

平成25年11月22日(金)
16時00分～18時00分
TKP赤坂ツインタワー
8階ホール8B

第36回

社会保障審議会医療部会

議事次第

- 地域医療ビジョンを実現するために必要な措置（必要な病床の適切な区分、都道府県の役割の強化等）及び新たな財政支援制度の創設について
- 臨床研究の推進等について
- 次期診療報酬改定の基本方針の検討について
- その他

(配布資料)

- 資料1 第34回医療部会での主な意見
- 資料2 地域医療ビジョンを実現するために必要な措置（必要な病床の適切な区分、都道府県の役割の強化等）及び新たな財政支援制度の創設について
- 資料3 臨床研究の推進について
- 資料4 X線検診車におけるX線撮影時の医師又は歯科医師の立会いについて
- 資料5 平成26年度診療報酬改定の基本方針（案）

荒井委員提出資料

中川委員提出資料

参考資料1 都道府県医療審議会の委員構成について

参考資料2 地域医療再生基金の執行状況

参考資料3 平成25年度 厚生労働特別研究事業「健康診断におけるエックス線照射の安全性に関する研究」
健康診断におけるエックス線撮影時の医師又は歯科医師の立ち会いに関する提言

- 参考資料 4 次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方について（これまでの社会保障審議会医療保険部会・医療部会における議論を整理したもの）
- 参考資料 5 社会保障審議会 医療部会（10/11、11/8）各委員の発言要旨【未定稿】
- 参考資料 6 社会保障審議会 医療保険部会（10/23、11/8）各委員の発言要旨【未定稿】
- 参考資料 7 平成 26 年度診療報酬改定について（中間とりまとめ）（自由民主党 社会保障制度に関する特命委員会 医療に関するプロジェクトチーム）
- 参考資料 8 平成 26 年度診療報酬改定について（公明党社会保障制度調査会）

(平成25年11月22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	一般社団法人日本病院会副会長
安部 好弘	公益社団法人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	公益社団法人日本医師会副会長
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	独立行政法人国立成育医療研究センター名誉総長
菊池 令子	公益社団法人日本看護協会副会長
高智 英太郎	健康保険組合連合会理事
白鳥 敬子	東京女子医科大学病院病院長
○※田中 滋	慶應義塾大学経営大学院教授
◎※永井 良三	自治医科大学学長
※中川 俊男	公益社団法人日本医師会副会長
西澤 寛俊	公益社団法人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	一般社団法人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	一般社団法人日本経済団体連合会経済政策本部長
邊見 公雄	公益社団法人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	公益社団法人日本精神科病院協会会長
和田 明人	公益社団法人日本歯科医師会副会長

◎：部会長 ○：部会長代理

※：社会保障審議会委員

第36回社会保障審議会医療部会

平成25年11月22日(金)
16:00~18:00
TKP赤坂TCCホール8B(8階)

速記

樋口委員 花井委員 西澤委員 永井部会長 中川委員 白鳥委員 高智委員

随行者席

随行者席

	<input type="radio"/>							
日野委員	<input type="radio"/>							菊池委員
藤本委員	<input type="radio"/>							加藤委員
藤原委員	<input type="radio"/>							尾形委員
邊見委員	<input type="radio"/>							今村委員
山口委員	<input type="radio"/>							荒井委員
山崎委員	<input type="radio"/>							安部委員
和田委員	<input type="radio"/>							相澤委員
大臣官房参事官	<input type="radio"/>							歯科保健課長
保険局医療課長	<input type="radio"/>							看護課長
保険局総務課長	<input type="radio"/>							健康局 がん対策・健康増進課長
	<input type="radio"/>							
	治験推進室長	医療政策企画官	総務課長	医政局長	審議官	審議官	指導課長	医事課長

事務局

事務局

傍聴者席

出入口

第34回医療部会（10/11）での主な意見

- 病床機能報告制度は、当初は定性的な基準であるが、ゆくゆくは定量的な基準をもとに区分されるのではないかと思う。もしそうであるなら、案1と案2は同じではないかという気がする。

また、「必要量について都道府県が地域の事情に応じて、一定の補正を行うことができる」ことについて※印で書かれているが、これではなし崩し的にどうにでもなるような感じがする。今の段階では、1つのフレームを決めるということなので、※印ではなく、きちりと書いておくべき。

- （医療機能の分化・連携については）医療機関が自主的に進めるのが基本。日本の医療提供体制の特徴である多様な設立主体というのを踏まえることが必要。「誘導」と書いてあるが、誘導ではなく、法をもって強制的に押し進めていくという風にしか読めない。

- 案1と案2が医療部会で全く議論もないまま、出てきたことに驚いている。もう少し練って、幾つかの案で出すべきではないか。案1よりも、どちらかといえば案2であるが、こちらも問題。

医療提供側が自主的に取り組んでいく、積極的にやっていくということは文章にも書き込んでもらいたい。また、法律であまりきちっと縛らないほうが良いのではないか。今後状況も変わっていくので、柔軟に対応できる仕組みにするということも書き込んでいただきたい。

案2の「誘導」という言葉も問題。誘導というと、診療報酬・介護報酬による誘導を思い出すが、これは今まで効き過ぎるほど効いてきた面もあり、また、はしごを外されてきたという思いもあり、誘導という言葉は適切ではないので、変えていただきたい。

- 案2は、各医療機能の病床数をきちっと決めて、それ以上、オーバーしたらもうダメだという非常に硬直的な案に見える。今後、人口変化や交通事情の変化等もあり得るのであり、それに対応できる柔軟な仕組みとすべき。患者は急性期から回復期・慢性期へと移っていくものであり、病期で区分して、病期ごとの病床数を定めることは適切ではない。

案2が案1よりも今までの議論に近いという気がするが、拙速はいけな。 「定量的な基準を定めて誘導」と書いてあるが、これも、必要な病床数を定めて、オーバーしていたらそこには行けないという硬直的な仕組みではなく、柔軟に行き来できるようにするべき。案2の修正案であるが、「必要な病床数へと取れんしていく」と見直してはどうか。

- 病床区分を細分化するとかえって病床数が増える可能性がある。名医が来ると患者が集まったり、特定の病期が流行したり、周囲の環境が変わったりすることで、医療は変わり得るものである。医療はフレキシブルであるべき。

- 案2のほうが患者にとっては理解しやすいのではないか。これから地域の事情も変わっていくので、上限数を決めてしまうのは変化に対応しにくくなる。案1の場合は、どのような基準で基準病床数を定めるのか教えてほしい。

- 案1には、経済重視の考え方が含まれており、効率的になるという発想があるのだと思うが、今後、高齢化が進むと、疾病構造が全然違ってくる。人間を扱うという視点が抜け落ちて、財政的なことばかりの手段に終始しているのが案1。

- 理論的には、病床区分は定めるが基準病床数は定めないという第3案があり得る。今の一般病床は曖昧であるので、「その他病床」から脱却するために、病床区分を定める意味はある。基準病床数は硬直的になるので定めるべきではない。

- 医療計画の策定・変更時に医療保険者の意見を聴くということが提案されているが、できあがった案について意見を聴くということではなく、案を作成するプロセスそのものに参加していくことが大事。そういう意味で、現在の都道府県医療審議会等は必ずしも医療保険者が入っていない場合も多いのではないかと思うので、その辺も配慮すべきではないか。新たな財政支援制度については、以前から申し上げているとおり、診療報酬と補助金の役割を明確にする必要がある。そういう中で、補助金の配分に当たっても、やはり医療保険者の意見を何らかの形で聴取すべきではないか。

- これまでの医療部会の流れからいけば、案2をとるべき。

- 保険者協議会の意見を聴くというのには一定の合理性や効果が期待できると思うが、メリットとして、患者・住民の視点に立つということができるとはならず、保険者機能をもってこの協議に参加するというのではないか。このメリットの書きぶりに少し違和感がある。

○ 今回の医療提供体制の改革は、医療資源の適正な配分が目的。医療提供者側が自主的に取り組まれることは大変けっこうなことであるが、全体の需給バランスを見ることが必要である。ある枝が不必要に伸びすぎていると、本来伸ばすべき枝も伸びない。不必要に伸びすぎないようにキャップをはめていくということが需給バランスをとるということである。

○ 今日の時点で、案1と案2のどちらかを選ぶのは危険。案1と案2の分かりやすいポンチ絵を出してほしい。両者がどのように違うのかを分かるようにしてほしい。

医療計画の作成・変更時に医療保険者の意見を聴くということだが、医療審議会の委員に医療保険者をバランス良く配置していくことで、対応が可能ではないかと考えられる。医療審議会の委員は、医療側委員の人員に占める比重が高く、例えば、埼玉県では、医療保険者が全く入っていない。保険者協議会については、現在、あまり機能しておらず、屋上屋を重ねる方法をとるのか、あるいは医療保険者の意見をしっかりと聴くことができるから良しとするのか、悩んでいるところ。

ただし、本来、医療審議会に関係者全員が入れる仕組みになっておりますので、この活用の仕方次第で機能させることは可能ではないか。

- ①医療保険者の意見を聞くのは賛成。ただし、保険者協議会を法定化して機能を強化することは反対。
- ②「協議の場」だが、医療法人の合併を促進することにならないか。合併を促進するべきではない。
- ③医療計画は二次医療圏で、介護保険事業計画は市町村で作成している。この両者の範囲の整合性を図る必要。
- ④診療報酬への意見提出には反対。
- ⑤休眠病床の削減の要請だが、知事の裁量にゆだねるのではなく、医療審議会の意見を聴いて、これを尊重して、行うべき。

○ 保険者協議会の意見を聴くことには賛成だし、法定化もすべき。
また、基金を造成して、診療報酬と組み合わせ、機能分化を進めること自体は賛成。基金から補助金を配分する基準をどういう形で決めるのか、教えてもらいたい。介護保険との関係であるが、療養病床の再編、介護療養病床の廃止との関係をどうしていくのかということも忘れていただきたい。

社会保障審議会医療部会

荒井奈良県知事意見

平成25年10月11日

1. 都道府県の役割について

(1) 今回の医療法改正の最大の目的は、将来の医療需要の質・量の変化に医療提供体制を適合させるために地域医療ビジョンを策定することと、その地域医療ビジョンを適切に実現するための諸手段を用意することにあると考えます。

適切な医療提供体制の整備のためには、まず、あるものを効率的に、大事に使う観点から、病床の機能分化と医療資源の適切な配分、そして最も大事な医療資源である医師・看護師の勤務環境の改善が重要な核になっていると考えます。さらに、地域医療ビジョン実現のための手段強化のため、都道府県の役割強化と新たな財政支援制度が打ち出されているものと認識しています。

(2) このような認識から私としては、地域の医療の充実について、国民健康保険の保険者の都道府県移行も含め、都道府県知事がより積極的な責任を担うことに賛成です。また、都道府県が責任を持つということは、責任の曖昧な協議会やセンターに権限・責任を委ねることではなく、都道府県知事が最終的な責任を持つということと考えます。

そのような意味から、今回の医療法改正の大きな柱である地域の実情に応じた医療機能の分化・連携の促進のためには、地域医療ビジョンの策定、病床機能報告制度等の運営に都道府県が責任を持つことを法的に位置づけることが重要であると考えます。

2. 必要な病床の適切な区分の設定及び病床機能報告制度・地域医療ビジョンとの関係について

(1) 病床の機能分化と適切な医療資源の配分が実現するためには、医療の需給についてエビデンスによる実態の把握、適切な供給目標の設定とともに、目標達成のための規制的手段である報告制度、病床規制等と経済的手段である診療報酬、新たな財政支援の適切な組合せによる実行力強化が不可欠です。

(2) また、地域医療ビジョンと病床機能に関する情報の報告制度を医療法上位位置づけることは重要であり、そのことを踏まえると、病床機能分化のために、目指すべき病床数の考え方を法上明記すべきと考えます。これらのことから、案1の考え方が適切と考えます。

(3) なお、基準病床数について一定の範囲内で地域補正をする仕組みは賛成です。さらに都道府県が地域の実情に応じて一定の補正を行う観点からは、現行の特例病床の許可に関する厚生労働大臣協議のあり方についても、より実効的なものにすべきと考えます。

3. 都道府県の役割の強化等及び新たな財政支援制度の創設について

(1) ご提案されている、医療計画の策定・変更時の医療保険者の意見聴取、機能分化・連携のための圏域ごとの協議の場の設置につきましては、賛成をします。ただし、関係者が具体的な連携等を協議する場として、現状の二次医療圏を単位として進めることとされていますが、例えば救急患者の受け入れなど必ずしも二次医療圏内において医療サービスの提供が完結していないものもあることから、地域の実情に応じた柔軟な対応も必要と考えます。

(2) 医療と介護の一体的推進のための医療計画の役割強化（介護保険の計画との一体的な策定）につきましても、「地域完結型」医療はそれだけでは完結せず、介護、地域包括ケアまで視野に入れて考える必要があるという意見を取り入れていただき感謝をいたします。課題として都道府県と市町村の役割分担の整理が掲げられていることはその通りですが、奈良県では既に様々な分野で県と市町村との役割分担の見直しや事務の相互補完を進めております。このような地域の実態に応じた役割分担が認められることが重要と考えます。

(3) 地域医療ビジョンの達成のための都道府県知事による診療報酬に関する意見提出につきましては、単に人員配置により高い点数とするのではなく、人員配置は困難な僻地であっても地域の重症患者の積極的に受け入れていることを評価するなどの活用方法が考えられますが、従来からあった同様の意見提出権限がほとんど活用されなかったことも踏まえ、都道府県の実務者ともよく議論をしていきたいと思います。

(4) また、新たな財政支援制度の創設、一定期間稼働していない病床に対する都道府県知事による稼働または削減の措置の要請、医療機関に対する都道府県知事による医療機能の転換等の要請又は指示につきましては、これまで私から要望してきたことも取り入れていただいた画期的なものであると高く評価をいたします。

地域医療ビジョンを実現するために必要な措置 (必要な病床の適切な区分、都道府県の役割の強化等) 及び 新たな財政支援制度の創設について

1

- 10/11の第34回医療部会において、地域医療ビジョンを実現するために必要な措置及び新たな財政支援制度の創設については、以下の案及び選択肢を提示したところ。

【必要な病床の適切な区分】

案1 医療法上の一般病床・療養病床について、現行の一般病床・療養病床等の基準病床数に加えて、病床機能報告制度の医療機能ごとに区分し、各医療機能の基準病床数を定める

案2 現在の医療法上の病床区分は変えずに、病床機能報告制度の医療機能について、今後、現状を把握し、その結果を分析した上で、定量的な基準を定めて、各医療機能の必要な病床数へと誘導していく

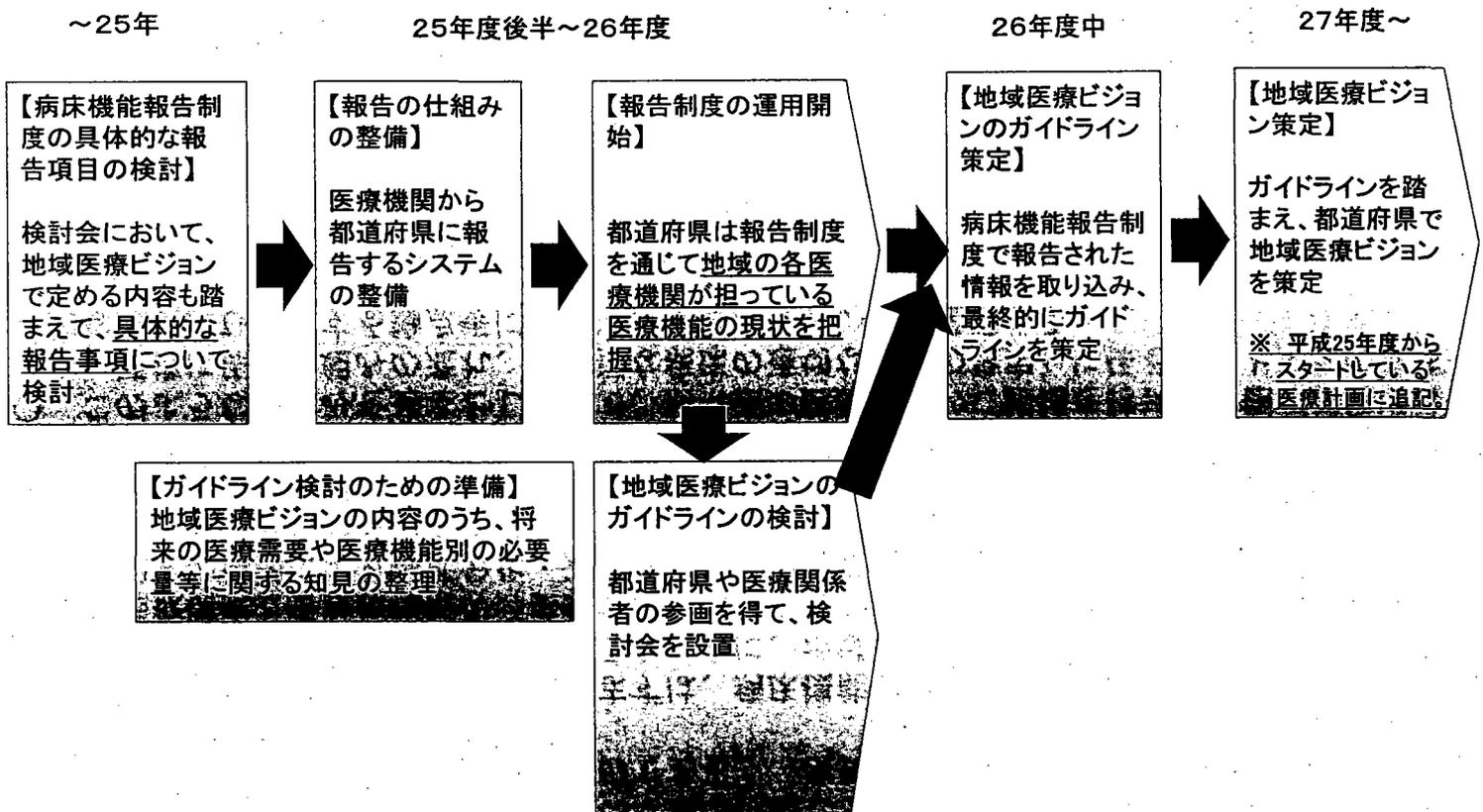
【都道府県の役割の強化等、新たな財政支援制度の創設】

- (1) 医療計画の機能強化等
- ① 医療計画の策定・変更時の医療保険者の意見聴取
 - ② 機能分化・連携のための圏域ごとの協議の場の設置
 - ③ 医療と介護の一体的推進のための医療計画の役割強化（介護保険の計画との一体的な策定）
 - ④ 地域医療ビジョンの達成のための都道府県知事による診療報酬に関する意見提出
- (2) 新たな財政支援制度の創設
- (3) 病床の有効利用に係る都道府県の役割の強化
- ① 一定期間稼働していない病床に対する都道府県知事による稼働又は削減の措置の要請
 - ② 医療機関に対する都道府県知事による医療機能の転換等の要請又は指示

