

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。

3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の 公平化等(介護保険法等関係)

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統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》

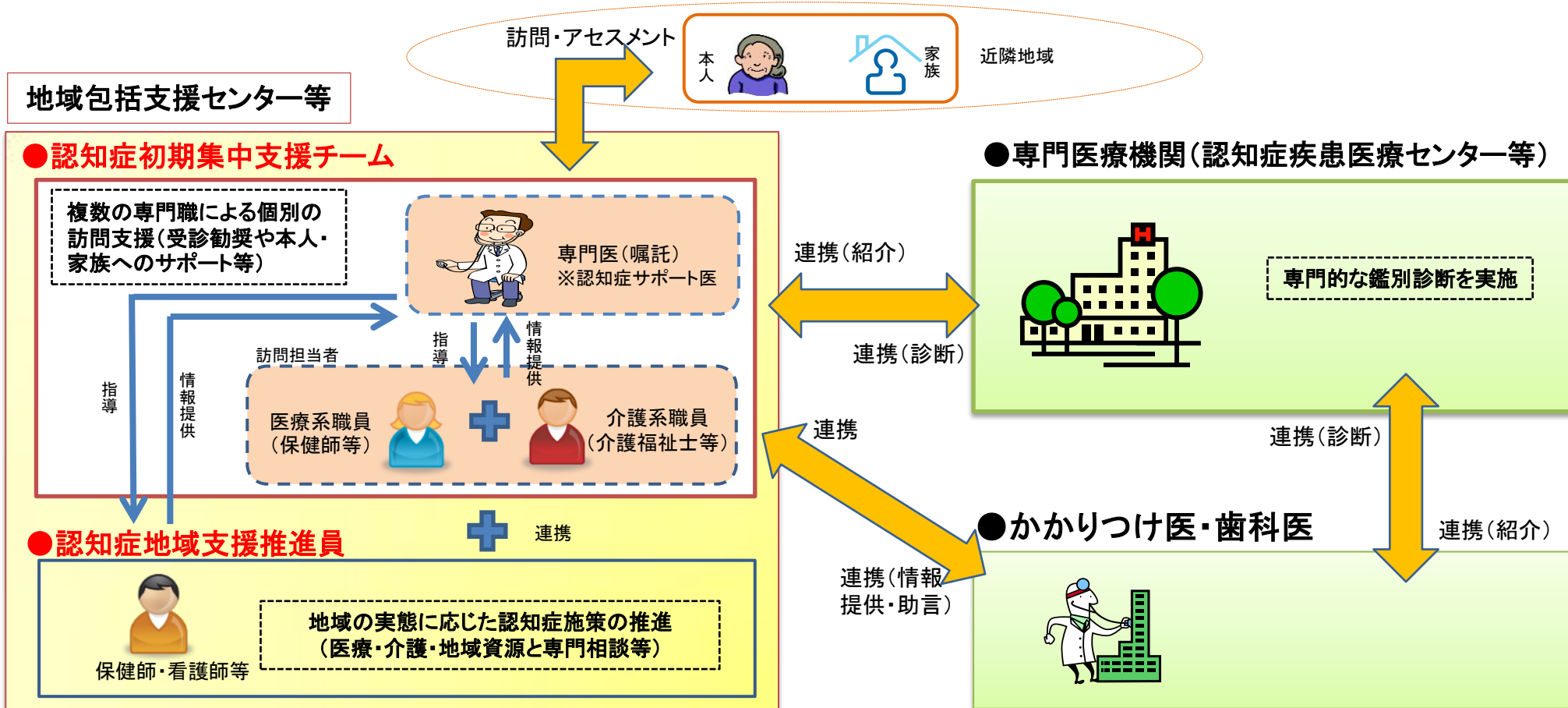
「危機」の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」に基本を置く。

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

専門医による指導の下、以下の体制を地域包括支援センター等に配置

- **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し、アセスメント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** 一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。



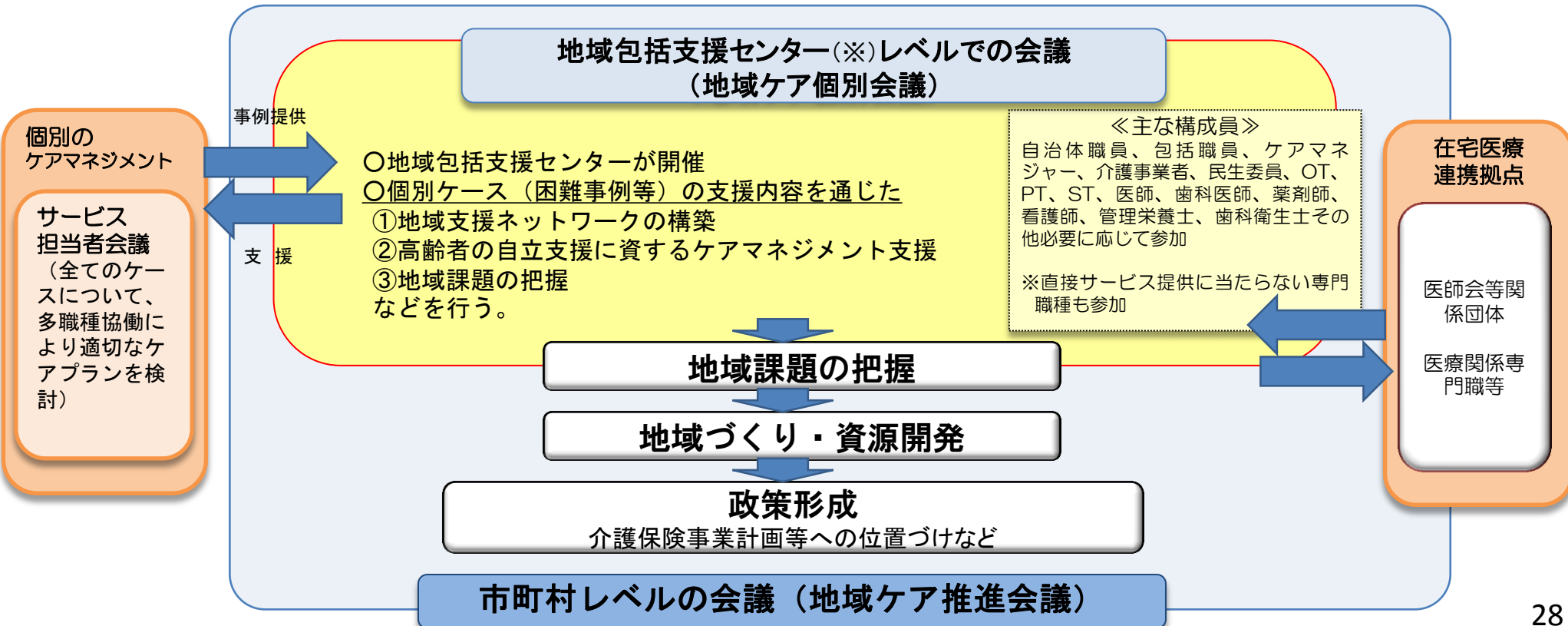
《認知症初期集中支援チームの主な業務の流れ》

- 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アセスメント(認知機能障害、生活機能障害、行動・心理症状、家族の介護負担度、身体の様子チェック)、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(アセスメント内容の確認、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

