



1776

(地 I 126)

平成 25 年 9 月 24 日

都道府県医師会

担 当 理 事 殿

日本医師会副会長

中 川

今 村



病床機能報告制度及び地域医療ビジョンについて

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて現在、社会保障審議会医療部会におきましては、当職が委員として参画し、次期医療法等改正、特に病床機能報告制度（報告制度）及び地域医療ビジョンを重要課題として審議を行っているところであります。

本会では、医療提供体制のあり方は、全国画一的な方向性を目指すのではなく、地域の実情にあわせて構築していくべきであるとの考え方から、先般、四病院団体協議会とともに合同提言「医療提供体制のあり方」をとりまとめ、同医療部会に提出し、医療提供者の立場からの主張を行ったところであります。

合同提言の結果、報告制度における医療機能の名称や内容につきましては当初案から大幅な見直しが行なわれましたが、今後、平成25年度後半～26年度に報告制度の運用が開始され、続いて26年度中には国において地域医療ビジョンのガイドラインが策定され、翌27年度以降、各都道府県において地域医療ビジョンが策定、医療計画への追記が行なわれる予定となっております。

つきましては、今後も本会として貴会への情報提供に努めて参る所存ですが、貴会におかれましても、病床機能報告制度や地域医療ビジョンの検討につき、現時点から都道府県行政との協議等を十分に行っていただきますようお願い申し上げます。

〔平成25年9月13日（金）〕
10時00分～12時00分
三田共用会議所3階大会議室

第32回

社会保障審議会医療部会

議事次第

- 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（報告）
- 病床機能報告制度及び地域医療ビジョンについて
- 在宅医療・介護連携の推進について
- その他

（配布資料）

資料1 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

資料2 病床機能報告制度及び地域医療ビジョンについて

資料2別紙 第8回病床機能情報の報告・提供の具体的あり方に関する検討会の主な意見

資料3 在宅医療・介護連携の推進について

参考資料1 医療法等改正法案参考資料

参考資料2-1 「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方について」（これまでの社会保障審議会医療保険部会・医療部会における議論を整理したもの）（平成25年9月6日）

参考資料2-2 社会保障審議会 医療部会 各委員の発言要旨【未定稿】

参考資料2-3 社会保障審議会 医療保険部会 各委員の発言要旨【未定稿】

(平成25年9月13日時点)

社会保障審議会医療部会委員名簿

氏名	所属
相澤 孝夫	(社) 日本病院会副会長
安部 好弘	(社) 日本薬剤師会常務理事
荒井 正吾	全国知事会 (奈良県知事)
今村 聡	(社) 日本医師会副会長
遠藤 直幸	全国町村会 (山形県山辺町長)
大西 秀人	全国市長会 (香川県高松市長)
尾形 裕也	東京大学政策ビジョン研究センター特任教授
※ 加藤 達夫	(独) 国立成育医療研究センター名誉総長
菊池 令子	(社) 日本看護協会副会長
高智 英太郎	健康保険組合連合会理事
白鳥 敬子	東京女子医科大学病院病院長
○ ※ 田中 滋	慶應義塾大学経営大学院教授
◎ ※ 永井 良三	自治医科大学学長
※ 中川 俊男	(社) 日本医師会副会長
西澤 寛俊	(社) 全日本病院協会会長
花井 圭子	日本労働組合総連合会総合政策局長
樋口 範雄	東京大学法学部教授
日野 頌三	(社) 日本医療法人協会会長
藤本 晴枝	NPO法人地域医療を育てる会理事長
藤原 清明	(社) 日本経済団体連合会経済政策本部長
邊見 公雄	(社) 全国自治体病院協議会会長
山口 育子	NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長
山崎 學	(社) 日本精神科病院協会会長
和田 明人	(社) 日本歯科医師会副会長

◎ : 部会長 ○ : 部会長代理

※ : 社会保障審議会委員

病床機能報告制度及び地域医療ビジョンについて

1. 病床機能報告制度について . . . 1
2. 地域医療ビジョンについて . . . 9

1. 病床機能報告制度について

病床機能報告制度に係るこれまでの議論

【「医療提供体制に係る意見」（平成23年12月 医療部会）】（抜粋）

2. 病院・病床の機能の明確化・強化

（1）病床区分のあり方

- 患者の疾患に状態に応じ良質かつ適切な医療が効率的に行われるよう、一般病床について機能分化を進め、急性期医療への人的資源の集中化を図るなど、病床の機能分化・強化を図り、もって医療機関が自ら担う機能を選択し、その機能を国民・患者に明らかにしていく必要がある。
- これまでもこうした方向性は様々な機会を示されてきたものの、実現に至っていない状況を踏まえると、その実現に向け、法制化を含め、こうした方向性を明らかにして取り組むことが重要である。
(略)
- また、機能分化の推進に当たっては、病床の機能の見える化が重要であり、その機能に着目した評価を行うことが重要であるが、評価の具体的な方法については十分な議論が必要である。
- 病床区分のあり方を検討するに当たっては、地域の実情を踏まえ地域に必要な医療機能とは何かという観点からも検討する必要がある。

2

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

2. 医療機能及び病床機能を報告する仕組み

（医療機関が担っている医療機能を自主的に選択し、報告する仕組み）

- 各医療機関（診療所を含む。）が、その有する病床において担っている医療機能を自主的に選択し、その医療機能について、都道府県に報告する仕組みを設ける。その際、医療機能情報提供制度を活用することを検討する。

※ 報告は、病棟単位を基本とする。

（報告すべき内容）

- 各医療機関は、急性期、亜急性期、回復期その他主として担っている医療機能の内容を報告する。
- 報告する医療機能毎に、提供している医療の機能や特性、人的な体制、構造設備などの病床機能についても併せて報告する。報告を求める各医療機能の考え方や具体的な内容については、医療提供者や利用者の意見も踏まえながら、医療部会の下に設ける検討の場において、別途検討を進める。

（報告とその内容の閲覧、都道府県による公表について）

- 各医療機関は、定期的に、都道府県に報告するとともに、報告した事項について、当該医療機関において閲覧に供するなど患者や住民にわかりやすく提供する。
- 都道府県は、各医療機関からの報告の内容について、患者、住民にわかりやすい形で公表する。

【「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。

3

【「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、地域に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間が平成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。

4

病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会

【趣旨】

- 24年6月に「急性期医療に関する作業グループ」でとりまとめられ、社会保障審議会医療部会です承された「一般病床の機能分化の推進についての整理」では、一般病床の機能分化の推進に向け、医療機関が担っている医療機能を都道府県に報告する仕組みを導入することとされた。この報告制度に関し、「報告を求める各医療機能の考え方や具体的な内容については、医療提供者や利用者の意見も踏まえながら、医療部会の下に設ける検討の場において、別途検討を進める」とされたところ。
- これを踏まえ、報告を求める医療機能の考え方や具体的な報告事項等について検討を行うため、本検討会を開催する。

【本検討会において議論すべき論点】

1. 医療機能の具体的な内容について

- ・急性期、亜急性期及び回復期それぞれの医療機能において、対象とする主たる患者像や求められる医療の内容は何か。
- ・各医療機関がどの医療機能を選択して報告すればよいかの判断基準をどのようにすべきか。
- ・その他報告すべき医療機能として位置づけるべきものがあるか。（例）地域一般、障害者・特殊疾患等

2. 医療機能毎の報告事項について

- ・1.の内容を踏まえ、各都道府県が提供している医療の機能や特性、人的な体制、構造設備などの現状を把握するとともに、患者や住民に提供していく観点から、医療機関に求めるべき報告事項は何か。

3. 病床機能情報の提供について

- ・患者や住民にわかりやすく提供するという観点から、
 - ①医療機関による提供方法やその内容はどのような形が適切か。
 - ②都道府県による公表方法やその内容はどのような形が適切か。

【構成員】

相澤 孝夫	一般社団法人日本病院会副会長	花井 圭子	日本労働組合総連合会総合政策局長
安部 好弘	公益社団法人日本薬剤師会常務理事	加納 繁照	社団法人日本医療法人協会会長代行
◎遠藤 久夫	学習院大学経済学部長	松田 晋哉	産業医科大学教授
尾形 裕也	東京大学政策ビジョン研究センター特任教授	三上 裕司	社団法人日本医師会常任理事
高智 英太郎	健康保険組合連合会理事	山口 育子	NPO法人ささえあい医療人権センター-COML理事長
齋藤 訓子	公益社団法人日本看護協会常任理事	山崎 理	新潟県福祉保健部副部長
西澤 寛俊	社団法人全日本病院協会会長		

◎は座長（五十音順）

5

「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」の開催状況

- 第1回(H24. 11. 16) ・ 報告を求める医療機能の考え方や具体的な報告事項等について
- 第2回(H24. 12. 13) ・ 医療機能の具体的な内容について
- 第3回(H25. 1. 11) ・ 医療機能毎の報告事項及び病床機能情報の提供について
- 第4回(H25. 3. 7) ・ 構成員からのプレゼン(相澤構成員、西澤構成員)
- 第5回(H25. 4. 25) ・ 構成員からのプレゼン(相澤構成員)
 ・ 関係団体からのプレゼン
 (日本慢性期医療協会、全国有床診療所連絡協議会)
 ・ 社会保障制度改革国民会議における議論の状況
- 第6回(H25. 5. 30) ・ 病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方(案)について
- 第7回(H25. 7. 11) ・ 病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方(案)について
- 第8回(H25. 9. 4) ・ 社会保障制度改革国民会議報告書及び「法制上の措置」の骨子について(報告)
 ・ 病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方(案)について

病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方(案)

1. 医療機関が報告する医療機能

◎ 各医療機関(有床診療所を含む。)は病棟単位で(※)、以下の医療機能について、「現状」と「今後の方向」を、都道府県に報告する。

※ 医療資源の効果的かつ効率的な活用を図る観点から医療機関内でも機能分化を推進するため、「報告は病棟単位を基本とする」とされている(「一般病床の機能分化の推進についての整理」(平成24年6月急性期医療に関する作業グループ)。

◎ 医療機能の名称及び内容は以下のとおりとする。

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
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

(注) 一般病床及び療養病床について、上記の医療機能及び提供する医療の具体的な内容に関する項目を報告することとする。

◎ 病棟が担う機能を上記の中からいずれか1つ選択して、報告することとするが、実際の病棟には、様々な病期の患者が入院していることから、提供している医療の内容が明らかとなるように具体的な報告事項を検討する。

◎ 医療機能を選択する際の判断基準は、病棟単位の医療の情報が不足している現段階では具体的な数値等を示すことは困難であるため、報告制度導入当初は、医療機関が、上記の各医療機能の定性的な基準を参考に医療機能を選択し、都道府県に報告することとする。

2. 医療機能と併せて報告を求める事項

- ◎ 医療機関にとって極力追加的な負担が生じないように留意しつつ、都道府県での地域医療ビジョンを策定する上で必要な情報と、提供する医療の具体的内容を患者・住民・他の医療機関に明らかにする情報を報告事項として求める。

→ 具体的な報告事項については、1. の趣旨を踏まえ、検討。

3. 病床機能情報の提供

- ◎ 都道府県は患者や住民に対し、医療機関から報告された情報をわかりやすい形で公表する。

→ これまでの検討会でのご議論を踏まえ、引き続き、検討。

2. 地域医療ビジョンについて

地域医療ビジョンに係るこれまでの議論

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

- 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。

【「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）

- 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く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。
- 都道府県が策定する地域医療ビジョンや医療計画は、市町村が策定する地域包括ケア計画を踏まえた内容にするなど、医療提供体制の改革と介護サービスの提供体制の改革が一体的・整合的に進むようにすべきである。

10

- 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、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。
- 都道府県ごとの「地域医療ビジョン」等の策定、これらを踏まえた医療機能の分化、医療・介護提供者間のネットワーク化等の医療・介護の一体改革、さらには国民健康保険の保険者の都道府県への移行は、いずれも国民皆保険制度発足以来の大事業になる。市町村ごとに中学校校区単位の地域包括ケアシステムを構築することも介護保険創設時に匹敵する難作業となろう。地域ぐるみの官民協力が不可欠な中、国も相応の責任を果たしていかなばならない。
- 今般の社会保障制度改革を実現するエンジンとして、政府の下に、主として医療・介護サービスの提供体制改革を推進するための体制を設け、厚生労働省、都道府県、市町村における改革の実行と連動させていかなばならない。
- その際、まず取り組むべきは、各2次医療圏における将来の性別、年齢階級別の人口構成や有病率等のデータを基に各地域における医療ニーズを予測し、各地域の医療提供体制がそれに合致しているかを検証した上で、地域事情に応じた先行きの医療・介護サービス提供体制のモデル像を描いていくことであり、こうしたデータ解析のために国が率先して官民の人材を結集して、先駆的研究も活用し、都道府県・市町村との知見の共有を図っていくことであろう。また、このデータ解析により、実情に合っていないと評されることもある現今の2次医療圏の見直しそのものも可能となる。

【「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間が平成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。

12

地域医療ビジョンについて

○ 地域医療ビジョンについては、地域の医療需要の将来推計や病床機能報告制度等により医療機関から報告された情報等を活用し、二次医療圏等ごとに、各医療機能の必要量等を含む地域の医療提供体制の将来の目指すべき姿を示すものとし、これを都道府県が医療計画の一部として策定する。

[地域医療ビジョンの内容について]

○ 地域医療ビジョンで定める具体的内容としては、主に以下のものが考えられるのではないかと。

(地域医療ビジョンの内容)

