

『経済財政運営と改革の基本方針2019』、  
『成長戦略(2019年)』及び  
『規制改革実施計画』に関する施策

# 医師の時間外労働規制について①

## 一般則

2024年4月～

将来  
(暫定特例水準の解消  
(=2035年度末)後)

- 【時間外労働の上限】
- (例外)
    - ・年720時間
    - ・複数月平均80時間 (休日労働含む)
    - ・月100時間未満 (休日労働含む)
  - 年間6か月まで

年1,860時間／  
月100時間 (例外あり)  
※いずれも休日労働含む

年1,860時間／月100時間 (例外あり)  
※いずれも休日労働含む  
⇒将来に向けて縮減方向

将来に向けて  
縮減方向

年960時間／  
月100時間 (例外あり)  
※いずれも休日労働含む

年960時間／  
月100時間 (例外あり)  
※いずれも休日労働含む

A : 診療従事勤務  
医に2024年度以降  
適用される水準

B : 地域医療確保暫定  
特例水準 (医療機関を特定)

C-1 C-2  
集中的技能向上水準  
(医療機関を特定)

C-1 : 初期・後期研修医が、研修プログラムに沿って基礎的な技能や能力を修得する際に適用  
※本人がプログラムを選択  
C-2 : 医籍登録後の臨床従事6年目以降の者が、高度技能の育成が公益上必要な分野について、特定の医療機関で診療に従事する際に適用  
※本人の発意により計画を作成し、医療機関が審査組織に承認申請

A

C-1 C-2

(原則)  
1か月45時間  
1年360時間

※この(原則)については医師も同様。

## 月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置 (いわゆるドクターストップ)

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (義務)

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (義務)

※初期研修医については連続勤務時間制限を強化して徹底 (代償休息不要)

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (義務)

※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的取組を講ずる。

## 医師の時間外労働規制について②

(A) 水準      (B) 水準      (C) 水準

の上限 締結 36協 時間定 数でき で	①通常の時間外労働（休日労働を含まない）	月45時間以下・年360時間以下	
	②「臨時的な必要がある場合」（休日労働を含む）	月100時間未満（ただし下表の面接指導等を行った場合には例外あり）	
		年960時間以下	年1,860時間以下
③36協定によっても超えられない時間外労働の上限時間（休日労働を含む）		月100時間未満（例外につき同上）	
		年960時間以下	年1,860時間以下
適正な労務管理（労働時間管理等）		一般労働者と同様の義務（労働基準法、労働安全衛生法）	
医師労働時間短縮計画の作成によるPDCAの実施		現行どおり (勤務環境改善の努力義務)	義務
追加 的 健康 確保 措置	連続勤務時間制限28時間※1（宿日直許可なしの場合）	※ 2	努力義務 (②が年720時間等を超える場合のみ)
	勤務間インターバル9時間		義務
	面接指導（睡眠・疲労の状況の確認を含む）・必要に応じ就業上の措置（就業制限、配慮、禁止）		時間外労働が月100時間以上となる場合は義務 (月100時間以上となる前に実施※3)

※さらに、時間外労働月155時間超の場合には労働時間短縮の措置を講ずる。

- 追加的健康確保措置については医事法制・医療政策における義務付け、実施状況確認等を行う方向で検討（36協定にも記載）。面接指導については労働安全衛生法上の義務付けがある面接指導としても位置づける方向で検討。

※1 (C) - 1水準が適用される初期研修医の連続勤務時間制限については、28時間ではなく1日ごとに確実に疲労回復させるため15時間（その後の勤務間インターバル9時間）又は24時間（同24時間）とする。

※2 長時間の手術や急患の対応等のやむを得ない事情によって例外的に実施できなかった場合には、代償休息によることも可能（(C) - 1水準が適用される初期研修医を除く）。

※3 時間外労働実績が月80時間超となった段階で睡眠及び疲労の状況についての確認を行い、(A)水準適用対象者の場合は疲労の蓄積が確認された者について、(B)・(C)水準適用対象者の場合は全ての者について、時間外労働が月100時間以上となる前に面接指導を実施。

# 医療国際展開推進室における医療国際展開の取組

○我が国医療の国際展開に向け、厚生労働省と新興国等の保健省との協力関係を構築。協力テーマとしては、

- ①日本の経験や知見を活かした相手国の医療・保健分野の政策形成支援(公的医療保険制度等)
- ②医療技術、医薬品や医療機器に関連する人材育成

を柱として、各国のニーズに合わせた協力覚書に署名(2019年6月時点で25か国)。

○協力の具体化に向け、国立国際医療研究センター(NCGM)において、

- ①我が国医療政策や社会保障制度等に見識を有する者や医療従事者等の諸外国への派遣、
- ②諸外国からの研修生を我が国の医療機関等への受け入れ、

を実施する事業を平成27年度より開始。

## 医療・保健分野における協力覚書

・厚生労働省が協力覚書に署名した25か国は下記の通り(2019年6月時点)

### アジア

カンボジア、ラオス、ミャンマー、ベトナム、インド、フィリピン、タイ、シンガポール、マレーシア、モンゴル、ブルネイ、中国

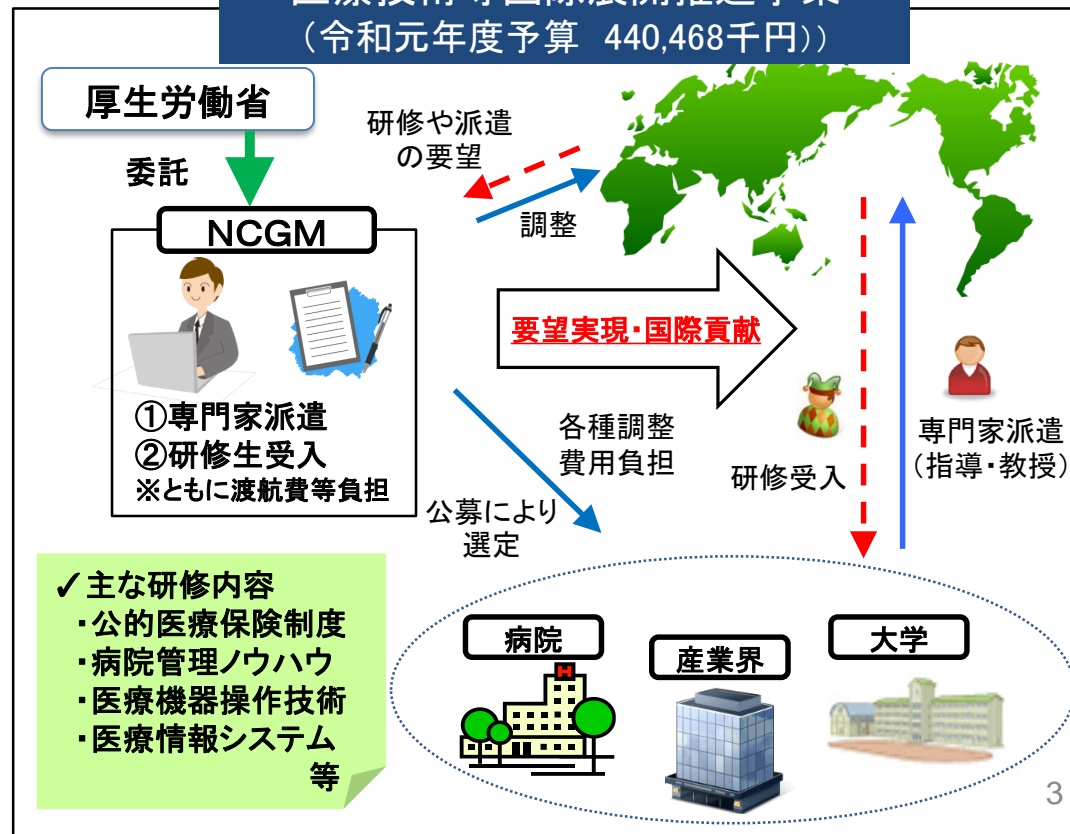
### 欧州、中東

バーレーン、トルクメニスタン、トルコ、カタール、イラン、ロシア、サウジアラビア、デンマーク、ベラルーシ、リトアニア

### 北中南米

メキシコ、ブラジル、アメリカ

## 医療技術等国際展開推進事業 (令和元年度予算 440,468千円)





# 外国人患者受入に関する環境整備(厚生労働省の取組)

現状

## ■ 外国人患者受入れのための環境整備が不可欠

※ 訪日外国人数: 年間 3,119万人 (2018年)、在留外国人数: 約273万人 (2018年12月)

■ メディカル・エクセレンス・ジャパン (MEJ) や JETRO 等を... (中略)... 「訪日外国人に対する適切な医療等の確保に向けた総合対策」に則った医療提供を一体的に推進することで、我が国の医療の国際的対応能力を向上させる。

(成長戦略2019(2019年6月閣議決定))

## 医療機関の整備

### ■ 各地域の拠点となる医療機関の整備

- ・ 医療通訳者・医療コーディネーターの配置支援 等

### ■ 医療機関の院内体制整備支援

- ・ 院内案内表示、問診票等の多言語化 等

### ■ 医療通訳のシステム構築

- ・ 医療通訳育成カリキュラム・テキストの作成 等

### ■ 多言語の診療申込書等を厚労省HPで公開

- ・ 5か国語(英・中・韓・スペイン・ポルトガル)で作成

### ■ 希少言語も含めて対応可能な遠隔通訳サービス

- ・ 希少言語にも対応可能な遠隔通訳サービスを提供

### ■ 医療コーディネーター等養成研修

- ・ 医療コーディネーター等の養成研修等を実施

### ■ 翻訳ICT技術に対応したタブレット端末等の配置

- ・ 翻訳ICT技術に対応したタブレット端末等を配置

※ 都道府県が選定した「外国人患者を受け入れる拠点医療機関」を中心に支援

## 地域の受入体制強化

### ■ 都道府県単位でのモデル構築の支援

- ・ 医療機関、観光業界等を含め横連携するために、都道府県単位で、多分野の関係者による議論の場の設置、地域固有の実情把握、情報発信等を行う

※2018年度は5箇所を実施

(北海道、東京都、三重県、京都府、大阪府)

### ■ 電話通訳の団体契約の利用促進

- ・ 団体契約を通じ電話医療通訳の利用促進を図る

### ■ 外国人患者受入に係る医療機関向けマニュアルの作成

### ■ 都道府県単位の医療・観光等連携ワンストップ対応

- ・ 都道府県に、地域の課題の協議等を行う業界分野横断的な関係者による協議会を設置し、実態の把握・分析や受入医療機関の整備方針の協議、リスト作成と関係者への周知、地域の課題の協議などを行う。

- ・ 都道府県に、医療機関等から寄せられる様々な相談にも対応できるワンストップ窓口を設置する。



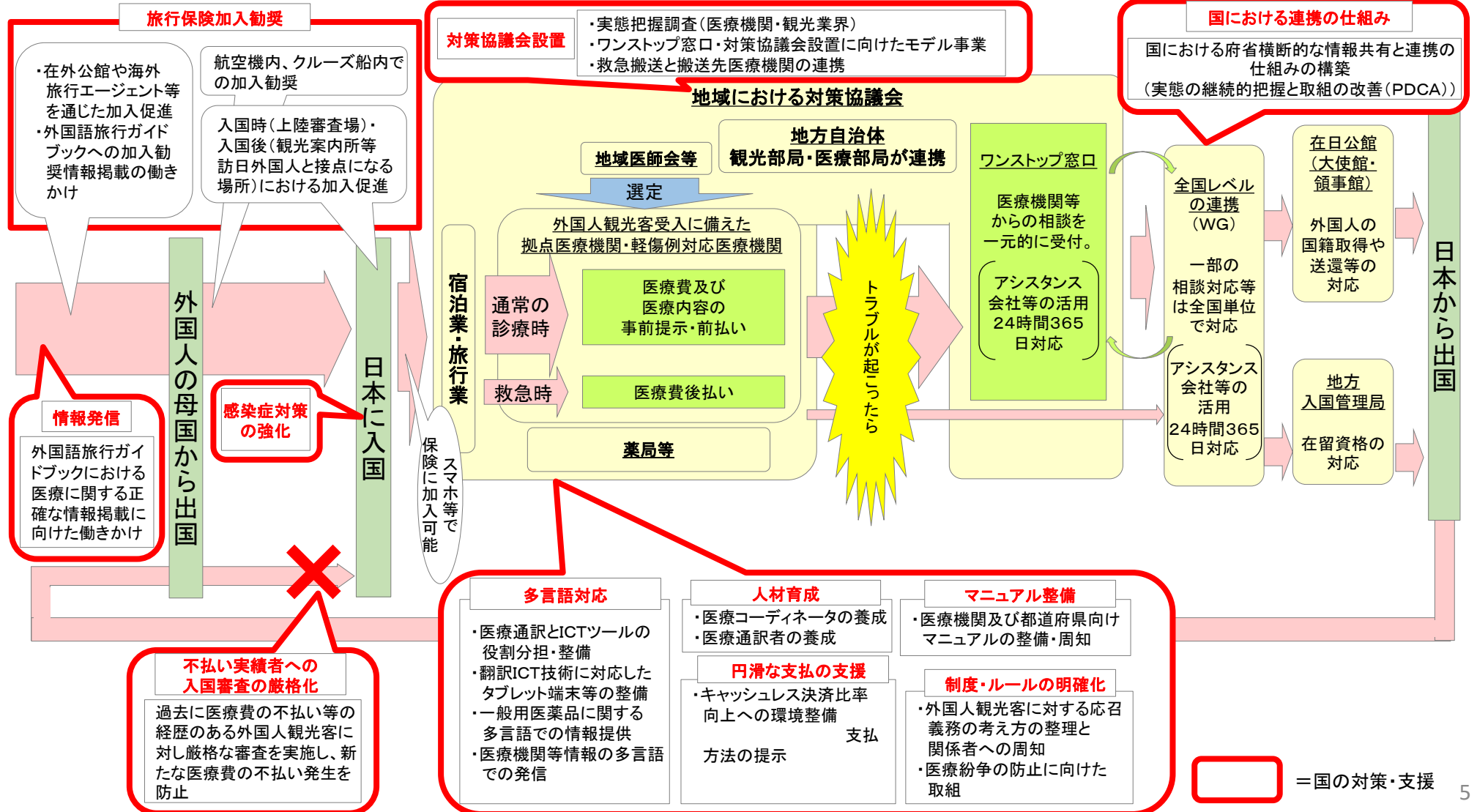
従来の取組

新たな取組(令和元年度)

厚生労働省の取組

# 訪日外国人に対する適切な医療等の確保に向けた総合対策概要

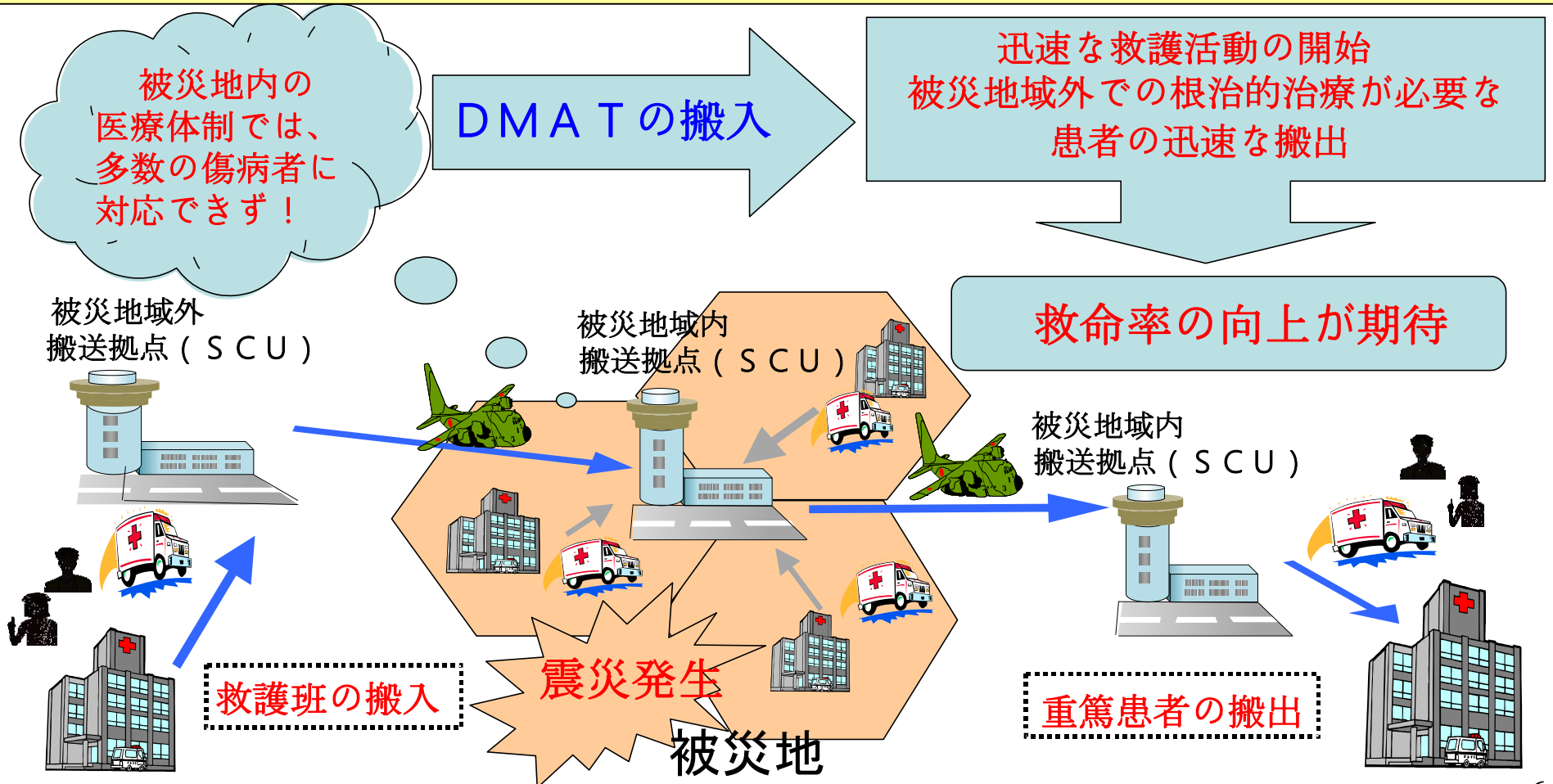
- 外国人観光客自身の適切な費用負担を前提に、予期せぬ病気やけがの際、不安を感じることなく医療等を受けられ、安全に帰国できる仕組みを構築。
- 可能な限り多くの外国人観光客の加入を目指した旅行保険への加入勧奨に取り組む。
- 観光の振興に主体的に取り組む地域ごとの多様な関係者の連携による環境整備を国として支援。



# 災害派遣医療チーム (DMAT: Disaster Medical Assistance Team) とは

【 DMAT体制整備事業 令和元年度予算 363,784千円(259,308千円) 】

- ・災害急性期(発災後48時間以内)に活動できる機動性を持ったトレーニングを受けた医療チーム
- ・平成17年3月から厚生労働省の災害派遣医療チーム研修事業により整備を開始。
- ・平成31年4月1日現在1,686チーム(14,204名)を養成。
- ・1チームの構成は医師1人、看護師2人、業務調整員1人の4人を基本。



# DMATの活動事例

## 北海道胆振東部地震(平成30年9月)

- ・ 活動チーム数:67チーム
- ・ 主な活動内容:本部活動、医療機関被害状況に関する情報収集、病院支援、搬送支援等
- ・ ロジスティックチーム活動: 59名  
本部活動(DMAT本部、東胆振東部3町医療救護保健調整本部等)等

## 平成30年7月豪雨

- ・ 活動チーム数:119チーム
- ・ 主な活動内容:本部活動、医療機関被害状況に関する情報収集、病院支援、搬送支援、避難所での情報収集・救護活動等
- ・ ロジスティックチーム活動: 48名、本部活動等

## 平成28年熊本地震(平成28年4月)

- ・ 活動チーム数:466チーム(内、ロジスティック活動 49チーム)
- ・ 派遣都道府県:47都道府県
- ・ 主な活動内容:病院支援、地域医療搬送、入院患者の搬送、全国から派遣されたDMATの活動場所の調整や被災地の医療ニーズ等の情報収集 等
- ・ ロジスティックチーム活動: 84名、本部活動等

## 東日本大震災

- ・ 活動チーム数:約380チーム 隊員数:約1,800人
- ・ 派遣都道府県:47都道府県
- ・ 主な活動内容:病院支援、地域医療搬送、広域医療搬送、入院患者の救出と搬送等

## 主な活動内容

- ・病院支援 - 被災地域内の病院の診療支援と情報の発信  
- 本部設置、トリアージ、治療、後方搬送を実施
- ・地域医療搬送 - ドクターヘリや救急車により、被災地域内医療機関から被災地域外の近隣の医療機関等へ患者を搬送
- ・広域医療搬送 - 自衛隊機等による被災地外への患者搬送。
- ・入院患者の救出と搬送 - 入院患者救出活動に参加、トリアージや応急処置の実施

(被災地へ向かう医療チーム)



(医療チームの被災地での活動)





# DMAT事務局の業務

・厚生労働省は、**①平時におけるDMATの養成、DMATの質の維持・向上、②災害時の対応**を円滑に行うため、DMAT事務局(全国に2か所)を設置。

※ NHO災害医療センター(東京都立川市)・・・平成22年度に設置。 NHO大阪医療センター(大阪市)・・・平成25年度に設置。

## ○平時の業務

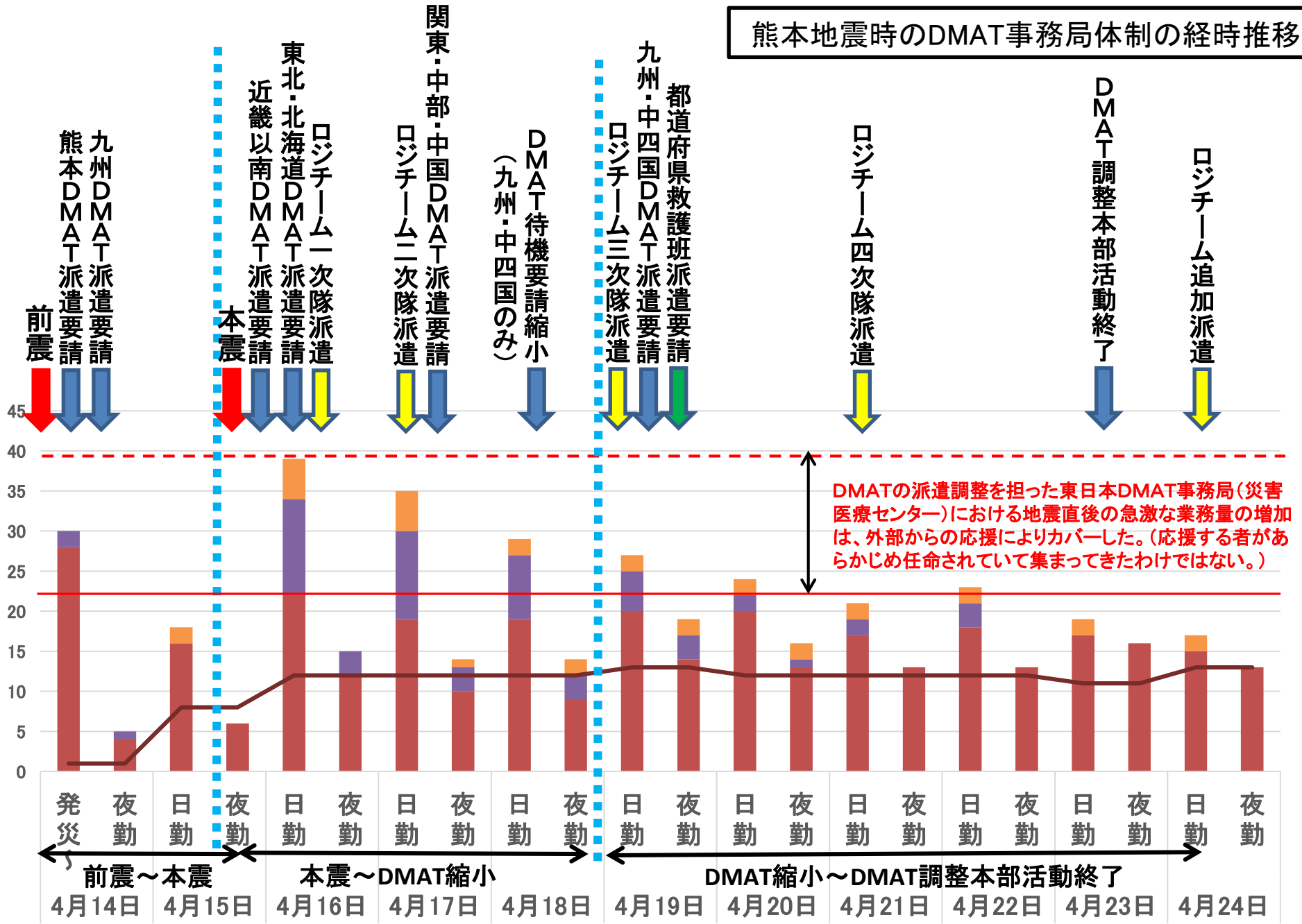
- ① 日本DMAT検討委員会の運営に係る事務  
(DMATの養成カリキュラム、活動要領等の見直しに係る事務)
- ② DMAT研修の実施、各地の訓練の管理
- ③ DMAT隊員の登録、登録者の更新
- ④ 政府総合防災訓練の企画・運営
- ⑤ DMAT活動におけるロジスティクスのための関係業界との協定締結
- ⑥ DMAT活動の向上のための研究

