

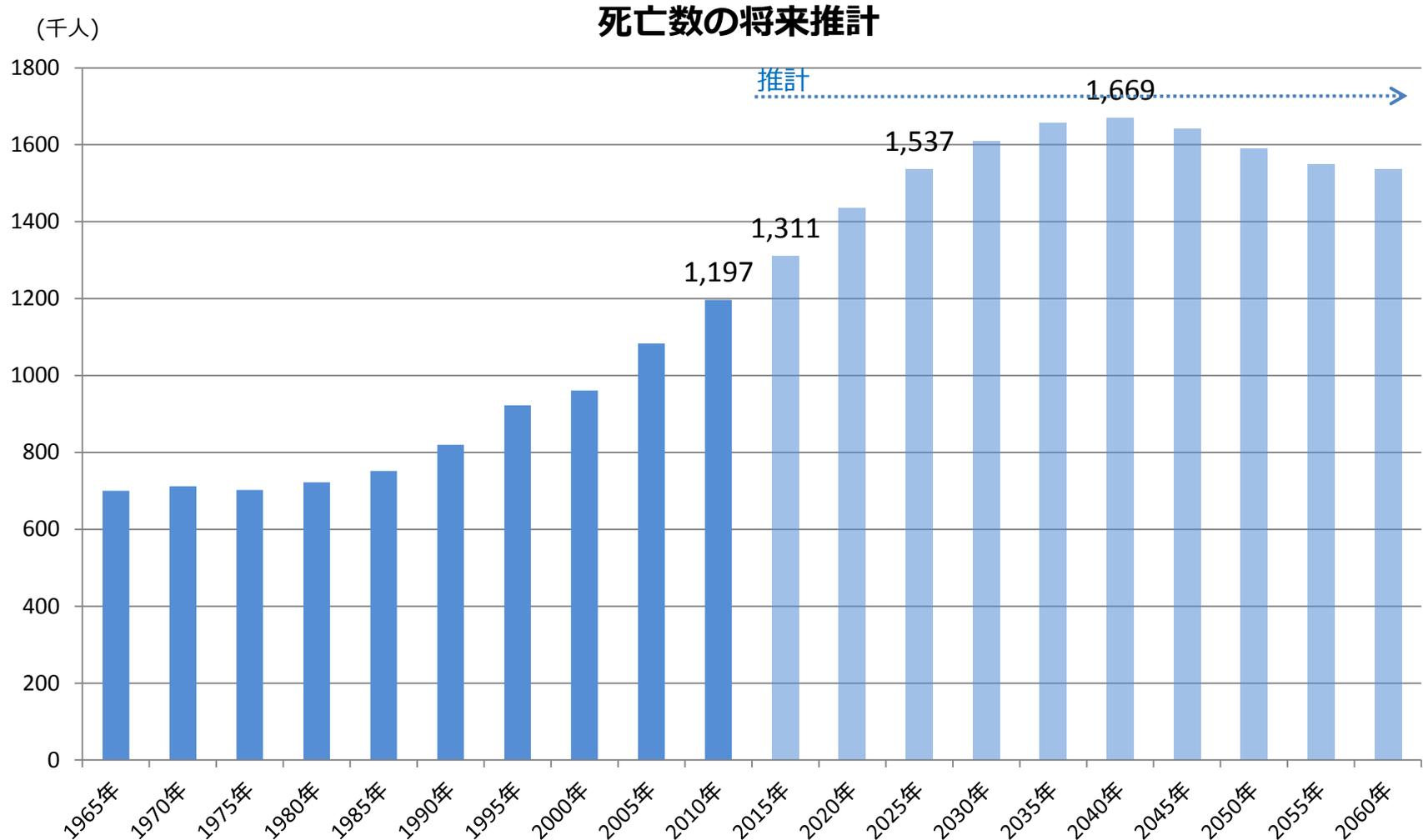
我が国の医療の現状

1. 多死社会の到来
2. 入院(病床機能分化・連携 等)
3. 外来(総合診療専門医、かかりつけ医の普及 等)
4. 在宅医療の推進・地域包括ケアシステムの構築
5. 医療等分野のICT化・技術革新
6. コメディカル等の役割分担・勤務環境改善

1. 多死社会の到来

死亡数の将来推計

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



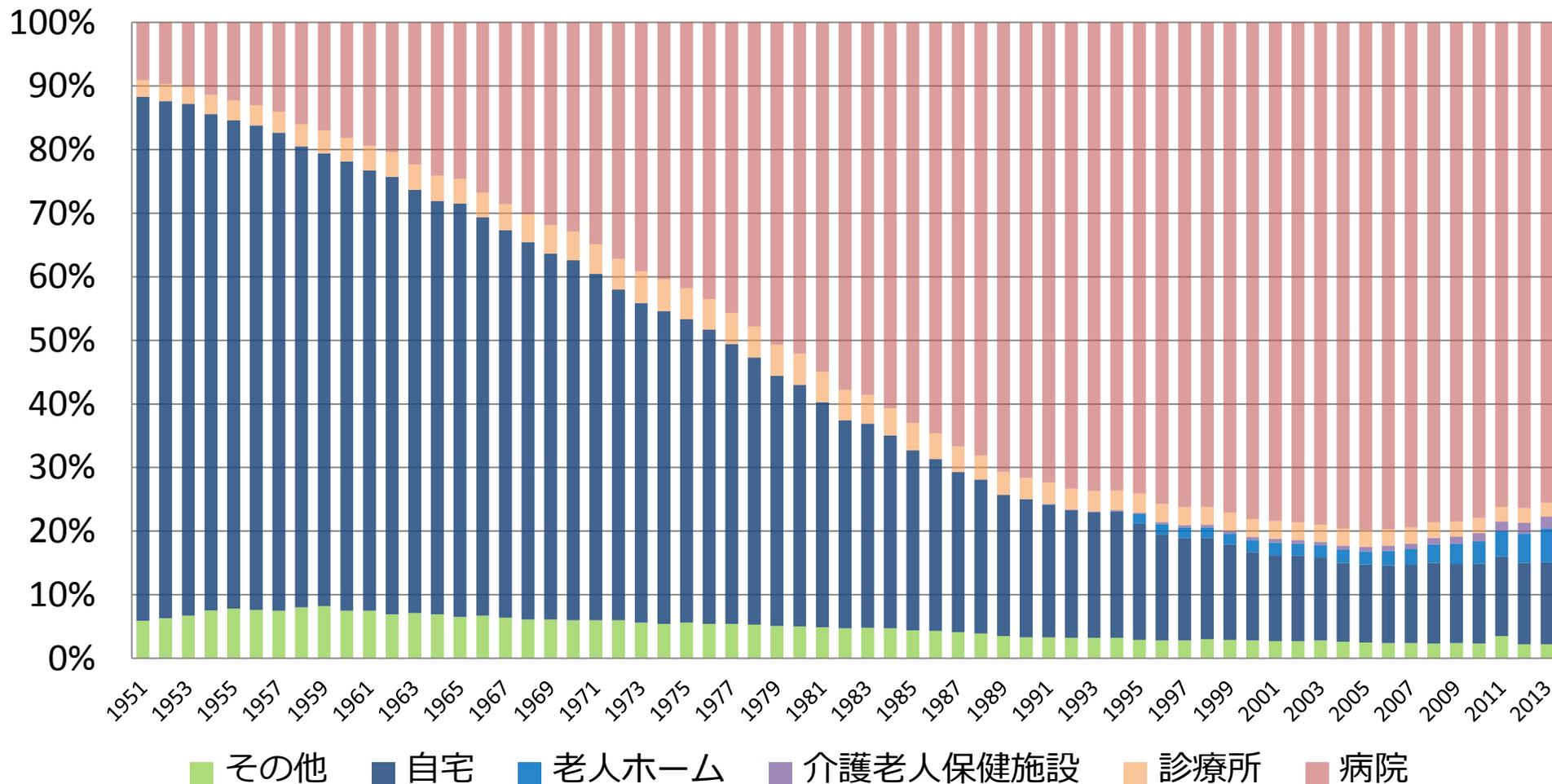
出典：2010年以前は厚生労働省「人口動態統計」による出生数及び死亡数（いずれも日本人）

2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

死亡の場所（年次推移）

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

死亡の場所別にみた年次別死亡数百分率



在宅での看取りにおける規制の見直し(「規制改革実施計画」からの抜粋)

規制改革実施計画(平成28年6月2日 閣議決定)(抄)

Ⅱ 分野別措置事項

1 健康・医療分野

(2) 個別措置事項

① 在宅での看取りにおける規制の見直し

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

2. 入院(病床機能分化・連携 等)

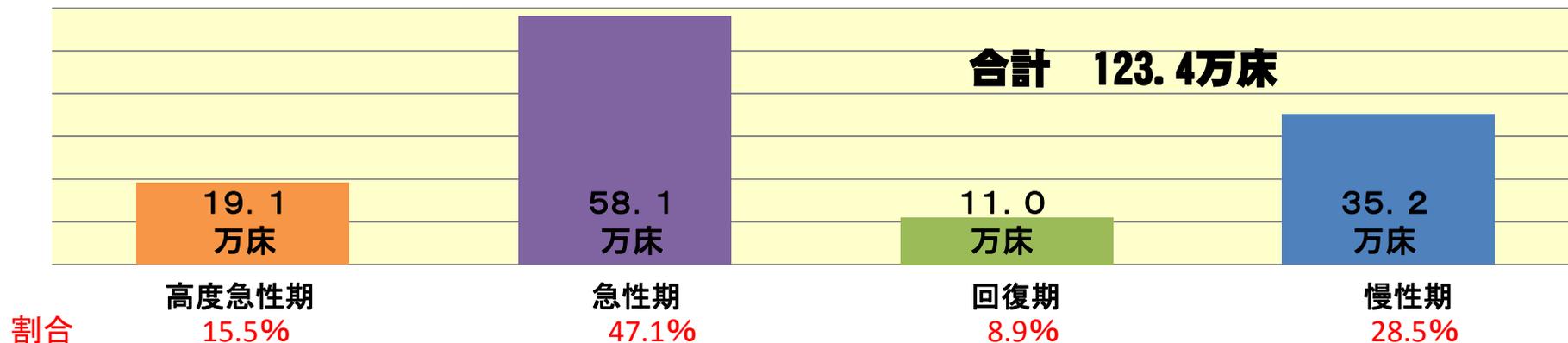
病床の機能分化・連携と地域医療構想

1. 「病床機能報告制度」の報告結果では、我が国は、急性期の病床が多く、回復期の病床が少ない。
2. 今後、高齢化が進行し、特に75歳以上人口が増えると、
 - ①回復期の充実(急性期からの病床の転換)
 - ②慢性期の医療ニーズへの適切な対応が必要。
3. 都道府県が「地域医療構想」を策定し、病床の機能分化・連携を進め、こうした医療ニーズの増大・変化に対応していく。

日本の医療提供体制の現状

(平成26年度病床機能報告より)

急性期の病床が多く、回復期の病床が少ない



地域医療構想の策定

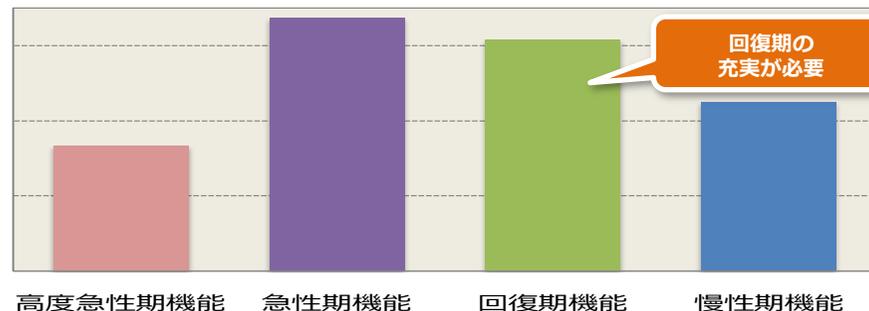
昨年成立した「医療介護総合確保推進法」により、本年4月から、都道府県が「地域医療構想」の策定を開始。

「地域医療構想」には、都道府県が、地域ごとに、高度急性期・急性期・回復期・慢性期の医療機能別に推計した2025年(平成37年)の医療需要と必要病床数を盛り込み、その実現に向けた取組を推進。

