

重点事項

1. 医師確保対策について

全国的に小児科や産科・産婦人科などの診療科やへき地等で医師不足問題が深刻な状況であり、地域に必要な医師を確保していくことは喫緊の課題である。

とりわけ医師数については、毎年増加しているものの、医療の高度化、患者ニーズの多様化、高齢化の進展、医師の労働観の変化などから、医療ニーズが増大し、絶対数が不足している。

このため、昨年5月末に政府・与党が一体となって取りまとめ「緊急医師確保対策」に加え、本年6月に取りまとめた「安心と希望の医療確保ビジョン」や「骨太の方針2008」、7月の「5つの安心プラン」に基づき各般の対策を取りまとめるとともに、これまでの閣議決定を見直し、医師養成数を早急に過去最大程度まで増員することとしたところ。

<予算>

まず、緊急対策として、平成20年度補正予算において、

- ・医師派遣緊急促進事業（59.2億円）
- ・事務作業を行う医師事務作業補助者を設置・養成する際に必要な経費の助成事業（6.8億円）
- ・短時間正規雇用を導入する病院に対し必要な経費の支援（4.7億円）

を盛り込み、医師不足地域への医師派遣や、勤務医、女性医師の勤務環境の改善を行うところ。

さらに、平成21年度予算案においては、

- ・産科、救急医療やへき地医療など、地域医療の現場で頑張っておられる医師を評価し、医師が魅力を感じることができるようインセンティブを付与するため、これまでの仕組みにとらわれない効果的な対策を盛り込むとともに、
- ・地域への医師派遣に協力する医療機関への財政支援
- ・周産期医療体制の整備と救急との連携強化

など、様々な対策を盛り込んでいるところ。

また、現下の厳しい経済情勢を踏まえ、平成20年度第2次補正予算においては、

- ・救急医療の充実強化として、緊急ヘリポート施設整備事業（11.0億円）
- ・看護師・助産師の高度技能習得の推進として、看護師等協働推進研修モデル事業（1.0億円）

など、さらにきめ細かい対策を盛り込んでいるところ。

<その他>

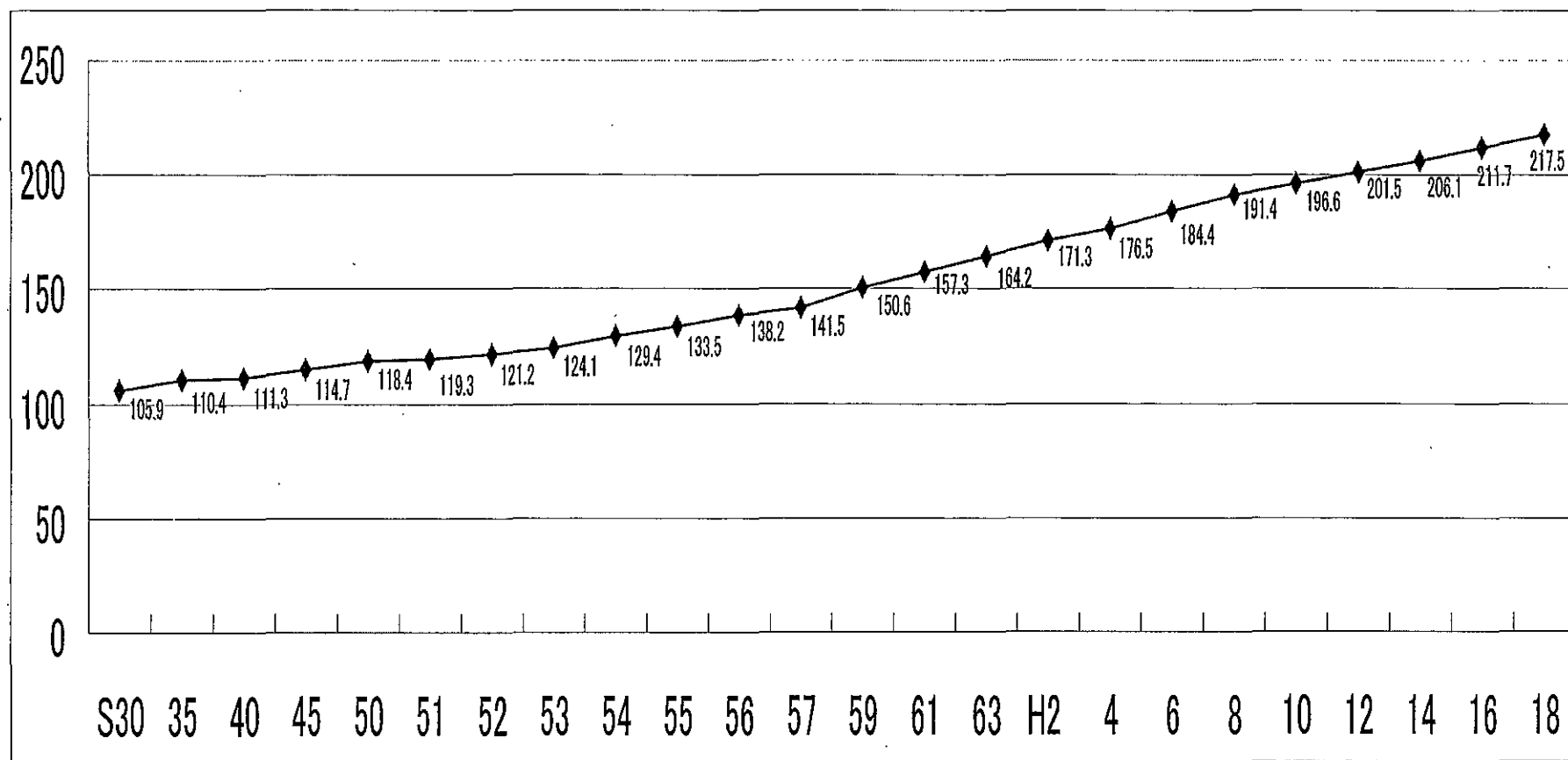
予算だけではなく、制度面での対策として、

- ・文部科学省と厚生労働省が一体となって、臨床研修制度の見直しに取り組むとともに、
- ・産科医療補償の創設、医療安全調査委員会（仮称）の設置に向けた検討など、医療リスクに対する支援体制の整備
- ・総務省消防庁、文部科学省、経済産業省の協力を得て、救急医療や周産期医療のあり方の検討

など、様々な対策を実効性ある形で実現していくところ。

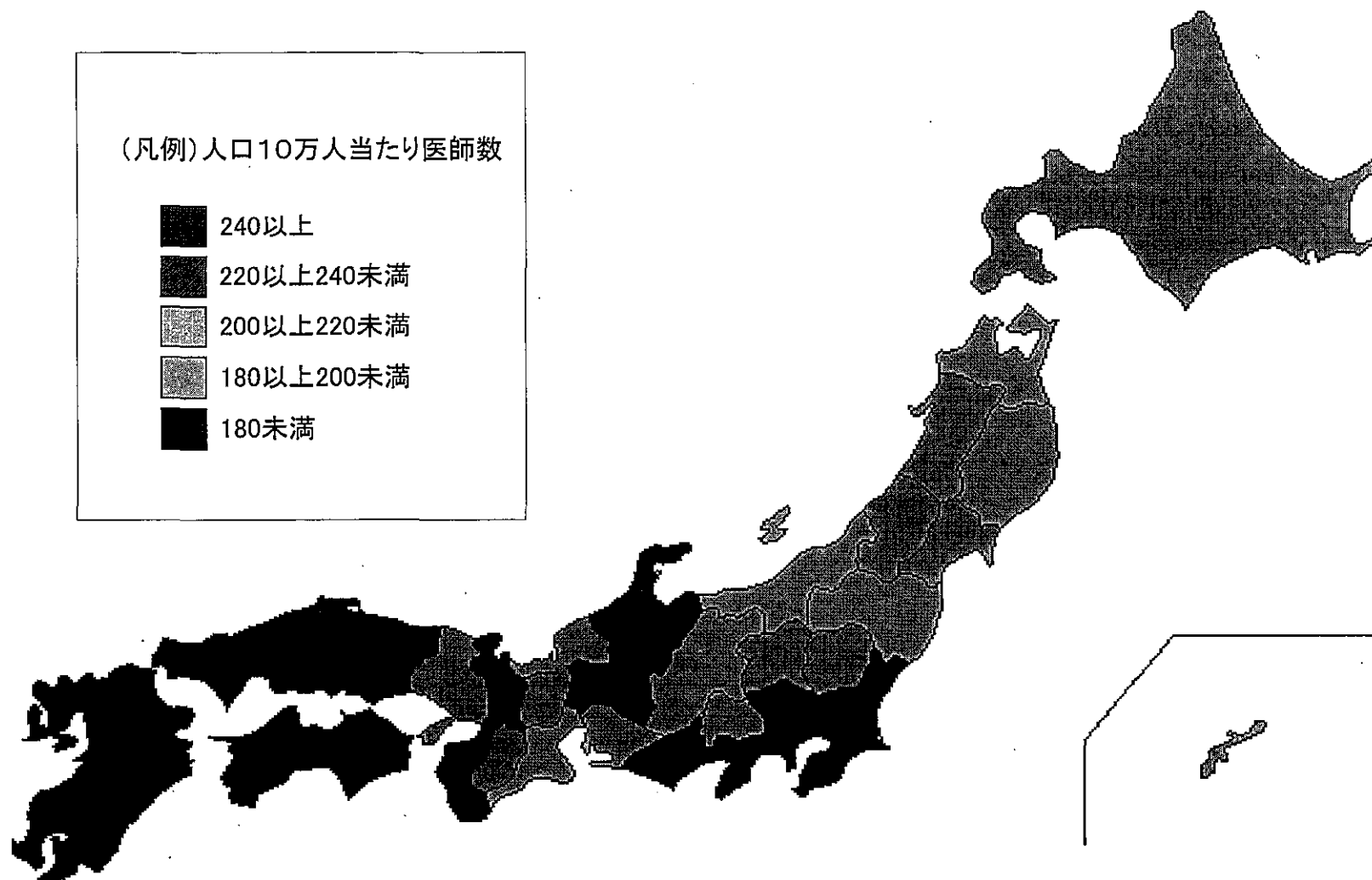
人口10万対医師数の年次推移

- 近年、医師国家試験の合格者は毎年7,600～7,700人程度であり、死亡等を除いても、医師数は、毎年3,500～4,000人程度増加。
 (医師数) 平成10年 24.9万人 → 平成18年 27.8万人 (注) 従事医師数は、26.4万人



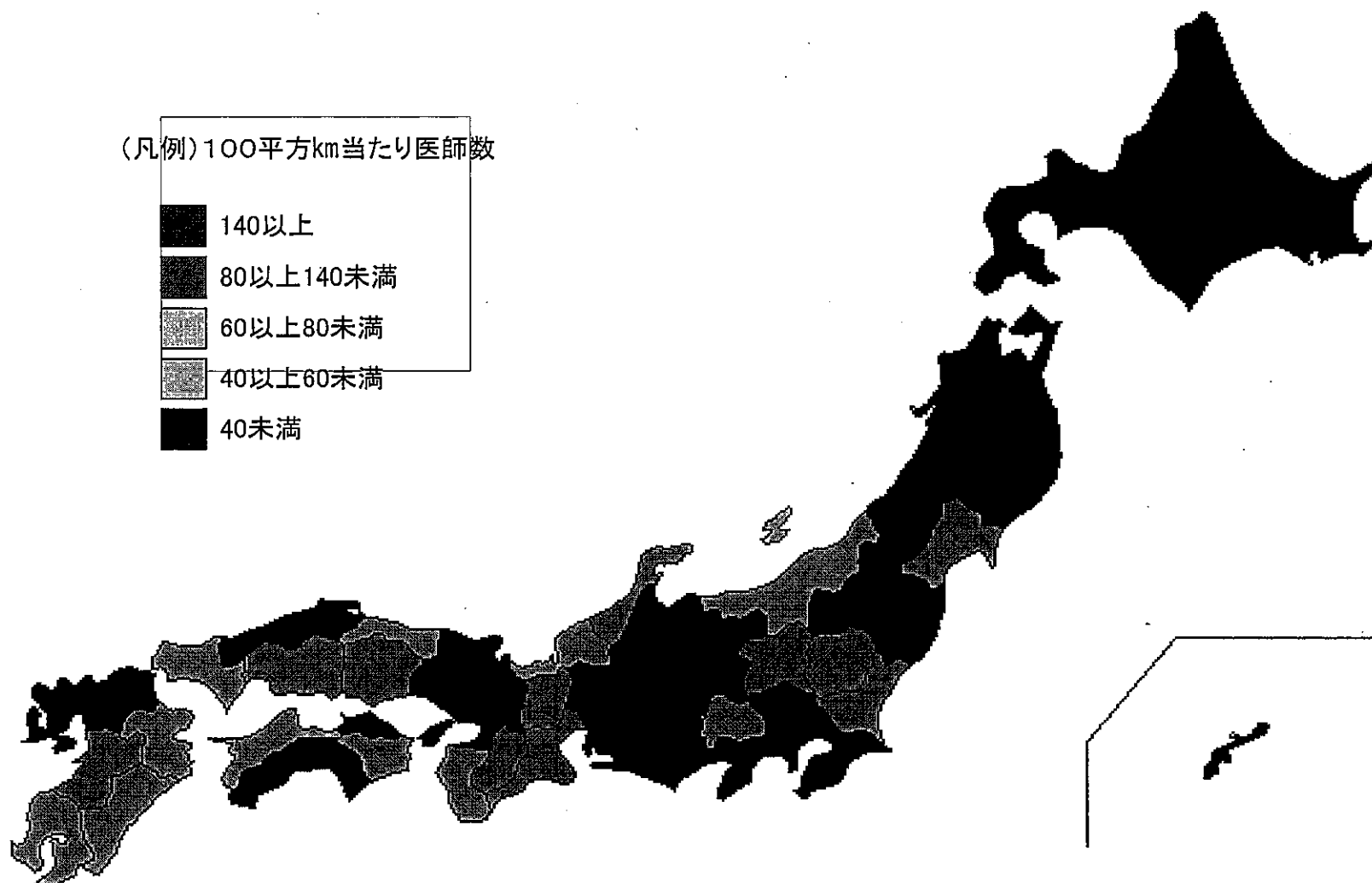
(出典)医師・歯科医師・薬剤師調査

人口10万人当たり医師数の分布(平成18年)



(出典)医師・歯科医師・薬剤師調査

100平方km当たり医師数の分布(平成18年)



(出典) 医師・歯科医師・薬剤師調査

二次医療圏別人口10万人当たり従事医師数

○ 各都道府県内においても、県庁所在地など人口当たりの医師数が多い地域と、郡部など少ない地域が見られる。

平成18年医師・歯科医師・薬剤師調査より作成

都道府県	二次医療圏	人口10万人当たり 従事医師数(県内)	県内での差	都道府県	二次医療圏	人口10万人当たり 従事医師数(県内)	県内での差	都道府県	二次医療圏	人口10万人当たり 従事医師数(県内)	県内での差
北海道	上川中部	288.6	3.4倍	石川県	石川中央	302.1	2.5倍	岡山県	県南東部	289.5	2.1倍
	根室	84.7			能登北部	120.6			高梁・阿新	136.2	
青森県	津軽地域	258.4	2.6倍	福井県	福井・坂井	282.6	2.6倍	広島県	呉	279.7	1.6倍
	西北五地域	97.9			奥越	108.5			広島中央	175.1	
岩手県	盛岡	254.4	2.4倍	山梨県	中北	246.6	2.4倍	山口県	宇部・小野田	363.1	2.3倍
	釜石	105.9			峡南	103.9			萩	154.9	
宮城県	仙台	296.0	4.2倍	長野県	松本	301.3	2.3倍	徳島県	東部Ⅰ	315.9	2.1倍
	黒川(※1)	70.5			木曾	130.7			南部Ⅱ	147.2	
秋田県	秋田周辺	258.1	2.4倍	岐阜県	岐阜	224.8	1.8倍	香川県	高松	283.5	1.9倍
	湯沢・雄勝	108.6			中濃	123.9			小豆	149.8	
山形県	村山	230.4	1.8倍	静岡県	西部	212.9	1.9倍	愛媛県	松山	275.2	1.9倍
	最上	127.1			中東遠	110.5			宇摩	148.1	
福島県	県北	230.2	2.7倍	愛知県	尾張東部	316.7	4.4倍	高知県	中央	301.3	2.3倍
	南会津	86.8			尾張中部	72.6			高幡	133.2	
茨城県	つくば	305.0	3.6倍	三重県	中勢伊賀	235.0	1.7倍	福岡県	久留米	399.4	2.8倍
	鹿行	85.7			東紀州	135.2			京築	140.3	
栃木県	県南	260.8	2.2倍	滋賀県	大津	303.3	2.8倍	佐賀県	中部	303.9	2.1倍
	県西	118.6			甲賀	109.6			西部	145.3	
群馬県	前橋	376.8	2.8倍	京都府	京都・乙訓	361.7	3.2倍	長崎県	長崎	325.4	3.1倍
	太田・館林	135.6			山城南	114.0			上五島	106.6	
埼玉県	西部第二	232.6	2.4倍	大阪府	大阪市	315.2	2.0倍	熊本県	熊本	369.0	3.4倍
	児玉	96.0			中河内	161.5			阿蘇	109.8	
千葉県	安房	294.5	3.1倍	兵庫県	神戸	262.7	1.9倍	大分県	別府速見	285.9	2.4倍
	夷隅長生	95.3			西播磨	139.9			臼津	118.7	
東京都 (※3)	区中央部(※2)	1,173.5	9.3倍	奈良県	東和	253.7	1.8倍	宮崎県	宮崎東諸県	287.9	2.5倍
	西多摩	126.3			西和	141.1			西部児湯	114.0	
神奈川県	横浜南部	222.3	1.8倍	和歌山県	和歌山	324.9	2.2倍	鹿児島県	鹿児島	329.2	3.2倍
	県央	124.2			那賀	146.8			熊毛	104.3	
新潟県	新潟	218.4	1.8倍	鳥取県	西部	352.3	1.9倍	沖縄県	南部	245.1	1.7倍
	魚沼	118.1			中部	182.5			宮古	144.4	
富山県	富山	264.8	1.5倍	島根県	出雲	393.6	3.1倍				
	高岡	178.6			雲南	125.4					

