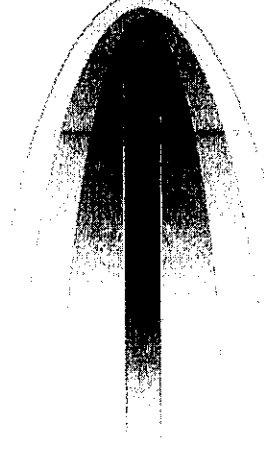


全国銀行協会 大ホール

いのち

生命輝かそうJAHID

～2025年を見据えて～



復興5年6月1日

全国自治体病院協議会 会長

赤穂市民病院 名誉院長

邊見公雄

いのち

生命輝かそうJAHID

～2025年を見据えて～



復興5年6月1日
全国自治体病院協議会 会長
赤穂市民病院 名誉院長
遠見公雄

レジュメ

1. 私の考え
2. 日本の人口構成と財政
3. 第6次医療法改正
4. 私の最近の関連会議
 1. 第2次公立病院ガイドライン
 2. 東北医学部新設
 3. 19番目の専門医としての総合診療医
 4. 社保審医療分科会(女子医大、郡大、千葉県がんセンター等)
 5. 中医協と医療機器
5. 医療機器の現状
6. 日本版NIH(AMED) MEJ

赤穂城 隅櫓



私の考え 1

- * 少子高齢化の枕詞か
- * 修学旅行は病院へ(老幼共生)
- * 医療と教育は日本の2大基幹産業
- * 病院こそ地域のコミュニティセンター(教会、寺社→メセナ、シティホール→ホスピタル)
- * 山古志村を減ほすな
- * 病院と学校は昼ご飯を食べられる距離に
- * 21世紀は20世紀のつけを払う世紀(地球の治療)
- * GNPからGNHへ
- * 患者のQOL、スタッフのQOL、立ち去り型サポーター・ジュ防止(ワークライフバランス)
- * 苦悩する病院と繁栄する周辺産業
- * 三現主義(現場に出て、現物を見て、現実的に考える)＝京都学派
- * 日医は病院の強い味方か
- * 医療崩壊の五臓はだれ
- * 国民皆保険制度と憲法9条は世界文化遺産
- * EBMの時代はEBR (Evidence based Reward)
- * 物から技へ、技からシステムへ(診療報酬の原則)
- * 病院と学校は地域の文化レベルを反映
- * 地方創生は遠能適所(造語)
- * 地方創生は三権分立より
- * 我が国の最大企業はトヨタ、新日鉄、東工、パナではなく行政である

私の考え 2-1

- お医者様はいっぱいいますか.....医師はどこでも医師であれ 医療者は皆同じ
薬剤師も当然
- 下り線にも乗りましょう.....高取峠を越えさせない
- 貸し借りのない人生取り引きしない
- エバー・チャレンジャー.....少しでも早く
- 死んでも満足していただけの病院づくり.....ティズニーとトヨタに学ぼう
- 癒しの環境
- 開かれた病院づくり.....住民(患者、ボランティア等)参加
- ネガティブヒーローはもう作らない.....医療安全いろはカルタ
- 「人をもくす(金、イデオロギー、情)」
- 「院長の孤独」.....変えは職員と患者様
- 医療は大学病院レベル、人間関係は診療所の様に
- チーム医療は医療の中心
- 3H + α
- 救急は医療の原点
- 救急車は断るな.....中にいるのは自分の親や子と思え
- 当直者は、院長、婦長と思っって仕事を

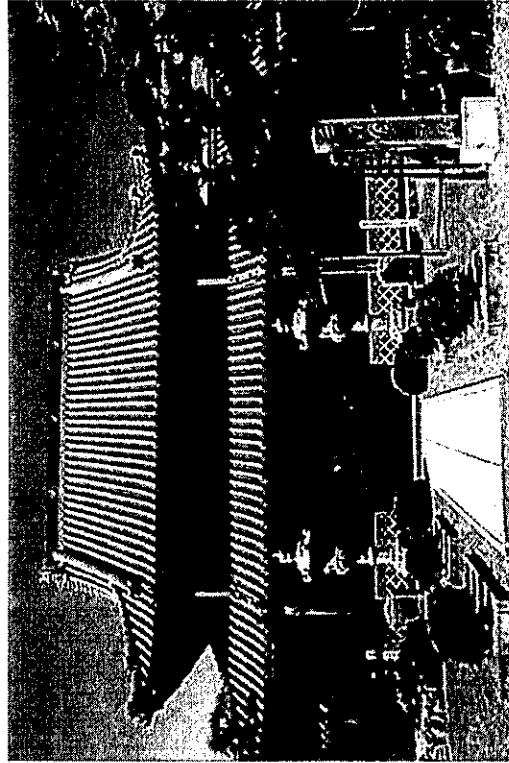
5

私の考え 2-2

- Everything & Something
- 1円の黒字
- 朝一番、帰宅前最後に回診を
- お見送りは出来るだけでなく、心を込めて(グリーフケアを含めて)
- 受付、交換手は病院の顔
- 研修医へ「師長、主任こそ先生」
- 自院を知り、自院を愛そう!!
- 医療職 求人先は出来るだけ多く
- 家族(特に孫)の面会、ベットは出来るだけ緩やかに
- 患者さんの心を開け(方言、趣味、スポーツなど)
- 失意鬱然得意淡然
- 会議は前泊か後泊(9時~5時では本音聞けず)
- 学会は地方学会重視 必ず一言(病名と氏名)
- 患者さんと一緒に
- 病気を知り、病気を闘い、病気を治そう
- 外来患者さんにはお土産と宿題
- 笑顔は元手の要らない最大のおもてなし
- 情報とスピードは大きな武器

6

華岳寺 (大石家菩提寺)



7

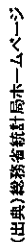
日本の医療とその環境

人口、財政、社会保障

我が国の人口ピラミッド

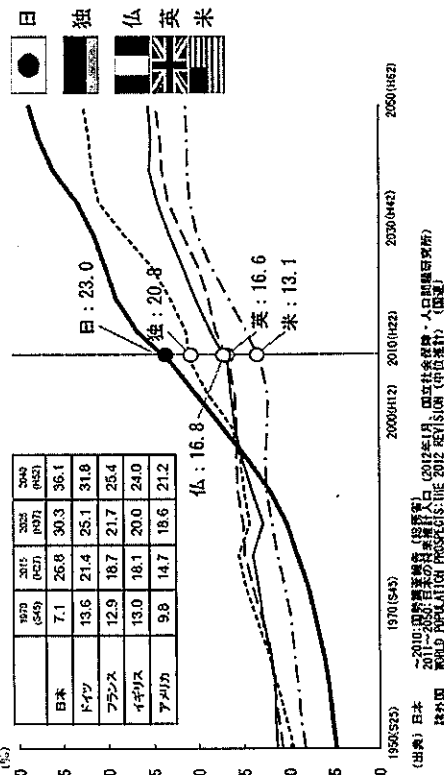


(出典)総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保険・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)、出生中位・死亡中位推計(各年10月1日現在人口)、厚生労働省「人口動態統計」



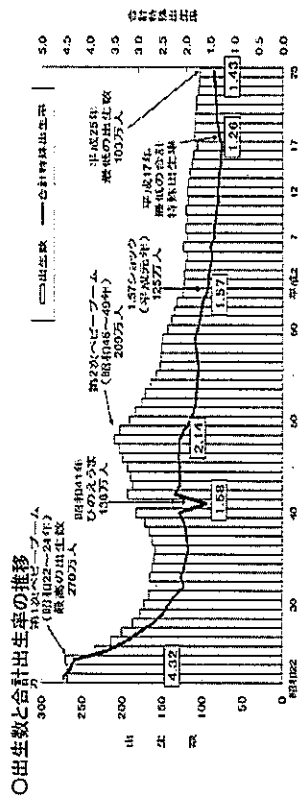
高齢化率の国際比較

○2008年の1億2808万人をピークに減少に転換。中位推計で2050年に9708万人となる見通し。



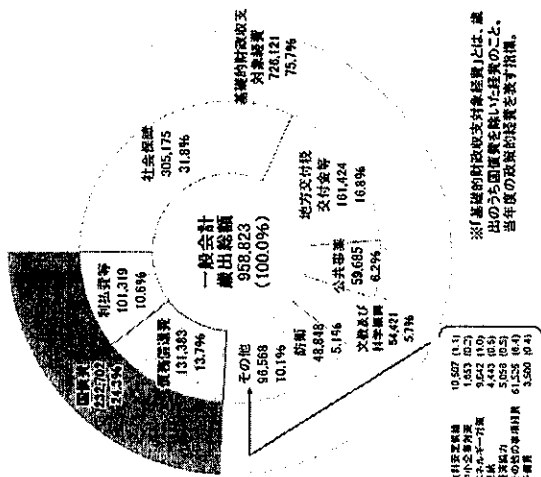
少子化

○出生数と合計出生率の推移

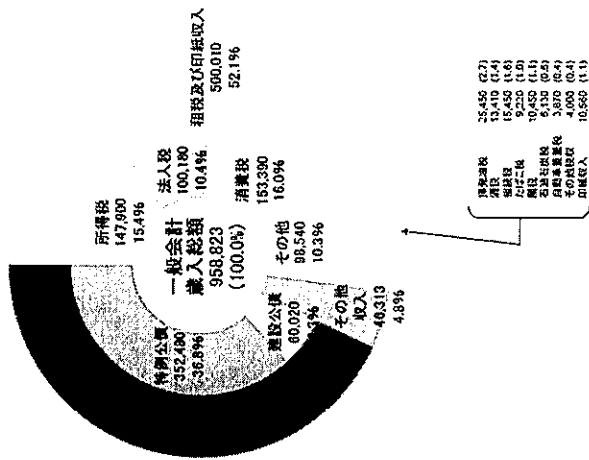


(出所)厚生労働省「人口動態統計」

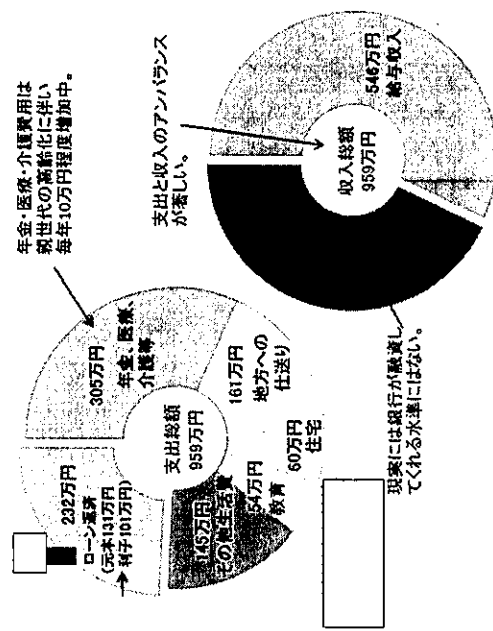
我が国の財政 (歳出内訳)



我が国の財政 (歳入内訳)



家計に例えたら



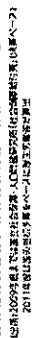
我が国の債務残高

(%)

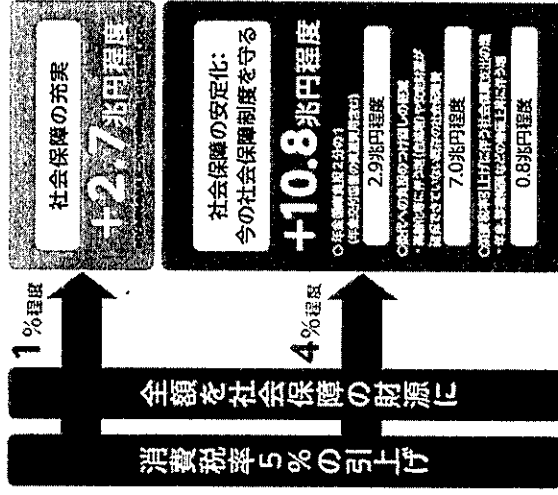


一週一週おこなわれ、おもしろい。長男が、おもしろい。

今後の社会保障



安定財源 (消費税)



22

赤穂城 太鼓櫓



26改定の特徴

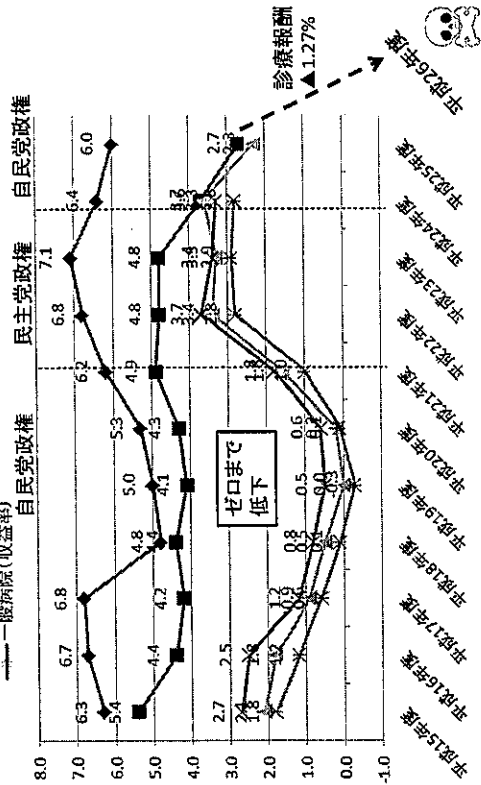
1. 37年(2025年)に向けて24改定からの継続性
2. 医政局とのコラボ(第6次医療法改正の先取り)
3. 急性期重視から回復期、慢性期を在宅へシフト(7対1病院削減)
4. ストラクチャー評価からアウトカム評価へ(在宅復帰率)
5. 可視化(データ提出加算)

第6次医療法改正 地域医療・介護 総合確保推進法を中心に

1. 26年診療報酬改定(詳しく)
2. 医療介護総合確保推進法(概論)
3. 病床機能報告制度
4. 地域医療ビジョン
5. 27年介護報酬改定
6. 対応(地域包括ケア病棟を中心に)

