

1. 医療法改正について

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案の概要

趣旨

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、効率的かつ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することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。

概要

1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（地域介護施設整備促進法等関係）

- ①都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のため、**消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置**
- ②**医療と介護の連携を強化**するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定

2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）

- ①医療機関が都道府県知事に**病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告し、**都道府県は、それをもとに**地域医療構想（ビジョン）**（地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を医療計画において策定
- ②**医師確保支援**を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け

3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化（介護保険法関係）

- ①在宅医療・介護連携の推進などの**地域支援事業の充実**とあわせ、**予防給付（訪問介護・通所介護）を地域支援事業に移行し、多様化** ※地域支援事業：介護保険財源で市町村が取り組む事業
- ②**特別養護老人ホーム**について、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化
- ③**低所得者の保険料軽減を拡充**
- ④**一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引上げ**（ただし、一般の世帯の月額上限は据え置き）
- ⑤低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「**補足給付**」の要件に**資産などを追加**

4. その他

- ①診療の補助のうちの**特定行為を明確化**し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設
- ②**医療事故に係る調査の仕組み**を位置づけ
- ③医療法人社団と医療法人財団の合併、持分なし医療法人への移行促進策を措置
- ④介護人材確保対策の検討（介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を27年度から28年度に延期）

施行期日（予定）

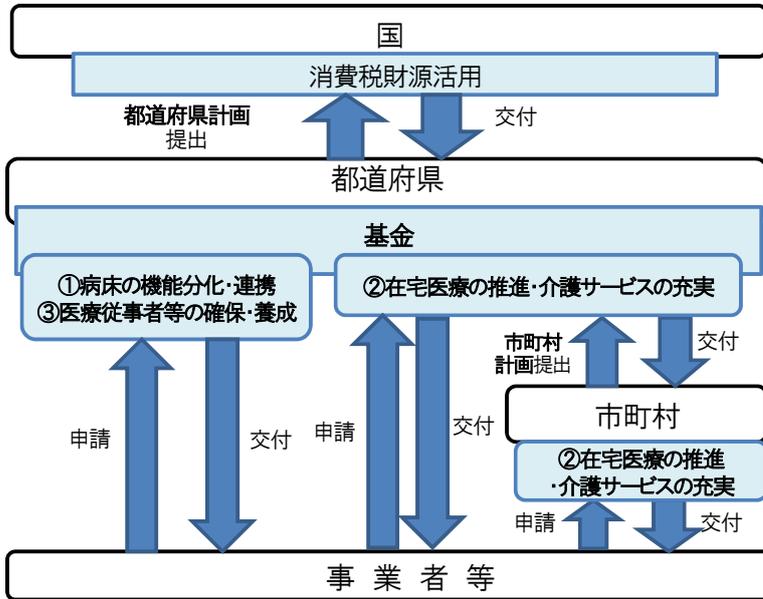
公布日。ただし、医療法関係は平成26年10月以降、介護保険法関係は平成27年4月以降など、順次施行。

医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度

平成26年度
：公費で904億円

- 団塊の世代が後期高齢者となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医師・看護師等の医療従事者の確保・勤務環境の改善、地域包括ケアシステムの構築、といった「医療・介護サービスの提供体制の改革」が急務の課題。
- このため、医療法等の改正による制度面での対応に併せ、消費税増収分を財源として活用し、医療・介護サービスの提供体制改革を推進するための新たな財政支援制度を創設する。
- 各都道府県に消費税増収分を財源として活用した基金をつくり、各都道府県が作成した計画に基づき事業実施。
- ◇ 「地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律」を改正し、法律上の根拠を設ける。
- ◇ この制度はまず医療を対象として平成26年度より実施し、介護については平成27年度から実施。病床の機能分化・連携については、平成26年度は回復期病床への転換等現状でも必要なもののみ対象とし、平成27年度からの地域医療構想(ビジョン)の策定後に更なる拡充を検討。

【新たな財政支援制度の仕組み(案)】



地域にとって必要な事業に適切かつ公平に配分される仕組み(案)

- ①国は、法律に基づく基本的な方針を策定し、対象事業を明確化。
- ②都道府県は、計画を厚生労働省に提出。
- ③国・都道府県・市町村が基本的な方針・計画策定に当たって公正性及び透明性を確保するため、関係者による協議の仕組みを設ける。
※国が策定する基本的な方針や交付要綱の中で、都道府県に対して官民に公平に配分することを求める旨を記載するなどの対応を行う予定。(公正性及び透明性の確保)

新たな財政支援制度の対象事業(案)

- 1 病床の機能分化・連携のために必要な事業
(1)地域医療構想(ビジョン)の達成に向けた医療機関の施設・設備の整備を推進するための事業 等
- 2 在宅医療・介護サービスの充実のために必要な事業
(1)在宅医療(歯科・薬局を含む)を推進するための事業
(2)介護サービスの施設・設備の整備を推進するための事業 等
- 3 医療従事者等の確保・養成のための事業
(1)医師確保のための事業
(2)看護職員の確保のための事業
(3)介護従事者の確保のための事業
(4)医療・介護従事者の勤務環境改善のための事業 等

■国と都道府県の負担割合は、2/3:1/3

病床機能報告制度と地域医療構想(ビジョン)の策定

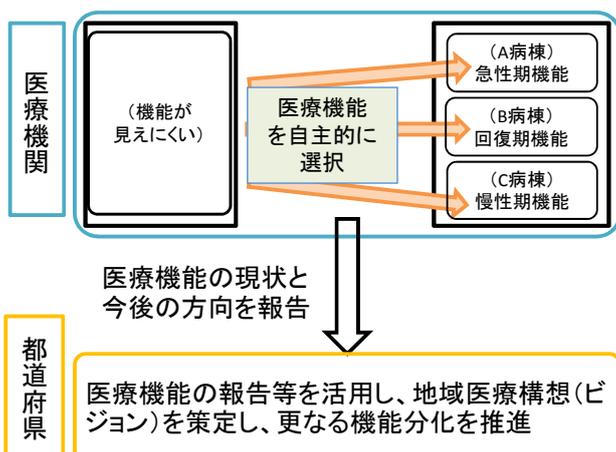
○ 病床機能報告制度(平成26年度～)

医療機関が、その有する病床において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する制度を設け、医療機関の自主的な取組みを進める。

○ 地域医療構想(ビジョン)の策定(平成27年度～)

都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して、二次医療圏等ごとの各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを策定し、医療計画に新たに盛り込み、さらなる機能分化を推進。

国は、都道府県における地域医療構想(ビジョン)策定のためのガイドラインを策定する(平成26年度～)。



(地域医療構想(ビジョン)の内容)

1. 2025年の医療需要
入院・外来別・疾患別患者数 等
2. 2025年に目指すべき医療提供体制
・二次医療圏等(在宅医療・地域包括ケアについては市町村)ごとの医療機能別の必要量
3. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例)
医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、医療従事者の確保・養成等

地域医療構想（ビジョン）を実現する仕組み

(1)「協議の場」の設置

- 都道府県は、地域医療構想の実現について、医療関係者、医療保険者等の関係者との協議を行う「協議の場」を設置。医療機関相互の協議により、地域医療構想を推進していくが、協議だけでは進まない場合には、都道府県知事が以下の措置を講ずることができることとする。

(2)都道府県知事が講ずることができる措置

① 病院の新規開設・増床への対応

- 都道府県知事は、開設許可の際に、不足している医療機能を担うという条件を付けることができることとする。

② 既存医療機関による医療機能の転換への対応

【医療機関が過剰な医療機能に転換しようとする場合】

- 都道府県知事は、医療機関に対して医療審議会での説明等を求めることができることとし、転換にやむを得ない事情がないと認める時は、医療審議会の意見を聴いて、転換の中止を要請（公的医療機関等には命令）することができることとする。

【「協議の場」の協議が調わず、自主的な取組みだけでは機能分化・連携が進まない場合】

- 都道府県知事は、医療審議会の意見を聴いて、不足している医療機能に係る医療を提供すること等を要請（公的医療機関等には指示）することができることとする。

③ 稼働していない病床の削減の要請

- 医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合において、都道府県知事は公的医療機関等以外の医療機関に対して、医療審議会の意見を聴いて、稼働していない病床の削減を要請することができることとする。

※ 現行の医療法上、公的医療機関等に対しては、都道府県知事が稼働していない病床の削減を命令することができることとなっている。

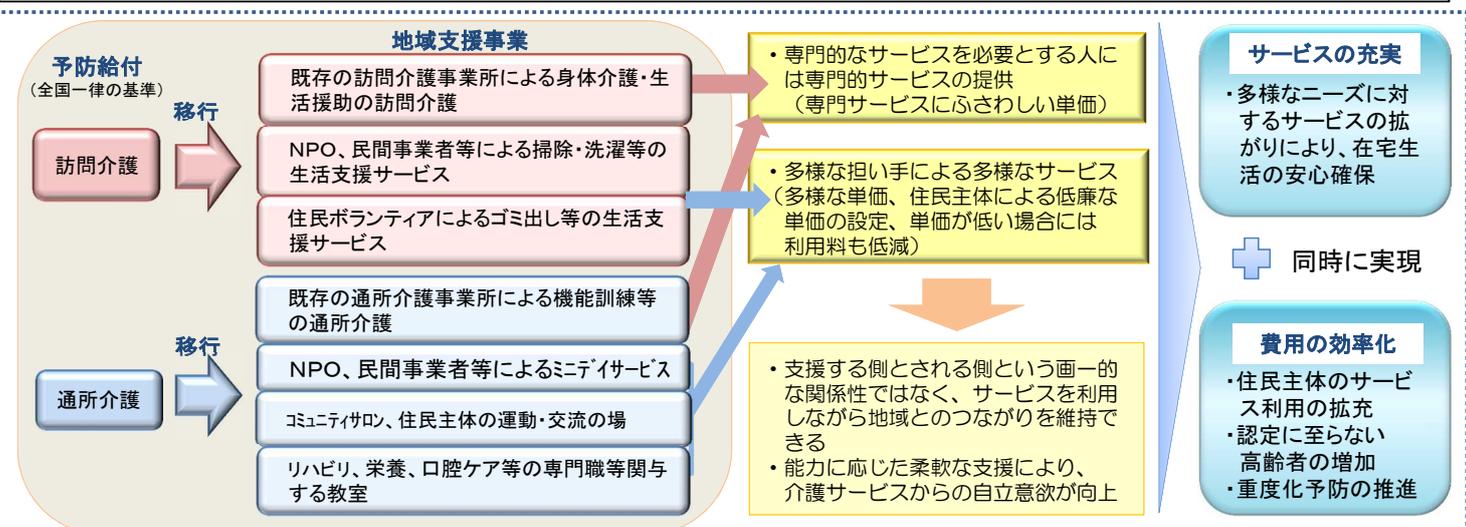
【医療機関が上記の要請又は命令・指示に従わない場合の措置】

- 医療機関が上記の要請に従わない場合は、都道府県知事が勧告を行う。当該勧告にも従わない場合や、公的医療機関が上記の命令・指示に従わない場合には、現行の医療法上の措置（管理者の変更命令や公的医療機関への運営の指示等）に加えて、以下の措置を講ずることができることとする。

- イ 医療機関名の公表
- ロ 各種補助金の交付対象や福祉医療機構の融資対象からの除外
- ハ 地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認の取消し

予防給付の見直しと地域支援事業の充実

- 予防給付のうち訪問介護・通所介護について、市町村が地域の実情に応じた取組ができる介護保険制度の地域支援事業へ移行（29年度末まで）。財源構成は給付と同じ（国、都道府県、市町村、1号保険料、2号保険料）。
- 既存の介護事業所による既存のサービスに加えて、NPO、民間企業、ボランティアなど地域の多様な主体を活用して高齢者を支援（高齢者の状態像等に応じたケアマネジメント）。高齢者は支え手側に回ることも。
- 総合事業の事業費の上限は、事業への移行分を賅えるように見直し。
- 国は、指針（ガイドライン）を策定し、市町村による事業の円滑な実施を支援。



<地域支援事業の充実>

①生活支援・介護予防の充実

- ・住民主体で参加しやすく、地域に根ざした介護予防活動の推進
- ・元気な時からの切れ目ない介護予防の継続
- ・リハビリテーション専門職等の関与による介護予防の取組
- ・見守り等生活支援の担い手として、生きがいと役割づくりによる互助の推進

②在宅医療・介護連携の推進

③認知症施策の推進

④地域ケア会議の推進

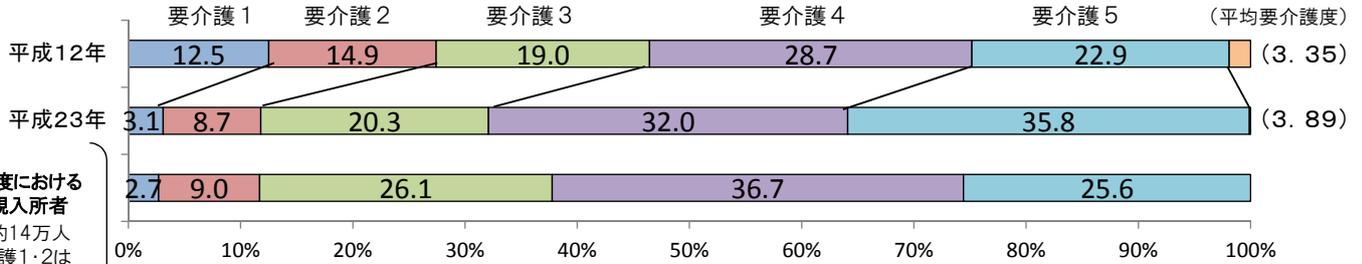
特別養護老人ホームの重点化

〔見直し案〕

- 原則、特養への新規入所者を要介護度3以上の高齢者に限定し、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える施設としての機能に重点化【既入所者は除く】
- 他方で、軽度（要介護1・2）の要介護者について、やむを得ない事情により、特養以外での生活が著しく困難であると認められる場合には、市町村の関与の下、特例的に、入所を認める
【参考：要介護1・2であっても特養への入所が必要と考えられる場合（詳細については今後検討）】
 - 知的障害・精神障害等も伴って、地域での安定した生活を続けることが困難
 - 家族等による虐待が深刻であり、心身の安全・安心の確保が不可欠
 - 認知症高齢者であり、常時の適切な見守り・介護が必要

要介護度別の特養入所者の割合

◀ 施設数：7,831施設 サービス受給者数：51.1万人（平成25年8月） ▶



特養の入所申込者の状況

(単位:万人)

	要介護1~2	要介護3	要介護4~5	計
全体	13.2 (31.2%)	11.0 (26.2%)	17.9 (42.4%)	42.1 (100%)
うち在宅の方	7.7 (18.2%)	5.4 (12.9%)	6.7 (16.0%)	19.9 (47.2%)

※各都道府県で把握している特別養護老人ホームの入所申込者の状況を集計したものの。(平成21年12月集計。調査時点は都道府県によって異なる。)

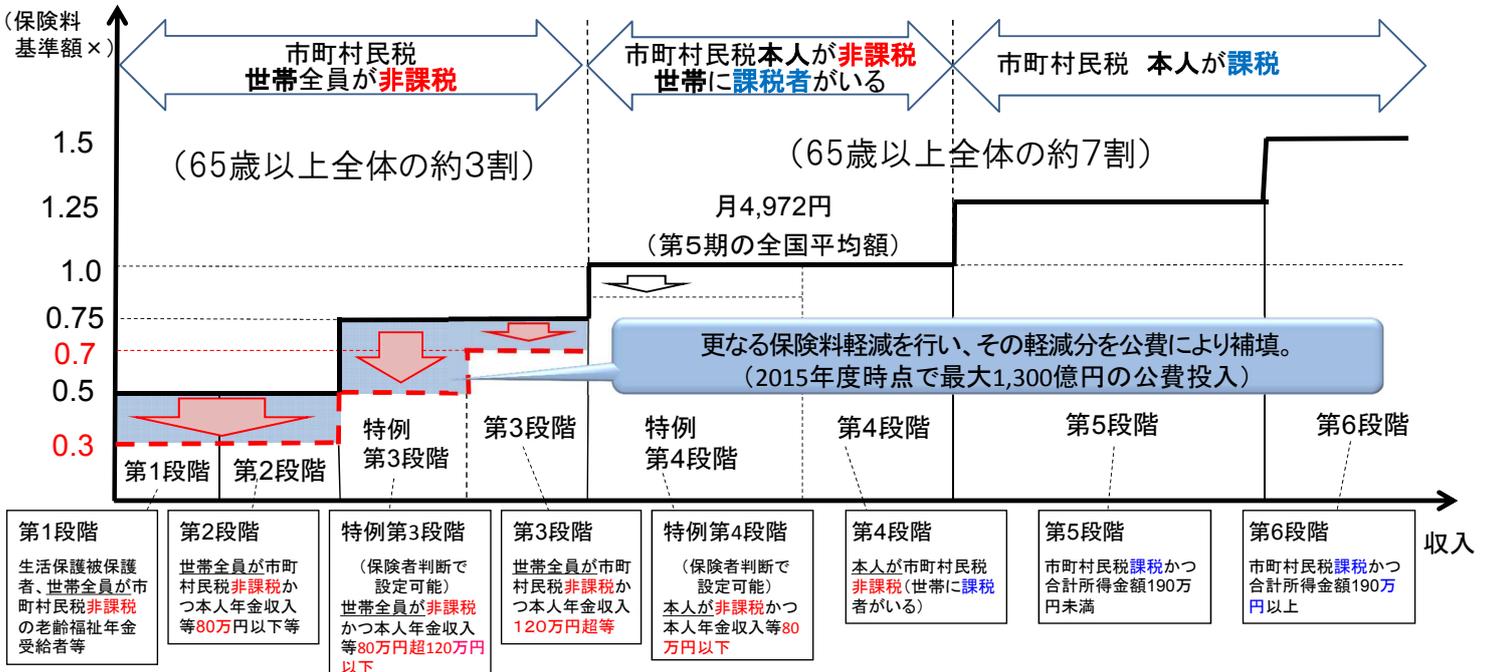
低所得者の一号保険料の軽減強化

〔見直し案〕

- 給付費の5割の公費とは別枠で公費を投入し、低所得の高齢者の保険料の軽減を強化。(公費負担割合 国1/2、都道府県1/4、市町村1/4)
- 平成27年度(第6期介護保険事業計画)から実施。

現行 27年度~

第1・第2段階	0.5 → 0.3
特例第3段階	0.75 → 0.5
第3段階	0.75 → 0.7



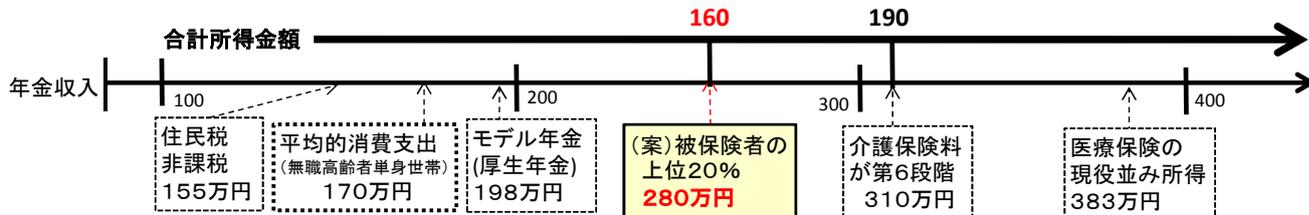
一定以上所得者の利用者負担の見直し

負担割合の引き上げ

- 保険料の上昇を可能な限り抑えつつ、制度の持続可能性を高めるため、これまで一律1割に据え置いている利用者負担について、**相対的に負担能力のある一定以上の所得の方の自己負担割合を2割とする**。ただし、月額上限があるため、見直し対象の全員の負担が2倍になるわけではない。
- 自己負担2割とする水準は、モデル年金や平均的消費支出の水準を上回り、かつ負担可能な水準として、**被保険者の上位20%**に該当する合計所得金額160万円以上の者(単身で年金収入のみの場合、280万円以上)を予定(政令事項)
- 利用者の所得分布は、被保険者全体の所得分布と比較して低いため、被保険者の上位20%に相当する基準を設定したとしても、実際に影響を受けるのは、在宅サービスの利用者のうち15%程度、特養入所者の5%程度と推計。

自己負担2割とする水準(単身で年金収入のみの場合)

※年金収入の場合: 合計所得金額 = 年金収入額 - 公的年金等控除(基本的に120万円)



負担上限の引き上げ

自己負担限度額(高額介護サービス費)のうち、医療保険の現役並み所得に相当する者のみ引上げ

参考: 医療保険の70歳以上の高額療養費の限度額

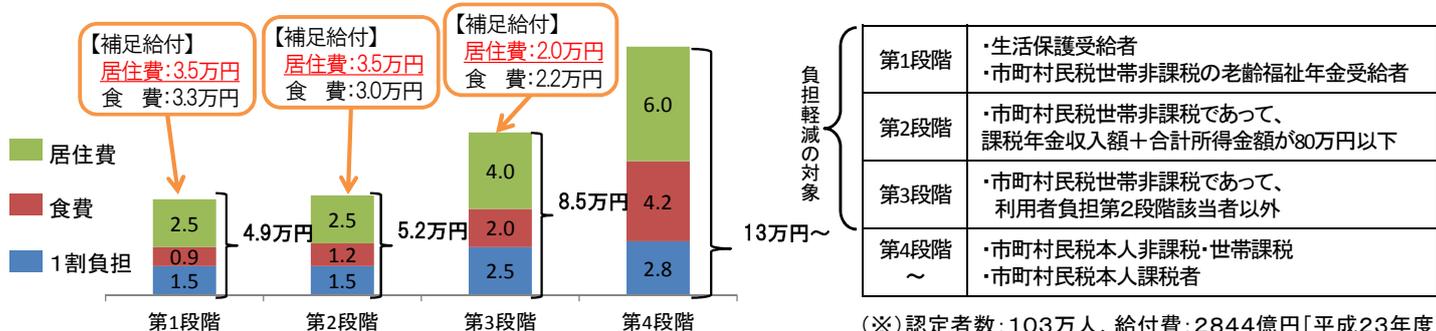
〈現行〉		〈見直し案〉	
	自己負担限度額(月額)		
一般	37,200円(世帯)	現役並み所得相当	44,400円
市町村民税世帯非課税等	24,600円(世帯)	一般	37,200円
年金収入80万円以下等	15,000円(個人)		

	自己負担限度額(現行/世帯単位)
現役並み所得者	80,100 + 医療費1% (多数該当: 44,400円)
一般	44,400円
市町村民税非課税等	24,600円
年金収入80万円以下等	15,000円

補足給付の見直し(資産等の勘案)

- 施設入所等にかかる費用のうち、食費及び居住費は本人の自己負担が原則となっているが、住民税非課税世帯である入居者については、その申請に基づき、補足給付を支給し負担を軽減。
- 福祉的な性格や経過的な性格を有する制度であり、預貯金を保有するにもかかわらず、保険料を財源とした給付が行われることは不公平であることから、資産を勘案する等の見直しを行う。

〈現在の補足給付と施設利用者負担〉 ※ ユニット型個室の例



〈見直し案〉

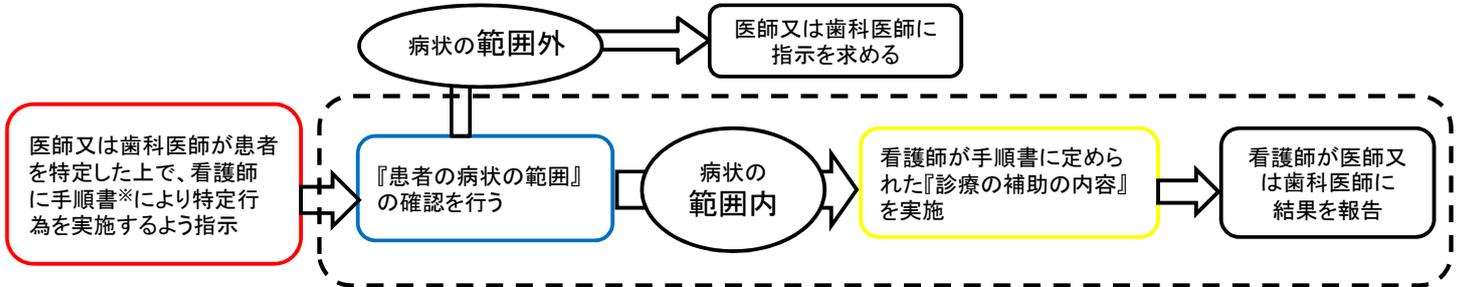
- 預貯金等** → 一定額超の預貯金等(単身では1000万円超、夫婦世帯では2000万円超程度を想定)がある場合には、対象外。→ 本人の申告で判定。金融機関への照会、不正受給に対するペナルティ(加算金)を設ける
- 配偶者の所得** → 施設入所に際して世帯分離が行われることが多いが、配偶者の所得は、世帯分離後も勘案することとし、配偶者が課税されている場合は、補足給付の対象外
- 非課税年金収入** → 補足給付の支給段階の判定に当たり、非課税年金(遺族年金・障害年金)も勘案する

特定行為に係る看護師の研修制度について

制度創設の必要性

- 2025年に向けて、さらなる在宅医療等の推進を図っていくためには、個別に熟練した看護師のみでは足りず、その都度、医師又は歯科医師の判断を仰がず、手順書により、一定の診療の補助(特定行為:例えば、脱水時の点滴(脱水の程度の判断と輸液による補正)など)を行う看護師を養成し、確保していく必要がある。
- このため、その行為を特定し、手順書によりそれを実施する場合の研修制度を創設し、その内容を標準化することにより、今後の在宅医療等を支えていく看護師を計画的に養成していくことが、本制度創設の目的である。

特定行為に係る研修の対象となる場合



- ※**手順書**: 医師又は歯科医師が看護師に診療の補助を行わせるためにその指示として作成する文書であって、看護師に診療の補助を行わせる『患者の病状の範囲』及び『診療の補助の内容』その他の事項が定められているもの。
- 現行と同様、医師又は歯科医師の指示の下に、手順書によらないで看護師が特定行為を行うことに制限は生じない。
 - 本制度を導入した場合でも、患者の病状や看護師の能力を勘案し、医師又は歯科医師が直接対応するか、どのような指示により看護師に診療の補助を行わせるかの判断は医師又は歯科医師が行うことに変わりはない。

指定研修修了者の把握方法

研修修了者の把握については、厚生労働省が指定研修機関から研修修了者名簿の提出を受ける(省令で規定することを想定)。

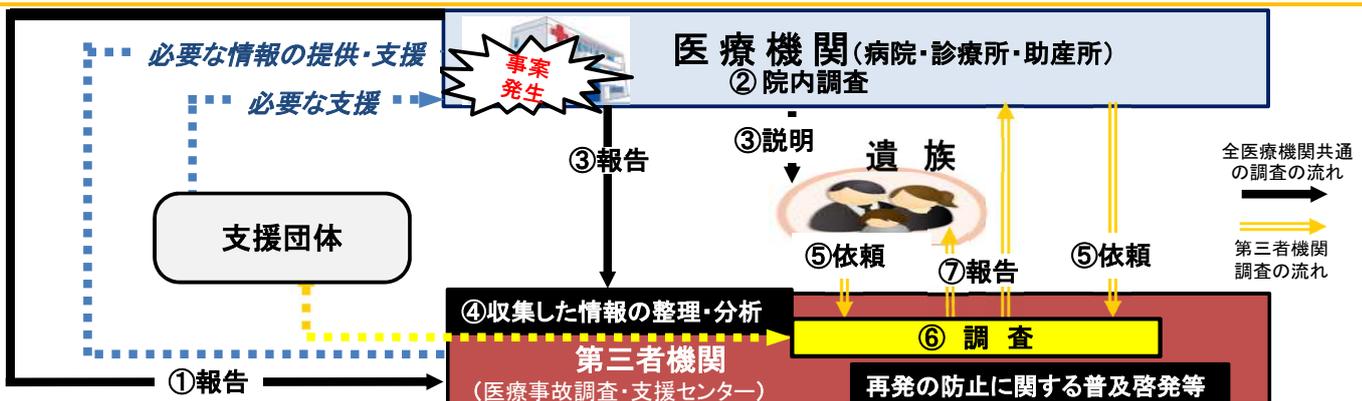
医療事故に係る調査の仕組み

- 医療事故が発生した医療機関において院内調査を行い、その調査報告を民間の第三者機関(医療事故調査・支援センター)が収集・分析することで再発防止につなげるための医療事故に係る調査の仕組み等を、**医療法に位置づけ**、医療の安全を確保する。
- **対象となる医療事故**は、医療機関に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該医療機関の管理者がその死亡又は死産を予期しなかったものとする。

調査の流れ:

- 対象となる医療事故が発生した場合、医療機関は、**第三者機関への報告(①)**、必要な**調査の実施(②)**、調査結果について**遺族への説明及び第三者機関(※)への報告(③)**を行う。
- 第三者機関は、医療機関が行った調査結果の報告に係る整理・分析(④)を行い、医療事故の再発の防止に関する普及啓発を行う。
- 医療機関又は遺族から**調査の依頼(⑤)**があったものについて、**第三者機関が調査(⑥)**を行い、その結果を**医療機関及び遺族への報告(⑦)**を行う。

※(1)医療機関への支援、(2)院内調査結果の整理・分析、(3)遺族又は医療機関からの求めに応じて行う調査の実施、(4)再発の防止に関する普及啓発、(5)医療事故に係る調査に携わる者への研修等を適切かつ確実に**新たな民間組織を指定**する。

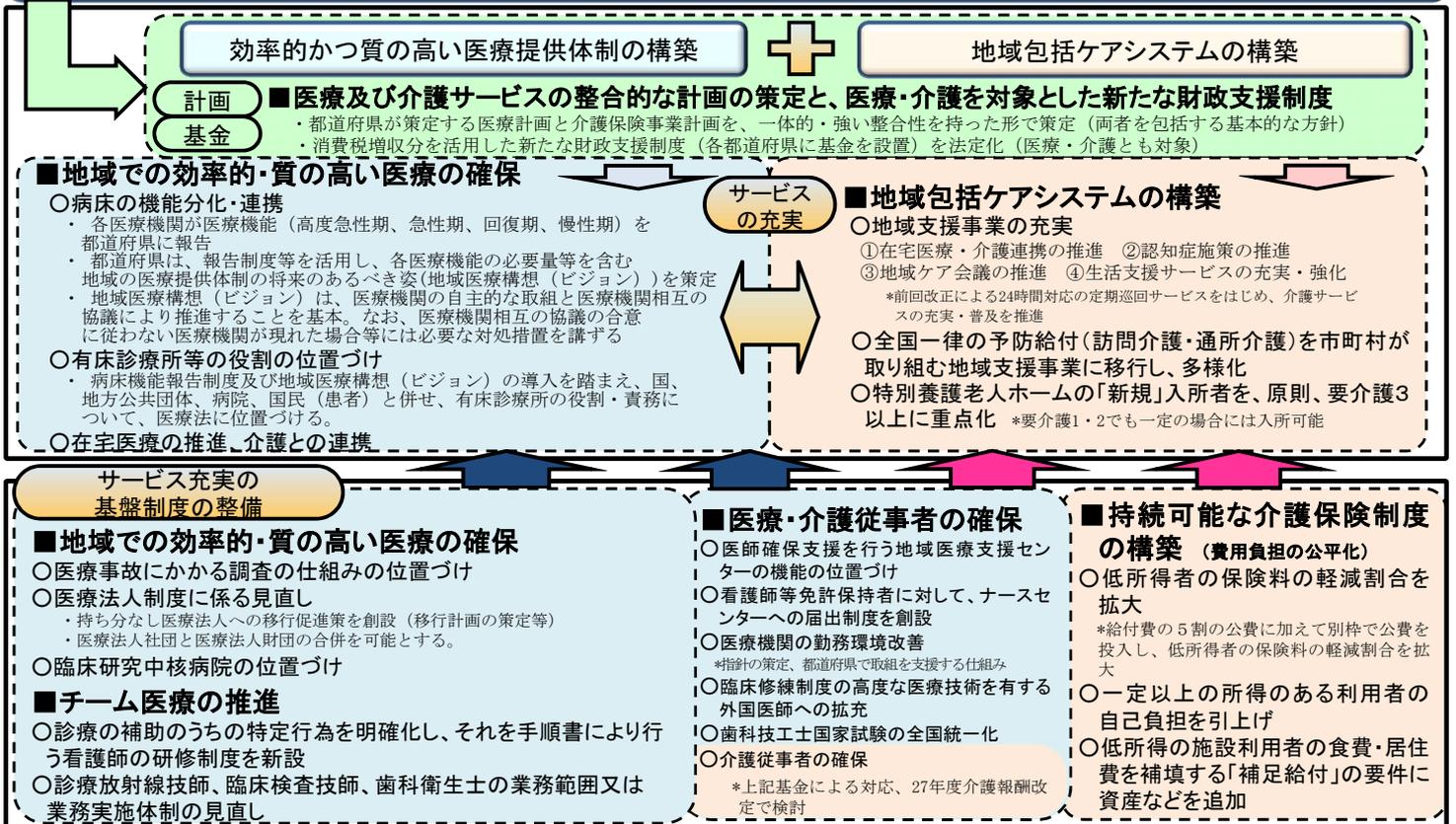


(注1) 支援団体については、実務上厚生労働省に登録するとともに、委託を受けて第三者機関の業務の一部を行う。
(注2) 第三者機関への調査の依頼は、院内調査の結果が得られる前に行われる場合もある。

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための 関係法律の整備等に関する法律案について（資料）

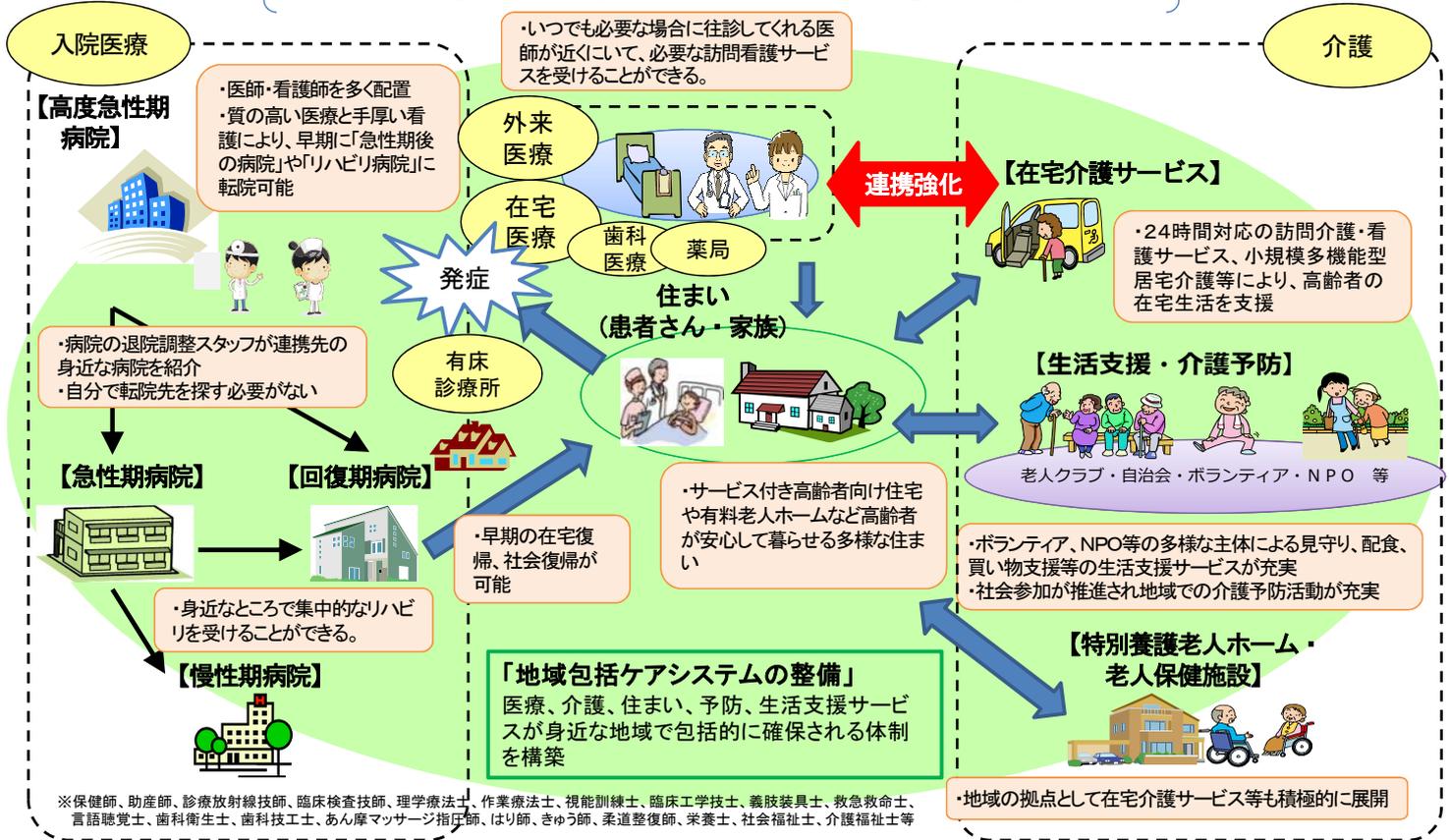
地域における医療・介護の総合的な確保を図るための改革

改革の目的： 今回の医療・介護の改革は、プログラム法の規定に基づき、**高度急性期から在宅医療・介護までの一連のサービスを地域において総合的に確保**することで地域における適切な医療・介護サービスの提供体制を実現し、患者の早期の社会復帰を進め、住み慣れた地域での継続的な生活を可能とすること



医療・介護サービスの提供体制改革後の姿（サービス提供体制から）

医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員その他の専門職^(※)の積極的な関与のもと、患者・利用者の視点に立って、サービス提供体制を構築する。



医療・介護サービスの提供体制の改革の趣旨

- 2025年には団塊の世代が75歳以上となり、3人に1人が65歳以上、5人に1人が75歳以上となります。今後、高齢化が進むと医療や介護を必要とする方がますます増加しますが、現在の我が国の医療・介護サービスの提供体制のままでは十分対応できないと見込まれています。
 - 例えば、医療については、入院患者が増えると、救急患者の受入れを断る事例が増えるのではないかと、退院して在宅に帰りたいが往診してくれる医師が見つからないのではないかなどといった不安があります。
 - また、介護については、介護度が重度になったり、一人暮らしや老夫婦だけになっても、安心して暮らすことができるか、在宅で暮らすことができなくなった時の施設が十分にあるか、認知症になっても地域で生活を続けていくことができるかなどといった不安があります。
 - このため、高度な急性期医療が必要な患者は、質の高い医療や手厚い看護が受けられ、リハビリが必要な患者は身近な地域でリハビリが受けられるようにする必要があります。同時に、退院後の生活を支える在宅医療や介護サービスを充実し、早期に在宅復帰や社会復帰ができるようにするとともに、生活支援や介護予防を充実させ、住み慣れた地域で長く暮らすことができるようにする必要があります。
- 2025年を見据え、限られた医療・介護資源を有効に活用し、必要なサービスを確保していくため、こうした改革を早急に実施することが不可欠です。

今後の高齢化の見込み

	2012年8月	2015年	2025年	2055年
65歳以上人口 (割合)	3,058万人 (24.0%)	3,395万人 (26.8%)	3,657万人 (30.3%)	3,626万人 (39.4%)
75歳以上人口 (割合)	1,511万人 (11.8%)	1,646万人 (13.0%)	2,179万人 (18.1%)	2,401万人 (26.1%)

認知症高齢者数の推計

(日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者数の推計)

2010年:280万人



2025年:470万人

世帯主が65歳以上の単独世帯及び夫婦のみ世帯数の推計



■ 世帯主が65歳以上の夫婦のみ世帯数
■ 世帯主が65歳以上の単独世帯数
▲ 世帯主が65歳以上の単独世帯と夫婦のみ世帯が全体に占める割合

主な施行期日について

施行期日	改正事項
①公布の日	○診療放射線技師法(業務実施体制の見直し) ○社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律(介護福祉士の資格取得方法の見直しの期日の変更)
②平成26年4月1日又はこの法律の公布の日のいずれか遅い日	○地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律(厚生労働大臣による総合確保方針の策定、基金による財政支援) ○医療法(総合確保方針に即した医療計画の作成) ○介護保険法(総合確保方針に即した介護保険事業計画等の作成)
③平成26年10月1日	○医療法(病床機能報告制度の創設、在宅医療の推進、病院・有床診療所等の役割、勤務環境改善、地域医療支援センターの機能の位置づけ、社団たる医療法人と財団たる医療法人の合併) ○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(臨床教授等の創設) ○良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律(持分なし医療法人への移行)
④平成27年4月1日	○医療法(地域医療構想の策定とその実現のために必要な措置、臨床研究中核病院) ○介護保険法(地域支援事業の充実、予防給付の見直し、特養の機能重点化、低所得者の保険料軽減の強化、介護保険事業計画の見直し、サービス付き高齢者向け住宅への住所地特例の適用) <small>※なお、地域支援事業の充実のうち、在宅医療・介護連携の推進、生活支援サービスの充実・強化及び認知症施策の推進は平成30年4月、予防給付の見直しは平成29年4月までにすべての市町村で実施</small> ○歯科衛生士法、診療放射線技師法、臨床検査技師等に関する法律(業務範囲の拡大・業務実施体制の見直し) ○歯科技工士法(国が歯科技工士試験を実施)
⑤平成27年8月1日	○介護保険法(一定以上の所得のある利用者の自己負担の引上げ、補足給付の支給に資産等を勘案)
⑥平成27年10月1日	○医療法(医療事故の調査に係る仕組み) ○看護師等の人材確保の促進に関する法律(看護師免許保持者等の届出制度) ○保健師助産師看護師法(看護師の特定行為の研修制度)
⑦平成28年4月1日までの間にあって政令で定める日	○介護保険法(地域密着型通所介護の創設)
⑧平成30年4月1日	○介護保険法(居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲)

医療・介護サービス提供体制の一体的な確保について

○ 医療・介護サービスについては、2025年(平成37年)に向け、**高度急性期から在宅医療・介護までの一連のサービス提供体制の一体的な確保**を行い、医療・介護の総合的な確保を図るため、以下の見直しを行う。

① 都道府県が策定する医療計画と介護保険事業支援計画を、**一体的・強い整合性を持った形で策定**

- ①-1 医療計画と介護保険事業支援計画を包括する基本的な方針を策定
- ①-2 医療計画の策定サイクル(現在5年)の見直し
→平成30年度以降、介護と揃うよう6年に。在宅医療など介護と関係する部分は、中間年(3年)で必要な見直し。
- ①-3 医療計画での在宅医療、介護との連携に関する記載の充実
→医療計画に在宅医療の目標等を記載。市町村の介護保険事業計画に記載された在宅医療・介護の連携の推進に係る目標を達成できるよう、医療計画・地域医療構想(ビジョン)においても、在宅医療の必要量の推計や、目標達成のための施策等の推進体制について記載。

② 病床の機能分化・連携、医療従事者の確保・養成、在宅医療・介護の推進のため、**消費税増収分を活用した新たな財政支援制度(各都道府県に基金を設置)を法定化**する。

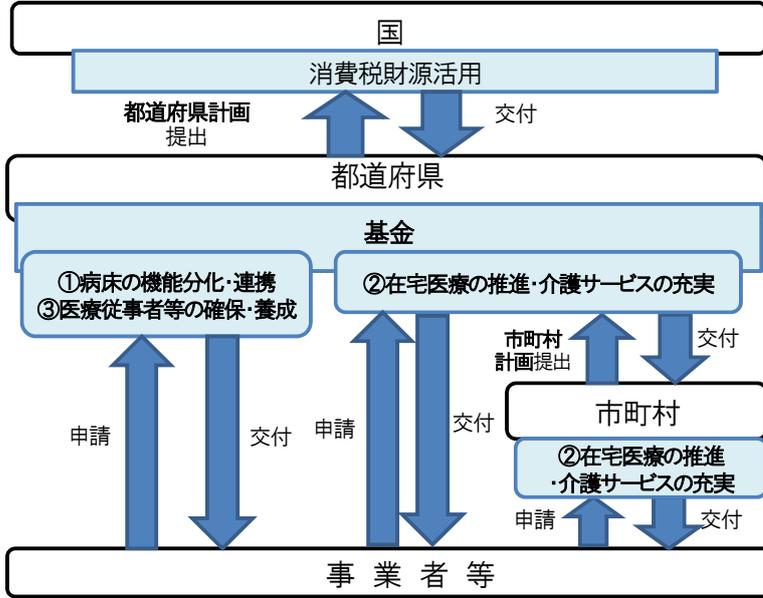
* 地域介護・福祉空間整備交付金の根拠法である「地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律」(「地域介護施設整備促進法」)を発展的に改組

医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度

平成26年度
：公費で904億円

- 団塊の世代が後期高齢者となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医師・看護師等の医療従事者の確保・勤務環境の改善、地域包括ケアシステムの構築、といった「医療・介護サービスの提供体制の改革」が急務の課題。
- このため、医療法等の改正による制度面での対応に併せ、消費税増収分を財源として活用し、医療・介護サービスの提供体制改革を推進するための新たな財政支援制度を創設する。
- 各都道府県に消費税増収分を財源として活用した基金をつくり、各都道府県が作成した計画に基づき事業実施。
- ◇ 「地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律」を改正し、法律上の根拠を設ける。
- ◇ この制度はまず医療を対象として平成26年度より実施し、介護については平成27年度から実施。病床の機能分化・連携については、平成26年度は回復期病床への転換等現状でも必要なもののみ対象とし、平成27年度からの地域医療構想(ビジョン)の策定後に更なる拡充を検討。

【新たな財政支援制度の仕組み(案)】



地域にとって必要な事業に適切かつ公平に配分される仕組み(案)

- ①国は、法律に基づく基本的な方針を策定し、対象事業を明確化。
- ②都道府県は、計画を厚生労働省に提出。
- ③国・都道府県・市町村が基本的な方針・計画策定に当たって公正性及び透明性を確保するため、関係者による協議の仕組みを設ける。
※国が策定する基本的な方針や交付要綱の中で、都道府県に対して官民に公平に配分することを求める旨を記載するなどの対応を行う予定。(公正性及び透明性の確保)

新たな財政支援制度の対象事業(案)

- 1 病床の機能分化・連携のために必要な事業
(1)地域医療構想(ビジョン)の達成に向けた医療機関の施設・設備の整備を推進するための事業 等
- 2 在宅医療・介護サービスの充実のために必要な事業
(1)在宅医療(歯科・薬局を含む)を推進するための事業
(2)介護サービスの施設・設備の整備を推進するための事業 等
- 3 医療従事者等の確保・養成のための事業
(1)医師確保のための事業
(2)看護職員の確保のための事業
(3)介護従事者の確保のための事業
(4)医療・介護従事者の勤務環境改善のための事業 等

■国と都道府県の負担割合は、2/3:1/3

病床機能報告制度と地域医療構想(ビジョン)の策定

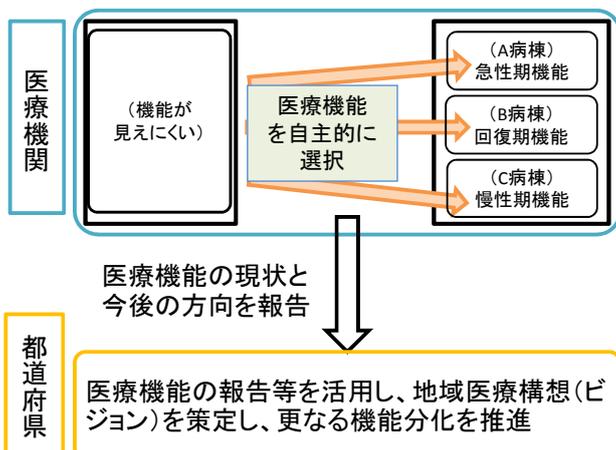
○ 病床機能報告制度(平成26年度～)

医療機関が、その有する病床において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する制度を設け、医療機関の自主的な取組みを進める。

○ 地域医療構想(ビジョン)の策定(平成27年度～)

都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して、二次医療圏等ごとの各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを策定し、医療計画に新たに盛り込み、さらなる機能分化を推進。

国は、都道府県における地域医療構想(ビジョン)策定のためのガイドラインを策定する(平成26年度～)。



(地域医療構想(ビジョン)の内容)

1. 2025年の医療需要
入院・外来別・疾患別患者数 等
2. 2025年に目指すべき医療提供体制
・二次医療圏等(在宅医療・地域包括ケアについては市町村)ごとの医療機能別の必要量
3. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例)
医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、医療従事者の確保・養成等

医療機関が報告する医療機能

- ◎ 各医療機関(有床診療所を含む。)は病棟単位で(※)、以下の医療機能について、「現状」と「今後の方向」を、都道府県に報告する。
- ※ 医療資源の効果的かつ効率的な活用を図る観点から医療機関内でも機能分化を推進するため、「報告は病棟単位を基本とする」とされている(「一般病床の機能分化の推進についての整理」(平成24年6月急性期医療に関する作業グループ)。
- ◎ 医療機能の名称及び内容は以下のとおりとする。

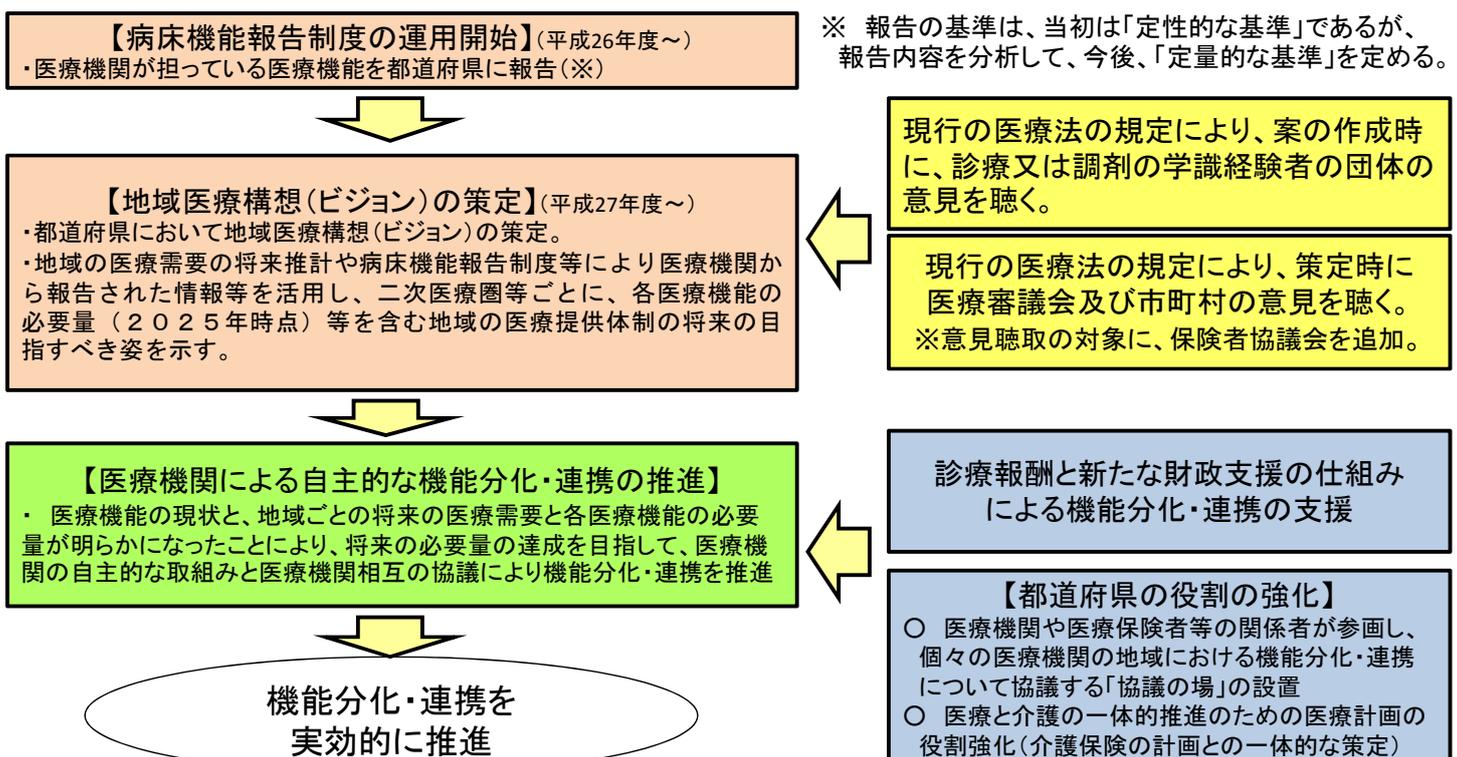
医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)。
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重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

(注) 一般病床及び療養病床について、上記の医療機能及び提供する医療の具体的内容に関する項目を報告することとする。

- ◎ 病棟が担う機能を上記の中からいずれか1つ選択して、報告することとするが、実際の病棟には、様々な病期の患者が入院していることから、提供している医療の内容が明らかとなるように具体的な報告事項を検討する。
- ◎ 医療機能を選択する際の判断基準は、病棟単位の医療の情報が不足している現段階では具体的な数値等を示すことは困難であるため、報告制度導入当初は、医療機関が、上記の各医療機能の定性的な基準を参考に医療機能を選択し、都道府県に報告することとする。

医療機能の分化・連携に係る取組みの流れについて

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



地域医療構想（ビジョン）を実現する仕組み

(1)「協議の場」の設置

- 都道府県は、地域医療構想の実現について、医療関係者、医療保険者等の関係者との協議を行う「協議の場」を設置。医療機関相互の協議により、地域医療構想を推進していくが、協議だけでは進まない場合には、都道府県知事が以下の措置を講ずることができることとする。

(2)都道府県知事が講ずることができる措置

① 病院の新規開設・増床への対応

- 都道府県知事は、開設許可の際に、不足している医療機能を担うという条件を付けることができることとする。

② 既存医療機関による医療機能の転換への対応

【医療機関が過剰な医療機能に転換しようとする場合】

- 都道府県知事は、医療機関に対して医療審議会での説明等を求めることができることとし、転換にやむを得ない事情がないと認める時は、医療審議会の意見を聴いて、転換の中止を要請（公的医療機関等には命令）することができることとする。

【「協議の場」の協議が調わず、自主的な取組みだけでは機能分化・連携が進まない場合】

- 都道府県知事は、医療審議会の意見を聴いて、不足している医療機能に係る医療を提供すること等を要請（公的医療機関等には指示）することができることとする。

③ 稼働していない病床の削減の要請

- 医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合において、都道府県知事は公的医療機関等以外の医療機関に対して、医療審議会の意見を聴いて、稼働していない病床の削減を要請することができることとする。

※ 現行の医療法上、公的医療機関等に対しては、都道府県知事が稼働していない病床の削減を命令することができることとなっている。

【医療機関が上記の要請又は命令・指示に従わない場合の措置】

- 医療機関が上記の要請に従わない場合は、都道府県知事が勧告を行う。当該勧告にも従わない場合や、公的医療機関が上記の命令・指示に従わない場合には、現行の医療法上の措置（管理者の変更命令や公的医療機関への運営の指示等）に加えて、以下の措置を講ずることができることとする。

- イ 医療機関名の公表
- ロ 各種補助金の交付対象や福祉医療機構の融資対象からの除外
- ハ 地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認の取消し

医療事故に係る調査の仕組み

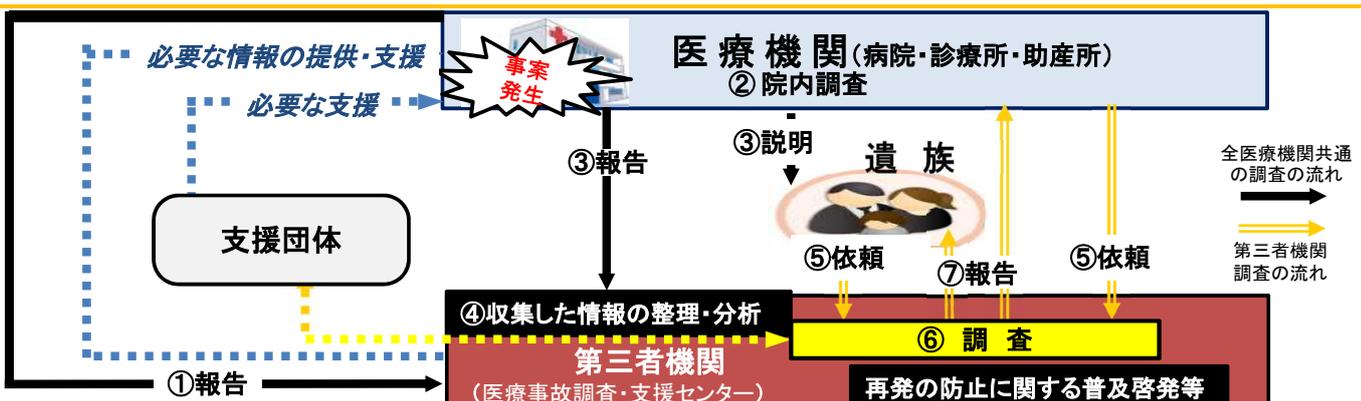
- 医療事故が発生した医療機関において院内調査を行い、その調査報告を民間の第三者機関（医療事故調査・支援センター）が収集・分析することで再発防止につなげるための医療事故に係る調査の仕組み等を、**医療法に位置づけ**、医療の安全を確保する。

- **対象となる医療事故**は、医療機関に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該医療機関の管理者がその死亡又は死産を予期しなかったものとする。

調査の流れ：

- 対象となる医療事故が発生した場合、医療機関は、**第三者機関への報告**（①）、必要な**調査の実施**（②）、調査結果について**遺族への説明及び第三者機関（※）への報告**（③）を行う。
- 第三者機関は、医療機関が行った調査結果の報告に係る整理・分析（④）を行い、医療事故の再発の防止に関する普及啓発を行う。
- 医療機関又は遺族から**調査の依頼**（⑤）があったものについて、**第三者機関が調査**（⑥）を行い、その結果を**医療機関及び遺族への報告**（⑦）を行う。