**○災害時の業務** ※ 災害医療センターが中心(大阪医療センターはサポート)となり、業務を行うことになるが、首都直下地震等により、災害医療センターでの業務遂行が困難な場合は、大阪医療センターが中心となり、業務を行う。

- ① DMAT派遣に関する調整
- ② DMAT活動にかかる方針の策定
- ③ 各DMATへの情報提供
- ④ 搬送手段(自衛隊等)の確保に関する調整及び情報提供
- ⑤ 被災地域外の患者受入医療機関の確保
- ⑥ 物資の調達と輸送手段の確保
- ⑦ 事務局員等の各本部への派遣
- ⑧ DMATロジスティックチーム隊員の派遣に関する調整
- ⑨ 活動終了、2次隊、3次隊等派遣の必要性の判断



# 熊本地震時のDMAT事務局体制の経時推移





# (参考) DMAT事務局体制の現状と課題

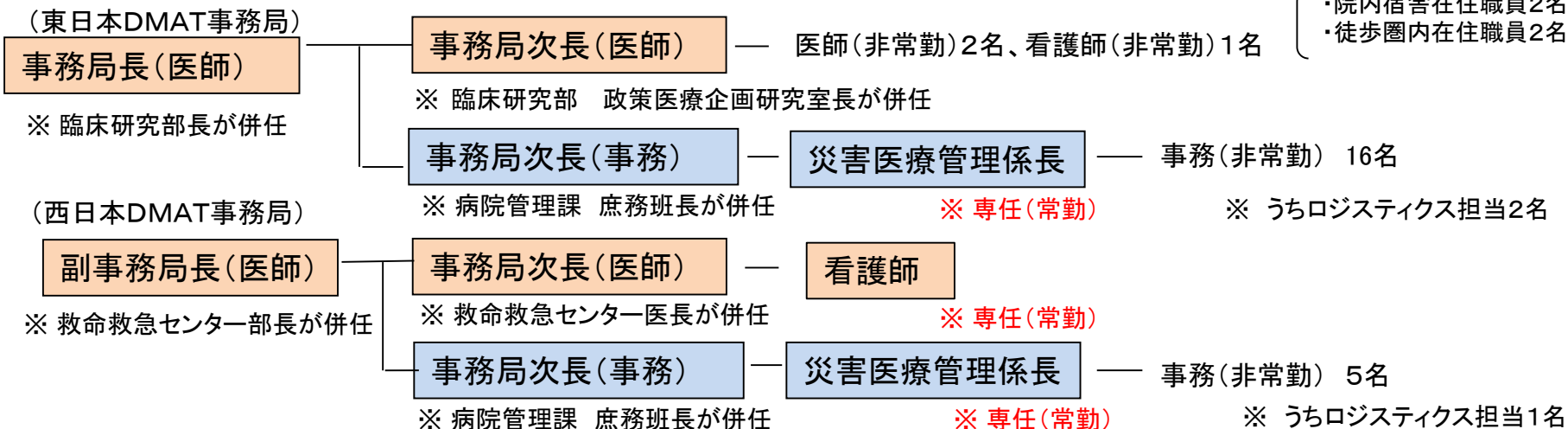
※第1回 救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会より抜粋

## 【現状・課題】

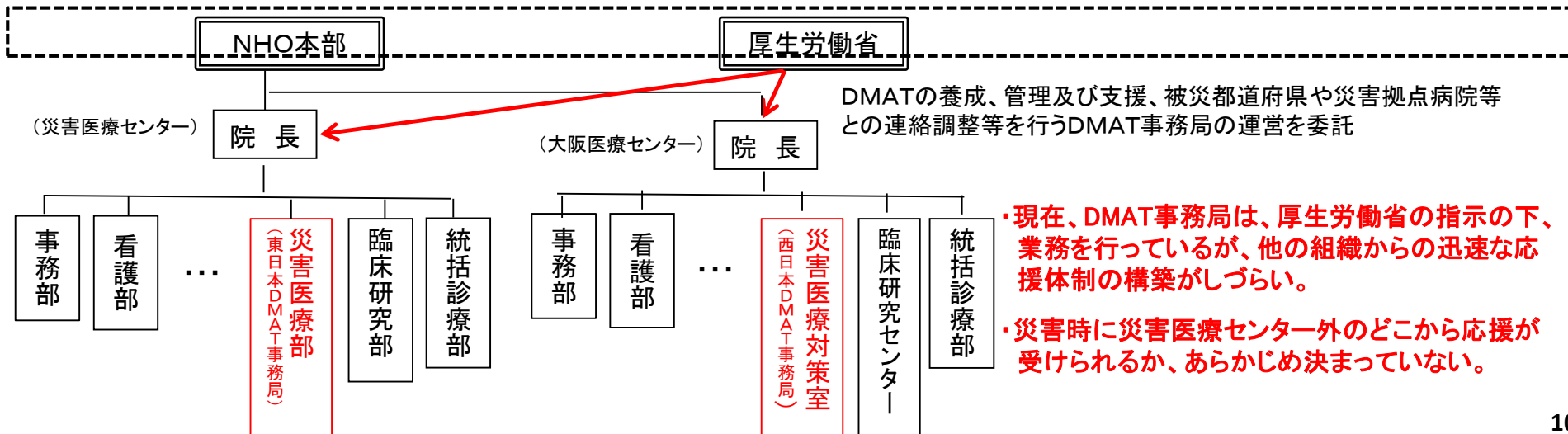
- 災害発生時のDMAT事務局の体制(非常勤職員での対応など)が脆弱。
- 迅速かつ効率的な対応が求められる大規模災害に備え、バックアップ要員による応援が得られる体制が望ましい。

## 現在の体制

(平成29年11月1日現在) 東西計 33名(うち医師6名、専任常勤3名) ※ 休日夜間はオンコールで、災害が発生したら参集



・併任・非常勤が多く、特に大規模災害時に広域搬送調整等で必要なロジスティクスの専門知識を持つ者が非常勤職員しかいない。



- ・現在、DMAT事務局は、厚生労働省の指示の下、業務を行っているが、他の組織からの迅速な応援体制の構築がしづらい。
- ・災害時に災害医療センター外のどこから応援が受けられるか、あらかじめ決まっていない。

# DMAT事務局の体制強化の方向性

※第2回 救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会より抜粋

【対策の方向性】大規模災害時に備え、以下の対策を講じてはどうか。

- DMAT事務局の人員増強を行う。(併任を減らし、常勤のロジスティクス専門員等を配置)
- DMAT事務局を、大規模災害時に他の病院等からロジスティクスを含めた災害医療の専門知識をもつ者の応援が得られる体制を整備する。



【今後検討を進める対策の具体策】

- DMAT事務局に、専任の事務局長・次長を置くとともに、ロジスティクスについて一定程度の知識があり、指導できるロジスティクス専門の常勤職員を配置する。(平時は下記研修を企画・実施する。)
- DMAT事務局が病院内の組織となっている現状を改め、大規模災害時に、他の病院等からDMATの派遣調整等ができる職員がDMAT事務局に参集できる仕組みを構築する。
- あらかじめDMAT事務局を支援する団体(専門家)を決めておき、災害時にDMAT事務局におけるリーダー人材(DMAT事務局参与に任命)を外部から得られる仕組みを構築する。
- 支援団体や参与については厚生労働省防災業務計画等に明記し、制度として明確に位置づける。
- 支援団体(参与)になる者などを対象としたDMAT事務局業務のための研修事業を創設し、DMAT事務局の業務ができる人材の養成を行う。

※ 厚生労働省防災業務計画・・・災害対策基本法(昭和36年法律第223号)第36条第1項並びに大規模地震対策特別措置法(昭和53年法律第73号)第6条第1項、南海トラフ地震に係る地震防災対策の推進に関する特別措置法(平成14年法律第92号)第5条第1項及び日本海溝・千島海溝周辺海溝型地震に係る地震防災対策の推進に関する特別措置法(平成16年法律第27号)第6条第1項の規定に基づき、厚生労働省の所掌事務について、防災に関し講ずるべき措置及び地域防災計画の作成の基準となるべき事項等を定め、もって防災行政事務の総合的かつ計画的な遂行に資することを目的とする。

# 異状死死因究明支援事業

令和元年度予算  
107,506千円 (107,524千円)

## 目的

- 異状死に係る死因究明のための取組みを行っている都道府県に対し、行政解剖や死亡時画像診断に係る経費について財政支援を行う。(ただし、「警察等が取扱う死体の死因又は身元の調査等に関する法律」第六条の規定に基づき実施する解剖等を除く。)

## 事業内容

- ① 法医学教室との連携等による独自の行政解剖実施
  - ② CTやMRIを活用した死亡時画像診断(小児死亡事例に対する死亡時画像診断を含む)
  - ③ 地方公共団体が設置する協議会に関係機関・団体等の参加
- を行っている都道府県に対し、行政解剖や死亡時画像診断等に要する経費の財政的支援を行い、死因究明の体制づくりを推進。

# 死亡時画像読影技術等向上研修(日本医師会へ委託)

令和元年度予算 11,234千円 (平成30年度予算額11,234千円)

## 【死亡時画像読影技術等向上研修】

- 異状死等の死因究明の推進を図るため、CT等を使用した死亡時画像の撮影、読影には特殊な技術や知識が必要となることから、放射線科医等の医師の読影技術や診療放射線技師の撮影技術等の向上を目的として研修を実施する。

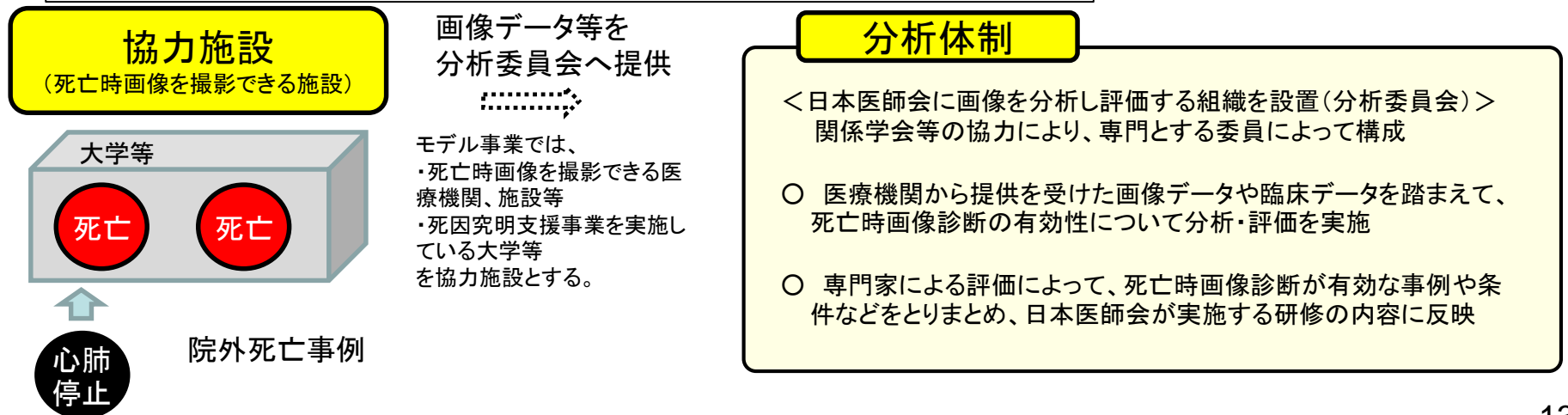
(開催回数) 年3回(医師1回、診療放射線技師2回) (受講期間)2日間

(受講者定数) 約150人 ※平成28年度受講者数182人(医師98名、診療放射線技師84名)

## 【死亡時画像診断の有用性等の検証事業】

- 異状死死因究明支援事業で実施する小児死亡例に対する死亡時画像診断の情報をモデル的に収集・分析し、検証結果を踏まえ、検案する医師の参考となるマニュアルを作成する。

### (参考)小児死亡事例に対する死亡時画像診断モデル事業のイメージ



# 歯科口腔保健・歯科医療提供体制の推進

- 「**歯科口腔保健の推進に関する法律**」（平成23年公布・施行）に基づき、口腔の健康の保持・増進が、健康で質の高い生活を営む上で基礎的かつ重要な役割を果たしていることから、ライフステージごとの特性を踏まえつつ、生涯を通じた切れ目のない歯科口腔保健施策を展開する。また、歯科口腔保健施策の展開にあたり、関連施策について関係部局との横断的な連携を図りながら遂行していくため、「**歯科口腔保健推進室**」が設置されている。（平成30年7月に省令室に昇格）
- 「**歯科保健医療ビジョン**」において提言された①地域包括ケアシステムにおける歯科医療機関等の役割、②あるべき歯科医師像とかかりつけ歯科医の機能・役割、③具体的な医科歯科連携方策と歯科疾患予防策、を踏まえた歯科医療提供体制が適切に確保されることが求められている。
- 「**経済財政運営と改革の基本方針2019**」では、「口腔の健康は全身の健康にもつながることからエビデンスの信頼性を向上させつつ、国民への適切な情報提供、生涯を通じた歯科健診、フレイル対策にもつながる歯科医師、歯科衛生士による口腔健康管理など歯科口腔保健の充実、入院患者等への口腔機能管理などの医科歯科連携に加え、介護、障害福祉関係機関との連携を含む歯科保健医療提供体制の構築に取り組む。」旨が記載されている。
- 「**成長戦略（2019年）成長戦略フォローアップ**」において、「全身の健康にもつながる歯周病などの歯科疾患対策を強化するため、現在10歳刻みで行われている歯科健診の機会を拡大し、歯科の保健指導を充実することについて、検証の結果を踏まえ、2020年度までに検討に着手し、速やかに結論を得る。あわせて、歯科健診の受診率の向上を図るとともに、健診結果に基づき、必要な受診を促す実効的な取組や、全身疾患の治療が必要な可能性がある場合の医科歯科連携を推進する。」旨が記載されている。

## 歯科保健医療の充実・強化

① <b>8020運動・口腔保健推進事業</b>	402,806千円（403,349千円）
<ul style="list-style-type: none"> <li>・8020運動推進特別事業：歯科口腔保健の推進に係る住民サービスを担う人材に対する研修等の実施</li> <li>・口腔保健支援センター設置推進事業：口腔保健支援センターの設置増加による、各地方公共団体の歯科保健事業の更なる充実</li> <li>・口腔保健の推進に資するために必要となる事業：障害者等の歯科医療提供困難者への歯科保健医療サービスの充実 等</li> <li>・住民（国民）対話・地方公共団体との意見交換：住民（国民）の声を聞き、施策に反映・歯科保健医療に関する知識の普及啓発 等</li> </ul>	
② <b>歯科健康診査推進等事業</b>	207,818千円（207,819千円）
<ul style="list-style-type: none"> <li>・歯科健康診査推進事業：①効果的な健診方法 ②医療費との関連性 に係る内容の調査・検証等</li> <li>・検査方法等実証事業：口腔機能低下の予防に資するスクリーニング方法等の開発検証等</li> </ul>	
③ <b>歯科医療機関による歯科口腔機能管理等研修事業</b>	34,203千円（56,880千円）
<ul style="list-style-type: none"> <li>・医科病院や介護保険施設等の従事者を対象とした歯科医療機関による口腔機能管理等の研修の実施</li> </ul>	
④ <b>口腔保健に関する予防強化推進モデル事業</b>	65,835千円（新規）
<ul style="list-style-type: none"> <li>・自治体等において効果的・効率的で普及・定着させることができる一次予防施策等のコミュニティモデルの提案等（①う蝕対策②歯周病対策③口腔機能低下等の対策）</li> </ul>	
⑤ <b>歯科医療提供体制推進等事業</b>	15,131千円（新規）
<ul style="list-style-type: none"> <li>・「歯科保健医療ビジョン」において提言された歯科保健医療提供体制を構築するため、自治体等における効果的な事業の収集・評価を行い、好事例を全国に展開</li> </ul>	



- ▶ 「歯科口腔保健の推進に関する法律」(平成23年公布・施行)に基づき、口腔の健康の保持・増進が、健康で質の高い生活を営む上で基礎的かつ重要な役割を果たしていることから、ライフステージごとの特定を踏まえつつ、生涯を通じた切れ目のない歯科口腔保健施策を展開する必要がある。
- ▶ 「経済財政運営と改革の基本方針2019」では、「口腔の健康は全身の健康にもつながることからエビデンスの信頼性を向上させつつ、国民への適切な情報提供、生涯を通じた歯科健診」等の文言が記載されている。
- ▶ 「成長戦略(2019年)成長戦略フォローアップ」において、「全身の健康にもつながる歯周病などの歯科疾患対策を強化するため、現在10歳刻みで行われている歯科健診の機会を拡大し、歯科の保健指導を充実することについて、検証の結果を踏まえ、2020年度までに検討に着手し、速やかに結論を得る。あわせて、歯科健診の受診率の向上を図るとともに、健診結果に基づき、必要な受診を促す実効的な取組や、全身疾患の治療が必要な可能性がある場合の医科歯科連携を推進する。」旨が記載されている。
- ▶ 歯周病検診等の受診率が低く、歯科疾患実態調査では、歯周病のり患率の結果に改善が見られない等の指摘がある。

## < 現行の歯科健診体制 >

	乳幼児	児童・生徒等	～74歳	75歳以上
歯科健診(根拠等)	乳幼児歯科健診 (母子保健法)  市町村が実施。 対象は1歳6ヶ月、3歳  <b>義務</b>	学校歯科健診 (学校保健安全法) <b>毎年実施</b>  学校とは、幼稚園、小学校、中学校、義務教育学校、高等学校、中等教育学校、特別支援学校、大学及び高等専門学校  ※保育所等の児童福祉施設は、児童福祉法に基づき、学校保健安全法に準じた健診を行う。  <b>義務(大学除く)</b>	歯周疾患検診(健康増進法)  市町村が実施(平成29年度市町村実施率 68.0%)。対象は、40、50、60、70歳。  労働安全衛生法に基づく定期健診(労働安全衛生法)  ※塩酸・硫酸・硝酸等を取り扱う労働者は <b>義務</b>  その他の歯科健診 ※国保・被用者保険が行う特定健診は義務(高齢者の医療の確保に関する法律、国民健康保険法)	後期高齢者医療の被保険者に係る歯科健診 (高齢者の医療の確保に関する法律)  ・後期高齢者医療制度事業費補助金の補助メニュー ・後期高齢者を対象とした歯科健診マニュアル(平成30年10月策定)を参考に実施

## < 事業概要 >

### 歯科健康診査推進事業

- ・現在、各地域等で実施されている歯科健診の項目等を踏まえ、標準的な歯科健診項目の検討
- ・医科の定期健診と併せた実施や、保健行動の変容を促す歯科保健指導の付加など、歯科健診の方法の検討
- ・地域や職域におけるモデルとなる取組の提示

- ・これまでの研究結果やレセプトの分析等により、歯科健診の実施効果や医療費との関連性等に関する影響等をフォローアップし、歯科健診の導入促進を図る

効果的・効率的な歯科健診の普及をし、歯科疾患対策の強化をすることにより国民の健康に寄与

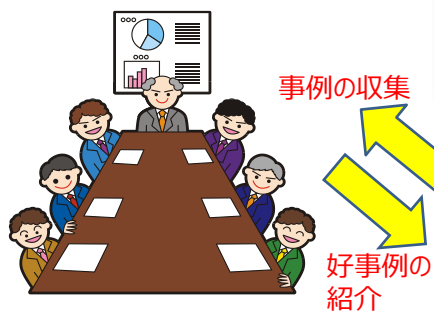
### 検査方法等実証事業

- ・口腔機能低下の予防に資するスクリーニング方法、客観的検査手法等

治療、疾病予防等の新たな技術の開発・検証



- 歯科保健医療の需要は人口動態や歯科疾患の変化等に左右されるが、今後は、口腔機能の維持・向上や回復、疾患等の予防、重症化予防に対する需要が増加することが予想されている。
- そのため、「歯科保健医療ビジョン」において、各地域における歯科医療機関の役割の明示・分担、他職種や他分野との連携体制の構築などを通じた歯科保健医療提供体制を推進することが提言されている。
- このため、各地域における歯科保健医療提供体制を構築するための ①歯科診療所機能の充実強化 ②病院等の後方支援機関の充実強化 ③介護保険施設における歯科保健医療の推進 ④地域包括支援センターにおける歯科保健医療推進 等について、効果的かつ具体的な取組を行う事業の収集・検証等を行い、その取組を全国的に紹介することで、地域における歯科医療提供体制の推進を図る。



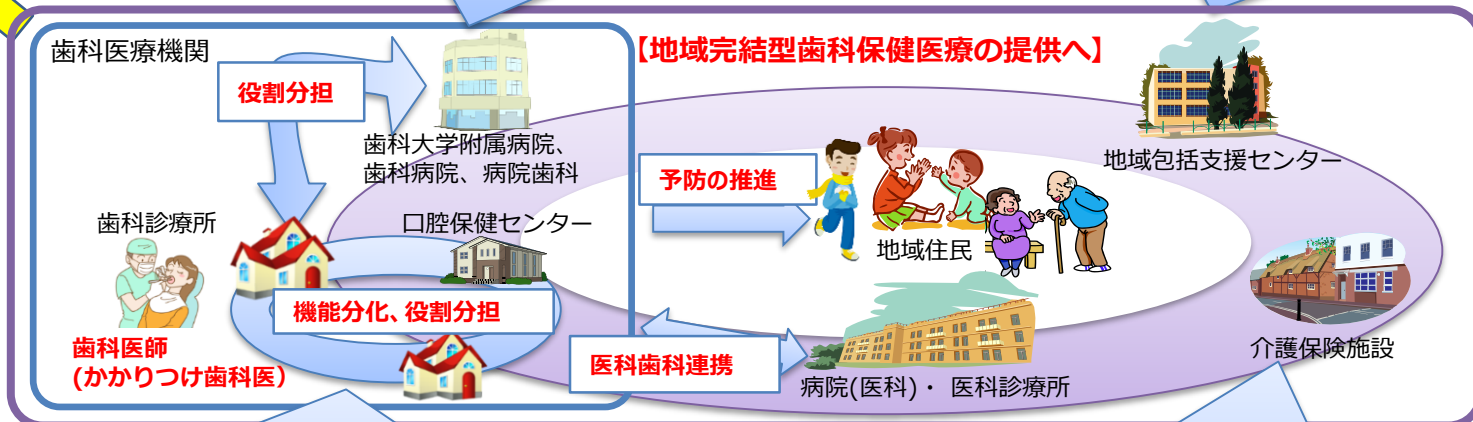
**<歯科医療提供体制推進会議>**  
 ・有識者等を入れた会議を設置  
 ・収集した取組の効果等を検証し、好事例について全国的に紹介等

## ②病院等後方支援機関充実・強化の取組

- (例) ・病院内外の歯科医療に係る調整業務を行う  
 歯科医師や歯科衛生士の配置 (病院)  
 ・医科歯科連携部門の設置 (病院)

## ④地域包括支援センター歯科医療推進の取組

- (例) ・歯科医療の必要性等を伝える歯科技術職員の配置  
 ・歯科医療従事者が他職種連携の場へ参画



## ①歯科診療所機能充実・強化の取組

- (例) ・地域単位での歯科診療所の機能分担及びかかりつけ歯科医の普及・定着  
 ・地域単位での歯科診療所の医療安全体制の情報発信  
 ・地域単位での医科及び歯科診療所の専門分野や診療内容等の情報共有  
 ・病院介護施設等との連携体制の構築

## ③介護保険施設歯科保健医療推進の取組

- (例) ・施設内外の歯科保健医療に係る調整業務を行う  
 職員の配置  
 ・地域の歯科医療従事者等と連携した食支援等の導入

# 医療・福祉サービス改革プランの概要

## ● 以下4つの改革を通じて、医療・福祉サービス改革による生産性の向上を図る

→2040年時点において、医療・福祉分野の単位時間サービス提供量（※）について**5%（医師については7%）以上の改善**を目指す

※（各分野の）サービス提供量÷従事者の総労働時間で算出される指標（テクノロジーの活用や業務の適切な分担により、医療・福祉の現場全体に必要なサービスがより効率的に提供されると改善）

I

### ロボット・AI・ICT等の実用化推進、 データヘルス改革

- ◆ 2040年に向けたロボット・AI等の研究開発、実用化  
(未来イノベーションWGの提言を踏まえ、経済産業省、文部科学省等と連携し推進)
- ◆ データヘルス改革(2020年度までの事業の着実な実施と改革の更なる推進)
- ◆ 介護分野で①業務仕分け、②元気高齢者の活躍、③ロボット・センサー・ICTの活用、④介護業界のイメージ改善を行うパイロット事業を実施  
(2020年度から全国に普及・展開)
- ◆ オンラインでの服薬指導を含めた医療の充実  
(本通常国会に薬機法改正法案を提出、指針の定期的な見直し) 等

