

〔平成 29 年 11 月 24 日（金）〕
10 時 00 分～12 時 00 分
厚生労働省 専用第 22 会議室（18 階）

第 56 回

社会保障審議会医療部会

議 事 次 第

- 介護保険法改正施行関係について（療養病床等における看護配置等の経過措置）
- 臨床研究法の施行に伴う「臨床研究中核病院の承認要件」の見直しについて
- 医師偏在対策について（医師需給分科会における議論の経過）
- 診療報酬改定の基本方針（骨子案）

（配布資料）

- 資料 1 介護保険法改正施行関係について（療養病床等における看護配置等の経過措置）
- 資料 2 臨床研究法の施行に伴う「臨床研究中核病院の承認要件」の見直しについて
- 資料 3 制度改正に向けたこれまでの医師偏在対策の議論の経過
- 資料 4－1 平成 30 年度診療報酬改定の基本方針（骨子案の概要）
- 資料 4－2 平成 30 年度診療報酬改定の基本方針（骨子案）
- 参考資料 1 臨床研究中核病院の医療法での位置づけについて
- 参考資料 2 都道府県による医師の派遣の状況について
- 参考資料 3－1 平成 30 年度診療報酬改定の基本方針（骨子案）に関する参考資料
- 参考資料 3－2 第 54 回社会保障審議会医療部会（平成 29 年 10 月 5 日）各委員の発言要旨（次回の診療報酬改定に向けた検討関係）
- 参考資料 3－3 第 107 回社会保障審議会医療保険部会（平成 29 年 10 月 4 日）各委員の発言要旨（次回の診療報酬改定に向けた検討関係）
- 参考資料 3－4 平成 28 年度診療報酬改定の基本方針

第56回社会保障審議会医療部会

平成29年11月24日(金)
10:00~12:00
厚生労働省専用第22会議室

速記

本多委員
○

邊見委員
○

田中部会長代理
○

永井部会長
○

中川委員
○

島崎委員
○

随行者席

牧野委員 ○

山口委員 ○

山崎委員 ○

伊藤参考人
(平川委員代理) ○

神野参考人
(猪口委員代理) ○

林参考人
(荒井委員代理) ○

森参考人
(安部委員代理) ○

吉川参考人
(菊地委員代理) ○

治験推進室長 ○

研究開発振興課長 ○

医事課長 ○

随行者席

木戸委員 ○

加納委員 ○

釜范委員 ○

遠藤委員 ○

岩田委員 ○

井上委員 ○

阿真委員 ○

相澤委員 ○

保健医療技術調整官 ○

歯科保健課長 ○

看護課長 ○

医療経営支援課長 ○

○ 地域医療計画課長

○ 医療政策企画官

○ 総務課長

○ 審議官
療、災害対策担当
(医療、精神保健医)

○ 医政局長

○ 審議官
(医療介護連携担当)

○ 医療介護連携政策課長

○ 保険医療企画調査室長

事務局

事務局

傍聴者席

出入口

(平成29年11月24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	日本病院会会長
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）
井上 隆	日本経済団体連合会常務理事
猪口 雄二	全日本病院協会会長
岩田 太	上智大学法学部教授
遠藤 直幸	全国町村会（山形県山辺町長）
加納 繁照	日本医療法人協会会長
釜萯 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
久喜 邦康	全国市長会（埼玉県秩父市長）
※ 楠岡 英雄	国立病院機構理事長
島崎 謙治	政策研究大学院大学教授
○ ※ 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
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

地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律における 医療法上の主な関係事項について

○ **医療法上の主な関係事項は以下の1～6のとおり** ※平成30年4月1日施行

1. 医療提供施設としての位置付け

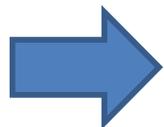
2. 医療法人の業務範囲への追加

3. 医師の宿直規定の見直し

4. 医療機関から介護医療院に転換する場合の名称の特例（医療部会で議論済）

5. 基準病床数制度における取扱い

6. 療養病床等の看護配置等の経過措置の延長



3、4、6については、今後厚生労働省令で詳細を定めることとなっており、今回は6について議論を行いたい。（1、2、5については法律等で措置済み）

療養病床にかかる医療法上の経過措置について

- 医療法では、病院及び診療所に対し、療養病床の入院患者数4人に対し1人の割合（4対1）で看護師及び准看護師を配置することを標準としている。（医療法第21条）
- ただし、療養病床からの転換等を予定している病院等については、経過措置*として、平成29年度末までの間、入院患者数6人に対し1人の割合（6対1）で配置することを認めている。（医療法施行規則附則第52条～第54条）
- 平成29年度末をもって、上記経過措置の期限を迎えることから、平成30年度以降の取扱いを検討する必要がある。

*その他、転換病床や精神病床にかかる経過措置、施設標準や看護師以外の人員配置標準の経過措置等も存在。（4頁参照）

<医療法施行規則に定める看護配置の経過措置>

	対 象	看護配置の経過措置
病 院	① 療養病床等を老健施設等へ転換予定の病院 ※平成24年3月31日までに届出（附則第52条）	6対1（転換病床は9対1） （転換が完了するまでの間（平成30年3月31日までの間に限る））
	② 介護療養型医療施設の指定を受けている病院 ※平成24年6月30日までに届出（附則第53条）	6対1 （平成24年4月1日～平成30年3月31日）
	③ 看護配置4対1に満たない病院 ※平成24年6月30日までに届出（附則第53条）	6対1 （平成24年4月1日～平成30年3月31日）
診 療 所	④ 介護療養型医療施設の指定を受けている診療所 ※平成24年6月30日までに届出（附則第54条）	6対1 （平成24年4月1日～平成30年3月31日）
	⑤ 看護配置4対1に満たない診療所 ※平成24年6月30日までに届出（附則第54条、第55条）	6対1 （平成24年4月1日～平成30年3月31日）

経過措置対象となっている病院・診療所の数

	対象	経過措置	所定期日までの届出数	平成29年10月1日時点での4：1標欠数
病院	① 療養病床を老健施設等へ 転換予定の病院 ※平成24年3月31日までに届出 (附則第52条)	看護配置6対1 (転換が完了するまでの間) ※平成30年3月31日までの間 に限る	31	12 (①については未転換数)
	② 介護療養型医療施設の 指定を受けている病院 ※平成24年6月30日までに届出 (附則第53条)	看護配置6対1 (平成24年4月1日～平成 30年3月31日)	1,238	133
	③ 看護配置4対1に満た ない病院 ※平成24年6月30日までに届出 (附則第53条)	看護配置6対1 (平成24年4月1日～平成 30年3月31日)		108
診療所	④ 介護療養型医療施設の 指定を受けている診療所 ※平成24年6月30日までに届出 (附則第54条)	看護配置6対1 (平成24年4月1日～平成 30年3月31日)	408	67
	⑤ 看護配置4対1に満た ない診療所 ※平成24年6月30日までに届出 (附則第54条、第55条)	看護配置6対1 (平成24年4月1日～平成 30年3月31日)		57

(参考) 上記届出以外に、看護配置4対1に満たないが看護補助者を含め2対1を満たす診療所数は65 (平成13年改正規則附則第23条)

(注) 「所定期日までの届出数」、「平成29年10月1日時点での4：1標準欠数」は、平成29年11月時点における44都道府県の集計 (医政局総務課調べ)
※未提出 (山梨県、石川県、福井県)

平成29年度末で期限を迎える医療法施行規則上の経過措置の一覧

対象施設	経過措置の対象		経過措置	本 則
1. 療養病床等※1を介護老人保険設等へ転換予定の病院【附則第51,52条】	廊下幅	病室に隣接する廊下	1. 2m	1. 8m
		両側に居室がある廊下	1. 6m	2. 7m
	医師の員数 (転換病床※2に係るもののみ)		9.6 : 1 (病院全体で3人以上)	4.8 : 1 (病院全体で3人以上)
	看護師及び 准看護師の 員数	療養病床 (転換病床除く)	6 : 1	4 : 1
		転換病床	9 : 1	4 : 1
	看護補助者 の員数	療養病床 (転換病床除く)	6 : 1	4 : 1
転換病床※3		9 : 2	4 : 1	
2. 介護療養型医療施設の指定を受けている病院・診療所	看護師及び准看護師の員数		6 : 1	4 : 1
3. 看護師等の配置が基準に満たない病院・診療所【附則第53,54条】	看護補助者の員数		6 : 1	4 : 1
4. 看護師等の配置が基準に満たない診療所【附則第55条】	看護師、准看護師及び看護補助者の員数		3 : 1 (うち1人は看護師又は 准看護師)	2 : 1 (うち1人は看護師又は 准看護師)

※1 「等」には老人性認知症疾患療養病棟（精神病床のみ）を含む。

※2 転換病床とは、療養病床等の転換（療養病床等の病床数を減少させるとともに、当該病院の施設を介護老人保健施設、軽費老人ホームその他の要介護者、要支援者その他の者を入所又は入居させるための施設の用に供することをいう。）を行おうとして、平成24年3月31日までの間にその旨を開設地の都道府県知事に届け出た病床をいう。

※3 療養病床に係る転換病床のみが対象（老人性認知症疾患療養病棟に係るものは含まない。）

一般病床及び療養病床に係る医療従事者の配置標準に関する改正経緯について

<医師>

昭和23年医療法制定時

<看護師>

入院患者	外来患者
16:1	40:1 ※耳鼻咽喉科、眼科は、80:1

入院患者	外来患者
4:1	30:1

ただし、病院全体で最低3人以上の医師が必要

平成4年第二次 医療法改正

療養型病床群 以外の入院患者	療養型病床群 の入院患者	外来患者
16:1	48:1	40:1 ※耳鼻咽喉科、眼科は、80:1

療養型病床群以外の 入院患者	療養型病床群 の入院患者	外来患者
4:1	6:1	30:1

ただし、病院全体で最低3人以上の医師が必要

平成12年第四次 医療法改正

一般病床の 入院患者	療養病床の 入院患者	外来患者
16:1	48:1	40:1 ※耳鼻咽喉科、眼科は、80:1

一般病床の 入院患者	療養病床の 入院患者	外来患者
3:1	6:1	30:1

ただし、病院全体で最低3人以上の医師が必要

平成18年第五次 医療法改正

<同上>

一般病床の 入院患者	療養病床の 入院患者	外来患者
3:1	4:1 ※平成30年3月31日 までは6:1	30:1

療養病床の在り方等に関する特別部会（社会保障審議会）

- 平成29年度末に経過措置の期限が到来する介護療養病床等については、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。

委員

- ・ 阿部 泰久（日本経済団体連合会参与）
- ・ 荒井 正吾（全国知事会／奈良県知事）
- ・ 市原 俊男（高齢者住まい事業者団体連合会代表幹事）
- ・ 井上 由起子（日本社会事業大学専門職大学院教授）
- ・ 井上 由美子（高齢社会をよくする女性の会理事）
- ・ 岩田 利雄（全国町村会／東庄町長）
- ・ 岩村 正彦（東京大学大学院法学政治学研究科教授）
- ◎ 遠藤 久夫（学習院大学経済学部教授）
- ・ 遠藤 秀樹（日本歯科医師会常務理事）
- ・ 岡崎 誠也（全国市長会／高知市長）
- ・ 加納 繁照（日本医療法人協会会長）
- ・ 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）
- ・ 川上 純一（日本薬剤師会常務理事）
- ・ 小林 剛（全国健康保険協会理事長）
- ・ 齋藤 訓子（日本看護協会常任理事）
- ・ 柴口 里則（日本介護支援専門員協会副会長）
- ・ 白川 修二（健康保険組合連合会副会長・専務理事）
- ・ 鈴木 邦彦（日本医師会常任理事）
- ・ 鈴木 森夫（認知症の人と家族の会常任理事）
- ・ 瀬戸 雅嗣（全国老人福祉施設協議会副会長）
- ・ 武久 洋三（日本慢性期医療協会会長）
- ・ 田中 滋（慶應義塾大学名誉教授）
- ・ 土居 丈朗（慶應義塾大学経済学部教授）
- 永井 良三（自治医科大学学長）
- ・ 西澤 寛俊（全日本病院協会会長）
- ・ 東 憲太郎（全国老人保健施設協会会長）
- ・ 平川 則男（日本労働組合総連合会総合政策局長）
- ・ 松本 隆利（日本病院会理事）
- ・ 見元 伊津子（日本精神科病院協会理事）
- ・ 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）
- ・ 吉岡 充（全国抑制廃止研究会理事長）

