各都道府県介護保険担当課（室）
各市町村介護保険担当課（室）
各 介 護 保 険 関 係 団 体　　御 中

← 厚生労働省　老健局介護保険計画課

介　護　保　険　最　新　情　報

今回の内容

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

計　１１６枚（本紙を除く）

貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう
よろしくお願いいたします。

Vol.３５５

平成２６年2月１３日

厚 生 労 働 省 老 健 局

介護保険計画課

連絡先　ＴＥＬ：03-5253-1111(内線２１６４、３９３７、３９７１)
ＦＡＸ：03-3503-2167、03-3503-7894、03-3595-3670

事　務　連　絡
平成２６年２月１３日

都道府県
各　指定都市　介護保険担当部（局）長　殿
中核市

厚生労働省老健局介護保険計画課

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

介護保険制度の円滑な推進につきましては、平素から格別のご尽力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、「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」につきましては、２月１２日に閣議決定され、同日国会に提出されました。

本法案について、法律案概要（別紙１）、「介護保険制度の改正事項に関する考え方」（別紙２）、法律案要綱（別紙３）、「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」（別紙４）を情報提供いたしますので、御了知の上、管内市町村（特別区を含む。）をはじめ、関係者、関係団体等に対して周知いただきますようお願いいたします。

（照会先）
別紙１　３.③～⑤について
老健局介護保険計画課　企画法令係
（代表）03-5253-1111（内線 2164）

別紙１　３.①について
老健局振興課　法令係
（代表）03-5253-1111（内線 3937）

別紙１　１.①・②及び３.②について
老健局高齢者支援課　企画法令係
（代表）03-5253-1111（内線 3971）

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

別紙１

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、**全国一律の予防給付（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、月額上限あり）

⑤低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する**「補足給付」の要件に資産などを追加**

４．その他

①診療の補助のうちの**特定行為を明確化**し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設

②**医療事故に係る調査の仕組み**を位置づけ

③医療法人社団と医療法人財団の合併、持分なし医療法人への移行促進策を措置

④介護人材確保対策の検討（介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を27年度から28年度に延期）

施行期日（予定）

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

医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度

平成26年度
：公費で904億円

○ 団塊の世代が後期高齢者となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医師・看護師等の医療従事者の確保・勤務環境の改善、地域包括ケアシステムの構築、といった「医療・介護サービスの提供体制の改革」が急務の課題。

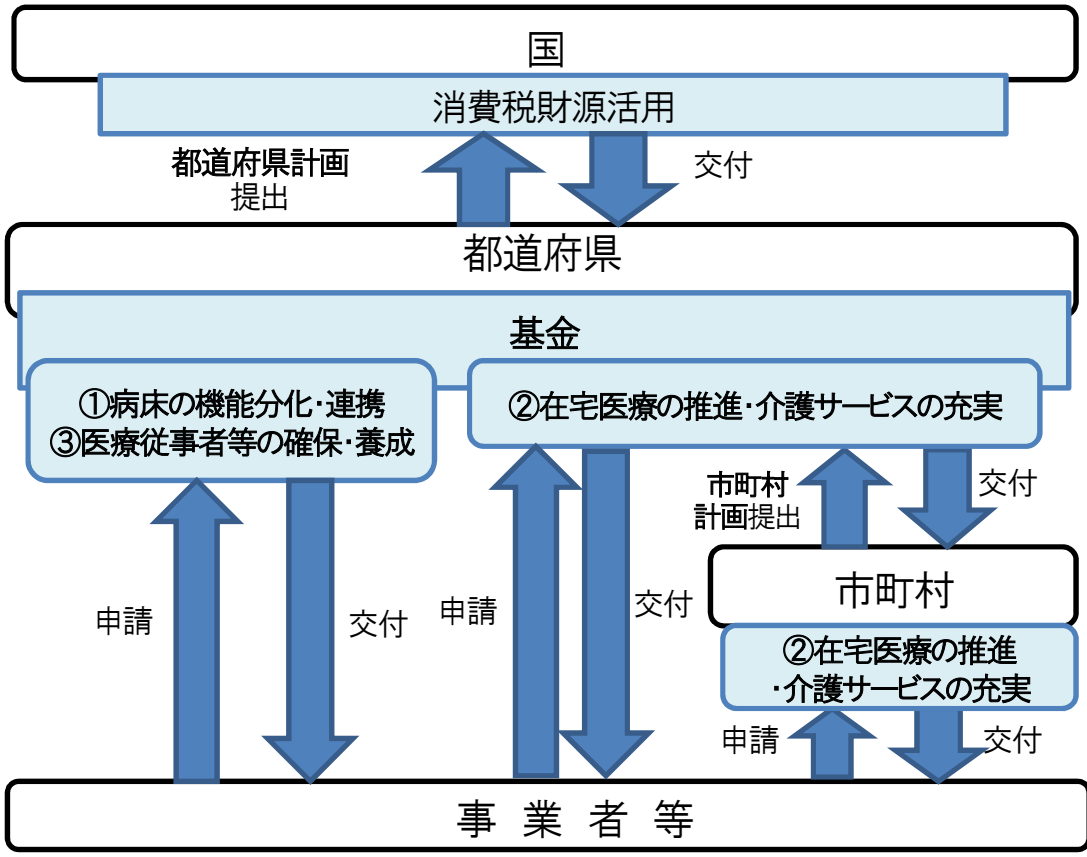
○ このため、医療法等の改正による制度面での対応に併せ、消費税増収分を財源として活用し、医療・介護サービスの提供体制改革を推進するための新たな財政支援制度を創設する。

○ 各都道府県に消費税増収分を財源として活用した基金をつくり、各都道府県が作成した計画に基づき事業実施。

◇「地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律」を改正し、法律上の根拠を設ける。

◇ この制度はまず医療を対象として平成26年度より実施し、介護については平成27年度から実施。病床の機能分化・連携については、平成26年度は回復期病床への転換等現状でも必要なもののみ対象とし、平成27年度からの地域医療構想（ビジョン）の策定後に更なる拡充を検討。

【新たな財政支援制度の仕組み（案）】



地域にとって必要な事業に適切かつ公平に配分される仕組み（案）

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

新たな財政支援制度の対象事業（案）

1 病床の機能分化・連携のために必要な事業
（1）地域医療構想（ビジョン）の達成に向けた医療機関の施設・設備の整備を推進するための事業　等

2 在宅医療・介護サービスの充実のために必要な事業
（1）在宅医療（歯科・薬局を含む）を推進するための事業
（2）介護サービスの施設・設備の整備を推進するための事業　等

3 医療従事者等の確保・養成のための事業
（1）医師確保のための事業
（2）看護職員の確保のための事業
（3）介護従事者の確保のための事業
（4）医療・介護従事者の勤務環境改善のための事業　等

■国と都道府県の負担割合は、2／3：1／3

病床機能報告制度と地域医療構想（ビジョン）の策定

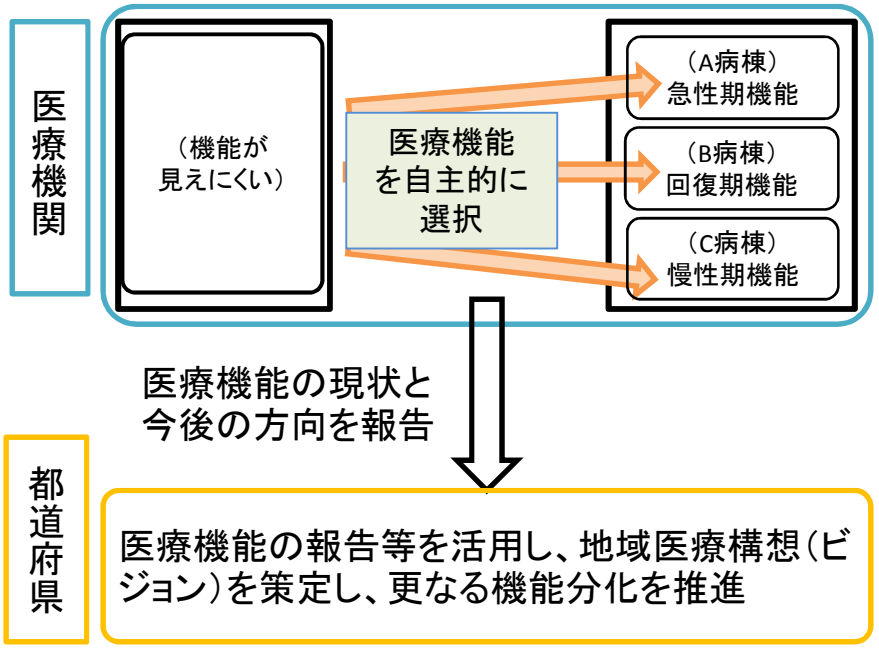
○ 病床機能報告制度（平成26年度～）

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

○ 地域医療構想（ビジョン）の策定（平成27年度～）

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

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



（地域医療構想（ビジョン）の内容）

1. 2025年の医療需要
   入院・外来別・疾患別患者数　等

2. 2025年に目指すべき医療提供体制
   ・二次医療圏等（在宅医療・地域包括ケアについては市町村）ごとの医療機能別の必要量

3. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策
   例）医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、医療従事者の確保・養成等

