

# 「今後の検討の全体構造」と 関連する現状・施策について

(1. 「地域で市民と患者の生活を支える」関係)

- ① 医療提供体制
- ② 医療従事者の養成・キャリア
- ③ チーム医療関係
- ④ 総合診療専門医・かかりつけ医の普及 等
- ⑤ 患者の適切な情報の取得 等
- ⑥ 疾病予防・重症化予防
- ⑦ 地域包括ケアシステムの構築
- ⑧ 自治体による医療提供体制の確保
- ⑨ 在宅医療・看取りの推進

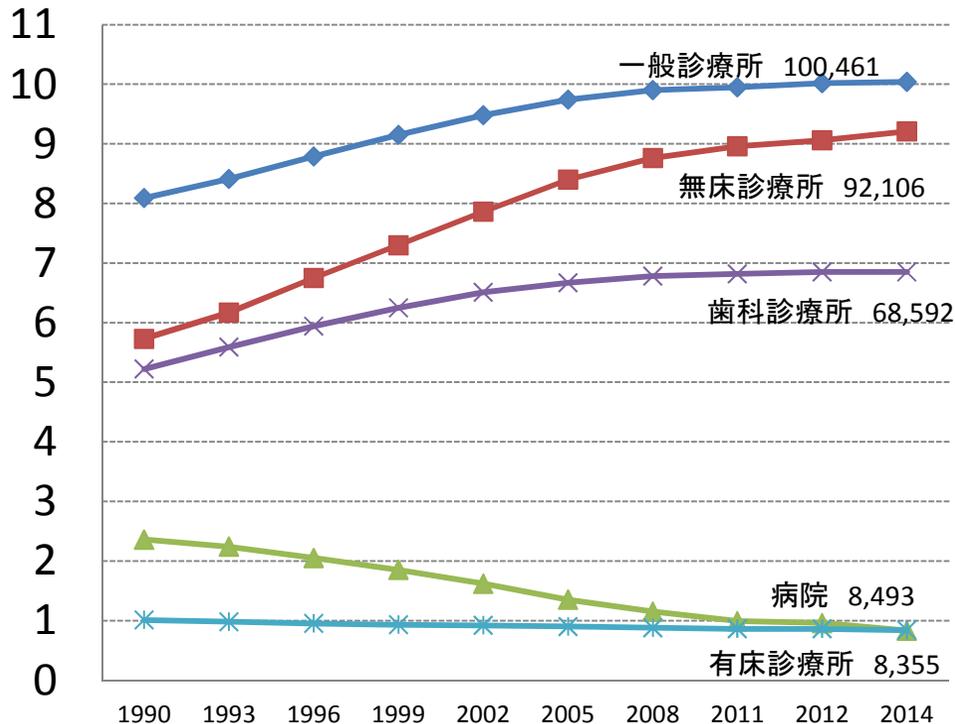
# ① 医療提供体制

# 医療施設数及び病床数の推移

- 病院数は、平成2年(10,096)をピークに約15%減少。有床診療所は大幅に減少する一方、無床診療所が増加。
- 病床数は、平成4年(1,686,696床)をピークに減少。

## 医療施設数の推移

単位: 万施設

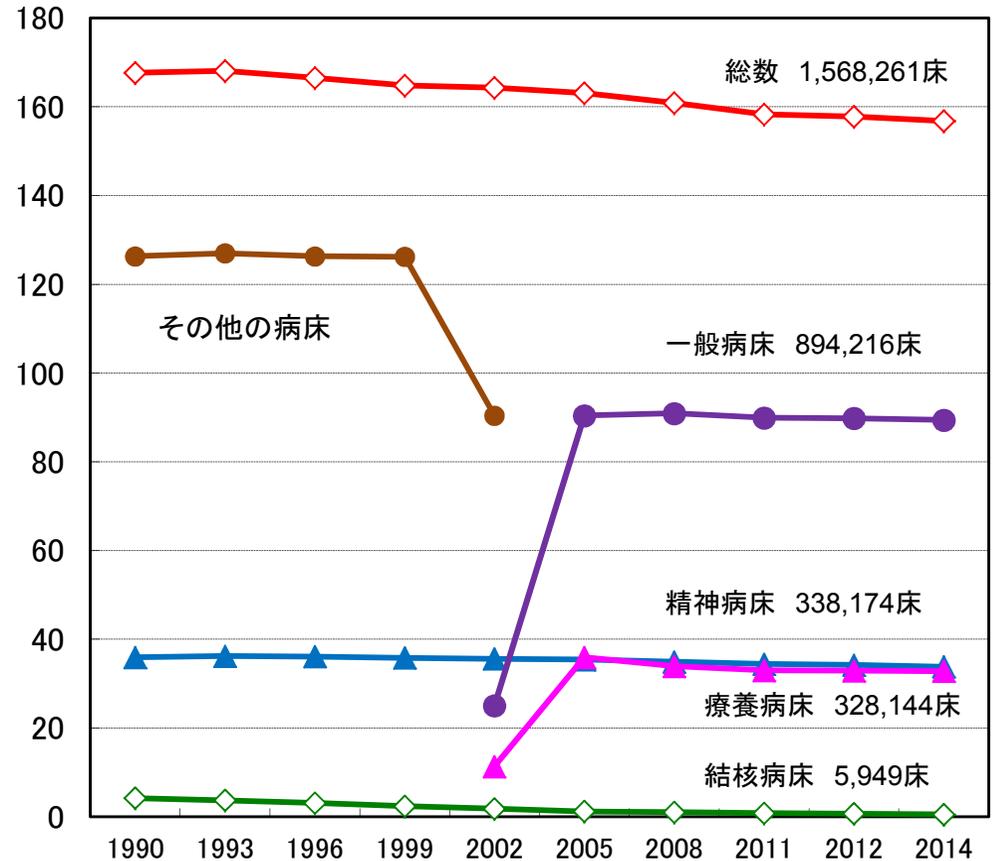


※歯科診療所は有床・無床を含む

医療施設数及び病院病床数の出典: 平成26年医療施設調査

## 種類別病院病床数の推移

単位: 万床

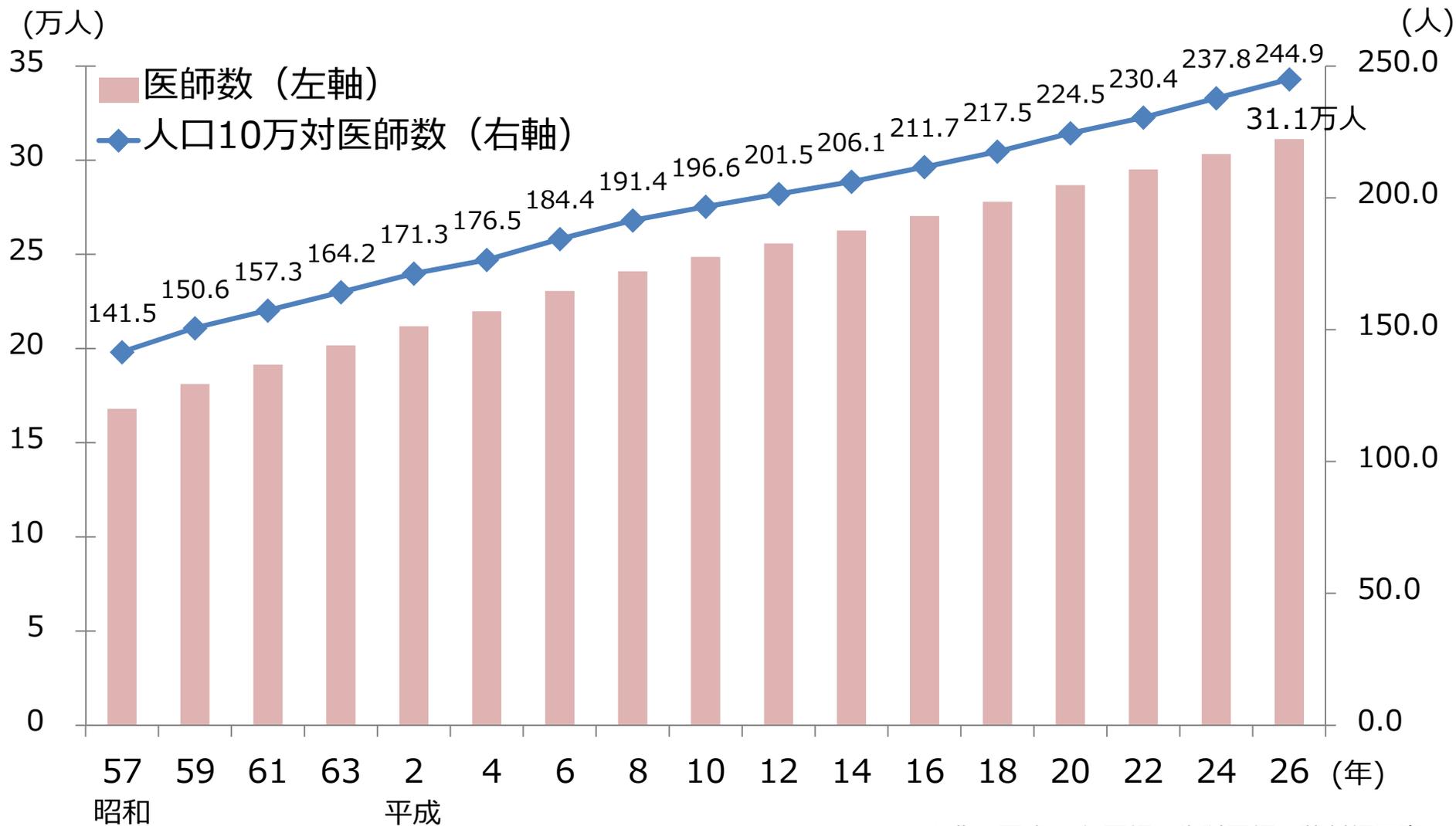


※その他の病床は、医療法改正により療養病床及び一般病床に区分

※感染症病床は記載を省略(平成26年は1,778床)

# 人口10万対医師数の年次推移

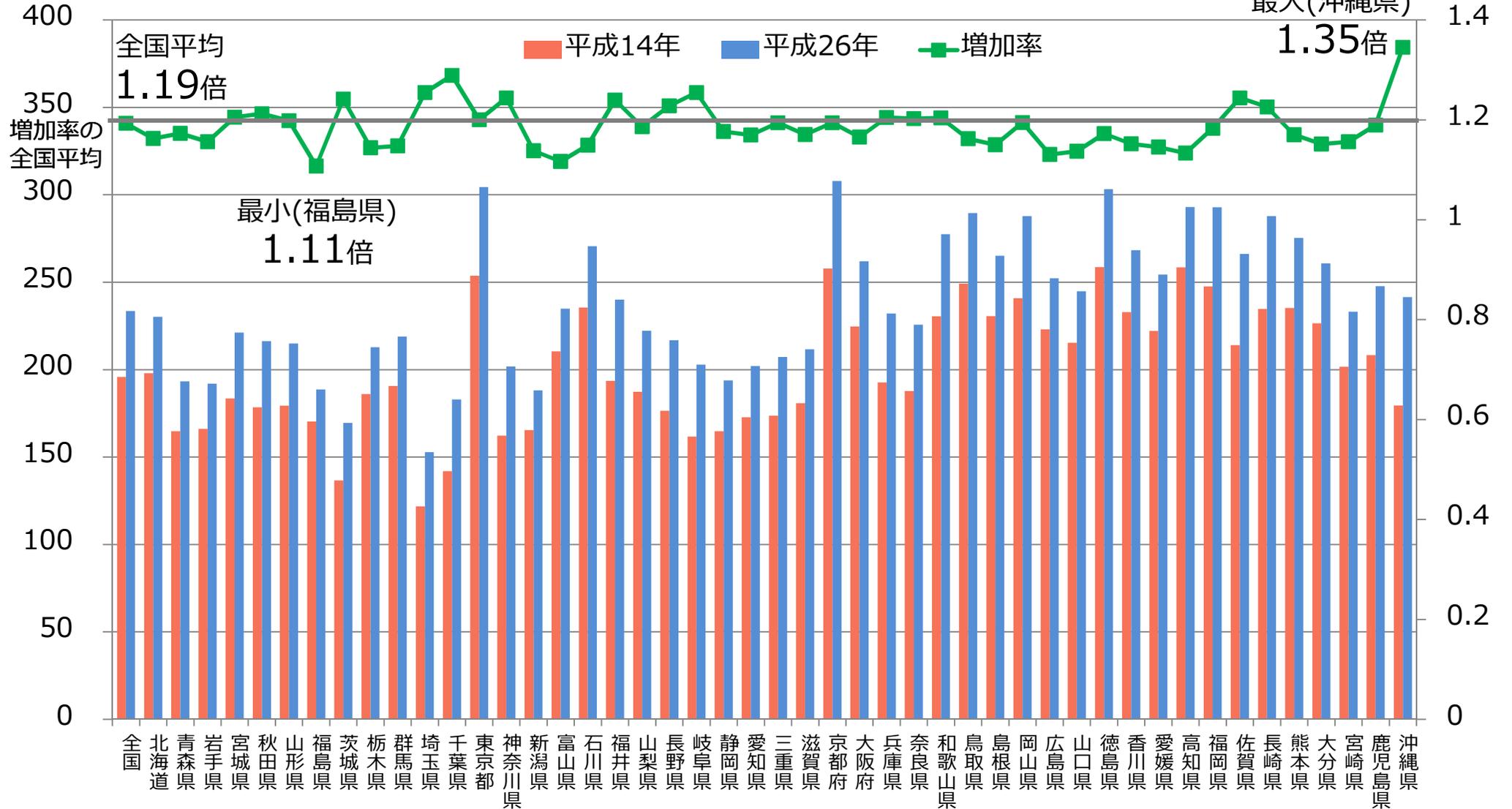
- 近年、死亡等を除いても、医師数は4,000人程度、毎年増加している。  
(医師数) 平成16年 27.0万人 → 平成26年 31.1万人 ※医療施設に従事する医師数は 29.7万人



# 平成14年・26年の都道府県別人口10万対医師数とその増加率

人口10万対医師数  
(人)

増加率  
(倍)

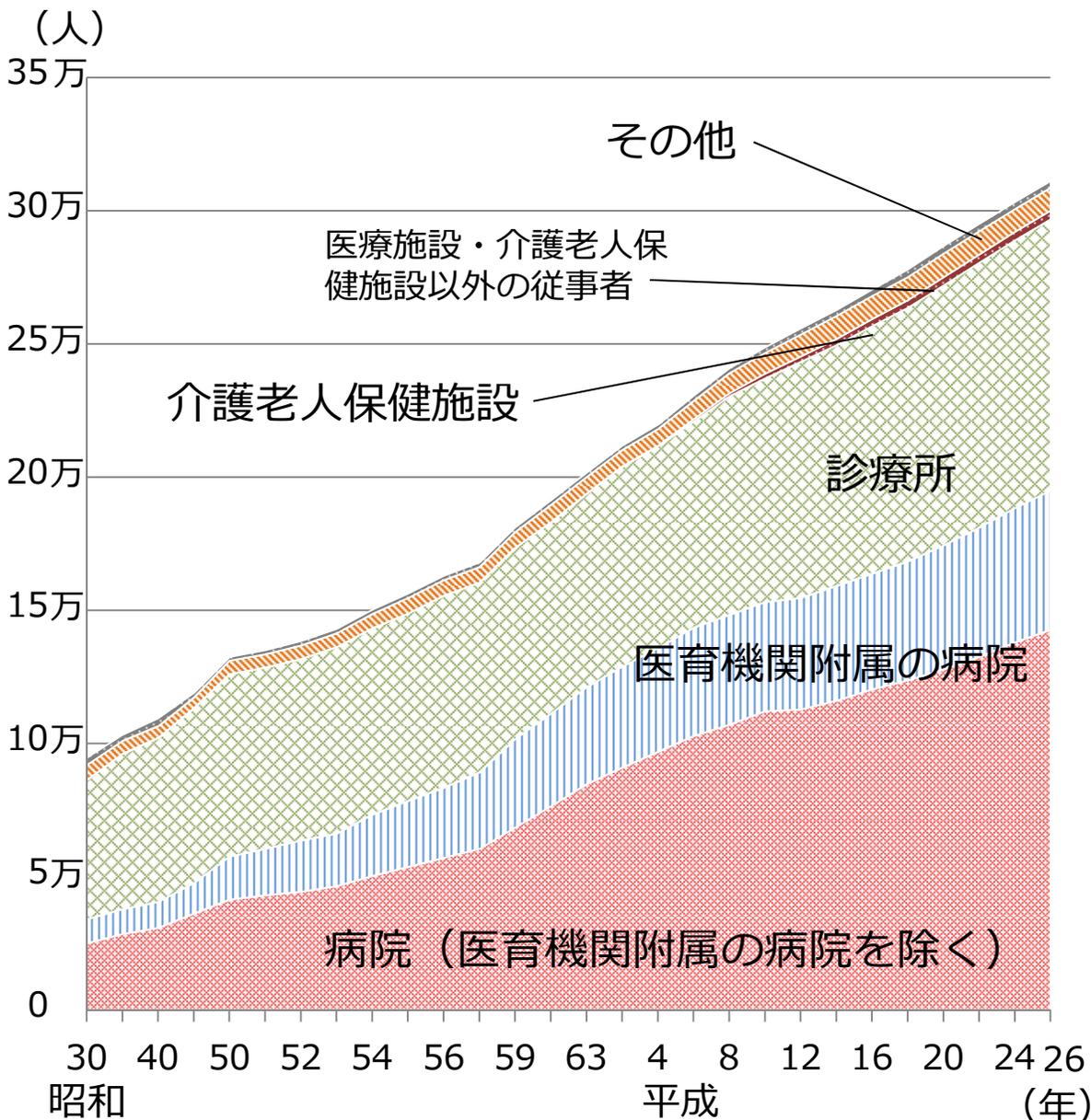


# 都道府県内の人口10万対医師数の較差（平成26年）

		医療圏	人口10万 対医師数	格差			医療圏	人口10万 対医師数	格差			医療圏	人口10万 対医師数	格差
北海道	最大	上川中部	312.8	3.3倍	石川県	最大	石川中央	336.7	2.5倍	岡山県	最大	県南東部	334.0	2.5倍
	最少	宗谷	94.9			最少	能登北部	135.5			最少	高梁・新見	135.5	
青森県	最大	津軽	285.4	2.5倍	福井県	最大	福井・坂井	334.7	3.1倍	広島県	最大	呉	302.1	1.6倍
	最少	上十三	114.4			最少	奥越	108.1			最少	広島中央	187.3	
岩手県	最大	盛岡	274.6	2.4倍	山梨県	最大	中北	273.8	2.5倍	山口県	最大	宇部・小野田	375.2	2.4倍
	最少	宮古	115.5			最少	峡南	110.1			最少	萩	159.3	
宮城県	最大	仙台	263.3	1.9倍	長野県	最大	松本	342.5	3.0倍	徳島県	最大	東部	332.7	1.8倍
	最少	仙南	138.9			最少	木曾	114.8			最少	西部	188.2	
秋田県	最大	秋田周辺	304.3	3.1倍	岐阜県	最大	岐阜	262.5	1.8倍	香川県	最大	高松	327.4	2.5倍
	最少	北秋田	98.9			最少	中濃	142.1			最少	小豆	130.3	
山形県	最大	村山	262.7	2.1倍	静岡県	最大	西部	234.6	1.8倍	愛媛県	最大	松山	324.8	1.9倍
	最少	最上	127.1			最少	中東遠	130.3			最少	八幡浜・大洲	168.6	
福島県	最大	県北	262.7	3.1倍	愛知県	最大	尾張東部	360.7	4.6倍	高知県	最大	中央	332.9	2.4倍
	最少	相双	84.1			最少	尾張中部	79.1			最少	高幡	139.8	
茨城県	最大	つくば	338.8	4.1倍	三重県	最大	中勢伊賀	270.9	1.8倍	福岡県	最大	久留米	434.0	3.1倍
	最少	鹿行	83.5			最少	東紀州	146.5			最少	京築	141.1	
栃木県	最大	県南	373.0	3.3倍	滋賀県	最大	大津	341.0	2.7倍	佐賀県	最大	中部	358.5	2.4倍
	最少	県東	112.1			最少	甲賀	128.6			最少	西部	149.1	
群馬県	最大	前橋	426.2	3.2倍	京都府	最大	京都・乙訓	398.2	3.1倍	長崎県	最大	長崎	375.7	2.9倍
	最少	太田・館林	134.0			最少	山城南	128.2			最少	上五島	130.1	
埼玉県	最大	川越比企	214.8	2.1倍	大阪府	最大	豊能	335.3	2.1倍	熊本県	最大	熊本	410.4	3.0倍
	最少	南西部	104.5			最少	中河内	159.9			最少	上益城	136.0	
千葉県	最大	安房	424.1	4.1倍	兵庫県	最大	神戸	295.8	2.0倍	大分県	最大	中部	298.1	1.9倍
	最少	山武長生夷隅	104.0			最少	西播磨	149.3			最少	西部	157.7	
東京都	最大	区中央部	1,181.7	10.6倍	奈良県	最大	東和	282.9	2.1倍	宮崎県	最大	宮崎東諸県	330.7	2.6倍
	最少	島しょ	111.0			最少	南和	133.1			最少	西都児湯	125.6	
神奈川県	最大	横浜南部	284.3	2.2倍	和歌山県	最大	和歌山	364.5	2.4倍	鹿児島県	最大	鹿児島	353.9	3.5倍
	最少	県央	129.3			最少	那賀	150.4			最少	曾於	99.9	
新潟県	最大	新潟	245.6	2.2倍	鳥取県	最大	西部	386.5	2.0倍	沖縄県	最大	南部	289.5	1.7倍
	最少	魚沼	110.1			最少	中部	195.8			最少	宮古	166.3	
富山県	最大	富山	278.0	1.5倍	島根県	最大	出雲	417.8	3.4倍	平成27年1月1日住民基本台帳・平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査				
	最少	高岡	187.5			最少	雲南	123.2						

# 施設ごとの医師数の年次推移

	病院 医育機関 附属の病院 を除く	医育機関 附属の 病院	診療所	介護老人 保健施設	医療施設・ 介護老人保 健施設以外 の従事者	その他	計
昭和 30	24,882	9,063	52,299		5,626	2,693	94,563
35	28,345	9,394	58,299		4,769	2,324	103,131
40	30,646	9,749	61,620		4,425	2,929	109,369
45	36,058	11,517	65,639		3,981	1,795	118,990
50	41,335	16,101	68,534		5,040	1,469	132,479
51	42,905	17,478	68,065		4,968	1,518	134,934
52	44,290	19,124	68,214		5,039	1,649	138,316
53	46,331	19,738	70,095		5,183	1,637	142,984
54	50,219	22,956	69,950		5,455	1,649	150,229
55	53,543	24,879	70,393		5,763	1,657	156,235
56	56,936	26,404	72,082		5,838	1,622	162,882
57	60,368	28,787	71,224		5,833	1,740	167,952
59	68,425	33,206	71,821		5,906	1,743	181,101
61	76,348	34,785	71,996		6,402	1,815	191,346
63	84,636	36,389	72,657	22	6,254	1,700	201,658
平成 2	90,823	37,942	75,032	204	6,196	1,600	211,797
4	96,782	39,063	75,653	349	6,219	1,638	219,704
6	102,665	40,747	77,441	861	6,929	1,876	230,519
8	107,036	41,163	82,098	1,128	7,577	1,906	240,908
10	111,999	41,101	83,833	1,838	7,777	2,063	248,611
12	112,743	41,845	88,613	2,114	8,154	2,323	255,792
14	115,993	43,138	90,443	2,315	8,611	2,187	262,687
16	120,260	43,423	92,985	2,668	8,607	2,428	270,371
18	123,639	44,688	95,213	2,891	8,696	2,800	277,927
20	127,703	46,563	97,631	3,095	8,923	2,784	286,699
22	132,409	48,557	99,465	3,117	8,790	2,711	295,049
24	137,902	50,404	100,544	3,189	8,625	2,604	303,268
26	142,655	52,306	101,884	3,230	8,576	2,554	311,205

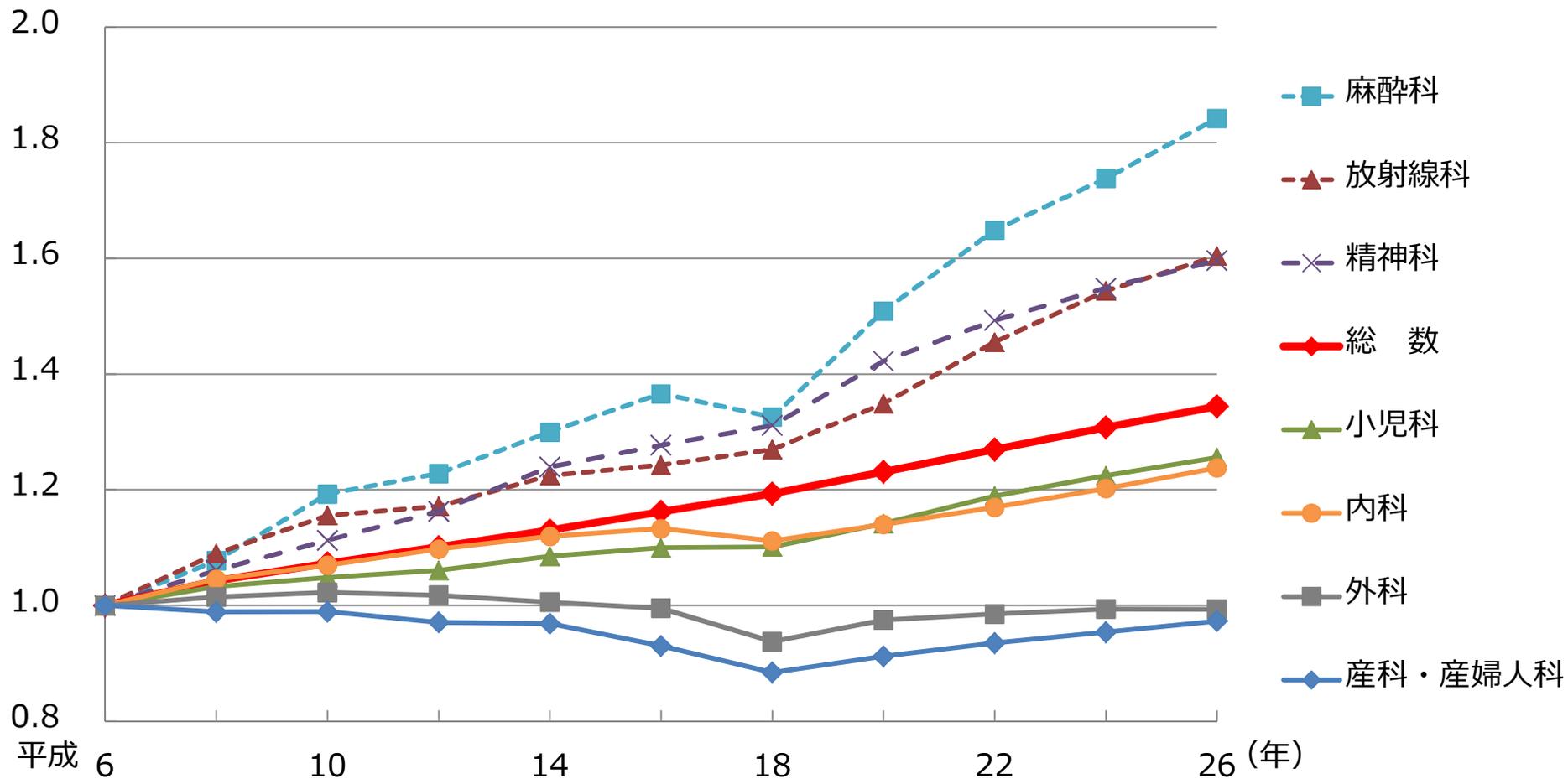


※医療施設・介護老人保健施設以外の従事者：医育機関の臨床系以外の  
大学院生・勤務者、医育機関以外の教育機関又は研究機関の勤務者、  
行政機関・保健衛生業務の従事者

※その他：その他の業務の従事者、無職の者、不詳

# 診療科別医師数の推移（平成6年を1.0とした場合）

- 多くの診療科で医師は増加傾向にある。
- 減少傾向にあった産婦人科・外科においても、増加傾向に転じている。

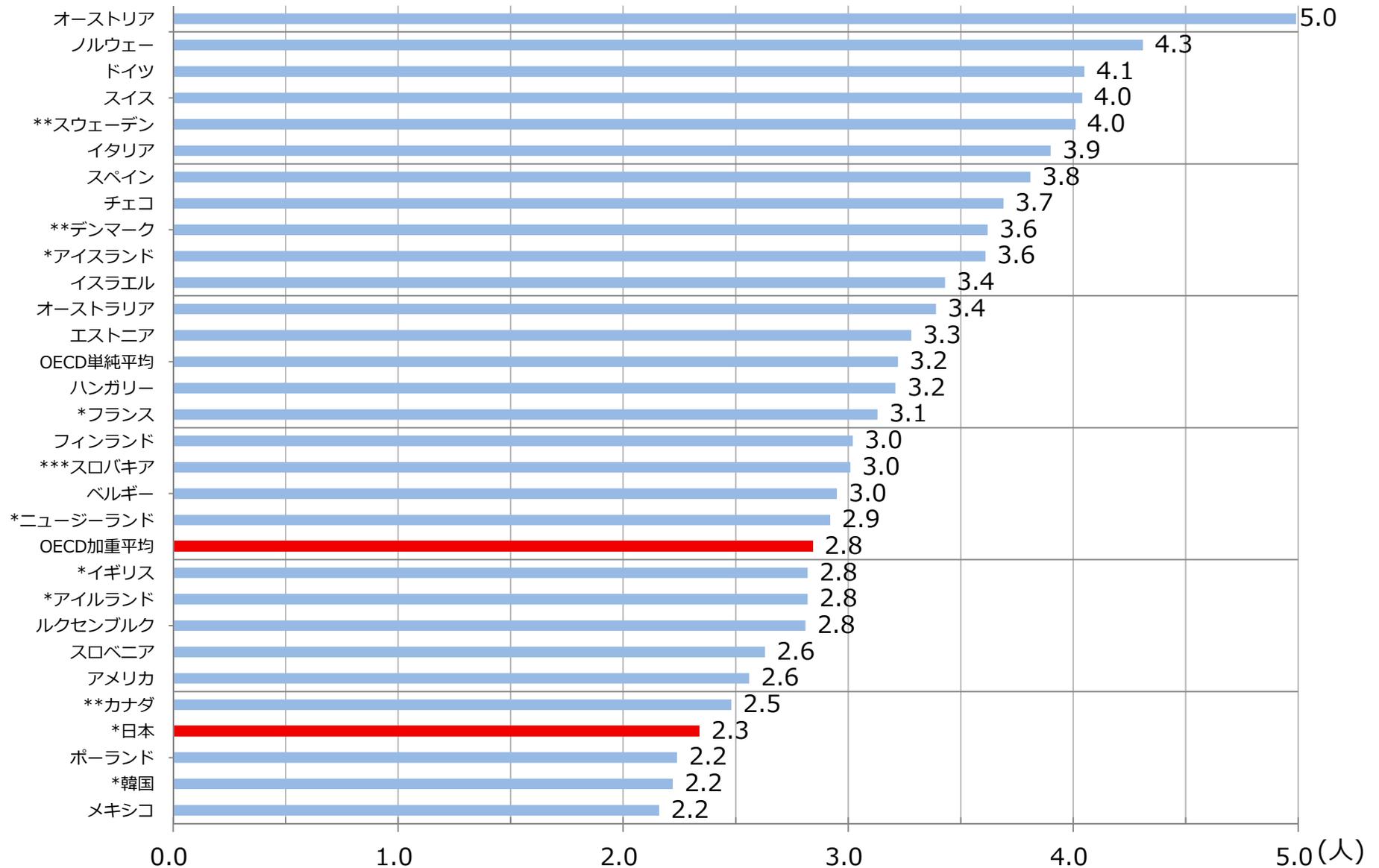


※内科・・・（平成8～18年）内科、呼吸器科、循環器科、消化器科（胃腸科）、神経内科、アレルギー科、リウマチ科、心療内科  
 （平成20～26年）内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科

※外科・・・（平成6～18年）外科、呼吸器外科、心臓血管外科、気管食道科、こう門科、小児外科  
 （平成20～26年）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