1. 2025年の医療需要

入院・外来別・疾患別患者数 等

2. 2025年に目指すべき医療提供体制

・二次医療圏等（在宅医療・地域包括ケアについては市町村）ごとの医療機能別の必要量

3. 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

※ なお、地域医療ビジョンの内容については、病床機能報告制度により報告された情報を分析して、各医療機能の客観的な定義が検討されるようになることと併せて、将来的に見直すとともに、各項目がより精緻に定められていくようになると考えられる。

13

[地域医療ビジョンの詳細な内容や策定のためのガイドラインの検討について]

○ 地域医療ビジョンのより詳細な内容や策定のためのガイドラインについては、都道府県や医療関係者等も参画する検討会を設置し、具体的な検討を行うこととしてはどうか。

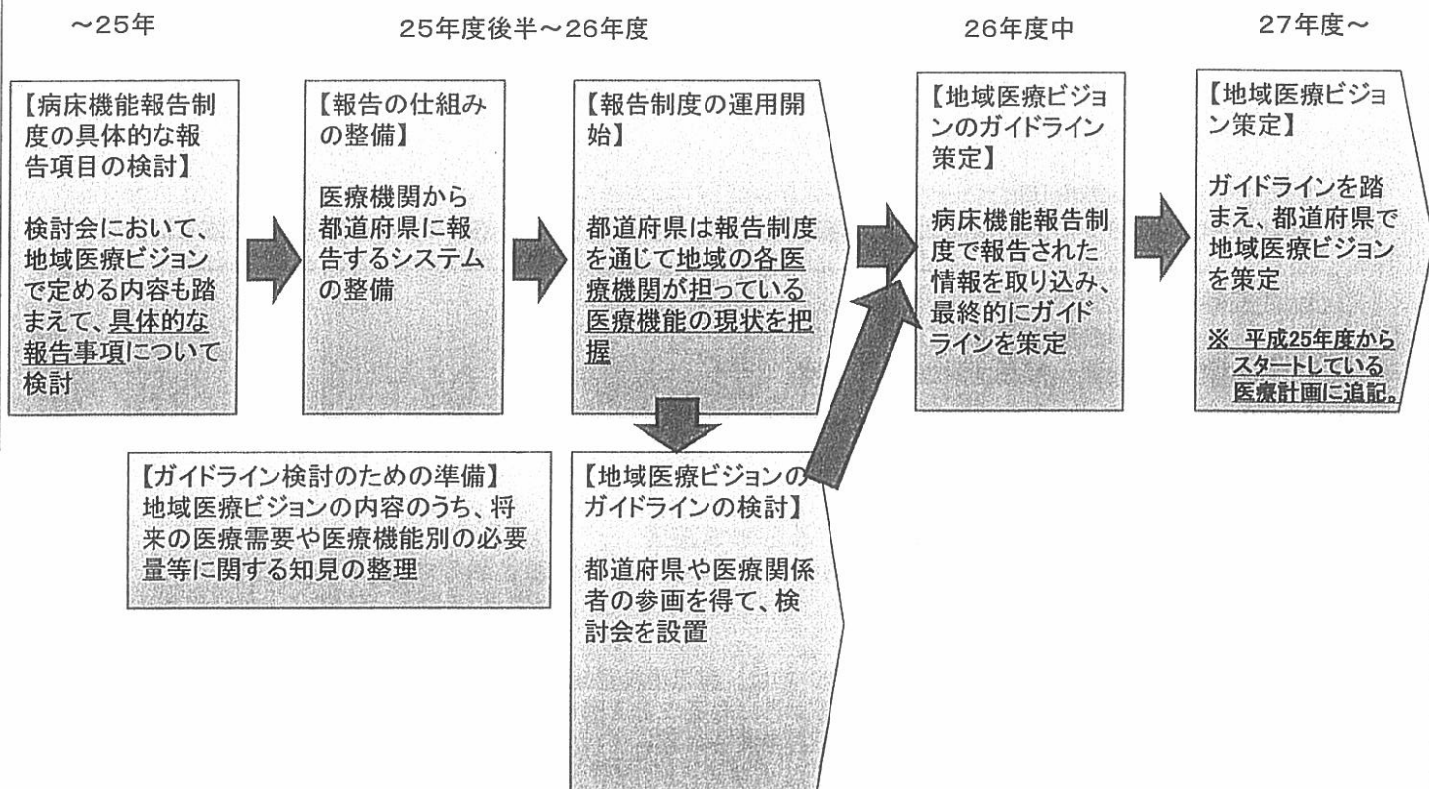
○ ガイドラインにおいては、二次医療圏等ごとの医療需要の将来推計、医療機能別の必要量を算出するための標準的な計算式（※）等を示すとともに、都道府県の業務負担を考慮し、都道府県・二次医療圏等レベルでのビジョン策定に必要なデータに加えて、グラフ化等の可視化を行い、示すべきではないか。

※ 計算式については、都道府県が地域事情等を勘案して、補正を行うことができるようにする等の配慮をして定めるべきではないか。

[地域医療ビジョンの策定スケジュール]

○ 地域医療ビジョンについては、社会保障制度改革国民会議報告書や急性期医療に関する作業グループの取りまとめを踏まえ、次頁のスケジュールとしてはどうか。

地域医療ビジョン策定スケジュール(案)



医療法等改正法案 参考資料

医療法等改正法案の全体像

医療サービス提供体制の現状と課題

○ 今後、高齢化の進展により、医療・介護サービスの需要は大きく増大することが見込まれる。これに対応するためには、医療サービスをより効果的・効率的に提供していく必要がある。

こうした中、医療サービスの機能の面では、以下の課題が存在。

- ・病院・病床の機能・役割分担が不明確
- ・急性期治療を経過した患者を受け入れる入院機能が不足
- ・多くの国民が自宅などでの療養を希望していることを踏まえた、在宅医療の確保・充実が必要

また、人材確保の面では、以下の課題が存在。

- ・医師が地域間・診療科間で偏在
- ・医療技術・機器の高度化、インフォームドコンセントの実践、医療安全の確保等に伴って、医療スタッフの業務増大
- ・長時間労働や当直、夜勤・交代制勤務など、厳しい勤務環境

○ 医療事故の原因究明・再発防止のため、全ての医療機関に医療事故を調査する仕組みを確立していくことが課題。

○ 次世代のより良質な医療の提供を図っていくため、臨床研究の基盤を整備し、基礎研究の成果を実用化に結びつけていくことが課題。

医療法等改正法案による対応の方向性

病院・病床機能の分化・連携

- 1 病床の機能分化・連携の推進
- 2 在宅医療の推進
- 3 特定機能病院の承認の更新制の導入

人材確保・チーム医療の推進

- 4 医師確保対策(地域医療支援センター(仮称)の設置)
- 5 看護職員確保対策(看護師復職支援のための届出制度)
- 6 医療機関における勤務環境の改善
- 7 チーム医療の推進(特定行為に係る看護師の研修制度等)

医療事故の原因究明・再発防止

- 8 医療事故に係る調査の仕組み等の整備

臨床研究の推進

- 9 臨床研究の推進(臨床研究中核病院(仮称)の位置づけ)

その他

- 10 外国医師等の臨床修練制度の見直し
- 11 歯科技工士国家試験の見直し
- 12 持分なし医療法人への移行の促進

医療法等の一部を改正する法律案(仮称)の概要

急速な少子高齢化の進展、人口・世帯構造や疾病構造の変化、医療技術の高度化、国民の医療に対するニーズの変化などの医療を取り巻く環境の変化に対応するため、「社会保障・税一体改革」(平成24年2月17日閣議決定)に基づく病院・病床機能の分化・強化や、在宅医療の充実、チーム医療の推進等により、患者それぞれの状態にふさわしい良質かつ適切な医療を効果的かつ効率的に提供する体制を構築する。

法案の概要

1 病床の機能分化・連携の推進(医療法関係)

- ① 各医療機関が、その有する病床の医療機能(急性期、亜急性期、回復期等)を都道府県知事に報告する仕組みを創設。
 - ② 都道府県が、医療計画の一部として、地域の医療需要の将来推計や、医療機関から報告された情報等を活用して、二次医療圏等ごとに各医療機能の必要量等を含む地域の医療提供体制の将来の目指すべき姿(地域医療ビジョン)を策定。
- ※ 上記と併せて、国・都道府県・病院・有床診療所の役割や、国民・患者の責務を規定。

2 在宅医療の推進(医療法関係)

- ・ 医療計画において、在宅医療についても5疾病5事業と同様、達成すべき目標や医療連携体制に関する事項の記載を義務づけ。

3 特定機能病院の承認の更新制の導入(医療法関係)

- ・ 高度の医療の提供等を担う特定機能病院について、その質を継続的に確保するため、更新制を導入。

4 医師確保対策(地域医療支援センター(仮称)の設置)(医療法関係)

- ・ 都道府県に対して、キャリア形成支援と一体となって医師不足病院の医師確保の支援を行う地域医療支援センター(仮称)の設置の努力義務規定を創設。

5 看護職員確保対策(看護師等確保促進法関係)

- ・ 看護職員の復職を効果的に支援する観点から、看護師免許等の保持者について、都道府県ナースセンターへの届出制度を創設。

6 医療機関における勤務環境の改善(医療法関係)

- ・ 国における指針の策定など医療機関の勤務環境改善のための自主的なマネジメントシステムを創設するとともに、都道府県ごとに、こうした取組を支援する医療勤務環境改善支援センター(仮称)の設置等を規定。

7 チーム医療の推進

- ① 診療の補助のうち高い専門知識と技能等が必要となる行為を明確化するとともに、医師又は歯科医師の指示の下、プロトコル(手順書)に基づきその行為を実施する看護師に対する研修の仕組みを創設。(保健師助産師看護師法関係)
- ② 診療放射線技師の業務範囲を拡大(診療放射線技師法関係)
- ③ 歯科衛生士の業務実施態勢を見直し(歯科衛生士法関係)

8 医療事故に係る調査の仕組み等の整備(医療法関係)

- ・ 医療事故の原因究明及び再発防止を図るため、医療機関に対する院内調査の実施を義務付け、各医療機関から報告のあった調査結果の分析や再発防止策に係る普及・啓発を行うとともに、遺族又は医療機関の求めに応じて医療事故に係る調査を行う第三者機関の設置等を規定。

9 臨床研究の推進(医療法関係)

- ・ 日本発の革新的医薬品・医療機器の開発などに必要となる質の高い臨床研究を推進するため、国際水準の臨床研究や医師主導治験の中心的役割を担う病院を臨床研究中核病院(仮称)として位置づける。

10 外国医師等の臨床修練制度の見直し(外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律関係)

- ・ 臨床修練制度について、手続・要件の簡素化を行うとともに、研修目的に加えて、教授・臨床研究目的の場合における診療行為を新たに認める。

11 歯科技工士国家試験の見直し(歯科技工士法関係)

- ・ 現在都道府県が行っている試験について、国が実施。

12 持分なし医療法人への移行の促進(医療法等一部改正法関係)

- ・ 持分あり医療法人が持分なし医療法人に移行するための移行計画を策定し、都道府県知事がこれを認定する仕組み等を設ける。

※現段階の検討内容であり、社会保障制度改革国民会議の議論等を踏まえ、引き続き検討を行う。

医療提供体制の改革に関する意見のポイント (平成23年12月22日社会保障審議会医療部会)

I 基本的な考え方

- 現在抱える様々な課題に取り組みつつ、医療を取り巻く環境の変化に対応した、より効率的で質の高い医療提供体制の構築。
- ①医師等の確保・偏在対策、②病院・病床の機能の明確化・強化、③在宅医療・連携の推進、④医療従事者間の役割分担とチーム医療の推進といった視点から、医療提供体制の機能強化に向けた改革に積極的に取り組んでいくべき。

II 個別の論点について

地域の実情に応じた医師等確保対策

【医師の養成、配置のあり方】

- 総合的な診療を行う医師や専門医の養成のあり方について、国において検討を行う必要。

【医師確保対策のあり方】

- キャリア形成支援等を通じて都道府県が地域の医師確保に取り組むため、法制化等により都道府県の役割を明確化。
- 都道府県は、医療圏・診療科ごとの医師の需給状況を把握し必要性の高いところに医師を供給するなど、きめ細かな対応が必要。

病院・病床の機能の明確化・強化

【病床区分のあり方】

- 一般病床について機能分化を進め、急性期医療への人的資源の集中化を図るなど、病床の機能分化・強化が必要であり、法制化を含め、こうした方向性を明らかにして取り組むことが重要。

- 一般病床の機能分化を進め、急性期医療への人的資源の集中化を図るための具体的方策について、検討の場を設け、早急に検討(※)。

【臨床研究中核病院(仮称)の創設】

- 医薬品、医療機器等の研究開発を推進し、医療の質の向上につなげていくための拠点として臨床研究中核病院を法制上位置づけることなどについて検討。

【特定機能病院のあり方】

- 高度な医療の提供を担う特定機能病院としての質を継続的に確保していくため、更新制度を導入する等、評価のあり方を検討。

在宅医療・連携の推進

【在宅医療の推進、医療・介護間の連携】

- 在宅医療の推進には、複数の医療機関等の連携システムの構築など、地域としての供給体制整備が不可欠。そのためには、地域における多職種での連携、協働を進めることが重要。

- 在宅医療の拠点となる医療機関について、法制上、その趣旨及び役割を明確化すべき。

- 在宅医療を担う医療機関等の具体的な整備目標や役割分担等を医療計画に盛り込むことを法制上明確にすべき。

医療従事者間の役割分担とチーム医療の推進

【チーム医療の推進】

- 限られたマンパワーで効率的かつ安全で質の高い医療を提供するために、チーム医療を推進していくべき。各医療関係職種が担う役割の重要性を認識し、適切な評価をするべき。