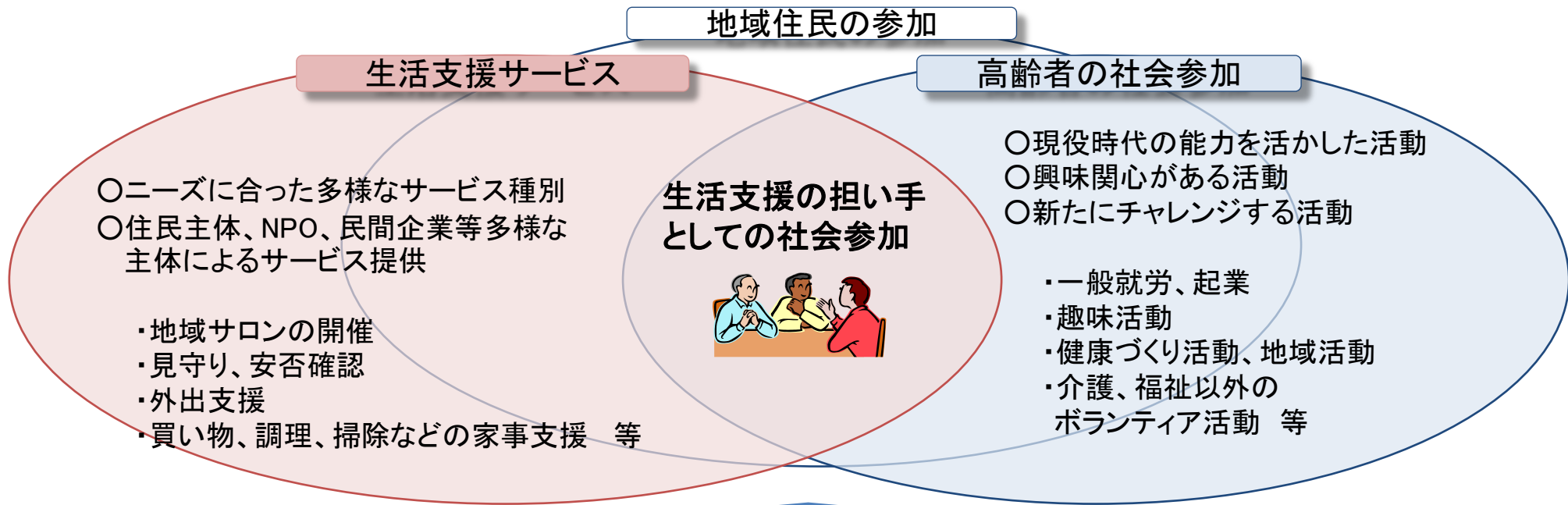
- 「地域ケア会議」(地域包括支援センター及び市町村レベルの会議)については、地域包括ケアシステムの実現のための有効なツールであり、更に取り組を進めることが必要。
- 具体的には、個別事例の検討を通じて、多職種協働によるケアマネジメント支援を行うとともに、地域のネットワーク構築につなげるなど、実効性あるものとして定着・普及させる。
- このため、これまで通知に位置づけられていた地域ケア会議について、介護保険法で制度的に位置づける。

・地域包括支援センターの箇所数:4,328ヶ所(センター・ブランチ・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。



