

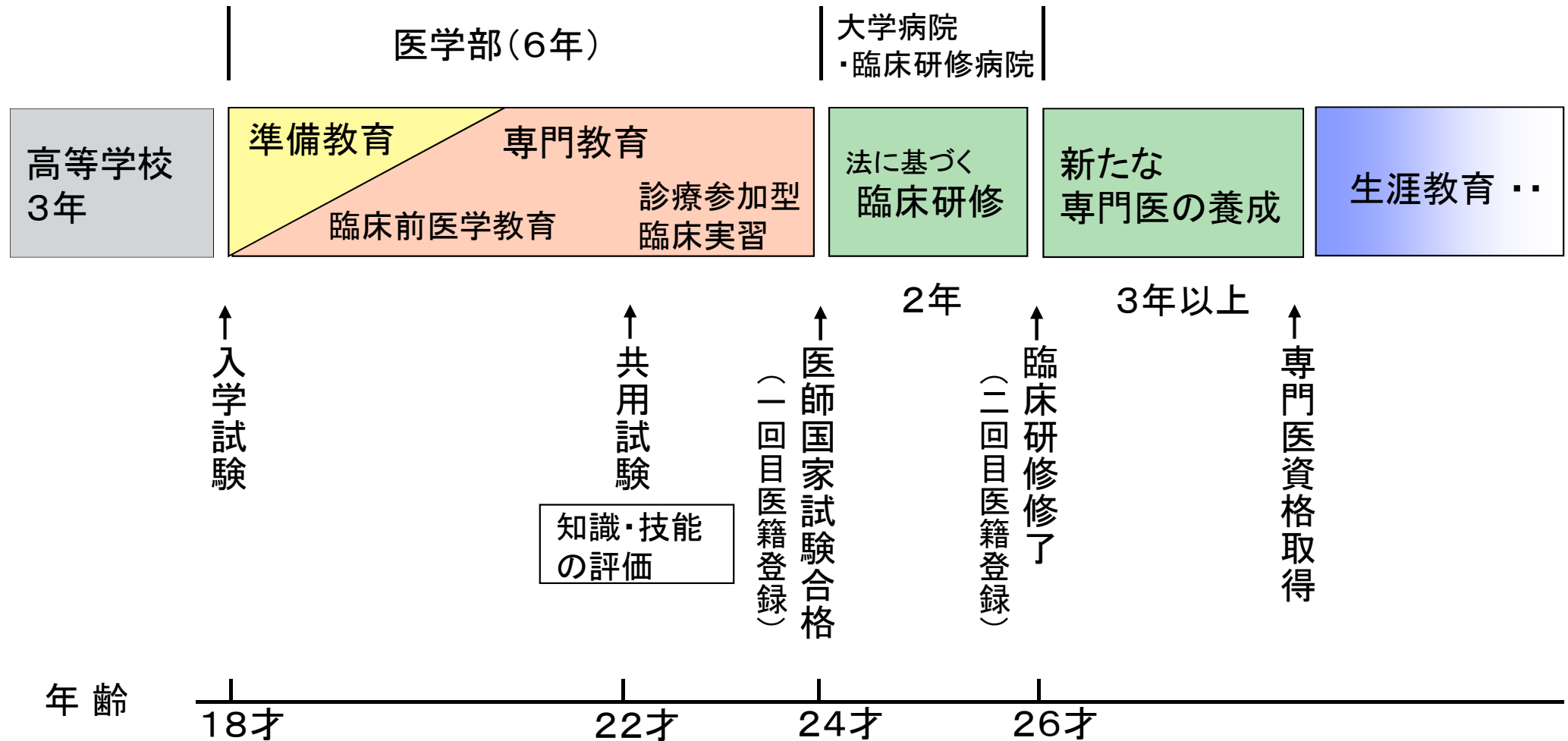
「今後の検討の全体構造」と 関連する現状・施策について

- 2. 「専門性の追求と人生の選択の両立」関係
- 3. 「生産性と質の向上」関係
- 4. 「経済活力(イノベ・国際化)への貢献」関係

- ① 医療従事者の養成・キャリア
- ② 勤務環境改善
- ③ チーム医療
- ④ 医療等分野でのAI・ICT化・技術革新
- ⑤ 投資に見合う医療の提供
- ⑥ 医療資源の適正な配分
- ⑦ 地域における雇用の維持・拡大
- ⑧ 医療の国際展開

① 医療従事者の養成・キャリア

医師養成過程の概要



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)

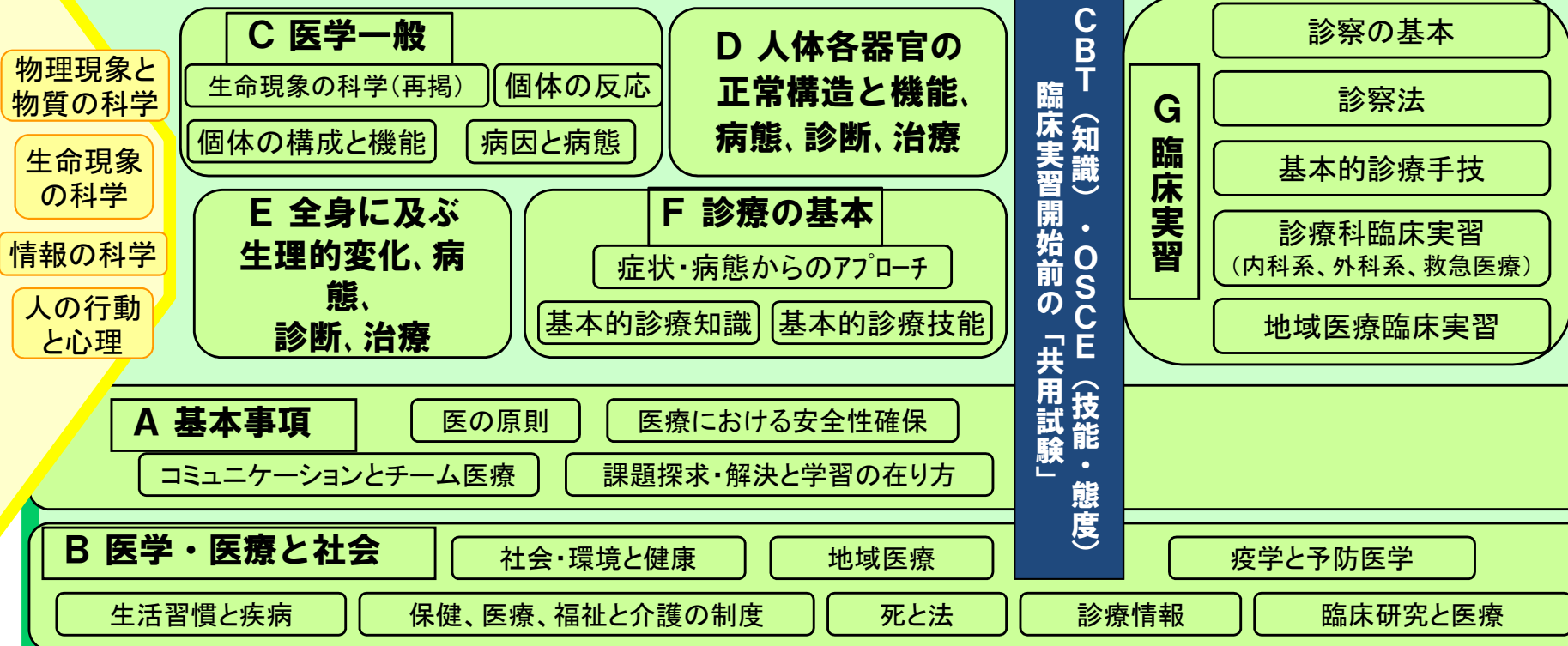
※各大学が理念に照らして設置する独自のもの(学生が自主的に選択できるプログラムを含む)



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



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

人文・社会科学・数学・語学教育など

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)

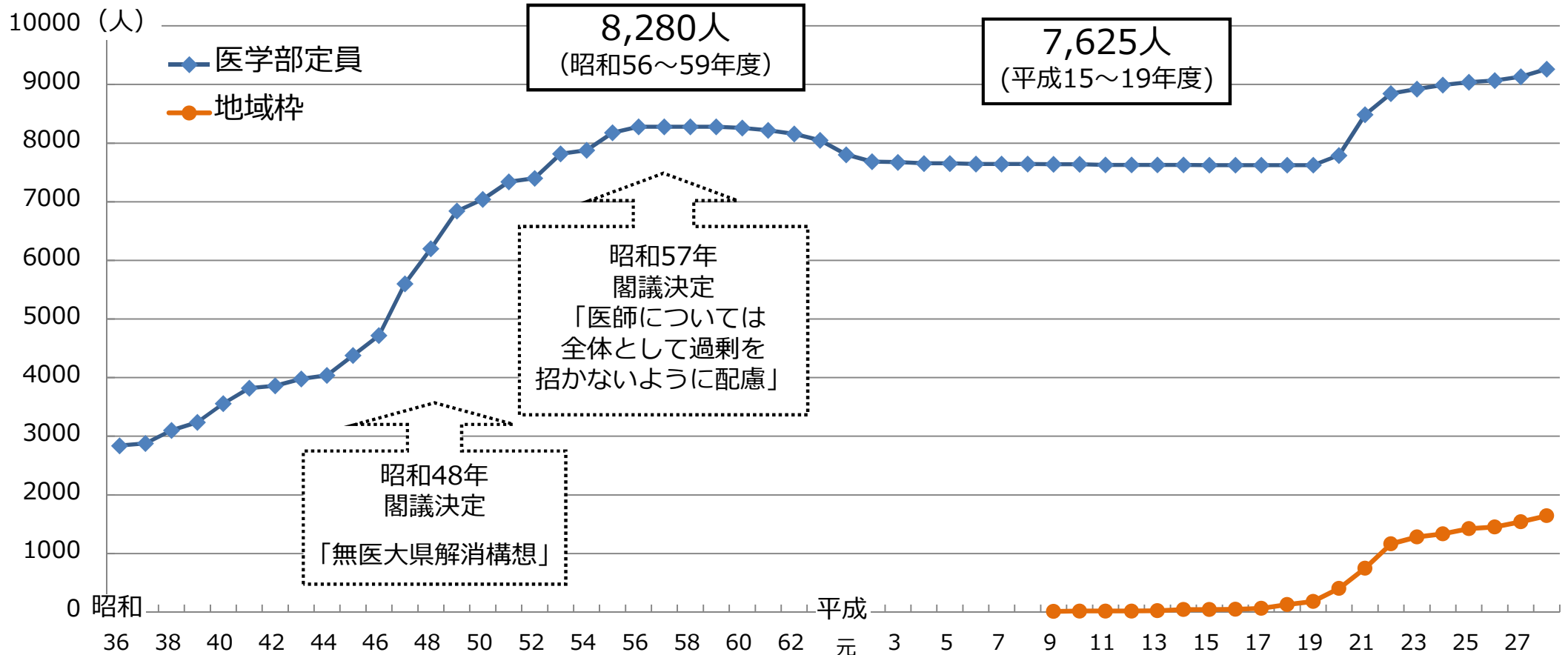
- ・男女を問わずキャリアを継続させて、生涯にわたり自己研鑽を続ける意欲と態度を有する。

医学部入学定員と地域枠の年次推移

- 平成20年度以降、**医学部の入学定員**を**過去最大規模**まで増員。
- 医学部定員に占める**地域枠***の数・割合も、**増加**してきている。

(平成19年度183人(2.4%)→平成28年1617人(17.5%))

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



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

地域枠の人数については、文部科学省医学教育課調べ（平成28年度については現在集計中）

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
東京都	私立	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）

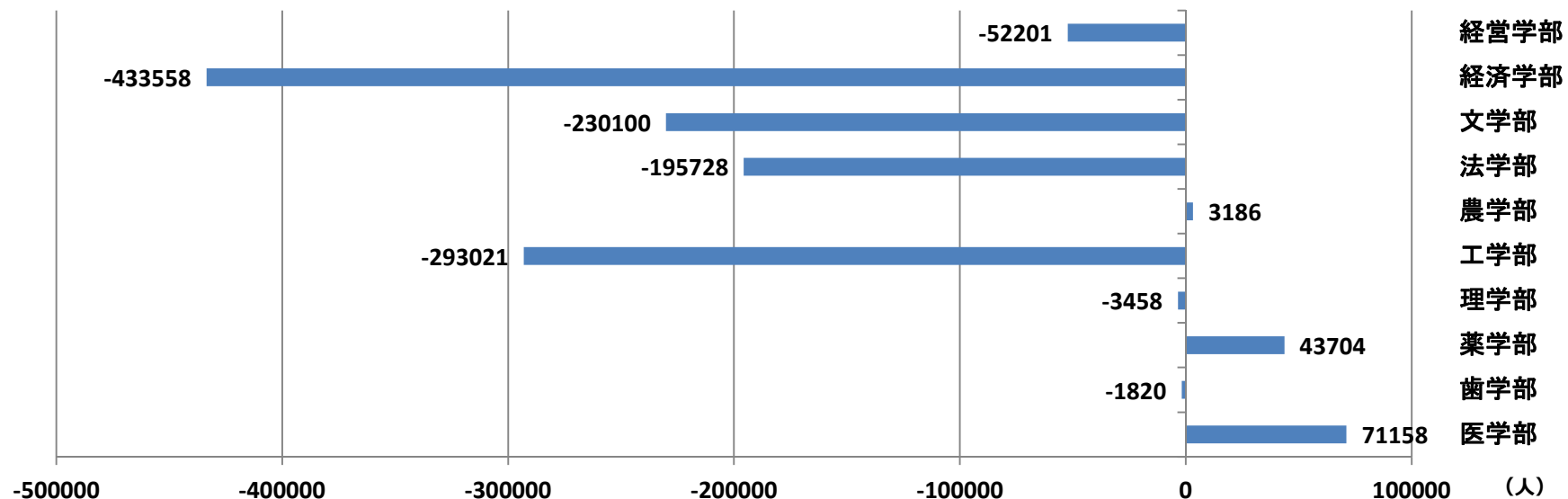
年度	1990	1995	2000	2005	2010	2015
平均	52.9	58	60.3	62.4	63	62.8
最高	70	71	75	75	76	77
最低	46	53	53	56	56	56

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

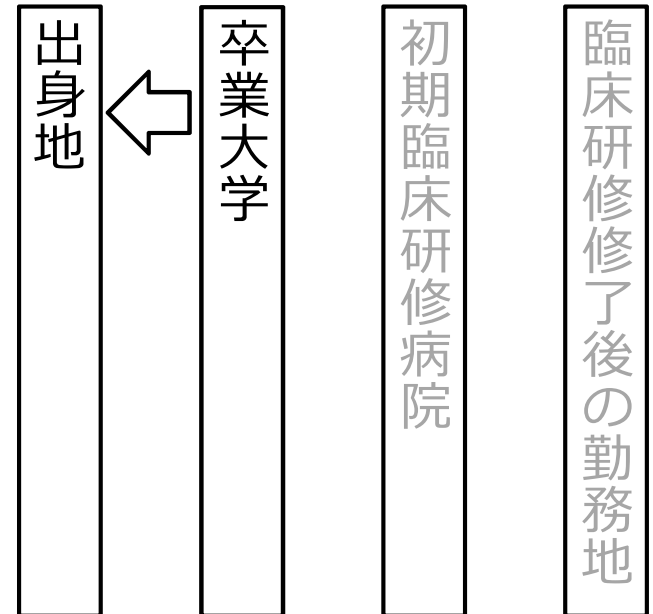
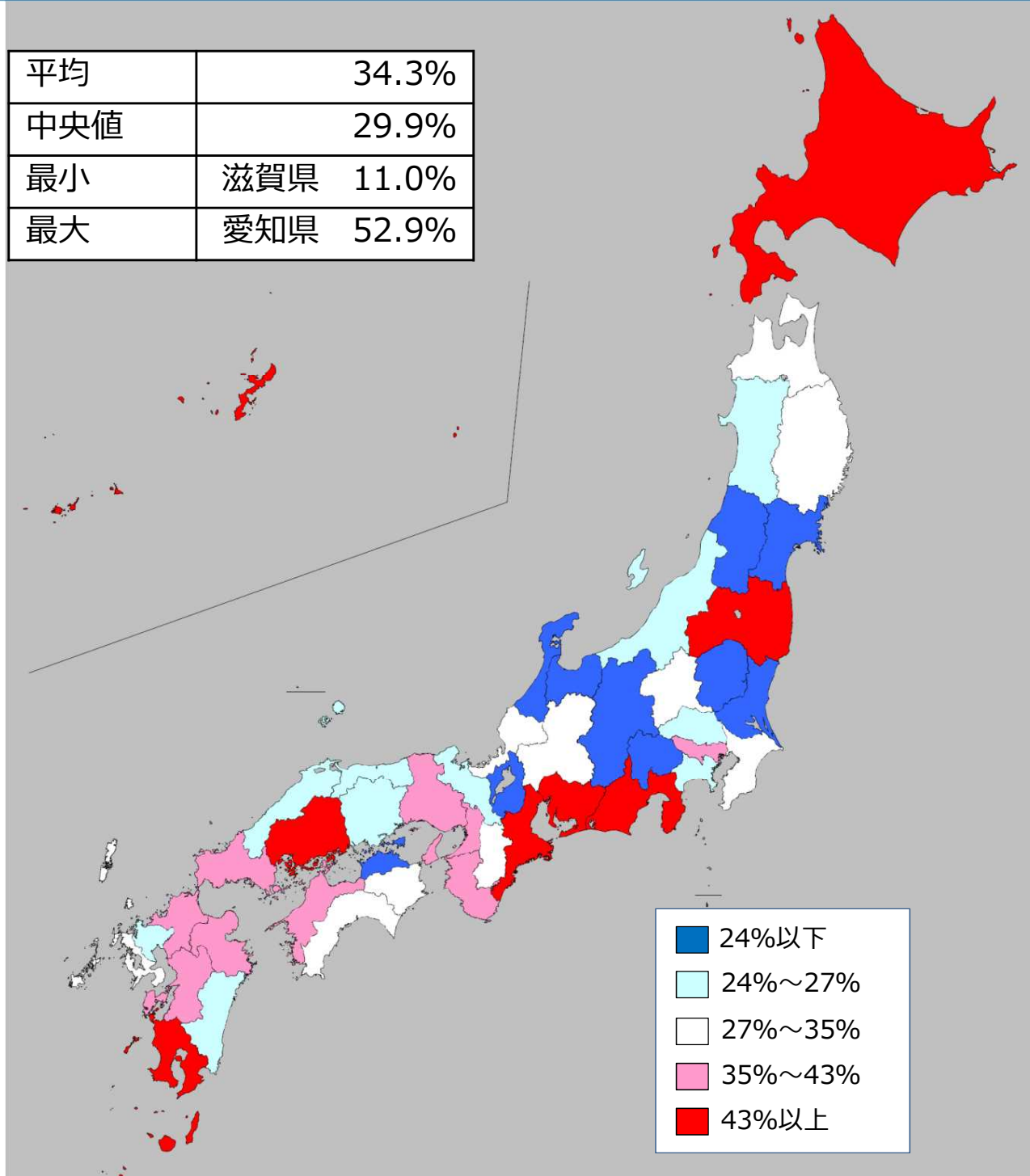


（文科省「学校基本調査」を基に日本医事新報編集部作成）

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%



<例>

A県の大学医学部を卒業した医師のうち、
A県が出身地である者の割合

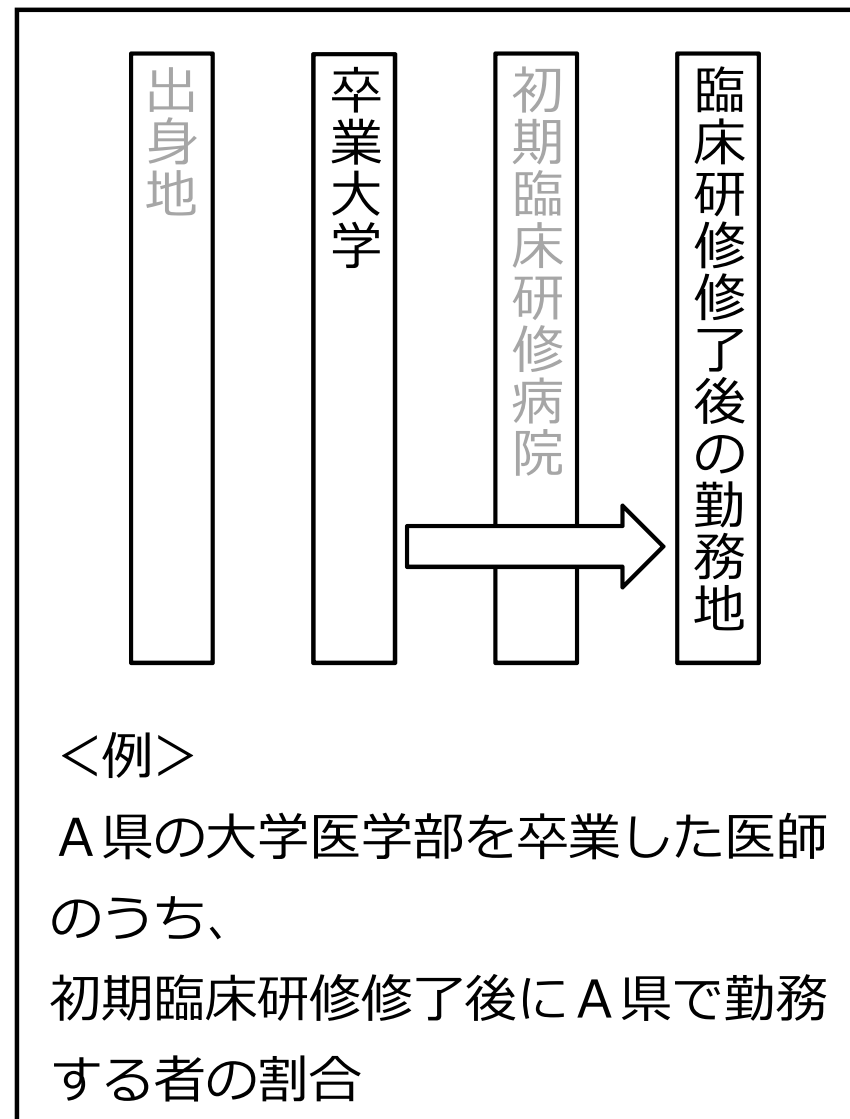
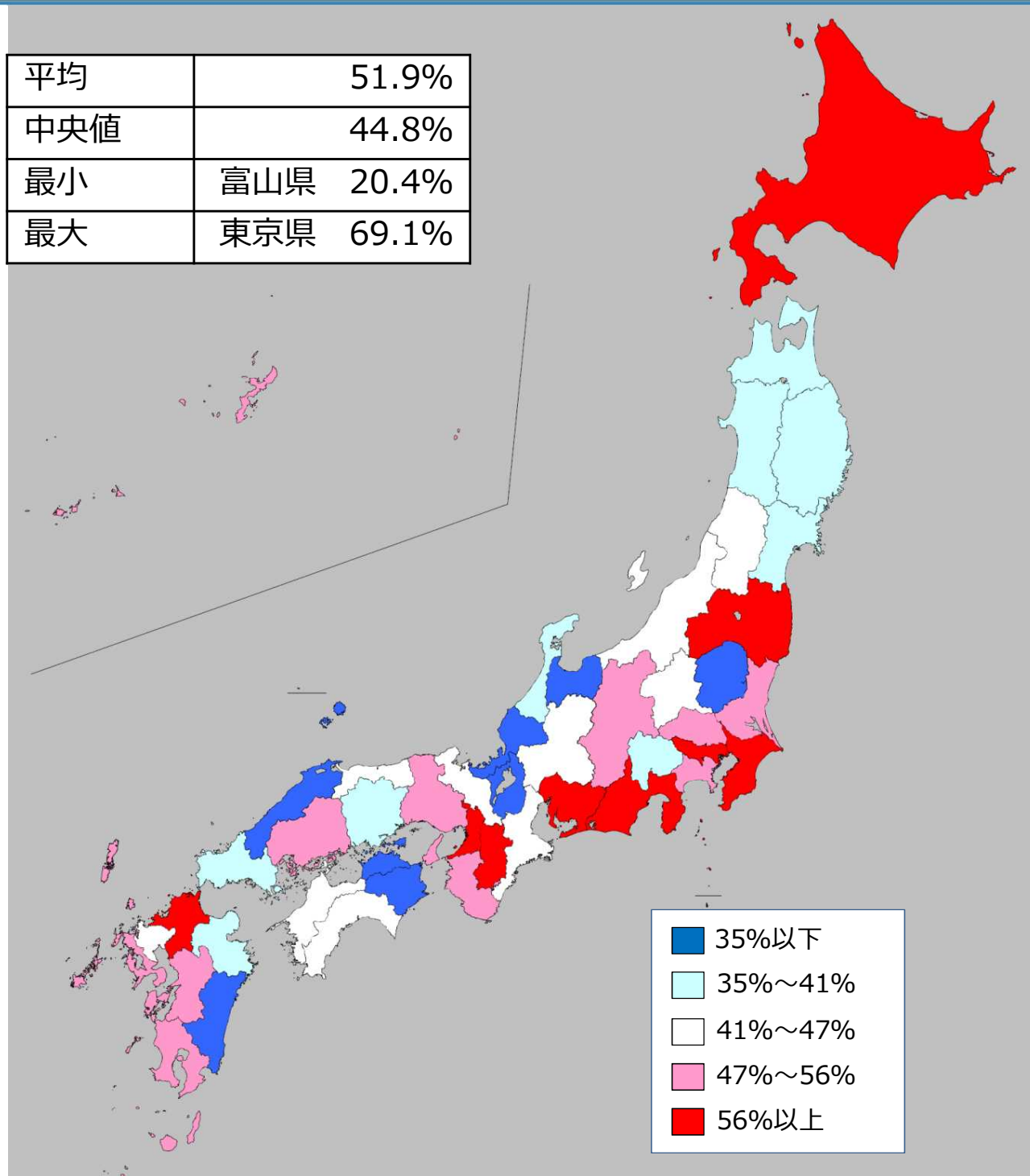
※出身地又は大学が海外の場合及び当該項目について無回答の場合は除外。

出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成27・28年）

厚生労働省調べ10

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）

地域枠と地元出身者の定着割合

- 地域枠の入学者よりも、地元出身者（大学と出身地が同じ都道府県の者）の方が、臨床研修修了後、大学と同じ都道府県に勤務する割合が高い（78%）。

地域枠*：地域医療等に従事する明確な意思をもった学生の選抜枠であり、奨学金の有無を問わない。

			臨床研修修了後に勤務する都道府県			
			A県		A県以外	
			人数	割合	人数	割合
地域枠	地域枠で入学（大学A県）		348	68%	167	32%
	地域枠ではない（大学A県）		5625	51%	5359	49%
出身地	出身地A県	大学A県	3101	78%	872	22%
	出身地B県	大学A県	2926	38%	4685	62%