※平成18年調査から「研修医」という項目が新設された

# OECD加盟国の人口1,000人当たり臨床医数 OECD Health Statistics 2015



注1 「OECD単純平均」とは、各国の人口1,000人当たり医師数の合計を国数で除した値。

注2 「OECD加重平均」とは、加盟国の全医師数を加盟国の全人口（各国における医師数掲載年と同一年の人口）で除した数に1,000を乗じた値。

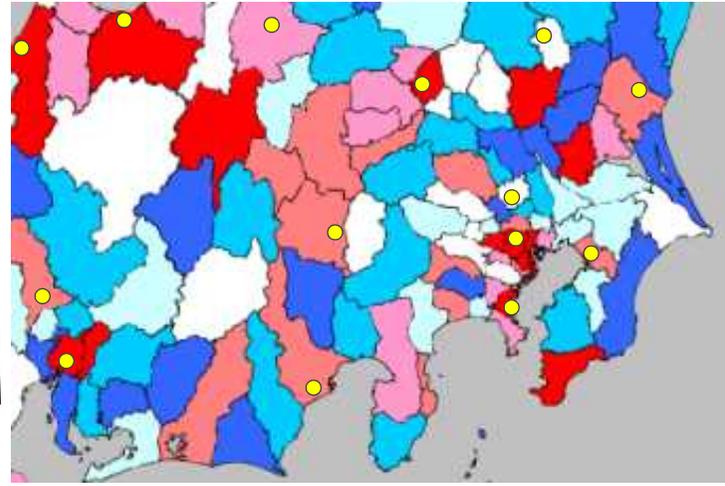
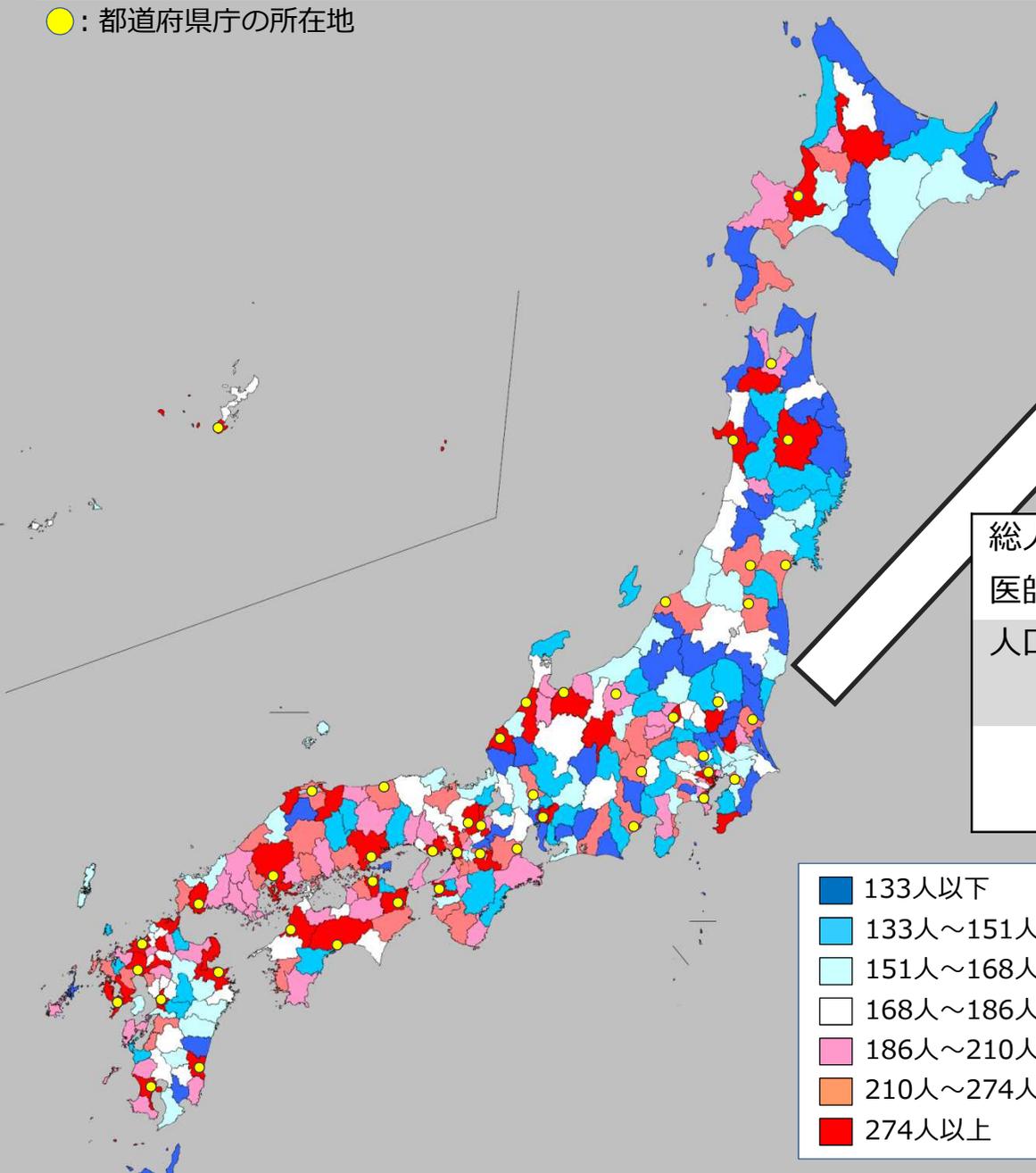
注3 \*の国は2014年のデータ、\*\*の国は2012年のデータ、\*\*\*の国は2007年のデータ、それ以外は2013年のデータ。

注4 オーストラリア、フィンランド、イギリス、アイルランド、カナダは推計値。

出典：OECD Health Statistics 2015、平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査

# 二次医療圏ごとの人口10万対医師数（平成26年）

●：都道府県庁の所在地



拡大

総人口（全国）	128,226,483人
医師数（全国）	296,845人
人口10万対医師数（全国）	（中央値）176.8人 （平均）231.5人

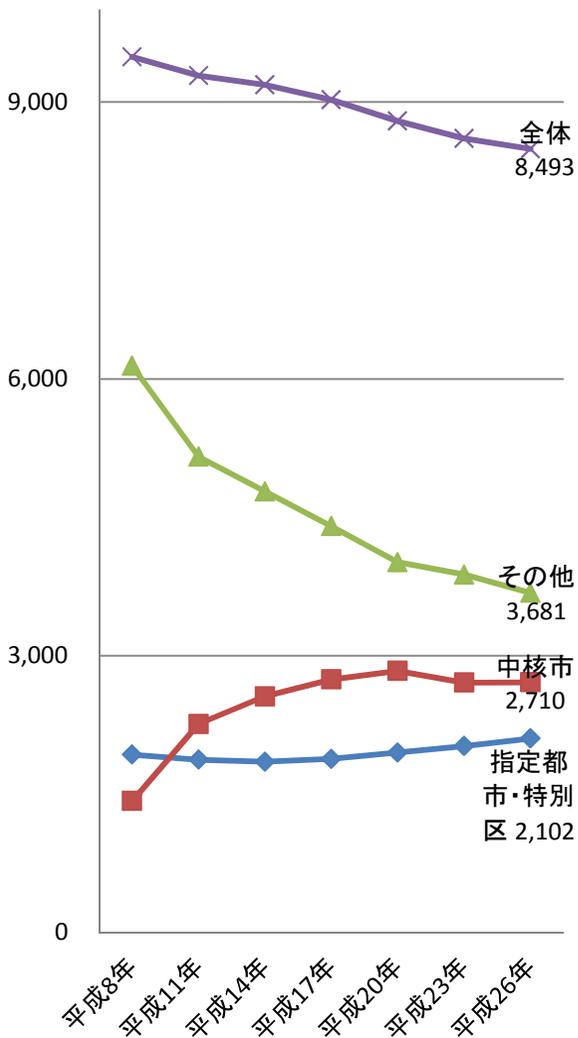
（平成27年1月1日住民基本台帳・平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査）

- 133人以下
- 133人～151人以下
- 151人～168人以下
- 168人～186人以下
- 186人～210人以下
- 210人～274人以下
- 274人以上

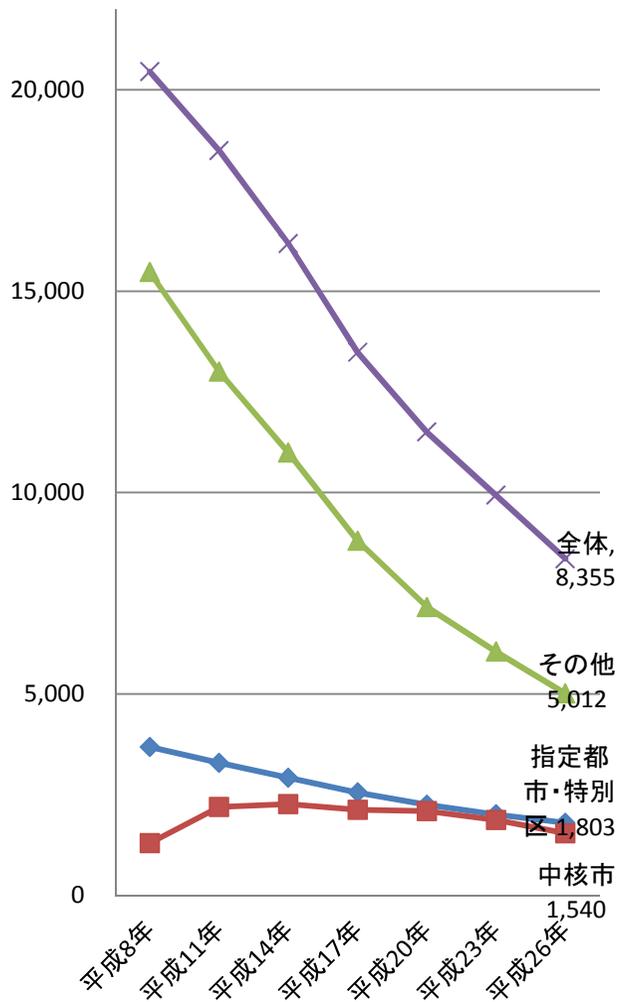
※医師数：医療施設（病院・診療所）に従事する医師数

# 医療施設数の推移（詳細）

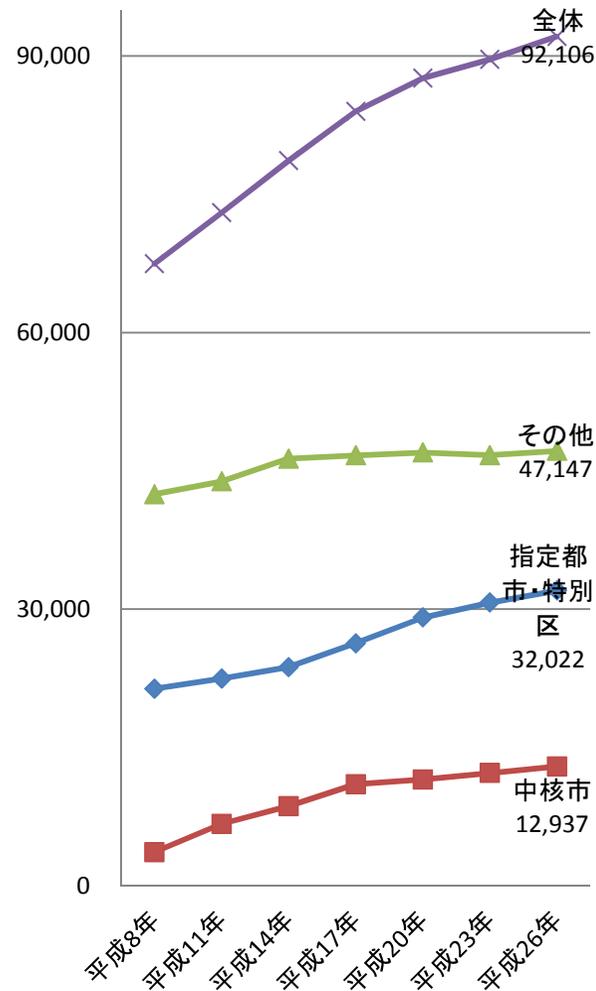
## 病院



## 有床診療所

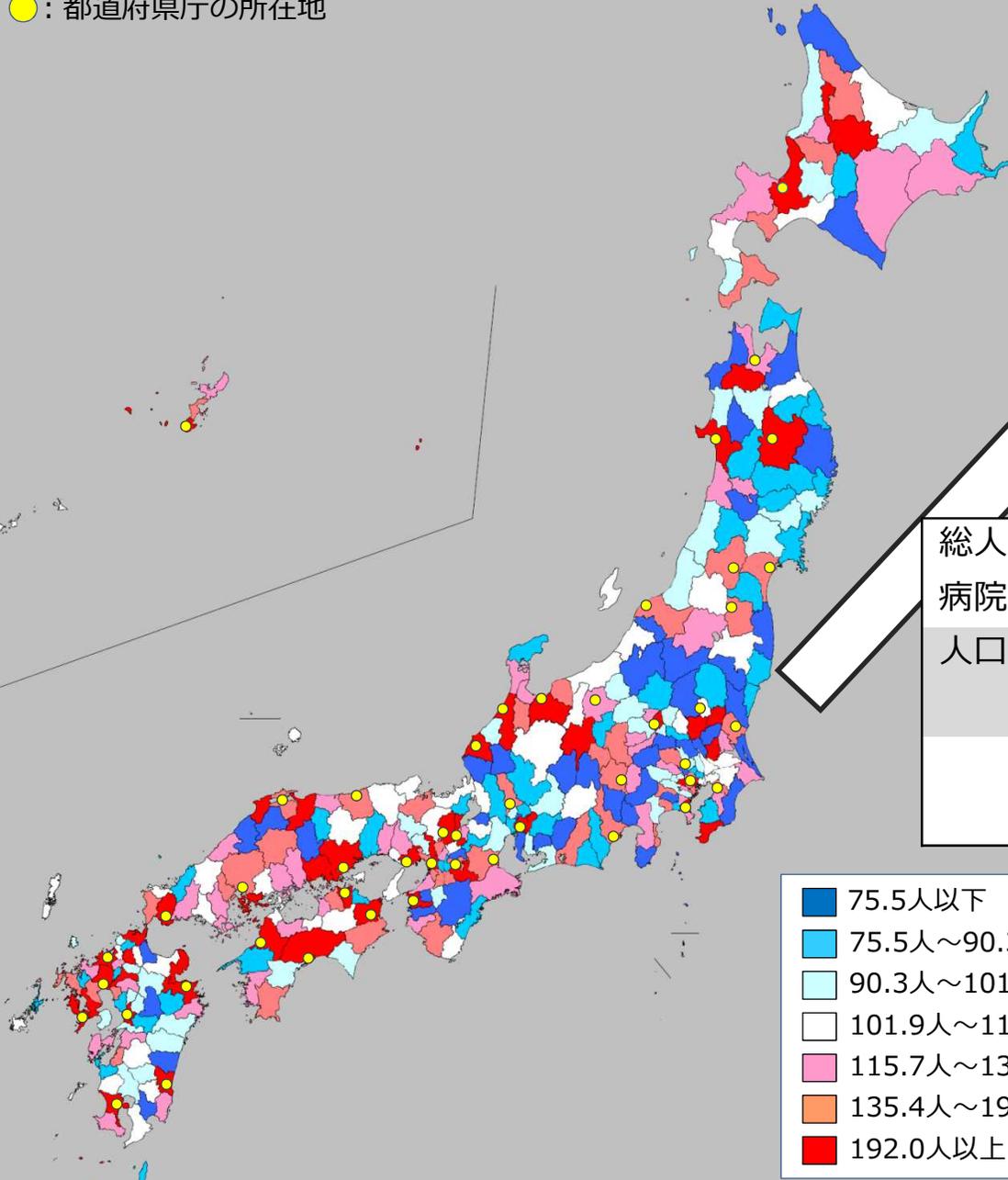


## 無床診療所

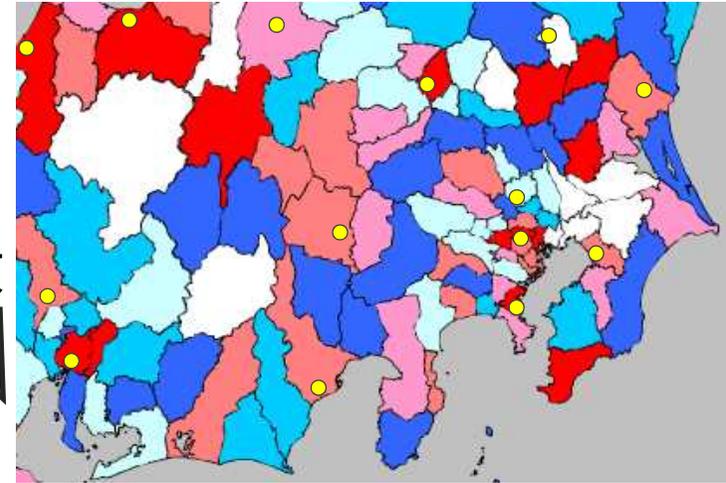


# 二次医療圏ごとの人口10万対病院医師数（平成26年）

●：都道府県庁の所在地



拡大



総人口（全国）	128,226,483人
病院医師数（全国）	194,928人
人口10万対病院医師数（全国）	（中央値）109.0人 （平均）152.0人

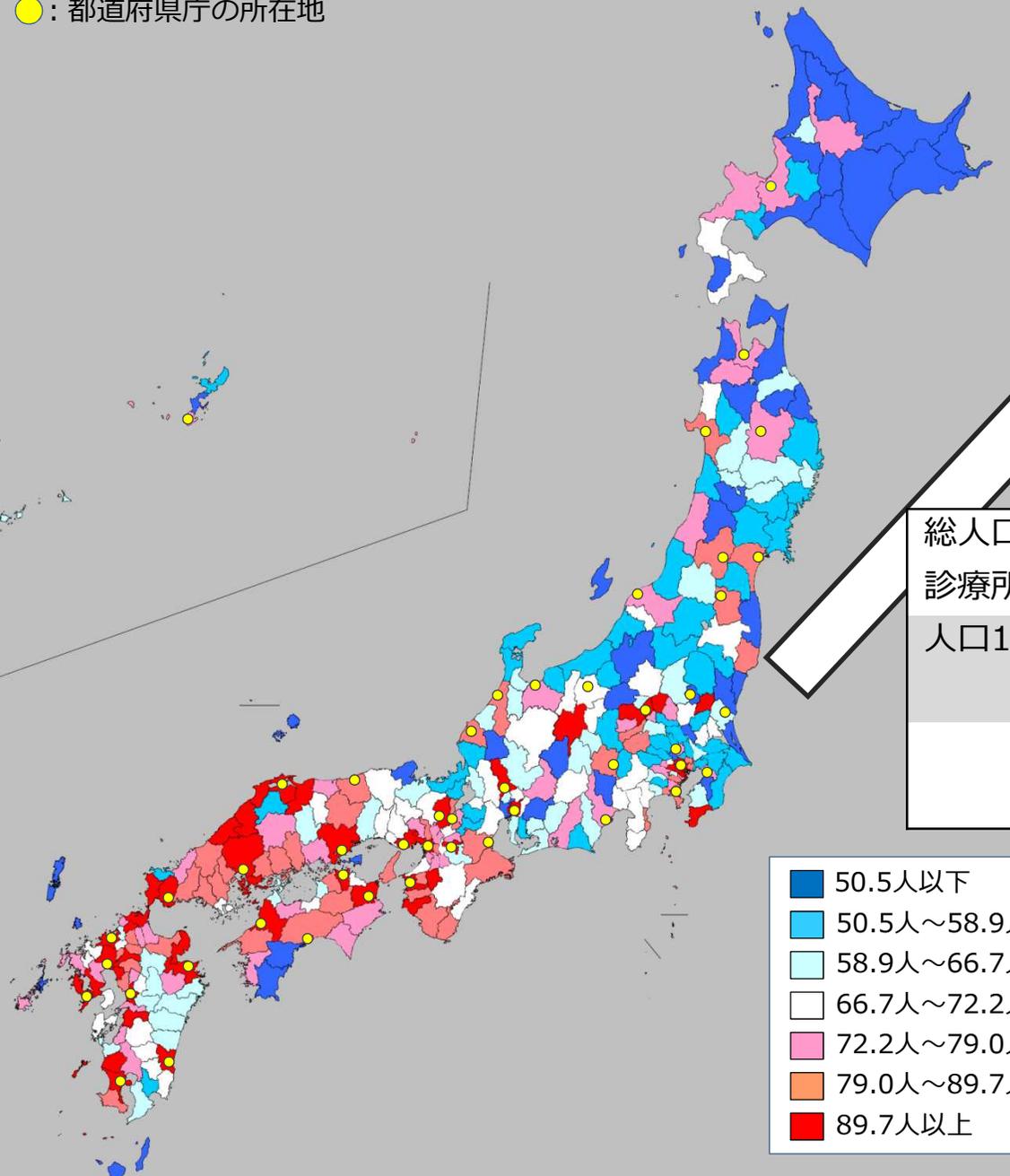
（平成27年1月1日住民基本台帳・平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査）

- 75.5人以下
- 75.5人～90.3人以下
- 90.3人～101.9人以下
- 101.9人～115.7人以下
- 115.7人～135.4人以下
- 135.4人～192.0人以下
- 192.0人以上

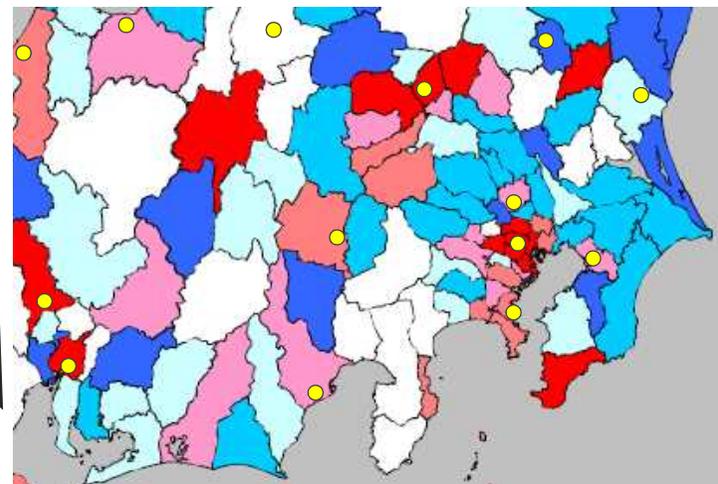
※病院医師数：主に従事している施設で病院（医育機関附属の病院を含む）を選択した医師数

# 二次医療圏ごとの人口10万対診療所医師数（平成26年）

●：都道府県庁の所在地



拡大



総人口（全国）	128,226,483人
診療所医師数（全国）	101,858人
人口10万対診療所医師数（全国）	（中央値）69.1人 （平均）79.4人

（平成27年1月1日住民基本台帳・平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査）



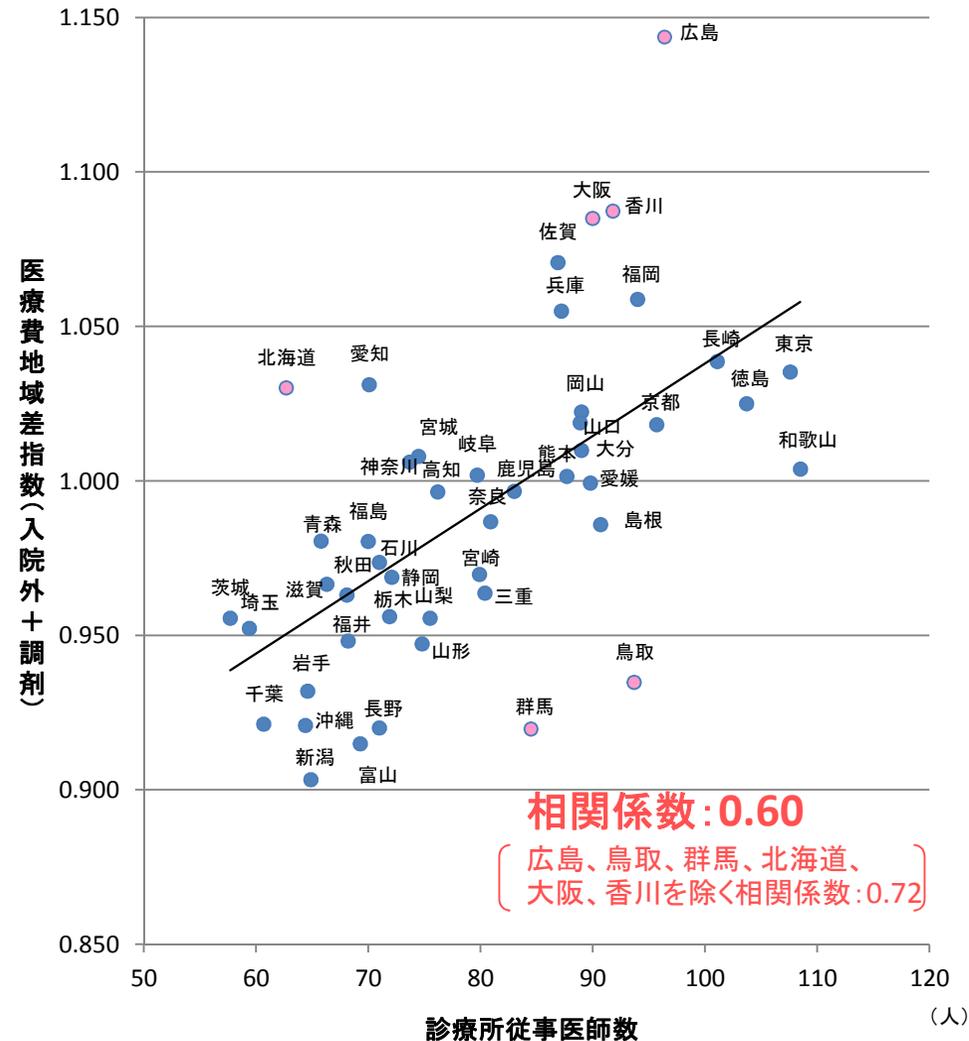
※病院医師数：主に従事している施設で病院（医育機関附属の病院を含む）を選択した医師数

# 医療費と医療資源の相関について

○人口10万人当たり診療所従事医師数と医療費地域差指数(入院外+調剤)の間には相関関係がある。

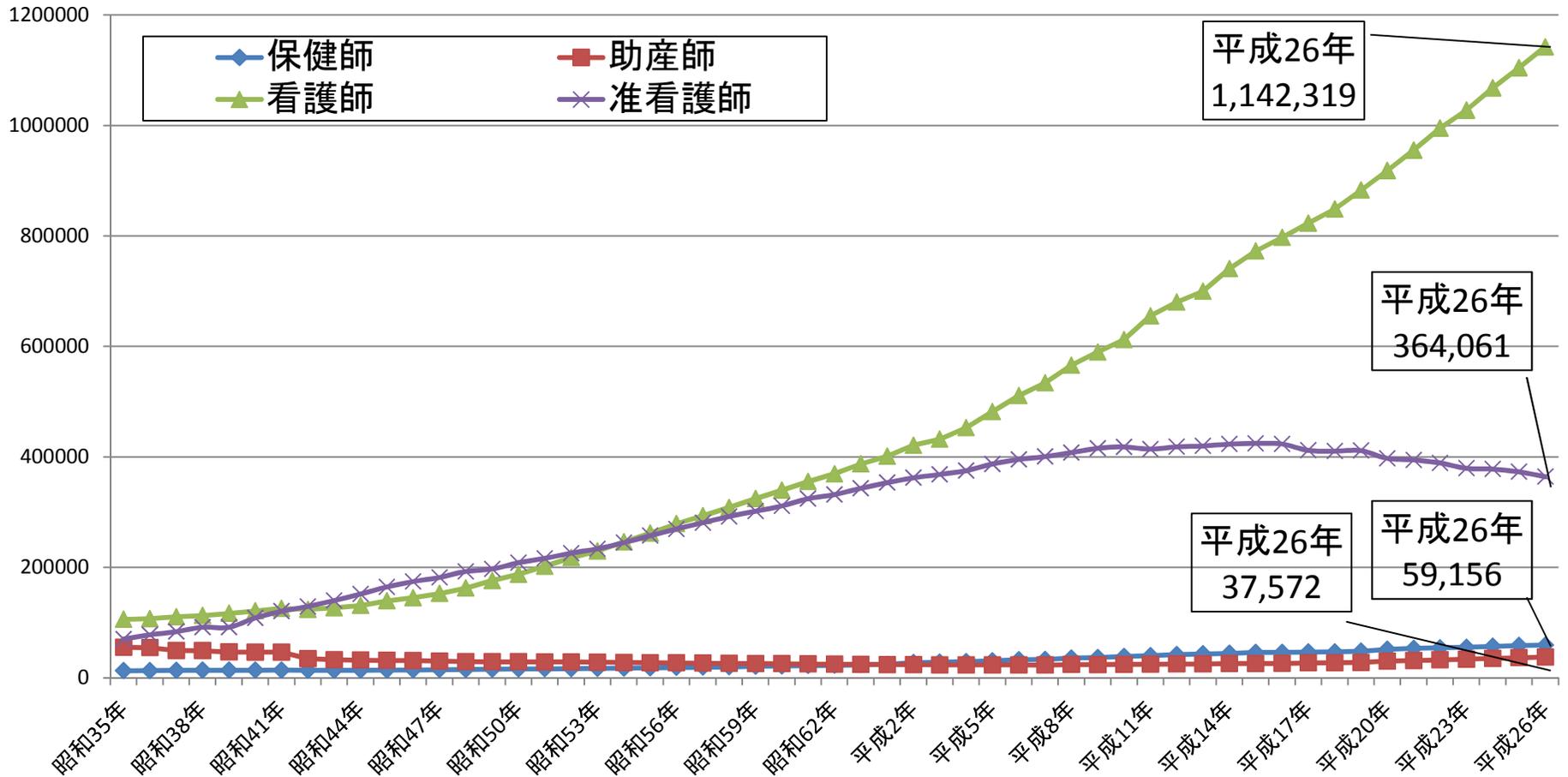
順位	診療所従事医師数 (人)	
1	和歌山	108.5
2	東京	107.6
3	徳島	103.7
4	長崎	101.1
5	広島	96.4
6	京都	95.7
7	福岡	94.0
8	鳥取	93.7
9	香川	91.8
10	島根	90.7
	.	.
	.	.
	.	.
38	滋賀	68.1
39	秋田	66.3
40	青森	65.8
41	新潟	64.9
42	岩手	64.6
43	沖縄	64.4
44	北海道	62.7
45	千葉	60.7
46	埼玉	59.4
47	茨城	57.7

順位	医療費地域差指数(入院外+調剤)	
1	広島	1.1437
2	香川	1.0873
3	大阪	1.0850
4	佐賀	1.0707
5	福岡	1.0587
6	兵庫	1.0549
7	長崎	1.0386
8	東京	1.0352
9	愛知	1.0311
10	北海道	1.0301
	.	.
	.	.
	.	.
38	福井	0.9481
39	山形	0.9473
40	鳥取	0.9347
41	岩手	0.9319
42	千葉	0.9212
43	沖縄	0.9208
44	長野	0.9200
45	群馬	0.9196
46	富山	0.9148
47	新潟	0.9033