- 「必要な病床の適切な区分の設定」に係る案1及び案2については、いずれも、病床機能報告制度が開始され、都道府県において地域医療ビジョンが策定された後の次の段階において、講ずる措置として考えているものである。(次頁のスケジュールを参照)
- よって、いずれの案の場合でも、まずは、病床機能報告制度によって、医療機関が担っている医療機能の現状を把握・分析するとともに、地域医療ビジョンにおいて、地域ごとの将来の医療需要と各医療機能の必要量が示されることで、医療機関の自主的な取組み及び医療機関相互の協議により機能分化・連携を進めていくことが前提であり、また、国・都道府県は診療報酬と新たな財政支援の仕組みを適切に組み合わせて実施し、こうした医療機関の自主的な取組みを支援していくものである。(次々頁参照)
- このような仕組みを基本とした上で、前々回の医療部会のご議論を踏まえ、医療機能の分化・連携に係る取組みの流れ、「必要な病床の適切な区分の設定」に係る案1と案2の具体的な説明及び関連する論点等について、本資料において、整理する。

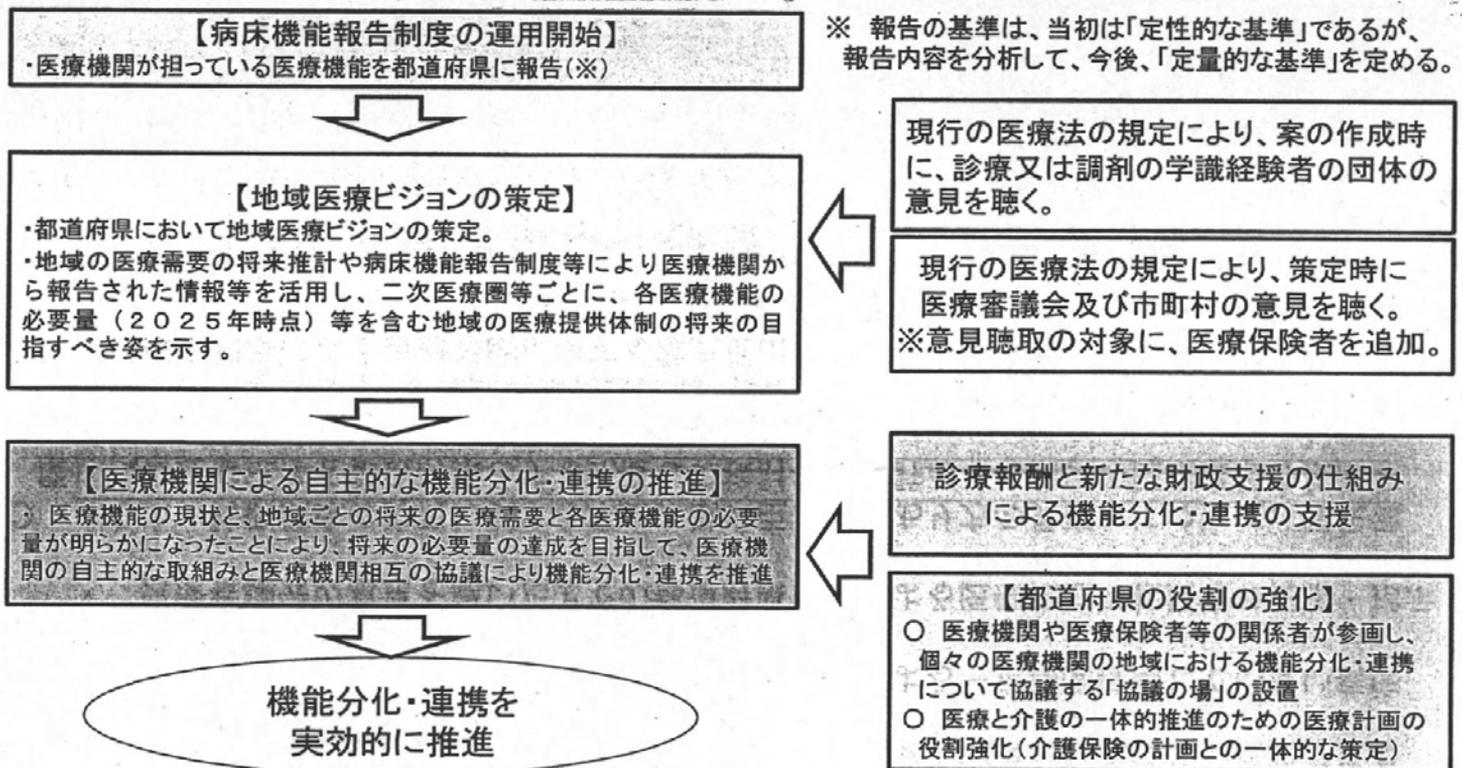
【参考】
(9/13第32回医療部会提出資料)

地域医療ビジョン策定スケジュール(案)



医療機能の分化・連携に係る取組みの流れについて（前々回のご議論を踏まえた整理）

- 病床機能報告制度の運用開始、地域医療ビジョンの策定及び都道府県の役割の強化等を含めた医療機能分化・連携に係る取組みの流れを整理すると、以下のようになると考えられる。



5

- また、都道府県知事が、前々回の医療部会で提示した以下の要請等を行うことができることとしてはどうか、
- ・ 医療審議会の意見を聴いた上での都道府県知事による一定期間稼働していない病床の稼働・削減に係る要請
 - ・ 医療審議会の意見を聴いた上での都道府県知事による医療機能の転換等の要請・指示
- さらに、特例病床の許可に関する厚生労働大臣協議のあり方の見直しについて、国民健康保険の運営主体を都道府県とする見直しの検討状況や許可した病床の医療実績の検証等に留意しつつ、検討を行うこととしてはどうか。
- 都道府県知事による診療報酬に関する意見提出について、どう考えるか。

「必要な病床の適切な区分」に係る案1と案2の 具体的内容について

7

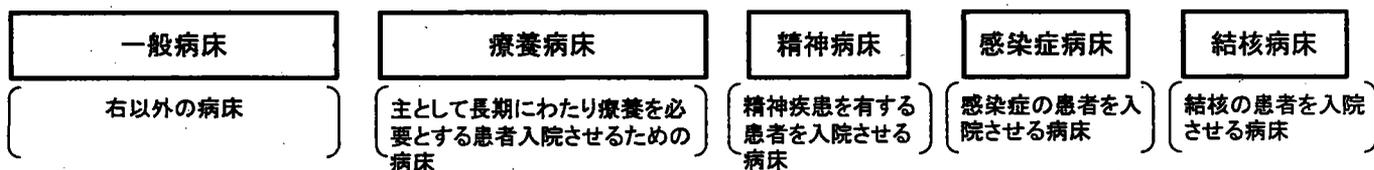
案1の具体的説明について

案1 医療法上の一般病床・療養病床について、現行の一般病床・療養病床等の基準病床数に加えて、病床機能報告制度の医療機能ごとに区分し、各医療機能の基準病床数を定める

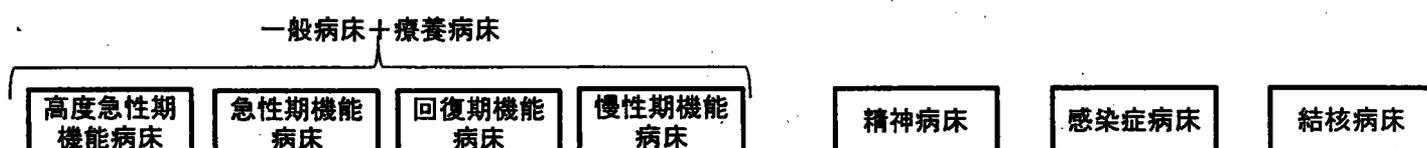
1. 医療法上の病床区分の細分化

- 医療法上の一般病床と療養病床について、この病床区分は残しつつ、これらの病床を医療機能別に細分化する。
 - ※ 精神病床・感染症病床・結核病床の区分は変更しない。
- 医療機能別の病床区分は、現行の病床区分と同様、都道府県知事の許可制とする。
 - ※ 許可の基準には、病床機能報告制度で今後定められる各医療機能の「定量的な基準」を用いることを想定。

[現行の病床区分]



[変更後の病床区分]



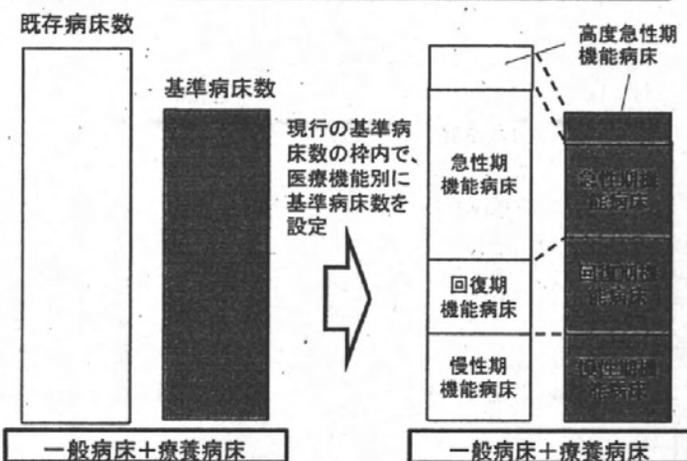
2. 医療機能別の基準病床数の設定

- 医療機能別の病床区分ごとに、基準病床数を定める。ただし、現行の一般病床と療養病床の合計数として定められている基準病床数の枠は超えないようにする。
- その上で、現行の基準病床数制度に基づく新規開設・増床に係る制限の仕組み(※)を医療機能別の病床区分にも適用する。
 ※ 既存病床数が基準病床数を超過している地域(病床過剰地域)では、病院の新規開設・増床を一定制限する。(公的医療機関の場合は許可しない、民間医療機関の場合は勧告。)

[医療機能別の基準病床数の設定のイメージ]

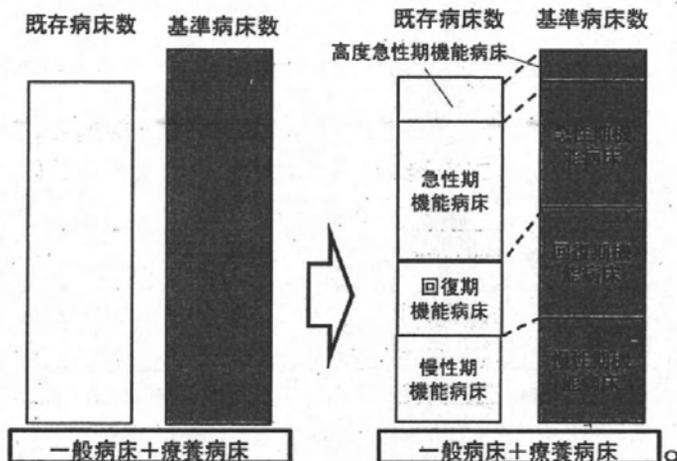
(病床過剰地域の場合)

- 病床過剰地域では、新規開設・増床はどの医療機能の病床でも制限。
- 過剰な医療機能から不足している医療機能へと病床を転換することのみ可能。(下の図の例では、急性期機能から回復期機能への転換は可能。)



(病床非過剰地域の場合)

- 新規開設・増床は可能であるが、不足している医療機能の病床の新規開設・増床に限定。(下の図の例では、回復期機能と慢性期機能の病床の新規開設・増床は可能。)
- 過剰な医療機能から不足している医療機能と病床を転換することも可能。(下の図の例では、急性期機能から回復期機能への転換。)



案2の具体的説明について

案2 現在の医療法上の病床区分は変えずに、病床機能報告制度の医療機能について、今後、現状を把握し、その結果を分析した上で、定量的な基準を定めて、各医療機能の必要な病床数へと誘導していく

1. 病床機能報告制度による医療機能の報告

- 現在の医療法上の病床区分は変えずに、病床機能報告制度により、一般病床と療養病床について、担っている以下の4つの医療機能の中から選択して都道府県に報告する。
- 報告の際の基準は、当初は、「定性的な基準」とするが、報告された情報を分析し、今後、「定量的な基準」(※)を定める。「定量的な基準」は、都道府県が、地域において医療機能に著しい偏りがある等の一定の場合には、政策的に一定の範囲内で補正することができることとする。
 ※ 定量的な基準は、例えば、手術や処置等医療の内容を踏まえた指標により、設定することを想定。

[病床機能報告制度における医療機能の名称及び内容(案)]

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頭骨骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)。
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

2. 地域医療ビジョンの各医療機能の「必要量」を目指した機能分化・連携の推進

○ 都道府県において策定する地域医療ビジョンでは、地域ごとの将来の医療需要と各医療機能の「必要量」を示すこととしている。

「必要量」については、都道府県が地域の事情に応じて、一定の補正を行うことができることを検討。

※ 「必要量」は、地域の医療需要の将来推計や病床機能報告制度等により医療機関から報告された情報等を活用し、2025年時点の二次医療圏等ごとの各医療機能の必要量として示すことを想定。

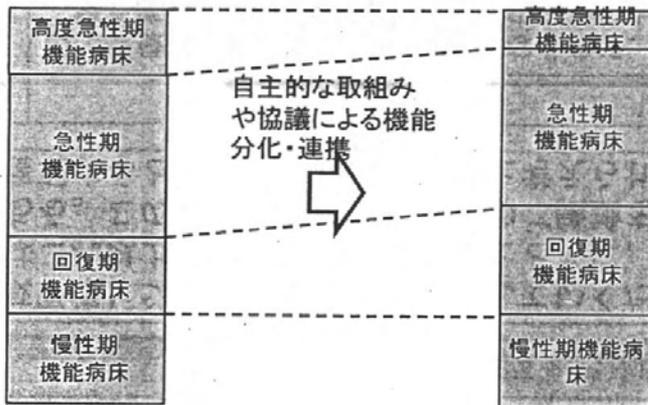
○ 「定量的な基準」に基づく医療機能の報告を通じて、地域医療ビジョンの各医療機能の「必要量」との病床数の差が明らかとなり、これを踏まえて、医療機関の自主的な取り組みや医療機関相互の協議により、「必要量」の病床数を達成していく。

○ また、国・都道府県は、診療報酬と新たな財政支援制度を適切に組み合わせて実施し、「必要量」に向けた医療機関の自主的な機能分化・連携の取り組みを支援する

[地域医療ビジョンの必要量に向けた病床の機能分化・連携のイメージ]

「病床機能報告制度」で報告された現状の医療機能別の病床数

地域医療ビジョンで定める将来の地域ごとの各医療機能の「必要量」



案1と案2の比較について

○ 地域医療ビジョンの必要量を達成していくためには、必要量に照らして過剰な医療機能の病床はこれ以上増えないようにするとともに、不足する医療機能への参入や転換を進める必要がある。この点について、前々回のご議論を踏まえ、案1と案2、それぞれの効果、課題等を整理すると、以下のようになると考えられる。