- 地域枠の入学者であるかどうかによらず、地元出身者（大学と出身地が同じ都道府県の者）の方が、臨床研修修了後、大学と同じ都道府県に勤務する割合が高い。

			臨床研修修了後に勤務する都道府県			
			A県		A県以外	
			人数	割合	人数	割合
地域枠で入学	出身地A県	大学A県	282	85%	49	15%
	出身地B県	大学A県	63	35%	116	65%
地域枠ではない	出身地A県	大学A県	2766	77%	810	23%
	出身地B県	大学A県	2810	39%	4479	61%

※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。

※2 出身地：高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県。

※3 A県は任意の都道府県。B県はA県以外の都道府県。

出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成27・28年）厚生労働省調べ

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、1979-1988年の卒業生は**82.5-82.9%**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

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

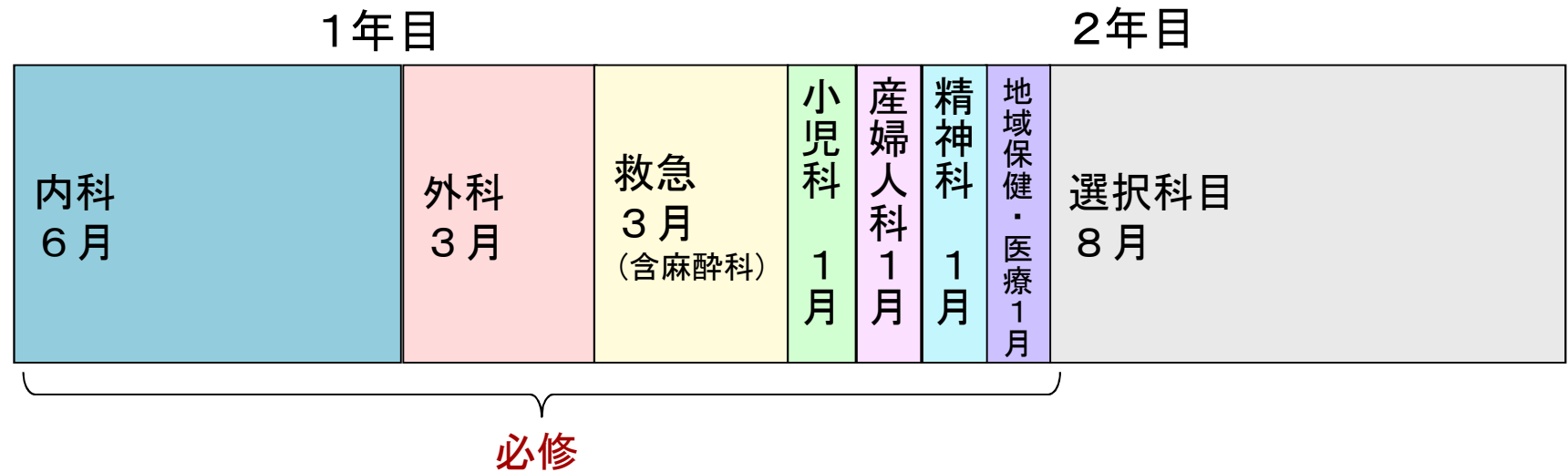
- 1 頻度の高い症状
- 2 緊急を要する症状・病態
- 3 経験が求められる疾患・病態

C 特定の医療現場の経験

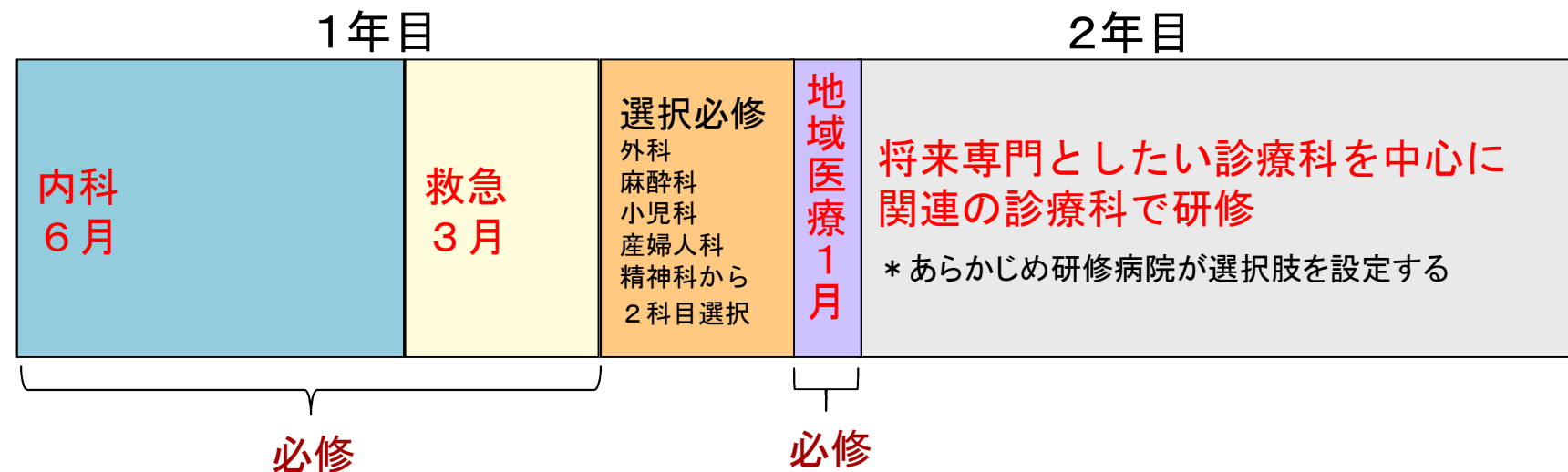
- (1) 救急医療
- (2) 予防医療
- (3) 地域医療
- (4) 周産・小児・成育医療
- (5) 精神保健・医療
- (6) 緩和ケア、終末期医療
- (7) 地域保健

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

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

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

③地理的条件等の加算

- (a) 面積当たり医師数(100km²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

多いほうの割合で按分
研修医総数を①と②の

+

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

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※¹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※² (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

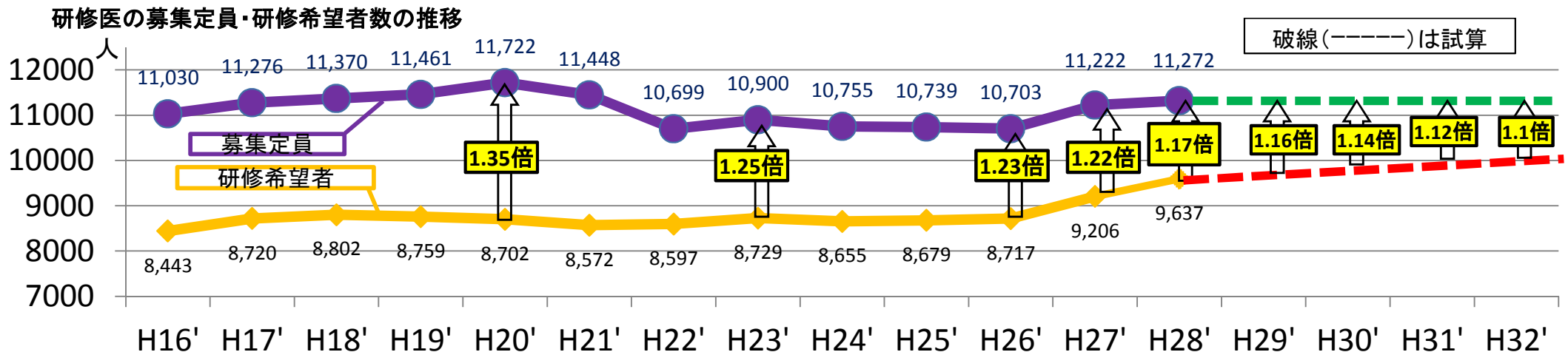
臨床研修医の募集定員倍率

- 臨床研修の必修化後、研修医の募集定員が研修希望者の1.3倍を超える規模まで拡大し、研修医が都市部に集中する傾向が続いた。平成22年度から都道府県別の研修医の募集定員上限を設定し、平成27年度には1.22倍まで縮小。今後、平成32年度に向けて約1.1倍まで縮小させる。



- ・ 研修医の募集定員には、全国の定数管理や地域別の偏在調整が行われず
- ・ 全国の募集定員の総数が研修希望者の1.3倍を超える規模まで拡大
- ・ 都道府県の募集定員について上限設定
- ・ 平成27年度の約1.2倍から、平成32年度の約1.1倍まで縮小させる

$$\frac{\text{全国の臨床研修募集定員数}}{\text{全国の臨床研修希望者数}} = \text{臨床研修医の募集定員倍率 (平成27年度 約1.2倍)}$$

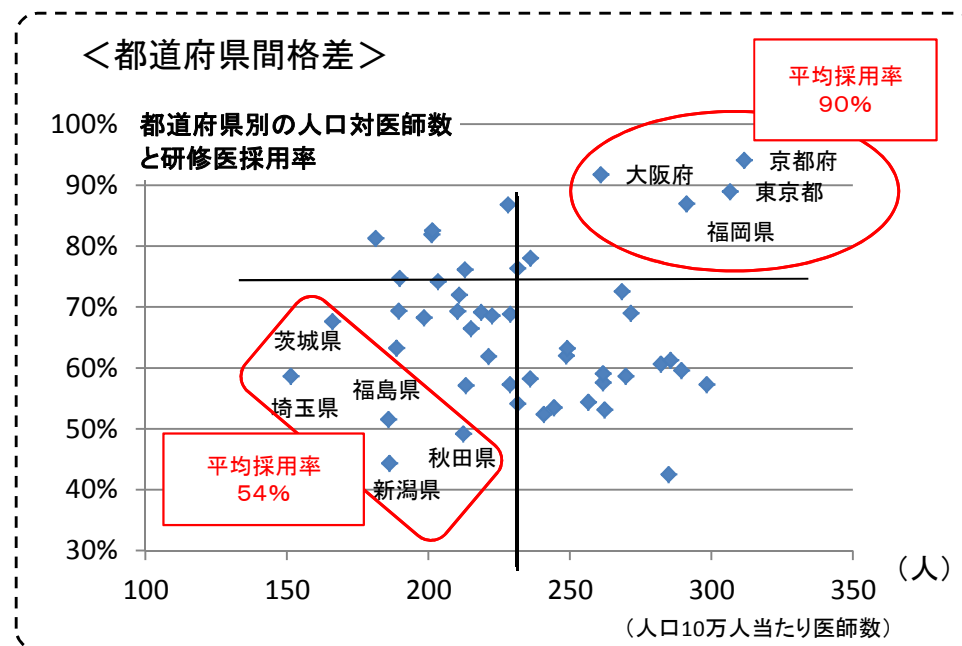
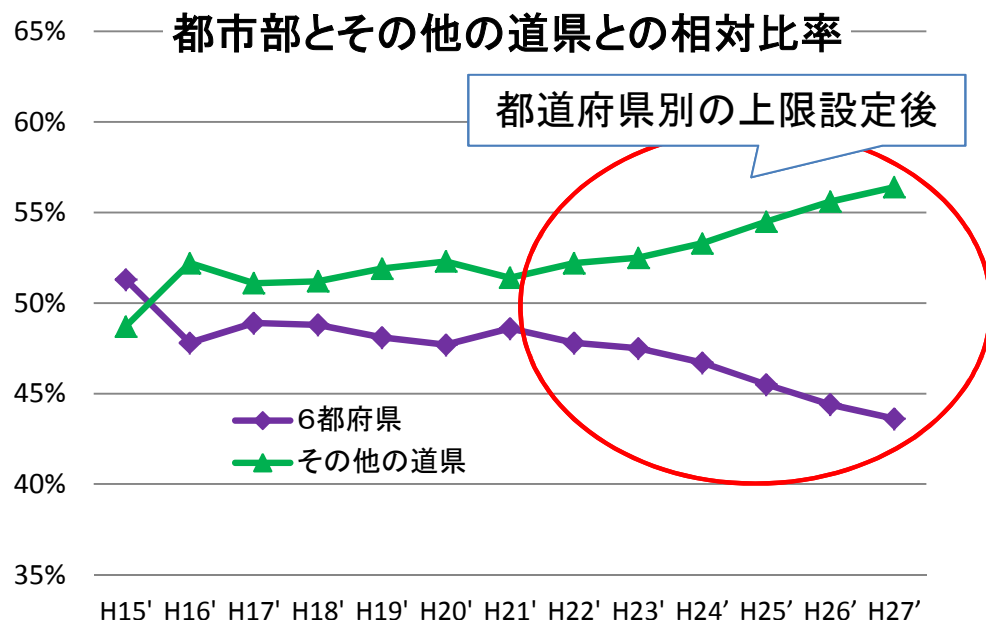


研修医の採用実績＜6都府県とその他の道県、医師数と採用率＞

- 研修医採用実績における、大都市部（6都府県）とその他の道県との相対比率
 - ・ **大都市部**のある6都府県（東京・神奈川・愛知・京都・大阪・福岡）の比率： **減少傾向**
 - ・ **その他の道県**の比率： **増加傾向**
- 人口当たり医師数と研修医採用率※との関係

※ 研修医採用率＝採用実績／募集定員

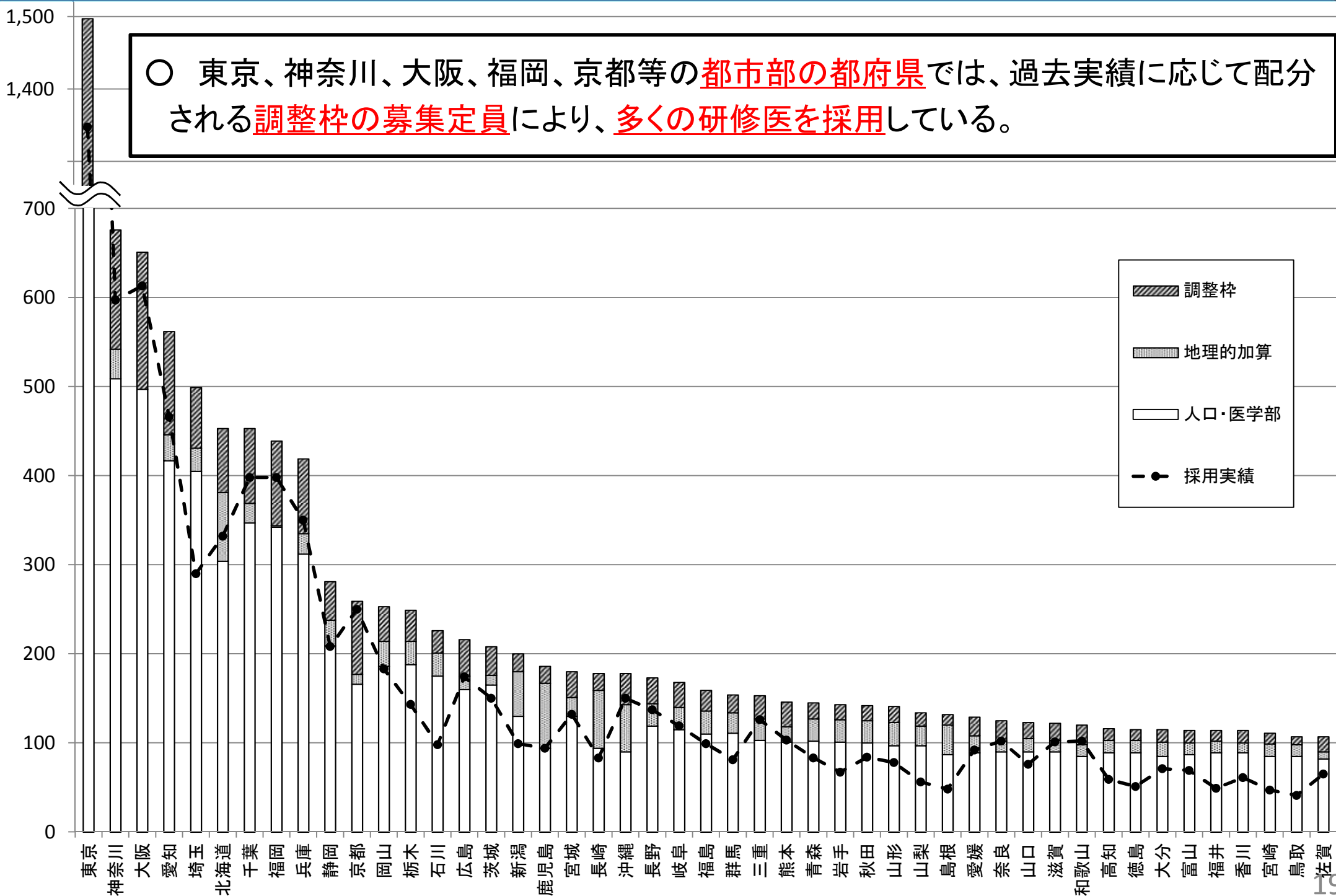
 - ・ 人口当たり医師数が多く研修医採用率も高い4都府県： 平均採用率が90%
 - ・ 人口当たり医師数が少なく研修医採用率も少ない5県： 平均採用率は54% ➡ **研修医の確保に困難**



	H15'	H16'	H17'	H18'	H19'	H20'	H21'	H22'	H23'	H24'	H25'	H26'	H27'
6都府県	51.3%	47.8%	48.9%	48.8%	48.1%	47.7%	48.6%	47.8%	47.5%	46.7%	45.5%	44.4%	43.6%
その他の道県	48.7%	52.2%	51.1%	51.2%	51.9%	52.3%	51.4%	52.2%	52.5%	53.3%	54.5%	55.6%	56.4%

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。



出身都道府県で臨床研修を行ったときの定着割合

- 出身地の大学に進学し、その後、同じ都道府県で臨床研修を行った場合、臨床研修終了後、出身地の都道府県で勤務する割合が最も高い（90%）。出身地以外の大学に進学した場合であっても、臨床研修を出身地と同じ都道府県で実施した場合、臨床研修修了後、出身地の都道府県で勤務する割合は高い（79%）。
- 出身地の大学に進学しても、臨床研修を別の都道府県で行うと、臨床研修終了後、出身地で勤務する割合は低い（36%）。

			臨床研修修了後に勤務する都道府県			
			A 県		A 県以外	
出身地	大学	臨床研修	人数	割合	人数	割合
A 県	A 県	A 県	2776	90%	304	10%
A 県	A 県	B 県	321	36%	567	64%
A 県	B 県	A 県	2001	79%	543	21%
A 県	B 県	C 県	474	9%	4578	91%

<参考>

			臨床研修修了後に勤務する都道府県			
			A 県		A 県以外	
出身地	大学	臨床研修	人数	割合	人数	割合
B 県	A 県	A 県	2347	79%	617	21%

※ 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）

※ 2 出身地：高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県。

厚生労働省調べ

※ 3 A 県は任意の都道府県。B 県、C 県はA 県以外の都道府県。（C 県はB 県と一致する場合も含む）

新たな専門医の仕組みの経緯

平成23年 10月	厚労省	第1回専門医の在り方に関する検討会 →平成25年4月報告書取りまとめ
平成26年 5月	機 構	一般社団法人日本専門医機構設立
平成27年 7月～11月	機 構	「プログラム整備基準(18基本診療領域分)」公表 (各領域の基幹施設・連携施設の認定基準)
平成28年 2月18日	厚労省	第44回社会保障審議会医療部会 (地域偏在の懸念が示される)
3月31日	厚労省	<u>医事課長通知 (都道府県協議会における調整等を要請)</u>
6月7日	日医 ・四病協	「新たな専門医の仕組みへの懸念について」 ※専門医機構及び基本診療領域学会に対する要望書 ・一度立ち止まり、地域医療、公衆衛生、地方自治、患者・国民の代表による幅広い視点を加えた検討の場を新たに設置。 ・検討の場で、医師及び研修医の偏在が深刻化しないかどうか集中的に精査。 ・<u>地域医療に配慮するため、病院群の設定等に当たり、都道府県協議会の了解を得る。</u>
6月27日	機 構	社員総会を開催し、新理事を選出 → 学会中心の体制から、地方自治体、患者・国民の代表など、幅広い関係者の体制に
7月20日	機 構	「専門医研修プログラムと地域医療にかかわる新たな検討委員会」(精査の場)を開催 ・平成29年度は新プログラムを認定せず、平成30年度を目途に一斉に開始。 ・学会には、平成29年度は従来どおりの研修とするよう要請。プログラム制を行う学会に対しては、地域医療への配慮を要請。
10月5日	機 構	第2回精査の場で、平成29年度にプログラム制を行う6学会[※]から、地域医療への配慮についてヒアリング ※ 小児科、整形外科、耳鼻咽喉科、病理、救急科、形成外科
今後の予定	平成29年度にプログラム制を行う6学会 平成30年度の新プログラム制開始に向けた準備	
	・<u>都道府県協議会への情報提供、改善要望の受付</u> ・専攻医の応募状況を踏まえた調整 ・プログラム整備基準の見直し ・募集定員の検討 ・サブスペシャリティ領域の整理 等	

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(高久史麿座長) 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）

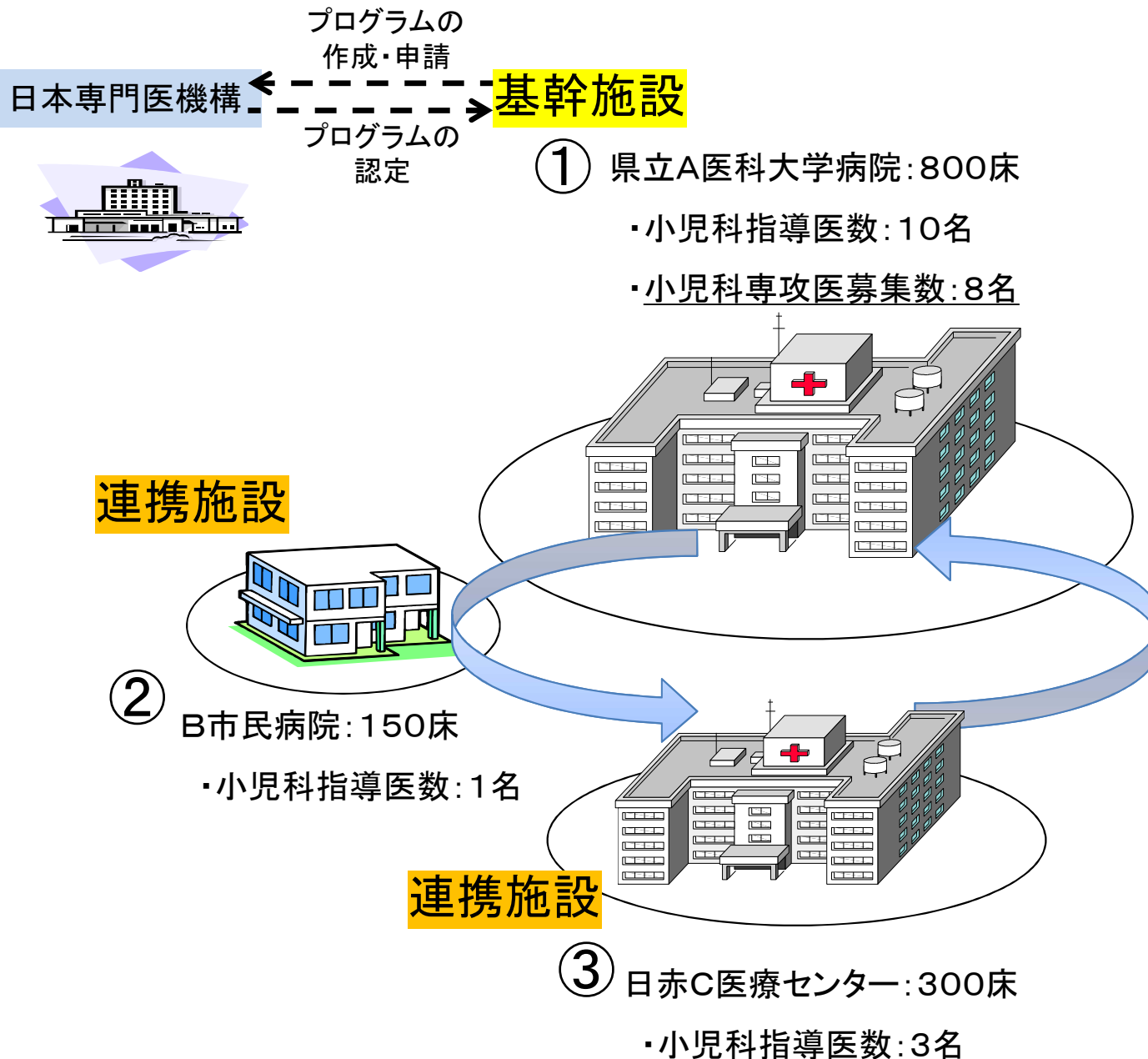
消化器病、循環器、呼吸器、血液、内分泌代謝、糖尿病、腎臓、肝臓、アレルギー、感染症、老年病、神経内科、消化器外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科、リウマチ、小児循環器、小児神経、小児血液・がん、周産期、婦人科腫瘍、生殖医療、頭頸部がん、放射線治療、放射線診断、手外科、脊椎脊髄外科、集中治療

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＞



＜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

平成28年3月 全国衛生部長会「衛生行政の施策及び予算に関する重点要望書」

「新たな専門医制度」において、人口10万対医療施設従事医師数や地域の人口、面積、症例数などの基準により、専門医の診療科ごと、地域ごとの医師の適正数や専門医等の認定基準の設定等による診療科間、地域間の医師偏在の解消に努め(中略)ていただきたい。

平成28年7月21日 全国知事会社会保障常任委員会
「新たな専門医制度に対する要望」

医師の地域偏在及び診療科偏在を助長することのない仕組みを構築するために、それぞれの地域の実情を踏まえた上で、国と日本専門医機構、基本診療領域学会は、責任をもって、研修施設や定員の設定等を行うこと。

平成28年6月7日 日本医師会・四病院団体協議会要望書 ※ 専門医機構及び基本領域学会宛て

地域医療、公衆衛生、地方自治さらには患者・国民の代表による幅広い視点も大幅に加えて早急に検討する場を設け、その検討結果を尊重すること。その際いわゆるプロフェッショナルオートノミー(専門家による自律性)は尊重されるべきである。

プログラム作成や地域医療に配慮した病院群の設定等を行うに当たっては、それぞれの地域において都道府県、医師会、大学、病院団体等の関係者が協議、連携し、都道府県の協議会において了解を得ること。

日本専門医機構のガバナンスシステム等、組織の在り方については、医療を受ける患者の視点に立って専門医の仕組みの再構築を目指すという原点に立ち返り、医師の地域的偏在の解消に向けて寄与するなど地域医療に十分配慮すべきであり、そのためにも、地域医療を担う医療関係者や医療を受ける患者の意見が十分に反映され、議論の透明性や説明責任が確保されるようなガバナンス構造とする等、日常的な運営の在り方を含め、抜本的に見直すこと。

