

# 各検討チームの検討状況

1. 総合的な診療を行うかかりつけ医の普及・確立
2. 患者の価値やアウトカムを考慮した診療報酬体系・インセンティブの設定
3. たばこフリーを進めるとともに、効果が実証されている予防、特に重症化予防の積極的推進
4. 情報基盤の整備と活用の推進（保健医療・介護の関連データの連結、NCD (National Clinical Database)の全疾患への対象化など）
5. グローバル・ヘルスを担う人材の育成体制の整備と官民一体となって人材をプールする仕組みの創設

平成27年9月24日

# 1. 総合的な診療を行うかかりつけ医の普及・確立

- 地域のかかりつけ医が、患者の状態や価値観も踏まえ、適切な医療を円滑に受けられるようサポートする「ゲートオープナー」機能を確立する。

## 現状と課題

### ○かかりつけ医の定義

- ・「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要などときには専門医、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」（日医・四病協の合同提言(H25.8)より）

### ○診療報酬での評価

- ・平成26年度改定において、複数の慢性疾患を有する患者に対する継続的かつ全人的な医療を行うこと評価する「地域包括診療料」「地域包括診療加算」を新たに創設。

※地域包括診療料122か所、地域包括診療加算6,536か所(H26.7)  
利用者数：計約119万人(H26.5現在)

### ○患者負担の在り方

- ・患者負担は原則3割である中で、患者にかかりつけ医の受診を促すための方策が課題

### ○総合診療専門医の養成

- ・総合的な診療能力を有する医師を、「総合診療専門医」として新たな専門医に位置づけ、平成29年度から養成を開始。

日頃から決まった医師ないしは医療機関を受診している人：69.4%  
(平成23年健康保険組合連合会「医療に関する国民意識調査報告書」より)

## 今後の対応方針・スケジュール

### ○かかりつけ医普及促進のためのモデル事業の実施を中心とした総合的な診療を行うかかりつけ医普及促進のための方策

- [28年度]かかりつけ医が健康づくり・予防、病診連携、在宅医療、看取り等を幅広く担うモデルを構築するための予算を新たに要求
- [29年度]モデル事業や、以下の関係施策の取組状況を踏まえ、事業内容の拡充等を検討
- [30年度]さらなるかかりつけ医普及促進方策の検討

### ○診療報酬での評価

- [28年度改定]かかりつけ医機能の更なる強化を中医協で検討
- [30年度改定]引き続き、中医協で検討

### ○患者負担の在り方の検討

- [28年度]紹介状なし大病院受診時の定額負担を導入
- [29年度以降]上記の効果を踏まえつつ、関係者の意見を聞きながら検討

### ○総合診療専門医の養成支援

- [28年度]総合診療専門医の研修プログラム責任者等の養成を支援するための予算を要求
- [29年度]総合診療専門医など、地域医療研修を行う研修プログラムの運営に対する支援を検討

# かかりつけ医普及促進モデル事業（案）

## ■ 事業趣旨・コンセプト

- 地域において「かかりつけ医」を持つことの普及を図り、「かかりつけ医」が、健康づくり・予防、病診の連携、在宅医療の推進、看取りの対応等を幅広く担っていくモデルを構築する。
- これにより、「かかりつけ医」が患者に対して継続的かつ全人的な医療・健康管理を行うことを推進し、外来医療の機能分化と医療資源の有効活用をさらに進める。また、世代を超えて「かかりつけ医」と関わりを持つ体制の構築も支援。

## ■ 実施主体

市区町村等（個々の事業を郡市医師会等に委託可）  
※ 全国10箇所程度を想定

## ■ 補助額

1箇所4,500万円程度を上限 ※4.5億円で予算要求

## ■ 事業内容

市区町村は、地域特性にも配慮しつつ、事業趣旨・コンセプトに合致し、それを推進する事業を企画・立案し、実施。（国において、事業内容を審査・評価し、採択。）

ただし、実施事業には、少なくとも以下の3つ内容は含まれていなければならないものとする。

### 予防・健康相談

「かかりつけ医」が患者に対して継続的かつ全人的な医療・健康管理を行うことを推進する取組

<事業例>

かかりつけ医による健康相談の実施、保険者と連動したレセプトデータ・健診データを活用した疾病予防・重症化予防、特定健診等の実施 等

### 病・診の連携、在宅医療の推進及び看取りの対応 等

開業医と病院との連携、在宅医療の推進、看取りの対応を推進する取組

<事業例>

共同診療体制の構築、紹介機能の強化、主治医・副主治医制の推進 等

### かかりつけ医の普及啓発、開業医に対する研修

かかりつけ医の普及啓発に関する事業、開業医に対する研修事業の実施

<事業例>

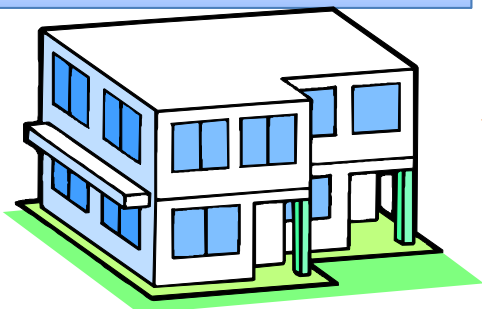
シンポジウムの開催、かかりつけ医研修の開催 等

平成26年改定

### 主治医機能の評価

地域包括診療料 1,503点  
地域包括診療加算 20点

全人的かつ継続的な診療



患者がアクセスしやすい中小病院、診療所

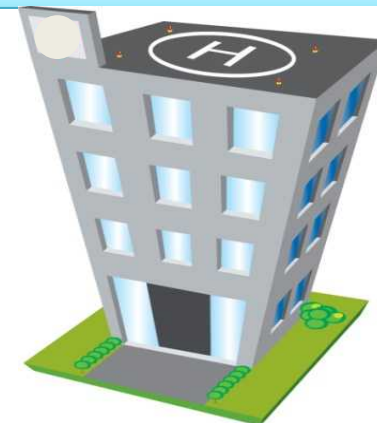
- 複数の慢性疾患を有する患者の対応
- 必要な時にいつでも連絡が取れ、適切な指示を出せる体制の確保
- 専門医や介護保険施設等への適切な紹介
- 継続的な服薬や健康管理 等

平成26年改定

### 大病院の一般外来の縮小

・紹介率・逆紹介率の基準の引き上げ  
・長期投薬の是正

専門的な診療



地域の拠点となるような病院

- 外来業務の負担軽減
- 専門外来の確保
- 一般外来の縮小

紹介

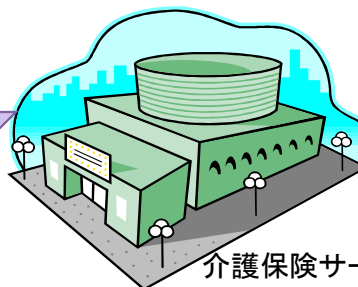
逆紹介

外来  
受診



介護が必要な時

医療が必要な時



介護保険サービス等

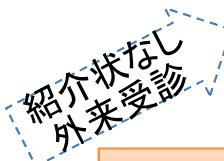
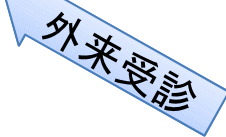
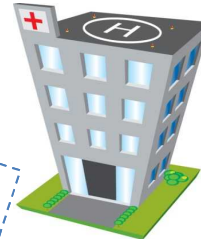
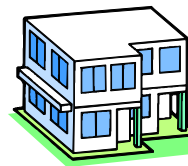
# 紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担の導入

