

第25回社会保障審議会医療部会	参考資料5
平成23年12月8日	

行政刷新会議「提言型政策仕分け」
における提言
(B5-2 社会保障：医療サービスの
機能強化と効率化・重点化)

ワーキンググループB

B5-2 社会保障：医療サービスの機能強化と効率化・重点化

- (論点①)医療サービスの価格はどうあるべきか。
- (論点②)今後どのような医療サービスに重点を置くべきか。
- (論点③)病院勤務医の待遇改善をどう実現していくか。

提言(とりまとめ)

国民・地域のニーズを具体的に把握して、診療報酬の改定を行うべき。その中で、勤務医と開業医、また診療科間について、リスクや勤務時間に応じて報酬配分を大胆に見直す。また、医師不足改善のため、勤務医と開業医とのアンバランスや地域別・診療科別の医師不足の状況を踏まえて、メリハリの利いた診療報酬改定を早急に行うべき。また、中長期的には、開業医と勤務医の収入をバランスさせることを目指し、開業医・勤務医の平準化を進める。

また、医療サービスの価格全体の前提となる診療報酬本体(医師の人件費等)については、「据え置く」6名、「抑制」3名という意見があったことを重く受け止めて対応されたい。

加えて、中長期的な検討課題として提案された地域・診療科間の偏在の解消など、医師不足の問題に対応する医療供給体制の在り方について、社会保障審議会で検討の上、行政刷新会議に報告されたい。

また、診療報酬の加算が効果的に待遇改善につながるよう、勤務条件が厳しい診療科を中心に待遇改善につながる条件付けを行うべき。

論点①、②

医師不足を改善するため、中期的に開業医と勤務医の収入を バランスさせることを目指し、開業医・勤務医の平準化を進める	8名
医師不足を改善するため、リスクや勤務時間に応じて、診療科ご との報酬配分を見直す	9名
診療報酬本体(医師の人件費等)を	
	ア. 増やす 0名
	イ. 据え置く 6名
	ウ. 抑制 3名
その他	2名
	(※複数回答)

論点③

病院に対する加算を行った場合には、勤務医の人件費増につな がるよう、条件付けを行うべき	7名
病院に対する加算を行った場合には、勤務条件が厳しい診療 科・部門の勤務医に院内で重点的に処遇するよう、条件づけを 行うべき	8名
病院に対する加算を行った場合には、勤務条件が厳しい診療 科・部門の病院勤務医の待遇を現在以上に改善する必要はない	0名
その他	3名
	(※複数回答)

評価シートに記載された各評価者の提言内容

<論点①、②>

- 勤務医の待遇改善、報酬アップ。但し、開業医でも、産科・小児科は待遇維持または改善すべき。
- 救急対応(急性期)の病院、医師への配分及び産科、小児科、内科、外科の報酬は上げ、皮膚科、眼科は大きく下げるべき。
- (開業医と勤務医の収入を)中長期的には均衡させる。
- (診療報酬本体を)極力抑制する。
- 地方における医師不足に対応するため、地域の国立大学病院の医学部に「県内枠」を設けて、地元の高校出身者を増やすことも検討すべき。
- ドイツのような公的医療保険における開業医の配置規制についても検討すべき。

行政刷新会議「提言型政策仕分け」

- 開業医と勤務医のリスクや勤務状況をもっと直視した診療報酬のつけ方を、改めていく。
- 「医師不足」がある以上、開業医と勤務医の平準化を進める方向で診療報酬配分を改めるべき。
- 眼科や皮膚科、泌尿器科といった医師数が増加している診療科には、特にターゲットを当てて診療報酬を引き下げる直接的な方策を講じるべき。
- 物価や民間企業の給与が下がる状況の下で、診療報酬本体は据え置く(ゼロ改定)べき。今後も診療報酬改定時には、物価や民間企業給与の動向と連動させるべき。
- 勤務医に対して開業医の時間当たり報酬が相対的に高いため勤務医から開業医へシフトが生じている。これが医師不足の原因の一つ。格差を平準化させるべきだ。
- 診療別の価格が相対的に高い医師分野に民間が集まる傾向があるため、不足する診療科の報酬を相対的に引上げるべき。
- 自由参入(開業の場所、診療科目)にもかかわらず、医療サービスの価格が固定されており、医師の処遇は相当に恵まれている。報酬を引下げるべきだ。
- 公的病院の統合を進め、病床数を削減する。
- 医療は保険・公的負担で賄われている以上、厚労省は医療機関に対する管理を強化する。
- 供給側の効率化がここでの議論の中心であり、そのためには、病院・診療所でどのように機能分化が行われるべきかの議論が必要。
- ①規模による病院の機能に着目して、②勤務医であっても担っている機能に応じて、③報酬配分を見直すべき。その際、病院の集約化をすすめたり、医療法人のガバナンスの改革を行うべき。そのうえで、ホスピタルフィーの導入も検討すべき。
- 医療法人制度改革で法人のガバナンスをどのようにしていくのかの制度設計が必要になる。持分権の廃止だけで病院のガバナンスが改善するとは思えない。
- 医師不足、給与(収入)を含めて医師の待遇・格差の実態を正しく捉えることから議論を始めるべき。エビデンスベースの診療報酬の改正が不可欠。
- 中長期的には“ドクターフィー”の導入を。
- 当面は全病院調査(病院・医師センサス)の実施と実態の分析を。
- 診療報酬はマクロ＝総額を増やすのではなく政策目的に即したメリハリのある配分を。
- 医師不足の実態を地方自治体の方がより情報を有しているならば、診療報酬決定の一部(例±10%)を地方に分権化しては。
- 財政的に診療報酬が増やせない現状では勤務医の収入を増やす為に、開業医の収入を減らす方向も、タブーなく踏み込むべきだ。
- リスクの高い外科、産婦人科や、過労状態にある小児科の報酬はリスクや労働環境に応じて増加さ

せるべき。

- 勤務医を増やす。開業医を減らす。メリハリをつけるべき。もちろん地域別・診療科別の医師不足の状況を勘案して、地域、診療科別のメリハリをつけるべき。
- 収入のみならず勤務時間や勤務地を考えないと医師不足は改善しないが、まず、当面の対応策として開業医と勤務医間の収入面での改善(平準化)を進める。
- 上記の方法論として、リスクが高い、また、勤務時間に応じて診療科ごとに報酬配分を見直す。病院に対してもリスクと勤務時間に応じて(診療報酬に応じて)人件費を割り当てるような制度を検討・導入する。
- 開業医・勤務医、診療科目によって上げるところと下げるところを設ける。

<論点③>

- 病院加算の内、一定の割合を Doctor Fee として勤務医に配分されるようにすべき。
- 上記中、条件の厳しい診療料の勤務医への Doctor Fee を厚くすることを義務付けるべき。
- ドクターフィーを導入する(中長期)
- 勤務医とのバランスをとるよう開業医への診療報酬は抑制
- 病院間の連携、看護師との業務分担の見直しの徹底
- 現行制度では病院経営の効率化＝収益性の向上を通じて勤務医の給与を増やすしかない。
- 地方の勤務医については定期的に都市部の大病院で検修を受けて技能の向上を促す仕組みがあっても良いのではないか。
- ドクターフィー、ホスピタルフィーの導入を通じて勤務医の待遇改善を進めるとともに、小病院を減らして大病院に集約化を促進すべき。
- 単純に給与を上げるだけでなく勤務医の労働時間、労働条件を改善するよう、病院数等の統合を図る。
- 各病院別の人件費割合や給与等を公開して政策評価の為の具体的な指標を定めるべき。
- 診療科別の給与や労働時間等も統計をとって公開すべき。
- 地域単位当たりの効率化が不足。公立病院などを垂直統合して、職能分化に基づく医療施設のダウンサイジングが必要。
- 医師でなくても可能な医療サービスは極力看護師、介護士でも供給可能に。これを行うことで医療コストを引き下げることが可能。同時に医師は医師でしかできない業務に従事可能。
- 病院に対してもリスクと勤務時間に応じて(診療報酬に応じて)人件費を割り当てるような制度を検討・導入する。