（◎は部会長、○は部会長代理）

開催実績

- 第1回：平成28年6月1日 [検討会の整理案の報告]
- 第2回：平成28年6月22日 [関係者ヒアリング]
- 第3回：平成28年10月5日 [意見交換]
- 第4回：平成28年10月26日 [議論のたたき台&意見交換①]
- 第5回：平成28年11月17日 [議論のたたき台&意見交換②]
- 第6回：平成28年11月30日 [議論の整理(案)&意見交換①]
- 第7回：平成28年12月7日 [議論の整理(案)&意見交換②]
⇒平成28年12月20日 議論のとりまとめ

療養病床の在り方等に関する議論の整理(抜粋)

(平成28年12月20日社会保障審議会療養病床の在り方等に関する特別部会)

4. 経過措置の設定等について

(1) 転換に係る準備のための経過期間

- 新たな施設類型を創設する場合には、所要の法整備が必要となる。来年、法整備が行われた場合、当該類型の人員配置、施設基準、報酬等が、具体的に決定するのは、平成29年度末となることが見込まれる。
こうしたことを勘案すると、平成29年度末で設置期限を迎える介護療養病床については、期限を設けつつも、転換に係る準備のための経過期間を十分に設けるべきである。
- 具体的な経過期間については、3年程度を目安とすべきという意見と、転換には一定の時間を要することを踏まえ、6年程度を目安とすべき、との意見があった。
また、経過期間を設ける場合に、円滑な転換を促進していく観点から、平成30年度から一定の期間内に、転換の意向を明らかにしていただくような仕組みが必要ではないか、といった意見もあった。
- また、医療療養病床に係る医療法施行規則に基づく療養病床の人員配置標準の経過措置については、平成18年改正の際の方針に従い、原則として平成29年度末で終了するが、必要な準備期間に限り、延長を認めるべきである。
なお、有床診療所については、過疎地域を含む、地域で果たす役割に鑑み、現行の医療法施行規則の人員配置標準の経過措置の延長を検討することが適当である。

介護療養病床の取扱いについて

介護療養病床については、平成29年度までに老人保健施設等へ転換することとしていたが、先の通常国会において成立した地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部改正法により、以下の措置が講じられた。

1. 新たな介護保険施設として介護医療院の創設（基準・報酬等については、平成30年度介護報酬改定において検討）
2. これまでの政策方針を維持しつつ、現在存在する介護療養病床については、6年間転換期限を延長する。（平成24年度以降、介護療養病床の新設は認めていない。）
3. なお、介護療養病床から介護医療院等への転換を円滑に進めるための必要な追加的支援策を講じる（平成30年度介護報酬改定における対応等を検討）。

高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようにする。

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

1 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進（介護保険法）

全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化

- ・ 国から提供されたデータを分析の上、介護保険事業（支援）計画を策定。計画に介護予防・重度化防止等の取組内容と目標を記載
- ・ 都道府県による市町村に対する支援事業の創設
- ・ 財政的インセンティブの付与の規定の整備

（その他）

- ・ 地域包括支援センターの機能強化（市町村による評価の義務づけ等）
- ・ 居宅サービス事業者の指定等に対する保険者の関与強化（小規模多機能等を普及させる観点からの指定拒否の仕組み等の導入）
- ・ 認知症施策の推進（新オレンジプランの基本的な考え方（普及・啓発等の関連施策の総合的な推進）を制度上明確化）

2 医療・介護の連携の推進等（介護保険法、医療法）

① 「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設

※ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。

② 医療・介護の連携等に関し、都道府県による市町村に対する必要な情報の提供その他の支援の規定を整備

3 地域共生社会の実現に向けた取組の推進等（社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法）

- ・ 市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作り、福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定の努力義務化
- ・ 高齢者と障害児者が同一事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉制度に新たに共生型サービスを位置付ける

（その他）

- ・ 有料老人ホームの入居者保護のための施策の強化（事業停止命令の創設、前払金の保全措置の義務の対象拡大等）
- ・ 障害者支援施設等を退所して介護保険施設等に入所した場合の保険者の見直し（障害者支援施設等に入所する前の市町村を保険者とする。）

II 介護保険制度の持続可能性の確保

4 2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。（介護保険法）

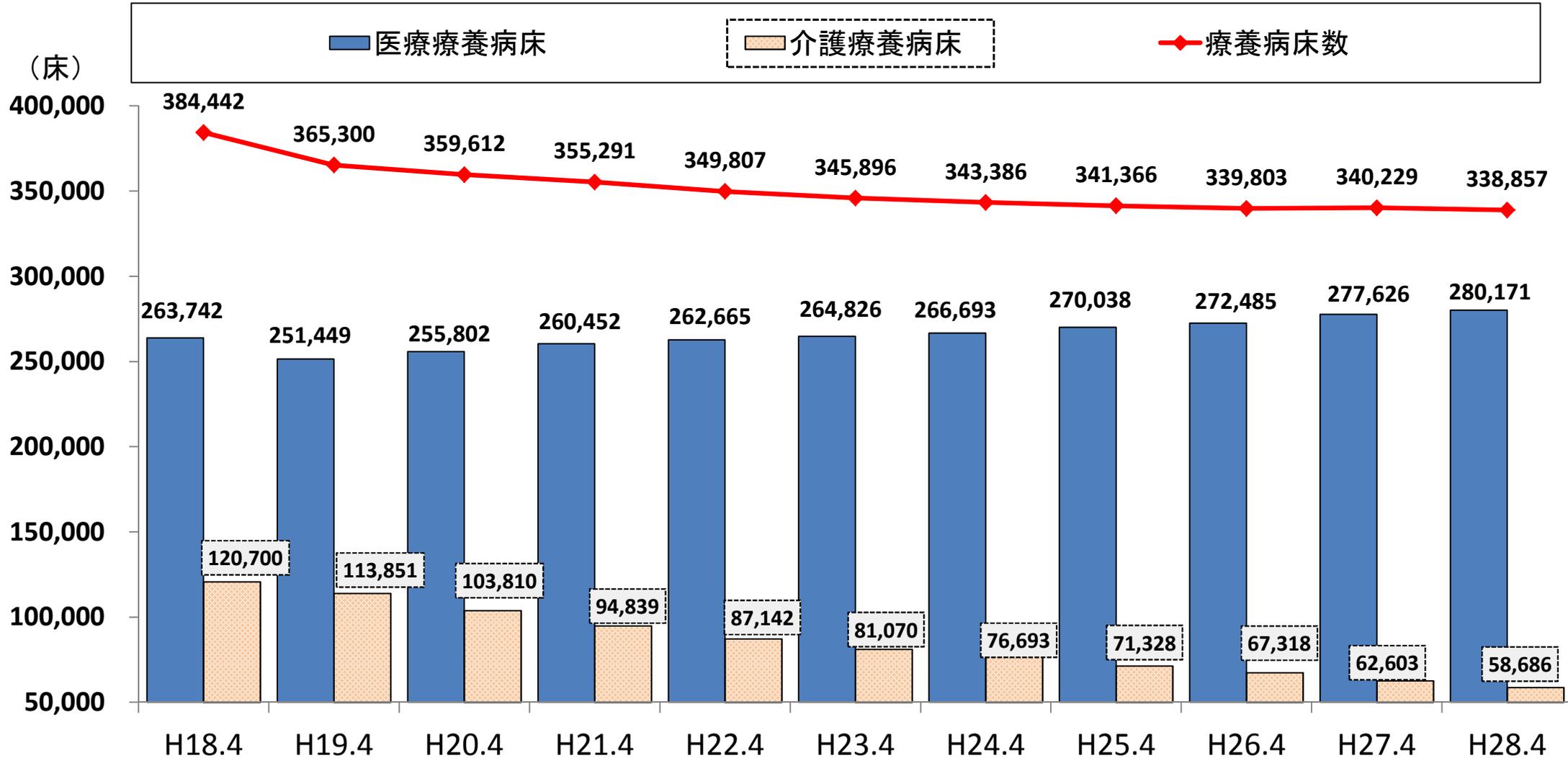
5 介護納付金への総報酬割の導入（介護保険法）

- ・ 各医療保険者が納付する介護納付金（40～64歳の保険料）について、被用者保険間では『総報酬割』（報酬額に比例した負担）とする。

※ 平成30年4月1日施行。（Ⅱ5は平成29年8月分の介護納付金から適用、Ⅱ4は平成30年8月1日施行）

療養病床数の推移

○ 療養病床の再編成において、当初からの10年間で介護療養病床は約62千床減少した。



(出典)厚生労働省大臣官房統計情報部「病院報告」(月報)

診療報酬上の区分ごとの医療療養病床数

(単位:床)

診療報酬上の区分	病院			診療所	
	療養病棟入院基本料			有床診療所療養病床入院基本料	
	入院基本料1 看護職員・看護補助者 20:1 医療区分2・3患者割合 8割以上	入院基本料2 看護職員・看護補助者 25:1 医療区分2・3患者割合 5割以上	特別入院基本料	(看護職員・看護補助者 6:1) ^{※2}	特別入院基本料
病床数 ^{※1}	145,535	73,202	2,976	6,807	118

※1 平成27年7月1日時点。(厚生労働省保険局医療課調べ)

※2 療養病棟入院基本料の看護職員・看護補助者数の施設基準は実質配置(入院患者20名又は25名に対して、常時1名以上の配置)で定めているのに対し、有床診療所療養病床入院基本料の看護職員・看護補助者数の施設基準は雇用配置(入院患者6名に対して、1名以上の雇用)で定めている。

※3 医療療養病床に係る診療報酬上の評価として、上記のほか、看護配置が13:1又は15:1の回復期リハビリテーション病棟入院料(一般病床・療養病床)や看護配置が13:1の地域包括ケア病棟入院料(一般病床・療養病床)が存在。

経過措置を検討するに当たって考慮すべき事項

- 先の通常国会において成立した地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部改正法により、「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた、新たな介護保険施設として、介護医療院が創設されるとともに、現在存在する介護療養病床については、6年間転換期限が延長されたこと。
- 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いて、医療療養病床に係る医療法施行規則に基づく療養病床の人員配置標準の経過措置については、以下のとおり整理されていること。
 - ・ 平成18年改正の際の方針に従い、原則として平成29年度末で終了するが、必要な準備期間に限り、延長を認めるべき。
 - ・ 有床診療所については、過疎地域を含む、地域で果たす役割に鑑み、現行の経過措置の延長を検討することが適当。
- 診療報酬における療養病棟入院基本料2（25対1）の取扱い
- 地域医療構想や、医療計画・介護保険事業計画との関係

- 
- 介護療養病床及び医療療養病床（医療法施行規則に基づく人員配置標準の経過措置の対象となっているもの）については、より入院医療の必要性が高い慢性期患者に対して適切な医療を提供する観点から、入院医療の必要性に応じて、介護医療院等や在宅医療等への転換を促進していくことが重要である。
 - 当該経過措置の今後の在り方も、そうした転換の促進に資するものである必要がある。その際には、各医療機関における経営面に与える影響にも配慮し、転換のための準備期間を考慮することも重要である。

今回ご議論いただきたい論点

- ① 医療療養病床にかかる医療法上の人員配置標準の経過措置は、以下のとおりとしてはどうか。
 - ・ 病院については、**基本的には終了するものの、**転換に必要な準備期間を考慮し、**転換が完了するまでの最大6年間（平成35年度（2023年度）末まで）延長**する。
 - ・ 診療所については、地域で果たす役割に鑑み、**6年間延長**する。
- ② 先般の介護保険法等の一部改正法により、現在存在する介護療養病床については、6年間転換期限が延長されたことを踏まえ、介護療養病床にかかる医療法上の人員配置標準の経過措置も同様に**6年間延長**することとしてはどうか。

【6年の考え方】

- ・ 療養病床の転換に当たっては、報酬改定が経営へ与える影響や、医療計画・介護保険事業計画との関係も考慮する必要があることから、次回の診療報酬・介護報酬の同時改定かつ、両計画改定を行うタイミングで再度検討等を行うことが適当。
- ③ 従来からの経過措置の延長という性格に鑑み、平成30年度からの上記経過措置の対象は、平成24年の所定期日までに届出を行っていた医療機関に限るものとしてはどうか。（新たな医療機関が上記経過措置の対象となることは認めない。）
 - ④ 地域医療構想の着実な実施を図るために、以下の措置を併せて講じることとしてはどうか。
 - ・ まずは、第8期介護保険事業計画期間の開始（平成33年度）をひとつの目処として、地域医療介護総合確保基金等を活用した転換支援を行う。
 - ・ 遅くとも平成32年度末までに、地域医療構想調整会議において、各構想区域における療養病床の転換について協議を行うこととし、地域医療構想の方向性との整合を図る。