※(1)医療機関への支援、(2)院内調査結果の整理・分析、(3)遺族又は医療機関からの求めに応じて行う調査の実施、(4)再発の防止に関する普及啓発、(5)医療事故に係る調査に携わる者への研修等を適切かつ確実に**新たな民間組織を指定**する。



(注1) 支援団体については、実務上厚生労働省に登録するとともに、委託を受けて第三者機関の業務の一部を行う。

(注2) 第三者機関への調査の依頼は、院内調査の結果が得られる前に行われる場合もある。

医療法人に関する制度に係る見直し

1. 持分なし医療法人への移行促進策について

概要

医療法人の経営者の死亡により相続が発生することがあっても、相続税の支払いのための出資持分払戻などにより医業継続が困難になるようなことなく、当該医療法人が引き続き地域医療の担い手として、住民に対し、医療を継続して安定的に提供していけるようにするため、医療法人による任意の選択を前提としつつ、以下の移行促進策を講じていく。

移行促進策

- 移行について計画的な取組を行う医療法人を、国が認定する仕組みを導入することとし、この仕組みを法律に位置づける。（認定に当たっては、移行を検討する旨を記載するための定款変更、移行計画の作成などを要件とする。）
- 認定を受けた医療法人に対する支援策
 - 融資制度…出資持分の払戻に対する資金調達として、経営安定化資金を融資する。（福祉医療機構）
 - 税制措置…移行期間中は相続税、贈与税を納税猶予し、持分なし医療法人へ移行した場合は猶予税額を免除する。

2. 医療法人社団及び医療法人財団の合併について

概要

医療法人の合併については、これまで社団同士、財団同士の合併は認めているものの、社団と財団の合併については認めていなかったところであるが、一般社団法人と一般財団法人の合併は法律上認められていることや、国や都道府県に社団と財団の合併の可否について照会があることなどを踏まえて、今回、これを可能とする。

合併前後の法人類型

合併前の法人類型		合併後の法人類型		
社団	社団	社団	財団	} 現行制度上可能。
財団	財団	財団	財団	
社団	財団	社団又は財団		} 今回、可能とするもの。

臨床研究中核病院の医療法での位置づけについて

概要

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

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

目的

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

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

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

内容

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

【承認基準の例】

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

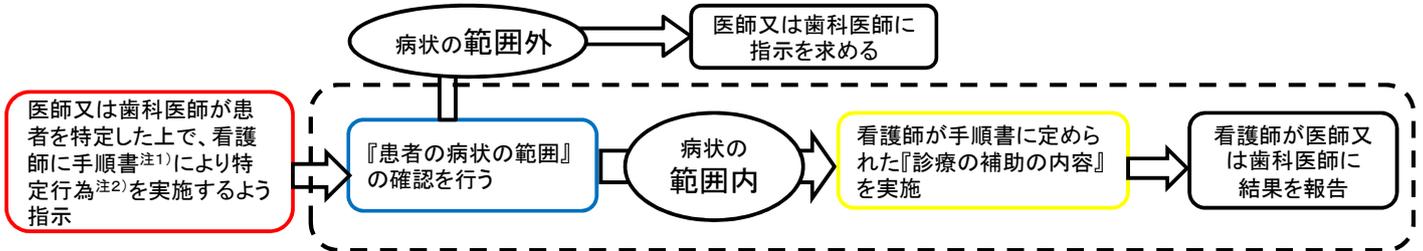
※ なお、医学の教育又は研究のため特に必要があるときに、遺族の承諾を得た上で死体の全部又は一部を標本として保存できることを定めた死体解剖保存法第17条の規定に臨床研究中核病院を追加する。

特定行為に係る看護師の研修制度について

制度創設の必要性

- 2025年に向けて、さらなる在宅医療等の推進を図っていくためには、個別に熟練した看護師のみでは足りず、医師又は歯科医師の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助(例えば、脱水時の点滴(脱水の程度の判断と輸液による補正)など)を行う看護師を養成し、確保していく必要がある。
- このため、その行為を特定し、手順書によりそれを実施する場合の研修制度を創設し、その内容を標準化することにより、今後の在宅医療等を支えていく看護師を計画的に養成していくことが、本制度創設の目的である。

特定行為に係る研修の対象となる場合



注1) 手順書: 医師又は歯科医師が看護師に診療の補助を行わせるためにその指示として作成する文書であって、看護師に診療の補助を行わせる『患者の病状の範囲』及び『診療の補助の内容』その他の事項が定められているもの。

注2) 特定行為: 診療の補助であって、看護師が手順書により行う場合には、実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされるもの。

- 現行と同様、医師又は歯科医師の指示の下に、手順書によらないで看護師が特定行為を行うことに制限は生じない。
- 本制度を導入した場合でも、患者の病状や看護師の能力を勘案し、医師又は歯科医師が直接対応するか、どのような指示により看護師に診療の補助を行わせるかの判断は医師又は歯科医師が行うことに変わりはない。

指定研修修了者の把握方法

研修修了者の把握については、厚生労働省が指定研修機関から研修修了者名簿の提出を受ける(省令で規定することを想定)。

(参考) 指定研修機関を指定する際の特定行為区分と区分に含まれる行為のイメージ

※特定行為の内容については、法律案において審議の場を設置し、そこで検討した上で決定することとしており、以下の全てが特定行為に含まれることが決定しているわけではない。

特定行為区分 (研修の最小単位)	特定行為区分に含まれる行為	特定行為区分 (研修の最小単位)	特定行為区分に含まれる行為
呼吸器関連 (気道確保に係る行為)	経口・経鼻気管挿管チューブの位置調節 経口・経鼻気管挿管の実施 経口・経鼻気管挿管チューブの抜管	創傷管理関連	褥瘡の血流のない壊死組織のシャープデブリードマン 創傷の陰圧閉鎖療法の実施 褥瘡・慢性創傷における腐骨除去
呼吸器関連 (人工呼吸療法に係る行為)	人工呼吸器モードの設定条件の変更 人工呼吸管理下の鎮静管理 人工呼吸器装着中の患者のウィーニングの実施 NPPV (非侵襲的陽圧換気療法) モード設定条件の変更 気管カニューレの交換	循環動態に係る薬剤投与関連	持続点滴投与中薬剤 (降圧剤) の病態に応じた調整 持続点滴投与中薬剤 (カテコラミン) の病態に応じた調整 持続点滴投与中薬剤 (利尿剤) の病態に応じた調整 持続点滴投与中薬剤 (K、Cl、Na) の病態に応じた調整 持続点滴投与中薬剤 (糖質輸液、電解質輸液) の病態に応じた調整
動脈血液ガス分析関連	直接動脈穿刺による採血 橈骨動脈ラインの確保	血糖コントロールに係る薬剤投与関連	病態に応じたインスリン投与量の調整
循環器関連	「一時的ペースメーカー」の操作・管理 「一時的ペースメーカーリード」の抜去 PCPS (経皮的心肺補助装置) 等補助循環の操作・管理 大動脈内バルーンパンピング離脱のための補助頻度の調整 急性血液浄化に係る透析・透析濾過装置の操作・管理	栄養・水分管理に係る薬剤投与関連	脱水の程度の判断と輸液による補正 持続点滴投与中薬剤 (高カロリー輸液) の病態に応じた調整
		栄養に係るカテーテル管理関連	中心静脈カテーテルの抜去 PICC (末梢静脈挿入式静脈カテーテル) 挿入
ドレイン管理関連	腹腔ドレイン抜去 (腹腔穿刺後の抜針含む) 胸腔ドレイン抜去 胸腔ドレイン低圧持続吸引中の吸引圧の設定・変更 心嚢ドレイン抜去 創部ドレイン抜去 硬膜外チューブからの鎮痛剤の投与、投与量の調整	精神・神経症状に係る薬剤投与関連	臨時薬剤 (抗けいれん剤) の投与 臨時薬剤 (抗精神病薬) の投与 臨時薬剤 (抗不安薬) の投与
		感染に係る薬剤投与関連	臨時薬剤 (感染徴候時の薬剤) の投与
		皮膚損傷に係る薬剤投与関連	抗癌剤等の皮膚漏出時のステロイド薬の調整・局所注射の実施
		ろう孔管理関連	胃ろう・腸ろうチューブ、胃ろうボタンの交換 膀胱ろうカテーテルの交換

※研修機関は、上記の特定行為区分を研修の最小単位として指定するが、研修機関によっては、特定行為の区分を2つ以上組み合わせることで研修を行うこともありうる。

医療従事者の業務の範囲及び業務の実施体制の見直しについて

1. 診療放射線技師の業務範囲の見直し

診療放射線技師が実施する検査に伴い必要となる造影剤の血管内投与等の行為について、診療の補助として医師の指示を受けて行うものとして、業務範囲に追加する。また、診療放射線技師が、病院又は診療所以外の場所において、健康診断として胸部X線撮影のみを行う場合に限り、医師又は歯科医師の立会いを求めないこととする。

2. 臨床検査技師の業務範囲の見直し

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

3. 歯科衛生士の業務実施体制の見直し

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

地域医療支援センターについて

- 都道府県が、キャリア形成支援と一体となって医師不足の医療機関の医師確保の支援等を行う地域医療支援センターの機能を医療法上位置づけ。

※ 都道府県を事業主体として平成23年度から設置し、運営費に対する補助を実施

（平成25年度予算9.6億円、30カ所 平成26年度政府予算案（新たな財政支援制度）公費904億円の内数）

※ 平成23年度以降、30道府県で合計1,069名の医師を各道府県内の医療機関へあっせん・派遣をするなどの実績を上げている。（平成25年7月末時点）

地域医療支援センターの目的と体制

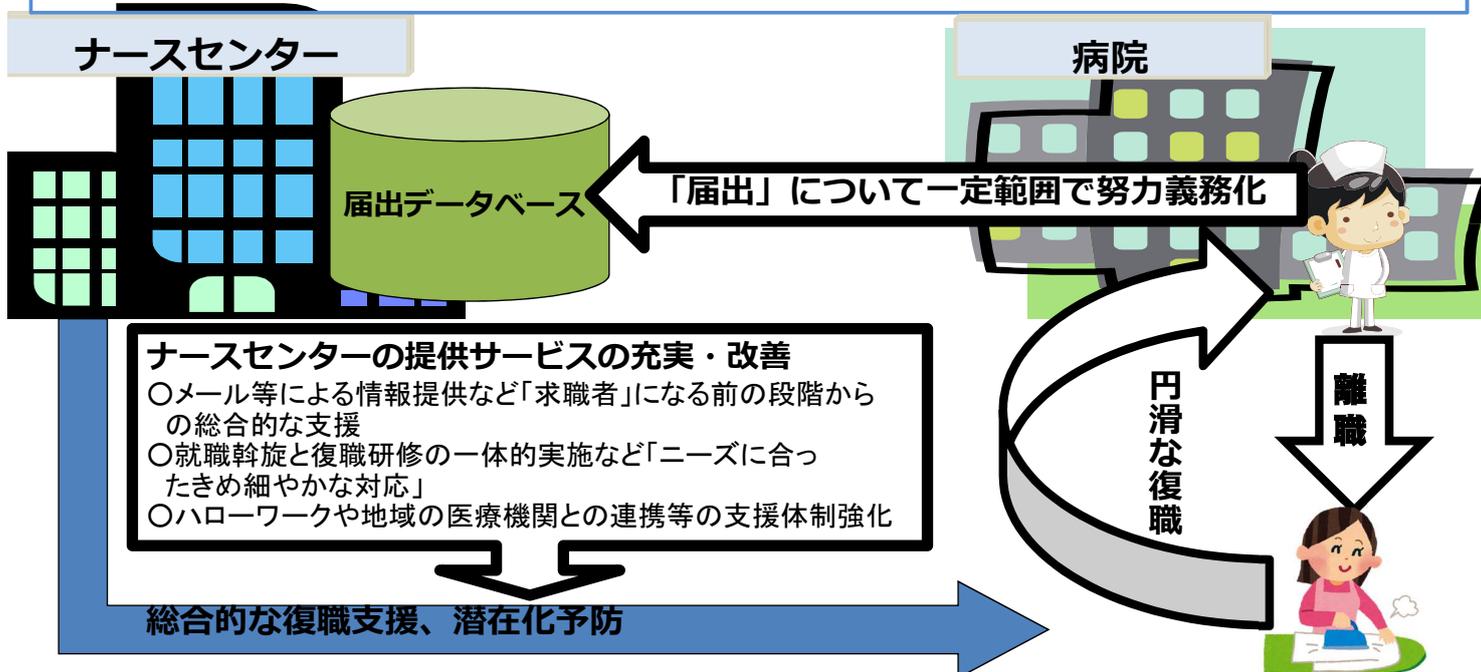
- ・ 都道府県が責任を持って医師の地域偏在の解消に取り組むコントロールタワーの確立。
- ・ 地域枠医師や地域医療支援センター自らが確保した医師などを活用しながら、キャリア形成支援と一体的に、地域の医師不足病院の医師確保を支援。
- ・ 専任の実働部隊として、喫緊の課題である医師の地域偏在解消に取り組む。
 - ・ 設置場所：都道府県庁、大学病院、都道府県立病院、医師会等

地域医療支援センターの役割

- ・ 都道府県内の医師不足の状況を個々の病院レベルで分析し、優先的に支援すべき医療機関を判断。医師のキャリア形成上の不安を解消しながら、大学などの関係者と地域医療対策協議会などにおいて調整の上、地域の医師不足病院の医師確保を支援。
- ・ 医師を受入れる医療機関に対し、医師が意欲を持って着任可能な環境作りを指導・支援。また、公的補助金決定にも参画。

看護職員の確保のための施策について

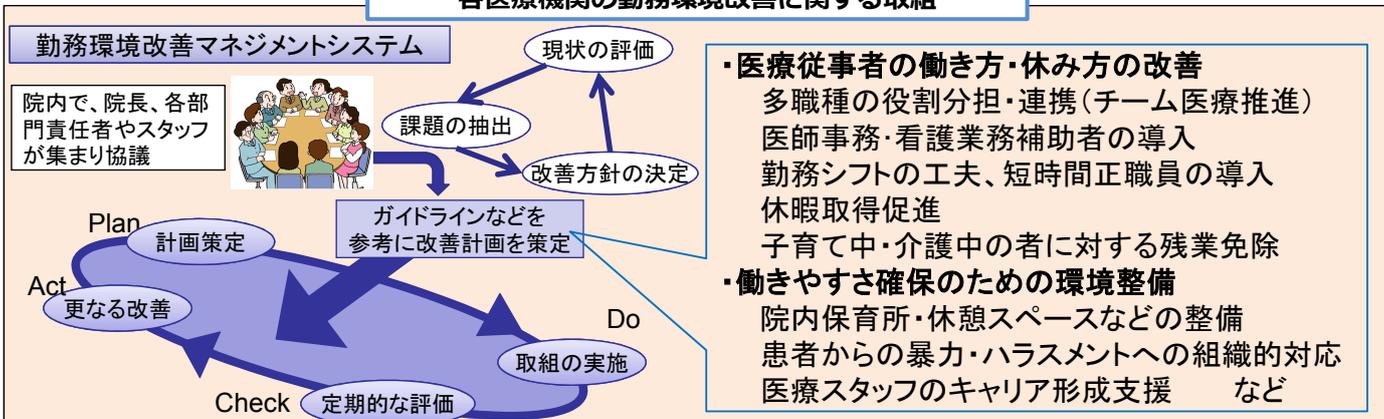
- 都道府県ナースセンターが中心となって、看護職員の復職支援の強化を図るため
 - ・ 看護師等免許保持者について一定の情報の届出制度を創設し、離職者の把握を徹底。
 - ・ ナースセンターが、離職後も一定の「つながり」を確保し、求職者になる前の段階から効果的・総合的な支援を実施できるようナースセンターの業務を充実・改善。
 - ・ 支援体制を強化するための委託制度やその前提となる守秘義務規定等関連規定を整備。



医療機関の勤務環境改善について

- 医療スタッフ全体の離職防止や医療の質の向上を図るため、国におけるガイドライン(指針)の策定等、各医療機関がPDCAサイクルを活用して計画的に勤務環境改善に向けた取組を行うための仕組み(勤務環境改善マネジメントシステム)を創設。
 - あわせて、国で指針を策定し、都道府県ごとに、こうした取組を行う医療機関に対する総合的な支援体制を構築する。
- ※ 平成26年度政府予算案：「新たな財政支援制度」公費904億円の内数+労働保険特別会計2.2億円を計上

各医療機関の勤務環境改善に関する取組



ワンストップの専門家による支援

医療勤務環境改善支援センター

都道府県

社会保険労務士、医業経営
コンサルタントなど

※ 地域の関係団体と連携した支援
医師会・病院協会・看護協会・社会保険労務士会・医業
経営コンサルタント協会等

外国医師の臨床修練制度の見直しについて

- 現行は、医療研修を目的として来日した外国の医師に限って診療を行うことが認められているが、今後、医療分野における国際交流が進む中で、例えば、高度な医療技術を有する外国の医師が、その技術を日本の医師に対して教授するために来日するケースや、海外のトップクラスの研究者が、日本の研究者と共同して国際水準の臨床研究を実施するために来日するケースも想定される。
- このため、教授・臨床研究を目的として来日する外国の医師について、当該外国の医師や受入病院が一定の要件を満たす場合には、診療を行うことを容認することとする。具体的な要件については、教授・臨床研究の安全かつ適切な実施を確保する観点から、以下のとおりとする。
- この他、許可の有効期間の更新(2年→4年)を認めることや、手続・要件を簡素化するための所要の改正を行う。

	教授・臨床研究(新設)	臨床修練
外国における臨床経験	<ul style="list-style-type: none"> ・ 教授・臨床研究に関連する診療科・診療分野における10年以上の診療経験があること ・ 教授・臨床研究の実施に必要な卓越した水準の診療・研究能力を有するものと認められること 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 3年以上の診療経験があること
受入病院の基準	<ul style="list-style-type: none"> ・ 大学病院、特定機能病院、国立高度専門医療研究センター等 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 大学病院、臨床研修病院、その他の臨床研修病院と同等の教育体制を有する病院
責任者の選任	<ul style="list-style-type: none"> ・ 受入病院が実施責任者を選任 ・ 実施責任者が計画書を作成。計画書に従って適切に実施されるよう管理。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 受入病院が指導医を選任 ・ 指導医が実地に指導監督
実施可能な業務の範囲	<ul style="list-style-type: none"> ・ 教授・臨床研究に関連する診療(処方せんの交付を除く。) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 制限無し(処方せんの交付を除く。)

歯科技工士国家試験の全国統一化

1. 歯科技工士国家試験の全国統一化

【現状と課題】

- 昭和57年の歯科技工士法の一部改正により、歯科技工士免許が都道府県知事免許から厚生大臣免許(現在は厚生労働大臣免許)になったが、実技試験の実施の面から試験は当分の間、歯科技工士の養成施設の所在地の都道府県知事が行うこととされた。
- 試験科目、試験時間、合格基準、試験の出題基準等の試験内容は「歯科技工士国家試験実施要綱」で厚生労働省が定めており、試験形式等の詳細な事項に関しては、各都道府県知事が試験委員会を開催して試験問題を作成しているため、均てんな試験の実施が望まれる。
- 近年、インプラントやCAD/CAM等の精密な技術が必要とされる歯科技工物の需要が増加しているが、地域によってはこのような高度な技術に係る試験問題を作成できる試験委員を確保し、出題することが困難な状況になっている。

改正の
方向性

歯科技工士国家試験を現在の歯科技工士の養成施設の所在地の都道府県知事が各々行うのではなく、国が実施するよう改める。

2. 試験実施体制等

【課題】

- 歯科技工士国家試験の全国統一化に際しては、現行は各都道府県が行っている試験問題の作成、採点その他の試験の実施に関する事務を、国が行う必要があるが、行政組織の拡大を図ることは、今般の行政改革の観点からは適当ではないと考えられる。
- 歯科衛生士等については、試験の実施に関する事務、登録に関する事務等について、指定試験機関、指定登録機関において実施されている。

改正の
方向性

厚生労働大臣が実施することされている歯科技工士国家試験を指定試験機関においても実施できるようにする。また、歯科技工士の登録の実施等に関する事務を指定登録機関においても実施できるようにする。

在宅医療・介護の連携の推進

- 在宅医療・介護の連携推進についてはこれまでもモデル事業等を実施して一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化し、全国的に取り組む。
- 具体的には、介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市町村が主体となり、地区医師会等と連携しつつ、取り組む。



(参考) 想定される取組の例

- ①地域の医療・福祉資源の把握及び活用 ……地域の医療機関等の分布を把握し、地図又はリスト化し、関係者に配布
- ②在宅医療・介護連携に関する会議への参加又は関係者の出席の仲介 ……関係者が集まる会議を開催し、地域の在宅医療・介護の課題を抽出し、解決策を検討
- ③在宅医療・介護連携に関する研修の実施 ……グループワーク等の多職種参加型の研修の実施
- ④24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築 ……主治医・副主治医による相互補完的な訪問診療の提供等の調整、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の推進
- ⑤地域包括支援センター・介護支援専門員等への支援 ……介護支援専門員等からの在宅医療・介護に係る総合的な問い合わせへの対応 等

医療計画の見直しについて(医療法)

- 地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針に即して、国が定める医療計画の基本方針と介護保険事業支援計画の基本指針を整合的なものとして策定。
- 医療計画と介護保険事業支援計画の計画期間が揃うよう、平成30年度以降、医療計画の計画期間を6年に改め、在宅医療など介護保険と関係する部分については、中間年(3年)で必要な見直しを行う。
- 地域医療構想(ビジョン)の中で市町村等ごとの将来の在宅医療の必要量を示すとともに、在宅医療を担う医療機関や訪問看護等の提供体制に係る目標や役割分担、在宅療養患者の病状の変化に応じた病床の確保のあり方等を医療計画に盛り込む。

認知症施策の推進

- 「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指す。
- この実現のため、新たな視点に立脚した施策の導入を積極的に進めることにより、これまでの「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする標準的な認知症ケアパス(状態に応じた適切なサービス提供の流れ)を構築することを、基本目標とする。
- 認知症施策を推進するため、介護保険法の地域支援事業に位置づける(「認知症初期集中支援チーム」の設置、認知症地域支援推進員の設置など)。

「認知症施策推進5か年計画」(平成24年9月厚生労働省公表)の概要

【基本的な考え方】

《これまでのケア》

認知症の人が行動・心理症状等により「危機」が発生してからの「事後的な対応」が主眼。



《今後目指すべきケア》

「危機」の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」に基本を置く。

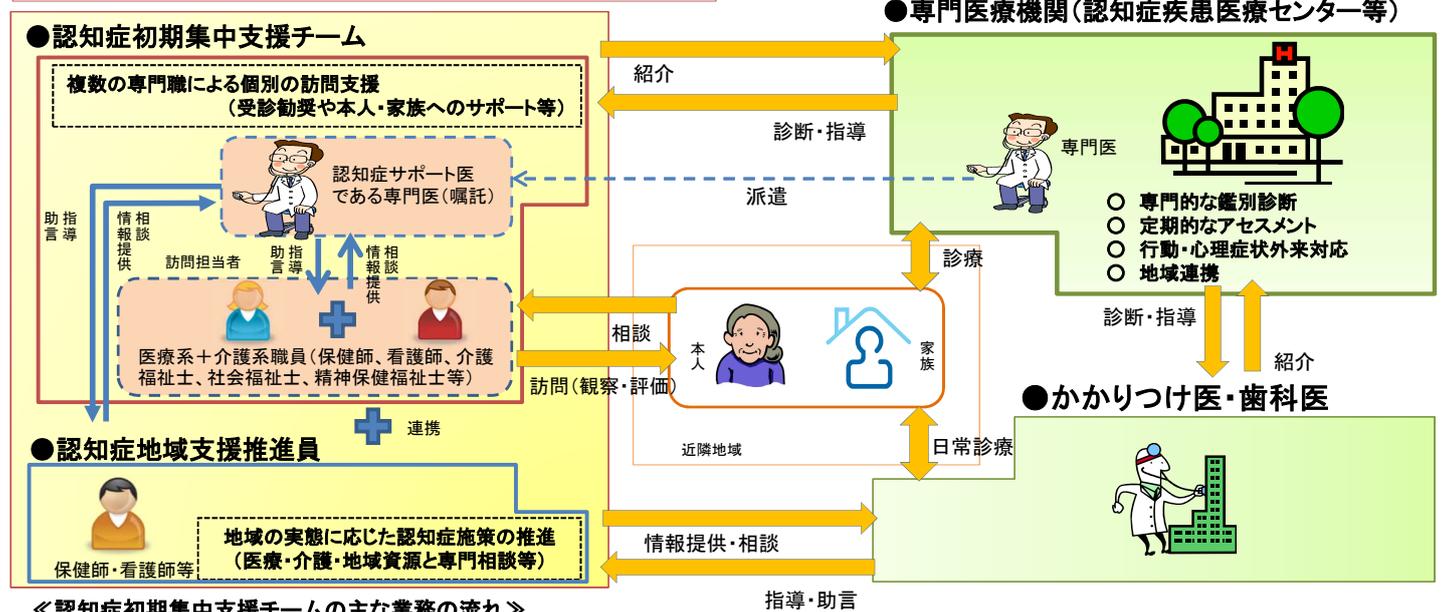
事項	5か年計画での目標	備考
○標準的な認知症ケアパスの作成・普及 ※「認知症ケアパス」(状態に応じた適切なサービス提供の流れ)	平成27年度以降の介護保険事業計画に反映	平成25年度ケアパス指針作成
○「認知症初期集中支援チーム」の設置 ※ 認知症の早期から家庭訪問を行い、認知症の人のアセスメントや、家族の支援などを行うチーム	平成26年度まで全国でモデル事業を実施 平成27年度以降の制度化を検討	・平成25年度モデル事業14カ所 ・平成26年度予算(案)では、地域支援事業(任意事業)で100カ所計上
○早期診断等を担う医療機関の数	平成24年度～29年度で約500カ所整備	・平成25年度約250カ所 ・平成26年度予算(案)では300カ所計上
○かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数	平成29年度末 50,000人	平成24年度末 累計35,131人
○認知症サポート医養成研修の受講者数	平成29年度末 4,000人	平成24年度末 累計2,680人
○「地域ケア会議」の普及・定着	平成27年度以降 すべての市町村で実施	
○認知症地域支援推進員の人数	平成29年度末 700人	・平成25年度約200カ所 ・平成26年度予算(案)では、地域支援事業(任意事業)で470カ所計上
○認知症サポーターの人数	平成29年度末 600万人	平成25年9月末 累計447万人

認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員について

認知症専門医による指導の下(司令塔機能)に早期診断、早期対応に向けて以下の体制を地域包括支援センター等に整備

- **認知症初期集中支援チーム** 複数の専門職が認知症が疑われる人、認知症の人とその家族を訪問(アウトリーチ)し、認知症の専門医による鑑別診断等を(個別の訪問支援)ふまえて、観察・評価を行い、本人や家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う。
- **認知症地域支援推進員** 認知症の人ができる限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、地域の実情に応じて医療機関、介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐ連携支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う。

地域包括支援センター・認知症疾患医療センター等に設置



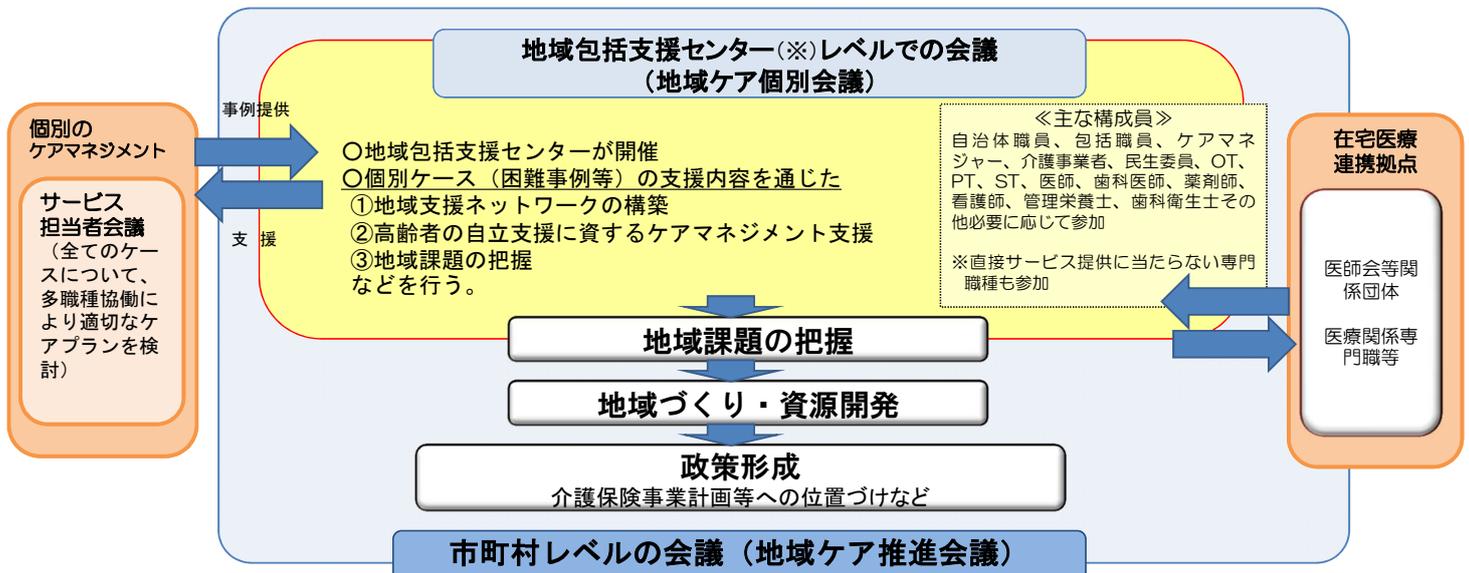
＜認知症初期集中支援チームの主な業務の流れ＞

- ①訪問支援対象者の把握、②情報収集(本人の生活情報や家族の状況など)、③観察・評価(認知機能、生活機能、行動・心理症状、家族の介護負担度、身体の様子等のチェック)、④初回訪問時の支援(認知症への理解、専門的医療機関等の利用の説明、介護保険サービス利用の説明、本人・家族への心理的サポート)、⑤専門医を含めたチーム員会議の開催(観察・評価内容の確認、支援の方針・内容・頻度等の検討)、⑥初期集中支援の実施(専門的医療機関等への受診勧奨、本人への助言、身体を整えるケア、生活環境の改善など)、⑦引き継ぎ後のモニタリング

地域ケア会議の推進

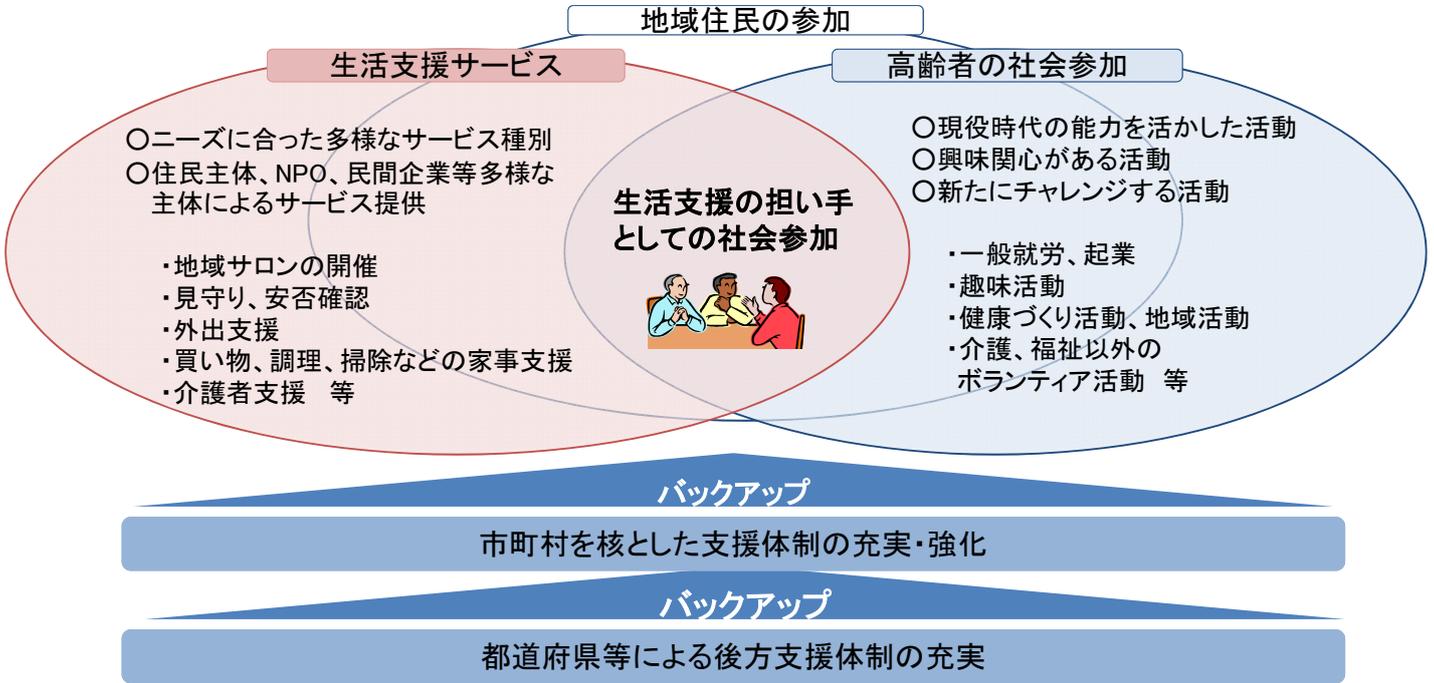
- 「地域ケア会議」(地域包括支援センター及び市町村レベルの会議)については、地域包括ケアシステムの実現のための有効なツールであり、更に取組を進めることが必要。
- 具体的には、個別事例の検討を通じて、多職種協働によるケアマネジメント支援を行うとともに、地域のネットワーク構築につなげるなど、実効性あるものとして定着・普及させる。
- このため、これまで通知に位置づけられていた地域ケア会議について、介護保険法で制度的に位置づける。

・地域包括支援センターの箇所数:4,328ヶ所(センター・プラチ・サブセンター合計7,072ヶ所)(平成24年4月末現在)
 ・地域ケア会議は全国の保険者で約8割(1,202保険者)で実施(平成24年6月に調査実施)



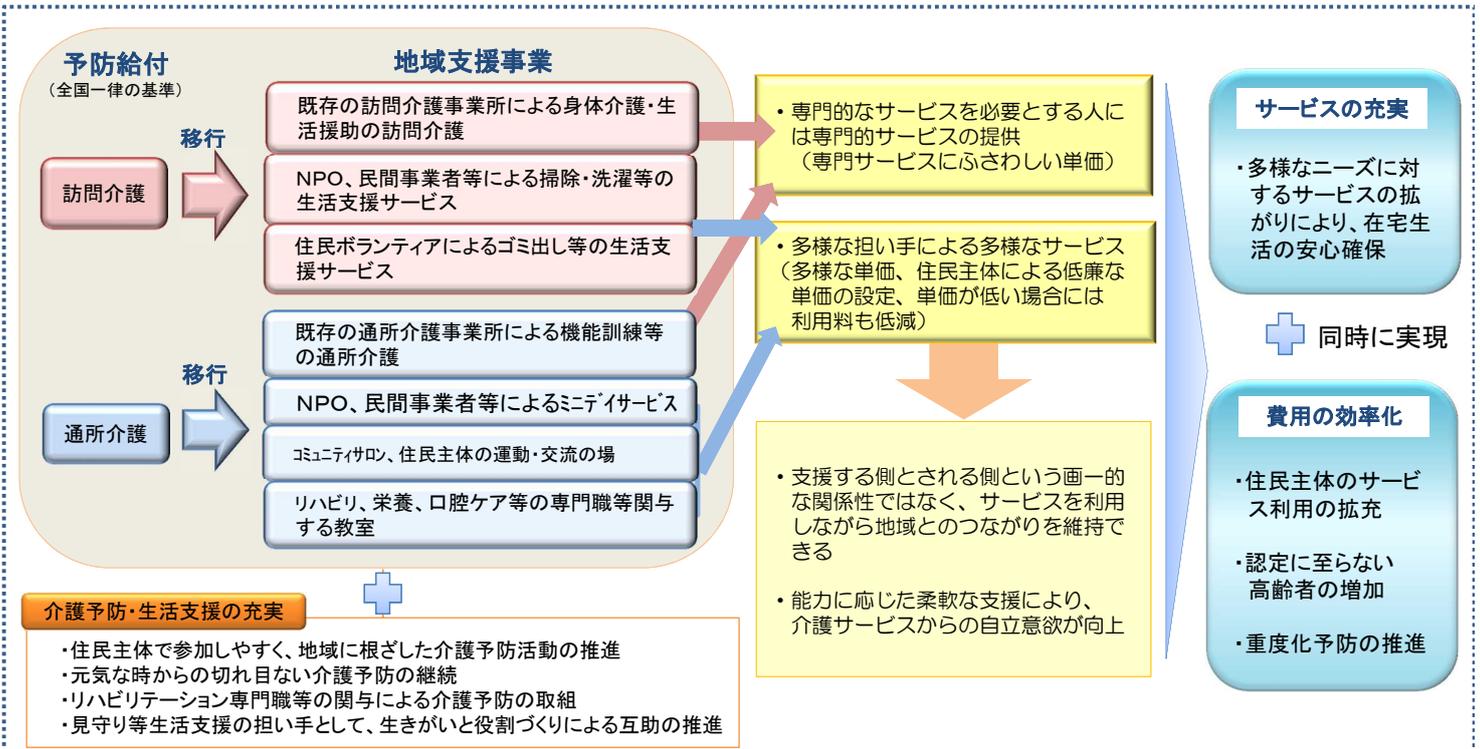
生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加

- 単身世帯等が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、生活支援の必要性が増加。ボランティア、NPO、民間企業、協同組合等の多様な主体が生活支援サービスを提供することが必要。
- 高齢者の介護予防が求められているが、社会参加・社会的役割を持つことが生きがいや介護予防につながる。
- 多様な生活支援サービスが利用できるような地域づくりを市町村が支援することについて、制度的な位置づけの強化を図る。
具体的には、生活支援サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘等の地域資源の開発やそのネットワーク化などを行う「生活支援サービスコーディネーター」の配置などについて、介護保険法の地域支援事業に位置づける。



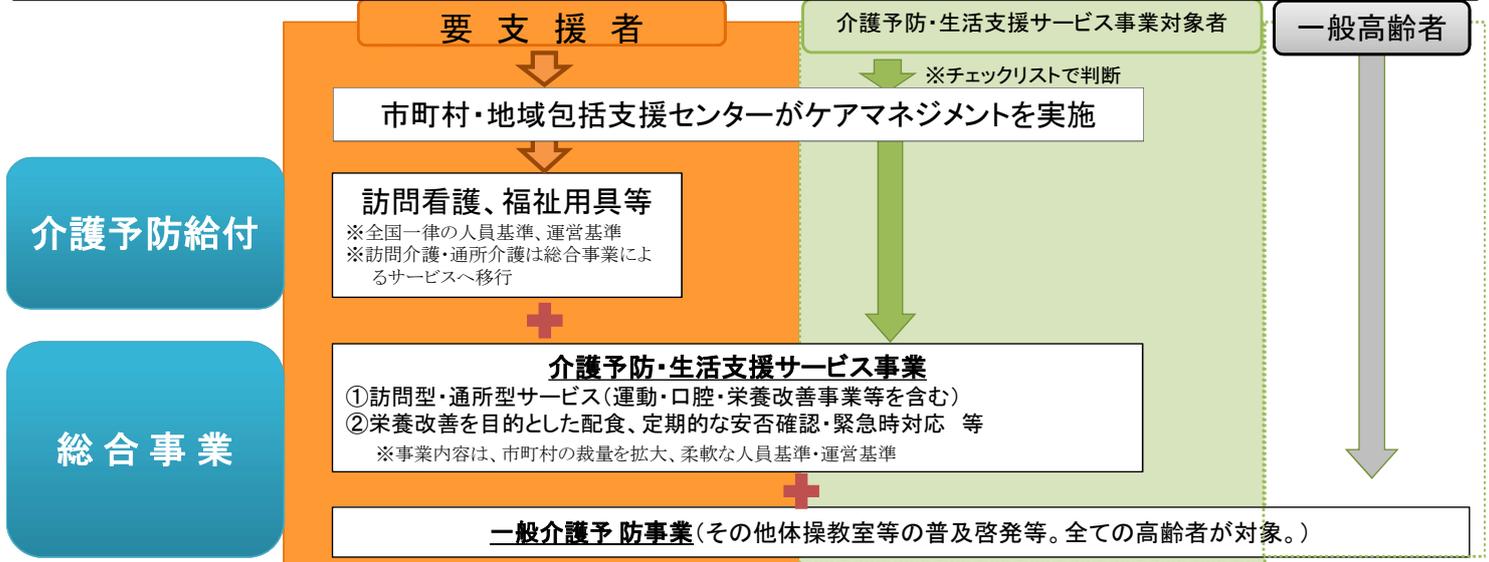
予防給付の見直しと生活支援サービスの充実

- 予防給付のうち訪問介護・通所介護について、市町村が地域の実情に応じた取組ができる介護保険制度の地域支援事業へ移行(29年度末まで)。財源構成は給付と同じ(国、都道府県、市町村、1号保険料、2号保険料)。
- 既存の介護事業所による既存のサービスに加えて、NPO、民間企業、ボランティアなど地域の多様な主体を活用して高齢者を支援。高齢者は支え手側に回ることも。



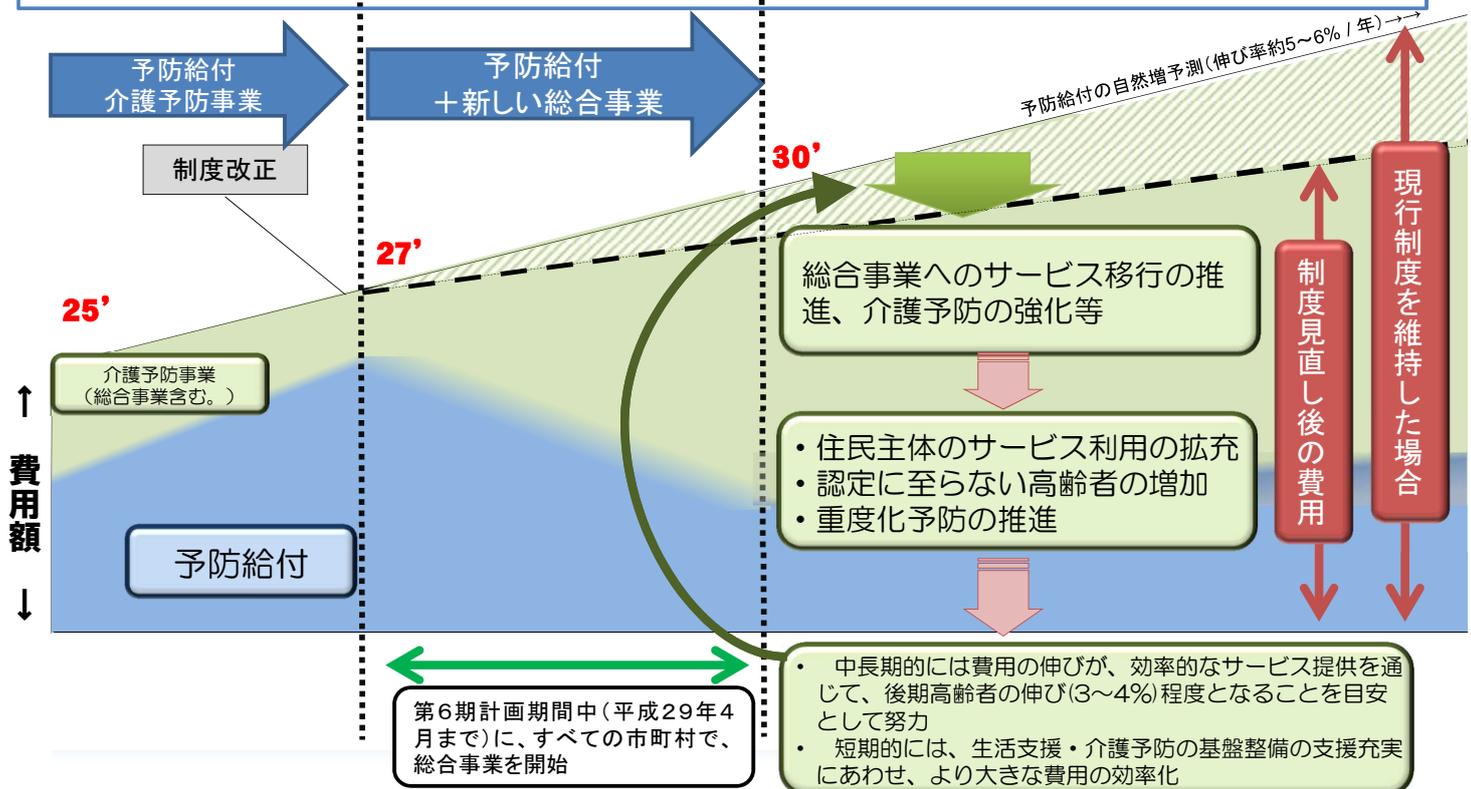
新しい介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）

- 介護保険制度の地域支援事業の枠組みの中で、平成24年度に導入した介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）を発展的に見直し。現在、事業実施が市町村の任意となっているが（※）、総合事業について必要な見直しを行った上で、平成29年4月までに全ての市町村で実施（※）24年度27保険者が実施、25年度は44保険者が実施予定
- サービスの種類・内容・人員基準・運営基準・単価等が全国一律となっている予防給付のうち、訪問介護・通所介護について、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組を含めた多様な主体による柔軟な取組により、効果的かつ効率的にサービスを提供できるよう、地域支援事業の形式に見直す。（平成29年度末には全て事業に移行）。
- 総合事業の事業費の上限は、事業への移行分を賄えるように見直し。
- 訪問介護・通所介護以外のサービス（訪問看護、福祉用具等）は、引き続き予防給付によるサービス提供を継続。
- 地域包括支援センターによるケアマネジメントに基づき、総合事業のサービスと予防給付のサービス（要支援者）を組み合わせる。
- 総合事業の実施に向け基盤整備を推進。
- 国は、指針（ガイドライン）を策定し、市町村による事業の円滑な実施を支援。



総合事業へのサービス移行の推進等による費用の効率化（イメージ）

- 総合事業への移行により住民主体の地域づくりを推進。住民主体のサービス利用を拡充し、効率的に事業実施。
- 機能が強化された新しい総合事業を利用することで、支援を必要とする高齢者が要支援認定を受けなくても地域で暮らせる社会を実現。
- リハ職等が積極的に関与しケアマネジメントを機能強化。重度化予防をこれまで以上に推進。



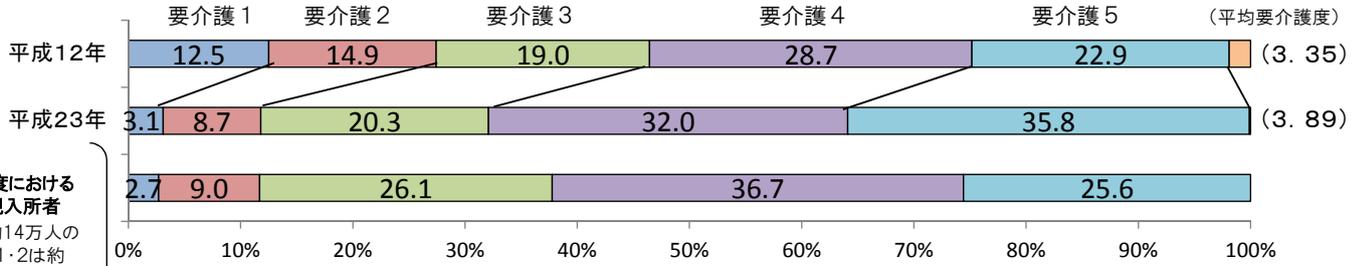
特別養護老人ホームの重点化

〔見直し案〕

- 原則、特養への新規入所者を要介護度3以上の高齢者に限定し、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える施設としての機能に重点化【既入所者は除く】
- 他方で、軽度（要介護1・2）の要介護者について、やむを得ない事情により、特養以外での生活が著しく困難であると認められる場合には、市町村の関与の下、特例的に、入所を認める
 【参考：要介護1・2であっても特養への入所が必要と考えられる場合（詳細については今後検討）】
 - 知的障害・精神障害等も伴って、地域での安定した生活を続けることが困難
 - 家族等による虐待が深刻であり、心身の安全・安心の確保が不可欠
 - 認知症高齢者であり、常時の適切な見守り・介護が必要

要介護度別の特養入所者の割合

◀ 施設数：7,831施設 サービス受給者数：51.1万人（平成25年8月） ▶



【参考】平成23年度における特養の新規入所者
 ※全体の約14万人のうち要介護1・2は約1.6万人

特養の入所申込者の状況

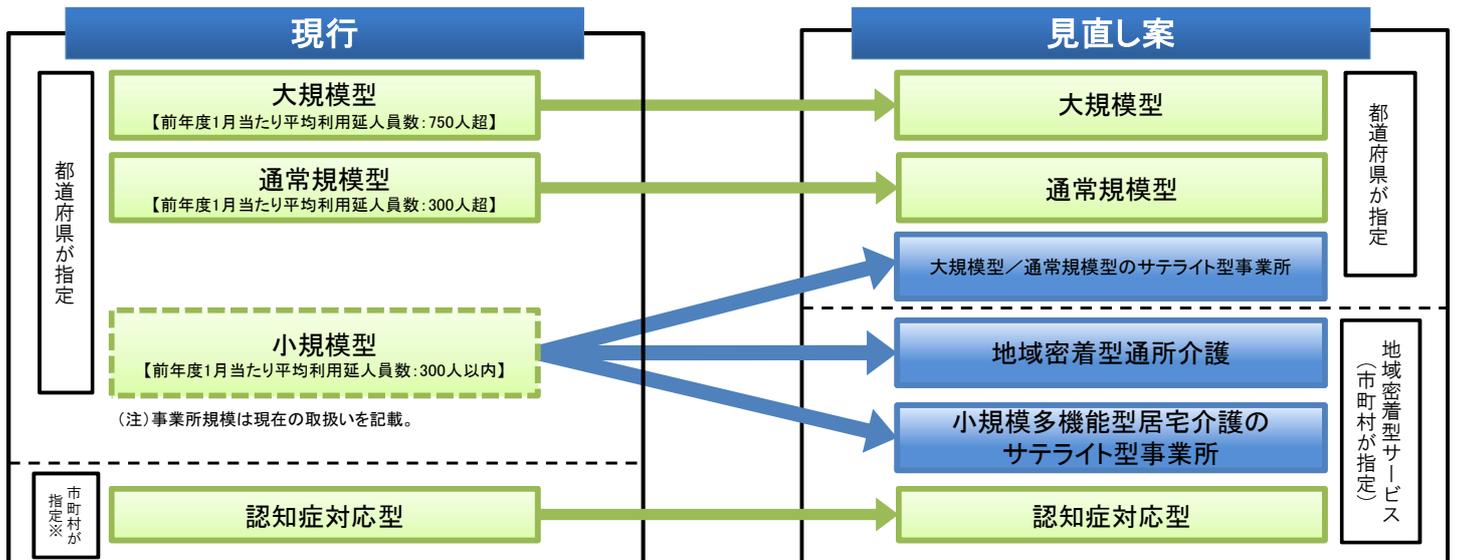
(単位：万人)

	要介護1～2	要介護3	要介護4～5	計
全体	13.2 (31.2%)	11.0 (26.2%)	17.9 (42.4%)	42.1 (100%)
うち在宅の方	7.7 (18.2%)	5.4 (12.9%)	6.7 (16.0%)	19.9 (47.2%)

※各都道府県で把握している特別養護老人ホームの入所申込者の状況を集計したものです。(平成21年12月集計。調査時点は都道府県によって異なる。)

小規模型通所介護の移行と居宅介護支援事業者の指定権限の移譲について

- 増加する小規模の通所介護の事業所について、①地域との連携や運営の透明性を確保するため市町村が指定・監督する地域密着型サービスへ移行、②経営の安定性の確保、サービスの質の向上のため、通所介護(大規模型・通常規模型)や小規模多機能型居宅介護のサテライト事業所へ移行。



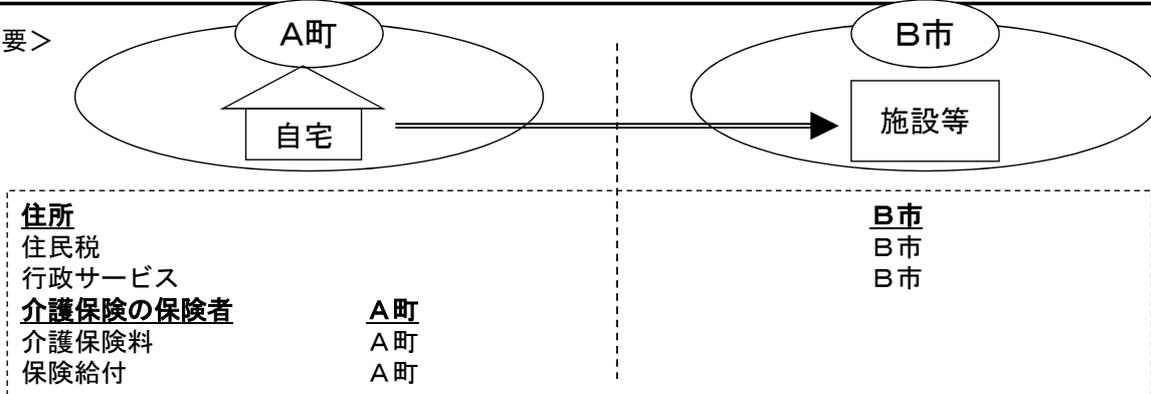
- 現在、居宅介護支援事業者の指定は、事業所からの申請により、都道府県が行うこととなっているが、指定都市・中核市以外の市町村にも指定権限を移譲する。(平成30年度施行)

※ 大都市等の特例により、指定都市及び中核市については、居宅介護支援事業者の指定権限が移譲されている。

サービス付き高齢者向け住宅への住所地特例の適用

- 介護保険においては、住所地の市町村が保険者となるのが原則だが、介護保険施設等の所在する市町村の財政に配慮するため、特例として、入所者は入所前の市町村の被保険者となる仕組み（住所地特例）を設けている。
- 現在、サービス付き高齢者向け住宅は有料老人ホームに該当しても特例の対象外だが、所在市町村の負担を考慮し、その他の有料老人ホームとの均衡を踏まえ、**有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅についても、住所地特例の対象とする。**
- 従来の住所地特例では、対象者が住所地の市町村の指定した地域密着型サービス及び地域支援事業を使えないという課題があるが、住所地特例対象者に限り、住所地市町村の指定を受けた地域密着型サービスを使えるようにし、住所地市町村の地域支援事業を利用できることとする（地域支援事業の費用負担は調整）。

<制度概要>



<現在の対象施設等>

- (1) 介護保険3施設
- (2) 特定施設（地域密着型特定施設を除く。）
 - ・有料老人ホーム
 - ※特定施設入居者生活介護の指定を受けていない賃貸、借方式のサービス付き高齢者向け住宅は対象外。
 - ・軽費老人ホーム
- (3) 養護老人ホーム

この除外規定を見直し、有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅を住所地特例の対象とする

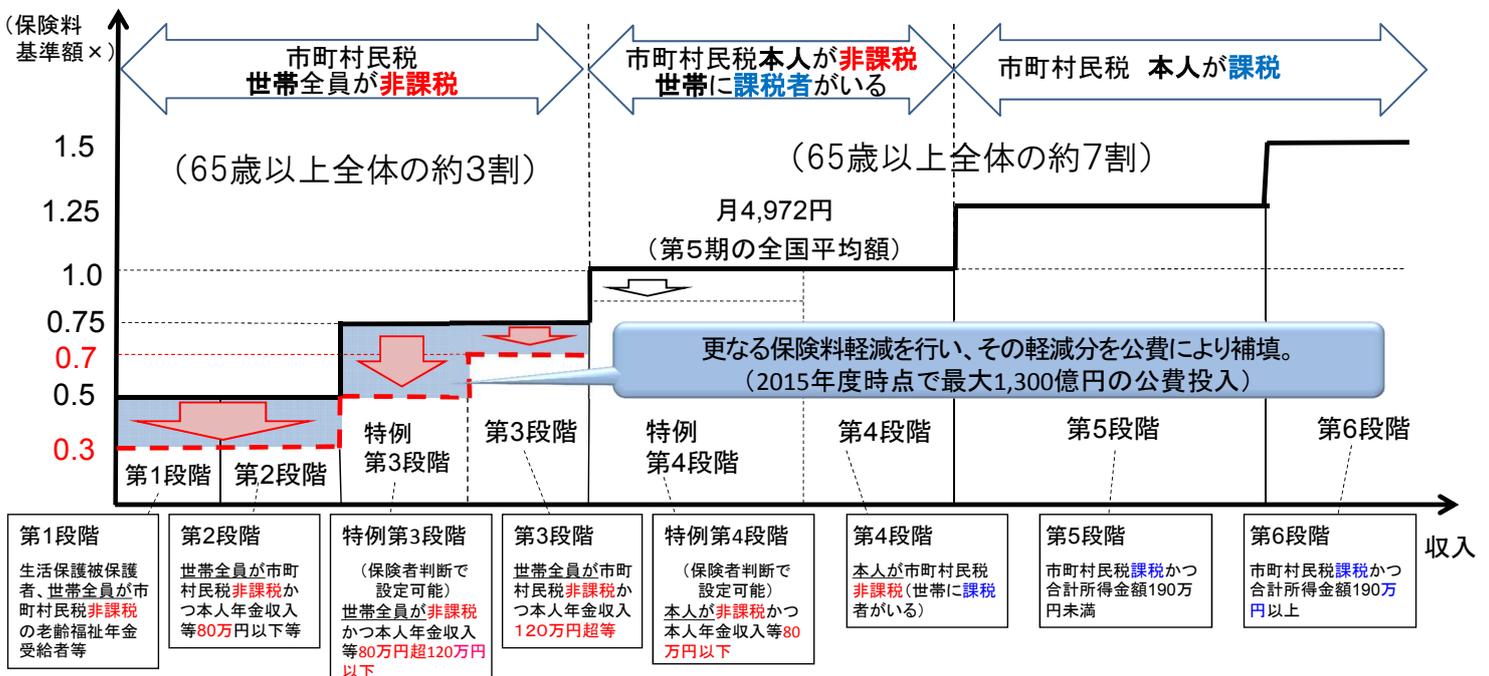
低所得者の一号保険料の軽減強化

〔見直し案〕

- 給付費の5割の公費とは別枠で公費を投入し、低所得の高齢者の保険料の軽減を強化。（公費負担割合 国1/2、都道府県1/4、市町村1/4）
- 平成27年度（第6期介護保険事業計画）から実施。