地域医療構想（ビジョン）を実現する仕組み

（1）「協議の場」の設置

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

（2）都道府県知事が講ずることができる措置

①　病院の新規開設・増床への対応

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

②　既存医療機関による医療機能の転換への対応

［医療機関が過剰な医療機能に転換しようとする場合］

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

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

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

③　稼働していない病床の削減の要請

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

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

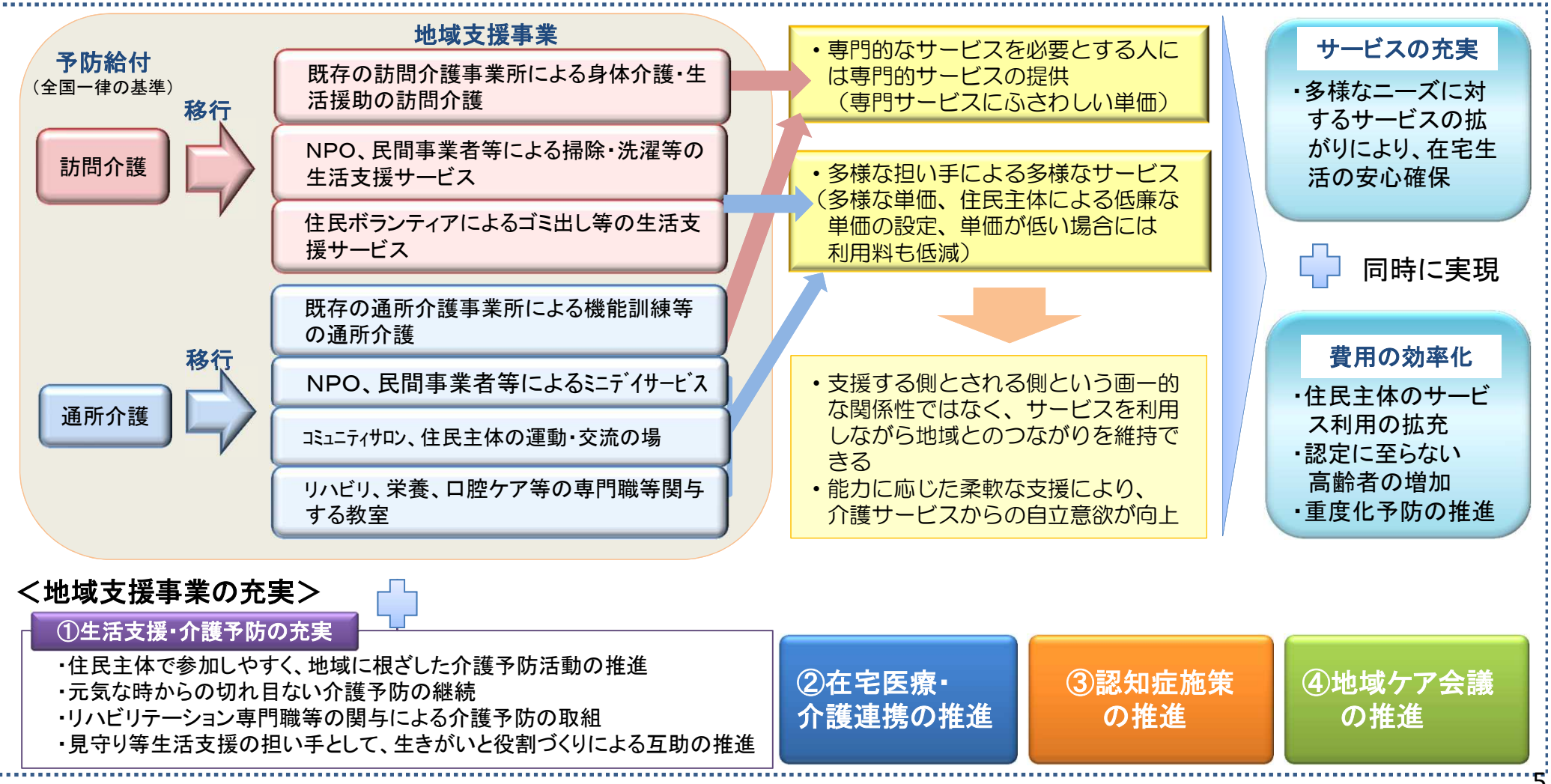
【医療機関が上記の要請又は命令・指示に従わない場合の措置】

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

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

予防給付の見直しと地域支援事業の充実

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

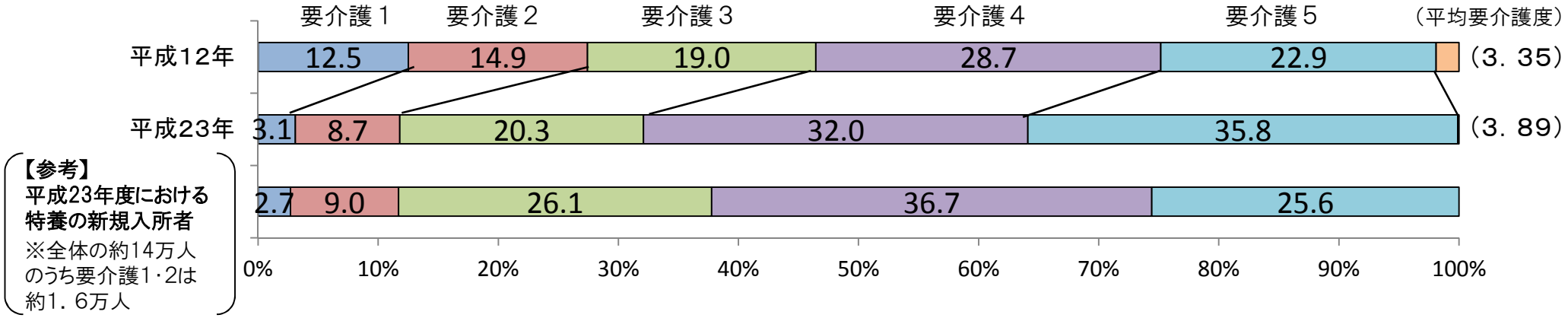
○　他方で、軽度（要介護１・２）の要介護者について、やむを得ない事情により、特養以外での生活が著しく困難であると認められる場合には、市町村の関与の下、特例的に、入所を認める

【 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。）

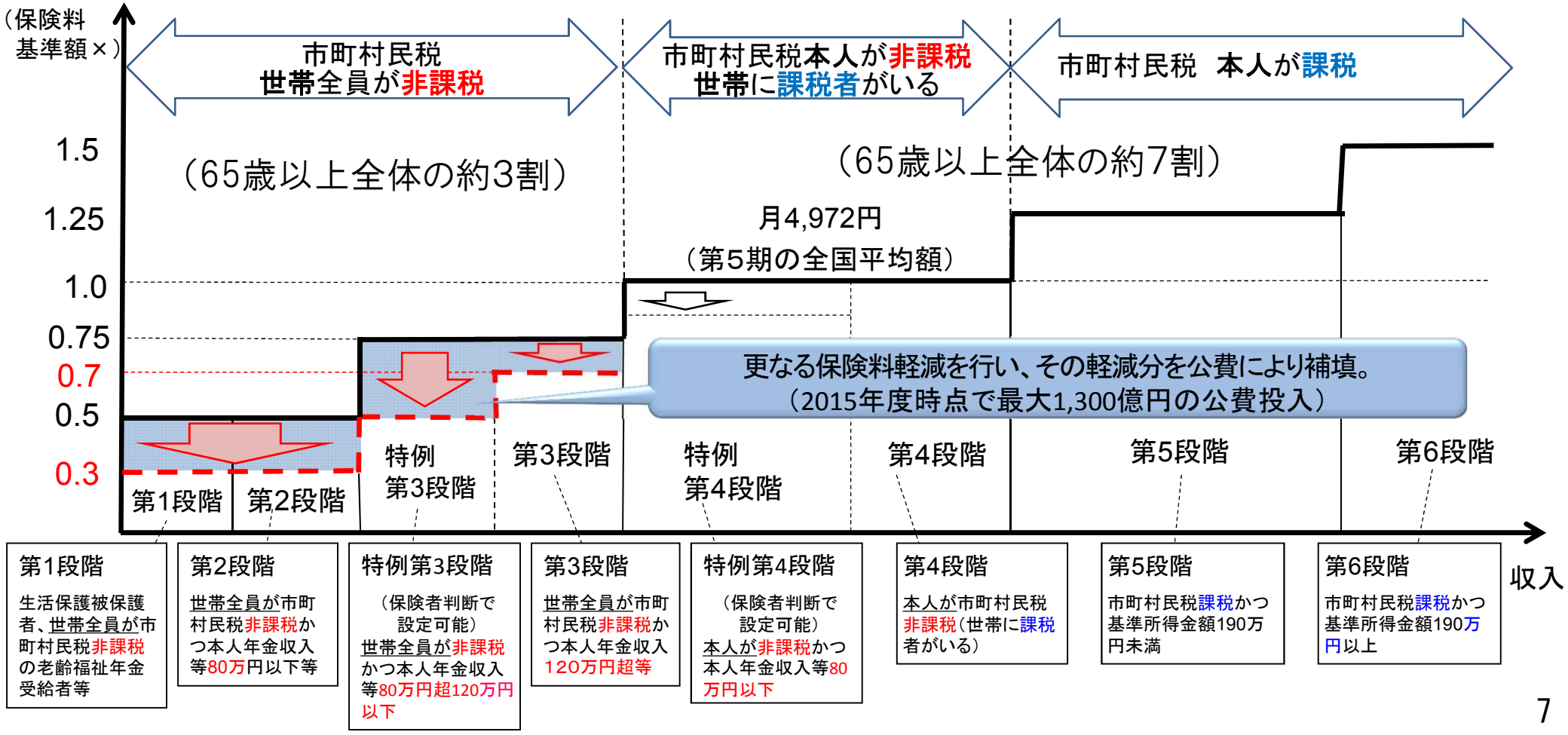
低所得者の一号保険料の軽減強化

〔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。

■　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

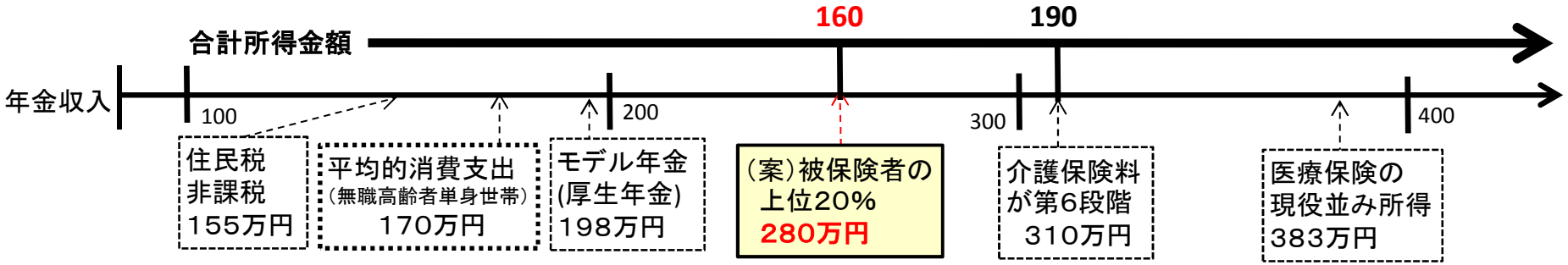
○ 保険料の上昇を可能な限り抑えつつ、制度の持続可能性を高めるため、これまで一律1割に据え置いている利用者負担について、**相対的に負担能力のある一定以上の所得の方の自己負担割合を2割とする**。ただし、月額上限があるため、見直し対象の全員の負担が2倍になるわけではない。

○ 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）

○ 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〉

	自己負担限度額（月額）
一般	37,200円（世帯）
市町村民税世帯非課税等	24,600円（世帯）
年金収入80万円以下等	15,000円（個人）

〈見直し案〉

現役並み所得相当	44,400円
一般	37,200円

参考：医療保険の70歳以上の高額療養費の限度額

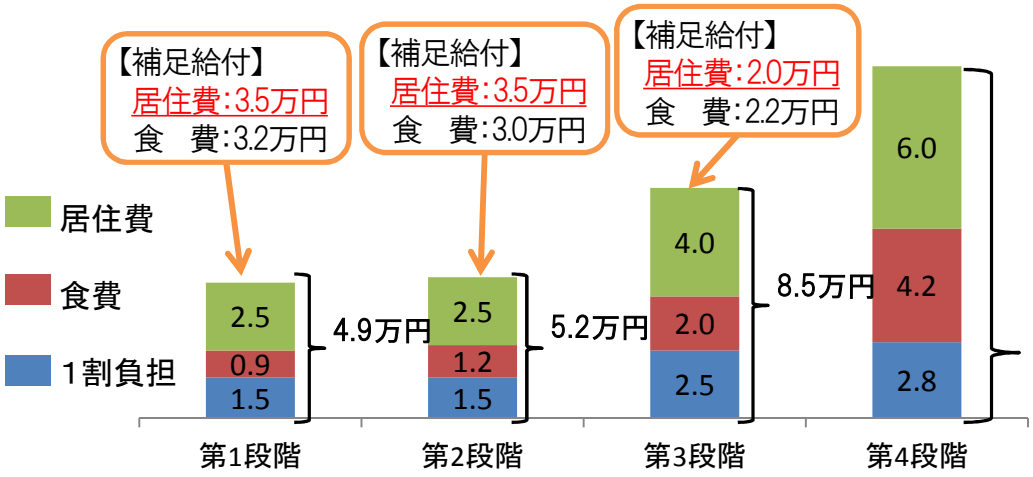
	自己負担限度額（現行／世帯単位）
現役並み所得者	80,100＋医療費1%（多数該当：44,400円）
一般	44,400円
市町村民税非課税等	24,600円
年金収入80万円以下等	15.000円