行政刷新会議「提言型政策仕分け」

- 病院については、400床(又は500床以上)の病院と200床未満の中小病院は別けて考えるべき。前者は高次の医療サービスを担うが、後者は診療所とあまり変わらない。
(選択肢①について)高次機能を担う大病院については、人件費増を認めてもいい。
(選択肢②について)そのとおりである。
(選択肢③について)高次機能病院と療養型病院とは区別して議論すべき。療養病床のあり方については、もう少し考える必要がある。
- 療養病床の監理及び診療報酬の改善について、現在の診療報酬の包括化の区分はまだ改善の余地がある。介護療養病床の他施設への転換をすすめるスピードをあげるべき。
- 地域医療、特に過疎地勤務の医師の報酬、待遇を改善(アップ)すべき。その為には、地域＝保険者が一定程度診療報酬を決められるよう、スピード感を持って決断すべき。
- 勤務条件が厳しい診療科目や地域の医師や看護職員の待遇改善につながるよう条件付けを行うべき。

厚生労働省社会保障改革推進本部の検討状況について (中間報告)

厚生労働省
平成23年12月5日

厚生労働省社会保障改革推進本部の検討状況について(中間報告)

社会保障改革については、「社会保障・税一体改革成案(平成23年6月30日政府・与党社会保障改革検討本部決定)」で示された個別分野の具体的改革項目に従って、着実に改革に取り組み、社会保障の機能強化(充実と重点化・効率化)を図る。

厚生労働省では、成案とりまとめ以降、省内に社会保障改革推進本部を設置するとともに、社会保障審議会(※)、子ども・子育て新システム検討会議等で、個別改革項目の具体化に向けた議論を進めてきた。これらの議論の状況等を踏まえ、現時点での厚生労働省社会保障改革推進本部での社会保障改革の検討内容を報告する。

※ 医療部会、介護保険部会、医療保険部会、年金部会、短時間労働者への社会保険適用等に関する特別部会、介護給付費分科会

成案に従って、以下の方向性に沿って、個別改革項目に取り組む。

改革の方向性

1

未来への投資
(子ども・子育て支援)の強化

- ・ 子ども・子育て新システムの創設
- 子どもを産み、育てやすい社会に

2

医療・介護サービス保障の強化
社会保険制度の
セーフティネット機能の強化

- 高度急性期への医療資源集中投入など入院医療強化、地域包括ケアシステムの構築等
- どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

3

貧困・格差対策の強化
(重層的セーフティネットの構築)

- ・ すべての人の自立した生活の実現に向け、就労や生活の支援を行うとともに、低所得者へきめ細やかに配慮
- 全ての国民が参加できる社会へ

4

多様な働き方を支える
社会保障制度へ

- ・ 短時間労働者への社会保険適用拡大、被用者年金の一元化
- 出産・子育てを含めた多様な生き方や働き方に公平な社会保障制度へ

5

全員参加型社会、
ディーセント・ワークの実現

- ・ 若者をはじめとした雇用対策の強化、非正規労働者の雇用の安定・処遇の改善等
- 誰もが働き、安定した生活を営むことができる環境へ

6

社会保障制度の安定財源確保

- ・ 消費税の使い道を、現役世代の医療や子育てにも拡大、基礎年金国庫負担2分の1の安定財源確保
- 現役世代への支援を強化し、あらゆる世代が広く公平に社会保障の負担を分かち合う

1. 子ども・子育て新システム

すべての子どもへの良質な成育環境を保障し、子どもと子育て家庭を応援する社会の実現に向け、地域の実情に応じた保育等の量的拡充、幼保一体化などの機能強化を行う子ども・子育て新システムを創設する。

子ども・子育て新システム

○子ども・子育て新システムを創設する。

☆ 恒久財源を得て、早期に本格実施する（それまでの間は、法案成立後、平成25年度を目途に、子ども・子育て会議（仮称）や国の基本方針など可能なものから段階的に実施）

☆ 税制抜本改革とともに、来年の通常国会に法案提出

I 給付設計

(1) 幼保一体化

① 給付システムの一体化

- ・ こども園給付（仮称）の創設（給付の一体化・強化）
- ・ 多様な保育事業の量的拡大（指定制度の導入）
- ・ 地域における学校教育・保育の計画的整備（市町村新システム事業計画（仮称）の策定等）

② 施設の一体化

- ・ 「総合施設（仮称）」の創設（学校教育・保育及び家庭における養育支援を一体的に提供）

(2) 地域型保育給付（新設）

- 小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育

(3) 延長保育事業、病児・病後児保育事業

(4) 放課後児童クラブ

1. 子ども・子育て新システム

子ども・子育て新システム

(5)すべての子ども・子育て家庭への支援

- ① 子どものための現金給付
- ② 地域子育て支援事業(仮称) → 地域子育て支援拠点事業、一時預かり等
- ③ 妊婦健診

Ⅱ 新たな一元的システムの構築

- (1)実施主体は基礎自治体(市町村)
- (2)社会全体による費用負担
- (3)政府の推進体制・財源を一元化
- (4)子育て当事者等が参画する子ども・子育て会議(仮称)の設置

Ⅲ 新システム実施のための財源確保による量的拡充・質の改善

- 潜在ニーズを含む保育等の量的拡充
- 職員配置の充実等の質の改善

- 新システム実施までの間も、子ども・子育てビジョンに基づき保育等の計画的基盤整備に取り組むとともに、新システム移行に向けた多様な保育の推進を図る。

<24年度の主な関連施策等> ※ 一部を除き平成24年度概算要求中

- 待機児童解消のため、保育所等の受け入れ児童数を拡大(運営費の確保)。
- 安心こども基金の延長等の検討
- 待機児童解消「先取り」プロジェクトによる新システムを見据えた対策
(グループ型小規模保育事業、地方版子ども・子育て会議のモデル事業等)
- 放課後児童対策の充実

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。

(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を行う。

<今後の見直しの方向性>

① 病院・病床機能の分化・強化

- ・ 急性期病床の位置づけを明確化し、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

② 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

③ 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

④ 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により、チーム医療を推進

☆ あるべき医療提供体制の実現に向けて、診療報酬改定及び介護報酬改定、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、医療法等関連法の法律改正を順次行う。そのため、来年の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引き続き検討する。

2. 医療・介護等①

(2) 地域包括ケアシステムの構築

- できる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を目指す地域包括ケアシステム(医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援)の構築に取り組む。

<今後のサービス提供の方向性>

① 在宅サービス・居住系サービスの強化

- ・ 切れ目のない在宅サービスにより、居宅生活の限界点を高めるための24時間対応の訪問サービス、小規模多機能型サービスなどの充実
- ・ サービスつき高齢者住宅の充実

② 介護予防・重度化予防

- ・ 要介護状態になる高齢者が減少し、自立した高齢者の社会参加が活発化する介護予防を推進
- ・ ケアマネジメントの機能強化

③ 医療と介護の連携の強化

- ・ 他制度、多職種チームケアの推進
- ・ 小規模多機能型サービスと訪問看護の複合型サービスの提供
- ・ 退院時・入院時の連携強化や地域における必要な医療サービスの提供