	案1	案2
新規開設・増床の扱いについて	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療機能別の病床は許可制となるので、既存病床数が医療機能別の基準病床数を上回っている過剰な医療機能の病床の新規開設・増床は、許可を制限することにより明確に防止可能。 (全体として病床過剰な場合は、そもそも、新規開設・増床は制限) ● 現実の病棟には様々な病期の患者がおり、医療内容自体の規制はできない、また、医療の実績は事後的に判明するものであるため、事前規制として有効に機能するかどうかという懸念がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域医療ビジョンの必要量を上回っている過剰な医療機能の病床の新規開設・増床については、医療機関相互の協議等によって対応。 ● ただし、病床機能報告制度の各医療機能の基準に合致していれば、当該医療機能を報告することは可能であり、病院の新規開設・増床を行い、過剰な医療機能を新たに担おうとすることは可能。 よって、協議の場の合意を無視した一部医療機関が出てきた場合等に対応する手段がないという問題がある。 (全体として病床過剰な場合は、そもそも、新規開設・増床は制限)

<p>既存医療機関による医療機能の転換について</p>	<p>○ 医療機能別の病床は許可制となるので、既存病床数が医療機能別の基準病床数を上回っている過剰な医療機能の病床への転換は明確に防止可能。</p> <p>● 現実の病棟には様々な病期の患者がおり、いずれにしても、医療内容自体の規制はできないので、事前規制として有効に機能するかどうかという懸念がある。</p> <p>● 一方で、形式的には、医療機能別の病床にいったん許可されると、基準病床数の枠内に入り、入れ替わる仕組みがないので硬直的になるおそれ。</p>	<p>○ 病床機能報告制度の各医療機能の基準に合致していれば、医療機能の転換は可能であり、医療機関の入れ替わりがあり得る柔軟な仕組み。</p> <p>○ 地域医療ビジョンの必要量を上回っている過剰な医療機能の病床への転換については、医療機関相互の協議等によって対応。</p> <p>● ただし、病床機能報告制度の各医療機能の基準に合致していれば、過剰な医療機能の病床への医療機能の転換も可能であり、協議の場の合意を無視した一部の医療機関が出てきた場合に、過剰な医療機能の病床がこれ以上増えることを明確に防止する手段がない。</p>
-----------------------------	--	---

「新たな案」を検討する上での論点

- 案1及び案2の比較を踏まえると、新たな案を検討する上で、以下のような論点があるのではないか。
 - (1) 病床機能報告制度の各医療機能の基準に合致していれば、当該医療機能としての報告を行うことができることとしつつ、医療機関の自主的取組みや医療機関相互の協議により、機能分化・連携を進め、地域医療ビジョンの必要量に向けて収れんさせていくこととしてはどうか。

その際、医療機関相互の協議の場の実効性を高めるため、医療機関に対して、協議の場への参加及び合意事項への協力の努力義務等を設定してはどうか。
 - (2) その場合でも、協議の場の合意を無視した一部医療機関が現われ、必要量に照らして過剰な医療機能の病床をさらに増やそうとする場合や、何らかの事情により協議の場が機能不全になり、機能分化・連携が進まない場合等については、これに対処するための措置が必要ではないか。

具体的には、例えば、以下のような措置が考えられないか。

[病院の新規開設・増床]

- 医療機関が病院を新規開設・増床し、過剰な医療機能の病床を増やそうとする場合が考えられる。
- これについては、案1のように、医療法上、医療機能別に病床を区分し、当該区分ごとの基準病床数を設定するのではなく、現行の医療法上の病床区分は変更せず、医療計画の達成上必要な場合、新規開設・増床については、都道府県知事が許可の際に、不足している医療機能を担うことを条件に付し、事後的にその遵守を求めるといった対応策も考えられるのではないか。

【既存医療機関による医療機能の転換】

① 既存医療機関が必要量に照らし過剰な医療機能に転換しようとする場合

- 都道府県知事が、あらかじめ、医療機関に対して、医療審議会での説明や転換計画書の提出を求めた上で、医療審議会の意見を聴いて、転換にやむを得ない事情がないと認める場合には、転換の中止を要請することができることとしてはどうか。
- 都道府県知事の要請等に従わない場合には、例えば、現行の医療法上の措置（※1）に加えて以下のような措置を講ずることができることとしてはどうか。
 - イ 医療機関名の公表
 - ロ 各種補助金の交付対象や福祉医療機構の融資対象からの除外
 - ハ 地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認の取消し（※2）
 （注）将来的には、過剰な医療機能の病床への転換について診療報酬による対応を行うかどうかについても検討してはどうか。
- さらに、上記の措置によっても、過剰な医療機能への転換を行った限定的なケースにおいては、都道府県と国が協議を行い、対象医療機関に説明の機会を与え、地方社会保険医療協議会に諮問した上で、過剰な医療機能に転換した当該病床に限って、国が保険医療機関の指定を行わないとすることが可能かどうかについても検討してはどうか。

※1 現行の医療法においても、管理者が管理をなすのに適さないと認めるときは開設者に対して管理者の変更を命ずることや、公的医療機関の開設者に対して、運営に関して必要な指示を行うこと等ができることとなっている。詳細は次々頁以降参照。

※2 地域医療支援病院については、現行の医療法においても、都道府県知事の裁量の範囲内で承認しないことは可能。また、特定機能病院については、政府の地方分権改革推進本部において、特定機能病院の立入調査権限を都道府県に委譲することと併せて、承認に当たって、都道府県知事の意見を聴くこととする方向で議論が行われているところ。

② 協議の場が機能不全になり、自主的な取組みだけでは機能分化・連携が進まない場合

- 都道府県知事が、前々回の医療部会で提示した、以下の要請・指示を行うことができることとしてはどうか。
 - ・ 医療審議会の意見を聴いた上での一定期間稼働していない病床の稼働・削減に係る要請
 - ・ 医療審議会の意見を聴いた上での都道府県知事による医療機能の転換等の要請
- 都道府県知事の要請等に従わない場合には、上記のイ・ロの措置を講ずることができることとしてはどうか¹⁵

【参考】 現行の医療法における医療機関に対する行政の関与の比較

○ 現行の医療法における医療機関に対する行政の関与は以下のとおり。

	公的医療機関（※1）	公的医療機関以外の一般医療機関
① 病床過剰地域における開設・増床について	許可しないことができる （公的医療機関以外に、国家公務員共済組合、地方公務員共済組合等が開設する病院も対象）	要件を満たしていれば許可することになる。 ただし、都道府県が医療計画の推進のため、勧告を行うことができる。勧告に従わない場合は、保険医療機関の指定を行わないことができる。
② 稼働していない病床の扱い	削減を命令することができる（※2） （公的医療機関以外に、国家公務員共済組合、地方公務員共済組合等が開設する病院も対象）	規定なし
③ 医療従事者の確保等の都道府県の施策への協力	協力義務が規定されている（※3）	規定なし（※2） （ただし、広く医療従事者に対して、協力の努力義務が課せられている）
④ 医療機関の設置について	設置を命令することができる	規定なし
⑤ 建物・設備の共用、医師の実地修練等のための整備、救急医療等確保事業に係る必要な措置の実施について	命令・指示をすることができる	規定なし
⑥ 運営に関する必要な指示	運営に関して必要な指示をすることができる	規定なし

※1 医療法上の「公的医療機関」：以下のものが開設する病院
都道府県、市町村、一部事務組合等地方公共団体の組合、国民健康保険団体連合会、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連合会、社会福祉法人北海道社会事業協会

※2 命令に違反した場合には、罰則規定あり。

※3 医療法上、全ての医療機関（公的医療機関含む）について、医療計画の達成の推進に資するため、医療連携体制の構築のために必要な協力をするよう努めるものとするの努力義務が規定されている。

○ 前頁のほか、全ての医療機関に共通で、以下のような行政による命令が現行の医療法に設けられている。

⑦ 施設の人員の増員及び業務の停止命令（※）	人員配置が基準に照らして著しく不十分であり、かつ、適切な医療の提供に著しい支障が生ずる場合、人員の増員を命じ、又はその業務の全部又は一部の停止を命ずることができる。
⑧ 施設の使用制限命令（※）	構造設備が規定に違反し、衛生上有害又は保安上危険と認めるときは、施設の全部又は一部の使用を制限・禁止し、又他は修繕・改築を命ずることができる
⑨ 報告の徴収、立入検査（※）	必要があると認めるときは、必要な報告を命じ、又は、病院等に立ち入り、人員、清潔保持の状況、構造設備、診療録その他の物件を検査させることができる。 病院等の業務が法令等に違反している疑いがあり、又はその運営が著しく適正を欠く疑いがあると認めるときは、診療録その他の物件の提出を命ずることができる。
⑩ 管理者の変更命令（※）	管理者に犯罪又は医事に関する不正行為があり、又はその者が管理をなすのに適さないと認めるときは、開設者に対して、その変更を命ずることができる。
⑪ 開設許可の取消し（※）	<ul style="list-style-type: none"> ・開設の許可を受けた後、正当な理由がないのに、六月以上業務を開始しないとき、 ・休止した後、正当な理由がないのに、一年以上業務を再開しないとき、 ・開設者が施設の使用制限命令又は管理者の変更命令に違反したとき 等において、病院等の閉鎖を命ずることができる。
⑫ 地域医療支援病院及び特定機能病院の承認の取消し	承認の要件を欠くに至ったとき、管理者が業務報告の義務、施設の使用制限命令、行うべき義務に違反したときには、地域医療支援病院又は特定機能病院の承認を取り消すことができる

※ 命令違反については、罰則規定あり。

臨床研究の推進について

臨床研究の推進に係るこれまでの議論

【第26回社会保障審議会医療部会（H23.12.22）】「医療提供体制の改革に関する意見」より抜粋

2. 病院・病床の機能の明確化・強化

(3) 臨床研究中核病院(仮称)の創設

基礎研究、開発段階の臨床研究から市販後の臨床研究までの一連の流れと、そこから新たな基礎研究につながるというイノベーションの循環の中で、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創設すべきであり、法制上位置づけることなどについて前向きに検討すべきである。

【日本再興戦略(平成25年6月14日 閣議決定)】(抜粋)

二. 戦略市場創造プラン

テーマ1: 国民の「健康寿命」の延伸

②医療関連産業の活性化により、必要な世界最先端の医療等が受けられる社会

○医療分野の研究開発の司令塔機能(「日本版NIH」)の創設

- ・革新的な医療技術の実用化を加速するため、医療分野の研究開発の司令塔機能(「日本版NIH」)を創設する。
- 研究を臨床につなげるため、国際水準の質の高い臨床研究・治験が確実に実施される仕組みを構築する。

臨床研究中核病院及び早期・探索的臨床試験拠点において、企業の要求水準を満たすような国際水準の質の高い臨床研究・治験が確実に実施されるよう、所要の措置を講ずる。

○医薬品・医療機器開発、再生医療研究を加速させる規制・制度改革

- ・「日本版 NIH」の創設に向けた検討とも整合した形で、臨床研究中核病院等を中核的な医療機関として医療法に位置付ける他、必要に応じて所要の措置を講じ、高度な専門家と十分な体制を有する中央治験審査委員会及び中央倫理審査委員会の整備、ARO(多施設共同研究を始めとする臨床研究・治験を実施・支援する機関)構築により、ニーズを踏まえた、高度かつ専門的な臨床研究や治験の実施体制を整備する。

2

【「健康・医療戦略」(平成25年6月14日)】(抜粋)

1. 新技術の創出(研究開発、実用化)

—日本の官民の力の再編成による目標への挑戦—

(1) 政府部門における研究開発の推進と重点化

5) 国際水準の質の高い臨床研究・治験実施が確実に実施される仕組みの構築

① 臨床研究中核病院、早期・探索的臨床試験拠点の機能強化

質の高い臨床研究の実施体制の整備(臨床研究中核病院など)と臨床研究の適正な実施ルールの推進

ア 国際水準の臨床研究や難病・希少疾病、小児領域等の医師主導治験の実施体制を有するとともに、複数病院からなる大規模ネットワークの中核として、窓口の一元化等を図り、多施設共同研究の支援を含めたいわゆるARO(Academic Research Organization)機能を併せ持ち、高度かつ先進的な臨床研究を中心となって行う臨床研究中核病院を整備する。～(中略)～これらの臨床研究中核病院及び早期・探索的臨床試験拠点において、企業の要求水準を満たすような国際水準の質の高い臨床研究・治験が確実に実施されるよう、臨床研究中核病院を医療法に位置づける他、必要に応じて所要の措置を講じる。

3

臨床研究中核病院の整備事業／研究事業について

臨床研究を推進していくための課題

課題

- ①臨床研究に精通する医師に加え、戦略的に臨床研究を企画・立案・実施するためのマネジメントや被験者ケアを担う人材が不足
- ②臨床研究を実施するために必要なデータ管理システム等の設備が不十分
- ③世界の潮流である多施設共同研究を行う場合の調整事務局の整備が不十分で、規模の大きい臨床研究の実施が困難



十分な人材や設備等を有する拠点の整備が必要

臨床研究中核病院の整備事業／研究事業

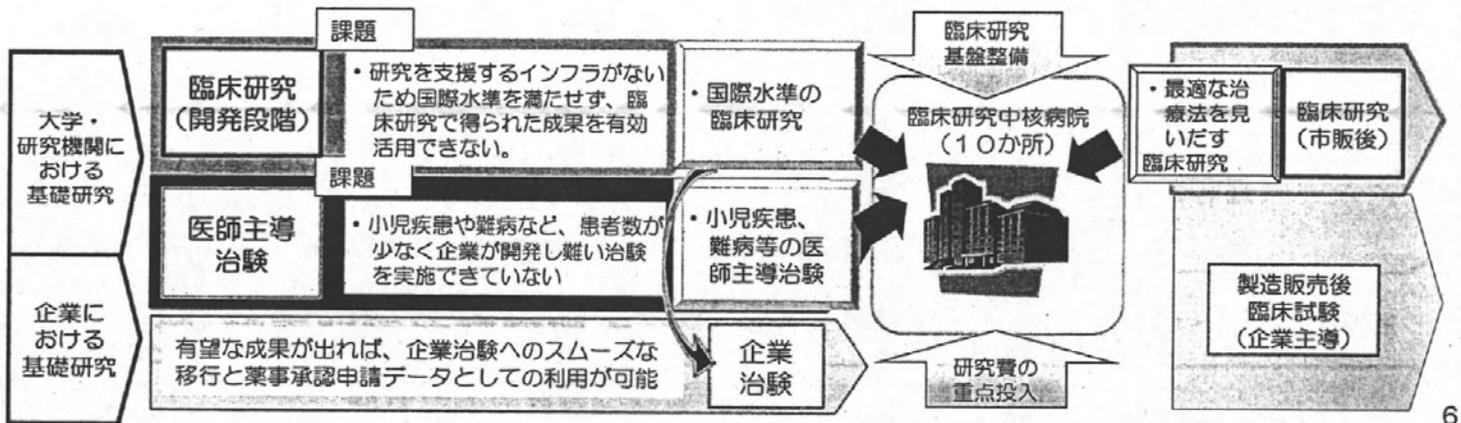
整備事業

我が国で実施される臨床研究において、日本発の革新的な医薬品・医療機器を創出することを目的として、国際水準（ICH-GCP準拠）の臨床研究や医師主導治験の中心的役割を担う臨床研究中核病院を10か所整備する（体制整備に必要な臨床研究コーディネーター（CRC）やデータマネージャー等の person 費、設備整備費等を支援する）。

研究事業

臨床研究中核病院で実施する、大学等発シーズ（開発を引き受ける企業がまだ決まっていないもの）を用いた国際水準の臨床研究や、患者数の少ない小児・難病等の医師主導治験、医療の質向上（治療ガイドラインの作成等）に資するエビデンス創出のための臨床研究を支援する。

前年度予算額：22億円
26年度概算要求額：34億円



6

臨床研究中核病院整備事業等の選定施設について

早期・探索的臨床試験拠点

（平成23年度から5か所を整備）

- 国立がん研究センター
（医薬品/がん分野）
- 大阪大学医学部附属病院
（医薬品/脳・心血管分野）
- 国立循環器病研究センター
（医療機器/脳・心血管分野）

*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

- 東京大学医学部附属病院
（医薬品/精神・神経分野）
- 慶應義塾大学病院
（医薬品/免疫難病分野）

（平成23年7月採択）

臨床研究中核病院

（平成24年度から5か所・平成25年度から5か所を整備）

（平成24年度選定施設）

- 北海道大学病院
- 千葉大学医学部附属病院
- 名古屋大学医学部附属病院
- 京都大学医学部附属病院
- 九州大学病院

（平成24年5月採択）

*国際水準（ICH-GCP準拠）の臨床研究や医師主導治験の中心的役割を担う拠点

（平成25年度選定施設）

- 東北大学病院
- 群馬大学医学部附属病院
- 国立成育医療研究センター
- 国立病院機構 名古屋医療センター
- 岡山大学病院

（平成25年4月採択）

7

臨床研究中核病院(仮称)の医療法での位置づけについて

臨床研究中核病院(仮称)の医療法での位置づけについて

概要

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)として医療法上に位置づける。

※ 臨床研究は、医療行為を行いながら、医療における疾病の予防、診断並びに治療の方法の改善、疾病の原因及び病態の理解に関する研究を同時に行うものであり、臨床研究の推進は、良質な医療の提供に資するものであるため、医療法の趣旨に合致する。