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



負担軽減の対象

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

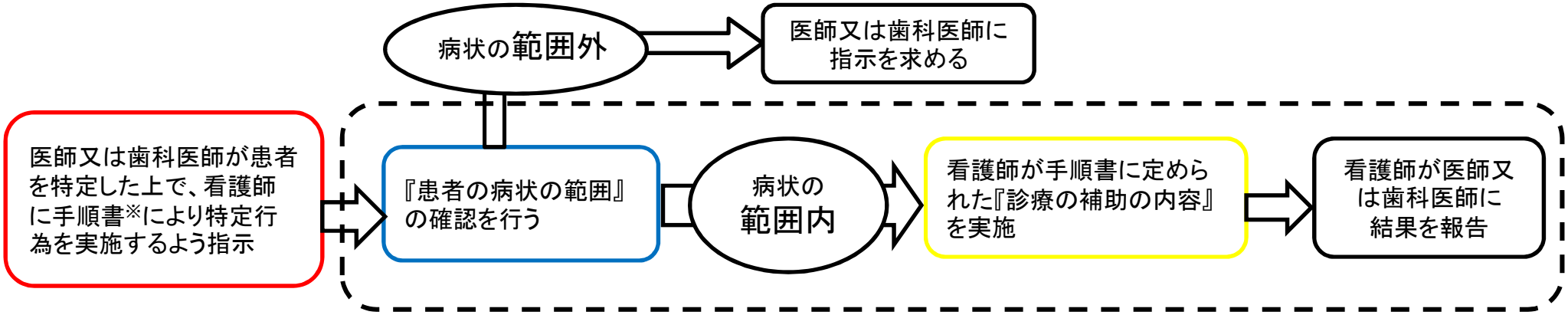
特定行為に係る看護師の研修制度について

制度創設の必要性

〇2025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。

〇このため、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。

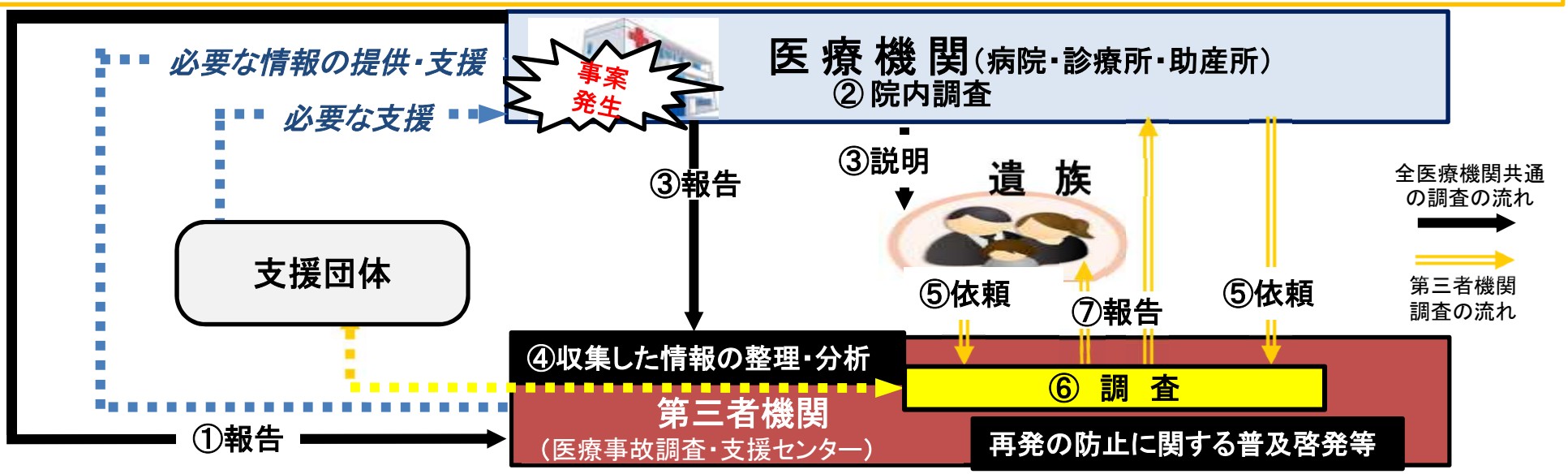
調査の流れ：

■ 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行う**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。

別紙２

介護保険制度の改正事項に関する考え方

１　一定以上の所得のある利用者の自己負担の引上げ	
なぜ、一定以上の所得のある方の利用者負担を２割とするのか。	○　保険料の上昇を可能な限り抑えつつ、現役世代の過度な負担を避けるとともに、高齢者世代内で負担の公平化を図っていくためには、65 歳以上の被保険者のうち、一定以上の所得のある方に、2 割の利用者負担をしていただくことが必要。 ※介護保険制度の創設以来、所得に関わらず利用者負担を 1 割としており、高額介護サービス費の負担限度額も据え置いてきた（この間、高齢者の医療制度では引き上げられている）。 ○　2 割負担をお願いする所得の水準については、モデル年金や平均的な消費支出の水準を上回る、負担可能な水準として、６５歳以上の被保険者のうち所得上位 20%に相当する基準を設定（政令で定める）。 ※　具体的には、介護保険料の算定の基礎となる所得（合計所得金額）が 160 万円以上（年金収入のみの場合は、これに公的年金控除 120 万円を加えた 280 万円以上に相当） ※　実際に介護サービスを利用する方の所得分布は、被保険者全体の所得分布よりも低いため、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、在宅サービス利用者の約１５%、特養で約５%、老健で約１２%と推定。 ※　配偶者の所得がこの水準以上の場合でも、本人の所得が上記水準より少ない場合は、本人は 1 割負担。 ○　なお、高額介護サービス費の仕組みに基づき利用者負担には月額上限が設けられていることから、負担割合が２割となっても、対象者全員の負担が必ず２倍となるものではない。 ※　高額介護サービス費の限度額は、制度創設時の医療保険の高額療養費に合わせて設定されたが、医療保険の一般世帯の限度額は既に 44,400 円に引き上げられている。一般世帯は引き続き月額 37,200 円に据え置くが、医療保険の現役並み所得に相当する人（単身の場合、課税所得 145 万円以上･収入 383 万円以上）は医療保険に合わせ 44,400 円に引き上げる。

２　特別養護老人ホームの重点化	
特養の入所者について、なぜ、要介護 3 以上を原則とするのか。	○　特別養護老人ホームについては、入所を望む重度の要介護者が多数おられること等も踏まえ、在宅生活が困難である中重度の要介護高齢者を支える施設としての機能に重点化を図ることが必要。 ※見直しは新規入所者からとし、既入所者については、要介護１や２でも継続入所できる経過措置を設ける。 ○　要介護１や２の要介護者であっても、やむを得ない事情により、特別養護老人ホーム以外での生活が著しく困難な場合には、市町村の適切な関与の下、特例的に入所できることとする。 ※　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としては、 ・「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であること」 ・「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であること」 ・「認知症高齢者であり、常時の適切な見守り・介護が必要であること」 等が考えられ、関係者の意見を聞きながら、法施行時までに一定の基準を提示。
３　予防給付の見直し	
①要支援者の予防給付の見直しを行うのはなぜか。訪問介護と通所介護に限って地域支援事業に移行するのはなぜか。	○　要支援者については、配食、見守り等の多様な生活支援サービスが必要であり、生活支援の多様なニーズにこたえるためには、介護事業所以外にも、ＮＰＯ、民間企業、ボランティアなど、多様な事業主体による多様なサービスを充実していくことが、効果的で効率的。 ○　また、高齢者の介護予防のためには、地域に多様な通いの場を作り、社会参加を促進していくことが重要。そのためには、介護事業所以外にも、地域の中で多様な主体による多様な場を確保していくことが効果的で効率的。高齢者の社会参加の促進を通じて、元気な高齢者が生活支援の担い手として活躍すれば、生きがいや介護予防にもつながる。 ○　なお、予防給付のうち訪問看護等のサービスについては、多様な形態でのサービス提供の余地が少ないことから、市町村の事務負担も考慮して、引き続き予防給付によるサービスを継続。

②既にサービスを受けている人は、事業移行後も引き続き同じサービスを受けられるのか。	○　今回の予防給付の見直しでは、介護事業所による従来と同じサービスもあれば、住民が担い手として積極的に参加する取組まで、多様な主体による多様なサービスを提供。 ○　既にサービスを受けている要支援者については、その方の状態像等を踏まえ、事業移行後でも、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の利用が可能。
③市町村による準備が可能か。また、市町村ごとに格差が生じないか。	○　市町村の準備期間を考慮して、平成 27, 28 年度は可能な市町村から新しい総合事業を実施することとし、平成 29 年 4 月までにすべての市町村で実施。 ○　新しい総合事業の財源構成は、これまでの介護予防給付と変わらず、財政力の差により取り組みに差が出ることはない。 ※現在、国 25%、都道府県 12.5%、市町村 12.5%、第 1 号保険料 21%、第 2 号保険料 29% ○　新しい総合事業では、引き続き介護事業所による従来と同様のサービスも行うため、円滑な移行が可能。その上で、多様な主体による多様なサービスを地域の実情に応じて徐々に充実。 ○　生活支援サービスの充実に向けて、地域資源の開発や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」の配置を平成 26 年度予算案でも消費税の充実分を活用して地域支援事業の任意事業として行えるよう計上（公費ベースで１０億円）。 　また、各地域の好事例の収集・普及などを行うとともに、介護保険法に基づく指針（ガイドライン）を策定して、市町村の取組を最大限支援。
④利用料を市町村が決めるようになると、自己負担が増えたりするのではないか。	○　地域で多様なサービスが提供されるようになるため、利用料は、市町村がサービスの内容に応じて設定。 　例えば、住民主体の生活支援サービスは、実費のみを負担してもらうことが考えられ、自己負担が今より安くなる。

	○　一方、予防給付から移行する既存サービスに相当するものの利用料については、介護給付における利用者負担割合等を勘案しつつ、一定の枠組みの下、市町村が設定する仕組みを検討。 ※　市町村の介護保険財政への影響を考慮し、既存サービスに相当するサービスについては、利用料は、要介護者の利用者負担割合を下回らない仕組みとすることが必要。 ○　国で一定の指針（ガイドライン）を策定し、市町村の取組を支援。
⑤報酬が引き下げられ、事業者の経営が厳しくなったり、サービスの質が低下するのではないか。	○　今回の見直しによって、市町村は、多様なサービスを用意することとなるが、その際には、サービスの内容に応じて、人員配置・サービスの単価・利用者負担を設定。 ○　サービスの単価は、現在の報酬単価以下で市町村が設定することとなる。専門職が必要なサービスを行う場合には、専門職の人件費が賄える単価設定が適切であり、指針（ガイドライン）で、その旨を明記。 ○　既存の介護事業者は、専門性や経験を生かして、増加する要介護高齢者に対応。
⑥地域支援事業は、事業費に上限があり、結局、十分なサービスが提供されないのではないか。	○　総合事業の実施により、市町村は、既存の介護事業者も活用しつつ、住民が担い手として積極的に参加するサービスなども用意し、多様な主体による多様なサービスを拡充し、事業費を効果的かつ効率的に使用。 ○　事業費の上限は、現行制度（原則として当該市町村の給付費の３％）も踏まえつつ、予防給付から事業に移行する分を賄えるように設定し、その後はその市町村の後期高齢者の伸び等を勘案して設定 ○　仮に市町村の事業費が上限を超える場合の対応については、制度施行後の費用の状況等を見極める必要があること等を踏まえ、個別に判断する仕組みを設定。