平成28年7月21日 全国知事会社会保障常任委員会 「新たな専門医制度に対する要望」

新たな制度には、国が主体的に関与するとともに、都道府県に役割を求める際には、国、日本専門医機構、都道府県及び関係機関の役割や権限を法令等で明確に規定すること。

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

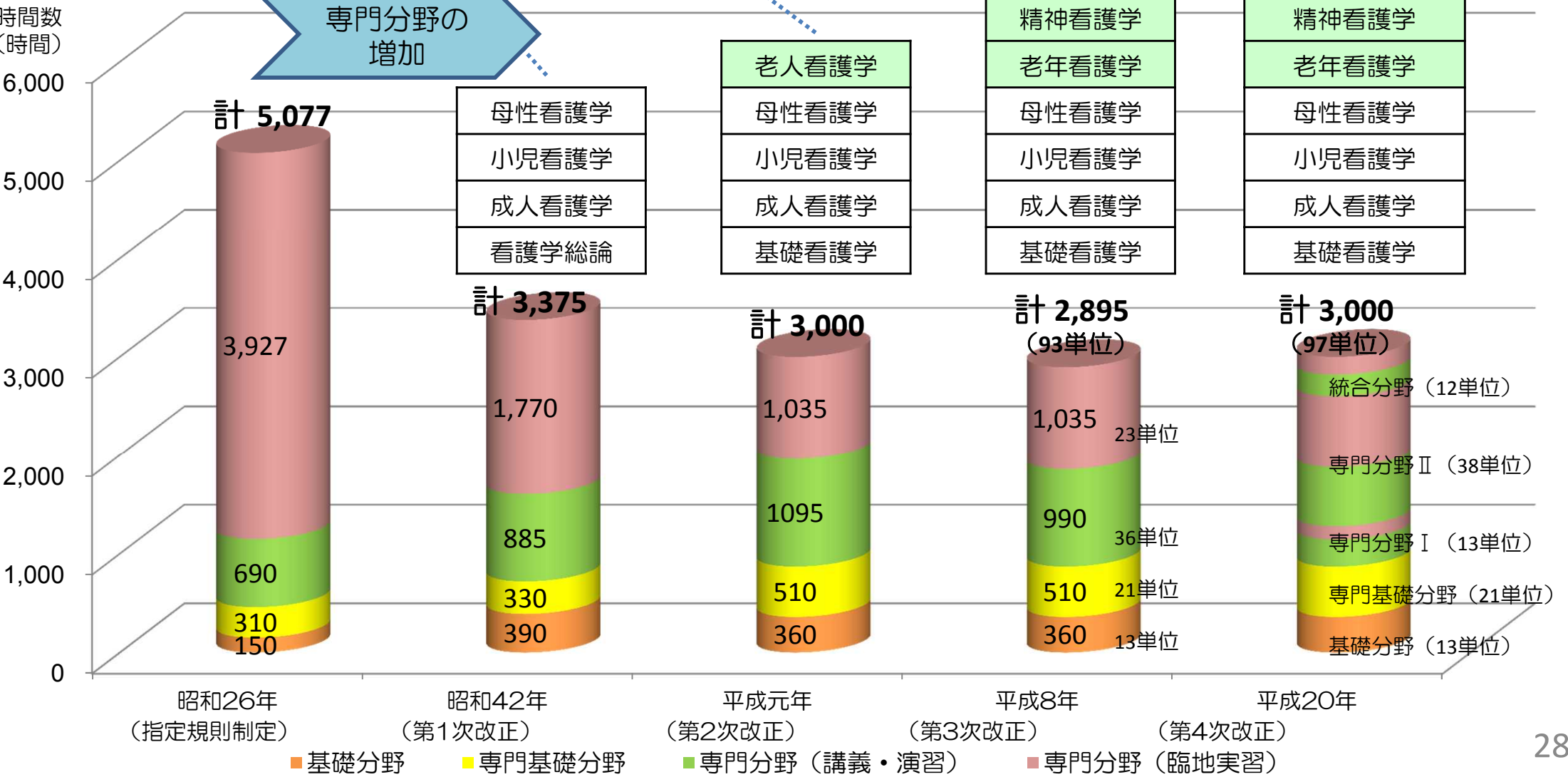
- 専門科目として看護学が独立
- 臨床実習を各学科目の授業に組み込み

- 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



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)

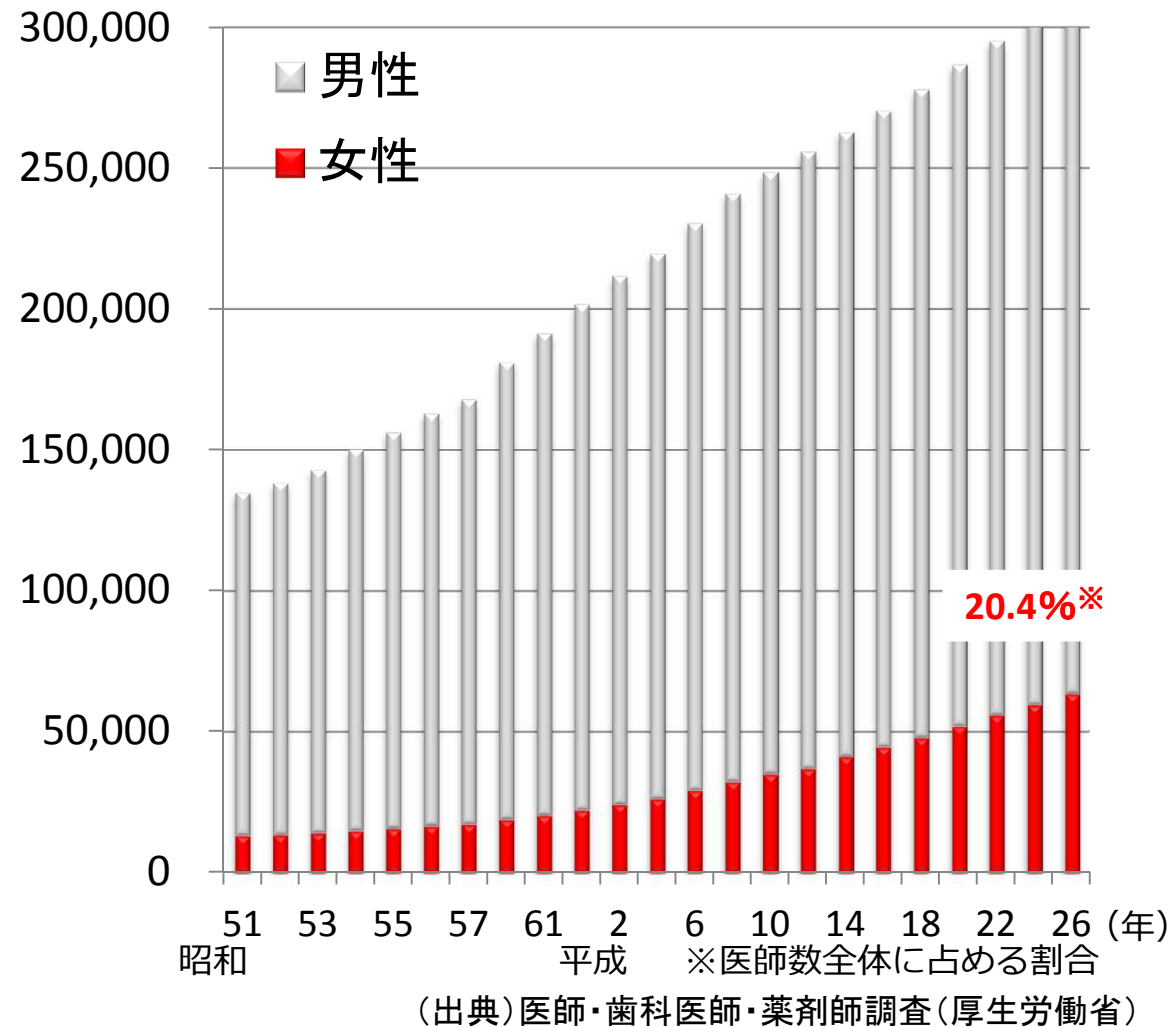
- 看護師等養成所の運営に関する指導ガイドライン(医政局長通知)に、「看護師に求められる実践能力と卒業時の到達目標」として、**対象者の価値観の尊重、多職種との連携、健康増進や疾病予防、専門職者としての研鑽し続ける基本能力**等が定められている。

看護師の 実践能力	構成要素	卒業時の到達目標	
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	対象者の価値観、生活習慣、慣習、信条等を尊重 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 健康の保持増進や疾病予防 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	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 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 自分の能力の維持・向上 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

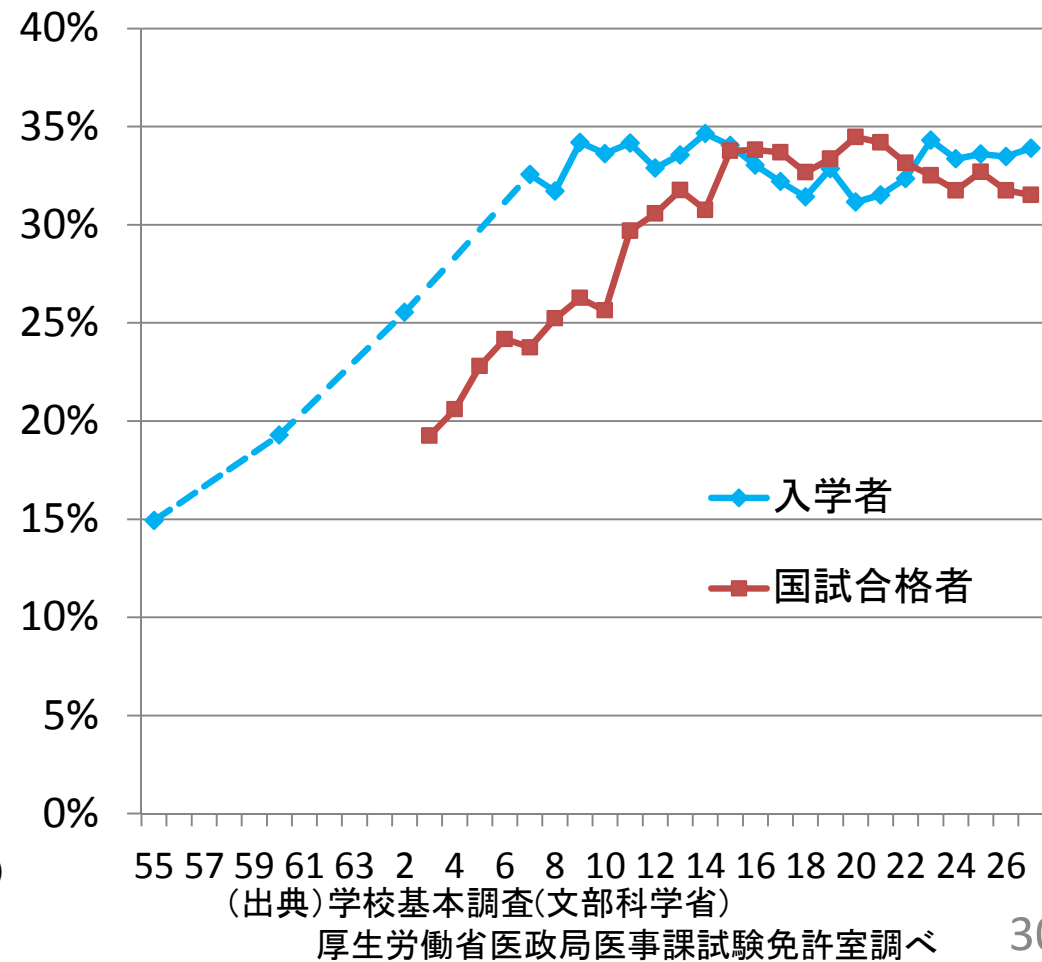
女性医師の年次推移

- 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。

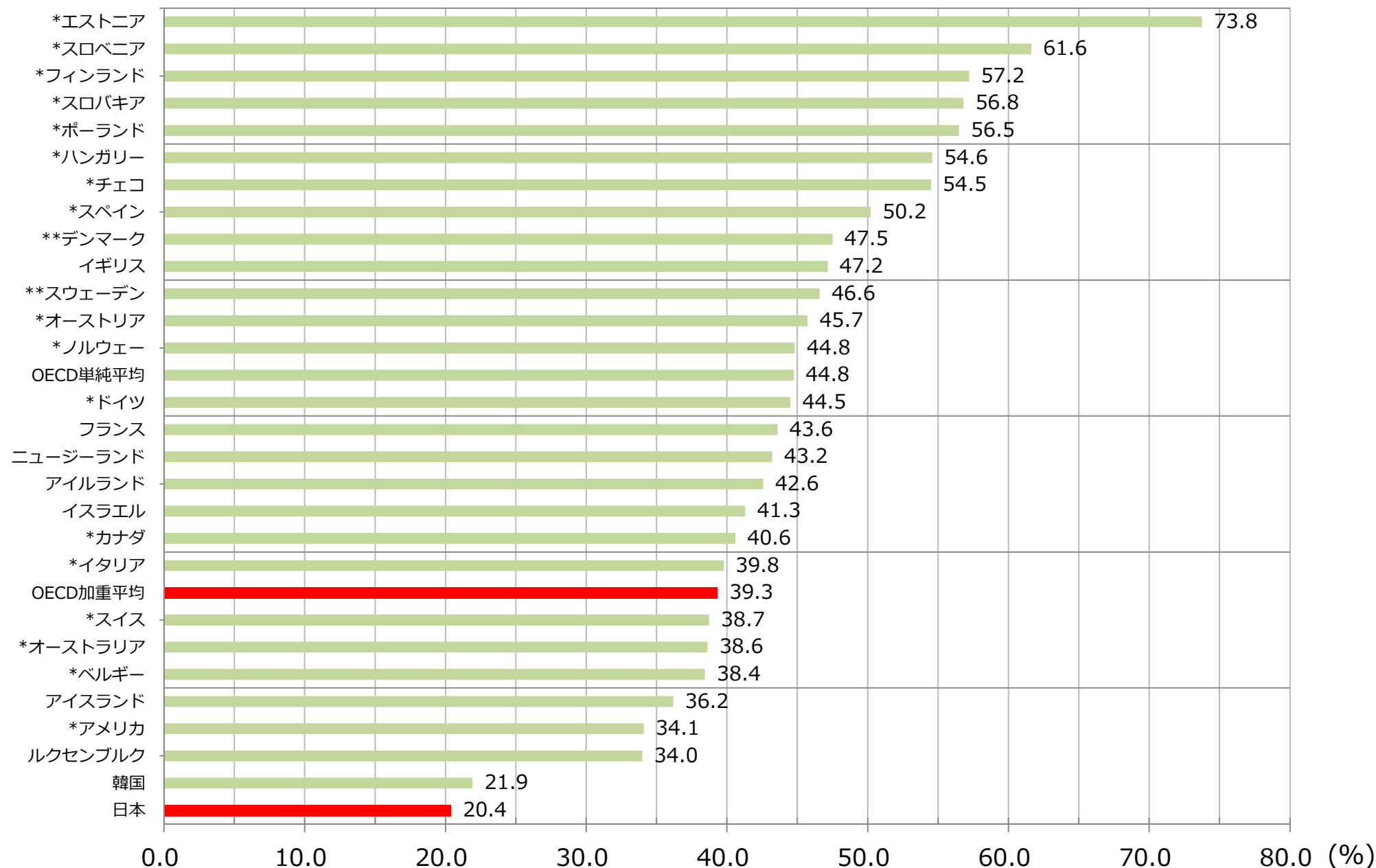
女性医師数の推移



医学部入学者・国家試験合格者数に占める女性の割合



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。

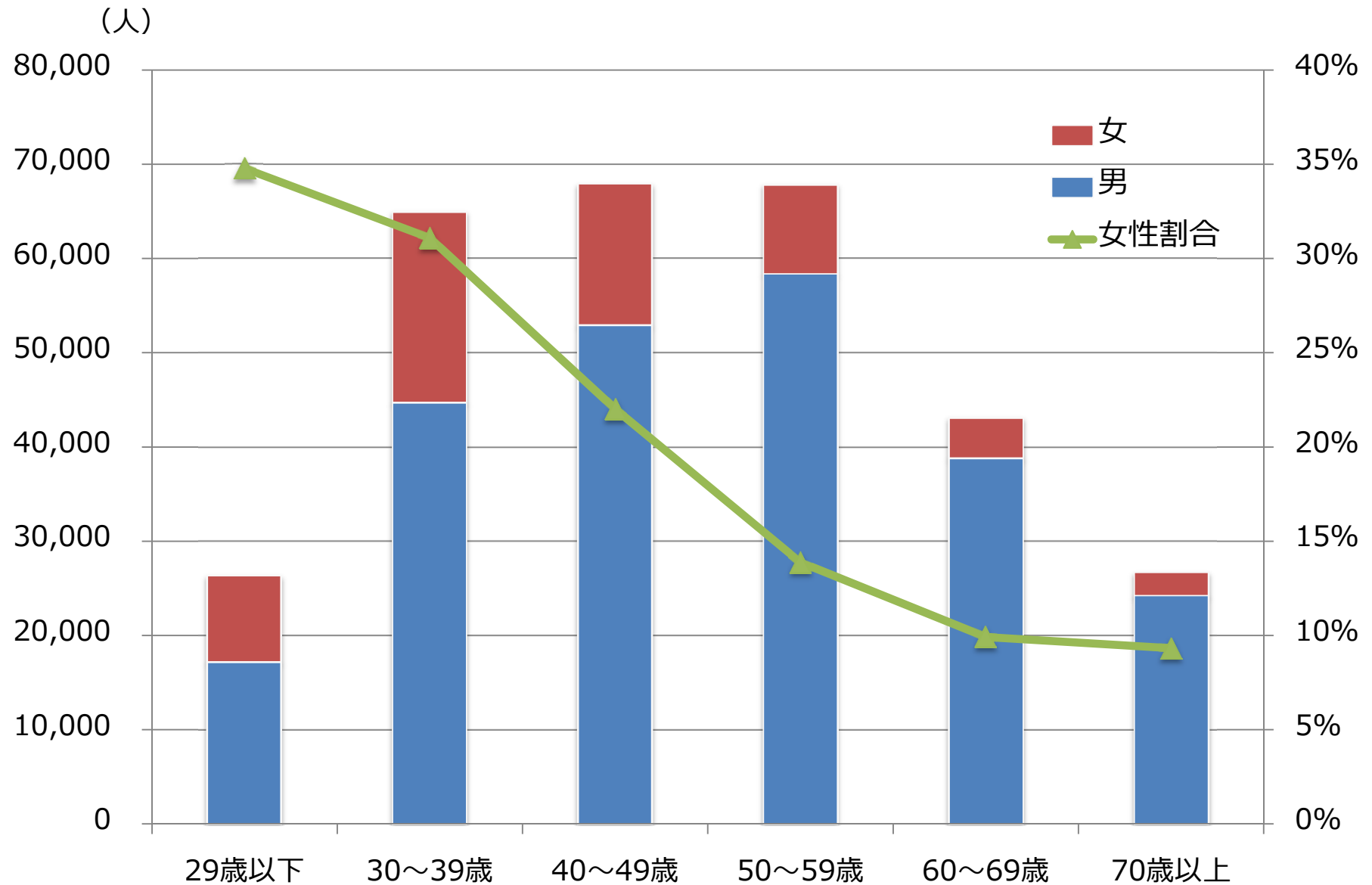
注3 *の国は2013年のデータ、**の国は2012年のデータ、それ以外は2014年のデータ。

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。

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

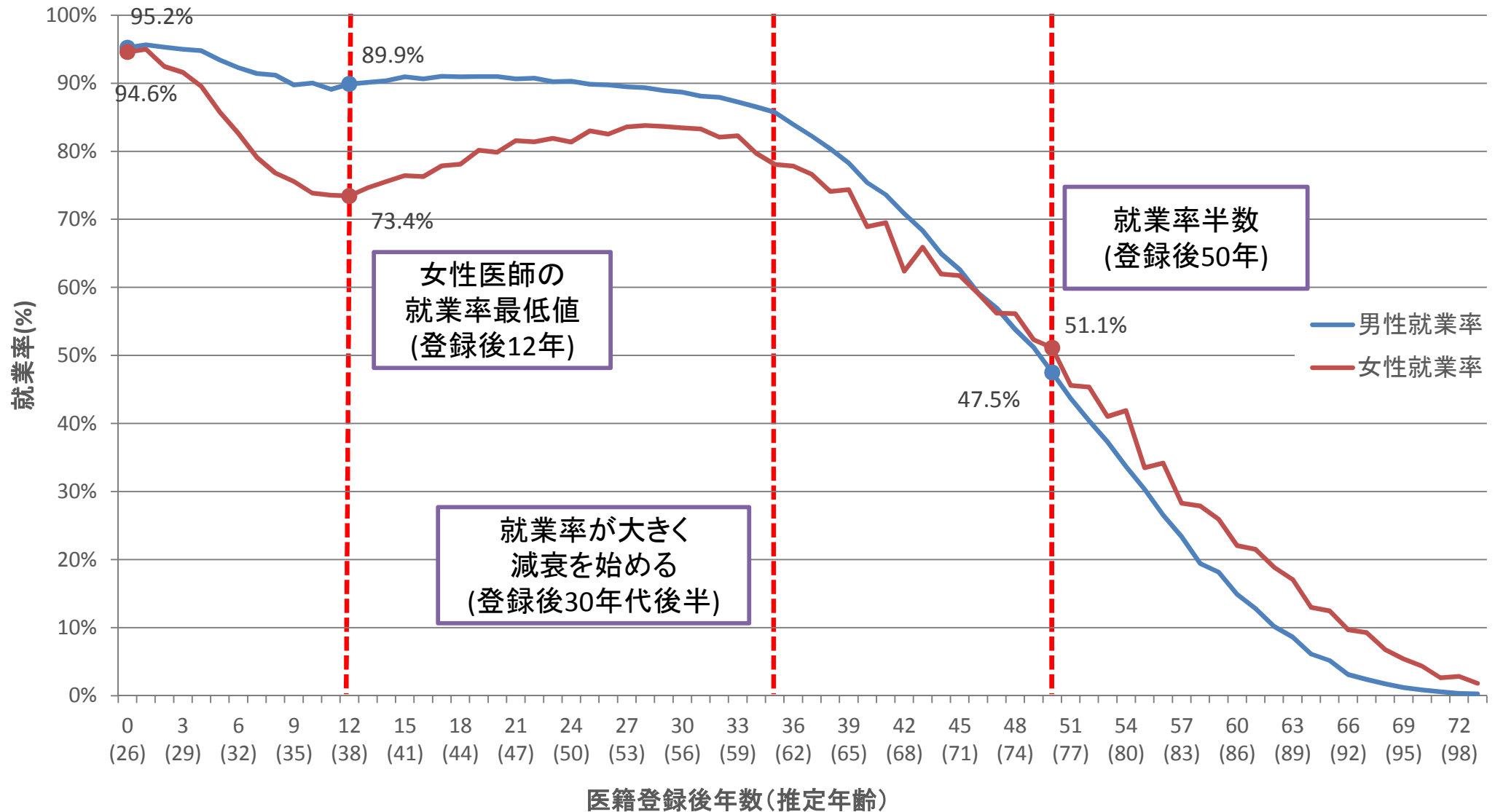
年代別女性医師数とその割合（医療施設に従事する医師）

○ 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。



医籍登録後年数別の就業率

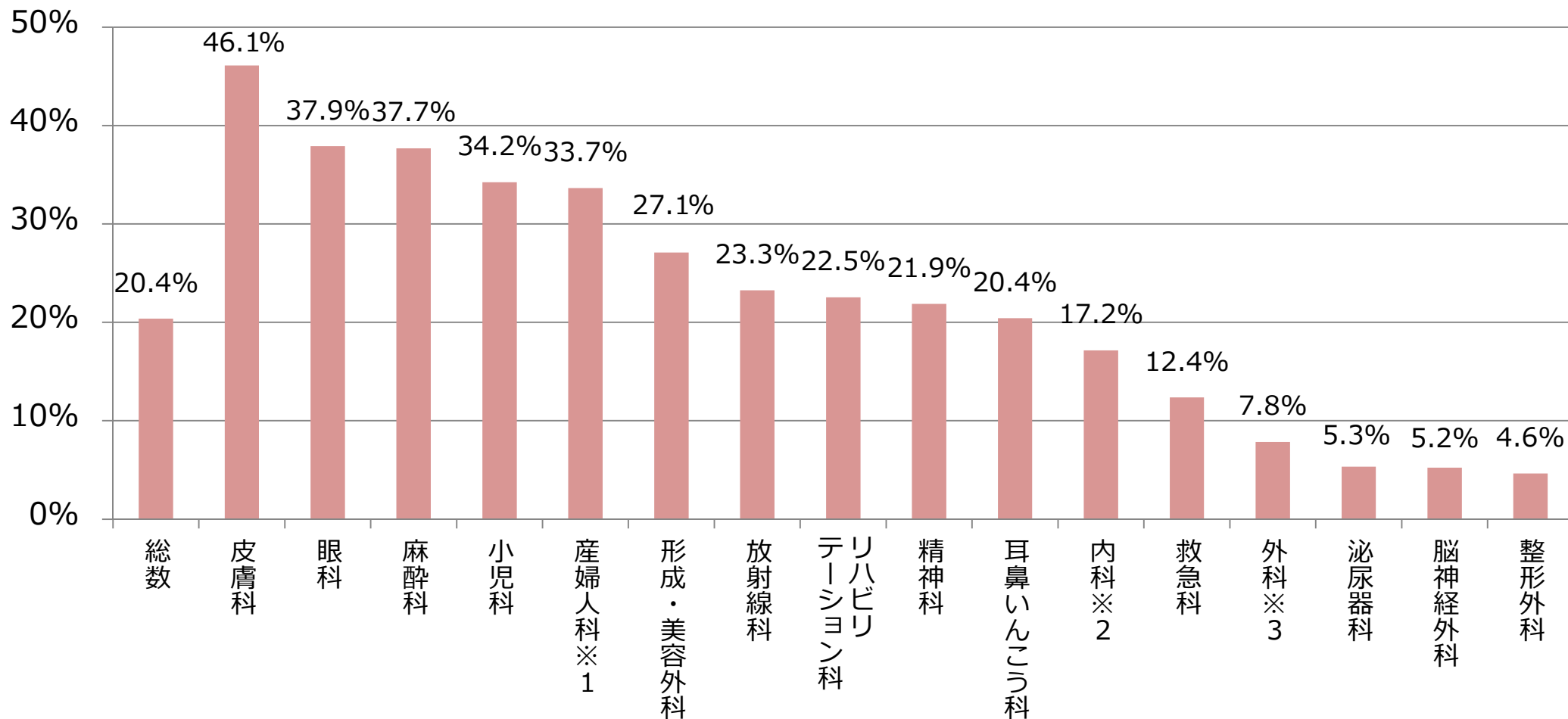
女性医師の就業率の推移は、M字カーブの曲線になる。



※2004年～2014年の医師・歯科医師・薬剤師調査(医師届出票)および厚生労働省から提供された医籍登録データを利用して作成
 ※推定年齢は医籍登録後年数が0年の届出票の満年齢(12月末時点)の平均値が26.8歳であることを考慮し設定