○外来の機能分化を進める観点から、平成28年度から紹介状なしで特定機能病院等を受診する場合等には、原則として、定額負担を患者に求めることとする(選定療養の義務化)。

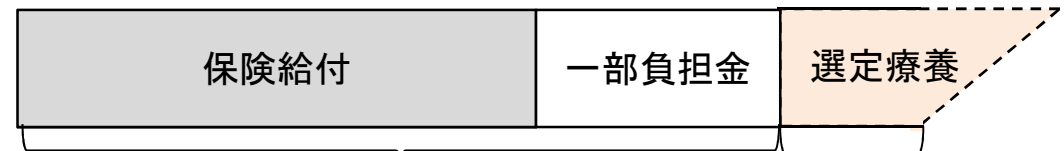
※ 特定機能病院等の病院について、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携に資するために必要な措置を講ずる旨の責務規定を設け、厚生労働省令において、選定療養として定額負担を徴収することを義務化する。

中小病院、診療所

大病院



定額負担を徴収



現行

・病床数が200床以上の病院であって、地方厚生局に届け出たものは、初再診において特別の料金を徴収できる。

(設定状況(平成25年7月1日現在))

初診: 1,191施設(最高8,400円、最低105円 平均2,130円)

再診: 110施設(最高: 5,250円、最低210円 平均1,006円)

## 【関係者の意見を伺いつつ、詰めていくべき主な論点】

- (1) 大病院の範囲について ⇒ 特定機能病院、一定規模以上の地域医療支援病院
- (2) 定額負担の金額について ⇒ 5000円、10000円
- (3) 例外ケースについて
  - ⇒ 救急車等で救急搬送された患者
  - ⇒ 地域に診療科・診療所が他になく、大病院が外来診療を担っている診療科の受診患者 など

## 総合的な診療能力の必要性

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



## 総合診療専門医を新たに位置づけ

### 総合診療医：総合的な診療能力を有する医師

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

### 総合診療専門医：総合診療医の専門医としての名称

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

## 総合診療専門医の養成

### 研修プログラム※（3年間を基本）

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

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

### 今後のスケジュール

- 平成27年度 研修プログラムの認定
- 平成28年度 専門医取得を希望する医師の募集
- 平成29年度 新たな仕組みの下で研修開始
- 平成32年度 日本専門医機構による専門医の認定

## 2. 患者の価値やアウトカムを考慮した診療報酬体系・インセンティブの設定

- 医療サービスの効果・価値等を診療報酬点数に反映させるなど、パフォーマンスに応じた診療報酬体系を構築する。

### 現状と課題

#### ○診療報酬体系におけるパフォーマンス評価の導入

- ・平成15年度にDPC/PDPS(診断群分類別1日当たり包括支払方式)を導入し、診断群分類別の標準的な平均在院日数を基に入院初期を重点的に評価

#### ○診療報酬でのアウトカム評価

- ・平成20年度改定で、アウトカム評価を導入
  - ▶「回復期リハ病棟入院料」に在宅復帰率や日常生活機能の改善率を要件化
- ・平成26年度改定でも、アウトカム評価を拡大
  - ▶「7対1入院基本料」等に在宅復帰率を要件化
  - ▶急性期病棟でADL維持・向上を達成した場合の「ADL維持向上等体制加算」を創設

#### ○医療技術等の費用対効果評価

- ・英、仏等で、医療技術等の保険適用等の際に、質調整生存年数(QALY)等の患者にとっての効果と費用を考慮
- ・我が国では実施していない

#### ○上記の評価を行う体制の確保

- ・上記の評価を行うための省内外の体制・人材の確保が課題

### 今後の対応方針・スケジュール

#### ①DPCの対象病院の拡大

#### ②診療報酬でのアウトカム評価の拡大

- [28年度改定]入院医療から在宅復帰に向けた流れを促進するための在宅復帰率の在り方等について、中医協で検討
- [28年度以降]引き続き、診療報酬におけるアウトカム評価や、有効性・効率性の高い個別技術の評価等について、改定の検証も行いながら中医協で検討

#### ③医療技術等の費用対効果評価の検討

- [28年度改定]試行的な導入に向けて中医協で検討(日本人の調査に基づくQOL指標の整備を進めながら検討)
- [28年度以降]本格的な導入に向けて、関係者の意見を聞きながら、中医協で精力的に議論

