

## II 高齡者医療制度

# 「高齢者医療制度改革会議」について

三党連立政権合意及び民主党マニフェスト(※)を踏まえ、後期高齢者医療制度廃止後の新たな制度の具体的なあり方について検討を行うため、厚生労働大臣の主宰により、関係団体の代表、高齢者の代表、学識経験者からなる「高齢者医療制度改革会議」を平成21年11月より開催。平成22年8月20日(第9回)、中間とりまとめ。同年12月20日(第14回)、最終とりまとめ。

(※)「民主党マニフェスト2010」(抄)

後期高齢者医療制度は廃止し、2013年度から新しい高齢者医療制度をスタートさせます。

## ○ 検討に当たったの基本的考え方

新たな制度のあり方の検討に当たっては、以下を基本として進める。

- ① 後期高齢者医療制度は廃止する
- ② マニフェストで掲げている「地域保険としての一元的運用」の第一段階として、高齢者のための新たな制度を構築する
- ③ 後期高齢者医療制度の年齢で区分するという問題を解消する制度とする
- ④ 市町村国保などの負担増に十分配慮する
- ⑤ 高齢者の保険料が急に増加したり、不公平なものにならないようにする
- ⑥ 市町村国保の広域化につながる見直しを行う

### ※ 参集者 (敬称略)

・日本高齢・退職者団体連合事務局長	阿部 保吉	・日本福祉大学社会福祉学部教授	近藤 克則
・慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授	池上 直己	・日本経済団体連合会 社会保障委員会医療改革部会長	齊藤 正憲
・政治評論家・毎日新聞客員編集委員	岩見 隆夫	・健康保険組合連合会専務理事	白川 修二
・東京大学大学院法学政治学研究科教授	岩村 正彦(座長)	・前千葉県知事	堂本 暁子
・全国市長会 国民健康保険対策特別委員長(高知市長)	岡崎 誠也	・高齢社会をよくする女性の会 理事長	樋口 恵子
・日本労働組合総連合会 総合政策局長	小島 茂	・日本医師会 常任理事	三上 裕司
・諏訪中央病院名誉院長	鎌田 實	・目白大学大学院生涯福祉研究科教授	宮武 剛
・全国知事会 社会文教常任委員会委員長(愛知県知事)	神田 真秋	・全国町村会 会長(長野県川上村長)	藤原 忠彦
・全国老人クラブ連合会 相談役・理事	見坊 和雄	・全国後期高齢者医療広域連合協議会 会長	横尾 俊彦
・全国健康保険協会 理事長	小林 剛	(佐賀県後期高齢者医療広域連合会長、多久市長)	

# 「高齢者医療制度改革会議」について

三党連立政権合意及び民主党マニフェスト(※)を踏まえ、後期高齢者医療制度廃止後の新たな制度の具体的なあり方について検討を行うため、厚生労働大臣の主宰により、関係団体の代表、高齢者の代表、学識経験者からなる「高齢者医療制度改革会議」を平成21年11月より開催。平成22年8月20日(第9回)、中間とりまとめ。同年12月20日(第14回)、最終とりまとめ。

(※)「民主党マニフェスト2010」(抄)

後期高齢者医療制度は廃止し、2013年度から新しい高齢者医療制度をスタートさせます。

## ○ 検討に当たっての基本的考え方

新たな制度のあり方の検討に当たっては、以下を基本として進める。

- ① 後期高齢者医療制度は廃止する
- ② マニフェストで掲げている「地域保険としての一元的運用」の第一段階として、高齢者のための新たな制度を構築する
- ③ 後期高齢者医療制度の年齢で区分するという問題を解消する制度とする
- ④ 市町村国保などの負担増に十分配慮する
- ⑤ 高齢者の保険料が急に増加したり、不公平なものにならないようにする
- ⑥ 市町村国保の広域化につながる見直しを行う

### ※ 参集者 (敬称略)

・日本高齢・退職者団体連合事務局長	阿部 保吉	・日本福祉大学社会福祉学部教授	近藤 克則
・慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授	池上 直己	・日本経済団体連合会 社会保障委員会医療改革部会長	齊藤 正憲
・政治評論家・毎日新聞客員編集委員	岩見 隆夫	・健康保険組合連合会 専務理事	白川 修二
・東京大学大学院法学政治学研究科教授	岩村 正彦(座長)	・前千葉県知事	堂本 暁子
・全国市長会 国民健康保険対策特別委員長(高知市長)	岡崎 誠也	・高齢社会をよくする女性の会 理事長	樋口 恵子
・日本労働組合総連合会 総合政策局長	小島 茂	・日本医師会 常任理事	三上 裕司
・諏訪中央病院名誉院長	鎌田 實	・目白大学大学院生涯福祉研究科教授	宮武 剛
・全国知事会 社会文教常任委員会委員長(愛知県知事)	神田 真秋	・全国町村会長 (長野県川上村長)	藤原 忠彦
・全国老人クラブ連合会 相談役・理事	見坊 和雄	・全国後期高齢者医療広域連合協議会 会長	横尾 俊彦
・全国健康保険協会 理事長	小林 剛	(佐賀県後期高齢者医療広域連合長、多久市長)	

# 新制度のポイント (高齢者医療制度改革会議「最終とりまとめ」<平成22年12月20日>より)

## I 改革の基本的な方向

- 後期高齢者医療制度を廃止し、75歳以上の方も現役世代と同様に国保か被用者保険に加入することとした上で、①公費・現役世代・高齢者の負担割合の明確化、②都道府県単位の財政運営といった現行制度の利点はできる限り維持し、より良い制度を目指す。
- 長年の課題であった国保の財政運営の都道府県単位化を実現し、国民皆保険の最後の砦である国保の安定的かつ持続的な運営を確保する。

## II 新たな制度の具体的な内容

### 1. 制度の基本的枠組み

- ・後期高齢者医療制度は廃止し、地域保険は国保に一本化。

### 2. 国保の運営のあり方

- ・第一段階(平成25年度)で75歳以上について都道府県単位の財政運営とし、第二段階(平成30年度)で全年齢について都道府県単位化。
- ・都道府県単位の運営主体は、「都道府県」が担うことが適当。
- ・「都道府県」は、財政運営、標準保険料率の設定を行い、「市町村」は、資格管理、保険料の賦課・徴収、保険給付、保健事業等を行うといった形で、分担と責任を明確にしつつ、共同運営する仕組みとする。

### 3. 費用負担

#### (1) 公費

- ・75歳以上の医療給付費に対する公費負担割合について、実質47%から50%に引き上げる。  
(現在は、現役並み所得を有する高齢者の医療給付費には公費負担がなく、その分は現役世代の支援金による負担となっている。)

- ・さらに、定期的に医療費の動向や社会経済情勢等を踏まえながら、公費のあり方等を検討する仕組みとし、これを法律に明記する。

#### (2) 高齢者の保険料

- ・国保に加入する75歳以上の保険料は、同じ都道府県で同じ所得であれば原則として同じ保険料とし、その水準は、医療給付費の1割程度とする。
- ・高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びを上回る構造を改め、より公平に分担する仕組みとする。
- ・75歳以上の方に適用されている低所得者の保険料軽減の特例措置(均等割の9割・8.5割軽減、所得割の5割軽減)は、段階的に縮小する。

