

今後の主要な検討テーマ (参考資料)

地域の医療提供体制のあるべき姿 (地域医療構想等) の推進

－医師偏在対策－

1. 目的

今後、高齢社会が一層進む中で、人口構造の変化や地域の実情に応じた医療提供体制を構築するため、地域医療構想との整合性の確保や地域間偏在等の是正などの観点を踏まえた医療従事者の需給の検討が必要であることを踏まえ、医師・看護職員等の医療従事者の需給を見通し、医療従事者の確保策、地域偏在対策等について検討する。

2. 検討事項

- ・ 医療従事者の需給の見通しについて
- ・ 医療従事者の確保策、地域偏在対策等について

全国・地域の需給状況や確保のための対策が異なることから①医師、②看護職員、③理学療法士・作業療法士ごとに分科会を設置し検討。

3. 構成員(○は座長)

- | | |
|---|------------------------------------|
| 荒井 正吾(奈良県知事) | 野口 晴子(早稲田大学政治経済学術院教授) |
| 新井 一(全国医学部長病院長会議会長) | 春山 早苗(自治医科大学看護学部長) |
| 尾形 裕也(東京大学政策ビジョン研究センター特任教授) | 半田 一登(日本理学療法士協会会長) |
| 小川 彰(岩手医科大学理事長) | 平川 博之(全国老人保健施設協会副会長) |
| 荻原 喜茂(日本作業療法士協会副会長) | 福井 次矢(聖路加国際大学学長) |
| 片峰 茂(長崎大学学長) | 伏見 清秀(東京医科歯科大学医療政策情報学教授) |
| 勝又 浜子(日本看護協会常任理事) | 邊見 公雄(全国自治体病院協議会会長) |
| 加納 繁照(日本医療法人協会会長) | 本田 麻由美(読売新聞東京本社編集局社会保障部次長) |
| 釜范 敏(日本医師会常任理事) | 松田 晋哉(産業医科大学医学部教授) |
| 北村 聖(東京大学大学院医学系研究科
附属医学教育国際研究センター教授) | 松原 謙二(日本医師会副会長) |
| 権丈 善一(慶應義塾大学商学部教授) | 水間 正澄(昭和大学医学部リハビリテーション医学講座教授) |
| 堺 常雄(日本病院会会長) | ○ 森田 朗(国立社会保障・人口問題研究所所長) |
| 高砂 裕子(全国訪問看護事業協会常務理事) | 山口 育子(認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長) |
| 西澤 寛俊(全日本病院協会会長) | 山崎 學(日本精神科病院協会会長) |
- (※オブザーバー：文部科学省高等教育局医学教育課長)

4. スケジュール

- ・ 平成27年12月より開催
- ・ 医師需給分科会については、他の分科会に先行させて開催

1. 目的

「医療従事者の需給に関する検討会」の設置と合わせて、同検討会に「医師需給分科会」を設置し、医師の需給推計に基づく今後の医学部定員の在り方について検討するとともに、医師の地域偏在・診療科偏在の是正策についても併せて検討する。

2. 検討事項

- ・ 医師の需給推計について
- ・ 医学部定員の在り方について（平成29年度・平成31年度に終了する暫定的な医学部定員増の在り方を含む）
- ・ 医師の地域偏在・診療科偏在の是正策について

3. 構成員（○は座長）

- | | |
|--|---|
| 新井 一 （全国医学部長病院長会議会長） | 羽鳥 裕 （日本医師会常任理事） |
| 一戸 和成 （青森県健康福祉部長） | 平川 淳一 （日本精神科病院協会常務理事） |
| 今村 聡 （日本医師会副会長） | 平川 博之 （全国老人保健施設協会副会長） |
| 小川 彰 （岩手医科大学理事長） | 福井 次矢 （聖路加国際大学学長） |
| ○片峰 茂 （長崎大学学長） | 本田 麻由美 （読売新聞東京本社編集局社会保障部次長） |
| 神野 正博 （全日本病院協会副会長） | 松田 晋哉 （産業医科大学医学部教授） |
| 北村 聖 （東京大学大学院医学系研究科
附属医学教育国際研究センター教授） | 森田 朗 （国立社会保障・人口問題研究所所長） |
| 権丈 善一 （慶應義塾大学商学部教授） | 山口 育子 （認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長）
（※オブザーバー：文部科学省高等教育局医学教育課長） |

4. スケジュール

- ・ 平成27年12月10日 第1回開催
- ・ 平成28年6月3日 中間取りまとめ
 - ・ 医師偏在対策については、医師が勤務地や診療科を自由に選択するという自主性を尊重した対策だけでなく、一定の規制を含めた対策を行っていく観点から、さらに強力な偏在対策について年末に向けて議論。
- ・ 平成28年12月 医師偏在対策取りまとめ

医師の需給推計の結果について

○ 需要推計においては、

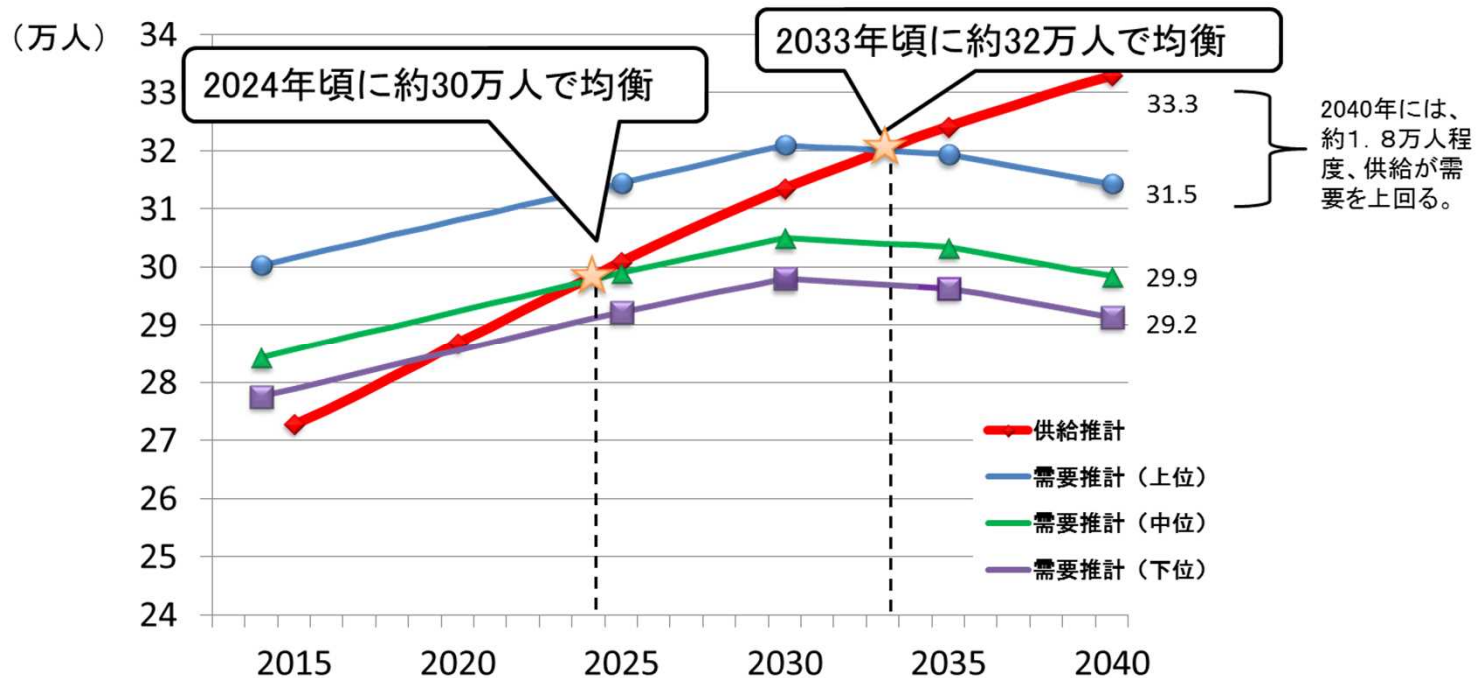
- ① 地域医療構想を踏まえて、高度急性期、急性期、回復期、慢性期といった病床の区分ごとに、必要医師数を見込む
- ② 国際保健分野、製薬業界、大学の基礎研究等の臨床以外に従事する医師数について、世界最多水準や今後の増加を十分に見込む
- ③ 医師の勤務時間の短縮を見込むなど、精緻に推計。

※1 国際保健分野（2025年；現状の約2倍、2040年；さらに20%増）、製薬業界（2025年；世界最多水準（対人口比）、2040年；さらに20%増）、大学の基礎研究（2025年；20%増）等

※2 上位推計では、高度急性期・急性期に従事する医師の労働時間（56.6時間）が、他の病院・診療所と同レベルの45.7時間まで改善すると見込んで推計。（中位推計では他の病院・診療所との労働時間の差が50%、下位推計では25%縮小するとして推計）

○ 供給推計においては、今後の医学部定員については、平成28年度の9,262人が維持されるとして推計。

※3 女性医師、高齢医師、研修医については、それぞれ働き方等を考慮し、30～50歳代の男性医師を1とした場合に、女性医師0.8、高齢医師0.8、研修医1年目0.3、研修医2年目0.5として推計



医師需給分科会中間取りまとめにおける当面の医学部定員の基本的方針

年度	H19 (2007)	H20 (2008)	H21 (2009)	H22 (2010)	H23 (2011)	H24 (2012)	H25 (2013)	H26 (2014)	H27 (2015)	H28 (2016)	H29 (2017)	H30 (2018)	H31 (2019)	H32 (2020)	H33 (2021)
総入学生員	7,625	7,793	8,486	8,846	8,923	8,991	9,041	9,069	9,134	9,262					
平成31年度増員															
平成30年度増員															
平成29年度増員															
平成28年度増員【新成長戦略】 28人															
平成27年度増員【新成長戦略】 65人															
平成26年度増員【新成長戦略】 28人															
平成25年度増員【新成長戦略】 50人															
平成24年度増員【新成長戦略】 68人															
平成23年度増員【新成長戦略】 77人															
平成22年度増員 【経済財政改革の基本方針2009】 360人															
平成21年度増員 【緊急医師確保対策】 国公立大学 189人															
平成20年度増員 【緊急医師確保対策】 公立大学 23人															
平成20年度増員 【新医師確保総合対策】 105人															
平成21年度増員 【経済財政改革の基本方針2008】 504人															
平成20年度増員【緊急医師確保対策】 40人															
平成19年度定員 7,625人															
平成28年度医学部新設 100人 東北医科薬科大学															