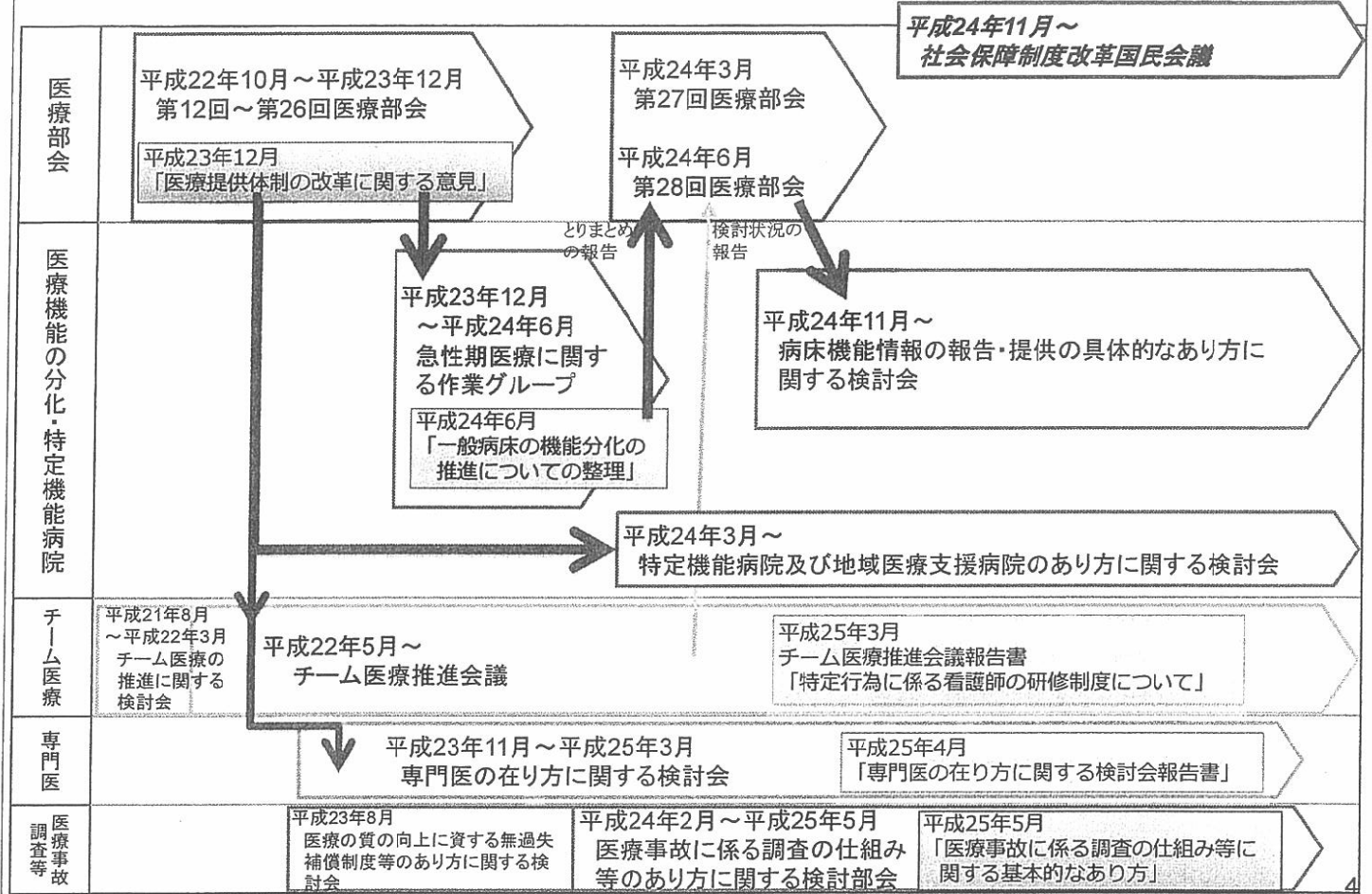
【看護師、診療放射線技師等の業務範囲】

- 安全性の確保とサービスの質の向上のため、現在看護師が実施している高度かつ専門的な知識・判断が必要とされる行為について、教育・研修を付加する必要。看護師が安全かつ迅速にサービスを提供するため、その能力を十分に発揮するためにも、公的に認証することを含め一定以上の能力を認証する仕組みは重要であり、この認証の仕組みの在り方については、医療現場の実態を踏まえたものとする必要。

- 診療放射線技師については、安全性を担保した上で、検査関連行為と核医学検査をその業務範囲に追加することが必要。

※「一般病床の機能分化」については、「急性期医療に関する作業グループ」で具体的な枠組みがとりまとめられ、平成24年6月の社会保障審議会医療部会です承。

医療提供体制の改革に関する議論の経緯



社会保障・税一体改革大綱(抄)

平成24年2月17日 閣議決定

第1部 社会保障改革

第3章 具体的改革内容(改革項目と工程)

2. 医療・介護等①

(地域の実情に応じた医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化)

- 高齢化が一段と進む2025年に、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を実現する。
- 予防接種・検診等の疾病予防や介護予防を進め、また、病気になった場合にしっかり「治す医療」と、その人らしく尊厳をもって生きられるよう「支える医療・介護」の双方を実現する。

(1) 医療サービス提供体制の制度改革

- 急性期をはじめとする医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の充実等を内容とする医療サービス提供体制の制度改革に取り組む。

<今後の見直しの方向性>

i 病院・病床機能の分化・強化

- ・ 急性期病床の位置付けを明確化し、医療資源の集中投入による機能強化を図るなど、病院・病床の機能分化・強化を推進する。
- ・ 病診連携、医療・介護連携等により必要なサービスを確保しつつ、一般病棟における長期入院の適正化を推進する。

ii 在宅医療の推進

- ・ 在宅医療の拠点となる医療機関の趣旨及び役割を明確化するとともに、在宅医療について、達成すべき目標、医療連携体制等を医療計画に記載すべきことを明確化するなどにより、在宅医療を充実させる。

iii 医師確保対策

- ・ 医師の地域間、診療科間の偏在の是正に向け、都道府県が担う役割を強化し、医師のキャリア形成支援を通じた医師確保の取組を推進する。

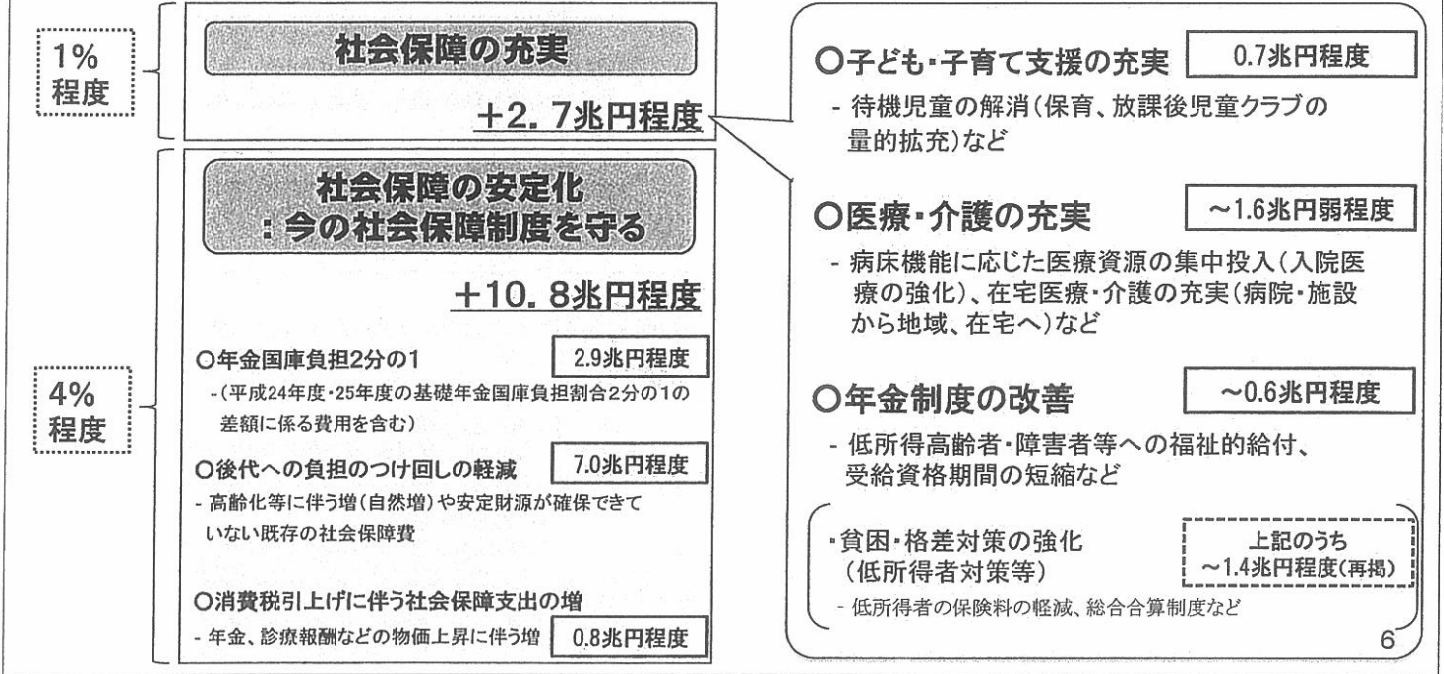
iv チーム医療の推進

- ・ 多職種協働による質の高い医療を提供するため、高度な知識・判断が必要な一定の行為を行う看護師の能力を認証する仕組みの導入などをはじめとして、チーム医療を推進する。

★ あるべき医療提供体制の実現に向けて、診療報酬及び介護報酬改定、都道府県が策定する新たな医療計画に基づく地域の医療提供体制の確保、補助金等の予算措置等を行うとともに、医療法等関連法を順次改正する。そのため、平成24年通常国会以降速やかな法案提出に向けて、関係者の意見を聴きながら検討する。

消費税5%引上げによる社会保障制度の安定財源確保

- 消費税率(国・地方)を、2014年4月より8%へ、2015年10月より10%へ段階的に引上げ
 - 消費税収の使い途は、国分については現在高齢者3経費(基礎年金、老人医療、介護)となっているが、今後は、社会保障4経費(年金、医療、介護、子育て)に拡大
 - 消費税の使途の明確化(消費税収の社会保障財源化)
 - 消費税収は、全て国民に還元し、官の肥大化には使わない
- (注) 現行分の地方消費税を除く。また、現行の基本的枠組みを変更しないことを前提とする。



充実と重点化・効率化の同時実施

主な改革検討項目	2015年度の所要額(公費)合計 = 2.7兆円程度 (~3.8兆円程度 - ~1.2兆円程度)	
A 充実	~3.8兆円程度	B 重点化・効率化
【子ども・子育て】 ○子ども・子育て支援の充実 ・(例)0~2歳児保育の量的拡充・体制強化等(待機児童の解消) 0.7兆円程度 【医療・介護】 ○医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化 ~診療報酬・介護報酬の体系的見直しと基盤整備のための一括的な法整備~ ・病院・病床機能の分化・強化と連携・在宅医療の充実等(8,800億円程度) ・在宅介護の充実等の地域包括ケアシステムの構築(2,800億円程度) ・上記の重点化に伴うマンパワー増強(2,500億円程度) ~1.4兆円程度 ○保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、逆進性対策 a 被用者保険の適用拡大と国保の財政基盤の安定化・強化・広域化 ・短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大 ・市町村国保の財政運営の都道府県単位化・財政基盤の強化(低所得者保険料軽減の拡充等~2,200億円程度) b 介護保険の費用負担の能力に応じた負担の要素強化と低所得者への配慮、保険給付の重点化 ・1号保険料の低所得者保険料軽減強化(~1,300億円程度) c その他(総合合算制度~0.4兆円程度) ~1兆円程度 【年金】 <新しい年金制度の創設(※)> ○所得比例年金(社会保険方式) ○最低保障年金(税財源) <現行制度の改善> ○最低保障機能の強化 ・低所得高齢者・障害者等への福祉的給付(5,600億円程度) ・受給資格期間の短縮(300億円程度) ○遺族年金の父子家庭への拡大(100億円程度) ○短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大 ●産休期間中の保険料負担免除 ●被用者年金の一元化 ●第3号被保険者制度の見直しの検討 ●在職高齢年金の見直しの検討 (●は公費への影響なし) 0.6兆円程度	・平均入院日数の減少等(△4,430億円程度) ・外来受診の適正化(△1,300億円程度) ・介護予防・重点化予防・介護施設の重点化(在宅への移行) (△1,800億円程度) ▲~0.7兆円程度 公費への影響は完全実施の場合は△1,600億円 改正法では、公費への影響は縮小(△200億円程度) ・介護納付金の総報酬割導入(完全実施すれば△1,500億円) ・軽度者に対する機能訓練等重点化予防に効果のある給付への重点化 ▲~0.5兆円程度 ・制度の持続可能性の観点から高齢者医療費の改善に必要な財源と方策を検討するとともに、まずは年間での負担上限等の導入を目指す ・高齢者医療制度改革(※)	
		○物価スライド特例分の解消 ・平成25年度から平成27年度の3年間で解消し、平成25年度は10月から実施 ○高所得者の年金給付の見直しの検討 ○マクロ経済スライドの検討 ・単に毎年△0.9%のマクロ経済スライドをすると、毎年最大0.1兆円程度の公費縮小 ●標準報酬上限の引上げの検討 ◆支給開始年齢引上げの検討(中長期的な課題) ・基礎年金の支給開始年齢を引き上げる場合、1歳引き上げる毎に、引上げ率において0.9%程度公費縮小