<参考資料>

参照条文①（医療法施行規則（抄））

第五十一条 精神病床（健康保険法等の一部を改正する法律（平成十八年法律第八十三号）附則第百三十条の二第一項の規定によりなおその効力を有するものとされた介護保険法施行令（平成十年政令第四百十二号）第四条第二項に規定する病床に係るものに限る。以下この条及び次条において同じ。）又は療養病床を有する病院の開設者が、当該病院の精神病床又は療養病床の転換（当該精神病床又は療養病床の病床数を減少させるとともに、当該病院の施設を介護老人保健施設、軽費老人ホーム（老人福祉法第二十条の六に規定する軽費老人ホームをいう。）その他の要介護者、要支援者その他の者を入所又は入居させるための施設の用に供することをいう。以下同じ。）を行おうとして、平成二十四年三月三十一日までの間にその旨を開設地の都道府県知事に届け出た場合には、当該届出に係る病床（以下この条及び次条において「転換病床」という。）に係る病室に隣接する廊下については、当該転換が完了するまでの間（平成三十年三月三十一日までの間に限る。）は、第十六条第一項第十一号イ中「一・八メートル」とあるのは「一・二メートル」と、「二・七メートル」とあるのは「一・六メートル」とする。

第五十二条 精神病床又は療養病床を有する病院の開設者が、当該病院の精神病床又は療養病床の転換を行おうとして、平成二十四年三月三十一日までの間にその旨を開設地の都道府県知事に届け出た場合には、当該病院に置くべき医師の員数の標準は、当該転換が完了するまでの間（平成三十年三月三十一日までの間に限る。）は、第十九条第一項第一号の規定にかかわらず、次の各号に掲げる数を合算して得た数（以下この項において「特定数」という。）が五十二までは三とし、特定数が五十二を超える場合には当該特定数から五十二を減じた数を十六で除した数に三を加えた数とする。

一 転換病床以外の精神病床及び療養病床に係る病室の入院患者の数を三をもつて除した数

二 転換病床に係る病室の入院患者の数を六をもつて除した数

三 精神病床及び療養病床に係る病室以外の病室の入院患者（歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔くう 外科の入院患者を除く。）の数

四 外来患者（歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔くう 外科の外来患者を除く。）の数を二・五（耳鼻いんこう科又は眼科については、五）をもつて除した数

2 第五十条第一項の規定により法第七条第二項の許可を受けた病院であつて前項の規定の適用を受けるものについての第五十条第三項の規定の適用については、同項中「第十九条第一項第一号」とあるのは、「第五十二条第一項」とする。

3 転換病床のみを有する病院に係る第一項の規定の適用については、同項中「次の各号」とあるのは「第二号及び第四号」と、「五十二までは三とし、特定数が五十二を超える場合には当該特定数から五十二を減じた数を十六で除した数に三を加えた数」とあるのは「三十六までは二とし、特定数が三十六を超える場合には当該特定数から三十六を減じた数を十六で除した数に二を加えた数」とする。

4 第五十条第四項の規定は、前項の規定の適用を受ける病院について準用する。この場合において、第五十条第四項中「前条」とあるのは「前条及び第五十二条第三項」と、「第四十九条」とあるのは「第五十二条第三項」と読み替えるものとする。

5 第一項及び第三項に規定する病院に適用される都道府県が条例を定めるに当たつて従うべき看護師及び准看護師の員数の基準は、当該病院の転換が完了するまでの間（平成三十年三月三十一日までの間に限る。）は、第十九条第二項第二号の規定にかかわらず、次の各号に掲げる数を合算して得た数（その数が一に満たないときは一とし、その数に一に満たない端数が生じたときは、その端数は一として計算する。）に、外来患者の数が三十又はその端数を増すごとに一を加えた数とする。ただし、産婦人科又は産科においてはそのうちの適當数を助産師とするものとし、また、歯科、矯正歯科、小児歯科又は歯科口腔くう 外科においてはそのうちの適當数を歯科衛生士とすることができる。

一 療養病床（転換病床を除く。）に係る病室の入院患者の数を六をもつて除した数

二 転換病床に係る病室の入院患者の数を九をもつて除した数

三 精神病床（転換病床を除く。）及び結核病床に係る病室の入院患者の数を四をもつて除した数

四 感染症病床及び一般病床に係る病室の入院患者（入院している新生児を含む。）の数を三をもつて除した数

6 前項の病院に適用される都道府県が条例を定めるに当たつて従うべき看護補助者の員数の基準は、当該病院の転換が完了するまでの間（平成三十年三月三十一日までの間に限る。）は、第十九条第二項第三号の規定にかかわらず、療養病床（転換病床を除く。）に係る病室の入院患者の数を六をもつて除した数と転換病床（療養病床に係るものに限る。）に係る病室の入院患者の数を九をもつて除した数に二を乗じて得た数を加えた数（その数が一に満たないときは一とし、その数に一に満たない端数が生じたときは、その端数は一とする。）とする。

参照条文②（医療法施行規則（抄））つづき

第五十三条 療養病床を有する病院であつて、医療法施行規則等の一部を改正する省令（平成二十四年厚生労働省令第三十三号。次条及び第五十五条において「平成二十四年改正省令」という。）の施行の際現に、健康保険法等の一部を改正する法律第二十六条の規定による改正前の介護保険法第四十八条第一項第三号の指定を受けている同法第八条第二十六項に規定する介護療養型医療施設（前条第一項及び第三項に規定する病院であるものを除く。以下この条、次条及び附則第五十五条において「特定介護療養型医療施設」という。）又は看護師及び准看護師並びに看護補助者の員数（以下「看護師等の員数」という。）が第十九条第二項第二号及び第三号に掲げる数に満たない病院（以下この条において「特定病院」という。）であるものの開設者が、平成二十四年六月三十日までの間に、特定介護療養型医療施設であること又は特定病院であることを開設地の都道府県知事に届け出た場合には、当該病院に適用される都道府県が条例を定めるに当たつて従うべき看護師等の員数の基準は、平成二十四年四月一日から平成三十年三月三十一日までの間は、第十九条第二項第二号及び第三号の規定にかかわらず、次のとおりとする。

- 一 看護師及び准看護師 療養病床に係る病室の入院患者の数を六をもつて除した数と、精神病床及び結核病床に係る病室の入院患者の数を四をもつて除した数と、感染症病床及び一般病床に係る病室の入院患者（入院している新生児を含む。）の数を三をもつて除した数とを加えた数（その数が一に満たないときは一とし、その数に一に満たない端数が生じたときは、その端数は一として計算する。）に、外来患者の数が三十又はその端数を増すごとに一を加えた数。ただし、産婦人科又は産科においてはそのうちの適當数を助産師とするものとし、また、歯科、矯正歯科、小児歯科又は歯科口腔くう 外科においてはそのうちの適當数を歯科衛生士とすることができる。
- 二 看護補助者 療養病床に係る病室の入院患者の数が六又はその端数を増すごとに一

第五十四条 療養病床を有する診療所であつて、平成二十四年改正省令の施行の際現に、特定介護療養型医療施設又は看護師等の員数が第二十一条の二第二項第一号及び第二号に掲げる数に満たない診療所（以下この条において「特定診療所」という。）であるものの開設者が、平成二十四年六月三十日までの間に、特定介護療養型医療施設であること又は特定診療所であることを開設地の都道府県知事（その開設地が保健所を設置する市又は特別区の区域にある場合においては、当該保健所を設置する市の市長又は特別区の区長とする。次条において同じ。）に届け出た場合には、当該診療所に適用される都道府県が条例を定めるに当たつて従うべき看護師等の員数の基準は、平成二十四年四月一日から平成三十年三月三十一日までの間は、第二十一条の二第二項第一号及び第二号の規定にかかわらず、次のとおりとする。

- 一 看護師及び准看護師 療養病床に係る病室の入院患者の数が六又はその端数を増すごとに一
- 二 看護補助者 療養病床に係る病室の入院患者の数が六又はその端数を増すごとに一

第五十五条 療養病床を有する診療所であつて、平成二十四年改正省令の施行の際現に、特定介護療養型医療施設又は看護師等の員数が平成十三年改正省令附則第二十三条第二号に掲げる数に満たない診療所（以下この条において「特定診療所」という。）であるものの開設者が、平成二十四年六月三十日までの間に、特定介護療養型医療施設であること又は特定診療所であることを開設地の都道府県知事に届け出た場合には、当該診療所に適用される都道府県が条例を定めるに当たつて従うべき看護師等の員数の基準は、平成二十四年四月一日から平成三十年三月三十一日までの間は、同号の規定にかかわらず、療養病床に係る病室の入院患者の数が三又はその端数を増すごとに一（そのうちの一については、看護師又は准看護師）とする。

療養病床の概要

- 療養病床は、病院又は診療所の病床のうち、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もの。
- **医療保険の『医療療養病床(医療保険財源)』と、介護保険の『介護療養病床(介護保険財源)』がある。**

	医療療養病床		介護療養病床	介護老人保健施設	特別養護老人ホーム
	20対1	25対1			
概要	病院・診療所の病床のうち、 主として長期療養を必要とする患者を入院させるもの ※看護職員の基準(診療報酬上の基準)で20対1と25対1が存在。		病院・診療所の病床のうち、 長期療養を必要とする要介護者に対し、医学的管理の下における介護、必要な医療等 を提供するもの	要介護者にリハビリ等を提供し、 在宅復帰を目指す施設	要介護者のための 生活施設
病床数	約14.4万床 ※1	約7.2万床 ※1	約5.9万床 ※2	約36.8万床 ※3 (うち、介護療養型:約0.9万床)	約56.7万床 ※3
設置根拠	医療法(病院・診療所)		医療法(病院・診療所) 介護保険法(介護療養型医療施設)	介護保険法(介護老人保健施設)	老人福祉法(老人福祉施設)
施設基準	医師	48対1(3名以上)		100対1(常勤1名以上)	健康管理及び療養上の指導のための必要な数
	看護職員	4対1 (29年度末まで、6対1で可)	6対1 3対1 6対1	3対1 (うち看護職員を2/7程度を標準)	3対1
	介護職員 ※4	4対1 (29年度末まで、6対1で可)			
面積	6.4㎡		6.4㎡	8.0㎡ ※5	10.65㎡(原則個室)
設置期限	—		平成35年度末 法改正(H29年6月公布)で H29年度末から更に6年間延長	—	—

※1 施設基準届出(平成27年7月1日)

※4 医療療養病床にあっては、看護補助者。

※2 病院報告(平成28年3月分概数)

※3 介護サービス施設・事業所調査(平成27年10月1日)