平成29年度から31年度までの追加増員
→各都道府県からの追加増員の要望に対しては、これが本当に必要な増員であるかどうかについて、慎重に精査していく

平成20・21年度から29年度までの暫定増
→当面延長する

平成32年度以降の医師養成数
→今回の医師需給推計の結果や、これまでの医学部定員の暫定増の効果、今回の見直しによる医師偏在対策の効果等について可能な限り早期に検証を行い、平成22年度から31年度までの暫定増の取扱いも含め、結論を得る

①地域枠、②研究医枠、③歯学部振替枠の3つの枠組みによる、平成31年度までの臨時定員増
※平成28年度時点で①592人、②40人、③44人

医師確保が必要な地域や診療科に医師を確保・配置するための、平成29年度までの臨時定員増
※都府県ごとに最大5人まで、北海道は15人まで

医師不足県（青森、岩手、秋田、山形、福島、新潟、山梨、長野、岐阜、三重）及び自治医科大学における、平成29年度までの臨時定員増 ※最大10人まで

①大学が医師不足が深刻な地域や診療科の医師を確保するための実効ある取組（地域医療貢献策）を講ずることを前提とした恒久定員増
②歯科医師養成過程を有する私立大学が、歯科医師養成過程の入学定員を平成10年度比で10%を超えて削減する場合、教育上支障のない範囲での当該削減数分の恒久定員増

医師養成総数が少ない県（神奈川、和歌山）における恒久定員増 ※各県20人まで

※【】内の閣議決定等に基づき、医学部入学定員の増員を行ってきた。

- 平成18年の「医師の需給に関する検討会」において、
 - ・ 平成34年に需要と供給が均衡し、マクロ的には必要な医師数は供給されるが、これは短期的・中期的に、あるいは地域や診療科と言ったミクロの領域での需要が自然に満たされることを意味しない
 - ・ 医師の養成は中長期の期間を要するものであるが、医師数の地域間格差は必ずしも減少に向かっておらず、未だ医師が不足している県の大学医学部に対して、さらに実効性のある地域定着策の実施を前提として定員の暫定的な調整を検討する必要があるとされた。
- これを踏まえ、医師確保が必要な地域や診療科への従事を要件とする「地域枠」を中心に、平成20年度以降、医学部定員の暫定増等により1,637名の増員が図られ、平成28年度には、過去最高の9,262人の定員となった。
- また、医師の地域定着につながるよう、医師が勤務地や診療科を自由に選択するという自主性を尊重しつつ、キャリア支援、業務負担軽減等のインセンティブ付け等を推進する対策を実施してきた。
 - 【例】
 - ・ 診療報酬による小児・産科の評価、病院勤務医の負担軽減・処遇改善（平成20年～）
 - ・ 地域医療支援センターの設置（平成23年度から予算事業で実施、平成26年10月から法定化）
 - ・ 医療勤務環境改善支援センターの設置（平成26年10月～）
 - ・ 医療関係職種の業務範囲の見直し（看護師の特定行為研修制度）（平成27年10月～）等
- これにより、小児科や産婦人科の医師数の増加など、一定の改善が見られたが、地域の医師不足の指摘は根強い。
- 医学部定員の増加による医師数の全国的な増加を図ったとしても、医師の偏在対策が十分図られなければ、地域の医師不足の解消にはつながらない。
- このため、自主性を尊重した対策だけでなく、一定の規制を含めた対策を行っていく観点から、さらに強力な医師偏在対策について議論し、年内のとりまとめを目指す。

年末までに検討すべき医師偏在対策

以下の事項は「医療従事者の需給に関する検討会」における構成員の意見、関係団体からの提言、保健医療2035等の提案を取りまとめたものであり、今後同検討会で議論し、年末までに取りまとめを行う

1. 医師の配置に係る対策(直接的な対策)

(1) 医学部

○いわゆる地域枠のこれまでの効果について地元出身者の定着率も含め検証を行い、**卒業後の地域定着がより見込まれるような地域枠**の在り方を検討
○医学教育において、地域医療の向上への貢献に関してより早期の動機づけ

(2) 臨床研修

○臨床研修の質等に配慮しつつ、臨床研修希望者に対する**募集定員倍率のなお一層の縮小**を検討
○都道府県別の募集定員の設定に当たり、医師不足地域等により配慮
○募集定員の配分等に対する**都道府県の権限を一層強化**
○臨床研修が出身大学の地域で行われることを促す仕組みについて検討

(3) 専門医

○国・都道府県における適切な権限行使や役割分担の枠組みとして、**都道府県等の調整等に関する権限を明確化**する等の対応を検討
○専攻医の募集定員について、**診療領域ごとに、地域の人口、症例数等に応じた地域ごとの枠の設定**を検討

(4) 医療計画による医師確保対策の強化

○**医療計画に、医師不足の診療科・地域等について確保すべき医師数の目標値を設定**し、専門医等の定員の調整に利用
○将来的に医師偏在等が続く場合に、十分な診療科の診療所の開設について、**保険医の配置・定数の設定や、自由開業・自由標榜の見直しを含めて検討**

(5) 医師・診療行為情報のデータベース化

○医籍登録番号、三師調査等の既存の仕組みの活用も念頭に置きつつ、医師の勤務状況等を把握するためのデータベース化について検討

(6) 地域医療支援センターの機能強化

○地域医療支援センターについて、所在地の医育機関と連携し、医学部入学から生涯にわたる医師のキャリア形成・異動を把握し、キャリア形成支援、配置調整ができるよう、その機能を強化

(7) 都道府県から国等への対策の求め

○都道府県が、国、関係機関等に必要な対策を求めることができる枠組みの検討

(8) 管理者の要件

○**特定地域・診療科で一定期間診療に従事**することを、**臨床研修病院、地域医療支援病院、診療所等の管理者の要件**とすることを検討

(9) フリーランス医師への対応

○医師の資格や専門性が有する公益性を踏まえ、いわゆるフリーランス医師や多額の紹介料・給料を要する者への対応について検討

(10) 医療事業の承継税制

○地域の医療機関の事業の承継に関し、中小企業と同様、事業承継に当たっての優遇税制について検討

2. 医師の就労環境改善等に関する対策(間接的な対策)

(1) 女性医師の支援

○病院における柔軟な勤務形態の採用等、妊娠・子育て中の女性医師の就労継続・復職支援に資する取組の推進

(2) 技術革新に対応した医療提供

○医師が業務を効率的に行うことができるよう、ICT等の技術革新を活用した医療提供を推進

(3) チーム医療

○医師が業務を効率的に行い、質の高い医療を提供できるよう、各医療スタッフの役割分担を見直し、チーム医療を推進

(4) サービス受益者に係る対策

○医療機関の詳しい診療内容や「かかりつけ医」について、住民等への情報提供を推進

医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会
中間取りまとめ

平成28年6月3日
医療従事者の需給に関する検討会
医師需給分科会

1 はじめに

- 医療従事者の需給に関する検討会（以下「検討会」という。）は、今後、高齢社会が一層進む中で、人口構造の変化や地域の実情に応じた医療提供体制を構築するため、地域医療構想との整合性の確保や地域間偏在等の観点を踏まえ、医療従事者の需給を見通し、医療従事者の確保策、地域偏在対策等について検討することとして開催された。
- 検討会の下での医師需給分科会（以下「分科会」という。）においては、平成20・21年度からの医学部定員の暫定増が平成29年度に終了することから、この取扱い等について早急に検討することとして、昨年12月から計6回にわたり開催され、将来の医師需給推計（全国レベル）、当面の医学部定員、医師偏在対策等について検討を重ね、この度中間取りまとめを行った。
- これまで1,637名の医学部定員の増員を行うことにより、全国的な医師数の増加を図るとともに、医師が勤務地や診療科を自由に選択するという自主性を尊重した地域偏在対策を講じてきたが、地域における医師不足は解消していない。また、医師の養成は中長期の期間を要することや、医学部の進学者が増加すれば、他の領域の人材不足等を招くおそれがあるとの指摘等を踏まえれば、今後、医師の地域偏在対策の議論を進めていくことが特に重要である。

2 これまでの医学部定員について

- 医学部定員については、昭和48年に閣議決定された「無医大県解消構想」の推進等により、その増加が図られ、医学部定員が8,280人であった昭和58年には「人口10万対150人」の医師数が達成された。その後、昭和61年の「将来の医師需給に関する検討委員会最終意見」において、将来の医師過剰が見込まれたことを踏まえて医学部定員を削減し、平成15年以降の数年間、7,625人で維持された。
- 平成17年には、特定の分野（特定の地域、診療科等）における医師不足を指摘する声の強まりを受け、「医師の需給に関する検討会」が設置された。その報告書においては、
 - (1) 医学部定員に関しては、
 - ① 平成34年（2022年）に需要と供給が均衡し、マクロ的には必要な医師数は供給されるが、これは短期的・中期的に、あるいは地域や診療科と言ったミクロの

領域での需要が自然に満たされることを意味するものではない

- ② 既に地域において医師の地域定着策について種々の施策を講じているにもかかわらず人口に比して医学部定員が少ないため未だ医師が不足している県の大学医学部に対して、さらに実効性のある地域定着策の実施を前提として定員の暫定的な調整を検討する必要がある

とされ、

- (2) 医師の偏在については、

- ① 病院・診療所等の施設や小児科・産婦人科等の診療科における医師の勤務環境、医師数の現状等を踏まえ、医師数は全国的に増加しているものの、地域間の医師配置の格差は必ずしも減少に向かっておらず、
 - ② 地域に必要な医師確保の調整を行うシステムの構築が急務であり、併せて医療機能の分化・連携、医療事故の究明を行う制度、チーム医療体制の整備、医師の業務の効率化等の医師の偏在を是正するための効果的な施策を講じていくことが必要
- とされた。

- その後、医学部定員については、

- ・ 「新医師確保総合対策」（平成 18 年地域医療に関する関係省庁連絡会議決定）に基づき、平成 20 年度から平成 29 年度までの間、医師不足が特に深刻と認められる 10 県について、各県で 10 名（加えて自治医科大学も 10 名）までの暫定的な増員が、
- ・ 「緊急医師確保対策」（平成 19 年政府・与党決定）に基づき、原則平成 21 年度から平成 29 年度までの間、医師確保が必要な地域や診療科に医師を確保・配置するため、都府県ごとに 5 名まで（北海道は 15 名まで）の暫定的な増員等が、
- ・ 「経済財政改革の基本方針 2009」（平成 21 年閣議決定）及び「新成長戦略」（平成 22 年閣議決定）に基づき、平成 21 年度から都道府県が策定することとされた地域医療再生計画等に基づき、平成 22 年度から平成 31 年度までの間、地域医療に従事する明確な意思をもった学生に奨学金を貸与し、大学が地域定着を図ろうとする場合の医学部定員について、都道府県ごとに毎年原則 10 名までの暫定的な増員等が認められた。