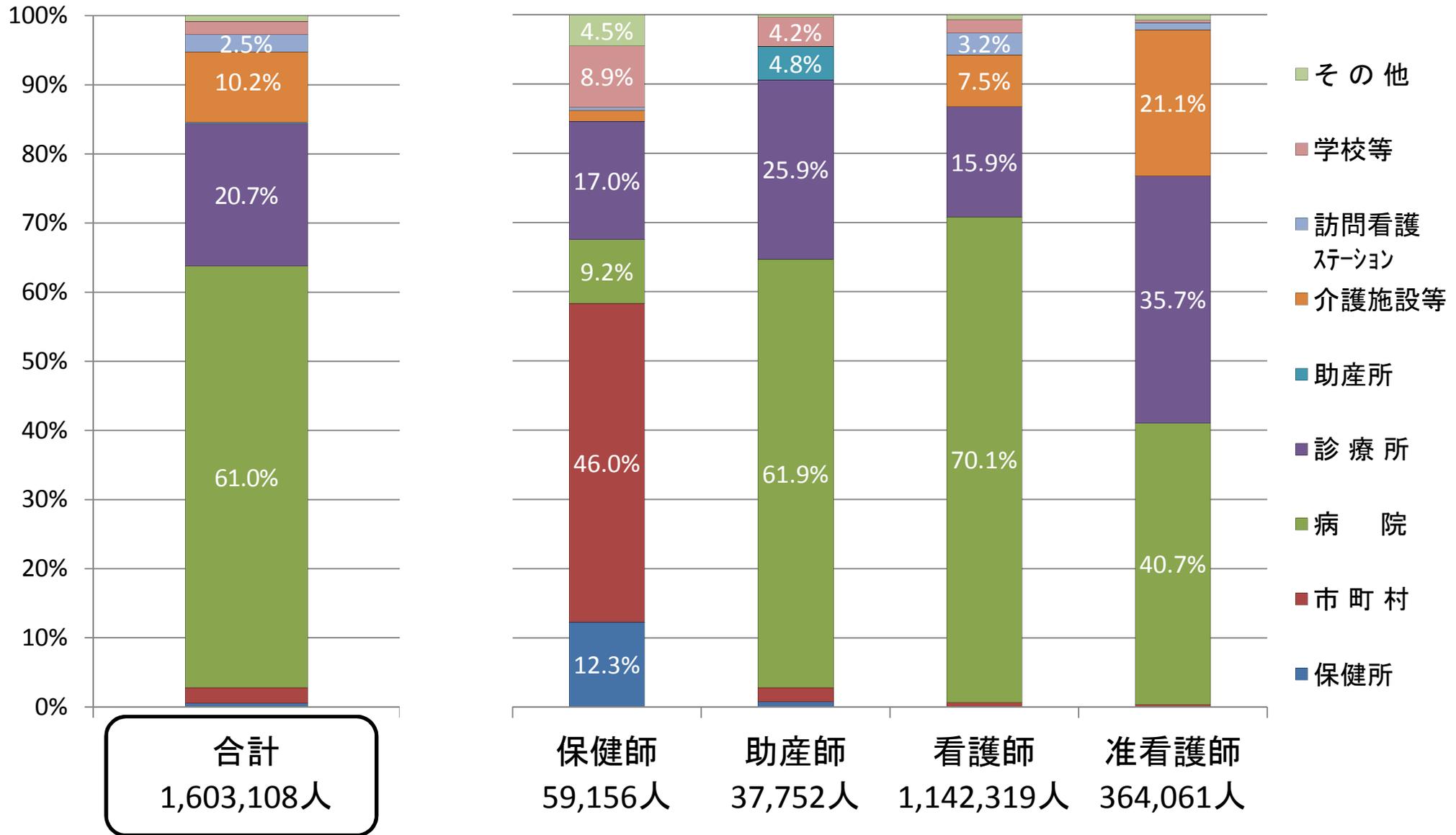


# 看護職員就業者数の推移

看護職員全体 1,603,108人(平成26年)



# 資格別看護職員の就業場所（平成26年）



※ 看護職員とは保健師、助産師、看護師、准看護師の総称

## 医療提供体制の各国比較（2013年）

国名	平均在院 日数	人口千人 当たり 病床数	病床百床 当たり 臨床医師数	人口千人 当たり 臨床医師数	病床百床 当たり 臨床看護 職員数	人口千人 当たり 臨床看護 職員数
日本	32.5 <sup>※3</sup> (18.2)	13.3	17.1 <sup>※1</sup>	2.3	78.9 <sup>※1</sup>	10.5 <sup>※1</sup>
ドイツ	9.6 <sup>※3</sup> (7.3)	8.3	47.6 <sup>※1</sup>	4.1	137.5 <sup>※2</sup>	11.3 <sup>※2</sup>
フランス	12.7 <sup>※3</sup> (5.2)	6.3	48.7 <sup>※1</sup>	3.3	#131.5 <sup>※3</sup>	#8.5 <sup>※3</sup>
イギリス	7.7 <sup>※3</sup> (6.6)	2.8	98.0 <sup>※1</sup>	2.8	292.3 <sup>※1</sup>	8.2 <sup>※1</sup>
アメリカ	6.2 <sup>※3</sup> (5.4)	2.9	79.9 <sup>※3</sup>	2.6	#359.4 <sup>※3</sup>	#10.9 <sup>※3</sup>

(出典):「OECD Health Data 2015・2014・2013・2012」

注1 「※1」は2012年の数値データ、「※2」は2011年の数値データ、「※3」は2010年の数値データ、

注2 「#」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

注3 病床百床あたり臨床医師数ならびに臨床看護職員数は、総臨床医師数等を病床数で単純に割って百をかけた数値である。

注4 平均在院日数のカッコ書きは、急性期病床(日本は一般病床)における平均在院日数である。

## 基本的考え方

- 診療は、医師又は歯科医師と患者が直接対面して行われることが基本。
- 遠隔診療は、あくまで直接の対面診療の補完であるが、直接の対面診療に代替し得る程度の患者の心身の状況に関する有用な情報が得られる場合、遠隔診療は直ちに医師法第20条等に抵触しない。

<参考> 医師法（昭和23年法律第201号）第20条

医師は、自ら診察しないで治療をし、若しくは診断書若しくは処方せんを交付し、自ら出産に立ち会わないで出生証明書若しくは死産証書を交付し、又は自ら検案をしないで検案書を交付してはならない。但し、診療中の患者が受診後24時間以内に死亡した場合に交付する死亡診断書については、この限りでない。

## 平成9年局長通知の留意事項（一部）

- 初診及び急性期の疾患に対しては、原則として直接の対面診療によること。
- 直接の対面診療を行うことができる場合等には、これによること。
- 上記にかかわらず、次に掲げる場合において、患者側の要請に基づき、患者側の利点を十分に勘案した上で、直接の対面診療と適切に組み合わせて行われるときは、遠隔診療によっても差し支えないこと。
  - ① 直接の対面診療を行うことが困難である場合（例えば、離島、へき地の患者の場合など、遠隔診療によらなければ当面必要な診療を行うことが困難な場合）
  - ② 病状が安定している患者（長期に診療してきた慢性期患者など）に対し、患者の病状急変時等の連絡・対応体制を確保し、患者の療養環境の向上が認められる遠隔診療を実施する場合（例えば、別表の患者の場合）

## 平成27年事務連絡における明確化事項

- ①の「離島、へき地の患者の場合」は例示であること。
- ②の「別表の患者の場合」は例示であること。
- 遠隔医療は、直接の対面診療を行った上で行わなければならないものではないこと。

## 平成9年局長通知により遠隔診療の例として示しているもの

遠隔診療の対象	内容
在宅酸素療法を行っている患者	在宅酸素療法を行っている患者に対して、テレビ電話等情報通信機器を通して、心電図、血圧、脈拍、呼吸数等の観察を行い、在宅酸素療法に関する継続的助言・指導を行うこと。
在宅難病患者	在宅難病患者に対して、テレビ電話等情報通信機器を通して、心電図、血圧、脈拍、呼吸数等の観察を行い、難病の療養上必要な継続的助言・指導を行うこと。
在宅糖尿病患者	在宅糖尿病患者に対して、テレビ電話等情報通信機器を通して、血糖値等の観察を行い、糖尿病の療養上必要な継続的助言・指導を行うこと。
在宅喘息患者	在宅喘息患者に対して、テレビ電話等情報通信機器を通して、呼吸機能等の観察を行い、喘息の療養上必要な継続的助言・指導を行うこと。
在宅高血圧患者	在宅高血圧患者に対して、テレビ電話等情報通信機器を通して、血圧、脈拍等の観察を行い、高血圧の療養上必要な継続的助言・指導を行うこと。
在宅アトピー性皮膚炎患者	在宅アトピー性皮膚炎患者に対して、テレビ電話等情報通信機器を通して、アトピー性皮膚炎等の観察を行い、アトピー性皮膚炎の療養上必要な継続的助言・指導を行うこと。
褥瘡のある在宅療養患者	在宅療養患者に対して、テレビ電話等情報通信機器を通して、褥瘡等の観察を行い、褥瘡の療養上必要な継続的助言・指導を行うこと。
在宅脳血管障害療養患者	在宅脳血管障害療養患者に対して、テレビ電話等情報通信機器を通して、運動機能、血圧、脈拍等の観察を行い、脳血管障害の療養上必要な継続的助言・指導を行うこと。
在宅がん患者	在宅がん患者に対して、テレビ電話等情報通信機器を通して、血圧、脈拍、呼吸数等の観察を行い、がんの療養上必要な継続的助言・指導を行うこと。

## 遠隔モニタリングによる心臓ペースメーカー指導管理料について

- 遠隔モニタリングによる心臓ペースメーカー指導管理の評価について、医療機器の取扱いや新たなエビデンスに応じて評価を見直す。

## 現行

心臓ペースメーカー指導管理料	
イ 遠隔モニタリングによる場合	550点
ロ 着用型自動除細動器による場合	360点
ハイ又はロ以外の場合	360点



## 改定後

心臓ペースメーカー指導管理料	
<u>(削除)</u>	
イ 着用型自動除細動器による場合	360点
ロ イ以外の場合	360点

注5 ロを算定する患者について、前回受診月の翌月から今回受診月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、60点に当該期間の月数(当該指導を行った月に限り、11月を限度とする。)を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。

## (イメージ図)



## 情報通信技術（ICT）を活用した医療連携や医療に関するデータの収集・利活用の推進①

### 診療情報提供書等の文書の電子的な送受に関する記載の明確化

- 診療情報提供書等の診療等に要する文書（これまで記名・押印を要していたもの）を、**電子的に送受できることを明確化し、安全性の確保等に関する要件を明記。**

### 画像情報・検査結果等の電子的な送受に関する評価

- 保険医療機関間で、診療情報提供書を提供する際に、併せて、画像情報や検査結果等を電子的に提供し活用することについて評価。

#### （新） 検査・画像情報提供加算

（診療情報提供料の加算として評価）

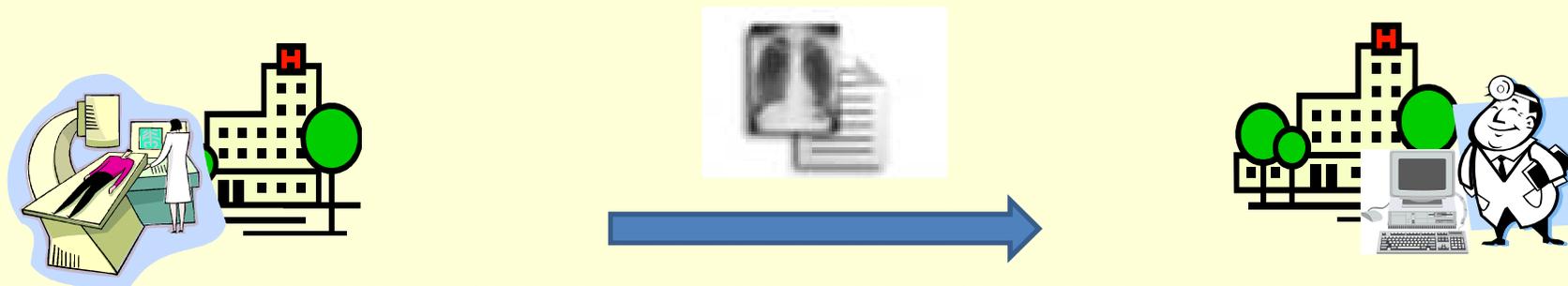
**イ 退院患者の場合 200点**

**ロ その他の患者の場合 30点**

診療情報提供書と併せて、画像情報・検査結果等を電子的方法により提供した場合に算定。

#### （新） 電子的診療情報評価料 30点

診療情報提供書と併せて、電子的に画像情報や検査結果等の提供を受け、診療に活用した場合に算定。



#### [施設基準]

- ① 他の保険医療機関等と連携し、患者の医療情報に関する電子的な送受信が可能なネットワークを構築していること。
- ② 別の保険医療機関と標準的な方法により安全に情報の共有を行う体制が具備されていること。

## ② 医療従事者の養成・キャリア

# 医学教育モデル・コア・カリキュラム (H13.3策定、H19.12、H23.3改訂) (概要)

- 学生が卒業時まで身に付けておくべき、必須の実践的診療能力(知識・技能・態度)に関する到達目標を明確化
- 履修時間数(単位数)の3分の2程度を目安としたもの(残り3分の1程度は各大学が特色ある独自の選択的なカリキュラムを実施)
- 冒頭に「医師として求められる基本的な資質」を記載、患者中心の医療および医療の安全性確保も明記
- 医学の基礎となる基礎科学については、別途「準備教育モデル・コア・カリキュラム」として記載

## 教養教育

## 選択的なカリキュラム(学生の履修時間数(単位数)の3分の1程度)

※各大学が理念に照らして設置する独自のもの(学生が自主的に選択できるプログラムを含む)



# 医学教育モデル・コア・カリキュラム

(学生の履修時間数(単位数)の3分の2程度)

## 医師として求められる基本的な資質

人文・社会科学・数学・語学教育など

準備教育モデル・コア・カリキュラム

物理現象と物質の科学

生命現象の科学

情報の科学

人の行動と心理

### C 医学一般

生命現象の科学(再掲) 個体の反応  
個体の構成と機能 病因と病態

### D 人体各器官の正常構造と機能、病態、診断、治療

### E 全身に及ぶ生理的变化、病態、診断、治療

### F 診療の基本

症状・病態からのアプローチ  
基本的診療知識 基本的診療技能

### A 基本事項

医の原則 医療における安全性確保  
コミュニケーションとチーム医療 課題探求・解決と学習の在り方

### B 医学・医療と社会

社会・環境と健康 地域医療  
生活習慣と疾病 保健、医療、福祉と介護の制度 死と法

CBT(知識)・OSCE(技能・態度)  
臨床実習開始前の「共用試験」

### G 臨床実習

診察の基本  
診察法  
基本的診療手技  
診療科臨床実習(内科系、外科系、救急医療)  
地域医療臨床実習

疫学と予防医学

診療情報 臨床研究と医療

医師国家試験

# 医師として求められる基本的な資質

○医学教育モデル・コア・カリキュラムの中では、「患者中心の視点」など8つの「医師として求められる基本的な資質」が示されている。

## （医師としての職責）

- ・豊かな人間性と生命の尊厳についての深い認識を有し、人の命と健康を守る医師としての職責を自覚する。

## （患者中心の視点）

- ・患者およびその家族の秘密を守り、医師の義務や医療倫理を遵守するとともに、患者の安全を最優先し、常に患者中心の立場に立つ。

## （コミュニケーション能力）

- ・医療内容を分かりやすく説明する等、患者やその家族との対話を通じて、良好な人間関係を築くためのコミュニケーション能力を有する。

## （チーム医療）

- ・医療チームの構成員として、相互の尊重のもとに適切な行動をとるとともに、後輩等に対する指導を行う。

## （総合的診療能力）

- ・統合された知識、技能、態度に基づき、全身を総合的に診療するための実践的能力を有する。

## （地域医療）

- ・医療を巡る社会経済的動向を把握し、地域医療の向上に貢献するとともに、地域の保健・医療・福祉・介護および行政等と連携協力する。

## （医学研究への志向）

- ・医学・医療の進歩と改善に資するために研究を遂行する意欲と基礎的素養を有する。

## （自己研鑽）

- ・男女を問わずキャリアを継続させて、生涯にわたり自己研鑽を続ける意欲と態度を有する。

# 地域枠の導入状況（大学別一覧） 1 / 2

- 79大学中、地域枠\*を設定しているのは71大学（90%）。このうち、地元出身枠を設定しているのは46大学（65%）。
  - 大学が導入している地域枠\*のうち、地元出身枠は約48%（=783/1617）。
- 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。

都道府県	区分	大学名	H28年度 入学定員	うち地域枠	
				募集人員	うち 地元出身枠
北海道	国立	旭川医科大学	122	72	55
		(うち2年次編入学)	10	5	5
北海道	公立	札幌医科大学	110	90	35
青森県	国立	弘前大学	132	67	55
		(うち2年次編入学)	20	5	5
岩手県	私立	岩手医科大学	130	28	15
宮城県	国立	東北大学	135	33	0
宮城県	私立	東北医科薬科大学	100	55	0
秋田県	国立	秋田大学	129	34	19
山形県	国立	山形大学	125	8	8
福島県	公立	福島県立医科大学	130	60	8
茨城県	国立	筑波大学	140	36	26
栃木県	私立	獨協医科大学	120	20	10
群馬県	国立	群馬大学	123	18	0
		(うち2年次編入学)	15	2	0
埼玉県	私立	埼玉医科大学	127	16	0
千葉県	国立	千葉大学	122	20	0
東京都	国立	東京医科歯科大学	106	4	0
		杏林大学	117	12	10
東京都	私立	順天堂大学	130	19	10

都道府県	区分	大学名	H28年度 入学定員	うち地域枠	
				募集人員	うち 地元出身枠
東京都	私立	昭和大学	110	12	0
東京都	私立	帝京大学	120	14	0
東京都	私立	東京医科大学	120	10	0
東京都	私立	東京慈恵会医科大学	110	10	5
東京都	私立	東邦大学	115	5	0
東京都	私立	日本大学	120	10	0
東京都	私立	日本医科大学	116	6	0
神奈川県	公立	横浜市立大学	90	30	5
神奈川県	私立	北里大学	119	10	0
神奈川県	私立	聖マリアンナ医科大学	115	5	0
神奈川県	私立	東海大学	118	17	0
新潟県	国立	新潟大学	127	17	17
富山県	国立	富山大学	110	25	15
石川県	国立	金沢大学	117	12	0
石川県	私立	金沢医科大学	110	10	5
福井県	国立	福井大学	115	15	5
山梨県	国立	山梨大学	125	40	35
長野県	国立	信州大学	120	20	20
岐阜県	国立	岐阜大学	110	30	28
静岡県	国立	浜松医科大学	120	25	5
		(うち2年次編入学)	5	5	5

# 地域枠の導入状況（大学別一覧） 2 / 2

都道府県	区分	大学名	H28年度 入学定員		
				うち地域枠 募集人員	うち 地元出身枠
愛知県	国立	名古屋大学	112	5	0
愛知県	公立	名古屋市立大学	97	27	7
愛知県	私立	愛知医科大学	115	10	0
愛知県	私立	藤田保健衛生大学	120	10	0
三重県	国立	三重大学	125	35	30
滋賀県	国立	滋賀医科大学	117	28	18
		(うち2年次編入学)	17	7	5
京都府	公立	京都府立医科大学	107	7	7
大阪府	公立	大阪市立大学	95	15	0
大阪府	私立	大阪医科大学	112	22	0
大阪府	私立	関西医科大学	117	15	0
大阪府	私立	近畿大学	115	20	0
兵庫県	国立	神戸大学	117	10	10
兵庫県	私立	兵庫医科大学	112	13	0
奈良県	公立	奈良県立医科大学	115	38	25
和歌山県	公立	和歌山県立医科大学	100	36	10
鳥取県	国立	鳥取大学	110	32	10
島根県	国立	島根大学	112	25	13
		(うち3年次編入学)	10	3	3
岡山県	国立	岡山大学	120	17	7
		(うち2年次編入学)	5	5	0

都道府県	区分	大学名	H28年度 入学定員		
				うち地域枠 募集人員	うち 地元出身枠
岡山県	私立	川崎医科大学	120	30	20
広島県	国立	広島大学	120	20	18
山口県	国立	山口大学	117	33	18
		(うち2年次編入学)	10	3	3
徳島県	国立	徳島大学	114	17	17
香川県	国立	香川大学	114	24	19
愛媛県	国立	愛媛大学	115	20	20
高知県	国立	高知大学	115	25	15
福岡県	私立	久留米大学	115	20	0
福岡県	私立	福岡大学	110	10	10
佐賀県	国立	佐賀大学	106	26	23
長崎県	国立	長崎大学	123	32	23
		(うち2年次編入学)	5	5	0
熊本県	国立	熊本大学	115	10	5
大分県	国立	大分大学	110	13	13
宮崎県	国立	宮崎大学	110	20	20
鹿児島県	国立	鹿児島大学	117	20	17
		(うち2年次編入学)	10	3	0
沖縄県	国立	琉球大学	117	17	17
計		71大学	8,261	1,617	783
		(うち2年次編入学)	97	40	23
		(うち3年次編入学)	10	3	3

- ※1 自治医科大学は大学の目的に鑑み除外。 ※2 私立大学は入学定員ではなく、募集人員を記載。  
 ※3 地域枠には、地元出身者のための地域枠に加え、出身地にとらわれず将来地域医療に従事する意思を有する者を対象とした入学枠や入試時に特別枠は設定していないが、地域医療に資する奨学金と連動している枠数を含む。（「〇〇人程度」「〇〇人以内」を含む）  
 ※4 地元出身枠には、大学の位置する都道府県出身者、大学の位置する都道府県及び近隣の都道府県の出身者、特定の地域（へき地）出身者を応募資格としているものを含む。

地域枠募集人員：文部科学省医学教育課調べ（現在集計中）

地元出身枠：文部科学省平成28年度委託事業「地域医療に従事する医師の確保・養成のための調査・研究」を参考に作成

# 医学部の偏差値、入学志願者の状況

## ● 1990年度以降の医学部偏差値の推移

私立（後期日程および地域枠、産業医大以外のセンター利用方式を除く単純平均と最高・最低）

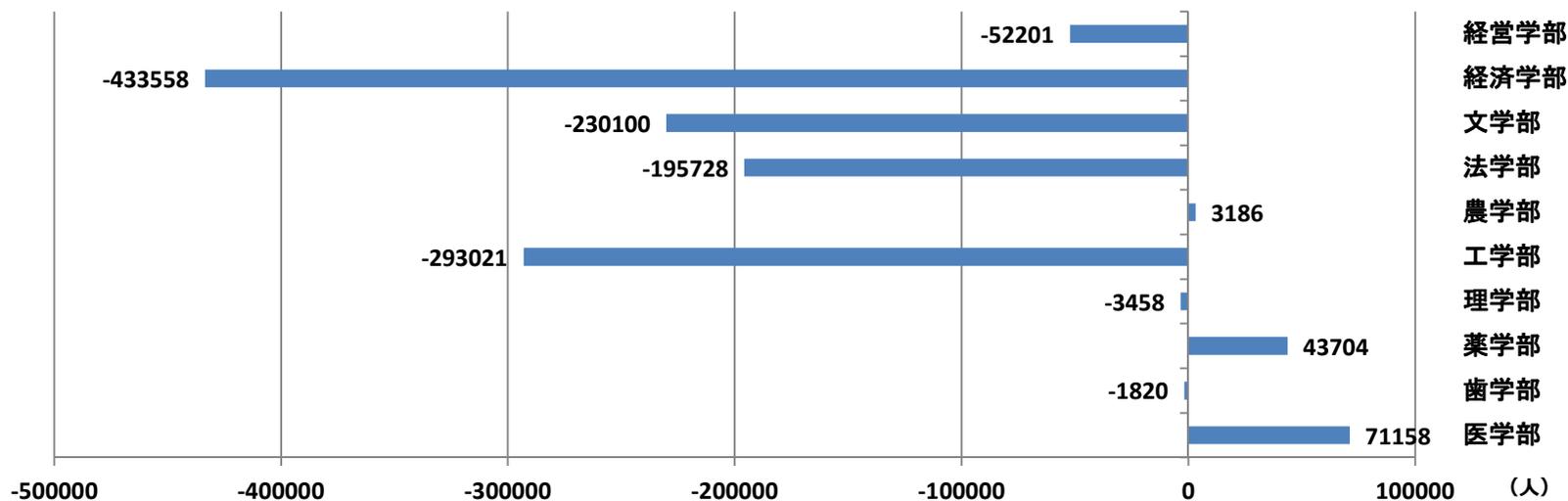
年度	1990	1995	2000	2005	2010	2015
平均	52.9	58	60.3	62.4	63	62.8
最高	70	71	75	75	76	77
最低	46	53	53	56	56	56

国公立（後期日程および地域枠・特定診療枠を除く単純平均と最高・最低）

年度	1990	1995	2000	2005	2010	2015
平均	60.9	61.7	64.3	65.7	65.5	65.6
最高	75	72	77	79	79	78
最低	55	53	57	59	60	61

駿台予備校提供の第2回駿台全国模試データを基に日本医事新報編集部作成。入試制度の変化、偏差値算出方法の変更等があり、単純比較は出来ない。

## ● 1990年を基準とした各学部入学志願者数（2014年）の増減

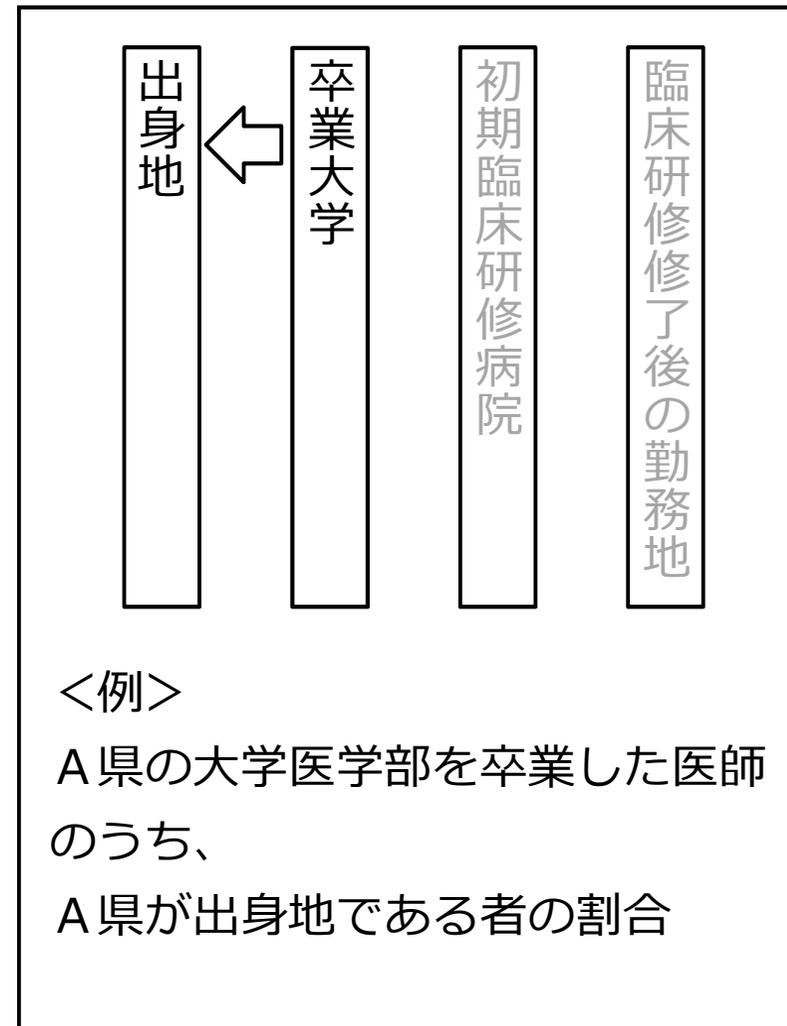
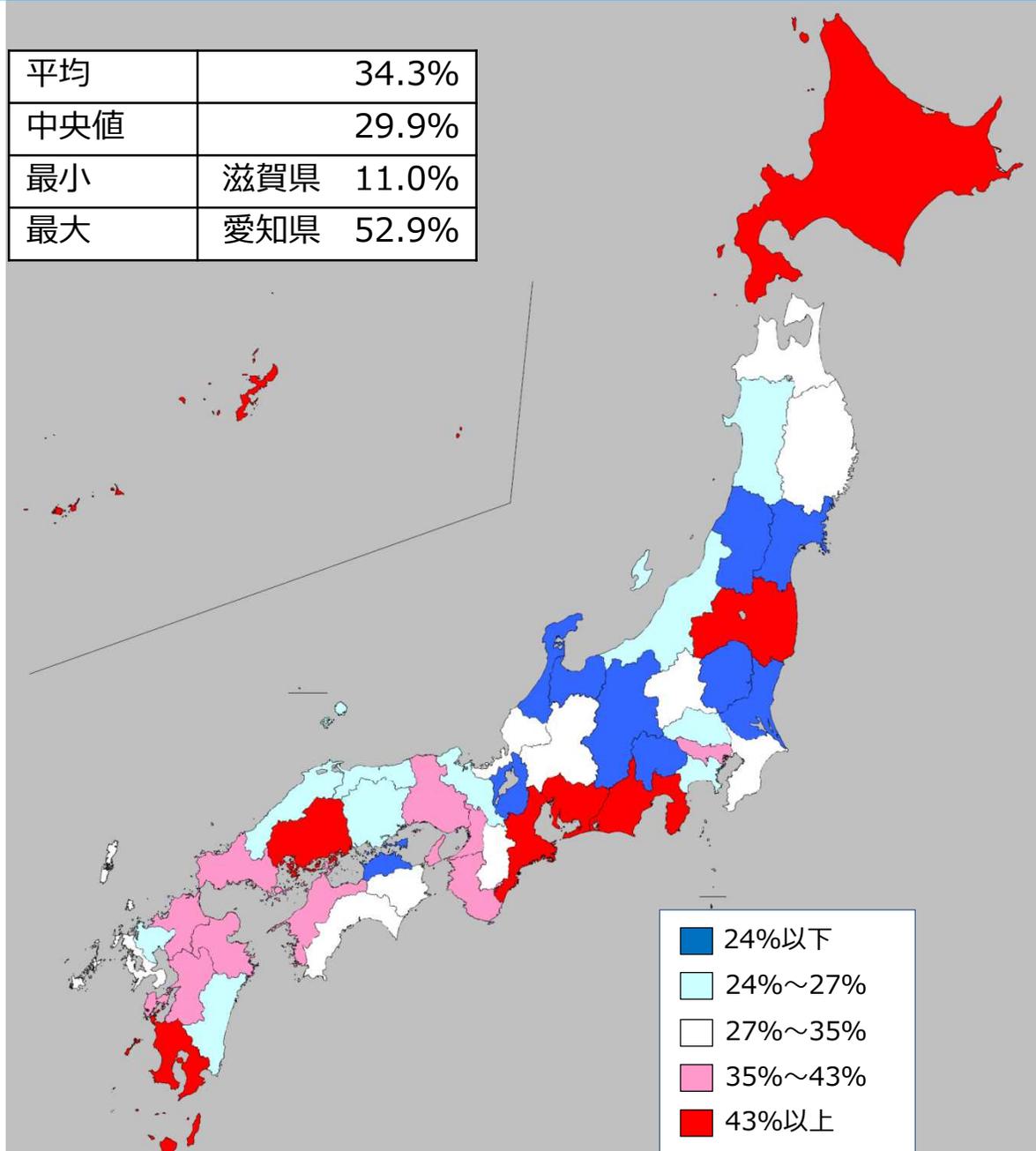


