

現状と現行施策について

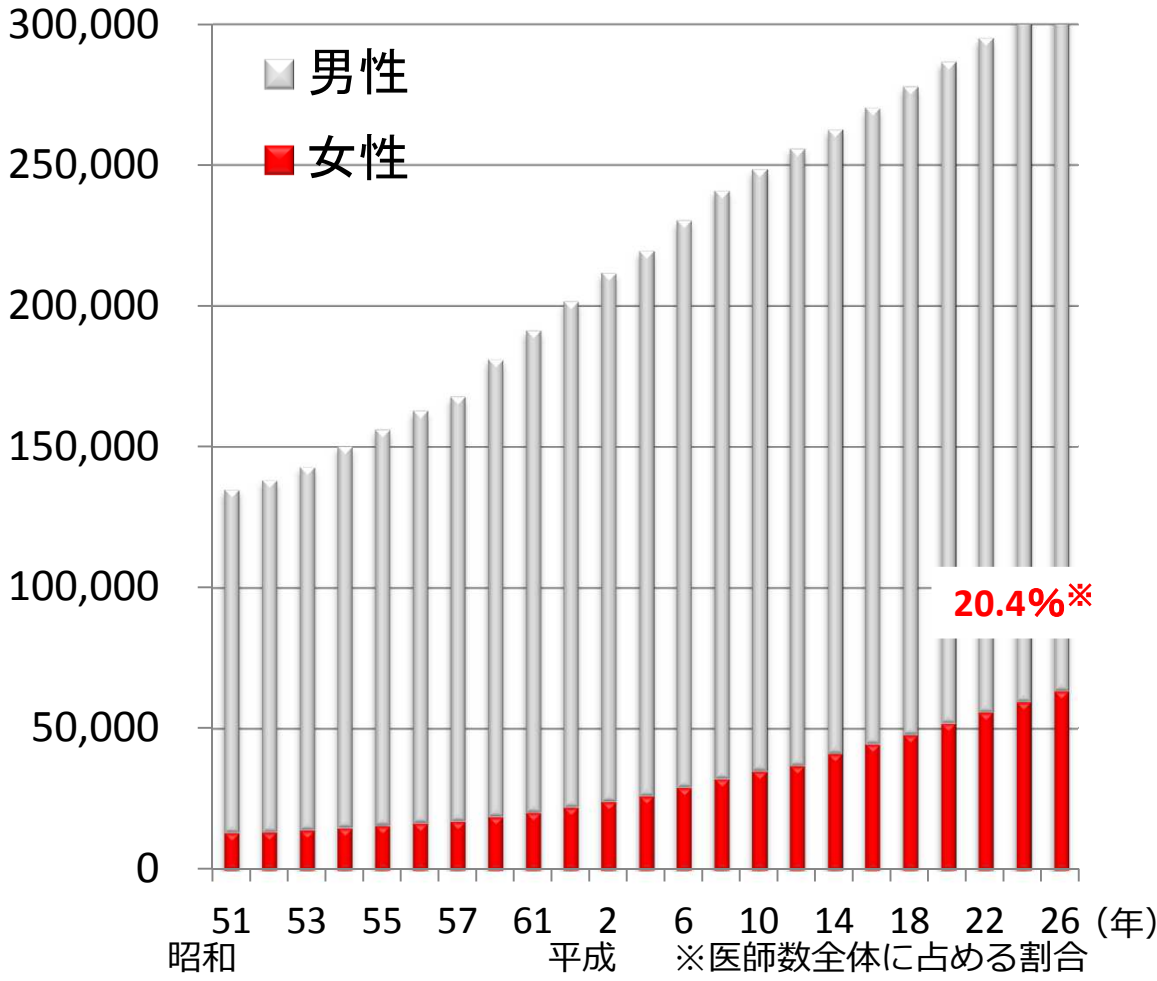
2. 「キャリアデザインに中立的」関係
3. 「生産性と質の向上」関係
「経済活力(イノベーション・国際化)」関係
4. 「地域住民の生活を深く支える」関係

2. 「キャリアデザインに中立的」関係

女性医師の年次推移

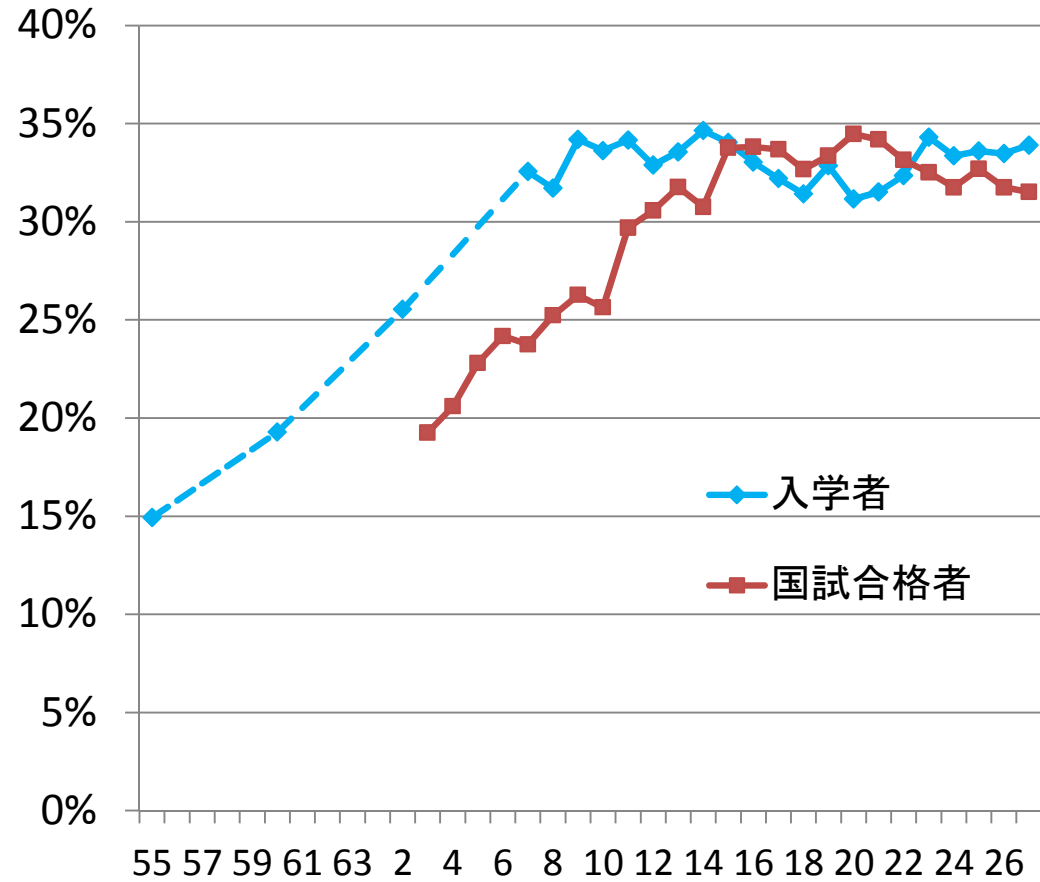
- 全医師数に占める女性医師の割合は増加傾向にあり、平成26年時点で20.4%を占める。
- 近年、若年層における女性医師は増加しており、医学部入学者に占める女性の割合は約3分の1となっている。

女性医師数の推移



(出典) 医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)

医学部入学者・国家試験合格者数に占める女性の割合



(出典) 学校基本調査(文部科学省)

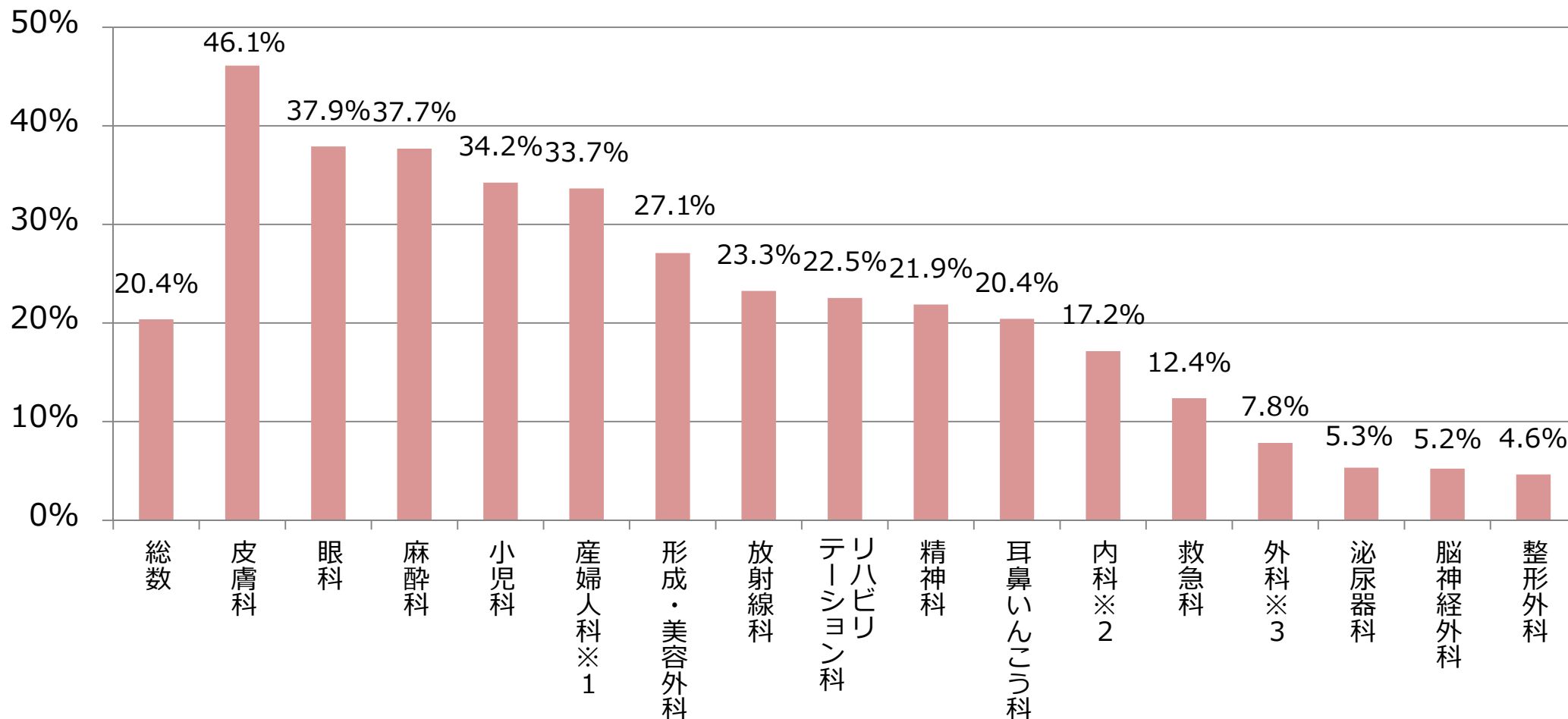
厚生労働省医政局医事課試験免許室調べ

年代別女性医師の割合(総数)



診療科別 女性医師の割合

- 医療施設従事医師数の女性割合は20.4%であり、平成24年の19.6%と比べて増加している。
- 皮膚科や小児科、産婦人科といった診療科では女性医師の占める割合は高いが、外科や脳神経外科などの診療科では低い。



※1・・・産婦人科、産科、婦人科

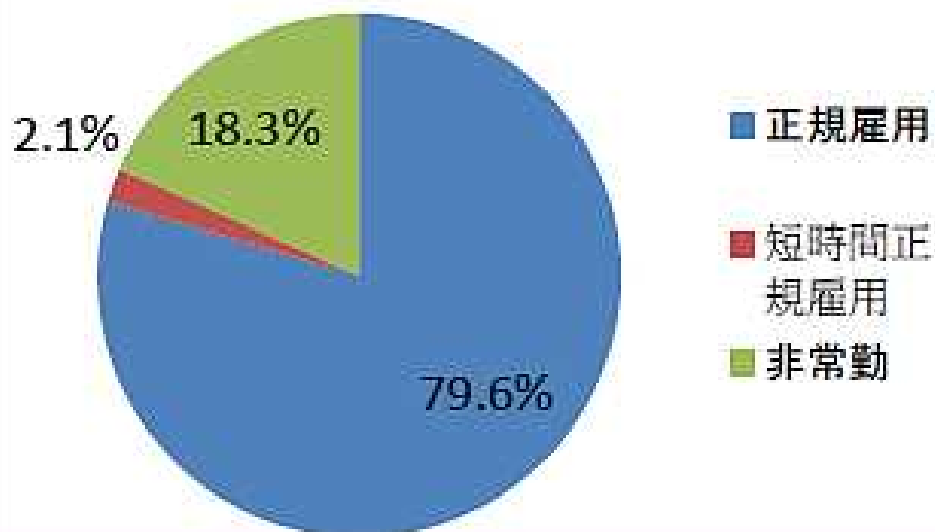
※2・・・内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科

※3・・・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

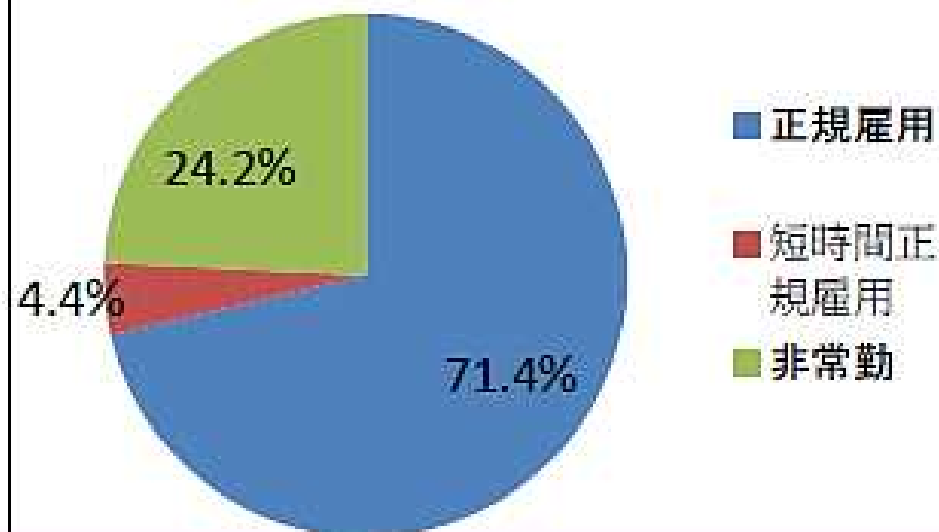
病院における女性医師の雇用状況

- 現員医師数(全体)のうち、女性医師の占める割合は17.4%となっている。
- 現員医師数(全体)では、短時間正規雇用の占める割合は2.1%、非常勤の占める割合は18.3%(約1/5)となっている。女性医師では、短時間正規雇用の占める割合は4.4%、非常勤の占める割合は24.2%(約1/4)となっている。

現員医師数



現員医師数(女性医師)

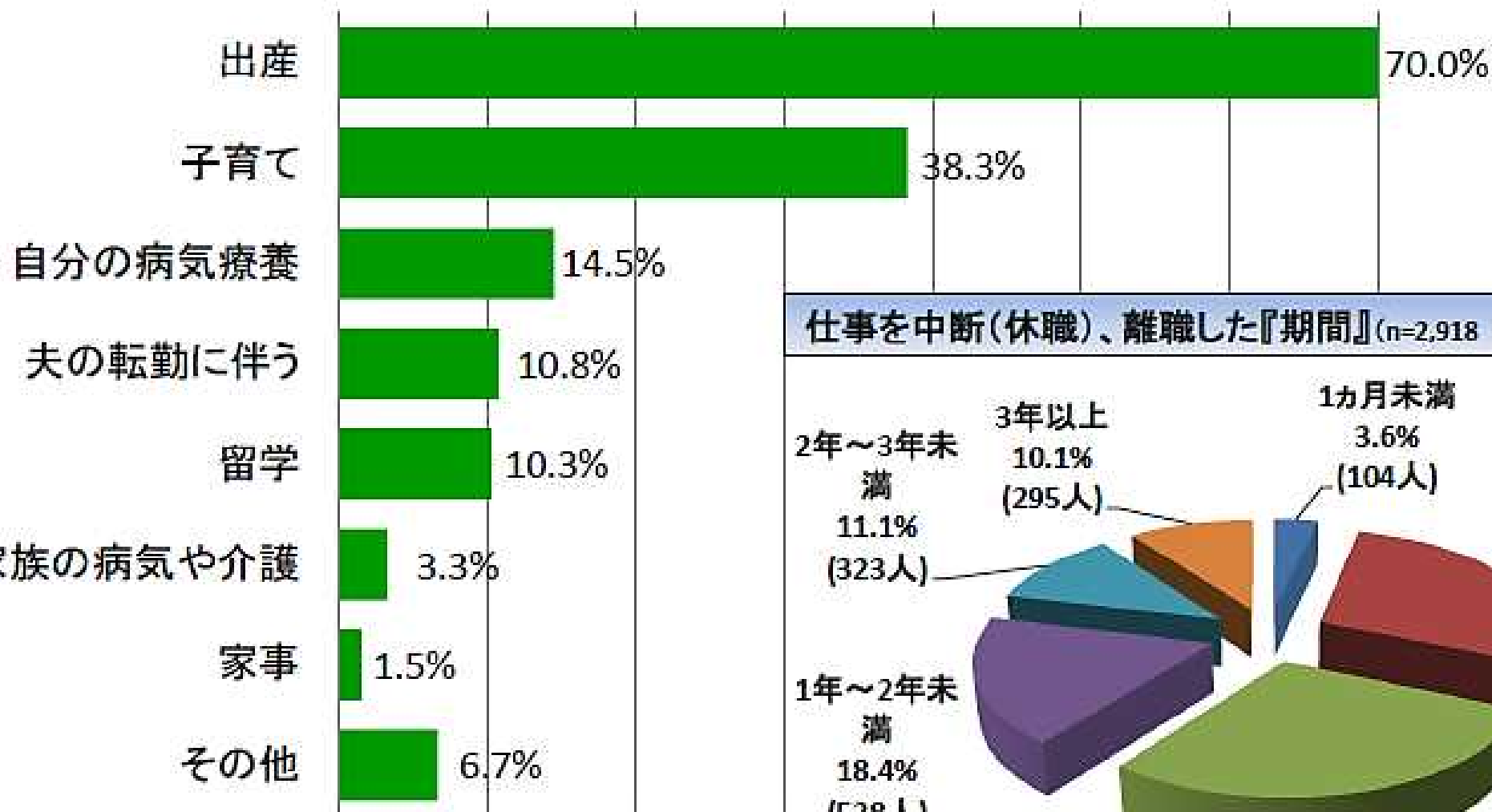


| | 現員医師数 | | | | | | |
|---------|---------|---------|-------|----------|------|--------|-------|
| | A=B+C+D | 正規雇用B | B/A | 短時間正規雇用C | C/A | 非常勤D | D/A |
| 現員医師数 | 167,063 | 132,937 | 79.6% | 3,532 | 2.1% | 30,594 | 18.3% |
| うち女性医師 | 29,129 | 20,792 | 71.4% | 1,286 | 4.4% | 7,051 | 24.2% |
| 女性医師の割合 | 17.4% | 15.6% | — | 36.4% | — | 23.0% | — |

