現状・課題⑩〕 かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の普及啓発

- 県民の日常的な診療、服薬管理、健康管理等を充実するため、かかりつけ医や、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師を持つことが必要となる。

(高岡)



〔2025年に向けた施策の方向性〕

- 日常的な診療、処方、服薬管理、健康管理等を行い、専門的な医療につなぐ役割を担う、かかりつけ医や、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師を持つことの必要性について県民への普及啓発

21

3 医療従事者の確保・養成

〔現状・課題①〕 医療・介護人材の確保・養成

- リハビリを含む回復期機能及び在宅医療等の充実に向け、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の確保・養成が必要である。

(第2回部会、新川、富山、高岡、医療機関)

- 在宅療養患者の安心した療養生活を支えるため、服薬管理、口腔ケア、緩和ケア、看取りなど、在宅療養に関わるニーズに対応できる医療・介護人材を確保・養成していく必要がある。

(富山、医療機関)



〔2025年に向けた施策の方向性〕

- 国において、2025年の医療需要や地域間偏在等の観点を踏まえ、医療従事者の需給見通しや偏在対策等が検討されており、その検討結果を踏まえ、医療従事者の確保・養成の取組を推進

- 地域の保健・福祉サービスを担う人材の養成・確保を推進し、その職場定着のための支援を充実するとともに、質の高いサービスを提供できるよう、訪問介護と訪問看護との連携に関する研修の実施等による資質の向上

- 在宅療養患者を支える医師、歯科医師、保健師、看護師、薬剤師、介護支援専門員等の地域の関係者による多職種間連携研修会の実施(再掲)

22

〔現状・課題②〕 特定診療科の医師の確保・養成

- 平成26年（2014年）末現在、本県の医師数は2,656人で、人口10万人当たりでは248.2人と全国の244.9人を上回っているものの、地域の医療提供体制の中心となる公的病院において、小児科、産科・産婦人科医師が不足しており、特定診療科の医師の確保・養成が必要となっている。（砺波）
- 地域の医療ニーズに対応し、様々な疾患を総合的に診療できる医師、また、地域医療の根幹を担う救急医療に従事する医師を確保・育成する必要がある（医療機関）



〔2025年に向けた施策の方向性〕

- 修学資金制度の活用等により、特定診療科（小児科、小児外科、産科、麻酔科、救急科、総合診療）の医師の確保・養成
- 自治医科大学におけるへき地等に勤務する医師の養成や、「総合医」を育成するための研修に取り組む「へき地医療拠点病院」の支援
- ドクターヘリ導入を契機に、救急科専門医の育成・確保を進め、県全体の救急医療体制の充実強化

23

〔現状・課題③〕 在宅医療等の看護職員の確保・養成

- 地域包括ケアシステムの構築を目指し、医療と介護の連携による保健師の活動の場がますます広まり、また、看護師は看護や福祉施設の領域へと拡大するなど、在宅医療等における看護職員の確保・養成が必要となっている。（第2回部会、医療機関）



〔2025年に向けた施策の方向性〕

- 県立大学看護学部の設置、看護師等養成所の設置・運営に対する支援、修学資金制度の活用等による医療の高度化や在宅医療等、多様化するニーズに対応できる看護職員の確保・養成
- 平成27年10月から看護職員の離職時の届出制度が開始されたことに伴い、県ナースセンターにおいて再就職の支援や訪問看護師の資質向上のための研修等のさらなる充実による看護職員の確保・定着
- 訪問看護ステーションのICT化などによる勤務環境の改善やテレワーク（情報通信手段を取り入れた就労形態）の導入、短時間勤務等による柔軟で多様な働き方の推進
- 医療ニーズの高い患者等が安心・安全に在宅療養に移行し在宅療養を継続できるよう、入院医療機関等による訪問看護の後方支援や参入促進

