

# 1. 概要

・本シートは、「医療計画策定支援データブック作成業務」で作成する指標メタ情報を説明するためのシートである。

参考資料1

# 2. 指標メタ情報

・指標メタ情報は、次の属性により整理している。

NO.	論理名	物理名	型	説明
1	指標論理名	INDEX_LOGICALNAME	text	■各指標の実際の名前 (ex)禁煙外来を行っている病院数
2	指標物理名	INDEX_PHYSICALNAME	text	■各指標の便宜上付けられた名前 (ex)KINENGAIRAIH NUM
3	分野(がん)	FIELD_GAN	boolean	■分野(がん)の該非 TRUE=該当,FALSE=非該当
4	分野(脳卒中)	FIELD_NOU	boolean	■分野(脳卒中)の該非 TRUE=該当,FALSE=非該当
5	分野(心筋梗塞)	FIELD_SINKIN	boolean	■分野(心筋梗塞)の該非 TRUE=該当,FALSE=非該当
6	分野(糖尿病)	FIELD_TOUNYOU	boolean	■分野(糖尿病)の該非 TRUE=該当,FALSE=非該当
7	分野(精神)	FIELD_SEISHIN	boolean	■分野(精神)の該非 TRUE=該当,FALSE=非該当
8	分野(救急)	FIELD_KYUU	boolean	■分野(救急)の該非 TRUE=該当,FALSE=非該当
9	分野(災害)	FIELD_SAIGAI	boolean	■分野(災害)の該非 TRUE=該当,FALSE=非該当
10	分野(へき地)	FIELD_HEKICHI	boolean	■分野(へき地)の該非 TRUE=該当,FALSE=非該当
11	分野(周産期)	FIELD_SYUUSAN	boolean	■分野(周産期)の該非 TRUE=該当,FALSE=非該当
12	分野(小児)	FIELD_SYOUNI	boolean	■分野(小児)の該非 TRUE=該当,FALSE=非該当
13	分野(在宅)	FIELD_ZAITAKU	boolean	■分野(在宅)の該非 TRUE=該当,FALSE=非該当
14	指標分類1	INDEX_CATEGORY1	int	■国が定義した指標の分類の1つ 0=必須指標,1=推奨指標,2=その他指標
15	指標分類2	INDEX_CATEGORY2	int	■国が定義した指標の分類の1つ 0=ストラクチャー指標,1=プロセス指標,2=アウトカム指標
16	集計単位	AGGREGATE_UNIT	int	■指標の集計単位 0=都道府県,1=二次医療圏,2=市区町村
17	取得内容	INDEX_DEFINITION	text	■各指標の具体的な定義や算出方法等 (ex)病院票(18)専門外来 禁煙外来で、「有」の施設数
18	取得方法	INDEX_METHOD	text	■各指標の作成に必要なデータの取得方法 ■各指標値や、指標の算出に用いる数値の出自である調査資料等の名称 (ex)医療施設調査
19	元データ1_出典資料名	ORIGINALDATA1_REPORTTITLE	text	■出典資料の調査年度(西暦) (ex)2011
20	元データ1_出典資料調査年	ORIGINALDATA1_REPORTYEAR	int	■指標を作成するために必要なデータの収集源 (ex)病院票,e-Stat,厚生労働省HP,厚生労働省提供
21	元データ1_情報源	ORIGINALDATA1_RESOURCE	text	■NDBIによる代替の可否 TRUE=代替可,FALSE=代替不可
22	元データ1_NDB代替可否	ORIGINALDATA1_SUBSTITUTENDE	boolean	■元データ1のデータブックへの収載の有無 TRUE=収載有り,FALSE=収載無し
23	元データ1_収載有無	ORIGINALDATA1_LISTING	boolean	■元データ1のデータブックへの収載場所 (ex)D\ORIGINALDATA\CANCER
24	元データ1_収載場所	ORIGINALDATA1_FOLDER	text	■元データ1のファイル名 (ex)国民生活基礎調査.xls
25	元データ1_ファイル名	ORIGINALDATA1_FILENAME	text	■中間データ1のデータブックへの収載の有無 TRUE=収載有り,FALSE=収載無し
26	中間データ1_収載有無	MIDDLEDATA1_LISTING	boolean	■中間データ1のデータブックへの収載場所 (ex)D\MIDDLEDATA\CANCER
27	中間データ1_収載場所	MIDDLEDATA1_FOLDER	text	■中間データ1のファイル名 (ex)国民生活基礎調査_整形済み.xls
28	中間データ1_ファイル名	MIDDLEDATA1_FILENAME	text	■元データ1に対する整形スクリプトのデータブックへの収載の有無 TRUE=収載有り,FALSE=収載無し
29	元データ1整形スクリプト_収載有無	SCRIPT1_LISTING	boolean	■元データ1に対する整形スクリプトのデータブックへの収載場所 (ex)D\SCRIPT\CANCER
30	元データ1整形スクリプト_収載場所	SCRIPT1_FOLDER	text	■元データ1に対する整形スクリプトのファイル名 (ex)国民生活基礎調査_整形スクリプト.R
31	元データ1整形スクリプト_ファイル名	SCRIPT1_FILENAME	text	■各指標値や、指標の算出に用いる数値の出自である調査資料等の名称 (ex)医療施設調査
32	元データ2_出典資料名	ORIGINALDATA2_REPORTTITLE	text	■出典資料の調査年度(西暦) (ex)2011
33	元データ2_出典資料調査年	ORIGINALDATA2_REPORTYEAR	int	■指標を作成するために必要なデータの収集源 (ex)病院票,e-Stat,厚生労働省HP,厚生労働省提供
34	元データ2_情報源	ORIGINALDATA2_RESOURCE	text	■NDBIによる代替の可否 TRUE=代替可,FALSE=代替不可
35	元データ2_NDB代替可否	ORIGINALDATA2_SUBSTITUTENDE	boolean	■元データ2のデータブックへの収載の有無 TRUE=収載有り,FALSE=収載無し
36	元データ2_収載有無	ORIGINALDATA2_LISTING	boolean	■元データ2のデータブックへの収載場所 (ex)D\ORIGINALDATA\CANCER
37	元データ2_収載場所	ORIGINALDATA2_FOLDER	text	■元データ2のファイル名 (ex)国民生活基礎調査.xls
38	元データ2_ファイル名	ORIGINALDATA2_FILENAME	text	■中間データ2のデータブックへの収載の有無 TRUE=収載有り,FALSE=収載無し
39	中間データ2_収載有無	MIDDLEDATA2_LISTING	boolean	■中間データ2のデータブックへの収載場所 (ex)D\MIDDLEDATA\CANCER
40	中間データ2_収載場所	MIDDLEDATA2_FOLDER	text	■中間データ2のファイル名 (ex)国民生活基礎調査_整形済み.xls
41	中間データ2_ファイル名	MIDDLEDATA2_FILENAME	text	■元データ2に対する整形スクリプトのデータブックへの収載の有無 TRUE=収載有り,FALSE=収載無し
42	元データ2整形スクリプト_収載有無	SCRIPT2_LISTING	boolean	■元データ2に対する整形スクリプトのデータブックへの収載場所 (ex)D\SCRIPT\CANCER
43	元データ2整形スクリプト_収載場所	SCRIPT2_FOLDER	text	■元データ2に対する整形スクリプトのファイル名 (ex)国民生活基礎調査_整形スクリプト.R
44	元データ2整形スクリプト_ファイル名	SCRIPT2_FILENAME	text	■医療フェーズ(予防)の該非 TRUE=該当,FALSE=非該当
45	医療フェーズ(予防)	MEDICALPHASE_YOBOU	boolean	■医療フェーズ(治療)の該非 TRUE=該当,FALSE=非該当
46	医療フェーズ(治療)	MEDICALPHASE_TIRYOU	boolean	■医療フェーズ(療養・社会復帰)の該非 TRUE=該当,FALSE=非該当
47	医療フェーズ(療養・社会復帰)	MEDICALPHASE_RYOUYOU	boolean	■行動主体(住民)への該非 TRUE=該当,FALSE=非該当
48	行動主体(住民)	ACTION_RESIDENTS	boolean	■行動主体(患者)への該非 TRUE=該当,FALSE=非該当
49	行動主体(患者)	ACTION_PATIENTS	boolean	■行動主体(診療所)への該非 TRUE=該当,FALSE=非該当
50	行動主体(診療所)	ACTION_CLINIC	boolean	■行動主体(主に急性期機能を有する病院)への該非 TRUE=該当,FALSE=非該当
51	行動主体(主に急性期機能を有する病院)	ACTION_KYUUSEKI_HOSPITAL	boolean	■行動主体(主に回復期機能を有する病院)への該非 TRUE=該当,FALSE=非該当
52	行動主体(主に回復期機能を有する病院)	ACTION_KAIHUKUKI_HOSPITAL	boolean	■行動主体(主に慢性期機能を有する病院)への該非 TRUE=該当,FALSE=非該当
53	行動主体(主に慢性期機能を有する病院)	ACTION_MANSEKI_HOSPITAL	boolean	■行動主体(精神病院)への該非 TRUE=該当,FALSE=非該当
54	行動主体(精神病院)	ACTION_MENTAL_HOSPITAL	boolean	■行動主体(保険者)への該非 TRUE=該当,FALSE=非該当
55	行動主体(保険者)	ACTION_INSURER	boolean	■行動主体(地方自治体)への該非 TRUE=該当,FALSE=非該当
56	行動主体(地方自治体)	ACTION_LOCALGOVERNMENT	boolean	■行動主体(介護サービス)への該非 TRUE=該当,FALSE=非該当
57	行動主体(介護サービス)	ACTION_CARESERVICES	boolean	■行動主体(その他)への該非 TRUE=該当,FALSE=非該当
58	行動主体(その他)	ACTION_OTHERS	boolean	

■視点1  
■視点2

## データブックに掲載されている「指標データ」について

参考資料2

データブックに記載されている「指標データ」は、都道府県が地域の医療提供体制の現状を適切に把握するとともに、医療計画に基づく施策の進捗評価支援を目的とし、5疾病・5事業及び在宅医療に関する指標を中心とした情報を、二次医療圏単位等都道府県が地域の医療提供体制の把握に資する形で集計・可視化した情報を掲載しております。

5疾病・5事業及び在宅医療に関する指標については、次の2つの分類が厚生労働省より提示されております。

(分類1)

- ①必須指標：  
全都道府県で入手可能な指標
- ②推奨指標：  
独自調査やデータの解析等により入手可能な指標
- ③その他指標：  
必須指標及び推奨指標以外の指標

(分類2)

- ①ストラクチャー指標：  
医療サービスを提供する物質資源、人的資源及び組織体制を測る指標
- ②プロセス指標：  
実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標
- ③アウトカム指標：  
医療サービスの結果としての住民の健康状態を測る指標

データブックに掲載されている「指標データ」は、指標が示す内容を比較可能なものにするため、(分類2)の指標内容に基づき、次のような内容を掲載しております。

- ①ストラクチャー指標：
  - 【数値データ】「指標集計値」及び人口10万人あたりの指標集計値
  - 【地図】「人口10万人あたりの指標集計値」を用いた地図の塗り分け
  - 【グラフ】「人口10万人あたりの指標集計値」を用いたグラフ
- ②プロセス指標：
  - 【数値データ】「指標集計値」
  - 【地図】「指標集計値」を用いた地図の塗り分け
  - 【グラフ】「指標集計値」を用いたグラフ
- ③アウトカム指標：
  - 【数値データ】「指標集計値」
  - 【地図】「指標集計値」を用いた地図の塗り分け
  - 【グラフ】「指標集計値」を用いたグラフ

「指標データ」に関する詳細な情報については、別添の資料をご覧ください。

# 医療計画作成支援データブック 【長野県】

## 第1章 保健医療環境の基礎データ

### 第1節 人口

#### 第1項 人口構造

- 1 [総人口\(都道府県\)](#)
- 2 [総人口\(二次医療圏\)](#)

### 第2節 医療資源

#### 第1項 医療提供施設

- 1 [一般診療所数\(都道府県\)](#)
- 2 [病院数\(都道府県\)](#)
- 3 [一般診療所数\(二次医療圏\)](#)
- 4 [病院数\(二次医療圏\)](#)

## 第2章 医療提供体制構築に係る現状把握指標

### 第1節 5疾病

#### 第1項 がん

- 1 [禁煙外来を行っている一般診療所数\(都道府県\)](#)
- 2 [禁煙外来を行っている病院数\(都道府県\)](#)
- 3 [禁煙外来を行っている一般診療所数\(二次医療圏\)](#)
- 4 [禁煙外来を行っている病院数\(二次医療圏\)](#)
- 5 [がん診療連携拠点病院数\(二次医療圏\)](#)

#### 第2項 脳卒中

- 1 [健康診断・健康診査の受診率\(都道府県\)](#)
- 2 [救命救急センターを有する病院数\(二次医療圏\)](#)
- 3 [脳血管疾患患者の在宅死亡割合\(都道府県\)](#)

#### 第3項 急性心筋梗塞

#### 第4項 糖尿病

#### 第5項 精神疾患

### 第2節 5事業

#### 第1項 救急医療

#### 第2項 災害時における医療

#### 第3項 へき地の利用

#### 第4項 周産期医療

#### 第5項 小児医療

### 第3節 その他

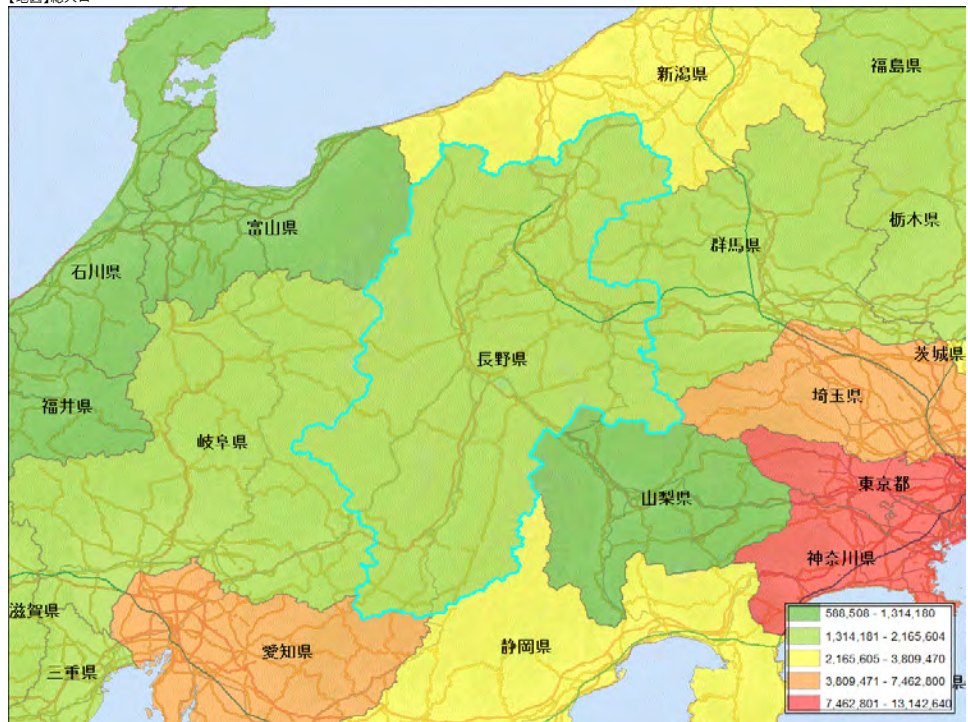
#### 第1項 在宅医療

■総人口(都道府県)