(※)3党の「確認書」では、今後の公的年金制度、今後の高齢者医療制度にかかる改革については、あらかじめその内容等について三党間で合意に向けて協議するとされている。

現在の性・年齢階級別の医療サービス利用状況をそのまま将来に投影した場合における入院者数等の見込み

- 現状を将来に投影した場合、1日当たり入院者数は、133万人→162万人(2025年)に増加。このニーズに対応する必要病床数は、一般病床で107万床→129万床に、病床総数で166万床→202万床に急増。
- しかし、我が国は、諸外国に比べ人口当たり病床数は多いが医師数は少ない中で、このように病床を増やしていくことは非現実的。
- したがって、医療資源を効果的かつ効率的に活用していくため、病床の機能分化を進め、機能に応じた資源投入を図ることにより、入院医療全体の機能強化と在宅医療等の充実を図ることが必要。

1. 1日当たり入院者数の見込み

	平成23(2011)年度	平成27(2015)年度	平成37(2025)年度
高度急性期	80万人/日	86万人/日	97万人/日
一般急性期			
亜急性期・回復期等			
長期療養(慢性期)	21万人/日	24万人/日	31万人/日
精神病床	31万人/日	32万人/日	34万人/日
入院計	133万人/日	143万人/日	162万人/日

2. 必要病床数の見込み

高度急性期	【一般病床】 107万床		【一般病床】 114万床		【一般病床】 129万床	
	75%程度 19~20日程度	75%程度 19~20日程度	75%程度 19~20日程度	75%程度 19~20日程度	75%程度 19~20日程度	75%程度 19~20日程度
一般急性期						
亜急性期・回復期等						
長期療養(慢性期)	23万床 91%程度 150日程度	27万床 91%程度 150日程度	27万床 91%程度 150日程度	34万床 91%程度 150日程度	34万床 91%程度 150日程度	34万床 91%程度 150日程度
精神病床	35万床 90%程度 300日程度	36万床 90%程度 300日程度	36万床 90%程度 300日程度	37万床 90%程度 300日程度	37万床 90%程度 300日程度	37万床 90%程度 300日程度
入院計	166万床 80%程度 30~31日程度	178万床 80%程度 30~31日程度	178万床 80%程度 30~31日程度	202万床 80%程度 30~31日程度	202万床 80%程度 30~31日程度	202万床 80%程度 30~31日程度
(参考)総人口	1億2729万人		1億2623万人		1億2157万人	

※社会保障・税一体改革における「医療・介護に係る長期推計」におけるデータによる。必要病床数の見込みにおいて、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数。 8

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(抄)

平成25年8月21日 閣議決定

社会保障制度改革推進法(平成24年法律第64号)第4条の規定に基づく「法制上の措置」に関し、

- ① 同法第2条の基本的な考え方にとり、かつ、同法第2章に定める基本方針に基づき、
 - ② 自らの生活を自ら又は家族相互の助け合いによって支える自助・自立を基本とし、これを相互扶助と連帯の精神に基づき助け合う共助によって補完し、その上で自助や共助では対応できない困窮等の状況にある者に対しては公助によって生活を保障するという考え方を基本に、受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るため講ずべき改革(以下「社会保障制度改革」という。)の推進に関する骨子について、社会保障制度改革国民会議の審議の結果等を踏まえ、次のとおり定める。
- 政府は、本骨子に基づき、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」として、社会保障制度改革の全体像及び進め方を明らかにする法律案を速やかに策定し、次期国会に提出する。

一 講ずべき社会保障制度改革の措置等(略)

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。

(1)・(2) (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 医療職種の業務範囲及び業務の実施体制の見直し

(4) (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。

三 その他

1. 財源の確保

一に掲げる措置については、関連する法律の施行により増加する消費税及び地方消費税の収入並びに社会保障給付の重点化・効率化により必要な財源を確保しつつ行う。

病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会

【趣旨】

- 24年6月に「急性期医療に関する作業グループ」でとりまとめられ、社会保障審議会医療部会です承された「一般病床の機能分化の推進についての整理」では、一般病床の機能分化の推進に向け、医療機関が担っている医療機能を都道府県に報告する仕組みを導入することとされた。この報告制度に関し、「報告を求める各医療機能の考え方や具体的な内容については、医療提供者や利用者の意見も踏まえながら、医療部会の下に設ける検討の場において、別途検討を進める」とされたところ。
- これを踏まえ、報告を求める医療機能の考え方や具体的な報告事項等について検討を行うため、本検討会を開催する。

【本検討会において議論すべき論点】

1. 医療機能の具体的な内容について

- ・急性期、亜急性期及び回復期それぞれの医療機能において、対象とする主たる患者像や求められる医療の内容は何か。
- ・各医療機関がどの医療機能を選択して報告すればよいかの判断基準をどのようにすべきか。
- ・その他報告すべき医療機能として位置づけるべきものがあるか。（例）地域一般、障害者・特殊疾患 等

2. 医療機能毎の報告事項について

- ・1. の内容を踏まえ、各都道府県が提供している医療の機能や特性、人的な体制、構造設備などの現状を把握するとともに、患者や住民に提供していく観点から、医療機関に求めるべき報告事項は何か。

3. 病床機能情報の提供について

- ・患者や住民にわかりやすく提供するという観点から、
 - ①医療機関による提供方法やその内容はどのような形が適切か。
 - ②都道府県による公表方法やその内容はどのような形が適切か。

【構成員】

相澤 孝夫	一般社団法人日本病院会副会長	西澤 寛俊	公益社団法人全日本病院協会会長
安部 好弘	公益社団法人日本薬剤師会常務理事	花井 圭子	日本労働組合総連合会総合政策局長
◎遠藤 久夫	学習院大学経済学部長	松田 晋哉	産業医科大学教授
○尾形 裕也	東京大学政策ビジョン研究センター特任教授	三上 裕司	公益社団法人日本医師会常任理事
加納 繁照	一般社団法人日本医療法人協会会長代行	山口 育子	NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長
高智 英太郎	健康保険組合連合会理事	山崎 理	新潟県福祉保健部副部長
齋藤 訓子	公益社団法人日本看護協会常任理事		

◎は座長、○は座長代理（五十音順）

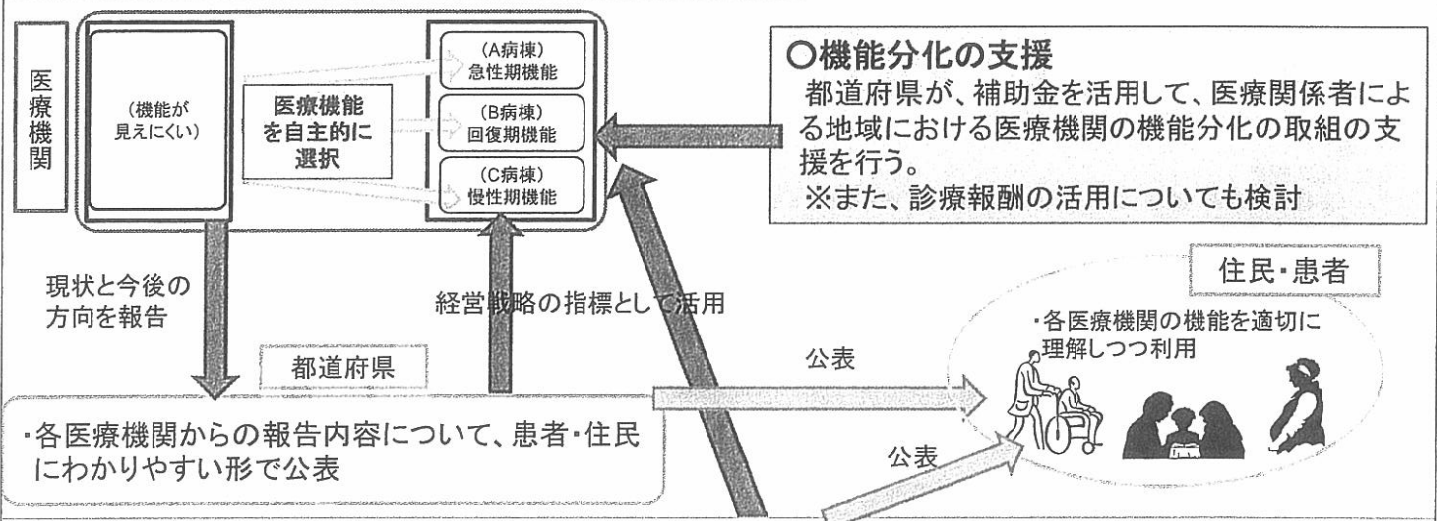
【開催状況】

第1回 24年11月16日(金)、第2回 24年12月13日(木)、第3回 25年1月11日(金)、第4回 25年3月7日(木)、第5回 25年4月25日(木)、第6回 25年5月30日(木)、第7回 25年7月11日(木)、第8回 25年9月4日(水)

機能分化を推進するための仕組み(案)

○医療機関による報告(平成26年度～)

医療機関が、その有する病床において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する制度を設け、医療機関の自主的な取組を進める。



○地域医療ビジョンの策定(平成27年度～)

・ 都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して、二次医療圏等ごとの各医療機能の将来の必要量を含め、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策定し、医療計画に新たに盛り込み、さらなる機能分化を推進。

・ 国は、都道府県における地域医療ビジョン策定のためのガイドラインを策定する(平成26年度～)。

在宅医療・介護の推進について

できる限り、住み慣れた地域で必要な医療・介護サービスを受けつつ、安心して自分らしい生活を実現できる社会を目指す。

- 我が国は国民皆保険のもと、女性の平均寿命86歳(世界2位)、男性79歳(同8位)を実現するなど、世界でも類を見ない高水準の医療・介護制度を確立。
- 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,657万人となり、2042年にはピークを迎える予測(3,878万人)。
- 世帯主が65歳以上の単身世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。
- 国民の60%以上が自宅での療養を望んでいる。
- ケアマネジャーの50%近くが医師との連携が取りづらいつと感じているなど医療・介護の連携が十分とはいえない。

- 国民の希望に応える療養の場の確保は、喫緊の問題。
- 「社会保障・税一体改革大綱」に沿って、病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実、重点化・効率化、地域包括ケアシステムの構築等を着実に実現していく必要があり、2025年のイメージを見据えつつ、あるべき医療・介護の実現に向けた策が必要。

■ 施策を総動員し、「在宅医療・介護」を推進

○ 予算での対応

・平成24年度補正予算や平成25年度予算により、在宅医療・介護を推進

※平成24年度補正予算:在宅医療など都道府県における必要性の高い事業を支援するため、地域医療再生基金に500億円積み増し

※平成25年度予算:小児の在宅医療の推進のためのモデル事業(1.7億円)、地域で在宅医療を担う多職種を育成するための研修(1.0億円)等

○ 制度的対応

・平成25年度からの5カ年の医療計画に、新たに「在宅医療について達成すべき目標、医療連携体制」等を明記

・在宅医療の法的位置づけを含め、医療法改正について検討中

○ 診療報酬・介護報酬

・24年度同時改定において、在宅医療・介護を重点的に評価

○ 組織

・省内に「在宅医療・介護推進プロジェクトチーム」を設置し、在宅医療・介護を関係部局で一体的に推進

12

特定機能病院制度の概要

趣 旨

医療施設機能の体系化の一環として、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院について、厚生労働大臣が個別に承認するもの。

役 割

- 高度の医療の提供
- 高度の医療技術の開発・評価
- 高度の医療に関する研修

承認要件

- 高度の医療の提供、開発及び評価、並びに研修を実施する能力を有すること。
- 他の病院又は診療所から紹介された患者に対し、医療を提供すること(紹介率30%以上の維持)
- 病床数……400床以上の病床を有することが必要。
- 人員配置
 - ・医師……通常の病院の2倍程度の配置が最低基準。
 - ・薬剤師……入院患者数÷30が最低基準。(一般は入院患者数÷70)
 - ・看護師等……入院患者数÷2が最低基準。(一般は入院患者数÷3)[外来については、患者数÷30で一般病院と同じ]
- ・管理栄養士1名以上配置。
- 構造設備……集中治療室、無菌病室、医薬品情報管理室が必要。 等

※承認を受けている病院(平成25年4月1日現在) ... 86病院

13

特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会

【趣旨】

社会保障審議会医療部会において、特定機能病院及び地域医療支援病院の承認要件について、具体的に検討することが必要とされたことから、本検討会において、これらの具体化に向けて検討を行う。

【主な検討項目】

- 特定機能病院の承認要件の見直し
- 地域医療支援病院の承認要件の見直し

【構成員】

○ 上田 茂	日本医療機能評価機構理事	霜島 一彦	健康保険組合連合会理事
梅本 逸郎	時事通信社外国経済部部長	中川 俊男	公益社団法人日本医師会副会長
◎ 遠藤 久夫	学習院大学経済学部教授	西澤 寛俊	公益社団法人全日本病院協会会長
遠藤 秀治	公益社団法人日本薬剤師会理事	邊見 公雄	公益社団法人全国自治体病院協議会会長
梶井 英治	自治医科大学教授	松田 晋哉	産業医科大学教授
齋藤 訓子	公益社団法人日本看護協会常任理事	眞鍋 馨	長野県健康福祉部長
塚 常雄	一般社団法人日本病院会会長	宮崎 勝	千葉大学附属病院病院長
佐藤 保	公益社団法人日本歯科医師会常務理事	森山 寛	東京慈恵会医科大学附属病院病院長
島崎 謙治	政策研究大学院大学教授		

