

〔平成28年6月9日（木）〕
15時00分～17時00分
厚生労働省専用22会議室（18階）

第46回

社会保障審議会医療部会

議事次第

- 医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会の中間取りまとめについて（報告）
- 専門医に関する議論について
- 第1回社会保障審議会療養病床の在り方等に関する特別部会における議論について
- 医療事故調査制度の施行後の状況と運用面での改善措置について（報告）

（配布資料）

- 資料1-1 「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会」の中間取りまとめについて
- 資料1-2 医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会 中間取りまとめ
- 資料2 第1回社会保障審議会療養病床の在り方等に関する特別部会 会議資料
- 資料3 医療事故調査制度の施行後の状況と運用面での改善措置について
- 委員提出資料 中川委員・西澤委員・加納委員・山崎委員共同提出資料

- 参考資料1-1 「新たな専門医の仕組みへの懸念について」（要望書）に対する厚生労働大臣談話
- 参考資料1-2 医療部会等における意見（日本専門医機構等について）
- 参考資料2-1 医療事故調査制度等に関する見直しについて
- 参考資料2-2 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律の一部の施行（医療事故調査制度）について
- 参考資料3 「医療計画の見直し等に関する検討会」について

第46回社会保障審議会医療部会

平成28年6月9日(木)
15:00~17:00
厚労省専用第22会議室

速記

楠岡委員 ○
田中部会長代理 ○
永井部長 ○
木戸委員 ○

随行者席

随行者席

中川委員 ○	菊池委員 ○
西澤委員 ○	釜谷委員 ○
樋口委員 ○	加納委員 ○
平川委員 ○	尾形委員 ○
本多委員 ○	遠藤委員 ○
牧野委員 ○	荒井委員 ○
山口委員 ○	阿真委員 ○
山崎委員 ○	安部委員 ○
井上参考人 ○	相澤委員 ○
歯科保健課長 ○	
医事課長 ○	医療安全推進室長 ○
医師臨床研修推進室長 ○	看護課長 ○
保健医療技術調整官 ○	老人保健課長 ○

○ 医療政策企画官
○ 総務課長
○ 審議官 (医薬品等産業振興、国際医療展開担当)
○ 医政局長
○ 審議官 (医政、精神保健医療、災害対策担当)
○ 審議官 (医療介護連携担当)
○ 地域医療計画課長
○ 医療介護連携政策課長

事務局

事務局

傍聴者席

出入口

(平成28年6月9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	日本病院会副会長
阿部 泰久	日本経済団体連合会常務理事
安部 好弘	日本薬剤師会常務理事
阿真 京子	知ろう小児医療守ろう子ども達の会代表
荒井 正吾	全国知事会（奈良県知事）
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
加納 繁照	日本医療法人協会会長
釜范 敏	日本医師会常任理事
菊池 令子	日本看護協会副会長
木戸 道子	日本赤十字社医療センター 第二産婦人科部長
※ 楠岡 英雄	国立病院機構理事長
○ ※ 田中 滋	慶應義塾大学名誉教授
◎ ※ 永井 良三	自治医科大学学長
※ 中川 俊男	日本医師会副会長
西澤 寛俊	全日本病院協会会長
樋口 範雄	東京大学法学部教授
平川 則男	日本労働組合総連合会 総合政策局長
邊見 公雄	全国自治体病院協議会会長
本多 伸行	健康保険組合連合会理事
牧野 利彦	日本歯科医師会副会長
山口 育子	ささえあい医療人権センターCOML理事長
山崎 學	日本精神科病院協会会長

◎：部会長

○：部会長代理

※：社会保障審議会委員

「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会」の中間取りまとめについて

医療従事者の需給に関する検討会（医師需給分科会）

1. 目的

「医療従事者の需給に関する検討会」の設置と合わせて、同検討会に「医師需給分科会」を設置し、医師の需給推計に基づく今後の医学部定員の在り方について検討するとともに、医師の地域偏在・診療科偏在の是正策についても併せて検討する。

2. 検討事項

- ・ 医師の需給推計について
- ・ 医学部定員の在り方について（平成29年度・平成31年度に終了する暫定的な医学部定員増の在り方を含む）
- ・ 医師の地域偏在・診療科偏在の是正策について

3. 構成員（○は座長）

- | | |
|---|--|
| 荒川 哲男（全国医学部長病院長会議会長） | 小森 貴（日本医師会常任理事） |
| 一戸 和成（青森県健康福祉部長） | 平川 淳一（日本精神科病院協会常務理事） |
| 今村 聡（日本医師会副会長） | 平川 博之（全国老人保健施設協会副会長） |
| 小川 彰（岩手医科大学学長） | 福井 次矢（聖路加国際病院院長） |
| ○ 片峰 茂（長崎大学学長） | 本田 麻由美（読売新聞東京本社編集局社会保障部次長） |
| 神野 正博（全日本病院協会副会長） | 松田 晋哉（産業医科大学医学部教授） |
| 北村 聖（東京大学大学院医学系研究科
附属医学教育国際研究センター教授） | 森田 朗（国立社会保障・人口問題研究所所長） |
| 権文 善一（慶應義塾大学商学部教授） | 山口 育子（NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長）
（※オブザーバー：文部科学省高等教育局医学教育課長） |

4. スケジュール

- ・ 平成27年12月10日 第1回開催
- ・ 平成28年6月3日 中間取りまとめ
 - ・ 医師偏在対策については、医師が勤務地や診療科を自由に選択するという自主性を尊重した対策だけでなく、一定の規制を含めた対策を行っていく観点から、さらに強力な偏在対策について年末に向けて議論。
- ・ 平成28年12月日途 報告書取りまとめ

医師の需給推計の結果について

○ 需要推計においては、

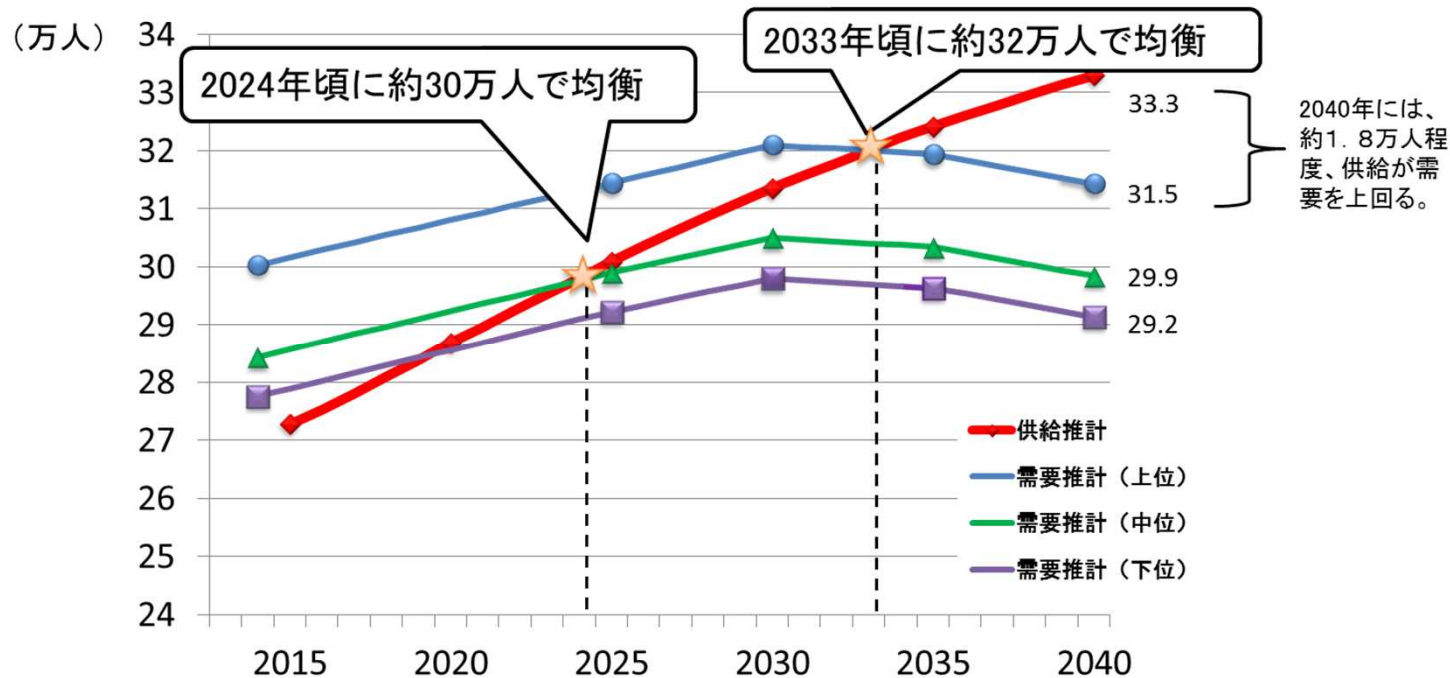
- ① 地域医療構想を踏まえて、高度急性期、急性期、回復期、慢性期といった病床の区分ごとに、必要医師数を見込む
- ② 国際保健分野、製薬業界、大学の基礎研究等の臨床以外に従事する医師数について、世界最多水準や今後の増加を十分に見込む
- ③ 医師の勤務時間の短縮を見込むなど、精緻に推計。

※1 国際保健分野（2025年；現状の約2倍、2040年；さらに20%増）、製薬業界（2025年；世界最多水準（対人口比）、2040年；さらに20%増）、大学の基礎研究（2025年；20%増）等

※2 上位推計では、高度急性期・急性期に従事する医師の労働時間（56.6時間）が、他の病院・診療所と同レベルの45.7時間まで改善すると見込んで推計。（中位推計では他の病院・診療所との労働時間の差が50%、下位推計では25%縮小するとして推計）

○ 供給推計においては、今後の医学部定員については、平成28年度の9,262人が維持されるとして推計。

※3 女性医師、高齢医師、研修医については、それぞれ働き方等を考慮し、30～50歳代の男性医師を1とした場合に、女性医師0.8、高齢医師0.8、研修医1年目0.3、研修医2年目0.5として推計



医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会
中間取りまとめ

平成 28 年 6 月 3 日
医療従事者の需給に関する検討会
医師需給分科会

1 はじめに

- 医療従事者の需給に関する検討会（以下「検討会」という。）は、今後、高齢社会が一層進む中で、人口構造の変化や地域の実情に応じた医療提供体制を構築するため、地域医療構想との整合性の確保や地域間偏在等の観点を踏まえ、医療従事者の需給を見通し、医療従事者の確保策、地域偏在対策等について検討することとして開催された。
- 検討会の下での医師需給分科会（以下「分科会」という。）においては、平成 20・21 年度からの医学部定員の暫定増が平成 29 年度に終了することから、この取扱い等について早急に検討することとして、昨年 12 月から計 6 回にわたり開催され、将来の医師需給推計（全国レベル）、当面の医学部定員、医師偏在対策等について検討を重ね、この度中間取りまとめを行った。
- これまで 1,637 名の医学部定員の増員を行うことにより、全国的な医師数の増加を図るとともに、医師が勤務地や診療科を自由に選択するという自主性を尊重した地域偏在対策を講じてきたが、地域における医師不足は解消していない。また、医師の養成は中長期の期間を要することや、医学部の進学者が増加すれば、他の領域の人材不足等を招くおそれがあるとの指摘等を踏まえれば、今後、医師の地域偏在対策の議論を進めていくことが特に重要である。

2 これまでの医学部定員について

- 医学部定員については、昭和 48 年に閣議決定された「無医大県解消構想」の推進等により、その増加が図られ、医学部定員が 8,280 人であった昭和 58 年には「人口 10 万対 150 人」の医師数が達成された。その後、昭和 61 年の「将来の医師需給に関する検討委員会最終意見」において、将来の医師過剰が見込まれたことを踏まえて医学部定員を削減し、平成 15 年以降の数年間、7,625 人で維持された。
- 平成 17 年には、特定の分野（特定の地域、診療科等）における医師不足を指摘する声の強まりを受け、「医師の需給に関する検討会」が設置された。その報告書においては、
 - (1) 医学部定員に関しては、
 - ① 平成 34 年（2022 年）に需要と供給が均衡し、マクロ的には必要な医師数は供給されるが、これは短期的・中期的に、あるいは地域や診療科と言ったミクロの

領域での需要が自然に満たされることを意味するものではない

- ② 既に地域において医師の地域定着策について種々の施策を講じているにもかかわらず人口に比して医学部定員が少ないために未だ医師が不足している県の大学医学部に対して、さらに実効性のある地域定着策の実施を前提として定員の暫定的な調整を検討する必要がある

とされ、

- (2) 医師の偏在については、

- ① 病院・診療所等の施設や小児科・産婦人科等の診療科における医師の勤務環境、医師数の現状等を踏まえ、医師数は全国的に増加しているものの、地域間の医師配置の格差は必ずしも減少に向かっておらず、
- ② 地域に必要な医師確保の調整を行うシステムの構築が急務であり、併せて医療機能の分化・連携、医療事故の究明を行う制度、チーム医療体制の整備、医師の業務の効率化等の医師の偏在を是正するための効果的な施策を講じていくことが必要

とされた。

- その後、医学部定員については、

- ・ 「新医師確保総合対策」（平成 18 年地域医療に関する関係省庁連絡会議決定）に基づき、平成 20 年度から平成 29 年度までの間、医師不足が特に深刻と認められる 10 県について、各県で 10 名（加えて自治医科大学も 10 名）までの暫定的な増員が、
- ・ 「緊急医師確保対策」（平成 19 年政府・与党決定）に基づき、原則平成 21 年度から平成 29 年度までの間、医師確保が必要な地域や診療科に医師を確保・配置するため、都府県ごとに 5 名まで（北海道は 15 名まで）の暫定的な増員等が、
- ・ 「経済財政改革の基本方針 2009」（平成 21 年閣議決定）及び「新成長戦略」（平成 22 年閣議決定）に基づき、平成 21 年度から都道府県が策定することとされた地域医療再生計画等に基づき、平成 22 年度から平成 31 年度までの間、地域医療に従事する明確な意思をもった学生に奨学金を貸与し、大学が地域定着を図ろうとする場合の医学部定員について、都道府県ごとに毎年原則 10 名までの暫定的な増員等が

認められた。

このような医学部定員の増員により、平成 28 年度には過去最高の 9,262 人の医学部定員となっている。

- また、このような大幅な医学部定員の増員が医師の地域定着につながるよう、医師が勤務地や診療科を自由に選択するという自主性を尊重しつつ、医師のインセンティブ付け等を推進することで医師偏在対策を実施してきた。具体的には、

- ・ 平成 20 年度以降、累次の診療報酬改定において、小児・産科に対する評価の拡充や、病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善を目的とした項目の新設
- ・ 平成 22 年からは、「チーム医療推進会議」において、医師の負担軽減等を目的

として、医療関係職種の業務範囲の見直しの検討

- ・ 平成 22 年度からは、地域医療に従事する明確な意思を持った学生に奨学金を貸与（再掲）
- ・ 平成 23 年度からは、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ための地域医療支援センターの設置等が行われてきた。

- また、平成 26 年の医療介護総合確保推進法の成立により、
 - ① 地域医療介護総合確保基金を都道府県に設け、医療従事者の確保にも活用可能とし、
 - ② 平成 23 年度から予算事業として行われてきた地域医療支援センターを医療法に位置づけ、都道府県が、医師の確保に関し、病院又は診療所の開設者等に協力を要請できる権限を同法上明確化する
 - ③ 都道府県に医療勤務環境改善支援センターを設置し、医療機関が P D C A サイクルを活用して計画的に医療従事者の勤務環境改善に取り組むこと等を支援する等の直接的に医師確保に資する制度改正が行われたほか、
 - ④ 看護師が特定行為を手順書により行うことができるよう特定行為研修制度を新設するとともに、診療放射線技師等その他の医療関係職種の業務範囲を拡大する
 - ⑤ 医療事故に係る調査の仕組みを医療法に位置づける等の制度改正が行われたところである。
- このように、この間、様々な政策を用いて、1,637 名の医学部定員の増員が行われるとともに、併せて医師偏在対策が講じられたことにより、例えば小児科医師数は漸増するとともに、産婦人科医師数は平成 18 年以降増加に転じるなど一定の改善がみられたが、地域における医師不足の指摘は引き続き強いものがある。医学部定員の増員により医師数の全国的な増加を図ったとしても、医師の偏在対策が十分図られなければ、地域の医師不足の解消にはつながっていかない。
- 平成 29 年度には、新医師確保総合対策・緊急医師確保対策に基づく平成 20・21 年度からの医学部定員の臨時増の期限を迎える。医師の養成は中長期の期間を要するものであり、医学部定員の増加は将来的には医師過剰を来す可能性を踏まえれば、さらに強力な医師偏在対策について議論を行い、その上で医学部定員の今後の在り方について方向性を決める必要がある。

3 将来の医師需給推計（全国レベル）について

- 今回の医師需給推計（全国レベル）は、先に述べた新医師確保総合対策・緊急医師確保対策に基づく平成 20・21 年度からの医学部定員増の臨時増の取扱いについて、早急に結論を得るに当たり、全国レベルでの医師の需給動向を踏まえた検討を行う必要があるため、限られた時間の中で、一定の前提を置いて推計を行ったものである。