III

### 組織マネジメント改革

- ◆ 意識改革、業務効率化等による医療機関における労働時間短縮・福祉分野の生産性向上ガイドラインの作成・普及・改善（優良事例の全国展開）
- ◆ 現場の効率化に向けた工夫を促す報酬制度への見直し  
(実績評価の拡充など)（次期報酬改定に向けて検討）
- ◆ 文書量削減に向けた取組(2020年代初頭までに介護の文書量半減)、報酬改定対応コストの削減(次期報酬改定に向けて検討) 等

II

### タスクシフティング、 シニア人材の活用推進

- ◆ チーム医療を促進するための人材育成(2023年度までに外科等の領域で活躍する特定行為研修を修了した看護師を1万人育成 等)
- ◆ 介護助手等としてシニア層を活かす方策(2021年度までに入門的研修を通じて介護施設等とマッチングした者の数を2018年度から15%増加) 等

IV

### 経営の大規模化・ 協働化

- ◆ 医療法人・社会福祉法人それぞれの合併等の好事例の普及(今年度に好事例の収集・分析、2020年度に全国に展開)
- ◆ 医療法人の経営統合等に向けたインセンティブの付与(今年度に優遇融資制度を創設、2020年度から実施)
- ◆ 社会福祉法人の事業の協働化等の促進方策等の検討会の設置(今年度に検討会を実施し、検討結果をとりまとめ) 等

# 疾患登録システム（レジストリ）の利活用イメージ

□ CIN構想として、世界に先駆けて、疾患登録システムの利活用を図る取組を実施中

※レジストリ構築：4件、レジストリを活用した治験・臨床研究：14件

□ 治験対照群としての活用等のため、疾患登録情報を活用した治験・臨床研究に関するガイドライン（試験デザイン、解析法、承認審査の観点からのレジストリの信頼性基準の考え方等）を作成中（2020年を目途）

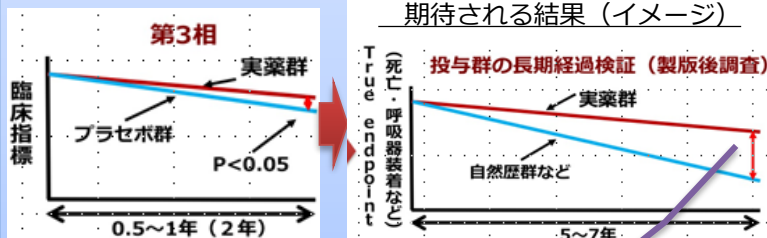
## 【現在の先進的取組】

### ③ 市販後の長期的検証

#### ：「JaCALS」の活用イメージ

「1年程度のRCT治験では、実薬群とプラセボ群の差は小さい」

「**自然歴群などと長期（5～7年）の対比から長期薬効と長期安全性を検証**」



※第4回臨床開発環境整備推進会議（H30.3.15）祖父江班資料より  
 ※JaCALS：筋萎縮性側索硬化症（ALS）に関するレジストリを構築

## 【これまでの活用例】

### ① 市場性調査

患者数や地域分布などから**開発可能性を容易に検討**

### ② 患者リクルート

登録された患者を、治験や臨床研究に**効率的に組入れ**

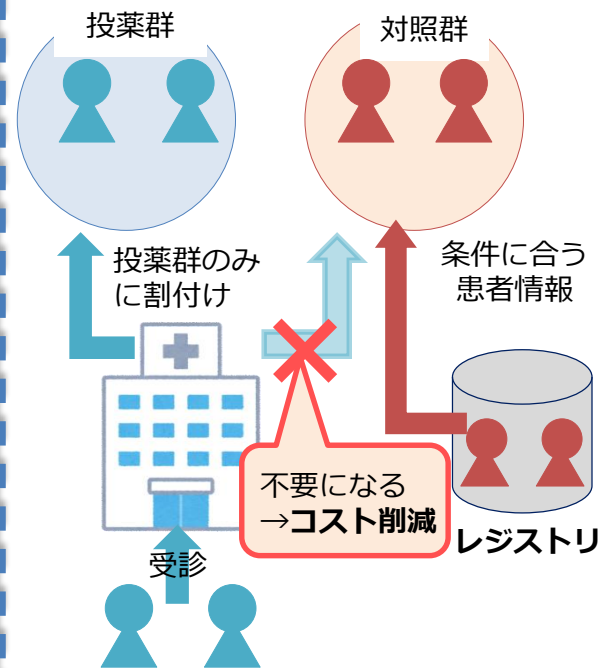
## 【将来の利活用】

### ④ 製造販売後安全性調査

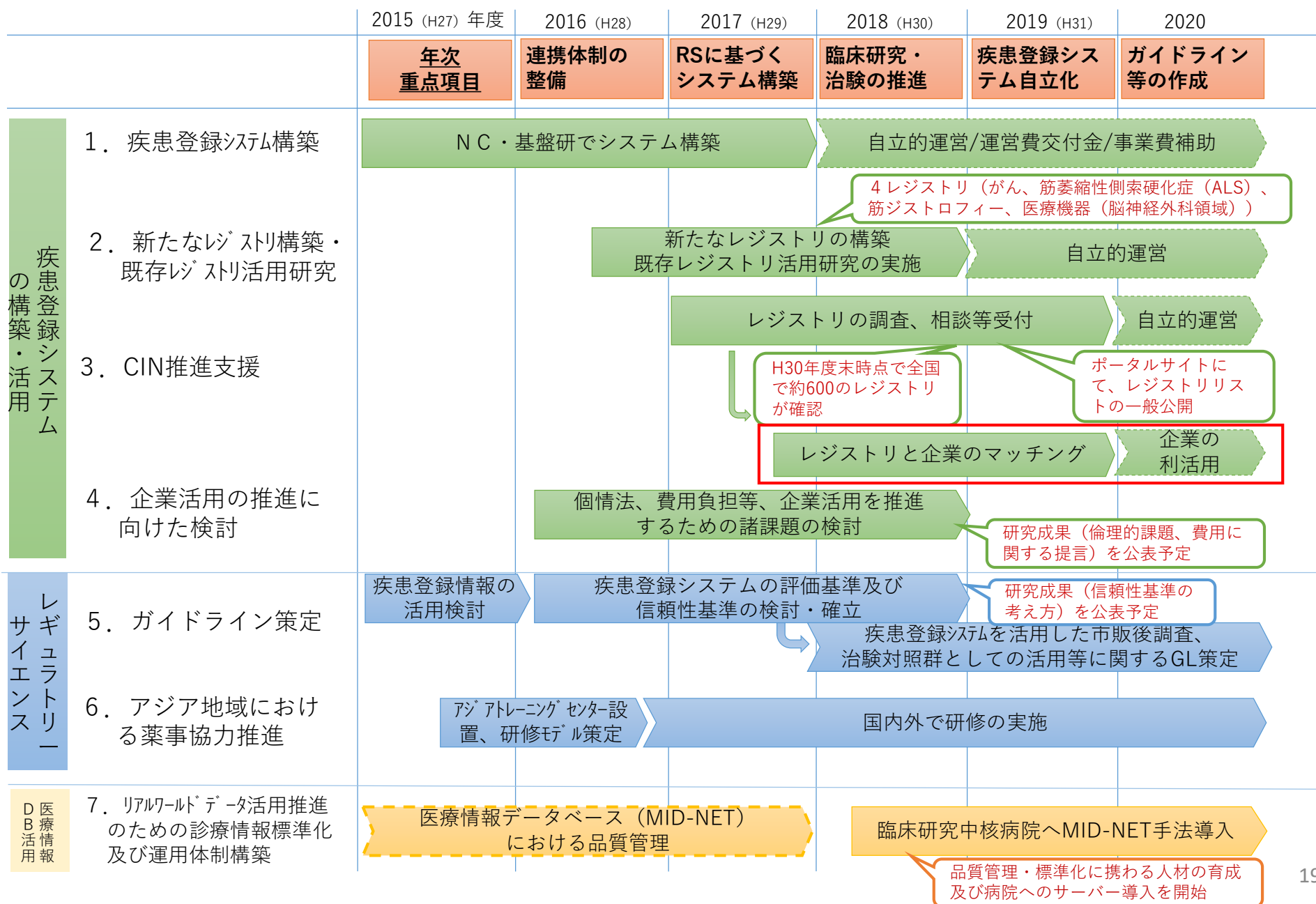
副作用等の発生状況等を把握

### ⑤ 治験対照群

患者自然歴を把握し治験の対照群として利用（**効能追加時など**）



# 「クリニカル・イノベーション・ネットワーク」ロードマップ



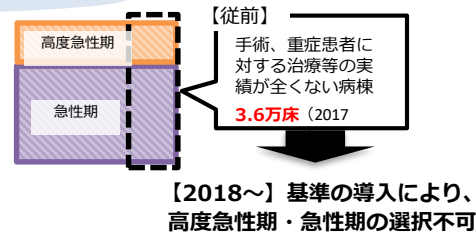


## 1. これまでの取り組み

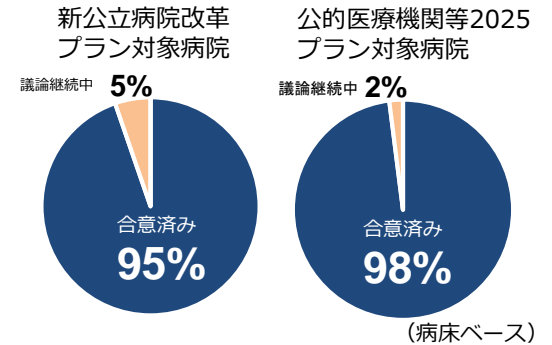
- これまで、2017年度、2018年度の2年間を集中的な検討期間とし、**公立・公的医療機関等においては地域の民間医療機関では担うことのできない医療機能に重点化**するよう医療機能を見直し、これを達成するための再編統合の議論を進めるように要請した。
- 公立・公的医療機関等でなければ担えない機能として、「新公立病院改革ガイドライン」や「経済財政運営と改革の基本方針2018」においてはそれぞれ、
  - ア 高度急性期・急性期機能や不採算部門、過疎地等の医療提供等
  - イ 山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供
  - ウ 救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供
  - エ 県立がんセンター、県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供
  - オ 研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能が挙げられている。
- 2018年度末までに**全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針が地域医療構想調整会議で合意されるよう取組を推進。**

### 地域医療構想の実現のための推進策

- **病床機能報告における定量的基準の導入**
  - 2018年10月からの病床機能報告において診療実績に着目した報告がなされるよう定量的基準を明確化し、**実績のない高度急性期・急性期病棟を適正化**
- **2018年6月より地域医療構想アドバイザーを任命**
  - ・調整会議における議論の支援、ファシリテート
  - ・都道府県が行うデータ分析の支援 等 (36都道府県、79名 (平成31年3月))
- **2018年6月より都道府県単位の地域医療構想調整会議の設置**
- **介護医療院を創設し、介護療養・医療療養病床からの転換を促進**

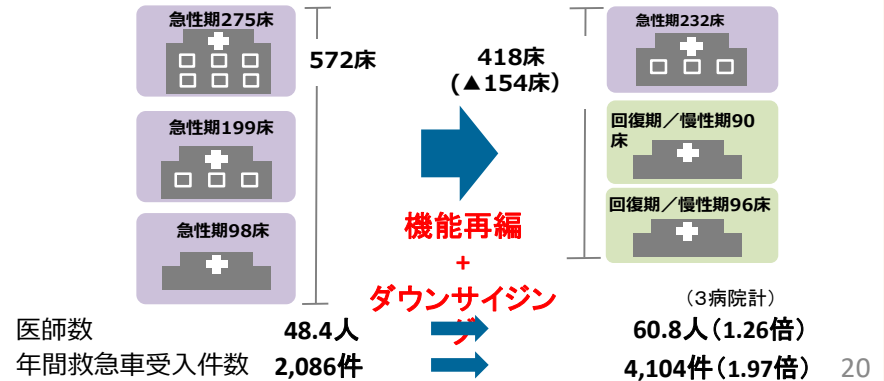


公立・公的医療機関等に関する議論の状況  
2019年3月末



### 機能分化連携のイメージ (奈良県南和構想区域)

- 医療機能が低下している3つの救急病院を1つの救急病院（急性期）と2つの回復期/慢性期病院に**再編し、ダウンサイジング**
- 機能集約化により医師一人当たりの救急受入件数が増え、**地域全体の医療機能の強化、効率化**が促進された



# 地域医療構想調整会議における議論の状況

第21回地域医療構想に関するWG  
(令和元年5月16日) 資料3

## ■ 調整会議の開催状況

4~6月	7~9月	10~12月	1~3月	計
101回 (91区域)	366回 (275区域)	355回 (240区域)	505回 (323区域)	1327回

## ■ 病床機能報告の報告率

	6月末	9月末	12月末	3月末
病院	94.4%	96.5%	96.7%	96.8%
有床診療所	84.5%	87.6%	87.7%	87.8%

## ■ 非稼働病床の病床数

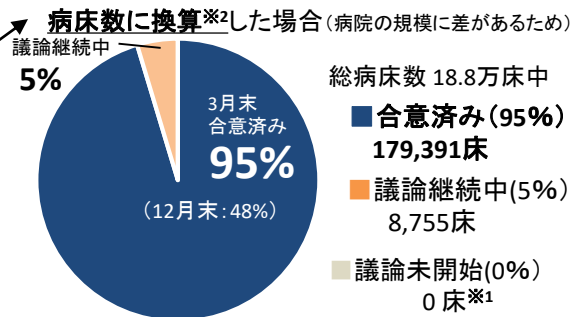
	総数	方針の議論実施 (議論中含む)
病院	16,753床	14,836床(89%)
有床診療所	9,109床	5,778床(63%)

## ■ 具体的な医療機関名を挙げた議論の状況 (2019年3月末時点)

### 新公立病院改革プラン対象病院

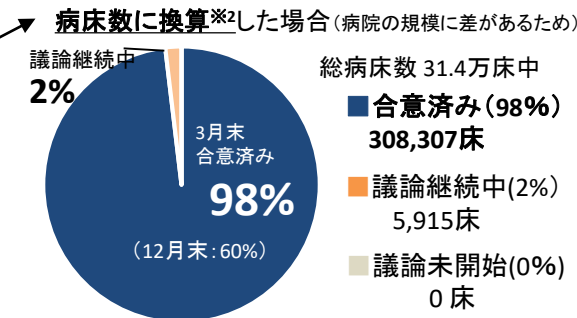
	12月末	3月末
対象病院数	823	823
うち合意済み	347	771
うち議論継続中	464	51
うち議論未開始	12	1※1

※1 福島県の帰宅困難区域内に立地する公立病院で議論ができない状況(病床数については0で処理。)



### 公的医療機関等2025プラン対象病院

	12月末	3月末
対象病院数	829	829
うち合意済み	486	810
うち議論継続中	337	19
うち議論未開始	6	0



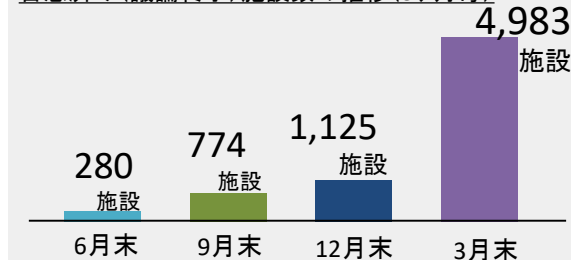
### その他の医療機関

対象	5,660病院	6,736診療所
2025年に向けた対応方針の合意状況	うち合意済み 2,228病院	1,174診療所
	うち議論継続中 1,576病院	2,159診療所

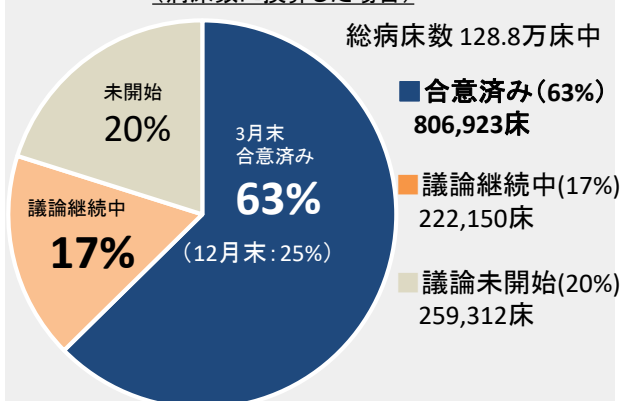
※2 病床数への換算には、2017年病床機能報告における2017年7月現在の病床数を用いた。  
(未報告医療機関の病床数は含まれていない。)

## 全ての医療機関計

合意済み(議論終了)施設数の推移(3ヶ月毎)



3月末時点における議論の状況  
(病床数に換算した場合)



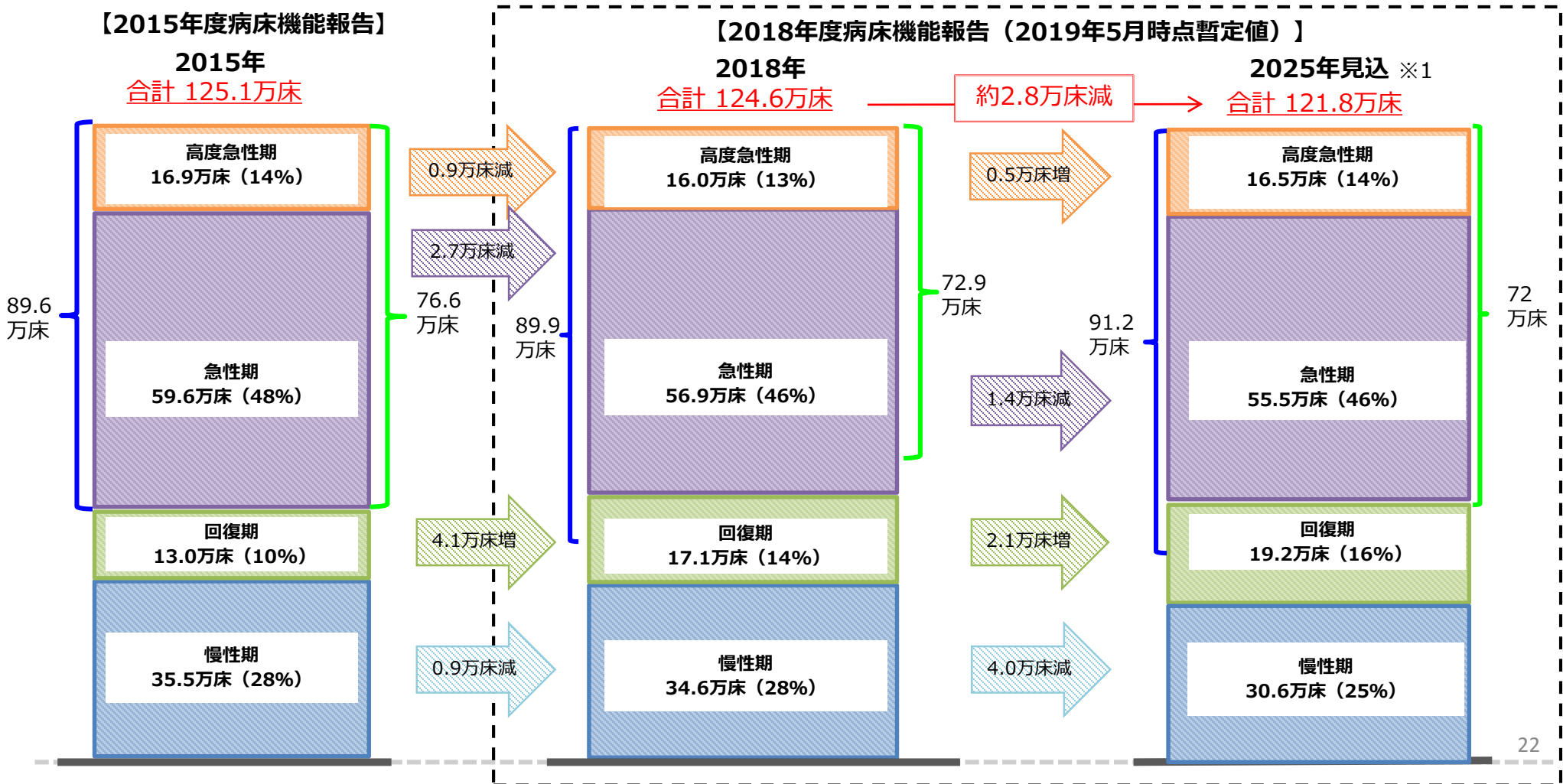
医政局地域医療計画課調べ(精査中)



# 病床機能ごとの病床数の推移

- 2025年見込の病床数※<sup>1</sup>は**121.8万床**となっており、2015年に比べ、**3.3万床減少する見込み**。 ※<sup>2</sup>
- 機能別にみると、高度急性期+急性期は**4.6万床減少**、回復期は**6.2万床増加**、慢性期は**4.9万床減少**する見込み。

※<sup>1</sup>：2018年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数  
 ※<sup>2</sup>：対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要



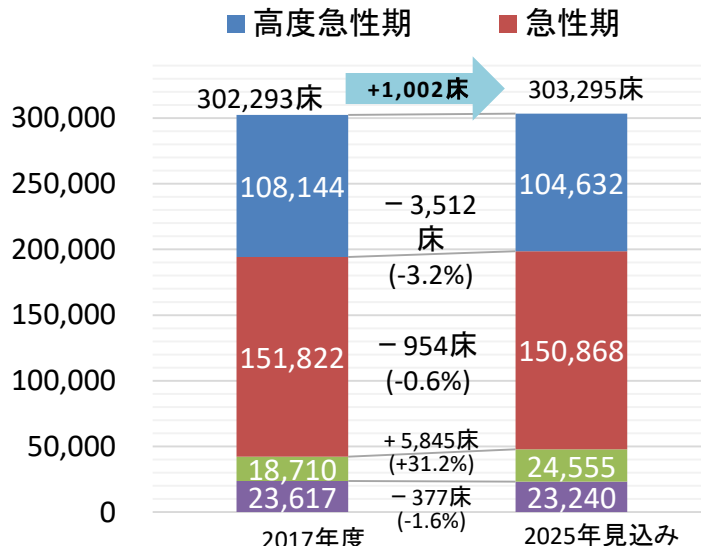
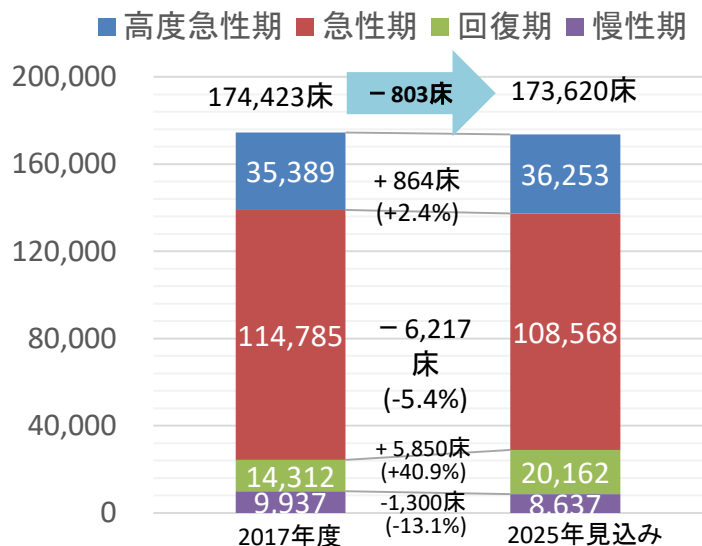
- 高度急性期・急性期病床の削減は数%に留まり、「急性期」からの転換が進んでいない。
  - トータルの病床数は横ばい。
- 具体的対応方針の合意内容が地域医療構想の実現に沿ったものになっていないのではないか。

2017年度の病床機能報告と具体的対応方針(2025年度見込)の比較

(参考) 構想区域ごとの状況

## 公立病院

## 公的医療機関等



病床数が減少する合意を行った構想区域数

公立分	113	区域
公的等分	115	区域
民間分	131	区域

- ※1 具体的対応方針策定前の病床数として、2017年度病床機能報告を用いた。
- ※2 合意に至っていない公立病院・公的医療機関等の病床数は除いて集計。

医政局地域医療計画課調べ(精査中)

- 2015年度病床数と2025年の病床の必要量を比較すると、「高度急性期+急性期+回復期」の全国の病床数合計は、89.6万床→90.7万床と増加する。
- 公立病院・公的医療機関等の病床のうち、93%※は、高度急性期・急性期・回復期であり、具体的対応方針における2025年のトータルの病床数見込みの評価は慎重に行う必要がある。