地域医療構想によりバランスのとれた医療提供体制へ

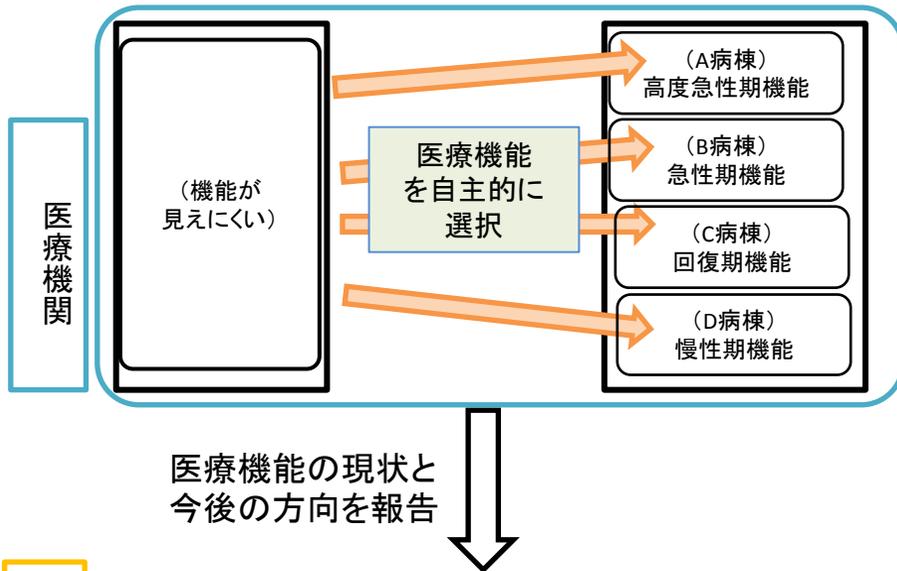
- ① 高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに、2025年の医療需要と必要病床数を推計
- ② 推計した必要病床数を達成するための施策
 - ・ 病床の機能分化・連携
 - ・ 在宅医療の充実
 - ・ 医療従事者の確保・養成

将来必要となる機能区分別の病床数イメージ



地域医療構想について

- 「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。
(法律上は平成30年3月までであるが、平成28年半ば頃までの策定が望ましい。)
※ 「地域医療構想」は、2次医療圏単位での策定が原則。
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。



「地域医療構想」の内容

1. 2025年の医療需要と病床の必要量
 - ・ 高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と必要病床数を推計
 - ・ 在宅医療等の医療需要を推計
 - ・ 都道府県内の構想区域(2次医療圏が基本)単位で推計
2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例) 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等

都道府県

医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

- 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
(→ 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環)
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇒ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

【現 状:2013年】

134.7万床(医療施設調査)



病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]*



【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)
115~119万床程度※1



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

29.7~33.7万人程度※3

医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度
 ※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度
 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

都道府県の地域医療構想の策定の進捗状況

(平成28年8月31日現在)

<構想策定の予定時期>

- 都道府県における地域医療構想の策定予定時期は、
 - ・ 「平成27年度中に策定済み」が12 (26%)
 - ・ 「平成28年度 (8月31日まで) に策定済み」が7 (15%)
 - ・ 「平成28年度半ばの策定予定」が16 (34%)
 - ・ 「平成28年度中の策定予定」が12 (26%) となっている

平成28年度中: 12府県 (26%)

福島、茨城、新潟、富山、長野、三重、京都、高知、福岡、長崎、熊本、沖縄

平成27年度中: 12府県 (26%)

青森、岩手、栃木、千葉、静岡、滋賀、大阪、奈良、岡山、広島、愛媛、佐賀

平成28年度 (8月31日まで): 7都県 (15%)

東京、福井、山梨、岐阜、和歌山、山口、大分

平成28年度半ば: 16道県 (34%)

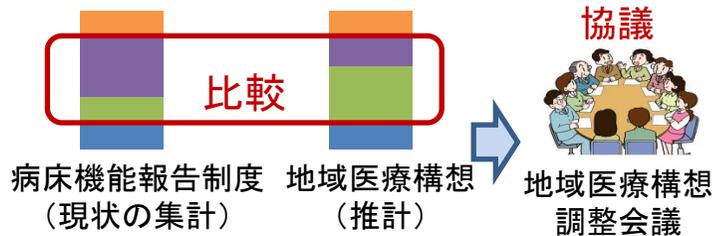
北海道、宮城、秋田、山形、群馬、埼玉、神奈川、石川、愛知、兵庫、鳥取、島根、徳島、香川、宮崎、鹿児島

地域医療構想の実現プロセス

1. まず、医療機関が「地域医療構想調整会議」で協議を行い、機能分化・連携を進める。都道府県は、地域医療介護総合確保基金を活用。
2. 自主的な取組や協議だけでは、機能分化・連携が進まない場合には、医療法に定められた都道府県知事の役割を適切に発揮。

STEP1 医療機関による自主的な取組と「地域医療構想調整会議」での協議

- 病床機能報告制度等による現状と、地域医療構想の将来の必要病床数を比較し、どの機能の病床が不足しているか等を検討。
- それを基に、医療機関が自主的に病床の機能転換。また、地域ごとの「地域医療構想調整会議」において、医療機関相互の協議を行い、機能分化・連携について議論・調整。



STEP2 「地域医療介護総合確保基金」により支援

- 都道府県は、「地域医療介護総合確保基金」を活用して、医療機関の機能分化・連携を支援。
- ・ 病床機能の転換等に伴う施設整備・設備整備の補助等を実施。

STEP3 都道府県知事による適切な役割の発揮

都道府県知事は、医療法上の役割を適切に発揮し、機能分化・連携を推進。

【医療法に定められている都道府県の権限】

- ① 地域で既に過剰になっている医療機能に転換しようとする医療機関に対して、**転換の中止の要請・勧告**（民間医療機関）及び命令（公的医療機関）
- ② 医療機関に対して、**不足している医療機能を担うよう、要請・勧告**（民間医療機関）及び指示（公的医療機関）
- ③ 新規開設の医療機関に対して、地域医療構想の達成に資する条件を付けて許可
- ④ 稼働していない病床の削減を要請・勧告（民間医療機関）及び命令（公的医療機関）

- ※ ①～④の実施には、都道府県の医療審議会の意見を聴く等の手続きを経る必要がある。
- ※ 勧告、命令、指示に従わない医療機関には、医療機関名の公表や地域医療支援病院の承認の取消し等を行うことができる。

自主的な取組や協議だけでは、機能分化・連携が進まない場合は、

療養病床の概要

- 療養病床は、病院又は診療所の病床のうち、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるもの。
- 医療保険の『医療療養病床(医療保険財源)』と、介護保険の『介護療養病床(介護保険財源)』がある。

		医療療養病床	介護療養病床	介護老人保健施設	特別養護老人ホーム
概要		病院・診療所の病床のうち、 <u>主として長期療養を必要とする患者を入院させるもの</u>	病院・診療所の病床のうち、 <u>長期療養を必要とする要介護者に対し、医学的管理の下における介護</u> 、必要な医療等を提供するもの	要介護者にリハビリ等を提供し、 <u>在宅復帰を目指す施設</u>	要介護者のための <u>生活施設</u>
病床数		約21.3万床	<u>約6.1万床</u>	約36.2万床 (うち、介護療養型:約0.7万床)	約54.1万床
設置根拠		<u>医療法(病院・診療所)</u>	<u>医療法(病院・診療所)</u> 介護保険法 (介護療養型医療施設)	介護保険法 (介護老人保健施設)	老人福祉法 (老人福祉施設)
施設基準 (医療法施行規則等)	医師	48対1(3名以上)	48対1(3名以上)	100対1(常勤1名以上)	健康管理及び療養上の指導のための必要な数
	看護職員	4対1 (経過措置で6対1が認められている)	6対1	3対1 (うち看護職員を2/7程度を標準)	3対1
	介護職員	4対1 (経過措置で6対1が認められている)	6対1		
面積		6.4㎡	6.4㎡	8.0㎡※	10.65㎡(原則個室)
設置期限		—	<u>29年度末</u>	—	—

※ 介護療養型は、大規模改修まで6.4㎡以上で可。

「療養病床の在り方等に関する検討会」での整理

○ 現行の介護療養病床、医療療養病床の主な利用者像

<療養生活が長期に及ぶ>

- 平均在院日数が長い(特に、介護療養)
⇒ 介護療養病床は約1年半の平均在院日数となっている。
- 死亡退院が多い
⇒ 介護療養病床は約4割が死亡退院。

<医療・介護の必要度が高い>

- 特養や老健よりも、医療必要度が高い者が入院している
- 要介護度や年齢が高い者が多い
⇒ 特養や老健よりも高い要介護度を有している者が多い。
⇒ また、平均年齢が80歳を超えている。

○ これらの状態像から以下の機能が必要。

- 長期に療養生活を送るのにふさわしい、プライバシーの尊重、家族や地域住民との交流が可能となる環境整備(『住まい』機能の強化)
- 経管栄養や喀痰吸引等 日常生活上必要な医療処置や、充実した看取りを実施する体制

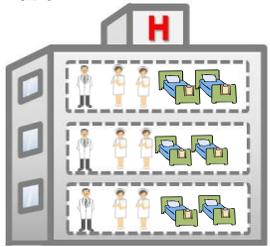


『住まい』機能を確保した上で、医療機能を内包した新たな施設類型が提案された。

慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス提供類型（イメージ）

医療機関 (医療療養病床 20対1)

- 医療区分ⅡⅢを中心とする者。
- 医療の必要性が高い者。



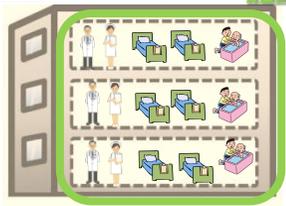
- 人工呼吸器や中心静脈栄養などの医療
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)
- 介護ニーズは問わない

医療機能を内包した施設系サービス

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

新(案1-1)

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



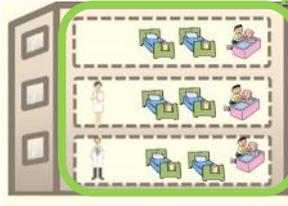
- 喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)又はオンコール体制
- 高い介護ニーズに対応

▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例



新(案1-2)

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



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

▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例



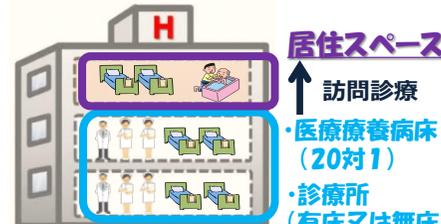
医療を外から提供する、 居住スペースと医療機関の併設

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

新(案2)

医療機関に併設

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

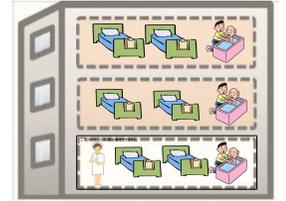


- 今後の人口減少を見据え、病床を削減。スタッフを居住スペースに配置換え等し、病院又は診療所(有床、無床)として経営を維持。
- 多様なニーズに対応する日常的な医学管理
 - 併設する病院・診療所からのオンコール体制による看取り・ターミナルケア
 - 多様な介護ニーズに対応

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

現行の
特定施設入居
者生活介護

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



- 医療は外部の病院・診療所から提供
- 多様な介護ニーズに対応

療養病床の在り方等に関する特別部会（社会保障審議会）

設置の趣旨

- 「介護療養型医療施設」及び「医療療養病床のうち、医療法上の看護師及び准看護師の人員配置が4対1未満の病床」については、平成29年度末にその設置期限を迎えることになっており、これらの病床の医療・介護ニーズを合わせ持つ方々を、今後、どのように受け止めていくかが課題となっている。
- こうした課題の解決のためには、医療・介護分野を横断して、総合的な検討を行う必要があることから、社会保障審議会に、慢性期の医療・介護ニーズに対応するための療養病床の在り方等について、ご審議いただく専門の部会を設置する。

委員

（◎は部会長、○は部会長代理）

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

開催実績

- 第1回：平成28年6月1日 [検討会の整理案の報告]
- 第2回：平成28年6月22日 [関係者ヒアリング]
- 第3回：平成28年10月5日(開催予定)

スケジュール

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

3. 外来（総合診療専門医、かかりつけ医の普及 等）

「かかりつけ医」とは(定義)