23

康義型病院 精神科病院 一般病院 (医療利益型軍)



医療・介護分野の改革

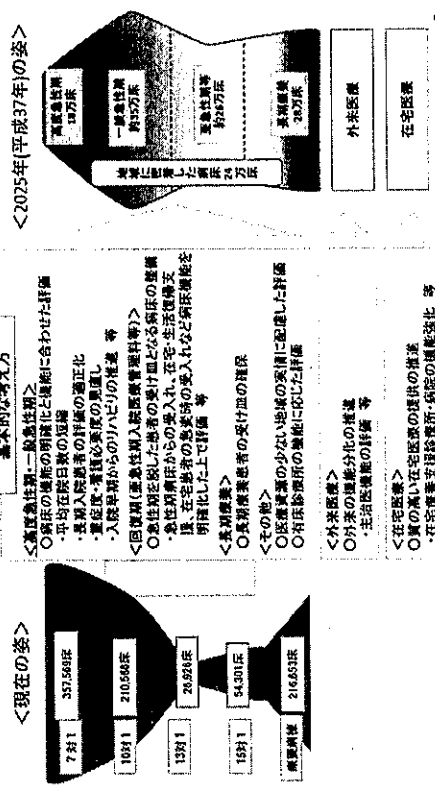
社会保障制度改革国民会议报告书(按姓)

平成25年8月6日
社会保障制度改革国民会議

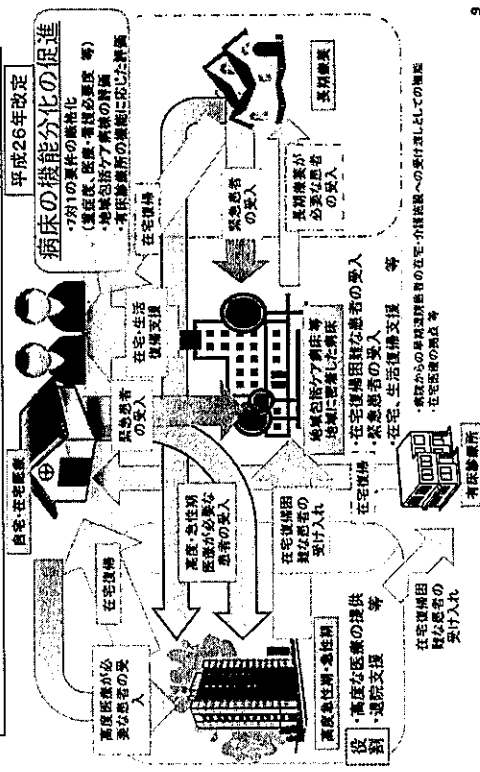
■ 急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床で過ごし、適切な医療を受けることができるよう、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し入院期間を減らし早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病院や在宅医療・在宅介護を充実させていく必要がある。この時、機能分化した病床機能にふさわしい設備・人員体制を確保することが大切であり、病棟のみならず地域の修繕可能な小規模な施設に組み込むことが必要となる。

【この地域包括ケアシステムは、介護保険制度の枠内では完結しない。例えば、介護訪問と医療ケアを併せ持つ高齢者を地域で支えるためには、訪問診療、訪問看護、訪問介護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導などの在宅医療が不可欠である。自宅だけでなく、高齢者住宅に居ても、グループホームや介護施設その他のところに暮らしても必要となる。そして、医療・介護サービスが地域のなかで一体的に提供されるようにするには、医療・介護のネットワーク化が必要であり、より具体的に言えば、医療・介護サービスの提供者間で、提携者と行政機関と様々な関係性間で生じる連携がどのようになされていくことが重要となる。

「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方」(概要)
(平成25年9月6日 社会保険審議会 医療保険部会・医事部会)



1. 入院医療についてく病床の機能分化



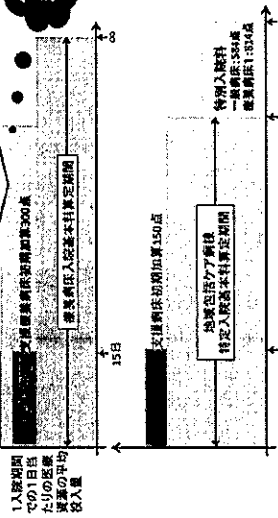
あなたならどう活かす？

療養病床の点数の設定と地域包括ケア病棟の点数設定の差()

・2次救急、救急告示病院
・在宅療養支援病院としてサブ
アキュートの受け入れ強化

リハビリテーション(疾患別や
POCリハ)や口腔ケア、NST等の
在宅復帰支援サービスを実施！

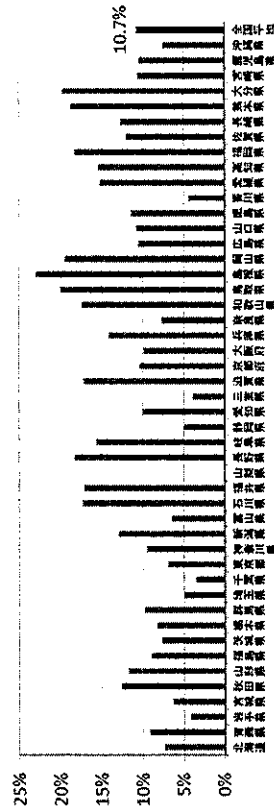
何もしないで
利益を追求？



「データ提出」で行った医療行為は全て丸裸になります！

地域包括ケア病棟入院料等の届出状況②

各道府県の病院における
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を届け出た割合(※)

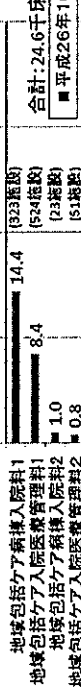


※各道府県で地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を届け出た医療機関の割合、各道府県の病院数(病院数)は同じで表した。

平成26年10月現在 医療費課

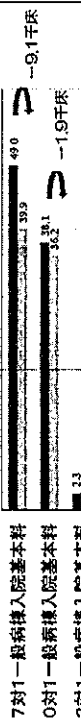
地域包括ケア病棟の届出状況①

地域包括ケア病棟入院料等を届出した病床数 (千床)



合計: 24.6千床
■平成26年10月

地域包括ケア病棟入院料等を届け出た施設における
平成26年3月から10月の間の病床の届出状況の割合



■平成26年3月
□平成26年10月

出典: 平成26年10月までの10月までの届出状況の割合をとりまとめたもの(※) (※) 平成26年10月までの届出状況の割合をとりまとめたもの(※) (※) 平成26年10月までの届出状況の割合をとりまとめたもの(※)

1. 入院医療についてく在宅復帰の促進>



医療介護総合確保推進法案

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

社会保険審議会医療保険部会 委員名簿

会長	遠藤 久夫	学習院大学経済学部教授	平成25年11月8日現在
幹事	高橋 睦子	日本労働組合総連合会副事務局長	
幹事代理	稲田 正彦	全国知事会社会保険常任委員会委員長／栃木県知事	
	岩本 康志	東京大学大学院法学政治学研究科教授	
	大谷 孝子	東京大学大学院経済学研究科教授	
	四崎 誠也	全国青備バンク推進協議会顧問	
	川尻 精郎	全国老人クラブ連合会理事	
	新池 令子	日本看護協会副会長	
	小林 剛	全国健康保険協会 理事長	
	藤原 正孝	全国町村会財政委員会委員長／秋田県井川町長	
	柴田 雅人	国民健康保険連合会常務理事	
	白川 修二	健康保険組合連合会常務理事	
	鈴木 邦彦	日本医師会常任理事	
	武久 洋三	日本医師会常任理事	
	樋口 寛子	NPO法人高齢社会をよくなる女性の会理事長	
	藤井 隆太	日本商工会議所社会保険専門委員会委員	
	堀 泰明	日本福祉医療協会常務理事	
	森 千年	日本経済団体連合会社会保険委員会医療改革部会長	
	森 昌平	日本経済団体連合会常務理事	
	横尾 俊彦	全国健康保険協会協議会協議会長／多治市長	
	和田 仁孝	早稲田大学法学部教授	

43

「社会保険審議会 医療部会」委員名簿

氏名	役職名
相澤 孝夫	(社)日本病院会副会長
安部 好弘	(社)日本薬学会常務理事
荒井 正彦	全国知事会(奈良県知事)
今村 聡	(社)日本医師会副会長
通瀬 直幸	全国町村会(山形県山形市長)
大西 秀人	全国市長会(香川県高松市長)
尾形 裕也	(独)国立成育医療研究センター特任教授
加藤 達夫	東京大学政策ビジョン研究センター名誉教授
菊池 令子	(社)日本看護協会副会長
高野 英太郎	健康保険組合連合会理事
白鳥 敬子	東京女子医科大学病院院長
田中 浩	慶應義塾大学経済学教授
永井 良三	自治医科大学学長
中川 俊明	(社)日本医師会副会長
西澤 寛俊	(社)全日本病院協会副会長
花井 圭子	日本労働組合総連合会総合政策局長
樋口 和雄	東京大学法学部教授
日野 雄三	(社)日本医療法人協会の会長
藤本 靖枝	(社)日本経済団体連合会経済政策部長
藤原 清明	(社)全国自治体病院協議会会長
通野 公雄	NPO法人ささあい医療人権センターCOML理事長
山口 寛子	(社)日本精神科病院協会会長
山崎 崇	(社)日本精神科病院協会副会長
和田 明人	(社)日本精神科病院協会副会長

◎:部会長 ○:部会長代理

平成25年10月4日現在

42

中医協委員

平成26年8月27日現在

1	文芸部	吉森 俊和 白川 修二 花井 圭子 花井 十伍 石山 嘉司 田中 伸一 柳原 純夫	全国健康保険協会東京支部長 健康保険組合連合会副会長・専務理事 日本労働組合総連合会総合政策局長 日本労働組合総連合会「患者本位の医療を確立する連絡会」委員 日本経済団体連合会社会保険委員会医療改革部会長代理 全日本海員組合副会長 愛知県半田市市長
2	診療部	鈴木 邦彦 中川 俊明 松本 桂一 長瀬 輝雄 万代 悠嗣 堀 泰明 安部 好弘	日本医師会常任理事 日本医師会副会長 日本医師会常任理事 日本精神科病院協会副会長 日本病院会常任理事 日本精神科病院協会常務理事 日本精神科病院協会常務理事
3	公益部	森田 朗 印南 一路 野口 靖子 松原 由英 西村 万恵子 田辺 昭昭	国立社会保険・人口問題研究所所長 慶應義塾大学総合政策学部教授 早稲田大学政治経済学部教授 明治大学大学院政治学研究科教授 明治大学大学院法学部教授 早稲田大学政治経済学部教授 早稲田大学政治経済学部教授 早稲田大学政治経済学部教授

4. 専門委員
(氏名)
佐藤 孝夫
尾形 裕也
加藤 達夫
菊池 令子
高野 英太郎
白鳥 敬子
田中 浩
永井 良三
中川 俊明
西澤 寛俊
花井 圭子
樋口 和雄
日野 雄三
藤本 靖枝
藤原 清明
通野 公雄
山口 寛子
山崎 崇
和田 明人

44

第6次医療法改正

医療・介護総合推進法案(一括法案) 19個のうち主なもの6個

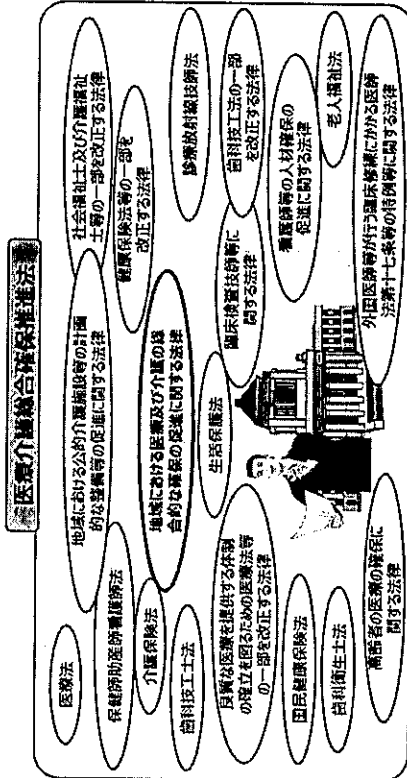
改正事項	施行期日
地域介護施設整備促進法 新たな基金を都道府県に設置	平成26年4月
医療法	
病床機能の報告制度の導入	平成26年10月
都道府県による地域医療構想(ビジョン)の策定	平成27年4月
地域医療支援センターの機能の位置づけ	平成26年10月
医療事故に係る調査の仕組み	平成27年10月
保健師助産師看護師法	
看護師の特定行為の研修制度	平成27年10月
診療放射線技師法	
業務実施体制の見直し	平成27年10月