- 本推計に当たっては、2025年のあるべき入院医療の姿である地域医療構想において、病床の機能区分ごとに医療需要の推計が行われていることや、「保健医療 2035」（平成 27 年「保健医療 2035」策定懇談会策定）において、医師が常に良い保健医療の提供に邁進できるよう、ゆとりを持った労働環境で医療の提供を可能とする必要があるとの記載があること等を踏まえ、推計を行っている。
- しかし、かかりつけ医の普及等を踏まえた外来医療の姿、将来の女性の働き方や医師の高齢化が医師需給に与える影響について、今回の前提となった限られたデータでは、実態を十分に把握することができなかった。
- 国民のニーズに応え得る、安心・安全な医療を国民へ提供するには、まずは将来の男性・女性いずれの医師についても年齢構成等の変化を適切に見通す中で、医師の働き方・勤務状況等の実態について、より精度の高い推計を行い、将来、あるべき医療提供体制とそこにおける医師の新しい働き方を示すビジョンを策定した上で、必要な医師数を推計するプロセスが必要である。
- そこで本年度、医師の働き方・勤務状況等の現状を正しく把握するために、新たな全国調査を行うこととした。さらに、本調査では、女性医師をはじめとする医師の働き方改革を含めた意向等に関する調査等も併せて行い、本年中に各都道府県が策定する地域医療構想やあるべき医療の姿を踏まえ、「新たな医療の在り方を踏まえた医師の働き方ビジョン（仮称）」を策定し、その上で必要な医師数を検討する。
- なお、本調査の実施に際しては、人口統計などの専門家の知見を十分踏まえて、調査及び分析等を行い、科学的に判断することとする。
- なお、今回行った推計の主な前提は、次のとおりである。
 - ① 地域医療構想を踏まえ、高度急性期、急性期、回復期、慢性期といった病床の機能区分ごとに、それぞれに必要な医師数を見込むこと
 - ② 医師の勤務時間について、「保健医療 2035」における医師の勤務時間改善等の記載を踏まえ、医師の労働時間の縮減度合いについて、現在の勤務医の労働時間（56.6 時間）が高度急性期・急性期において適正化され、上位推計では他の病院・診療所と同レベル、中位推計では他の病院・診療所との労働時間の差が 50%縮小、下位推計では他の病院・診療所との労働時間の差が 25%縮小することを見込むこと
 - ③ 臨床以外に従事する医師については、「保健医療 2035」において国際分野、行政分野等で一層医師が活躍する旨の記載を踏まえ、国際分野においては、平成 32 年を目途に国際的組織に 500 人の登録を目指し、その後も 2040 年に向けて 20%以上増加、行政機関においては定員を充足した上で更に 20%の増加、製薬業界においては今後の医療技術の進歩などを踏まえ、世界に通用する創薬を行うための医師の増加を見込むこと

(1) 需要推計について

- 医師の需要推計においては、医師の労働時間の縮減度合い等の仮定を3パターンに分けて計算しており、
 - ・ 最も医師の需要が大きくなると仮定した上位推計においては、平成37年（2025年）には31.4万人に、平成52年（2040年）には31.5万人まで
 - ・ 一定程度医師の需要が大きくなると仮定した中位推計においては、平成37年（2025年）及び平成52年（2040年）には29.9万人に
 - ・ 最も医師の需要が小さくなると仮定した下位推計においては、平成37年（2025年）及び平成52年（2040年）には29.2万人に増加すると推計された。

- 前述の地域医療構想を踏まえた将来推計で対応できない医師需要については、次の前提で推計を行った。
 - ・ 入院医療（精神病床）については、患者調査の受療率、将来人口の構成等を踏まえ、一定の幅を持って算出
 - ・ 外来医療（訪問して行う診療を含む。）については、レセプトデータに基づく受療率、将来人口の構成等を踏まえ、一定の幅を持って算出
 - ・ 介護老人保健施設における医療については、介護給付費実態調査に基づく入所率に将来人口構成を反映して算出

(2) 供給推計について

- 医師の供給推計については、平成27年（2015年）では27.4万人であるものが、平成37年（2025年）には30.3万人に、平成52年（2040年）には33.3万人まで増加すると推計された。

- 具体的には、今後の医学部定員を、平成28年度の9,262人で一定として仮定し、過去10年分の国家試験合格率、再受験率、医籍登録率、三師調査届出率、性年齢別就業率等のデータに基づいて、平成52年（2040年）までの値を算出した。

- また、分科会における参考人の意見も踏まえ、30～50代の男性医師の仕事量を一人当たり医師の仕事量の基準として設定し、女性医師は育児等を勘案してその0.8、60歳以上の高齢医師はその0.8、研修医は1年目・2年目それぞれその0.3・0.5として見込んだ。

(3) 需給推計について

- (1)・(2)より、将来の医師需給推計（全国レベル）は、
 - ・ 上位の需要推計の場合、平成45年（2033年）頃に約32万人で医師需給が均衡し、平成52年（2040年）には医師供給が約1.8万人過剰
 - ・ 中位の需要推計の場合、平成36年（2024年）頃に約30万人で医師需給が均衡し、平成52年（2040年）には医師供給が約3.4万人過剰

- ・ 下位の需要推計の場合、平成 30 年（2018 年）頃に約 28 万人で医師需給が均衡し、平成 52 年（2040 年）には医師供給が約 4.1 万人過剰となると見込まれた。

- なお、平成 18 年に行った医師需給推計と比較すると、平成 18 年のものでは平成 34 年（2022 年）に医師需給が均衡すると推計されていたが、今回の推計においては、医師需要を大きく見込んでいることから、中位推計にあっては約 2 年、上位推計にあっては約 11 年、均衡点が後ろ倒しとなることとなった。

4 医師偏在対策について

医師偏在対策については、医師が勤務地や診療科を自由に選択するという自主性を尊重した対策だけでなく、一定の規制を含めた対策を行っていく観点から、「保健医療 2035」、分科会における各構成員の意見、関係団体の提言等を踏まえ、次の事項について検討を深めることとした。これらの事項について、実施に当たっての課題、法制的な課題、関係者の意見等を踏まえ、年末に向けて具体的に検討を進め、取りまとめを行うこととする。

(1) 医学部

- ① いわゆる地域枠のこれまでの効果について、地元出身者の定着率も含め検証を行い、卒業後の地域定着がより見込まれるような地域枠の在り方について検討する。
- ② 医学教育において、地域医療の向上への貢献に関してより早期の動機付けを図る。

(2) 臨床研修

- ① 臨床研修の質等に配慮しつつ、臨床研修希望者に対する募集定員数の倍率のなお一層の縮小を検討する。
また、都道府県別の募集定員の設定に当たっては、医師不足地域等に、より配慮する。
- ② 臨床研修制度において、募集定員の配分等に対する都道府県の権限を一層強化する。
- ③ 臨床研修が出身大学の地域で行われることを促す仕組みについて検討する。

(3) 専門医

- ① 国、都道府県等の関係者が調整を行おうとしても、現在は適切な権限行使や役割分担の枠組みがないことから、地域における調整等に関する権限を明確化する等の対応を検討する。
- ② 専攻医の募集定員については、診療領域ごとに、地域の人口、症例数等に応じた地域ごとの枠を設定することを検討する。

(4) 医療計画による医師確保対策の強化

- ① 都道府県が策定する医療計画において、医師数が不足する特定の診療科・地域等

- について、確保すべき医師数の目標値を設定し、専門医等の定員の調整を行えるようにする。
- ② 将来的に、仮に医師の偏在等が続く場合には、十分ある診療科の診療所の開設については、保険医の配置・定数の設定や、自由開業・自由標榜の見直しを含めて検討する。
- (5) 医師の勤務状況等のデータベース化
医籍登録番号、三師調査等の既存の仕組みの活用も念頭に置きつつ、医師の勤務状況等を把握するためのデータベース化について検討する。
- (6) 地域医療支援センターの機能強化
各都道府県の地域医療支援センターについて、所在地の医育機関との連携を講じた上で、医学部入学から生涯にわたって医師のキャリア形成・異動を把握し、医師のキャリア形成支援、配置調整ができるよう、その機能を強化する。
- (7) 都道府県が国・関係機関等に協力を求める仕組みの構築
都道府県が、国・関係機関等に必要な対策を求めることができる枠組みについて検討する。
- (8) 管理者の要件
特定地域・診療科で一定期間診療に従事することを、臨床研修病院、地域医療支援病院、診療所等の管理者の要件とすることを検討する。
- (9) フリーランス医師への対応
医師の資格や専門性が有する公益性を踏まえ、いわゆるフリーランス医師や多額の紹介料・給料を要する者への対応について検討する。
- (10) 医療事業の継続に関する税制
地域の医療機関の事業の承継に関し、中小企業と同様、事業承継に当たっての優遇税制について検討する。
- (11) 女性医師の支援
病院における柔軟な勤務形態の採用等、妊娠・子育て中の女性医師の就労継続・復職支援に資する取組を推進する。
- (12) ICT等技術革新に対応した医療提供の推進
医師が業務を効率的に行うことができるよう、ICT等の技術革新を活用した医療提供を推進する。
- (13) チーム医療の推進

医師が業務を効率的に行い、質の高い医療を提供できるよう、各医療スタッフの役割分担を見直し、チーム医療を推進する。

(14) サービス受益者に係る対策

医療機関の詳しい診療内容や「かかりつけ医」について、住民等への情報提供を推進する。

5 当面の医師養成数の基本の方針について

○ 医師養成のためには、医学部6年間、臨床研修2年間、現状多くの医師が受けている専門研修3～5年間と10数年程度必要となる。このため、3で述べた今回の医師需給推計における中位推計の場合に、あと約8年で医師需給が全国的に均衡することを踏まえると、既に現時点で将来的な供給過剰が見込まれることとなる。

○ 今後、4のような強力な医師偏在対策の検討を行っていくことを踏まえ、当面の医師養成数の基本の方針については、次のとおりとする。

(1) 平成29年度までで終了する医学部定員の暫定増の取扱いについて

「新医師確保総合対策」及び「緊急医師確保対策」に基づき、平成20・21年度に開始され、平成29年度で終了する医学部定員増の暫定措置については、次のようなことを踏まえ、当面延長する。

- ・ これらの措置が、医師不足が特に深刻な都道府県や、医師確保が必要とされる地域・診療科を対象として設けられた仕組みであること
- ・ 平成20年度の制度開始時の入学生がこの3月で臨床研修を終えたばかりであり、その効果についてまだ十分な検証を行うことができないこと

(2) 平成29年度から平成31年度までの医学部定員の追加増員の取扱いについて

「新成長戦略」に基づく医学部定員の暫定増については、平成29年度から平成31年度までの間、平成22年度から平成28年度までと同様に、各都道府県及び各大学が毎年医学部定員を追加増員できるが、この3年間に追加増員を行うとした場合は、中位推計ではあと8年で全国レベルの医師需給が均衡するとされる中でなお医学部定員を増員することとなることから、各都道府県からの追加増員の要望に対しては、これが本当に必要な増員であるかどうかについて、慎重に精査していく。

(3) 平成32年度以降の医師養成数について

平成32年度以降の医師養成数については、今回の医師需給推計の結果や、これまでの医学部定員の暫定増の効果、今回の見直しによる医師偏在対策の効果等について可能な限り早期に検証を行い、「経済財政改革の基本方針2009」及び「新成長戦略」に基づく平成22年度から平成31年度までの医学部定員の暫定増の取扱いも含め、結論を得ることとする。

第 1 回社会保障審議会療養病床の在り方等に関する特別部会 議事次第

平成 28 年 6 月 1 日（水）
15 時 00 分～17 時 30 分
場所：都市センターホテル 5 階「オリオン」

（議 題）

療養病床の在り方等に関する検討について

（配布資料）

- 資 料 1 「療養病床の在り方等に関する検討会」における整理案の概要等について
- 資料 2 - 1 療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて ～サービス提供体制の新たな
選択肢の整理案について～（平成 28 年 1 月 28 日 療養病床の在り方等に関する
検討会）
- 資料 2 - 2 療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて ～サービス提供体制の新たな
選択肢の整理案について～ に関する参考資料 1
- 資料 2 - 3 療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて ～サービス提供体制の新たな
選択肢の整理案について～ に関する参考資料 2
- 参考資料 1 「療養病床の在り方等に関する特別部会」の設置について
- 参考資料 2 社会保障審議会関係法令・規則
- 参考資料 3 療養病床の在り方等に関する検討会 構成員
- 委員提出資料 鈴木委員提出資料

社会保障審議会 療養病床の在り方等に関する特別部会 委員名簿

平成28年6月1日

氏名	所属
あべ やすひさ 阿部 泰久	日本経済団体連合会常務理事
あらい しょうご 荒井 正吾	全国知事会／奈良県知事
いちばら としお 市原 俊男	高齢者住まい事業者団体連合会代表幹事
いのうえ ゆきこ 井上 由起子	日本社会事業大学専門職大学院教授
いのうえ ゆみこ 井上 由美子	高齢社会をよくする女性の会理事
いわた としお 岩田 利雄	全国町村会／東庄町長
いわむら まさひこ 岩村 正彦	東京大学大学院法学政治学研究科教授
えんどう ひさお 遠藤 久夫	学習院大学経済学部教授
えんどう ひでき 遠藤 秀樹	日本歯科医師会常務理事
おかざき せいや 岡崎 誠也	全国市長会／高知市長
かのう しげあき 加納 繁照	日本医療法人協会会長
かめい としかつ 亀井 利克	三重県国民健康保険団体連合会理事長／名張市長
かわかみ じゅんいち 川上 純一	日本薬剤師会常務理事
こばやし たけし 小林 剛	全国健康保険協会理事長
さいとう のりこ 齋藤 訓子	日本看護協会常任理事
しばぐち さとのり 柴口 里則	日本介護支援専門員協会副会長
しらかわ しゅうじ 白川 修二	健康保険組合連合会副会長・専務理事
すずき くにひこ 鈴木 邦彦	日本医師会常任理事
すずき もりお 鈴木 森夫	認知症の人と家族の会理事
せと まさし 瀬戸 雅嗣	全国老人福祉施設協議会副会長
たけひさ ようぞう 武久 洋三	日本慢性期医療協会会長
たなか しげる 田中 滋	慶應義塾大学名誉教授
どい たけろう 土居 文朗	慶應義塾大学経済学部教授
ながい りょうぞう 永井 良三	自治医科大学学長
にしざわ ひろとし 西澤 寛俊	全日本病院協会会長
ひがしけんたろう 東 憲太郎	全国老人保健施設協会会長
ひらかわ のりお 平川 則男	日本労働組合総連合会総合政策局長
まつもと たかとし 松本 隆利	日本病院会理事・社会医療法人財団新和会理事長
みもと いっこ 見元 伊津子	日本精神科病院協会理事
よこお としひこ 横尾 俊彦	全国後期高齢者医療広域連合協議会会長／多久市長
よしおか みつる 吉岡 充	全国抑制廃止研究会理事長

(五十音順、敬称略)

「療養病床の在り方等に関する検討会」 における整理案の概要等について

平成18年以降の療養病床再編に関する主な議論①

平成18年の医療保険制度改革において、長期療養の適正化（いわゆる社会的入院の是正）が課題とされ、平成16、17年の調査において、医療療養病床と介護療養病床で入院患者の状況に大きな差が見られなかった（医療の必要性の高い患者と低い患者が同程度混在）ことを踏まえ、

- ・ 医療の必要性が高い人については、医療療養病床
- ・ 医療よりもむしろ介護の必要性が高い人については、在宅、居住系サービス、又は老人保健施設等
で対応することとし、医療の必要性に応じた機能分担（療養病床の再編成）を推進することとされた。

<健康保険法等の一部を改正する法律>

- ✓ 介護保険法を改正し、介護療養型医療施設に係る規定を削除（介護保険給付の根拠規定の削除）
→平成24年4月1日施行
- ✓ 改正法附則に、介護老人保健施設の入所者に対する医療提供の在り方の見直しを行う旨を規定

<診療報酬改定>

- ✓ 患者の特性に応じた評価を行い、療養病床の役割分担を明確化。
- ✓ 療養病床の診療報酬体系について、医療区分（1～3）、ADL区分（1～3）を導入し、医療の必要性に応じた評価を実施。

<医療法施行規則の改正>

- ✓ 医療法施行規則を改正し、療養病床の人員配置標準を引き上げ
- <本則> 看護配置 4 対 1 看護補助配置 4 対 1
※ ただし、平成23年度末までは、現行の 6 対 1 を経過措置として可能とする。

<転換に当たっての支援措置>

- ✓ 療養病床が老人保健施設等に転換する場合の施設基準の緩和
- ✓ 療養病床が老人保健施設等に転換する場合の費用助成 等

平成18年以降の療養病床再編に関する主な議論②

H
19
年度

<介護療養型老人保健施設の創設>

- ✓ 療養病床の入院患者の医療ニーズに対応する観点から、①看護職員による夜間の医療処置、②看取りへの対応、③急性増悪時の対応の機能を評価した、介護療養型老人保健施設を創設（H20.5～）
- ✓ 転換における施設基準の更なる緩和
 - ・ 耐火構造、エレベータ設置等について転換前の病院の基準を適用
 - ・ 面積基準に係る経過措置（6.4㎡/床）を拡充（平成23年度末⇒大規模な修繕等までの間）等

<転換に当たっての支援措置の拡充>

- ✓ 医療法人による有料老人ホームの設置等を可能とする（H19.4～）とともに、有料老人ホーム等の入居者に対して提供される医療サービスについて評価を拡充（H20年度診療報酬改定）等

H
23
年度

<介護療養型医療施設の廃止期限等の延長>

- ✓ 転換が進んでいない等の理由により、廃止期限を平成29年度末まで延長（平成18年改正法に基づき、介護療養型医療施設の規定を削除した上で、平成29年度末までの間、なお効力を有するものとした）
- ✓ これに併せ、医療療養病床の看護人員配置の経過措置についても同様の延長が行われた。
 - ※ 平成24年度以降、医療療養病床からの転換を含め、介護療養病床の新設は不可。

H
27
年度

<介護療養型医療施設の評価の見直し>

- ✓ 平成27年度介護報酬改定において、介護療養型医療施設が担っている医療処置や看取り、ターミナルケアを中心とした長期療養を行う施設としての機能を評価した「療養機能強化型」の報酬を新設

<療養病床の在り方等に関する検討会における議論>

- ✓ 有識者による『療養病床の在り方等に関する検討会』を開催。サービス提供体制の選択肢を整理

療養病床の在り方等に関する特別部会

2

「療養病床の在り方等に関する検討会」新たな選択肢の整理案（概要）

慢性期の医療・介護ニーズに対応する今後のサービスの提供体制を整備するため、**介護療養病床を含む療養病床の在り方**をはじめ、**具体的な改革の選択肢の整理**等を行うことを目的として、療養病床の在り方等に関する検討会を開催。

議論の経過

第1回～第4回：療養病床の在り方等を検討する際の論点について（※第2回に有識者・自治体関係者からのヒアリングを実施）
第5回：新たな類型に関する論点について 第6回～第7回：新たな選択肢について
平成28年1月28日「療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて～サービス提供体制の新たな選択肢の整理案について～」を公表

※ 療養病床の在り方等に関する検討会は、療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて、サービス提供体制の新たな選択肢の整理を行うものであり、**具体的な制度設計（財源、人員配置、施設基準等）は、社会保障審議会の部会において議論。**