現行 27年度～

第1・第2段階	0.5 → 0.3
特例第3段階	0.75 → 0.5
第3段階	0.75 → 0.7



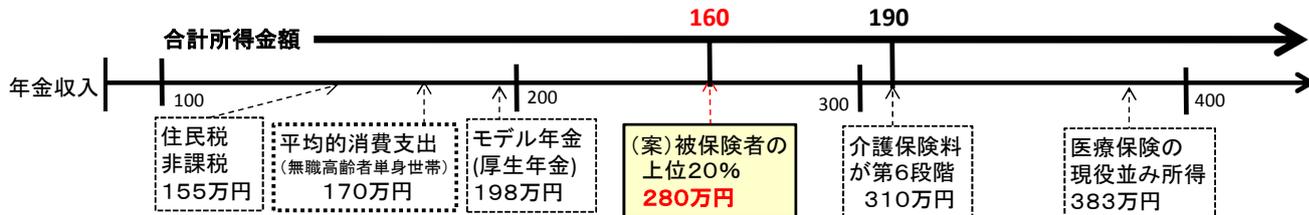
一定以上所得者の利用者負担の見直し

負担割合の引き上げ

- 保険料の上昇を可能な限り抑えつつ、制度の持続可能性を高めるため、これまで一律1割に据え置いている利用者負担について、**相対的に負担能力のある一定以上の所得の方の自己負担割合を2割とする**。ただし、月額上限があるため、見直し対象の全員の負担が2倍になるわけではない。
- 自己負担2割とする水準は、モデル年金や平均的消費支出の水準を上回り、かつ負担可能な水準として、**被保険者の上位20%**に該当する合計所得金額160万円以上の者(単身で年金収入のみの場合、280万円以上)を予定(政令事項)
- 利用者の所得分布は、被保険者全体の所得分布と比較して低いため、被保険者の上位20%に相当する基準を設定したとしても、実際に影響を受けるのは、在宅サービスの利用者のうち15%程度、特養入所者の5%程度と推計。

自己負担2割とする水準(単身で年金収入のみの場合)

※年金収入の場合: 合計所得金額 = 年金収入額 - 公的年金等控除(基本的に120万円)



負担上限の引き上げ

自己負担限度額(高額介護サービス費)のうち、医療保険の現役並み所得に相当する者のみ引上げ

参考: 医療保険の70歳以上の高額療養費の限度額

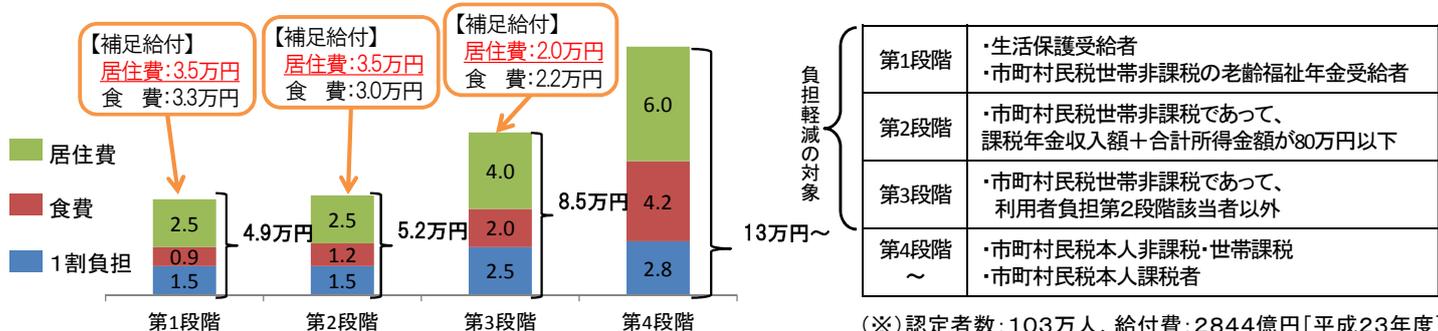
〈現行〉		〈見直し案〉	
	自己負担限度額(月額)		
一般	37,200円(世帯)	現役並み所得相当	44,400円
市町村民税世帯非課税等	24,600円(世帯)	一般	37,200円
年金収入80万円以下等	15,000円(個人)		

	自己負担限度額(現行/世帯単位)
現役並み所得者	80,100 + 医療費1% (多数該当: 44,400円)
一般	44,400円
市町村民税非課税等	24,600円
年金収入80万円以下等	15,000円

補足給付の見直し(資産等の勘案)

- 施設入所等にかかる費用のうち、食費及び居住費は本人の自己負担が原則となっているが、住民税非課税世帯である入居者については、その申請に基づき、補足給付を支給し負担を軽減。
- 福祉的な性格や経過的な性格を有する制度であり、預貯金を保有するにもかかわらず、保険料を財源とした給付が行われることは不公平であることから、資産を勘案する等の見直しを行う。

〈現在の補足給付と施設利用者負担〉 ※ ユニット型個室の例



〈見直し案〉

- 預貯金等** → 一定額超の預貯金等(単身では1000万円超、夫婦世帯では2000万円超程度を想定)がある場合には、対象外。→ 本人の申告で判定。金融機関への照会、不正受給に対するペナルティ(加算金)を設ける
- 配偶者の所得** → 施設入所に際して世帯分離が行われることが多いが、配偶者の所得は、世帯分離後も勘案することとし、配偶者が課税されている場合は、補足給付の対象外
- 非課税年金収入** → 補足給付の支給段階の判定に当たり、非課税年金(遺族年金・障害年金)も勘案する

介護福祉士の資格取得方法の見直しの施行延期等について

介護人材の確保が困難な状況を踏まえ、介護福祉士の資格取得にかかる実務者研修の義務付け(実務者ルート)及び国家試験の義務づけ(養成施設ルート)の施行時期を延期するとともに、介護人材の確保のための方策についての検討を行うこととする。

現状と考え方

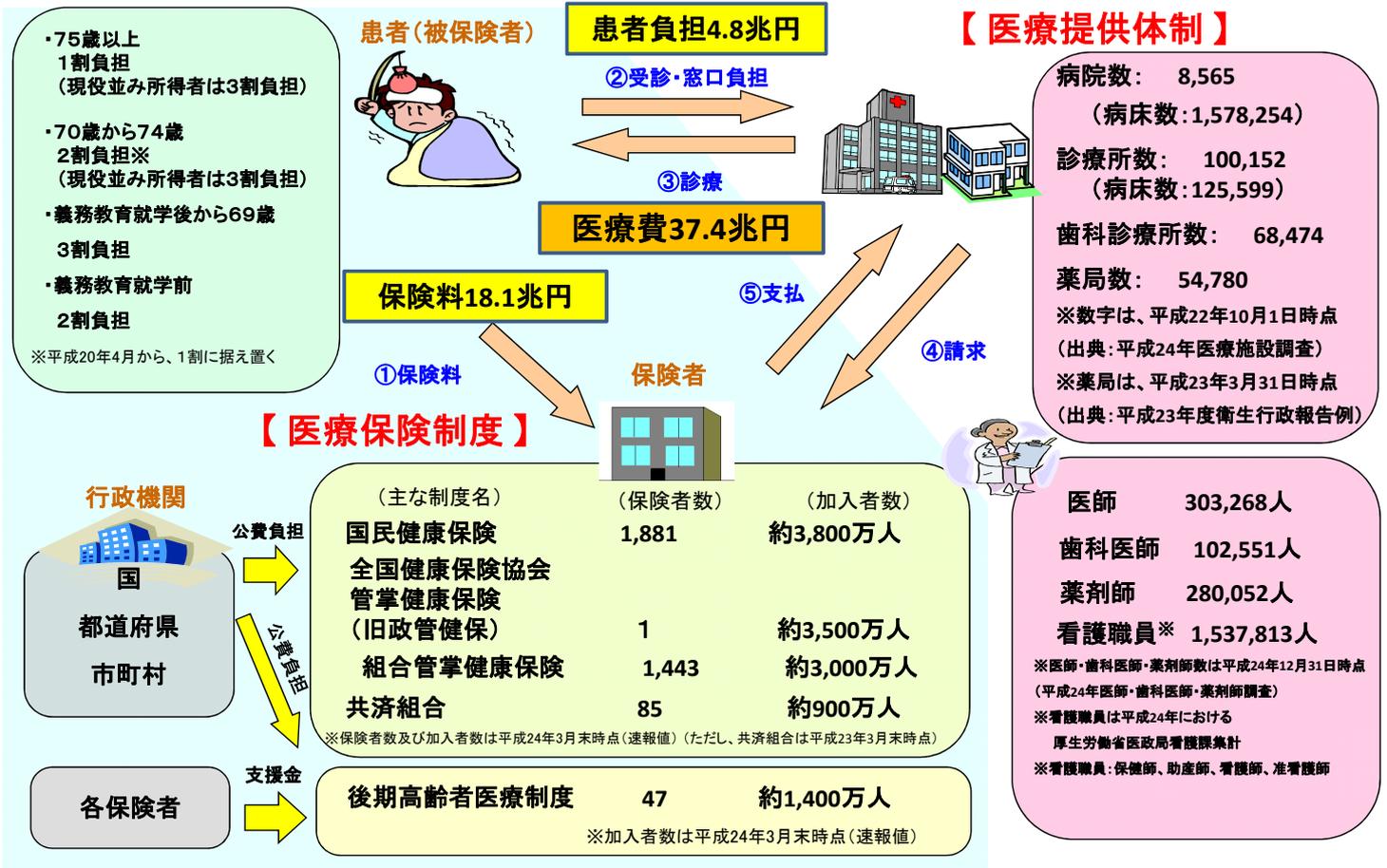
- 平成19年の制度改正により、資格取得方法の見直しを実施。実務者研修の義務付け(実務者ルート)及び国家試験の義務づけ(養成施設ルート)が平成27年度から施行予定。
- しかし、依然、介護人材の確保が困難な状況が続き、今後の経済状況の好転による他業種への流出懸念が高まる中で、介護業界への入職意欲を削がないようにし、幅広い方面から人材を確保するための方策を講じる必要性が高まっている。

今回の対応

以下の2点について、改正法案に盛り込むこととする。

- 1 介護人材の確保のための方策について、1年間をかけて、検討を行うこと(検討規定)
- 2 介護福祉士の資格取得方法の見直しの施行時期を1年間延長すること

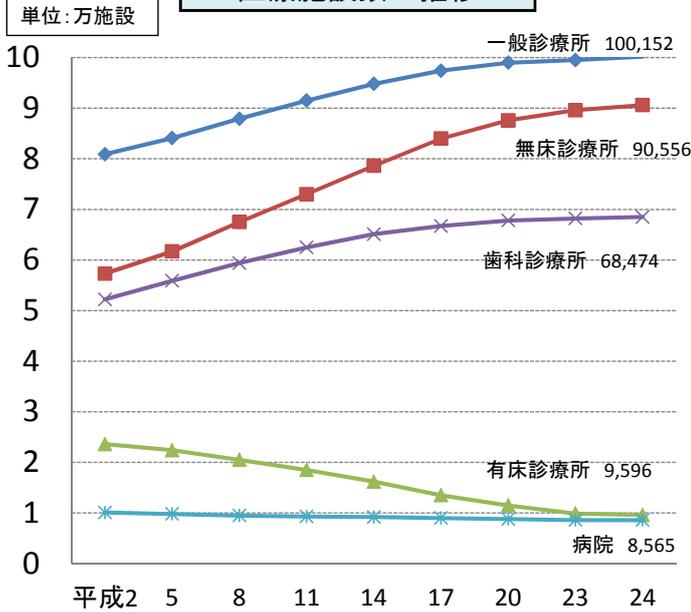
我が国の医療提供体制の概要



医療施設数及び病床数の推移

- 病院数は、平成2年(10,096)をピークに約15%減少。有床診療所は大幅に減少する一方、無床診療所が増加。
- 病床数は、平成4年(1,686,696床)をピークに減少。

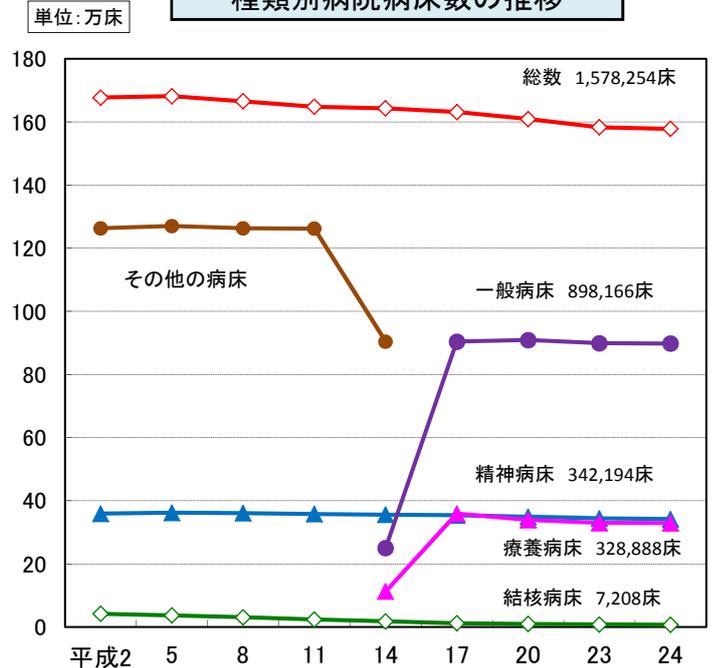
医療施設数の推移



※歯科診療所は有床・無床を含む

医療施設数及び病院病床数の出典: 平成24年医療施設調査

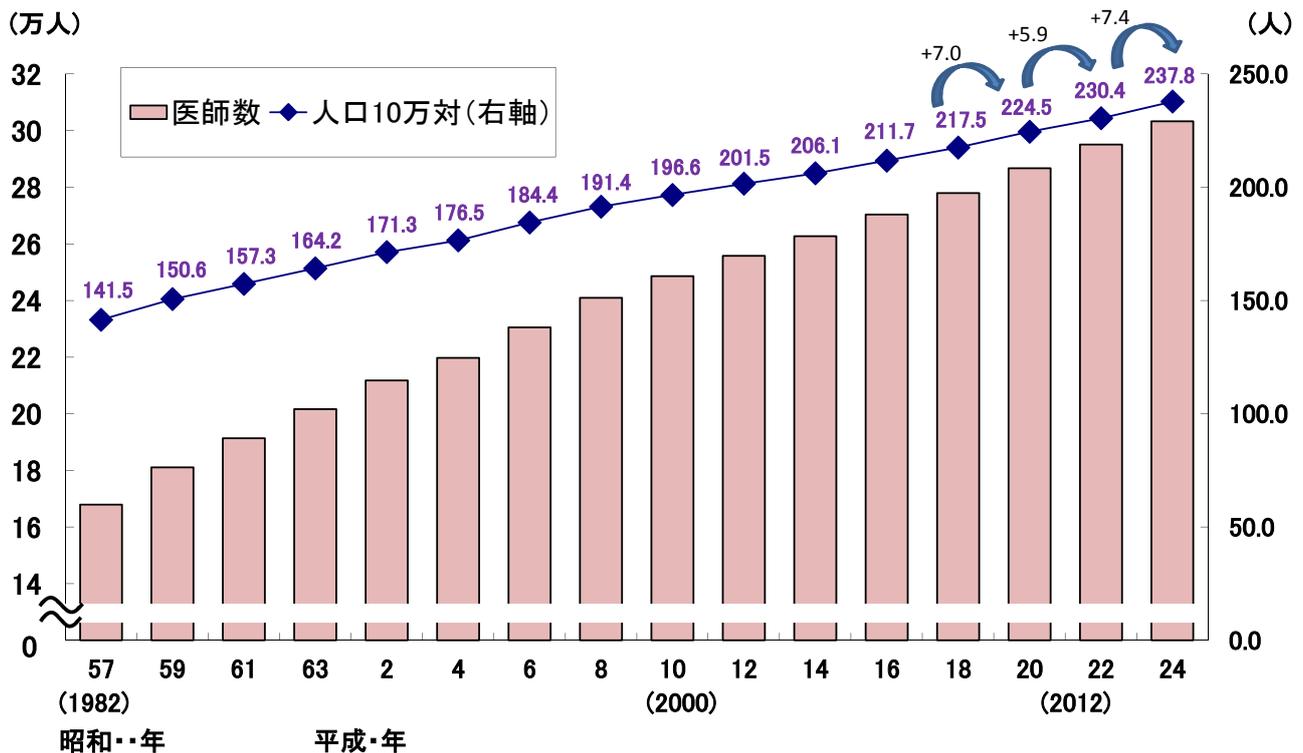
種類別病院病床数の推移



※その他の病床は、医療法改正により療養病床及び一般病床に区分
※感染症病床は記載を省略(平成24年は1,798床)

人口10万対医師数の年次推移

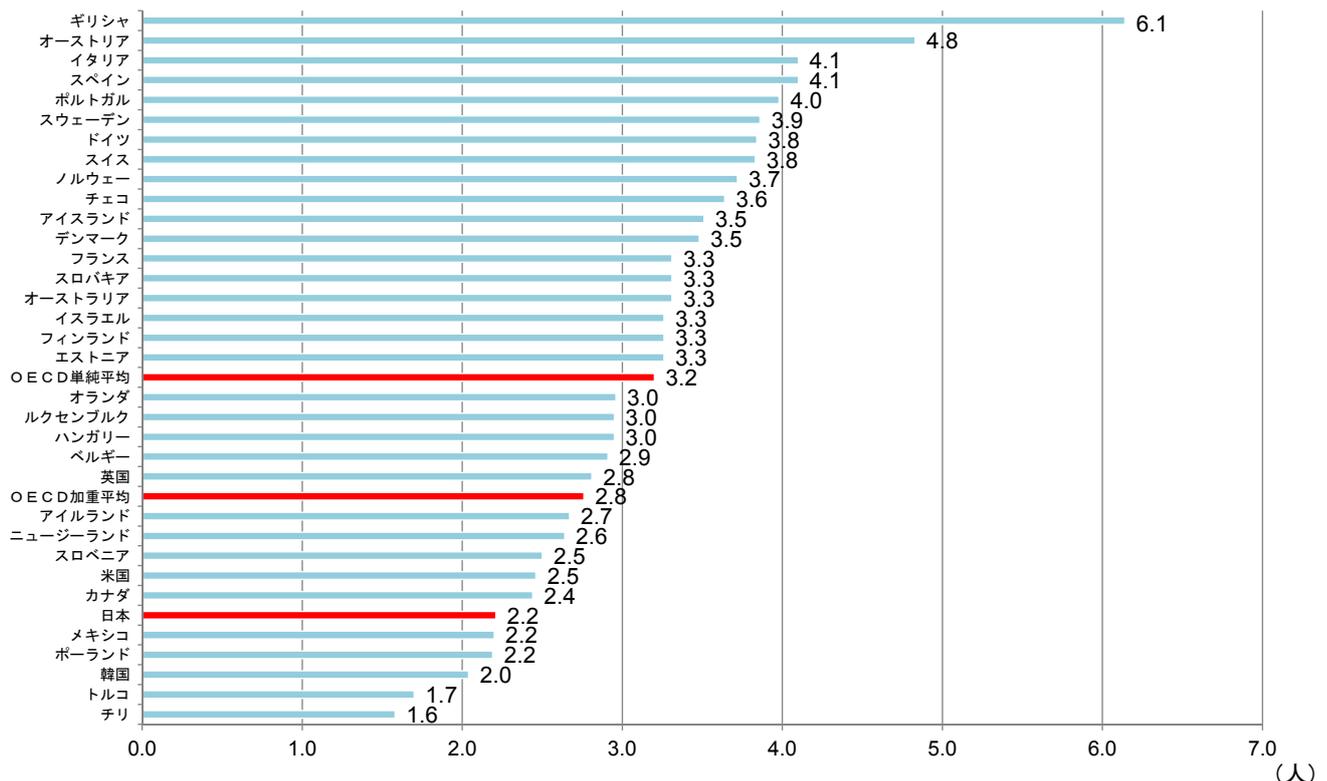
- 近年、死亡等を除いても、医師数は4,000人程度、毎年増加している。
(医師数) 平成14年 26.3万人 → 平成24年 30.3万人 (注) 従事医師数は、28.9万人



(出典) 医師・歯科医師・薬剤師調査

人口1000人当たり臨床医数の国際比較（2010年（平成22年））

我が国の人口1,000人当たりの臨床医師数は2.2となっており、OECD加盟国の中でも少ない。



注1 「OECD単純平均」とは、各国の人口1,000人当たり医師数の合計を国数で除した値

注2 「OECD加重平均」とは、加盟国の全医師数を加盟国の全人口（各国における医師数掲載年と同一年の人口）で除した数に1,000を乗じた値

注3 スウェーデン、オランダ、日本は2010年の値、デンマークは2009年の値

注4 ギリシャ、フランス、スロバキア、フィンランド、オランダ、カナダ、トルコは研究機関等に勤務し臨床にあたらない医師を含み、ポルトガル・チリは資格を有しており現役に働いていない医師を含む

注5 フィンランド、英国、アイルランドは推計値

出典：OECD Health Data 2013

医療提供体制の各国比較（2010年）

国名	平均在院日数	人口千人当たり病床数	病床百床当たり臨床医師数	人口千人当たり臨床医師数	病床百床当たり臨床看護職員数	人口千人当たり臨床看護職員数
日本	32.5 (18.2)	13.6	16.4	2.2	74.3	10.1
ドイツ	9.6 (7.3)	8.3	45.2	3.7	136.7	11.3
フランス	12.7 (5.2)	6.4	#50.9	#3.3	#131.5	#8.5
イギリス	7.7 (6.6)	3.0	91.8	2.7	324.7	9.6
アメリカ	6.2 (5.4)	3.1	79.4	2.4	#350.8	#11.0

（出典）：「OECD Health Data 2012」

注1 「人口千人当たり病床数」、「病床百床当たり臨床医師数」及び「病床百床当たり臨床看護職員数」について、アメリカは2009年のデータ。

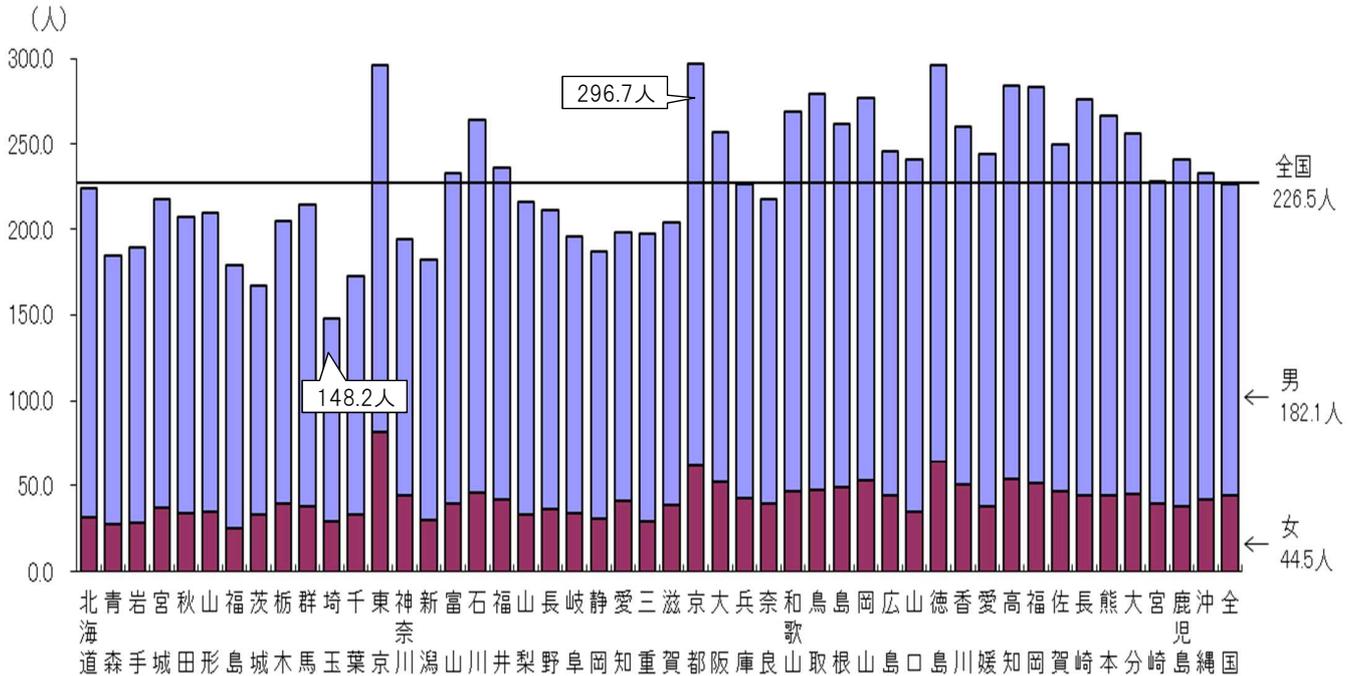
注2 「#」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

注3 病床百床当たり臨床医師数ならびに臨床看護職員数は、総臨床医師数等を病床数で単純に割って百をかけた数値である。

注4 平均在院日数のカッコ書きは、急性期病床（日本は一般病床）における平均在院日数である。

都道府県別にみた人口10万対医師数（平成24年）

- 全国の医療施設（診療所・病院）に従事する「人口10万対医師数」は226.5人で、前回に比べ7.5人増加している。
- 都道府県別では、京都府が最も多く（296.7）、埼玉県が最も少ない（148.2）。

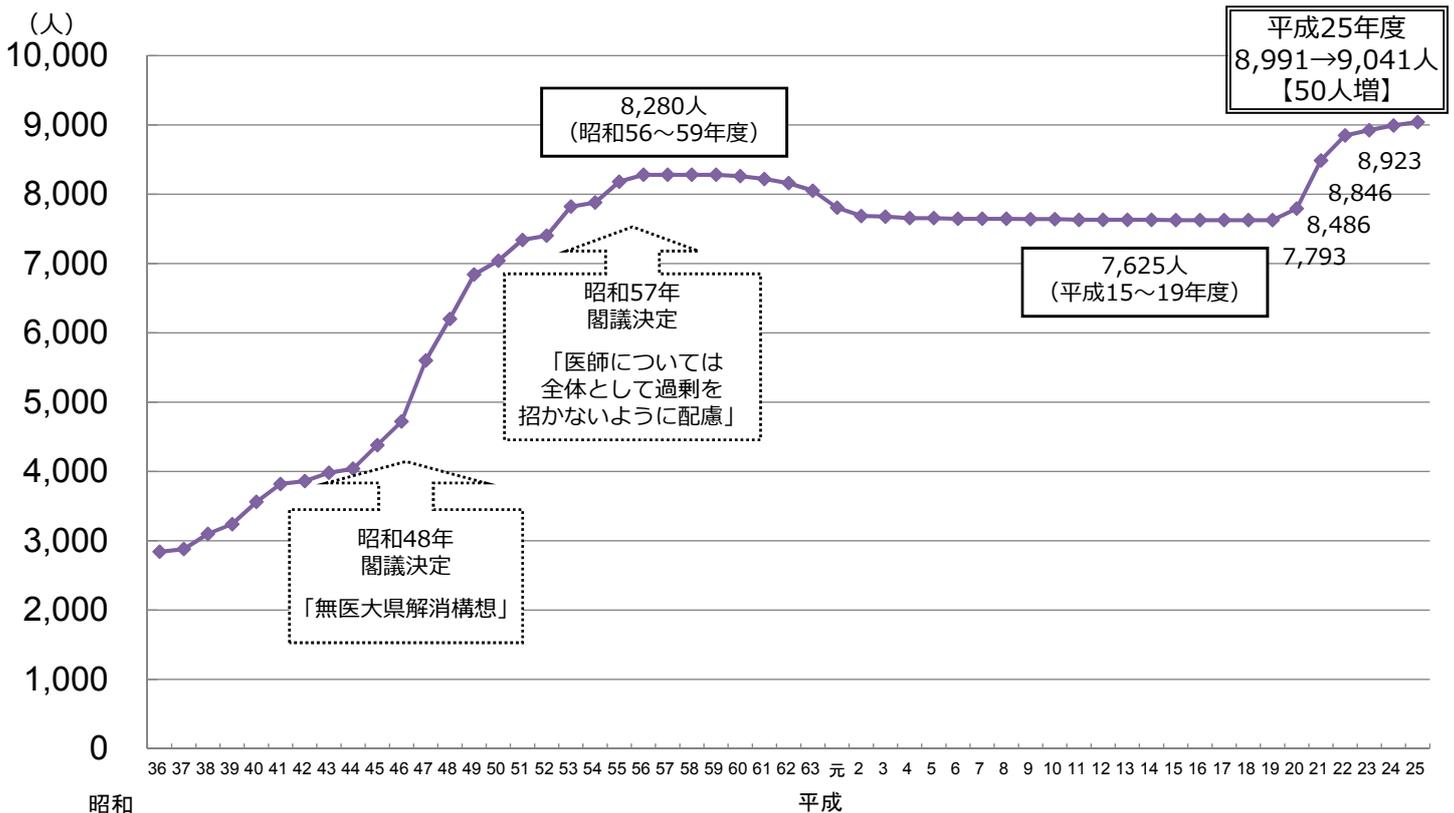


（出典）医師・歯科医師・薬剤師調査

医学部入学定員の年次推移

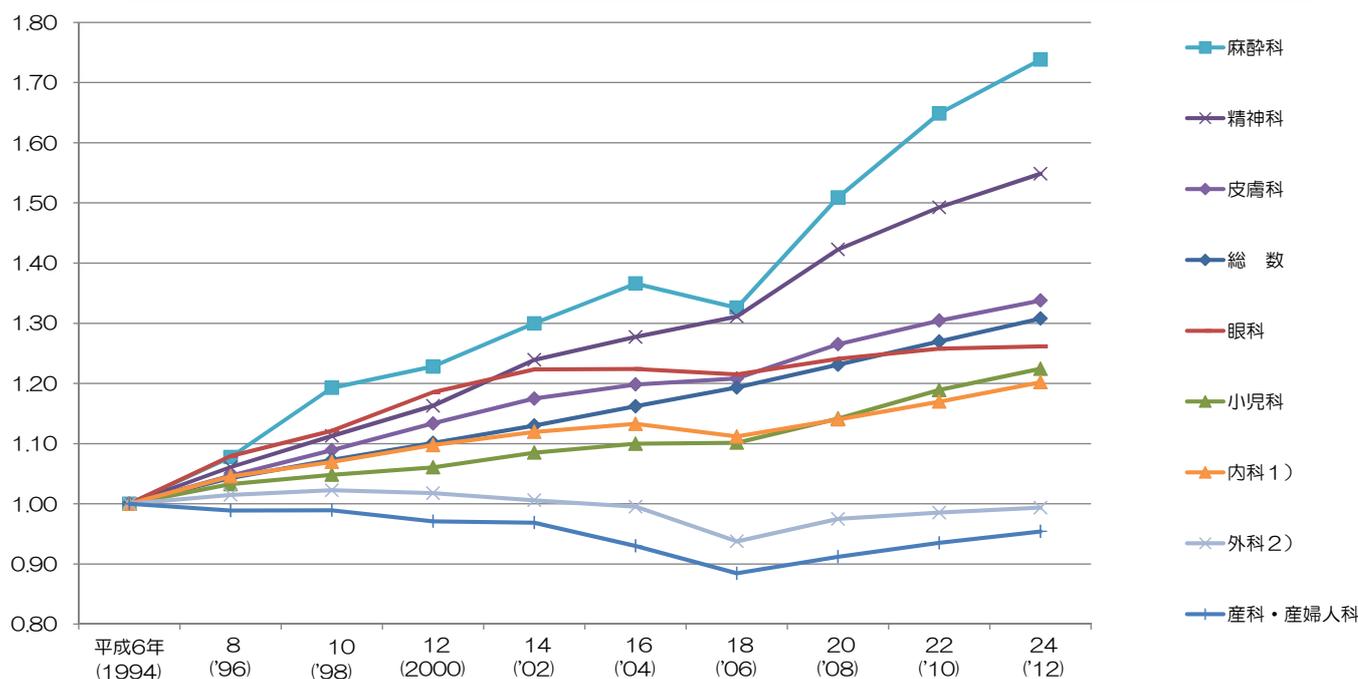
○ 医学部の入学定員を、過去最大規模まで増員。

（平成19年度7,625人→平成25年度9,041人（累計1,416人増））



診療科別医師数の推移(平成6年を1.0とした場合)

- 多くの診療科で医師は増加傾向にある。
- 減少傾向にあった産婦人科・外科においても、増加傾向に転じている



- ※内科1) ・ ・ (平成8～18年) は内科、呼吸器科、循環器科、消化器科(胃腸科)、神経内科、アレルギー科、リウマチ科、心療内科
(平成20～24年) 内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科
- ※外科2) ・ ・ (平成6～18年) 外科、呼吸器外科、心臓血管外科、気管食道科、こころ科、小児外科
(平成20～24年) 外科、呼吸器・心臓血管・乳腺・気管食道・消化器・肛門・小児外科

(出典)医師・歯科医師・薬剤師調査

医療計画制度について

趣旨

- 各都道府県が、地域の实情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定。
- 医療提供の量(病床数)を管理するとともに、質(医療連携・医療安全)を評価。
- 医療機能の分化・連携(「医療連携」)を推進することにより、急性期から回復期、在宅療養に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される「地域完結型医療」を推進。

平成25年度からの医療計画における記載事項

- **新たに精神疾患を加えた五疾病五事業(※)及び在宅医療に係る目標、医療連携体制及び住民への情報提供推進策**
 - ※ 五疾病五事業…五つの疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患)と五つの事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む))をいう。災害時における医療は、東日本大震災の経緯を踏まえて見直し。
- 地域医療支援センターにおいて実施する事業等による医師、看護師等の医療従事者の確保
- 医療の安全の確保 ○ 二次医療圏(※)、三次医療圏の設定 ○ 基準病床数の算定 等
 - ※ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入・流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

【医療連携体制の構築・明示】

- ◇ 五疾病五事業ごとに、必要な医療機能(目標、医療機関に求められる事項等)と各医療機能を担う医療機関の名称を医療計画に記載し、地域の医療連携体制を構築。
- ◇ 地域の医療連携体制を分かりやすく示すことにより、住民や患者が地域の医療機能を理解。
- ◇ 指標により、医療資源・医療連携等に関する現状を把握した上で課題の抽出、数値目標を設定、施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う(疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進)。

基準病床数制度について

目的

病床の整備について、病床過剰地域(※)から非過剰地域へ誘導することを通じて、病床の地域的偏在を是正し、全国的に一定水準以上の医療を確保

※既存病床数が基準病床数(地域で必要とされる病床数)を超える地域

仕組み

- 基準病床数を、全国統一の算定式により算定
 - ※一般病床・療養病床は、二次医療圏ごとの性別・年齢階級別人口、病床利用率等から計算
 - 精神病床は、都道府県の年齢階級別人口、1年以上継続して入院している割合、病床利用率等から計算
 - 結核病床は、都道府県において結核の予防等を図るため必要な数を知事が定めている
 - 感染症病床は、都道府県の特定感染症指定医療機関等の感染症病床の合計数を基準に知事が定めている
- 都道府県知事は、既存病床数が基準病床数を超える地域(病床過剰地域)では、公的医療機関等(地方公共団体・日赤等)の開設・増床を許可しないことができ、それ以外の医療機関の場合は、勧告することができる
- 都道府県知事は病床過剰地域において、公的医療機関等が、正当な理由がないのに、病床に係る業務の全部又は一部を行っていないときは、病床数を削減する措置をとるよう命ずることができる

病床数の算定に関する例外措置

- ① 救急医療のための病床や治験のための病床など、更なる整備が必要となる一定の病床については、病床過剰地域であっても整備することができる特例を設定
- ② 一般住民に対する医療を行わない等の一定の病床は既存病床数に算定しない(病床数の補正)

基準病床数制度における特定の病床等に係る特例

概要

- 更なる整備が必要となる一定の病床については、病床過剰地域であっても、都道府県は、厚生労働大臣の同意を得た数を基準病床数に加えて、病院開設・増床の許可を行うことができる。具体的には、以下の通り。

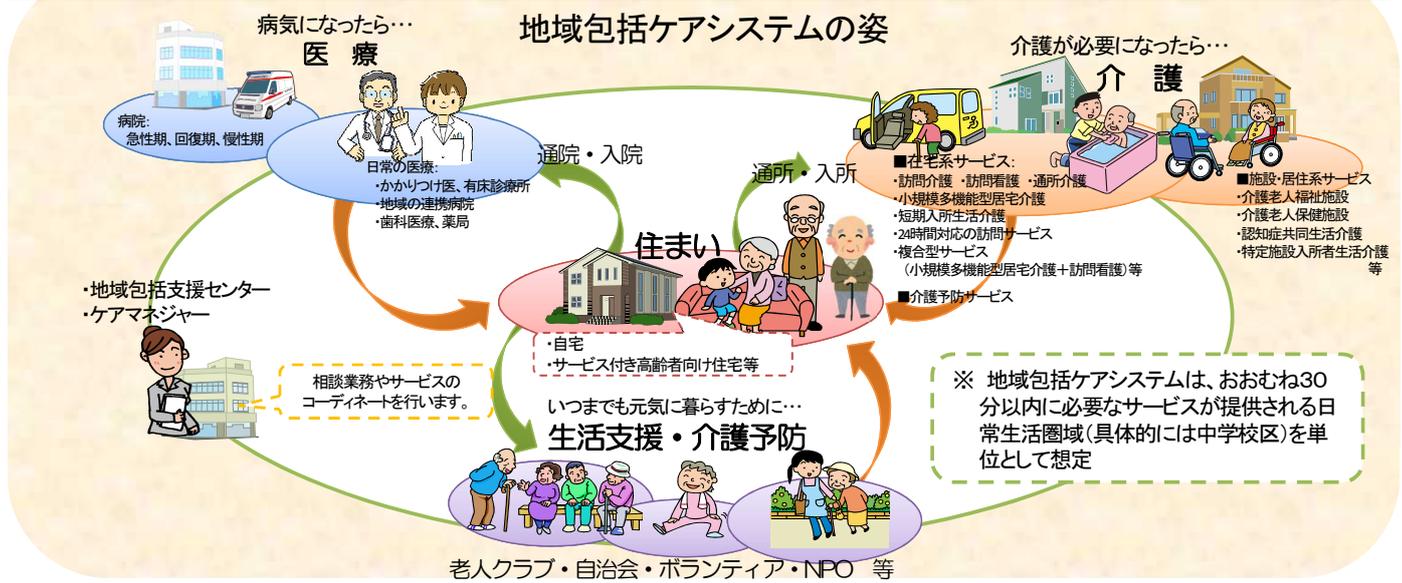
- ① がん又は循環器疾患の専門病床
- ② 小児疾患専門病床
- ③ 周産期疾患に係る病床
- ④ 発達障害児の早期リハビリテーション等に係る病床
- ⑤ 救急医療に係る病床
- ⑥ 薬物(アルコールその他)中毒性精神疾患、老人性精神疾患、小児精神疾患、合併症を伴う精神疾患に係る病床
- ⑦ 神経難病に係る病床
- ⑧ 緩和ケア病床
- ⑨ 開放型病床
- ⑩ 後天性免疫不全症候群に係る病床
- ⑪ 新興・再興感染症に係る病床
- ⑫ 治験に係る病床
- ⑬ 診療所の療養病床に係る病床



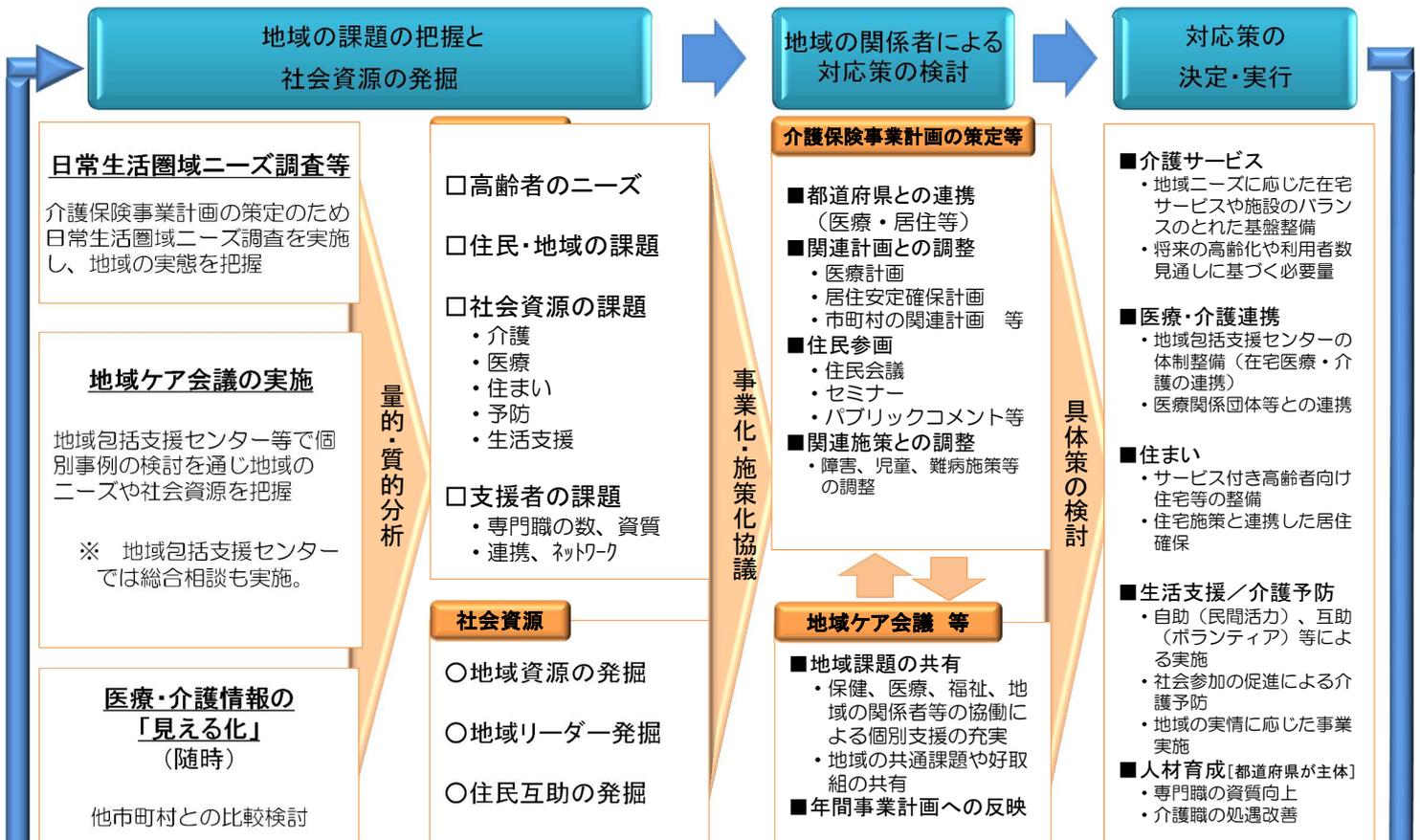
- 急激な人口の増加が見込まれる、特定の疾患に罹患する者が異常に多い等の場合については、都道府県は、厚生労働大臣の同意を得た数を基準病床数に加えることができる。

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**

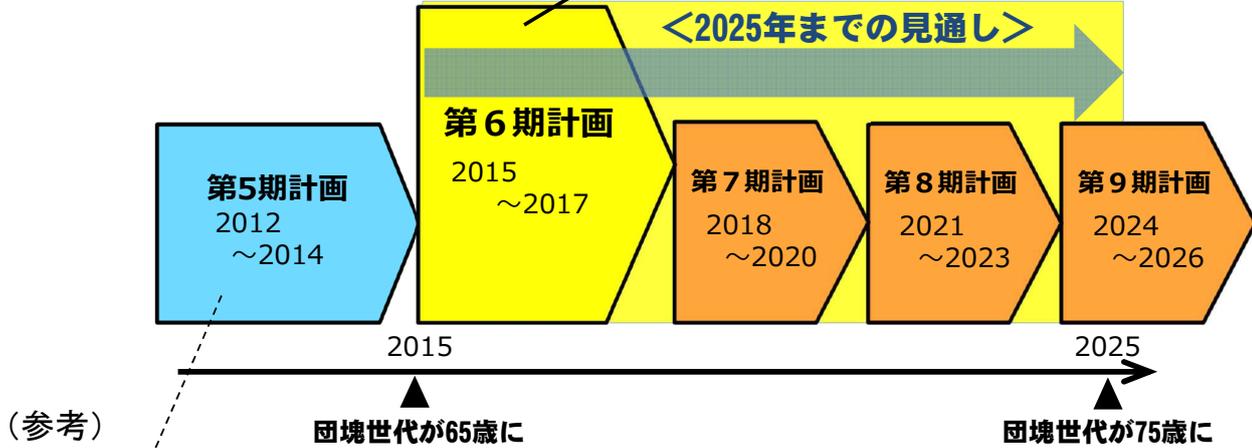


市町村における地域包括ケアシステム構築のプロセス (概念図)



2025年を見据えた介護保険事業計画の策定

- 第6期計画以後の計画は、2025年に向け、第5期で開始した地域包括ケア実現のための方向性を承継しつつ、在宅医療介護連携等の取組を本格化していくもの。
- 2025年までの中長期的なサービス・給付・保険料の水準も推計して記載することとし、中長期的な視野に立った施策の展開を図る。



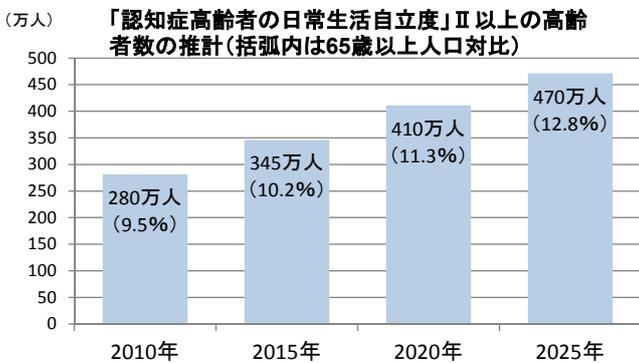
第5期計画では、高齢者が地域で安心して暮らせる地域包括ケアシステムを構築するために必要となる、①認知症支援策の充実、②医療との連携、③高齢者の居住に係る施策との連携、④生活支援サービスの充実といった重点的に取り組むべき事項を、実情に応じて選択して位置づけるなど、段階的に計画の記載内容を充実強化させていく取組をスタート

今後の介護保険をとりまく状況

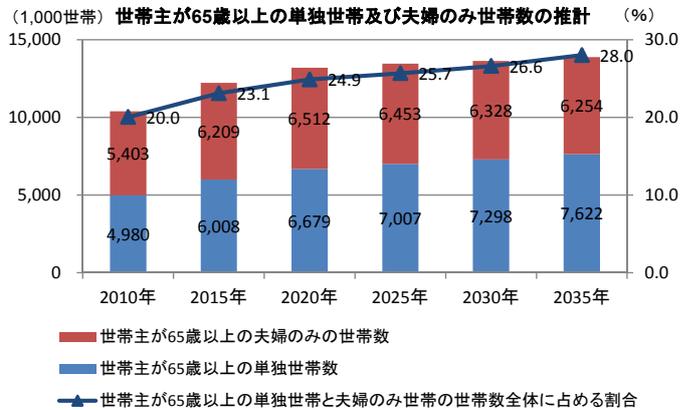
① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,657万人となり、2042年にはピークを迎える予測(3,878万人)。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

	2012年8月	2015年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口(割合)	3,058万人(24.0%)	3,395万人(26.8%)	3,657万人(30.3%)	3,626万人(39.4%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1,511万人(11.8%)	1,646万人(13.0%)	2,179万人(18.1%)	2,401万人(26.1%)

② 65歳以上高齢者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者が増加していく。



③ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく

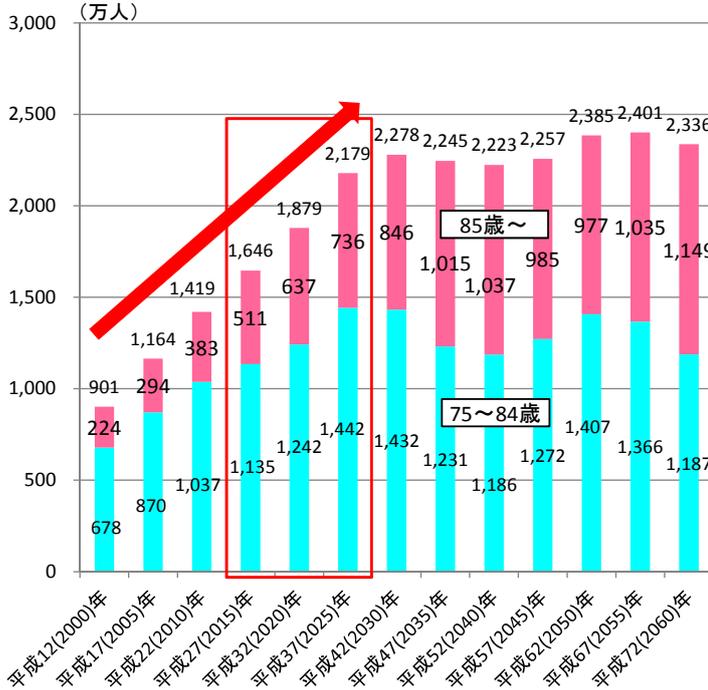


④ 75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

	埼玉県	千葉県	神奈川県	大阪府	愛知県	東京都	~	鹿児島県	島根県	山形県	全国
2010年 <>は割合	58.9万人 <8.2%>	56.3万人 <9.1%>	79.4万人 <8.8%>	84.3万人 <9.5%>	66.0万人 <8.9%>	123.4万人 <9.4%>		25.4万人 <14.9%>	11.9万人 <16.6%>	18.1万人 <15.5%>	1419.4万人 <11.1%>
2025年 <>は割合 ()は倍率	117.7万人 <16.8%> (2.00倍)	108.2万人 <18.1%> (1.92倍)	148.5万人 <16.5%> (1.87倍)	152.8万人 <18.2%> (1.81倍)	116.6万人 <15.9%> (1.77倍)	197.7万人 <15.0%> (1.60倍)		29.5万人 <19.4%> (1.16倍)	13.7万人 <22.1%> (1.15倍)	20.7万人 <20.6%> (1.15倍)	2178.6万人 <18.1%> (1.53倍)

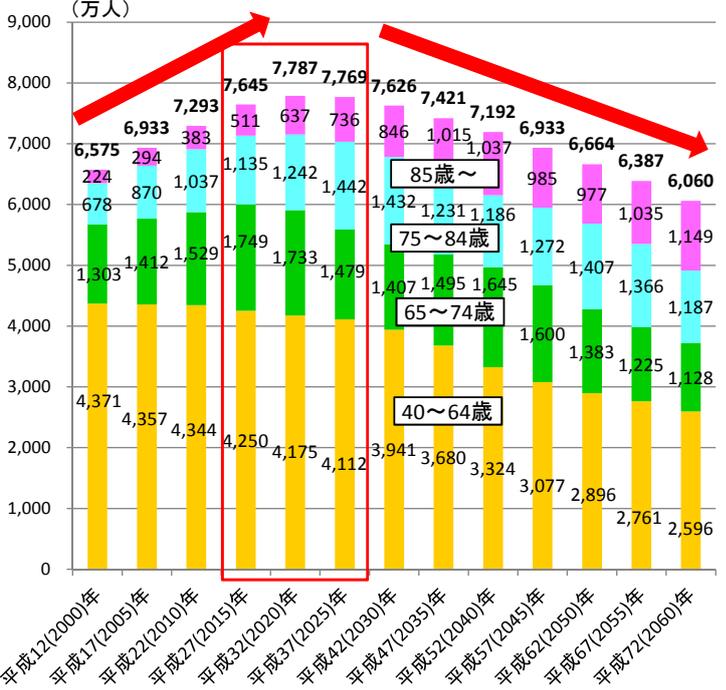
⑤ 要介護率が高くなる75歳以上の人口の推移

○75歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、急速に増加してきたが、2025年までの10年間も、急速に増加。
 ○2030年頃から75歳以上人口は急速には伸びなくなるが、一方、85歳以上人口はその後の10年程度は増加が続く。



⑥ 介護保険料を負担する40歳以上人口の推移

○保険料負担者である40歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、増加してきたが、2025年以降は減少する。

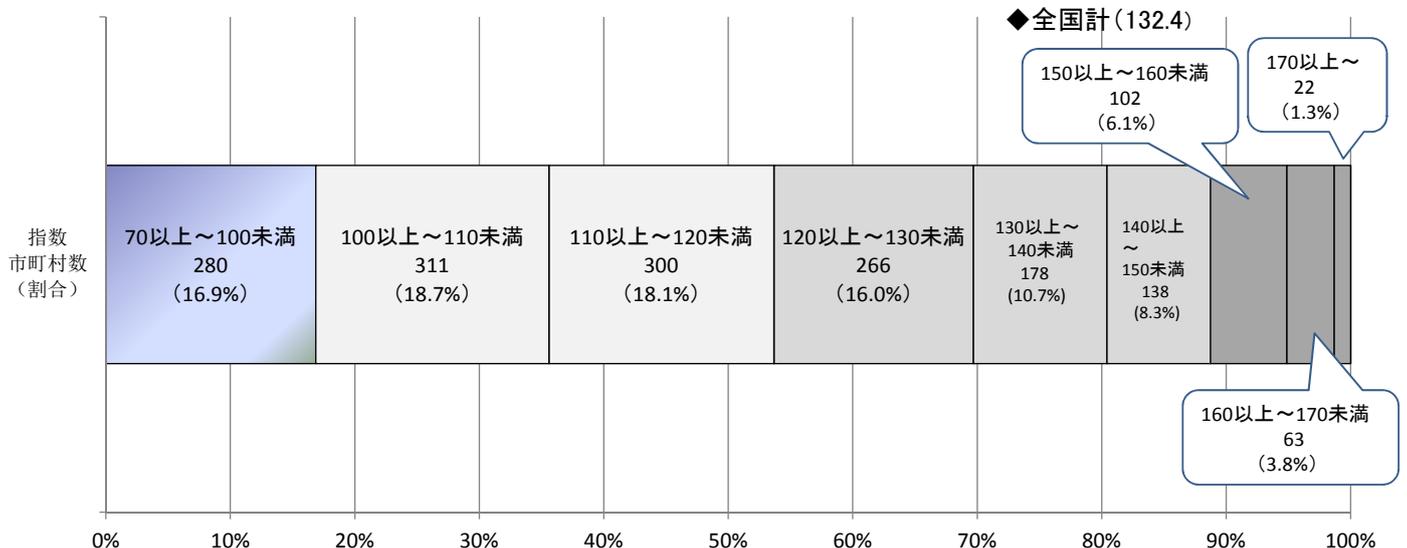


(資料) 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計) 出生中位(死亡中位)推計
 実績は、総務省統計局「国勢調査」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)

⑦ 75歳以上人口の伸びの市町村間の差

75歳以上人口の2015年から2025年までの伸びでは、全国計で1.32倍であるが、市町村間の差は大きく、1.5倍を超える市町村が11.3%ある一方、減少する市町村が16.9%ある。

75歳以上人口について、平成27(2015)年を100としたときの平成37(2025)年の指数

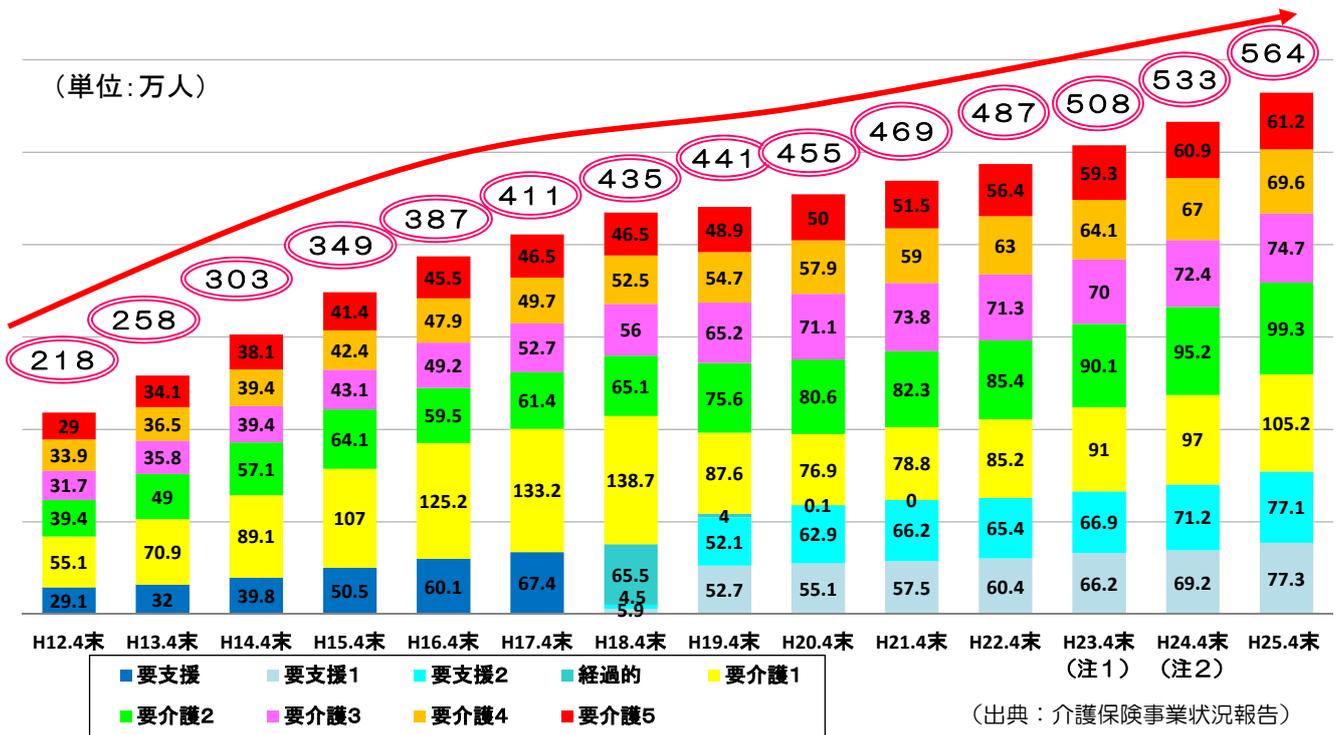


注) 市町村数には福島県内の市町村は含まれていない。

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」より作成

要介護度別認定者数の推移

要介護(要支援)の認定者数は、平成25年4月現在564万人で、この13年間で約2.59倍に。このうち軽度の認定者数の増が大きい。また、近年、増加のペースが再び拡大。