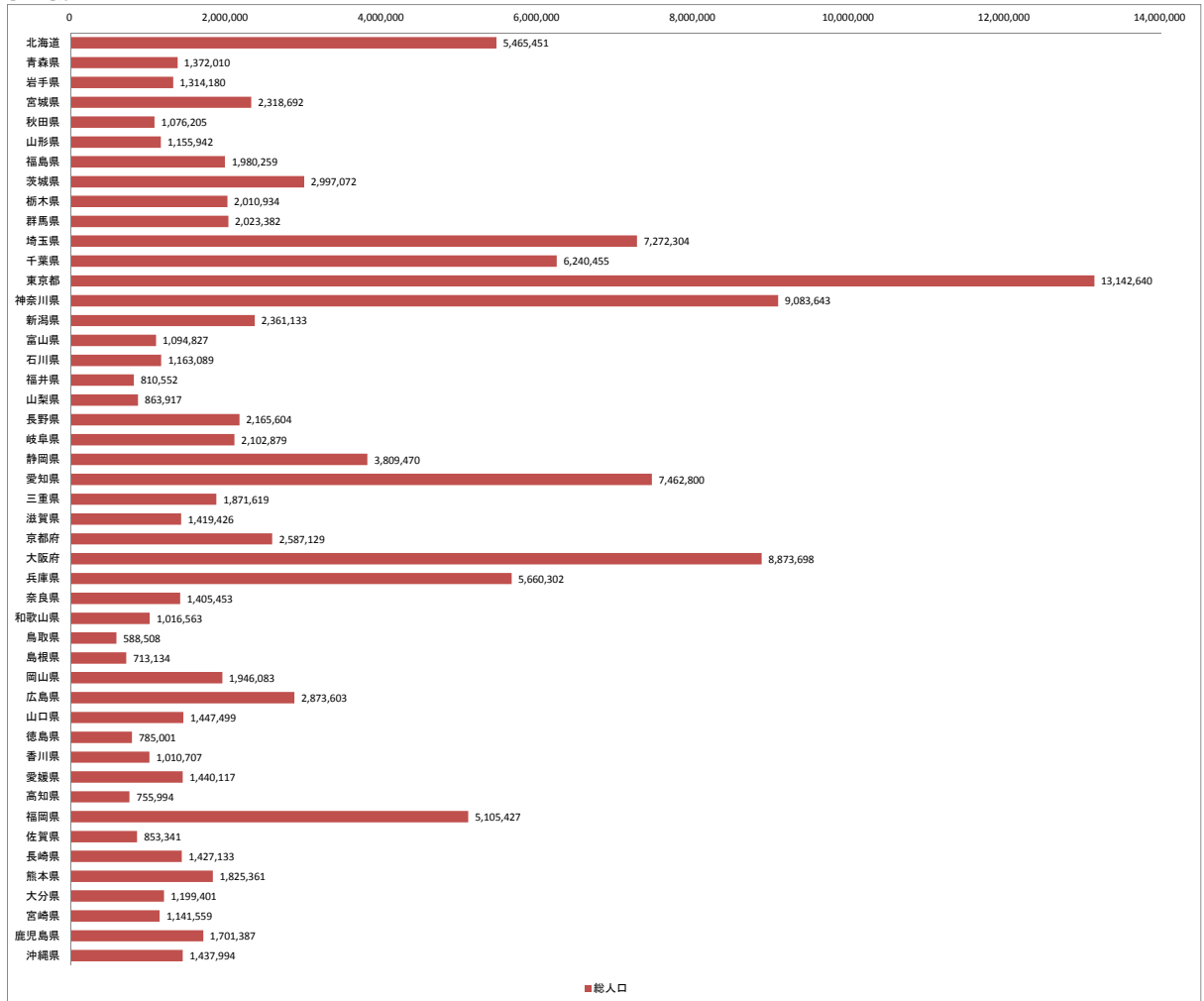
【数値データ】

都道府県名	総人口
北海道	5,465,451
青森県	1,372,010
岩手県	1,314,180
宮城県	2,318,692
秋田県	1,076,205
山形県	1,155,942
福島県	1,980,259
茨城県	2,997,072
栃木県	2,010,934
群馬県	2,023,382
埼玉県	7,272,304
千葉県	6,240,455
東京都	13,142,640
神奈川県	9,083,643
新潟県	2,361,133
富山県	1,094,827
石川県	1,163,089
福井県	810,552
山梨県	863,917
長野県	2,165,604
岐阜県	2,102,879
静岡県	3,809,470
愛知県	7,462,800
三重県	1,871,619
滋賀県	1,419,426
京都府	2,587,129
大阪府	8,873,698
兵庫県	5,660,302
奈良県	1,405,453
和歌山県	1,016,563
鳥取県	588,508
島根県	713,134
岡山県	1,946,083
広島県	2,873,603
山口県	1,447,499
徳島県	785,001
香川県	1,010,707
愛媛県	1,440,117
高知県	755,994
福岡県	5,105,427
佐賀県	853,341
長崎県	1,427,133
熊本県	1,825,361
大分県	1,199,401
宮崎県	1,141,559
鹿児島県	1,701,387
沖縄県	1,437,994

【地図】総人口



【グラフ】総人口

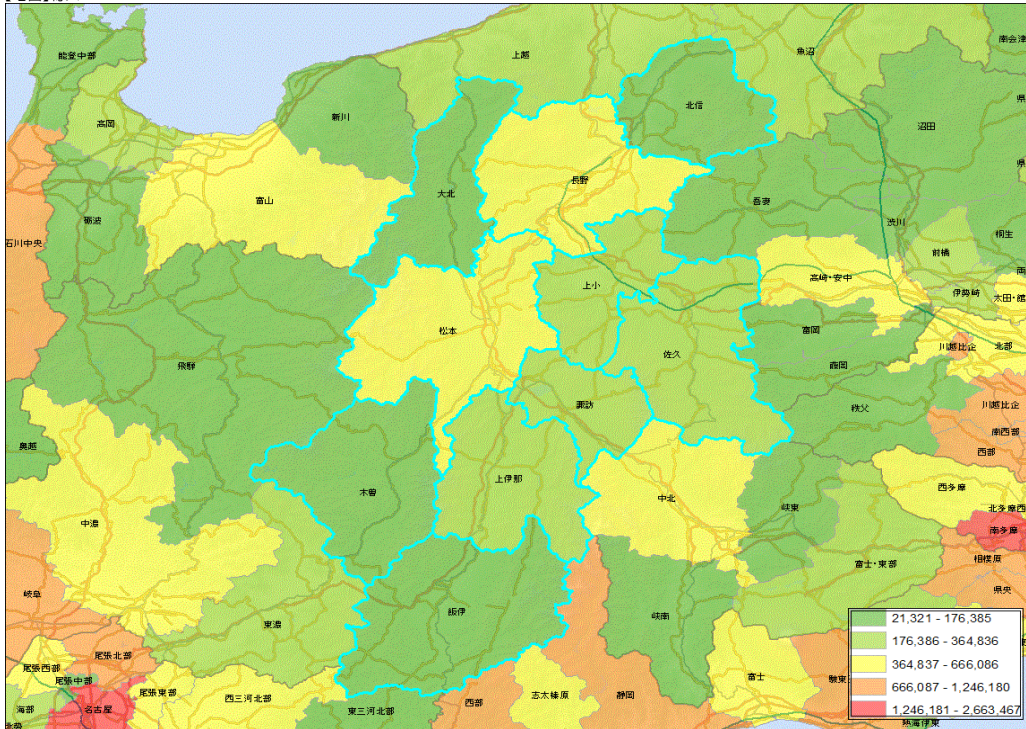


## ■ 総人口(二次医療圏)

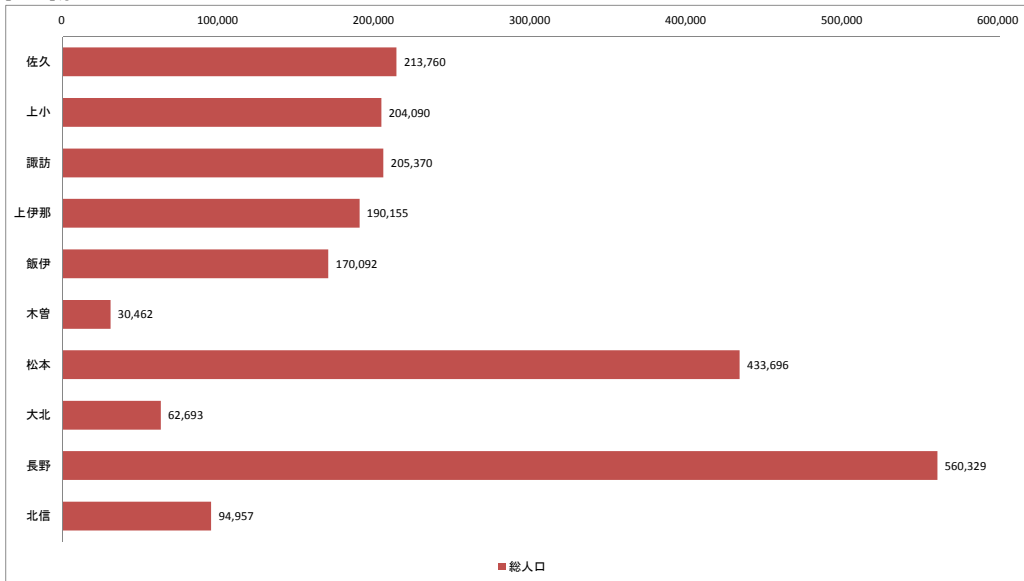
【数値データ】

二次医療圏名	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信
総人口	213,760	204,090	205,370	190,155	170,092	30,462	433,696	62,693	560,329	94,957

【地図】総人口



【グラフ】総人口



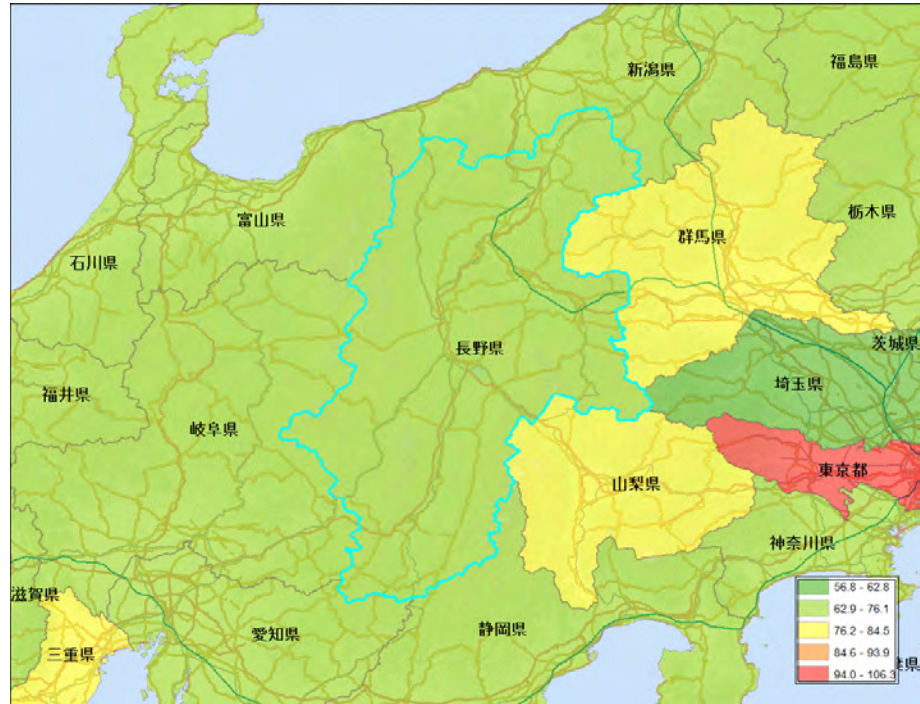


■一般診療所数(都道府県)

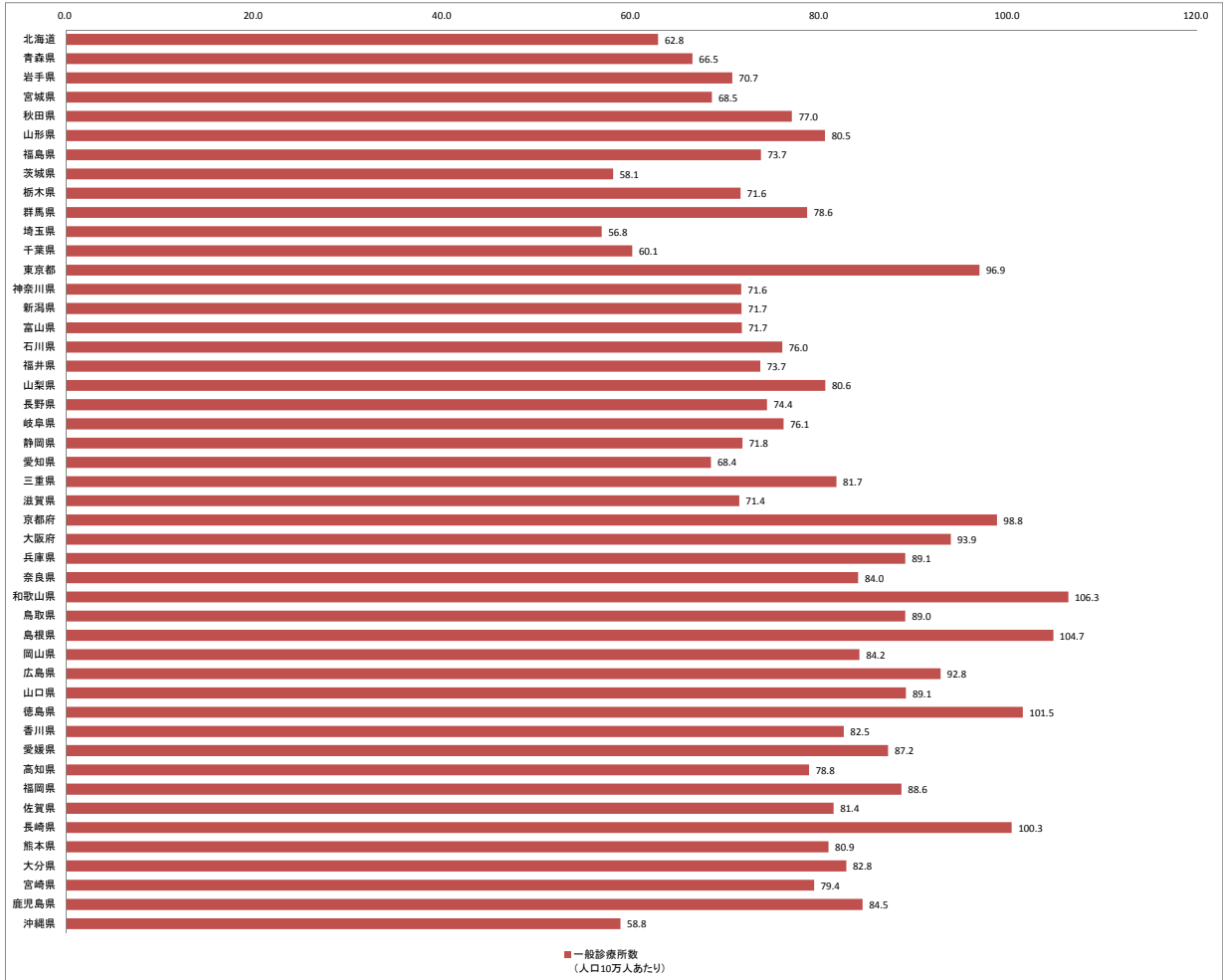
【数値データ】

都道府県名	一般診療所数 (集計値)	一般診療所数 (人口10万人あたり)
北海道	3,433	62.8
青森県	912	66.5
岩手県	929	70.7
宮城県	1,589	68.5
秋田県	829	77.0
山形県	931	80.5
福島県	1,460	73.7
茨城県	1,740	58.1
栃木県	1,439	71.6
群馬県	1,591	78.5
埼玉県	4,134	56.8
千葉県	3,749	60.1
東京都	12,740	96.9
神奈川県	6,506	71.6
新潟県	1,092	71.7
富山県	785	71.7
石川県	884	76.0
福井県	597	73.7
山梨県	696	80.6
長野県	1,611	74.4
岐阜県	1,601	76.1
静岡県	2,734	71.8
愛知県	5,106	68.4
三重県	1,530	81.7
滋賀県	1,014	71.4
京都府	2,556	98.8
大阪府	8,331	93.9
兵庫県	5,041	89.1
奈良県	1,181	84.0
和歌山県	1,081	106.3
鳥取県	524	89.0
島根県	747	104.7
岡山県	1,638	84.2
広島県	2,867	92.8
山口県	1,290	89.1
徳島県	797	101.5
香川県	834	82.5
愛媛県	1,256	87.2
高知県	596	78.8
福岡県	4,525	88.6
佐賀県	695	81.4
長崎県	1,432	100.3
熊本県	1,477	80.9
大分県	993	82.8
宮崎県	906	79.4
鹿児島県	1,438	84.5
沖縄県	846	58.8