新たな類型の整理案について

※ 医療療養病床のうち、看護人員配置が診療報酬上の基準で25対1のもの

介護療養病床、医療療養病床（25対1）※の主な利用者のイメージ

- **要介護度や年齢が高い者が多い**
⇒ 80歳以上の高齢者、要介護度が4以上の者が大半を占める
- **平均在院日数が長く、死亡退院が多い**
⇒ 医療療養病床が約半年、介護療養病床が約1年半の平均在院日数
⇒ 介護療養病床は約4割、医療療養病床(25対1)は約3割が死亡退院
- **一定程度の医療が必要**
⇒ 医療療養病床(20対1)よりも比較的医療の必要性が低いが、病態は様々で容体急変のリスクのある者も存在

新たな選択肢を考えるに当たっての基本的条件

- 利用者の生活様式に配慮し、長期に療養生活を送るのにふさわしい、プライバシーの尊重、家族や地域住民との交流が可能となる環境整備（『住まい』の機能を満たす）
- 経管栄養や喀痰吸引等を中心とした**日常的・継続的な医学管理**や、**充実した看取りやターミナルケア**を実施する体制

医療・介護ニーズがあり、長期療養の必要がある者に対応する新たな類型

① **医療機能を内包した施設類型**（患者像に併せて柔軟な人員配置、財源設定等ができるよう、2つのパターンが想定される）

② **医療を外から提供する、「住まい」と医療機関の併設類型**

（医療機能の集約化等により、医療療養病床（20対1）や診療所に転換。残りスペースを居住スペースに。）

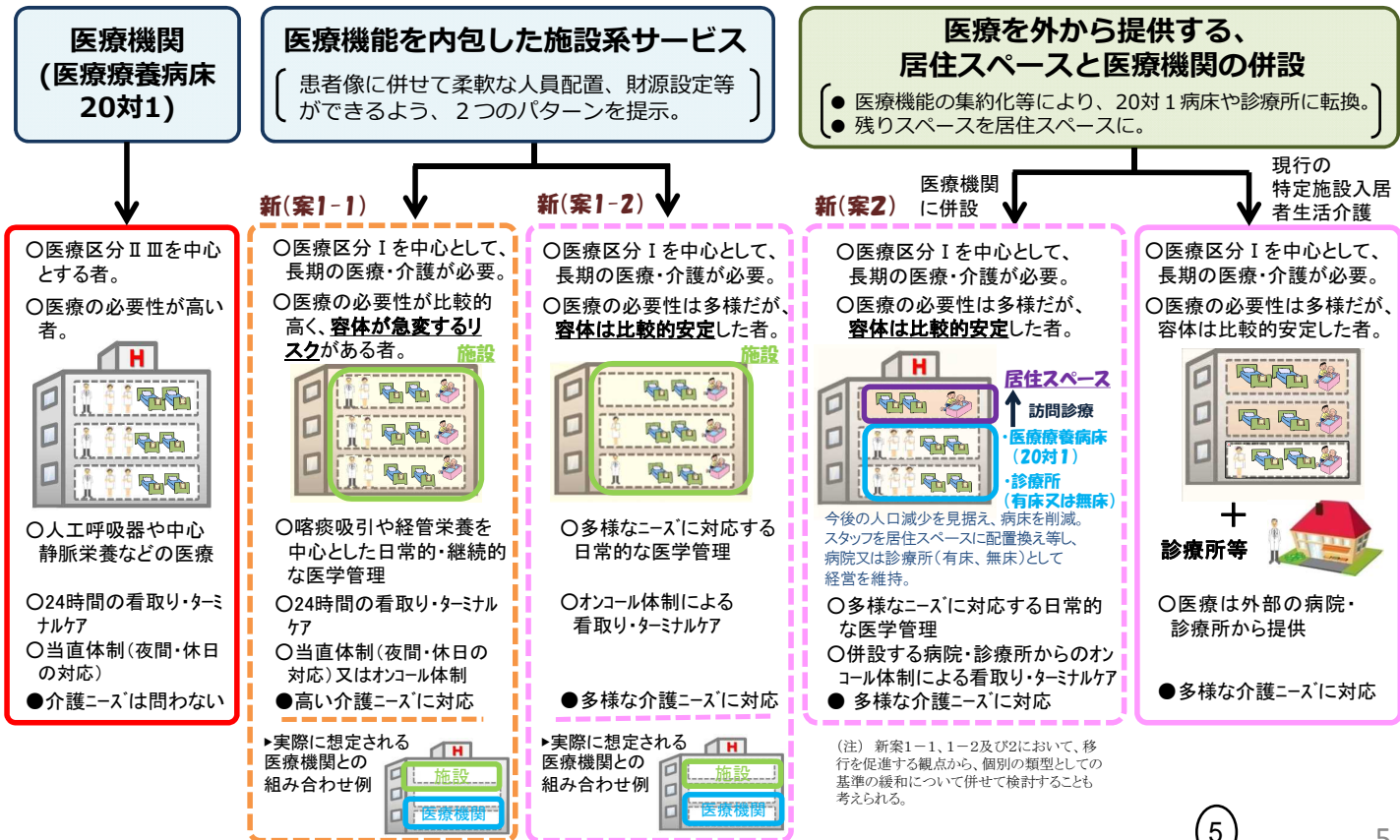
3

慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス提供類型

	現行の医療療養病床(20対1)	案1 医療内包型		案2 医療外付型	現行の特定施設入居者生活介護
		案1-1	案1-2	案2	
サービスの 特徴	長期療養を目的としたサービス(特に、「医療」の必要性が高い者を念頭)	長期療養を目的としたサービス(特に、「介護」の必要性が高い者を念頭)	長期療養を目的としたサービス	居住スペースに病院・診療所が併設した場で提供されるサービス	特定施設入居者生活介護
	病院・診療所	長期療養に対応した施設(医療提供施設)		病院・診療所と居住スペース	有料老人ホーム 軽費老人ホーム 養護老人ホーム
利用者像	医療区分ⅡⅢを中心	・医療区分Ⅰを中心 ・長期の医療・介護が必要			
	医療の必要性が高い者	医療の必要性が比較的高く、容体が急変するリスクがある者	医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者		
医療機能	・人工呼吸器や中心静脈栄養などの医療	・喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理	多様なニーズに対応する日常的な医学管理		医療は外部の病院・診療所から提供
	・24時間の看取り・ターミナルケア ・当直体制(夜間・休日の対応)	・24時間の看取り・ターミナルケア ・当直体制(夜間・休日の対応)又はオンコール体制	オンコール体制による看取り・ターミナルケア	併設する病院・診療所からのオンコール体制による看取り・ターミナルケア	
介護機能	介護ニーズは問わない	高い介護ニーズに対応	多様な介護ニーズに対応		

※医療療養病床(20対1)と特定施設入居者生活介護については現行制度であり、「新たな類型」の機能がわかりやすいよう併記している。
 ※案2について、現行制度においても併設は可能だが、移行を促進する観点から、個別の類型としての基準の緩和について併せて検討することも考えられる。
 「療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて～サービス提供体制の新たな選択肢の整理案について～」(平成28年1月28日 療養病床の在り方等に関する検討会)より抜粋

慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス提供類型 (イメージ)



※ 介護保険施設等への転換を行う場合は、介護保険事業計画の計画値の範囲内となることに留意が必要。

「療養病床の在り方等に関する検討会」で提示された検討課題の例

療養病床の在り方等に関する検討会では、『慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス提供類型』を選択肢として整理。その具体的な制度設計等については、社会保障審議会で議論することとされたが、例えば、次のような意見や検討課題が提示された。

1. 人員配置基準について

- 併設の病院や診療所との間での柔軟な人員配置要件の必要性
- 過疎地域におけるマンパワー確保の方策（近隣の医療機関との連携等の地域での体制整備） 等

2. 施設基準について

- 面積基準の在り方、個室か多床室かなど
- 長期療養の場であること等に配慮したプライバシー確保の必要性 等

3. 財源の在り方について

- 新たな種類の財源構成の在り方（医療保険財源か、介護保険財源か）
- 居住に関する費用の費用負担の在り方 等

4. 低所得者への配慮について

- 低所得者対策の必要性

5. 制度検討に際してのその他の留意事項

- 新たな類型におけるリハビリや栄養指導等の必要性
- 介護保険事業計画等と療養病床の転換との関係の整理
- 新たな類型を転換に限るか
- 介護療養型老人保健施設の転換の可否の検討
- 経過措置の在り方も含めた介護療養型医療施設等の転換期限の扱い 等

療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて ～サービス提供体制の新たな選択肢の整理案について～

平成28年1月28日
療養病床の在り方等に関する検討会

1. はじめに

(本検討会の目的)

- 本検討会は、慢性期の医療・介護ニーズに対応する今後のサービスの提供体制を整備するため、介護療養病床を含む療養病床の在り方をはじめ、具体的な改革の選択肢の整理等を行うことを目的として設置された。

(療養病床再編等に関する経緯)

- 平成18年の医療制度改革により、療養病床について、患者の状態に即した機能分担を促進する観点から、医療保険・介護保険を一体的に見直し、医療の必要性の高い方々については引き続き医療療養病床で対応するとともに、高齢で医療の必要性の低い方々については、療養病床から移行した老人保健施設等で対応することとして、介護療養病床は平成23年度末で廃止することとされた。
- 併せて、医療法についても見直しが行われ、療養病床については看護師及び准看護師の人員配置基準（以下「看護人員配置」という。）が、6対1以上から4対1以上に引き上げられた。なお、経過措置として平成23年度末までは、看護人員配置が6対1以上でも良いこととされた。
- 平成23年度末の廃止が予定されていた介護療養病床については、介護老人保健施設等への移行が進んでいない等の理由により、同年の介護保険法改正において6年間の期限の延長が行われた。また、これに併せ、医療療養病床の看護人員配置の経過措置についても同様の延長が行われた。

(医療・介護の提供体制の一体的な整備)

- 現在、地域医療構想の策定、地域支援事業の実施をはじめとする平成37年（2025年）に向けた医療・介護提供体制の一体的な整備が進められている。平成30年度からは第7次医療計画及び第7期介護保険事業（支援）計画がスタートし、同年度には診療報酬や介護報酬の同時改定も予定されている。
- このような状況の中、介護療養病床と、医療療養病床のうち、看護人員配置が診療報酬上の基準で25対1のもの（以下「医療療養病床（25対1）」という。）の設置期限である平成29年度末を迎えることとなっており、地域医療構想の実現のためにも、対応方針を早期に示すことが求められている。

(現在のサービス提供類型)

- 現在、慢性期の医療・介護サービスを提供する施設類型としては、主に以下のものなどがあり、次のような役割を担っている。
 - ・ 医療療養病床：主として長期にわたり療養を必要とする者を入院させるための医療保険適用の病床
 - ・ 介護療養病床：主として長期にわたり療養を必要とする者のうち、要介護認定者に対し、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話、必要な医療等を提供する病床
 - ・ 介護老人保健施設：要介護者に対し、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療等を提供し、在宅復帰を目指す医療提供施設
 - ・ 特別養護老人ホーム：要介護者のための生活施設
 - ・ 有料老人ホーム：①入浴、排せつ又は食事の介護、②食事の提供、③洗濯、掃除等の家事、④健康管理のいずれかの事業を行う施設
- 長期療養を必要とする者のうち、病院・診療所への入院の必要はないが、一定程度の医療を必要とする者を中心に、在宅医療・介護サービスを活用している。
- なお、介護療養病床や医療療養病床（25対1）の利用者のイメージは以下のとおりである。

<利用者のイメージ>

- ・ 現行の利用者の平均年齢は、介護療養病床、医療療養病床（25対1）のいずれにおいても80歳強であり、僅かながら、医療療養病床（25対1）においては40歳未満の者も存在しているものの、高齢者が大宗を占める。また、介護の必要性について、医療療養病床（25対1）においては、要介護申請を行っていない者がいるものの、これらを除けば、介護療養病床を含め、要介護度4以上の者が大宗である。
- ・ 平均在院日数は、特に介護療養病床において長期にわたっており、介護療養病床においては死亡退院が最も多く、医療療養病床（25対1）においても自宅退院に次いで死亡退院が多い。
- ・ 介護療養病床や医療療養病床（25対1）では、医療療養病床のうち、看護人員配置が診療報酬上の基準で20対1のもの（以下「医療療養病床（20対1）」という。）よりも、比較的医療の必要性が低い者を受け入れている。また、こうした医療の必要性の低い者の中でもその病態は様々で、容体が急変するリスクを抱える者もいると考えられる。

2. 新たな選択肢を考えるに当たっての基本的な条件

(基本的な考え方)

- 新たな選択肢を検討するに当たっては、これらの利用者像と、それに即した機能（サービス）の明確化が必要である。
- 現行の介護療養病床及び医療療養病床（25対1）が長期療養の場となり、そこで亡くなる者が多いことに鑑みると、長期間の利用継続に対応する「住まい」の視点を踏まえることが重要である。
- そのため、今後、「医療」「介護」のニーズを併せ持ち、長期の療養が必要となる高齢者に対して、これまでの類型にはない、日常的な医学的管理、一定程度の介護に加え、「住まい」の機能を同時に満たす新たな類型が必要である。
- したがって、新たな類型には、
 - ・ 利用者の生活様式に配慮し、長期に療養生活を送るのにふさわしい、プライバシーの尊重、家族や地域住民との交流が可能となる環境整備
 - ・ 経管栄養や喀痰吸引等を中心とした日常的・継続的な医学管理や、充実した看取りやターミナルケアを実施する体制が求められる。

また、これらの機能を確保する際には、厳しい財政状況も踏まえ、効率的な運営体制の実現に向けた配慮が必要である。

なお、介護療養病床においては、身体拘束ゼロに向けた取組や医師も含めたケアカンファレンスによる多職種連携など、サービスの質の向上に向けた取組が行われてきたところであり、こうした取組は、新たな類型でも引き続き実現されていくことが重要である。

(新たな選択肢に求められる条件)

- 具体的に、新たな類型については、次のような「利用者の視点」と「実現可能性の視点」が必要となる。

《利用者の視点》

- ・ 提供されるサービスの内容が、利用者の状態（医療の必要度、要介護度など）に即したものであること
- ・ 生活の質（QOL）等の観点も踏まえ、長期にサービスを利用する場として、適切な生活空間が確保されていること
- ・ 費用面から見て、利用者にとって負担可能なものであること

《実現可能性の視点》

- ・ 地域のマンパワーで対応可能な形態であること
- ・ 経過措置として、既存施設の有効活用も考慮すること
- ・ 経営者・職員にとって魅力があり、やりがいを感じられるものであること

3. 考えられる選択肢

(本検討会における新たな選択肢の整理)

○ 現行の介護療養病床・医療療養病床（25対1）が提供している機能を担う選択肢として、新たな選択肢を考えるに当たって、「住まい」の機能の強化を中心とすると、

- ① 医療を内包した施設類型
- ② 医療を外から提供する、「住まい」と医療機関の併設類型（※）

の類型が考えられる。

※ 現行制度においても併設は可能だが、移行を促進する観点から、個別の類型としての基準の緩和について併せて検討することも考えられる。

○ その上で、現行の介護療養病床・医療療養病床（25対1）が提供している機能を担う選択肢として、別紙のような対応案が考えられる。

○ なお、療養病床を有する個々の医療機関の選択肢としては、これら新たな類型に移行する、医療療養病床（20対1）や介護老人保健施設、有料老人ホーム等の既存の類型に移行する、あるいは複数の類型と組み合わせて移行する等、多様な対応の選択肢が考えられる。

○ また、実際の移行先は、各医療機関が、入院する患者像や経営状況などを勘案して、既存類型や上記の対応案の中から、自ら選択することとする。

○ 個別の制度や法律等については、社会保障審議会医療部会、介護保険部会等において議論を行うものであり、本検討会は、そこでの議論を行うことを前提として、新たな類型を新たな選択肢として追加して提示するものである。

この新たな類型と既存の類型、在宅医療・介護サービスも活用しながら、利用者像に即した多様な機能（サービス）を用意し、地域差にも配慮しつつ、今後の医療・介護ニーズに適切に対応できる体制を整備することが重要である。

(別紙) 慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス提供類型

	案1 医療内包型		案2 医療外付型		現行の 特定施設入居者 生活介護
	案1-1	案1-2	案2		
現行の 医療療養病床(20対1)					
サービス の特徴	長期療養を目的としたサービス(特に、「医療」の必要性が高い者を念頭)	長期療養を目的としたサービス(特に、「介護」の必要性が高い者を念頭)	長期療養を目的としたサービス	居住スペースに病院・診療所が併設した場で提供されるサービス	特定施設入居者 生活介護
	病院・診療所	長期療養に対応した施設(医療提供施設)	病院・診療所と居住スペース		有料老人ホーム 軽費老人ホーム 養護老人ホーム
利用者像	医療区分ⅡⅢを中心 医療の必要性が高い者	医療区分Ⅰを中心 ・長期の医療・介護が必要 医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者			
医療 機能	・人工呼吸器や中心 静脈栄養などの医療 ・24時間の看取り・ ターミナルケア ・当直体制(夜間・ 休日の対応)	・喀痰吸引や経管栄養を中 心とした日常的・継続的な 医学管理 ・24時間の看取り・ターミナ ルケア ・当直体制(夜間・休日の対 応)又はオンコール体制	多様なニーズに対応する日常的な医学管理 併設する病院・診療所からの オンコール体制による看取 り・ターミナルケア		医療は外部の 病院・診療所から 提供
介護 機能	介護ニーズは問わない	高い介護ニーズに対応	多様な介護ニーズに対応		

※医療療養病床(20対1)と特定施設入居者生活介護については現行制度であり、「新たな類型」の機能がわかりやすいよう併記している。
 ※案2について、現行制度においても併設は可能だが、移行を促進する観点から、個別の類型としての基準の緩和について併せて検討することとも考えられる。

療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて
～サービス提供体制の新たな選択肢の整理案について～
に関する参考資料1

療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて ～サービス提供体制の新たな選択肢の整理案について～ に関する参考資料

(療養病床再編等に関する経緯)

療養病床に関する経緯①

S48(1973) 老人福祉法改正 老人医療費無料化

- 「老人病院」が増加。施設代わりの病院利用が促進。併せて医師、看護師の配置の薄い病院が増加（社会的入院問題）



S58(1983) 「特例許可老人病院」制度化

- 老人病院を医療法上「特例許可老人病院」と位置づけ、診療報酬上、医師、看護師の配置を減らし介護職員を多く配置する等の介護機能等の点を評価（診療報酬は一般病院よりも低く設定）



H5(1993) 医療法改正 「療養型病床群」の創設

- 一般病院における長期入院患者の増加に対応し、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための療養環境を有する病床として「療養型病床群」を創設（病床単位でも設置できるようにする）