（文科省「学校基本調査」を基に日本医事新報編集部作成）

出典：日本医事新報（2016年10月29日、No.4827、p29）

# 都道府県ごとの大学医学部の地元出身者の割合

平均		34.3%
中央値		29.9%
最小	滋賀県	11.0%
最大	愛知県	52.9%

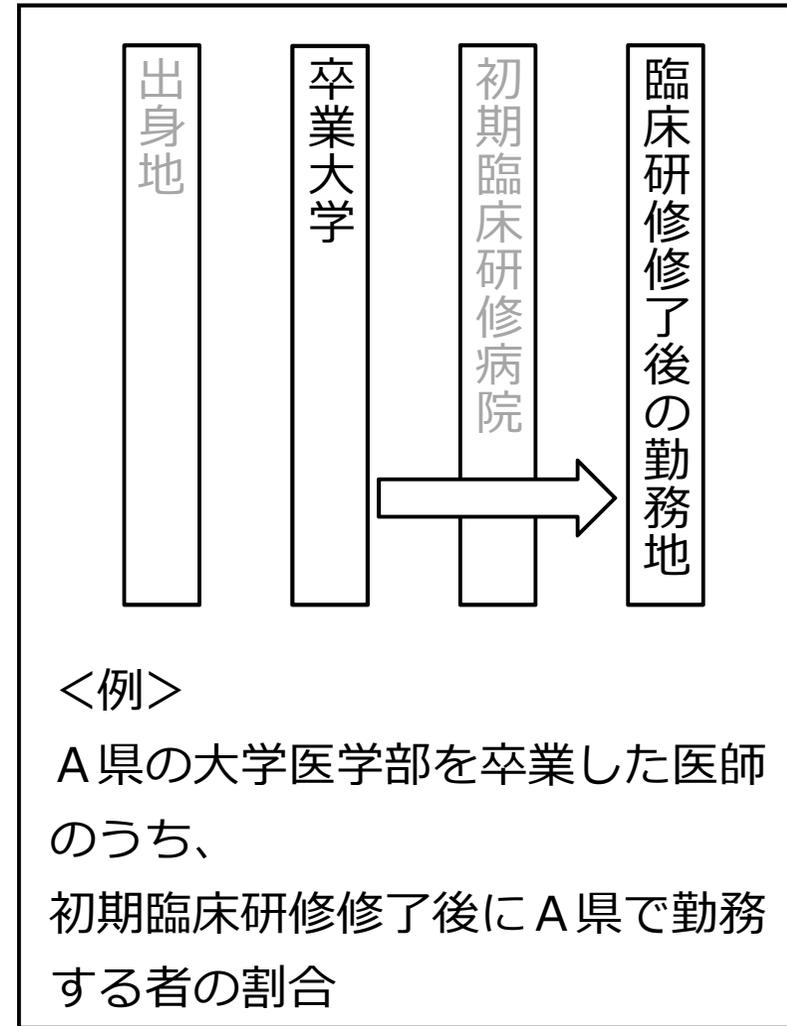
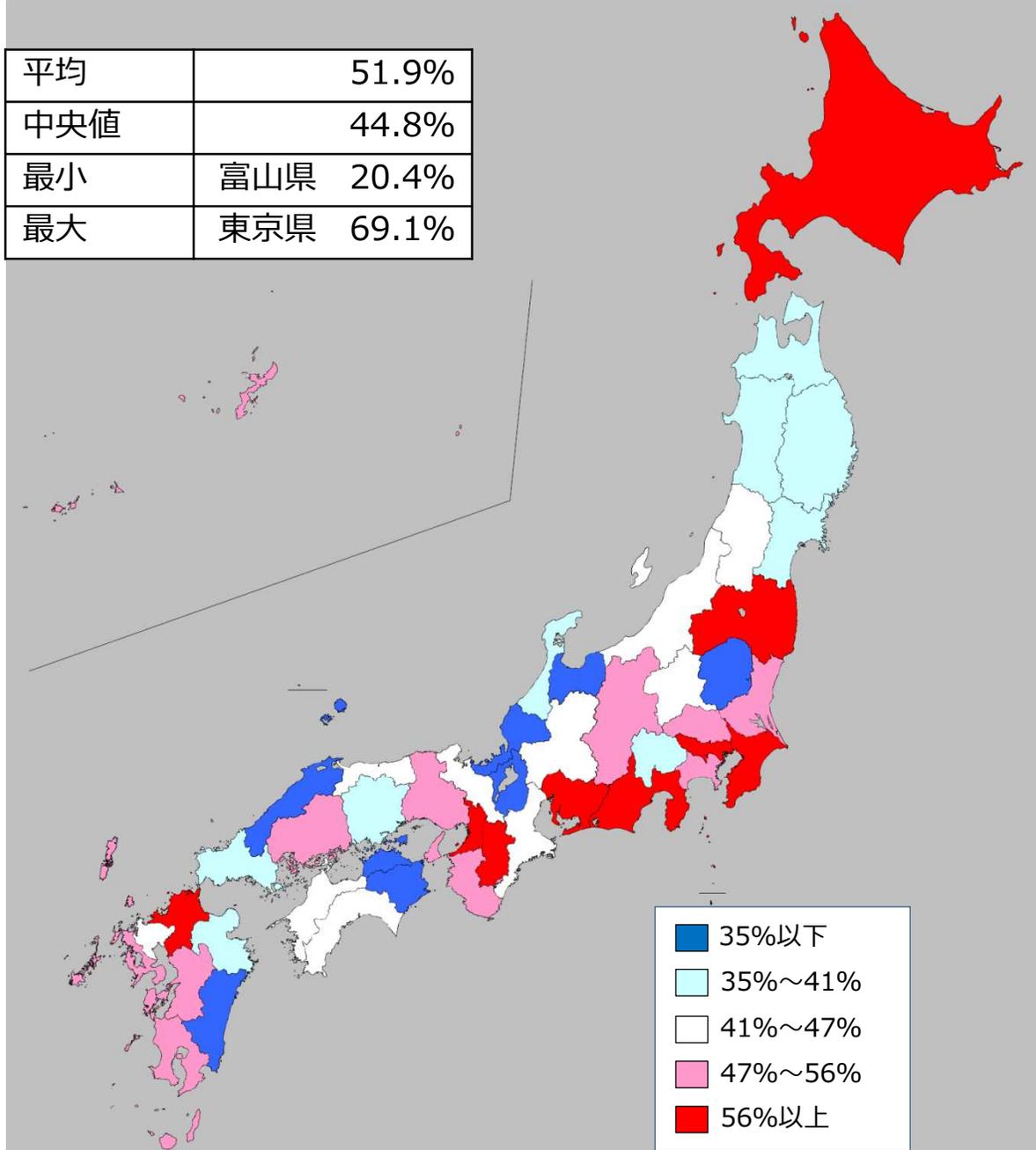


※出身地又は大学が海外の場合及び当該項目について無回答の場合は除外。

出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成27・28年）

# 初期臨床研修修了後、卒業大学と同じ都道府県で勤務する割合

平均	51.9%	
中央値	44.8%	
最小	富山県	20.4%
最大	東京都	69.1%



※出身地又は大学が海外の場合及び当該項目について無回答の場合は除外。

出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成27・28年）

## 地方への医師の定着に関する研究（ノルウェーの例）

- ノルウェーの地方都市であるトロムソ（北部ノルウェー）に位置するトロムソ大学の卒業生について、出身地等を調査し、卒業後の北部ノルウェーへの定着率を評価。
- 北部ノルウェー出身者の北部ノルウェーへの定着率は、1979-1983年の卒業生は82.9%、1984-1988年の卒業生は82.5%であるのに対し、南部ノルウェー出身者の北部ノルウェーへの定着率は、33.7-42.9%であった。
- 本研究は、地方で教育された地方出身の医学生は、卒業後、地元に着定する確率が高いことを示している。（homecoming salmon仮説）

卒業年	北部ノルウェー出身			南部ノルウェー出身		
	現住所			現住所		
	人数	南部ノルウェー (%)	北部ノルウェー (%)	人数	南部ノルウェー (%)	北部ノルウェー (%)
1979-83※1	41	17.1	82.9	98	66.3	33.7
1984-88※2	81	18.5	82.5	77	57.1	42.9
合計	122	18.0	82.0	175	62.0	38.0

※1：インターンシップ修了後6-10年

※2：インターンシップ修了後1-5年

# 遠隔地・地方での医療従事者確保のためのWHOガイドライン（2010年） ＜地方出身学生関係部分＞

- 遠隔地・地方での医療従事者確保に関して、世界中のエビデンスを評価し、エビデンスに基づいた施策を推奨。
  - ※ エビデンスの多くは、医師（医学生）を対象とした調査・研究。
- 教育に関する介入では、地方出身の学生を対象とした入学者の受け入れが、強く推奨されている。

## ＜教育に関する介入＞

	エビデンスレベル	推奨度
地方出身の学生を対象とした入学者を受け入れる	中等	強い推奨

## ＜エビデンスの要約＞

- 高・中・低所得の国々において、地方出身であることは、卒業生が地方に戻ってきて診療を行う可能性を増加させる、という説得力のあるエビデンスがある。地方出身者が、少なくとも10年間、地方で診療を継続する、と示した研究もある。
- Cochrane\*のシステマチック・レビューには、「地方出身であることが、地方での診療と最も強く関連した、唯一の要素と思われる」と記載されている。  
Cochrane\*：世界中のエビデンスを評価したもの。
- アメリカの医師の診療場所を長期に追跡した複数の研究では、地方出身の学生は卒業後、平均11～16年、地方で診療することが示されている。
- 南アフリカでは、地方出身の学生が地方で診療する可能性は、都会出身の学生と比較して、3倍である。

# 臨床研修の到達目標

「医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」  
(平成15年6月12日付け厚生労働省医政局長通知 平成27年3月31日一部改正) の別添1

## <臨床研修の基本理念>

臨床研修は、医師が、医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない。

## I 行動目標

医療人として必要な基本姿勢・態度

- (1) 患者－医師関係
- (2) チーム医療
- (3) 問題対応能力
- (4) 安全管理
- (5) 症例呈示
- (6) 医療の社会性

## II 経験目標

A 経験すべき診察法・検査・手技

- (1) 医療面接
- (2) 基本的な身体診察法
- (3) 基本的な臨床検査
- (4) 基本的手技
- (5) 基本的治療法
- (6) 医療記録
- (7) 診療計画

B 経験すべき症状・病態・疾患

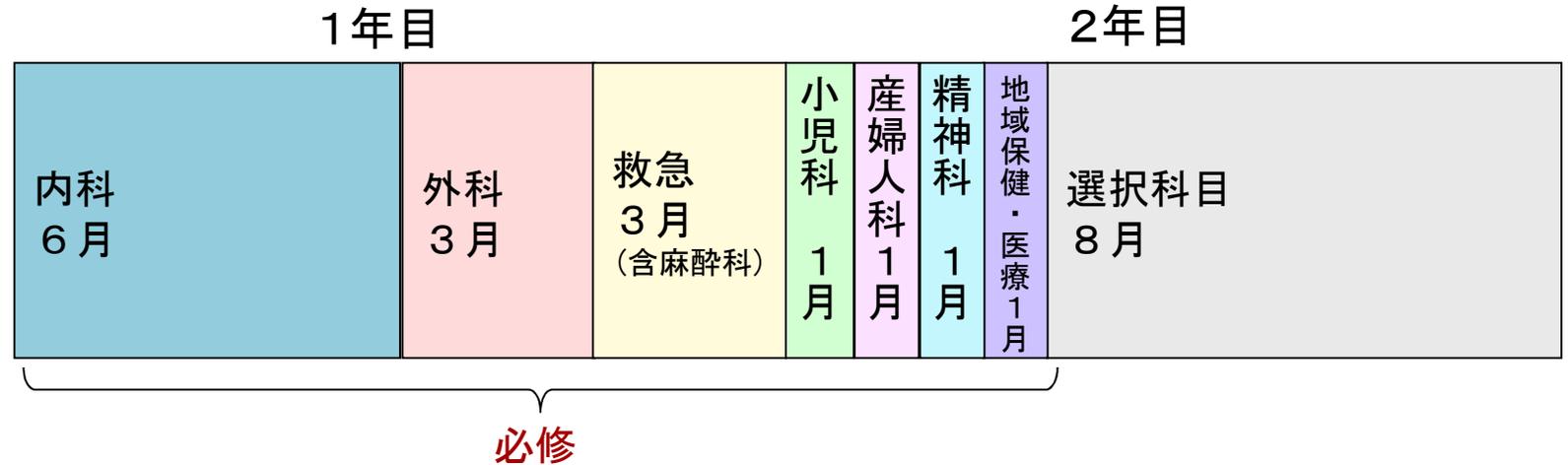
- 1 頻度の高い症状
- 2 緊急を要する症状・病態
- 3 経験が求められる疾患・病態

C 特定の医療現場の経験

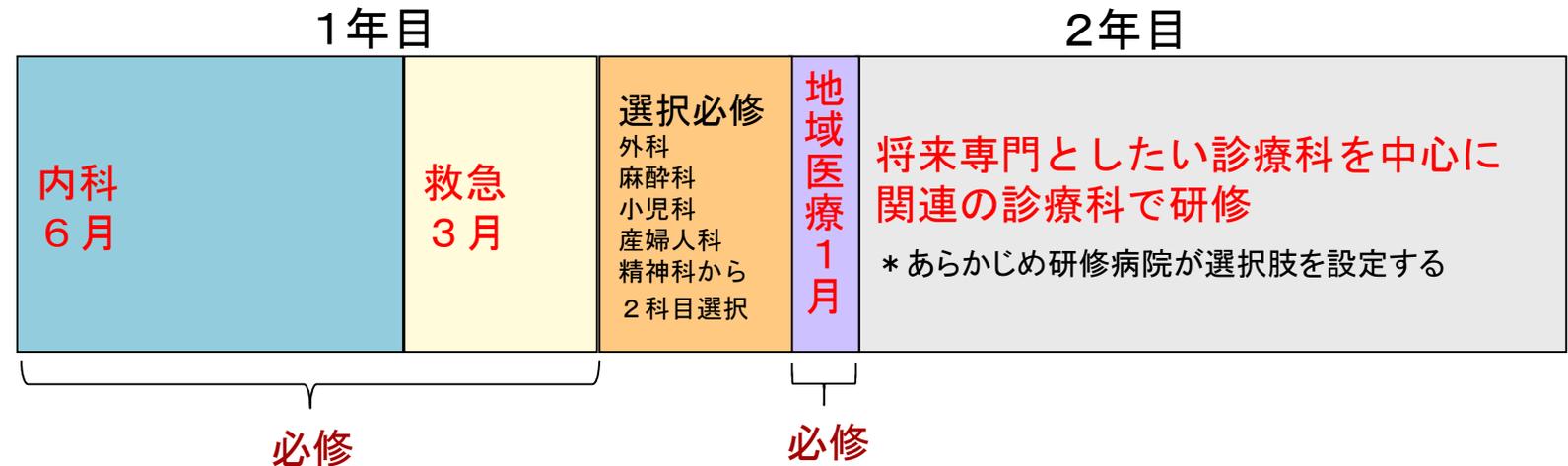
- (1) 救急医療
- (2) 予防医療
- (3) 地域医療
- (4) 周産・小児・成育医療
- (5) 精神保健・医療
- (6) 緩和ケア、終末期医療
- (7) 地域保健

# 臨床研修における必修診療科

## 平成21年度まで(7科目必修)



## 平成22年度以降(3科目必修)



# 都道府県別の募集定員上限

募集定員倍率に  
影響されない

募集定員倍率を下げると  
調整枠が減少

## ①人口分布

$$\text{全国の研修医総数} \times \frac{\text{都道府県の人口}}{\text{日本の総人口}}$$

## ②医師養成状況

$$\text{全国の研修医総数} \times \frac{\text{医学部入学定員}}{\text{全国の医学部入学定員}}$$

多いほうの割合で按分  
研修医総数を①と②の

+

## ③地理的条件等の加算

- (a) 面積当たり医師数(100km<sup>2</sup>当たり医師数)
- (b) 離島の人口
- (c) 高齢化率(65歳以上の割合)
- (d) 人口当たり医師数

都道府県別の基礎数

+

都道府県の調整枠  
※

都道府県別の募集定員上限

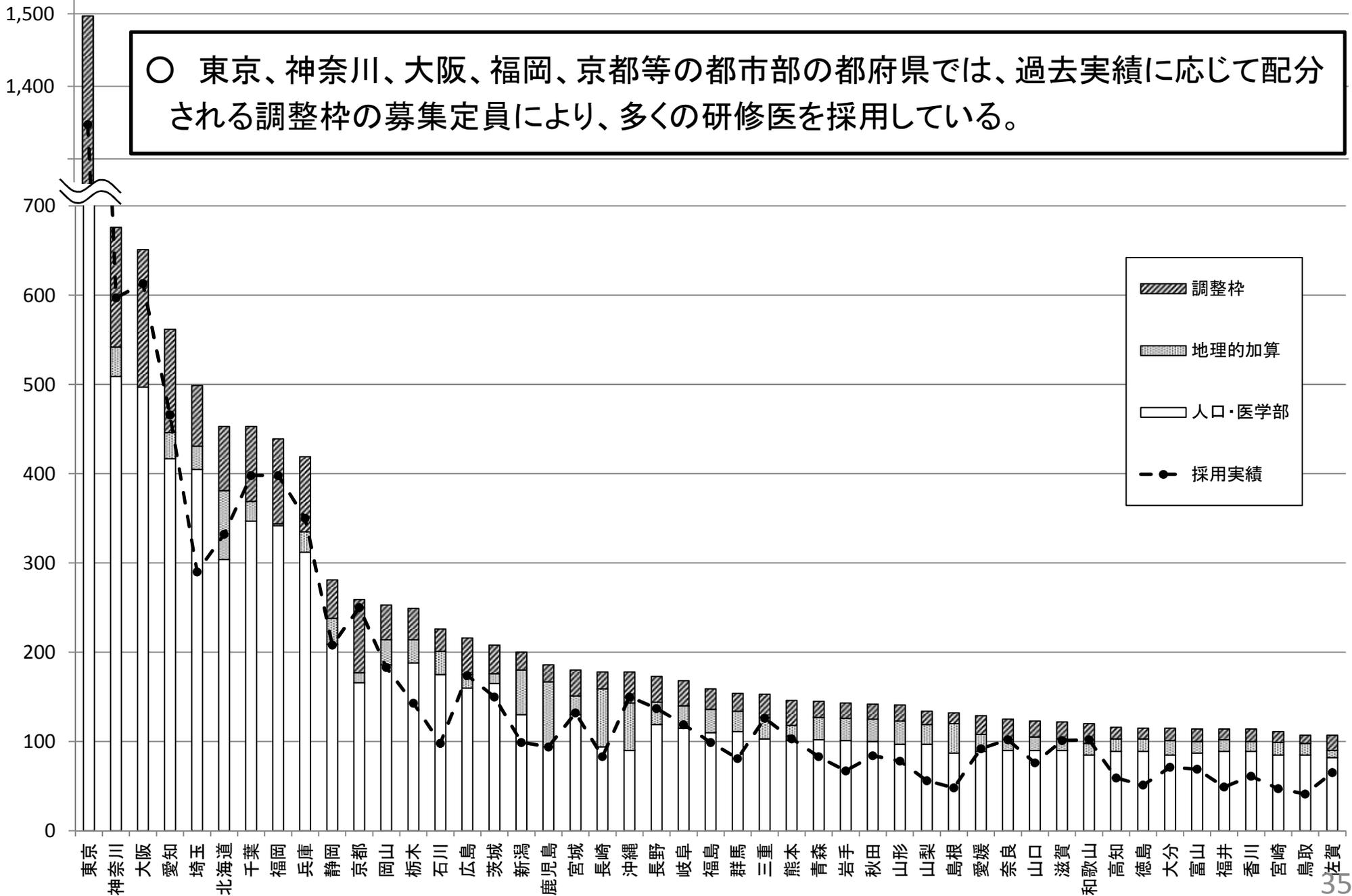
※ 都道府県の調整枠は、全国の募集定員上限<sup>※1</sup>と都道府県別基礎数の合計との差を各県の採用実績で按分

※1 全国の募集定員上限 = 研修希望者数 × 募集定員倍率<sup>※2</sup> (H28 : 1.18倍)

※2 募集定員倍率は、平成32年度までに約1.1倍まで縮小

# 都道府県別の募集定員と採用実績（平成28年度）

○ 東京、神奈川、大阪、福岡、京都等の都市部の都府県では、過去実績に応じて配分される調整枠の募集定員により、多くの研修医を採用している。



# 新たな専門医に関する仕組みについて (専門医の在り方に関する検討会(高久史磨座長) 概要)

H25.4.22

## 趣旨

医師の質の一層の向上及び医師の偏在是正を図ることを目的として検討会を開催。

## 現状

- |             |                                    |
|-------------|------------------------------------|
| <専門医の質>     | 各学会が独自に運用。学会の認定基準の統一性、専門医の質の担保に懸念。 |
| <求められる専門医像> | 専門医としての能力について医師と国民との間に捉え方のギャップ。    |
| <地域医療との関係>  | 医師の地域偏在・診療科偏在は近年の医療を巡る重要な課題。       |

## 新たな仕組みの概要

### (基本的な考え方)

- 国民の視点に立った上で、育成される側のキャリア形成支援の視点も重視して構築。
- プロフェッショナルオートノミー(専門家による自律性)を基盤として設計。

### (中立的な第三者機関)

- 中立的な第三者機関を設立し、専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を統一的に行う。

### (専門医の養成・認定・更新)

- 専門医の認定は、経験症例数等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。

### (総合診療専門医)

- 「総合診療専門医」を基本領域の専門医の一つとして加える。

### (地域医療との関係)

- 専門医の養成は、第三者機関に認定された養成プログラムに基づき、大学病院等の基幹病院と地域の協力病院等(診療所を含む)が**病院群**を構成して実施。

### (スケジュール)

- 新たな専門医の養成は、平成29年度を目安に開始\*。研修期間は、例えば3年間を基本とし、各領域の実情に応じ設定。

※ 平成30年度を目途に19基本領域の養成を一斉に開始予定。

## 期待される効果

○専門医の質の一層の向上(良質な医療の提供)

○医療提供体制の改善

- 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
----	-----	-----	-----	----	------	------	----	-------	------	-------	------	-----	----	------	-----	------	------------	------

# 専門研修プログラムの研修施設群のイメージ

## ＜県立A医科大学病院 小児科専門研修プログラム＞

プログラムの  
作成・申請

プログラムの  
認定

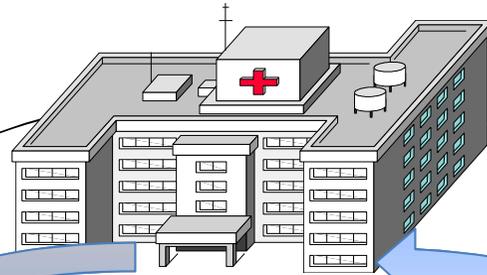
日本専門医機構

**基幹施設**

① 県立A医科大学病院: 800床

・小児科指導医数: 10名

・小児科専攻医募集数: 8名



＜研修プログラムの概要＞

研修期間: 3年間(36か月)

① 県立A医科大学病院 (12か月)

・小児科医師として**必須の知識と診療技能**の習得

② B市民病院 (6か月)

・初期救急医療、地域医療の経験

③ 日赤C医療センター (12か月)

・地域基幹病院において小児科のあらゆる疾患に対応

① 県立A医科大学病院 (6か月)

・高度先進医療も含め小児科のあらゆる疾患に対応

**連携施設**

② B市民病院: 150床

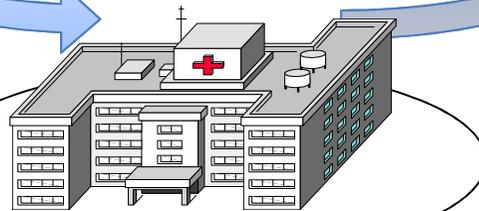
・小児科指導医数: 1名



**連携施設**

③ 日赤C医療センター: 300床

・小児科指導医数: 3名



# 看護教育制度図(概念図)

平成27年

平成28年合格者数  
 看護師 55,585人  
 助産師 2,003人  
 保健師 7,901人

## 保健師・助産師国家試験受験資格

保健師養成所・大学院・短大専攻科 33校 888人 (1学年定員)

助産師養成所・大学院・大学専攻科/別科・短大専攻科 113校 1,810人 (1学年定員)

1年  
以上

## 看護師国家試験受験資格

保健師課程

助産師課程

4年制大学

250校 21,034人  
(1学年定員)

32%

養成期間3年の  
養成所・短大

573校 29,454人 (1学年定員)

45%

高校・高校  
専攻科  
5年一貫  
教育校

76校  
4,135人  
(1学年定員)

6%

養成期間2年の  
養成所・短大等

163校 6,460人  
(1学年定員)

10%

2年通信制

18校 4,180人  
(1学年定員)

7%

3年以上の実務経  
験又は高等学校  
等卒業者

10年以上の実  
務経験

## 准看護師試験受験資格

准看護師養成所・高校  
※養成所は2年、高校は3年

234校 10,697人 (1学年定員)

高等学校卒業

中学卒業

3年  
以上

# 看護師3年課程 教育内容の変遷

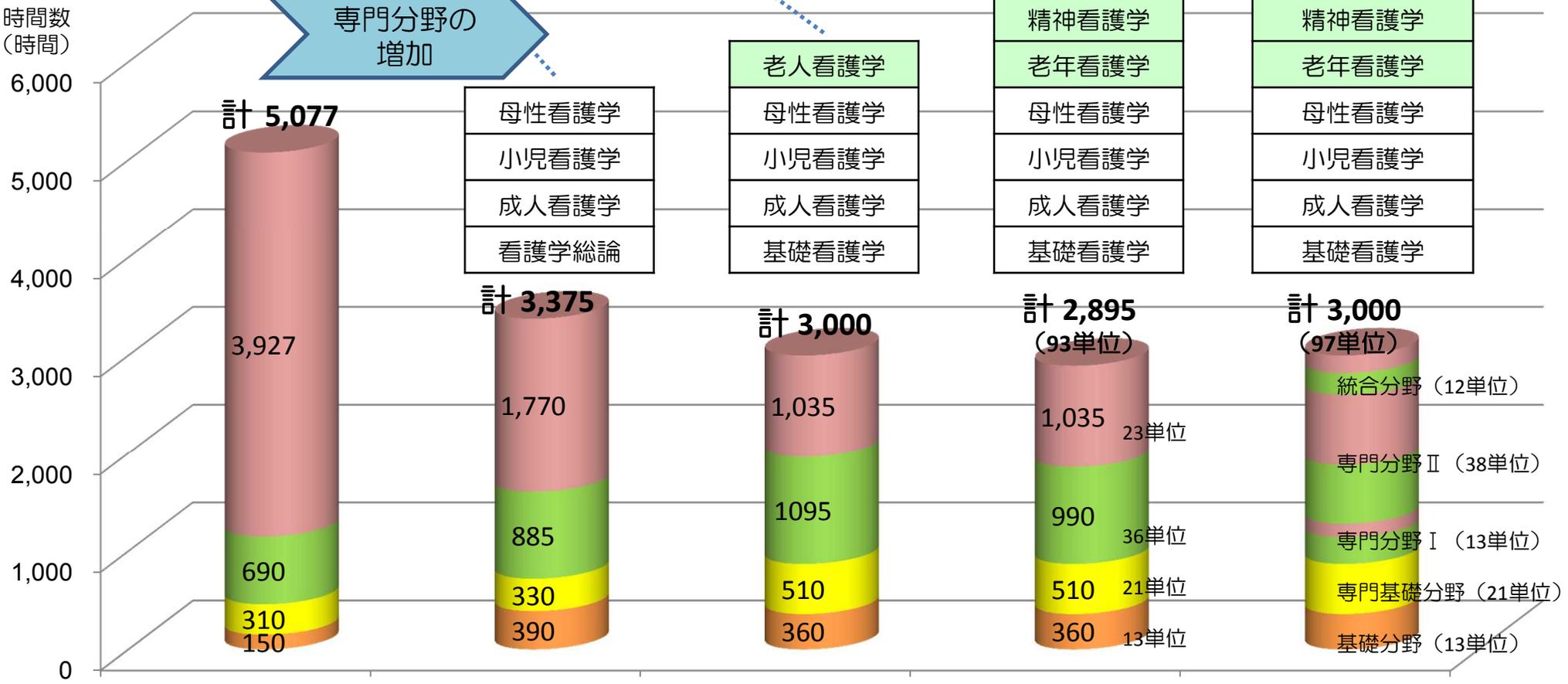
- 専門科目として看護学が独立
- 臨床実習を各学科目の授業に組み込み

- 専門科目は看護学のみ
- 精神保健・老人看護学を科目立て
- 授業時間数を減少
- カリキュラム上のゆとりを強調

- 教育科目から教育内容による規定に変更
- 単位制の導入
- 統合カリキュラムの提示
- 専任教員の専門領域担当へ変更
- 実習施設の充実と拡大

- 統合分野の創設
- 各分野での教育内容の充実
- 看護基礎教育の技術項目について卒業時の到達度を明確化

専門分野の増加



母性看護学
小児看護学
成人看護学
看護学総論

老人看護学
母性看護学
小児看護学
成人看護学
基礎看護学

在宅看護論
精神看護学
老年看護学
母性看護学
小児看護学
成人看護学
基礎看護学

看護の統合と実践
在宅看護論
精神看護学
老年看護学
母性看護学
小児看護学
成人看護学
基礎看護学

■ 基礎分野 ■ 専門基礎分野 ■ 専門分野 (講義・演習) ■ 専門分野 (臨地実習)

# 看護師に求められる実践能力と卒業時の到達目標(抜粋)

看護師等養成所の運営に関する指導ガイドライン(医政局長通知)

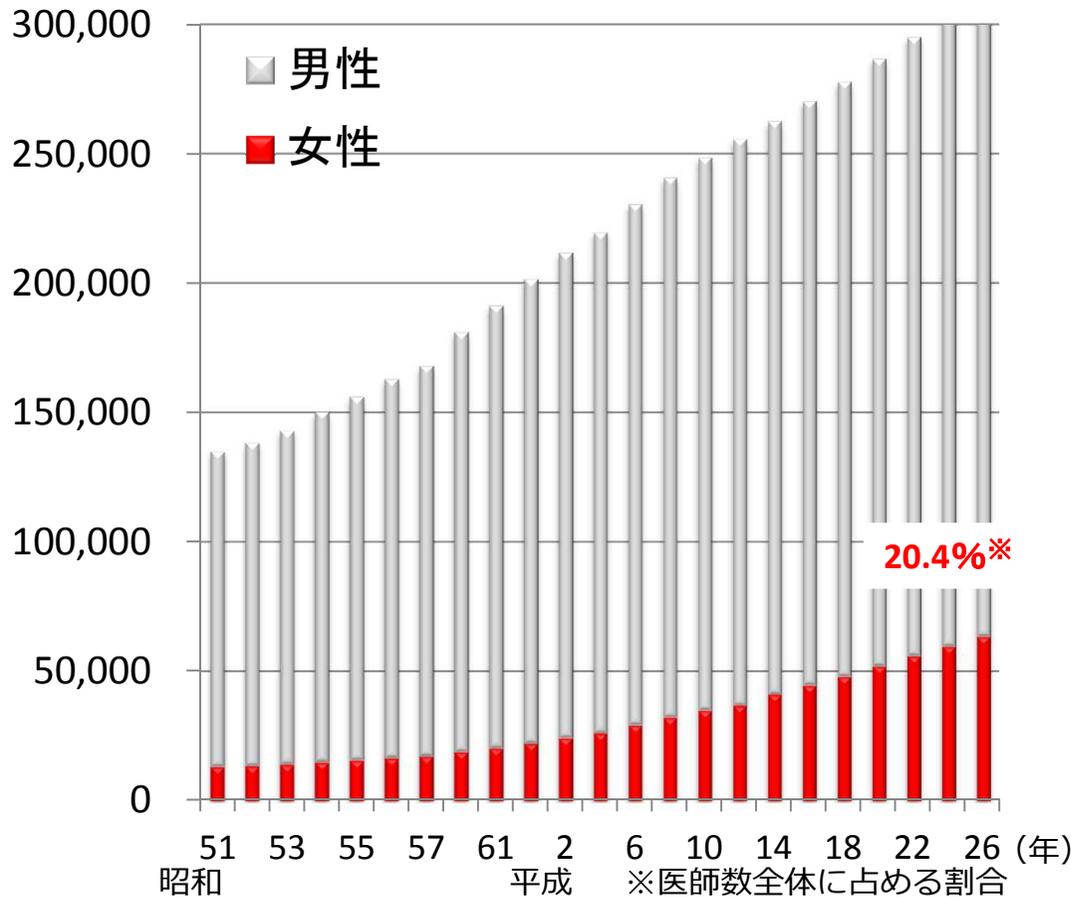
- 看護師等養成所の運営に関する指導ガイドライン(医政局長通知)に、「看護師に求められる実践能力と卒業時の到達目標」として、**対象者の価値観の尊重、多職種との連携、健康増進や疾病予防、専門職者としての研鑽し続ける基本能力**等が定められている。

看護師の実践能力	構成要素	卒業時の到達目標	
		番号	内容
I 群 ヒューマンケアの基本的な能力	倫理的な看護実践	7	対象者のプライバシーや個人情報を保護する
		8	対象者の <b>価値観、生活習慣、慣習、信条等を尊重</b> する
		9	対象者の尊厳や人権を守り、擁護的立場で行動することの重要性を理解する
		10	対象者の選択権及び自己決定を尊重する
Ⅲ群 健康の保持増進、 疾病の予防、健康 の回復にかかわる 実践能力	健康の保持・増進、 疾病の予防	27	生涯各期における <b>健康の保持増進</b> や <b>疾病予防</b> における看護の役割を理解する
		28	環境の変化が健康に及ぼす影響と予防策について理解する
		29	健康増進と健康教育のために必要な資源を理解する
		30	対象者及び家族に合わせて必要な保健指導を実施する
IV 群 ケア環境とチーム 体制を理解し活用 する能力	保健・医療・福祉 チームにおける多職 種との協働	60	<b>保健・医療・福祉チームにおける看護師及び他職種の機能・役割を理解</b> する
		61	対象者をとりまく保健・医療・福祉関係者間の協働の必要性について理解する
		62	対象者をとりまくチームメンバー間で報告・連絡・相談等を行う
		63	対象者に関するケアについての意思決定は、チームメンバーとともに行う
		64	チームメンバーとともにケアを評価し、再検討する
V 群 専門職者として研 鑽し続ける基本能 力	継続的な学習	70	看護実践における自らの課題に取り組むことの重要性を理解する
		71	継続的に <b>自分の能力の維持・向上</b> に努める
	看護の質の改善に向 けた活動	72	看護の質の向上に向けて看護師として専門性を発展させていく重要性を理解する
		73	看護実践に研究成果を活用することの重要性を理解する