④ 認知症対応の推進

- ・ 認知症に対応するケアモデルの構築や地域密着型サービスの強化
- ・ 市民後見人の育成など権利擁護の推進

☆ 改正介護保険法の施行、介護報酬及び診療報酬改定、補助金等の予算措置等により、地域包括ケアシステムの構築を推進する。

2. 医療・介護等①

(3)その他

- 診療報酬・介護報酬改定、補助金等予算措置等により、成案に掲げられた以下についても、取組を推進する。
 - ・ 外来受診の適正化等(生活習慣病予防等)
 - ・ ICTの活用による重複受診・重複検査、過剰な薬剤投与等の削減
 - ・ 介護予防・重度化予防
 - ・ 介護施設の重点化(在宅への移行)
 - ・ ケアマネジメントの機能強化
 - ・ 居住系サービスの充実
 - ・ 施設のユニット化
 - ・ マンパワー増強

2. 医療・介護等①

<24年度の主な関連施策等(i)>

○上記(1)～(3)を実現するため、24年度では主に以下の関連施策等を行う。

(1)診療報酬・介護報酬改定

○診療報酬改定及び介護報酬改定において、以下の取り組みを進める。

I. <平成24年診療報酬改定の基本方針 ～二つの重点課題と四つの視点～>

① 2つの重点課題

- 病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減
- 医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実

② 4つの視点

- 充実が求められる分野を適切に評価していく視点
 - ・ がん医療の充実、認知症対策の促進 等
- 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で生活の質にも配慮した医療を実現する視点
 - ・ 退院支援の充実等の患者に対する相談支援体制の充実 等
- 医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点
 - ・ 急性期、亜急性期等の病院機能に合わせた効率的な入院医療の評価、慢性期入院医療の適正な評価 等
- 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点
 - ・ 後発医薬品の使用促進 等

<24年度 of 主な関連施策等(ii)>

II. <平成24年介護報酬改定の基本的考え方>

① 地域包括ケアシステムの基盤強化

- ・ 高齢者の自立支援に重点を置いた在宅・居住系サービス
- ・ 要介護度が高い高齢者や医療ニーズの高い高齢者に対応した在宅・居住系サービス

② 医療と介護の役割分担・連携強化

- ・ 在宅生活時の医療機能の強化に向けた、新サービスの創設及び訪問看護、リハビリテーションの充実並びに看取りへの対応強化
- ・ 介護施設における医療ニーズへの対応
- ・ 入退院時における医療機関と介護サービス事業者との連携促進

③ 認知症にふさわしいサービスの提供

- ・ 認知症早期診断・対応体制の確立と認知機能の低下予防
- ・ 認知症にふさわしい介護サービス事業の普及 等

④ 質の高い介護サービスの確保

2. 医療・介護等①

<24年度の主な関連施策等(iii)>

(2)医療計画作成指針の改定等

○ 平成24年度における都道府県による新たな医療計画(平成25年度より実施)の策定に向け、医療計画作成指針の改定等を年度内に行う。

- ・ 医療機能の分化・連携を推進するため、医療計画の実効性を高めるよう、二次医療圏の設定の考え方を明示するとともに、疾病・事業ごとのPDCAサイクルを効果的に機能させるよう見直し
- ・ 在宅医療について、達成すべき目標、医療連携体制等を記載
- ・ 精神疾患を既存の4疾病に追加し医療連携体制を構築

(3)補助金等予算措置による取組の推進

○ 医療サービス提供体制の強化や地域包括ケアシステムの構築に向け、補助金等必要な予算措置を講じる。

(4)改正介護保険法の施行

○ 地域包括ケアシステムの構築など、成案で掲げられた介護のサービス提供体制の機能強化を推進する観点から、平成23年通常国会で成立した介護サービスの基盤強化のための介護保険法等一部改正法の円滑な実施を図る。(24時間対応の定期巡回・随時対応型サービス 等)

3. 医療・介護等②

(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) 働き方にかかわらない保障の提供、長期高額医療を受ける患者の負担軽減、所得格差を踏まえた財政基盤の強化・保険者機能の強化、世代間・世代内の負担の公平化、といった観点から、医療保険・介護保険制度のセーフティネット機能の強化を行う。

(1) 市町村国保の低所得者保険料軽減の拡充など財政基盤の強化と財政運営の都道府県単位化

- 低所得者保険料軽減の拡充や保険者支援分の拡充等により、財政基盤の強化を行う。併せて、市町村国保の財政運営の都道府県単位化を進める。

☆ 「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議」において、引き続き具体的内容についての検討を進める。税制抜本改革とともに、来年の通常国会への法案提出に向けて、関係者の意見を聴きながら引き続き検討する。

(2) 短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大

- 4. II (6)の短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大に併せ、被用者保険の適用拡大を行う。

☆ 短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大を、可能な限り早い段階で実施する。

☆ 被用者保険の適用対象となる者の具体的範囲、短時間労働者が多く就業する企業への影響に対する配慮等の具体的制度設計について、実施時期も含め引き続き検討する。来年の通常国会への法案提出に向けて、関係者の意見を聴きながら引き続き検討する。

3. 医療・介護等②

(3) 長期高額医療の高額療養費の見直し

- 増大する長期・高額な医療に対応するため、長期にわたって高額な医療費がかかる患者の負担の軽減、中低所得者(市町村民税非課税世帯ではないが所得が低い者)の患者負担の軽減を検討する。

☆ (4)の受診時定額負担等の導入の検討と併せて引き続き検討する。来年の通常国会への法案提出に向けて、関係者の意見を聴きながら引き続き検討する。

(4) 給付の重点化の検討

- 給付の重点化の観点から、(3)の高額療養費の見直しによる負担軽減の規模に応じて、受診時定額負担等を、低所得者に配慮しながら、検討する。

☆ (3)の高額療養費の見直しの検討と併せて引き続き検討する。来年の通常国会への法案提出に向けて、関係者の意見を聴きながら引き続き検討する。

(5) 高齢者医療制度の見直し

- 高齢者医療制度改革会議のとりまとめ等を踏まえ、高齢者医療制度の見直しを行う。
- 高齢者医療の支援金を各被用者保険者の総報酬に応じた負担とする措置について検討する。
(注)現在、平成24年度までの特例として、支援金の3分の1を総報酬に応じた負担とする措置が講じられるとともに、併せて、協会けんぽに対する国庫補助率を13%から16.4%とする措置が講じられている。
- 70歳以上75歳未満の方の患者負担について、世代間で不公平が生じていること等から、本来の2割負担に戻すことを検討する。
(注)現在、2割負担と法定されている中で、毎年度、約2千億円の予算措置により1割負担に凍結されている。

☆ 具体的内容について引き続き検討する。来年の通常国会への法案提出に向けて、関係者の意見を聴きながら引き続き検討する。

3. 医療・介護等②

(6) 国保組合の国庫補助の見直し

- 保険者間の公平を確保する観点から、所得水準の高い国民健康保険組合に対する国庫補助の見直しを行う。

☆ 医療保険制度改革の一環として、来年の通常国会への法案提出に向けて、関係者の意見を聴きながら引き続き検討する。

(7) 介護1号保険料の低所得者保険料軽減強化

- 今後の高齢化の進行に伴う保険料水準の上昇や消費税引き上げに伴う低所得者対策強化の観点を踏まえ、公費を投入することにより、1号保険料の低所得者軽減強化を行う。

☆ 具体的内容について引き続き検討を進める。税制抜本改革とともに、来年の通常国会への法案提出に向けて、関係者の意見を聴きながら引き続き検討する。

(8) 介護納付金の総報酬割導入等

- 今後の急速な高齢化の進行に伴って増加する介護費用を公平に負担する観点から、介護納付金の負担を医療保険者の総報酬に応じた按分方法とする(総報酬割の導入)ことを、検討する。

また、現役世代に負担を求める以上、高齢者も応分の負担をしていかなければならないことにも鑑み、一定以上の所得者の利用者負担割合の引上げなど給付の重点化についても、検討を行う。