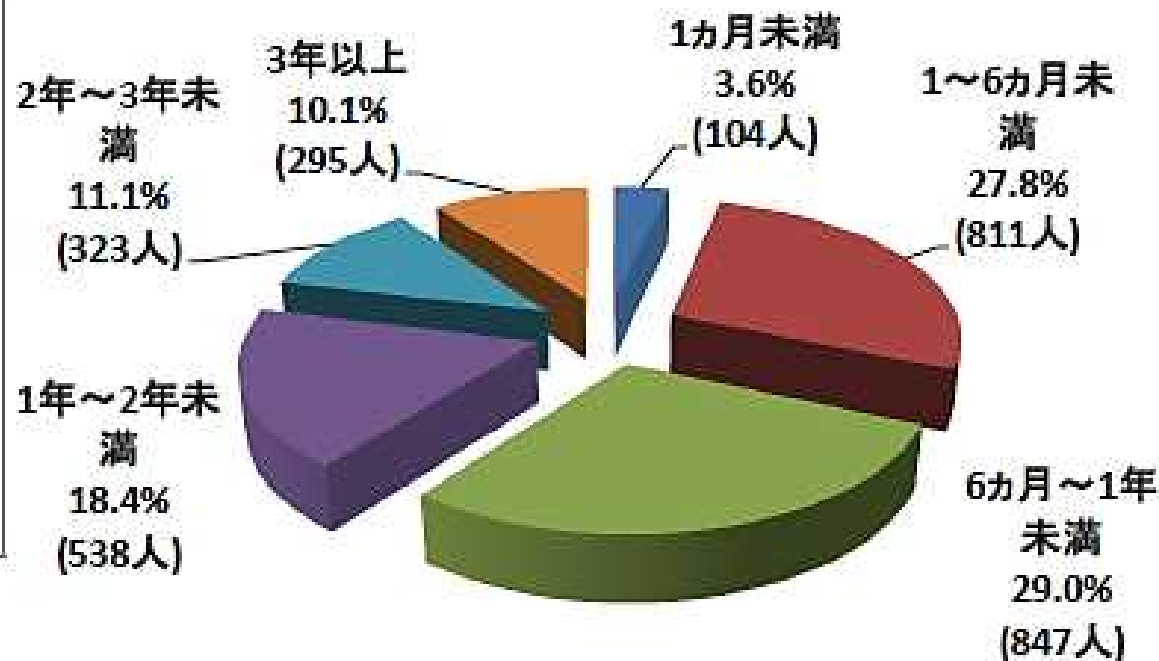
(注) 医師数は、病院、分娩取扱い診療所に従事している医師数であり、臨床研修医を除く。
 (出典) 病院における必要医師数実態調査(平成22年9月厚生労働省)

仕事を中断(休職)、離職した『理由』 (n=2,931 複数回答)

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80%



仕事を中断(休職)、離職した『期間』 (n=2,918 複数回答)



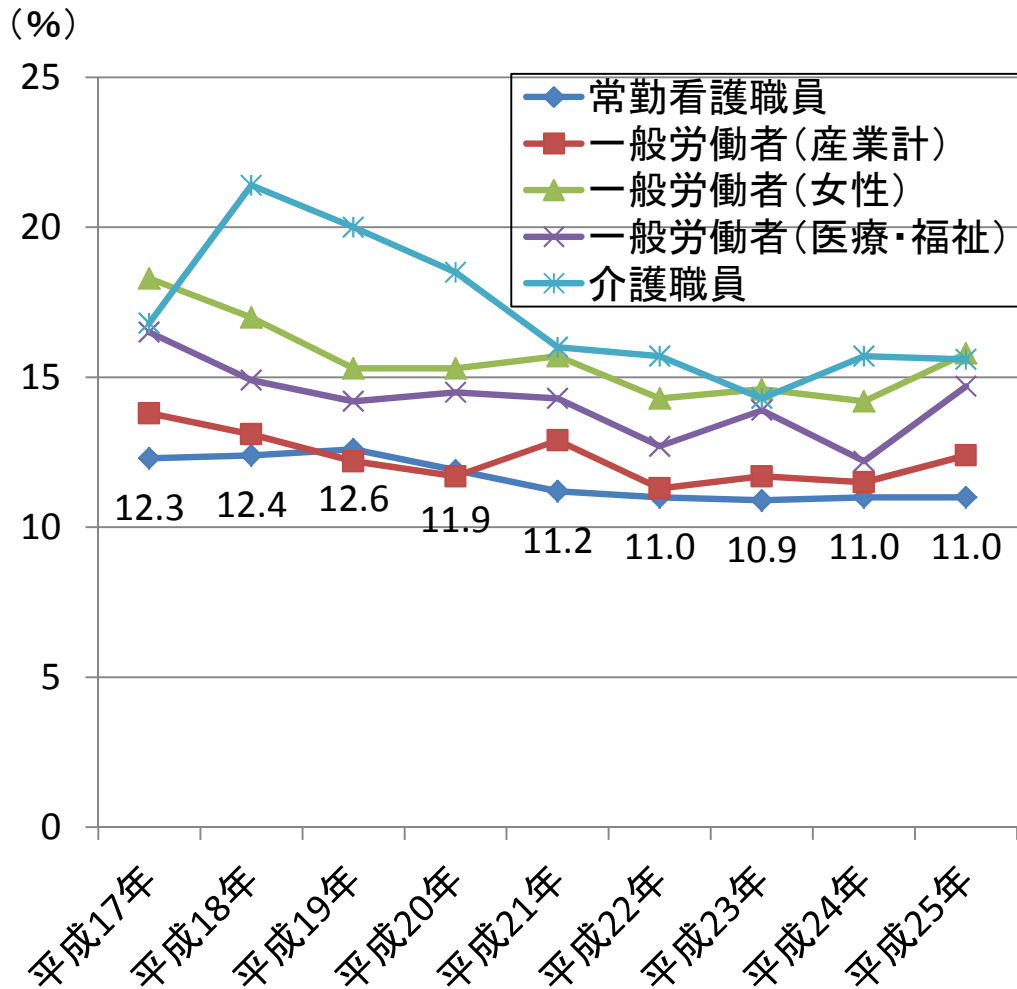
【調査票配布数15,010 有効回答数7,467 (有効回答率 49.7%)】

【調査対象；病院に勤務する女性医師】

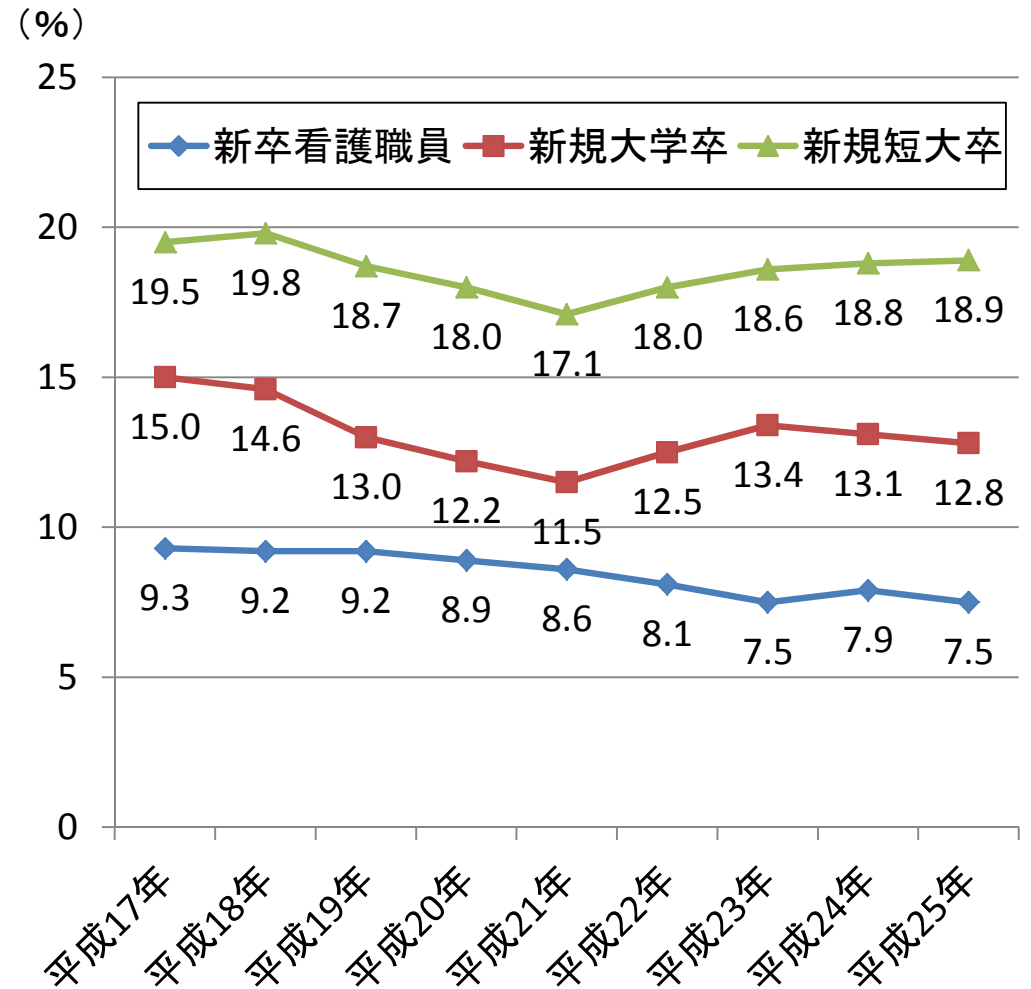
(出典) 女性医師の勤務環境の現状に関する調査報告書 (平成21年3月 日本医師会)

離職率比較

常勤看護職員と他産業



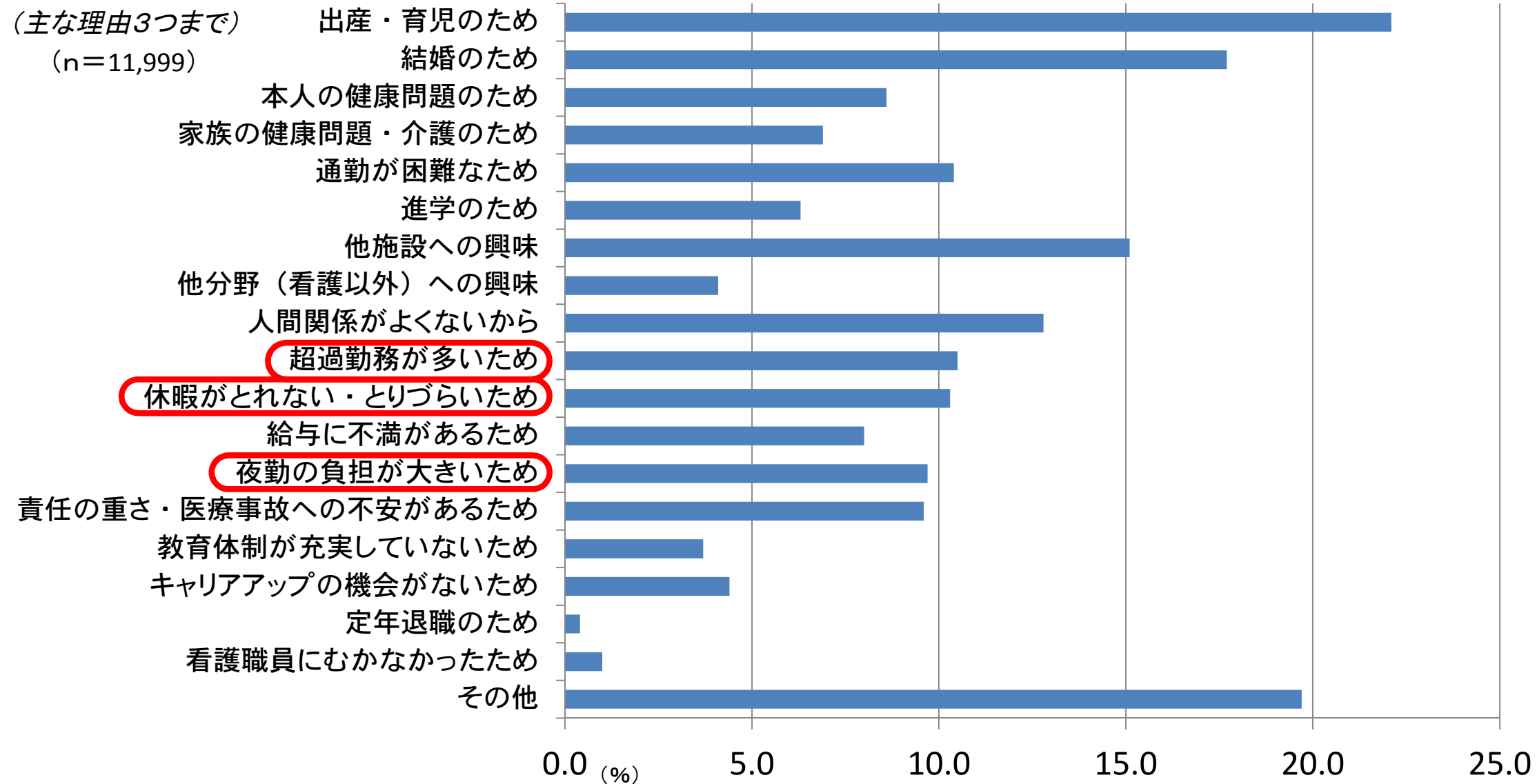
新卒者比較



出典：看護職員は「病院における看護職員需給状況調査」(日本看護協会)
 :一般労働者(産業計、女性、医療・福祉)は「雇用動向調査」(厚生労働省)
 :介護職員は「介護労働実態調査」((財)介護労働安定センター)
 :新卒者は「新規学卒者の離職状況に関する資料一覧」(厚生労働省)

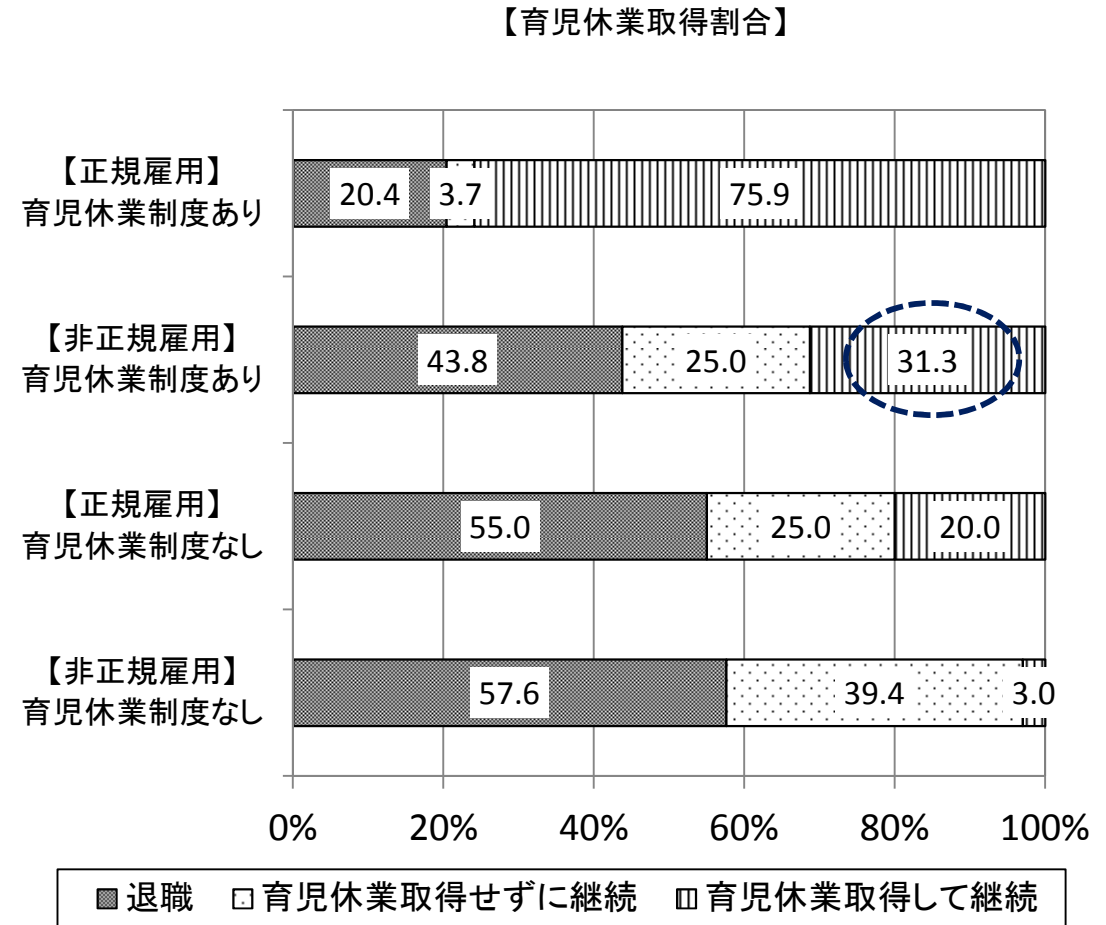
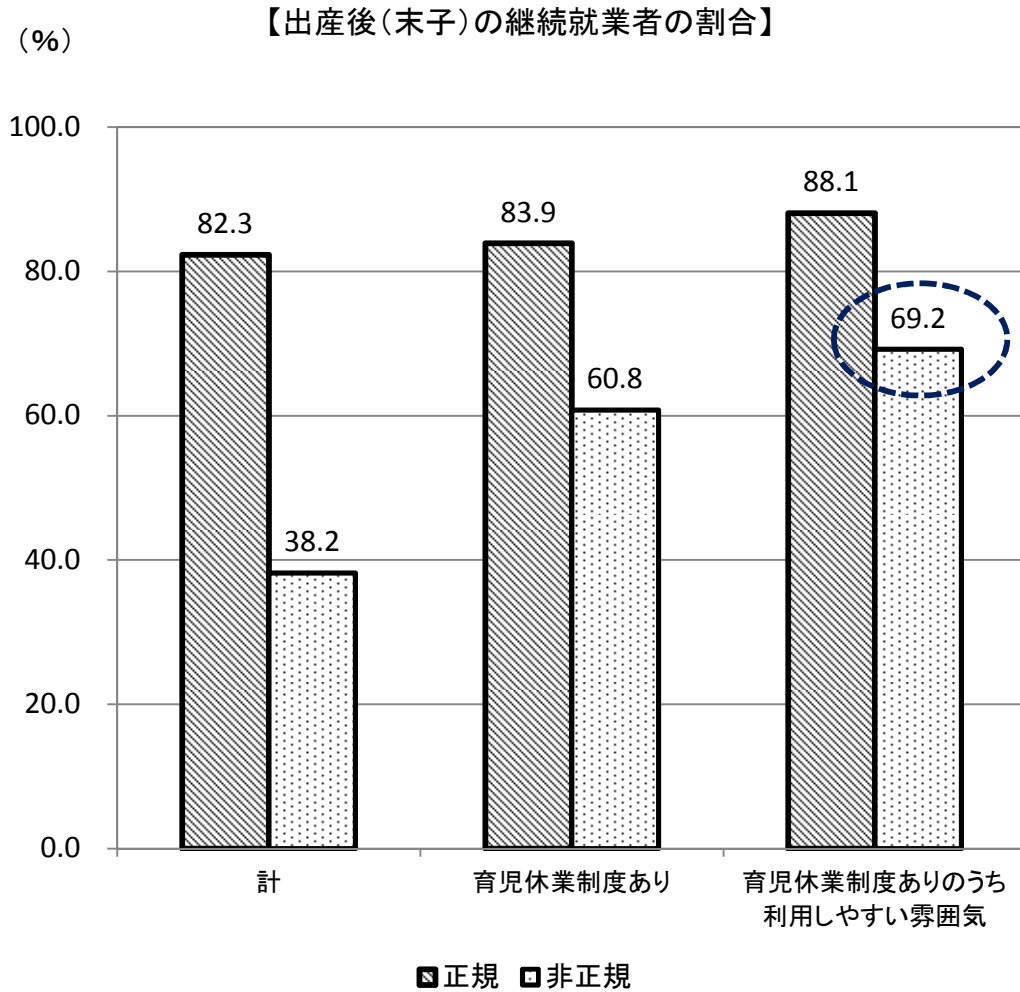
看護職員として退職経験のある者の退職理由

