



福岡医発第 2934 号 (地)

平成 26 年 3 月 14 日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会

会長 松 田 峻一良

(公印省略)

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

現在国会に「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」が提出されておりますが、今般、日本医師会よりその関係資料等が送付されてまいりましたのでご参考までにお送りいたします。

同法律案の趣旨は、「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や、地域包括ケアシステムの構築を通じ、地域における医療・介護の総合的な確保を推進することであります。

また、同法律案により、多数の法律が一括して改正されることになります。①「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」では、題名及び目的が改められるとともに、総合確保方針（国）・都道府県計画・市町村計画及び基金（新たな財政支援制度）に関する事項が追加されます。②医療法では、医療計画、病床機能報告制度及び地域医療構想（ビジョン）、地域医療支援センター、医療勤務環境改善支援センター、医療法人の合併、臨床研究中核病院、医療安全確保及び持分なし医療法人への移行促進策（平成 18 年医療法等改正法）に関する改正、③保健師助産師看護師法では特定行為に関する改正が行われます。その他の法律につきましても、本資料の通りになります。

同法律案の多くの部分は、社会保障審議会医療部会（日本医師会中川副会長及び今村副会長が委員として参画）「医療法等改正に関する意見」（平成 25 年 12 月 27 日）を基本にしてあります。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了解いただきますようよろしくお願いいたします。

小郡三井医師会より

地域保健担当理事 白石恒明
介護保険担当理事 古川哲也
会長 蒲池 壽

記

【送付資料】

①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」関係資料

※量が多い資料ですので、厚生労働省のホームページからダウンロードしていただきますようお願いいたします。

URL : <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/186.html>

②厚生労働省全国医政関係主管課長会議資料のうち関係部分

※本内容につきましては、3月19日に開催予定の第2回各医師会地域医療担当理事者会において福岡県保健医療介護部医療指導課よりご説明していただくこととなっております。

(地 I 248)

平成 26 年 3 月 10 日

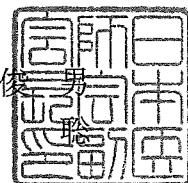
都道府県医師会

担 当 理 事 殿

日本医師会副会長

中 川 俊 男

今 村 聡



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

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、都道府県医師会地域医療ビジョン担当理事連絡協議会につきましては、平成 26 年 3 月 7 日付日医発 1209 号（地 I 243）にてご案内申し上げたところであります。

これに関連いたしまして、ご参考までに、現在国会に提出されております「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」関係資料をお送りいたします。また、先日開催されました厚生労働省による全国医政主管課長会議の資料のうち関係部分も同封いたします。

同法律案の趣旨は、「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や、地域包括ケアシステムの構築を通じ、地域における医療・介護の総合的な確保を推進することであります。

また、同法律案により、多数の法律が一括して改正されることとなります。①「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」では、題名及び目的が改められるとともに、総合確保方針（国）・都道府県計画・市町村計画及び基金（新たな財政支援制度）に関する事項が追加されます。②医療法では、医療計画、病床機能報告制度及び地域医療構想（ビジョン）、地域医療支援センター、医療勤務環境改善支援センター、医療法人の合併、臨床研究中核病院、医療安全確保及び持分なし医療法人への移行促進策（平成 18 年医療法等改正法）に関する改正、③保健師助産師看護師法では特定行為に関する改正が行われます。その他の法律につきましても、本資料の通りになります。

同法律案の多くの部分は、社会保障審議会医療部会（当職が兩名とも委員として参画）「医療法等改正に関する意見」（平成 25 年 12 月 27 日）を基本にしております。

つきましては、本会として今後も情報提供をして参る所存であります。貴会におかれましても、貴会管下郡市区医師会等との協議並びに貴都道府県行政との折衝等の早期の実施につきご高配賜りますよう、改めてよろしくお願い申し上げます。

お問い合わせ先

日本医師会地域医療第 1 課／地域包括ケア推進室

担当：青木、土屋、大原

Tel 03-3942-6137 Fax 03-3946-2140

E-mail chiiki_1@po.med.or.jp

c-care@po.med.or.jp

全国医政関係主管課長会議資料

平成26年3月3日（月）

於：専用第15，16会議室

厚生労働省医政局

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）

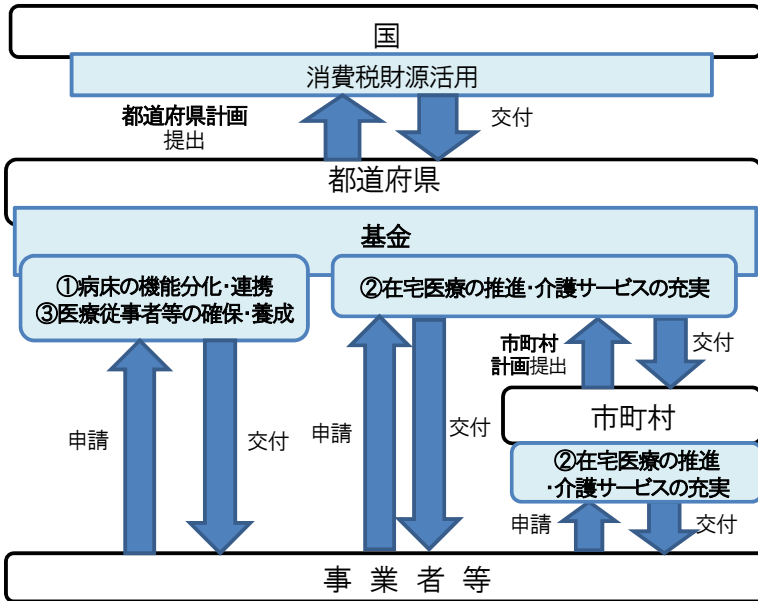
公布日。ただし、医療法関係は平成26年10月以降、介護保険法関係は平成27年4月以降など、順次施行。

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

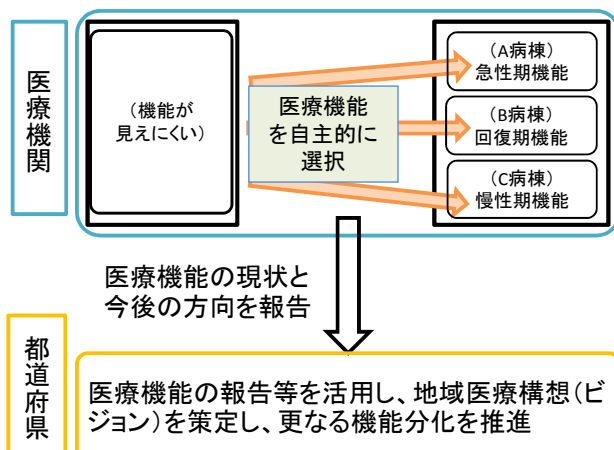
○ 病床機能報告制度(平成26年度～)

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。

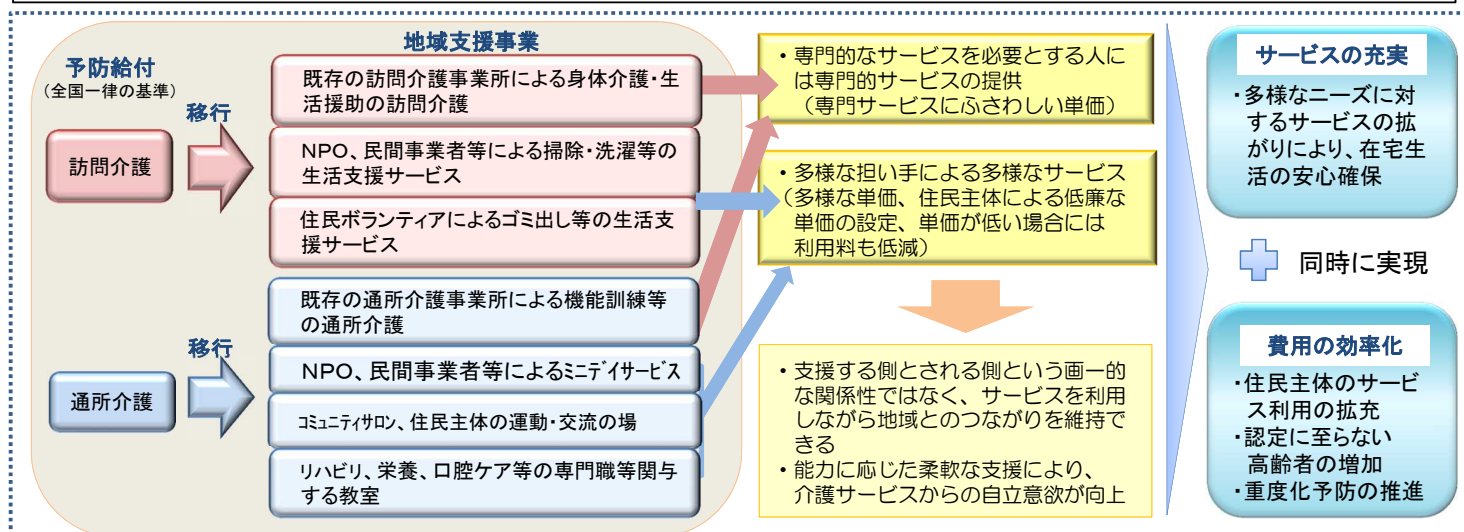
※ 現行の医療法上、公的医療機関等に対しては、都道府県知事が稼働していない病床の削減を命令することができることとなっている。

【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、事業への移行分を賄えるように見直し。
- 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

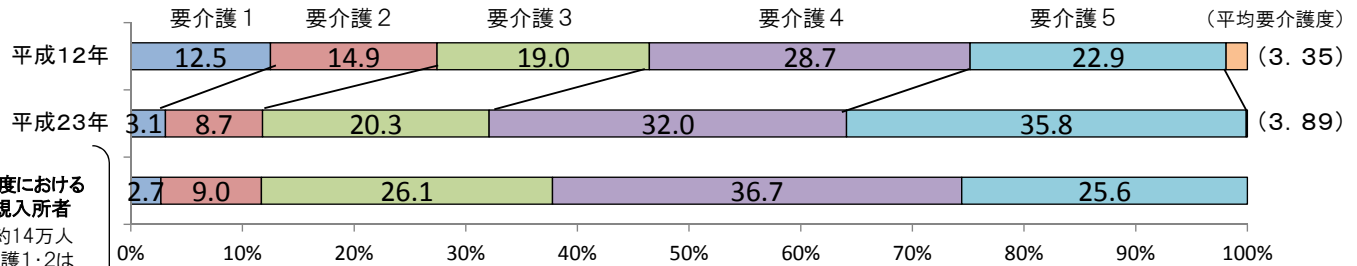
特別養護老人ホームの重点化

〔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。（平成21年12月集計。調査時点は都道府県によって異なる。）

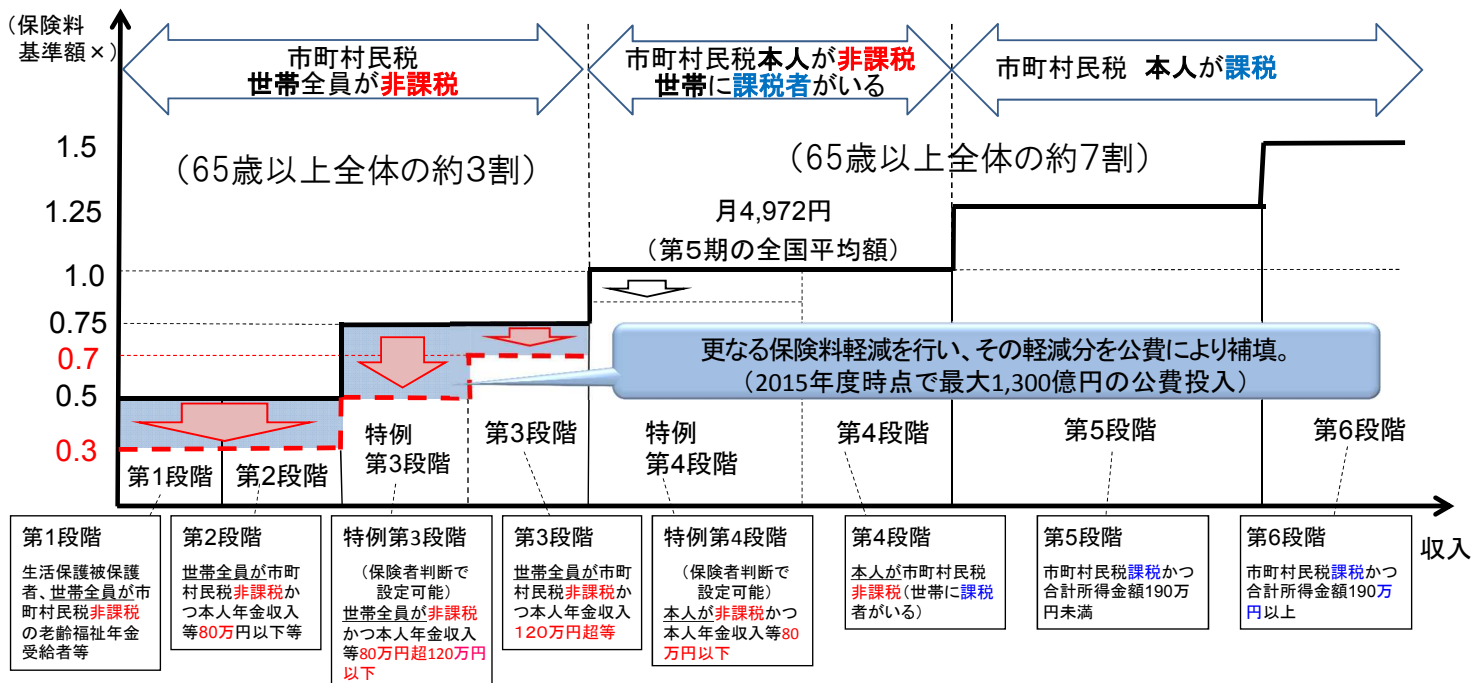
低所得者の一号保険料の軽減強化

〔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



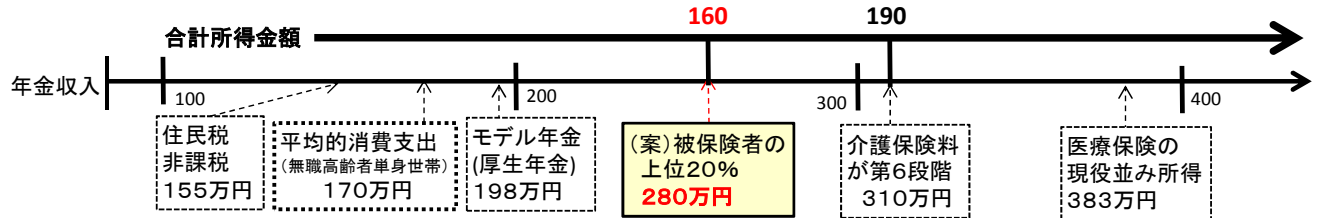
一定以上所得者の利用者負担の見直し

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

〈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)		

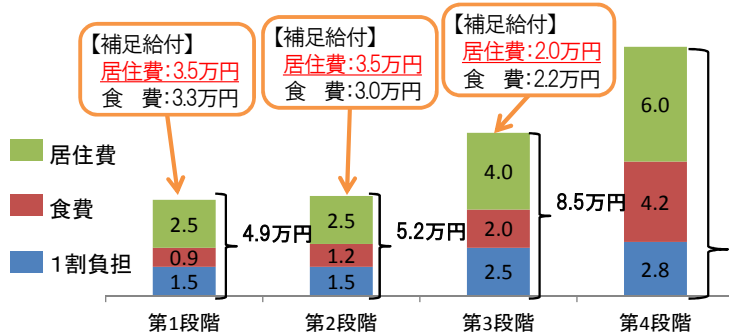
参考: 医療保険の70歳以上の高額療養費の限度額

	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



第1段階	・生活保護受給者 ・市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者
第2段階	・市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額+合計所得金額が80万円以下
第3段階	・市町村民税世帯非課税であって、利用者負担第2段階該当者以外
第4段階 ~	・市町村民税本人非課税・世帯課税 ・市町村民税本人課税者

(※) 認定者数: 103万人、給付費: 2844億円[平成23年度]

〈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

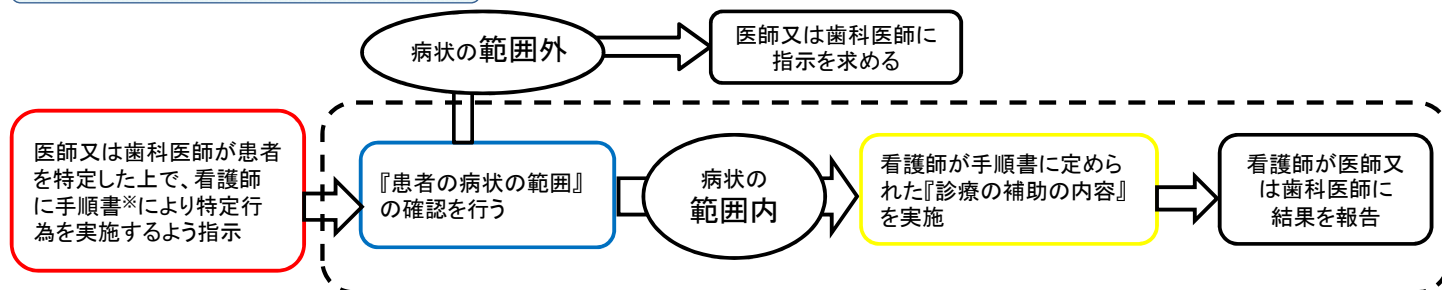
補足給付の支給段階の判定に当たり、非課税年金(遺族年金・障害年金)も勘案する

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)。

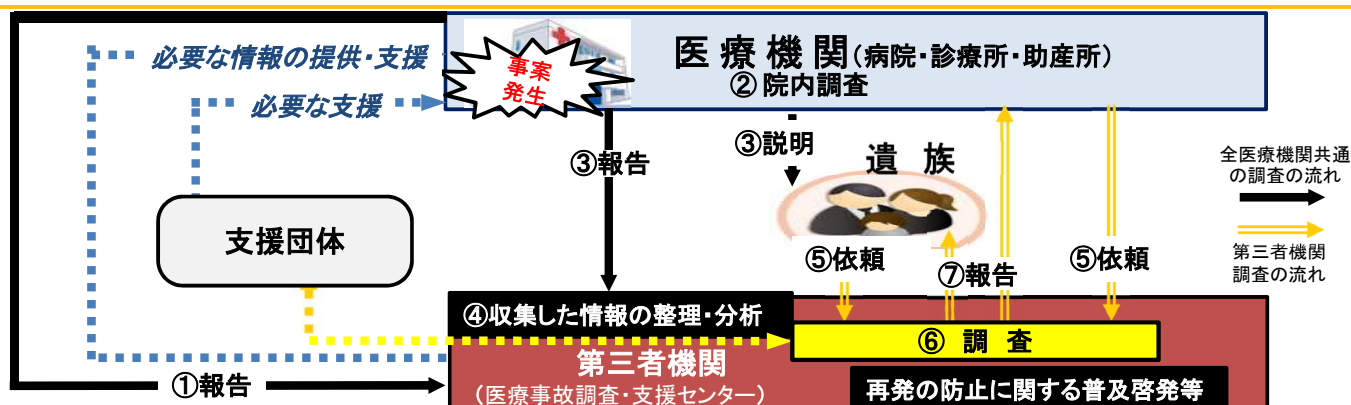
医療事故に係る調査の仕組み

- 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。



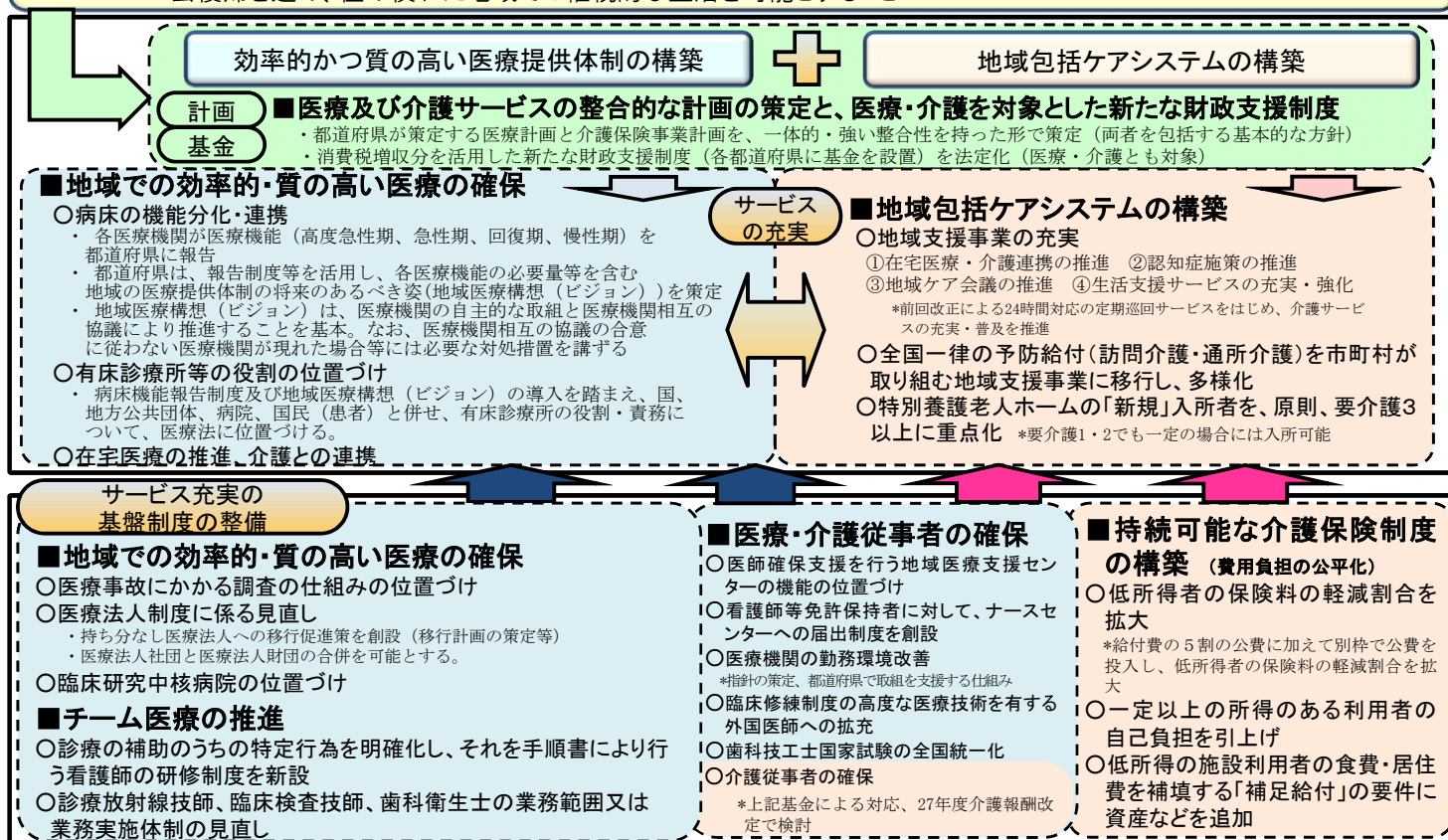
(注1) 支援団体については、実務上厚生労働省に登録するとともに、委託を受けて第三者機関の業務の一部を行う。