(注) 現行は、介護納付金は各医療保険の加入者数に応じて按分されている。

☆ 来年の通常国会への法案提出に向けて、関係者の意見を聴きながら引き続き検討する。

3. 医療・介護等②

(9) その他介護保険の対応

- 軽度者に対する機能訓練等重度化予防に効果のある給付への重点化の観点から、平成24年度介護報酬改定において、対応を行う。
- 第6期の介護保険事業計画(平成27年度～平成29年度)の施行も念頭に、介護保険制度の給付の重点化・効率化とともに、予防給付の内容・方法の見直し、自立支援型のケアマネジメントの実現に向けた制度的対応を、引き続き検討する。

(10) 後発品のさらなる使用促進、医薬品の患者負担の見直し

- 後発医薬品推進のロードマップを作成し、診療報酬上の評価、患者への情報提供、処方せん様式の変更、医療関係者の信頼性向上のための品質確保等、総合的な使用促進を図る。また、先発医薬品の薬価を引き下げる。
- 医薬品の患者負担の見直しについては、成案に「医薬品に対する患者負担を、市販医薬品の価格水準も考慮して見直す」とあることを踏まえ、引き続き検討する。

(11) 総合合算制度

- 税・社会保障の負担が増加する中で、低所得者の負担軽減により所得再分配機能を強化する。そのため、制度単位ではなく家計全体をトータルに捉えて、医療・介護・保育等に関する自己負担の合計額に上限を設定する「総合合算制度」を創設する。

☆ 制度実現には、番号制度等の情報連携基盤の導入が前提であるため、平成27年度以降の導入に向け、引き続き検討する。

3. 医療・介護等②

(12) 難病対策

- (3)の長期高額医療の高額療養費の見直しのほか、難病患者の長期かつ重度の精神的・身体的・経済的負担を社会全体で支えるため、医療費助成について、法制化も視野に入れ、助成対象の希少・難治性疾患の範囲の拡大を含め、より公平・安定的な支援の仕組みの構築を目指す。

また、治療研究、医療体制、福祉サービス、就労支援等の総合的な施策の実施や支援の仕組みの構築を目指す。

☆ 引き続き検討する。

4. 年金

I 新しい年金制度の創設

- 「所得比例年金」と「最低保障年金」の組み合わせからなる一つの公的年金制度にすべての人が加入する新しい年金制度の創設について、国民的な合意に向けた議論や環境整備を進め、引き続き実現に取り組む。

<所得比例年金(社会保険方式)>

- 職種を問わず全ての人と同じ制度に加入し、所得が同じなら同じ保険料、同じ給付
- 保険料は15%程度(老齢年金に係る部分)
- 納付した保険料を記録上積み上げ、仮想の利回りを付し、その合計額を年金支給開始時の平均余命などで割って、毎年の年金額を算出

<最低保障年金(税財源)>

- 最低保障年金の満額は7万円(現在価額)
- 生涯平均年収ベース(=保険料納付額)で一定の収入レベルまで全額を給付し、それを超えた点より徐々に減額を行い、ある収入レベルで給付額をゼロとする。
- すべての受給者が、所得比例年金と最低保障年金の合算で、概ね7万円以上の年金を受給できる制度とする。

☆ 国民的な合意に向けた議論や環境整備を進め、平成25年の国会の法案提出に向けて、引き続き検討する。

4. 年金

Ⅱ 現行制度の改善

(1) 基礎年金国庫負担2分の1の恒久化

○ 年金財政の持続可能性の確保のため、税制抜本改革により確保される安定財源により、基礎年金国庫負担2分の1を恒久化する。

☆ 消費税引き上げ年度から消費税財源による国庫負担2分の1の恒久化。

☆ 平成24年度から消費税引き上げ年度の前年度までの間について、国庫負担2分の1と36.5%の差額に相当する額を、消費税引上げにより確保される財源を活用して年金財政に繰り入れる。

☆ 具体的な措置内容は予算編成過程を通じて検討し、必要な法案を来年の通常国会に提出。

4. 年金

(2)最低保障機能の強化

○ 年金制度の最低保障機能の強化を図り、高齢者等の生活の安定を図るため、以下の改革を行う。

①低所得者への加算

低所得者である老齢年金受給者に対し、基礎年金額に対する一定の加算を行う。

②障害基礎年金等への加算

老齢基礎年金の低所得者に対する加算との均衡を考慮し、障害者等の所得保障の観点から障害・遺族基礎年金についても、一定の加算を行う。

③受給資格期間の短縮

無年金となっている者に対して、納付した保険料に応じた年金を受給できるようにし、また、将来の無年金者の発生を抑制していく観点から、受給資格期間を、現在の25年から10年に短縮する。

☆ 消費税引き上げ年度から実施する。

☆ 具体的内容について引き続き検討を進める。税制抜本改革とともに、来年の通常国会への法案提出に向けて引き続き検討する。

(3)高所得者の年金給付の見直し

○ (2)の最低保障機能の強化策の検討と併せて、高所得者の老齢基礎年金について、その一部(国庫負担相当額まで)を調整する制度を創設する。

☆ 最低保障機能の強化と併せて実施する。

☆ 具体的内容について引き続き検討を進める。税制抜本改革とともに、来年の通常国会への法案提出に向けて引き続き検討する。

4. 年金

(4)物価スライド特例分の解消

○ かつて特例法でマイナスの物価スライドを行わず年金額を据え置いたこと等により、2.5%、本来の年金額より高い水準の年金額で支給している措置について、世代間公平の観点から、早急に計画的な解消を図る。

☆ 平成24年度分の年金額から実施する(実施時期及び解消期間要検討)。

☆ 来年の通常国会に法案提出。

(5)産休期間中の保険料負担免除

○ 次世代育成の観点から、厚生年金の被保険者について、育児休業期間に加え、産前・産後休業期間中も、同様に年金保険料は免除し、将来の年金給付には反映させる制度の対象とする。

☆ 子ども・子育て支援施策という位置づけで、早期の実施を図る。

☆ 来年の通常国会への法案提出に向けて引き続き検討する。

(6)短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大

○ 働き方に中立的な制度を目指し、かつ、現在国民年金に加入している非正規雇用者の将来の年金権を確立するため、厚生年金適用事業所で使用される短時間労働者について、厚生年金の適用を拡大する。
3.(2)の被用者保険への適用拡大と併せて実施。

☆ 厚生年金の適用対象となる者の具体的範囲、短時間労働者が多く就業する企業への影響に対する配慮等の具体的制度設計について、実施時期も含め引き続き検討する。来年の通常国会への法案提出に向けて、関係者の意見を聴きながら引き続き検討する。

☆ 第3号被保険者制度の見直し、配偶者控除の見直しとともに、引き続き総合的な検討を行う。

4. 年金

(7)被用者年金一元化

- 被用者年金制度全体の公平性・安定性確保の観点から、共済年金制度を厚生年金制度に合わせる方向を基本として被用者年金の一元化を行う。具体的には、公務員及び私学教職員の保険料率や給付内容を民間サラリーマンと同一とする。

☆ 平成19年法案をベースに、一元化の具体的内容について引き続き検討する。関係省庁と調整の上、来年の通常国会への法案提出に向けて引き続き検討する。

(8)第3号被保険者制度の見直し

- 第3号被保険者制度に関しては、国民の間に多様な意見がなおあることを踏まえ、不公平感を解消するための方策について、新しい年金制度の方向性(2分2乗)を踏まえつつ、引き続き検討する。

☆ 短時間労働者への厚生年金の適用拡大、配偶者控除の見直しとともに、総合的な検討を引き続き行う。

(9)マクロ経済スライドの検討

- デフレ経済下においては、現行のマクロ経済スライドの方法による年金財政安定化策は機能を発揮できないことを踏まえ、世代間公平の確保及び年金財政の安定化の観点から、デフレ経済下におけるマクロ経済スライドの在り方について見直しを検討する。