バックアップ

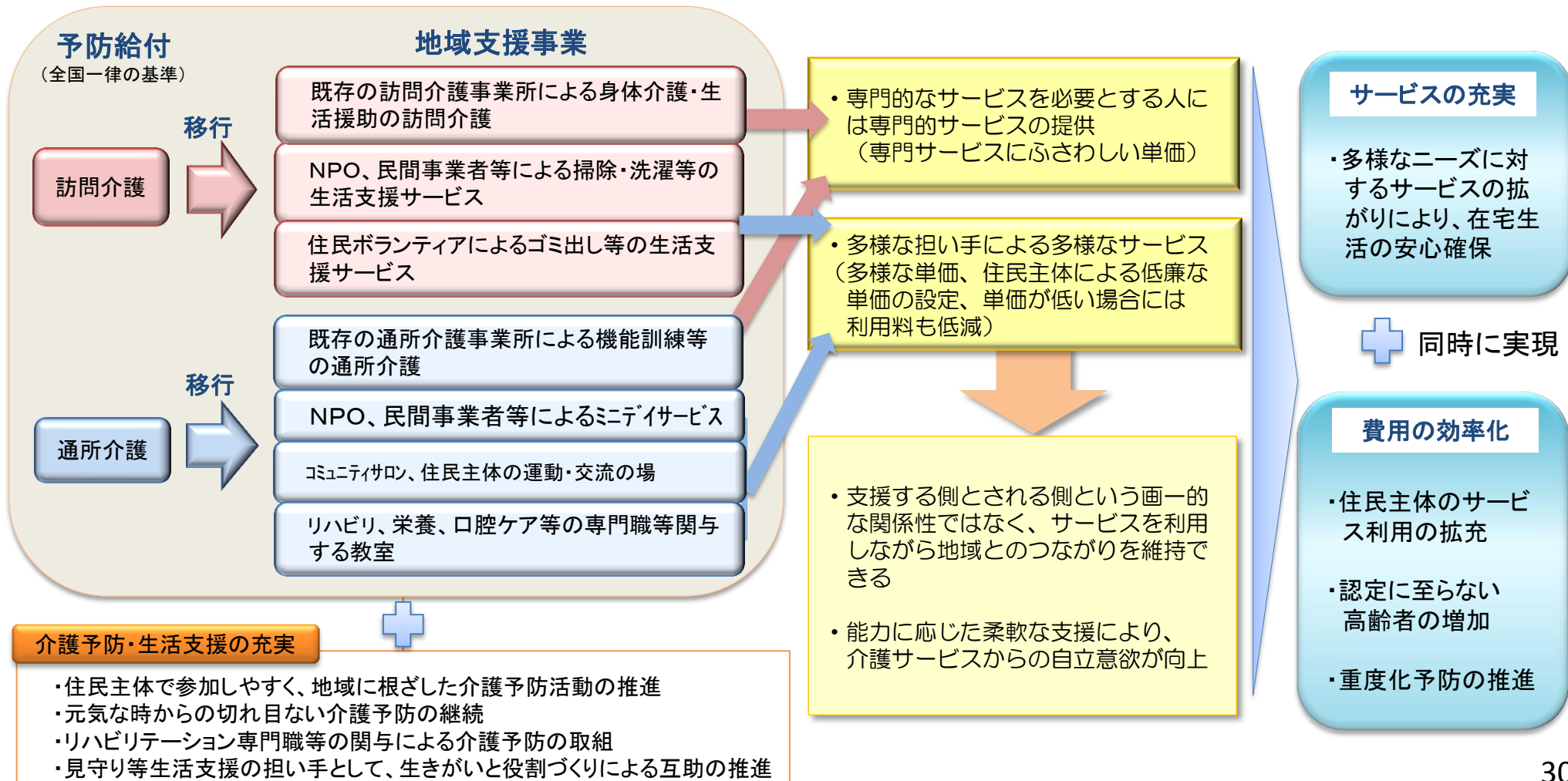
市町村を核とした支援体制の充実・強化

バックアップ

都道府県等による後方支援体制の充実

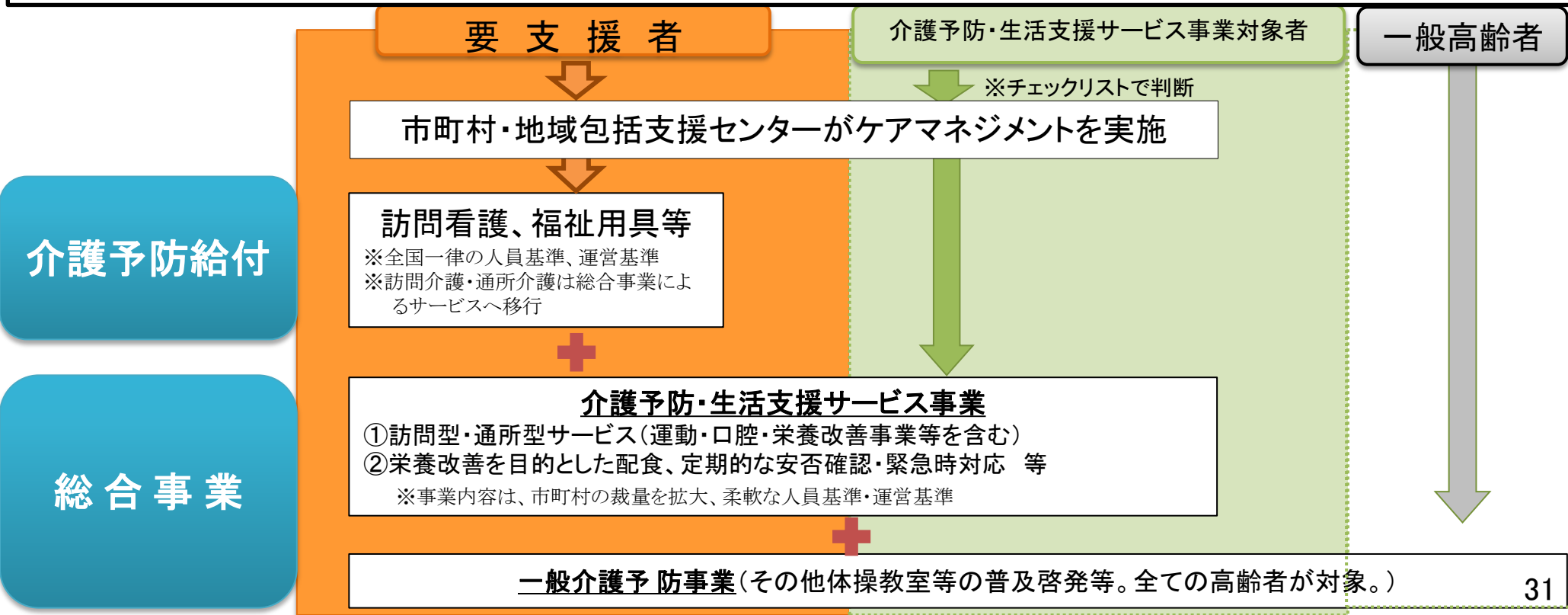
予防給付の見直しと生活支援サービスの充実

- 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。

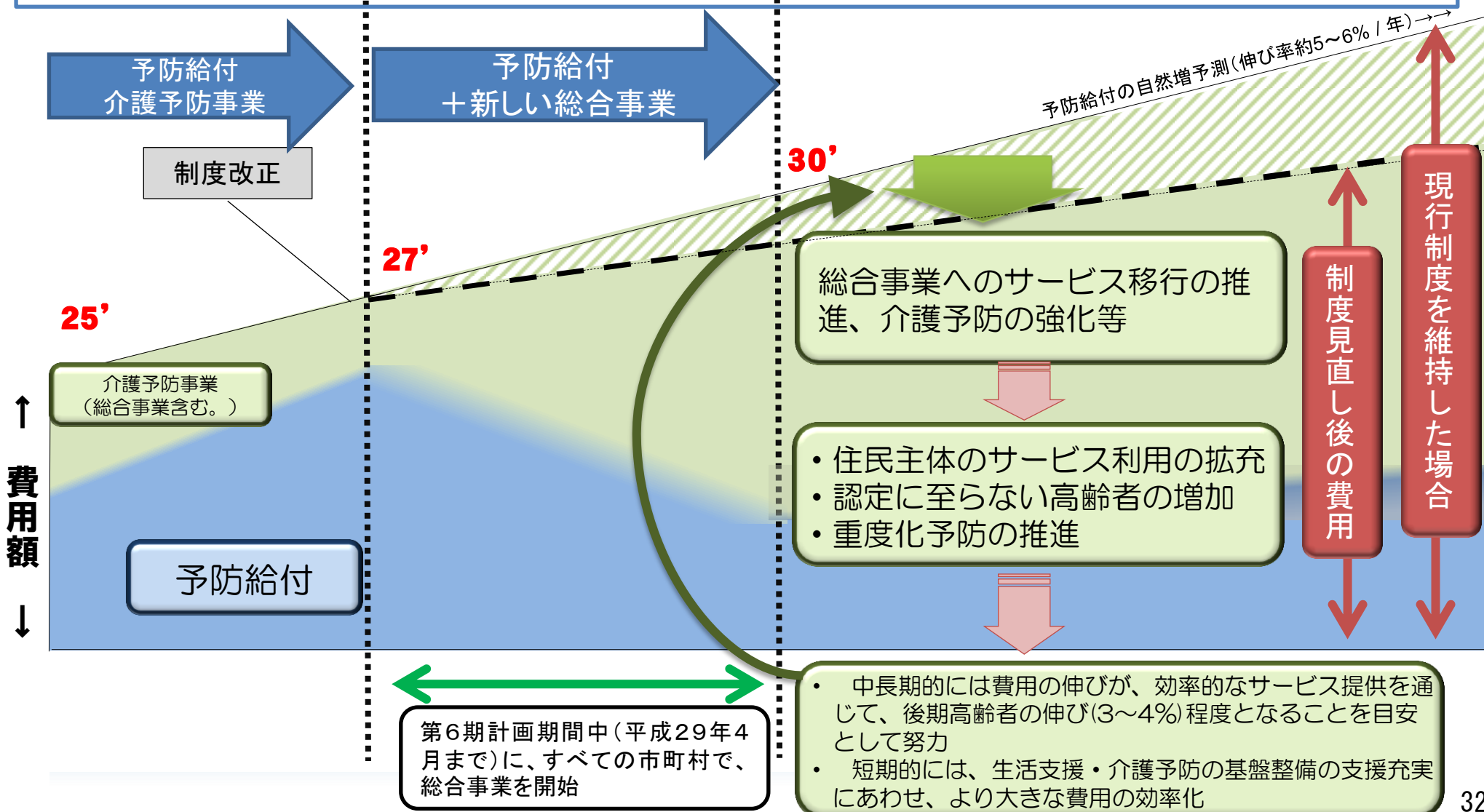


介護予防給付

総合事業

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。



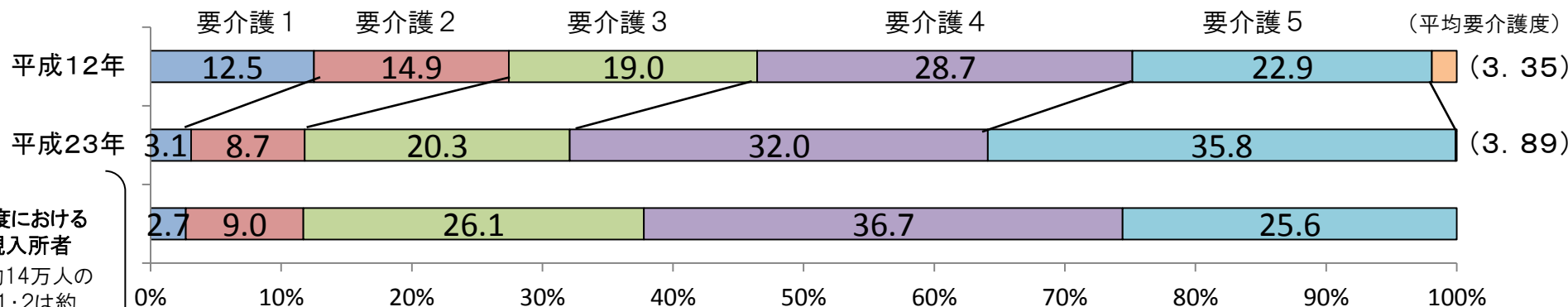
特別養護老人ホームの重点化

〔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

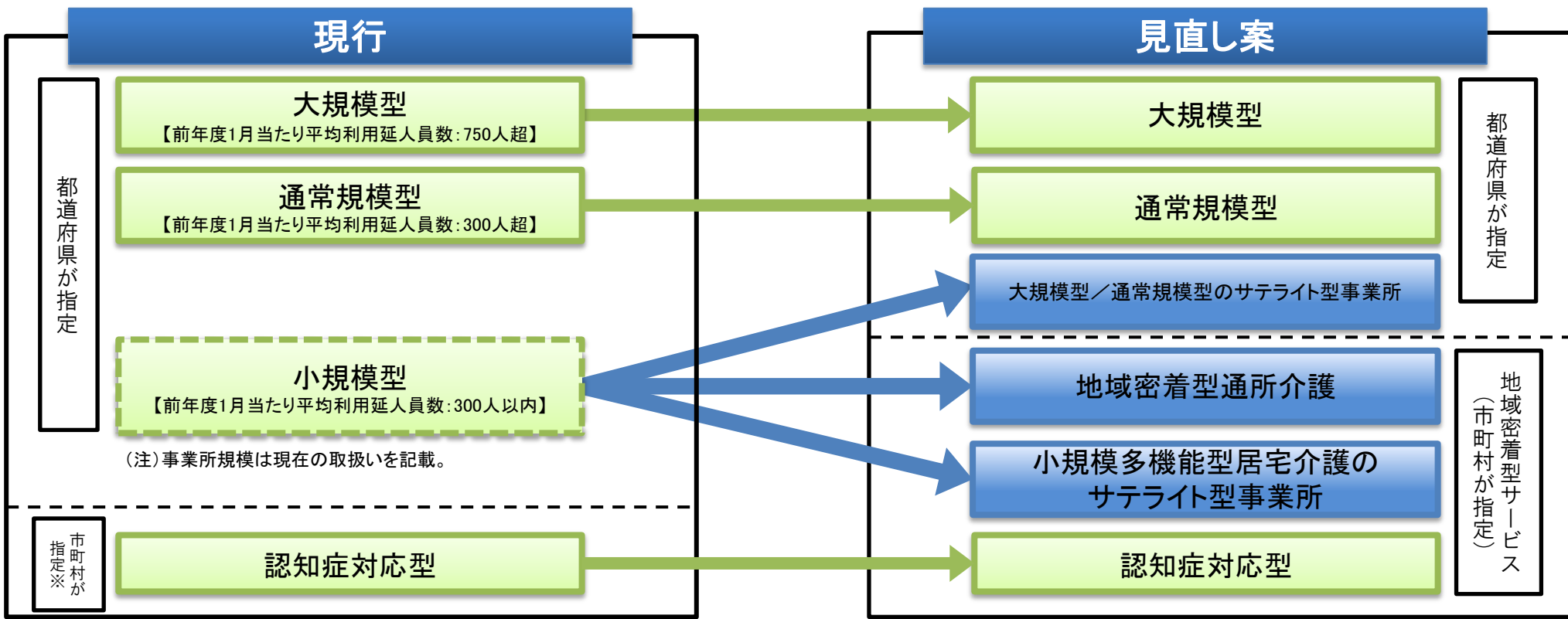
(単位：万人)

