

平成25年6月20日(木)
16時～18時
航空会館大ホール(7階)

第29回

社会保障審議会医療部会

議事次第

- 部会長の選任及び部会長代理の指名について
- 医療法等改正法案について
- 社会保障制度改革国民会議の議論について
- その他

(配布資料)

- 資料1-1 医療法等改正法案の全体像
- 資料1-2 医療法等の一部を改正する法律案(仮称)の概要
- 資料1-3 医療法等改正法案参考資料
- 資料2-1 「これまでの社会保障制度改革国民会議における議論の整理(医療・介護分野)(案)」における主な論点と対応の方向(案)
- 資料2-2 これまでの社会保障制度改革国民会議における議論の整理(医療・介護分野)(案)(第10回社会保障制度改革国民会議資料1)
- 資料3 医療法人関係の最近の動き

全国知事会提出資料
荒井委員提出資料

参考資料

(平成25年6月20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
高智 英太郎	健康保険組合連合会理事
近藤 勝洪	(社) 日本歯科医師会副会長
齋藤 訓子	(社) 日本看護協会常任理事
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

※：社会保障審議会委員

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等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、プロトコール(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。

医療法等改正法案 参考資料

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】

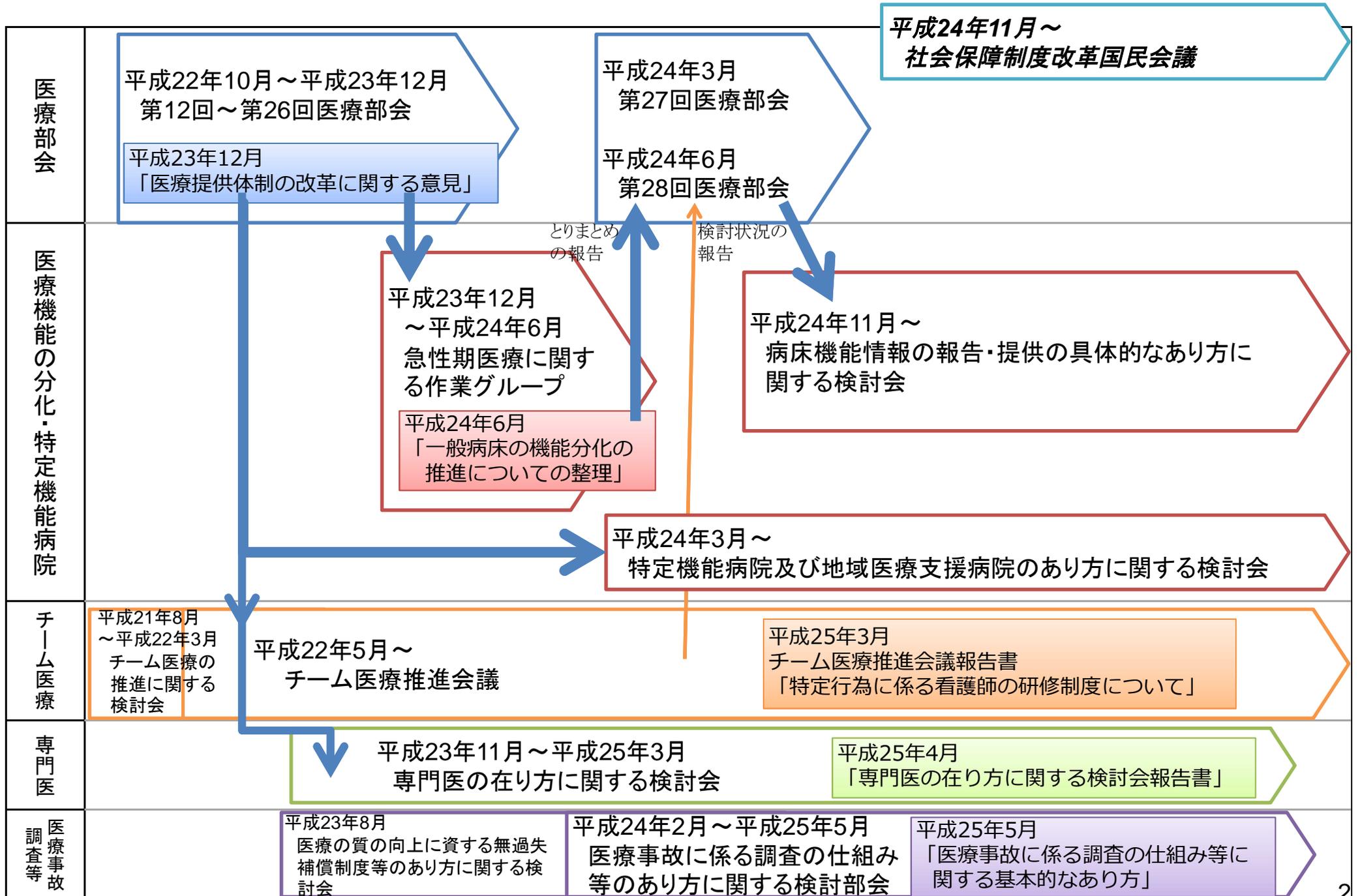
- 限られたマンパワーで効率的かつ安全で質の高い医療を提供するために、チーム医療を推進していくべき。各医療関係職種が担う役割の重要性を認識し、適切な評価をするべき。

【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

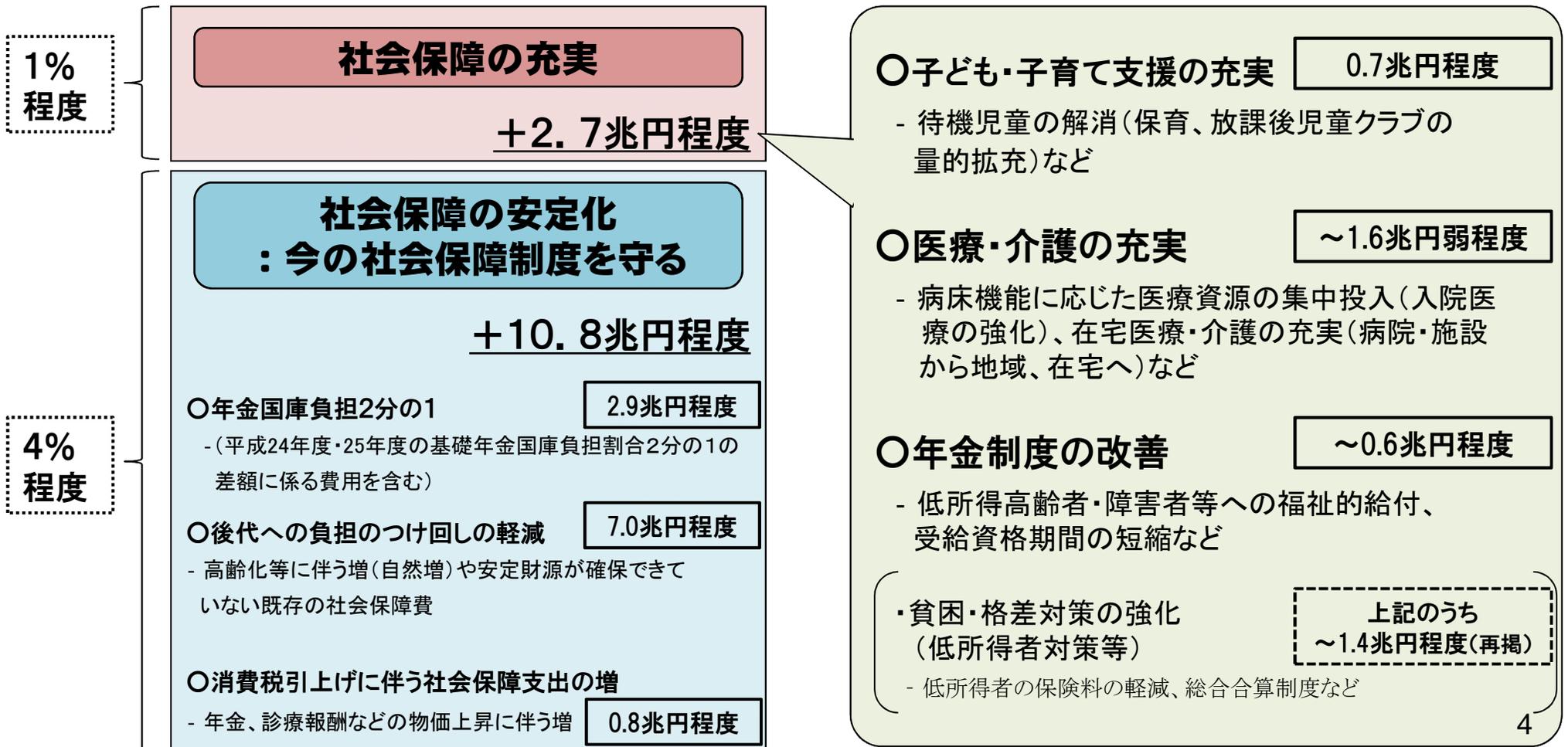
- ・ 多職種協働による質の高い医療を提供するため、高度な知識・判断が必要な一定の行為を行う看護師の能力を認証する仕組みの導入などをはじめとして、チーム医療を推進する。

- ☆ 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	B 重点化・効率化
<p>【子ども・子育て】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 子ども・子育て支援の充実 <ul style="list-style-type: none"> ・(例)0～2歳児保育の量的拡充・体制強化等(待機児童の解消) 	
<p>【医療・介護】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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～ <ul style="list-style-type: none"> ・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) 	<ul style="list-style-type: none"> ・平均在院日数の減少等(▲4,400億円程度) ・外来受診の適正化(▲1,300億円程度) ・介護予防・重度化予防・介護施設の重点化(在宅への移行) (▲1,800億円程度)
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 <ul style="list-style-type: none"> ・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 <ul style="list-style-type: none"> ・1号保険料の低所得者保険料軽減強化(～1,300億円程度) d その他(総合合算制度～0.4兆円程度) 	<ul style="list-style-type: none"> 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度化予防に効果のある給付への重点化
<p>【年金】</p> <p><新しい年金制度の創設(※)></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 所得比例年金(社会保険方式) ○ 最低保障年金(税財源) <p><現行制度の改善></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 最低保障機能の強化 <ul style="list-style-type: none"> ・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 ● 在職老齢年金の見直しの検討(●は公費への影響なし) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 物価スライド特例分の解消 <ul style="list-style-type: none"> ・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 <ul style="list-style-type: none"> ・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) <ul style="list-style-type: none"> ・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、引上げ年において0.5兆円程度公費縮小

(※)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

	【一般病床】 107万床	【一般病床】 114万床	【一般病床】 129万床
高度急性期	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	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	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	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。 6

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当か。
 - 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当か。