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%

出産

70.0%

子育て

38.3%

自分の病気療養

14.5%

夫の転勤に伴う

10.8%

留学

10.3%

家族の病気や介護

3.3%

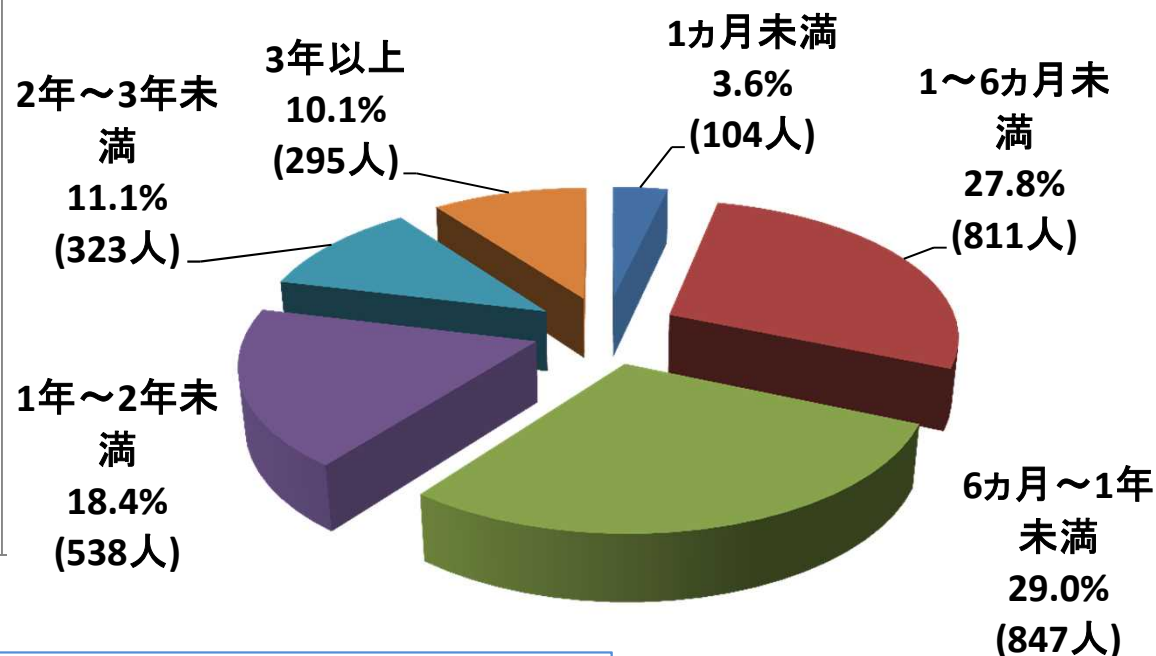
家事

1.5%

その他

6.7%

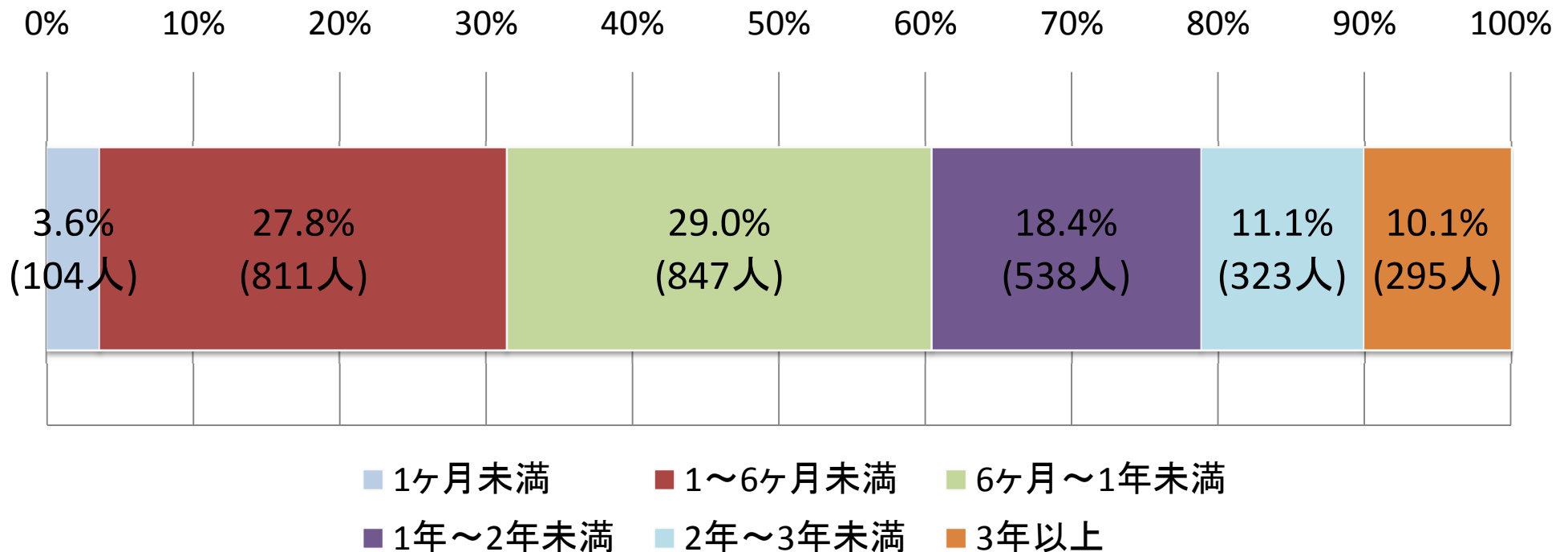
仕事を中断(休職)、離職した『期間』(n=2,918 複数回答)



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)

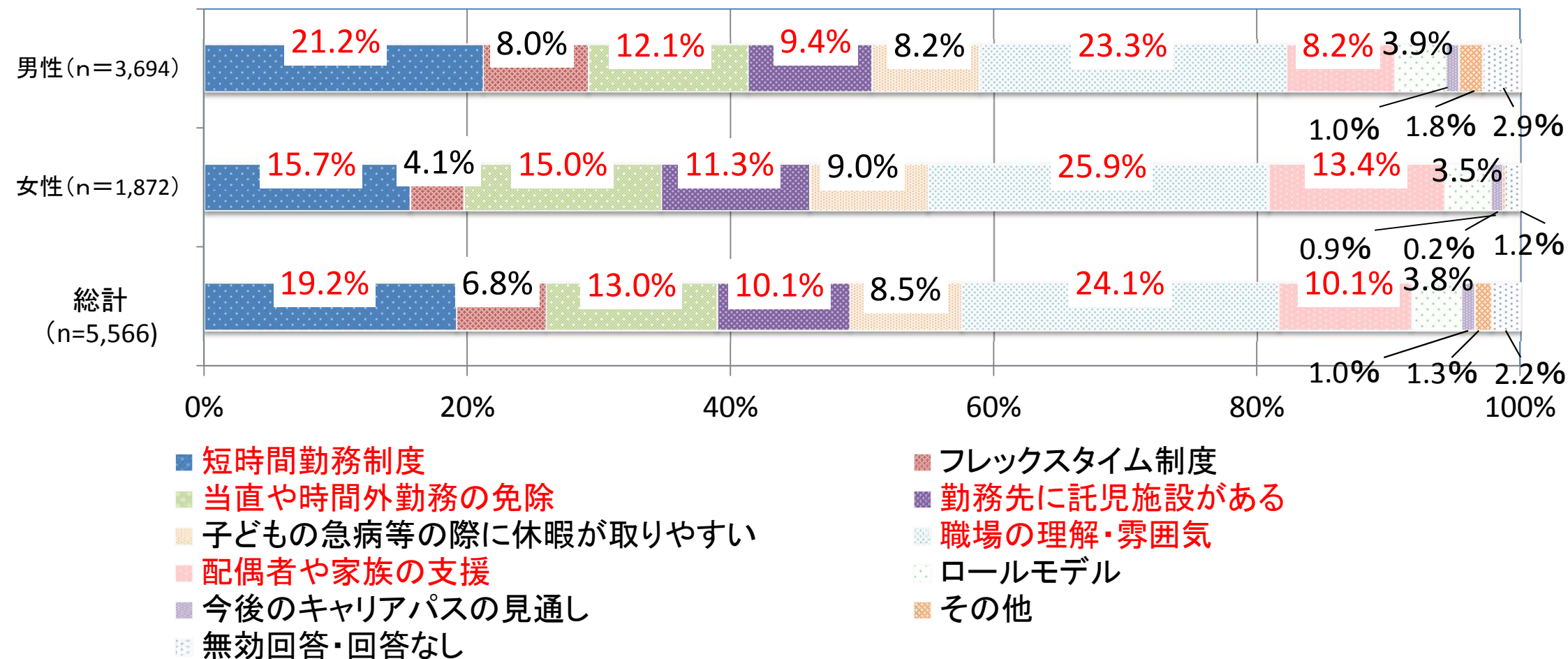


(出典) 女性医師の勤務環境の現状に関する調査報告書(平成21年3月日本医師会)
[調査票配布数15,010 有効回答数7,467(有効回答率 49.7%)]
[調査対象: 病院に勤務する女性医師]

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

女性医師支援に係る主な取組

女性医師等就労支援事業 地域医療介護総合確保基金で実施可

- 各都道府県において女性医師支援に係る取組を実施
 - 大学病院や医師会等において相談窓口を設置 (平成26年度 窓口設置数 39件)
 - 復職のための研修を実施する医療機関への補助
 - 勤務環境改善の取組を実施する医療機関への補助 等

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)

- 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支援策のモデルの構築や、シンポジウム等の普及・啓発のための必要経費を補助。
- 平成27年度実施機関: 岡山大学、名古屋大学
平成28年度実施機関: 東京女子医科大学、久留米大学

<女性医師支援に資する先駆的な取組例>

- ・女性医師等に対するキャリア教育
- ・育児支援(院内保育所の利用促進等)
- ・復職支援(Eラーニング、シミュレーターを用いた実技練習等)
- ・勤務環境改善(ワークシェアリング等)

女性医師支援センター事業 平成28年度予算 164,255千円 (164,340千円)

- (公社)日本医師会に委託し、次のような取組等を実施
 - 女性医師の就業等に係る実情把握調査の実施 (平成21年度～28年度 延べ 4回実施)
 - 就職を希望する女性医師に対する医療機関や再研修先の紹介 (平成27年度 就業成立件数 47件)
 - 学会等におけるブース出展やシンポジウムの開催 (平成27年度 実績 18回)
 - 都道府県医師会等において病院管理者や医学生、研修医に対する女性医師のキャリア形成や勤務環境改善に関連する講習会・講演会の開催 (平成27年度 講習会開催件数 98件)
 - 全国の大学医学部や各医学会の女性医師支援や男女共同参画の担当者に対する「大学医学部・医学生女性医師支援担当者連絡会」の開催 (平成27年度 参加者数 134人)
 - 講習会等への託児サービス併設補助 (平成27年度 利用児数 延べ307人)

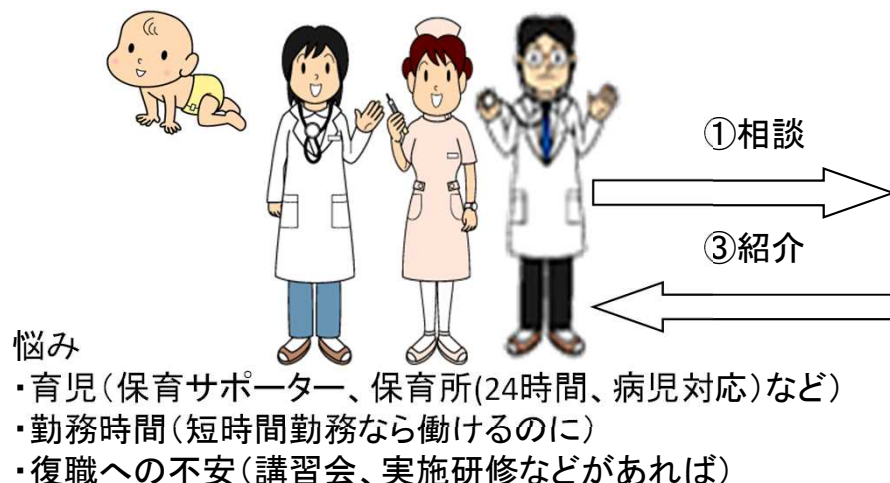
女性医師等就労支援事業 (都道府県に対する補助事業)

【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



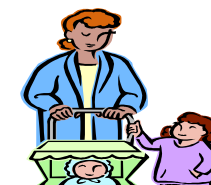
②情報収集

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

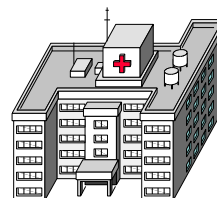


保育所

★病院研修・就労環境改善経費



復職研修受入を可能とする医療機関へ
研修に必要な経費を支援



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「効果的支援モデル」の普及啓発活動等を行う。



<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)

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

妊娠

出産

育児

育児後

介護

<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

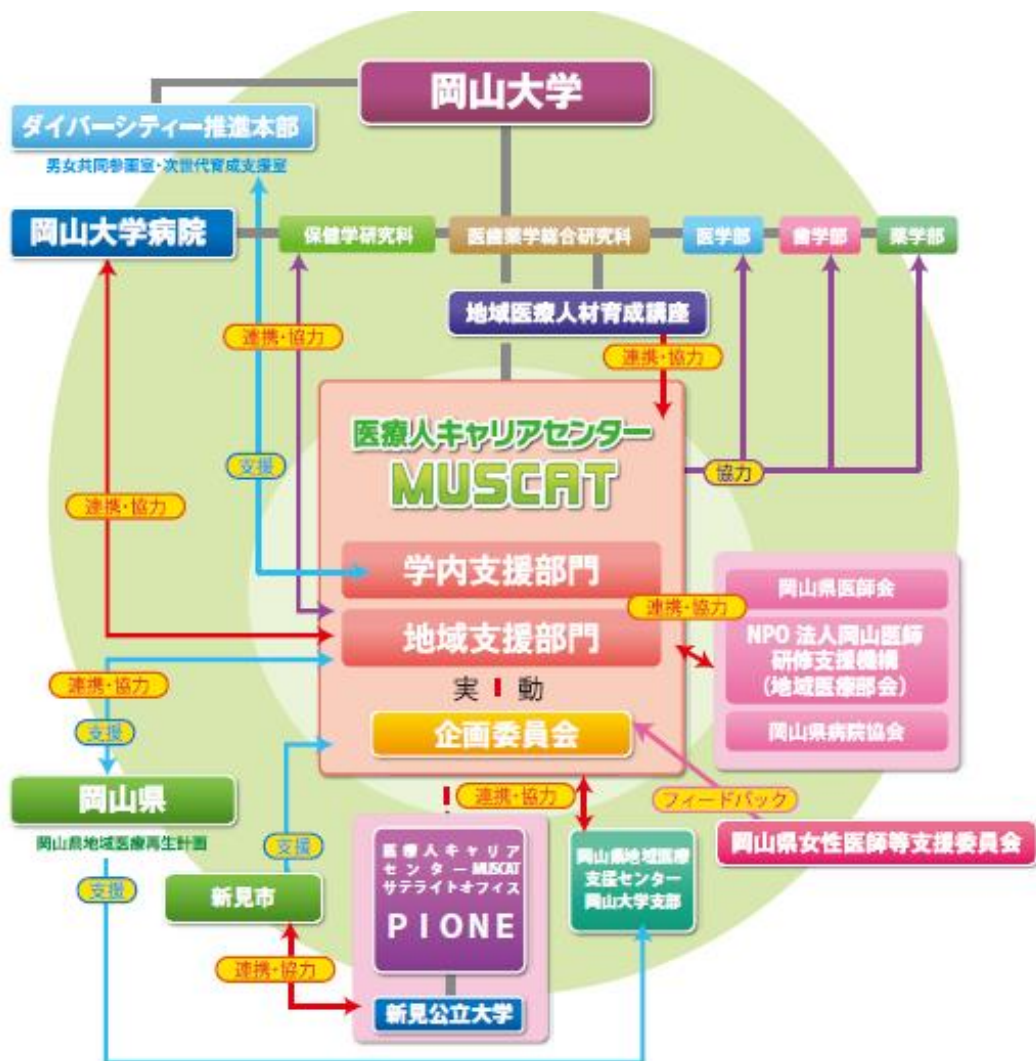
<勤務環境改善>

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>

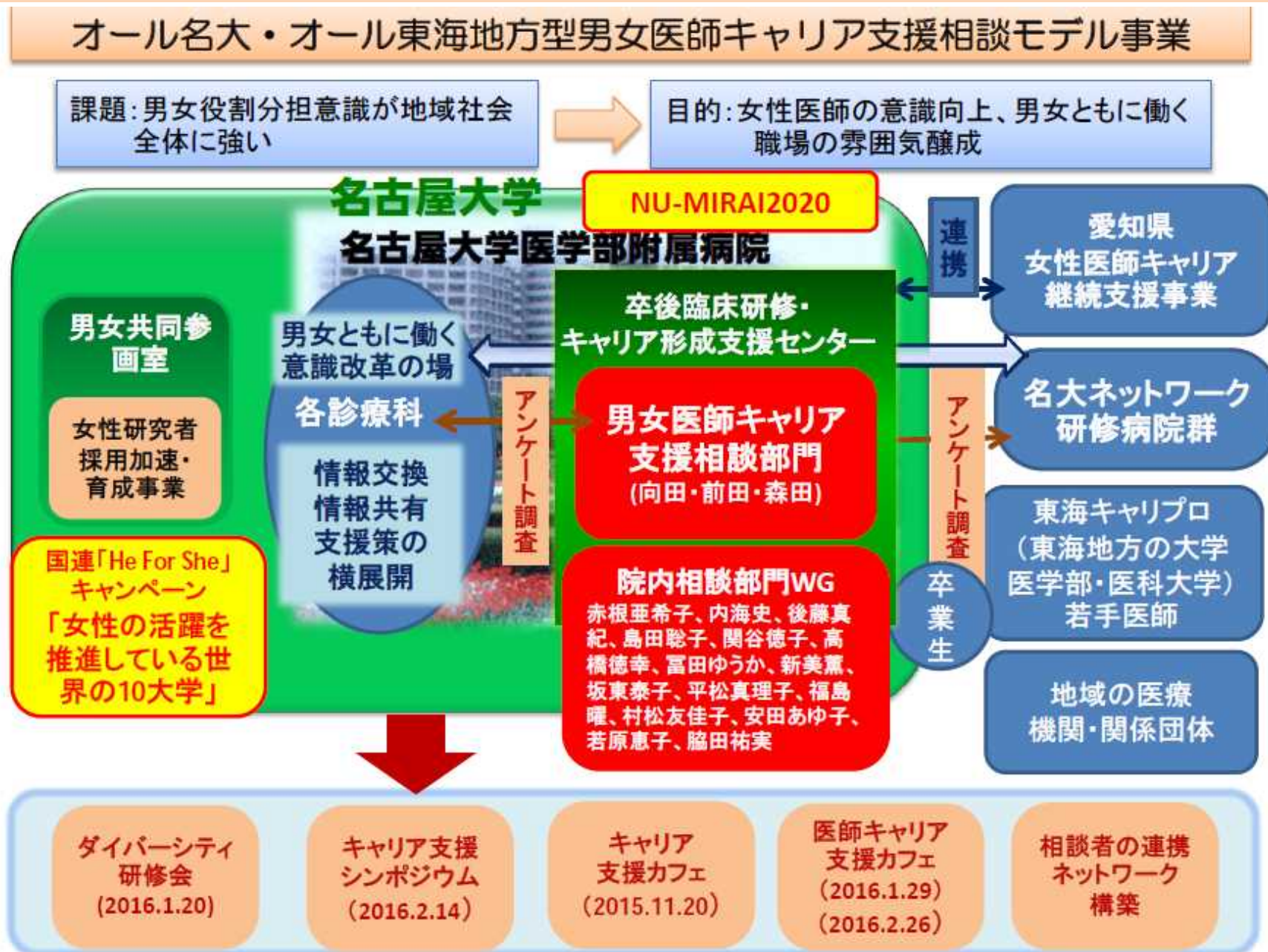
組織内部に女性医師等の支援のためのスタッフ(医師、事務員等)を配置 等

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



女性医師支援センター事業

H28年度予算

164,255千円（164,340千円）

○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。

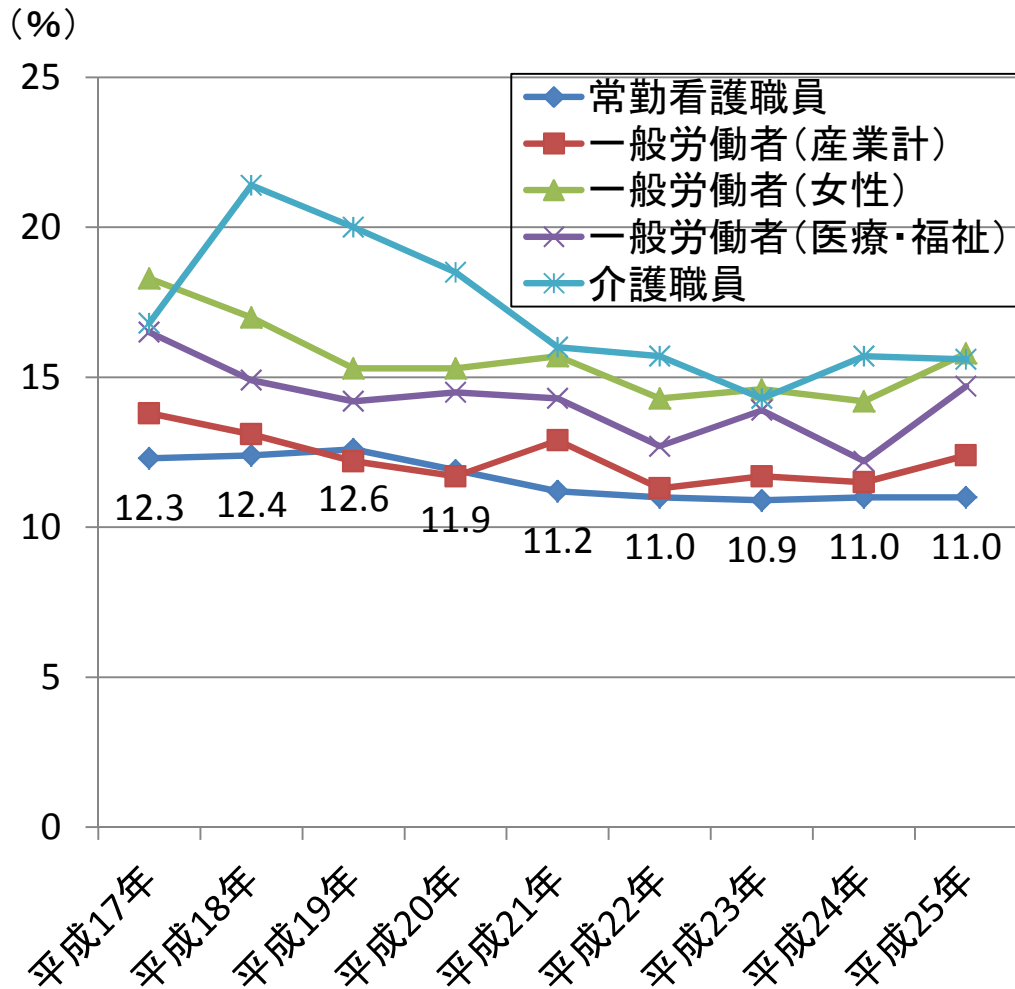
ご連絡先：日本医師会女性医師バンク 中央センター TEL:03(3942)6512

○再就業講習会事業

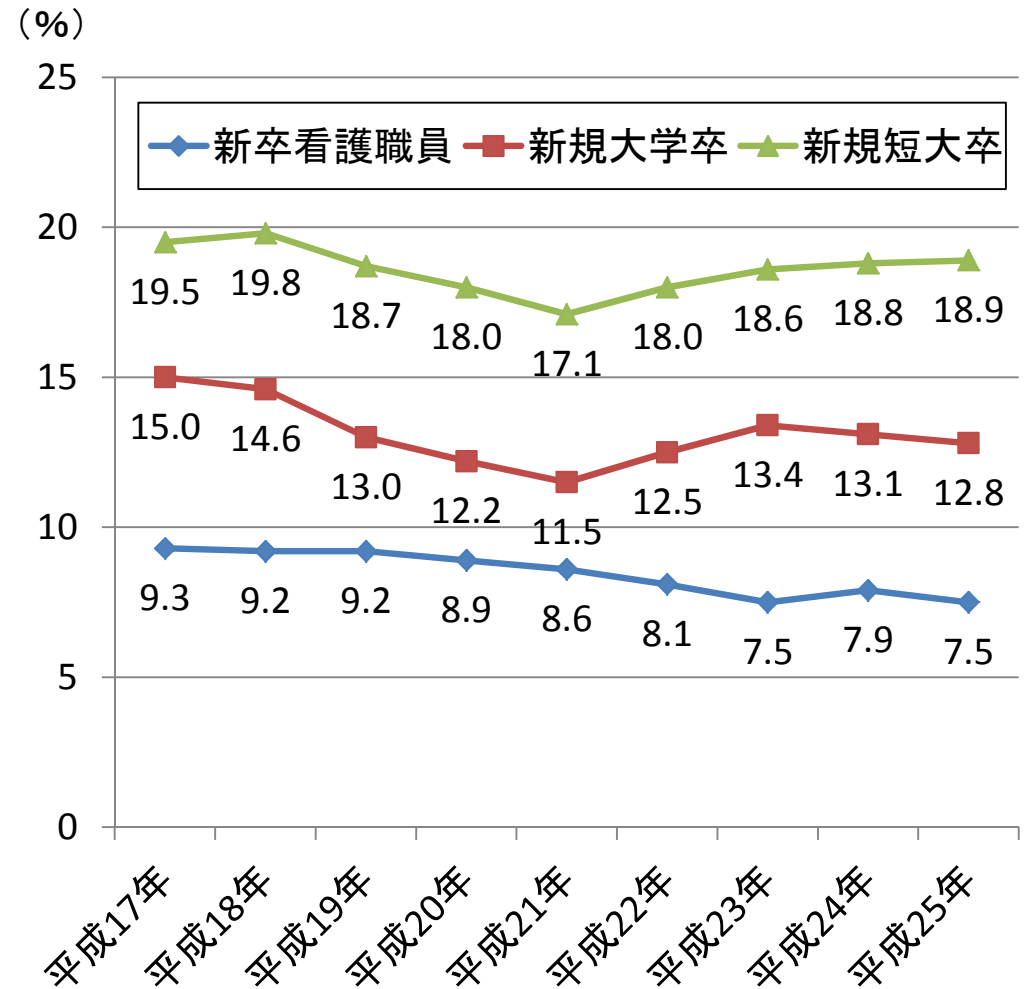
都道府県医師会において、病院管理者や女性医師、研修医等を対象に、女性医師が就業継続できるよう、多様な女性医師像の提示や就業環境改善等に関する講習会を実施 ※H26' 実績；延べ94回（学会等共催を含む）