４　補足給付の見直し	
①なぜ、補足給付について、資産勘案等の見直しを行うのか。	○　介護保険では、平成 17 年から特別養護老人ホーム等の費用のうち、食費や居住費は保険給付の対象外となっているが、住民税非課税世帯の方については、申請に基づき、食費・居住費を補助する補足給付を支給している。 ○　本来の給付と異なった福祉的な性格や経過的な性格を持つ補足給付については、①食費や居住費を負担して在宅で生活する方との公平性を図る必要があること、②預貯金等を保有して負担能力があるにもかかわらず、保険料を財源とした補足給付が行われることは不公平であることから、一定額を超える預貯金等の資産のある方を給付の対象外とする等の見直しを実施。 ※　基準となる預貯金等の額は、単身で 1000 万円超、夫婦で 2000 万円超を予定している（省令で定める）が、施設入所時点では預貯金等が 1000 万円を超え、補足給付を受給できなかった方でも、入所中に預貯金等が減って 1000 万円以下となったときには、補足給付を支給。
②預貯金等については、正確な捕捉ができず不公平とならないか。	○　個人の預貯金等を統一的に把握できる仕組みがないため、自己申告の仕組みにより対応せざるを得ないが、適正な申告を促すための仕組みを設ける。 ○　完全に資産を把握する仕組みを前提とすると、当面、資産の勘案を行うことはできず、在宅で暮らす方や保険料負担者との間の不公平を放置することとなるので、現時点で実施可能な手段を用いて、可能な限り負担の公平化を図ることが必要。 ○　具体的には、 ①　補足給付は、受給を希望する方が申請書に必要な書類を添付し、受給要件に該当する旨を申し出ていただく仕組みであるが、その際、本人又は代理する家族等は本人の預貯金等の額を申告するとともに、通帳の写し等を添付する。 ②　補足給付の申請書に、金融機関への調査を行うことがある旨を明記し、あらかじめ調査への同意を得る。市町村は、介護保険法に基づき、必要に応じて金融機関等への調査を行う。 ③　不正受給があった場合に 3 倍以下の額を返してもらう加算金の規定を設け、補足給付の申請者には、こうした加算金が課されることもある旨を申請書等に記載して周知する。

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要綱

第一　改正の趣旨

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措置を講ずること。

第二　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の一部改正

一　題名に関する事項

題名を「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」に改めること。（題名関係）

二　目的に関する事項

この法律の目的に、地域における創意工夫を生かしつつ、地域におい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促進する措置を講ずる旨を明記すること。（第一条関係）

三　総合確保方針、都道府県計画及び市町村計画に関する事項

1　厚生労働大臣は、関係者の意見を反映させるために必要な措置を講じた上で、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（以下「総合確保方針」という。）を定めなければならないものとすること。総合確保方針においては、医療法第三十条の三第一項の基本方針及び介護保険法第百十六条第一項の基本指針の基本となるべき事項、公正性及び透明性の確保その他四の基金を充てて実施する都道府県事業に関する基本的な事項等を定めるものとすること。（第三条第一項から第三項まで関係）

2　都道府県及び市町村は、総合確保方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、医療及び介護の総合的な確保のための事業（地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設及び設備の整備に関する事業、居宅等における医療の提供に関する事業、公的介護施設等の整備に関する事業、医療従事者及び介護従事者の確保に関する事業等）の実施に関する計画（以下、都道府県が作成するものを「都道府県計画」と、市町村が作成するものを「市町村計画」という。）を作成することができるものとすること。また、都道府県計画を作成するに当たっては、医療計画及び都道府県介護保険事業支援計画との整合

性を図るものとし、市町村計画を作成するに当たっては、市町村介護保険事業計画との整合性の確保を図るものとすること。（第四条及び第五条関係）

四　基金に関する事項

都道府県が、都道府県事業（都道府県計画に掲載された事業をいう。）に関する経費を支弁するため基金を設ける場合には、国は、政令で定めるところにより、その財源に充てるために必要な資金の三分の二を負担するものとすること。また、当該基金の財源に充てるため、国が負担する費用については、社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための消費税法の一部を改正する等の法律の施行により増加する消費税の収入をもって充てるものとすること。（第六条及び第七条関係）

五　その他所要の改正を行うこと。

第三　医療法の一部改正

一　地域における病床の機能の分化及び連携の推進に関する事項

1　病床機能報告制度

一般病床又は療養病床を有する病院又は診療所の管理者は、病床の機能区分に従い、基準日におけ

る病床の機能（以下「基準日病床機能」という。）及び基準日から一定期間が経過した日における病床の機能の予定（以下「基準日後病床機能」という。）並びに入院患者に提供する医療の内容等の情報を都道府県知事に報告しなければならないものとすること。（第三十条の十二第一項関係。平成二十七年四月一日以降は第三十条の十三第一項）

2　地域医療構想の策定

都道府県は、医療計画において、地域医療構想（構想区域における病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量等に基づく、当該構想区域における将来の医療提供体制に関する構想をいう。）に関する事項、地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携の推進に関する事項等を定めるものとすること。（第三十条の四第二項関係）

3　地域医療構想を実現するために必要な措置

(一)　都道府県は、構想区域等ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者等の関係者との協議の場を設け、地域医療構想の達成の推進に必要な事項について、協議を行うものとすること。（第三十条の十四第一項関係）

(二)　都道府県知事は、病院の開設等の申請に対する許可には、病床の機能区分のうち、当該構想区域における既存の病床数が、将来の病床数の必要量に達していないものに係る医療を当該許可に係る病床において提供することその他地域医療構想の達成を推進するため必要な条件を付することができるものとすること。（第七条第五項関係）

(三)　都道府県知事は、１の報告について、基準日病床機能と基準日後病床機能とが異なる場合等において、当該構想区域における当該基準日後病床機能に係る病床数が将来の病床数の必要量に既に達しているときは、当該報告に係る病院等の開設者又は管理者に対し、基準日病床機能と基準日後病床機能とが異なる理由等について、都道府県医療審議会での説明等を求めることができるものとし、当該説明等の内容を踏まえ、当該理由がやむを得ないものと認められないときは、都道府県医療審議会の意見を聴いて、基準日病床機能を基準日後病床機能に変更しないこと等を要請（公的医療機関等の場合にあっては、命令）することができるものとすること。（第三十条の十五関係）

(四)　都道府県知事は、地域医療構想の達成の推進に必要な事項について、(一)の協議の場における協議が調わない場合等においては、病院等の開設者又は管理者に対し、都道府県医療審議会の意見を聴

いて、当該構想区域における既存の病床数が将来の病床数の必要量に達していない病床の機能区分に係る医療を提供すること等の必要な措置をとることを要請（公的医療機関等の場合にあっては、指示）することができるものとすること。（第三十条の十六関係）

(五)　都道府県知事は、構想区域における療養病床及び一般病床の数が療養病床及び一般病床に係る基準病床数を超えている場合において、公的医療機関等以外の医療機関が正当な理由がなく、許可を受けた病床に係る業務を行っていないときは、当該医療機関の開設者又は管理者に対し、病床数の削減の措置をとるべきことを要請することができるものとすること。（第三十条の十二関係）

(六)　病院等の開設者又は管理者が(三)、(四)及び(五)の要請に従わない場合は、都道府県知事は都道府県医療審議会の意見を聴いて、当該病院等の開設者又は管理者に対し、勧告を行うことができるものとし、当該勧告若しくは(三)の命令又は(四)の指示に従わない場合には、都道府県知事はその旨を公表することができるとともに、地域医療支援病院又は特定機能病院の承認を取り消すこと等ができるものとすること。（第二十九条第三項及び第四項、第三十条の十七並びに第三十条の十八等関係）

(七)　医療計画を定め、又は変更しようとするときに、あらかじめ意見を聴く対象として、保険者等が

都道府県ごとに組織する保険者協議会を追加すること。（第三十条の四第十四項関係）

4　居宅等における医療の充実及び医療と介護の連携の推進のための医療計画の見直し

(一)　厚生労働大臣は、医療提供体制の確保を図るための基本的な方針を定めるときは、総合確保方針に即して定めるものとし、都道府県が医療計画を作成するに当たっては、都道府県計画及び都道府県介護保険事業支援計画との整合性の確保を図らなければならないものとすること。（第三十条の三第一項及び第三十条の四第十項関係）

(二)　医療計画で定める事項として、居宅等における医療の確保の目標に関する事項及び居宅等における医療の確保に係る医療連携体制に関する事項を追加すること。（第三十条の四第二項関係）

(三)　都道府県が医療計画を変更する頻度について、六年（居宅等における医療の確保の達成状況等については、三年）ごととすること。（第三十条の六関係）

5　病院及び病床を有する診療所の開設者並びに管理者並びに国民の役割

地域における病床の機能の分化及び連携の推進に係る病院、病床を有する診療所及び国民の役割を位置づけるものとすること。（第六条の二第三項及び第三十条の七第二項関係）

二　医療従事者の確保等に関する事項

1　都道府県知事は、特定機能病院、地域医療支援病院及び公的医療機関等の開設者又は管理者その他の関係者に対し、医師の派遣、研修体制の整備その他の医師が不足している地域の病院又は診療所における医師の確保に関し必要な協力を要請することができるものとすること。（第三十条の十八関係。平成二十七年四月一日以降は第三十条の二十四）

2　都道府県は、医師の確保に関する調査及び分析、相談、情報の提供等の援助その他の医師の確保を図るための必要な支援に関する事務を実施するよう努めるものとすること。（第三十条の十九第一項関係。平成二十七年四月一日以降は第三十条の二十五第一項）

三　医療従事者の勤務環境の改善等に関する事項

1　病院又は診療所の管理者は、医療従事者の勤務環境の改善等の措置を講ずるよう努めなければならないものとし、厚生労働大臣は、そのための指針となるべき事項を定めるものとすること。（第三十条の十三及び第三十条の十四関係。平成二十七年四月一日以降は第三十条の十九及び第三十条の二十）

2　都道府県は、医療従事者の勤務環境の改善に関する相談、情報の提供及び助言等の援助その他の医療従事者の勤務環境の改善のために必要な支援に関する事務を実施するよう努めるものとすること。（第三十条の十五第一項関係。平成二十七年四月一日以降は第三十条の二十一第一項）

四　医療法人の合併に関する事項

社団たる医療法人と財団たる医療法人との合併を可能とすること。（第五十七条関係）

五　臨床研究中核病院に関する事項

臨床研究の実施の中核的な役割を担うことに関する一定の要件に該当する病院は、厚生労働大臣の承認を得て、臨床研究中核病院と称することができるものとすること。（第四条の三第一項関係）

六　医療の安全の確保のための措置に関する事項

1　病院、診療所又は助産所（以下「病院等」という。）の管理者は、医療事故（当該病院等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、当該管理者がその死亡又は死産を予期しなかったものをいう。）が発生した場合には、医療事故調査・支援センターに報告した上で、必要な調査等を行い、その結果を医療事故調査・支援センターに報告するとと

もに、遺族に対して説明しなければならないものとすること。（第六条の十及び第六条の十一関係）

2　医療事故調査・支援センターは、医療事故が発生した病院等の管理者又は当該医療事故に係る遺族から依頼があったときは、必要な調査等を行い、その結果を当該管理者及び当該遺族に対して報告しなければならないものとすること。（第六条の十七関係）