出産・育児のため（22.1%）が最も多く、次いでその他（19.7%）、結婚のため（17.7%）、他施設への興味（15.1%）



女性の継続就業と育児休業の関係等

- 非正規雇用でも、職場に育児休業制度があり、利用しやすい雰囲気のところでは継続就業率は高くなっている。
- 非正規雇用でも、育児休業制度がある勤務先では、育児休業制度がない勤務先に比べて、育児休業を取得して就業継続する割合が高くなっている。



(資料出所) 厚生労働省「第13回21世紀成年者縦断調査」(平成26年11月実施)

(資料出所) (独)労働政策研究・研修機構「出産・育児期の就業継続—2005年以降の動向に着目して—」(平成23年5月31日)

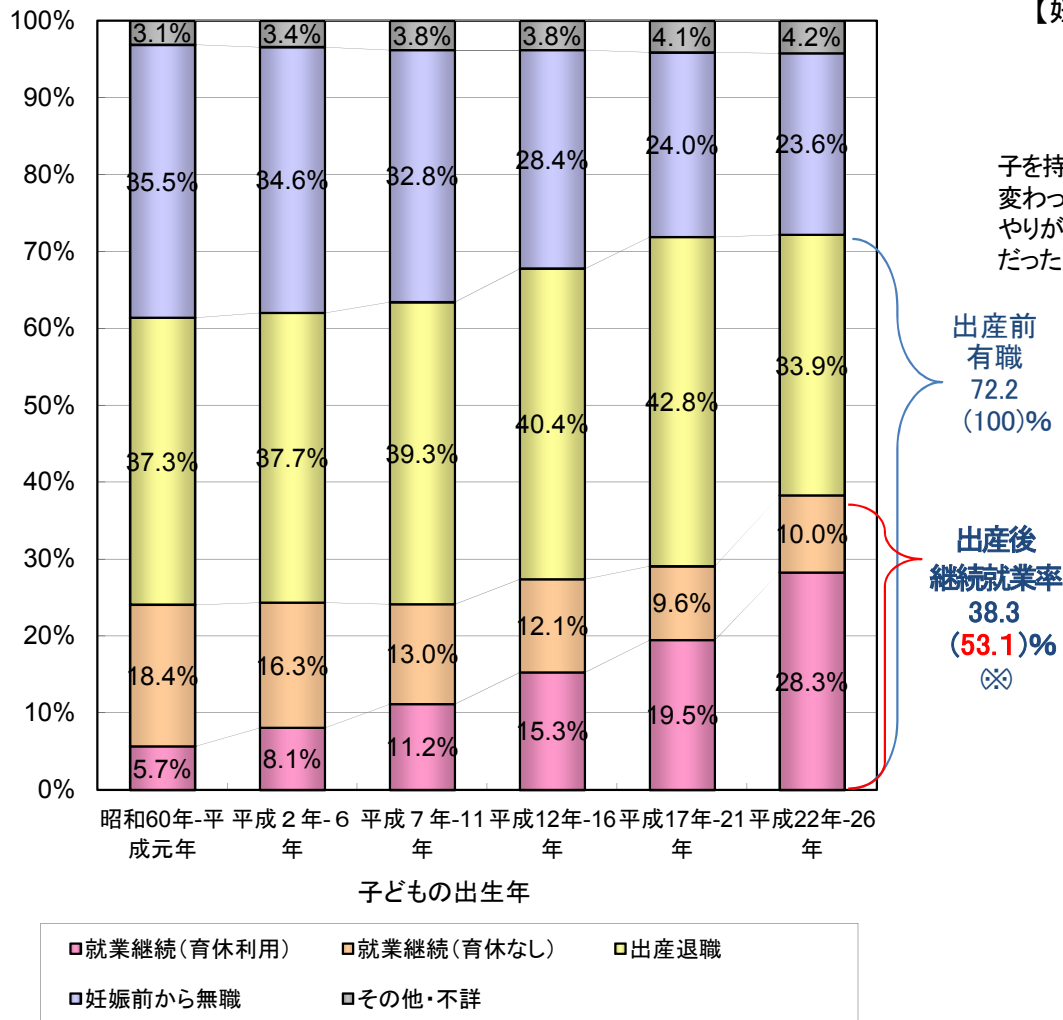
(※) 2005年以降の数値である。

図表 妊娠・出産前後の退職割合と退職理由

○ 出産後継続就業率は近年大きく上昇しているものの、約5割の女性が退職している。

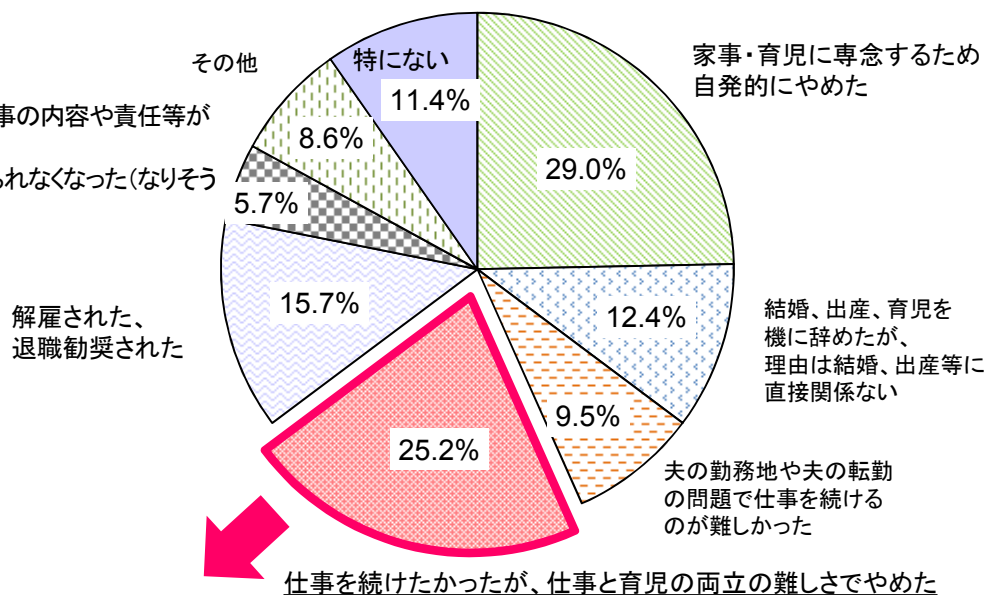
○ 妊娠・出産を機に退職した理由を見ると、「自発的に辞めた」が29%、「両立が難しかったので辞めた」が約25%

【第1子出生年別にみた、第1子出産前後の妻の就業変化】



【妊娠・出産前後に退職した理由】

【妊娠・出産前後に退職した理由】



両立が難しかった具体的理由

- ①勤務時間があいそうもなかった (56.6%)
- ②自分の体力がもたなさそうだった (39.6%)
- ③職場に両立を支援する雰囲気なかった (34.0%)
- ④子どもの病気等で度々休まざるを得なかった (26.4%)
- ⑤会社に産休や育休の制度がなかった(22.6%)
- ⑥つわりや産後の不調など妊娠・出産にともなう体調不良のため (20.8%)
- ⑦保育園に子どもを預けられそうもなかった(預けられなかった) (17.0%)

注)就業形態は正社員(末子妊娠時)

(※) ()内は出産前有職者を100として、出産後の継続就業者の割合を算出

女性の活躍推進・仕事と家庭の両立支援に係る施策の概要

- 女性はその能力を十分に発揮し、仕事と子育てを両立させて活躍できるようにしていくことは、経済成長の観点からも重要な課題
- 女性が活躍するためには、妊娠・出産・子育てを経ても就業が継続できるよう、仕事と家庭を両立しやすい職場環境の整備を支援していくことが必要
- 同時に、妊娠・出産・子育てを理由とした離職を防止するためには、女性がキャリアを活かして様々な職域・職階で活躍できるよう、企業における女性の活躍に向けた取組を促進していくことが必要

女性の活躍推進

- 男女雇用機会均等法の周知・法の履行確保
- 女性活躍推進法に基づく事業主行動計画の策定・認定促進（えるぼし認定） ※平成28年度～
- 女性活躍加速化助成金を通じた事業主への支援
- 中小企業のための女性活躍推進事業（説明会や個別訪問、相談援助） ※平成28年度～
- 女性の活躍推進企業データベース（女性活躍推進法に基づく各企業における女性の活躍状況に関する情報を一元的に集約したデータベース）による情報公表の促進
- 女性の能力を発揮させるための取組で先進的な企業を表彰

仕事と家庭の両立支援

- 育児・介護休業法の周知・法の履行確保
- 次世代法に基づく事業主行動計画の策定・認定の一層の促進（くるみん認定、プラチナくるみん認定）
- 両立しやすい職場環境整備で先進的な企業を表彰
- 両立支援等助成金を通じた事業主への支援
- 育児休業後の円滑な職場復帰の更なる支援（育休復帰支援プログラム）
- 男性の育休取得促進等育児への関わりの促進（イクメンプロジェクト）
- 仕事と育児が両立可能な再就職支援事業
- テレワーク活用事例の普及

女性の活躍に向けた取組の実施

企業

仕事と家庭を両立しやすい職場環境を整備

女性が子どもを産み育児休業を取得しても、キャリアを活かして様々な職域・職階で活躍できる企業を増やす

3. 「生産性と質の向上」・
「経済活力(イノベーション・国際化)への貢献」関係

医療従事者の勤務環境改善の促進

医療従事者の離職防止や医療安全の確保等を図るため、改正医療法（平成26年10月1日施行）に基づき、

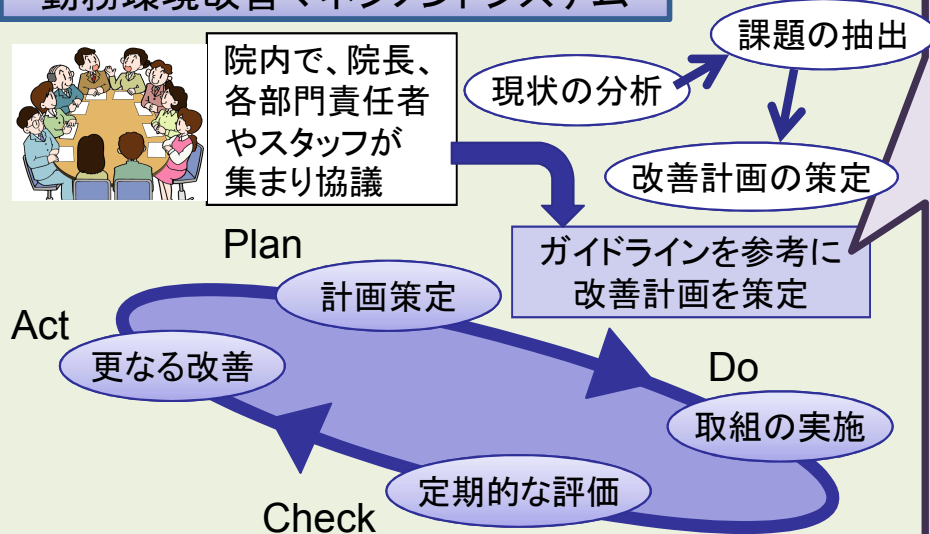
- ▶ 医療機関がPDCAサイクルを活用して計画的に医療従事者の勤務環境改善に取り組む仕組み（勤務環境改善マネジメントシステム）を創設。医療機関の自主的な取組を支援するガイドラインを国で策定。
- ▶ 医療機関のニーズに応じた総合的・専門的な支援を行う体制（医療勤務環境改善支援センター）を各都道府県で整備。センターの運営には「地域医療介護総合確保基金」を活用。
- ▶ 医療従事者の勤務環境改善に向けた各医療機関の取組（現状分析、改善計画の策定等）を促進。

勤務環境改善に取り組む医療機関

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



- ▶ **医療勤務環境改善マネジメントシステムに関する指針（厚労省告示）**
- ▶ **勤務環境改善マネジメントシステム導入の手引き（厚労省研究班）**

「医療従事者の働き方・休み方の改善」の取組例

- ✓ 多職種の役割分担・連携、チーム医療の推進
- ✓ 医師事務作業補助者や看護補助者の配置
- ✓ 勤務シフトの工夫、休暇取得の促進 など

「働きやすさ確保のための環境整備」の取組例

- ✓ 院内保育所・休憩スペース等の整備
- ✓ 短時間正職員制度の導入
- ✓ 子育て中・介護中の者に対する残業の免除
- ✓ 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の支援 など

マネジメントシステムの普及（研修会等）・導入支援、勤務環境改善に関する相談対応、情報提供等



都道府県 医療勤務環境改善支援センター

- ▶ **医療労務管理アドバイザー**（社会保険労務士等）と**医業経営アドバイザー**（医業経営コンサルタント等）が連携して医療機関を支援
- ▶ **センターの運営協議会**等を通じ、地域の関係機関・団体（都道府県、都道府県労働局、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、社会保険労務士会、医業経営コンサルタント協会等）が連携して医療機関を支援

各都道府県における医療勤務環境改善支援センターの設置状況 (平成28年9月1日現在)

○ これまでに、**44都道府県**で設置済み

- ・直営 : 22 (一部委託含む) { 青森県、岩手県、秋田県、山形県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、富山県、石川県、長野県、岐阜県、静岡県、兵庫県、島根県、広島県、山口県、徳島県、香川県、福岡県、長崎県
- ・委託 : 22 { 県医師会 : 福島県、茨城県、栃木県、新潟県、福井県、三重県、鳥取県、岡山県、佐賀県、熊本県、大分県、宮崎県、沖縄県
県病院協会 : 滋賀県、奈良県、和歌山県
私立病院協会 : 京都府、大阪府
日本医業経営コンサルタント協会 : 北海道、愛知県、愛媛県
県医療再生機構 : 高知県

○ 今後、**3県**で設置予定

※ 医療従事者の勤務環境の改善に関する医療法の規定が平成26年10月1日に施行され、都道府県にはセンターの設置に努める義務があることにかんがみ、各都道府県に対して、遅くとも平成28年度中にはセンターを設置するよう要請する。

なお、センターを未設置の県では、社会保険労務士による「医療労務管理相談コーナー」(都道府県労働局の委託事業)を暫定的に設置している。

医療勤務環境改善の取組と成果の事例

※ 平成27年度厚生労働省委託事業「医療分野の勤務環境改善マネジメントシステムに基づく医療機関の取組に対する支援の充実を図るための調査・研究」事業報告書より引用

- ① 病院名：医療法人偕行会 名古屋共立病院他
 主たる医療機能の特徴：急性期医療、回復期医療、慢性期医療
 職員総数：2,347名 病床数：4病院の合計456床（一般336床、療養120床）

| 取組の概要 | 実施後の成果 |
|---|-------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ○キャリア・スキルアップ支援（研修期間の給与保証や研修受講費の法人負担） ○院内保育園の充実（24時間保育、当直の場合は保育料無料） | <p>離職率が低下し、<u>人材定着の傾向が見られた。</u></p> |

- ② 病院名：学校法人藤田学園 藤田保健衛生大学病院
 主たる医療機能の特徴：高度急性期機能
 職員総数：2,875名 病床数：1,435床（一般1,384床、精神51床）

| 取組の概要 | 実施後の成果 |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ○育児短時間勤務の導入、夜勤専従者の導入 ○看護業務の負担軽減（パートナーシップ・ナーシング・システム（PNS）への変更、看護補助者の業務拡大、他職種との連携強化） ○施設内保育園の設置 ○キャリア支援 | <p><u>勤務継続年数が延び</u>、中堅に位置する看護師の増加による「看護の質」の維持・向上につながった。また、<u>既婚率も増加</u>。<u>年次有給休暇取得率は30%以上を維持。</u></p> |