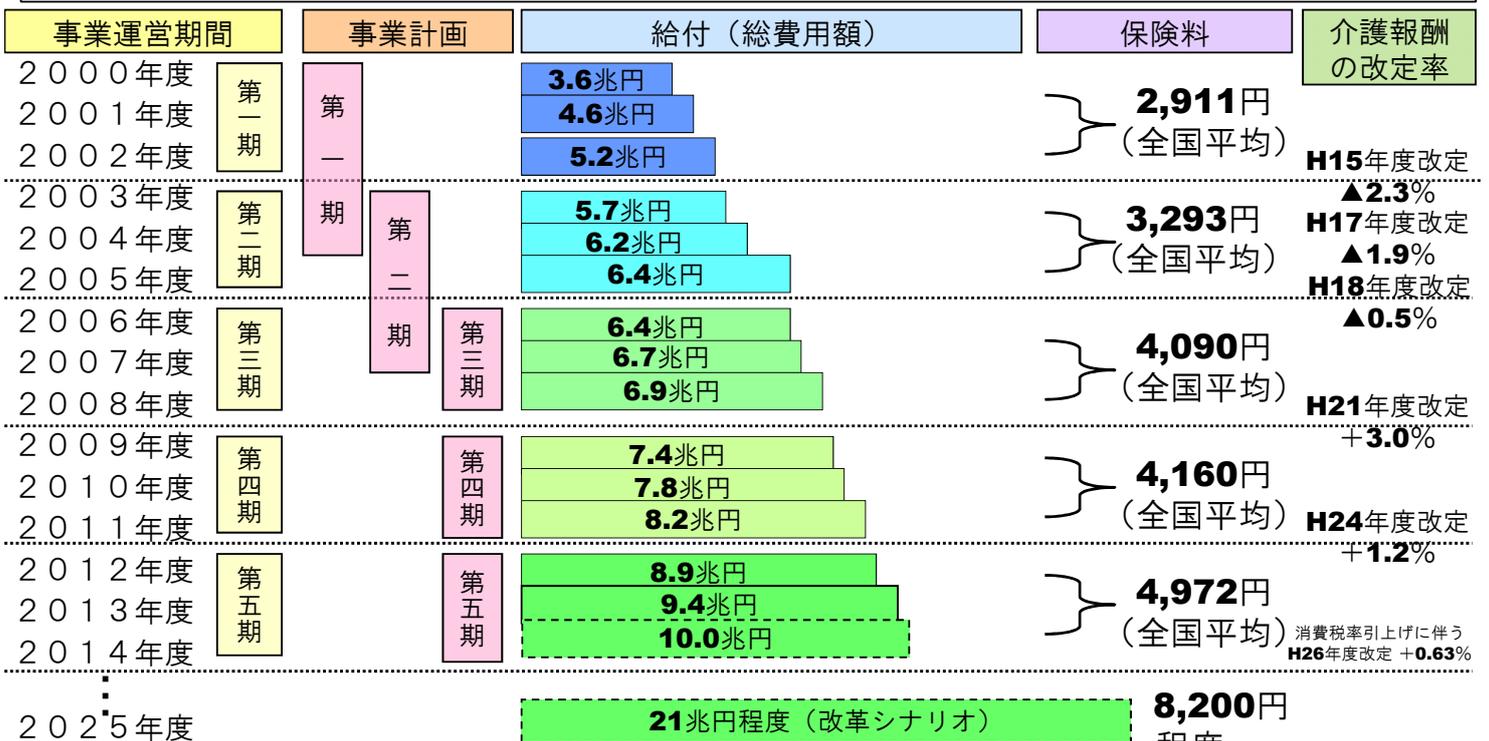


注1) 陸前高田市、大槌町、女川町、桑折町、広野町、榴葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町は含まれていない。
 注2) 榴葉町、富岡町、大熊町は含まれていない。

介護給付と保険料の推移

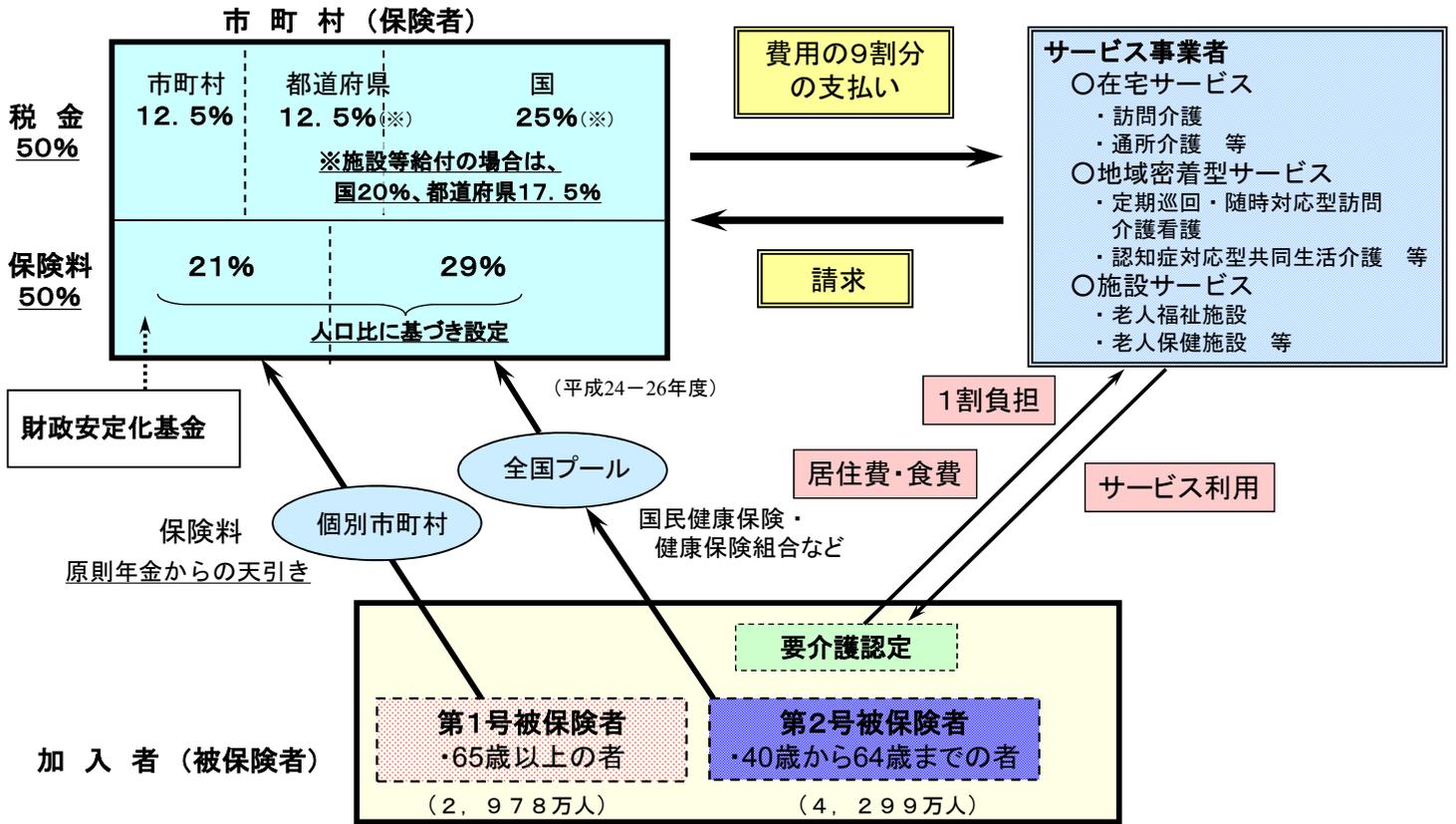
○ 市町村は3年を1期(2005年度までは5年を1期)とする介護保険事業計画を策定し、3年ごとに見直しを行う。保険料は、3年ごとに、事業計画に定めるサービス費用見込額等に基づき、3年間を通じて財政の均衡を保つよう設定。

○ 高齢化の進展により、2025年には保険料が現在の5000円程度から8200円程度に上昇することが見込まれており、地域包括ケアシステムの構築を図る一方、介護保険制度の持続可能性の確保のための重点化・効率化も必要となっている。



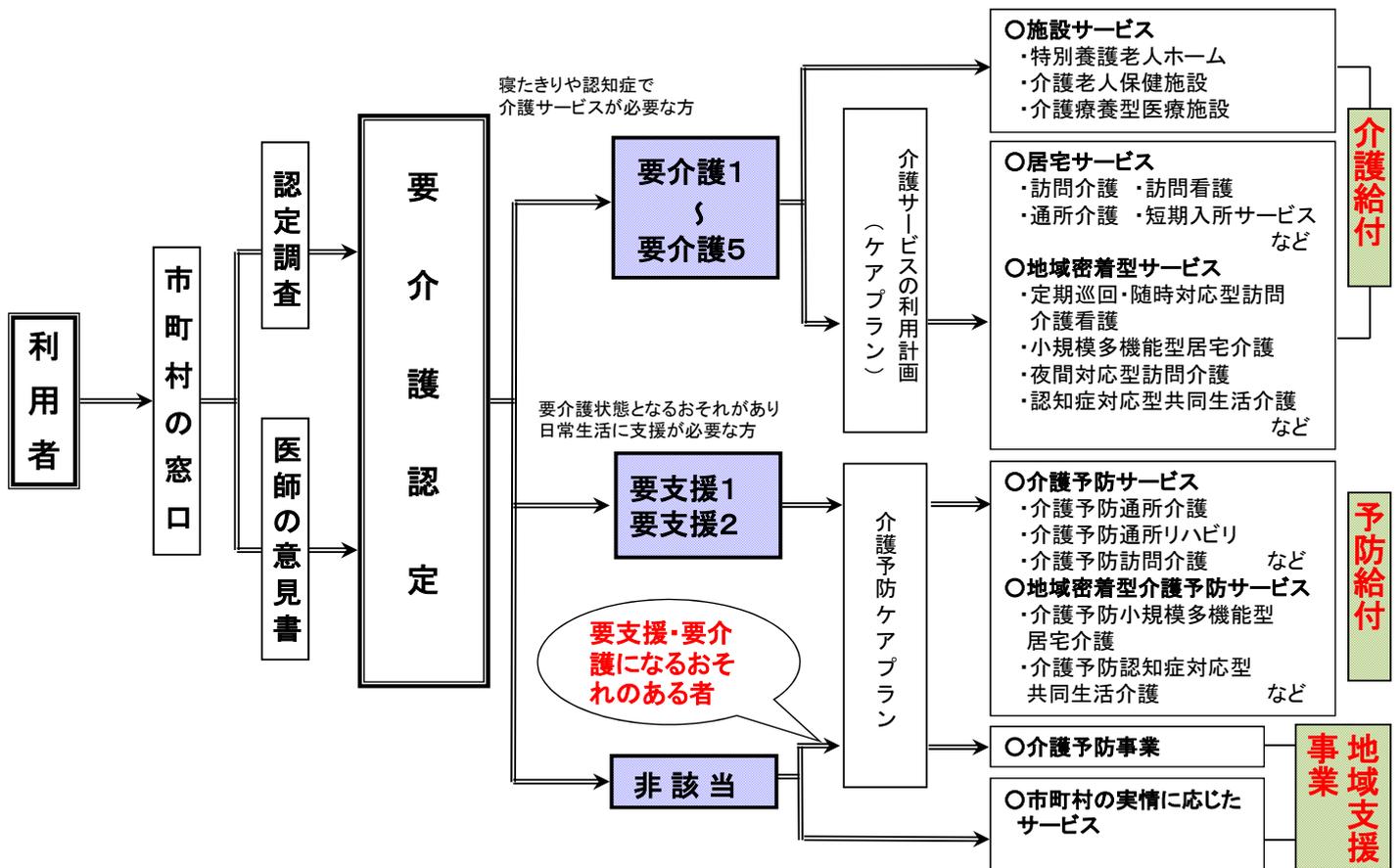
※2011年度までは実績であり、2012~2013年は当初予算、2014年度は当初予算(案)である。
 ※2025年度は社会保障に係る費用の将来推計について(平成24年3月) ※2012年度の賃金水準に換算した値

介護保険制度の仕組み



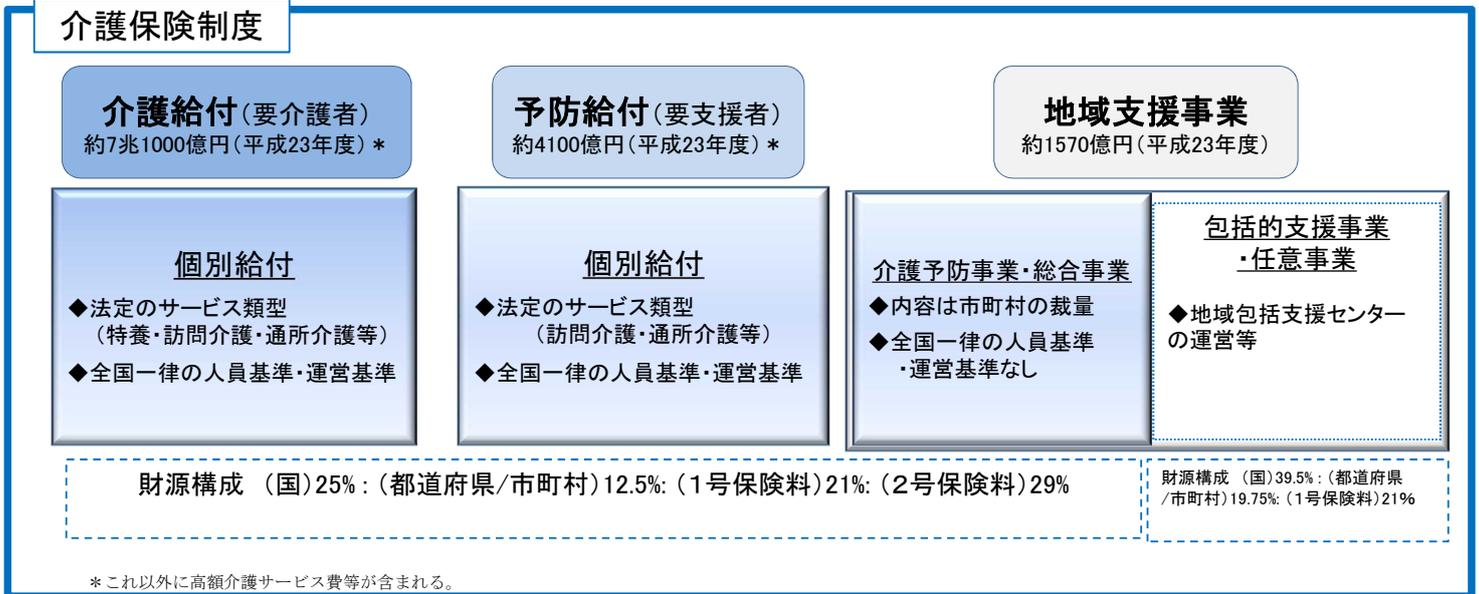
(注) 第1号被保険者の数は、「平成23年度介護保険事業状況報告年報」によるものであり、平成23年度末現在の数である。
 第2号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付費納付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、平成23年度内の月平均値である。

介護サービスの利用の手続き（現行）



現行の介護保険制度の仕組み

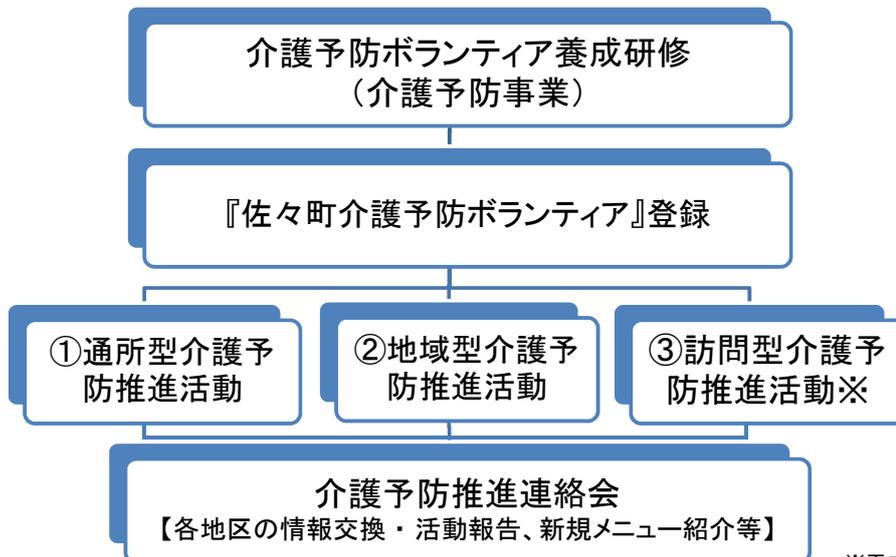
- 介護保険制度の中には、①要介護者(1～5)に対する介護給付、②要支援者(1・2)に対する予防給付のほか、保険者である市町村が、「事業」という形で、要介護・要支援認定者のみならず、地域の高齢者全般を対象に、**地域で必要とされているサービスを提供する「地域支援事業」という仕組みがある**(平成17年改正で導入。平成18年度から施行)。
※介護保険制度内でのサービスの提供であり、財源構成は変わらない。
- 要介護者・要支援者以外の高齢者(2次予防事業対象者など)への介護予防事業は、「地域支援事業」で実施。
- 市町村の選択により、「地域支援事業」において、**要支援者・2次予防事業対象者向けの介護予防・日常生活支援に資するサービスを総合的に実施できる事業(「総合事業」)を創設**(平成23年改正で導入。平成24年度から施行)。
※24年度には27保険者(市町村等)が実施。25年度は44保険者が実施予定。



介護予防・日常生活支援総合事業の取組(長崎県佐々町) ～介護予防ボランティアによる介護予防と日常生活支援～

- 「介護予防ボランティア養成研修」を受けた65歳以上の高齢者が、①介護予防事業でのボランティアや、②地域の集会所などでの自主的な介護予防活動、③要支援者の自宅を訪問して行う掃除・ゴミ出し等の訪問型生活支援サービスを行うことを支援。
- 平成20年度から実施し、平成24年12月現在45名が登録・活動中。
- 平成24年度からは介護保険法改正により導入した介護予防・日常生活支援総合事業で実施。

佐々町の介護予防ボランティア組織図



※平成24年度より

介護予防・日常生活支援総合事業の取組(山梨県北杜市)

～地域住民の支え合いによる通いの場づくりと生活支援～

- 地域住民が住み慣れた地域で安心して過ごすため、医療や介護、介護保険外サービスを含めた様々なサービスを日常生活の場で提供
- 利用者の視点に立った柔軟な対応、地域活力の向上に向けた取組、地域包括ケアの実現に向けた取組を目指し、住民ボランティアの協力による①通所型予防サービス、②配食・見守り・安否確認等の生活支援サービスを実施

通所型予防サービス(ふれあい処北杜)

- 運営(8か所)
NPO、社協、地区組織、JA、介護事業所
- 内容
交流、会話、趣味、事業所の特性を生かした活動(週1～2回)
- スタッフは1～2名。他はボランティア。
- ケアマネジメント
北杜市地域包括支援センターが実施
- 地域の人誰でも気軽に立ち寄れる場所

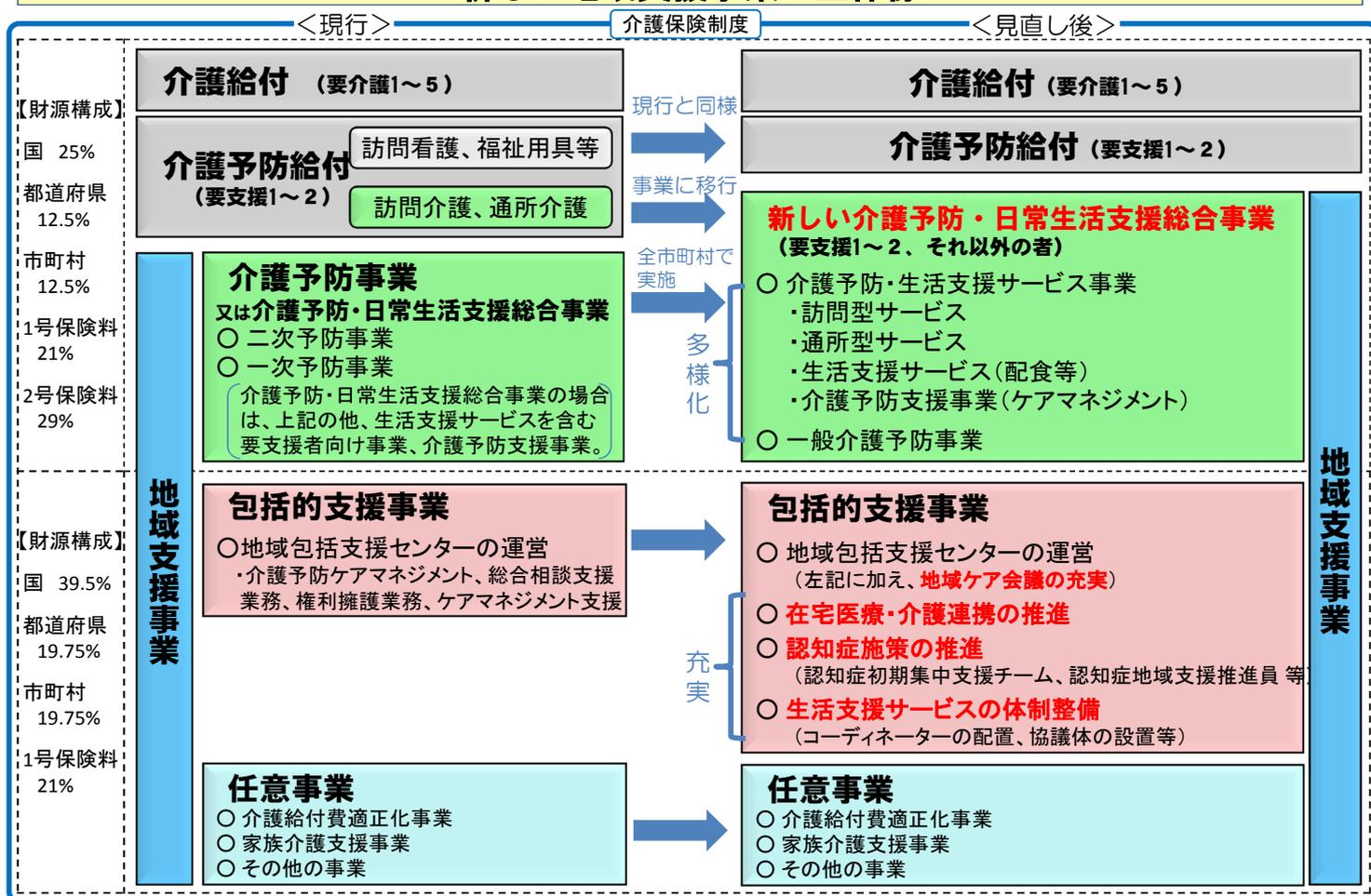
※地域支え合い体制づくり事業で整備

生活支援サービス

- 内容
 - ・配食+安否確認(緊急連絡を含む)
 - ・弁当業者等が配食の際、利用者に声かけ
 - ・異常があった時の連絡義務づけ
 - ・弁当業者、ボランティア、NPO等が連携(5か所の事業者が参入)



新しい地域支援事業の全体像



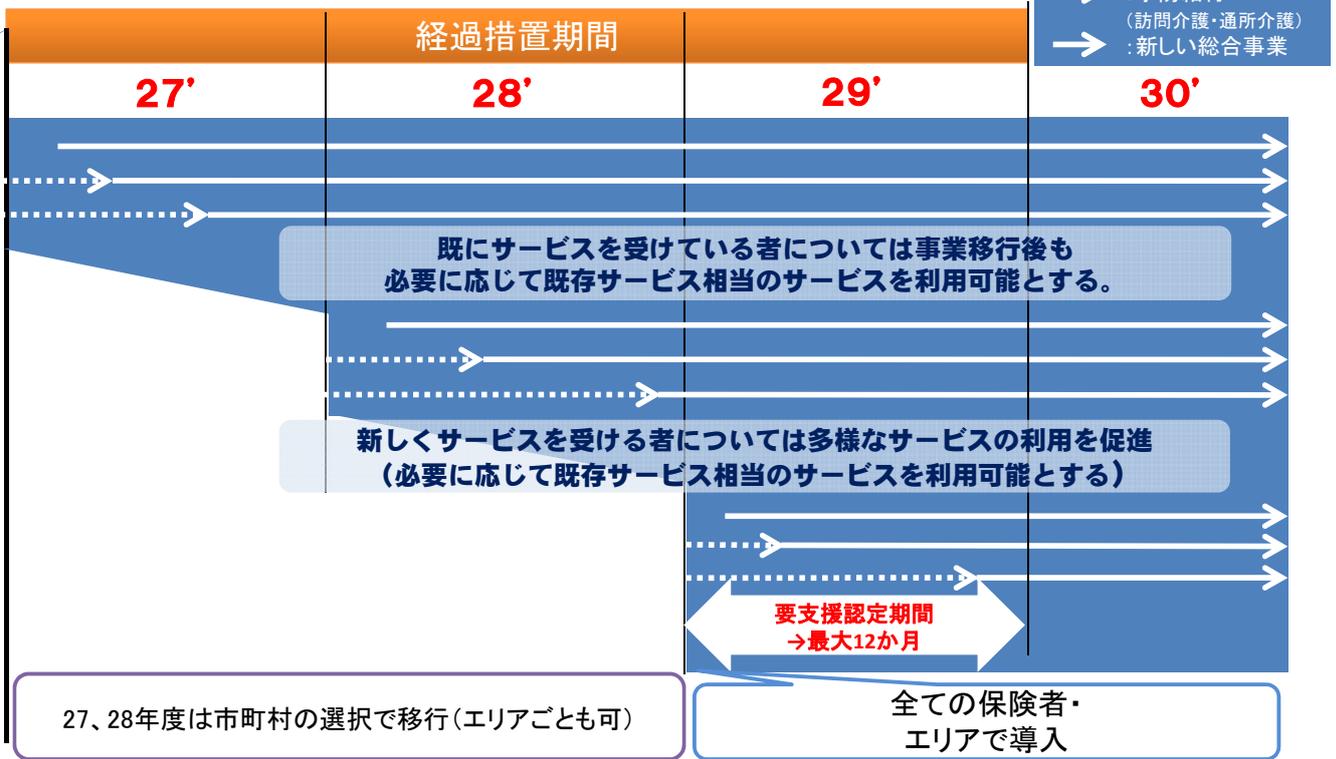
市町村の新しい総合事業実施に向けたスケジュールについて（イメージ）

- 移行に際しては受け皿の整備に一定の時間がかかることも踏まえて、平成29年4月までに、全ての保険者で要支援者に対する新しい総合事業を開始。（27、28年度は市町村の選択）
- 平成29年度末をもって、予防給付のうち訪問介護と通所介護については終了。

訪問介護、通所介護（予防給付）から訪問型サービス・通所型サービスへの移行（イメージ）

法改正

保
険
者
数



総合事業への指定事業者制の導入等による円滑な移行

- 給付から事業への移行により、多様な主体による多様なサービスが可能となり、市町村の事業の実施方法も多様となる。国が介護保険法に基づきガイドライン（指針）を定め、円滑な移行を支援。
- 市町村の総合事業の実施方法として、事業者への委託等のほか、予防給付と類似した指定事業者制を導入
 - ・指定事業者制により、事業者と市町村の間で毎年度委託契約を締結することが不要となり、事務負担を軽減
 - ・施行時には、原則、都道府県が指定している予防給付の事業者（訪問介護・通所介護）を、市町村の総合事業の指定事業者とみなす経過措置を講じ、事務負担を軽減するとともに、円滑な移行を図る
 - ・審査・支払についても、現在の予防給付と同様に、国民健康保険団体連合会の活用を推進

<介護予防給付の仕組み>

- ・指定介護予防事業者（都道府県が指定）
 - ・介護報酬（全国一律）
 - ・国保連に審査・支払いを委託
- ※被保険者に対する介護予防サービス費の支給を、指定事業者が被保険者に代わって受領する仕組み

円滑な移行
（訪問介護・通所介護）

改正法の施行時には、原則、都道府県が指定している予防給付の事業者（訪問介護・通所介護）を、市町村の総合事業の指定事業者とみなす経過措置

<新しい総合事業の仕組み>

①指定事業者による方法（給付の仕組みに類似）

- ・指定事業者（市町村が指定）
 - ・単価は市町村が独自に設定
 - ・国保連に審査・支払いの委託が可能
- ※被保険者に対する事業支給費の支給を、指定事業者が被保険者に代わって受領する仕組み

②その他の方法

- ・事業者への委託、事業者への補助、市町村による直接実施
- ・委託費等は市町村が独自に設定
（利用者1回当たりや1人当たりの単価による方法や、利用定員等に対して年間、月間等の委託費総額を取り決める方法などが可能）
- ・単価による方法の場合は、国保連に審査・支払いの委託が可能

（必要な方への専門的なサービス提供等）

- ・専門的なサービスを必要とする方に対しては、既存の介護事業者等も活用して、専門的なサービスを提供
- ・既にサービスを受けている方は、事業移行後も市町村のケアマネジメントに基づき、既存サービス相当のサービスを利用可能とする
- ・国としてガイドラインを定めること等を通じ、専門的なサービスについてふさわしい単価設定を行うことなど市町村の取組を支援

※ 新しくサービスを受ける者には、市町村を中心とした支え合いの体制づくりを進めることで、ボランティア、NPOなどの多様なサービスの提供を推進

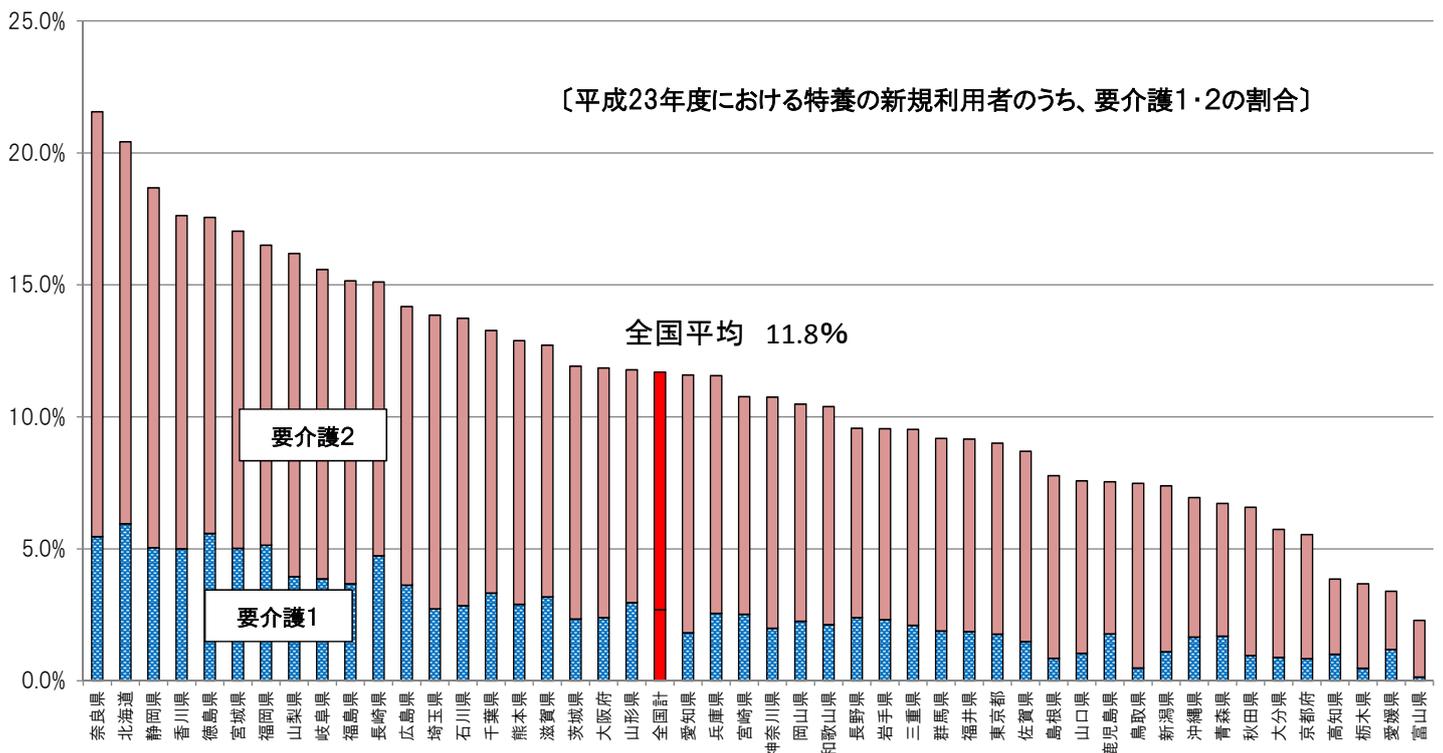
介護保険3施設の概要

		特別養護老人ホーム	老人保健施設	介護療養型医療施設 (2017年度末までに廃止)	
基本的性格		要介護高齢者のための生活施設	要介護高齢者が在宅復帰を目指すリハビリテーション施設	重医療・要介護高齢者の長期療養施設	
定義		65歳以上の者であって、身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難なものを入所させ、養護することを目的とする施設 【老人福祉法第20条の5】	要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設	療養病床等を有する病院又は診療所であって、当該療養病床等に入院する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他必要な医療を行うことを目的とする施設 【旧・医療法第7条第2項第4号】	
介護保険法上の類型		介護老人福祉施設 【介護保険法第8条第26項】	介護老人保健施設 【介護保険法第8条第27項】	介護療養型医療施設 【旧・介護保険法第8条第26項】	
主な設置主体		地方公共団体 社会福祉法人	地方公共団体 医療法人	地方公共団体 医療法人	
居室面積・定員数	従来型	面積/人	10.65㎡以上	8㎡以上	
		定員数	原則個室	4人以下	
	ユニット型	面積/人	10.65㎡以上		
		定員数	原則個室		
医師の配置基準		必要数(非常勤可)	常勤1以上 100:1以上	3以上 48:1以上	
施設数(H24.10)※		7,552 件	3,932 件	1,681 件	
定員数・病床数(H24.10)※		498,700 人	344,300 人	75,200 人	

※介護給付費実態調査(10月審査分)による。

特養における要介護1・2の新規入所者の割合

○ 特別養護老人ホームへの新規入所者のうち、軽度者(要介護1・2)が占める割合について、都道府県別で比較すると、地域によって偏りがみられる。



※厚生労働省老健局高齢者支援課作成(平成23年度時点)

介護人材の確保

国・都道府県・市町村・事業者の主な役割

国

- ・介護報酬改定等を通じた処遇改善の取組等、4つの視点に基づき総合的に施策を推進
- ・介護保険事業(支援)計画の基本指針と連動した福祉人材確保指針や介護雇用管理改善等計画の見直し
- ・介護人材の需給推計ツールの提供など都道府県への支援

都道府県

- ・介護保険事業支援計画等に基づき、介護職員の研修など、4つの視点からの取組
- ・必要となる介護人材の需給推計の実施
- ・関係団体や関係機関などを集めた協議会の設置運営

市町村

- ・事業者の介護人材確保に向けた取組の支援
- ・生活支援の担い手を増やしていくための取組

事業者(事業者団体)

- ・選ばれる事業所となるための魅力ある職場作り等も含めた介護職員の処遇改善への取組
- ・業界自らのイメージアップへの取組
- ・業界全体としてマネジメントに関する情報の提供と意識改革
- ・複数事業所が共同で採用や研修を行うなど事業所の連携強化

視点①: 参入の促進

介護業界のイメージアップの推進、介護職員の専門性に対する社会的認知度のアップ、情報公表や適切なマッチングなど多様な人材が就労できるような裾野を広げる取組 等

視点②: キャリアパスの確立

研修の受講支援や法人の枠を超えた人事交流の推進などのステップアップやキャリアパスの確立 等

視点③: 職場環境の整備・改善

介護職員の負担軽減のための介護ロボットの開発促進やICTを活用した情報連携の推進・業務の効率化などの職場環境の整備・改善 等

視点④: 処遇改善

介護報酬の改定を通じて、介護職員の更なる処遇改善を図るとともに、事業者による取組の促進策を検討 等

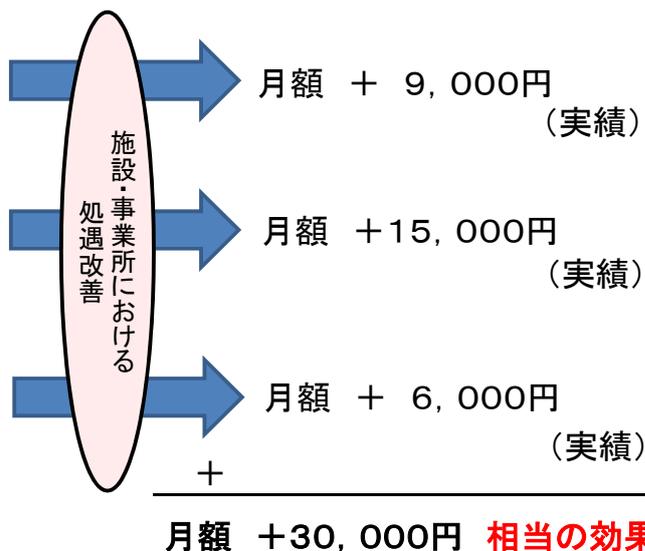
取組の4つの視点

介護職員の処遇改善についての取組

平成21年4月
平成21年度介護報酬改定 +3%改定
(介護従事者の処遇改善に重点をおいた改定)

平成21年10月～平成24年3月
介護職員処遇改善交付金(補正予算)

平成24年4月
平成24年度介護報酬改定 +1.2%改定
(「介護職員処遇改善加算」の創設により、処遇改善交付金による処遇改善を継続)

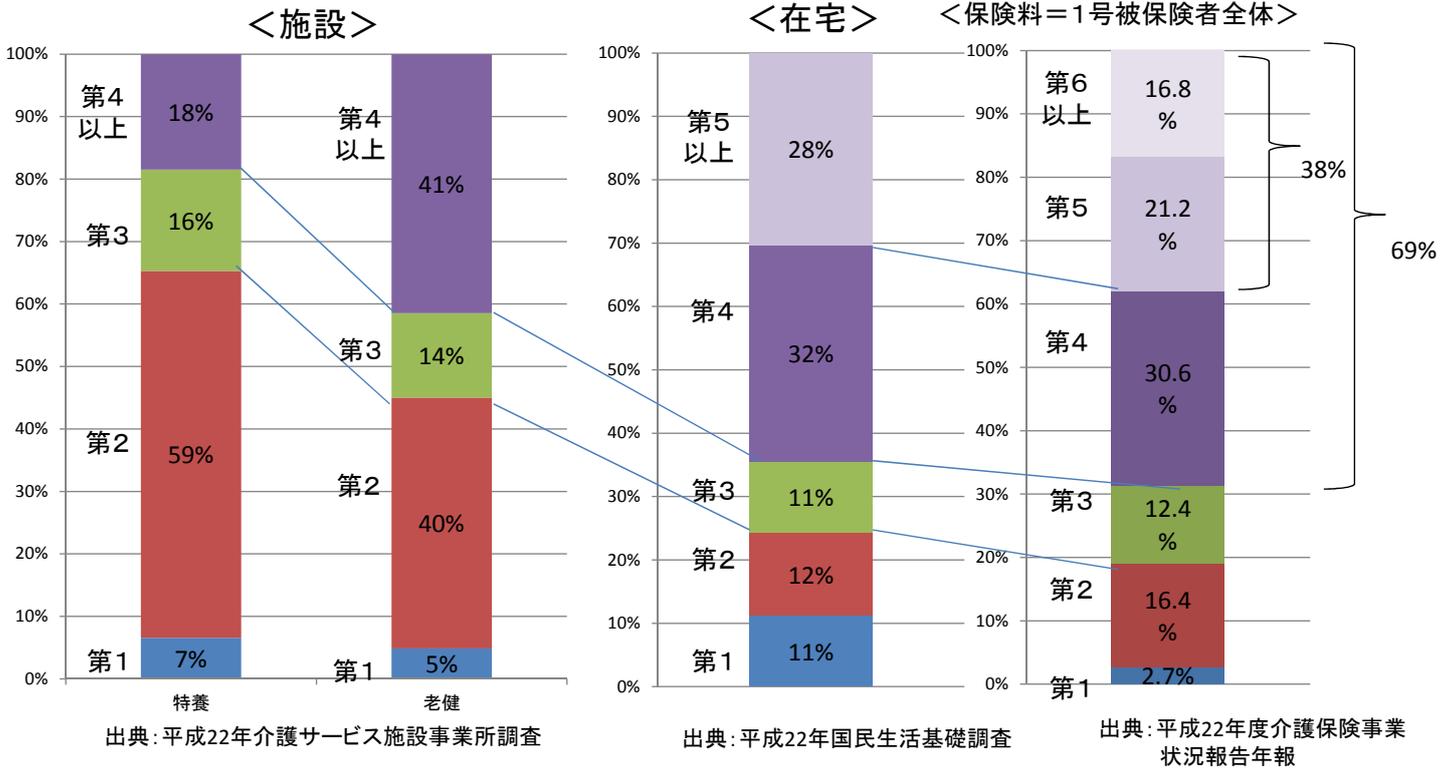


1. 上記3つの取組等により、それぞれ実績として給与が改善されている。
2. 上記実績はそれぞれ調査客体等が異なるが、これを合計すれば月額3万円相当の改善となっている。

社会保障・税一体改革の中で更なる処遇改善を行う

介護保険サービス利用者等の所得段階別割合

- 基準の適用を受けるのは、要介護認定を受けて実際に介護サービスを利用する者である。
- 要介護者の所得分布は、被保険者全体の所得分布と比較して低いため、仮に被保険者の上位20%に相当する基準を設定したとしても、各所得区分の構成比を勘案して粗く推計すると、実際に影響を受けるのは、在宅サービス利用者の約15% (20% × 28% ÷ 38%)、特養で約5% (20% × 18% ÷ 69%)、老健で約12% (20% × 41% ÷ 69%)と推定される。



一定以上所得者を2割負担とした場合の影響

- 利用者負担が2割となると、在宅サービスについては、軽度者は負担が2倍となるが、要介護度が上がると高額介護サービス費に該当することで負担の伸びが抑えられる者が多くなる。
- 施設・居住系サービスについては、要介護度別の平均費用で見ると、ほとんどの入所者が高額介護サービス費に該当することとなって負担の伸びが抑えられる。

① 居宅サービス利用者の負担の変化

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
平均的な利用者負担額の変化	約7,700円 →約15,400円	約10,000円 →約20,000円	約14,000円 →約28,000円	約17,000円 →約34,000円	約21,000円 →約37,200円
高額介護サービス費(37,200円)に該当する割合(※)	0.5%	8.5%	37.8%	51.4%	62.1%

※ 19,000単位以上の者の割合

② 施設・居住系サービスの1月当たり平均費用額と高額介護サービス費該当の状況

単位: 千円

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
特定	171.3	193	214.5	235.6	257.1
グループホーム	262	268.5	273.6	277	283.3
特養	218.3	240	258.9	279.8	298.5
老健	258.7	275	290.9	305.4	319.8
介護療養	247.8	284.7	350.7	386.5	414.3

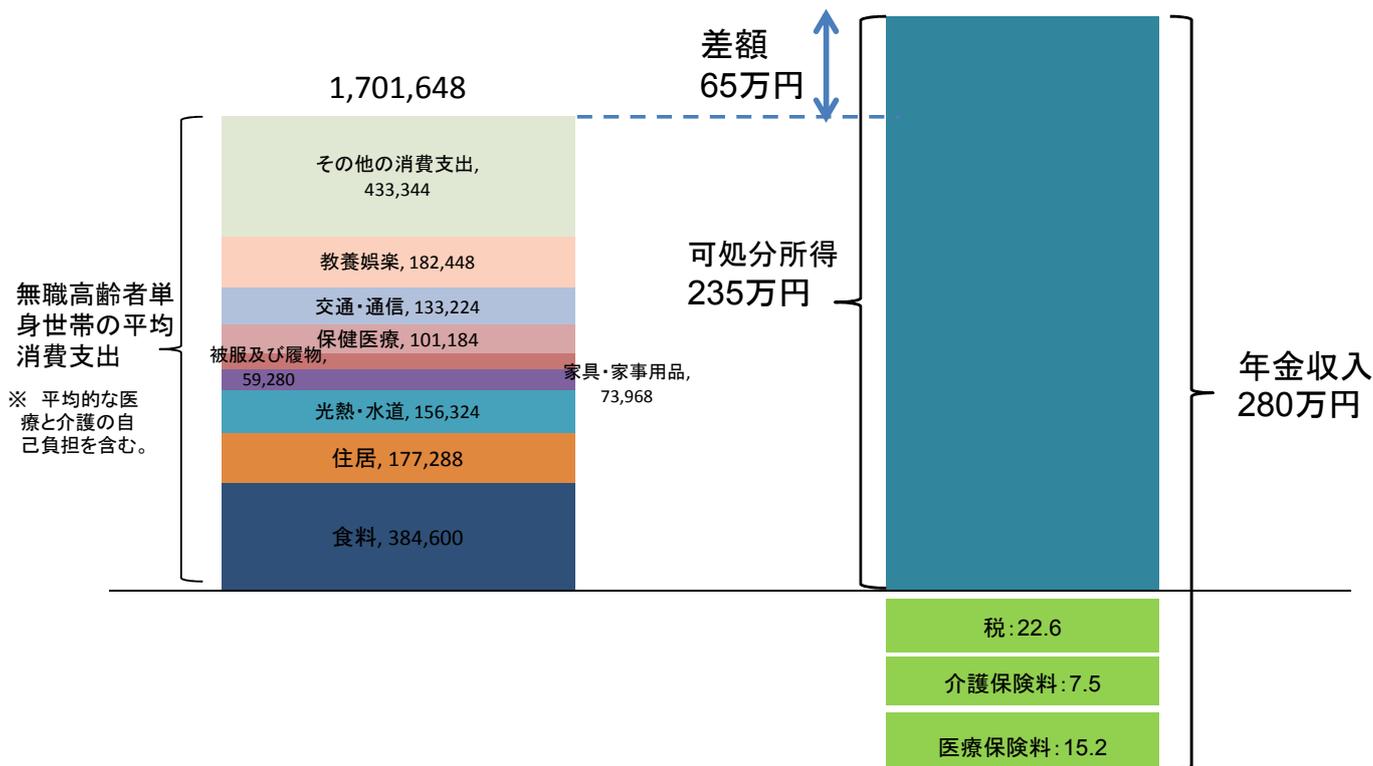
■ 1割負担で高額介護サービス費(37200円)該当

■ 2割負担となったときに高額介護サービス費(37200円)該当

出典: 平成23年度介護給付費実態調査報告年報より作成

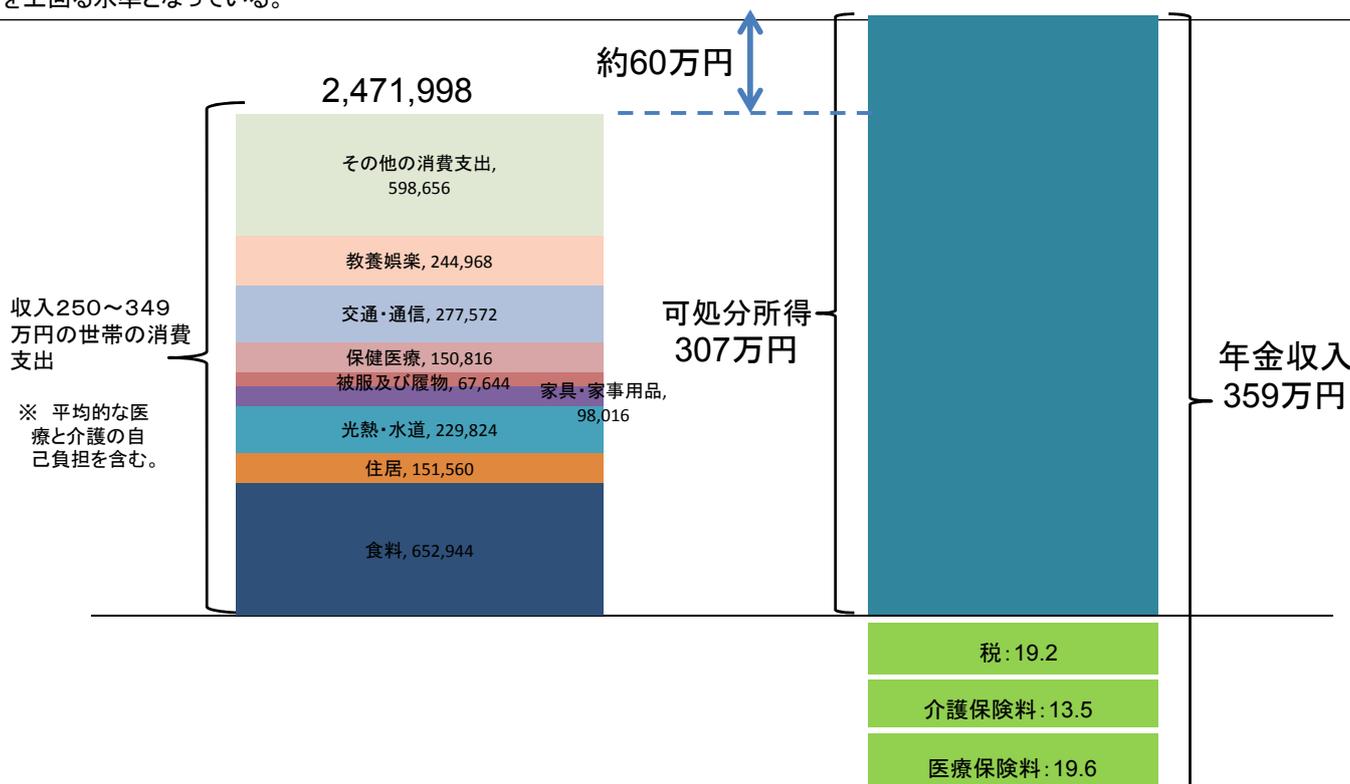
無職高齢者単身世帯の場合の収支状況

- 無職高齢者単身世帯の場合について、年金が年額280万円(合計所得金額160万円+公的年金等控除120万円)と仮定し、税や保険料を支払った後の所得と、無職高齢者単身世帯の平均的な消費支出(平均的な医療と介護の自己負担を含む。)を比較する。
- 可処分所得と消費支出の差は約65万円となり、後期高齢者医療と介護保険における自己負担の世帯単位での上限となる56万円を上回っている。



無職夫婦高齢者世帯の場合の収支状況

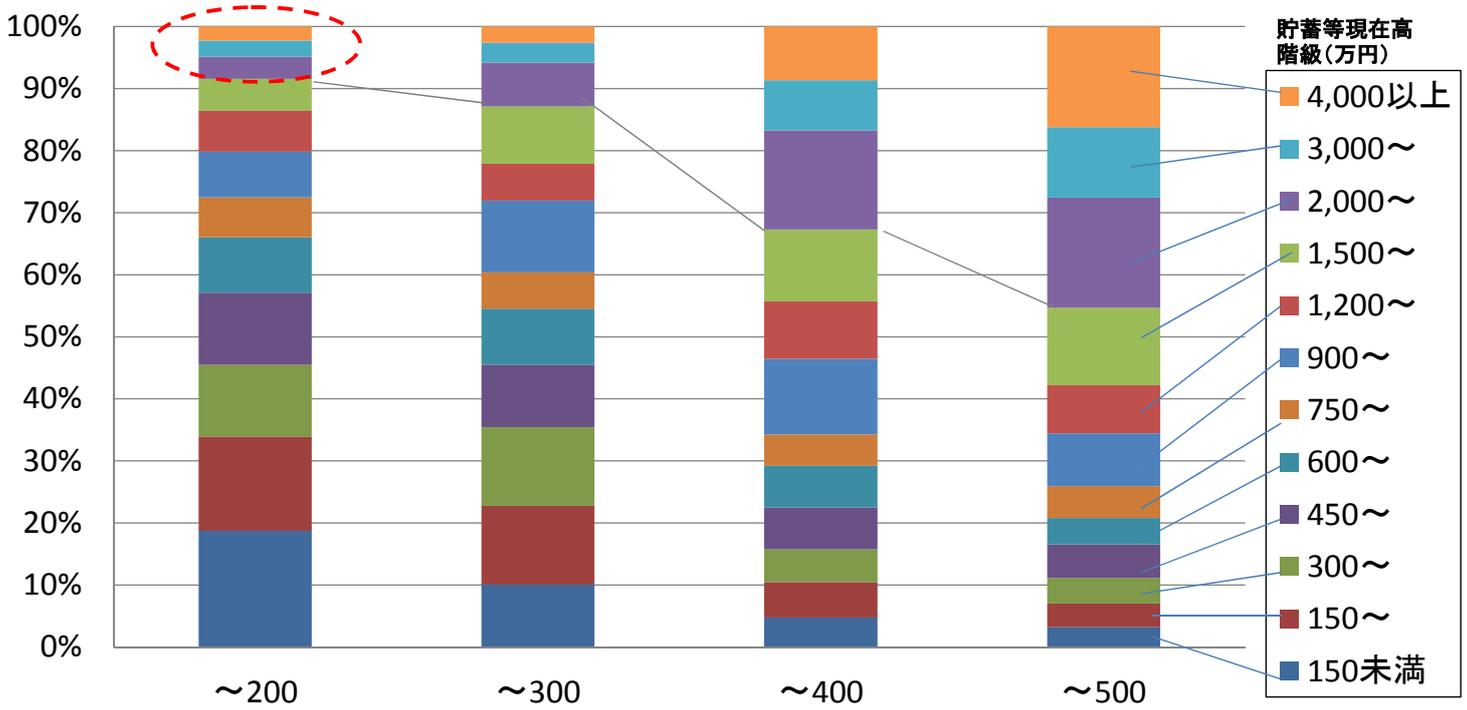
- 無職高齢者夫婦世帯の場合について、夫の年金が年額280万円(合計所得金額160万円+公的年金等控除120万円)、妻が国民年金(79万円)と仮定し、税や保険料を支払った後の所得と、無職高齢者世帯のうち収入が250万円~349万円の世帯の平均的な消費支出(平均的な医療と介護の自己負担を含む。)を比較する。
- 可処分所得と消費支出の差は約60万円となり、後期高齢者医療と介護保険における自己負担の世帯単位での上限となる56万円を上回る水準となっている。



高齢者世帯の貯蓄等の状況

(1) 夫婦高齢者世帯の収入階級別の貯蓄等保有状況

○ 収入200万円未満の世帯で貯蓄等が2000万円以上の世帯の占める割合は約8%。



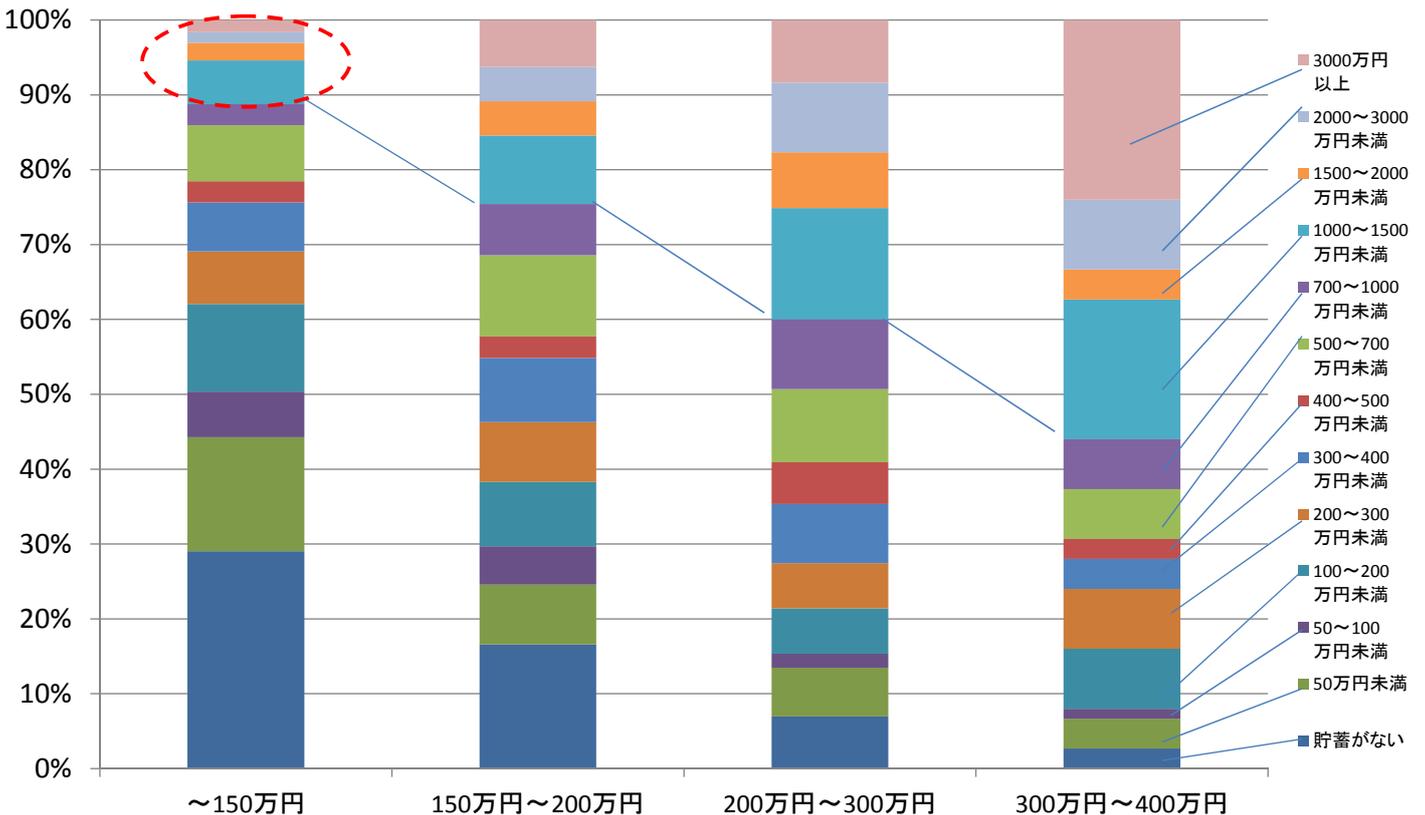
(注)「夫婦高齢者世帯」とは65歳以上の夫婦のみの世帯を指す

[出典]平成21年全国消費実態調査

(収入階級:万円)