このような医学部定員の増員により、平成 28 年度には過去最高の 9,262 人の医学部定員となっている。

- また、このような大幅な医学部定員の増員が医師の地域定着につながるよう、医師が勤務地や診療科を自由に選択するという自主性を尊重しつつ、医師のインセンティブ付け等を推進することで医師偏在対策を実施してきた。具体的には、
- ・ 平成 20 年度以降、累次の診療報酬改定において、小児・産科に対する評価の拡充や、病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善を目的とした項目の新設
- ・ 平成 22 年からは、「チーム医療推進会議」において、医師の負担軽減等を目的

として、医療関係職種の業務範囲の見直しの検討

- ・平成22年度からは、地域医療に従事する明確な意思を持った学生に奨学金を貸与（再掲）
- ・平成23年度からは、都道府県が責任を持って医師の地域偏在の解消に取り組みのための地域医療支援センターの設置等が行われてきた。

- また、平成26年の医療介護総合確保推進法の成立により、
 - ① 地域医療介護総合確保基金を都道府県に設け、医療従事者の確保にも活用可能とし、
 - ② 平成23年度から予算事業として行われてきた地域医療支援センターを医療法に位置づけ、都道府県が、医師の確保に関し、病院又は診療所の開設者等に協力を要請できる権限を同法上明確化する
 - ③ 都道府県に医療勤務環境改善支援センターを設置し、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みこと等を支援する等の直接的に医師確保に資する制度改革が行われたほか、
 - ④ 看護師が特定行為を手順書により行うことができるよう特定行為研修制度を新設するとともに、診療放射線技師等その他の医療関係職種の業務範囲を拡大する
 - ⑤ 医療事故に係る調査の仕組みを医療法に位置づける

○ このように、この間、様々な政策を用いて、1,637名の医学部定員の増員が行われるとともに、併せて医師偏在対策が講じられたことにより、例えば小児科医師数は漸増するとともに、産婦人科医師数は平成18年以降増加に転じるなど一定の改善がみられたが、地域における医師不足の指摘は引き続き強いものがある。医学部定員の増員により医師数の全国的な増加を図ったとしても、医師の偏在対策が十分図られなければ、地域の医師不足の解消にはつながっていかない。

○ 平成29年度には、新医師確保総合対策・緊急医師確保対策に基づく平成20・21年度からの医学部定員の臨時増の期限を迎える。医師の養成は中長期の期間を要するものであり、医学部定員の増加は将来的には医師過剰を来す可能性を踏まえれば、さらに強力な医師偏在対策について議論を行い、その上で医学部定員の今後の在り方について方向性を決める必要がある。

3 将来の医師需給推計（全国レベル）について

○ 今回の医師需給推計（全国レベル）は、先に述べた新医師確保総合対策・緊急医師確保対策に基づく平成20・21年度からの医学部定員増の臨時増の取扱いについて、早急に結論を得るに当たり、全国レベルでの医師の需給動向を踏まえた検討を行う必要があるため、限られた時間の中で、一定の前提を置いて推計を行ったものである。

- 本推計に当たっては、2025年のあるべき入院医療の姿である地域医療構想において、病床の機能区分ごとに医療需要の推計が行われていることや、「保健医療 2035」（平成 27 年「保健医療 2035」策定懇談会策定）において、医師が常に良い保健医療の提供に邁進できるよう、ゆとりを持った労働環境で医療の提供を可能とする必要があるとの記載があること等を踏まえ、推計を行っている。
- しかし、かかりつけ医の普及等を踏まえた外来医療の姿、将来の女性の働き方や医師の高齢化が医師需給に与える影響について、今回の前提となった限られたデータでは、実態を十分に把握することができなかった。
- 国民のニーズに応え得る、安心・安全な医療を国民へ提供するには、まずは将来の男性・女性いずれの医師についても年齢構成等の変化を適切に見通す中で、医師の働き方・勤務状況等の実態について、より精度の高い推計を行い、将来、あるべき医療提供体制とそこにおける医師の新しい働き方を示すビジョンを策定した上で、必要な医師数を推計するプロセスが必要である。
- そこで本年度、医師の働き方・勤務状況等の現状を正しく把握するために、新たな全国調査を行うこととした。さらに、本調査では、女性医師をはじめとする医師の働き方改革を含めた意向等に関する調査等も併せて行い、本年中に各都道府県が策定する地域医療構想やあるべき医療の姿を踏まえ、「新たな医療の在り方を踏まえた医師の働き方ビジョン（仮称）」を策定し、その上で必要な医師数を検討する。
- なお、本調査の実施に際しては、人口統計などの専門家の知見を十分踏まえて、調査及び分析等を行い、科学的に判断することとする。
- なお、今回行った推計の主な前提は、次のとおりである。
 - ① 地域医療構想を踏まえ、高度急性期、急性期、回復期、慢性期といった病床の機能区分ごとに、それぞれに必要な医師数を見込むこと
 - ② 医師の勤務時間について、「保健医療 2035」における医師の勤務時間改善等の記載を踏まえ、医師の労働時間の縮減度合いについて、現在の勤務医の労働時間（56.6 時間）が高度急性期・急性期において適正化され、上位推計では他の病院・診療所と同レベル、中位推計では他の病院・診療所との労働時間の差が 50%縮小、下位推計では他の病院・診療所との労働時間の差が 25%縮小することを見込むこと
 - ③ 臨床以外に従事する医師については、「保健医療 2035」において国際分野、行政分野等で一層医師が活躍する旨の記載を踏まえ、国際分野においては、平成 32 年を目途に国際的組織に 500 人の登録を目指し、その後も 2040 年に向けて 20%以上増加、行政機関においては定員を充足した上で更に 20%の増加、製薬業界においては今後の医療技術の進歩などを踏まえ、世界に通用する創薬を行うための医師の増加を見込むこと

(1) 需要推計について

- 医師の需要推計においては、医師の労働時間の縮減度合い等の仮定を3パターンに分けて計算しており、
 - ・ 最も医師の需要が大きくなると仮定した上位推計においては、平成37年(2025年)には31.4万人に、平成52年(2040年)には31.5万人まで
 - ・ 一定程度医師の需要が大きくなると仮定した中位推計においては、平成37年(2025年)及び平成52年(2040年)には29.9万人に
 - ・ 最も医師の需要が小さくなると仮定した下位推計においては、平成37年(2025年)及び平成52年(2040年)には29.2万人に増加すると推計された。

○ 前述の地域医療構想を踏まえた将来推計で対応できない医師需要については、次の前提で推計を行った。

- ・ 入院医療(精神病床)については、患者調査の受療率、将来人口の構成等を踏まえ、一定の幅を持って算出
- ・ 外来医療(訪問して行う診療を含む。)については、レセプトデータに基づいて受療率、将来人口の構成等を踏まえ、一定の幅を持って算出
- ・ 介護老人保健施設における医療については、介護給付費実態調査に基づいて入所率に将来人口構成を反映して算出

(2) 供給推計について

○ 医師の供給推計については、平成27年(2015年)では27.4万人であるものが、平成37年(2025年)には30.3万人に、平成52年(2040年)には33.3万人まで増加すると推計された。

○ 具体的には、今後の医学部定員を、平成28年度の9,262人で一定として仮定し、過去10年分の国家試験合格률、再受験率、医籍登録率、三師調査届出率、性年齢別就業率等のデータに基づいて、平成52年(2040年)までの値を算出した。

○ また、分科会における参考人の意見も踏まえ、30～50代の男性医師の仕事量を一人当たり医師の仕事量の基準として設定し、女性医師は育児等を勘案してその0.8、60歳以上の高齢医師はその0.8、研修医は1年目・2年目それぞれその0.3・0.5として見込んだ。

(3) 需給推計について

- (1)・(2)より、将来の医師需給推計(全国レベル)は、
 - ・ 上位の需要推計の場合、平成45年(2033年)頃に約32万人で医師需給が均衡し、平成52年(2040年)には医師供給が約1.8万人過剰
 - ・ 中位の需要推計の場合、平成36年(2024年)頃に約30万人で医師需給が均衡し、平成52年(2040年)には医師供給が約3.4万人過剰

- ・ 下位の需要推計の場合、平成 30 年 (2018 年) 頃に約 28 万人で医師需給が均衡し、平成 52 年 (2040 年) には医師供給が約 4.1 万人過剰となる見込まれた。

○ なお、平成 18 年に行った医師需給推計と比較すると、平成 18 年のものでは平成 34 年 (2022 年) に医師需給が均衡すると推計されていたが、今回の推計においては、医師需要を大きく見込んでいることから、中位推計にあつては約 2 年、上位推計にあつては約 11 年、均衡点が後ろ倒しとなることとなった。

4 医師偏在対策について

医師偏在対策については、医師が勤務地や診療科を自由に選択するという自主性を尊重した対策だけでなく、一定の規制を含めた対策を行っていく観点から、「保健医療 2035」、分科会における各構成員の意見、関係団体の提言等を踏まえ、次の事項について検討を深めることとした。これらの事項について、実施に当たった際の課題、法制的な課題、関係者の意見等を踏まえ、年末に向けて具体的に検討を進め、取りまとめを行うこととする。

(1) 医学部

- ① いわゆる地域枠のこれまでの効果について、地元出身者の定着率も含め検証を行い、卒業後の地域定着がより見込まれるような地域枠の在り方について検討する。
- ② 医学教育において、地域医療の向上への貢献に関してより早期の動機付けを図る。

(2) 臨床研修

- ① 臨床研修の質等に配慮しつつ、臨床研修希望者に対する募集定員数の倍率のなお一層の縮小を検討する。
また、都道府県別の募集定員の設定に当たっては、医師不足地域等に、より配慮する。
- ② 臨床研修制度において、募集定員の配分等に対する都道府県の権限を一層強化する。
- ③ 臨床研修が出身大学の地域で行われることを促す仕組みについて検討する。

(3) 専門医

- ① 国、都道府県等の関係者が調整を行おうとしても、現在は適切な権限行使や役割分担の枠組みがないことから、地域における調整等に関する権限を明確化する等の対応を検討する。
- ② 専攻医の募集定員については、診療領域ごとに、地域の人口、症例数等に応じた地域ごとの枠を設定することを検討する。