目的

質の高い臨床研究を実施する病院を厚生労働大臣が臨床研究中核病院(仮称)として承認し、名称を独占することで、

- ・ 臨床研究中核病院(仮称)が、他の医療機関の臨床研究の実施をサポートし、また、共同研究を行う場合にあっては中核となって臨床研究を実施することで、他の医療機関における臨床研究の質の向上が図られる
- ・ 臨床研究に参加を希望する患者が、質の高い臨床研究を行う病院を把握した上で当該病院へアクセスできるようになる
- ・ 患者を集約し、十分な管理体制の下で診療データの収集等を行うことで、臨床研究が集約的かつ効率的に行われるようになる

ことにより、質の高い臨床研究を推進し、次世代のより良質な医療の提供を可能にする。

内容

一定の基準を満たした病院について、厚生労働大臣が社会保障審議会の意見を聴いた上で、臨床研究中核病院(仮称)として承認する。

【承認基準の例】

- ・ 出口戦略を見据えた研究計画を企画・立案し、国際水準(ICH-GCP準拠)の臨床研究を実施できること
- ・ 質の高い共同臨床研究を企画・立案し、他の医療機関と共同で実施できること
- ・ 他の医療機関が実施する臨床研究に対し、必要なサポートを行うことができること 等

※ なお、医学の教育又は研究のため特に必要があるときに、遺族の承諾を得た上で死体の全部又は一部を標本として保存できることを定めた死体解剖保存法第17条の規定に臨床研究中核病院(仮称)を追加する。

X線検診車におけるX線撮影時の医師又は歯科医師の立会いについて

1. 現状と課題

- 診療放射線技師法第26条第2項第2号では、健康診断において、X線検診車等で診療放射線技師がX線撮影を行う際には、医師又は歯科医師の立会いが必要とされている。
- この点について、平成25年度厚生労働特別研究事業として、医師又は歯科医師の立会いがない状況でのX線撮影の安全性について、調査研究を行った。

2. 厚生労働特別研究事業の調査結果

- 厚生労働特別研究事業による調査では、以下の内容の提言がとりまとめられた。
 - ① X線検診車で胸部X線撮影を行う場合に、医師又は歯科医師の立会いがなくても、安全性の担保は十分に可能であることが示唆されたこと。
 - ② X線撮影を伴う胃透視撮影や乳房撮影等については、医行為に関連する手技等の評価を行う必要があり、本調査研究での評価は困難であること。

3. 調査結果を受けた対応方針

- 診療放射線技師法第26条第2項を改正し、病院又は診療所以外の場所において、健康診断として、胸部X線撮影のみを行う場合に限り、医師又は歯科医師の立会いを求めないこととする。
- この際、より安全なX線撮影の実施のために、以下の取組を推奨することとする。
 - ・ 事前に責任医師の明確な指示を得ること
 - ・ 緊急時や必要時に医師に確認できる連絡体制の整備
 - ・ 必要な機器・設備、撮影時や緊急時のマニュアルの整備
 - ・ 機器の日常点検等の管理体制、従事者の教育・研修体制の整備

参照条文

○診療放射線技師法(昭和二十六年法律第二百二十六号)

(業務上の制限)

第二十六条 診療放射線技師は、医師又は歯科医師の具体的な指示を受けなければ、放射線を人体に対して照射してはならない。

2 診療放射線技師は、病院又は診療所以外の場所においてその業務を行つてはならない。ただし、次に掲げる場合はこの限りでない。

- 一 医師又は歯科医師が診察した患者について、その医師又は歯科医師の指示を受け、出張して百万電子ボルト未満のエネルギーを有するエックス線を照射する場合
- 二 多数の者の健康診断を一時に行う場合において、医師又は歯科医師の立会いの下に百万電子ボルト未満のエネルギーを有するエックス線を照射するとき。

1. 検討の背景

- 医療現場において抜針等の現行の診療放射線技師の業務範囲には含まれていない行為が、安全性を保った上で、相当程度実施されている。
- 医療の高度化・複雑化に対応し、多様な医療スタッフが互いに連携・補完し合い、それぞれの専門性を最大限に発揮する「チーム医療」を推進するために、診療放射線技師の業務範囲を拡大する必要がある。

2. 改正の内容

診療放射線技師が実施する検査等に伴い必要となる以下の行為を、診療の補助として業務範囲に追加。

① 造影剤の血管内投与に関する業務

- (i) CT検査、MRI検査等において医師又は看護師により確保された静脈路に造影剤を接続すること及び造影剤自動注入器を用いた造影剤投与を行うこと。
- (ii) 造影剤投与終了後の静脈路の抜針及び止血を行うこと。

② 下部消化管検査に関する業務

- (i) 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。
- (ii) 肛門より挿入したカテーテルより、造影剤及び空気の注入を行うこと。

③ 画像誘導放射線治療(image-guided radiotherapy: IGRT)に関する業務(追加)

- (i) 画像誘導放射線治療に際して、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。
- (ii) 肛門より挿入したカテーテルより、空気の吸引を行うこと。

このほか、診療放射線技師がX線検診車でX線撮影を行う際に、医師又は歯科医師の立ち会いを不要とすることについて、検診車におけるX線照射のリスクについて検証した後に検討する。

※ 上記のほか、画像による診断のための装置を用いた検査として、RI検査を追加する。

3. 教育内容等の見直し

- 関係法令・通知等を改正し、検査等関連行為を安全かつ適切に行うために必要な教育内容を現行の教育内容に配慮しつつ追加
- 既に診療放射線技師の資格を取得している者について、医療現場において検査等関連行為を実施する際には、医療機関や職能団体等が実施する教育・研修を受けるよう促すことで教育内容を担保。

平成26年度診療報酬改定の基本方針(案)

平成 年 月 日
社会保障審議会医療保険部会
社会保障審議会医療部会

I 平成26年度診療報酬改定に係る基本的考え方

1. 基本認識

ア 我が国の医療については、国民皆保険の下で、医療関係者の献身的な努力、保健事業に係る保険者の取組、公衆衛生の向上等により、世界トップレベルの長寿、新生児死亡率や妊産婦死亡率の低さ等を実現してきた。また、医療費の対GDP比は、OECD諸国の中で中位にあり、世界一の高齢化水準に鑑みれば、決して高い水準ではなく、世界に高く評価されるコストパフォーマンスを達成してきた。今後の超少子高齢社会においても、必要な医療は保険診療で行われるべきという基本理念の下、国民皆保険を堅持し、国民の健康を守っていく必要がある。

イ しかし、今後の更なる高齢化の進展により、医療ニーズが慢性疾患を中心とするものに変化しながら増大し、医療の内容が変わっていく中で、引き続き国民が安全で質の高い医療を受けられるようにするためには、国民の理解を得て、医療提供体制の再構築に取り組み、限られた医療資源を医療ニーズに合わせて効果的かつ無駄なく活用できるようにすることが必要である。

ウ このため、社会保障・税一体改革においては、消費税率を引き上げ、その財源を活用して、医療サービスの機能強化と、同時に重点化・効率化に取り組み、2025(平成37)年に向けて、医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築を図ることとされている。具体的には、診療報酬改定、補助金の活用、医療法改正等により、

- ・ 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、医療機関の機能分化・強化と連携を推進
- ・ 医療機関の連携、医療・介護連携等により必要なサービスを確保しつつ、一般病床における長期入院の適正化を推進
- ・ 在宅医療の拠点となる医療機関の役割を明確化するなど、在宅医療を充実等に取り組むことが示されている。

エ 団塊の世代が75歳以上となる2025(平成37)年に向けて、急性期から回復期、慢性期、在宅医療まで、患者が状態に合った適切な医療を受けることができるよう、本年8月6日に取りまとめられた社会保障制度改革国民会議の報告書も踏まえ、患者の負担にも留意しつつ、医療機関の機能分化・強化と連携を進め、病床の役割を明確化した上で機能に応じた充実を行うとともに、急性期を脱した患者の受け皿となる病床、主治医機能、在宅医療等を充実していかなければならない。

オ 診療報酬改定においては、医療法改正による対応に先駆けて、平成26年度診療報酬改定において、入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組む必要がある。

消費税引上げ財源を医療の機能強化に充てるに当たっては、国民の理解が得られるよう、医療の機能強化とともに、医療の効率化に取り組むべきである。

2. 重点課題

(1) 医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

ア 平成26年度診療報酬改定においては、上記のような基本認識の下、社会保障・税一体改革において、消費税率を引き上げ、その財源を活用して、医療の機能強化と、同時に重点化・効率化に取り組むこととされている中で、入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に重点的に取り組むべきである。

イ 医療機関の機能分化・強化と連携に当たっては、性急な措置によって医療現場が混乱し、患者が必要な医療を受けられない事態が発生しないよう、急性期を脱した患者の受け皿となる病床を整備し、退院した患者を支える在宅医療等を充実させるとともに、医療従事者の適切な確保に留意しながら、段階的かつ着実に進める必要がある。

また、現在別途検討が行われている病床機能報告制度とできる限り整合性が図られるよう、留意しながら検討を進めるべきである。

ウ 患者の立場からすれば、どのような状態であっても、患者の理解を得るための適切な説明が行われ、状態に応じた適切な医療を受けることができるということが重要なことであり、そのような視点に立って、病院、医科診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション、そして介護事業所等に至るまで、患者を支える機能が円滑に連携していなければならない。地域においてこれらの機能が地域の実情に応じたネットワークを構築し、地域全体で地域の医療需要に添えていく「地域完結型」の医療提供について、それを促進するような評価が必要である。また、このとき、医療従事者の確保が必要であり、医療従事者の負担軽減とともに、チーム医療の推進に引き続き取り組むべきである。

エ 医療機関の機能分化・強化と連携に当たっては、診療報酬と補助金の活用が考えられる。診療報酬は診療行為や入院等への対価の支払いであり、私的医療機関が多い我が国では、診療報酬により、医療機関の自発的行動や経営努力を促すことが好ましいが、行き過ぎたインセンティブとならないよう注意する必要がある。他方、補助金は地域の実情に応じた活用が可能であるが、対象や金額が限定される傾向がある。診療報酬と補助金の特性を考慮しながら、適切に組み合わせ対応することが適当である。

オ また、効率化余地がある領域については適正化を推進していくことが患者負担や保険料への影響等の観点からも重要であり、引き続き検討していくことが必要である。

3. 改定の視点

(1) 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

ア がん医療、認知症対策など、国民が安心して生活することができるために必要な分野を充実していくことが重要であり、「充実が求められる分野を適切に評価していく視点」を改定の視点として位置付けることとする。

(2) 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点

ア 患者の立場から、必要な情報に基づき、納得して医療に参加していけること、また、生活の質という観点も含め、患者が心身の状態に合った質の高い医療を受けられることが重要であり、「患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点」を改定の視点として位置付けることとする。

(3) 医療従事者の負担を軽減する視点

ア 医療従事者の厳しい勤務環境が指摘されている中、勤務医、看護職、リハビリテーション専門職等の医療従事者の負担を軽減することが重要であり、「医療従事者の負担を軽減する視点」を改定の視点として位置付けることとする。

(4) 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

ア 医療費は国民の保険料、公費、患者の負担を財源としており、適正化余地のある分野は適正化していくとともに、患者自身の医療費の適正化に関する自覚も重要であり、「効率化余地があると思われる領域を適正化する視点」を改定の視点として位置付けることとする。

II 平成26年度診療報酬改定の基本方針

1. 重点課題

(1) 医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

① 入院医療

i 高度急性期・一般急性期について

ア 7対1入院基本料の病床が急速に増え、最も多い病床となっているが、急性期病床に長期療養患者も入院するなど、患者の状態に応じた医療提供、療養環境、医療費負担となっていないという指摘がある。患者が状態に応じて適切な医療を受けられるよう、急性期病床における患者像を適切に評価することが重要である。

イ また、急性期の患者の早期退院・転院や、ADL(日常生活動作)低下等の予防のため、早期からのリハビリテーションの実施や退院・転院支援の充実等も重要である。

ウ このため、高度急性期及び一般急性期を担う病床の機能の明確化とそれらの機能に合わせた評価を行う観点から、急性期病床の患者像の検証を基に、以下の事項について検討を行う必要がある。

- ・ 急性期病床の担う機能の明確化を行い、高度急性期及び一般急性期を担う病床の機能強化
- ・ 重症度・看護必要度の見直し等による、患者の状態に応じた医療の提供
- ・ 入院早期からのリハビリテーションや退院・転院支援の推進
- ・ 退院・転院に係る連携の強化
- ・ 急性期病床の平均在院日数の短縮 等

ii 慢性期(長期療養)について

ア 長期療養患者については、適切な環境で療養を行うことが重要である。

イ i のアのような指摘がある中で、長期療養患者の受け皿を確保し、急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化を図る観点から、いわゆる社会的入院が発生しないように留意しつつ、以下の事項について検討を行う必要がある。

- ・ 急性期病床における長期入院患者の評価の適正化
- ・ 長期療養を担う病床の急性期等との連携強化、受入体制の充実 等

iii 回復期(診療報酬上の亜急性期入院医療管理料等)について

ア 超少子高齢社会では、人口構成が変化し、慢性疾患を有する高齢者が増えることから、高度急性期医療よりも地域に密着した回復期(診療報酬上の亜急性期入院医療管理料等)の医療ニーズが増加すると見込まれる。また、急性期を脱した患者は、できるだけ早く適切な療養環境の下で、集中的なリハビリテーション等を受けることにより、早期の在宅復帰・社会復帰を目指すことが重要である。急性期病床では、急性期を脱した患者の転院先がなくて見つからず、次の救急患者を受け入れられない状況もあり、急性期後の病床等の充実が求められる。

イ 医療機能に着目した診療報酬上の評価を行う観点から、回復期リハビリテーション病床との機能の違いを踏まえつつ、例えば、急性期病床からの患者の受入れ、在宅・生活復帰支援、在宅患者の急変時の受入れなど、診療報酬上の亜急性期入院医療管理料における患者像や機能を明確化し、回復期(診療報酬上の亜急性期入院医療管理料・回復期リハビリテーション病床入院料等)の病床の機能に応じた評価について検討を行う必要がある。

他方、在宅患者の急性増悪には急性期病床が対応すべきであり、また、亜急性期という表現の中で急性期と回復期を含むと非常に分かりにくいため、病期に応じて報告する病床の区分に合わせ議論を整理すべきという意見があった。

iv 地域特性について

ア 医療資源の少ない地域では、一つの病院が複数の機能を担うことが必要な場合もあり、平成24年度診療報酬改定において、地域に配慮して入院基本料等で一定の要件を緩和した評価が行われたが、そのような地域の実情に配慮した評価のあり方について、患者の負担にも留意しつつ、検討する必要がある。

v 有床診療所における入院医療について

ア 有床診療所については、病院からの早期退院患者の受入れ機能、在宅患者の急変時の受入れ機能、在宅医療の拠点機能、終末期医療を担う機能、専門医療を担う機能等を有している。

イ 地域包括ケアシステムの構築を目指していく中で、有床診療所の評価について検討を行う必要がある。

② 外来医療について

ア 高齢化がさらに進展する中で、まずは身近な主治医を受診し、必要に応じて大病院や専門病院を紹介してもらうとともに、ある程度回復し、又は病状が安定したら、主治医に逆紹介される体制を整備することが重要である。

イ 複数の慢性疾患を持つ患者に適切な医療を提供しつつ、外来医療の機能分化・連携を更に推進するため、以下の事項について検討を行う必要がある。

- ・ 診療所や中小病院における主治医機能の評価
- ・ 大病院の専門外来の評価
- ・ 大病院の紹介外来を更に推進する方策 等

③ 在宅医療について

ア 一人暮らしや高齢者のみの世帯でも住み慣れた地域にできるだけ長く暮らせるように、地域ごとに地域包括ケアシステムを構築することが重要である。主治医を中心として、病院、医科診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護事業所等が連携し、地域で急変時の対応や看取りを含めた在宅医療を提供できる体制を構築する必要がある。

イ このため、在宅医療を担う医療機関の量の確保と、患者のニーズに対応した質の高い在宅医療の提供を推進するため、介護報酬との連携に留意しつつ、以下の事項について検討を行う必要がある。

- ・ 看取りを含め、在宅療養支援診療所・病院の機能強化
- ・ 在宅療養支援診療所・病院以外の医療機関による在宅医療の推進
- ・ 24 時間対応、看取り・重度化への対応など、機能に応じた訪問看護ステーションの評価、訪問看護ステーションの大規模化の推進
- ・ 在宅歯科医療の推進
- ・ 在宅薬剤管理指導の推進
- ・ 訪問診療の適正化 等