◎は座長 ○座長代理（五十音順）

【開催状況】

第1回 平成24年3月15日、第2回 平成24年4月26日、第3回 平成24年6月29日、第4回 平成24年7月27日、第5回 平成25年3月27日、第6回 平成25年5月30日

地域医療支援センター運営経費

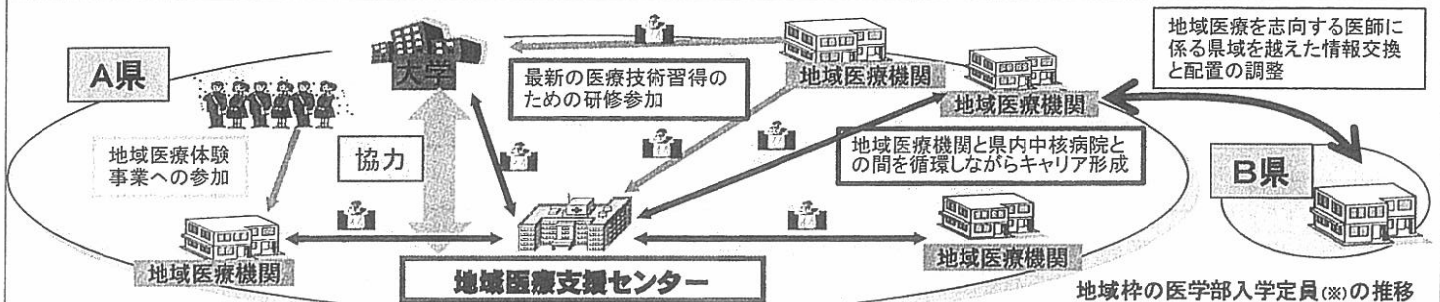
平成25年度予算9.6億円（平成24年度予算7.3億円）
 （30箇所） （20箇所）

医師の地域偏在（都市部への医師の集中）の背景

➢ 高度・専門医療への志向、都市部の病院に戻れなくなるのではないかとこの将来への不安等

地域医療支援センターの目的と体制

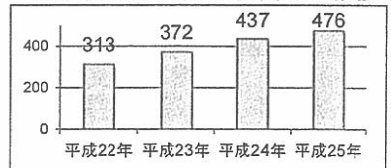
- 都道府県が責任を持って医師の地域偏在の解消に取り組むコントロールタワーの確立。
- 地域枠医師や地域医療支援センター自らが確保した医師などを活用しながら、キャリア形成支援と一体的に、地域の医師不足病院の医師確保を支援。
- 専任の実働部隊として、喫緊の課題である医師の地域偏在解消に取り組む。
 - ・ 人員体制：専任医師2名、専従事務職員3名
 - ・ 設置場所：都道府県庁、〇〇大学病院、都道府県立病院等



地域医療支援センターの役割

- 都道府県内の医師不足の状況を個々の病院レベルで分析し、優先的に支援すべき医療機関を判断。医師のキャリア形成上の不安を解消しながら、大学などの関係者と地域医療対策協議会などにおいて調整の上、地域の医師不足病院の医師確保を支援。
- 医師を受入れる医療機関に対し、医師が意欲を持って着任可能な環境作りを指導・支援。また、公的補助金決定にも参画。

地域枠の医学部入学定員(※)の推移



(※) 医学部の定員増として認められた分であり、このほか、既存の定員等を活用し都道府県と大学が独自に設定した地域枠もある。

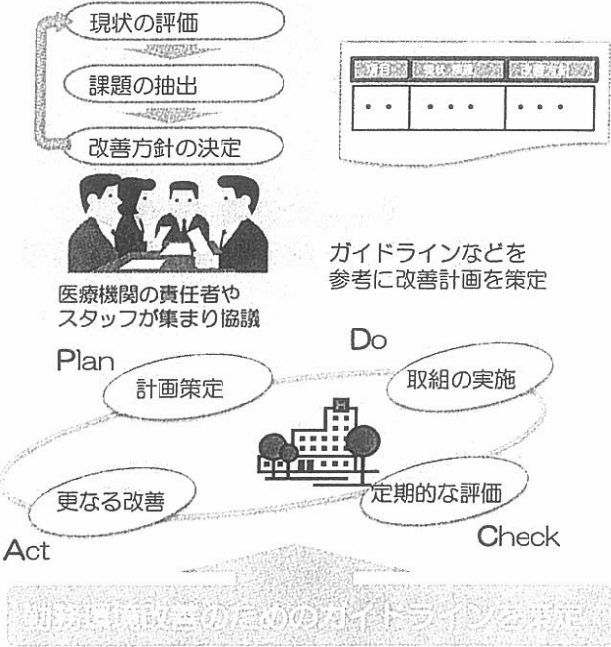
- 平成25年度現在、全国30道府県の地域医療支援センターの運営に対する支援を実施している。
- 平成23年度以降、20道府県で合計808名の医師を各道府県内の医療機関へあっせん・派遣をするなどの実績を上げている。(平成25年3月末時点)

医療機関の勤務環境改善に向けたスキーム

- 医師、看護師等の医療スタッフの勤務環境を改善することにより、医療安全の確保及び医療の質の向上を図ることが必要
- 医療機関の責任者などがスタッフと協力して、「雇用の質」向上に取り組むための自主的な勤務環境改善活動を促進するシステム＝「雇用の質」向上マネジメントシステムを制度化
- 医療勤務環境改善支援センターは、労務管理面など勤務環境改善に向けた医療機関の取組をバックアップ

各医療機関の取組み

医療勤務環境改善支援センター



プロフェッショナルの専門的支援

働きやすい環境整備に向けた各医療機関の取組を総合的・専門的にアドバイス（労務管理面、診療報酬面、経営や人事など多様なニーズに対応するコンサルティング）
 ※医療関係団体等による実施を想定

都道府県等による支援、関係団体の連携

医療法への位置づけ（案）

- 【各医療機関による自主的な勤務環境改善の取組】**
- 各医療機関の自主的な取組を支援するため、厚生労働省は、医療機関の勤務環境改善を図るためのシステム（PDCAサイクル型のマネジメント・システム）を整備するとともに、その円滑な実施のためのガイドラインを策定。
- 【医療機関に対する支援】**
- 国・都道府県等は、コンサルティング、研修、意識の啓発などにより、医療機関の勤務環境の改善の支援措置を講ずるよう努めること。
 - また、各都道府県ごとに、医療機関に対する勤務環境改善を支援するための「支援センター」を設置。
 - その他の関連規定を整備

医療機関の「雇用の質」の向上イメージ

◆ 保育環境が整備されたことで、育児をしながらでも働き続けられるようになりました！

◆ 労務管理や経営面で悩んだとき、専門家チームに相談したところ、こちらのニーズにあったアドバイスがもらえました！

◆ ナースセンターとハローワークの連携強化のおかげで、看護職員の確保がしやすくなりました！

◆ 職員の勤務環境を見直す際、他の病院の取組事例を掲載したサイトが参考になりました！

◆ 「補助者」が増えたことで、事務作業が軽減され、医療行為に専念できるようになりました！！

◆ 様々な職種の医療スタッフがお互いに連携し、業務分担を図りながら「チーム医療」を進めたことで、患者さんにとって安心・安全な医療が提供できるようになりました！

◆ 短時間正社員制度の導入で、柔軟な働き方が選択でき、仕事と家庭生活の両立が図れるようになりました！

医師

看護師

病院経営者
事務部門スタッフ

薬剤師など
様々な医療スタッフ

○△病院

看護職員確保対策について

(背景)

- 少子化が進展する中、今後必要とされる看護職員を確保するためには、抜本的な看護職員確保対策が不可欠。
- 離職中の者を含め、個々の看護師免許保持者の状況を的確に把握した上で、それぞれのニーズを踏まえた研修、情報提供、相談、職業紹介等の支援を実施していく仕組みや、働きやすい職場づくりによる離職防止の徹底等の取組が不可欠。

(対応の方向性)

(1) 看護職員の復職支援の強化

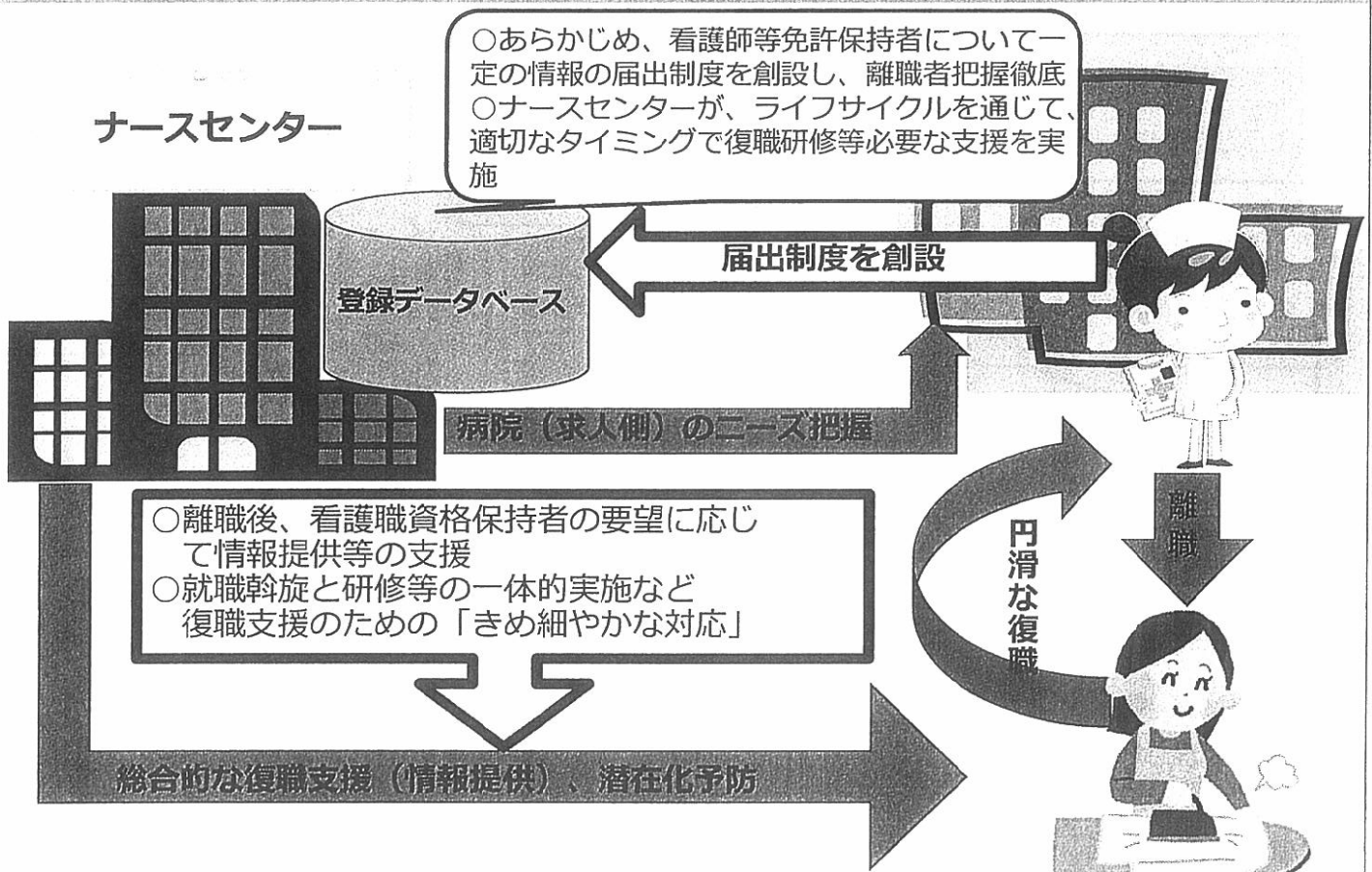
- ・ 看護師等免許保持者について一定の情報の届出制度を創設し、離職者の把握を徹底。
- ・ ナースセンターが、ライフサイクルを通じて、適切なタイミングで復職研修等必要な支援を実施。

(2) 勤務環境の改善を通じた定着・離職防止

- ・ 医師等を含めた医療スタッフ全体の勤務環境を改善するため、医療機関による自主的な勤務環境改善活動を促進するとともに、医療勤務環境改善支援センターが医療機関の取組をバックアップするシステムを構築。こうしたシステムを普及させることで、看護職員について定着・離職防止を推進。

18

看護師等人材確保法改正による新たな取組のスキーム



19

チーム医療の推進について

○ 社会保障・税一体改革大綱（平成24年2月）

多職種協働による質の高い医療を提供するため、高度な知識・判断が必要な一定の行為を行う看護師の能力を認証する仕組みの導入などをはじめとして、チーム医療を推進する。



1. 特定行為に係る看護師の研修制度の創設

チーム医療の推進に資するよう、他の医療スタッフと十分な連携を図るなど、安全性の確保に十分留意しつつ、看護師がその能力を最大限に発揮できるような環境を整備するため、「**実践的な理解力、思考力及び判断力を要し、かつ高度な専門知識と技能をもって行う必要のある行為（「特定行為」）の明確化**」と「**医師又は歯科医師の指示の下、プロトコールに基づき、特定行為を行おうとする看護師に係る研修制度の導入**」について、チーム医療推進会議において、取りまとめたところ。