(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）

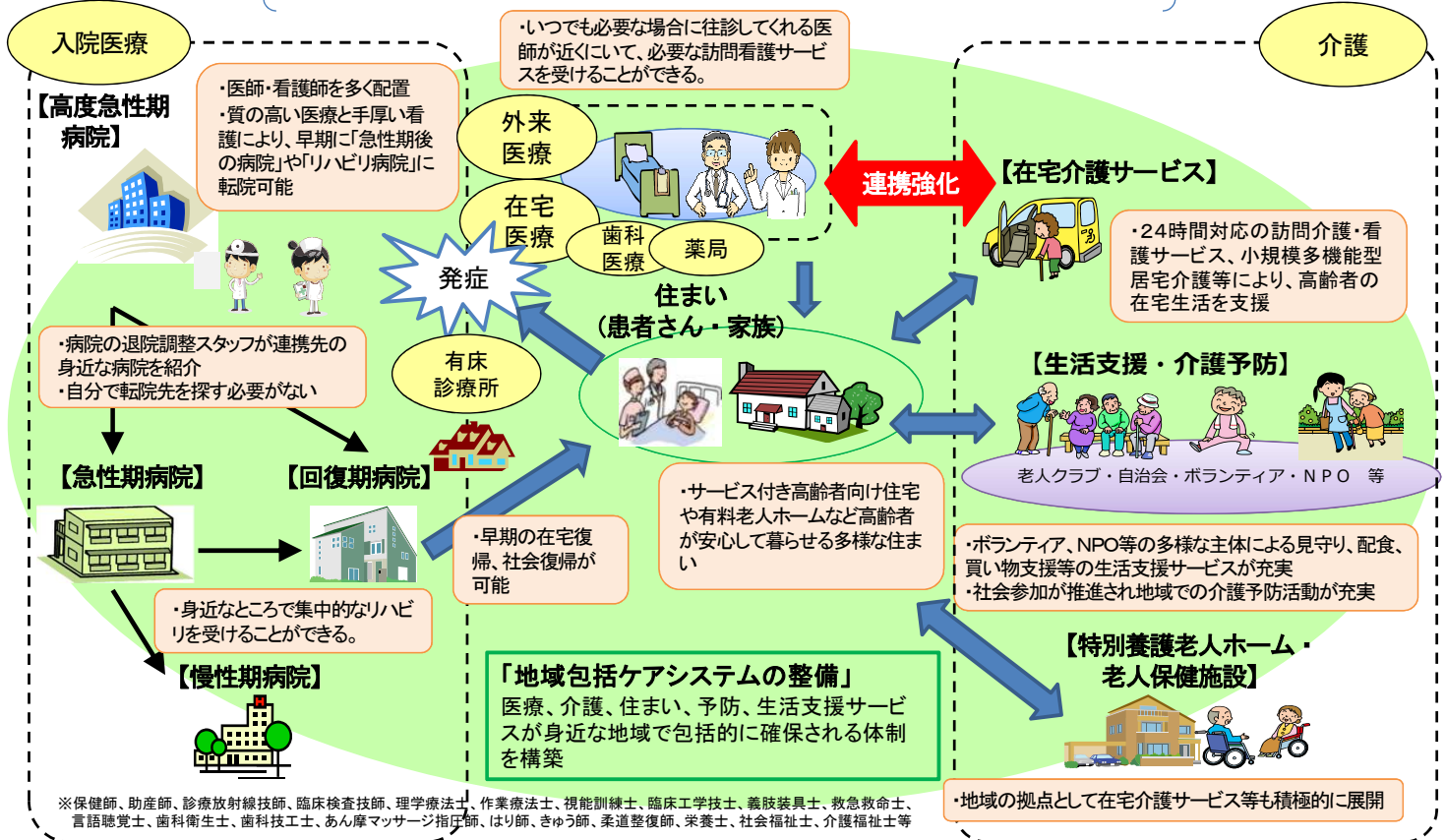
地域における医療・介護の総合的な確保を図るための改革

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

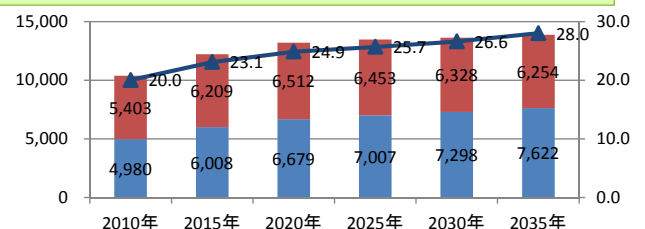
(日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者数の推計)

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、社団法人と財団法人の合併) ○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) ※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 ○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ー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ー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ー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。

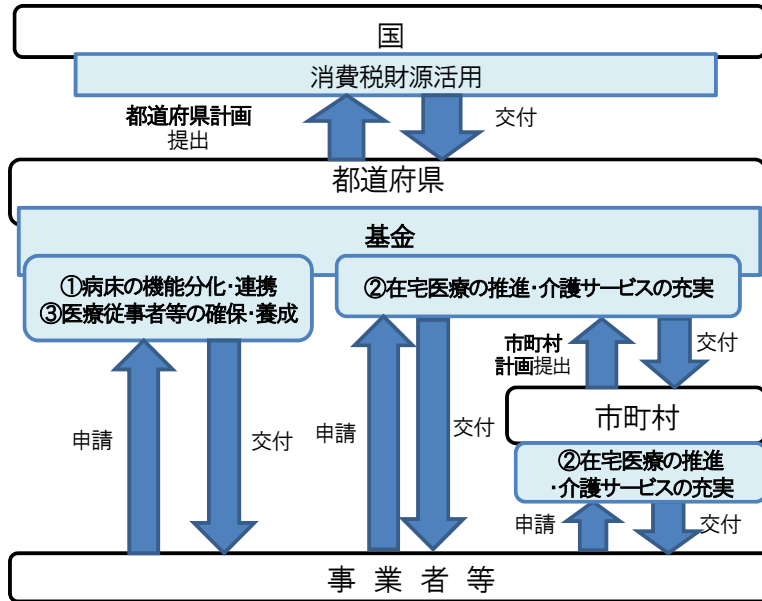
* 地域介護・福祉空間整備交付金の根拠法である「地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律」(「地域介護施設整備促進法」)を発展的に改組

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

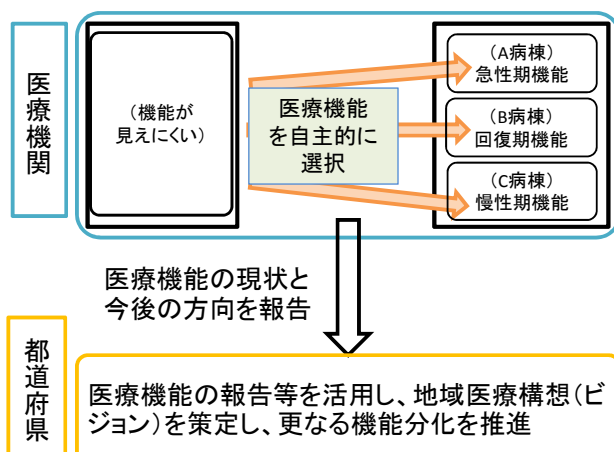
○ 病床機能報告制度(平成26年度～)

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

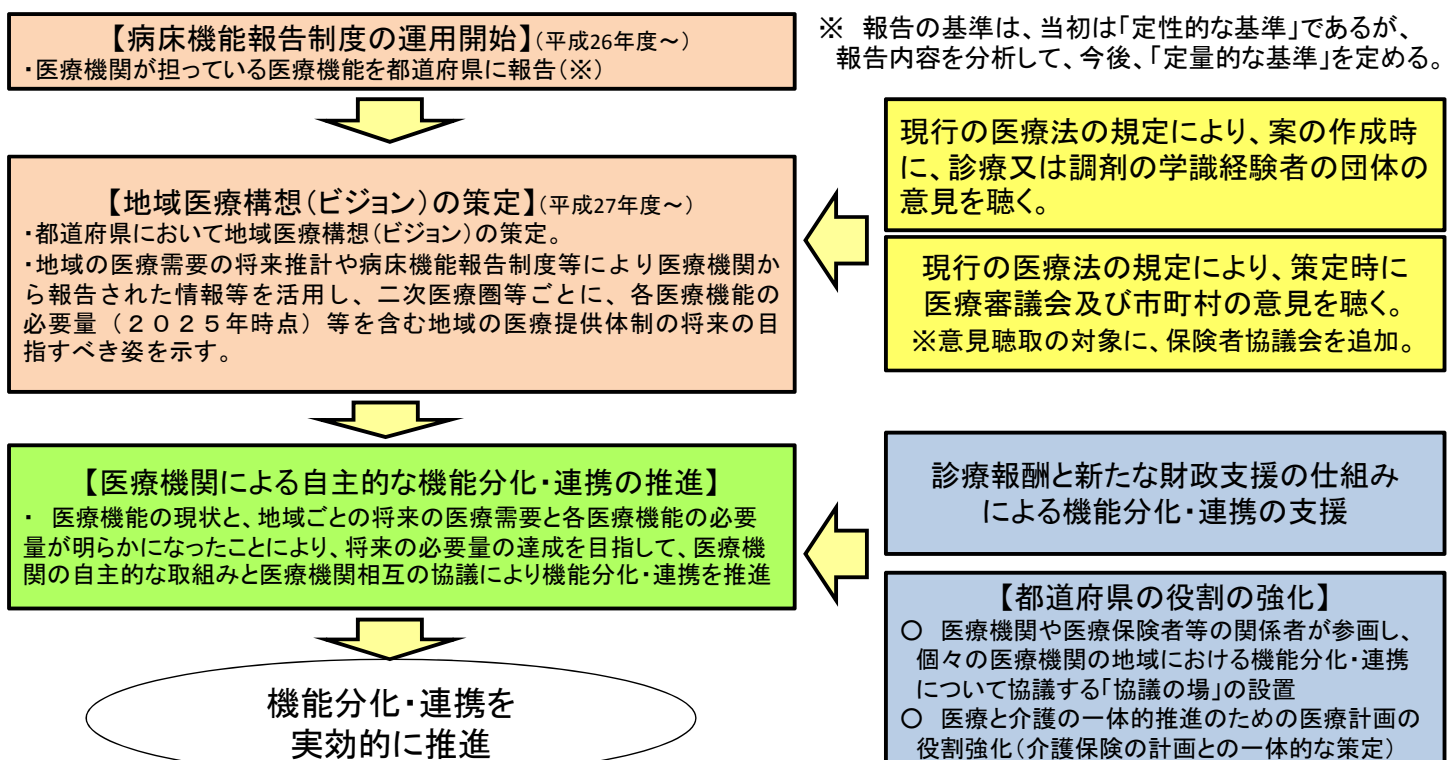
(注) 一般病床及び療養病床について、上記の医療機能及び提供する医療の具体的内容に関する項目を報告することとする。

◎ 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	}	現行制度上可能。
社団	社団	社団		
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

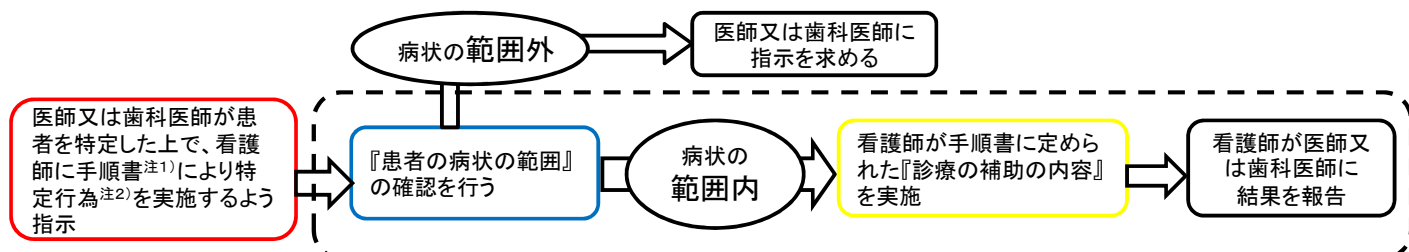
※ なお、医学の教育又は研究のため特に必要があるときに、遺族の承諾を得た上で死体の全部又は一部を標本として保存できることを定めた死体解剖保存法第17条の規定に臨床研究中核病院を追加する。

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
ドレーン管理関連	腹腔ドレーン抜去（腹腔穿刺後の抜針含む） 胸腔ドレーン抜去 胸腔ドレーン低圧持続吸引中の吸引圧の設定・変更 心臓ドレーン抜去 創部ドレーン抜去 硬膜外チューブからの鎮痛剤の投与、投与量の調整	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
		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

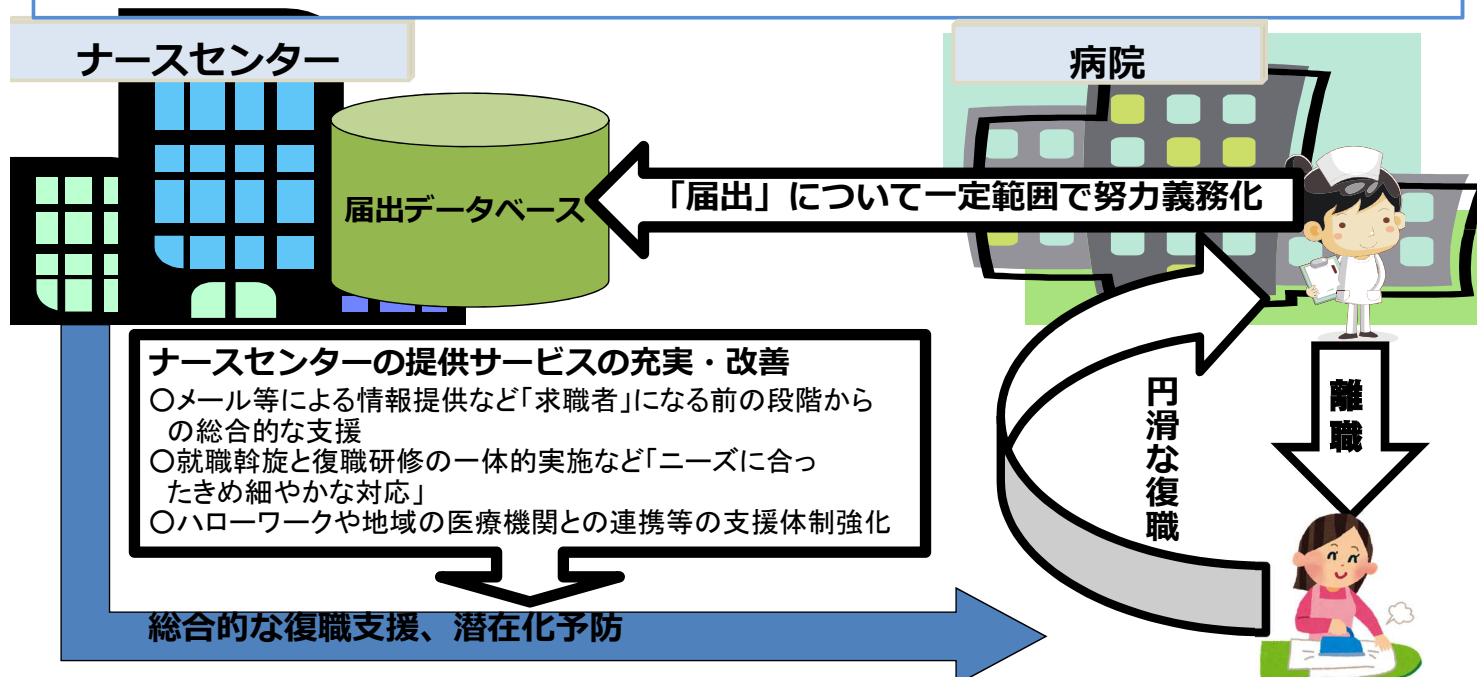
- ・ 都道府県が責任を持って医師の地域偏在の解消に取り組むコントロールタワーの確立。
- ・ 地域枠医師や地域医療支援センター自らが確保した医師などを活用しながら、キャリア形成支援と一体的に、地域の医師不足病院の医師確保を支援。
- ・ 専任の実働部隊として、喫緊の課題である医師の地域偏在解消に取り組む。
 - ・ 設置場所：都道府県庁、大学病院、都道府県立病院、医師会 等

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

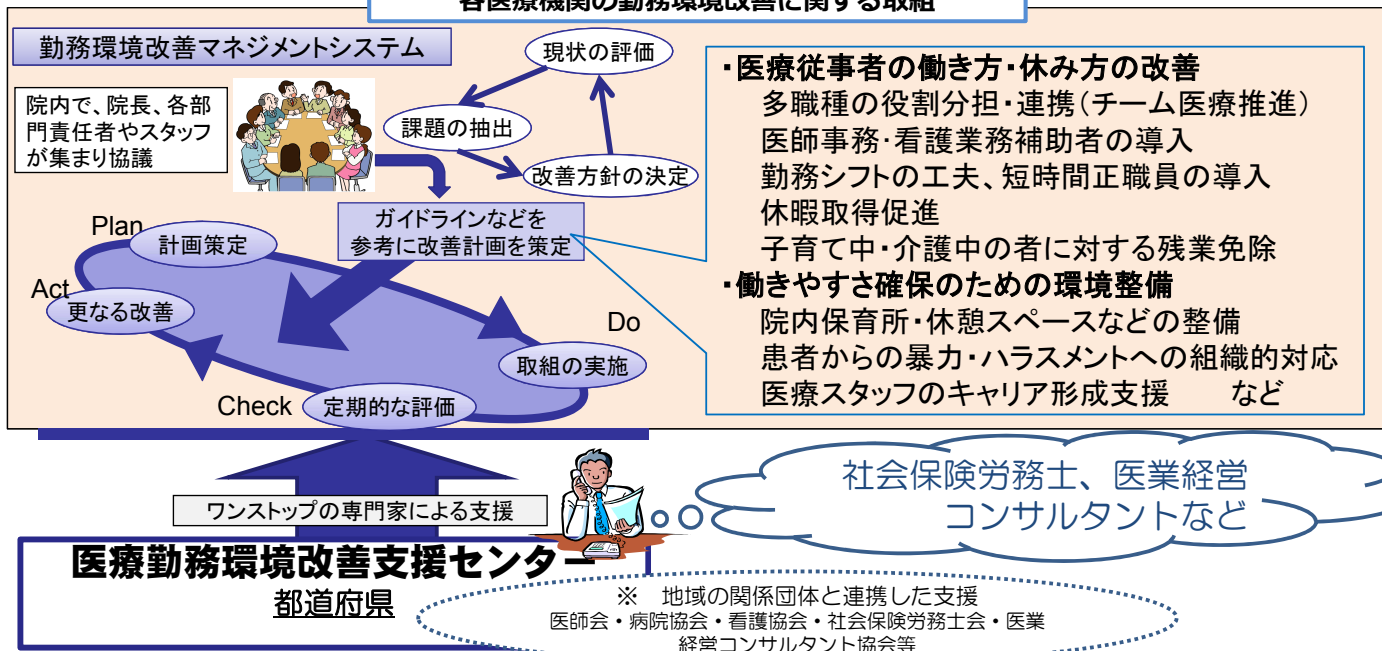
- 都道府県ナースセンターが中心となって、看護職員の復職支援の強化を図るため
 - ・ 看護師等免許保持者について一定の情報の届出制度を創設し、離職者の把握を徹底。
 - ・ ナースセンターが、離職後も一定の「つながり」を確保し、求職者になる前の段階から効果的・総合的な支援を実施できるようナースセンターの業務を充実・改善。
 - ・ 支援体制を強化するための委託制度やその前提となる守秘義務規定等関連規定を整備。



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



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	・ 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	・ 3年以上の診療経験があること
受入病院の基準	・ 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	・ 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	・ 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。	・ 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	・ 教授・臨床研究に関連する診療(処方せんの交付を除く。)	・ 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「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。