【地図】一般診療所数(10万人あたり)



【グラフ】一般診療所数(10万人あたり)

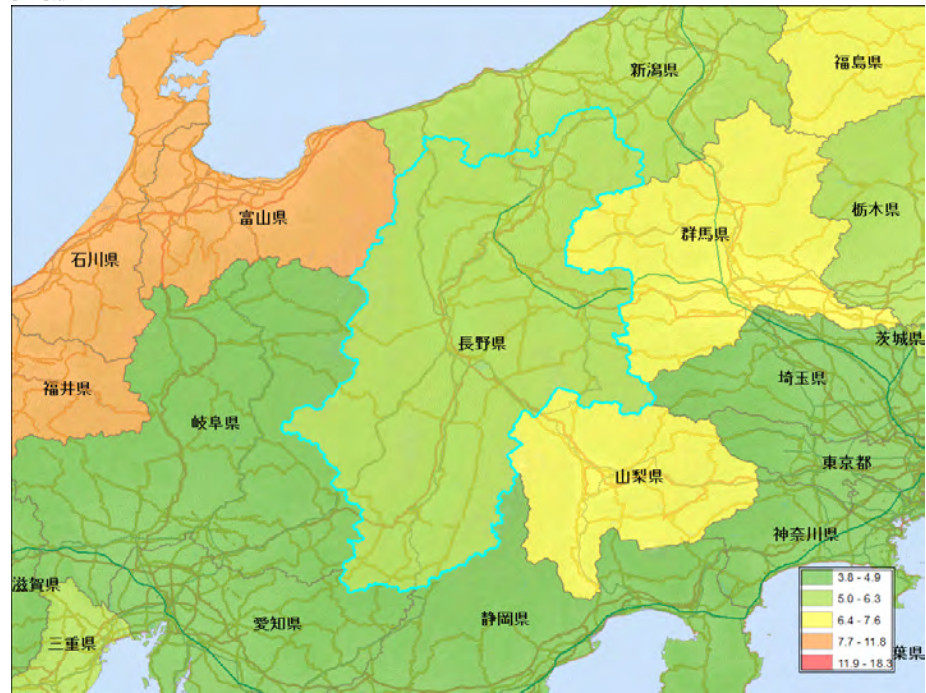


## ■病院数(都道府県)

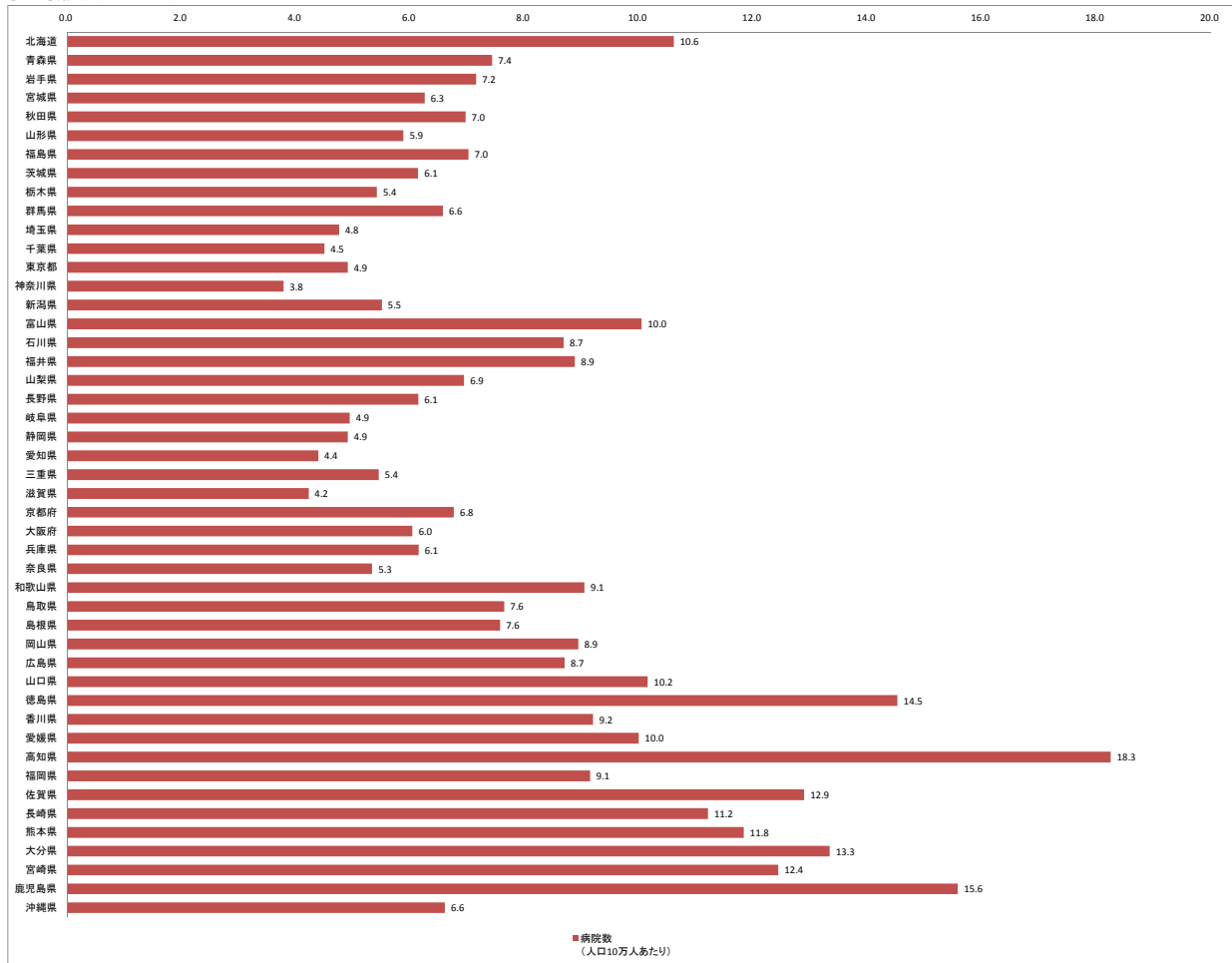
【数値データ】

都道府県名	病院数 (集計値)	病院数 (人口10万人あたり)
北海道	580	10.6
青森県	102	7.4
岩手県	94	7.2
宮城県	145	6.3
秋田県	75	7.0
山形県	68	5.9
福島県	139	7.0
茨城県	184	6.1
栃木県	109	5.4
群馬県	133	6.6
埼玉県	346	4.8
千葉県	281	4.5
東京都	645	4.9
神奈川県	344	3.8
新潟県	130	5.5
富山県	110	10.0
石川県	101	8.7
福井県	72	8.9
山梨県	60	6.9
長野県	133	6.1
岐阜県	104	4.9
静岡県	187	4.9
愛知県	328	4.4
三重県	102	5.4
滋賀県	60	4.2
京都府	175	6.8
大阪府	536	6.0
兵庫県	348	6.1
奈良県	75	5.3
和歌山県	92	9.1
鳥取県	45	7.6
島根県	54	7.6
岡山県	174	8.9
広島県	250	8.7
山口県	147	10.2
徳島県	114	14.5
香川県	93	9.2
愛媛県	144	10.0
高知県	138	18.3
福岡県	467	9.1
佐賀県	110	12.9
長崎県	160	11.2
熊本県	216	11.8
大分県	160	13.3
宮崎県	142	12.4
鹿児島県	265	15.6
沖縄県	95	6.6

【地図】病院数(10万人あたり)



【グラフ】病院数(10万人あたり)

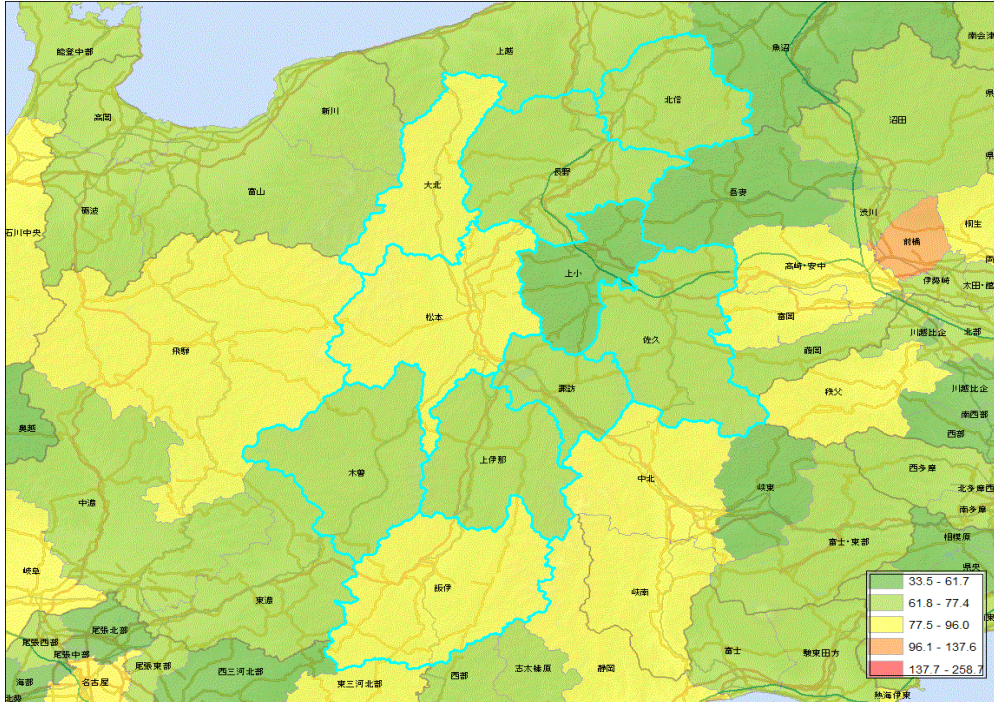


## ■一般診療所数(二次医療圏)

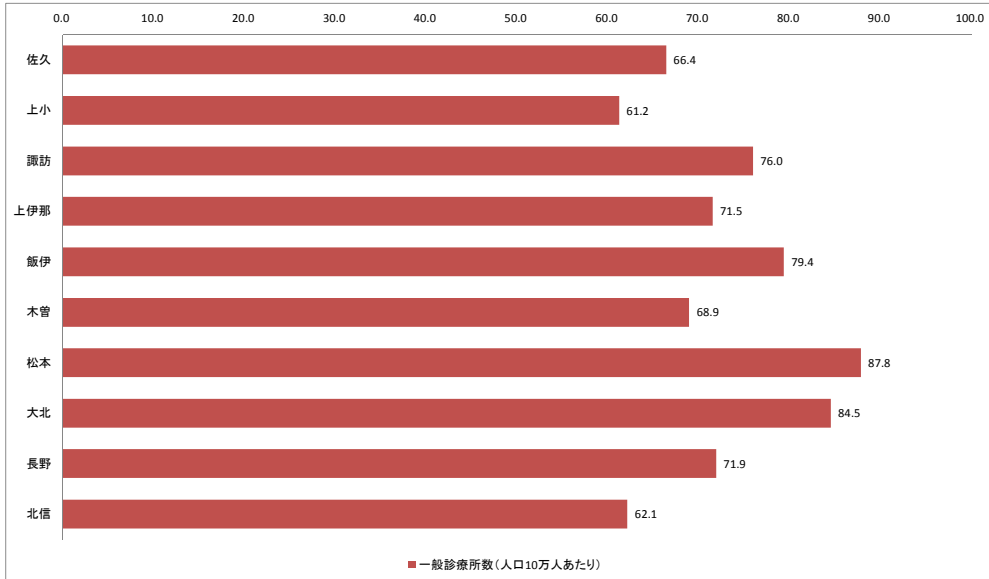
【数値データ】

二次医療圏名	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信
一般診療所数(集計値)	142	125	156	136	135	21	381	53	403	59
一般診療所数(人口10万人あたり)	66.4	61.2	76.0	71.5	79.4	68.9	87.8	84.5	71.9	62.1

【地図】一般診療所数(10万人あたり)



【グラフ】一般診療所数(10万人あたり)



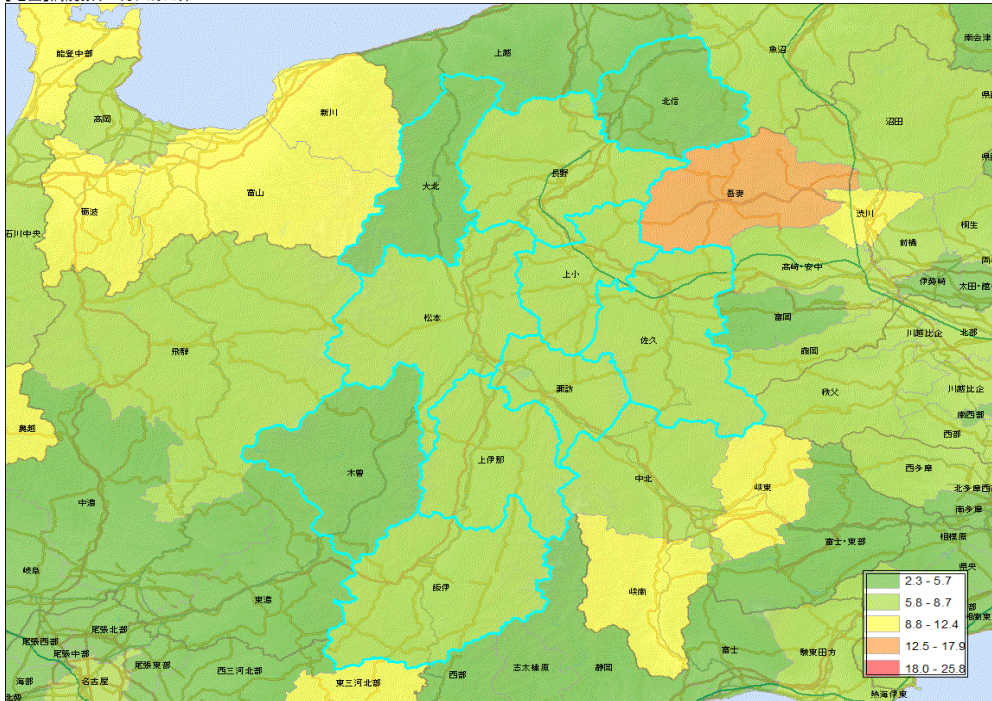


## ■病院数(二次医療圏)

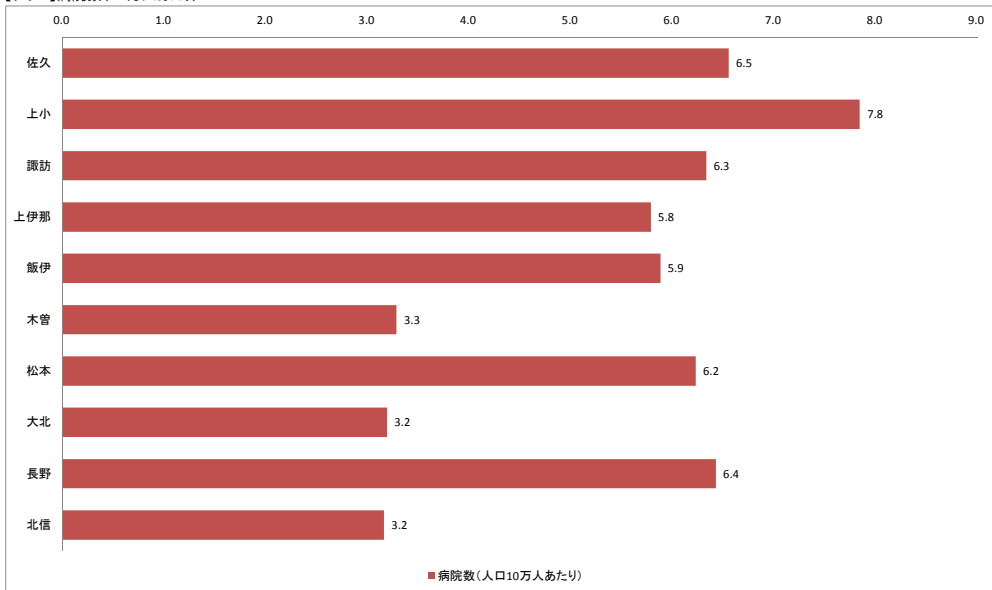
【数値データ】

二次医療圏名	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信
病院数(集計値)	14	16	13	11	10	1	27	2	36	3
病院数(人口10万人あたり)	6.5	7.8	6.3	5.8	5.9	3.3	6.2	3.2	6.4	3.2

