

〔平成25年8月2日（金）〕
17時00分～19時00分
航空会館大ホール（7階）

第30回

社会保障審議会医療部会

議事次第

- 次回の診療報酬改定に向けた検討について①
- 社会保障制度改革国民会議の議論の状況報告
- 医療法等の改正について

（配布資料）

- 資料1 平成26年度診療報酬改定のスケジュール（案）
- 資料2 中央社会保険医療協議会等における議論の状況
- 資料3-1 前回の医療部会での主な議論・意見
- 資料3-2 荒井委員提出資料（第29回社会保障審議会医療部会）
- 資料3-3 医療法等の改正概要

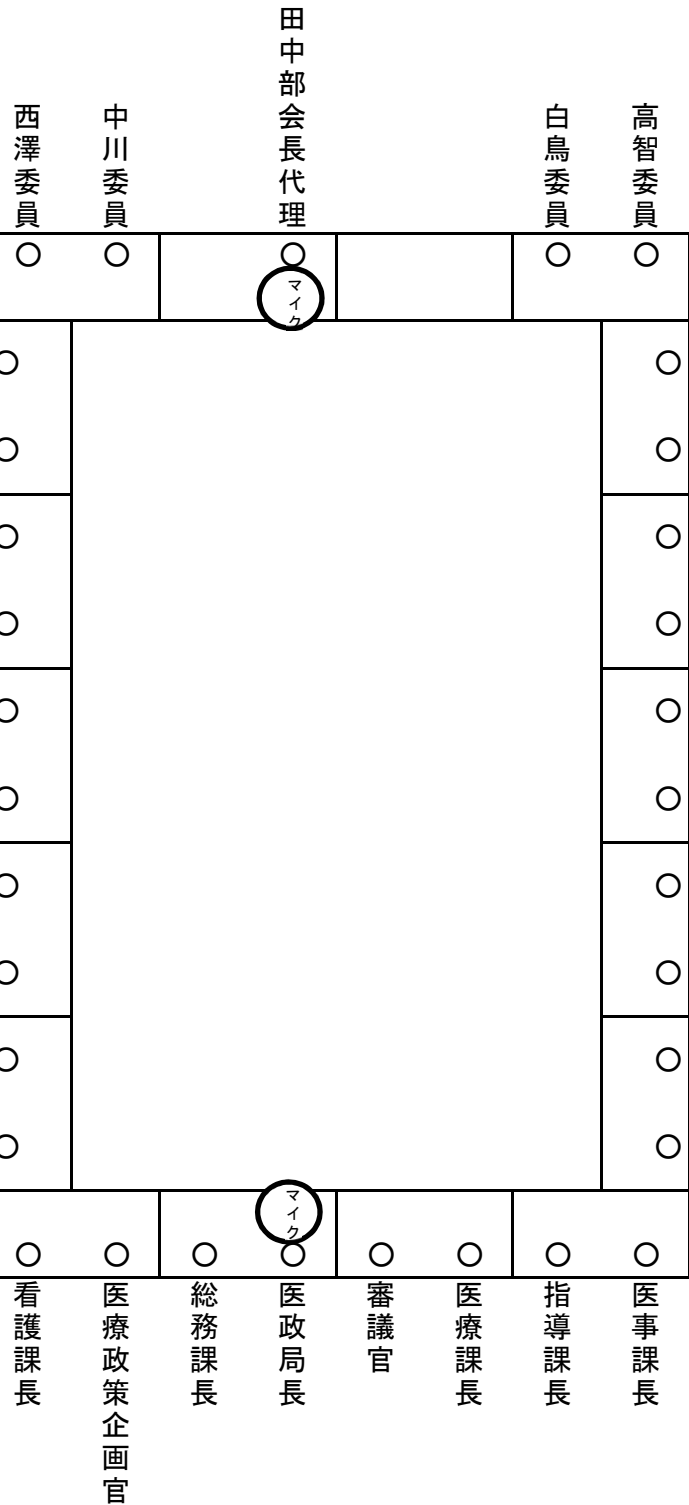
荒井委員提出資料

- 参考資料1-1 平成24年度診療報酬改定のスケジュール
- 参考資料1-2 平成18年度～平成24年度診療報酬改定の基本方針
- 参考資料1-3 平成24年度診療報酬改定の概要
- 参考資料1-4 平成24年度診療報酬改定に当たっての中央社会保険医療協議会の附帯意見
- 参考資料1-5 平成25年8月1日 医療保険部会資料（医療保険部会における議論）
- 参考資料2-1 第16回社会保障制度改革国民会議に提出した社会保障審議会医療部会に係る資料
- 参考資料2-2 平成25年8月2日 第19回社会保障制度改革国民会議資料
- 参考資料3 医療法等改正法案参考資料

第30回社会保障審議会医療部会

平成25年8月2日(金)
17:00~19:00
航空会館大ホール(7階)

速記



随
行
者
席

随
行
者
席

事務局

事務局

傍聴者席

出入口

(平成25年8月2日時点)

社会保障審議会医療部会委員名簿

氏名	所属
相澤 孝夫	(社) 日本病院会副会長
安部 好弘	(社) 日本薬剤師会常務理事
荒井 正吾	全国知事会 (奈良県知事)
今村 聡	(社) 日本医師会副会長
遠藤 直幸	全国町村会 (山形県山辺町長)
大西 秀人	全国市長会 (香川県高松市長)
尾形 裕也	東京大学政策ビジョン研究センター
※ 加藤 達夫	(独) 国立成育医療研究センター名誉総長
菊池 令子	(社) 日本看護協会副会長
高智 英太郎	健康保険組合連合会理事
白鳥 敬子	東京女子医科大学病院病院長
○ ※ 田中 滋	慶應義塾大学経営大学院教授
◎ ※ 永井 良三	自治医科大学学長
※ 中川 俊男	(社) 日本医師会副会長
西澤 寛俊	(社) 全日本病院協会会長
花井 圭子	日本労働組合総連合会総合政策局長
樋口 範雄	東京大学法学部教授
日野 頌三	(社) 日本医療法人協会会長
藤本 晴枝	NPO法人地域医療を育てる会理事長
藤原 清明	(社) 日本経済団体連合会経済政策本部長
邊見 公雄	(社) 全国自治体病院協議会会長
山口 育子	NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長
山崎 學	(社) 日本精神科病院協会会長
和田 明人	(社) 日本歯科医師会副会長

◎ : 部会長 ○ : 部会長代理

※ : 社会保障審議会委員

平成26年度診療報酬改定のスケジュール(案)

【第64回社会保障審議会医療保険部会
(平成25年7月25日)資料】

平成25年

社会保障国民会議

中医協

4月～8月 社会保障制度改革の議論→とりまとめ

入院医療、外来医療、在宅医療のあり方について議論

社会保障審議会(医療保険部会、医療部会)

5月 国民会議の論点について議論

10月末 医療経済実態調査結果報告

夏・秋頃 平成26年度診療報酬改定の基本方針の議論

～12月

・検証結果も含め、個別項目について集中的に議論

内閣

12月下旬

予算編成過程において、診療報酬等の改定率を決定

12月上旬 薬価調査・材料価格調査結果報告

平成26年

厚生労働大臣

1月中旬

中医協に対し、

- ・ 予算編成過程を通じて内閣が決定した「改定率」
 - ・ 社会保障審議会において策定された「基本方針」
- に基づき診療報酬点数の改定案の調査・審議を行うよう諮問

1月～

- ・ 厚生労働大臣の諮問を受け、具体的な診療報酬点数の設定に係る調査・審議

厚生労働大臣

3月上旬 診療報酬改定に係る告示・通知の発出

2月中旬

- ・ 厚生労働大臣に対し、診療報酬点数の改定案を答申

平成26年4月1日 施行

中央社会保険医療協議会等における議論の状況

1. 社会保障・税一体改革と平成24年度診療報酬改定の経緯

2. 入院医療について

- ① 高度急性期・一般急性期について
- ② 長期療養について
- ③ 亜急性期等について
- ④ 地域特性について
- ⑤ 有床診療所における入院医療について

3. 外来医療について

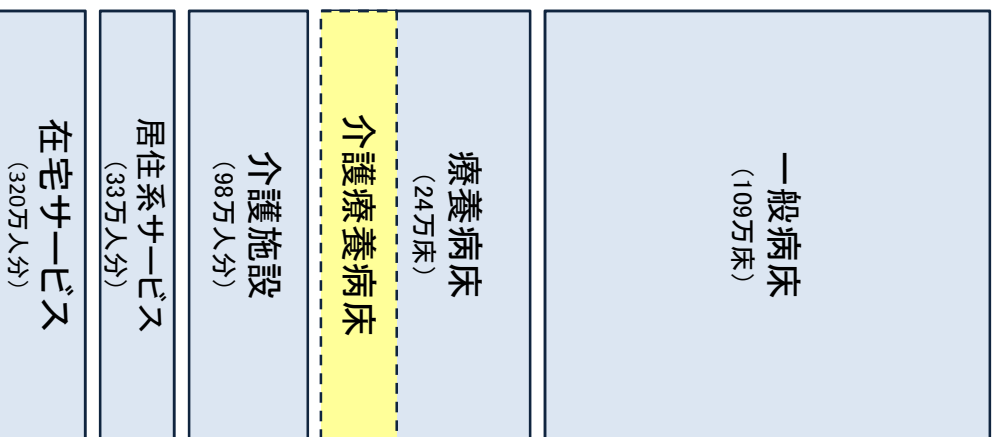
4. 在宅医療について

1. 社会保障・税一体改革と平成24年度診療報酬改定の 経緯

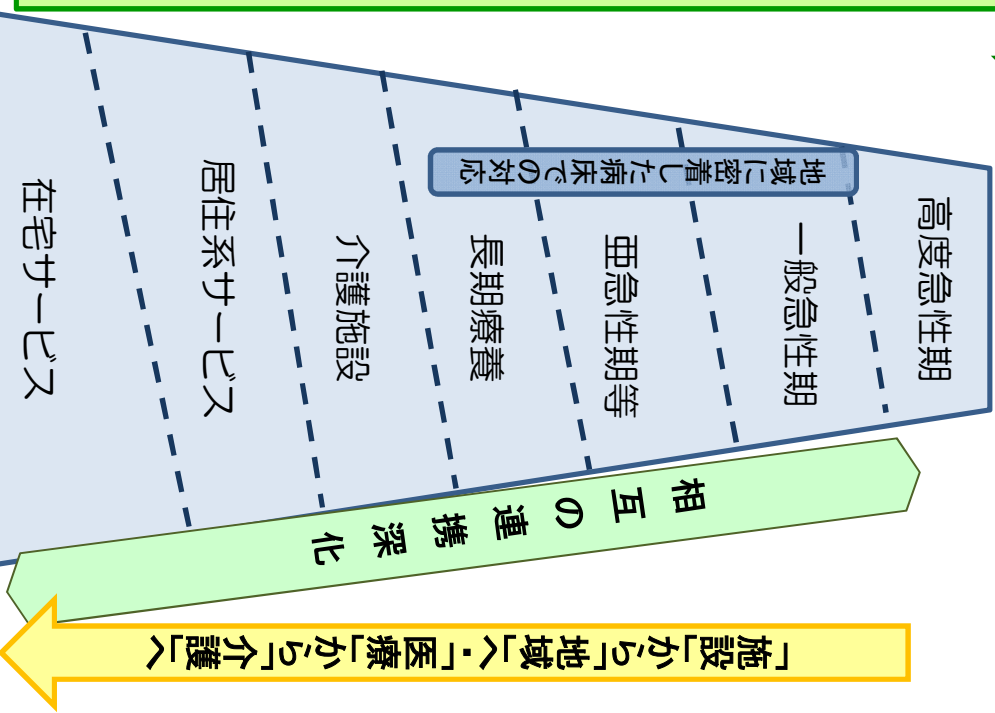
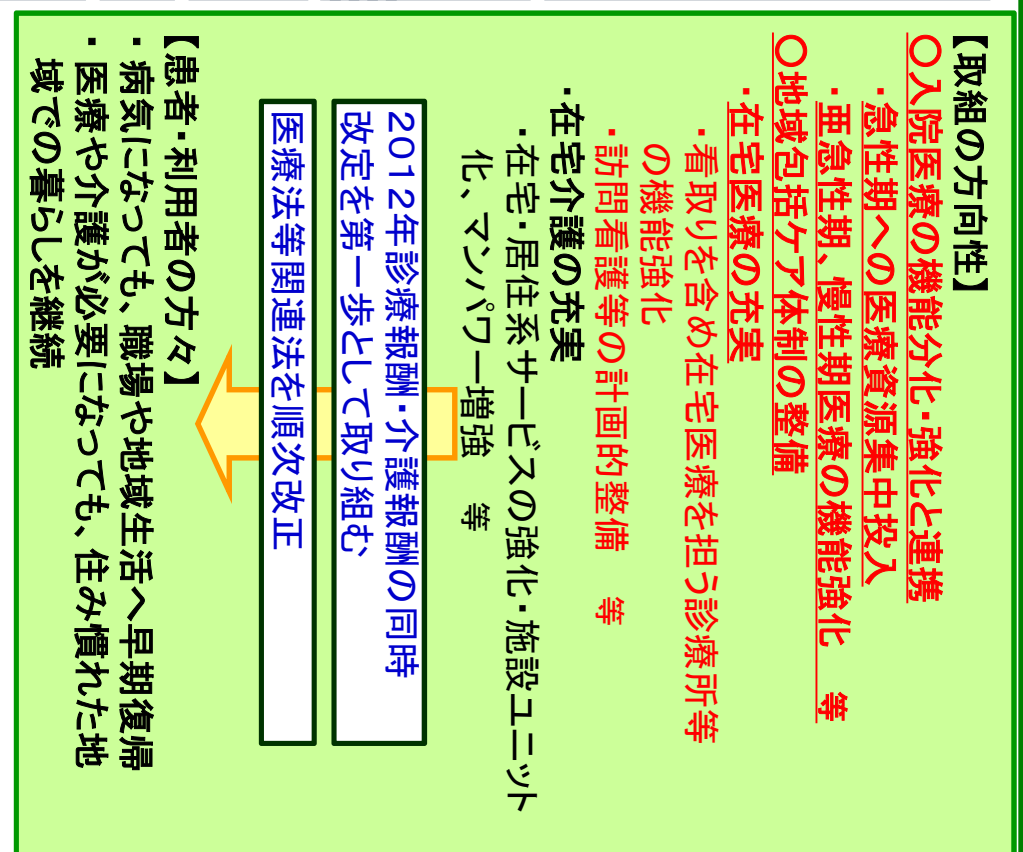
医療・介護機能の再編（将来像）

患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築します。

【2012(H24)】



【2025(H37)】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

改革の方向性

社会保障の充実と重点化と効率化

社会 保 障 制 度 改 革 国 民 会 議
2 5 . 6 . 1 0

■ 社会保障の機能強化を行うため、充実と併せて重点化や効率化も検討

主な改革検討項目

2015年度の所要額（公費）合計 = 2.7兆円程度（～3.8兆円程度 - ～1.2兆円程度）

A 充実	B 重点化・効率化
<p>○ 子ども・子育て</p> <p>○ 子ども・子育て支援の充実 ・(例)0～2歳児保育の重点的拡充・体制強化等(待機児童の解消)</p> <p>【医療・介護】</p> <p>○ 医療・介護サービス提供体制の効率化・重点化と機能強化 ～診療報酬・介護報酬の体系的見直しと基盤整備のための一括的な法整備～ ・病児・病床機能の分化・強化と連携・在宅医療の充実等(8,800億円程度) ・在宅介護の充実等の地域包括ケアシステムの構築(2,800億円程度) ・上記の重点化に伴うランパワ一増強(2,500億円程度)</p> <p>○ 保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーテイング機能の強化・給付の重点化、逆進性対策</p> <p>a 被用者保険の適用拡大と国保の財政基盤の安定化・強化・広域化 ・短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大 ・市町村国保の財政運営の都道府県単位化・財政基盤の強化(低所得者保険料軽減の拡充等(～2,200億円程度))</p> <p>b 介護保険の費用負担の能力に応じた負担の要素強化と低所得者への配慮、保険給付の重点化 ・1号保険料の低所得者保険料軽減強化(～1,300億円程度) d その他(総合算制度～0.4兆円程度)</p> <p>【年金】</p> <p>○ 新しい年金制度の創設(※) > ○ 所得比例年金(社会保険方式) ○ 最低保障年金(税財源)</p> <p>○ 現行制度の改善 > ○ 最低保障機能の強化 ・低所得高齢者・障害者等への福祉的給付(5,600億円程度) ・受給資格期間の短縮(300億円程度)</p> <p>○ 遺族年金の父子家庭への拡大(100億円程度)</p> <p>○ 短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大</p> <p>● 産休期間中の保険料負担免除 ● 被用者年金の一元化 ● 第3号被保険者制度の見直しの検討 ● 在職高齢年金の見直しの検討(●は公費への影響なし)</p> <p>～3.8兆円程度 程度 0.7兆円程度</p>	<p>～1.4兆円程度</p> <p>～1兆円程度</p> <p>・制度の持続可能性の観点から高齢者医療制度改革(※)</p> <p>○ 物価スライド特例分の解消 ・平成25年度から平成27年度の3年間で解消し、平成25年度は10月から実施</p> <p>○ 高所得者の年金給付の見直しの検討</p> <p>○ ワク口経済スライドの検討 ・単に毎年▲0.9%のワク口経済スライドをすると、毎年最大0.1兆円程度の公費縮小</p> <p>● 標準報酬上限の引上げの検討(中長期的な課題)</p> <p>◆ 支給開始年齢引き上げの検討(年齢を引き上げる場合、1歳引き上げる毎に、引上げ年において0.5兆円程度公費縮小 ・基礎年金の支給開始年齢を引き上げる場合、1歳引き上げる毎に、引上げ年において0.5兆円程度公費縮小)</p> <p>公費への影響は完全実施の場合は▲1,600億円 改正法では、公費への影響は縮小(▲200億円程度)</p> <p>介護納付金の総報酬割導入(完全実施すれば▲1,500億円) ・軽度者に対する機能訓練等重度化予防に効果のある給付への重点化 ・介護保険の費用負担の能力に応じた負担の要素強化と低所得者への配慮、保険給付の重点化</p> <p>平均在院日数の減少等(▲4,400億円程度) ・外来受診の適正化(▲1,300億円程度) ・介護予防・重度化予防・介護施設の重点化(在宅への移行)(▲1,800億円程度)</p> <p>▲～0.7兆円程度</p> <p>▲～0.5兆円程度</p> <p>～1.2兆円程度 程度</p>

(※)3党の「確認書」では、今後の公的年金制度、今後の高齢者医療制度にかかる改革については、あらかじめその内容等について三党間で合意に向けて協議するとされている。

社会保障・税一体改革大綱（抜粋）

平成24年2月17日 閣議決定

第3章 具体的改革内容（改革項目と工程）

2. 医療・介護等①

（地域の実情に応じた医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化）

- 高齢化が一段と進む2025年に、どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会を実現する。
- 予防接種・検診等の疾病予防や介護予防を進め、また、病気になった場合により「治す医療」と、その人らしく尊厳をもって生きられるよう「支える医療・介護」の双方を実現する。

（1）医療サービス提供体制の制度改革

- 急性期をはじめとする医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の充実等を内容とする医療サービス提供体制の制度改革に取り組む。

＜今後の見直しの方向性＞

- i 病院・病床機能の分化・強化
 - ・ 急性期病床の位置付けを明確化し、医療資源の集中投入による機能強化を図るなど、病院・病床の機能分化・強化を推進する。
 - ・ 病診連携、医療・介護連携等により必要なサービスを確保しつつ、一般病棟における長期入院の適正化を推進する。

ii 在宅医療の推進

- ・ 在宅医療の拠点となる医療機関の趣旨及び役割を明確化するとともに、在宅医療について、達成すべき目標、医療連携体制等を医療計画に記載すべきことを明確化するなどにより、在宅医療を充実させる。

iii 医師確保対策

- ・ 医師の地域間、診療科間の偏在の是正に向け、都道府県が担う役割を強化し、医師のキャリア形成支援を通じた医師確保の取組を推進する。

iv チーム医療の推進

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

☆ あるべき医療提供体制の実現に向けて、診療報酬及び介護報酬改定、都道府県が策定する新たな医療計画に基づく地域の医療提供体制の確保、補助金等の予算措置等を行うとともに、医療法等関連法を順次改正する。そのため、平成24年通常国会以降速やかな法案提出に向けて、関係者の意見を聴きながら検討する。

(2) 地域包括ケアシステムの構築

○ できる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を目指す地域包括ケアシステム（医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援）の構築に取り組む。

＜今後のサービス提供の方向性＞

i 在宅サービス・居住系サービスの強化

- ・ 切れ目のない在宅サービスにより、居住生活の限界点を高めるための24時間対応の訪問サービス、小規模多機能型サービスなどを充実させる。
- ・ サービス付き高齢者住宅を充実させる。

ii 介護予防・重度化予防

- ・ 要介護状態になる高齢者が減少し、自立した高齢者の社会参加が活発化する介護予防を推進する。
- ・ 生活期のリハビリテーションシヨンの充実を図る。
- ・ ケアマネジメントの機能強化を図る。

iii 医療と介護の連携の強化

- ・在宅要介護者に対する医療サービスを確保する。
- ・他制度、多職種チームケアを推進する。
- ・小規模多機能型サービスと訪問看護の複合型サービスを提供する。
- ・退院時・入院時の連携強化や地域における必要な医療サービスを提供する。

iv 認知症対応の推進

- ・認知症に対応するケアモデルの構築や地域密着型サービスの強化を図る。
- ・市民後見人の育成など権利擁護の推進を図る。

☆ 改正介護保険法の施行、介護報酬及び診療報酬改定、補助金等の予算措置等により、地域包括ケアシステムの構築を推進する。

平成24年度診療報酬改定の基本方針のポイント

中 医 協 総 一 三
2 5 . 3 . 1 3

平成23年12月1日

社会保障審議会 医療保険部会
社会保障審議会 医療部会

重点課題

「社会保障・税一体改革成案」等を踏まえ、以下の課題について重点的に取り組むべき。

○ 救急、産科、小児、外科等の急性期医療を適切に提供していくという観点も踏まえた、病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減

チーム医療の促進、救急外来や外来診療の機能分化の推進

等

○ 医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実
在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の推進、看取りに至るまでの医療の充実、在宅歯科、在宅薬剤管理の充実、訪問看護の充実 等

改定の視点

- 充実が求められる分野を適切に評価していく視点
がん医療の充実、認知症対策の促進 等
- 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で生活の質にも配慮した医療を実現する視点
退院支援の充実等の患者に対する相談支援体制の充実に対する適切な評価 等
- 医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点
急性期、亜急性期等の病院機能に合わせた効率的な入院医療の評価、慢性期入院医療の適正な評価 等
- 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点
後発医薬品の使用促進策 等

将来に向けた課題

来年度の改定のみならず、超高齢社会のあるべき医療の姿を見据えつつ、引き続き、「社会保障と税一体改革成案」において、**2025年の姿として描かれた病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実、重点化・効率化等の推進等に取り組んでいく必要がある。**

急性期、亜急性期、慢性期等の病院・病床機能の分化、強化
地域に密着した病床における入院医療等の一体的な対応、
外来診療の役割分担、在宅医療の充実

平成24年度診療報酬改定の基本方針（抜粋）

平成23年12月1日

社会 保障 審議 会 医 療 保 險 部 会
社会 保障 審議 会 医 療 部 会

Ⅲ 将来を見据えた課題

○ 診療報酬が果たす役割も踏まえ、来年度の改定のみならず、超高齢社会のあるべき医療の姿を見据えつつ、引き続き、「社会保障・税一体改革成案」において、2025年の姿として描かれた病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実、重点化・効率化等の推進等に取り組んでいく必要がある。

○ すなわち、急性期、亜急性期、慢性期等の病院・病床機能の分化、強化、これと併せた地域に密着した病床における急性期医療、亜急性期医療や慢性期医療等の一体的な対応、外来診療の役割分担、在宅医療の充実などについては、今後とも、その推進に向けた評価の検討に取り組んでいくべきである。

○ その際には、地域医療の実情も踏まえた上で、医療計画の策定をはじめ、補助金等の予算措置、保険者の取組といった様々な手段との役割分担を明確にするとともに、これらの施策や医療法等の法令と効果的に相互作用し、補い合う診療報酬の在り方について、引き続き検討を行うべきである。

○ また、持続可能で質の高い医療保険制度の堅持に向けて、効率的かつ効果的な医療資源の配分を行うため、これまでの評価方法や基準の軸にとられず、より良い手法の確立に向けて検討を行うべきである。

○ さらに、将来的には、医療技術等について、さらなるインベーションの評価や、開発インセンティブを確保しつつ、費用と効果を勘案した評価方法を導入することについて、検討を行っていく必要がある。

答申書(平成24年度診療報酬改定について)