#### (3) 現役世代の保険料による支援金

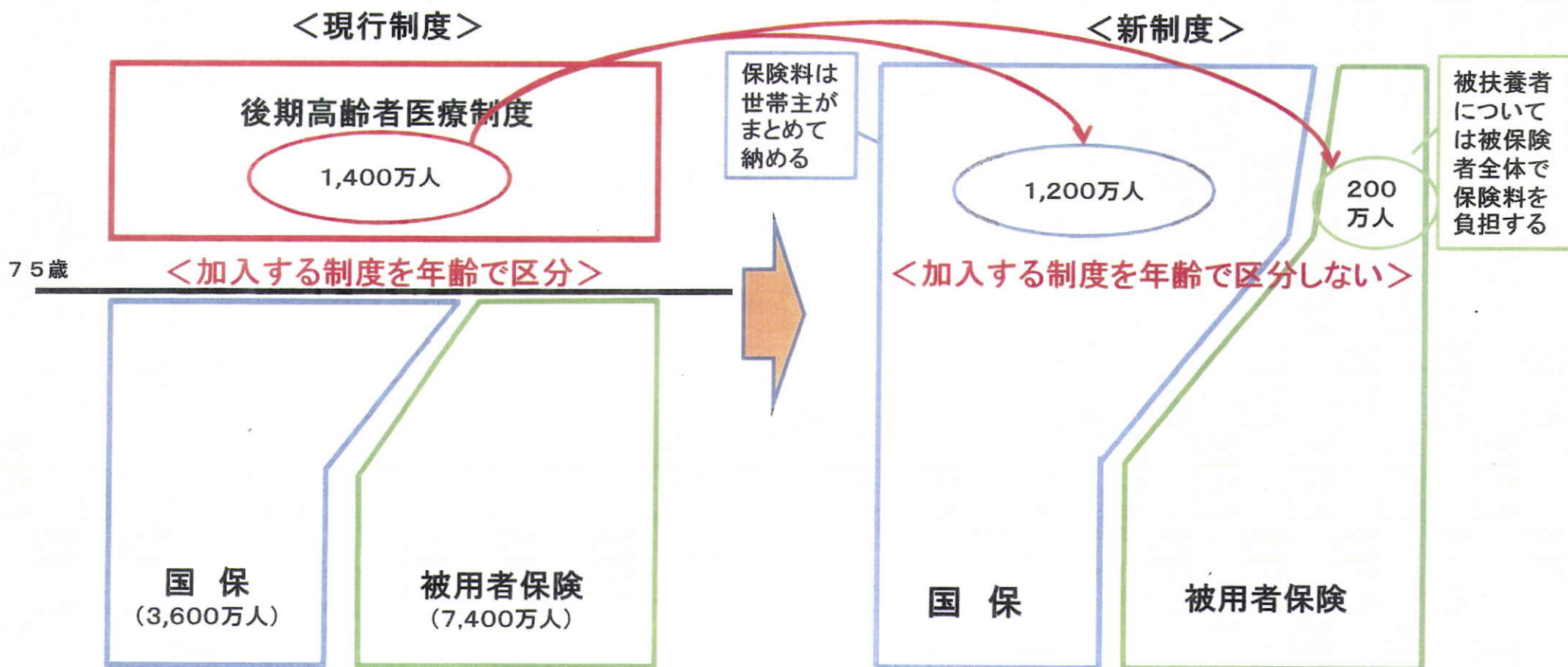
- ・被用者保険者間の支援金は、各保険者の総報酬に応じた負担とする。

#### (4) 患者負担

- ・70歳から74歳までの患者負担は、個々人の負担が増加しないよう、70歳に到達する方から段階的に本来の2割負担とする。

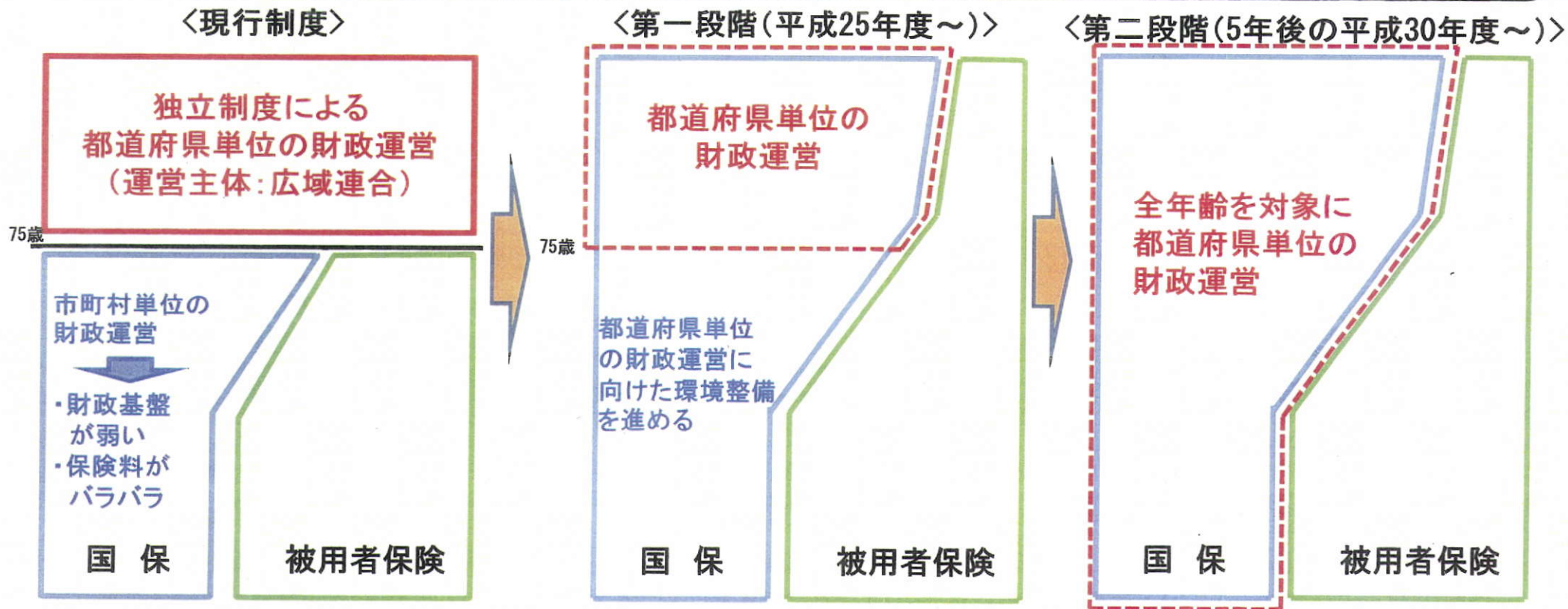
## 新制度案の基本的枠組み、加入関係

- 加入する制度を年齢で区分することなく、被用者である高齢者の方や被扶養者は被用者保険に、これら以外の地域で生活している方は国保に、それぞれ現役世代と同じ制度に加入するものとする。
- 高齢者も現役世代と同じ制度に加入することにより、年齢による差別と受け止められている点を解消する。また、世帯によっては、保険料・高額療養費等の面でメリットが生じる。



# 国保の財政運営の都道府県単位化

- 低所得の加入者が多く、年齢構成も高いなどの構造的問題を抱える国保については、財政基盤強化策や収納率向上に向けた取組に加え、今後の更なる少子高齢化の進展を踏まえると、保険財政の安定化、市町村間の保険料負担の公平化等の観点から、国保の財政運営の都道府県単位化を進めていくことが不可欠。
- また、新たな仕組みの下では、多くの高齢者が国保に加入することとなるが、単純に従前の市町村国保に戻ることであれば、高齢者間の保険料格差が復活し、多くの高齢者の保険料が増加する。
- このため、新たな制度では、まず第一段階において、75歳以上について都道府県単位の財政運営とする。
- 75歳未満については、現在、市町村ごとに保険料の算定方式・水準が異なることから、一挙に都道府県単位化した場合には、国保加入者3,600万人の保険料が大きく変化することとなるため、都道府県が策定する「広域化等支援方針」に基づき、保険料算定方式の統一や保険財政共同安定化事業の拡大などの環境整備を進めた上で、第二段階において、期限を定めて全国一律に、全年齢での都道府県単位化を図る。



# 費用負担(第一段階)

- 独立型制度を廃止し、75歳以上の方も国保・被用者保険に加入することとなるが、75歳以上の医療給付費については、公費、75歳以上の高齢者の保険料、75歳未満の加入者数・総報酬に応じて負担する支援金で支える。
- このような費用負担とすることにより、75歳以上の方の偏在により生じる保険者間の負担の不均衡は調整されることとなるが、加えて、65歳から74歳までの方についても、国保に偏在する構造にあり、この点についても費用負担の調整が必要であることから、引き続き、現行の前期財政調整と同様の仕組みを設ける。