【地図】病院数(10万人あたり)



【グラフ】病院数(10万人あたり)



■禁煙外来を行っている一般診療所数(都道府県)

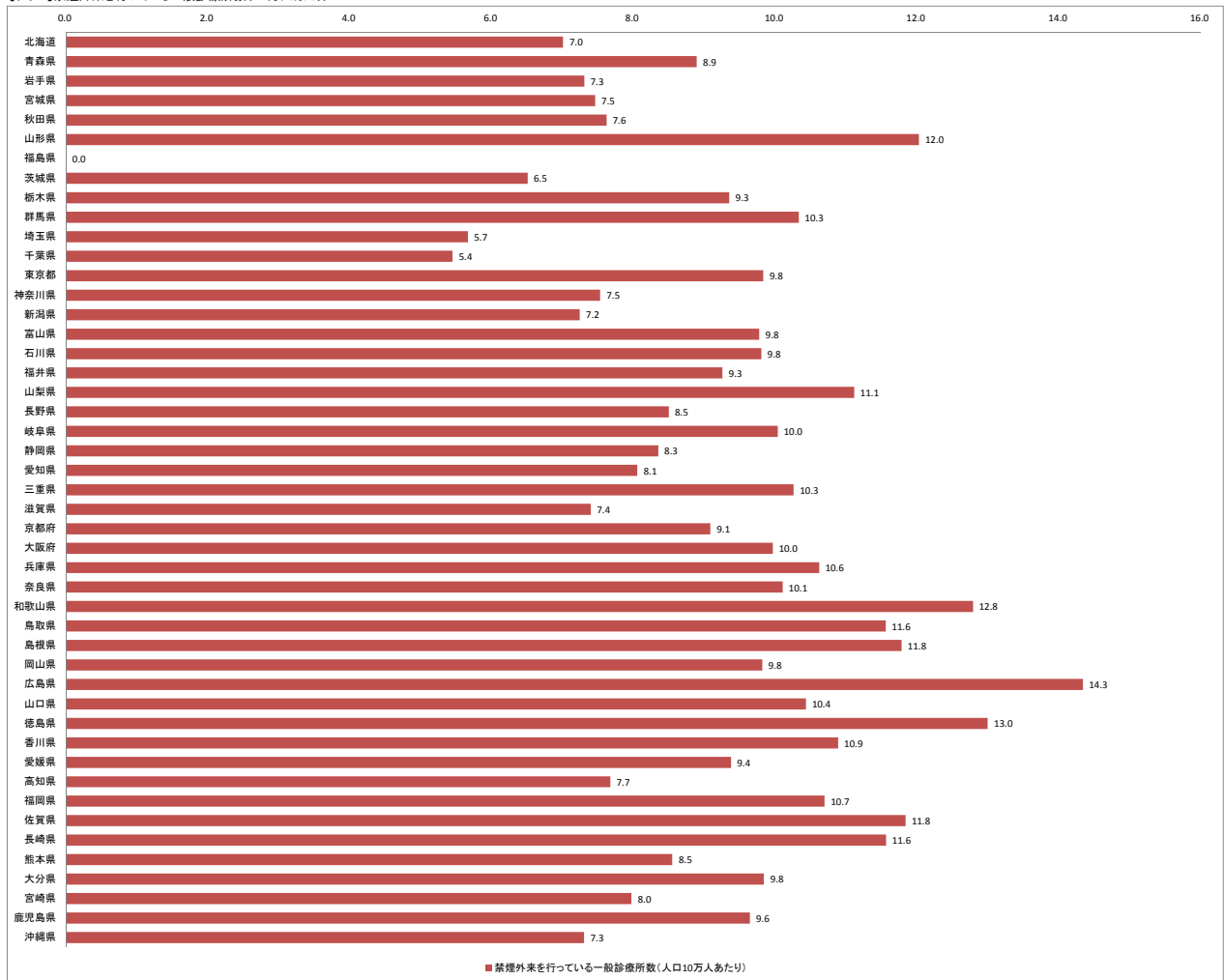
【数値データ】

都道府県名	禁煙外来を行っている一般診療所数(集計値)	禁煙外来を行っている一般診療所数(人口10万人あたり)
北海道	383	7.0
青森県	122	8.9
岩手県	96	7.3
宮城県	173	7.5
秋田県	82	7.6
山形県	139	12.0
福島県	0	0.0
茨城県	195	6.5
栃木県	188	9.3
群馬県	209	10.3
埼玉県	412	5.7
千葉県	340	5.4
東京都	1,292	9.8
神奈川県	684	7.5
新潟県	171	7.2
富山県	107	9.8
石川県	114	9.8
福井県	75	9.3
山梨県	96	11.1
長野県	184	8.5
岐阜県	211	10.0
静岡県	318	8.3
愛知県	601	8.1
三重県	192	10.3
滋賀県	105	7.4
京都府	235	9.1
大阪府	884	10.0
兵庫県	601	10.6
奈良県	142	10.1
和歌山県	130	12.8
鳥取県	68	11.8
島根県	84	11.8
岡山県	191	9.8
広島県	412	14.3
山口県	151	10.4
徳島県	102	13.0
香川県	110	10.9
愛媛県	135	9.4
高知県	58	7.7
福岡県	546	10.7
佐賀県	101	11.8
長崎県	165	11.6
熊本県	156	8.5
大分県	118	9.8
宮崎県	91	8.0
鹿児島県	164	9.6
沖縄県	105	7.3

【地図】禁煙外来を行っている一般診療所数(10万人あたり)



【グラフ】禁煙外来を行っている一般診療所数(10万人あたり)

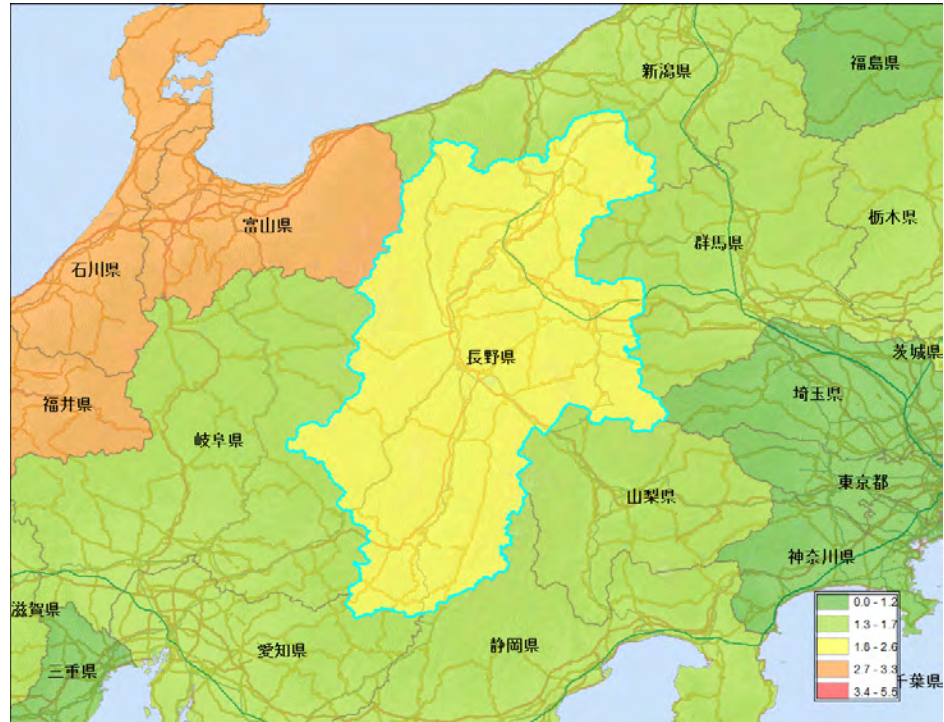


■禁煙外来を行っている病院数(都道府県)

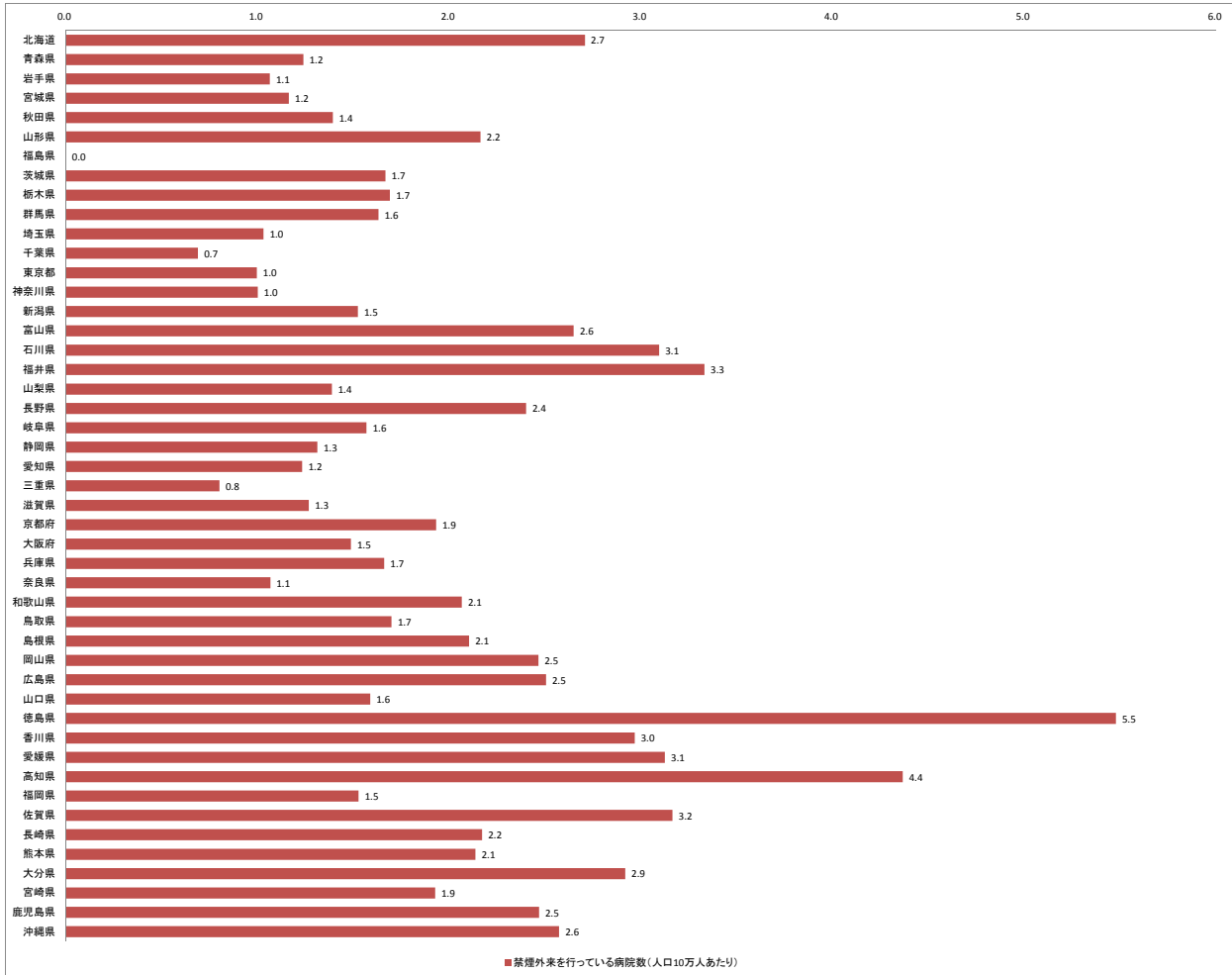
【数値データ】

都道府県名	禁煙外来を行っている病院数(集計値)	禁煙外来を行っている病院数(人口10万人あたり)
北海道	148	2.7
青森県	17	1.2
岩手県	14	1.1
宮城県	27	1.2
秋田県	15	1.4
山形県	25	2.2
福島県	0	0.0
茨城県	50	1.7
栃木県	34	1.7
群馬県	33	1.6
埼玉県	75	1.0
千葉県	43	0.7
東京都	131	1.0
神奈川県	91	1.0
新潟県	36	1.5
富山県	29	2.6
石川県	36	3.1
福井県	27	3.3
山梨県	12	1.4
長野県	52	2.4
岐阜県	33	1.6
静岡県	50	1.3
愛知県	92	1.2
三重県	15	0.8
滋賀県	18	1.3
京都府	50	1.9
大阪府	132	1.5
兵庫県	94	1.7
奈良県	15	1.1
和歌山県	21	2.1
鳥取県	10	1.7
島根県	15	2.1
岡山県	48	2.5
広島県	72	2.5
山口県	23	1.6
徳島県	43	5.5
香川県	30	3.0
愛媛県	45	3.1
高知県	33	4.4
福岡県	78	1.5
佐賀県	27	3.2
長崎県	31	2.2
熊本県	39	2.1
大分県	35	2.9
宮崎県	22	1.9
鹿児島県	42	2.5
沖縄県	37	2.6

【地図】禁煙外来を行っている病院数(10万人あたり)



【グラフ】禁煙外来を行っている病院数(10万人あたり)