④ 医療機関相互の連携や医療・介護の連携によるネットワークについて

ア 限られた医療資源の下、急性期から在宅医療、介護まで、患者がどのような状態であっても、状態に応じた療養環境で適切な医療を受けることができるよう、地域ごとに地域包括ケアシステムを構築するため、地域の実情に応じた「地域完結型」の医療のネットワークを構築する必要がある。こうしたネットワークにおいては、患者は状態に応じて適切な医療機関や施設、在宅等のサービスを受けられ、状態の変化によりサービスが変わる場合においても、安心して円滑に次のサービスを受けることができるよう、連携先の紹介・確保、連携元と連携先での情報共有、患者の理解を得るための適切な説明等が行われるようにしなければならない。

イ 診療報酬においては、これまでも、地域連携パスを活用した医療機関の連携、救急医療における後方病床の患者の受入れ、入院中の多職種による退院指導、ケアマネジャーとの連携等の評価を行ってきた。医療機関の機能分化・強化と連携や医療・介護の連携をさらに推進するため、病院、医科診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護事業所等のネットワークにおいて、患者を支えるこれらが協働して機能を発揮し、患者の状態に応じた質の高い医療を提供すること、病院から在宅への円滑な移行や、医療と介護の切れ目のない連携を図ることに対する評価について検討を行う必要がある。

2. 改定の視点

(1) 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

ア 我が国の医療において、充実が求められる分野については、それを適切に評価していくことにより、国民の安心・安全を確保することが重要であり、このため、以下の事項について検討を行う必要がある。

- ・ 緩和ケアを含むがん医療の推進
- ・ 精神病床の機能分化、自殺予防等の観点から、精神疾患に対する医療の推進
- ・ 若年性認知症を含む認知症への対策の推進

- ・ 救急医療、小児医療、周産期医療の推進
- ・ リハビリテーションの推進
- ・ 口腔機能の維持・向上を図るとともに、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- ・ かかりつけ薬局機能を活用し、患者個々の薬歴を踏まえた的確な投薬管理・指導の推進
- ・ 手術等の医療技術の適切な評価
- ・ 医薬品、医療材料等におけるイノベーションの適切な評価 等

(2) 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点

ア 患者の視点に立った質の高い医療の実現のため、患者等から見て、受けた医療や診療報酬制度を分かりやすくするための取組等を継続させていくことが重要であり、このため、以下の事項について検討を行う必要がある。

- ・ 医療安全対策等の推進
- ・ 患者に対する相談指導の支援
- ・ 明細書無料発行の推進
- ・ 診療報酬点数表の平易化・簡素化
- ・ 入院中のADL(日常生活動作)低下の予防
- ・ 患者データの提出 等

(3) 医療従事者の負担を軽減する視点

ア 医療従事者の厳しい勤務環境が指摘されている中、勤務医、看護職、リハビリテーション専門職等の医療従事者の負担を軽減することが重要であり、このため、以下の事項について検討を行う必要がある。

- ・ 医療従事者の負担軽減の取組
- ・ 救急外来の機能分化の推進
- ・ チーム医療の推進 等

(4) 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

ア 今後医療費が増大していくことが見込まれる中で、効率化余地がある領域については適正化を推進していくことが患者負担や保険料への影響等の観点からも重要であり、このため、以下の事項について検討を行う必要がある。

- ・ 後発医薬品の使用促進
- ・ 長期収載品の薬価の特例的な引下げ
- ・ 平均在院日数の減少、社会的入院の是正
- ・ 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価 等

Ⅲ 消費税率8%への引上げに伴う対応

ア 平成 26 年4月から消費税率8%への引上げが予定されているが、これに伴い、医療機関等に実質的な負担が生じることのないよう、消費税率8%への引上げ時には、診療報酬とは別建ての高額投資対応は実施せず、診療報酬改定により対応することとすべきである。

イ また、診療報酬による対応においては、医療経済実態調査の結果等を踏まえ、基本診療料・調剤基本料への上乗せによる対応を中心としつつ、個別項目への上乗せを組み合わせる形で対応することを基本とすべきである。

IV 将来を見据えた課題

- ア 超少子高齢社会の医療ニーズに合わせた医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築については、直ちに完成するものではなく、平成 26 年度診療報酬改定以降も、引き続き、2025(平成 37)年に向けて、医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組んでいく必要がある。
- イ その際には、改正医療法に位置付けられる病床機能報告制度の運用状況や地域医療ビジョン等の取組と連携を図りながら、地域の実情に応じて、地域全体として、必要な医療機能がバランスよく提供される体制が構築できるよう、検討していく必要がある。
- ウ また、医療分野のイノベーションの進展によって、より高い治療効果等が期待される医療技術が選択できるようになる一方で、費用の大きな医療技術の中には、必ずしも治療効果等が十分に高いとは言えないものがあるという指摘がある。これらの課題も踏まえ、医薬品、医療機器等の医療技術の費用対効果評価について検討を行っていく必要がある。
- エ さらに、「地域完結型」の医療を提供していく中で、ICTを活用して、病院、診療所、薬局等における医療情報の共有を推進し、より円滑な連携を図っていく必要がある。

社会保障審議会医療部会

荒井奈良県知事意見

平成 25 年 11 月 22 日

1. 今般の医療法等の改正について

今般の医療法等の改正については、近い将来、高齢化に伴う大幅な病床不足が確実に見込まれる中、過度に急性期に集中している医療資源を、病床の機能分化によって適正に配分することにあると考えます。そのために、現在ある医療資源の偏在を是正しつつ、将来の医療需要の質・量の変化に医療提供体制を適合させるため、地域の医療資源の実情に応じた「地域医療ビジョン」を策定することが、都道府県の役割となることは理解できますし、私としても積極的に責任を担っていきたいと考えています。そこでまず、この新たな都道府県の役割について、なぜ「地域医療ビジョン」の策定が必要なのか、そのいわば「動機」を法的にも明確に示していただきたいと考えます。

2. 「地域医療ビジョン」について

(1) この「地域医療ビジョン」については、まず今般新設される「報告制度」に基づき客観的に定められる必要があると考えます。したがって、「報告制度」は各医療機関の意向ではなく、実績を報告していただく必要があります。併せて虚偽の報告を排除することも法的に担保されている必要があると考えます。

(2) また、「地域医療ビジョン」に示される将来必要となる各医療機能については、都道府県が地域の実情に応じて一定の補正を行うことが認められることは必須であると考えますが、他方、都道府県の恣意的な裁量は排除されるような合理的なガイドラインが国によって示されることも必要です。

3. 「地域医療ビジョン」を実現するために必要な措置について

(1) 10月11日の本部会でも申し上げたとおり、「地域医療ビジョン」の実現を目指すために、基本的には医療関係者の自主的な協議によることは望ましいことだと思料します。

(2) しかしながら、「地域医療ビジョン」の策定義務がある都道府県には、最終的にその実現について責任が生じます。したがって、医療関係者の自主的な協議では対応できないような場合には、何らかの担保措置が必要です。この措置については、「現状で既に満たされている医療機能」に対するものと、「現状では満たされていない医療機能」に対するものと分けて考えることが必要です。

(3) 「現状で既に満たされている医療機能」をさらに増やそうとする場合には、いわゆる「キャップ制」、すなわちこれを認めないという権限が都道府県には必要です。他方、「現状では満たされていない医療機能」を増やそうとする場合には、医療機関への要請に加えて、新たな補助金のようなインセンティブ措置が不可欠です。今回、厚生労働省から示された新たな案は、このような考え方に概ね合致するものと思料し、賛成をいたします。

(4) なお、これらの新たな権限、補助金についても、都道府県の恣意的な裁量は排除されることが重要です。本部会で御懸念が示された、公的医療機関と一般の医療機関を同等に取り扱うことも必要です。

4. その他

以上、今般の医療法改正にあたり、都道府県の役割に関する法的措置に絞って意見を申し上げましたが、実際の運用にあたっての詳細につきましては、厚生労働省と都道府県実務者との協議会において引き続き意見交換をさせていただくよう要望します。

必要な病床の適切な区分の設定について

案1 医療法上の一般病床・療養病床について、現行の一般病床・療養病床等の基準病床数に加えて、病床機能報告制度の医療機能ごとに区分し、各医療機能の基準病床数を定める

案2 現在の医療法上の病床区分は変えずに、病床機能報告制度の医療機能について、今後、現状を把握し、その結果を分析した上で、定量的な基準を定めて、各医療機能の必要な病床数へと誘導していく

案3 現在の医療法上の病床区分は変えずに、病床機能報告制度の医療機能について、今後、現状を把握し、その結果を踏まえて、それぞれの医療機関が他の医療機関と必要な連携をしつつ自ら担う機能や今後の方向性を自主的に選択する。このことにより、地域のニーズに応じた病床数に収れんさせていく。

- 医療法上の病床区分は変更しないが、病床機能報告制度を活用し、わかりやすい病院機能などを示していく。
- 病床機能報告制度では、各医療機能の内容は定性的な内容とする。将来的には、地域のニーズに応じた定量的な指標を設定する。
- 必要な医療機能の病床数を確保するため、地域の実情に応じた財政支援(基金など)、全国一律の手当て(診療報酬)を適切に組み合わせていく。

都道府県医療審議会の委員構成について

第36回社会保障審議会医療部会
平成25年11月22日

参考資料1

- 医療法施行令において、都道府県医療審議会は、委員30人以内で組織するとされている。
- また、委員は、医師、歯科医師、薬剤師、医療を受ける立場にある者及び学識経験のある者のうちから、都道府県知事が任命するとされている。
- 医療保険者を委員に任命している都道府県の数、委員になっている医療保険者の所属等は以下のとおり。
※ 医療保険者は、「医療を受ける立場にある者」として委員に任命されている。

医療保険者を委員に任命している都道府県

38

・上記のうち、医療保険者の所属別都道府県数
(重複有り)

国民健康保険団体連合会支部が委員	33
健康保険組合連合会支部が委員	24
全国健康保険協会支部が委員	4
社会保険診療報酬支払基金支部が委員	1

・上記のうち、医療保険者の委員数別都道府県数

1名	15
2名	22
3名	1

地域医療再生基金の執行状況

(平成24年度末)

(単位:億円)

年度区分	区分	計画額 A (交付決定額)	運用益 B	平成23年度末の執行状況			平成24年度末の執行状況			基金事業終了時点での執行状況		
				21年~23年度 基金取崩額 合計 C	基金残額 (A+B)-C	執行率 C/A+B	21年~24年度 基金取崩額 合計 D	基金残額 (A+B)-D	執行率 D/A+B	基金取崩額 合計 E	基金残額 (A+B)-E	執行率 E/A+B
21'補正	二次医療圏	2,350	13.8	757.2	1,606.6	32.0%	1,276.4	1,087.4	54.0%	2,363.8	0.0	100.0%
22'補正	三次医療圏	2,100	4.5	172.7	1,931.8	8.2%	624.6	1,479.9	29.7%	2,104.5	0.0	100.0%
23'補正	被災3県	720	0.9	0.3	720.6	0.0%	43.6	677.2	6.1%	720.9	0.0	100.0%
24'予備費	被災3県 及び茨城県	380	0.0	—	—	—	0.0	380.0	0.0%	380.0	0.0	100.0%
24'補正	各都道府県	500	0.0	—	—	—	—	—	—	500.0	0.0	100.0%
総合計		6,050	19.2	930.2	4,258.9	15.3%	1,944.6	3,624.5	32.0%	6,069.1	0.0	100.0%

(参考)被災3県にかかる平成24年度末の執行状況は、平成21年度補正予算分については56.8%、平成22年度補正予算分については30.0%である。

※1 平成24年度補正予算500億円については、全額を平成25年度に繰越している。

※2 基金の設置期限は、平成25年度末(被災3県については27年度末)までとするが、平成25年度末までに開始した基金事業については、厚生労働大臣の承認を受けた上で、基金事業が完了するまで、基金事業として必要な経費の支出、運用益の繰り入れ及び精算に関する業務のみを行うことができるとしている。

※3 基金を活用して行う事業の内容は各都道府県が策定する平成25年度までの地域医療再生計画によりすでに決定している。(被災3県の医療の復興計画に基づく事業は平成27年度まで)当該基金の執行率が低くなっているのは、

① 施設整備事業については原則として医療機関等への支出が工事終了後となること、

② それ以外の事業については年度毎に必要な額が支払われること

などからである。

地域医療再生基金における公立・公的、民間への補助比率について

(単位:%)

番号	都道府県名	公立・公的 : 民間 (24年度末執行見込)	番号	都道府県名	公立・公的 : 民間 (24年度末執行見込)
1	北海道	73.5 : 26.5	25	滋賀県	76.2 : 23.8
2	青森県	98.0 : 2.0	26	京都府	54.4 : 45.6
3	岩手県	69.8 : 30.2	27	大阪府	64.8 : 35.2
4	宮城県	59.6 : 40.4	28	兵庫県	76.8 : 23.2
5	秋田県	94.4 : 5.6	29	奈良県	99.2 : 0.8
6	山形県	99.2 : 0.8	30	和歌山県	93.6 : 6.4
7	福島県	29.8 : 70.2	31	鳥取県	68.7 : 31.3
8	茨城県	71.3 : 28.7	32	島根県	75.4 : 24.6
9	栃木県	66.0 : 34.0	33	岡山県	39.3 : 60.7
10	群馬県	59.2 : 40.8	34	広島県	80.9 : 19.1
11	埼玉県	15.0 : 85.0	35	山口県	82.6 : 17.4
12	千葉県	79.5 : 20.5	36	徳島県	96.7 : 3.3
13	東京都	44.6 : 55.4	37	香川県	99.4 : 0.6
14	神奈川県	33.4 : 66.6	38	愛媛県	79.6 : 20.4
15	新潟県	100.0 : 0.0	39	高知県	96.2 : 3.8
16	富山県	95.9 : 4.1	40	福岡県	51.9 : 48.1
17	石川県	82.2 : 17.8	41	佐賀県	66.1 : 33.9
18	福井県	79.3 : 20.7	42	長崎県	94.8 : 5.2
19	山梨県	91.9 : 8.1	43	熊本県	54.9 : 45.1
20	長野県	95.9 : 4.1	44	大分県	74.4 : 25.6
21	岐阜県	91.7 : 8.3	45	宮崎県	73.8 : 26.2
22	静岡県	90.7 : 9.3	46	鹿児島県	64.8 : 35.2
23	愛知県	76.3 : 23.7	47	沖縄県	95.3 : 4.7
24	三重県	97.7 : 2.3		合計	73.9 : 26.1

※1. 公立・公的:民間の補助比率は、平成24年度決算見込のうち、施設整備等の補助事業に係るもの

※2. 平成21年度補正予算、平成22年度補正予算により措置した基金の状況

平成25年度 厚生労働特別研究事業

「健康診断におけるエックス線照射の安全性に関する研究」

健康診断におけるエックス線撮影時の医師又は歯科医師の

立ち会いに関する提言

<研究代表者>

本田 浩 九州大学医学大学院医学研究院臨床放射線科学 教授

<研究分担者>

待鳥 昭洋 国立国際医療研究センター国府台病院 放射線診療科長

<研究協力者>

大友 邦 東京大学医学部放射線医学 教授

金澤 右 岡山大学歯学部総合研究科 放射線医学 教授

北村 善明 診療放射線技師会 理事

栗林 幸夫 慶應大学医学部放射線科学 教授

(50音順 敬称略)

平成25年11月

提言の骨子

1 検討の範囲

- 本提言は健診時の胸部エックス線撮影を対象とし、医行為に関連する手技等が含まれる胃透視撮影や乳房撮影等は対象としていない。
- 本研究では、検診車を有する健診機関（647施設）に対してアンケートを実施し、その結果（363施設、回答率56.1%）も踏まえて検討した。

2 アンケートの結果

- 検診車で胸部エックス線撮影を実施する場合に、医師の同行「あり」と回答した施設であっても、撮影時に実地で医師が立ち会っている施設は殆ど無い
- 80%の施設で2000年以降に導入された装置を使用している
- 80%の施設で、直接撮影（デジタル方式を含む）が実施されており、従来の間接ミラーカメラ方式より、飛躍的に被ばく量が低減される方法で実施されている

※直接撮影と間接撮影では3倍程度の実効線量の差があるとされている。

(出典：有効性評価に基づく肺がん検診ガイドライン 平成18年度 厚生労働省がん研究助成金「がん検診の適切な方法とその評価法の確立に関する研究」班)

- 99%の施設でホトタイマ^{*}を使用している

※ホトタイマとは、自動的に必要なX線量を検知してX線照射を終了させる装置

3 医師の立ち会いに関する考え方

- アンケートの結果から、診療放射線技師法制定当時と比べて、撮影機器や撮影方法は格段に進歩しており、安全性は保たれていると考えられる。
- 別の調査によると、胸部エックス線撮影を中止する場合の理由として、「妊娠中または妊娠の可能性がある」ことが多くを占めており、事前に医師からの指示があれば、実地で医師が立ち会わなくても適切に対応できると考えられる。

4 まとめ

- 検診車で胸部エックス線撮影を行う場合に、医師又は歯科医師の立ち会いを求めなくても、安全性の担保は十分に可能であることが示唆された。
- なお、エックス線撮影を伴う胃透視撮影や乳房撮影等については、医行為に関連する手技等の評価を行う必要があり、本研究での評価は困難である。