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

「かかりつけ医機能」

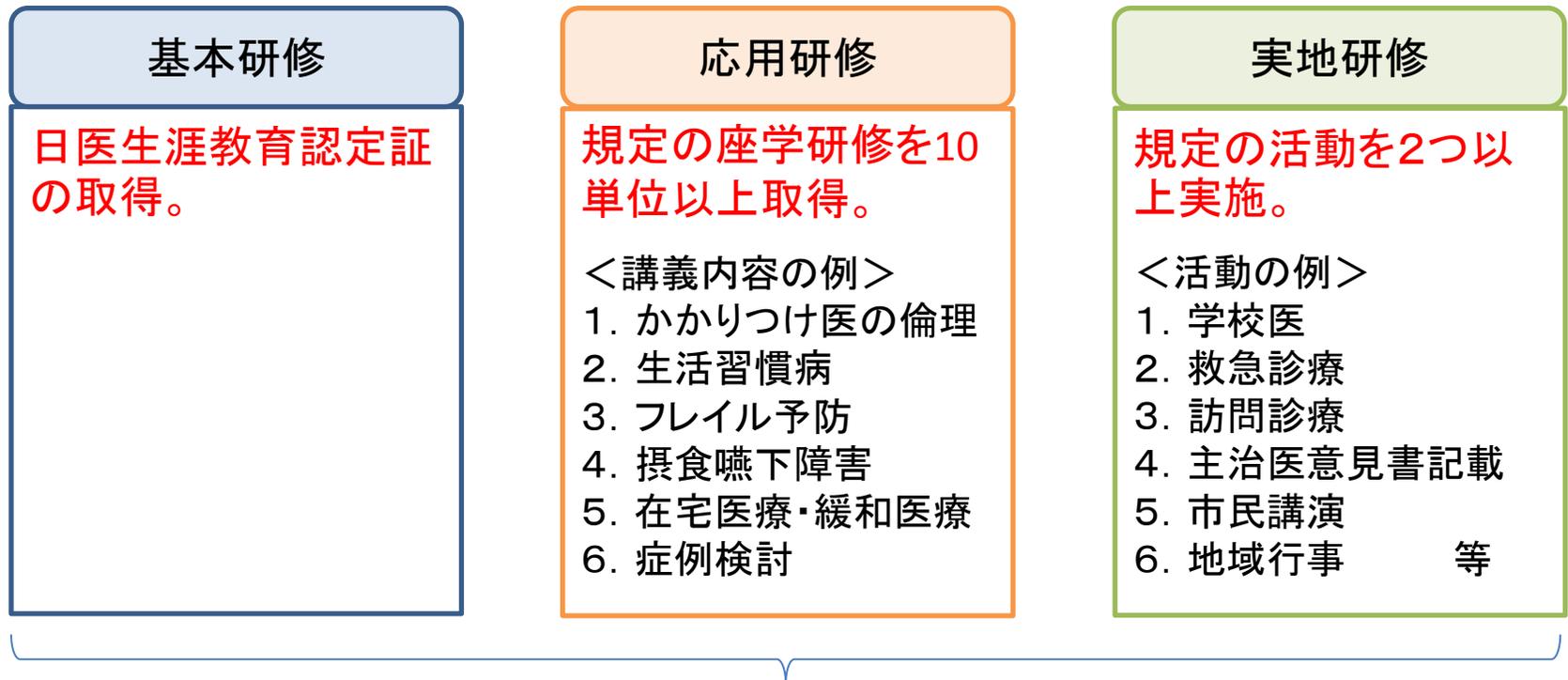
- かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。
- 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

日本医師会によるかかりつけ医機能の研修 「日医かかりつけ医機能研修制度」(平成28年度～)

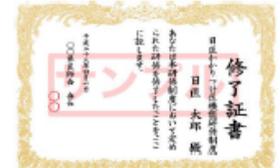
【目的】

今後のさらなる少子高齢社会を見据え、地域住民から信頼される「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し、その能力を維持・向上するための研修を実施する。

【研修内容】



3年間で上記要件を満たした場合、都道府県医師会より
修了証書または認定証を発行(有効期間3年)



主治医機能(かかりつけ医)の評価の新設

○患者に身近な診療所や中小病院の主治医機能(かかりつけ医)の評価を新設

→ 複数の慢性疾患をもつ患者に対し、健康管理や服薬管理等も含め、継続的かつ全人的な医療を行う「主治医機能」を評価

(新) 地域包括診療料 : 1,503点(月1回) 〔包括点数〕

地域包括診療加算 : 20点/回 〔出来高点数〕

	地域包括診療料 1,503点(月1回)		地域包括診療加算 20点(1回につき)
	病院	診療所	診療所
包括範囲	下記以外は包括 ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算。地域連携小児夜間・休日診療料 診療情報提供料(Ⅱ)。在宅医療に係る点数(訪問診療料、在総管、特医総管を除く。)。薬剤料(処方料、処方せん料を除く。) ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの。 ※当該患者について、当該医療機関で検査(院外に委託した場合を含む。)を行い、その旨を院内に掲示する		出来高
対象疾患	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)		
対象医療機関	診療所又は許可病床が200床未満の病院		診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。(経過措置1年)		
服薬管理	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること 等 ・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者は受診時にお薬手帳を持参することとし、医師はお薬手帳のコピーをカルテに貼付する等を行う 等 ・当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする 等 (患者の同意がある場合に限り、その他の薬局での処方も可能。その場合、患者に対して、時間外においても対応できる薬局のリストを文書により提供し、説明すること等を行う。)	
健康管理	・健診の受診勧奨、健康相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等		
介護保険制度	・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること。 ・下記のいずれか一つを満たす ① 在宅療養管理指導または短期入所療養介護等の提供 ④ 介護保険の生活期リハの提供 ⑦ 所定の研修を受講 ② 地域ケア会議(年1回以上出席) ⑤ 介護サービス事業所の併設 ⑧ 医師がケアマネージャーの資格を有している ③ 在宅介護支援事業所の指定 ⑥ 介護認定審査会に参加 ⑨ (病院の場合)総合評価加算の届出又は介護支援連携指導料の算定		
在宅医療の提供および24時間の対応	・在宅医療を行う旨の院内掲示、当該患者に対し24時間の対応を行っていること ・下記の すべて を満たす ① 2次救急指定病院又は救急告示病院(※1) ② 地域包括ケア病棟入院料等の届出 ③ 在宅療養支援病院		
	・下記の すべて を満たす ① 時間外対応加算1の届出 ② 常勤医師が3人以上在籍 (※2) ③ 在宅療養支援診療所		・下記の うちいずれか1つ を満たす ① 時間外対応加算1又は2の届出 ② 常勤医師が3人以上在籍 (※2) ③ 在宅療養支援診療所

(※1)平成28年度診療報酬改定で削除

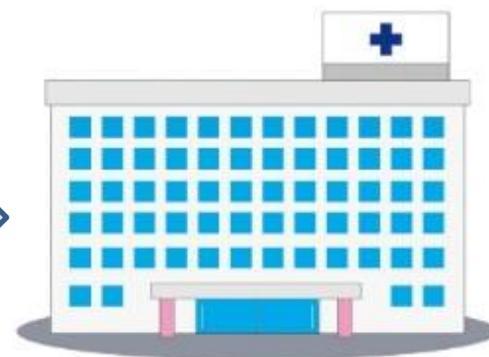
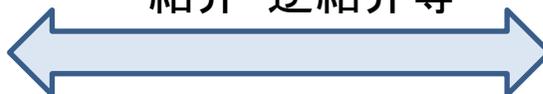
(※2)平成28年度診療報酬改定で「3人以上」から「2人以上」に見直し。

外来の機能分化・連携の推進

かかりつけ医の普及を図り、かかりつけ医が患者の状態や価値観も踏まえ、医療をサポートする「ゲートオープナー」機能を確立。



必要に応じて適切に
紹介・逆紹介等



患者がアクセスしやすい中小病院、診療所

- 認知症に対する主治医機能の評価
- 小児に対するかかりつけ医の評価
- 地域包括診療料、地域包括診療加算(※)の施設基準の緩和

(※)複数の慢性疾患を持つ患者に対する継続的で全人的な医療を評価

専門的な診療を提供する
地域の拠点となるような病院

- 紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担を導入

- 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リ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

サブスペシャリティ領域（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

<背景>

- 現在、地域の病院や診療所の医師が、かかりつけ医として地域医療を支えている。
- 今後の急速な高齢化に伴い、複数疾患を有する高齢者等にとっては、複数の従来の領域別専門医による診療よりも総合的な診療能力を有する医師による診療の方が適切な場合もあること等から、総合的な診療能力を有する医師の専門性を評価し、新たな専門医の仕組みに位置づけることが適当。



- 総合的な診療能力を有する医師を「総合診療医」とする。
 - ※ 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、わが国の医療提供体制の中で、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。
- 専門医としての名称は「**総合診療専門医**」とする。
 - ※ 領域別専門医が「深さ」が特徴であるのに対し、総合診療専門医は「扱う問題の広さと多様性」が特徴。
 - ※ 「地域を診る医師」としての視点も重要であり、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。

総合診療専門医の養成

研修プログラム※（3年間を基本）

- **総合診療に関する専門研修（18ヶ月）**
 - ・ 診療所および中小病院での研修（少なくとも6ヶ月）
 - ・ 一定規模以上の総合病院等で、臓器に特化しない総合的な内科研修（少なくとも6ヶ月）
- **基本診療科研修（12ヶ月以上）**
 - ・ 内科6ヶ月以上 小児科3ヶ月以上 救急科3ヶ月以上
- **関連診療科研修（原則6ヶ月）**
 - ・ 外科、産婦人科、整形外科、精神科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科等の研修

※ 日本専門医機構組織委員会の「総合診療専門医に関する委員会のまとめ」（2014年5月）より

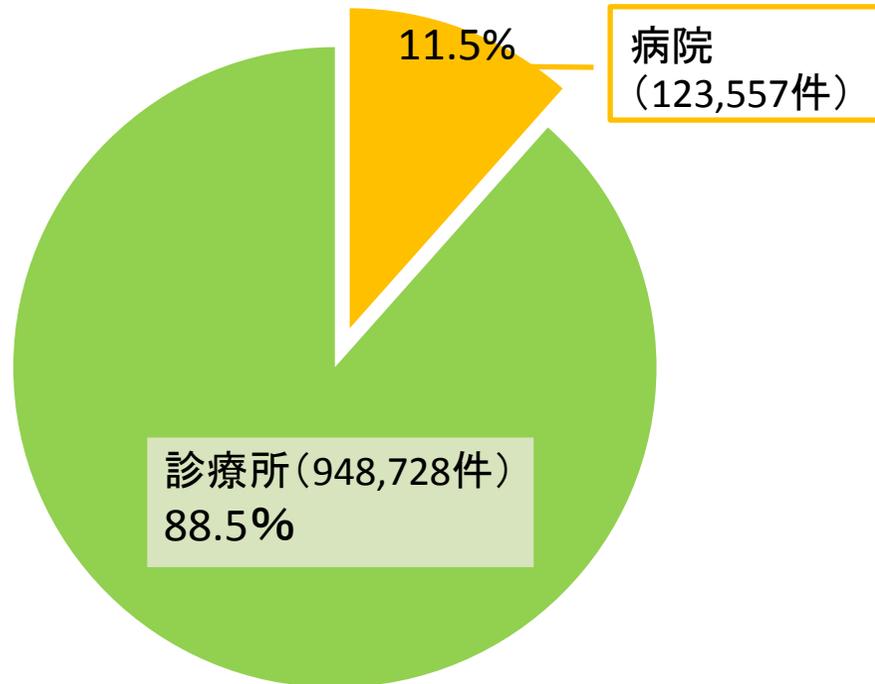
4. 在宅医療の推進・地域包括ケアシステムの構築

在宅サービスの実施主体について

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

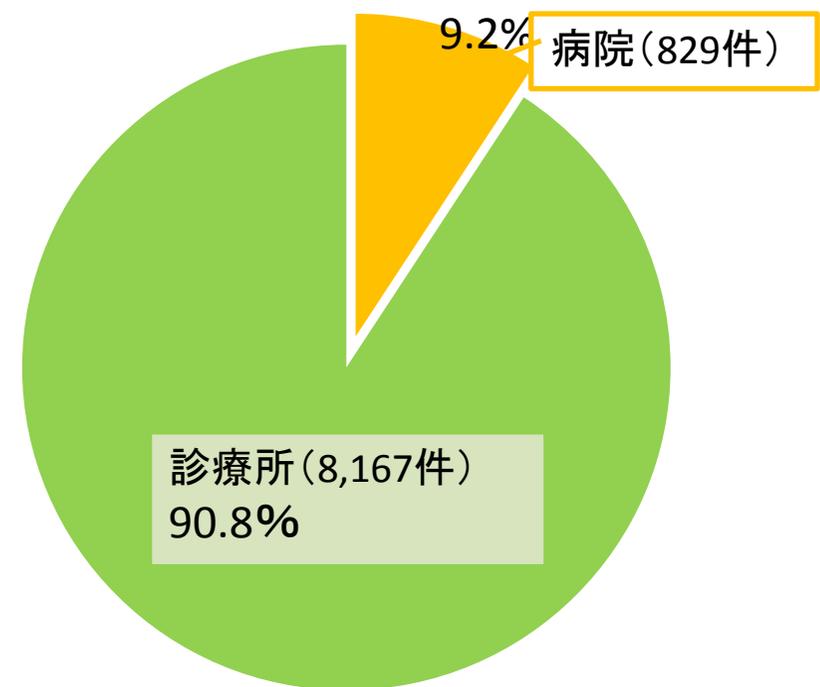
「訪問診療」の実施主体別の実施件数(構成比)

N=1,072,285件



「在宅看取り」の実施主体別の実施件数(構成比)