H12(2000) 介護保険法施行 H13(2001) 医療法改正 「療養病床」の創設

【介護保険法施行】

- 療養病床の一部（※1）について、介護保険法上、主として長期にわたり療養を必要とする要介護者に対して医学的管理、介護などを行う「介護療養型医療施設」（※2）として位置づけ（介護療養病床）

※1 介護保険法施行時(2000年)は、医療法改正までの間、療養型病床群として位置づけられていた。
 ※2 介護療養型医療施設の一類型として、医療法上の認知症疾患療養病棟(精神病床)を併せて位置づけ。

【医療法改正】

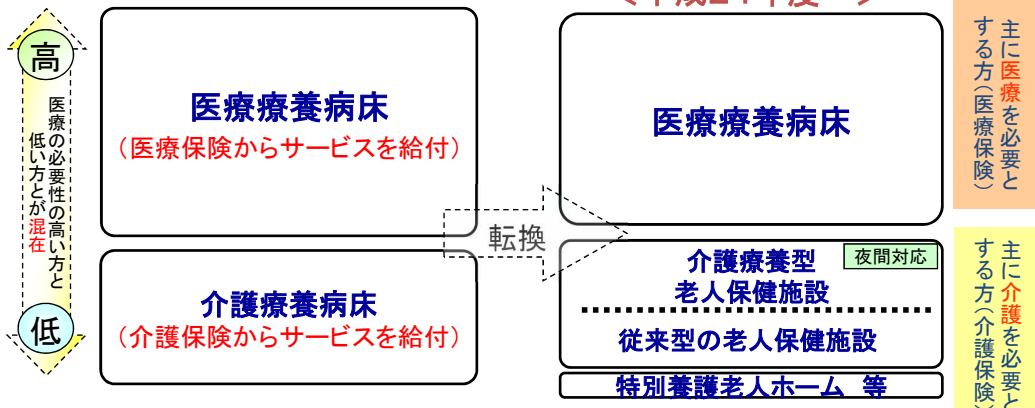
- 療養型病床群と老人病院（特例許可老人病院）を再編し、「療養病床」に一本化

療養病床に関する経緯②

H18(2006) 医療保険制度改革／診療報酬・介護報酬同時改定 介護療養病床のH23年度末での廃止決定

- 同時報酬改定に際し、実態調査の結果、医療療養病床と介護療養病床で入院患者の状況に大きな差が見られなかった（医療の必要性の高い患者と低い患者が同程度混在）ことから、医療保険と介護保険の役割分担が課題
- また、医療保険制度改革の中で、医療費総額抑制を主張する経済財政諮問会議との医療費適正化の議論を受け、患者の状態に応じた療養病床の再編成（老健施設等への転換促進と介護療養病床のH23年度末廃止）を改革の柱として位置づけ
- 同時に、療養病床の診療報酬体系について、気管切開や難病等の患者の疾患・状態に着目した「医療区分」（1～3）、食事・排泄等の患者の自立度に着目した「ADL区分」（1～3）による評価を導入

＜平成24年度～＞



⑬ 医療区分2 ... 医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態や、難病、脊椎損傷、肺炎、褥瘡等の疾患等を有する者
 医療区分1 ... 医療区分2、3に該当しない者（より軽度な者）

H23(2011) 介護保険法改正 介護療養病床の廃止・転換期限をH29年度末まで延長

- 介護療養病床の老健施設等への転換が進んでいない現状を踏まえ、転換期限をH29年度末まで6年延長（※平成24年以降、医療療養病床からの転換を含め、介護療養病床の新設は認めない）

【介護保険法改正の附帯決議】

介護療養病床の廃止期限の延長については、3年から4年後に実態調査をした上で、その結果に基づき必要な見直しについて検討すること。

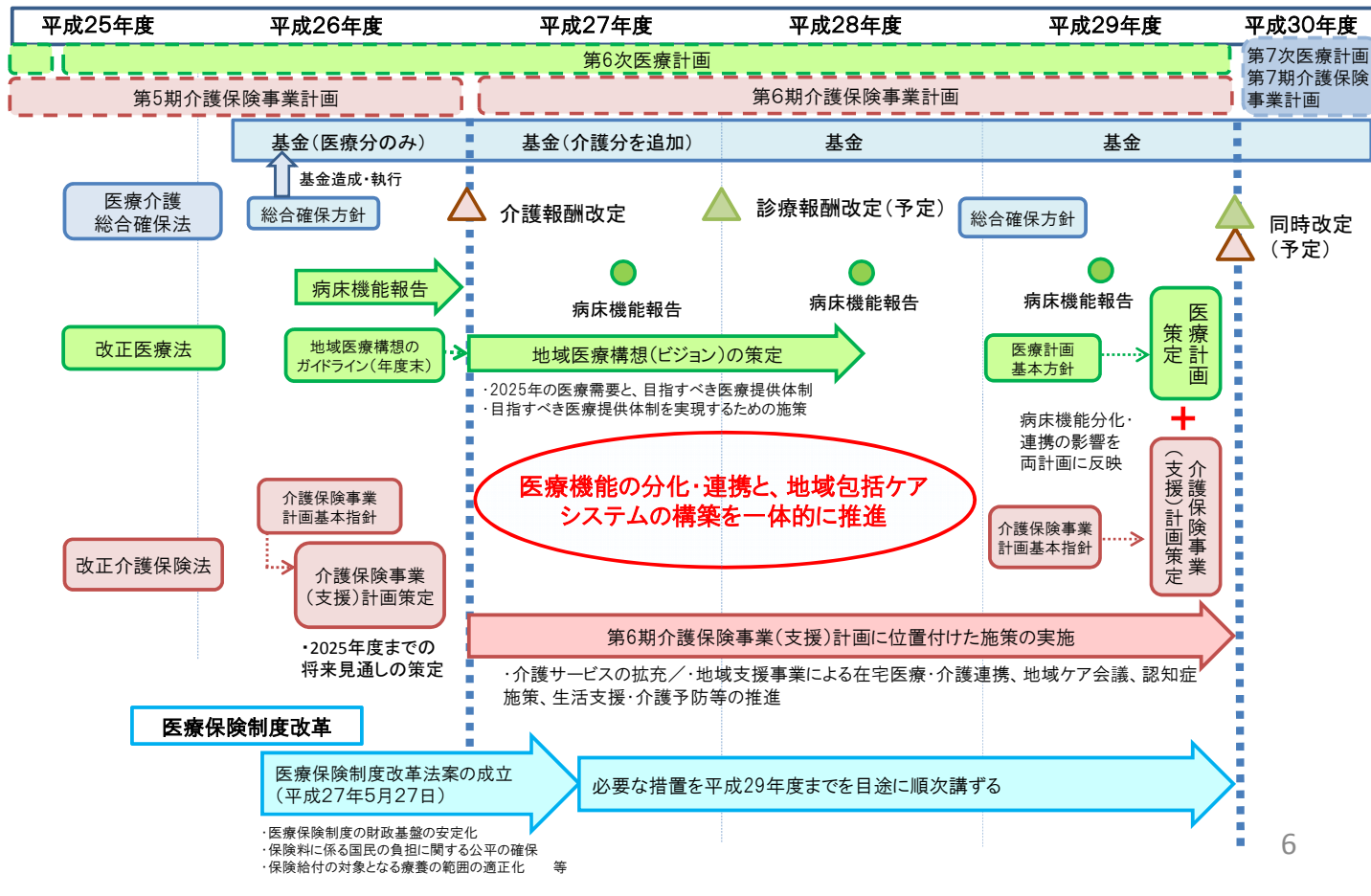
<療養病床数の推移>

	H18(2006).3月	H24(2012).3月	<参考>H27(2015).3月
介護療養病床数	12.2万床	7.8万床 (△4.4万床)	6.3万床 (△5.9万床)
医療療養病床数	26.2万床	26.7万床 (+0.5万床)	27.7万床 (+1.5万床)
合計	38.4万床	34.5万床	34.0万床

※1 括弧内は平成18年(2006)との比較
※2 病床数については、病院報告から作成

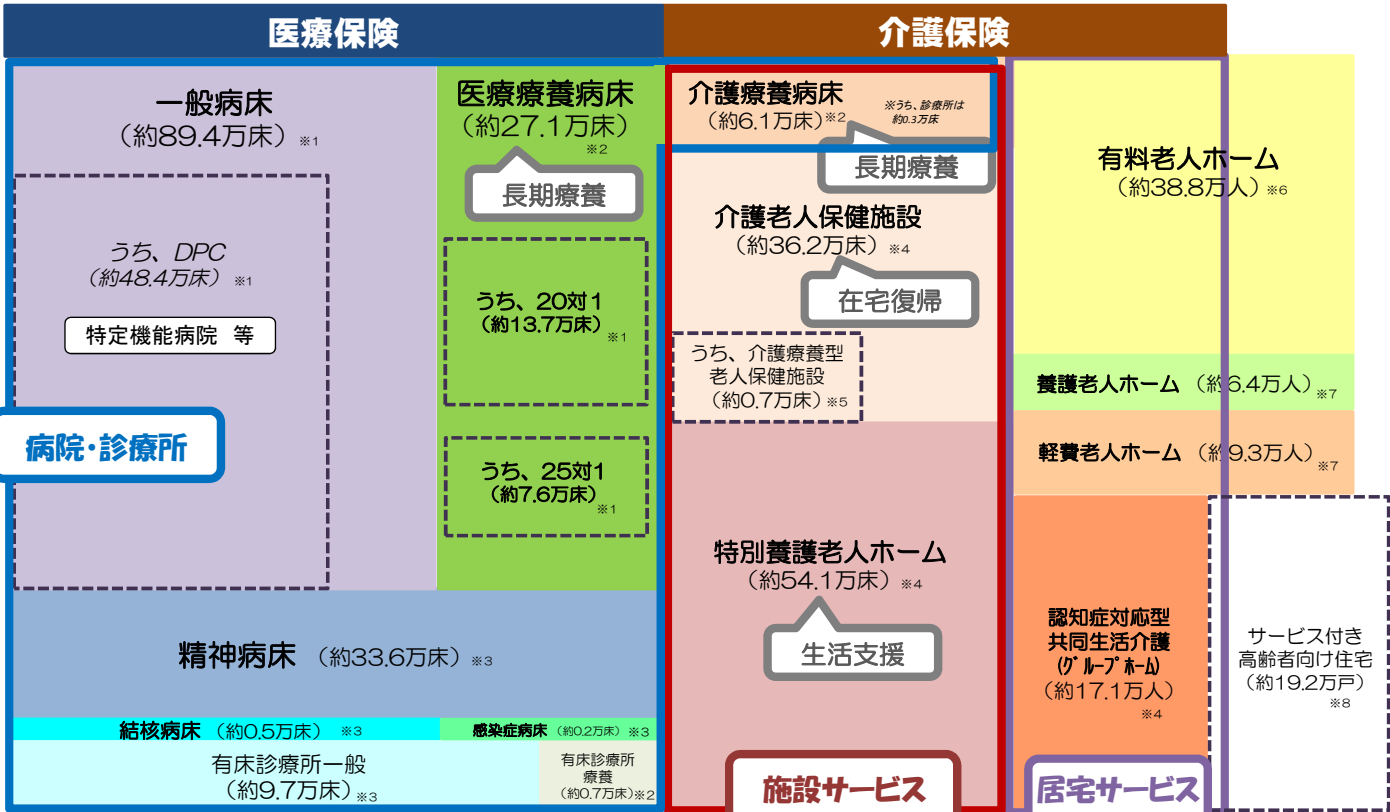
(医療・介護の提供体制の一体的な整備)

医療と介護の一体改革に係る今後のスケジュール



(現在のサービス提供類型)

医療・介護サービス提供における全体像（イメージ）



※1 施設基準届出(平成26年7月1日)
 ※2 病院報告(平成27年8月分概数)
 ※3 医療施設動態調査(平成27年10月末概数)
 ※4 介護サービス施設・事業所調査(平成26年10月1日)
 ※5 介護保険総合データベース集計情報より老人保健課推計(平成25年6月分)
 ※6 老健局高齢者支援課調べ(平成26年7月1日)
 ※7 平成26年社会福祉施設等調査(平成26年10月1日)
 ※8 サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム(平成27年12月)

療養病床等の現状

	一般病床	医療療養病床	介護療養型医療施設	介護老人保健施設	介護老人福祉施設
定義	病院又は診療所の病床のうち、精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外のもの	病院又は診療所の病床のうち、精神病床、感染症病床、結核病床以外の病床であって、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるためのもの	療養病床等を有する病院又は診療所であって、当該療養病床等に入院する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他必要な医療を行うことを目的とする施設	要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とする施設	要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことを目的とする施設
	医療法第7条第2項	医療法第7条第2項	旧・介護保険法第8条第26項	介護保険法第8条第27項	介護保険法第8条第26項
設置根拠		医療法(医療提供施設)			老人福祉法(老人福祉施設)
		医療法(病院・診療所)			
財源		医療保険		介護保険	
平均的な1月の1人当たりの費用額の推計	—	入院基本料1 約59.6万円 入院基本料2 約45.8万円 (注1)	介護療養施設サービス 約35.8万円 (注2)	介護保健施設サービス 約27.2万円 (注2)	介護福祉施設サービス 約25.5万円 (注3)

(注1) 療養病棟入院基本料1及び2を算定する病棟の患者1人1月当たりのレセプト請求金額(平成26年度入院医療等の調査)に基づき、1月を30.4日として1月の請求額を算出。
 (注2) 介護サービス受給者1人当たり費用額(介護給付費実態調査平成27年3月審査分)
 (注3) 介護福祉施設サービス及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護における1人当たり費用額(介護給付費実態調査平成27年3月審査分)

医療法・介護保険法上の主な人員配置基準

	一般病床 ^(※1)	医療療養病床 ^(※1)	介護療養型医療施設 ^(※1)	介護老人保健施設	介護老人福祉施設
医師	16対1 3名以上	48対1 3名以上	48対1 3名以上	100対1以上 常勤1以上	健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数
薬剤師	70対1 1名以上	150対1 1名以上	150対1 1名以上	実情に応じた適当数 (300対1を標準)	—
看護職員	看護師及び准看護師3対1 1名以上	看護師及び准看護師4対1 ^(※2) 1名以上 看護補助者 4対1 ^(※2)	6対1以上	3対1以上 (うち看護職員 ^(※3) は2/7程度を標準)	入所者の数が3又はその端数を増すごとに1以上
介護職員	—	—	6対1以上		
栄養士	病床数100以上の病院に1人	病床数100以上の病院に1人	病床数100以上の病院に1人	定員100以上の場合、1以上	1以上
介護支援専門員	—	—	1以上 (100対1を標準)	1以上 (100対1を標準)	1以上 (入所者の数が100又はその端数を増すごとに1を標準)

※1 病院の場合の基準であり、診療所は含まない。

※2 平成30年3月31日までは、6:1でも可。

※3 看護師又は准看護師

医療療養病床（20対1・25対1）と介護療養病床の現状

療養病床については、医療法施行規則に基づき、看護師及び看護補助者の人員配置は、本則上4対1（診療報酬基準でいう20対1に相当）以上とされているが、同施行規則（附則）に基づき、経過措置として、平成30年3月31日までの間は、6対1（診療報酬基準でいう30対1に相当）以上とされている。

※ 医療法施行規則に基づく人員配置の標準は、他の病棟や外来を合わせ、病院全体で満たす必要がある。

		医療療養病床		介護療養病床
		20対1	25対1	
人員	医師	48対1(3人以上)	48対1(3人以上)	48対1 (3人以上)
	看護師及び准看護師	20対1 (医療法では4対1)	25対1 (医療法では、4対1が原則だが、29年度末まで経過的に6対1が認められている。)	6対1 (診療報酬基準でいう30対1に相当) (医療法では、4対1が原則だが、29年度末まで経過的に6対1が認められている。)
	看護補助者	20対1 (医療法では、4対1)	25対1 (医療法では、4対1が原則だが、29年度末まで経過的に6対1が認められている。)	—
	介護職員	—	—	6対1
施設基準		6.4㎡以上	6.4㎡以上	6.4㎡以上
設置の根拠		医療法(病院・診療所)	医療法(病院・診療所)	医療法(病院・診療所)
病床数		約13.7万床 ^(※1)	約7.6万床 ^(※1)	約6.1万床 ^(※2)
財源		医療保険	医療保険	介護保険
報酬(例) ^(※3)		療養病棟入院基本料1	療養病棟入院基本料2	療養機能強化型A、療養機能強化型B、その他

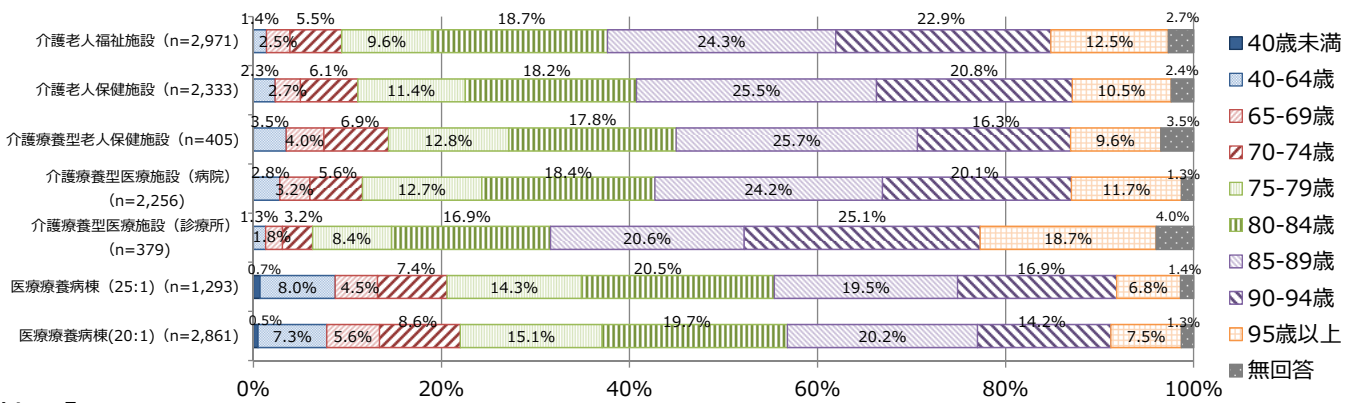
(※1) 施設基準⁽¹⁸⁾ 平成26年7月1日現在

(※2) 病院報告(平成27年8月分概数)