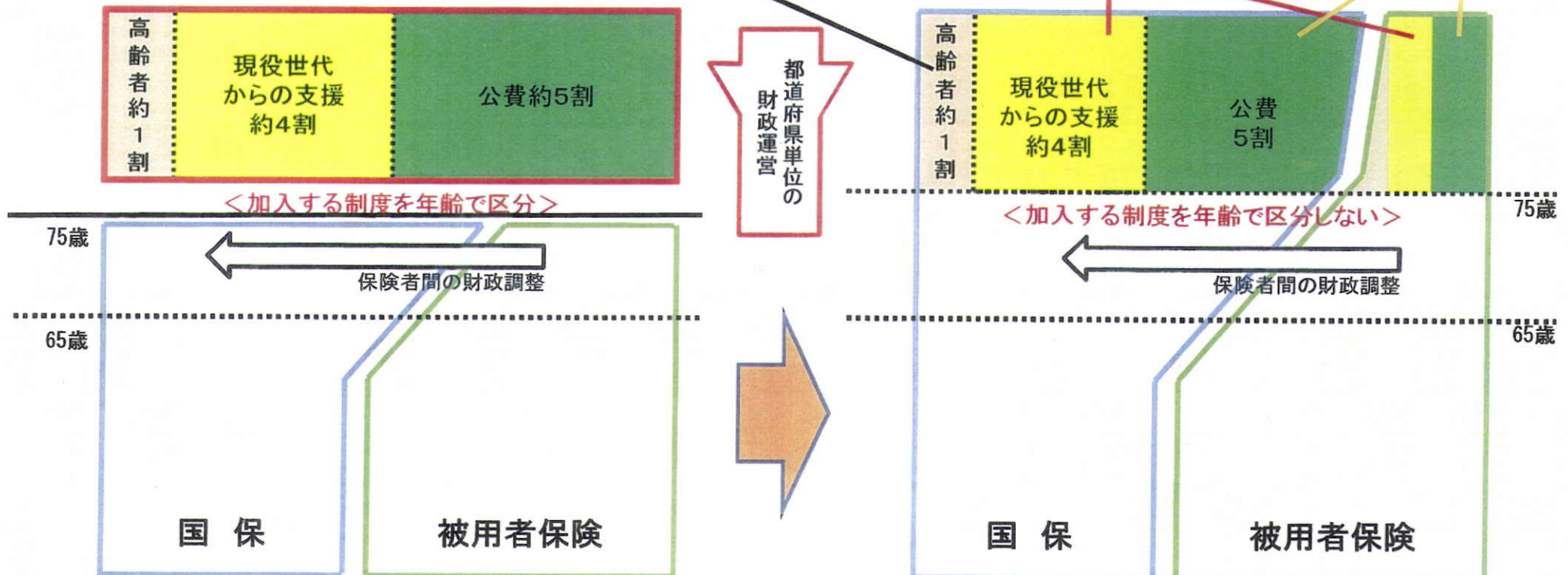
## <現行制度>

## <新制度(第一段階)>

保険料の伸びを抑制する仕組みを導入(保険料負担率の見直し・財政安定化基金の設置)

加入する制度が分かれても、75歳以上の医療給付費に対して支援金を投入(被用者保険からの支援は、負担能力に応じた分担とすべく、総報酬割を導入)

加入する制度が分かれても、75歳以上の医療給付費に対して公費を投入(現在47%の公費負担割合を50%に引き上げる)



※ 第二段階の財政調整のあり方については改めて検討

# 後期高齢者支援金の総報酬割の拡大

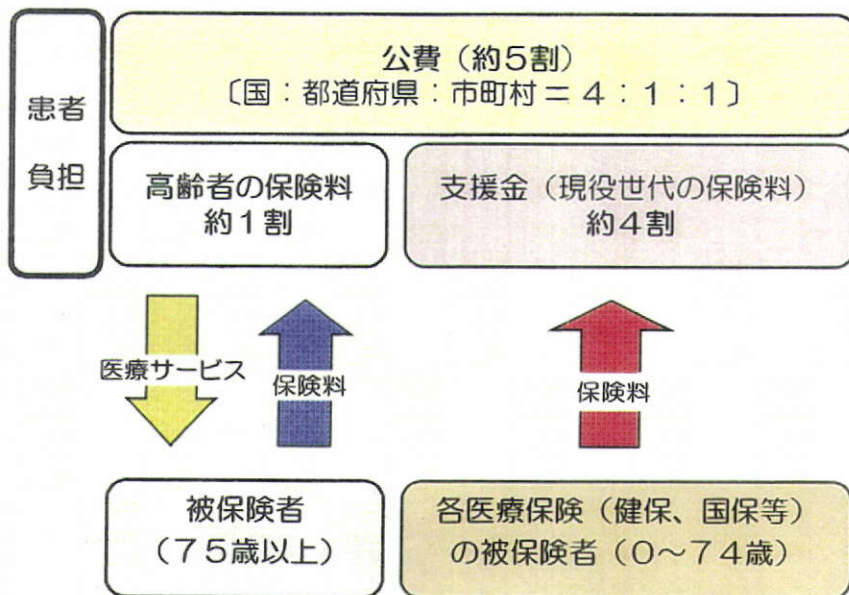
## 現状

- 75歳以上の方の医療給付費については、高齢者の保険料(約1割)、現役世代の保険料による後期高齢者支援金(約4割)、公費(約5割)により支える仕組み。
- このうち現役世代の保険料による支援金については、国保を含む各保険者間で共通のルールを設定する観点から、各保険者の加入者数(0~74歳)で按分してきたところ。
- しかしながら、被用者保険者間の財政力にばらつきがあることから、加入者数に応じた負担では、財政力が弱い保険者の負担が相対的に重くなる。
- このため、負担能力に応じた費用負担とする観点から、平成22年度から24年度までの支援金については、被用者保険者間の按分方法を3分の1を総報酬割、3分の2を加入者割とする負担方法を導入したところ。(国保と被用者保険の間では、加入者割を維持)

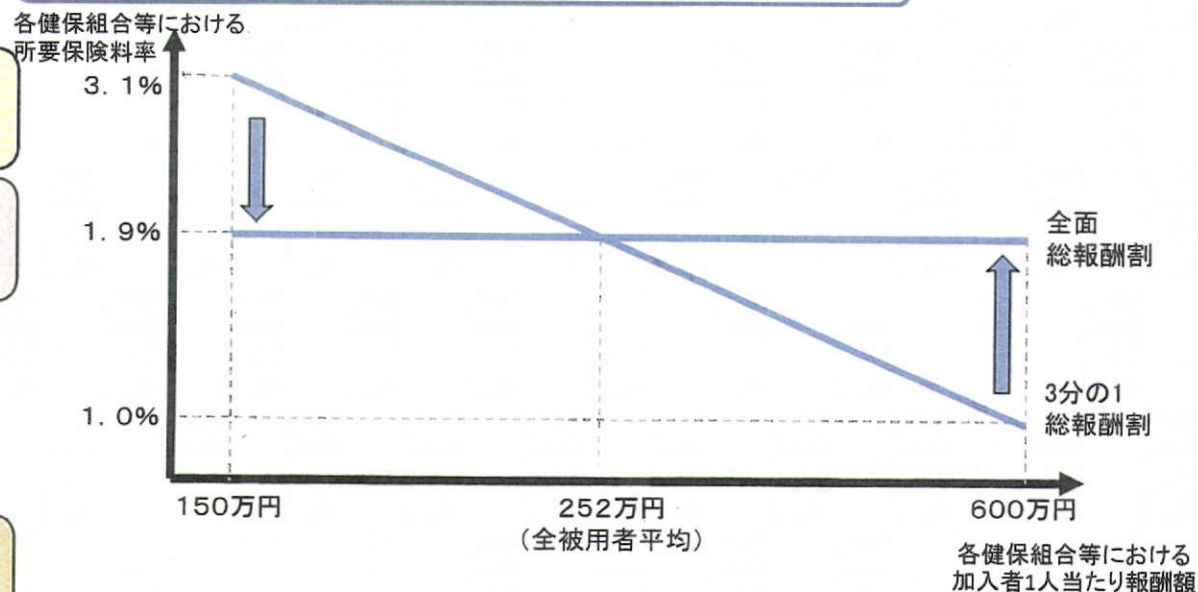
## 方向性

更に高齢化が進展する中、財政力の弱い保険者の負担が過重なものとならないよう、負担能力に応じた公平な支え合いの仕組みにするため、被用者保険者間の按分をすべて総報酬割とする。