# 女性医師の年次推移

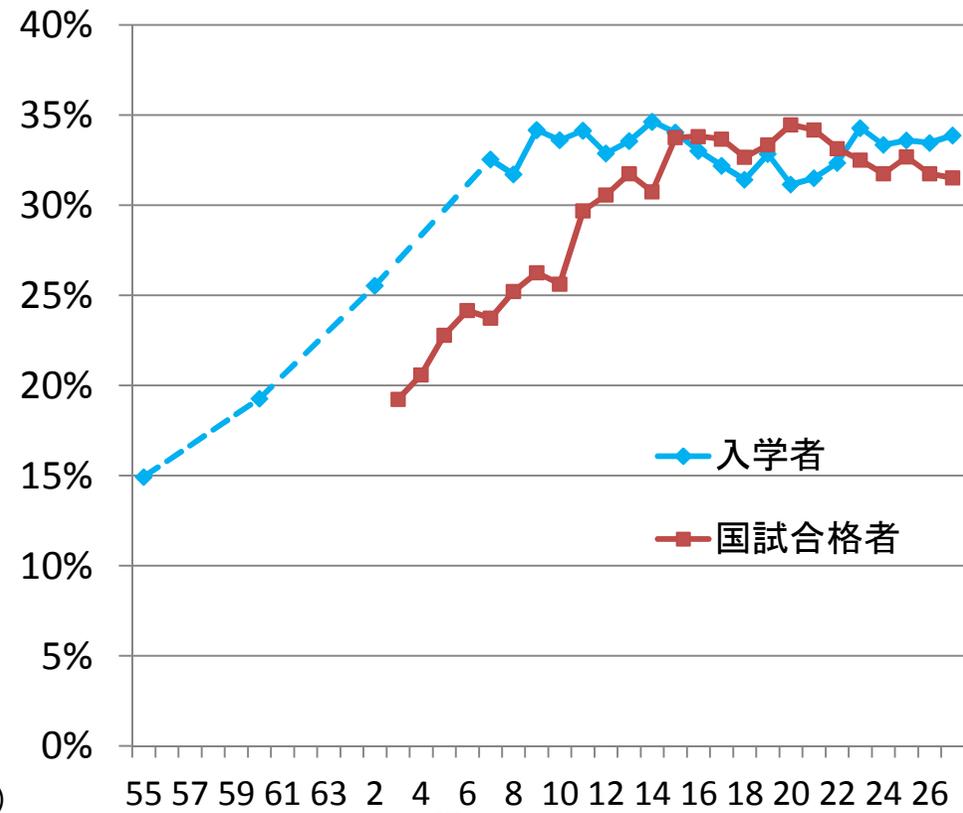
- 全医師数に占める女性医師の割合は増加傾向にあり、平成26年時点で**20.4%**を占める。
- 近年、若年層における女性医師は増加しており、医学部入学者に占める女性の割合は約3分の1となっている。

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)

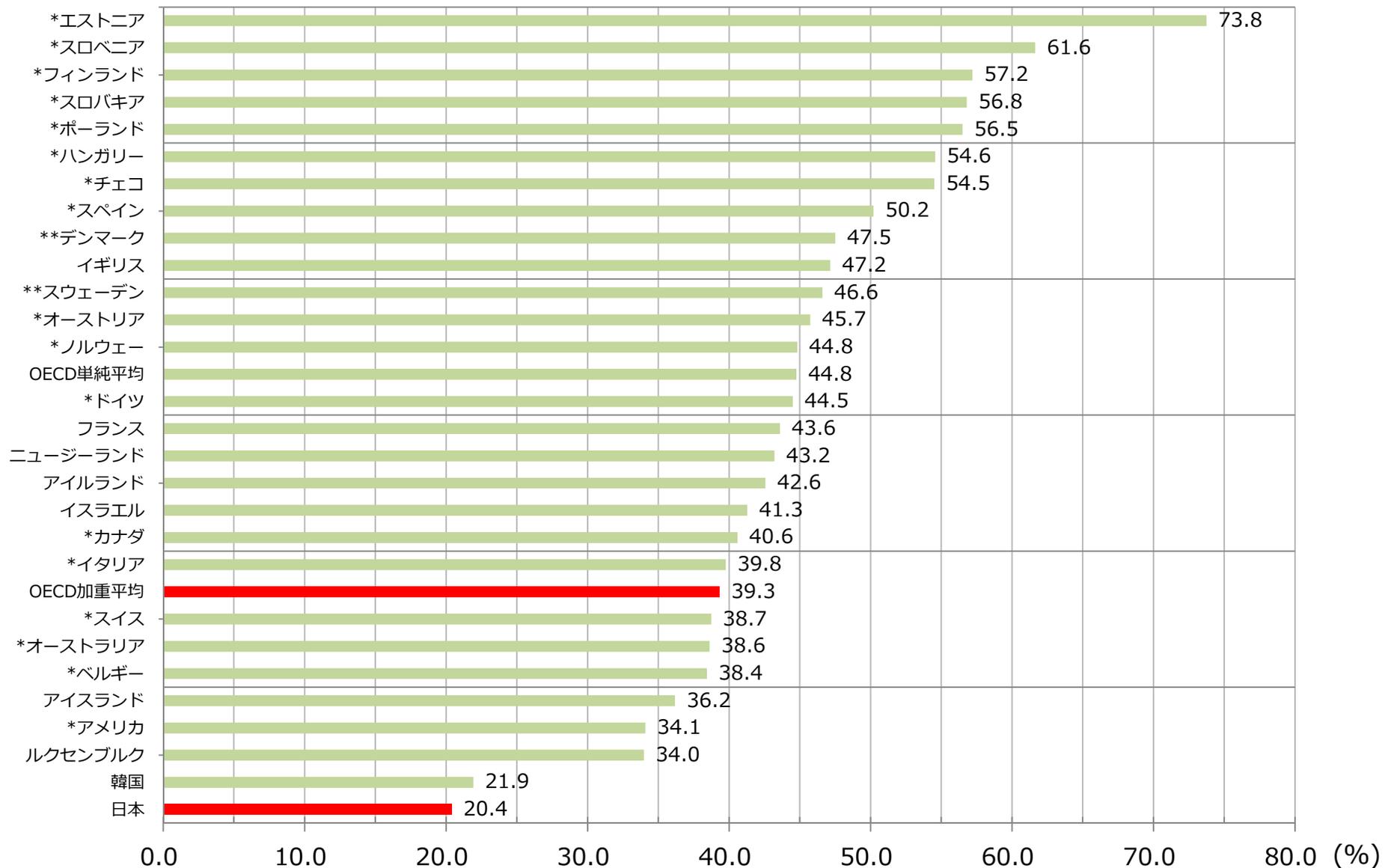
医学部入学者・国家試験合格者数に占める女性の割合



(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

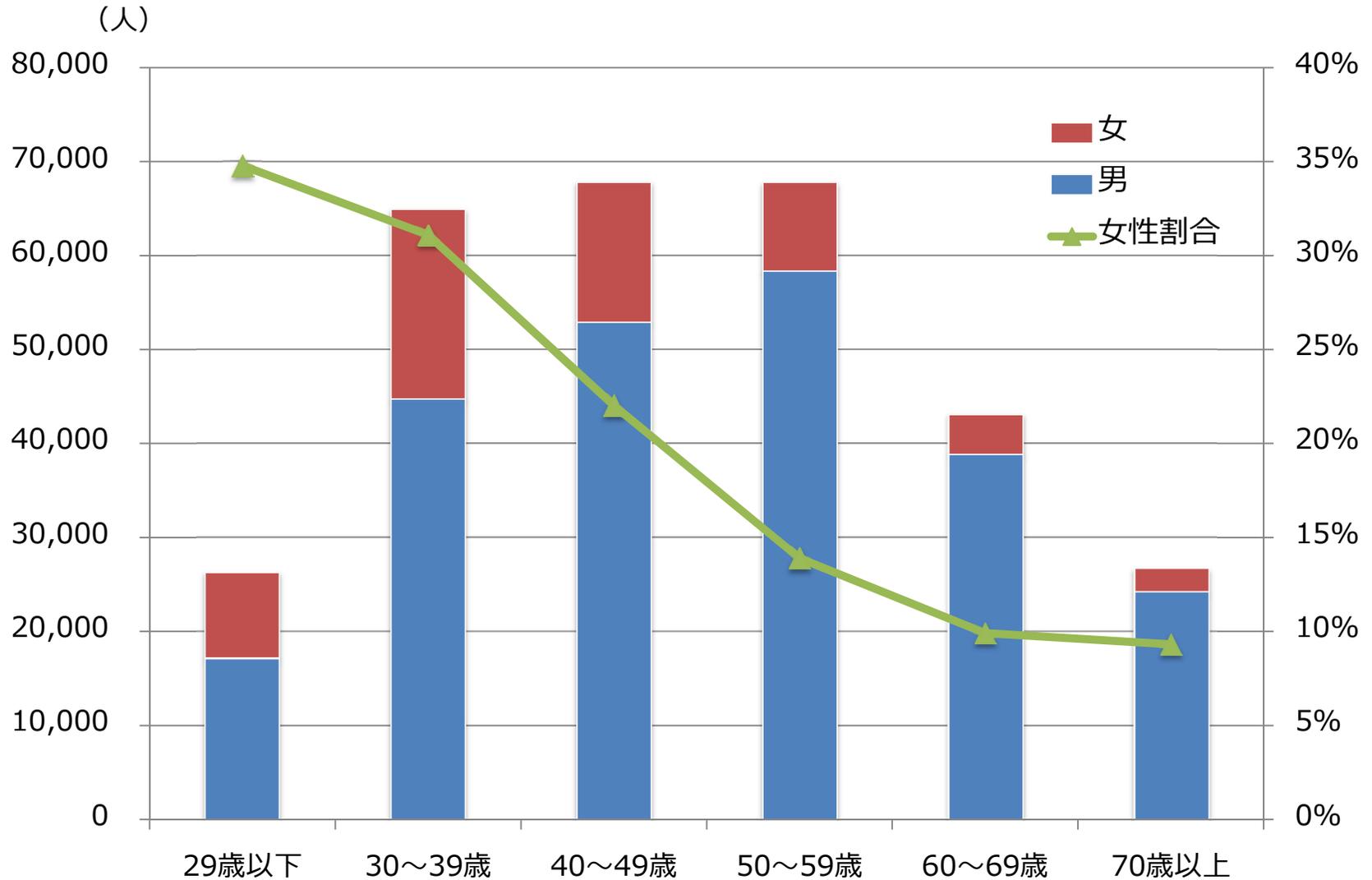
# OECD加盟国の女性医師の割合 OECD Health Statistics 2015



注1 「OECD単純平均」とは、各国の女性医師の割合を国間で平均をとったもの。  
 注2 「OECD加重平均」とは、OECD加盟国全体における女性医師数を総医師数で割ったもの。  
 注3 \*の国は2013年のデータ、\*\*の国は2012年のデータ、それ以外は2014年のデータ。  
 注4 オーストラリア、フィンランド、アイルランドは推計値。

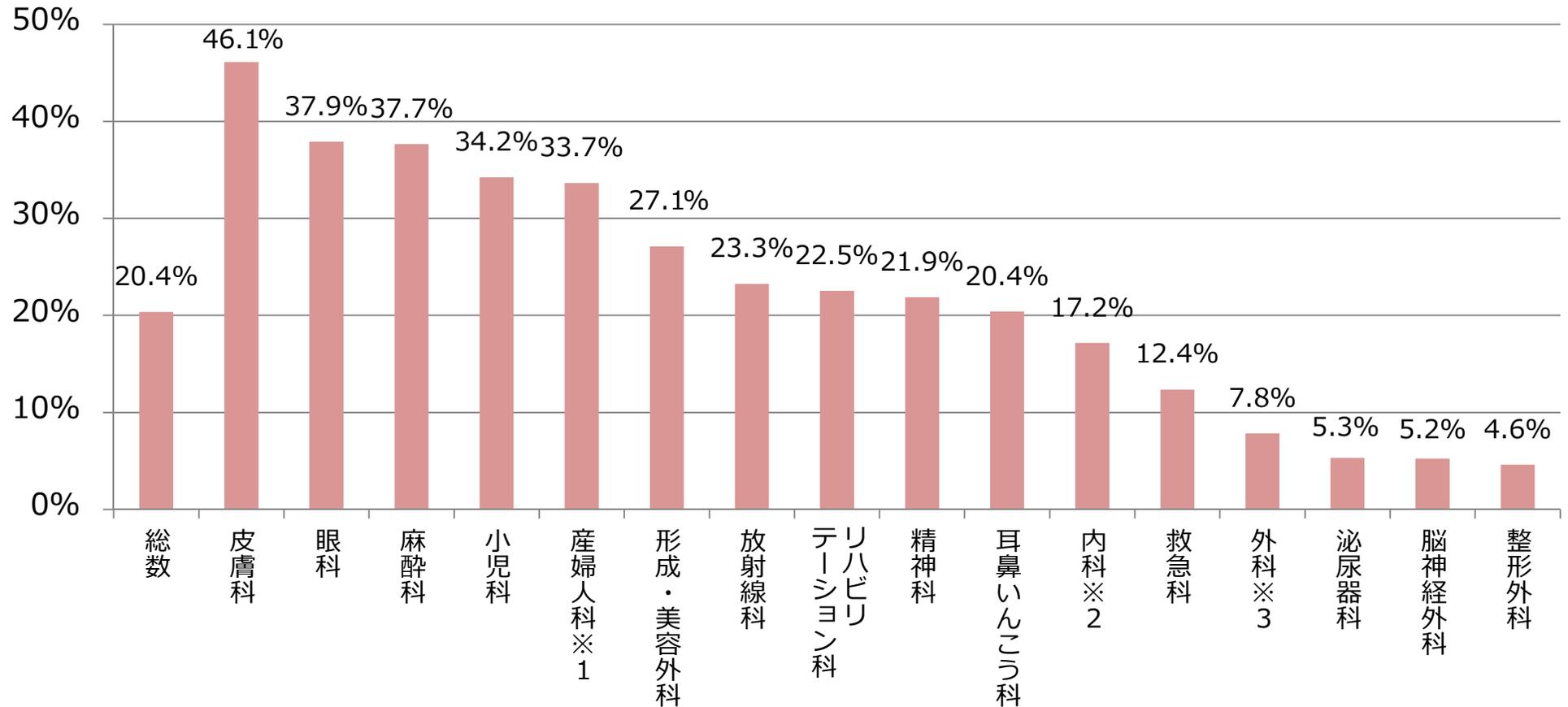
# 年代別女性医師数とその割合（医療施設に従事する医師）

○ 女性医師の割合は、年代が上がるに従って下がる傾向にある。



# 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。



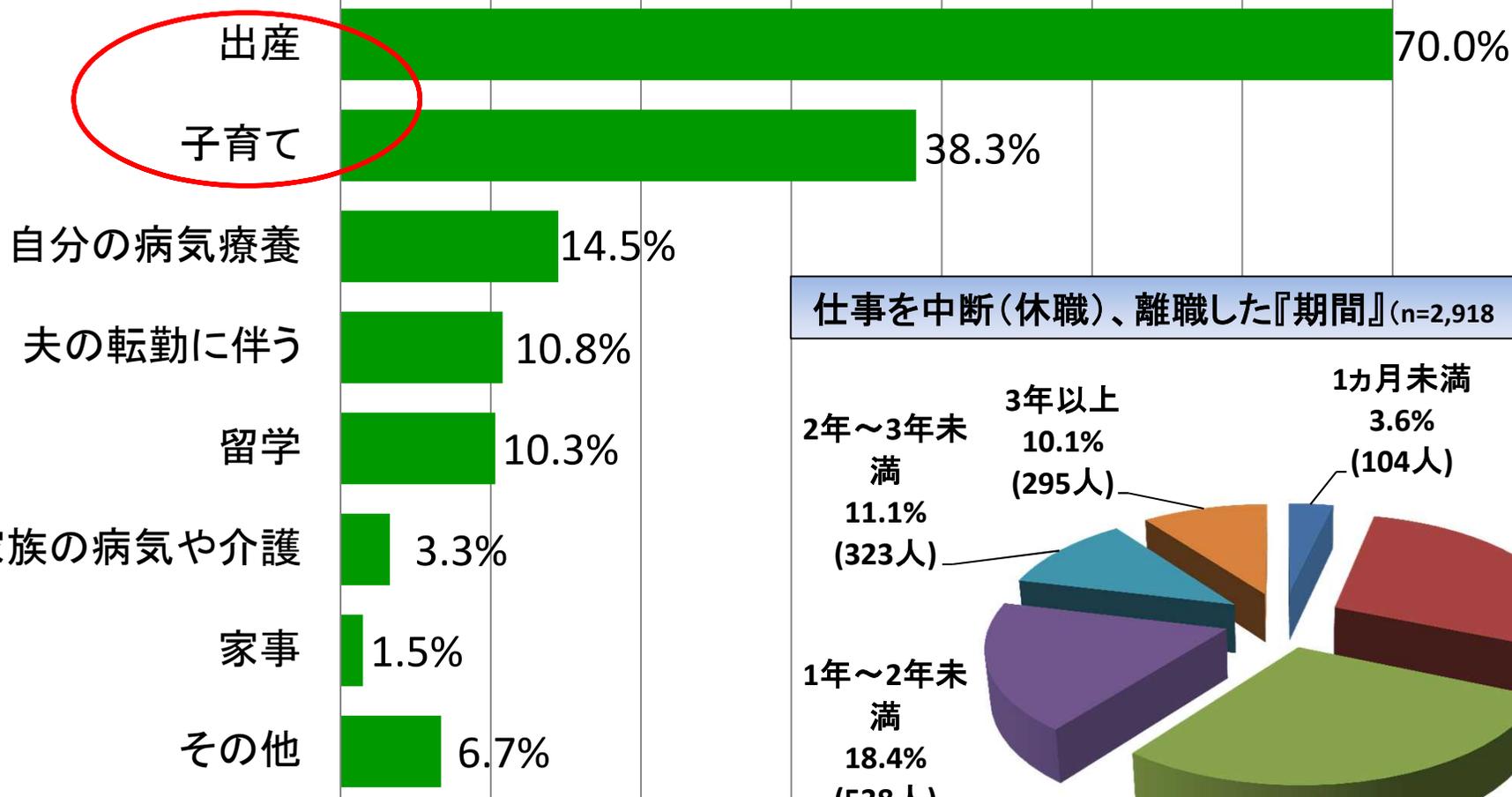
※1・・・産婦人科、産科、婦人科

※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

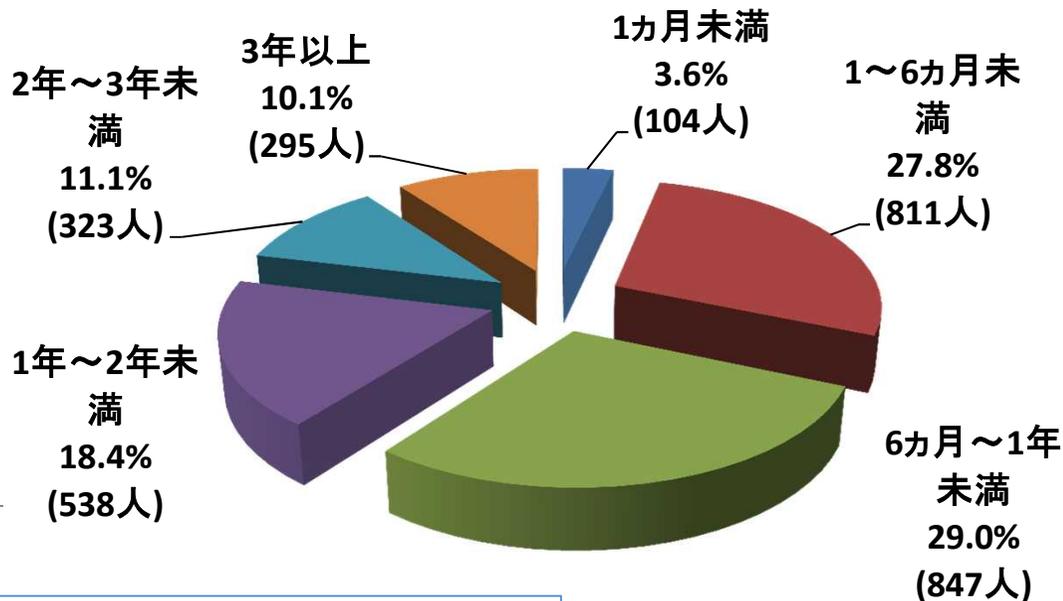
※3・・・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

# [女性医師]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%



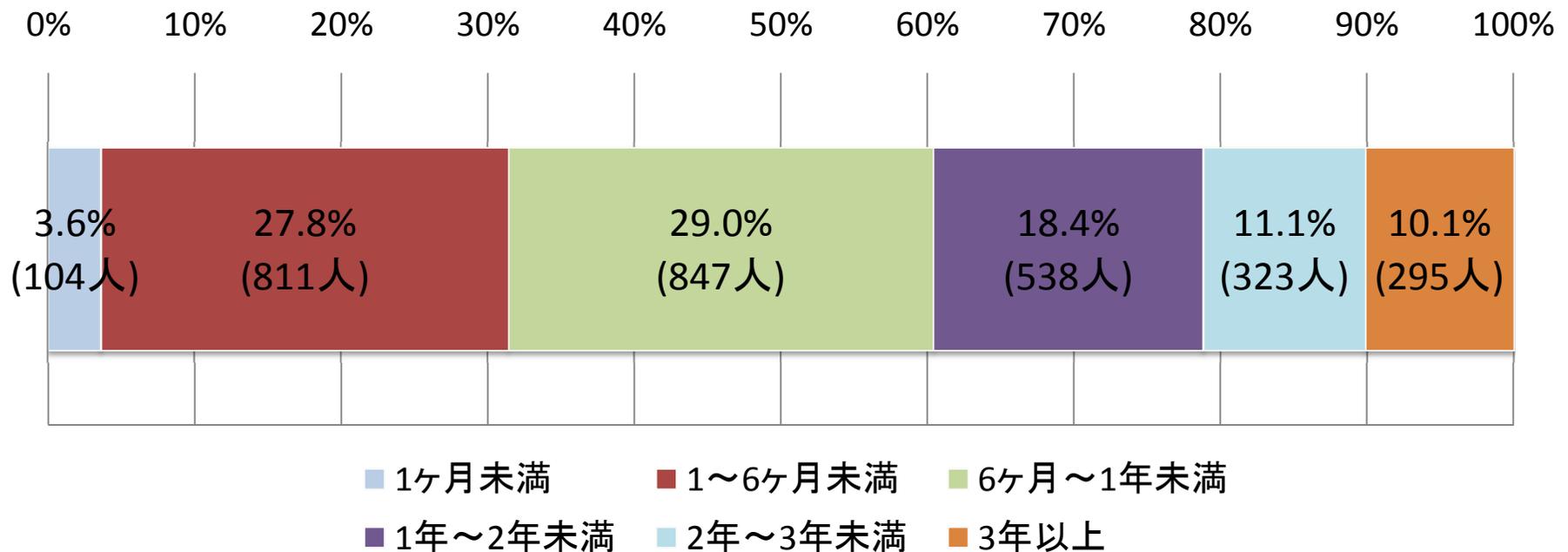
仕事を中断(休職)、離職した『期間』(n=2,918 複数回答)



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)  
 [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]

## 仕事を中断(休職)、離職した『期間』

病院に勤務する女性医師(全年齢層)に対し、仕事を中断(休職)、離職したことがある場合、その期間を質問。(n=2,918)

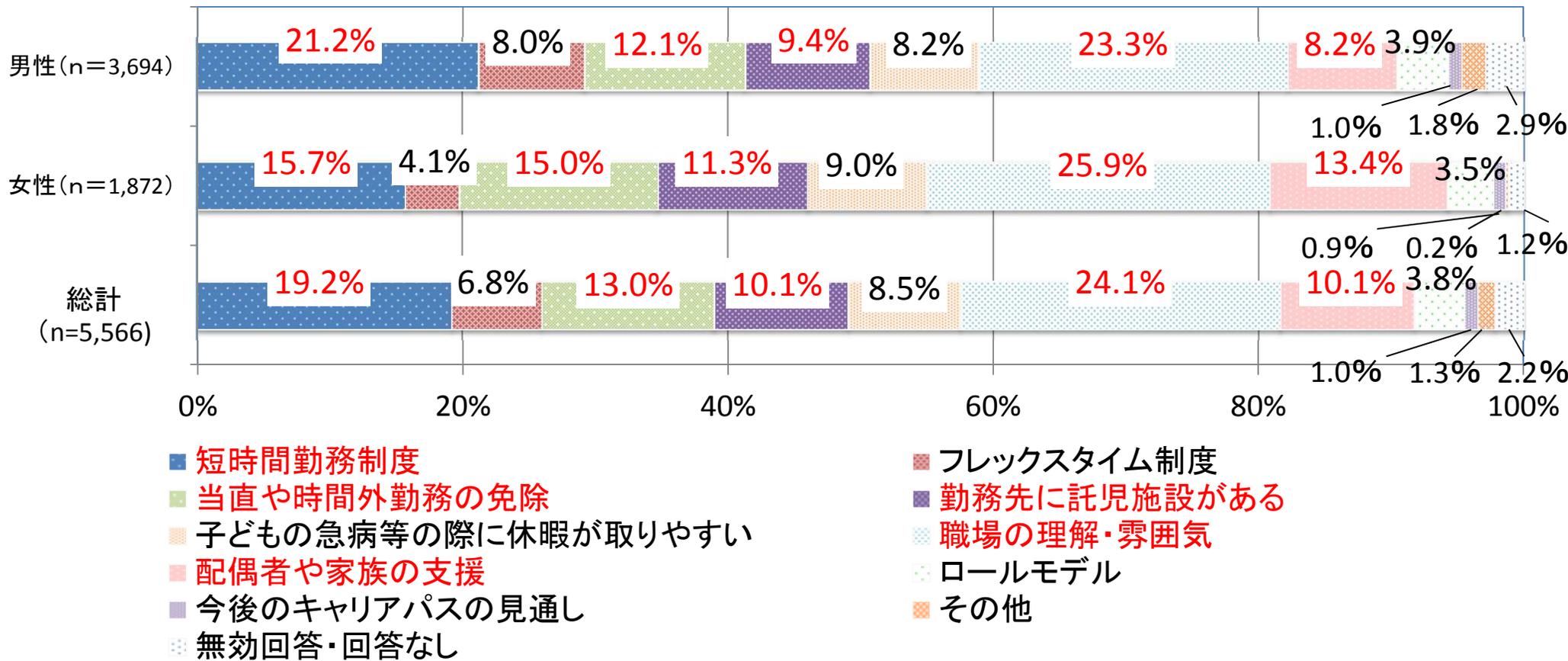


(出典) 女性医師の勤務環境の現状に関する調査報告書(平成21年3月日本医師会)  
[調査票配布数15,010 有効回答数7,467(有効回答率 49.7%)]  
[調査対象:病院に勤務する女性医師]

# 子育てをしながら勤務を続ける上で必要な条件

○臨床研修医に子育てをしながら勤務を続ける上で必要な条件を問うたところ、「職場の理解・雰囲気」「短時間勤務制度」「当直や時間外勤務の免除」「勤務先に託児施設がある」「配偶者や家族の支援」の順に多かった。

子育てをしながら勤務を続ける上で必要と考えられるもの（複数回答のうち「最も必要」と回答した項目）



## □ 女性医師を取り巻く状況

- 近年、医師に占める女性医師の割合は増加傾向にあり、現在、医学部生の約1/3が女性。
- これまで女性医師が少なかった診療科や職場、指導医や管理者においても、その割合が増えることが予想。
- 女性医師は、社会全体の性別役割分担意識等を背景に、妊娠・出産等により仕事と生活を両立させることが困難となってキャリアを中断せざるを得ない場合が多く、女性医師を取り巻く状況を前提としたさらなる環境整備が求められている。

## □ 女性医師が働き続けやすい環境整備を進めるにあたっての視点

- 医療の質を確保し、患者に必要な医療を安全かつ継続的に提供していくためにも、女性医師が働き続けやすい環境整備が重要。
- 社会全体が個々の医師のニーズに応じた多様な働き方を支援するにあたっては、妊娠や出産等のライフイベントにかかる負担軽減を含めた職場の環境整備を進めるとともに、モチベーションを維持・向上しながら、自らの希望するキャリア形成を図り、医師としての社会的役割を果たしていく視点が必要。
- 様々な取組を総合的に進め、性別や職種を問わず、医療従事者全体の勤務環境の整備と調和することが必要。

## □ 医療機関等における環境整備

管理者自らが女性医師を取り巻く状況やニーズを認識した上で、各医療機関等で活用できる制度や社会資源を十分に把握し、総合的な取組を推進

### ①職場の理解

管理者や上司自らが進める職場の雰囲気作り、公平感の醸成等（管理者研修の活用、適切な業務配分等）

### ②相談窓口

ワンストップ相談、先輩の経験共有（専任スタッフ、情報交換会等）

### ③勤務体制

柔軟な勤務形態（短時間正規雇用、交替勤務制、当直や時間外勤務への配慮等）

### ④診療体制

チーム医療推進、地域医療における連携（複数主治医制、事務補助職活用等）

### ⑤保育環境

院内保育所の柔軟な運営等（24時間保育、病児保育等）

### ⑥復職支援

医学知識や診療技術の提供（e-learning、実技実習等）

### 【大学】

キャリア教育、キャリア形成支援等

### 【学会等】

復職支援、キャリア形成支援等

### 【日本医師会等】

各地域の取組例収集・紹介、女性医師バンク、病院管理者研修等

### 【臨床研修制度、専門医制度】

中断、更新にかかる配慮等

### 【都道府県】

相談窓口、院内保育所への補助、医療勤務環境改善支援センター等

### 【国】

女性医師バンク、都道府県への財政支援等

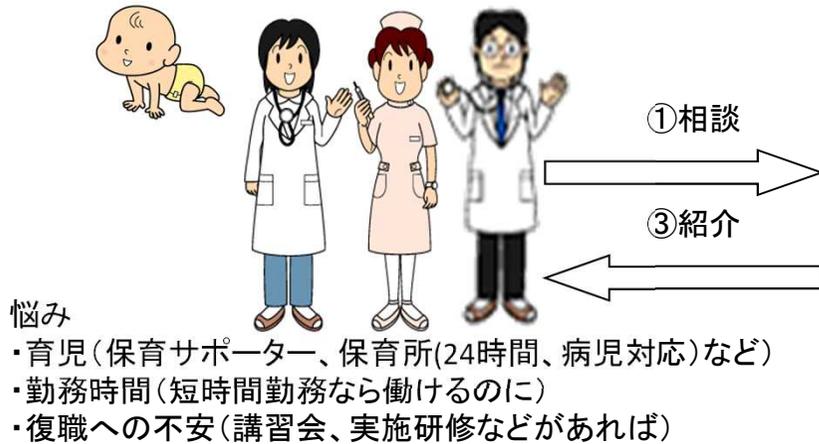
# 女性医師等就労支援事業 (都道府県に対する補助事業)

【平成28年度予算額】  
地域医療介護総合確保基  
金で実施可  
公費904億円の内数

【平成27年度予算額】  
地域医療介護総合確保基金  
で実施可  
公費904億円の内数

(事業概要) 女性医師等の再就業が困難な状況の大きな要因として、就学前の乳幼児の子育て、配偶者の転勤、日進月歩で進む医療の現場に戻りづらい等の理由が挙げられている。離職後の再就業に不安を抱える女性医師等に対し、相談窓口を設置して、復職のための受入医療機関の紹介や仕事と家庭の両立支援のための助言等を行い、また、医療機関における仕事と家庭の両立ができる働きやすい職場環境の整備を行い、離職防止や再就業の促進を図る。(H20' ~、就労環境改善事業はH21' ~)

## ★相談窓口経費



都道府県

②情報収集

②情報収集

②情報収集



短時間勤務が可能な病院  
再就業講習会、復職研修  
実施病院

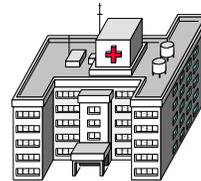


保育サポーター



保育所

## ★病院研修・就労環境改善経費



仕事と家庭の両立ができる働きやすい  
職場環境の整備について取組みを行う  
医療機関への支援

H25' 交付決定額 446,027千円  
実施都道府県数 37県

# 女性医師キャリア支援モデル普及推進事業

平成28年度予算 20,454千円 (20,608千円)