2. その他の医療関係職種の業務範囲や業務実施態勢の見直し

その他の医療関係職種についても、チーム医療を推進する観点から、業務範囲等の見直しを検討。

<具体例>

(1) 診療放射線技師

診療放射線技師が実施する検査に伴い必要となる行為について、新たに業務範囲に追加。

- ・CT検査、MRI検査等において造影剤自動注入器を用いた造影剤投与を行うこと
- ・下部消化管検査に際して、カテーテル挿入部（肛門）を確認の上、肛門よりカテーテルを挿入すること 等

(2) 歯科衛生士

・歯科衛生士が歯科医師の「直接の」指導の下に実施しているフッ化物塗布や歯石除去等の予防処置について、歯科医師の指導の下、緊密な連携を図った上で実施することを認める等の業務実施態勢の見直し。

特定行為に係る看護師の研修制度

- 医師又は歯科医師の指示の下、診療の補助のうち、実践的な理解力、思考力及び判断力を要し、かつ高度な専門知識及び技能をもって行う必要のある行為（以下「特定行為」という。）について、保助看法において明確化する。
なお、特定行為の具体的な内容については、省令等で定める。

※ 特定行為の規定方法は限定列举方式とする。また、その追加・改廃については、医師、歯科医師、看護師等の専門家が参画する常設の審議の場を設置し、そこで検討した上で決定する。

- 医師又は歯科医師の指示の下、看護師が特定行為を実施する場合に、以下のような研修を受けることを制度化する。
 - ・ 医師又は歯科医師の指示の下、プロトコール（プロトコールの対象となる患者及び病態の範囲、特定行為を実施するに際しての確認事項及び行為の内容、医師への連絡体制など厚生労働省令で定める事項が定められているもの）に基づき、特定行為を行おうとする看護師は、厚生労働大臣が指定する研修機関において、厚生労働省令で定める基準に適合する研修（以下「指定研修」という。）の受講を義務づける。
 - ・ 指定研修の受講が義務づけられない、特定行為を行う看護師については、医療安全の観点から、保助看法上の資質の向上に係る努力義務として、特定行為の実施に係る研修を受けることを追加する。

※ 既存の看護師であっても、プロトコールに基づき特定行為を行おうとする場合は指定研修を受けなければならないことから、制度施行後、一定期間内に研修を受けなければならないこととするといった経過措置を設ける。

※ 特定行為が追加された場合であって、かつ、当該内容が研修の教育内容も変更する必要がある場合にあつては、当該内容に係る追加の研修義務が生じる。

- 厚生労働大臣は、研修機関の指定を行う場合には、審議会の意見を聴かなければならない。

※ 審議会は、医師、歯科医師、看護師等の専門家により組織する。

- 特定行為に応じた研修の枠組み（教育内容、単位等）については、指定研修機関の指定基準として省令等で定める。

※ 指定基準の内容は、審議会で検討した上で決定する。

- 厚生労働大臣は、指定研修を修了した看護師からの申請により、当該研修を修了した旨を看護師籍に登録するとともに、登録証を交付する。

※ 指定研修機関における研修を修了したことの看護師籍への登録は、あくまで研修を修了したことを確認するためのものであって、国家資格を新たに創設するものではない。

医療事故に係る調査の仕組み等について

これまでの経緯

平成19年

- 医療事故に係る調査の仕組みについて、自民党「医療紛争処理のあり方検討会」(座長:大村秀章議員)の取りまとめ(平成19年12月)において、新制度の骨格や政府における留意事項を提示。

平成20年

- 厚生労働省においては、平成19年4月から検討会で検討を行い、三次にわたる試案公表と意見募集を実施。提出された意見と自民党の検討会での議論を踏まえ、平成20年6月に「医療安全調査委員会設置法案(仮称)大綱案」を公表。
- 第三次試案や大綱案に対して、医療関係者の一部から様々な懸念が寄せられた。

平成21年

- 政権交代があり、当時の厚生労働大臣より「(厚労省)第三次試案及び大綱案のまま成案にすることは考えていない」旨の国会答弁があった。

平成23年以降

- こうした中、民主党のマニフェスト等に基づき、平成23年8月に厚生労働大臣政務官主宰の「医療の質の向上に資する無過失補償制度等のあり方に関する検討会」を設置し、検討を開始したが、同検討会で「まずは、その前提となる医療事故調査制度の見通しをつけるべき」との意見があったことも踏まえ、平成24年2月に同検討会の下に「医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会」(大臣政務官主宰)を設置。
- 同検討部会は、13回開催し、平成25年5月に「医療事故に係る調査の仕組み等に関する基本的なあり方」をとりまとめた。

22

医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会の概要

1 趣旨

「医療の質の向上に資する無過失補償制度等のあり方に関する検討会」の検討課題の一つである医療事故の原因究明及び再発防止の仕組み等のあり方について幅広く検討を行う。

2 主な検討項目

- 1) 医療事故に係る調査の仕組みのあり方
- 2) 再発防止のための仕組みのあり方
- 3) その他

3 構成員

- 有賀 徹 昭和大学病院 院長
鮎澤 純子 九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座 准教授
飯田 修平 練馬総合病院 院長
岩井 宜子 専修大学 名誉教授
加藤 良夫 南山大学大学院法務研究科 教授/弁護士
里見 進 東北大学 総長
高杉 敬久 日本医師会 常任理事
豊田 郁子 医療事故被害者・遺族/新葛飾病院セーフティーマネージャー
中澤 堅次 独立行政法人労働者健康福祉機構 秋田労災病院 第二内科部長
樋口 範雄 東京大学大学院法学政治学研究所 教授
本田麻由美 読売新聞東京本社 編集局社会保障部 記者
松月みどり 日本看護協会 常任理事
宮澤 潤 宮澤潤法律事務所 弁護士
山口 育子 NPO法人ささえあい医療人権センターCOML 理事長
山口 徹 国家公務員共済組合連合会虎の門病院 顧問
○山本 和彦 一橋大学大学院法学研究科 教授
○座長、五十音順(敬称略)

4 検討スケジュール

- 第1回 平成24年 2月15日
・今後の検討方針の確認、診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業のヒアリング 等
- 第2回 平成24年 3月29日
・関係団体からのヒアリング
- 第3回 平成24年 4月27日
・構成員からのヒアリング
- 第4回 平成24年 6月14日
・調査を行う目的、対象や範囲、組織について
- 第5回 平成24年 7月26日
・調査を行う組織、調査結果の取扱いについて
- 第6回 平成24年 8月30日
・調査の実務、医療安全支援センターとの関係について
- 第7回 平成24年 9月28日
・診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業の実務についてヒアリング、調査に必要な費用負担について
- 第8回 平成24年10月26日
・捜査機関との関係について
- 第9回 平成24年12月14日
・消費者安全調査委員会について消費者庁からのヒアリング
・再発防止のあり方について
- 第10回 平成25年 2月 7日
・関係団体等からのヒアリング
- 第11回 平成25年 3月22日
・医療事故に係る調査の仕組み等に関する基本的なあり方と論点
- 第12回 平成25年 4月18日
・医療事故に係る調査の仕組み等に関する基本的なあり方と論点
- 第13回 平成25年 5月29日
・医療事故に係る調査の仕組み等に関する基本的なあり方(とりまとめ)

23

医療事故に係る調査の仕組み等に関する基本的なあり方

1. 調査の目的

- 原因究明及び再発防止を図り、これにより医療の安全と医療の質の向上を図る。

2. 調査の対象

- 診療行為に関連した死亡事例(行った医療又は管理に起因して患者が死亡した事例であり、行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事案の発生を予期しなかったものに限る。)
- 死亡事例以外については、段階的に拡大していく方向で検討する。

3. 調査の流れ

- 医療機関は、診療行為に関連した死亡事例(行った医療又は管理に起因して患者が死亡した事例であり、行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事案の発生を予期しなかったものに限る。)が発生した場合、まずは遺族に十分な説明を行い、第三者機関に届け出るとともに、必要に応じて第三者機関に助言を求めつつ、速やかに院内調査を行い、当該調査結果について第三者機関に報告する。(第三者機関から行政機関へ報告しない。)
- 院内調査の実施状況や結果に納得が得られなかった場合など、遺族又は医療機関から調査の申請があったものについて、第三者機関が調査を行う。

4. 院内調査のあり方について

- 診療行為に関連した死亡事例(行った医療又は管理に起因して患者が死亡した事例であり、行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事案の発生を予期しなかったものに限る。)が発生した場合、医療機関は院内に事故調査委員会を設置するものとする。その際、中立性・透明性・公正性・専門性の観点から、原則として外部の医療の専門家の支援を受けることとし、必要に応じてその他の分野についても外部の支援を求めることとする。
- 外部の支援を円滑・迅速に受けられることができるよう、その支援や連絡・調整を行う主体として、都道府県医師会、医療関係団体、大学病院、学術団体等を「支援法人・組織」として予め登録する仕組みを設けることとする。
- 診療行為に関連した死亡事例(行った医療又は管理に起因して患者が死亡した事例であり、行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事案の発生を予期しなかったものに限る。)が発生した場合、医療機関は、遺族に対し、調査の方法(実施体制、解剖や死亡時画像診断の手続き等)を記載した書面を交付するとともに、死体の保存(遺族が拒否した場合を除く。)、関係書類等の保管を行うこととする。

24

- 院内調査の報告書は、遺族に十分説明の上、開示しなければならないものとし、院内調査の実施費用は医療機関の負担とする。なお、国は、医療機関が行う院内調査における解剖や死亡時画像診断に対する支援の充実を図るよう努めることとする。

- 上記の院内事故調査の手順については、第三者機関への届け出を含め、厚生労働省においてガイドラインを策定する。

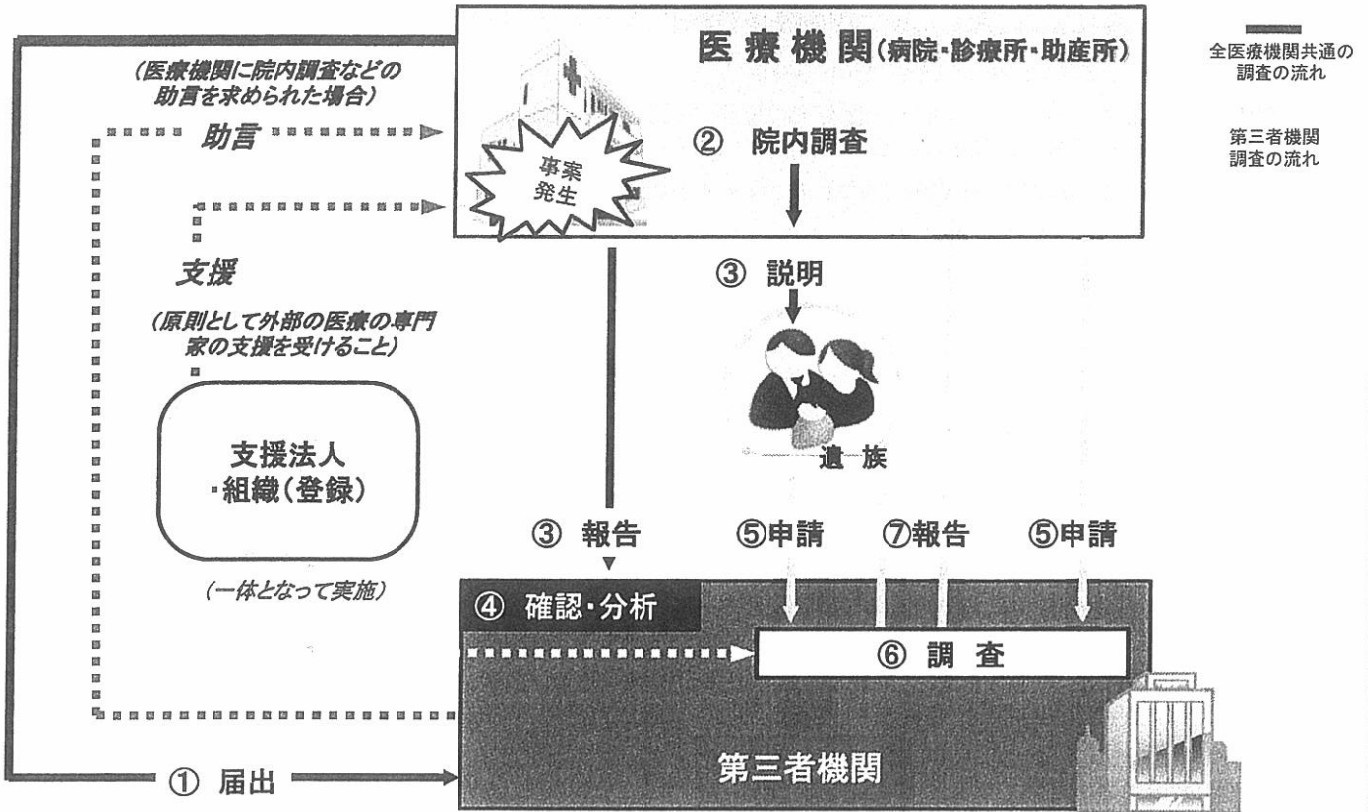
5. 第三者機関のあり方について

- 独立性・中立性・透明性・公正性・専門性を有する民間組織を設置する。
- 第三者機関は以下の内容を業務とすることとする。
 - ① 医療機関からの求めに応じて行う院内調査の方法等に係る助言
 - ② 医療機関から報告のあった院内調査結果の報告書に係る確認・検証・分析
 - ※ 当該確認・検証・分析は、医療事故の再発防止のために行われるものであって、医療事故に関わった医療関係職種の過失を認定するために行われるものではない。
 - ③ 遺族又は医療機関からの求めに応じて行う医療事故に係る調査
 - ④ 医療事故の再発防止策に係る普及・啓発
 - ⑤ 支援法人・組織や医療機関において事故調査等に携わる者への研修
- 第三者機関は、全国に一つの機関とし、調査の実施に際しては、案件ごとに各都道府県の「支援法人・組織」と一体となって行うこととする。なお、調査に際しては、既に院内調査に関与している支援法人・組織と重複することがないようにすべきである。
- 医療機関は、第三者機関の調査に協力すべきものであることを位置付けた上で、仮に、医療機関の協力が得られず調査ができない状況が生じた場合には、その旨を報告書に記載し、公表することとする。
- 第三者機関が実施した医療事故に係る調査報告書は、遺族及び医療機関に交付することとする。
- 第三者機関が実施する調査は、医療事故の原因究明及び再発防止を図るものであるとともに、遺族又は医療機関からの申請に基づき行うものであることから、その費用については、学会・医療関係団体からの負担金や国からの補助金に加え、調査を申請した者(遺族や医療機関)からも負担を求めるものの、制度の趣旨を踏まえ、申請を妨げることにならないよう十分配慮しつつ、負担のあり方について検討することとする。
- 第三者機関からの警察への通報は行わない。(医師が検案をして異状があると認めるときは、従前どおり、医師法第21条に基づき、医師から所轄警察署へ届け出る。)