中 医 協 総 一 三
2 5 . 3 . 1 3

平成24年2月10日

厚生労働大臣

小宮山 洋子 殿

中央社会保険医療協議会

会 長 森 田 朗

答 申 書

(平成24年度診療報酬改定について)

平成24年1月18日付け厚生労働省発保0118第1号をもって諮問のあった件について、別紙1から別紙8までの改正案を答申する。
なお、答申に当たったつての本協議会の意見は、別添のとおりである。

平成24年度診療報酬改定に係る答申書附带意見

(別添)

(急性期医療の適切な提供に向けた医療従事者の負担軽減等)

1 初再診料及び入院基本料等の基本診療料については、コスト調査分科会報告書等も踏まえ、その在り方について検討を行うこと。なお、歯科は単科で多くは小規模であること等を踏まえ、基本診療料の在り方について別途検討を行うこと。その上で、財政影響も含め、平成24年度診療報酬改定における見直しの影響を調査・検証し、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。また、医療経済実態調査のさらなる充実・改良等により、医療機関等の協力を得つつ経営データをより広く収集し、診療報酬の体系的見直しを進めること。

2 救急医療機関と後方病床との一層の連携推進など、小児救急や精神科救急を含む救急医療の評価について影響を調査・検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。

3 病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の勤務体制の改善等の取組に係るさらなる措置(時間外対応加算を含む。)については、その効果を調査・検証するとともに、いわゆるボクサーフターの導入の是非も含め、引き続き、医師や看護師等の勤務の負担軽減に関する検討を行うこと。

4 次に掲げるチーム医療に関する評価について、調査・検証を行うこと。

- ・薬剤師の病棟業務(療養病棟又は精神病棟における業務を含む。)
- ・歯科医師等による周術期等の口腔機能の管理
- ・糖尿病透析予防指導による生活習慣病対策の推進・普及の実態
- ・栄養障害を生じている患者への栄養状態改善に向けた取組等

(医療と介護の連携強化、在宅医療等の充実)

- 5 在宅医療を担う医療機関の機能分化と連携等による在宅医療のさらなる充実や後方病床機能の評価について検討を行うこと。
- 6 効率的かつ質の高い訪問看護のさらなる推進について検討を行うこと。
- 7 維持期のリハビリテーションについては、介護サービスにおけるリハビリテーションの充実状況等を踏まえ、介護保険サービスとの重複が指摘される疾患別リハビリテーションに関する方針について確認を行うこと。また、廃用症候群に対する脳血管疾患等リハビリテーションの実施状況について調査・検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。

(質が高く効率的な医療提供体制)

- 8 病院機能に合わせた効率的な入院医療を図るため、一般病棟入院基本料、亜急性期入院医療管理料等の見直しについての影響を調査・検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。特に、一般病棟入院基本料(13対1、15対1)算定病棟における特定除外制度の見直しについても、平均在院日数の変化等の影響を調査・検証をすること。さらに、一般病棟(7対1、10対1を含む)、療養病棟、障害者病棟等における長期入院の詳細かつ横断的な実態の調査も含め、慢性期入院医療の適切な評価の見直しについて引き続き検討を行うこと。

- 9 以下の経過措置については、現場の実態を踏まえた検討を行い、必要な措置を講ずること。
 - ・一般病棟における7対1入院基本料の算定要件の見直しに係る経過措置
 - ・特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病棟に転換した場合に対する経過措置

10 DPC制度については、医療機関群の設定、機能評価係数Ⅱの見直し等の影響を踏まえながら、今後3回の改定を目的に継続する段階的な調整係数の置換えを引き続き計画的に実施すること。その際、臨床研修制度を含めた他制度への影響についても十分に調査・検証するとともに、見直し等が必要な場合には速やかに適切な措置を講じること。また、DPC対象の病院と対象外の病院のデータの比較・評価を行うこと。

11 **医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難な地域に配慮した評価の見直しについて影響を調査・検証**するとともに、診療所を含む当該地域全体の医療の状況の把握なども踏まえ、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。

12 **平均在院日数の減少や長期入院の是正など、入院医療や外来診療の機能分化の推進や適正化**について引き続き検討を行うこと。

13 診療報酬における包括化やIT化の進展等の状況変化を踏まえて、診療報酬の請求方法や、指導・監査等適切な事後チェックに資するための検討を引き続き行うこと。

(患者の視点に配慮した医療の実現)

14 診療報酬項目の実施件数の評価等を踏まえた診療報酬体系のさらなる簡素・合理化(今回改定の医療現場への影響を含む。)、明細書の無料発行のさらなる促進(400床未満の病院や公費負担医療に係る明細書の無料発行を含む。)、医療安全対策や患者サポート体制の評価の効果について検討を行うこと。

(医薬品、医療材料等の適正な評価)

15 長期収載品の薬価のあり方について検討を行い、後発医薬品のさらなる普及に向けた措置を引き続き講じること。

16 手術や処置、内科的な診断や検査を含めた医療技術について、医療上の有用性や効率性などを踏まえ患者に提供される医療の質の観点から、物と技術の評価のあり方を含め、診療報酬上の相対的な評価も可能となるような方策について検討を行うこと。

17 革新的な新規医療材料やその材料を用いる新規技術、革新的な医薬品等の保険適用の評価に際し、算定ルールや審議のあり方も含め、費用対効果の観点を可能な範囲で導入することについて検討を行うこと。

(その他の調査・検証事項)

18 上記に掲げるもののほか、今回改定の実施後においては、特に以下の項目について調査・検証を行うこととする。

- (1)在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況
- (2)在宅における歯科医療と歯科診療で特別対応が必要な者の状況
- (3)慢性期精神入院医療や地域の精神医療、若年認知症を含む認知症に係る医療の状況
- (4)一般名処方の方況・加算の算定状況や後発医薬品の処方・調剤の状況
- (5)診療報酬における消費税の取扱い
- (6)医療機関における褥瘡の発生等の状況

なお、上記1～18の事項については、できるだけ早急に取組を開始し、その進捗について報告すること。さらに国民がより質の高い医療を受けることが出来るよう、医療提供体制の機能強化に係る関連施策との連携、また、国民に対する働きかけを含めて幅広い視点に立って、診療報酬のあり方について検討を行うこと。

2. 入院医療について

- ① 高度急性期・一般急性期について
- ② 長期療養について
- ③ 亜急性期等について
- ④ 地域特性について
- ⑤ 有床診療所における入院医療について

2. 入院医療について

①高度急性期・一般急性期について

病院の機能に応じた分類(イメージ)

中 医 協 総 一 三
2 5 . 3 . 1 3

DPC
1,505施設
479,539床※2
(+11,177床)
※2 H24.4.1現在

病床数 898,566床
病床利用率 74.3%
平均在院日数 16.9日
(H24.8末医療施設動態・病院報告)

医療法上の位置づけ
一般病床
療養病床

病床数 328,732床
病床利用率 90.3%
平均在院日数 175.2日
(H24.8末医療施設動態・病院報告)

特定機能病院

83施設
59,888床※1
(▲1,322床)
※1 一般病床に限る

専門病院
23施設
7,581病床
(+257床)
一類感染症 24施設
139床(+2床)

救命救急
295施設
6,998床
(+721床)

特定集中治療室
647施設
5,270病床
(+55床)

新生児特定集中治療室 218施設
1,585床 (+39床)
総合周産期特定集中治療室 95施設
母体・胎児617床(+39床)
新生児 1,122床(+130床)
脳卒中ケアユニット 86施設
552病床(+24床)
ハイケアユニット 205施設
1,891床(+536床)

一般病棟

5,288施設
671,393床
(▲12,082床)

小児入院医療管理料
入院料1 56施設
入院料2 4,657床 (+131床)
入院料3 372施設
入院料4 9,133床 (+104床)
入院料5 137施設

緩和ケア病棟
231施設
4,600床 (+243床)

回復期リハビリテーション
入院料1 962施設
入院料2 54,919床 (+1,935床)
計 1,124施設
61,937床 (+1,935床)

亜急性期
入院料1 1,199施設 (+1,022床)
入院料2 121施設 (+296床)
15,258床

療養病棟

3,550施設
214,745床 (+1,283床)

障害者施設等

786施設
60,940床 (+808床)

特殊疾患

入院料1 117施設 (+438床)
入院料2 76施設 (+689床)
管理料 33施設 (+41床)
6,096床

有床診療所一般

6,898施設、89,668床(▲3,308床)

有床診療所療養

984施設
8,507床(▲554床)

精神科救急

87施設
5,276床 (+1,299床)

精神科急性期治療病棟

入院料1 280施設 (+26床)
入院料2 23施設 (+100床)
13,820床

精神科救急・合併症

7施設
283床 (+7床)

精神病棟

1,357施設
175,905床(▲5,479床)

精神療養

841施設
103,644床(+207床)

認知症病棟

入院料1 448施設
入院料2 22施設
31,378床 1,880床

結核病棟

175施設
6,060病床(▲1,147床)

介護療養病床

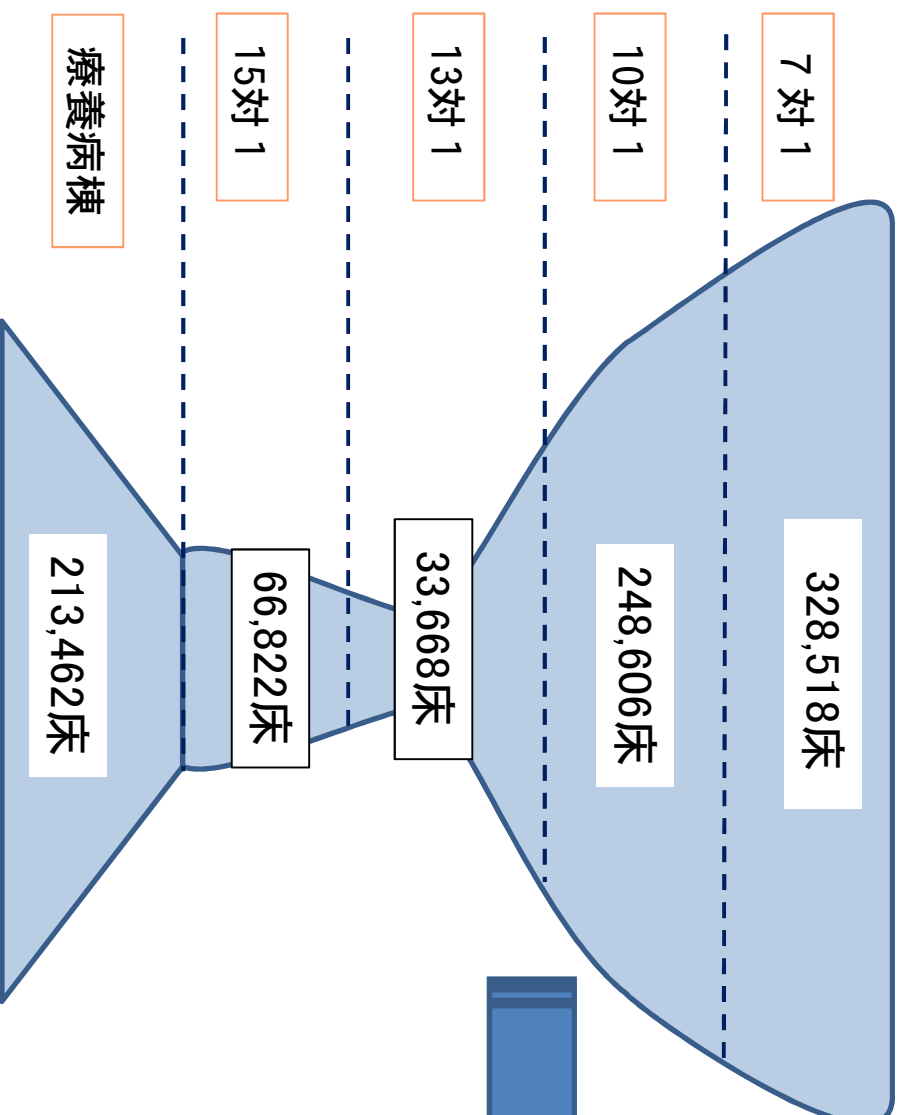
74,818床
(H24.8末病院報告)

施設基準届出
平成23年7月1日
現在
(かつこ内は前年
比較)

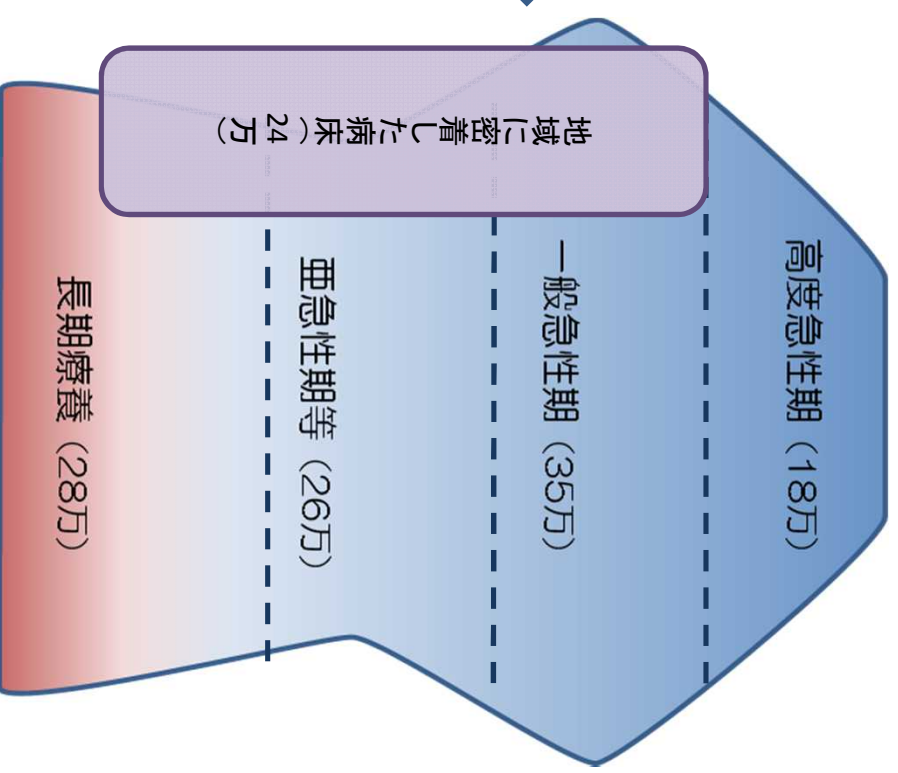
17

【入院】現在の一般病棟入院基本料等の病床数

＜2010(H22)年の病床数＞



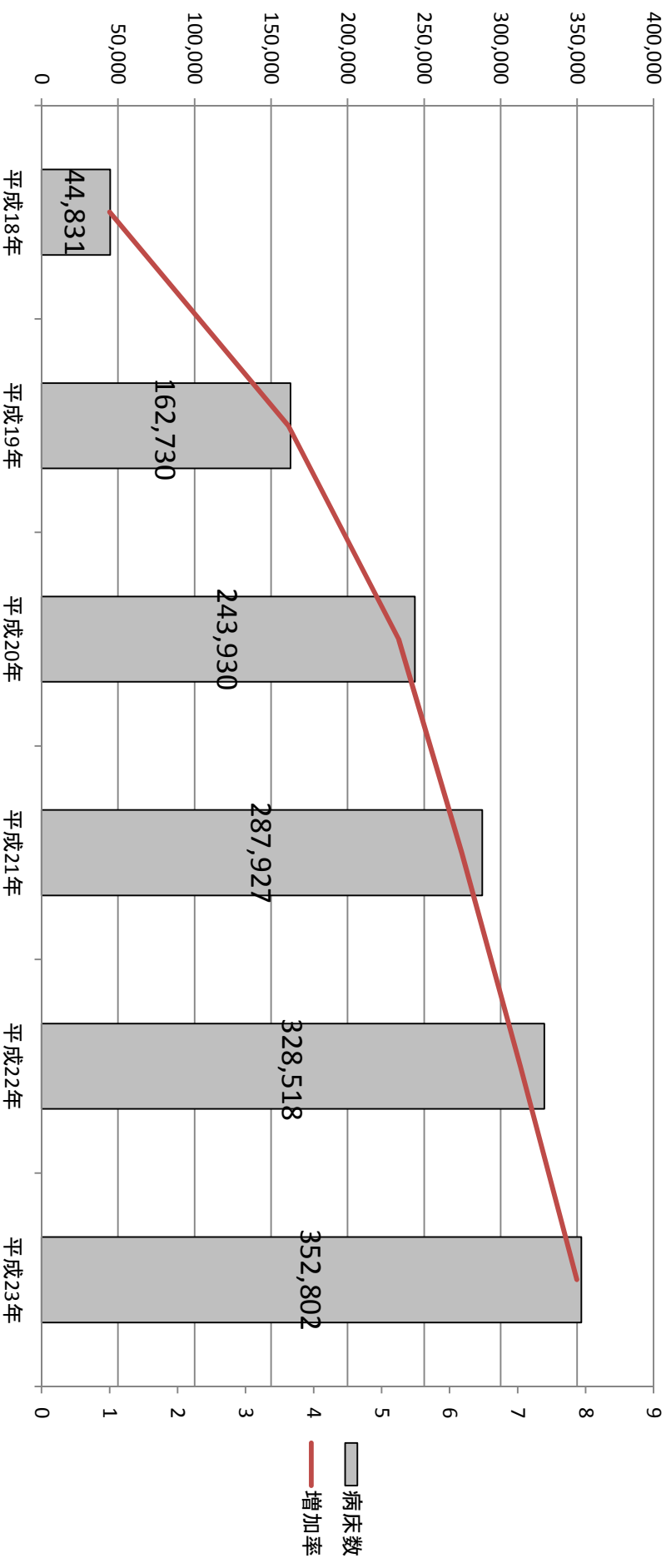
＜2025(H37)年のイメージ＞



現在、病床数は7対1入院基本料が最も多く亜急性期等に該当する病床が最も少ない。

一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の割合と推移

(平成18年を1とした時の伸び率)



※平成18年のみ5月1日、平成19年以降は7月1日時点

○7対1入院基本料の届出病床数は平成18年以降増加している。
○平成20年以降、7対1入院基本料の増加率は緩やかになっている。

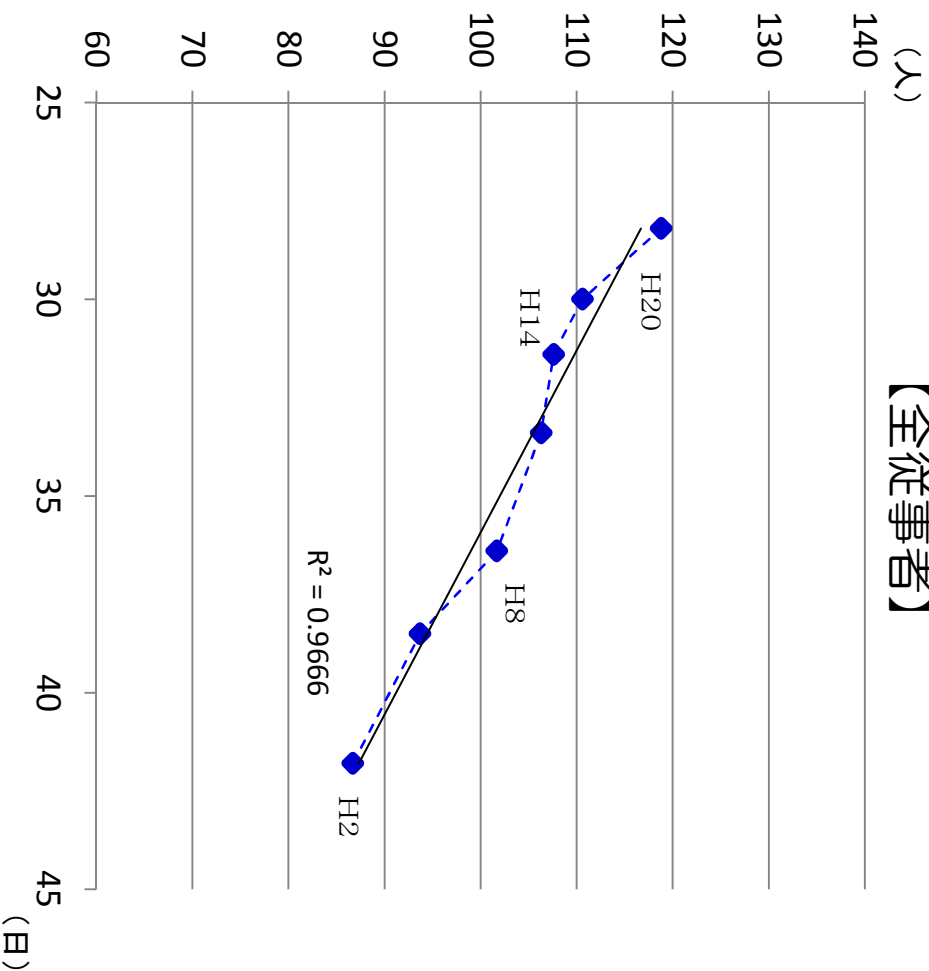
100床当たり従事者数と平均在院日数(一般病院)

中 医 協 総 一 2
2 3 . 1 0 . 5

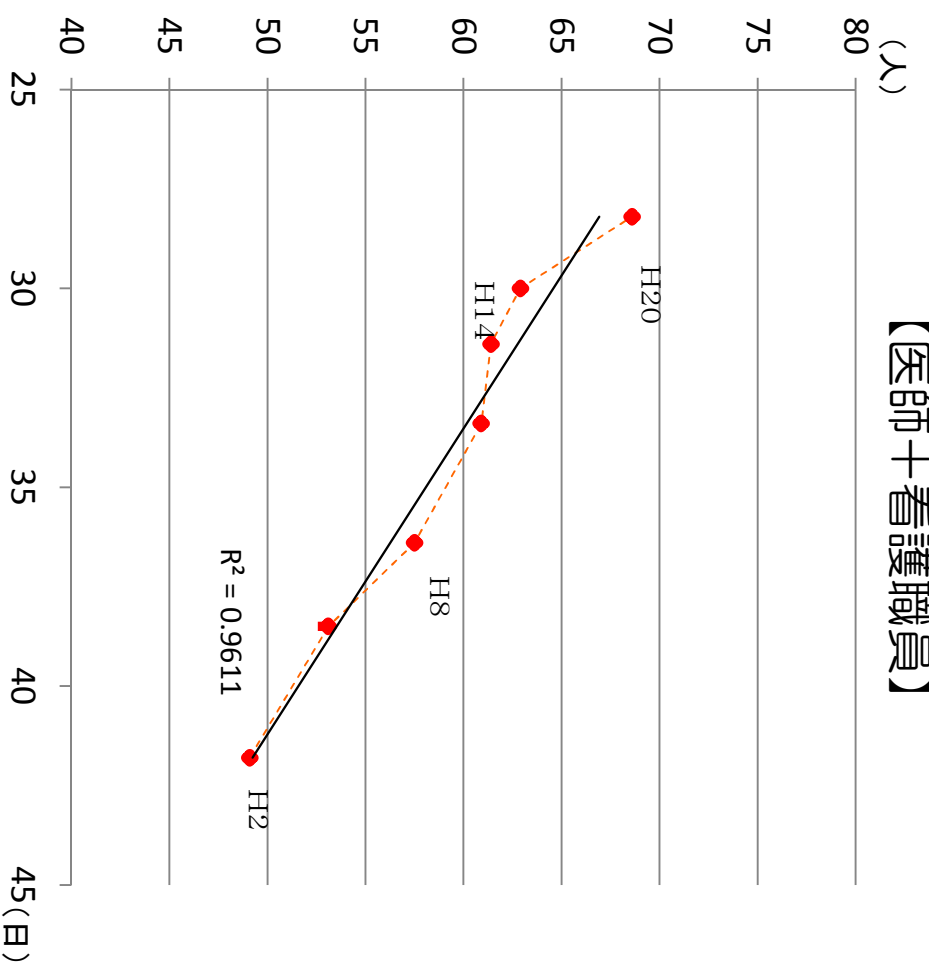
○ 100床当たりの従事者数と平均在院日数の間には、高い相関関係がみられる。

	＜平成2年＞	→	＜平成8年＞	→	＜平成14年＞	→	＜平成20年＞
100床当たり従事者数	86.7人	→	101.7人	→	107.6人	→	118.8人
うち、医師十看護職員	49.1人	→	57.5人	→	61.4人	→	68.6人
平均在院日数	41.8日	→	36.4日	→	31.4日	→	28.2日