※1 黒川(大和町、大郷町、富谷町、大衝村)

※2 区中央部(千代田区、中央区、港区、文京区、台東区)

※3 島しょ医療圏を除く。

診療科別医師数の推移

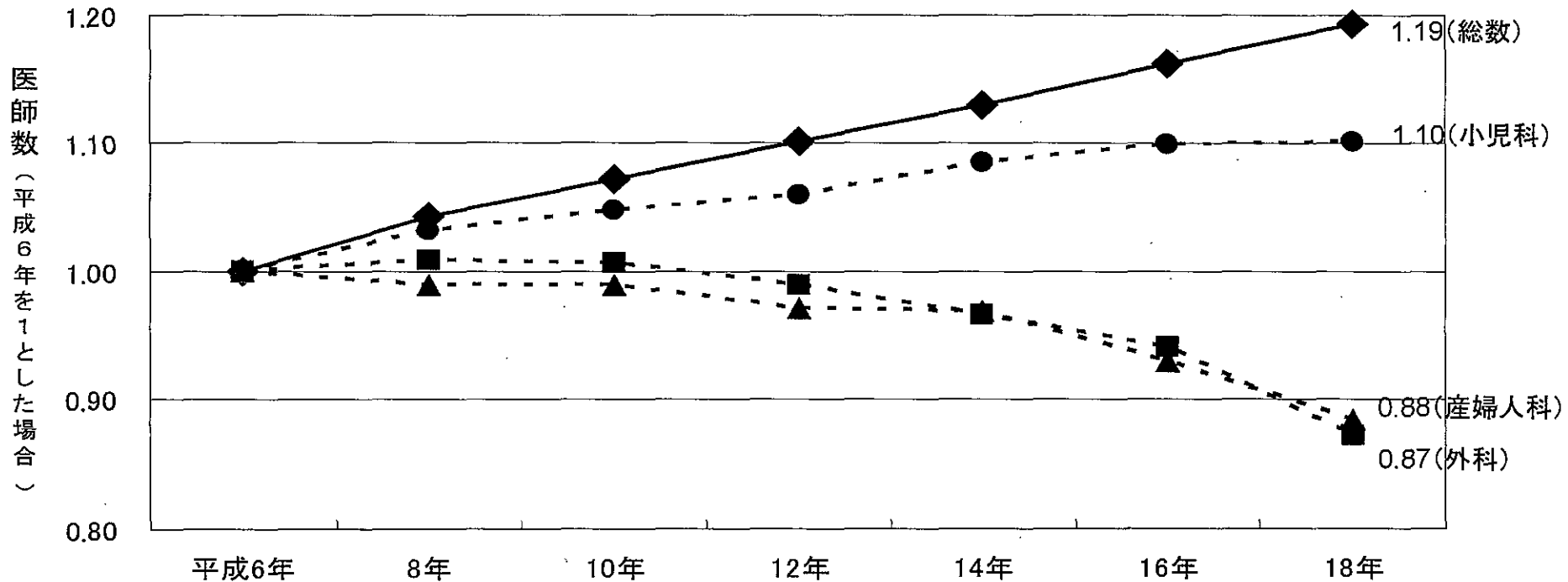
従事する診療科名 (主たる)	医師数 (平成18年)	医師数 (平成10年)	増減
総数	263,540	236,933	26,607
内科	70,470	72,702	-2,232
心療内科	841	433	408
呼吸器科	3,966	2,898	1,068
消化器科(胃腸科)	10,762	9,038	1,724
循環器科	9,416	7,445	1,971
アレルギー科	184	196	-12
リウマチ科	760	429	331
小児科	14,700	13,989	711
精神科	12,474	10,586	1,888
神経科	355	495	-140
神経内科	3,443	2,923	520
外科	21,574	24,861	-3,287
整形外科	18,870	17,229	1,641
形成外科	1,909	1,399	510
美容外科	394	167	227
脳神経外科	6,241	5,871	370
呼吸器外科	1,255	818	437
心臓血管外科	2,585	2,243	342
小児外科	661	566	95

従事する診療科名 (主たる)	医師数 (平成18年)	医師数 (平成10年)	増減
産婦人科	9,592	10,916	-1,324
産科	482	353	129
婦人科	1,709	1,188	521
眼科	12,362	11,408	954
耳鼻いんこう科	8,909	8,954	-45
気管食道科	22	18	4
皮膚科	7,845	7,072	773
泌尿器科	6,133	5,452	681
性病科	26	18	8
こう門科	373	365	8
リハビリテーション 科(理学診療科)	1,855	1,125	730
放射線科	4,883	4,445	438
麻酔科	6,209	5,585	624
病理	1,297	—	—
救命救急	1,698	—	—
研修医	14,402	—	—
全科	301	522	-221
その他	3,148	3,898	-750
不詳	1,434	1,326	108

(出典) 医師・歯科医師・薬剤師調査

診療科別医師数の推移

医師の総数は増加しているものの、医師が減少傾向にある診療科もある。



※ 平成18年より研修医の分類が創設され、従来の独立した診療科から移行した医師もいるため、それ以前との単純な比較はできない。

(出典) 医師・歯科医師・薬剤師調査

臨床研修医在籍状況の推移

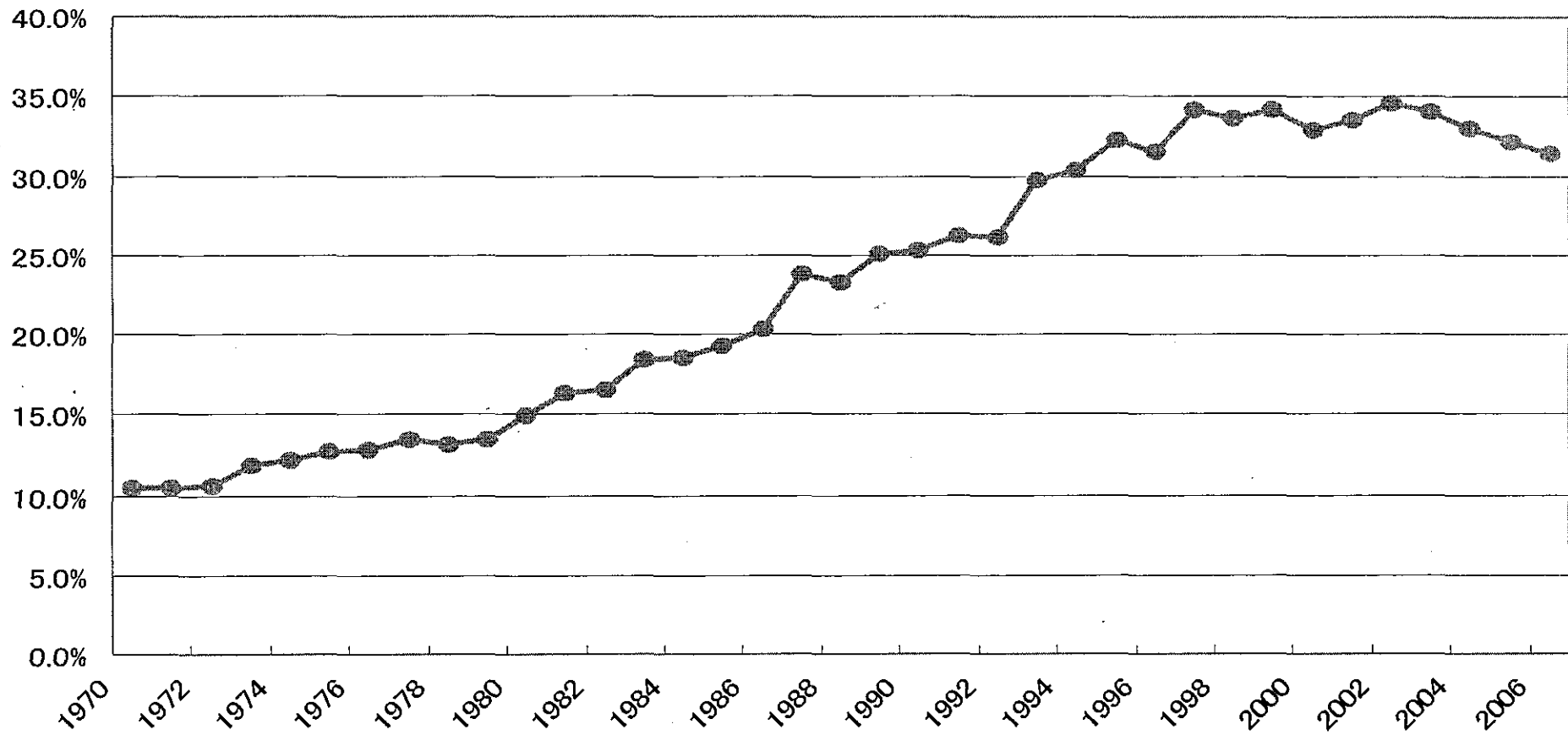
区 分	15年度		16年度		17年度		18年度		19年度		20年度	
	研修 医数	比率	研修 医数	比率	研修 医数	比率	研修 医数	比率	研修 医数	比率	研修 医数	比率
臨床研修 病院	2,243	<u>28</u>	3,262	44	3,824	51	4,266	55	4,137	55	4,144	<u>54</u>
大学病院	5,923	<u>73</u>	4,110	56	3,702	49	3,451	45	3,423	45	3,591	<u>46</u>
計	8,166	100	7,372	100	7,526	100	7,717	100	7,560	100	7,735	100

※ 研修医数については、各年度、国家試験合格発表後の厚生労働省医政局医事課調べ。

女性医師の現状

○ 近年、医師国家試験に占める女性の割合は約1/3となるなど、若年層における女性医師は増加

医学部入学者数に占める女性の割合

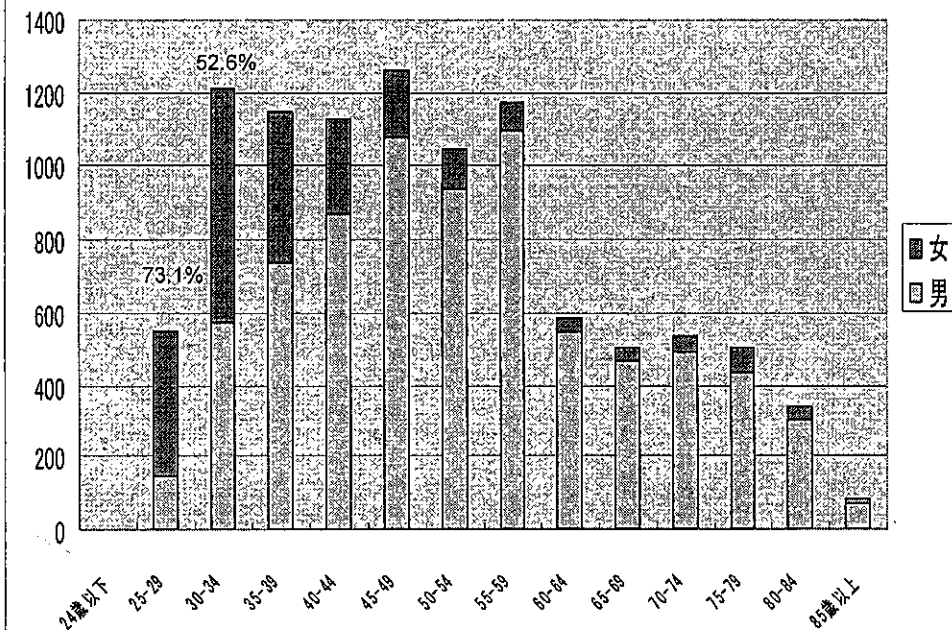


文部科学省 学校基本調査

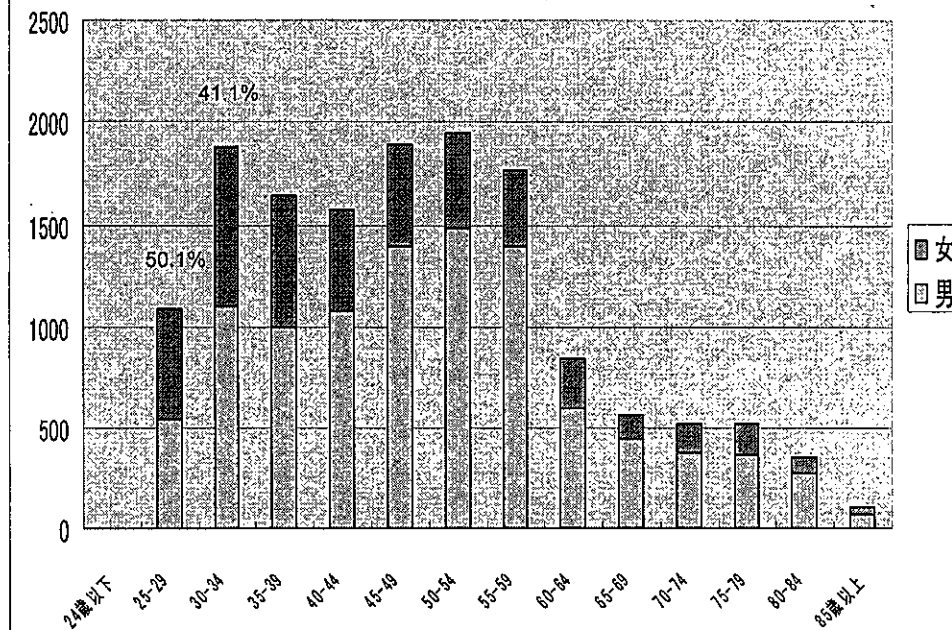
年齢別小児科医、産婦人科医数の男女比

- 全医師数に占める女性医師の割合は17.2%、全小児科医師数に占める女性の割合は31.2%、全産婦人科医師数に占める女性の割合は23.0%となっている。
特に、若年層における女性医師の増加が著しい。

年齢別産婦人科医師数男女比



年齢別小児科医師数男女比



安心と希望の医療確保ビジョン

- 平成18年度の医療制度改革以後、医師不足や救急医療に対する不安など、医療に関する様々な問題が指摘。
- こうした問題に対し、将来を見据えた改革が必要であるため、あるべき医療の姿を示す「安心と希望の医療確保ビジョン」の策定に向け、平成20年1月から厚生労働大臣の下で検討を開始し、10回にわたる議論を経て、平成20年6月18日にとりまとめを行った。

※ 厚生労働大臣の下に、副大臣、大臣政務官及び有識者によるアドバイザリーボードを設置。
アドバイザリーボード(敬称略): 辻本好子(NPO法人ささえあい医療人権センターCOML(コムル)理事長)
野中博(野中医院院長)、矢崎義雄(国立病院機構理事長)

I. はじめに

- 現場地域のイニシアチブを第一とする ○改革努力を怠らない
- 医療従事者のみならず、患者・家族等国民がみんなで医療を支えることが必要

II. 具体的な政策 ～3本柱～

- ①医療従事者の数と役割
医師数の増加(H9年閣議決定の見直し)、医師の勤務環境の改善(女性医師の離職防止・復職支援)、診療科のバランスの改善等(産科・小児科等の増員方策の検討、麻酔科標榜の規制緩和)、職種間の協働・チーム医療の充実 等
- ②地域で支える医療の推進
救急医療の改善策の推進(量的・質的な充実、地域全体でのトリアージ、夜間・救急利用の適正化)、「地域完結型医療」の推進(医療計画に基づく医療連携体制の推進(地域連携クリティカルパス)、診療所機能の強化)、在宅医療の推進、地域医療の充実・遠隔医療の推進 等
- ③医療従事者と患者・家族の協働の推進
相互理解の必要性、医療の公共性に関する認識、患者や家族の医療に関する理解の支援 等

III. 医療のこれからの方向性

- 「治す医療」から「治し支える医療」へ

経済財政改革の基本方針2008 ～医療関連部分～

平成20年6月27日閣議決定

第5章 安心できる社会保障制度、質の高い国民生活の構築

1. 国民生活を支える社会保障制度の在り方等

(2) 重要課題への対応

①質の高い医療・介護サービスの確保

- ・ドクターヘリを含む救急医療体制の一層の整備を行う。また、産科・小児科を始めとする医師不足の解消や病院勤務医の就労環境の改善のため、女性医師の就労支援、関係職種間の役割分担の見直し、メディカルクラークの配置等を進めるほか、診療科間、地域間の配置の適正化について現行の仕組みにとらわれない効果的な方策を講ずる。その際、これまでの閣議決定に代わる新しい医師養成の在り方（注）を確立する。さらに、今後は、在宅医療等地域で支える医療の推進、医療者と患者・家族の協働の推進など、国民皆で支える医療を目指して、改革を進める。