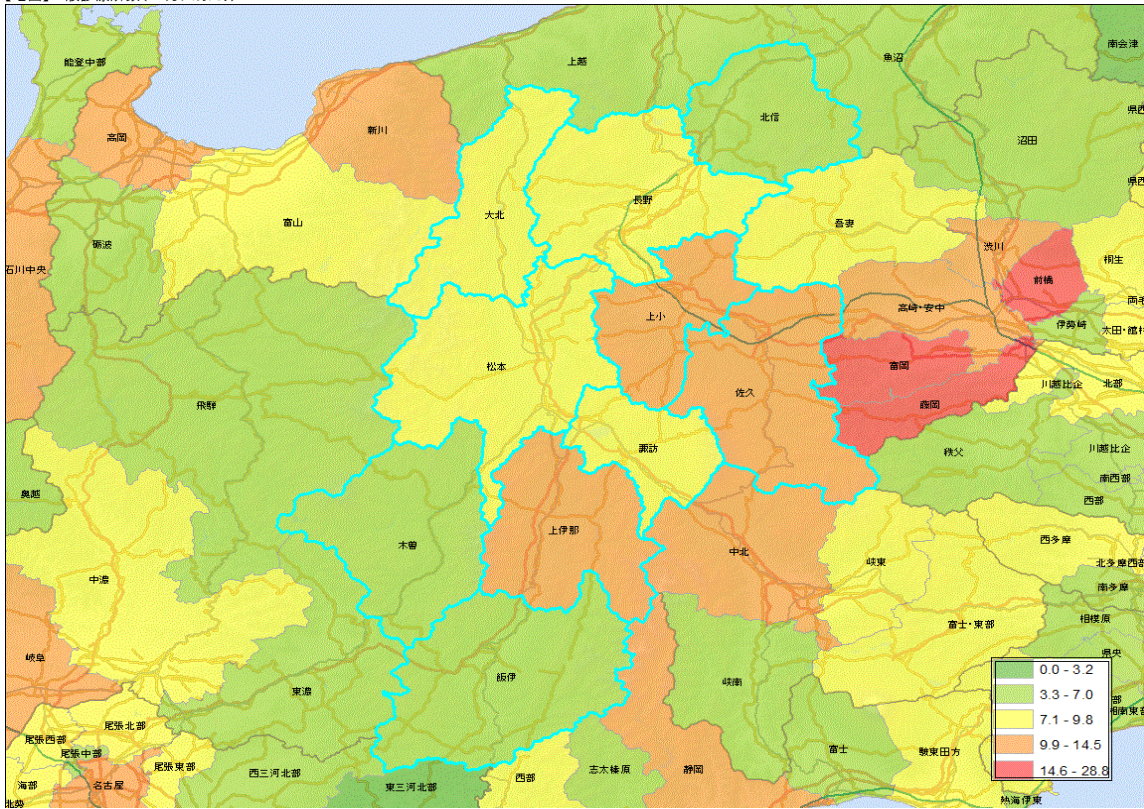


## ■禁煙外来を行っている一般診療所数(二次医療圏)

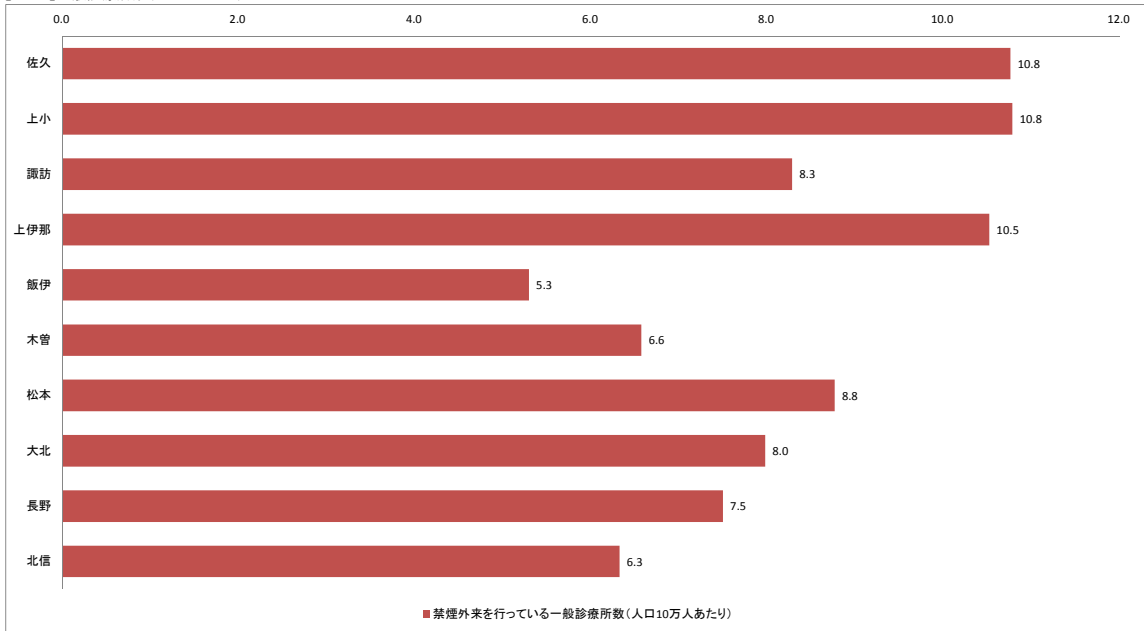
【数値データ】

二次医療圏名	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信
禁煙外来を行っている一般診療所数(集計値)	23	22	17	20	9	2	38	5	42	6
禁煙外来を行っている一般診療所数(人口10万人あたり)	10.8	10.8	8.3	10.5	5.3	6.6	8.8	8.0	7.5	6.3

【地図】一般診療所数(10万人あたり)



【グラフ】一般診療所数(10万人あたり)



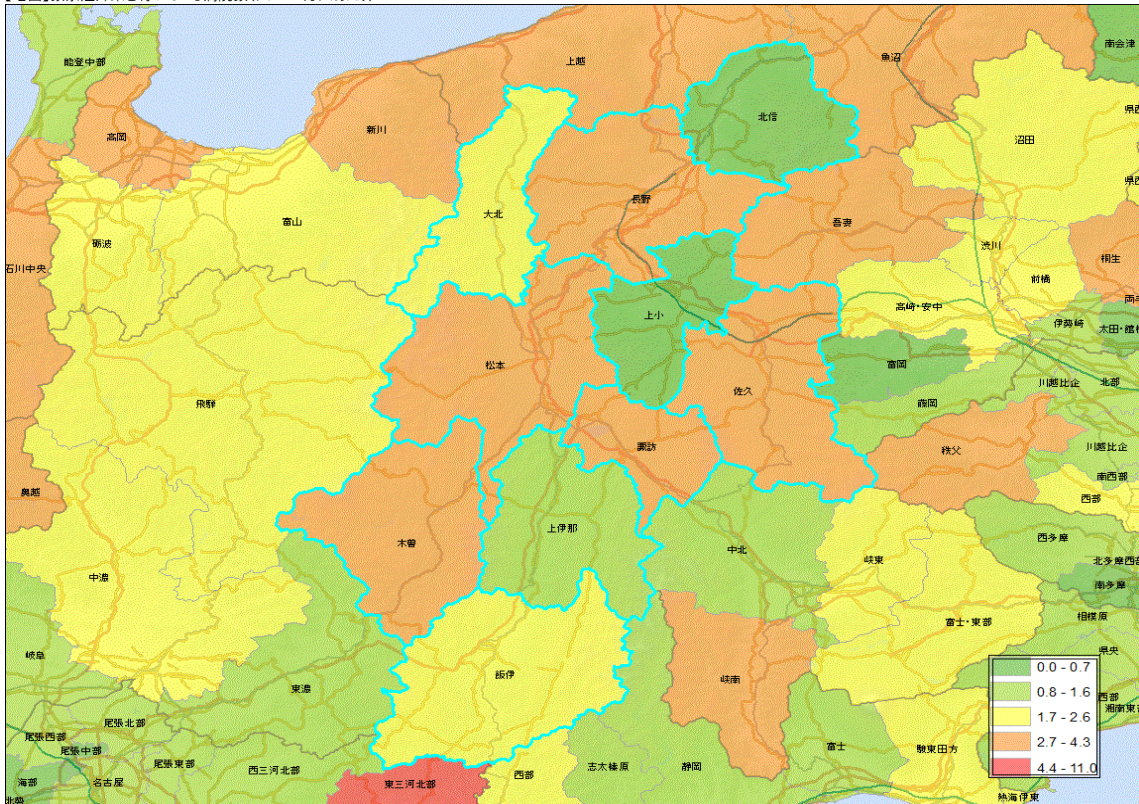


## ■禁煙外来を行っている病院数(二次医療圏)

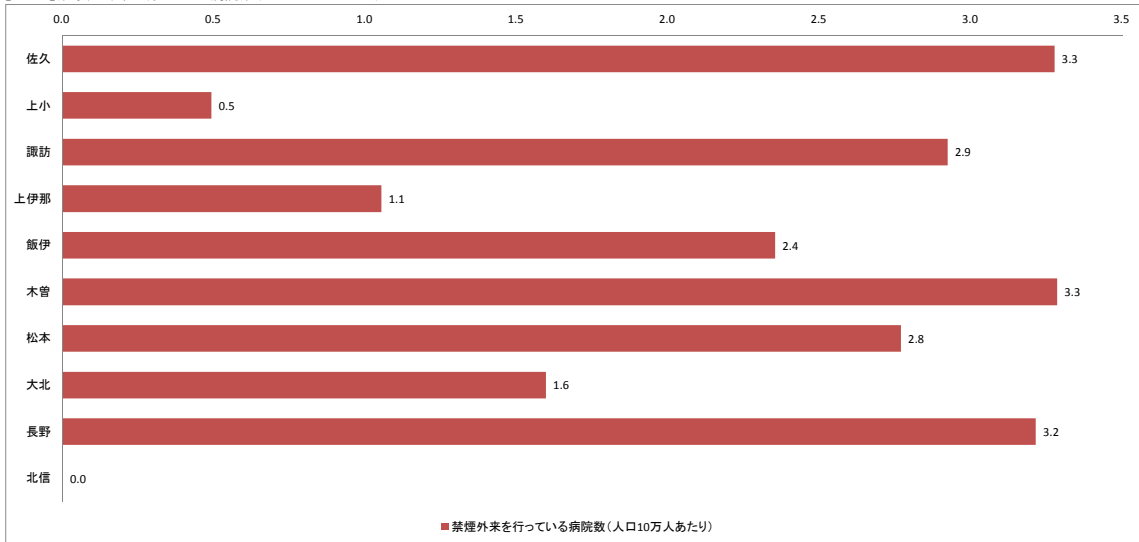
【数値データ】

二次医療圏名	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信
禁煙外来を行っている病院数(集計値)	7	1	6	2	4	1	12	1	18	0
禁煙外来を行っている病院数(人口10万人あたり)	3.3	0.5	2.9	1.1	2.4	3.3	2.8	1.6	3.2	0.0

【地図】数禁煙外来を行っている病院数(人口10万人あたり)



【グラフ】数禁煙外来を行っている病院数(人口10万人あたり)

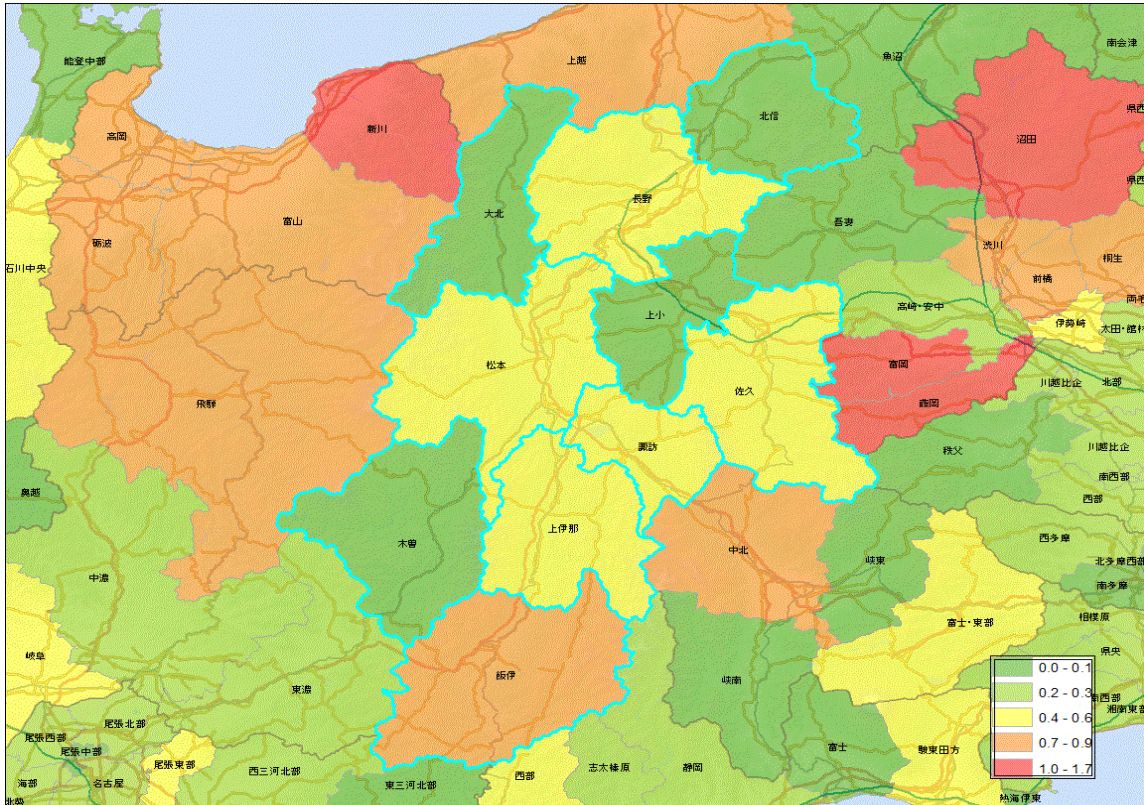


## ■がん診療連携拠点病院数(二次医療圏)

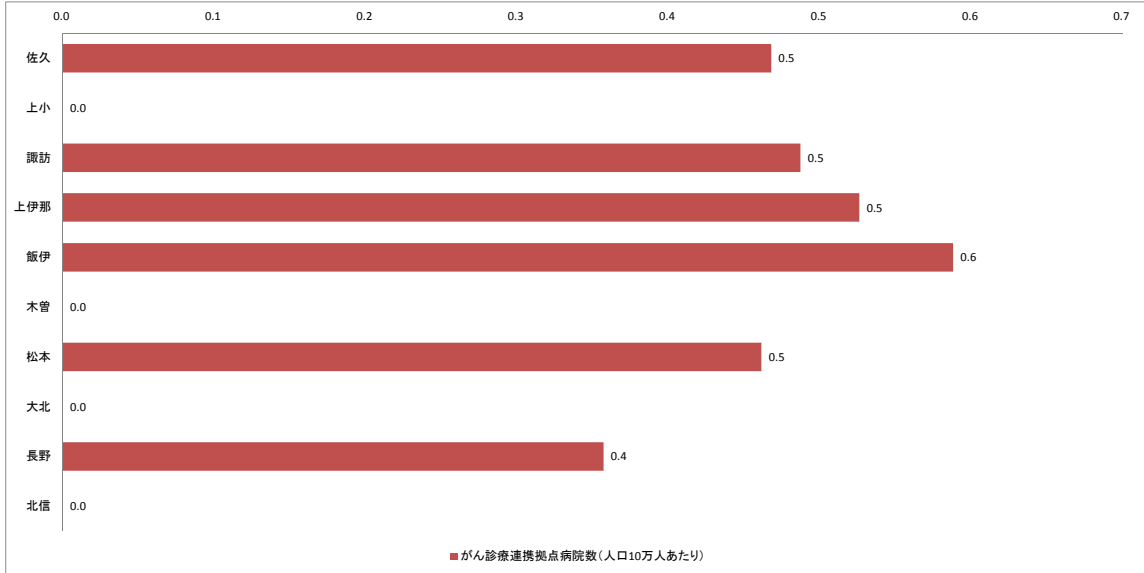
【数値データ】

二次医療圏名	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信
がん診療連携拠点病院数(集計値)	1	0	1	1	1	0	2	0	2	0
がん診療連携拠点病院数(人口10万人あたり)	0.5	0.0	0.5	0.5	0.6	0.0	0.5	0.0	0.4	0.0

【地図】がん診療連携拠点病院数(人口10万人あたり)



【グラフ】がん診療連携拠点病院数(人口10万人あたり)