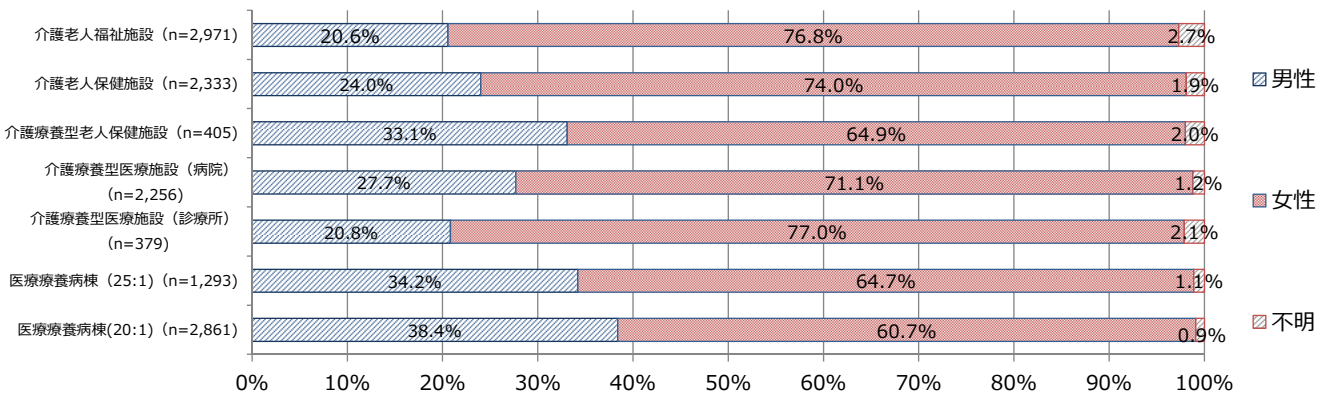
(※3) 療養病棟入院基本料は、医療区分・ADL区分等に基づく患者分類に基づき評価。介護療養施設サービス費は、要介護度等に基づく分類に基づき評価。

入院患者／入所者の年齢・性別

【年齢】

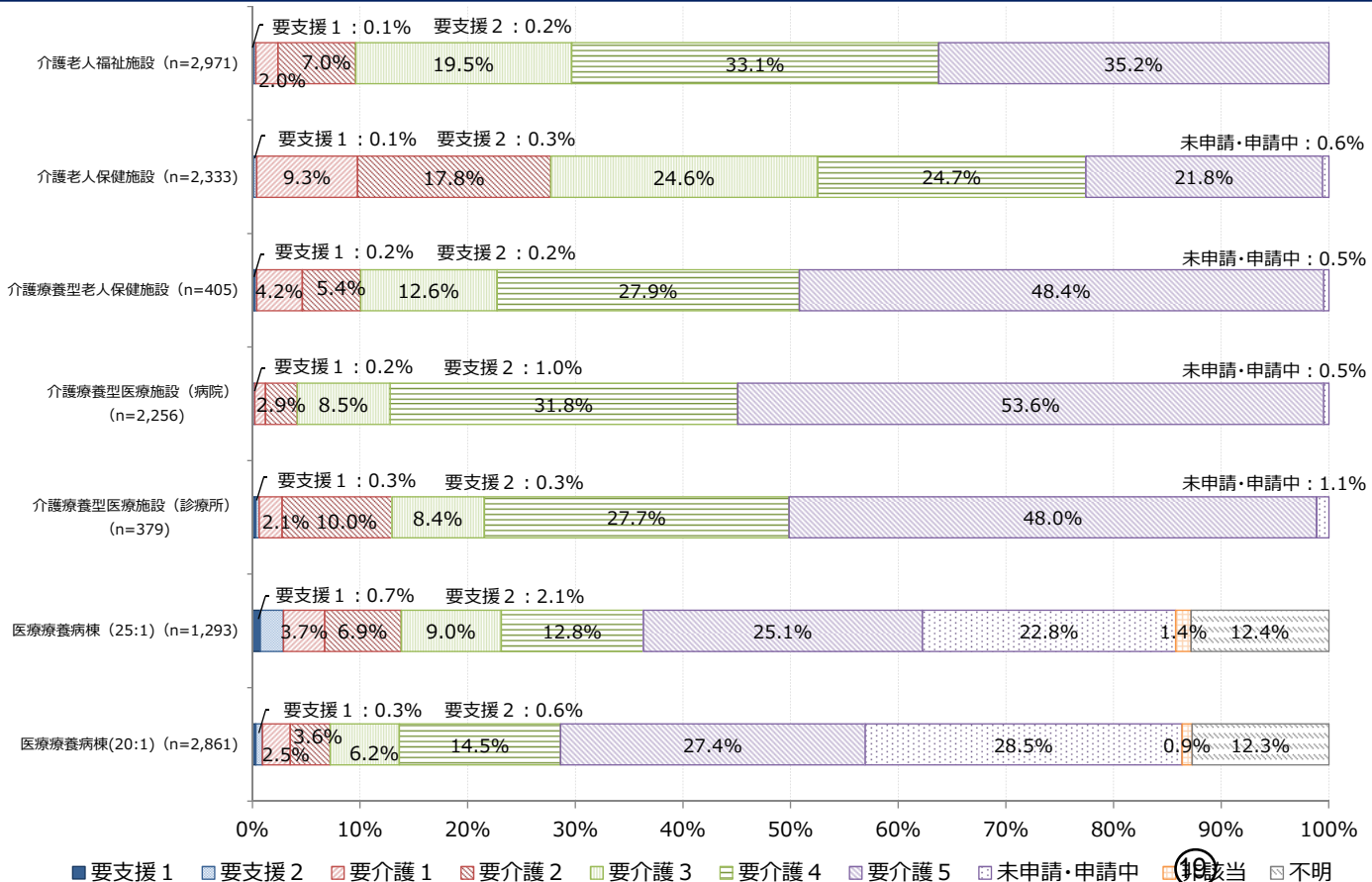


【性別】



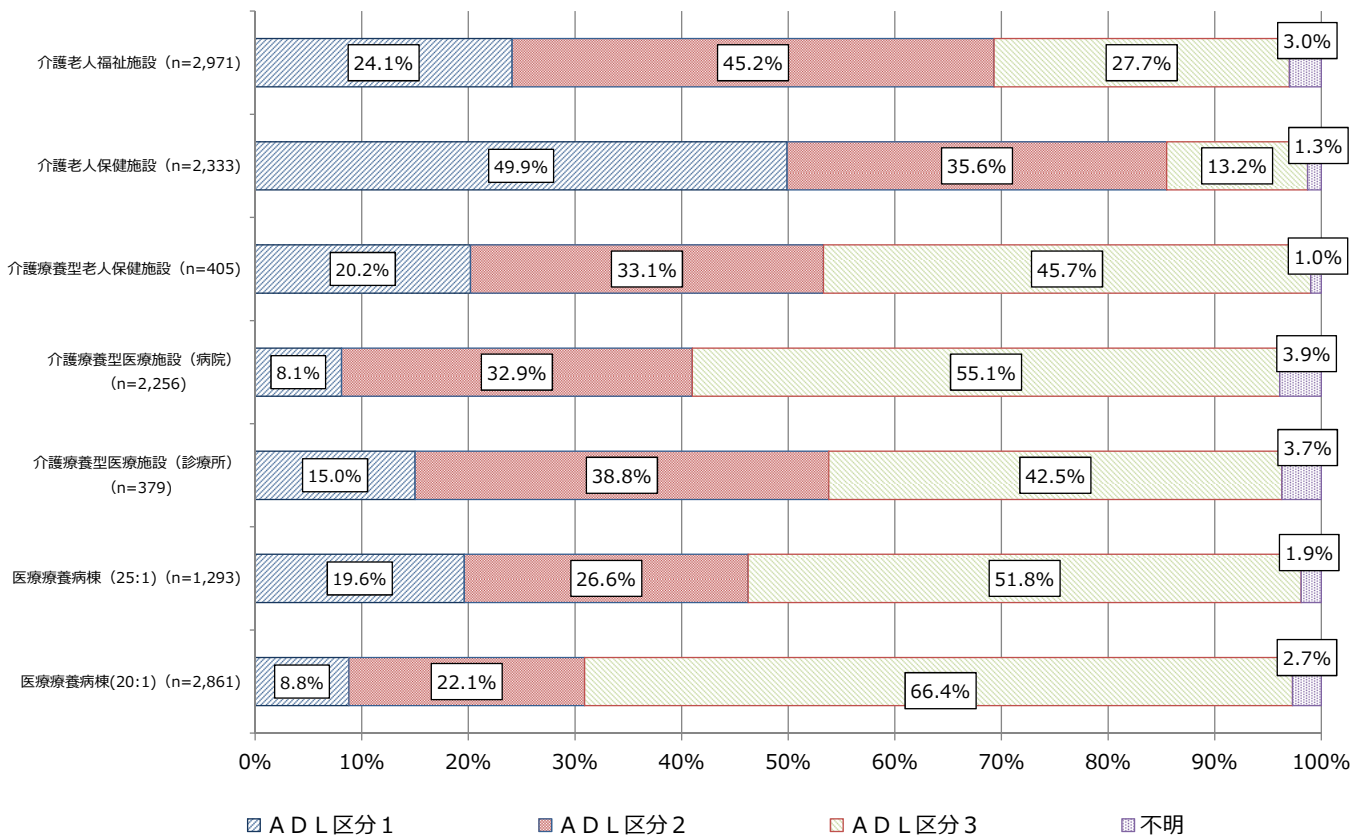
平成25年度老人保健事業推進費等補助金：医療ニーズを有する高齢者の実態に関する横断的な調査研究事業（公益社団法人全日本病院協会）

入院患者／入所者の要介護度



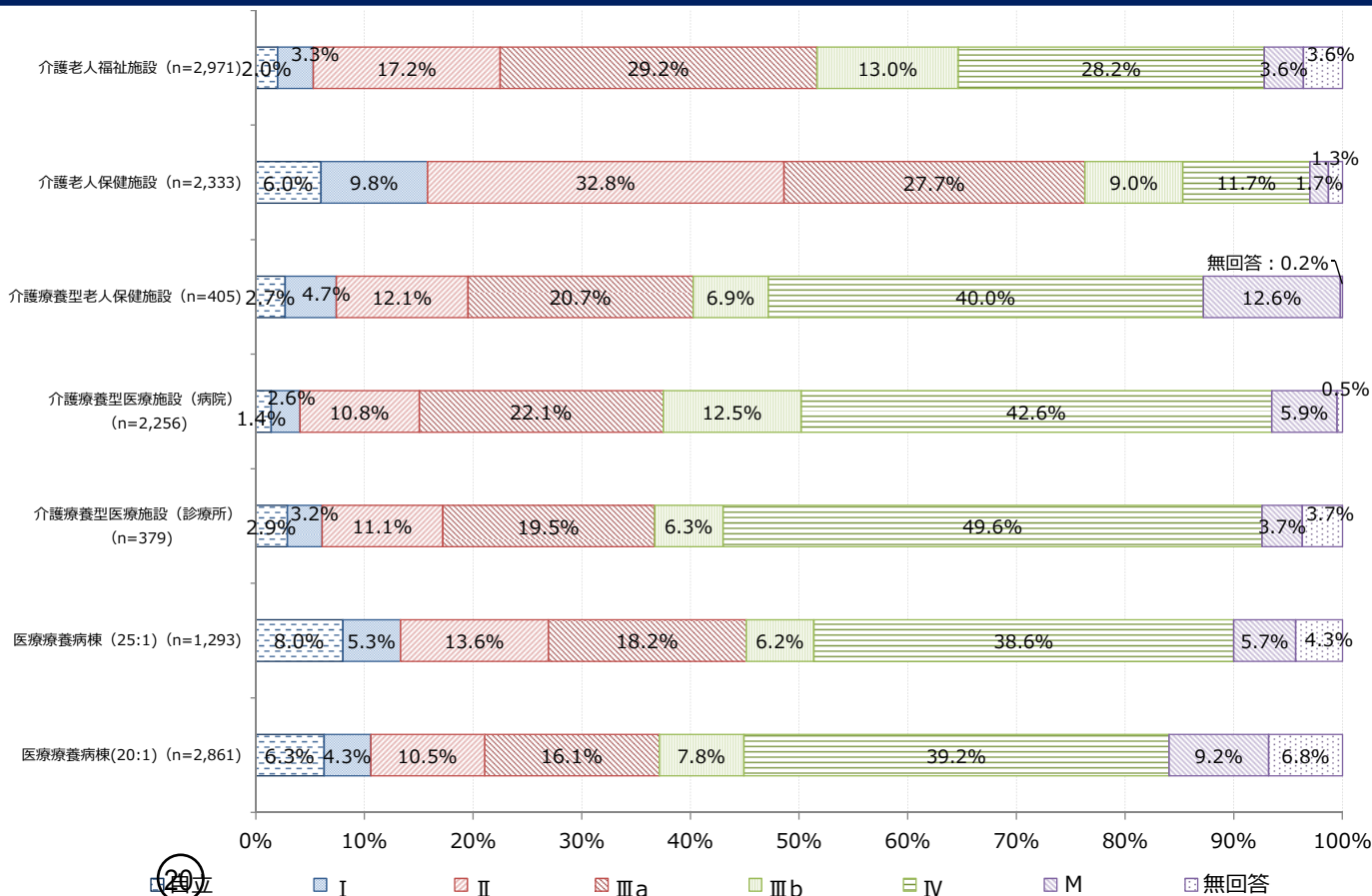
平成25年度老人保健事業推進費等補助金：医療ニーズを有する高齢者の実態に関する横断的な調査研究事業（公益社団法人全日本病院協会）

入院患者／入所者のADL区分



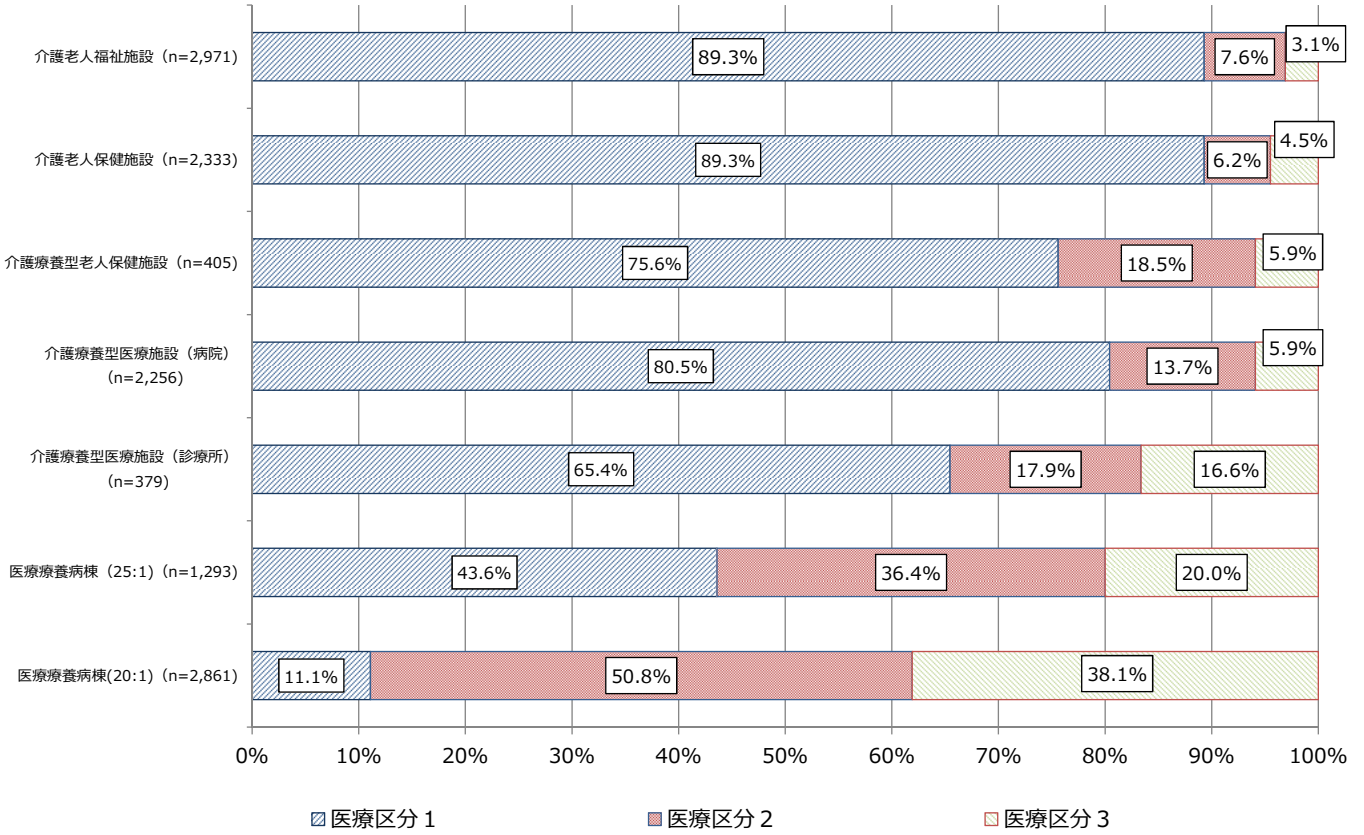
平成25年度老人保健事業推進費等補助金：医療ニーズを有する高齢者の実態に関する横断的な調査研究事業（公益社団法人全日本病院協会）