七　その他所要の改正を行うこと。

第四　介護保険法の一部改正

一　居宅サービス等の見直しに関する事項

1　通所介護のうち、利用定員が厚生労働省令で定める数未満のものについて、地域密着型通所介護として地域密着型サービスに位置づけること。（第八条関係）

2　指定居宅介護支援事業者の指定等を市町村が実施するものとすること。（第七十九条等関係）

二　施設サービス等の見直しに関する事項

1　介護老人福祉施設等に係る給付対象を、厚生労働省令で定める要介護状態区分に該当する状態である者その他居宅において日常生活を営むことが困難な要介護者とすること。（第八条関係）

２　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ものとすること。また、住所地特例の対象者について、居住地の市町村が指定した地域密着型サービス等の利用を可能とするとともに、居住地の市町村の地域支援事業の対象とするものとすること。（第十三条等関係）

三　費用負担の見直しに関する事項

１　介護給付及び予防給付について、一定以上の所得を有する第一号被保険者に係る利用者負担の割合を、その費用の百分の二十とすること。（第四十九条の二等関係）

２　特定入所者介護サービス費等の支給要件について、所得のほか、資産の状況もしん酌するものとすること。また、偽りその他の不正行為によって特定入所者介護サービス費等を受けた場合、市町村は、その給付の価額に加え、その価額の二倍に相当する額以下の金額を徴収することができるものとすること。（第五十一条の三等関係）

３　市町村は公費で低所得者の第一号保険料の軽減を行い、国がその費用の二分の一、都道府県が四分の一を負担するものとすること。（第百二十四条の二関係）

四　地域支援事業の見直しに関する事項

1　介護予防サービスのうち介護予防訪問介護と介護予防通所介護を介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）に移行し、平成二十九年度までに全ての市町村で実施するものとすること。（第百十五条の四十五等関係）

2　総合事業について、次に掲げる事項を規定すること。（第百十五条の四十五の二等関係）

（一）　厚生労働大臣は、総合事業の適切かつ有効な実施を図るため必要な指針を公表すること。

（二）　市町村は、定期的に、総合事業の実施状況について評価等を行うよう努め、その結果に基づき必要な措置を講ずるよう努めること。

（三）　総合事業について、国がその費用の百分の二十五を、都道府県及び市町村がそれぞれ百分の十二・五を負担するとともに、医療保険者が負担する地域支援事業支援交付金を充てること。

3　地域支援事業の包括的支援事業に次に掲げる事業を追加し、平成三十年度までに全ての市町村で実施するものとすること。（第百十五条の四十五等関係）

（一）　医療に関する専門的知識を有する者が、介護事業者、居宅における医療を提供する医療機関その他の関係者の連携を推進する事業

（二）　日常生活の支援及び介護予防に係る体制の整備その他のこれらを促進する事業

（三）　保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者による認知症の早期における症状の悪化の防止のための支援その他の総合的な支援を行う事業

4　地域支援事業の事業費の上限について、七十五歳以上の被保険者の数も勘案して設定するものとすること。（第百十五条の四十五関係）

5　地域包括支援センターの設置者は、実施する事業の質の評価を行うこと等により事業の質の向上に努めるものとすること。また、市町村は、定期的に、実施する事業の実施状況の点検等を行うよう努めるものとすること。（第百十五条の四十六関係）

6　市町村は、適切な支援の検討等を行うために、介護支援専門員、保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者その他の関係者等により構成される会議を置くように努めるものとすること。（第百十五条の四十八関係）

五　介護保険事業計画の見直しに関する事項

1　厚生労働大臣は、総合確保方針に則して、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するた

めの基本的な指針を定めるものとすること。（第百十六条関係）

2　市町村介護保険事業計画について、介護給付等対象サービスの量、費用の額、保険料の水準等に関する中長期的な推計を記載するよう努めるものとするほか、市町村計画と整合性の確保が図られたものでなければならないものとすること。（第百十七条関係）

3　都道府県介護保険事業支援計画について、都道府県計画及び医療計画と整合性の確保が図られたものでなければならないものとすること。（第百十八条関係）

六　その他所要の改正を行うこと。

第五　保健師助産師看護師法、歯科衛生士法、診療放射線技師法、歯科技工士法及び臨床検査技師等に関する法律等の一部改正

一　保健師助産師看護師法の一部改正

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、高度かつ専門的な知識及び技能等が特に必要な行為として厚生労働省令で定めるものをいう。）を手順書により行う看護師は、厚生労働大臣が指定する研修機関において、一定の基準に適合する研修を受けなければならないものとする

こと。（第三十七条の二第一項関係）

二　歯科衛生士法、診療放射線技師法及び臨床検査技師等に関する法律の一部改正

歯科衛生士の行う予防処置について歯科医師の直接の指導ではなく指導の下に行うものとするとともに、診療放射線技師の業務に放射線の照射等に関連する行為を、臨床検査技師の業務に検体の採取を行うことをそれぞれ追加すること等の見直しを行うこと。

三　歯科技工士法等の一部改正

歯科技工士国家試験の実施主体を都道府県知事から厚生労働大臣に変更するものとすること。

四　その他所要の改正を行うこと。

第六　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の一部改正

医療に関する知識及び技能の教授又は医学若しくは歯科医学の研究を目的として本邦に入国する外国医師又は外国歯科医師は厚生労働大臣の許可を受けて、一定の条件の下に本邦において医業等を行うことができるものとするほか、臨床修練の許可の基準を緩和する等の所要の措置を講ずること。（第三条及び第二十一条の三等関係）

第七　看護師等の人材確保の促進に関する法律の一部改正

看護師等は、病院等を離職した場合等に、住所、氏名等を都道府県ナースセンターに届け出るよう努めなければならないものとする等看護師等の就業の促進に関する所要の措置を講ずること。（第十六条の三等関係）

第八　良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部改正

持分あり医療法人は、持分なし医療法人への移行に関する計画を作成し、これが適当である旨の厚生労働大臣の認定を受けることができるものとする等所要の措置を講ずること。（附則第十条の三から第十条の七まで等関係）

第九　社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律の一部改正

介護福祉士の資格取得方法の見直しに係る改正規定の施行期日を、平成二十七年四月一日から平成二十八年四月一日に変更すること。（附則第一条関係）

第十　その他関係法律の一部改正

生活保護法、国民健康保険法、老人福祉法等の関係法律について、所要の改正を行うこと。

第十一　施行期日等

一　施行期日

この法律は、公布の日又は平成二十六年四月一日のいずれか遅い日から施行するものとすること。ただし、次に掲げる事項は、それぞれ次に定める日から施行するものとすること。（附則第一条関係）

（一）　第三（医療法の改正）　平成二十六年十月一日（ただし、地域医療構想に関する事項（一の２及び３）及び臨床研究中核病院に関する事項（五）は平成二十七年四月一日、医療事故の調査に係る仕組み（六）は平成二十七年十月一日）

（二）　第四（介護保険法の改正）　平成二十七年四月一日（ただし、利用者負担割合の見直し及び特定入所者介護サービス費等の支給要件の見直し（三の１及び２）は平成二十七年八月一日、通所介護の見直し（一の１）は平成二十八年四月一日までの間で政令で定める日、指定居宅介護支援事業者の見直し（一の２）は平成三十年四月一日）

（三）　第五（保健師助産師看護師法、歯科衛生士法、診療放射線技師法、歯科技工士法及び臨床検査技師等に関する法律等の改正）　平成二十七年四月一日（ただし、診療放射線技師法の改正の一部は公布

日、看護師の特定行為の研修制度は平成二十七年十月一日）

（四）　第六（外国医師臨床修練制度の改正）及び第八（持分なし医療法人への移行に係る改正）　平成二十六年十月一日

（五）　第七（看護師免許保持者等の届出制度）　平成二十七年十月一日

（六）　第九（介護福祉士の資格取得方法の見直しの期日の変更）　公布の日

二　検討規定等

（一）　政府は、第三の六の調査（以下「医療事故調査」という。）の実施状況等を勘案し、医師法第二十一条の規定に基づく届出及び第三の六の医療事故調査・支援センターへの医療事故の報告、医療事故調査及び医療事故調査・支援センターの在り方を見直すこと等について検討を加え、その結果に基づき、この法律の公布後二年以内に法制上の措置その他の必要な措置を講ずるものとすること。（附則第二条第二項関係）

（二）　政府は、医師又は歯科医師の指示の下に、手順書によらないで行われる特定行為が看護師により適切に行われるよう、医師、歯科医師、看護師その他の関係者に対して特定行為の研修制度の趣旨が当

該行為を妨げるものではないことの内容の周知その他の必要な措置を講ずるものとすること。（附則第二十九条関係）

（三）　政府は、我が国における急速な高齢化の進展等に伴い、介護関係業務に係る労働力への需要が増大していることに鑑み、この法律の公布後一年を目途として、介護関係業務に係る労働力の確保のための方策について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとすること。（附則第二条第三項関係）

（四）　その他、この法律の施行に関し、必要な経過措置等を定めるとともに、関係法律について所要の改正を行うこと。

別紙４

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　・・　１

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）・・　５
・医療･介護サービス提供体制の一体的な確保について　・・　６
・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　・・　７

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等（医療法等関係）　・・　８
・病床機能報告制度と地域医療構想（ビジョン）の策定　・・　９
・医療事故に係る調査の仕組み　・・１３
・医療法人に関する制度に係る見直し　・・１４
・臨床研究中核病院の医療法での位置づけについて　・・１５
・特定行為に係る看護師の研修制度について　・・１６
・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　・・１８
・地域医療支援センターについて　・・１９
・看護職員の確保のための施策について　・・２０
・医療機関の勤務環境改善について　・・２１
・外国医師の臨床修練制度の見直しについて　・・２２
・歯科技工士国家試験の全国統一化　・・２３

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）　・・２４
・在宅医療・介護の連携の推進　・・２５
・認知症施策の推進　・・２６
・地域ケア会議の推進　・・２８
・生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加　・・２９
・予防給付の見直しと生活支援サービスの充実　・・３０
・特別養護老人ホームの重点化　・・３３
・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　・・３４
・サービス付き高齢者向け住宅への住所地特例の適用　・・３５
・低所得者の一号保険料の軽減強化　・・３６
・一定以上所得者の利用者負担の見直し　・・３７
・補足給付の見直し（資産等の勘案）　・・３８
・介護人材確保対策の検討　・・３９

○参考資料　・・４０

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

効率的かつ質の高い医療提供体制の構築 ＋ 地域包括ケアシステムの構築

計画
基金

■医療及び介護サービスの整合的な計画の策定と、医療・介護を対象とした新たな財政支援制度

・都道府県が策定する医療計画と介護保険事業計画を、一体的・強い整合性を持った形で策定（両者を包括する基本的な方針）
・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（医療・介護とも対象）

■地域での効率的・質の高い医療の確保

○病床の機能分化・連携
- 各医療機関が医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）を都道府県に報告
- 都道府県は、報告制度等を活用し、各医療機能の必要量等を含む地域の医療提供体制の将来のあるべき姿（地域医療構想（ビジョン））を策定
- 地域医療構想（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基本。なお、医療機関相互の協議の合意に従わない医療機関が現れた場合等には必要な対処措置を講ずる

○有床診療所等の役割の位置づけ
- 病床機能報告制度及び地域医療構想（ビジョン）の導入を踏まえ、国、地方公共団体、病院、国民（患者）と併せ、有床診療所の役割・責務について、医療法に位置づける。

○在宅医療の推進、介護との連携

サービスの充実

■地域包括ケアシステムの構築

○地域支援事業の充実
①在宅医療・介護連携の推進　②認知症施策の推進
③地域ケア会議の推進　④生活支援サービスの充実・強化
*前回改正による24時間対応の定期巡回サービスをはじめ、介護サービスの充実・普及を推進