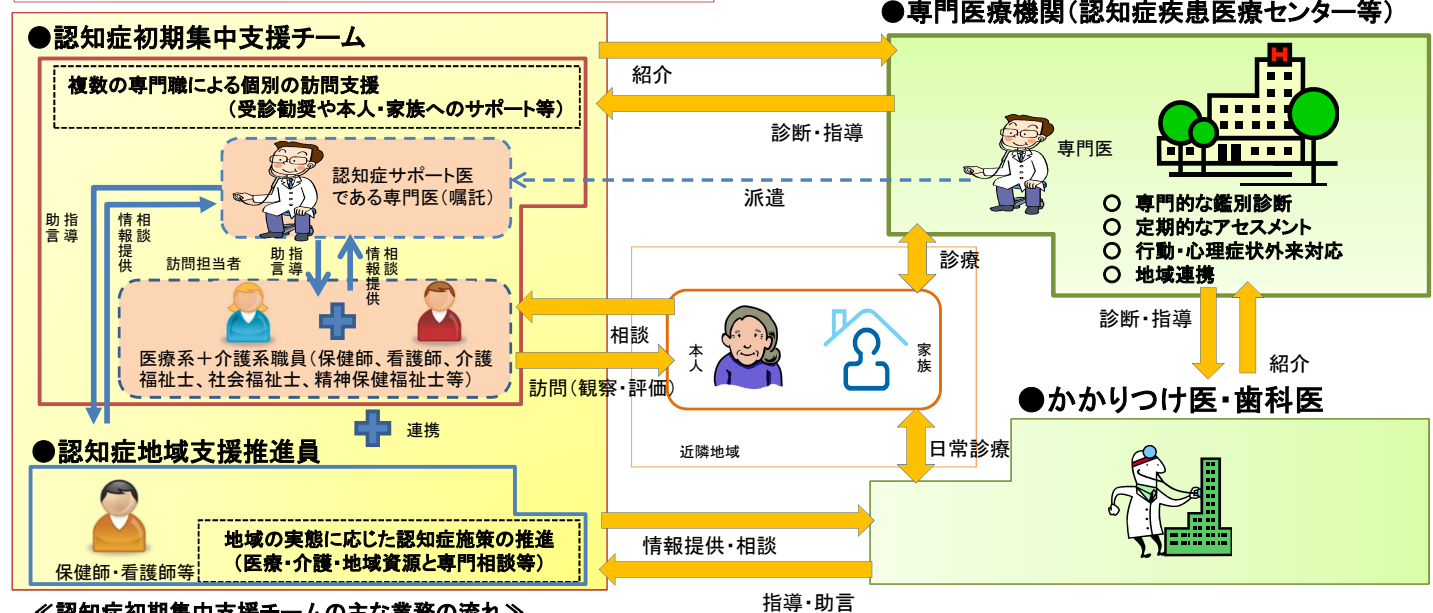
事項	5か年計画での目標	備考
○標準的な認知症ケアパスの作成・普及 ※ 「認知症ケアパス」(状態に応じた適切なサービス提供の流れ)	平成27年度以降の介護保険事業計画に反映	平成25年度ケアパス指針作成
○「認知症初期集中支援チーム」の設置 ※ 認知症の早期から家庭訪問を行い、認知症の人のアセスメントや、家族の支援などを行うチーム	平成26年度まで全国でモデル事業を実施 平成27年度以降の制度化を検討	・平成25年度モデル事業14カ所 ・平成26年度予算(案)では、地域支援事業(任意事業)で100カ所計上
○早期診断等を担う医療機関の数	平成24年度～29年度で約500カ所整備	・平成25年度約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



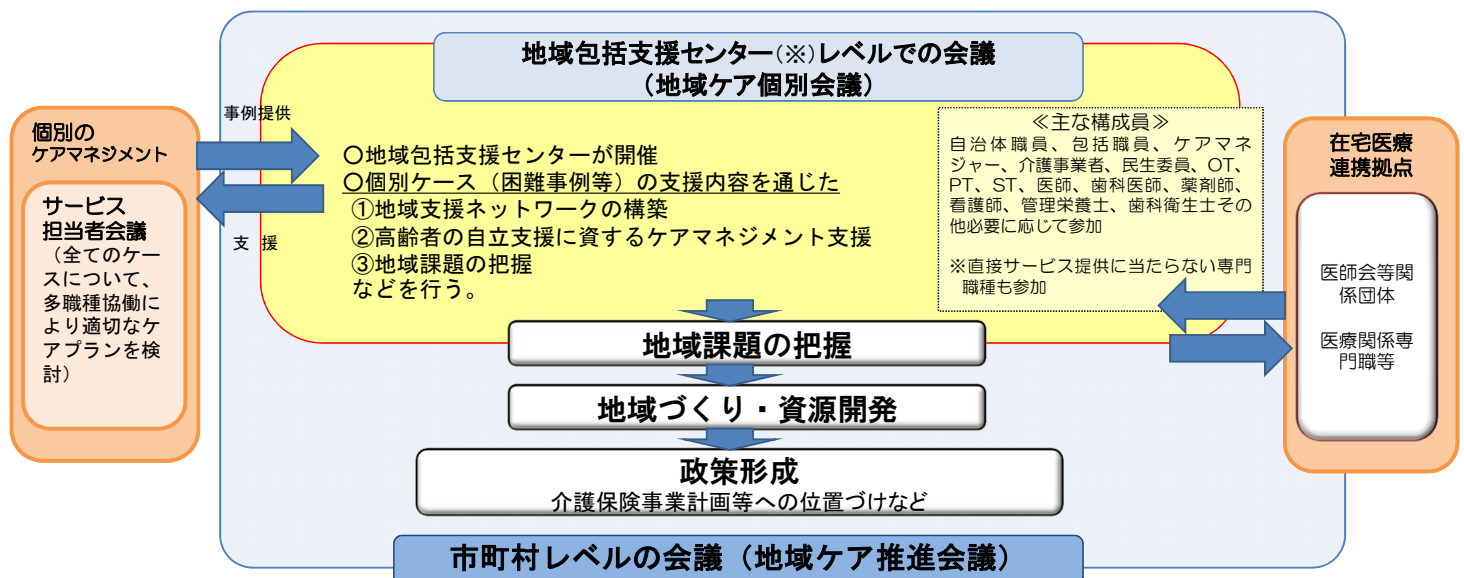
＜認知症初期集中支援チームの主な業務の流れ＞

- 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)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

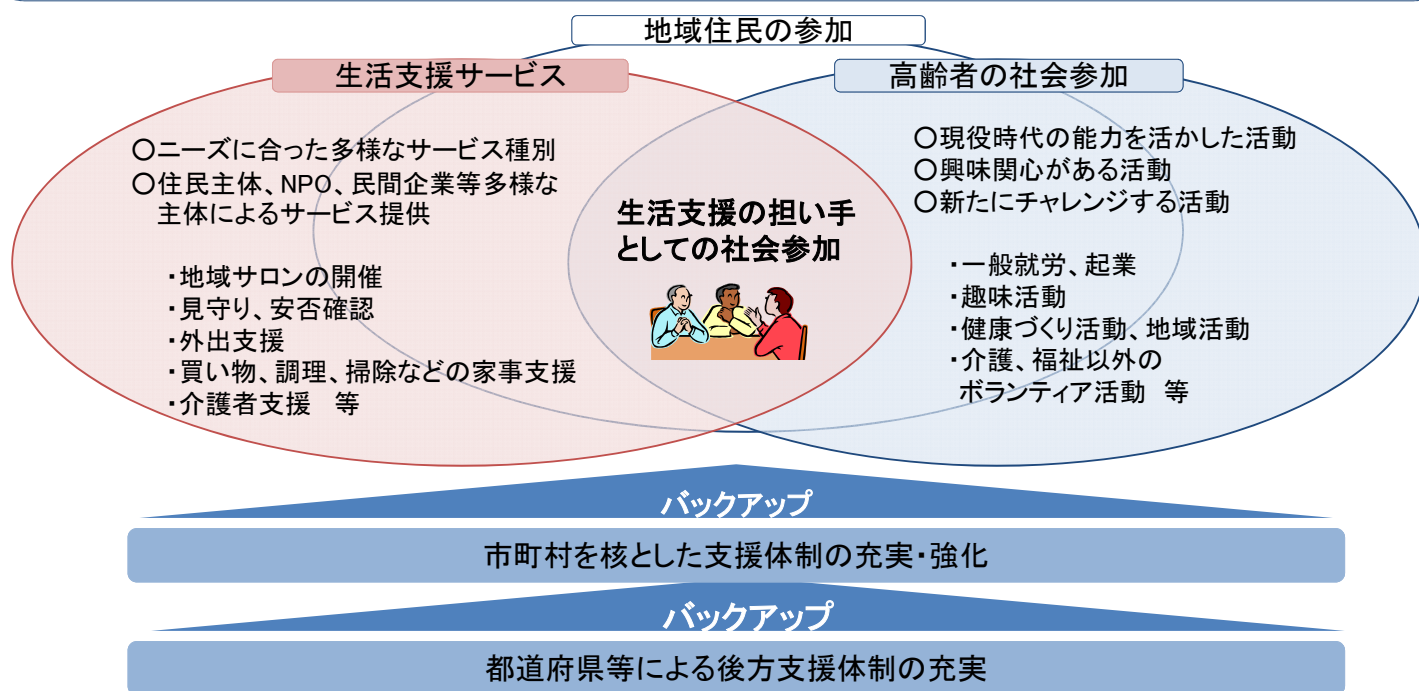
- 「地域ケア会議」(地域包括支援センター及び市町村レベルの会議)については、地域包括ケアシステムの実現のための有効なツールであり、更に取組を進めることが必要。
- 具体的には、個別事例の検討を通じて、多職種協働によるケアマネジメント支援を行うとともに、地域のネットワーク構築につなげるなど、実効性あるものとして定着・普及させる。
- このため、これまで通知に位置づけられていた地域ケア会議について、介護保険法で制度的に位置づける。

・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)



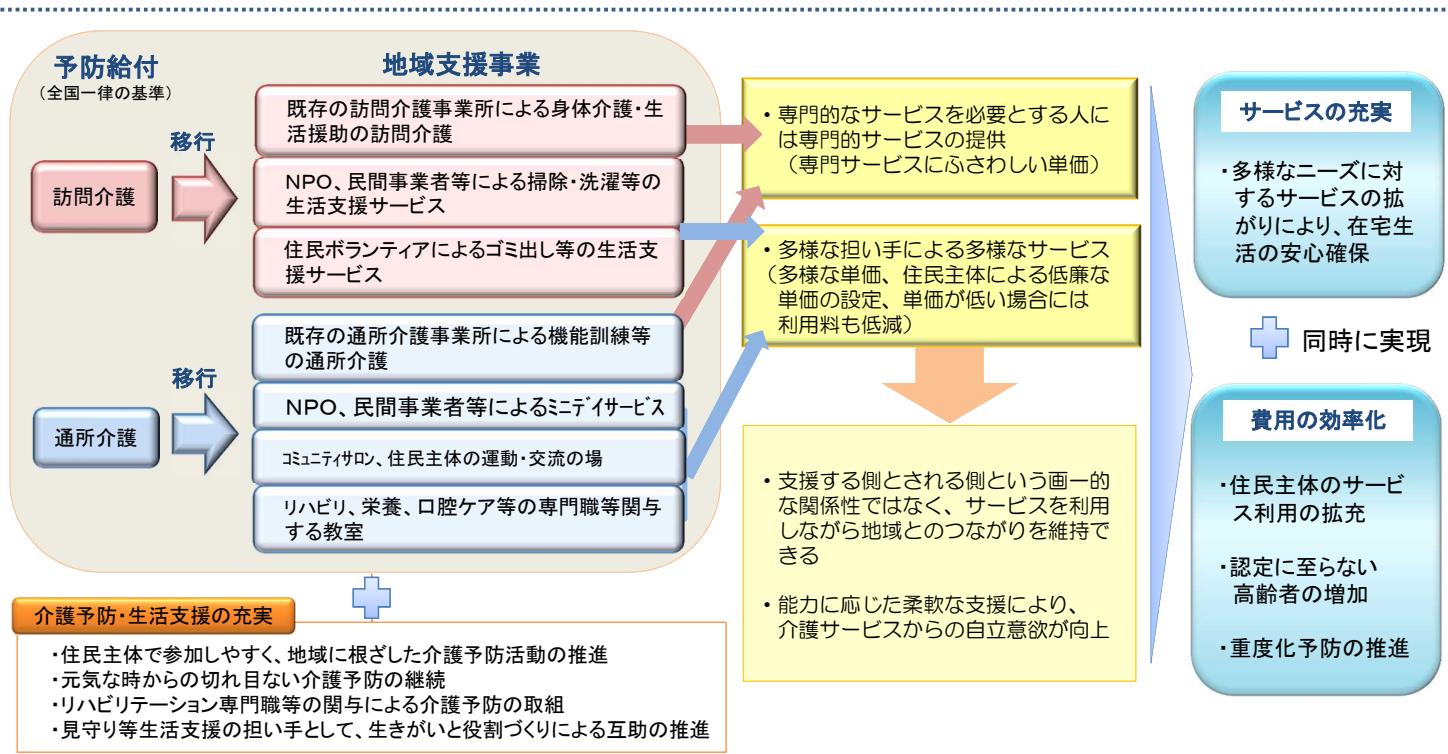
生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加

- 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。



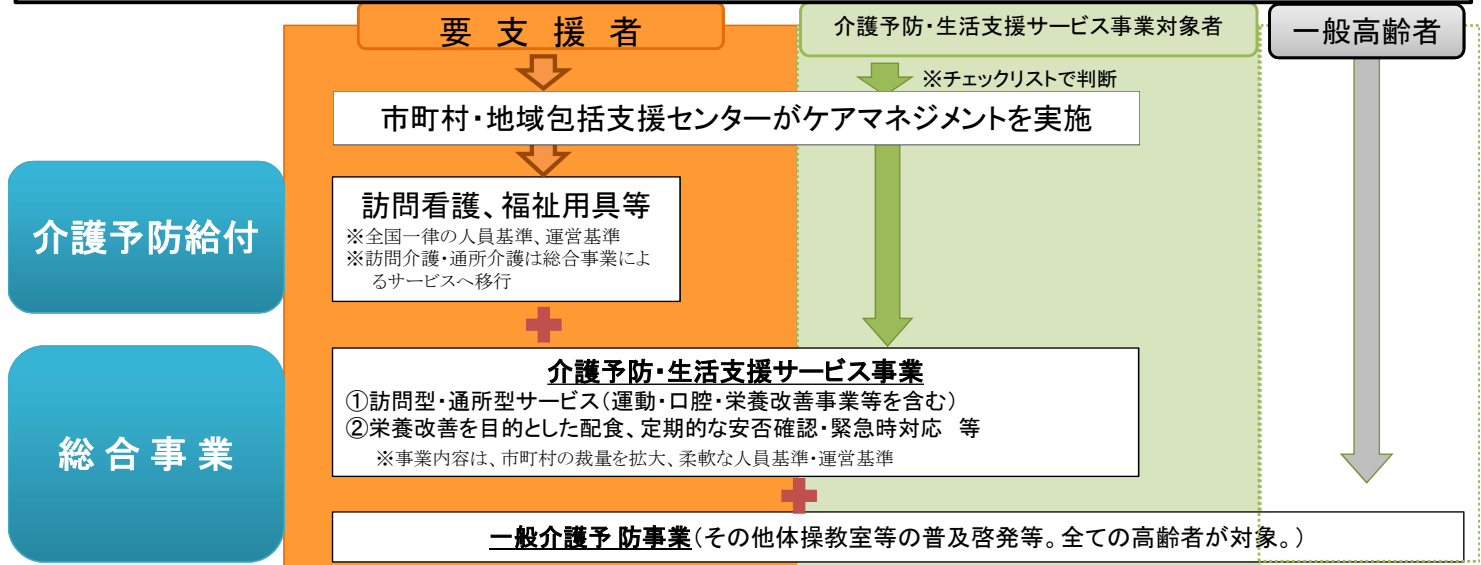
予防給付の見直しと生活支援サービスの充実

- 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。



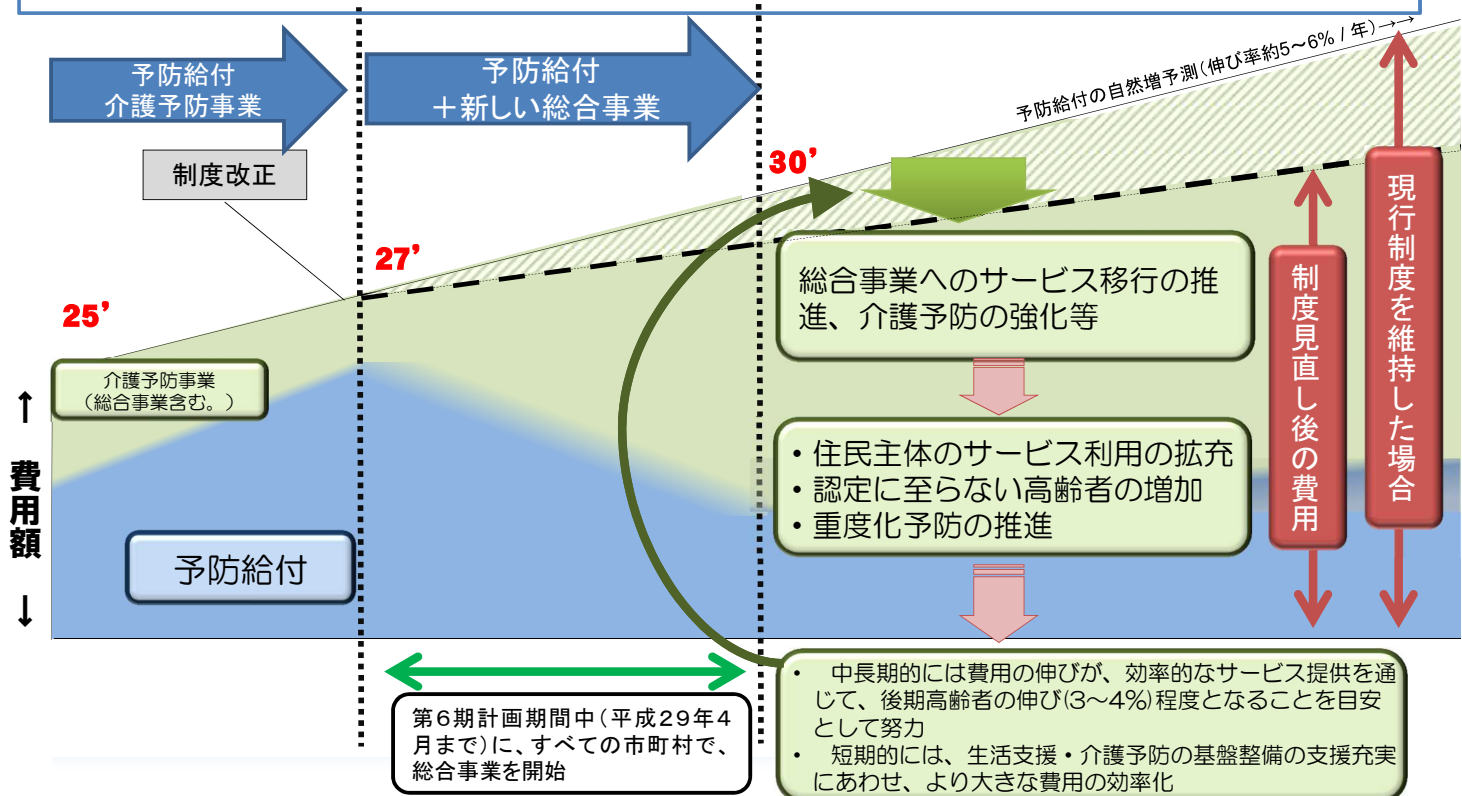
新しい介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）

- 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。



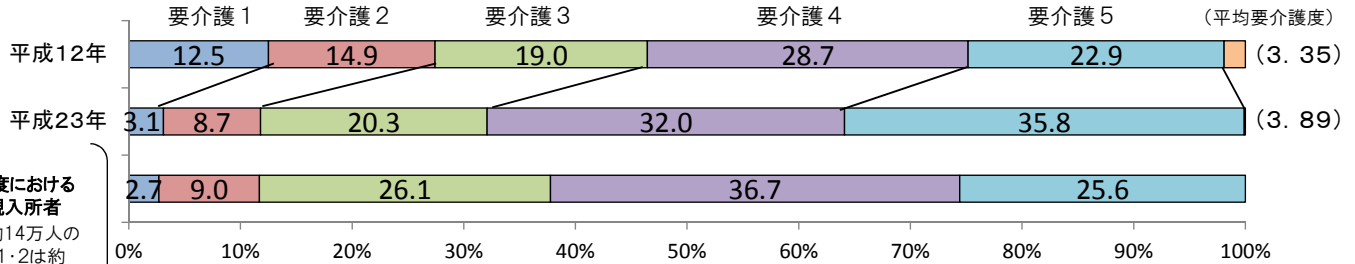
特別養護老人ホームの重点化

〔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） ≫



特養の入所申込者の状況

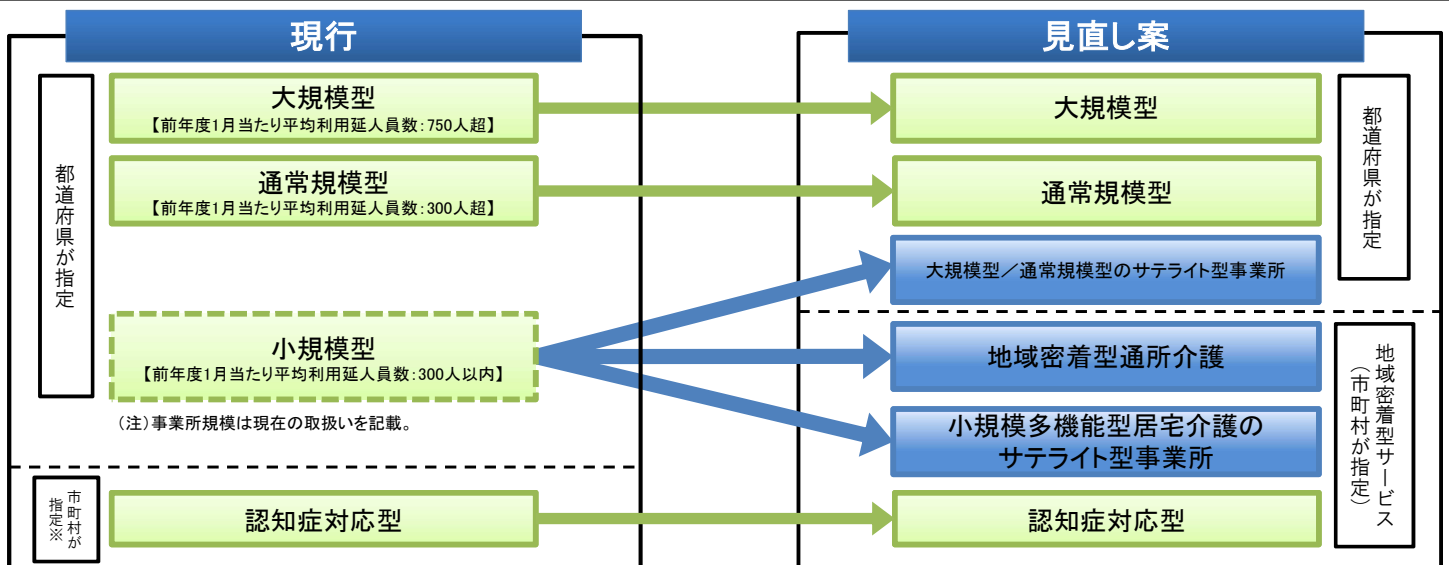
(単位：万人)