認知症高齢者の日常生活自立度



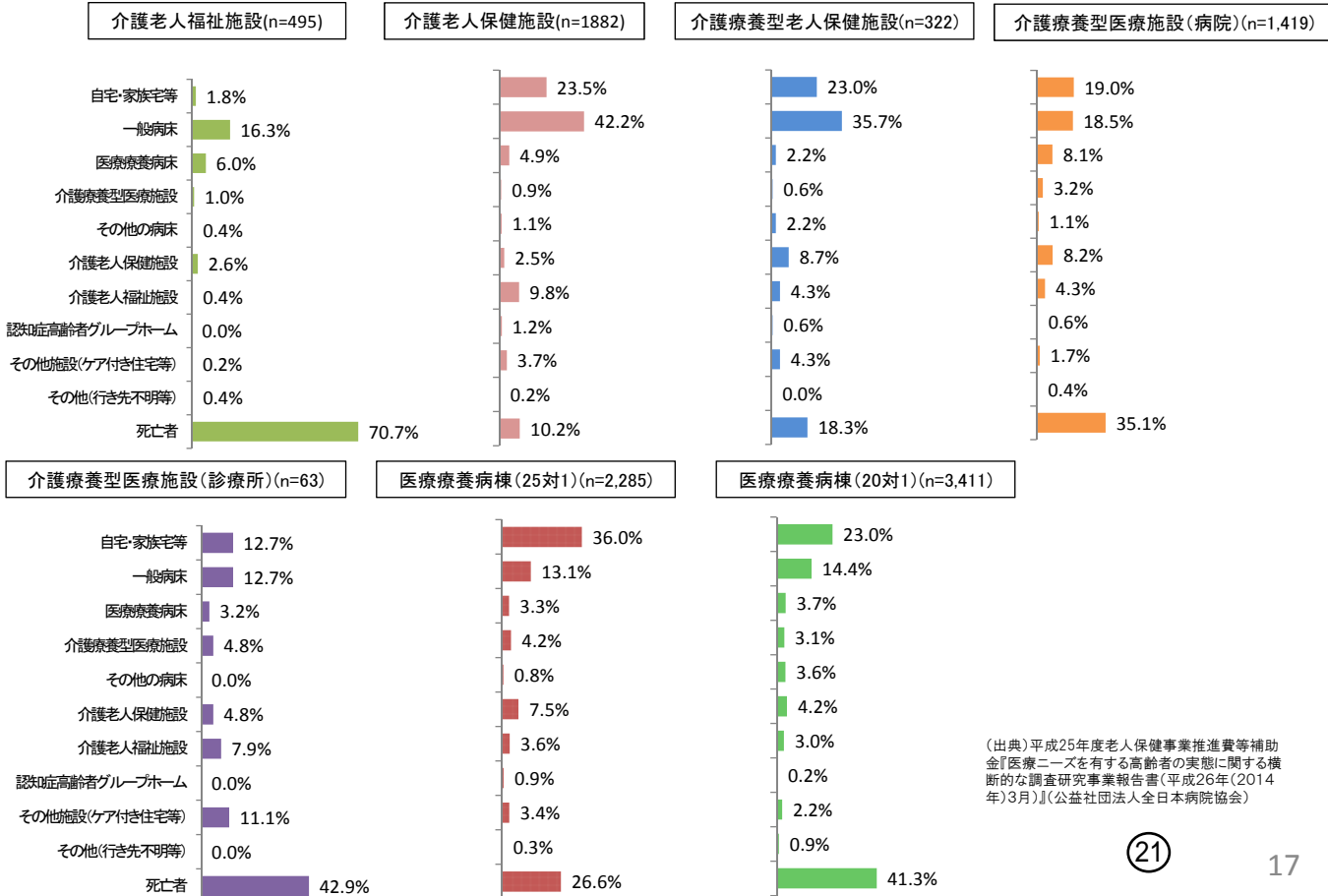
平成25年度老人保健事業推進費等補助金：医療ニーズを有する高齢者の実態に関する横断的な調査研究事業（公益社団法人全日本病院協会）

入院患者／入所者の医療区分



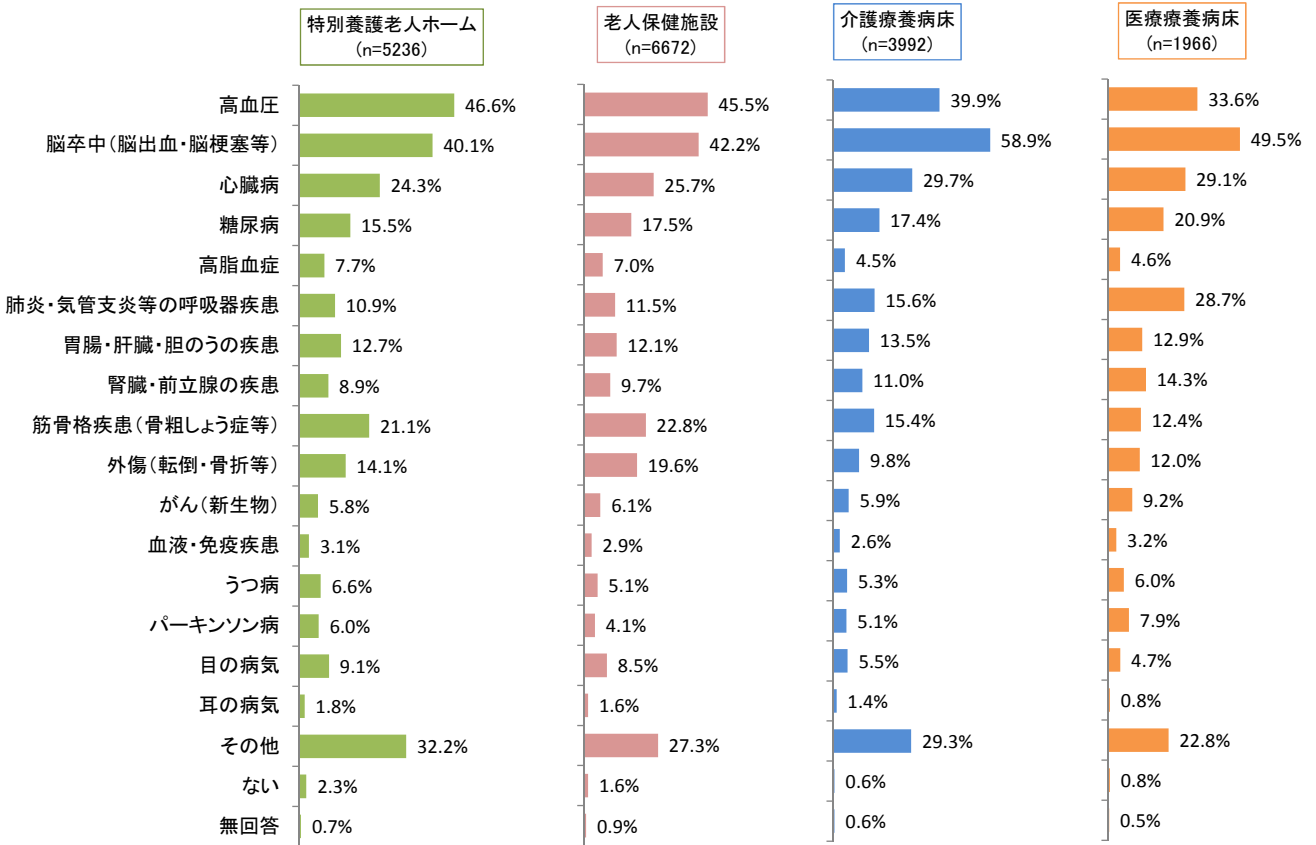
平成25年度老人保健事業推進費等補助金：医療ニーズを有する高齢者の実態に関する横断的な調査研究事業（公益社団法人全日本病院協会）

退院／退所後の行き先



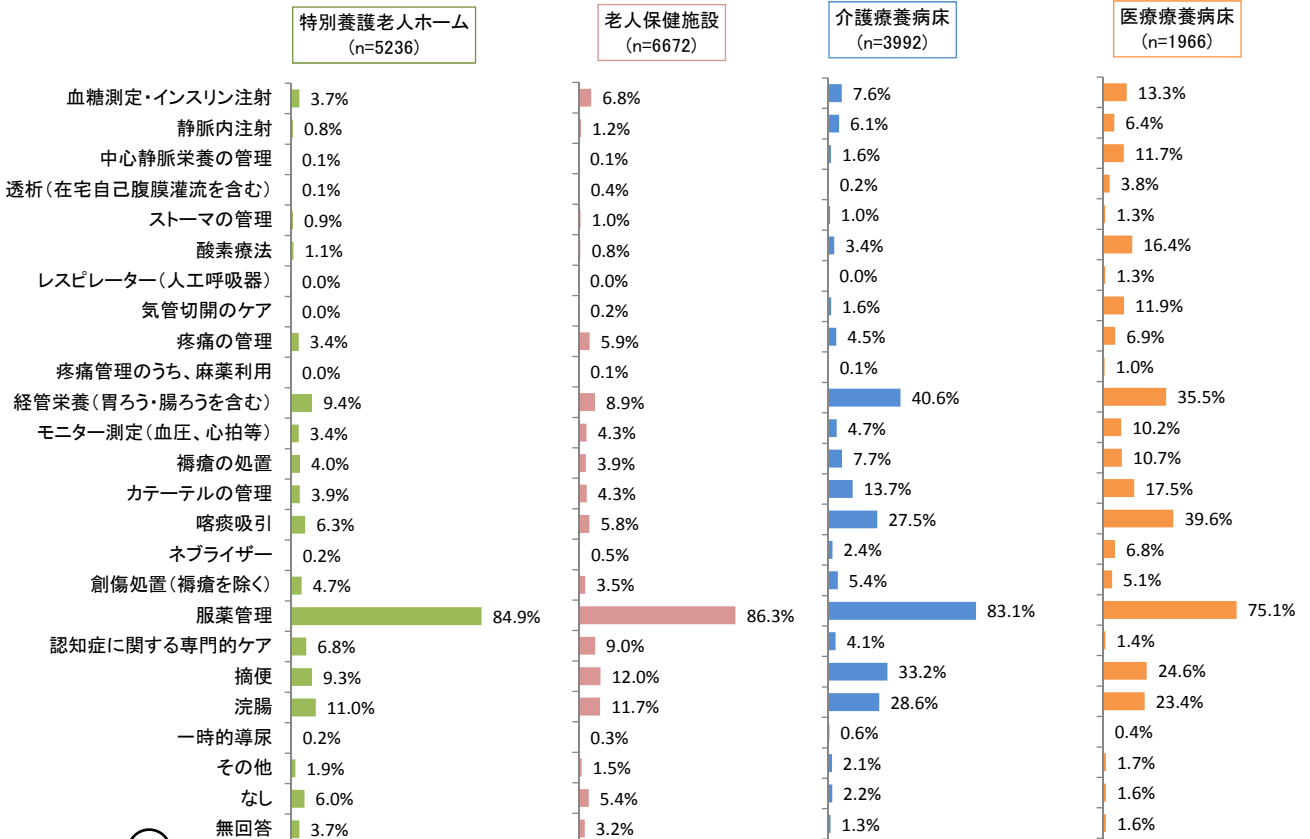
(出典)平成25年度老人保健事業推進費等補助金『医療ニーズを有する高齢者の実態に関する横断的な調査研究事業報告書(平成26年(2014年)3月)』(公益社団法人全日本病院協会)

有している傷病（複数回答）



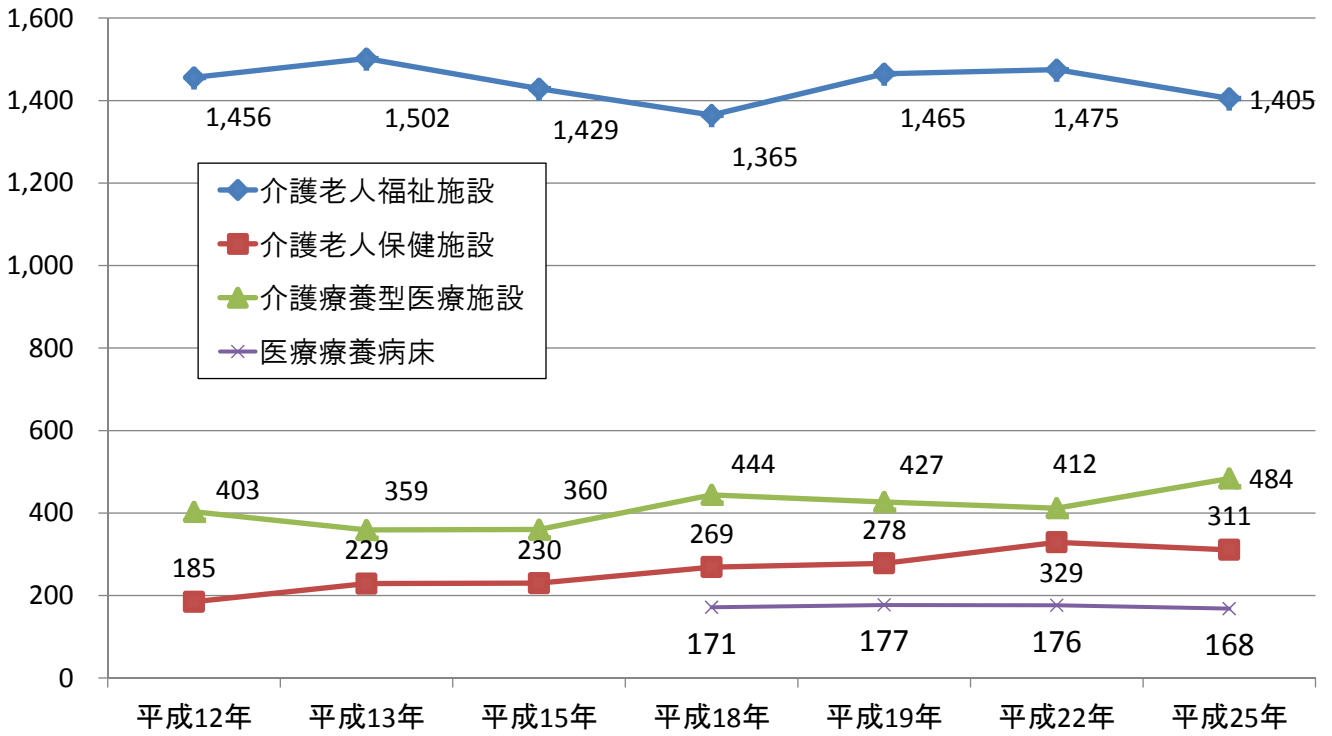
(出典)平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成26年度調査)「介護サービス事業所における医療職の勤務実態および医療・看護の提供実態に関する横断的な調査研究事業報告書」

現在受けている治療（複数回答）



(出典)平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成26年度調査)「介護サービス事業所における医療職の勤務実態および医療・看護の提供実態に関する横断的な調査研究事業報告書」

平均在所・在院日数



注：平均在所日数の調査が行われた年度を記載。

出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」，病院報告（平成25年、平成22年、平成19年、平成18年）

(考えられる選択肢)

慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス提供類型（イメージ）

医療機関 (医療療養病床 20対1)

医療機能を内包した施設系サービス

〔患者像に併せて柔軟な人員配置、財源設定等
ができるよう、2つのパターンを提示〕

医療を外から提供する、 居住スペースと医療機関の併設

- 医療機能の集約化等により、20対1病床や診療所に転換
- 残りスペースを居住スペースに

新(案1-1)

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要
- 医療の必要性が比較的高く、**容体が急変するリスク**がある者



- 喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理

- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)又はオンコール体制
- 高い介護ニーズに対応

▶実際に想定される
医療機関との
組み合わせ例



新(案1-2)

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要
- 医療の必要性は多様だが、**容体は比較的安定した者**



- 多様なニーズに対応する日常的な医学管理

- オンコール体制による看取り・ターミナルケア

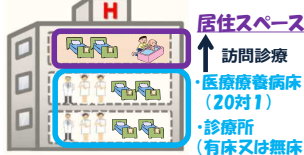
- 多様な介護ニーズに対応

▶実際に想定される
医療機関との
組み合わせ例



新(案2)

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要
- 医療の必要性は多様だが、**容体は比較的安定した者**



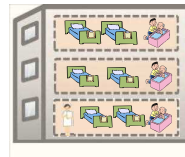
今後の人口減少を見据え、病床を削減。スタッフを居住スペースに配置換え等し、病院又は診療所(有床、無床)として経営を維持。

- 多様なニーズに対応する日常的な医学管理
- 併設する病院・診療所からのオンコール体制による看取り・ターミナルケア
- 多様な介護ニーズに対応

(注) 居住スペースと医療機関の併設について、現行制度においても併設は可能だが、移行を促進する観点から、個別の類型としての基準の緩和について併せて検討することも考えられる。

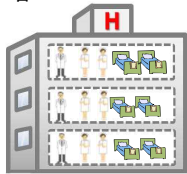
現行の
特定施設入居
者生活介護

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要
- 医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者



- 医療は外部の病院・診療所から提供
- 多様な介護ニーズに対応

- 医療区分ⅡⅢを中心とする者
- 医療の必要性が高い者



- 人工呼吸器や中心静脈栄養などの医療
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)
- 介護ニーズは問わない

※ 介護保険施設等への転換を行う場合は、介護保険事業計画の計画値の範囲内となることに留意が必要。

療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて
～サービス提供体制の新たな選択肢の整理案について～
に関する参考資料2

今後の検討に向けた構成員からの発言

1. 人員配置基準について

- 医師や看護職員、介護職員の配置については、併設の病院なり診療所での医師や職員が柔軟に対応できるような配置要件が必要。
- 医師の当直体制は重要であるが、夜間休日における当直体制を厳密に行うのは過疎地域では困難。近隣の医療機関との連携という概念での当直体制や、その周辺も含めて地域内での看取りの体制という概念を持つことが重要。
- マンパワーを確保するため、医療や介護の職員が病院や施設の中だけで働くのではなく、外に出られる仕組みを作る、介護職がもう少し看護やリハの知識を得る、看護職の裁量も拡大するなど考えていかなければいけない。

2. 施設基準について

- 療養病床からの転換を考えた場合、6.4 m²/人の多床室がそのまま転換できないと、転換は進まない。6.4 m²/人の多床室について、経過措置として、少なくとも建て替えまでは認めることが必要。
- 長期に療養し、そこで亡くなるということを踏まえると、たとえ面積は狭くても個室などのプライバシーが保てるような場にする必要がある。
- あるべき姿として住まいは個室だと思うが、建て替えまでは現行の多床室を認めることが妥当。

3. 新設の可否について

- 療養病床からの転換を主眼に置くのであれば、新たな類型については転換に限定して認めるべき。
- 地域医療構想の議論の中で、病院機能の見直しについて検討されているところであり、療養病床だけが新たな類型に転換できるということだけでなくいいのではないか。
- 経過措置について、新たな類型のところで要件を満たすまでにある一定期間必要であれば、一旦、まず新たな類型を名乗り、その後、要件を満たすべく必要な時間を経過措置とすることが必要。
- 2030 年を見据えると、今回提示する新たな類型も必要であるため、転換の話だけではなく、新設も含めて将来を考えて論じておくことが必要。一方、広さの問題や多床室を認