※2015年度ベース

- 再編統合やダウンサイジングといった公立医療機関の取組の方向性について、地域医療構想調整会議における協議の結果よりも、**首長の意向が優先される恐れ**があるとの指摘があることから、公立医療機関を有する地方自治体の首長が、地域医療構想調整会議の協議の内容を理解し、地域の合意内容に沿わない取組が行われないようにするために必要な対策について検討を進める必要がある。
- 公立・公的医療機関等の**補助金等の投入・活用状況について、十分に可視化されておらず**、地域医療構想調整会議の協議に活用されていないとの指摘があることから、補助金等の情報を適切かつ分かりやすく可視化するために必要な対策について検討を進める必要がある。
- 再編統合等の取組を具体的に進める上では、**職員の雇用に係る課題や借入金債務等の財務上の課題への対応**が必要となるが、厚生労働省において、**公的医療機関等の本部門とも連携**しながら、各医療機関が地域の医療需要の動向に沿って、真に必要な規模の診療体制に円滑に移行するために必要な対策について検討を進める必要がある。
- **病床規模が類似した病院同士や、設立母体が異なる病院同士の再編統合については、特に協議が難航するとの指摘**もあることから、このような場合には、協議のスケジュールにより一層の留意が必要である。

- 2019年年央までに各医療機関の診療実績データを分析し、公立・公的医療機関等の役割が当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか、合意された具体的対応方針を検証し、地域医療構想の実現に必要な協議を促進。

## 2. 今後の取り組み

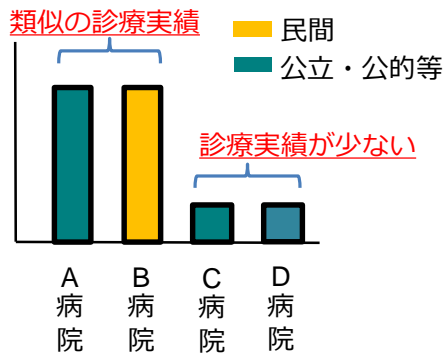
- 今後、2019年年央までに、全ての医療機関の診療実績データ分析を完了し、「**代替可能性がある**」または「**診療実績が少ない**」と位置付けられた**公立・公的医療機関等**に対して、構想区域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえつつ、**医師の働き方改革の方向性**も加味して、**当該医療機能の他の医療機関への統合や他の病院との再編統合**について、地域医療構想調整会議で協議し改めて合意を得るように要請する予定。

### 分析内容

- ① 分析項目ごとに診療実績等の一定の指標を設定し、当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか分析する。  
重点化が不十分な場合、他の医療機関による代替可能性があるとする。  
A 各分析項目について、構想区域内に、一定数以上の診療実績を有する医療機関が2つ以上あり、かつ、お互いの所在地が近接している。  
B 各分析項目について、診療実績が特に少ない。
- ② 医療機関の所在地や、他の医療機関との位置関係を確認するなど、地理的条件も勘案する。

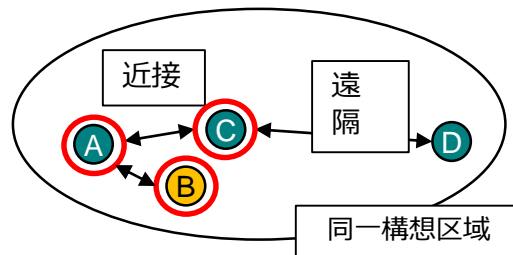
### 分析のイメージ

- ①診療実績の**データ分析**  
(領域等(例:がん、救急等)ごと)



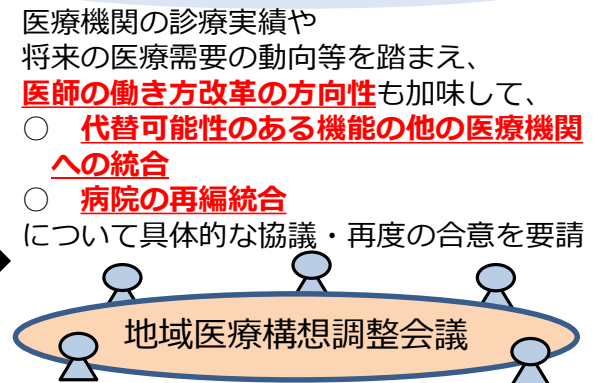
- ②地理的条件の**確認**

類似の診療実績がある場合又は診療実績が少ない場合のうち、**近接**している場合を確認



①及び②により「**代替可能性あり**」とされた公立・公的医療機関等

- ③分析結果を踏まえた地域医療構想調整会議における**検証**



○ 今回の検証の要請に加え、厚生労働省自らも、地域ごとに助言・支援を実施することを検討

- 2040年に向けて人材不足等の新たな課題に対応するため、**I.地域医療構想の実現に向けた取組、II.医療従事者の働き方改革、III.医師偏在対策を三位一体で推進し、総合的な医療提供体制改革を実施**

## 地域医療構想の実現に向けた更なる取組

### これまでの取組

公立・公的医療機関等⇒民間医療機関では担えない機能に重点化する観点から、

**2025年に持つべき医療機能ごとの病床数等について具体的対応方針を策定**

#### <具体的対応方針の合意結果>

- ・公立病院、公的医療機関ともに「急性期」からの転換が進んでいない。
- ・トータルの病床数は横ばい。

(新公立病院改革プラン対象病院 2019年3月末 95%合意) (単位：万床)

	合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
2017年	17.4	3.5	11.5	1.4	1.0
2025年見込	17.4	3.6	10.9	2.0	0.9

(公的医療機関等2025プラン対象病院 2019年3月末 98%合意)

	合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
2017年	30.2	10.8	15.2	1.9	2.4
2025年見込	30.3	10.5	15.1	2.5	2.3

### 今後の取組

- ① 2019年央に、**国が、都道府県に対して公立・公的医療機関等の具体的対応方針の検証を要請。要請対象の医療機関を公表。**  
→都道府県が遅くとも2020年秋を目途に再協議・同意を終え、国の更なる対応につなげる。

#### 【要請の内容】

- ・「類似の実績がある医療機関が近接している」又は「診療実績が少ない」医療機関を対象
- ・診療領域又は医療機関の再編・統合について地域医療構想調整会議での再協議・同意を要請

- ② ①の医療機関を含む区域から、**国が重点的に支援する区域を設定。都道府県と連携し、データ分析や再編統合の方向性等について直接助言。**
- ③ 上記の取組と併せ、民間医療機関の再編を促す観点からも、地域医療介護総合確保基金の活用状況の検証結果を踏まえ、**病床のダウンサイジング支援等の追加的方策等**についても検討。

## 2040年の医療提供体制を見据えた3つの改革

**現在の課題** 非効率な医療提供  
(医療資源の分散と偏在、医師の過重労働)

2025年までに着手し着実に実行すべきこと

### I.医療施設の最適配置の実現と連携

～地域医療構想の実現：2025年まで～

- ① 全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針の合意形成
- ② 具体的対応方針の検証と地域医療構想の実現に向けた更なる取組

### 三位一体で推進

#### II.医師・医療従事者の働き方改革

(医師の時間外労働に対する上限規制：2024年～)

- ① 医療機関における労働時間管理の適正化とマネジメント改革
- ② 上手な医療のかかり方に向けた普及・啓発と患者・家族への支援

#### III.実効性のある医師偏在対策

(偏在是正の目標年：2036年)

- ① 地域及び診療科の医師偏在対策
- ② 総合診療専門医の確保等のプライマリ・ケアへの対応

2040年どこにいても質が高く安全で効率的な医療へ



# 「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」について

## 趣旨

- 平成30年度から各都道府県において第7次医療計画が策定され、救急医療提供体制については地域連携の取組や救急医療機関の充実に向けた見直しを、災害医療提供体制についてはコーディネート体制や連携体制等の構築に向けた見直し等を進めているが、更にこれらの医療の充実を図っていく必要がある。
- 救急医療については、地域の実情に応じた体制構築にあたり、出勤件数が増加しているドクターヘリの安全運航の在り方や、救命救急センターを含む救急医療体制の在り方等について検討が必要である。
- 災害医療については、今後発生が予想される南海トラフ地震、首都直下地震にも対応が可能な体制構築するにあたり、DMAT事務局の組織・運用の在り方や、広域災害・救急医療情報システムの在り方等について検討が必要である。
- 上記を含めた、救急・災害医療提供体制等の課題について検討することを目的として、本検討会を設置する。

## 本検討会の検討事項

- (1) ドクターヘリの安全運航等の在り方を含めた救急医療提供体制の在り方について
- (2) DMAT事務局の組織・運用の在り方を含めた災害医療提供体制の在り方について
- (3) 広域災害・救急医療情報システムの在り方について
- (4) その他、救急・災害医療提供体制等の在り方について

## 構成員

(平成31年4月1日時点 計17名) (※五十音順)

氏名	所属・役職	氏名	所属・役職
阿真 京子	一般社団法人知ろう小児医療守ろう子ども達の会代表	久志本成樹	東北大学大学院医学系研究科外科病態学講座救急医学分野教授
石川 広己	公益社団法人日本医師会常任理事	坂本 哲也	一般社団法人日本臨床救急医学会代表理事
猪口 正孝	公益社団法人全日本病院協会常任理事	島崎 謙治	政策研究大学院大学教授
井本 寛子	公益社団法人日本看護協会常任理事	嶋津 岳士	大阪大学大学院医学系研究科救急医学教授
畝本 恭子	日本医科大学多摩永山病院救命救急センター長	高木 誠	一般社団法人日本病院会 常任理事
遠藤 久夫	国立社会保障・人口問題研究所所長	野口 宏	愛知医科大学名誉教授
大友 康裕	東京医科歯科大学大学院救急災害医学分野教授	本多 麻夫	埼玉県保健医療部参事
加納 繁照	一般社団法人日本医療法人協会会長	森村 尚登	東京大学大学院医学系研究科救急科学教授
久志本成樹	東北大学大学院医学系研究科外科病態学講座救急医学分野教授	山崎 學	公益社団法人日本精神科病院協会会長



# 第7次医療計画における救急医療の指標について

発症

病院前医療相談・救護・搬送

受入・救命医療提供

転院・転床・退院

救急要請

応急手当

救急搬送

救急医療体制の構築に必要な事項

「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」平成29年3月31日医政局地域医療計画課長通知(平成29年7月31日一部改正)より引用(抜粋)

【救護】	【救命医療】	【入院救急医療】	【初期救急医療】	【救命後の医療】
<p>【住民等】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●救急蘇生法の実施、救急搬送要請</li> <li>●電話による相談システムの利用</li> </ul> <p>【救急救命士等】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●救急蘇生法等に関する講習会の実施</li> <li>●MC協議会のプロトコールに則した判断・処置</li> <li>●精神科救急医療体制との連携</li> </ul> <p>【メディカルコントロール(MC)協議会】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●救急救命士の行う活動プロトコールの策定・検証・改訂</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●重篤な救急患者の常時受入</li> <li>●高度な治療に必要な施設・設備</li> <li>●救急医療に関する知識・経験を有する医師</li> <li>●急性期のリハビリテーション実施</li> <li>●実施基準の円滑な運用・改善及びMC体制の充実</li> <li>●地域の救命救急医療の充実強化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●救急医療に関する知識・経験を有する医師</li> <li>●必要な施設・設備</li> <li>●早期のリハビリテーション実施</li> <li>●医療従事者に対する研修の実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●救急患者に対する外来診療</li> <li>●近隣医療機関との連携</li> <li>●対応可能時間等の周知</li> <li>●休日・夜間急患センターの設置や、在宅当番医制などと合わせて、地域で診療の空白時間が生じないように努めること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●再気管切開等のある患者の受入体制</li> <li>●抑遷延性意識障害等を有する患者の受入体制</li> <li>●生精神疾患を合併する患者の受入体制</li> <li>●居宅介護サービスの調整</li> </ul>

●医搬送先医療機関の選定、搬送手段の選定、傷病者の速やかな搬送

●診療機能の事前周知

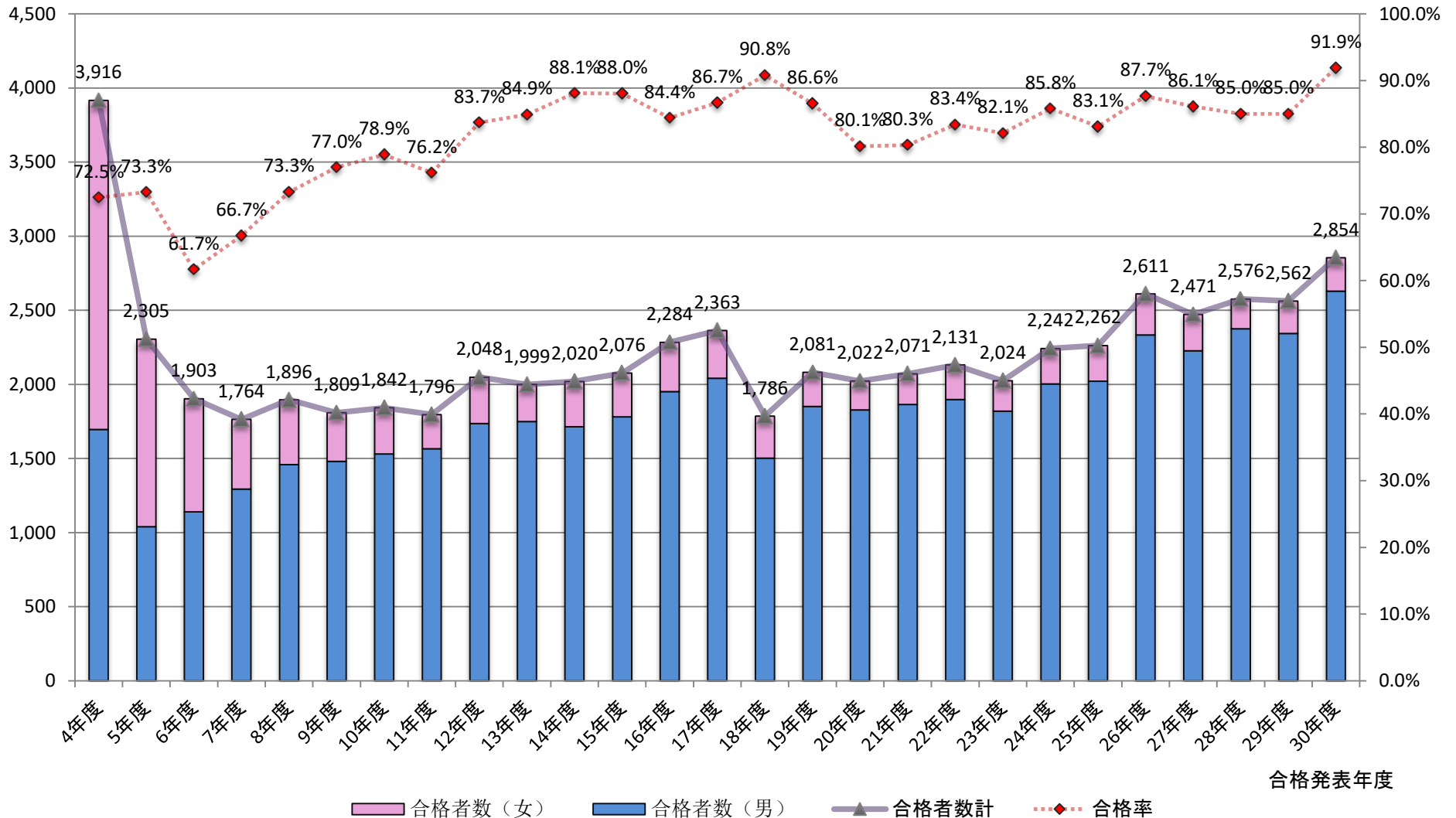
●退院の困難な患者を受け入れることができる医療機関との連携

指標例 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」別表6「救急医療体制構築に係る現状把握のための指標例」平成29年3月31日医政局地域医療計画課長通知(平成29年7月31日一部改正)より引用

黒字:(国で示す)指標例、緑字(都道府県独自の)指標。

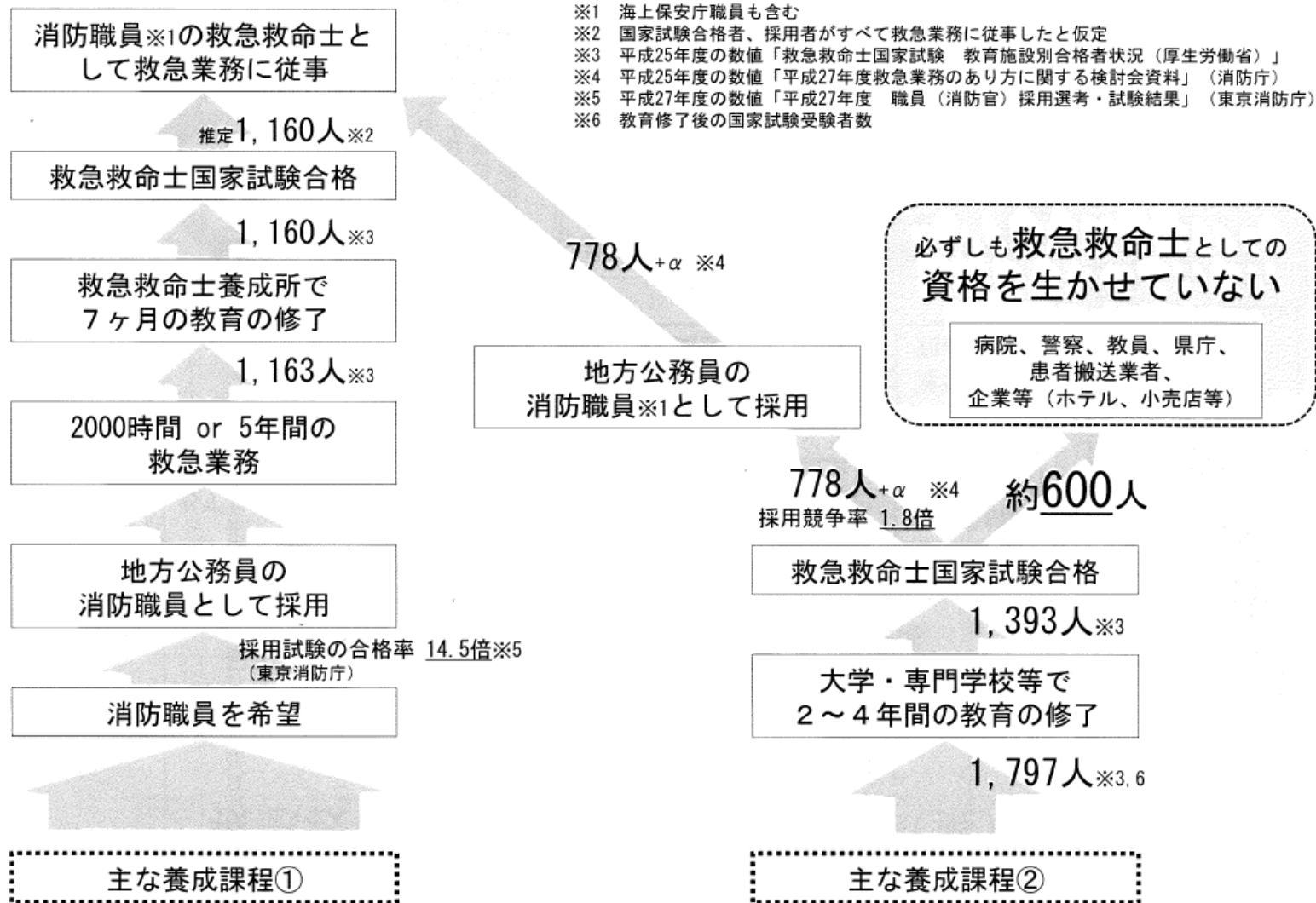
ストラクチャー	救急搬送人員数、救急車の運用数、運用救急救命士数 AEDの設置台数、住民の救急蘇生法の受講率 ドクターカーを配備している医療機関数(千葉県)	救急車の受入件数 救命救急センター数 二次救急医療機関数 初期救急医療機関数	ER型医療機関数(沖縄県) 一般診療所の初期救急医療への参画率 特定集中治療室のある医療機関数 救急担当専任医師数・看護師数	転床・退院調整をする者を常時配置している救命救急センターの数
プロセス	心肺機能停止傷病者(心停止患者)全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数 救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間 受入困難事例の件数 ドクターヘリ出動件数(群馬県、岡山県等)ドクターカー出動件数(高知県) 2次救急医療機関棟の救急医療機関やかかりつけ医、介護施設棟の関係機関が参加したメディカルコントロール協議会の開催回数 ドクターヘリ運航調整委員会症例検討部会の開催数(佐賀県)	受入困難事例の件数 二次救急医療機関の応需率(東京都) 二次・三次救急医療機関を受診する軽症患者数の割合(山形県、新潟県等) 三次救急医療機関における救急搬送要請に対する受入割合(広島県)	病院群輪番制病院における救急患者の入院率(栃木県)	緊急入院患者における退院調整・支援の実施件数
アウトカム	心肺機能停止傷病者(心肺停止患者)の一ヶ月後の予後 救急入院患者の21日後生存率(大阪府)			

# 救急救命士年度別国家試験合格者数



合格発表年度

# 救急救命士の養成と消防機関への採用の現状について



- ※1 海上保安庁職員も含む
- ※2 国家試験合格者、採用者がすべて救急業務に従事したと仮定
- ※3 平成25年度の数値「救急救命士国家試験 教育施設別合格者状況（厚生労働省）」
- ※4 平成25年度の数値「平成27年度救急業務のあり方に関する検討会資料」（消防庁）
- ※5 平成27年度の数値「平成27年度 職員（消防官）採用選考・試験結果」（東京消防庁）
- ※6 教育修了後の国家試験受験者数

平成27年度 厚生労働科学研究「救急医療体制の推進に関する研究」（山本班）研究協力者 田邊晴山

# 救急救命士における救急救命処置の質の確保の現状 —所属機関による比較—

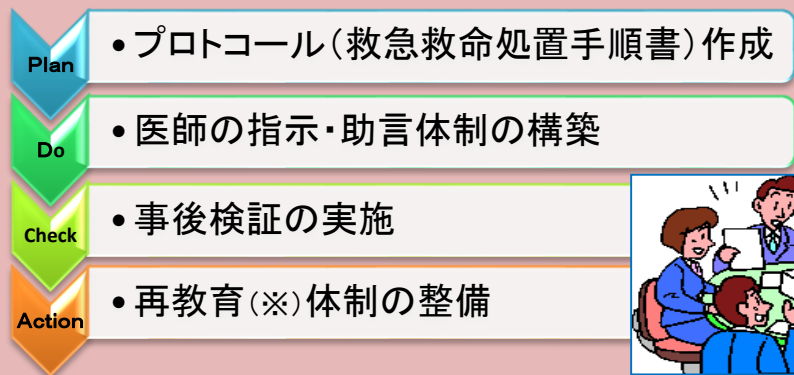
## 救急救命士法第2条第2項

- 「救急救命士」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、救急救命士の名称を用いて、医師の指示の下に、救急救命処置を行うことを業とする者をいう。

## 救急救命士

### 消防機関に属する救急救命士

メディカルコントロール協議会において、医学的観点から救急救命士の救急救命処置全般(特定行為を含む)の質を確保している。



※メディカルコントロール協議会は消防機関に属する救急救命士に対し、は2年間128時間以上(48時間以上の病院実習を含む。)の効果的な教育が実施できるような体制整備を図ることとされている。

(「救急救命士の資格を有する救急隊員の再教育について」平成20年12月26日消防救第262号消防庁救急企画室長)

### 消防機関以外に属する救急救命士

救急救命処置の質の確保については規定されていない。

- 専門医の領域は、基本領域の専門医を取得した上でサブスペシャルティ領域の専門医を取得する二段階制を基本とする。
- 専門医の認定は、経験症例数等の活動実績を要件とし、また、生涯にわたって標準的な医療を提供するため、専門医取得後の更新の際にも、各領域の活動実績を要件とする。
- 広告制度（医師の専門性に関する資格名等の広告）を見直し、基本的に、第三者機関が認定する専門医を広告可能とする。

## 新たな専門医制度の基本設計

### サブスペシャルティ領域（29 領域）

消化器病、循環器、呼吸器、血液、内分泌代謝、糖尿病、腎臓、肝臓、アレルギー、  
 感染症、老年病、神経内科、消化器外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科、  
 リウマチ、小児循環器、小児神経、小児血液・がん、周産期、婦人科腫瘍、生殖医療、  
 頭頸部がん、放射線治療、放射線診断、手外科、脊椎脊髄外科、集中治療

### 基本領域（19 領域）

内科	小児科	皮膚科	精神科	外科	整形外科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	泌尿器科	脳神経外科	放射線科	麻酔科	病理	臨床検査	救急科	形成外科	リハビリテーション科	総合診療
----	-----	-----	-----	----	------	------	----	-------	------	-------	------	-----	----	------	-----	------	------------	------



## 総合的な診療能力の必要性

- 高齢化に伴い、特定の臓器や疾患を超えた多様な問題を抱える患者が増加。
- これらの患者には、複数の領域別専門医による診察よりも、一人の総合的な診療能力を有する医師による診察のほうが適切な場合がある。



## 総合診療専門医を新たに位置づけ

### 総合診療医：総合的な診療能力を有する医師

- ※ 日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等について、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供。

### 総合診療専門医：総合診療医の専門医としての名称

- ※ 新たな専門医の一つとして基本領域に加える。
- ※ 「地域を診る医師」としての視点も重要。  
他の領域別専門医や他職種と連携して、多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供することが期待される。