離職率比較

常勤看護職員と他産業



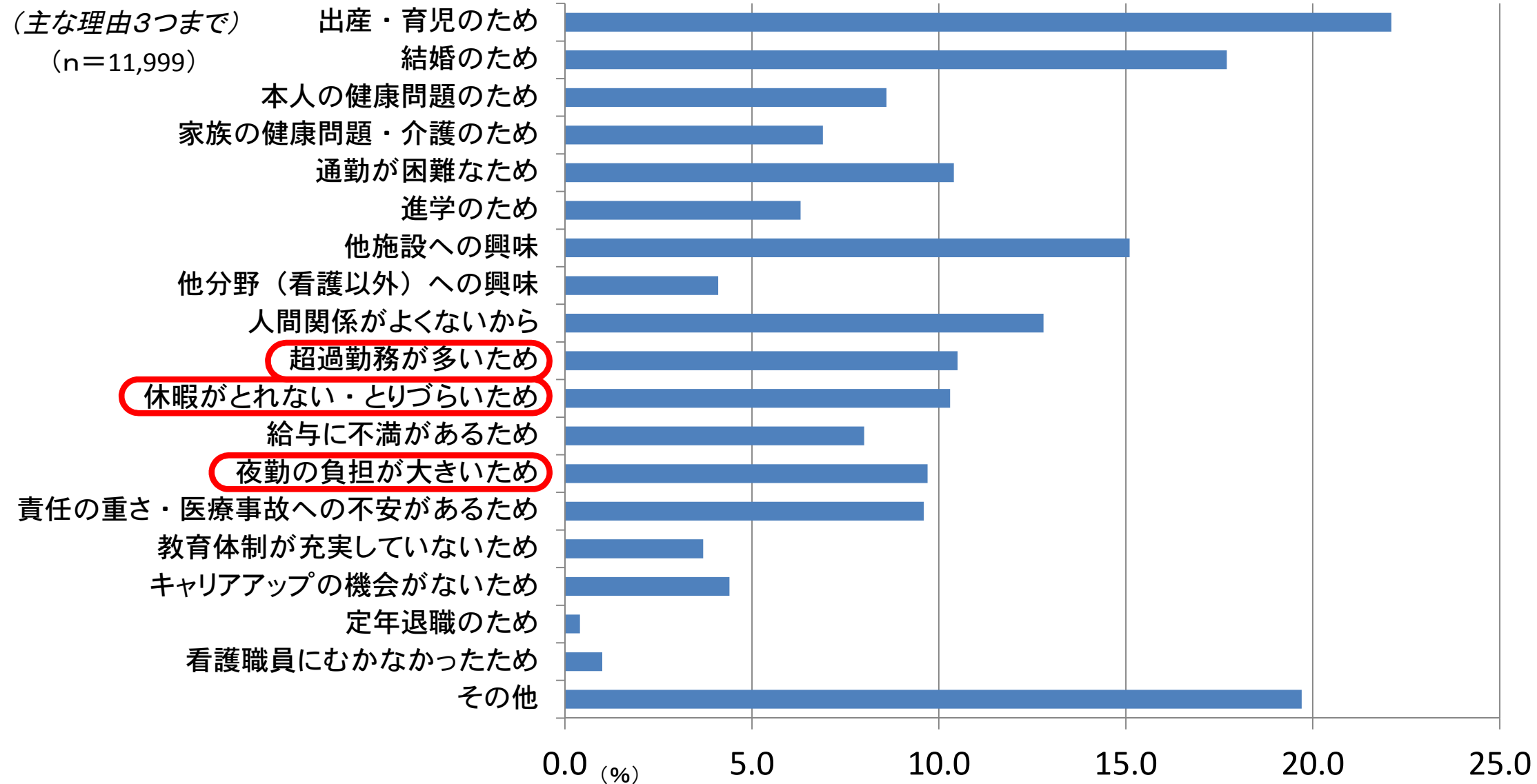
新卒者比較



出典: 看護職員は「病院における看護職員需給状況調査」(日本看護協会)
 : 一般労働者(産業計、女性、医療・福祉)は「雇用動向調査」(厚生労働省)
 : 介護職員は「介護労働実態調査」((財)介護労働安定センター)
 : 新卒者は「新規学卒者の離職状況に関する資料一覧」(厚生労働省)

看護職員として退職経験のある者の退職理由

出産・育児のため（22.1%）が最も多く、次いでその他（19.7%）、結婚のため（17.7%）、他施設への興味（15.1%）



看護師等免許保持者による届出制度

都道府県ナースセンターによる看護職員の復職支援を強化するため、看護師等人材確保促進法を改正（平成27年10月1日施行）

○看護師等免許保持者による届出制度の創設 - 看護職員が病院等を離職した際などに、連絡先等を都道府県ナースセンターへ届け出る（努力義務）

都道府県ナースセンター

※看護師等人材確保促進法に基づき、看護師等への無料の職業紹介等を実施する、都道府県知事が指定する法人

届出情報に基づき、離職後も一定のつながりを確保し、本人の意向やライフサイクル等を踏まえて、積極的にアプローチして支援

【支援の例】

- ・復職意向の定期的な確認
- ・医療機関の求人情報の提供
- ・復職体験談等のメールマガジン
- ・復職研修の開催案内
- ・「看護の日」等のイベント情報
- ・その他復職に向けての情報提供

届出データベース
「とどけるん」

離職時の届出

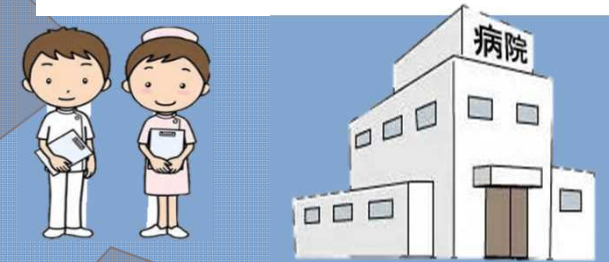
※代行届出も可

届出

〔住所・氏名・
連絡先等〕

ニーズに応じた
復職支援

医療機関等に勤務する
看護師等



復職

離職

離職中の看護師等

- ・子育て中
- ・求職中
- ・免許取得後、直ちに就業しない
- ・定年退職後 など

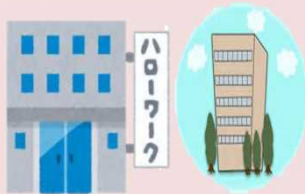


助言等



都道府県看護協会が
医師会、病院団体等と
ナースセンターの事業運
営について協議

連携



ハローワークや医療勤務
環境改善支援センター
等と密接に連携

支援体制
強化



より身近な地域での復
職支援体制を強化
(支所等の整備)

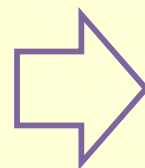
医療従事者の負担軽減・人材確保について①

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】

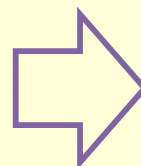
[主な要件] 15対1と同様の施設基準

- ・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。

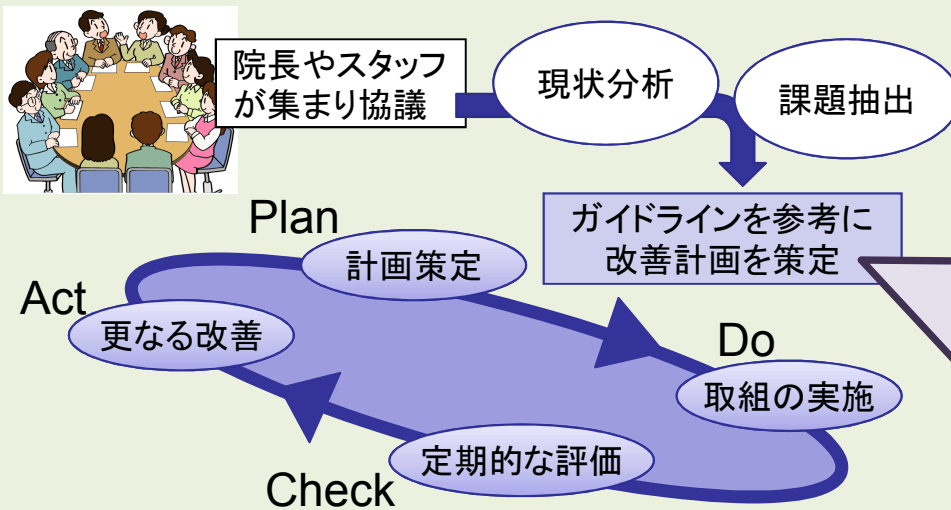
② 勤務環境改善

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。
 - 医療機関への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）

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



- 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）

<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
- ✓ 院内保育所・休憩スペース等の整備
- ✓ 暴力・ハラスメントへの組織的対応 など

マネジメントシステムの普及、相談対応等

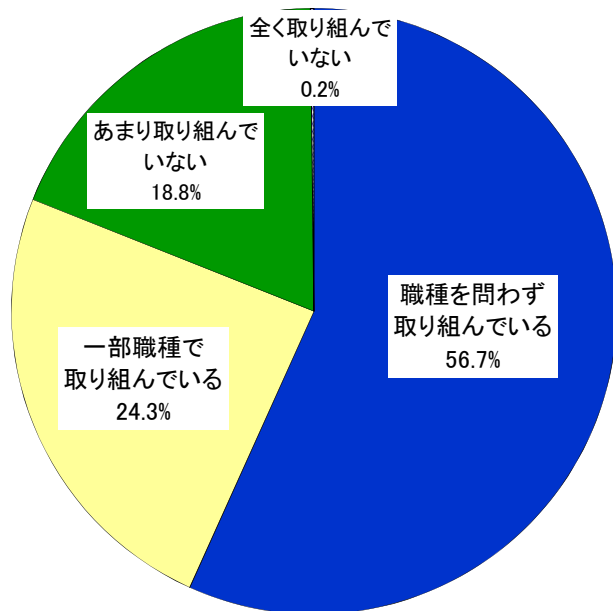


都道府県 医療勤務環境改善支援センター

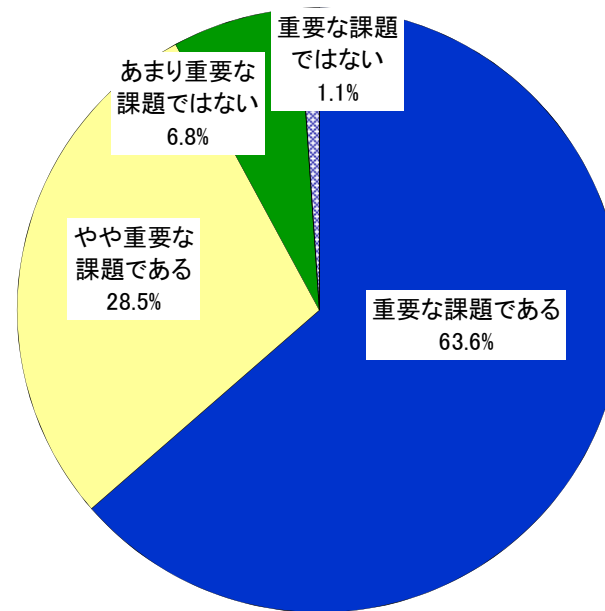
- 医療労務管理アドバイザー（社会保険労務士等）
医療経営アドバイザー（医療経営コンサルタント等）
- センター運営協議会（都道府県、都道府県労働局、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、社会保険労務士会、医療経営コンサルタント協会等）

病院における勤務環境改善に対する認識・取組状況

医療従事者の勤務環境改善に関する取組状況 [n=548]



医療従事者の勤務環境改善に関する現状認識 [n=547]



		職種を問わず取り組んでいる	一部職種で取り組んでいる	あまり取り組んでいない	全く取り組んでいない
全体		56.8	24.3	18.8	0.2
許可病床数	20-99床	45.4	21.8	32.8	—
	100-199床	52.5	28.8	18.1	0.6
	200-399床	59.7	20.9	19.4	—
	400床以上	69.2	24.6	6.2	—
最も多い病床	一般病床	60.3	24.4	15.4	—
	精神病床	50.0	24.0	26.0	—
	療養病床	45.8	24.0	29.2	1.0

※ 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」事業内で実施した病院アンケート調査より

医療勤務環境改善の取組みと成果の事例

1. 医療法人偕行会 名古屋共立病院他の取組み

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）

キャリア・スキルアップ支援

- ・研修期間の給与保証
- ・研修受講費の法人負担

院内保育園の充実

- ・24時間保育、病児保育
- ・当直の場合は保育料無料

成果

- ・離職率の低下（看護職員）
H25' 13.9% → H27' (中間) 9.5%

2. 学校法人藤田学園 藤田保健衛生大学病院の取組み

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）

育児短時間勤務の導入、 夜勤専従者の導入

キャリア支援

施設内保育園の設置 （病児保育）

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

成果

- ・勤務継続年数が延び、ベテラン看護師が増加（「看護の質」向上）
H23' 6.7年 → H26' 6.9年
- ・既婚率が増加
H23' 31.0% → H26' 33.8%

3. 社会医療法人ペガサス 馬場記念病院の取組み

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

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研修期間の給与保証
- ・状況に応じ、メンタルサポートセンターと協力し対応

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

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
- ・健診センターや人事担当等の代表者による面談

成果

- ・1年目職員の離職率低下
H16'～H17' 平均 24.2% →
H18'～H27' 平均 9.2%
- ・平成24年度では1年目職員の離職率0%を達成

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に実施

【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. これまでの取り組み

- 「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）

チーム医療の推進

医療の高度化・複雑化が進む中で、質が高く安全な医療を提供するため、「チーム医療」を推進し、各医療従事者が高い専門性を発揮しつつ、業務を分担しながら互いに連携することにより、患者の状態に応じた適切な医療を提供していきます。

医療従事者の業務の範囲及び業務の実施体制の見直し

特定行為を行う看護師の研修制度の創設

- ・ 診療の補助のうち一定の行為を「特定行為」として明確化
- ・ 医師・歯科医師が作成する手順書により特定行為を行う看護師の研修制度を創設

診療放射線技師の業務範囲及び業務実施体制の見直し

- ・ 放射線の照射等に関連する行為(造影剤の血管内投与等)を業務範囲に追加
- ・ 病院又は診療所以外の場所で、健康診断として胸部X線撮影を行う場合には、医師・歯科医師の立会いを不要とする

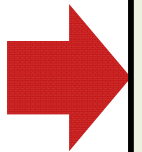
臨床検査技師の業務範囲の見直し

- ・ 検査のための検体採取(鼻腔拭い液による検体採取等)を業務範囲に追加

歯科衛生士の業務実施体制の見直し

- ・ 歯科衛生士が予防処置を実施する際には、歯科医師の指導の下に行うこととし、「直接の」指導までは要しないこととする

各医療従事者が専門性を発揮しつつ連携



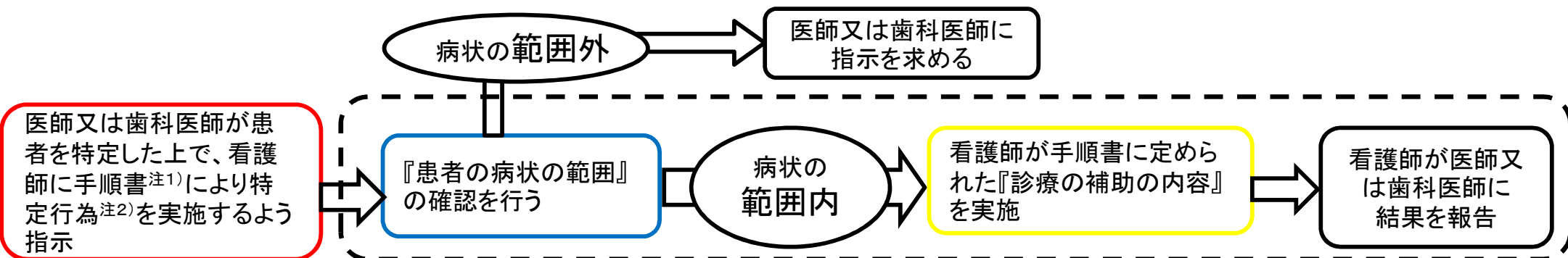
患者の状態に応じた適切な医療を提供

特定行為に係る看護師の研修制度の概要

制度創設の趣旨

○2025年に向けて、在宅医療等の推進を図るためには、医師又は歯科医師の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助を行う看護師を計画的に養成し、確保していく必要がある。

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。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。

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。

指定研修機関数（平成28年8月4日現在）

○28機関

※内訳: 大学院7、大学・短大4、大学病院4、病院10、団体3

平成27年度特定行為研修修了者数

○259名

※平成27年度の特定行為研修修了者は共通科目の各科目又は区分別科目の時間数の全部又は一部の履修の免除を受けた者である。

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
	持続点滴中の利尿剤の投与量の調整
精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	抗けいれん剤の臨時的投与
	抗精神病薬の臨時的投与
	抗不安薬の臨時的投与
皮膚損傷に係る薬剤投与関連	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について、一定の条件の下にたんの吸引等の医行為の実施を認めるもの。

実施可能な行為

- ・口腔内の喀痰吸引
- ・鼻腔内の喀痰吸引
- ・気管カニューレ内部の喀痰吸引
- ・胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
- ・経鼻経管栄養

実施可能な者

- 介護福祉士
- 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

※認定証の交付件数

8,399人
(H25.4)



38,235人
(H26.4)

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

○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

○都道府県が登録研修機関に対し指導監督を実施

※登録研修機関数

(注)このほか、各都道府県が研修を実施。

222力所
(H25.4)



445力所
(H26.4)

登録事業者

○たんの吸引等の業務を行う事業所を都道府県知事に登録

○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

○登録事業者の指導監督に必要な届出、報告徴収等を規定

<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

介護関係施設・事業所	障害者・児関係施設・事業所	その他	計
10,565 (8,390)	2,583 (1,971)	268 (208)	13,416 (10,569)

※ 平成26年4月現在。()内は、平成25年4月現在の事業者数

チーム医療の推進に係る近年の診療報酬改定について

- チーム医療の推進については、診療報酬改定における「重点課題」等に位置付け、多職種の活用によるチーム医療について、評価の引上げや加算の創設等、充実を図っている。
- 特に、平成28年度診療報酬改定では、地域包括ケアシステムと医療機能の分化・強化、連携を推進する観点から、多職種の活用によるチーム医療の評価を充実した。

平成24年度改定

重点課題「④ 病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療の促進」

(主な改定項目)

- 一般病棟における精神科リエゾンの評価「精神科リエゾンチーム加算」の新設
- 専門性の高い医師・看護師等のチームによる臓器移植後臓器移植後等の医学管理に対する評価
- 外来緩和ケアチームの評価「外来緩和ケア管理料」の新設
- 「病棟薬剤師業務実施加算」の新設 / 周術期における口腔機能の管理の評価

平成26年度改定

重点課題(1)医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等 ウ「チーム医療の推進に引き続き取り組むべき」

(主な改定項目)

- 在宅の精神科重症患者について、24時間体制の多職種チームによる医療提供を評価
- 医療資源の少ない地域において、チーム医療等に係る診療報酬について、対象範囲の拡大・専従要件の緩和を実施
- 病棟薬剤業務実施加算の充実 / 「歯科医療機関連携加算」の新設

平成28年度改定

地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点「イ チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取組等を通じた医療従事者の負担軽減・人材確保」

(主な改定項目)

- 特定集中治療室等における薬剤師配置を評価 「病棟薬剤業務実施加算2」の新設
- 歯科医師と連携した場合の栄養サポートチームの評価 「歯科医師連携加算」の新設
- 周術期口腔機能管理等における医科歯科連携の推進 「周術期口腔機能管理後手術加算」の引上げ

④ 医療等分野でのAI・ICT化・技術革新

- 厚生労働省では、**ICT・AI等を活用した医療・介護のパラダイムシフト**を実現するため、
 - ・「**保健医療分野におけるICT活用推進懇談会**」を昨年11月より開催。ICTを活用した次世代型の保健医療システムの姿について、先月（10月）にとりまとめ
 - ・「**データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会**」を本年4月より開催。ICT・ビッグデータの活用による保険者機能の在り方等について、本年中にとりまとめ予定

3つのパラダイムシフトと3つのインフラ

つくる

集まるデータ

生み出すデータ

データの収集段階から、集積・分析・活用（出口）で使える
アウトカム志向のデータをつくる

<インフラ>

最新のエビデンスや診療データを**AIを用いて**ビッグデータ解析し、
現場の最適な診療を支援するシステムを構築

つなげる

分散したデータ

データの統合

個人の健康なときから疾病・介護段階までの
基本的な保健医療データをその人中心に統合する

<インフラ>

医療・介護スタッフに共有され、個人自らも健康管理に役立てる
全ての患者・国民が参加できる**オープンな情報基盤**を整備

ひらく

たこつぼ化

安全かつ開かれた利用

産官学のさまざまなアクターがデータにアクセスして、
医療・介護データをビッグデータとして活用する

<インフラ>

産官学の多様なニーズに応じて、医療・介護データを
目的別に収集・加工（匿名化等）・提供できるプラットフォームを整備

ICTの利活用が「供給者目線」から
「患者・国民目線」になるように作り変え、
以下を実現

ビッグデータ活用やAIによる分析

診療や治療が難しい疾患でも、**個人の症状や
体質に応じた、迅速・正確な検査・診断、治療が
受けられる**

ICTを活用した遠隔診療や見守り

専門の医師がいない地域の患者や、生活の中で
孤立しがちなお年寄りでも、**遠隔医療や
見守りなどの生活支援を受けられる**

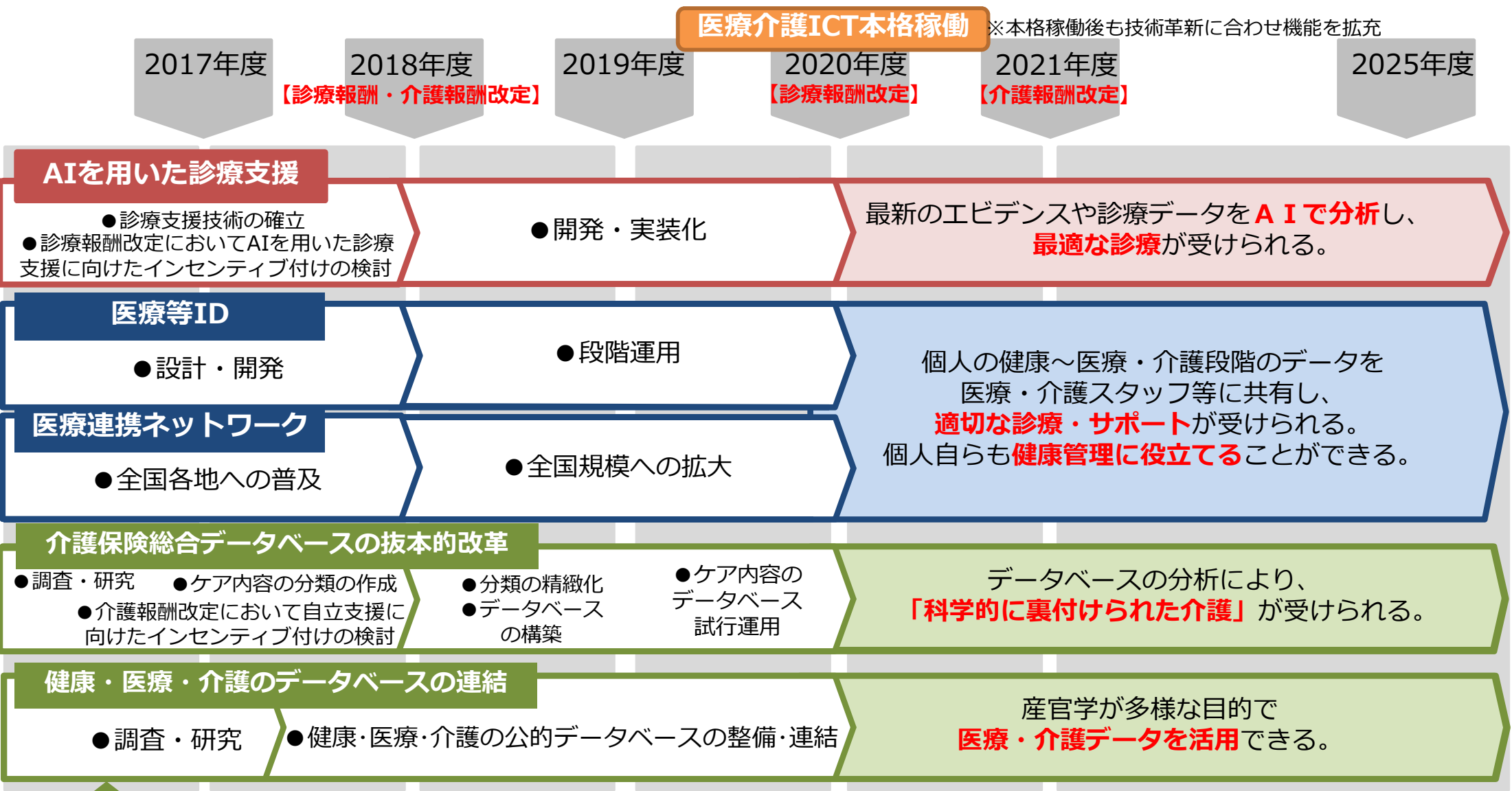
地域や全国健康・医療・介護情報ネットワーク

どこでも誰でも、自身の健康・医療・介護情報が
医師などに安全に共有され、かかりつけ医と
連携しながら**切れ目ない診療やケアを受けられる**

ビッグデータ活用によるイノベーション

疾患に苦しむ様々な患者に、**最新の治療法や
医薬品**を届けられる。

● AIやIoT等のICTを活用した診療支援や遠隔医療、見守り、ロボット等の技術革新を、医療・介護の枠組み（診療報酬・介護報酬）の中に、**現場や国民がメリットを実感できる形で、十分なエビデンスの下に組み込み**



データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会

●審査支払機関を『業務集団』から『頭脳集団』に改革
●基盤となる**データプラットフォーム**の構築

●審査支払機関も保険者もそれぞれが質の高い医療を実現

AIに関する研究開発

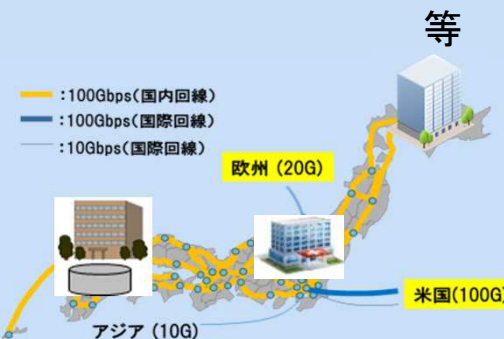
AI基盤技術

- 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

(保健医療: 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 (ICT・ビッグデータのみに関する施策は除く)

	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	・ 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	・ 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	・ 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

厚生労働省におけるAI関連施策一覧

(ICT・ビッグデータに関する施策も含む)

番号	施策名	H28年度補正 (千円)	H29年度概算要求 (千円)
1	臨床研究等ICT基盤構築・人工知能実装研究事業	0	1,589,698
2	臨床効果データベース整備事業	0	136,000
3	クリニカル・イノベーション・ネットワーク構想	0	5,537,374
4	ゲノム医療実用化プロジェクト	0	4,185,798
5	医療情報データベースを活用した医薬品等安全対策の推進	0	722,793
6	小児科医薬品の使用環境改善事業	0	150,011
7	医療のデジタル革命の実現プロジェクト	5,843,704	0
8	AIを活用した創薬ターゲットの探索	0	352,289
9	医療機器プログラムの薬事規制の在り方に関する研究	0	4,500
10	自発的な職業能力開発の支援	0	19,147,189
11	人工知能活用調査事業費	0	20,920
合計		5,843,704	31,846,572

臨床研究等 ICT 基盤構築研究事業について

(28年度予算案額 3.2億)

電子カルテ等病院情報システムの標準化

医療現場

既存データベース事業の連結・相互利用に関する研究(厚労科研費) 1.8億(うち0.8億は戦略研究)

データ

臨床研究ICT基盤の構築に関する研究 (AMED研究費) 1.4億

既存データベース事業の拡充・連結

- ナショナルデータベース(NDB)…全国規模でレセプト・特定健診データを蓄積。受療行動の傾向を把握し、医療費適正化計画の策定等に利用(レセプト 年間約17億件(平成25年度))
- 介護保険総合データベース…要介護認定データを中核に、介護保険レセプトデータを統合。地域別、事業所別の介護保険の適正な運営等に利用(21万事業所、年間4億8000万件(2014年度))
- DPCデータベース…全国規模の急性期病院の入院に関するレセプトデータ等。診療行為や投薬の実施傾向を把握可能。(1,500病院、年間1,000万件(2012年度))
- 各種疾患データベース…例)ナショナルクリニカルデータベース(NCD):手術症例に関する実績等を登録、分析する外科系学会の取組(手術情報 年間120数万件)
- 全国がん登録データベース…がん登録推進法に基づき、日本でがんと診断されたすべての人のデータを国でひとつにまとめて集計・分析・管理(H28.1から開始)(年間推計罹患者85万人(H23))
- 医療情報データベース…PMDAで、協力医療機関の検査結果や電子カルテデータを分析し、医薬品等の安全対策を実施。(全国10拠点23病院)。現在試行期間中。
- 国立病院機構 IT事業…電子カルテデータが利用しやすくなるよう標準化を推進。(20~30病院(2015年度目標))

臨床研究等ICT基盤構築

● デジタルデータ収集・利活用事業の組成促進プログラム

・デジタル化された診療データを複数の医療機関から同じ条件で自動収集し、臨床研究等に利活用できるようにする。

・匿名化した情報の個人特定可能性の定量的リスク評価や、個人情報の収集・突合についての同意取得の方法を検討する。

データの共通化

機械学習化

EHRクラウド

医療現場の自律的な診療プロセス向上につながるプログラム

医療の質の向上、コスト・経営の効率化

日本発の創薬、医療機器、医療技術

【これまでの取組】

- ・日本外科学会を中心に手術症例に関する登録事業(National Clinical Database(NCD))を2011年から開始(厚労科研で立ち上げ等を支援)。
- ・毎年100万例を超えるデータを収集し、分析を開始。

【課題】

- ・大規模かつ長期的にデータを収集する体制の構築が難しい
- ・内科領域を含めた他の分野でも臨床データの収集が必要となる

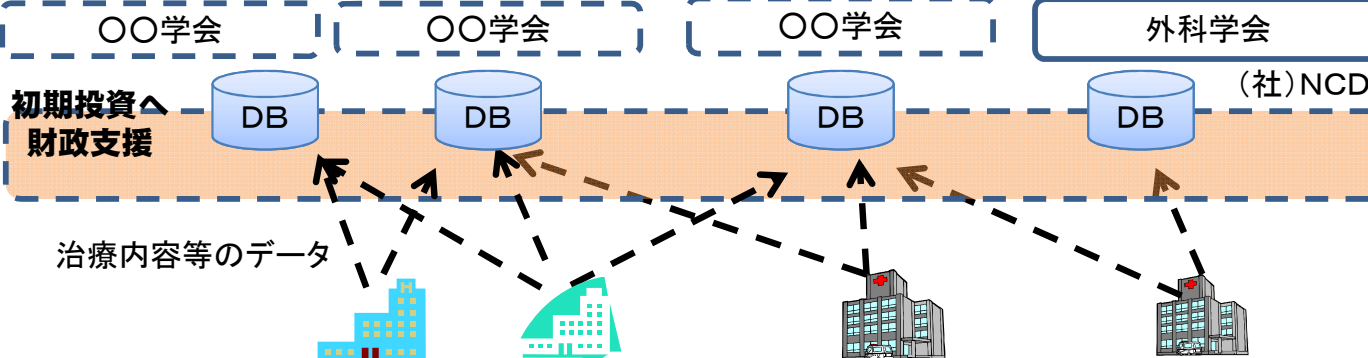
※ 今後必要とされる取組

医療の質を向上させるため、日々の診療行為及びアウトカムデータ(診療行為の効果)を、一元的に蓄積・分析・活用するための情報基盤を整備する関係学会等の取り組みを支援。

(目標) 医療の質の向上・治療の標準化・国民の健康寿命の延伸

内科系分野

外科系分野



社会的な動向

・日本再興戦略

医療の質を向上させるため、関係学会等が、日々の診療行為、治療効果及びアウトカムデータ(診療行為の結果)を全国的に各分野ごとに一元的に蓄積・分析・活用する取組を推進する。

・「日本再興戦略」改訂2014

P.99 iv) 医療介護のICT化

③医療情報連携ネットワークの普及促進、地域包括ケアに関わる多様な主体の情報共有・連携の推進等

・医療等の分野の様々な側面における情報収集及び情報分析と利活用の高度化を推進する。

・世界最先端IT国家創造宣言工程表改定

p.39 ○医療・健康情報等の各種データの活用【短期(2016～2018年度)】

・日々の診療行為や治療効果等を一元的に蓄積・分析・活用する関係学会等の取組を支援する

未だ、内科系・外科系ともデータベースとして整備すべき疾患領域が全面的にカバーできていないことから、引き続き国主導で長期的、かつ大規模の治療方法や治療効果に関するデータを収集・分析の支援が必要

【平成25年度補正予算実施団体】・自治医科大学・循環器疾患レジストリ研究拠点・National Clinical Database(日本外科学会等)・日本放射線腫瘍学会

【平成26年度補正予算実施団体】・日本救急医学会・日本腎臓学会・日本麻酔科学会

【平成28年度当初予算実施団体】・日本産科婦人科学会・日本小児科学会

ゲノム医療実用化プロジェクト ～オールジャパン疾患ゲノムネットワークの構築～

事業概要

平成29年度概算要求額 42億円（平成28年度予算額 40億円）

- 大学病院等医療機関からの全ゲノム情報等を集積するため、**オールジャパンのネットワークを形成**。具体的には、「**全ゲノム情報等の集積拠点**」を3大バイオバンク、国立高度専門医療研究センター（NC）、大学病院等が連携して構築し、集積した情報の解析等により得られた情報を**医療機関に提供することで個別化医療の推進**を図る。
- 基礎研究によるエビデンスが比較的蓄積されており、**医療への実利用が近い①がん、②希少難病など**の日本人患者を対象として、より質の高い臨床情報を得るため、全ゲノム解析に加え、多層的なゲノミクス解析等を実施し、
(1) 欧米で実用されている疾患については、日本人患者に対する**臨床での実用化を検証**し、
(2) 未だ世界でも実用されていない疾患については、**臨床上の有用性を検証**する。
- **拠点は、協力機関とともに被験者をリクルートし、5年間で日本人患者10万人分*の全ゲノム情報等を集積すること**を目標とし、医療機関や研究機関が参照できる**日本人のゲノム医療データベースを構築**する。
- 拠点には、運営協議会を設置し、情報集積・提供のためのルール作りや、人材育成、広報等を実施する。

事業イメージ

* 英国 Genomics England では10万人（2012～2016）；米国 Precision Medicine Initiative では100万人（2015～）

オールジャパンでのゲノム医療推進体制「全ゲノム情報等のデータネットワーク」



大学・病院等

ゲノム解析拠点（理研、東大等）、健康者ゲノム情報（東北MMB）、3大バイオバンク、他の疾患プロジェクトと連携して実施

運営費交付金

平成29年度概算要求額 10.0億円（平成28年度予算額 10.0億円）

○ NCにおける体制整備

（ゲノム診療支援システムの整備）

臨床ゲノム情報統合データベース整備事業

平成29年度概算要求額 25.9億円（平成28年度予算額 25.9億円）

○ 患者説明、臨床情報等の登録フォーマットを統一

○ 患者リクルートと全ゲノム解析等の実施

○ 臨床ゲノム情報統合データベースの管理・運営

（日本人における疾患関連遺伝子の臨床での実用化等を促進）

ゲノム創薬基盤推進研究事業

平成29年度概算要求額 6.0億円（平成28年度予算額 3.7億円）

○ ゲノム創薬研究成果の患者還元に係る課題解決を実施

○ ゲノム情報を活用した新規創薬ターゲットの探索等を推進

○ オミックス創薬研究に資する生体試料の品質評価等を実施

ゲノム医療の実用化により、経済効率的かつ質の高い効果的な医療が実現できる

情報通信機器を用いた診療（いわゆる「遠隔診療」）現在の取扱いについて

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。

情報通信機器を用いた診療（いわゆる「遠隔診療」）現在の取扱いについて

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

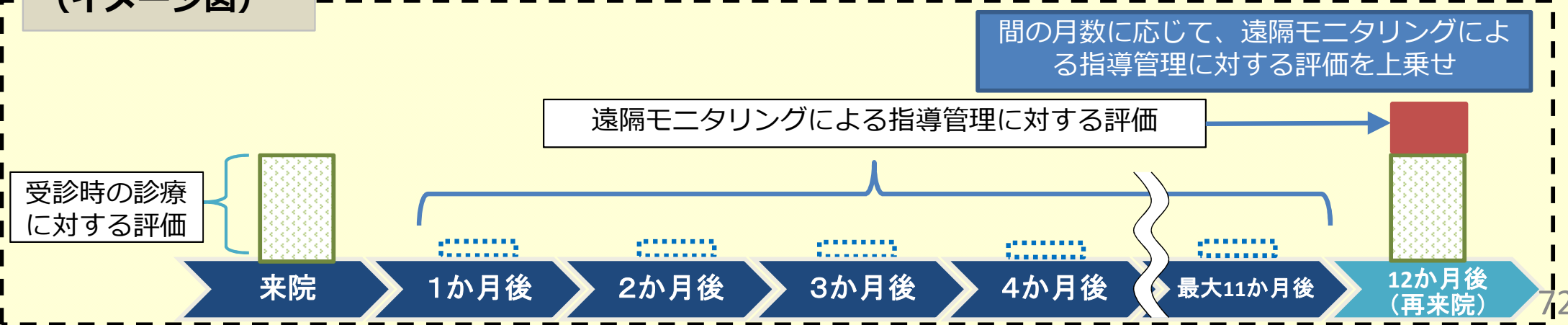
心臓ペースメーカー指導管理料

(削除)

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）

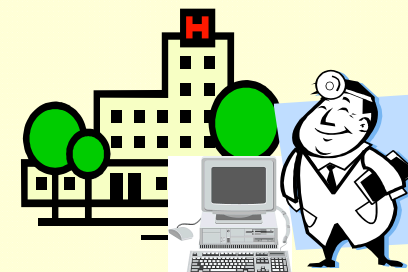
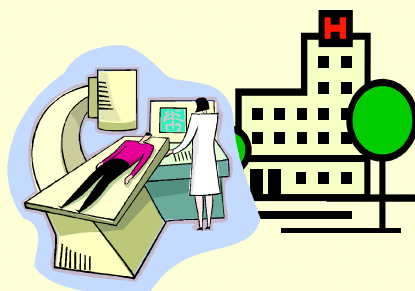
イ 退院患者の場合 200点

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。

1. 保健医療分野におけるICTの活用と本提言の考え方

(3) ICTを保健医療分野で活用する意義

（保健医療分野でICTを活用する意義）

○ こうした保健医療分野における大量で複雑な事象について、現場の保健医療専門職、研究機関、民間企業、行政・保険者、そして患者・国民が、ICTを活用することで、それぞれの持つ力を最大限に発揮し、新たな価値を生み出していくことが期待できる。

○ 具体的には、

・ 保健医療の現場では、遠隔診療などにより、専門の医師がいない地域でも良質な保健医療サービスを提供したりすることで、医療の質や生産性の向上、保健医療専門職の負担軽減・働き方の合理化などが図られる

3. ICTを活用した「次世代型保健医療システム」への3つのパラダイムシフト

(3)「ひらく」:「たこつぼ化」から「安全かつ開かれた利用」へ

(3)－2「データ利活用プラットフォーム」(仮称)の整備

(産官学と現場が一体となった研究開発を実用化につなげる取組の支援)

○ イノベーションの促進や、保健医療の質の向上を図る観点から、制度を持続可能とするとともに、費用対効果を検証しつつ、診療報酬等による適切な評価を行っていくことは重要である。

AIやIoT等のICTを活用した診療支援や遠隔診療、ロボット等の技術革新、臨床現場が主体となった保健医療の質の把握・向上に向けた取組について、しっかりとした効果・安全性のエビデンスの下で、積極的に位置付けることにより、現場をサポートしつつ、保健医療の質の向上と効率化の双方を達成していく。

○森下委員 厚労省さんをお願いしたいのは、今回、実際に遠隔診療を頑張っていたいて、オーケーになったというので、既に新聞等でも出ていますように、新しいベンチャービジネスが起きてきている。これは放っておくと、規制の波の中に潰れていったり、あるいはやり過ぎて問題が起きたりするので、うまく厚労省さんがホワイトゾーン、いわゆるグレーゾーンを無くしていったって、ビジネスをさせてあげなければいけないと思うのです。そうすることが、結果的に言うと、将来の遠隔診療が進んでいったって、過疎地を含めて、患者さんがみんなハッピーになっていく。そういうことにつながるようなビジネスを起こしてほしいという話なので、個別の技術を産業化につなげてほしいと言ったつもりではないということは、是非理解していただきたいと思います。

○大田議長代理 診療報酬について、遠隔診療というのは、この時代においては、患者の利便性を高める、診療の機会を増やす、非常に重要なツールです。かつてと状況はかなり変わってきたと思いますので、これを前向きに位置づけるということで、診療報酬上の扱いもお願いできればと思います。

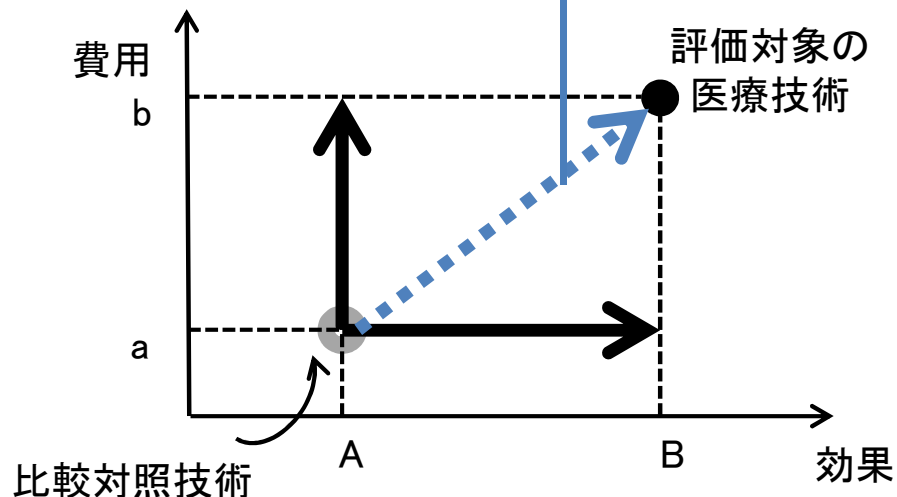
⑤ 投資に見合う医療の提供

費用対効果評価の試行的導入について(概要)

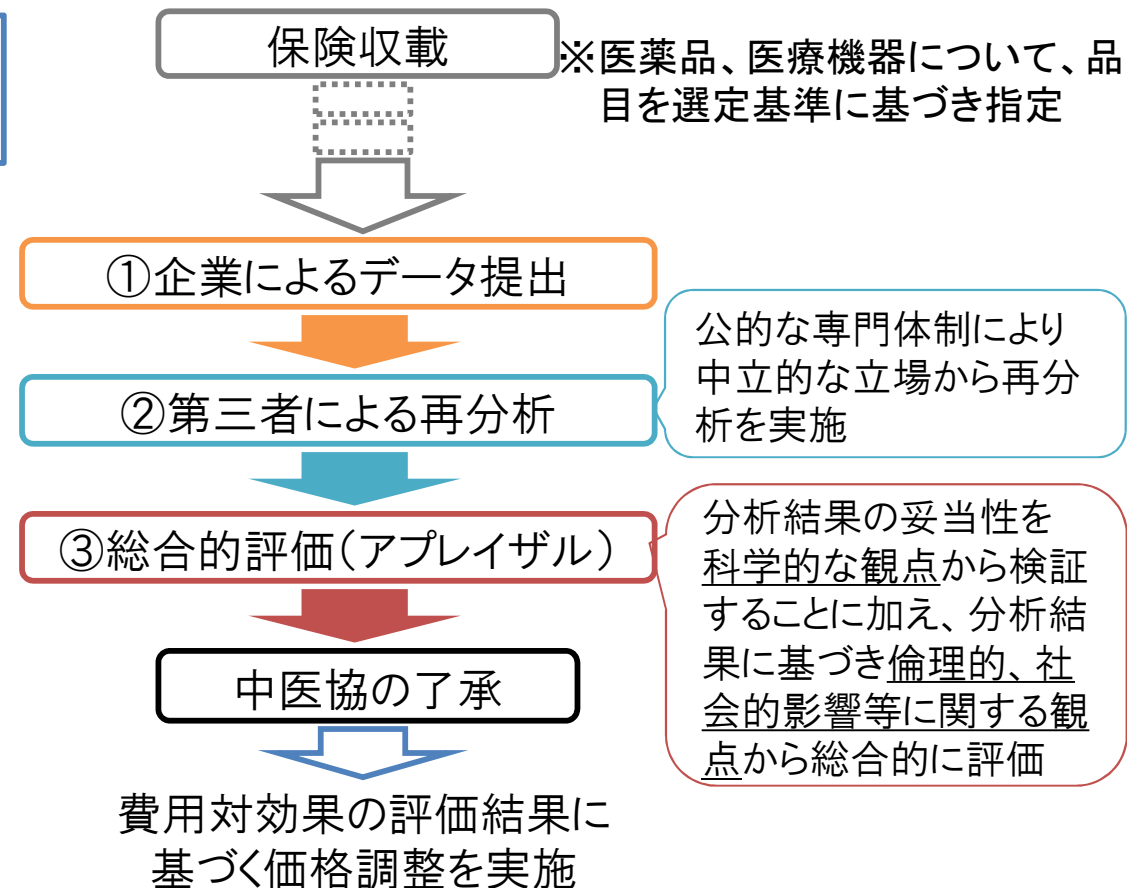
- 中医協における議論を踏まえ、平成28年度診療報酬改定において、医薬品・医療機器の評価について、費用対効果評価の観点を試行的に導入する。

＜費用効果分析の手順＞

$$\text{増分費用効果比 (ICER)} = \frac{b-a \text{ (費用がどのくらい増加するか)}}{B-A \text{ (効果がどのくらい増加するか)}}$$



＜評価の一連の流れ(イメージ)＞



既収載品にかかる対象品目の選定基準と対象品目

＜既収載品の選定基準＞（考え方）財政影響、革新性・有用性が高い品目（医薬品、医療機器）を対象

① 除外要件

イ 指定難病、血友病及びHIV感染症、 ロ 未承認薬等検討会議を踏まえた開発要請等

② 抽出要件

イ 平成24年度から平成27年度、かつ、類似薬効（機能区分）比較方式のうち、

i 補正加算の加算率が最高

ii 10%以上の補正加算が認められたもののうち、ピーク時予測売上高が最高

ロ 平成24年度から平成27年度、かつ、原価計算方式のうち、

i 営業利益率の加算率が最高

ii 10%以上の加算が認められたもののうち、ピーク時予測売上高が最高

※ これによって選定された品目の薬理作用類似薬（同一機能区分に該当する医療機器）も対象

＜既収載品に係る対象品目＞

	医薬品（7品目）		医療機器（6品目）	
類似薬効（機能区分）比較方式	○ソバルディ （ギリアド・サイエンシズ）	C型慢性肝炎	○カフスミNajuta胸部ステントグラフトシステム （川澄化学工業）	胸部大動脈瘤
	ハーボニー （ギリアド・サイエンシズ）		○アクティバRC （日本メトロニック）	振戦等
	ヴィキラックス （アッヴィ合同会社）		バーサイスDBSシステム （ボストン・サイエンティフィック ジャパン）	
	ダクルインザ （ブリストル・マイヤーズ）		Brio Dual 8ニューロスティミュレータ （セント・ジュード）	
	スンベプラ （ブリストル・マイヤーズ）			
原価計算方式	●オブジーボ （小野薬品工業）	悪性黒色腫等	●ジャック （ジャパン・ティッシュ・エンジニアリング）	外傷性軟骨欠損症
	●カドサイラ （中外製薬）	HER2陽性の再発乳癌等	●サピエンXT （エドワーズライフサイエンス）	重度大動脈弁狭窄症

本格的な導入に向けた今後の議論について

平成28年度診療報酬改定に係る附帯意見

医薬品・医療機器の評価の在り方に費用対効果の観点を試行的に導入することを踏まえ、本格的な導入について引き続き検討すること。

あわせて、著しく高額な医療機器を用いる医療技術の評価に際して費用対効果の観点を導入する場合の考え方について検討すること。

本格的な導入に向けて検討すべき事項

将来的な本格的な導入に向けては、体制等の整備に加え、以下のような事項について議論を引き続き行うこととする。

- ① 選定基準の見直し
- ② 倫理的、社会的影響等に関する観点から総合的評価（アプレイザル）を行う際の、本邦における具体的な要素
- ③ 迅速な評価に必要な体制や、新規収載時に提出が行われるデータの質や内容等
- ④ 日本におけるデータ整備に係る取組の推進
- ⑤ 評価結果に基づき償還の可否の判断を行う場合の具体的な取扱

地域包括ケア「見える化」システムの目的

- 都道府県・市町村における**介護保険事業(支援)計画等の策定・実行を総合的に支援するための情報システム**である。
- 地域間比較等による現状分析から課題抽出が容易になり、同様の課題を抱える自治体の取組事例等を参考にすることで、自らに適した施策を検討しやすくなる。
- また、都道府県・市町村内の関係者全員が一元化された情報を共有することで、関係者間の課題意識や互いの検討状況を共有することができ、自治体間・関係部署間の連携をしやすくなる。
- **住民も含めた地域の関係者間で、地域の課題や解決に向けた取組を共有**でき、地域包括ケアシステムの構築に向けた取組を推進しやすくなる。

都道府県

介護保険事業支援計画担当

医療施策担当

住宅施策担当

介護予防・生活支援施策担当

保健所

市町村

介護保険事業計画担当

在宅医療介護連携施策担当

住宅施策担当

介護予防・生活支援施策担当

地域包括支援センター

連携促進

地域包括ケア「見える化」システム

自治体・国民
共通機能

介護・医療の現状分析・課題抽出支援

課題解決のための取組事例の共有・施策検討支援

自治体向け
機能

介護・医療関連計画の実行管理支援

介護サービス見込み量等の将来推計支援(7期以降)

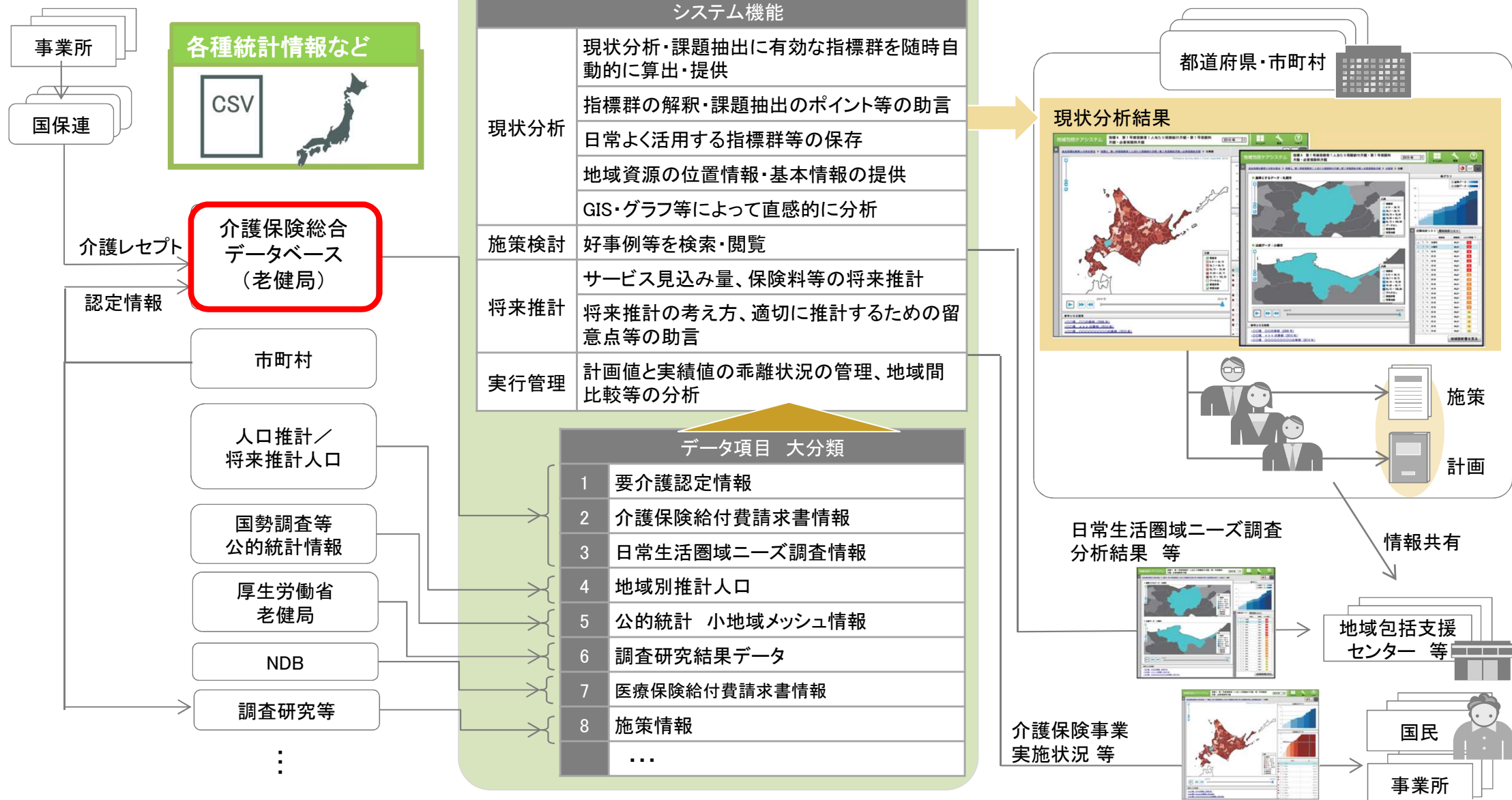
↑
国民

地域包括ケア「見える化」システムにおけるデータ利活用のイメージ

Input (情報入力元)