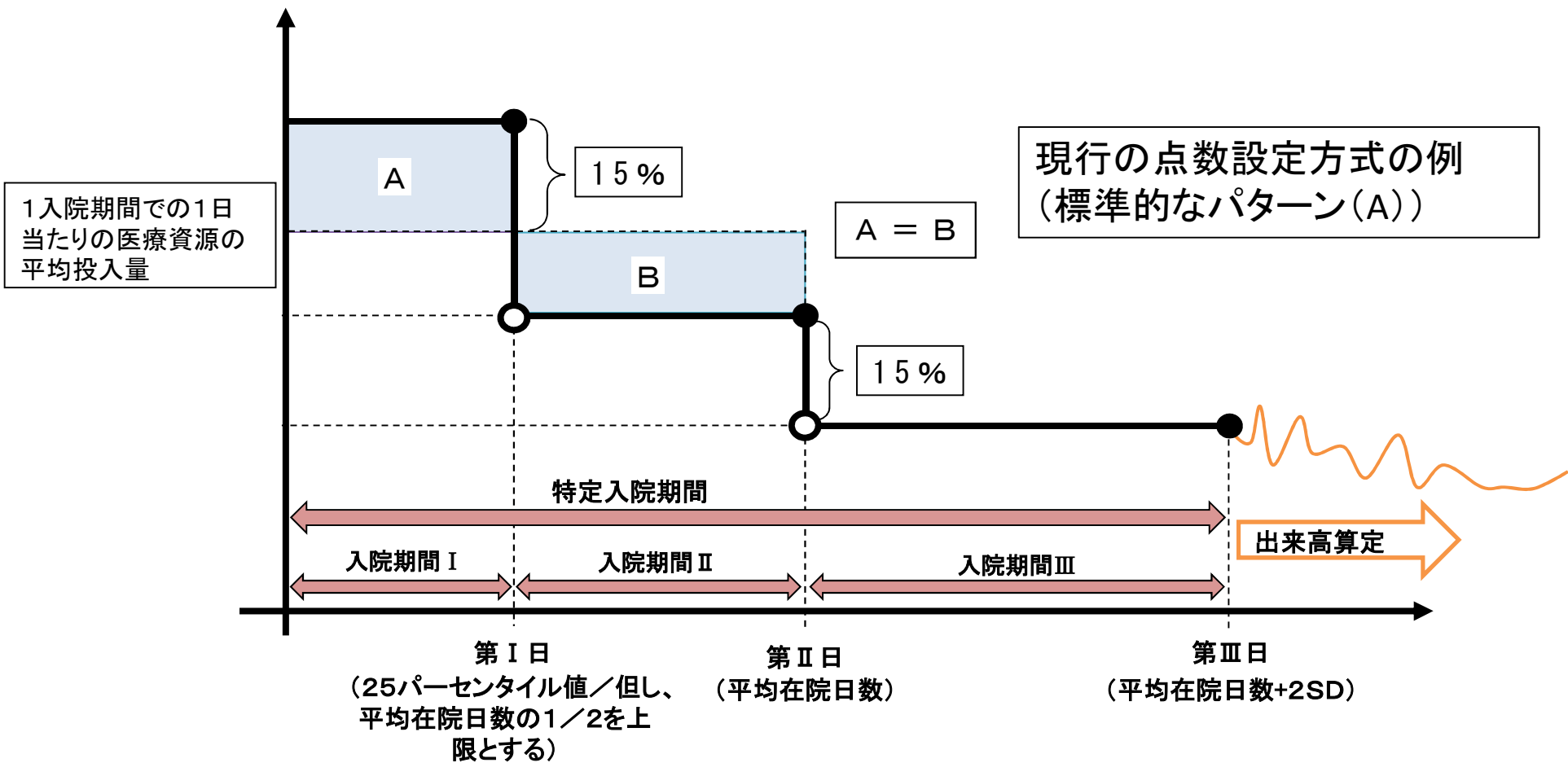
#### ④上記の評価を行う体制の確保

- [28年度]組織・定員要求において、保険局医療課に「医療技術評価推進室(仮称)」の設置と定員増を要求
- 厚生科学課に「医療イノベーション企画官」を要求
- 国立保健医療科学院において、保健医療経済評価に関する研究を行う定員増を要求
- [28年度以降]引き続き、組織・定員要求による必要な体制の確保を検討
- 既存・新規の保健医療データベースの拡充、連結(後述)

# 診断群分類(DPC)点数表における1日当たり点数の設定方法

## <1日当たり定額点数・設定方式のポイント>

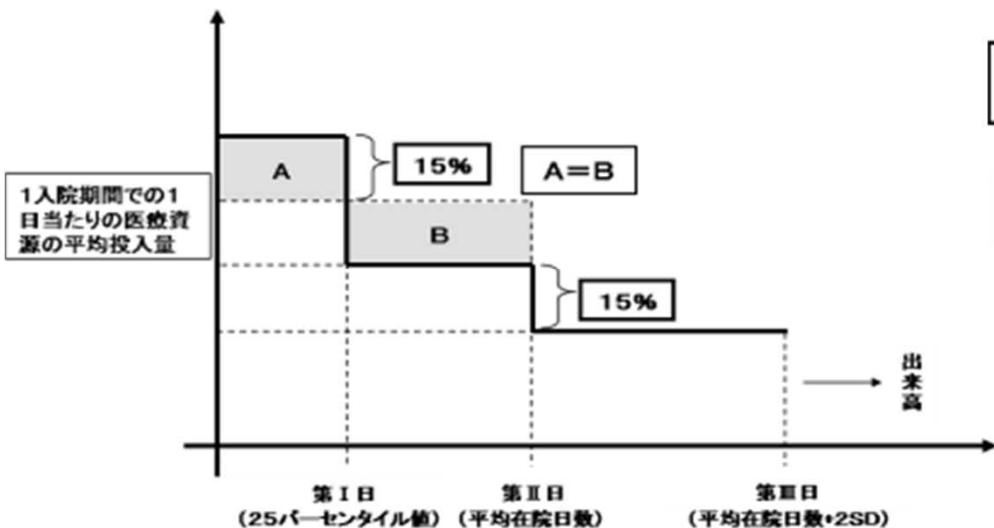
- 入院初期を重点評価するため、在院日数に応じた3段階の定額報酬を設定
- 例外的に入院が長期化する患者(アウトライヤー)については平均在院日数+2SDを超えた部分について出来高算定
- 実際の医療資源の投入量に応じた評価とするため、4種類の点数設定パターンで対応