(4) 医療計画による医師確保対策の強化

- ① 都道府県が策定する医療計画において、医師数が不足する特定の診療科・地域等

について、確保すべき医師数の目標値を設定し、専門医等の定員の調整を行えるようにする。

② 将来的に、仮に医師の偏在等が続く場合には、十分ある診療科の診療所の開設については、保険医の配置・定数の設定や、自由開業・自由標榜の見直しを含めて検討する。

(5) 医師の勤務状況等のデータベース化

医籍登録番号、三師調査等の既存の仕組みの活用も念頭に置きつつ、医師の勤務状況等を把握するためのデータベース化について検討する。

(6) 地域医療支援センターの機能強化

各都道府県の地域医療支援センターについて、所在地の医育機関との連携を講じた上で、医学部入学から生涯にわたって医師のキャリア形成・異動を把握し、医師のキャリア形成支援、配置調整ができるよう、その機能を強化する。

(7) 都道府県が国・関係機関等に協力を求める仕組みの構築

都道府県が、国・関係機関等に必要な対策を求めることができる枠組みについて検討する。

(8) 管理者の要件

特定地域・診療科で一定期間診療に従事することを、臨床研修病院、地域医療支援病院、診療所等の管理者の要件とすることを検討する。

(9) フリーランス医師への対応

医師の資格や専門性が有する公益性を踏まえ、いわゆるフリーランス医師や多額の紹介料・給料を要する者への対応について検討する。

(10) 医療事業の継続に関する税制

地域の医療機関の事業の承継に関し、中小企業と同様、事業承継に当たっての優遇税制について検討する。

(11) 女性医師の支援

病院における柔軟な勤務形態の採用等、妊娠・子育て中の女性医師の就労継続・復職支援に資する取組を推進する。

(12) ICT等技術革新に対応した医療提供の推進

医師が業務を効率的に行うことができるよう、ICT等の技術革新を活用した医療提供を推進する。

(13) チーム医療の推進

医師が業務を効率的に行い、質の高い医療を提供できるよう、各医療スタッフの役割分担を見直し、チーム医療を推進する。

- (14) サービス受益者に係る対策
医療機関の詳しい診療内容や「かかりつけ医」について、住民等への情報提供を推進する。

5 当面の医師養成数の基本的方針について

- 医師養成のためには、医学部6年間、臨床研修2年間、現状多くの医師が受けている専門研修3～5年間と10数年程度必要となる。このため、3で述べた今回の医師需給推計における中位推計の場合に、あと約8年で医師需給が全国的に均衡することを踏まえると、既に現時点で将来的な供給過剰が見込まれることとなる。

- 今後、4のような強力な強化な医師偏在対策の検討を行っていくことを踏まえ、当面の医師養成数の基本的方針については、次のとおりとする。

- (1) 平成29年度までで終了する医学部定員の暫定増の取扱いについて
「新医師確保総合対策」及び「緊急医師確保対策」に基づき、平成20・21年度に開始され、平成29年度で終了する医学部定員増の暫定措置については、次のようなことを踏まえ、当面延長する。

- ・ これらの措置が、医師不足が特に深刻な都道府県や、医師確保が必要とされる地域・診療科を対象として設けられた仕組みであること
- ・ 平成20年度の制度開始時の入学生がこの3月で臨床研修を終えたばかりであり、その効果についてまだ十分な検証を行うことができないこと

- (2) 平成29年度から平成31年度までの医学部定員の追加増員の取扱いについて

「新成長戦略」に基づき医学部定員の暫定増については、平成29年度から平成31年度までの間、平成22年度から平成28年度までと同様に、各都道府県及び各大学が毎年医学部定員を追加増員できるが、この3年間に追加増員を行うとした場合は、中位推計ではあと8年で全国レベルの医師需給が均衡するとされる中でおお医学部定員を増員することとなることから、各都道府県からの追加増員の要望に対しては、これが本当に必要な増員であるかどうかについて、慎重に精査していく。

- (3) 平成32年度以降の医師養成数について

平成32年度以降の医師養成数については、今回の医師需給推計の結果や、これまでの医学部定員の暫定増の効果、今回の見直しによる医師偏在対策の効果等について可能な限り早期に検証を行い、「経済財政改革の基本方針2009」及び「新成長戦略」に基づく平成22年度から平成31年度までの医学部定員の暫定増の取扱いも含め、結論を得ることとする。

1. 目的

- 地域医療構想との整合性の確保や地域間偏在等の是正などの観点を踏まえた医療従事者の需給の検討が必要であることを踏まえ、医師・看護職員等の医療従事者の需給を見通し、医療従事者の確保策、地域偏在対策等について検討するため、平成27年12月より「医療従事者の需給に関する検討会」を開催。
- 同検討会に「看護職員需給分科会」を設け、看護職員の需給推計、確保対策等について検討。

2. 検討事項

看護職員の需給推計、看護職員確保対策等

3. 構成員(◎は座長、○は座長代理)

池西 静江	日本看護学校協議会副会長	高砂 裕子	全国訪問看護事業協会常務理事
太田 秀樹	全国在宅療養支援診療所連絡会事務局長	竹中 賢治	全国自治体病院協議会常務理事
太田 圭洋	日本医療法人協会副会長	鶴田 憲一	全国衛生部長会会長
◎尾形 裕也	東京大学政策ビジョン研究センター特任教授	内藤 誠二	渋谷区医師会理事
勝又 浜子	日本看護協会常任理事	中出 みち代	地域医療振興協会理事
釜 范 敏	日本医師会常任理事	春山 早苗	自治医科大学看護学部学部長
熊谷 雅美	済生会横浜市東部病院副院長・看護部長	平川 博之	全国老人保健施設協会副会長
小林 司	日本労働組合総連合会生活福祉局次長	○伏見 清秀	東京医科歯科大学医療政策情報学教授
小林 美亜	千葉大学医学部附属病院病院長企画室 地域医療連携部特任准教授	本田 麻由美	読売新聞東京本社編集局社会保障部次長
島崎 謙治	政策研究大学院大学教授	森本 一美	日本看護協会神戸研修センター長
		山口 育子	NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長

4. スケジュール(予定)

- 平成28年3月28日(第1回)、6月10日(第2回)に、分科会を開催
- 今後、需給推計方法、看護職員確保対策について議論

「歯科医師の資質向上等に関する検討会」 歯科医師の需給問題に関するワーキンググループ

1. 目的

歯科医師の資質向上に関する取り組みは、平成18年の文部科学・厚生労働両大臣で取り交わされた確認書に象徴されるように、これまでは、歯学部入学定員や歯科医師国家試験を中心に議論が行われてきたところであるが、歯科医療を取り巻く状況も踏まえ、質の高い歯科医師を輩出するため、作業部会にて検討を行う。

2. 想定される主な検討内容

- 歯科医療を取り巻く状況を踏まえて、国民や患者が求める歯科医師像はどのようなものか。
- 歯科医師の養成課程において、コミュニケーション能力や一定の学力等の基本的資質を有さない学生や歯科医師国家試験を繰り返し受験し、歯科医師臨床研修やその後の歯科診療に支障を来たす者について、どのような対応が考えられるか。
- 歯科医師又は歯科大学在学時の知識や技術を活用し、他職種での活用等の対応が考えられるか。
- その他、他職種や他分野での需給に関する取り組み等を参考として、どのような対応が考えられるか。

3. ワーキンググループの位置付けについて

- 「歯科医師の資質向上等に関する検討会」の下部組織として、歯科医師の需給問題について有識者により検討する。

歯科医師の需給問題に関するワーキンググループ 構成員¹⁸

氏名	所属
安藤 雄一	国立保健医療科学院総括研究官
伊藤 文郎	前愛知県津島市長
川添 堯彬	大阪歯科大学理事長・学長
栗原 英見	広島大学大学院医歯薬保健学研究院歯周病態学教授
小玉 剛	日本歯科医師会常務理事
高梨 滋雄	高梨滋雄法律事務所
西原 達次	九州歯科大学学長
羽村 章	日本歯科大学生命歯学部学部長
南 砂	読売新聞東京本社取締役
○森田 朗	国立社会保障・人口問題研究所所長
柳川 忠廣	日本歯科医師会副会長

○：座長

敬称略・五十音順 平成28年3月11日現在

地域の医療提供体制のあるべき姿 (地域医療構想等) の推進

—療養病床の見直し—

目的

- 平成27年3月に定められた地域医療構想ガイドラインでは、慢性期の病床機能及び在宅医療等の医療需要を一体として捉えて推計するとともに、療養病床の入院受療率の地域差解消を目指すこととなった。
- 地域医療構想の実現のためには、在宅医療等に対応する者について、医療・介護サービス提供体制の対応方針を早期に示すことが求められている。
- 一方、介護療養病床については、平成29年度末で廃止が予定されているが、医療ニーズの高い入所者の割合が増加している中で、今後、これらの方々を介護サービスの中でどのように受け止めていくのか等が課題となっている。
- このため、**慢性期の医療ニーズに対応する今後の医療・介護サービス提供体制について、療養病床の在り方をはじめ、具体的な改革の選択肢の整理等を行う**ため、本検討会を開催する。

検討事項

- (1) 介護療養病床を含む療養病床の今後の在り方
- (2) 慢性期の医療・介護ニーズに対応するための(1)以外の医療・介護サービス提供体制の在り方

構成員

(◎は座長、○は座長代理)

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------|
| ・池端 幸彦 (医療法人池慶会理事長・池端病院院長) | ・瀬戸 雅嗣 (社会福祉法人栄和会理事・総合施設長) |
| ・井上 由起子 (日本社会事業大学専門職大学院教授) | ○田中 滋 (慶応義塾大学名誉教授) |
| ・猪熊 律子 (読売新聞東京本社社会保障部部长) | ・土屋 繁之 (医療法人慈繁会理事長) |
| ◎遠藤 久夫 (学習院大学経済学部教授) | ・土居 丈朗 (慶応義塾大学経済学部教授) |
| ・尾形 裕也 (東京大学政策ビジョン研究センター特任教授) | ・東 秀樹 (医療法人静光園理事長・白川病院院長) |
| ・折茂 賢一郎 (中之条町介護老人保健施設六合つつじ荘センター長) | ・松田 晋哉 (産業医科大学医学部教授) |
| ・嶋森 好子 (慶応義塾大学元教授) | ・松本 隆利 (社会医療法人財団新和会理事長) |
| ・鈴木 邦彦 (日本医師会常任理事) | ・武藤 正樹 (国際医療福祉大学大学院教授) |