- ③ 病院名：社会医療法人ペガサス 馬場記念病院
 主たる医療機能の特徴：急性期機能 職員総数：600名 病床数：一般300床

| 取組の概要 | 実施後の成果 |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ○メンター制度（先輩職員1名に対し、新入職員6名～7名を1グループとして構成。状況に応じ、メンタルサポートセンターと協力し対応） ○メンタルサポートセンター（臨床心理士によるカウンセリングや、健診センターや人事担当等の代表者が面談を行う） ○職員サポートセンターの設置（人事・庶務・厚生・健康保険組合を集約） | <p><u>新入職員の1年目離職率が</u>、制度導入前は20%を超えていたが、<u>メンター制度・メンタルサポートセンター導入後は20%を下回り</u>、平成24年度の新入職員の離職率は<u>0%と実績を残すことができた。</u></p> |

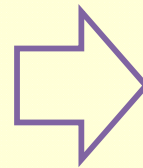
医療従事者の負担軽減・人材確保について①

医師事務作業補助体制の評価①

- 医師事務作業補助体制加算1の評価を引き上げるとともに、医師の指示に基づく診断書作成補助・診療録の代行入力に限り、業務の場所を問わず「病棟又は外来」での勤務時間に含める。

【医師事務作業補助体制加算1】

| 現行 | |
|--------------|------|
| 医師事務作業補助者の配置 | 点数 |
| 15対1 | 860点 |
| 20対1 | 648点 |
| 25対1 | 520点 |
| 30対1 | 435点 |
| 40対1 | 350点 |
| 50対1 | 270点 |
| 75対1 | 190点 |
| 100対1 | 143点 |



| 改定後 | |
|--------------|-------------|
| 医師事務作業補助者の配置 | 点数 |
| 15対1 | <u>870点</u> |
| 20対1 | <u>658点</u> |
| 25対1 | <u>530点</u> |
| 30対1 | <u>445点</u> |
| 40対1 | <u>355点</u> |
| 50対1 | <u>275点</u> |
| 75対1 | <u>195点</u> |
| 100対1 | <u>148点</u> |

[施設基準](業務の場所)

医師事務作業補助者の業務を行う場所について、8割以上を病棟又は外来とする。なお、医師の指示に基づく診断書作成補助及び診療録の代行入力に限っては、当該保険医療機関内での実施の場所を問わず、病棟又は外来における医師事務作業補助の業務時間に含める。



医療従事者の負担軽減・人材確保について②

医師事務作業補助体制の評価②

- 20対1補助体制加算について、25対1, 30対1, 40対1補助体制加算の施設基準と同様の基準に緩和し、75対1, 100対1補助体制加算については、年間の緊急入院患者数の要件を「100名以上」から「50名以上」に緩和する。

現行

【20対1補助体制加算】

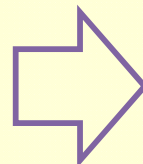
[主な要件] 15対1と同様の施設基準

- ・第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院、総合周産期母子医療センター設置医療機関
- ・年間緊急入院患者数800名以上

【50対1,75対1,100対1補助体制加算】

[主な要件]

- ・年間緊急入院患者数100名以上



改定後

【20対1補助体制加算】

[主な要件] **25対1,30対1,40対1と同様の施設基準** 15対1の施設基準を満たしている、又は以下の要件を満たしていること

- ・災害拠点病院、へき地医療拠点病院、地域医療支援病院
- ・年間緊急入院患者数200名以上又は全身麻酔手術件数年間800件以上

【50対1,75対1,100対1補助体制加算】

[主な要件]

- ・年間緊急入院患者数100名以上 (**75対1及び100対1補助体制加算については50名以上**)

- 50対1, 75対1, 100対1補助体制加算の対象として、**療養病棟入院基本料**及び**精神病棟入院基本料**を追加する。
- **特定機能病院入院基本料(一般・結核・精神)**について、特定機能病院として求められる体制以上に勤務医負担軽減に取り組む医療機関を評価するため、**医師事務作業補助体制加算1に限り**、要件を満たす場合に算定可能とする。

医療従事者の負担軽減・人材確保について③

看護職員の月平均夜勤時間数に係る要件等の見直しと評価

➤ 月平均夜勤時間数の計算方法及び基準に適合しなくなった際の評価を見直す。

【月平均夜勤時間数の計算に含まれる者の要件】

現行

月当たりの夜勤時間数が16時間以下の者は、月平均夜勤時間数の計算における実人員数及び延べ夜勤時間数に含まない。

病棟勤務と外来勤務等を兼務する場合又はパート勤務者などの場合には、当該看護要員の病棟勤務の時間を常勤職員の所定労働時間で除して得た数(常勤換算した数)を、夜勤時間帯の実人員数として算入する。



改定後

【7対1及び10対1入院基本料】

月当たりの夜勤時間数が16時間未満の者は、月平均夜勤時間数の計算における実人員数及び延べ夜勤時間数に含まない。

【7対1及び10対1入院基本料以外】

月当たりの夜勤時間数が8時間未満の者は、月平均夜勤時間数の計算における実人員数及び延べ夜勤時間数に含まない。

夜勤時間帯に病棟勤務と外来勤務等を兼務する場合には、当該看護要員の病棟勤務の夜勤時間を月の総夜勤時間で除して得た数を、夜勤時間帯の実人員数として算入する。

※ 短時間正職員については、7対1及び10対1入院基本料の場合、現行通り、月当たりの夜勤時間数が12時間以上のものを含む。

【月平均夜勤時間超過減算の評価】

現行

基準に該当しなくなってから3月に限り、所定点数から100分の20に相当する点数を減算する。



改定後

基準に該当しなくなってから3月に限り、所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。

➤ 月平均夜勤時間数の基準のみを満たさない場合の評価を新設する。

(新) 夜勤時間特別入院基本料

イ 入院基本料の100分の70に相当する点数

ロ イの点数が特別入院基本料を下回る場合は、特別入院基本料に10点を加えた点数

[施設基準]

- ① 月平均夜勤時間数が72時間以下であるという要件以外の施設基準は満たしていること。
- ② 医療勤務環境改善支援センターに相談すること。

[算定対象]

一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料2、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料

医療従事者の負担軽減・人材確保について④

夜間看護体制の充実に関する評価

➤ 看護職員及び看護補助者の夜間配置の評価を充実するとともに、看護職員の夜間の勤務負担軽減に資する取組を行っている場合を評価する。

看護職員夜間配置加算

7対1、10対1一般病棟における看護職員の夜間配置及び夜間看護体制の評価

| 現行 | |
|------------|-----|
| 看護職員夜間配置加算 | 50点 |



| 改定後 | |
|----------------------|-----|
| 1 看護職員夜間12対1配置加算 | |
| (新)イ 看護職員夜間12対1配置加算1 | 80点 |
| □ 看護職員夜間12対1配置加算2 | 60点 |
| (新)2 看護職員夜間16対1配置加算 | 40点 |

※1のイ(看護職員夜間12対1配置加算1)及び2(看護職員夜間16対1配置加算)に、夜間看護体制の評価が含まれている。

夜間看護体制の評価に関する項目

急性期看護補助体制加算

7対1、10対1一般病棟における看護補助者の夜間配置及び夜間看護体制の評価

| 現行 | |
|---------|-----|
| 夜間25対1 | 35点 |
| 夜間50対1 | 25点 |
| 夜間100対1 | 15点 |
| (新規) | |



| 改定後 | |
|----------|-----|
| 夜間30対1 | 40点 |
| 夜間50対1 | 35点 |
| 夜間100対1 | 20点 |
| 夜間看護体制加算 | 10点 |

- ①勤務終了時刻と勤務開始時刻の間が11時間以上
- ②勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね24時間後以降※1
- ③夜勤の連続回数2回以下
- ④業務量の把握・部署間支援
- ⑤看護補助者比率5割以上※2
- ⑥看護補助者の夜間配置
- ⑦看護補助者への院内研修※3
- ⑧夜間院内保育所の設置

看護補助加算

13対1一般病棟における看護補助者の夜間配置の評価
13対1、15対1、18対1、20対1病棟における夜間看護体制の評価

| 現行 | |
|----------------------|--|
| 看護補助加算1, 2, 3(1日につき) | |
| (新規) | |
| (新規) | |



| 改定後 | |
|------------------------|------|
| 看護補助加算1, 2, 3(1日につき) | |
| (新)夜間75対1看護補助加算(1日につき) | 30点 |
| (新)夜間看護体制加算(入院初日) | 150点 |

[加算等の算定要件]

看護職員夜間配置加算(1のイ及び2)

: 7項目(①~⑥、⑧)のうち4項目以上

急性期看護補助体制加算(夜間看護体制加算)

: 6項目(①~⑤、⑧)のうち3項目以上

看護補助加算(夜間看護体制加算)

: 7項目(①~⑤、⑦、⑧)のうち4項目以上(⑥は必須)

※1 ②は、3交代制勤務又は変則3交代制勤務の病棟を有する保険医療機関のみの項目である。

※2 ⑤の看護補助者比率=(みなし看護補助者を除いた看護補助者数)/(みなし看護補助者を含む看護補助者数)

※3 ⑦は、看護補助加算を算定する保険医療機関のみの項目である。

有床診療所入院基本料

有床診療所における看護職員の夜間配置の評価

| 現行 | |
|-----------|-----|
| 夜間看護配置加算1 | 80点 |
| 夜間看護配置加算2 | 30点 |



| 改定後 | |
|-----------|-----|
| 夜間看護配置加算1 | 85点 |
| 夜間看護配置加算2 | 35点 |

医療従事者の負担軽減・人材確保について⑤

看護職員と看護補助者の業務分担の推進①

- 看護職員が専門性の高い業務により集中することができるよう看護補助業務のうち一定の部分までは、看護補助者が事務的業務を実施できることを明確化し、看護職員と看護補助者の業務分担に資する取組を促進する。

現行

看護補助者は、看護師長及び看護職員の指導の下に、原則として療養生活上の世話(食事、清潔、排泄、入浴、移動等)のほか、病室内の環境整備、ベッドメイキング、看護用品及び消耗品の整理整頓等の業務を行うこととする。



改定後

- 1 看護補助者は、看護師長及び看護職員の指導の下に、原則として療養生活上の世話(食事、清潔、排泄、入浴、移動等)、病室内の環境整備やベッドメイキングのほか、病棟内において、看護用品及び消耗品の整理整頓、看護職員が行う書類・伝票の整理及び作成の代行、診療録の準備等の業務を行うこととする。
- 2 主として事務的業務を行う看護補助者を配置する場合は、常時、当該病棟の入院患者の数が200又はその端数を増すごとに1以下であること。

急性期看護補助体制加算、看護補助加算

[施設基準]

- ① 看護職員と看護補助者との業務範囲について、年1回以上は見直しを行うこと。
- ② 所定の研修※を修了した看護師長等が配置されていることが望ましいこと。

※看護補助者の活用等に関する5時間程度の研修



医療従事者の負担軽減・人材確保について⑦

常勤配置の取扱いの明確化

- 施設基準上求められる常勤の従事者が、産前・産後休業及び育児・介護休業を取得した場合に、同等の資質を有する複数の非常勤従事者を常勤換算することで施設基準を満たすことを原則認める。

例) 常勤医師1名、常勤看護師1名の配置要件の場合



育児休業を取得している期間、非常勤看護師2名の常勤換算により施設基準を満たすことが可能。

常勤看護師が育児休業を取得

休業期限

※ 常勤換算される非常勤従事者は各々が当該施設基準上求められる資質を有していなければならない。
例) 経験年数〇年以上、所定の研修を修了していること 等

- 育児休業後等の従事者が短時間勤務制度を利用し、正職員として勤務する場合、育児・介護休業法で定める期間は週30時間以上の勤務で常勤扱いとする。



短時間勤務制度を利用している期間は週30時間以上の勤務で常勤としてカウント可能。

短時間勤務制度利用期間

医療等分野におけるICT化の推進について

患者へのサービスの質の向上

医療機関等の連携の推進

研究開発の推進

医療の効率化の推進

現行の取組

- 「日本再興戦略 改訂2015」・「日本再興戦略 2016」に沿って医療等分野のICT化の取組を着実に推進。
 - ① 医療データのデジタル化・標準化（医療情報の利活用の基盤整備）
 - ② 患者・現場をつなぐネットワーク化（医療情報の共有・連携）
 - ③ イノベーションを生み出すビックデータ化（医療情報の収集・分析）

さらなる取組（保健医療分野のICT活用推進懇談会）

- さらに、厚生労働大臣の下に「保健医療分野のICT活用推進懇談会」を設置（平成27年11月）。患者・国民本位の医療等サービスの提供・持続可能な医療等システムの実現・産官学が一体となった研究開発や新規サービスの創出に向けた次世代型の医療情報の共通インフラやプラットフォームの在り方等について議論。
- 同懇談会提言（平成28年10月19日）を踏まえ、厚生労働省において提言内容の実現について検討を進めていく。

現行の取組①

医療データのデジタル化・標準化（医療情報の利活用の基盤整備）

- 医療情報の共有・連携・収集・分析に向け医療データの利活用の基盤整備として、電子カルテの普及と医療機関の医療データの標準化を図る

電子カルテの普及と医療データの標準化

- 一般病院（400床以上）における電子カルテの普及【2020年度までに普及率90%を目指す】

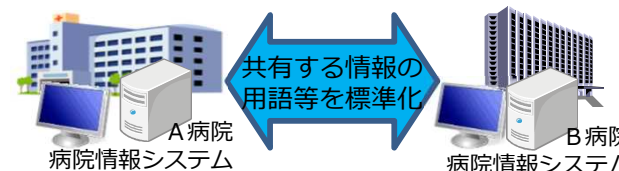
<実績> 電子カルテ普及率（一般病院（400床以上））2011年度57%→2014年度78%

<取組状況>

- 医療機関間で医療情報を共有するための厚生労働省標準規格の策定

- ・情報の交換規約（交換するデータの項目、データ記載ルール）
- ・用語／コード（医学用語、検査コード等）
- ・フォーマット（放射線画像、心電図の波形等）

※各地で構築されている医療連携ネットワークで、病名、検査、処方等の基本情報を共有する際に活用。



- 医療情報連携ネットワークの全国普及の支援・推進（p 3）により、情報連携のベースとなる電子カルテの普及を牽引

- 医療情報の診断支援技術の開発
- 電子カルテ記載情報の標準化

<取組状況>

- 以下の研究事業を開始（2016年度～）
 - ・ 病理画像等のデータを収集し、医療従事者の診断支援技術を開発
 - ・ 電子カルテの記載情報を標準的な記載に変換し、分析可能な情報とする技術を開発（例：浮腫、むくみ→浮腫）

現行の取組②

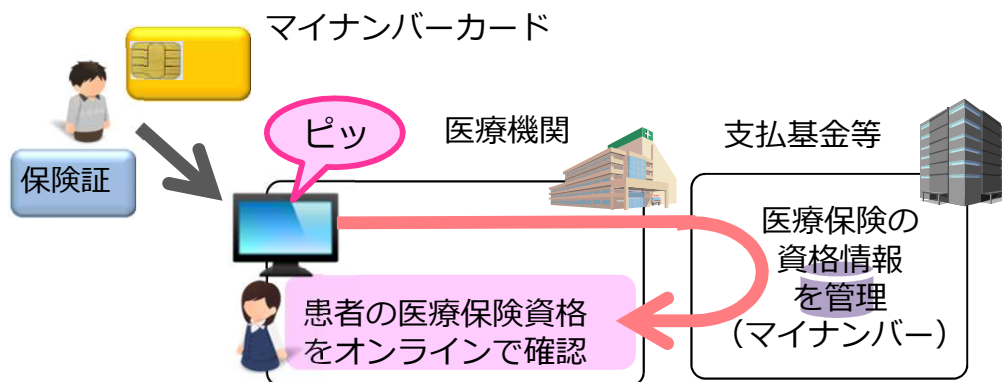
患者・現場をつなぐネットワーク化（医療情報の共有・連携）

- 地域での医療介護連携や、医学研究を推進等するため、医療保険のオンライン資格確認、医療等分野のIDの導入を図るとともに、地域医療情報連携ネットワークの普及を推進

オンライン資格確認

- 医療機関等の窓口でオンラインで医療保険資格の確認ができる仕組みを構築
【2018年度から段階的運用開始、2020年に本格運用を目指す】

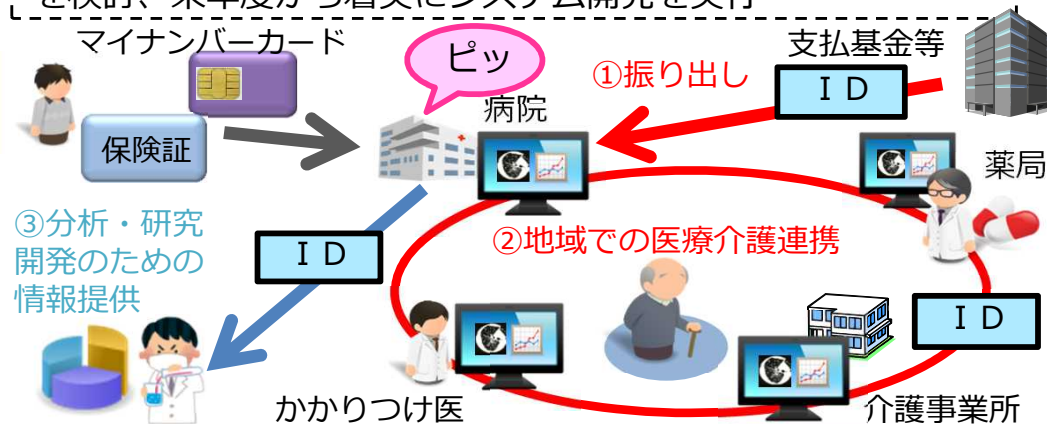
＜取組状況＞本年度中に具体的なシステムの仕組み・実務等
を検討、来年度から着実にシステム開発を実行



医療等ID

- 病院、診療所間の患者情報の共有や、医学研究でのデータ管理などに利用可能なIDを導入
【2018年度から段階的運用開始、2020年に本格運用を目指す】

＜取組状況＞本年度中に具体的なシステムの仕組み・実務等
を検討、来年度から着実にシステム開発を実行



- 地域の医療機関や介護事業者がICTを利用して患者情報を共有するネットワークを全国各地へ普及
【2018年度までに全国に普及・展開】

＜実績＞2016年7月現在で約250



地域医療情報連携ネットワーク

- 取組状況
- ① 地域医療介護総合確保基金（医療分）の活用
病床の機能分化・連携のための地域医療連携ネットワークの構築については、基金（2016年度予算額904億円）の活用が可能（2014年度～）
 - ② 診療報酬による評価
診療情報提供時の画像情報等の電子的な提供・活用については、診療報酬で評価（2016年度～）
 - ③ 医療情報連携ネットワーク構築支援サービス
ネットワークを構築する際に有用な技術面及び企画面の情報の一元的な情報発信を開始（2016年度～）