### 75歳以上の方の費用負担の仕組み



### 支援金を総報酬割にした場合の所要保険料率の変化(イメージ)



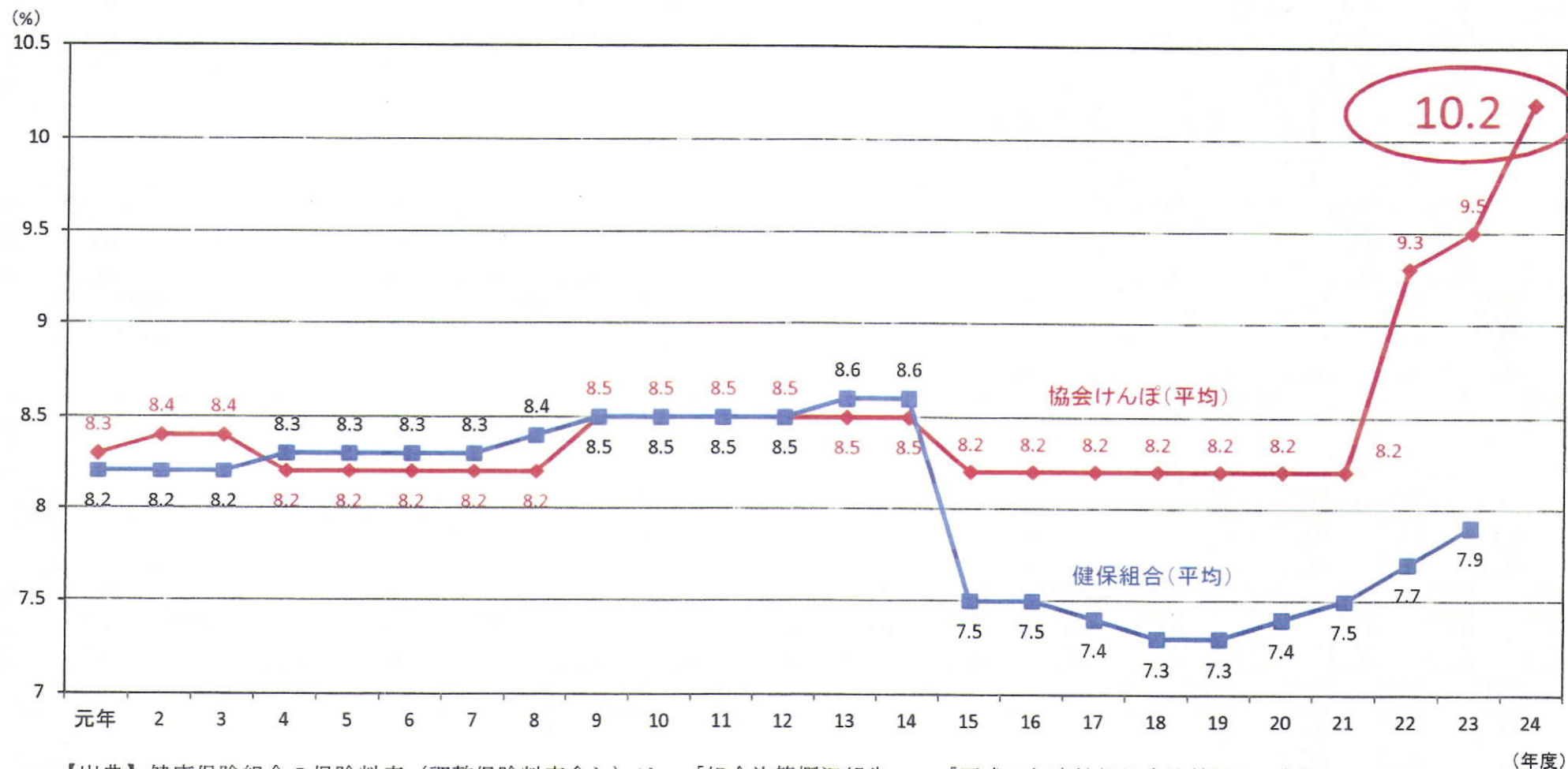
(注1) 23年度賦課ベース。所要保険料率とは、支援金を賄うために必要な保険料率。

(注2) 協会けんぽの加入者1人当たり報酬額は209万円。



## 協会けんぽと健保組合の保険料率の推移

- 平成15年度から総報酬制（賞与も保険料算定の基礎とする）の導入とともに、中小企業の経営環境の悪化に伴い、協会けんぽと健保組合の保険料率の差も拡大。



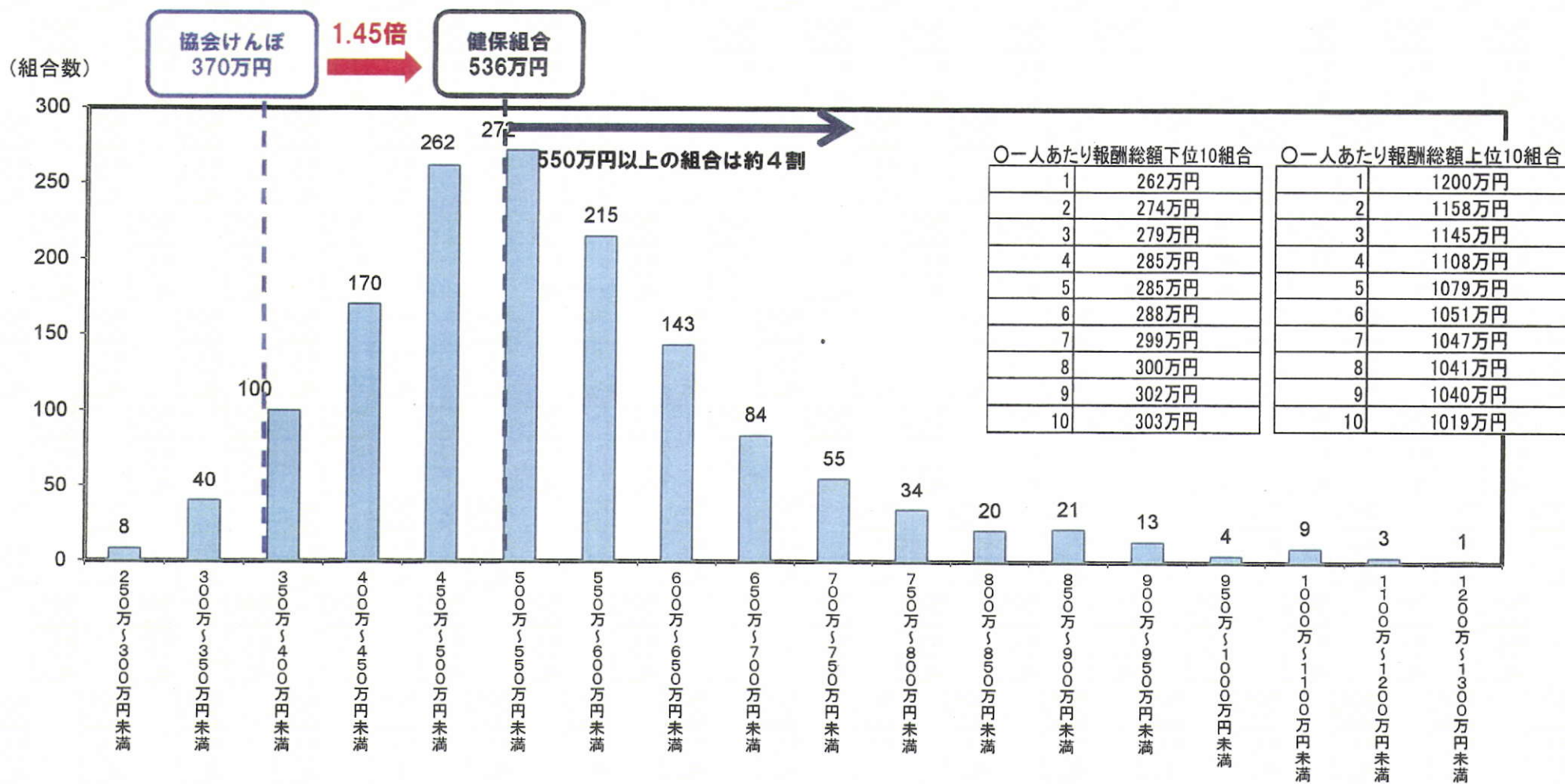
【出典】健康保険組合の保険料率（調整保険料率含む）は、「組合決算概況報告」、「平成22年度健保組合決算見込の概要」及び「平成23年度健康保険組合の予算早期集計について」による。