医療提供体制の改革

医療法改正の主な内容(抜粋中)	チーム医療の推進
各医療機関が、医療機能(高度急性期、急性期、回復期、療養期)を担う役割を明確化。 診療報酬は、報告制度等を活用し、各医療機能の必要量等を地域医療提供体制の構築の必要量と見做すことにより、診療報酬を決定。 医療機関による自主的な連携強化・連携を推進するとともに、診療報酬と新たな財政支援の仕組みによる支援。 地域医療ビジョンは、医療機関の自主的な取組と医療機関相互の協議により推進することを目指す。なお、医療機関相互の協議の必要に迫られない医療機関が現れた場合には必要に応じて協議を促す。 在宅医療の推進、介護との連携。 有床診療所等の役割の位置づけ。	地域における医師、看護職員等の確保、勤務環境の改善 医師不足の医療機関の医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能の位置づけ。 看護職員の確保支援のため、看護協会等関係者に対して、看護職員確保支援センターへの加盟制度を創設。 医療機関の勤務環境改善のため、国で指針を策定し、都道府県ごとにこうした取組を支援する仕組みを構築。 国際水準の高い臨床研究を促進し、また地域の医療機関の臨床研究のサポートを行う臨床研究支援センターの位置づけ。 高度な臨床技術を持つ外国人医師が許可を受けて医療を行うことを認める等の臨床研修制度の拡充 診療報酬は、報告制度等を活用し、各医療機能の必要量等を地域医療提供体制の構築の必要量と見做すことにより、診療報酬を決定。 看護職員確保支援センターへの加盟制度を創設。 医療機関の勤務環境改善のため、国で指針を策定し、都道府県ごとにこうした取組を支援する仕組みを構築。 国際水準の高い臨床研究を促進し、また地域の医療機関の臨床研究のサポートを行う臨床研究支援センターの位置づけ。 高度な臨床技術を持つ外国人医師が許可を受けて医療を行うことを認める等の臨床研修制度の拡充 診療報酬は、報告制度等を活用し、各医療機能の必要量等を地域医療提供体制の構築の必要量と見做すことにより、診療報酬を決定。 看護職員確保支援センターへの加盟制度を創設。 医療機関の勤務環境改善のため、国で指針を策定し、都道府県ごとにこうした取組を支援する仕組みを構築。 国際水準の高い臨床研究を促進し、また地域の医療機関の臨床研究のサポートを行う臨床研究支援センターの位置づけ。 高度な臨床技術を持つ外国人医師が許可を受けて医療を行うことを認める等の臨床研修制度の拡充

医療介護総合確保推進法

2014年6月18日参議院本会議で「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」(医療介護総合確保推進法)が可決・成立しました。これは医療法や介護保険法など19の法案をとりまとめたもので、この内容に従って各法が改正されます。

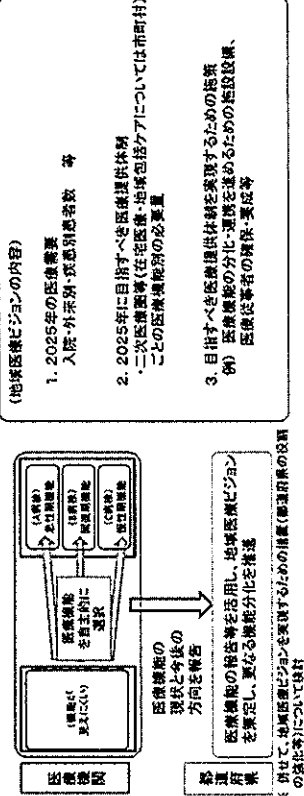


地域医療構想策定ガイドライン

病床機能報告制度と地域医療ビジョンの策定

○ 病床機能報告制度(平成28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、病床単位で、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、地域の医療需要の特定・推計等を活用し、二次医療圏等ごとの各医療機能の将来の必要量を定め、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～)。



2025年の医療需要及び各医療機能の必要量の推計の基本的考え方

○ 地域医療機構は、都道府県が構想区域(原則、二次医療圏)単位で策定。
よって、将来の医療需要や病床の必要量についても、国が示す方法に基づき、都道府県が推計。
○ 医療機能(高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能)ごとに、医療需要(1日当たりの入院患者延べ数)を算出し、それを病床稼働率で割り戻して、病床の必要量を推計。

医療機能	2025年の医療需要	2025年の病床数の必要量
高度急性期機能	〇〇〇〇人/日	〇〇〇〇床
急性期機能	〇〇〇〇人/日	〇〇〇〇床
回復期機能	△△△△人/日	△△△△床
慢性期機能	▲▲▲▲人/日	▲▲▲▲床

○ 推計に当たり、できる限り、患者の状況や診療の実態を勘案できるような、NDB(ナショナルデータベース)のレセプトデータやDPCデータを分析する。
○ 具体的には、患者に対して行われた診療行為を、診療報酬の出来高点数で換算した値(医療資源投入量)の多寡を見ていく。
○ その他、推計に当たっては、入院受療率等の地域差や患者の流入流出を考慮の対象とする。

1

医療機能が報告する医療機能

○ 各医療機能(病床診療所を含む。)は、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。
医療需要の急変や災害時の対応に備える医療機能(高度急性期機能)を含む。医療機能の報告は、医療機能の報告と併せて行われる。
○ 医療機能の名称及び内容は以下のとおりとする。

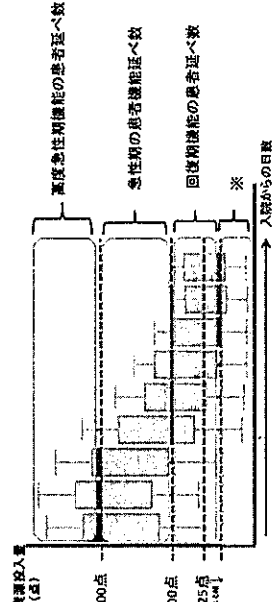
医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた支援やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腸がん手術後の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)。
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要となる患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要となる患者の療養(療養の受療者を含む)、防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) 一般病棟及び療養病棟について、上記の医療機能及び提供する医療の具体的な内容に関する項目を報告することとする。
○ 病棟が回復期機能と急性期機能とを兼ねて運用している場合は、報告することとするが、実際の病棟には、様々な病棟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報告する。
○ 医療機能を選択する際の判断基準は、病棟単位の医療の提供が不足している病棟では、具体的な診療科目を示すことは困難であるため、報告制度導入当初は、医療機能が、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。

2

高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要の考え方

○ 医療資源投入量の推計から、高度急性期と急性期の境界点(C1)、急性期と回復期の境界点(C2)となる医療資源投入量を分析。
○ 在宅医療においても医療資源投入量の推計から、回復期と在宅医療との境界点(C3)を分析した上で、在宅医療に合わせた医療資源投入量の推計を行う。回復期と在宅医療との境界点(C3)を分析した上で、在宅医療に合わせた医療資源投入量の推計を行う。
○ C1とC2の間の医療資源投入量を、急性期と回復期の境界点(C2)と見做す。C1とC2の間の医療資源投入量を、急性期と回復期の境界点(C2)と見做す。
○ C1とC2の間の医療資源投入量を、急性期と回復期の境界点(C2)と見做す。C1とC2の間の医療資源投入量を、急性期と回復期の境界点(C2)と見做す。

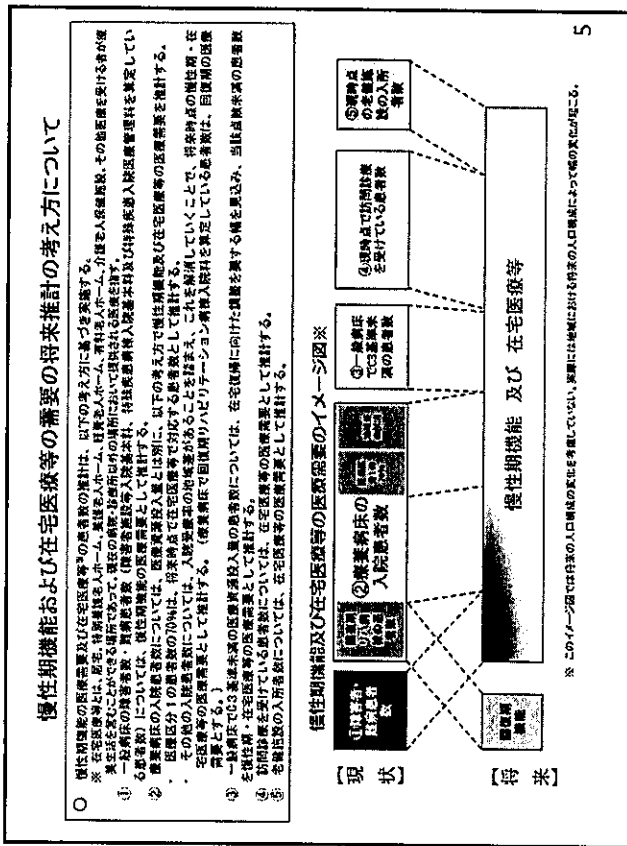
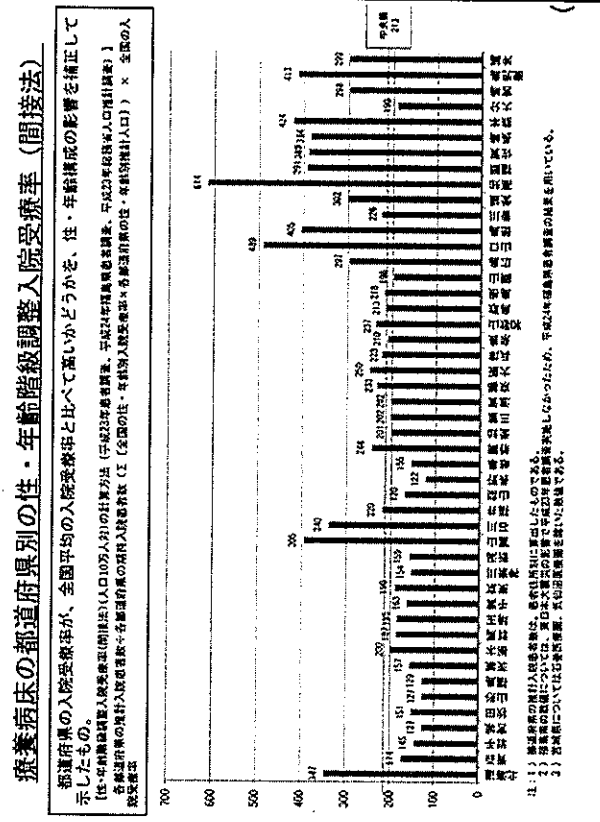


※ 在宅医療に合わせた医療資源投入量の推計を行う。回復期と在宅医療との境界点(C3)を分析した上で、在宅医療に合わせた医療資源投入量の推計を行う。
は、急性期機能及び在宅医療等の医療資源として一体的に推計する。

全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。

病床の機能別分類の境界点(C1～C3)の考え方	
医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期 C1 3,000点	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療（一般病棟等で実施する医療も含む）から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期 C2 600点	急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量
回復期 C3 225点	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量
※	ただし、境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を見込み175点を推計する。

※ 在宅復帰に向けた経過を要する場合は175点を区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期療養及び在宅療養等の患者数として一体的に推計する。



地域医療支援センター（仮称）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を行う地域医療支援センター（仮称）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年度予算約6億円、30カ所、平成26年度概算要求は5億円、42カ所）。

※ 平成23年度以降、20道府県で合計608名の医師を各道府県内の医療機関へあつせん・派遣をするなどの実績を上げている。（平成25年3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組むコントロールタワーの確立。
- ・ 地域性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や地域の医療機関を支援。
- ・ 専任の常勤部長として、関係の課題である医師の地域偏在解消に取組む。
- ・ 設置場所：都道府県庁、大学病院、都道府県立病院等

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。
- ・ 医師を安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招得・支援。また、公的補助金決定にも参画。

57

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. 特定行為に係る看護職の研修制度の創設

診療の補助のうち、実証的な理解力、思考力及び判断力を要し、かつ高度な専門知識及び技能を要して行う必要がある行為（以下「特定行為」という。）を明確化するとともに、医師又は歯科医師の指示の下、プロトコルに基づき、特定行為を実施する看護職に係る研修制度を創設する。

2. 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を限り、医師又は歯科医師の立会いを要しないこととする。

3. 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拭き液による抗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行うものとして、業務範囲に追加する。

4. 歯科衛生士の業務実施体制の見直し

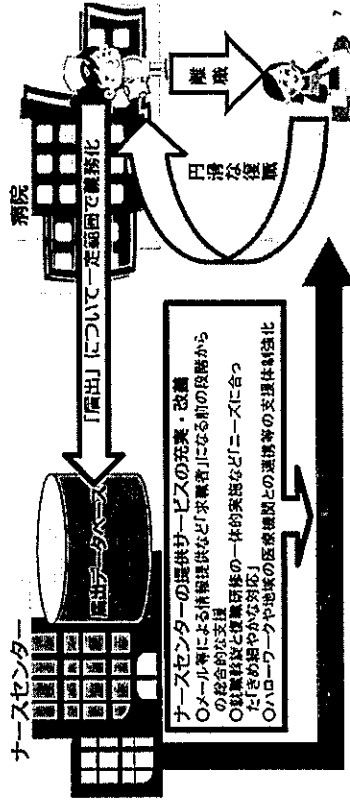
フッ化物塗布等の予防処置について、歯科衛生士が歯科医師の「直接の」指導（立会い）の下に実施することとされているが、歯科医師の指導の下、歯科医師との緊密な連携を図った上で歯科衛生士がこれらの行為を行うことを認める。

9

59

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、看護職員の確保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段階となる守秘義務規定等関連規定を整備。



58

特定看護師制度

[illegible]

平成26年度 地域医療介護総合確保基金 内示額

下位10都道府県

下位	都道府県	基金規模	内示額 (国費)
38	山口	9.1	6.0
39	大分	9.1	6.1
40	宮崎	8.9	5.9
41	長崎	8.7	5.8
42	鹿児島	8.6	5.8
43	福岡	8.4	5.6
44	愛媛	8.4	5.6
45	石川	8.1	5.4
46	高知	8.0	5.3
47	佐賀	8.0	5.3
	合計	903.7	602.4

上位10都道府県

上位	都道府県	基金規模	内示額 (国費)
1	東京	27.6	51.3
2	大阪	49.5	33.0
3	兵庫	39.4	26.3
4	神奈川	38.5	25.7
5	北海道	37.3	24.9
6	埼玉	36.5	24.3
7	千葉	34.6	23.1
8	愛知	32.0	21.3
9	静岡	31.7	21.1
10	福岡	31.3	20.9

臨床研究中核病院

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保制度

- 国は、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保制度を創設する。
- 国は、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保制度を創設する。
- 国は、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保制度を創設する。
- 国は、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保制度を創設する。
- 国は、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保制度を創設する。
- 国は、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保制度を創設する。
- 国は、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保制度を創設する。
- 国は、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保制度を創設する。
- 国は、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保制度を創設する。
- 国は、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保制度を創設する。