めるかどうかなど経過措置の部分は転換だけに限るべき。

- 既存施設の転換は経過的なものであり、転換期は難しいとしても、将来的には新たな類型において医療・看護・介護サービスがチームで適切に提供されることが必要。
- 介護療養型老人保健施設が新たな類型に転換できるのかどうかについて、今後、検討することが必要。

4. 財源の在り方について

- 財源が医療保険か介護保険かについては、その人へのサービス行為に着目して、介護を提供したら介護報酬、医療を提供したら診療報酬から出すという形が望ましい。
- 居住費については自費が原則だが、低所得者に対しては、補足給付のような形で出すのではなくて、公費で拠出すべき。医療と介護は、それぞれ医療保険と介護保険で出すということを考える必要がある。
- 医療外付け型の場合、介護は介護報酬から入れて、医療は訪問看護・訪問診療という形、あるいは、薄い包括的な医療プラス看取りのときは出来高などの医療保険を入れることが必要。一方、医療内包型の場合、現状の介護療養型医療施設の財源構成も踏まえ、介護保険で行うべき。
- 財政が厳しいことも理解しなければいけない。かつ、自己負担が余り多く増えてもいけない。費用の総計が、少なくとも従来の医療療養病床や介護療養病床を超えない範囲で新しいジャンルを考えなければいけない。
- 医療提供施設である老健施設では、例えば難病の患者の高額な医療費について包括報酬により対応している。新類型を医療提供施設として新たに位置づけるのであれば、そういう難しい病気で悩んでいる患者の医療費は医療保険で対応できるよう、全体を見渡して検討する必要がある。

5. 低所得者への配慮について

- 新たな類型については、低所得の受け皿となることが考えられるため、補足給付のような低所得者対策を認めることが必要になる。
- 低所得者への配慮というのは当然なされるべきだが、利用者の方で金融所得などの資産を持っている経済力がある方には自己負担を含めてきちんと御負担いただけるようなものにすべき。
- 低所得者への住宅手当等の議論も含めて社会保障の中でどのように対応していくのか検討していくことが必要。

6. 制度検討に際してのその他の留意事項について

- 今後の具体的な議論の中において、これらのサービスモデルのそれぞれに該当する患者あるいは利用者数等のシミュレーションが必要。
- 介護ニーズのきめ細かい分析、慢性期の医療・介護ニーズへの対応における利用者の姿を明確にしていくべき。将来的にどういう方向に行くべきなのか、現状追認的ではなく、検討に足るデータの収集ないし分析を引き続き行うことが必要。
- 介護分野において、利用者の状態の正しい評価と、そのケアの仕組みについて、統計学的な観点も踏まえ、エビデンスを出しながら検討していくことが必要。
- 今の医療区分とADL区分では、どういう病気を持った人にどういう医療行為をやっているかということが見えづらいため、そこが明確になるような仕組み作りが重要。
- 医療区分の要件の客観化については、しっかりとした議論が必要。また、看護介入度の高い患者や高額薬剤を使用する患者、レスパイト入院の患者等、対応困難な事例に留意すべき。
- 新たなサービスモデルにおいては、計画的にリハビリや栄養指導等を行う機能も必要。また、「住まい」の機能に関して、あるべき施設環境を示していくことも必要。
- 既存の病床を活用する場合でも、ある程度、転換のときに費用が必要になってくるので、基金を活用できるようにすべき。
- 介護療養病床の廃止期限の再延長、医療療養病床の看護人員配置の経過措置の延長は、選択肢として残すべき。
- 介護療養病床を介護療養病床という1つの大きなくくり方でそのまま存続させるのではなく、医療や介護の必要性に応じた新類型を多段階で用意することが必要。
- 介護療養病床にいる特養待機者や、円滑な転換を実現するためにも、過去に法案も提出されたが、医療法人にも特養設置ができるという規制緩和の方向性を再度検討すべき。
- 特別養護老人ホームの設置法人の件に関しては確かに議論になるが、今回検討すべき論点からは外れている。
- 介護保険三施設については、制度が出来た当時と現在では状況が変わってきているので、その役割の在り方についても検討していくことが重要。
- 介護療養病床から介護老人保健施設等への移行が十分に進まなかった要因として、介護療養病床では、看取りを含む長期療養を目的としており、在宅復帰、在宅生活支援等を目的とする介護老人保健施設との間で提供される医療や利用者像が異なっていることがあげられる。新たな類型については、介護老人保健施設との違いを明確にし

て議論をすることが重要。

- 介護療養病床から介護老人保健施設等への移行が十分に進まなかった要因として、介護療養病床には想像した以上の医療ニーズがあったことがあげられる。
- 介護療養病床から介護老人保健施設等への移行が十分に進まなかった要因として、「病院」から「施設」への転換を中心に進めたことがあげられる。
- 介護保険事業計画や今後の地域医療構想に基づく医療計画により制限が生じることがあっても、療養病床からの転換は優先し、また、報酬の面でも転換に支障をきたさないようにすべき。
- 平成30年度の同時改定に向けて、この検討会のメッセージをできる限り速やかに具体化できるよう精力的な議論を求めたい。
- 療養病床との関連で住まい政策を語る際、貧困者対策とアシステッドリビングの2つを混同しないようにすべき。

「療養病床の在り方等に関する特別部会」の設置について

1. 設置の趣旨

「介護療養型医療施設」及び「医療療養病床のうち、医療法上の看護師及び准看護師の人員配置が4対1未満の病床」については、平成29年度末にその設置期限を迎えることになっており、これらの病床の医療・介護ニーズを合わせ持つ方々を、今後、どのように受け止めていくかが課題となっている。

こうした課題の解決のためには、医療・介護分野を横断して、総合的な検討を行う必要があることから、社会保障審議会に、慢性期の医療・介護ニーズに対応するための療養病床の在り方等について、ご審議いただく専門の部会を設置する。

2. 当面のスケジュール

本特別部会の設置以降、月1回程度のペースで開催を予定し、検討を進め、年内のとりまとめを目指す。

なお、検討状況・結果については、関係部会に報告することとし、それぞれの制度改革との整合性を図るものとする。

社会保障審議会関係法令・規則

○厚生労働省設置法（平成十一年法律第九十七号）（抄）

（社会保障審議会）

第七条 社会保障審議会は、次に掲げる事務をつかさどる。

- 一 厚生労働大臣の諮問に応じて社会保障に関する重要事項を調査審議すること。
 - 二 厚生労働大臣又は関係各大臣の諮問に応じて人口問題に関する重要事項を調査審議すること。
 - 三 前二号に規定する重要事項に関し、厚生労働大臣又は関係行政機関に意見を述べること。
 - 四 医療法（昭和二十三年法律第二百五号）、児童福祉法（昭和二十二年法律第百六十四号）、社会福祉法（昭和二十六年法律第四十五号）、身体障害者福祉法（昭和二十四年法律第二百八十三号）、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和二十五年法律第二百二十三号）、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成十五年法律第百十号）、介護保険法（平成九年法律第二百二十三号）、介護保険法施行法（平成九年法律第二百二十四号）、健康保険法（大正十一年法律第七十号）、船員保険法（昭和十四年法律第七十三号）、健康保険法等の一部を改正する法律（昭和五十九年法律第七十七号）及び日本年金機構法（平成十九年法律第百九号）の規定によりその権限に属させられた事項を処理すること。
- 2 前項に定めるもののほか、社会保障審議会の組織、所掌事務及び委員その他の職員その他社会保障審議会に関し必要な事項については、政令で定める。

○社会保障審議会令（平成十二年政令第二百八十二号）

（組織）

第一条 社会保障審議会（以下「審議会」という。）は、委員三十人以内で組織する。

- 2 審議会に、特別の事項を調査審議させるため必要があるときは、臨時委員を置くことができる。
- 3 審議会に、専門の事項を調査させるため必要があるときは、専門委員を置くことができる。

（委員等の任命）

第二条 委員及び臨時委員は、学識経験のある者のうちから、厚生労働大臣が任命する。

- 2 専門委員は、当該専門の事項に関し学識経験のある者のうちから、厚生労働大臣が任命する。
- （委員の任期等）

第三条 委員の任期は、二年とする。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

2 委員は、再任されることができる。

3 臨時委員は、その者の任命に係る当該特別の事項に関する調査審議が終了したときは、解任されるものとする。

4 専門委員は、その者の任命に係る当該専門の事項に関する調査が終了したときは、解任されるものとする。

5 委員、臨時委員及び専門委員は、非常勤とする。

(会長)

第四条 審議会に会長を置き、委員の互選により選任する。

2 会長は、会務を総理し、審議会を代表する。

3 会長に事故があるときは、あらかじめその指名する委員が、その職務を代理する。

(分科会)

第五条 審議会に、次の表の上欄に掲げる分科会を置き、これらの分科会の所掌事務は、審議会の所掌事務のうち、それぞれ同表の下欄に掲げるとおりとする。

名称	所掌事務
統計分科会	統計の総合的企画、調査及び研究、統計の改善及び整備並びに統計の知識の普及及び指導に関する事項を調査審議すること。
医療分科会	医療法（昭和二十三年法律第二百五号）の規定によりその権限に属させられた事項を処理すること。
福祉文化分科会	児童福祉法（昭和二十二年法律第六十四号）、身体障害者福祉法（昭和二十四年法律第二百八十三号）及び社会福祉法（昭和二十六年法律第四十五号）第二百五条の規定によりその権限に属させられた事項を処理すること。
介護給付費分科会	介護保険法（平成九年法律第二百二十三号）及び介護保険法施行法（平成九年法律第二百二十四号）の規定によりその権限に属させられた事項を処理すること。
医療保険保険料率分科会	健康保険法（大正十一年法律第七十号）、船員保険法（昭和十四年法律第七十三号）及び健康保険法等の一部を改正する法律（昭和五十九年法律第七十七号）の規定によりその権限に属させられた事項を処理すること。
年金記録訂正分科会	厚生年金保険法（昭和二十九年法律第百十五号）、国民年金法（昭和三十四年法律第百四十一号）第十四条の四第三項並びに厚生年金保険の保険給付及び保険料の納付の特例等に

	関する法律（平成十九年法律第百三十一号）の規定によりその権限に属された事項を処理すること。
--	---

- 2 前項の表の上欄に掲げる分科会に属すべき委員、臨時委員及び専門委員は、厚生労働大臣が指名する。
- 3 分科会に分科会長を置き、当該分科会に属する委員の互選により選任する。
- 4 分科会長は、当該分科会の事務を掌理する。
- 5 分科会長に事故があるときは、当該分科会に属する委員又は臨時委員のうちから分科会長があらかじめ指名する者が、その職務を代理する。
- 6 審議会は、その定めるところにより、分科会の議決をもって審議会の議決とすることができる。

（部会）

第六条 審議会及び分科会は、その定めるところにより、部会を置くことができる。

- 2 部会に属すべき委員、臨時委員及び専門委員は、会長（分科会に置かれる部会にあっては、分科会長）が指名する。
- 3 **部会に部会長を置き、当該部会に属する委員の互選により選任する。**
- 4 部会長は、当該部会の事務を掌理する。
- 5 **部会長に事故があるときは、当該部会に属する委員又は臨時委員のうちから部会長があらかじめ指名する者が、その職務を代理する。**
- 6 審議会（分科会に置かれる部会にあっては、分科会。以下この項において同じ。）は、その定めるところにより、部会の議決をもって審議会の議決とすることができる。

（幹事）

第七条 審議会に、幹事を置く。

- 2 幹事は、関係行政機関の職員のうちから、厚生労働大臣が任命する。
- 3 幹事は、審議会の所掌事務について、委員を補佐する。
- 4 幹事は、非常勤とする。

（議事）

第八条 審議会は、委員及び議事に関係のある臨時委員の三分の一以上が出席しなければ、会議を開き、議決することができない。

- 2 審議会の議事は、委員及び議事に関係のある臨時委員で会議に出席したものの過半数で決し、可否同数のときは、会長の決するところによる。
- 3 前二項の規定は、分科会及び部会の議事に準用する。

（資料の提出等の要求）

第九条 審議会は、その所掌事務を遂行するため必要があると認めるときは、関係行政機関の長に対し、資料の提出、意見の表明、説明その他必要な協力を求めることができる。

(庶務)

第十条 審議会の庶務は、厚生労働省政策統括官において総括し、及び処理する。ただし、次の各号に掲げる分科会に係るものについては、それぞれ当該各号に定める課において処理する。

- 一 統計分科会 厚生労働省大臣官房統計情報部企画課
- 二 医療分科会 厚生労働省医政局総務課
- 三 福祉文化分科会 厚生労働省雇用均等・児童家庭局育成環境課
- 四 介護給付費分科会 厚生労働省老健局老人保健課
- 五 医療保険保険料率分科会 厚生労働省保険局総務課
- 六 年金記録訂正分科会 厚生労働省年金局事業企画課

(雑則)

第十一条 この政令に定めるもののほか、議事の手続その他審議会の運営に関し必要な事項は、会長が審議会に諮って定める。

附則

- 1 この政令は、内閣法の一部を改正する法律（平成十一年法律第八十八号）の施行の日（平成十三年一月六日）から施行する。
- 2 平成十三年三月三十一日までの間は、第五条第一項中「厚生年金保険法（昭和二十九年法律第百十五号）及び国民年金法（昭和三十四年法律第百四十一号）」とあるのは、「国民年金法等の一部を改正する法律（平成十二年法律第十八号）」とする。

○社会保障審議会運営規則（平成十三年一月三十日社会保障審議会決定）

社会保障審議会令（平成十二年政令第二百八十二号）第十一条の規定に基づき、この規則を制定する。

(会議)

- 第一条 社会保障審議会（以下「審議会」という。）は、会長が召集する。
- 2 会長は、審議会を召集しようとするときは、あらかじめ、期日、場所及び議題を委員並びに議事に関係のある臨時委員及び専門委員に通知するものとする。
- 3 前項の議事に関係のある臨時委員の範囲は、会長の決するところによる。
- 4 会長は、議長として審議会の議事を整理する。

(審議会の部会の設置)

第二条 会長は、必要があると認めるときは、審議会に諮って部会（分科会に置かれる部会を除く。以下本条から第四条までにおいて同じ。）を設置することができる。

- 2 会長は、必要があると認めるときは、二以上の部会を合同して調査審議させることができる。

(諮問の付議)

第三条 会長は、厚生労働大臣又は関係各大臣の諮問を受けたときは、当該諮問を分科会又は部会に付議することができる。

(分科会及び部会の議決)

第四条 分科会及び部会の議決は、会長の同意を得て、審議会の議決とすることができる。

(会議の公開)

第五条 審議会の会議は公開とする。ただし、会長は、公開することにより公平かつ中立な審議に著しい支障を及ぼすおそれがあると認めるときその他正当な理由があると認めるときは、会議を非公開とすることができる。

2 会長は、会議における秩序の維持のため、傍聴人の退場を命ずるなど必要な措置をとることができる。

(議事録)

第六条 議事録における議事は、次の事項を含め、議事録に記載するものとする。

- 一 会議の日時及び場所
- 二 出席した委員、臨時委員及び専門委員の氏名
- 三 議事となった事項

2 議事録は公開とする。ただし、会長は、公開することにより公平かつ中立な審議に著しい支障を及ぼすおそれがあると認めるときその他正当な理由があると認めるときは、議事録の全部又は一部を非公開とすることができる。

3 前項の規定により議事録の全部又は一部を非公開とする場合には、会長は、非公開とした部分について議事要旨を作成し、これを公開するものとする。

(分科会の部会の設置等)

第七条 分科会長は、必要があると認めるときは、分科会に諮って部会を設置することができる。

2 分科会長は、第三条の規定による付議を受けたときは、当該付議を前項の部会に付議することができる。

3 第一項の部会の議決は、分科会長の同意を得て、分科会の議決とすることができる。

4 分科会長は、必要があると認めるときは、二以上の部会を合同して調査審議させることができる。

(委員会の設置)

第八条 分科会長又は部会長は、必要があると認めるときは、それぞれ分科会又は部会に諮って委員会を設置することができる。

(準用規定)

第九条 第一条、第五条及び第六条の規定は、分科会及び部会に準用する。この場合において、第一条、第五条及び第六条中「会長」とあるのは、分科会にあつては「分科会長」、部会にあつては「部会長」と、第一条中「委員」とあるのは、分科会にあつては「当該分科会に属する委員」、部会にあつては「当該部会に属する委員」と、「議事に関係のある臨時委員及び専門委員」とあるのは、分科会にあつては、「当該分科会に属する臨時委員及び専門委員であつて議事に関係のある者」、部会にあつては「当該部会に属する臨時委員及び専門委員であつて議事に関係のある者」と読み替えるものとする。

(雑則)

第十条 この規則に定めるもののほか、審議会、分科会又は部会の運営に必要な事項は、それぞれ会長、分科会長又は部会長が定める。

療養病床の在り方等に関する検討会 構成員

池端 幸彦	医療法人池慶会理事長・池端病院院長
井上 由起子	日本社会事業大学専門職大学院教授
猪熊 律子	読売新聞東京本社社会保障部部長
遠藤 久夫	学習院大学経済学部教授
尾形 裕也	東京大学政策ビジョン研究センター特任教授
折茂 賢一郎	中之条町介護老人保健施設六合つつじ荘センター長
嶋森 好子	慶応義塾大学元教授
鈴木 邦彦	日本医師会常任理事
瀬戸 雅嗣	社会福祉法人栄和会理事・総合施設長
田中 滋	慶応義塾大学名誉教授
土屋 繁之	医療法人慈繁会理事長
土居 文朗	慶応義塾大学経済学部教授
東 秀樹	医療法人静光園理事長・白川病院院長
松田 晋哉	産業医科大学医学部教授
松本 隆利	社会医療法人財団新和会理事長
武藤 正樹	国際医療福祉大学大学院教授

(五十音順、敬称略)

鈴木委員提出資料

療養病床の今後の在り方について

平成 27 年 11 月 27 日
日本医師会・四病院団体協議会

1 基本的考え方

- 現在、「療養病床の在り方等に関する検討会」において、慢性期の医療ニーズに対応する今後の医療・介護提供体制の選択肢の検討が進められている。
以下、検討の基本的方向性について提言する。
- そもそもこのような医療現場に直接影響を及ぼす改革は、医療・介護現場に混乱を生じさせないことを最優先に、関係者間の合意を得ながら丁寧かつ円滑に進めるべきであり、移行が進まない現状に鑑みれば、現行制度の再延長を第一選択肢として検討すべきである。
- 一方、既存の主たる移行先とされている介護療養型老人保健施設は、今までの移行状況から、実態としては移行先として十分なものは評価されていない。したがって、再延長の可否に関わらず、今後適切な移行先となり得る選択肢の拡大は必要であり、その観点からは、新類型の検討には一定の合理性が認められる。そのうえで、現在入院・入所している患者・利用者の負担も含め、その対応に支障があってはならない。
- ただし、その際には、現患者／利用者像に即した移行先の選択が可能となるよう、提供される機能の組み合わせが異なる複数の類型を提示すべきである。また、費用面も含めた円滑な移行の観点から、施設設備の基準・人員配置について十分な配慮が必要である。