	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。（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。



(注)事業所規模は現在の取扱いを記載。

※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。

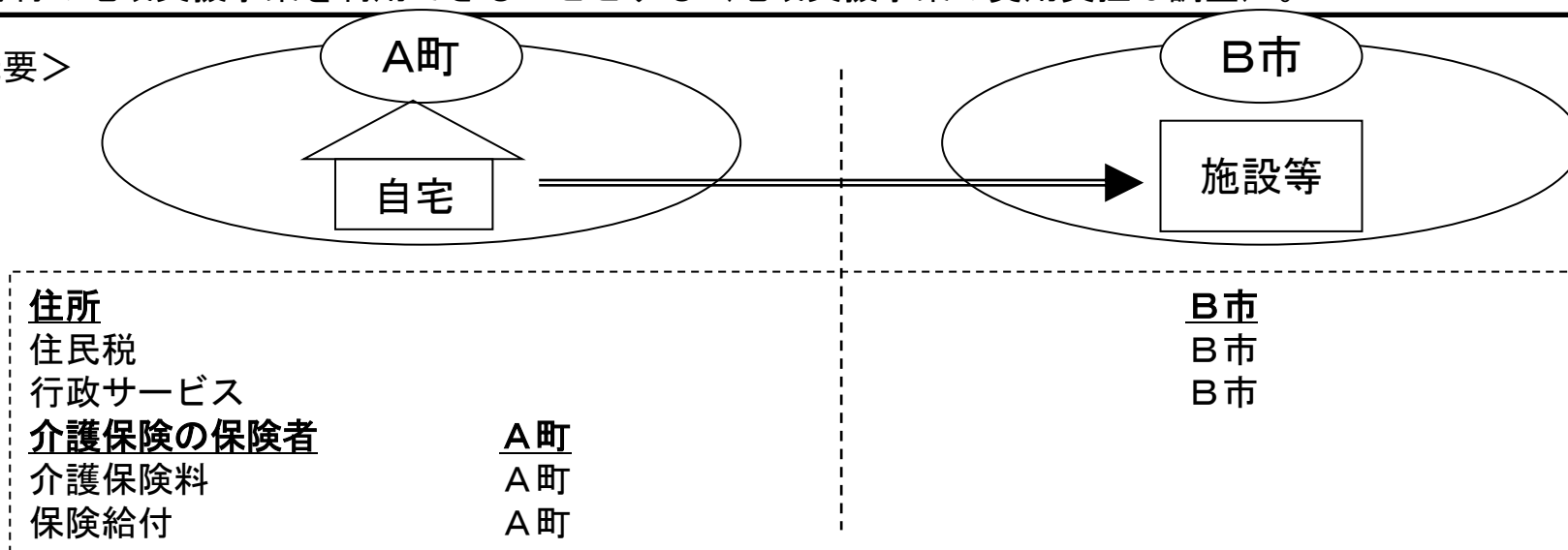
- 現在、居宅介護支援事業者の指定は、事業所からの申請により、都道府県が行うこととなっているが、指定都市・中核市以外の市町村にも指定権限を移譲する。(平成30年度施行)

※ 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

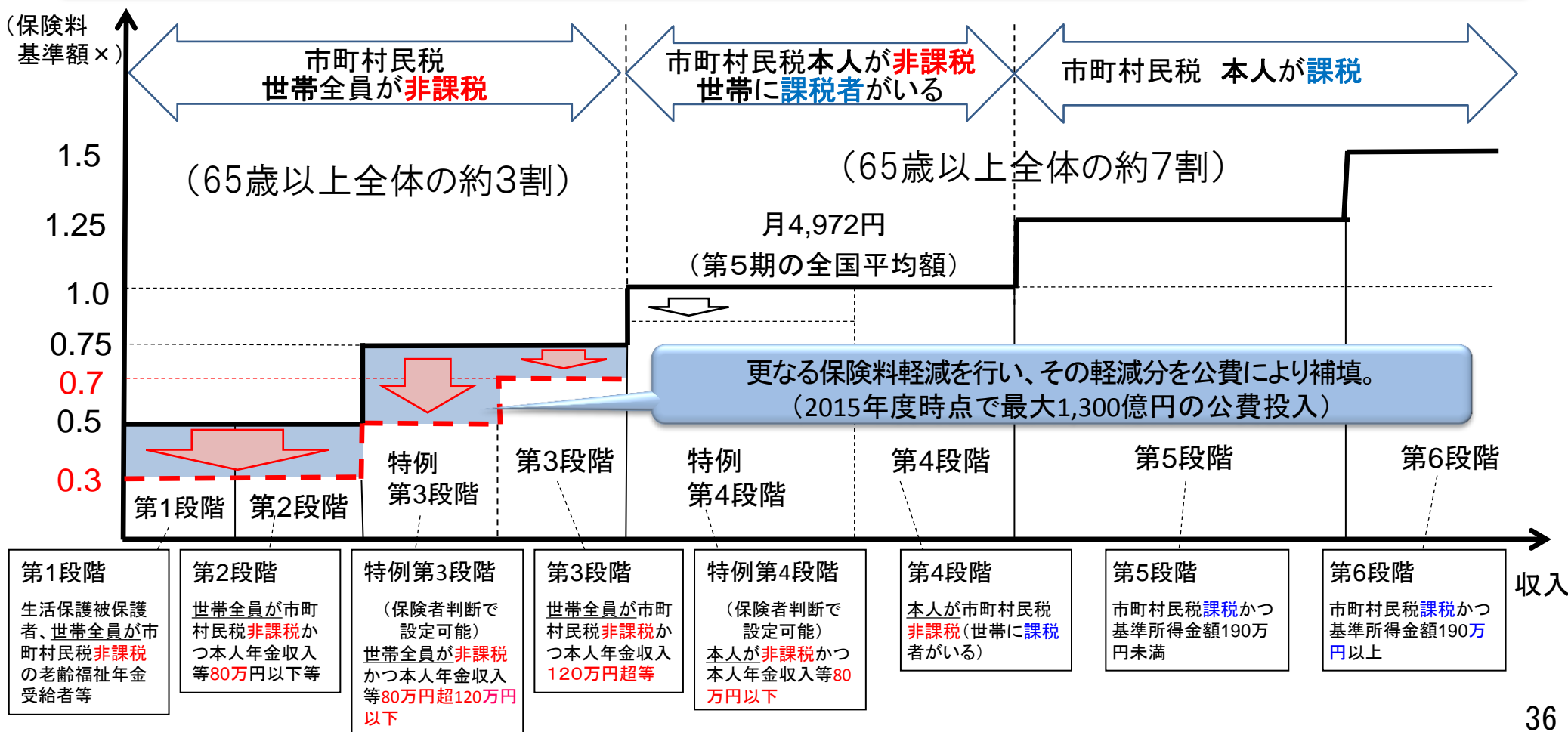
低所得者の一号保険料の軽減強化

〔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。
- 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