## 背景

- ・近年、医師についても女性割合が高まっているが(現在、医学部生の約3分の1が女性)、出産・育児等によりキャリアを中断せざるを得ない場合があり、女性医師の割合が多い診療科(小児、産婦人科等)等において課題となっている。
- ・女性医師等がキャリアと家庭を両立していくためには、関係のデータ等を踏まえると、「上司・同僚の理解・雰囲気」「支援体制(復職支援、勤務環境改善、育児支援)」「女性医師等へのキャリア教育」等のニーズがうかがえることから、これらを適切に支援していく必要がある。

## 事業内容

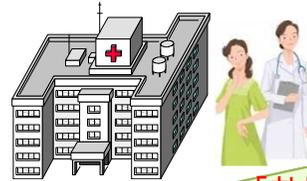
- 女性医師等のキャリア支援の一層の充実に向け、以下のような女性医師支援の先駆的な取組を行う医療機関を「**女性医師キャリア支援モデル推進医療機関**」として位置づけ、地域の医療機関に普及可能な「**効果的支援策モデル**」の構築に向けた必要経費を補助する。
- 地域の女性医師支援の中核機関として、女性医師支援の相談指導のためのスタッフの派遣や、ワークショップの開催など「**効果的支援策モデル**」の普及啓発活動等を行う。

厚労省(評価会議)



モデル推進医療機関の  
選定  
(平成27年度  
岡山大学、名古屋大学)

女性医師等キャリア支援  
モデル医療機関



地域の女性医師支援と中核  
機関として、**他医療機関に  
普及推進**

- 相談指導のためのスタッフの派遣
- ワークショップの開催

他医療機関



「**効果的支援策  
モデル**」の構築

<女性医師の先駆的取組(例)>

<出産・育児等からの復職支援>(必要に応じてモデル医療機関所属外の女性医師等も利用)  
相談受付、復職に際しての医師本人と医局との仲介、復職支援プログラム(e-learning, シミュレーターを用いた実技練習等)の作成・実施 等

<育児支援>(必要に応じて近隣の他医療機関と共同で実施)  
未就学時・就学児の保育、病児・病後児保育、シッターサービス(例:女子医大のファミリー・サポート事業) 等

女性医師等のライフイベント(例)

妊娠

出産

育児

育児後

介護

女性医師等のキャリアパス(例)

医学生

研修医

専門医

生涯教育

<若手女性医師等に対するキャリア教育>

若手女性医師等に対するキャリア形成・継続、キャリアと家庭の両立等についての説明会・ワークショップ 等

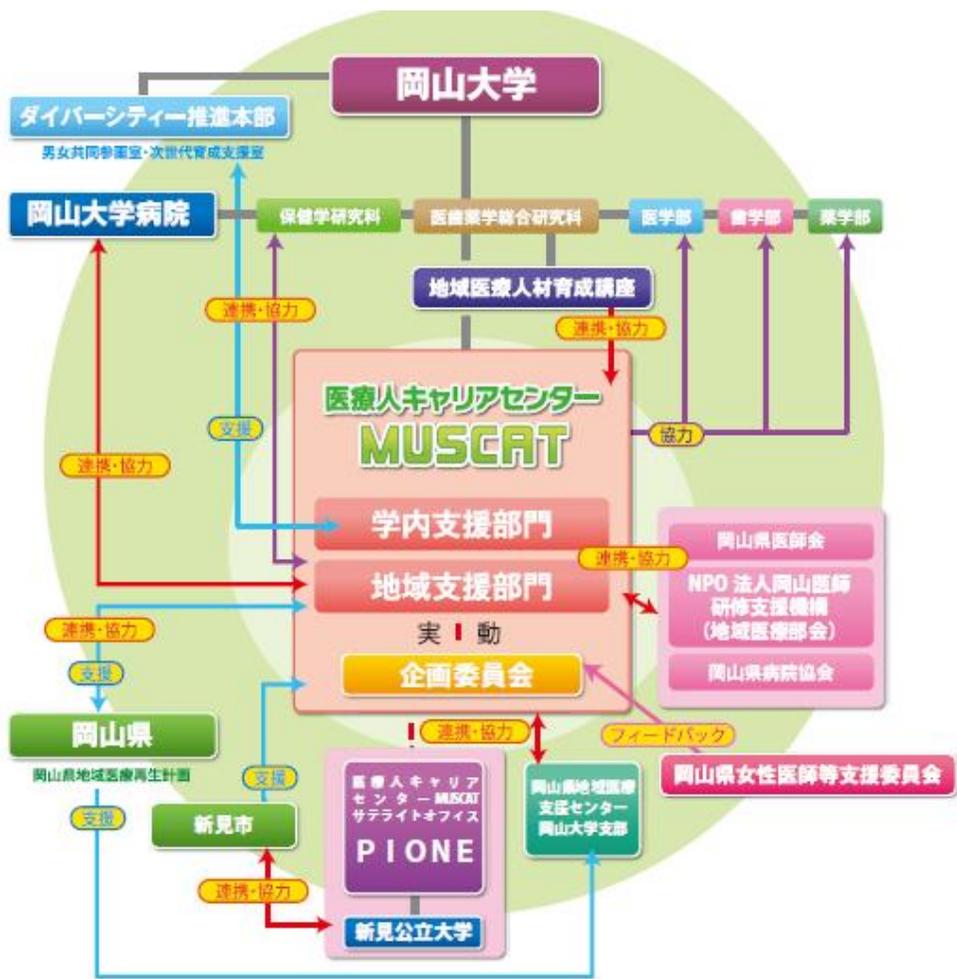
<勤務環境改善>

勤務体制の柔軟化(夜間休日の対応医師の明確化等)、補助職(医療クラーク等)の活用、チーム医療の推進、ICTの活用 等

<女性医師等のキャリア支援にかかるスタッフの配置>

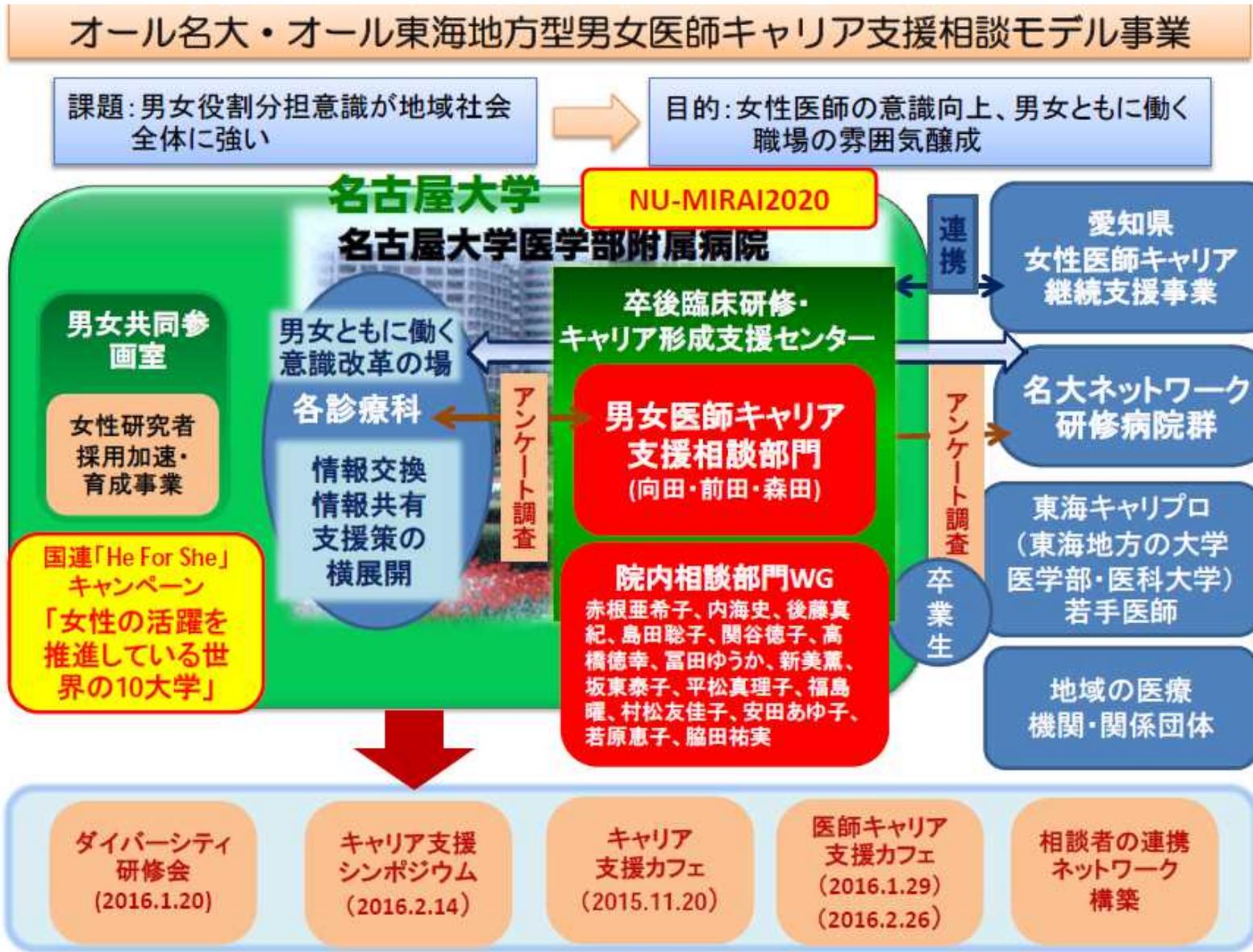
組織内部に女性医師等の支援のためのスタッフ(医師、事務員等)を配置 等

# 平成27年度 女性医師キャリア支援モデル普及推進事業実施機関 岡山大学の取組



- 職場の理解にかかるとる取組
  - ・ 女性リーダーの育成等のためのリーダー研修会の実施
- 診療体制改善への取組
  - ・ ワークシェアコースの実施（平成27年度トライアル）
- 相談窓口等にかかるとる取組
  - ・ 復職に関する相談や研修に対応する相談窓口体制の拡充
  - ・ 最適助言者紹介システム（岡山MUSCATの会）の運営と啓蒙活動
  - ・ 病児保育室の利用者拡大 等
- 復職支援への取組
  - ・ 一般内科外来ができるようになることを目標としたインテンシブコースの開講
  - ・ 遠隔学習システムの運用（インテンシブコースのWEBによる配信） 等
- 地域への貢献活動
  - ・ キャリア支援制度の地域への普及
  - ・ サテライトオフィスの活動促進（シミュレーショントレーニングの開催等）
- シンポジウムの開催・情報収集・発信活動

# 平成27年度 女性医師キャリア支援モデル普及推進事業実施機関 名古屋大学の取組



## ○女性医師バンク事業

女性医師がライフステージに応じて働くことのできる柔軟な勤務形態の促進を図るため、パートタイム勤務等の職業斡旋事業を実施



### H18'～H27年実績

○就業成立	461名
○再研修紹介	18名
○累計求人登録	5,071名
○累計求職登録	770名

### 就業に関するご相談について

日本医師会女性医師バンクでは、求職者の就業に関するさまざまな相談に応じております。就業に関するご相談には、医師であるコーディネーターが電話や面接により対応いたします。  
なお、相談は事前に予約が必要です。ご希望の方は、東西いずれかのセンターまでご連絡ください。  
ご連絡先: 日本医師会女性医師バンク

中央センター(兼 東日本センター) TEL:03(3942)6512 西日本センター TEL:092(431)5020

### 再研修の実施について

日本医師会女性医師バンクでは、研修を希望する求職登録者のため、個々の事情や専門科および地域に合わせて、就業が決定する前に行う研修の受け入れ先を紹介しております。  
研修施設の紹介依頼およびお問合せは、下記までご連絡ください。  
また、再研修受け入れ可能な医療機関・再研修システムをご存知の方は、下記ご連絡先まで情報をお寄せください。

ご連絡先: 日本医師会女性医師バンク 中央センター TEL:03(3942)6512

## ○再就業講習会事業

都道府県医師会において、病院管理者や女性医師、研修医等を対象に、女性医師が就業継続できるよう、多様な女性医師像の提示や就業環境改善等に関する講習会を実施 ※H26' 実績；延べ94回（学会等共催を含む）

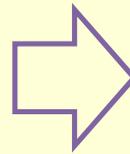
# 医療従事者の負担軽減・人材確保について①

## 医師事務作業補助体制の評価①

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

### 【医師事務作業補助体制加算1】

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



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

[施設基準](業務の場所)

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



## 医療従事者の負担軽減・人材確保について②

### 医師事務作業補助体制の評価②

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

#### 現行

##### 【20対1補助体制加算】

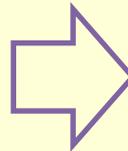
[主な要件] 15対1と同様の施設基準

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

##### 【50対1,75対1,100対1補助体制加算】

[主な要件]

- ・年間緊急入院患者数100名以上



#### 改定後

##### 【20対1補助体制加算】

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

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

##### 【50対1,75対1,100対1補助体制加算】

[主な要件]

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

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

### ③ チーム医療関係

# 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。

# チーム医療の推進に係る厚生労働省における検討状況について

## チーム医療の推進に関する検討会（平成21年8月～平成22年3月）※全11回開催

チーム医療を推進するため、厚生労働大臣の下に有識者で構成される検討会を開催。  
日本の実情に即した医師と看護師等との協働・連携のあり方等について検討。

報告書を受けて…

## チーム医療推進会議（平成22年5月～）※平成25年10月までに20回開催

- チーム医療を推進するための方策について
- チーム医療を推進するための看護師業務の在り方について

### チーム医療推進方策検討WG

（平成22年10月～平成27年12月）※全15回開催

- 各医療関係職種の業務範囲・役割に係る見直しの検討
- チーム医療の普及・推進のための方策（チーム医療実証事業）

### チーム医療推進のための看護業務検討WG

（平成22年5月～平成25年10月）※全36回開催

「特定行為に係る看護師の研修制度（案）」に係る以下の内容について検討。

- 診療の補助における特定行為の範囲
- 指定研修の内容
- 指定研修機関に係る指定基準

## 2. これまでの取組み

- 「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」（平成22年4月30日医政局長通知発出）  
（医師以外の医療スタッフが実施することができる業務を整理）
- 「チーム医療推進のための基本的な考え方と実践的事例集」のとりまとめ（平成23年6月）
- チーム医療実証事業、チーム医療推進事業、多職種協働によるチーム医療の推進事業の実施（平成23年度～25年度）

# 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
呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連	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(じょく)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

## ④ 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。

## <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年間以上）

- **総合診療専門研修（18ヶ月以上）**
  - ・ 診療所・中小病院（6ヶ月以上）
  - ・ 病院総合診療部門（6ヶ月以上）
- **必須領域別研修（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）
- **その他領域別研修**
  - ・ 外科、整形外科、産婦人科、精神科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科等の研修

※ 日本専門医機構  
総合診療専門研修プログラム整備基準  
(平成28年2月29日改訂版)

## 専門研修の目標

【到達目標：総合診療専門医の6つのコアコンピテンシー】 ※A 必須項目 B 努力目標

### 1. 人間中心の医療・ケア (A 13項目)

1) 患者中心の医療 2) 家族志向型医療・ケア 3) 患者・家族との協働を促すコミュニケーション

### 2. 包括的統合アプローチ (A 18項目)

1) 未分化で多様かつ複雑な健康問題への対応 2) 効率よく的確な臨床推論  
3) 健康増進と疾病予防 4) 継続的な医療・ケア

### 3. 連携重視のマネジメント (A 14項目 B 3項目)

1) 多職種協働のチーム医療 2) 医療機関連携および医療・介護連携 3) 組織運営マネジメント

### 4. 地域志向アプローチ (A 6項目 B 3項目)

1) 保健・医療・介護・福祉事業への参画 2) 地域ニーズの把握とアプローチ

### 5. 公益に資する職業規範 (A 16項目 B 3項目)

1) 倫理観と説明責任 2) 自己研鑽とワークライフバランス 3) 研究と教育

### 6. 診療の場の多様性 (A 21項目)

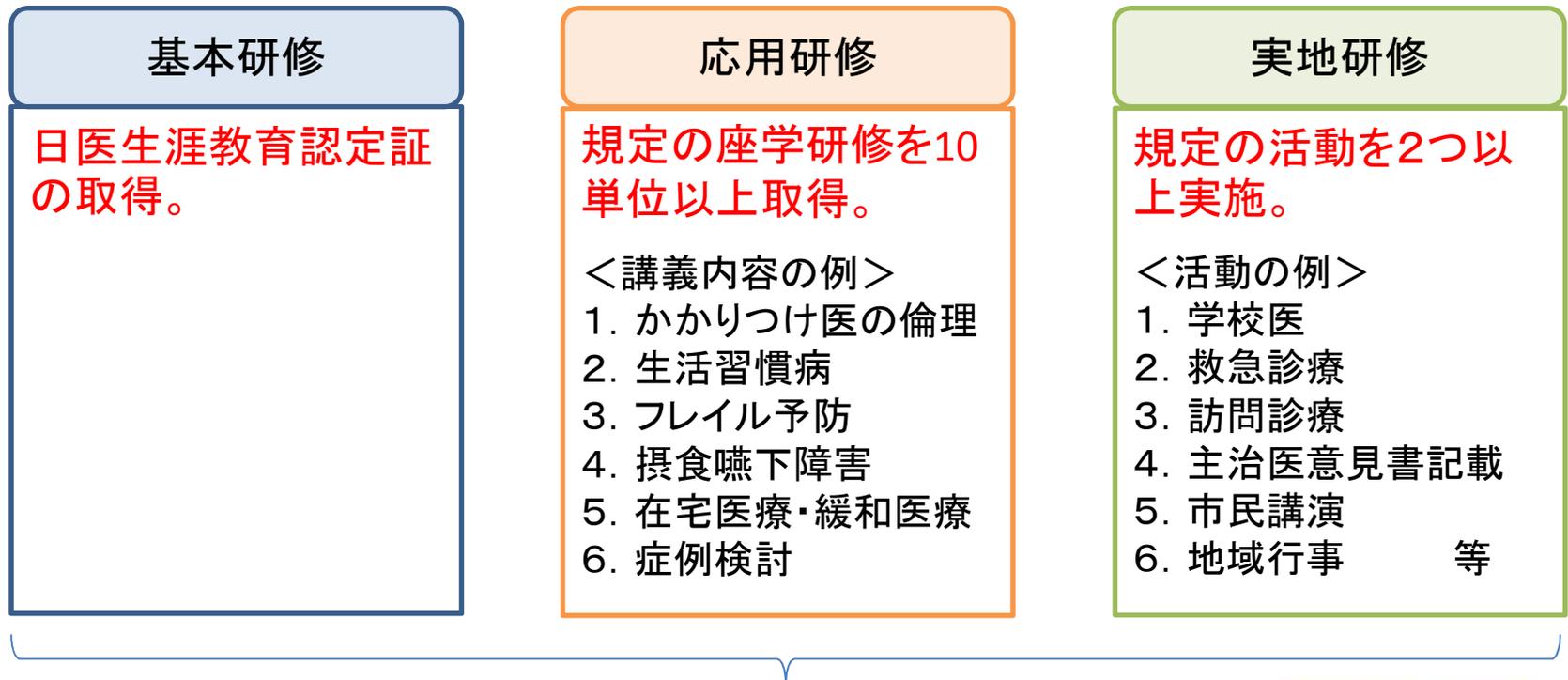
1) 外来医療 2) 救急医療 3) 病棟医療 4) 在宅医療

# 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～)

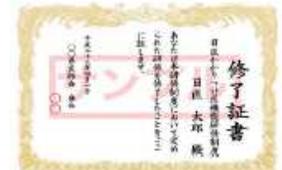
## 【目的】

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)

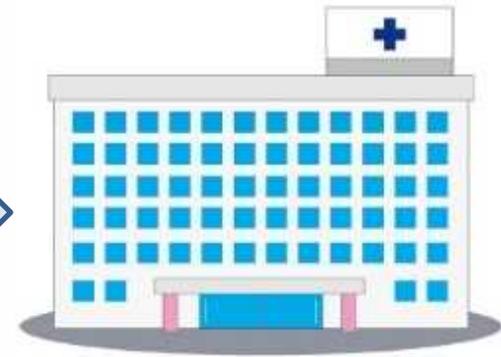


# 外来の機能分化・連携の推進

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

専門的な診療を提供する  
地域の拠点となるような病院

- 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

- 紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担を導入

# 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	<b>下記以外は包括</b> ・(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 <b>すべて</b> 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 <b>すべて</b> 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 <b>うちいずれか1つ</b> 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。

# 医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化

## 紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入

- 「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」の施行に伴い、保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、一定規模以上の保険医療機関について、定額の徴収を責務とする。
- ① 特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院については、現行の選定療養の下で、定額の徴収を責務とする。
  - ② 定額負担は、徴収する金額の最低金額として設定するとともに、初診については5,000円（歯科は3,000円）、再診については2,500円（歯科は1,500円）とする。
  - ③ 現行制度と同様に、緊急その他やむを得ない事情がある場合については、定額負担を求めないこととする。その他、定額負担を求めなくても良い場合を定める。  
[緊急その他やむを得ない事情がある場合]  
救急の患者、公費負担医療の対象患者、無料低額診療事業の対象患者、HIV感染者  
[その他、定額負担を求めなくて良い場合]
    - a. 自施設の他の診療科を受診中の患者
    - b. 医科と歯科の間で院内紹介した患者
    - c. 特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者 等
  - ④ 自治体による条例制定等が必要な公的医療機関については、条例の制定等に要する期間を考慮し、6か月の経過措置を設ける。

# 各国かかりつけ医制度の比較

	アメリカ	英国	フランス	ドイツ
保険制度	民間保険を基盤としたアメリカ型皆保険制度(州毎に異なる)	9割を占める公的(税財源)および1割の民間自費医療サービスが両立	公的皆保険(民間保険は二階建て部分をカバー)	皆保険。公的(90%)および民間医療保険(10%)の両立(公的保険は選択可能)
外来患者自己負担	保有する保険により年間免責金額、定額負担、負担割合等が異なる	公的は原則無料(処方箋料等の少額負担あり)	3割負担(償還式) かかりつけ医以外受診の場合は7割負担(婦人科・小児科・眼科・歯科は除く)	原則無料(2013年より自己負担廃止)
登録制の有無	無(保険毎に契約医あり)	登録診療所のみ受診可	かかりつけ医は登録制(外来はフリーアクセス)	かかりつけ医は登録制(外来はフリーアクセス)
登録制開始	—	1948年	2004年	2008年
登録医の資格	—	GPのみ	専門医も可能(研修なし)	州家庭医団体への登録および州医師会の研修を受けることが条件
登録医の選択	—	居住エリア診療所から選択(近年緩和される方向)	地理的制約なし	地理的制約なし
支払い方式	出来高中心(ACO、PCMHは包括的な支払いを施行)	人頭・出来高・成果報酬の混合(人頭5割以上)	出来高中心	家庭医中心診療は包括的報酬
近年の変化	病院中心のACO、プライマリケア中心のPCMHとかかりつけ医機能をもった診療体制の増加	GP診療所の大規模化や連携、プライマリケアのオンライン化が進展	疾病管理プログラムの施行	州毎のばらつきは大きいですが、国全体では家庭医中心診療は穏やかに増加傾向(2016年で国民全体の5%)

出典:平成27年度厚生労働科学研究「先進諸国におけるかかりつけ医制度の比較及び我が国におけるかかりつけ医制度の在り方に関する研究」(研究代表者 松田晋哉)

## ⑤ 患者の適切な情報の取得 等

# 医療機能情報提供制度について（平成19年4月～）

病院等に対して、医療を受ける者が病院等の選択を適切に行うために必要な情報（医療機能情報）について、都道府県への報告を義務付け、都道府県がその情報を集約し、わかりやすく提供する制度

## 創設前

〔病院等に関する情報を入手する手段〕

- 病院等の広告
- インターネット等による広報  
※ 病院等からの任意情報
- 院内掲示 等

## 〔視点〕

- ① 必要な情報は一律提供
- ② 情報を集約化
- ③ 客観的な情報をわかりやすく提供
- ④ 相談助言機能の充実

## 現行制度

病院等

- 病院等管理者は、医療機能情報を都道府県に報告

都道府県

- 集約した情報をインターネット等でわかりやすく提供
- 医療安全支援センター等による相談対応・助言

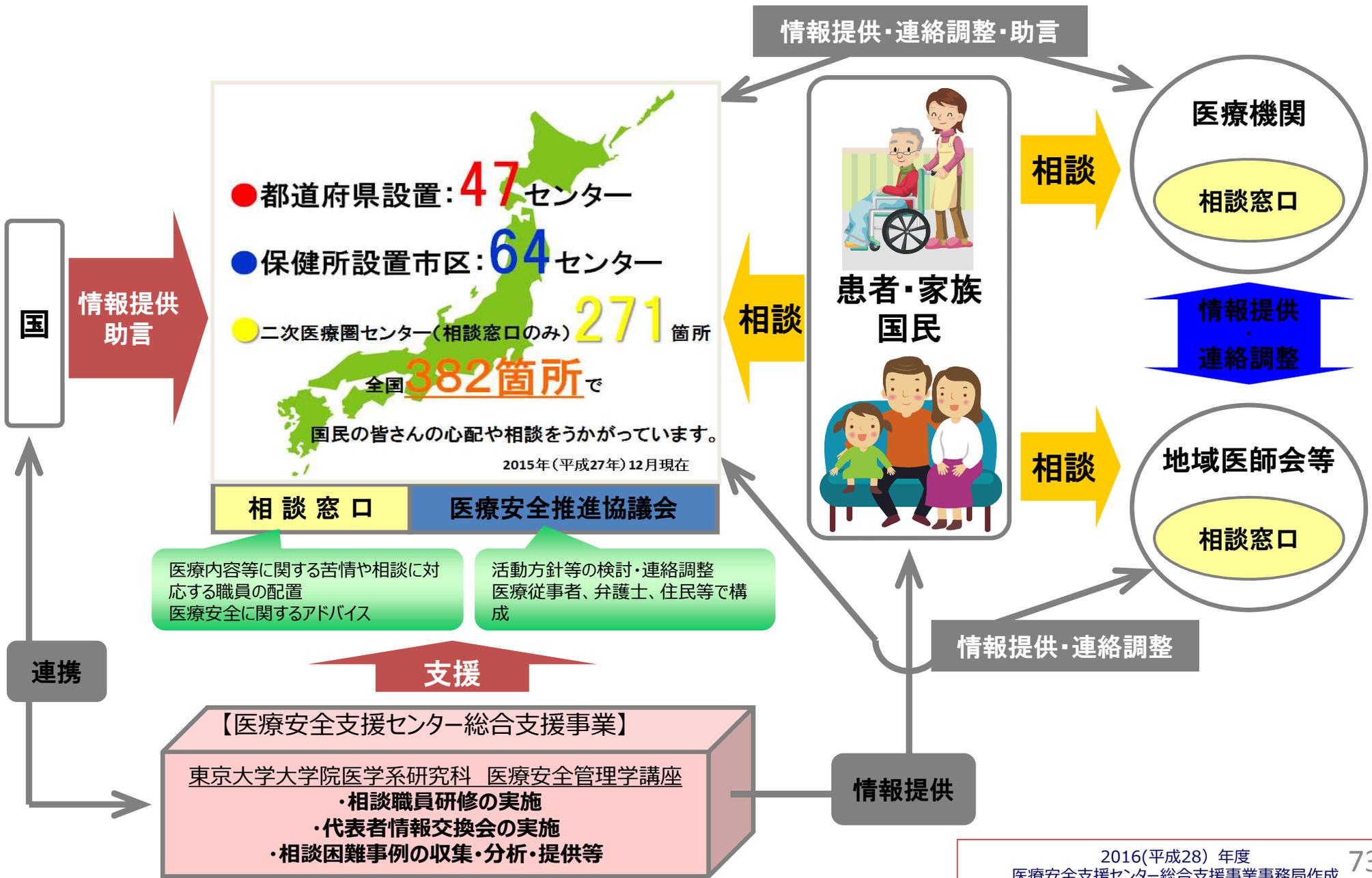
住民

- 医療機能情報を病院等において閲覧に供すること（インターネット可）
- 正確かつ適切な情報の提供（努力義務）
- 患者等からの相談に適切に応ずること（努力義務）

## 〔医療機能情報の具体例〕

- ① 管理・運営・サービス等に関する事項（基本情報（診療科目、診療日、診療時間、病床数等）、アクセス方法、外国語対応、費用負担等）
- ② 提供サービスや医療連携体制に関する事項（専門医（広告可能なもの）、保有設備、対応可能な疾患・治療内容、対応可能な在宅医療、セカンドオピニオン対応、クリティカルパス実施、地域医療連携体制等）
- ③ 医療の実績、結果等に関する事項（医療安全対策、院内感染対策、診療情報管理体制、治療結果分析の有無、患者数、平均在院日数等）

# ◆◆◆ 医療安全支援センター体制図 ◆◆◆

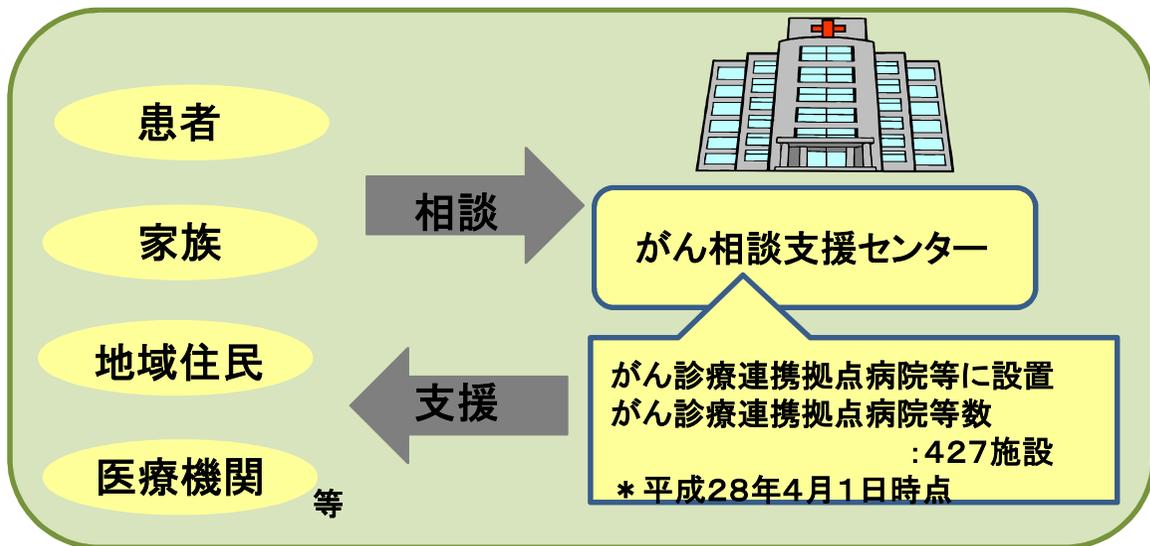


# がん相談支援センター

- 全国のがん診療連携拠点病院等に設置されているがんの相談窓口。
- 院内及び地域の医療従事者の協力を得て、院内外のがん患者や家族、地域の住民及び医療機関等からの相談に対応する。国立がん研究センターがん対策情報センターによる「相談支援センター相談員研修・基礎研修」(1)～(3)を修了した専従及び専任の相談支援に携わる者をそれぞれ1人ずつ配置している。

## <がん相談支援センターの主な業務>

- がんの病態、標準的治療法等の一般的な情報の提供
- 地域の医療機関、診療従事者に関する情報収集、情報提供
- セカンドオピニオンの提示が可能な医師の紹介
- がん患者の療養上の相談
- 就労に関する相談
- 医療関係者と患者会等が共同で運営するサポートグループ活動や患者サロンの定期開催等の患者活動に対する支援



ハローワーク及び労働局

### がん患者等に対する就職支援事業

ハローワークで、がん等の診療連携拠点病院等との連携の下、長期にわたる治療等のために離職を余儀なくされた求職者等に対する個々の希望や治療状況を踏まえた就職支援を実施。