（注）「財政構造改革の推進について」（平成9年6月3日閣議決定）において、「大学医学部の整理・合理化も視野に入れつつ、引き続き、医学部定員の削減に取り組む。」とされているが、早急に過去最大程度まで増員するとともに、さらに今後の必要な医師養成について検討する。

健康に心配があれば、誰もが医療を受けられる社会 730億円(20年度391億円)

救急や産科・小児科医療など地域医療とその担い手を守り、国民の医療に対する不安を解消

- **救急医療を担う医師の支援** 41億円
 - ・ 救急医療の中でも特に過酷な夜間・休日の救急を担う勤務医の手当への財政的支援
- **救急医療の充実** 85億円
 - ・ 小児初期救急センター等の運営支援
 - ・ 第二次救急医療を担う医療機関の運営に対する救急患者の受け入れ実績を踏まえた支援
 - ・ 第三次救急医療を担う救命救急センターの整備推進
- **管制塔機能を担う救急医療機関に対する支援** 38億円
 - ・ 平時から地域の医療機関の専門性について情報共有し、適切な医療を提供できる医療機関へ患者を振り分ける体制を整備
- **患者・家族対話の推進** 5.9億円
 - ・ 住民に対する医療の公共性に関する認識の普及、医療従事者と国民との間の相互理解の推進
- **ドクターヘリ導入の促進** 21億円
 - ・ ドクターヘリ事業の推進により、早期治療の開始と迅速な搬送による救命率の向上を図る
- **産科医療の確保** 49億円
 - ・ 地域でお産を支えている産科医の手当への財政的支援
 - ・ 出生数の少ない地域における産科医療機関の運営などに対する補助
- **女性医師・看護師等の離職防止・復職支援** 55億円
 - ・ 医療機関に勤務する女性医師・看護師等の乳幼児の保育に対する相談や保育に当たる者の紹介
 - ・ 病院内保育所の運営等に対する補助

医師養成数を増やし、勤務医の過重労働も改善して、医師不足問題に的確に対応

- へき地医療を担う医師等の支援 19億円
 - ・ へき地に派遣される医師の移動などに要する手当への財政的支援や医師確保困難地域への医師派遣の実施への支援
- 臨床研修病院への支援 16億円
- 勤務医等の勤務状況の改善・業務負担の軽減 33億円
 - ・ 短時間正規雇用や交代勤務制・変則勤務制等の導入促進を図るため、導入する病院に対し、代替職員雇上げに経費を支援
- 医師と看護師等の役割分担・協働の推進 31億円
 - ・ 医師と看護師等の役割分担と協働の推進を図るための研修を実施し、医師が本来業務に専念できる体制を構築
 - ・ 産科医の負担を軽減し、助産師がチームとして産科医等と連携して活躍できるよう、院内助産所等開設のための研修

医療リスクに対する支援体制の整備

- 補償制度・医療事故における死因究明 5.3億円
 - ・ 医師等が萎縮することなく医療を行える環境を整備するため、医療事故における死亡の死因究明・再発防止を行う仕組みの検討や、出産に起因して重度脳性まひとなった者への速やかな補償など産科医療補償制度(H21.1開始)の運用を進める

医療確保ビジョン具体化検討会の中間取りまとめ

- 「医療確保ビジョン」をさらに肉付けするために議論。
- 医師養成数、診療科偏在、地域偏在、臨床研修制度のあり方、専門医教育のあり方、救急医療のあり方などを中心に議論

(主な内容)

- 医師養成数について、将来的に50%増を目指すべきとの議論。そのために厚生労働省において医師需要を推計し直し。
- 診療科偏在等については、インセンティブの付与が重要との議論。
- 臨床研修制度について、文部科学省と合同の検討会を早期に立ち上げるべきとの議論。

平成20年度補正予算の概要

医師派遣緊急促進事業

59.2億円

【負担割合】県内からの医師派遣：国1/2 都道府県1/4
県外からの医師派遣：国3/4 都道府県1/4

- 都道府県医療対策協議会の派遣調整に基づき、医師派遣を行う医療機関に対して、医師派遣の対価の一部を助成

管制塔機能を担う救急医療機関に対する支援事業

5.8億円

【負担割合】国1/3 都道府県1/3

- 平時から地域全体の医療機関の専門性に関する情報を共有し、適切な医療を提供できる医療機関・診療科へ患者を紹介する体制を整備するため、医師等の人材確保、空床確保に必要な費用を助成

勤務医の勤務環境改善

(1) 医師事務作業補助者設置事業

6.8億円

【負担割合】国1/2 都道府県1/2

(2) 短時間正規雇用支援事業

4.7億円

【負担割合】国1/3 都道府県1/3

(3) 病院内保育所施設整備事業(老朽化施設等の改築経費)

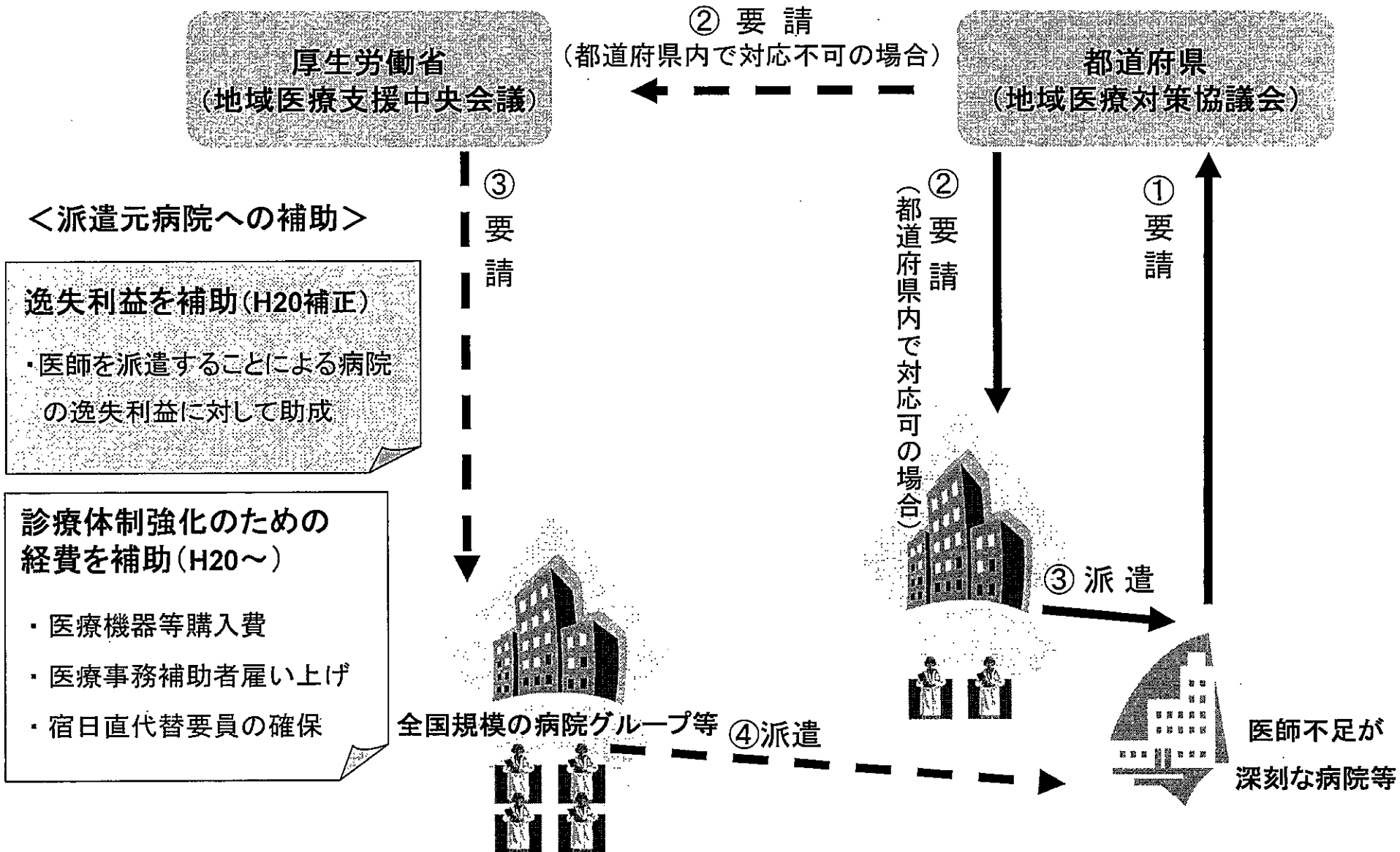
1.6億円

【負担割合】国1/3 都道府県2/3

基幹災害医療センター施設整備事業、地域災害医療センター施設整備事業

- 災害拠点病院の耐震化工事に必要な費用の一部を助成(補助率嵩上げ(0.33→0.50))

地域の医療機関の協力による医師派遣の取組み強化 H20補正



短時間正規雇用の医師(いわゆる「短時間正社員制度」)の活用

短時間正社員制度とは

- 短時間正社員とは、フルタイムの正社員(※)より所定労働時間が短く残業が基本的でない「正社員」。育児など個々人のライフステージやライフスタイルに応じた多様な働き方を提供しながら、就業時間に比例した待遇が得られ、社会保険の適用も受ける。

※ フルタイム正社員: 1日の所定労働時間が8時間程度で週5日勤務を基本とする、一般的な正社員の働き方をイメージ

※ 法律上、「短時間正社員」が定義されているわけではなく、企業内において、このような働き方を就業規則等において制度化することが「短時間正社員制度」である。

例えば...

- ・フルタイム正社員が短時間・短日勤務を一定期間行う
- ・正社員の所定労働時間を恒常的に短くする

正社員、短時間正社員、パートの
相違点(一般的なもの)

	契約期間	退職金	昇進	育児休業	社会保険
正職員	無期	○	○	○	○
短時間正職員	無期	○	○	○	○
パート	有期	×	×	△	△

臨床研修制度の見直しについて

研修プログラム作成を弾力化するためのモデル事業の実施

研修分野・期間中に係る規定見直しの可能性についての基礎資料を得るため、大学病院を中心に2年間研修するプログラムについてモデル事業を実施

- (例) 内科・外科・救急・小児・産婦人科等、著しい医師不足を生じ地域医療に影響している科を中心に各コースを設定。それぞれのコースにおいては、当該診療分野の研修を重点的に行う。
なお、各コースについては2年間に内科・外科、救急、小児、産婦、精神、地域保健医療の研修を任意の期間行う。

マッチング制度の対象外の取扱い

就職先を限定した地域枠あるいは奨学金を受けている医学生については、奨学金制度等の内容を考慮した上で、マッチング制度の対象外とする。

臨床研修病院の指定基準の改正

臨床研修の質の向上を図る観点から指定基準を改正する。
運用にあたっては医師不足地域等の臨床研修病院等に対して当面経過措置を設ける。また医師不足地域に医師派遣を行っている臨床研修病院にたいしてもその状況等を考慮する。

臨床研修制度の在り方等に関する検討会

- より質の高い医師を養成する観点から、臨床研修制度及び関連する諸制度等のあり方について、有識者により検討を行い、年度内を目途に一定の結論を得る予定。

～これまでの主な意見～

1. 地域偏在について

- 地域偏在が起こらないように募集定員を絞るべき。
- 都市と地方の病院に適正に人を配置するため、各都道府県の枠を決めた上で、全国でマッチングをすればよい。

2. 研修期間、内容について

- 卒前・卒後の教育内容に重複があるので、研修期間を1年に短縮が可能。
- 2年目に地域医療の期間を拡大してはどうか。
- 小児科、産婦人科、精神科の研修を必修化するより、希望する診療科に関係ある科を選択できるようにすべき。

3. 研修病院について

- 処遇に上限を設けるか、全国统一が必要。
- 研修医が切磋琢磨するには数名ではなく、ある程度の研修医数が必要。
- 3年目に研修医が大学に戻らなくても、市中病院に戻れば地域医療は担えるのではないか。

4. 卒前・卒後一貫教育

- 研修制度の見直しだけでは足りないので、一貫した医学教育の構築が必要。

医療リスクに対する支援体制の整備

産科医療補償制度

分娩時の医療事故により障害を受けた方々の早期救済と、医療紛争の早期解決に資する産科医療補償制度を実施(平成21年1月～)

通常の妊娠・分娩

脳性麻痺となった場合

補償金の支払い

医療機関側に
過失あり

医療機関側に
過失なし

賠償

(医師賠償責任保険等への求償)

補償なし

今までは

無過失補償制度の創設

- 早期救済
- 紛争の早期解決
- 原因究明・再発防止

医療死亡事故の調査等に関する新しい仕組み(案)

医療事故死等の原因を究明するための調査を適確に行わせるため医療安全調査委員会(仮称)を設置することにより、同様の医療に係る事故の再発の防止を図り、もって医療の安全の確保に資する。

医療事故死

医療機関・患者遺族



届出・調査依頼

調査報告書

医療安全調査委員会(仮称)

死因究明

調査報告書

公表

再発防止

産科医療補償制度の概要（平成21年1月1日～）

制度の目的

安心して産科医療を受けられる環境整備の一環として、分娩に係る医療事故により脳性麻痺となった子及びその家族の経済的負担を速やかに補償するとともに、事故原因の分析を行い、将来の同種事故の防止に資する情報を提供することなどにより、紛争の防止・早期解決および産科医療の質の向上を図る。

補償の仕組み

- 分娩機関と妊産婦との契約に基づいて、通常の妊娠・分娩にもかかわらず脳性麻痺となった者に補償金を支払う。
- 分娩機関は、補償金の支払いによる損害を担保するため、運営組織が契約者となる損害保険に加入する。

補償対象

（※ 対象者推計数：年間概ね 500 ～ 800人）

- 通常の妊娠・分娩にもかかわらず脳性麻痺となった場合とする。
 - ・ 出生体重2,000g以上 かつ 在胎週数33週以上 ・ 身体障害者等級1・2級相当の重症者
 - ・ 先天性要因等の除外基準に該当するものを除く
- 出生体重・在胎週数の基準を下回る場合でも、在胎週数28週以上の者については、個別審査

補償金額

3,000万円（一時金：600万円＋分割金：2,400万円（20年間））

保険料（掛金）

※ 在胎週数22週以降の分娩に限る。

一分娩当たり 30,000円

加入促進・制度周知策

- 都道府県がHP等を通じて行う医療機能に関する情報提供の項目に本制度の加入状況を追加
- 医療機関が広告できる項目に本制度加入を追加
- 母子健康手帳の任意記載事項に産科医療補償制度を追加
- (財)日本医療機能評価機構のHPを通じて加入分娩機関を公表
- 診療報酬上のハイリスク分娩管理加算の算定要件に本制度加入を追加
- 加入機関での分娩に出産育児一時金を3万円加算
(35→38万円)

その他

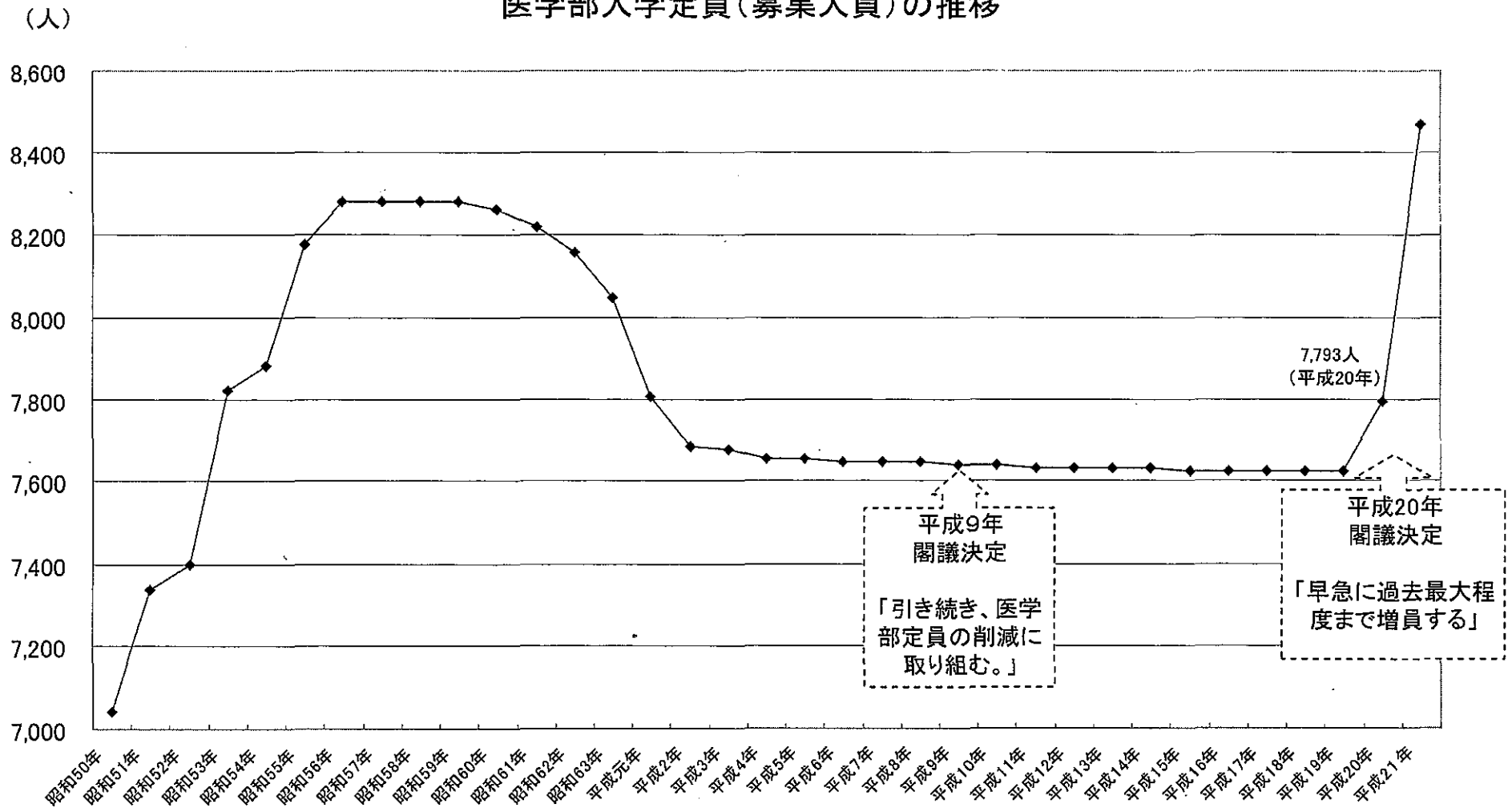
- 紛争の防止・早期解決のために、医学的観点から事例を分析し、結果を両当事者にフィードバック
- 原因分析された各事例の公開により、同種の医療事故の再発防止等を図る。
- 遅くとも5年後を目処に、制度内容について検証し、適宜必要な見直しを行う。