☆ マクロ経済スライドの適用については、(4)による物価スライド特例分の解消の状況も踏まえながら、引き続き検討。

4. 年金

(10) 在職老齢年金の見直し

- 就労意欲を抑制しているのではないかとの指摘がある60歳代前半の者に係る在職老齢年金制度について、調整を行う限度額を引き上げる見直しを引き続き検討する。

☆ 就労抑制効果についてより慎重に分析を進めながら、引き続き検討を行う。

(11) 標準報酬上限の見直し

- 高所得者について、負担能力に応じてより適切な負担を求めていく観点に立ち、厚生年金の標準報酬の上限について、健康保険制度を参考に見直すことなどを引き続き検討する。

☆ 平均標準報酬の動向等を踏まえながら、引き続き検討を行う。

(12) 支給開始年齢引き上げの検討

- 世界最高水準の長寿国である日本において、現在進行している支給開始年齢の引き上げ(注)との関係や高齢者雇用の進展の動向等に留意しつつ、中長期的課題として、支給開始年齢の在り方について検討する。(注)現行の引き上げスケジュールは、男性2025年まで、女性2030年まで

☆ 将来的な課題として、中長期的に検討を行う。(来年の通常国会への法案提出は行わない)

(13) 業務運営の効率化

- 現行の年金制度の改善及び新しい年金制度を検討するに際しては、年金制度を運用するための業務処理体制やシステムに関する現在の課題にも適切に対処していくことが必要であり、業務運営やシステムの改善を図る。

5. 就労促進、ディーセント・ワーク(働きがいのある人間らしい仕事)の実現

(1) 高年齢者雇用対策、有期労働契約、パートタイム労働対策、雇用保険制度

- 「全員参加型社会」や「ディーセント・ワーク」の実現、重層的なセーフティネットの構築により、社会保障制度を支える基盤を強化し、「分厚い中間層」を復活させるため、喫緊の課題である高年齢者雇用対策、有期労働契約、パートタイム労働対策、雇用保険制度について、見直しを行う。

☆ 労働政策審議会の議論を踏まえ、必要な法案を来年の通常国会へ提出する。

<具体的施策>

- 高齢者雇用対策について、雇用と年金を確実に接続させ、無収入の高齢者世帯が発生しないよう継続雇用制度に係る基準に関する法制度を整備(平成25年度の老齢厚生年金の支給開始年齢の引上げまでに実施することが必要)
- 有期労働契約について、有期契約労働者の雇用の安定と公正な待遇を確保するための法制度を整備
- パートタイム労働対策について、パートタイム労働者の公正な待遇をより一層確保するため、均等・均衡待遇の確保の促進、通常の労働者への転換の推進などに関する法制度を整備
- 雇用保険制度について、現下の厳しい雇用失業情勢や景気の下振れリスクに対応するため、平成23年度末までの暫定措置の延長等に関する法制度を整備

5. 就労促進、ディーセント・ワーク(働きがいのある人間らしい仕事)の実現

(2)総合的ビジョン・若年者雇用対策

- 上記の有期労働契約やパートタイム労働対策についての議論の成果を踏まえつつ、非正規労働者の公正な待遇確保に横断的に取り組むための総合的ビジョンの年度内の策定に向けて検討を進める。
- 若年者雇用対策については、大学生等の厳しい就職環境を踏まえ、ジョブサポーターによる大学への出張相談の常時実施や年度末時点の未内定者の新卒応援ハローワークへの全員登録・集中支援などマンツーマン支援を徹底するとともに、学生の視野の拡大等による中小企業とのミスマッチの解消を図る。加えて、就職氷河期世代も含め、フリーターへの正規雇用化支援を一層強化する。

6. 貧困・格差対策の強化(重層的セーフティネットの構築・逆進性対策)(一部再掲)

すべての人の自立した生活の実現に向け、就労や生活の支援を行うとともに、消費税引き上げによる低所得者への負担に配慮し、低所得者へきめ細やかに配慮する。

(1) 社会保障制度における低所得者対策の強化(逆進性対策の実施。一部再掲)

- 消費税収は全て国民に還元するという観点に立ち、消費税引き上げに伴う低所得者への影響に対する措置として、以下の措置を(2)、(3)の措置とあわせて講じ、社会保障における給付等を通じた逆進性対策を行う。
 - ① 生活保護基準、各種福祉手当については、物価スライド等の措置により、消費税引き上げによる影響分を手当額に反映する。
 - ② 低所得の年金受給者に対しては、最低保障機能の強化として加算措置を講じる。(4Ⅱ(2))
 - ③ 医療・介護分野においても、市町村国保の保険料、介護1号保険料における低所得者保険料軽減の拡充等により、負担軽減措置を講じる。(3(1)、(7))
 - ④ 長期高額医療の高額療養費の見直しについて検討する。(3(3))
 - ⑤ 社会保障の制度横断的な低所得者の負担軽減策として、総合合算制度創設を検討する。(3(11))

(2) 社会保険の適用拡大(再掲)

- 短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大(3(2))
- 短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大(4Ⅱ(6))

6. 貧困・格差対策の強化(重層的セーフティネットの構築・逆進性対策)(一部再掲)

(3)重層的セーフティネットの構築・生活保護制度の見直し

- 生活困窮者対策と生活保護制度の見直しについて、総合的に取り組むための生活支援戦略(名称は今後検討)を策定する。(24年秋目途)
- ① 生活困窮者対策の推進
 - 第2のセーフティネットの構築に向け、求職者支援制度に併せ、以下の取組を進める。
 - i 生活困窮者に対する支援を実施していくための体制整備等を進めるため、国の中期プランを策定
 - ii 生活困窮者の自立に向けた生活自立支援サービスの体系化、民間の生活支援機関(NPO、社会福祉法人等)の育成・普及、多様な就労機会の創出等を図るため、必要な法整備も含め検討を進める。
- ② 生活保護制度の見直し
 - 国民の最低生活を保障しつつ、自立の助長をより一層図る観点から、生活保護法の改正も含め、生活保護制度の見直しについて、地方自治体とともに引き続き検討する。

<平成24年度における主な関連施策>

- 当面の対策として、生活保護制度において、以下の取組を実施する。
- ① 生活保護受給者の就労・自立支援の充実
 - ハローワークと連携した生活保護受給者に対する就労支援の強化、社会福祉法人やNPOの協力を得て実施する高齢者等の生活支援の充実、生活保護受給世帯の子どもに対する養育相談等の実施
- ② 生活保護の適正化の徹底
 - 電子レセプトの効果的活用やジェネリック医薬品の使用促進を通じた医療扶助の適正化、調査手法の見直しを通じた不正受給対策の徹底

7. 医療イノベーション 8. 障害者施策

9. 地方単独事業を含めた社会保障給付の全体像及び費用推計の総合的な整理

7. 医療イノベーション

- 日本発の革新的な医薬品・医療機器等の創出により、健康長寿社会を実現するとともに、国際競争力強化による経済成長に貢献することを目指す「医療イノベーション」を推進し、以下の取組を進める。
 - ① 国際水準の臨床研究実施により、日本発の革新的な医薬品・医療機器の創出等の拠点となる、臨床研究中核病院(仮称)等の創設
 - ② 独立行政法人医薬品医療機器総合機構の体制強化や、審査等の迅速化・高度化等の促進
 - ③ 保険償還価格の設定における医療経済的な観点を踏まえたイノベーションの評価等のさらなる検討
- ☆ 予算、診療報酬改定等により推進するとともに、医療法、薬事法等の改正についても検討を行う。