※5 介護療養型は、大規模改修まで6.4㎡以上で可。

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。

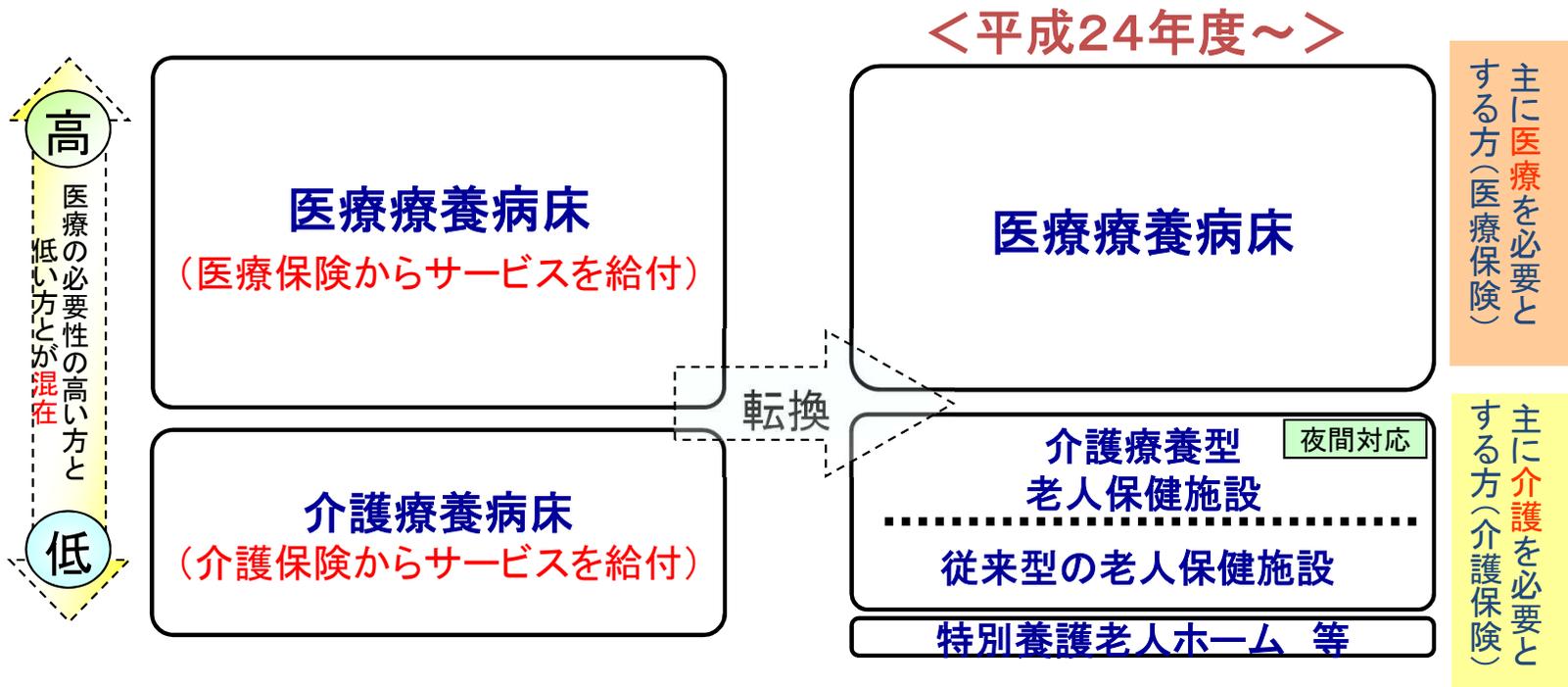
【医療法改正】

- 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**



医療区分2・3 ... 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）

療養病床に関する経緯③

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(2011).3月	<参考>H28(2016).3月
介護療養病床数	12.2万床	7.8万床 (△4.4万床)	5.9万床 (△6.3万床)
医療療養病床数	26.2万床	26.7万床 (+0.5万床)	28.0万床 (+1.8万床)
合計	38.4万床	34.5万床	33.9万床

※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

臨床研究法の施行に伴う 「臨床研究中核病院の承認要件」の 見直しについて

厚生労働省医政局研究開発振興課

臨床研究法の施行に伴う「臨床研究中核病院の承認要件」の見直しについて①（特定臨床研究の定義）

現行

○医療法

第四条の三 病院であつて、臨床研究の実施の中核的な役割を担うことに関する次に掲げる要件に該当するものは、厚生労働大臣の承認を得て臨床研究中核病院と称することができる。

一 特定臨床研究（厚生労働省令で定める基準に従つて行う臨床研究をいう。以下同じ。）に関する計画を立案し、及び実施する能力を有すること。

○医療法施行規則

第六条の五の三 法第四条の三第一項第一号 に規定する厚生労働省令で定める基準は、次の各号のいずれかに該当することとする。

- 一 医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令（平成九年厚生省令第二十八号）、医療機器の臨床試験の実施の基準に関する省令（平成十七年厚生労働省令第三十六号）又は再生医療等製品の臨床試験の実施の基準に関する省令（平成二十六年厚生労働省令第八十九号）に適合する治験（医薬品医療機器等法第八十条の二第二項 に規定する治験をいう。）であること
- 二 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（平成二十六年文部科学省・厚生労働省告示第三号）に適合する侵襲及び介入を伴う臨床研究であつて、前号に掲げるもの以外のものであること。

（現行） 治験 + **人を対象とした医学系研究に関する倫理指針に適合する侵襲及び介入を伴う臨床研究**



対応案

○臨床研究法の「特定臨床研究」は、従来の指針に規定される侵襲・介入研究のほとんどが相当する臨床試験であることに加え、臨床試験の質が法令で担保された試験であるとして、基準を見直すことが適当であると考えられるため、以下の通り、基準を改めてはどうか。

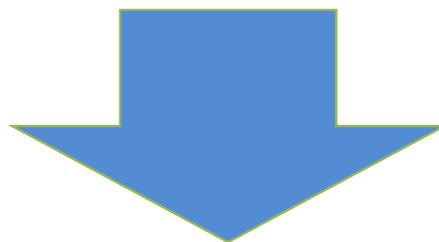
治験 + 臨床研究法に基づく臨床研究※

※特定臨床研究に該当しない臨床研究については、特定臨床研究と同等の実施基準及び手続に従って実施する研究とする。

特定臨床研究の定義変更に係る 新規研究開始実績について

定義変更に伴う問題点

- 臨床研究法施行前は、医学系研究指針に基づいた臨床研究の分類のため、施行後の新しい基準では、これまでは実績として算定していた研究が非該当となったり、算定できなかった研究が新たに該当することになり、大きな混乱と不利益を与える恐れがある。
- また、既に臨床研究中核病院に指定されている病院の実績の算定において、臨床研究法が施行されていない時期の研究実績を臨床研究法への該当性を外挿して算定することは、過去に遡及して事実関係の認定をやり直すことになってしまう恐れがある。



対応案

- 平成29年以前の実績については従前の例による（医学系研究指針に基づいて算定する）。

※実績要件は過去3年分の実績となるため、段階的に新規基準による算定となる。

平成30年度：平成27年度、平成28年度及び平成29年度実績について医学系研究指針に基づいて算定。

平成31年度：平成28年度及び平成29年度実績について医学系研究指針に基づいて算定。

平成32年度：平成29年度実績について医学系研究指針に基づいて算定。

平成33年度：すべて新規基準に基づいて算定。

特定臨床研究の定義変更に係る 研究論文実績について

定義変更に伴う問題点

- 実績要件である「特定臨床研究」の定義の見直しに伴い、
 - ・実施件数及び論文件数の充足すべき件数の閾値を具体的にどの程度のすることが、定義変更前と同等といえるかを確認する必要がある。



対応案

- 今年度、既に指定されている11の臨床研究中核病院に対して、臨床研究法に基づく「特定臨床研究」に該当すると推定される実施件数及び論文数について照会したが、臨床研究法施行前であるため、臨床研究法に基づく「特定臨床研究」該当性の判断が、必ずしも正確でない恐れがあるため、臨床研究法に基づく「特定臨床研究」該当性判断が適正に実施できるようになった時点で、再度正確な調査を行い、その結果に基づいて、要件数の検討を行う必要があると考えられる。
- 既に指定されている臨床研究中核病院の業績報告について
平成30年10月提出の業務報告書については、平成29年度までの実績報告書となるため、臨床研究法施行後の調査に基づいて閾値を設定することは可能。
- ⇒経過措置期間である平成30年度中に再度調査を行い、より正確な数値にて、実績数要件変更の必要性の有無を検討することとしてはどうか。
- 平成30年度中に新規に臨床研究中核病院の申請者について
平成30年度中の申請施設については、暫定運用として、従前の例により判定することとしてはどうか。

臨床研究法の施行に伴う「臨床研究中核病院の承認要件」の見直しについて②（倫理審査委員会の設置）

現行

○医療法

第十六条の四 臨床研究中核病院の管理者は、厚生労働省令の定めるところにより、次に掲げる事項を行わなければならない。

六 その他厚生労働省令で定める事項

○医療法施行規則

第九条の二十五 法第十六条の四第六号に規定する厚生労働省令で定める事項は、次のとおりとする。

五 次に掲げる特定臨床研究の倫理的及び科学的な妥当性に関する審査体制を確保すること。

イ 当該臨床研究中核病院が実施しようとする特定臨床研究が倫理的及び科学的に妥当であるかどうかについて審査するための委員会を設置すること。

○施行通知（平成27年3月31日付け医政局長通知（医政発0331第69号））

第5 4(5) 特定臨床研究の倫理的及び科学的な妥当性に関する審査体制

ア 新省令第9条の25 第5号イに掲げる「当該臨床研究中核病院が実施しようとする特定臨床研究が倫理的及び科学的に妥当であるかどうかについて審査するための委員会」とは、倫理指針に基づき、臨床研究の実施又は継続の適否その他臨床研究に関し必要な事項について、倫理的観点及び科学的観点から審査するための委員会（以下「倫理審査委員会」という。）であり、次に掲げる基準を満たす必要があること。

(ア) 倫理指針に基づき、自施設のみならず、他の医療機関が実施する特定臨床研究に関する審査を適切に実施することができること。

(現行) 「人を対象とした医学系研究に関する倫理指針」に基づく倫理審査委員会の設置



(省令案) 「臨床研究法」に基づく認定臨床研究審査委員会

臨床研究法施行に伴う認定臨床研究審査委員会の設置に係る対応について

臨床研究法施行に伴う委員会設置に係る論点

- 臨床研究中核病院は、自施設及び他施設が実施する医療法に基づく「特定臨床研究」について適切に評価することができる倫理審査委員会の設置が求められている。
- 臨床研究法の施行に伴い、医療法に基づく「特定臨床研究」の定義の見直しを行う必要があり、当該見直しに対応した倫理審査委員会を具備している必要がある。
- また、認定臨床研究審査委員会は臨床研究法施行前に認定することができることとなっており、また、円滑に臨床研究を進めるためには、当該委員会の認定は急務。



対応案

- 平成28年度までに承認された臨床研究中核病院については、臨床研究法の施行に伴う認定臨床研究審査委員会の設置について説明会を開催する等事前の周知が十分に行われていることから、経過措置は設けない。
- 平成29年度中に新たに臨床研究中核病院に承認された機関は、認定後間もないことが想定されることから1年間、なお従前の例（医学系指針に基づく倫理審査委員会の設置）とすることとしてはどうか。なお、この場合、平成31年3月末までに認定倫理審査委員会の設置するように指導することとしてはどうか。

制度改正に向けた これまでの医師偏在対策の議論のまとめ

これまでの議論で一定の合意を得たと考えられる医師偏在対策一覧

これまでの医師需給分科会において議論し、制度改革の方向性について一定の合意を得たと考えられる医師偏在対策は以下のとおり。

※ 今後の議論を踏まえて、追加・修正等はある。

1. 都道府県における医師確保対策の実施体制の強化

- ① 「医師確保計画」の策定
- ② 「地域医療対策協議会」の実効性確保
- ③ 効果的な医師派遣等の実施に向けた見直し

2. 医師養成過程を通じた地域における医師確保

- ① 医学部： 地元出身者枠の拡充／他県での地域枠の特例
- ② 臨床研修： 地域への医師定着策／都市部集中の是正
- ③ 専門研修： 新専門医制度における行政の役割の明確化／診療科ごとの医師のニーズの明示

3. 地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

4. その他

1. 都道府県における医師確保対策 の実施体制の強化

①「医師確保計画」の策定

現状・課題

- 医療計画における「医療従事者の確保に関する事項」は、都道府県によって記載内容にばらつきがあり、必ずしも十分な現状分析・目標設定に基づく具体的な対策の策定がなされていない。
- 地域医療対策は、医療法上、医療計画における「医療従事者の確保に関する事項」において定める内容との関係性が十分に整理されておらず、また、そもそも地域医療対策を策定していない都道府県も存在するなど、都道府県によっては、実効的な地域医療対策を策定することができていない。
- 医療計画における「医療従事者の確保に関する事項」や地域医療対策では、都道府県内の医師の偏在状況を地域ごとに評価できる仕組みが存在せず、対策の実施効果の評価や、それに基づく対策の見直しといったPDCAサイクルに基づく実効性の確保が十分になされていない。



制度改革案

- 各都道府県において定量的な現状分析に基づく実効的な医師確保対策が進められるよう、医療計画において、
 - ・ 都道府県内における医師の確保方針
 - ・ 医師偏在の度合いに応じた医師確保の目標
 - ・ 目標の達成に向けた施策内容という一連の方策を記載することを、明確に法律上に位置付ける。
- 医療計画におけるこの医師確保に関する事項を、運用上「医師確保計画」と呼称する。
- 医師確保計画に医師偏在対策を記載することとなることに併せ、各種計画の位置付けの明確化や行政事務の簡素化の観点から、地域医療対策は医師確保計画の中に組み込むものとして、発展的に解消する。