現行の取組③

イノベーションを生み出すビックデータ化（医療情報の収集・分析）

- 医療に関する様々なデータの集積や多様な分析により、医療の質の向上、医療機関のコスト・経営の効率化、研究開発の推進等を図るため、データベースの整備・拡充を推進。

データベースの整備・拡充

● ナショナルデータベース

全国規模で**レセプト・特定健診等のデータ**を蓄積。受療行動の傾向を把握可能。また、特定健診等の状況と、提供される医療の内容の分析が可能。

（レセプト約111.2億件 特定健診等約1.7億件）

● DPCデータ

全国規模の急性期病院の入院に関する**レセプトデータ等**を蓄積。診療行為や投薬の実施傾向を把握可能。

（約1,600病院、約1,300万人分/年）

● 介護保険総合データベース

介護保険法に基づき、**介護レセプトデータと要介護認定データ**を蓄積。地域の介護情報分析等が可能。（レセプトデータ約5.2億件（2015年10月時点）、要介護認定データ約4千万件（2016年5月時点））

● MID-NET（医療情報データベース）

協力医療機関の**検査結果や電子カルテデータ**を蓄積。PMDAで分析を行い、医薬品等の安全対策を実施。（現在試行期間中）

- 各種データベースの整備及び拡充を行う。

<取組状況>

- ・ 今後の施策・研究ニーズに対応するためNDBのサーバー等を大幅に拡充し、第三者提供の更なる迅速化を実施。【2017年度中】
- ・ NDBの活用促進のため、『NDBオープンデータ（※）』を公表。【2016年度から】

※NDBデータのうち、検査、処置、手術、薬剤等の情報を、別途集計したもの。今後、随時、新しいデータに更新を行っていく予定。

<取組状況>

- ・ 現在、試行的にDPCデータ（集計表）の第三者提供を実施中【2016年度】
- ・ DPCデータベースを構築。【2016年度中】
- ・ DPCデータベースのシステム運用を開始し、第三者提供を実施。【2017年度以降】

<取組状況>

- ・ データの悉皆性を確保するため、市区町村に対しデータ提出の義務づけを検討中。
- ・ NDBの取組を踏まえ、研究機関等をはじめとしたデータの第三者提供の実施を検討中。

- ・ 利用可能なデータを300万人規模に拡充。【2018年度中】
- ・ 製薬企業や研究機関等へのデータ提供を実施。【2018年度中】

複数のデータベースの利活用

- データベース横断的な利活用を推進。

複数のデータベースの利活用について研究

データ分析（※）を行い、レセプトデータと介護レセプトデータ等の各データの効果的な**利活用方法を研究【2015年度～】**

（※例）

- ・ 退院時の在宅医療・介護指導状況と在宅日数との関連を分析
- ・ 医療・介護サービスの利用状況と医療・介護費の関連を分析

各データの効果的な活用方法を提示

医療・介護の質の向上等を推進

背景

◆これまで保健医療分野でのICT活用は、サービス自体の質の向上には不十分

- ・保健医療分野でのICT活用によって創出すべき「価値」が共有されていないことが課題。

- ・ICT活用の「たこつぼ化」が進行。

◆「保健医療2035」で「情報基盤の整備と活用」を新たな保健医療システムのインフラの一つに位置づけ。

- ・このインフラをいかに実現させていくかが「保健医療2035」実現の鍵。

提言の基本的な考え方

◆ICTの技術革新を徹底的に取り入れる。

◆ICTの活用は、患者・国民にとって真に価値のあるものとなる必要がある。

「価値不在の情報化」から「患者・国民の価値主導」に切り替え。

◆患者・国民本位のオープンなインフラを整備し、患者・国民や医療機関等、産官学のデータ利活用を促進する。

提言では、「次世代型保健医療システム」(*)の姿と、そのためのアクション・工程表を提示。

(*) ICTの技術革新を徹底的に取り入れ、限られた社会資源を効果的・効率的に活用し、保健医療サービスの質と、システム全体の持続可能性を高めていくことができる体制

3つのパラダイムシフトを実現

- ◆データの収集段階から、集積・分析・活用（出口）で使える**アウトカム志向のデータをつくる**
- ◆個人の健康なときから疾病・介護段階までの基本的な保健医療データを、**その人中心に統合する**
- ◆産官学のさまざまなアクターがデータにアクセスして、保健医療データをビッグデータとして活用することができるよう、**保健医療データをオープンにする**

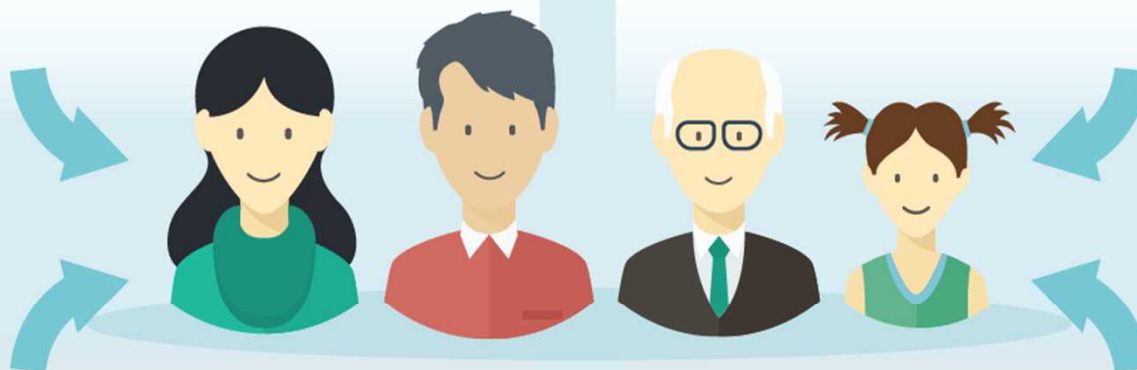
提言で実現していく患者・国民にとっての価値

**ビッグデータ活用や
AIによる分析**

現在、診断や治療が難しい疾患でも、
個人の症状や体質に応じた、迅速・正確な
検査・診断、治療が受けられる。

**ICTを活用した
遠隔診療や見守り**

専門の医師がいない地域の患者や、
生活の中で孤立しがちなお年寄りでも、
専門医療や生活支援が受けられる。

**地域や全国の
健康・医療・介護情報ネットワーク**

どこでも誰でも、自身の健康・医療・介護情報が
医師などに安全に共有され、かかりつけ医と
連携しながら切れ目ない診療やケアが受けられる。
検査や薬の重複も避けられ、負担も軽減される。

**ビッグデータ活用による
イノベーション**

疾患に苦しむ様々な患者に、
最適な治療や新たな薬が届けられる。
魅力的な健康づくりサービスが生まれ、
自身に合ったサポートが受けられる。



AIに対する厚労省研究における基本的考え方と取組

AI基盤技術

- ① 深層学習
 - ② 自然言語処理
 - ③ 音声処理
 - ④ 画像認識
- 等



AI関連技術

- ① データの高速転送技術
 - ② 計算性能の向上
 - ③ 大容量データの保存蓄積技術
- 等



分野別AI応用技術

(医療: 厚生労働省)

- ① 画像診断への応用
 - ② 医薬品・医療機器開発への応用
 - ③ 個別化医療への応用
- 等



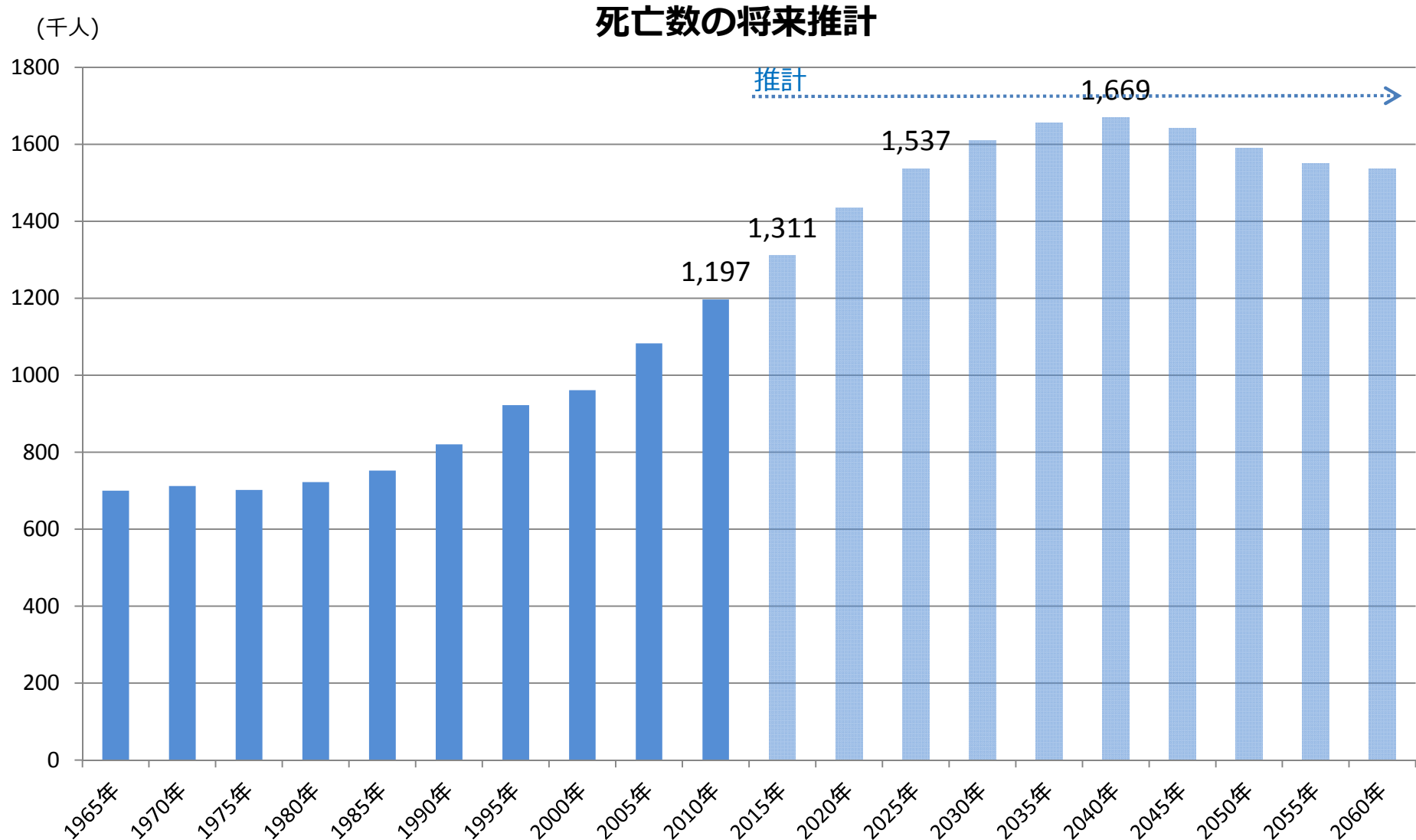
厚生労働省におけるAIに関する取組

| | 平成28年度予算額 臨床研究等ICT基盤構築研究事業 【3.2億円の一部】 | 補正予算額 医療のデジタル革命実現プロジェクト 【58.4億円の一部】 | 平成29年度概算要求 ・臨床研究等ICT基盤構築・人工知能 実装研究事業【15.9億円の一部】 ・医薬基盤・健康・栄養研究所 運営費交付金【3.5億円】 |
|-----|---|---|--|
| 研究例 | <ul style="list-style-type: none"> ・ X線画像診断へのAIの応用 ・ AIによる電子カルテ情報の標準化技術開発 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 病理診断へのAIの応用 ・ AIを活用した診断支援システム開発 <p>等</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 電子カルテの音声入力技術開発 ・ AIの創薬研究への応用 <p>等</p> |

4. 「地域住民の生活を深く支える」関係

死亡数の将来推計

- 今後も、年間の死亡数は増加傾向を示すことが予想され、最も年間死亡数の多い2040年と2015年では約36万人/年の差が推計されている。

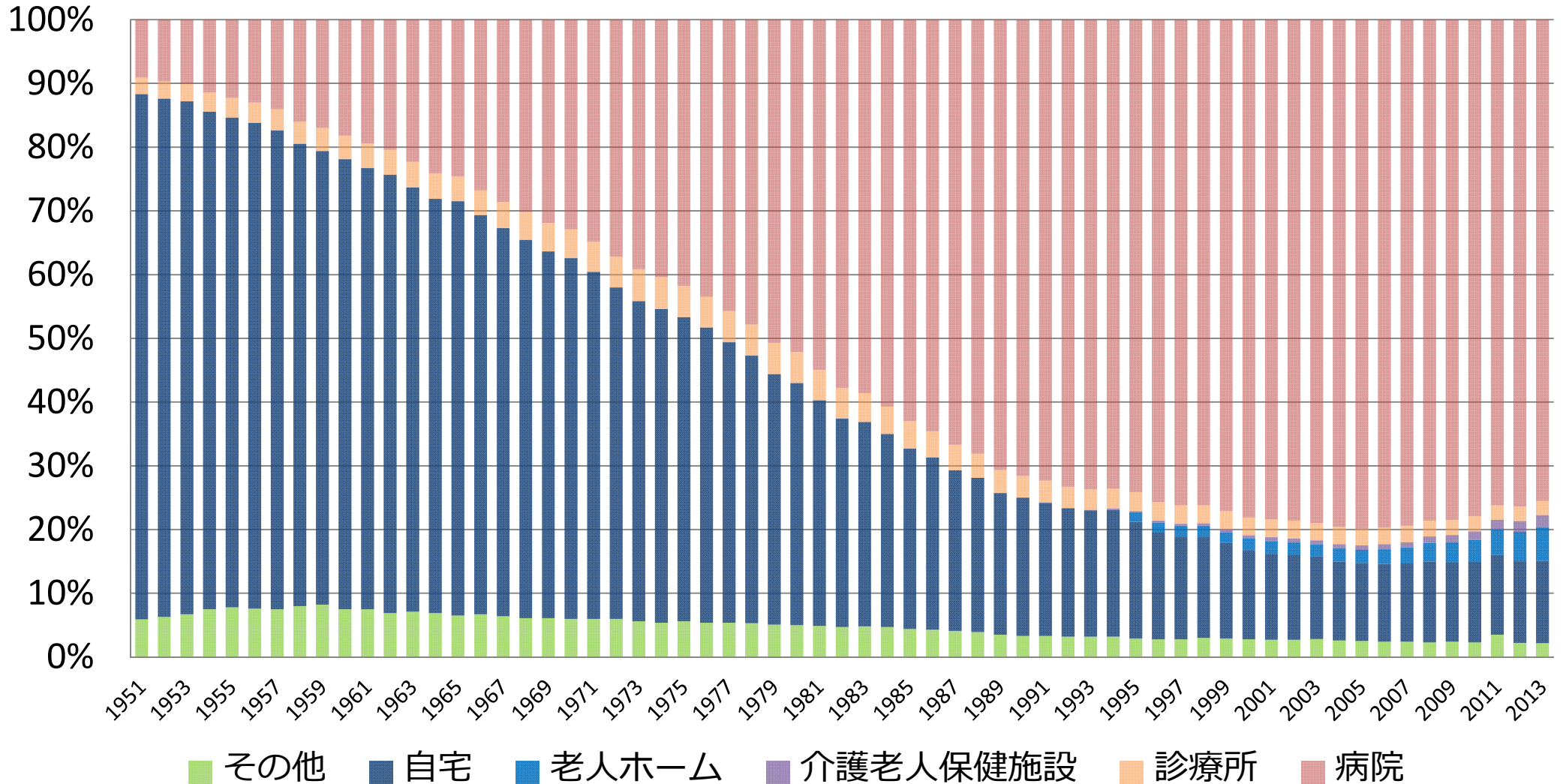


出典：2010年以前は厚生労働省「人口動態統計」による出生数及び死亡数（いずれも日本人）
2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

死亡の場所（年次推移）

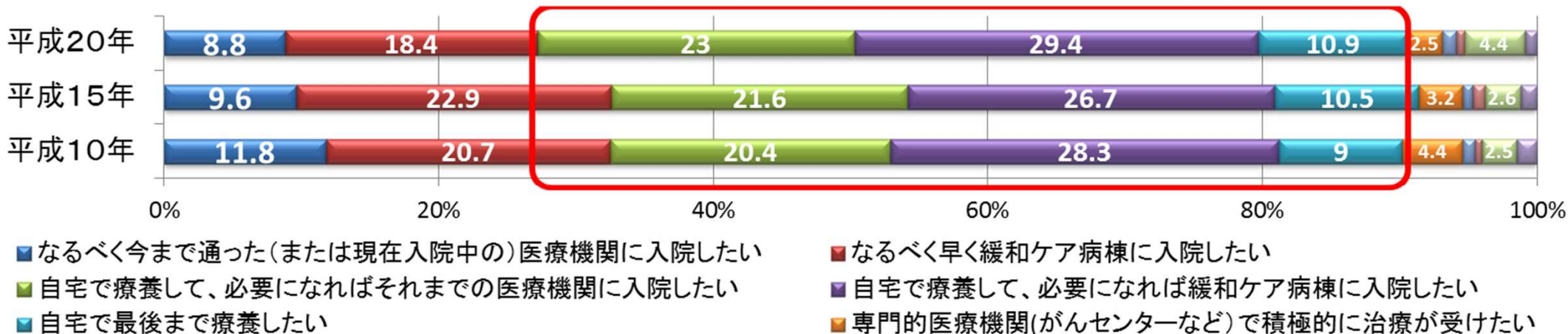
- これまで、自宅等における死亡が減少し、医療機関における死亡が増加する傾向にあった。
- 近年、医療機関以外の場所における死亡が微増する傾向にある。