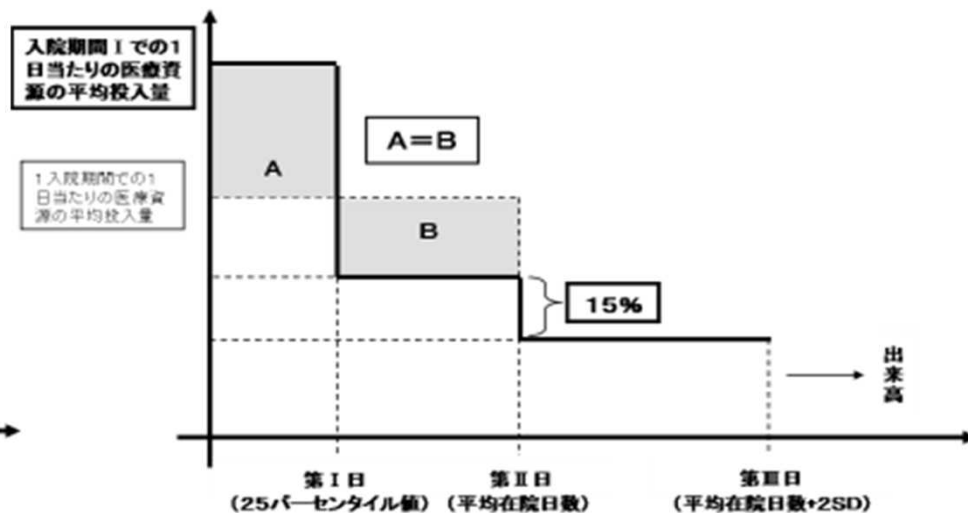


# DPC点数表の点数設定方法(4種)

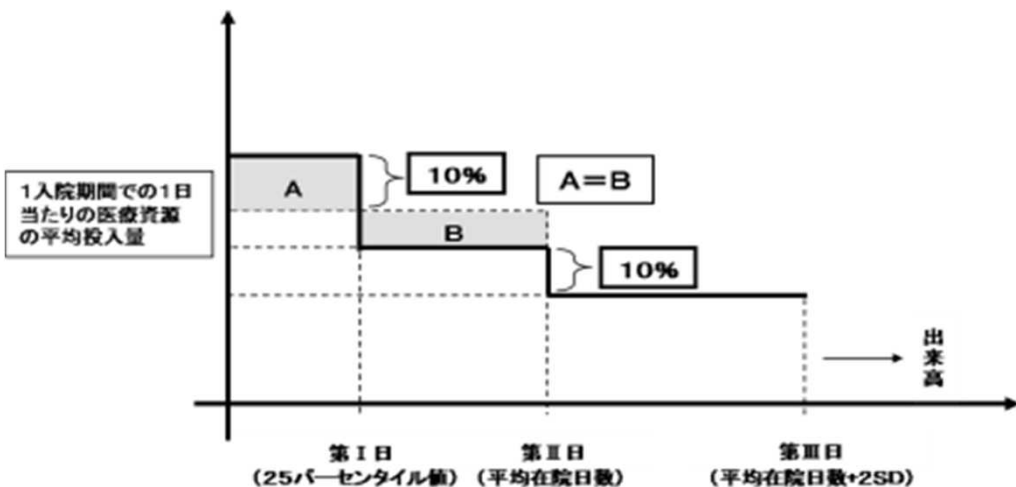
A 一般的な診断群分類



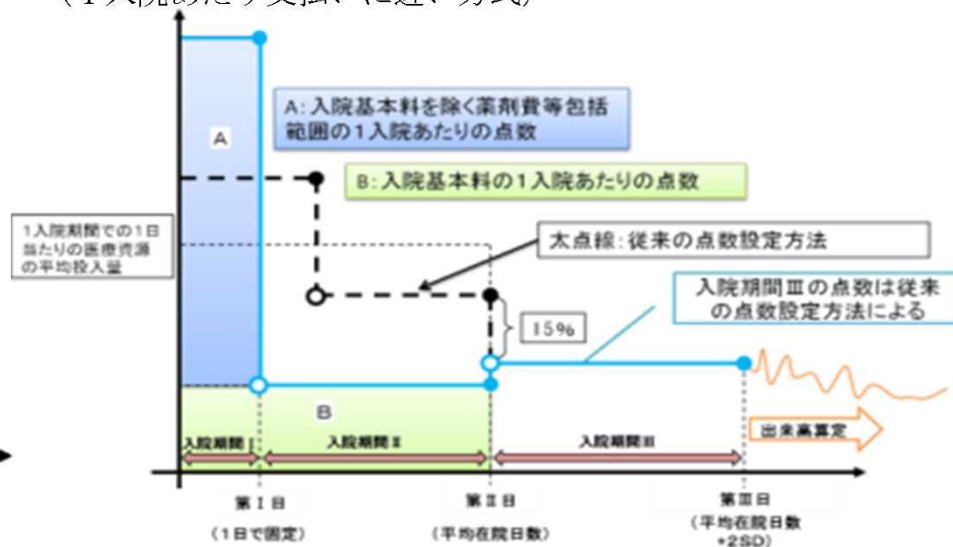
B 入院初期の医療資源投入量の多い診断群分類



C 入院初期の医療資源投入量の少ない診断群分類



D 高額薬剤等に係る診断群分類 (I 入院あたり支払いに近い方式)



# DPC／PDPS参加病院数・病床数

- 制度導入後、DPC/PDPSの対象病院は段階的に拡大され、平成27年4月1日で1,580病院・約48万床となり、全一般病床の約54%を占めるに至っている。

## 【DPC対象病院数の変遷】

年度 及び データの時期	病院数	一般病床数
平成15年度対象病院 (H15年4月)	82	66,497
平成16年度対象病院 (H16年4月)	144	89,330
平成18年度対象病院 (H18年4月)	359	176,395
平成20年度対象病院 (H20年7月)	713	286,088
平成21年度対象病院 (H21年7月)	1,278	430,224
平成22年度対象病院 (H22年7月)	1,388	455,148
平成23年度対象病院 (H23年4月)	1,447	468,362
平成24年度対象病院 (H24年4月)	1,505	479,539
平成25年度対象病院 (H25年4月)	1,496	474,981
平成26年度対象病院 (H26年4月)	1,585	492,206
平成27年度対象病院 (H27年4月)	1,580	484,081
(参考)全一般病院(※) (平成25年医療施設調査)	7,474	897,380

平成15年

82病院

66,497床

平成27年

1,580病院

484,081床  
(約54%)

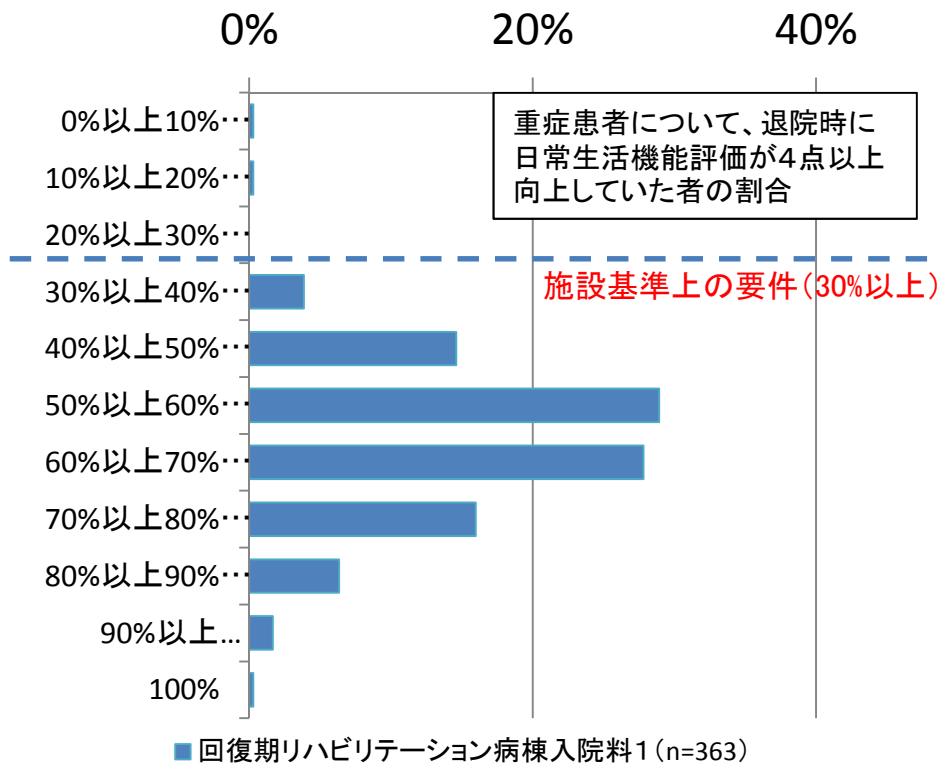
※平成25年度はDPC対象病院の募集は行っていない。

※一般病院とは、精神病床のみを有する病院、結核病床のみを有する病院以外の病院を指す(医療施設調査)。

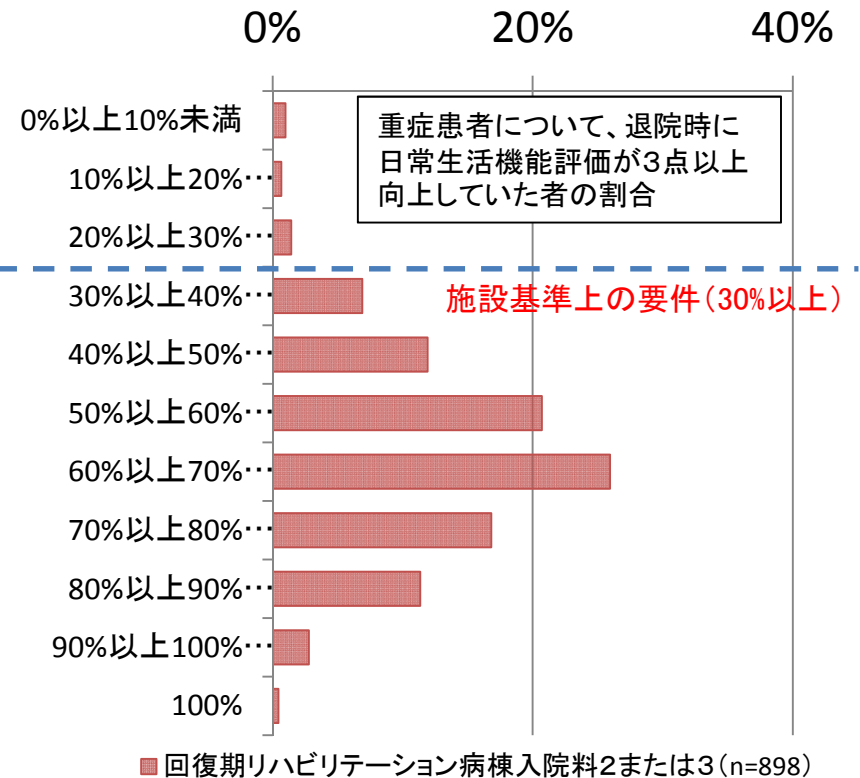
# 診療報酬におけるアウトカム要件の例①

- リハビリテーションを集中的に行う病棟について、退院患者の一定割合でADLが入院時より一定以上向上していることを求めている。

重症患者のうち、退院時にADLが向上した割合別  
医療機関分布  
(回復期リハビリテーション病棟入院料1)