24

〔現状・課題④〕 医療従事者の勤務環境の改善

- 医療人材の安定的な確保や資質の向上のため、医療に携わる人材が、生涯を通じてやりがいをもって働き続けることができるよう、労務面での勤務改善や、安心してキャリア形成しながら、地域医療・介護に従事できる環境を整備する必要がある。
(医療機関)
- 女性の医師や看護師等の出産や育児等をきっかけとした離職をできる限り防ぎ、また、いったん離職したとしても、円滑に再就職できるよう、勤務環境の改善や再就職に向けた情報提供、相談・支援体制を整備する必要がある。
(医療機関)



〔2025年に向けた施策の方向性〕

- 医療勤務環境改善支援センターにおいて、医療従事者のワークライフバランス等に配慮した勤務環境改善に取り組む医療機関を総合的に支援
- 女性の医師や看護師等が出産や育児をしながら働けるよう、院内保育所を運営する病院への支援、県医師会や県看護協会等の関係機関と連携した相談・支援体制の充実

25

4 地域医療構想の推進にあたって

〔現状・課題①〕 フォローアップ会議の開催、地域の特性を踏まえた検討

- 地域医療構想の実現に向けた施策については、地域の実情もしっかりと踏まえたうえで、不足する病床機能の充足や、医療機関間の連携策、医療と介護の連携策、疾病・介護予防の取組等について地域の関係者がフォローアップを行い、随時、見直していくことが必要となる。
(第2回部会、新川、砺波、医療機関)
- 本県は、全国に比べて、共働き率や高齢者単身世帯の割合が高いことなど、地域の特性を踏まえて、自宅以外での在宅医療等の提供を含め検討を進める必要がある。
(第1回部会、新川)



〔2025年に向けた施策の方向性〕

- 各医療圏の地域医療構想調整会議を定期的に行い、患者の受療動向の状況や地域特性に関するデータ、病床機能報告データ等をもとに、地域の医療提供体制の確保に向けたフォローアップ体制の整備
- 地域医療構想調整会議の検討状況や地域の医療提供体制の整備状況等を把握し、「地域医療介護総合確保基金」を活用した必要な施策の展開

26

(6) 今後のスケジュールについて

今後のスケジュールについて (案)

時 期	会 議 等	主 な 議 題 等
H27年10月	医療審議会「第1回地域医療構想部会」	地域医療構想の概要
H27年 10月～12月	県独自の実態調査の実施	各医療機関提供のレセプトデータ等を活用し分析
H27年 11月～12月	4医療圏「第1回地域医療構想調整会議」	地域医療構想の概要
H28年2月	医療審議会「第2回地域医療構想部会」	実態調査分析の結果
H28年3月	4医療圏「第2回地域医療構想調整会議」	実態調査分析の結果
H28年5～7月	24公的病院から個別に意向聴取	
H28年8～9月	医療審議会「第3回地域医療構想部会」 4医療圏「第3回地域医療構想調整会議」	構想区域（医療圏）及び流出入の状況 主な疾病別の状況 課題及び施策の方向性 等
	一般病床を有する大規模な民間病院から個別に意向聴取	
H28年秋頃	介護療養病床及び医療療養病床（看護単位25：1）を有する医療機関から個別に意向聴取	
H28年12月～ H29年1月	医療審議会「第4回地域医療構想部会」 4医療圏「第4回地域医療構想調整会議」	地域医療構想（素案）
H29年2月	パブリックコメントの実施	
H29年2～3月	4医療圏「第5回地域医療構想調整会議」 （各地域医療推進対策協議会合同開催） 医療審議会 地域医療構想の策定	地域医療構想（案）

平成28年6月1日 第1回社会保障審議会療養病床の在り方等に関する特別部会資料

「療養病床の在り方等に関する特別部会」の設置について

1 設置の趣旨

「介護療養型医療施設」及び「医療療養病床のうち、医療法上の看護師及び准看護師の人員配置が4対1未満の病床」については、平成29年度末にその設置期限を迎えることになっており、これらの病床の医療・介護ニーズを合わせ持つ方々を、今後、どのように受け止めていくかが課題となっている。