	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。）

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。



※地域密着型サービス

※地域密着型サービスとした場合の市町村の事務等

- 事業所の指定・監督
- 事業所指定、基準・報酬設定を行う際、住民、関係者からの意見聴取
- 運営推進会議への参加 等

※地域密着型サービスは、市町村の判断で公募により事業者を指定できる。

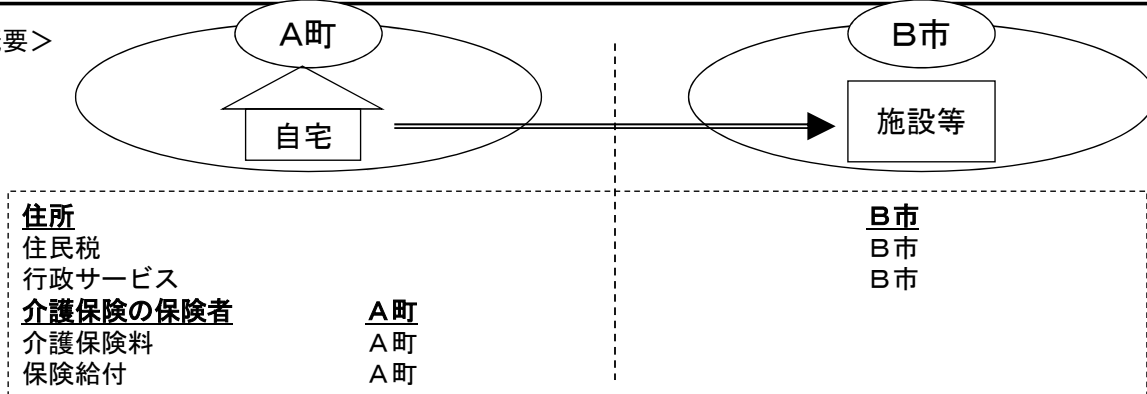
- 現在、居宅介護支援事業者の指定は、事業所からの申請により、都道府県が行うこととなっているが、指定都市・中核市以外の市町村にも指定権限を移譲する。(平成30年度施行)

※ 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

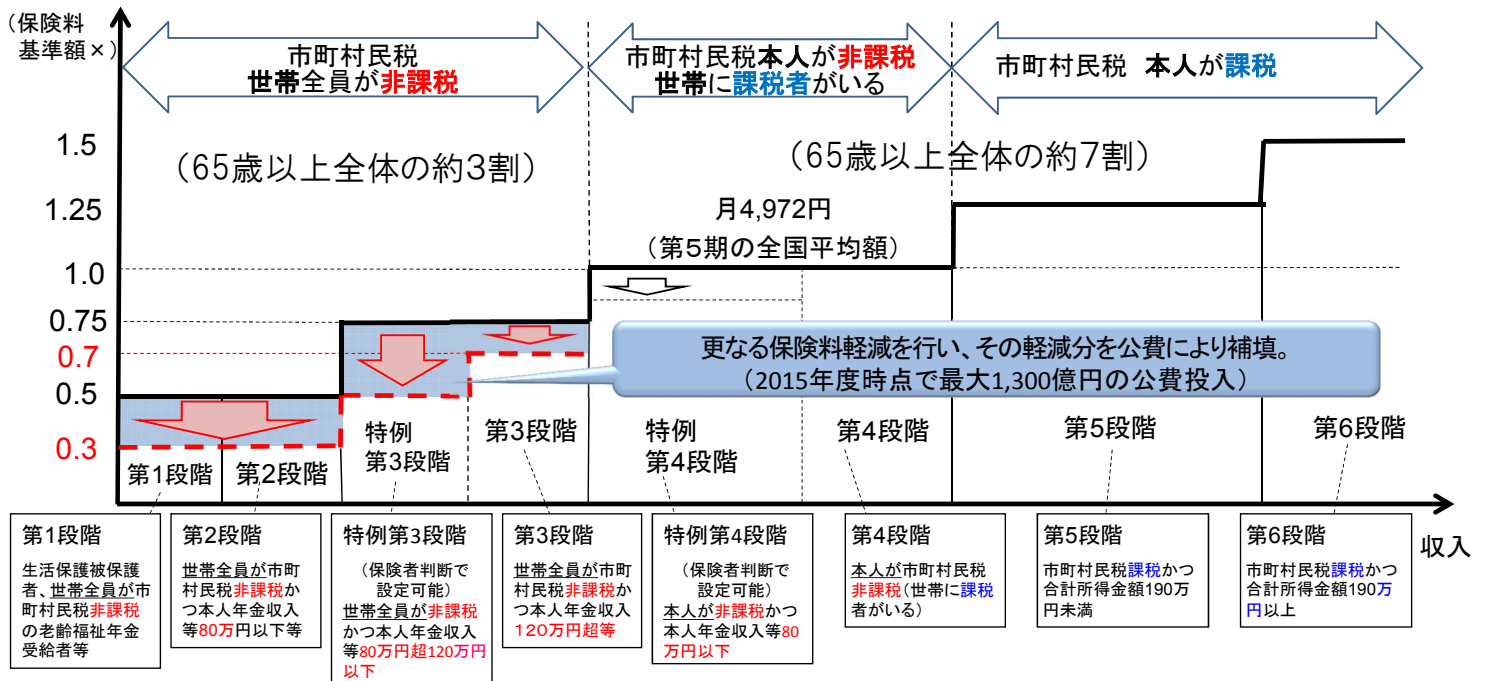
低所得者の一号保険料の軽減強化

〔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



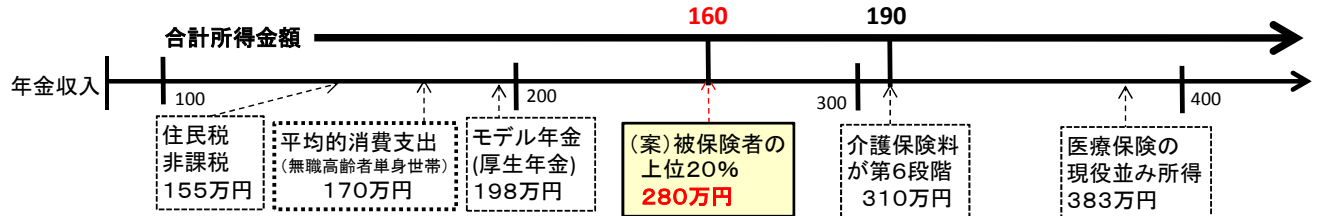
一定以上所得者の利用者負担の見直し

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

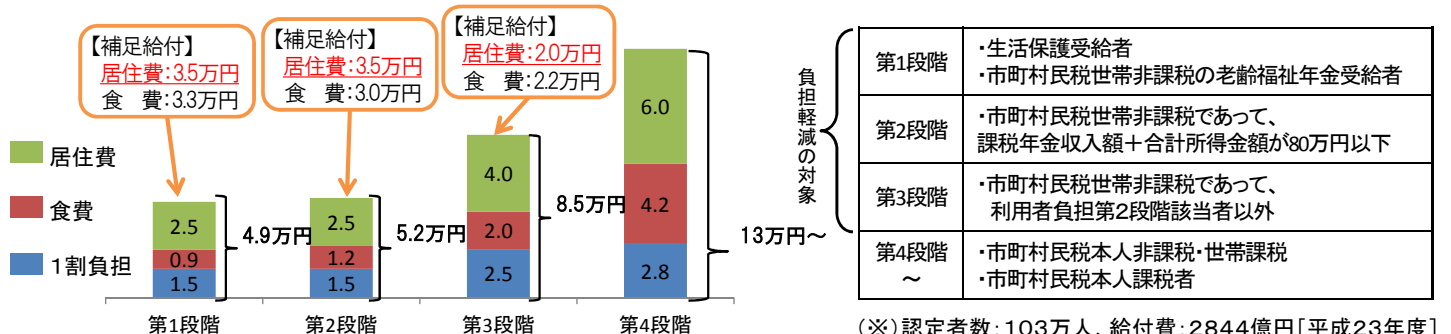
〈現行〉		〈見直し案〉	
	自己負担限度額(月額)		
一般	37,200円(世帯)	現役並み所得相当	44,400円
市町村民税世帯非課税等	24,600円(世帯)	一般	37,200円
年金収入80万円以下等	15,000円(個人)		

	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



(※) 認定者数: 103万人、給付費: 2844億円[平成23年度]

〈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

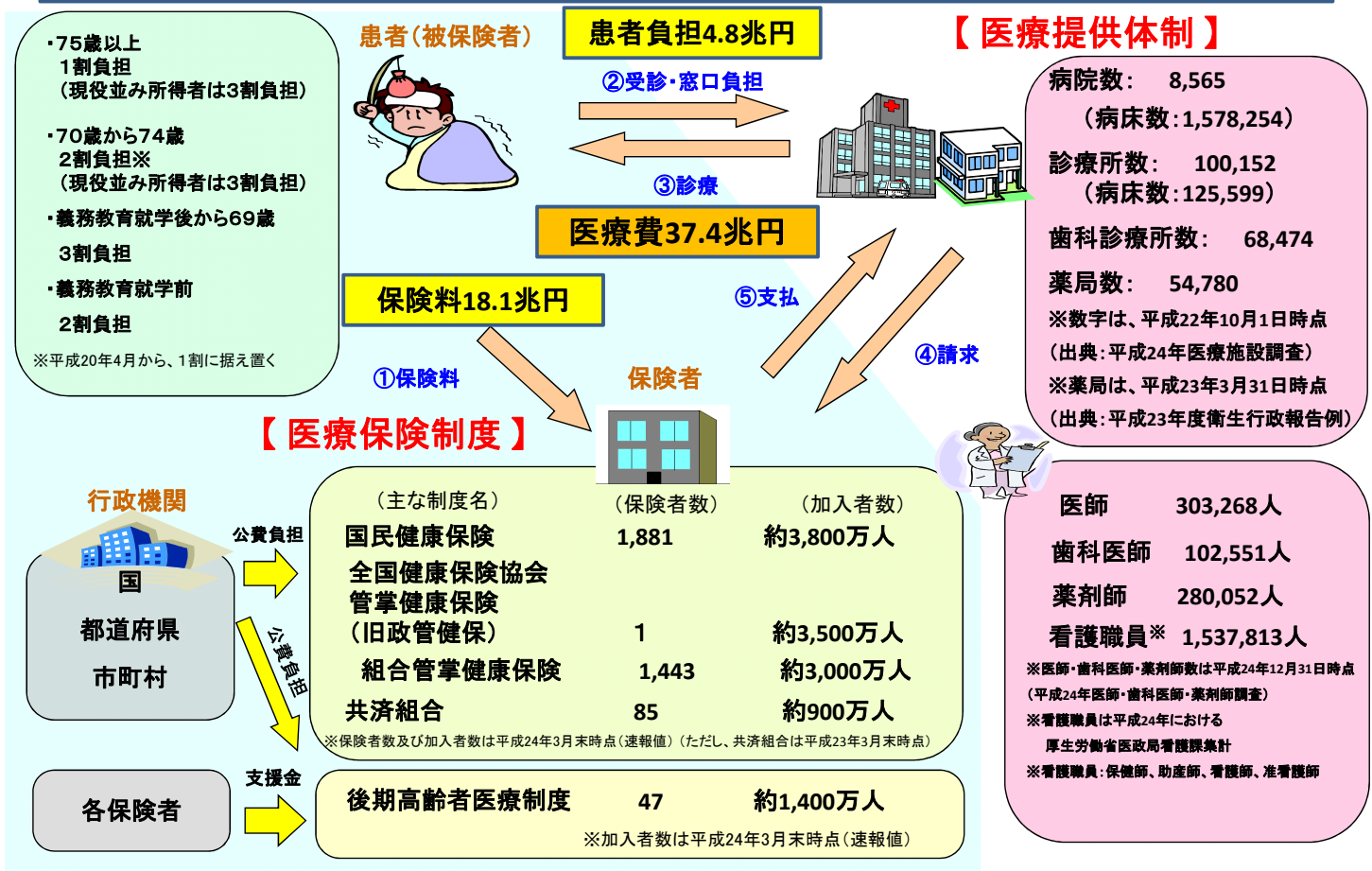
- 平成19年の制度改正により、資格取得方法の見直しを実施。実務者研修の義務付け(実務者ルート)及び国家試験の義務づけ(養成施設ルート)が平成27年度から施行予定。
- しかし、依然、介護人材の確保が困難な状況が続き、今後の経済状況の好転による他業種への流出懸念が高まる中で、介護業界への入職意欲を削がないようにし、幅広い方面から人材を確保するための方策を講じる必要性が高まっている。

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

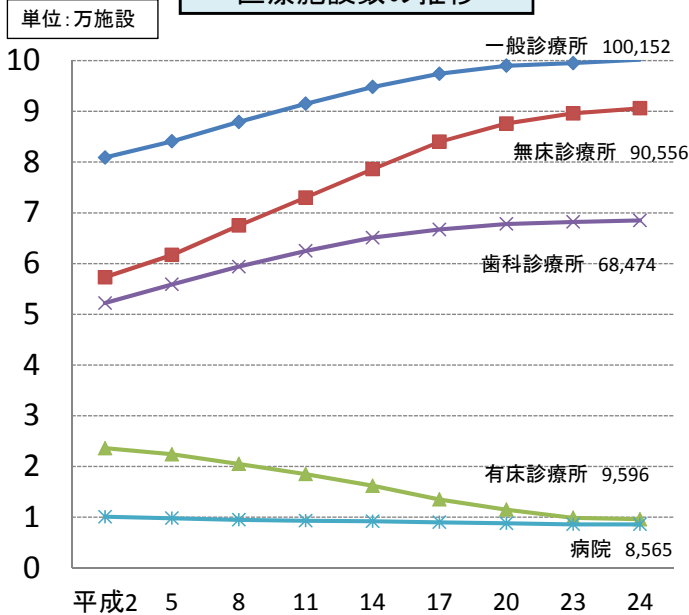
我が国の医療提供体制の概要



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。

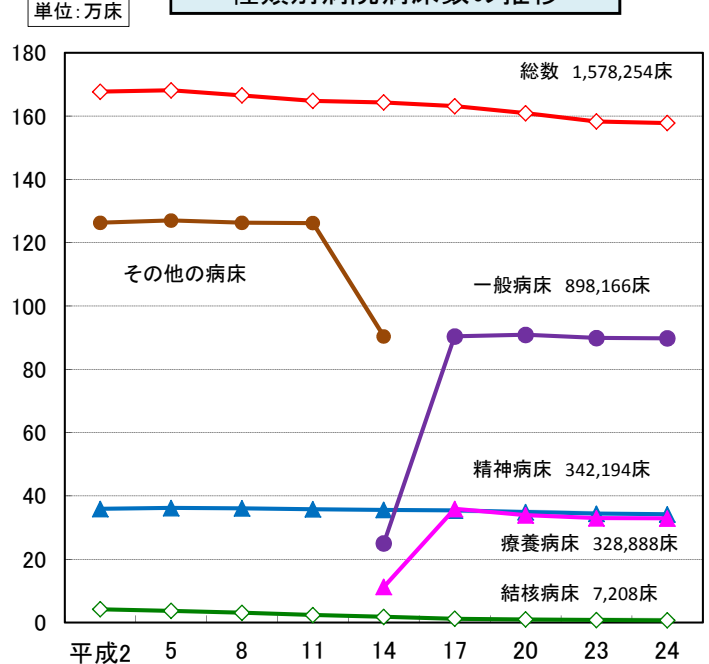
医療施設数の推移



※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

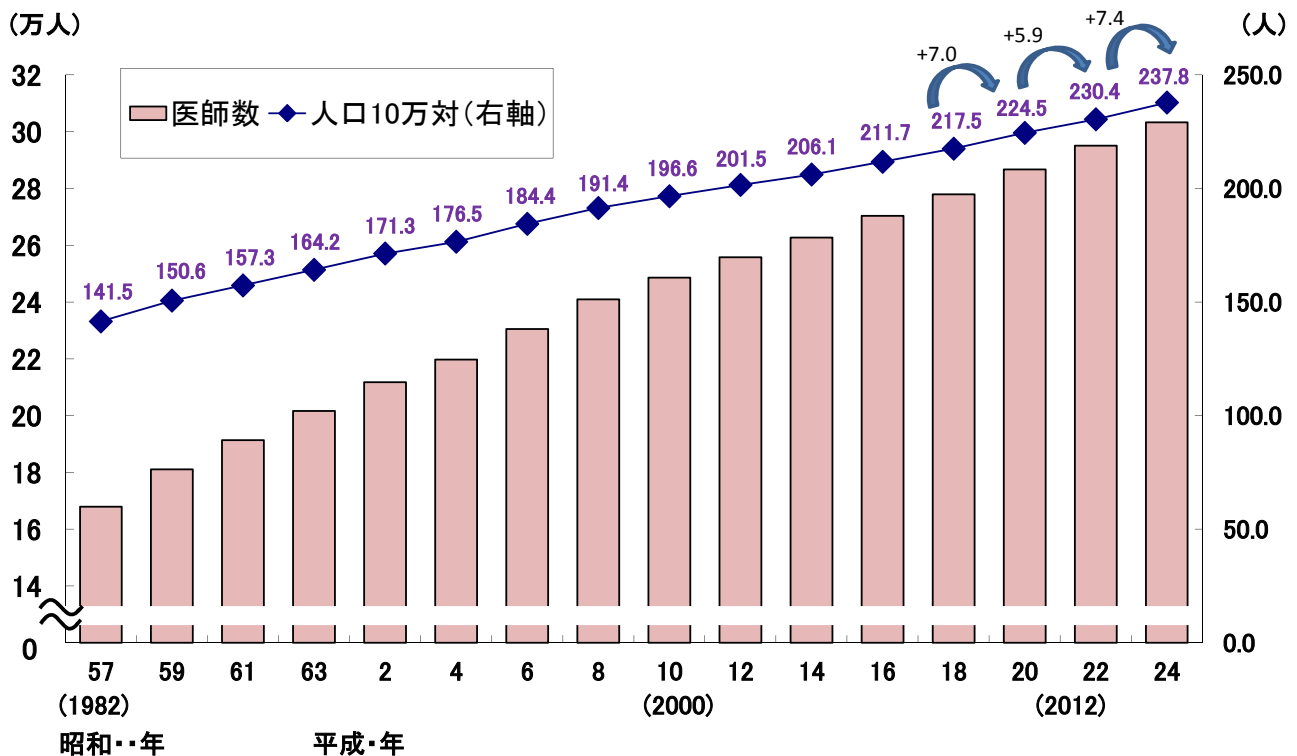
種類別病院病床数の推移



※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

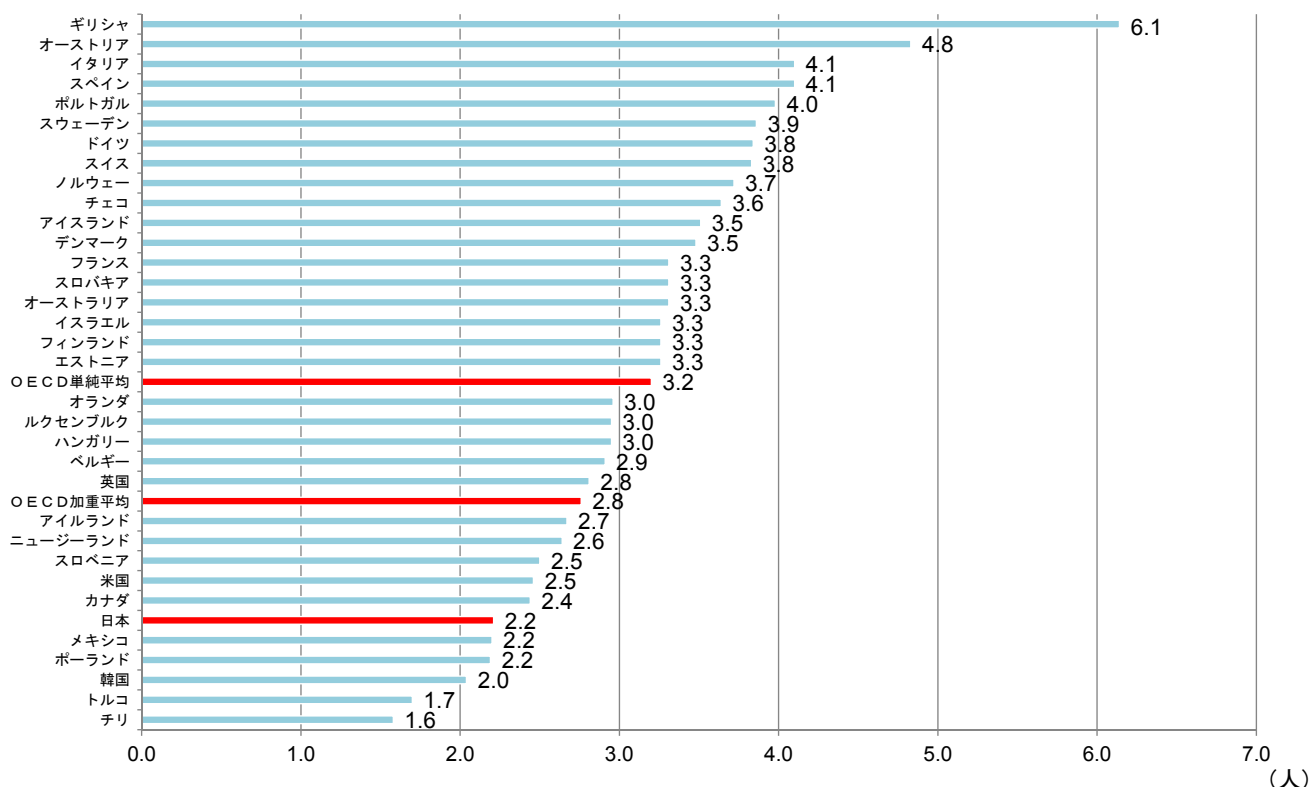
- 近年、死亡等を除いても、医師数は4,000人程度、毎年増加している。
(医師数) 平成14年 26.3万人 → 平成24年 30.3万人 (注) 従事医師数は、28.9万人



(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で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。