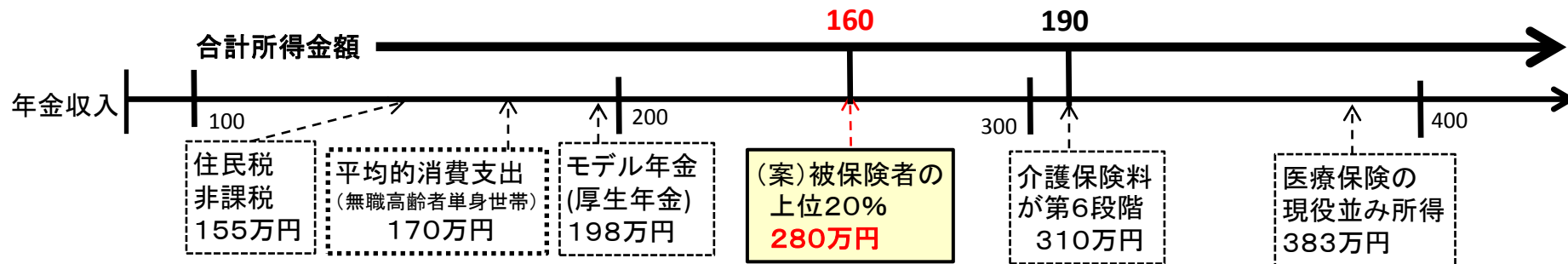
一定以上所得者の利用者負担の見直し

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)
- 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、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き上げ

〈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)		

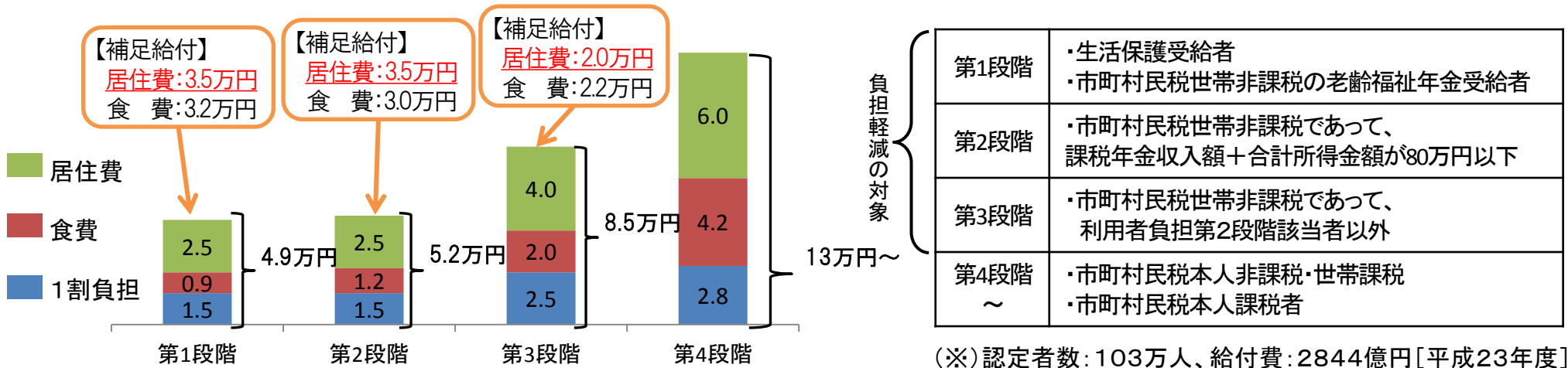
参考: 医療保険の70歳以上の高額療養費の限度額

	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、預貯金や不動産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

※ 不動産については、一定の評価額超の居宅等の不動産を所有している場合には対象外とし、これを担保に補足給付相当額の貸付を行い、死後に回収する仕組みを検討したが、貸付の対象者、資産の評価等事業実施に向けた課題を更に整理し、委託先を確保できるようにすることが必要であり、引き続き検討。

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

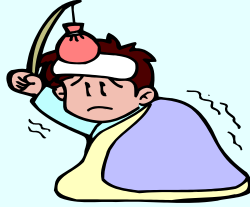
参考資料

我が国の医療提供体制の概要

- ・75歳以上
1割負担
(現役並み所得者は3割負担)
- ・70歳から74歳
2割負担※
(現役並み所得者は3割負担)
- ・義務教育就学後から69歳
3割負担
- ・義務教育就学前
2割負担

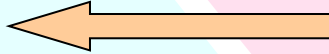
※平成20年4月から、1割に据え置く

患者(被保険者)

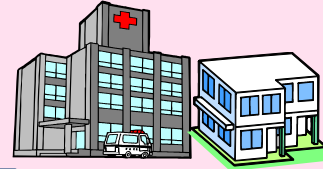


患者負担4.8兆円

②受診・窓口負担



③診療



【医療提供体制】

病院数: 8,565
(病床数: 1,578,254)

診療所数: 100,152
(病床数: 125,599)

歯科診療所数: 68,474

薬局数: 54,780

※数字は、平成22年10月1日時点

(出典:平成24年医療施設調査)

※薬局は、平成23年3月31日時点

(出典:平成23年度衛生行政報告例)

医療費37.4兆円

保険料18.1兆円

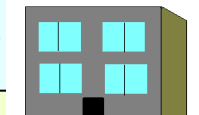
①保険料

保険者

⑤支払

④請求

【医療保険制度】

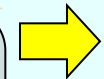


行政機関



国
都道府県
市町村

公費負担

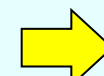


公費負担



各保険者

支援金



(主な制度名)

(保険者数)

(加入者数)

国民健康保険

1,881

約3,800万人

全国健康保険協会

管掌健康保険

(旧政管健保)

1

約3,500万人

組管管掌健康保険

1,443

約3,000万人

共済組合

85

約900万人

※保険者数及び加入者数は平成24年3月末時点(速報値)(ただし、共済組合は平成23年3月末時点)

後期高齢者医療制度

47

約1,400万人

※加入者数は平成24年3月末時点(速報値)

医師 303,268人

歯科医師 102,551人

薬剤師 280,052人

看護職員※ 1,537,813人

※医師・歯科医師・薬剤師数は平成24年12月31日時点

(平成24年医師・歯科医師・薬剤師調査)