【全従事者】



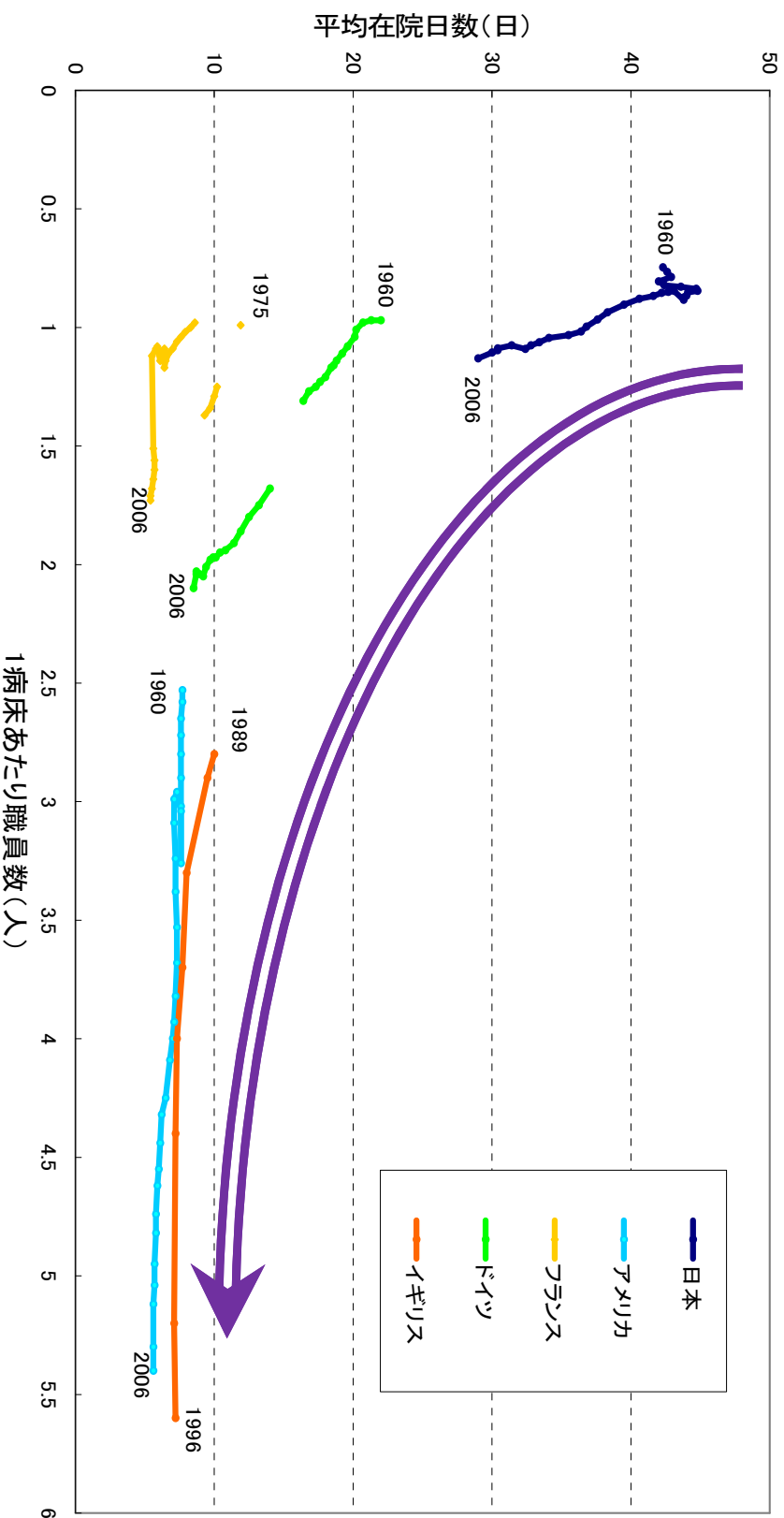
【医師十看護職員】



平均在院日数と1病床当たり職員数

(改) 中医協 総—2
2 3 . 1 0 . 5

海外においても、病床あたりの医療従事者数と平均在院日数の間には、相関関係がみられる



(資料) 日本:「病院報告」(厚生労働省) 諸外国:「OECD Health Data 2008」
 出典: 社会保障改革に関する集中検討会議: 医療・介護に係る長期推計(主にサービ
 (注) 1. 日本は一般病院の数値である。 2. 諸外国はOECDの定義に基づく急性期医療(急性期病院)にかかる数値である。 提供) 体制改革に係る改革について<平成23年6月>を基に保険局医療課作成

病院医療従事者の負担を軽減させ、急性期患者の平均在院日数を減少させるために、急性期へ医療資源の集中投入を行い、急性期以外の患者を亜急性期等や長期療養等に移行させていく必要がある



一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票（平成24年診療報酬改定後）

中医協 総一3
25.3.13

測定・評価が
要件となるもの

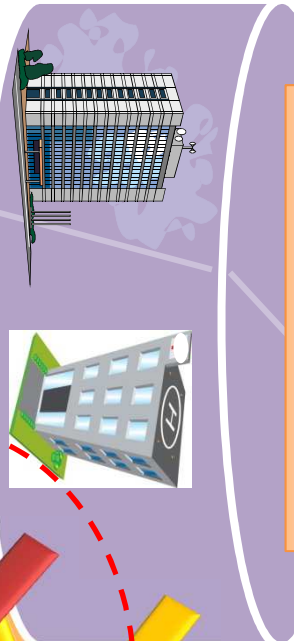
Aモニター及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置	なし	あり	/
2 血圧測定	0から4回	5回以上	/
3 時間尿測定	なし	あり	/
4 呼吸ケア	なし	あり	/
5 点滴ライン同時3本以上	なし	あり	/
6 心電図モニター	なし	あり	/
7 シリンジポンプの使用	なし	あり	/
8 輸血や血液製剤の使用	なし	あり	/
9 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用、 ② 麻薬注射薬の使用、 ③ 放射線治療、 ④ 免疫抑制剤の使用、 ⑤ 昇圧剤の使用、 ⑥ 抗不整脈剤の使用、 ⑦ ビルナージの管理	なし	あり	あり

B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 起き上がり	できる	できない	/
3 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
4 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	/
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

7対1入院基本料	重症者※の割合 15%以上 (がん専門病院に ついては10%)
10対1入院基本料	測定・評価のみ (要件なし)
看護必要度加算 〔 一般病棟10対1入院基本料届 出病棟 〕	10%又は15%以上
急性期看護補助体制加算 〔 一般病棟10対1及び7対1 入院基本料届出病棟 〕	10対1の場合 10%以上 7対1の場合 15%以上
一般病棟看護必要度評価加算 〔 一般病棟13対1入院基本料届 出病棟 〕	測定・評価のみ (要件なし)

※A得点が2点以上、かつB得点が3点以上の患者

高度急性期・急性期



在宅復帰の流れ(イメージ)

(改) 中医協 総一三
2 5 . 3 . 1 3

亜急性期・回復期等

在宅復帰率
回復期リハ病棟1: 7割以上
回復期リハ病棟2: 6割以上
亜急性期: 6割以上

居宅

居住系(特定施設・グループホーム等)

家庭

老健

長期療養

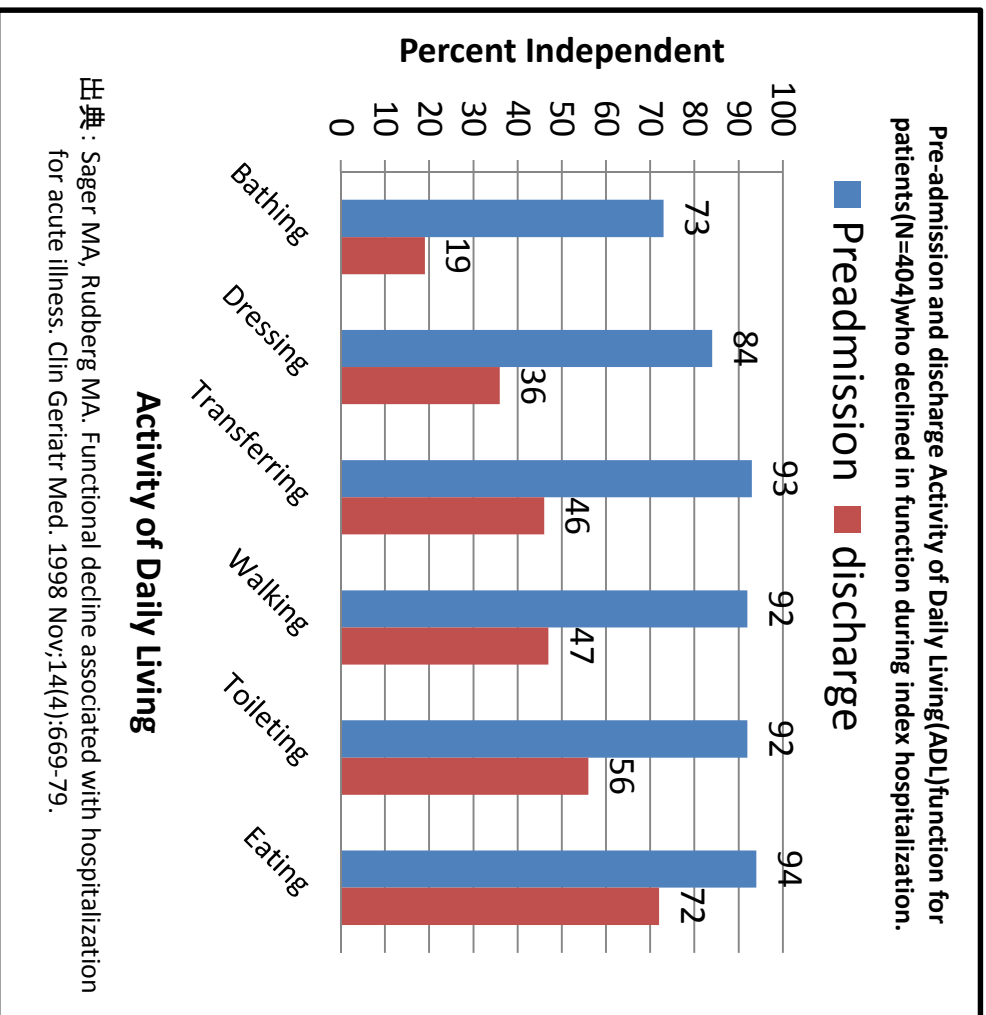
外来・訪問サービス等

【参考】在宅復帰率(介護保険)
在宅復帰支援型の老健>5割
上記以外* >3割

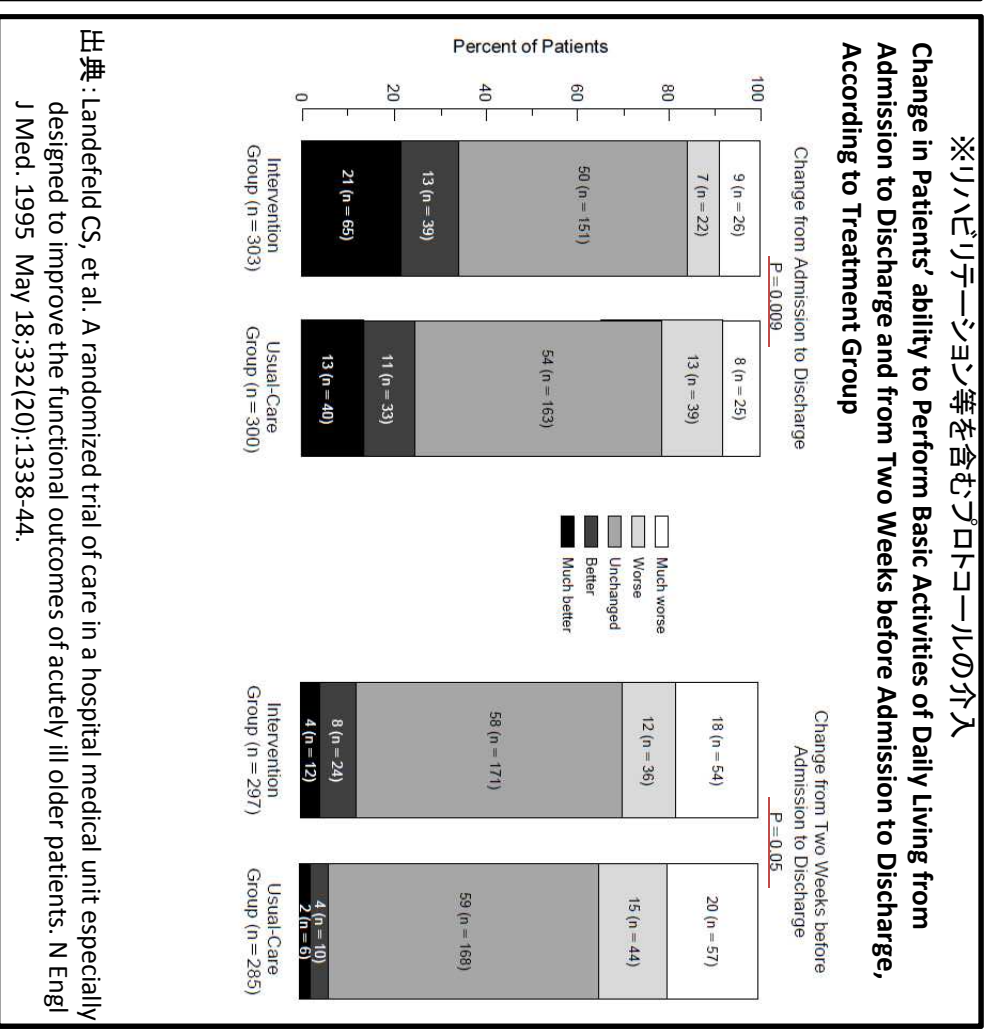
*在宅復帰・在宅療養支援機能加算を算定する場合

急性期病院における早期からのリハビリテーション等の介入

入院時と退院時のADL(日常生活動作)の比較



入院時と退院時の通常治療群と介入群*の比較



急性期病院において、入院時よりも退院時にADLが下がる傾向があり、リハビリテーション等を含むプロトコルを介入することにより、ADLが改善する傾向が見られる。

2. 入院医療について

②長期療養について

慢性期入院医療の適切な評価（平成24年診療報酬改定）

中医協 総一三
25.3.13

一般病棟における長期療養患者の評価の適正化

➤ 一般病棟（13対1、15対1病棟に限る）における長期療養患者の評価体系（特定除外制度）の見直しを行い、より適切な医療機関の機能分化を推進する。

90日を超えて入院する患者を対象として、

- ①引き続き一般病棟13対1または15対1入院基本料（出来高）の算定を可能とするが、平均在院日数の計算対象とする。
- ②療養病棟入院基本料1と同じ評価（医療区分・ADL区分を用いた包括評価）とし、平均在院日数の計算対象外とする。

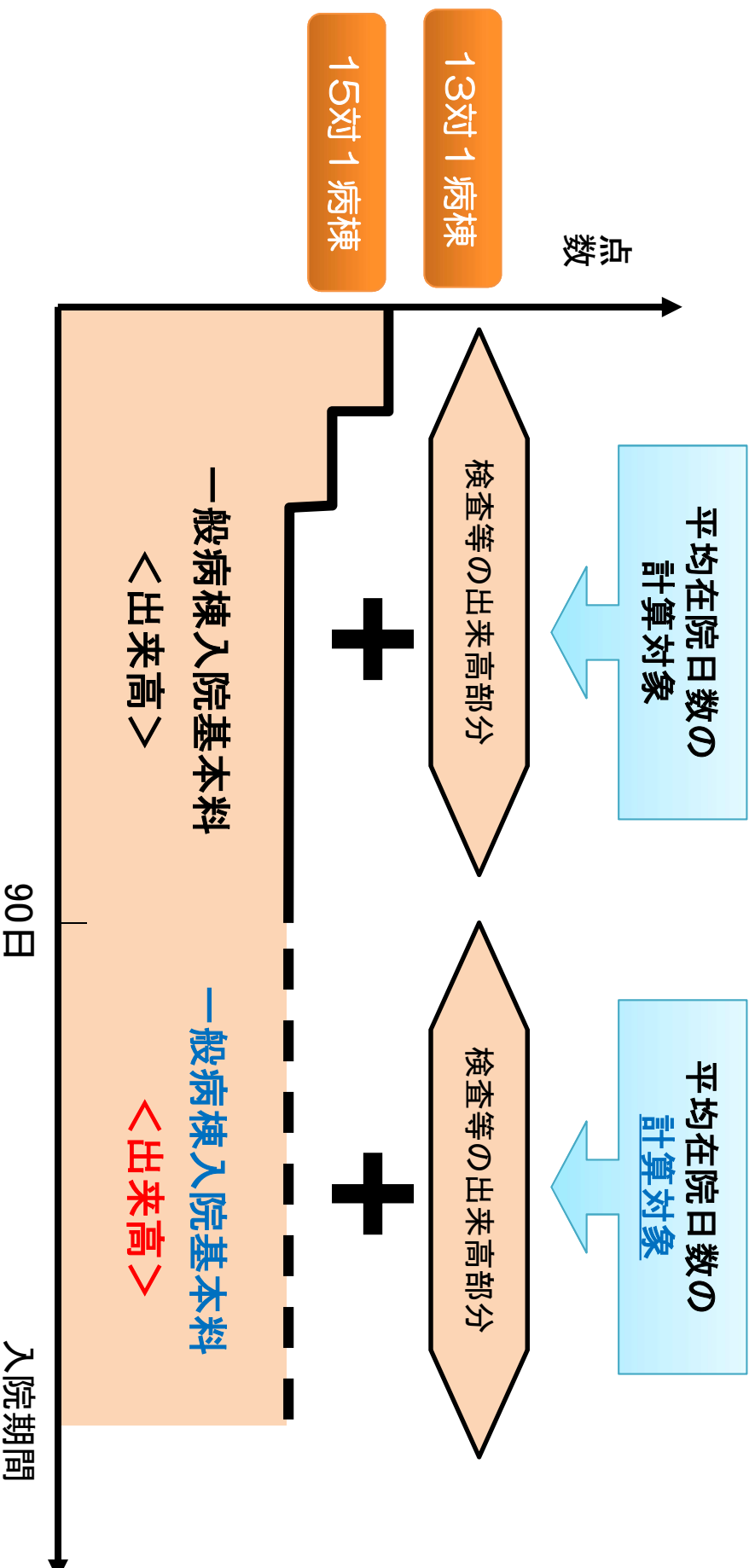
①、②の取扱いについて、病棟単位で、医療機関が選択することとし、当該取扱いとは、平成24年10月1日からの施行とする。

なお、②の場合には、[地方厚生（支）局に届出を行うこと](#)。

パターン①

中医協 総一三
25.3.13

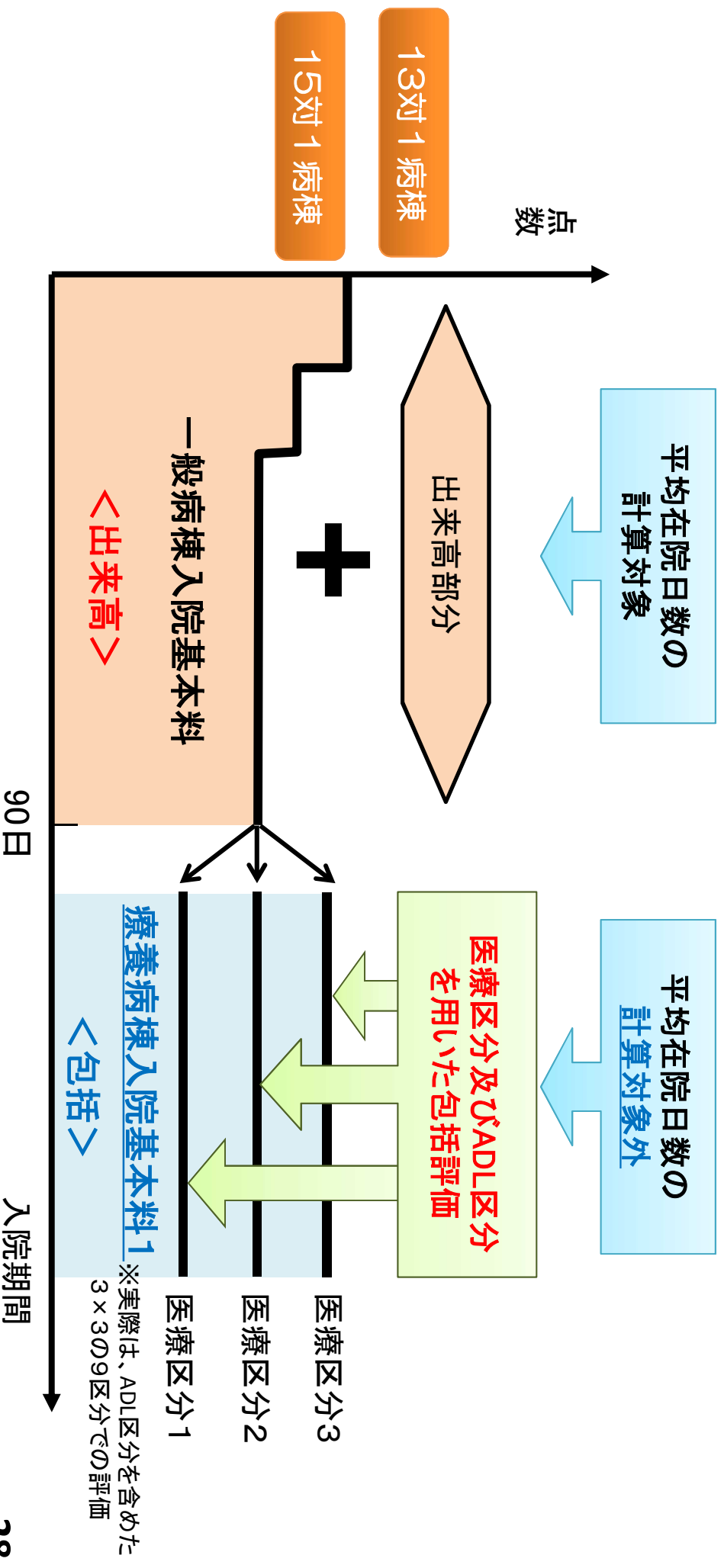
○ 90日を超えて入院する患者を対象として、出来高算定を可能とするが、平均在院日数の計算対象とする。