死亡の場所別にみた年次別死亡数百分率



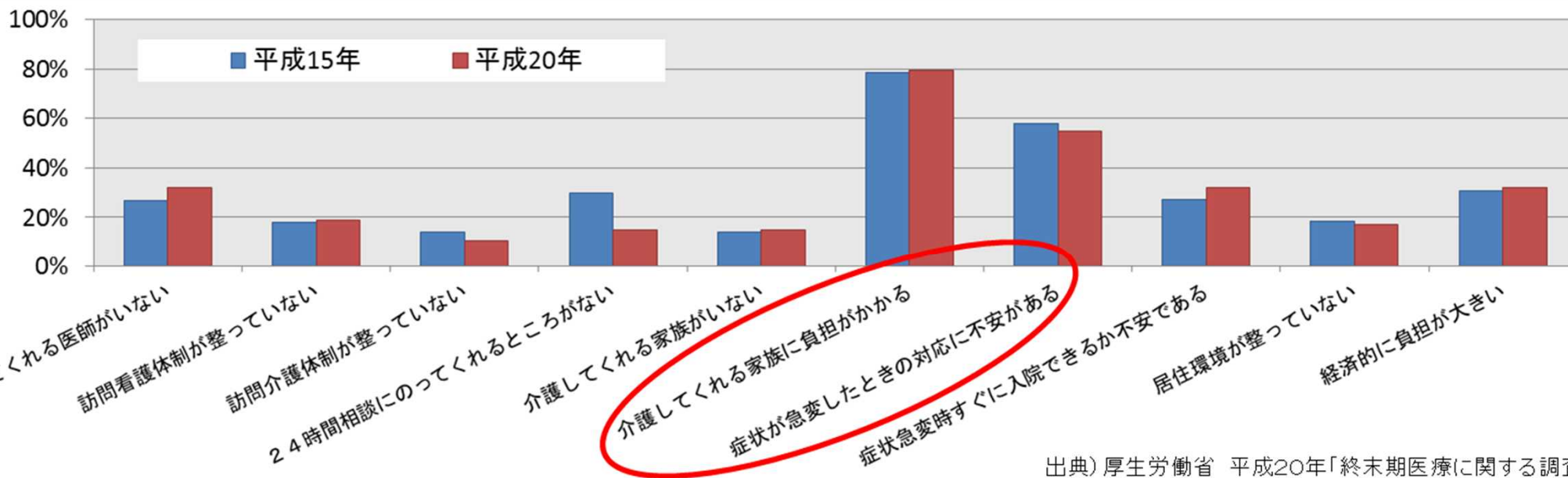
出典：平成25年人口動態調査

終末期の療養場所に関する希望



出典)厚生労働省「終末期医療に関する調査」(各年)

自宅で最期まで療養することが困難な理由 (複数回答)



出典)厚生労働省 平成20年「終末期医療に関する調査」

在宅医療の提供体制

- 在宅医療に必要な医療機能は、①退院支援、②日常の療養支援、③急変時の対応、④看取り。
- 患者の生活の場においてこれらの医療を提供していくためには、多様な機関(職種)が相互に連携することが重要。

在宅医療の提供体制に求められる医療機能

①退院支援

- 入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施

②日常の療養支援

- 多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療の提供
- 緩和ケアの提供
- 家族への支援

④看取り

- 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

③急変時の対応

- 在宅療養者の病状の急変時における緊急往診体制及び入院病床の確保

急変

医療計画には、各機能を担う医療機関等の名称を記載

- ・病院、診療所(歯科含む) ・薬局
- ・訪問看護事業所 ・居宅介護支援事業所
- ・地域包括支援センター
- ・短期入所サービス提供施設 等

圏域は、二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域など、地域の資源の状況に応じて弾力的に設定

多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供

在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
- ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
- ・他医療機関の支援
- ・医療、介護の現場での多職種連携の支援

- ・在宅療養支援診療所
- ・在宅療養支援病院 等



在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
- ・地域の関係者による協議の場の開催
- ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
- ・関係機関の連携体制の構築 等

- ・医師会等関係団体
- ・保健所 ・市町村 等



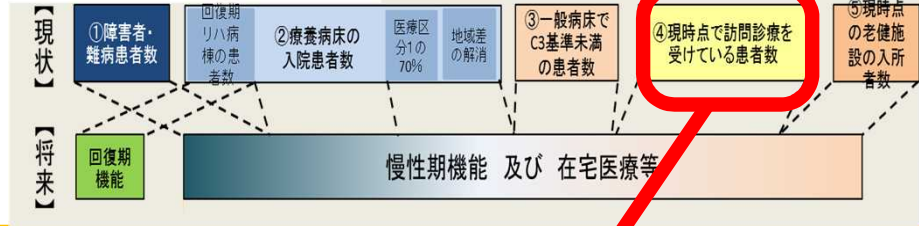
在宅医療を受ける患者の今後の動向

○ 慢性期医療の地域差解消等による、いわゆる追加的な30万人とは別に、高齢化の進展により、訪問診療が必要な患者は今後も増加することが見込まれる。

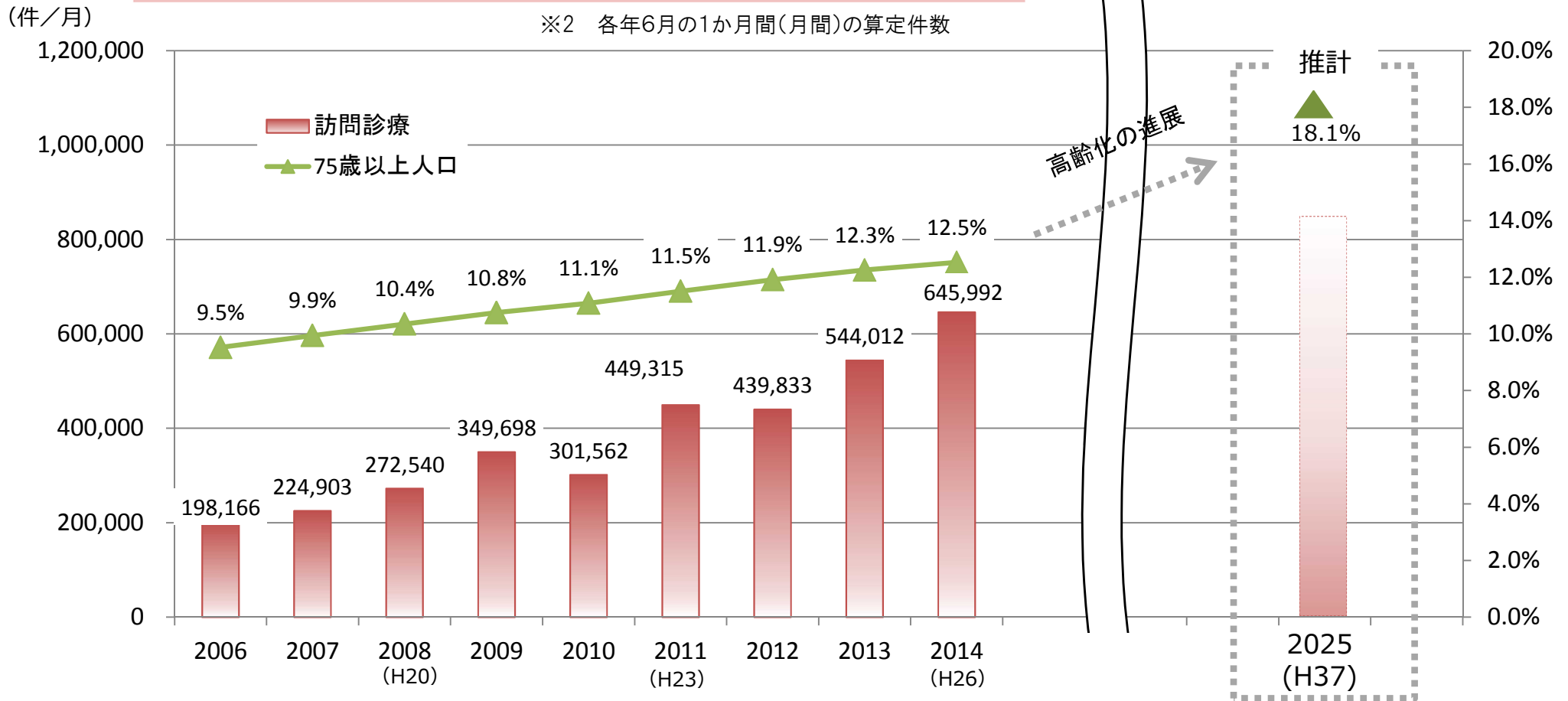
(注)これに加え、慢性期医療の地域差解消等により、在宅医療等(※1)で追加的に対応が必要な需要が最大で30万人。

※1 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。

慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ図※



在宅患者訪問診療の算定件数(月間)※2、75歳以上人口比率の推移



出典：2014年以前は社会医療診療行為別調査（厚生労働省）、人口動態統計（厚生労働省）

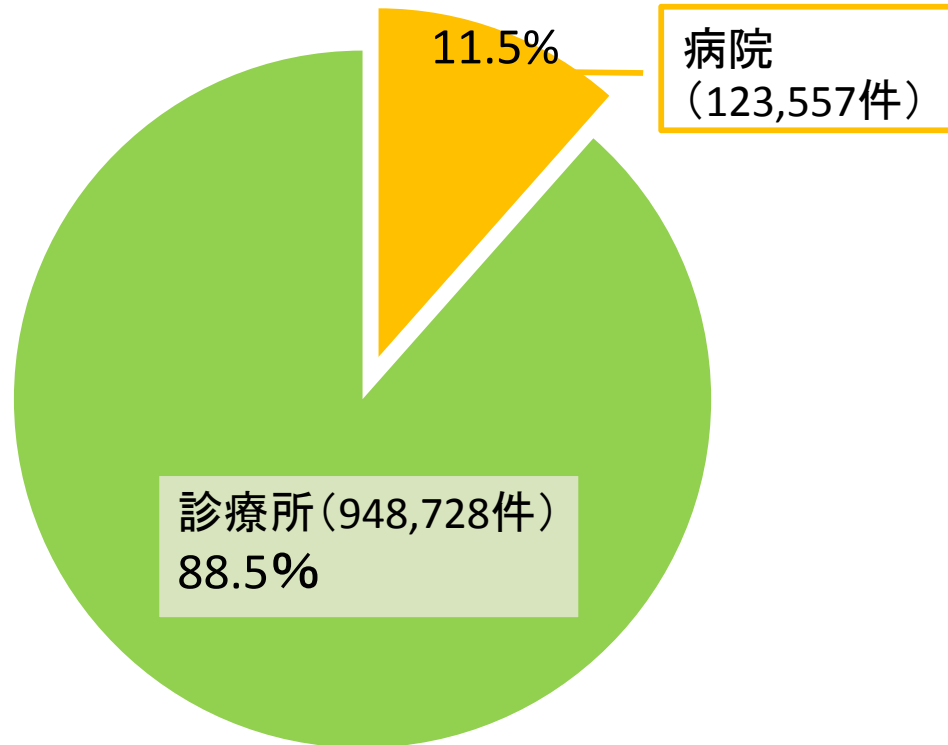
2025年の75歳以上人口比率は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

在宅サービスの実施主体について

- 訪問診療の実施件数について、実施主体別の構成比をみると、89%を診療所が、11%を病院が提供している。
- 在宅看取りの実施件数について、実施主体別の構成比をみると、91%を診療所が、9%を病院が提供している。

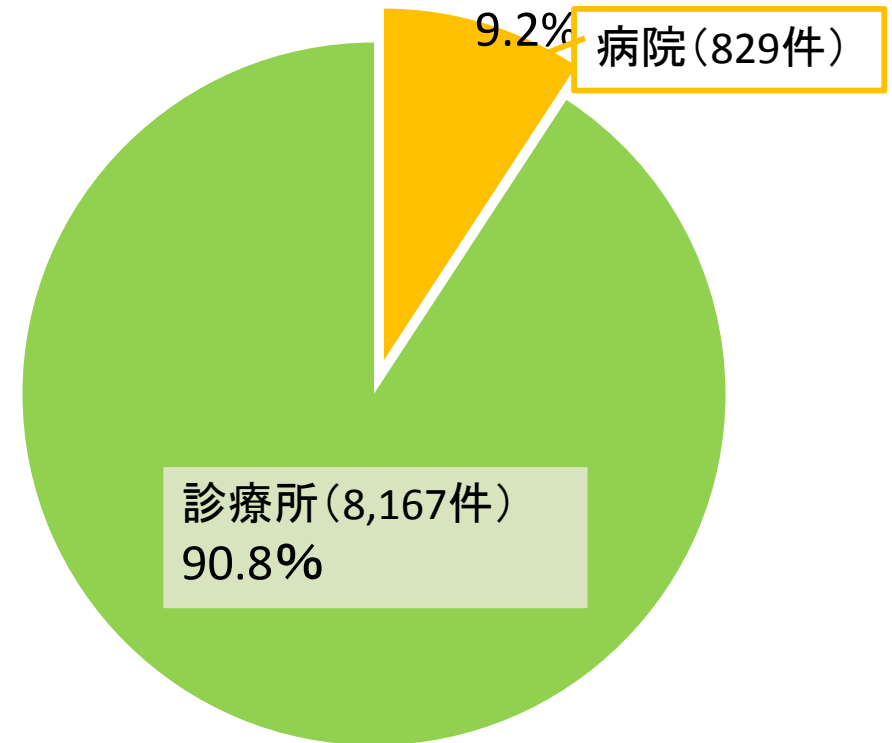
「訪問診療」の実施主体別の実施件数(構成比)

N=1,072,285件



「在宅看取り」の実施主体別の実施件数(構成比)

N=8,996件

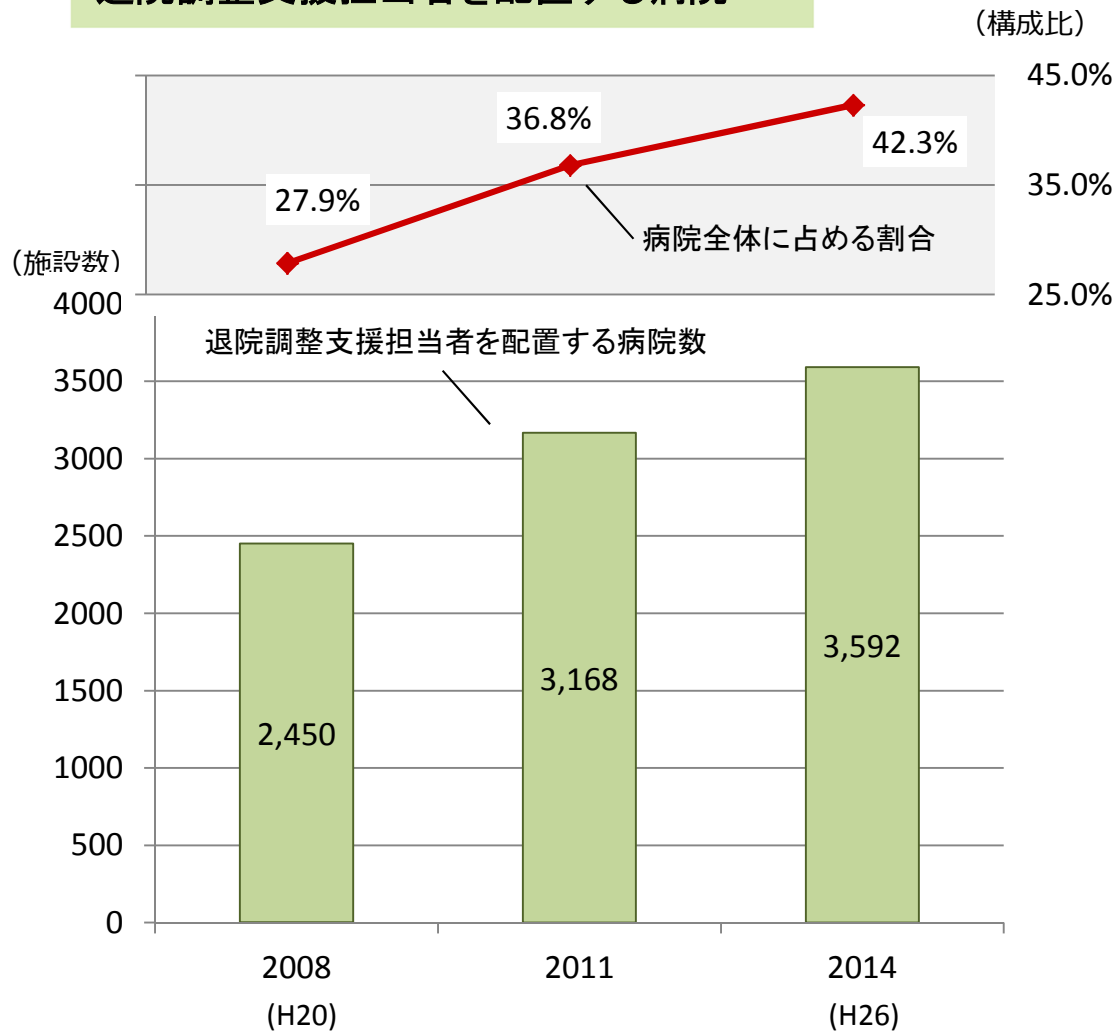


在宅医療の提供体制 ～①退院支援～

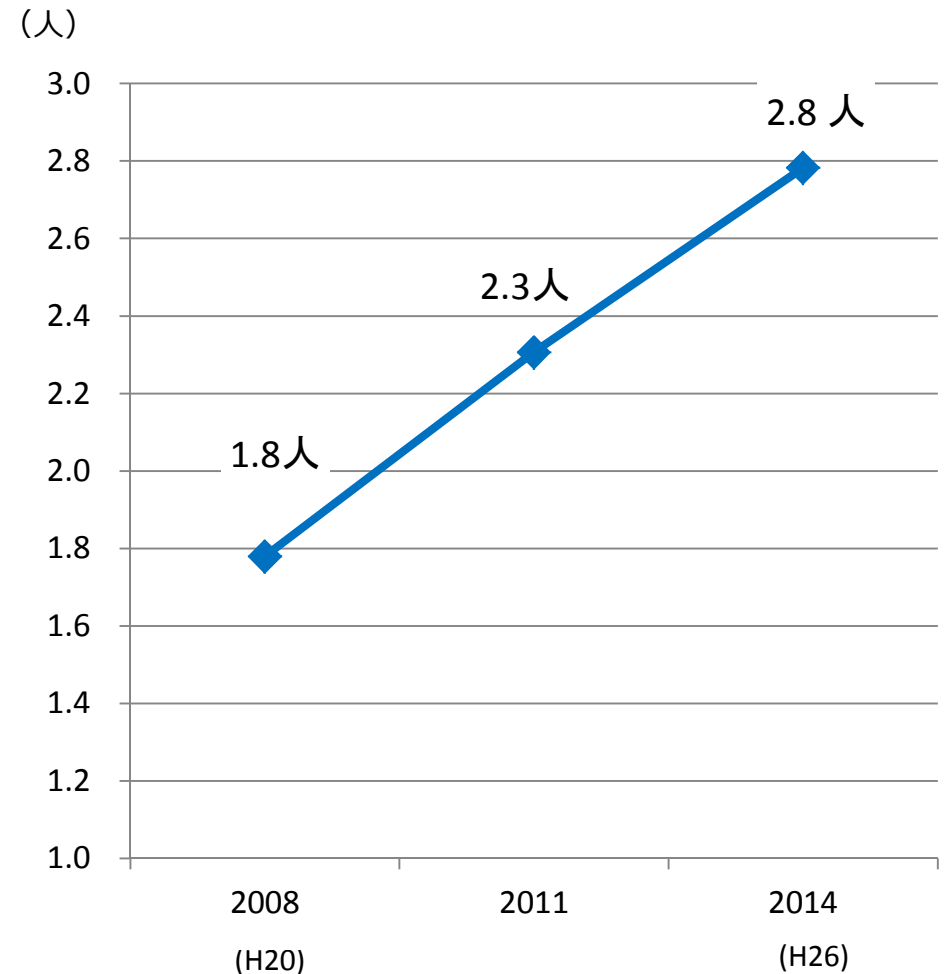
- 退院調整支援担当者を配置する病院の数は増加傾向であり、全病院の約40%が配置済み。
- 一病院あたりの担当者の数も増加。