※看護職員は平成24年における

厚生労働省医政局看護課集計

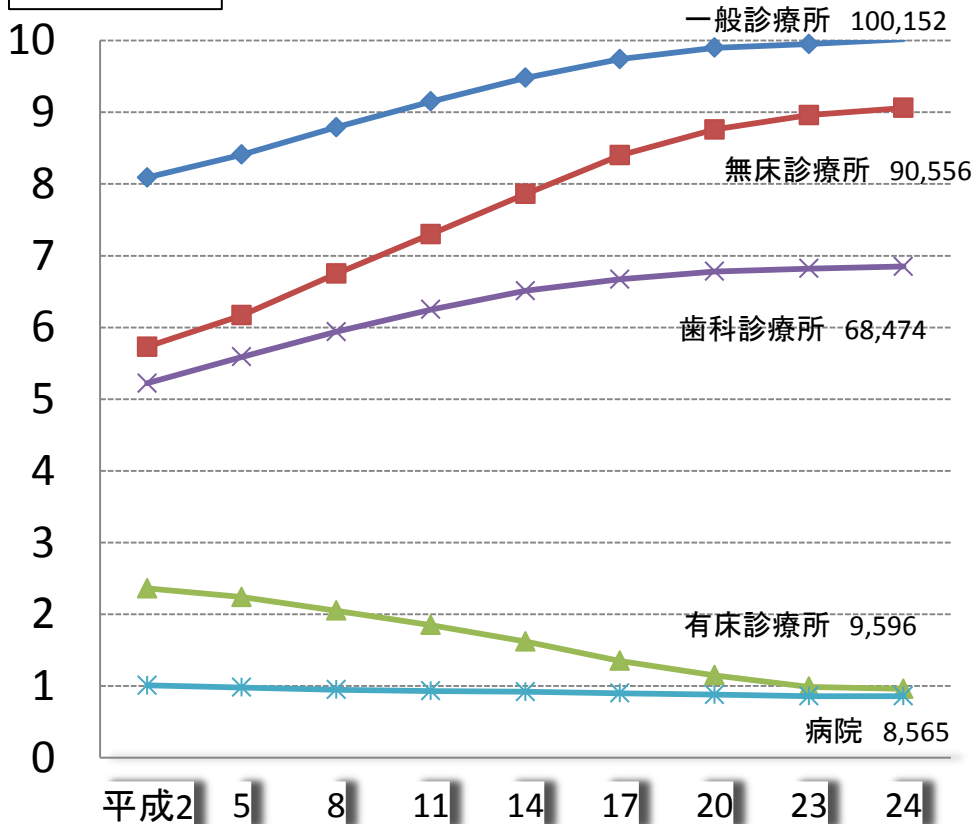
※看護職員:保健師、助産師、看護師、准看護師

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

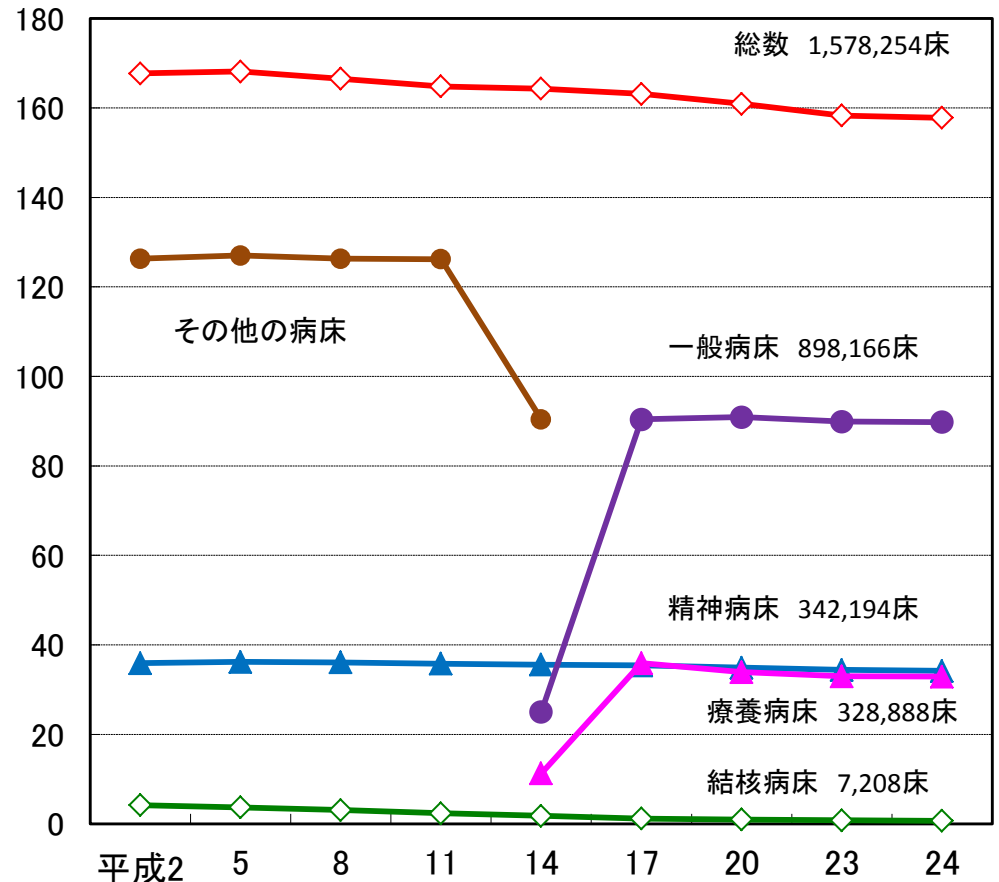
単位: 万施設



※歯科診療所は有床・無床を含む

種類別病院病床数の推移

単位: 万床



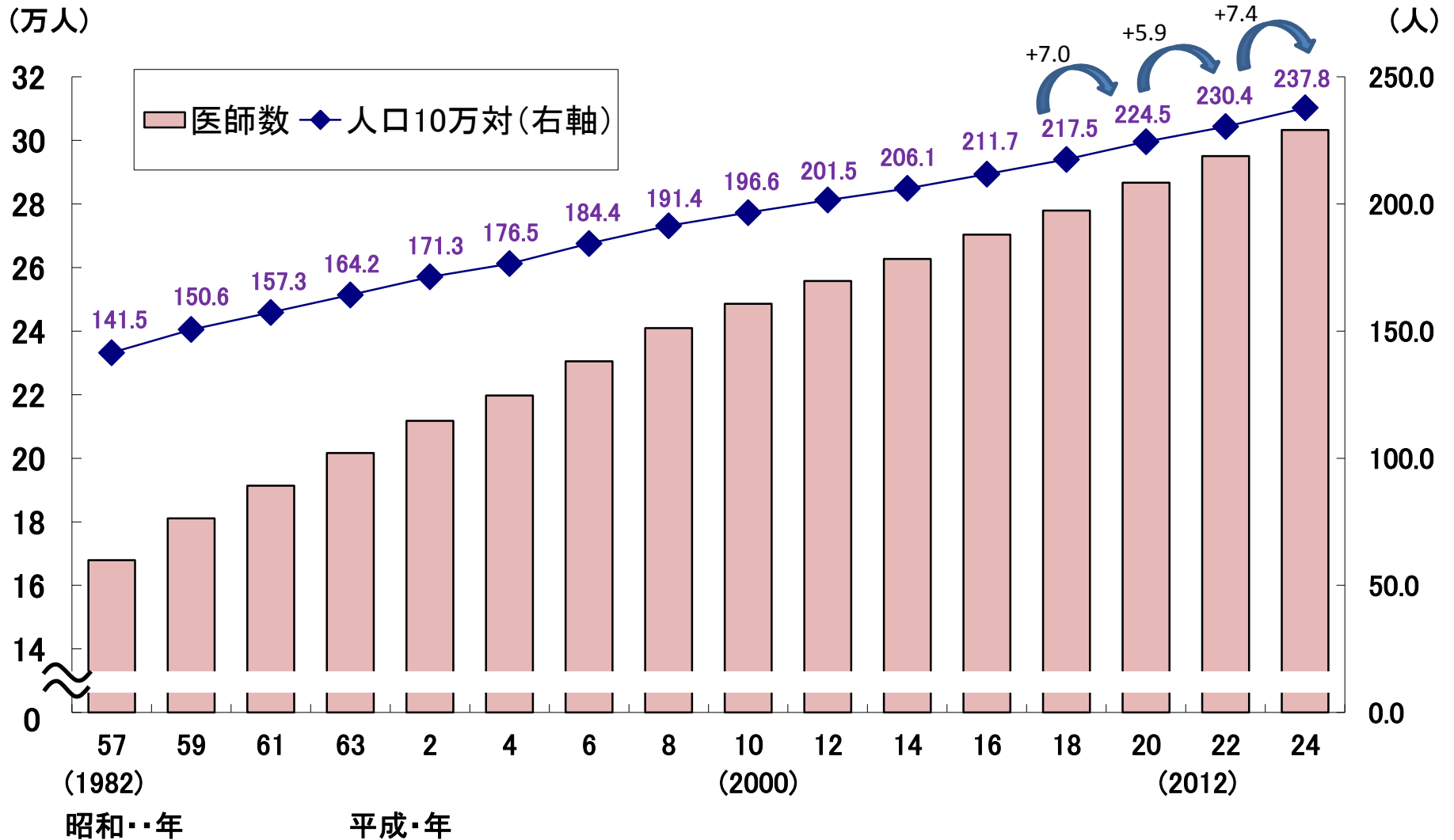
※その他の病床は、医療法改正により療養病床及び一般病床に区分

※感染症病床は記載を省略(平成24年は1,798床)