パターン②

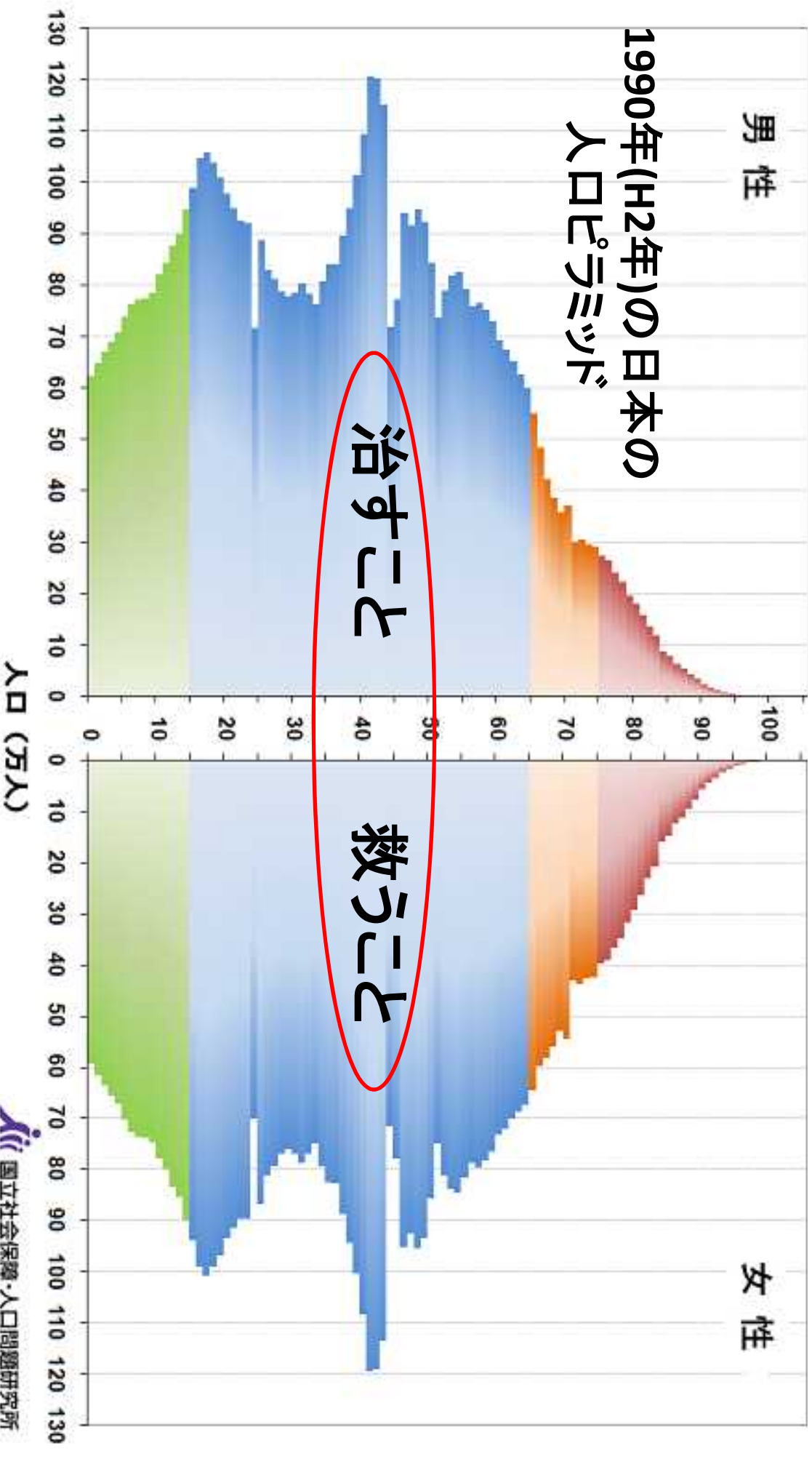
中医協 総一三
25.3.13

○ 90日を超えて入院する患者を対象として、療養病棟入院基本料1と同じ評価（医療区分及びADL区分を用いた包括評価）を導入し、平均在院日数の計算対象外とする。



2. 入院医療について
- ③亜急性期等について

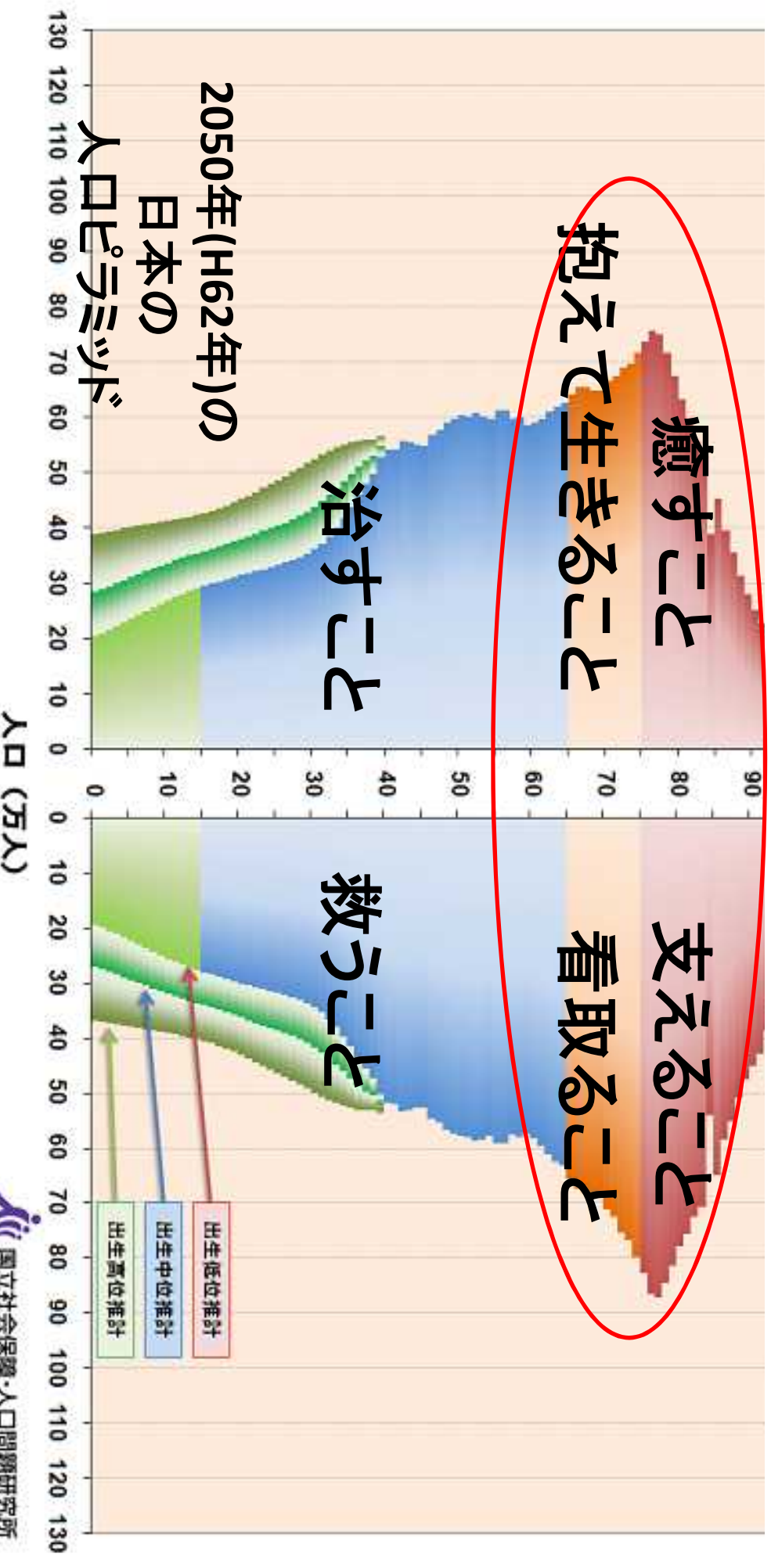
多くの病気が治せた頃



資料：1920～2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」。

多くの病気を治せなくなる頃

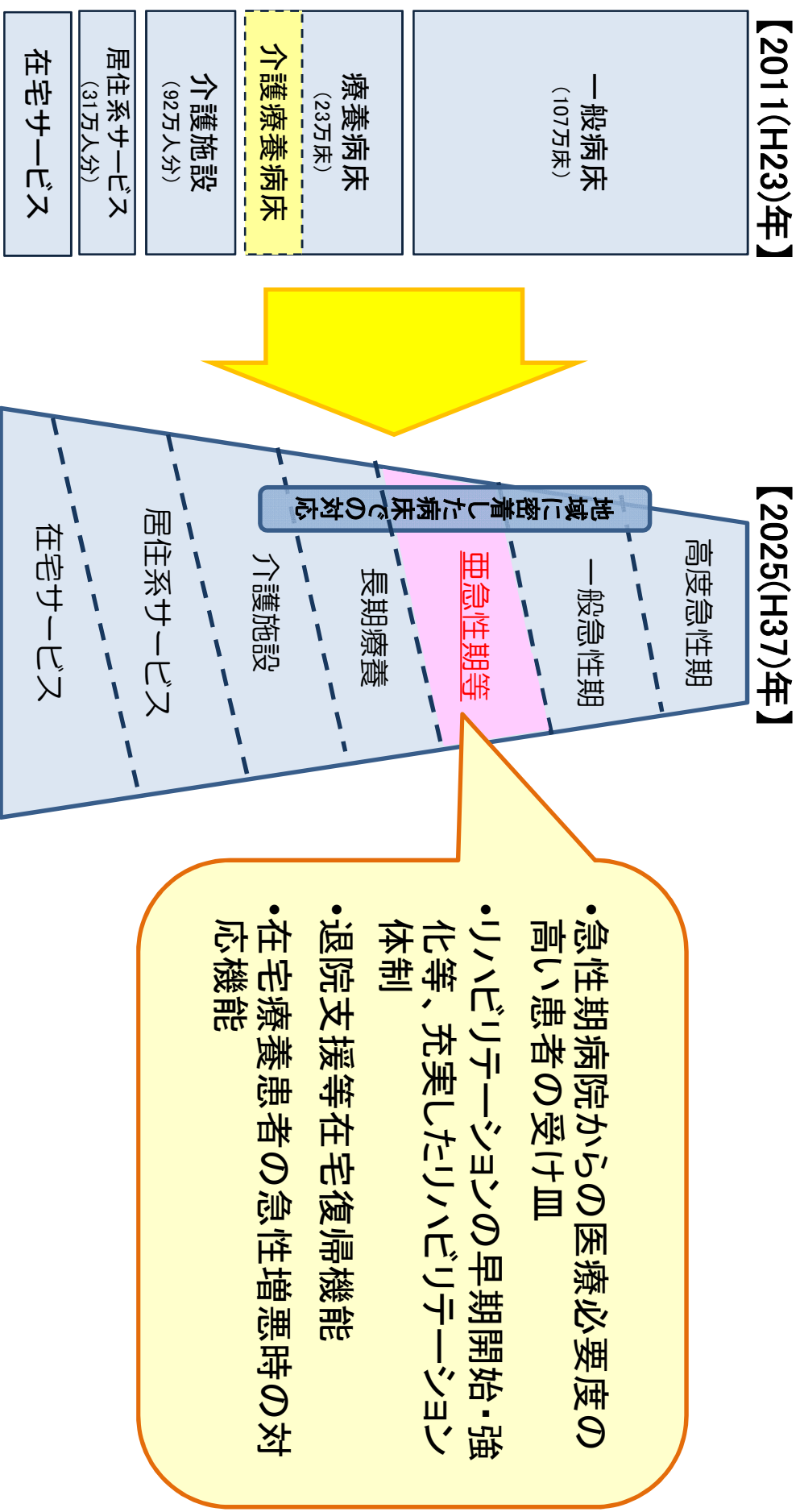
診 調 組 入 - 1
2 5 . 7 . 1 7



資料：1920～2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」。

亜急性期等の病棟に期待される役割について

中 医 協 総 一 二
2 3 . 1 0 . 5



【2011(H23)年】

【2025(H37)年】

- 急性期病院からの医療必要度の高い患者の受け皿
- リハビリテーションの早期開始・強化等、充実したリハビリテーション体制
- 退院支援等在宅復帰機能
- 在宅療養患者の急性増悪時の対応機能

(社会保障改革に関する集中検討会議資料より亜急性期等に関する記載を保険局医療課で抜粋)

治療室単位、病室・病床単位で評価されている特定入院料について①

項目	点数	看護配置	算定期間
A300 救命救急入院料	(救命救急入院料1の場合) 9,711点(～3日) 8,786点(4日～7日) 7,501点(8日～14日)	4対1	14日間 (広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な状態の患者は60日間)
A301 特定集中治療室管理料	9,211点(～7日) 7,711点(8日～14日) 7,901点(8日～60日)* ※広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な状態の患者	2対1	14日間 (広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な状態の患者は60日間)
A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料	4,511点(～21日)	4対1	21日間
A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料	5,711点(～14日)	3対1	14日間
A301-4 小児特定集中治療室管理料	15,550点(～7日) 13,500点(8日～14日)	2対1	14日間
A302 新生児特定集中治療室管理料	(新生児特定集中治療室管理料1の場合) 10,011点	3対1	21日間 出生児体重1,000g未満:90日 出生児体重1,000g～1500g:60日

治療室単位、病室・病床単位で評価されている特定入院料について②

項目	点数	看護配置	算定期間
A303 総合周産期特定集中治療室管理料	(新生児集中治療室管理料の場合) 10,011点	3対1	(新生児集中治療室管理料の場合) 21日間 出生児体重1,000g未満:90日 出生児体重1,000g～1500g:60日
A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料	5,411点(～14日)	6対1	30日間 出生児体重1,000g未満:120日 出生児体重1,000g～1500g:90日
A305 一類感染症患者入院医療管理料	8,901点(～7日) 7,701点(8日～14日)	2対1	14日間
A306 特殊疾患入院医療管理料	1,954点	10対1	制限無し
A307 小児入院医療管理料4	3,011点	10対1	平均在院日数28日以内 (当該病棟を含めた一般病棟全体の入院患者)
A308-2 亜急性期入院医療管理料	1:2,061点 2:1,911点	13対1	60日間



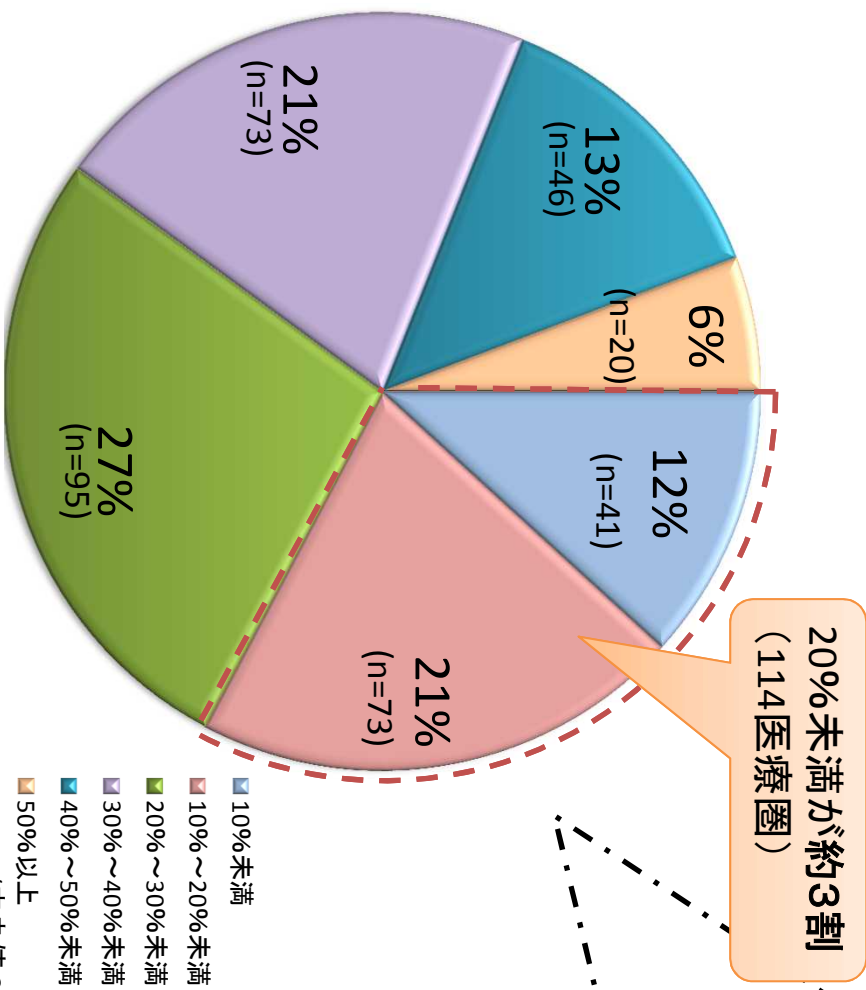
治療室単位での評価ではなく、病室・病床単位での評価

2. 入院医療について

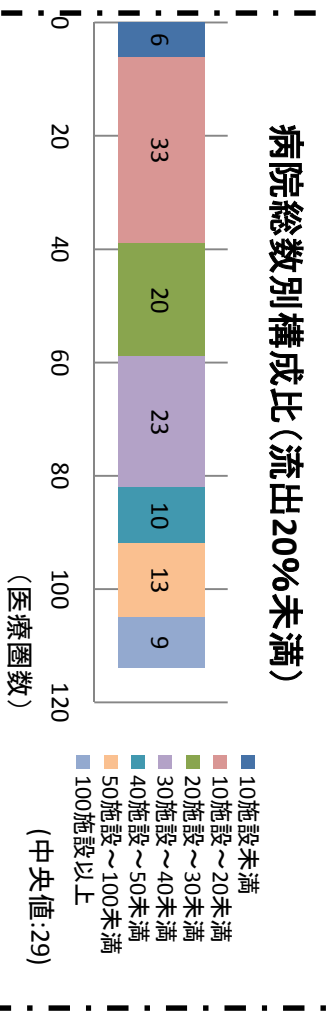
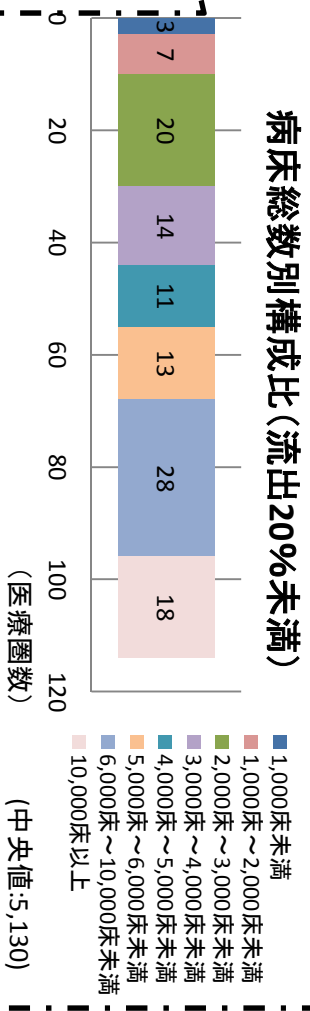
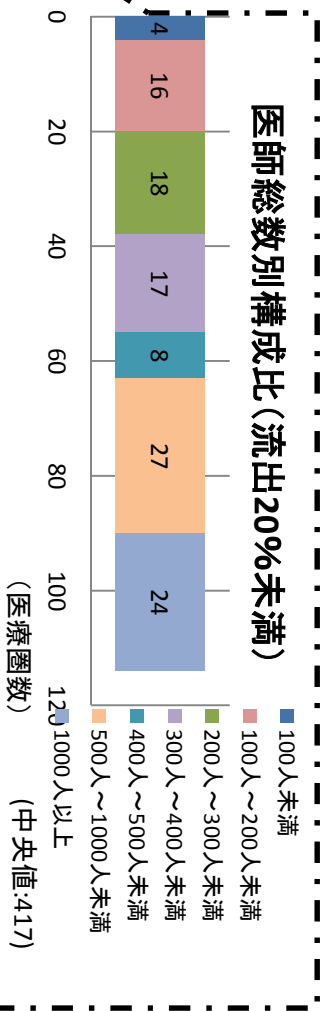
④地域特性について

地域の医療体制について (2次医療圏毎の状況)

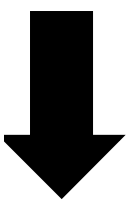
2次医療圏毎の全病院患者流出割合別の構成比
(2次医療圏計348カ所)



20%未満が約3割
(114医療圏)



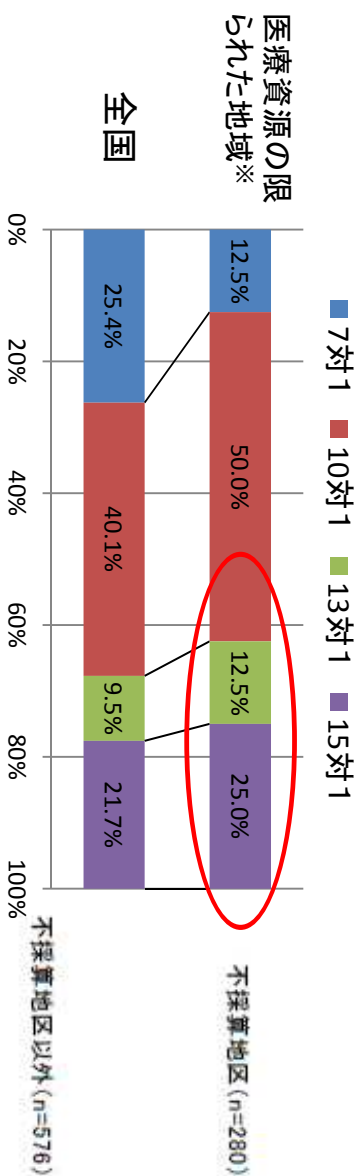
患者流出割合が低く、かつ医師数、病床数、病院数が少ない2次医療圏があり、限られた医療資源で、患者の状態に応じた一体的な医療を提供する必要がある



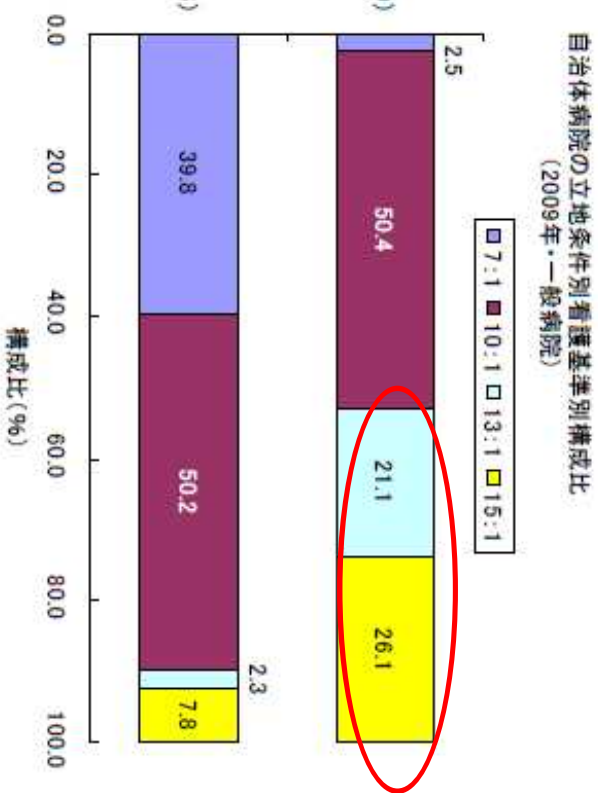
地域の一般病院の看護基準と患者層について①

一般病棟入院基本料の看護配置基準別構成比¹⁾
(患者流出割合が低く病床数が少ない地域)

一般病棟入院基本料の看護配置基準別構成比²⁾
(自治体病院の立地条件別)(2009年・一般病院)



※患者流出割合20%未満かつ病床数1,000未満の2次医療圏の病院(3医療圏, 8医療機関)



*出所:総務省「地方公営企業年報(平成21年4月1日~平成22年3月31日)」

(注) 不採算地区病院(病床規模要件150床未満)

- ・第1種不採算地区病院:直近の一般病院までの移動距離が15キロメートル以上となる位置に所在すること
 - ・第2種不採算地区病院:直近の国勢調査における「人口集中地区※」以外の区域に所在すること
- ※ 原則として人口密度が1平方キロメートル当たり4,000人以上の基本単位区等が市区町村の境界内で互いに隣接して、それらの隣接した地域の人口が国勢調査時に5,000人以上を有する地域

医療資源の限られた地域では、13:1から15:1の看護配置の病院の割合が高くなる

出典:1)医療課調べ

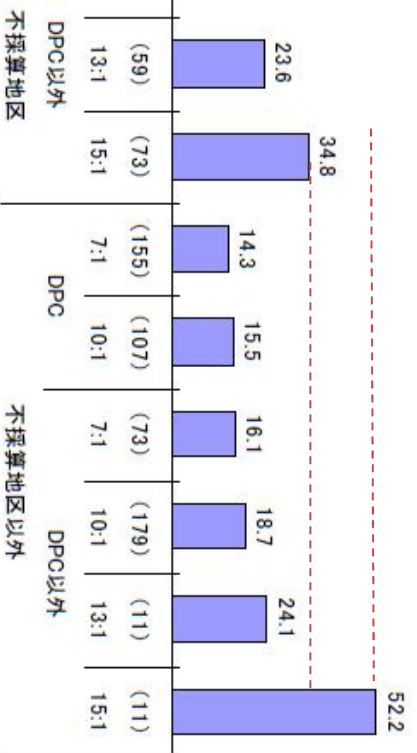
2)日医総研「日医総研ワーキングペーパー 地方の中小病院の現状について—入院基本料15:1に注目した分析—(自治体病院の例)」

地域の一般病院の看護基準と患者層について②

一般病院の平均在院日数(2009年度・一般病院)

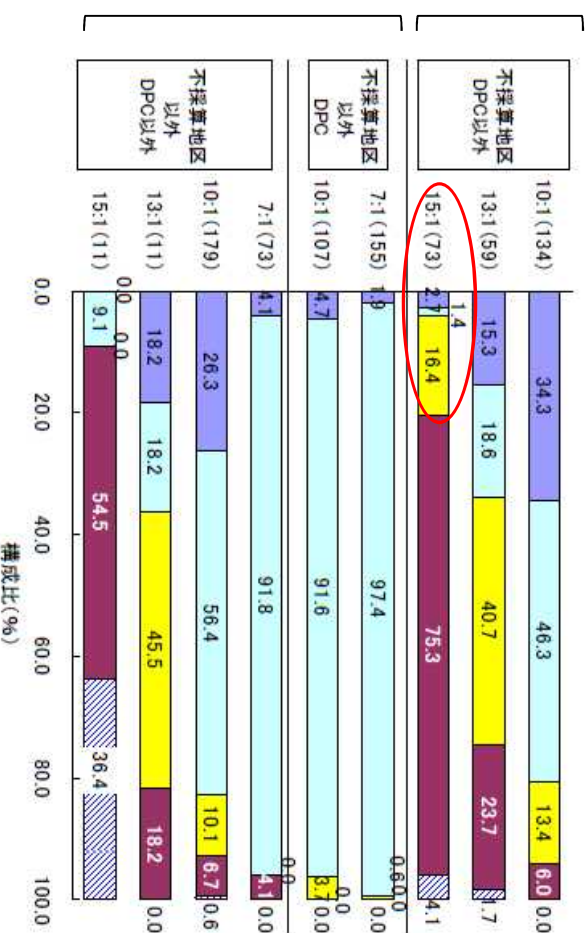
自治体病院の一般病院病床平均在院日数別構成比(2009年度・一般病院)

自治体病院の一般病床の平均在院日数(2009年度・一般病院)



地方公営企業年度(平成21年4月1日~平成22年3月31日)
n<100のカテゴリは非表示。

19日以内 19日超21日以内 21日超24日以内 24日超60日以内 60日超



*出所: 総務省「地方公営企業年度(平成21年4月1日~平成22年3月31日)」
()内はn数。n<100のカテゴリは非表示。

(参考) 平均在院日数に係る基準

一般病床入院基本料	7対1	10対1	13対1	15対1
当該病院等の平均在院日数の基準	19日以内	21日以内	24日以内	60日以内

完医療について

床診療所における入院医療について

地域医療を支える有床診療所の主な機能(入院医療)