（注）1. 平成21年1月時点の加入率：病院・診療所99%，助産所95%

2. 出産育児一時金は、平成21年10月から平成22年度末までの間、4万円加算（38→42万円）される。

医学部入学定員の増

医学部入学定員(募集人員)の推移



平成21年度医学部入学定員の増員計画について(抄)

平成20年11月4日 文部科学省高等教育局医学教育課

- 文部科学省では、各大学に対してヒアリングを実施するとともに、「平成21年度医学部入学定員増に係る計画評価委員会」を設置し、地域医療貢献策の内容等について評価を行った結果を踏まえ、来年度の増員計画を下記の通り公表するものである。

平成21年度の各大学医学部入学定員の増員計画

	①既定計画(緊急 医師確保対策) に基づく増員	②今回の特例措 置に基づく増 員	③合計 (①+②)	増員後の 入学定員
国 立	164名(34大学)	199名(39大学)	363名(42大学)	4,528名
公 立	10名(3大学)	49名(8大学)	59名(8大学)	787名
私 立	15名(4大学)	256名(26大学)	271名(27大学)	3,171名
合 計	189名(41大学)	504名(73大学)	693名(77大学)	8,486名

私立大学については募集人員の増を含む

これまでの医師確保対策について

◆ 平成18年8月31日 「新医師確保総合対策」(総務省・文部科学省・厚生労働省)

平成19年度予算への反映【約92億円】

- ・ 医療対策協議会を都道府県に設置
- ・ 医療対策協議会の計画に基づく派遣協力病院への助成
- ・ 女性医師バンクの創設等、女性医師の就業支援 等

- 医師派遣についての都道府県等の役割と機能の強化
- 出産・育児等に対応した女性医師等の就業支援
- 地域密着を条件とした奨学金の積極的活用
- 医学部における地域枠の設定
- 医師不足深刻県や自治医科大学における暫定的定員増等

平成18年度補正予算への反映【約8億円】

- ・ 産科医療補償制度の制度設計等のための支援 等

◆ 平成19年5月31日 「緊急医師確保対策について」(政府・与党)

平成20年度予算への反映【約161億円】

- ・ 医師不足地域に対する医師を派遣する病院への補助の創設等、地域における医師派遣システムを構築
- ・ 交代勤務制を導入する医療機関への補助等、病院勤務医の職場環境の整備
- ・ 都市部の臨床研修病院について、医師不足地域での研修を支援する補助事業を創設
- ・ 女性医師バンクの拡充等、女性医師の働きやすい職場環境の整備 等

- 医師不足地域に対する全国規模の病院等からの緊急臨時的医師派遣システムの構築
- 勤務医の過重労働を解消するための勤務環境の整備等
- 女性医師等の働きやすい職場環境の整備
- 医師不足地域や診療科で勤務する医師の養成の推進等

平成20年度診療報酬での対応

- ・ 病院勤務医の支援に1500億円を充て、勤務医の負担軽減や産科・小児科の重点的な評価を実施(ハイリスク妊産婦、救急搬送の評価、医療事務補助職員の配置の評価等)

大学医学部の定員増

- ・ 平成20年度から最大395名の定員増(平成20年度は16大学・168名の定員増)

◆ 平成19年12月14日 労働者派遣法施行令等の一部改正(厚生労働省)

➢ へき地以外の医師不足にあると都道府県が認めた地域に対して、医師の労働者派遣が可能

◆ 平成19年12月28日 厚生労働省医政局長通知「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」発出(厚生労働省)

➢ 医師等でなくても対応可能な業務例を整理

◆ 平成20年3月19日 地方財政再建促進特別措置法施行令等の一部改正(総務省)

➢ 病院等を開設する国立大学法人や独立行政法人等が、地方公共団体の要請に基づき、当該地方公共団体の住民に対し特別に医療の提供を行う場合に要する費用について補助等が可能

◆ 平成20年6月13日 「医療安全調査委員会設置法案(仮称)大綱案」公表・意見募集(厚生労働省)

➢ 医療事故における死亡の原因究明・再発防止等の在り方について、これまで3次にわたり公表・意見募集を実施してきた試案を踏まえた法律案の現時点でのイメージを公表・意見募集

◆ 平成20年6月18日 「安心と希望の医療確保ビジョン」(厚生労働省)

➢ 1)医療従事者の数と役割
2)地域で支える医療の推進
3)医療従事者と患者・家族の協働の推進の3本柱を中心に、将来を見据えた改革を行う

◆ 平成20年6月27日 「骨太方針2008」閣議決定

➢ これまでの閣議決定に代わり、早急に過去最大程度まで増員するとともに、さらに今後の必要な医師養成について検討

◆ 平成20年7月29日 「社会保障の機能強化のための緊急対策～5つの安心プラン」(政府)

平成21年度概算要求への反映【約730億円】

- ・ 救急医療や産科医療を担う医師に対する財政的支援
- ・ へき地医療を担う医師や医師確保困難地域への医師派遣の実施への財政的支援
- ・ 管制塔機能を担う救急医療機関に対する支援
- ・ 女性医師、看護師等の乳幼児の保育に対する相談等、女性医師等、看護師等の離職防止・復職支援
- ・ 短時間正規雇用や交代勤務制等を導入する医療機関への補助の拡充 等

【健康に心配があれば、誰もが医療を受けられる社会】

- ・ 救急医療の確保、産科・小児科医療の確保等、地域医療とその担い手の確保
- ・ 救急患者が医療機関に確実に受け入れられる体制づくり
- ・ 医師養成数の増大
- ・ 勤務医の過重労働の改善
- ・ 医師確保が困難な地域などへ医師派遣を推進 等

平成20年度補正予算への反映【約78億円】

- ・ 医師派遣を行う医療機関に対する支援の強化
- ・ 地域において管制塔機能を担う救急医療機関に対する支援の実施
- ・ 短時間正規雇用を導入する病院に対する支援の実施 等

◆ 平成20年7月30日 「救急医療の今後の在り方に関する懇談会」中間取りまとめ(厚生労働省)

- 第三次救急医療機関の充実
- 第二次救急医療機関の充実
- 救急搬送における課題と円滑な受入れ推進について 等

◆ 平成20年9月8日 「臨床研修制度のあり方等に関する検討会」開催(厚生労働省)

- 臨床研修制度及び関連する諸制度等のあり方等について検討

◆ 平成20年9月22日 「「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会」中間取りまとめ

- 専門的な推計を踏まえ、必要な医師数の増加
- 医師の卒前・卒後教育の連携をはじめとした臨床研修制度のあり方の検討
- 地域医療に従事する勤務医の待遇改善、救急医療体制の支援 等

◆ 平成20年11月4日 「平成21年度医学部入学定員の増員計画」(文部科学省)

- 「経済財政改革の基本方針2008」を踏まえ、平成21年度医学部入学定員を8,486名へ増員

◆ 平成20年11月5日 「周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会」開催(厚生労働省)

- 周産期医療と救急医療の確保の在り方
- 周産期医療と救急医療の連携の基本的枠組み等について検討

◆ 平成20年11月27日 「看護の質の向上と確保に関する懇談会」開催(厚生労働省)

- 看護職員の質の向上と確保
- チーム医療の推進、看護教育のあり方等について検討

◆ 平成21年1月1日 産科医療補償制度の実施(厚生労働省)

2. 医療機能情報提供制度の公表状況等について

<医療機能情報提供制度及びその施行スケジュールについて>

- 平成18年の医療法改正により、住民・患者による病院等の適切な選択を支援するため、病院等に対し、医療機能に関する情報について都道府県知事への報告を義務づけ、都道府県知事は報告を受けた情報を住民・患者に対し分かりやすい形で提供すること（医療機能情報提供制度）とされたところである。（別紙1）
- 本制度の施行スケジュールについては、平成19年度においては、法令で定める情報のうち、病院等の名称等の基本情報及び都道府県知事が定める情報について、病院等から報告を求め、都道府県知事の定める方法により公表することで足りることとされているものの、平成20年度においては、基本情報以外の全ての情報についても、インターネットを通じて公表することとされている。（別紙2）

<各都道府県の公表状況について>

- 基本情報については、平成19年度中に全ての都道府県で（インターネット又は紙媒体にて）公表済み。
- 基本情報以外の全ての情報については、平成21年1月9日現在、47都道府県のうち、24都道府県でインターネットを通じて公表済み。（別紙3）

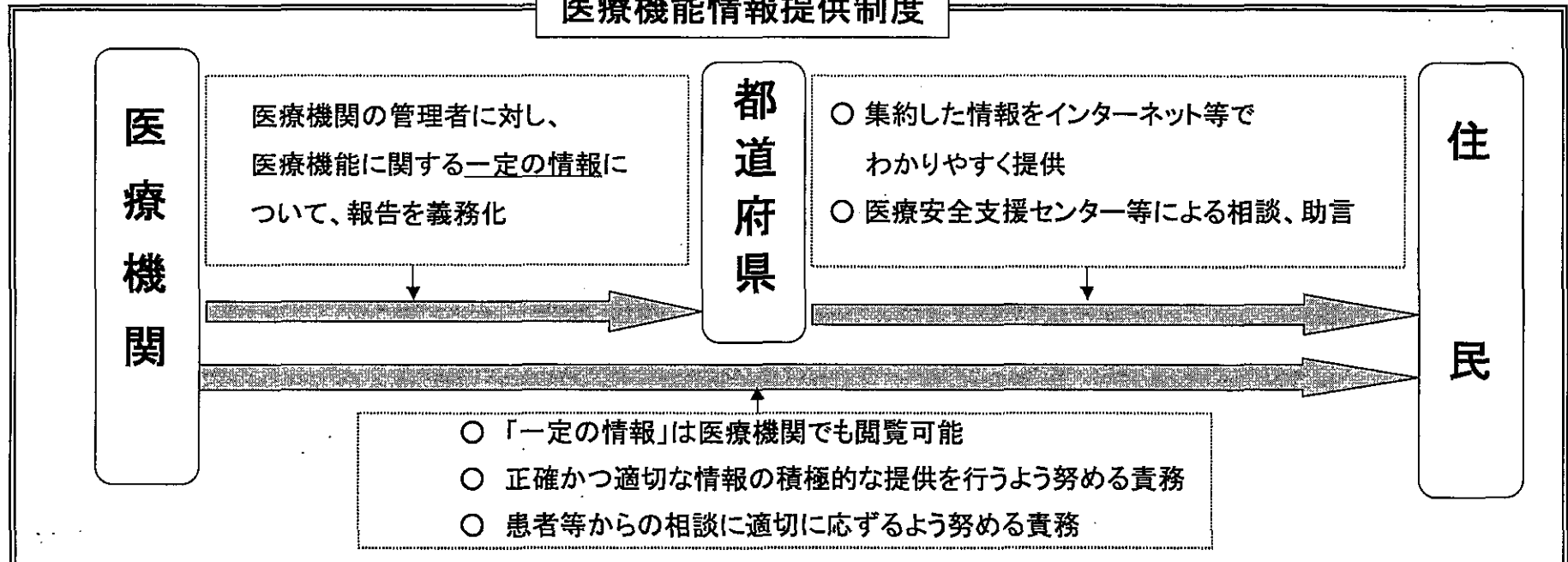
※近日中に関係資料を提供予定

<都道府県において当面行うべき取組>

- 基本情報以外の全ての情報について未公表の都道府県においては、平成20年度中の施行に向け、鋭意取り組むこと。また、当該制度の趣旨に鑑み、住民・患者に対し、適宜・適切に、引き続き広報・情報発信していただきたいこと。

医療機関に対し、医療機関の医療機能に関する一定の情報について、都道府県への報告を義務付け、都道府県が情報を集約してわかりやすく提供する仕組みを創設(薬局についても同様の仕組みを創設)

医療機能情報提供制度



【基本情報】

①名称 ②開設者 ③管理者 ④所在地 ⑤電話番号 ⑥診療科目 ⑦診療日 ⑧診療時間 ⑨病床種別及び届出・許可病床数

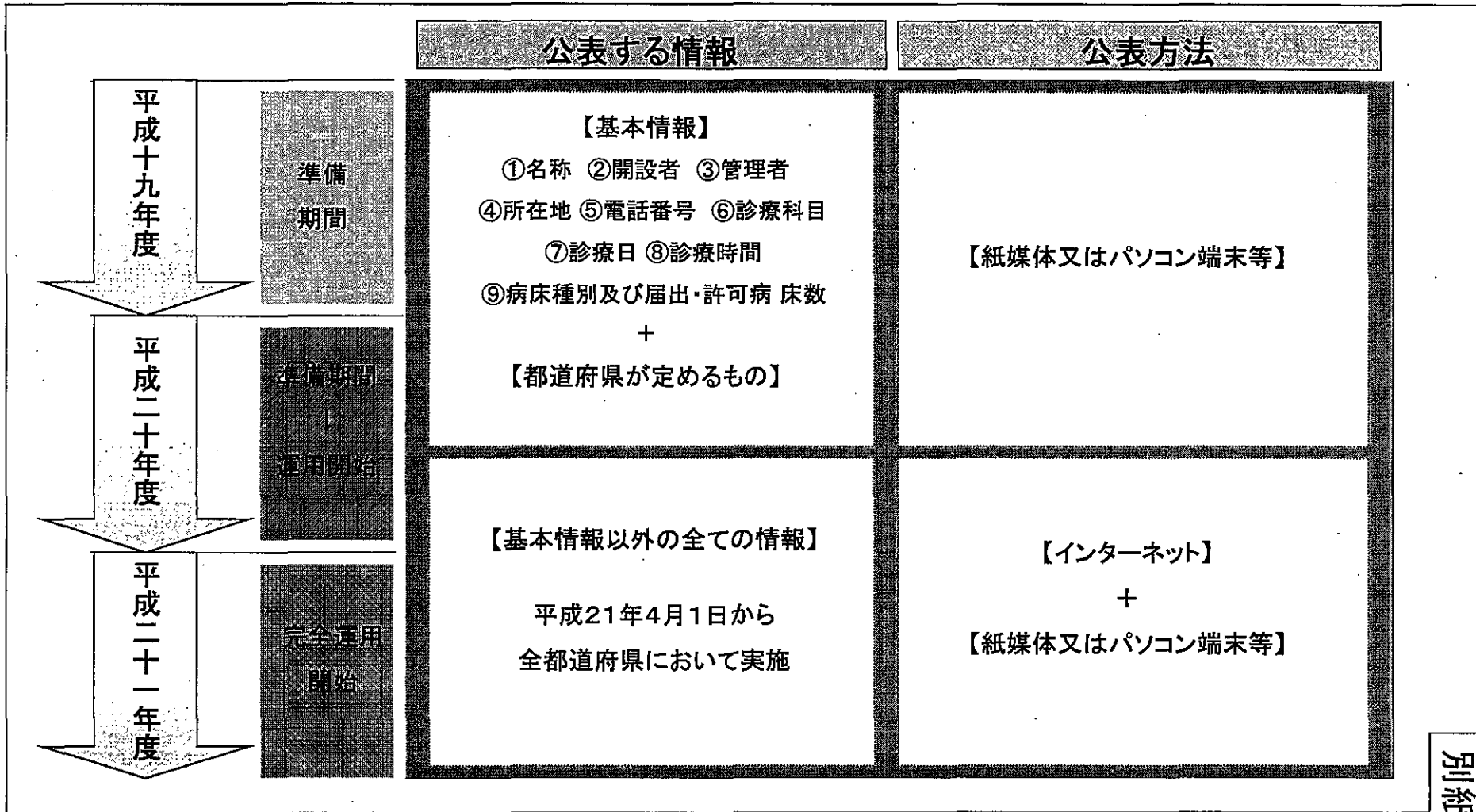
【基本情報以外の全ての情報】

- ①管理・運営・サービス等に関する事項(アクセス方法、外国語対応、費用負担 等)
- ②提供サービスや医療連携体制に関する事項(専門医[※広告可能なものに限る]、保有する設備、対応可能な疾患・治療内容、対応可能な在宅医療、セカンドオピニオン対応、地域医療連携体制等)
- ③医療の実績、結果に関する事項(医療安全対策、院内感染対策、クリティカルパスの実施、診療情報管理体制、情報開示体制、治療結果に関する分析の有無、患者数、平均在院日数 等)

一定の情報

別紙1

医療機能情報提供制度[施行スケジュール]



別紙2

医療機能情報提供制度公表状況[平成21年1月9日現在]