8. 障害者施策

- 総合的な障害者施策の充実については、制度の谷間のない支援、障害者の地域移行・地域生活の支援等について引き続き検討し、来年の通常国会への法案提出を目指す。

9. 地方単独事業を含めた社会保障給付の全体像及び費用推計の総合的な整理

- 地方単独事業を含め、財源構成に関わりなくその事業の機能・性格に着目した社会保障給付の全体像の整理を行う。
 - ・ 社会保障給付費としては、今後、ILO基準に則り、「法令に基づき事業の実施が義務づけられる個人に帰属する給付」を対象とし、その際には財源構成に関わりなく把握する。
 - ・ 社会保障給付費の範囲に入らない①事業の実施が義務づけられていない事業、②個人に帰属する給付以外の給付に類似する事業、③施設整備費等を含め、社会保障に要する費用全体について把握する。

医師養成についての日本医師会の提案
－医学部教育と臨床研修制度の見直し－
(第2版)

2011年4月20日

社団法人 日本医師会

目 次

1. 医学部教育	1
1.1. 教育カリキュラム.....	1
1.1.1. 医学部1～4年生	1
1.1.2. 医学部4年生終了時	1
1.1.3. 医学部5～6年生	2
1.2. 医師国家試験.....	6
2. 臨床研修制度	6
2.1. 基本的な方向性.....	6
2.2. 研修プログラム.....	8
2.3. 研修システム.....	10

1. 医学部教育

1.1. 教育カリキュラム

1.1.1. 医学部 1～4 年生

高校の学習の繰り返しにならないように一般教養科目のあり方を見直し、大学 6 年間を通じたリベラル・アーツ教育¹により、医師としての資質を涵養する。たとえば、心理学、社会学、哲学、倫理学などを重視する。社会保障制度（医療、介護、福祉など）、医療経済についても学習する。

医学については、医学教育モデル・コア・カリキュラム、大学独自のカリキュラムを尊重しつつ、1 年生から基礎医学・臨床医学・社会医学の履修を積極的に取り入れ、臨床医学教育の一貫として、介護や福祉との連携も視野に入れた演習、見学実習、ボランティア活動等を実施する。

1.1.2. 医学部 4 年生終了時

4 年生終了時に、CBT(Computer Based Testing, 医学的知識を問う試験)、OSCE (Objective Structured Clinical Examination, 客観的臨床能力試験)を課し、各大学が合格者に参加型臨床実習の参加資格を与える。現在実施されている共用試験 (CBT・OSCE)²では、大学が独自に合格基準を設定しているが、全国統一の判定基準の導入を目指す。

参加型臨床実習の内容は、モデル・コア・カリキュラムを尊重し、さらに基礎医学・臨床医学・社会医学が密接に関係しあっていることを認識できるものにする。実習内容は、医道審議会医師分科会医師臨床研修部会等でフォローし、文部科学省および厚生労働省が連携して、参加型臨床実習の水準向上のために必要な支援を行なっていく。

¹ 作家の立花隆氏は、リベラル・アーツについて「バランスがとれたゼネラルな知識を与えることで、ものごとをトータルに見ることができる人間を育てようとする」と述べている。(立花隆「知的亡国論」文芸春秋 1997 年 9 月号)

² 社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構が、80 医学系・29 歯学系大学等の協力を得て実施している。

1.1.3. 医学部 5～6 年生

医学部 5～6 年生は、参加型の臨床実習を行なう。

参加型臨床実習とは、CBT・OSCE に合格し、医師国家資格の取得を目指す学生（主に医学部の 5 年生・6 年生）が、指導教員の下で、医療チームの一員として、患者の診察、診断、治療などに参加する実習とする。到達目標は、医学教育モデル・コア・カリキュラムに準じる。

また、医師としての適格性を養う目的で、5 年生終了時または 6 年生のときに、指導教員や地域医療の代表者等による一般面接（OSCE での問診形式の医療面接とは異なり、面接者が学生に対して直接試問するもの）を行ない、指導教員が面接結果にもとづいて適切な指導を行なっていく。

指導教員

参加型の臨床実習を実現するためには、指導教員の養成・確保が急務である。日本医師会は、指導教員の教員数確保と指導力向上のため、国に対して十分な財源の手当てと対策を求める。

日本医師会が、指導教員に対して、医師賠償責任保険（医陪責保険）の補助を行なっていくことを検討する。

医学生

医学生は、必ず指導教員の下で参加型の臨床実習を行なうが、医療事故に遭遇するのではないかとの不安もあると思われる。

臨床実習における医学生の医行為については、1991 年の「臨床実習検討委員会最終報告」で、違法性は阻却されるものとされているが、日本医師会は、国に対して、参加型臨床実習を行なう医学生の公的身分保障を求めていくとともに、学生教育研究災害傷害保険（学研災）、学研災付帯賠償責任保険（付帯賠償）³等の加入を推進する。