（注）平成24年度は概算要求ベース

# 健保組合の所得の比較

○ 健保組合の一人当たり総報酬額を見ると、260万円から1200万円までばらつきがある。

○ 協会けんぽの一人当たり総報酬額(370万円)より低い健保組合も存在する。



(注) 健康保険組合の平成22年度決算見込より作成。

## 70～74歳の自己負担割合の見直し

○ 70～74歳の方の患者負担は、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割負担に凍結している。

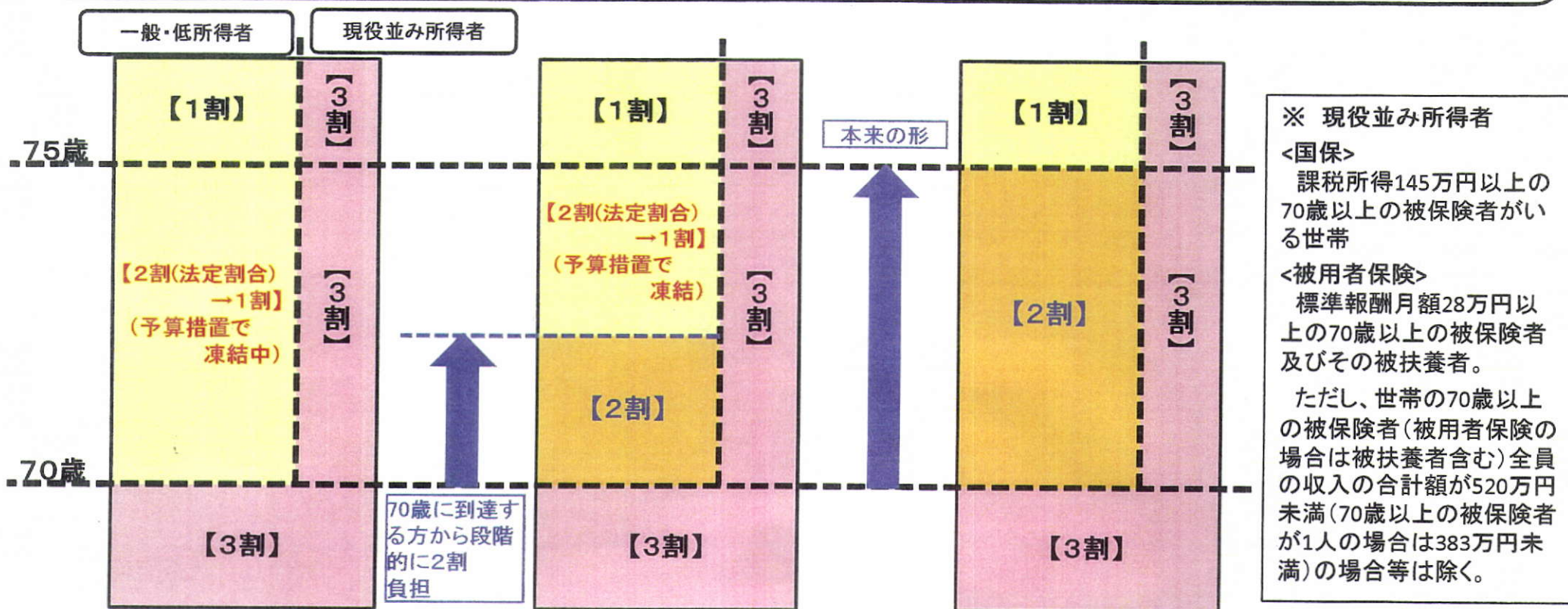
高齢者医療制度改革会議 最終とりまとめ(平成22年12月20日) 一抄一

「70歳に到達する方から段階的に本来の2割負担とする」

「なお、患者負担に関しては、早期に法定の負担割合とすべきとの意見がある一方、受診抑制につながるおそれがあり、そもそも現役世代の負担割合を含め引き下げべきとの意見があった。」

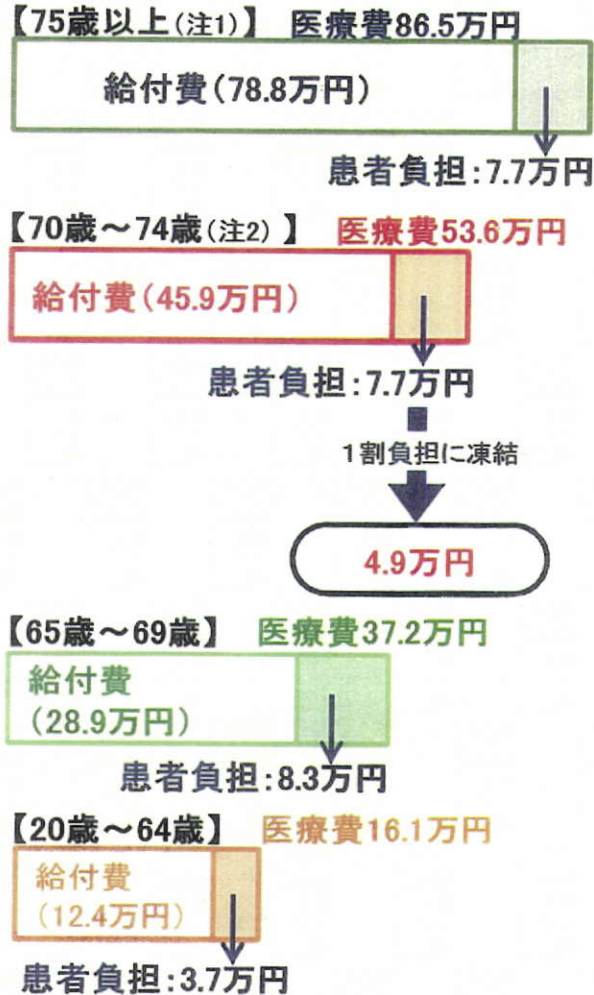
※仮に、70～74歳の自己負担割合を1割負担で恒久化することとした場合の財政影響

+2,000億円(協会けんぽ500億円、健保組合500億円、共済組合200億円、市町村国保300億円、公費500億円)

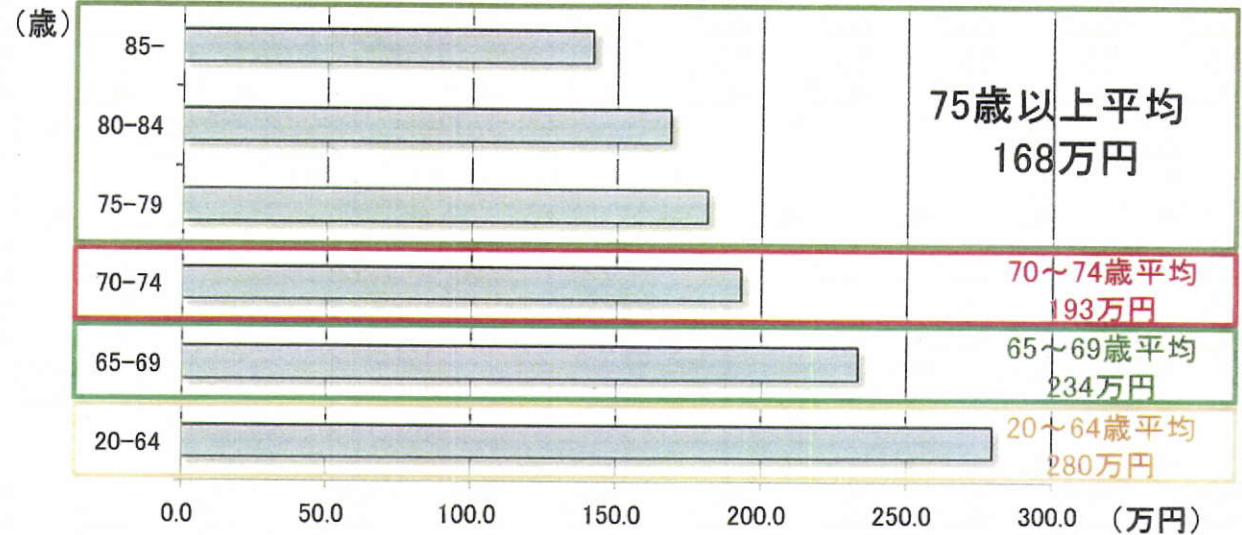


# 年齢別の医療費及び収入

## 1人当たり医療費(年)



## 1人当たり平均収入(年)



【出典】平成21年の平均収入額。平成22年国民生活基礎調査(抽出調査)による。

## 平均収入及び医療費に占める患者負担率

年齢階級	①1人当たり 平均収入	②1人当たり患者		③1人当たり 医療費	④1人当たり患者	
		負担額	率(②/①)		負担額	率(④/③)
75歳以上	168万円	7.7万円	4.6%	86.5万円	7.7万円	8.9%
70～74歳	193万円	7.7万円	4.0%	53.6万円	7.7万円	14.4%
(負担凍結)		4.9万円	2.5%		4.9万円	9.1%
65～69歳	234万円	8.3万円	3.5%	37.2万円	8.3万円	22.3%
20～64歳	280万円	3.7万円	1.3%	16.1万円	3.7万円	23.0%