重症患者のうち、退院時にADLが向上した割合別  
医療機関分布  
(回復期リハビリテーション病棟入院料2、3)

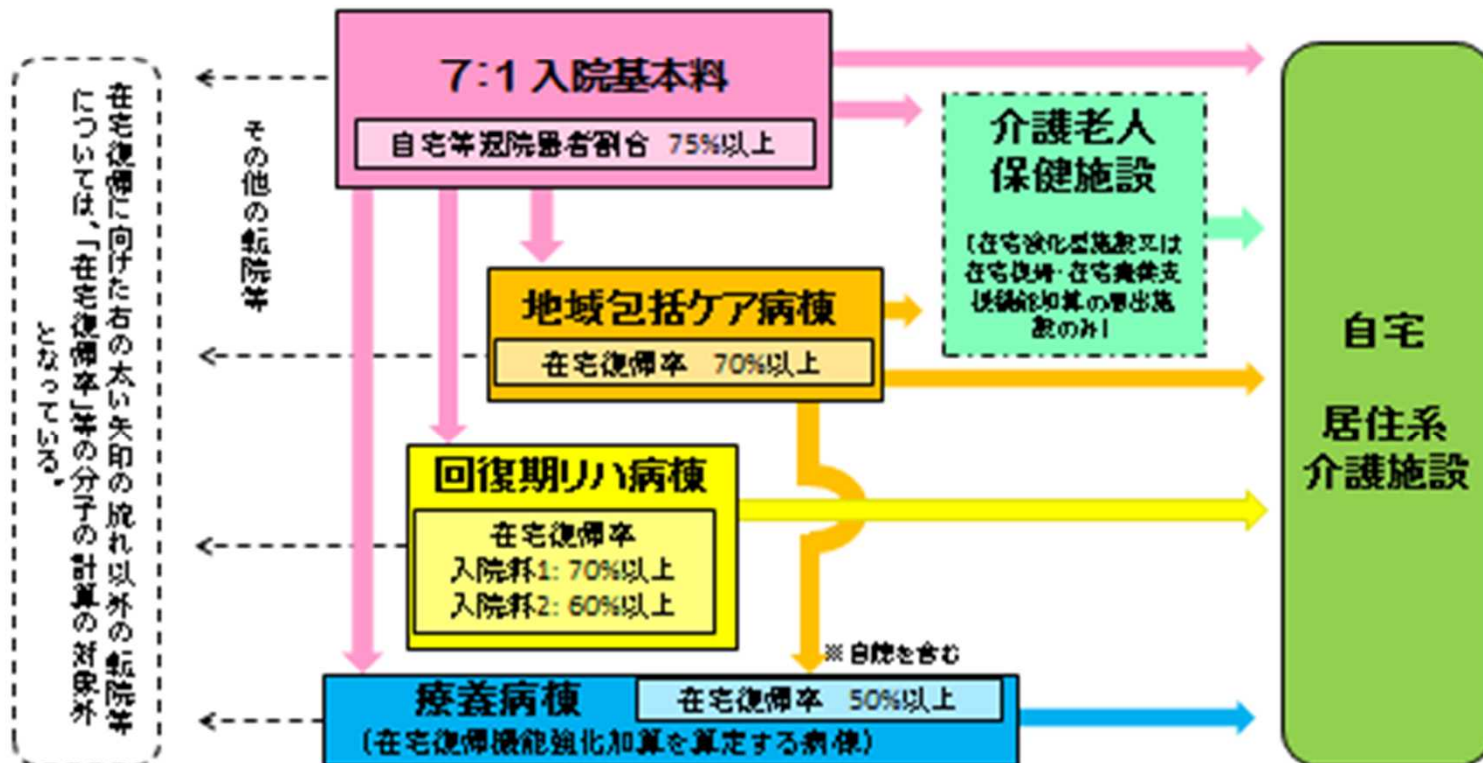


# 診療報酬におけるアウトカム要件の例②

- 7対1入院基本料における「自宅等退院患者割合」や、地域包括ケア病棟・療養病棟における「在宅復帰率」の基準において、自宅や在宅復帰率等の基準の設定された病棟への転院等を、分子として算入できることとしている。
- これにより、各地域における、在宅復帰に向けた流れに沿った連携等の取り組みを促している。

## 「在宅復帰率」の設定により想定される在宅復帰の流れ

各病棟ごとの在宅復帰率の算出にあたって、在宅復帰に含まれる退院・転院を、太い矢印で示す。



# 費用対効果評価に係る検討の経緯と今後のスケジュール

## ○これまでの経緯 ○

- H24.2 平成24年度診療報酬改定に係る附帯意見
- H24.5 費用対効果評価専門部会の創設
- ・対象技術
  - ・評価手法(効果指標の取り扱い等)
  - ・評価結果の活用方法
- 等について、海外の事例も参考にしながら、月に一回程度のペースで議論
- H25.11 「議論の中間的な整理」
- H26.2 平成26年度診療報酬改定に係る附帯意見
- H26.4 具体例を用いた検討の公開方法等について議論  
～12
- H27.1 具体例の分析結果等について非公開で議論  
～4
- H27.5 具体例の検討に係る議論を通じた課題等を報告し、個別の論点にそって議論  
～7
- H27.8 中間報告とりまとめ**

## ○今後のスケジュール ○

- H27年内 試行的導入に向けて今後検討すべき事項について議論
- H27年度内(目途) 試行的導入に係る品目の選定や具体的な運用のあり方について結論
- H28年度 試行的導入の実施

### 平成24年度診療報酬改定に係る附帯意見

革新的な新規医療材料やその材料を用いる新規技術、革新的な医薬品等の保険適用の評価に際し、算定ルールや審議のあり方も含め、費用対効果の観点から可能な範囲で導入することについて検討を行うこと。

### 平成26年度診療報酬改定に係る附帯意見

医薬品や医療機器等の保険適用の評価に際して費用対効果の観点から導入することについて、イノベーションの評価との整合性も踏まえつつ、データ・分析結果の収集、評価対象の範囲、評価の実施体制等を含め、平成28年度診療報酬改定における試行的導入も視野に入れながら、引き続き検討すること。

### 「日本再興戦略」改訂2014(平成26年6月24日閣議決定)

・革新的な医療技術等の保険適用の評価時の費用対効果分析の導入等  
医療分野のイノベーションの恩恵を受けたいという患者ニーズと医療保険の持続可能性という双方の要請に応えるよう、革新的な医療技術等の保険適用の評価に際し、費用対効果の観点から2016年度を目途に試行的に導入する。また、費用対効果が低いとされた医療技術について継続的に保険外併用療養費制度が利用可能となる仕組み等を検討する。あわせて、評価療養において有効性等は認められたものの開発コストの回収が難しく治験が進まない等により保険適用が見込めない医療技術の取扱いについても、保険外併用療養費制度上の在り方を検討する。