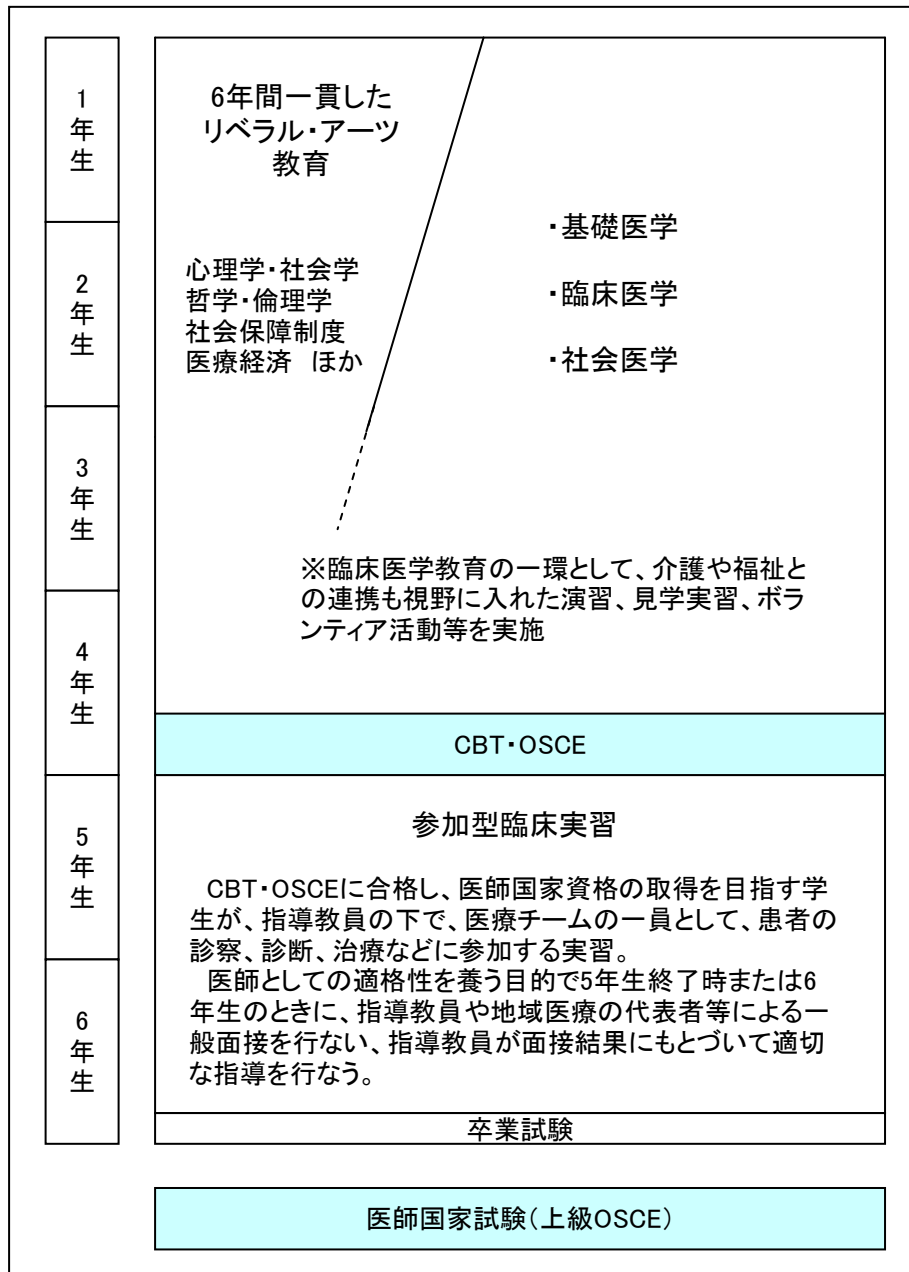
また、日本医師会は、臨床研修医支援ネットワーク⁴を構築したところであ

³（財）日本国際教育支援協会を契約者とし、（財）日本国際教育支援協会賛助会員大学に在籍する学生を被保険者とする団体契約。医療関連実習に対する付帯賠償がある。

⁴ 臨床研修医を対象に、日本医師会ホームページを通じて、日本医師会医学図書館利用サービス、生涯教育オンラインサービスなどを無償で提供するもの。

るが、医学生を対象とした支援ネットワークも前向きに検討する。

図 1.1 医学部教育の改革案



(参考) 基本的臨床手技の到達目標

「医学教育モデル・コア・カリキュラム ー教育内容ガイドラインー 平成22年度改訂版」(2011年3月、モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会 モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門研究委員会) より

<p>一般手技</p> <ol style="list-style-type: none">1) 体位交換、おむつ交換、移送ができる。2) 皮膚消毒、包帯交換ができる。3) 外用薬の貼付・塗布ができる4) 気道内吸引、ネブライザーを実施できる。5) ギプス巻きができる。6) 静脈採血を実施できる(シミュレータでも可とする)。7) 末梢静脈の血管確保を実施できる(シミュレータでも可とする)。8) 中心静脈カテーテル挿入を見学・介助してシミュレータで実施できる。9) 動脈血採血・動脈ラインの確保を見学・介助してシミュレータで実施できる。10) 腰椎穿刺を見学・介助してシミュレータで実施できる。11) 胃管の挿入と抜去ができる。12) 尿道カテーテルの挿入と抜去を実施できる(シミュレータでも可とする)。13) ドレーンの挿入と抜去を見学し、介助ができる。14) 注射(皮下、皮内、筋肉、静脈内)を実施できる(シミュレータでも可とする)。
<p>外科手技</p> <ol style="list-style-type: none">1) 清潔操作を実施できる。2) 手術や手技のための手洗いができる。3) 手術室におけるガウンテクニックができる。4) 基本的な縫合ができる。5) 創の消毒やガーゼ交換ができる。6) 手術に参加し、介助ができる。
<p>検査手技</p> <ol style="list-style-type: none">1) 尿検査(尿沈渣を含む)を実施できる。2) 末梢血塗抹標本を作成し、観察できる。3) 微生物学検査(Gram(グラム)染色を含む)を実施できる。4) 妊娠反応検査を実施できる。5) 血液型判定を実施できる。6) 視力、視野、聴力、平衡検査を実施できる。7) 12誘導心電図を記録できる。8) 脳波検査を介助できる。9) 心臓、腹部の超音波検査を介助できる。10) エックス線撮影、CT、MRI、核医学検査、内視鏡検査を見学・介助できる。

(参考) 臨床実習における医学生の医行為の違法性の阻却について

医師による医行為は刑法第 35 条 (正当行為) 「法令又は正当な業務による行為は、罰しない」により、違法性が阻却されてきた。臨床実習における医学生の医行為についても、1991 年の「臨床実習検討委員会最終報告」で、違法性は阻却されるものとされている。

厚生省健康政策局臨床実習検討委員会

「臨床実習検討委員会最終報告」1991 年 5 月 13 日

医師法で、無免許医業罪が設けられている目的は、患者の生命・身体の安全を保護することにある。したがって、医学生の医行為も、その目的・手段・方法が、社会通念から見て相当であり、医師の医行為と同程度の安全性が確保される程度であれば、基本的に違法性はないと解することができる。

具体的には、指針により医学生に許容される医行為について、(1) 侵襲性のそれほど高くない一定のものに限られること、(2) 医学部教育の一環として一定の条件を満たす指導医によるきめ細かな指導・監督の下に行われること、(3) 臨床実習を行わせるに当たって事前に医学生の評価を行うことを条件とするならば、医学生が医行為を行っても、医師が医行為を行う場合と同程度に安全性を確保することができる。また、医学生が医行為を行う手段・方法についても、上記条件に加え、(4) 患者等の同意を得て実施することとすれば、社会通念から見て相当であると考えられる。

したがって、医学生が上記に掲げた条件の下に医行為を行う場合には、医師法上の違法性はないといえる。

1.2. 医師国家試験

現状、医学部 6 年生は、知識問題を含む医師国家試験対策に多くの時間を割いている。しかし、医学知識については、現在、概ね 4 年生終了時（大学によって異なる）に受験する CBT でも高度な内容が課されている。そこで、日本医師会は、医学知識のみの評価は 4 年生終了時の CBT の 1 回に絞り込み、以降は、臨床実習によって培われた能力の評価に特化することを提案する。

医師国家試験の内容

医師国家試験の内容は、上級 OSCE（Advanced OSCE）に相当するものとし、医学部 5～6 年生の参加型臨床実習を通じて習得した深い医学知識、および技能にもとづいて、プライマリ・ケアを中心に適切な臨床推論を行なえるかどうかを客観的に評価する。

また、医師国家試験に不合格になった場合には、出身大学の参加型臨床実習に引き続き参加できる仕組みを検討する。

2. 臨床研修制度

2.1. 基本的な方向性

2000 年 11 月、新医師臨床研修の基本 3 原則が示された。

新医師臨床研修の基本 3 原則（参議院国民福祉委員会附帯決議）

1. 医師としての人格を涵養
2. プライマリ・ケアへの理解を深め患者を全人的に診ることができる基本的な診療能力を修得
3. アルバイトせずに研修に専念できる環境を整備

日本医師会は、今後も新医師臨床研修の基本3原則を堅持すべきと考える。そして、そのうえで、日本医師会は地域医療を代表する立場から、日本の医療を担う若手医師の養成を支えていく。

日本医師会が当面の改革案として考える臨床研修制度の基本的方向性は次のとおりである。臨床研修医が地域と深くかかわって研修できること、単なる労働力として位置づけられることなく、かつ、臨床研修医が研修内容優先で研修先を選択できるように配慮する。

日本医師会 臨床研修制度の基本的方向性（当面の課題として）

- 基本的なプライマリ・ケア能力を獲得し、地域医療を担うことができる医師を養成するため、地域社会で充実した研修体制を整備する。
- 研修希望者数と全国の臨床研修医の募集定員数を概ね一致させる⁵。都道府県の募集定員は人口や地理的条件など地域の実情を踏まえて設定する⁶。
- 臨床研修医が単なる労働力として位置付けられることなく研修に専念できる環境を整備する。
- 臨床研修医の研修先における給与水準を一定の範囲内にする⁷。

なお、いわゆる後期臨床研修については、現在、検討途上にある専門医制度との関係を調整しつつ、今後、あらためて提案を行なっていく。

⁵ 2011年度の研修希望者数は8,729人、医師国家試験の合格者数は7,686人、臨床研修募集定員数は10,900人。（第4回医道審議会医師分科会医師臨床研修部会「研修医の受入実績等の推移及び募集定員の試算」2011年1月12日、厚生労働省「第105回医師国家試験の合格発表について」