こうした課題の解決のためには、医療・介護分野を横断して、総合的な検討を行う必要があることから、社会保障審議会に、慢性期の医療・介護ニーズに対応するための療養病床の在り方等について、ご審議いただく専門の部会を設置する。

2 当面のスケジュール

本特別部会の設置以降、月1回程度のペースで開催を予定し、検討を進め、年内のとりまとめを目指す。なお、検討状況・結果については関係部会に報告することとし、それぞれの制度改革との整合性を図るものとする。

社会保障審議会 療養病床の在り方等に関する特別部会 委員名簿

平成28年6月1日

氏名	所属
高部 泰次	日本経済団体連合会常務理事
荒井 正吾	全国知事会／奈良県知事
市原 俊男	高齢者住まい、事業者団体連合会代表幹事
井上 由起子	日本社会事業大学専門職大学院教授
井上 由美子	高齢社会をよくする女性の会理事
岩田 利雄	全国町村会／東庄町長
岩井 正彦	東京大学大学院法学政治学研究所教授
遠藤 久夫	学習院大学経済学部教授
遠藤 泰樹	日本歯科医師会常務理事
岡崎 誠也	全国市長会／高知市長
加納 繁照	日本医療法人協会会長
亀井 利克	三重県国民健康保険団体連合会理事長／名張市長
川上 純一	日本薬剤師会常務理事
小林 剛	全国健康保険協会理事長
齋藤 訓子	日本看護協会常任理事
柴口 皇則	日本介護支援専門員協会副会長
白川 修二	健康保険組合連合会副会長・専務理事
鈴木 邦彦	日本医師会常任理事
鈴木 森夫	認知症の人と家族の会理事
瀬戸 雅嗣	全国老人福祉施設協議会副会長
武久 洋三	日本慢性期医療協会会長
田中 滋	慶應義塾大学名誉教授
土居 文朗	慶應義塾大学経済学部教授
永井 良三	自治医科大学学長
西澤 寛俊	全日本病院協会会長
東 憲太郎	全国老人保健施設協会会長
平川 則男	日本労働組合総連合会総合政策局長
松本 隆利	日本病院会理事・社会医療法人財団新和会理事長
寛元 伊津子	日本精神科病院協会理事
横尾 敏彦	全国後期高齢者医療広域連合協議会会長／多州市長
吉岡 充	全国抑制廃止研究会理事長

「療養病床の在り方等に関する検討会」新たな選択肢の整理案（概要）

慢性期の医療・介護ニーズに対応する今後のサービスの提供体制を整備するため、**介護療養病床を含む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ことを目的として、療養病床の在り方等に関する検討会を開催。**



第1回～第4回：療養病床の在り方等を検討する際の論点について（※第2回に有識者・自治体関係者からのヒアリングを実施）
 第5回：新たな類型に関する論点について 第6回～第7回：新たな選択肢について
 平成28年1月28日「療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて～サービス提供体制の新たな選択肢の整理案について～」を公表

※ 療養病床の在り方等に関する検討会は、療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて、サービス提供体制の新たな選択肢の整理を行うものであり、**具体的な制度設計（財源、人員配置、施設基準等）は、社会保障審議会の部会において議論。**

新たな類型の整理案について

※ 医療療養病床のうち、看護人員配置が診療報酬上の基準で25名1のものを

介護療養病床、医療療養病床（25対1）の主な利用者のイメージ

- 要介護度や年齢が高い者が多い
⇒ 80歳以上の高齢者、要介護度が4以上の者が大宗を占める
- 平均在院日数が長く、死亡退院が多い
⇒ 医療療養病床が約半年、介護療養病床が約1年半の平均在院日数
⇒ 介護療養病床は約4割、医療療養病床(25対1)は約3割が死亡退院
- 一定程度の医療が必要
⇒ 医療療養病床(20対1)よりも比較的医療の必要性が低いが、病態は様々で容体急変のリスクのある者も存在