## 総合診療専門医の基準

- 総合診療専門医の認定・更新基準や養成プログラム・研修施設の基準については、関連する諸学会や医師会等が協力して、第三者機関において作成すべきである。



## 総合診療専門研修プログラム整備基準

日本専門医機構・理事会（2017.7.7）

### 研修プログラム（3年間以上）

- **総合診療専門研修（18月以上）**
  - ・ 診療所・地域の中小病院で、外来診療、訪問診療及び地域包括ケアの研修（6月以上）
  - ・ 病院総合診療部門（総合診療科・総合内科等）で、臓器別でない病棟診療と外来診療の研修（6月以上）
- **必須領域別研修（18月以上）**
  - ・ 内科12月以上 小児科3月以上 救急科3月以上
- **その他の領域別研修**
  - ・ 外科・整形外科・産婦人科・精神科・皮膚科・眼科・耳鼻咽喉科などでの研修

# 医療機器の効率的な活用等について

- 経緯**
- 「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会 第2次中間取りまとめ」において、**医療設備・機器等の共同利用等の、医療機関間での連携の方針等について協議を行い、地域ごとに方針決定すべきである**、とされ、医療法上も医療施設に備えた施設・設備の効率的な活用に関する事項について、協議の実施及び協議結果の公表を行うこととされた。
  - 今後、人口減少が見込まれる中、医療機器について共同利用の推進等によって効率的に活用していくべきであり、医療機器の共同利用のあり方等について、情報の可視化や新規購入者への情報提供を有効に活用しつつ、必要な協議を行う必要がある。

## 医療機器の効率的な活用のための対応

### 医療機器の配置状況に関する情報の可視化

- 地域の医療ニーズを踏まえ、地域ごとの医療機器の配置状況を**医療機器の種類ごとに指標化**し、可視化。

$$\text{調整人口当たり台数} = \frac{\text{地域の医療機器の台数}}{\frac{\text{地域の人口}}{10万} \times \text{地域の標準化検査率比}}$$

- ※ CT、MRI、PET、放射線治療（リニアック及びガンナイフ）、マンモグラフィに項目化してそれぞれ可視化。
- ※ 医療機器のニーズが性・年齢ごとに大きな差があることから、地域ごとの人口構成を踏まえて指標化。

### 医療機器の配置状況に関する情報提供

- 医療機器の配置状況に関する指標に加えて、**医療機器を有する医療機関についてマッピングに関する情報や、共同利用の状況等について情報を公表**。
- ※ 医療機関の経営判断に資するような、医療機器の耐用年数や老朽化の状況等についても、適切な情報を提供できるよう検討。

### 医療機器の効率的活用のための協議

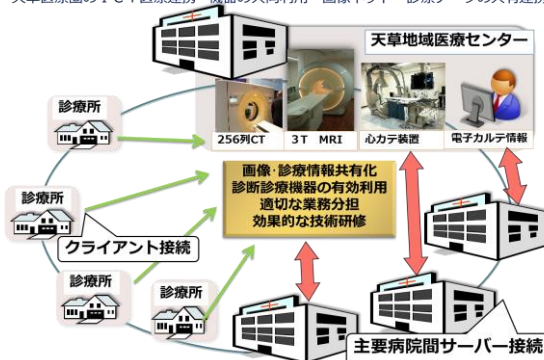
- 医療機器の効率的活用のための**協議の場を設置**。  
※ 基本的には、外来医療機能の協議の場を活用することが想定されるが、医療機器の協議のためのワーキンググループ等を設置することも可能。
- 医療機器の種類ごとに**共同利用の方針について協議を行い、結果を公表**。  
※ 共同利用については、画像診断が必要な患者を、医療機器を有する医療機関に対して患者情報とともに紹介する場合を含む。
- 共同利用の方針に従い、医療機関が医療機器を購入する場合や、当該機器の共同利用を新たに行う場合には、**共同利用に係る計画（以下、「共同利用計画」）を作成し、定期的に協議の場において確認**。
- 協議に当たっては医療機器の効率的な活用という観点だけでなく、  
・CT等放射線診断機器における医療被ばく  
・診断の精度  
・有効性  
等の観点も踏まえ、適切に医療機器が使用されているかについて、検討が必要。

### 医療機器を二次医療圏内で効率的に共同利用している例 「あまくさメディカルネット」

- 地域の医療機関をネットワークで繋ぐことにより、共同利用施設のCT、MRI等の医療機器を共同利用施設の医師と同じ感覚で使用可能。
- 天草医療圏に存する80診療所のうち61診療所（76.3%）が加入。
- 必要に応じて、共同利用施設の専門医と同じ画像を見ながら、治療方針等も相談可能。

#### 『あまくさメディカルネット』

天草医療圏のI C T医療連携 機器の共同利用・画像ネットワーク・診療データの共有連携



天草地域医療センター放射線部技師長 緒方隆昭氏より提供資料を改変

# 「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改訂について (平成30年3月14日公表)

## 1. 見直しの必要性

- 富山県射水市民病院の人工呼吸器取り外し事件を踏まえ、平成19年に策定された「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(平成27年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に名称変更)は、その策定から約10年が経過しており、
  - ・ 高齢多死社会の進行に伴い、地域包括ケアシステムの構築に対応したものとする必要があること
  - ・ 英米諸国を中心として、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の概念を踏まえた研究・取組が普及してきていることを踏まえ、ガイドラインの見直しを行う必要がある。

## 2. 主な見直しの概要

- ① 病院における延命治療への対応を想定した内容だけではなく、在宅医療・介護の現場で活用できるよう、次のような見直しを実施
  - ・ 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に名称を変更
  - ・ 医療・ケアチームの対象に介護従事者が含まれることを明確化
- ② 心身の状態の変化等に応じて、本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むか等を、日頃から繰り返し話し合うこと(=ACPの取組)の重要性を強調
- ③ 本人が自らの意思を伝えられない状態になる前に、本人の意思を推定する者について、家族等の信頼できる者を前もって定めておくことの重要性を記載
- ④ 今後、単身世帯が増えることを踏まえ、③の信頼できる者の対象を、家族から家族等(親しい友人等)に拡大
- ⑤ 繰り返し話し合った内容をその都度文書にまとめておき、本人、家族等と医療・ケアチームで共有することの重要性について記載

# 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」 における意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）（平成30年版）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。

心身の状態に応じて意思は変化しうるため  
繰り返し話し合うこと



## 主なポイント

本人の人生観や価値観等、できる限り把握

本人の意思が  
確認できる

本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを踏まえた、**本人の意思決定が基本**

人生の最終段階における  
医療・ケアの方針決定

本人や家族等※と十分に話し合う

・家族等※が本人の意思を推定できる

**本人の推定意思を尊重し、**  
本人にとって最善の方針をとる

話し合った内容を都度文書にまとめ共有

本人の意思が  
確認できない

本人にとって最善の方針を  
医療・ケアチームで慎重に判断

・家族等※が本人の意思を推定できない  
・家族がいない

- ・心身の状態等により医療・ケア内容の決定が困難な場合
- ・家族等※の中で意見がまとまらないなどの場合等

→複数の専門家で構成する話し合いの場を設置し、**方針の検討や助言**

※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことが重要である。

※家族等には広い範囲の人(親しい友人等)を含み、複数人存在することも考えられる。





# 人生会議 (ACP: アドバンス・ケア・プランニング) の普及・啓発状況

## ○リーフレット公開

- 行政・関係団体等が普及啓発に活用出来るリーフレット公開 (H30.7.19)

## ○「人生会議」紹介ページ公開 (H30.12.28)

## ○SNS

- [twitter/Facebook](#)
  - ・愛称決定及び考える日※1の設定について (H30.11.30)
  - ・「人生会議」紹介ページ公開について (H30.12.28)
  - ・ロゴマーク選定について (H31.4.24及びH31.4.26/H31.4.24)
- [官邸LINE](#)
  - ・「人生会議」について (H30.12.13)
  - ・ロゴマーク選定について (R1.5.14)
- [官邸メールマガジン](#)
  - ・ロゴマーク選定について (R1.5.7)

## ○プレスリリース

- 愛称決定及び考える日の設定について (H30.11.30)
- ロゴマークの選定について (H31.4.24)

## ○事務連絡発出※2

- リーフレット公開について (H30.7.19)
- 愛称決定及び考える日の設定について (H30.12.5)
- ロゴマーク選定について (H31.4.24)

※1「いい看取り・看取られ」から11月30日に決定

※2都道府県及び医療介護関係団体95団体宛

## リーフレット

人生の終わりで、あなたは、どのように、過ごしたいですか？

### もしものときのために

～自らが望む、人生の最終段階の医療・ケアについて話し合ってみませんか～

誰でも、いつでも、急に訪れる大きな病気やケガをする可能性があります。

急な出来事があった状態になると、約70%の方が、医療やケアなどを自分で決めたり望みを人に伝えたりすることができなくなると言われています。

自らが希望する医療やケアを受けるために大切なことを確認していること、どこでどのような医療やケアを望むかを自分自身で前もって考え、周囲の信頼する人たちと話し合い、共有することが重要です。

もしものときに、あなたが望む医療やケアについて、前もって考え、話し合えば、共有する取組を「人生会議 (ACP: アドバンス・ケア・プランニング)」と呼びます。

あなたの心身の状況に応じて、かかりつけ医等からあなたや家族等へ連絡の依頼と説明がなされることがあります。

このような取組は、個人の主体的に行いによって考え、進めるものです。知りたがり、考えたくない方への十分な配慮が必要です。

詳しくは、厚生労働省のホームページをご覧ください。  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_02263.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02263.html)

## 官邸LINE

首相官邸

首相官邸

人生最期の医療やケア。あなたはどんな選択を希望しますか？もしもの時のために、家族や信頼できる方々と、自分の人生の最期の医療やケアについて考えておく「人生会議」。

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakuni...もって見る](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakuni...)

シェア 8

© 2018/12/13 15:20

## 厚労省HP

厚生労働省

「人生会議」してみませんか

「人生会議」とは、もしもの時のために、あなたが望む医療やケアについて前もって考え、家族や信頼するチームと話し合えること、共有する取組のことです。

厚生労働省では、今年度「ACP: アドバンス・ケア・プランニング」として推進し、啓発を進めてまいりましたが、より理解が深まるよう推進を進めます。人生会議の心豊かな暮らしの実現に向けて取り組んでまいります。

「人生会議」について

「人生会議」について

「人生会議」について

## twitter

厚生労働省 @MHLWitter · 4月24日

【#人生会議のロゴマークを選定！】

「人生会議」(ACP: アドバンス・ケア・プランニング)のロゴマークを選定しました。皆さま、ポスターやリーフレットなどにご活用ください！「人生会議」という愛称を通じて、ACPの普及活動をこれからも行っていきます。

詳しくは→[mhlw.go.jp/stf/newpage\\_04...](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_04...)

1 12 29

ACP 人生会議



### 【事業内容】

人生の最終段階における医療に関する患者の相談に適切に対応できる体制を強化するため、平成28年度から医療・ケアチーム（医師、看護師等）の育成研修を全国8ブロックで実施するとともに、人材育成研修会の拡充と継続性の担保のために講師人材の育成を実施。平成29年度からは国民への普及啓発も実施している。

### 研修事業

#### 対象者

医療機関等において人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定に携わっている医師を含む多職種チーム（診療所・訪問看護ステーション・介護老人福祉施設が連携し、多職種チームで参加することも推奨）

#### プログラム

プログラム	主旨、構成内容	プログラム	主旨、構成内容
講義	「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」の解説	講義	「アドバンス・ケア・プランニングとは」
講義 (STEP1)	意思決定能力の評価、講義 グループワークと発表	ロールプレイ1	もしも、のときについて話し合いを始める
グループワーク1		ロールプレイ2	家族等の信頼できる者を選定する
講義 (STEP2)	患者自身と治療方針について合意する講義	ロールプレイ3	治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する家族等の信頼できる者の裁量権を尋ねる
講義 (STEP3)	患者の意向を推定する 講義 患者にとって最善の治療方法について合意する 講義 グループワークと発表	講義	「本人・家族の意向を引き継ぐには」
講義 (STEP4)		グループワーク3	明日への課題
グループワーク2			

#### 開催実績／予定

- ・平成26・27年度はモデル事業として実施。2014年度10か所 **24名**、2015年度5か所 **25名**が研修を修了。
- ・平成28年度は、**90名**の講師人材を育成し、214チーム・**751名**が相談員研修を受講。
- ・平成29年度は、**61名**の講師人材を育成し、277チーム・**979名**が相談員研修を受講。市民公開講座は**129名**が参加。
- ・平成30年度は、**97名**の講師人材を育成し、319チーム・**1,136名**が相談員研修を受講。
- ・令和元年度は、240チーム・960名以上が相談員研修を受講することを目標。イベントは参加者15,000名目標。

### 普及啓発事業

#### 対象者

一般の方

#### 事業概要

「人生会議」普及啓発のための国民向けイベントの開催を予定  
(全国8か所、計10回以上)



(※2017年度公開講座チラシ)

# 在宅医療・救急医療連携セミナー

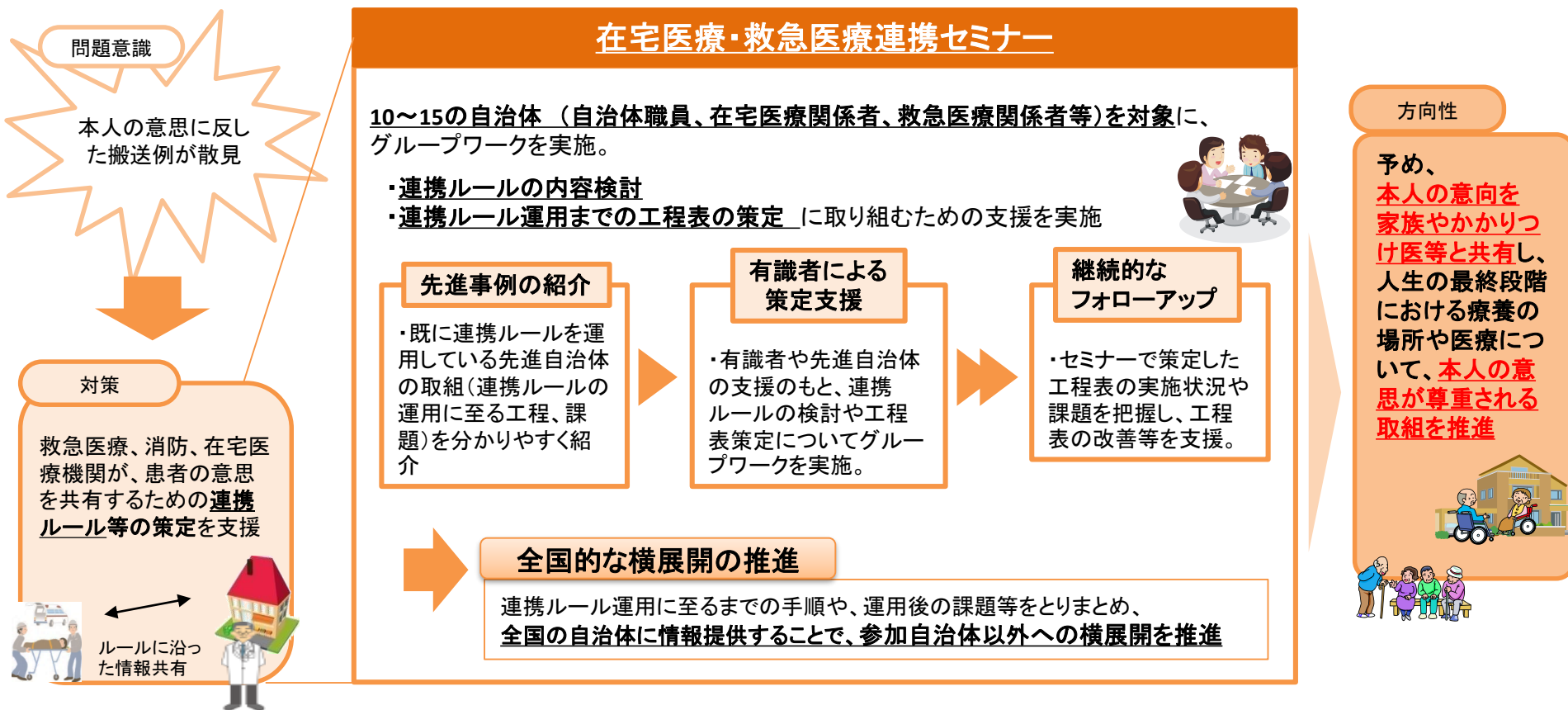
令和元年度予算額 16,977千円  
(平成30年度予算額 16,977千円)

## <背景・課題> **本人の意思に反した(延命を望まない患者の)救急搬送が散見**

国民の多くが人生の最期を自宅で迎えることを希望している。一方、高齢者の救急搬送件数も年々増加し、また大半は、人生の最終段階における医療等について、家族と話し合いを行っていない。このような背景を踏まえると、今後、本人の意思に反した救急搬送が増加する懸念がある。

## <対策> **患者の意思を関係機関間で共有するための連携ルールの策定支援**

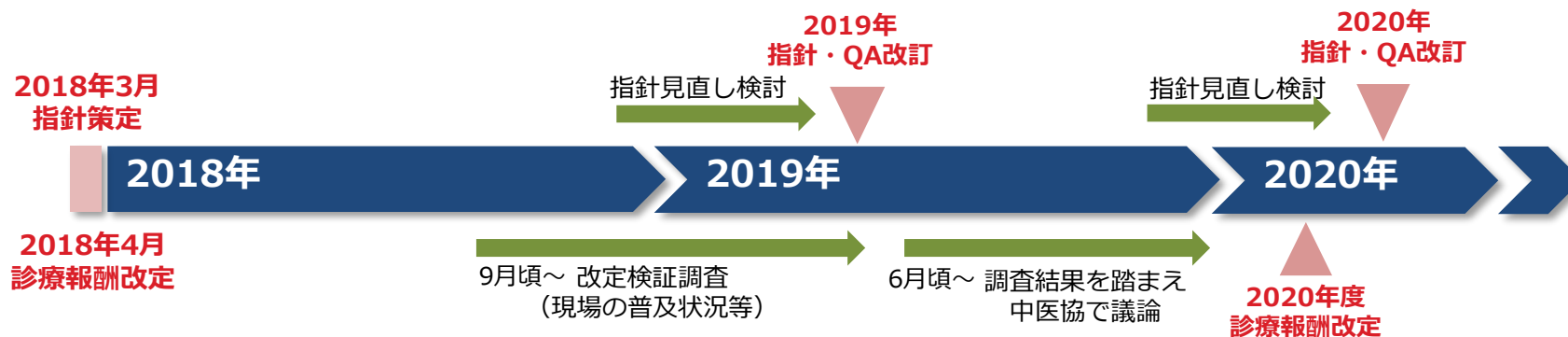
先進自治体では、在宅医療関係者と救急医療関係者の協議の場を設け、救急搬送時の情報共有ルールの設定や、住民向け普及啓発に取り組んでいる。こうした先進事例をもとに、複数の自治体を対象としたセミナーを実施し、連携ルール策定のための重点的な支援を行う。また、本取組について全国的な横展開を推進していくことで、人生の最終段階において本人の意思が尊重される環境を整備する。



# オンライン診療の適切な推進に向けて

- オンライン診療の一層の充実を図るため、関係学会や事業者等とも協力し、オンライン診療の安全性・有効性に係るデータや事例の収集、実態の把握を進める。
- オンライン診療の普及状況、技術の発展やデータ等の収集結果に基づき、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」について、定期的に内容を見直す。
- 診療報酬においては、「オンライン診療料」等の普及状況を調査・検証し、その結果等を踏まえて、次期以降の診療報酬改定に向けて必要な検討を行う。

## 今後のスケジュール



# 医療機関における医師の労働時間の短縮の取組に対する支援

- 2019年4月に働き方改革関連法が施行されるが、医師についても適用が猶予されている時間外労働上限規制の5年後の適用に向け、医療現場において医師の労働時間の短縮策を進める必要がある。
- 具体的には、2018年2月にとりまとめた「緊急的な取組」について、さらに推進する必要がある。

～2019年3月

医師について時間外労働上限時間を含めたとりまとめ

## 【「緊急的な取組」のさらなる推進】

- ・ 医師の労働時間管理の適正化に向けた取組
- ・ 36協定等の自己点検
- ・ 既存の産業保健の仕組みの活用
- ・ タスク・シフティングの推進
- ・ 女性医師等に対する支援
- ・ 医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組

・ 医師の意識改革

上記の他

医療機関の機能分化・連携、  
医師偏在対策、医師養成、  
上手な医療のかかり方  
の周知等

2024年4月に向けて

○各医療機関において「医師勤務時間短縮計画」を策定するよう、各都道府県（医療勤務環境改善支援センター）を通じて促す

※平成31年度から、医療勤務環境改善支援センターの助言の下に作成した医師勤務時間短縮計画に基づき取得した器具・備品・ソフトウェアについては、税法上の特別償却制度が適用される

○令和元年度予算において新規に計上している各種事業により、各医療機関の取組をバックアップ

- ・ タスク・シフティング等勤務環境改善推進事業  
⇒ 好事例の増加その横展開
- ・ 医療機関の勤務環境マネジメント向上支援事業  
⇒ 全国の病院長の勤務環境改善に係る意識改革
- ・ 医療従事者の働き方改革支援資金  
⇒ （独）福祉医療機構による融資拡充

○医療勤務環境改善支援センターが都道府県労働局や日本医師会等関係機関と連携した、働き方改革関連法の説明会の実施

※都道府県宛て厚生労働省医政局医療経営支援課長通知発出（平成30年11月21日付）

○医療勤務環境改善支援センターの機能強化

- ・ 外部有識者による医療勤務環境改善支援センターのアドバイザー等職員に対する助言派遣事業実施
- ・ 医療勤務環境改善支援センター職員も交え有識者による医療機関支援モデル事業実施
- ・ 勤務環境改善の推進による病院経営への影響に関する調査・研究事業により、経営改善にもつながることを周知するための好事例を提供
- ・ 医療勤務環境改善支援センターのアドバイザー等職員向け教材作成により好事例紹介
- ・ 都道府県の担当課長や担当者を一堂に会した会議や研修会実施

○医療機関向け勤務環境改善支援のための「いきいき働く医療機関サポートWeb（いきサポ）」掲載の好事例更新及び各医療機関が自院の取り組む勤務環境改善の状況を全国比較するための自己診断機能を追加

# 医療機関における医師の労働時間の短縮に向けて(ロードマップ)

( (A) ・ (B) 水準の適用を中心に整理したもの )

年度	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026		
医療機関内マネジメント	労働時間管理の適正化	労働時間管理の適正化の徹底		連続勤務時間制限、勤務間インターバルの導入促進			より質の高い医療へ				
	36協定等の自己点検	・時間外労働の上限時間数の方向性を提示 ・宿日直許可基準の現代化、研鑽の取扱いの提示	医療機関向け説明会の集中開催（宿日直、研鑽、上限時間数、健康確保措置等）							上限規制スタート	
	産業保健の仕組みの活用	一般則超の労働時間となっている医療機関に <b>医師等勤務時間短縮計画</b> 策定促進 ※税制等によるインセンティブ							暫定特例水準対象医療機関については、 ・病院長向け勤務環境マネジメント研修受講や <b>医師の労働時間短縮のための計画策定</b> が必要（医療機関） ・地域医療支援センターによる地域枠医師等の派遣や各種補助金等による支援を行うこととする		
	タスク・シフティングの推進	・緊急的な取組の都道府県（勤改センター※）・団体等を通じた周知・促進	<b>重点的支援対象機関の洗い出し</b> ・医療勤務環境改善支援センター ：病院長向け勤務環境マネジメント研修受講勸奨等医療機関内のマネジメント改革支援 ・地域医療支援センター：地域枠医師等の派遣 ・その他、地域内における医療機関の機能分化・連携の推進、各種補助金等による支援							暫定特例水準対象医療機関の労働時間短縮を図り、 暫定特例水準対象医療機関数の縮減を図る	
	女性医師等の支援	※都道府県医療機関勤務環境改善支援センター	2024年までに暫定特例水準対象医療機関数の縮減を図る								
医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組	医療機関向け勤務環境改善Webサイト（いきサボ）掲載の好事例を充実し、横展開										
医師の意識改革	医療勤務環境マネジメントシステムの導入促進、好事例の収集・周知	現行制度に基づく導入促進とともに、医師の長時間労働の実態がある一定の医療機関に医師労働時間短縮計画の義務づけを検討 病院長向けトップマネジメント研修等による管理者の意識改革 タスク・シフティング等勤務環境改善推進事業等により好事例創出 ※ICT活用含む 好事例を分析し、タスク・シフティング等勤務環境改善を一層促進							引き続き、医療勤務環境改善支援センター等の取組を通じて医療機関全体の労働時間短縮を図る		
	医師事務作業補助者等（専門職支援人材）	医療機関内の専門職支援人材のスキルアップ策等の検討	医療機関内の専門職支援人材のスキルアップ策等の実施に向けた取組			医療機関内における専門職支援人材の活用の推進					
人材養成	特定行為研修修了看護師	特定行為研修修了者数約1,000人	・パッケージ化に向けた省令改正 ・特定行為研修施設の募集強化	特定行為研修制度（パッケージ研修）によるチーム医療の推進			特定行為研修修了者（外科術後病棟管理領域、術中麻酔管理領域）約10,000人目標				
	地域内の医療機関の機能分化・連携の推進	全ての公立・公的医療機関等における具体的な対応方針の合意形成（地域医療構想）	地域医療構想の実現に向けた取組の強化（医療機関の再編や在宅医療等への移行等）							地域医療構想の実現	
地域医療提供体制	医師偏在対策	医師偏在対策に向けた医療法等改正法成立 地域枠医師(2018) 約2千人	改正医療法の順次施行都道府県による医師確保計画策定	医師確保計画に基づく医師偏在対策の実施 [都道府県]		PDCAサイクルに基づき次期計画策定	次期計画に基づく医師偏在対策の実施 [都道府県]				
	医師の養成	医師需給分科会第3次中間取りまとめ(2021年までの医師養成数)	医師の勤務実態把握調査	2021年以降の医師需給の検討	医師の働き方改革や労働実態、医師偏在対策や医師偏在の状況等を勘案した医師養成			引き続き、定期的な医師需給推計			
国民の医療のかかり方	上手な医療のかかり方に関する懇談会提案	関係機関への働きかけ、周知コンテンツの作成、集中的周知広報実施							効果を検証し、さらに効果的な広報実施		