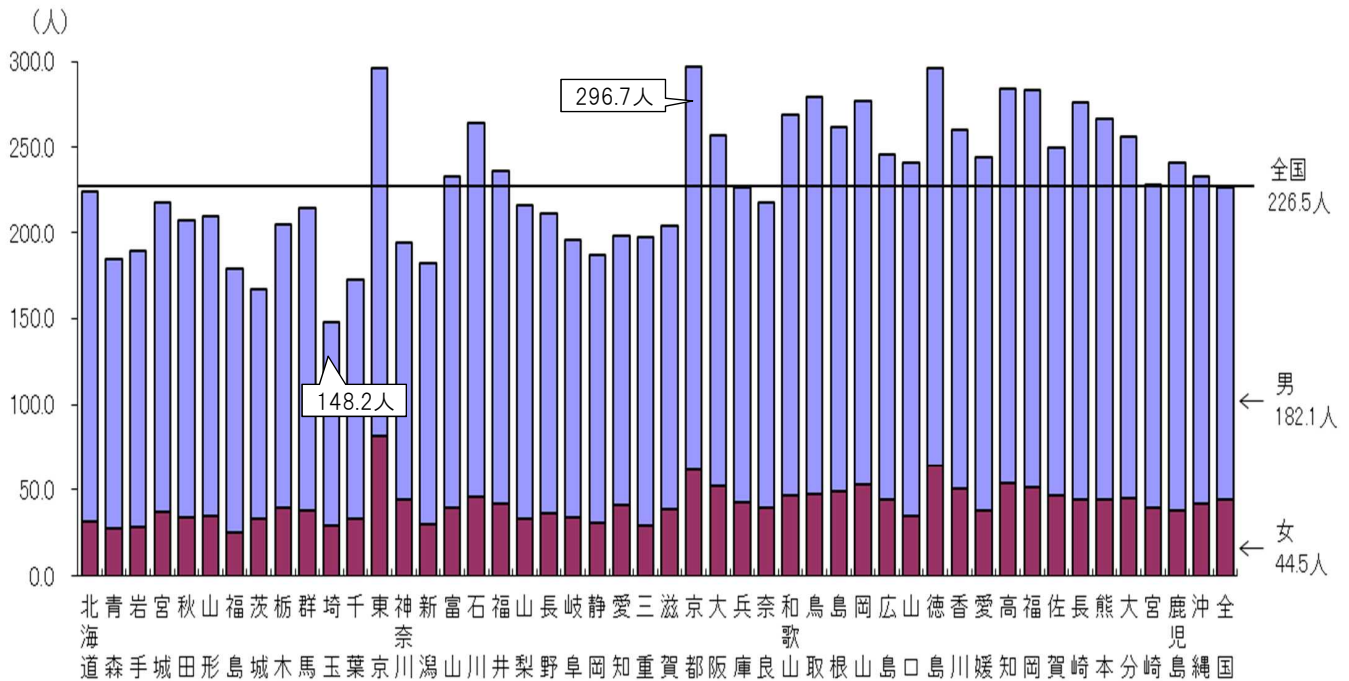
注2 「#」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

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）。

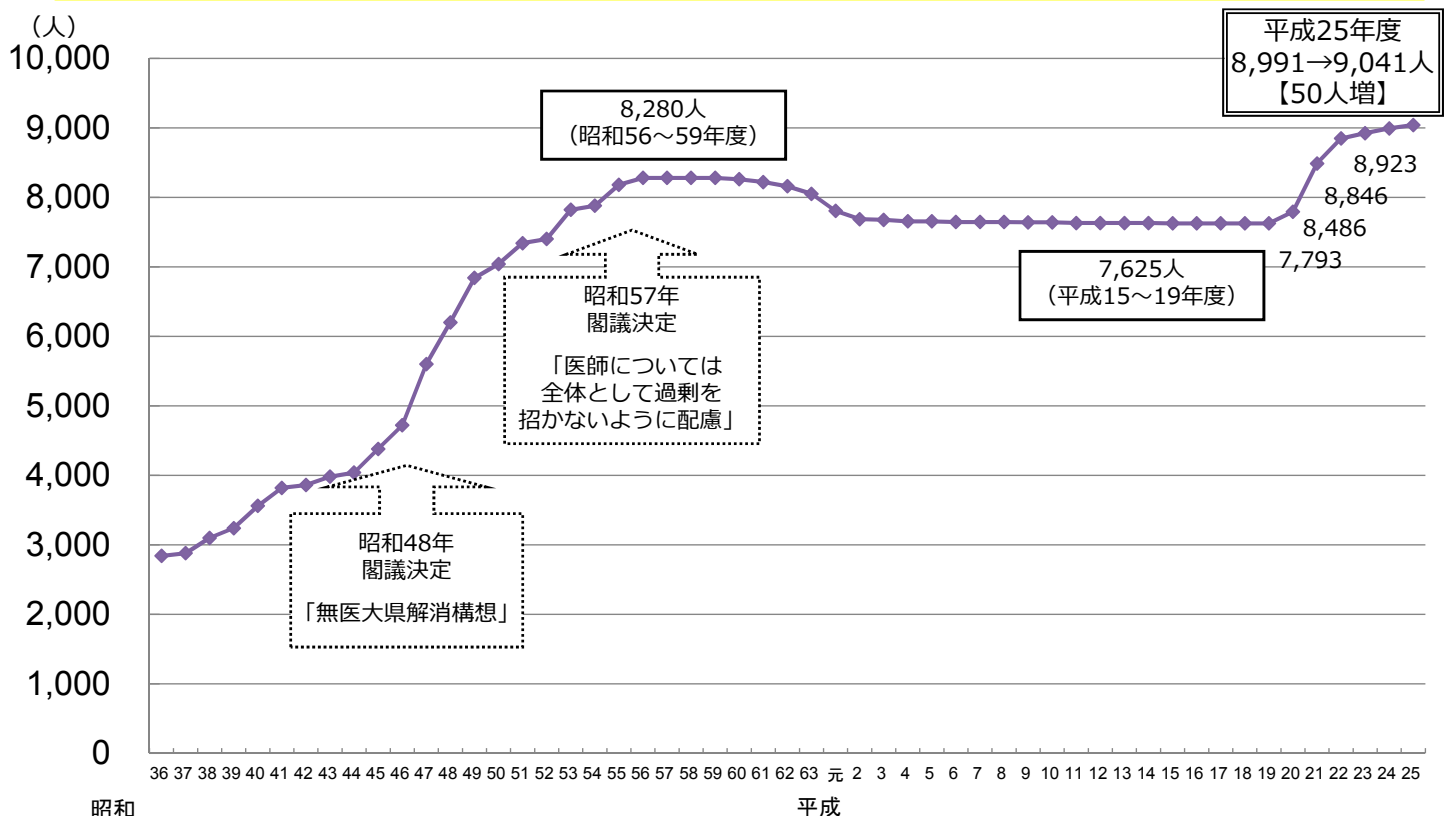


（出典）医師・歯科医師・薬剤師調査

医学部入学定員の年次推移

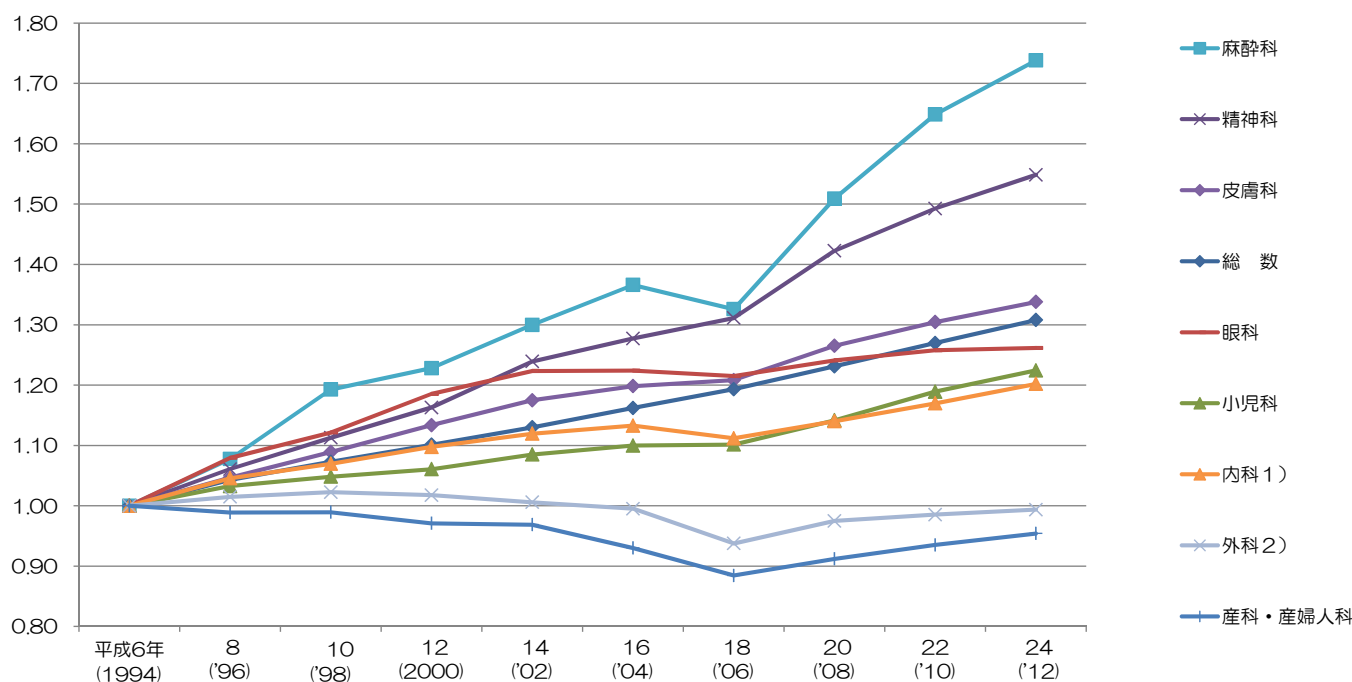
○ 医学部の入学定員を、過去最大規模まで増員。

（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、こう門科、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、地域の実情に応じて、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。

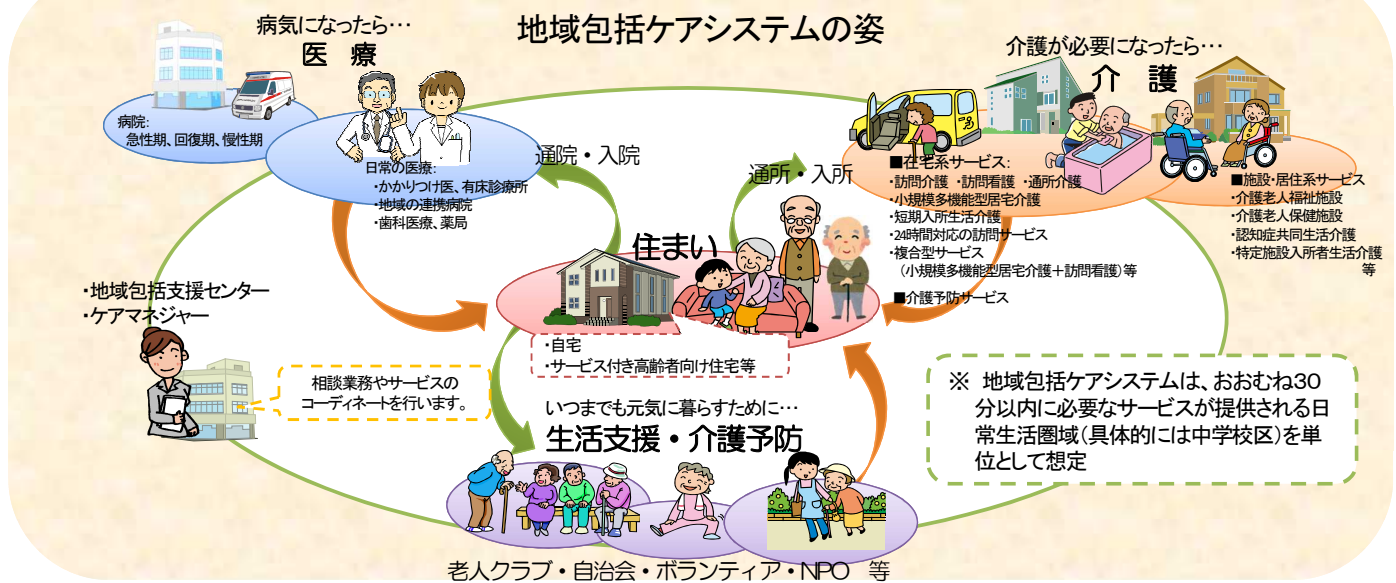
- ① がん又は循環器疾患の専門病床
- ② 小児疾患専門病床
- ③ 周産期疾患に係る病床
- ④ 発達障害児の早期リハビリテーション等に係る病床
- ⑤ 救急医療に係る病床
- ⑥ 薬物(アルコールその他)中毒性精神疾患、老人性精神疾患、小児精神疾患、合併症を伴う精神疾患に係る病床
- ⑦ 神経難病に係る病床
- ⑧ 緩和ケア病床
- ⑨ 開放型病床
- ⑩ 後天性免疫不全症候群に係る病床
- ⑪ 新興・再興感染症に係る病床
- ⑫ 治験に係る病床
- ⑬ 診療所の療養病床に係る病床



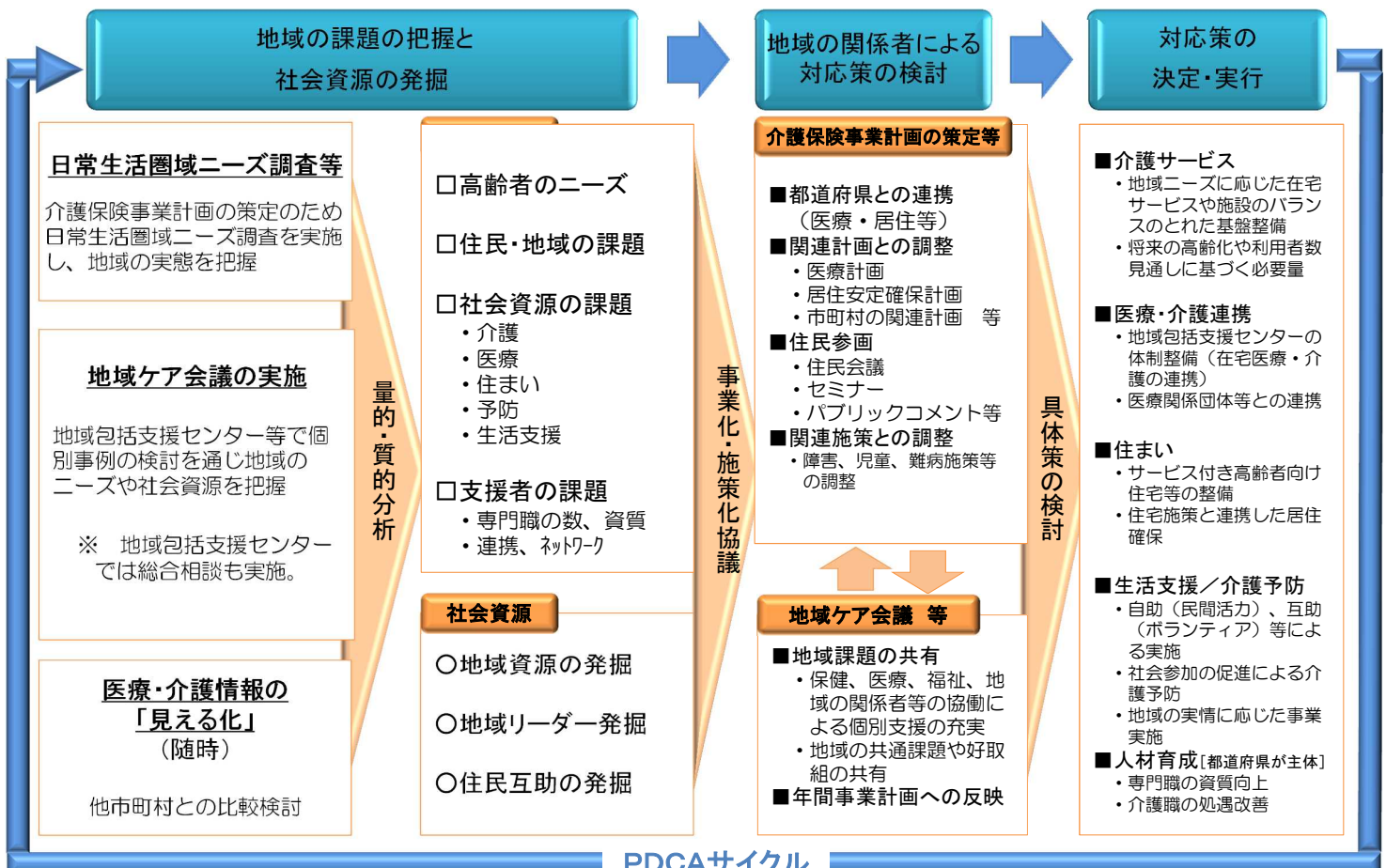
○ 急激な人口の増加が見込まれる、特定の疾患に罹患する者が異常に多い等の場合については、都道府県は、厚生労働大臣の同意を得た数を基準病床数に加えることができる。

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。**

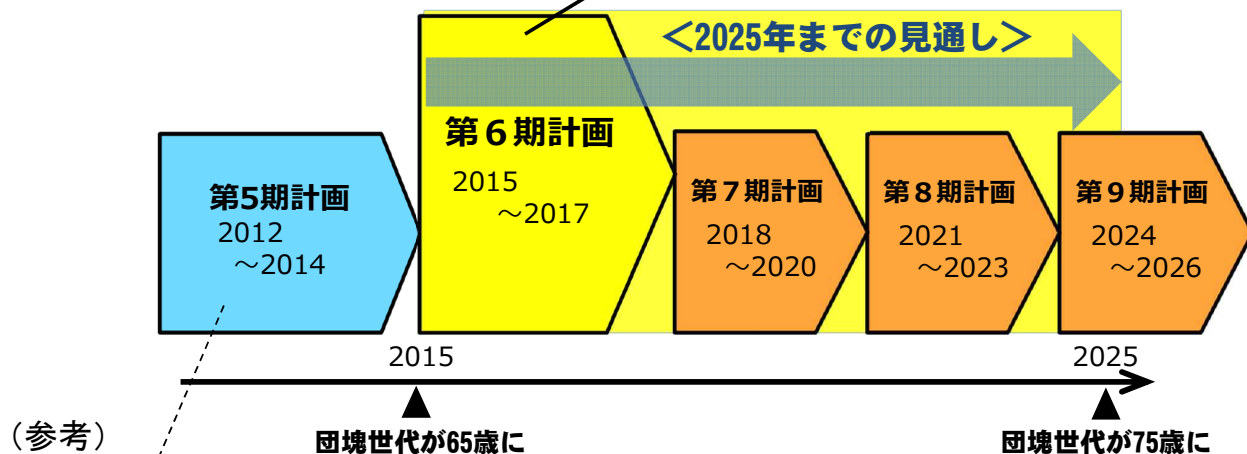


市町村における地域包括ケアシステム構築のプロセス（概念図）



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。



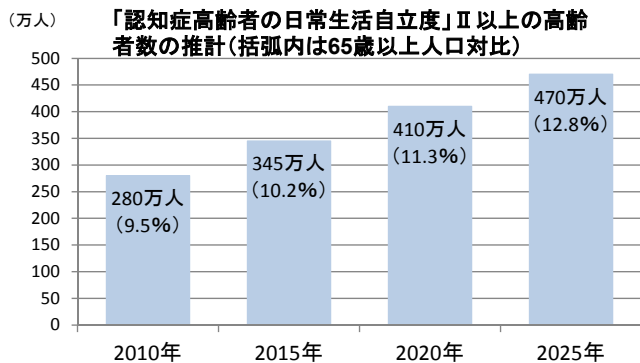
第5期計画では、高齢者が地域で安心して暮らせる地域包括ケアシステムを構築するために必要となる、①認知症支援策の充実、②医療との連携、③高齢者の居住に係る施策との連携、④生活支援サービスの充実といった重点的に取り組むべき事項を、実情に応じて選択して位置づけるなど、段階的に計画の記載内容を充実強化させていく取組をスタート

今後の介護保険をとりまく状況

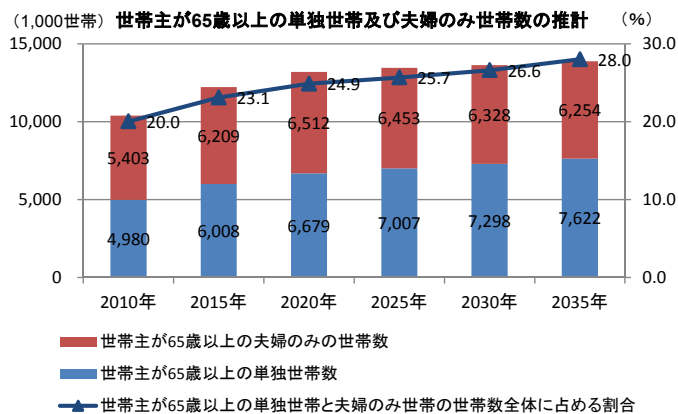
- ① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,657万人となり、2042年にはピークを迎える予測(3,878万人)。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

	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

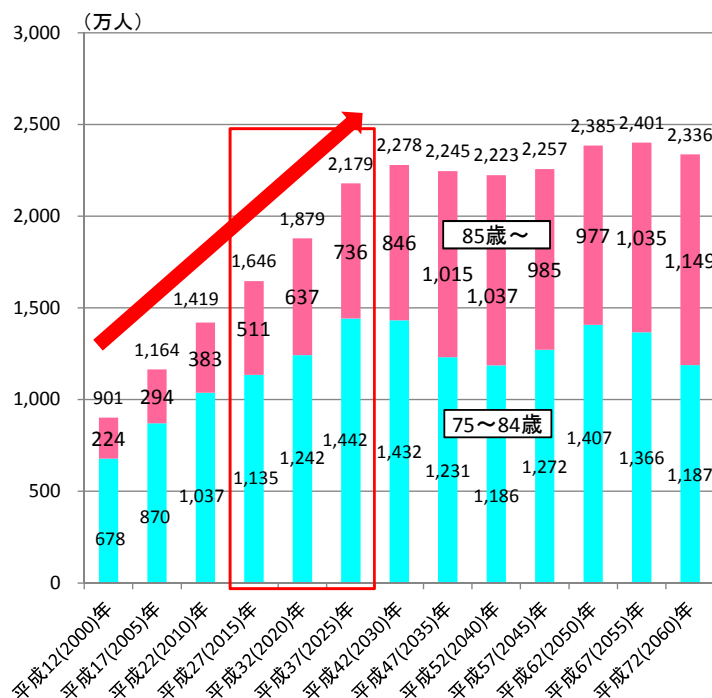


- ④ 75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

	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 <9.4%>	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)