療を担う機能
(産婦人科、リハビリテーション等)

院と診療所の基本的な人員配置の差を勘案したうえで、充実した体制(ハイリスク妊娠管理加算)や、リハビリテーション、手術を病院と同様に評価

根ざした後方病床としての機能

の早期退院患者の在宅・介護
の受け渡しとしての機能

有床診療所としての特性を有床診療所一般病床初期加算等で評価したうえで、病院と同様の支援機能(急性期・慢性期病棟等退院調整加算など)は病院と同様に評価

に対応する医療機能

在宅患者緊急入院診療加算、救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算等病院と同様に評価

終末期医療を担う機能

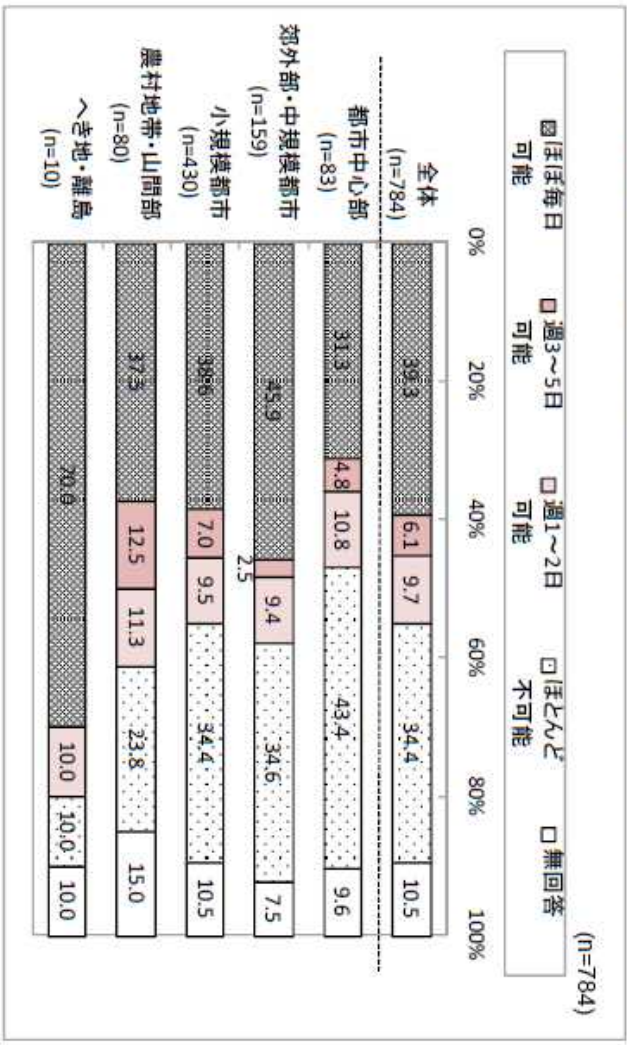
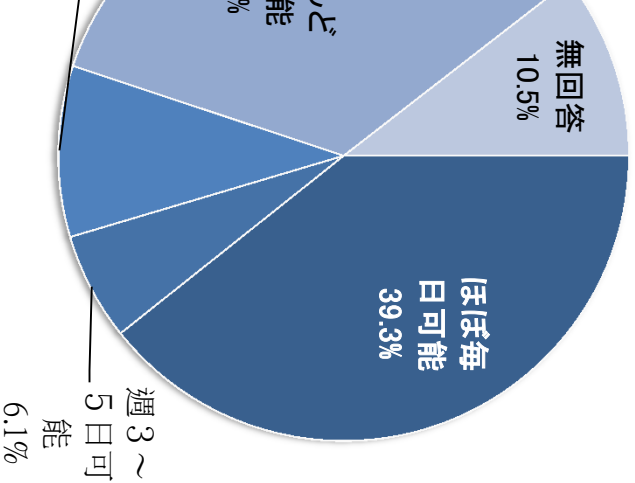
看取り加算を評価(平成24年診療報酬改定)

有床診療所の夜間救急の対応

【地域別】

【地域別】

図 13 夜間の救急対応の可否 - 地域別



※無回答を除く

月の緊急入院件数と医師・職員の配置状況

医師数 (常勤換算)	看護職員 (常勤換算)	看護補助者 (常勤換算)

○都市中心部に比べて農村地帯やへき地では緊急入院に対するニーズに有床診療所がより多く対応していた。

○医師や看護職員の体制を整えることでより多くの

後方病床としての有床診療所の受入状況

年改定の要点)

急病院や介護施設、自宅からの入転院に対する評価を新設
 一般病床：有床診療所一般病床初期加算 100点(7日まで)
 養病床：救急・在宅等支援療養病床初期加算 150点(14日まで)

【入院または転院してきた患者の直前の居場所】

養所療養病床> n=188(施設数)

	平成21年10月	平成22年10月
	人数	人数
きた患者数	125人	140人 (+12.0%)
自宅	58人	67人
病院	48人	58人 (+20.8%)
特養等施設	14人	8人

<有床診療所一般病床> n=231(施設数)

	平成21年10月	平成22年10月
	人数	人数
入院・転院してきた患者数	2579人	2594人 (+0.6%)
自宅	2222人	2237人
病院	190人	196人 (+3.2%)
特養等施設	137人	145人

出典：平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「救急医療等の充実・強化のための見直しの影響調査」

診療所の療養病床、一般病床の新規入院・転院患者のうち、他病院からの転院者の数、割合
 加していた。

n=6,867(患者数) 一般病床および医療療養病床

自宅(在宅)	自宅(在宅)	病院	他の有床診	介護施設	無回答

入院医療の適切な推進に向けた課題と論点

急性期・一般急性期について

急性期病床の担う役割の明確化を行うために、①急性期病院における平均在院日数の短縮、②患者に応じた受け入れ、③入院医療の提供に関する連携や在宅復帰の推進、④急性期病床における早期リハビリテーション等の検討を行うことについて、どう考えるか。

療養について

病院と長期療養を行う病棟の機能分化を図る観点から、今回改定の影響を踏まえつつ、急性期病棟長期入院の評価の在り方の見直しの検討を進めることについて、どう考えるか。
高齢化の進展に伴う長期療養患者の受け入れを推進するため、長期療養を担う医療機関において、長期一般急性期及び亜急性期等との連携を進めるとともに、長期療養を担う病棟における受入れ体制について、どう考えるか。

長期等について

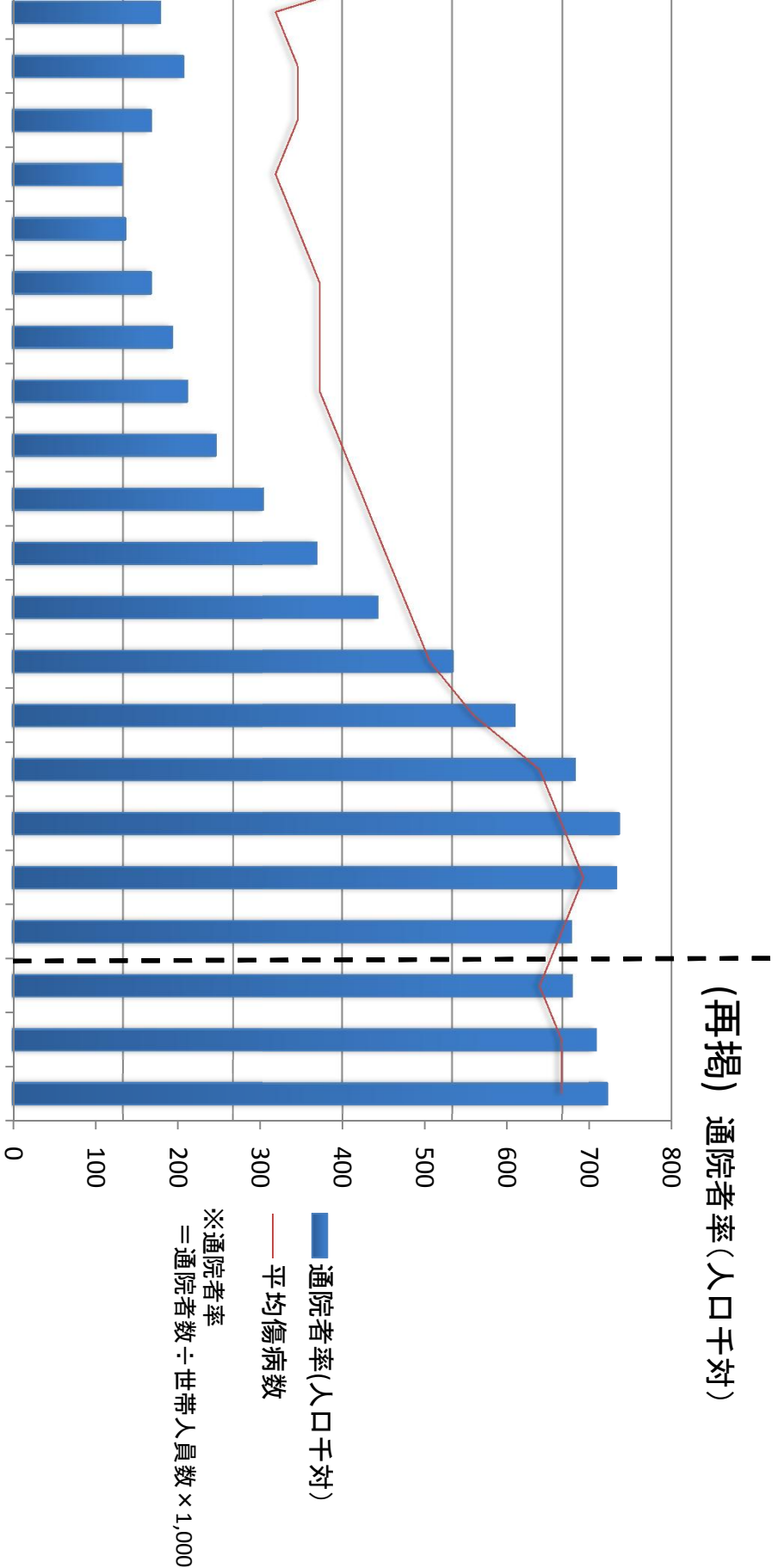
リハビリテーション病棟との機能の違いを明確にし、病棟の機能分化に向けた評価の導入を行うため、長期における医療や患者像を明確化し、医療提供内容に応じた評価体系を目指すことについてどう考えるか。

特性について

には、一つの病院で複数の医療機能を持つことが必要な場合もあり、そのような地域の実情に応じた

来医療について

年齢別平均傷病数と通院者率

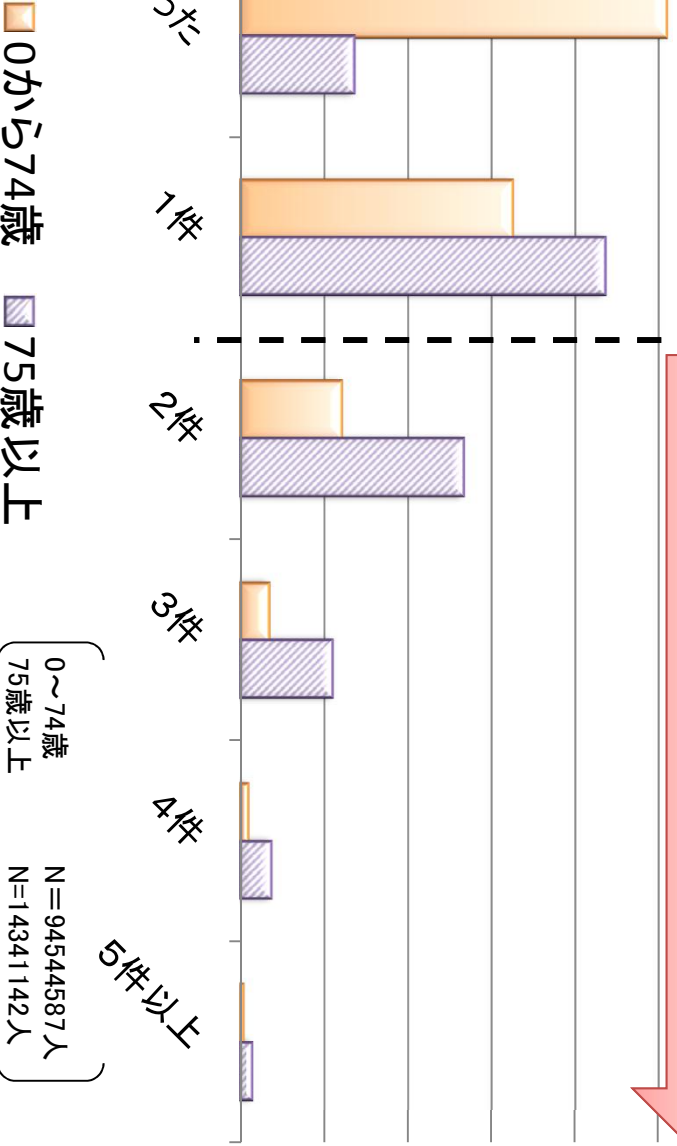


受診した医療機関数別患者割合（年齢階級別）

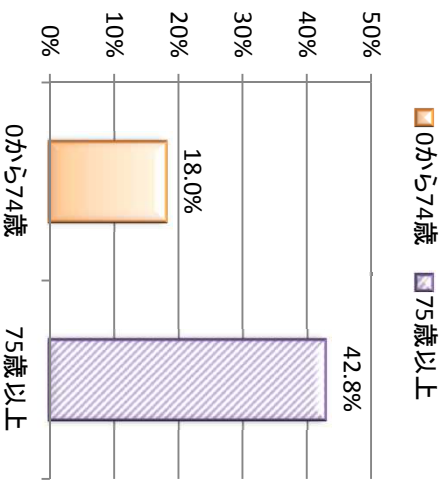
た医療機関数別患者割合

他の医療機関にかかっている

他の医療機関を受診した患者の割合

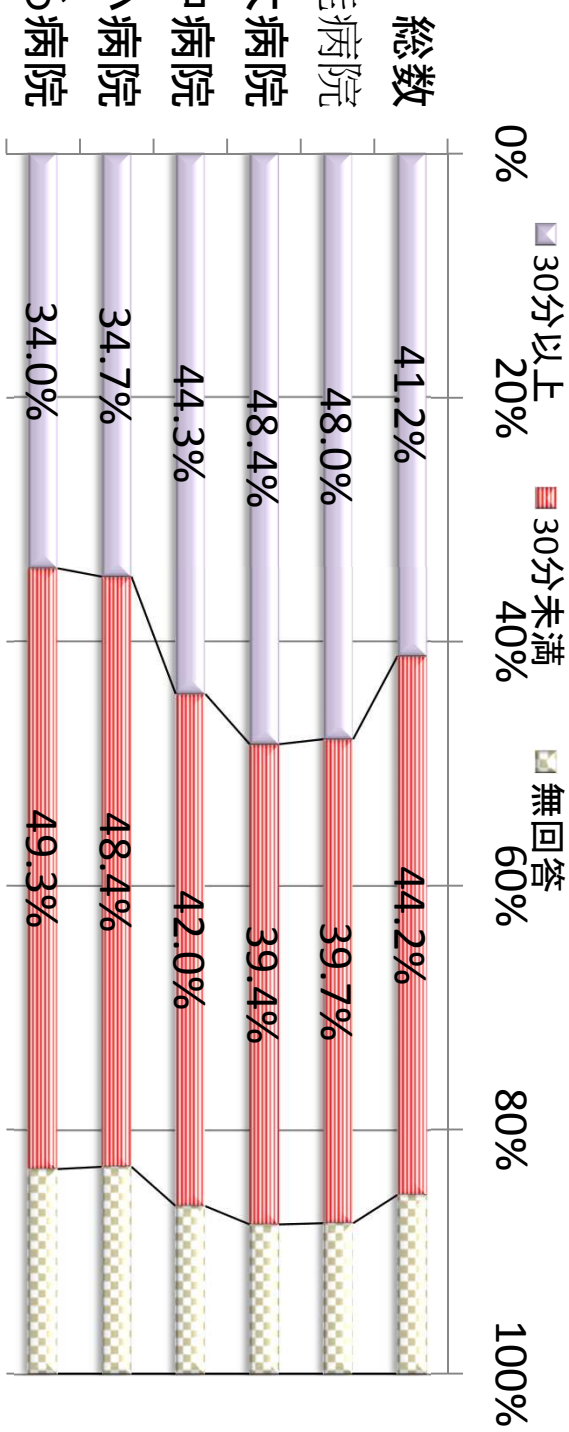


0～74歳 N=94544587人
75歳以上 N=14341142人



外来患者の診察前の待ち時間

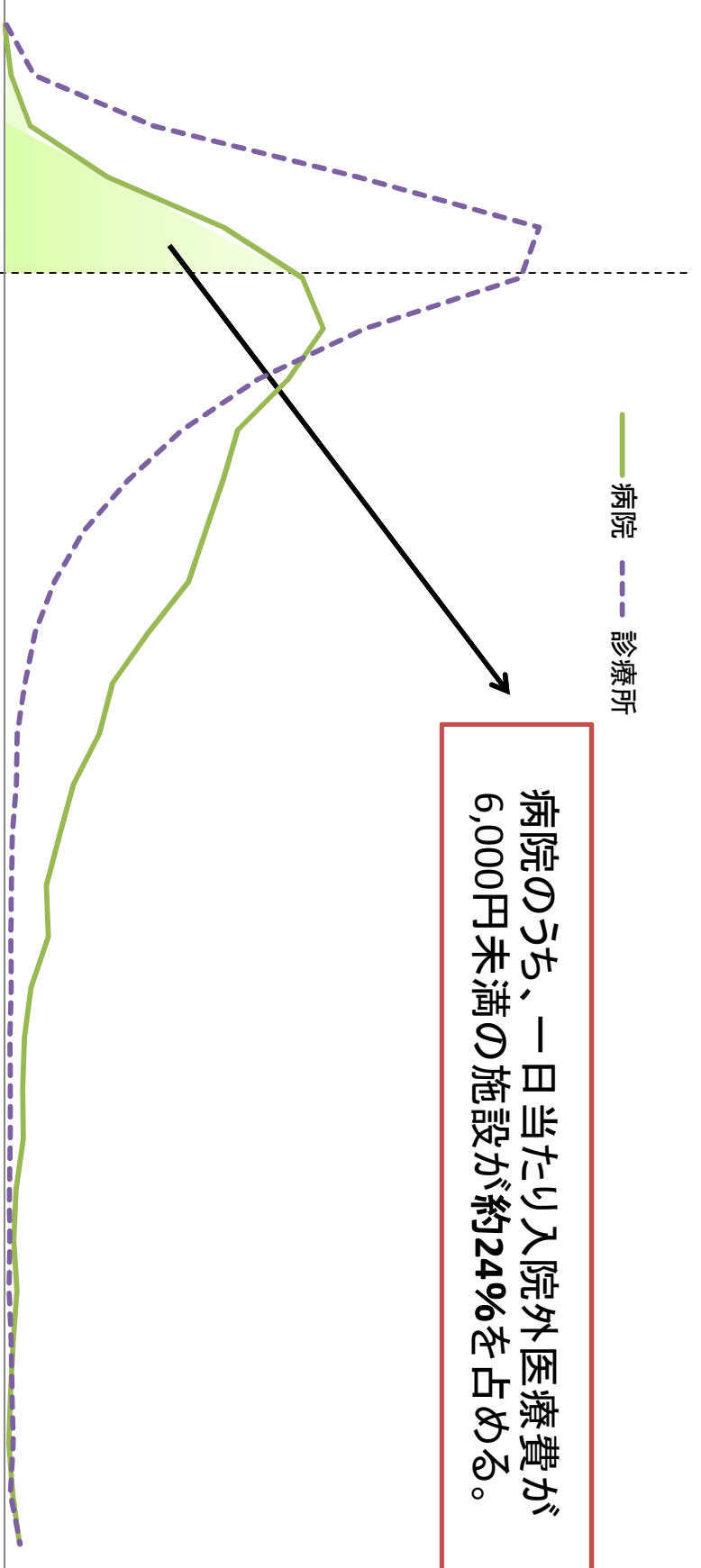
中 医 協 総 一
2 5 . 1 . 2 3



※ 医師による診察を受けていない者は除いた
 ※ 予約した場合は予約した時刻からの待ち時間
 ※ 特定機能病院、療養病床を有する病院を除いた一般病院で、病床規模が500床以上の病院
 ※ 大病院.....特定機能病院、療養病床を有する病院を除いた一般病院で、病床規模が100床～499床の病院
 ※ 中病院.....特定機能病院、療養病床を有する病院を除いた一般病院で、病床規模が20床～99床の病院
 ※ 小病院.....特定機能病院、療養病床を有する病院を除いた一般病院で、病床規模が20床～99床の病院

○ 特定機能病院、大病院、中病院では、小病院、療養病床を有する病院と比べ、診察前の待ち時間が長くなる傾向がある。

医療機関別一日あたり入院外医療費 (平成24年6月分)

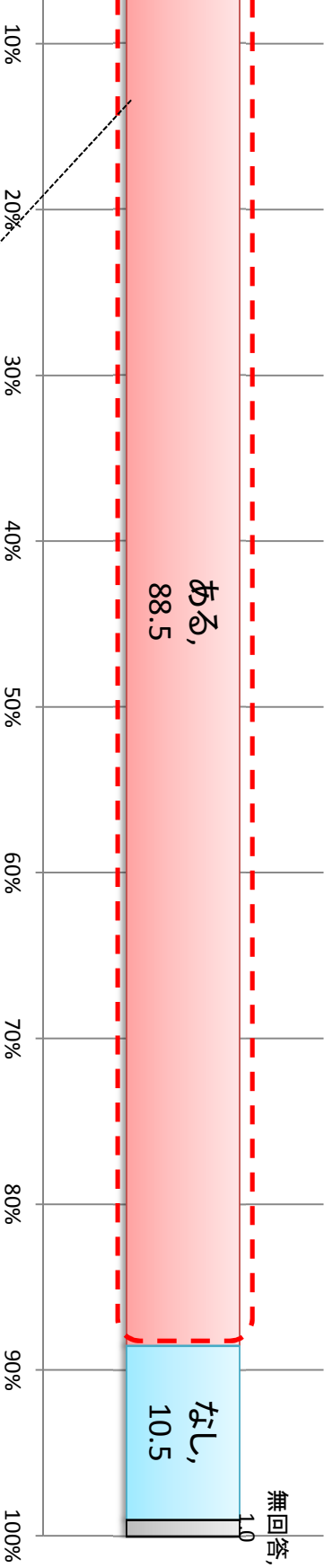


病院のうち、一日あたり入院外医療費が6,000円未満の施設が約24%を占める。

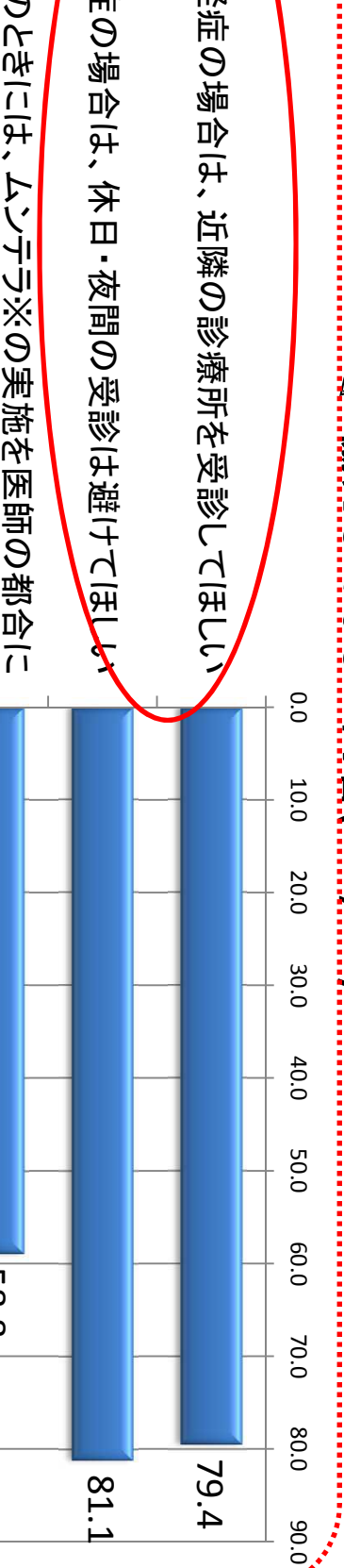
外来医療における役割分担について

(改) 中医協 総一三
23.11.30

患者に協力してほしいことの有無(n=1,300)



協力してほしい内容(n=1,150)