○全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化

○特別養護老人ホームの「新規」入所者を、原則、要介護3以上に重点化　*要介護1・2でも一定の場合には入所可能

サービス充実の基盤制度の整備

■地域での効率的・質の高い医療の確保

○医療事故にかかる調査の仕組みの位置づけ

○医療法人制度に係る見直し
- 持ち分なし医療法人への移行促進策を創設（移行計画の策定等）
- 医療法人社団と医療法人財団の合併を可能とする。

○臨床研究中核病院の位置づけ

■チーム医療の推進

○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

○診療放射線技師、臨床検査技師、歯科衛生士の業務範囲又は業務実施体制の見直し

■医療・介護従事者の確保

○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

○看護師等免許保持者に対して、ナースセンターへの届出制度を創設

○医療機関の勤務環境改善
*指針の策定、都道府県で取組を支援する仕組み

○臨床修練制度の高度な医療技術を有する外国医師への拡充

○歯科技工士国家試験の全国統一化

○介護従事者の確保
*上記基金による対応、27年度介護報酬改定で検討

■持続可能な介護保険制度の構築（費用負担の公平化）

○低所得者の保険料の軽減割合を拡大
*給付費の５割の公費に加えて別枠で公費を投入し、低所得者の保険料の軽減割合を拡大

○一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ

○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

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。

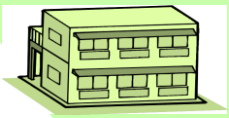
入院医療

【高度急性期病院】

・医師・看護師を多く配置
・質の高い医療と手厚い看護により、早期に「急性期後の病院」や「リハビリ病院」に転院可能

・病院の退院調整スタッフが連携先の身近な病院を紹介
・自分で転院先を探す必要がない

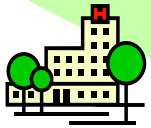
【急性期病院】



【回復期病院】

・身近なところで集中的なリハビリを受けることができる。

【慢性期病院】



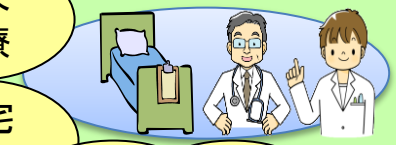
・早期の在宅復帰、社会復帰が可能

外来・在宅医療

・いつでも必要な場合に往診してくれる医師が近くにいて、必要な訪問看護サービスを受けることができる。

外来医療

在宅医療



歯科医療

薬局

発症

有床診療所

住まい（患者さん・家族）

・サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームなど高齢者が安心して暮らせる多様な住まい

介護

連携強化

【在宅介護サービス】

・24時間対応の訪問介護・看護サービス、小規模多機能型居宅介護等により、高齢者の在宅生活を支援

【生活支援・介護予防】

老人クラブ・自治会・ボランティア・ＮＰＯ　等

・ボランティア、NPO等の多様な主体による見守り、配食、買い物支援等の生活支援サービスが充実
・社会参加が推進され地域での介護予防活動が充実

【特別養護老人ホーム・老人保健施設】

・地域の拠点として在宅介護サービス等も積極的に展開

「地域包括ケアシステムの整備」

医療、介護、住まい、予防、生活支援サービスが身近な地域で包括的に確保される体制を構築

※保健師、助産師、診療放射線技師、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、臨床工学技士、義肢装具士、救急救命士、言語聴覚士、歯科衛生士、歯科技工士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士、社会福祉士、介護福祉士等

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、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

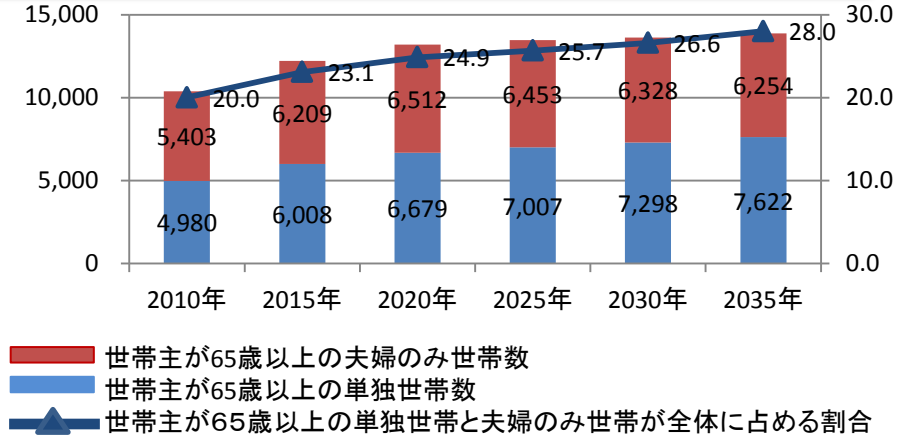
	2012年8月	2015年	2025年	2055年
65歳以上人口（割合）	3,058万人（24.0%）	3,395万人（26.8%）	3,657万人（30.3%）	3,626万人（39.4%）
75歳以上人口（割合）	1,511万人（11.8%）	1,646万人（13.0%）	2,179万人（18.1%）	2,401万人（26.1%）

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



主な施行期日について

施行期日	改正事項
①公布の日	○診療放射線技師法（業務実施体制の見直し） ○社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律（介護福祉士の資格取得方法の見直しの期日の変更）
②平成２６年４月１日又はこの法律の公布の日のいずれか遅い日	○地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律（厚生労働大臣による総合確保方針の策定、基金による財政支援） ○医療法（総合確保方針に即した医療計画の作成） ○介護保険法（総合確保方針に即した介護保険事業計画等の作成）
③平成26年10月1日	○医療法（病床機能報告制度の創設、在宅医療の推進、病院・有床診療所等の役割、勤務環境改善、地域医療支援センターの機能の位置づけ、社団たる医療法人と財団たる医療法人の合併） ○外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律（臨床教授等の創設） ○良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律（持分なし医療法人への移行）
④平成27年4月1日	○医療法（地域医療構想の策定とその実現のために必要な措置、臨床研究中核病院） ○介護保険法（地域支援事業の充実、予防給付の見直し、特養の機能重点化、低所得者の保険料軽減の強化、介護保険事業計画の見直し、サービス付き高齢者向け住宅への住所地特例の適用） ※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）

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）

医療・介護サービス提供体制の一体的な確保について

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

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

①－1 医療計画と介護保険事業支援計画を包括する基本的な方針を策定

①－2 医療計画の策定サイクル（現在5年）の見直し
→平成30年度以降、介護と揃うよう6年に。在宅医療など介護と関係する部分は、中間年（3年）で必要な見直し。

①－3 医療計画での在宅医療、介護との連携に関する記載の充実
→医療計画に在宅医療の目標等を記載。市町村の介護保険事業計画に記載された在宅医療・介護の連携の推進に係る目標を達成できるよう、医療計画・地域医療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。

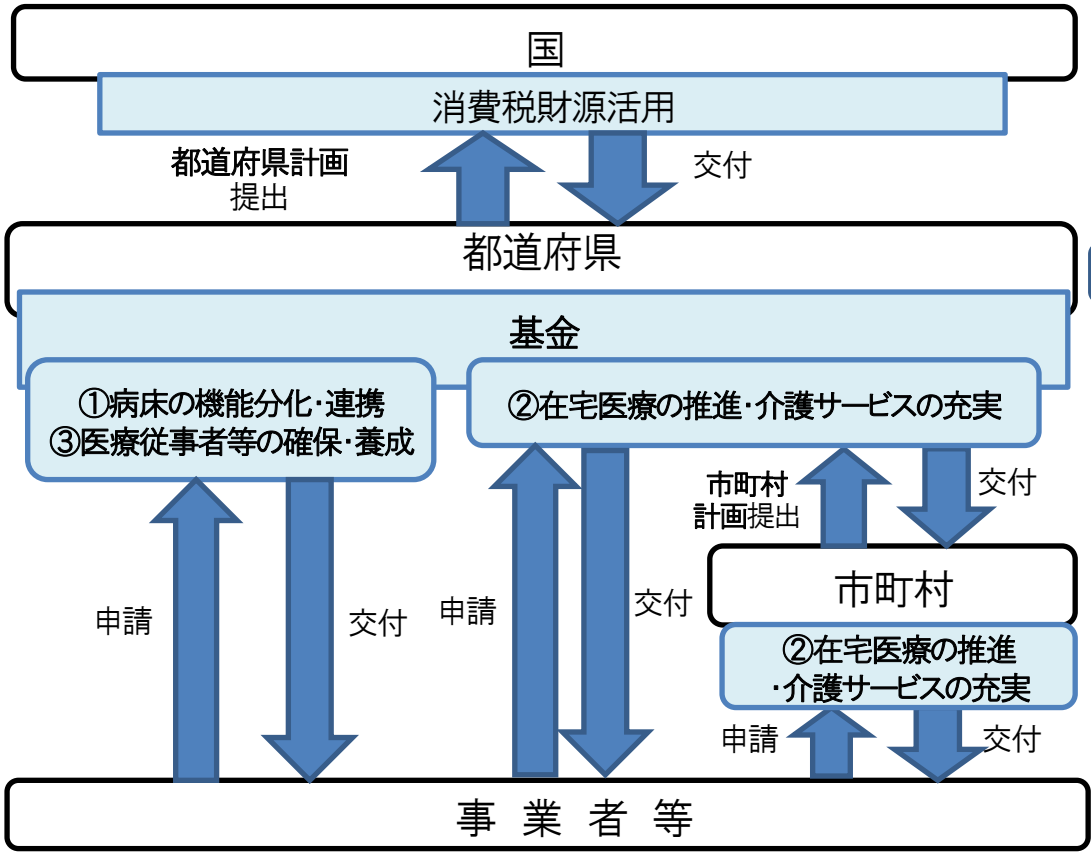
○ このため、医療法等の改正による制度面での対応に併せ、消費税増収分を財源として活用し、医療・介護サービスの提供体制改革を推進するための新たな財政支援制度を創設する。

○ 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

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等（医療法等関係）

病床機能報告制度と地域医療構想（ビジョン）の策定

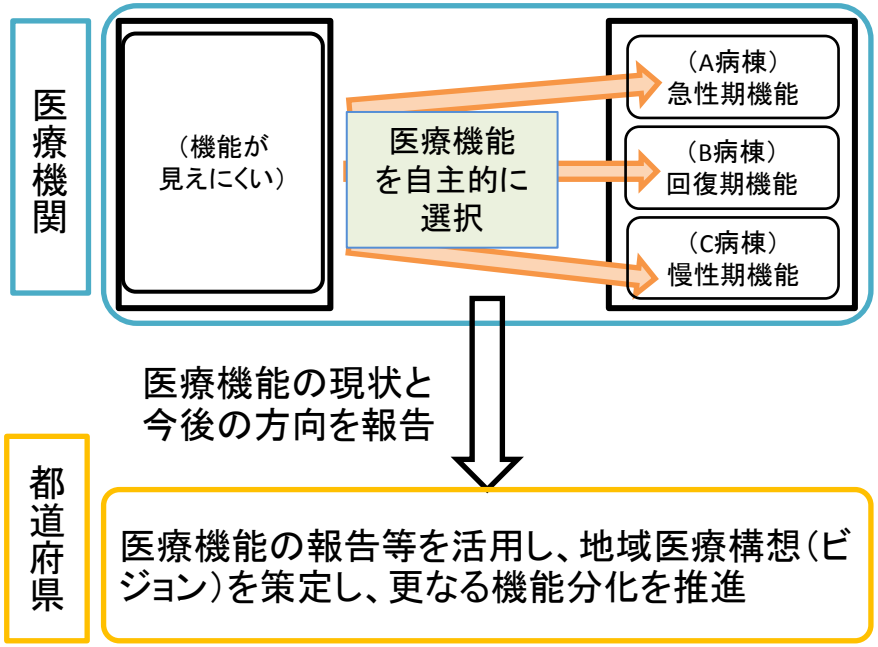
○　病床機能報告制度（平成26年度～）

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頚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。