医師確保計画の具体的な内容

- 医師確保計画を、都道府県内の医師偏在是正の実効的な対策とするために、具体的な内容として、以下の点を盛り込む。

①都道府県内における医師の確保方針

- ・ 医師偏在の是正のためには、まず、都道府県内の二次医療圏・診療科別医師数、医療施設・医師配置状況、人口や医療需要（ニーズ）の変化等の分析を踏まえ、あるべき医師確保の方針を定める。

(例) A県における医師確保方針

県内の医師が少ない地域に対し、大学からの優先的な医師派遣や、若手医師への指導体制の強化、当該地域における医学生向けの地域医療実習の実施等、重点的な医師確保対策を行う。

二次医療圏	人口10万人対 医師数
a医療圏	147.9
b医療圏	160.8
c医療圏	192.5
d医療圏	328.0

医師数：少
(病院によっては、眼科・皮膚科等の常勤医が配置されていない)

医師数：多
(県庁、大学所在地)

a医療圏に対する重点的な医師確保対策

医学生向けの
地域医療実習を実施

指導医・臨床研修医
に対する研修会等、
指導体制を強化

大学からの優先的な
医師の派遣を実施

医師確保計画の具体的な内容（続き）

②都道府県内において確保すべき医師数の目標

- ・ PDCAサイクルに基づく実効性の確保のために、医師偏在の度合いを示した上で、①で設定した医師の確保方針に基づき、医師確保計画の期間内に都道府県内において確保すべき医師数の目標を設定する。

③目標の達成に向けた医師の派遣その他の医師の確保に関する施策

- ・ ②で設定した医師数の目標を達成するための対策として、医師が少ない地域等に対する医師派遣の在り方、医師養成課程を通じた医師の地域定着策等の医師確保対策を定める。

医師確保計画の計画期間

- 新たに医療計画に記載することとする「医師確保計画」は、
 - ・ 医師の確保は地域住民の医療アクセス等に関わる喫緊の課題であり、状況の変化に応じ柔軟に対応する必要があること
 - ・ 医師確保計画の中に、医師の派遣に関する事等、短期的な医師確保対策の方針についても定めることとなっており、これらの対策は医師の偏在状況の変化に応じて、短期的に見直していく必要があることから、計画の期間を3年とし、3年ごとに医師偏在の度合いに基づくPDCAサイクルを回して、その内容を見直していくこととする。

制度改正案

- 都道府県の策定する医師確保計画の実効性を確保するため、地域ごとの医師の多寡を全国ベースで客観的に比較・評価可能な、医師偏在の度合いを示す指標を設定する。
- 医師偏在の度合いを示す指標の設定に当たっては、次に掲げる要素を考慮する。
 - ・ 医療ニーズ
 - ・ 将来の人口・人口構成の変化
 - ・ 医師偏在の単位（区域、診療科、入院／外来）
 - ・ 患者の流出入
 - ・ 医師の性・年齢
 - ・ へき地や離島等の地理的条件 等

制度改正案

- 医師偏在の度合いを示す指標を設定することによって、都道府県内で医師が多い地域と少ない地域が可視化されることとなる。
- 医師確保計画における医師偏在是正の目標達成のためには、医師派遣等の各施策と結び付けて、医師が多い地域から少ない地域に医師が配置されるような取組を実施していくことが必要である。

※ただし、医師偏在の度合いに応じて、医療需要（ニーズ）に比して医師が多いと評価された場合であっても、政策医療等の観点から、地域に一定数の医師を確保する必要がある場合等については、配慮することが必要。

- このため、都道府県知事が、医師偏在の度合い等に応じて、都道府県内の「医師少数区域（仮称）」及び「医師多数区域（仮称）」を指定し、具体的な医師確保対策に結び付けて実行できることとする。

※医師少数区域・医師多数区域と関連づける医師確保対策等のイメージ

- ・ 地域医療支援センターによる医師多数地域から医師少数区域への医師派遣へのあっせん
- ・ 地域医療支援センターにおけるキャリア形成プログラム作成に当たっての医師少数区域への配慮
- ・ 医師少数区域での診療を一定期間義務付ける地域枠の設定
- ・ 医学部の地域診療実習の医師少数区域での実施
- ・ 臨床研修の地域医療研修の医師少数区域での実施
- ・ 医師少数区域に対する優先的財政支援（例：医師少数区域における産科開設の施設整備補助等）

② 「地域医療対策協議会」の 実効性確保

現状・課題

- 都道府県によっては、
 - ・ 地域医療対策協議会の構成員が多岐に渡り、必ずしも医師確保に直接関係のない者も含まれ、効率的な会議の運営・調整が困難になっていること
 - ・ 医師確保に関する同様の議題を議論する会議体が複数存在していること等から、地域医療対策協議会の開催頻度が低い状況にある（未開催の県も存在する）。
- 都道府県によっては、医師確保に関する各会議体間の連携が乏しく、類似の重複した検討が行われている場合がある。



制度改正案

- 地域医療対策協議会については、医師確保計画において定められた各種対策を具体的に実施するに当たり、関係者が協議・調整を行う協議機関と位置付ける。
- これに伴い、地域医療対策協議会の構成員について見直しを行い、具体的な医師確保対策の実施を担う医療機関を中心に構成するよう、都道府県に対して改組することを促す。
- 併せて、地域医療対策協議会以外の医師確保に関する各種会議体（へき地医療支援機構、専門医協議会）については、議論や構成員の重複を避けるために、その機能を地域医療対策協議会に移管し、原則として廃止する。
- ただし、都道府県によって特別の事情がある場合には、それらの会議体を地域医療対策協議会のワーキンググループなどとして存続させることも可能とする。

都道府県医療審議会

役割 医療法の規定により権限に属する事項や、都道府県知事の諮問に応じて当該都道府県における医療提供体制の確保に関する重要事項を調査、審議

構成員 医師、歯科医師、薬剤師、患者代表及び学識経験者

- 【医師確保計画】**
- 都道府県内における医師の確保方針
 - 都道府県内において確保すべき医師数の目標
 - 目標の達成に向けた各種施策
 - ・ 医師が少ない地域に対する医師派遣の在り方
 - ・ 医師養成課程(医学部、臨床研修、専門研修)を通じた医師の地域定着策 等

具体的な実施方法等
の協議・調整

地域医療対策協議会

役割 都道府県が具体的な医師確保対策等を実施するに当たり、その実効性を高めるための「協議の場」

構成員 医師確保対策上、主要な役割を果たす関係者

協議事項
(例)

医師派遣等

医師養成関係

医師派遣の具体的な実施方法

へき地の医師確保のための具体的な調整

地域枠・地元枠の具体的な設定

臨床研修施設の定員に関する調整

専門医の配置に関する調整

医師確保対策の推進に
関するその他の会議体

⇒機能を移管

※特別な事情がある場合には、
ワーキンググループとして
存続させることも可能

地域医療
支援センター
運営委員会

へき地医療
支援機構
運営委員会

専門医協議会

医師確保計画の記載事項と地域医療対策協議会の協議事項のイメージ

平成29年10月11日
第12回医師需給分科会
資料1より抜粋(一部改変)

医師確保計画の記載事項

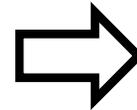
【医師派遣】

地域ごとに派遣が必要な医師の人数の決定



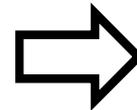
【医学部】

医育大学における地域枠、地元枠の設定目標の決定



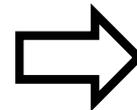
【臨床研修】

臨床研修病院の指定、臨床研修病院ごとの定員設定に当たっての方針の決定



【専門研修】

専門研修基幹病院の認定、専門研修基幹病院ごとの定員設定に当たっての地域医療への配慮の意見の決定



地域医療対策協議会の協議事項

医師派遣の具体的な実施方法の調整
(どの病院からどのような医師を何人派遣するか等)

地域枠、地元枠の具体的な人数の調整
(どの大学に何人の枠を設定するか等)

具体的な指定病院や定員数の調整
(どの地域のどの病院を臨床研修病院に指定するか、何人の定員枠を設定するか等)

具体的な認定病院や定員数の調整
(どの地域のどの病院を専門研修基幹病院に認定するか、何人の定員枠を設定するか等)

③ 効果的な医師派遣等のための
都道府県事務の見直し

現状・課題

- 都道府県によっては、地域医療支援センターと大学医学部・大学病院の連携が十分に行われていない。
- キャリア形成プログラムが未策定である都道府県や、策定内容が不十分な都道府県が存在する。
- 修学資金貸与医師が、公立病院・公的病院などに偏って派遣されている等、医師派遣の方針の整理が必要。
- 地域医療構想の推進と医師派遣の方針の関係が未整理。

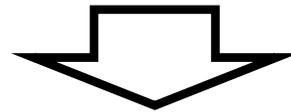
制度改革案



- 今後、地域医療支援センターが派遣調整を行う地域枠等の医師の数が増加することを踏まえれば、都道府県の行う地域医療支援事務の実効性を強化することが必要である。
- このため、以下のような見直しを行う。
 - ・ 都道府県が地域医療支援事務を行うに当たって、必ず大学医学部・大学病院との連携の下に行われるよう、地域医療対策協議会における協議に基づいて実施
 - ・ 特に、医師の派遣先の決定に当たって、地域医療対策協議会での協議を経ることにより、理由なく公立病院・公的病院などに派遣先が偏らないようにする、地域医療構想との整合性を確保するなど、医師派遣の方針を整理・明確化
 - ・ さらに、今後増加する地域枠の医師については、地域医療対策協議会での協議を経て、都道府県主体で派遣方針を決定することを明確化
 - ・ 全ての都道府県でキャリア形成プログラムを策定することを徹底
 - ・ 派遣医師の負担軽減のための援助（適切な休暇取得や能力開発等が可能な労働条件の確保等）を地域医療支援事務において行うことを明確化

現状・課題

- 平成28年度の厚生労働省の調査によると、「地方で勤務する意思がない理由」として、全世代を通じて「労働環境への不安」が掲げられており、医師の偏在解消のためには、へき地等の医師が少ない区域における勤務負担の軽減を行うことが必要である。
- しかしながら、現在、多くの都道府県では、医師の派遣調整を行う地域医療支援センターと、医療勤務環境改善支援センターの連携が十分に行われていない。



制度改正案

- 医療勤務環境改善支援センターは、「医師少数区域（仮称）」等へ派遣される医師の「労働環境への不安」を解消するため、派遣先の医療機関の勤務環境の改善の重要性に特に留意して運営するものとし、地域医療支援センターと連携することを法律上明記する。

2. 医師養成過程を通じた 地域における医師確保

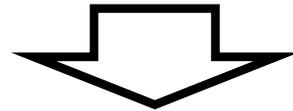
① 医学部

地元出身者枠設定・増員に関する都道府県知事から大学への 要請権限の創設

平成29年10月25日
第13回医師需給分科会
資料より抜粋(一部改変)

現状・課題

- 地域枠の医師については、都道府県内に定着する傾向が見られ、キャリア形成プログラムのもと引き続き活用していくべきである。
- 地元出身者であれば、地域枠採用でなくとも、地域枠の医師と同様の地域定着傾向が見られるため、地域枠だけでなく、地元出身者のための入学枠についても、今後拡充を図っていくことが必要。



制度改革案

- 医師偏在の度合いに応じて医師が少ない都道府県と判断された場合には、地域医療対策協議会の意見を聴いたうえで、都道府県知事が大学に対し、入学枠に地元出身者枠の設定・増員を要請する仕組みを設ける。
- また、地域枠ではない地元出身者枠の医師についても、地域医療支援センターが働きかけを行い、積極的にキャリア形成プログラムの策定等の支援を行うこととする。

現状・課題

- 医学部定員を全て地元出身者枠に切り替えることはできない以上、地元出身者枠だけでは十分な医師確保を図ることができない可能性がある。



制度改革案

- 医師が少ない都道府県においては、地元出身者枠の拡充だけでなく、他の都道府県の学生を受け入れることが必要である。
- このため、医師偏在の度合いに応じて医師が多いと判断された都道府県の地域枠については、その一部を、医師が少ない都道府県の地域枠として活用することとする。

今後の地域枠・地元出身者枠の活用のイメージ

平成29年10月25日
第13回医師需給分科会
資料より抜粋(一部改変)

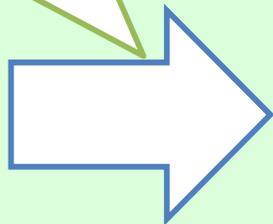
医師少数県(A県)