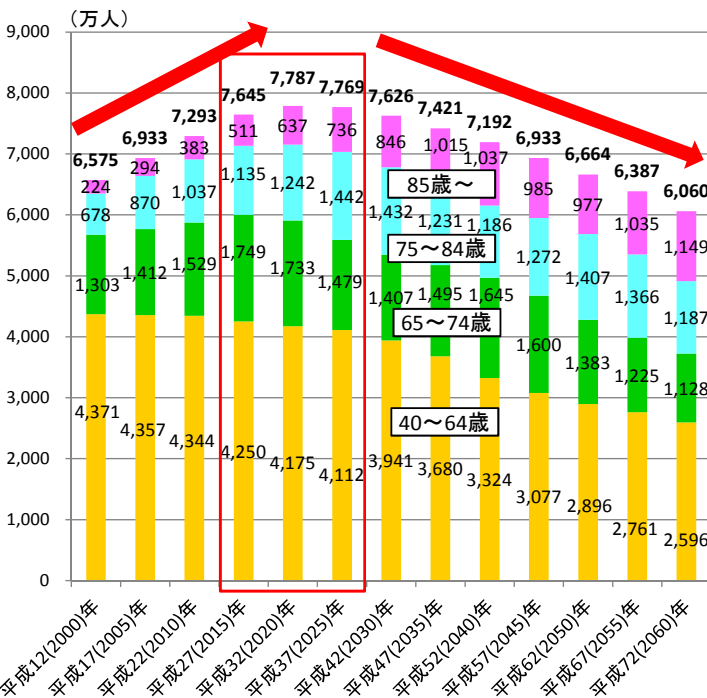
⑤ 要介護率が高くなる75歳以上の人口の推移

- 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年間で、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。

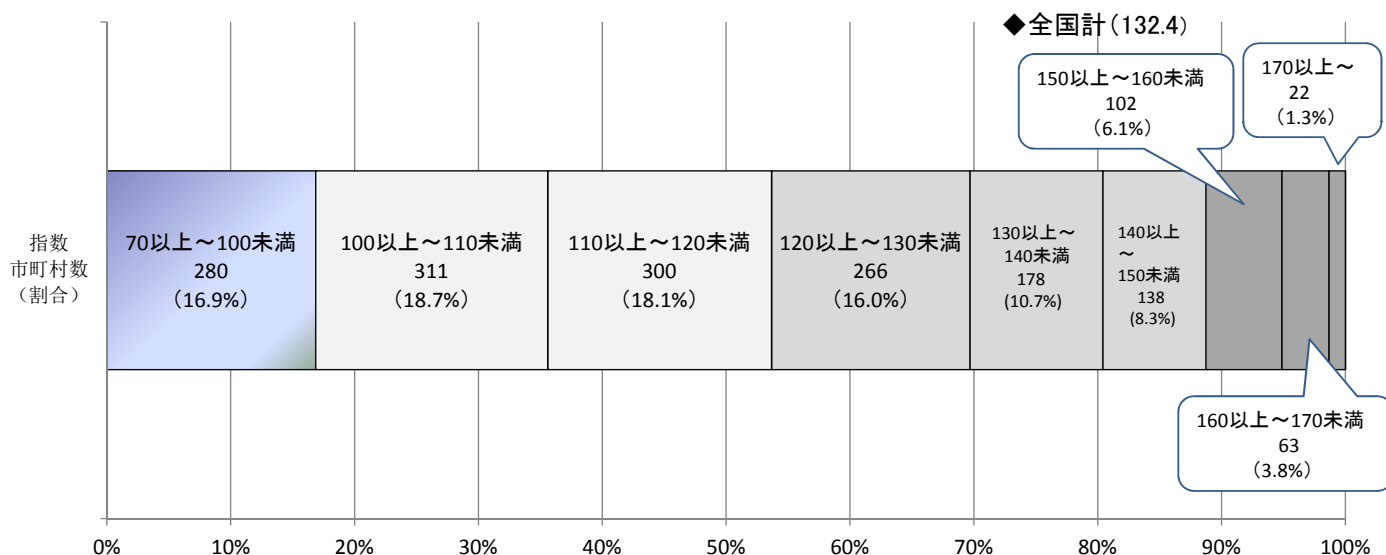


(資料) 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計) 出生中位(死亡中位)推計
実績は、総務省統計局「国勢調査」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)

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

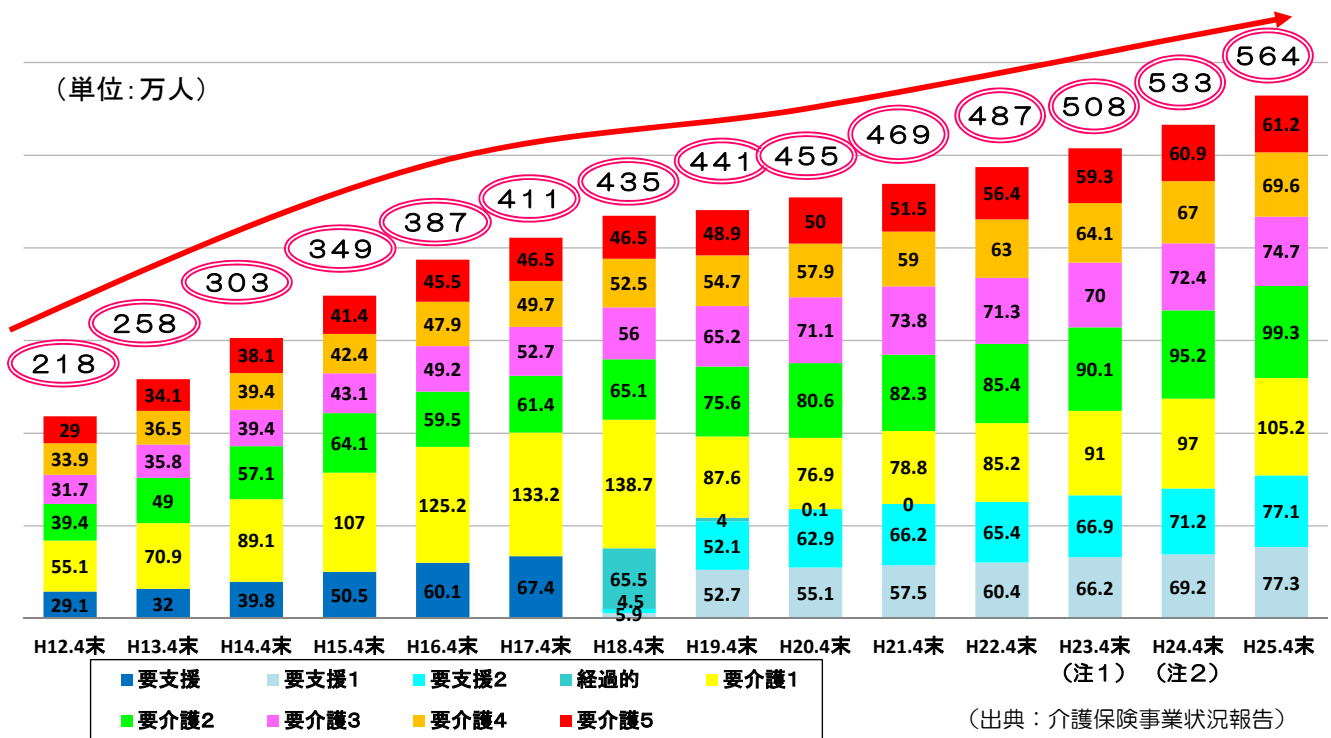


注) 市町村数には福島県内の市町村は含まれていない。

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。



54

介護給付と保険料の推移

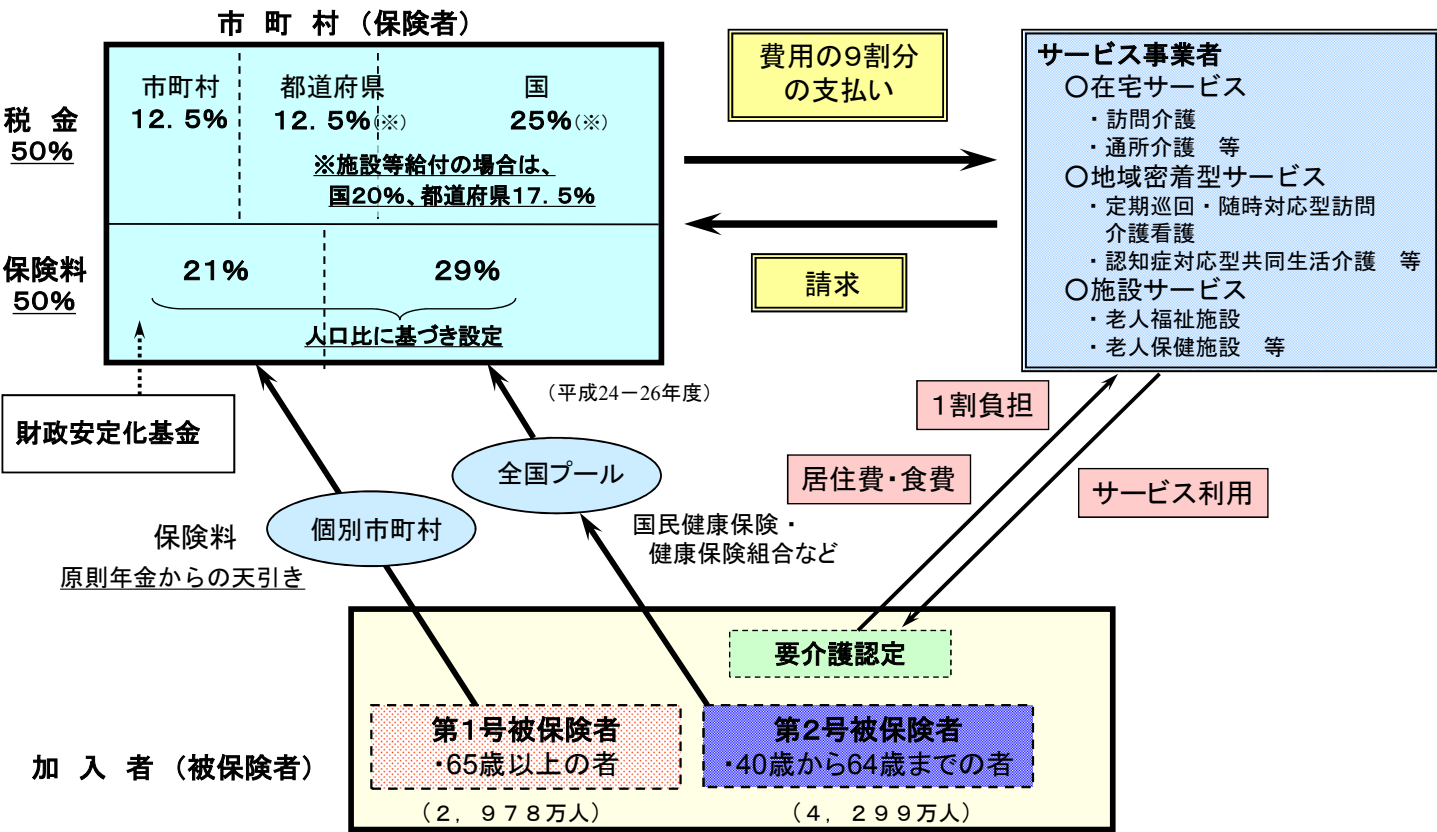
- 市町村は3年を1期(2005年度までは5年を1期)とする介護保険事業計画を策定し、3年ごとに見直しを行う。保険料は、3年ごとに、事業計画に定めるサービス費用見込額等に基づき、3年間を通じて財政の均衡を保つよう設定。
- 高齢化の進展により、2025年には保険料が現在の5000円程度から8200円程度に上昇することが見込まれており、地域包括ケアシステムの構築を図る一方、介護保険制度の持続可能性の確保のための重点化・効率化も必要となっている。

事業運営期間	事業計画	給付（総費用額）	保険料	介護報酬の改定率
2000年度	第一期	3.6兆円	2,911円 (全国平均)	H15年度改定 ▲2.3%
2001年度		4.6兆円		
2002年度		5.2兆円		
2003年度	第二期	5.7兆円	3,293円 (全国平均)	H17年度改定 ▲1.9%
2004年度		6.2兆円		
2005年度		6.4兆円		
2006年度	第三期	6.4兆円	4,090円 (全国平均)	H21年度改定 ▲0.5%
2007年度		6.7兆円		
2008年度		6.9兆円		
2009年度	第四期	7.4兆円	4,160円 (全国平均)	H24年度改定 +3.0%
2010年度		7.8兆円		
2011年度		8.2兆円		
2012年度	第五期	8.9兆円	4,972円 (全国平均)	消費税率引上げに伴う H26年度改定 +0.63%
2013年度		9.4兆円		
2014年度		10.0兆円		
2025年度		21兆円程度（改革シナリオ）	8,200円 程度	

※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)

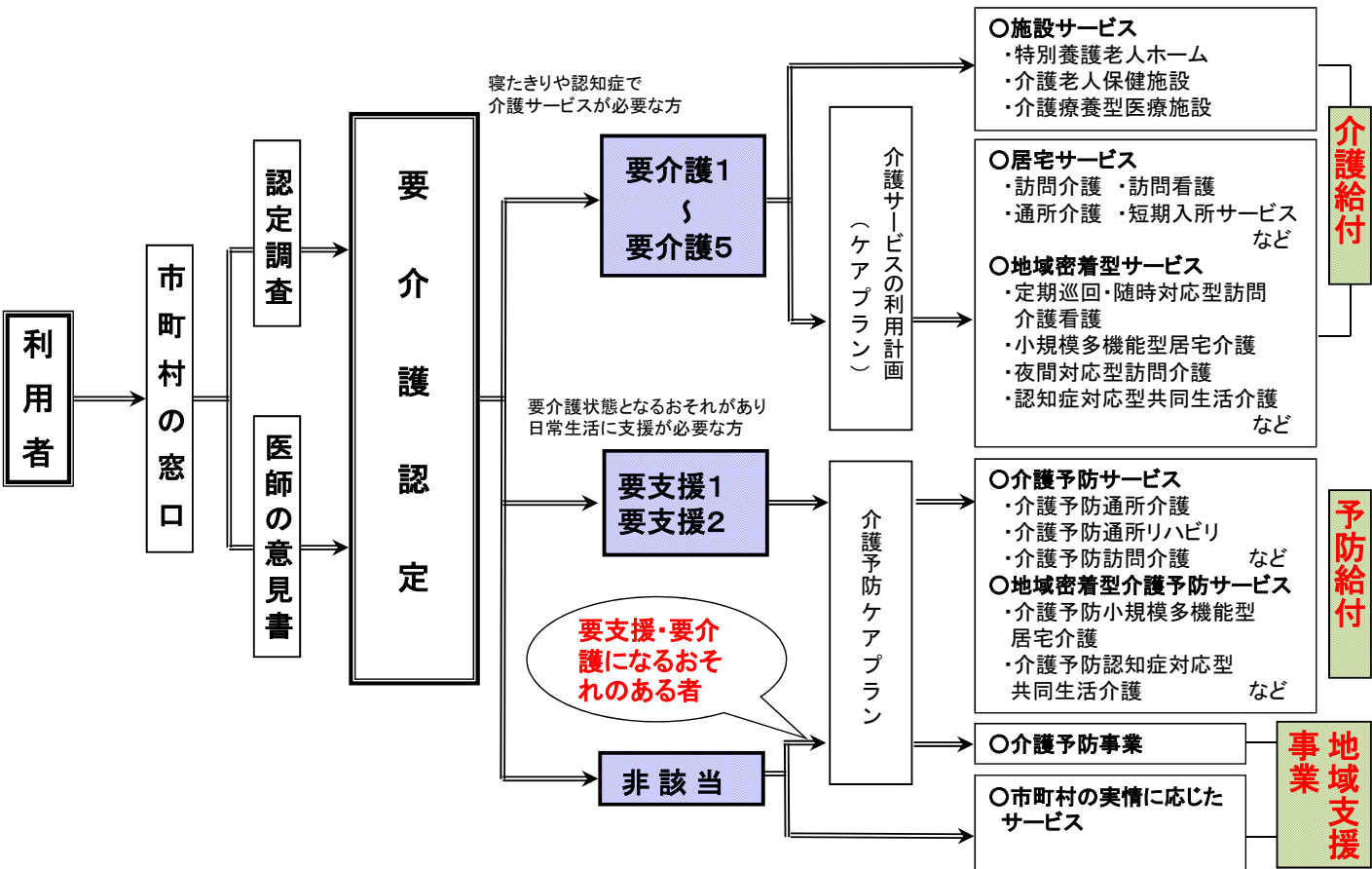
※2012年度の賃金水準に換算した値

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。

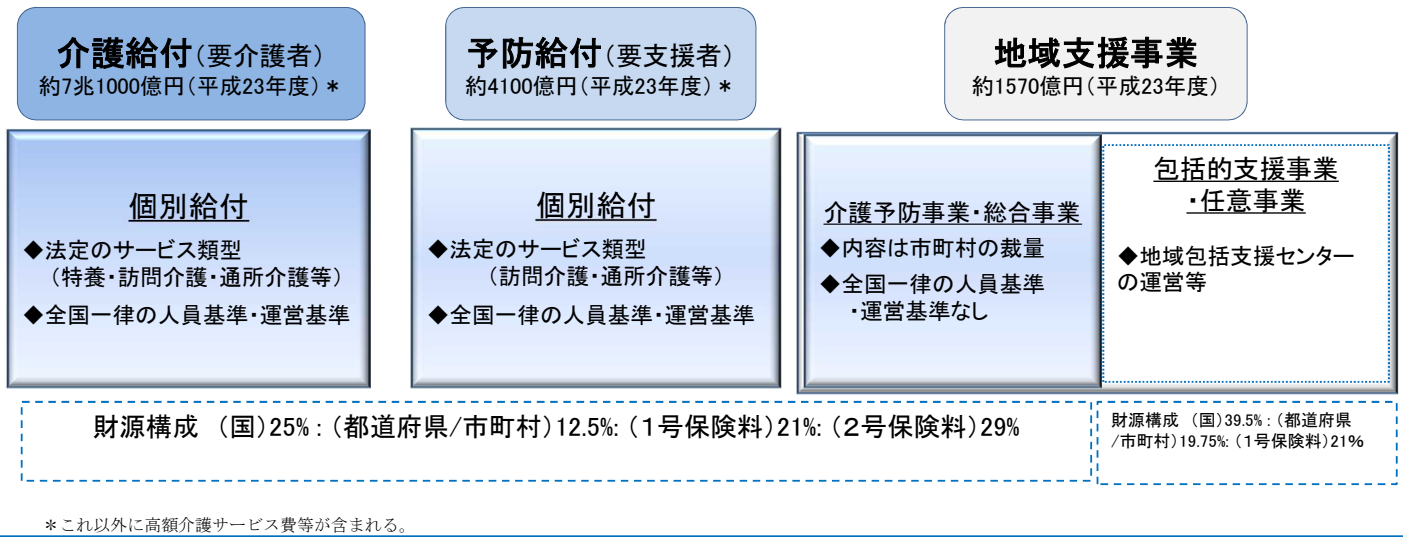
介護サービスの利用の手続き（現行）



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。

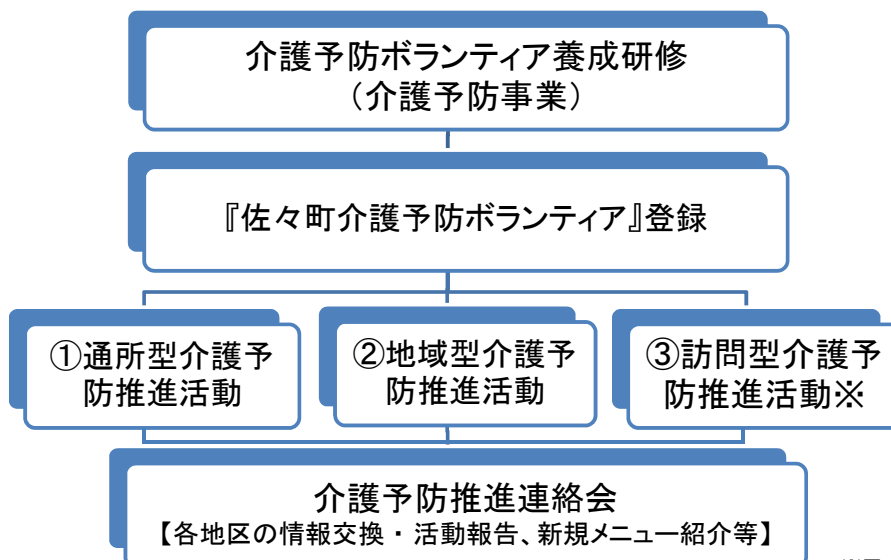
介護保険制度



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

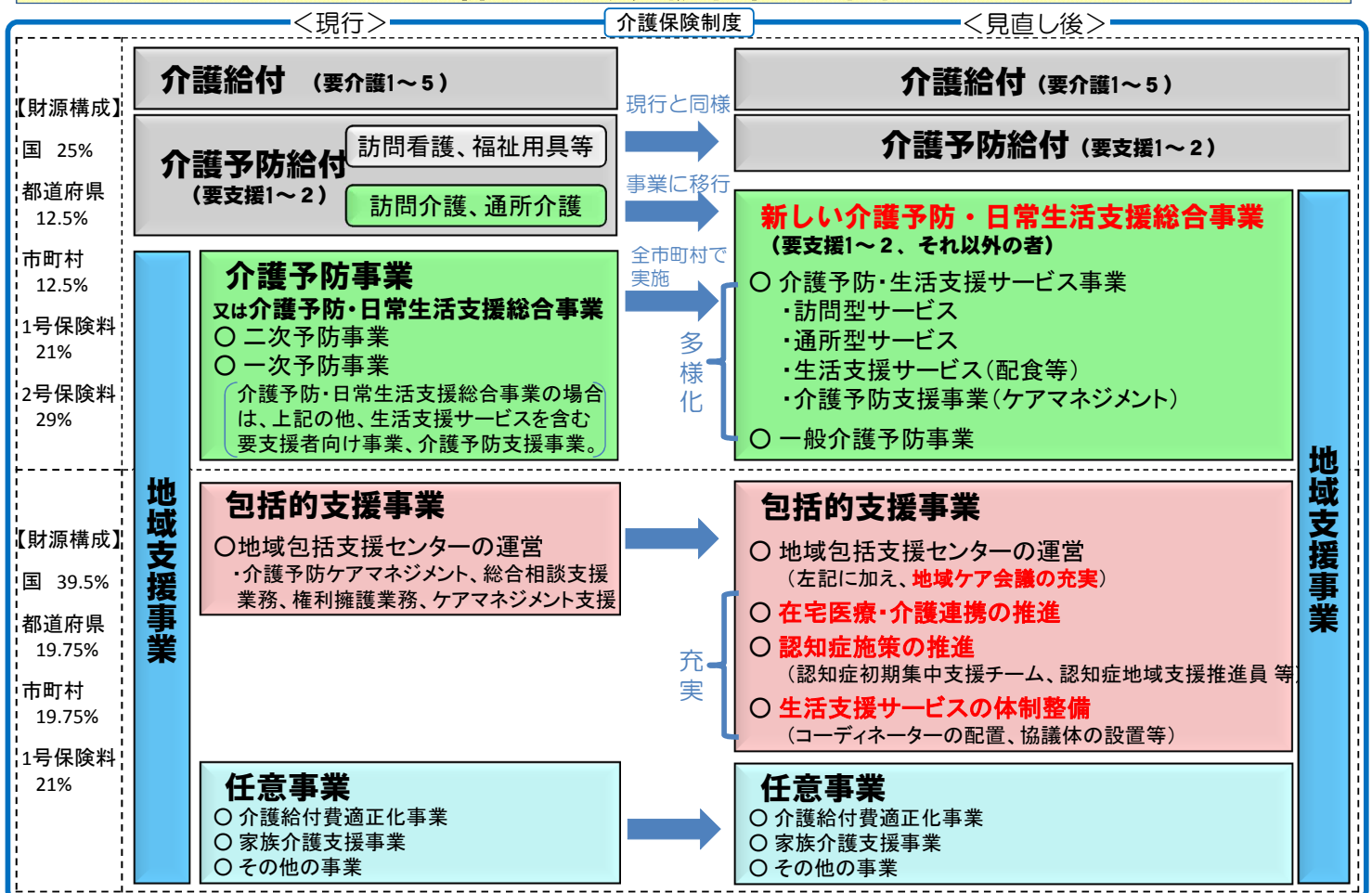
※地域支え合い体制づくり事業で整備

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か所の事業者が参加)