(1)基本情報については、全都道府県において公表済(インターネット又は紙媒体)

(①名称、②開設者、③管理者、④所在地、⑤電話番号、⑥診療科目、⑦診療日、⑧診療時間、⑨病床種別及び届出・許可病床数)

(2)提供サービス、医療の実績等の全ての情報については、平成20年度中においてインターネットにより公表することとされており、現在、24団体において公表済み、23団体において準備中

都道府県名	準備状況	サービスの名称	都道府県名	準備状況	サービスの名称	都道府県名	準備状況	サービスの名称
北海道	公表済	北海道医療機能情報システム	石川県	H21.3 公表予定	未定	岡山県	公表済	岡山県医療機能情報提供システム
青森県	H21.3 公表予定	未定	福井県	H21.3 公表予定	医療情報ネットふくい	広島県	H21.3 公表予定	広島県医療機能情報システム
岩手県	公表済	いわて医療情報ネットワーク	山梨県	公表済	山梨県医療機能情報提供制度	山口県	H21.3 公表予定	未定
宮城県	H21.3 公表予定	宮城県医療機関選択支援システム	長野県	H21.3 公表予定	ながの医療情報ネット	徳島県	H21.3 公表予定	医療とくしま情報箱
秋田県	公表済	あきた医療情報ガイド	岐阜県	H21.2 公表予定	ぎふ医療施設ポータル	香川県	H21.3 公表予定	未定
山形県	公表済	山形県医療機関情報ネットワーク	静岡県	H21.3 公表予定	医療ネットしずおか	愛媛県	H21.3 公表予定	えひめ医療情報ネット(仮)
福島県	公表済	福島県総合医療情報システム	愛知県	公表済	あいち医療情報ネット	高知県	公表済	高知県医療機能情報提供制度
茨城県	H21.3 公表予定	未定	三重県	H21.3 公表予定	医療ネットみえ	福岡県	公表済	ふくおか医療情報ネット
栃木県	公表済	とちぎ医療情報ネット	滋賀県	公表済	滋賀県医療機能情報システム	佐賀県	H21.2 公表予定	99さがネット
群馬県	H21.3 公表予定	未定	京都府	公表済	京都医療健康よろずネット	長崎県	H21.3 公表予定	ながさき医療機関情報システム
埼玉県	公表済	埼玉県医療機能情報提供システム	大阪府	公表済	大阪府医療機関情報システム	熊本県	H21.3 公表予定	熊本県医療機能情報検索システム
千葉県	H21.2 公表予定	千葉県医療情報提供システム	兵庫県	H21.2 公表予定	兵庫県医療機関情報システム	大分県	H21.3 公表予定	未定
東京都	公表済	東京都医療機関案内サービスひまわり	奈良県	公表済	なら医療情報ネット(奈良県医療機能情報公表システム)	宮崎県	公表済	みやざき医療ナビ
神奈川県	公表済	かながわ医療情報検索サービス	和歌山県	H21.3 公表予定	わかやま医療情報ネット	鹿児島県	H21.3 公表予定	未定
新潟県	公表済	にいがた医療情報ネット	鳥取県	公表済	鳥取県福祉施設等情報公表サービス	沖縄県	公表済	沖縄うちなあ医療ネット
富山県	公表済	とやま医療情報ガイド	島根県	公表済	島根県医療機能情報システム			

別紙3

※ 網掛けは未公表の自治体

3. 救急医療・周産期医療等の確保について

(1) 周産期救急医療の充実について

- 昨年、東京都において妊婦搬送の受入困難事例が相次いだ。国民が安心・安全に出産に臨むことができるよう、周産期救急医療の充実について早急に対策を講ずる必要がある。

(周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会)

- 東京都の受入困難事例を受け、厚生労働省から各都道府県あてに「東京都の妊婦死亡事案を受けた周産期救急医療体制の確保について」（平成20年10月27日付け医政指発第1027001号・雇児母発第1027001号）を発出し、周産期母子医療センターの診療体制、院内の周産期医療部門と救急医療部門の連携状況、地域の医療機関との連携状況等を確認し、必要があれば改善を図るようお願いしたところである。各都道府県からの確認結果の報告を見ると、
 - ・ 母体・新生児の搬送受入れができなかった理由として、9割以上の周産期母子医療センターが「NICU満床」を挙げている。
 - ・ 夜間・土日の医師の当直体制では、産科と新生児科でそれぞれ「医師一人」という周産期母子医療センターがある。
 - ・ 周産期救急情報システムと救急医療情報システムの連携が十分ではない自治体がある。
 - ・ 周産期医療ネットワークの他県との連携が十分ではない自治体がある。等の課題がある（関係資料・指-21~46）。各都道府県においては、引き続き、周産期母子医療センターの必要な改善等が図られるよう対応方願います。

- 昨年11月から、周産期救急医療のあり方等について「周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会」で検討が行われてきたところである。同懇談会報告書を踏まえ、周産期医療対策事業の見直しやNICU増床等について、各都道府県あてに通知を発出する予定であるので、各都道府県においては、(2)の補助事業を積極的に活用し、地域の実情を踏まえた対策を講じるようお願いする。

(大学病院の周産期医療体制整備計画)

- 文部科学省が大学病院の周産期医療体制整備計画を策定し、大学病院のNICU増床等を行うこととしている（関係資料・指-47）。各都道府県においては、大学病院のNICU等の増床許可等の対応をお願いする。

(医療と消防の連携強化)

- 救急患者が円滑に受け入れられるよう、地域における救急搬送・受入ルールの策定など、医療と消防の連携強化について総務省消防庁とともに検討しているところである。今後、検討結果を受け、各都道府県に対応をお願いする予定であるので、留意願いたい。

(2) 予算補助事業の充実について

(平成20年度第一次補正予算、第二次補正予算案)

- 平成20年度第一次補正予算において、管制塔機能を担う救急医療機関に対する支援事業を計上している。

また、平成20年度第二次補正予算案において、緊急ヘリポート施設整備事業（管制塔機能を担う医療機関にヘリポートを設置する場合に必要な費用を助成）を計上している。

(平成21年度予算案)

- 平成21年度予算案において、救急医療対策及び周産期医療対策として、次のような事業に約205億円（平成20年度予算：約100億円）を計上している。

(救急医療対策)

- ① 救急医療（周産期救急医療を含む。）の中でも特に過酷な夜間・休日の救急を担う勤務医の手当に対する支援
- ② 管制塔機能を担う救急医療機関に対する支援事業（平時から地域全体の医療機関の専門性に関する情報を共有し、病状に応じた適切な医療を提供できる医療機関・診療科へ患者を紹介する体制を整備し、救急患者の受入れ実績等を踏まえた支援や、地域の診療所医師の救急医療への参画に対する支援を行う）
（関係資料・指-3）
- ③ 夜間・休日に小児の軽症患者の診療を行う小児初期救急センターの運営に対する支援
- ④ 重篤な救急患者を24時間体制で受け入れる救命救急センターの整備に対する支援（これまで救命救急センター運営費補助の対象となっていなかった施設も対象となるよう支援を充実）

(周産期医療対策)

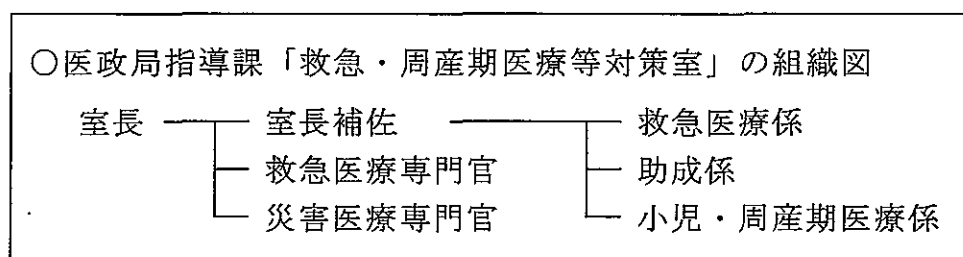
- ① 総合周産期母子医療センターの運営（新生児担当医への超未熟児出産支援手当に対する支援を含む。）、母体搬送コーディネーターの配置に対する支援
（関係資料・指-19）
 - ② 地域周産期母子医療センターの運営（新生児担当医への超未熟児出産支援手当に対する支援を含む。）に対する支援（関係資料・指-19）
- このほか、平成21年度予算案においては、産科医療の確保に関して、次のような事業を計上している。
- ① 産科医療を担う医師等に支払う分娩取扱手当に対する支援
 - ② 出生数の少ない地域に所在し経営に困難が生じている産科医療機関の運営等に対する支援
 - ③ 病院内保育所に対する支援等による女性医師・看護師等の離職防止・復職支

援

(注) 夜間・休日の救急を担う勤務医の手当に対する支援、産科医療を担う医師等に支払う分娩取扱手当に対する支援に関する事業を実施する場合、各都道府県・市町村において、財政負担の有無如何に関わらず、予算計上する必要がある。

(3) 救急・周産期医療等対策室の設置について

- 救急医療と周産期医療については、密接に連携を図りながら対策を進める必要がある。このため、厚生労働省においては、平成21年1月1日付けで、雇用均等・児童家庭局母子保健課が所掌していた周産期医療業務を医政局に移管し、医政局指導課に「救急・周産期医療等対策室」を設置した。これにより、救急医療、周産期医療、小児医療、災害医療及びへき地医療の確保に係る業務を一体的かつ効率的に進めることとしている。各都道府県においても、救急医療担当と周産期医療担当の連携確保に十分留意するようお願いする。



4. 医療計画を通じた医療連携体制の構築について

(1) 医療連携体制の構築について

- 医療計画については、各都道府県の医療計画がほぼ策定された段階にある。現在の課題は、医療計画を具体化することであり、特に、地域の医療連携を具体的に推進することが重要である。
- 各都道府県においては、医療計画に沿って、以下に示すような地域の医療連携の推進のための具体的な方策に取り組むようお願いする。

(地域の医療連携の推進のための具体的な方策例)

① 地域における医療の需給、患者の受療行動等の課題の抽出

限られた医療資源を有効に活用し、効率的で質の高い医療を実現するためには、地域の医療機関が機能を分担及び連携することにより、地域全体で必要な医療を提供する必要がある。このため、地域における医療の需要と供給を疾病ごとに可視化・データベース化するなど、医療の需給、患者の受療行動等の課題を抽出することが重要となる。

この作業の参考となるよう、平成19・20年度老人保健健康増進事業研究「地域医療サービス提供マップ作成支援研究」において、平成20年3月に報告書を作成し、引き続き平成20年度も研究を行っているところである（関係資料・指-50～55）。

② 圏域連携会議等での地域の課題の議論

地域の医療連携の推進には、実際に医療を提供する地域の医療機関・医療従事者が情報・認識を共有する必要がある。このため、圏域ごとに各医療機能を担う関係者が具体的な連携等について協議する場である「圏域連携会議」等において、医療計画の推進状況を報告し、①の地域の課題の改善策等について議論を行うことが重要である。

これに関する保健所の取組の参考となるよう、平成19・20年度地域保健総合推進事業研究「地域医療連携体制の構築に関する研究」において、平成20年3月に報告書を作成し、引き続き平成20年度も研究を行っているところである（関係資料・指-56～69）。また、平成21年度予算案において、医療連携を推進するための関係者の議論等を支援する医療連携体制推進事業を計上している。

③ 地域の患者・住民への働きかけ

地域の医療連携の推進には、医療関係者のみならず、医療を受ける患者・住民の理解と協力も必要である。このため、地域の医療資源の状況、医療機能の分担及び連携の体制等について、地域の患者・住民に分かりやすく示し、患者・住民への働きかけを行うことが重要である。平成21年度予算案において、医療連携を推進するための住民向け講習会、パンフレット、相談窓口等を支援する医療連携体制推進事業を計上している。

- また、平成21年度において、地域の医療連携の推進を担当する都道府県職員・保健所職員に対する地域医療推進専門家養成研修を行う予定である。各都道府県においては、地域医療推進専門家養成研修への職員の積極的な参加に配慮をお願いします。

(2) 特例病床制度の活用について

- 病床過剰地域であっても、地域において特に必要な医療について特例的に病床を整備できるよう、例えば次のような特例病床の規定を設けている。各都道府県においては、特例病床も活用しながら、地域の実情及び必要性に応じた医療提供体制を構築するようお願いします。

① 周産期医療に係る特例（医療法施行規則第30条の32の2第1項第3号）

周産期医療については、次の病床を特例の対象とする。

- イ 専ら周産期疾患に関し診療等を行う病院又は診療所の病床については、母体胎児集中治療病室（MFIICU）・新生児集中治療病室（NICU）に限らず、周産期疾患に係る病床
- ロ イ以外の病院又は診療所にあつては、地域において必要とされる周産期医療の機能を有する場合、当該機能に係る病床

② 有床診療所の特例（医療法施行規則第1条の14第7項）

次の診療所のいずれかとして都道府県医療審議会を経た場合は、届出により病床が設置されることとなるため、勧告の対象とならない。

- イ 居宅等における医療の提供の推進のために必要な診療所として医療計画に記載され、又は記載されることが見込まれる診療所
- ロ へき地に設置される診療所として医療計画に記載され、又は記載されることが見込まれる診療所
- ハ イ及びロに掲げる診療所のほか、例えば周産期医療、小児医療等地域において良質かつ適切な医療が提供されるために特に必要な診療所として医療計画に記載され、又は記載されることが見込まれる診療所

5. 医療安全対策の今後の取組について

(1) 産科医療補償制度について

産科医療補償制度については、通常の妊娠・分娩にもかかわらず、脳性麻痺となった児を救済する仕組みとして、平成18年11月に与党において取りまとめられた枠組みを踏まえ、厚生労働省からの委託により財団法人日本医療機能評価機構に設置された準備委員会において、補償対象者の基準、補償金の水準及び支払方法並びに原因分析の仕組みなど制度の詳細について検討を行い、本年1月1日より、同機構を運営組織として、運用が開始されたところである。

本制度は、安心して産科医療を受けられる環境整備の一環として、

①分娩に係る医療事故により、脳性麻痺となった児及びその家族の経済的負担を速やかに補償し、

②事故原因を分析し、将来の同種事故の防止に資する情報を提供することなどにより、紛争の防止・早期解決及び産科医療の質の向上を図ること

を目的としているところである。

厚生労働省としては、この制度を創設・推進することにより、安心して産科医療を受けられる環境の整備が図られ、ひいては少子化対策にも資するものと考えており、これまでもこの制度の創設、普及啓発や制度への加入促進策等を進めてきたところである。

各都道府県におかれては、本制度の趣旨を御理解いただき、地域住民、特に妊産婦への周知について、格段の御協力をお願いしたい。

(参考1) 産科医療補償制度創設に向けたこれまでの取組状況

(参考2) 産科医療補償制度の概要

(参考3) 産科医療補償制度の仕組み

(参考4) 産科医療補償制度への加入状況（平成21年1月5日現在）

(2) 医療安全調査委員会（仮称）について

医療には、一定の危険性が伴うものであり、場合によっては、死亡等の不幸な帰結につながることもある。医療事故死等が発生した際、患者家族には、まず真相を明らかにしてほしいとの願いや同様の事故の再発防止に対する願いがあるが、医療事故死等の原因の究明については民事手続又は刑事手続にその解決が期待されている現状にあり、これらの手続においては、必ずしも期待する成果が得られていない状況にある。

厚生労働省としては、このような状況を踏まえ、医療の安全の確保の観点から、医療事故死等の原因究明・再発防止を図る仕組みを設ける必

要があると考えており、また、このような新しい仕組みを構築することにより、医療の透明性の確保や医療に対する国民の信頼の回復につながるとともに、医師等が萎縮することなく医療を行える環境の整備にも資するものと考えている。

このため、平成17年度から「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」を開始するなどの検討を進めてきたところであり、昨年においては、これまでの様々な議論を踏まえ、4月に「医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方に関する試案－第三次試案－」を公表し、さらに、6月には、第三次試案を踏まえた法律案の現時点でのイメージとして、「医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案」を公表したところである。

現在、第三次試案及び大綱案に対する意見募集を行っているところであるが、これまでに寄せられた様々な御意見については、現時点での厚生労働省としての考えを示すとともに、医療関係者を中心とした御意見を直接伺うため、厚生労働省に設置した検討会の場で関係者からのヒアリングを行い、また、地方においても、一般公開の説明会を昨年11月以降順次開催し、広く国民及び医療関係者の理解が得られるよう努めているところであり、概ねの理解が得られれば、国会に法案を提出したいと考えているところである。

なお、このような新しい仕組みを円滑に導入していくためには、調査や評価を行う人材の確保、関係機関との協力関係を構築するなどの体制整備が必要であるため、各都道府県におかれては、このような新しい仕組みの必要性について、御理解いただき御協力をお願いしたい。

また、厚生労働省においても、引き続きモデル事業を拡充するなど、制度化に向けた準備体制の確保に取り組むこととしているので、モデル事業実施地域の都道府県等におかれては、管下医療機関等に対し、当該事業への協力についても周知をお願いしたい。

(参考5) 医療死亡事故の調査等に関する新しい仕組みのイメージ (案)

(参考6) 診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業 (概要)