【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）

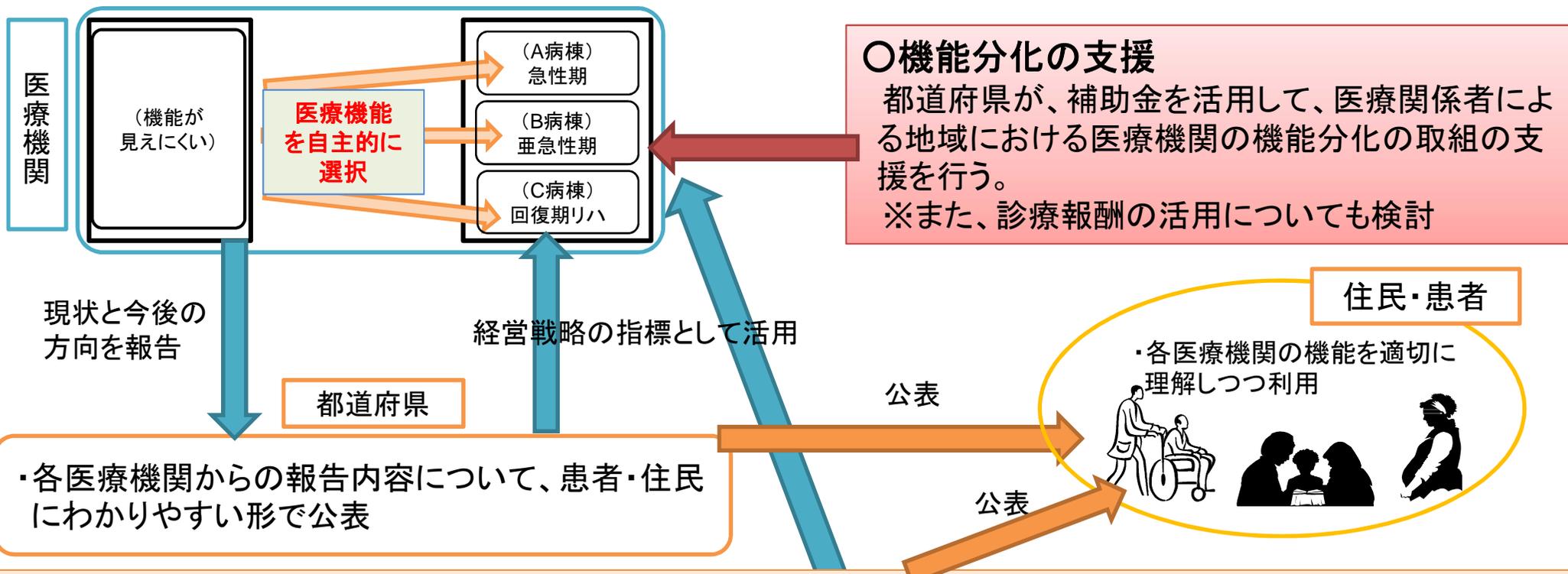
【開催状況】

第1回 24年11月16日(金)、第2回 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)

機能分化を推進するための仕組み

第14回社会保障制度改革国民会議
(平成25年6月10日)資料

○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～)。

医療機関が報告する医療機能について

※ 報告制度の詳細は、「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」で検討中

- 医療機関は、以下の医療機能の中から、その有する病床の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。

医療機能の名称	医療機能の内容
急性期	○ 主として、急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、比較的診療密度の高い医療を提供する機能
亜急性期	○ 主として、急性期を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者に対し、在宅復帰に向けた医療を提供する機能
回復期リハビリテーション	○ 主として、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。
長期療養	○ 主として、長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 主として、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
地域多機能	○ 一つの病棟で複数の医療機能を持ち、幅広く対応できる機能

※ 高度急性期については、主に急性期機能と報告のあった医療機関の情報を分析し、その位置付けについて今後検討。

- また、医療機関は、上記の「医療機能」と併せて、地域医療ビジョンを策定する上で必要な「提供している医療の具体的内容に関する情報」を都道府県に報告する。

[報告する情報の例]

(全医療機能共通の報告事項)

病床数、高額医療機器の配置状況、医療従事者の配置状況、入院患者数、入棟前の場所別患者数、退棟先の場所別患者数等

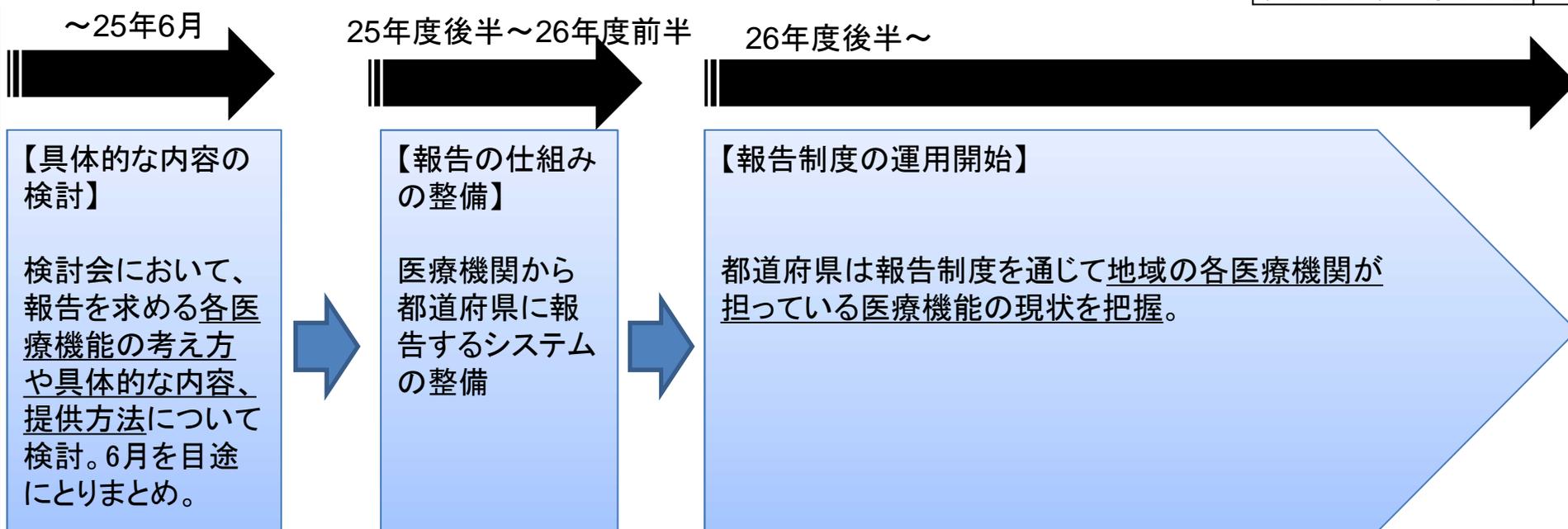
(急性期機能の報告事項)

看護必要度(入院患者に提供されるべき看護の必要量)を満たす患者の割合、救急からの入院患者数、全身麻酔手術件数、悪性腫瘍手術件数等

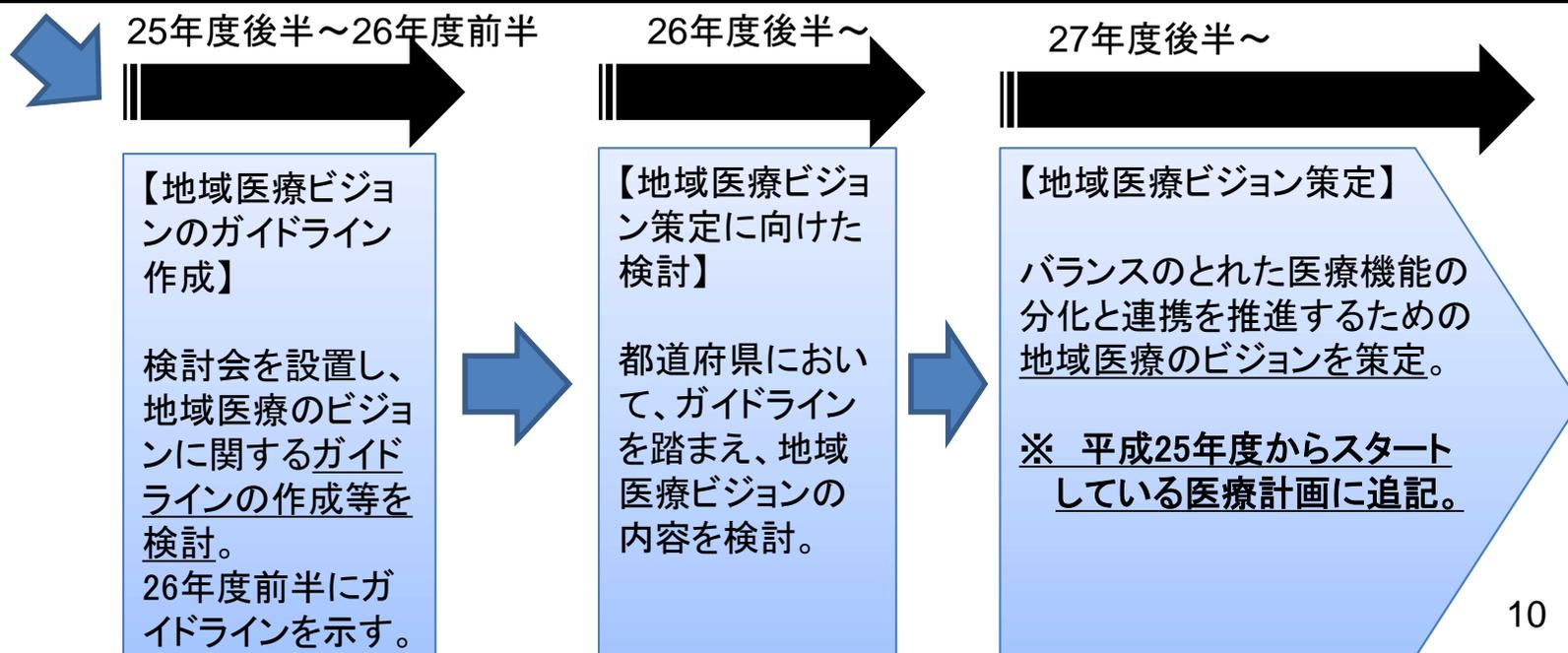
報告制度の導入と地域医療ビジョン策定までの流れ

第6回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
平成25年5月30日
参考資料

報告制度



地域医療ビジョン



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

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

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	霜鳥 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
堺 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

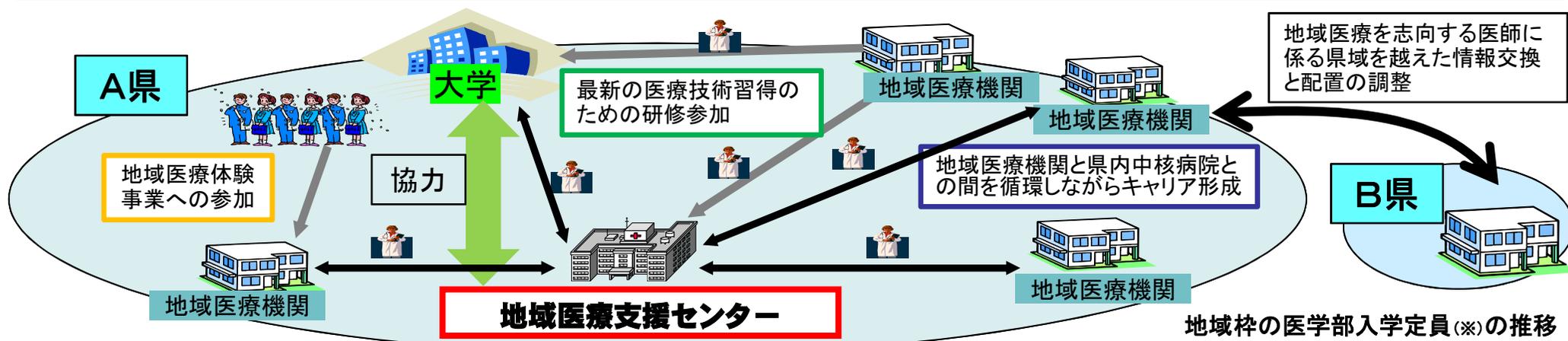
平成25年度予算9.6億円（平成24年度予算7.3億円）
（30箇所）（20箇所）