65

平成26年度 地域医療介護総合確保基金 交付決定額一覧

都道府県	基金規模	交付決定額 (国費)	都道府県	基金規模	交付決定額 (国費)	都道府県	基金規模	交付決定額 (国費)
01北海道	37.0億円	24.9億円	13東京	77.2億円	51.5億円	25徳島	14.2億円	9.5億円
02青森	8.6億円	5.8億円	14神奈川	38.5億円	25.7億円	26宮崎	24.7億円	16.5億円
03岩手	10.2億円	6.8億円	15新潟	18.1億円	12.1億円	27大分	48.5億円	33.0億円
04宮城	13.1億円	8.8億円	16富山	9.5億円	6.3億円	28長崎	38.4億円	26.3億円
05秋田	10.7億円	7.1億円	17石川	8.1億円	5.4億円	29愛媛	10.4億円	6.9億円
06山形	10.8億円	7.2億円	18福井	8.4億円	5.6億円	30高知	8.0億円	5.3億円
07福島	15.6億円	10.4億円	19山梨	10.6億円	7.1億円	41佐賀	8.0億円	5.3億円
08茨城	20.7億円	13.8億円	20長野	15.3億円	10.3億円	42長崎	8.7億円	5.8億円
09栃木	14.5億円	9.7億円	21岐阜	20.9億円	13.6億円	43熊本	10.5億円	7.2億円
10群馬	17.0億円	11.3億円	22静岡	31.7億円	21.1億円	44大分	9.1億円	6.1億円
11埼玉	36.5億円	24.3億円	23愛知	32.0億円	21.3億円	45宮崎	8.9億円	5.9億円
12千葉	34.6億円	23.1億円	24三重	16.5億円	11.0億円	46鹿児島	8.6億円	5.8億円
						47福岡	17.7億円	11.8億円
						合計	903.7億円	602.4億円

注：交付決定額：基金規模の2/3

目的 臨床疫学は疫院として厚生労働大臣の承認を受けるための具体的な基準等の検討を目的とし、疫学部長の私的諮問機関として、本疫学部を組織した。

(注) 地域における感染及び介護の抱える患者が急増することから感染症の迅速な疫学調査については、日本疫学疫病統計センター、日本感染症学会、日本疫学疫病統計センターの協力を得て、感染症の発生状況を把握する。また、川崎小児病の発生状況を把握する。また、川崎小児病の発生状況を把握する。また、川崎小児病の発生状況を把握する。

[illegible][illegible]

10

医療法第四條の三に規定されている臨床研究中核病院の承認要件について、「能力」、「施設」、「人員」の観点から検討。

[illegible]

④ 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努め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。

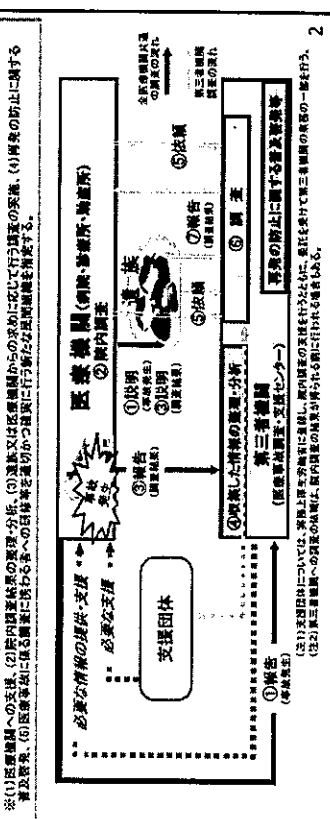
⑤ 対象となる医療事故は、医療機関に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は重篤であつて、当該医療機関の管理者がその死亡又は重篤を予期しなかつたものとする。

この流れ、

■ 対象となる医療事故が発生した場合、医療機関は、通知第①、第三者機関へ報告(②)、必要な調査の実施(③)、調査結果について進捗への説明及び第三者機関(※)への報告(④)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依る整理・分析(⑤)を行い、医療事故の再発の防止に関する普及啓発を行う。

■ 医療機関又は進捗から調査の依頼(⑥)があったものについて、第三者機関が調査(⑦)を行い、その結果を医療機関及び進捗への報告(⑧)を行う。



主な施行期日について

施行期日	改正事項
①公布の日	○診療報酬改定(要介護認定制度の見直し) ○社会福祉士及び介護福祉士等の地位に関する法律(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から起算して六月を超えない範囲内において政令で定める日	○地域における介護保険給付の計画(介護保険給付の計画)の策定、実施に関する法律(厚生労働省令による介護保険給付の計画の策定、実施に関する法律) ○介護保険法(介護保険給付に關する法律)の改正(介護保険給付の計画の策定、実施に関する法律) ○医療法(病院、診療所等の設置、運営、業務等に関する法律)の改正(介護保険給付の計画の策定、実施に関する法律) ○介護保険法(介護保険給付に關する法律)の改正(介護保険給付の計画の策定、実施に関する法律) ○介護保険法(介護保険給付に關する法律)の改正(介護保険給付の計画の策定、実施に関する法律) ○介護保険法(介護保険給付に關する法律)の改正(介護保険給付の計画の策定、実施に関する法律)
③平成27年4月1日	○医療法(病院、診療所等の設置、運営、業務等に関する法律)の改正(介護保険給付の計画の策定、実施に関する法律) ○介護保険法(介護保険給付に關する法律)の改正(介護保険給付の計画の策定、実施に関する法律) ○介護保険法(介護保険給付に關する法律)の改正(介護保険給付の計画の策定、実施に関する法律) ○介護保険法(介護保険給付に關する法律)の改正(介護保険給付の計画の策定、実施に関する法律) ○介護保険法(介護保険給付に關する法律)の改正(介護保険給付の計画の策定、実施に関する法律)
④平成27年9月1日	○介護保険法(介護保険給付に關する法律)の改正(介護保険給付の計画の策定、実施に関する法律)
⑤平成27年10月1日	○医療法(病院、診療所等の設置、運営、業務等に関する法律)の改正(介護保険給付の計画の策定、実施に関する法律) ○介護保険法(介護保険給付に關する法律)の改正(介護保険給付の計画の策定、実施に関する法律) ○介護保険法(介護保険給付に關する法律)の改正(介護保険給付の計画の策定、実施に関する法律) ○介護保険法(介護保険給付に關する法律)の改正(介護保険給付の計画の策定、実施に関する法律)
⑥平成28年4月1日までの間にあって改定される日	○介護保険法(介護保険給付に關する法律)の改正(介護保険給付の計画の策定、実施に関する法律)
⑦平成30年4月1日	○介護保険法(介護保険給付に關する法律)の改正(介護保険給付の計画の策定、実施に関する法律)

73

平成27年度介護報酬改定の改定率について

○ 地域包括ケアシステムの実現に向け、介護を必要とする高齢者の増加に伴い、在宅サービス、施設サービス等の増加に必要な経費を確保する。

○ また、平成27年度介護報酬改定においては、介護職員の処遇改善、物価の動向、介護事業者の経営状況、地域包括ケアの推進等を踏まえ、▲2.27%の改定率とする。

$$\begin{aligned} & \text{A} \quad \text{B} \quad \text{改定率} \quad \text{▲2.27\%} \\ & \text{改定率} = \text{▲2.27\%} \\ & \text{改定率} = \text{▲2.27\%} \\ & \text{改定率} = \text{▲2.27\%} \end{aligned}$$

(注1) ▲2.27%のうち、在宅分、施設分の内訳を、改定した。 (注2) 地域包括ケアシステムの実現に向け、在宅サービス、施設サービス等の増加に必要な経費を確保する。

(改定の方角)

○ 中重度の要介護者や認知症高齢者になったとしても、「住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるように」という地域包括ケアシステムの基本的な考え方を現実にするため、引き続き、在宅生活を支援するためのサービスの充実を図る。

○ 今後も増大する介護ニーズへの対応や質の高い介護サービスを確保する観点から、介護職員の安定的な確保を図るとともに、更なる資質向上への取組を推進する。

○ 介護保険制度の持続可能性を高め、より効果的かつ効率的なサービスを提供するため、必要なサービス評価の適正化や規制緩和等を進める。

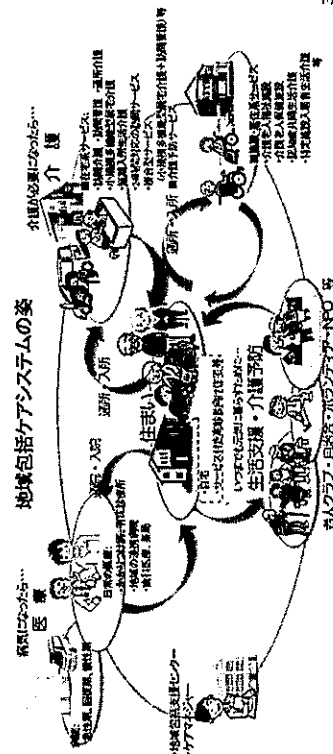
2

27年介護報酬改定

1. 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化

(1) 地域包括ケアシステムの構築に向けた対応

- 地域包括ケアシステムの構築に向けて、今後、増大することが予測される医療ニーズを併せ持つ中重度の要介護者や認知症高齢者への対応として、引き続き、在宅生活を支援するためのサービスの充実を図る。
- 特に、24時間365日の在宅生活を支援する定期巡回・随時対応型訪問介護看護を始めた。包括報酬サービスとしての機能を発揮して中重度の要介護者の在宅での生活を支援する役割を果たす施設サービスについて、それぞれに求められる機能を更に高めていく。



3

2. 介護人材確保対策の推進

○ 地域包括ケアシステム構築の更なる推進に向け、今後とも増大する介護ニーズへの対応や質の高い介護サービスを提供する観点から、介護職員の安定的な確保を図るとともに、更なる資質向上への取組を推進する。

介護職員処遇改善加算

● 介護職員処遇改善加算は、現行の仕組みは維持しつつ、更なる資質向上の取組、雇用管理の改善、労働環境の改善の取組を進める事業所を対象とし、更なる上乗せ評価を実施。

《新設の加算（更なる上乗せ評価）の算定要件》

(1) キャリアパス要件

① 職位・職責・職務内容に応じた任用要件と賃金体系を整備すること。

② 資質向上のための計画を策定して研修の実施又は研修の機会を確保すること。

(2) 定量的要件

平成27年4月以降、資金改善以外の処遇改善への取組を新たに実施すること。

サービス提供体制強化加算

● 介護福祉士の配置が一層促進されるよう、新たに介護福祉士の配置割合がより高い状況を評価。なお、当該加算については、区分支給限度基準額の算定には含まない。

<介護老人福祉施設、介護老人保健施設等>          
介護福祉士6割以上：18単位/日
介護福祉士5割以上：12単位/日

14

3. サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築

○ 地域包括ケアシステムの構築とともに介護保険制度の持続可能性を高めるため、各サービス提供の実態を踏まえた必要な適正化を図るとともに、サービスの効果的・効率的な提供を推進する。

サービス評価の適正化

● 「骨太の方針」も踏まえた介護福祉施設サービスを始めとする各サービスの評価の適正化については、各サービスの運営実態も勘案しつつ、1.及び2.の視点を踏まえた対応を実施。

集合住宅に居住する利用者へのサービス提供に係る評価の見直し

(1) 訪問系サービス（訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、夜間対応型訪問介護）
● 事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内の建物（養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る。建物の定義は(2)(3)も同じ）に居住する利用者を訪問する場合は、当該建物に居住する人数に関わらず、当該利用者に対する報酬を10%減算。等

(2) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

● 事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内の建物に居住する利用者に対して提供する場合、その利用者に対する報酬を新たに1月あたり600単位減算。

(3) 小規模多機能型居宅介護、複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）

● 事業所と同一の建物の居住者に対してサービスを行う場合の基本報酬を新たに創設。

送迎が実施されない場合の評価の見直し

● 通所介護、通所リハビリテーション等において、送迎を実施していない（利用者が自ら送迎する場合、家族が送迎を行う場合等の事業所が送迎を実施していない場合）は、片道あたり47単位を減算。18

持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律案の概要

持続可能な医療保険制度の構築を図るための改正の法案に関する法制に基づく概要として、持続可能な医療保険制度を構築するため、医療費の適正化を図る観点から、国民健康保険法等の一部を改正する法律案の概要を説明する。

1. 国民健康保険法の改正

○ 国民健康保険法の改正により、財政負担を軽減

○ 平成30年度から、基礎年金が財政負担の増大を招き、国民健康保険の財政負担が増大する。国民健康保険の財政負担を軽減するため、国民健康保険の財政負担を軽減する。国民健康保険の財政負担を軽減するため、国民健康保険の財政負担を軽減する。

○ 国民健康保険の財政負担を軽減するため、国民健康保険の財政負担を軽減する。

○ 国民健康保険の財政負担を軽減するため、国民健康保険の財政負担を軽減する。

2. 国民健康保険法の改正

○ 国民健康保険の財政負担を軽減するため、国民健康保険の財政負担を軽減する。

○ 国民健康保険の財政負担を軽減するため、国民健康保険の財政負担を軽減する。

○ 国民健康保険の財政負担を軽減するため、国民健康保険の財政負担を軽減する。

○ 国民健康保険の財政負担を軽減するため、国民健康保険の財政負担を軽減する。

3. 国民健康保険法の改正

○ 国民健康保険の財政負担を軽減するため、国民健康保険の財政負担を軽減する。

○ 国民健康保険の財政負担を軽減するため、国民健康保険の財政負担を軽減する。

○ 国民健康保険の財政負担を軽減するため、国民健康保険の財政負担を軽減する。

○ 国民健康保険の財政負担を軽減するため、国民健康保険の財政負担を軽減する。

○ 国民健康保険の財政負担を軽減するため、国民健康保険の財政負担を軽減する。

○ 国民健康保険の財政負担を軽減するため、国民健康保険の財政負担を軽減する。

○ 国民健康保険の財政負担を軽減するため、国民健康保険の財政負担を軽減する。

○ 国民健康保険の財政負担を軽減するため、国民健康保険の財政負担を軽減する。

持続可能な医療保険制度を構築するための の国民健康保険法等の一部を改正する 法律案

入院時食事療養費等の見直し

○入院時の食事代について、入院と在宅療養の負担の公平等を図る観点から、在宅療養でも負担する費用として、食料費相当額に加え、調理費相当額の負担を求める。

○低所得者は引上げを行わない(据え置き)。既病者、小児慢性特定疾病患者は負担額を据え置く。

<現行>		<平成28年度>		<平成30年度>	
負担額(1食)	負担額(1食)	負担額(1食)	負担額(1食)	負担額(1食)	負担額(1食)
260円	350円	350円	450円	450円	450円
一般所得	一般所得	一般所得	一般所得	一般所得	一般所得
低所得Ⅱ (世帯年収100万円以下)					
低所得Ⅰ (世帯年収100万円以下)					