【病床機能報告制度の運用開始】（平成26年度～）
・医療機関が担っている医療機能を都道府県に報告（※）

※　報告の基準は、当初は「定性的な基準」であるが、報告内容を分析して、今後、「定量的な基準」を定める。

【地域医療ビジョンの策定】（平成27年度～）
・都道府県において地域医療ビジョンの策定。
・地域の医療需要の将来推計や病床機能報告制度等により医療機関から報告された情報等を活用し、二次医療圏等ごとに、各医療機能の必要量（２０２５年時点）等を含む地域の医療提供体制の将来の目指すべき姿を示す。

現行の医療法の規定により、案の作成時に、診療又は調剤の学識経験者の団体の意見を聴く。

現行の医療法の規定により、策定時に医療審議会及び市町村の意見を聴く。
※意見聴取の対象に、保険者協議会を追加。

【医療機関による自主的な機能分化・連携の推進】
・　医療機能の現状と、地域ごとの将来の医療需要と各医療機能の必要量が明らかになったことにより、将来の必要量の達成を目指して、医療機関の自主的な取組みと医療機関相互の協議により機能分化・連携を推進

診療報酬と新たな財政支援の仕組みによる機能分化・連携の支援

【都道府県の役割の強化】
○　医療機関や医療保険者等の関係者が参画し、個々の医療機関の地域における機能分化・連携について協議する「協議の場」の設置
○　医療と介護の一体的推進のための医療計画の役割強化（介護保険の計画との一体的な策定）

機能分化・連携を
実効的に推進

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。

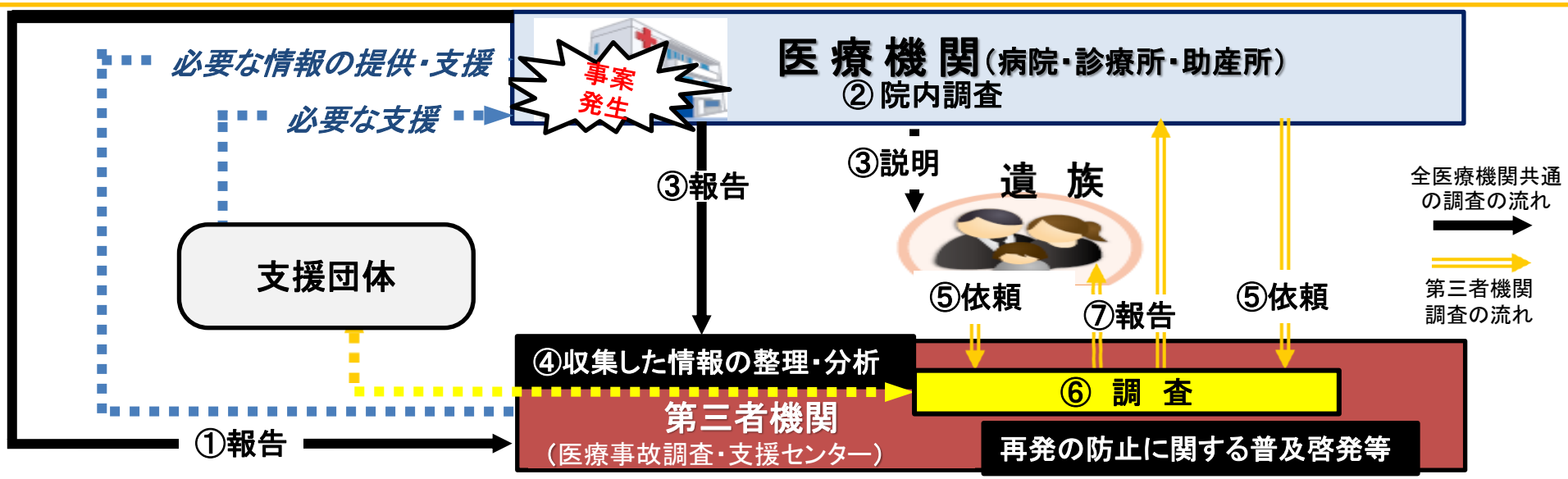
調査の流れ：

■　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行う**新たな民間組織を指定**する。



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

医療法人に関する制度に係る見直し

1. 持分なし医療法人への移行促進策について

概要

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

移行促進策

- 移行について計画的な取組を行う医療法人を、国が認定する仕組みを導入することとし、この仕組みを法律に位置づける。（認定に当たっては、移行を検討する旨を記載するための定款変更、移行計画の作成などを要件とする。）
- 認定を受けた医療法人に対する支援策

  融資制度･･･出資持分の払戻に対する資金調達として、経営安定化資金を融資する。（福祉医療機構）

  税制措置･･･移行期間中は相続税、贈与税を納税猶予し、持分なし医療法人へ移行した場合は猶予税額を免除する。

2. 医療法人社団及び医療法人財団の合併について

概要

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

合併前後の法人類型

合併前の法人類型		合併後の法人類型	
社団	社団	社団	現行制度上可能。
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。

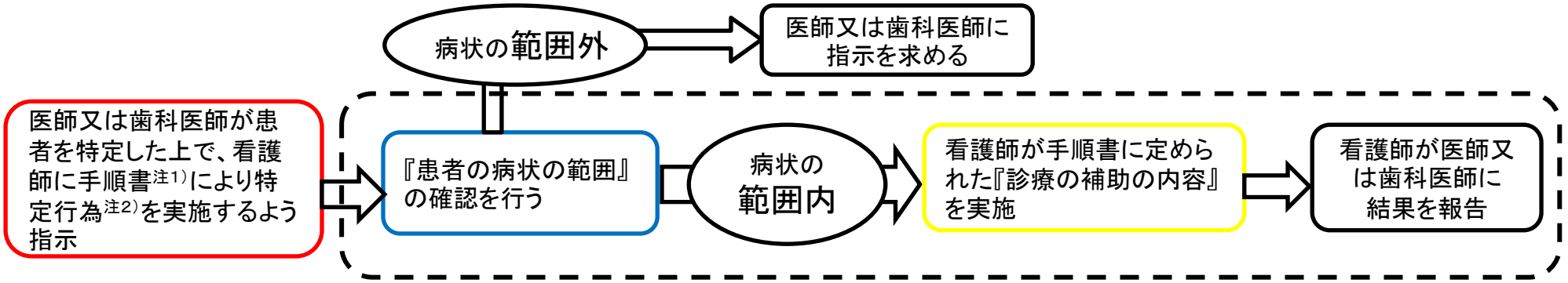
特定行為に係る看護師の研修制度について

制度創設の必要性

〇2025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。

〇このため、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
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
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
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
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
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
	心嚢ドレーン抜去
	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

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
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
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
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
栄養・水分管理に係る薬剤投与関連	脱水の程度の判断と輸液による補正
	持続点滴投与中薬剤（高カロリー輸液）の病態に応じた調整
栄養に係るカテーテル管理関連	中心静脈カテーテルの抜去
	PICC（末梢静脈挿入式静脈カテーテル）挿入
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つ以上組み合わせて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

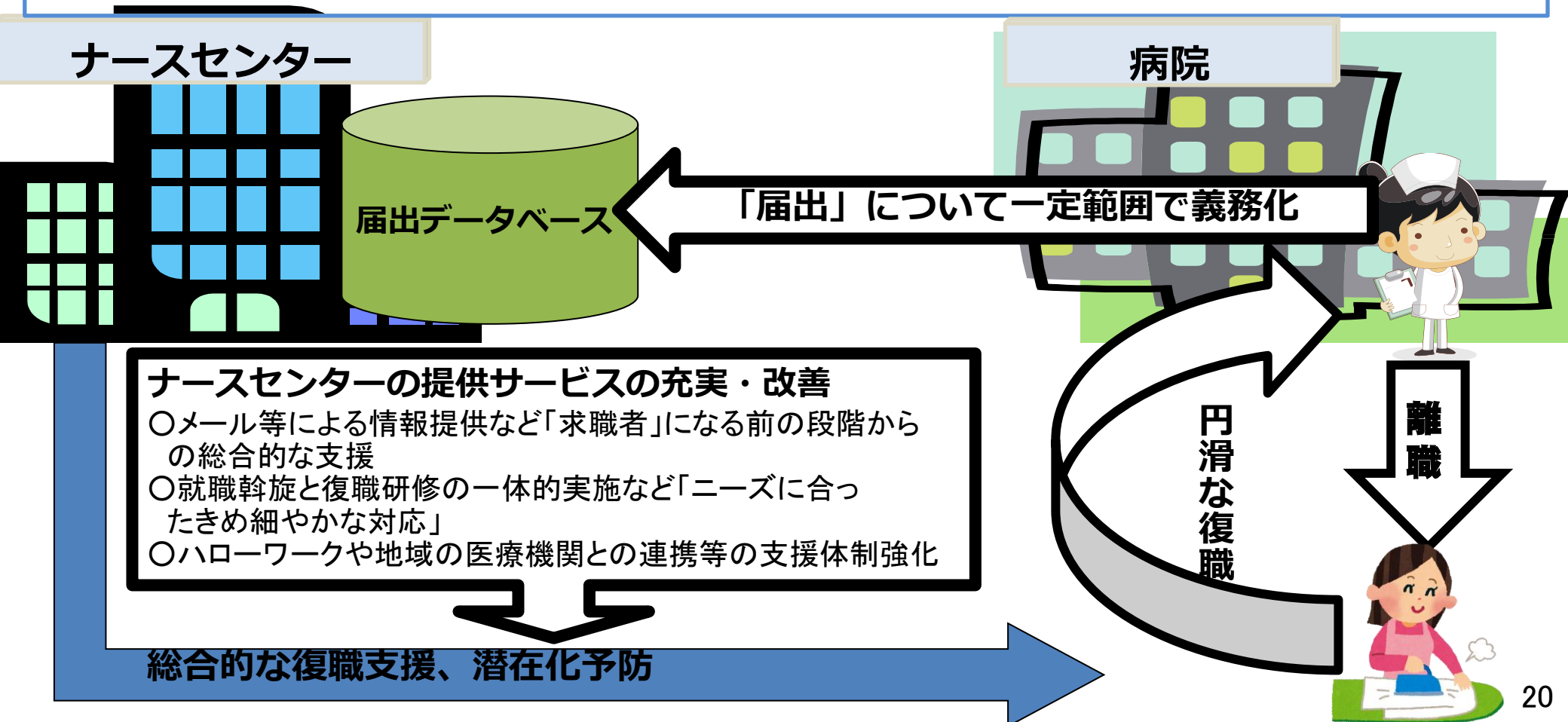
地域医療支援センターの役割

- 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

勤務環境改善マネジメントシステム

院内で、院長、各部門責任者やスタッフが集まり協議

現状の評価 → 課題の抽出 → 改善方針の決定

ガイドラインなどを参考に改善計画を策定

- Plan　計画策定
- Do　取組の実施
- Check　定期的な評価
- Act　更なる改善

・医療従事者の働き方・休み方の改善

多職種の役割分担・連携（チーム医療推進）
医師事務・看護業務補助者の導入
勤務シフトの工夫、短時間正職員の導入
休暇取得促進
子育て中・介護中の者に対する残業免除