### 経済財政運営と改革の基本方針2015(平成27年6月30日閣議決定)

医療の高度化への対応として、医薬品や医療機器等の保険適用に際して費用対効果を考慮することについて、平成28年度診療報酬改定において試行的に導入した上で、速やかに本格的な導入をすることを目指す

### 3. たばこフリー、予防・重症化予防の推進

#### 予防政策の基本的な考え方とそれを取り巻く課題

異なる主体間の  
連携が不十分

個人や保険者の  
インセンティブが弱い

予防政策をトータルに  
推進する体制が弱い

一次予防  
健康づくり  
疾病予防

予防接種

特定健診・乳幼児健診・妊産婦健診

二次予防  
早期発見  
早期治療

がん検診等

三次予防  
重症化予防  
合併症予防

保健指導・就労継続支援

メンタルヘルス対策・歯科口腔保健・介護予防・認知症対策

ソーシャルキャピタル、まちづくり  
といった広義の視点が必要

科学的根拠を基本とした政策  
であるべき

# 3-① たばこフリー、予防・重症化予防の推進（たばこフリー）

- 2020年までに「たばこフリー」オリンピック・パラリンピックの実現のため、東京都等と連携し、受動喫煙防止対策に関する法制的整理を行う。
- 2035年までの早期に、喫煙者ゼロに近づけるためのあらゆる手段を講じる。

## 現状と課題

### 【喫煙者の減少】

- 喫煙率については、平成22年のたばこ税の増税により減少したが、以後は下げ止まっており、喫煙者減少に向け、更なる取組を推進していく必要がある。

### 【受動喫煙防止対策】

- WHO・IOC共同でたばこフリーオリンピックを推進することに合意しており(2010年)、近年のオリンピック開催国においては、すべての開催国で罰則規定のある法制上の措置が講じられている。
- 日本においては、神奈川県、兵庫県にて罰則を伴う条例を制定しているが、国全体としては、健康増進法による努力義務規定となっており、国として法制上の整備が求められているところ。

#### (参考)健康日本21(第2次)で定める目標

- ・受動喫煙の機会を有する者の割合の減少  
行政機関 0%、医療機関 0%(平成34年度)
- ・成人の喫煙率の減少  
19%(平成25年) →12%(平成34年)

#### 健やか親子21(第2次)で定める指標

- ・妊娠中の喫煙率  
3.8%(平成25年) →0%(平成35年)

## 今後の対応方針・スケジュール

### 【喫煙者の減少】

- 課税：増税によるたばこの値上げで喫煙率減少を図る。  
平成28年度 文科省と共同で、税制改正要望でたばこ税の引き上げ
- 教育・啓発：広告・後援規制・パッケージの警告表示の見直し要請、および未成年者の喫煙防止等を進める。
- 禁煙支援：若年層から禁煙治療に対応できるよう、禁煙治療の保険適用拡大を検討する。

### 【受動喫煙防止対策】

- 議員立法の動向を踏まえつつ、関係府省や東京都等と連携しながら検討を進める。
- 事業者に対し、助成金等で受動喫煙防止対策への取組みを支援していく。  
平成28年 支援のための予算拡充

# たばこ対策の強化について

下記施策を推進することを通じて、国民の禁煙に結びつく行動変容を促す。

- たばこ税の増税の要請
- たばこパッケージの警告表示の見直し(表示面積の拡大、イラストや写真による表示の導入等)の要請
- たばこの広告及び後援の規制の見直し(スポーツイベント等への広告、後援の禁止等)の要請
- 禁煙治療の推進(受診者の拡大、保険適用の拡大、保健指導等での禁煙教育を検討)
- 未成年者・妊産婦の喫煙・受動喫煙防止(健康教育の強化等)

## たばこ使用量の抑制

- 不特定多数の者が利用する施設に対する禁煙又は分煙措置(議員立法の動向を踏まえつつ、関係府省や東京都等と連携しながら検討を進める)

## 受動喫煙防止対策の推進

<イメージ>

施設	内容
学校、病院、官公庁施設等の公共性の高い施設	屋内禁煙を原則
大規模な飲食店や宿泊施設等)	屋内禁煙又は分煙



# 3-② たばこフリー、予防・重症化予防の推進（予防・重症化予防）

- 異なる制度の下でも、多様な主体が連携しつづけて一体的に取り組む体制を構築する。
- 計画を立てるだけでなく、個人・保険者・自治体等が実際に取り組むインセンティブを強化し、予防・重症化の実効性を確保する。

## 現状と課題

- 個人や保険者等のインセンティブが弱い
  - ・疾病予防・重症化予防に対する個人や保険者のインセンティブを高める仕組みが必要。
- 科学的根拠を基本にした政策であるべき
  - ・健診、検診実施の有効性等に関する科学的知見に基づく検証が不十分な他、基礎となるデータの集積が不足。
- 異なる主体間の連携が不十分
  - ・制度毎に市町村、医療保険者、事業主が施策を展開しているため、連携が不十分。
  - ・特定健診受診率やデータヘルスの取組状況のバラツキなど、実施主体間で取組に温度差がある。
- ソーシャルキャピタル、まちづくりといった視点が弱い
  - ・健康づくりや介護予防等（住民主体の運動活動、料理教室等）のソーシャル・キャピタル（活動と参加）に関連する事業の活用と連携が不十分。
  - ・低栄養高齢者に対する栄養指導等の個別対応が不十分。
- 予防政策をトータルに推進する体制が弱い
  - ・予防対策は、制度が異なっても、多様な主体が連携して一体的に取り組むことが重要であり、継続的にその実施状況をフォローしつつ、連携のあり方等を検討していくことが必要。

## 今後の対応方針・スケジュール

- 個人や保険者等のインセンティブの強化
  - ・個人⇒ヘルスケアポイント、予防税制の導入
  - ・医療保険者⇒後期高齢者支援金の加減算制度、保険者努力支援制度
  - ・事業主⇒「健康経営」の普及、安全衛生優良企業制度の活用促進
- エビデンスに基づく予防政策
  - ・科学的知見に基づいたがん検診見直し（順次）、特定健診見直し（平成30年度）、妊産婦健診・乳幼児健診見直し（順次）
  - ・既存、新規の保健医療データベースの拡充、連結（⇒別チーム）
- 多様な主体が連携しつづけて一体的に取り組む
  - ・事業主健診と特定健診のデータ連携（データ移行のための基盤整備）
  - ・職域（保険者等）がん検診の実態把握を進める（関係局プロジェクト方式による推進）
  - ・特定健診とがん検診の同時実施（共同開催の好事例の横展開）
  - ・データヘルス好事例の横展開（2020年にかかりつけ医と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24以上）
- ソーシャルキャピタル、まちづくりの視点を取り込んだ行政を展開
  - ・高齢者の「活動と参加」に繋がる拠点（活動）数の把握と他のサービス等との連携強化（実態の把握及び目標値の設定）
  - ・関係局プロジェクト方式による様々な手法を組合せた総合的・戦略的なフレイル対策（平成28年度概算要求：後期高齢者の低栄養予防のための栄養指導等）
- 予防政策をトータルに推進する体制を強化
  - ・官民挙げた取組
    - ：スマート・ライフ・プロジェクト（現状：約2,700団体→3,000団体）
    - ：日本健康会議（目標達成に向けた実効性のある対策の具体化）の推進
  - ・健康課・予防政策担当審議官の設置、健康づくり推進本部の抜本的強化