5 その他

- 一方で、安全性には問題ないものの、比較的被ばく量の多い撮影機器や撮影方法もわずかに残っていた。より安全な撮影の実施のために、以下の取り組みを推奨してはどうかとの意見があった。
 - ・ 事前に責任医師の明確な指示を得ること
 - ・ 緊急時や必要時に医師に確認できる連絡体制の

整備

- ・ 必要な機器・設備の整備
- ・ 撮影時や緊急時のマニュアルの整備
- ・ 機器の日常点検等の管理体制の整備
- ・ 従事者の教育・研修体制の整備

(別紙)

健康診断におけるエックス線照射の 安全性に関する研究 (アンケート調査結果)

平成25年度厚生労働科学研究費補助金
(厚生労働科学特別研究事業)

1 はじめに

放射線による検診は肺がん検診として胸部エックス線検査が、乳がん検診としてマンモグラフィ検査が、胃がん検診として胃透視検査が広く全国で行われており、医師の指示のもと、診療放射線技師が実施するケースが多い。診療放射線技師法(第26条第2項第2号)においては、多数の者の健康診断を一時に行う場合には、医師又は歯科医師の立ち会いの下にエックス線を照射することとされており、立ち会いなしに上記検査等を行うことについては規制されている。昨今の報道等や国会における質疑では、これらの事が指摘され、医師の立ち会いの規制の是非について議論されているところである。

本調査は、検診等のエックス線照射の安全性が、医師の立ち会いの有無により影響があるかどうかについて、全国の胸部エックス線撮影実施施設に対するアンケート調査を行い、立ち会いの有無による安全性等の影響について学術的な見地から検証することを目的としている。

(参考) 診療放射線技師法 第二十六条の2

診療放射線技師は、病院又は診療所以外の場所においてその業務を行ってはならない。ただし、次に掲げる場合はこの限りでない。

- 一 医師又は歯科医師が診察した患者について、その医師又は歯科医師の指示を受け、出張して百万電子ボルト未満のエネルギーを有するエックス線を照射する場合
- 二 多数の者の健康診断を一時に行う場合において、医師又は歯科医師の立ち会いの下に百万電子ボルト未満のエネルギーを有するエックス線を照射するとき。

2 調査の内容

健康診断における胸部エックス線撮影について、撮影装置、撮影条件、出車前点検の有無、低被ばく撮影の実施の有無、医師の立ち会いの有無、医師のエックス線撮影実地での立ち会いの有無、具体的撮影条件等を調査した。

3 調査方法

検診車を所有すると思われる検診施設並びに医療機関647施設に対し、調査票を郵送した。調査票は平成25年7月31日に発送し、平成25年8月5日から8月18日までの検診車での検診のうち、最も多い検診会場での胸部エックス線撮影について、各設問へ記載の上、平成25年8月23日までに郵送にて返送する自記方式にて行った。

調査票の回収数は、363施設から返送があり、回収率は56.1%であった。

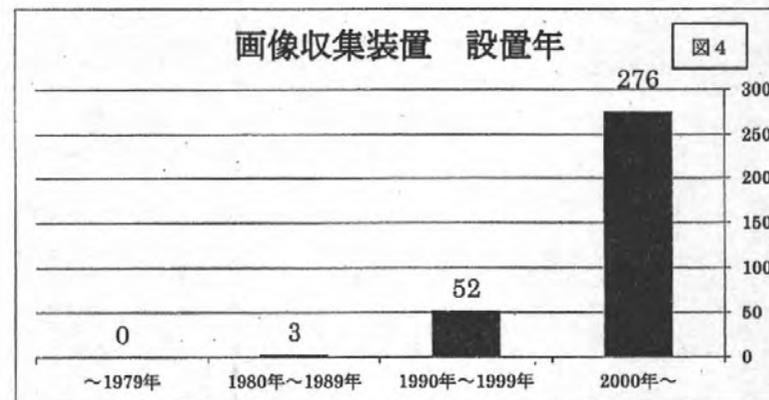
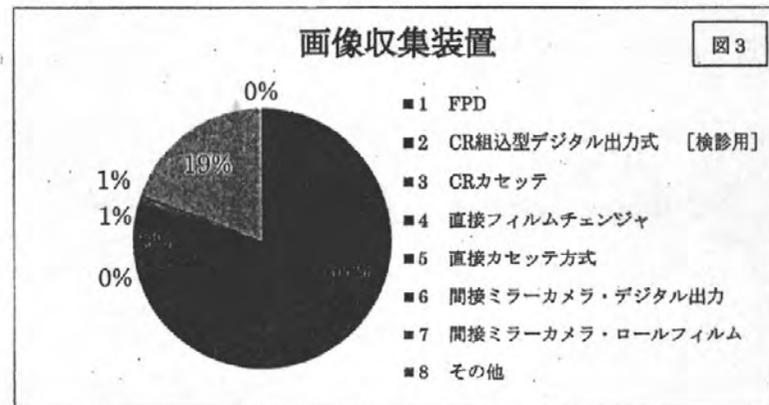
4 調査結果

問1 撮影装置について

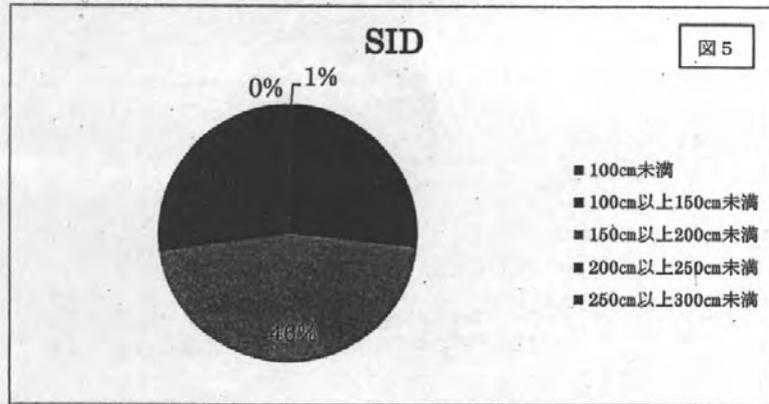
X線高電圧装置は、インバータ式が331施設、コンデンサ式が29施設、その他が1施設であった。X線高電圧装置の平均設置年は2005年であった。それぞれの分布については、図1、2の通りであった。



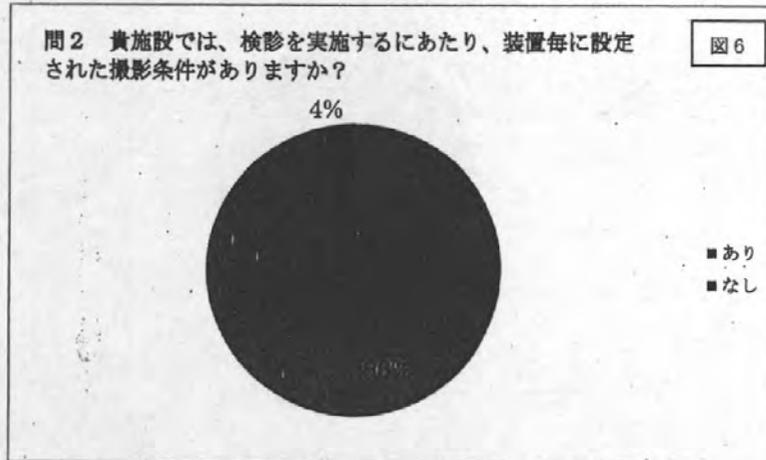
画像収集装置は、FPDは197施設、CR組込型デジタル出力式〔検診用〕は50施設、CRカセットは0施設、直接フィルムチェンジャは31施設、直接カセット方式は2施設、間接ミラーカメラ・デジタル出力は2施設、間接ミラーカメラ・ロールフィルムは67施設、その他は0施設であった。平均設置年は2006年であった。それぞれの分布については、図3、4の通りであった。



平均 SID は 179cm であった。SID の分布については、図 5 の通りであった。

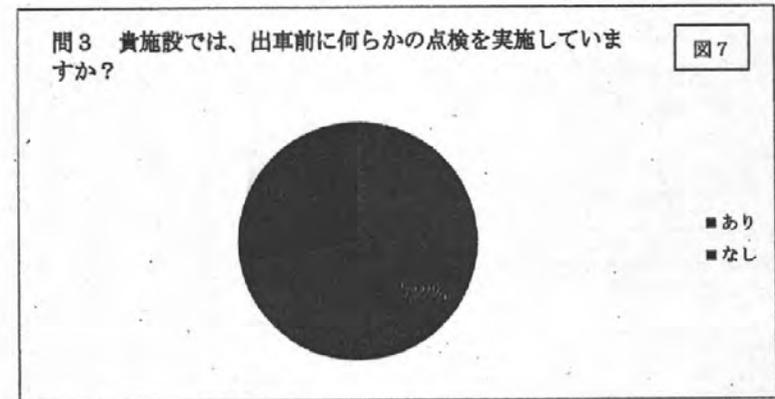


問 2 検診を実施するにあたり、装置毎に設定された撮影条件の有無について。
装置毎に設定された撮影条件の有無について、「あり」と回答した施設は、348 施設、「なし」と回答した施設は、13 施設であった。分布については、図 6 の通りであった。



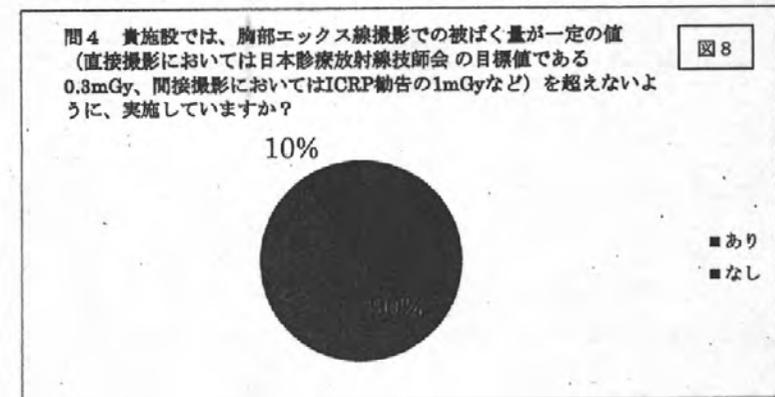
問 3 出車前の点検の有無について。

出車前の点検の有無について、「あり」と回答した施設は 260 施設、「なし」と回答した施設は、101 施設であった。分布については、図 7 の通りであった。



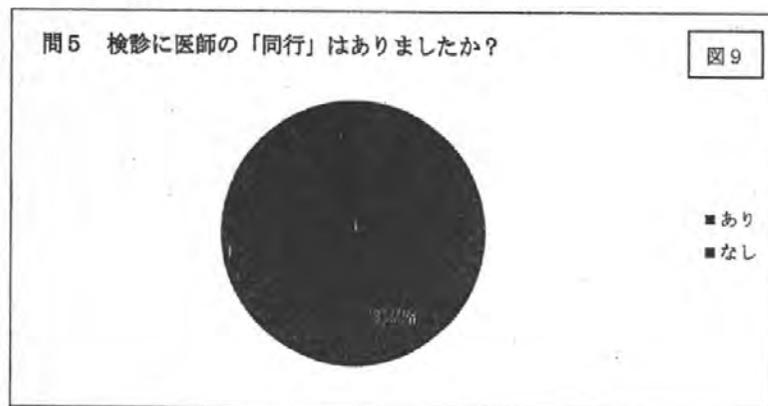
問 4 被ばく量が一定を超えないような実施の有無について。

被ばく量が一定を超えないような実施の有無について、「あり」と回答した施設は 319 施設、「なし」と回答した施設は 36 施設であった。分布については図 8 の通りであった。



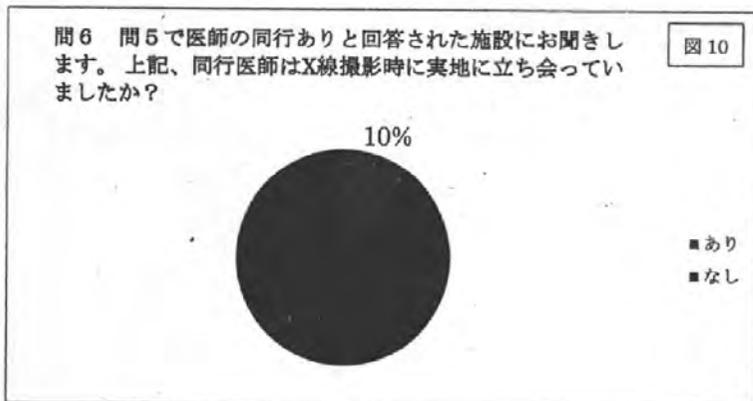
問5 検診での医師の「同行」の有無について。

検診での医師の「同行」の有無について、「あり」と回答した施設は 329 施設、「なし」と回答した施設は 30 施設であった。分布については図9の通りであった。



問6 問5で医師の同行ありと回答した施設について、同行医師の X 線撮影時における実地での立ち会いの有無について。

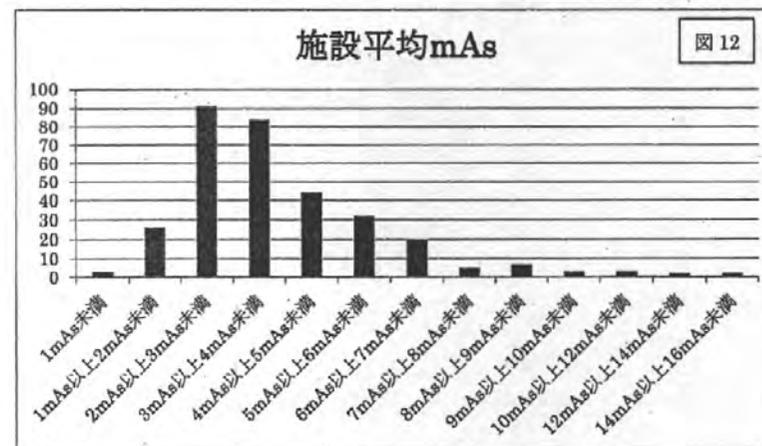
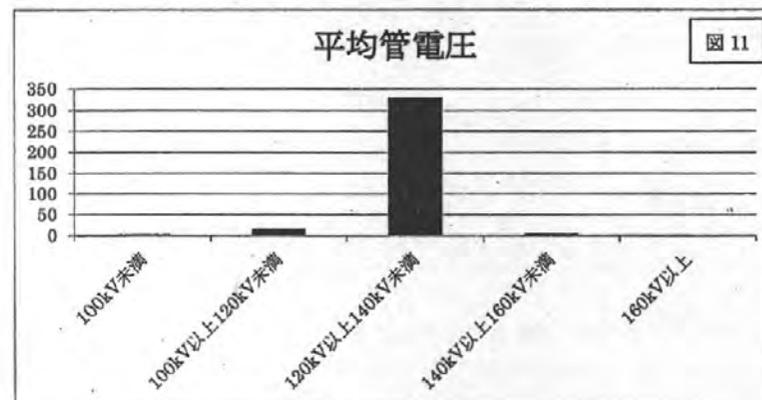
実地での立ち会いの有無について、「あり」と回答した施設は 34 施設、「なし」と回答した施設は 301 施設であった。分布については図10の通りであった。



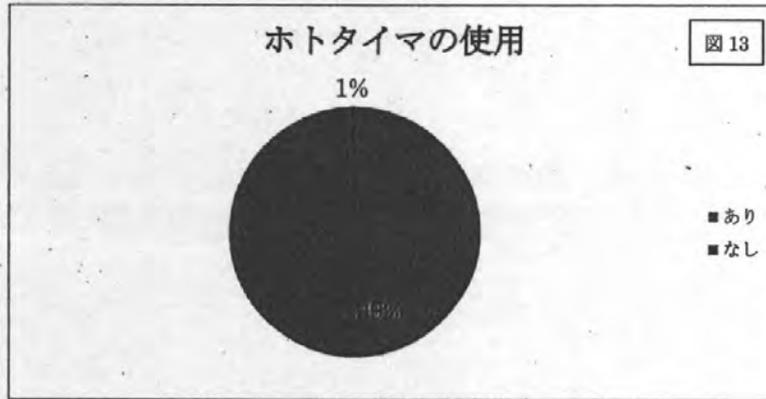
問7 撮影条件について。

撮影条件について、平均管電圧は 123kV であった。分布については、図11の通りであった。平均 mAs は 3.84 であった。分布については、図12の通りであった。

ホトタイマの利用については、「有」との回答は 1680 撮影、「無」との回答は 10 撮影であった。分布については、図13の通りであった。



※貴施設において、8月5日から8月18日までの検診車での検診のうち、胸部エックス線撮影の対象者数が最も多い検診会場での胸部エックス線撮影について記載してください。