新たな選択肢を考えるに当たっての基本的条件

- 利用者の生活様式に配慮し、長期に療養生活を送るのにふさわしい、プライバシーの尊重、家族や地域住民との交流が可能となる環境整備（『住まい』の機能を満たす）
- 経管栄養や喀痰吸引等を中心とした日常的・継続的な医学管理や、充実した看取りやターミナルケアを実施する体制

医療・介護ニーズがあり、長期療養の必要がある者に対応する新たな類型

- ① 医療機能を内包した施設類型（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つのパターンが想定される）
- ② 医療を外から提供する、「住まい」と医療機関の併設類型（医療機能の集約化等により、医療療養病床(20対1)や診療所に転換、残リスペースを居住スペースに。）

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

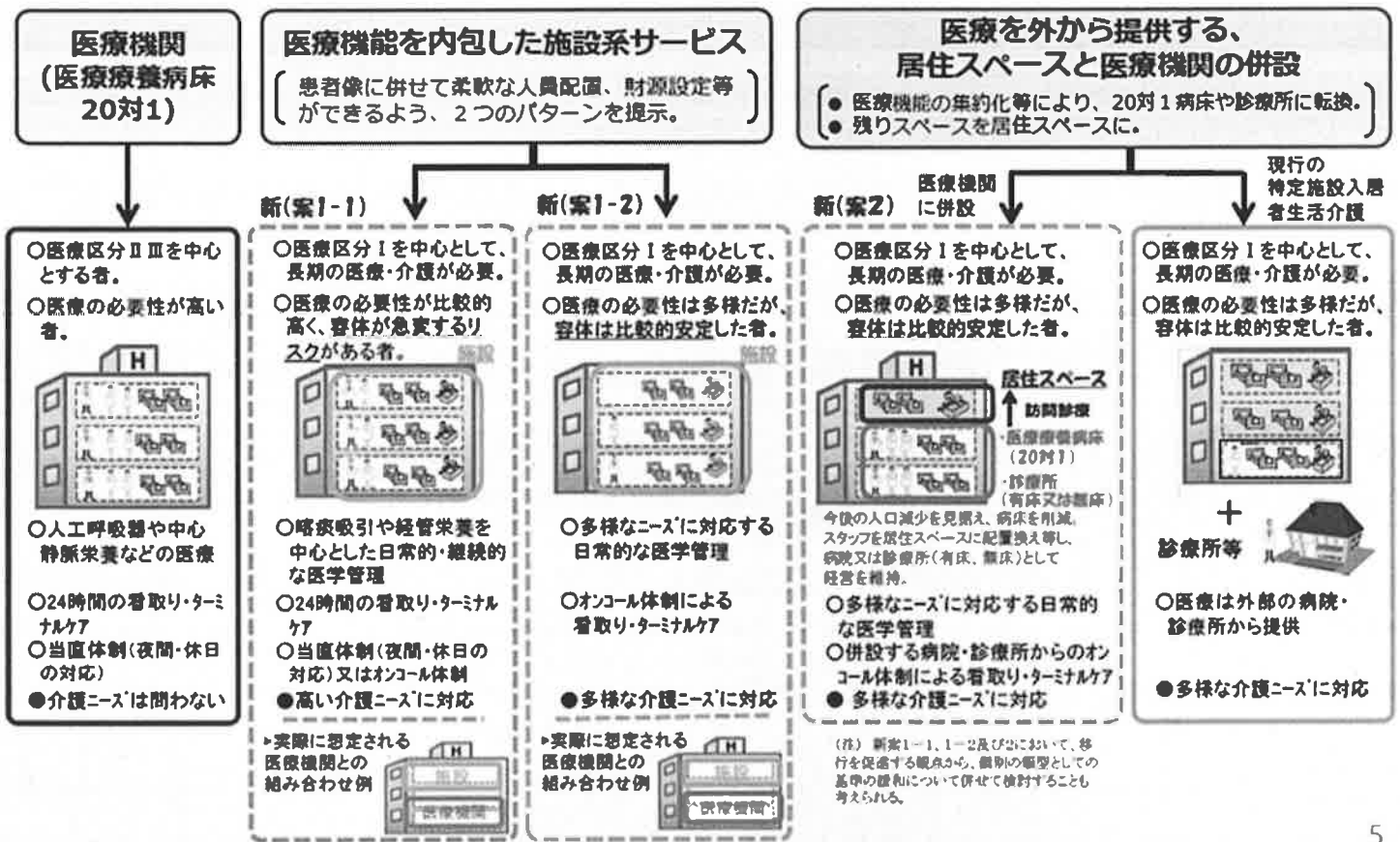
	現行の 医療療養病床(20対1)	案1 医療内包型		案2 医療外付型	現行の 特定施設入居者 生活介護
		案1-1	案1-2	案2	
サービス の特徴	長期療養を目的としたサービス(特に、「医療」の必要性が高い者を念頭)	長期療養を目的としたサービス(特に、「介護」の必要性が高い者を念頭)	長期療養を目的としたサービス	居住スペースに病院・診療所が併設した場で提供されるサービス	特定施設入居者生活介護
	病院・診療所	長期療養に対応した施設(医療提供施設)		病院・診療所と居住スペース	有料老人ホーム 軽費老人ホーム 養護老人ホーム
利用者像	医療区分ⅡⅢを中心	・医療区分Ⅰを中心 ・長期の医療・介護が必要			
	医療の必要性が高い者	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		医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者	
医療 機能	・人工呼吸器や中心静脈栄養などの医療	・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		多様なニーズに対応する日常的な医学管理	医療は外部の病院・診療所から提供
	・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)	・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)又はオンコールド体制	オンコールド体制による看取り・ターミナルケア	併設する病院・診療所からのオンコールド体制による看取り・ターミナルケア	
介護 機能	介護ニーズは問わない	高い介護ニーズに対応		多様な介護ニーズに対応	