地域包括ケア「見える化」システム

Output (情報利活用)



⑥ 医療資源の適正な配分

平成27年11月18日 全国自治体病院協議会等「要望書」

医師の地域偏在、診療科を解消するために、需給調整に必要な開業規制と診療科ごとの医師数規制について導入を検討し、専門医師数の制限や一定期間医師不足地域への勤務の義務付けなどを講じ、医療提供体制の均てん化施策を早急に実行すること。

平成27年12月2日 日本医師会・全国医学部長病院長会議 「医師の地域・診療科偏在解消の緊急提言」

一定期間、医師不足地域で勤務した経験があることを病院・診療所の管理者の要件とする。

医師不足地域や勤務期間および卒後年数上限(たとえば卒業後何年までに一定期間)は、「地域医療支援センター」と都道府県行政、地域医師会、大学で協議し調整して指定する。医師不足地域は、へき地等に限定せず、地域・診療科偏在の実態を踏まえて、その時々で判断する。

またこれを実現するためにも、「医師キャリア支援センター」が医師のキャリア形成支援を一体として行っていく。これまでのようにへき地等での医師確保対策として独立して行うものではない。

平成28年7月 全国知事会 「平成29年度国の施策並びに予算に関する提案・要望(社会保障関係)」

地域及び診療科における医師偏在や全国的に深刻な状況に陥っている医師不足の抜本的改善を図るため、地域及び診療科における必要な医師数を明確にした上で、医師養成の在り方等について早急に見直し、医師不足地域における一定期間の診療を義務付けるなど、医師確保対策を強力に推進すること。

平成28年10月 NPO「全世代」私案「医師の地理的偏在の解消に向けて」

- 保険医登録の条件、あるいは、「保険医療機関」の責任者になるための条件として、専門研修を終えた後の一定の時期に、深刻な「医師不足地域」において一定期間勤務することを求めることとする。
- 「医師不足地域」については、(中略)、都道府県地域医療構想圏(二次医療圏)ごとの医師数、医療ニーズなどをもとに全医療圏をA、B、C(Cが最も深刻)の3種に区分する。都道府県は、これに加え、島嶼や過疎地域に限定した特殊地域Sを設ける。(後略)
- その上で、保険医登録を全国共通に一本化し、保険医登録証を一種登録証と二種登録証に区分する。
- 一種登録証については医師免許取得時に全員に授与する。
- 二種登録証については、臨床研修終了後の勤務実績によって授与する。勤務実績として、次のような設定を考える。

地域医療構想圏A	新規の保険医登録の実績にならない
地域医療構想圏B	2年の勤務実績により二種登録証を授与
地域医療構想圏C	1年の勤務実績により二種登録証を授与
特殊地域(島嶼等)S	6か月の勤務実績により二種登録証を授与
- 一種登録証、二種登録証についての効力・定義については、以下の2つの選択肢があり得る。(後略)
 - ① 選択肢A: 一種登録証のままでも、通常の保険診療を継続的に行うことができる。ただし二種登録証を保持しない者は、「保険医療機関」の責任者にはなれない。
 - ② 選択肢B: 二種登録証を保持しない者が、「保険医療機関」の責任者にはなれない点では、選択肢Aと同じである。違いは、一種登録証のままで保険診療をできる期間を例えば10年と規定する。従って、一種登録証の更新が必要となってくる。

基準病床数制度における病院開設等の制限

- 病院・有床診療所については、基準病床数制度を通じた一定の偏在解消策が存在。
- 病院・有床診療所の1床当たり従事医師数は、病床規模別に一定割合で増加しており、病床数が間接的に医師数に影響を与えていると考えられる。

基準
病床
数
制
度

【公的医療機関等】※

【その他の医療機関】

病院の開設又は診療所の病床設置(増床含む)の許可申請

当該申請に係る二次医療圏の既存病床数の数が既に基準病床数に達している、又は当該申請による病床数の増加によって超えることが認められる

医療審議会の意見を聴いて、許可を与えないことができる

医療審議会の意見を聴いて、申請の中止又は申請病床数の削減を勧告することができる

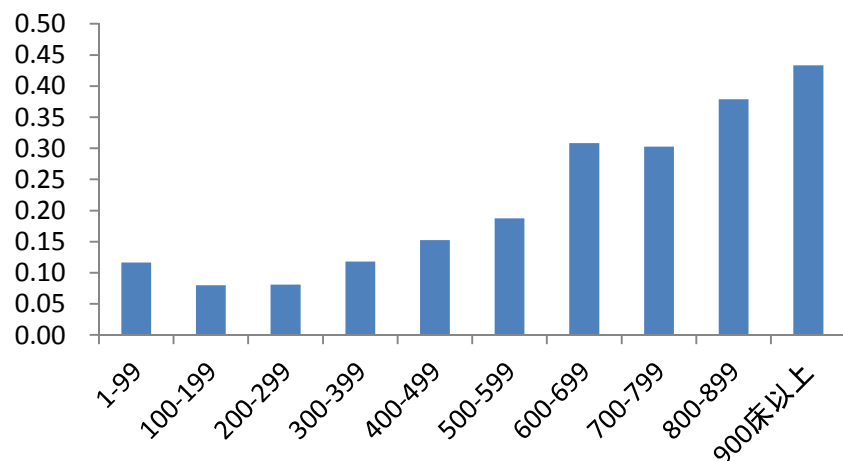
【医療法】

保険医療機関の指定の申請

勧告に従わなかったときは、勧告を受けた病床数の全部又は一部を除いて、保険医療機関の指定を行うことができる

【健康保険法】

病床規模別・病床当たり医師数(常勤換算)



平成26年病院報告・医療施設調査

※ 公的医療機関等：医療法第31条に定める公的医療機関(都道府県、市町村その他厚生労働大臣の定める者(地方独立行政法人、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連合会等)の開設する医療機関)及び医療法第7条の2第1項2号から8号に掲げる者(共済組合、健康保険組合、地域医療機能推進機構等)が開設する医療機関

基準病床数制度について

目的

病床の整備について、病床過剰地域(※)から非過剰地域へ誘導することを通じて、病床の地域的偏在を是正し、全国的に一定水準以上の医療を確保

※既存病床数が基準病床数(地域で必要とされる病床数)を超える地域

仕組み

○ 基準病床数を、全国統一の算定式により算定

※一般病床・療養病床は、二次医療圏ごとの性別・年齢階級別人口、病床利用率等から計算

精神病床は、都道府県の年齢階級別人口、1年以上継続して入院している割合、病床利用率等から計算

結核病床は、都道府県において結核の予防等を図るため必要な数を知事が定めている

感染症病床は、都道府県の特定感染症指定医療機関等の感染症病床の合計数を基準に知事が定めている



○ 既存病床数が基準病床数を超える地域(病床過剰地域)では、公的医療機関等の開設・増床を許可しないことができる

病床数の算定に関する例外措置

- ① 救急医療のための病床や治験のための病床など、更なる整備が必要となる一定の病床については、病床過剰地域であっても整備することができる特例を設定
- ② 一般住民に対する医療を行わない等の一定の病床は既存病床数に算定しない(病床数の補正)

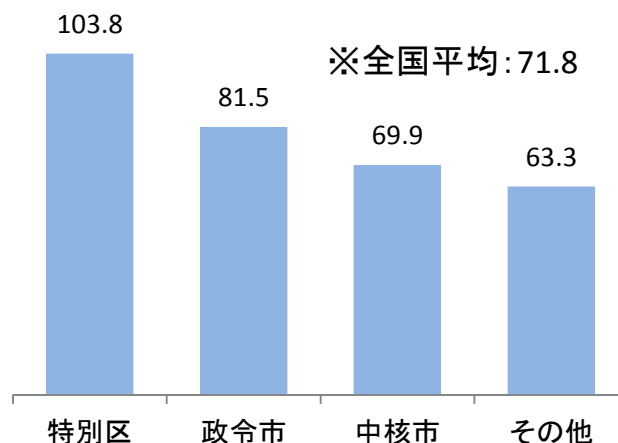
無床診療所に関する現状

- 無床診療所の従事医師数は、病院・診療所の約1／3。
- 無床診療所は都市部に開設が偏る傾向があるが、病院・有床診療所と異なり、偏在解消策はない。

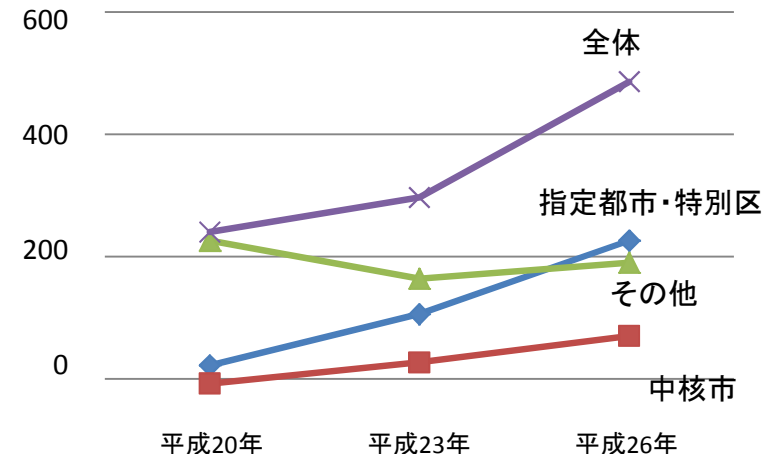
医療施設別の施設数・医師数（常勤換算）

	施設数	医師数
病院	8,493 (8%)	204,700 (61%)
有床診療所	8,355 (8%)	15,605 (5%)
無床診療所	92,106 (84%)	115,074 (34%)

人口10万対無床診療所数



診療所の純増数の推移（開設－廃止）



二次医療圏別の人口10万対無床診療所数

（上位5二次医療圏）

二次医療圏	都道府県	無床診療所数
区中央部	東京	248.8
大阪市	大阪	123.1
区西南部	東京	119.1
益田	島根	114.3
区西部	東京	113.5

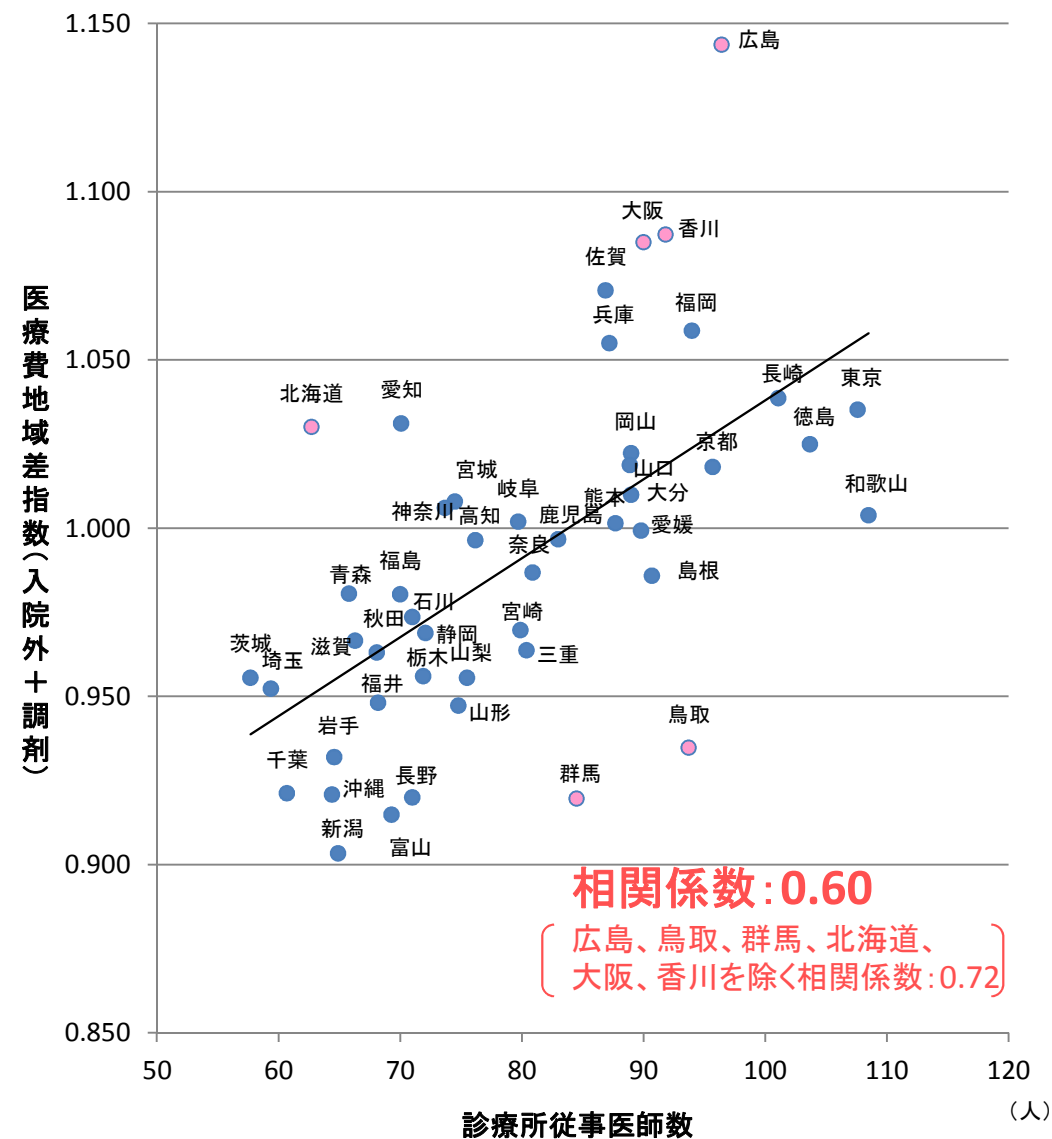
（下位5二次医療圏）

二次医療圏	都道府県	無床診療所数
鹿行	茨城	37.1
熊毛	鹿児島	36.2
相双	福島	35.2
遠紋	北海道	32.9
根室	北海道	26.5

医療費と医療資源の相関について

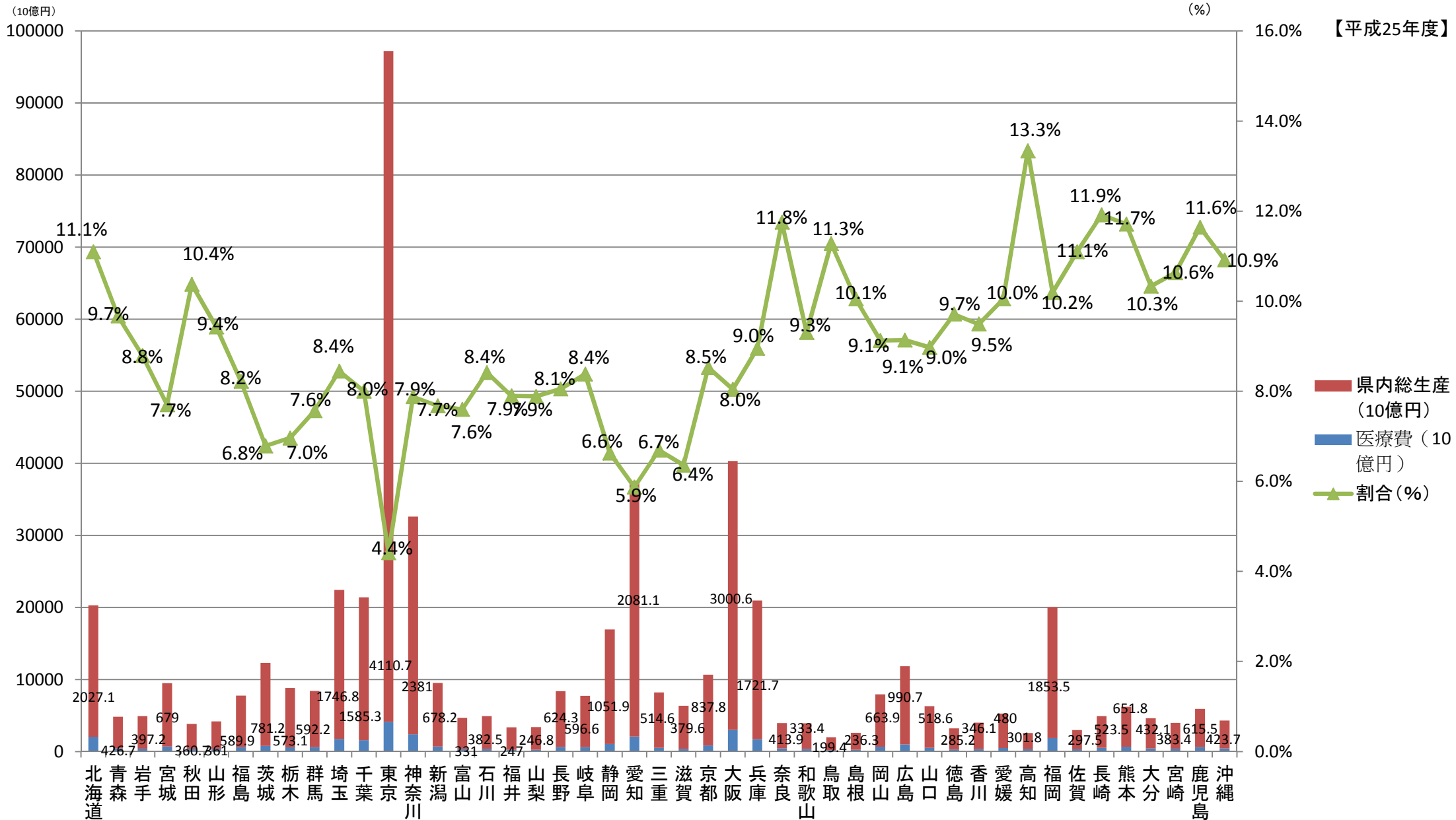
○人口10万人当たり診療所従事医師数と医療費地域差指数(入院外+調剤)の間には相関関係がある。

順位	診療所従事医師数 (人)		順位	医療費地域差指数(入院外+調剤)	
1	和歌山	108.5	1	広島	1.1437
2	東京	107.6	2	香川	1.0873
3	徳島	103.7	3	大阪	1.0850
4	長崎	101.1	4	佐賀	1.0707
5	広島	96.4	5	福岡	1.0587
6	京都	95.7	6	兵庫	1.0549
7	福岡	94.0	7	長崎	1.0386
8	鳥取	93.7	8	東京	1.0352
9	香川	91.8	9	愛知	1.0311
10	島根	90.7	10	北海道	1.0301
	・	・		・	・
	・	・		・	・
	・	・		・	・
38	滋賀	68.1	38	福井	0.9481
39	秋田	66.3	39	山形	0.9473
40	青森	65.8	40	鳥取	0.9347
41	新潟	64.9	41	岩手	0.9319
42	岩手	64.6	42	千葉	0.9212
43	沖縄	64.4	43	沖縄	0.9208
44	北海道	62.7	44	長野	0.9200
45	千葉	60.7	45	群馬	0.9196
46	埼玉	59.4	46	富山	0.9148
47	茨城	57.7	47	新潟	0.9033

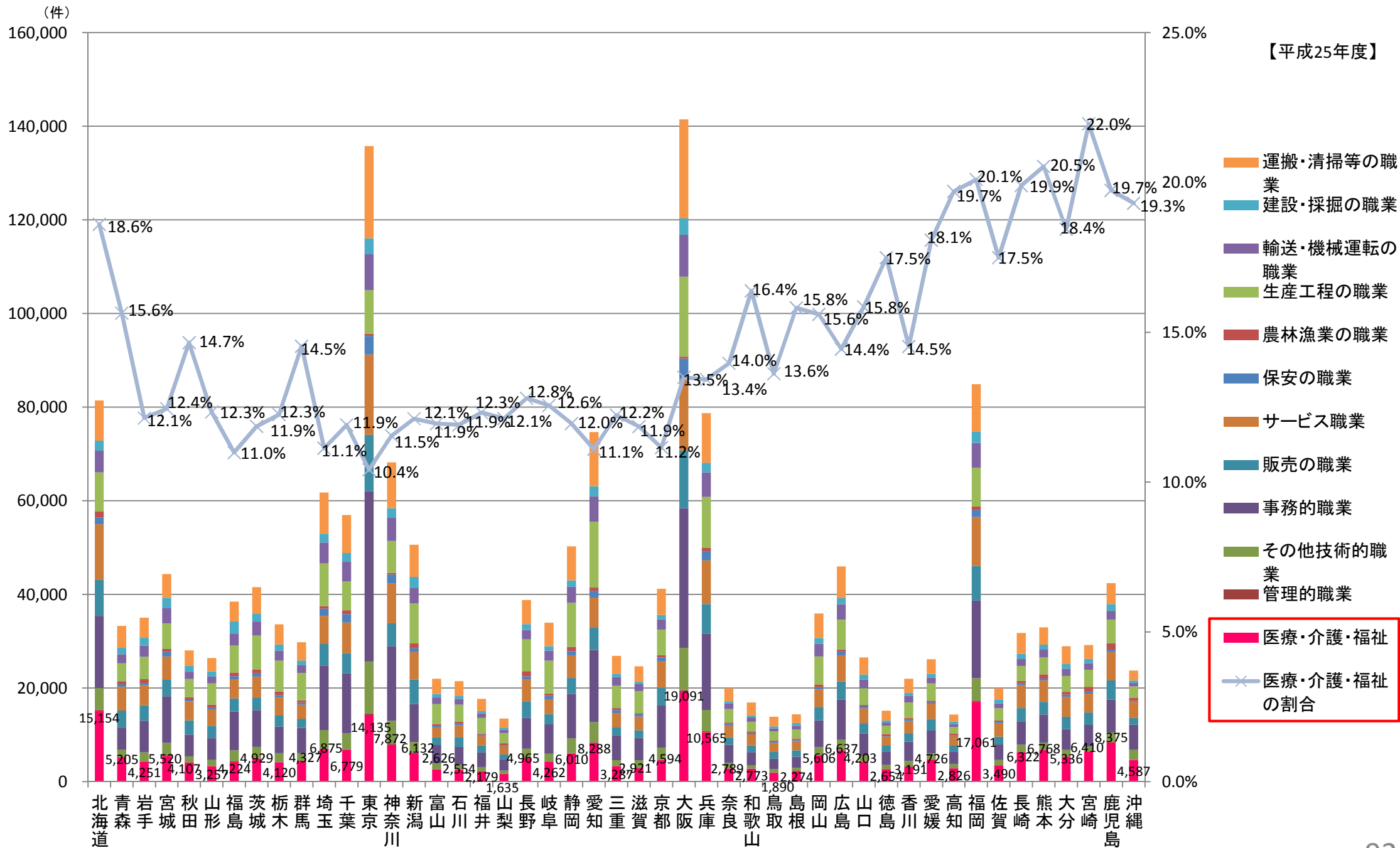


⑦ 地域における雇用の維持・拡大

都道府県別：県内総生産に医療費が占める割合



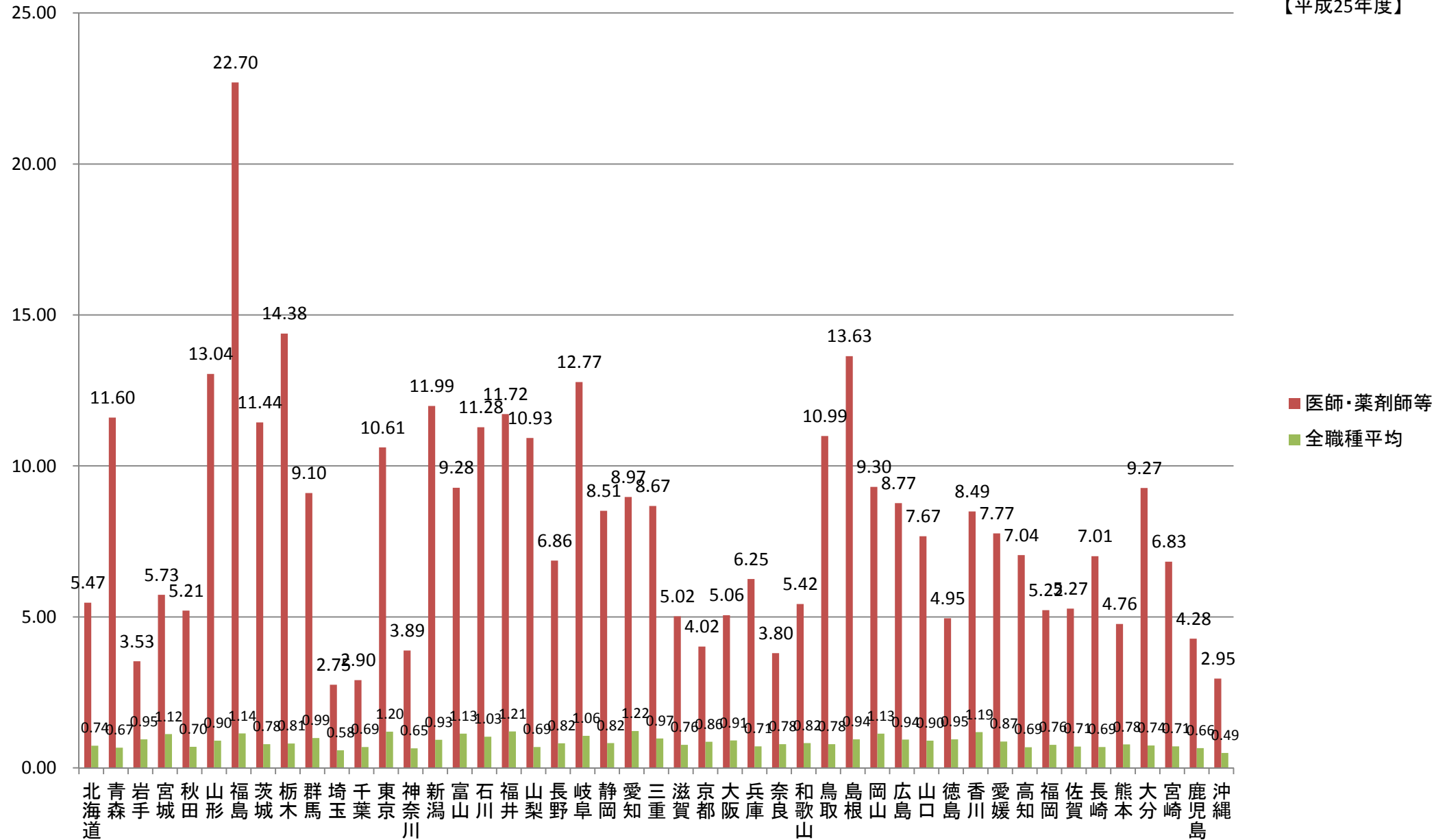
都道府県別：全職業に占める医療・介護・福祉分野の就職件数の割合



都道府県別：医師・薬剤師等の有効求人倍率

(倍)