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という将来への不安等

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



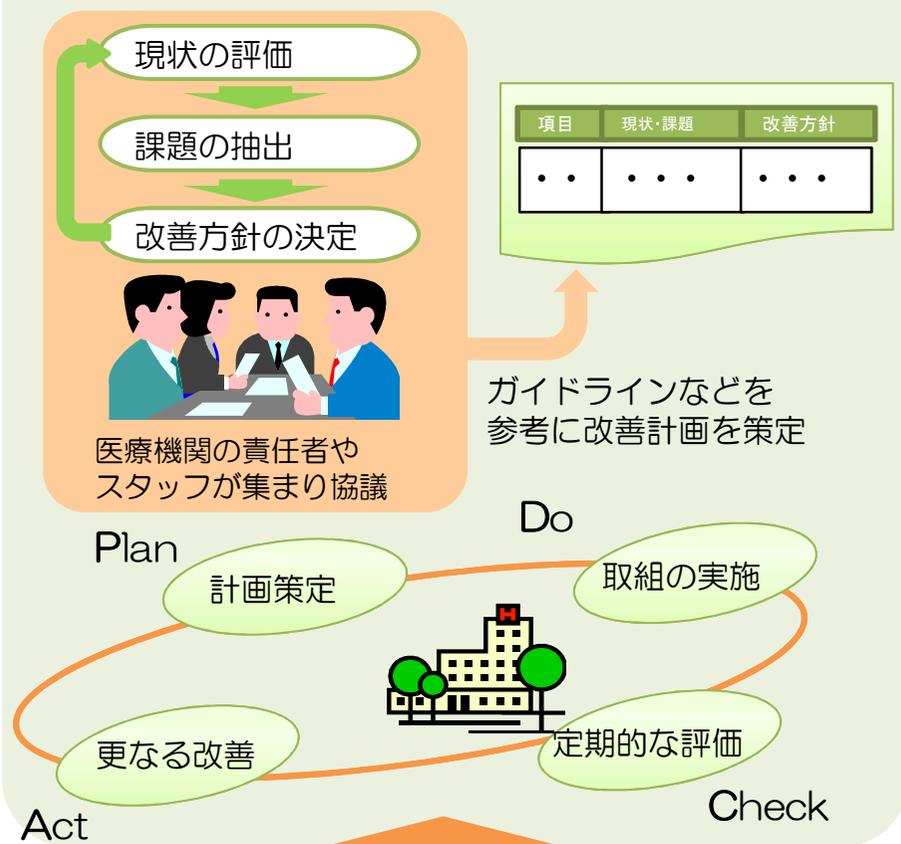
(※) 医学部の定員増として認められた分であり、このほか、既存の定員等を活用し都道府県と大学が独自に設定した地域枠もある。

- 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



勤務環境改善のためのガイドラインを策定

医療勤務環境改善支援センター

ワンストップの専門的支援

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！

◆「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！！

◆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！



医師



看護職員



病院経営者

事務部門スタッフ

◆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！

○△病院



薬剤師など
様々な医療スタッフ

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)

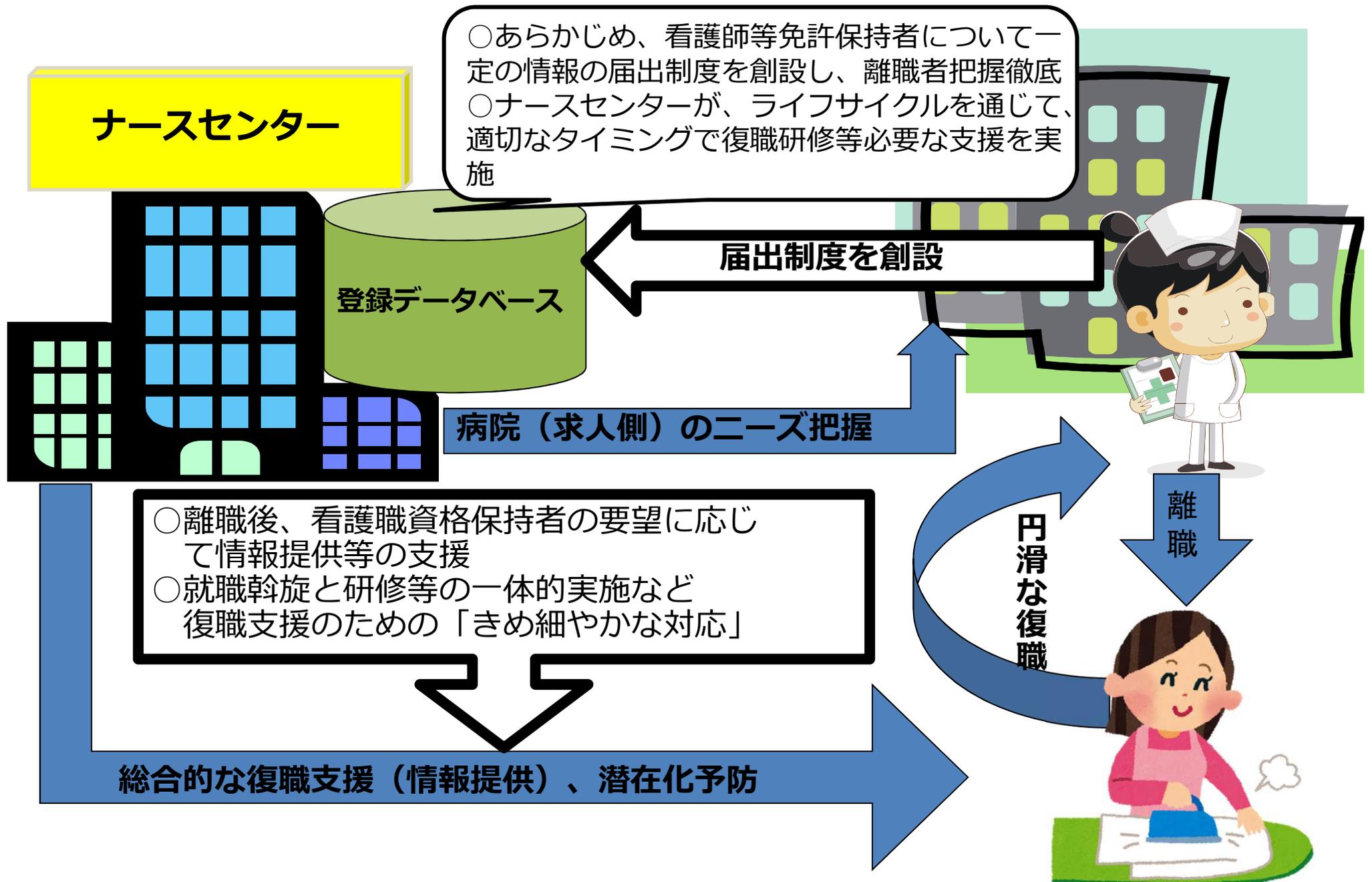
(1) 看護職員の復職支援の強化

- ・ 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。

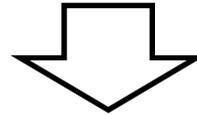
看護師等人材確保法改正による新たな取組のスキーム



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、「高度な専門知識と技能等が必要な行為（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、特定行為を実施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、歯科医師との緊密な連携を図った上で実施することを認める。

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っては、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直しをつけるべき」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。

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科 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）

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。

○ 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」と一体となつて行うこととする。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。

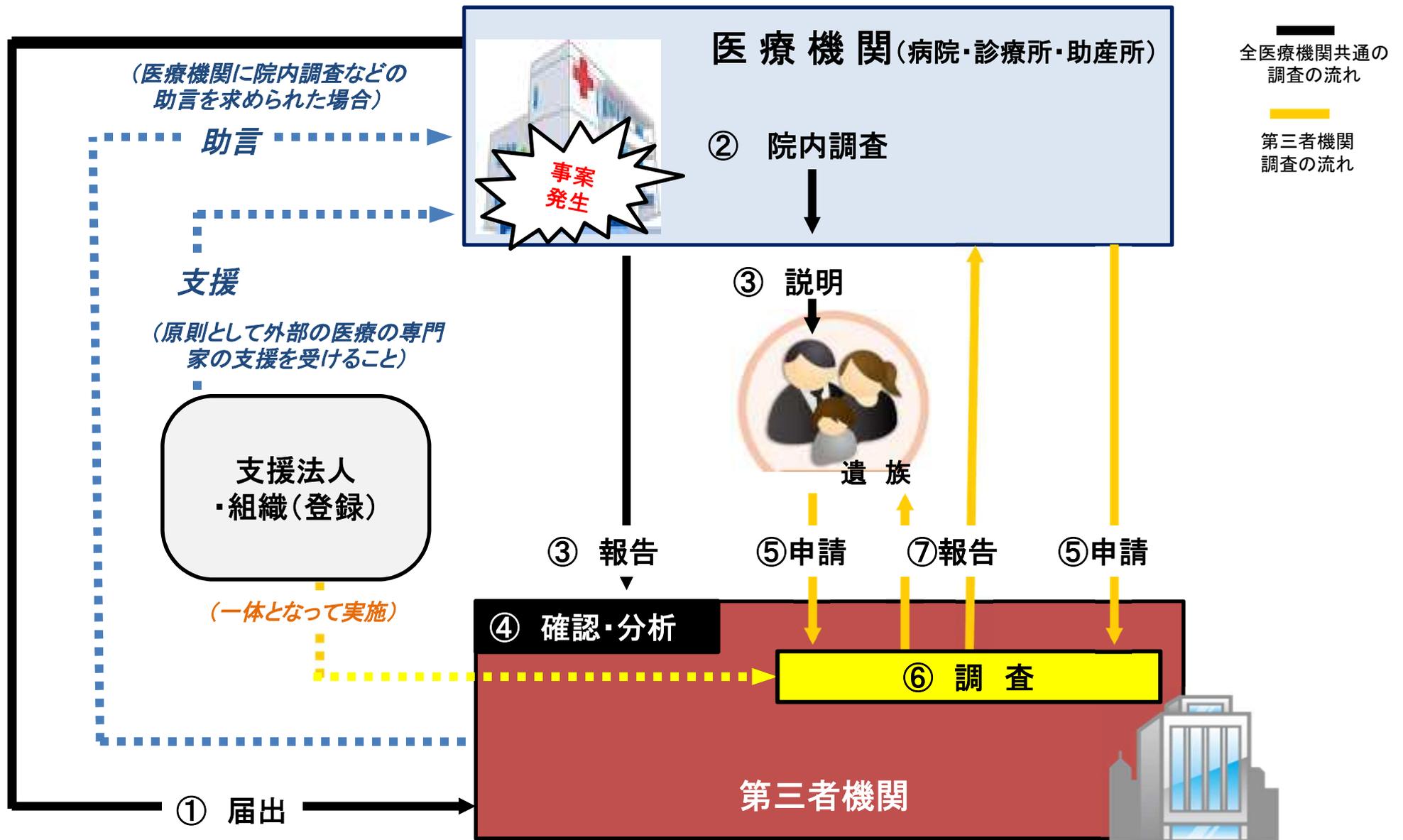
○ 第三者機関が実施した医療事故に係る調査報告書は、遺族及び医療機関に交付することとする。

○ 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、申請を妨げることと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たときは、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。）