退院支援担当者を配置する病院の推移

退院調整支援担当者を配置する病院



一施設あたりの退院調整支援担当者の数



在宅医療の提供体制 ～②日常の療養支援～

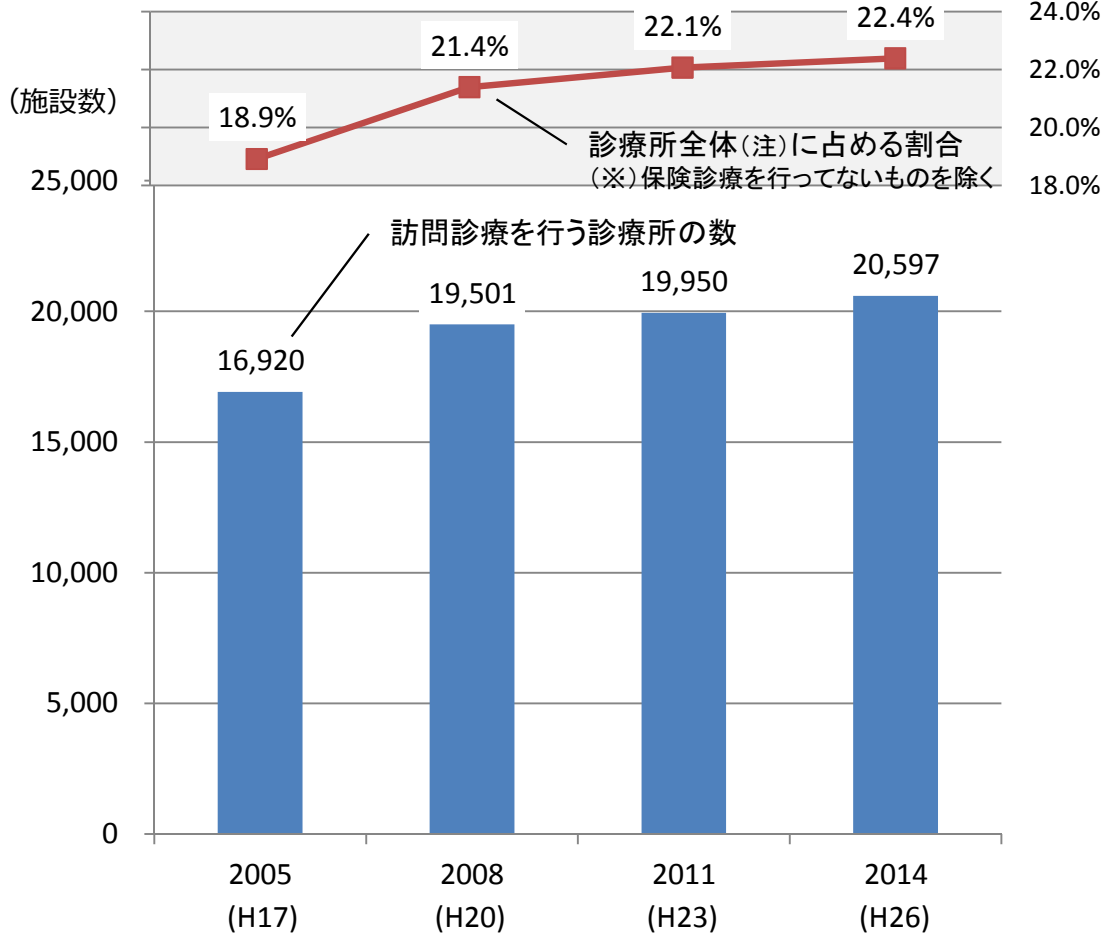
○ 日常的な訪問診療に対応する医療機関の数は増加傾向で、診療所では全体の約20%、病院では全体の約30%に至る。

訪問診療を行う医療機関数の推移

訪問診療：患者宅に計画的、定期的な訪問し、診療を行うもの
 往診：患者の要請に応じ、都度、患者宅を訪問し、診療を行うもの

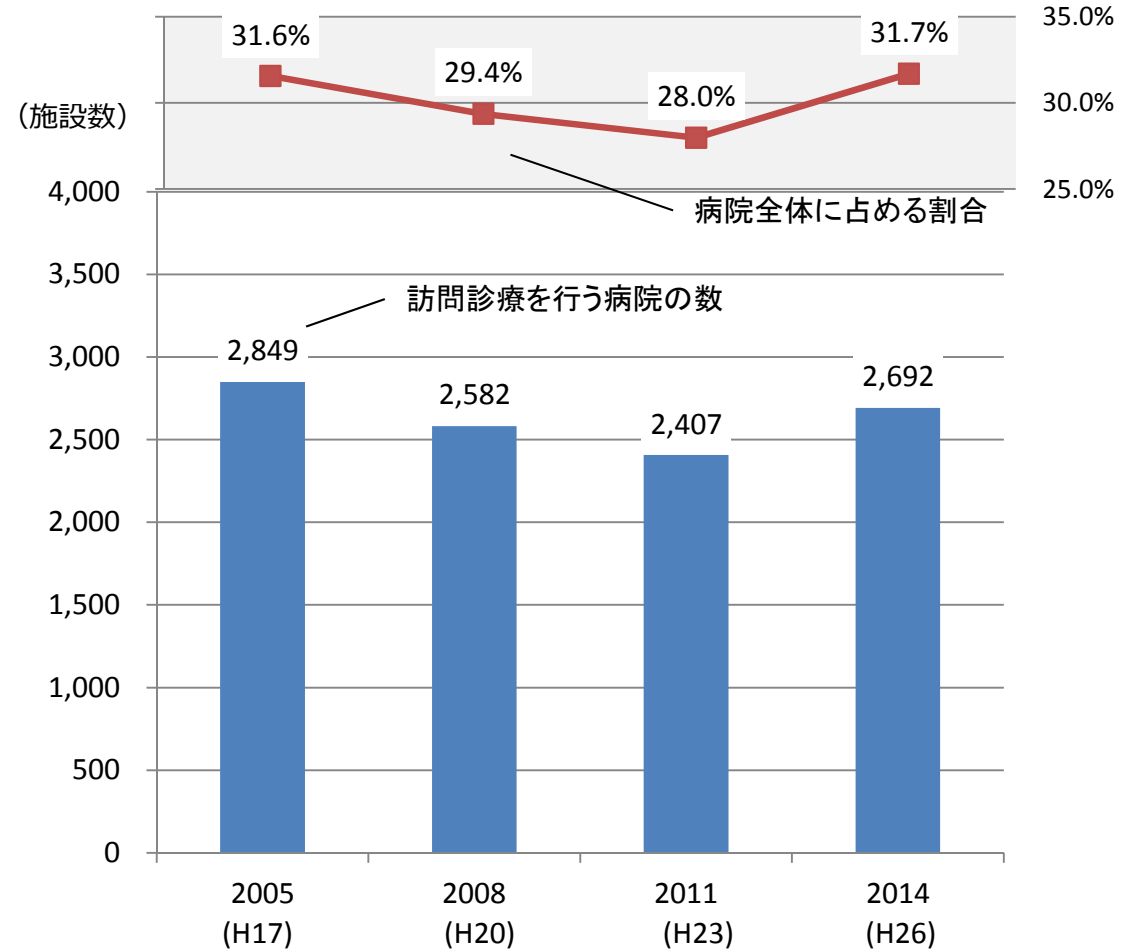
診療所

(構成比)



病院

(構成比)



出典：医療施設調査（厚生労働省）

在宅医療の提供体制 ～③急変時の対応～

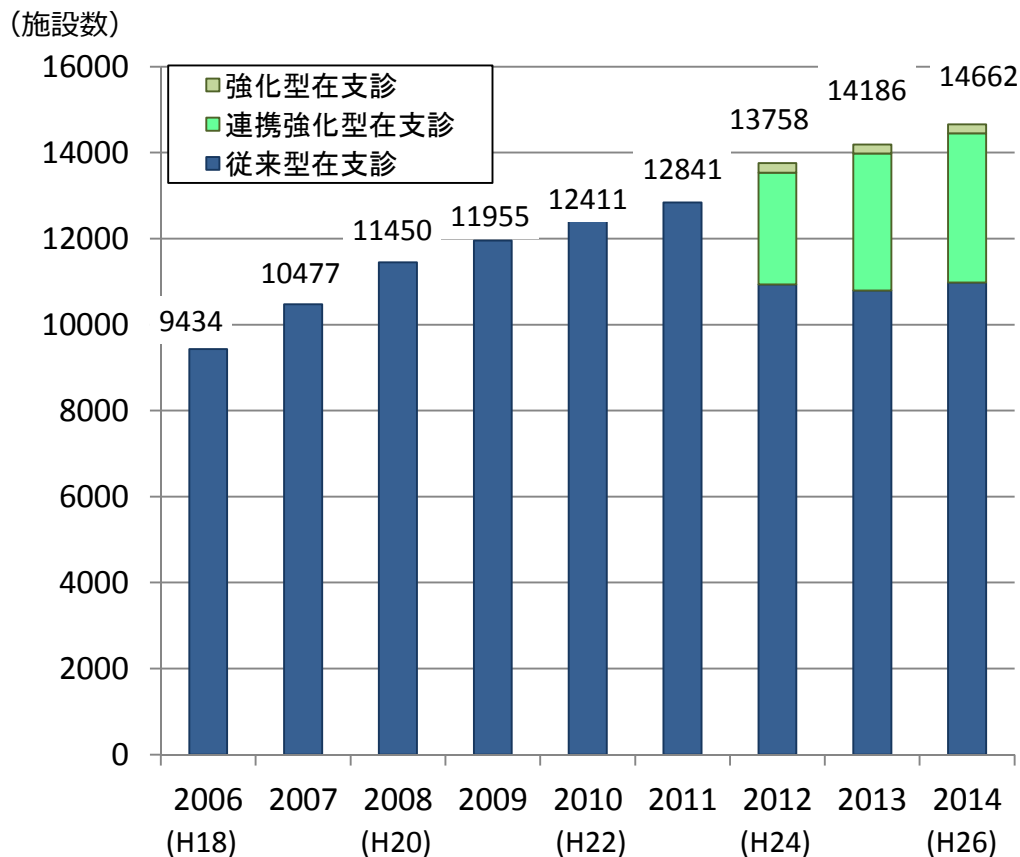
○ 24時間対応体制の在宅医療を提供する医療機関(在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院)の数は増加している。

24時間対応体制で在宅医療を提供する医療機関数の推移

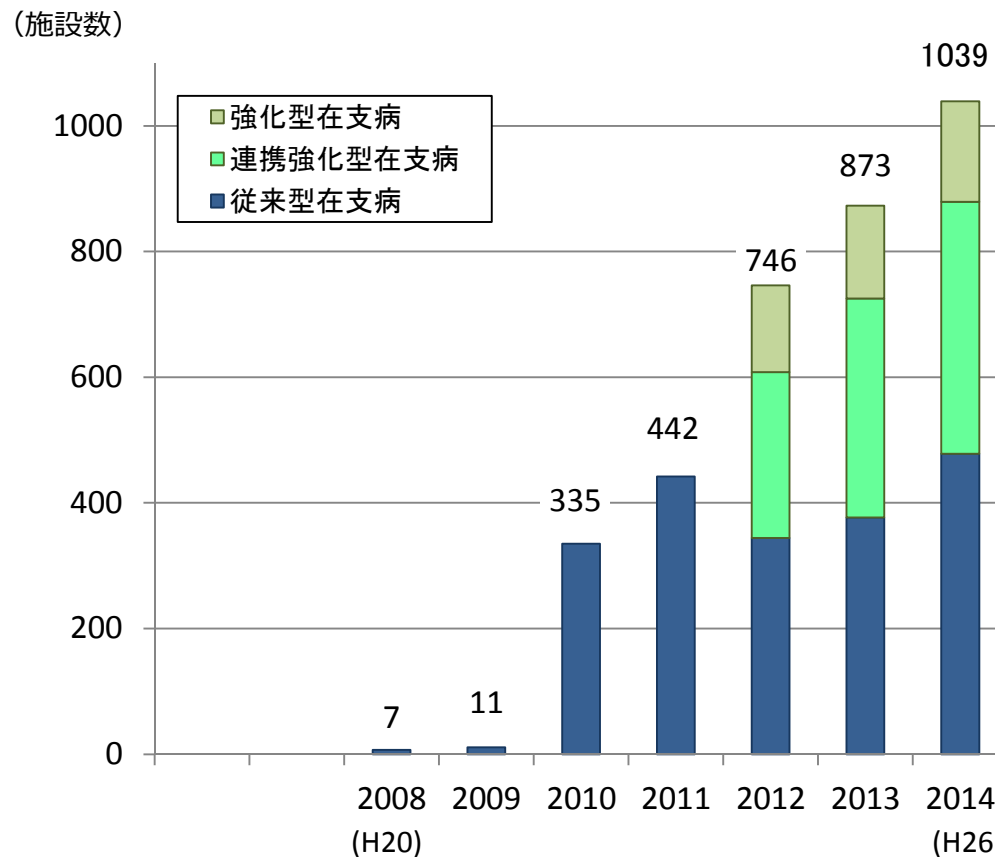
緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保している在宅医療を行う医療機関について、平成18年度より診療報酬上の評価を創設。
(平成18年度に在宅療養支援診療所の評価、平成20年度に在宅療養支援病院の評価を創設)

【主要要件】 ・24時間患者からの連絡を受ける体制の確保 ・24時間の往診が可能な体制の確保 ・24時間の訪問看護が可能な体制の確保
・緊急時に在宅療養患者が入院できる病床の確保 等