<http://www.mhlw.go.jp/general/sikaku/successlist/siken01/about.html>、第5回医道審議会医師分科会医師臨床研修部会『「医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」に関する意見の募集について（パブリックコメント資料）」2011年2月18日による）

⁶ 2009年5月の改正により、2010年度の研修開始以降、都道府県ごとの定員数は、人口、医学部定員数、面積などから算定されている。2014年までは激変緩和措置がある。『「医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」の一部改正案について』（2003年6月12日医政発第0612004号、最終改正2011年3月24日）

⁷ 2007年時採用の1年次研修医給与は、最大1,075万円、平均413万円、最小211万円であった。2年次研修医給与は、最大1,373万円、平均466万円、最小232万円であった。厚生労働省医政局作成資料から。

2.2. 研修プログラム

研修プログラムの到達目標は、医学部 5 年生、6 年生での参加型臨床実習を経て、臨床研修を修了した医師が、十分な診療能力を身につけていることとする。具体的には、1 年目はプライマリ・ケア能力の獲得に一定の目途をつけること、2 年目は、将来専門としたい診療科について、ある程度自立してプライマリ・ケアを行なえるようにすることを目標とする。

基礎医学に進む場合には、卒業直後からではなく、後年あらためて臨床研修を受けることができるようにする。

なお、研修プログラムは、これまでの新医師臨床研修制度の成果や社会情勢の変化等を踏まえ、適宜、見直しを行なっていく。

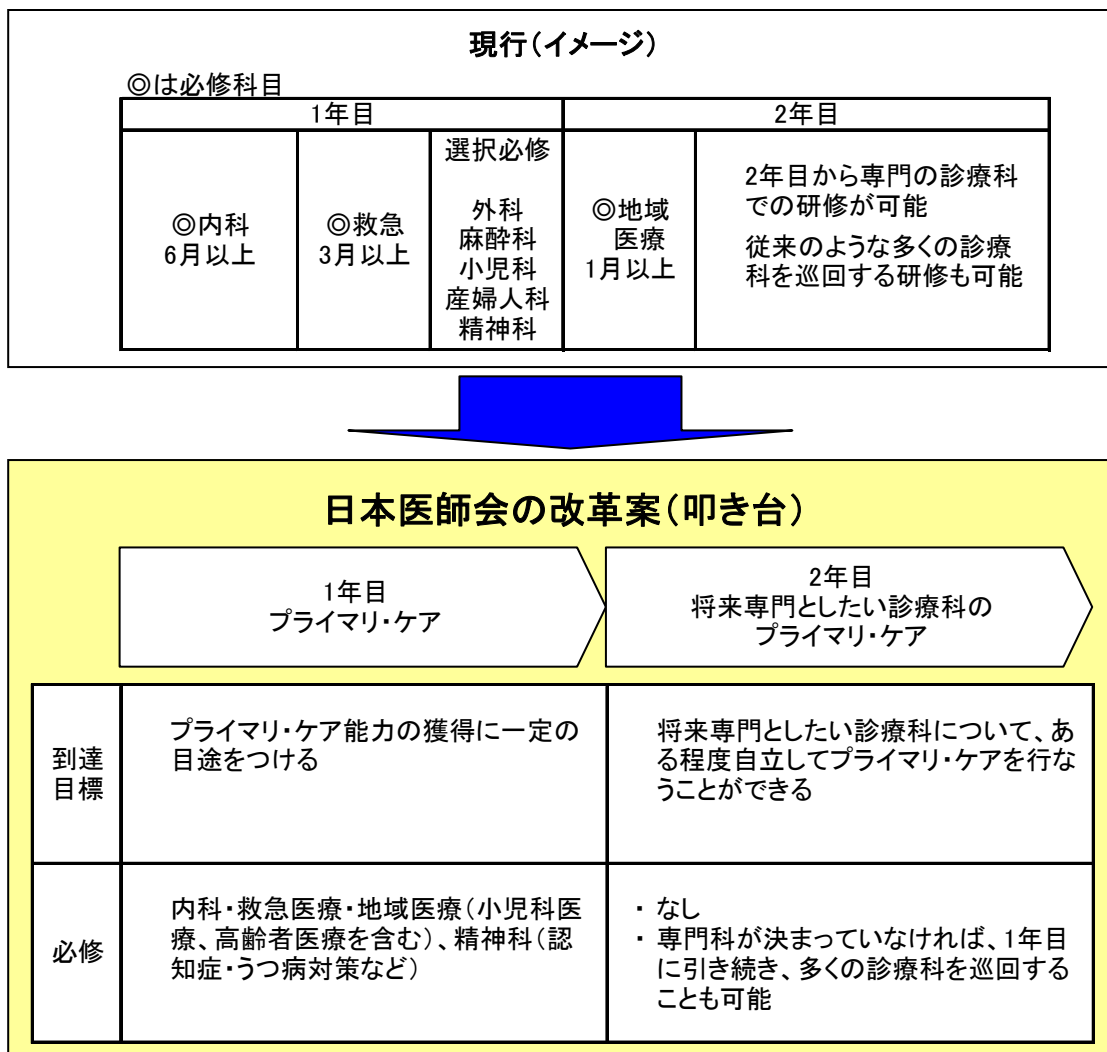
1 年目

プライマリ・ケア能力の獲得に一定の目途をつけることを目指し、内科、救急医療、地域医療（小児医療、高齢者医療を含む）、精神科（認知症対策、うつ病対策など）を必修とし、約 1 年間研修する。それぞれの必修科においては、介護、福祉との連携も視野に入れる。

2 年目

将来専門としたい診療科のプライマリ・ケアを中心に研修する。

図 2.1 臨床研修制度の改革案



2.3. 研修システム

1. 医師研修機構

都道府県ごとに「医師研修機構」を設置する。

- (1) 各都道府県の「医師研修機構」を束ねる「全国医師研修機構連絡協議会」を設置する。「全国医師研修機構連絡協議会」は、人口や地理的条件など、地域の実情を踏まえて、研修希望者数と全国の臨床研修医の募集定員数が概ね一致するよう、都道府県ごとの臨床研修医募集定員数を設定する。
- (2) 各都道府県の「医師研修機構」は、「全国医師研修機構連絡協議会」が設定した当該都道府県ごとの募集定員数をもとに、当該都道府県下の研修病院における臨床研修医募集定員数を調整する。
- (3) 各都道府県の「医師研修機構」は、当該都道府県の医師会、行政、住民代表、大学（医学部、附属病院）、大学以外の臨床研修病院で構成し、次のような機能を担う。
 - ・ 地域で特色のある研修プログラムの検討・提案
 - ・ 当該都道府県の基幹型臨床研修病院、協力型臨床研修病院、研修協力施設の登録
 - ・ 当該都道府県の研修病院の研修内容のフォロー、研修水準の向上・支援

2. 臨床研修センター

各大学に「臨床研修センター」を設置する。

- (1) 研修希望者は、原則として出身大学の「臨床研修センター」に登録し、研修先についての希望を提出する。研修希望先の地域は問わない。

(2) 各大学の「臨床研修センター」は、研修希望者と面談し、研修希望先を確認する。必要があれば「臨床研修センター」が、アドバイスを
行ない、研修先を選定する。研修先に応募した結果、希望がかなわな
かった場合、あらためて「臨床研修センター」が研修希望者と相談し、
調整する。

(3) 臨床研修病院は、臨床研修医が、どの大学の「臨床研修センター」
に所属しているかも含めて、都道府県の「医師研修機構」に臨床研修
医の受け入れ状況を報告する。

図 2.2 「臨床研修センター」と「医師研修機構」のイメージ