(参考7) 診療関連死の死因究明に関するこれまでの動き

産科医療補償制度創設に向けたこれまでの取組状況

1. 医療紛争処理のあり方検討会（自由民主党政務調査会）
 - (1) 平成18年9月7日から11月17日までに6回開催
○主に関係者からのヒアリング
 - (2) 平成18年11月29日（第7回）
○「産科医療における無過失補償制度の枠組みについて」を公表
○公明党「医療事故に係る無過失補償制度とADRに関する検討ワーキングチーム」においても同様の結論
2. 産科医療補償制度運営組織準備委員会（(財)日本医療機能評価機構）
 - (1) 平成19年 2月19日
○「産科無過失補償制度創設事業」の委託契約を締結
 - (2) 平成19年 2月23日から12月19日までに11回開催
○関係者からのヒアリング及び補償制度の内容について検討
 - (3) 準備委員会に産科医療補償制度に関する調査専門委員会を設置し、平成19年 4月13日から11月16日までに5回開催
○脳性麻痺発生状況の調査、補償対象基準等を検討
 - (4) 平成20年 1月23日（第12回）
○報告書のとりまとめ
3. 社会保障審議会、中央社会保険医療協議会
 - (1) 医療部会
○ 平成19年 9月17日
「緊急医師確保対策について（産科医療補償制度）」
○ 平成20年 9月 4日
「産科医療補償制度」
 - (2) 医療保険部会
○ 平成19年 9月20日
「産科医療補償制度構築に向けてのこれまでの取り組み状況」
○ 平成20年 9月12日
「出産育児一時金制度の見直しについて（産科補償制度関係）」
 - (3) 中央社会保険医療協議会 総会
○ 平成20年10月22日
○ 平成20年11月 5日
産科医療補償制度に係る診療報酬上の対応について

産科医療補償制度の概要（平成21年1月1日～）

制度の目的

安心して産科医療を受けられる環境整備の一環として、分娩に係る医療事故により脳性麻痺となった子及びその家族の経済的負担を速やかに補償するとともに、事故原因の分析を行い、将来の同種事故の防止に資する情報を提供することなどにより、紛争の防止・早期解決および産科医療の質の向上を図る。

補償の仕組み

- 分娩機関と妊産婦との契約に基づいて、通常の妊娠・分娩にもかかわらず脳性麻痺となった者に補償金を支払う。
- 分娩機関は、補償金の支払いによる損害を担保するため、運営組織が契約者となる損害保険に加入する。

補償対象

（※ 対象者推計数：年間概ね 500 ～ 800人）

- 通常の妊娠・分娩にもかかわらず脳性麻痺となった場合とする。
 - ・ 出生体重2,000g以上 かつ 在胎週数33週以上 ・ 身体障害者等級1・2級相当の重症者
 - ・ 先天性要因等の除外基準に該当するものを除く
- 出生体重・在胎週数の基準を下回る場合でも、在胎週数28週以上の者については、個別審査

補償金額

3,000万円（一時金：600万円＋分割金：2,400万円（20年間））

保険料（掛金）

※ 在胎週数22週以降の分娩に限る。

一分娩当たり 30,000円

加入促進・制度周知策

- 都道府県がHP等を通じて行う医療機能に関する情報提供の項目に本制度の加入状況を追加
- 医療機関が広告できる項目に本制度加入を追加
- 母子健康手帳の任意記載事項に産科医療補償制度を追加
- 加入機関での分娩に出産育児一時金を3万円加算
- (財)日本医療機能評価機構のHPを通じて加入分娩機関を公表
- 診療報酬上のハイリスク分娩管理加算の算定要件に本制度加入を追加
- 加入機関での分娩に出産育児一時金を3万円加算 (35→38万円)

その他

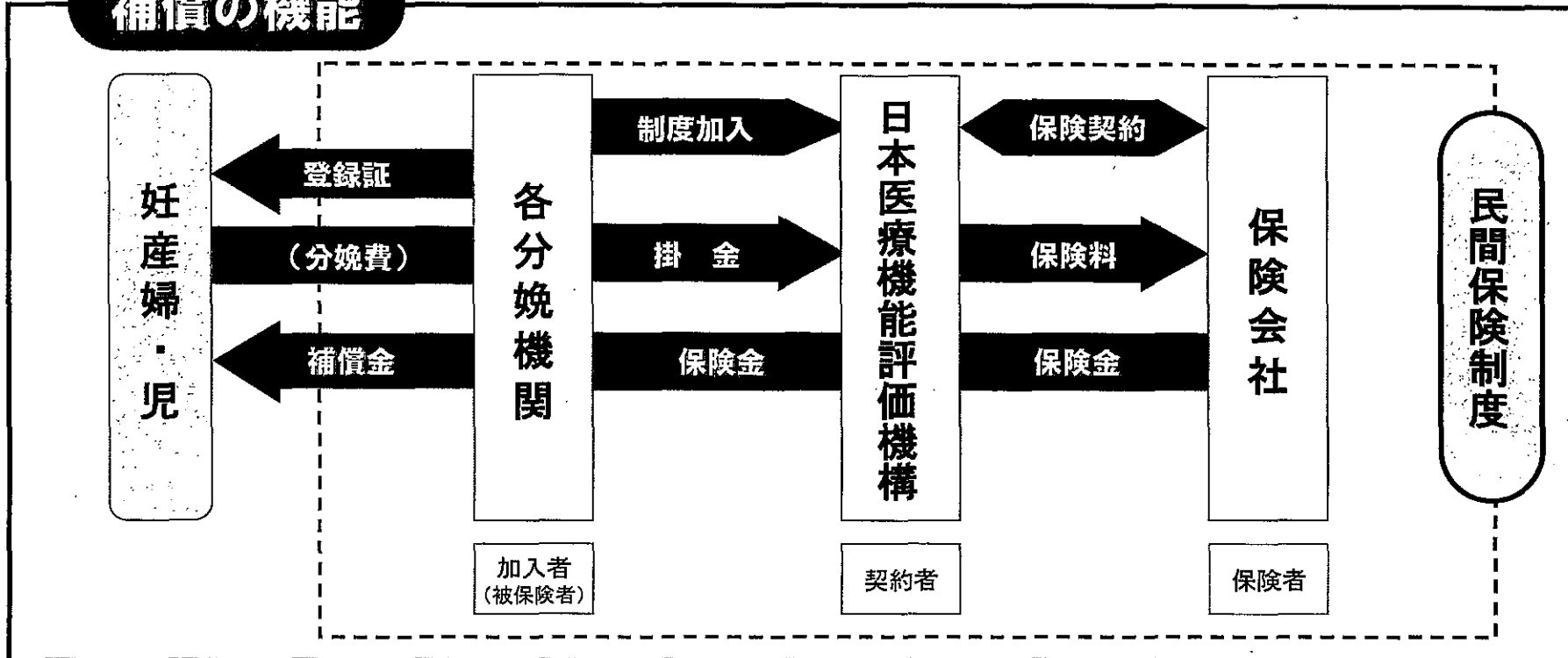
- 紛争の防止・早期解決のために、医学的観点から事例を分析し、結果を両当事者にフィードバック
- 原因分析された各事例の公開により、同種の医療事故の再発防止等を図る。
- 遅くとも5年後を目処に、制度内容について検証し、適宜必要な見直しを行う。

(注) 1. 平成21年1月時点の加入率：病院・診療所99%，助産所95%

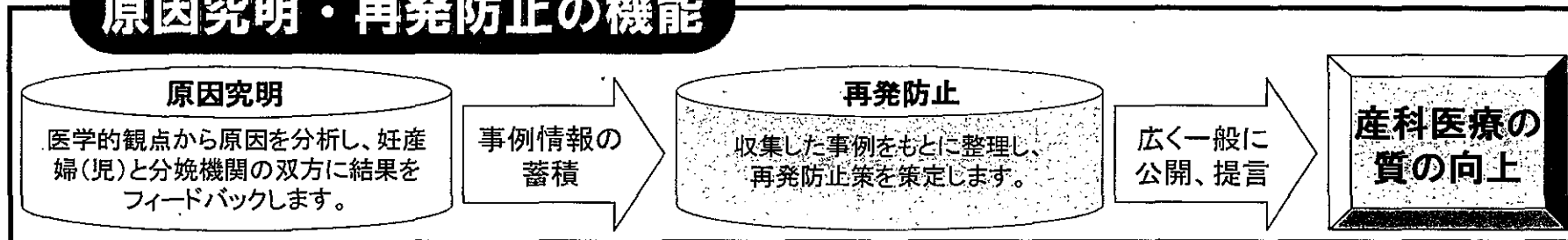
2. 出産育児一時金は、平成21年10月から平成22年度末までの間、4万円加算(38→42万円)される。

産科医療補償制度の仕組み

補償の機能



原因究明・再発防止の機能



産科医療補償制度加入状況について

— 平成21年1月5日現在 —

区分	分娩機関数	加入 分娩機関数	加入率 (%)
病院・診療所	2,851	2,831	99.3
助産所	424	404	95.3
合計	3,275	3,235	98.8

(注) 分娩機関数について

病院・診療所・・・平成21年1月5日現在、日本産婦人科医会調査数

助産所・・・平成21年1月5日現在、日本助産師会調査数

都道府県別状況

都道府県	病院・診療所			助産所			合計		
	全機関数	加入機関数	加入率(%)	全機関数	加入機関数	加入率(%)	全機関数	加入機関数	加入率(%)
北海道	108	108	100.0	9	9	100.0	117	117	100.0
青森	33	33	100.0	2	2	100.0	35	35	100.0
岩手	43	43	100.0	1	1	100.0	44	44	100.0
宮城	48	48	100.0	4	4	100.0	52	52	100.0
秋田	27	27	100.0	0	0	—	27	27	100.0
山形	35	35	100.0	0	0	—	35	35	100.0
福島	57	57	100.0	3	2	66.7	60	59	98.3
茨城	63	62	98.4	8	8	100.0	71	70	98.6
栃木	47	47	100.0	3	3	100.0	50	50	100.0
群馬	47	47	100.0	2	2	100.0	49	49	100.0
埼玉	114	113	99.1	30	30	100.0	144	143	99.3
千葉	118	111	94.1	19	19	100.0	137	130	94.9
東京	205	202	98.5	53	51	96.2	258	253	98.1
神奈川	129	129	100.0	43	39	90.7	172	168	97.7
新潟	51	51	100.0	5	5	100.0	56	56	100.0
富山	27	27	100.0	2	2	100.0	29	29	100.0
石川	38	38	100.0	10	10	100.0	48	48	100.0
福井	24	24	100.0	3	2	66.7	27	26	96.3
山梨	16	16	100.0	4	4	100.0	20	20	100.0
長野	50	50	100.0	13	13	100.0	63	63	100.0
岐阜	57	57	100.0	11	9	81.8	68	66	97.1
静岡	84	83	98.8	15	15	100.0	99	98	99.0
愛知	164	164	100.0	22	21	95.5	186	185	99.5
三重	45	45	100.0	7	7	100.0	52	52	100.0
滋賀	43	43	100.0	9	8	88.9	52	51	98.1
京都	62	62	100.0	13	13	100.0	75	75	100.0
大阪	166	164	98.8	30	28	93.3	196	192	98.0
兵庫	121	117	96.7	18	14	77.8	139	131	94.2
奈良	33	33	100.0	9	9	100.0	42	42	100.0
和歌山	26	26	100.0	10	10	100.0	36	36	100.0
鳥取	18	17	94.4	3	3	100.0	21	20	95.2
島根	22	22	100.0	0	0	—	22	22	100.0
岡山	47	47	100.0	6	6	100.0	53	53	100.0
広島	69	69	100.0	3	3	100.0	72	72	100.0
山口	40	40	100.0	4	4	100.0	44	44	100.0
徳島	23	23	100.0	0	0	—	23	23	100.0
香川	27	27	100.0	4	4	100.0	31	31	100.0
愛媛	41	41	100.0	2	2	100.0	43	43	100.0
高知	21	21	100.0	2	2	100.0	23	23	100.0
福岡	133	133	100.0	16	14	87.5	149	147	98.7
佐賀	31	31	100.0	1	1	100.0	32	32	100.0
長崎	58	58	100.0	3	3	100.0	61	61	100.0
熊本	61	61	100.0	2	2	100.0	63	63	100.0
大分	35	35	100.0	4	4	100.0	39	39	100.0
宮崎	50	50	100.0	6	6	100.0	56	56	100.0
鹿児島	56	56	100.0	6	6	100.0	62	62	100.0
沖縄	38	38	100.0	4	4	100.0	42	42	100.0
合計	2,851	2,831	99.3	424	404	95.3	3,275	3,235	98.8

医療死亡事故の調査等に関する新しい仕組みのイメージ(案)

医療機関からの届出 ※1

遺族からの調査依頼 ※2

※1 医師法第21条による警察への届出は不要とする。
医療機関からの届出義務範囲は、以下に限定。

※2 【届出範囲(案)】に限定されない。
遺族に代わって医療機関が行うことも可能。

- 【届出範囲(案)】 ※ 医療機関の管理者が判断
- ① 医療過誤による(疑いを含む。)死亡
 - ② 行った医療に起因した(疑いを含む。)死亡で、死亡を予期しなかったもの

医療機関からの届出や遺族からの調査依頼に関する相談を受け付ける機能を整備する。

医療安全調査委員会(仮称)

- 国に設置(厚生労働省に設置するか否かについては更に検討)
- 委員会の目的は、原因究明・再発防止による医療の安全の確保であり、関係者の責任追及を目的としたものではない。

遺体の解剖、カルテ等の調査

- ※ 解剖を伴わない調査も必要に応じて実施
- ※ 立入検査等を行うための権限を付与(質問に答えることは強制されない)

医療者を中心とした評価・検討

- ※ 法律関係者及び医療を受ける立場を代表する者等も参画。

調査報告書の作成・公表



再発防止策の提言、関係省庁への勧告・建議

委員会以外での諸手続

(遺族と医療機関との関係)

- 患者・家族と医療従事者との対話をサポートする人材の育成の推進
- 裁判外紛争解決(ADR)制度の活用推進
- 報告書は民事手続での活用が可能

(行政処分)

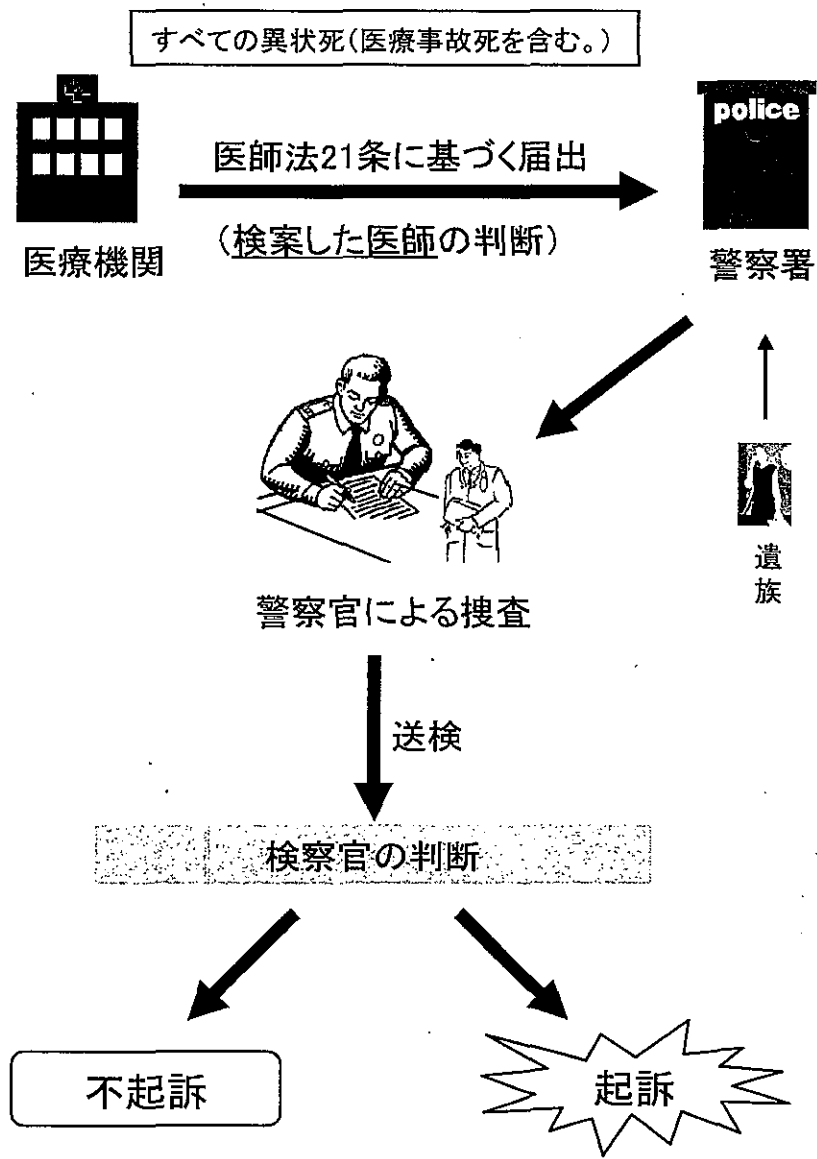
- 医療安全の向上を目的とし、システムエラーの改善を重視
- 医療機関に対する再発防止に向けた改善措置を医療法に創設
- 個人に対しては再教育を重視

(捜査機関との関係)