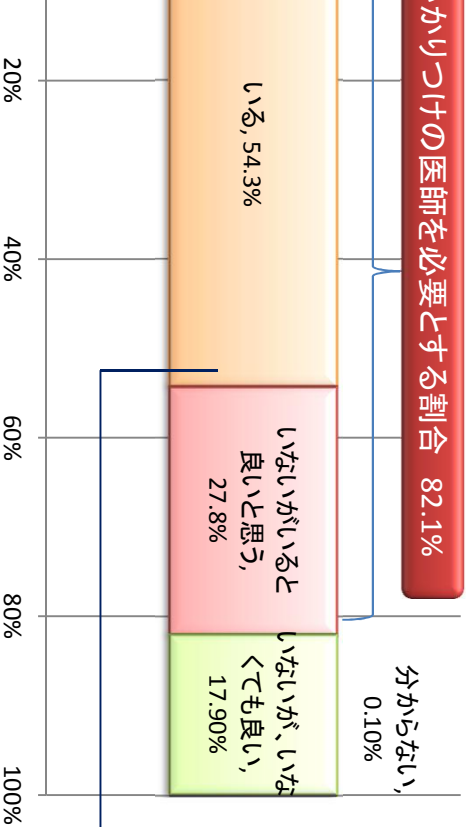
近隣の診療所を受診してほしくない
休日・夜間の受診は避けてほしい

かかりつけの医師の有無

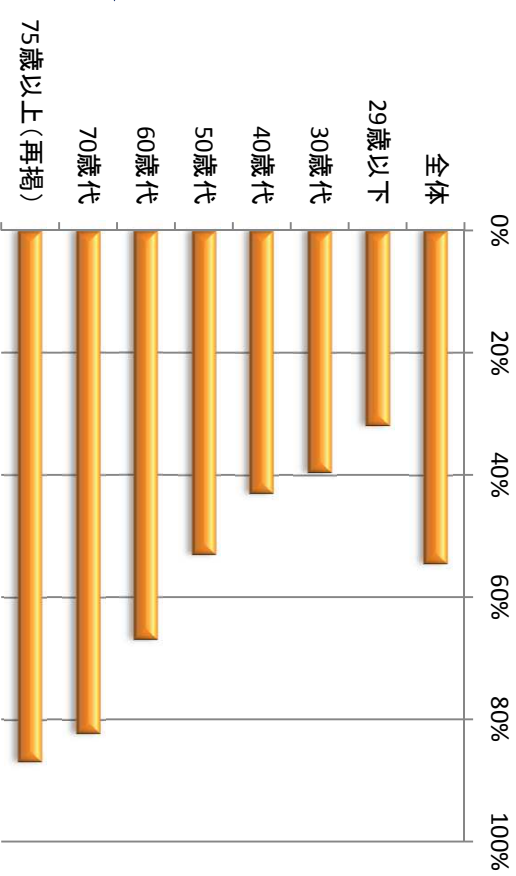
りつけの医師の有無 (n=1,246)

■ いないが、いいと思う ■ いないが、いなくてもいい ■ 分からない

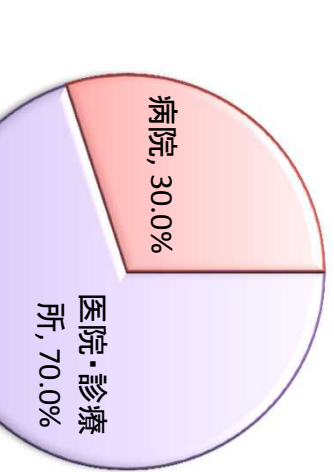
かかりつけの医師を必要とする割合 82.1%



年齢別かかりつけの医師がいる割合 (n=1,246)



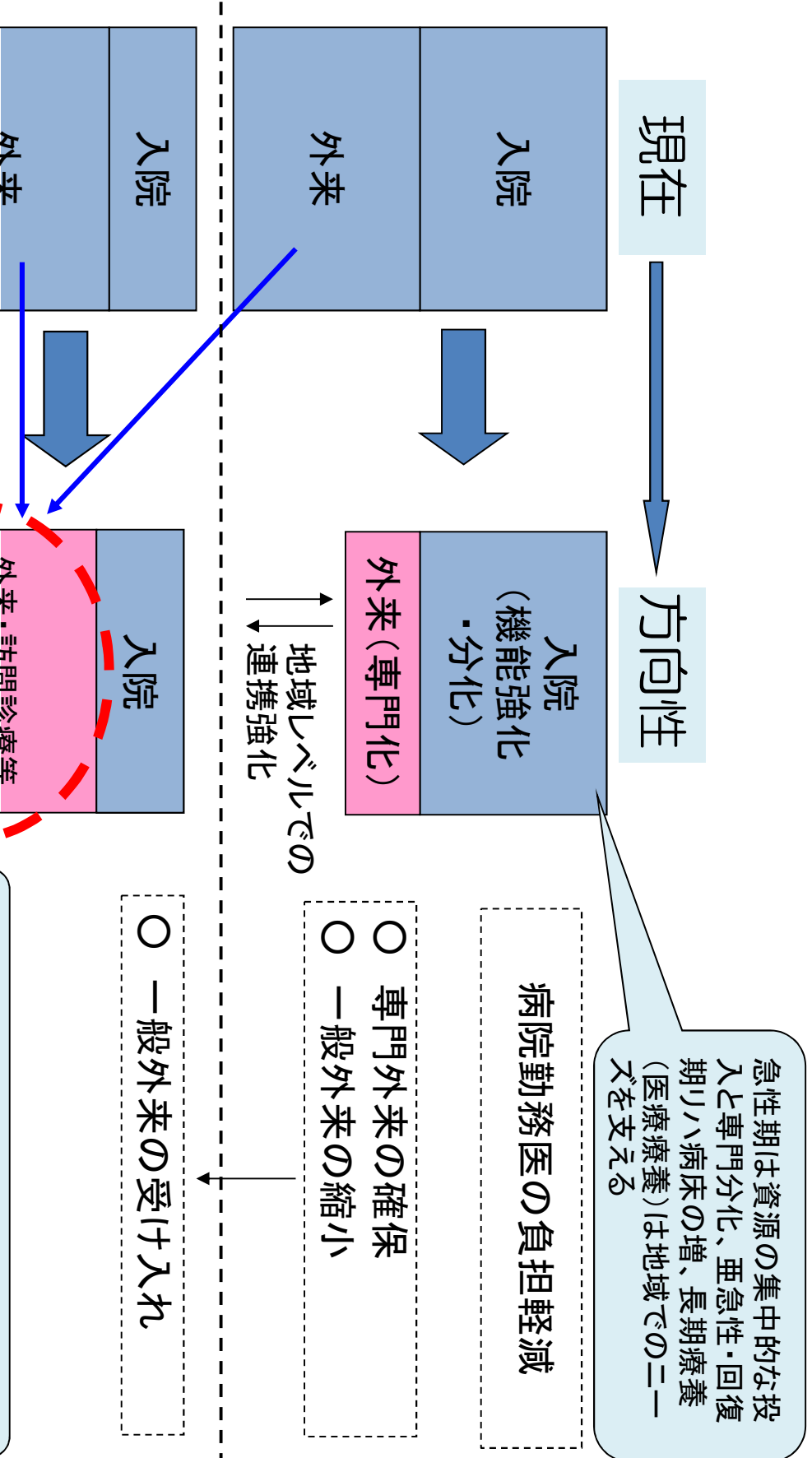
医療機関 (n=676)



- 「病気や健康度を総合的に診療してくれる身近なかかりつけの医師がいますか」という質問に対して「いる」と回答した国民は54.3%、「いないが、いるとよいと思う」が27.8%存在し、かかりつけ医を必要とする割合は約8割であった。
- かかりつけの医師の医療機関をたずねると、医院・診療所

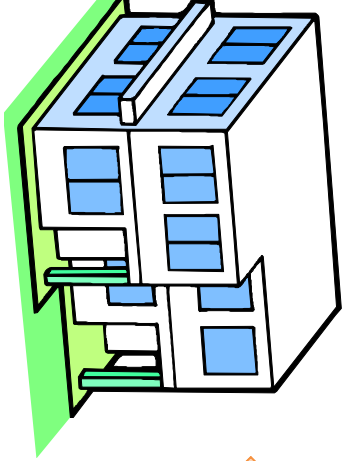
外来医療の役割分担のイメージ

(改) 中医協 総-3
23.11.30



外来医療の機能分化と連携 (粗いイメージ図)

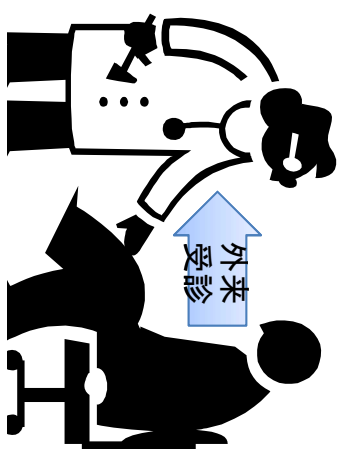
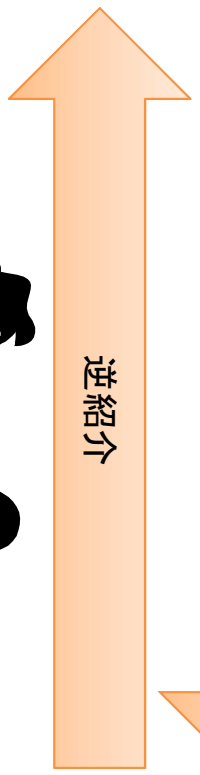
約かつ継続的な診療



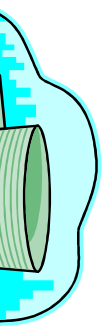
慢性疾患を有する患者

いつでも連絡が取れる体制の
切な指示を出せる体制の

介護が必要な患者

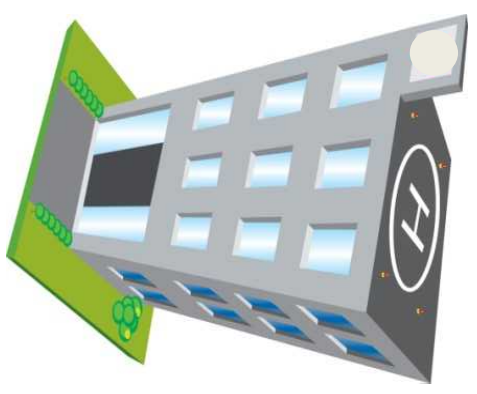


介護が必要な



医療が必要

専門的な診療



地域の拠点となるような病院

- 外来業務の負担軽減
- 専門外来の確保
- 一般外来の縮小

主治医機能の強化の課題と論点について

化の進展に伴い、複数の慢性疾患を有する患者への対応や外来医療の機能分
観点から、中小病院及び診療所において、主治医機能を持った医師が全人的
継続的な診療を行うことが重要である。

では、約45%の患者が複数医療機関あるいは複数診療科を受診している。ま
医療機関の選択については、まずかかつけの医師を受診し、その医師の判断
必要に応じて病院等の専門医療機関を受診することを望む者が多く、適切に専
療機関等への紹介ができることが主治医機能として重要である。

らに加え、主治医機能としては、アクセスしやすい医療機関であること、服薬管
険診等の受診勧奨、気軽に健康相談できること、介護保険制度等の理解、在宅
の提供および24時間の対応等が期待される。



の機能分化の更なる推進の観点から、中小病院及び診療所の主治医機能を持つ

外来医療の課題と論点について

国は、少子高齢化が進んでおり、65歳以上の高齢者は、現在人口の約20%であるが、平成42年には、平成67年には約41%になると想定されている。また、高齢化の進展に伴う複数の慢性疾患を持つ者の増加に対して適切な対応が更に求められる。

診療の役割分担について、病院勤務医が患者に協力して欲しい内容として、「軽症の場合は、近隣の行を受診して欲しい」「軽症の場合は、休日・夜間の受診は避けて欲しい。」といった意見が約8割あ

診療の機能分化の推進について、病気になるといつも相談し、診療を受ける医師がいる人は2割強で。一方、日ごろから相談・受診している医師・医療機関へ期待することとして、全人的かつ継続的なアクセスの良さ等があげられる。

保険施設等の入所(居)者の服薬割合として、医師配置義務のない有料老人ホームにおいては、7種類の服薬を行っている入所(居)者が約37%、外用薬ありの人が約48%おり、特養や老健と比べ、割合が多い傾向があった。



2、介護について

人口ピラミッドの変化(1990～2060年)

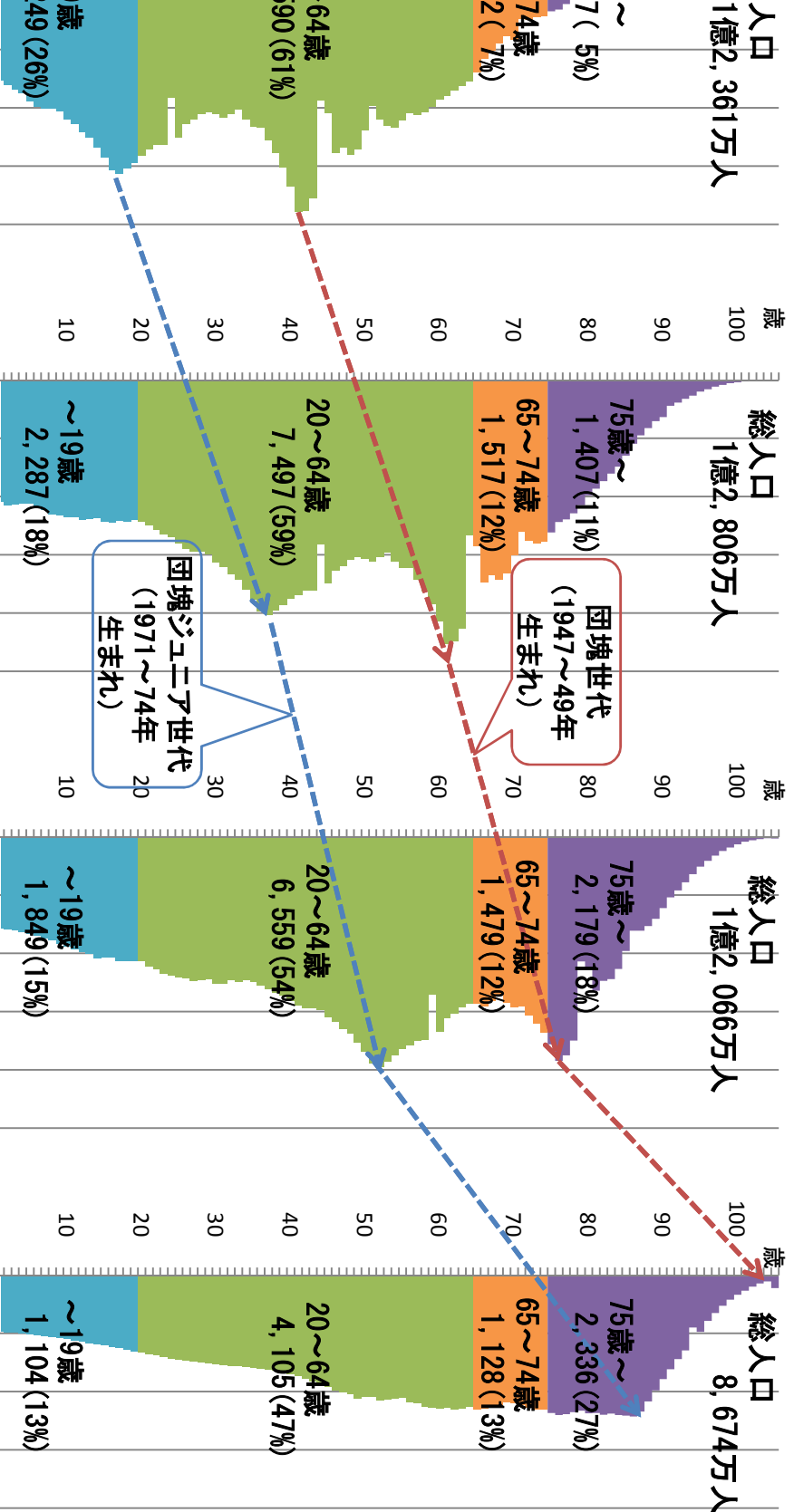
人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、
 老化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

1990年 (実績)

平成22年 (2010年) (実績)

平成37年 (2025年)

平成72年 (2060年)



高齢化社会の進展に伴う課題について① (認知症高齢者の増加)

(万人)

将来推計 (年)	平成22年 (2010)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)
日常生活自立度 Ⅱ以上	280	345	410	470
	9.5%	10.2%	11.3%	12.8%

※平成24年 (2012)を推計すると、305万人となる。
※下段は65歳以上人口に対する比率

出典：老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室推計(平成24年)

(参考：平成15年 高齢者介護研究会報告書)

(万人)

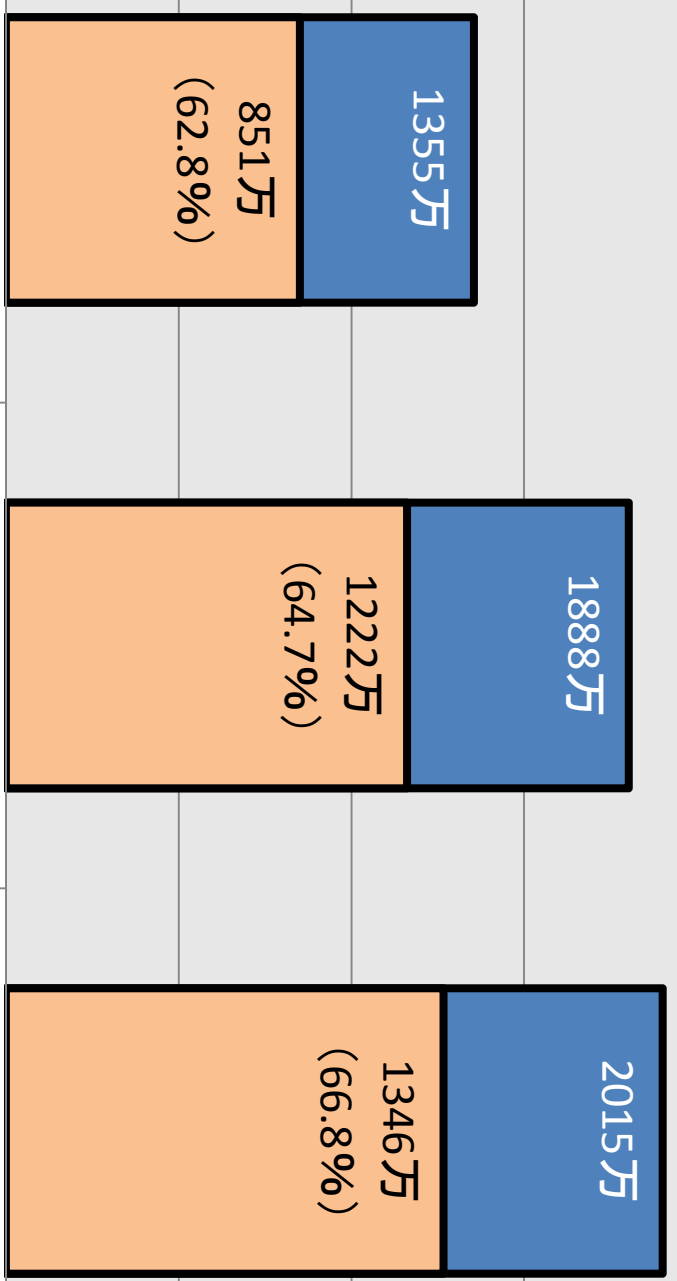
将来推計 (年)	平成14年 (2002)	平成22年 (2010)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)
日常生活自立度 Ⅱ以上	149	208	250	289	323
	6.3%	7.2%	7.6%	8.4%	9.3%

高齢化社会の進展に伴う課題について② (高齢者世帯の増加)

高齢世帯の推計

(括弧内は高齢世帯のうち単独世帯及び夫婦のみ世帯の割合)

- 世帯主が65歳以上
- 単独世帯及び夫婦のみ世帯



高齢化社会の進展に伴う課題について③ (日本のどこで高齢者数が増加しているのか)

	埼玉県	千葉県	神奈川県	秋田県	山形県	鹿児島県
時点での高齢者人口	116万人	106万人	149万人	31万人	31万人	44万人
時点での高齢者人口 増減(弧内は増加率)	179万人 (+55%)	160万人 (+50%)	218万人 (+47%)	34万人 (+11%)	34万人 (+10%)	48万人 (+10%)

平成17→27年

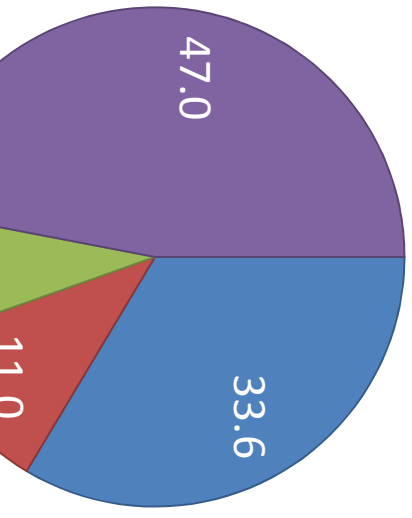
高齢者 都道府県別増加数 割合 (%)

(総計で800万人増加)

■ 首都圏4都県
(東京都、千葉県、埼玉県、神奈川県)

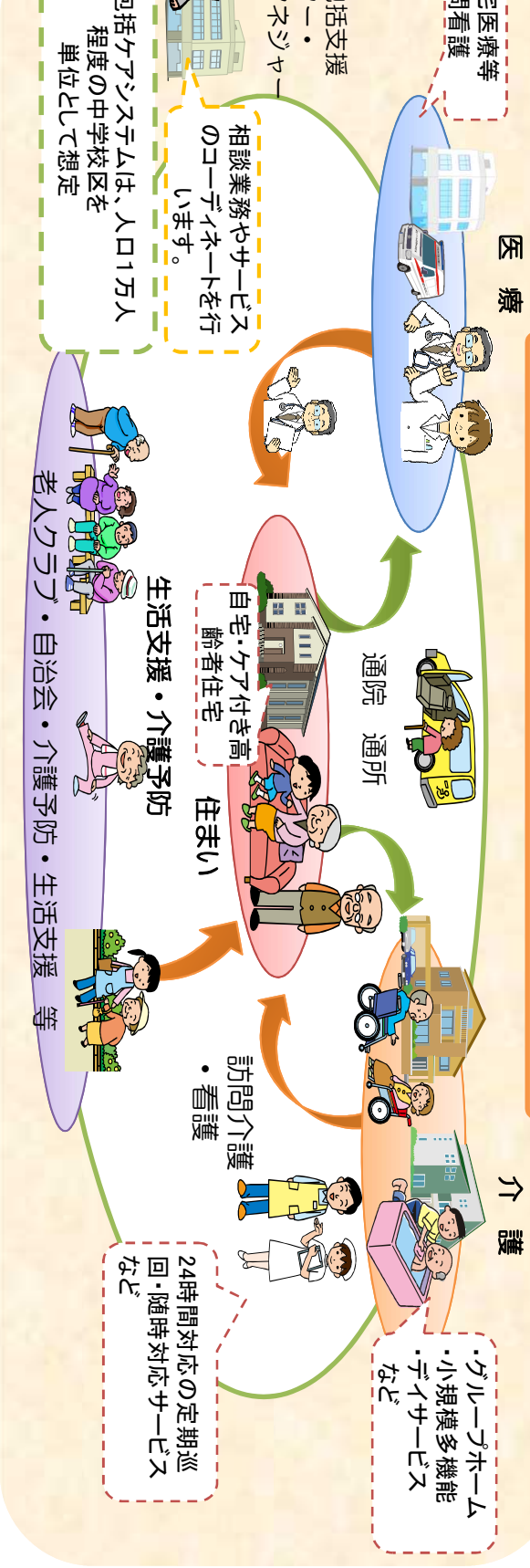
■ 大阪府

■ 愛知県



地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステムのイメージ



【5つの視点による取り組み】

を実現するために、**次の5つの視点での取り組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入
復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが必須。**

① 連携強化

①の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
によるたんの吸引などの医療行為の実施

② 充実強化

②の拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)
の定期巡回・随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化

付き高齢者向け住宅の登録制度の概要

中 医 協 総 一 4
2 5 . . 6 . . 2 6

高齢者の居住の安定確保に関する法律（改正法：公布 H23.4.28／施行H23.10.20）

（※有料老人ホームも登録可）

登録戸数：111,966戸
（平成25年5月31日現在）

- ・床面積は原則25㎡以上
- ・構造・設備が一定の基準を満たすこと
- ・バリアフリー（廊下幅、段差解消、手すり設置）

・サービスを提供すること（少なくとも**安否確認**・**生活相談サービス**を提供）

〔サービスの例：食事の提供、清掃・洗濯等の家事援助 等〕

- ・長期入院を理由に事業者から一方的に解約できないなど、居住の安定が図られた契約であること
 - ・敷金、家賃、サービス対価以外の金銭を徴収しないこと
 - ・前払金に関して入居者保護が図られていること
- （初期償却の制限、工事完了前の受領禁止、保全措置・返還ルールの明示の義務付け）