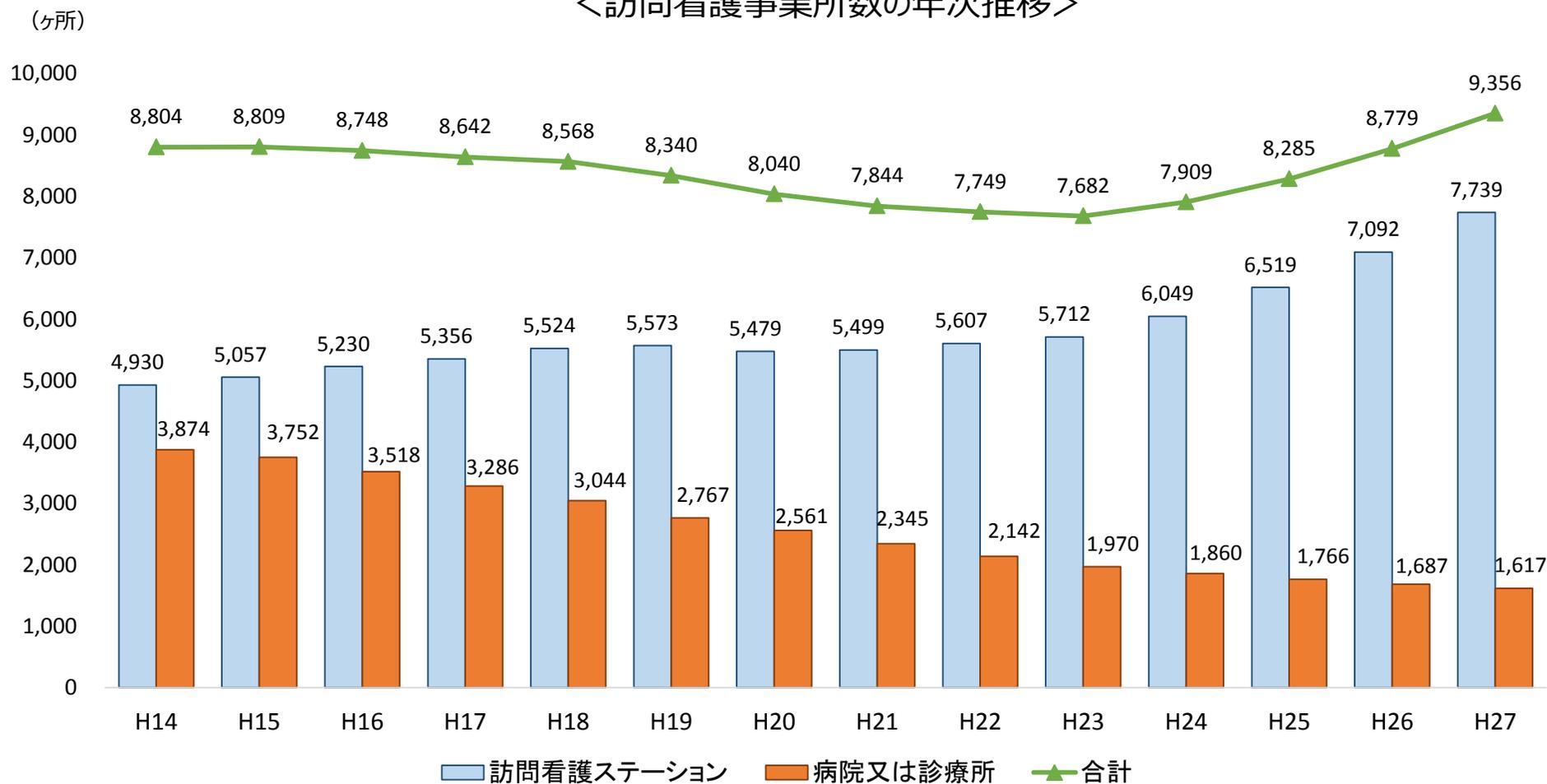
N=8,996件



訪問看護ステーション数の年次推移

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

＜訪問看護事業所数の年次推移＞

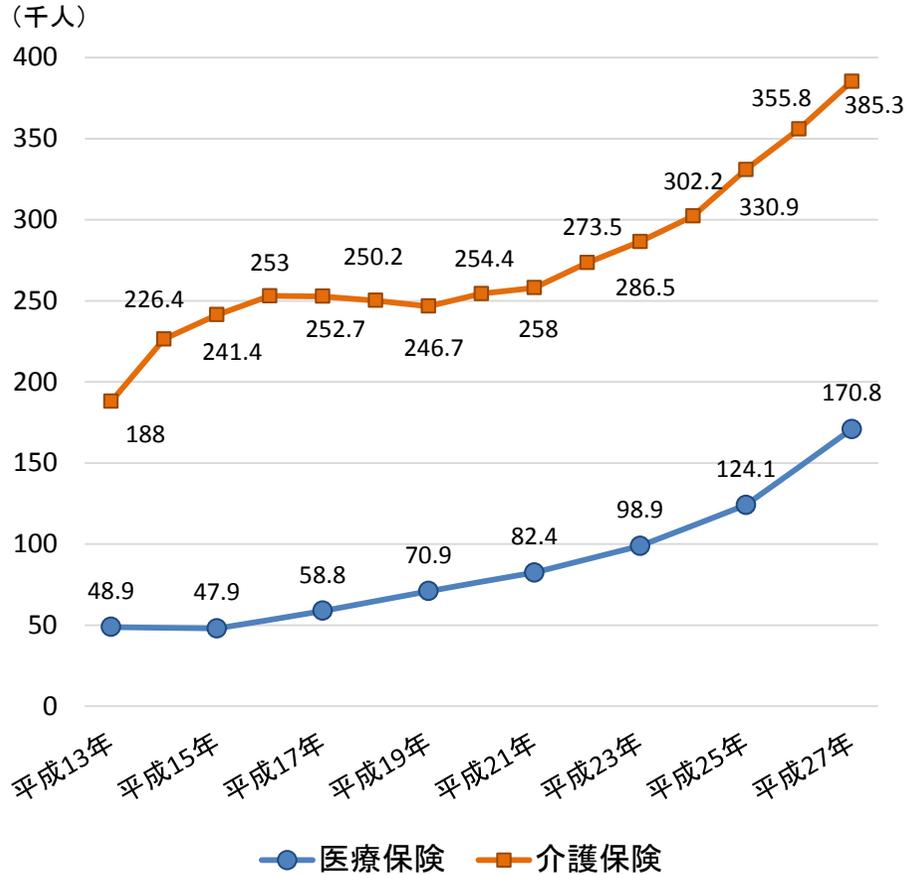


出典：「介護給付費実態調査」（各年4月審査分）

訪問看護ステーションの利用者について

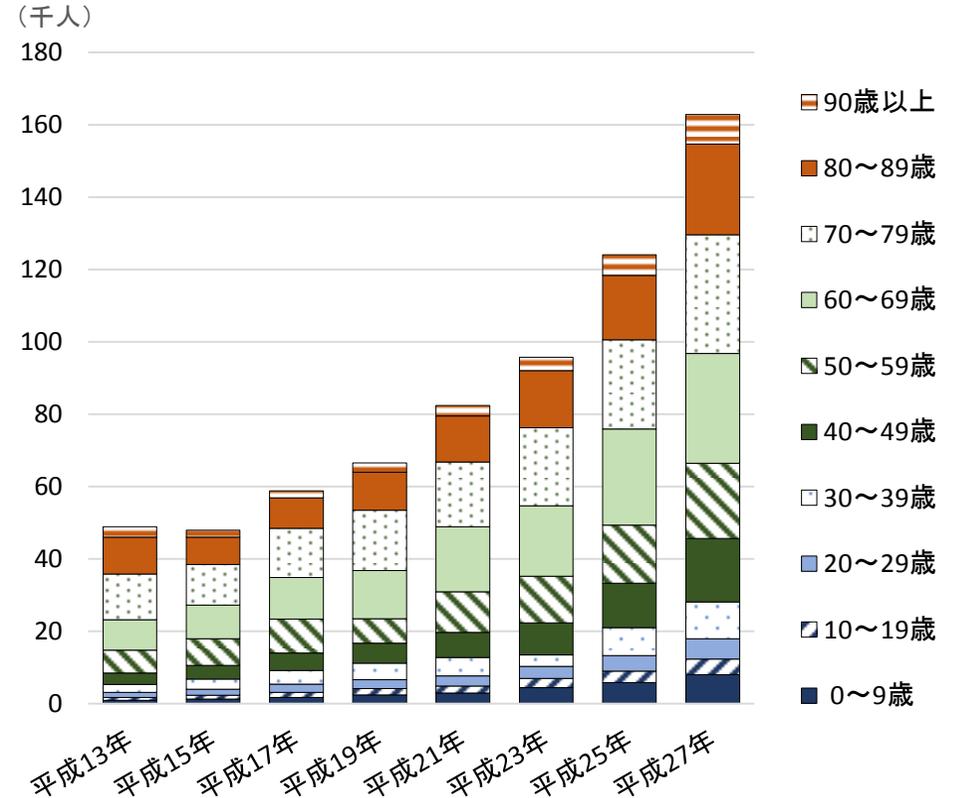
- 医療保険、介護保険ともに、訪問看護の利用者数は増加している。
- 医療保険の訪問看護利用者数は、どの年齢層も増加している。

■ 訪問看護利用者数の推移



注) 介護保険の利用者数には、病院・診療所からの利用者数も含まれる。

■ 医療保険の年齢階級別利用者数の推移



地域包括ケアシステム（医療介護総合確保促進法第2条第1項）

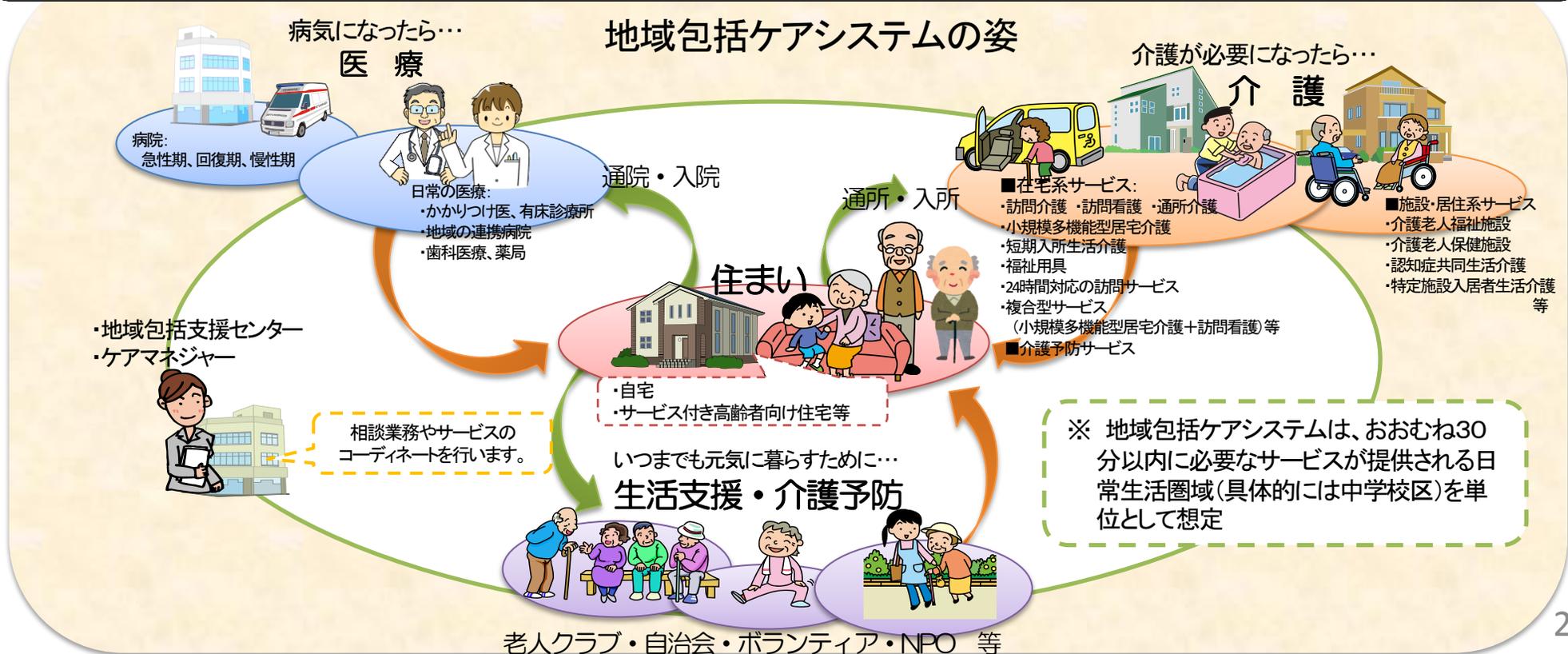
地域の実情に応じて、
高齢者が、可能な限り、
住み慣れた地域でその有する能力に応じ
自立した日常生活を営むことができるよう、
医療、介護、介護予防、
住まい及び自立した日常生活の支援が
包括的に確保される体制