【出典】平成20年度実績。

各制度の事業年報等をもとに医療給付実態調査等を用いて  
保険局調査課による推計

(注1)1割負担(現役並み所得者3割負担)。

65～74歳の障害認定者を含む。

(注2)2割負担(現役並み所得者3割負担)。

# 保険料軽減の特例措置の見直し

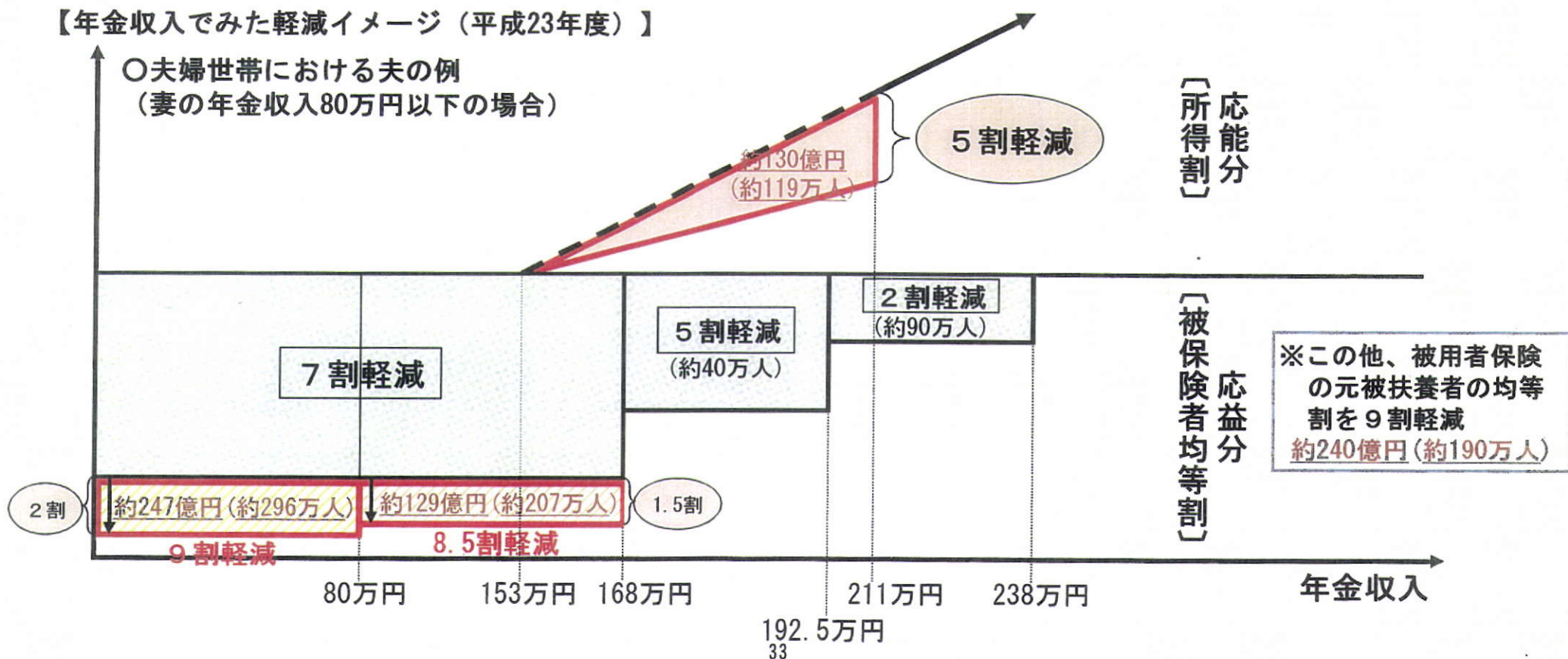
## 現状

- 75歳以上の方の保険料については、本来は、所得に応じて、保険料の均等割を7割・5割・2割に軽減。
- 平成20年6月の政府・与党決定に基づき、①低所得者(年金収入211万円まで)の所得割を5割軽減、②均等割の7割軽減を受ける世帯のうち、被保険者全員が年金収入80万円以下(その他の所得なし)の場合、均等割を9割軽減、③その他の7割軽減に該当する方を8.5割軽減、④被用者保険の元被扶養者の均等割を9割軽減とし、現在まで毎年度の予算措置(約750億円)により継続しているところ。

## 方向性

75歳以上の方に適用されている低所得者等の保険料軽減の特例措置(均等割の9割・8.5割、所得割の5割軽減)については、後期高齢者医療制度施行時の追加的な措置として導入されたものであるが、負担の公平を図る観点から、75歳未満の国保の軽減措置との整合性を踏まえ、段階的に縮小する。

### 【年金収入でみた軽減イメージ(平成23年度)】



## Ⅲ 医療提供体制の見直し

## 良質な医療を効率的に提供するための医療提供体制の機能強化

○ 国民が安心して良質な医療を受けることができるよう、①医師確保・偏在対策、②病院・病床の機能分化・強化、③在宅医療体制の強化、④チーム医療の推進、⑤精神保健医療の改革など、医療提供体制の機能強化を図る。

- ・ 国際的にみて人口当たり医師数が少なく、医師の不足・偏在
- ・ 救急、産科・小児科等の確保困難



医師確保・偏在是正と、医療機関間や他職種との役割分担・連携が重要に

- ・ 国際的にみて人口当たり病床数の多さに対し、病床当たり従事者は少ない
- ・ 一般病床の機能分担が不明確
- ・ 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、医師を始めとするスタッフの業務増大



機能分化とそれに応じた資源投入や、多職種の協働が重要に

疾病構造が変化する中、急性期治療を経過した患者を受け入れる入院機能や、在宅医療機能などが不足



機能分化に加え、医療機能のネットワーク化や、医療・介護の連携強化が重要に

医師不足対策など目下の課題に取り組みつつ、必要な分野への医療資源の思い切った集中投入など構造的な改革が必要

### ①医師の確保・偏在対策

- 医師確保、医師の偏在是正に向けての都道府県等の役割強化
- 総合的な診療を行う医師と専門的な診療を行う医師との役割分担などを踏まえた偏在対策

### ②病院・病床の機能分化・強化と連携強化

- 急性期への資源集中投入による機能強化、亜急性期・回復期リハビリ、慢性期等の機能分化・強化と集約化
- 拠点病院機能、救急医療機能等の強化
- 地域の実状に応じて幅広い医療ニーズに対応する機能の強化
- 医療機関の連携強化、ネットワーク化（連携パス普及、情報共有等）

### ③在宅医療提供体制の強化

- 在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護ステーション等の計画的整備
- 地域に密着した医療機関病床の在宅支援病床としての活用検討
- 連携拠点機能の整備や連携パスの普及
- 在宅医療を担うマンパワーの確保強化

### ④多職種の連携、協働によるチーム医療の推進

- 医師、看護職員、介護職員など各職種の専門性向上と役割分担見直し
- 医療クラーク等の積極的活用による医師等の業務分担の推進
- 医療ニーズの増大・高度化、看護の質の向上に対応した看護職員確保策強化