(2) 高齢者単身世帯の収入階級別の貯蓄等保有状況

○ 収入150万円未満の世帯で貯蓄等が1000万円以上の世帯の占める割合は11%。



(注)「高齢者単身世帯」とは65歳以上の単身世帯を指す

[出典]平成22年国民生活基礎調査を特別集計

利用者負担等の見直しの財政影響の推計

※ 第6期(平成27年度～29年度)平均

<年度・億円>

<円・月/人>

	給付費	保険料	公費	1号保険料
利用者負担の見直し (被保険者の上位20%に該当する者の利用者負担2割、医療保険の現役並み所得に相当する者の高額介護サービス費の見直し)	▲740	▲320	▲420	▲39
補足給付の見直し(合計)	▲690	▲300	▲390	▲36
一定以上の預貯金のある者を対象外	▲360	▲160	▲200	▲19
配偶者の所得を勘案	▲200	▲90	▲110	▲11
遺族年金等非課税年金を第2段階と第3段階の判定に勘案	▲130	▲60	▲70	▲7

注1:平成26年度予算案ベースを基に将来的な影響額を算出しており、今後の給付費の動向等により影響は変化する。

注2:平成27年度から29年度の満年度の効果を平均したものの。

注3:「公費」の額は、2号保険料に係る介護納付金に対する国庫補助を含む。

介護福祉士の資格取得方法に関するこれまでの動き

【平成19年度改正】

介護福祉士の資質向上を図る観点から、一定の教育課程を経た後に国家試験を受験するという形で資格の取得方法を一元化(平成24年度からの施行を予定。)

	実務経験ルート	養成施設ルート
改正前	介護業務の実務3年を経て、国家試験を受験。	養成施設(2年以上)の卒業のみで介護福祉士の資格を取得。
改正後	実務3年に加え、600時間以上(6か月以上)の実務者研修の受講を義務づけ。	教育内容を1,650時間の課程から1,800時間の課程に充実するとともに、新たに国家試験を義務づけ。



【平成23年度改正】

施行延長と環境整備を図るため、次のとおり改正。

	実務経験ルート	養成施設ルート
改正内容	施行を平成24年度から27年度に3年延長。(法律) 理由: ①新たな教育内容(たん吸引等)の追加、 ②受講支援策の充実 研修時間を600時間から450時間(たん吸引等50時間含む)に見直し(省令) 働きながらでも研修を受講しやすい環境の整備。(省令等) ①通信教育の活用、②過去に受講した科目を読み替える仕組みの導入、③受講費用の支援等	施行を平成24年度から27年度に3年延長。(法律) 新たな教育内容(たん吸引等50時間)の追加により、研修時間を1,800時間から1,850時間に見直し。(省令)

【平成24年度予備費】福祉・介護人材確保緊急支援事業の創設

メニューとして、介護従事者が介護福祉士試験の受験資格の要件となる「実務者研修」を受講する際に必要な代替要員を雇いあげるための費用を補助(介護福祉士試験の実務者研修に係る代替要員の確保)

医療勤務環境改善支援センターの運営について

1 趣旨と基本的な対応方針

医師や看護職員をはじめとした医療従事者の確保を図るためには、病院又は診療所（以下「医療機関」という。）の主体的な取組を通じて、労務管理面のみならず、ワーク・ライフ・バランスなどの幅広い観点を視野に入れた勤務環境改善の推進による「医療従事者の離職防止・定着対策」を講ずる必要がある。

このため、平成26年2月12日に閣議決定された「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案」による改正後の医療法案（以下「改正医療法案」という。）においては、

- （1）厚生労働大臣が定める指針に基づき、各医療機関の管理者が当該医療機関に勤務する医療従事者の勤務環境の改善その他の医療従事者の確保に資する措置を講ずるよう努めることとするとともに、
- （2）都道府県は、こうした各医療機関の自主的な取組を促進するため、医療従事者の勤務環境の改善に関する相談対応、必要な情報の提供、助言その他の援助、調査及び啓発活動その他必要な支援を行うとともに、そのための拠点としての機能の確保に努める

旨の規定が創設されることとされている。

これらを踏まえ、各都道府県におかれては、本要綱を参照としつつ、こうした支援を行う中核的な拠点機関として「医療勤務環境改善支援センター」（以下「支援センター」という。）を設置いただき、地域の関係者と連携し、地域の実情に応じた医療機関の勤務環境改善措置が講じられるよう取組をお願いする。

なお、改正医療法案における勤務環境改善に関する規定については、平成26年10月1日（以下「施行日」という。）の施行を予定している。施行日までに、必ずしも、すべての都道府県において支援センターが必置となるものではないが、勤務環境改善に関する拠点機能の確保について都道府県に努力義務を課す法施行の趣旨を踏まえ、各都道府県におかれては、可能な限り、26年度中に支援センターを設置いただくよう格段のお取りはかりをお願いしたい。

2 都道府県の責務と支援センターの設置形態

(1) 都道府県の責務

都道府県は、医療機関の相談に応じ、必要な情報提供、助言その他の援助、調査及び啓発活動その他の必要な支援を行うなど医療従事者の勤務環境改善の促進を実施に努めるとともに、こうした取組を実施するに当たり、医療従事者の勤務環境を改善を促進するための拠点（センター）としての機能を確保するよう努めることとされている。

都道府県は、医療計画や地域医療構想（ビジョン）策定を行うなど、地域の医療提供体制の確保に関する主要な役割を担う主体であり、こうした取組の一環として、医療従事者の勤務環境改善についても、効果的な取組を実施することが求められているところである。例えば、さまざまな医師・看護職員確保関連の対策（例：地域医療支援センター、ナースセンターの運営等）をはじめとした都道府県の医療行政が担う各種施策と医療機関の勤務環境改善に関する施策を連携させるなど、地域の実情に応じた効果的な取組を実施することが望まれる。

(2) 支援センターの設置形態

都道府県は、(1)の勤務環境改善を促進する事務の全部又は一部について、厚生労働省令で定める者に委託することができることとされており、今後、施行日までには、地域において医療に関する公益的な事業を実施する非営利法人等こうした事務を適切に実施する能力を有する法人に対して委託可能である旨を定める予定である。

支援センターについて、都道府県が直営で設置する場合と法人に委託する場合のいずれの場合においても、都道府県は、支援センターの運営に主体的かつ適切に関与しなければならない。なお、いずれの場合においても、医療勤務環境改善支援センター運営協議会に、医師会、看護協会、病院団体、社会保険労務士会、医業経営コンサルタント協会、労働局等の関係団体・関係機関の参画を求めるなどして、支援センターが地域の関係者の主体的な関与の下に運営されるよう配慮することが求められる。

3 支援センターの事業内容

(1) 勤務環境改善マネジメントシステムの活用促進

改正医療法案の規定に基づき、厚生労働省においては、医療機関において自主的な勤務環境改善を促進するため、おおむね、次に記載する内容を中心とする「指針」を策定するとともに、当該指針による取組等をわかりやすく解説する「手引き書」を策定することとしている。

なお、当該指針については、改正医療法成立後、施行日までの間に策定し、公布される予定であり、また、手引き書については、年度内にも公表する予定である。

【「指針」に定めるべき主な事項の骨子】

- 勤務環境改善を促進する領域
 - ・ 働き方・休み方に関する事項
 - ・ 医療従事者の健康支援に関する事項
 - ・ 医療従事者の働きやすさ確保のための環境整備に関する事項
- 各医療機関における勤務環境改善のプロセス
 - ①方針表明、②推進体制の整備、③現状分析、④目標・計画の策定、⑤改善の取組と運用、⑥評価などの各医療機関が勤務環境改善に取り組む一連のプロセスに関する事項
- 勤務環境改善に向けた取組の推進に当たって留意すべき事項
- その他勤務環境改善の促進に当たって必要な事項

支援センターにおいては、こうした厚生労働大臣が定める指針等に基づき、各医療機関が、いわゆる PDCA サイクルを活用して計画的に勤務環境改善に向けた取組を行うための仕組み（以下「勤務環境改善マネジメントシステム」という。）について、可能な限り、多くの医療機関が活用し、その勤務環境改善に向けた自主的な取組が促進されるよう、地域の関係者と連携し、医療機関に対する周知と支援を図るものとする。

(2) 支援の基本方針

勤務環境改善マネジメントシステムによる各医療機関の取組を効果的に実施するためには、強制や規制によるのではなく、医療機関による自主性をもった改善活動が不可欠となる。そのため、各医療機関の管理者や医療従事者が勤務環境を改善する目的意識を共有し、参加型の改善システムにより

PDCA サイクルによる取組を進めることが必要である。

また、本システムは、特定の勤務環境が悪化した医療機関のみを対象とする趣旨の制度ではなく、できる限り多くの医療機関を対象として、恒常的に勤務環境の改善と向上が図られるプロセスの実施を目指すものである。

(3) 支援の実施体制

支援センターにおいては、勤務環境改善に取り組む医療機関の多様なニーズに応えられるよう、ワンストップによる専門的・総合的な相談支援体制を構築することが望ましいことから、次に掲げる専門スタッフの配置など適切な体制の確保を図られたい。

なお、支援センターについては、例えば、他の医療関係の業務を行う拠点等と一体的に設置・運営するなど、地域の実情に応じた柔軟な形態で実施することも差し支えないので、より効果的な支援が行える体制を検討いただきたい。その場合においても、医療機関から勤務環境改善の支援拠点であることが認識できるよう「医療勤務環境改善支援センター」である旨を明示することが望ましい。

① 医業経営アドバイザーの配置

医療機関の勤務環境改善に対する支援に当たっては、経営面の助言が不可欠であり、診療報酬面、医療制度・医事法制面、組織マネジメント・経営管理など医業経営に関する専門知識を有するアドバイザー（医業経営アドバイザー）を配置することが求められる。なお、医業経営アドバイザーの配置等の所用経費については、消費税を財源とした「新たな財政支援制度」として各都道府県に創設される「基金」を積極的に活用願いたい。

② 医療労務管理アドバイザーの配置

医療機関の勤務環境改善に対する支援に当たっては、勤務シフトの見直し、労働時間管理、休暇取得促進、就業規則の策定・改廃、賃金制度の設計、安全衛生管理や福利厚生など労務管理面全般にわたる相談支援が不可欠となることから、社会保険労務士等の労務管理に関する専門知識を有するアドバイザー（医療労務管理アドバイザー）を配置することが求められる。なお、医療労務管理アドバイザーの配置に当たっては、都道府県労働局と連携・協議の上、当該労働局の委託事業を活用願いたい。

③ 地域の関係機関との連携体制の構築（運営協議会の活用等）

支援センターによる支援を効果的に実施するためには、都道府県が主体的に関わり、支援センターと地域の医療等に関わる関係者による連携体制を構築することが不可欠となる。そのため、医療勤務環境改善支援センター運営協議会等の場を活用するなどして、都道府県の医師会、看護師会、病院協会、社会保険労務士会、医業経営コンサルタント協会や都道府県労働局その他地域の実情に応じた関係機関との連携体制を構築することが求められる。

④事務処理体制

前記①から③までに掲げる取組が円滑かつ適切に実施できるよう事務処理体制を適切に整備することが求められる。

(3) 支援の実施手法

①多様な支援手法

支援センターによる支援の実施手法としては、医療勤務環境改善マネジメントシステムに基づき、各医療機関 PDCA サイクルによる勤務環境改善の促進をより効果的に図る観点から、

- ・同システムの導入支援のための集合研修・説明会・ワークショップの実施
- ・各医療機関からの個別の相談対応
- ・各医療機関への訪問支援
- ・各医療機関への個別ニーズに応じ、他の支援機関との連携支援

など、個々の支援ニーズに応じ、柔軟な手法を講じることが求められる。

②関係機関・関係団体と連携・協働した支援

支援センターによる支援に当たっては、関係行政機関はもとより、関係団体等と十分に連携・協働した上での支援を行うことが求められる。

また、求められる支援内容によっては、支援センターに配置されているアドバイザーによる相談のみでは対応が困難な場合が想定されるが、そうした場合には、関係団体の取組との連携、他の専門的知識を有するアドバイザーの派遣や関係する支援機関と連携・協働した支援を行うなど、支援センターがワンストップ性を発揮し、関係機関との「ハブ機能」を果たすなどして的確な支援が実施されるよう配慮願いたい。

なお、支援に当たっては、こうした連携を図った上で、さまざまな公的な相談制度や補助制度・支援制度等の活用も視野に入れることが求められるが、その例としては、下記のようなものが考えられる。

〔支援センターとの連携が想定される各種相談支援制度・アドバイザー機能の例〕

- ・ 女性医師バンク・女性医師支援相談窓口の相談員（都道府県など）
- ・ 地域医療支援センター（都道府県）
- ・ ナースセンター就業相談員（都道府県看護協会ナースセンター）
- ・ 雇用均等指導員等（都道府県労働局）
- ・ ハローワークのアドバイザー（ハローワーク）
- ・ メンタルヘルス対策支援センター相談員（同センター）
- ・ 次世代育成支援対策推進法に基づく次世代育成支援対策推進センター（商工会議所など）

等

〔活用しうる各種支援制度の例〕

- ・ 消費税を財源とした「新たな財政支援制度」として新たに各都道府県に創設される「基金」を活用した医療機関に対する助成制度等（院内保育所の設置費、運営費、医療機関等での医療クラークや看護補助者の配置やその活用に関する研修、ICT システム導入等に対する財政支援、救急医や産科医等の処遇改善を図る医療機関等に対する財政支援、その他関連する支援等）
- ・ 労働時間等の改善・向上を目指す団体が行うセミナー開催や巡回指導などの取組に対する支援その他の労働局関連の助成金（各都道府県の労働局）
- ・ 次世代育成支援対策推進法に基づく一般事業主行動計画の策定・届出・公表制度
- ・ 上記計画に定めた目標を達成するなどの一定の要件を満たした企業は、「子育てサポート企業」として認定され、次世代認定マーク（くるみん）の利用が可能となる制度及び認定企業への税制措置制度
- ・ 従業員の職業生活と家庭生活との両立支援に取り組む事業主などを支援する「両立支援助成金」制度 等

③データベースの活用

26年度より、厚生労働省において、全国の医療機関において取り組まれた勤務環境改善に関する好事例等のデータベース事業をスタートさせる予定であるので、支援センターでの支援に当たっては、積極的に活用いただきたい。なお、当該データベースについては、追って、その詳細等をお知らせする。

④医業経営面での研究成果等の活用

医療機関への支援に当たっては、医業経営面でのノウハウが不可欠であ

るが、厚生労働省の委託研究事業（医療施設経営安定化推進事業）として実施された過去の研究成果等が下記ホームページに公表されているので、活用いただきたい。

■ <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyou/igyokeiei/anteika.html>

4 医療勤務環境改善支援センター運営協議会

医療機関の勤務環境改善を効果的に支援するためには、支援センターの責任主体である都道府県の主催の下、地域の関係者が連携して支援センターの運営を図ることが必要となる。

このため、おおむね、次のメンバーを含む地域の実情に応じた構成により、医療勤務環境改善支援センターの運営に関する協議の場（以下「医療勤務環境改善支援センター運営協議会」という。）を設置いただきたい。

- ・医師会、看護協会、病院団体等の地域の医療関係団体
- ・社会保険労務士会、医業経営コンサルタント協会等支援を行う関係団体
- ・労働局等の関係行政機関
- ・その他地域の実情に応じて必要と判断する関係者

医療勤務環境改善支援センター運営協議会の設置方法としては、新たに会議を設置する方法によるほか、既存の医療対策に関する協議会を活用する方法（こうした既存の会議に部会を設置する方法等を含む。）等も含め、地域の実情に応じた柔軟な方法を検討いただきたい。また、医療勤務環境改善支援センター運営協議会の庶務（事務局）については、支援センターが担うことも可能であるが、その場合であっても、都道府県は、運営協議会の運営に主体的に関与することが必要である。

5 支援センターの運営財源

（1）医療労務管理アドバイザー関連経費

3（3）②に記載したとおり、労務管理アドバイザー配置に要する費用（関連する事務費を含む。）について、労働局の委託事業を活用することが可能である。この場合、予算の執行等を含め、当該都道府県の労働局において実施することとなるので、所管の労働局と十分な連携・協議をいただくようお願いしたい。

（2）医業経営アドバイザー関連経費

3（3）①に記載したとおり、医業経営アドバイザー関連経費については、消費税を財源とした「新たな財政支援制度」として各都道府県に創設される

「基金」の活用が可能であるので、別途、お示しする当該「基金」に関する計画に盛り込むなど、所用の進めを進めていただきたい。

6 その他の留意点

(1) 医療機関の勤務環境改善に要する助成

消費税を財源とした「新たな財政支援制度」として各都道府県に創設される「基金」については、支援センターの運営費のみならず、都道府県の判断により、勤務環境改善計画に基づく各医療機関の取組に対しての助成にも活用することが可能であるので、積極的な活用を検討いただきたい。

(2) 26年度における留意点

前記のとおり、支援センターについては、仮に改正医療法案が国会で会期内に成立した場合には、26年10月に改正医療法関係規定が施行され、法令上、都道府県において勤務環境改善の支援拠点の確保に努める義務がスタートする見込みであることにかんがみ、各都道府県におかれては、可能な限り、26年度中に設置するようお願いしたい。

26年度当初（※26年8月1日まで）に支援センターが未設置の都道府県においては、労働局の委託事業として、社会保険労務士等による「医療労務管理相談コーナー」を暫定的に設置することとしているが、この場合、可能な限り、26年度途中で支援センターを発足させ、暫定的な体制を解消することが求められる。支援センターの発足に当たっては、労働局の事業である「医療労務管理相談コーナー」業務の支援センターへの円滑な移行等を図る方策等について、労働局をはじめ、運営協議会を活用するなどして、地域の関係者との密接な連携を図っていただくようお願いする。

■ 改正医療法案の関連条文（医療機関の勤務環境改善関連）

第四節 医療従事者の確保等に関する施策等

第三十条の十三 病院又は診療所の管理者は、当該病院又は診療所に勤務する医療従事者の勤務環境の改善その他の医療従事者の確保に資する措置を講ずるよう努めなければならない。

第三十条の十四 厚生労働大臣は、前条の規定に基づき病院又は診療所の管理者が講ずべき措置に関して、その適切かつ有効な実施を図るための指針となるべき事項を定め、これを公表するものとする。

第三十条の十五 都道府県は、医療従事者の勤務環境の改善を促進するため、次に掲げる事務を実施するよう努めるものとする。

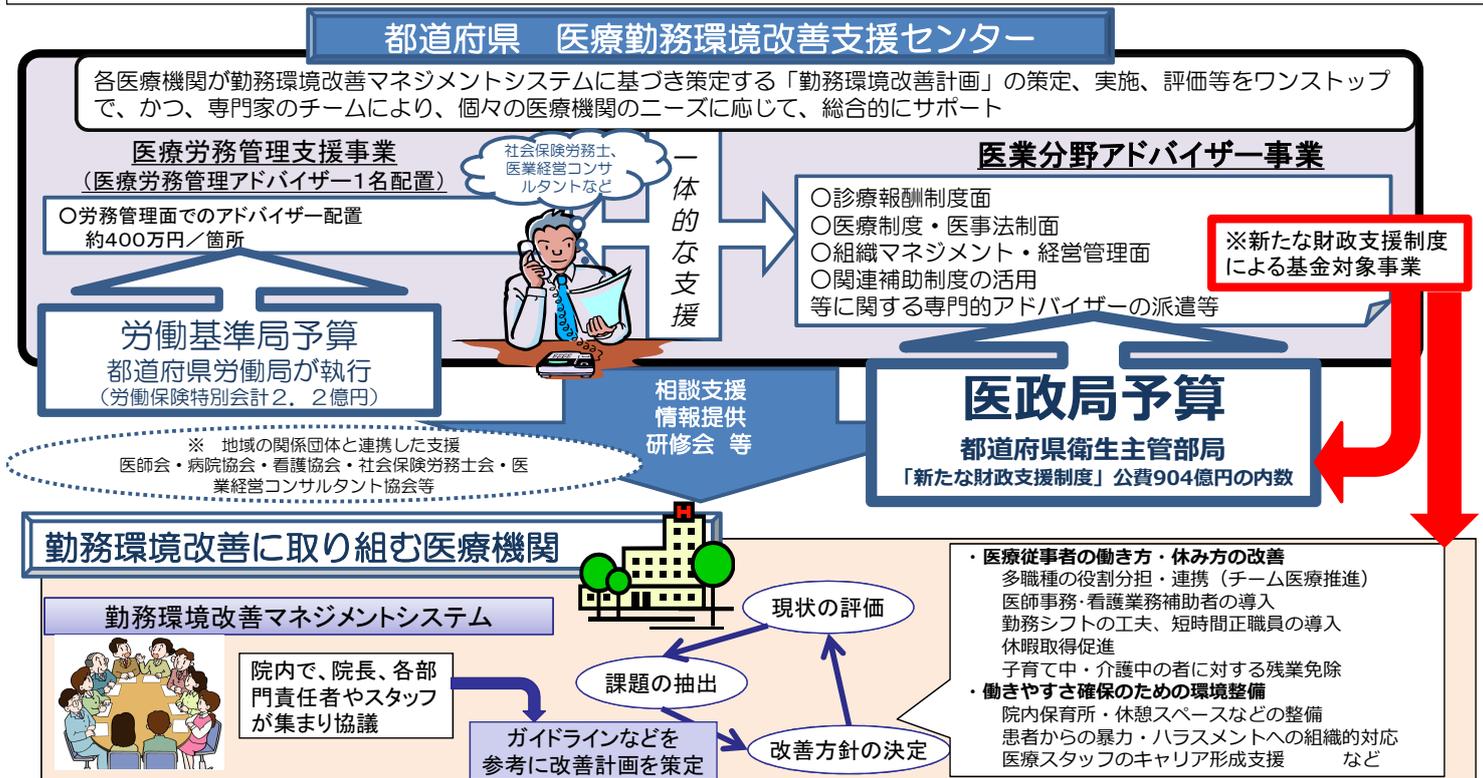
- 一 病院又は診療所に勤務する医療従事者の勤務環境の改善に関する相談に応じ、必要な情報の提供、助言その他の援助を行うこと。
 - 二 病院又は診療所に勤務する医療従事者の勤務環境の改善に関する調査及び啓発活動を行うこと。
 - 三 前二号に掲げるもののほか、医療従事者の勤務環境の改善のために必要な支援を行うこと。
- 2 都道府県は、前項各号に掲げる事務の全部又は一部を厚生労働省令で定める者に委託することができる。
- 3 都道府県又は前項の規定による委託を受けた者は、第一項各号に掲げる事務又は当該委託に係る事務を実施するに当たり、**医療従事者の勤務環境の改善を促進するための拠点**としての機能の確保に努めるものとする。
- 4 第二項の規定による委託を受けた者若しくはその役員若しくは職員又はこれらの者であつた者は、正当な理由がなく、当該委託に係る事務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

第三十条の十六 国は、前条第一項各号に掲げる事務の適切な実施に資するため、都道府県に対し、必要な情報の提供その他の協力を行うものとする。

医療機関の勤務環境改善に係るワンストップの相談支援体制の構築

【事業イメージ（全体像）】

医師・看護師等の医療スタッフの離職防止や医療安全の確保等を図るため、国における指針の策定等、各医療機関がPDCA サイクルを活用して計画的に勤務環境改善に向けた取組を行うための仕組み（勤務環境改善マネジメントシステム）を創設するとともに、各都道府県ごとに、こうした取組を行う医療機関に対する総合的な支援体制（医療勤務環境改善支援センター）を設置する。事業実施については地域の医療関係団体等による実施も可能（※都道府県の実情に応じた柔軟な実施形態）



勤務環境改善マネジメントシステムの流れ

26年3月中に、医療機関で活用できる「手引き」を公表する予定。

各医療機関の取組

マネジメントシステム導入準備

Plan
計画

Do
実行

Check & Act
評価・改善

【ステップ1】
方針表明

院長の責任の下、取組の方針を周知し、取組をスタート

【ステップ2】
体制整備

院内に多職種による継続的な体制づくり

【ステップ3】
現状分析

客観的な分析により課題を明確化

【ステップ4】
計画策定

目標と達成のための実施事項を決定

【ステップ5】
取組の実施

1つ1つ着実に継続的な実践

【ステップ6】
評価・改善

成果を測定し、次のサイクルにつなげる

勤務環境改善支援センターによる支援

厚生労働省の支援・協力

想定される「改善」領域とその例示

■働き方・休み方等（労働時間管理等）

（例）

- ・ 時間外労働の削減、1回あたりの最長勤務時間の削減、
- ・ 年次有給休暇をはじめとする休暇の促進、
- ・ 夜勤負担軽減策（夜勤帰りの早帰り等）、
- ・ 勤務と勤務の間隔の確保 等

■医療スタッフの健康支援（労働安全衛生）

（例）

- ・ メンタルヘルス対策、腰痛・感染対策、健康チェックの実施 等

■働きやすさ確保のための環境整備（ソフト面・ハード面ともに）

（例）

- ・ 院内保育所の整備、休憩スペースの設置、円滑な情報共有のためのシステム導入 等
- ・ 子育て・介護中の者に対する残業免除等
- ・ 給与制度や人事制度、患者や関係者からの暴力、職場のいじめ・ハラスメント対策の実施 等
- ・ 医療スタッフのキャリア形成支援等

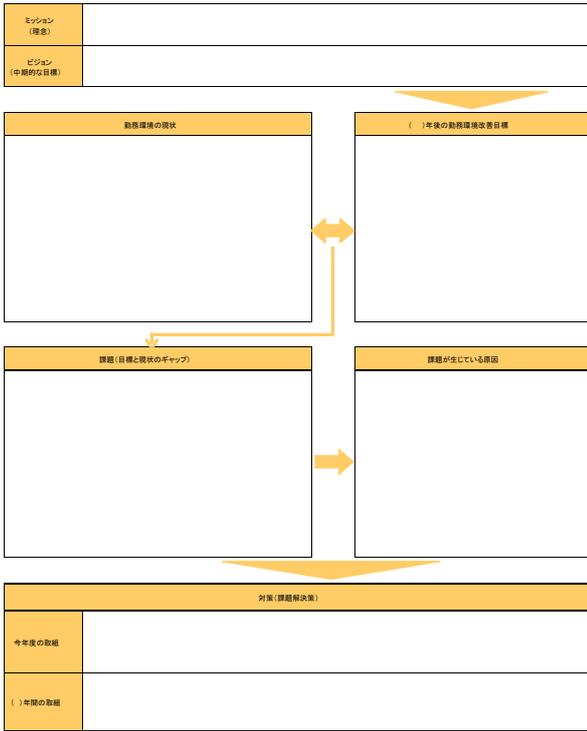
■働きがいの向上

（例）

- ・ 医療スタッフの専門職としてのキャリア形成支援等
- ・ 人事制度によるキャリアアップ 等

- 「手引き書」において提示予定の「計画策定のためのツール」の例（あくまでも一例。より簡略化して活用することも可能）
- ・まずは自らの医療機関の目指す姿（ミッション・ビジョン）を確認し、それに向かう中長期的な取組を検討。
- ・「現状分析・対策立案シート」：ミッション・ビジョンから中長期（例えば3年後）の勤務環境改善目標を設定、現状分析結果と比較することで課題を発見し、その原因に対して取組を検討。
- ・個々の取組については、「アクションプランシート」を活用し、1年間の具体的活動スケジュールを検討。

【「雇用」向上マネジメントシステム】現状分析・対策立案シート

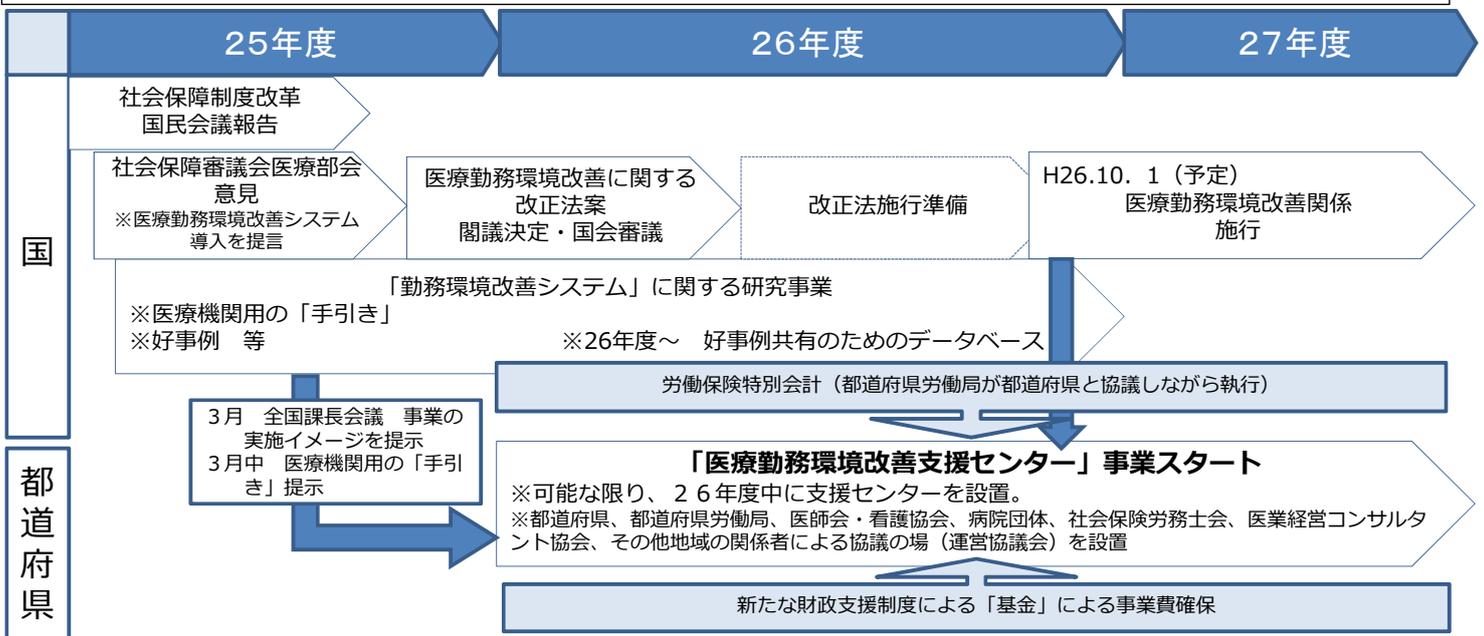


【「雇用」向上マネジメントシステム】アクションプランシート

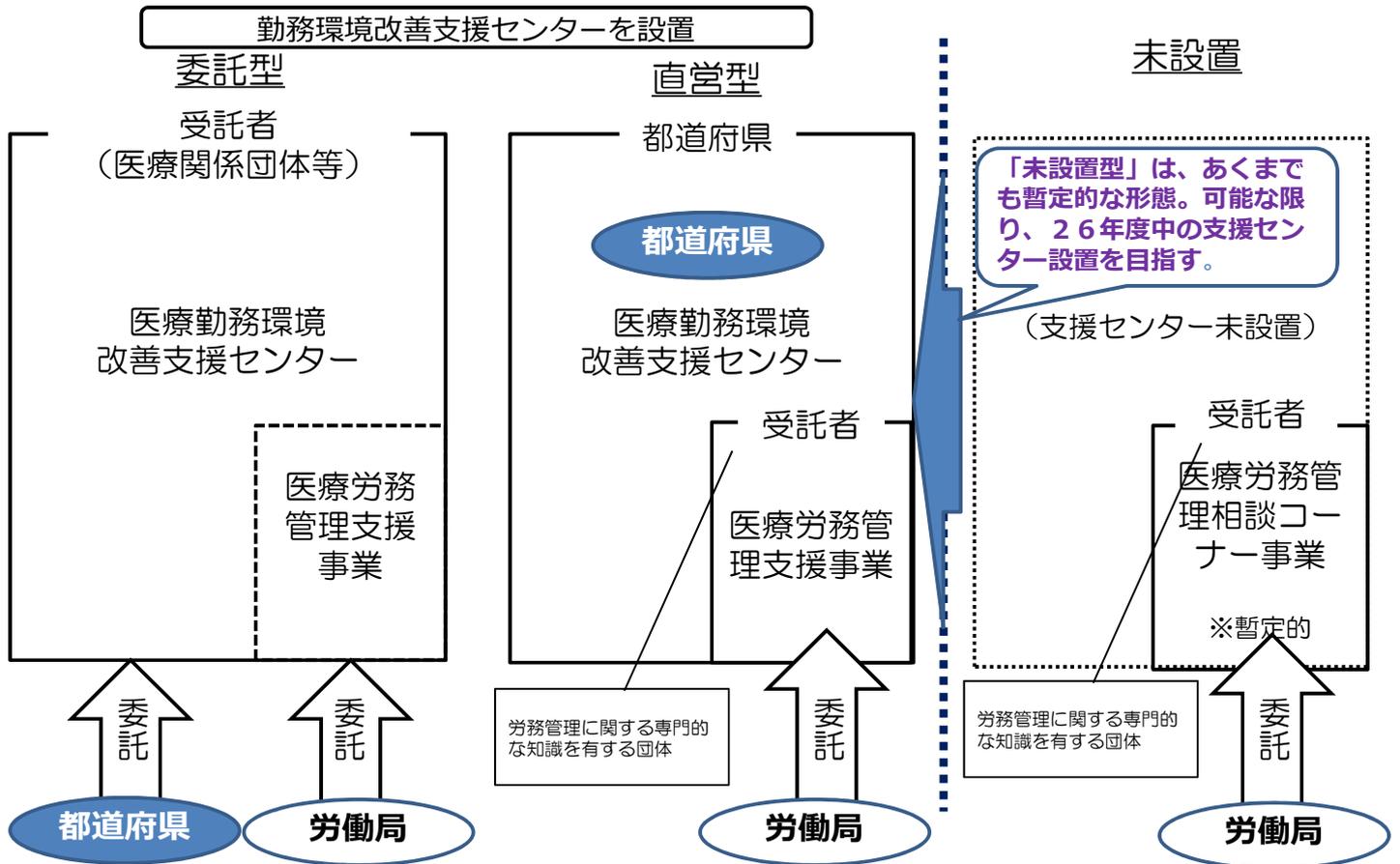
具体的取組内容	担当者	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
対策①:													
対策②:													
対策③:													

■ 医療勤務環境改善に関する取組のスケジュール

- 医療勤務環境改善支援センター事業については、新たな財政支援を活用した「基金」の対象事業。事業実施効果を高める観点からも、都道府県においては、可能な限り、26年度中に支援センターをスタートできるよう、都道府県が「基金」を活用した事業化。
- 「基金」に関する情報については、今後、順次、厚労省から提示。
- 円滑な事業実施に向け、可能な限り早急に、関係団体（都道府県医師会、看護協会、病院団体、社会保険労務士会、医業経営コンサルタント協会その他地域の関係者、都道府県労働局等）との協議の場を設置。



■ 医療勤務環境改善支援センターの設置形態等



特定機能病院及び地域医療支援病院の承認要件の見直しについて

特定機能病院及び地域医療支援病院の承認要件の見直しについて

背景と今後の予定

○背景

平成23年12月22日の社会保障審議会医療部会の意見書において、医療を取り巻く様々な環境の変化を踏まえ、特定機能病院及び地域医療支援病院の承認要件の見直しを行う必要性が提言されたため、「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」（座長：遠藤久夫学習院大学教授）を設置し、それぞれの承認要件の見直しを行い、平成26年1月23日に取りまとめたところ。（別添参照）

○今後の予定

- ・平成26年4月1日施行予定として、関連法令（厚生労働省令及び通知）について所要の改正を実施
※特定機能病院及び地域医療支援病院が毎年行う業務報告書についても様式を改正予定

（参考）「医療提供体制に係る意見」（平成23年12月 医療部会）（抜粋）

2. 病院・病床の機能の明確化・強化

（2）特定機能病院のあり方

- 特定機能病院が担う「高度な医療」とは、今後の高齢社会においては、複数の疾患を持つ複雑性の高い患者への対応が必要となる中で、他分野にわたる総合的な対応能力を有しつつ、かつ専門性の高い医療を提供することになると考えられる。
- 特定機能病院は、一般の医療機関では通常提供することが難しい診療を提供する病院として、地域医療の最後の拠り所としての役割を担っていくべきである。
- 大学病院等大病院について、外来が集中し勤務医の長時間勤務などにつながっているという指摘がある。また、患者が大病院を選ばざるを得ない現状もあるとの指摘もある。貴重な医療資源の効率的な配分及び勤務医の労働環境への配慮の観点から、特定機能病院の外来診療のあり方を見直す必要がある。
- 特定機能病院における研究については、論文数等によって評価することとなっているが、その質の担保のためには、更なる評価の観点が必要である。
- 特定機能病院については、制度発足当初から医療を取り巻く様々な環境が変化している中、以上の指摘を踏まえつつ、その体制、機能を強化する観点から、現行の承認要件や業務報告の内容等について見直しが必要である。
- 高度な医療の提供を担う特定機能病院としての質を継続的に確保していくため、更新制度を導入する等、特定機能病院に対する評価のあり方を検討する必要がある。

（4）地域医療支援病院のあり方

- 当初の地域医療支援病院の理念を踏まえ、地域医療支援病院における外来診療のあり方を見直す必要がある。
- 地域医療支援病院について、地域医療の確保を図る観点から、他の医療機関との連携のあり方等について評価すべきである。
- 地域医療支援病院については、以上の点を踏まえつつ、その役割・機能を強化する観点から、現行の承認要件や業務報告の内容等について見直しが必要である。

地域医療支援病院に関する新たな承認要件の取扱い（経過措置）等について

○各都道府県における取扱い

各都道府県におかれては、地域医療支援病院の新たな承認要件について、管轄地域の各医療機関に周知をお願いしたい。また、平成26年4月1日以降の取扱いについては以下を参考として対応願いたい

- ① 新たに承認申請があった場合の取扱い：新たな承認要件に基づき、承認の是非を判断
- ② 既に地域医療支援病院の承認を受けている病院の業務報告（平成26年10月）の取扱い

〔様式〕新たに定める厚生労働省様式例を参考に各都道府県で作成

〔業務報告の取扱い〕新たな承認要件の一部を満たさない場合には以下対応を行う

1) 満たさない基準について、2年程度の期間の改善計画を策定し、業務報告と併せて都道府県へ提出するよう当該病院に依頼

2) 改善計画を参考とし、必要に応じて、都道府県医療審議会等で審議すること

なお、平成28年の業務報告等で、改善計画によってもなお改善が図られない場合には、必要に応じて、地域医療支援病院の承認の取扱いも含めて検討されたい。

- ③ 地域医療支援病院承認後のフォローアップ：

業務報告のみで評価するのではなく、必要に応じて、ヒアリングや現地調査の実施等の検討

(別添)

地域医療支援病院の承認要件の主な見直し事項

○紹介率等：紹介患者への対応と救急患者への対応を同一の算定式で評価していたものを別々に評価する算定式に見直すとともに、基準値を厳格化

【旧基準】

【新基準】

算定式

紹介率 = (紹介患者数 + 救急患者数) / 初診患者数
逆紹介率 = 逆紹介患者数 / 初診患者数



紹介率 = 紹介患者数 / 初診患者数
逆紹介率 = 逆紹介患者数 / 初診患者数

※ 新基準の初診患者数は、救急搬送患者を除く。

基準値



紹介率80%以上、又は
紹介率60%以上かつ逆紹介率30%以上、又は
紹介率40%以上かつ逆紹介率60%以上

紹介率80%以上、又は
紹介率65%以上かつ逆紹介率40%以上、又は
紹介率50%以上かつ逆紹介率70%以上

○救急医療の提供：救急搬送患者の受入れを要件化

【新基準】 原則として下記のいずれかを満たすこととする。

<要件1> 救急搬送患者数 ÷ 救急医療圏人口 × 1000 ≥ 2

<要件2> 当該医療機関における年間の救急搬送患者の受入数 ≥ 1,000

※ 救急搬送患者：地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された初診患者
(搬送時間は問わない)

ただし、救急医療の確保の観点から、救急搬送患者数の基準値を満たしていない場合であっても都道府県知事が適当と認めた場合には承認可能

○地域の医療従事者への研修：地域の医療従事者に対する研修を年間12回以上主催すること

特定機能病院の承認要件の主な見直し事項（1）

- 分類：幅広い領域について対応することが可能な病院と、がん等の特定の領域に関する病院のそれぞれの特性に応じて承認要件を設定
- 標榜科：他分野にわたる総合的な対応能力を有する観点から、以下の標榜を要件化
内科、外科、精神科、小児科、皮膚科、泌尿器科、産科、婦人科、眼科、
耳鼻いんこう科、放射線科、脳神経外科、整形外科、歯科、麻酔科、救急科
- 専門医の配置：医師の配置基準の半数以上が15種類いずれかの専門医であることを要件化
- 紹介率等：紹介率、逆紹介率について、それぞれ算定式を設定

【旧基準】

【新基準】

算定式

紹介率＝

$$\frac{\text{紹介患者数} + \text{逆紹介患者数} + \text{救急搬送患者数}}{\text{逆紹介患者数} + \text{初診患者数}}$$



紹介率＝（紹介患者数＋救急搬送患者数）

$$\div \text{初診患者数}$$

 逆紹介率＝逆紹介患者数 \div 初診患者数

※ 新基準の初診患者数は、休日又は夜間に受診した患者を除く。

基準値

紹介率30%以上



紹介率50%以上かつ、逆紹介率40%以上

特定機能病院の承認要件の主な見直し事項（2）

- 医療技術の開発及び評価
 - 【論文数】当該医療機関に所属する医師等が発表する論文数について、使用言語を問わず年間100件以上としていたものを、英語論文数が年間70件以上（査読のある学術雑誌に掲載されたものに限る）としたこと
 - 【その他】臨床研究等が適切に実施されていることを評価する必要から、以下について新たに要件化
 - ・臨床研究に関し必要な事項について調査審議するための倫理審査委員会が設置されていること
 - ・利益相反（COI）の管理について適切な措置を講じていること
 - ・臨床研究の倫理等について院内の医療従事者に対する講習や教育等のための必要な措置を講じていること
- 研修統括者の配置：研修を受ける医師及び歯科医師の数が、年間30人以上であることに加えて、診療科ごとに、研修プログラムを管理し、研修を統括する者を配置することを要件化
- 特定領域に関する特定機能病院の承認要件
 - ・標榜科については、16診療科のうち、10以上の診療科を標榜していること
 - ・紹介率等については、紹介率80%以上かつ、逆紹介率60%以上であること
 - ・極めて先駆的な診療を行っていること
 - ・日本全国の医療機関に勤務する医療従事者を対象とした専門的な人材育成を行っていること

※上記の事項以外については、幅広い領域に対応する特定機能病院と同様

ワンストップ支援センターについて

第2次犯罪被害者等基本計画(平成23年3月) (抄) 平成23年4月から平成27年度末(5か年)

第1 損害回復・経済的支援等への取組

第2 精神的・身体的被害の回復・防止への取組

(14) 医療機関における性犯罪者被害者への対応体制の整備

(16) ワンストップ支援センターの設置促進

第3 刑事手続への関与拡充への取組

第4 支援等の体制整備への取組

第5 国民の理解の増進と配慮・協力の確保への取組

ワンストップ支援センターとは

□ ワンストップ支援センター設置の目的

性犯罪・性暴力被害者に対して、被害直後からの総合的な支援(産婦人科医療、相談・カウンセリング等の心理的支援)

□ ワンストップ支援センターにおける主な支援対象

強姦・強制わいせつ(未遂・致傷を含む)の被害に遭ってから概ね1~2週間程度の急性期の被害者

□ ワンストップ支援センターの核となる機能(主な支援内容)

○ 支援のコーディネート・相談

・電話や来所による相談 ・被害者の状態・ニーズを把握する。

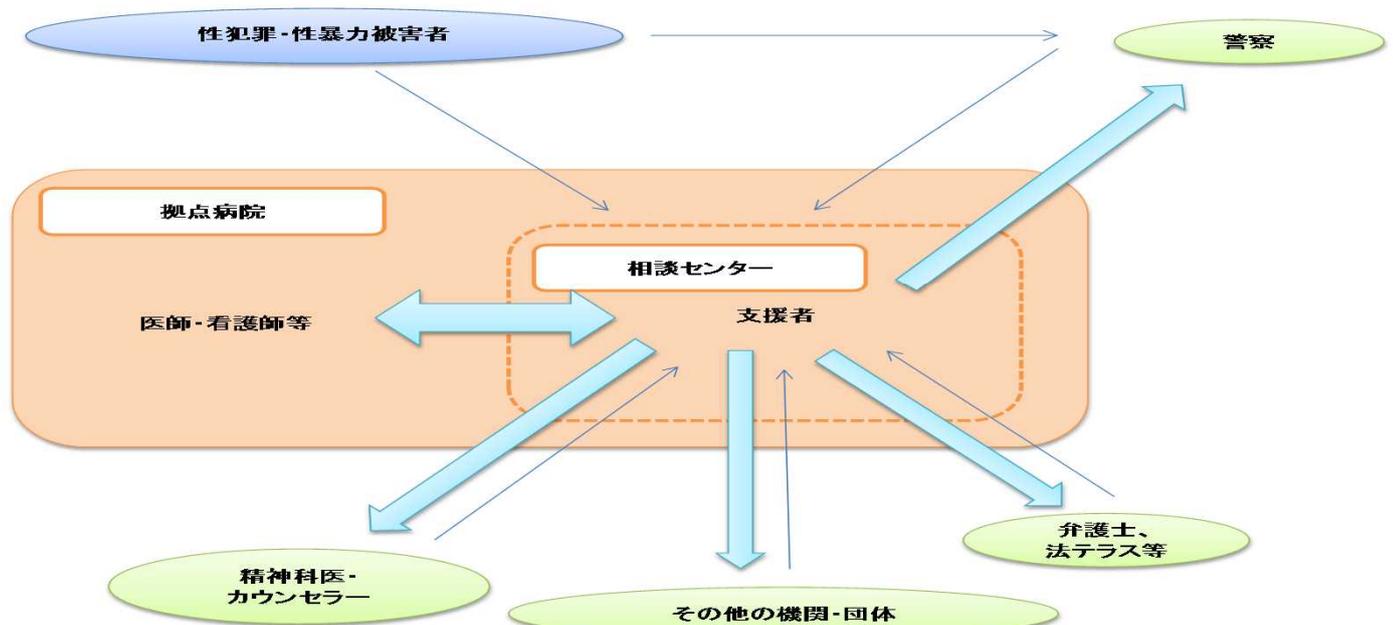
・支援の選択肢を示す。

・必要な支援を行っている関係機関・団体(警察、精神科医、臨床心理士・カウンセラー、弁護士・法テラス、男女共同参画センター、婦人相談所、児童相談所、精神保健福祉センター、検察庁等)に確実につなぐ

○ 産婦人科医療(救急医療・継続的な医療・証拠採取等)

□ ワンストップ支援センターの形態(例)

病院拠点型



※施策の詳細は内閣府HP 共生社会政策 犯罪被害者等施策 (<http://www8.cao.go.jp/hanzai/index.html>)を参照されたい。

1. 新たな財政支援制度について

- 医療・介護サービスの提供改革のための新たな財政支援制度については、通常国会に提出した医療介護総合確保推進法案において、制度として法的に位置づけることとしている。
- 新たな財政支援制度は、各都道府県に基金をつくり、各都道府県が作成した整備計画に基づき事業を実施するものであり、平成 26 年度においてはまず医療を対象とし、介護サービスの充実については次期介護保険事業計画がスタートする平成 27 年度から実施することとしている。
- 今後のスケジュールについては、本日は留意事項についてご説明し、追って事業例をお示しする予定である。また、3月20日（木）に都道府県担当者会議を開催するとともに、4月と5・6月に二度個別ヒアリングを実施し、その時点で検討している事業の内容や事業全体の規模感等を確認したいと考えているので出席方お願いする。この他、新基金に関する情報については適宜提供していきたいと考えている。
- 交付の条件については、次のとおり考えているので留意されたい。
 - (1) 事業内容が新たな財政支援制度の対象事業に合致していること。
 - ①病床の機能分化・連携のために必要な事業
 - ②在宅医療（歯科・薬局を含む）を推進するための事業
 - ③医療従事者等の確保・養成のための事業
 - (2) 官民に公平に配分することとし、都道府県計画において、公的・民間の割合・額を明示し、当該割合についての経緯・理由やそれに対する都道府県の見解を付すこと。
 - (3) 都道府県計画の公正性・中立性を確保するため、官民を問わない幅広い地域の関係者（市町村長、医療を受ける立場にある者、医療保険者、医療機関、診療又は調剤に関する学識経験者の団体その他の関係団体（医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体等）、学識経験を有する者等）から意見を聴取すること。
 - (4) 地域包括ケアの推進等のため特に必要と考えられる事業（追って事業例をお示しする）、今回の「医療介護総合確保推進法案」により新たに法律に位置づけられた事業（地域医療支援センター、医療勤務環境改善支援センター）については、実施について必ず検討すること。
なお、各都道府県におけるこれを踏まえた検討状況については、都道府県個別ヒアリングの際に聞くこと及び国の総合確保方針を策定するための協議会において配分方法と合わせ検討状況を報告する予定としている。

- 新基金の交付決定については、年度途中となる予定であるが、年度当初から実施する必要がある事業については、交付決定までの間は各都道府県において事業費を立て替えの上、基金設置後に基金から当該立て替え分について支出する等により、法施行日前から執行することが可能である。

- 新基金の配分方法について
新基金の配分は、都道府県人口、高齢者増加割合等の基礎的要因や都道府県計画の評価等の政策的要因を勘案して、都道府県計画に基づき、予算の範囲内で行うことを検討することとし、総合確保方針を策定するための協議会で配分方法を報告する予定としている。

- 都道府県計画の作成に係る手順について
平成26年度における都道府県計画の作成に係る手順については「都道府県計画の作成に係る手順（26年度）（案）」をご確認いただきたい。
平成26年度については、市町村計画策定を待たずに都道府県計画をまず作成していただきたい。市町村が市町村計画を策定する場合には、必要に応じ、後で都道府県計画を修正されたい。ただし、スケジュールに間に合うのであれば、市町村計画を踏まえて都道府県計画を策定するのを妨げるものではない。

- 都道府県計画の計画期間について
計画期間は複数年とすることができるものとし、病床の機能分化・連携のための施設整備等については、実施する事業に応じた計画期間を設定できるものとする。新基金については毎年度予算措置していくことを想定しているが、平成27年度以降の追加予算の確保を確約するものではないので留意されたい。

- 経理区分の明確化について
新基金の財源について、消費税財源と一般財源に経理区分を明確にする必要がある。基金事業としては一体のものと考えているが、予算内示後、都道府県は、都道府県計画を見直す際に経理区分を明確にする必要がある。なお、消費税と一般財源の比率で事業の費用を按分することも可能である。

- 都道府県計画の変更について
都道府県は、都道府県計画を変更したときは、遅滞なく、これを厚生労働大臣に提出しなければならない。ただし、軽微な変更の場合、厚労省への事前協議を省略し提出のみで可とすることを考えている。

- 新基金の申請書類としては
- ・ 都道府県計画（事業毎の個表（様式1））
 - ・ 都道府県計画の概要（パワーポイントを含め5枚程度）
 - ・ 総括表（様式2）
 - ・ 現行の医療計画（PDCAに基づき見直したものがあれば提出）
 - ・ 医師確保等に関する計画（別途依頼）
- の提出を考えているのでご確認いただきたい。

2. 医療計画のPDCAについて

(1) PDCAの推進について

- 各都道府県においては、平成25年度からの新たな医療計画が作成され、同計画に基づく医療提供体制の構築が進められているが、今後医療計画の実効性を高めていくには、PDCAサイクルを効果的に機能させることが重要である。
- このため、厚生労働省では平成25年7月より「PDCAサイクルを通じた医療計画の実効性の向上のための研究会」を開催し、PDCAサイクルの推進のあり方や実効性向上のための支援について検討を行い、年度内に報告書を取りまとめる予定である。
- これとあわせて、都道府県による医療計画の評価及び見直しを支援するため、当該評価及び見直しを行うに当たって必要な指標に係るデータを集計・可視化したものや都道府県が自ら解析するためのツールなどを収めた医療計画作成支援データブックを本年度中に配付する予定である。
また、都道府県担当者に向けた、医療計画作成支援データブックの活用方法等に関する研修会を3月26日(水)に実施することとしており、平成26年度においても実施する予定としている。
- また、平成26年度予算案において、医療計画作成支援のためのデータベースを構築するための経費を計上している。
- 都道府県においては、これらを活用し、5疾病・5事業及び在宅医療に係る施策等の進捗状況の把握や評価を定期的に実施するとともに、これを踏まえて必要に応じて医療計画の見直しを行い、より実効性の高い計画としていただくようお願いする。
- 特に、今後、医療介護総合確保推進法案が成立した場合は、これに基づき、医療計画の一部として地域医療構想の策定及び実現が進められることとなる。
この将来の医療提供体制に関する構想である、地域医療構想の実現に向けては、まずは医療計画を、現状を踏まえつつ適宜見直しながら着実に実行していくことが重要であるため、各都道府県においては、地域医療構想の実現に向けて、PDCAサイクルによる医療計画の不断の見直しに努められたい。

(2) 病床関係について

- 基準病床数や既存病床数等の調査について、昨年に引き続き実施することとしているので協力をお願いします。

- また、特定病床の特例については、平成25年4月に「特定の病床等の特例の事務取扱について」を通知しているので、増床の協議を行う際は参考にされたい。

3. 地域における医師の確保について

- 地域における医師の確保については、これまでも地域枠の拡大といった医学部定員の増員や、修学資金の貸与事業などに地域医療再生基金を活用するなどの支援を行ってきた。
- 加えて、地域における医師の偏在解消などを目的として、都道府県に「地域医療支援センター」を設置し、大学等の関係者との緊密な連携を図りつつ、医師のキャリア形成上の不安を解消しながら、地域枠の医師などを活用して、地域の医師不足病院における医師の確保の支援等を行っているところである。
- 平成25年度においては、30道府県を選定し、事業に対する支援を実施している。
 - ・ 予算総額：9.6億円（30箇所）
 - ・ 平成25年度実施道府県
北海道、青森県、岩手県、宮城県、福島県、茨城県、群馬県、埼玉県、千葉県、石川県、山梨県、大阪府、奈良県、和歌山県、新潟県、長野県、静岡県、岐阜県、三重県、滋賀県、京都府、岡山県、島根県、広島県、愛媛県、徳島県、高知県、長崎県、大分県、宮崎県
- 上記30道府県におかれては、ドクターバンク事業の実施、医師のキャリア形成プログラムの作成・運営、修学資金を貸与した医師の配置調整等により、平成25年7月31日現在、1,069名の医師を確保し、県内医療機関へあっせんするなど、地域における医師確保対策に確実な効果を挙げている。

中でも、医師のキャリア形成を支援しながら、医師不足地域での勤務も推進できるキャリア形成プログラムの作成・運営は、地域における医師の偏在の解消に効果的である。
- 国会提出中の医療介護総合確保推進法案においては、地域医療支援センターの機能について、新たに医療法に位置付けるとともに、当該機能の実施を都道府県の努力義務とすることとしており、地域医療支援センターを設置していない県においても、積極的な実施をお願いしたい。
- 地域医療支援センター事業に対する支援については、新たな財政支援制度（基金）で対応することが可能である。

- また、各地域医療支援センターにおいて効率的かつ効果的な運営が図られるよう、医師派遣に関する医療機関との調整の過程などといった地域医療支援センターの活動内容や、派遣やあっせんの成果などについて、広く周知しているところである。

- 平成25年7月22日に「地域医療支援センターに係る情報交換会」を開催し、先行実施県の主な取り組み状況について情報を交換するとともに、好事例について情報提供しているところであるが、これからも先行実施県の取り組み状況について、幅広く周知していくこととしている。

各都道府県におかれては、これらの好事例を参考とし、地域医療支援センターの更なる効率的かつ効果的な運営に努めていただきたい。

- また、医療法第30条の12第1項に定める医療対策協議会において、地域医療支援センターの取組み状況などを踏まえつつ、医師不足地域への医師派遣の調整など医師確保対策全般について積極的な協議を行うなど、関係者の協力を得ながら、地域全体で医師確保対策に取り組むようお願いする。

- なお、先般、医師確保・医師養成に係るアンケート調査を依頼したところであるが、調査結果がまとまり次第、その結果を各都道府県とも共有するので、更なる医師確保対策の推進に役立てていただきたい。

4. 在宅医療の推進について

今後、高齢化が進展し、医療・介護サービスの需要が増大していく中で、患者それぞれの状態にふさわしい良質かつ適切な医療を効果的かつ効率的に提供する体制を構築するためには、医療機能の分化・連携を進め、各医療機能に応じて必要な医療資源を適切に投入し、入院医療全体の強化を図るとともに、同時に、退院患者の生活を支える在宅医療及び介護サービス提供体制を充実させていくことが非常に重要である。