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

地域包括ケアシステムの構築について

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

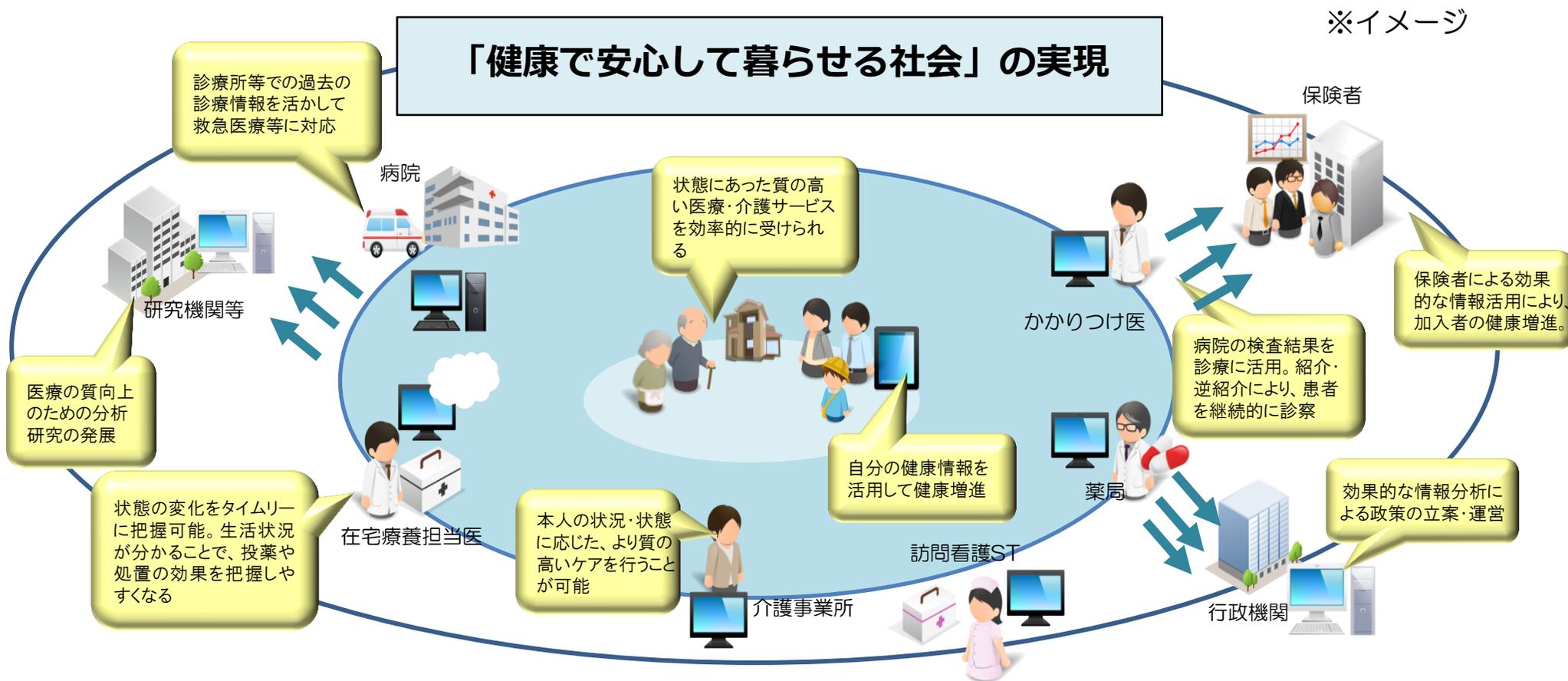


5. 医療等分野のICT化・技術革新

医療等分野におけるICT化の徹底

目指す姿

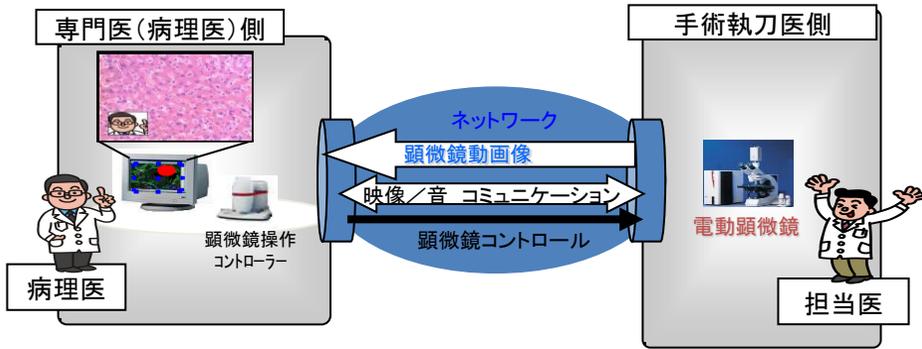
- 医療情報の標準化や共通ICTインフラを整備し、医療の質と効率性の向上を図ることで、世界に誇る保健医療水準を維持するとともに、民間の投資を喚起し、健康で安心して暮らせる社会を実現する。



遠隔医療について

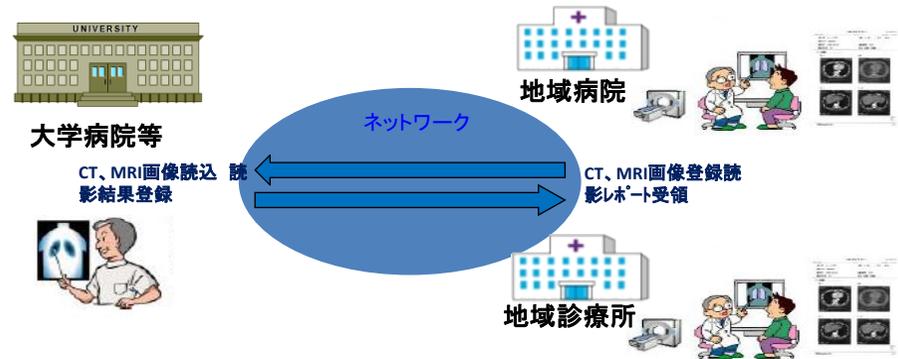
遠隔病理診断(テレパソロジー)

- 【概要】体組織の画像や顕微鏡の映像を送受信するなどし、遠隔地の医師が、特に手術中にリアルタイムに行う遠隔診断を行う。
- 【効果】リアルタイムで手術範囲の決定など専門医の判断を仰ぐことができる。



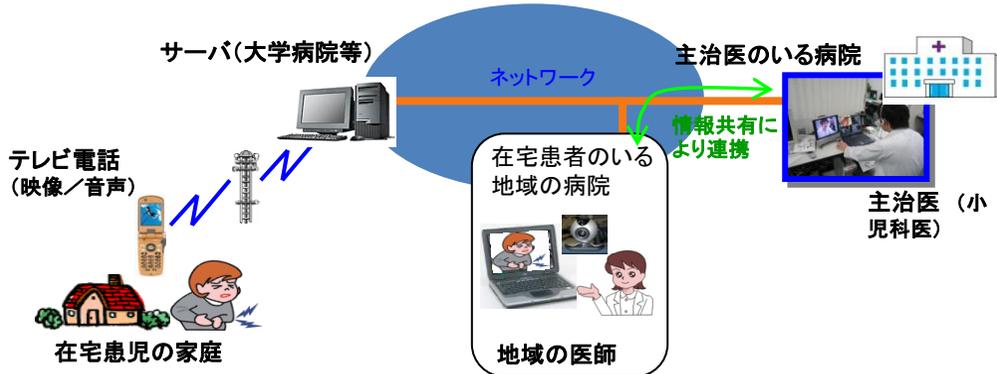
遠隔画像診断(テレラジオロジー)

- 【概要】X線写真やMRI画像など、放射線科で 사용되는画像を通信で伝送し、遠隔地の専門医が診断を行う。
- 【効果】専門医による高度で専門的な診断を受けられる。



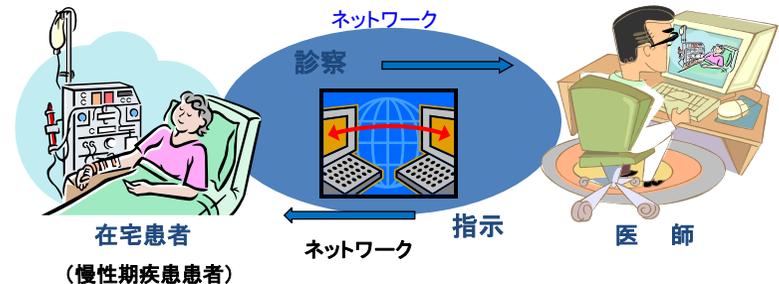
遠隔相談(テレコンサルテーション)

- 【概要】画像を見ながら遠隔地の医師との症例検討を行うなど、医師等に指導を行う。また、在宅の患者とのコミュニケーションを図る。
- 【効果】医療の地域間格差の解消、患者やその保護者などの安心感向上につながる。



在宅医療(テレケア)

- 【概要】情報通信端末で測定した生体情報(体温、血圧、脈拍、尿糖値等)やテレビ電話等を通じ患者の映像・音声等を遠隔地の医師へネットワークを通じ送信し医師に対し有用な情報を提供。
- 【効果】交通インフラが不十分であったり、高齢化・過疎のため受診が困難な慢性期疾患患者に対する医療の提供が可能となる。



遠隔診療推進に向けた取組

推進に向けた検討

総務省、厚生労働省両政務官の共同懇談会「クラウド時代の医療ICTの在り方に関する懇談会」において、遠隔診療の推進のための課題等について議論し、主に以下の課題が挙げられたところ。

- ・在宅医療における遠隔診療のニーズが高い一方で、**有用性等に関する臨床研究が不足している**
- ・遠隔での術中迅速病理診断等、**医療分野における8K技術(超高精細の映像)の活用可能性**がある一方、映像の伝送速度や色の再現性等、**医療現場で活用するための検証が必要**

推進の方向性

「クラウド時代の医療ICTの在り方に関する懇談会」での議論等を踏まえ、

- ・平成27年度から順次、**新たな診療手法の有効性や安全性エビデンスの収集**を積極的に行う。

【具体的な取組】※厚生労働科研を活用

- 訪問看護師への遠隔からの診療支援（平成27～28年度）

医師の包括的な指示を受けた訪問看護師が患者宅を訪れた際、患者の様態変化等により改めて医師の指示が必要となった場合に、遠隔から医師の具体的な指示を受け必要な処置を臨機応変に実施する。

- 遠隔モニタリングの推進（平成28～29年度）

在宅療養患者について、症状の変化を示す指標をモニタリングすることにより、早期に悪化兆候をとらえ、増悪する前に治療介入する。

- ・平成28年度以降、**総務省とともに8K技術(超高精細の映像)等の遠隔診療への活用**に向けた検証を行う。

【具体的な取組】

- 8K技術を医療現場で活用するための技術的課題や解決策等について、医療現場での実証を通じて検証する。

ロードマップ

平成27年度

平成28年度

平成29年度

平成30年度

遠隔技術の普及

- ・設備整備補助事業
- ・従事者研修事業

遠隔設備整備事業による設備の普及
病理診断、画像診断、在宅診療に必要な装置・設備への補助

遠隔診療従事者研修による人材の育成
医療従事者等を対象に、制度、技術、実習等による研修を実施

遠隔診療の普及に有用な情報（好事例等）の発信
厚生労働省のHP等を活用し情報発信

訪問看護師への遠隔からの診療支援
在宅医療における遠隔診療の実施指針の策定

遠隔モニタリングの推進
遠隔モニタリングの評価手法を構築するとともに、有効性・安全性にかかるエビデンスの収集

臨床での実証・課題解決

エビデンスの集積に向け、関係学会の取組を支援し、遠隔診療を適切に評価

医療現場への更なる普及を図る

ICTも活用した地域包括ケアの推進

推進策等を検討

クラウド懇談会

新たな評価

- ・在宅診療
- ・遠隔モニタリング

新たな技術

- ・8K(超高精細映像)

AIに対する厚労省研究における基本的考え方と取組

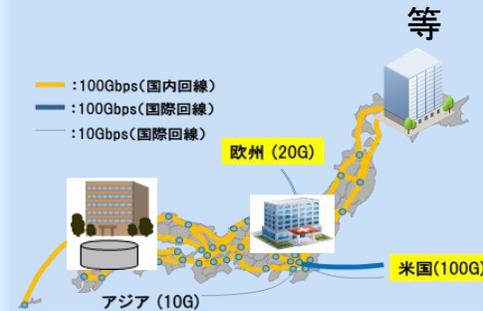
AI基盤技術

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



AI関連技術

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



分野別AI応用技術

(医療:厚生労働省)