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）

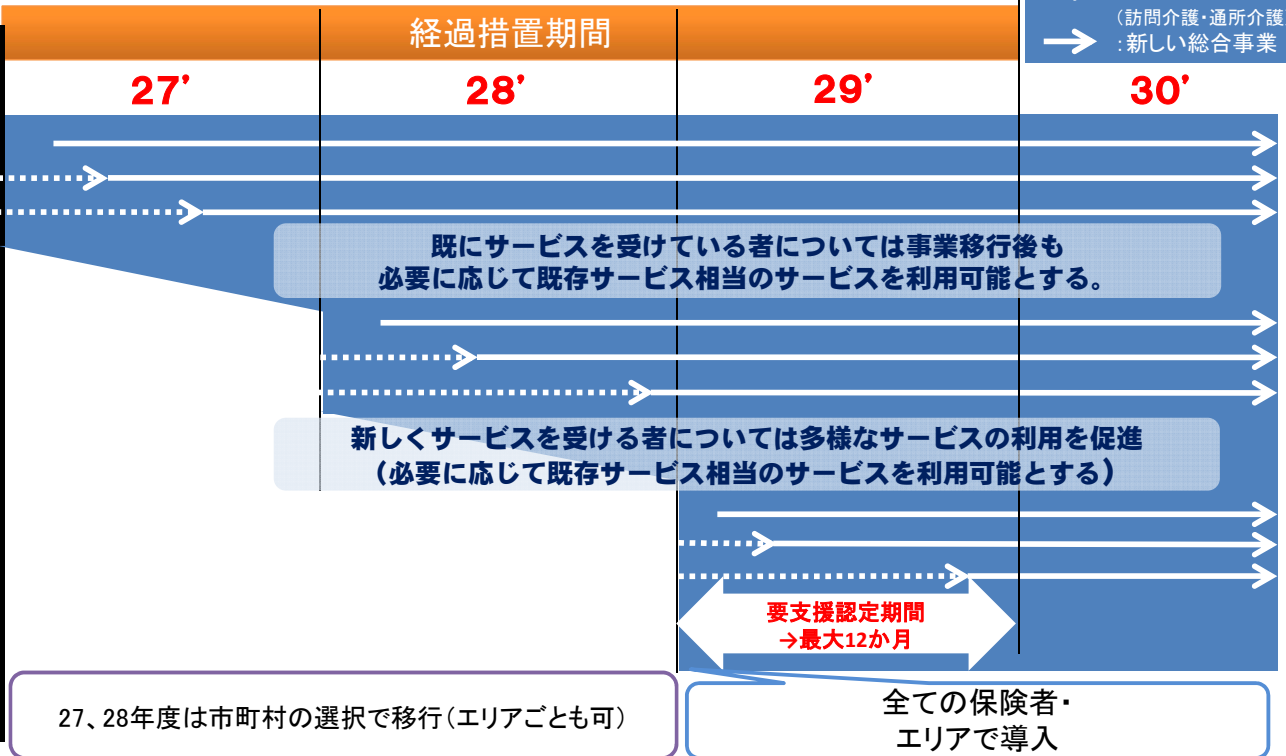
- 移行に際しては受け皿の整備に一定の時間がかかることも踏まえて、平成29年4月までに、全ての保険者で要支援者に対する新しい総合事業を開始。（27、28年度は市町村の選択）
- 平成29年度末をもって、予防給付のうち訪問介護と通所介護については終了。

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

→ : 予防給付
(訪問介護・通所介護)
→ : 新しい総合事業

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、様々な方法が可能)
- ・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

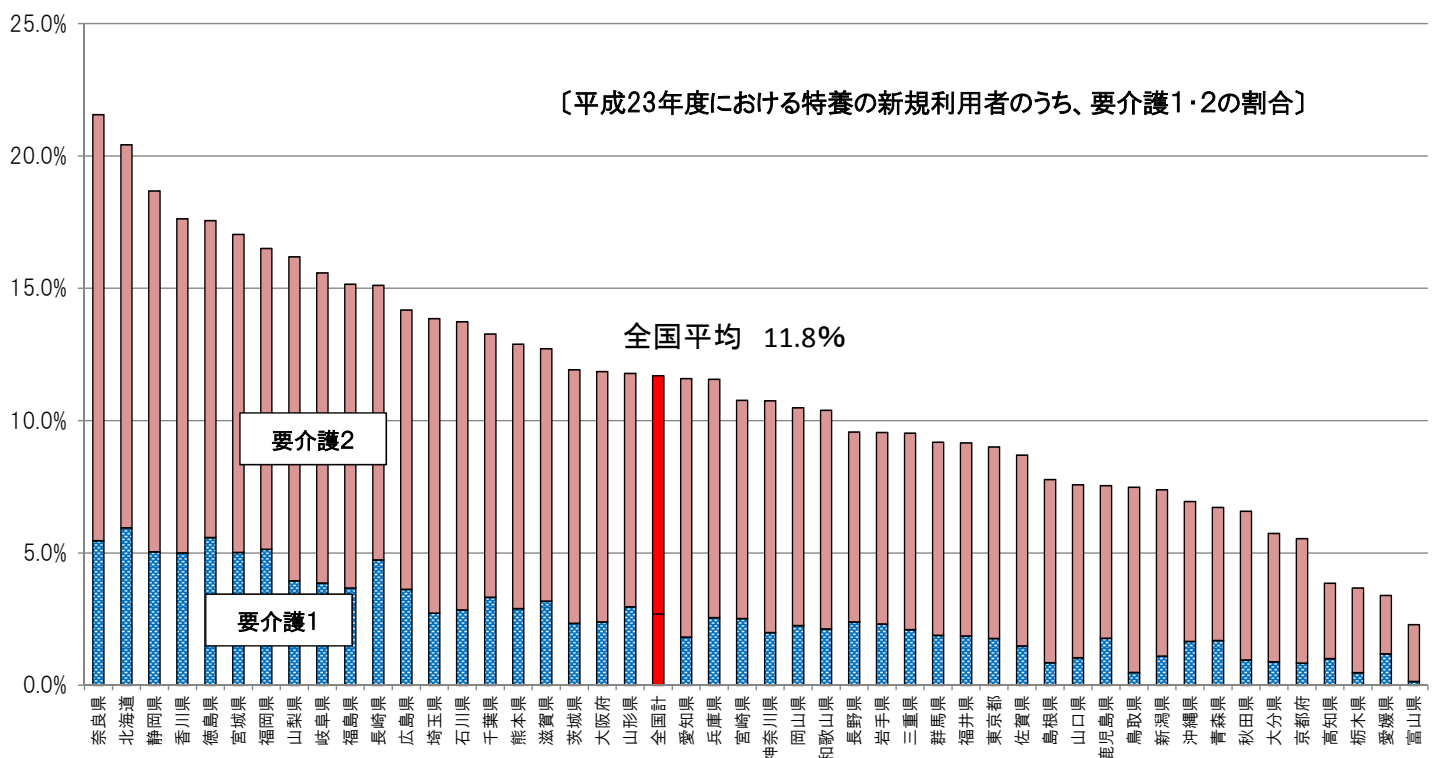
介護保険3施設の概要

			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	6.4㎡以上
		定員数	原則個室	4人以下	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

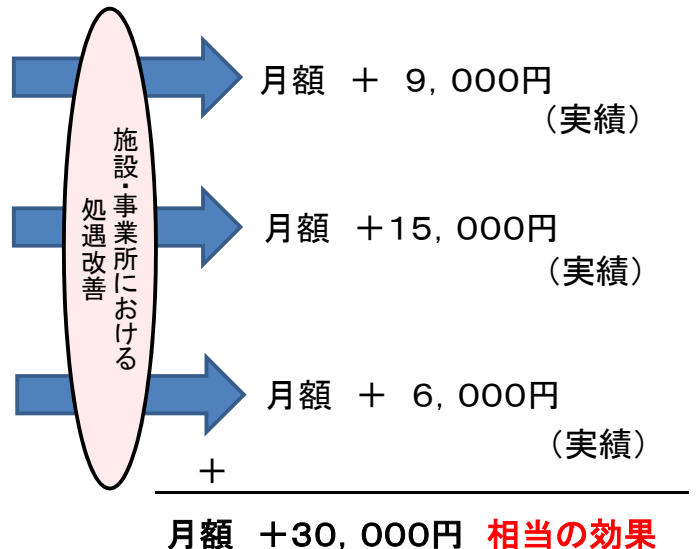
平成21年度介護報酬改定 +3%改定
(介護従事者の処遇改善に重点をおいた改定)

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〕

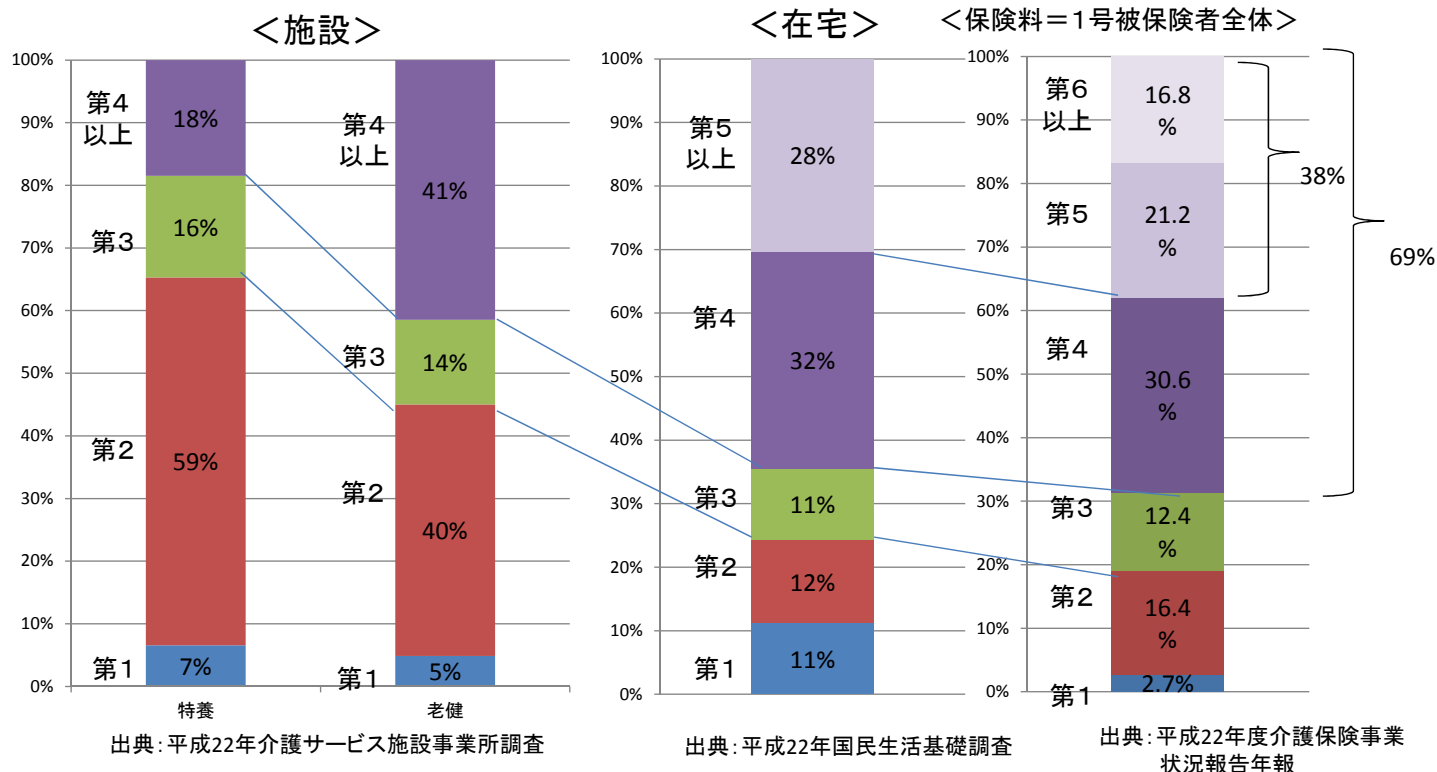


1. 上記3つの取組等により、それぞれ実績として給与が改善されている。
2. 上記実績はそれぞれ調査客体等が異なるが、これを合計すれば月額3万円相当の改善となっている。

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% ($20\% \times 28\% \div 38\%$)、特養で約5% ($20\% \times 18\% \div 69\%$)、老健で約12% ($20\% \times 41\% \div 69\%$)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