## 健康診断・健康検査の受診率(都道府県)

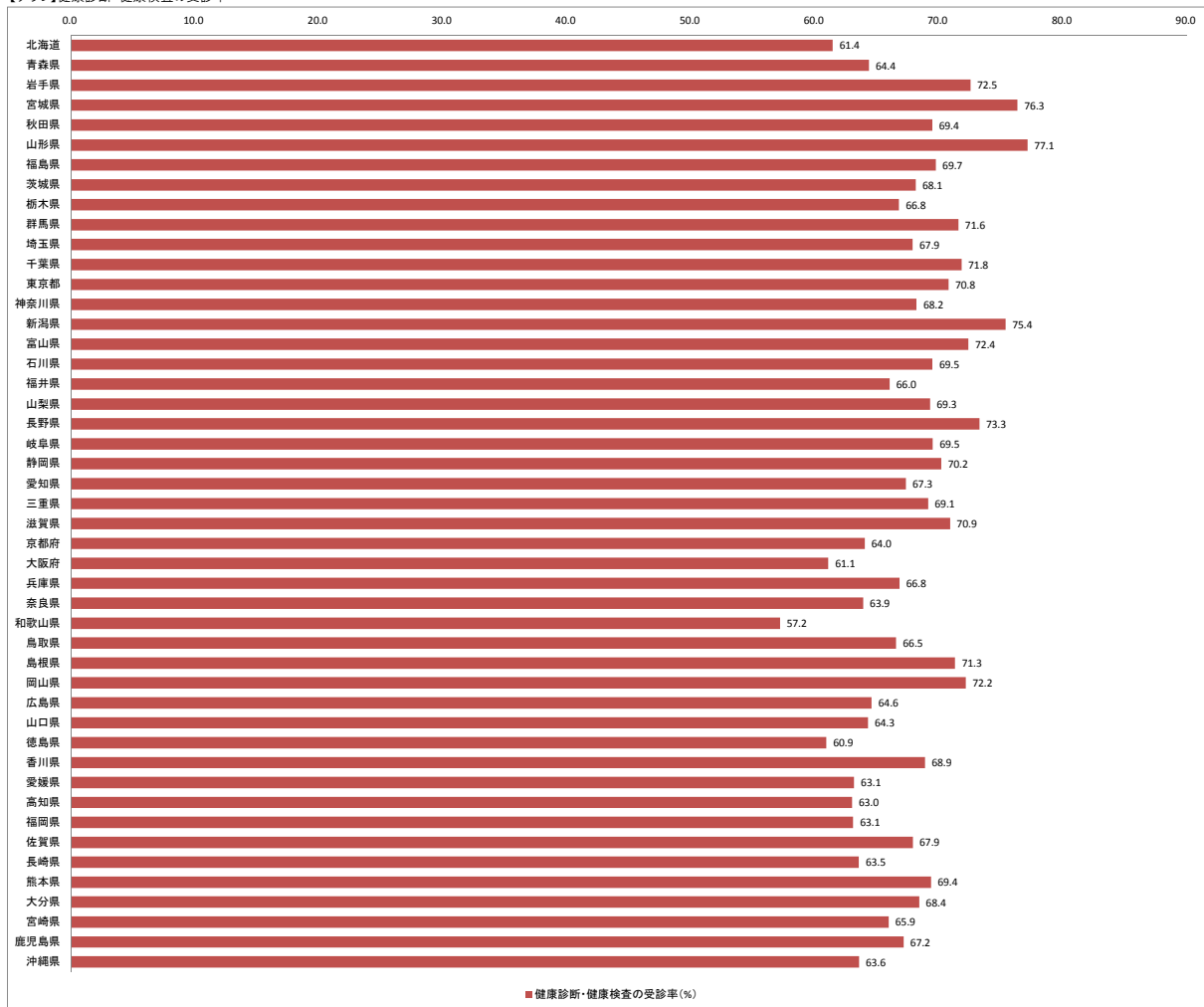
【数値データ】

都道府県名	健康診断・健康検査の受診率(%)
北海道	61.4
青森県	64.4
岩手県	72.5
宮城県	76.3
秋田県	69.4
山形県	77.1
福島県	69.7
茨城県	68.1
栃木県	66.8
群馬県	71.6
埼玉県	67.9
千葉県	71.8
東京都	70.8
神奈川県	68.2
新潟県	75.4
富山県	72.4
石川県	69.5
福井県	66.0
山梨県	69.3
長野県	73.3
岐阜県	69.5
静岡県	70.2
愛知県	67.3
三重県	69.1
滋賀県	70.9
京都府	64.0
大阪府	61.1
兵庫県	66.8
奈良県	63.9
和歌山県	57.2
鳥取県	66.5
島根県	71.3
岡山県	72.2
広島県	64.6
山口県	64.3
徳島県	60.9
香川県	68.9
愛媛県	63.1
高知県	63.0
福岡県	63.1
佐賀県	67.9
長崎県	63.5
熊本県	69.4
大分県	68.4
宮崎県	65.9
鹿児島県	67.2
沖縄県	63.6

【地図】健康診断・健康検査の受診率



【グラフ】健康診断・健康検査の受診率

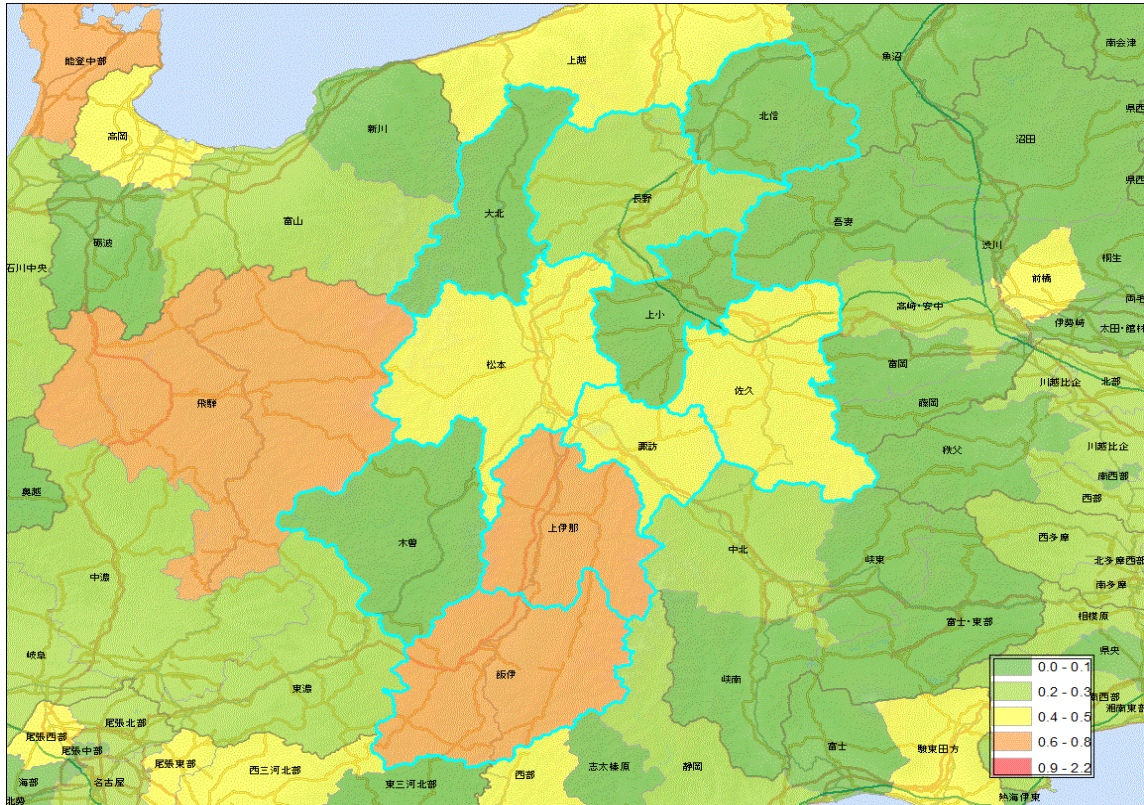


## ■救命救急センターを有する病院数(二次医療圏)

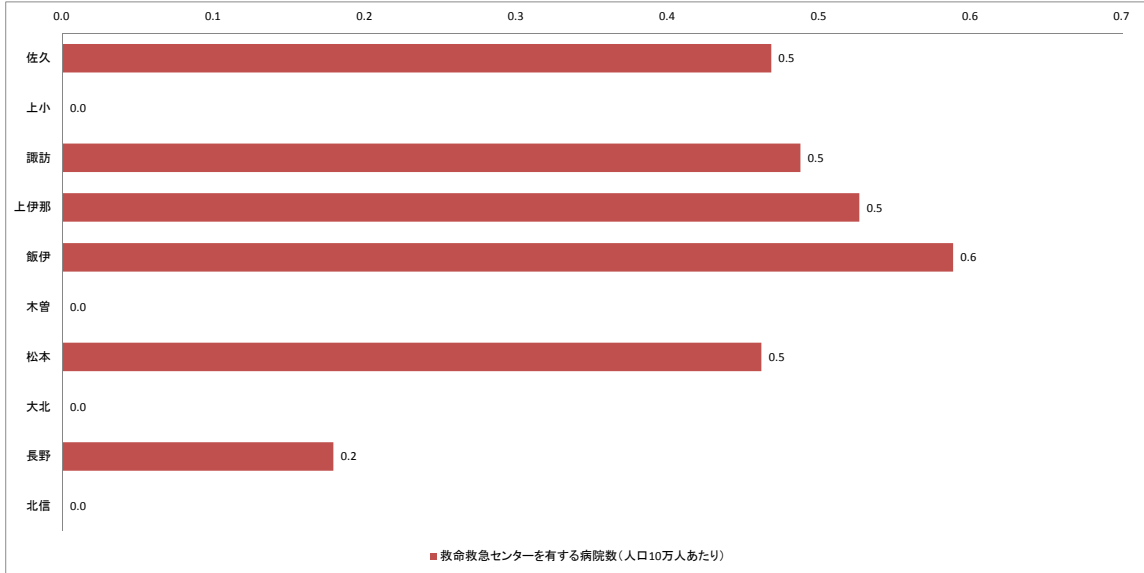
【数値データ】

二次医療圏名	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信
救命救急センターを有する病院数(集計値)	1	0	1	1	1	0	2	0	1	0
救命救急センターを有する病院数(人口10万人あたり)	0.5	0.0	0.5	0.5	0.6	0.0	0.5	0.0	0.2	0.0

【地図】救命救急センターを有する病院数(人口10万人あたり)



【グラフ】救命救急センターを有する病院数(人口10万人あたり)



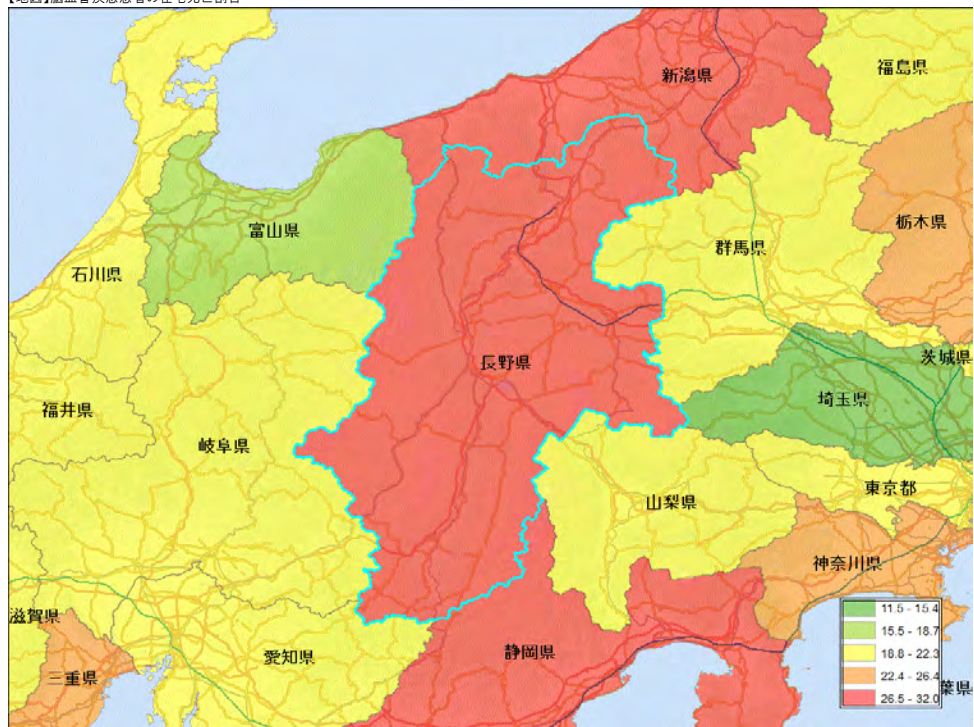


## ■脳血管疾患患者の在宅死亡割合(都道府県)

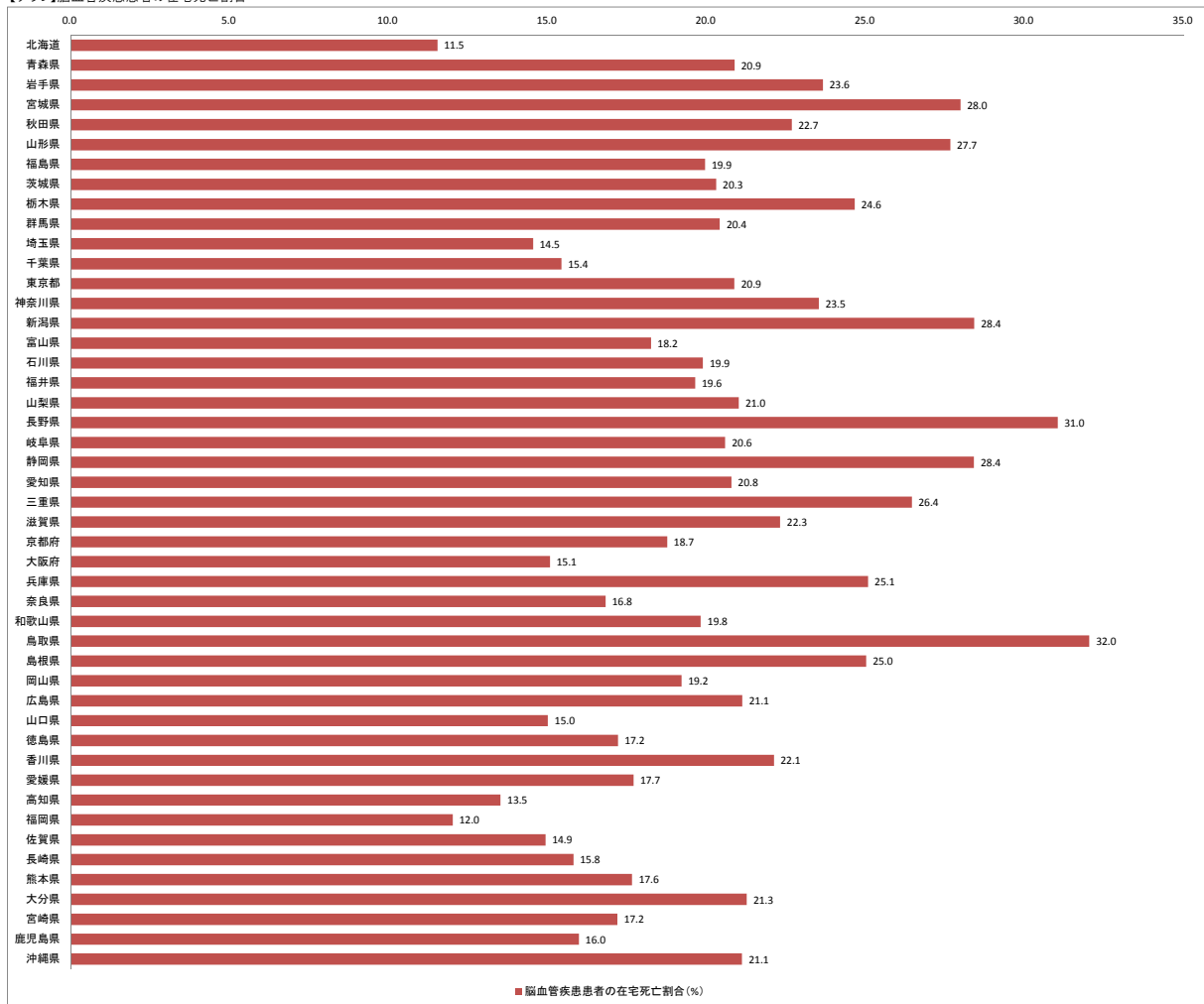
【数値データ】

都道府県名	脳血管疾患患者の在宅死亡割合(%)
北海道	11.5
青森県	20.9
岩手県	23.6
宮城県	28.0
秋田県	22.7
山形県	27.7
福島県	19.9
茨城県	20.3
栃木県	24.6
群馬県	20.4
埼玉県	14.5
千葉県	15.4
東京都	20.9
神奈川県	23.5
新潟県	28.4
富山県	18.2
石川県	19.9
福井県	19.6
山梨県	21.0
長野県	31.0
岐阜県	20.6
静岡県	28.4
愛知県	20.8
三重県	26.4
滋賀県	22.3
京都府	18.7
大阪府	15.1
兵庫県	25.1
奈良県	16.8
和歌山県	19.8
鳥取県	32.0
島根県	25.0
岡山県	19.2
広島県	21.1
山口県	15.0
徳島県	17.2
香川県	22.1
愛媛県	17.7
高知県	13.5
福岡県	12.0
佐賀県	14.9
長崎県	15.8
熊本県	17.6
大分県	21.3
宮崎県	17.2
鹿児島県	16.0
沖縄県	21.1