# 個人や保険者のインセンティブの強化

## 【個人へのインセンティブ】

- 保険者が、ICTを活用しつつ、**加入者の健康情報を分かりやすく提供**するとともに、**ヘルスケアポイントなど加入者の行動変容を促すためのインセンティブを与える取組**を推進する。
- 健康増進・疾病予防のための取組(がん検診・特定健診・予防接種等)に要する費用に対して**新たな所得控除を創設**し、個人が自発的に健康管理や疾病予防に取り組む環境整備を図る。

## 【保険者へのインセンティブ】

- 後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直し**や、**保険者努力支援制度の創設**などにより、後発医薬品の使用促進・重症化予防などの取組によって、加入者への予防・健康づくりに向けた保険者の努力を促す。

### 事例1 (グラクソ・スミスクライン健保組合、協会けんぽ大分支部等)

ウォーキングやジョギングなどの健康づくりに資する活動に対して、**健康グッズやスポーツクラブ利用券などと交換できるポイント(健康ポイント)**を付与する仕組みやSNS機能を用いた応援や励まし機能を活用した健康管理ツールを用いて、継続的な健康管理や生活習慣の改善を目指す。



ポータルサイトで健康情報の「見える化」

【イメージ図】

### 事例2 (静岡県)

県が商工会議所等に協力店を募った上で、県内の市町が**健康づくりを行った住民に協力店で使える優待カードを配布する、「健康マイレージ制度」**を導入

県民の健康づくりを市町・民間企業と連携して推進

平成26年度は17市村で取組



# エビデンスに基づく予防政策

## 【課題】

○様々な予防施策が実施されているものの、エビデンスに基づき、費用対効果等を勘案し、対象者の範囲、実施内容、目標値などが設定されている施策は限られており、多くが、漠然と効果を期待して実施され、その内容も、先進的な取組等の事例集の作成などにとどまっているのではないか。

### 胃がん検診の見直し

- 40代の胃がん罹患率・死亡率は減少
- 40代以下のピロリ菌感染率の減少傾向



平成28年度から以下の見直しを予定

- 対象年齢を40歳以上→50歳以上へ
- 検診間隔を1年→2年へ

### 食塩摂取量目標値の設定

- 日本人の摂取量 男性 10.5–11.8g/日  
女性 8.8–10.0g/日
- WHOガイドライン 5.0g/日



本年4月から以下の見直しを実施

- 男性 8.0g/日
- 女性 7.0g/日

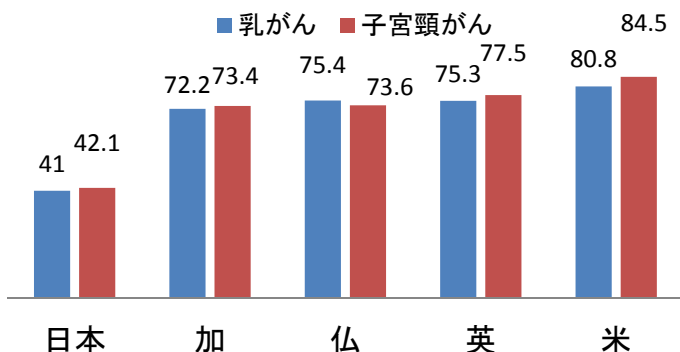
## 対策

- ①特定健診について、エビデンスに基づき、項目や特定保健指導の在り方の見直し。
- ②がん検診について、エビデンスに基づき、受診率向上施策の全国展開の在り方を検討。
- ③介護予防・重症化予防等の取組をA)健康増進効果、B)取組の費用対効果、C)医療費適正化効果の観点から検証。

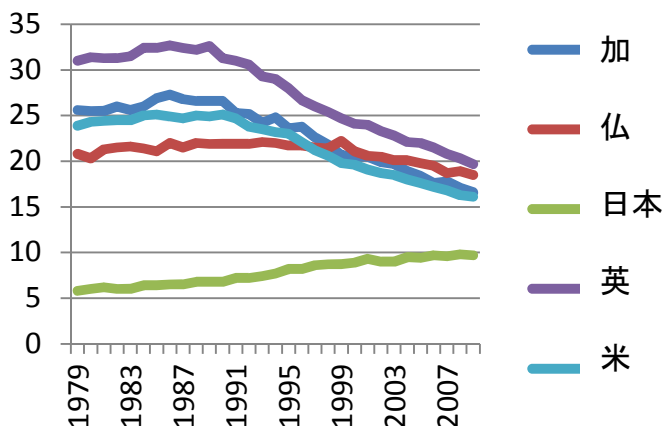
# がん検診の見直し

## 課題1 受診率が低い

乳がん・子宮頸がん受診率の各国比較



(参考)乳がん死亡率の各国比較



## 課題2 職域への働きかけが不十分

○がん検診受診者の約2/3は保険者等の提供する検診を受診。

○厚生労働省の指針は、主として市町村向けとなっており、保険者が提供するがん検診は、実態がつかめていない。

	市区町村 (40~69歳) (平成25年度)	全国健康保険協会 (平成25年度)
胃	236万人 (40~69歳)	一般健診受診者 552万人 (40~74歳)  ※一般健診項目に胃部レントゲン、胸部レントゲン、便潜血反応が含まれている。医学的理由などでがん検診を受けなかった者も一部含まれる。
肺	396万人 (40~69歳)	
大腸	478万人 (40~69歳)	
乳	207万人 (40~69歳)	
子宮頸	393万人 (20~69歳)	
		64万人 (20~74歳)

## 課題3 市町村間の格差

○受診勧奨に関する取組は市町村間で温度差がある。また、指針とは異なる検診を実施している市町村もある。

受診勧奨の方法	胃がん
対象者に個別に郵送で通知	48.3%
対象者に個別に電話で通知	4.1%
世帯主宛に郵送等で通知	25.0%
広報誌等で周知	92.2%
ホームページで周知	77.5%
自治会等への説明会で周知	12.2%
個別訪問により周知(自治体職員)	4.3%
個別訪問により周知(ボランティアなど自治体職員以外)	10.1%

市町村における厚労省の指針以外の検診項目実施割合

前立腺がん	91.7%
子宮体がん	36.2%
肝臓がん	9.3%

## 対策

- ①受診率向上を目指し、特定健診とがん検診の同時実施、かかりつけ医等を通じた受診勧奨の強化等。
- ②職域(保険者等)がん検診の実態を把握し、望ましいがん検診の実施等を健保組合等に働きかける。
- ③市町村がん検診の実態の比較と公表、市町村担当者への研修の実施等。

# 予防政策をトータルに推進する

## 現状と課題

- 予防政策は、制度は異なっても、多様な主体が連携して一体的に取り組むことが重要であるが、現状は十分とはいえない。
- 継続的にその実施状況をフォローしつつ、連携のあり方等を検討していくことが必要。



## 対策

### ○体制の見直し

- ・健康課・予防政策担当審議官の設置。
- ・健康づくり推進本部の抜本的強化 →健康日本21(第2次)、健やか親子21(第2次)推進(ナショナルセンターを構成員に加え、分科会として、「糖尿病・循環器病」、「メンタルヘルス」「歯科口腔保健」等を検討していく。)