スケジュール

- 平成27年7月10日から、平成28年1月15日までに7回検討会を開催し、1月28日に選択肢の整理案を提示。
- 検討会の報告を踏まえ、社会保障審議会の部会において、制度改正に向けた議論を開始。

「療養病床の在り方等に関する検討会」による新たな選択肢の整理案（概要）

慢性期の医療・介護ニーズに対応する今後のサービスの提供体制を整備するため、**介護療養病床を含む療養病床の在り方**をはじめ、**具体的な改革の選択肢の整理**等を行うことを目的として、療養病床の在り方等に関する検討会を開催。

議論の経過

第1回～第4回：療養病床の在り方等を検討する際の論点について（※第2回に有識者・自治体関係者からのヒアリングを実施）

第5回：新たな類型に関する論点について 第6回～第7回：新たな選択肢について

平成28年1月28日「療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて～サービス提供体制の新たな選択肢の整理案について～」を公表

新たなタイプの整理案について

※ 医療療養病床のうち、看護人員配置が診療報酬上の基準で25対1のもの

現行の介護療養病床、医療療養病床（25対1）※の主な利用者のイメージ

- **要介護度や年齢が高い者が多い**
⇒ 80歳以上の高齢者、要介護度が4以上の者が大半を占める
- **平均在院日数が長く、死亡退院が多い**
⇒ 医療療養病床が約半年、介護療養病床が約1年半の平均在院日数
⇒ 介護療養病床は約4割、医療療養病床(25対1)は約3割が死亡退院
- **一定程度の医療が必要**
⇒ 医療療養病床(20対1)よりも比較的医療の必要性が低いが、病態は様々で容体急変のリスクのある者も存在

新たな選択肢を考えるに当たっての基本的な考え方

- 利用者の生活様式に配慮し、長期に療養生活を送るのにふさわしい、プライバシーの尊重、家族や地域住民との交流が可能となる環境整備（『住まい』の機能を満たす）
- 経管栄養や喀痰吸引等を中心とした**日常的・継続的な医学管理**や、**充実した看取りやターミナルケア**を実施する体制

医療・介護ニーズがあり、長期療養の必要がある者に対応する新たな類型

① **医療機能を内包した施設類型**（患者像に併せて柔軟な人員配置、財源設定等ができるよう、2つのパターンが想定される）

② **医療を外から提供する、「住まい」と医療機関の併設類型**（医療機能の集約化等により、医療療養病床（20対1）や診療所に転換。残りスペースを居住スペースに。）

※ 療養病床の在り方等に関する検討会は、療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて、サービス提供体制の新たな選択肢の整理を行うものであり、**具体的な制度設計（財源、人員配置、施設基準等）は、社会保障審議会の部会**において議論。

※ なお、今後の検討に向けたメッセージとして構成員から例えば以下のような意見があった。

- ・ 医師や看護職員、介護職員の配置については、併設の病院なり診療所での医師や職員が柔軟に対応できるような配置要件が必要。
- ・ 長期に療養し、そこで亡くなるということ踏まえると、たとえ面積は狭くても個室などのプライバシーが保てるような場にする必要がある。
- ・ 介護療養病床の廃止期限の再延長、医療療養病床の看護人員配置の経過措置の延長は、選択肢として残すべき。
- ・ 新たな類型については、低所得の受け皿となることが考えられるため、低所得者対策を認めることが必要になる。

慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス提供類型

	現行の医療療養病床(20対1)	案1 医療内包型		案2 医療外付型	現行の特定施設入居者生活介護
		案1-1	案1-2	案2	
サービスの 特徴	長期療養を目的としたサービス(特に、「医療」の必要性が高い者を念頭)	長期療養を目的としたサービス(特に、「介護」の必要性が高い者を念頭)	長期療養を目的としたサービス	居住スペースに病院・診療所が併設した場で提供されるサービス	特定施設入居者生活介護
	病院・診療所	長期療養に対応した施設(医療提供施設)		病院・診療所と居住スペース	有料老人ホーム 軽費老人ホーム 養護老人ホーム
利用者像	医療区分ⅡⅢを中心	<ul style="list-style-type: none"> ・医療区分Ⅰを中心 ・長期の医療・介護が必要 			
	医療の必要性が高い者	医療の必要性が比較的高く、容体が急変するリスクがある者	医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者		
医療機能	・人工呼吸器や中心静脈栄養などの医療	・喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理	多様なニーズに対応する日常的な医学管理		
	・24時間の看取り・ターミナルケア ・当直体制(夜間・休日の対応)	・24時間の看取り・ターミナルケア ・当直体制(夜間・休日の対応)又はオンコール体制	オンコール体制による看取り・ターミナルケア	併設する病院・診療所からのオンコール体制による看取り・ターミナルケア	医療は外部の病院・診療所から提供
介護機能	介護ニーズは問わない	高い介護ニーズに対応	多様な介護ニーズに対応		

※医療療養病床(20対1)と特定施設入居者生活介護については現行制度であり、「新たな類型」の機能がわかりやすいよう併記している。

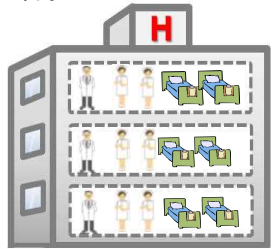
※案2について、現行制度においても併設は可能だが、移行を促進する観点から、個別の類型としての基準の緩和について併せて検討することも考えられる。

「療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて～サービス提供体制の新たな選択肢の整理案について～」(平成28年1月28日 療養病床の在り方等に関する検討会)より抜粋

慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス提供類型（イメージ）

医療機関 (医療療養病床 20対1)

- 医療区分ⅡⅢを中心とする者。
- 医療の必要性が高い者。



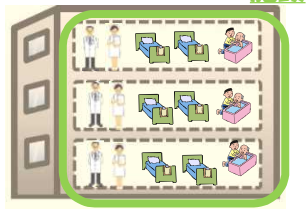
- 人工呼吸器や中心静脈栄養などの医療
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)
- 介護ニーズは問わない

医療機能を内包した施設系サービス

〔患者像に併せて柔軟な人員配置、財源設定等ができるよう、2つのパターンを提示。〕

新(案1-1)

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性が比較的高く、**容体が急変するリスク**がある者。



- 喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)又はオンコール体制
- 高い介護ニーズに対応

▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例



新(案1-2)

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性は多様だが、**容体は比較的安定した者。**



- 多様なニーズに対応する日常的な医学管理
- オンコール体制による看取り・ターミナルケア
- 多様な介護ニーズに対応

▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例



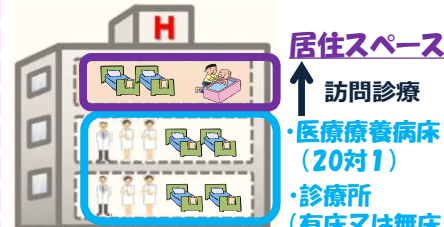
医療を外から提供する、 居住スペースと医療機関の併設

- 医療機能の集約化等により、20対1病床や診療所に転換。
- 残りスペースを居住スペースに。

新(案2)

医療機関に併設

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性は多様だが、**容体は比較的安定した者。**



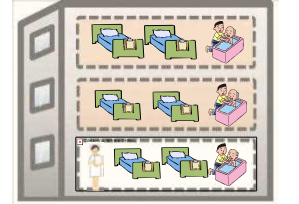
今後の人口減少を見据え、病床を削減。スタッフを居住スペースに配置換え等し、病院又は診療所(有床、無床)として経営を維持。

- 多様なニーズに対応する日常的な医学管理
- 併設する病院・診療所からのオンコール体制による看取り・ターミナルケア
- 多様な介護ニーズに対応

(注) 新案1-1、1-2及び2において、移行を促進する観点から、個別の類型としての基準の緩和について併せて検討することも考えられる。

現行の
特定施設入居
者生活介護

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性は多様だが、**容体は比較的安定した者。**



診療所等

- 医療は外部の病院・診療所から提供

- 多様な介護ニーズに対応

委員

（◎は部会長、○は部会長代理）

- ・阿部 泰久（日本経済団体連合会参与）
- ・荒井 正吾（全国知事会／奈良県知事）
- ・市原 俊男（高齢者住まい事業者団体連合会代表幹事）
- ・井上 由起子（日本社会事業大学専門職大学院教授）
- ・井上 由美子（高齢社会をよくする女性の会理事）
- ・岩田 利雄（全国町村会／東庄町長）
- ・岩村 正彦（東京大学大学院法学政治学研究科教授）
- ◎ 遠藤 久夫（学習院大学経済学部教授）
- ・遠藤 秀樹（日本歯科医師会常務理事）
- ・岡崎 誠也（全国市長会／高知市長）
- ・加納 繁照（日本医療法人協会会長）
- ・亀井 利克（三重県国民健康保険団体連合会理事長／名張市長）
- ・川上 純一（日本薬剤師会常務理事）
- ・小林 剛（全国健康保険協会理事長）
- ・齋藤 訓子（日本看護協会常任理事）
- ・柴口 里則（日本介護支援専門員協会副会長）
- ・白川 修二（健康保険組合連合会副会長・専務理事）
- ・鈴木 邦彦（日本医師会常任理事）
- ・鈴木 森夫（認知症の人と家族の会常任理事）
- ・瀬戸 雅嗣（全国老人福祉施設協議会副会長）
- ・武久 洋三（日本慢性期医療協会会長）
- ・田中 滋（慶應義塾大学名誉教授）
- ・土居 丈朗（慶応義塾大学経済学部教授）
- 永井 良三（自治医科大学学長）
- ・西澤 寛俊（全日本病院協会会長）
- ・東 憲太郎（全国老人保健施設協会会長）
- ・平川 則男（日本労働組合総連合会総合政策局長）
- ・松本 隆利（日本病院会理事）
- ・見元 伊津子（日本精神科病院協会理事）
- ・横尾 俊彦（全国後期高齢者医療広域連合協議会会長／多久市長）
- ・吉岡 充（全国抑制廃止研究会理事長）

開催実績

- 第1回：平成28年6月1日（検討会の整理案の報告）
- 第2回：平成28年6月22日（関係者ヒアリング）
- 第3回：日程調整中

スケジュール

- 具体的な制度設計について検討を進め、年内のとりまとめを目指す。
- なお、検討状況・結果については、関係部会に報告することとし、それぞれの制度改革との整合性を図るものとする。