2 具体的な方向性

- 新類型には、現行の療養病床の患者／利用者像を踏まえれば、概ね次の 2 種類が用意されるべきである。また、個々の医療療養／介護療養病床が現在提供している機能に即し、どちらの類型への移行も可能とする。
 - ① 特例部分と医療機関の併設型（医療外付型）
 - ・医療機関部分は適切な規模に集約して存続し、その他の部分に新たに特例的な機能を持たせる。
 - ・特例部分に必要な医療は、併存する医療機関から外付けで提供する（出来高又は適切な包括点数を設定）。
 - ・医療機関部分は病院（20 対 1 療養病床）／有床診／無床診とする。
 - ・施設設備・人員配置は特例部分と医療機関部分との一部共用を認める。
 - ※ 既存制度でも 2 施設併設型での設置は可能だが、医療法人が特養を設置できない、施設／人員の共用が認められない等の制約があることから、新類型（又は新特例）として新たに整理することが必要と考える。
 - ② 特例部分と医療機関の複合型（医療内包型）
 - ・現行の老健施設・特養より手厚い医療提供が可能入所施設とする（近隣医療機関との連携も含め、当直／24 時間の医療対応や看取りが可能体制とする）

3 選択肢の制度化に向けて

- 今後、制度面の検討の際には、以下について十分配慮すべきである。
 - ・費用負担の在り方（介護保険適用／医療保険適用の混在等）
 - ・利用者負担の在り方（一部（利用者）負担、居住費、補足給付等低所得者対策）
 - ・施設整備費用負担（現行施設基準との整合性、既存施設の活用、基金等の活用）
 - ・十分な合意形成（再延長の可否等）等

はじめに

介護療養型医療施設の歴史を見ると、誰の目にも貧しかったこの国の老人病院が30年近くかけて進化したものである事がわかる。現場では、重介護・要医療の状態にある高齢者を受け入れている。この国の老人医療のある部分をきちっと担っているこの制度を、何故変える必要があるのか。

平成18年、突然、この介護療養型医療施設の廃止の法律ができた。PHP新書にも書いたが政策決定のプロセスも行き当たりばったりで、出来上がったプランはまったくの机上の空論であった。私たちは激しく怒った。

今般の療養病床の在り方等の議論が、すまいだ、生活だというアドバルーンを上げて、介護療養型医療施設の人員基準等を削減することがあれば、本質、先般の廃止計画と変わらない。

高齢者は増え、加齢により多く疾病をもつ人や認知症の人達も予想をはるかに超えてきた。老々介護や認々介護、介護の離職等も多い。サービス付高齢者向け住宅や有料老人ホームも増えてきた。しかし、重介護・要医療状態の人にきちんとしたサービスを提供できるところは少ない。ときには、たまゆらや胃ろうアパートなど高齢者を食いものにする事業者も出る。

お金の問題が大切なことは皆よく承知している。が、もう療養病床のあり方を負のイメージだけで議論すべきではない。単なる「すまい」にして、人手を省けば、被害を受けるのは利用者であり、家族であり、国民である。療養病床だからと安易に考え議論をする事は高齢者差別である。日本における社会保障のあり方として真剣に皆考えるべきである。

現場で働く職員の視点と虐待と身体拘束の視点から

厚生労働省は、この施設の説明に、患者100人に看護・介護スタッフ34人以上という表を出す。しかし、実態は違う。現場は患者100人に対して看護・介護合計60人の配置をしている。

これだけの人員を配置してもこの施設では、12%の利用者が身体拘束を受けている。厚生労働省の統計でも、この施設は特養や老人保健施設よりも重い認知症の患者を診ている。点滴や経管栄養を抜く患者も多い。もし現場の人手を減らし、おなじ状態の患者を、少ない職員で診るということになれば、身体拘束や虐待が増え、現場が荒廃・疲弊するのは目に見えている。私は人員削減には断固として反対する。

費用・経済効率の点はどうなのか

介護療養型医療施設の費用は本当に高いのか。厚生労働省の資料では1人1月35.8万円とある。マンパワーをきちんと配置している施設ではレセプト総額で月42万円程度ではないか。これで平均要介護度4.4の人の介護と医療のほとんどすべてを引き受けている。ちなみに要介護5の人の在宅の支給限度額は36万円、これにケアマネの費用や居宅療養指導管理などを加えると38万円程度であろう。さらに訪問診療も加わる。ターミナル期になり、医療保険からの訪問看護が入れば明らかに在宅が高く介護療養型医療施設のほうが安い。

また、介護療養型医療施設の代わりにすると転換型老健を作ったが、そこでは医者と看護師が減り、病院に逆戻りする利用者が増え、看取りの数が減った。これでは医療費がかえって高くつく。それらを考えると、介護療養型医療施設をなくして、この国の医療費コストが安くなるとは思えない。

認知症疾患型介護療養型医療施設（老人性認知症疾患療養病棟）

数は少ないが認知症疾患型の介護療養型医療施設が全国で約20病院2000床程度ある。ここでは、一般型の介護療養型医療施設や療養病床などでは引き受けられない認知症高齢者を引き受けている。また、高齢の高度認知症、IV以上の人達の多くは身体の病気を合併する事も多い。

いわゆるBPSDに対して向精神薬を大量に使用して抑え込んでしまうという方法は多くの医者も思いつかなくなっている。あるべきケアを行い、それでも改善しない時にのみ最少量の薬を、副作用のチェックを厳重に行い、ある期間のみ使用し、効果が見られたら減量していくという方法が現在は普通になりつつある。これを行うにもそれなりの職種の配置が必要となる。介護保険の職員配置基準は、ここは、看護4対1、介護4対1と、高い基準となっているが、私は、患者と現場を守るために必要な人員が今後も維持されなければならないと考えている。

NPO全国抑制廃止研究会
理事長 吉岡 充

医療事故調査制度の施行後の状況と運用面での改善措置について

○ 医療事故調査制度の施行後の状況(平成28年4月末時点)は以下のとおり。

医療事故報告受付件数:222件、相談件数:1141件、

医療事故調査報告件数:66件、センター調査依頼件数:2件

(注) 医療事故報告受付件数については、制度検討段階での試算である年間1,300～2,000件と比較し少ないとの指摘があるが、この試算は、今回の医療事故調査制度の対象範囲が決定する前に、大学病院や国立病院機構の病院等から医療事故について報告を受ける既存の報告制度(※)の死亡件数を基に試算したものであり、リスクの高い患者の割合が高い大病院が前提となっていることや「管理者が予期しなかった死亡」以外も含まれていることから、試算の件数は多くなくなっていることに留意が必要。

※医療事故情報収集等事業

○ 医療介護総合確保推進法附則では、法の公布(平成26年6月25日)後2年以内に、医療事故調査の実施状況等を勘案し、以下の事項について検討を加え、法制上の措置その他の必要な措置を講ずる旨の検討規定が設けられている。

- ・ 医師法第21条の規定による届出及び医療事故調査・支援センターへの医療事故の報告
- ・ 医療事故調査の在り方を見直すこと
- ・ 医療事故調査・支援センターの在り方を見直すこと

○ 与党における議論を踏まえつつ、以下の対応を予定。

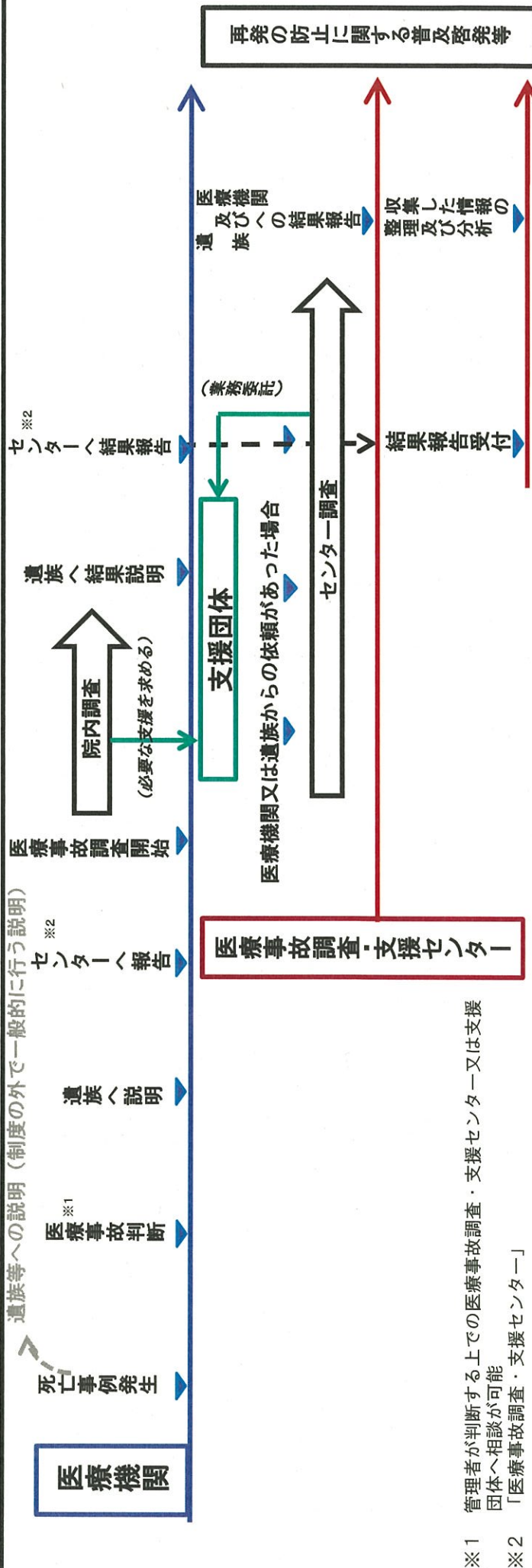
- ① 制度の在り方については、医師法第21条、医療行為と刑事責任との関係など、関係者の間に様々な意見がある状況であり、現時点においては、医療介護総合確保推進法附則で定められた平成28年6月24日の期限までには、法改正を行うことはできない。
- ② 運用面では、必要な改善措置を着実に進める必要があり、別紙のような改善措置を実施(6月下旬予定)。

- ① 地域や医療事故調査等支援団体(支援団体)間における、医療事故に該当するかの判断や院内調査の方法等の標準化を進めるため、支援団体や医療事故調査・支援センターが情報や意見を交換する場として、支援団体等連絡協議会(仮称)を制度的に位置付け、中央レベルと地方レベルで連携を図ることとする。
- ② 医療事故による死亡事例について適切に院内調査を実施するため、医療機関の管理者は、院内での死亡事例を遺漏なく把握できる体制を確保しなければならないことを明確化する。
- ③ 遺族等からの相談に対する対応の改善を図るため、また、当該相談は医療機関が行う院内調査等の重要な資料となることから、医療事故調査・支援センターは、遺族等から相談があった場合、医療安全支援センターを紹介するほか、遺族等からの求めに応じて、相談の内容等を医療機関に伝達することを明確化する。
- ④ 院内調査の改善・充実を図るため、支援団体や医療機関に対する研修の充実、優良事例の共有を行う。
- ⑤ 院内調査報告書の分析等に基づく再発防止策の検討に資するため、医療機関の同意を得て、必要に応じて、医療事故調査・支援センターから院内調査報告書の内容に関する確認・照会等を行うことを明確化する。

料
資
考
参

医療事故調査の概要について

- 目的
 - 医療事故が発生した医療機関にて院内調査を行い、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ことに
より、医療の安全を確保する。
- 対象となる医療事故
 - 医療機関(病院、診療所、助産所)に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該医療機関の管理者がその死亡又は死産を予期しなかったもの(※1)
 - (※1)「医療事故」に該当するかどうかの判断は、医療機関の管理者が行う
- 本制度における調査の流れ
 - 対象となる医療事故が発生した場合、医療機関は、遺族への説明、医療事故調査・支援センターへ報告、必要な調査の実施、調査結果について遺族への説明(※2)及びセンターへの報告を行う。
 - (※2)調査結果の遺族への説明に当たっては、口頭又は書面若しくはその双方に適切な方法により行い、遺族が希望する方法で説明するよう努めなければならない。
 - 医療機関又は遺族から調査の依頼があったものについて、センターが調査を行い、その結果を医療機関及び遺族への報告を行う。
 - センターは、医療機関が行った調査結果の報告に係る整理・分析を行い、医療事故の再発の防止に関する普及啓発を行う。
- 刑事司法との関係
 - センターは、司法・警察には通知しない。(医療事故調査制度の発足により、医師法21条の通報義務については影響を受けない。)



医療事故調査制度の現況報告（4 月）

一般社団法人 日本医療安全調査機構

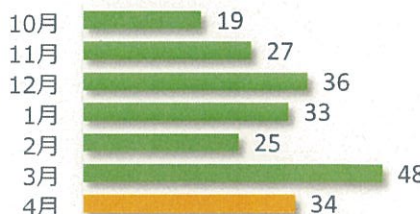
医療事故調査制度の現況について、平成 28 年 4 月末時点の状況をご報告いたします。

1 医療事故報告受付件数

報告件数 34 件（累計 222 件）

4 月は 34 件の報告がありました。
病院・診療所別内訳は、病院からの報告が 33 件、診療所からの報告が 1 件でした。
診療科別の主な内訳は、外科が 6 件、内科が 5 件、消化器科が 5 件、整形外科が 5 件でした。

医療事故報告受付件数の推移



累計：222 件

2 相談件数

相談件数 129 件（累計 1141 件）

4 月は相談件数が 129 件で、内容による集計では 138 件（複数計上）ありました。「医療事故報告の判断」に関する相談が 32 件（23%）、「手続き」に関する相談が 32 件（23%）、「院内調査」に関する相談が 38 件（28%）、「センター調査」に関する相談が 6 件（4%）、その他が 30 件（22%）でした。

相談件数の推移



累計：1141 件

3 医療事故調査報告（院内調査結果）件数

報告件数 16 件（累計 66 件）

4 月は医療事故調査報告（院内調査）が 16 件ありました。

院内調査結果報告件数の推移



累計：66 件

4 センター調査の依頼件数

依頼件数 0 件（累計 2 件）

1. 医療事故報告件数

○病院・診療所別

※<累計期間:平成27年10月~平成28年4月>

	病院	診療所	計
前月まで	169	19	188
4月	33	1	34
累計	202	20	222

○診療科別

	外科	内科	整形外科	産婦人科	消化器科	循環器内科	精神科	脳神経外科	心臓血管外科	泌尿器科	その他	計
前月まで	29	29	20	15	11	13	13	9	9	8	32	188
4月	6	5	5	2	5	1	0	1	0	0	9	34
累計	35	34	25	17	16	14	13	10	9	8	41	222

○地域別

	北海道	東北	関東信越	東海北陸	近畿	中国四国	九州	計
前月まで	9	5	82	22	28	15	27	188
4月	1	1	11	5	6	2	8	34
累計	10	6	93	27	34	17	35	222

2. 相談件数

	相談件数	内容による集計(複数計上)						計
		医療事故報告		院内調査	センター調査	再発防止	その他	
		判断	手続き					
前月まで	1012	267	298	273	53	1	256	1148
4月	129	32	32	38	6	0	30	138
累計	1141	299	330	311	59	1	286	1286

3. 医療事故調査報告(院内調査結果)件数

	報告件数
前月まで	50
4月	16
累計	66

4. センター調査の依頼件数

	依頼件数
前月まで	2
4月	0
累計	2

医療事故情報収集等事業

1. 目的

医療機関から報告された医療事故情報等を、収集、分析し提供することにより、広く医療機関が医療安全対策に有用な情報を共有するとともに、国民に対して情報を提供することを通じて、医療安全対策に一層の推進を図ることを目的としている。

2. 事業概要

(1) 対象事例（医療法施行規則第9条の23）

- i) 誤った医療又は管理を行ったことが明らかであり、その行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例
- ii) 誤った医療又は管理を行ったことは明らかでないが、行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例（行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事例の発生を予期しなかったものに限る）
- iii) i) 及び ii) に掲げるもののほか、医療機関内における医療事故の発生の予防及び再発の防止に資する事例

(2) 対象医療機関

○報告義務医療機関 275 施設（平成 27 年 12 月 31 日現在）

特定機能病院、国立高度専門医医療研究センター及び国立ハンセン病療養所、独立行政法人国立病院機構の開設する病院、大学の附属施設である病院（本院のみ）

○参加登録申請医療機関 743 施設（平成 27 年 12 月 31 日現在）

3. 実績（年間受付件数）

【報告義務医療機関】

年	報告件数	うち死亡件数
H17	1114	143
H18	1296	152
H19	1266	142
H20	1440	115
H21	1895	156
H22	2182	182
H23	2483	140
H24	2535	180
H25	2708	216
H26	2911	225
H27	3374	306

【報告義務医療機関及び参加登録医療機関】

年	報告件数	うち死亡件数
H17	1265	169
H18	1451	176
H19	1445	167
H20	1563	152
H21	2064	183
H22	2703	227
H23	2799	165
H24	2882	216
H25	3049	276
H26	3194	263
H27	3654	※

※ 参加登録医療機関の報告件数にかかる「うち死亡件数」については、現在集計中のため非公表

医療介護総合確保推進法附則(抜粋)

(検討)

第二条 (略)

2 政府は、第四条の規定(前条第五号に掲げる改正規定に限る。)による改正後の医療法(以下「第五号新医療法」という。)第六条の十一第一項に規定する医療事故調査(以下この項において「医療事故調査」という。)の実施状況を勘案し、医師法(昭和二十三年法律第二百一号)第二十一条の規定による届出及び第五号新医療法第六条の十五第一項の医療事故調査・支援センター(以下この項において「医療事故調査・支援センター」という。)への第五号新医療法第六条の十第一項の規定による医療事故の報告、医療事故調査及び医療事故調査・支援センターの在り方を見直すこと等について検討を加え、その結果に基づき、この法律の公布後二年以内に法制上の措置その他の必要な措置を講ずるものとする。

3、4(略)