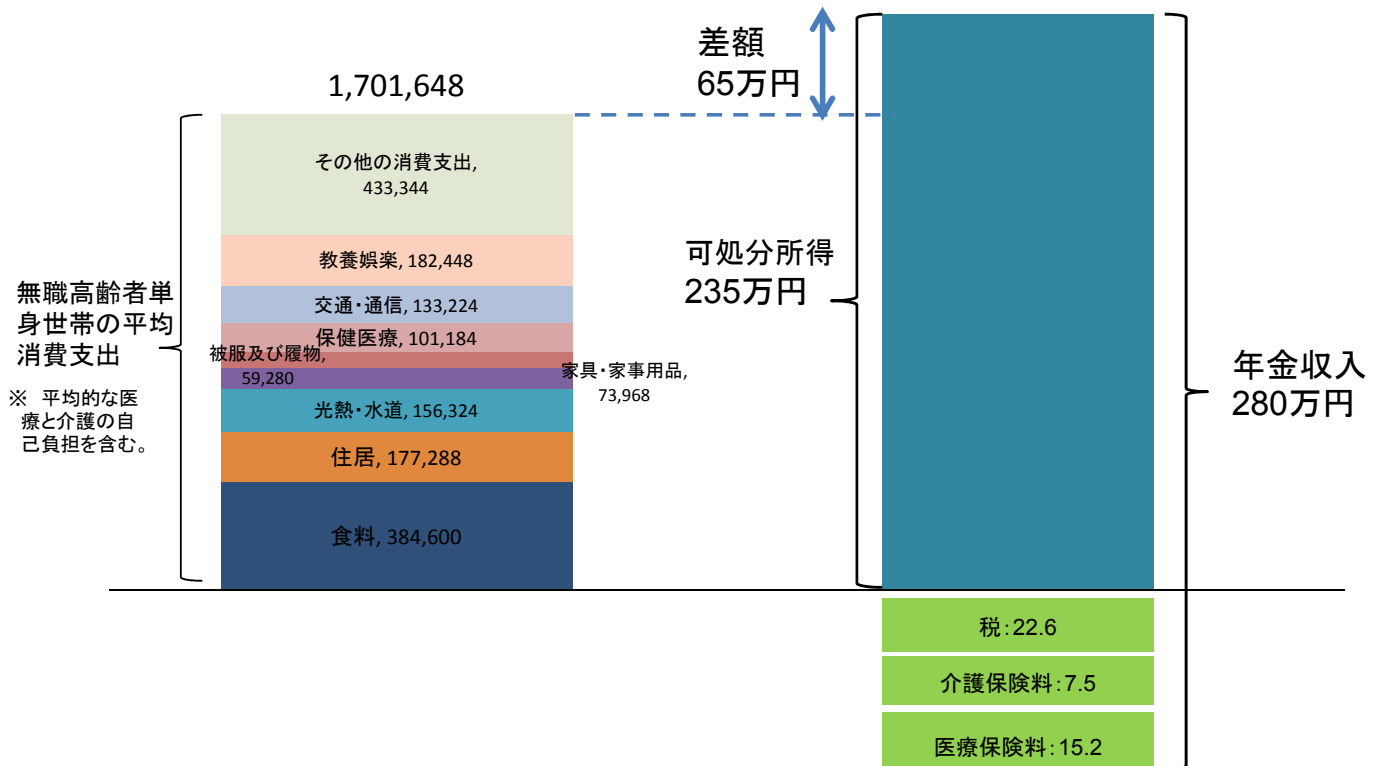
■ 1割負担で高額介護サービス費(37200円)該当

■ 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

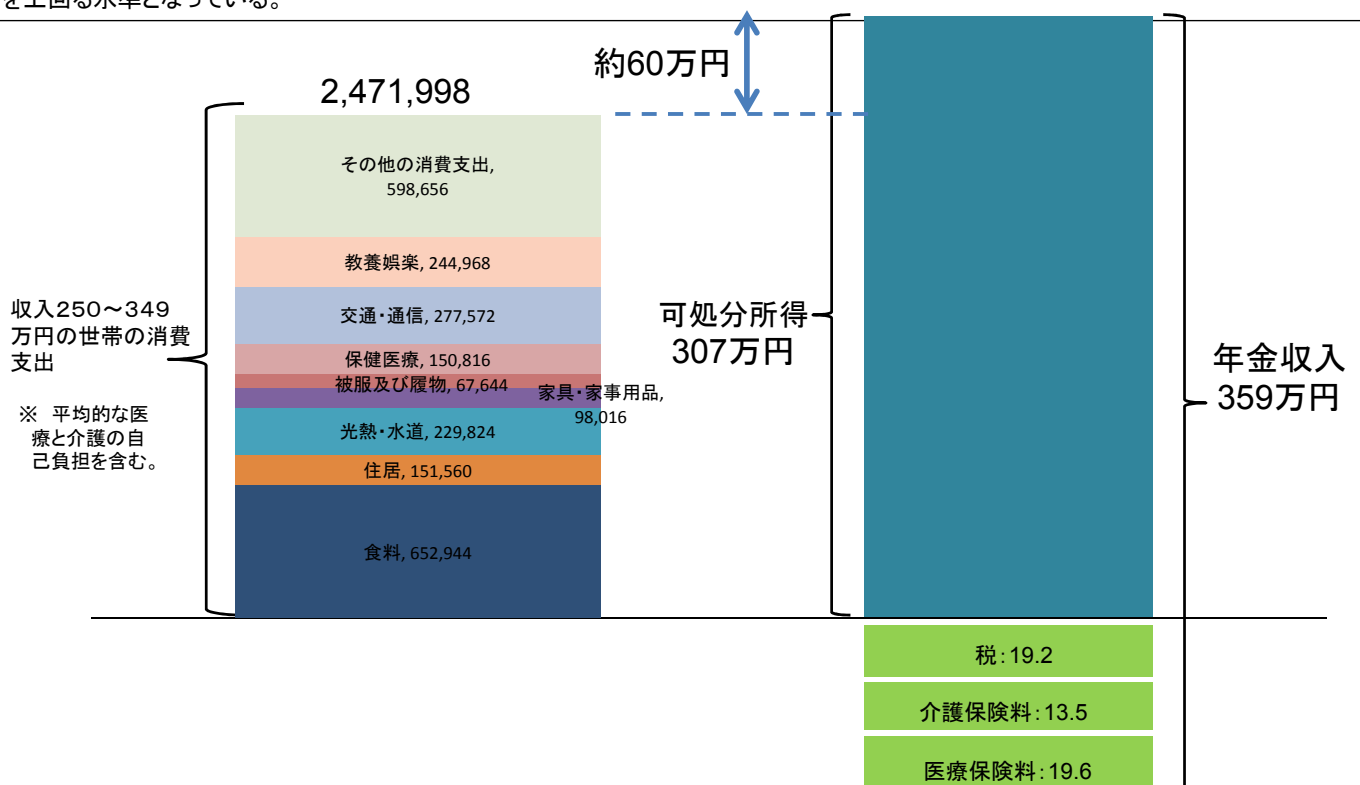
無職高齢者単身世帯の場合の収支状況

- 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

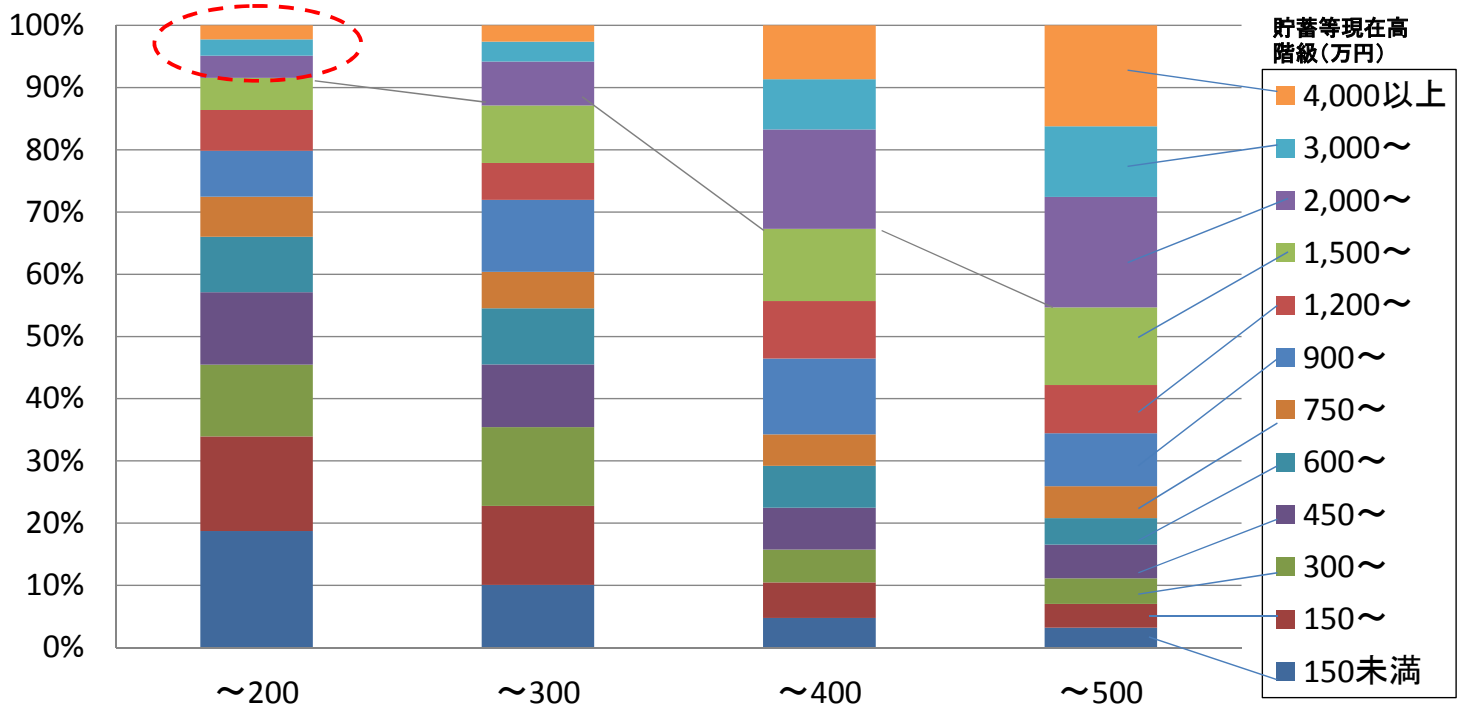
- 無職高齢者夫婦世帯の場合について、夫の年金が年額280万円(合計所得金額160万円+公的年金等控除120万円)、妻が国民年金(79万円)と仮定し、税や保険料を支払った後の所得と、無職高齢者世帯のうち収入が250万円~349万円の世帯の平均的な消費支出(平均的な医療と介護の自己負担を含む。)を比較する。
- 可処分所得と消費支出の差は約60万円となり、後期高齢者医療と介護保険における自己負担の世帯単位での上限となる56万円を上回る水準となっている。



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%。



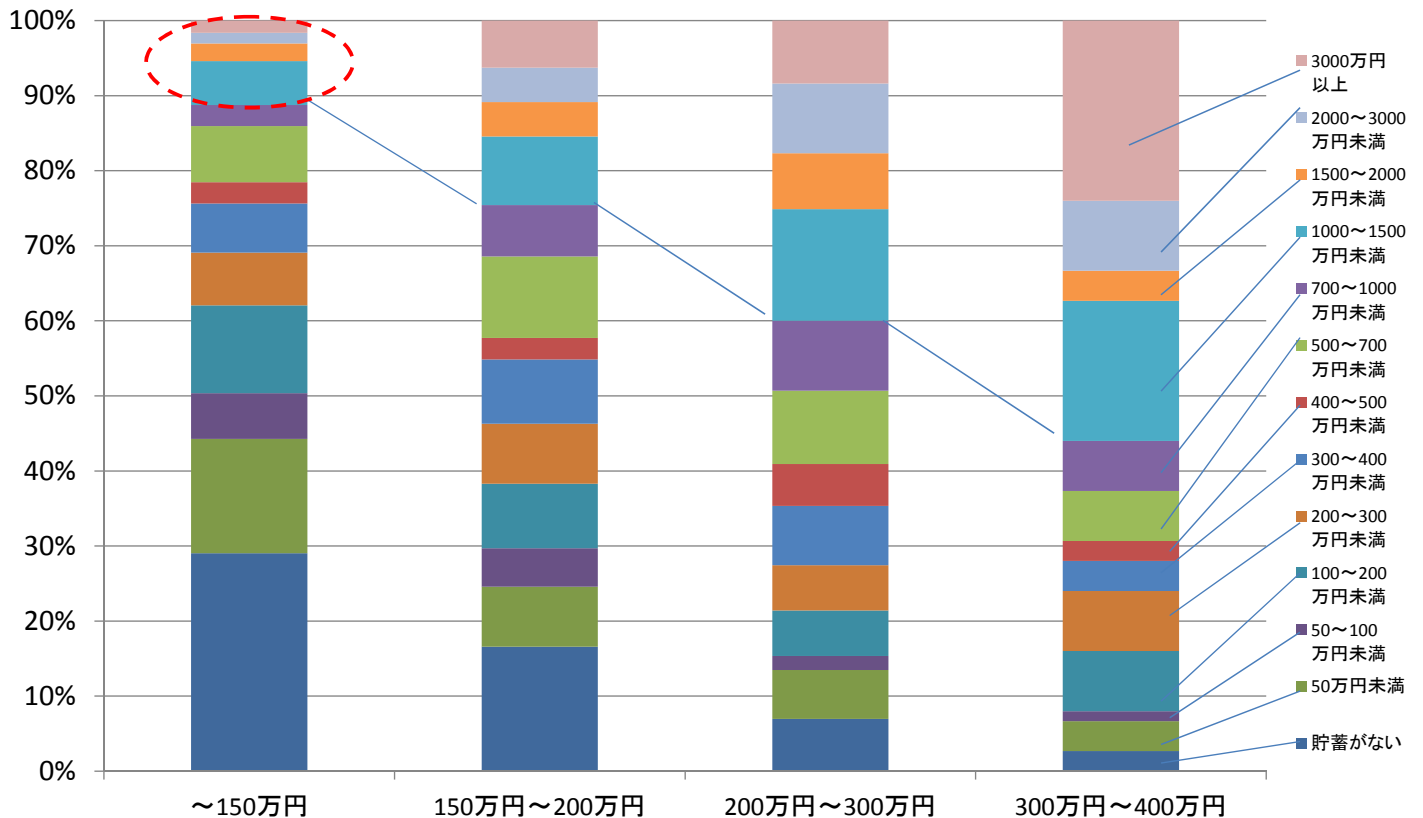
(注)「夫婦高齢者世帯」とは65歳以上の夫婦のみの世帯を指す

[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。

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医療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・経営管理など医療経営に関する専門知識を有するアドバイザー（医療経営アドバイザー）を配置することが求められる。なお、医療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ン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/igyoku/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、所用の手続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年度途中に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。

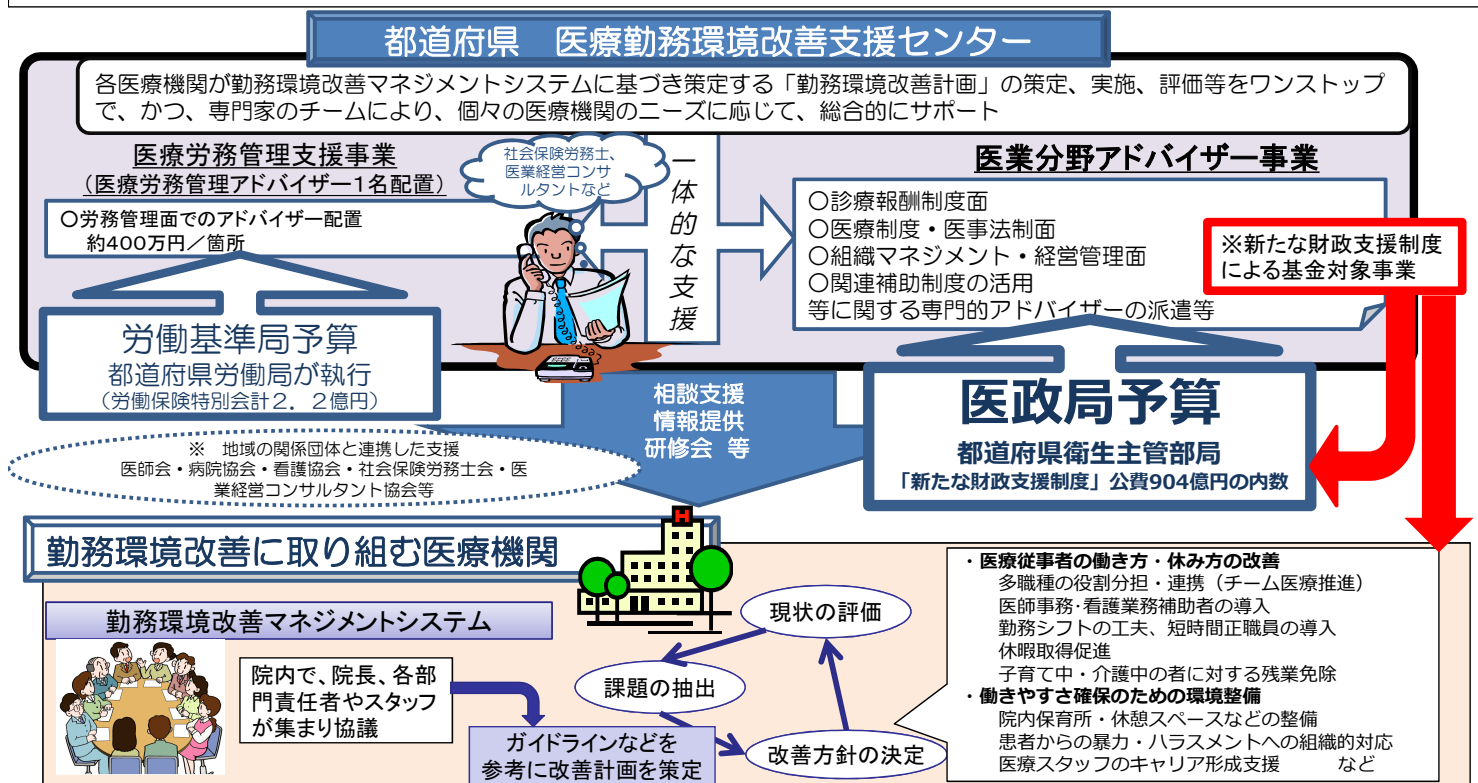
- 一 病院又は診療所に勤務する医療従事者の勤務環境の改善に関する相談に応じ、必要な情報の提供、助言その他の援助を行うこと。
 - 二 病院又は診療所に勤務する医療従事者の勤務環境の改善に関する調査及び啓発活動を行うこと。
 - 三 前二号に掲げるもののほか、医療従事者の勤務環境の改善のために必要な支援を行うこと。
- 2 都道府県は、前項各号に掲げる事務の全部又は一部を厚生労働省令で定める者に委託することができる。
- 3 都道府県又は前項の規定による委託を受けた者は、第一項各号に掲げる事務又は当該委託に係る事務を実施するに当たり、**医療従事者の勤務環境の改善を促進するための拠点**として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

ミッション (理念)	
ビジョン (中期的な目標)	

勤務環境の現状

()年後の勤務環境改善目標

課題(目標と現状のギャップ)

課題が生じている原因

対策(課題解決策)

今年度の取組

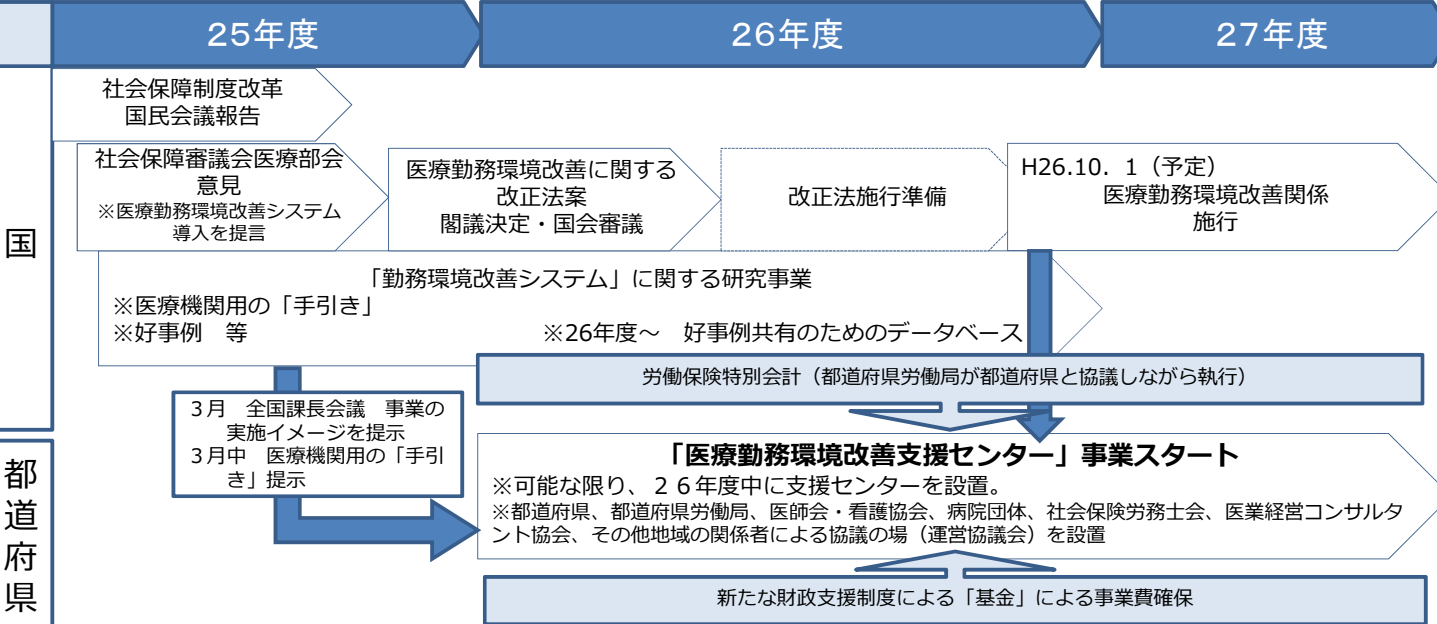
()年度の取組

【「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

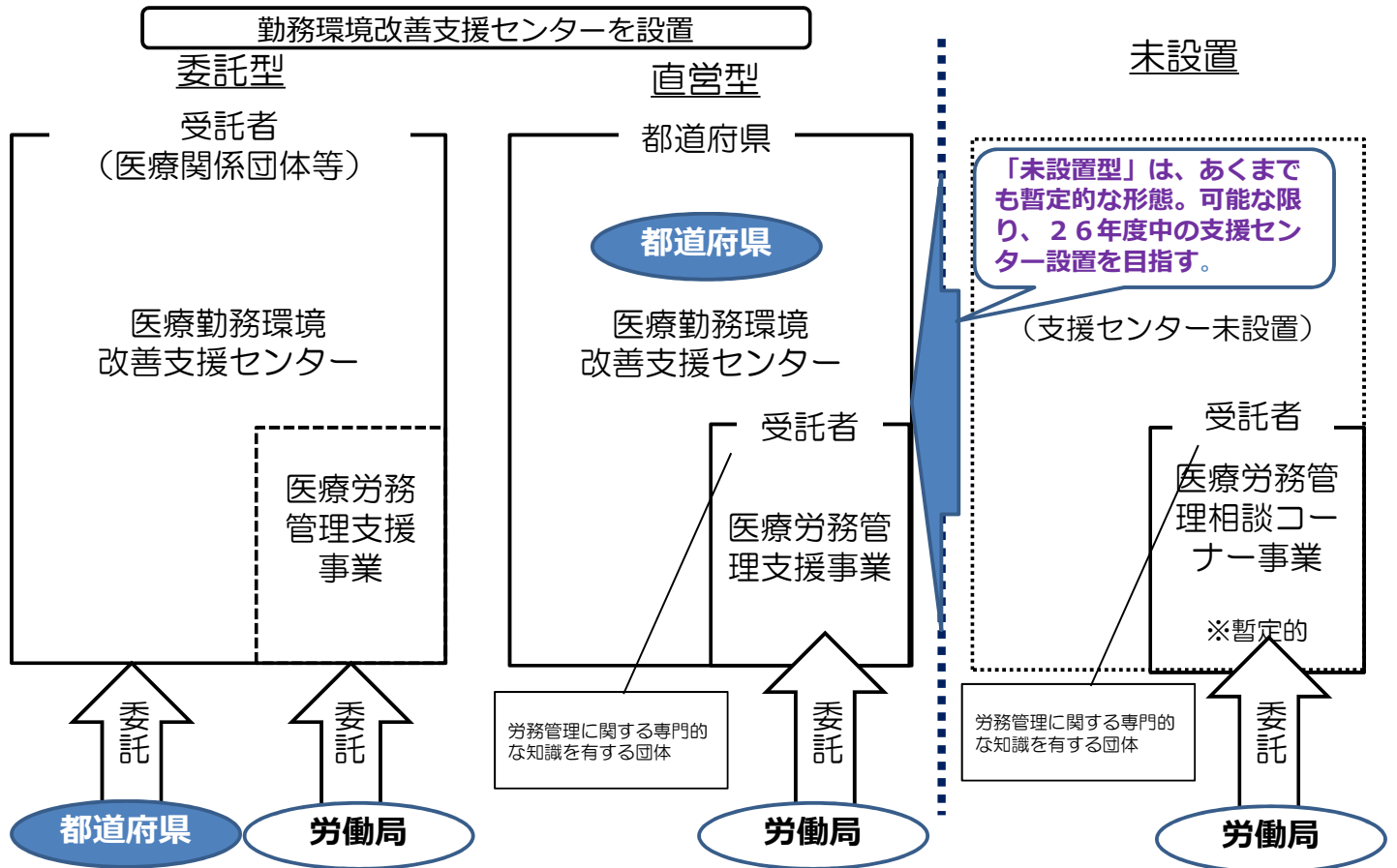
具体的取組内容	担当者	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
対策①:													
対策②:													
対策③:													

■ 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
 - 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】

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

⇒

【新基準】

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

(参考)

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＝
(紹介患者数＋逆紹介患者数＋救急搬送患者数)
÷ (逆紹介患者数＋初診患者数)



紹介率＝ (紹介患者数＋救急搬送患者数)
÷ 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、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

(参考)

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。

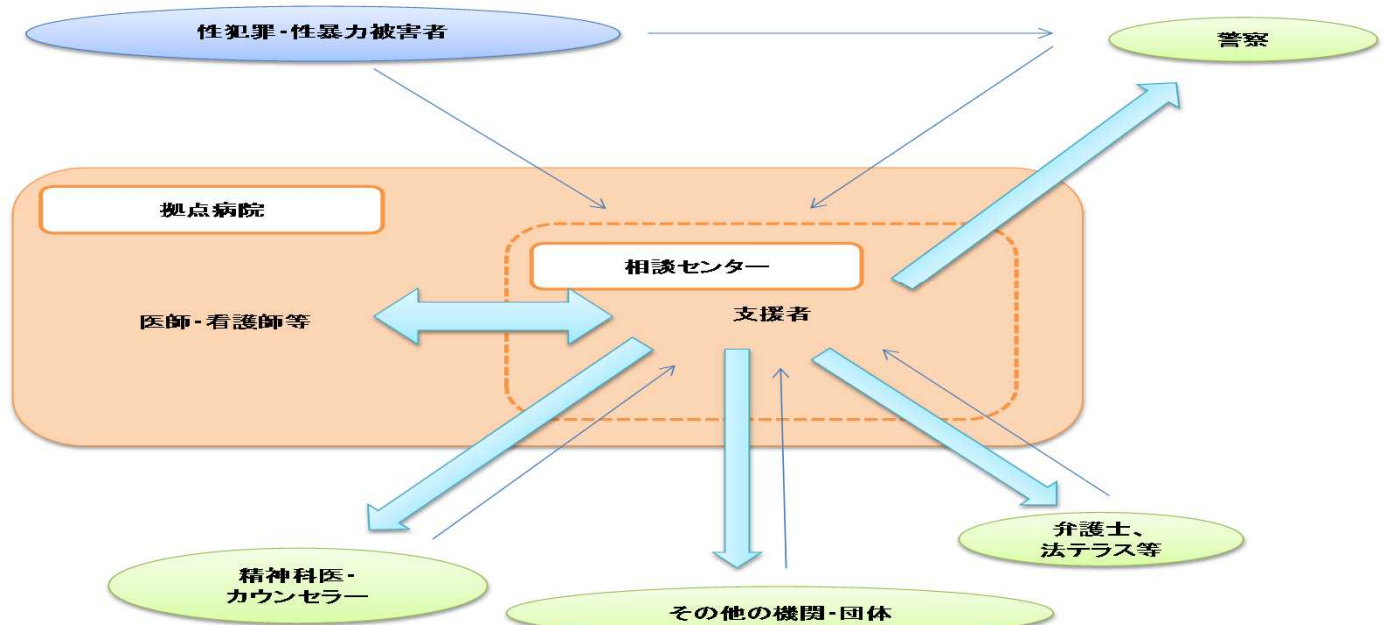
・支援の選択肢を示す。

・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。