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



厚生労働省におけるAIに関する取組

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

6. コメディカル等の役割分担・勤務環境改善

医師と他の医療従事者等との役割分担の推進

- 医師でなくても対応可能な業務を医師が行っていることが病院勤務医の厳しい勤務環境の一因。
- このため、医師等でなくても対応可能な業務例を下記のとおり整理。

(平成19年12月28日付け医政局長通知「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」より)

事務職員・看護補助者

- ① 書類等の記載の代行
 - ・ 診断書
 - ・ 診療録
 - ・ 処方せん
 - ・ 主治医意見書等
- ② オーダリングシステムへの入力代行（診察や検査の予約）
- ③ 院内の物品の補充・患者の検査室等への移送等

助産師

- ① 正常分娩における助産師の活用
- ② 妊産婦健診や相談における助産師の活用
- ③ 病院内で医師・助産師が連携する仕組みの導入（院内助産所・助産師外来等）



看護師等

- ① 訪問看護等における医師の事前指示に基づく薬剤の投与量の調節【看護師】
- ② 静脈注射の実施【看護師】
- ③ 救急医療における診療の優先順位の決定【看護師】
- ④ 採血の実施・検査の説明【臨床検査技師】
- ⑤ 病棟等における薬剤管理【薬剤師】
- ⑥ 医療機器の管理【臨床工学技士】

チーム医療検討会報告書①「チーム医療の推進について」

1. 基本的な考え方

- 「チーム医療」とは「多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつ互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」。
- 「チーム医療」の効果は、①医療・生活の質の向上、②医療従事者の負担軽減、③医療安全の向上。
- チーム医療を推進するためには、①各医療スタッフの専門性の向上、②各医療スタッフの役割の拡大、③医療スタッフ間の連携・補完の推進、という方向で様々な取組を進める必要。

2. 看護師の役割の拡大

- チーム医療の推進に資するよう看護師の役割を拡大するためには、①看護師が自律的に判断できる機会の拡大、②看護師の実施可能な行為の拡大、によって、能力を最大限に発揮できる環境を用意する必要。

【自律的に判断できる機会の拡大】

- 看護師の能力等に応じた医師の「包括的指示」の活用が不可欠であるため、「包括的指示」の具体的な成立要件を明確化。

【看護師の実施可能な行為の拡大】

- 看護師が実施し得るか否か不明確な行為が多いことから、その能力を最大限に発揮し得るよう、実施可能な行為を拡大する方向で明確化。 ⇒ 看護業務に関する実態調査等を早急を実施

【行為拡大のための新たな枠組み】

- 一定の医学的教育・実務経験を前提に専門的な臨床実践能力を有する看護師（特定看護師（仮称））が、従来よりも幅広い医行為を実施できる新たな枠組みを構築する必要。 ⇒ 医療現場や養成現場の関係者等の協力を得て専門的・実証的に検討

- 当面は現行法下で試行。試行結果を検証、法制化を視野に具体的措置を検討。

※ 医師の指示を受けずに診療行為を行う「ナースプラクティショナー」（NP）については、医師の指示を受けて「診療の補助」行為を行う特定看護師（仮称）とは異なる性格を有しており、その導入の必要性を含め基本的な論点について慎重な検討が必要。

チーム医療検討会報告書②「チーム医療の推進について」

3. 看護師以外の医療スタッフ等の役割の拡大

- 薬剤師について、現行制度の下で実施可能な業務（積極的な処方提案、患者の薬学的管理等）を明確化することにより、病棟・在宅医療等における活用を促進。
- 助産師、リハビリ関係職種、管理栄養士等について、各々の専門性を最大限に活用できるよう、業務の拡大等を推進（リハビリ関係職種による喀痰吸引等）。
- 医療関係事務に関する処理能力の高い事務職員（医療クラーク）について、量の確保（必要養成数の把握等）、質の確保（検定の導入等）、医療機関への導入支援等、導入の推進に向けた取組を推進。
- 介護職員について、患者・家族のサービス向上を推進する観点から、一定の医行為（喀痰吸引や経管栄養等）の実施方策を別途早急に検討。

4. 医療スタッフ間の連携の推進

- 各医療スタッフの専門性の向上や役割の拡大を活かすため、医療スタッフ間の連携（医療機関内における連携、在宅医療における地域横断的な連携等）の推進が重要。



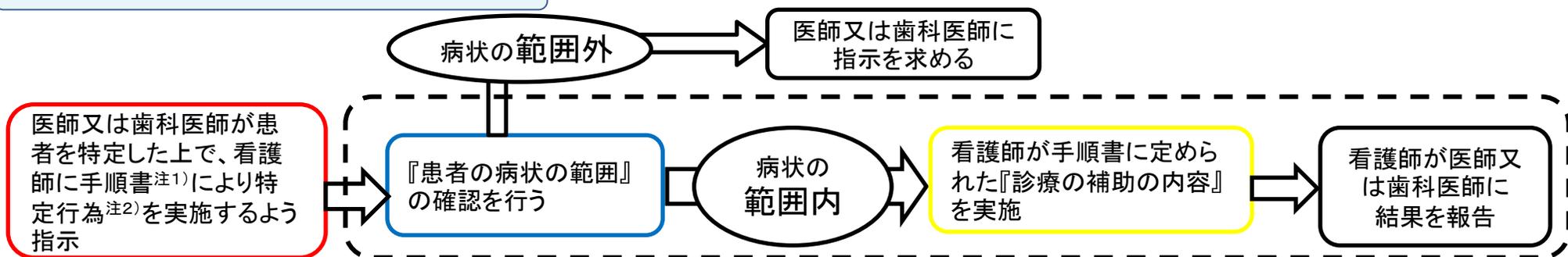
- 社会的に認知されるような新たな枠組みとして、客観的な基準（体制・設備等）に基づいてチーム医療を推進する医療機関を認定する仕組みや、認定を受けたことを広告できるようにする仕組みを検討する必要。
- 認定主体として、臨床現場の関係者、医師・看護師等の医療スタッフ関係者、教育関係者、関係学会等が参画する公正・中立的な第三者機関が必要。

特定行為に係る看護師の研修制度の概要

制度創設の必要性

- 2025年に向けて、さらなる在宅医療等の推進を図っていくためには、個別に熟練した看護師のみでは足りず、医師又は歯科医師の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助(例えば、脱水時の点滴(脱水の程度の判断と輸液による補正)など)を行う看護師を養成し、確保していく必要がある。
- このため、その行為を特定し、手順書によりそれを実施する場合の研修制度を創設し、その内容を標準化することにより、今後の在宅医療等を支えていく看護師を計画的に養成していくことが、本制度創設の目的である。

特定行為に係る研修の対象となる場合



注1) 手順書: 医師又は歯科医師が看護師に診療の補助を行わせるためにその指示として作成する文書であって、看護師に診療の補助を行わせる『患者の病状の範囲』及び『診療の補助の内容』その他の事項が定められているもの。

注2) 特定行為: 診療の補助であって、看護師が手順書により行う場合には、実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされるもの。

- 現行と同様、医師又は歯科医師の指示の下に、手順書によらないで看護師が特定行為を行うことに制限は生じない。
- 本制度を導入した場合でも、患者の病状や看護師の能力を勘案し、医師又は歯科医師が直接対応するか、どのような指示により看護師に診療の補助を行わせるかの判断は医師又は歯科医師が行うことに変わりはない。

指定研修修了者の把握方法

研修修了者の把握については、厚生労働省が指定研修機関から研修修了者名簿の提出を受ける。

制度の施行日

平成27年10月1日

特定行為及び特定行為区分(38行為21区分)

(別添)

特定行為区分	特定行為
呼吸器(気道確保に係るもの)関連	経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整
呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連	侵襲的陽圧換気の設定の変更
	非侵襲的陽圧換気の設定の変更
	人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整
	人工呼吸器からの離脱
呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連	気管カニューレの交換
循環器関連	一時的ペースメーカーの操作及び管理
	一時的ペースメーカーリードの抜去
	経皮的心肺補助装置の操作及び管理
	大動脈内バルーンパンピングからの離脱を行うときの補助の頻度の調整
心嚢ドレーン管理関連	心嚢ドレーンの抜去
胸腔ドレーン管理関連	低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及び設定の変更
	胸腔ドレーンの抜去
腹腔ドレーン管理関連	腹腔ドレーンの抜去(腹腔内に留置された穿刺針の抜針を含む。)
ろう孔管理関連	胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換
	膀胱ろうカテーテルの交換
栄養に係るカテーテル管理(中心静脈カテーテル管理)関連	中心静脈カテーテルの抜去
栄養に係るカテーテル管理(末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理)関連	末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入

特定行為区分	特定行為
創傷管理関連	褥(じよく)瘡(そう)又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
	創傷に対する陰圧閉鎖療法
創部ドレーン管理関連	創部ドレーンの抜去
動脈血液ガス分析関連	直接動脈穿刺法による採血
	橈骨動脈ラインの確保
透析管理関連	急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過器の操作及び管理
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整
	脱水症状に対する輸液による補正
感染に係る薬剤投与関連	感染徴候がある者に対する薬剤の臨時的投与
血糖コントロールに係る薬剤投与関連	インスリンの投与量の調整
術後疼痛管理関連	硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整
循環動態に係る薬剤投与関連	持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整
	持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整
	持続点滴中の降圧剤の投与量の調整
	持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整
精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	持続点滴中の利尿剤の投与量の調整
	抗けいれん剤の臨時的投与
	抗精神病薬の臨時的投与
皮膚損傷に係る薬剤投与関連	抗不安薬の臨時的投与
	抗癌剤その他の薬剤が血管外に漏出したときのステロイド薬の局所注射及び投与量の調整

介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度について

趣旨

○介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員等は、一定の条件の下にたんの吸引等の行為を実施。
☆たんの吸引や経管栄養は「医行為」と整理されており、これまでは、一定の条件の下に実質的違法性阻却論により容認。

実施可能な行為

- たんの吸引その他の日常生活を営むのに必要な行為であって、医師の指示の下に行われるもの
 - ※ 保健師助産師看護師法の規定にかかわらず、診療の補助として、たんの吸引等を行うことを業とすることができる。
 - ☆具体的な行為については省令で定める
 - ・たんの吸引(口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部)
 - ・経管栄養(胃ろう、腸ろう、経鼻経管栄養)

介護職員等の範囲

- 介護福祉士
 - ☆具体的な養成カリキュラムは省令で定める
- 介護福祉士以外の介護職員等
 - ☆一定の研修を修了した者を都道府県知事が認定
 - ☆認定証の交付事務は都道府県が登録研修機関に委託可能

登録研修機関

- たんの吸引等の研修を行う機関を都道府県知事に登録(全ての要件に適合している場合は登録)

○登録の要件

- ☆基本研修、実地研修を行うこと
- ☆医師・看護師その他の者を講師として研修業務に従事
- ☆研修業務を適正・確実に実施するための基準に適合
- ☆具体的な要件については省令で定める
- ※ 登録研修機関の指導監督に必要な登録の更新制、届出、改善命令等の規定を整備。

登録事業者

- 自らの事業の一環として、たんの吸引等の業務を行う者は、事業所ごとに都道府県知事に登録(全ての要件に適合している場合は登録)
- 登録の要件
 - ☆医師、看護職員等の医療関係者との連携の確保
 - ☆記録の整備その他安全かつ適正に実施するための措置
 - ☆具体的な要件については省令で定める
 - ※ 登録事業者の指導監督に必要な届出、報告徴収等の規定を整備。

<対象となる施設・事業所等の例>

- ・ 介護関係施設(特別養護老人ホーム、老人保健施設、グループホーム、有料老人ホーム、通所介護、短期入所生活介護等)
 - ・ 障害者支援施設等(通所施設及びケアホーム等)
 - ・ 在宅(訪問介護、重度訪問介護(移動中や外出先を含む)等)
 - ・ 特別支援学校
- ※医療機関は対象外

出典:介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会「中間まとめ」

実施時期及び経過措置

- 平成24年4月1日施行(介護福祉士については平成28年4月1日施行。ただし、それ以前であっても、一定の研修を受ければ実施可能。)
- 現在、一定の条件の下にたんの吸引等を実施している者が新たな制度の下でも実施できるために必要な経過措置⁴¹