より質の高い医療提供体制構築

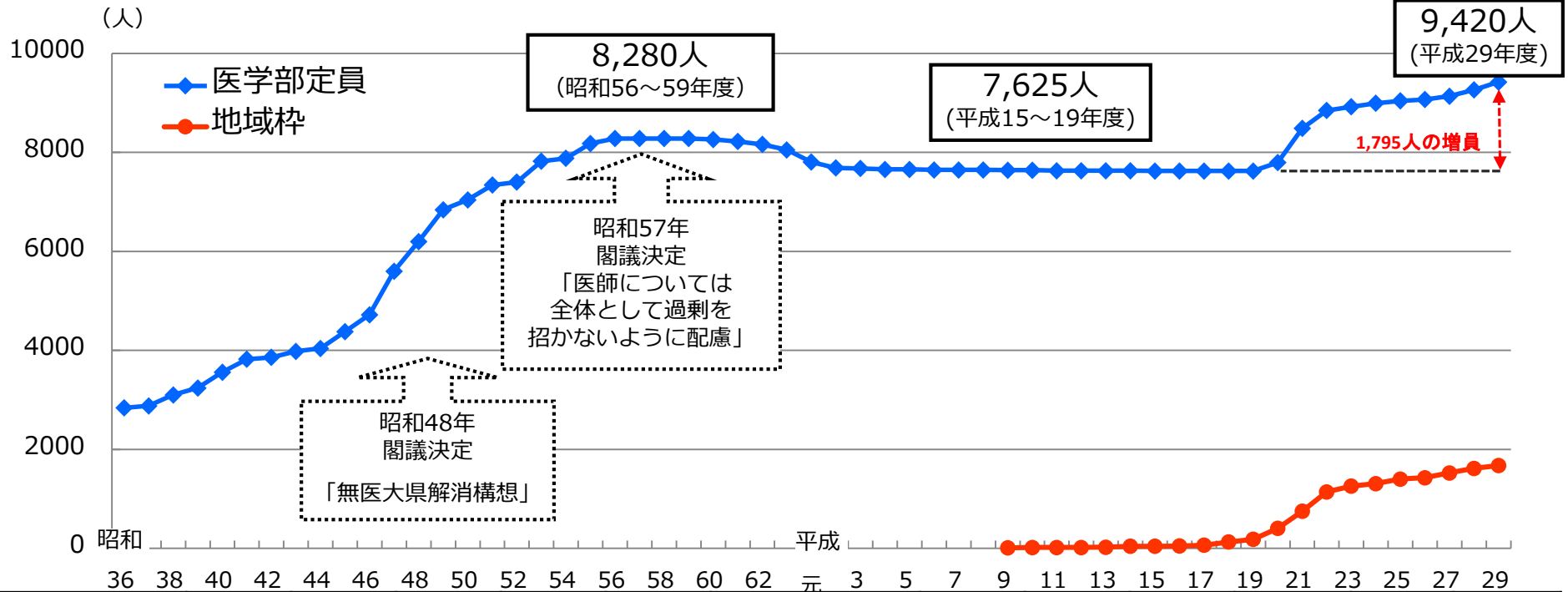
↑総合的推進



## 医学部入学定員と地域枠の年次推移

- 平成20年度以降、**医学部の入学定員**を**過去最大規模**まで増員。
- 医学部定員に占める**地域枠\***の数・割合も、**増加**してきている。  
(平成19年度183人 (2.4%) →平成29年1674人 (17.8%) )

地域枠\*：地域医療に従事する医師を養成することを主たる目的とした学生を選抜する枠であり、奨学金の有無を問わない。



	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29
医学部定員	7625	7625	7625	7793	8486	8846	8923	8991	9041	9069	9134	9262	9420
地域枠	64	129	183	403	749	1141	1257	1309	1400	1427	1525	1617	1674
地域枠の割合	0.8%	1.7%	2.4%	5.2%	8.8%	12.9%	14.1%	14.6%	15.5%	15.7%	16.7%	17.5%	17.8%

地域枠の人数については、文部科学省医学教育課調べ

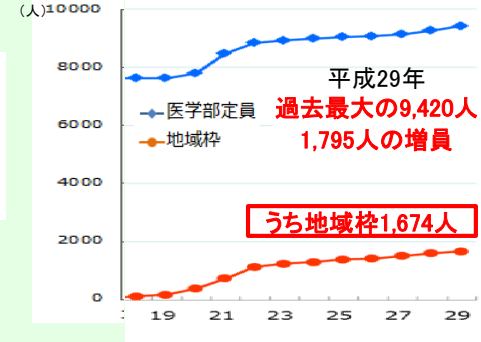
# 医学部定員数について

## 平成20年度以降の医学部定員の暫定増員

一部の地域で医師の不足が深刻化している状況を踏まえ、**平成20年度以降、地域枠を中心に医学部定員数を暫定的に増加**(平成31年度が期限)

※地域枠：地域医療に従事する医師を養成することを主たる目的とした学生を選抜する枠であり、奨学金の有無を問わない

【総務大臣、財務大臣、文部科学大臣、厚生労働大臣による確認書(平成18年8月)】  
「地域間の偏在により一部の地域における医師の不足が深刻な現下の状況にかんがみ(略)現行の当該県内における医師の養成数に上乘せする暫定的な調整の計画を容認」



## 令和2年度以降の医師養成数について検討が必要

⇒医政局「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会」において、医師需給推計のうえ検討

## 今後の方針

### 需給推計結果

○ 医師需給は、労働時間を週60時間程度に制限する等の仮定をおく「需要ケース2」において、平成32年度医学部入学者が臨床研修を修了すると想定される2028年(平成40年)頃に均衡すると推計される。

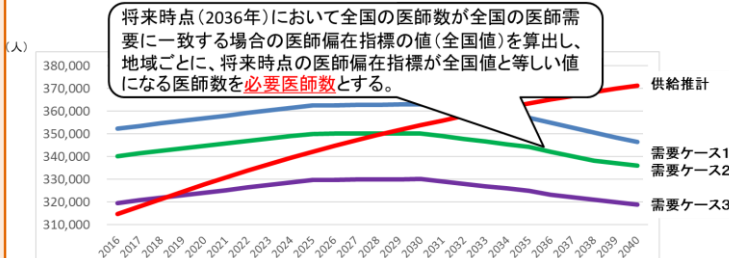
供給推計 今後の医学部定員を平成30年度の9,419人として推計。

※1 勤務時間を考慮して、全体の平均勤務時間と性年齢階級別の勤務時間の比を仕事率とした

需要推計 分科会において了承の得られた仮定に基づき、以下の通り、一定の幅を持って推計を行った。

- ・ケース1(労働時間を週55時間に制限等≒月平均60時間の時間外・休日労働に相当)
- ・ケース2(労働時間を週60時間に制限等≒月平均80時間の時間外・休日労働に相当)
- ・ケース3(労働時間を週80時間に制限等≒月平均160時間の時間外・休日労働に相当)

※2 医師の働き方改革等を踏まえた需要の変化についても、一定の幅を持って推計を行った



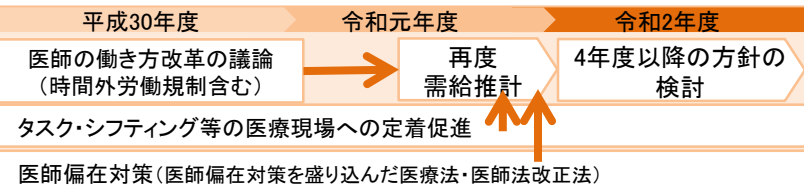
## 医師養成数の方針

### 【令和2年度、3年度】

暫定的な需給推計結果を踏まえ、**平成31年度の医学部定員を超えない範囲で、その必要性を慎重に精査**する。

## 令和4年度以降の医師養成数について

「医師の働き方改革に関する検討会 報告書」でとりまとめられた医師の働き方改革に関する結論、医師偏在対策の状況等を踏まえ、再度、医師の需給推計を行った上で検討を行う



- 我が国の医薬品産業について、長期収載品に依存するモデルから、より高い創薬力を持つ産業構造に転換するため、「医薬品産業強化総合戦略」を見直し、革新的バイオ医薬品等の研究開発支援やベンチャー企業への支援、流通改善に向けた取組を進める。

## 1 日本発のシーズが生まれる研究開発環境の改善

- がんゲノム医療推進コンソーシアムの構築による革新的な医薬品等の開発推進
- データベース情報の解析を踏まえた戦略的な革新的シーズ開発の推進
- 臨床研究・治験の患者向け公開データベースの整備

59.2億円（平成30年度49.1億円）

## 2 薬事規制改革等を通じたコスト低減と効率性向上

- 審査プロセスの予測性の高い開発支援型の「条件付き承認制度」や「さきかけ審査指定制度」を制度化
- AIの活用による医薬品研究開発支援
- リアルワールドデータの利活用促進（医療情報データベース（MID-NET）を活用した医薬品安全対策の促進）
- PMDAの体制整備

25.2億円（平成30年度23.1億円）

## 3 医薬品の生産性向上（バイオシミラーを含む）と製造インフラの整備

- 新生産技術に対応した効率的な品質管理等のルールの策定
- バイオ医薬品に関する人材の育成とPMDAの体制整備

18.5億円（一部再掲）（平成30年度18.4億円）

## 4 適正な評価の環境・基盤整備

- 最適使用推進等の各種臨床ガイドラインの整備
- バイオシミラーの科学的評価、品質等の情報発信を含む、バイオシミラーの使用促進

2.5億円（一部再掲）（平成30年度2.8億円）

## 5 日本発医薬品の国際展開の推進

- 国際規制調和戦略の推進（日本規制の海外展開、途上国への規制トレーニングの提供）
- 医薬品等の国際展開に向けた環境整備のための人材育成

19.5億円（一部再掲）（平成30年度19.3億円）

## 6 創薬業界の新陳代謝を促すグローバルなベンチャーの創出

- 医療系ベンチャー相談等による規制と開発・評価の連携した支援
- 医療系ベンチャー企業の人材育成、各種機関とのマッチング推進
- ベンチャー創出に向けた金融市場の整備

5.8億円（平成30年度5.8億円）

## 7 医療用医薬品の流通改善への一層の対応

- 流通改善ガイドラインに基づく取組の推進

## <概要>

より高い創薬力を持つ産業構造への転換を図るため、我が国の創薬力強化にかかる創薬環境強化経費及び医療分野の研究開発関連経費（AMED経費）の予算を要求する。あわせて、研究開発税制を拡充し、製薬産業における研究開発投資の促進を図る。

### 1. 「医薬品産業強化総合戦略」の見直しに伴う 創薬環境強化経費

122.0(104.9)億円  
<再掲除き>

#### 1 日本発のシーズが生まれる研究開発環境の改善 87.1 (71.9)億円

がんゲノム医療の実現、データベース活用創薬、AIの活用

#### 2 薬事規制改革等を通じたコスト低減と効率性向上

早期承認制度、リアルワールドデータの活用、規制改革 25.2(23.1)億円

#### 3 医薬品の生産性向上（バイオシミラーを含む）と 製造インフラの整備

18.5(18.4)億円  
<一部再掲>

品質管理ルールの整備、バイオ技術人材の育成

#### 4 適正な評価の環境・基盤整備

臨床ガイドラインの整備、バイオシミラー使用促進

2.5(2.8)億円  
<一部再掲>

#### 5 日本発医薬品の国際展開の推進

国際規制調和、国際展開に向けた人材育成

19.5(19.3)億円  
<一部再掲>

#### 6 創薬業界の新陳代謝を促すグローバルなベンチャーの創出

医療系ベンチャー企業への支援、人材育成

5.8(5.8)億円

### 2. 医療分野の研究開発関連経費 (AMEDを通じて交付される経費)

474.0(475.4)億円  
<再掲除き>

#### 1 横断型統合プロジェクト

革新的医薬品創出に向けた研究開発の充実、臨床研究中核病院を活用した革新的医薬品等の研究開発の推進にかかる経費等

251.5(254.7)億円  
<一部再掲>

#### 2 疾患領域対応型統合プロジェクト

がん、精神・神経疾患、新興・再興感染症、難病等の各疾患領域に対応した研究開発の推進にかかる経費等

250.8 (236.5)億円  
<一部再掲>

上記統合プロジェクト以外の研究開発等 74.7 (74.1)億円

#### 3 医療研究開発革新基盤創成事業（CiCLE）

産学官の連携を通じて、新たな医薬品・医療機器等の創出に向けた研究開発等を推進

平成30年度補正予算で要求  
(内閣府計上:250億円)



### 【研究開発税制の拡充】

- 1 オープンイノベーション型の大幅拡充
- 2 試験研究費の増加インセンティブ強化

# 試験研究を行った場合の法人税額等の特別控除（研究開発税制）の延長・拡充

（所得税、法人税、法人住民税）

## 1. 大綱の概要

研究開発税制について、次の見直しを行う。

## 2. 見直しの内容

### 【控除額】

- 法人税額から試験研究費の一部を控除できる制度
- **法人税額の最大40%→最大45%（スタートアップベンチャーは最大60%）**

### 【控除上限】

#### 【A'】 上乗せ措置 (時限措置)

- ① **総額型の控除上限の上乗せ措置を2年間延長**  
(※) 売上高に対する試験研究費割合が10%を超える場合、控除上限を最大10%上乗せできる仕組み
- ② **高水準型を総額型に統合**（2年間の時限、A②参照）

（総額型の控除上限の上乗せ措置）

・上乗せできる割合 = (試験研究費割合 - 10%) × 2

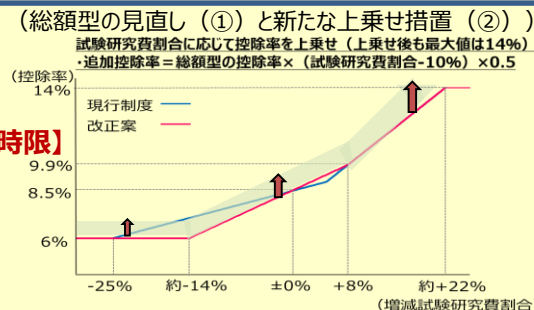
試験研究費割合	11%	12%	13%	14%	15%
上乗せ分	2%	4%	6%	8%	10%

A': 10%  
(上乗せ)

### 本体（恒久措置）

【A 総額型】控除額 = 試験研究費の総額 × 6～14%

- ① **控除率**について、試験研究費の**増加インセンティブを強化**
- ② **試験研究費割合が10%を超える企業**について、**控除率を上乗せする仕組みの創設【2年間時限】**
- ③ **スタートアップベンチャー企業**（※）について、**控除上限を40%（現行25%）に引上げ**  
(※) 設立後10年以内の法人のうち、当期において翌期繰越欠損金額を有するもの



A: 25%  
(40%)

【B オープンイノベーション型】控除額 = 特別試験研究費の額 × 20～30% (※) 大企業への委託研究の要件

- ① **大企業に対する委託研究**（※）を対象に追加（控除率20%）
  - ② **研究開発型ベンチャー企業との共同・委託研究**について、**控除率を25%（現行20%）に引上げ**
  - ③ **控除上限を10%（現行5%）に引上げ**
  - ④ 薬機法改正を前提に、**特定用途医薬品等**に関する試験研究を対象に追加
  - ⑤ **大学等との共同研究**について、研究開発の**プロジェクトマネジメント業務等を担う者の人件費の適用**を明確化
- I. 委託に基づき行う業務が、**受託者において試験研究に該当**すること
  - II. 委任契約等において、成果を委託法人が取得することとしていること
  - III. 委託する試験研究が**基礎研究又は応用研究に該当**するか、**受託者の知的財産等を利用**するものであること
  - IV. 委任契約等において、試験研究の種類等一定の事項が定められていること

B: 5%→10%



# バイオ後続品について


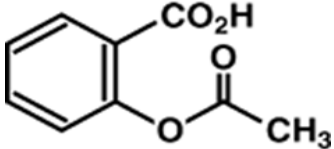
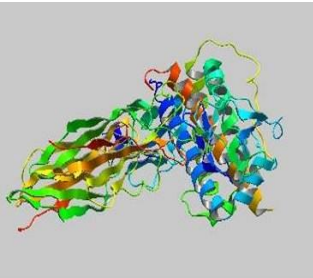
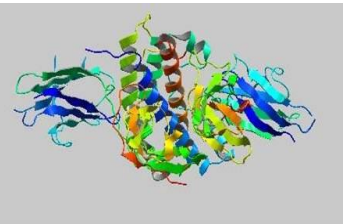
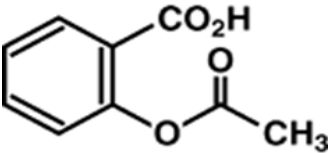
「バイオ後続品」は、国内で既に承認されたバイオテクノロジー応用医薬品と同等・同質の有効性、安全性を有することが治験により確認されている医薬品である。

※バイオテクノロジー応用医薬品とは、微生物や細胞が持つタンパク質をつくる力を利用して生産される、ヒト成長ホルモン、インスリン、抗体などの「遺伝子組換えタンパク質」を有効成分とする医薬品である。

(バイオ後続品とその他の後発医薬品の比較表)

	バイオ後続品	後発医薬品 (バイオ後続品を除く)
分子構造	巨大かつ複雑	小さく単純
有効性・安全性	先行品とほぼ同じ	先発品と同じ
治験 (有効性・安全性を評価する 試験)	必要	不要
開発費用・製造設備費用	高い(200~300億円) ※ 先行品は1,000億円	低い(1億円程度) ※ 先発品は300~1,000億円
先行品(先発品) との価格差	大きい	小~大
薬価基準に収載 されている品目数  (2019年7月1日時点)	50 <9成分>	9,874

# 比較表

	先行バイオ医薬品 (ジェノロピン)	バイオ後続品 (ソマトピンBS皮下注「サント」)	化成品(先発) (アスピリンの先発品)	化成品(後発) (アスピリンの後発品)
平面構造	 <p>191個のアミノ酸からなるペプチド</p> <p>ジェノトロピンのアミノ酸配列</p> <p>分子量: 約22,125</p>	<p>先行バイオ医薬品とアミノ酸配列が同じ</p>	 <p>分子量: 180</p>	<p>先発と同じ</p>
立体構造	 <p>(イメージ)</p>	 <p>(イメージ)</p> <p>先行バイオ医薬品と違う</p>		<p>先発と同じ</p>
有効性	<p>成長ホルモン分泌不全性低身長症など</p>	<p>先行バイオ医薬品とほぼ同じ</p>	<p>関節リウマチなど</p>	<p>先発と同じ</p>

# 初めて収載されるバイオ後続品の薬価について

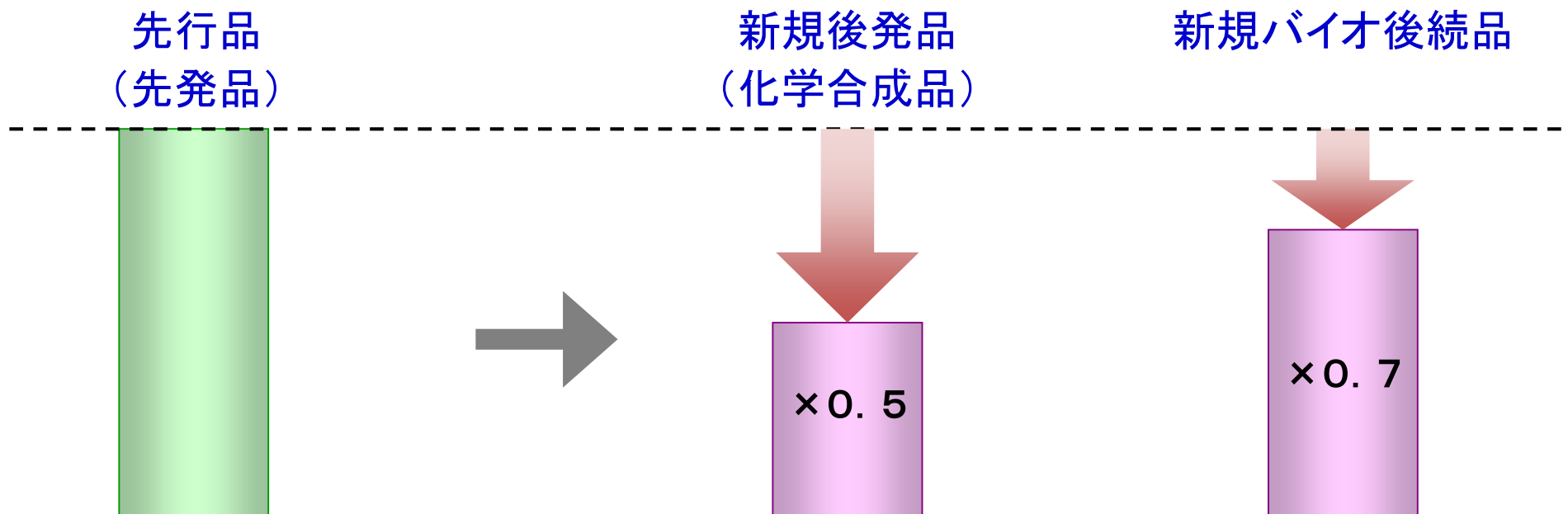
- **バイオ後続品の場合** : 先行品の薬価の **0.7掛け**

※内用薬で10品目を超える場合は0.6掛け

※臨床試験の充実度に応じて、最大10%の加算有り

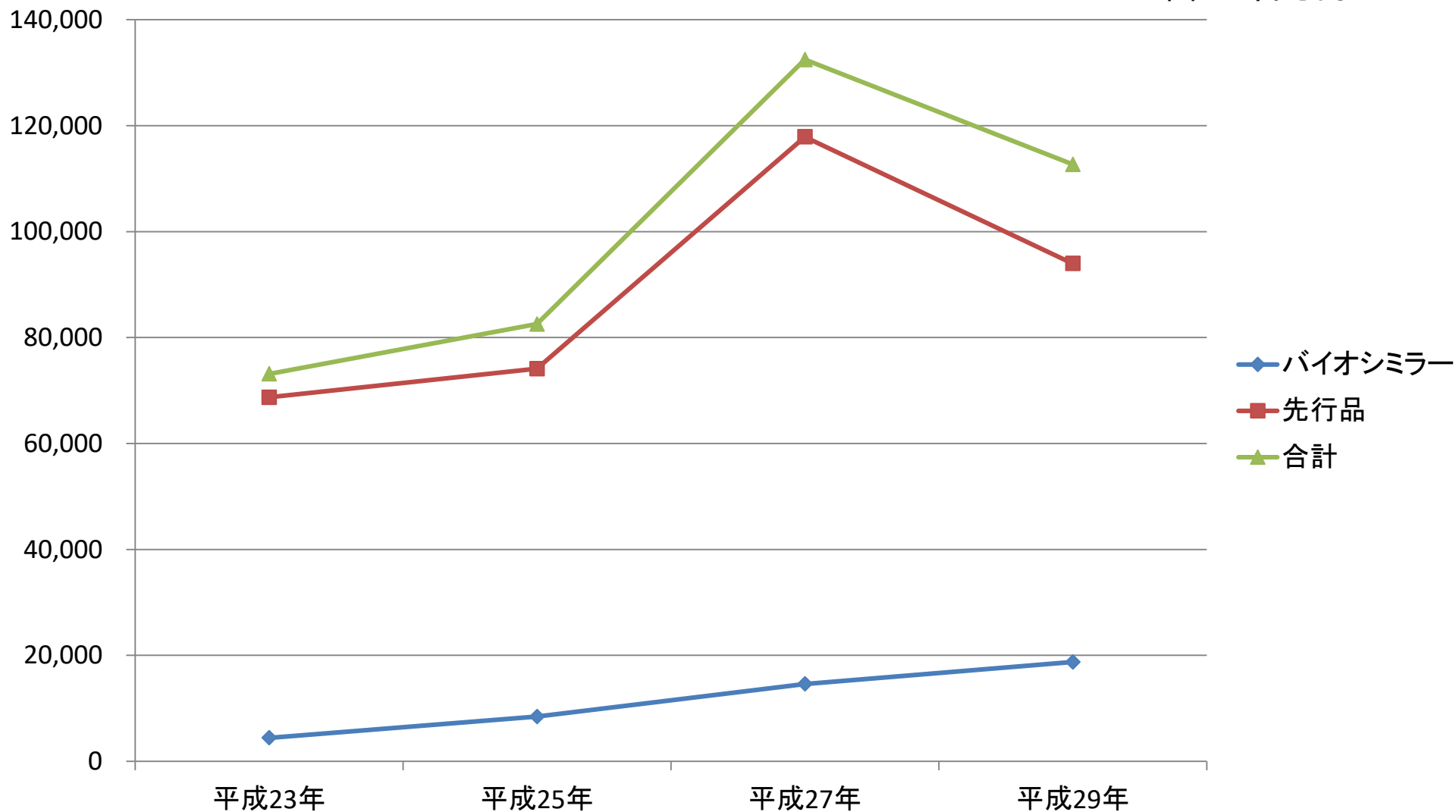
- **化学合成品の場合** : 先発品の薬価の **0.5掛け**

※内用薬で10品目を超える場合は0.4掛け



# バイオシミラーの普及状況(金額ベース)

単位：百万円



# バイオ医薬品開発促進事業

## 背景

令和元年度予算額 44,468千円（33,874千円）

- 平成28年12月に4大臣で合意された「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」において、「革新的バイオ医薬品及びバイオシミラーの研究開発支援方策等の拡充を検討する」とされている。
- また、平成30年6月15日に閣議決定された経済財政運営と改革の基本方針2018において、「バイオ医薬品の研究開発の推進を図るとともに、バイオシミラーについては、「経済財政運営と改革の基本方針2017」を踏まえ、有効性・安全性等への理解を得ながら研究開発・普及を推進する」とされている。
- そうした中、国内でのバイオ医薬品（バイオシミラーを含む）の製造技術や開発手法を担う人材が不足しており、また、バイオシミラーについては、その認知度も低く、医療関係者の間でもその位置付けについて議論がある。