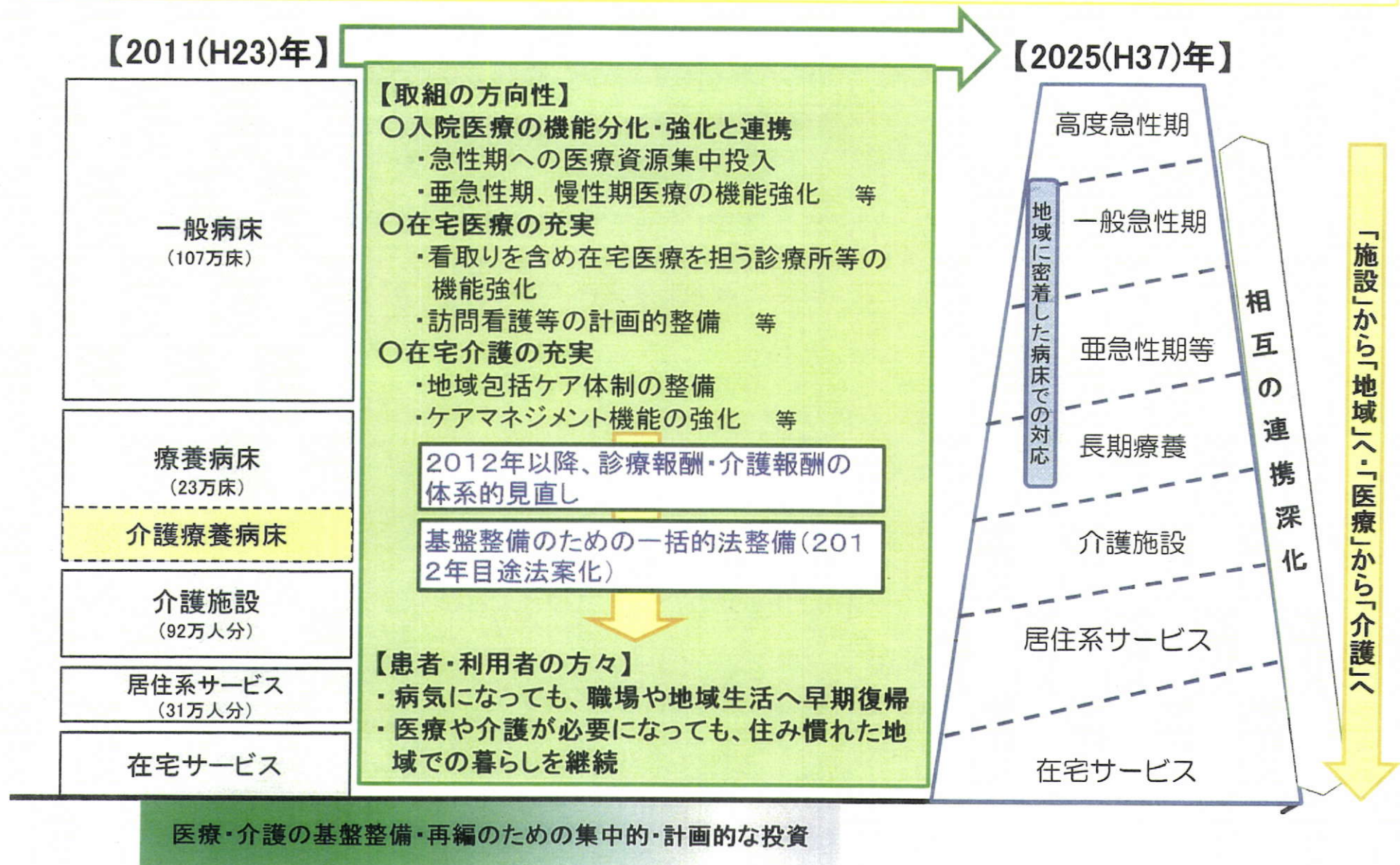
### ⑤精神保健医療の改革

- 精神病床に関する機能に応じた人員配置や連携機能の強化
- 包括的に支援する多職種チームによるアウトリーチ支援（訪問支援）体制整備
- 障害福祉サービス、介護サービスとの連携強化

医療事故に関する無過失補償制度とその医療事故の原因（過失の有無等）を究明し、再発防止策を提言する仕組み、死亡時画像診断の活用等の検討

# 将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ

- 患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築。





## 医療・介護サービスの需要と供給（必要ベッド数）の見込み

パターン1	平成23年度 (2011)	平成37(2025)年度			
		現状投影シナリオ	改革シナリオ		
			各ニーズの単純な病床換算	地域一般病床を創設	
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19～20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19～20日程度	【高度急性期】 22万床 70%程度 15～16日程度 30万人/月	【高度急性期】 18万床 70%程度 15～16日程度 25万人/月	
一般急性期	退院患者数 125万人/月	(参考) 急性 15日程度 高度急性 19-20日程度 一般急性 13-14日程度 亜急性リハ等 75日程度 亜急性リハ等 57～58日程度 長期コース 190日程度 ※推計値	【一般急性期】 46万床 70%程度 9日程度 109万人/月	【一般急性期】 35万床 70%程度 9日程度 82万人/月	【地域一般病床】 24万床 77%程度 19～20日程度
亜急性期・回復期リハ等		152万人/月	【亜急性期等】 35万床 90%程度 60日程度 16万人/月	【亜急性期等】 26万床 90%程度 60日程度 12万人/月	29万人/月
長期療養（慢性期）	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	28万床、91%程度 135日程度		
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度		
（入院小計）	166万床、80%程度 30～31日程度	202万床、80%程度 30～31日程度	159万床、81%程度 24日程度	159万床、81%程度 25日程度	
介護施設	92万人分	161万人分	131万人分		
特養	48万人分	86万人分	72万人分		
老健（老健＋介護療養）	44万人分	75万人分	59万人分		
居住系	31万人分	52万人分	61万人分		
特定施設	15万人分	25万人分	24万人分		
グループホーム	16万人分	27万人分	37万人分		

(注1) 医療については「万床」はベッド数、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数、「人/月」は月当たりの退院患者数。介護については、利用者数を表示。  
(注2) 「地域一般病床」は、高度急性期の1/6と一般急性期及び亜急性期等の1/4で構成し、新規入退院が若干減少し平均在院日数が若干長めとなるものと、仮定。  
ここでは、地域一般病床は、概ね人口5～7万人未満の自治体に暮らす者(今後2000～3000万人程度で推移)100人当たり1床程度の整備量を仮定。

# 医療・介護の提供体制の将来像の例

～機能分化し重層的に住民を支える医療・介護サービスのネットワーク構築～

○日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まいが切れ目なく、継続的かつ一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の確立を図る。

○小・中学校区レベル(人口1万人程度の圏域)において日常的な医療・介護サービスが提供され、人口20～30万人レベルで地域の基幹病院機能、都道府県レベルで救命救急・がんなどの高度医療への体制を整備。