事業者の義務

結前に、サービス内容や費用について
を交付して説明すること
項の情報開示
招くような広告の禁止
従ってサービスを提供すること

24時間対応の訪問看護・介護

「定期巡回随時対応サービス」の活用 → 介護保険法改正により創設

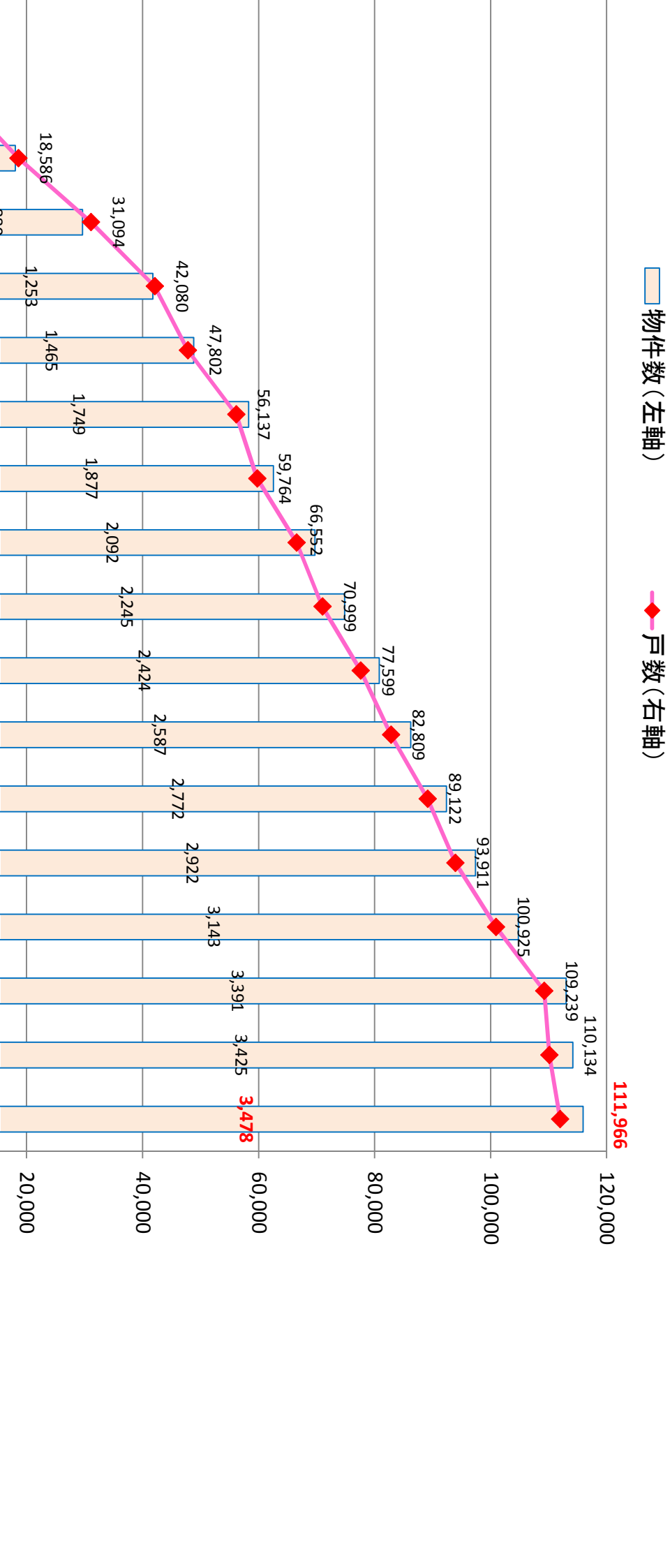
サービス付き高齢者向け住宅



付き高齢者向け住宅の登録状況の推移

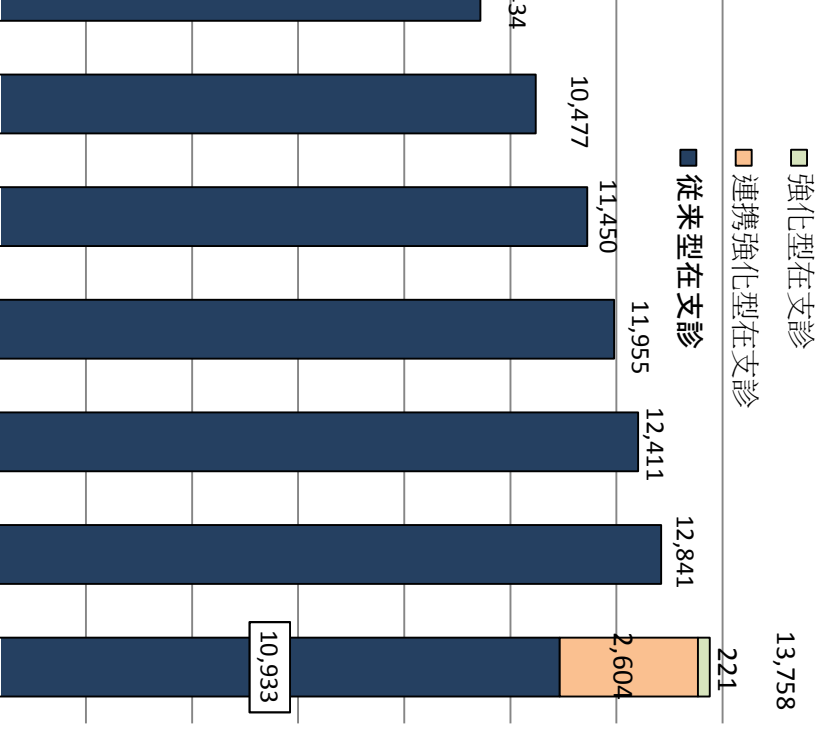
中 医 協 総 一 4
2 5 . 6 . 2 6

平成25年5月31日時点

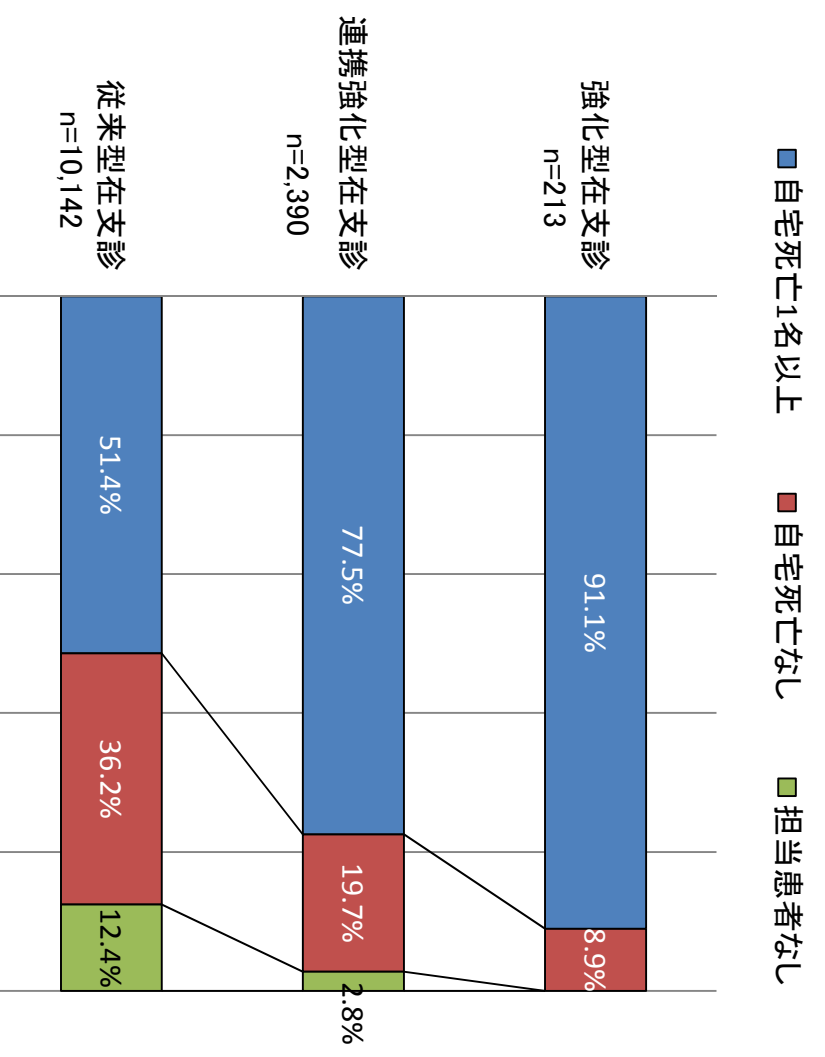


在宅療養支援診療所の届出数の推移と実績

在宅療養支援診療所届出数



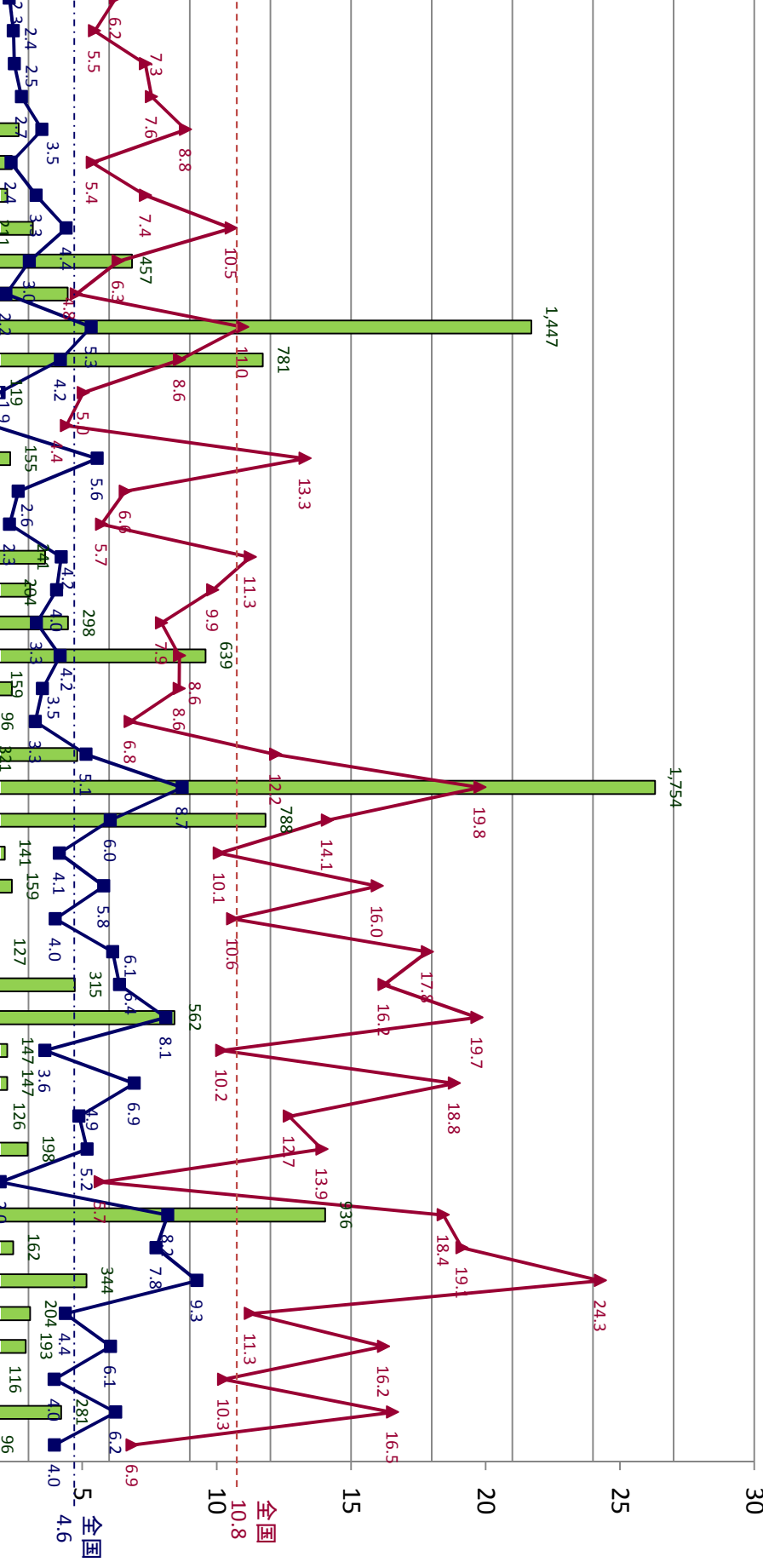
在宅療養支援診療所の年間実績(平成24年7月時点)



中 医 協 総 一 五
2 5 . . 2 . . 1 3

在宅療養支援診療所の都道府県別分布

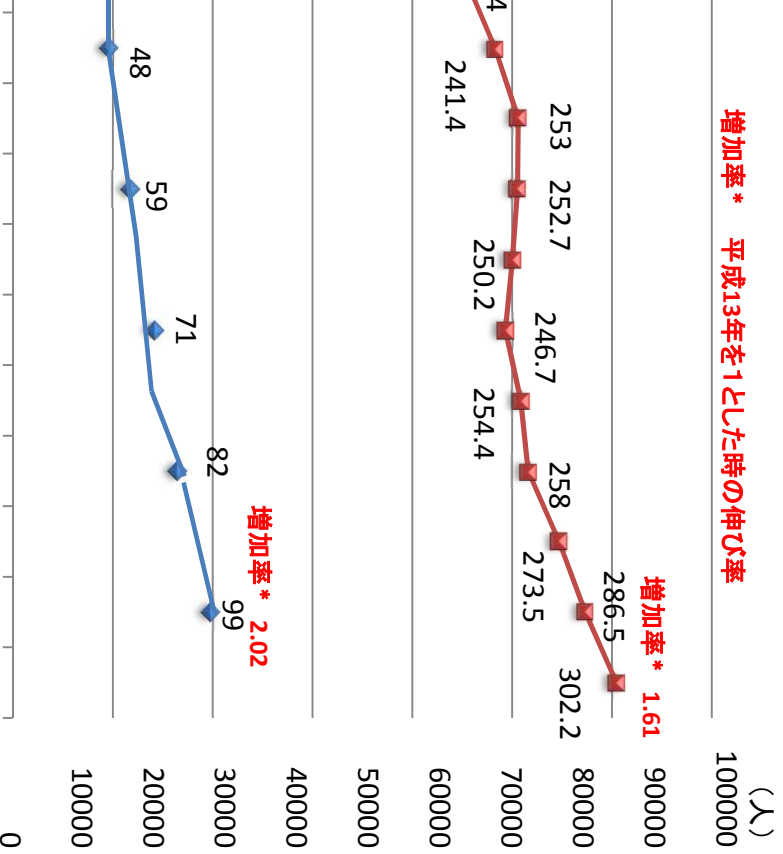
■ 在宅診療届出総数 ■ 65歳以上1万人当たり ▲ 人口10万人当たり (人口当たり)



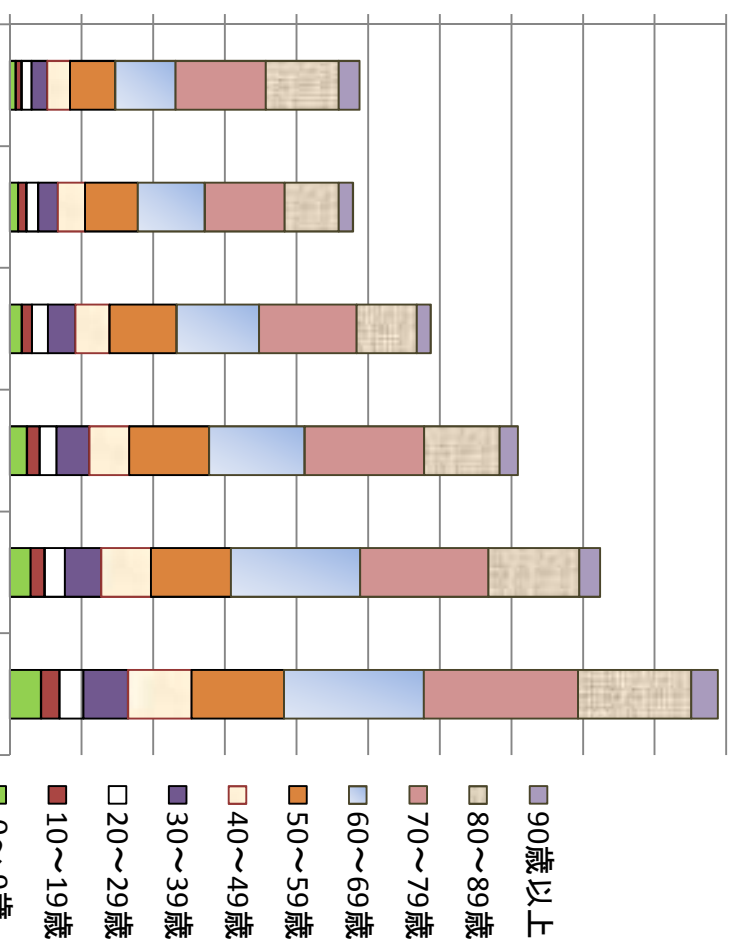
訪問看護の利用者数の推移

保険、介護保険ともに、訪問看護サービス利用者数は、増加している。
 保険の訪問看護利用者は、どの年齢層も増加している。

利用者数の推移



医療保険の訪問看護利用者 年齢区分毎の利用者数の推移

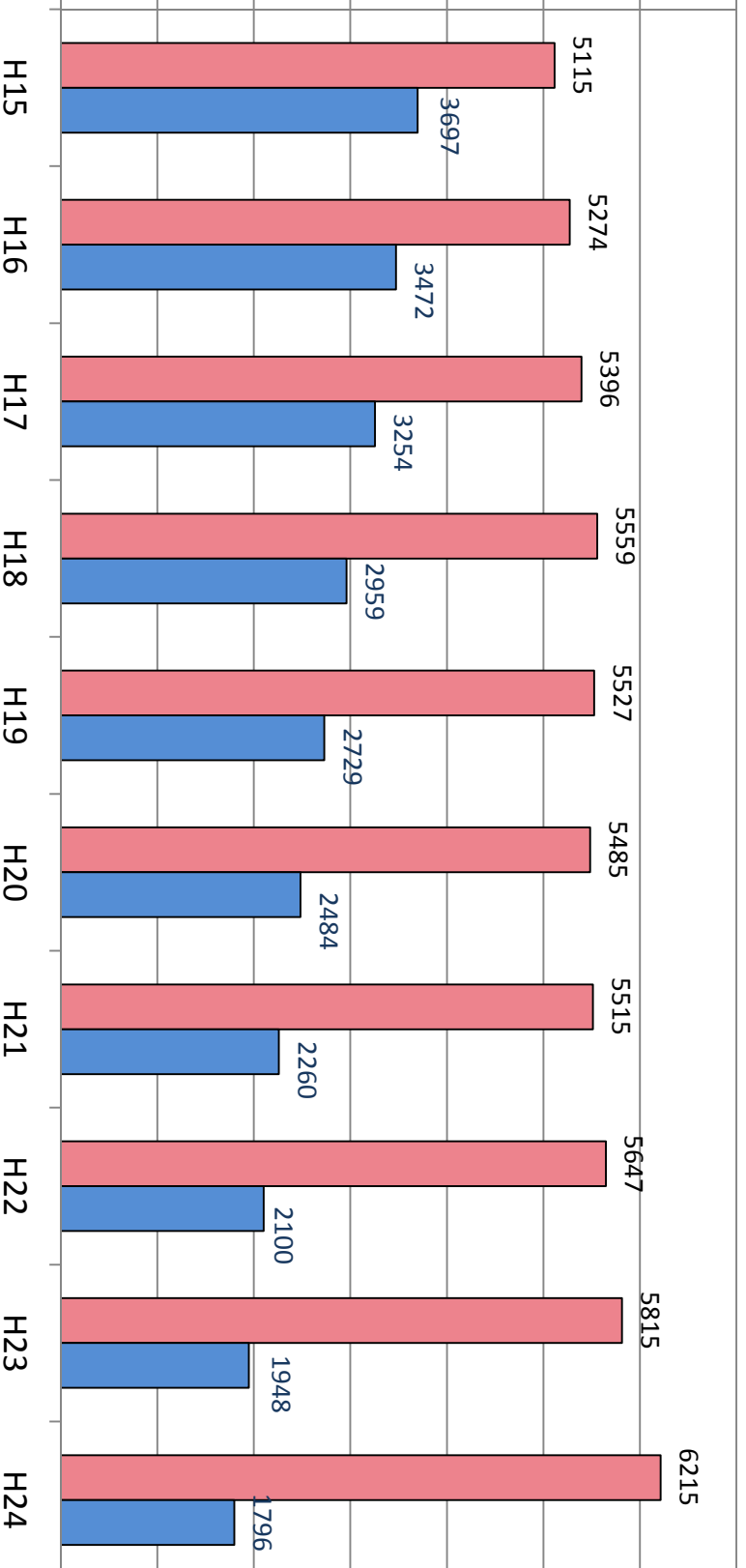


中医協 総一
23.11.11(改)

訪問看護事業所数の推移

看護ステーション数は微増し、医療機関の訪問看護事業所数は減少している。

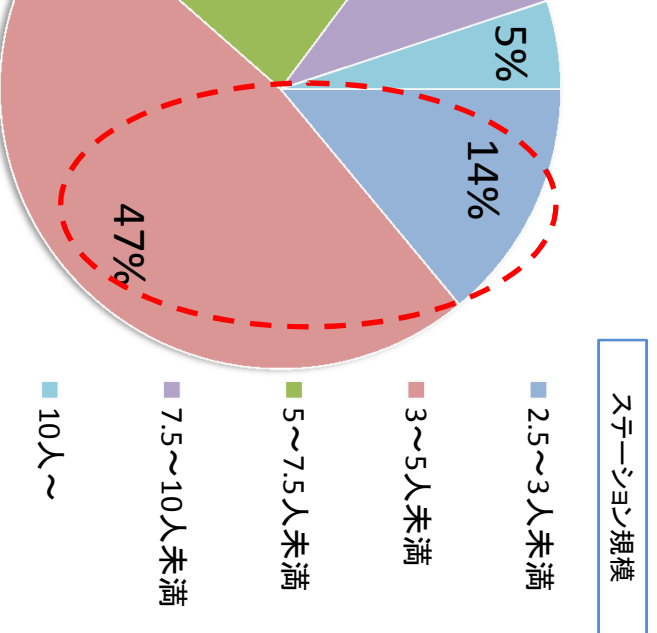
訪問看護事業所数の推移



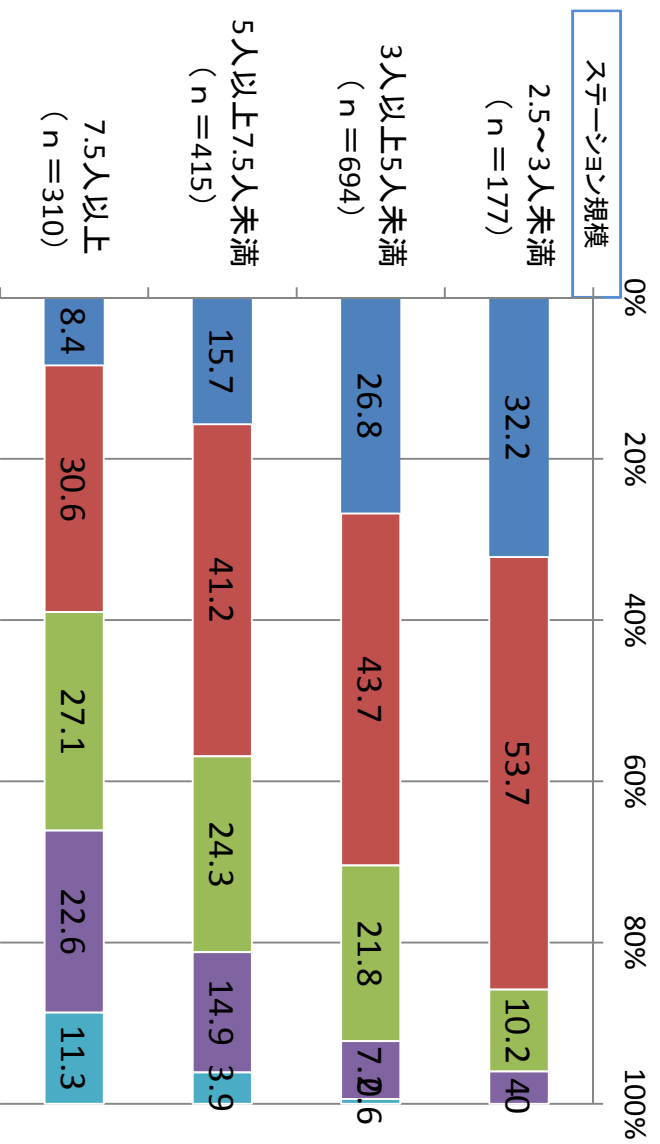
訪問看護ステーションの規模別状況

職員5人未満の訪問看護ステーションは全体の約60%(参考)1事業所当たり看護職員数:約4.3人
看護事業所の規模が小さいほど、在宅における看取り数も少ない傾向がある。