25

(参考)

医療事故調査制度における調査制度の仕組み



※ 第三者機関への調査の申請は、院内調査の結果が得られる前に行われる場合もある。

臨床研究の推進 (臨床研究中核病院(仮称)の整備)

日本発の革新的医薬品・医療機器の開発などに必要となる質の高い臨床研究を推進するため、国際水準の臨床研究や医師主導治験の中心的役割を担える体制(人員、設備等)を有する病院を臨床研究中核病院として医療法に位置づける。

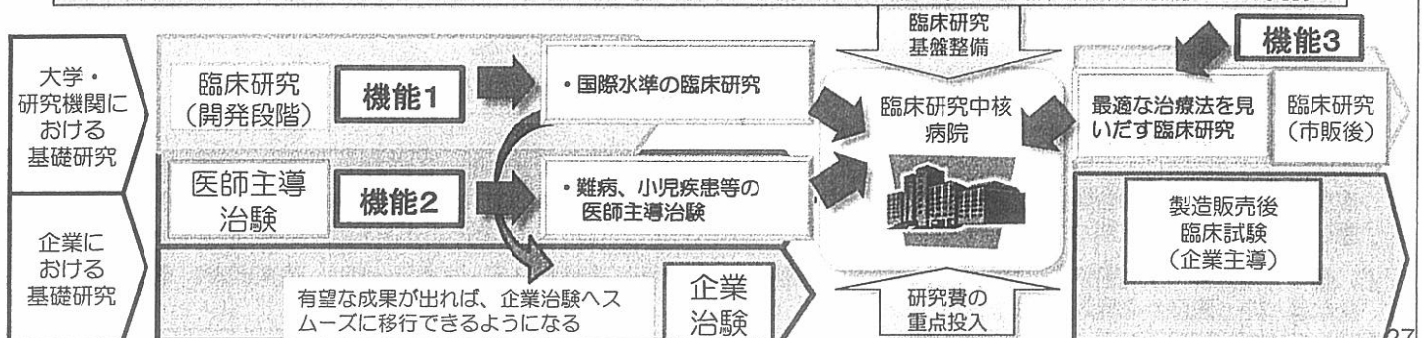
目的

- 臨床研究の質を保証する。(これにより、薬事法の承認申請への活用や先進医療における取扱いの弾力化が可能となる。)
- 難病や小児疾病等の治療のための医師主導治験を継続的に実施可能な体制を確保する。
→ 日本発の革新的医薬品・医療機器の開発や未承認薬等の開発につながるるとともに、より効果の高い治療等が、より迅速に全国の医療現場で広く行われることになる。

臨床研究中核病院の主な機能

- 機能1 大学等発の医薬品候補物質等を用いた国際水準(ICH-GCP準拠)の臨床研究を実施できる。
- 機能2 患者数の少ない難病・小児等の医師主導治験を実施できる。
- 機能3 市販後に既存薬の組合せ等により最適な治療法を見いだす臨床研究を実施できる

予算事業として、早期・探索的臨床試験拠点(ヒトに初めて新規薬物・機器を投与・使用する臨床研究を世界に先駆けて行う拠点)を平成23年度から5か所、臨床研究中核病院を平成24年度から5か所、平成25年度からは更に5か所整備中。
→ 体制整備を進める中で、今後、法令に規定する一定の基準を満たした病院については、医療法の「臨床研究中核病院」として承認。



1. 見直しの具体的な内容

(1) 年限の弾力化

- 現行は、許可の有効期間は最長2年間とされているため、例えば、日本の医学部の大学院（一般に4年課程）に留学したとしても、十分な臨床教育を受けられない可能性がある。
- このため、医療分野の国際交流の進展等により一層寄与する観点から、正当な理由（医学部の大学院に在学中等）があると認められる範囲（最長2年間）で、許可の有効期間の延長を認めることとする。

※ 大学院に在学中の者については、在学中の期間に限り、再延長（最長2年間）を認めることとする。

※ 歯科医師については、医師と同様の見直しを行うこととする。また、看護師等については、正当な理由があると認められる場合に限り、現行の許可の有効期間（1年間）を最長1年間延長することができることとする。

(2) 手続・要件の簡素化

- 臨床修練制度は制度施行（昭和62年）から20年以上が経過し、この間、受入病院において、外国の医師の受入れに関するノウハウの蓄積、外国の医師の能力等を主体的に確認する仕組みの整備等が進められているが、一方、当事者からは「手続が煩雑」「要件が厳し過ぎる」等の指摘もなされている。
- このため、制度運用の実態に沿って、受入病院の責任において、①外国の医師の能力水準、②適切な指導体制、③医療事故等が発生した際の賠償能力、を確保する仕組みに改めるとともに、厚生労働大臣が関与する手続・要件を簡素化する方向で見直しを行うこととする。

【見直しの具体的な内容】

- ◆ 厚労大臣による指導医認定制度を廃止（外国の医師の語学能力に適した指導医を受入病院が選任）
 - ◆ 受入病院と緊密な連携体制が確保されている病院・診療所における臨床修練の実施を許容
 - ◆ 不適切な事例が発覚した場合の対応（立入検査、法令違反の事実の公表等）を整備
- また、入国後速やかに臨床修練を開始できるようにするため、入国前でも臨床修練の許可を受けることができるよう整備することとする。

28

(3) 教授・臨床研究における診療の容認

- 現行は、医療研修を目的として来日した外国の医師に限って診療を行うことが認められているが、今後、医療分野における国際交流が進む中で、例えば、高度な医療技術を有する外国の医師が、その技術を日本の医師に対して教授するために来日するケースや、海外のトップクラスの研究者が、日本の研究者と共同して国際水準の臨床研究を実施するために来日するケースも想定される。
- このため、教授・臨床研究を目的として来日する外国の医師について、当該外国の医師や受入病院が一定の要件を満たす場合には、診療を行うことを容認することとする。具体的な要件については、教授・臨床研究の安全かつ適切な実施を確保する観点から、以下のとおりとすることとする。

	教授・臨床研究	臨床修練
外国における臨床経験	<ul style="list-style-type: none"> 教授・臨床研究に関連する診療科・診療分野における10年以上の診療経験があること 教授・臨床研究の実施に必要な卓越した水準の診療・研究能力を有するものと認められること 	<ul style="list-style-type: none"> 3年以上の診療経験があること
受入病院の基準	<ul style="list-style-type: none"> 大学病院、特定機能病院、国立高度専門医療研究センター等 	<ul style="list-style-type: none"> 大学病院、臨床研修病院、その他の臨床研修病院と同等の教育体制を有する病院
責任者の選任	<ul style="list-style-type: none"> 受入病院が実施責任者を選任 実施責任者が計画書を作成。計画書に従って適切に実施されるよう管理。 	<ul style="list-style-type: none"> 受入病院が指導医を選任 指導医が実地に指導監督
説明責任	<ul style="list-style-type: none"> 計画書の公表 外国の医師の氏名、実績等の院内掲示 	<ul style="list-style-type: none"> 外国の医師の氏名等の院内掲示
実施可能な業務の範囲	<ul style="list-style-type: none"> 教授・臨床研究に関連する診療（処方せんの交付を除く。） 	<ul style="list-style-type: none"> 制限無し（処方せんの交付を除く。）
実施可能な場所	<ul style="list-style-type: none"> 受入病院（緊密な連携体制を確保する病院を含む。） 	<ul style="list-style-type: none"> 受入病院（緊密な連携体制を確保する病院・診療所を含む。）

2. 見直しに当たっての留意点

- 詳細な制度設計については、広く関係者の御意見をお聞きした上で決定することとする。
- 今回の見直しは、外国の医師免許を日本の医師免許として認めるものではなく、あくまで一定の目的の場合に医師法の特例を認めるものである点に十分留意することとする。

29

歯科技工士法改正に関する資料 (歯科技工士国家試験の全国統一化)

歯科専門職の資質向上検討会
(平成24年11月28日)

1. 歯科技工士国家試験の全国統一化をするための改正

【現状と課題】

- 昭和57年の歯科技工士法の一部改正により、歯科技工士免許が都道府県知事免許から厚生大臣免許(現在は厚生労働大臣免許)になったが、実技試験の実施の面から試験は当分の間、歯科技工士の養成施設の所在地の都道府県知事が行うこととされた。
- 試験科目、試験時間、合格基準、試験の出題基準等の試験内容は「歯科技工士国家試験実施要綱」で厚生労働省が定めており、試験形式等の詳細な事項に関しては、各都道府県知事が試験委員会を開催して試験問題を作成しているため、均てんな試験の実施が望まれる。
- 近年、インプラントやCAD/CAM等の精密な技術が必要とされる歯科技工物の需要が増加しているが、地域によってはこのような高度な技術に係る試験問題を作成できる試験委員を確保し、出題することが困難な状況になっている。
- このような状況の変化を踏まえ、歯科技工士国家試験問題を国が作成することとしてはどうか。

改正の
方向性

歯科技工士国家試験を現在の歯科技工士の養成施設の所在地の都道府県知事が各々行うのではなく、**国が実施するよう歯科技工士法を改める。**

2. 試験実施体制等

【現状と課題】

- 歯科技工士国家試験の全国統一化に際しては、現行は各都道府県が行っている試験問題の作成、採点その他の試験の実施に関する事務を、国が行う必要があるが、行政組織の拡大を図ることは、今般の行政改革の観点からは適当ではないと考えられる。
- こうしたことから、試験の実施に関する事務を、厚生労働省令により指定する者(指定試験機関)に行わせてはどうか。なお、歯科衛生士等の国家試験は、指定試験機関で実施されている。
- また、歯科技工士の登録の実施等に関する事務についても同様の観点から、厚生労働省令により指定するもの(指定登録機関)に行わせてはどうか。

改正の
方向性

厚生労働大臣が実施することとなっている歯科技工士国家試験を指定試験機関においても実施できるよう、**歯科技工士法を改める。**

歯科技工士の登録の実施等に関する事務を指定登録機関においても実施できるよう、**歯科技工士法を改める。**

30

持分なし医療法人への移行促進策(移行計画の策定等)

平成18年医療法改正で、医療法人の非営利性を徹底するため、持分なし医療法人(解散時の残余財産の帰属先について個人(出資者)を除外し、また、持分として出資額に応じた法人資産の払戻請求が認められない)が医療法の本則となったが、持分あり医療法人から持分なし医療法人への移行が十分に進んでいるとは言えない。

医療法人数 48,820(H25.3.31)

うち社団法人 48,428(持分なし 6,525 持分あり 41,903(社団法人全体の87%))、財団法人 392

このため、持分あり医療法人から持分なし医療法人に移行するものについて、その間、医療法人の経営者の死亡により相続が発生することがあっても、相続税の支払いのための出資持分払戻などにより医業継続が困難になるようなことなく、引き続き医療を提供できるようにするため、医療法人による任意の選択の下で、法律に基づく移行計画の策定と都道府県知事の認定制度の創設など、さらなる移行促進策を検討していく。

法律への位置づけ(案)

- 移行について計画的な取組を行う医療法人を、都道府県知事が認定する仕組みを導入する。
 - ・ 移行検討の定款変更、移行計画の作成などを要件とする。
- 認定を受けた医療法人に対しては、都道府県が指導、助言等の支援を行う。

普及・啓発

- 都道府県会議など幅広い機会を捉えて、持分なし医療法人への移行の意義や「出資持分のない医療法人への円滑な移行マニュアル」の活用等について周知を行う。

その他の支援策(検討中の案)

- 税制措置、補助制度及び融資制度について検討。
 - ・ 出資者の死亡に伴い相続人に発生する相続税の納税猶予等の特例措置
 - ・ 移行を支援するコンサルタントに係る経費の補助
 - ・ 出資金の払戻しの際に要する資金の融資

31

医療提供体制のあり方

日本医師会・四病院団体協議会合同提言

2013年8月8日

日本医師会・四病院団体協議会

目 次

1. 基本方針	1
2. かかりつけ医	3
2.1. かかりつけ医の定義	3
2.2. かかりつけ医と在宅医療	5
3. 医療・介護の再編	6
3.1. 大きな方向性	6
3.2. 病床の区分	8
3.3. 病院と病床機能との関係	10
3.4. 有床診療所の意義	12

1. 基本方針

日本医師会・四病院団体協議会は、医療提供体制のあり方については、全国画一的な方向性を目指すのではなく、地域の実情にあわせて構築していくべきであると考えている。地域住民が、地域の実情に応じて安心して医療を受けられるようにするためである。ここに、医療提供体制構築に向けての基本方針を示す。