【地図】脳血管疾患患者の在宅死亡割合



【グラフ】脳血管疾患患者の在宅死亡割合



	予防	一次医療	二次医療	三次医療	療養支援
住民	◎ がん検診受診率 ◎ 喫煙率				
患者	◎ 喫煙率				
診療所等		◎	外来化学療法を実施している医療機関数		
	◎	禁煙外来を行っている医療機関数			
	◎	敷地内禁煙をしている医療機関の割合			
主に急性期機能の病院	◎	敷地内禁煙をしている医療機関の割合			
			◎	がん診療連携拠点病院数	
			◎	放射線治療を実施している医療機関数	
			◎	緩和ケアチームのある医療機関数	
			◎	緩和ケア病棟を有する病院数・病床数	
				緩和ケア外来を実施している医療機関数	
				緩和ケアに関する基本的な知識を習得した医師数	
				都道府県が認定するがん診療連携拠点病院に準ずる病院数	
		◎	病理診断科医師数		
			病理診断の体制が整備されている医療機関数		
			画像診断の体制が整備されている医療機関数		
			がんを専門とする医療従事者数		
			相談支援センターの設置医療機関数		
		◎	がん患者に対してカウンセリングを実施している医療機関数		
			院内がん登録を実施している医療機関数		
			必要な研修を受講したがん登録の実務を担う者を配置している医療機関数		
			がん診療に関するパンフレットを配布している医療機関数		
			ホームページでがん診療に関する情報提供を行っている医療機関数		
			診療ガイドライン等に基づき作成されたクリティカルパスを整備している医療機関数		
		◎	悪性腫瘍手術の実施件数		
		◎	放射線治療の実施件数		
		◎	外来化学療法の実施件数		
			抗がん剤の混合・調製の実施件数		
		○	地域連携クリティカルパスに基づく診療計画策定等の実施件数		
		◎	医療用麻薬の処方を行っている医療機関数		
		○	地域連携クリティカルパスに基づく診療提供等の実施件数		
			地域連携クリティカルパスの導入率		
		◎	医療用麻薬の消費量		
主に回復期機能の病院	◎	敷地内禁煙をしている医療機関の割合			
			◎	がんリハビリテーションを実施する医療機関数	
			○	がんリハビリテーションの実施件数	
				栄養サポートチームによる栄養管理を実施している医療機関数	
主に慢性期機能の病院	◎	敷地内禁煙をしている医療機関の割合			
			◎	がんリハビリテーションを実施する医療機関数	
			○	がんリハビリテーションの実施件数	
				栄養サポートチームによる栄養管理を実施している医療機関数	
保険者					
地方自治体	がん検診チェックリストの項目を8割以上実施している市区町村数				
介護事業者					緩和ケアが提供できる訪問看護ステーション数
その他	禁煙指導を行っている薬局数				◎ 麻薬小売業免許取得薬局数
	◎	年齢調整死亡率			
			がん患者の在宅死亡割合		

◎:必須指標、○:推奨指標

## 医療法等改正に関する意見

平成25年12月27日  
社会保障審議会医療部会

社会保障審議会医療部会においては、平成23年12月22日に、「医療提供体制の改革に関する意見」を取りまとめており、これを受けて、厚生労働省においては、関連する検討会等が設けられ、医療法等の改正に向けての検討が行われてきた。

また、平成24年2月には、社会保障・税一体改革大綱が閣議決定され、社会保障制度改革の方向性が示された。同年8月には、社会保障制度改革推進法が公布・施行され、これに基づき、同年11月に社会保障制度改革国民会議が設置され、社会保障制度改革の内容について、具体的な議論が行われた。この議論については、平成25年8月6日に、社会保障制度改革国民会議報告書として取りまとめられ、これを踏まえ、政府において、同年10月に、持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律案を国会に提出し、同年12月5日に成立したところである。

こうした政府の社会保障制度改革全体の検討を踏まえ、社会保障審議会医療部会においては、本年6月より10回にわたり、医療提供体制の改革の具体的内容について、さらに議論を深めてきたところであり、これまでの議論を踏まえ、医療法等改正に関する意見を以下のとおり取りまとめた。

厚生労働省においては、本部会の意見を十分踏まえ、制度見直しが必要な事項についての法律改正案を次期通常国会に提出する等、改革に早急に取り組み、着実に実施されたい。

## I 基本的な考え方

- 今後、高齢化が進展し、医療・介護サービスの需要が増大していく中で、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ためには、医療機能の分化・連携を進め、各医療機能に応じて必要な医療資源を適切に投入し、入院医療全体の強化を図るとともに、同時に、退院患者の生活を支える在宅医療及び介護サービス提供体制を充実させていくことが必要である。
  
- また、今後、認知症高齢者、単身や夫婦のみの高齢者世帯が増加していくことも踏まえれば、地域包括ケアシステム（地域の実情に応じて、高齢者が可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制）を構築することが求められ、そのためには、地域の中で医療と介護サービスが一体的に提供されることが必要であり、医療と介護の連携をさらに推進する必要がある。
  
- さらに、我が国の医療提供体制については、医療人材の確保の面では、
  - ・ 医師等の地域間・診療科間での偏在
  - ・ 医療需要の多様化、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う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、厳しい勤務環境といった課題があり、限られた医療資源を有効活用し、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ためには、医師等の偏在の是正、チーム医療の推進、看護職員の確保、医療機関の勤務環境の改善等に取り組む必要がある。
  
- 加えて、医療事故に係る調査の仕組みを確立することや、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こと、医療法人に関する制度の見直し等、医療を取り巻く環境の変化に対応した改革も求められている。
  
- こうした課題に対処し、医療提供体制の改革を進めるため、以下に記載した事項について、実効性ある取組を行っていくべきである。



## Ⅱ 具体的な改革の内容について

### 1. 医療機能の分化・連携及び地域包括ケアシステムの構築に資する在宅医療の推進について

#### (1) 病床機能報告制度の創設

- 医療機能の分化・連携の推進にあたっては、地域において、それぞれの医療機関が担っている医療機能の情報を把握し、分析することが必要であることから、医療機関が、その有する病床（一般病床及び療養病床）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、病棟単位を基本として、都道府県に報告する仕組みを、医療法上の制度として設けるべきである。
- 医療機能の名称は高度急性期機能、急性期機能、回復期機能及び慢性期機能の4区分とし、一般病床及び療養病床を有する医療機関は各医療機能の内容に照らして、病棟ごとにこの中からいずれか1つを選択して、都道府県に報告することとする。ただし、実際の病棟には、様々な病期の患者が入院していることから、医療機関が併せて報告する具体的な報告事項については、提供している医療の内容が正確な実績として明らかとなるようなものとする必要がある。
- また、具体的な報告事項については、医療機関にとって極力追加的な負担が生じないように留意しつつ、都道府県での地域医療ビジョンを策定する上で必要な情報と、患者・住民・他の医療機関に明らかにする情報を求めることとすべきである。
- 医療機関から都道府県に報告された情報については、患者・国民に分かりやすい形に工夫して公表し、患者・国民の医療機関の選択に資するようにすべきである。
- また、各医療機能の内容（報告の基準）は、病棟単位の医療の情報が不足している現段階では具体的な数値で示すことは困難であるため、制度開始当初は定性的なものとするが、今後、報告内容を分析して、定量的なもの（指標）としていくべきである。
- なお、具体的な報告事項やその公表のあり方等については、引

き続き、「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」において検討するとともに、各医療機能の区分とそれぞれの内容等については、今後、報告された内容を分析し、その結果に基づき、必要に応じて、見直しがあり得るものである。

## (2) 地域医療ビジョンの策定

- 都道府県においては、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・連携を進め、医療資源の適正な配分を図ることにより、今後、高齢化の進展により増大する医療・介護サービスの需要に対応できる地域医療提供体制を構築するために、地域医療ビジョンを策定することが必要である。
- 地域医療ビジョンについては、地域の医療需要の将来推計や病床機能報告制度により医療機関から報告された情報等を活用し、二次医療圏等ごとに、各医療機能の将来の必要量等を含む地域の医療提供体制の将来の目指すべき姿を示すものとし、これを都道府県は医療計画の一部として策定することとすべきである。
- 地域医療ビジョンでは、主に以下の内容について定めることとすべきである。
  - ・ 2025年の医療需要  
入院・外来別、疾患別患者数 等
  - ・ 2025年に目指すべき医療提供体制  
二次医療圏等（在宅医療については市町村等を単位）ごとの医療機能別の必要量
  - ・ 目指すべき医療提供体制を実現するための施策  
例) 医療機能の分化・連携を進めるための施設整備、医療従事者の確保・養成等
- 国においては、今後、地域医療ビジョンのより詳細な内容を検討し、策定のためのガイドラインを作成することとするが、その際には、都道府県、医療者及び医療保険関係者等も参画する検討会を設置し、具体的な検討を行うこととすべきである。
- また、このガイドラインにおいては、二次医療圏等ごとの医療

需要の将来推計、医療機能別の将来の必要量を算出するための標準的な計算式等を示すこととするが、必要量の算出に当たっては、都道府県が地域の事情等の合理的な理由に基づき、一定の範囲で補正を行うことができるようにすべきである。

- 地域医療ビジョンの策定スケジュールについては、平成 26 年度中に病床機能報告制度を開始し、これにより報告された内容を踏まえて、国において、同年度中に地域医療ビジョンのガイドラインを策定するようにすべきである。

それを受けて、都道府県においては、平成 27 年度から平成 28 年度にかけて地域医療ビジョンを策定できるようにすべきであるが、その際には、都道府県の業務負担等も考慮しつつ、都道府県が地域の実情を踏まえて、積極的に考えて、各都道府県にふさわしい地域医療ビジョンを策定することができるよう、策定期限については、一定の幅のあるものとすべきである。

- また、地域医療ビジョンは、医療計画と同様に、医療法の規定に沿って、医師会、歯科医師会、薬剤師会、医療審議会及び市町村の意見を聴くとともに、病院団体を含めた幅広い関係者の参画も得ながら、策定されるべきである。その内容については、医療機能の分化・連携及び地域包括ケアシステムの構築に資する在宅医療を適切に推進していく観点から、今後、定期的に見直し、記載された各項目がより精緻なものとなるようにする必要がある。

### **(3) 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）**

- 医療機能の分化・連携については、まずは、病床機能報告制度によって、医療機関がその有する病床で担っている医療機能の現状を国及び都道府県が把握・分析し、その結果を踏まえて、都道府県において策定される地域医療ビジョンによって、二次医療圏等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及び医療機関相互の協議により、進められることを前提とすべきである。

- また、国及び都道府県は、医療機関の自主的な取組を支援し、また、医療機関相互の協議を実効的なものとするために、以下の

措置を講ずるべきである。

① 「協議の場」の設置

- ・ 都道府県は、医療機関や医療保険者等の関係者が参加し、個々の医療機関の地域における機能分化・連携について協議する「協議の場」を設置することとする。
- ・ また、この「協議の場」の協議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「協議の場」での合意事項への協力の努力義務等を設けることとする。  
なお、その組織運営は、公平・公正に行われる必要がある。

② 医療保険者の意見を聴く仕組みの創設

- ・ 都道府県が医療計画を策定する際には、医療保険者の意見を聴くこととする。
- ・ その際には、都道府県ごとに設けられている医療保険者による協議会である保険者協議会の意見を聴くことも必要である。

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（後述）

④ 新たな財政支援の仕組みの創設（後述）

- こうした措置を通じて、医療機関による自主的な取組や医療機関相互の協議を実効的なものとし、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病床数を収れんさせていくことが基本となるものである。
- ただし、仮に、「協議の場」の合意に従わない一部医療機関が現れ、地域医療ビジョンで定めた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」が機能しなくなり、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に、都道府県の役割として、以下の措置を設ける必要がある。
- その際、以下の措置については、都道府県において、合理的な根拠に基づき、運用されることが重要である。



### [病院の新規開設・既存医療機関による増床]

- 都道府県知事は、医療計画の達成上必要な場合には、新規開設・増床の許可の際に、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こととする。

### [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

- 都道府県知事は、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、転換にやむを得ない事情がないと認める場合には、医療審議会の意見を聴いて、転換の中止を要請・指示することができることとする。
- 医療機関が都道府県知事の要請等に従わない場合には、現行の医療法上の措置（※）に加えて以下の措置を講ずることができることとする。
  - 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  
(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する必要がある。
- 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、一定の手続を経た上で、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も考えられる。これについては、こうした措置を導入すべきとの意見もある一方、入院患者に与える影響も考慮し、慎重な対応が必要との意見もあることから、今後の機能分化・連携の進捗状況も見ながら、引き続き、検討する必要がある。

※ 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。

## ② 「協議の場」が何らかの事情により機能しなくなり、医療機関の自主的な取組だけでは機能分化・連携が進まない場合

- ・ 現行の医療法において、都道府県知事は、医療審議会の意見を聴いた上で、公的医療機関等の一定期間稼働していない病床の削減を命令することができることとなっているが、これに加えて、都道府県知事は、医療審議会の意見を聴いて、公的医療機関等以外の医療機関の一定期間稼働していない病床についても、一定期限までの稼働又は削減の要請を行うことができることとする。
- ・ 都道府県知事は、医療審議会の意見を聴いた上で、公的医療機関については、過剰な医療機能から不足している医療機能への転換や回復期機能等の充実等の指示を行うことができることとする。  
公的医療機関以外の医療機関については、同様の要請を行うことができることとする。
- ・ 医療機関が都道府県知事の要請等に従わない場合には、上記①の場合のイ・ロの措置を講ずることができることとする。

### (4) 在宅医療の充実、医療と介護の連携の推進等

#### ① 在宅医療の充実

- 医療機能の分化・連携の推進により、入院医療の強化を図ると同時に退院後の生活を支える在宅医療、外来医療及び介護サービスを充実させる必要があり、また、地域包括ケアシステムの構築のためには、医療と介護の連携をさらに推進し、医療・介護サービスの提供体制を一体的に整備していく必要がある。
- 在宅医療の提供体制は、在宅医療を受ける患者の生活の場である日常生活圏域での整備が必要であることから、国、都道府県の支援のもと、市町村が主体となって地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会及び看護協会等と協働して推進する必要がある。
- 地域包括ケアシステムの構築に必要な在宅医療の提供体制

(在宅医療を担う病院、診療所、薬局及び訪問看護事業所等)については、市町村の意向を踏まえ、都道府県と市町村で協議を行い、都道府県は、市町村間の調整及び分析を行った上で、適切な圏域を設定し、医療計画の中に在宅医療の提供体制の整備目標を定めることが必要である。

- 在宅医療の提供体制の充実に係るこうした都道府県と市町村の連携と役割分担について、医療計画を推進していく中で改めて明確にする必要がある。
- また、在宅医療の提供体制の充実のためには、在宅医療に取り組む人材の確保及び育成を推進する観点から、医師、歯科医師、薬剤師、看護師等に対しての在宅医療への参入の動機付けとなるような研修や在宅医療に関わる医療従事者の資質向上のための研修等を実施する必要がある。また、副主治医の確保など在宅医療に取り組む関係者の負担軽減の取組や、後方病床の確保や救急医療との連携などのバックアップ体制を構築することも重要である。都道府県は、各関係団体や市町村等がこうした取組を実施していくことができるよう支援する必要がある。

## ② 医療と介護の連携の推進

- 平成 23・24 年度に実施した在宅医療連携拠点事業では、在宅医療の充実と在宅医療を含めた地域包括ケアシステムの構築に寄与したなどの効果が得られている。さらに、平成 25 年度から実施している在宅医療推進事業の成果も踏まえ、医療に係る専門的な知識及び経験を活用した地域における在宅医療・介護の連携拠点としての機能の構築といった医療と介護の連携の推進について、介護保険法の地域支援事業の包括的支援事業に位置づけ、市町村が主体となり、取り組むこととする方向で議論が進められている。
- 市町村が主体となった取組を進めるためには、国、都道府県においては、これまで在宅医療の提供体制等への関与が少なかった市町村への支援として、これまでの在宅医療連携拠点事業で蓄積されたノウハウや地域の先駆的事例を情報提供すること等が必要である。なお、都道府県は広域的に対応する必要がある調整等に

ついて保健所を通じて市町村の支援を行うことも重要である。

また、市町村や地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会及び看護協会等において、医療と介護の連携体制の構築を進めるにあたり、各市町村で中心的役割を担うリーダーや医療と介護に精通した連携のコーディネーターとなる人材育成等が必要であり、その支援を行っていくことが求められる。

- さらに、高齢者だけではなく、NICU（新生児集中治療室）で長期の療養を要した小児などについても、在宅において必要な医療・福祉サービス等を受けることができ、地域で安心して療養できるよう、福祉や教育などとも連携し、地域で在宅療養を支える体制を構築することが必要である。
- 現在、モデル事業として小児等在宅医療連携拠点事業を実施しているが、今後、できるだけ多くの地域で、医療・福祉・教育が十分に連携できるような体制を構築していくことが重要である。また、在宅医療については多様なニーズがあることから、今後構築される在宅医療・介護連携拠点の機能等を活用しつつ、多様なニーズに幅広く対応できるような方向性を目指すべきである。