(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。

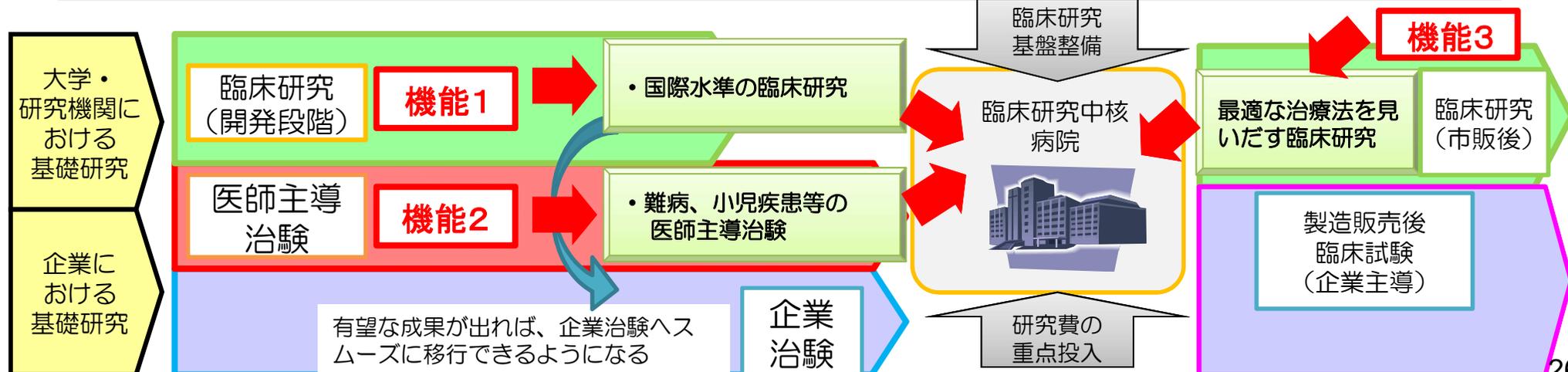
目的

- 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。

(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。

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。

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

「これまでの社会保障制度改革国民会議における議論の整理 (医療・介護分野)(案)」における主な論点と対応の方向(案)

平成 2 5 年 6 月 2 0 日

<p style="text-align: center;">これまでの社会保障制度改革国民会議における議論の整理 医療・介護分野（案）（抄）</p>	<p style="text-align: center;">主な論点と対応の方向（案）</p>
<p>■ 基本的な考え方</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「いつでも、好きなところで、お金の心配をせずに、求める医療を受けることができる」医療から、「必要なときに適切な医療を適切な場所で最小の費用で受ける」医療に転換すべき。その際、適切な医療の提供とは、疾病や障害に合った適切な場で医療を提供することを基本に考えるべき。 ○ 社会保障と人口動態、経済、産業、雇用の関係性と今後の方向は、地域ごとに異なっており、そのあり方は地域毎に考えていく必要がある。 ○ 消費増税に見合った社会保障改革が行われるかが重要であり、医療・介護1.6兆円の充実・効率化それぞれの内容を明らかにすべき。

これまでの社会保障制度改革国民会議における議論の整理（案）	主な論点と対応の方向（案）
<p>■ 医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等【医療・介護の提供体制の在り方】</p> <p>○ 医療、介護、看取りまで継ぎ目のない地域医療・包括ケアを目標として各地域の医療・介護需要ピーク時までの地域医療・包括ケアビジョンを作成すべき。その際、地域医療ビジョンは、平成30年度とは言わず前倒しで作成。そのビジョンの実現に向けて、都道府県は地域医療計画を、市町村は地域包括ケア計画を、一定年間隔で策定すべき。それに沿った医療機能の分化・連携を促すための基金を創設（財源として消費税増収を活用）し、診療報酬や介護報酬による利益誘導ではなく、まずは補助金的手法で誘導すべき。医療機能の分化・連携が進んだ後、補助金的手法にあてていた消費税増収分を、順次医療機能ごとの診療報酬重点配分に移行していくべき。</p> <p>○ 基金による財政支援は、地域医療・包括ケアビジョンの実現に向けて、具体的な地域医療計画・地域包括ケア計画が策定され、計画の実効性確保の手段も整備されることを前提とすべき。</p> <p>○ 各都道府県が2次医療圏ごとに基準病床数を高度急性期・一般急性期・亜急性期といった新たな医療機能別に算定し（国が標準を示しつつ、地域の実情に応じ</p>	<p>・ 地域医療ビジョンの策定期間について →地域医療ビジョンは次期医療計画の策定期間である平成30年度を待たず、平成27年度に前倒しして作成すべきではないか。</p> <p>・ 基準病床数を医療機能別に算定することについて →医療機能の分化と連携を適切に誘導することが重要であることから、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、各医療機能の将来の必要量（病床の総数について定める基準病床数とは別に設定）等を定める地域医療ビジョンを策定し、医療計画にこれを盛り込み、実効性を確保しつつ、機能分化・連携を推進していくべきではないか。</p> <p>・ 診療報酬と補助金的手法（医療法による機能分化）について →診療報酬と補助金的手法それぞれの特性を踏まえ、効果的に組み合わせることが適当であり、その具体的な在り方について引き続き検討するべきではないか。</p>

て都道府県が補正を行う)、地域医療計画に盛り込むべき。

- 医療計画の策定者である都道府県を国保の保険者とする、さらには医療計画の策定者である都道府県に保険医療機関の指定・取消権限を与えるほか、その実効性を高めるための諸施策を講じることとし、これらの方向性を医療法改正で明示すべき。
- 医療法による機能分化と診療報酬による機能分化のそれぞれの特性を生かしながら、これまで以上に相互補完的に連携して医療提供体制の改革を進めるべき。現状は診療報酬による機能区分のウェイトが大きいように思われるが、地域偏在の是正の視点から医療計画を含めた医療法による機能分化の重要性を見直すべきではないか。
- 医療法改正による地域医療計画の見直しには相応の時間を要することから、改革速度を速める意味で、まずは次期診療報酬改定において、診療報酬の特性を活かした、機能分化のための取組を実施し、しかる後に地域医療計画と連動させるべき。

- ・ 都道府県に新たな権限を付与する等の実効性を高めるための取組について
→今後、都道府県の意見を踏まえながら、医療提供体制に係る都道府県の権限・役割の在り方について、更に議論を深めていくべきではないか。

	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域における病院・病床機能の役割分担・連携の望ましい姿を住民や医療提供者等に広く示すものとして、地域毎の医療資源の実態をベースに積み上げて、全体のあるべき姿を作成した実行可能な医療提供体制のビジョンを、都道府県知事が示すべき。具体的な仕組みについては、地方と協議し、地方の理解を得て構築すべき。 ○ 都道府県が、これまで以上に地域医療提供体制の整備を積極的かつ主体的に行うことができるよう、例えば、保険医療機関の指定・取消権限を都道府県に付与するなど、都道府県の役割を拡大すべき。 	
<p>【外来の役割分担の在り方】</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 患者に対して一貫した病歴、受診行動の管理を行うとともに、専門医や病院、介護関係者との間の連携の主要な役割を担当するなど、継続的な保健指導や疾病予防活動を行う日本型総合医のあり方を検討すべき。 ○ 医療機関が役割分担を行うこと、一人の医者が総合的に高齢者を診ることなど、フリーアクセスの問題やかかりつけ医への受診体制の変革について結論を出すべき。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ かかりつけ医等の在り方について →高齢化が進展し、医療サービスの需要が増大する中、かかりつけ医の役割は重要であり、その評価の在り方等について、我が国の医療提供体制の現状を踏まえつつ、議論を深めていくべきではないか。

<p>【在宅医療と在宅介護の連携の在り方等】</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 病院頼み、介護施設頼みからの脱却をはっきりと示すべき。看取りの体制さえできないという危機感を持って対応すべき。 ○ 市町村が中心となって、地域で医療と介護を一体的に提供できる体制の整備を図るべき。医療・介護の連携・調整の機能は法律上に位置付ける。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅医療の推進について ・ 地域における医療と介護の一体的な提供について <p>→市町村が中心となって、地域医師会等の協力を得つつ、介護と連携した在宅医療を推進することにより、地域包括ケアシステムを実現する体制を構築していくべきではないか。</p>
<p>【医療法人制度等の在り方】</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療機能の分化・連携のための医療機関の再編等を可能とし、ケアをベースとしたコミュニティ形成、町作りにも参画できるように医療法人制度の見直しを行うべき。 具体的には、医療法人が病院経営の非営利性を担保しつつ付帯事業で住宅建設（サービス付き高齢者住宅、有料老人ホーム）や町のインフラ形成に参加、共同事業を立ち上げることができる道を開き、その際のファイナンスの選択肢として、今後慎重に設計されるべき「ヘルスケア REIT」等を視野に入れるべき。 ○ 地域を起点とした公的安心サービス提供基盤の整備を進めていくため、病院の統合・再編による機能の集約化・分化と、医療・介護と高齢者向け住宅を結合すべき。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療法人制度の見直しについて <p>→医療法人制度については、医療法人の非営利性を担保すること、本来業務である病院等の経営に支障を来さないことなどを前提としつつ、医療機能の分化・連携の推進や医療法人の健全な経営が図られるよう、具体的な提案内容についての検討を行っていくべきではないか。</p>

【人材の確保】

○ 看護師確保対策として、免許を「登録制」にし、潜在看護師を把握できる公的システムの確立、養成の拡大、離職防止・定着促進を図っていくべきではないか。

○ 医療職種の職務の見直しとチーム医療が重要。

○ 専門医のトレーニング枠は、地域ごとの調整が必要。

・ 看護師等の確保対策について

→少子化が進展する中、看護職員を確保するためには、看護師の復職支援のための効果的かつ抜本的な看護職員確保対策が必要ではないか。

→医療の質の向上や医療安全の確保を図る観点からも、医療機関の勤務環境の改善を促進する仕組みを導入することにより、医師、看護職員等の医療スタッフの離職防止・定着促進を図っていく必要があるのではないか。

・ 医療職種の職務の見直しとチーム医療について

→チーム医療の推進に資するよう、各医療関係職種の業務範囲等の見直しを行うことが必要であることから、特定行為に係る看護師の研修制度の創設、診療放射線技師の業務範囲の拡大、歯科衛生士の業務実施態勢の見直しを行うべきではないか。

・ 専門医の養成の在り方について

→専門医の養成にあたり、プロフェッショナルオートノミーを基盤として、地域の実情に応じた養成プログラムの配置の在り方などを

		工夫することが必要ではないか。
<p>【医療関連データの収集・分析等】</p>	<p>○ 医療、介護、看取りまで継ぎ目のない地域医療・包括ケアを創生するためには、人口推計をはじめ、地域の特性に配慮した医療介護資源とニーズに関連するデータの可視化が重要。各地域からの報告内容の妥当性をチェックするとともに、既存データを集約・統合し、足らざるデータは収集することにより、住民、地域医療計画、地域包括ケア計画作成者に提供していくべき。</p> <p>○ 医療費財源や消費税財源を充て、医療の質の検証やレセプトチェックに有効なデータベースの構築、ICTの活用を行うことが重要である。</p>	<p>・ 地域の特性に配慮した医療介護資源とニーズに関連するデータの収集やその活用について</p> <p>→医療計画の作成及びその後の評価や見直しの際において、各種調査で把握している情報やレセプトデータ等を活用すべきではないか。その他、病床機能報告制度の情報や医療機能情報提供制度の情報等も含め、様々な情報を分かりやすく整理するなど、よりきめ細かく医療提供体制の状況を明らかにしていくべきではないか。</p> <p>→関係学会等が、日々の診療行為、治療結果及びアウトカムデータ（診療行為の効果）を、全国的に各分野ごとに一元的に蓄積・分析・活用する取組を推進することにより、医療の質の一層の向上を図るべきではないか。</p>