## 概要

- 製薬企業やバイオベンチャーの社員等に対して、バイオ医薬品の製造技術、開発ノウハウ等に関する研修を実施
- バイオシミラーの科学的評価、品質等について、医療従事者に対して、正しい理解を広めるため、専門家や医療関係者等によるセミナーや講習会を開催。
- バイオシミラーの科学的評価、品質、価格等に関して、患者・国民に対し普及を図る（セミナー、リーフレット作成等）。

厚生労働省



委託



関係学会等

・バイオベンチャー社員、学生等への製造技術、開発手法の研修実施  
・医療従事者、患者向けのセミナー開催、  
資材作成 等



**バイオ医薬品の製造技術・開発手法の研修による人材育成  
バイオシミラーについて医療関係者及び患者・国民に正しい理解の促進**

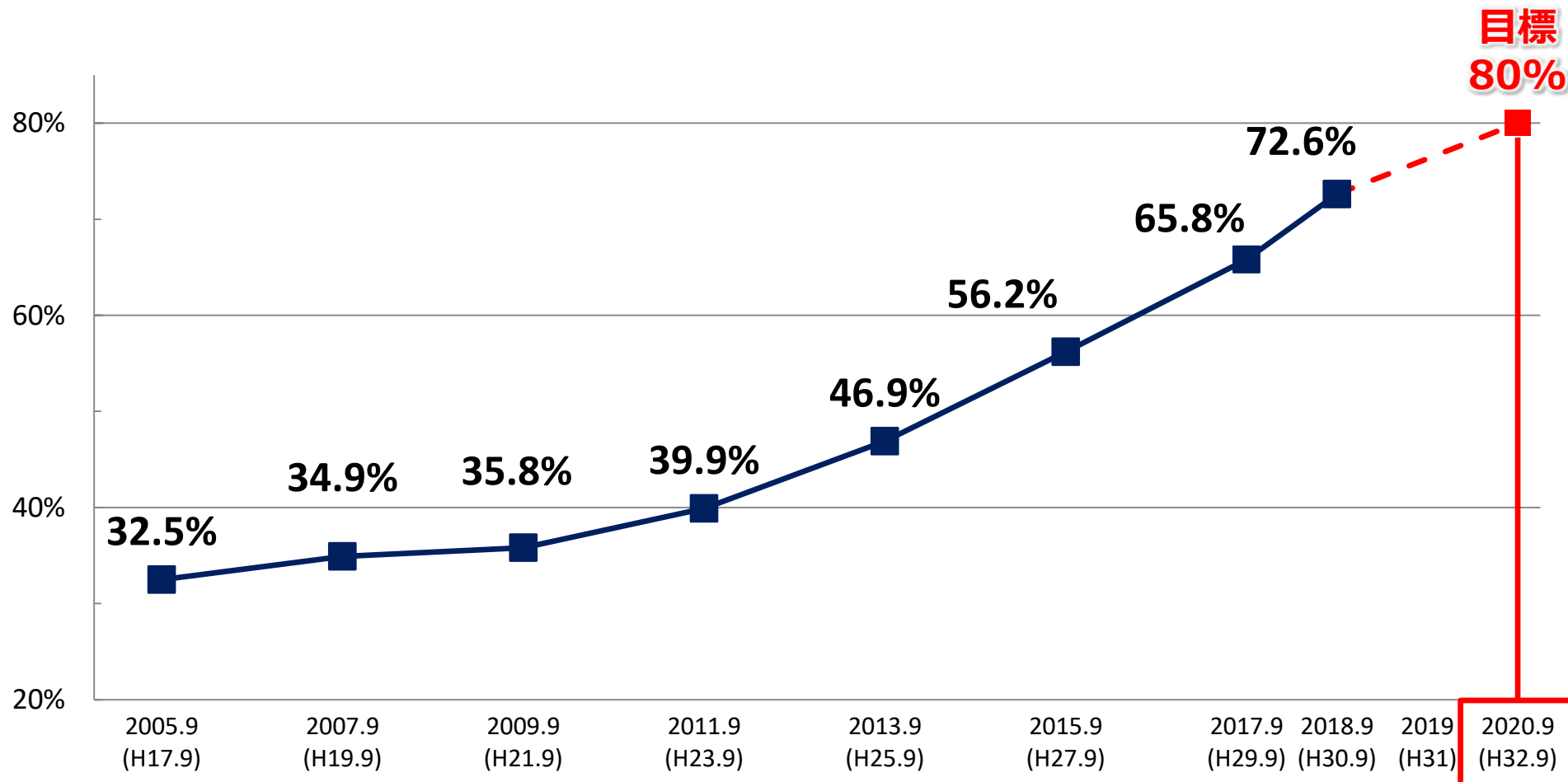
技術研修、講習会の開催、医療従事者向けパンフレット・ハンドブック作成、一般向けリーフレット作成 等



# 後発医薬品の使用割合の推移と目標

「経済財政運営と改革の基本方針2017」（平成29年6月9日閣議決定）（抄）

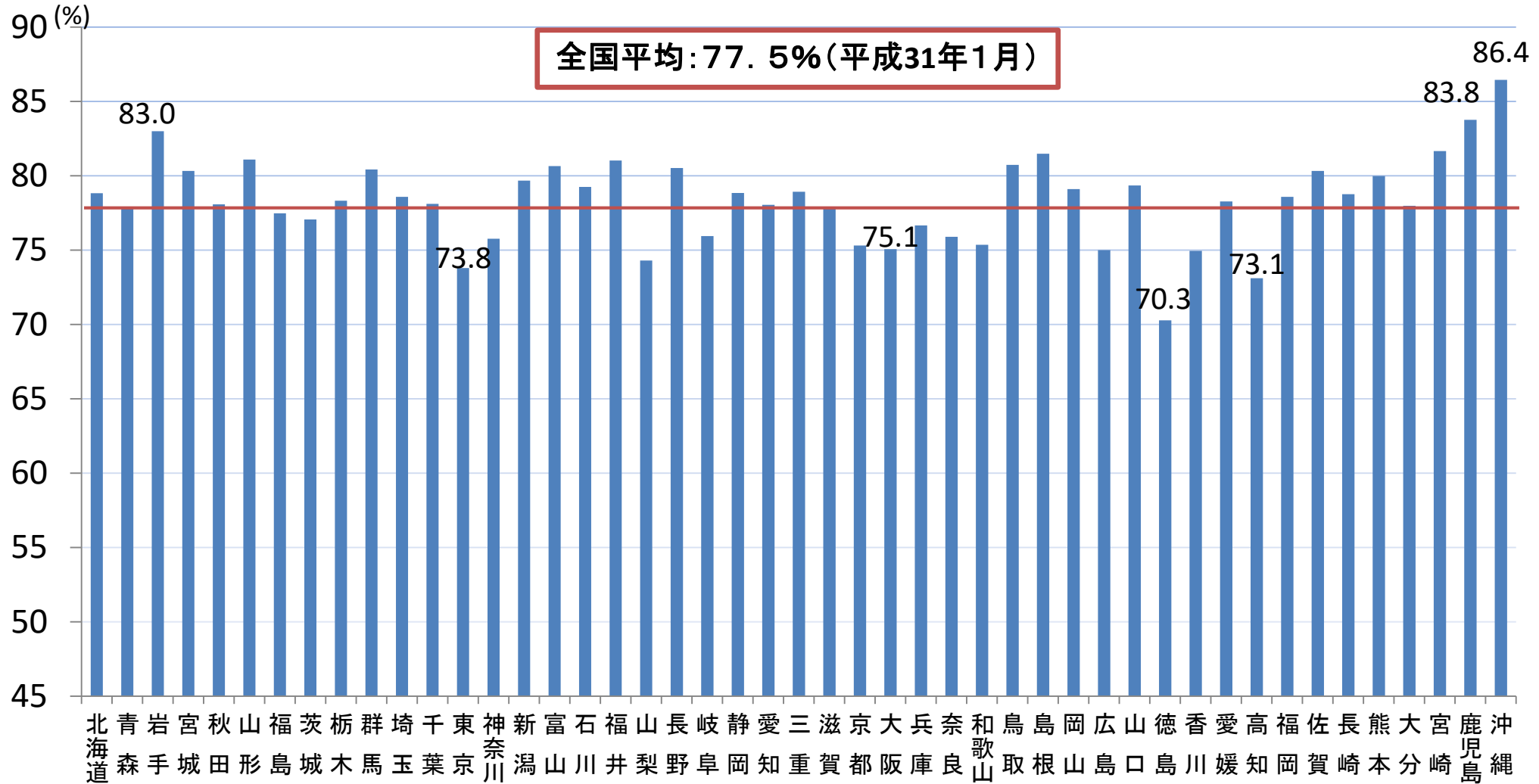
- ⑦薬価制度の抜本改革、患者本位の医薬分業の実現に向けた調剤報酬の見直し、薬剤の適正使用等  
2020年（平成32年）9月までに、後発医薬品の使用割合を80%とし、できる限り早期に達成できるよう、更なる使用促進策を検討する。



注) 「使用割合」とは、後発医薬品のある先発医薬品]及び「後発医薬品」を分母とした「後発医薬品」の使用割合をいう。

# 都道府県別後発医薬品の使用割合

● 都道府県における後発医薬品の数量シェアは、地域格差がある。



注1) 保険薬局で、レセプト電算処理システムで処理された調剤レセプトのデータをもとに分析したものであり、院内処方（入院、院内調剤）及び紙レセプトを含まない数値である（出典：「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向」（厚生労働省保険局調査課））。

注2) 保険薬局の所在する都道府県ごとに集計したものである。

注3) 「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

注4) 後発医薬品の数量シェア（置換え率）＝〔後発医薬品の数量〕／（〔後発医薬品のある先発医薬品の数量〕＋〔後発医薬品の数量〕）

# 各国の後発医薬品の数量シェアの推移 (各年10月～9月の合計値より算出)

● 後発医薬品の使用促進により、数量シェアはフランスに近づきつつある。



注)・用語の定義は以下のとおりである。

後発医薬品: GENERIC PRODUCTS (パテント等で過去一度も保護されたことのない通常の後発医薬品と、オナーライズドジェネリック)  
 EARLY ENTRY GENERIC PRODUCTS (先発医薬品保護期間中に上市されたオナーライズドジェネリック)  
 BIO-COMPARABLE PRODUCTS (バイオ後続品)

長期収載品: NON-GENERIC PRODUCTS (後発医薬品でなく、過去保護されていたが現在は保護が切れているもの。バイオ後続品の参照対象となる先行バイオ医薬品含む。また2013.10～2014.9までは保護期間中のオナーライズドジェネリックの参照対象となる先発医薬品も含む。)

- ・「2014」はIQVIA, MIDAS, Market Segmentation, MAT Sep 2014, RX only (PRESCRIPTION BOUND)をもとに後発医薬品の各国の数量(SU)ベースでの後発医薬品のシェアを算出。IQVIA MIDAS dataでは、直販分の数量を把握できないため、後発医薬品の直販が他国と比較して多い日本については、IQVIA社データにおける日本のジェネリック医薬品市場のカバー率(売上金額ベース、2013.4～2014.3で70.9%、日本ジェネリック製薬協会調べ)をもとに推計を行っている。
- ・「2015」はIQVIA, MIDAS, Market Segmentation, MAT Sep 2015, RX only (PRESCRIPTION BOUND)をもとに後発医薬品の各国の数量(SU)ベースでの後発医薬品のシェアを算出。IQVIA MIDAS dataでは、直販分の数量を把握できないため、後発医薬品の直販が他国と比較して多い日本については、IQVIA社データにおける日本のジェネリック医薬品市場のカバー率(売上金額ベース、2014.4～2015.3で73.1%、日本ジェネリック製薬協会調べ)をもとに推計を行っている。
- ・「2016」はIQVIA, MIDAS, Market Segmentation, MAT Sep 2016, RX only (PRESCRIPTION BOUND)をもとに後発医薬品の各国の数量(SU)ベースでの後発医薬品のシェアを算出。IQVIA MIDAS dataでは、直販分の数量を把握できないため、後発医薬品の直販が他国と比較して多い日本については、IQVIA社データにおける日本のジェネリック医薬品市場のカバー率(売上金額ベース、2015.4～2016.3で76.7%、日本ジェネリック製薬協会調べ)をもとに推計を行っている。
- ・「2017」はIQVIA, MIDAS, Market Segmentation, MAT Sep 2017, RX only (PRESCRIPTION BOUND)をもとに後発医薬品の各国の数量(SU)ベースでの後発医薬品のシェアを算出。IQVIA MIDAS dataでは、直販分の数量を把握できないため、後発医薬品の直販が他国と比較して多い日本については、IQVIA社データにおける日本のジェネリック医薬品市場のカバー率(売上金額ベース、2016.4～2017.3で80.5%、日本ジェネリック製薬協会調べ)をもとに推計を行っている。
- ・「2018」はIQVIA, MIDAS, Market Segmentation, MAT Sep 2018, RX only (PRESCRIPTION BOUND)をもとに後発医薬品の各国の数量(SU)ベースでの後発医薬品のシェアを算出。IQVIA MIDAS dataでは、直販分の数量を把握できないため、後発医薬品の直販が他国と比較して多い日本については、IQVIA社データにおける日本のジェネリック医薬品市場のカバー率(売上金額ベース、2017.4～2018.3で82.9%、日本ジェネリック製薬協会調べ)をもとに推計を行っている。

・後発医薬品のシェア=後発医薬品/(後発医薬品+長期収載品)×100(%)

(出典) Copyright © 2019IQVIA, MIDAS, Market Segmentation, MAT Sep 2018, RX only (PRESCRIPTION BOUND) 他、無断転載禁止

# 後発医薬品推進の主な具体策

安定供給・品質の信頼性確保	情報提供・普及啓発	医療保険制度上の事項
<p><b>■ 安定供給</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>安定供給に支障を生じた事例について、メーカーに対して、原因究明と再発防止の改善を指導</li> <li>業界団体・メーカーにおいて安定供給のためのマニュアル等の推進をするよう通知において指導</li> </ul>	<p><b>■ 医療関係者への情報提供</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>厚生労働省において後発医薬品の品質に関する情報を掲載した「後発医薬品品質情報」を年2回発行</li> <li>各都道府県において医療関係者等をメンバーとする協議会を開催して情報提供・共有を推進</li> <li>地域の中核的な病院等において汎用後発医薬品リストを作成して、地域の医療機関に情報提供を実施</li> </ul>	<p><b>■ 診療報酬上の評価等</b></p> <p>【医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>一般名による処方への推進（一般名処方加算）</li> <li>数量シェア目標を踏まえた後発医薬品使用体制加算の設定（後発品医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算）</li> </ul> <p>【薬局】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>数量シェア目標を踏まえた後発医薬品調剤体制加算の設定（後発医薬品調剤体制加算）</li> <li>後発医薬品の数量割合が著しく低い（20%以下）薬局への調剤基本料の減算</li> </ul>
<p><b>■ 品質の信頼性確保</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>国立医薬品食品衛生研究所に設置した「ジェネリック医薬品品質情報検討会」を司令塔として品質検査の実施や情報発信</li> <li>メーカーが医療関係者を対象としてセミナー開催・工場見学・情報発信を積極的に実施</li> </ul>	<p><b>■ 普及啓発</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>政府広報の活用やポスター・リーフレット等による普及啓発の推進</li> <li>医療保険の保険者において後発医薬品を利用した場合の負担額の違いについて被保険者へ知らせるための通知を发出</li> </ul> <p>※ バイオシミラーについても、有効性・安全性等への理解促進のため、医療関係者や患者・国民に対しセミナーを開催</p>	<p><b>■ 薬価改定・算定</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>新規収載される後発医薬品の薬価について、原則として先発医薬品の薬価の6割としていたものを5割に引下げ（10品目を超える内用薬は4割）</li> </ul>

# 医療系ベンチャー振興のための取組

- 医薬品・医療機器分野のベンチャー（医療系ベンチャー）を育てる好循環（ベンチャーのエコシステム）の確立に向け、「**医療のイノベーションを担うベンチャー企業の振興に関する懇談会**」を2015年12月より開催し、2016年7月に**報告書**が取りまとめられた。
- 報告書における提言内容を実行するため、体制の整備や予算等の措置を行い、医療系ベンチャーを支援するための各種の取り組みを推進している。

## 報告書における振興方策のための3つの柱と、具体的な取り組み

### エコシステムを醸成する制度づくり

- 革新的医薬品及び革新的医療機器の早期承認制度を導入
- 2018年度薬価制度改革において、ベンチャー企業の特性を踏まえたイノベーション評価等を導入
- 革新的医療機器・再生医療等製品の承認申請にかかる相談料・審査手数料に係る減免措置を実施

### エコシステムを構成する人材育成と交流の場づくり

- 2018年度予算事業として、以下を実施
  - ベンチャー企業等からの相談応需や人材支援等の事業（**ベンチャートータルサポート事業**）を実施
  - 大手企業等のキーパーソンとベンチャーのマッチングに資するイベント「**ジャパン・ヘルスケアベンチャー・サミット**」を開催（2018年度は10月に開催）

### 「オール厚労省」でのベンチャー支援体制の構築

- 医政局経済課に**ベンチャー等支援戦略室**を設置（2017年4月）
- PMDAにイノベーション実用化支援業務調整役（部長級）を配置
- 支援施策について検証するとともに、より効果的な事業のあり方について意見を聴取し、今後の施策に反映させるため、「**医療系ベンチャー振興推進会議**」を開催 等

## 振興方策を強化するための取組

### 1. **ベンチャートータルサポート事業（MEDISO）の拡充**

知財管理、薬事申請、経営管理、海外展開等、医療系ベンチャーが各開発段階で抱える課題について相談対応や事業戦略の策定等による支援を行うとともに、**今年度は新たに、医療系ベンチャーへのアカデミアや大手企業からの人材流動を促す事業を実施することにより、医療系ベンチャーのより一層の振興を図る。**

### 2. 「**ジャパン・ヘルスケアベンチャー・サミット**」の開催

引き続き、パシフィコ横浜における「BioJapan」との共同によるマッチングイベントを開催し、ブースの出展、シンポジウムの開催、ベンチャー支援プログラムの実施等により、ベンチャーと大手企業や支援機関等とのマッチングのさらなる推進を図る。

### 3. **医療系ベンチャー振興推進会議による施策の検証**

年3回程度の会議における議論を通じて、支援施策の効果の検証等を行い、改善につなげるPDC Aサイクルの構築を図る。



# 「ジャパン・ヘルスケアベンチャー・サミット」の開催について

## 課題

- ・ベンチャー振興において、エコシステム(好循環)の形成はもっとも重要な課題。
- ・特に医療系ベンチャーにとっては、大手製薬・医療機器企業等の事業・開発のパートナーを獲得することは死活問題。
- ・しかし、日本の現状では、医療系ベンチャーに関わる人的ネットワークが分散しているという課題がある。

## 対応

- ・大手企業、金融機関、研究機関、医療機関等のキーパーソンとベンチャーのマッチングに資するイベント「ジャパン・ヘルスケアベンチャー・サミット」を開催する。

平成30年度は、「**ジャパン・ヘルスケアベンチャー・サミット2018**」を10月10日(水)～12日(金)にパシフィコ横浜にて開催。

ベンチャー企業、アカデミア等による**出展(延べ105団体)**や**シンポジウム**などを実施。

同時開催の「Bio Japan2018」「再生医療ジャパン2018」と合わせて、3日間で**延べ16,039人が来場**。



2018年10月10日(水)～12日(金) パシフィコ横浜

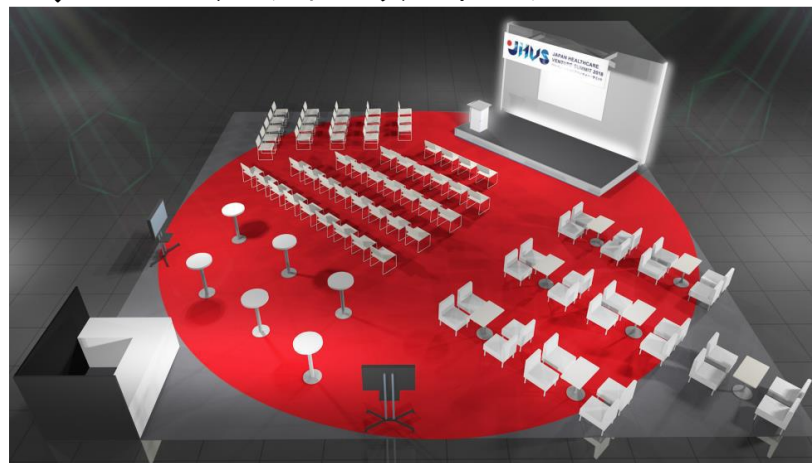
**出展者 80ブース(延べ105団体)**



↑ ブースイメージ

ベンチャー企業等	57社(1大学を含む)
医薬品系	13社
医療機器系	11社
再生医療等製品系	13社
プラットフォーム系	18社
その他(試薬類)	2社
金融・ベンチャーキャピタル	4社
開発支援	8団体
新薬メーカー	1ブース(計8社) ※他ブースの1社含む
インキュベーション施設	4施設
業界団体	1団体
臨床研究中核病院	1ブース(計6病院)
公的機関	4機関

↓ プレゼンテーションエリア イメージ

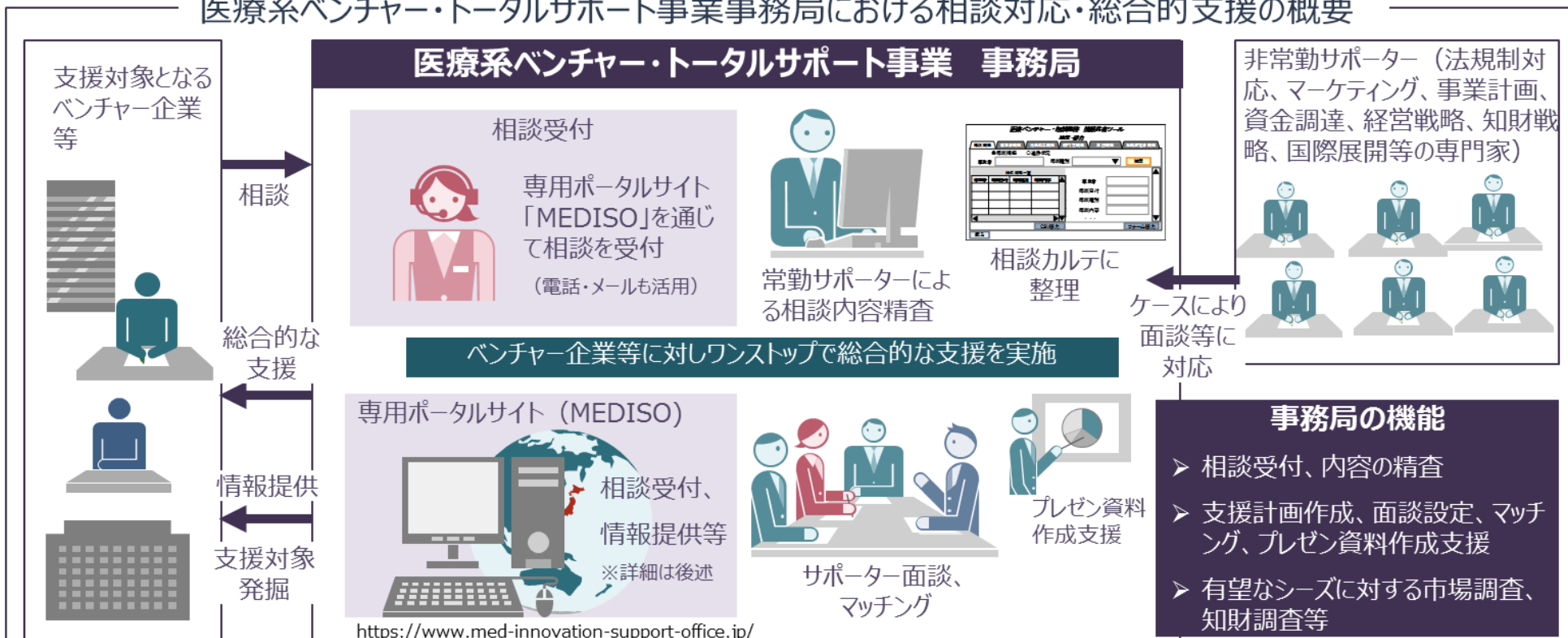


**出展者によるマッチング成立数 1,153件**

(パートナーリングシステムにより面談を行った実績数)