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

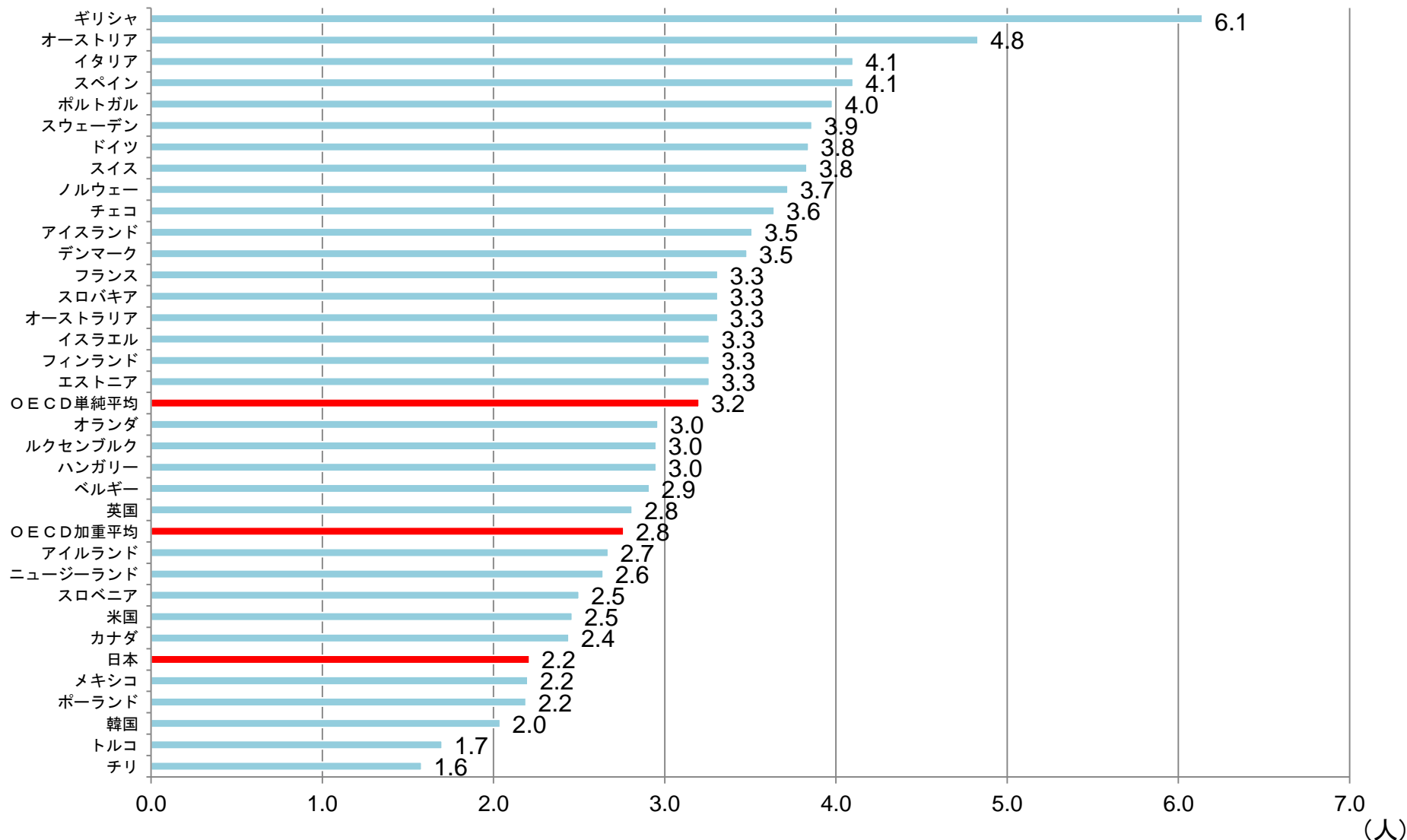
人口10万対医師数の年次推移

- 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



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

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。

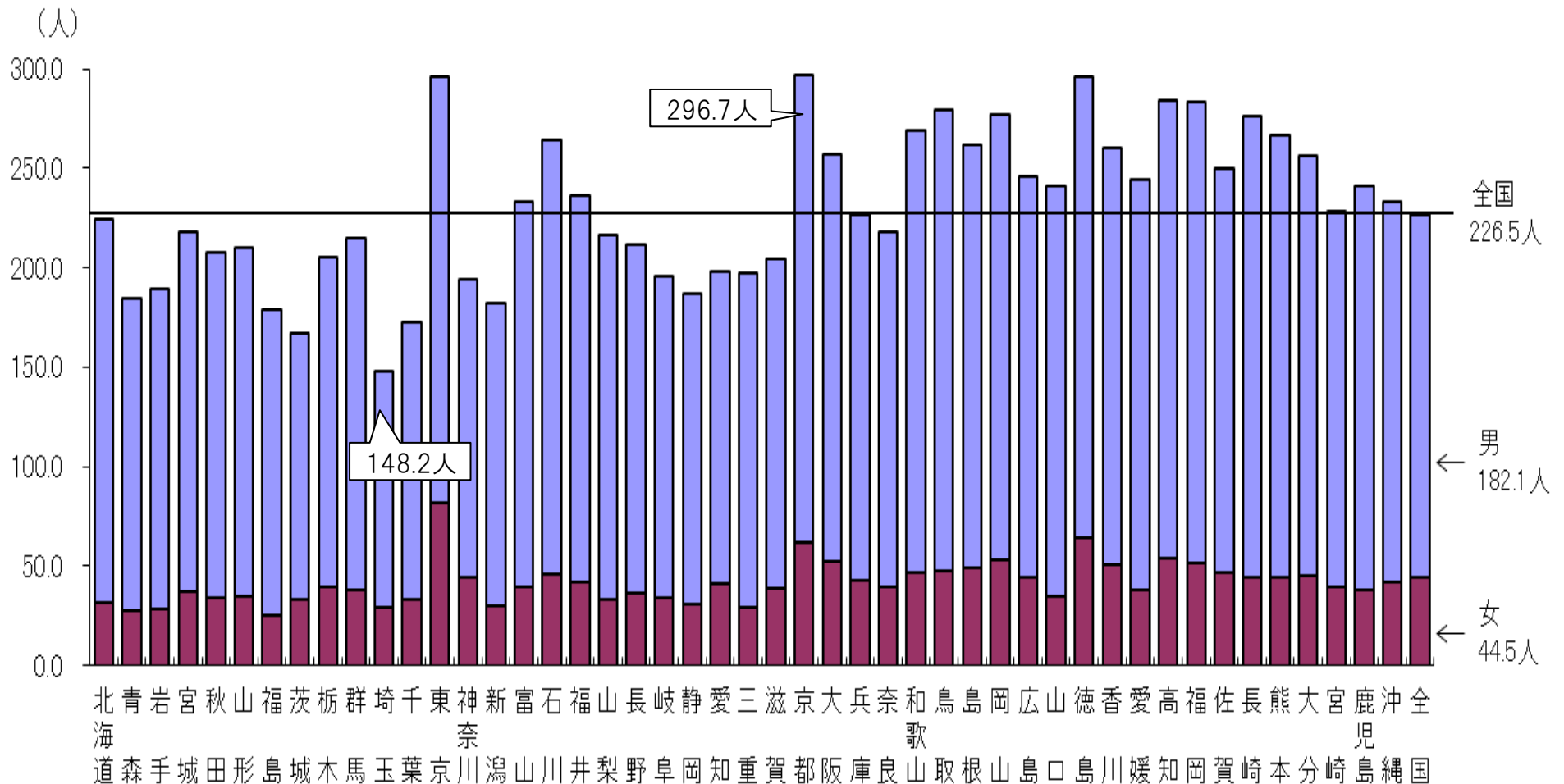
注2 「#」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