規模別にみた事業所数の構成 (N=1,713)



■訪問看護事業所の規模別年間看取り数の状況



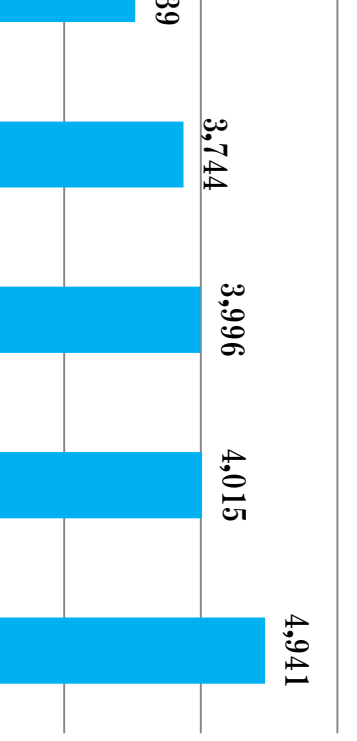
在宅療養支援歯科診療所について

設
設
は社会福祉施設等における療養を歯科医療面から支援する歯科診療所であり、平成20年度改定

問診療料を算定していること
の心身の特性、口腔機能管理及び緊急時対応に係る研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されている

生士が配置されていること
忘じて、患者又は家族、在宅医療を担う医師、介護・福祉関係者等に情報提供できる体制を整えていること
科医療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること

支援歯科診療所の届出医療機関数の推移>
<在宅療養支援歯科診療所の診療報酬上の評価>



	歯援診	歯援診以外
退院時共同指導料 I	600点	300点
歯科疾患在宅療養指導管理料 (口腔機能管理加算)	140点 (+50点)	130点
歯科訪問診療補助加算 <small>【注】平成20年度改定より、同一建物居住者以外の場合：110点 同一居住者の場合：110点</small>		—

中医協 総一三
25.5.29

中医協 総一三
23.11.11

在宅医療における薬剤師

医療の推進に関する検討会 報告書」(平成22年3月19日厚生労働省)(抜粋)
以外の医療スタッフ等の役割の拡大

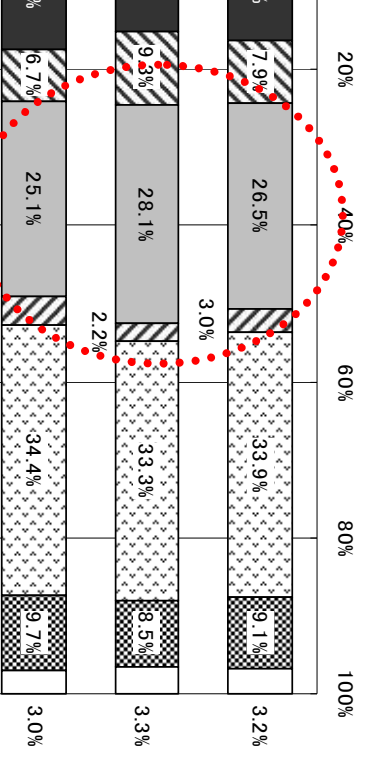
術の進展とともに薬物療法が高度化しており、チーム医療において、薬剤の専門家である薬剤師が主体的に薬物加することが、医療安全の確保の観点から非常に有益である。

在宅医療を始めとする地域医療においても、薬剤師が十分に活用されておらず、看護師等が在宅患者の薬剤管理している場面も少なくない。

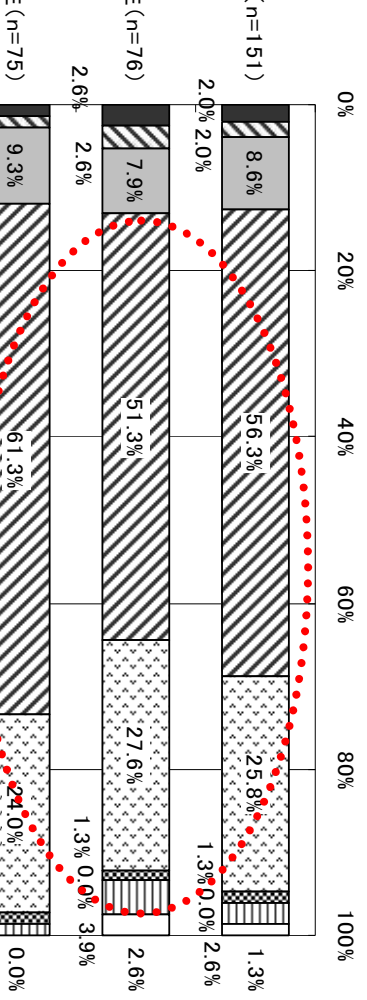
状況を踏まえ、現行制度の下、薬剤師が実施できるにもかかわらず、薬剤師が十分に活用されていない業務を改変し、薬剤師の活用を促すべきである。

況(参考)

〈普段服薬している薬の受け取り方法〉



〈薬局の薬剤師が医薬品を患者へ届ける頻度〉



在宅医療における患者紹介等の不適切な事例

選択を制限するおそれがあると考えられる事例

高齢者用施設を新設するにあたり、特定の医師に入所者を優先的に紹介すること見返りとして、診療報酬の20%のキックバックを要求しているもの。



報酬を用いた経済的誘因により、診療の独占契約を結んでいるおそれがある

療を惹起するおそれがあると考えられる事例

診療所の開設者の親族が経営する高齢者用施設の入居者約300名のみを対象訪問診療を行っているもの。

当たりの訪問患者数36.9人、一人当たりの平均訪問診療時間 5分22秒〜
分、一カ月当たりの訪問診療回数 ほとんど4〜5回／月)



在宅医療の適切な推進に向けた課題と論点

この進展に伴い、平成52年(2040年)までに約40万人死亡者数が増加すると見込
今後増加する在宅医療の需要への対応を行うために、診療報酬においては、重
在宅医療・訪問看護の評価を行っている。

地域により、在宅医療の提供体制に差があり、今後、利用者のニーズに対応でき
地域の実情に応じた在宅医療を推進していくことが必要と考えられる。

在宅医療を適切に推進していく上で、患者の選択を制限するおそれがあると考え
事例や、過剰な診療を惹起するおそれがあると考えられる事例等への対策につ
検討する必要がある。



医療を担う医療機関の量的確保とともに、質の高い在宅医療を提供していくため
診療の運用上、不適切と考えられる事例への対策も含め、地域の実情に応じ
医療を推進していくことについて、どのように考えるか。

今後の論点の整理

いまで、外来医療、在宅医療、入院医療について議論を行ってきたが、この議論を踏まえ、入院医療等の分科会や検証調査の結果等を勘案しながら以下の点等について今後具体的に議論を進めることとはどうか。

景

性期病床の担う役割の明確化と長期入院の是正
急性期、回復期の機能分化に向けた評価の導入
或の実情に応じた病棟の評価のあり方

等

景

かかりつけ医機能の評価
病院の紹介外来の推進

等

景

医療支援診療所・病院の評価の検討

入院医療の適切な推進に向けた課題と論点

急性期・一般急性期について

急性期病床の担う役割の明確化を行うために、①急性期病院における平均在院日数の短縮、②患者に応じた受け入れ、③入院医療の提供に関する連携や在宅復帰の推進、④急性期病床における早期リハビリテーション等の検討を行うことについて、どう考えるか。

療養について

病院と長期療養を行う病棟の機能分化を図る観点から、今回改定の影響を踏まえつつ、急性期病棟長期入院の評価の在り方の見直しの検討を進めることについて、どう考えるか。
高齢化の進展に伴う長期療養患者の受け入れを推進するため、長期療養を担う医療機関において、長期一般急性期及び亜急性期等との連携を進めるとともに、長期療養を担う病棟における受入れ体制について、どう考えるか。

長期等について

リハビリテーション病棟との機能の違いを明確にし、病棟の機能分化に向けた評価の導入を行うため、長期における医療や患者像を明確化し、医療提供内容に応じた評価体系を目指すことについてどう考えるか。

特性について

には、一つの病院で複数の医療機能を持つことが必要な場合もあり、そのような地域の実情に応じた

外来医療の課題と論点について

国は、少子高齢化が進んでおり、65歳以上の高齢者は、現在人口の約20%であるが、平成42年には、平成67年には約41%になると想定されている。また、高齢化の進展に伴う複数の慢性疾患を持つ者の増加に対して適切な対応が更に求められる。

診療の役割分担について、病院勤務医が患者に協力して欲しい内容として、「軽症の場合は、近隣の診療を受診して欲しい」「軽症の場合は、休日・夜間の受診は避けて欲しい。」といった意見が約8割ある。診療の機能分化の推進について、病気になるといつも相談し、診療を受ける医師がいる人は2割強である。一方、日ごろから相談・受診している医師・医療機関へ期待することとして、全人的かつ継続的なアクセスの良さ等があげられる。

保険施設等の入所(居)者の服薬割合として、医師配置義務のない有料老人ホームにおいては、7種類の服薬を行っている入所(居)者が約37%、外用薬ありの人が約48%おり、特養や老健と比べ、その割合が多い傾向があった。

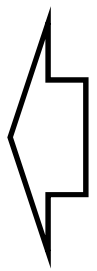


主治医機能の強化の課題と論点について

化の進展に伴い、複数の慢性疾患を有する患者への対応や外来医療の機能分
観点から、中小病院及び診療所において、主治医機能を持った医師が全人的
継続的な診療を行うことが重要である。

では、約45%の患者が複数医療機関あるいは複数診療科を受診している。ま
医療機関の選択については、まずかかつけの医師を受診し、その医師の判断
必要に応じて病院等の専門医療機関を受診することを望む者が多く、適切に専
療機関等への紹介ができることが主治医機能として重要である。

らに加え、主治医機能としては、アクセスしやすい医療機関であること、服薬管
険診等の受診勧奨、気軽に健康相談できること、介護保険制度等の理解、在宅
の提供および24時間の対応等が期待される。



の機能分化の更なる推進の観点から、中小病院及び診療所の主治医機能を持つ

在宅医療の適切な推進に向けた課題と論点

この進展に伴い、平成52年(2040年)までに約40万人死亡者数が増加すると見込
今後増加する在宅医療の需要への対応を行うために、診療報酬においては、重
在宅医療・訪問看護の評価を行っている。

地域により、在宅医療の提供体制に差があり、今後、利用者のニーズに対応でき
地域の実情に応じた在宅医療を推進していくことが必要と考えられる。

在宅医療を適切に推進していく上で、患者の選択を制限するおそれがあると考え
事例や、過剰な診療を惹起するおそれがあると考えられる事例等への対策につ
検討する必要がある。



医療を担う医療機関の量的確保とともに、質の高い在宅医療を提供していくため
診療の運用上、不適切と考えられる事例への対策も含め、地域の実情に応じ
医療を推進していくことについて、どのように考えるか。

前回の医療部会での主な議論・意見

注1：前回の医療部会の議事録をもとに、事務局でまとめたものである。

注2：荒井委員からは意見書が提出されており、以下は、それ以外の議論・意見をまとめたものである。

<総論>

- 高齢化と少子化が急速に進展する中で、現在の医療提供体制のままでは、本当に日本は大丈夫なのか、ということを議論するべき。議論にあたっては、現状を正しく把握することが必要である。（相澤委員）
- 都道府県と国の役割分担・責任分担を明確にする必要がある。（樋口委員）

1. 病床の機能分化・連携の推進

- 地域医療ビジョン策定にあたっては、「一般病床の機能分化の推進についての整理」（平成24年6月15日・急性期医療に関する作業グループ）で示されている通り、まずは、都道府県が報告制度を通じて医療機関の現状を把握し、国において、都道府県に報告された医療機能に関する情報を分析するべき。国は、この分析を踏まえ、地域医療ビジョンのガイドラインを作成し、その後、各都道府県によるビジョンの作成に移るというタイムスケジュールとするべきである。（西澤委員・中川委員）
- 医療機関が報告する医療機能については、引き続き、検討会で慎重に議論を行っていくべきである。（中川委員）
- 患者が急性期・亜急性期・回復期のどの機能に行けば良いのか正しく理解できるような、分かりやすい国民への情報提供のあり方を議論するべきである。（山口委員）

2. 在宅医療の推進

- 病院の機能だけでなく、在宅医療も絡めて調査を行ったうえで、医療提供体制を考えるべきである。（藤本委員）
- 在宅医療を推進するにあたっては、地域の医療財源としての診療所が、実態としてどれくらいの診療機能を持っているのかを調べるべきではないか。（山崎委員）
- 地域では高齢の開業医が多い中で、実際にどのくらいの医師が在宅医療を担うことができるのか、実態を把握する必要がある。在宅医療について、国が考えているニーズと、実際に提供できる体制がどの程度あるのかを、まずは正しく把握することが必要である。（今村委員）
- 在宅医療は、地域包括ケアシステムの一部であるから、医療計画だけではなく、市町村のつくる介護保険事業計画等とのリンケージを進めていかないとうまく機能しない。（田中部会長代理）
- 在宅医療の推進が一定のテンポ、速度を持って進展しなければ、やがて多くの高齢者の居場所がなくなることに直結するという危機感を共有することが必要。（高智委員）

3. 特定機能病院の承認の更新制の導入

- 特定機能病院の承認の更新制の導入は妥当である。現在検討されている特定機能病院の承認要件の見直しについては、特定機能病院の制度化から約20年が経過する点を考慮し、その間における高度の医療レベルの変化や、臨床研究、研修等の達成度等との関係も踏まえて検討するべきである。（加藤委員）

4. 医師確保対策（地域医療支援センター（仮称）の設置）

5. 看護職員確保対策

- ナースセンターによる職場復帰システムが実効的に構築されるよう、今後、看護師籍や業務従事者届出制度等との連動や、ナースセンターの機能強化等について、十分に検討する必要がある。（齋藤委員（菊池参考人））

6. 医療機関における勤務環境の改善

- 自主的な勤務環境マネジメントシステムの創設に賛成。看護職員確保対策の観点からは、夜勤交代制の勤務環境の改善や、妊娠中・育児中でも働き続けられる勤務環境の整備が有効。このため、医療機関が自主的に勤務環境の改善に取り組むマネジメントシステムを創設し、行政がそうした取り組みを支援する仕組みは重要。（齋藤委員（菊池参考人））

7. チーム医療の推進

8. 医療事故に係る調査の仕組み等の整備

- 基本的なあり方について、病院団体は、これに賛成したものではない。医療事故については、再発防止に力点を置くべきであり、第三者機関を設けることはいいが、行政による懲罰や行政処分の対象となる、さらには刑法が適用できるという現在の仕組みを改正する方向での検討をお願いしたい。（日野委員）

9. 臨床研究の推進

10. 外国医師等の臨床修練制度の見直し

11. 歯科技工士国家試験の見直し

12. 持分なし医療法人への移行の促進

- 医療法人については、非営利性だけではなく、医療が有する公益性や、社会・地域貢献等の観点から、21世紀にふさわしい医療法人のあり方を議論しないと、人々の信用を得るのは難しいのではないかと。（田中部会長代理）
- 今回、制度改正を行うにあたっては、同時に税務の面での検討を行い、税務当局との調整を適切に進めるべきである。（山崎委員）

（以上）

社会保障審議会医療部会

荒井奈良県知事意見

平成 25 年 6 月 20 日

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

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

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

4 一般病床の機能分化について

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

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

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

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

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

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

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

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

5 在宅医療の推進について

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

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

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

ているのか。

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

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

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

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

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

（4）いわゆる「社会的入院」の扱い方について

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

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

・療養病床における医療の内容と老人保健施設における医療の内容はどのような違いがあるのか。また、それぞれはどのようなものであるべきなのか。

・人生の末期において、身の置き場のない人をどのように扱うのか。

6 特定機能病院の承認の更新制について

更新制度は必要と考えます。

7 医師確保対策について

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

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

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

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

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

①医師の地域間、診療科間での「偏在」をどのような手法で確認、認定されようとしているのか。

②「医師偏在」の原因をどのように認識され、その解消をどのような仕組みで解消されようとしているのか

③女性医師の勤務地、診療科の「偏在」をどのように認識されているのか。

④医師の育成地と勤務地の「偏在」の根本的原因をどのように考えられ、その是正策は、どのようなものを考えておられるのか。

⑤地域支援センターのあるべき機能をどのように考えておられるのか。支援の内容はどのようなものを想定しておられるのか。それは効果がありそうなものか。支援はどのような仕組みで実行可能か。

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

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

8 看護師確保対策について

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

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

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

9 医療機関の勤務環境改善について

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

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

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

(参照：県立奈良病院時間外勤務手当事件)

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

②労働基準法第41条では「宿直は、監視又は断続的労働に従事する者として、

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

1 0 チーム医療の推進について

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

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

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

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

1 1 医療事故に係る調査の仕組等

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

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

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

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

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

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

1.2 医療法とその他の医療関係法制の体系化づくりについて

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

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

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

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

医療法等改正法案の全体像

医療サービス提供体制の現状と課題

医療法等改正法案による対応の方向性

○ 今後、高齢化の進展により、医療・介護サービスの需要は大きく増大することが見込まれる。これに対応するためには、医療サービスをより効果的・効率的に提供していく必要がある。

こうした中、医療サービスの機能の面では、以下の課題が存在。

- ・病院・病床の機能・役割分担が不明確
- ・急性期治療を経過した患者を受け入れる入院機能が不足

多くの国民が自宅などでの療養を希望していることを踏まえた、在宅医療の確保・充実が必要

また、人材確保の面では、以下の課題が存在。

- ・医師が地域間・診療科間で偏在
- ・医療技術・機器の高度化、インフォーマットコンテンツの実践、医療安全の確保等に伴って、医療スタッフの業務増大
- ・長時間労働や当直、夜勤・交代制勤務など、厳しい勤務環境

○ 医療事故の原因究明・再発防止のため、全ての医療機関に医療事故を調査する仕組みを確立していくことが課題。

○ 次世代のより良質な医療の提供を図っていくため、臨床研究の基盤を整備し、基礎研究の成果を実用化に結びつけていくことが課題。

病院・病床機能の分化・連携

- 1 病床の機能分化・連携の推進
- 2 在宅医療の推進
- 3 特定機能病院の承認の更新制の導入

人材確保・チーム医療の推進

- 4 医師確保対策（地域医療支援センター（仮称）の設置）
- 5 看護職員確保対策（看護師復職支援のための届出制度）
- 6 医療機関における勤務環境の改善
- 7 チーム医療の推進（特定行為に係る看護師の研修制度等）

医療事故の原因究明・再発防止

- 8 医療事故に係る調査の仕組み等の整備

臨床研究の推進

- 9 臨床研究の推進（臨床研究中核病院（仮称）の位置づけ）

その他

- 10 外国医師等の臨床修練制度の見直し
- 11 歯科技工士国家試験の見直し
- 12 持分なし医療法人への移行の促進

医療法等の一部を改正する法律案(仮称)の概要

急速な少子高齢化の進展、人口・世帯構造や疾病構造の変化、医療技術の高度化、国民の医療に対するニーズの変化などの医療を取り巻く環境の変化に対応するため、「社会保障・税一体改革」(平成24年2月17日閣議決定)に基づき病院・病床機能の分化・強化や、在宅医療の充実、チーム医療の推進等により、患者それぞれの状態にふさわしい良質かつ適切な医療を効果的かつ効率的に提供する体制を構築する。

法案の概要

1 病床の機能分化・連携の推進(医療法関係)

- ① 各医療機関が、その有する病床の医療機能(急性期、亜急性期、回復期等)を都道府県知事に報告する仕組みを創設。
 - ② 都道府県が、医療計画の一部として、地域の医療需要の将来推計や、医療機関から報告された情報等を活用して、二次医療圏等ごとに各医療機能の必要量等を含む地域の医療提供体制の将来の目指すべき姿(地域医療ビジョン)を策定。
- ※ 上記と併せて、国・都道府県・病院・有床診療所の役割や、国民・患者の責務を規定。

2 在宅医療の推進(医療法関係)

- ・ 医療計画において、在宅医療についても5疾病5事業と同様、達成すべき目標や医療連携体制に関する事項の記載を義務づけ。

3 特定機能病院の承認の更新制の導入(医療法関係)

- ・ 高度の医療の提供等を担う特定機能病院について、その質を継続的に確保するため、更新制を導入。

4 医師確保対策(地域医療支援センター(仮称)の設置)(医療法関係)

- ・ 都道府県に対して、キャリア形成支援と一体となって医師不足病院の医師確保の支援等を行う地域医療支援センター(仮称)の設置の努力義務規定を創設。

5 看護職員確保対策(看護師等確保促進法関係)

- ・ 看護職員の復職に効果的に支援する観点から、看護師免許等の保持者について、都道府県ナースセンターへの届出制度を創設。

6 医療機関における勤務環境の改善(医療法関係)

- ・ 国における指針の策定など医療機関の勤務環境改善のための自主的なマネジメントシステムを創設するとともに、都道府県ごとに、こうした取組を支援する医療勤務環境改善支援センター(仮称)の設置等を規定。

7 チーム医療の推進

- ① 診療の補助のうち高い専門知識と技能等が必要となる行為を明確化するとともに、医師又は歯科医師の指示の下、プロトコール(手順書)に基づきその行為を実施する看護師に対する研修の仕組みを創設。(保健師助産師看護師法関係)
- ② 診療放射線技師の業務範囲を拡大(診療放射線技師法関係)
- ③ 歯科衛生士の業務実施態勢を見直し(歯科衛生士法関係)

8 医療事故に係る調査の仕組み等の整備(医療法関係)

- ・ 医療事故の原因究明及び再発防止を図るため、医療機関に対する院内調査の実施を義務付け、各医療機関から報告のあった調査結果の分析や再発防止策に係る普及・啓発を行うとともに、遺族又は医療機関の求めに応じて医療事故に係る調査を行う第三者機関の設置等を規定。

9 臨床研究の推進(医療法関係)

- ・ 日本発の革新的医薬品・医療機器の開発などに必要となる質の高い臨床研究を推進するため、国際水準の臨床研究や医師主導治験の中心的役割を担う病院を臨床研究中核病院(仮称)として位置づける。

10 外国医師等の臨床修練制度の見直し(外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律関係)

- ・ 臨床修練制度について、手続・要件の簡素化を行うとともに、研修目的に加えて、教授・臨床研究目的の場合における診療行為を新たに認める。

11 歯科技工士国家試験の見直し(歯科技工士法関係)

- ・ 現在都道府県が行っている試験について、国が実施。

12 持分なし医療法人への移行の促進(医療法等一部改正法関係)

- ・ 持分なし医療法人が持分なし医療法人に移行するための移行計画を策定し、都道府県知事がこれを認定する仕組み等を設ける。

※現段階の検討内容であり、社会保障制度改革国民会議の議論等を踏まえ、引き続き検討を行う。

社会保障審議会医療部会

荒井奈良県知事意見

平成 25 年 8 月 2 日

1. 先般の医療部会において、「知事をはじめ地方行政の関係者と厚生労働省をはじめ国の医療関係者との間で、建設的で忌憚のない意見交換が行われることを期待します。」と申し述べたところ、早速先月 18 日に医療法改正に係る厚生労働省と都道府県との協議が開催されましたことを感謝申し上げます。

2. 知事会においても、早速医療法改正についての勉強会を立ち上げました。今後とも、真摯な意見交換を行い、医療法改正に向けて、建設的に協議が進むようにしていきたいと考えています。

3. 近い将来、高齢化に伴う大幅な病床不足が確実に見込まれる中、病院・病床の機能分化、機能に応じた医療資源の集中投入は喫緊の課題であり、医療法改正とこれに基づく具体的な施策の展開は早急に実施すべきであると考えており、私としても積極的に協力をしたいと考えています。

4. 診療報酬について

(1) 診療報酬は、国において決められることですが、医療機関にとって極めて大きなインセンティブとなるため、診療報酬による誘導は慎重な配慮が必要と考えます。このことは、かつて 7 : 1 看護に関する診療報酬改定が病床の偏在を招いたことをよく検証する必要があります。

(2) 医療機能分化については、医療法と診療報酬を車の両輪として進めることが必要である、との厚労省の考え方が既に示されています。医療機能分化について、「地域医療ビジョン」の策定など、都道府県において一定の役割を担うことが求められている以上、地域の実情に応じて医療機能分化に資する補助金の創設を強く要望をします。そして、この補助金は、施設整備に限定することなく、ソフト事業も対象とし、公立病院・民間病院のいずれも対象とすることが重要です。

(3) 診療報酬は全国一律で地域の実情にきめ細かな対応はできない反面、補助金は地域の実情に応じて、医療資源を適正に配置する有効な誘導策となり得るため、診療報酬はこの補助金と整合的な形で、目標を明確にして重点化することが必要と考えます。

(4) 補助金、目標が明確にされた診療報酬と併せて、都道府県が主体的に、地域の実情に応じた最適な医療提供体制を構築できるような手法の導入についても、この際実現していただくことを要望します。