- ・勤務時間の短縮等の配慮
- ・柔軟な配置転換等の対応



事業者

事業者による不当解雇等の不利益に対する相談等

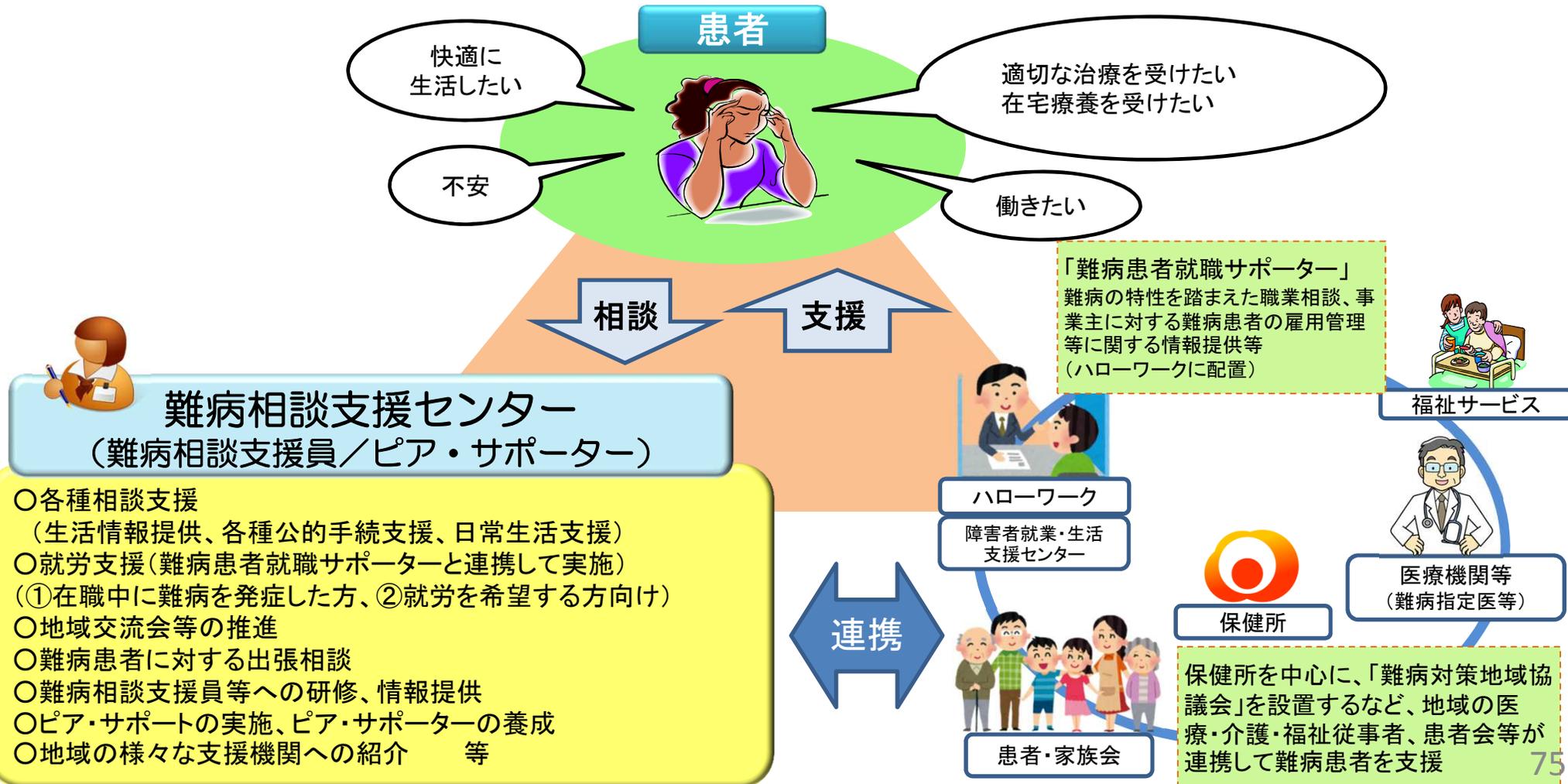
事業者による、就労可能者への不当な差別(解雇等)への対応等



労働局

# 難病相談支援センター事業

難病相談支援センターは、法第28条及び第29条に基づき都道府県が実施できることとされており、難病の患者の療養や日常生活上の様々な問題につき、患者・家族その他の関係者からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言を行い、難病の患者の療養生活の質の維持向上を支援することを目的とする施設である。難病の患者等の様々なニーズに対応するため、地域の様々な支援機関と連携して支援を行う。



# 「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」

## 策定の背景

- 平成18年3月に富山県射水市民病院における人工呼吸器取り外し事件が報道され、「尊厳死」のルール化の議論が活発化。
- 平成19年、厚生労働省に、「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」を設置し、回復の見込みのない末期状態の患者に対する意思確認の方法や医療内容の決定手続きなどについての標準的な考え方を整理することとした。
- パブリックコメントや、検討会での議論を踏まえ、平成19年5月に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」をとりまとめた。  
※平成26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」に改称。

## ガイドラインの概要

### 1 人生の最終段階における医療及びケアの在り方

- 医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として終末期医療を進めることが重要。
- 人生の最終段階における医療の内容は、多専門職種からなる医療・ケアチームにより、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断する。

### 2 人生の最終段階における医療及びケアの方針の決定手続

- 患者の意思が確認できる場合には、患者と医療従事者とが十分な話し合いを行い、患者が意思決定を行い、その内容を文書にまとめておく。説明は、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じてその都度行う。
- 患者の意思が確認できない場合には、家族が患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- 患者・医療従事者間で妥当で適切な医療内容について合意が得られない場合等には、複数の専門家からなる委員会を設置し、治療方針の検討及び助言を行うことが必要。

## ⑥ 疾病予防・重症化予防

# 特定健診・特定保健指導について

高齢者の医療の確保に関する法律に基づき医療保険者は特定健診・保健指導を実施

## 制度概要

- 根拠法:「高齢者の医療の確保に関する法律」
- 実施主体:医療保険者
- 対象:40歳以上74歳以下の被保険者・被扶養者
- 内容(健診):高血圧症、脂質異常症、糖尿病その他の内臓脂肪の蓄積に起因する生活習慣病に関する健康診査を実施
- 内容(保健指導):健診の結果、健康の保持に努める必要がある者に対して特定保健指導を実施。
- 実施計画:医療保険者は5年ごとに特定健診等実施計画を策定  
\* 第3期からは6年ごと
- 計画期間:第1期(平成20年度～平成24年度)(5年間)  
第2期(平成25年度～平成29年度)(5年間)  
第3期(平成30年度～平成35年度)(6年間)
- 健診項目及び対象者:特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準(厚生労働省令)等により規定

# 特定健康診査

対象者	実施年度中に40-75歳に達する加入者(被保険者・被扶養者) 実施年度を通じて加入している(年度途中に加入・脱退がない)者 除外規定(妊産婦・刑務所服役中・長期入院・海外在住等)に該当しない者 ※年度途中に75歳に達する加入者は、75歳に到達するまでの間が対象
基本的な 健診の項目	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 質問票(服薬歴、喫煙歴 等)</li><li>○ 身体計測(身長、体重、BMI、腹囲)</li><li>○ 理学的検査(身体診察)</li><li>○ 血圧測定</li><li>○ 血液検査<ul style="list-style-type: none"><li>・ 脂質検査(中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール)</li><li>・ 血糖検査(空腹時血糖又はHbA1c) 注)摂食時はHbA1c</li><li>・ 肝機能検査(GOT、GPT、<math>\gamma</math>-GTP)</li></ul></li><li>○ 検尿(尿糖、尿蛋白)</li></ul>
詳細な 健診の項目	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 心電図検査</li><li>○ 眼底検査</li><li>○ 貧血検査(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値)</li></ul> <p style="text-align: center;">注)一定の基準の下、医師が必要と認めた場合に実施</p>

# 特定保健指導対象者の選定基準

1. 検査値により、保健指導判定値を超えている場合、以下の分類により、必要となる保健指導の種類が自動的に判定される。
2. 但し、必ずしも、自動判定の通りとなるのではなく、医師が全ての検査項目の結果から総合的に判断し、保健指導とすべきか、医療機関への受療とすべきかを判定する。
3. その上で、保健指導対象者となった者のリストから、医療保険者にて、リスト全員に実施するのか、優先順位をつけ(重点化)絞り込むかを判断し、最終決定した対象者に保健指導の案内(利用券の送付等)を行う。

## ＜保健指導判定値＞

- ①**血糖** a 空腹時血糖100mg/dl以上 又は b HbA1cの場合 5.6% 以上 又は c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
- ②**脂質** a 中性脂肪150mg/dl以上 又は b HDLコレステロール40mg/dl未満 又は c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
- ③**血圧** a 収縮期血圧130mmHg以上 又は b 拡張期血圧85mmHg以上 又は c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)
- ④**質問票** 喫煙歴あり (①から③のリスクが1つ以上の場合にのみカウント)

腹囲	追加リスク		④喫煙歴	対象		
	①血糖	②脂質		③血圧	40-64歳	65-74歳
≥85cm(男性) ≥90cm(女性)	2つ以上該当			/	積極的 支援	動機付け 支援
	1つ該当			あり なし		
上記以外で BMI ≥ 25	3つ該当			/	積極的 支援	動機付け 支援
	2つ該当			あり なし		
	1つ該当			/		

※1 服薬中の者については、医療保険者による特定保健指導の対象としない。

※2 前期高齢者(65歳以上75歳未満)については、積極的支援の対象となった場合でも動機づけ支援とする。

(注) 斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味する。

# 特定保健指導の流れ

動機づけ支援

積極的支援

## 初回面接

保健師等の面接支援(個別・グループ)により、対象者が自らの生活習慣を振り返り、行動目標を立てる。

## 3か月以上の 継続的支援

「動機づけ支援」に加えて、対象者が自らの生活習慣を振り返り、行動目標を設定し、保健師等の支援の下、目標達成へ向けた実践(行動)に取り組む。

<取組の例>

【習慣づけ】体重・腹囲等測定 of 習慣づけと記録

【食生活】食事記録、栄養教室への参加

【運動】運動記録、ストレッチ体操やウォーキング等の実施

保健師等による6か月後評価

次年度健診結果による評価

(注)積極的支援における6ヶ月後評価は、他の継続支援と一体的に行ってもよいこととなっている。

## 特定健診・特定保健指導の実施状況

○ 特定健診・保健指導の実施率は、施行(平成20年度)から8年経過し、着実に向上しているが、目標(特定健診70%以上 保健指導45%以上)とは依然かい離があり、更なる実施率の向上に向けた取組が必要である。

### <特定健診>

受診者数 2019万人 (H20年度) → 2616万人 (H26年度) (毎年 約100万人増加)

実施率 38.9% (H20年度) → 48.6% (H26年度)

### <特定保健指導>

終了者数 30.8万人 (H20年度) → 78.3万人 (H26年度)

実施率 7.7% (H20年度) → 17.8% (H26年度)

	特定健診			特定保健指導の対象者		特定保健指導の終了者	
	対象者数	受診者数	実施率	対象者数	対象者割合	終了者数	実施率
平成26年度	53,847,427	26,163,456	<b>48.6%</b>	4,403,850	16.8%	783,118	<b>17.8%</b>
平成25年度	53,267,875	25,374,874	47.6%	4,295,816	16.9%	759,982	17.7%
平成24年度	52,806,123	24,396,035	46.2%	4,317,834	17.7%	707,558	16.4%
平成23年度	52,534,157	23,465,995	44.7%	4,271,235	18.2%	642,819	15.0%
平成22年度	52,192,070	22,546,778	43.2%	4,125,690	18.3%	540,942	13.1%
平成21年度	52,211,735	21,588,883	41.3%	4,086,952	18.9%	503,712	12.3%
平成20年度	51,919,920	20,192,502	38.9%	4,010,717	19.9%	308,222	7.7%

# 特定保健指導による生活習慣病関連の1人当たり外来医療費等の経年分析

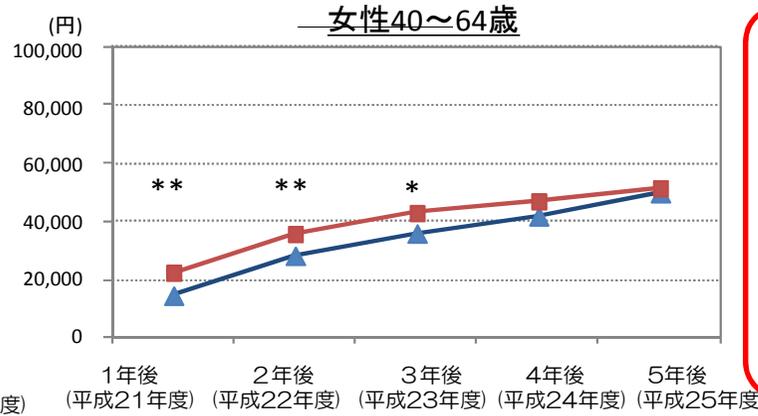
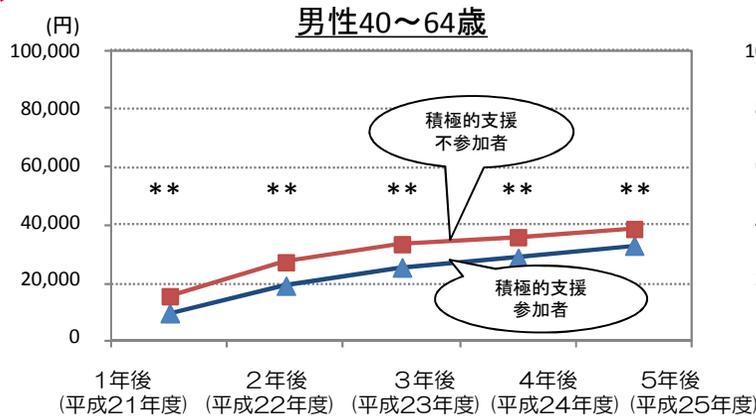
(平成20~25年度)

(特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのワーキンググループ報告書)

- 積極的支援参加者と不参加者を比較すると、1人当たり入院外医療費については、男性で-8,100~-5,720円、女性で-7,870~-1,680円の差異が見られた。
- 外来受診率については、男性で-0.40~-0.19件/人、女性で-0.37~+0.03件/人の差異が見られた。

\*p<0.05 \*\*p<0.01

\*, \*\*...統計学的に有意な差



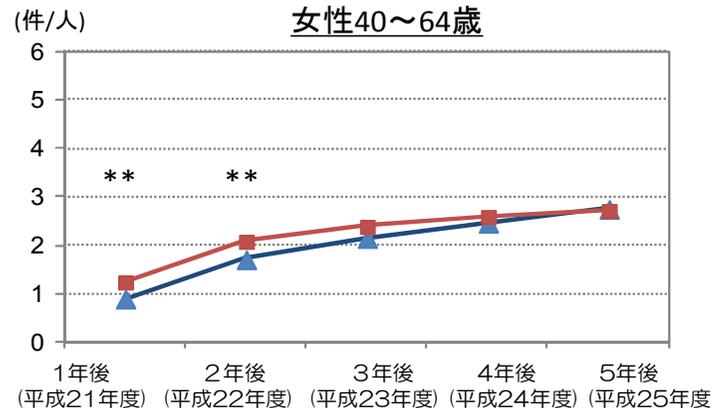
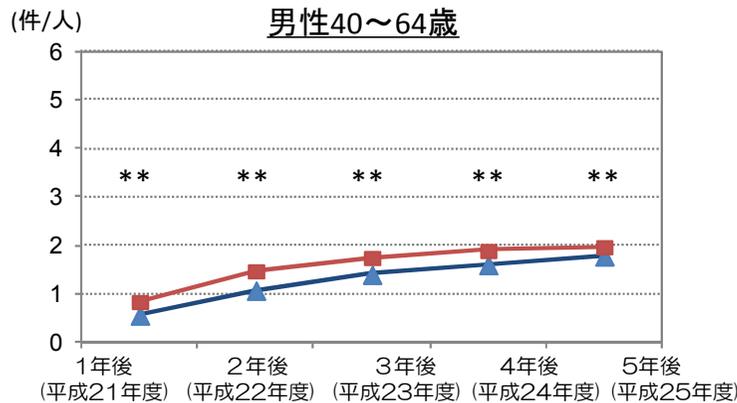
## 【1人当たり入院外医療費】

### 参加者と不参加者の差

**男性-5,830円** (平成21年度)  
 -8,100円 (平成22年度)  
 -7,940円 (平成23年度)  
 -7,210円 (平成24年度)  
 -5,720円 (平成25年度)

**女性-7,870円** (平成21年度)  
 -7,500円 (平成22年度)  
 -6,940円 (平成23年度)  
 -5,180円 (平成24年度)  
 -1,680円 (平成25年度)

の差異



## 【外来受診率】

### 参加者と不参加者の差

**男性-0.28件/人** (平成21年度)  
 -0.40件/人 (平成22年度)  
 -0.35件/人 (平成23年度)  
 -0.29件/人 (平成24年度)  
 -0.19件/人 (平成25年度)

**女性-0.35件/人** (平成21年度)  
 -0.37件/人 (平成22年度)  
 -0.25件/人 (平成23年度)  
 -0.13件/人 (平成24年度)  
 +0.03件/人 (平成25年度)

の差異

※平成20~25年度の特定健診・保健指導データとレセプトデータのうち突合率が80%以上の364保険者のデータ(分析対象:19.3万人)のうち、平成20年度に積極的支援に参加した11606人と不参加だった84558人について、21年度以降の糖尿病、高血圧症、脂質異常症に関する外来医療費等の経年分析をした。

# 【参考】特定保健指導による特定健診の検査値への改善効果（平成20～25年度）

- 積極的支援の参加者は不参加者と比較すると、特定保健指導後の5年間にわたり、特定健診のほぼ全ての検査値（腹囲、体重、血圧、脂質）について、改善効果が継続していることが確認された。
- 動機づけ支援参加者についても、積極的支援より改善幅は小さかったが、同様の傾向がみられた。

※積極的支援・・・特定保健指導対象者のうち、腹囲が一定数値以上で、追加リスク（血糖・血圧・脂質）が2つ以上該当か、1つ該当かつ喫煙歴がある、40～64歳の者が対象。

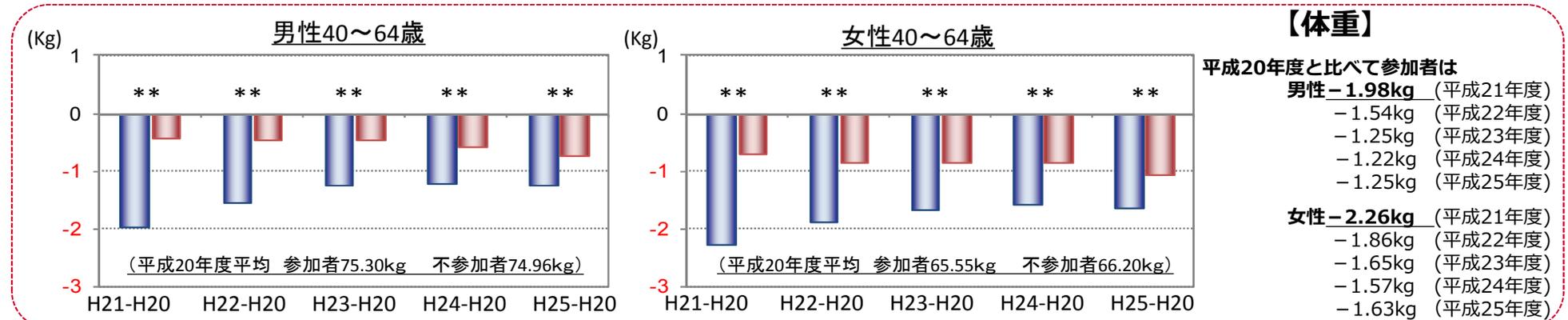
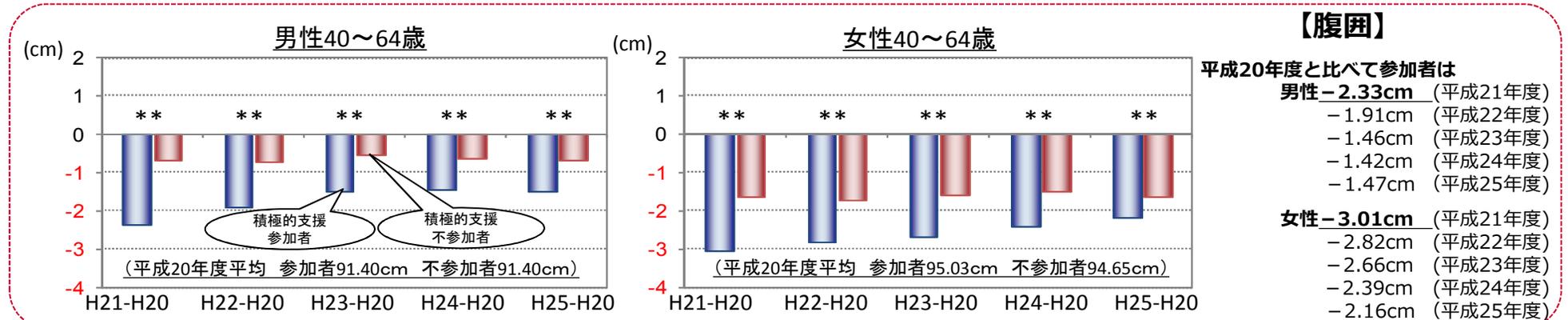
※動機付け支援・・・特定保健指導対象者のうち、腹囲が一定数値以上で、追加リスクが1つ該当かつ喫煙歴がない者への支援。40～74歳が対象。（65歳以上では、積極的支援の基準に該当する場合でも動機付け支援を実施）

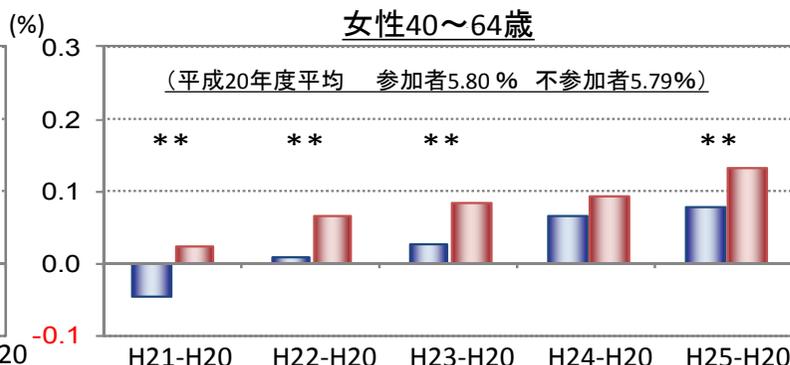
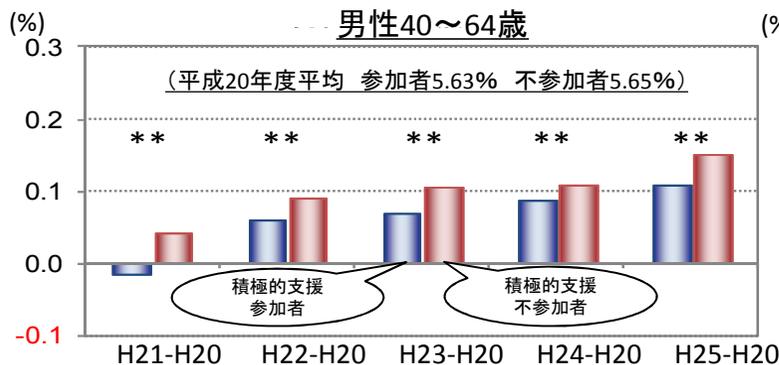
※分析対象：364保険者（国保320、健保組合2、共済42）、20万～22万人（分析方法で異なる）

\*p<0.05 \*\*p<0.01

\*, \*\*・・・統計学的に有意な差

## 特定保健指導（積極的支援）による検査値の推移（平成20年度との差）



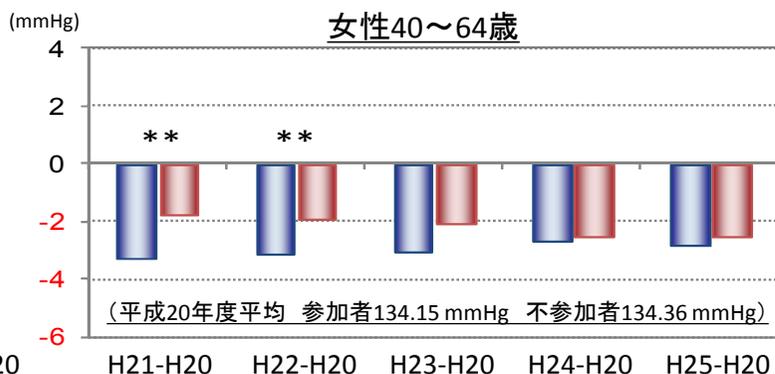
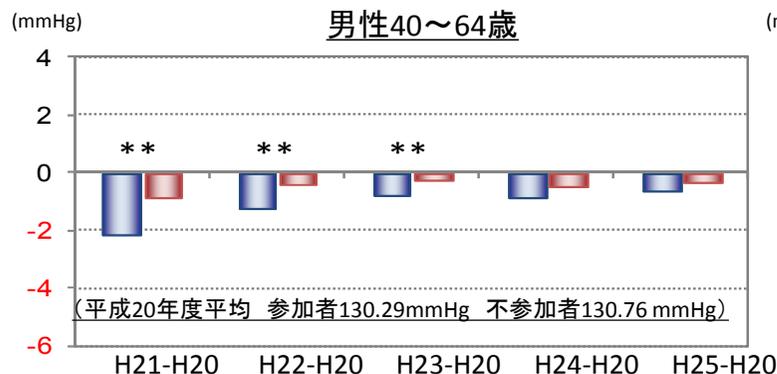


## 【血糖(HbA1c)】 ※1

平成20年度と比べて

**男性 -0.01%** (平成21年度)  
 +0.06% (平成22年度)  
 +0.07% (平成23年度)  
 +0.09% (平成24年度)  
 +0.11% (平成25年度)

**女性 -0.04%** (平成21年度)  
 +0.01% (平成22年度)  
 +0.03% (平成23年度)  
 +0.07% (平成24年度)  
 +0.08% (平成25年度)

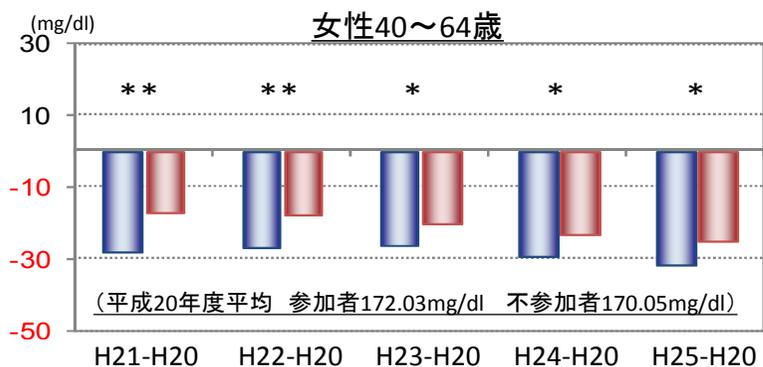
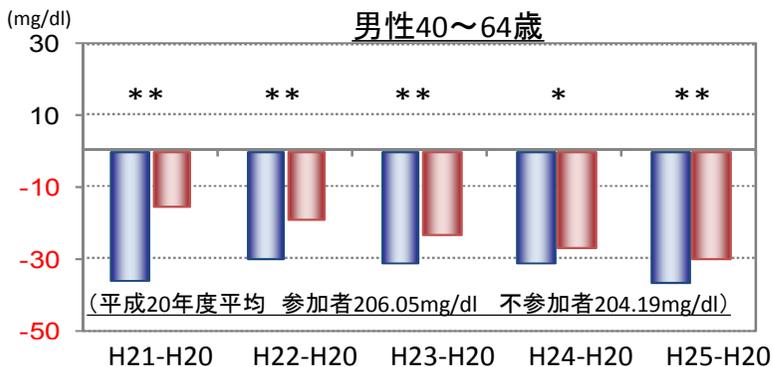


## 【血圧(収縮期血圧)】 ※2

平成20年度と比べて

**男性 -2.13mmHg** (平成21年度)  
 -1.21mmHg (平成22年度)  
 -0.76mmHg (平成23年度)  
 -0.88mmHg (平成24年度)  
 -0.63mmHg (平成25年度)

**女性 -3.24mmHg** (平成21年度)  
 -3.13mmHg (平成22年度)  
 -3.00mmHg (平成23年度)  
 -2.65mmHg (平成24年度)  
 -2.80mmHg (平成25年度)



## 【脂質(中性脂肪)】

平成20年度と比べて

**男性 -35.91mg/dl** (平成21年度)  
 -29.55mg/dl (平成22年度)  
 -31.15mg/dl (平成23年度)  
 -31.16mg/dl (平成24年度)  
 -36.23mg/dl (平成25年度)

**女性 -27.80mg/dl** (平成21年度)  
 -27.02mg/dl (平成22年度)  
 -26.27mg/dl (平成23年度)  
 -29.27mg/dl (平成24年度)  
 -31.79mg/dl (平成25年度)

※1 ベースラインの差を補正するため、HbA1c7.0%未満の対象者について分析。

平成25年4月より、JDS値からNGSP値へ変更となったため、平成20年度～平成25年度のデータを換算式にてNGSP値に換算して分析

※2 ベースラインの差を補正するため、160mmHg未満の対象者について分析

# スマート・ライフ・プロジェクトの取組

「健康寿命をのばしましょう。」をスローガンに、国民全体が人生の最後まで元気に健康で楽しく毎日が送れることを目標とした国民運動。運動、食生活、禁煙健診・検診の受診の4つのテーマを中心に、具体的な呼びかけを行っています。

## 適度な運動

### 「毎日プラス10分の運動」

例えば、「通勤時のはや歩き」や「掃除」や「庭いじり」。  
日常でのからだの動きを増やすだけで健康生活に変わります。

## 適切な食生活

### 「毎日プラス一皿の野菜」

いつもの食事にプラス一皿の野菜を。  
ちょっと意識して美味しく野菜を摂る事で、理想的な食生活に近づきます。

## 禁煙

### 「たばこの煙をなくす」

たばこを吸うことは健康を損なうだけでなく、肌の美しさや若々しさを失うことにも繋がります。

## 健診・検診の受診

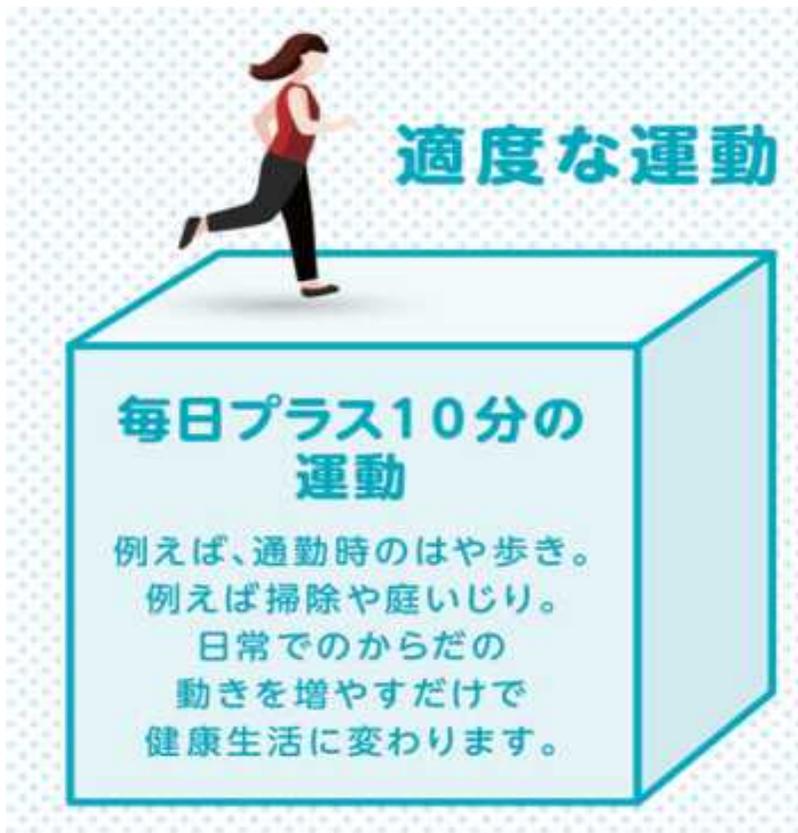
### 「定期的に自分を知る」

早期には、自覚症状が無いという病気は少なくありません。  
無症状のうちから定期的に自分のからだの状態を知っておくことが重要です。



## 健康日本21(第二次)の目標と現状

項 目		現状(平成25年度)	目標(平成34年度)まで
運 動	日常生活の歩数の増加 (20歳~64歳)	男性 7,788歩	9,000歩
		女性 6,893歩	8,500歩



### ◆ 「+10(プラステン)」を合言葉に

今より「10分多く」元気なからだを動かすことで、健康寿命がのびましょう。

### ◆ また「+10」によって「死亡のリスクを2.8%」「生活習慣病発症を3.6%」「ガン発症を3.2%」「ロコモ※・認知症の発症を8.8%」低下させることが可能なことが、示唆されています。

減量効果としても、+10を1年間継続すると、1.0-2.0kg減の効果期待できます。

### ◆ 18歳~64歳の方は1日60分

### ◆ 65歳以上の方は1日40分

を目標にからだを動かしましょう

項 目		現状(平成25年度)	目標(平成34年度)まで
栄養・食生活	1日の野菜摂取量の増加	283g	350g



◆「毎日プラス1皿」を合言葉に

1日プラス70gの野菜を。  
日本人は1日280gの野菜を摂っています。  
1日にあとプラス70gの野菜を食べることで、健康寿命がのびましょう。  
高血圧等の改善には、栄養(減塩、野菜・果物の摂取増加、肥満者の減少)にかかる取組が必要です。