在宅療養支援診療所



在宅療養支援病院



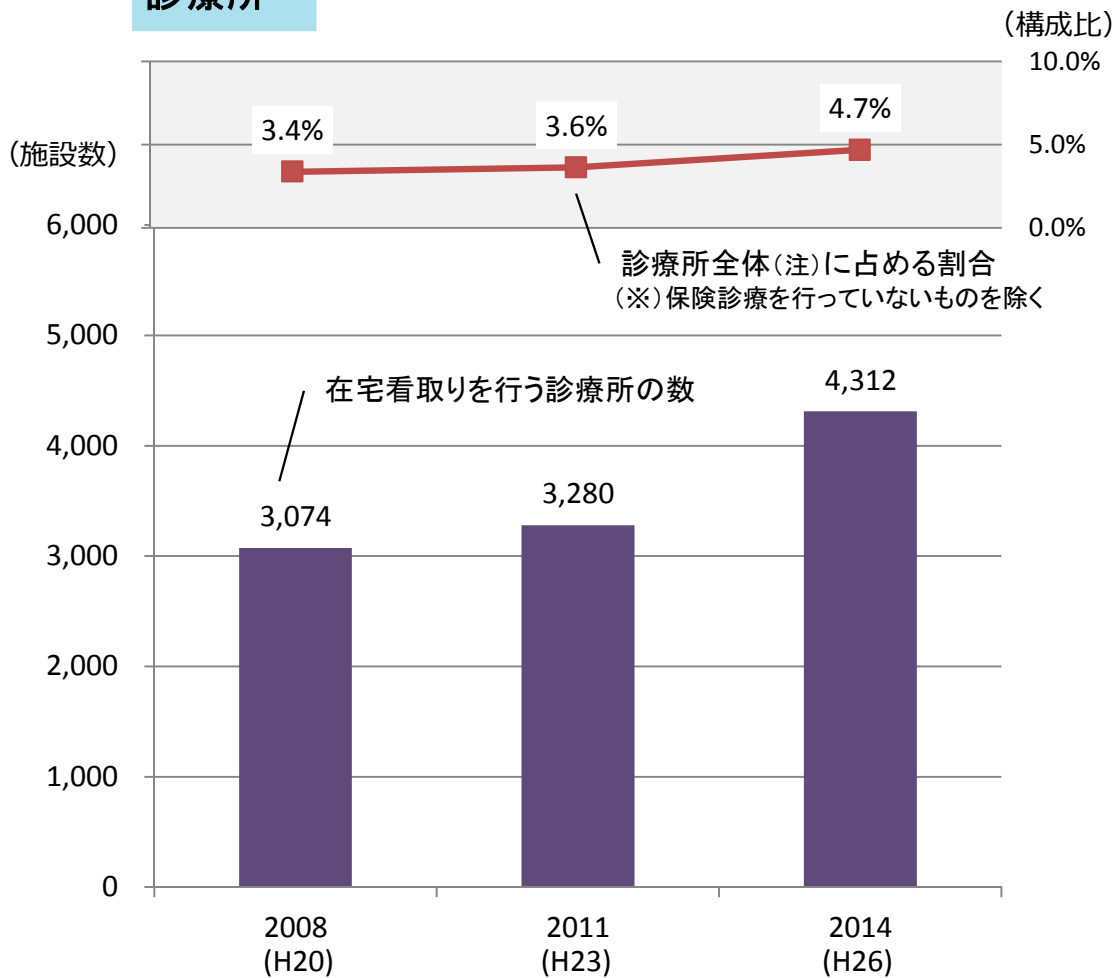
出典：厚生局届出状況に基づき作成

在宅医療の提供体制 ～④看取り～

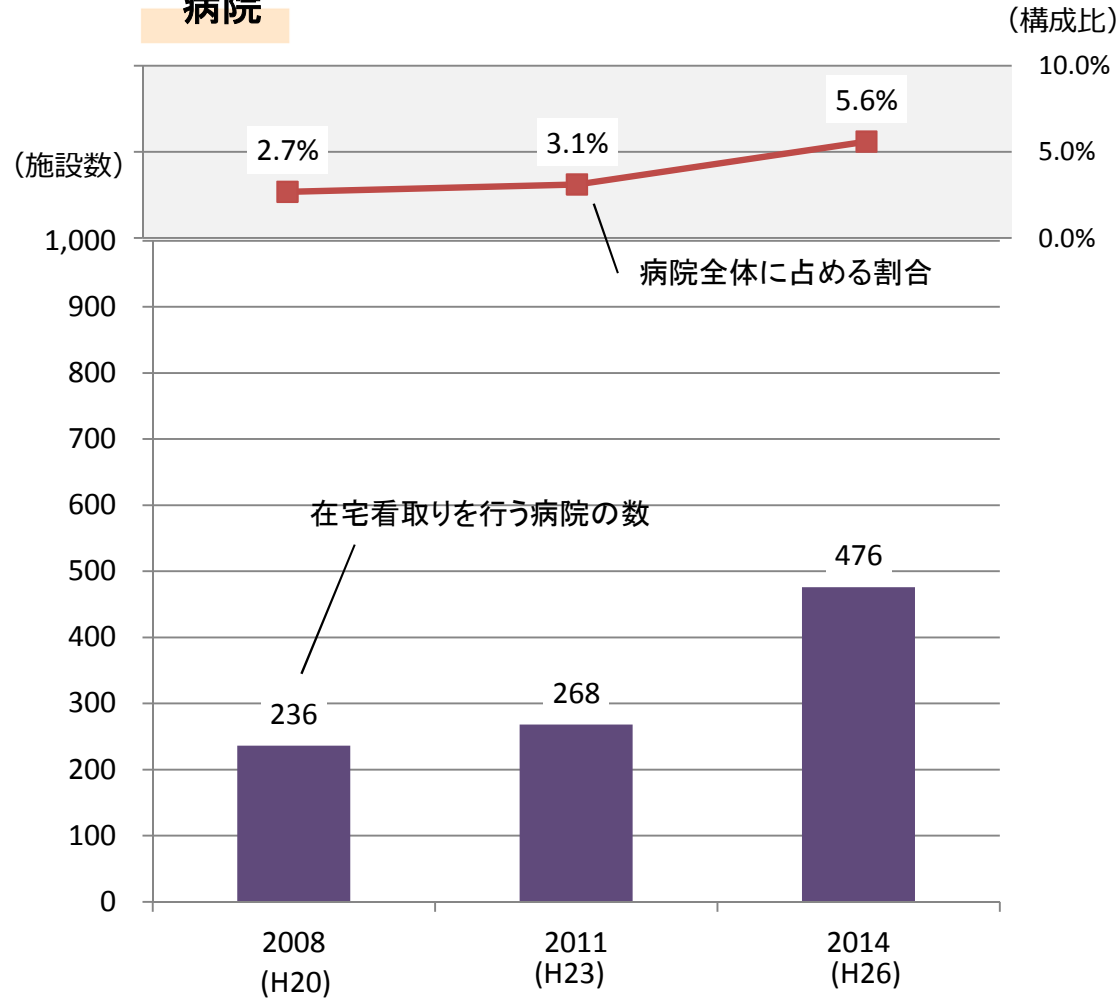
○ 在宅での看取りを行っている医療機関の数は年々増加しているが、病院、診療所ともに全体の約5%に留まっている。

在宅での看取りを行う医療機関数の推移

診療所



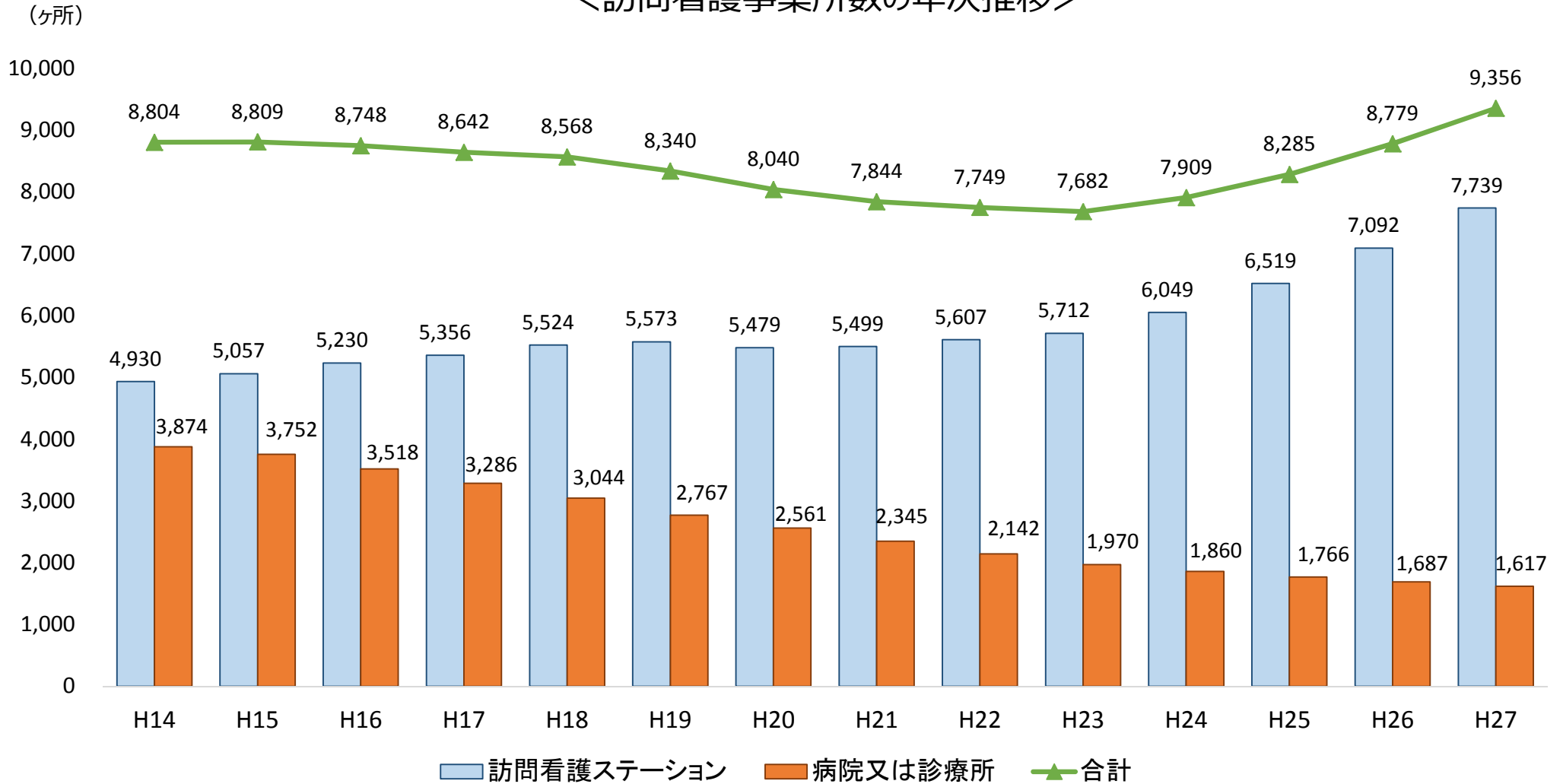
病院



訪問看護ステーション数の年次推移

○ 訪問看護ステーション数は7,739か所（平成27年4月介護保険審査分）と増加傾向にあり、病院・診療所からの訪問看護を含めた全体の訪問看護提供機関は近年の増加が著しい。

＜訪問看護事業所数の年次推移＞

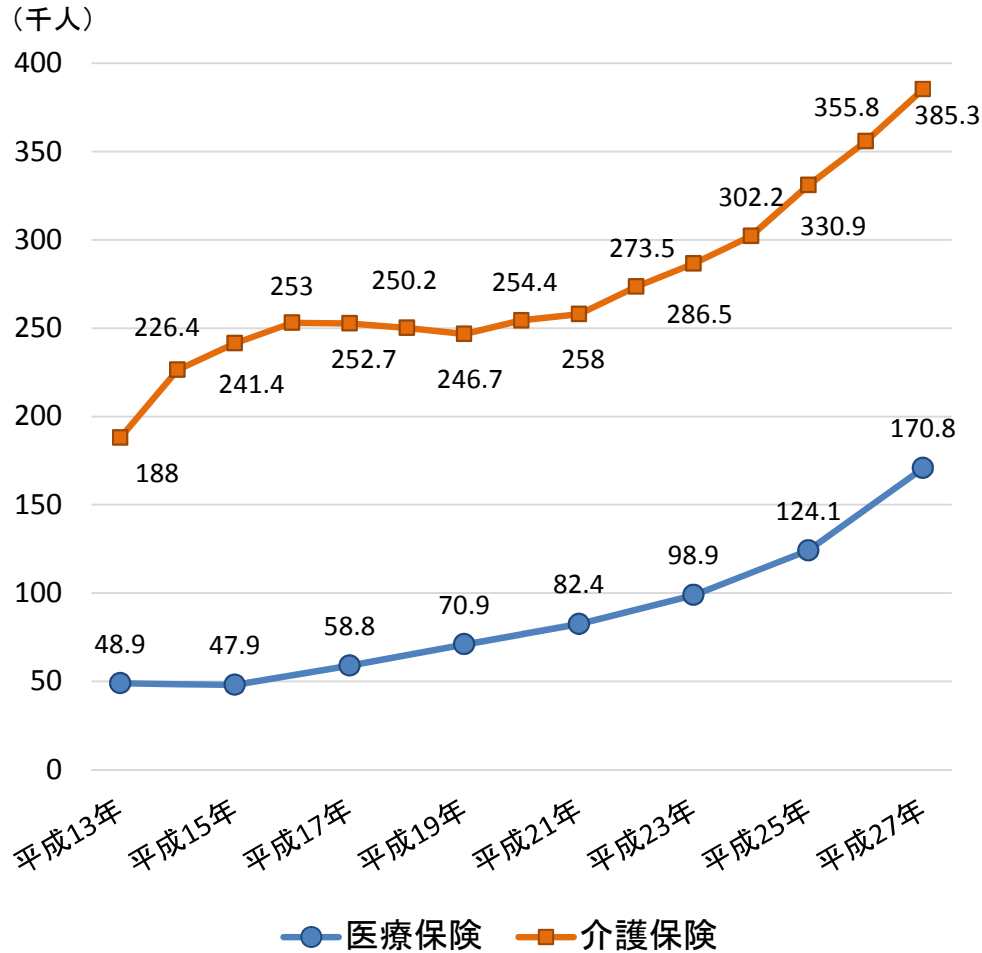


出典：「介護給付費実態調査」（各年4月審査分）

訪問看護ステーションの利用者について

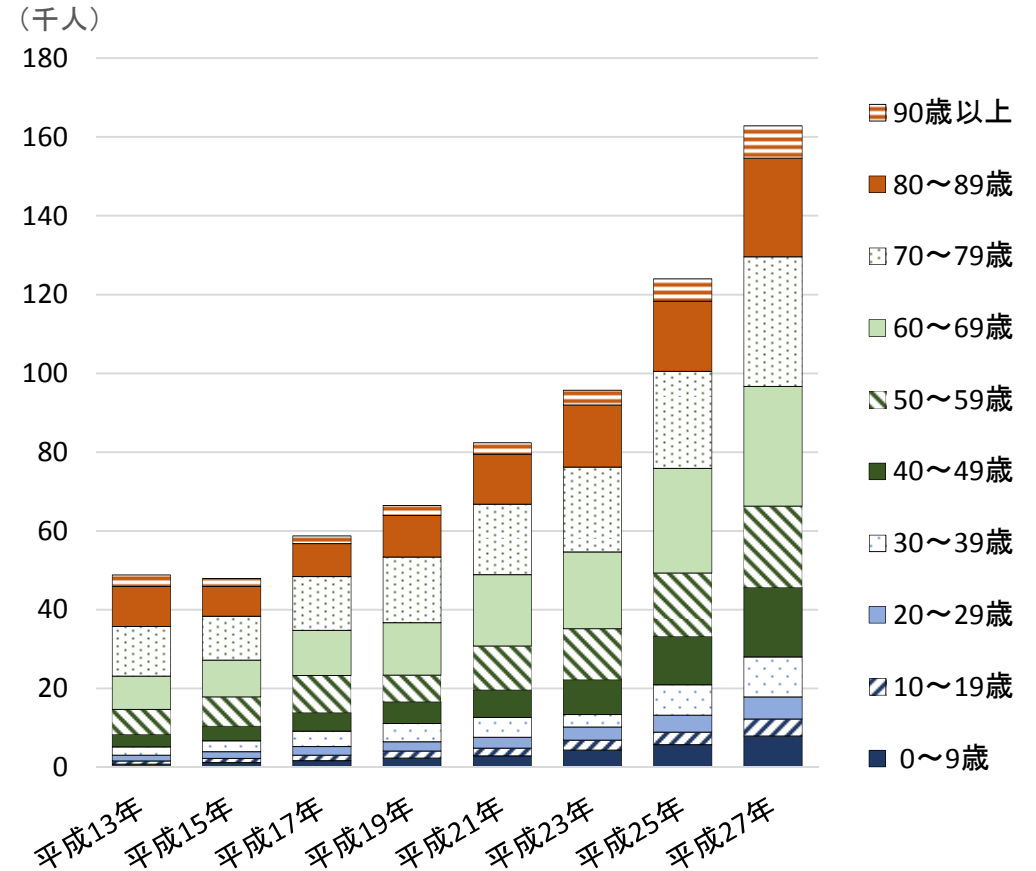
- 医療保険、介護保険ともに、訪問看護の利用者数は増加している。
- 医療保険の訪問看護利用者数は、どの年齢層も増加している。

■ 訪問看護利用者数の推移



注) 介護保険の利用者数には、病院・診療所からの利用者数も含まれる。

■ 医療保険の年齢階級別利用者数の推移



出典：介護保険：「介護給付費実態調査」（各年5月審査分）、医療保険：保険局医療課調べ（平成13年のみ8月、他は6月審査分より推計）（平成27年は暫定値）

在宅での看取りにおける規制の見直し(「規制改革実施計画」からの抜粋)

規制改革実施計画(平成28年6月2日 閣議決定)(抄)

II 分野別措置事項

1 健康・医療分野

(2)個別措置事項

①在宅での看取りにおける規制の見直し

| No. | 事項名 | 規制改革の内容 | 実施時期 | 所管省庁 |
|-----|--------------------------|--|------------------------|-------|
| 1 | 地域での看取りを円滑に進めるための取組の推進 | 住み慣れた自宅や介護施設等、国民が望む場所での看取りを行う体制を確保することができるよう、医療関係者などの協力も得ながら、在宅医療での医師間の連携や介護施設等における協力病院の確保などを含め、地域での看取りを円滑に進めるための対応策を検討し、結論を得る。 | 平成28年度検討、平成29年度結論 | 厚生労働省 |
| 2 | 在宅での看取りにおける死亡診断に関わる手続の整備 | <p><u>在宅での穏やかな看取りが困難な状況に対応するため、受診後24時間を経過していても、以下のa～eの全ての要件を満たす場合には、医師が対面での死後診察によらず死亡診断を行い、死亡診断書を交付できるよう、早急に具体的な運用を検討し、規制を見直す。</u></p> <p>a 医師による直接対面での診療の経過から早晩死亡することが予測されていること</p> <p>b 終末期の際の対応について事前の取決めがあるなど、医師と看護師の十分な連携が取れており、患者や家族の同意があること</p> <p>c 医師間や医療機関・介護施設間の連携に努めたとしても、医師による速やかな対面での死後診察が困難な状況にあること</p> <p>d 法医学等に関する一定の教育を受けた看護師が、死の三兆候の確認を含め医師とあらかじめ取り決めた事項など、医師の判断に必要な情報を速やかに報告できること</p> <p>e 看護師からの報告を受けた医師が、テレビ電話装置等のICTを活用した通信手段を組み合わせる患者の状況を把握することなどにより、死亡の事実の確認や異状がないと判断できること</p> | 平成28年度検討開始、平成29年度結論・措置 | 厚生労働省 |

在宅療養支援診療所・病院の概要

在宅療養支援診療所

地域において在宅医療を支える24時間の窓口として、他の病院、診療所等と連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供する診療所

【主な施設基準】

- ① 診療所
- ② 24時間連絡を受ける体制を確保している
- ③ 24時間往診可能である
- ④ 24時間訪問看護が可能である
- ⑤ 緊急時に入院できる病床を確保している
- ⑥ 連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している
- ⑦ 年に1回、看取りの数を報告している

注1：③、④、⑤の往診、訪問看護、緊急時の病床確保については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可

機能を強化した在宅療養支援診療所・病院

複数の医師が在籍し、緊急往診と看取りの実績を有する医療機関（地域で複数の医療機関が連携して対応することも可能）が往診料や在宅における医学管理等を行った場合に高い評価を行う。

【主な施設基準】

- ① 在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置
- ② 過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有する
- ③ 過去1年間の在宅における看取りの実績を4件以上有している

注3：上記の要件(①～③)については、他の連携保険医療機関(診療所又は200床未満の病院)との合計でも可。ただし、それぞれの医療機関において過去1年間に緊急の往診を4件以上、看取り2件以上を実施していること。

在宅療養支援病院

診療所のない地域において、在宅療養支援診療所と同様に、在宅医療の主たる担い手となっている病院

【主な施設基準】

- ① 200床未満又は4km以内に診療所がない病院
- ② 24時間連絡を受ける体制を確保している
- ③ 24時間往診可能である
- ④ 24時間訪問看護が可能である
- ⑤ 緊急時に入院できる病床を確保している
- ⑥ 連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している
- ⑦ 年に1回、看取りの数を報告している

注2：④の訪問看護については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可

地域包括ケアシステム（医療介護総合確保促進法第2条第1項）

地域の実情に応じて、
高齢者が、可能な限り、
住み慣れた地域でその有する能力に応じ
自立した日常生活を営むことができるよう、
医療、介護、介護予防、
住まい及び自立した日常生活の支援が
包括的に確保される体制



【左図の出典】地域包括ケア研究会「地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業 報告書」(H28年3月)

地域包括ケアシステムの構築について

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

地域包括ケアシステムの姿