- ◆ 医療系ベンチャー企業等にアドバイスを行うメンターとなる人材（以下、サポーターと称する）と各ベンチャー企業のニーズに応じたマッチングの推進は、ベンチャー育成のためのエコシステムの確立に向けて大変重要となる。そのため、多様な分野の専門家を「サポーター」として登録し、医療系ベンチャー企業等からの相談対応・支援体制を構築する。
- ◆ 相談対応窓口となるオフィスを「日本橋ライフサイエンスビルディング」に開設。専用のポータルサイト「MEDISO」を構築し、相談の受付や情報提供などを実施する。相談案件は常勤サポーターが精査した上で、ケースによってサポーター面談設定やマッチング、支援計画作成、VC等へのプレゼン資料作成支援等、あらゆる相談に対してワンストップで支援。フォローアップも行う。

## 医療系ベンチャー・トータルサポート事業事務局における相談対応・総合的支援の概要



医療機器開発支援ネットワーク（MEDIC）、医療系ベンチャー振興推進会議等と連携



# 医療・福祉サービス改革 主な取組⑦ ～組織マネジメント改革～

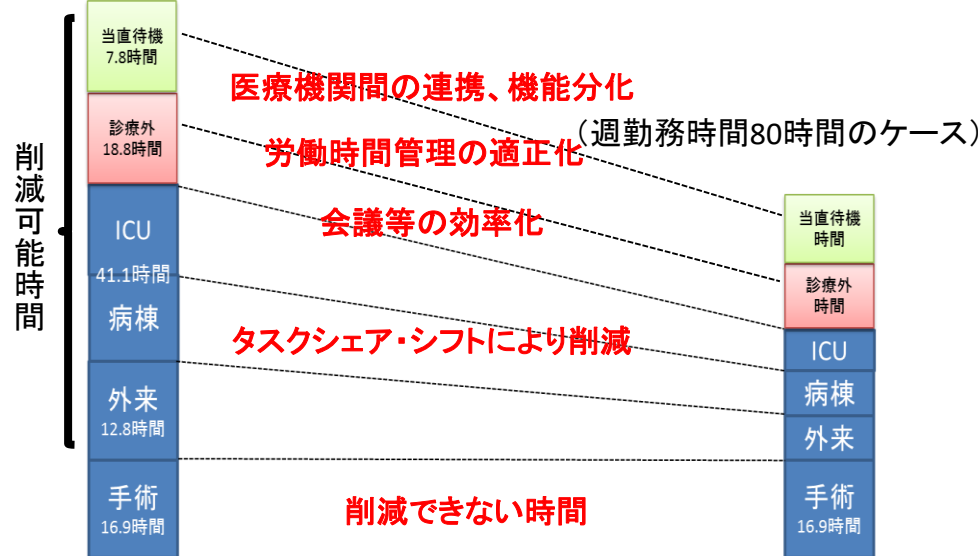
- 医療分野では、医師をはじめとした医療従事者の労働時間短縮に向けて、意識改革やタスクシフティング等の推進、業務効率化に資するICTの活用方策等の検討・普及を図る。
- 福祉分野では、ロボット・ICTの活用、作成文書の見直し、業務プロセスの構築など業務効率化・生産性向上に資する取組を普及し、現場の実践につなげる。

## 医療

### 極めて長時間労働の医師の労働時間短縮のイメージ

- 時間外労働の上限規制の導入等の上限規制の導入等を踏まえ、労働時間管理の適正化や、タスクシフト等を行うことにより、医師の労働時間の短縮を目指す。

(週勤務時間100時間のケース)



## 福祉

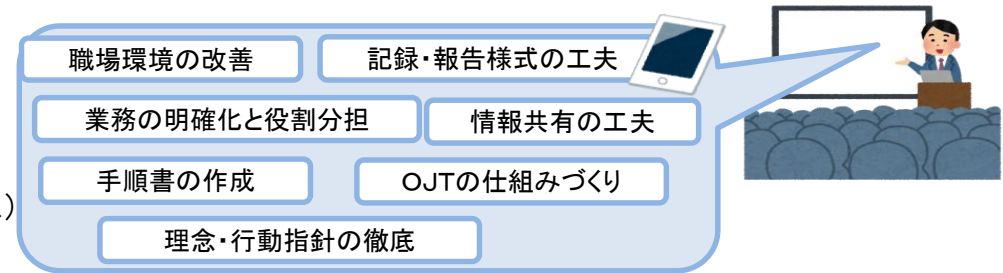
### 生産性向上ガイドラインの作成・普及・改善

<介護分野>

「生産性向上ガイドライン」を作成し、協議会開催など事業者団体による横展開を推進。 今後も見直し・普及を進める。

<障害福祉・保育分野>

業務の実態把握等の上、今後ガイドラインの作成・普及を行う。



### 文書量削減等に向けた取組

<介護・障害福祉分野>

国及び自治体が求める文書や事業所が独自に作成する文書の見直しを進め、文書量の削減に取り組む。 また、報酬改定対応コストについて実態把握を行い、その結果等も踏まえ、介護報酬に係る事務の簡素化も含め削減に向けた検討を行う。

<保育分野>

保育所の給付事務に係る請求書様式の標準化など、文書の見直しに取り組む。

# 「いのちをまもり、医療をまもる」 国民プロジェクト宣言！

私たち「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」構成員は、  
病院・診療所にかかるすべての国民と、  
国民の健康を守るために日夜力を尽くす医師・医療従事者のために、  
「『いのちをまもり、医療をまもる』ための5つの方策」の実施を提案し、  
これは国民すべてが関わるべきプロジェクトであることを、ここに宣言します。



特に、医療の危機と現場崩壊は深刻で、  
「いのちをまもること」「医療をまもること」は日本にとって喫緊の課題です。  
これは、国、自治体、医療提供者、民間企業、市民社会などをはじめ、  
医療の恩恵を被る「すべての人」が考え、参加し、行動すべき、  
国民的プロジェクトだと我々は考えています。

### 「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクト5つの方策

- ① 患者・家族の不安を解消する取組を最優先で実施すること
- ② 医療の現場が危機である現状を国民に広く共有すること
- ③ 緊急時の相談電話やサイトを導入・周知・活用すること
- ④ 信頼できる医療情報を見やすくまとめて提供すること
- ⑤ チーム医療を徹底し、患者・家族の相談体制を確立すること

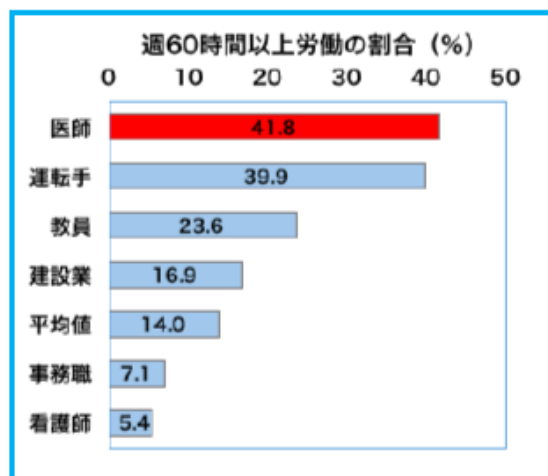
私たち「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」構成員は、  
この5つの方策を国が速やかに具体的施策として実行し、  
すべての関係者の取り組みが前進するよう、  
来年度以降も継続的にコミットし、進捗をチェックし続けます。

まず、日本において「**医師は、全職種中、最も労働時間が長い**」  
という現実を知ってください。

また、日本の医師の「**3.6%が自殺や死を毎週または毎日考える**」(※1)こと、  
「**6.5%が抑うつ中等度以上**」であること、  
「**半数近くが睡眠時間が足りていない**」こと。

そして、「**76.9%がヒヤリ・ハットを体験している**」ことなども知ってください。

## こういう現実を放っておくと、 確実に医療の現場は崩壊します。

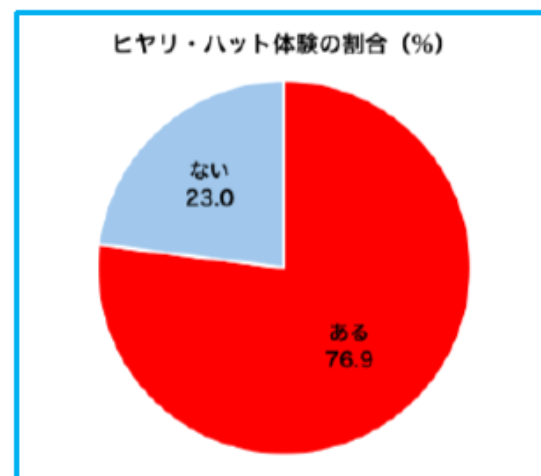


出典：総務省統計局 平成24年度就業構造基本調査

勤務医1万人アンケート (H27年度)

項目	割合 (%)
最近1ヶ月間で休みなし	5.9
平均睡眠時間5時間未満	9.1
当直日の平均睡眠時間4時間以下	39.3
不健康・健康でない	20.1
自殺や死を毎週または毎日考える	3.6
抑うつ中等度以上	6.5

出典：日本医師会 勤務医の健康支援に関する検討委員会答申 (平成28年3月)



出典：労働政策研究・研究機構 勤務医の就労実態と意識に関する調査 (2012年)

※1 米国の研究では、男性医師の自殺率は一般男性の1.4倍、女性医師では一般女性の2.7倍であることが示されている (Schernhammer ES, Colditz GA. Am J Psychiatry 2004;161: 2295-2302)。

# 「医療危機」は国民全員が考え、取り組むべき重要な問題です

## 市民側の要因

- 医師の意見だけを信頼し、些細なことでも「とにかく医師に聞こう」と思ってしまう
- 軽症重症に関わらず、大病院で受診して安心を得ようとしてしまう
- 緊急かどうか判断せずに、救急車を利用してしまう

## 行政側の要因

- 国民や現場医師の声が反映されにくい診療報酬・政策決定プロセスやメンバー構成などの問題を放置している
- 必要な情報が必要な人に提供・伝達できていない
- 形式的でインパクトに乏しい施策を実行している

# 「医療危機」 4つの要因

## 医師/医療提供者側の要因

- 「医師が一番」という構造・意識が蔓延している
- 医師が全てを担うべきと、医師自身が思い込んでいる
- 男性を中心とした働き方や慣習がはびこり、限られた人材で業務を回さざるを得なくなっている

## 民間企業側の要因

- 従業員が体調が悪い時に休んでいない（休めない）ことが、緊急でない夜間・休日受診の一因になっていることを理解していない
- 健診のデータが効果的に活用されていない
- 健康投資はコストにすぎないという意識がある



## ～医療を取り巻く社会経済状況～

厳しい財政状況

疾病構造やニーズの変化・多様化

医療需要が増える中での働き手の減少

予防努力が評価されない制度



# 「いのちをまもり、医療をまもる」ための国民総力戦！

～それぞれが少しずつ、今すぐできることから～

## 市民のアクションの例

- 患者の様子が普段と違う場合は「信頼できる医療情報サイト」(※1)を活用し、まずは状態を把握する
- 夜間・休日に受診を迷ったら#8000や#7119の電話相談を利用する
- 夜間・休日よりも、できるだけ日中に受診する
  - ・ 日中であれば院内の患者・家族支援窓口(相談窓口)も活用できる
  - ・ 夜間・休日診療は、自己負担額が高い、診療時間が短い、処方期間などが、受ける側にもデメリットがある
- 抗生物質をもらうための受診は控える
  - ・ 抗生物質はかぜには効かない
- 上手に「チーム医療」(※2)のサポートを受ける
  - ・ 日頃の体調管理は看護師に、薬のことは薬剤師に聞くなど、医師ばかりを頼らない

# 市民

# 行政

## 行政のアクションの例

- 「『いのちをまもり、医療をまもる』国民プロジェクト」を継続・推進し、効果を検証していく
- 医療危機の現状を国民に広く共有し、理解を得ていく
- 「信頼できる医療情報サイト」の認証や支援をする
- #8000や#7119の体制整備を進め、周知を徹底する
- 上手な医療のかかり方を直接伝えていく
  - ・ 保護者が子どもの健康や医療について考えるタイミング(両親学級や乳幼児健診など)での直接講座等の実施を全国の自治体に促す
  - ・ 「高齢者/高齢者に携わる人たち」に、大人の医療のかかり方が伝わるよう、介護施設や消防機関などへ協力を呼びかける
  - ・ 学校教育等で若いうちに理解を促す
- 医療機関の機能分化や集約、連携推進など、医師/医療従事者の長時間労働を改善する施策に取り組む
- 看護師や薬剤師などコ・メディカルが、能動的に活躍するための制度・仕組みを整える(※5)
- 働く人が日中受診できる柔軟な働き方を進める
  - ・ フレックスタイム制や休暇取得などの指標を企業が公表する仕組みを推進する
  - ・ 企業独自の休暇制度を横展開により普及させる
- 行政提出書類の簡素化/簡略化に取り組む

# 医師/医療提供者

# 民間企業

## 医師/医療提供者のアクションの例

- あらゆる機会に医療のかかり方を啓発する(待合室、母子健診、小児健診、成人健診、高齢者健診、学校健診、職域健診、公開講座)
- 電話相談や「医療情報サイト」などの最新情報をチェックして質を保つ
- 「かかりつけ医(※3)」として必要な能力を維持・向上し、かかりつけ医の所在・役割を市民に分かりやすく伝えるように努める
- タスクシフト・タスクシェア(業務の移管・共同化)を推進する
  - ・ 医療の質を上げ、患者の満足度を上げることにつなげる
- どの医療従事者に相談したらよいかをサポートする患者・家族支援体制(※4)を整える
- 管理者は働き方改革に真摯に取り組み、地域医療の継続にも貢献する
- 医療従事者も患者の安全のため、健康管理に努め、きちんと休暇をとる

## 民間企業のアクションの例

- 従業員の健康を守ることを経営の柱とする
- 柔軟な働き方に関する指標を健康経営に生かす
- 業務の属人化を止め、仕事を皆でシェアする
  - ・ それによりテレワークや休暇取得がしやすくなる
- 体調が悪い時は、休みをとって自宅休養できるようにする
- インフルエンザなどの診断書を強制しない
- AIを活用した相談アプリの開発を進める
- ユーザーフレンドリーな「医療情報サイト」の構築を進める

※1 現在、様々な情報が多くのサイトに掲載されており、どこに正しい情報があるのかを市民は判断できない。国の認証や支援を受けた「信頼できる医療情報サイト」を早急に作成する必要がある(→5つの方策)。

※2 医療機関では、医師、薬剤師、看護師、理学療法士(PT)、作業療法士(OT)など、様々な専門職の人が働いている。それぞれの高い専門性を活かし、業務負担しつつも連携・補完し合い、患者の状況に応じた的確な医療やケアを提供することを「チーム医療」と呼ぶ。

※3 身近な存在として気軽に相談にのり、既往歴や普段の生活状況などを知っているからできる的確な治療や薬の選択、体調の変化の気づきができ、必要時には専門医を紹介できる医師をいう。

※4 患者・家族の相談や苦情に対して適切に対応するために支援窓口を設け、適切な職員が対応できる体制を整えることを言う。

※5 諸外国においても、医師偏在・過重労働対策の中で、米国等では「フィジシャン・アシスタント」(外科手術の助手や術後管理等を担当)が創設・拡大されてきた。また、医師の指示を受けずに一定レベルの診断や治療などを行うことができる、医師と看護師の中間職と位置付けられる「ナース・プラクティショナー」という上級の看護師も存在する。また、英国では、プライマリ・ケアの場面で診療所看護師(プラクティス・ナース)により、予防や状態の安定した慢性疾患患者等に対する診断、検査、処置、処方、リフィル処方への対応等が可能となっている。

## 市民のアクションの例

- 患者の様子が普段と違う場合は「信頼できる医療情報サイト」(※1)を活用し、まずは状態を把握する
- 夜間・休日に受診を迷ったら#8000や#7119の電話相談を利用する
- 夜間・休日よりも、できるだけ日中に受診する
  - ・日中であれば院内の患者・家族支援窓口(相談窓口)も活用できる
  - ・夜間・休日診療は、自己負担額が高い、診療時間が短い、処方が短期間など、受ける側にもデメリットがある
- 抗生物質をもらうための受診は控える
  - ・抗生物質はかぜには効かない
- 上手に「チーム医療」(※2)のサポートを受ける
  - ・日頃の体調管理は看護師に、薬のことは薬剤師に聞くなど、医師ばかりを頼らない

## 医師/医療提供者のアクションの例

- あらゆる機会に医療のかかり方を啓発する  
(待合室、母子健診、小児健診、成人健診、高齢者健診、学校健診、職域健診、公開講座)
- 電話相談や「医療情報サイト」などの最新情報をチェックして質を保つ
- 「かかりつけ医(※3)」として必要な能力を維持・向上し、かかりつけ医の所在・役割を市民に分かりやすく伝えるように努める
- タスクシフト・タスクシェア(業務の移管・共同化)を推進する
  - ・医療の質を上げ、患者の満足を上げることにつなげる
- どの医療従事者に相談したらよいかをサポートする患者・家族支援体制(※4)を整える
- 管理者は働き方改革に真摯に取り組み、地域医療の継続にも貢献する
- 医療従事者も患者の安全のため、健康管理に努め、きちんと休暇をとる

※1 現在、様々な情報が多くのサイトに掲載されており、どこに正しい情報があるのかを市民は判断できない。国の認証や支援を受けた「信頼できる医療情報サイト」を早急に作成する必要がある(→5つの方策)。

※2 医療機関では、医師、薬剤師、看護師、理学療法士(PT)、作業療法士(OT)など、様々な専門職の人が働いている。それぞれの高い専門性を活かし、業務分担しつつも連携・補完し合い、患者の状況に応じた的確な医療やケアを提供することを「チーム医療」と呼ぶ。

※3 身近な存在として気軽に相談にのり、既往歴や普段の生活状況などを知っているからできる的確な治療や薬の選択、体調の変化の気づきができ、必要時には専門医を紹介できる医師をいう。

※4 患者・家族の相談や苦情に対して適切に対応するために支援窓口を設け、適切な職員が対応できる体制を整えることを言う。



## 行政のアクションの例

- 「『いのちをまもり、医療をまもる』国民プロジェクト」を継続・推進し、効果を検証していく
- 医療危機の現状を国民に広く共有し、理解を得ていく
- 「信頼できる医療情報サイト」の認証や支援をする
- #8000や#7119の体制整備を進め、周知を徹底する
- 上手な医療のかかり方を直接伝えていく
  - ・保護者が子どもの健康や医療について考えるタイミング（両親学級や乳幼児健診など）での直接講座等の実施を全国の自治体に促す
  - ・「高齢者/高齢者に携わる人たち」に、大人の医療のかかり方が伝わるよう、介護施設や消防機関などへ協力を呼びかける
  - ・学校教育等で若いうちに理解を促す
- 医療機関の機能分化や集約、連携推進など、医師/医療従事者の長時間労働を改善する施策に取り組む
- 看護師や薬剤師などコ・メディカルが、能動的に活躍できるための制度・仕組みを整える（※1）
- 働く人が日中受診できる柔軟な働き方を進める
  - ・フレックスタイム制や休暇取得などの指標を企業が公表する仕組みを推進する
  - ・企業独自の休暇制度を横展開により普及させる
- 行政提出書類の簡素化/簡略化に取り組む

## 民間企業のアクションの例

- 従業員の健康を守ることを経営の柱とする
- 柔軟な働き方に関する指標を健康経営に生かす
- 業務の属人化を止め、仕事を皆でシェアする
  - ・それによりテレワークや休暇取得がしやすくなる
- 体調が悪い時は、休みをとって自宅休養できるようにする
- インフルエンザなどの診断書を強制しない
- AIを活用した相談アプリの開発を進める
- ユーザーフレンドリーな「医療情報サイト」の構築を進める

※1 諸外国においても、医師偏在・過重労働対策の中で、米国等では「フィジシャン・アシスタント」（外科手術の助手や術後管理等を担当）が創設・拡大されてきた。また、医師の指示を受けずに一定レベルの診断や治療などを行うことができる、医師と看護師の中間職と位置付けられる「ナース・プラクティショナー」という上級の看護師も存在する。また、英国では、プライマリ・ケアの場面で診療所看護師（プラクティス・ナース）により、予防や状態の安定した慢性疾患患者等に対する診断、検査、処置、処方、リフィル処方への対応等が可能となっている。

# 医療・福祉サービス改革 主な取組⑨ ～経営大規模化・協働化～

- 経営の安定化に向けて、医療法人・社会福祉法人それぞれの経営統合、運営の共同化の方策や、医療法人と社会福祉法人の連携方策を検討する。

## 医療法人の取組

### 現在の取組

- ・ 全ての地域医療連携推進法人の関係者が一堂に会し、取組の実態等について共有。
- ・ 平成26年の医療法改正により、社団医療法人と財団医療法人との間での合併（クロス合併）も創設。
- ・ 合併及び分割手続きの迅速化の観点から、必要に応じ、医療法人部会の開催を随時行う等、適切な対応を行うよう、都道府県に周知。

### 今後の課題・取組予定

- ・ 地域医療連携推進法人制度の運営上の課題を把握し、法人制度の進化に活用。
- ・ 医療法人の合併・事業承継の好事例等を収集し、周知。
- ・ 医療法人の合併等の際に必要な経営資金の優遇融資制度の創設を検討。

## 社会福祉法人の取組

### 現在の取組

- ・ 平成30年度から複数法人が参画するネットワークを構築し、法人間の連携により、合同研修や人事交流等効率的な人材の確保・定着のための取組を支援・推進

### 今後の課題、取組予定

- ・ 社会福祉法人の事業の協働化・大規模化の促進方策等について、有識者による検討会を開催し、夏頃を目途として、一定の方向性を得る
- ・ 合併等の際の会計処理の明確化等を目的に、会計専門家による検討会を開催
- ・ 希望する法人が、大規模化や協働化に円滑に取り組めるよう、手引き作成等による環境整備

# 各種国家資格等における旧姓使用の範囲拡大

## 従来の取扱

- 医師等の医療関係職種の旧姓使用については、婚姻によって姓を改めた場合、医師法等に基づき医籍等の訂正を申請する義務が生じるが、免許証については、氏名の変更に伴う免許証の書換が義務化されていないことから、旧姓の免許証を引き続き使用することが可能。
- 医籍等が新姓に訂正された後に免許証を滅失した者に再交付を行う場合や、医師免許等取得前に婚姻によって姓を改めた場合には、医籍等の登録及び免許証の交付は新姓のみで行う。

## 旧姓併記を可能とするに至った背景

- 「女性活躍加速のための重点方針2017」（平成29年6月6日 すべての女性が輝く社会づくり本部決定）において、マイナンバーカードや旅券に旧姓を併記することが可能となるよう、必要な検討等を行うこととされた趣旨等を踏まえ、医師法施行規則等を改正し、医師等の医療関係職種に係る免許証について、旧姓併記を可能とすることとした（平成31年1月1日施行）。

## 改正内容の周知

- 国が交付する医師等の医療関係職種に係る免許証については、申請書に旧姓併記の希望の有無欄及び旧姓欄を設けるよう省令改正を行い、改正の内容を平成30年12月10日に各都道府県及び関係団体に周知を行った。

## 都道府県が交付する准看護師免許証について

- 保健師助産師看護師法施行規則第二条(准看護師免許の申請手続)令第一条の三第二項に、准看護師免許の申請書は、看護師免許の申請書に準ずるとされており、看護師免許証において旧姓使用が可能になったことに伴い、准看護師免許証についても、この取扱いが準用されるよう、都道府県に対して周知を行った。