医療安全の確保に向けた情報提供の あり方とガバナンス体制の構築

－情報提供のあり方－

- ①医療は人の生命・身体に関わるサービスであり、不当な広告により受け手側が誘引され、不適当なサービスを受けた場合の被害は、他の分野に比べ著しいこと。
 - ②医療は極めて専門性の高いサービスであり、広告の受け手はその文言から提供される実際のサービスの質について事前に判断することが非常に困難であること。
- 限定的に認められた事項（医療法第6条の5第1項各号等）以外は、原則として広告禁止

【広告の定義(医療広告ガイドライン)】

- ①患者の受診等を誘引する意図があること(誘因性)
 - ②医業若しくは歯科医業を提供する者の氏名若しくは名称又は病院若しくは診療所の名称が特定可能であること(特定性)
 - ③一般人が認知できる状態にあること(認知性)
- ①～③のいずれの要件も満たす場合に、広告に該当するものと判断

【広告に該当する媒体の具体例】

チラシ、パンフレット、看板等

【通常広告とはみなさないもの】

院内掲示、インターネット上のウェブサイト等



検索した上で閲覧するものであるため
認知性がない(バナー広告等を除く)

広告する内容	
広告可能な事項	一定の性質をもった項目に関する事項を規定 例) ・施設、設備又は従業者に関する事項 ・提供される医療の内容に関する事項 ・管理又は運営に関する事項
比較広告 誇大広告 等	・ 広告の中止命令・是正命令 ・ 命令違反に対する間接罰(※)適用
虚偽の内容	直接罰(※)を適用
広告可能な事項 以外の内容	・ 広告の中止命令・是正命令 ・ 命令違反に対する間接罰(※)適用

※・・・6ヶ月以下の懲役又は30万円以下の罰金。

美容医療サービスに係るホームページ及び事前説明・同意に関する建議の概要

美容医療サービスに関する消費者トラブルが跡を絶たない。当委員会は平成23年度に厚生労働省等に対して対策を講ずるよう建議を发出し、一定の対策が講じられたが、その効果は十分でなく、相変わらず消費者トラブルが発生している。特に美容医療サービスに係るホームページには不適切な情報提供が存在し、患者に対する施術前の事前説明・同意も十分でない状況にあることから、当委員会は、厚生労働省に対して必要な措置について建議する。

問題点

ホームページでは不適切な情報提供が存在！

- 厚生労働省は、「医療機関ホームページガイドライン」を策定するなどの対策を講じたが、**改善が進んでいない。**
- 医療機関のホームページについては、**医療法の広告規制の対象外**のため、立入検査や、改善命令などの行政処分が行われていない。

事前説明・同意に係るトラブルも増加！

- 相談事例には**あたかもリスクが少ない施術と勘違いさせるような説明**や、様々な理由を付けて**即日施術の決断を迫るケース**が見られる。
- 厚生労働省は、「美容医療サービス等の自由診療におけるインフォームド・コンセントの取扱い等について」を通知しているが、指導基準が明確ではないため、**具体的に何をすべきで何をしてはいけないのかが不明確なものとなっている。**

建議事項

1. 医療機関のホームページの情報提供の適正化

- 医療機関のホームページを医療法上の「広告」に含めて規制の対象とすること。
- 少なくとも医療法及び医療法施行規則に基づき「広告」に対して禁止している以下の類型については、医療機関のホームページについても禁止すること。
 - ・内容が虚偽にわたる広告
 - ・他と比較して優良である旨の広告
 - ・誇大な広告
 - ・客観的事実であることを証明できない内容の広告
 - ・公序良俗に反する内容の広告

2. 事前説明・同意の適正化

- 厚生労働省通知の解釈や指導の基準(Q&A)を速やかに示した上で、患者に対する施術前の説明を適切に行い、患者の理解と同意を得た上で施術を行うべきこと、即日施術を厳に慎むべきことを徹底すること。
- 消費者に対して、美容医療サービスを受けるに当たって注意すべき事項について医療機関にチラシを備え置くなどして、注意喚起すること。

3. 苦情相談情報の活用

- PIO-NETや医療安全支援センターに蓄積された情報の活用を図るとともに、同センター相談窓口を消費者へ周知を図ること。
- 行政手続法に基づき、国民が、法令に違反する事実を発見した場合に、行政機関に対し処分や行政指導を求める仕組みの活用を図ること。

【規制の範囲、あり方】

- 医療機関のウェブサイト等について、広告可能事項が限定されている医療法上の広告として取り扱うこととした場合には、患者が知りたい情報と考えられる、詳細な診療内容等の情報が得られなくなる等、医療情報の提供促進に支障が生じることへの懸念が多く示されていること等を踏まえ、引き続き、現行の医療法上の広告規制の適用対象としないが、適切な情報発信を推進する観点からも認められないような、虚偽・誇大な表示等が規制されないことは適当ではないことから、不適切な表示に対する規制を新たに設けるべきである。

【監視・是正体制の強化等】

- 医療機関のウェブサイト等による情報提供の適正化に当たっては、医療法の規制の対象とすることに加え、監視・是正体制を強化し実効性を確保していくことが重要である。このため、都道府県等の地方自治体をまたがる広域的事案等に効率的かつ迅速に対応するための行政権限や情報共有のあり方も含めて検討する必要がある。また、問題の多い領域等に焦点を当てた規制の周知・遵守の徹底、患者・消費者教育を推進していくことが重要である。

（具体的な施策例）

- 新たな規制の内容や違反事例等をガイドライン等において明確化
- 外部委託によりネットパトロール監視体制を構築
- 美容医療団体、プロバイダ等を通じ規制遵守を徹底 等

「医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会」について

平成28年3月
医政局総務課

1. 開催の趣旨

昨今、美容医療サービスに関する情報提供を契機として消費者トラブルが発生する問題が指摘されていることや、厚生労働省の「保健医療2035」策定懇談会が示した提言集において「医療機関や医師の技術力の評価に関する情報の公表の範囲や方法のあり方について検討すること」が求められていること等を踏まえ、国民、患者に対する医療情報の提供内容等のあり方について新たに検討を行うための検討会を開催することとする。

なお、これまで「医療情報の提供のあり方等に関する検討会」において、医療機能情報提供制度や医療機関が広告できる事項の拡大等について検討し施策に反映させてきたが、今後は本検討会にて検討する。

2. 検討課題の例

- (1) 医療に関する広告について
 - ① 医療機関のホームページの内容のあり方
 - ② 臨床指標を用いた医療の質の評価・公表等のあり方
 - ③ 医師等の専門性に関する資格名等のあり方
- (2) 医療機能情報提供制度について
 - ① 医療機関等による報告事項の見直し
 - ② 都道府県等による公表のあり方

3. 検討会の位置づけ等

医政局長が主催する検討会とし、その庶務は医政局総務課にて行う。

医療情報の提供内容等のあるり方に関する検討会構成員名簿

(五十音順)

氏名	所属・役職
石川 広己	公益社団法人日本医師会常任理事
大道 道大	一般社団法人日本病院会副会長
尾形 裕也	東京大学政策ビジョン研究センター特任教授
○ 桐野 高明	東京大学名誉教授
小竹 欣男	栃木県保健福祉部医療政策課長
小森 直之	一般社団法人日本医療法人協会副会長
瀬古口 精良	公益社団法人日本歯科医師会常務理事
平川 則男	日本労働組合総連合会総合政策局長
本多 伸行	健康保険組合連合会理事
三浦 直美	時事通信社編集委員・女性編集チーム
山口 育子	認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML 理事長
唯根 妙子	公益社団法人日本消費生活アドバイザー・ コンサルタント・相談員協会理事

医療安全の確保に向けた情報提供の あり方とガバナンス体制の構築

—医療安全確保に向けた
ガバナンス体制の構築—

特定機能病院に対する集中検査の結果及び当該結果を踏まえた対応 について（抜粋）

平成 27 年 1 月 5 日
大学附属病院等の医療安全
確保に関するタスクフォース

第 1 本報告の位置付けについて

（略）

また、医療安全管理体制に止まらず、病院運営全体の意思決定の在り方を含む病院としてのガバナンス体制の再編、整理、強化の必要性も明らかになったところである。特定機能病院、なかんずく大学附属病院のガバナンス体制や意思決定の在り方に関しては、国民の生命に直接関わる重要問題であり、医療提供体制に責任を持つ厚生労働省として、早急にそのあるべき姿に関し、考え方を明らかにし実施に移していく。そのため、大学附属病院等のガバナンス改革に関して検討の場を設け、可及的速やかに結論を得ることとする。

第 3 医療安全確保の改善策について

1. ガバナンスの確保・医療安全管理体制について

（1）医療安全に係る理念の徹底

（略）

管理者（病院長、以下同じ。）は、基本理念を遵守し、医療安全管理体制の確保に責任を負う必要があり、そのためには、一貫した医療安全管理体制が確保されるよう医療安全管理についての十分な知見を有し、継続したリーダーシップを発揮できる管理者として選任される必要がある。今後、管理者として適切な人材が選任され、権限と責任を持って病院の管理運営に取り組めるよう、開設者との関係や病院としての意思決定の在り方も含め、更に議論が必要である。

大学附属病院等のガバナンスに関する検討会 開催要綱

1. 開催の趣旨等

大学附属病院等において、医療安全に関する重大な事案が相次いで発生したことを踏まえ、厚生労働省に「大学附属病院等の医療安全確保に関するタスクフォース」が平成27年4月に設置された。同年6月から9月にかけて実施された特定機能病院に対する集中検査の結果及びそれを踏まえた医療安全確保のための改善策を中心に同年11月5日、「特定機能病院に対する集中検査の結果及び当該結果を踏まえた対応について」がとりまとめられたところである。

当該とりまとめにおいて、「大学附属病院等のガバナンス改革に関して検討の場を設け、可及的速やかに結論を得ること」とされたことから、これらの具体化に向けて必要な検討を行うため、有識者による検討会を開催するものである。

2. 構成員

- (1) 企業・病院等のガバナンスに関する有識者により構成する。(別紙)
- (2) 座長を1名置くものとする。
- (3) 必要に応じて検討に必要な有識者等の意見を聴取することができる。

3. 検討内容

- (1) 病院としての適切な意思決定を行うための体制
- (2) 管理者の資質や選任方法

等

4. 検討スケジュール

平成28年2月より開始し、夏までにとりまとめを行う。

5. 運営等

- (1) 検討会は、原則として公開するとともに、議事録を作成し、公表する。
- (2) 検討会の庶務は、文部科学省高等教育局医学教育課の協力を得て、医政
局総務課において行う。

6. その他

この要綱に定めるもののほか、検討会の運営に関し必要な事項は別に定める。

大学附属病院等のガバナンスに関する検討会構成員

(五十音順)