注3 病床百床あ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）

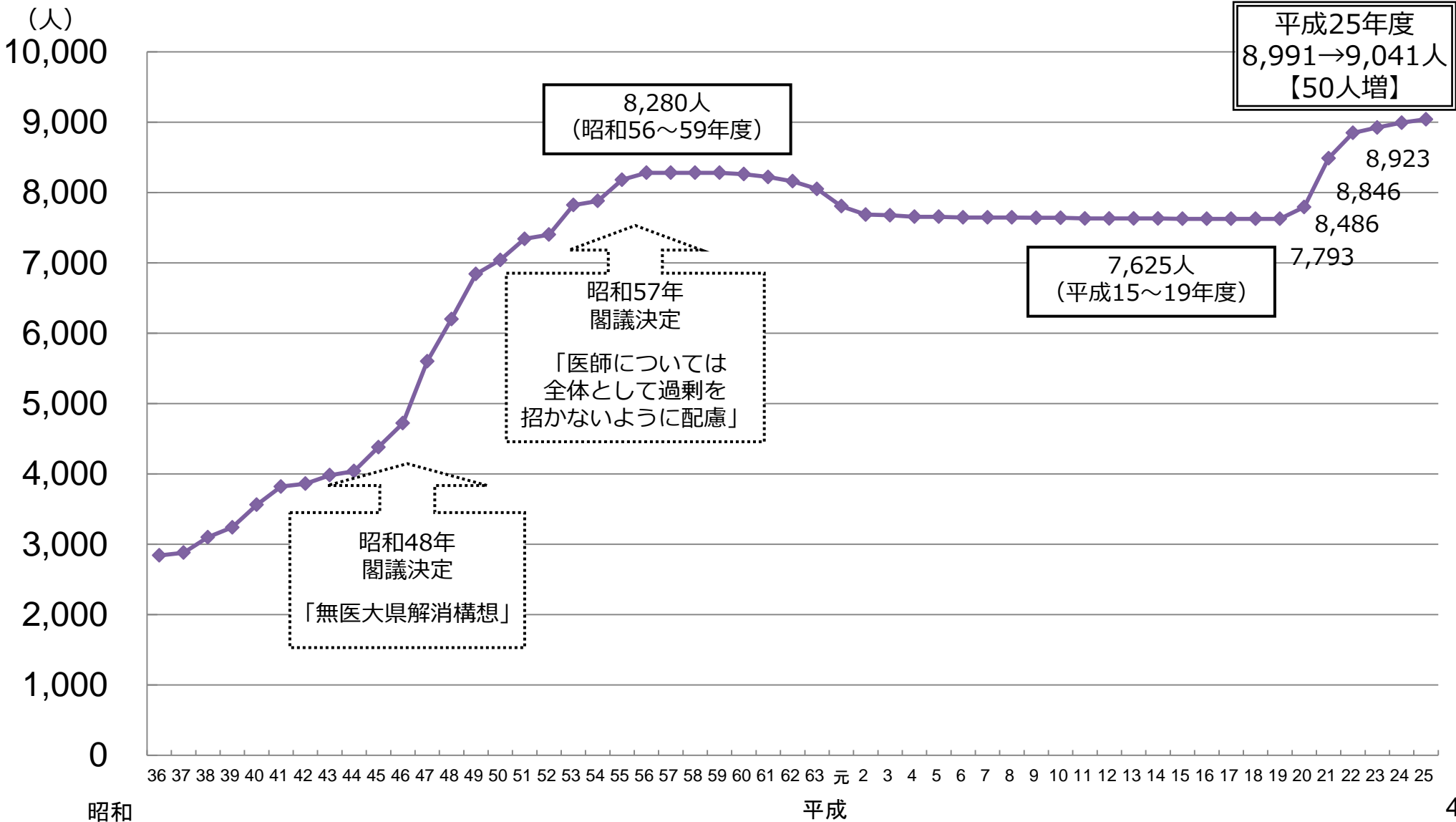
- 全国の医療施設（診療所・病院）に従事する「人口10万対医師数」は226.5人で、前回に比べ7.5人増加している。
- 都道府県別では、京都府が最も多く（296.7）、埼玉県が最も少ない（148.2）。



医学部入学定員の年次推移

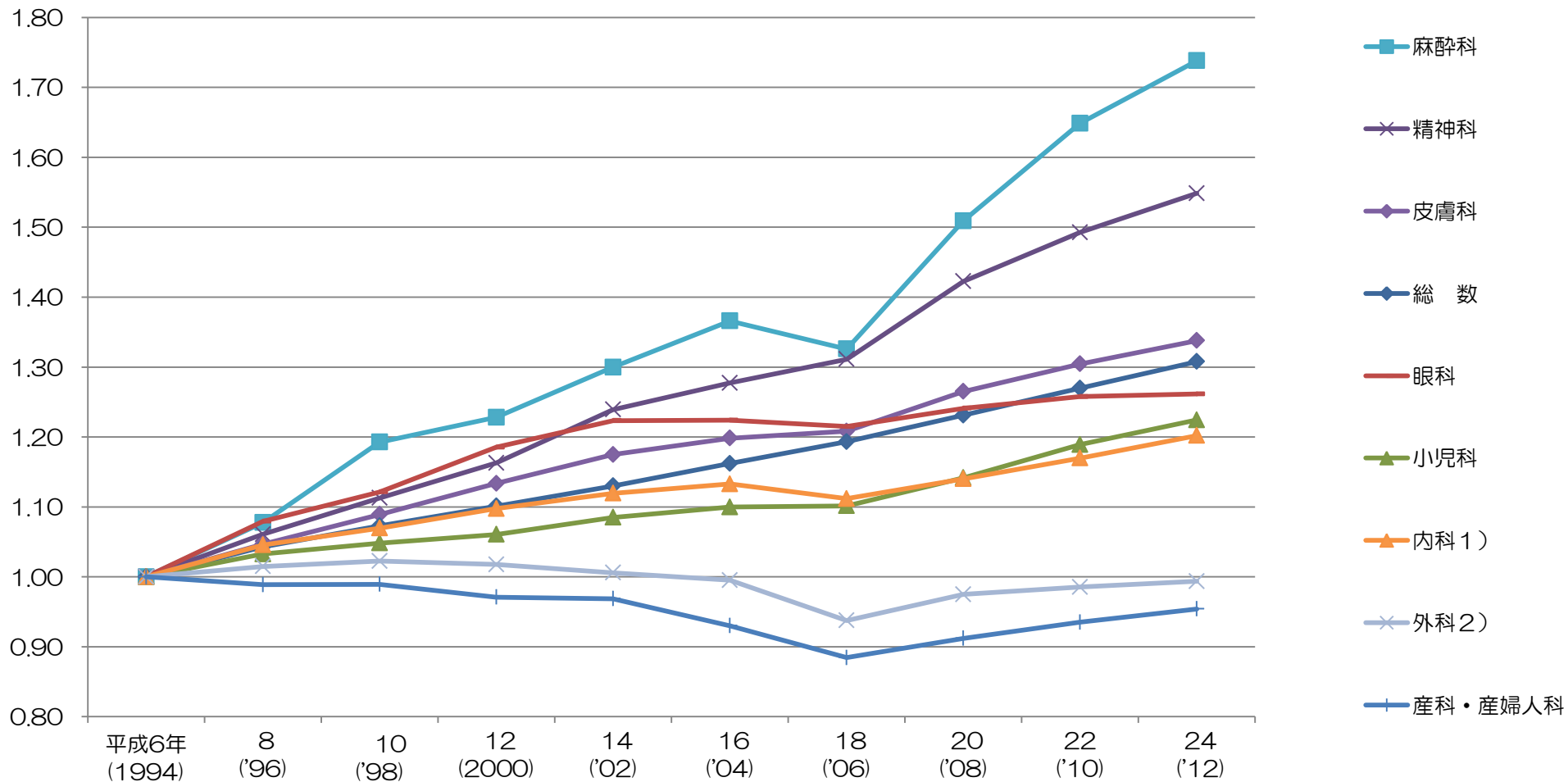
○医学部の入学定員を、過去最大規模まで増員。

(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

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

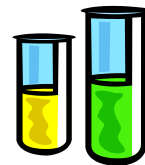
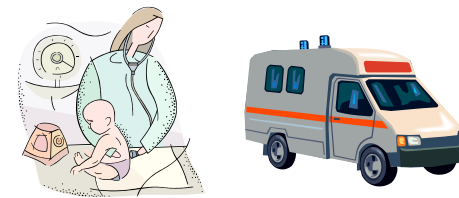
病床数の算定に関する例外措置

- 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)

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。