低所得者は、引き上げない。(据え置き)

(食料費)
(食料費+調理費)

※難病、小児慢性特定疾病の患者は、27年1月から原則自己負担となったことから、その影響に鑑み、据え置く。

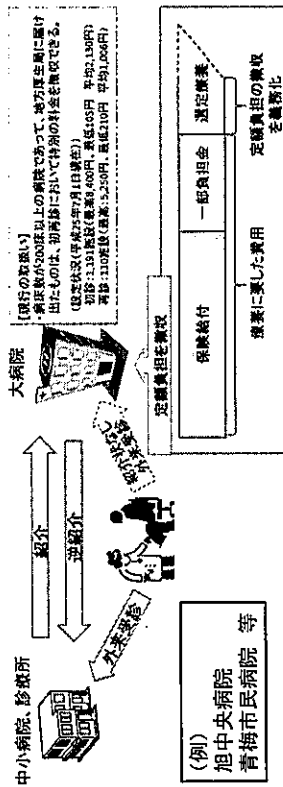
P.12026

紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担の導入

○外来の増加分化を進める観点から、平成28年度から紹介状なしで特定機能病院等を受診する場合には、原則として、定額負担を患者に求めることとする(特定療養の義務化)。

○定額負担の額は、例えば5,000円～1万円などが考えられるが、今後検討。

・初診は、紹介状なしで大病院を受診する場合に、救急等の場合を除き、定額負担を求める。
・再診は、他の医療機関に対し文書による紹介を行う旨の申請を行ったにもかかわらず、大病院を再度受診する場合に、定額負担を求める。



※ 特定機能病院等を受診する場合について、医療機関が診療報酬の分組及び支払の滞りにより必要の措置を講ずる等の責務を担い、厚生労働省が、必要に応じて定額負担を徴収することとする。

※ 定額負担の額は、例えば5,000円～10,000円などが考えられるが、今後、審議会等で検討する。

P.12037

奥藤酒造(塙間屋 蔵元)



私の最近の関連会議

新公立病院改革ガイドライン

第2次

公立病院改革の基本的な考え方

- 公立病院改革と地域医療構想は、地域において必要な医療提供体制の確保を図るとの目的は共通しており、その検討も重なり合うこととなる。
- したがって、今後の公立病院改革は、医療法に基づく地域医療構想の検討及びこれに基づく取組と整合的に行われる必要がある。

新たな公立病院改革ガイドラインの方向性について

1 新ガイドラインの策定時期

厚生労働省において、現在、地域医療構想のガイドラインの検討を行っており、これと連動しつつ、今年度末までに策定

2 新ガイドラインの方向性

新ガイドラインの内容を簡単に示す。平成26年5月に採択した医療介護総合確保推進法(以下「推進法」という。)に規定されている地域医療構想の実現に向けた取組と連動することとし、以下の方向で検討

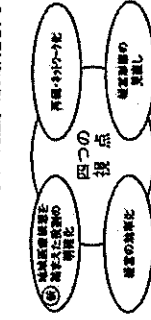
① 地方公共団体に對する公立病院改革プラン策定の取組

1) 策定期間 平成27年度又は平成28年度(地域医療構想の策定状況等を踏まえつつ、できる限り早期に策定)

※ プラン策定後、推進法に基づき地域の医療提供体制の整備が完了した場合は、速やかにプランを策定

2) プランの期間 策定年度～平成32年度を標準

3) プランの内容 新ガイドラインに示している三つの視点に、「地域医療構想を踏まえた役割の明確化」を加えた「四つの視点」に当たった内容とする



【地域医療構想を踏まえた役割の明確化】

- ・ 地域医療構想を踏まえた役割の明確化(以下「役割の明確化」という。)
- ・ 地域医療構想の中で、地域医療の提供体制の整備が完了した場合は、速やかにプランを策定
- ・ 地域医療の発展(花巻市等)

【役割の明確化】

- ・ 役割の明確化(花巻市等)
- ・ 地域医療の発展(花巻市等)
- ・ 地域医療の発展(花巻市等)
- ・ 地域医療の発展(花巻市等)

② 推進法の役割の明確化

推進法は、医療介護総合確保推進法に基づき、地域医療提供体制の整備について、これまで以上の責任を有することから、地域医療構想の実現に向けた取組とも連動しつつ、計画・ネットワーク化等に積極的に関与

新改革プラン 策定期間・対象期間

策定期間

できる限り早期に策定、平成27年度又は平成28年度中

対象期間

策定年度あるいはその次年度から平成32年度までの期間を対象(標準)

公立病院に期待される主な機能

- ① 山間へき地、離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供
- ② 救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供
- ③ 県立がんセンター、県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供
- ④ 研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能など

(1) 地域医療構想を踏まえた役割の明確化

- ① 地域医療構想を踏まえた当該病院の果たすべき役割
- ② 地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割
- ③ 一般会計負担の考え方
- ④ 医療機能等指標に係る数値目標の設定
 1. 医療機能・医療品質に係るもの
 2. その他
- ⑤ 住民の理解

救急患者数、手術件数、臨床研修医の受入件数、医師派遣等件数、紹介状・逆紹介状、訪問診療・看護件数、在宅復帰率、リハビリ件数、分娩件数、クリニカルパス件数 など

患者満足度、健康・医療相談件数 など

2. 経営の効率化

- ① 経営指標に係る数値目標の設定
 1. 収支改善に係るもの
 2. 経費削減に係るもの
 3. 収入確保に係るもの
 4. 経営の安定性に係るもの
- ② 経常収支比率に係る目標設定の考え方
- ③ 目標達成に向けた具体的な取組
 1. 医師等の人材の確保・育成
 2. 経営感覚に富む人材の登用及び事務職員の人材開発の強化
 3. 民間病院との比較
 4. 施設・設備整備費の抑制等
 5. 病床利用率が特に低水準である病院における取組
- ④ 新改革プラン対象期間中の各年度の収支計画等

3. 再編・ネットワーク化

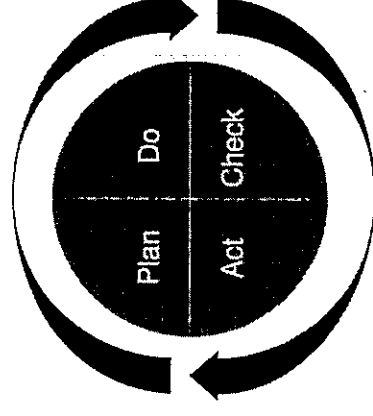
- ① 再編・ネットワーク化に係る計画の明記
- ② 取組病院の更なる拡大
 1. 施設の新設・建替等を行う予定の公立病院
 2. 病床利用率が特に低水準（過去3年間連続して70%未満）
 3. 地域医療構想等を踏まえ医療機能の見直しを検討することが必要である公立病院
- ③ 再編・ネットワーク化に係る留意事項
 1. 二次医療圏等の単位での経営主体の統合の推進
 2. 医師派遣等に係る拠点機能を有する病院整備
 3. 病院機能の再編成（公的病院、民間病院等との再編を含む）

4. 経営形態の見直し

- ① 経営形態の見直しに係る計画の明記
- ② 経営形態の見直しに係る選択肢と留意事項

1. 地方公営企業法の全部適用
2. 地方独立行政法人化(非公務員型)
3. 指定管理者制度の導入
4. 民間譲渡
5. 事業形態の見直し

新改革プラン 実施状況の点検・評価・公表



公立病院改革に対する財政措置等

1. 新改革プランの策定に要する経費
 2. 再編・ネットワーク化に伴う施設・設備の整備等に要する経費
 3. 再編・ネットワーク化や経営形態の見直し等に伴う精算等に要する経費
 4. 許可病床削減時の普通交付税算定の特例
- 普通交付税の算定基礎を許可病床数から稼働病床数に変更することに伴い、削減許可病床数を有するものとして算定する既存の措置を見直し、地域の医療提供体制の見直しを推進する観点から、許可病床の削減数に応じた5年間の加算措置を講じる(平成28年度から実施)。

既存の地方財政措置の見直し

1. 施設の新設・建替等を行う場合の地方交付税措置の見直し
2. 病床数に応じた地方交付税算定の見直し
算定の公平性の確保、稼働病床数の把握が可能となったこと等を踏まえ、算定の基礎となる病床数を許可病床数から稼働病床数に変更する。その際、措置額の減少を緩和する方策を講じる。
3. 公立病院に関する地方財政措置の重点化
 1. 病院施設の整備費に係る措置
 2. 不採算地区病院に対する措置
 3. 公立病院に対する特別交付税措置の重点化
4. 公的病院等に対する措置

これまでの医学部(医学科)入学定員の推移

昭和43年:47大学 → 現在:79大学

[illegible]

大學名	設置年
慶應義塾大學	明治39年
山梨大學	昭和26年
山口大學	昭和53年
香川大學	昭和53年
愛媛大學	昭和48年
松山大學	昭和48年
高知大學	昭和57年
九州大學	明治24年
佐賀大學	昭和51年
熊本大學	昭和26年
長崎大學	昭和26年
大分大學	昭和49年
宮崎大學	昭和51年
鹿兒島大學	昭和30年
沖縄大學	昭和56年

設 校 年	大 學 名
昭和25年	札幌医科大学
昭和27年	福島県立医科大学
昭和27年	新潟県立医科大学
昭和27年	名古屋市立大学
昭和27年	京都府立医科大学
昭和24年	大阪市立大学
昭和27年	奈良県立医科大学
昭和27年	徳島県立医科大学

[illegible]

趣 旨

震災からの復興、今後の道東・道北と東北地方における医師不足、原子力事故からの患者といった要請を踏まえつつ、将来の医師需給や地域医療への影響も勘察し、東北地方に1校に限定して、一定の条件を満たす場合に医学部新設について認可を行うことを可能とする。

進め方

- ・東北地方における新設の趣旨や留意点等の条件に適合した医学部について認可を行うため、通達の設置認可手続きの前に、医学部設置を希望する学校法人・地方公共団体等から、基本方針を踏まえた医学部新設申請を受け付ける。
- ・有識者会議での検討を踏まえ、基本方針で示した条件等に適合し、最も趣旨にかなう、実現可能なものがある構想を二つ選定し、その医学部についてのみ、文部科学大臣による設置認可審査の手続きを進める。

留意点(必要な条件整備)

- ①震災後の東北地方の地域医療ニーズに対応した教育等を行うこと
- ②教員や医師、看護士の確保に際し引き抜き等で地域医療に支障を来さないような方策を講じること
- ③大学と地方公共団体が連携し、卒業生が東北地方に残り地域の医師不足の解消に寄与する方策を講じること
- ④将来の医師需給等に対応して定員を調整する仕組みを講じること

選定結果

- ・「東北医科薬科大学」(応募主体:学校法人東北薬科大学)の構想を選定する。
- ・ただし、同構想は、現時点において確認できる限りにおいてはおおむね基本方針に掲げる留意点に即していると考えられるものの、より適切に対応することを明確にするため、二に掲げる条件を着実に実施することを選定に当たっての条件とする。これらの条件について適切に対応ができていないと認められるまでは、設置認可を行わないこととする。

応募構想 概略

構想応募状況(平成26年5月30日締切)

1. 応募件数
3件
2. 応募者名及び概要

大学・学部名	申請者名	設置予定場所	開設予定時期
①国際医療記念大学(仮称)医学部医学科	国際医療記念大学設立準備室 代表 斎藤一夫	福島県郡山市	平成28年4月
②東北医科薬科大学 医学部医学科 ※東北薬科大学から名称変更	学校法人東北薬科大学	宮城県仙台市	平成28年4月
③宮城県立医科大学 医学部医学科(仮称) (又は宮城大学 医学部医学科(仮称))	宮城県	宮城県栗原市	平成28年4月

※大学名の50音順に按ずる。

①は学校法人、大学と別に新たに設置しようとする構想。

②は既存の大学に医学部を設置し大学名を改称する構想。

③は新たに県立大学及び医学部を設置する又は既存の県立大学に医学部を設置する構想。

数日前に東北福祉大学がドタキャン

選定に当たった条件(3/7)

以下の事項について対応することを選定の条件とする。

1. 選定後速やかに、宮城県をはじめとする東北各県・各大学、関連教育病院、地元医療関係者等の協力の下で、運営協議会(仮)を立ち上げ、自治医科大学等の先行事例も参考に、教員等の確保や地域定着策をはじめとした、構想の実現・充実に必要となる協議を開始すること。また開学後は、将来にわたり、復興のための医学部設置という趣旨に基づいた医学部運営がなされているかを担保し、各地域のニーズを踏まえた人材育成を行っていくための仕組みとして活用していくこと。
2. 上記協議会の活用等により、東北大学をはじめとする既存の大学との教育面、卒業後の医師確保における役割分担と連携を整理し、東北6県全体の医師偏在解消につなげる仕組みを確立し、仙台への医師の集中とならないようにすること。
3. 東北地方の各地域の医療機関と連携した教育について、医療現場の負担が過重とならないことや、異なる実習場所でも同じ目的のもとで教育効果が上げられるよう配慮しつつ、早期体験実習から卒前・卒業後を通じ、「地域全体で医師を育てる」という観点から、総合診療医養成に積極的に取り組むこと。その際、こうした教育及び教育設計に卓越した指導力を有する教員・指導医を確保し、仙台以外の宮城県各地(例えば医師不足に悩む宮城県北部等)、東北各地域において潜在型の教育もできるような体制や環境を整備していくこと。