◆「+1皿」マーク等の普及

店頭などでも簡単に使った頂けるツールを無料でダウンロードしていただけます。この機会に野菜や野菜メニュー用のPOPとしてご活用ください。



## 健康日本21(第二次)の目標と現状

項 目		現状(平成25年度)	目標(平成34年度)まで
喫 煙	成人の喫煙率の減少	19.3%	12%



- ◆「たばこの煙をなくす」を合言葉に  
たばこを吸うことによる健康影響には、多くのものがあります。  
また、煙によって、自分だけではなく周囲への悪影響も引き起こすのです。
- ◆ 受動喫煙 - 他人の喫煙の影響  
本人は喫煙しなくても身の回りのたばこの煙を吸わされてしまうことを受動喫煙と言います。  
受動喫煙による肺がん等によって年間6,800人が亡くなっていると報告があり、健康影響は深刻です。

自分、そして大事な人の健康を守るためにも、禁煙を目指しましょう。



# 健診・検診の受診

## 定期的に自分を知る

早期には、自覚症状が無いという病気は少なくありません。そういうリスクを早期に発見し、対処していくためには、無症状のうちから定期的に自分のからだの状態を知っておくことが重要です。

**「健診」は  
皆の毎日の健康を守る最大の武器！**

特定健診などの「健診」は健康の保持増進のために、そのときの健康状態を調べて問題があった場合に改善することが主な目的です。毎年定期的に健診の受診を啓発しましょう。

**定期健康診断、特定健診 など**

**「検診」は  
大事な人や未来を守る最大の武器！**

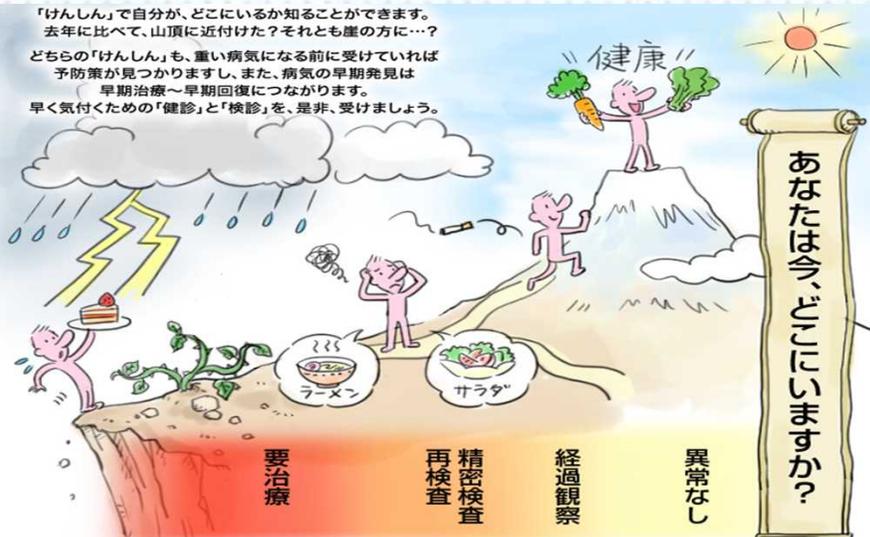
がん検診などの「検診」は、病気の早期発見・早期治療を可能にする上で大切です。従業員や職員、その家族の安心のため、また優秀な人材を失わないためにも、検診の受診を啓発しましょう。

**各種がん検診 など**

同じ「けんしん」という言葉でも、実は目的や内容が違うことを知っている人は少ないかもしれません。その違いを知ってもらうことも、興味を持ち、受診してもらうための一歩です。

「けんしん」で自分が、どこにいるか知ることができます。去年に比べて、山頂に近付けた？それとも崖の方へ…？

どちらの「けんしん」も、重い病気になる前に受けていけば予防策が見つかりますし、また、病気の早期発見は早期治療～早期回復につながります。早く気付くための「健診」と「検診」を、是非、受けましょう。



## ◆「定期的に自分を知る」を合言葉に

「けんしん」で自分がどこにいるかを知ることができます。山頂に近づけた？それとも崖の方へ…どちらの「けんしん」も重い病気になる前に受けていけば予防策が見つかりますし、また、病気の早期発見は早期治療～早期回復につながります。大切な従業員やその家族のためにも「けんしん」の受診を啓発してください。

## ⑦ 地域包括ケアシステムの構築

# 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）

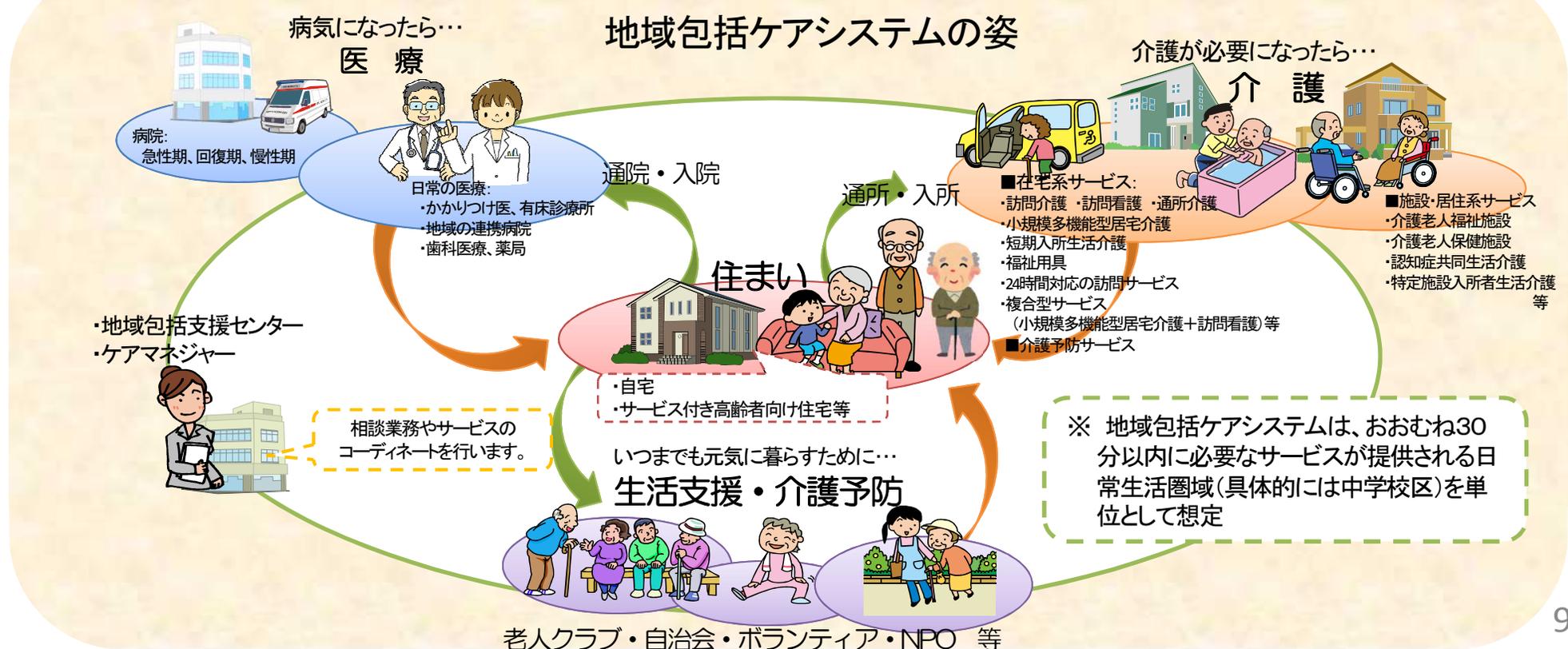
地域の实情に応じて、  
高齢者が、可能な限り、  
住み慣れた地域でその有する能力に応じ  
自立した日常生活を営むことができるよう、  
医療、介護、介護予防、  
住まい及び自立した日常生活の支援が  
包括的に確保される体制



【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。**



# 在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 事業項目を郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

## ○事業項目と取組例

### （ア）地域の医療・介護の資源の把握

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化
- ◆ 必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査
- ◆ 結果を関係者間で共有



### （エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

- ◆ 情報共有シート、地域連携パス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

### （キ）地域住民への普及啓発

- ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- ◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等



### （イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- ◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討

### （オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

- ◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。

### （ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

- ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

### （カ）医療・介護関係者の研修

- ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得
- ◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催 等

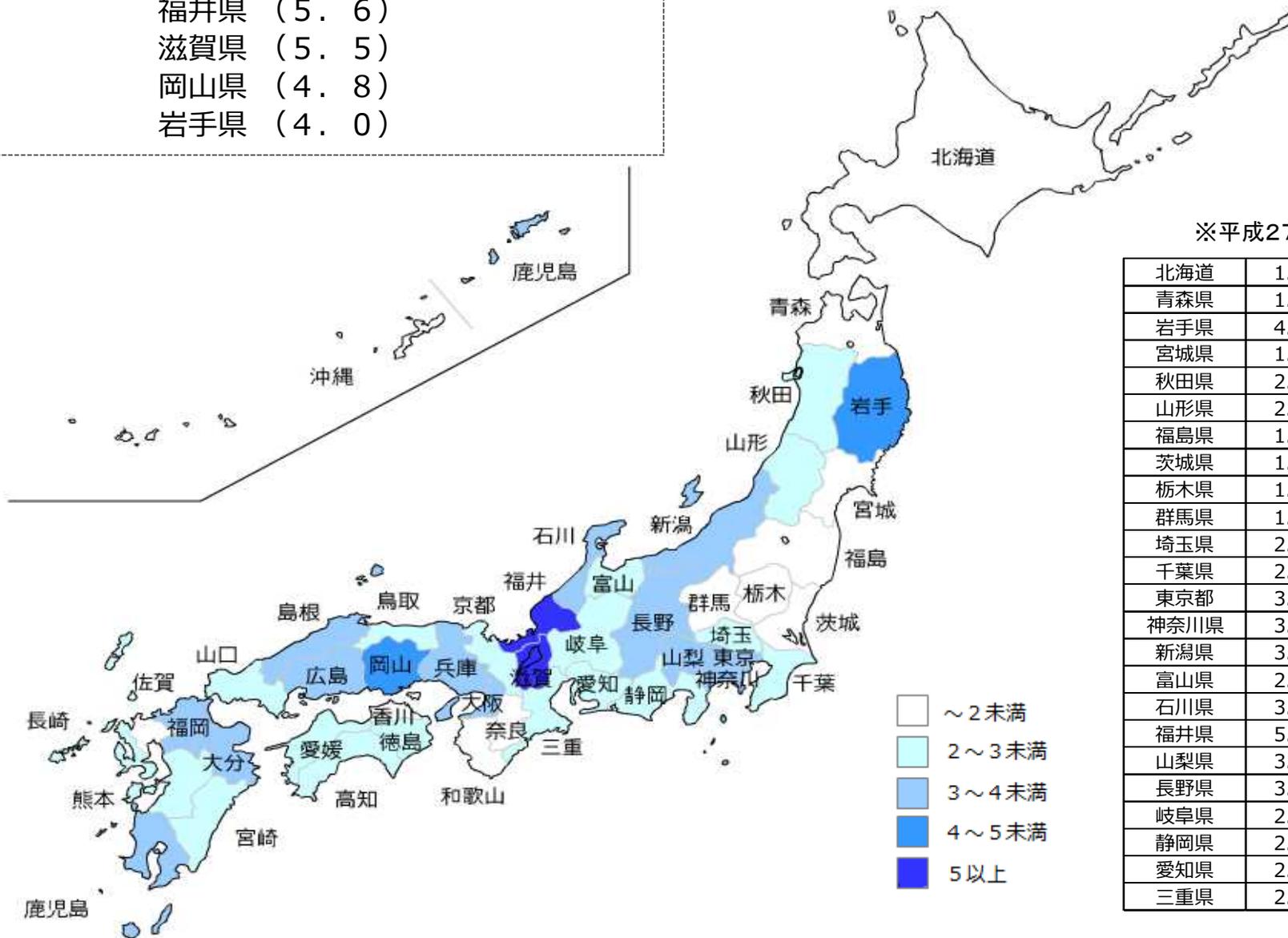
### （ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- ◆ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

# 在宅医療・介護連携推進事業の実施状況 ～都道府県別の平均実施数～

<8つの事業項目の内、平均実施数が4以上の都道府県>

福井県 (5.6)  
 滋賀県 (5.5)  
 岡山県 (4.8)  
 岩手県 (4.0)



※平成27年8月1日現在の状況

北海道	1.2	滋賀県	5.5
青森県	1.2	京都府	2.2
岩手県	4.0	大阪府	3.9
宮城県	1.3	兵庫県	3.8
秋田県	2.8	奈良県	1.8
山形県	2.9	和歌山県	1.2
福島県	1.4	鳥取県	2.3
茨城県	1.5	島根県	3.4
栃木県	1.8	岡山県	4.8
群馬県	1.5	広島県	3.4
埼玉県	2.4	山口県	2.4
千葉県	2.0	徳島県	2.9
東京都	3.2	香川県	0.9
神奈川県	3.1	愛媛県	2.0
新潟県	3.7	高知県	2.5
富山県	2.8	福岡県	3.2
石川県	3.9	佐賀県	1.7
福井県	5.6	長崎県	2.1
山梨県	3.3	熊本県	2.2
長野県	3.2	大分県	3.8
岐阜県	2.9	宮崎県	2.2
静岡県	2.1	鹿児島県	3.3
愛知県	2.7	沖縄県	0.7
三重県	2.8	全国平均	2.5

出典) 平成27年度在宅医療・介護連携推進事業実施状況調査

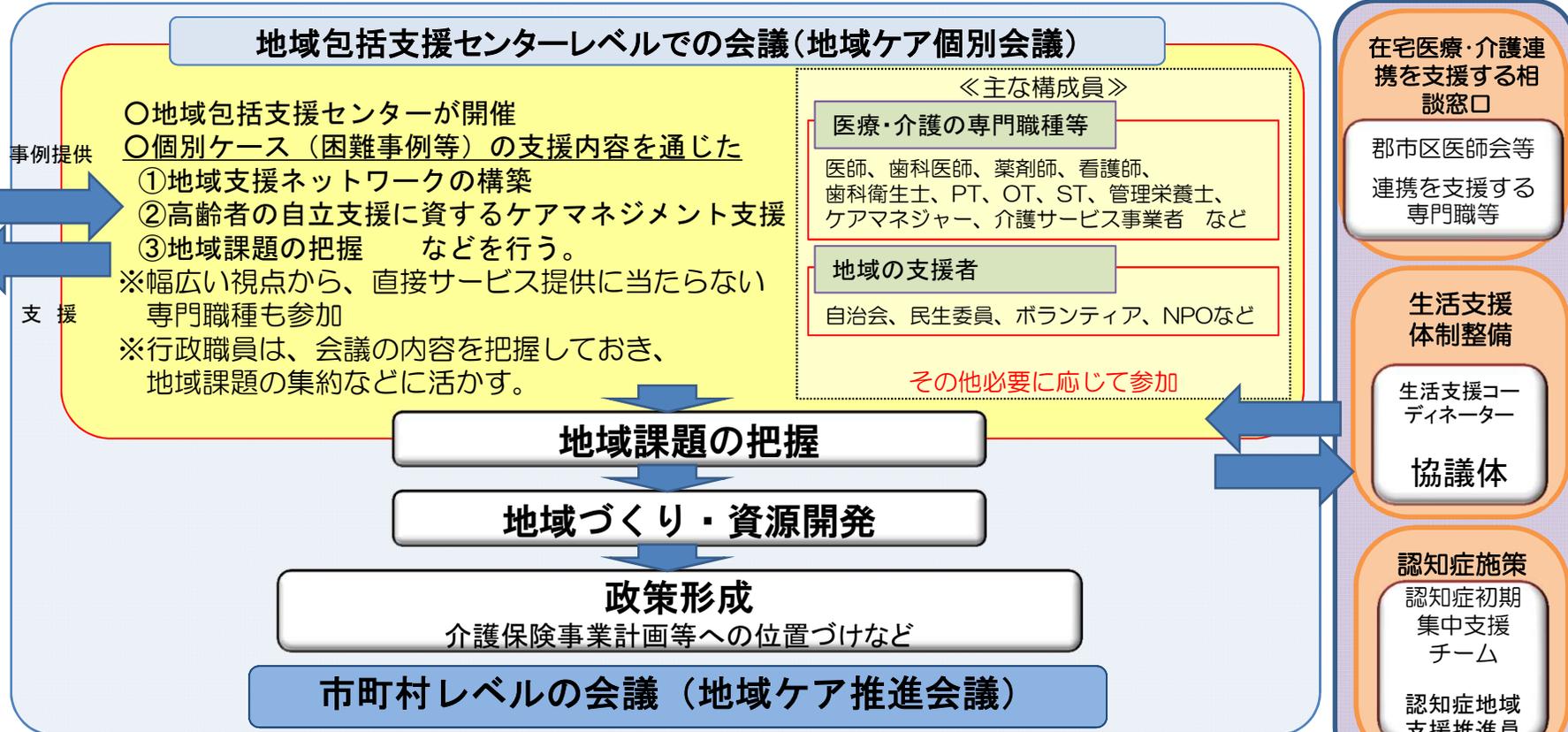
# 地域ケア会議の推進

地域包括支援センター等において、多職種協働による個別事例の検討等を行い、地域のネットワーク構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握等を推進する。

※従来の包括的支援事業(地域包括支援センターの運営費)とは別枠で計上

(参考)平成27年度より、地域ケア会議を介護保険法に規定。(法第115条の48)

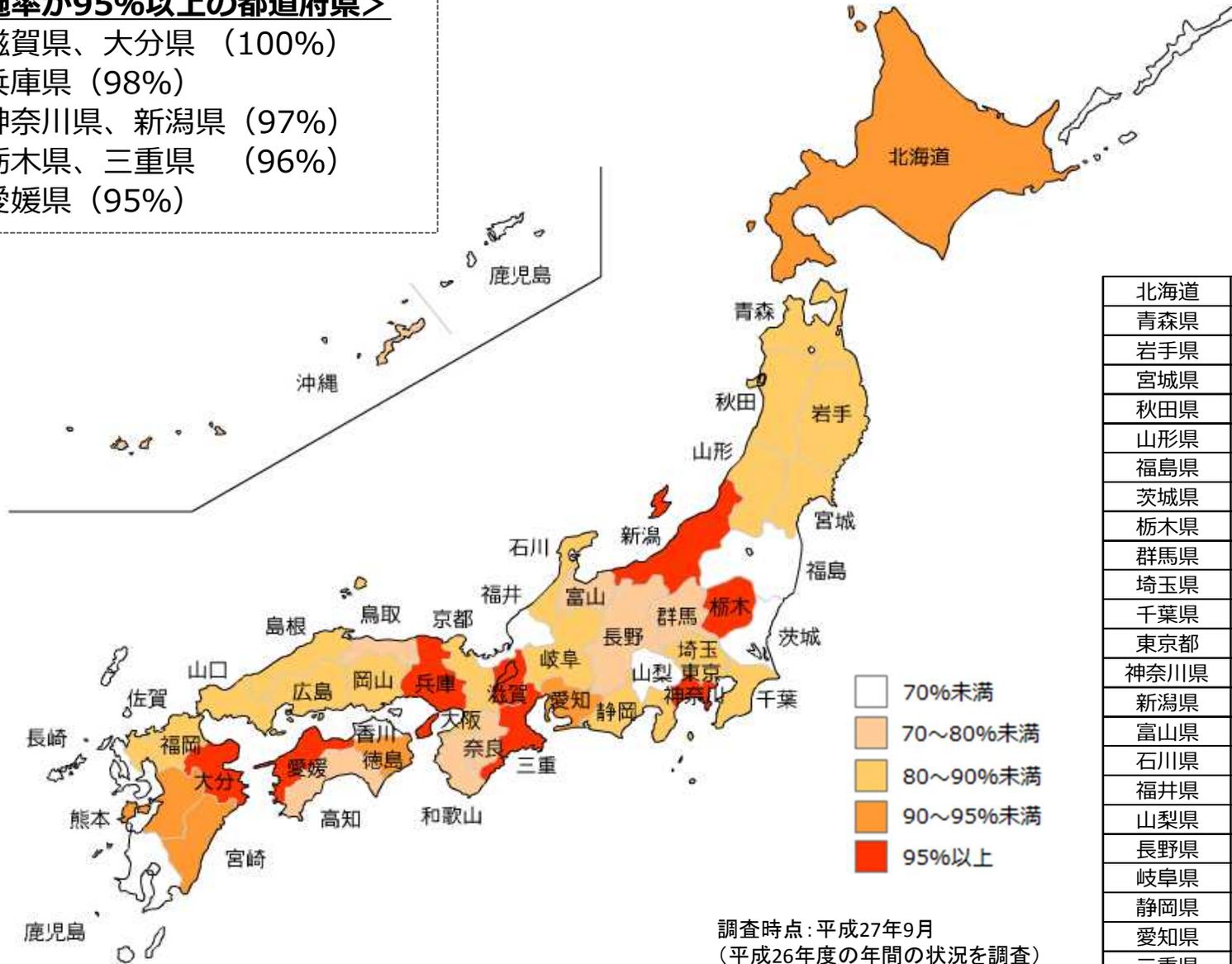
- 市町村が地域ケア会議を行うよう努めなければならない旨を規定
- 地域ケア会議を、適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うものとして規定
- 地域ケア会議に参加する関係者の協力や守秘義務に係る規定 など



# 保険者における地域ケア会議の開催状況 ～都道府県別の実施率～

## ＜実施率が95%以上の都道府県＞

- 滋賀県、大分県（100%）
- 兵庫県（98%）
- 神奈川県、新潟県（97%）
- 栃木県、三重県（96%）
- 愛媛県（95%）



北海道	90%	滋賀県	100%
青森県	85%	京都府	85%
岩手県	88%	大阪府	88%
宮城県	89%	兵庫県	98%
秋田県	82%	奈良県	79%
山形県	80%	和歌山県	70%
福島県	68%	鳥取県	76%
茨城県	59%	島根県	82%
栃木県	96%	岡山県	85%
群馬県	77%	広島県	83%
埼玉県	88%	山口県	89%
千葉県	85%	徳島県	91%
東京都	82%	香川県	82%
神奈川県	97%	愛媛県	95%
新潟県	97%	高知県	77%
富山県	78%	福岡県	86%
石川県	89%	佐賀県	86%
福井県	56%	長崎県	65%
山梨県	67%	熊本県	91%
長野県	70%	大分県	100%
岐阜県	86%	宮崎県	92%
静岡県	89%	鹿児島県	67%
愛知県	90%	沖縄県	71%
三重県	96%		

調査時点：平成27年9月  
（平成26年度の年間の状況を調査）

# 多職種研修の実施による医療・介護連携の推進

1 多職種研修におけるグループワーク等を通して、

- ①ネットワークづくり
- ②新たな知識の獲得(レベルの向上)
- ③他職種からのフィードバック  
(モチベーションの向上)

地域における医療・介護関係者と知り合う(「顔の見える関係」の構築)  
他の職種の役割・能力・現状や、地域の実態・困り事等を知る  
事例検討等を通して、それぞれの職種に求められる内容に気づく  
(他の職種からのフィードバックは、特に、医療系職種にとっては貴重な機会)

2 多職種によるグループワークの企画・運営の経験により、

医療・介護サービスの実践スキルの向上、必要なコミュニケーションスキルの向上、チームビルディングにより、地域の人材が育成される。



## ＜医療と介護の連携の推進＞

### ＜医療・介護関係者及び関係団体における、在宅医療・介護連携に取り組む機運の醸成＞

多職種研修を実施するのに必要な、調整や運営を通して、行政、医療・介護関係者、関係団体の関係性が構築され、連携に対するモチベーションが高まる



### ＜事例検討等グループワーク等の実施＞

地域の医師・歯科医師・薬剤師・看護師・MSWや、ケアマネジャー等の介護関係者とのグループワークを通して、「地域には頼りになる多職種がいる」ことを知る。

在宅医療に  
取り組んでみようかな

この前一緒に研修した  
○○先生や看護師の△△さんに相談してみよう

あのケアマネさんに相談してみよう

### ＜多職種研修で実施されるグループワークの例＞

- ・事例検討 Aさんには、どんなケアが必要？  
それぞれの職種は何をする？
- ・医療・介護資源マップの作成
- ・在宅療養を推進する上での課題と解決策 等

### ○研修運営ガイド

- － 国立長寿医療研究センター／東京大学高齢社会総合研究機構／日本医師会／厚生労働省による共同名義
- － 研修開催事務局が用いる手順書としての活用を想定
- － 開催日程に応じていくつかのパターンを例示

# 大分県での取り組み（地域ケア会議から地域包括ケアシステム構築へ）

## 【地域ケア会議 導入の背景】

高齢化に伴い要介護認定率や介護給付費等が増加する中、要支援者の認定割合が高く改善率が低い、要支援者の約半数が廃用症候群などの課題。

## 地域ケア会議の目的と内容（要支援・要介護者を元気に!）

医療・リハ・栄養・  
口腔・薬剤等に  
関する専門職種

市町村  
(保険者) 地域包括支援センター



ケアプラン作成者 サービス事業所 等

- ◆多職種協働による協議
- ◆インフォーマルサービスの活用
- ◆地域課題発見・解決策の検討
- ◆自立を阻害する要因の追求
- ◆医療との連携
- ◆参加者のOJT

ケアプランの実行・評価・見直し

高齢者のQOLの向上



## 主な取組の流れ

### 【平成24年度の取組】

- ① **モデル3市**(豊後高田市、杵築市、豊後大野市)における地域ケア会議の立ち上げ・定着支援  
→ 先進地講師の派遣 ▷ 計9回派遣 研修参加延べ800名 等
- ② **全県下への普及促進**  
→ 市町村長訪問 ▷ モデル3市以外の市町村  
→ 事業所トップセミナーの開催 ▷ 参加者計450名 等

### 【平成25年度の取組】

- ① **全市町村**における地域ケア会議の立ち上げ・定着支援  
→ リハ職等の派遣と育成 ▷ 派遣延べ 894名 | 14市町  
→ 広域支援員の派遣 ▷ 計26回・延べ51名派遣 研修参加延べ 2,103名 等
- ② **関係機関の連携促進と県民への普及啓発の推進**  
→ 地域包括ケア推進大会の開催 ▷ 参加200名

### 【平成26年度の取組】

- ① **地域ケア会議の充実・強化**  
→ 広域支援員派遣事業の強化 ▷ 延べ26名派遣 | 研修参加延べ 1,106名
- ② **地域課題の解決支援と関係機関のさらなる連携強化**  
→ 地域課題の解決に向けた市町村支援 ▷ 事業費補助 | 30,000千円  
→ 大分県地域包括ケア推進会議(県レベルの推進会議)の立ち上げ

## ⑧ 自治体による医療提供体制の確保

# 医療計画について

- 都道府県が、国の定める基本方針に即し、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定するもの。
- 医療資源の地域的偏在の是正と医療施設の連携を推進するため、昭和60年の医療法改正により導入され、都道府県の二次医療圏ごとの病床数の設定、病院の整備目標、医療従事者の確保等を記載。平成18年の医療法改正により、疾病・事業ごとの医療連携体制について記載されることとなり、平成26年の医療法改正により「地域医療構想」が記載されることとなった。

## 医療計画における主な記載事項

### ○ 医療圏の設定

- ・ 病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分。

#### 三次医療圏

都道府県の区域を単位として設定。  
ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、複数の区域又は都道府県をまたがる区域を設定することができる。

↓  
特殊な医療を提供

#### 二次医療圏

一体の区域として病院等における入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮する。

- ・ 地理的条件等の自然的条件
- ・ 日常生活の需要の充足状況
- ・ 交通事情 等

↓  
一般の入院に係る医療を提供

- ・ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入・流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

### ○ 基準病床数の算定

### ○ 医療の安全の確保

### ○ 地域医療構想

- ・ 2025年の、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能ごとの医療需要と必要病床数、在宅医療等の医療需要を推計。

### ○ 5疾病・5事業(※)及び在宅医療に関する事項

※ 5疾病…5つの疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患)。

5事業…5つの事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む。))。

- ・ 疾病又は事業ごとの医療資源・医療連携等に関する現状を把握し、課題の抽出、数値目標の設定、医療連携体制の構築のための具体的な施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う(PDCAサイクルの推進)。

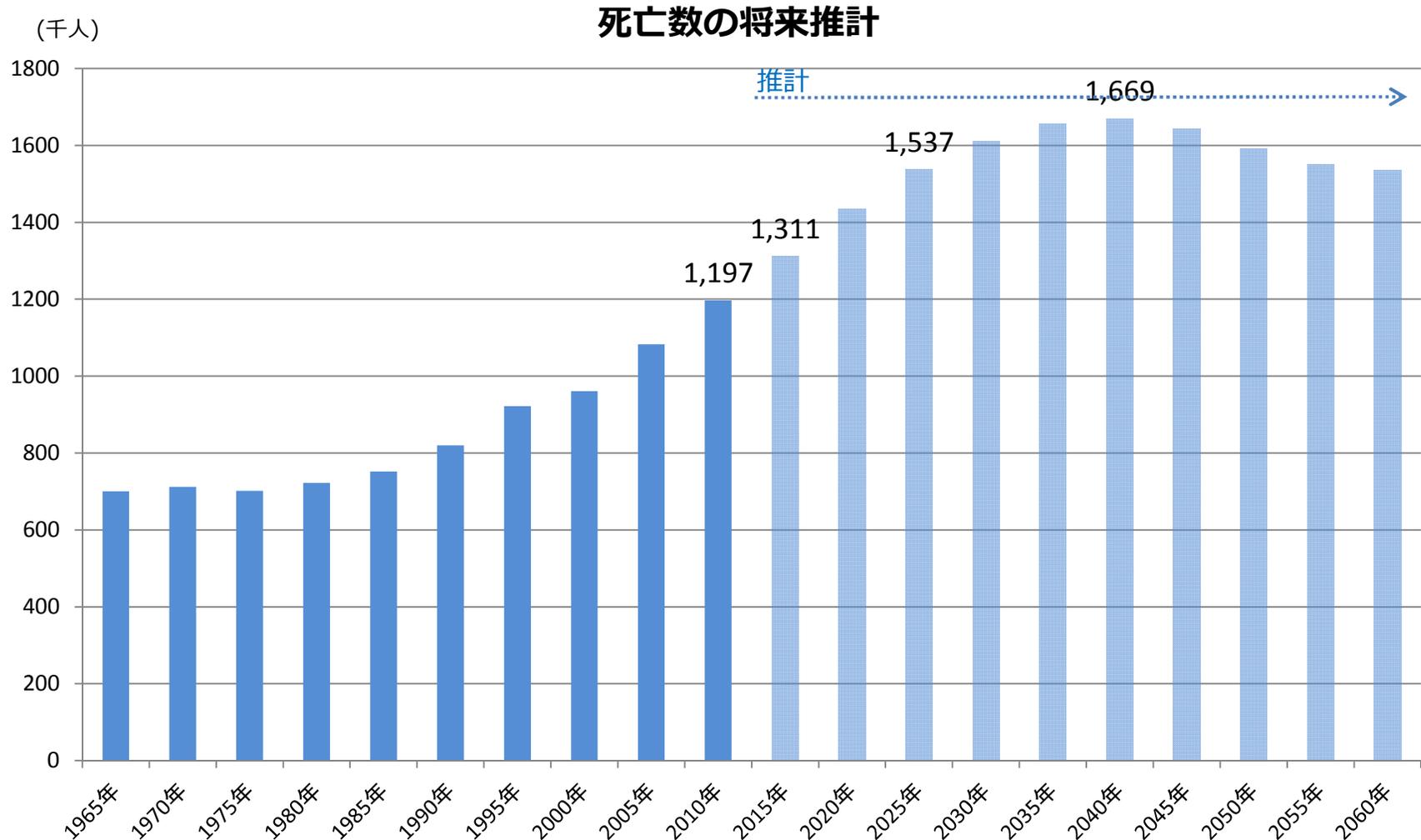
### ○ 医療従事者の確保

- ・ 地域医療支援センターにおいて実施する事業等による医師、看護師等の確保。

## ⑨ 在宅医療・看取りの推進

# 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