都道府県は、平成25年度からの医療計画に基づき、1)退院支援、2)日常の療養生活の支援、3)急変時の対応、4)在宅での看取りを可能とするための在宅医療の提供体制の構築に取り組むこととなっている。今国会に提出している医療介護総合確保推進法案において、在宅医療（居宅等における医療）を医療計画に位置付けることにしており、法案成立後は、これに基づき、地域における医療及び介護の総合的な確保を促進し、在宅医療の推進を図っていくこととなる。

同法案ではさらに、平成27年度には、地域の医療提供体制の将来あるべき姿である「地域医療構想」を医療計画の一部として作成し、平成30年度からは医療計画及び介護保険事業支援計画を一体的に策定して、在宅医療を推進することとなる。これらに円滑に対応できるよう、各都道府県は、市町村とよく連携を図り入念に準備いただきたい。

●. 在宅医療（歯科・薬局を含む）の推進

《医療提供体制の改革のための新たな財政支援制度の創設》

平成26年度予算案 904億円

- 医療従事者の確保・養成や在宅医療の推進、病床の機能分化・連携を図るため、関係法律の改正法案を平成26年度通常国会に提出し、社会保障制度改革プログラム法に盛り込まれた新たな財政支援制度（各都道府県に基金を設置）が創設されることに伴い、在宅医療（歯科・薬局を含む）については、在宅医療の実施に係る拠点・支援体制の整備や、在宅医療や訪問看護を担う人材の確保・養成に資する事業等への財政支援を行う。
- なお、医療提供体制推進事業費補助金のうち、「訪問看護推進事業」、「在宅歯科医療連携室整備事業」、「在宅歯科診療設備整備事業」について、新たな財政支援制度で対応することが可能となる。
- 「1. 新たな財政支援制度について」を参照

●. 小児等の在宅医療提供体制の整備

《小児等在宅医療連携拠点事業》 平成 26 年度予算案 1.5 億円

- 在宅医療においては、平成 23 年度及び平成 24 年度に、地域における介護と連携した在宅医療の提供体制のモデル事業を行ってきたところであるが、NICU を退院し在宅医療に移行する小児等については、専門医療機関との連携の必要性や、福祉・教育等との連携の重要性など、小児特有の課題に対応する体制の検討が重要である。
- また、平成 25 年度にモデル事業として 8 都県において、医療機関等との連携により実施いただいているが、平成 26 年度においても、引き続きモデル事業を実施する。

●. 人生の最終段階における医療体制の整備

《人生の最終段階における医療体制整備等事業》

平成 26 年度予算案 0.5 億円

- 患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療を実現するため、医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として、進めることが重要である。
- このため、平成 19 年に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」をまとめ、周知を図っているが、ガイドラインを活用している病院、介護老人福祉施設は 2 割と十分認知されているとは言えない状況である中、人生の最終段階における医療に係るより充実した体制整備が強く求められている。
- このことから、平成 26 年度予算の成立後、患者の意思を尊重した最終段階における医療を実現するため、10カ所程度の医療機関において、患者の人生の最終段階における医療などに関する相談に乗り、必要に応じて関係者の調整を行う相談員の配置や、困難事例の相談などを行うための複数の専門家からなる委員会の設置などを行うことによって、人生の最終段階における医療に係る適切な体制のあり方を検討し、その体制整備を構築するとともに、ガイドラインの周知徹底を図ることとしている。

●. 在宅歯科医療等の推進について

《歯の健康力推進歯科医師等要請講習会》

平成 26 年度予算案 1 5 百万円

《在宅介護者への歯科口腔保健推進設備整備事業》

平成 26 年度予算案 医療施設等設備整備費補助金(6.6 億円の内数)

- 在宅歯科医療や口腔ケア等を推進していくため、
 - ・ 在宅歯科医療及び口腔ケア等の専門性を持つ歯科医師及び歯科衛生士の養成
 - ・ 在宅介護者に対する歯科口腔保険の知識などの指導・普及を図るため、在宅歯科医療を実施する医療機関に口腔ケアに必要な機器等の整備を引き続き実施することとしているので、これらの事業を効果的に活用されたい。

5. 災害医療について

- 災害拠点病院については、東日本大震災を受け、災害医療体制の一層の充実を図る目的から開催した「災害医療等のあり方に関する検討会」（座長：大友 康裕 東京医科歯科大学教授）の報告書を踏まえ、診療機能を有する施設の耐震化や衛星電話、衛星回線インターネットの整備、全ての災害拠点病院に災害派遣医療チーム（DMAT）の配置、地域の医療機関との連携や支援を行う体制の整備など、災害拠点病院の指定要件の見直しを行い、「災害時における医療体制の充実強化について」（平成24年3月21日医政発0321第2号厚生労働省医政局長通知）を発出している。

災害拠点病院の機能について、毎年（原則として4月1日時点）の状況を確認することとしているため、都道府県においては、各病院の状況を把握しておくようお願いする。

- DMATについては、被災都道府県による災害急性期のDMATの指揮・調整を支援するため、国立病院機構災害医療センターにDMAT事務局を設置してきたところであるが、支援機能の更なる強化のため、平成25年10月より、国立病院機構大阪医療センターにも事務局機能を設けている。

また、隊員の資格更新要件の見直しやDMAT指定医療機関の更新要件を設けるなど、DMAT活動の充実を図るため、「日本DMAT活動要領の一部改正について」（平成25年9月4日医政指発0904第1号厚生労働省医政局指導課長通知）を発出したところである。

今後、本要領を踏まえ、DMAT指定医療機関の指定更新を行っていただくようお願いする。

- 在宅で医療を継続している人工呼吸器患者等の重症患者については、大雪や地震等の災害に伴う停電等のライフラインの途絶により、その医療の継続が直ちに不可能となることあり得ることから、当該患者を診療している医療機関から自治体へ、速やかに患者の所在を連絡できる体制を確保しておくとともに、交通が遮断され、医療機関へのアクセスが閉ざされた場合への対応についても、防災部局とともに検討いただくようお願いする。

（災害医療に関する研修）

- 平成26年度予算案において、被災都道府県の災害医療対応を強化するため、医療チームの派遣調整業務等を担う人員（災害医療コーディネーター）を対象とした研修事業の経費などを盛り込んでいる。

- 災害時に迅速に活動できる機動性を持ったDMATの研修について、平成26年度も引き続き、東日本会場と西日本会場の2か所で実施する予定である。

- DMATについては、養成研修で得た知識・技術を維持していく必要があることから、DMAT事務局の事業として、地方ブロック毎にDMAT技能維持研修を実施してきた。

平成26年度は、隊員の増加に伴い、技能維持研修の開催回数を増加させることとしているので、DMAT隊員の積極的な参加に配慮をお願いします。

さらに、地方ブロック毎に自衛隊、消防等との連携を図るためのDMAT訓練補助事業も継続しているので、引き続き訓練の開催をお願いします。

(災害医療体制の確保)

- DMAT活動支援費等として、
 - ① DMAT指定医療機関の総合防災訓練等への参加に必要な経費に対する補助
 - ② DMATが被災地へ派遣された際の活動に要する経費に対する補助を引き続き盛り込んでいるので、各都道府県においては、災害医療体制の確保に取り組むようお願いする。

(広域災害救急医療情報システム (EMIS))

- EMISについては、平成25年12月に全ての都道府県において導入されたところである。

平成26年度においても、都道府県担当者を対象とした国の災害対策やシステムの運用及び操作実習等の説明会を実施する予定であるので、担当者の参加についてご配慮願いたい。

(医療機関の耐震化)

- 医療施設の耐震化については、平成25年度補正予算において、災害拠点病院、救命救急センター及び二次救急医療機関を補助対象とした、医療提供体制施設整備交付金を14億円計上しているので、未耐震の施設については、積極的にご活用願いたい。

- 平成26年度予算案においても、基幹災害拠点病院施設整備事業、地域災害拠点病院施設整備事業、地域防災対策医療施設体制整備事業及び医療施設耐震整備事業を継続するので、医療施設の耐震化について引き続きご配慮をお願いします。

(医療施設の耐震診断)

- 平成25年11月25日に「建築物の耐震改修の促進に関する法律の一部を改正する法律」が施行され、3階以上及び床面積5,000㎡以上の病院については、平成27年12月31日までに耐震診断を行うことが義務化されたところである。

耐震診断が未了の病院については、医療施設運営費等補助金（医療施設耐震化促進事業）や国土交通省の補助制度（社会資本整備総合交付金：住宅・建築物安全ストック形成事業）を活用し、耐震診断を実施するようお願いする。

災害拠点病院の整備に係る補助事業

医療提供体制施設整備交付金のメニュー項目（平成26年度予算案 30億円の内数）

基幹・地域 災害拠点病院施設整備事業（平成8年度～）

（事業概要）

都道府県知事の要請を受けた病院（公立除く）の開設者が行う災害拠点病院の整備に対する補助を行う。

補助項目	補助金の基準額		補助率
	基幹災害 拠点病院	地域災害 拠点病院	
① 建物の耐震整備	75,210千円	75,210千円	1 / 2
② 自家発電設備	145,381千円	145,381千円	1 / 3
③ 受水槽	133,974千円	133,974千円	
④ 備蓄倉庫	120,814千円	34,076千円	
⑤ ヘリポート	108,954千円	58,808千円	
⑥ 研修部門	92,935千円	—	

病院における耐震診断・耐震整備の補助事業

(1) 医療施設運営費等補助金(医療施設耐震化促進事業 平成26年度予算案 21,000千円)

医療施設耐震化促進事業(平成18年度～)

(事業概要)

医療施設の耐震化を促進するため、救命救急センター、病院群輪番制病院、小児救急医療拠点病院等の救急医療等を担っている病院及びその他災害時における医療の提供に必要な医療機関(公立、公的を除く)の耐震診断に対する補助を行う。

(基準額): 3,000千円

(補助率): 1/3 (国1/3、都道府県1/3、事業主1/3)

(2) 医療提供体制施設整備交付金のメニュー項目(平成26年度予算案 30億円の内数)

1. 基幹・地域 災害拠点病院施設整備事業(平成8年度～)

(事業概要)

・都道府県知事の要請を受けた病院(公立除く)の開設者が行う災害拠点病院の耐震整備に対する補助を行う。

(基準額): 2,300㎡(基準面積)×32,700円 = 75,210千円

(調整率): 0.5 (平成20年度第1次補正予算により0.33から0.5へ嵩上げ)

※この他に備蓄倉庫、自家発電装置、受水槽、ヘリポート、研修部門(基幹災害拠点病院のみ)の整備に対する補助(調整率0.33)を行う。

2. 地震防災対策医療施設耐震整備事業(平成13年度～)

(事業概要)

・地震防災対策特別措置法(H7法111)に基づき、都道府県が著しい地震災害が生ずるおそれがあると認められる地区において、地震防災上緊急に整備すべき施設等(医療機関含む)の計画である「地震防災緊急事業5箇年計画」に基づいて耐震化を必要とする医療機関(公立除く)が実施する耐震整備に対する補助を行う。

・土砂災害危険箇所内に所在する医療機関(公立除く)が実施する耐震整備に対する補助を行う。

(基準額): 2,300㎡(基準面積)×32,700円 = 75,210千円

(調整率): 0.5(平成21年度予算において0.33から0.5へ嵩上げ)

3. 医療施設耐震整備事業(平成18年度～)

(事業概要)

1. 耐震化未実施の救命救急センター、病院群輪番制病院、小児救急医療拠点病院等の救急医療等を担っている病院及びその他災害時における医療の提供に必要な医療機関(公立、公的を除く)の耐震整備に対する補助を行う。

2. 耐震診断の結果「Is値0.3未満の建物」を有する病院(公立除く)の耐震整備に対する補助を行う。

(基準額): 1. 2,300㎡(基準面積)×32,700円 = 75,210千円

2. 2,300㎡(基準面積)×155,000円 = 356,500千円

(調整率): 0.5(平成21年度予算において0.33から0.5へ嵩上げ)

6. 救急医療、周産期医療、小児医療及びへき地医療について

(1) 救急医療の確保

- 救急医療は直接患者の生死に関わる医療であり、地域の医療機関が連携し、地域全体で救急患者を円滑に受け入れられる救急医療体制を構築する必要がある。
- しかし、救急患者の搬送件数が大きく増加するとともに、軽症患者が二次・三次救急医療機関を直接受診する等により、これらの病院の受入能力に限界が生じている。また、救急医療を担う病院勤務医については、過酷な勤務環境の下で疲弊していると指摘されている。さらに、救急患者が急性期を脱した後も転院できず、救急医療機関が新たな救急患者を受け入れられないという「出口の問題」も指摘されている。

このように救急医療には様々な課題が生じており、国、地方公共団体、医療関係者、患者・家族等が力を合わせて、救急医療の確保に取り組んでいく必要がある。
- 近年における救急医療需要の増大に対応し、救急患者の適切な医療機関での受入体制の機能強化や救命救急センター、二次救急医療機関の充実強化等について検討するため、平成25年2月から救急医療体制等のあり方に関する検討会を開催し、有識者等からのヒアリングを行いながら議論を重ねてきた。本年2月に報告書を取りまとめたので、ご確認いただき、今後、各都道府県において取組を行う上で参考にさせていただきたい。

(初期・二次救急医療体制の整備)

- 初期・二次救急医療体制の整備については、三位一体改革等により国の補助金が順次一般財源化され、その実施は地方自治体の裁量に委ねられている。各都道府県においては、地域に必要な初期・二次救急医療の確保のため、救急患者の受入実績等に応じて医療機関に補助金が支給されるよう配慮し、必要な予算を確保するようお願いする。

(三次救急医療体制の整備)

- 救命救急センターの充実度評価について、25年度の評価結果（評価対象年度は平成24年度）では、C評価となった施設が2施設あることから、各都道府県においては、十分な体制整備が図られるよう留意するとともに、救命救急センターに対する一層の指導、支援をお願いする。

(救急医療体制の一元化)

- 救急病院、救急診療所については、平成9年に取りまとめられた救急医療体制基本問題検討会報告書の趣旨等を踏まえ、改正された救急病院等を定める省令に基づき、医療計画の内容等を勘案し、一元化を図るようお願いする。

(救急患者の医療機関による円滑な受入れ)

- 救急患者の医療機関による受入れの状況について、「平成24年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査の結果」(総務省消防庁)によると、平成24年に救急搬送された約525万人のうち、重症以上の傷病者で受入医療機関が決定するまでに救急隊等が行った照会回数が4回以上のものは16,736件(0.32%)、11回以上のものは684件(0.01%)であり、地域別には、首都圏、近畿圏等の大都市周辺部において照会回数が多くなっている。

また、救急車の現場滞在時間が30分以上のものは23,033件(0.44%)、60分以上のものは2,387件(0.045%)であった。

- このような状況を改善し、救急患者の搬送及び受入れの迅速かつ適切な実施を図るため、消防法の一部改正(平成21年法律第34号)において、都道府県は、傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準を定めるとともに、実施基準に関する協議等を行うための消防機関、医療機関等を構成員とする協議会を設置することとされている。各都道府県において、地域の医療提供体制、傷病者の搬送及び受入れの状況等地域の実情に応じた、傷病者の搬送及び受入れの実施基準を策定していただいているところであるが、当該実施基準の円滑な運用が図られるようお願いする。

- また、平成26年度予算案において、

- ① 救急医療体制の強化を図るため、地域の消防機関等に設置されているメディカルコントロール協議会に専任の医師を配置するとともに、長時間搬送先が決まらない救急患者を一時的であっても受け入れる二次救急医療機関の確保を支援(新規)

- ② 急性期を脱した救急患者の円滑な転床・転院を促進するため、施設内・施設間の連携を担当する専任者の配置に対する支援

を盛り込んでいるので、各都道府県においては、消防部局と連携を図りつつ、補助事業を積極的に活用し、救急患者が円滑に医療機関に受け入れられるために必要な取組を進めるようお願いする。

- さらに、傷病者の搬送及び受入れの実施基準を有効に機能させるためには、いわゆるPDC Aサイクルによる実施基準の評価・見直しが重要であり、平成25年度においても、実施基準に基づく傷病者の搬送及び受入れの実態調査を行っていただいているところである。(平成26年度予算案においても、実態調査のための経費を盛り込んでいる)。

(救急利用の適正化)

- 平成24年の救急車による搬送人員は約525万人であり、この10年間で21.3%(約92万人)増加している。また、救急車で搬送される患者のうち、半数は軽症者であり、不要不急にも関わらず救急車を利用している事例もあると指摘されている。

- 安易な時間外受診（いわゆる「コンビニ受診」）は、医療機関に過度な負担をかけ、真に救急対応が必要な患者への救急医療に支障をきたすおそれがある。
平成26年度予算案において、
 - ① 急病時の対応等についての住民向けの啓発や相談窓口設置の支援（医療連携体制推進事業）
 - ② 患者・家族と医療従事者等との懇談会等の開催の支援（医療連携体制推進事業）等を盛り込んでいるので、各都道府県においては、これらの補助事業を積極的に活用し、救急利用の適正化を推進するようお願いする。

（ドクターヘリの導入）

- ドクターヘリ（医師が同乗する救急医療用ヘリコプター）の導入は、早期治療の開始と迅速な搬送により、救命率の向上や後遺症の軽減に大きな効果を上げている。

- 平成21年7月に超党派からなるドクターヘリ推進議員連盟の「中間とりまとめ」が取りまとめられ、ドクターヘリの導入促進、財政措置の強化、人材の育成・確保等について提言がなされたところであり、平成26年度予算案において、
 - ① ドクターヘリ導入促進事業の充実（か所数：44機分→45機分、消防無線のデジタル化への対応）
 - ② ドクターヘリ事業従事者研修（ドクターヘリに搭乗する医師及び看護師の研修（委託事業））
を盛り込んでいるので、各都道府県においては、地域の実情に応じて、ドクターヘリの導入について検討するようお願いする。また、平成28年5月までに消防無線のデジタル化に対する対応を行っていただくようお願いする。

- 先般、財務省が行った予算執行調査において、ドクターヘリ導入促進事業が調査の対象となり結果が公表されている。その中で、今後の改善点・検討の方向性として、
 - ① 地域の実情に応じて、ドクターヘリを活用することが適切な時間や距離を予め設定した上で、他の救急搬送手段との役割分担を明確化し、ドクターヘリの効果的な活用方法を検討すべき、
 - ② 飛行範囲が重なる地域では、広域連合化等による効率的運用を検討すべき。とりわけ、新規導入の際は、まずは、既存の救急搬送手段の有効活用を検討するとともに、近隣の都道府県との連携も模索すべき、
 - ③ ドクターヘリを有する医療機関は適正な診療報酬の徴収を実施し、自己収入の確保に努めるべき
と指摘をされていることから、今後ドクターヘリを導入する予定の都道府県のみならず、既に導入している都道府県においても上記①、②については検討を、③については周知をお願いする。

- また、ドクターヘリ導入の効果については、現在、日本航空医療学会等で検証手法の検討を行っていると聞いている。導入道府県においては、これらの検討を注視しながら、各運航調整委員会等において、ドクターヘリ導入の効果の検証を実施していただくようお願いする。

- 航空法施行規則の一部を改正する省令（平成25年国土交通省令第90号）が公布され平成25年11月29日に施行されたところである。改正された省令に新たに追加されたドクターヘリの運航については「航空法施行規則第176条の改正に伴うドクターヘリの運航について」（平成25年11月29日医政指発1129第1号）により、ドクターヘリを活用する医療機関に対し必要な指導を行うとともに消防機関及び関係団体等に対し周知をお願いする。また、運航要領に必要な事項が定められ、これら事項が遵守されているかについては、医療法（昭和23年法律第205号）第25条第1項の規定に基づく立入検査により、ドクターヘリ基地病院に対して確認が行われるものであることを申し添える。

- 認定NPO法人救急ヘリ病院ネットワーク（HEM-Net）においては、「医師・看護師等研修助成事業」及び「ドクターヘリ運航基地病院における安全研修会助成事業」を実施しているので、ドクターヘリの導入を具体的に予定している都道府県においては、当該事業により行われる研修を積極的に活用願いたい。

(救急医療関係研修)

- 救急医療対策の一環として、救急医療施設に勤務する医師や看護師、救急救命士等を対象に研修を行い、救急医療・災害医療に携わる者の養成及び資質の向上に努めているところである。各都道府県においては、関係機関等に研修の趣旨の周知を図るとともに、対象者の積極的な参加について配慮をお願いする。

(研修会)

- A 医師救急医療業務実地修練（専門研修）
 - ・対象者 救急医療施設において救急医療に従事する医師
- B 看護師救急医療業務実地修練（専門研修）
 - ・対象者 救急医療施設において救急医療に従事する看護師
- C 救急救命士業務実地修練
 - ・対象者 消防機関及び救急医療施設において救急医療業務に従事する救急救命士
- D 保健師等救急蘇生法指導者講習会
 - ・対象者 保健所に勤務する保健師等
- E 救急救命士養成所専任教員講習会
 - ・対象者 養成所において専任教員として従事する救急救命士等
- F 病院前救護体制における指導医等研修
 - ・対象者 メディカルコントロール協議会において事後検証に直接関わる医師
- G 災害派遣医療チーム（DMA^{ティーマット}T）研修
 - ・対象者 救命救急センター及び災害拠点病院等の災害派遣医療チーム（医師、看護師等）
- H NBC災害・テロ対策研修
 - ・対象者 救命救急センター等の医師、看護師、診療放射線技師、事務職員等
- I ドクターヘリ従事者研修
 - ・対象者 ドクターヘリに搭乗を予定している医師、看護師等
- J 小児救急電話相談対応者研修
 - ・対象者 小児救急電話相談事業に従事する者

(救急救命士の処置範囲の拡大の検討)

- 救急救命士については、病院前救護を強化し、傷病者の救命率の向上等を図る観点から、平成21年3月から「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」において、救急救命士の処置範囲の拡大(①血糖測定と低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与、②重症喘息患者に対する吸入β刺激薬の使用、③心肺機能停止前の静脈路確保と輸液の実施)に関する検討が進められてきた。

- 厚生労働科学研究費により、平成24年7月から平成25年1月まで、選定した地域において、医療関係者と消防関係者とが共同で実証研究を実施し、その結果を踏まえて検討が行われた。昨年8月にとりまとめられた同検討会の報告書において、「血糖測定と低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与」、「心肺機能停止前の静脈路確保と輸液」について、救急救命処置に追加することは適当と判断された。これを受け、関係省令及び通知の改正を行い本年1月末に発出したところである。都道府県におかれては、改正の趣旨、内容を御了知の上、諸条件を満たした救急救命士が、新たに追加された2行為を適切に実施出来るよう取組をお願いするとともに、医療機関、消防機関への周知及び指導をお願いする。

(救急救命士国家試験について)

- 第37回救急救命士国家試験については、一般財団法人日本救急医療財団により、平成26年3月9日(日)に北海道、東京都、愛知県、大阪府及び福岡県の5か所で実施され、合格発表が同年3月31日(月)に行われる予定である。
以前からお知らせしていたとおり、今回の第37回救急救命士国家試験から合格発表日と試験実施が同一年度に実施されることとなる。

(救急救命士の養成施設の指定権限等の移譲について)

- 平成25年12月に「事務・権限の移譲等に関する見直し方針について」が閣議決定され、救急救命士の養成施設の指定権限等が都道府県へ移譲されることが決定した。法律改正事項については、今年の通常国会で一括法を提出予定であり平成27年4月1日の施行が予定されている。

(自動体外式除細動器(AED)の普及啓発)

- 自動体外式除細動器(AED)については、「非医療従事者による自動体外式除細動器(AED)の使用について」(平成16年7月1日付け医政発第0701001号)において、救命現場に居合わせた一般市民によるAEDの使用には、一般的に反復継続性が認められず、医師法違反とならないと考えられることが示された。これを踏まえ、非医療従事者によるAEDを用いた積極的な救命活動が行われるよう、都道府県に協議会を設置し、講習や啓発を行う事業(自動体外式除細動器(AED)普及啓発事業)が行われているところである。

- これらの取組により、近年、AEDの設置が急速に進んでいるが、一方で、AEDが使用される際にその管理不備により性能を発揮できないなどの事態を防止するため、AEDの適切な管理を徹底する必要がある。

このため、AEDの設置者等が日常点検や消耗品（電極パッドやバッテリー）の管理等を適切に行うよう、「自動体外式除細動器（AED）の適切な管理等の実施について」（平成21年4月16日付け医政発第0416001号・薬食発第0416001号）を発出し、注意喚起を行ったところである。また、平成26年度予算案において、引き続き、都道府県によるAEDの適切な管理を行うための取組についても、上記の自動体外式除細動器（AED）普及啓発事業の支援対象としているので、各都道府県においては、積極的に活用願いたい。

- また、AEDに関しては、更なる普及拡大にあたり、単に設置数を増やすだけでなく、効果的かつ効率的な配置に向けた指針を求める声があった。そこで、一般財団法人日本救急医療財団「非医療従事者によるAED使用のあり方特別委員会」において検討がなされ、AEDの適正配置に関するガイドラインがとりまとめられた。このことについては、「自動体外式除細動器（AED）の適正配置に関するガイドライン（通知）」（平成25年9月27日医政発0927第）を発出しているので、このガイドラインを参考にし、AEDの効果的かつ効率的な設置拡大を進めていただくようお願いする。

（「救急の日」及び「救急医療週間」について）

- 「救急の日」及び「救急医療週間」については、国民の救急医療及び救急業務に対する理解と認識を深める等のため、毎年9月9日及び当該日を含む1週間を原則として、各都道府県で各種の行事が実施されているところであり、厚生労働省においても、関係機関との共催による中央行事「救急フェア」の開催、ポスターの配布等を行っているところである。

各都道府県においては、今後とも、関係機関と十分な連携を図りながら、救急医療体制の体系的な仕組みとその適正な利用、ドクターヘリ事業の救命効果、救急蘇生法等について地域住民に対する普及啓発の充実を図るようお願いする。

(中毒情報センター情報基盤(データベース)の整備について)

- 公益財団法人日本中毒情報センターにおいては、化学物質・医薬品・動植物の毒等によって起こる急性中毒の中毒情報(起因物質成分・毒性・治療法等)に関するデータベースを整備しており、日本中毒情報センター会員向けホームページ(2,000円/年)において、中毒情報データベースを掲載するほか、化学物質・医薬品・動植物の毒等による集団中毒事故・事件等が発生した場合には、当該事故・事件等の中毒情報を掲載しているところである。また、電話による問合せへの情報提供(一般市民向け:無料、医療機関:2,000円/1件)を行うとともに、「医療機関向け中毒情報検索システム」(CD-ROM)を発行し、医療機関・行政機関等に対して情報提供を行っている。

各都道府県においては、化学物質・医薬品・動植物の毒等による集団中毒事故・事件等が発生した場合には、速やかに情報を入手するとともに、保健所、救命救急センター、災害拠点病院等において情報が共有される体制を構築するようお願いする。

(参考) 公益財団法人日本中毒情報センター

TEL 029-856-3566

ホームページ会員:2,000円/年(何件でも情報入手可能)

電話による情報入手:2,000円/1件(一般市民向けは無料)

(2) 周産期医療の確保

- 周産期医療体制については、国民が安心して子どもを産み育てることができる医療環境の実現に向け、一層の整備が求められている。
- 周産期医療対策事業は、分娩に伴って大量出血を生じた妊婦の救命、未熟児の救命等に大きく寄与し、妊産婦死亡率や新生児死亡率の改善が図られてきた。しかし、産科疾患による死亡が減少する中で、脳血管障害など産科以外の疾患による妊産婦死亡が新たな課題となっている。

(周産期医療体制整備計画の着実な実施)

- 各都道府県においては、医療施設の整備や医療従事者の養成等に留意しながら、周産期医療体制整備計画を着実に実施していただくようお願いする。

また、周産期医療体制整備計画については、おおむね5年ごとに調査、分析及び評価を行うものとされており、必要に応じて計画の見直しに着手するようお願いする。

なお、NICU(新生児集中治療室)の整備状況については、平成23年10月1日現在、19県が出生1万人当たり25床に満たない状況にある。各都道府県においては、周産期医療体制整備計画に基づき、出生1万人当たり25床から30床を目標として、整備を進めていただくようお願いする。

その他、地域における周産期医療体制の確立の観点から、周産期医療ネットワークに助産所が組み入れられることは重要であると考えており、各都道府県においては、地域の実情に応じて適切に対応していただくようお願いする。

(予算補助事業の活用)

- 平成26年度予算案においては、NICU等の確保、産科合併症以外の合併症を有する母体の受入れ、勤務医の負担軽減、長期入院児の在宅への移行促進等を図るため、
 - ① 総合周産期母子医療センターの運営に対する支援（MFICU・NICU・GCUの運営支援、産科合併症以外の合併症を有する母体を受け入れる体制整備の支援、診療所医師が夜間・休日の診療支援を行う場合の支援）、
 - ② 地域周産期母子医療センターの運営に対する支援（MFICU・NICU・GCUの運営支援、診療所医師が夜間・休日の診療支援を行う場合の支援）、
 - ③ NICU等に長期入院している児童が在宅療養へ移行するための地域療育支援施設を設置する医療機関への支援、
 - ④ 在宅に移行した児童をいつでも一時的に受け入れる医療機関に対する支援等を計上しているところである。

なお、産科や新生児医療を担当する勤務医等の手当に対する支援は、従前の補助金ではなく、新たな財政支援制度（基金）で対応することが可能となるので継続して取り組んでいただきたい。

各都道府県においては、これらの補助事業を積極的に活用し、地域の周産期医療体制の整備に取り組むようお願いする。

(NICU等長期入院児について)

- 平成26年度予算案において、
 - ① 周産期母子医療センターのNICU・GCUの運営に対する支援、
 - ② NICU等に長期入院している児童が在宅療養へ移行するための地域療育支援施設を設置する医療機関への支援、
 - ③ 在宅に移行した児童をいつでも一時的に受け入れる医療機関に対する支援等を盛り込んでいるので、各都道府県においては、引き続き、NICU等長期入院児について、一人一人の児童にふさわしい療養・療育環境への移行の促進に取り組むようお願いする。

(3) 小児医療の確保

(重篤な小児患者に対する救急医療等の確保)

- 小児医療については、他の先進国と比べ、乳児死亡率は低いものの、1～4歳児死亡率は高くなっており、小児の救命救急医療を担う医療機関等を整備する必要性が指摘されている。

- 平成26年度予算案において、
 - ① 「超急性期」にある小児の救命救急医療を担う「小児救命救急センター」の運営に対する支援
 - ② 超急性期後の「急性期」にある小児への集中的・専門的医療を行う小児集中治療室の整備に対する支援を盛り込んでいるので、各都道府県においては、積極的に活用するようお願いする。

なお、小児への集中的・専門的医療を担う小児科医を養成する小児集中治療室医療従事者研修事業は、従前の補助金ではなく、新たな財政支援制度（基金）で対応することが可能となるので継続して取り組んでいただきたい。

（入院を要する小児救急医療の確保）

- 入院を要する小児救急医療体制の充実を図るため、
 - ① 小児救急患者の受入れが可能な病院を当番制により確保する小児救急医療支援事業
 - ② 広域（複数の二次医療圏）で小児救急患者の受入れを行う小児救急医療拠点病院に対する支援

を進めているが、依然として、小児救急医療体制が未整備の地域が残っている。

これらの事業は、従前の補助金ではなく、新たな財政支援制度（基金）で対応することが可能となるので継続して取り組んでいただきたい。

※ 「子ども・子育てビジョン」（平成22年1月29日）において、平成26年度までに、すべての小児救急医療圏で常時診療体制を確保することを目標とすることが閣議決定された。

（初期小児救急の確保等）

- 小児の入院救急医療機関にかかる患者の9割以上は軽症であると指摘されており、症状に応じた適切な対応が図られるよう、平成26年度予算案においても、
 - ① 休日・夜間に小児の軽症患者の診療を行う小児初期救急センターの運営に対する支援
 - ② 急病時の対応等についての住民向けの啓発や相談窓口設置の支援（医療連携体制推進事業）

等を盛り込んでいるので、各都道府県においては、積極的な活用をお願いします。

なお、地域の小児科医等が夜間・休日の小児患者の保護者等からの電話相談に応じる小児救急電話相談事業（＃8000）は、従前の補助金ではなく、新たな財政支援制度（基金）で対応することが可能となるので継続して取り組んでいただきたい。

- また、厚生労働省主催の小児救急電話相談事業（＃8000）に従事する医師等の資質向上等を図るための研修を実施しているので、各都道府県におかれては、関係機関等に研修の趣旨の周知を図るとともに、対象者の積極的な参加について配慮をお願いします。

（4）へき地医療の確保

- へき地医療については、各都道府県において、「第11次へき地保健医療計画」（平成23～27年度）を策定した上で、その内容を医療計画に反映し、地域の実情に応じたへき地保健医療対策を推進している。

(「第11次へき地保健医療計画」の実施について)

- 第11次へき地保健医療計画の実施にあたっては、進捗状況の確認や実態把握に努めるなど、地域の実情に応じたへき地保健医療対策を推進されるようお願いする。
また、全国へき地医療支援機構等連絡会議については、平成26年度以降も引き続き実施し、計画の取り組みに関するフォローアップ等を行っていく予定であるので、御了知おき願いたい。

(予算補助事業の活用)

- 平成26年度予算案においては、
 - ① 各都道府県のへき地医療支援の企画・調整等を担う「へき地医療支援機構」の運営費の助成
 - ② へき地医療を担う医療機関（へき地医療拠点病院、へき地診療所等）に対する運営費や施設・設備整備費の助成
 - ③ 無医地区等に対する巡回診療（車、船、へり）に要する経費への財政的支援等を引き続き計上している。

各都道府県においては、これらの補助事業を活用し、地域に必要なへき地医療の確保を図るようお願いする。

また、平成26年度においては、全国の無医地区及び無歯科医地区等の実態を調査するとともに、無医地区及び無歯科医地区等の解消に向けた総合的なへき地保健医療対策について検討を行い、次期（第12次）へき地保健医療計画の策定を予定しているため、調査の協力等の各般のご協力をお願いする。

- 「へき地医療支援機構」については、へき地医療に関する現況調において、専任担当官がへき地の業務に専任できていなかったり、へき地診療所への関与が少ないといった現状が明らかとなったこと、へき地保健医療対策検討会においても機構の充実強化を求める意見が出たこと等から、23年度よりへき地医療支援機構の専任担当官経費の基準額引き上げを行うとともに、ドクタープール機能の強化、キャリア形成推進機能の充実等のメニューも創設したところである。各都道府県においては、補助事業を有効に活用し、機構を中心として、二次医療圏を超えた広域的なへき地医療の支援体制を構築するようお願いする。
- また、へき地医療拠点病院運営事業については、へき地保健医療対策検討会における意見を踏まえ、「総合的な診療能力を有する医師の育成」に関する経費に対する補助を23年度より創設したところである。各都道府県においては補助事業を活用し、へき地医療拠点病院の運営の支援、へき地医療を担う人材の育成に取り組むようお願いする。

(へき地医療拠点病院の要件の見直し)

- へき地医療拠点病院については、現行の「へき地保健医療対策事業実施要綱」において、「へき地医療支援機構」の指導・調整の下に、巡回診療、代診医の派遣等へき地における医療活動を継続的に実施できると認められる病院を都道府県が指定するものとされているが、へき地医療拠点病院の中には、へき地医療における医療活動の実施実績を有しない病院も存在するところである。

- このため、以下①又は②を満たす病院をへき地医療拠点病院として指定するものとしているところであるので、各都道府県においては、へき地医療拠点病院、へき地医療支援機構等に対しこの旨を周知するとともに、へき地医療拠点病院がへき地医療における医療活動を実施できるよう支援・指導するようお願いする。また、支援・指導を行ってもなお改善が見られない場合には、指定の見直しも含めてご検討いただくようお願いする。
- ① 前年度に、「へき地医療支援機構」の指導・調整の下に、次に掲げる事業（ア、イ又はカのいずれかの事業は必須）を実施した実績を有すること
 - ア 巡回診療等によるへき地住民の医療確保に関すること
 - イ へき地診療所等への代診医等の派遣（継続的な医師派遣も含む）及び技術指導、援助に関すること
 - ウ 特例措置許可病院への医師の派遣に関すること
 - エ 派遣医師等の確保に関すること
 - オ へき地の医療従事者に対する研修及び研究施設の提供に関すること
 - カ 遠隔医療等の各種診療支援に関すること
 - キ その他都道府県及び市町村がへき地における医療確保のため実施する事業に対する協力に関すること
- ② 当該年度に、①に掲げる事業（ア、イ又はカのいずれかの事業は必須）を実施できると認められること

- なお、へき地医療に対する取り組みも、災害医療と同様にDPC制度において評価されている。具体的には、「へき地医療拠点病院の指定」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることが「地域医療係数・体制評価指数(※)」の評価項目として設定されているので、こうした点も踏まえ、積極的な取組を促すようお願いする。

(社会医療法人のへき地医療の認定要件)

- ・ へき地医療施設が病院の場合、1又は2の基準に該当すること。
 - 1 当該病院において直近に終了した会計年度におけるへき地に所在する診療所(当該病院が所在する都道府県内のへき地に所在する診療所に限る。)に対する医師の延べ派遣日数(派遣日数を医師数で乗じた日数をいう。)が53人日以上であること。
 - 2 当該病院において直近に終了した会計年度におけるへき地(当該病院が所在する都道府県内のへき地に限る。)における巡回診療の延べ診療日数(診療日数を医師数で乗じた日数をいう。)が53人日以上であること。
- ・ へき地診療所の場合、次の基準に該当すること。

当該へき地診療所において直近に終了した会計年度における診療日が209日以上であること。

※ 「地域医療への貢献」を評価する目的で、都道府県が策定する地域医療計画等において、対策の推進に一定の役割を担っている施設について、4疾病5事業を中心にポイント制により評価する項目(平成22年度診療報酬改定において導入、問い合わせ先:厚生労働省保険局医療課)。

7. 院内感染対策について

- (1) MRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）、VRE（バンコマイシン耐性腸球菌）、MDRP（多剤耐性緑膿菌）、多剤耐性アシネトバクター等の多剤耐性菌に起因する院内感染事例が、各地の医療機関において依然として散発している。
- (2) 院内感染対策については、医療法第6条の10、医療法施行規則第1条の11第2項第1号及び「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について」（平成19年3月30日付け医政発0330010号）をはじめとする関係法令等に基づき、医療機関の管理者の下で、院内感染対策のための委員会の開催、従業員に対する研修の実施、当該医療機関内での発生状況の報告等、院内感染防止体制の確保が徹底されるよう指導をお願いします。
- (3) 病院内での感染症アウトブレイクへの対応については、通常時からの感染予防、早期発見の体制整備並びにアウトブレイクが生じた場合の早期対応が重要となる。今般、第10回院内感染対策中央会議において、各医療機関等において対策を講ずるべき事項について提言がとりまとめられたことを踏まえ、医療機関等における院内感染対策の留意事項について、「医療機関等における院内感染対策について」（平成23年6月17日付け医政指発0617第1号）を発出した。この中では、感染制御チームの設定に関する事項、医療機関間の連携、アウトブレイクを疑う基準並びに保健所への報告の目安を示している。院内感染対策については、個々の医療機関における組織的な取組（院内感染対策委員会の開催、院内感染対策指針の整備、職員研修等）に加え、通常時からの地域における医療機関同士の連携が必要である。管下の医療機関において適切な院内感染対策が講じられるとともに、地域の実状に合わせて院内感染対策のためのネットワークなど地域の連携体制が構築されるよう、適切な指導方引き続きよろしくお願いします。
- (4) 院内感染が発生した医療機関においては、当該医療機関が発生の後に迅速な院内感染対策をとり、地域の専門家等と連携され、適切な対応がされているか確認し、必要に応じて適切な支援をよろしくお願いします。また、管下の医療機関において重大な院内感染事例が発生した場合又は発生したことが疑われる場合には、必要に応じて直ちに厚生労働省に報告するとともに、国立感染症研究所等の協力を得ることについても検討されたい。

- (5) 特に近年は、ノロウイルスやインフルエンザウイルスの院内集団発生や、これらによる患者の死亡事案が散見されたため、「医療機関等におけるノロウイルスの予防啓発について」（平成24年12月7日付け厚生労働省医政局指導課事務連絡）、「医療機関等におけるノロウイルスに関する院内感染事案の報告等について」（平成24年12月25日付け厚生労働省指導課事務連絡）及び「インフルエンザ対策の更なる徹底について」（平成25年2月5日付け厚生労働省医政局指導課事務連絡）を発出した。これらに基づき、引き続き適切な対応をお願いする。

8. 医療法人制度について

(持分あり医療法人から持分なし医療法人への移行支援)

- 医療法人の経営者の死亡により、相続が発生することがあっても、相続税の支払いのための出資持分払戻などにより医業継続が困難になるようなことなく、当該医療法人が引き続き地域医療の担い手として、住民に対し、医療を継続して安定的に提供していけるようにするため、医療法人による任意の選択を前提としつつ、次のような移行支援策を講じていくこととしている。

- 具体的には、移行について計画的な取組を行う医療法人を、国が認定する仕組みを導入することとし、この仕組みを規定した「医療介護総合確保推進法案」を今国会に提出したところである。

また、平成26年度税制改正により「医業継続に係る相続税・贈与税の納税猶予等の特例措置」が創設され、持分なし医療法人に移行する持分あり医療法人については、移行期間内に発生する相続税・贈与税について納税を猶予し、持分なし医療法人へ移行できた場合は、猶予税額を免除することとしている。

さらに、持分なし医療法人への移行の際に出資持分の払戻が生じた場合の支援策として、福祉医療機構による経営安定化資金の融資制度を検討しているところである。

今後、特に病院を運営する持分あり医療法人に対して、これらの支援策の周知を行うとともに、来年度後半以降に、当該法人について、今後の対応に関する意向に係る調査を行うことを検討しているため、留意されたい。

- 各都道府県においても、持分あり医療法人に対し、厚生労働省のホームページにも掲載されている「出資持分のない医療法人への円滑な移行マニュアル」の活用を啓発するなど、持分なし医療法人への移行の促進に向けて必要な対応を取られるようお願いする。

※ 厚生労働省のホームページにおける「出資持分のない医療法人への円滑な移行マニュアル」の場所について

ホーム > 政策について > 医療 > 医療法人・医業経営 > 医療施設経営安定化推進事業

http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyoku/igyokeiei/dl/houkokusho_shusshi_07.pdf

(社会医療法人の認定)

- 社会医療法人については、平成26年1月1日現在で215法人が認定を受けている(資料Ⅱ:「25.社会医療法人の認定状況」)。各都道府県においては、社会医療法人の認定時はもとより、認定後も毎年の事業等の実施状況について、実地検査等を含め適正な審査・確認を行うようお願いする。

また、社会医療法人について、突然、認定取消が行われることのないよう、社会医療法人のうち救急医療等確保事業に係る業務の実績に係る基準を下回ったが、その改善が可能なものに関する対応について通知で示す方向で検討している。各都道府県においては、当該通知が発出されたときは、これを参考に適正な運用に努められたい。

(医療法人の事業展開等に関する検討会)

- 平成18年の医療法改正から7年が経ち、医療法人のあるべき姿について関係者より様々な意見が出されていることや、「経済財政運営と改革の基本方針について」(平成25年6月14日閣議決定)や「日本再興戦略」(平成25年6月14日閣議決定)等において、「医療法人間の合併や権利の移転等に関する制度改正を検討すること」ことや「財務状況の健全性など一定の要件を満たす医療法人が、現地法人に出資可能であることを明確化すること、さらに「健康増進・予防(医療機関からの指示を受けて運動・食事指導を行うサービス、簡易な検査を行うサービスなど)や生活支援(医療と連携した配食サービスを提供する仕組みづくり等)を担う市場・産業を戦略分野として創出・育成すること」など医療法人に関する制度に係る様々な指摘がされていることなどを踏まえ、昨年11月に医療関係者等が参画する検討会を立ち上げ、議論を進めているところである。

- これまでの検討会において、「医療法人による医療の国際展開」及び「医療法人が行う配食サービス」について議論し、それぞれ本来業務に支障のない限り行うことができる附帯業務に位置付けることについて了承されたことから、今年度内に必要な通知改正等を行う予定である。

また、昨年成立した「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律(平成25年法律第112号)」における「医療法人間の合併及び権利の移転に関する制度等の見直し」の一環として、社団医療法人と財団医療法人の合併について議論し、これも了承されたことから、「医療介護総合確保推進法案」に盛り込んでいるところである。

- 加えて、「非営利ホールディングカンパニー型法人制度」について、社会保障制度改革国民会議や産業競争力会議の指摘を踏まえ検討を行っているところである。このほか、産業競争力会議からは、附帯業務の拡充や社会医療法人の認定要件の見直しについても指摘があり、これらについても、検討会で今後検討予定である。検討に際しては、実態把握のため、各都道府県に調査に協力いただくこともあるので、よろしく願いしたい。

(医療法人の指導監督)

- 医療法人制度の趣旨を踏まえ、関係部局と連絡を密にして、医療法人の十分な指導監督をお願いする。特に、法人運営への第三者の関与が疑われる場合、法人の主体的な運営に疑いが生じた場合等には、法人からの報告聴取・法人への立入検査を実施する等、積極的な指導をお願いする。
- また、平成25年12月に「事務・権限の移譲等に関する見直し方針について」が閣議決定され、2以上の都道府県の区域において病院等を開設する医療法人の監督等の権限が都道府県へ移譲されることが決定した。法律改正事項については、今通常国会に一括法案を提出予定であり平成27年4月1日の施行が予定されている。

(非医師の理事長の選出に係る認可)

- 医療法人の理事長は、都道府県知事の認可を受けた場合は、医師又は歯科医師でない理事のうちから選出することができることとされている。
- この運用に関しては、「医療法人制度の改正及び都道府県医療審議会について」(昭和61年6月16日付け健政発第410号厚生省健康政策局長通知)により技術的助言が行われており、具体的には、候補者の経歴、理事会構成等を総合的に勘案し、都道府県医療審議会の意見を聴いた上で、適切かつ安定的な法人運営を損なうおそれがないと認められる場合には認可が行われるものである旨を示しているところである。

しかし、昨年、当該認可の取扱いに関する調査を行ったところ、一部の道府県において、理事としての経験年数が一定期間あることや財務状況が黒字であることなど、満たすことが必須な要件や、そのうち一つでも満たすことが必要な複数の要件などを設定するといった運用が見受けられた。

各都道府県においては、このような要件を設定して門前払いをするのではなく、しっかりと候補者の経歴、理事会構成等を総合的に勘案し、都道府県医療審議会の意見を聴いた上で、当該認可について判断するよう、必要に応じて現在の運用の改善を検討されたい。

(決算書類の届出、閲覧)

- 貸借対照表等の決算書類は、法人運営の適正性を判断する上で重要な資料である。医療法人については、医療法第51条の2、52条により、決算書類の都道府県への届出と閲覧が義務付けられており、決算書類の届出漏れがないよう指導願いたい。

(医療法人の設立認可の取消し)

- 医療法第65条により、医療法人が成立した後又はすべての病院等を休止若しくは廃止した後、正当な理由なく1年以上病院等を開設又は再開しないときは、設立認可を取り消すことができる。休眠医療法人の整理は、医療法人格の売買等を未然に防ぐ上で極めて重要であり、実情に即して設立認可の取消しを検討するようお願いする。

(特定医療法人制度)

- 特定医療法人制度について、「租税特別措置法施行令第39条の25第1項第1号に規定する厚生労働大臣が財務大臣と協議して定める基準」(平成15年厚生労働省告示第147号)第2号イに定める医療施設の基準を満たしている旨の証明手続に関して引き続きご協力いただくようお願いする。

(医療機関債)

- 医療機関債の強引な勧誘や虚偽説明などをめぐり、各地の消費生活センターに寄せられた相談が平成23年度から急増しトラブルが顕在化したことから、平成24年9月に内閣府消費者委員会が「医療機関債に関する消費者問題についての提言」を実施し、これを受けて厚生労働省が実施した医療機関債の発行状況に関する調査結果を平成25年3月に公表したところである。これらを踏まえ、トラブル防止と消費者保護の観点から、平成25年8月に「「医療機関債」発行等のガイドラインについて(平成16年10月25日医政発第1025003号医政局長通知)」を一部改正した。各都道府県においては、所管する医療法人が医療機関債を発行する場合には、このガイドラインの遵守を徹底するよう指導をお願いする。

(医療法人会計基準)

- 医療法人会計基準については、四病院団体協議会に設置された会計基準策定小委員会において、平成26年2月に策定されたところである。各都道府県においては、所管する医療法人に対して、当該会計基準について、医療法第50条の2に基づく「一般に公正妥当と認められる会計の慣行」として活用するよう周知をお願いする。

9. 医療機能評価について

- 第三者評価は、事業者の提供するサービスの質を当事者（事業者及び利用者）以外の公正・中立な第三者機関が、専門的かつ客観的な立場から評価するものである。個々の事業者が事業運営における具体的な問題を把握し、サービスの質の向上に結びつけることができ、また、利用者の適切なサービスの選択に資するための情報となることから、医療分野においても、その普及が求められている。
- 病院を対象とした第三者評価として、公益財団法人日本医療機能評価機構が病院の機能評価事業を行っており、病院の機能を学術的観点から中立的な立場で評価することにより、問題点を明らかにするとともに、機能改善が認められた病院に対する認定証の発行を行っている。

（参考）同機構の病院機能評価事業については、平成 26 年 1 月 6 日現在で、2,353 病院（病院全体の約 27%）が認定を受けている。

- 同機構においては、病院機能評価事業の事業内容や評価項目、認定病院の評価結果等を同機構ホームページで公表しており、また、受審準備を支援するための病院機能改善支援事業（窓口相談や訪問受審支援）も実施している。
- また、臨床研修病院の指定の基準の 1 つとして「将来、第三者による評価を受け、その結果を公表することを目指すこと」が位置付けられており、病院機能評価事業の新たな評価項目（平成 25 年 4 月の審査より適用。機能種別版評価項目：一般病院 2 3rdG Ver.1.0）においては、第 4 領域「理念達成に向けた組織運営」において、臨床研修機能についても評価を行うこととしている。

（参考）臨床研修病院の受審申請件数（審査終了のものを含む。）は、基幹型臨床研修病院で 927 病院（全体の約 90%）となっている。

- 各都道府県においては、住民に対する良質な医療の提供及び医療関係者の意識の向上を図るべく、医療機能評価事業の一層の普及に努めるようお願いする。

10. 医療法第25条第1項に基づく立入検査について

(1) 平成23年度に各都道府県等が実施した病院への立入検査については、ほとんどの自治体が100%の実施率となっているものの、一部の自治体には実施できていない病院があり、全体の実施率は94.9%（前年度より0.3%増）となっている。平成26年度は、全ての病院に対して少なくとも年1回は立入検査ができるよう、100%となっていない自治体は特に計画的に実施されるようお願いする。

また、診療所・助産所への立入検査についても、3年に1回程度の立入検査を実施するようお願いする。

(2) 立入検査については、「医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査要綱」（平成13年6月14日付け医薬発第637号・医政発第638号）及び「平成24年度の医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査の実施について」（平成24年7月5日付け医政発0705第5号）を踏まえて実施していただいているが、立入検査の結果、不適合・指導事項を確認したときは、関係部局間の連携に留意しつつ、不適合・指導事項、根拠法令及び不適合・指導理由を文書で速やかに立入検査を行った医療機関へ通知するとともに、その改善の時期、方法等を具体的に記した改善計画書を期限を定めて当該医療機関から提出させるなど、その改善状況を逐次把握するようお願いする。

また、特に悪質な事案に対しては、必要に応じ、厚生労働省による技術的助言を得た上で、違法事実を確認した場合は、司法当局へ連絡するなど法令に照らし厳正に対処するようお願いする。

(3) 病院等の管理者は医療安全を確保するための措置を講じる必要があり、引き続き、院内感染対策のための体制並びに医薬品及び医療機器に係る安全管理のための体制の確保について、「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について」（平成19年3月30日医政発第0330010号）等の医療安全関係通知に基づき指導方をお願いする。

特に、院内感染対策については、一部の医療機関で管轄保健所への報告や対策実施の遅れが見受けられることから、引き続き医療機関に対する適切な助言と支援をお願いしたい。先般、管轄保健所から縣市本庁への報告が十分行われていなかった旨を指摘された院内感染事案があったことから、日頃より行政内部での連携も密にするようお願いする。

また、医療安全面では、医師等により患者等への適切な説明がなされているか等、インフォームド・コンセントの状況を確認し、必要に応じて指導方をお願いする。

(4) 適正な医療提供体制確保の観点から、無資格者による医療行為を防止するため、医療機関に対し採用時における免許証原本の確認の徹底及び「医師等資格検索システム」の活用による適正な資格確認を指導するとともに、患者等から通報があった場合は直ちに検査を実施し、無資格者による医療行為が明らかになった事例については、是正指導を行う、その事実を告発するなど厳正な対処をお願いする。

- (5) 無資格者による医療行為のほか、医師及び助産師以外の看護師等による助産行為、都道府県知事の許可を受けていない複数医療機関の管理、管理者の長期間にわたる不在などの通報等があった場合には、業務の実態を把握した上で、必要な指導等をお願いする。
- (6) 診療所も含め医療機関は営利を目的とするものではなく、また、医療機関の開設者は、開設・経営の責任主体とされていることから、営利法人等が医療機関の開設・経営を実質的に左右している疑いがあるとの通報等があった場合には、開設者が医療法人か個人であるかにかかわらず、その医療機関に対し、立入検査を実施し、開設者からの説明聴取、税法上の帳簿書類（財務諸表、確定申告書、開業届出書等）等の検査を行い、実態面の各種事情を十分精査の上、厳正に対処していただくようお願いする。
特に、美容外科、眼科等を標榜し自由診療を行っている診療所については、開設者及び非営利性に関して十分な確認を行うようお願いする。
- (7) 病室に定員を超えて患者を入院させること及び病室以外の場所に患者を入院させることは、患者の療養環境の悪化を招くため、原則認められていないところであるが、地域の救急医療体制が厳しい状況にある中で、緊急時の対応として救急患者を入院させる場合は、定員超過入院等を行うことができることとされているので留意するようお願いする。
なお、救急患者の受入れに係る定員超過入院等については、「救急患者の受入れに係る医療法施行規則第10条等の取扱いについて」（平成21年7月21日医政総発0721第1号・医政指発0721第1号・保医発0721第1号）により取り扱われたい。
- (8) 開設許可及び使用許可を必要としない診療所等について、その開設届の内容と現地での実態とが異なる事例が見受けられるところである。これらの診療所等については、病院のように概ね1年に1回定期的に立入検査を実施することは困難と思われることから、診療所等の開設届を受理した後、現住所、建物等の構造設備、管理者、従事者等が届出内容と一致しているか、院内感染及び医療事故の未然防止、防火・防災体制の確保、非営利性の徹底等の観点から問題がないかについて速やかに現地確認を行うようお願いする。
- (9) 特定機能病院に対する立入検査の実施については、各地方厚生（支）局の医療指導監視監査官等と連絡を密にし、立入検査が両者合同で円滑に行われるよう引き続き協力願いたい。

(10) 住民、患者等からの医療機関に関する苦情、相談等については、速やかに事実確認を行うなど適切な対応に努めるようお願いする。

また、医師、歯科医師等が行う医療の内容に係る苦情等について、過剰診療が疑われる等、特に悪質な場合には、必要に応じ、厚生労働省による技術的助言を得た上で、保険・精神・福祉担当部局等の関係部局との連携を図り適切な対処をお願いする。

(11) 医療機関における医療事故等の報道が相次いでいるが、厚生労働省としても、その内容によっては迅速に実態を把握する必要があることから、医療機関において、特に管理上重大な事故（多数の人身事故、院内感染の集団発生、診療用放射線器具などの紛失等）があった場合、軽微な事故であっても参考になると判断される事案があった場合、重大な医療関係法規の違反があった場合等には、引き続き、その概要を医政局指導課に情報提供していただくようお願いする。また、管下医療機関に対し、管理上重大な事故等が発生した場合は、保健所等へ速やかに連絡を行うよう周知いただくとともに、立入検査等を通じ、必要な指導等を行うようお願いする。

(12) 昨年、福岡市内の有床診療所で発生した火災による患者等の死亡事故を受けて、平成25年10月18日付けの医政局長通知により病院等における防火・防災対策要綱の見直しを行ったところであるが、立入検査の実施に際しては本要綱を参照のうえ、適切な防火・防災体制がとられているか十分な確認をお願いする。

また、総務省消防庁では、有床診療所が防火に関する諸項目の自主点検結果についてインターネット上で入力するシステムを構築し、その確認結果を関係部局間で情報共有する等の運用を本年4月から開始する予定と聞いており、本システムの稼働にあたっては、管下の有床診療所に対する入力への周知にご協力いただくとともに、共有情報を立入検査時の参考資料とするなど有効に活用いただくようお願いする。

(13) なお、立入検査による指導のみならず、日頃から管下医療機関との信頼関係及び顔の見える関係を構築し、院内感染及び医療事故等の発生予防の観点から、日常における医療機関からの相談に応じられる体制を確保するとともに、そのような事案が発生した場合には、当該医療機関に対し実行可能な解決策の技術的支援又は助言等を行うようお願いする。

(14) 今後の行政の参考にするため、立入検査の結果（臨時での立入検査も含む）又は医療機関に対して医療法に基づく処分（命令や取消等）を行った場合には、引き続き、医政局指導課に情報提供していただくようお願いする。

1 1. 医療放射線等の安全対策について

(1) 診療用高エネルギー放射線発生装置（リニアック装置等）等の使用に関し、「診療用放射線の過剰照射の防止等の徹底について」（平成16年4月9日付け医政指発第0409001号）により、安全管理体制の徹底や、装置を初期設定した際の再確認等について、管下医療機関に対する指導方お願いしてきたところである。

今後も引き続き、管下医療機関において適切な対策が図られるよう、医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査その他の指導の機会を通じ、医療機関の管理者と連携の下、適切な指導方よろしく願います。