選定に当たっての条件(4/7)

4. 教員や医師、看護師等の確保について、公募を行うに当たり、地域医療に支障を来さないことを担保する具体的な基準や指針を定めて対応すること。看護師の確保についても具体的な方策(年次計画、採用方法、採用後の育成方法等)を示すこと。附属病院の拡張整備に当たっても、県当局と相談の上、地域医療に支障を来すことなく進めること。
5. 医師の東北地方への定着を促す修学資金の仕組みについて、宮城県等と制度の詳細について精査し、単に東北地方に残るようにするのではなく、地域偏在の解消に対してより実効性が高く、かつ持続可能な仕組みとした上で、東北各県と十分な調整を行うこと。かつ、修学資金だけでなく、入学者選抜から学部教育、卒業研修を見通した定着策の充実に取り組み続けること。
6. 入学定員について、開学当初の教育環境の確保、地域定着策の有効性といった観点から適切な規模となるよう見直しを行うこと(例えば、臨時定員20名を設定せず、100名の定員で開学すること、学費全額相当の奨学金対象人数を増やすこと等)。また、将来的に、全国の大学において定員調整を行うこととなった場合には、他の大学と協調して対応すること。
7. 上記のほか、構想審査会において、別紙に掲げる意見・要望があったことを可能な限り採り入れ、東北地方における医学部新設の趣旨によりふさわしい大学とするよう努めること。

東北医科薬科大学医学部教育運営協議会

- 名簿
- 開催日時(6回)
- 意見まとまらず
 - － 教官採用 東北大学附属病院から3割以上
 - － 東北大学出身者も加えると7割以上
- 運営協議会の報告を構想審は承認
- 平成27年4月1日 大学設置審に申請

東北医科薬科大学医学部教育運営協議会

[illegible]

總合診療專門医

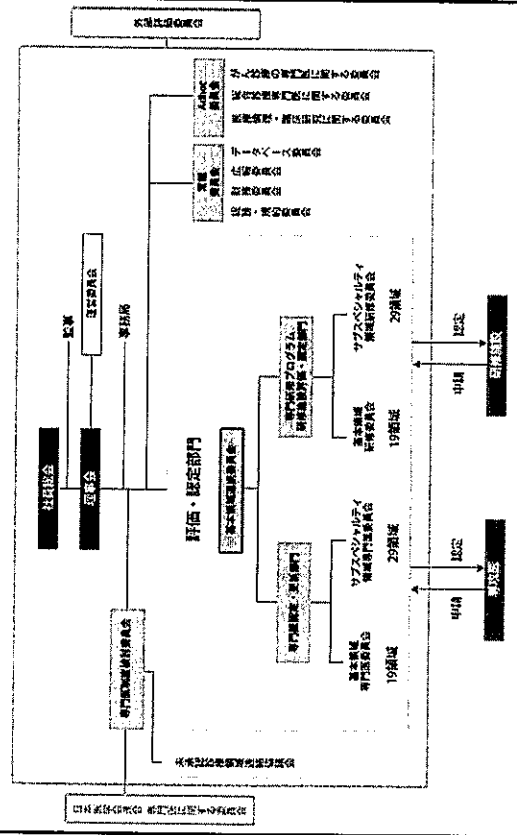
総合診療専門医合同対策委員会

日本専門医機構に対し、地域包括医療・ケア認定制度の認定医を総合診療専門医に移行できるよう合同会議を開催し、「標準的総合診療専門医研修プログラム」などの総合診療専門医制度構築に向けての研修内容などの検討を行うとともに、その趣旨を理解頂くよう活動を実施している。

平成25年12月19日
第1回総合診療専門医合同対策委員会

平成26年1月14日
第1回総合診療専門医合同対策委員会作業部会

一般社団法人日本専門医機構

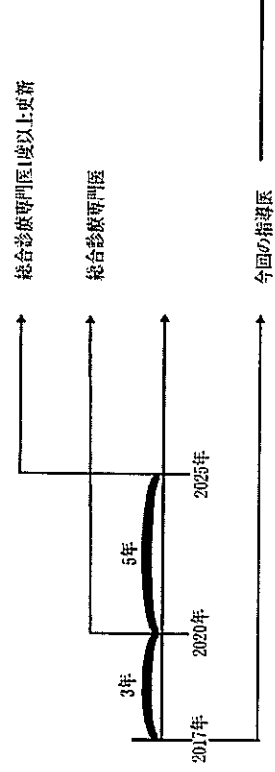


総合診療専門医に関する委員会 名簿

2014.7.31

- 委員長① 有賀 徹：昭和大学病院 病院長 (副理事長)
- ② 曾沼孝徳：全国国民健康保険診療施設協議会 会長、
浦谷町市民医療福祉センター センター長
- ③ 荒川哲男：全国医学部長病院長会議 会長
- ④ 岩西龍樹：福島県立医科大学医学部地域・家庭医療学講座 主任教授
- ⑤ 小林 浩：奈良県立医科大学産婦人科 教授
- ⑥ 阪井裕一：国立成育医療研究センター 総合診療部長
- ⑦ 末永裕之：小牧市民病院 病院長、日本病院会 副会長 (理事)
- ⑧ 千田彰一：香川大学 名誉教授、徳島文理大学 副学長 (理事)
- ⑨ 土橋正彦：千葉医歯学 副会長、土橋医院 院長
- ⑩ 馬場秀夫：熊本大学大学院生命科学研究部消化器科学 教授
- ⑪ 藤本晴枝：NPO 法人地域医療を育てる会 理事長
- ⑫ 丸山 泉：日本プライマリ・ケア連合学会 理事長
- ⑬ 森下英理子：金沢大学大学院医歯学総合研究科病態検査学 教授
- ⑭ 山田隆司：台東区立台東病院 院長、前日本家庭医療学会 代表理事
- ⑮ 渡辺 毅：福島県立医科大学腎臓高血圧・糖尿病内分泌代謝内科
主任教授 (理事)

スケジュール



今回の指導医

東京女子医大、群馬大、千葉県立がんセンター

医療事故

医療事故

東京女子医科大学 プロポフォール

- ・ 2009年～2013年の過去5年間で計63人に使用。
- ・ 小児の鎮静用には禁忌のプロポフォール投与後、2歳10カ月の男児が2014年2月に死亡した件で会見、謝罪。
- ・ 他にICUで12人死亡(プロポフォール投与)。

群馬大医学部付属病院 腹腔鏡手術

- ・ 2010～2014年 腹腔鏡による肝臓手術を受けた患者が過去5年間に計8人死亡。
- ・ この他、開腹肝切除でも11人死亡。

医療事故

千葉県がんセンター

- ・ 7年前から去年2月までに腹くう鏡を使って肝臓やすい臓などの手術を受けた患者11人が相次いで死亡
- ・ 報告書では、がんセンターで行われたすい臓の一部や十二指腸を切除する手術のあと在院中または30日以内に死亡した率が腹くう鏡を使って行った場合、腹を開く開腹手術よりおよそ15倍高かったことも明らかにしており、腹くう鏡を使った手術のリスクが浮き彫りになったと指摘

赤穂歴史博物館



特定保険医療材料制度

医薬品と医療機器の相違 定量的評価の方法論

医薬品と医療機器の相違に関する意見

1. 医薬品は投与方法が限られており製品ごとの比較がしやすいが、医療機器は使用者の技術と密接に関連しており、患者に対する直接的な有用性だけでなく、複雑な技術が簡単にできるようになるなど、異なった観点の有用性がありうる。
2. 医薬品は、治験で得られたデータにおいて、既存技術に対する有効性等が明確に比較されていることが多いが、医療機器は臨床データで直接的かつ客観的に有用性を示すのが難しい場合もあるため、必ずしも同等のデータがそろっていないこともある。

定量的評価の方法論

1. 医療機器の定量的評価においては、客観性を高めること、よりわかりやすくすることが重要である。
2. 医療機器の種類によっては、定量化しやすい指標を設定できるものもあるのではないか。
3. 医薬品と同様に、医療機器についても定量的評価に関する研究を行った方がよいのではないか。



研究班

• 研究班名称

- － 薬価算定基準(原価計算方式)における平均的利益率の補正率の定量的算出方法及び特定保険医療材料の保険償還面格算定の基準における定量的評価に係る研究

• 研究代表者

- － 公立大学法人奈良県立医科大学 教授 今村知明

• 研究分担者

- － 大阪大学 教授 田倉智之(医療材料担当)
- － 北里大学 准教授 成川 衛(医薬品担当)

研究の目的

- 特定保険医療材料について、予見性が高く客観性も担保された加算ルールの運用のあり方の検討を目的とする。
- 特に、類似機能区分比較方式による特定保険医療材料の償還価格算定にあたり、画期性及び有用性加算、改良加算の補正加算率(%)を定量的に算出できる方法論(運用ルール案)の構築を検討する。
- その他、原価計算方式における営業利益率の調整について、想定される新規収載品の特徴、既存治療に比べた有用性、作用機序の新規性などの観点から、理論上想定しうる最大公約数的な要件を構築することを、限定的ながらも試行する。

研究の方法

- 2. 加算率の定量的評価要件の検証
- 補正加算率の実績整理

本研究で分析対象とした期間に保険収載されたものについて、過去の加算率の実績を整理した(平均値と加算幅の分布を算出)。その結果から、1ポイントあたりの加算率を設定した。

- 従来の加算率(実績)と本研究の加算率(定算)の比較

過去の実績と本研究の結果に関する検証は、スピアマン順位相関分析と分布対応表(分布マトリクス)における一致率で実施した。統計学的処理においては、有意水準を5%とした。

研究の方法

- 1. 加算率の定量的評価要件の検討
- 充足要件(因子)の細分化

過去の実績を参照しつつ、画期性及び有用性加算、改良加算の各要件の充足状況を確認することにより、充足しやすい要件や充足しにくい要件の項目及びその背景データ(傾向)を整理分析した。その結果や関連する論点などに基づき、充足要件を細分化し、積み上げ可能な評価因子を策定した。⇒42項目



- 【画期性加算・有用性加算】
- 既存3要件(イ～ロ) ➢ 既存8要件(イ～チ)
- ⇒ 細分項目:16項目 ⇒ 細分項目:26項目
- (補足)上記の各項目ごとに、ポイントを設定した(1～2ポイント)

- 【改良加算】

研究の結果

- 2. 加算率の定量的評価要件の検証
- 定算方式(研究)と従来方式(実績)の一致状況
- 両者の加算率の分布状況は、5割以上が一致する傾向にあった

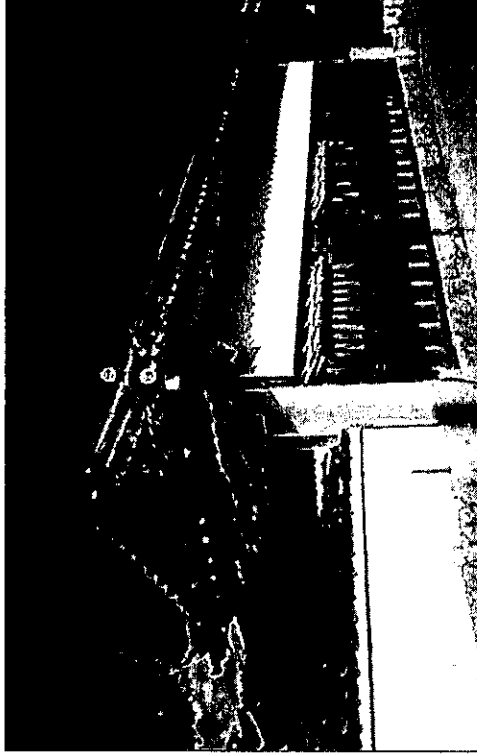
研究・実績	一致率(定算方式)の分布率									
	3%	5%	10%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%
研究	3%	5%	10%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%
実績	3%	5%	10%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%
一致率	0%	0%	67%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

【補足】
「従来方式3%/定量的10%」の2品目は、補正加算3%(改良)の実績に對して、1ポイント5%換算による換算が影響した。
「従来方式5%/定量的15%」の2品目は、新たな補正エビデンスが採点に影響を与える、研究(定量的)の評価が上昇した。

(注)表中カッコ内記載は補正に該当

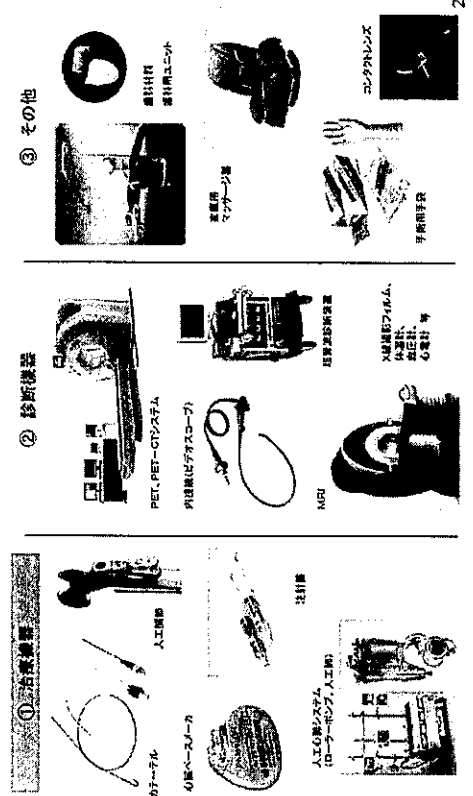
研究のまとめ

- 本研究では、予見性が高く客観性も担保された加算ルールの一運用のあり方の検討を目的した。
- 本研究が提案する方式に従って算出した加算率と実際の保険償還において適用された加算率は概ね一致したと言える。
- 保険収載プロセスにおける予見性及び透明性の高い加算・補正ルールの運用が可能になると考えられた。
- 得られた知見は、今後、新規収載品の保険償還価格に関わる合理的な議論を促すとともに、評価のあり方の共有や関係者に対する説明力の向上に資すると考えられる。
- 今後は、営業利益率の調整に関わる検討なども含め、関連データの蓄積と検証を引き続き進めていくことが必要である。