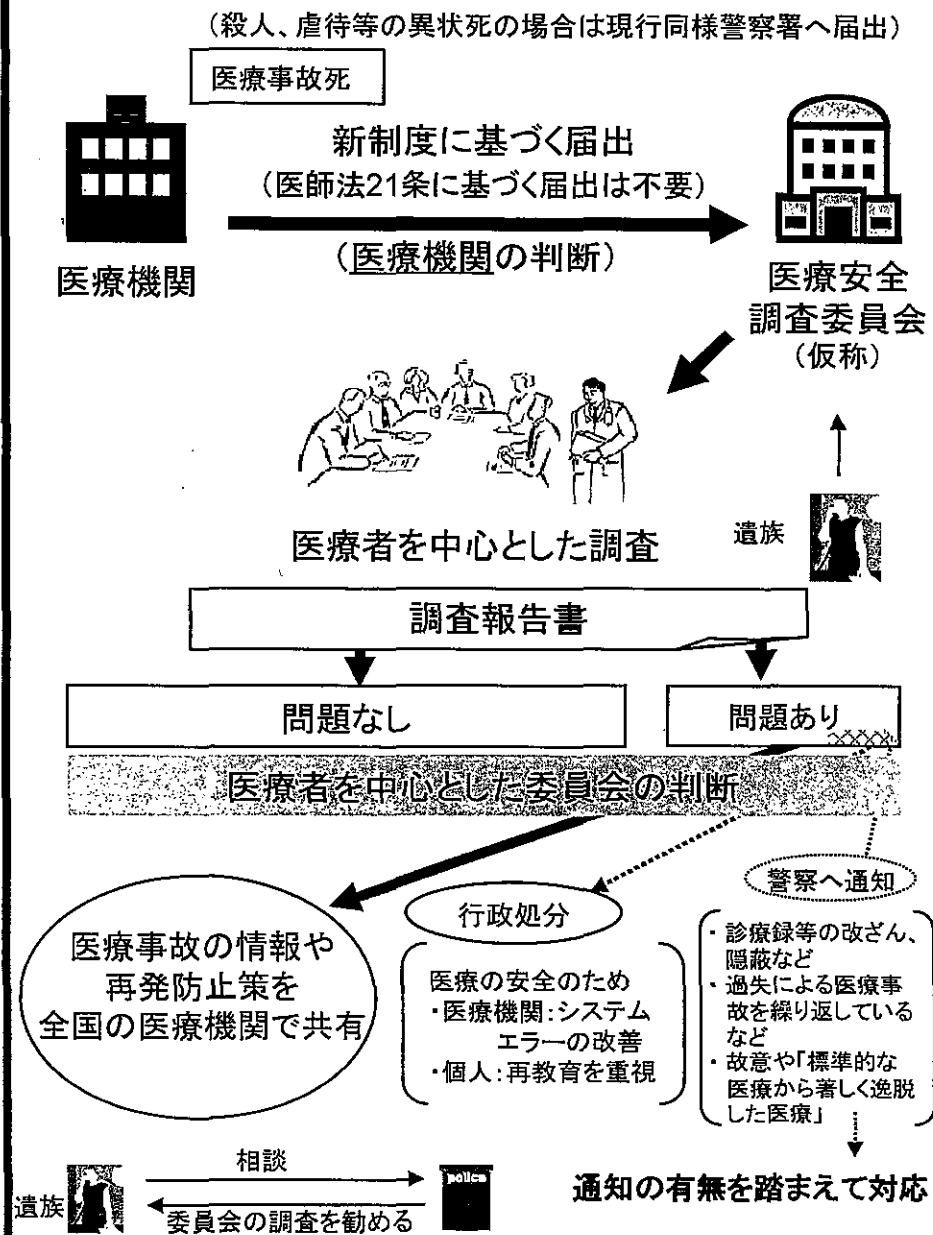
- 委員会から捜査機関へは悪質な事例に限定して通知
 - ・ 診療録等の改ざん、隠蔽など
 - ・ 過失による医療事故を繰り返しているなど
 - ・ 故意や「標準的な医療から著しく逸脱した医療」

(参考5)

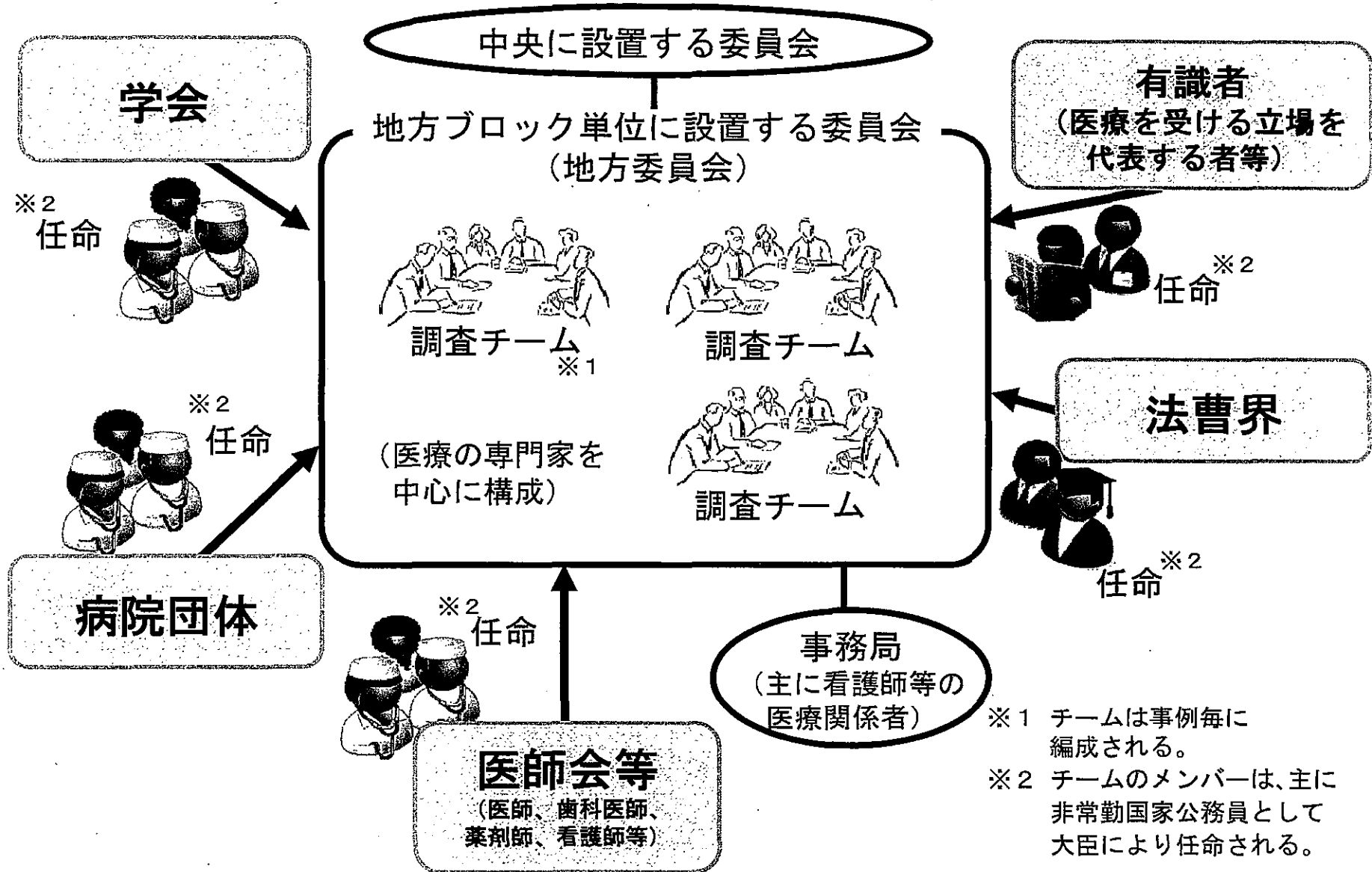
《現行》



《新制度(案)》

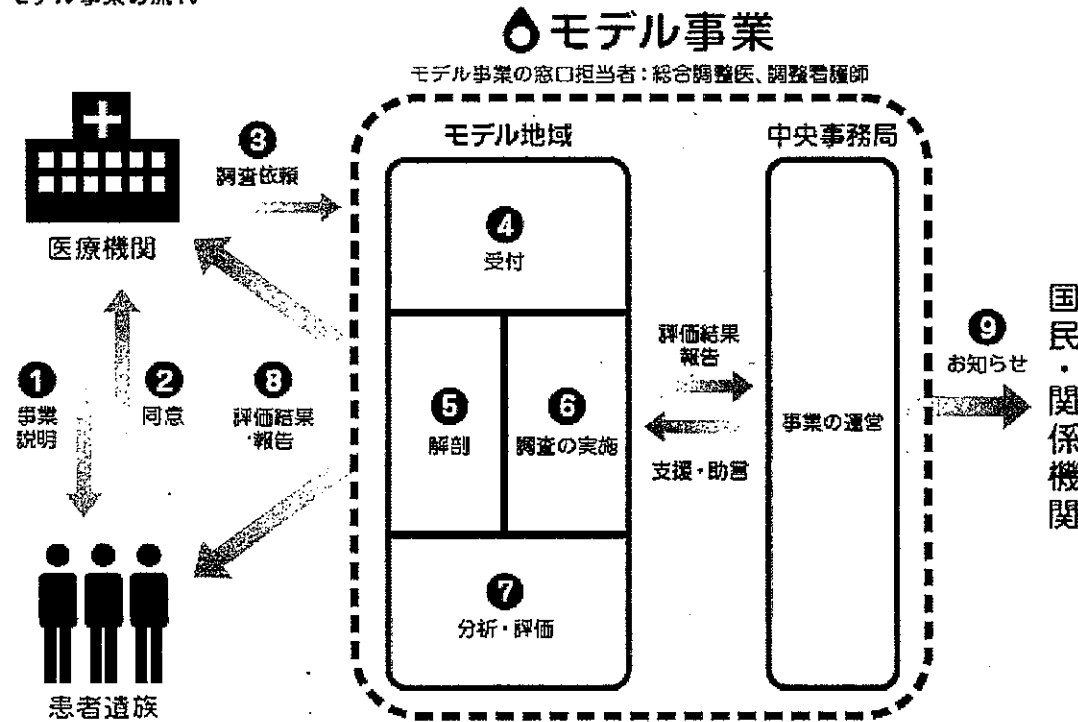


医療安全調査委員会（仮称）の構成



診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業

モデル事業の流れ



①医療機関からモデル事業の説明を行います。

②患者様ご遺族から同意をいただきます。

③医療機関からモデル事業に調査を依頼します。

④モデル地域の窓口で受け付けます。

⑤解剖担当医（法医・病理）、臨床専門医の立ち会いの下、解剖を行います。

⑥臨床専門医による調査や聞き取りを行います。

⑦解剖結果・調査結果を踏まえ、分析・評価を行います。

⑧評価結果について、ご遺族、医療機関にご説明いたします。

⑨個人や医療機関のプライバシーに十分配慮した上で、必要な情報を国民・関係機関にお知らせします。

※地域毎の手続きの詳細については、それぞれのモデル地域事務局にご確認ください。

20' 予算額 21' 予算(案)額
128百万円 → 176百万円

【事業の目的】

- 医療の質と安全・安心を高めていくためには、診療行為に関連した死亡について正確な死因の調査分析を行い、同様の事例の再発を防止するための方策が、専門的、学際的に検討され、広く改善が図られることが必要。

【事業の概要】

- 本事業は、関係学会の協力を得て、モデル地域において、医療機関から診療行為に関連した死亡について、臨床医、法医学者及び病理学者による解剖を実施し、さらに専門医による事案調査を実施し、診療行為との因果関係の有無及び再発防止策を総合的に検討するもの。

実施主体 (社)日本内科学会
モデル地域 10か所

札幌、宮城、茨城、東京、新潟
愛知、大阪、兵庫、岡山、福岡

受付事例数 83例 (H20.12.8現在)

(参考6)

診療関連死の死因究明に関するこれまでの動き

平成11年以降 横浜市立大学事件（患者取り違え）、都立広尾病院事件（薬剤取り違え）、東京慈恵医大附属青戸病院事件（手術による患者死亡）等が発生し、医療安全についての社会的関心が高まる。

平成18年2月 福島県立大野病院事件

帝王切開中の出血により妊婦が死亡（平成16年12月）した事例において、産科医が業務上過失致死・医師法21条違反容疑で逮捕。（その後、起訴され、平成20年9月無罪の地裁判決が確定）

6月 参議院厚生労働委員会附帯決議・衆議院厚生労働委員会決議

第三者機関による医療事故の調査等について検討を求める。

9月 自民党「医療紛争処理のあり方検討会」を設置

平成19年3月 「診療行為に関連した死亡の死因究明等のあり方に関する課題と検討の方向性」厚労省より公表。（意見募集を実施）

4月 厚労省「診療行為に関連した死亡に係る死因究明等の在り方に関する検討会」を設置

5月 「緊急医師確保対策について」（政府・与党決定）

「診療行為に係る死因究明制度（医療事故調査会）の構築等、医療リスクに対する支援体制を整備する。」

6月 「経済財政改革の基本方針2007」（閣議決定）

上記対策が盛り込まれる。

8月 厚労省検討会「これまでの議論の整理」とりまとめ

10月 「診療行為に関連した死亡の死因究明等の在り方に関する試案 一第二次試案一」

これまでの様々な議論を踏まえ、改めて厚労省としての考え方をとりまとめたもの。（意見募集を実施）

12月 自民党検討会「診療行為に係る死因究明制度等について」とりまとめ

新制度の骨格、政府における留意事項を提示。

平成20年4月 「医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方に関する試案一第三次試案一」

第二次試案以降の様々な議論を踏まえ、厚労省としての考え方をとりまとめたもの。（意見募集を実施）

6月 「医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案」

第三次試案及び第二次試案に対して寄せられた意見を踏まえ、厚労省としてとりまとめ。（意見募集を実施）

6. 看護職員の確保等について

(1) 看護職員確保対策

看護職員確保対策については、平成21年度予算案において約94億1百万円を確保したところである。

そのうち新規事業としては、

- ・看護職員の需給見通しに関する検討会（第7次）
- ・協働推進研修事業
- ・訪問看護管理者研修事業
- ・高度在宅看護技術実務研修事業

を盛り込んだところである。

各都道府県におかれても、これらの事業を活用するなどしながら、引き続き看護職員確保対策に積極的に取り組んでいただきたい。

(ア) 看護職員需給見通しに関する検討会（第7次）

看護職員確保対策については、平成4年に制定された「看護師等の人材確保の促進に関する法律」及び同法に基づく「看護婦等の確保を促進するための措置に関する基本的な指針」を基盤として、従来より、資質の向上、養成力の確保、離職の防止、再就業等の総合的支援を行っているところである。

また、需給の見通しについては、計画的かつ安定的に看護職員の確保を図るための中長期的な目標として、これまで通算6回にわたり、看護職員の需給見通しを策定しているところである。

なお、現在の平成17年12月に取りまとめた第六次看護職員需給見通し（平成18年—平成22年）が平成22年までとなっており、また、看護職員の需給を取り巻く環境には様々な変化がみられることから、平成23年以降の中長期的な需給見通しについて検討を行うものである。

(イ) 協働推進研修事業について

近年、医師の業務については、厳しい勤務環境に置かれているが、その要因の一つとして医師でなくても対応可能な業務までも医師が行っている現状があるとの指摘がある。

そのため、平成19年12月28日医政局長より「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」の通知（以下「役割分担通知」という。）を発出したところである。

このため、役割分担通知において示した強化すべき看護業務について、看護師等の研修の場を確保し、看護師等の専門性を発揮する機会の増大を図り、医師と看護師等の協働と連携を促進し、医療提供体制の充実を図る観点から、当事業の積極的な活用をお願いしたい。

(ウ) 訪問看護管理者研修事業について

近年の在宅医療の政策的な推進の中で、後期高齢者医療制度等の現行制度の範囲内での最適なケア提供のための看護計画立案、訪問看護師のケア技術の質の保証や安全管理、スタッフの能力開発などの人材管理など、訪問看護事業所で管理者に求められている役割は多岐にわたっている。

また、地域の医療提供体制の確保のためには、在宅医療におけるチームメンバーの一員としての他職種との効果的な連携方法の確立や、地域情報・資源の把握・活用・開発、病院と地域をつなぐ退院調整機能の役割発揮・確立なども求められているところである。

このため、訪問看護提供を統括する管理者に対する統合的な研修を行い管理者の能力を高めることで、上記に挙げたような訪問看護事業所全体の看護の質の向上を図る観点から、当事業の積極的な活用をお願いしたい。

(エ) 高度在宅看護技術実務研修事業について

在院日数の短縮及び在宅医療の推進に伴い、医療依存度の高い患者に対する訪問看護へのニーズは高まっており、高度な在宅看護技術が提供できる訪問看護師の育成及び人材確保は喫緊の課題となっている。

このため、医療機関に勤務する看護師や潜在看護師等で、訪問看護に関心を持ち、在宅において医療依存度の高い療養者の看護に携わることが希望する者に対し、訪問看護事業所において訪問看護に熟練した看護師とともに、医療依存度の高い在宅療養者を訪問し、技術の習得を図るものである。

高度の在宅看護技術が提供できる訪問看護師の人材育成及び確保を図り、訪問看護の推進を図る観点から、当事業の積極的な活用をお願いしたい。

厚生労働省における主な看護職員研修

基本的技能・知識の習得

専門性の向上(臨床技能の向上)

		新人看護職員	中堅看護職員	実務経験5年以上
看護師	病院	<p>新人看護師研修</p>	<p>新 協働推進研修</p> <p>教育担当者研修</p> <p>専門分野(がん・糖尿病)における質の高い看護師育成事業</p> <p>中堅看護職員研修</p> <p>増額 看護職員専門分野研修</p>	
	訪問看護		<p>訪問看護ステーション・医療機関の相互研修</p> <p>在宅ターミナル研修</p> <p>新 高度在宅看護技術実務研修</p>	<p>新 訪問看護管理者研修</p>
助産師		<p>新人助産師研修</p>	<p>実地指導者研修</p> <p>増額 院内助産所・助産師外来研修</p>	
教員				<p>教員養成講習会</p> <p>実習指導者講習会</p>