問1 撮影装置の組み合わせをお答え下さい。

・複数の検診車を使用した場合は、主たるもの1つをご記載ください。

X線高電圧装置(以下の番号に○をつけてください)	
1	インバータ式
2	コンデンサ式
3	その他()
設置年を記載してください。西暦()年	

画像収集装置(以下の番号に○をつけてください)	
1	FPD
2	CR組込型デジタル出力式 [検診用]
3	CRカセット
4	直接フィルムチェンジャ
5	直接カセット方式
6	間接ミラーカメラ・デジタル出力
7	間接ミラーカメラ・ロールフィルム
8	その他()
SIDを記入してください。()cm	
設置年を記載してください。西暦()年	

問2 貴施設では、検診を実施するにあたり、装置毎に設定された撮影条件がありますか？

- 1 あり
- 2 なし

問3 貴施設では、出車前に何らかの点検を実施していますか？

- 1 あり
- 2 なし

問4 貴施設では、胸部エックス線撮影での被ばく量が一定の値(直接撮影においては日本診療放射線技師会の目標値である0.3mGy、間接撮影においてはICRP勧告の1mGyなど)を超えないように、実施していますか？

- 1 その通り実施している
- 2 その通りには実施していない

問5 検診に医師の「同行」はありましたか？

- 1 あり
- 2 なし

問6 問5で医師の同行ありと回答された施設にお聞きます。

上記、同行医師はX線撮影時に実地に立ち会っていましたか？

- 1 あり
- 2 なし

問7 撮影条件をお答え下さい。

・実施した最初の5例について記載してください。

・管電流・照射時間もしくはmAsを記載してください。

・ホトタイマを使用している場合は、「ホトタイマの有無」に○をつけて下さい。

	管電圧	管電流・照射時間	mAs	ホトタイマの有無
1	()kV	()mAs・()ms	()mAs	有・無
2	()kV	()mAs・()ms	()mAs	有・無
3	()kV	()mAs・()ms	()mAs	有・無
4	()kV	()mAs・()ms	()mAs	有・無
5	()kV	()mAs・()ms	()mAs	有・無

次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の 基本的な考え方について

(これまでの社会保障審議会医療保険部会・医療部会における議論を整理したもの)

平成25年9月6日

1. 基本認識について

(1) 社会保障・税一体改革における医療の機能強化と重点化・効率化

ア 我が国の医療については、国民皆保険の下で、医療関係者の献身的な努力、保健事業に係る保険者の取組、公衆衛生の向上等により、世界トップレベルの長寿、新生児死亡率や妊産婦死亡率の低さ等を実現してきた。また、医療費の対GDP比は、OECD諸国の中で中位にあり、世界一の高齢化水準に鑑みれば、決して高い水準ではなく、世界に高く評価されるコストパフォーマンスを達成してきた。今後の超少子高齢社会においても、必要な医療は保険診療で行われるべきという基本理念の下、国民皆保険を堅持し、国民の健康を守っていく必要がある。

イ しかし、今後の更なる高齢化の進展により、医療ニーズが慢性疾患を中心とするものに変化しながら増大し、医療の内容が変わっていく中で、引き続き国民が安全で質の高い医療を受けられるようにするためには、国民の理解を得て、医療提供体制の再構築に取り組み、限られた医療資源を医療ニーズに合わせて効果的にかつ無駄なく活用できるようにすることが必要である。

ウ このため、社会保障・税一体改革においては、消費税率を引き上げ、その財源を活用して、医療サービスの機能強化と、同時に重点化・効率化に取り組むこととされている。具体的には、診療報酬改定、補助金の活用、医療法改正等により、
・ 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、医療機関の機能分化・強化と連携を推進
・ 医療機関の連携、医療・介護連携等により必要なサービスを確保しつつ、一般病床における長期入院の適正化を推進
・ 在宅医療の拠点となる医療機関の役割を明確化するなど、在宅医療を充実等に取り組むことが示されている。

エ 団塊の世代が75歳以上となる2025(平成37)年に向けて、急性期から回復期、長期療養、在宅医療まで、患者が状態に合った適切な医療を受けられるよう、本年8月6日に取りまとめられた社会保障制度改革国民会議の報告書も踏まえ、患者の負担にも留意しつつ、医療機関の機能分化・強化と連携を進め、病床の役割を明確化した上で機能に応じた充実を行うとともに、急性期を脱した患者の受け皿となる病床、かかりつけ医療機関、在宅医療等を充実していかなければならない。

オ 診療報酬改定においては、医療法改正による対応に先駆けて、社会保障・税一体改革で示されている「2025年の医療の姿」を見据えて、平成24年度診療報酬改定を行ったところであり、平成26年度診療報酬改定においても、引き続き、入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組む必要がある。

消費税引上げ財源を医療の機能強化に充てるに当たっては、国民の理解が得られるよう、医療の機能強化とともに、医療の効率化に取り組むべきである。

(2) 医療機関の機能分化・強化と連携に当たっての留意点

ア 医療機関の機能分化・強化と連携に当たっては、性急な措置によって医療現場が混乱し、患者が必要な医療を受けられない事態が発生しないよう、急性期を脱した患者の受け皿となる病床を整備し、退院した患者を支える在宅医療等を充実させるとともに、医療従事者の適切な確保に留意しながら、段階的かつ着実に進める必要がある。

また、現在別途検討が行われている病床機能報告制度とできる限り整合性が図られるよう、留意しながら検討を進めるべきである。

イ 患者の立場からすれば、どのような状態であっても、患者の理解を得るための適切な説明が行われ、状態に応じた適切な医療を受けることができるということが重要なことであり、そのような視点に立って、入院医療、かかりつけ医、在宅医療、歯科医療、薬局、訪問看護、そして介護に至るまで、患者を支える機能が円滑に連携していなければならない。地域においてこれらの機能が地域の実情に応じたネットワークを構築し、地域全体で地域の医療需要に応えていく「地域完結型」の医療提供について、それを促進するような評価が必要である。また、このとき、医療従事者の確保が必要であり、医療従事者の負担軽減とともに、チーム医療の推進に引き続き取り組むべきである。

ウ 医療機関の機能分化・強化と連携に当たっては、診療報酬と補助金の活用が考えられる。診療報酬は診療行為や入院等への対価の支払いであり、私的医療機関が多い我が国では、診療報酬により、医療機関の自発的行動や経営努力を促すことが好ましいが、行き過ぎたインセンティブとならないよう注意する必要がある。他方、補助金は地域の実情に応じた活用が可能であるが、対象や金額が限定される傾向がある。診療報酬と補助金の特性を考慮しながら、適切に組み合わせ対応することが適当である。

エ また、効率化余地がある領域については適正化を推進していくことが患者負担や保険料への影響等の観点からも重要であり、引き続き検討していく。

2. 次期診療報酬改定の社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方について

(1) 入院医療について

① 高度急性期・一般急性期について

ア 7対1入院基本料の病床が急速に増え、最も多い病床となっているが、急性期病床に長期療養患者も入院するなど、患者の状態に応じた医療提供、療養環境、医療費負担となっていないという指摘がある。患者が状態に応じて適切な医療を受けられるよう、急性期病床における患者像を適切に評価することが重要である。

イ また、急性期の患者の早期退院・転院や、ADL(日常生活動作)低下等の予防のため、早期からのリハビリテーションの実施や退院・転院支援の充実等も重要である。

ウ このため、高度急性期及び一般急性期を担う病床の機能の明確化とそれらの機能に合わせた評価を行う観点から、急性期病床の患者像の検証を基に、以下の事項について検討を行う必要がある。

- ・ 急性期病床の担う機能の明確化を行い、高度急性期及び一般急性期を担う病床の機能強化
- ・ 重症度・看護必要度の見直し等による、患者の状態に応じた医療の提供
- ・ 入院早期からのリハビリテーションや退院・転院支援の推進
- ・ 退院・転院に係る連携の強化
- ・ 急性期病床の平均在院日数の短縮 等

② 長期療養について

ア 長期療養患者については、適切な環境で療養を行うことが重要である。

イ ①アのような指摘がある中で、長期療養患者の受け皿を確保し、急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化を図る観点から、いわゆる社会的入院が発生しないように留意しつつ、以下の事項について検討を行う必要がある。

- ・急性期病床における長期入院患者の評価の適正化
- ・長期療養を担う病床の急性期等との連携強化、受入体制の充実 等

③ 回復期(診療報酬上の亜急性期入院医療管理料等)について

ア 超少子高齢社会では、人口構成が変化し、慢性疾患を有する高齢者が増えることから、高度急性期医療よりも地域に密着した回復期(診療報酬上の亜急性期入院医療管理料等)の医療ニーズが増加すると見込まれる。また、急性期を脱した患者は、できるだけ早く適切な療養環境の下で、集中的なりハビリテーション等を受けることにより、早期の在宅復帰・社会復帰を目指すことが重要である。急性期病床では、急性期を脱した患者の転院先がなくて見つからず、次の救急患者を受け入れられない状況もあり、急性期後の病床等の充実に求められる。

イ 医療機能に着目した診療報酬上の評価を行う観点から、回復期リハビリテーション病棟との機能の違いを踏まえつつ、例えば、急性期病床からの患者の受入れ、在宅・生活復帰支援、在宅患者の急変時の受入れなど、診療報酬上の亜急性期入院医療管理料における患者像や機能を明確化し、回復期(診療報酬上の亜急性期入院医療管理料・回復期リハビリテーション病棟入院料等)の病床の機能に応じた評価について検討を行う必要がある。

他方、在宅患者の急性増悪には急性期病床が対応すべきであり、また、亜急性期という表現の中で急性期と回復期を含むと非常に分かりにくい、病期に応じて報告する病床の区分に合わせ議論を整理すべきという意見があった。

④ 地域特性について

ア 医療資源の少ない地域では、一つの病院が複数の機能を担うことが必要な場合もあり、平成24年度診療報酬改定において、地域に配慮して入院基本料等で一定の要件を緩和した評価が行われたが、そのような地域の実情に配慮した評価のあり方について、患者の負担にも留意しつつ、検討する必要がある。

⑤ 有床診療所における入院医療について

ア 有床診療所については、病院からの早期退院患者の受入れ機能、在宅患者の急変時の受入れ機能、在宅医療の拠点機能、終末期医療を担う機能、専門医療を担う機能等を有しており、それらの機能に応じた評価について検討を行う必要がある。

(2) 外来医療について

ア 高齢化がさらに進展する中で、まずは身近なかかりつけ医を受診し、必要に応じて大病院や専門病院を紹介してもらうとともに、ある程度回復し、又は病状が安定したら、かかりつけ医に逆紹介される体制を整備することが重要である。

イ 複数の慢性疾患を持つ患者に適切な医療を提供しつつ、外来医療の機能分化・連携を更に推進するため、以下の事項について検討を行う必要がある。

- ・診療所や中小病院におけるかかりつけ医機能の評価
- ・大病院の専門外来の評価
- ・大病院の紹介外来を更に推進する方策 等

(3) 在宅医療について

ア 一人暮らしや高齢者のみの世帯でも住み慣れた地域にできるだけ長く暮らせるように、地域ごとに地域包括ケアシステムを構築することが重要である。かかりつけ医を中心として、有床診療所や病院、訪問看護ステーション、歯科診療所、薬局等が連携し、地域で急変時の対応や看取りを含めた在宅医療を提供できる体制を構築する必要がある。

イ このため、在宅医療を担う医療機関の量の確保と、患者のニーズに対応した質の高い在宅医療の提供を推進するため、介護報酬との連携に留意しつつ、以下の事項について検討を行う必要がある。

- ・看取りを含め、在宅療養支援診療所・病院の機能強化
- ・在宅療養支援診療所・病院以外の医療機関による在宅医療
- ・24時間対応、看取り・重症化への対応など、機能に応じた訪問看護ステーションの評価、訪問看護ステーションの大規模化の推進
- ・在宅歯科医療の推進
- ・在宅薬剤管理指導の推進
- ・訪問診療の適正化 等

(4) 医療機関相互の連携や医療・介護の連携によるネットワークについて

ア 限られた医療資源の下、急性期から在宅医療、介護まで、患者がどのような状態であっても、状態に応じた療養環境で適切な医療を受けることができるよう、地域ごとに地域包括ケアシステムを構築するため、地域の実情に応じた「地域完結型」の医療のネットワークを構築する必要がある。こうしたネットワークにおいては、患者は状態に応じて適切な医療機関や施設、在宅等のサービスを受けられ、状態の変化によりサービスが変わる場合においても、安心して円滑に次のサービスを受けることができるよう、連携先の紹介・確保、連携元と連携先での情報共有、患者の理解を得るための適切な説明等が行われるようにしなければならない。

イ 診療報酬においては、これまでも、地域連携パスを活用した医療機関の連携、救急医療における後方病床の患者の受入れ、入院中の多職種による退院指導、ケアマネジャーとの連携等の評価を行ってきた。医療機関の機能分化・強化と連携や医療・介護の連携をさらに推進するため、入院医療、かかりつけ医、在宅医療、歯科医療、薬局、訪問看護、介護などのネットワークにおいて、患者を支えるこれらが協働して機能を発揮し、患者の状態に応じた質の高い医療を提供することや、病院から在宅への円滑な移行や、医療と介護の切れ目のない連携を図ることに対する評価について検討を行う必要がある。

社会保障審議会 医療部会(10/11、11/8) 各委員の発言要旨【未定稿】

1. 構成等
 - 重点課題を「医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等」に一本化したのは、国民会議やプログラム法に沿っており、この方向とすべき。(11/8)
 - 基本方針は、前回の基本方針を踏襲することをお願いしたい。(10/11)
 - 事務局が提案する次期改定に向けた論点の大項目の立て方でよい。(10/11)
 - 9月6日付の「基本的な考え方」は、このまま最終的な基本方針に残る、変えないということではなく、柔軟に議論して、最終的な考え方を作ることが必要。(10/11)
2. 基本認識
 - 医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築は、賛成。(11/8)
 - 補助金は、公立病院が中心であり、民間病院や有床診療所には配分されないのは不適切。(11/8)
3. 重点課題(医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等)
 - 病床の機能分化について、各病床の役割を明確にした上で機能に応じた充実を行うとともに、急性期後の受け皿の強化・確保が必要。(10/11)
 - 入院医療について、「慢性期医療の評価」を行うべき。(11/8)
 - 平成26年度診療報酬改定が先行して医療機関の機能分化に取り組むが、病床機能報告制度と整合性を図る必要。(11/8)
 - 医療機関の機能分化に当たり、診療報酬が行き過ぎたインセンティブにならないよう注意する必要。(11/8)
 - 大病院の専門外来の推進では、専門性の高い看護師の活用を推進すべき。(11/8)
 - 在宅医療と入院医療の連携が不十分。連携を充実させるため、在宅医療の多職種チームと入院の多職種チームがお互いに連携し合う仕組みをつくることが重要。(10/11)
 - 不適正な訪問診療などの事例が伝えられている。真に必要な患者に在宅医療が提供されるよう、在宅医療が適正に提供される仕組みを構築する必要。(10/11)
 - 在宅医療について、集合住宅での不適切事例に対応すべき。(11/8)
 - 在宅医療、在宅訪問をきちんと評価すべき。チーム医療に関する評価も考慮すべき。(10/11)
 - 訪問看護について、給料は十分出ているが、なり手がいない。働きがいがない不十分であり、制度を変える、利用者の意識を変えることが必要。(10/11)
 - 連携ネットワークでは、医療のICTの推進に取り組むべき。(11/8)
 - 医療同士や医療・介護の連携ネットワークを推進し、地域包括ケアシステムを構築すべき。(11/8)
4. 改定の視点
 - ① 充実が求められる分野を適切に評価していく視点
 - 安心・安全な医療提供体制を整備する観点から充実が求められる分野として、がん医療の充実、精神科入院医療の機能分化と地域移行、周産期医療、小児医療の充実を図る必要。(10/11)
 - 精神科医療については、5疾病・5事業に入り、また、精神保健福祉法が改正され、来年4月から施行される。指針の取りまとめをしているが、精神科医療は大変になっており、次期診療報酬改定で対応が必要。(10/11)
 - 認知症対策の促進について、さらに強調する形で盛り込むべき。(10/11)
 - 認知症対策では、若年性認知症にも取り組むべき。(11/8)
 - 重症化予防を推進すべき。(11/8)
 - 歯科医療では、金属アレルギーの問題が大きい。メタルフリーを目指していく方向は大事。(10/11)
 - 地域の薬局・薬剤師によるかかりつけ薬局機能を推進すべき。充実する分野に「患者個々の薬歴を踏まえた的確な投薬管理・指導の推進」を追加してほしい。(11/8)
 - 医薬品等のイノベーションの評価では、費用対効果評価の検討も進めるべき。(11/8)
 - ② 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
 - 患者から見て分かりやすく納得できる視点が引き続き重要。(10/11)
 - 明細書の無料発行は、次回改定でも必要。国民から見て納得できる診療報酬体系についても重点を置く必要。費用対効果も重要。(10/11)
 - 領収書明細発行の義務化をさらに促進する必要。(10/11)
 - 患者から見て分かりやすく納得できるためには、診療報酬の患者データの徹底した収集と分析・評価、国民への開示が大変重要。DPCにより急性期の医療をしっかりと分析して評価する必要。(10/11)
 - 患者データの提供は、今後の医療提供体制の検討のために重要。(11/8)
 - 「質の高い医療」という文言を入れてほしい。入院中のADL維持・向上や褥瘡予防の取組は重要。(11/8)
 - 患者から見て分かりやすく納得でき、安心できるという項目は、本当に患者に届くような形のあり方をお願いしたい。(10/11)
 - ③ 医療従事者の負担を軽減する視点
 - 医療従事者の負担軽減と在宅医療の充実は、引き続き重点課題とすべき。特に医療従事者の負担軽減については、離職防止、人材確保の観点から、今設けられている基準を後退させてはならない。(10/11)
 - 医療従事者の負担軽減を重点課題にしてほしい。(11/8)
 - 医療従事者、勤務医の負担軽減について努力したい。(10/11)
 - 勤務環境の改善について、病院の中に踏み込んで、何が問題なのか調べる仕組みを導入する必要。(10/11)
 - 医療、歯科医療、あらゆる職種の連携は大変重要。(10/11)
 - 病院の歯科の役割、病院歯科と地域の連携、医科歯科連携を評価すべき。(11/8)
 - 医療従事者の負担軽減は、診療所まで拡大すべきでない。(11/8)
 - チーム医療では、病棟・在宅の薬剤師のチーム医療への参加が進んでおり、評価してほしい。(11/8)