地元出身者枠の要請

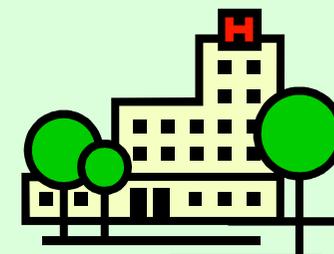
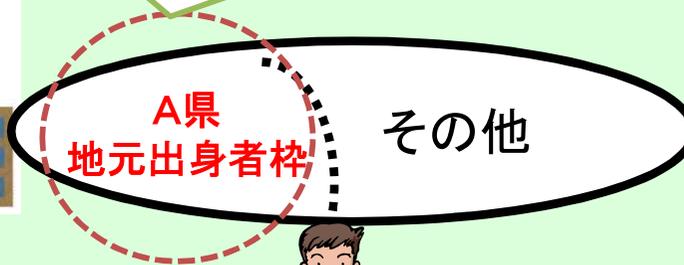
地域枠・地元出身者枠の拡大



都道府県



A大学



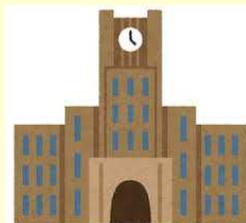
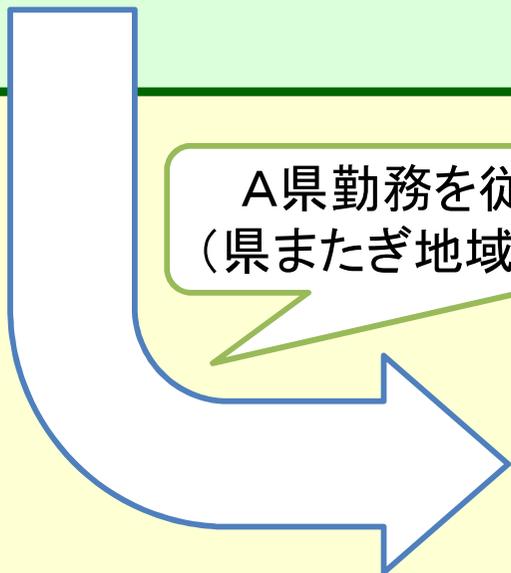
臨床研修病院等



医師多数県(B県)

A県勤務に従事要件とする地域枠
(県またぎ地域枠)

卒後A県で診療に従事



B大学

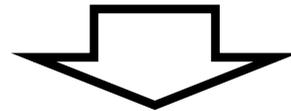


A県地域枠の設置

② 臨床研修

現状・課題

- 出身地や大学所在地と異なる都道府県で臨床研修を行うと、出身地や大学所在地への定着率が大きく低下する。
- また、現行のマッチングの仕組みでは、地域枠の医師が、診療義務が課せられた地域で勤務できない可能性がある。



制度改革案

- 研修医が、臨床研修修了後に出身地や出身大学の都道府県に定着するのを促すため、地域枠の医師や地元出身者等に対する臨床研修の選考については、地域枠の一定割合を上限としつつ、一般のマッチングとは分けて実施することとする。
- 臨床研修病院毎の選考枠については、地域医療対策協議会の意見を聴いた上で個別に判断する。

現状・課題

- 地域の医療提供体制の確保に大きな影響を及ぼす臨床研修病院の指定・募集定員設定に対し、地域医療に責任を有する都道府県の関与が限定的である。
- 地域の病院の研修体制の構築状況や医師の勤務状況、医師養成体制と地域定着の関係等の実情については、都道府県がより実態を把握している。



制度改革案

- 都道府県が管内の臨床研修病院の指定・募集定員設定に主体的に関わり、格差是正を進めていくために、地域医療対策協議会の意見を聴いた上で、大学病院を含めた臨床研修病院の指定・募集定員設定を都道府県が行うこととする。

募集定員について

平成29年10月25日
第13回医師需給分科会
資料より抜粋(一部改変)

- 現行では、国が主に過去の受入募集等による設定を行っているため、**地域の必要数と募集定員数にかい離がある場合**がある。
- 地域の実情をより把握している**都道府県が必要数に応じた募集定員を設定することで、地域で必要なマッチ者数を確保することが可能**になる。

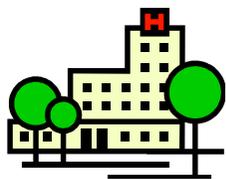
主に国による募集定員の設定(現行)

※一部都道府県による調整枠有り

県内病院(例)



A病院 (都市部)
定員 20
マッチ者数 20



B病院 (都市部)
定員 8
マッチ者数 6



C病院 (地方部)
定員 2
マッチ者数 2

必要数 15 (5名定員が多い)
必要数 8 (定員数は適正)(A病院に流出)
必要数 5 (3名定員不足)

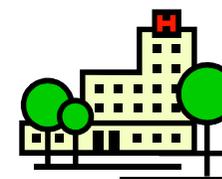
主に過去の受入実績等による設定のため、**地域の必要数とかい離がある場合**がある

都道府県による募集定員の設定(案)

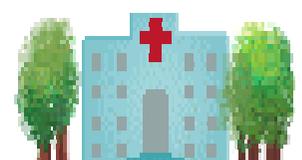
県内病院(例)



A病院 (都市部)
定員 15(↓)
マッチ者数 15(↓)



B病院 (都市部)
定員 8
マッチ者数 8(↑)



C病院(地方部)
定員 5(↑)
マッチ者数 5(↑)

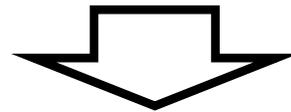
必要数 15名 ①定員減により必要数に
必要数 8名 ②A病院から流入
必要数 5名 ③定員増によりA病院から流入

都道府県による現状を踏まえた
募集定員の調整

必要なマッチ者数を確保

現状・課題

- 臨床研修病院の募集定員について、
 - 1) 人口当たり医師数が多く研修医採用率も高い大都市圏の都府県がある一方、医師数が少なく研修医採用率も少ない県がある。
 - 2) 募集定員倍率を平成32年以降も1.1倍に維持した場合、大都市圏の都府県とそれ以外の道県の採用実績の割合はほぼ横ばいの見込みである。



制度改革案

- 地域医療の確保の観点から臨床研修医の都市部への集中を更に抑制していくために、臨床研修病院の募集定員を平成37年度に1.05倍となるよう更に圧縮させるとともに、特に大都市圏の都府県については、募集定員をより圧縮することとする。

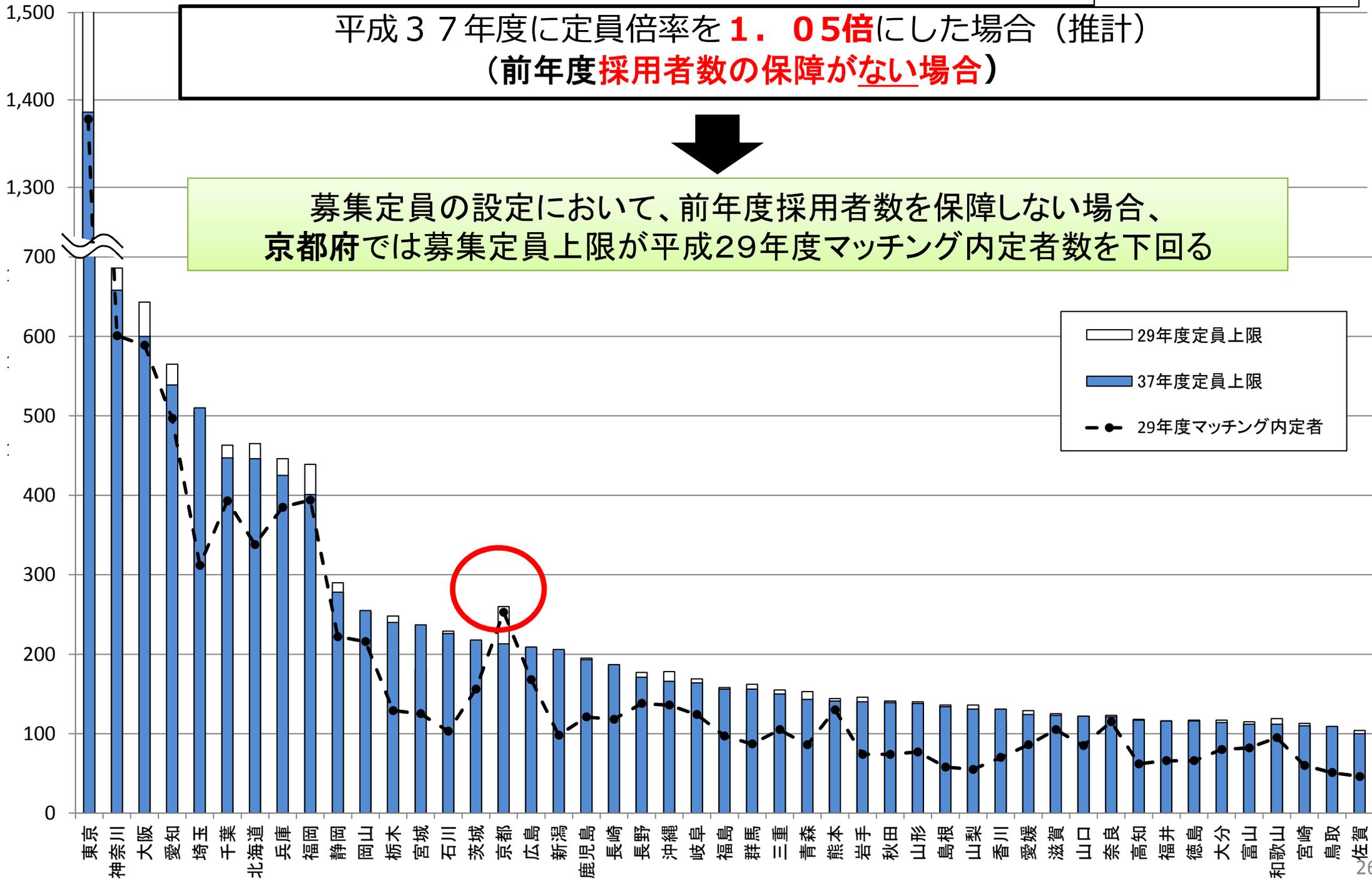
募集定員倍率を圧縮した場合の推計

平成29年10月25日
第13回医師需給分科会
資料より抜粋(一部改変)

平成37年度に定員倍率を**1.05倍**にした場合(推計)
(前年度採用者数の保障がない場合)

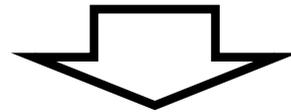


募集定員の設定において、前年度採用者数を保障しない場合、
京都府では募集定員上限が平成29年度マッチング内定者数を下回る



現状と課題

- 都道府県別の募集定員上限の計算式について、医学部入学定員で按分している都府県では、人口分布で按分した場合の定員に比べて必要以上の定員増となることがあり、その結果、募集定員上限よりも実際の募集定員を削減させている県や、研修医の採用率が低い県がある



制度改革案

- 都道府県別の募集定員上限の計算式について、
 - ① 医学部入学定員による募集定員の増加については一定の上限を設けること
 - ② 医師が少ない地域等へ配慮する観点から、地理的条件等の加算を増加させることとする。

都道府県別の募集定員上限の計算方法のイメージ

平成29年10月25日
第13回医師需給分科会
資料より抜粋(一部改変)