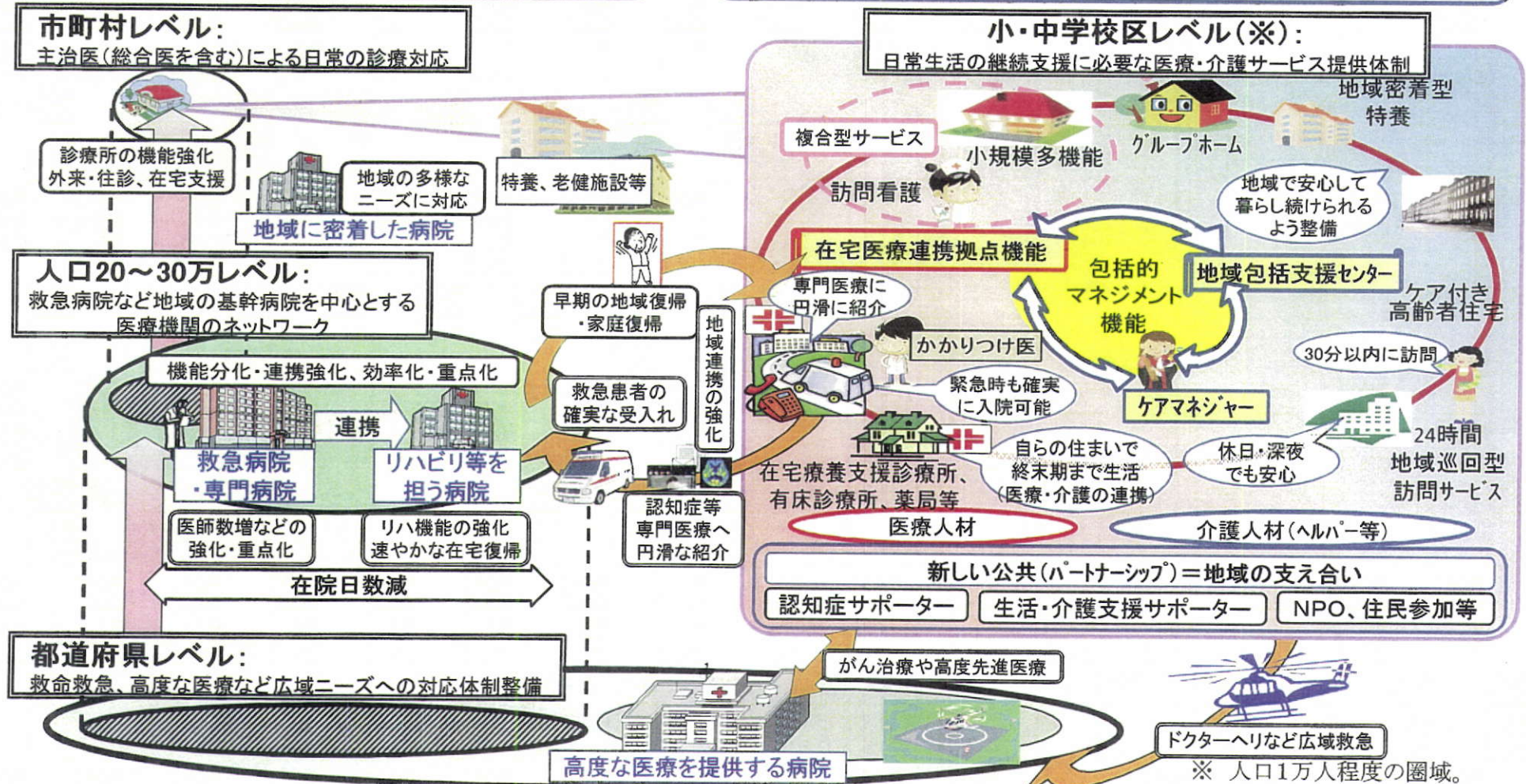
## 医療提供体制の充実と重点化・効率化

都道府県域から市町村域まで、重層的に医療サービスを提供

&

## 地域包括ケアの実現(包括的ケアマネジメントの機能強化)

※ 体制整備は被災地のコミュニティ復興において先駆的に実施することも検討



# 地域医療支援センターの概要

**地域医療支援センター運営経費** 平成 24年度概算要求 10.9億円（平成 23年度予算 5.5億円）

## 地域医療支援センターの目的と体制

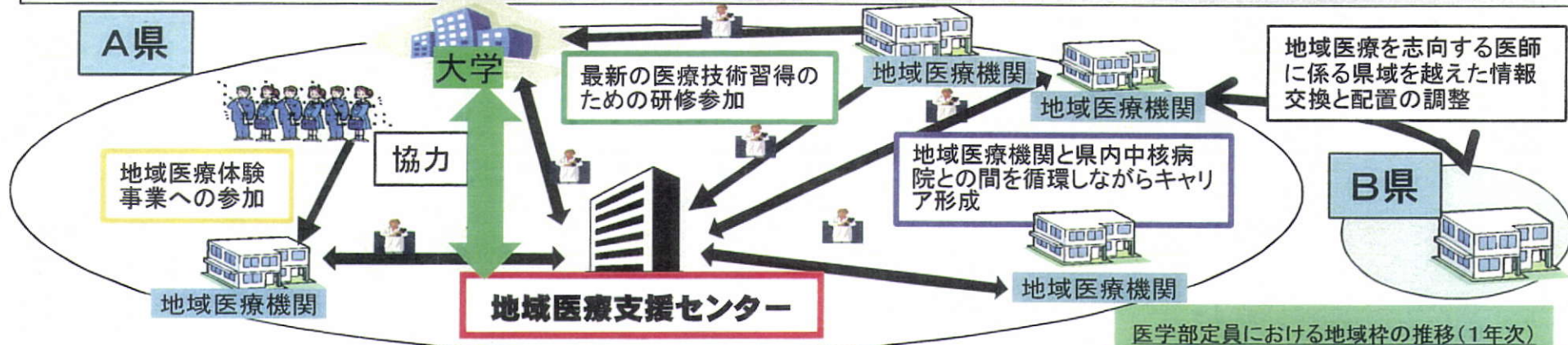
医師の地域偏在（都市部への医師の集中）の背景

▶ 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いう将来への不安等

- ▶ 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

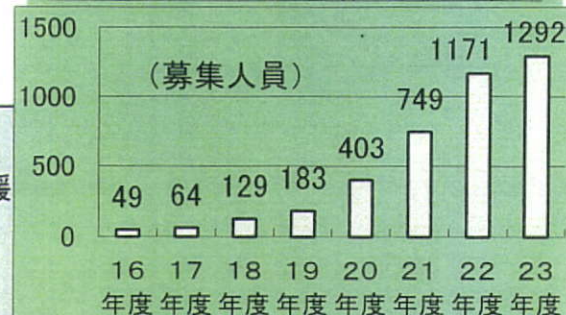
・ 設置場所：都道府県庁、〇〇大学病院、都道府県立病院 等



## 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、大学と調整の上、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。公的補助金決定にも参画する権限を付与。

医学部定員における地域枠の推移(1年次)



▶ 平成24年度は、平成23年度先行実施県での事業実施状況等を踏まえ、医療関係者の連携により医師の勤務先の調整を行い地域医療を担う医師の確保と定着を推進することや、複数病院のネットワークによる研修プログラムを提供しキャリアアップを支援するといった取り組みがより広域的に推進されるとともに、各県支援センター間のネットワークが形成されるよう、来年度の事業開始に意向を持つ15箇所を加えた30箇所の運営経費を要求する。

# チーム医療の推進に関する検討の経過

## チーム医療の推進に関する検討会（平成21年8月～平成22年3月）

チーム医療を推進するため、厚生労働大臣の下に有識者で構成される検討会を開催。日本の実情に即した医師と看護師等との協働・連携のあり方等について検討。

報告書を受けて…

## チーム医療推進会議（平成22年5月～）

- チーム医療を推進するための方策について
- チーム医療を推進するための看護師業務の在り方について

### チーム医療推進方策検討WG

（平成22年10月～）

- チーム医療の取組の指針となるガイドラインの策定
- 上記ガイドラインを活用したチーム医療の普及・推進のための方策
- 各医療スタッフの業務範囲・役割について、さらなる見直しを適時検討するための仕組みの在り方

### チーム医療推進のための看護業務検討WG

（平成22年5月～）

- 看護師の業務範囲
- 「特定の医行為」の範囲
- 特定看護師（仮称）の要件
- 特定看護師（仮称）の養成課程の認定基準

- 看護業務実態調査
- 特定看護師（仮称）養成調査試行事業
- 特定看護師（仮称）業務試行事業

## チーム医療実証事業（平成23年度予算／元気な日本復活特別枠）

- チーム医療推進方策検討WGで策定されるチーム医療の実践的事例集に基づく取組について、医療現場において安全性・効果等を実証
- 特定看護師（仮称）等、看護師の業務範囲の拡大を検討するため、医療現場等における業務の効果、安全性、他職種からの評価等を実証

# 臨床研究中核病院の創設

○「社会保障・税一体改革成案」において、医療イノベーションの推進として、国際水準の臨床研究中核病院等を15か所程度創設することが盛り込まれている。

- 課題1** 質の高い臨床研究を行うための十分なインフラがないため、臨床研究の質が薬事承認申請データとして利用可能な水準を満たさず、臨床研究で得られた成果を有効活用できない。
- 課題2** 小児疾患や難病など、患者数が少ないために企業が開発し難い分野の治験を実施できていない。
- 課題3** 既存薬の組み合わせなどにより最適な治療法を見いだす臨床研究は、薬事法に基づく適応範囲の拡大につながらず使用患者が増大しないため、企業の取り組むインセンティブが少ない。

国際水準（ICH-GCP準拠）の臨床研究中核病院（仮称）を整備し、研究費を重点投入する。