### 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

- 医療・介護サービスの提供体制の一体的な整備を進めるため、医療計画について、介護保険事業支援計画との整合性及び一体性の確保の観点から以下の見直しを行うべきである。
  - ・ 国が定める医療計画の基本方針及び介護保険事業支援計画の基本指針を整合的なものとして策定することとする。
  - ・ 医療計画と介護保険事業支援計画の計画期間が揃うよう、平成30年度以降、医療計画の計画期間を6年に改め、在宅医療など介護保険と関係する部分は中間年（3年）で必要な見直しを行うこととする。
- 在宅医療の提供体制や在宅医療と介護の連携を推進するため、医療計画について、以下の見直しを行うべきである。

- ・ 地域医療ビジョンの中で市町村等ごとの将来の在宅医療の必要量を示すとともに、在宅医療を担う医療機関や訪問看護等の提供体制に係る目標や役割分担、病状の変化に応じた病床の確保のあり方等を医療計画に盛り込むこととする。
  - ・ 在宅医療と介護の連携等に係る市町村の役割を医療計画の中においても明確に位置づけ、市町村が主体となって推進していくこととする。
- 国・都道府県・市町村においては、医療・介護サービスに係るこうした総合的な基本方針や計画を策定し、実行していくために、医療、介護及び保健福祉等の関係者による協議を行うこととする。

#### **(5) 国、地方公共団体、病院、有床診療所及び国民（患者）の役割・責務**

- 病床機能報告制度及び地域医療ビジョンの導入を踏まえた国、地方公共団体、病院、有床診療所及び国民（患者）の一定の役割・責務について、医療法に位置づけることを検討すべきである。

#### **(6) 今後の検討課題**

- 上記の枠組みにより、医療機能の分化・連携を進めることとするが、今後の進捗状況を勘案し、必要に応じて、更なる機能分化・連携の推進のための方策について、検討すべきである。
- なお、特定機能病院及び地域医療支援病院については、医療の取り巻く様々な環境の変化を踏まえ、早急に承認要件を見直す必要がある。また、今後、医療機関の機能分化・連携の推進の動向等を踏まえ、特定機能病院の更新制度の導入も含め、特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方について検討すべきである。

## **2. 地域の実情に応じた医師・看護師等の確保対策**

### **(1) 医師確保対策**

- 医師の地域間、診療科間の偏在の是正は重要な課題であり、この解消にさらに取り組むため、以下の施策を実施すべきである。



その際には、偏在の状況を客観的に把握し、明確にすることが必要である。

- 医師の偏在の是正については、医師が自ら医師不足地域で勤務することを希望するようなキャリアアップの支援等の環境整備と併せて行うことが重要である。
- したがって、現在、国庫補助事業として実施している地域医療支援センターについて、キャリア形成支援と併せた医師の地域偏在・診療科偏在の解消の取組をさらに進めるため、地域医療対策協議会で定めた施策のうちのこれらの取組を実施する地域医療支援センターの機能を医療法に位置づける。
- 地域医療支援センターの機能は、そのための組織を必要とするものではなく、また、都道府県が自ら行うことに限らず、病院や大学、公益法人等に委託することも可能とする。  
ただし、委託する場合にも、都道府県が適宜、責任を持って状況を把握し、対応することが必要である。
- 都道府県知事が、医師不足病院等への医師派遣要請を病院の開設者等に対して行うことができることを医療法上、明確化する。  
都道府県知事による医師派遣要請等については、地域医療支援センターの機能を担う者がこれに関与できることとする。
- また、地域医療対策協議会で定めた医療従事者の確保に関する施策その他都道府県において必要とされる医療の確保に関する施策については、現在、公的医療機関にはこれに協力する義務が、医療従事者にはこれに協力する努力義務が設けられているところであるが、医師確保の取組の実効性をもたせるため、当該施策への協力の努力義務の対象とする医療関係者の範囲を広げることとする。  
具体的には、地域医療対策協議会の参加者となっている医師会、特定機能病院、地域医療支援病院及び大学その他の医療従事者の養成に係る機関等は、相互に緊密に連携しながら、知事からの医師派遣要請、地域における研修体制の構築を含め、地域医療支援センターの機能が十分に発揮されるよう、都道府県の施策に協力するよう努めることとする。

- ・ 専門医の質の向上に向け、各学会が乱立し独自に専門医を認定する現状を改め、今後、学会から独立した中立的な第三者機関が統一的に認定を行う新たな仕組みが、プロフェッショナルオートノミー（専門家による自律性）を基盤として設計されるが、専門医の養成数は、患者数等を基本としつつ、専門医等の分布状況等の地域の実情も総合的に勘案して設定されることが望ましい。国においても、研修施設が地域医療に配慮した養成プログラムを作成すること等に対して、必要な支援を行うべきである。
- ・ さらに、地域医療に従事する医師の確保対策として、平成 20 年度から医学部入学定員を増加し、平成 22 年度から「地域枠」が活用されているが、近年の医療の高度化、女性医師の増加及び病院勤務医の負担増をはじめとする医療を取り巻く環境の変化等を踏まえて、医師需給の見通しについて検証を行う必要がある。

## （２）看護職員確保対策

- 社会保障・税一体改革においては、一定の条件の下で、2025 年に看護職員を約 200 万人まで増やすとの試算もされており、この場合、今後、約 50 万人の看護職員を確保していくことが必要となる。そのため、病院、診療所、訪問看護事業所等の在宅サービス及び介護保険施設など、医療や介護の現場等で勤務する看護職員の確保のためには、看護職員の新規養成の拡充や定着・離職防止対策だけではなく、離職した看護職員を復職につなげていくことが重要である。
- しかしながら、看護職員は、医師等と比較しても離職した後の潜在率が高いものの、現在、潜在看護師を把握する仕組みが存在していない。
  - 一方、現在、看護師等人材確保促進法に基づき、都道府県ごとに無料職業紹介事業等を実施するナースセンター制度が存在するが、その利用が進まず、必ずしも十分に機能していない実情にある。
- こうした現状を踏まえ、抜本的な看護職員確保対策を進めていくためには、ナースセンター全体の機能強化を図っていくべきである。その際、ハローワークとの連携促進など、これまでの取組を更に拡充するとともに、こうした取組では対応できない対象者

も含めて、総合的で、きめ細やかな復職支援を実施していく観点から、次の措置を講ずるべきである。

- 看護師等資格保持者のうち今後離職する者その他の一定の状況にある者に対し、住所等の連絡先など必要な情報のナースセンターへの届出・登録を義務化することにより、ナースセンターが看護師等資格保持者の情報を把握できるよう制度的な対応を講ずるべきである。また、その際には、届出・登録義務対象者以外についても幅広く、届出・登録等を行うよう努めることとともに、現行法上の看護師籍や業務従事者届出等の行政機関が保有する情報の活用等についても検討する。
  - 看護職員の離職後、離職理由が解消した後に、スムーズな復職が可能となるよう、離職中における定期的な情報の提供、離職者のニーズに合った適切な復職研修の実施、地域の病院等との連携体制の強化など、ナースセンターがよりきめ細やかな支援を実施する。
  - そのため、看護師等資格保持者（求職者）や医療機関（求人側）がどのような支援を求めているのか等のニーズについて調査研究をする。
- また、ナースセンターによる看護職員確保対策については、医師会や病院団体等も入った中央及び都道府県双方のナースセンター運営協議会等で十分に協議して、進める必要がある。
  - 看護職員のワークライフバランスを考慮しつつ、キャリアパスやスキルアップの支援策を講じていくべきである。

### （３）医療機関の勤務環境改善

- 医師や看護職員をはじめとした医療従事者の確保を図るためには、医療機関の主体的な取組を通じて、労務管理面のみならず、ワークライフバランスなどの幅広い観点を視野に入れた勤務環境改善の推進による「医療従事者の離職防止・定着対策」を講ずることが必要である。
- そのためには、国における指針の策定等を通じて、医療機関の

管理者が PDCA サイクルを活用して計画的に勤務環境改善に向けた取組を行うための仕組み（勤務環境改善マネジメントシステム）を創設するなどし、勤務環境改善に向けた取組を行うよう努めることとすべきである。

- あわせて、都道府県において、勤務環境改善の取組を行う医療機関の個別の状況やニーズに応じて、きめ細やかに支援を行う総合的かつ専門的な支援体制を構築する等、より医療従事者の定着率を高める必要性が高い医療機関などに対しては、都道府県が、地域の医療関係団体等と連携して、効果的な勤務環境の改善策を積極的に助言・指導するなどの対応ができることとすべきである。
- また、こうした取組が実効的なものとなるよう、経営改善支援という視点を踏まえるとともに、今後、国、都道府県、医療機関等の役割分担について、引き続き、十分に議論を行うことが必要である。

### 3. 新たな財政支援の仕組みの創設

- 医療機能の分化・連携の推進のための医療機関の施設及び設備の整備、地域における医師、看護師その他の医療従事者の確保、医療機能の分化・連携の推進に伴う介護サービスの充実等については、2025 年を展望すれば急務の課題である。これらの課題への対応を、地域の実情にも応じて推進するため、種々の制度改正と併せて、新たな財政支援の仕組みを、消費税増収分を財源として活用し創設すべきである。
- その際、診療報酬・介護報酬と新たな財政支援の仕組みの役割分担を明確にしつつ、両者の特性を踏まえ、適切に組み合わせて、実施していくべきである。
- また、新たな財政支援の仕組みは、病院の機能転換や病床の統廃合など計画から実行まで一定の期間が必要なものもあることから、都道府県に基金を造成する仕組みとする方向で検討すべきである。  
その際、在宅医療については、市町村の役割を念頭においた仕組みとする必要がある。

また、地域において推進すべき歯科医療に関する事業も対象となる。

- なお、この仕組みによる医療機関への補助に当たっては、医療機能の分化・連携の推進、地域における医師、看護師その他の医療従事者の確保、医療機能の分化・連携の推進に伴う介護サービスの充実等という制度の目的に照らして、公的医療機関及び民間医療機関を公平に取り扱うこととすることを含め、地域にとって必要な事業に適切かつ公平に支援が行われ、透明性が確保される仕組みとすべきである。

#### 4. チーム医療の推進

- 限りある医療資源を有効活用し、良質で適切な医療を安全かつ効率的に提供するためには、各医療職種の高い専門性を前提とし、業務を分担するとともに互いに連携、補完し合うチーム医療を推進していくべきである。
- チーム医療の推進については、チーム医療推進会議において、議論が重ねられてきたものであり、この議論を踏まえ、各医療職種の業務範囲及び業務実施体制等について、以下の見直しを行うべきである。

##### (1) 特定行為に係る看護師の研修制度の創設

- 現在看護師が行っている行為の中には、診療の補助の範囲が明確でないものが存在するため、診療の補助の範囲を明らかにする必要がある。高齢化が進む中、今後地域の医療提供体制を整備し、かつ医療安全を確保する観点から、これらの行為を行うことができる看護師を育成するための仕組みを構築することが必要である。
- そのため、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（「特定行為」）を明確化するとともに、医師又は歯科医師の指示の下、プロトコールに基づき、特定行為を実施する看護師に係る研修制度を創設する。
- なお、特定行為の内容については、審議会において、十分に検



討されるべきである。

また、本研修制度の創設や在宅医療の推進の方向性を踏まえ、看護師の基礎教育のレベルアップのための養成課程の見直しについても検討すべきである。

## **(2) 診療放射線技師の業務範囲及び業務実施体制の見直し**

- 診療放射線技師が実施する検査に伴い必要となる造影剤の血管内投与等の行為について、診療の補助として医師の指示を受けて行うものとして、業務範囲に追加する。
  
- また、厚生労働特別研究事業による調査研究によって、安全性の担保が十分に可能であることが科学的に確認できた胸部X線撮影について、精度管理のための体制や緊急時の連絡体制等が確保されることを条件として、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。

## **(3) 臨床検査技師の業務範囲の見直し**

- インフルエンザの検査の際の鼻腔拭い液による検体採取等については、検査と一貫して行うことにより、高い精度と迅速な処理が期待されることから、診療の補助として医師の具体的指示を受けて行うものとして、臨床検査技師の業務範囲に追加する。

## **(4) 歯科衛生士の業務実施体制の見直し**

- 保健所及び市町村保健センター等が実施する付着物等の除去やフッ化物塗布等の予防処置について、歯科衛生士が歯科医師の「直接の」指導（立会い）の下に実施することとされているが、歯科医師の指導の下、歯科医師との緊密な連携を図った上で歯科衛生士がこれらの行為を行うことを認める。

## **(5) 薬剤師の調剤業務等の見直し**

- 薬剤師が患者（居宅）において実施可能な調剤業務として、処方した医師又は歯科医師への疑義照会を行った上で、調剤量の変

更を行うことを追加する等の見直しを行うとともに、薬剤の使用方法に係る実技指導について、関係する検討会等において引き続き検討を行うべきである。

## 5. 医療法人に関する制度の見直し

### (1) 持分なし医療法人への移行の促進

- 持分あり医療法人に関して、地域医療の担い手として、住民に対し、医療を継続して安定的に提供していけるようにするため、移行について計画的な取組を行う医療法人を国が認定する仕組みを法律に位置づけ、技術的助言等による支援を行うなどにより、医療法人による任意の選択を前提に、持分なし医療法人への移行促進策を講じていくべきである。

### (2) 医療法人間の合併及び権利の移転に関する制度等の見直し

- 医療法人社団及び医療法人財団の合併に関しては、これを禁止しなければならない理由も無いことから、「医療法人の事業展開等に関する検討会」での検討結果を踏まえて、法整備を行い、必要に応じて活用できるようにすべきである。
- 医療法人間の合併及び権利の移転に関する制度等の見直しについては、中小規模の医療法人を大規模集約する目的ではなく、地域の医療提供体制において医療法人間の横の連携を強化し、病床の機能の分化及び連携など地域医療の再構築を進める観点や、地域医療を提供できなくなるおそれのある医療法人を健全な形で再生するという観点から、「医療法人の事業展開等に関する検討会」において、引き続き検討することが必要である。

## 6. 医療事故に係る調査の仕組み

- 医療事故に係る調査の仕組みについては、平成 24 年 2 月以降、「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」において議論が重ねられ、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」が取りまとめられた。
- この取りまとめを踏まえ、医療の安全を確保するための措置と

して、医療事故が発生した医療機関（病院、診療所又は助産所をいう。）において院内調査を行い、その調査報告を民間の第三者機関が収集・分析することで再発防止につなげるための医療事故に係る調査の仕組み等を、医療法に位置づけるべきである。

対象となる医療事故は、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、又は起因すると疑われる死亡又は死産（予期しなかったものに限る。））とする。

- また、第三者機関が調査報告を収集・分析した結果、再発防止策として重要な事項は、広く周知されるべきである。

## 7. 臨床研究の推進

- 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べきである。
- 具体的には、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）として承認し、名称を独占する仕組みとすべきである。  
なお、承認後も、質の高い臨床研究を推進していくことができるよう、臨床研究中核病院（仮称）の承認基準の遵守状況について確認を行うべきである。

## 8. その他の改正事項

### （1）外国医師等の臨床修練制度の見直し

- 医療の分野においても、産業の国際競争力を強化し、医療の質の向上に貢献していくためにも、外国医師等の臨床修練制度について、許可の有効年限の弾力化、厚生労働大臣による指導医認定制度の廃止等の手続・要件の簡素化を図るべきである。
- また、臨床修練に加えて、教授・臨床研究を目的として来日する外国の医師及び歯科医師について、当該外国の医師及び歯科医師や受入病院が一定の要件を満たす場合には、診療を行うことを認めることとすべきである。

- なお、今回の見直しは、外国の医師又は歯科医師免許を日本の医師又は歯科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べきである。

## **(2) 歯科技工士国家試験の全国統一化**

- 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、国が実施するよう改めるべきである。
- その際、厚生労働大臣が指定する指定試験機関においても実施できるようにするとともに、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にすべきである。