①人口分布

$$\text{全国の研修医総数} \times \frac{\text{都道府県の人口}}{\text{日本の総人口}}$$

②医師養成状況

$$\text{全国の研修医総数} \times \frac{\text{医学部入学定員}}{\text{全国の医学部入学定員}}$$

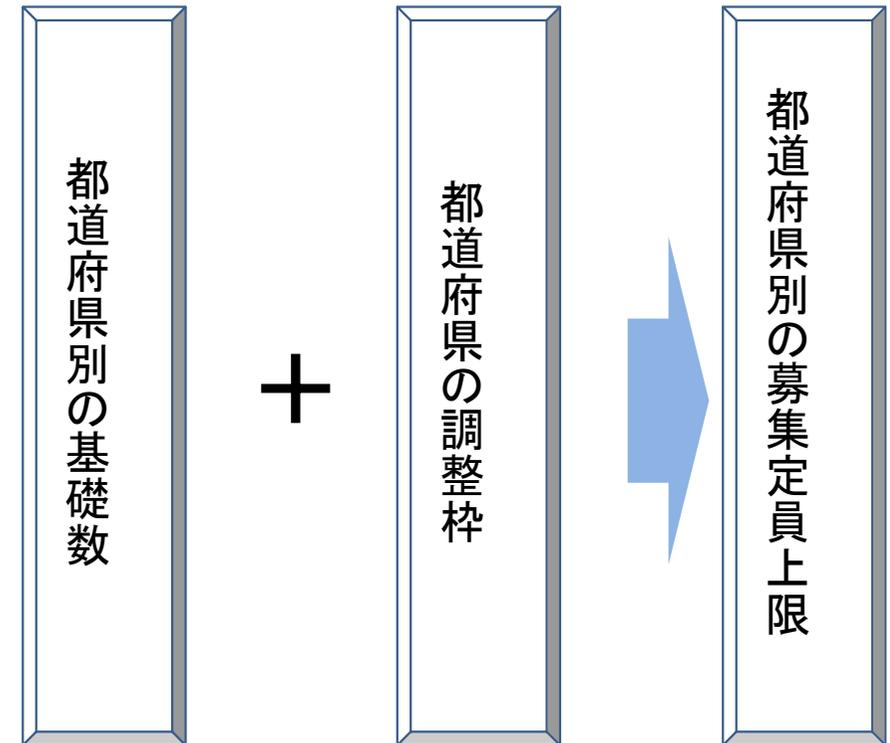
多い方の割合で按分
研修医総数を①と②の

(1) 医師養成状況による募集定員の増加については一定の上限を加える

③地理的条件等の加算

- (a) 面積当たり医師数(100km²当たり医師数)
- (b) 離島の人口
- (c) 高齢化率(65歳以上の割合)
- (d) 人口当たり医師数

(2) 医師不足地域等へ配慮する観点から、地理的条件等の加算を増加させる



③ 專門研修

現状・課題

- 新専門医制度の構築に当たっては、医師のキャリアパスや地域医療に影響を与えることが見込まれたため、制度開始を1年延期し、国の検討会や都道府県の協議会において地域医療への配慮について検討が行われてきた。
- しかし、日本専門医機構が国・地方自治体からの意見を踏まえる仕組みが担保されておらず、法律上、これらの意見を踏まえる仕組みとすることが必要である。



制度改正案

- 新専門医制度に関し、以下の内容を法定化することとする。
 - ・ 医師に対する研修の機会確保が十分でない場合には、国が、審議会の意見を踏まえ、必要な措置の実施について日本専門医機構等に対して要請すること。
 - ・ 研修プログラムの認定前に、国や都道府県が、それぞれ審議会・地域医療対策協議会の意見を踏まえ、日本専門医機構等に対し、地域医療の観点から必要な措置の実施について意見を述べること。
 - ・ 日本専門医機構等は、正当な理由があれば、これらの要請等への対応が免除されること。

「新たな専門医制度」に対する厚生労働大臣談話（平成29年8月2日）

国民の求める医療ニーズは、「量」から「質」へと大きく転換しています。こうした中、若手医師が安心して専門研修を受け、生涯にわたって研鑽を続け、医療の質の向上を図るには、国際的な水準を担保し、世界にも評価される専門医を養成する制度の確立・運営が喫緊の課題です。

こうした中、新たな専門医制度の構築に当たっては、平成29年度の養成開始を目指し、日本専門医機構において準備が進められてきました。しかし、昨年6月に日本医師会及び四病院団体協議会から、新たな制度が施行されることにより地域医療の現場に大きな混乱をもたらす等の懸念があるため、一度立ち止まって、集中的な精査を早急に行うこと等が要望され、私からも、改めて地域医療を担う医療関係者や地方自治体など、幅広い方々からの要望やご意見を真摯に受け止め、なお一層の取組をされることを求めました。

これを受け、日本専門医機構におかれては、地域医療関係者や地方自治体を加えた体制を整備するなど、ガバナンスの抜本的見直しを図ってられました。また、厚生労働省においては、本年4月に「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」を設置し、専門医制度の在り方について、全国知事会や全国市長会、病院団体など地域医療関係者の方々が加わった場で意見交換を行って頂きました。

日本専門医機構においては、こうした議論の積み重ねを踏まえ、専門医の取得は義務ではなく医師として自律的な取組として位置付けられるものであることや、研修の中心は大学病院のみではなく症例の豊富な地域の中核病院等も含むことの明確化、女性医師等の多様な働き方に配慮したカリキュラム制の設置などを専門医制度新整備指針等に明記され、新たな制度の施行により地域医療に影響を与えないような配慮がなされていると理解しております。

他方、来年度より実施する新たな専門医制度は、プログラム制の導入など、これまでに無い新たな仕組みであり、
○実際の専攻医の応募の結果、各診療科の指導医や専攻医が基幹病院に集中することで地域医療に悪影響が生じるのではないかと、
○専攻医がその意思に反し、望んでいる地域、内容での研修を行えなくなるのではないかと、
などの懸念を完全に払拭するには至っておりません。

新たな仕組みの開始に当たっては、こうした懸念に真摯に向き合い、都道府県、市町村、医師会、大学、病院団体等からなる都道府県協議会等地域医療関係者と十分に協議が行われたうえで、運用の中で問題があれば速やかに是正が行われる必要があると考えています。

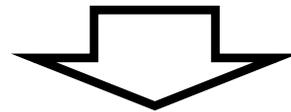
具体的には、日本専門医機構及び各関係学会に対し、学会ごとの応募状況及び専攻医の配属状況を厚生労働省に報告いただくことを求めます。厚生労働省においては、新たな専門医制度が地域医療に影響を与えていないかどうか、領域ごとに確認をすることとしたいと考えております。

その結果、万が一、新たな専門医制度によって地域医療に影響を与える懸念が生じた場合には、「国民に対し良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制」を確保する医療法上の国の責務に基づき、厚生労働省からも日本専門医機構及び各関係学会に対して実効性ある対応を求めることといたします。

新たな専門医制度が、日本の医療をより一層質の高いものとする新たな礎となり、地域の方々にとって最良の医療が提供される体制の構築を目指すことが必要です。そのためには、日本専門医機構及び各関係学会が協力し合い、様々な意見に耳を傾け、厚生労働省や都道府県などとも協議しながら、新たな専門医制度が地域医療や医師のキャリアプランに配慮したものとなることを強く期待します。

現状・課題

- 現在、医師数は継続的に増加している一方、その増分は一部の診療科に集中しており、診療科ごとの労働時間には大きな差が存在している。
- 一方、現行では、診療科別の医師のニーズは不明確であり、医師は臨床研修修了後に自主的に主たる診療科を選択している。
- また、新専門医制度においても、診療科偏在の是正策は組み込まれていない。
- 医師が、将来の診療科別の医療需要を見据えて、適切に診療科選択ができる情報提供の仕組みが必要である。



制度改革案

- 医師が、将来の診療科別の医療ニーズを見据えて、適切に診療科選択ができる情報提供の仕組みを構築するために、人口動態や疾病構造の変化を考慮し、将来の診療科ごとの医師のニーズを都道府県ごとに明確化し、国が情報提供することとする。

将来の診療科ごとの医師の需要を明確化するに当たって具体的な手順のイメージ

平成29年10月25日
第13回医師需給分科会
資料より抜粋(一部改変)

考慮すべき要素の例:

・医療ニーズ ・将来の人口・人口構成の変化 ・医師偏在の度合いを示す単位(区域、診療科、入院/外来) ・患者の流出入 ・医師の年齢分布 ・へき地や離島等の地理的条件 等

診療科ごとの医師の需要を決定する代表的な疾病・診療行為を抽出し、**診療科と疾病・診療行為の対応表**を作成



現状の医療の姿を前提とした人口動態・疾病構造変化を考慮した**診療科ごとの医師の需要の変化**を推計し、現時点で利用可能なデータを用いて、必要な補正を行なった将来の診療科ごとの**医師の需要**を推計



将来の医師等の働き方の変化や医療技術の進歩による需要の変化については、**定量的なデータが得られた時点で**、順次、需要推計に反映させる。

当面の対応

将来の課題

3. 地域における外来医療機能の 不足・偏在等への対応

現状・課題

- 外来医療については、
 - ・ 開設状況が都市部に偏っている
 - ・ 専門分化が進んでいる
 - ・ 救急医療提供体制の構築、グループ診療の実施、放射線装置の共同利用等の医療機関の連携の取組が、個々の医療機関の自主的な取組に委ねられている等の状況にある。



制度改正案

- 今般、医師偏在の度合いが示されることによって、地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握が可能となる。
- この地域の外来医療機能の情報は、新たに開業しようとしている医療関係者等が自主的な経営判断を行うに当たっての有益な情報として、可視化することが必要である。
- その際、地域ごとの疾病の構造や患者の受療行動といった特性など、より詳細な付加情報等を加えたり、患者のプライバシーや経営情報等の機微に触れる情報を除いたりといった対応のために、可視化する情報の内容について地域の医療関係者等と事前に協議等を行うこととする。
- 加えて、地域における救急医療提供体制の構築、グループ診療の推進、医療設備・機器等の共同利用等の、外来医療機関間での機能分化・連携の方針についても、併せて協議を行うこととする。
- この協議については、地域医療構想調整会議を活用することができることとする。

4. その他

現状・課題

- 医療法上、病院又は診療所の管理者は、都道府県知事の許可を受けた場合を除き、他の病院又は診療所を管理しない者でなければならない（第12条第2項）とされている。
- 現状では、医療法Q&Aにおいて、都道府県知事の許可がなされる場合については、2カ所管理によらなければ地域の医療需要を満たし得ない場合や、施設の規模・診療時間からみて2カ所を管理しても施設の管理が適正になされる場合に限られるものとして、具体的には以下のような場合が認められると示している。
 - （1）無医地区等医療施設が少ない地区に開設する病院等の兼任管理
 - （2）社会福祉施設に開設する診療所の兼任管理
 - （3）事業所等に開設される従業員等を対象として開設される病院等の兼任管理
 - （4）休日又は夜間の地域医療体制の整備のために開設される病院等の兼任管理



制度改革案

- 医師少数区域における医師偏在を是正するため、2カ所管理が可能である場合として、「医師少数区域に開設する病院等の兼任管理」等（上記（1）～（4））を明確化する。

平成30年度診療報酬改定の基本方針（骨子案の概要）

改定に当たっての基本認識

- ▶ 人生100年時代を見据えた社会の実現
- ▶ どこに住んでいても適切な医療・介護を安心して受けられる社会の実現（地域包括ケアシステムの構築）
- ▶ 制度の安定性・持続可能性の確保と医療・介護現場の新たな働き方の推進

改定の基本的視点と具体的方向性

1 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

【具体的方向性の例】

- ・地域包括ケアシステム構築のための取組の強化
- ・かかりつけ医の機能の評価
- ・かかりつけ歯科医の機能の評価
- ・かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価
- ・医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- ・外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
- ・質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- ・国民の希望に応じた看取りの推進

2 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

【具体的方向性の例】

- ・緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
- ・認知症の者に対する適切な医療の評価
- ・地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
- ・難病患者に対する適切な医療の評価
- ・小児医療、周産期医療、救急医療の充実
- ・口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- ・イノベーションを含む先進的な医療技術の適切な評価
- ・ICT等の将来の医療を担う新たな技術の導入、データの収集・利活用の推進
- ・アウトカムに着目した評価の推進

3 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

【具体的方向性の例】

- ・チーム医療等の推進等（業務の共同化、移管等）の勤務環境の改善
- ・業務の効率化・合理化
- ・ICT等の将来の医療を担う新たな技術の導入（再掲）
- ・地域包括ケアシステム構築のための多職種連携による取組の強化（再掲）
- ・外来医療の機能分化（再掲）

4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

- ・薬価制度の抜本改革の推進
- ・後発医薬品の使用促進
- ・医薬品の適正使用の推進
- ・費用対効果の評価
- ・効率性等に応じた薬局の評価の推進
- ・医薬品、医療機器、検査等の適正な評価
- ・医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
- ・外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進（再掲）