これまでの社会保障制度改革国民会議における議論の整理（医療・介護分野）（案）	主な論点（案）
<p>■個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるために必要な見直し、人生の最終段階を穏やかに過ごすための環境整備</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 今後のさらなる高齢者人口の増加の中で、地域包括ケア型医療・介護を進めると、在宅での看取りが増加する。終末期医療のあり方について国民的合意を形成する必要がでてくる。 たとえば、リビングウィルによる延命措置の不開始又は中止について、民事、刑事、行政上の取扱い等々について合意形成する必要。 ○ 「病院で治す」医療から超高齢社会に合った「地域全体で、治し・支える医療」へ転換することが必要である。 ○ 現場で医療提供側と患者側が決めた医療の積上げが全体の医療費になるが、その際の裁量権は大きく、終末期医療のあり方もこれに関連する問題。医療提供側だけでなく、医療を受ける国民側がどう考え、何を要求するかが大きな要素となるのではないか。 <p>・ 人生の最終段階における医療の在り方について</p> <p>→国民の生命観・倫理観に深く関連する問題であることから、今後も、国民の意識を定期的に把握するとともに、患者本人の意思決定を基本とし医療・ケアチームで治療方針を検討するという「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」の考え方が医療現場に浸透するよう、周知啓発等に取り組み、引き続き国民的議論を注視していくべきではないか。</p>

これまでの社会 保障 制 度 改 革 国 民 会 議 における 議 論 の 整 理 (医 療 ・ 介 護 分 野) (案)

■ 基本的な考え方

- 「いつでも、好きなところで、お金の心配をせずに、求める医療を受けることができる」医療から、「必要なときに適切な医療を適切な場所で最小の費用で受ける」医療に転換すべき。その際、適切な医療の提供とは、疾病や障害に合った適切な場で医療を提供することを基本に考えるべき。
- 「病院で治す」医療から超高齢社会に合った「地域全体で、治し・支える医療」へ転換することが必要である。
- 医療資源を国民の財産と考え、適正に養成、配置し有効に使用できるシステムとする必要があり、個人のすべての要求に応えることは不可能であることを前提に制度を再編すべき。
- 社会保障の改革は、社会保障の持続可能性のみならず、地域経済の持続可能性の観点から重要。
- 社会保障と人口動態、経済、産業、雇用の関係性と今後の方向は、地域ごとに異なっており、そのあり方は地域毎に考えていく必要がある。
- 地域医療を守るためには、地域医療提供体制の整備と国民皆保険を最終的に支える「医療保険における最後のセーフティネット」である国民健康保険のあり方を一体的に検討すべき。

	<ul style="list-style-type: none"> ○ 消費増税に見合った社会保障改革が行われるかが重要であり、医療・介護1.6兆円の充実・効率化それぞれの内容を明らかにすべき。 ○ 一体改革では、改革があたかもすみやかに実行され、その効果もすぐに現れることを前提とした財政計画が立てられていたが、再考の必要が出てくる。例えば、医療提供体制改革により2015年度までに平均在院日数の減少等で4,400億円の効率化が生じることを見込んで、それも財源とした公費の追加が計画されていたが、さすがに2015年度までにその効果を期待することは難しいなど、改革のタイミング、スピードとこれまでの財政計画との調整は行わなくてはならない。
<p>■健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 健康の維持・疾病の予防に対するインセンティブが働くような仕組みの構築を推進すべき。 ○ 健康寿命の問題は、医療も含め、地域にあった包括的なシステムが必要。各自治体に取り組むべき。 ○ 医療費財源や消費税財源を充て、医療の質の検証やレセプトチェックに有効なデータベースの構築、ICTの活用を行うことが重要である。 ○ 高齢者の地域活動により医療費の節減は可能。 ○ 高齢者の社会参加を通じた介護予防を推進。

■医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等

【医療・介護の提供体制の在り方】

- 医療、介護、看取りまで継ぎ目のない地域医療・包括ケアを目標として各地域の医療・介護需要ピーク時までの地域医療・包括ケアビジョンを作成すべき。その際、地域医療ビジョンは、平成30年度とは言わず前倒しで作成。そのビジョンの実現に向けて、都道府県は地域医療計画を、市町村は地域包括ケア計画を、一定年間隔で策定すべき。それに沿った医療機能の分化・連携を促すための基金を創設（財源として消費税増収を活用）し、診療報酬や介護報酬による利益誘導ではなく、まずは補助金的手法で誘導すべき。医療機能の分化・連携が進んだ後、補助金的手法にあてていた消費税増収分を、順次医療機能ごとの診療報酬重点配分に移行していくべき。
- 基金による財政支援は、地域医療・包括ケアビジョンの実現に向けて、具体的な地域医療計画・地域包括ケア計画が策定され、計画の実効性確保の手段も整備されることを前提とすべき。
- 各都道府県が2次医療圏ごとに基準病床数を高度急性期・一般急性期・亜急性期といった新たな医療機能別に算定し（国が標準を示しつつ、地域の実情に応じて都道府県が補正を行う）、地域医療計画に盛り込むべき。
- 地域包括ケア計画は、市町村が主体となって、地域の高齢化ピーク時までの計画を策定し、介護だけでなく、在宅医療、住まい、生活支援、予防を位置づけるべき。特に「住まい」の確保は、長期療養患者や介護施設からの軽度要介護者の受け皿としても重要。
- 医療計画の策定者である都道府県を国保の保険者とする、さらには医療計画の策定者である都道府県に保険医療機関の指定・取消権限を与えるほか、その実効性を高めるための諸施策を講じることとし、これらの方向性を医療法改正で明示すべき。

- 医療提供体制改革の実効性を高めるためには、医療計画の策定者である都道府県を国保の保険者とすることにより、保険者機能を通じた受益と負担の牽制を働かせることが効果的。
- 医療法による機能分化と診療報酬による機能分化のそれぞれの特性を生かしながら、これまで以上に相互補完的に連携して医療提供体制の改革を進めるべき。
現状は診療報酬による機能区分のウェイトが大きいように思われるが、地域偏在の是正の視点から医療計画を含めた医療法による機能分化の重要性を見直すべきではないか。
- 医療法改正による地域医療計画の見直しには相応の時間を要することから、改革速度を速める意味で、まずは次期診療報酬改定において、診療報酬の特性を活かした、機能分化のための取組を実施し、しかる後に地域医療計画と連動させるべき。
- 時代によって医療は変わる。医療資源は有限であることを前提に、医療需要に基づいて医療資源を算定し、提供体制の総合計画を定めるべき。
- 地域における病院・病床機能の役割分担・連携の望ましい姿を住民や医療提供者等に広く示すものとして、地域毎の医療資源の実態をベースに積み上げて、全体のあるべき姿を作成した実行可能な医療提供体制のビジョンを、都道府県知事が示すべき。具体的な仕組みについては、地方と協議し、地方の理解を得て構築すべき。
- 都道府県が、これまで以上に地域医療提供体制の整備を積極的かつ主体的に行うことができるよう、例えば、保険医療機関の指定・取消権限を都道府県に付与するなど、都道府県の役割を拡大すべき。

- 診療報酬や医療計画など、全国一律の規制等をどこまで緩和するか、地域ごとの医療政策の柔軟性を検討する必要がある。
- 地域の実情を踏まえた診療報酬の決定ができる仕組みを積極的に活用すべき。
- 都道府県医療計画の策定や医療機関の開設における医療保険者・市町村の積極的な関与。
- フリーアクセスを守るためにも初診時一定病床数（例：200床）以上の一般病床での紹介のない外来受診について、初診時特定療養費に代えて、一定額（例：1万円）の定額自己負担を導入すべき。同様の仕組みを再診時にも検討。この場合、救急車の適正利用についても別途検討する必要。
- 患者に対して一貫した病歴、受診行動の管理を行うとともに、専門医や病院、介護関係者との間の連携の主役を担当するなど、継続的な保健指導や疾病予防活動を行う日本型総合医のあり方を検討すべき。
- 医療機関が役割分担を行うこと、一人の医者が総合的に高齢者を診ることなど、フリーアクセスの問題やかかりつけ医への受診体制の変革について結論を出すべき。
- 病院頼み、介護施設頼みからの脱却をはっきりと示すべき。看取りの体制さえできないという危機感を持って対応すべき。

【外来の役割分担の在り方】

【在宅医療と在宅介護の連携の在り方等】

- 市町村が中心となって、地域で医療と介護を一体的に提供できる体制の整備を図るべき。医療・介護の連携・調整の機能は法律上に位置付ける。
- 老後の暮らしの質を良くする観点から、医療と介護をどう連携させるか考えるべき。
- 「キュア」から「ケア」重視の生活支援と看取りの体制を確保するため、医療と介護が一体化した地域包括ケア体制を構築するべき。原則、すべての診療所を在宅療養支援診療所とすること等を検討すべき。また、地域包括ケアへの参画を条件に、こうした診療所や、これを利用する患者への優遇策を検討するべき。
- 高齢化が進む環境下で効率的に都市サービスを供給する体制が必要であり、都市のコンパクトシティ化と、それに応じて医療・介護施設を含めた必要な都市機能の再配置を行うべき。
- 医療機関と在宅患者を結びつけるコーディネーターや支援組織が必要である。
- 医療機能の分化・連携のための医療機関の再編等を可能とし、ケアをベースとしたコミュニティ形成、町作りにも参画できるように医療法人制度の見直しを行うべき。
具体的には、医療法人が病院経営の非営利性を担保しつつ付帯事業で住宅建設（サービス付き高齢者住宅、有料老人ホーム）や町のインフラ形成に参加、共同事業を立ち上げることができる道を開き、その際のファイナンスの選択肢として、今後慎重に設計されるべき「ヘルスケアREIT」等を視野に入れるべき。
- 地域を起点とした公的安心サービス提供基盤の整備を進めていくため、病院の統合・再編による機能の集約化・分化と、医療・介護と高齢者向け住宅を結合すべき。

【医療法人制度等の在り方】

【人材の確保】

- 医療法人制度及び社会福祉法人制度については、新しいまちづくりを促進する仕組みの構築が必要であり、具体的には、医療法人制度（及び社会福祉法人制度）の経営統合を促進する制度、医療法人（及び社会福祉法人）の「非営利性」を担保しつつ都市再開発に参加できるようにする制度、ヘルスケアも含むコンパクトシティに対する資金調達手段を促進する制度など、総合的な規制の見直しが必要。
- 社会福祉法人こそ、経営の合理化、近代化が必要。大規模化や複数法人の連携を推進。加えて、社会福祉法人非課税扱いとされているに相応しい、国家や地域への貢献が求められるべき。低所得者の住まいや生活支援などに積極的に取り組むべき。
- 看護師確保対策として、免許を「登録制」にし、潜在看護師を把握できる公的システムの確立、養成の拡大、離職防止・定着促進を図っていくべきではないか。
- 我が国は医療機関数が多く、フリーアクセスのもとで医療資源を配分すれば、医師不足や看護師不足となりかねない。病院の機能分担と連携を図る必要があり、大都市以外では総合医中心の医療提供体制が必要である。
- 介護人材の確保については、処遇改善とキャリアパスの確立が重要。
- 医療職種の職務の見直しとチーム医療が重要。
- 専門医のトレーニング枠は、地域ごとの調整が必要。
- 生産年齢人口の急速な減少の中、看護師や介護職員の確保が課題。

【医療関連データの収集・分析等】

- 医療、介護、看取りまで継ぎ目のない地域医療・包括ケアを創生するためには、人口推計をはじめ、地域の特性に配慮した医療介護資源とニーズに関連するデータの可視化が重要。各地域からの報告内容の妥当性をチェックするとともに、既存データを集約・統合し、足らざるデータは収集することにより、住民、地域医療計画、地域包括ケア計画作成者に提供していくべき。
- データを収集して、地域による一人当たり医療費のばらつきの原因や地域の取組の費用対効果を研究すべき。
- 保険者がレセプト情報などを使って医療機関の評価を行い、被保険者に伝えることを考えるべき。
- 医療費財源や消費税財源を充て、医療の質の検証やレセプトチェックに有効なデータベースの構築、ICTの活用を行うことが重要である。
- 効果的かつ効率的な医療の提供に資するよう、データを収集・分析し、医療の質の更なる向上につなげることが必要である。保険で承認された医療も費用対効果などの観点から常に再評価されるべき。
- 科学的根拠に基づいた医療を提供するべきであり、診療内容の選択の基準を提示できるようにするべき。
- 地域の実情に応じた地域包括ケアシステムを構築する上で、地域の特徴や課題が客観的に把握できるようにデータを整理し「見える化」。