(2) 病院又は診療所の管理者は、地震その他の事故により放射線障害が発生し、又は発生するおそれがある場合には、医療法施行規則第30条の25の規定により、ただちにその旨を病院又は診療所の所在地を管轄する保健所、警察署、消防署その他関係機関に通報するとともに、放射線障害の防止に努めなければならないとされていることから、その遵守について管下医療機関に対する適切な指導方よろしく願います。

(3) CT搭載車等移動式医療装置の使用前検査及び使用許可の取扱いについて、医療法の趣旨を損なわずに規制緩和を図る観点から、「医療法第27条の規定に基づくCT搭載車等移動式医療装置の使用前検査及び使用許可の取扱いについて」（平成20年7月10日付け医政発第0710005号）により、自主検査を認める条件を明らかにしたところであり、各都道府県においては、医療機関からの当該装置の使用許可申請を受理した際、ご留意の上、適切な運用を図っていただきたい。

(4) SPECT-CT複合装置等の新たな医療技術への対応等を図るため、「エックス線装置をエックス線装置を除く放射線診療室において使用する特別の理由及び適切な防護措置について」（平成21年7月31日付け医政発0731第3号）により、当該装置の診療用放射性同位元素使用室におけるCT単独目的での撮影を認め、適切な防護措置や安全管理体制について明らかにしたところであり、各都道府県においては、ご留意の上、その遵守について管下医療機関に対する適切な指導方よろしく願います。

(5) 放射性医薬品を投与された患者の退出については、医療法施行規則第30条の15に基づき、「放射性医薬品を投与された患者の退出について」（平成10年6月30日付け医薬安発第70号。）及び「医療法施行規則の一部を改正する省令の施行について」（平成13年3月12日付け医薬発第188号）により、適切な対応をお願いしてきた所であり、各都道府県においては、適切な運用を図っていただきたい。

(6) 新たな医療技術への対応等を図るため、「医療法施行規則の一部を改正する省令の施行等について」の一部改正について（平成24年12月27日付け医政発1227第1号）により、PET-MRI複合装置の陽電子断層撮影用放射性同位元素使用室における使用に関し、MRI単独目的での撮影を行う場合を含め、当該装置を使用する場合の適切な防護措置や安全管理体制について明らかにしたところであり、各都道府県においては、ご留意の上、その遵守について管下医療機関に対する適切な指導方よろしく願います。

12. 医療関連サービスについて

○医療関連サービスについて

医療機関の業務委託については、医療法において委託基準を設け、業務委託の質の確保を図ってきたところであるが、業務委託の実施に当たっては、医療法はもとより、食品衛生法、クリーニング業法、薬事法等の他の関係法令の規定を併せて遵守する必要がある。

このため、都道府県の担当部局にあっては、関係部署との連絡を密にして、適正な業務委託の実施に向けてご指導をお願いする。

○衛生検査所の指導監督について

医療機関が適正な医療を行う上で、衛生検査所の検査の精度は極めて重要であり、衛生検査所における検査内容の質的向上を図るため、精度管理責任者を置くこと、外部精度管理調査への参加などを義務づけ、精度管理に関する諸基準を法令で定めている。

各都道府県等におかれては、衛生検査所の精度管理の重要性を十分に認識したうえで、衛生検査所指導要領（昭和61年健政発第262号健康政策局長通知）を参考にしながら、衛生検査所の指導監督を実施していただくようお願いする。

また、精度管理に係る指導監督にあたっては、都道府県衛生研究所などの協力機関の技術援助及び指導助言、他の都道府県との精度管理に関する指導方針等について情報交換及び必要に応じた連携をご留意のうえ、実施していただくようお願いする。

○簡易検査について

薬局等の店頭において自己採血による簡易な検査を実施することについては、閣議決定されている日本再興戦略や産業競争力の強化に関する実行計画において、可能であることを明確化することとされており、現在、こうした検査を行う場所についての位置付けの明確化について検討を進めている。

13. 平成25年度補正予算(有床診療所等のスプリンクラー等整備、災害拠点病院等の耐震整備)について

○有床診療所等のスプリンクラー等整備

有床診療所等において火災が発生した際、被害の甚大化を防ぐために必要なスプリンクラー等を設置するための経費を、平成25年度補正予算において、101億円計上したところである。

このため、当該事業を活用し、有床診療所等の防災対策を進めていただくようお願いする。

なお、現在、消防庁の「有床診療所火災対策検討部会」で有床診療所等における火災対策の在り方について検討されており、当検討部会での議論を十分に踏まえて実施要綱等の発出を予定している。実施要綱・交付要綱の発出以降、事業計画書等を早期にとりまとめさせていただくこととなるので、ご協力をお願いする。

○災害拠点病院等の耐震整備

災害拠点病院、救命救急センター及び二次救急医療機関の耐震整備を推進するため、平成25年度補正予算において、医療提供体制施設整備交付金を14億円増額したところである。

このため、未耐震の施設については、当該交付金を活用し、耐震整備を実施して頂くようお願いする。

医療施設の防災対策の推進

(有床診療所等スプリンクラー等施設整備事業、災害拠点病院等の耐震整備事業)

平成25年度補正予算
115億円

(1) 有床診療所等スプリンクラー等施設整備事業(101億円) : 医療施設等施設整備費補助金

10月11日未明に福岡市内の有床診療所で発生した火災事故を踏まえて、消防庁において「有床診療所火災対策検討部会」を立ち上げ、防火対策のあり方について、議論がなされているところである。この議論の行方を注視しつつも、同様に火災が発生した際の甚大なる被害を防ぐための緊急対策として、スプリンクラー等の整備に対し、財政支援を行うもの。

(1)スプリンクラー設置 基準額 17,000円/㎡(定額)
(スプリンクラーには、パッケージ型自動消火設備含む)

(2)自動火災報知設備 基準額 1,000千円/1か所※注
火災によって生ずる熱、または煙を感知器で自動的に感知し、ベルなどを鳴動させることにより火災の発生を防火対象物の関係者に報知するもの

(3)火災通報装置 基準額 300千円/1か所
火災が発生した場合、専用通報装置により、消防機関へ通報する装置

※注 H27.4~より全施設への設置が義務化される。

(既存の施設への経過措置期間はH30.3.31まで)

<本事業の対象として想定されるもの>

・スプリンクラー、自動火災報知設備、火災通報装置の設置に関する工事費又は工事請負費

<本事業の対象となる施設>

・有床診療所(歯科含む)、病院、有床助産所
※現行の消防法においてスプリンクラー等の設置義務のかかっているもの

(2) 耐震整備事業(14億円) : 医療提供体制施設整備交付金

災害発生時に患者受入の拠点となる災害拠点病院、重篤な患者を24時間体制で受け入れる救命救急センター及び地域の救急患者の受け入れを行う二次救急医療機関の耐震整備に対し、財政支援を行うもの。

<本事業の対象として想定されるもの>

・耐震整備に関する工事費又は工事請負費

<本事業の対象となる施設>

・災害拠点病院、救命救急センター、二次救急医療機関

○基準額 75,210千円

○補助率 1/2

1. 医師確保対策について

I. 医学部入学定員の動向

地域の医師確保のため、平成 20 年度より医学部入学定員については、文部科学省と連携を図り、段階的に増員を行っている。

その結果、平成 25 年度の入学定員については、過去最大の 9,041 人であり、平成 19 年度と比べて 1,416 人の増員となった。平成 26 年度についても、更に同様の枠組みで 28 人の増員を行って 9,069 人となる予定である。

○平成 26 年度における医学部入学定員の増員について

(1) 増員数

総数 28 人

①「地域枠」・・・24 名

- ・ 各都道府県と当該県内外の大学が連携し、地域医療を担う医師を養成するための定員増。(各都道府県の地域医療再生計画に基づき(地域医療再生基金の活用が可能)、医師確保に係る奨学金を活用し、選抜枠を設けて医師定着を図ろうとする大学の定員増を認める。)

②「研究医枠」・・・4 名

- ・ 研究医を養成するための定員増。

③「歯学部振替枠」・・・0 名

- ・ 歯学部入学定員を減員する場合に認められる定員増。

(2) 増員期間

平成 31 年度までの 6 年間(前回の医学部定員増と終期をそろえるという考え方。以降の取扱いは、その時点の医師養成数の将来見通しや定着状況を踏まえて判断する。)

II. 女性医師の復職支援について

近年、医師国家試験の合格者に占める女性の割合は約 3 分の 1 となっており、特に産婦人科については 20 代の女性医師の割合が半数を上回っている現状もあるため、出産や育児といったライフステージに応じた就労を支援するための取組が課題となっている。

このため、平成 22 年度から「女性医師等就労支援事業」を実施し、出産・育児及び離職後の再就業に不安を抱える女性医師等に対し、各都道府県において受付・相談窓口を設置して、復職のための研修受入機関の紹介や、出産・育児等と勤務との両立を支援するための助言及び就労環境の改善を行い、女性医師等の離職防止や再就業の促進を図るための経費を補助してきた。(平成 24 年度 37 都道府県)。

平成 26 年度においては、医療従事者等の確保・養成等を図るため創設される「新たな財政支援制度(基金)」の事業として、キャリア支援等も含め女性医師の離職防止や復職支援の取り組みを積極的に実施していただきたい。

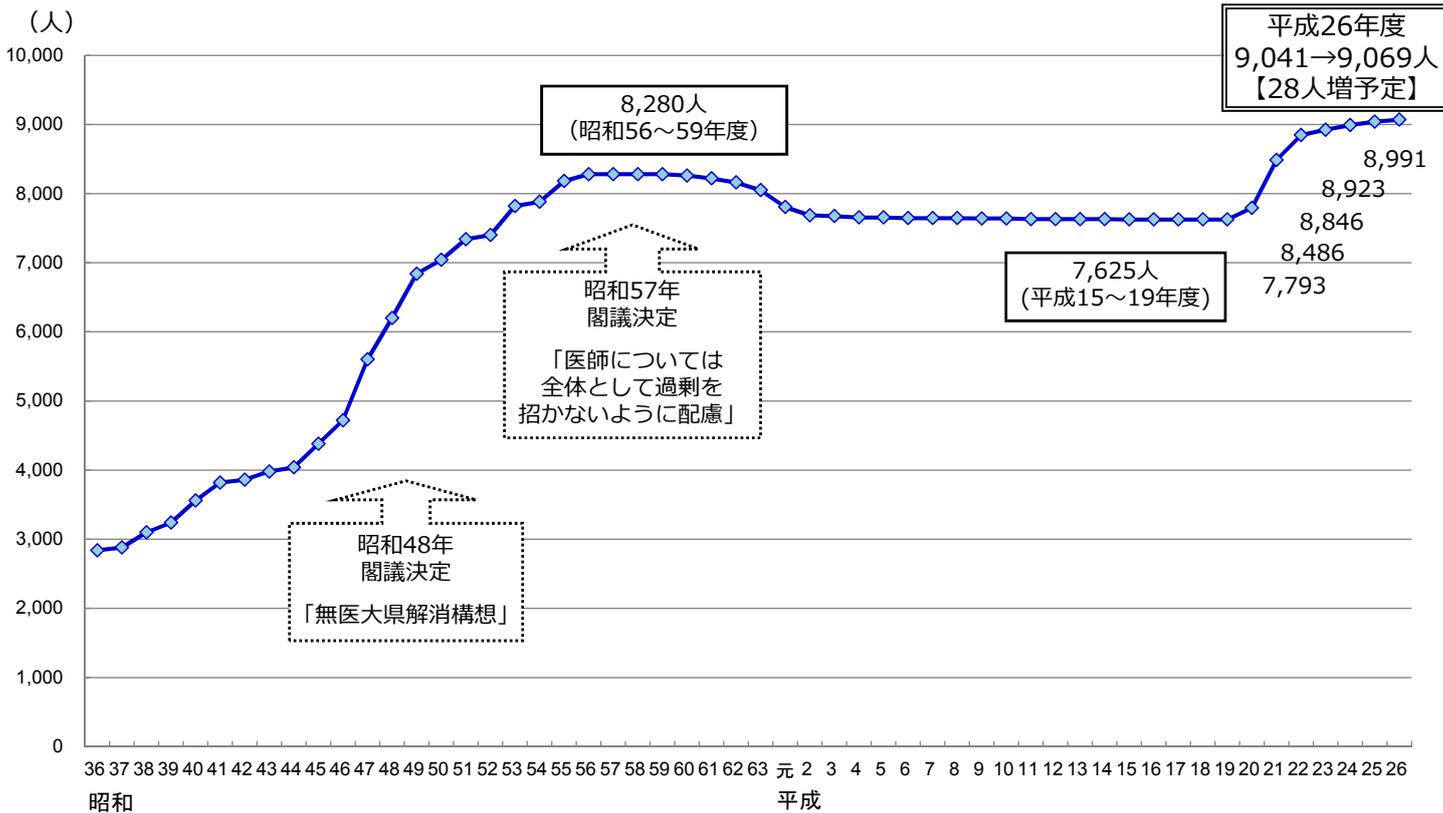
また、公益社団法人日本医師会へ委託している「女性医師支援センター事業」(女性医師バンク)においても、再就業を希望する女性医師の就業斡旋等を行うことにしているため、都道府県においても積極的にご活用いただきたい。

(就業成立実績：平成 25 年 3 月末現在 329 件)

医学部入学定員の年次推移

○医学部の入学定員を、過去最大規模まで増員。

(平成19年度7,625人→平成26年度9,069人予定 (計1,444人増))



地域の医師確保を目的とした都道府県地域枠 (概要)

○【地域枠】 (平成22年度より医学部定員増)

- 〈1〉 大学医学部が設定する「地域医療等に従事する明確な意思をもった **学生の選抜枠**」
- 〈2〉 **都道府県が設定する奨学金の受給**が要件
 - ※入試時に選抜枠を設定せず、入学後に学生を選抜する場合もあり
 - ※学生の出身地にとらわれず、全国から募集する場合もあり

奨学金の例

※貸与額及び返還免除要件については、各都道府県がその実情に応じて、独自に設定。

1. 貸与額

- 月額10～15万円
 - ※入学金等や授業料など別途支給の場合あり
 - 6年間で概ね1200万円前後
 - ※私立大学医学生等には、別途加算の場合あり
- (参考) 全学部平均の学生の生活費 (授業料含む) は
 国公立大学で約140万/年、私立大学で約200万/年
 出典(独)日本学生支援機構 学生生活調査(平成20年度)

2. 返還免除要件

- 医師免許取得後、下記のような条件で医師として貸与期間の概ね1.5倍 (9年間) の期間従事した場合、奨学金の返還が免除される。
 1. 都道府県内の特定の地域や医療機関
(公的病院、都道府県立病院、市町村立病院、へき地診療所等)
 2. 指定された特定の診療科 (産婦人科・小児科等の医師不足診療科)

医学教育 (6年間)

平成28年度以降、新たな医師として地域医療等へ貢献：

- ・平成22年度地域枠入学定員 (313名) →平成28年に卒業見込み
- ・平成23年度地域枠入学定員 (372名) →平成29年に卒業見込み
- ・平成24年度地域枠入学定員 (437名) →平成30年に卒業見込み
- ・平成25年度地域枠入学定員 (476名) →平成31年に卒業見込み
- ・平成26年度地域枠入学定員 (予定) (500名) →平成32年に卒業見込み

2. 医師臨床研修について

(1) 医師臨床研修制度について

現在の医師臨床研修制度は、平成16年度より「医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身につけること」を基本理念として、従来の努力義務から必修化する形で導入され、まもなく10年になるようとしている。また、必修化に伴い、診療に従事しようとする医師は、2年以上、臨床研修を受けなければならないとされており、臨床研修を修了した者について、その申請により、臨床研修を修了した旨を医籍に登録することとされている。

(2) 医師臨床研修制度の見直しについて

今回の制度見直し（平成27年度研修より適用見込み）は、前回の制度見直し（募集定員の都道府県別上限の設定等：平成22年度研修より適用）において、5年以内に見直しを行うこととなっていたこと等を踏まえ、医道審議会医師分科会医師臨床研修部会において、さらなる研修の質の向上、地域医療の安定的確保等の観点から、制度全体的に検討を行い、平成25年12月に報告書を取りまとめた。

【報告書の主な概要】

- <到達目標・評価（→研修診療科、必要な症例の在り方等に反映）>
 - ・ 次回（平成32年度）見直しに向け、診療能力の評価等の観点から別途検討の場を設け見直す。
- <基幹型臨床研修病院の在り方>
 - ・ 基幹型病院の在り方の明確化。（到達目標の大部分を研修可能な環境と研修医及び研修プログラムの全体的な管理・責任を有する病院）
- <臨床研修病院群の在り方>
 - ・ 頻度の高い疾病等について様々なバリエーションの能力形成が可能となる群の構成が必要。
 - ・ 病院群の地理的範囲は、同一都道府県内、二次医療圏内を基本。
- <必要な症例>
 - ・ 基幹型病院の「年間入院患者数3000人以上」基準は維持。
 - ・ 3000人に満たない新規申請病院も、良質な研修が見込める場合には、訪問調査により評価。
- <キャリア形成支援>
 - ・ 妊娠出産、研究等の多様なキャリアパスに応じた臨床研修中断・再開の円滑化。
- <募集定員の設定>
 - ・ 激変緩和措置（各都道府県募集定員の上限、各研修病院）は、平成26年3月末に終了。
 - ・ 研修希望者に対する募集定員の割合を縮小。（約1.23倍→当初1.2倍、次回見直しに向けて1.1倍）
 - ・ 都道府県上限の計算式を一部見直し。（新たに、高齢者人口、人口当たり医師数等も勘案）
 - ・ 各病院の募集定員において、大学病院等の医師派遣の実績をより考慮。

<地域枠への対応・都道府県の役割の強化>

・地域枠、医師派遣等の状況を踏まえつつ、都道府県が、都道府県上限の範囲内で各病院の定員を調整できる枠を追加。

【今後のスケジュール】

平成 26 年 3 月（目途） 関係通知等の改正
平成 26 年 4 月（予定） 制度の見直しに関する説明会（2 回目）
平成 26 年度中 見直し後の制度に基づき、研修医を募集
平成 27 年度～ 見直し後の制度の下で研修開始

（3）医師臨床研修にかかる補助金

臨床研修病院が、適切な指導体制の下で臨床研修を実施することを支援する臨床研修費等補助金（医科分）は、平成 26 年度予算案において、104 億円を計上している。

各都道府県におかれては、管轄内の病院が臨床研修を円滑に実施するために、当補助事業を積極的に活用できるようご配慮いただくとともに、各地域において理想的な医師養成のネットワークの形成に取り組むことをお願いする。

○ 補助対象事業

（1）教育指導経費

- ・指導医の確保
- ・プログラム責任者の配置
- ・研修管理委員会の設置
- ・医師不足地域及び産婦人科・小児科宿日直研修
- ・大学病院や都市部の中核病院と医師不足地域の中小病院・診療所が連携する研修プログラムの作成
- ・医師不足地域の中小病院等への指導医派遣 等

（2）地域協議会経費

- ・臨床研修に関する協議会運営に係る謝金、旅費、会議費等（募集定員の調整、研修プログラムの共同開発に係るもの。）

（参考：予算額の推移）

	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度 （予算案）
予算額	162 億円	142 億円	132 億円	121 億円	104 億円

【補助先】 公私立大学附属病院、厚生労働大臣の指定した公私立病院等

【補助率】 定額

3. 新たな専門医に関する仕組みについて

(1) 専門医の在り方に関する検討会 報告書

医師の質の一層の向上を図ること等を目的として、平成 23 年 10 月より「専門医の在り方に関する検討会」を開催し、専門医に関して幅広く検討を重ね、平成 25 年 4 月に報告書を取りまとめた。

【報告書の主な概要】

- ・ 中立的な第三者機関を設立し、専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を統一的に行う。
- ・ 総合的な診療能力を有する医師（総合診療医）の専門医としての名称は、「総合診療専門医」とし、専門医の一つとして基本領域に位置づける。
- ・ 養成数の設定は、患者数や研修体制等を踏まえ、地域の実情を総合的に勘案する。

(2) 専門医にかかる平成 26 年度予算案について

- 専門医認定支援事業 平成 26 年度予算案 343,135 千円

医師の質の一層の向上を図ることなどを目的とする専門医に関する新たな仕組みが円滑に構築されるよう、研修病院に対する専門医の養成プログラムの作成支援及び専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を行う第三者機関に対する情報システム開発等の支援を行う。

【専門医の養成プログラム作成経費】（予算案内訳 281,134 千円）

- (事業内容) ・ 総合診療専門医の養成プログラム
・ 初期診療が地域で幅広く求められる診療科で都市部と地域をローテーションする内容の養成プログラム作成経費

(実施主体) 都道府県（間接補助先：研修病院（群））

(箇所数) 172 箇所

(補助率) 1/2（国 1/2、都道府県 1/2 以内、研修病院 1/2 以内）

(対象経費) 代替医師雇上経費、事務職員雇上経費、旅費

【専門医に関する情報システム開発等経費】（予算案内訳 62,001 千円）

- (事業内容) ・ 専門医に関する情報システム開発経費
・ シンポジウム開催等普及・啓発経費
・ 研修病院（群）ごとの研修プログラム認定のための訪問調査等経費
・ 訪問調査を担当するサーベイヤーを養成するための講習会等経費

(実施主体) 第三者機関

(補助率) 1/2（国 1/2、第三者機関 1/2）

(対象経費) システム開発経費、諸謝金、委員等旅費、印刷製本費、通信運搬費、会場借上料、会議費、事務職員雇上経費

(3) 今後のスケジュール (案) について

平成 25 年度	中立的な第三者機関の設立
平成 25 年度～	専門医認定のための基準の検討・策定
平成 26 年度～	研修プログラムの認定
平成 28 年度	専門医取得を希望する医師の募集
平成 29 年度	新たな仕組みの下で研修開始
平成 32 年度～	中立的な第三者機関において、専門医の認定

4. 医師、歯科医師の行政処分等について

(1) 医療関係資格者の行政処分対象事案の把握等について

医療関係資格者の行政処分対象事案の把握については、かねてより御協力いただいているところであるが、情報入手の適正化の観点から平成16年より医師及び歯科医師が刑事事件の被疑者として起訴された場合及び判決が出された場合に、法務省から当省に対し、医師の氏名、事件の概要等の情報が提供されることとなっている。

このため、法務省から提供のあった情報を含め、各都道府県に判決書の入手等を依頼することとしているので、引き続き御協力をお願いする。

また、その他の医療関係資格者については、従前の取扱いと同様に各都道府県に対象事案の把握及び判決書の入手等を依頼することとしているので、引き続き御協力をお願いする。

(2) 医師等に対する再教育研修に係る弁明の聴取について

平成19年度から、医師及び歯科医師の行政処分対象者に厚生労働大臣が再教育研修受講を命ずることとなったが、被処分者にとっては不利益処分となるため、処分に先立って弁明の聴取を行う必要がある。

行政処分対象者の意見の聴取等については、かねてより御協力いただいているところであるが、これに加えて、再教育研修に係る弁明の聴取も行って頂きたい、引き続き御協力をお願いする。

5. 医師等の資格確認について

(1) 医療機関、保健所等における資格確認について

医療機関等において、医師等を採用する場合は、免許証等の原本により資格を有していることの確認を求めているほか、保健所等において、免許証の再交付申請があった場合は、厳密に本人確認を行うよう求めているところである。

しかしながら、偽造した医師免許証の写しを使用する事件が散見されており、昨年、一昨年と東京都内で発生した「なりすまし医師」の事例は報道でも大きく取り上げられ記憶に新しいところ。また、国家試験合格者が免許を付与される前に免許を必要とする業務に従事していた事例が確認されている。

医師等の資格確認については、平成24年9月24日付医政医発0924第1号、医政歯発0924第2号により改めて通知しているところであるが、今後、同様の事例が発生することのないよう、医師等の採用の際には免許証の原本による資格確認及び運転免許証等による本人確認を十分行うとともに、国家試験合格者を免許の取得予定者として採用した場合は、免許が付与されたことを確認した後に免許が必要な業務に従事させるよう、関係部局、貴管下保健所、病院、診療所等関係機関に対し指導されたい。

また、医師、歯科医師については、厚生労働省ホームページ上で運用している「医師等資格確認検索システム」に、資格確認を補完する手段として、より正確な資格確認を行うことができる医療機関向けの検索機能を平成25年8月に追加しているので、これを活用した資格確認の徹底についても併せて指導願いたい。

(2) 免許申請手続について

医師等医療関係職種の新規免許登録については、例年3月末から4月にかけて申請が集中し、登録完了まで一定の期間を要していることから、医事課試験免許室が行う審査業務等を効率化し、免許登録事務の迅速化を図っているところである。

また、保健所への申請書提出から医事課試験免許室への進達までに要する期間について、都道府県によって差が生じているとの指摘もあることから、各都道府県の関係部局及び管下保健所においては、審査が終了した申請書を留め置くことなく、速やかに進達するよう迅速化に努めて頂きたい。

なお、上述のとおり、免許が付与される前に免許を必要とする業務に従事していた事例が確認されたことから、免許申請書裏面に、有資格者として業務を行うには、免許登録される必要がある旨の注意事項を追記したので、免許申請書を受け付ける際に、その旨を申請者に注意喚起いただくよう併せてお願いする。

6. 消費者委員会の建議について

(エステ・美容医療サービスに関する消費者問題)

- 平成 23 年 12 月 21 日に、消費者委員会より「エステ・美容医療サービスに関する消費者問題についての建議」が発表され、その中で、厚生労働省に対して、エステ等による健康被害等に関する情報の提供と的確な対応を求められている。
- 厚生労働省（医政局医事課）としては、無資格者による脱毛・アートメイク等への対応として、平成 13 年に「医師免許を有しない者による脱毛行為等の取扱いについて」（平成 13 年 11 月 8 日付け医政医発第 105 号厚生労働省医政局医事課長通知）を发出し、違反行為に対する指導等について皆様に御協力をお願いしている。

また、通知に書かれているような、勧告や告発に至らずとも、違反事例に接した場合には、当該違反者に対する行政指導、警察への情報提供等による御協力をお願いしてきたところ。

- さらに、平成 24 年 3 月 23 日には「消費者行政担当部局から提供された美容医療サービスに関する情報への対応について（依頼）」（平成 24 年 3 月 23 日付け医政総発 0323 第 11 号・医政医発 0323 第 2 号厚生労働省医政局総務課長及び医事課長連名通知）により、各都道府県の消費者行政担当部局と連携した対応を行うことや、医師法第 17 条に係る疑義が生じた場合に、医政局医事課宛に照会いただくこと等を併せてお願いしている。
- なお、昨年、都道府県及び保健所設置市には、具体的な被害事例や違反者に対する指導、警察との連携方法等についての調査にご協力いただいたところであり、その結果を「エステティックサロン等における医師法違反事案への対応について」（平成 25 年 7 月 11 日付け医政医発 0711 第 1 号厚生労働省医政局医事課長通知）においてとりまとめているが、本通知も参考としながら、違反行為に対する行政指導等が適切に行われるよう引き続きご協力いただきたい。

7. 異状死死因究明について

〔死因究明に関する関係者の連携強化〕

「異状死死因究明事業」においては、死因究明に関する効果等を検証するため、監察医制度がない地域で、異状死に係る死因究明のための取組みを行っている都道府県に対し、解剖や死亡時画像診断に係る経費について財政支援を行っており、平成25年度は30都道府県が当事業を実施している。

平成25年4月から「警察等が取り扱う死体の死因又は身元の調査等に関する法律」が施行され、警察署長の判断により死因・身元の調査を行われることとなったことから、今後は、都道府県警察とよりいっそう連携する必要がある。

「異状死死因究明事業」を実施している一部の自治体では、衛生部局・警察・医師会・大学関係者が連携して、死因究明体制について協議を進めながら実施している例もあり、各都道府県においては、関係者による連携体制の充実にに向けた取組みをお願いしたい。

〔小児の死亡時画像診断の実施〕

「特に小児については、全例について死亡時画像診断を実施することを視野に入れ、体制を整備することが望ましい」との提言（「死因究明に資する死亡時画像診断の活用に関する検討会 報告書」（平成23年7月厚生労働省））を踏まえ、平成26年度から、死亡時画像診断の有用性や有効に行うための条件等を検証するため、小児死亡例に対する死亡時画像診断（Ai）を拡充することとしている。

具体的には、医療機関から提供を受けた画像データ等を専門家が評価し、Aiが有効な事例や条件などをとりまとめ、日本医師会が実施するAi研修会（「死亡時画像読影技術等向上研修事業」）の研修内容への反映やAiマニュアルの作成を目指している。「異状死死因究明事業」では、解剖だけではなくAiに関する費用も対象となっていることから、各都道府県においては、当事業の積極的活用について検討して頂きたい。

〔検案体制の充実〕

内閣府に設置された「死因究明等推進会議」においては、死因究明体制を充実させるために、警察が取り扱う死体に立会い、検案する医師（いわゆる「警察医」）の能力の向上が求められている。平成26年度から、「死体検案講習会費」の充実を図り、日本医師会で講習会を実施する予定としており、各都道府県においては、都道府県医師会と協力して、警察医に対して当講習会の参加に関して積極的な働きかけをお願いしたい。

〔その他〕

「死因究明等推進会議」では、本年9月までに死因究明計画を策定し、閣議決定する予定であることから、その内容については改めて周知することとするので、各都道府県においてもその動向については留意して頂きたい。

8. 医療従事者の養成について

(1) 医師等医療関係職種の国家試験については、更なる質の向上を図る観点から、適宜、試験の改善を図り、その実施に努めているところである。

また、平成26年の国家試験は、資料(Ⅱ)医事課の「8.平成26年医政局所管国家試験実施計画」のとおり実施するので、合格発表後の免許申請手続きにあたっては、引き続き適切な実施方をお願いする。

(2) 医療関係職種の養成所については、指定規則に適合しない教員による授業の実施や、学則に適合しない授業の実施など、不適切な事例が未だ見受けられることから、各地方厚生(支)局を中心として指導監督を徹底していくこととしているので、引き続きご協力をお願いする。

(3) 医療関係職種の養成施設等の指定権限等については、「事務・権限の移譲等に関する見直し方針について」(平成25年12月20日閣議決定)において、都道府県へ移譲されることが決定されたところである。関係法律の改正については、今通常国会に提出する予定である。施行日は平成27年4月が予定されていることから、ご了知いただくとともに、円滑な移譲にご協力をお願いする。

9. あはき柔整について

(1) あはき無資格者の取締りについて

- あん摩、マッサージ又は指圧について、無資格者が業として行っているとの情報が当課に多く寄せられているところである。
- 医業類似行為のうち、あん摩マッサージ指圧、はり、きゅう及び柔道整復については、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律(昭和22年法律第217号)第12条及び柔道整復師法(昭和45年法律第19号)第15条により、それぞれあん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師及び柔道整復師の免許を有する者でなければこれを行ってはならないものであるため、無免許で業としてこれらの行為を行ったものは、それぞれあん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律第13条の7及び柔道整復師法第29条の1により処罰の対象になるものであることについて周知・啓発を図りたい。

参考：「医業類似行為に対する取扱いについて」（平成3年6月28日付け医事第58号）

- あん摩マッサージ指圧、はり、きゅう及び柔道整復以外の医業類似行為（いわゆる民間療法）については、当該医業類似行為の施術が医学的観点から人体に危害を及ぼすおそれがあれば、禁止処罰の対象となるものであることから、保健所等関係機関とも連携し、その徹底を図りたい。

参考：「医業類似行為に対する取扱いについて」（平成3年6月28日付け医事第58号）

- 独立行政法人国民生活センターが平成24年8月2日に報道発表した「手技による医業類似行為の危害－整体、カイロプラクティック、マッサージ等で重症事例も－」（以下「国民生活センター発表」という。）によると国家資格を有しない者と思われる手技による医業類似行為を受け、健康被害が生じた相談が相当数ある旨報告されており、公衆衛生上看過できない状況である。当課においても（独）国民生活センターよりPIO-NET（全国消費生活情報ネットワーク・システム）情報の提供を受け、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律第9条の2に基づく施術所の開設届の有無について精査したところ、手技による医業類似行為を受け、健康被害が生じたとされている事案で開設届が出されていないと思われる事案について、確認し、その対応について平成26年2月7日医政医発0207第1号医事課長通知により依頼しているので、その指導及び報告方よろしく願います。

(2) 施術所開設届等の際の資格確認について

- 今般、実在する免許証を偽造して柔道整復師になりすました施術所の開設届及び療養費の受領委任に関する申し出がなされていた事例が判明したところである。
- このような事態に鑑み、「あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律第9条の2から第9条の4まで及び柔道整復師法第19条の施術所開設届の際の資格確認の徹底について」（平成26年1月7日医政医発0107第1号）により衛生部（局）長あて通知したところである。
- ついては、国民の健康な生活を確保する観点からもかかる不正行為が見過ごされることのないよう、施術所開設届を受理する際は、①開設者の運転免許証等の原本による本人確認、②業務に従事する施術者のあん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師及び柔道整復師免許証の原本確認及び運転免許証等による本人確認の徹底について、関係部局、貴管下保健所に対して指導されたい。
- また、他人の免許証（コピーを含む）を利用して、自分の氏名等を記載した偽造免許証が疑われる場合は、厚生労働大臣指定登録機関に免許証の記載事項を照会し、登録された免許証であることを確認することも併せて指導されたい。

(3) あはき柔整無資格者の広告について

- あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律第1条のあん摩、マッサージ又は指圧が行われていない施設において「マッサージ」等と広告することについては、同施設においてあん摩マッサージ指圧が行われていると一般人が誤認するおそれがあり、公衆衛生上も看過できないものであるため、各都道府県におかれても、このような広告を行わないよう指導をお願いする。
- 例えば、あはき柔整無資格者が、広告において、実際には認められない効果・効能を表示した場合には、不当景品類及び不当表示防止法に抵触するおそれもあり、また、広告に関する住民からの苦情は、管内を所管する消費生活センターに寄せられることもあるので、苦情・相談の状況について、定期的に情報交換する等、消費者行政機関との連携に努め、必要な措置を講じられるようお願いしたい。

○ なお、有資格者においても、最近、「交通事故治療専門」や「むち打ち専門」といった広告違反が行われているとの情報が当課に多く寄せられており、また、国民生活センター発表においても同様の報告がされており、公衆衛生上看過できない状況となっている。

については、広告可能事項に該当しない「交通事故」といった文言や料金について、広告することは認められないことから、違法広告のある施術所の開設者に対する指導の徹底を図りたい。

○不当景品類及び不当表示防止法【参考】

(不当な表示の禁止)

第四条 事業者は、自己の供給する商品又は役務の取引について、次の各号のいずれかに該当する表示をしてはならない。

一 商品又は役務の品質、規格その他の内容について、一般消費者に対し、実際のものよりも著しく優良であると示し、又は事実に相違して当該事業者と同種若しくは類似の商品若しくは役務を供給している他の事業者に係るものよりも著しく優良であると示す表示であつて、不当に顧客を誘引し、一般消費者による自主的かつ合理的な選択を阻害するおそれがあると認められるもの

二 商品又は役務の価格その他の取引条件について、実際のもの又は当該事業者と同種若しくは類似の商品若しくは役務を供給している他の事業者に係るものよりも取引の相手方に著しく有利であると一般消費者に誤認される表示であつて、不当に顧客を誘引し、一般消費者による自主的かつ合理的な選択を阻害するおそれがあると認められるもの

(関連のホームページ)

無資格者によるあん摩マッサージ指圧業等の防止について

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/hourei/061115-1.html>

1. 歯科保健医療対策について

厚生労働省では、80歳になっても自分の歯を20本以上保つことを目標した8020（ハチマル・ニイマル）運動を進めているが、その成果として8020達成者の増加や学童期のむし歯有病者率の減少など、国民の歯の健康状態が改善されてきているところである。各都道府県等におかれては、引き続き、本運動の一層の推進に努められたい。

(1) 歯科保健対策の推進等について

生涯を通じた国民の歯の健康の保持の推進を図るとともに、都道府県における歯科保健対策を円滑に推進するための「8020運動推進特別事業」は平成26年度においても引き続き実施することとしている。なお、各都道府県におかれては、地域の実情を踏まえ、本事業を効果的かつ効率的に実施されるよう努められたい。

また、歯科疾患の予防を目的とした取組みについては多様な方法があるが、自治体及び学校等の判断に基づいて集団でフッ化物洗口・塗布を実施する場合には、本人及び保護者等に適切な説明を行い、理解を得ること等について、十分に配慮されるよう周知徹底を図られたい。

(2) 在宅歯科医療等の推進について

在宅歯科医療等の推進を図る観点から、

- ① 在宅歯科医療、口腔ケア等に専門性をもつ歯科医師及び歯科衛生士を養成するための「歯の健康力推進歯科医師等養成講習会」
- ② 在宅で療養する者（在宅療養者）の歯科疾患予防の取組や在宅療養者を介護する家族等への歯科口腔保健の知識等の普及を推進するため、在宅歯科医療を実施する歯科診療所等に対して、口腔ケアに必要な機器等の整備を行う「在宅介護者への歯科口腔保健推進設備整備事業」を引き続き実施することとしている。

また、平成20年度より実施している「在宅歯科診療設備整備事業」、平成22年度より実施している「在宅医療連携室整備事業」は平成25年度に廃止し、平成26年度に「新たな財政支援制度」にて対応出来るよう在宅医療の推進に取り組むこととしている。

(3) 歯科医療の安全確保について

歯科医療の安全確保を効率的に推進するための「歯科医療安全管理体制推進特別事業」については、平成25年度においても引き続き実施することとしているので、各都道府県におかれては、本事業を活用し、歯科医療の安全確保の更なる向上に努められたい。

(4) へき地等歯科保健医療対策について

へき地等における歯科保健医療対策として推進している歯科巡回診療車の運営、離島の歯科診療班の運営に対する助成については、平成25年度においても引き続き実施することとしている。

また、「沖縄へき地歯科診療班」は平成25年度に廃止する。沖縄県における無歯科医地区においては、平成25年度中に沖縄県の無歯科医地区に歯科診療所を設置し、平成26年度においては無歯科医地区が解消され歯科保健医療の推進が図られることとなっている。

(5) 歯科保健関係行事について

平成26年度の行事予定は以下のとおりであるので、都道府県におかれても歯科衛生思想の普及啓発や地域における歯科保健事業の積極的な実施をお願いする。

(ア) 6月4日～10日を「歯と口の健康週間」（平成25年度「歯の衛生週間」から名称変更）とする。

(イ) 第35回全国歯科保健大会を11月8日(土)に大阪府で開催予定。

なお、平成25年度より「親と子のよい歯のコンクール」（「母と子のよい歯のコンクール」から名称変更）とし、対象を原則「母親」に限っていたものを「親」に拡大し実施予定としているので、引き続きご協力をお願いしたい。

(6) 保健所等に勤務する歯科医師及び歯科衛生士について

平成23年8月に「歯科口腔保健の推進に関する法律」が成立したことを受け、歯科口腔保健を今後一層推進していくためには、地方公共団体へ歯科医師及び歯科衛生士が配置されることが望ましい。今後とも適正配置にご尽力をお願いする。特に現在未配置の県にあってはご努力をお願いする。

2. 歯科医師の臨床研修について

(1) 歯科医師臨床研修を巡る状況

平成 18 年 4 月 1 日から歯科医師臨床研修が必修となり、診療に従事しようとする歯科医師は臨床研修を受けなければならないこととされ、平成 25 年度は 2,400 名程度の歯科医師が臨床研修を受けている。

なお、平成 25 年 4 月 1 日現在の歯科医師の臨床研修施設数は、単独型及び管理型臨床研修施設が 263 施設(大学病院 100 施設を含む)、協力型臨床研修施設が 2,098 施設である。

(2) 歯科医師臨床研修制度の見直し

歯科医師臨床研修制度は、臨床研修に関する省令の施行(平成 17 年)後 5 年以内に見直しを行うこととなっており、平成 21 年 12 月に取りまとめられた「歯科医師臨床研修推進検討会第 2 次報告」を踏まえて、平成 22 年 6 月に歯科医師臨床研修制度に係る省令や通知の見直しを行った。

<主な改正ポイント>

- ・新たな歯科医師臨床研修施設(連携型臨床研修施設)の活用
- ・歯科医師臨床研修施設間の連携の推進(いわゆるグループ化の導入)
- ・歯科医師臨床研修施設の指定要件の見直し(歯科衛生士、入院症例の要件等)
- ・申請様式の簡素化
- ・研修管理委員会の機能の充実

また、昨今の募集定員が少数である歯科医師臨床研修施設における研修歯科医の受入れ状況等を鑑み、当該臨床研修施設における歯科医師臨床研修の実施に支障を来さないようにするため、「歯科医師臨床研修予定者の受入れに関する当面の対応について」(平成 25 年 1 月 4 日付け医政局歯科保健課事務連絡)において、歯科医師臨床研修を受けようとする者の当該臨床研修施設における受入れに関する当面の対応を送付しているため、貴管下の都道府県立病院等に周知をお願いする。

現在は、平成 24 年 11 月 28 日に「歯科専門職の資質向上検討会」(第 1 回)を開催し、その下に「歯科医師ワーキンググループ」を設置し、歯科医師臨床研修制度および関連の諸制度についての検討を行っているところであり、平成 25 年度中に報告書を取りまとめ、必要な省令等の改正を行い、平成 28 年度から見直し後の歯科医師臨床研修制度を適用する予定である。

(3) 歯科医師臨床研修に係る予算

歯科医師臨床研修費については、臨床研修の指導体制を確保、また、研修歯科医が臨床研修に専念できる環境の整備に必要な経費として、引き続き予算の確保を図っているところであるが、平成 26 年度においても、引き続き、

①文部科学省における歯学教育においては、平成 23 年度からコア・カリキュラムが見直され、高齢化への対応として、高齢者の口腔ケア処置や要介護高齢者の治療時の注意点等に重点を置いた教育の充実が図られたこと。

②厚生労働省においては、歯科医師国家試験制度の改善を図るため平成 24 年 4 月に制度改善検討部会の報告がなされたことを踏まえて、高齢者への対応や歯科領域から推進する口腔と全身疾患との関係など時代の要請に応え得る歯科医師の確保ができるよう国家試験の出題基準の見直しが進められていること。

から、今後、チーム医療や全身疾患に対応する医科・歯科連携を更に推進させていくため、歯科医師臨床研修プログラムにおける指導医(医師)に係る経費を補助対象とする。各都道府県におかれては、歯科医師臨床研修制度の趣旨を踏まえ、円滑かつ着実な実施に向けて、格段のご協力を引き続きお願いする。

(4) 歯科医師臨床研修を修了した旨の歯科医籍への登録

歯科医師臨床研修を修了した歯科医師は、本人の申請に基づき歯科医師臨床研修を修了した旨を歯科医籍へ登録を行うこととなる。

臨床研修修了登録証交付申請書(書換、再交付申請書も含む)については、歯科医師免許申請とは異なり、保健所を通さずに管轄する地方厚生局を經由して厚生労働省医政局歯科保健課に送付することとなっている。

各都道府県においても歯科医籍への登録の申請を速やかに行うよう、歯科医師臨床研修施設を通じて、歯科医師臨床研修を修了した歯科医師に対して周知をはかっていただきたい(平成 19 年 2 月 23 日付け医政局歯科保健課長通知参照)。

(5) 歯科医師臨床研修における修了等の基準について

都道府県立病院等における修了認定等にあたっては、「歯科医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」(平成 17 年 6 月 28 日付け医政局長通知:平成 19 年 2 月 23 日一部改正)を参考として行うようお願いする。なお、修了認定にあたって疑義の生じた際には管轄する地方厚生局に相談・照会されたい。

3. 歯科口腔保健の推進に関する基本的事項について

平成23年8月に「歯科口腔保健の推進に関する法律」が成立し、総合的な施策の実施のため、国は具体的な方針、目標、計画その他基本的事項を定めることとされており、平成24年7月に当該基本的事項を示したところであるので、都道府県等においても、国が定める基本的事項を勘案し、地域の状況に応じた施策の総合的な実施のための基本的事項を定めるよう努められたい。

また、平成26年度においては、平成25年度に引き続き、歯科口腔保健の推進に関する取組みに対して支援を行う「口腔保健推進事業」を下記のように新規に実施することとしているので、都道府県等において、本事業の積極的な活用を図られたい。

- ① 歯科保健等業務に従事する者等に対する情報提供、研修の実施その他の支援を行う口腔保健支援センターの運営に対する補助を行う「口腔保健センター設置推進事業」
- ② 歯科保健医療サービスの提供が困難な障害者等に対する歯科検診の実施や施設職員に対する指導及び普及啓発を行うために必要となる経費を補助する「歯科保健医療サービス提供困難者への歯科保健医療推進事業」
- ③ 障害者等に対する歯科医療を実施している医療機関において、それぞれの状態に対応した知識や技術を有する歯科医師及び歯科衛生士を育成（技術習得）するために必要となる経費を補助する「障害者等歯科医療技術者養成事業」
- ④ 医科・歯科連携の取組みに対する安全性や効果等の普及を図るために必要となる経費を補助する「医科・歯科連携等調査実証事業」

4. 歯科技工士法等について（医療介護総合確保推進法案）

① 歯科技工士法の改正案

歯科技工士国家試験を現在の歯科技工士の養成施設の所在地の都道府県知事が各々行うのではなく、国が実施するよう改める。

厚生労働大臣が実施することとされている歯科技工士国家試験を指定試験機関においても実施できるようにする。また、歯科技工士の登録の実施等に関する事務を指定登録機関においても実施できるようにする。

② 歯科衛生士法の改正案

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

1. 看護教員の養成に係る講習会等について

看護基礎教育に重要な役割を果たしている看護教員の養成に係る講習会等について、平成26年度の取組みは以下のとおりであり、引き続き看護教育の推進にご協力いただきたい。

(1) 専任教員及び教務主任の養成について

- 「今後の看護教員のあり方に関する報告書」(平成22年2月)等を踏まえ、平成25年度より専任教員養成講習会の一部科目にeラーニングが導入され、20都道府県のうち5県で活用された。平成26年度については、実施を予定している12都道府県のうち4府県で活用される予定である。
- 教務主任養成講習会については、平成26年度については都道府県に準じるものとして認定する1団体のみとの予定である。教育の質を確保するため都道府県での実施の検討を引き続きお願いしたい。

(2) 実習指導者の養成について

- 実習指導者講習会においては、平成26年度については、44都道府県で実施される予定である。なお、平成26年度から一部科目に専任教員養成講習会のeラーニングを活用可能とする予定であるが、活用可能な科目は「教育原理」「教育心理学」「教育方法※」「教育評価」「看護論」「看護教育課程論」であり、1科目からでも活用可能としている。
- 実習指導者講習会においてeラーニングで履修した科目については、専任教員養成講習会においてその科目を免除することができるよう、専任教員養成講習会実施要領を改正する予定である。
- 都道府県におかれては、実習指導者講習会においてもeラーニングの導入の検討をお願いしたい。

※「教育方法」については、eラーニングの「教育方法1単位(15)」の受講に加え、実習指導者講習会で別途15時間の講義の受講が必要である。

2. 平成26年度看護職員確保対策等予算（案）について

（1）新規事業について

○ 新たな財政支援制度について

医療従事者の確保・養成や在宅医療の推進、病床機能分化・連携を図るため、関係法律の改正法案を平成26年通常国会に提出し、社会保障制度改革プログラム法に盛り込まれた新たな財政支援制度（各都道府県に基金を設置）を創設する。

医療従事者等の確保・養成に係る事業として、看護職員確保対策事業についてもその対象となっており、対象事業については各都道府県の実情に合わせて柔軟に活用できるよう検討している。

※ 概算要求の際に、新人看護職員研修事業は「大規模病院を補助対象外」、病院内保育所運営事業は「調整率の割合・区分等の見直しを検討」と説明していたが、基金は各都道府県で柔軟に活用できるように検討していることから、今年度と同様の補助を行うことは可能。また、積算上ではあるが、前年度と同程度の積算をしている。

○ 看護職員需給見通しに関する検討会（第8次）

第8次看護職員需給見通し（平成28～32年）に関する検討会を立ち上げ、今後の需給見通しについて検討するとともに、各都道府県に対して就業状況の実態について調査・集計・分析作業を委託し、今後の需給数や供給数の推計を行う。

（2）その他

○ 都道府県ナースセンター事業は、既に、一般財源化されているが、平成25年度における各都道府県のナースセンター事業予算は、

平成25年度予算額 1,072百万円（対前年度△5百万円）

（参考）平成25年度予算より増 10都道府県 18百万円増という状況であった。

3. 看護師等確保対策について

(1) 看護職員の需給見通しに関する検討会（第8次）について

看護職員確保対策については、平成4年に制定された「看護師等の人材確保の促進に関する法律」及び同法に基づく「看護婦等の確保を促進するための措置に関する基本的な指針」を基盤として、従来より、質の向上、養给力の確保、離職防止、再就業等の総合的な支援を行っているところである。

計画的かつ安定的に看護職員の確保を図るため、需給の見通しについてはこれまで通算7回にわたり、看護職員の需給見通しを策定しているところである。現在の平成22年12月に策定した第7次看護職員需給見通し（平成23年—平成27年）が平成27年までであることから、平成28年以降の需給見通しについて平成26年度より検討会を設置し、検討を開始する。

なお、需給見通しの策定のあたっては、各都道府県に需給見通しに関する調査をお願いすることとなるので、ご協力をお願いする。

(2) 看護職員の復職支援の強化について

社会保障・税一体改革における看護職員の必要数は、平成37年で約200万人と推計されているが、平成23年における看護職員の就業者数は約150万人であり、今後、約50万人の看護職員増が必要とされている。

少子化が進む中、さらなる看護職員確保のためには、現在、約71万人いると推計されるいわゆる潜在看護職員を活用することが重要であり、より効果的な看護職員確保対策を講じるためには、看護師等資格保持者について把握し、ライフサイクルを通じて、適切なタイミングで復職研修など必要な支援を実施することが必要となる。

このため、「看護師等資格保持者のナースセンターへの届出制度の創設」について、今通常国会に看護師等の人材確保の促進に関する法律の改正法案を提出する予定である。また、併せて、改正法による新制度の円滑な実施を視野に入れ、平成27年度からの新たな中央ナースセンターシステムについて検討しているところである。改正法による新制度の施行については、平成27年度以降を想定しているが、届出制度導入に向けて具体的に都道府県にご協力をお願いしたい内容等については、関係団体等と協議の上、追ってお知らせしたい。

4. 経済連携協定（EPA）に基づく外国人看護師候補者の受入れについて

（1）各国からの受入れ状況について

○インドネシア・フィリピン

インドネシアについては、平成20年度から看護師候補者の受入れを開始し、これまでに440人を受け入れ、71人が看護師国家試験に合格した。

フィリピンについては、平成21年度から看護師候補者の受入れを開始し、これまでに302人を受け入れ、21人が看護師国家試験に合格した。

平成25年度の看護師候補者受入れ人数については、インドネシア48人、フィリピン人64人である。

なお、平成26年度より来日する候補者の要件に、日本語能力試験N5（基本的な日本語をある程度理解できるレベル）取得を課している。

○ベトナム

受入れの基本的な枠組みを定める交換公文に日越両国が署名・交換（平成24年4月）し、平成26年の春以降から受入れ予定。ベトナムにおける12ヶ月の訪日前日本語研修が終了しており、25人の看護師候補者が研修を受けた。

なお、候補者の要件として、日本語能力試験N3（日常的な場面で使われる日本語をある程度理解することができるレベル）取得を課している。

（2）EPAに基づく看護師候補者に対する支援について

EPAに基づく看護師候補者の受入れについては、二国間の協定で定められた期間内に看護師の資格を取得し、引き続き我が国で就労することを目的としている。その為、入国前後の日本語研修（インドネシア・フィリピンは現在、計12ヶ月間に研修期間を拡充、ベトナムは計14ヶ月間）と入国後、受入れ施設において国家資格取得に向けた研修を適切に実施することが重要である。

しかしながら、候補者が日本語を十分に習得していないケースが多く、受入れ施設が研修実施に苦慮していたこと、また、受入れ負担となっていたことから、平成22年度より、

- ・eラーニングの提供や、模擬試験による習得状況の把握や苦手分野等を補完する集合研修を定期的実施
- ・日本語学校等への修学又は講師の派遣による研修の実施等に係

る経費を支援

・研修指導者経費、物件費等を支援
などの支援策を実施、継続している。

今後も引き続き、E P Aに基づく看護師候補者に対して必要な支援策を講じていく。

(3) 看護師国家試験の特例的な対応について

これまでE P Aに基づく看護師候補者への配慮として難解な用語の平易な用語への置換えや疾病名への英語の併記などの対応を行ってきたところである。これらの対応に加え、昨年にも引き続き、試験時間を一般受験者の1.3倍に延長するとともに、全ての漢字にふりがなを付記する特例的な対応を行っている。

5. 特定行為に係る看護師の研修制度について

2025年に向けて、さらなる在宅医療等の推進を図っていくためには、個別に熟練した看護師のみでは足りず、医師又は歯科医師の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助（例えば、脱水時の点滴（脱水の程度の判断と輸液による補正）など）を行う看護師を養成し、確保していく必要がある。

このため、その行為を特定し、手順書によりそれを実施する場合の研修制度を創設し、その内容を標準化することにより、今後の在宅医療等を支えていく看護師を計画的に養成していくことが、本制度創設の目的である。

制度の骨子（案）は、手順書^{注1)}により特定行為^{注2)}を行う看護師は、厚生労働大臣が指定する研修機関において、一定の基準に適合する研修を受けなければならないこととするものである。

注1) 手順書とは、医師又は歯科医師が看護師に診療の補助を行わせるためにその指示として作成する文書であって、看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲及び診療の補助の内容その他の事項が定められているもの。

注2) 特定行為とは、診療の補助であって、看護師が手順書により行う場合には、実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされるもの。

- 現行と同様、医師又は歯科医師の指示の下に、手順書によらないで看護師が特定行為を行うことに制限は生じない。
- 本制度を導入した場合でも、患者の病状や看護師の能力を勘案し、医師又は歯科医師が直接対応するか、どのような指示により看護師に診療の補助を行わせるかの判断は医師又は歯科医師が行うことに変わりはない。

当該制度においては、職場や地域から離れずに研修を受講できるよう、eラーニング等の遠隔での研修の受講を可能としたり、受講生の所属施設でも臨床実習の実施が可能となるような仕組みを考えている。

また、交代要員を確保できない訪問看護ステーションの職員や、離島の看護師などに対する研修機会を確保するため、これらの者に対する研修を行う研修機関の参入について促進策を講ずることとしており、研修体制の整備を進めて参りたい。

当該制度の施行は、平成27年10月1日を予定している。

6. 新人看護職員研修ガイドラインの見直しについて

(1) 新人看護職員研修ガイドラインの見直しに関する検討会の開催

平成 23 年 2 月にとりまとめられた「新人看護職員研修に関する検討会報告書」において、新人看護職員研修ガイドライン（以下、「ガイドライン」とする。）については医療現場等の状況や看護基礎教育の見直し等の諸事情や研修成果を勘案して、適宜見直すこととされており、平成 25 年 11 月より新人看護職員研修ガイドラインの見直しに関する検討会において、見直しのための検討を行った。また、新人看護職員研修の更なる推進に向けた課題について議論を行った。

検討会報告書は2月中にとりまとめることとしており、ガイドライン改訂版と併せて厚生労働省ホームページで公表する予定である。

(2) ガイドライン見直しの概要

今回の見直しでは、これまで研修を実施することができていなかった医療機関において研修が実施しやすくなるよう、ガイドライン本文や到達目標をよりわかりやすい表現に修正し、ガイドラインの活用促進に資する具体的な活用例を追加するなど内容の充実を図った。

(3) 新人看護職員研修の更なる推進に向けた課題

検討会で議論された課題の概要は以下の通り。

- これまで新人看護職員研修を実施することができていなかった医療機関で研修が推進されるよう、ガイドライン改訂版を広く周知することが必要である。
- 新人看護職員研修を推進する上で、研修責任者や教育担当者は重要な役割を持つことから、これらの人材育成を一層充実・推進することが必要である。
- 外部組織を活用した研修や、複数医療機関が共同で研修を実施することができるよう、地域における連携体制の構築を推進することが必要である。
- 医療機関全体で新人看護職員研修を推進する体制を構築するため、研修責任者が自施設内に新人看護職員研修を周知することが必要である。また患者の不安を低減することが期待されることから新人看護職員研修について患者や一般市民に周知することも重要である。
- 国は財政支援を引き続き行うと共に、ガイドラインの改訂・周知や研修事例の収集・周知等、多様な支援を行うことが必要である。また、新人看護職員の就業先の多様化や看護基礎教育の見直し、新たな研修制度の創設等を踏まえ、新人看護職員研修制度全般について検討することも今後の課題である。

7. 「看護の日」等について

(1) 「看護の日」及び「看護週間」について

「看護師等の人材確保の促進に関する法律」は、看護師等の養成、処遇の改善、資質の向上、就業の促進等について、看護に対する国民の関心と理解を深めることに配慮しつつ図るための措置を講ずること等を目的としている。

これに関連し、厚生労働省では、5月12日を「看護の日」、5月12日を含む1週間を「看護週間」として、全国的に一日看護体験などの行事を開催し、看護の普及啓発に取り組んでいるところである。

○ 平成26年度の中央事業は、「忘れられない看護エピソード」の表彰式を東京都で開催する予定である。

広報等についてご協力をお願いしたい。

○ また、各都道府県におかれても、看護の普及啓発に関する事業への積極的な取り組みをお願いしたい。

1. 医薬品・医療機器産業の振興について

医薬品・医療機器産業は、国民の保健医療水準の向上に資するだけでなく、高付加価値・知識集約型産業であり、資源の乏しい日本にとって、経済成長を担う重要な産業として大きく期待されている。このため、「日本再興戦略」（平成 25 年 6 月 14 日閣議決定）や「健康・医療戦略」（平成 25 年 6 月 14 日関係閣僚申合せ）でも、健康・医療分野の成長戦略の実現に向けた様々な施策が盛り込まれたところである。