※医療療養病床(20対1)と特定施設入居者生活介護については現行制度であり、「新たな類型」の機能がわかりやすいよう併記している。

※案2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、個別の類型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。

「療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて～サービス提供体制の新たな選択肢の整理案について～」(平成28年1月28日 療養病床の在り方等に関する検討会)より抜粋

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。

「療養病床の在り方等に関する検討会」で提示された検討課題の例

療養病床の在り方等に関する検討会では、『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』を選択肢として整理。その具体的な制度設計等については、社会保障審議会で議論することとされたが、例えば、次のような意見や検討課題が提示された。

1. 人員配置基準について

- 併設の病院や診療所との間での柔軟な人員配置要件の必要性
- 過疎地域におけるマンパワー確保の方策（近隣の医療機関との連携等の地域での体制整備） 等

2. 施設基準について

- 面積基準の在り方、個室か多床室かなど
- 長期療養の場であること等に配慮したプライバシー確保の必要性 等

3. 財源の在り方について

- 新たな類型の財源構成の在り方（医療保険財源か、介護保険財源か）
- 居住に関する費用の費用負担の在り方 等

4. 低所得者への配慮について

- 低所得者対策の必要性

5. 制度検討に際してのその他の留意事項

- 新たな類型におけるリハビリや栄養指導等の必要性
- 介護保険事業計画等と療養病床の転換との関係の整理
- 新たな類型を転換に限るか
- 介護療養型老人保健施設の転換の可否の検討
- 経過措置の在り方も含めた介護療養型医療施設等の転換期限の扱い 等