■医療保険制度の財政基盤の安定化・保険料に係る国民の負担に関わる公平の確保

- 健保組合間、健保組合と協会けんぽの間の構造的要因に着目した財政調整に踏み込むべき。
- 高齢者医療の拠出金について、総報酬割を導入すべき。被用者間で助け合うべき。
- 後期高齢者支援金の負担金に対する全面総報酬割の導入、その際に浮いた公費の投入の国保優先の実現を図る必要。
- 後期高齢者支援金の全面報酬割と国保の都道府県化、更には所得の高い被保険者からなる国保組合への定率補助の廃止を一体的に実現すれば、被用者保険者間のみならず市町村間の保険料負担の格差の是正を図ることができることになり、保険制度を通じて「保険料負担に係る国民の負担に関する公平の確保」との『社会保障制度改革推進法』の趣旨を実現でき、消費税率引上げのタイミングにふさわしい内容の改革となる。
- 後期高齢者支援金の総報酬割の導入については、浮くとされる国庫負担分を国債残高圧縮への充当（＝将来世代へのツケの先送りの抑制）に使うべきとの意見に加え、協会けんぽの国庫補助率20%の引上げに使うべきとの意見や、前期高齢者の給付費に充当することによって被用者保険全体の負担軽減を図るべきとの意見など、様々な意見があることも踏まえ、浮いた財源の使途も含めて、検討すべき。
- 医療提供体制改革の実効性を高めるためには、医療計画の策定者である都道府県を国保の保険者とすることにより、保険者機能を通じた受益と負担の牽制を働かせることが効果的。

- 国民健康保険の赤字構造を抜本的に解決した上で、国民健康保険の保険者を都道府県とするべき。ただし、その際には、保険料徴収・保健事業等引き続き市町村が担うことが適切な業務が存在することから、都道府県と市町村が適切に役割分担する仕組みとすることが必要。
- 地域医療提供体制整備の責任主体と、国民健康保険の保険者を都道府県に一本化し、地域医療の提供水準と保険料等の住民負担のあり方を総合的に検討することが可能な望ましい体制を実現すべき。
- 国保の広域化に当たっては、医療費適正化や保険料徴収に対する地域の取組を反映させる仕組みを検討する必要がある。
- 広域化によって保険料負担を平準化するに当たり、医療費水準が違うことによって保険料水準が高くなることは不公平でないことに留意すべき。
- 市町村国保の広域化については、平成27年度から実施される都道府県単位の共同事業の拡大による保険料の平準化の状況を見ながら、検討することが適当。
- 保険財政安定化事業により市町村国保の財政は県単位化されるが、老人保健制度と同様に責任者不在の仕組み。都道府県が地域保険に参画するとともに、都道府県への医療供給に係る統制力と地域特性に応じた診療報酬設定の一部権限委譲も必要である。
- 国保の広域化については、リスク分散機能の強化や事務の共同化・効率化といった広域化のメリットを追求しつつ、地域の実態に即応した保険事業（保険料徴収、保健施設活動、医療費適正化対策等）を推進するには、市町村保険者を維持しつつ、都道府県単位の共同事業の改善により対応。

	<ul style="list-style-type: none"> ○ 保険料負担者等の公平感へ配慮するため、所得捕捉の精度に関し、改めて点検・強化を図るべき。 ○ 欧州諸国の低賃金の方の保険料を免除しても、雇用者責任を果たすという制度を日本でも考えるべき。
<p>■医療保険における療養の範囲の適正化等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 現世代の負担増・給付抑制によって、将来世代の負担増・給付減を緩和する視点が不可欠である。 ○ 中高所得層高齢者の本人負担の引き上げ、給付範囲の見直し・効率化を図るべき。 ○ 際限ない高齢者向け給付の増大は現役世代の生活設計を破綻させるため、「年齢別」から「経済力別」へ負担の原則を転換すべき。 ○ 低所得者への配慮は当然として、70歳以上の高額療養費、特に外来特例の見直しを行うべき。 ○ 70－74歳の医療費自己負担は法律では2割であるのに、確たる理由もなく暫定的に1割のまま。 ○ 70－74歳の窓口負担について、本則を適用すべき。 ○ 後発医薬品の使用促進をはじめ、医薬品に関する見直し等について、具体的に医療費がいくら減るかといった議論をすべき。

<p>■個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるために必要な見直し、人生の最終段階を穏やかに過ごすための環境整備</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 今後のさらなる高齢者人口の増加の中で、地域包括ケア型医療・介護を進めると、在宅での看取りが増加する。終末期医療のあり方について国民的合意を形成する必要がでてくる。 たとえば、リビングウィルによる延命措置の不開始又は中止について、民事、刑事、行政上の取扱い等々について合意形成する必要。 ○ 「病院で治す」医療から超高齢社会に合った「地域全体で、治し・支える医療」へ転換することが必要である。 ○ 現場で医療提供側と患者側が決めた医療の積上げが全体の医療費になるが、その際の裁量権は大きく、終末期医療のあり方もこれに関連する問題。医療提供側だけでなく、医療を受ける国民側がどう考え、何を要求するかが大きな要素となるのではないか。 ○ 病院頼み、介護施設頼みからの脱却をはっきりと示すべき。看取りの体制さえできないという危機感を持って対応すべき。 ○ 死生観・価値観の多様化が進む中、医療保険・介護保険で全てに対応するのは財政的に限界であることを踏まえ、抑制する範囲を皆で決める必要がある。
<p>■高齢者医療制度の在り方</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 高齢者医療制度の在り方は、地域保険の在り方・再編成と並行して議論すべき。

■介護サービスの効率化及び重点化

- 医療の機能分化のためには、しっかりした地域包括ケアを構築すべき。介護施設利用の適正化のためにも町のインフラ作りの全体的な取り組みが必要。介護は、24時間巡回型介護、訪問看護などで、重度要介護者の在宅生活限界点を高めるべき。サービス付き高齢者住宅（住まい＋生活支援等）を整備し、そのため、空き家・空き施設など既存社会資源を有効活用すべき。
- 介護について重点化・効率化が求められており、骨太の方針を示すべき。
- 継ぎ目のない「医療」「介護」システム構築の観点からの医療・介護の自己負担・利用者負担の整合性確保が必要。70－74歳の現役並み所得の医療費自己負担3割。ところが、介護に移行すると利用者負担1割。他方、75歳以上の高齢者では「医療」から「介護」へ移行しても1割負担のままであり、全体の整合性を確保していくべき。
- 利用者負担の在り方については、一定所得以上の所得がある者や預貯金などの資産を有する者には、応分の負担を求めるべき。
- 軽度の高齢者は、見守り・配食等の生活支援が中心であり、要支援者の介護給付範囲を適正化すべき。具体的には、保険給付から地域包括ケア計画と一体となった事業に移行し、ボランティア、NPOなどを活用し柔軟・効率的に実施すべき。
- デイサービスは、重度化予防に効果のある給付への重点化などが課題。
- 引退後の引きこもりを予防し、地域の人的資源として活躍を促進するため、自治体による各種サポーター養成講座の提供、地域貢献活動の紹介により、地域の助け合い活動を拡大し、保険のカバー範囲を見直すべき。

	<ul style="list-style-type: none"> ○ 特別養護老人ホームは中重度者に重点化。軽度者を含めた低所得高齢者の住まいの確保が新たな課題。 ○ 補足給付は、所得だけではなく、預貯金や不動産などの資産を勘案して給付すべき。また、低所得となる所得や世帯のとらえ方について、遺族年金等の非課税年金、世帯分離された配偶者の所得等を勘案するよう見直すべき。
<p>■低所得者をはじめとする国民の保険料に係る負担の増大の抑制</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護保険料の低所得者軽減の強化が必要。 ○ 介護保険では、現役世代の保険料負担の公平性は保険料で調整すべきであり、第2号被保険者の介護納付金について、総報酬割を導入すべき。 ○ 介護納付金の総報酬割導入については、負担の公平化の観点から応能負担の強化が課題になるが、後期高齢者医療支援金の見直しとの関連も整理の上で導入。 ○ 後期高齢者支援金の全面総報酬割と合わせて介護納付金の総報酬割の検討も必要。

医療法人関係の最近の動き

医療法人制度について

医療法人制度創設の趣旨

医療事業の経営主体が医業の非営利性を損なうことなく法人格を取得する途を開くことにより、

- ①資金の集積を容易にするとともに、
- ②医療機関の経営に永続性を付与し、もって私人による医療機関の経営困難を緩和することを目的とする。（昭和25年創設）

主な制度改正

昭和39年 ・特定医療法人制度の創設（法人税法上の制度）

昭和60年医療法改正

- ・理事長に関する規定の整備（原則、医師又は歯科医師）
- ・一人医師医療法人制度の創設 等

平成18年医療法改正

- ・解散時の残余財産の帰属先の制限
- ・附帯業務の拡大（社会福祉事業の範囲の見直し、有料老人ホームの設置）
- ・社会医療法人制度の創設
- ・役員、社員総会等の医療法人の内部管理体制の明確化
- ・事業報告書等の作成、閲覧に関する規定の整備
- ・社会医療法人債（公募債）発行に必要な規定の整備
- ・基金制度の創設 等

医療法人制度に関する規制の見直し

昨年、医療部会において議論された事項の対応結果。（「規制・制度改革に係る方針」(H23.4.8閣議決定)を踏まえた検討）

<参考>

「規制・制度改革に係る方針」(平成23年4月8日閣議決定)(抄)

「医療法人の再生支援・合併における諸規制の見直し」

- ① 医療法人と他の法人の役職員を兼務して問題ないと考えられる範囲の明確化を図る。
- ② 医療法人が他の医療法人に融資又は与信を行うことを認めることの必要性について検討する。
- ③ 法人種別の異なる場合も含めた医療法人の合併に関するルール of 明確化や、医療法人が合併する場合の手続の迅速化について検討する。

医療法人の役員と営利法人の役職員の兼務について

「医療機関の開設者の確認及び非営利性の確認について」(平成5年2月3日付 厚生省健康政策局総務課長・指導課長連名通知)の一部を改正。

<改正内容>

- ・ 原則として当該医療機関の開設・経営上利害関係にある営利法人等の役職員を兼務していないこととした上で、開設者である法人の役員の過半数を超えないことなど例外となる要件を明示し、それまで都道府県によってバラツキのあった「兼務ができる範囲」の明確化を図った。

医療法人が他の医療法人に融資を行うことについて

「医療機関債発行のガイドラインについて」(平成16年10月25日付 厚生労働省医政局長通知)の一部を改正。

<改正内容>

- ・ 医療法人が他の医療法人の発行する医療機関債を購入できる要件を新たに定め、一定の条件の下で医療法人が他の医療法人へ融資を行うことができる場合のルールを制定した。

医療法人の合併手続について

「医療法人の合併について」(平成24年5月31日付 厚生労働省医政局指導課長通知)を発出。

<内容>

- ・ 法人種別の異なる場合も含めた法令の規定に基づく医療法人の合併のルールについて、明確化の観点から、合併前の医療法人のいずれもが持分あり医療法人である場合であって、合併後もいずれかの医療法人が存続するときに限り、持分あり医療法人とすることができることなどを明記した。
- ・ 手続の迅速化の観点から、必要に応じ、都道府県医療審議会の部会開催を随時行う等、実態に応じた運営を図られたいこととした。