医療提供体制推進事業費補助金（統合補助金）

平成21年度予定額

○ 協働推進研修事業（新規）

349,991千円

1) 趣 旨

役割分担通知に示された看護業務について、看護師等の能力の研鑽のための研修の場を確保し、チーム医療のもとに看護職員等の専門性を発揮する機会の増大を図り、医師と看護職員との協働を推進し、医療提供体制の充実を図るものである。

2) 研修内容： 薬剤の投与量調整、療養生活指導、インフォームドコンセント、トリアージ、その他基礎的研修について研修を実施。

3) 実施主体： 都道府県

4) 実施か所数： 47か所

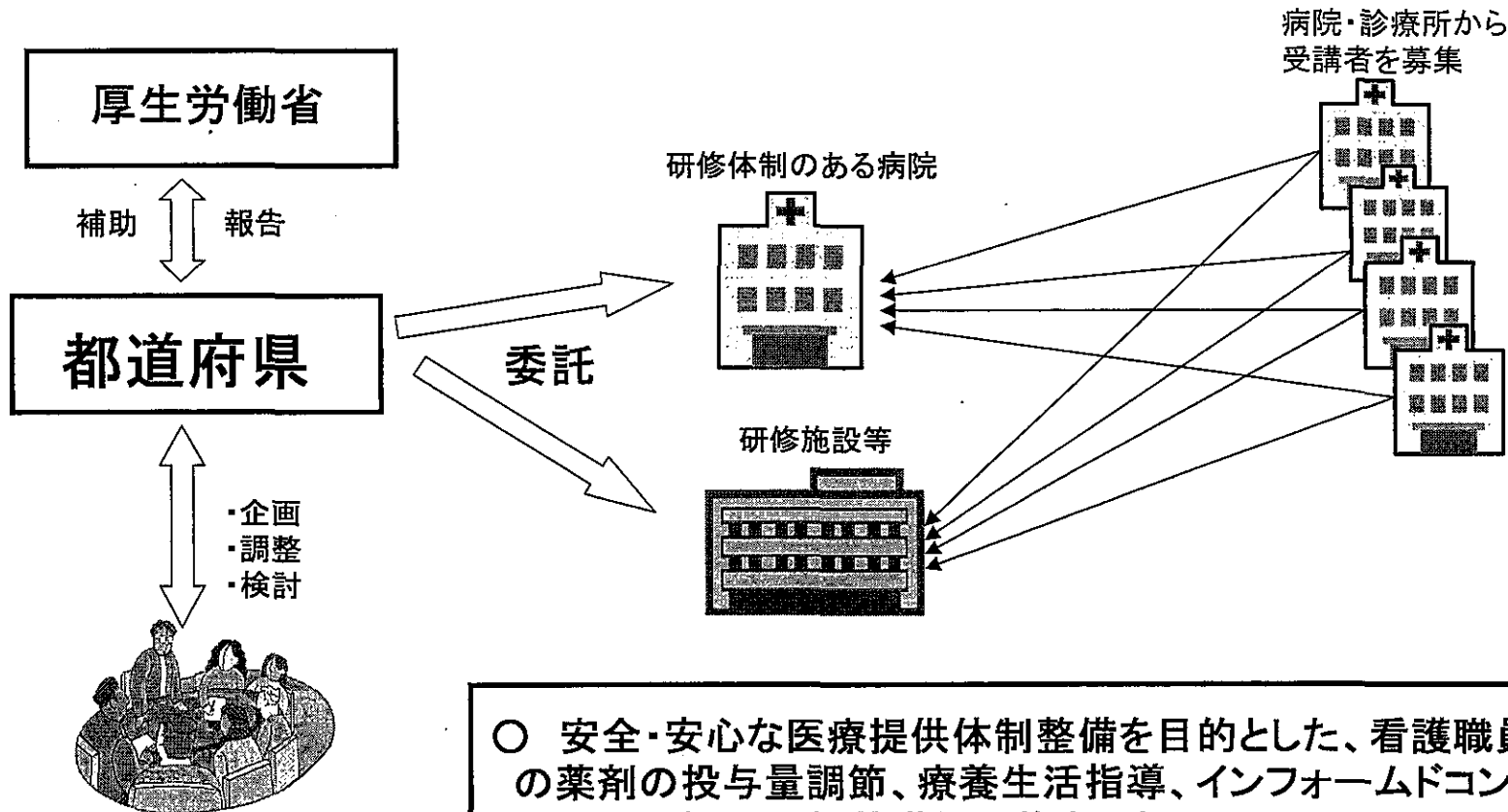
5) 基準額： 14,893千円

6) 補助率： 国1/2、県1/2

7) 対象経費： 謝金、委員等旅費、印刷製本費、通信運搬費、会議費、消耗品費、備品購入費、賃金、賃借料

協働推進研修事業

平成19年12月28日「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」に基づき、チーム医療のもとに看護師等の専門性を発揮する機会の増大を図り、医師と看護師等の協働と連携を促進するため、看護師等の能力の研鑽のための研修を行うものである。



○ 安全・安心な医療提供体制整備を目的とした、看護職員等への薬剤の投与量調節、療養生活指導、インフォームドコンセント、トリアージ、その他基礎的研修を行う。

平成21年度予定額

○訪問看護管理者研修事業（新規）

30,255千円

近年の在宅医療の政策的な推進の中で、後期高齢者医療制度等の現行制度の範囲内での最適なケア提供のための看護計画立案、訪問看護師のケア技術の質の保証や安全管理、スタッフの能力開発などの人材管理など、訪問看護事業所で管理者に求められている役割は多岐にわたっている。

また、地域の医療提供体制の確保のためには、在宅医療におけるチームメンバーの一員としての他職種との効果的な連携方法の確立や、地域情報・資源の把握・活用・開発、病院と地域をつなぐ退院調整機能の役割発揮・確立なども求められているところである。

このため、訪問看護提供を統括する管理者に対する統合的な研修を行い管理者の能力を高めることで、上記に挙げたような訪問看護事業所全体の看護の質の向上を図るものである。

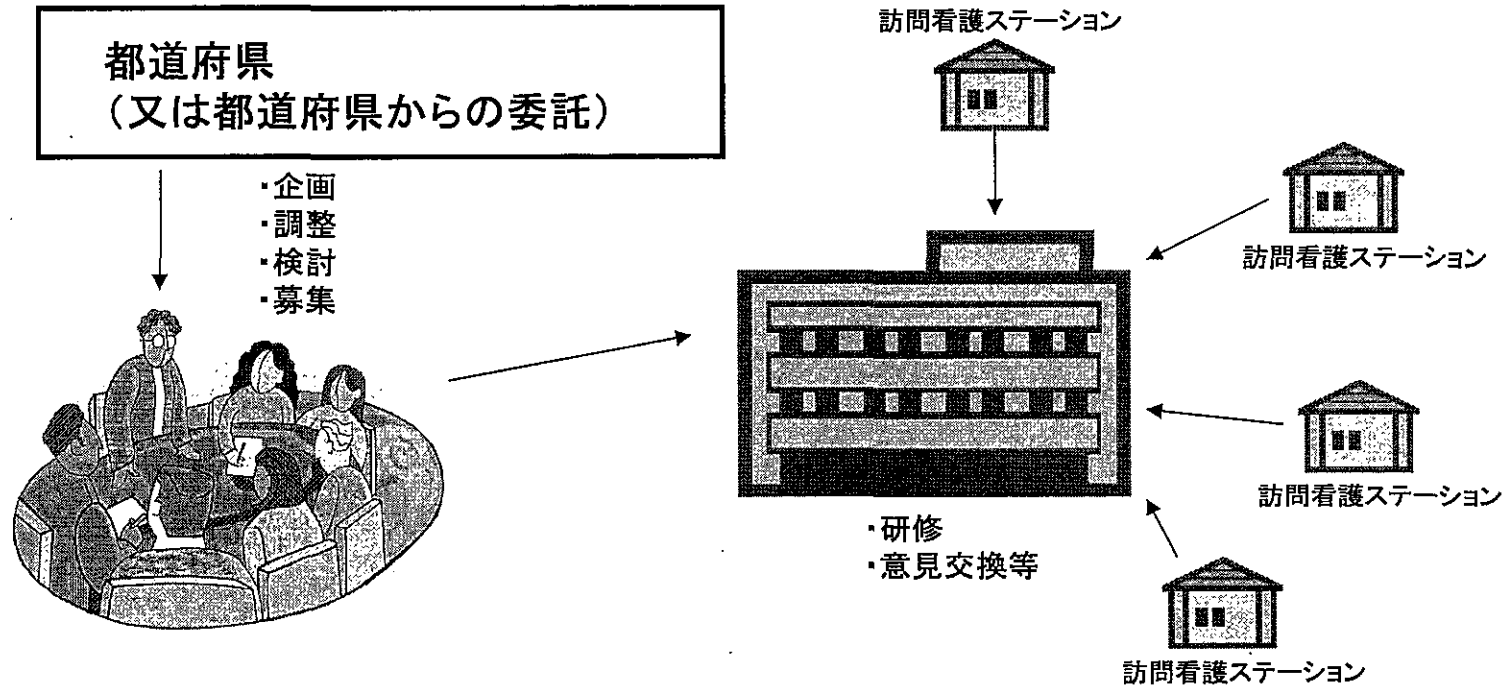
（事業内容）

- | | |
|--------|--------------------------------------|
| ・実施主体 | 都道府県 |
| ・実施か所数 | 38か所 |
| ・基準額 | 1,592千円 |
| ・補助率 | 国1/2、県1/2 |
| ・対象経費 | 謝金、委員等旅費、印刷製本費、通信運搬費、会議費、消耗品費、賃金、賃借料 |

訪問看護管理者研修事業

訪問看護師のケア技術の質の保証や安全管理、スタッフの能力開発などの人材管理など、訪問看護事業所の管理者に求められている役割は多岐にわたる。

このため、訪問看護事業所の管理者に対する研修を行い、訪問看護事業所全体の看護の質の向上、人材育成、安全管理等に繋げていくことを目的とする。



○安全管理、情報管理、チーム医療と連携、能力開発、人材管理・育成等を管理者に対して研修を行い、訪問看護事業所全体の質の向上を図る。

平成21年度予定額

○高度在宅看護技術実務研修事業（新規）

92,596千円

在院日数の短縮及び在宅医療の推進に伴い、医療依存度の高い患者に対する訪問看護へのニーズは高まっており、高度な在宅看護技術が提供できる訪問看護師の育成及び人材確保は喫緊の課題となっている。

このため、医療機関に勤務する看護師や潜在看護師等で、訪問看護に関心を持ち、在宅において医療依存度の高い療養者の看護に携わることを希望する者に対し、訪問看護事業所において訪問看護に熟練した看護師とともに、医療依存度の高い在宅療養者を訪問し、技術の習得を図るものである。

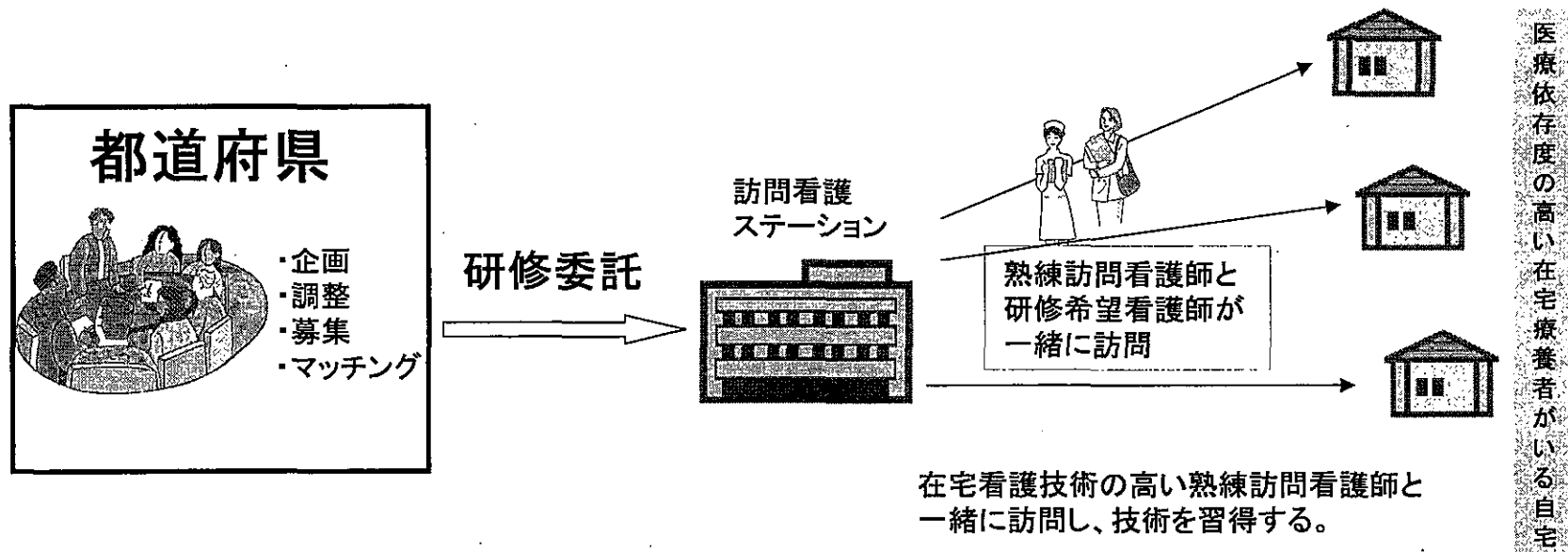
（事業内容）

- ・実施主体 都道府県
- ・実施か所数 38か所
- ・基準額 4,873千円
- ・補助率 国1/2、県1/2
- ・対象経費 謝金、委員等旅費、印刷製本費、通信運搬費、会議費、消耗品費、賃金、賃借料

高度在宅看護技術実務研修事業

近年の在院日数の短縮及び在宅医療の推進に伴い、医療依存度の高い患者に対する訪問看護へのニーズは高まっており、高度な在宅看護技術が提供できる訪問看護師の育成及び人材確保は喫緊の課題となっている。

このため、医療機関に勤務する看護師や潜在看護師等で、訪問看護に関心を持ち、在宅において医療依存度の高い療養者の看護に携わりたいことを希望する者に対し、訪問看護事業所において訪問看護に熟練した看護師とともに、医療依存度の高い在宅療養者を訪問し、技術の習得を図るものである。



○医療依存度の高い在宅療養者に対する高度な看護技術が提供できる訪問看護師の育成により、

- ・利用者のニーズに適したサービスの提供
- ・医療安全の確保
- ・訪問看護の推進

を図る。

7. 在宅高齢者への歯科保健医療対策の推進について

<現状>

在宅高齢者に対する歯科保健医療の現状としては、

○歯科治療の必要性については、89.4%のものが「何らかの歯科治療または専門的な口腔ケアが必要」である一方、実際に歯科治療を受診した者は26.9%で、歯科治療の必要性と実際の受診状況には大きな隔たりがあった。

○一方、在宅歯科保健医療サービスを実施している歯科医療機関は、全体の約18%となっている。

以上の状況から、必ずしも在宅歯科保健医療に対する患者のニーズに十分応えられておらず、在宅歯科保健医療を推進することが急務となっている。

<対策>

特に高齢期・寝たきり者等に対する在宅歯科保健医療を推進するため、①主に高齢期・寝たきり者等に対する在宅歯科保健医療、口腔ケア等のプロフェッショナルケアについて専門性をもつ歯科医師及び歯科衛生士を養成するための講習会（歯の健康力推進歯科医師等養成講習会）の実施 ②歯の健康力推進歯科医師等養成講習会を受講した歯科医師を対象として、在宅歯科診療を実施する医療機関に対し、在宅歯科医療機器の設備を整備するために必要な支援（在宅歯科診療設備整備事業）、を平成20年度より実施しているところである。

各都道府県におかれては、これらの事業を活用するなど、在宅歯科保健医療の推進に取り組んでいただきたい。

NCの役割と産業界、大学等との医療クラスター形成と地域医療支援(イメージ)

医療クラスター形成

国立高度専門医療センター

政策医療の牽引車

- 臨床研究の推進
- 医療の均てん化等の推進
- 政策医療の総合的かつ戦略的な展開

研究、医療の均てん化、人材育成、情報発信、政策提言等

人材育成の連携

連携

共同研究・開発
連携大学院

- ・特定の疾患の豊富な症例蓄積への魅力
- ・大規模な研究設備、研究費への魅力

共同研究・開発

- ・臨床現場への魅力
- ・製品アイデア、具体化の場への魅力

関係学会

- 人材開発

大学

- 蓄積された基礎研究
- 社会学、工学、薬学、法学等の総合的研究体制
- 豊富な人材ストック

産業界[製薬・機器等]

- 製品ライブラリー、製品化技術
- 欧米との切磋琢磨を経た競争力
- 金融等、幅広いウイングの協力を得た製品化能力

国立病院機構等

- 大規模治験実施への協力
- 患者治療データの蓄積

都道府県の中核的医療機関等とのネットワークを構築

- 先駆的医療や標準的医療等の普及
- 都道府県の中核的な医療機関への技術的助言や指導の実施
- 医療の均てん化のための情報発信等

医療の均てん

地域医療[都道府県、医療界]との連携を通じた国民医療の進展