医療提供体制構築にむけての基本方針

日本医師会・四病院団体協議会

1. 現在の超高齢社会にあっても、世界最高水準の健康水準を守り、国民の生活の安心を支えるため、国民とビジョンを共有しながら、新たな時代にふさわしい体制構築に向けて、国民とともに取り組む。
2. このため、発症からリハビリテーション、在宅復帰支援までどのような病期にあっても、患者の病態にあわせて、最善の医療を切れ目なく提供する体制を構築する。
3. 患者の命を守る質の高い医療を目指すとともに、生活の質を重視し、患者を支える医療を実践する。このため、地域の医療・介護・福祉との連携の下、地域包括ケアシステムの実現に向けて、在宅医療を含めた地域特性にあわせた柔軟な医療提供体制を構築する。

基本方針における私たちの考え方

上記基本方針を掲げるに当たっての、我々の考え方を表明しておきたい。

我が国は、WHO においても世界最高の保健医療水準と評価されているが、医療介護に対するニーズの急激な増大の一方で医療現場は負担の増大など様々な問題が顕在化しており、今後の超高齢社会において引き続きこの水準を維持し、国民の期待に応えて続けていくことは決して容易なことではない。

しかし、75 歳以上人口が急速に増加する 2025 年までに残された時間は少なく、必要な体制構築は、医療界だけではなくまさに国民的、国家的課題と言える。重要なことは、医療提供者、国民、行政の三者が将来の姿のビジョンを共有しながら一体となって取り組むことである。

特に、従来の医療提供体制が急性疾患モデルを中心としたものだったのに対して、今後増大する慢性疾患モデルでは急性期対応後のリハビリテーションや治療、重症化予防を視野に入れた体制が不可欠となっている。この受け皿づくりと流れの道筋づくりに関係者が一致して取り組まなければならない。国民の理解も必要不可欠である。

これは病院だけの改革ではなく、「かかりつけ医」と病院の連携が必要になり、さらに介護、地域サービスとの連携も必要になる。現在、「地域包括ケア」の重要性が叫ばれているが、医療提供者としても積極的に参画していくものである。

このような、ビジョンと改革実行には、医療提供者の自主的取り組みに加え、制度的、財源的支援は必要不可欠である。

中長期的なビジョンと医療法をはじめとする制度的枠組みの整備、枠組みに沿った医療機関の自主的な改革努力と機能強化等に対する公的支援、必要な体制構築に取り組む全ての医療機関の経営努力を公平に支える適切な診療報酬体系の実現、及びこれらのための財源措置を強く求めたい。

2. かかりつけ医

超高齢社会では、高齢者の日常生活の不具合も含む早期発見、早期治療（対応）、長期にわたる慢性期かつ複数疾患の医学的管理の必要性がさらに高まり、身近で頼りになる「かかりつけ医」の役割、機能はますます重要になる。また、「かかりつけ医」には、国民の疾病予防や健康管理を支える役割も担っている。

国が推進している地域包括ケアシステム（住まい、医療、介護、予防、生活支援が、日常生活の場で一体的に提供できる地域での体制）においても、「かかりつけ医」がその中心的な役割を担う仕組みの構築が重要である。

日本医師会・四病院団体協議会は、こうした背景を踏まえ、患者・国民の健康に、生涯にわたって幅広く対応していくことを目指して、「かかりつけ医」の養成、「かかりつけ医機能」の充実に努める。

なお「かかりつけ医」のほか、「総合医」「総合診療医」などの名称があるが、今後も引き続き議論し、国民がどのように受け止めているかを見極めつつ、あらためて整理する¹。

2.1. かかりつけ医の定義

「かかりつけ医」は、以下の定義を理解し、「かかりつけ医機能」の向上に努めている医師であり、病院の医師か、診療所の医師か、あるいはどの診療科かを問うものではない。そして、かかりつけ医は、患者のもっとも身近で頼りになる医師として、自ら積極的にその機能を果たしていく。

¹ 厚生労働省 専門医の在り方に関する検討会『中間まとめ』（2012年9月）「総合的な診療能力を有する医師の名称については、「総合医」、「総合診療医」、「一般医」、「プライマリ・ケア医」、「家庭医」などの定義を明確にした上で、国民にとって分かりやすい名称、例えば「総合医」に統一して整理することについて」は引き続き議論が必要とされている。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002jbsf-att/2r9852000002jbtw.pdf>

また同検討会は、『専門医の在り方に関する検討会 報告書』（2013年4月）で、総合診療医（総合的な診療能力を有する医師）を「総合診療専門医」として基本領域の専門医に位置づけることを提案している。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000300ju-att/2r985200000300lb.pdf>

「かかりつけ医」とは（定義）

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

「かかりつけ医機能」

- かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。
- 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

2.2. かかりつけ医と在宅医療

高齢社会の進展などにより、在宅医療の中心的役割を担う「かかりつけ医」の重要性はますます高まる。今後は「かかりつけ医」がより主体的に在宅医療に取り組んでいく必要がある。

また、希望する患者が安心して在宅医療を受けることができるような環境整備も重要である。そして、在宅医療は、患者や家族の選択を尊重するものでなければならない。他職種との連携による環境整備、患者や家族の選択の支援についてもかかりつけ医の役割は大きい。

日本医師会・四病院団体協議会は、在宅医療を推進するため、今後率先して、「かかりつけ医」をはじめとする在宅医療に携わる医師および医療関係職種の養成、研修を支援する。

3. 医療・介護の再編

3.1. 大きな方向性

医療資源、介護資源が一定以上整備されている地域において機能が重複している場合には、その整理が必要である。一方、医療資源が十分整備されていない地域では、医療に切れ目が生じないように、地域性に応じた機能の見直しと整備が必要である。医療提供体制はこうした点を踏まえて構築していく必要があり、そのために病床機能情報の報告・提供制度を活用する。この制度の下で、都道府県が情報の収集、分析を行い、これを踏まえて地域の医療提供者、関係者等が主体的に医療提供体制を構築していく。

現時点では、医療提供体制のあり方について、大きな方向性として、以下のとおり提言する。

1. 地域の人口等に応じて一定数確保すべき病床は、医療計画に適切に組み込んでいく。
2. 急性期病床は地域における医療ニーズの実態と客観的な将来見込みを踏まえて再編を行う。病期としての急性期には、病態として重症・中等症・軽症が含まれる。このうち、救命救急センター、集中治療室等、専門医が常時配置されている病床は高度急性期病床として独立させる。高度急性期を担う病院はより急性期に集中できるように、人員・設備を充実する必要がある。また、軽症ほど早期に回復期に移行できる。一方、超高齢社会においては医療ニーズも変化し、さまざまな病期に適時・適切に対応する必要があることから、急性期、回復期、慢性期を担う医療機関が適切に役割分担と連携をすることも必要である。なお、ここでいう回復期には、ポストアキュート（急性期を脱したいいわゆる亜急性期の入院医療）および回復期のリハビリテーションが含まれる。なお、医療の効率化や集約化は、各地域の実情に合わせた提供体制構築の結果として進むものである。

3. 慢性期病床は地域の高齢化の実情と客観的な将来予測等を踏まえて他の提供体制と合わせて適切に構築されていくべきものであり、介護療養病床の廃止は見直していく必要がある。

4. 今後の超高齢社会では、これまで以上に在宅医療の充実が必要である。かかりつけ医による在宅医療を推進するとともに、身近なところにいつでも入院できる病院等を用意して、自宅や居住系施設、介護施設など、どこにいても医療が適切に確保できるように、地域毎に医師会や医療機関が行政や住民と協力しながら、介護など連携した地域包括ケアシステムを確立していく。

3.2. 病床の区分

現在、医療法では、一般病床は、いわゆる「その他の病床」（精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床）という位置づけであり、明確には定義されていない。また、「亜急性期」という名称はポストアキュートか、サブアキュートかを明確にしないまま用いられている。そこで、あらためて以下のように病期に応じて病床区分を整理する必要がある。また、ここでの区分を用いて、病床機能情報の報告・提供制度で報告を行っていくことを提案する。

表 報告する病床の区分 (案)

名称 (仮称)	内 容
高度急性期病床	<ul style="list-style-type: none"> ・救命救急センター、集中治療室等、救命のために専門医等が常時配置されている病床。
急性期病床	<ul style="list-style-type: none"> ・急性期医療を提供する機能を持つ病床。 ・急性期の病態として重症・中等症・軽症があり、各病院の機能に応じた急性期医療を提供する。 ・多くの診療科を総合的に持つ病院病床、特定の専門分野の病院病床、地域に密着した病院病床と、地域の医療ニーズに応じてそれぞれが必要とされているため、きめ細かな報告制度が必要。 ・在宅や介護施設等の患者の急性増悪に対応する。 ・二次救急を担う。 ・地域包括ケアを推進するために、かかりつけ医との連携機能、介護との連携、患者支援などの機能も有する。
回復期病床	<ul style="list-style-type: none"> ・急性期経過後で引き続き入院医療が必要な患者に医療を提供する機能を持つ病床。リハビリテーションが必要な患者に専門的リハビリテーションを提供する病床とそれ以外の病床がある。一般病床でも療養病床でもこの機能を報告できることとすべき。
慢性期病床	<ul style="list-style-type: none"> ・長期にわたり療養を必要とする患者に医療を提供する病床。

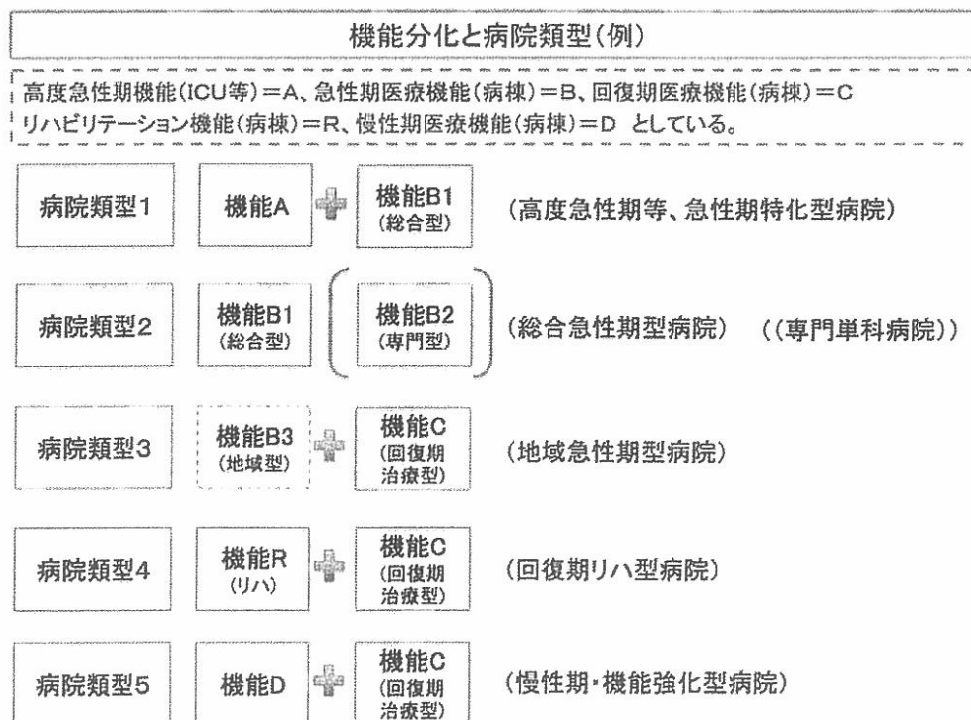
3.3. 病院と病床機能との関係

地域の医療・介護・福祉資源を有効に活用するためには、適切な機能分化と連携が必要である。

機能分化と連携の目指すものは、患者が適時・適切に必要な医療を適切な場所で十分に受けることができる体制を構築することにある。したがって、機能分化は、各地域それぞれの医療資源等を踏まえて、地域の実情を十分に反映し柔軟に進めるべきである。

ここでは、主な例を示すが、これに限定されるわけではなく、地域ごとの将来ニーズを踏まえ、それぞれの病院が効率よく機能を発揮し、地域の連携体制が働き、かつ病院の経営が安定するような体制構築が求められる。

こうした体制構築に向け、各病院が機能構築を適切に判断できるための制度・財源両面にわたる支援が必要であり、医療法をはじめとする制度的枠組みの整備、医療機関に対する公的支援に加え、どのような機能を選択しても地域や患者ニーズに応えている限り経営が安定して成り立つよう、体制構築に取り組む全ての医療機関を公平に支える、それぞれの機能のコストを適切に反映した診療報酬体系の実現がきわめて重要である。



3.4. 有床診療所の意義

有床診療所は、地域の「かかりつけ医」として外来診療、在宅医療、そして在宅介護への受け渡し機能を担っている。有床診療所は、「かかりつけ医」自らが入院医療も担っており、今後は「地域密着多機能型」の入院機能を担っていくことも期待される。また、専門医療を提供するための小規模入院施設としての役割を担う有床診療所もあり、まさに地域の実情に応じて柔軟に活用できるようにすることが求められる。

地域密着多機能型の入院施設としての有床診療所、専門医療を中心に提供する有床診療所がそれぞれ地域で必要な役割を果たすためには、それぞれを適切に評価していくことも必要である。

有床診療所の5つの機能

1. 病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し機能
2. 専門医療を担って病院の役割を補完する機能
3. 緊急時に対応する医療機能
4. 在宅医療拠点としての機能
5. 終末期医療を担う機能