国民会議、産業競争力会議における議論、及び骨太方針

医療法人制度等の在り方 <社会保障制度改革国民会議>

<議論の整理>

医療機能の分化・連携のための医療機関の再編等を可能とし、ケアをベースとしたコミュニティ形成、町作りにも参画できるように医療法人制度の見直しを行うべき。

具体的には、医療法人が病院経営の非営利性を担保しつつ付帯事業で住宅建設（サービス付き高齢者住宅、有料老人ホーム）や町のインフラ形成に参加、共同事業を立ち上げることができる道を開き、その際のファイナンスの選択肢として、今後、慎重に設計されるべき「ヘルスケアREIT」等を視野に入れるべき

地域を起点とした公的安心サービス提供基盤の整備を進めていくため、病院の統合・再編による機能の集約化・分化と、医療・介護と高齢者向け住宅を結合すべき。

<主な論点と対応の方向(案)>

・医療法人制度の見直しについて
→ 医療法人制度については、医療法人の非営利性を担保すること、本来業務である病院等の経営に支障を来さないことなどを前提としつつ、医療機能の分化・連携の推進や医療法人の健全な経営が図られるよう、具体的な提案内容についての検討を行っていくべきではないか。

医療法人の業務範囲(附帯業務の拡大、海外展開) <産業競争力会議>

民間議員の提案	厚生労働省の対応・考え方
医療法人がフィットネス等健康増進や配食等生活支援を円滑にできるためのガイドラインの策定	医療提供という本来業務に支障のない範囲で本来業務と関連する業務(附帯業務)は実施可能。例えば、生活習慣病の者に対する医師の指導に基づく健康増進や、高血圧、高血糖又は生活習慣病の者に対して、医師等が行う栄養指導や運動指導と併せて配食サービスを行うこと等、附帯業務のうちの保健衛生に関する業務として整理できるものは、今後通知改正で対応。
医療法人が一定要件の下で海外現地法人に出資できることを明確化	社会医療法人は、海外現地法人に出資することは可能。 一般の医療法人について、海外事業に失敗したとしても地域医療の提供に影響を与えない範囲内で出資可能とすることについて検討。

骨太方針(経済財政運営と改革の基本方針(平成25年6月14日閣議決定))

第3章 経済再生と財政健全化の両立

3. 主な歳出分野における重点化・効率化の考え方

(1) 持続可能な社会保障の実現に向けて

② 社会保障の主要分野における重点化

(医療・介護)

医療提供体制の改革については、…(中略)…医療法人間の合併や権利の移転等に関する制度改革を検討する。

「医療機関債」発行等のガイドラインの一部改正

改正の経緯

- ① 平成23年度に医療機関債の勧誘をめぐるトラブルが顕在化したことから、内閣府消費者委員会が平成24年9月に「医療機関債に関する消費者問題についての提言」を実施
- ② ①の提言を受け、厚生労働省において、医療機関債の発行状況を調査し、平成25年3月に調査結果を公表
- ③ 以上を踏まえ、公認会計士からの意見聴取も行き、一部改正するもの（現在、パブリックコメント実施中）。

改正の主な内容（トラブル防止、債権者保護の視点から改正）

- ① 公認会計士等の監査が必要となる発行額等の見直し
1回当たりの発行総額が1億円以上 → 1会計年度の発行総額が1億円以上
- ② 監督庁への届出を新設
勧誘を行う1ヶ月前までに発行要項等の必要な書類を監督庁に届けること
- ③ 購入対象者の明確化
不特定多数に対する販売への注意を促すため、購入対象は、法人の役職員や縁者、地域住民等であることを明記
- ④ 医療機関債購入の勧誘方法について消費者保護関係の規定を追加
誠実公正義務、虚偽説明の禁止、再勧誘禁止等、金融商品取引法を参考に規定
- ⑤ 決算期の債権者への情報開示書類の明示
法定書類のほか、取得資産の状況、直近の3会計年度の財務状況等を開示することを明示
- ⑥ 期中償還事由の明確化
購入者の死亡のほか、「破産」「障害等による生計維持困難」等の事由を列挙し明確化

第183回通常国会での医療法人制度関係の質疑

理事長要件の見直しについて

<平成25年3月8日 衆議院予算委員会における江田憲司議員(みん)の質問に対する答弁>

○安倍内閣総理大臣答弁(抜粋)

理事長については、確かに、病院においては医療という観点からと病院経営という観点からもありますので、そういう経営感覚を持った人が枢要な地位にいることも私はずっと重要なポイント、議論するポイントでもあるのかな、このように思っておりました。

医療法人会計基準の策定について

<平成25年3月22日 衆議院厚生労働委員会における足立康史議員(維新)の質問に対する答弁>

○田村厚生労働大臣答弁(抜粋)

医療法人の経営が持続的に、安定的に、健全、透明性を担保するためにも、医療法人会計基準を早急に策定すべきという意見はごもつともである。議員ご承知のとおり、現在四病協にて検討を行っている。基本は自らが行ってもらわなければならない。ただ、小泉内閣から何年も経っているので、全力を挙げて、積極的にお手伝いしてまいりたい。できれば、平成25年度の早い時期に策定されるように我々もお手伝いしていきたいと考えている。

平成25年度 医療施設経営安定化推進事業の概要

医療法人等の提携・連携の推進に関する調査研究

<概要>

- 各地域における医療法人が、経営の合理化・安定化を進めるとともに、地域の医療機能分化及び連携を進める上で参考となるよう、事業協同組合、グループ化、資本提携などにより、
 - ・経営の合理化、安定化を進めている事例、
 - ・医療機能の分化・連携を進めている事例を調査収集し、事例集を作成する。
- 上記の取組を全国的に進めていくための課題や必要な支援のニーズについて調査する。
- 社会医療法人の運営状況等を把握するために必要な資料収集について調査する。

医療法人の適正な運営に関する調査研究

<概要>

- 医療法人の運営等に重大な問題があった場合、当該法人の安定的な経営を損なうのみならず、地域医療への悪影響が懸念される。
- このため、医療法人の組織、財務、運営等の適正性を確認するための指標を作成する。
- 当該指標は、
 - ・医療法人が大きな負担なく自ら定期的かつ容易に確認できるもの
 - ・監督庁において、医療法人が作成した指標の値の正確性を資料等により容易に確認できるものであるものとすることを想定。

1 制度の趣旨

- 医療法に基づく法人。昭和25年の医療法改正により制度創設。
- 医療事業の経営主体が医業の非営利性を損なうことなく法人格を取得する途を開く。

【制度創立当初】

私人による医療機関の経営の困難を緩和
(資金の集積を容易にするねらい)

医療機関の経営に継続性を付与
→ 地域医療を安定的に確保

2 設立

- 医療法に基づく社団又は財団。
- 都道府県知事の認可。ただし、2以上の都道府県において医療機関を開設するものは厚生労働大臣の認可。

(法人数)

- ・ 医療法人 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)、財団法人 392
 - ※ 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、国、地方公共団体、他の持分なし医療法人等と定めている医療法人。
 - ・ 平成18年の医療法改正で、新設法人は持分なし法人に限定。ただし、既存の法人については、従前の規定を適用した上で自主的な移行を図る。
- ・ 社会医療法人 201 (H25.4.1)



3 運営

- 医業(病院、診療所、老人保健施設の運営)のほか、保健衛生や社会福祉等に関する附帯業務を行うことができる。
- 社会医療法人の認定を受けた医療法人は、その収益を病院等の経営に充てることを目的として、収益業務を行うことができる。
- 剰余金の配当をしてはならない。
 - ※ 社会医療法人
 - ・ 民間の高い活力を活かしながら、地域住民にとって不可欠な救急医療やへき地医療等(救急医療等確保事業)を担う公益性の高い医療法人として、平成18年の医療法改正で制度化。
 - ・ 役員等について同族性が排除されていること、解散時の残余財産は国、地方公共団体等に帰属する(持分がない)こと、などの要件を満たすことが必要。
 - ・ 医療保健業の法人税は非課税。救急医療等確保事業を行う病院・診療所の固定資産税等は非課税。

社会保障審議会医療部会

荒井奈良県知事意見

平成 25 年 6 月 20 日

1 当医療部会においては、かねてより真摯な議論が行われ、日本の医療制度改革のために、大いに貢献されてこられたことに、深甚なる敬意を表し、感謝を申し上げます。

2 日本の医療提供制度において、都道府県は一定の重要な役割を果たしていると考えるので、これからの医療提供のあり方についての議論においては、知事をはじめ地方行政の関係者と厚生労働省をはじめ国の医療関係者との間で、建設的で忌憚のない意見交換が行われることを期待します。

3 本日の医療部会開催までに、知事会事務局と厚生労働省医政局との間で十分な意思疎通が行われなかったこともあり、本日までに知事会としての意見を充分集約できていない実情にありますので、本日は私個人の意見を中心に、以下稚拙な面もありますが、とりあえず申し述べさせていただくこととします。

4 一般病床の機能分化について

(1) 一般病床の機能分化については、医療資源適正化のため必要だという点は理解します。ところで、今回、急性期医療を中心に、一般病床の機能分化を行う考え方については、その目的とするところがあまり明確でないように思います。「急性期医療の強化」なのか、行き過ぎたと言われる「7：1看護の是正」なのか、その他の目的なのか、充分理解できません。「急性期、亜急性期、回復期医療の病床の機能分化」については、患者サイドから見てその意味するところ、医療計画策定者から見てその目的とするところが、よく分かりません。

(2) 「急性期医療の強化」が目的であれば、毎日のように救急病院に運び込まれる超高齢者に対する急性期医療のあり方、さらにはわが国の終末期医療提供のあり方について、明瞭で堅実な考え方を確立する必要があると思われま

(3) 医療機能の分類の概念（急性期、亜急性期、回復期等）は疾病ごとにその意味が異なることもあるので、より明確に定義づけられる必要があると思いますが、分類された医療機能の概念を、医療計画において、病床（病棟）の種類を分けるといった形で、制度化するには、まだ検討課題が多く残っていると考えます。

(4) また、医療機能の分化に対応して、診療報酬の改定、病床（病棟）の区分に付随する人的医療資源（医師・看護師等）の配置・確保を、どのように措置されるのか明確ではありません。

(5) 一般病床の機能（細分化）は医療法でなく、医療機関が力量に応じて、国（地方厚生局）へ申請・認定を受ける診療報酬の仕組みの中で規定されているものです。都道府県にはこれらを制御する権限はないため、このままでは都道府県が一般病床の機能分化の推進をどのように進められるか不明瞭です。

(6) なお、本県では、既存の病床数が基準病床数を超える状況にあるものの、使われていない病床があることから、まず、既存病床の有効利用を図りたいと考えています。

また、医療法上、都道府県知事は病院の開設許可権限がありますが、建物の構造・設備や人的な要件が整っている限り、これを許可する仕組みです。良質な医療の提供という観点から、病院等の開設許可に際し、患者に提供される医療の質を加味した評価の仕組みがあっても良いのではないかと（例えば、診療報酬上の不正等を抱えていた機関であっても、許可されうる仕組みは問題ではないか）。

(7) このように目的、制度化の輪郭、付随して整うべき措置の内容など、中核となる項目について、理解が充分行き渡っていない状況のなかで、医療計画策定に加えて、医療機能の報告徴収義務が課され、更に、その情報等をベースに一般病床機能分化の促進等を盛り込む「地域医療ビジョン」作成の責任を知事に課す医療法改正案は、今のところ、受け入れ難いと考えます。