厚生労働省では、昨年 6 月に「医薬品産業ビジョン 2013」を策定・公表し、我が国を真に魅力ある創薬の場とするための今後の中長期的な道筋を示した。「医薬品産業ビジョン 2013」でも触れたとおり、医薬品については、基礎研究から臨床研究・治験、承認審査を経て保険適用に至るまで、多大な研究資金と時間を要するため、各ステージに途切れることなく支援し、しっかりと産業を育成していく必要がある。具体的には、産学官が一体となった取組や、研究資金の集中投入、臨床研究・治験環境の整備、審査の迅速化・質の向上、イノベーションの適切な評価等に取り組み、医薬品の研究から上市に至る過程への一貫した支援を着実に推進していきたいと考えている。

医療機器については、臨床現場での使用を通じて製品の改良・改善が絶えず行われる等の特性を有していることを十分に踏まえて、臨床研究や承認審査に関する体制及び制度を整備していくことが重要である。特に医療機器の実用化及び地域振興のため、各自治体において産学官と連携して各地域のものづくり技術を活かした拠点の整備が進んでおり、厚生労働省としても積極的に支援する予定である。

また、昨年 6 月に「医療機器産業ビジョン 2013」を策定・公表し、医療機器の実用化を通じた医療の質の向上に向けた道筋を示すとともに、医療機器の開発人材の育成等を推進するための予算事業を平成 26 年度から実施する予定である。

医療の国際展開を推進する一環として、医政局総務課の医療国際展開戦略室を中心に、振興市場等各国の保健省との協力関係を新たに樹立すべく努力しているところであり、協力テーマとしては以下が含まれる。

- (1) 我が国の先端医療に関する技術移転、優秀な医療機器や医薬品の紹介、相手国政府調達における官民一体の我が国製品のトップセールス
- (2) 国民皆保険を実現した我が国の公的医療保険制度に関する経験の移転（相手国における導入促進）
- (3) 医療機器や医薬品の開発から承認に至るプロセスに関する相互理解

の促進を通じた、日本で承認を受けた製品の相手国政府での審査早期化

また、東北地方の強みを活かした革新的な医療機器の創出を通じて、企業誘致及び雇用創出を図り、東北地方の地域経済活動を再生するため、平成 23 年度より 5 年計画で、岩手県、宮城県、福島県を対象とした医師主導治験等への開発助成を行っているところであり、事業の目的達成に向けて商工部局との連携を深めつつ引き続き関係機関等へのご指導をお願いする。

今後とも国際競争力のある医薬品・医療機器産業の振興と、「日本再興戦略」や「健康・医療戦略」に掲げられている施策の着実な実行に取り組んでいくこととしているので、各都道府県においても、引き続きご協力をお願いする。

2. 後発医薬品の使用促進について

後発医薬品については、患者負担の軽減、医療保険財政の改善に資することから、「平成24年度までに後発医薬品の数量シェアを30%以上」という政府目標を掲げ、平成19年10月に策定した「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」に沿って、品質確保、情報提供、安定供給体制の充実強化等により後発医薬品を安心して使っていただくための環境整備を進めているところである。

しかしながら、諸外国に比べ後発医薬品の数量シェアは未だに低い状況にあり（平成25年9月現在39.9%）、平成25年4月に「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」を作成し、後発医薬品と後発医薬品のある先発医薬品をベースとした数量シェアを平成30年3月末までに60%以上にする新たな目標を定めたところである。このロードマップでは目標の達成ため

- ① 安定供給
- ② 品質に対する信頼性の確保
- ③ 情報提供の方策
- ④ 使用促進に係る環境整備
- ⑤ 医療保険制度上の事項
- ⑥ ロードマップの実施状況のモニタリング

の事項について、今後国、都道府県、後発医薬品メーカー及び業界団体において、取組んでいくこととしている。この中で都道府県の取組としては

- ① 都道府県協議会活動の強化
- ② 市区町村又は保健所単位レベルの協議会の活用
- ③ 汎用後発医薬品リストの作成
- ④ 都道府県協議会への中核的病院の関係者等の参加
- ⑤ 診療所医師、診療所歯科医師、薬局薬剤師の情報交流
- ⑥ 中核的病院における後発医薬品の使用促進

を上げている。

都道府県においては、これらの取組を進めていただくため、「後発医薬品の安心使用促進のための協議会」（都道府県協議会）を設置し、地域の実情に応じた後発医薬品の使用促進をお願いしたい。現在、45の都道府県で協議会を設置しているが、協議会活動が休止している都道府県もあることから、ロードマップの取組を進めていただくため、積極的な活動をお願いするとともに、未設置の都道府県においては、可能な限り早期の設置について御検討をお願いする。

また、各都道府県所管の公立病院におかれても、ロードマップに沿ったより積極的な使用に努めていただくよう、重ねてお願いする。

3. 医療用医薬品・医療機器の流通改善について

医療用医薬品の流通については、自由かつ公正な競争の確保とともに、公的医療保険制度下における取引の透明性・公平性を図る観点から、過大な薬価差を始めとする取引慣行の改善に向けて、関係者による取組が行われてきたところである。

このうち、長期にわたる未妥結・仮納入や全品総価取引といった公的医療保険制度下での不適切な取引慣行については、中医協からも、薬価調査の信頼性確保の観点からは是正を求められており、「医療用医薬品の流通改善に関する懇談会（流改懇）」において、流通上の諸課題についてその実態の検証を行い、平成 19 年 9 月に「医療用医薬品の流通改善について（緊急提言）」がとりまとめられ、取引慣行の改善に向けた取組を行っている。

しかしながら、昨年 6 月に開催された流改懇においては、「緊急提言に掲げた課題と照らせば一定の改善はみられたかもしれないが、妥結までの期間が大幅に長期化している。薬価調査の信頼性を確保する観点からも、極めて重大な問題であり改善が必要」との評価であった。

薬価本調査（平成 25 年 9 月）時において実施した価格妥結状況調査結果においても、200 床以上の大病院、特に日赤・済生会や自治体系の公的医療機関の妥結率が低く、早期妥結への取り組みが遅れている。

また、医療機器の流通については、「医療機器の流通改善に関する懇談会」において、医療機器の取引実態の把握と問題点の是正などの検討を行った。引き続き、流通改善に関して医療機器関係団体と意見交換を行うなど、流通の効率化に取り組んでいる。

各都道府県においては、流改懇における緊急提言及び保険医療制度の趣旨や取引の実態をご理解の上、流通改善の一層の推進にご協力いただくよう、管下の流通当事者、特に都道府県立病院等の公的医療機関に対する周知とご指導をお願いする。

なお、本年は薬価改定年であり、薬価告示がされ次第、改めて管下の取引当事者への流通改善の周知徹底・指導を通知により要請する予定である。

1. 医療分野の情報化の推進について

医療分野の情報化については、平成18年1月に高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部で示された「IT新改革戦略」などを基に、IT技術を活用した医療機関間等の情報共有による切れ目のない医療サービスの提供や、患者・個人が自らの医療・健康情報を一元的、継続的に管理し利活用する仕組みを実現するための実証事業などの施策を進めてきたところである。

平成25年6月には、「日本再興戦略」「世界最先端IT国家創造宣言」などの各種戦略が閣議決定され、「カルテ・介護情報の共有によるICTを活用した地域医療介護連携の全国普及」「2018年度（平成30年度）までの医療情報連携ネットワークの全国普及・展開」などが求められたところであり、今後はこれまで以上の更なる取り組みが必要となっている。

○ 医療情報連携の推進【平成26年度予算案】

地域における医療情報連携を推進するため、システム導入等に対する補助事業として、平成26年度予算案においても引き続き「ICTを活用した地域医療ネットワーク事業」を実施することとしている。

なお、平成26年度において補助対象とする事業は、異なる都道府県に所在する医療機関間でのネットワーク構築を行う場合を予定しており、これまで補助対象としてきた都道府県内でのネットワークの構築については、「新たな財政支援制度」を活用していただくことを予定している。

○ 遠隔医療の推進【平成26年度予算案】

情報通信技術を応用した遠隔医療の実施は、医療の地域格差解消、医療の質及び信頼性の確保に資する。平成26年度予算案においては、遠隔医療の設備整備に対する補助として、引き続き「地域医療の充実のための遠隔医療補助事業」を実施することとしている。

また、平成26年度からの新規補助事業として、「遠隔医療従事者研修事業（仮称）」を予定している。本事業は、補助事業者を公募したうえで実施することとなるが、地方公共団体の医療担当部局の方も受講対象とする予定であるため、積極的な参加について配慮をお願いしたい。

○ 厚生労働省標準規格について

医療機関等における医療情報システムの構築・更新に際して、標準的な規格の実装は、情報が必要時に利用可能であることを確保する観点から有用であり、地域医療連携や医療安全にも資するものである。また、医療機関等において医療情報システムの導入を推進し、標準化や相互運用性を確保していく上で必須である。

このため、「保健医療情報分野の標準規格として認めるべき規格について」（平成22年3月31日 医政局長）を通知しているが、平成24年3月23日に一部改正の通知が発出され、1種類の規格が追加されたためご留意いただきたい。同通知は、今後も「保健医療情報標準化会議」の提言等を踏まえ、適宜更新していくものである。

医療機関等が医療情報システムを導入する際には、厚生労働省標準規格を実装することによるメリットを十分考慮するようご留意いただきたい。

なお、厚生労働省において実施する医療情報システムに関する各種施策や補助事業等においては、厚生労働省標準規格として定めた標準的な規格を実装することとしている。

○ 地域医療情報化の人材育成

地方公共団体の医療担当部局の方を対象とした、地域における医療の情報化に必要な知識・技術等を習得するための「地域医療の情報化コーディネータ育成研修」について、平成26年度も引き続き国立保健医療科学院において実施することとしているため、関係者の方々には積極的な参加について配慮をお願いしたい。

○ その他

電子カルテ等の医療情報システムによる医療情報の適正な取扱いやセキュリティの確保に関し、平成17年3月に「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を策定し、平成25年10月に改訂版（第4.2版）を公表している。

医療機関関係者には、引き続きこのガイドラインの内容をよく理解し、遵守していただくようご了知願いたい。

2. 臨床研究・治験の活性化について

現状等

- 臨床研究・治験の活性化については、平成 24 年 3 月に文部科学省と厚生労働省で「臨床研究・治験活性化 5 か年計画 2012」を、同年 9 月にその具体的な取組計画である「臨床研究・治験活性化 5 か年計画 2012 アクションプラン」を策定した。この計画に基づき、日本発のシーズによるイノベーションの進展、実用化の促進等を目指し、臨床研究・治験環境の整備等を進めているところである。
- 臨床研究・治験等の実施体制の整備については、以下に示す拠点等の整備を実施している。
 - ・ 早期・探索的臨床試験拠点（5 施設（平成 23 年度から 27 年度まで））
医療施設運営費等補助金「早期・探索的臨床試験拠点整備事業」
日本発の革新的な医薬品・医療機器の創出を目的に、世界に先駆けてヒトに初めて新規薬物等を使用する臨床試験の拠点を平成 23 年度から整備を図っている。
 - ・ 臨床研究中核病院（10 施設（平成 24 年度から 28 年度まで：5 施設、平成 25 年度から 29 年度まで：5 施設） 医療施設運営費等補助金「臨床研究中核病院整備事業」
平成 24 年度から、国際水準（ICH-GCP 準拠）の臨床研究や医師主導治験の中心的役割を担うとともに、他の医療機関に対する支援も行う拠点として、平成 24 年 5 月に 5 施設、平成 25 年 4 月に 5 施設を選定して整備を図っている。
 - ・ 日本主導型グローバル臨床研究体制（2 施設（平成 24 年度から 28 年度まで））
医療施設運営費等補助金「日本主導型グローバル臨床研究体制整備事業」
平成 24 年度から国内の医療機関と海外の医療機関が共同で臨床研究を実施する体制を日本が主導して構築し、かつ円滑に運営することを目的として、グローバル臨床研究の企画・立案、研究実施機関への支援等を行う体制の整備を図っている。
- その他、臨床研究コーディネーターや治験・臨床研究審査委員等の育成のための研修事業を行うなど、臨床研究・治験の推進に向けた取組を実施している。

今後の取組

- 平成 26 年度は、「臨床研究・治験活性化 5 か年計画 2012」の中間年であることから、具体的な取組計画である「臨床研究・治験活性化 5 か年計画 2012 アクションプラン」の実施状況等に基づき、それぞれの項目における進捗状況の中間評価を行い、必要な見直しを実施していく。
- 政府としては、国民の「健康寿命」の延伸に関する政府の取り組みとして、司令塔の本部として、内閣に、内閣総理大臣・担当大臣・関係閣僚からなる推進本部を設置し、一元的な研究管理の実務を担う独立行政法人について平成 27 年 4 月の創設を目指している。これに伴い、臨床研究中核病院及び早期・探索的臨床試験拠点については、文部科学省で整備している橋渡し研究支援拠点と一体的に整備を進め、革新的な医薬品・医療機器の創出を加速することを図る予定であり、平成 26 年度から先行的に評価会議や事業進捗管理等について共同で実施することとしている。
- 日本発の革新的医薬品・医療機器の開発などに必要となる質の高い臨床研究を推進するため、国際水準の臨床研究や医師主導治験の中心的役割を担う病院を臨床研究中核病院（仮称）として医療法上位置付けるために必要な取り組みを進める。
- 平成 26 年度からは、早期・探索的臨床試験拠点について、臨床研究中核病院と同様に、他施設で実施する臨床研究・治験について支援等を実施するための体制整備を実施する他、臨床研究登録情報のポータルサイトを改修し、管理・運営していくこととしている。

都道府県へのお願い

- 臨床研究中核病院等各整備事業を実施する上で、各都道府県を通じ、申請手続きを実施することとなるため、円滑な手続きのため、各施設からの問い合わせへの対応等ご協力をお願いしたい。
- 臨床研究・治験をより効率的に実施するためには、ネットワーク化により複数の医療機関が連携して、あたかも 1 医療機関のように臨床研究・治験を実施できる体制の構築等が重要。県立病院等においても、治験ネットワークへの参加や治験費用の実績に応じた支払い方法への見直しなど、自治体の立場からご協力いただく機会もあり得ると考えており、都道府県におかれては臨床研究・治験の基盤整備に引き続きご理解とご協力をお願いしたい。

3. 臨床研究に関する諸課題について

1) 高血圧症治療薬の臨床研究事案について

現状等

- 平成14年以降相次いで実施されたノバルティス ファーマ株式会社(以下「ノバルティス社」という。)の高血圧症治療薬ディオバンに係る市販後大規模臨床研究について、平成24年に、当該研究に関わらない他の医師の疑義等に端を発し、世界的に権威のある医学雑誌からの関連論文の撤回、研究データの人為的な操作による事実と異なる結論の判明といった臨床研究の質に関する問題が複数の大学において明らかになった。また、ノバルティス社元社員によるこれら臨床研究の統計解析業務への関与及び利益相反に関する透明性が確保されていないことなどの問題も明らかになった。
- このような状況を踏まえ、厚生労働省は文部科学省とも協力の上、今回の事案についてその事実関係を可能な限り明らかにするとともに、その再発防止策について検討することとし、平成25年8月、厚生労働大臣の下に「高血圧症治療薬の臨床研究事案に関する検討委員会」を設置した。本検討委員会は、平成25年9月末までの約2ヶ月間、関係者に対するヒアリングや関係資料の精査を含め精力的に調査・検討を重ねてきたところであり、これまでに明らかになった事実関係及びそれらを踏まえた対応と再発防止策をとりまとめた「中間とりまとめ」を平成25年10月8日に公表した。
- なお、平成26年1月9日、ノバルティス社及び同社社員を薬事法第66条第1項(虚偽・誇大広告の禁止)違反の疑いで、東京地方検察庁に告発状を提出した。
- また、厚生労働省及び文部科学省は連名で、「医療機関・研究機関による臨床研究の適切な実施に係る自主点検の実施及び報告のお願いについて(平成25年8月23日)」を発出し、我が国で臨床研究を実施する主な機関117カ所に対して自主点検の実施及びその結果報告を求め、その結果を検討委員会に報告した。さらに、「医療機関・研究機関による臨床研究の適切な実施に係る追加の自主点検の実施及び報告のお願いについて(平成26年1月24日)」を発出し、追加の自主点検の実施及びその結果報告を求めている。

今後の取組

- 臨床研究に対する法制度の必要性に関する検討を本年秋までに実施するなど、中間取りまとめで指摘を受けている各種再発防止策について対応を進める。

2) 疫学研究・臨床研究に関する倫理指針の見直しについて

現状等

- 厚生科学審議会科学技術部会の下に、疫学研究に関する倫理指針の見直しに係る専門委員会、臨床研究に関する倫理指針の見直しに係る専門委員会を設置し、文部科学省の疫学研究指針の見直しに関する専門委員会と合同で、疫学研究に関する倫理指針及び臨床研究に関する倫理指針の統合も含めた見直しの検討を進めている。
- これまでの検討では、両指針の統合を念頭に置きつつ、指針の見直しが必要な項目・内容について広く議論を行い、平成 25 年 9 月に中間取りまとめを行った。現在、中間取りまとめを基に、指針具体化に向けた検討を進めている。

今後の取組

- 早期に専門委員会合同会議での検討を取りまとめ、今後、早い時期にパブリックコメントを実施する。

都道府県へのお願い

- 見直しを行った倫理指針が公示された際に、関係各所への周知にご協力いただきたい。

3) 倫理審査委員会の認定制度について

現状等

- 臨床研究に関する倫理指針では、被験者の人権を尊重し、適正に実施するため、研究開始前から終了まで、倫理審査委員会による継続的な審査及び承認を得ることを求めているが、全国で倫理審査委員会が約 1300 が設置されている状況であり、また、審査の質にばらつきがあるとの指摘がある。

今後の取組

- 「臨床研究・治験活性化5カ年計画2012」等においても、倫理審査委員会の認定制度の導入等により、倫理審査委員会の審査の質の向上を推進することが求められていることから、委託機関を活用した上で、倫理審査委員会の認定制度を導入する。また、認定にあたっては、認定基準等を公表した上で、希望する倫理審査委員会について、評価し、認定を行う予定。

4. 再生医療の推進について

- 再生医療については、革新的な医療として国民の期待が高い反面、安全面や倫理面などの課題が存在。そこで、厚生労働省としては、安全性・倫理性を確保し、再生医療の実用化を加速するため、制度面、予算面の両方から取り組んでおり、引き続き取組を加速。
- 具体的には、平成25年11月に成立・公布された、「薬事法等一部改正法」と「再生医療等安全性確保法」の円滑な施行に向けて、政省令の作成等の準備を進めていく。

(これまでの取組等)

- 再生医療については、政府の重要施策のひとつとして取り上げられている。安全性・倫理性を確保し、実用化を加速するため、以下のように、制度面、予算面の両方からの取組を進めている。

<制度面>

- 薬事法等一部改正法（法律名を「医薬品医療機器等法」に改正）（※）
再生医療等製品の特性を踏まえた条件・期限付きの早期承認制度を導入すること等を内容とする。
※ 平成25年11月20日 成立
11月27日 公布
- 再生医療等安全性確保法（※）
再生医療のリスクに応じて適切に安全性確保を図るとともに、細胞培養加工について、医療機関から外部への委託を可能とする。
※ 平成25年11月20日 成立
11月27日 公布

<予算面>

○ 平成 26 年度予算案

- ・ 再生医療の実用化を促進するための研究の支援 29.8 億円
再生医療の実用化に向け、機能不全となった組織や臓器の治療方法の探索のための研究等を支援するとともに、iPS 細胞を利用した創薬等のための研究を支援する。

- ・ 再生医療の安全性の確保等に向けた取組 1.4 億円
再生医療等について、安全性を十分に確保しつつ、実用化を促進するため、再生医療等提供計画の審査や細胞培養加工施設の調査に必要な体制等を整備する。

○ 平成 25 年度補正予算案

- ・ 再生医療実用化研究実施拠点整備事業 3.7 億円
再生医療等の実用化を促進するため、再生医療等の提供機関間の連携を図り、研究成果を集約する再生医療実用化研究実施拠点を整備する。

○ 医薬品医療機器総合機構における再生医療等製品の審査体制等の充実化

開発初期から研究者が相談できる薬事戦略相談の実施、再生医療製品等審査部の創設、研究機関等との人材交流など、（独）医薬品医療機器総合機構（PMDA）における再生医療等製品の審査体制等を充実させている。

1. 独立行政法人国立病院機構等について

(1) 独立行政法人国立病院機構について

○独立行政法人国立病院機構の概要

独立行政法人国立病院機構は、全国で143病院、51,897床を運営し、災害時や新興・再興感染症の発生時の国の危機管理や積極的貢献が求められる医療に、国や地方自治体と連携しながら迅速・適切に対応するとともに、結核、重症心身障害、筋ジストロフィー等の他の設置主体では必ずしも実施されないセーフティーネット分野の医療を提供している。また、5疾病5事業の医療を中心に地域の医療水準の向上、地域の医療機関との連携、強化にも取り組んでいる。さらに、全国的な病院ネットワークを活用して、大規模臨床研究や治験の推進、質の高い医師、看護師等の育成、教育研修等を実施している。

○独立行政法人改革等に関する基本的な方針について

「独立行政法人改革等に関する基本的な方針（平成25年12月24日閣議決定）」において、独立行政法人は中期目標管理型の法人、研究開発型の法人、単年度管理型の法人の3つに分類することとされたところ。国立病院機構は、中期目標管理型の法人と位置付けられるとともに、政策医療を確実に実施しつつ、給与水準や短時間正職員雇用をはじめとする柔軟な労働環境の構築、民間企業等との円滑な人事交流等を進めるためにも、役職員の身分は非公務員とすることとされた。これらを通じて国立病院機構のより柔軟かつ弾力的な業務運営に資することが期待できるものである。

－（参考：別紙1）

独立行政法人改革に必要な制度面での措置は、平成27年4月からの改革実施を目指すこととされており、今後、引き続き具体的な検討を進めてまいりたい。

○国立病院機構に対する補助金等について

国からの運営費交付金は、現在では国期間分の退職給付費用や臨床研究事業経費等のみを対象として交付されており、平成23年度より、救急事業を含め診療事業には運営費交付金は充てられていない。すなわち、診療事業については、診療収入や地方公共団体からの補助金等により運営されており、一般の医療機関と変わりがないものとなっている。

また、「地方公共団体の財政の健全化に関する法律」の改正により、平成

24年度からは独立行政法人への補助金の交付が各都道府県の自主的な判断に委ねられたところである。

こうしたことから、小児救急医療支援事業などについては、地域医療に貢献する国立病院機構の病院に対して補助金が交付されている例が見受けられる。一方、救命救急センター運営事業などで交付されていない例も見受けられるので、国立病院機構がさらに地域医療に貢献することが可能となるよう、ご配慮をお願いしたい。

また、平成26年度より創設される新たな財政支援制度の対象事業には、看護師等養成所の運営等への財政支援などこれまで国立病院機構が交付対象とならなかった事業も含まれているので、あわせてご配慮をお願いしたい。

－（参考：別紙2）

補助事業の例

- ・ 共同利用型病院運営事業
- ・ 小児救急医療支援事業
- ・ 小児救急医療拠点病院運営事業
- ・ 救命救急センター運営事業
- ・ ドクターヘリ導入促進事業
- ・ 救急救命士病院実習受入促進事業

（2） 国立高度専門医療研究センターについて

○国立高度専門医療研究センターの概要

国立高度専門医療研究センター（以下「NC」という。）は、平成22年4月1日に独立行政法人へ移行する形で設置された6つの法人の総称である（6NC合計4,357床）。

各NCは、国民の健康に重大な影響のある、がんその他の悪性新生物、循環器病、精神・神経疾患等、感染症その他の疾患、成育に係る疾患、加齢に伴う疾患について、高度専門的な医療の開発及び確立、これらの業務に密接に関連する医療の提供、人材育成や政策提言等の業務を行っている機関である。

○独立行政法人改革等に関する基本的な方針について

「独立行政法人改革等に関する基本的な方針（平成25年12月24日閣議決定）」において、独立行政法人は中期目標管理型の法人、研究開発型の法人、単年度管理型の法人の3つに分類することとされたところ。NCは、国との密接な連携の下、高度専門的な医療の研究開発・確立等を行っていることか

ら、研究開発成果の最大化を目指す研究開発型の法人と位置づけられた。

－（参考：別紙1）

○医療分野の研究開発に関する総合戦略について

「医療分野の研究開発に関する総合戦略（報告書）」（平成26年1月22日医療分野の研究開発に関する専門調査会※）において、NC等を中心とした拠点を活用し、臨床研究の質の向上、臨床研究のための共通的な基盤の共用、研究不正・研究費不正使用等の防止への対応等、更なる機能向上を実現することで症例の集約化を図り、国際水準の質の高い臨床研究・治験実施が確実に実施される仕組みの構築が求められている。

※平成25年8月8日健康・医療戦略推進本部（本部長：内閣総理大臣）決定

－（参考：別紙1）

こうしたNCに期待される役割に対応すべく、平成25年度補正及び平成26年度予算において、治験・臨床研究体制整備等に取り組むことを予定している。これにより、病院と研究所を併設している特長を生かし、基礎研究から臨床研究・治験へ一貫通貫に実施する体制を強化し、迅速により多くの治験・臨床研究に対応することで、新薬、新医療機器の開発を一層促進することとしている。

（3） 国立ハンセン病療養所について

○国立ハンセン病療養所の概要

ハンセン病の患者であった者が入所している施設で、当該入所者に対して必要な療養を行っており、全国に13カ所設置されている。

入所者は、平均年齢82.6歳（平成25年5月1日現在）と高齢化しており、ハンセン病の後遺症に加え、生活習慣病等の合併症の発症や、身体機能・視覚機能の低下等がおこり、日常生活上の不自由度が進行している。

○ハンセン病問題への対応について

「らい予防法」を中心とする国の隔離政策に起因してハンセン病の患者であった者等が受けた身体及び財産に係る被害その他社会生活全般にわたる被害の回復には、未解決の問題が残されており、とりわけ、ハンセン病の患者であった者等が、地域社会から孤立すること無く、良好かつ平穏な生活を営むことができるようにするための基盤整備は喫緊の課題であり、適切な対策を講ずることが急がれており、また、ハンセン病の患者であった者等に対する偏見と差別のない社会の実現に向けて、真摯に取り組んでいかなければならない。

このような趣旨により平成21年4月に施行された「ハンセン病問題の解決の促進に関する法律」に基づき、

- ①「国立ハンセン病療養所における医療及び介護に関する体制の整備のための措置」として、医師・看護師・介護員の確保、
- ②「良好な生活環境の確保のための措置」として、国立ハンセン病療養所の土地、建物、設備等を地方公共団体又は地域住民等の利用に供するための取り組み、
- ③「ハンセン病及びハンセン病対策の歴史に関する正しい知識の普及啓発その他必要な措置」として、ハンセン病対策促進事業の実施、などに努めている。

特に「②」の取り組みについては、これまでに、国立ハンセン病療養所の土地等の一部を貸し付け、2園（多磨全生園及び菊池恵楓園）で保育所の誘致が実現し、また、1園（邑久光明園）で特別養護老人ホームの誘致が予定されているが、その他の園の構想については、まだ具体的に進捗していないため、厚生労働省としても積極的に関わり、進展を図ることとしている。

- ◎ 国立病院及び国立ハンセン病療養所について、関係する自治体のご支援、ご協力をよろしく願います。

（４） 独立行政法人地域医療機能推進機構について

- 年金福祉施設の整理合理化を図ることを目的に、平成17年10月に設置されたR F O（（独）年金・健康保険福祉施設整理機構）は、平成26年4月、地域医療に貢献しつつ安定的な病院運営を行う組織である（独）地域医療機能推進機構に改組される。

－（参考：別紙3）

これまで社会保険病院等は、土地・建物をR F Oが保有し、実際の病院運営はR F Oが特例民法法人等（全社連、厚生団、船保会）に委託をして行ってきたが、平成26年4月からは、同機構がこれらの病院（全57病院）を直営することとなる。

新機構は地域医療・介護の確保を目的としていることから、各自治体におかれてはご指導ご協力をお願いしたい。

- 新機構への改組に伴い、従来の社会保険病院等は、その設置者が委託先団体から新機構へと変更となるが、医療法に基づく病院開設の許可等について

は、政令において許可の継承規定を設け、4月に新たな許可手続は不要とする方向で、現在検討中である。

また、新機構の病院については、国立病院機構と同様に国が開設する病院とみなし、医療法に基づく各種手続に関する事務は、厚生労働大臣（地方厚生局）が行うこととする予定である。

独立行政法人改革等に関する基本的な方針（平成 25 年 12 月 24 日閣議決定）（抄）

【国立病院機構】

- 中期目標管理型の法人とする。
- 政策医療を確実に実施しつつ、より柔軟かつ弾力的な業務運営に資するよう、本法人の役職員身分は非公務員化するが、職務上の公益性・公共性が極めて高いことから、みなし公務員に係る所要の措置を講じる。
- 診療事業は全て自己収入で行っていることにかんがみ、積立金は、次期中期目標期間中に必要な施設整備等の財源に充てられるよう配慮する。

【国立高度専門医療研究センター（国立がん研究センター、国立循環器病研究センター、国立精神・神経医療研究センター、国立国際医療研究センター、国立成育医療研究センター及び国立長寿医療研究センター）】

- 研究開発型の法人とする。
- 上記 6 法人間において、共同して実施した方が効果的・効率的な業務の共同化や人事交流を更に推進する。
- 分野横断的な疾患や未知の疾患などその時々の方策課題により柔軟に対応し、研究開発力の一層の向上を図る観点から、将来的には、上記 6 法人の統合など国立高度専門医療研究センター全体としての組織の在り方について検討を行う。

「医療分野の研究開発に関する総合戦略（報告書）」（平成 26 年 1 月 22 日 医療分野の研究開発に関する専門調査会）（抄）

※平成 25 年 8 月 8 日健康・医療戦略推進本部（本部長：内閣総理大臣）決定による専門調査会

○臨床研究の抱える課題

我が国の臨床研究については、国際的にみていまだに課題が多く、そのため、製薬企業の治験を海外機関で実施する傾向のあることは否めない。これは、治験や臨床研究における倫理規定、データマネージメント、安全性、品質保証などに関する国際基準がより厳格化されるなかで、我が国の対応が遅れたことが一因となっている。治験や臨床研究においては厳密なデータ管理や各種規制への対応を行わなければならないこと、さらに、医薬品や医療機器の有効性が生命予後や心臓発作、脳卒中などの低い頻度ながらも重大な事象を指標とされるようになったことが、臨床研究の大規模化と長期化に拍車をかけた。その結果、多くの研究費と強力な研究支援体制なしに治験や臨床研究を行うことがきわめて困難となった。

大学病院では疾患の病態研究については多くの国際的実績を挙げてきたが、研究体制の不備や人材不足等により、臨床研究や臨床試験等は十分に行われてこなかった。国立高度専門医療研究センター（以下、「ナショナルセンター」と記載）においては、特定の疾患群の治療を対象とした病院と治療技術の実用化に軸足を置いた研究所を併設しているという特長を活かして治験・臨床研究を実施し、一定の成果を挙げてきたが、企業との連携による創薬及び医療機器開発において貢献してきたとは必ずしもいえない。

このため、症例集積性の向上、治験・臨床研究手続きの効率化、研究者・専門家の育成・確保、治験・臨床研究の情報公開、治験にかかるコスト・スピード・質の適正化に関して、より一層の強化が求められる。

○臨床研究・治験実施環境の抜本的向上の必要性

諸外国においては、臨床研究のために数千床規模の一か所集中型の臨床研究拠点を創設する例も見られる。一方、我が国においては、複数拠点のネットワークの構築を推進してきたところであり、ナショナルセンターや大学病院を中心とした橋渡し研究拠点、臨床研究中核病院及び早期・探索型臨床試験拠点等の分散型の拠点を活用し、それらを中心としたARO (Academic Research Organization)機能の構築による臨床研究が推進されている。臨床研究及び治験を進めるため、各施設で症例の集約化を図るとともに、今後も、これらの資源を有効に活用しつつ、以下のような更なる機能の向上を図り、国際水準の質の高い臨床研究・治験実施が確実に実施される仕組みの構築が求められる。なお、我が国の医療研究開発におけるナショナルセンターのあり方の検討を更に深めてゆくべきである。

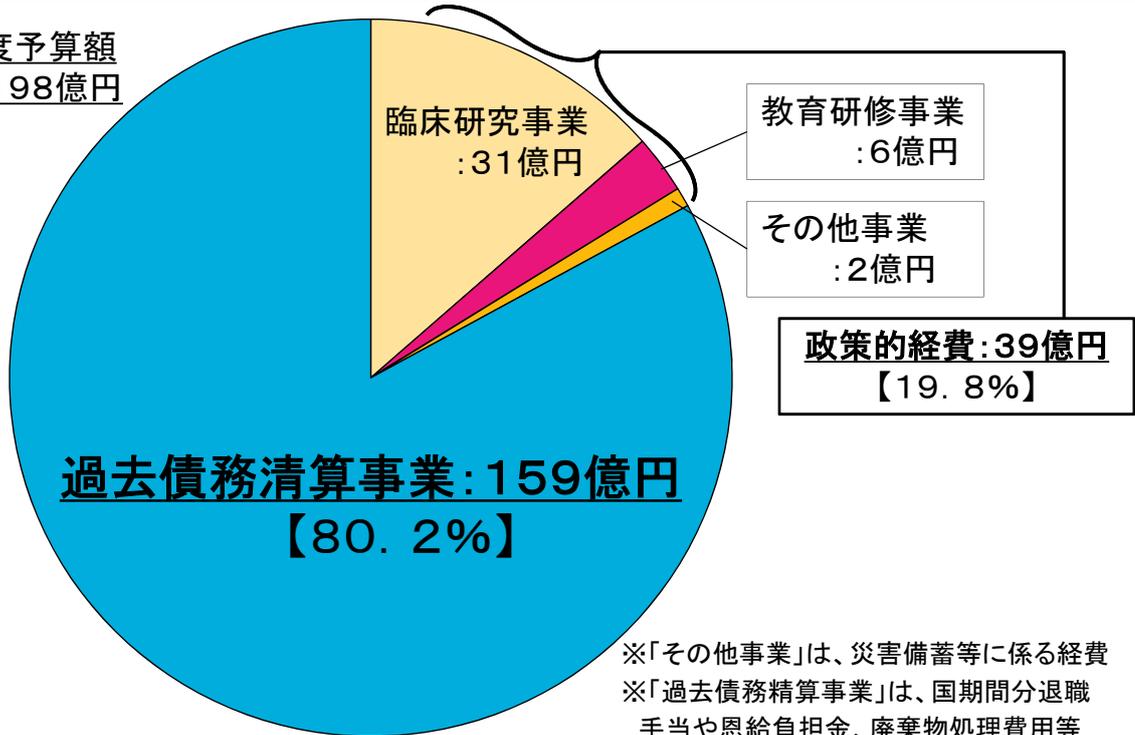
- ①臨床研究の室の向上等
- ②研究者・専門家の育成・人材確保
- ③臨床研究のための共通的な基盤の共用
- ④研究不正・研究費不正使用等の防止への対応
- ⑤患者との連携及び国民への啓発活動等への取組

臨床研究の実施に当たっては、被験者や患者との連携を図るとともに、患者・国民への臨床研究の意義やそれが国民にもたらすメリットなどについての啓発活動を積極的に推進すべきである。特に、教育・研究を旨とする大学病院やナショナルセンターにおける取組の検討が必要である。

○医薬品・医療機器開発の新たな仕組みの構築

新薬開発のための First in Human 試験（医薬品の第 I 相臨床試験において人に初めて投与すること）をはじめ、あらゆる治験の迅速な実施に向け、短期間で効率的な治験を行うため、ナショナルセンター、早期・探索的臨床試験拠点、臨床研究中核病院、橋渡し研究拠点等のネットワークを強化し、世界に通用する臨床研究を遂行すべく症例を集積しやすい環境を整備する必要がある。

平成26年度予算額
: 198億円



※「その他事業」は、災害備蓄等に係る経費
 ※「過去債務精算事業」は、国期間分退職手当や恩給負担金、廃棄物処理費用等

- 運営費交付金の80.2%が、過去債務精算事業で占められている。
- 診療事業への運営費交付金は措置されていない。

地方公共団体の国等に対する寄付を原則制限していた規定の廃止について

【旧規定】 地方公共団体の財政の健全化に関する法律附則第5条

地方公共団体は、当分の間、国、独立行政法人(国立病院機構等)、国立大学法人等及び会社等(日本郵政株式会社、東日本高速道路株式会社等)に対し、寄附金等(注:補助金を含む)を原則支出してはならない。ただし、施設の移管その他政令で定めるやむを得ないと認められる以下の場合については、総務大臣と協議をし、その同意を得たものは寄附金等の支出が可能。

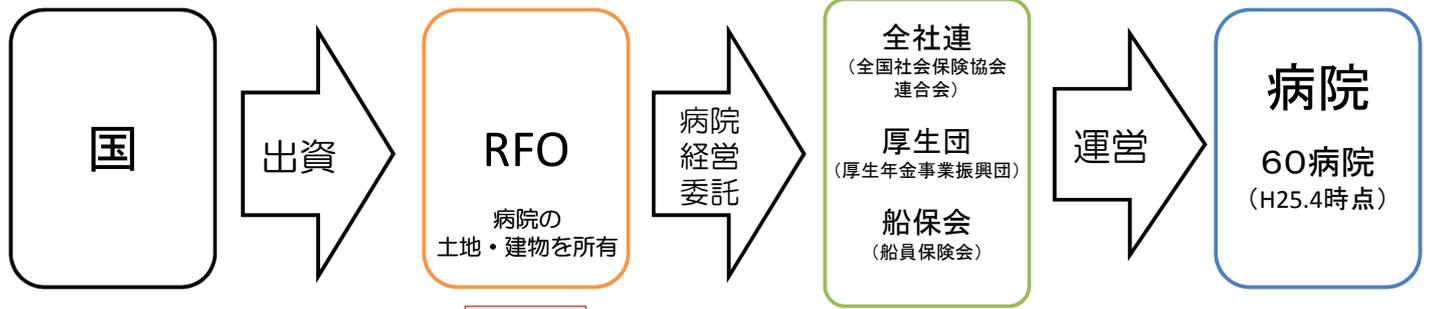
- ①～⑦ (略)
- ⑧ 住民への特別な医療の提供※

※住民への特別な医療の提供とは、地方公共団体の要請に基づき、住民に対して新たに実施される医療の提供、または、従来の医療の提供の拡充が行われた場合における当該拡充された部分を指す(平成20年3月19日総務省自治財政局財務調査課長通知より)

【改正後】 **当該規定を削除** (平成24年度～)

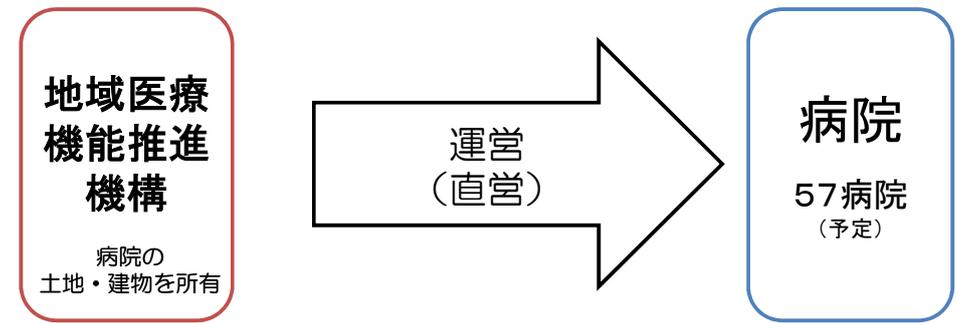
地域の自主性及び自立性を高めていくため、国等への寄附金等(注:補助金を含む)の支出については、法律による原則禁止から、地方公共団体の自主的な判断に委ねることとする。

現在



改組

H26.4以降



年金・健康保険福祉施設整理機構を地域医療機能推進機構に改組するときのイメージ

年金・健康保険福祉施設整理機構

<目的>

年金福祉施設等の整理を図り、もって厚生年金保険事業、健康保険事業等の適切な財政運営に資すること

<業務>

年金福祉施設等の譲渡、それまでの間の施設の管理・運営
病院等の運営は特例民法法人等に委託（病院職員は特例民法法人等の職員）

<役職員>

理事長、監事2名（非常勤）、理事1名（非常勤）、職員23名（H25.7時点）

改組

地域医療機能推進機構

<目的>

救急医療等の5事業、リハビリ等地域医療を提供する機能の確保を図り、もって公衆衛生の向上、住民福祉の増進等に寄与すること

<業務>

病院、介護老人保健施設、看護師養成施設の設置及び運営等
病院等の運営は直営（病院職員は独立行政法人の職員）

<役職員>

理事長、監事2名、常勤理事5名、非常勤理事5名、職員は約2万人前後

※ 政令で、医療法に基づく病院開設の許可等については許可の継承規定を設け、新たな許可手続は不要とする方向で検討中

※ また、新機構の病院については、国立病院機構と同様に国が開設する病院とみなし、医療法に基づく各種手続に関する事務については、厚生労働大臣（地方厚生局）が行うこととする予定

※ なお、新機構の所管は医政局となる予定

1. 平成25年度予算及び平成26年度予算の執行について

(1) 平成25年度本予算の執行について

平成25年度本予算については交付決定に係る作業を終了し、今後、確定(精算払い)に関する作業を実施していくこととなる。

精算払いが必要な事業の確定の手続きは、平成26年4月中旬までに行うこととなっているので、各都道府県におかれては、4月10日(木)までに国へ報告書が提出できるよう、事業実績報告書の作成について補助事業者に周知し、早期の提出を促す等、準備をお願いします。

また、運営費等補助金や統合補助金・施設整備交付金など大部分の補助金は概算払いであるため、3月末までに必要な額を確実に国庫から都道府県の口座へ受入れていただくとともに、「受入れ漏れ」のないよう、内部の関係各課へご周知いただきたい。

なお、決算関係作業に伴い、不用・繰越の理由等に関して調査をさせていただくので、その際はご協力をお願いします。

(2) 平成25年度補正予算の執行について

平成25年度補正予算については2月6日に成立したこともあり、執行に係る作業期間が短い中にご協力いただいていることに感謝申し上げます。

都道府県に関係する補正予算事業としては、医療提供体制施設整備交付金(医療施設の耐震化)及び医療施設等施設整備費補助金(医療施設の防火対策)があるが、予算の効果的かつ適正な執行の観点から、平成26年度へ繰越しを行う方向で厚生労働大臣より財務大臣へ協議を行っているところであり、平成26年度に交付決定を行う見込みとなっている。

各都道府県には受け入れのための予算措置に関する事、補助事業者への指導・必要書類の取りまとめ等について引き続きご協力方お願いします。

(3) 独立行政法人等への補助金交付について(平成24年度～)

地域自主戦略大綱(H22.6.22閣議決定)を踏まえ、自治体の国、独立行政法人等への寄付に係る関与に関する規定を廃止することとし、平成23年11月30日の整備一括法により、地方公共団体の財政の健全化に関する法律(平成19年法律第94号)が改正され、事前の総務大臣協議・同意に関する手続きが不要になった。このため、国が交付要綱等で特に独立行政法人等を補助金等の補助対象から除外した場合を除き、地方公共団体が独立行政法人等を補助対象として採択することが可能となっている。

このため、医政局所管の補助金等についても、平成24年度より法改正に沿って補助の制限に関する記述を削除するなど、交付要綱等においても所要の改正を実施したところである。(一部、引き続き独立行政法人等を対象外とする事業もある。)

各都道府県は本改正を踏まえ補助事業を有効に活用いただきたい。ただし、予算上の制約から要望どおりの補助とならない場合もあるので、予めご了承ください。

(4) 平成26年度予算の執行について

各補助事業において、要望額が予算額を超過した場合は、平成25年度と同様に限られた財源の中で調整を行いながら執行することとなるので、予めご了承ください。

補助事業者からの交付申請書や事業計画書において、単純な計算ミスや基準額を間違えるなどが多発しており、修正や差し替えで非常に多くの時間を要していることから、各都道府県におかれても補助事業者から提出された書類等の十分な審査・点検をお願いします。

なお、一部の都道府県において書類の提出が遅延すると、結果として全体の作業スケジュールが遅れることとなるので、各都道府県におかれては作業の進捗状況を適切に管理し、事業計画書等の早期提出について御協力いただけるようよろしくお願いします。

(5) 平成26年度医療提供体制施設整備交付金（ハード交付金）の執行について

本交付金については、近年要望額が予算額を超過していることから交付額の調整を行ってきたところであり平成26年度も引き続き調整を行う必要が見込まれるところである。

一方、例年の執行状況を精査すると、内示後、交付申請の段階で事業の取り下げを行ったり、大幅な事業計画の変更を行う補助事業者が見受けられ、予算が不足しているにも関わらず不用額が生じる事態となっており、交付金の効果的な執行という観点から問題があると考えている。

各都道府県から事業計画を提出いただく際には、医療計画等に基づく優先順位付けをしていただいているところであるが、加えて、当該事業者が適切に事業を実施できる状況にあるかについても十分精査して優先順位づけをしていただくようお願いします。

なお、やむを得ない事情により事業の取り下げ等を行う事案が発生した場合は、速やかに医政局医療経理室あて連絡いただきたい。

(6) 平成26年度医療提供体制推進事業費補助金（統合補助金）の執行について

①事業区分の見直し

当該補助金については、平成24年度より従来の事業種別ごとの区分を撤廃し、メニュー予算に純化したところから予算案に即した交付要綱の改正を行ったところである。各都道府県におかれては、限られた財源の中で事業費が有効に活用されるよう調整をお願いします。

(平成23年度までの要綱における事業区分)

- A：救急医療対策（運営費）
- B：看護職員確保対策（運営費）
- C：地域医療確保等対策（運営費）
- D：地域医療確保等対策（設備費）
- E：看護職員等確保対策（設備費）

(平成24年度以降の要綱における事業区分)

A～Eまで事業区分を廃止し、全て一本化（事業計画の作成から交付決定まで事業区分のごとに行い、予算額の配分を各区分の範囲で行うなどの制約を廃止）。これにより、都道府県ごとの課題に応じた事業を採択することが可能。

②要望額が予算額を超過した場合について

本補助金については、医療提供体制施設整備交付金と同様に要望額が予算額を超過していることから交付額の調整を行ってきたところであり、平成26年度も引き続き調整を行う必要が見込まれるところである。

各都道府県からの要望額が予算額を超過した場合は、今年度と同様に予算の範囲内に要望額を圧縮することとするが、事業計画を提出いただく際には、要望額を十分に精査し、事業費の過大な見積もり等により補助事業の効率的な執行が妨げられることのないよう、真に必要な事業に特化して要望するようお願いする。

(7) 医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度による基金の執行について

医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度については、基金により、各都道府県が作成した整備計画に基づき実施するものであり、消費税増収分を活用することから、今国会で審議いただく予定の医療法等の改正において、制度として位置付けることとしている。

現在、交付要綱等の制定作業を進めており、改正法案の成立後、速やかに都道府県に発出したい。

2. 補助金等の適正な執行について

補助事業の執行に当たっては、大部分の補助事業者・間接補助事業者等は、関係法令、実施要綱、交付要綱、交付決定の際に付された条件等に従って執行していただいているものと考えているが、会計検査院等から不適切な補助金の執行などについて指摘を受けている例がある。また、会計検査院による指摘以外にも補助金の執行について問題のある事例が発生しており、一部取り消しや減額、加算金を付しての返還命令等の処分が実施されているところである。

これまでも、会計検査院等から指摘があった場合はその都度、不適切な事例や補助金の適正な執行について周知を図ってきたところであるが、改めて、会計検査院や総務省から過去に指摘のあった主な事例や留意事項について以下に挙げたので、各都道府県では、これらの点に留意し、補助金の審査体制を整えるとともに、必要に応じ過去の補助金の総点検や補助事業者等に対する現地調査を行うなど、補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律第3条第2項に定める趣旨を踏まえて補助事業等の適正な執行に努められたい。

なお、これらの補助金の適正な執行については、補助事業者・間接補助事業者等に対し、必ず周知されるようお願いする。

厚生労働省としても今後とも補助事業等の執行状況について、必要に応じて現地調査等を実施する予定なので、ご了解願いたい。

(1) 都道府県等における留意事項

① 交付申請時における十分な審査

(適正な対象経費の計上、適正な費用算定方法、事業の利用見込又は過去の実績等を踏まえた実効性 等)

② 実績報告時における審査

(事業実施状況の確認、交付申請時に審査した事項の再確認、契約書等証拠書類との整合性 等)

③ 定期的な監査等による点検

(補助事業者における書類等の整備、事業目的にあった効率的な活用状況 等)

④ 補助事業者等に対する指導

(補助事業者等として遵守すべき事項の周知 等)

(2) 過去に会計検査院や総務省から指摘のあった主な事例

① 救急医療情報センター運営事業

ア. 情報システムや専用端末の利用が低調であり、センターの目的である救急医療・災害医療に係る総合的な情報収集及び提供機能が十分果たされていないことから、利用率向上の取り組みが必要と指摘された。

イ. 兼務者の人件費を按分せずに全額補助対象経費として計上したため、一部が補助対象外となった。

②小児救急医療支援事業

診療日数の算定方法に誤りがあったため、交付決定の変更（減額）が必要になった。

③第二次救急医療施設勤務医師研修事業

ア. 補助対象外の経費を補助対象経費として計上したため、交付決定の変更（減額）が必要になった。

イ. 県が実施主体であるにもかかわらず県職員に謝金を支払ったため、交付決定額の変更（減額）が必要になった。

ウ. 委託先の講師謝金単価が県よりも高額の事例があり、調整が必要となった。

④救急救命士養成所初度設備整備事業

臨床実習用の救急車を購入しているが、その利用状況が低調であり、利用率の向上を求められた。

⑤救命救急センター運営事業

ア. ドクターカーの運転手の確保に係る経費の算定が不適切であり、交付決定の変更（減額）が必要になった。

イ. 補助対象経費の算出が過大（減価償却費の計上に当たり国庫補助を受けた財産に係る分を計上、給与費から控除すべき手当を控除しない等）であり、交付決定の変更（減額）が必要になった。

ウ. 選定額の算出方法に誤り（基準額と差引事業費の多い方を選定）があり、交付決定の変更（減額）が必要になった。

エ. 補助対象経費の積算が過大（借入利息を計上等）であり、交付決定の変更（減額）が必要になった。

オ. 収入額に手術料、麻酔料等の診療収入を計上していないため、交付決定の変更（減額）が必要になった。

⑥小児救急地域医師研修事業

補助対象経費の支出を裏付ける証拠書類が残されていなかったため、実績報告の担保が取れなかった。

⑦休日夜間急患センター設備整備事業

管理台帳を作成していなかったため、実績報告の担保が取れなかった。

⑧医療施設近代化施設整備事業

事業の一部（電子カルテ等の整備）が未実施であり、補助要件を満たしていなかった。

⑨看護師等養成所運営事業

補助金の経理において、補助の対象とならない経費を補助対象経費に含めるなどし

ていたため、補助対象事業費の精算が課題となった。

⑩共同利用施設設備整備事業及び救命救急センター設備整備事業

内示通知前に購入した医療機器について、契約日を内示日以降の日付に改ざんする等した事業実績報告書等を提出することにより補助金の交付を受けていたため、交付決定の取消し、及び補助金の返還が必要となった。

(3) その他、問題になった事例

①へき地歯科巡回診療班運営事業

補助事業において県職員による横領、不適切経理が行われた。（本省による立ち入り検査実施）

②へき地診療所運営事業

診療所職員（市非常勤職員）による診療費の横領が行われた。

③看護師等養成所運営事業

養成所の合併に起因する混乱から、補助金事務に必要な経理関係の書類が一部紛失した。（厚生局による立ち入り検査実施）

【参考】補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律（抄）

（昭和三十年八月二十七日法律第百七十九号）

（関係者の責務）

第3条 各省各庁の長は、その所掌の補助金等に係る予算の執行に当つては、補助金等が国民から徴収された税金その他の貴重な財源でまかなわれるものであることに特に留意し、補助金等が法令及び予算で定めるところに従つて公正かつ効率的に使用されるように努めなければならない。

2 補助事業者等及び間接補助事業者等は、補助金等が国民から徴収された税金その他の貴重な財源でまかなわれるものであることに留意し、法令の定及び補助金等の交付の目的又は間接補助金等の交付若しくは融通の目的に従つて誠実に補助事業等又は間接補助事業等を行うように努めなければならない。

3. 消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書の処理について

医政局が所管する補助金等に係る消費税及び地方消費税（以下「消費税等」という。）の仕入控除税額については、各交付要綱の定めるところにより補助事業者（間接補助の場合は間接補助事業者をいう。以下同じ。）から報告書を提出いただき、その全部又は一部を国庫又は都道府県に納付としているところである。

当該事務については各都道府県の御協力をいただき、提出された報告書に係る作業を順次進めてきたところであるが、以下のような課題も発生しているところであるので、各都道府県におかれてはご留意の上作業を行っていただくようお願いする。

（1）報告書の確認等について

仕入控除税額報告書の必要書類及び返還金の計算方法については、平成17年9月20日医政発第0900006号「医療施設等施設整備費補助金、医療施設等設備整備費補助金等の消費税及び地方消費税に係る事務処理の適正化について」によりお示ししているところであるが、書類の不備や計算方法の誤り等が少なからず発生しているところである。

各都道府県においては、当該医政局長通知を再度ご確認ください作業を行っていただくとともに、ご不明な点があれば、随時医療経理室決算第一係までお問い合わせいただくようお願いする。

（2）予算措置について

国庫への返還金については都道府県において予算措置を行う必要があるが、平成25年度において、補正予算への計上がされていない都道府県におかれては、平成26年度に速やかに予算措置を講じていただき、医療経理室決算第一係までご連絡をお願いする。

平成26年度以降、返還金が生じる報告書を提出いただいた場合は、審査後に国から返還命令を発出することとなるので、予算措置については報告書の提出と併せて準備いただくようお願いする。

（3）補助事業者への周知について

医政局所管の補助金については仕入控除税額に係る返還の規定が全ての交付要綱に定められているところである。ただし、補助事業者が報告を失念している場合、厚生労働省においてこれを捕捉することは困難であるため、各都道府県におかれては適宜注意喚起等を行っていただき、報告書の提出促進に努めていただくようお願いする。

（4）会計検査院の検査について

本件については、従前より会計検査院の検査の対象となっており、例年決算

検査報告に「不当事項」として記載されているところである。

(参考)

平成23年度：農林水産省、経済産業省、国土交通省、環境省

平成22年度：農林水産省、国土交通省、環境省

平成21年度：経済産業省

平成20年度：農林水産省、水産庁、内閣府沖縄総合事務局、経済産業省、
国土交通省

平成19年度：農林水産省

これらについては、補助事業者である都道府県や市町村に対しても不当と認められた補助金の返還命令が発せられていることから、本作業については国と地方公共団体が連携して適切に処理をしていく必要がある。

各都道府県におかれては引き続き本件に係る作業について御協力をお願いします。

1. 独立行政法人福祉医療機構（医療貸付事業）について

独立行政法人福祉医療機構（以下「機構」という。）は、福祉の増進並びに医療の普及及び向上を目的として、病院、診療所及び介護老人保健施設等の医療関係施設等に対して、その設置・整備又は経営に必要な資金を長期・固定・低利な条件で融資する事業等を行っているところである。

平成26年度医療貸付事業においては、需要動向を踏まえた融資枠とし、国の政策推進に合わせて所要の貸付条件等の設定等を行うこととしたので、管下の医療機関等に対する周知方よろしくお願いしたい。

なお、機構の借入申込みについては、従来より、整備を行う施設等を所管する都道府県知事からの証明書・意見書の提出をお願いしているところであるが、平成26年度においても引き続きご協力をお願いしたい。

また、機構からの融資を予定しているものについては、予め機構の融資相談を受け、適切な事業計画を策定するようご指導願いたい。

（1）事業計画

区 分	平成25年度予算	平成26年度予定	対前年度伸率
貸付契約額	2, 140億円	1, 536億円	△28.2%
資金交付額	2, 058億円	1, 575億円	△23.5%

（2）平成25年度補正予算からの改正事項

- 病院等のスプリンクラー等の設置整備に係る融資条件の優遇措置
病院、介護老人保健施設、診療所及び助産所のスプリンクラー等の設置整備について融資率等の優遇を行う。

<融資率> 90%（介護老人保健施設）

貸し付けの最低額を50万円へ引き下げ

<貸付利率> 財政融資資金借入金利▲0.5%（当初5年間）、6年目以降+0.0~0.1%

<償還期間> 8年以内（うち据置期間1年以内）

（3）平成26年度からの主な改正事項

- 南海トラフ地震に係る地震防災対策の推進に関する特別措置法に基づく医療施設等の津波対策としての高台移転整備に係る融資条件の優遇措置

病院及び診療所が標記の事業を実施する場合、融資率等の優遇を行う。

- <融 資 率> 所要額の95%
- <貸付利率> 当初5年間 無利子
(7.2億円を超える部分は財政融資資金借入金利率▲0.9%)
6、7年目 財政融資資金借入金利率▲0.9%
8年目以降 財政融資資金借入金利率同率

○ 持分なし医療法人へ移行する病院等の経営安定化資金に係る融資制度の新設

持分なし医療法人へ移行する病院、診療所又は介護老人保険施設に係る経営安定化資金について、融資制度を創設する。

<貸付限度額> 2.5億円(病院)

<償還期間> 8年以内(うち据置期間1年以内)

【平成26年度末まで】

(3) 貸付条件の優遇措置

国の政策推進に合わせて所要の貸付条件等の優遇措置を行っており、事業の詳細・貸付限度額、償還期間、貸付金利等については独立行政法人福祉医療機構において公表しているので参考にされたい。

(4) 東日本大震災に係る優遇措置

東日本大震災に係る災害復旧資金については、貸付利率を一定期間無利子とし、融資率を100%とするなどの優遇を行っているところであるが、平成26年度においても引き続きこれらの優遇措置を実施するので管下の医療機関等に対する周知方よろしくお願ひしたい。

◎医療施設の融資のご相談先

東日本地域

医療貸付部医療審査課

TEL: 03-3438-9937

西日本地域

大阪支店医療審査課

TEL: 06-6252-0219