医療従事者の勤務環境改善の促進

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

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

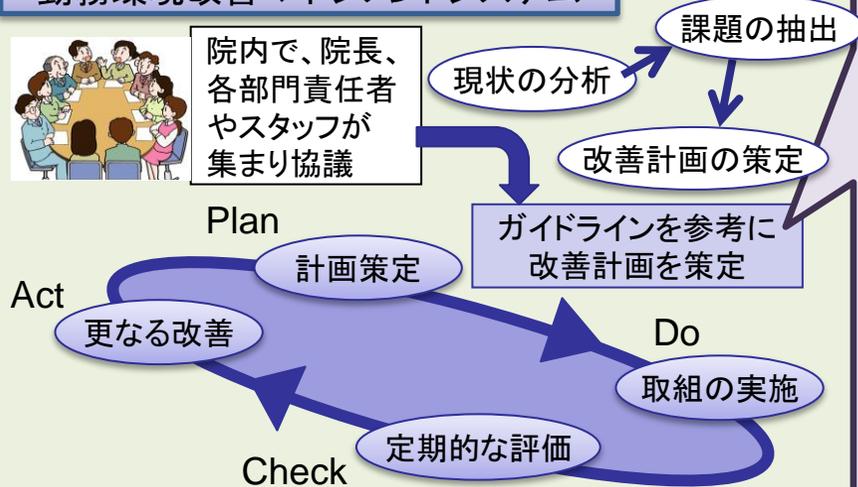
➡ 医療従事者の勤務環境改善に向けた各医療機関の取組（現状分析、改善計画の策定等）を促進。

勤務環境改善に取り組む医療機関

勤務環境改善マネジメントシステム



院内で、院長、各部門責任者やスタッフが集まり協議



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

「医療従事者の働き方・休み方の改善」の取組例

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

「働きやすさ確保のための環境整備」の取組例

- ✓ 院内保育所・休憩スペース等の整備
- ✓ 短時間正職員制度の導入
- ✓ 子育て中・介護中の者に対する残業の免除
- ✓ 暴力・ハラスメントへの組織的対応
- ✓ 医療スタッフのキャリア形成の支援 など

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



都道府県 医療勤務環境改善支援センター

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

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

○ これまでに、**44都道府県**で設置済み

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

○ 今後、**3県**で設置予定

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

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

医療勤務環境改善の取組と成果の事例

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

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

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

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

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

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

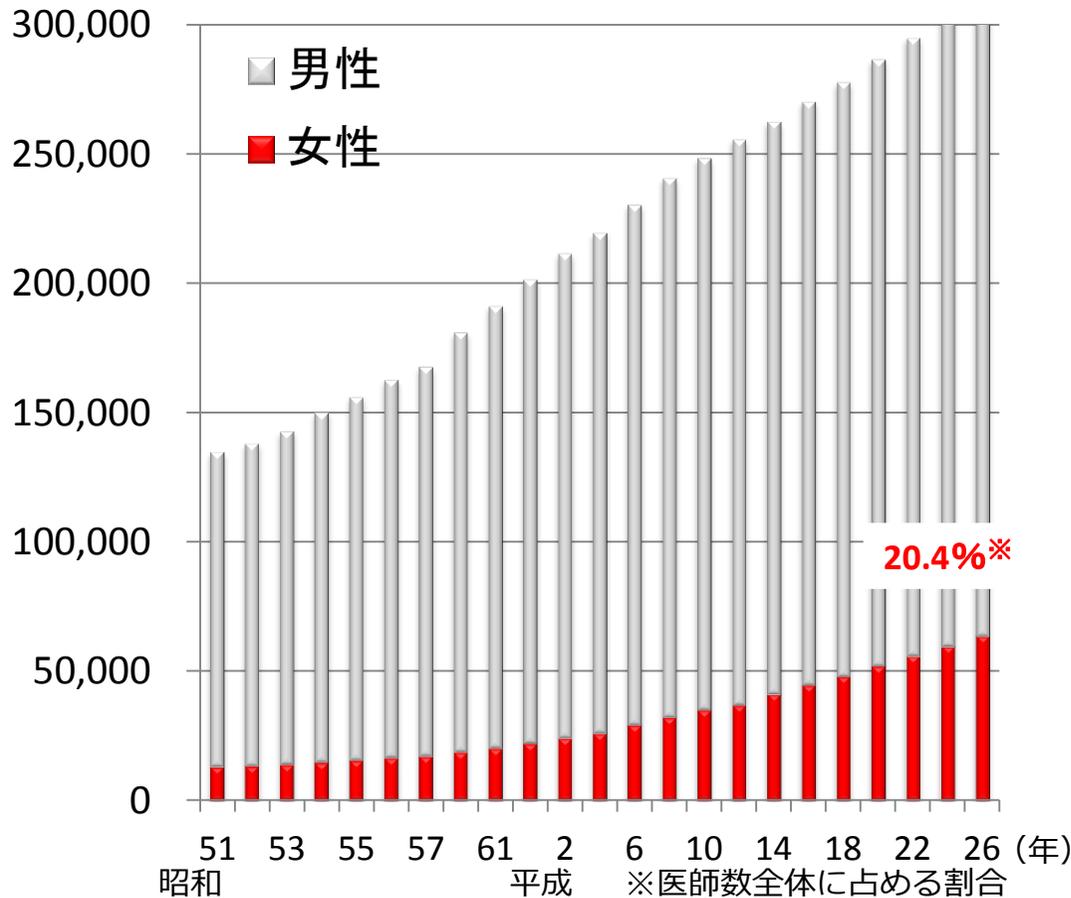
取組の概要	実施後の成果
<ul style="list-style-type: none"> ○メンター制度（先輩職員1名に対し、新入職員6名～7名を1グループとして構成。状況に応じ、メンタルサポートセンターと協力し対応） ○メンタルサポートセンター（臨床心理士によるカウンセリングや、健診センターや人事担当等の代表者が面談を行う） ○職員サポートセンターの設置（人事・庶務・厚生・健康保険組合を集約） 	<p>新入職員の1年目離職率が、制度導入前は20%を超えていたが、<u>メンター制度・メンタルサポートセンター導入後は20%を下回り、平成24年度の新入職員の離職率は0%と実績を残すことができ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

女性医師の年次推移

○全医師数に占める女性医師の割合は増加傾向にあり、平成26年時点で**20.4%**を占める。

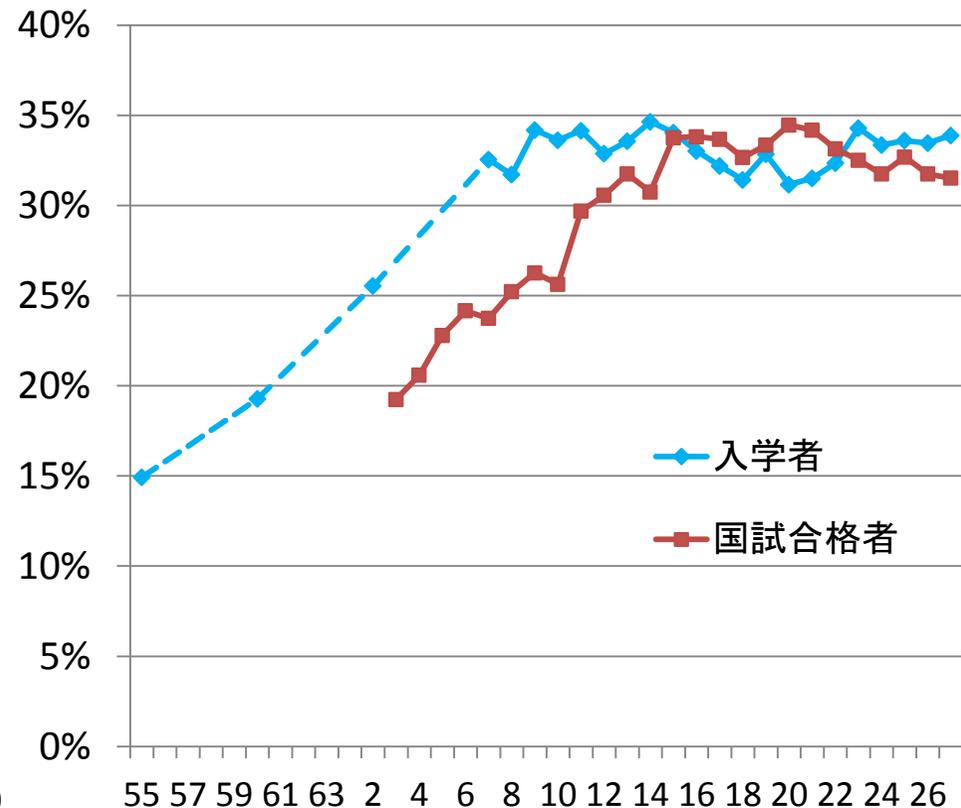
○近年、若年層における女性医師は増加しており、医学部入学者に占める女性の割合は約3分の1となっている。

女性医師数の推移



(出典) 医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)

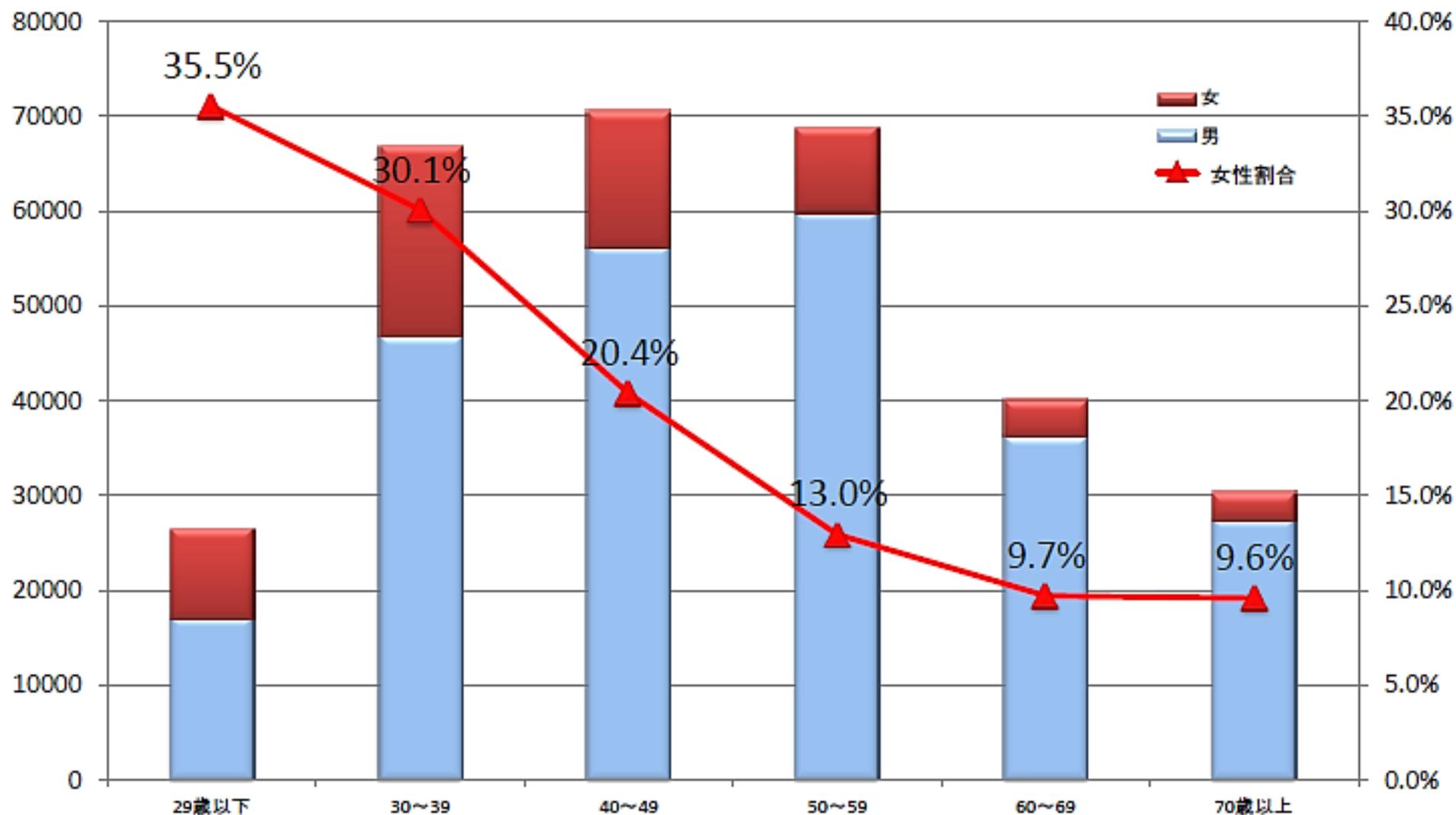
医学部入学者・国家試験合格者数に占める女性の割合



(出典) 学校基本調査(文部科学省)