平成 30 年度診療報酬改定の基本方針（骨子案）

1. 改定に当たっての基本認識

（人生 100 年時代を見据えた社会の実現）

- 我が国は、国民皆保険や優れた保健・医療システムの成果により、世界最高水準の平均寿命を達成し、超高齢社会が到来している。100 歳以上人口も 6 万人を超えており、こうした状況を踏まえて、人生 100 年時代を見据えた社会の実現が求められている。
- 今後、2025 年にはいわゆる団塊の世代が全て 75 歳以上の高齢者となり、2040 年にはいわゆる団塊ジュニア世代が 65 歳以上の高齢者となる等、人口の高齢化が急速に進展する中で、活力ある社会を実現することが必要である。そのためにも、国民一人一人の予防・健康づくりに関する意識を涵養し、健康寿命の延伸により長寿を実現するとともに、世界に冠たる国民皆保険の持続可能性を確保しながら、あらゆる世代の国民一人一人が状態に応じた安心・安全で質が高く効果的・効率的な医療を受けられるようにすることが必要である。
- あわせて、我が国の医療制度は、人口減少の中での地域医療の確保、少子化への対応といった様々な課題に直面しており、さらには、災害時の対応や自殺対策など、個々の政策課題への対応も求められている。こうした多面的な課題にも総合的に対応する必要がある。

（どこに住んでいても適切な医療・介護を安心して受けられる社会の実現（地域包括ケアシステムの構築））

- 地域の実情に応じて、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、地域包括ケアシステムを構築し、今後の医療ニーズや技術革新を踏まえた、国民一人一人の状態に応じた安心・安全で質が高く効果的・効率的な医療を受けられるようにすることが重要である。
- 特に、平成 30 年度の改定は、6 年に一度の診療報酬と介護報酬の同時改定であり、団塊の世代が全て 75 歳以上の高齢者となる 2025 年に向けた道筋を示す実質的に最後の同時改定となるため、医療・介護両制度にとって重要な節目となる。今回の改定では、医療機能の分化・強化、連携や、医療と介護の役割分担と切れ目のない連携を着実に進めることが重要である。

（制度の安定性・持続可能性の確保と医療・介護現場の新たな働き方の推進）

- 今後、人口減少・少子高齢化が進む中で、制度の安定性・持続可能性を確保しつつ国民皆保険を堅持するためには、消費税率の引上げにより得られた財源も活用しつつ、国民皆保険を支える国民各層の給付・負担の両面にわたる制度の理解を深めることが不可欠である。そのためにも、「経済財政運営と改革の基本方針 2017」や「未来投資戦略 2017」等を踏まえつつ、保険料などの国民負担、物価・賃金の動向、医療機関の収入や経営状況、保険財政や国の財政に係る状況等に留意するとともに、無駄の排除、医療資源の効率的な配分、医療分野におけるイノベーションの評価等を通じた経済成長への貢献を図ることが必要である。
- また、今後の医療ニーズの変化や生産年齢人口の減少、医療技術の進歩等も踏まえ、制度を支える医療現場の人材確保や働き方改革の推進が重要である。
- 我が国の医療制度が直面する様々な課題に対応するためには、診療報酬のみならず、医療法、医療保険各法等の制度的枠組みや、補助金等の予算措置など、総合的な政策の構築が不可欠である。

2. 改定の基本的視点と具体的方向性

(1) 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

【重点課題】

(基本的視点)

- 患者の状態等に応じて質の高い医療が適切に受けられるとともに、必要に応じて介護サービスと連携・協働する等、切れ目のない医療・介護提供体制が確保されることが重要である。
- このためには、医療機能の分化・強化、連携を進め、効果的・効率的で質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築していくことが必要である。

(具体的方向性の例)

- 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化
 - ・ 医療機関間の連携（病病連携・病診連携・診診連携）、周術期口腔管理等の医科歯科連携、服用薬管理等の病診薬連携、栄養指導や、介護、障害保健福祉、母子保健、児童福祉等との連携など、地域包括ケアシステムを構築し、患者・利用者の状態に応じて真に必要なサービスを適時適切に提供

- するため、地域の関係者間の多職種連携の取組等を推進。
- ・ 患者が安心・納得して入退院し、住み慣れた地域での療養や生活を継続できるようにするための取組を推進。
 - ・ 介護施設入所者等に対する適切な医療提供や口腔管理、医療・介護間の切れ目のない継続的なりハビリテーションの提供など、適切な役割分担に基づく医療・介護サービスの提供を推進。
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価
- ・ 複数の慢性疾患を有する患者に対し、療養上の指導、服薬管理、健康管理等の対応を継続的に実施するなど、個別の疾患だけでなく、患者の療養環境や希望に応じた診療が行われるよう、かかりつけ医の機能の評価。
 - ・ 歯科医療機関を受診する患者像が多様化する中、地域の関係者との連携体制を確保しつつ、口腔疾患の重症化予防や口腔機能の維持・向上のため、継続的な口腔管理・指導が行われるよう、かかりつけ歯科医の機能の評価。
 - ・ 患者に対する薬物療法の有効性・安全性を確保するため、服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導が行われるよう、かかりつけ薬剤師・薬局の評価を推進。その際、薬剤調製などの対物業務に係る評価や、いわゆる門前薬局・同一敷地内薬局の評価を適正化。
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- ・ 人口構造や疾病構造の変化に伴い、入院医療ニーズも多様化する中、地域において必要な入院医療が効果的・効率的に提供されるよう、医療機能や患者の状態に応じた評価を行い、医療機能の分化・強化、連携を推進。
- 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
- ・ 大病院受診時定額負担の見直しを含め、大病院と中小病院・診療所の機能分化を推進。
 - ・ 生活習慣病の増加等に対応できるよう、情報通信技術（ICT）の有効活用や、かかりつけ医と専門医療機関等との連携、医療機関と保険者、地方公共団体等との連携等を含め、質の高い医学管理や、効果的・効率的な重症化予防の取組を評価するなど、疾患の進展の阻止や合併症の予防、早期治療の取組を推進。
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- ・ 多様化しながら増大する在宅医療ニーズに対応できるよう、地域の状況、患者の状態、医療内容、住まい・住まい方等に応じた、効果的・効率的で

質の高い訪問診療、訪問看護、歯科訪問診療及び訪問薬剤管理等を評価。

- 国民の希望に応じた看取りの推進
 - ・ 住み慣れた自宅や介護施設など、国民が望む場所において看取りを行うことができるよう、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の普及を含め、患者本人の意思を尊重したサービスの提供のための取組を推進。

(2) 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

(基本的視点)

- 国民の安心・安全を確保する観点から、今後の医療技術の進展や疾病構造の変化等を踏まえ、第三者による評価やアウトカム評価など客観的な評価を進めながら、適切な情報に基づき患者自身が納得して主体的に医療を選択できるようにし、また、新たなニーズにも対応できる医療を実現するとともに、我が国の医療の中で重点的な対応が求められる分野を時々の診療報酬改定において適切に評価していくことが重要である。

(具体的方向性の例)

- 重点的な対応が求められる医療分野の充実
 - ・ 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
 - ・ 認知症の者に対する適切な医療の評価
 - ・ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
 - ・ 難病患者に対する適切な医療の評価
 - ・ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
 - ・ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進
 - ・ 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションを含む先進的な医療技術の適切な評価

- ICT等の将来の医療を担う新たな技術の着実な導入、データの収集・利活用の推進
 - ・ 最新の技術革新を取り込むことにより、医療の質を向上させるため、遠隔診療の適切な活用や、医療連携を含めたICT等の有効活用を進めるとともに、データを収集・利活用し、実態やエビデンスに基づく評価を推進。

- アウトカムに着目した評価の推進
 - ・ 質の高いリハビリテーションの評価をはじめとして、アウトカムに着目した評価を推進。

(3) 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

(基本的視点)

- 医療従事者の厳しい勤務環境が指摘されている中、医療の安全の確保や地域医療の確保にも留意しつつ、医療従事者の負担の軽減を図り、あわせて、各々の専門性を発揮でき、柔軟な働き方ができるよう、環境の整備、働き方改革を推進することが必要である。

(具体的方向性の例)

- チーム医療等の推進（業務の共同化、移管等）等の勤務環境の改善
 - ・ 専門職の柔軟な配置や、業務の共同化・移管等を含む多職種によるチーム医療の推進等、勤務環境を改善。

- 業務の効率化・合理化
 - ・ 保険医療機関や審査支払機関の業務を効率化・合理化し、負担を軽減する観点から、診療報酬に関する届出・報告等を簡略化。

- ICT等の将来の医療を担う新たな技術の着実な導入
 - ・ 最新の技術革新を取り込むことにより、医療の質を向上させるため、遠隔診療の適切な活用や、医療連携を含めたICT等の有効活用を推進。（再掲）

- 地域包括ケアシステム構築のための多職種連携による取組の強化
 - ・ 医療機関間の連携、周術期口腔管理等の医科歯科連携、服用薬管理等の病診薬連携、栄養指導、医療・介護連携など、地域包括ケアシステムを推進し、患者・利用者の状態に応じて真に必要なサービスを適時適切に提供するため、医療・介護関係者間の多職種連携の取組等を推進。（再掲）
 - ・ 患者が安心・納得して入退院し、住み慣れた地域での療養や生活を継続できるようにするための取組を推進。（再掲）

- 外来医療の機能分化

- ・ 大病院受診時定額負担の見直しを含め、大病院と中小病院・診療所の機能分化を推進。(再掲)

(4) 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

(基本的視点)

- 国民皆保険を維持するためには、制度の安定性・持続可能性を高める不断の取組が求められ、医療関係者が共同して、医療サービスの維持・向上と同時に、医療の効率化・適正化を図ることが必要である。

(具体的方向性の例)

- 薬価制度の抜本改革の推進
 - ・ 「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」を踏まえ、「国民皆保険の持続性」と「イノベーションの推進」を両立し、「国民負担の軽減」と「医療の質の向上」を実現できるよう、薬価制度の抜本改革を推進。
- 後発医薬品の使用促進
 - ・ 後発医薬品の使用について、「経済財政運営と改革の基本方針 2017」で掲げられた新たな目標(平成 32 年 9 月までに後発医薬品の使用割合を 80% とし、できる限り早期に達成)を実現するための取組を推進。
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
 - ・ 人口構造や疾病構造の変化に伴い、入院医療ニーズも多様化する中、地域において必要な入院医療が効果的・効率的に提供されるよう、医療機能や患者の状態に応じた評価を行い、医療機能の分化・強化、連携を推進。(再掲)
- 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
 - ・ 大病院受診時定額負担の見直しを含め、大病院と中小病院・診療所の機能分化を推進。(再掲)
 - ・ 生活習慣病の増加等に対応できるよう、ICTの有効活用を含め、質の高い医学管理や、効果的・効率的な重症化予防の取組を評価するなど、疾患の進展の阻止や合併症の予防、早期治療の取組を推進。(再掲)
- 費用対効果の評価
 - ・ 試行的導入の対象となっている医薬品・医療機器について、試行的な費

用対効果評価の結果を踏まえた価格を設定するとともに、費用対効果評価の本格導入に向けた取組を推進。

- 医薬品の適正使用の推進
 - ・ 医師・薬剤師の協力による取組を進め、長期投薬等による残薬、不適切な重複投薬や多剤投薬等の削減を推進。
- 効率性等に応じた薬局の評価の推進
 - ・ 薬局の収益状況、医薬品の備蓄等の効率性も踏まえ、いわゆる駅前薬局・同一敷地内薬局の評価の適正化を推進。
- 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価
 - ・ 医薬品、医療機器、検査等について、市場実勢価格を踏まえた適正な評価を行うとともに、相対的に治療効果が低くなった技術については置き換えが進むよう、適正な評価について検討。

3. 将来を見据えた課題

- 団塊の世代が全て75歳以上の高齢者となる2025年、団塊ジュニア世代が65歳以上の高齢者となる2040年と、今後急速に高齢化が進展することに伴う、医療ニーズの変化や生産年齢人口の減少に対し、将来にわたって対応可能な医療提供体制を構築していくことが求められており、診療報酬をはじめとして総合的に取組を実施していくことが不可欠である。
- 地域包括ケアシステムの構築に向けて、基盤整備の状況を踏まえつつ、質の高い在宅医療・訪問看護の普及やICTの活用による医療連携や医薬連携等について、引き続き検討が求められる。
- 患者にとって安心・納得できる医療を提供していくためには、受けた医療や診療報酬制度を分かりやすくしていくための取組を進めることが求められる。また、それと同時に、国民全体の医療制度に対する理解を促していくことも重要であり、普及啓発も含め、国民に対する丁寧な説明が求められる。
- 国民が主体的にサービスを選択し、活動することが可能となるような環境整備を進めるため、予防・健康づくりやセルフケア・セルフメディケーション

ンの推進等について広く議論が求められる。