医療機器の分類

○医療機器は、大きく分けて、①治療機器、②診断機器、③その他、約30万種が存在。



医療機器の現状

日本の医療機器市場の構造

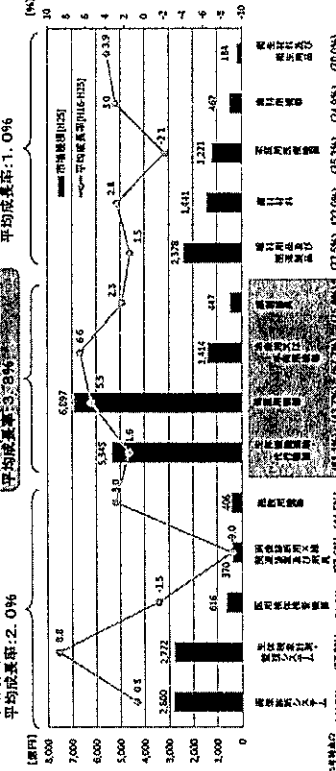
○医療機器市場(約2.7兆円)のうち、金額ベースでは治療機器(カテーテル、ペースメーカー等)が53%、診断機器(内視鏡、CT、MRI等)が26%を占める。一般的に治療機器の成長率が高く市場規模も大きい。

物中環

[illegible]

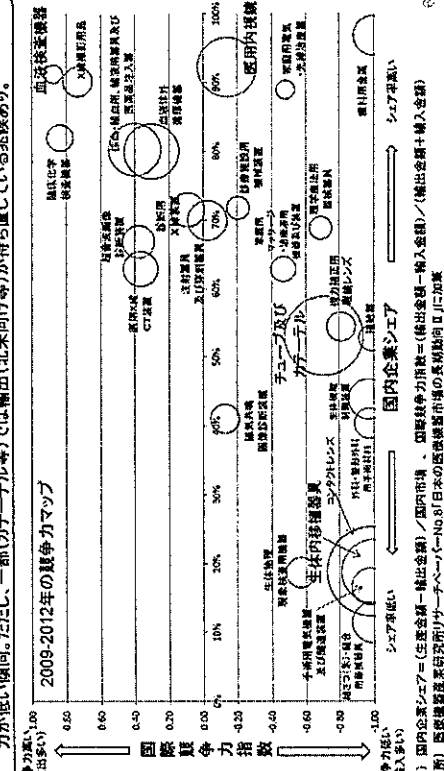
診斷系因潰瘍機器

平均成長率: 3.8%

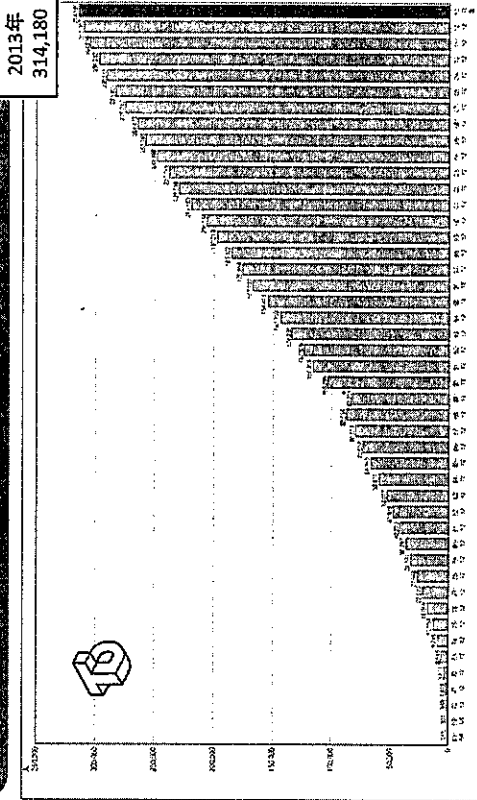


医療機器の競争力

設計や人材育成等を通じて積極的に海外展開。

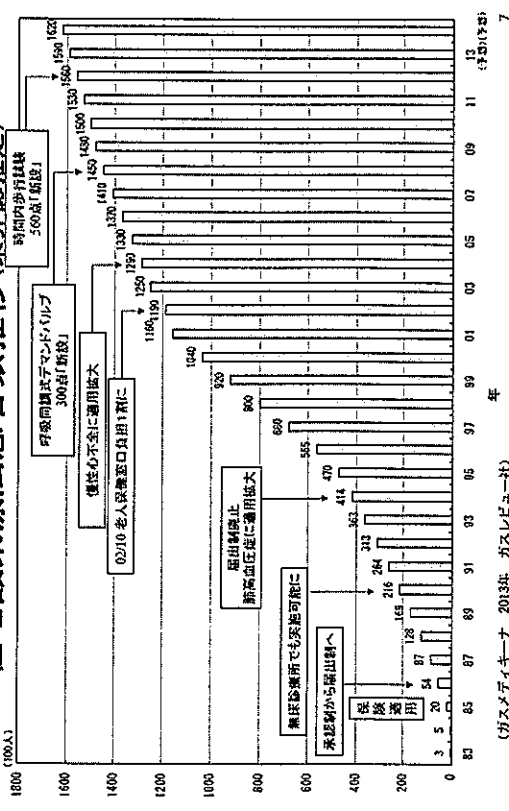


(1) 慢性透析患者数の推移 (図表2)



一般社団法人日本透析医学会 統計調査委員会 図説 わが国の慢性透析療法の現状 (2013年12月31日現在)

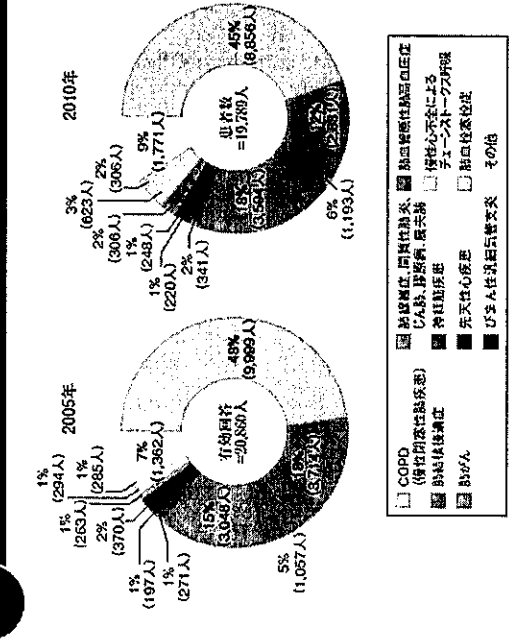
在宅酸素療法患者数推移 (業界誌推定)



(ガスメディケーナ 2013年 ガスレニュー社)

施設数	4,264施設	(26施設増 0.6%増)
設備	ベッドサイドコンソール	129,016台 (3,013台増 2.4%増)
能力	同時透析	126,145人 (2,870人増 2.3%増)
	最大収容能力	421,755人 (7,460人増 1.8%増)
慢性透析患者		
	慢性透析患者	314,180人 (4,173人増)
人口100万人対比		
	人口100万人対比	2,468.1人 (36.9人増)
透析	透析	263,109人 (83.7%)
在宅血液透析	在宅血液透析	41,365人 (13.2%)
血液透析	血液透析	461人 (0.1%)
血液透析	血液透析	9,245人 (2.9%)
H/D, HDF等とPDを併用している患者数		1,900人
H/D, HDF等施行患者で、既設カテーテルを抜き洗浄などを行っている患者数		293人
既設透析で新規導入したが、2013年中にH/D, HDF等へ移行した患者数		161人
導入患者数		38,024人 (31人減 0.1%減)
死亡患者数		30,708人 (2人減 0.0%減)
上記は施設調査による集計		
施設透析率	45年7ヵ月	施設調査による集計

在宅酸素療法の疾患別内訳



在宅酸素療法の白書 医療用酸素アンプル調査より

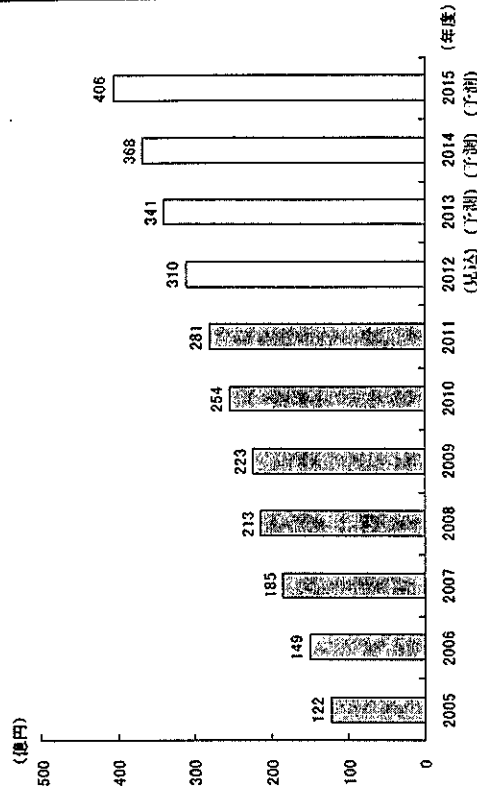
睡眠時無呼吸症候群の現状

- ・日本の潜在患者は、人口の2%といわれています
睡眠時無呼吸症候群の患者の顕在化がまだ遅れて
いるのが現状です。
- ・治療法としてはCPAP療法が第1選択となっています
(中等症以上保険適応1998年より)

	日本	米国
SAS 潜在患者数	約256万人 (人口の2%※1)	1200万人 (人口の5%※2)
CPAP※3 候補患者数	約64万人 (潜在患者の25%※1)	300万人 (潜在患者の25%※2)
CPAP患者数 (現在)	約15万人 (CPAP候補患者の23%)	90万人以上 (CPAP候補患者の30%※2)

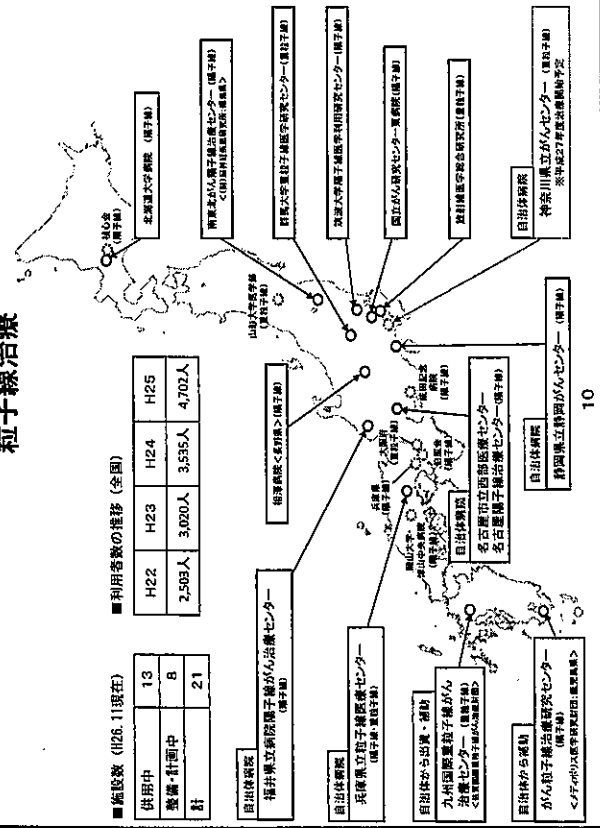
※1:治療学 30 (2) 179 - 182, 1996. 閉塞性睡眠時無呼吸症候群の有病率と性差、年齢差
※2: A Report of the National Commission on Sleep Disorders Research. Wake Up America. A National Sleep Alert, 1993
※3: CPAP (経鼻的持續陽圧呼吸療法)

図1. CPAP 装置レンタル市場規模推移と予測



注1: レンタル金額ベース
注2: (見込)は見込値、(半割)は半割値
注3: 装置メーカーから病院等の医療施設へのレンタル金額ベースで市場規模を算出した

粒子線治療



医療機関に対する
医療機器の立会いに関する
アンケート調査(概要)

2015年1月
医療機器業公正取引協議会
規約・基準委員会 立会いアンケートWG

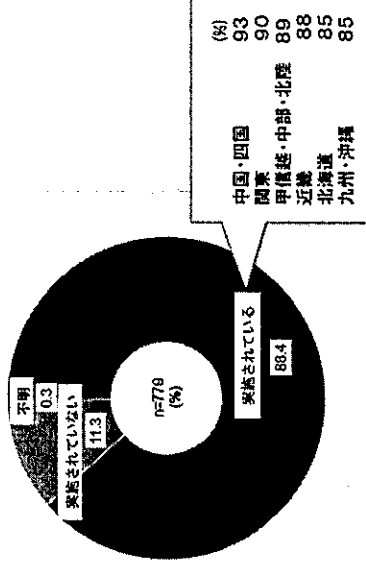
医療機器の立会いに関するアンケート調査

調査概要

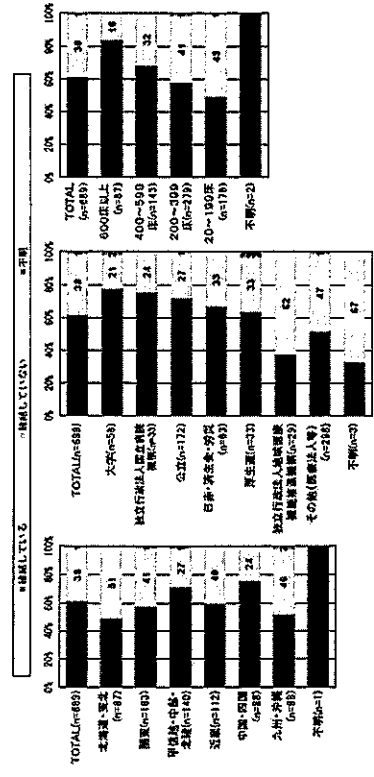
- 調査目的 : 事業者の遵守状況と医療機関の理解の実態を把握することを目的とする
- 調査地域 : 全国
- 調査方法 : 郵送調査
- 調査対象者 : 医療機器業公正取引協議会が作成をした医療機関リストを使用
- 実査回収数 : 779 (回収率38.8%、発送数2,008)
- 実査集計 : 2014年7月8日～7月25日
- 調査主体 : 医療機器業公正取引協議会
規約・基準委員会 立会いアンケートWG