- 市川 朝洋 公益社団法人日本医師会常任理事
- 梶川 融 日本公認会計士協会公会計協議会会長
- 草刈 隆郎 公益財団法人がん研究会理事長
- 楠岡 英雄 国立病院機構理事長
- 田島 優子 さわやか法律事務所弁護士
- 田中 滋 慶應義塾大学大学院経営管理研究科名誉教授
- 野村 修也 中央大学法科大学院教授
- 松井 秀征 立教大学法学部教授
- 矢野 真 日本赤十字社事業局技監
- 山口 育子 認定NPO法人ささえあい医療人権センター
COML 理事長

(○は座長)

- ※ オブザーバー
- 森山 寛 東京慈恵会医科大学名誉教授
- 山本 修一 千葉大学医学部附属病院長

大学附属病院等のガバナンス改革について(検討会で議論が行われた項目)

特定機能病院は高度な医療を提供する等の使命 ⇒ 高度な医療安全管理体制が不可欠

I 適切な意思決定を行うための体制の整備 II 管理者の資質や選任方法等

- 管理者の職務権限の明確化
- 管理者の理事会等への参画
- 病院運営会議(合議機関)の設置
- 管理者のサポート体制の充実

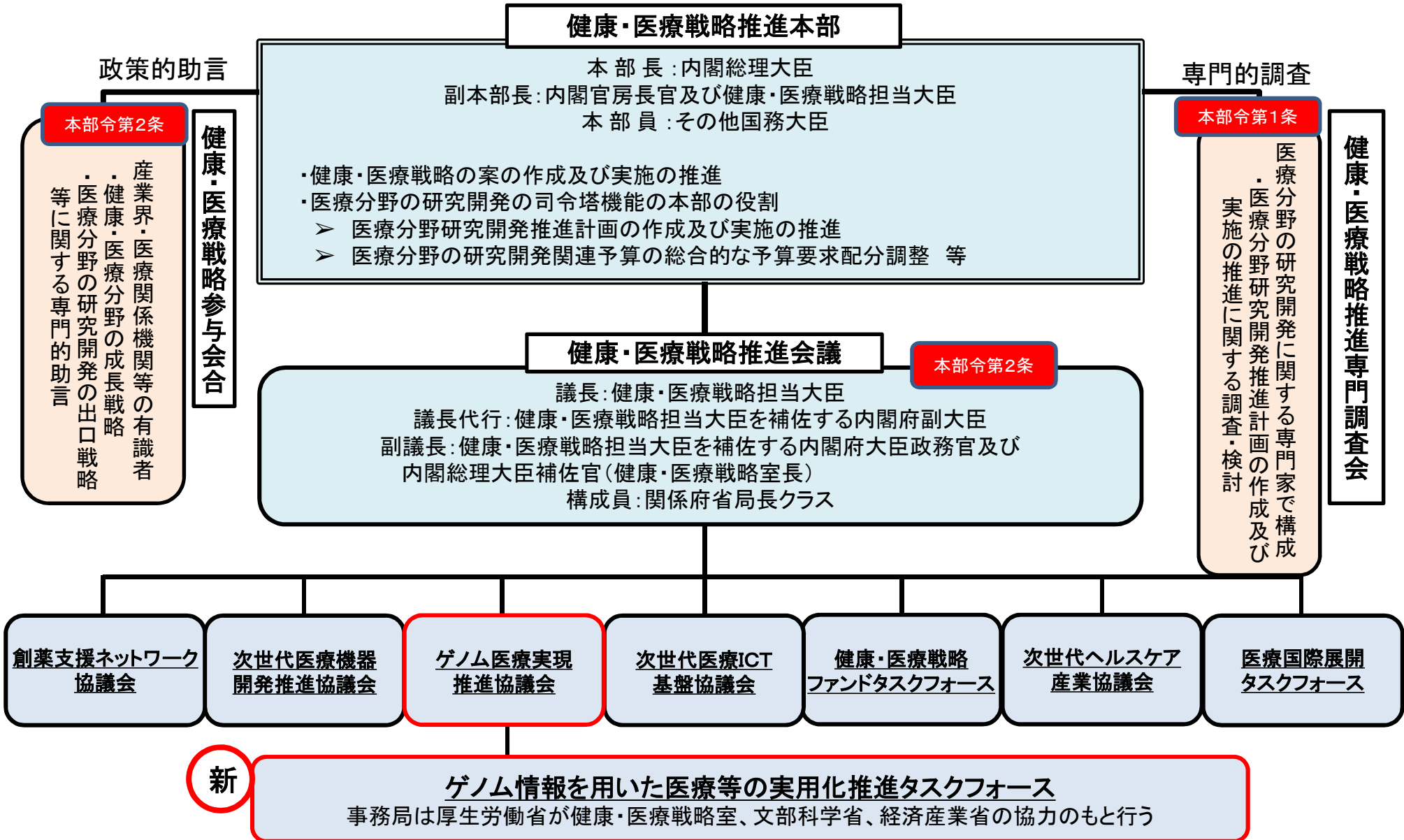
- 選考プロセスの透明化
 - ・ 資質・能力基準の設定
 - ・ 選考会議での審査
 - ・ 選考結果、過程、理由の公表

III 病院運営に関するチェック・牽制

- 外部有識者を含む理事会・監事等によるチェック (医療安全については監査委員会がチェック)
- コンプライアンスに係る体制の整備
- 各項目に係る内部規程の公表、業務報告書を通じた情報開示の推進

ゲノム医療の推進

ーゲノム医療の実用化推進ー



ゲノム情報を用いた医療等の実用化推進タスクフォースについて

●ゲノムTF構成員

鎌谷 直之	東京女子医科大学膠原病リウマチ痛風センター客員教授
今村 定臣	公益社団法人日本医師会 常任理事
斎藤 加代子	東京女子医科大学附属遺伝子医療センター 所長・教授
佐々 義子	特定非営利活動法人くらしとバイオプラザ21 常務理事
末松 誠	国立研究開発法人日本医療研究開発機構 理事長
鈴木 正朝	新潟大学法科大学院
高木 利久	東京大学大学院理学系研究科生物科学専攻 教授
高田 史男	北里大学大学院医療系研究科臨床遺伝医学 教授
辻 省次	東京大学ゲノム医科学研究機構 機構長
堤 正好	一般社団法人日本衛生検査所協会遺伝子検査受託倫理 審査委員会 副委員長(株式会社エスアールエル)
○福井 次矢	聖路加国際病院 院長
藤原 康弘	国立研究開発法人国立がん研究センター 企画戦略局長
別所 直哉	特定非営利活動法人個人遺伝情報取扱協議会 理事長
宮地 勇人	東海大学医学部基盤診療学系臨床検査学 教授
武藤 香織	東京大学医科学研究所ヒトゲノム解析センター公共政策 研究分野 教授
山本 隆一	一般財団法人 医療情報システム開発センター 理事長
横田 浩充	一般社団法人 日本臨床衛生検査技師会 医療政策委員
横野 恵	早稲田大学社会科学総合学術院 准教授

○は座長
(敬称略)

●これまでの検討状況

- 第1回 平成27年11月17日
 - (1)ゲノム情報を用いた医療等の実用化推進タスクフォースについて
 - (2)ゲノム医療等をめぐる現状と課題について
 - (3)今後の検討課題と検討の進め方(案)について
 - (4)改正個人情報保護法について
- 第2回 平成27年12月2日
 - (1)改正個人情報保護法におけるゲノム情報の取扱いについて
- 第3回 平成27年12月25日
 - (1)改正個人情報保護法におけるゲノムデータ等の取扱いについて
- 第4回 平成27年1月27日
 - (1)ゲノム医療に関連する施策について
 - (2)今後の検討課題と検討の進め方(案)について
 - (3)医療における遺伝子関連検査について
 - (4)消費者向け遺伝子検査ビジネスについて
- 第5回 平成28年2月18日
 - (1)医療における遺伝子関連検査の品質・精度の確保について
- 第6回 平成28年3月11日
 - (1)ゲノム医療の提供のあり方について
 - (2)当面の対応と今後の研究開発の方向性について
- 第7回 平成28年3月30日
 - (1)ゲノム医療の質の確保について
 - (2)消費者向け遺伝子検査ビジネスについて
- 第8回 平成28年6月1日
 - (1)ゲノム医療等の質の確保について
 - (2)ゲノム医療等の実現・発展のための社会環境整備について
- 第9回 平成28年7月22日
 - (1)ゲノム医療等の実現・発展のための社会環境整備について

これまで、ゲノム医療への実用化に向けた我が国の取組は諸外国に比べ出遅れているとの指摘がなされているが、現在、内閣官房健康・医療戦略推進会議の下に設置された「ゲノム医療実現推進協議会」により、各省連携して、ゲノム医療の実用化に向けた取組を行っている。

(1) 臨床応用

① 遺伝子関連検査の品質・精度管理

- ・遺伝子関連検査は病院、衛生検査所、研究室で実施されているが、遺伝子関連検査に特化した基準は定められていない。
- ・米国等においては、遺伝子関連検査施設や検査担当者を認証する等の法規制が存在。
- ・消費者に直接提供される遺伝子検査ビジネス(DTC遺伝子検査)は、経済産業省の定める遵守事項や国内外の学術団体、業界団体が公表している指針等を参考に実施することが求められている。
- ・国民生活センター等への、遺伝子検査ビジネスに関する相談事例の一部として医学的根拠に関する相談もあるが、多くは一般的な商取引に関する相談。

② 遺伝子関連検査の結果の伝え方

- ・遺伝カウンセリング体制を含め遺伝子関連検査結果の情報提供体制が不十分。
- ・偶発的に発見された遺伝子関連情報を本人に伝える等の取扱についての規定がない。
- ・DTC遺伝子検査は、消費者に直接結果が返されるため、医師や遺伝カウンセラーの関与がない場合がある。

③ ゲノム医療機関

- ・ゲノム医療のコアとなる拠点病院が存在しない。
- ・遺伝子関連検査、個別化医療、薬の使い分け等の診療報酬としての評価が不十分。
- ・英国(NHS)ではゲノムセンターが国内に23ヶ所が整備されており、492種の検査やカウンセリングを提供している。

④ 人材育成

- ・臨床遺伝専門医、遺伝カウンセラー、バイオインフォマティシャンなど様々な専門的人材が必要であるが、我が国では不足している。

(2) 研究開発

- ・英米では、国家プロジェクトとしてゲノム医療の実現に向けた研究を推進している。(バイオバンクの整備やゲノムコホート研究の実施)
- ・厚生労働省としては、これまでナショナルセンターにおいて、がんや希少疾患(難病)を中心とした研究基盤整備・臨床応用の推進に取り組んできた。
- ・我が国も、ゲノム医療実用化に向けた研究を推進するため、オールジャパンのネットワークの形成が必要。
- ・正確で効率的な医療情報の突合に必要な仕組みの構築が必要。