- 現場で困っているのは介護職員の不足。介護職員が来ない大きな要因の一つが給料水準。それ以上の給料を払うと経営が苦しくなる構造を変えてほしい。(10/11)

④ 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

- 効率化する余地があると思われる領域を適正化する視点も大事。(10/11)
- 雇用や賃金は厳しい状況である中で、物価は上昇傾向であり、国民の生活は依然として厳しい。国民医療費は12年間で外来・入院とも3割の伸びで、GDPの伸びを上回る。高齢化の進展により、医療保険財政は危機的な状況。平成26年度改定では、一層の重点化と効率化を進める必要。(10/11)
- 平均在院日数の削減により、引き続き社会的入院等の是正にも取り組む必要。(10/11)
- 主治医機能の評価をした上で、必要度の低い長期・頻回受診の是正、重複受診・重複検査の是正等にも保険者を含めて取り組む必要。(10/11)
- 効率化では、主治医機能の評価により、重複検査・投薬を是正すべき。(11/8)
- 医療の効率化の推進について、後発医薬品の使用促進、レセプト電算化の促進等を強調する必要。(10/11)
- 後発医薬品について、ロードマップの目標に向けて、不断の取組が必要であり、更なる使用促進に向けた検討を行うべき。(11/8)
- 医療のICT化の促進により、医療提供の効率化を図るべき。データにより、重複検査・投薬を是正すべき。遠隔医療は、規制改革計画において、中医協で議論することとなっており、基本方針にも明記すべき。(11/8)
- 医療のICT化は重要で、病院・診療所の連携を進めるべき。ただし、効率化の観点で進めるべきではない。遠隔医療では、テレビ電話での医療は例外であり、遠隔地に限るべき。(11/8)

5. 消費税率8%への引上げに伴う対応

- 消費税対応分と通常改定分は、明確に分けるべき。(11/8)
- 消費税対応分は、通常改定分と区分して示すことが必要。(11/8)
- 消費税率が10%に上がるときに備えて、引き続き議論する必要。(11/8)

社会保障審議会 医療保険部会(10/23、11/8) 各委員の発言要旨【未定稿】

1. 構成等

- 骨子案で、大きな方向性はよい。(11/8)
- 骨子案で、基本的によいと思う。(11/8)
- 前回改定の重点項目や方向性は、今回の改定でも引き続き推進すべき。(10/23)
- 「重点課題」は、医療機能分化とネットワークの構築に一本化していただきたい。(10/23)
- 重点課題を「医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等」の一本に絞ったのはよい。医療従事者の負担軽減にも、医療機関の機能分化が必要。(11/8)
- 医療従事者の負担軽減と、医療と介護の連携体制の強化、在宅医療の充実は、引き続き、将来の医療・介護提供体制を確保するために、重点課題として取り組む必要。(10/23)
- 地域に密着した医療を充実することを「重点課題」の一つに入れていただきたい。かかりつけ機能の充実を通じた地域包括ケアの推進が必要。(10/23)
- 医療と介護の連携は実態としては進んでおらず、「重点課題」に入れるべき。(10/23)
- 介護と医療の連携は重要であり、地域包括ケアを診療報酬体系の中で位置づけるべき。(10/23)
- 改定の視点の内容が分かるように書いてほしい。(11/8)
- 大括りの項目と、細かい項目があるので、精査してほしい。(11/8)

2. 重点課題(医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等)

- 在宅医療の充実には、後方病院が大事。急性期後の受け皿病床の評価が必要。リハビリも急性期だけでなく、慢性期のリハビリも重要。慢性期医療の評価が必要。(11/8)
- 入院医療では、慢性期医療の充実が必要。(11/8)
- 入院医療では、急性期の7対1入院基本料の見直しが重要。(11/8)
- 外来医療では、紹介状のない大病院の外来受診への一定額の自己負担の導入による緩やかなフリーアクセスの制限に取り組む必要。(11/8)
- 外来医療では、大病院の専門外来の推進の際に、看護の専門性を活かした評価をお願いしたい。(11/8)
- 在宅医療では、麻薬や医療材料が在宅患者に届けられる仕組みを検討する必要。(11/8)
- 連携ネットワークでは、医療のICTの推進に取り組むべき。(11/8)
- 連携ネットワークについて、「歯科」「薬局」等の言葉の並びを精査してほしい。(11/8)

3. 改定の視点

① 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、周産期医療、小児医療、精神科入院医療の機能分化と地域移行を推進すべき。(10/23)
- 認知症に対する医療の充実を急ぐとともに、介護との連携強化につながる改定を行うべき。また、難病対策も患者の立場から充実していくべき。(10/23)
- 自殺予防対策について、医療面でも引き続き対応すべき。(10/23)
- がん、認知症、リハビリテーション、栄養が重要であり、重点的に取り組むべき。(10/23)

- 充実が求められる分野として、在宅の栄養管理が重要。(11/8)
- 患者の重症化予防に取り組むべき。(11/8)
- がん、認知症では、患者への情報提供や患者支援が重要。(11/8)
- 国として、ホスピスケアの充実に取り組むべき。(11/8)
- リハビリテーションでは、慢性期のリハビリテーションも含めた充実が必要。(10/23)
- 自殺対策の推進を盛り込んでほしい。自殺リスクの高い患者に診療所や一般病院で対応する場合の評価や、精神保健福祉士や社会福祉士が対応する場合の評価、院内の自殺対策に取り組む場合の入院料への加算、臨床心理士による認知行動療法の評価等を検討してほしい。(11/8)
- 口腔機能に着目した歯科医療技術の評価、生活の質に配慮した歯科医療を進めるべき。(10/23)
- 「口腔機能の維持向上」と「生活の質に配慮した歯科医療」はそれぞれ別のものを考えているので、かき分けてほしい。(11/8)
- 口腔機能の維持は重要。(11/8)
- かかりつけ薬局機能を強化していきたい。(10/23)
- かかりつけ薬局を活用し、患者個々の薬歴を踏まえた的確な投薬管理・指導を推進する必要。(11/8)
- イノベーションの適切な評価に引き続き取り組むべき。(10/23)

② 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

- 患者の視点から、明細書の発行をさらに進展させるべき。(10/23)
- 「質の高い医療」という文言を入れてほしい。入院中のADLの維持・向上、褥瘡発生防止の取組は重要。(11/8)
- 患者データの提出は、個人情報保護に配慮する必要。(11/8)

③ 医療従事者の負担を軽減する視点

- 医療従事者の負担軽減については、医療従事者の離職を防止し、人材を確保する観点から、看護職の夜勤交代制勤務の負担軽減策等、現在の基準を後退させないようお願いする。(10/23)
- 医療従事者の負担軽減は重点課題にしてほしい。今の基準を後退させずに、夜勤交代制勤務の条件整備に取り組む必要。(11/8)
- 医療従事者の確保策を充実すべき。救急、周産期、外科等の急性期医療を担う勤務医や看護職員、コメディカルの負担軽減を進めるべき。(10/23)
- 在宅における多職種協働の推進が必要。(10/23)
- 病院薬剤師の病棟業務の推進により、チーム医療の推進、医師の負担軽減を図るべき。(10/23)
- 医療従事者の負担軽減は、診療所や歯科、薬局は違うと思う。(11/8)
- 病院勤務も大変だが、診療所も大変である。(11/8)
- 女性の学生が増加しており、病院で女性の勤務環境の対応をとっている場合の評価を検討すべき。(11/8)

④ 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

- 医療の効率化を推進すべきであり、後発医療薬品の使用促進、レセプト電算化の推進、高額医療機器の共同利用、平均在院日数の縮減などに取り組むべき。(10/23)
- 救急のトリアージ、高齢者の慢性期の急変と本当の救急との住み分けを効率化することが大事。高齢者の慢性期の医療を充実させて効率化していくことが大事。(10/23)
- 新たなロードマップに示された目標に向かって後発医薬品の促進をしていきたい。(10/23)
- 後発医薬品について、ロードマップの目標の実現に向けて、更なる使用促進を検討する必要。(11/8)
- 医療のICT化の促進による医療提供体制の効率化を入れるべき。データに基づき重複検査、重複投薬の排除など、給付の重点化・効率化を図ることができる。遠隔診療も加えるべき。(10/23)
- 医療のICTを促進して、医療機関の連携、チーム医療の推進、重複検査・投薬の是正など、医療提供の効率化に取り組む必要。遠隔診療は、規制改革実施計画で検討することとされており、基本方針にも明記すべき。(11/8)
- ジェネリック医薬品の使用促進、長期収載品の薬価の大幅な引下げを行うべき。平均在院日数の減少や7対1病院の見直しを通じた病床機能の分化・連携の推進、主治医機能の強化、大病院の紹介外来の推進等に取り組むべき。(10/23)
- 後発医薬品の使用促進、OTC医薬品の活用が重要。(11/8)
- 社会的入院の是正は古い。効率化では、不適切な在宅医療の是正が必要。(11/8)
- 医療費適正化に取り組む理由を書くべき。医療費は公費、保険料、患者負担で賄っており、最小限にとどめる必要。(11/8)

4. 消費税率8%への引上げに伴う対応

- 消費税対応分と通常改定分は、区分することが重要。(11/8)
- 消費税対応は、基本診療料と個別項目との組合せが必要。(11/8)
- 消費税対応は、基本診療料と個別項目の組合せも今の表現で読める。(11/8)

平成25年11月21日

平成26年度診療報酬改定について(中間とりまとめ)

自由民主党 社会保障制度に関する特命委員会
医療に関するプロジェクトチーム

1. 総論

- 社会保障・税一体改革においては、活力ある健康長寿社会を実現するため、2025年を見据えて、医療機関の機能分化・連携、在宅医療の充実等を行い、超高齢社会の医療ニーズに対応する地域包括ケアシステムを構築することが最大の課題である。
- その際、我が国では民間が主体となって医療を効率的に提供するという実態がある一方で、公立病院は採算性等の面から民間による提供が困難な医療を提供することとされており、こうした実情を踏まえた対応が必要である。
- 民間病院も含めて機能分化・連携を進めるためには、設置主体に関わらず適用される診療報酬による対応が有効であり、これに加えて補助金による対応を適切に組み合わせることが重要である。なお、往々にして、これまでの医療機関への補助金は公立病院等に多く配分される傾向にあったが、官への偏重は許されず、民間病院の効率性を一層活かす方向で活用すべきである。
- また、近年の診療報酬改定では、急性期医療を重点的に評価した結果として、大病院に手厚くなっており、民間の中小病院等への手当てが不十分であったことにも配慮することが必要である。
- 次期診療報酬改定においては、こうした背景や官民の役割分担を踏まえながら、地域包括ケアシステムの構築を目指し、急性期医療の機能の明確化を図るとともに、急性期後の受け皿となる民間の中小病院、有床診療所、在宅医療等の重点的な評価を実施することが喫緊の課題である。

2. 各論

① 7対1入院基本料の見直し

- 看護配置基準7対1の入院基本料の病床が最も多くなっているが、患者の医療ニーズに合わせた適切な病床区分の組み合わせを実現すること。
- 急性期病床は急性期患者に手厚い医療を提供することとし、急性期を脱した患者は急性期後の受け皿となる病床や在宅医療・介護に移行する仕組みを構築すること。
- このため、看護配置基準7対1の入院基本料の要件の見直し、急性期後の受け皿となる病床の確保、在宅医療の充実等を行うとともに、患者の円滑な移行を支援すること。

② 地域における在宅医療等の充実と介護との連携

- 患者が住み慣れた地域でできるだけ生活できるよう、患者のニーズを踏まえ、早急に地域包括ケアシステムを構築すること。
- 病院、医科診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーションに加え、介護事業所等の積極的な参画も促すとともに、十分に連携するよう、関係者をコーディネートする機能の充実も図りながら、質の高い在宅医療・介護を実現すること。
- 口腔機能の維持・向上を図るとともに、生活の質に配慮した歯科医療を推進すること。
- 地域の薬局・薬剤師によるかかりつけ薬局機能を活用し、患者個々の薬歴を踏まえた的確な投薬管理・指導を推進すること。

③ 有床診療所の評価

- 有床診療所は地域に根ざした医療の拠点として重要な役割を担っていることを踏まえ、第6次医療法改正において明確に位置づけること。
- 近年、経営が厳しいという問題を抱え、その数が減ってきている。診療報酬において、地域包括ケアシステムにおける位置づけの下、適切な評価をすること。
- また、有床診療所の火災により、患者が亡くなるという痛ましい事故が発生したことを踏まえ、防火対策として、補助金により、スプリンクラーの設置を推進すること。

④ 消費税問題

- 医療機関等に実質的な負担が生じないよう、消費税率8%への引上げに伴う対応では、必要な財源を確保し、消費税対応分が明確になるようにすること。その際は、初再診料や入院基本料への上乗せを基本とすること。
- 消費税率10%への引上げに伴う対応は、本プロジェクトチームにおいても、改めて議論を行っていく。

3. 中期的な課題

- 国民に質の高い医療が効率的に提供されるよう、診療報酬体系の在り方も含め、中期的に以下の事項について検討する。
 - ・ 医療経済実態調査について、より正確に医療機関の実態を把握できる調査方法の検討、あるいは、調査結果の活用方法の見直し
 - ・ 患者や国民の医療ニーズを反映させた診療科間の配分の在り方
 - ・ ICTを活用した病院、医科診療所、歯科診療所、薬局等における医療情報の共有
 - ・ 二次医療圏における拠点病院の役割や位置づけの医療計画による明確化と診療報酬による評価、公設民営化をはじめとする公立病院改革の推進

平成25年11月21日

厚生労働大臣

田村憲久 殿

平成26年度診療報酬改定について

公明党社会保障制度調査会

2年に一度実施される診療報酬改定にあたっては、特に、一体改革に基づく医療改革へ向けた取り組みや来年4月の消費税率引上げなどを踏まえつつ、下記の基本的考え方に基いて、重点的な取り組みを行うよう要望する。

1 基本的な考え方

- (1) 社会保障・税一体改革を進める中で、消費税引き上げによる負担の増加分への手当を含め、社会保障制度改革国民会議の報告書に基づく医療改革を進めるため、必要な改定財源を確保する。
- (2) 入院医療、外来医療および在宅医療を含めた医療機関の機能分化・強化などについては、消費税の財源を用いて、患者が必要な医療を受けられないことが生じないように、急性期から慢性期までの病床を整備するとともに、地域に密着した病棟および有床診療所の在り方の検討を着実に進めることが必要である。
- (3) 同時に、「病院完結型」から「地域完結型」への医療を実現するため、地域における医療、介護サービスの提供者間のネットワークを強化することが必要である。

2 重点的な取り組み事項

- (1) 平成26年度の診療報酬改定にあたっては、消費税引き上げに伴う改定率を別途明確にすべきである。
- (2) 急性期を脱した患者の受け皿となる病床の整備を着実に進めるとともに、急性期病床、亜急性期病床、長期療養病棟、さらには地域に密着した病棟から質の高い在宅医療・介護への円滑な移行ができるようなシステムの構築のための適切な評価を行うこと。
- (3) 地域包括ケアシステムの構築を早急に進めるため、在宅医療と介護サービスの連携などについて体制整備を行うこと。
- (4) 有床診療所の入院医療については、例えば地域包括ケアシステムの受け皿として等、機能に応じた適切な評価を行うこと。また、地域の実情に即した評価とすること。
- (5) 亜急性期・回復期等のリハビリを強化するだけでなく、「亜急性期・回復期病棟」―「長期療養病棟」―「老人保健施設」と一貫してリハビリが途切れることなく行われ、ひいては、在宅復帰が目指せるよう評価を見直すこと。
- (6) 早期発見・早期治療が医療費の節減に繋がることをふまえ、早期受診を促す評価を検討すること。