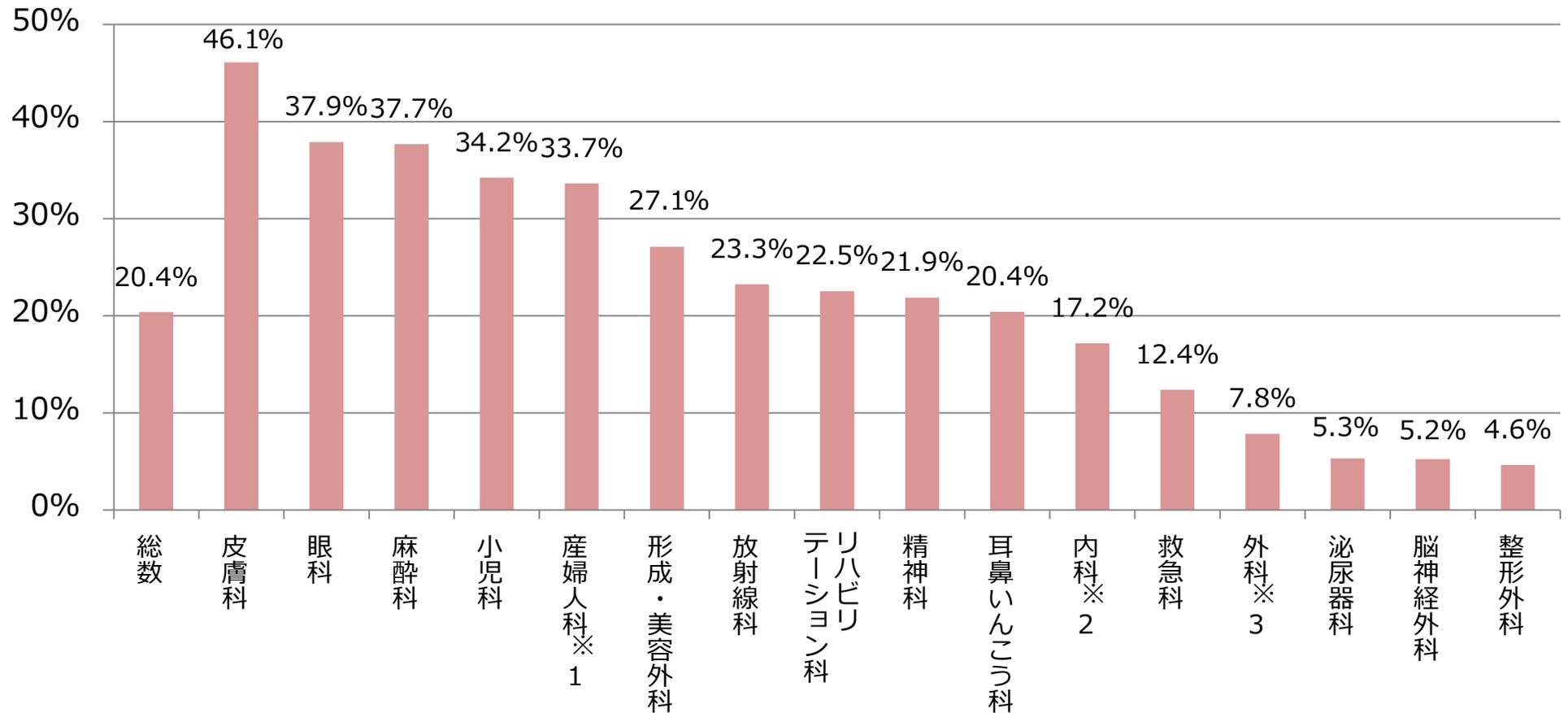
厚生労働省医政局医事課試験免許室調べ

年代別女性医師の割合(総数)



診療科別 女性医師の割合

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



※1・・・産婦人科、産科、婦人科

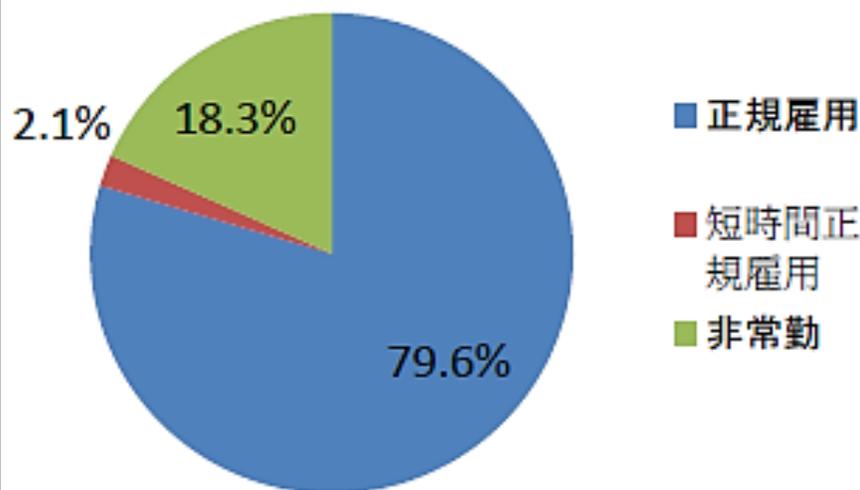
※2・・・内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科

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

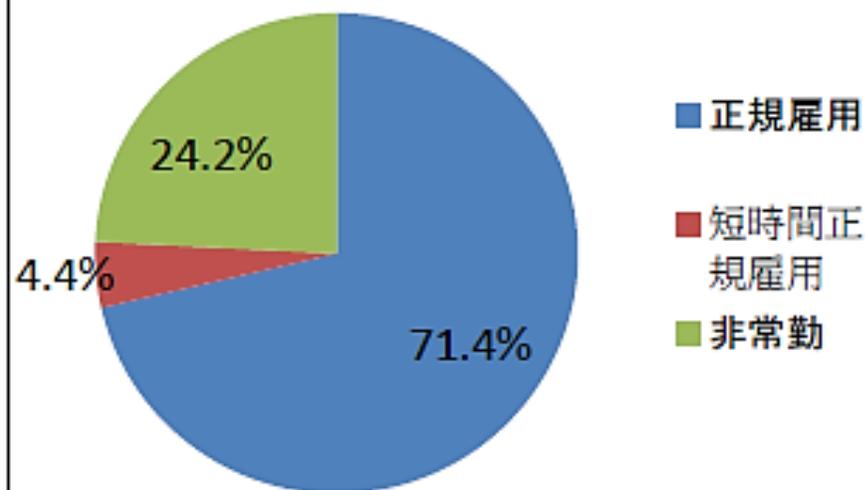
病院における女性医師の雇用状況

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

現員医師数



現員医師数(女性医師)

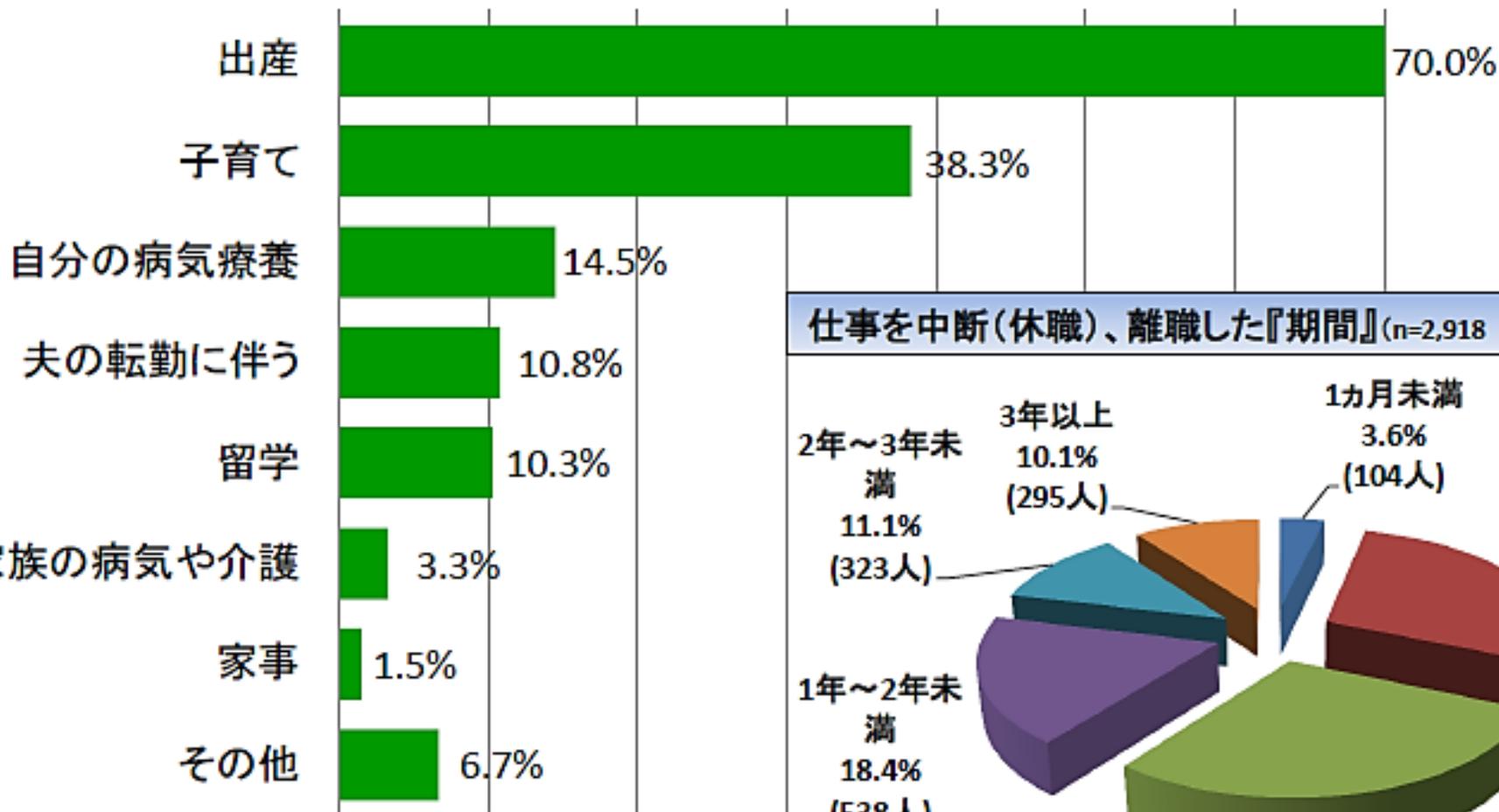


	現員医師数						
	A=B+C+D	正規雇用B	B/A	短時間正規雇用C	C/A	非常勤D	D/A
現員医師数	167,063	132,937	79.6%	3,532	2.1%	30,594	18.3%
うち女性医師	29,129	20,792	71.4%	1,286	4.4%	7,051	24.2%
女性医師の割合	17.4%	15.6%	—	36.4%	—	23.0%	—

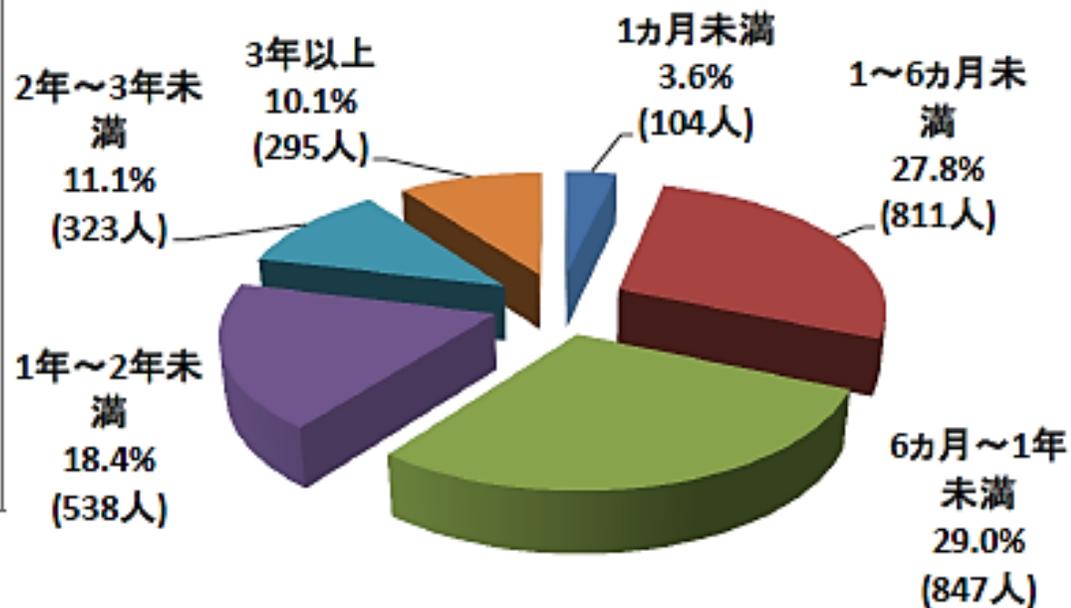
(注) 医師数は、病院、分娩取扱い診療所に従事している医師数であり、臨床研修医を除く。
 (出典) 病院における必要医師数実態調査 (平成22年9月厚生労働省)

仕事を中断(休職)、離職した『理由』 (n=2,931 複数回答)

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



仕事を中断(休職)、離職した『期間』(n=2,918 複数回答)



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

【調査対象；病院に勤務する女性医師】

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