(3) 社会環境

① ゲノム情報に基づく差別の防止等

- ・ゲノム情報に基づく差別(雇用、民間医療保険加入等)を法的に禁止、制限するものが現在ない。
(米、独、仏、韓等では、差別禁止法が存在)
- ・遺伝子関連検査を実施する者(医療関係者以外)の守秘義務について規定がない。

② 国民への啓発普及

- ・国民のゲノム医療への理解が進んでいない。
- ・一層、国民(患者)にゲノム医療研究へ参画を進める必要がある。

ゲノム医療等の質の確保について

- ① 国内における品質・精度管理の基準設定（CLIA、CAP、ISO等）等の必要性に関する検討及びLDTに関する検討
医療に用いるオミックス検査の国内における品質・精度管理について現状把握した上で今後の対応や必要な措置を検討

AMED調査結果

国内外における遺伝子関連検査の品質・精度管理体制の現状及び諸外国の法令等や外部認証制度の概要・取得状況を調査することを目的としたAMED研究「国内外における遺伝子診療の実態調査（三菱総研）（以下、「AMED調査」）」を平成27年度に実施した。

国内の状況

- 遺伝子関連検査に特化した基準はない。

※民間の取組としては、OECDガイドラインの原則を踏まえた「遺伝子関連検査に関する日本版ベストプラクティス・ガイドライン」（2012年3月NPO法人日本臨床検査標準協議会）が策定されている。

- 病院における遺伝子関連検査の品質管理体制状況は以下のとおり。

- ✓ 遺伝学的検査を実施している病院の臨床検査室における品質管理体制として、以下の策定・実施状況は、「一次サンプル採取マニュアル」31.6%、「標準作業手順書」28.9%、「検体搬送・受け取り手順書」26.3%であった。
- ✓ 体細胞遺伝子検査・病原体遺伝子検査の品質管理体制として、以下の策定。実施状況は、「標準作業手順書」63.3%、「機器・試薬管理手順書」46.7%、「組織・管理体制の明確化」38.3%等であった。
- ✓ 外部認証（ISO15189）等の取得状況は、「遺伝学的検査を実施する」140病院のうち11病院（7.9%）、「体細胞遺伝子検査・病原体遺伝子検査を実施する」127病院中30病院（23.6%）

海外の状況

- 国際的な外部認証制度の中に遺伝子関連検査の規定が含まれていることに加え、独自の規定を設けている国もあった。

	適用法令等	品質・精度管理に関する要件
米国	臨床検査施設室改善法（CLIA）	・検査施設の認証 ・構造設備、人的要件、精度管理等
英国	国の指針のみ	・人材、検体、品質マネジメント （検査施設の認定に移行中）
仏国	公衆衛生法	・遺伝子関連検査の人的要件の規定 （検査施設の認定に移行中）
独国	ヒト遺伝学的診断に関する法律 医師会ガイドライン	・検査施設の認定 ・人材、検体、品質マネジメント

OECD：「分子遺伝学的検査における質保証に関するOECDガイドライン」（2007年5月）が作成されている。

現時点での実行状況

ゲノム下意見

- 遺伝子関連検査の品質・精度を確保するためには、遺伝子関連検査に特化した日本版ベストプラクティス・ガイドライン等、諸外国と同様の水準を満たすことが必要。

今後の取組方針（案）

- 遺伝子関連検査の品質・精度について日本版ベストプラクティスガイドライン等、諸外国と同様の水準を確保するため、厚生労働省において、法令上の措置を含めた具体的な方策等を平成28年度から検討する。

持分なし医療法人への移行認定制度

— 持分なし医療法人への
移行認定制度の延長等 —

認定制度の趣旨

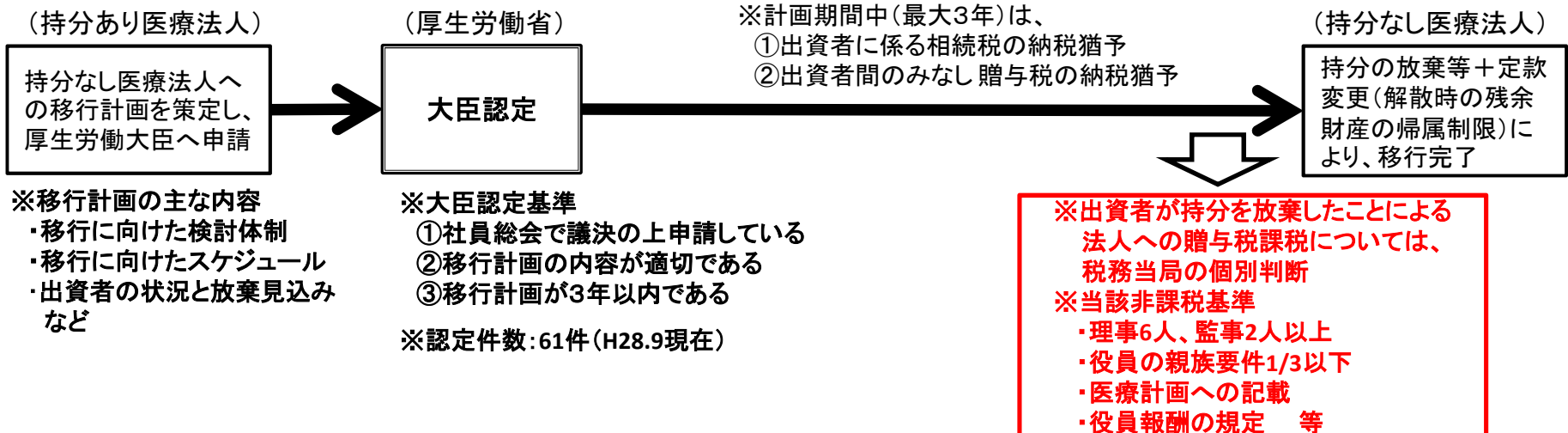
医療法人の経営者の死亡により相続が発生することがあっても、相続税の支払いのための持分払戻などにより医業継続が困難になるようなことなく、当該医療法人が引き続き地域医療の担い手として、住民に対し、医療を継続して安定的に提供していけるようにするため、医療法人による任意の選択を前提としつつ、持分なし医療法人への移行について計画的な取組を行う医療法人を、国が認定する仕組みを導入。

※制度期間：平成26年10月1日から平成29年9月30日までの3年間

計画認定を受けた医療法人への支援

- ・ 税制措置：持分あり医療法人の持分を相続または遺贈により取得した場合や、持分あり医療法人の出資者が持分を放棄したことにより、他の出資者の持分が増加することで、贈与を受けたものとして他の出資者にみなし贈与税が課される場合、その法人が認定を受けた医療法人であるときは、これらの相続税、贈与税の納税を猶予（最大3年間）等される。
- ・ 融資制度：認定を受けた医療法人における出資者や相続人からの持分の払戻し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）

認定手続きの流れ

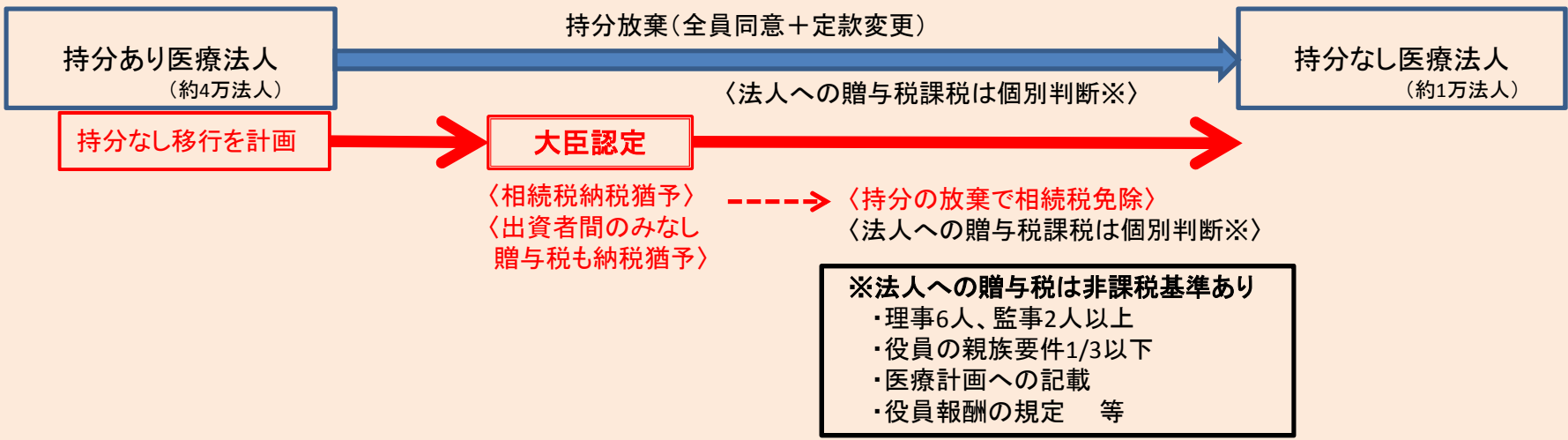


1. 現状

○持分なし医療法人への移行計画の大臣認定を受け移行を進めている持分あり医療法人においては、出資者の死亡により相続が発生することなどがあっても、相続税の納税のために相続人から法人への相続持分の払戻し請求等を受けて移行計画の達成に支障が生じることのないよう、相続税等の猶予等を行う特例措置を講じており、計画的に移行を進める持分あり医療法人にとって、必要な支援措置となっている。

2. 現行制度

持分あり医療法人の持分を相続・遺贈により取得した場合等にその法人が大臣認定を受けた医療法人であるときは、これらの相続税等の納税を猶予（最大3年間）等する。（認定期間は、平成26年10月1日から平成29年9月30日までの3年間）



2. 要望内容

- 持分なし医療法人への移行計画の認定期間は平成29年9月30日までであり、当該認定期間の延長を前提として、**「医療継続に係る相続税・贈与税の納税猶予等の特例措置」の適用期間について延長する。**
- 持分あり医療法人から持分なし医療法人へ移行する際、出資者の持分の放棄による経済的利益の法人への帰属について、当該法人に対して贈与税が課税される場合があるが、**移行計画の認定を受けた法人については、円滑な移行促進のために法人への贈与税を非課税等とする。**