【平成25年度】



出典：職業安定業務統計

地域医療支援センター運営事業

平成26年度以降、地域医療介護総合確保基金を活用して実施

医師の地域偏在（都市部への医師の集中）の背景

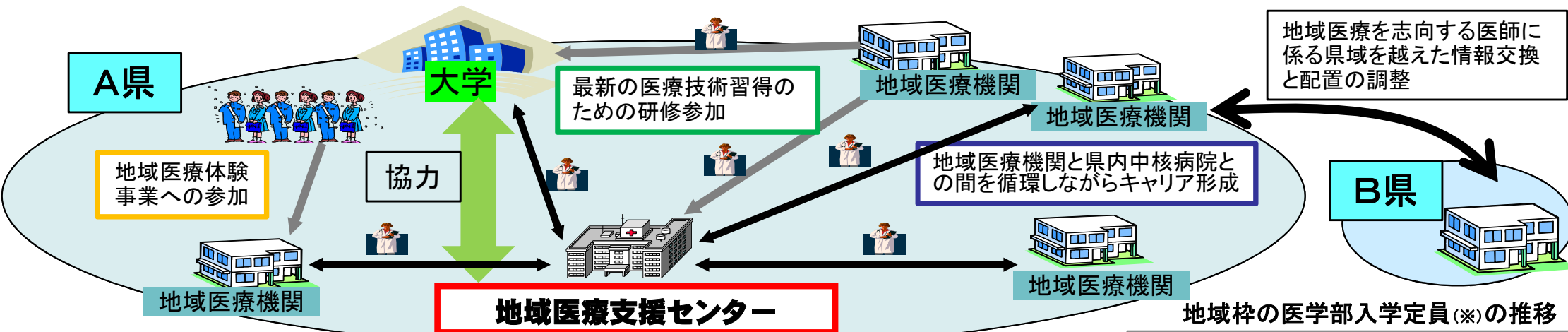
➤ 高度・専門医療への志向、都市部の病院に戻れなくなるのではないかという将来への不安 等

地域医療支援センターの目的と体制

- 都道府県が責任を持って医師の地域偏在の解消に取り組むコントロールタワーの確立。
- 地域枠医師や地域医療支援センター自らが確保した医師などを活用しながら、キャリア形成支援と一体的に、地域の医師不足病院の医師確保を支援。
- 専任の実働部隊として、喫緊の課題である医師の地域偏在解消に取り組む。

・ 人員体制：専任医師2名、専従事務職員3名

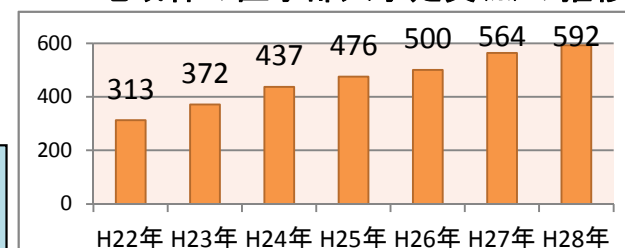
・ 設置場所：都道府県庁、〇〇大学病院、都道府県立病院 等



地域医療支援センターの役割

- 都道府県内の医師不足の状況を個々の病院レベルで分析し、優先的に支援すべき医療機関を判断。医師のキャリア形成上の不安を解消しながら、大学などの関係者と地域医療対策協議会などにおいて調整の上、地域の医師不足病院の医師確保を支援。
- 医師を受入れる医療機関に対し、医師が意欲を持って着任可能な環境作りを指導・支援。また、公的補助金決定にも参画。

地域枠の医学部入学定員(※)の推移



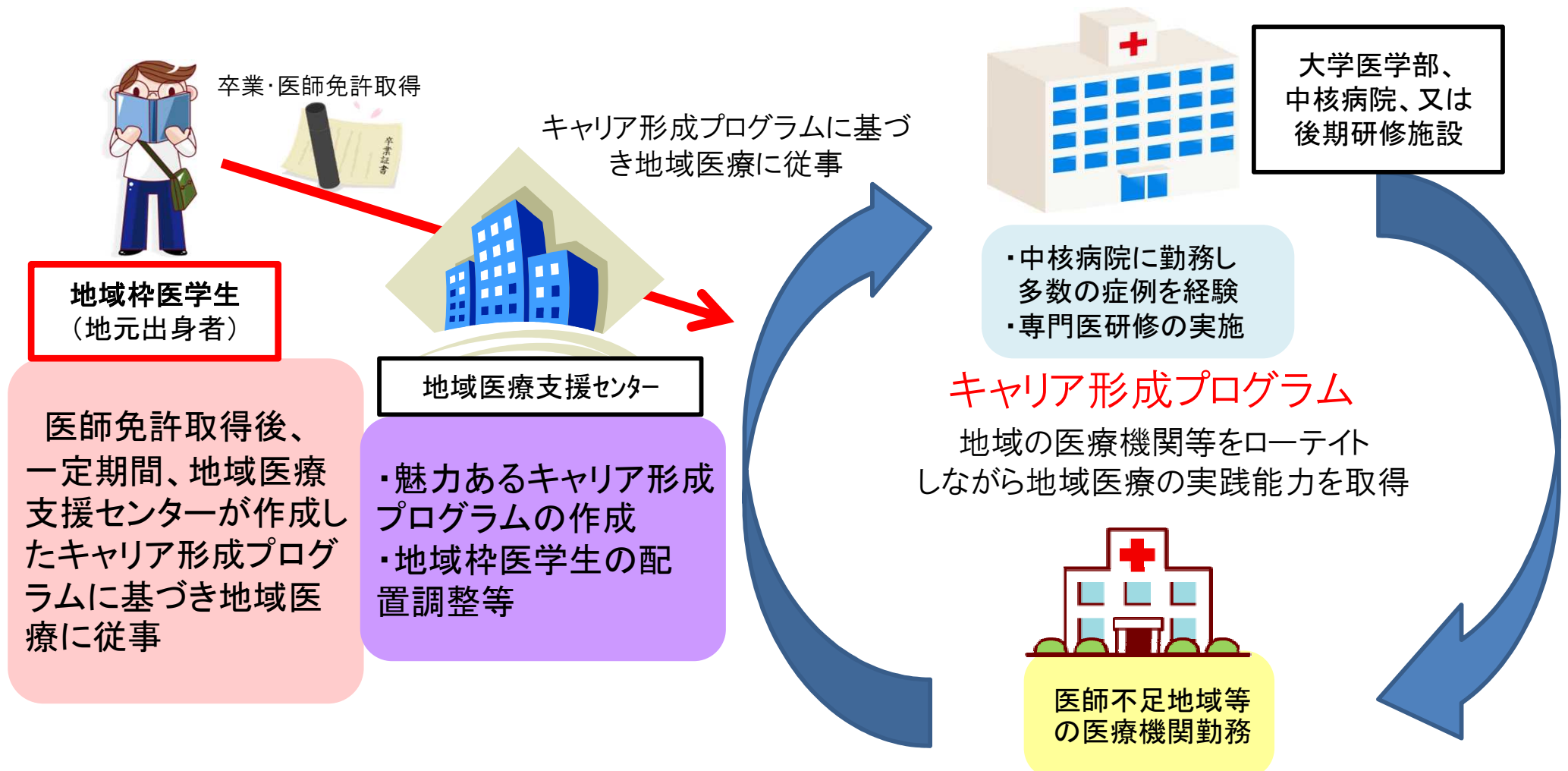
(※) 平成22年度以降、「経済財政改革の基本方針2009」(平成21年閣議決定)及び「新成長戦略」(平成22年閣議決定)に基づき、暫定的な定員増として認められた地域枠であり、このほか、既存の定員等を活用し都道府県と大学が独自に設定した地域枠もある。

- 平成28年4月現在、すべての都道府県に地域医療支援センターが設置されている。
- 平成23年度以降、都道府県合計4,530名の医師を各都道府県内の医療機関へあっせん・派遣をするなどの実績を上げている。(平成28年7月時点)

● 地域枠修学資金貸与事業

【事業概要】

・都道府県の医師確保対策を強力に推進するため、地域医療支援センターのキャリア形成プログラムと連携した地域枠医学生に対する修学資金の貸与事業の経費を支援する。



※ 将来的には、医療計画に記載される医師不足地域、診療科に限定する。

参考 地域特別卒業者の基本ローテーション

● 6年間修学資金の貸与を受けた場合 → 9年間の場合の業務従事期間

	業務従事期間（最長9年間）								
年 数	1	2	3	4	5	6	7	8	9
ローテーション病院群	1・2群 臨床研修		1・2・3群						
			3群の病院を最低1年						
	9年間のうち、3群の病院を最低3年								

※3～6年目に3群の病院を最低1年勤務かつ
9年間のうち、3群の病院を最低3年間勤務。

【徳島県内の公的医療機関等】

1 群病院：県立中央病院，徳島市民病院，徳島赤十字病院，徳島県鳴門病院，
吉野川医療センター，阿南 中央病院，阿南共栄病院，阿波病院

2 群病院：徳島大学病院

3 群病院：県立海部病院，県立三好病院，つるぎ町立半田病院

- ・業務を最長で**3年間中断**し、国内外での留学・研修等が可能
- ・下記条件を満たし、知事が特別に認めた場合はさらに**4年間の中断**が可能
 - ①自身の医学的知識・能力の向上に役立つ進学等であること
 - ②加算期間中の研修計画等県が別に定める様式を提出すること
 - ③最低**1年間の3群勤務**をしていること

救急勤務医支援事業（補助金の事業としては25年度まで、26年度以降は地域医療介護総合確保基金を活用）

第二次救急医療機関に勤務する救急医の処遇改善を図るため、休日・夜間において救急勤務医手当（宿日直手当や超過勤務手当とは別）を支給する。

- （対象経費） 勤務医に対する手当（救急勤務医手当）
- （補助先） 都道府県（間接補助先：厚生労働大臣が認める者）
- （補助率） 1/3（負担割合：国1/3、都道府県2/3以内、市町村2/3以内、事業主2/3以内）
- （創設年度） 平成21年度
- （実施都道府県数） 5都道府県

産科医等確保支援事業（補助金の事業としては25年度まで、26年度以降は地域医療介護総合確保基金を活用）

産科医等の処遇を改善しその確保を図るため、分娩手当等を支給する分娩取扱機関に対して財政支援を行う。

- （対象経費） 産科医等に対する手当（分娩取扱手当）
- （補助先） 都道府県（間接補助先：市町村、厚生労働大臣が認める者※）
※高額な分娩費用を得ている分娩取扱機関を除く。
- （補助率） 1/3（負担割合：国1/3、都道府県2/3以内、市町村2/3以内、事業主2/3以内）
- （創設年度） 平成21年度
- （実施都道府県数） 46都道府県

新生児医療担当医確保支援事業（補助金の事業としては25年度まで、26年度以降は地域医療介護総合確保基金を活用）

過酷な勤務状況にある新生児医療担当医の処遇を改善するため、出生後NICUへ入室する新生児を担当する医師へ手当を支給する医療機関に対し財政支援を行う。

- （対象経費） 出生後NICUに入る新生児を担当する医師に対する手当
- （補助先） 都道府県（間接補助先：市町村、その他厚生労働大臣が認める者）
- （補助率） 1/3（負担割合：国1/3、都道府県2/3以内、市町村2/3以内、事業主2/3以内）
- （創設年度） 平成22年度
- （実施都道府県数） 31都道府県

小児医療・周産期医療に係る近年の診療報酬改定について

- 小児医療・周産期医療については、診療報酬改定における「重点課題」等に位置付け、評価の引上げや各種の小児加算の創設、対象範囲の拡大など充実を図ってきている。
- 特に、平成28年度診療報酬改定では、小児のかかりつけ医療を評価するとともに、重症な小児への医療を充実する観点から、診療報酬の充実を図った。

平成24年度改定

重点課題「救急・周産期医療の推進」

(主な改定項目)

- 小児特定集中治療室管理料の新設 ／ 特定集中治療室管理料小児加算の評価の引上げ
- 救急医療管理加算の小児加算の新設 ／ ハイリスク妊産婦共同管理料・ハイリスク妊娠管理加算の評価の引上げ
- がん性疼痛緩和指導料・緩和ケア診療加算の小児加算新設

平成26年度改定

充実が求められる分野を適切に評価していく視点「救急医療、小児医療、周産期医療の推進について」

(主な改定項目)

- 新生児の退院調整に係る評価を充実 「新生児特定集中治療室退院調整加算3」等の新設
- 小児科外来診療料の包括範囲の見直し

平成28年度改定

重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点「小児医療、周産期医療の充実、高齢者の増加を踏まえた救急医療の充実」

(主な改定項目)

- 小児外来医療において継続的かつ全人的な医療を評価 「小児かかりつけ診療料」の新設
- 機能強化型在宅支援診療所や機能強化型訪問看護ステーションの要件に、重症な小児への在宅医療の提供を追加
- 小児がん拠点病院加算の新設
- 重症な新生児等を受け入れ、体制が充実している医療機関を評価 「小児入院医療管理料重症児受入体制加算」の新設
- 生体検査、処置及び放射線治療等の小児加算の評価の充実

⑧ 医療の国際展開

医療の国際展開

基本的考え方

健康寿命・高い医療水準に関する知見・経験の共有 → 途上国の医療水準向上に向けた人材育成 → 我が国医療への信頼醸成 → 我が国の医薬品・医療機器の浸透

医療水準向上のための課題

感染症・母子保健

保健システム確立

生活習慣病対策

医療水準の向上

医療提供体制

プライマリケア 保健所整備 → 病院整備 → 予防・早期診断 → 高度医療技術

医療保険制度

制度導入 → カバー率拡大 → 医療費の抑制

薬事規制

品質管理・審査の迅速化

国・地域

ASEAN

カンボジア
ラオス ミャンマー

フィリピン
インドネシア

タイ
マレーシア シンガポール

中央アジア

トルクメニスタン

中進国

インド メキシコ ブラジル ロシア

アフリカ

中東

トルコ イラン バーレーン カタール

政策ツール

ODA等の活用

官民連携

トップセールス

厚生労働省における医療の国際展開に関する取り組み

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

①日本の経験や知見をいかした相手国の医療・保健分野の政策形成支援(公的医療保険制度等)

②医療技術、医薬品や医療機器に関連する人材育成

を柱として、各国のニーズに合わせた協力覚書を締結(2016年11月時点で14カ国)。

○協力の具体化に向け、国立国際医療研究センター(NCGM)において、

①我が国医療政策や社会保障制度等に見識を有する者や医療従事者等の諸外国への派遣、

②諸外国からの研修生を我が国の医療機関等への受け入れ、

を実施する新規事業を平成27年度より開始。

医療・保健分野における協力覚書

・2013年8月から署名開始

・2016年11月時点で14カ国と合意

アジア

ミャンマー、カンボジア、ラオス、
ベトナム、フィリピン、インド、タイ

中東

バーレーン、トルクメニスタン、トルコ、
カタール、イラン

中南米

ブラジル、メキシコ

日ASEAN健康イニシアチブ

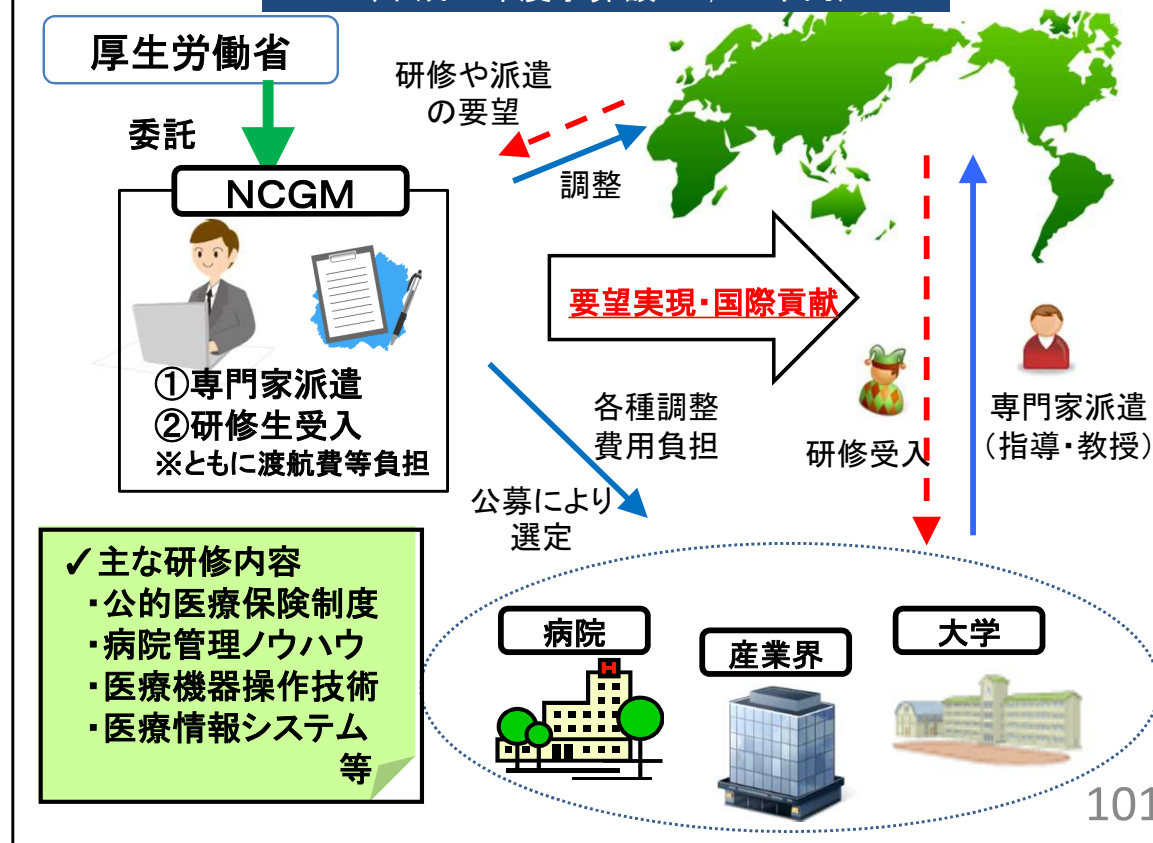
○2014年11月日ASEAN首脳会談にて安倍総理より表明。

○我が国の経験・知見を動員し、「健康的な生活習慣の促進」「早期発見・予防医療の推進」「多くの人が医療サービスを受けられる環境整備」を柱にASEANを支援。

○保健・医療分野において5年間で8000人の人材育成。

医療技術等国際展開推進事業

(平成28年度予算額432,157千円)



厚生労働省の医療国際展開に関する直近の主な取組状況（ASEAN等）

ASEAN

●ASEAN：

- ・2014年11月日ASEAN首脳会談にて安倍総理から「日ASEAN健康イニシアチブ」を表明。「健康的な生活習慣の促進」・「早期発見・予防医療の推進」・「多くの人が医療サービスを受けられる環境整備」を柱にASEANを支援するとともに、今後5年間で8000人の人材育成に取り組むことを表明。
- ・2015年8月、日ASEAN健康イニシアチブフォーラムをインドネシアで開催。2015年9月、ASEAN保健SOM（高級事務レベル会合）において日ASEAN間での意見交換を実施。

●ミャンマー：

- ・ミャンマー政府が2030年にUHC実現を目指していることを踏まえ、2014年7月に日本の公的医療保険制度に関する専門家を派遣するとともに、2015年3月にミャンマー保健省及び州政府保健担当の高官を日本に招聘し、詳細な制度説明や日本の医療機関、地方自治体の視察を実施。

●ベトナム：

- ・医療費の適正化を進めたいベトナム保健省の要請を踏まえ、2015年4月、診療報酬点数表やDPCに関するワークショップをベトナムにて開催（保健副大臣や関係機関から100名程度参加）。2015年9月、保健省副局長等が来日し、中医協の運営等に係る研修を実施。

●フィリピン：

- ・2015年6月、アキノ大統領の来日時に協力覚書に署名。アキノ大統領よりUHC実現に寄与する取組であるとの感謝が示された。覚書に基づいた協力アクションプランの策定を保健省と調整中。

その他アジア

●インド：

- ・2014年9月、モディ首相の来日時に協力覚書に署名。
- ・2015年6月、厚生労働省とインド保健家族福祉省との間で、第1回合同作業部会をインドで開催し、日印間の協力事業（新興国向け医療機器の研究開発や血液透析に関する人材育成協力等）や新規協力案件の組成について協議。

●トルクメニスタン：

- ・2015年度厚労省予算事業を活用し、国立国際医療研究センターとMEJが連携して、トルクメニスタン政府が進める健康診断センターに関する人材育成を、日本で実施する予定。

厚生労働省の医療国際展開に関する直近の主な取組状況（中東・中南米等）

中東

●イラン:

- ・2015年2月、訪日したハーシェミ厚生大臣と塩崎厚生労働大臣との間で協力覚書に署名。合わせて、JETROによる日イラン医療セミナーや、日本の医療機器メーカーや医療機関との面談を実施。
- ・2015年5月、イランにおける医療機器国際見本市「イランヘルス」に参加。JETRO医療機器ミッションとともに医療機器セミナーを開催。

●カタール:

- ・2014年9月、マンモグラフィの大規模政府調達にて、日本企業と欧米勢が競合する中、首脳会談におけるトップセールス等を経て、2014年12月、案件を受注。
- ・2015年2月、タミーム首長の来日時に協力覚書に署名。

●トルコ:

- ・2015年3月、病院整備や日トルコ間のビジネス交流等、今後の協力の方向性について、保健省と意見交換。

中南米

●ブラジル:

- ・2014年8月、安倍総理のブラジル訪問時に覚書に署名。合わせて、「第1回日ブラジル医療分野規制セミナー（ANVISA・PMDA・JETRO等主催）」において、安倍総理から協力表明。
- ・2014年9月、ANVISA長官を招聘し、日本の医療関係者との面談を実施。
- ・2014年11月～2015年1月、ブラジル政府による薬事規制に関する法制度を改正（GMP認証の更新期間の延長、薬事登録の更新期間の延長及び他国のGMP監査結果の活用）。
- ・2015年4月、ブラジルが医療機器の価格設定にメカニズム策定を検討していることを踏まえ、ANVISA関係者が訪日して、日本の詳細制度を共有。
- ・2015年9月、ANVISA長官の訪日の際に「第2回規制セミナー」を開催。

●メキシコ:

- ・2014年7月、安倍総理のメキシコ訪問時に覚書に署名。

ロシア

- ・2014年10月、「第3回貿易投資環境改善にかかる制度的問題に関する日露作業部会」において、ロシアで活動する日本の医療関連企業が直面する制度的課題について、日露双方の官民で議論。

日・ASEAN健康イニシアチブ

- 我が国の経験・知見を動員して、「健康寿命先進地域実現」に向けたASEANの努力を支援。
- 保健・医療分野において5年間で8000人の人材育成。
- 『日・ASEAN健康フォーラム』を開催し、日・ASEANの対話を推進。

協力項目メニュー

健康的な生活習慣の促進

- ・栄養管理、健康管理に関する共同研究
- ・健康的な食習慣・生活習慣作りの支援
- ・栄養管理制度構築、食品流通網整備の支援

早期発見・予防医療の推進

- ・生活習慣病対策に関する経験・知見の共有
- ・早期発見・診断のための医師・医療従事者の育成
- ・X線画像検査等の検診施設の設立支援

多くの人が医療サービスを受けられる環境整備

- ・公的医療保険制度の構築支援（医療格差の解消）
- ・病院や保健所の設立・管理の支援
- ・医師、看護師等の育成支援
- ・医薬品・医療機器の規制制度の構築支援
- ・ICTを活用した遠隔医療システムの導入支援
- ・感染症対策や母子保健等、その他医療レベルの向上のための支援

相手国のニーズを踏まえ、個別に協議した上で、具体的協力策を探る

今後5年間の支援策

●協力事業を実施

- ・ODAや官民連携を含め、多様な政策資源を活用

●8000人の人材育成

- ・専門家派遣、研修受入等を通じた、官民連携による総合的な支援

日・ASEAN健康フォーラム

日本の知見の共有、各国における取組状況の紹介

日・ASEAN健康イニシアチブフォーラム

- 2014年11月、日・ASEAN首脳会議において、安倍総理より健康増進、病気の予防、医療水準の向上に向け「日・ASEAN健康イニシアチブ」を推進していく旨を表明。
- 日本の健康政策や、ASEAN諸国で進められている我が国の協力プロジェクト等を共有する「日・ASEAN健康イニシアチブフォーラム(生活習慣病)」をインドネシア・ジャカルタにて開催した。(JAIF基金を活用)

＜参加者＞

ASEAN諸国:保健省、インドネシア:保健省、自治体、製薬企業、大学病院等

日 本 側:厚生労働省、国立国際医療研究センター、岡山大学名誉教授、在インドネシア大使館、JICA、医療機器企業など

フォーラム概要(2015年8月25日)

- 日本の生活習慣病に関する我が国の施策を共有するとともに、ASEAN諸国との協力プロジェクト例を紹介。
 - 日本の健康施策(健康診断、がん検診、がん登録):厚生労働省
 - ITを用いた健康診断プロジェクト@ベトナム:国立国際医療研究センター
 - 乳がん検診プロジェクト@ミャンマー:岡山大学名誉教授
 - 先進的内視鏡トレーニングセンター@インドネシア:インドネシア大学・オリンパス社
- 本イニシアチブを通じたさらなる協力の拡大や、日本の健康施策の実施方法などについて参加者より関心が示され、今後、具体的な関心事項については、各国と個別に政策対話し、協力を進めていく方針などが議論された。

インドネシア保健大臣