・働きやすさ確保のための環境整備

院内保育所・休憩スペースなどの整備
患者からの暴力・ハラスメントへの組織的対応
医療スタッフのキャリア形成支援　　など

ワンストップの専門家による支援

社会保険労務士、医業経営コンサルタントなど

医療勤務環境改善支援センター

都道府県

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

外国医師の臨床修練制度の見直しについて

○　現行は、医療研修を目的として来日した外国の医師に限って診療を行うことが認められているが、今後、医療分野における国際交流が進む中で、例えば、高度な医療技術を有する外国の医師が、その技術を日本の医師に対して教授するために来日するケースや、海外のトップクラスの研究者が、日本の研究者と共同して国際水準の臨床研究を実施するために来日するケースも想定される。

○　このため、教授・臨床研究を目的として来日する外国の医師について、当該外国の医師や受入病院が一定の要件を満たす場合には、診療を行うことを容認することとする。具体的な要件については、教授・臨床研究の安全かつ適切な実施を確保する観点から、以下のとおりとする。

○　この他、許可の有効期間の更新（2年→4年）を認めることや、手続・要件を簡素化するための所要の改正を行う。

	教授・臨床研究（新設）	臨床修練
外国における臨床経験	・　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しての事務を、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。

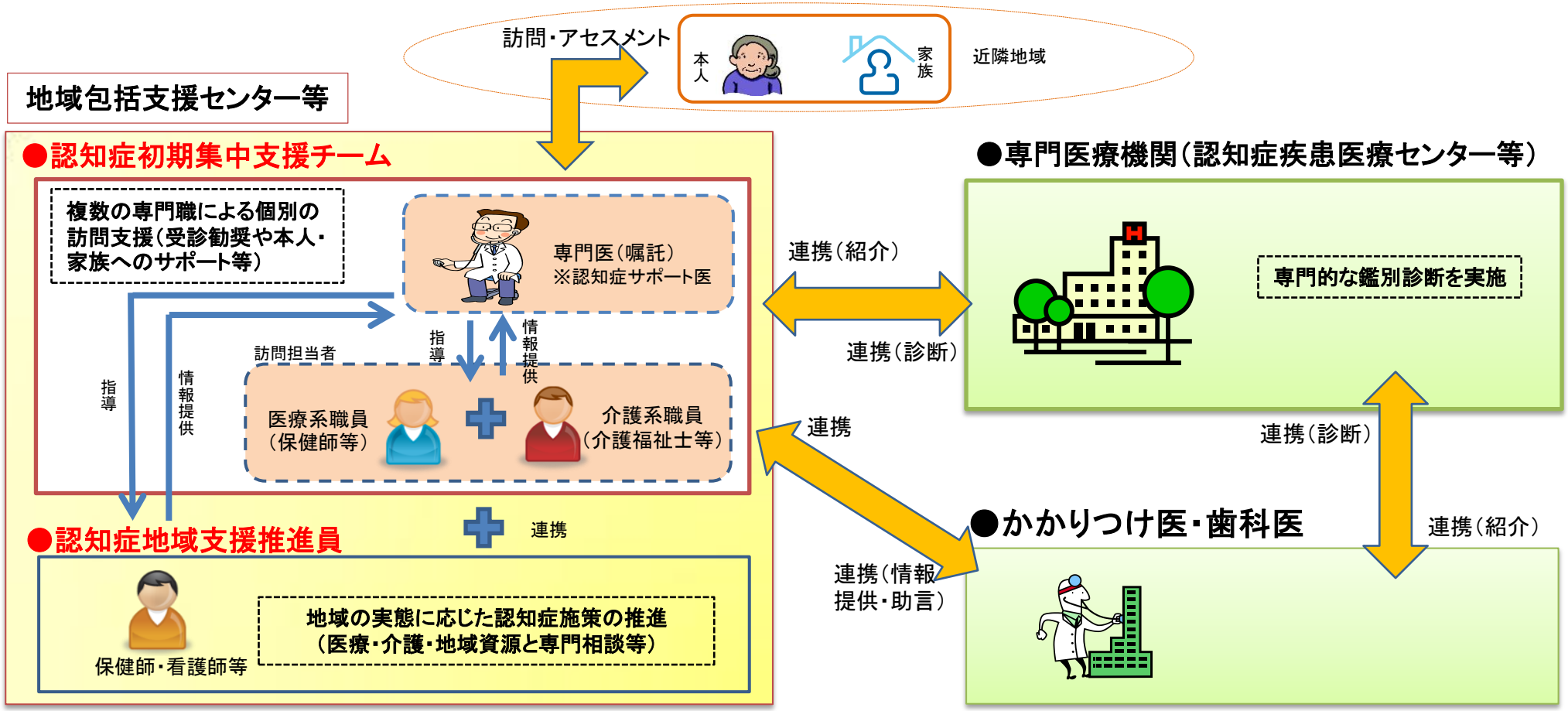
事項	5か年計画での目標	備考
○標準的な認知症ケアパスの作成・普及 ※ 「認知症ケアパス」（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）	平成27年度以降の介護保険事業計画に反映	平成25年度ケアパス指針作成
○「認知症初期集中支援チーム」の設置 ※ 認知症の早期から家庭訪問を行い、認知症の人のアセスメントや、家族の支援などを行うチーム	平成26年度まで全国でモデル事業を実施 平成27年度以降の制度化を検討	・平成25年度モデル事業14カ所 ・平成26年度予算（案）では、地域支援事業（任意事業）で100カ所計上
○早期診断等を担う医療機関の数	平成24年度～29年度で約500カ所整備	・平成25年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

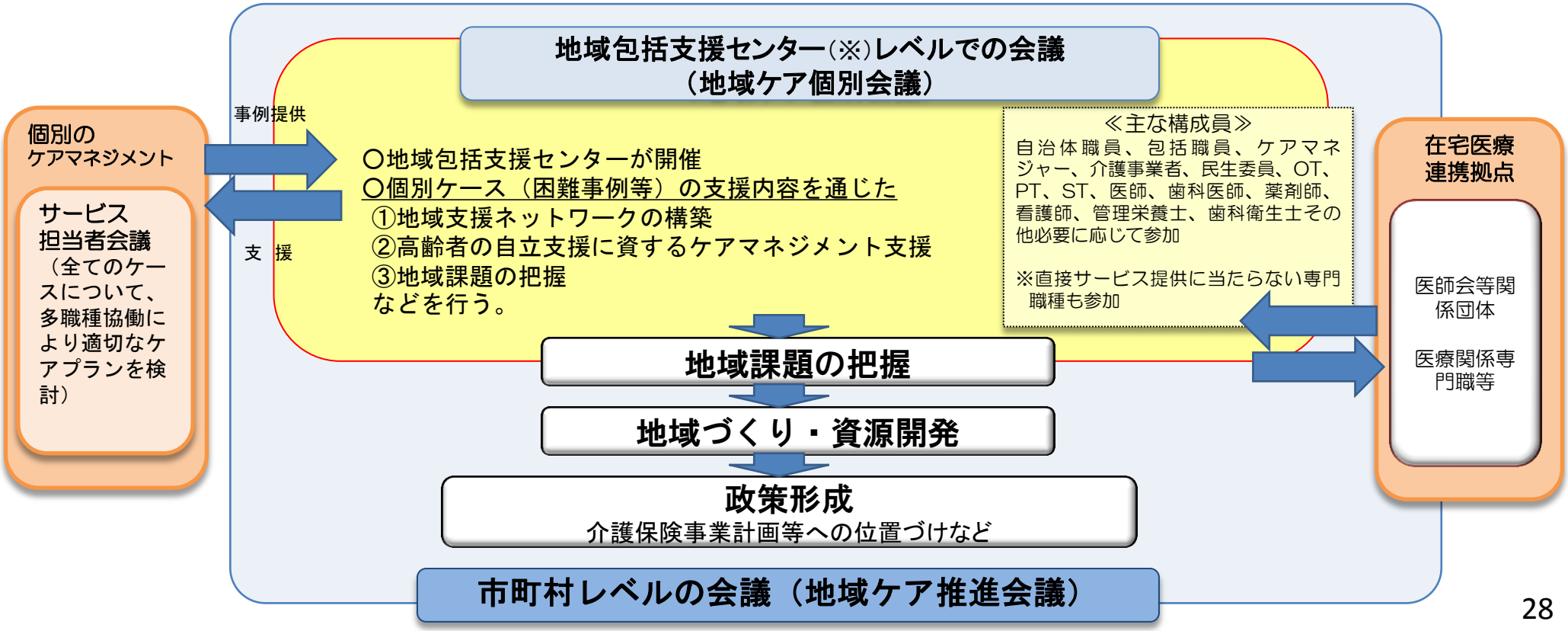
地域ケア会議の推進

○ 「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）

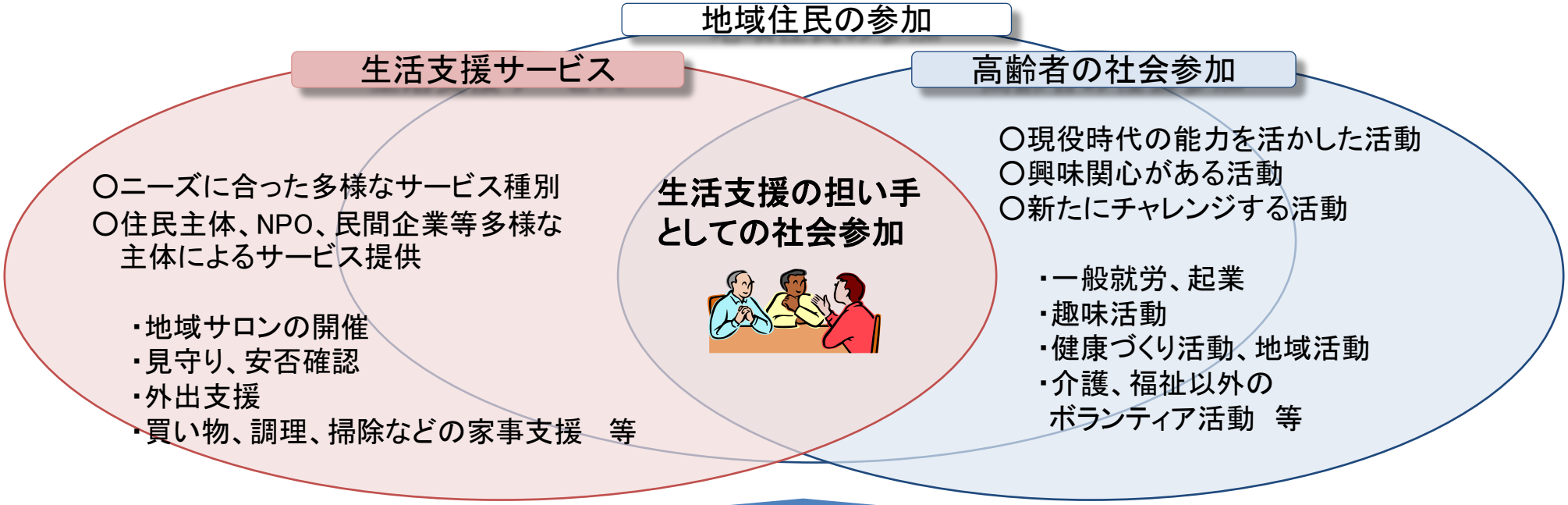


生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加

○　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