5 在宅医療の推進について

(1) 「在宅医療」は極めて重要なものと認識しており、その推進に積極的に取り組まれることに敬意を表します。

(2) 医療計画に記載される在宅医療の推進が、単なる「絵に描いた餅」にならないようにするためには、次のような事項が明確にされるべきものと考えます。

①在宅高齢者には医療ほかの諸ニーズ（食事、買い物、介護、社会活動、住居内環境等）がありますが、このような高齢者 QOL の内で医療はどのような役目を果たすべきと考え、医療法の中でどのように位置付けられようとし

ているのか。

②「病院医療」と「在宅医療」の内容は大いに異なるものと思われるが、「在宅医療」の定義と果たすべき機能は法上どのように定められるのか。もし明確に定められれば、「在宅環境」の整備に大きな役割を果たすべきと考えている地方公共団体にとって大きな意味が生じるものと考えます。

③「在宅医療」の担い手（医師等）と「在宅ケア」の担い手（介護士、保健師、ケアマネージャー等）との関係、協力のあり方をどのように考えているのか。医療法と関連する法規において、「在宅医療」と「在宅ケア」に共通する目的の定義、法的なリンクが必要ではないのか。

④在宅医療における ADR のようなもの（非医師による代替行為）を推進する必要があるのではないか。その際、「医師の指導のもとに」行うものとされている看護師の業務の在宅医療における再定義など、非医師による在宅医療行為を積極的に定義する必要があるのではないか。（現状においては、在宅医療を担う医師が不足する状況）

⑤在宅の終末期医療のあり方はどのように考えておられるのか。在宅での看取りをご家族にとって意味があるものにするには、在宅における終末期の過ごし方（QOD）について、医療提供のあり方も含めて、関係者の間での共有される認識が必要ではないのか。

（3）「在宅医療」の内容について、以上のような論点が見出される中、関係者の間での十分な意見交換のないまま、「在宅医療」を医療計画に記載するという法改正だけでは、「在宅医療の推進」に寄与するところは少ないものと考えます。

（4）いわゆる「社会的入院」の扱い方について

①高齢者はその終末期、自宅、急性期病床、療養病床、一般病床、老人保健施設、特別養護施設等においてどのように過ごせばよいのか。終末期の過ごし方を積極的に確立しなければ、終末期における医療の位置づけは難しいものと考えます。

②「多死社会」がまもなく訪れるこの時期に、高齢者に対する地域医療ビジョンを策定する観点からは、次のような点が明確にされるべきと考えます。

- ・療養病床における医療の内容と老人保健施設における医療の内容はどのような違いがあるのか。また、それぞれはどのようなものであるべきなのか。
- ・人生の末期において、身の置き場のない人をどのように扱うのか。

6 特定機能病院の承認の更新制について

更新制度は必要と考えます。

7 医師確保対策について

(1) 医師の地域間、診療科間での「偏在」は、地域にとって、最も重要な課題のひとつです。平成23年12月22日の本部会の意見において、

「・・・都道府県が地域の医師確保に責任をもって取り組むため、法制化等により、都道府県の役割を明確化すべきである。」と述べられていることは、当を得た意見であると思います。

(2) ところで、医師確保、医師偏在を是正するための都道府県の手段は皆無に等しく、今回の法改正で提言されている「地域医療支援センター」の設置だけではとても期待される役割を都道府県は果たし得ないと思います。

(3) 医師確保、医師の偏在是正のために、国と地方はどのように役割分担をすべきかを真摯に話し合い、今次の医療法改正を機に国を挙げての実効性のある体制を構築すべきだと考えます。

(4) そのためには、まず医療法を所管されている立場の国として、次のようなことについて、明確に所見を述べられ、地方との対話のきっかけを作られるべきだと考えます。

- ①医師の地域間、診療科間での「偏在」をどのような手法で確認、認定されようとしているのか。
- ②「医師偏在」の原因をどのように認識され、その解消をどのような仕組みで解消されようとしているのか
- ③女性医師の勤務地、診療科の「偏在」をどのように認識されているのか。
- ④医師の育成地と勤務地の「偏在」の根本的原因をどのように考えられ、その是正策は、どのようなものを考えておられるのか。
- ⑤地域支援センターのあるべき機能をどのように考えておられるのか。支援の内容はどのようなものを想定しておられるのか。それは効果がありそうなものか。支援はどのような仕組みで実行可能か。

(5) さらに、国と地方との役割分担についての国のお考えを明確に開陳していただくことが何よりも重要と思料します。都道府県は、医師確保対策、医師偏在是正対策において、より重要な役割を果たしたいと考えており、その観点から、都道府県知事の権限及び責任の強化は必要と考えます。

(6) 急性期医療の強化、医師の診療科間の偏在是正、専門医の地域医療への貢献の拡大等のためにも「専門医の認定制度の確立」は極めて重要と認識します。学会に委ねるのではなく、国による専門医制度の確立が望まれます。今後実施される専門医の認定制度の中に、地域医療への貢献の要素を盛り込まれる必要があると考えるので、その点について知事会との意見交換を早めにしていただきたいと思います。

8 看護師確保対策について

(1) 潜在看護師に対する再就職支援の観点から、業務に従事していない者の都道府県知事への届出は適切なものと考えます。

(2) 地域における看護師の確保、質の向上の観点から、看護師の職業アイデンティティ及びキャリアパスの確立は是非とも必要であり、そのための都道府県知事の権限及び責任の強化が必要と考えます。その点について、国との議論を深めさせていただきたいと考えます。

(3) また、有能な看護師（例えば、中堅や主任クラス）になるところで、出産・育児・就学への対応を求められ職場から離職せざるを得ないなどの要因を踏まえた対策の充実も重要と考えます。

9 医療機関の勤務環境改善について

(1) 医療機関における夜間勤務、超過勤務の実態は過酷であり、良質な医療提供の観点から一日も早い環境改善が必要と考えます。

(2) ところが、そのため誰が何をすべきかといったことが明確ではありません。また、医療勤務環境改善センター（仮称）のような、どのような権能を持ち、どのような機能を果たせるのかまだ不明確な組織を設置するだけの法改正で、医療機関の勤務環境が改善できると考えておられるならば、不十分な対応姿勢と存じます。医療法所管官庁として、勤務環境改善に向けての気迫と見識を示してほしいと思います。

(3) 医師の医療機関における時間外勤務、宿直について、医療法と労働基準法の規定に齟齬があります。早急な立法による解決が必要と考えます。

(参照：県立奈良病院時間外勤務手当事件)

①医療法第16条は「病院の管理者は病院に医師を「宿直」させねばならない」と規定するが、働き方についての規定は存在しない。

②労働基準法第41条では「宿直は、監視又は断続的労働に従事する者として、

常態としてほとんど労働する必要がない勤務のみを認める」参考：厚生労働省
通達（平成 14 年 3 月 19 日付）

1 0 チーム医療の推進について

（１）チーム医療の認識とその推進は必要なことと存じます。
また、地域医療計画の遂行にあたって、「チーム医療」の概念を取り入れていくことも必要と考えていますので、次のような事項についても、考慮していただきたく存じます。

（２）医療の現場は多様であり（過疎地の診療所、救命救急センターが病棟、老健施設、在宅等）、その中で医療専門家が果たすべき役割が異なります、状況の異なる医療現場を前提に、望ましい「チーム医療」の概念を明確にしていく必要があると思います。

（３）あらゆる医療現場に、医師が存在するとは限りませんので、医療が必要な現場に医師が不在の場合の ADR のようなもの（非医師による代替行為）を推進していただきたく存じます。

（４）「チーム医療行為」の責任の所在を常に確認しておく必要があると考えます。

1 1 医療事故に係る調査の仕組等

（１）医療事故の原因究明、再発防止の取組みは極めて重要であるので、仕組みづくりに取り組まれる姿勢には敬意を表します。

（２）医療事故の原因究明、再発防止のためには、医療事故が発生した場合、その原因を絶えず調査し、調査結果を収集・集積し、原因を調査する独立性の高い、中立的な常設機関が必要と考えます。

（３）遺族又は医療機関の求めに応じて第三者機関を設置するのでは、「遺族のため又は医療機関のため」の調査になりがちで、「再発防止のため」の調査という大事な目的が見過されてしまいます。

（４）原因究明のための中立性、独立性の高い調査機関の設立と、国も関与した医療事故の補償制度の確立は是非とも必要です。そうしなければ、医療事故に係る訴訟が増大し、司法資源を偏って消費しかねません。

(5) 医療事故に関しては、都道府県も一定の調査権限（医療法第25条の立入検査等）はありますが、調査結果を分析する能力は充分ではなく、また、調査結果が医療内容の是正、医師の処分などに生かされることもありません。（奈良県山本病院事件参照）

(6) 医療の質の安全管理、医療機関のリスクマネジメント、医療事故の予防は、地域における良質な医療の確保のため重要なことですので、都道府県知事の調査の充実と結果を集積し、分析する機関の設置が望ましいと考えます。

1.2 医療法とその他の医療関係法制の体系化づくりについて

(1) 都道府県は、医療関係法規に基づく権限・責任が分掌されている例が多くなりますが、国法間における関連づけ、体系化が充分なされていないため、法の執行及び諸計画の策定にあたって、とまどうことが数多くあります。

(2) 今次の医療法改正にあたっては、まず医療関係法体系の中での医療法の位置付けをより明確にされることを強く希望します。そのために、医療法の目的の中にそのような規定を盛り込むことを検討していただきたく存じます。また、具体的施策の展開にあたっては、健康増進、予防医学の分野の法制と医療法との法的なリンク、診療報酬制度と医療提供制度との法的関連づけ、健康保険指定制度と医療提供制度との法的関連づけを明確にされることを強く希望します。

(3) とりわけ、健康保険法における保険医療機関の指定の取消を受けそうな医療機関が廃止の届出を出さず、ブローカーの暗躍の下、医療資源を有利に「売却」しようとする現状は、わが国医療産業の見苦しい部分であり、看過し難く、関係法規の整備を強く希望します。（参照 最近の奈良県の事情）

1.3 検討の時間が不足し本日述べることのできなかつた部分については、後日の意見表明もありうることをご了承下さい。

医療機能分化等に関する医療法改正案について

平成25年6月20日

全国知事会

都道府県は、医療計画、医療費適正化計画、健康増進計画の作成・推進等を通じて、地域医療政策に大きな責任を担っており、今後も責任を果たしていく。

2025年にあるべき医療の姿に向けて、病院・病床の分化・連携を推進するため、都道府県が地域医療提供体制の整備に積極的に関与していくことを求められていることも十分認識している。

しかしながら、医療機能の分化・連携は極めて困難な業務であり、都道府県にとって大変重大な業務になることが想定されるにも関わらず、これまで、地域医療ビジョンの具体的内容やその実現に向けた具体的方策等について、都道府県と十分な協議が行われたとは言い難いと考えている。

病床機能情報報告制度や地域医療ビジョン策定等の実施主体となる都道府県が、これらの制度の内容等を十分に理解し、制度を実効性あるものとして運用できるかどうか等について適切な判断ができるよう、まずは国が具体的な提案を行うとともに、都道府県との間で手順を踏んだ丁寧かつ継続的な議論が必要であると考えている。

また、地域医療ビジョンの実現のためには、各地域の医療機関の理解が必要である点にも留意する必要がある。

このような状況下で、秋の臨時国会での法案提出ありき、平成27年度からの地域医療ビジョン策定ありきで議論を進めようというのは、いささか拙速であると言わざるを得ない。都道府県の同意なく法案提出等を行うことがないよう求める。

また、今般の医療法改正案には、都道府県の組織のあり方にまで国が関与しようとする内容が含まれているが、このような関与は、都道府県の自主性を損なうものであり、不適當である。

都道府県としては、地域医療提供体制の整備に関して、今後、国と議論を尽くした上で、制度の構築に真摯に取り組んでいく。