5 事業者の立会い実施の有無

図1.2 事業者の立会い実施有無 (SA)



6 有償契約の締結 (所在地・形態・病床数)



11 アンケートのまとめ

- ・ 有償化の実施施設は、約61%であった。地域・形態・病床数によって差があった。
- ・ 立会いが必要な主な理由は、医療機関における機器の知識を持つ人材不足や症例数不足等であった。
- ・ 有償化が進まない主な理由は、経営者の理解不足等であった。
- ・ 依然として、いわゆる立会いが行われている施設は、全体の35.9%であった。

臨床工学の現状と課題

145

従事者数

臨床工学技士	人数(登録数)
総数	14,585人
うち自治体病院	2,285人

出典)平成23年(2011)医療施設(静態・動態)調査・病院報告

146

臨床工学技士の歴史1

- ・ 1987年5月27日 衆議院本会議において臨床工学技士法が可決成立した。
- ・ 1988年4月1日 臨床工学技士法施行。現任者で指定講習会を受講した者に対し、5年間は経過措置として受検資格が得られた。
- ・ 1988年 秋 第1回臨床工学技士国家試験が実施された(合格者2670名)。
- ・ 当院でも臨床検査技師が十数名合格 ダブルライセンス(兼任)
- ・ 1991年4月1日 赤穂市民病院に専任臨床工学技士が1名採用(臨床検査部所属)。血液浄化業務を行う。
- ・ 1996年 輸液ポンプ・シリンジポンプの中央管理化、人工呼吸器の病棟巡回点検開始

臨床工学技士の歴史2

- ・ 1998年2月14日 新病院に移転、中央機器管理室の運用が開始、人工呼吸器を中央管理化となる。
- ・ 2000年 心臓カテーテル業務開始、除細動器・IABP・PCPSの機器管理が始まる。
- ・ 2002年 臨床業務でペースメーカー・人工心肺・ラジオ波焼灼療法・内視鏡支援が開始となる。
- ・ 保育器の機器管理が始まる。
- ・ 日本臨床工学技士会が社団法人を取得する。
- ・ 2004年 医療施設等施設整備事業に医療機器管理設備事業を追加。
- ・ 2005年 麻酔器、経腸栄養ポンプの機器管理始まる。

臨床工学技士の歴史3

- 2008年
臨床業務で脳カテーテル、CPAP、ASVが開始。
- 電気メス、携帯型精密輸液ポンプの機器管理が始まる。
- 2010年
ME機器管理ソフトと業務管理ソフトの導入。
- 2012年
カテーテルアブレーション(心筋焼灼術)業務が開始。
- 2013年
ICD、CRT-D等の業務開始。

赤穂市民病院 臨床工学技士の問題点

- 組織体制作り(管理体制が未完成)
- 他職種と比較して年齢が大半が若年層であり、主張や意見が取り入れ難い。
- 業務のローテーションがなかなか上手いかない。
- 職員によって業務に対しての負担数が異なる。
- 24時間対応でオンコール対応であるが、将来的に当直・日直体制になれば人数が大分不足してくる。

臨床工学技士の要望

- 平成26年度診療報酬改定で“特定集中治療室管理料”が新設されましたが、もっと他の分野にも施設基準として臨床工学技士の必要性を取り入れてもらいたい。
- 医療機器安全管理料の見直しをして頂きたい。

臨床工学技士業務統計

臨床工学技士数	血液浄化装置		透析装置		呼吸器		心臓血管系		その他	
	11名(前年度)	10,974	7,913	1,540	1,138	152	569	932	57	69
2012年度	128(前年度)	10,566	7,613	1,474	1,212	122	745	1,610		
2013年度										

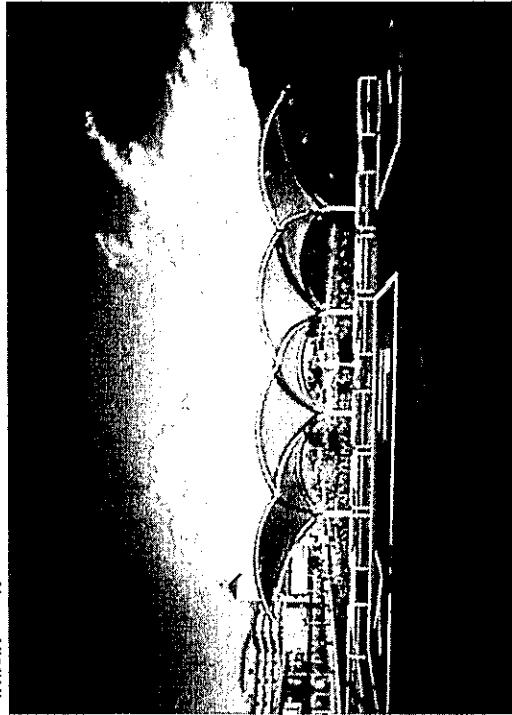
- 血液浄化業務：HD、HDF、CHDF、CHF、PE、DPP、DHP、PP、PA等(高度治療室での血液浄化含む)の準備から操作管理
- 医療機器管理業務：輸液ポンプ、リザーブタンク、人工呼吸器、除細動器、保胎器、電気メス、血液浄化装置等の定期点検及びトラブル対応
- 病棟管理業務：動作中の人工呼吸器点検、モニタリングに関するトラブル対応、PCPやAABP動作中の管理等
- 血管造影室業務：心臓または脳カテーテル検査及び治療、循環器デバイス植込み及び交換術、心臓焼灼術、EPS等
- 手術室業務：人工心臓装置や自己血回収装置など操作及び管理、ラジオ波焼灼装置の操作及び管理
- 循環器デバイス業務：ペースメーカー、CRT-P、ICD、CRT-Dの外装及び緊急時対応、他科オペ対応等
- CPAP・ASV業務：導入指導、外来時フォローアップ、機器トラブルの対応等

現状と課題

- 医療の高度化や医療デバイスの発展により、CEの需要は高まっているが、社会での認知度は低い。日本医師会には興味を示さない。
- 機器の選定などに参加できず、機種統一ができていず、事故の危険あり。
- ダヴィンチなど手術支援ロボットなど、今後導入されるものが増える。
- 若年層が多く、組織内発言力が弱い。
- 地域偏在が顕著。
- 業者の立会禁止により、業務の増加。
- 診療報酬での評価が少ない。
- 教育の充実と研修体制の整備。

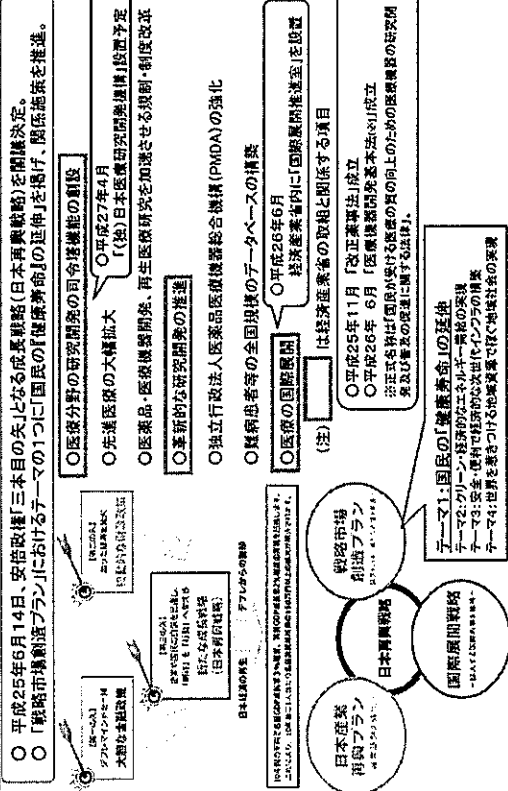
153

病院前バス停



155

成長戦略(日本再興戦略)(平成25年6月14日閣議決定)



7

日本版NIH(AMED) MEJ

推進法 機構法

日本版NIH

- NIH(National Institutes of Health)
 - 国立衛生研究所
 - AMED(Japan Agency for Medical Research and Development)
 - 国立研究開発法人日本医療研究開発機構
- 理事長 末松 誠氏(慶應義塾大学医学部長)

海外⇔日本

- 医療に関する様々な事業機会を組み合わせて相手国に医療機関を整備
- 日本の先進医療を必要とする相手国の患者は、日本の医療機関への受入れを支援

- ①海外から日本へ
 - 国内の医療機関への外国人患者の受入れ支援
 - 日本の先進医療の認知度向上



- ②日本から海外へ
 - 相手国の医療事情調査、人的ネットワーク構築
 - 日本と相手国の医療サービスに関する相互理解
 - 医療に関する事業機会の発掘、医療機関の整備

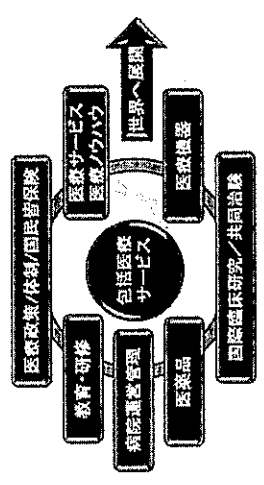
独立行政法人日本医療研究開発機構法案

医療分野の研究開発及びその推進の整備の策定・助成等の業務を行うことを目的とする独立行政法人日本医療研究開発機構を設立することとし、その名称、目的、業務の範囲等について定める。

1. (第1条)日本医療研究開発機構の設立(第1条～第3条)
 - 医療分野の研究開発における政策の策定・助成等の業務を行うこと
 - 医療分野の研究開発における政策の策定・助成等の業務を行うこと
 - 医療分野の研究開発における政策の策定・助成等の業務を行うこと
2. (第4条)日本医療研究開発機構の業務(第4条～第10条)
 - ① 医療分野の研究開発における政策の策定・助成等の業務を行うこと
 - ② 医療分野の研究開発における政策の策定・助成等の業務を行うこと
 - ③ 医療分野の研究開発における政策の策定・助成等の業務を行うこと
 - ④ 医療分野の研究開発における政策の策定・助成等の業務を行うこと
3. 附則(第11条～第20条)
 - 附則第1条(法人の設立は平成27年4月1日を予定)

Medical Excellence JAPAN(MEJ)

- 理事長 山本修三氏
- 官民一体で、日本と相手国の医療界の人的ネットワークを構築し、相手国の医療の課題やニーズを踏まえ、日本の医療と、医療機器や医薬品、人材育成、医療・保険の制度・システムなどをトータルのパッケージで輸出し、日本式の医療を海外展開する取り組みを推進



先進医療会議構成員(本会議)

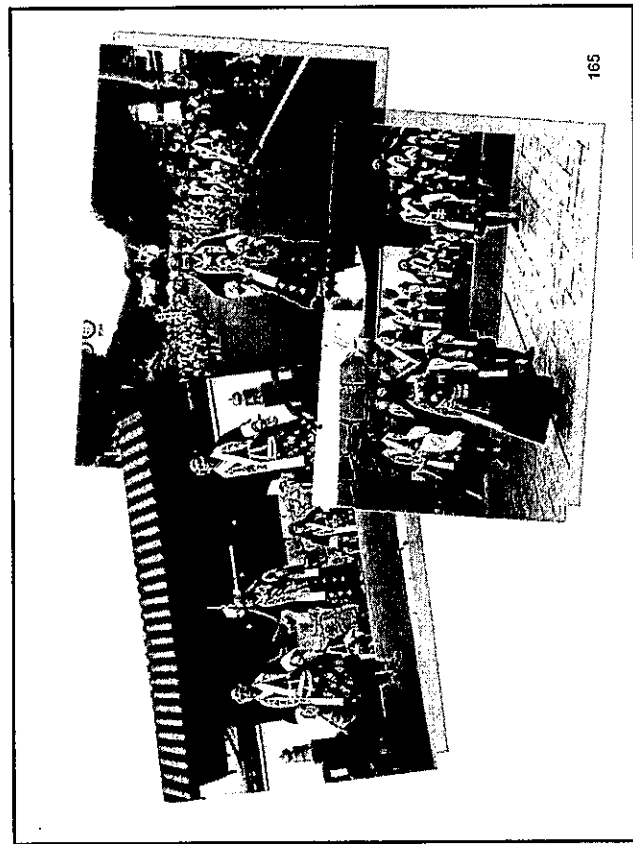
平成27年3月1日

氏 名	役 職	分 野
○ 五十嵐 陸	国立成育医療研究センター総長	小児科
石川 広己	公益社団法人 日本医師会 常任理事	小児科
坂本 徹	東京医科歯科大学 名誉教授	心臓血管外科
◎ 篠田 享男	慶應義塾大学 名誉教授	内科 (内分泌)
柴田 大朗	国立がん研究センター 研究支援センター 生物統計部長	生物統計
福井 次矢	聖路加国際病院 院長	総合内科
福田 敏	国立保健医療科学院 統計研究官	医療経済
藤原 康弘	国立がん研究センター 企画戦略局長	臨床評価・評価 内科
宮坂 信之	東京医科歯科大学 名誉教授	リウマチ内科
山口 俊晴	がん研究会有明病院 副院長	消化器外科
山本 晴子	国立循環器病研究センター 研究開発基盤セ ンター 先進医療・治療推進部長	臨床評価・神経 内科

◎ 座長 ○ 座長代理



赤穂市民病院 邊見公雄



165