平成27年 健康課・予防政策担当審議官の設置

平成28年～ 健康づくり推進本部にて健康日本21(第2次)中間評価と見直し

平成30年～ 健やか親子21(第2次)中間評価と見直し

### ○国民運動として、官民を挙げた取組の推進

- ・スマート・ライフ・プロジェクト
- ・日本健康会議(目標達成に向けた実効性のある対策の具体化)



## 4. 情報基盤の整備と活用の推進

○2035年においては、ICT等の活用により、医療の質、価値、安全性、パフォーマンスが飛躍的に向上していなければならない。膨大な保健医療データベースを活用し、治療の効果・効率性や医薬品等の安全対策の向上が実現され、国民が、その効果を実感できることが重要である。

### 現状と課題

○ **既存の医療保健データベースの連結**  
医療・健康分野の既存のデータベースについては、現在、十分な連結がなされていない。

○ **生涯を通じた健康・疾病管理**  
がん登録制度におけるコホート研究や、予防接種データ、検診データ、治療データ、介護関係データ等を一連のものとした、縦断的な蓄積・分析は現状では進んでいない。

○ **臨床専門領域のデータベースの整備**  
各専門領域で構築されるデータベース等について、十分な整備が進んでいない。

○ **情報基盤の整備についての課題**  
医療情報の収集・利活用の前提となる電子カルテの標準化がすすんでいないこと、匿名化した個人情報取得のための患者同意の取り方、セキュリティ面での課題がある。

地域の医療機関や介護事業者がICTを利用して患者情報を共有するネットワークが各地で構築されている。  
(2015年5月現在で約200)

### 今後の対応方針・スケジュール

○ **既存、新規の保健医療データベースの拡充、連結**

医療等ID(仮称)の進捗を踏まえると同時に、匿名化情報の個人特定可能性のリスク評価や、個人情報収集・突合についての同意取得の方法を検討を行う。

[27年度～28年度]研究事業により、診療情報等の分析等による見える化のための指標や、電子カルテデータの標準化のためのSS-MIX2等の標準性能の向上、データの共通化のための単位等の統一化等のための課題等の検討を進めるとともに、診療データの収集・利活用及び各種既存データベースの連結やデータの統合等の相互利用についての具体的な活用例をリストアップし、課題の検討を行う。

[29年度～30年度]上記について、課題の検証や、プログラム・仕様の検討を行い、実際に試験的運用を開始する。

○ **医療情報連携の基盤整備**

[27年度]「医療等分野における番号制度の活用等に関する研究会」を再開し、医療等分野における番号の具体的制度設計等について、検討を行う。

[28年度]医療情報連携ネットワーク支援サービス事業について、平成28年度予算概算要求を行い、医療機関のIT化やITを活用した医療連携が効果的に促進されるよう標準規格の活用事例の紹介等を通じ、連携する医療情報の標準化を推進する。

[29年度～30年度]他省庁等の医療情報化事業とも連携を図り、事業拡充のため概算要求を行う。

# 医療等分野のICT化推進のポイント

患者に提供するサービスの質の向上

病院や診療所の連携を推進

研究開発の推進

医療の効率化の推進

ICTの効果を最大限に発揮

2020年までに実現するICTインフラ

**POINT 1** 医療連携や医学研究に利用可能な**番号の導入** (マイナンバー制度のインフラを活用)

**POINT 2** 医療機関のデータの**デジタル化** + 地域の医療機関間の**ネットワーク化**

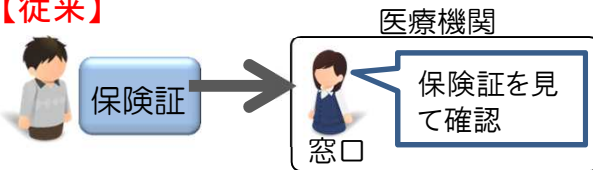
**POINT 3** **医療データの利用拡大**のための基盤整備

- ① 個人番号カードに健康保険証の機能を持たせる【2017年7月以降(※)できるだけ早期】  
→ 医療機関等の事務の効率化に資する。
- ② 医療連携や研究に利用可能な番号の導入  
【2018年度から段階的運用開始、2020年の本格運用を目指す】  
→ 医療機関や研究機関での患者データの共有や追跡が効率的に実施でき、医療連携や研究が推進される。

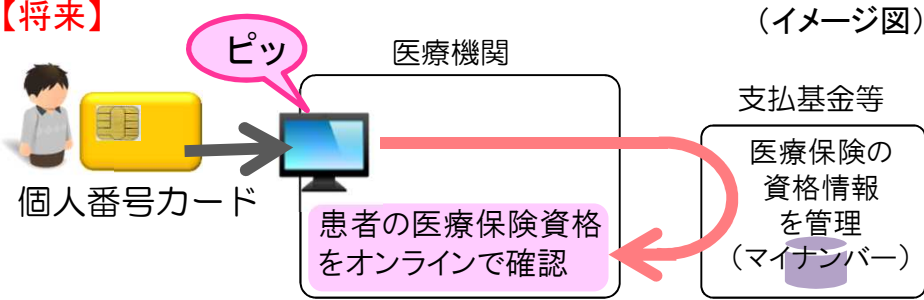
## ① 個人番号カードに健康保険証機能を付与

- 個人番号カードで、医療機関の窓口での医療保険資格の確認ができる仕組みを構築する。(オンライン資格確認)

## 【従来】



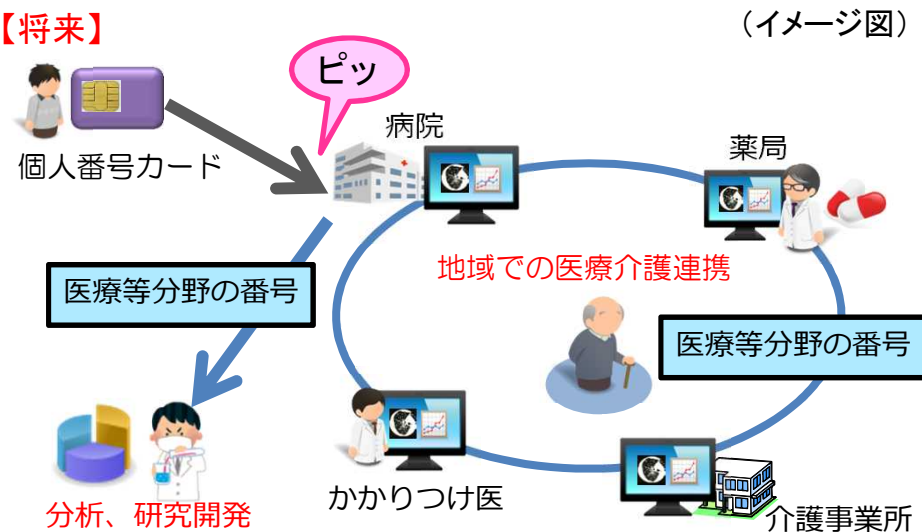
## 【将来】



## ② 医療連携や研究に利用可能な番号の導入

- 病院、診療所間の患者情報の共有や、医学研究でのデータ管理などに利用可能な番号を検討、導入  
【制度設計について2015年中に検討・一定の結論】

## 【将来】



※2017年7月から、マイナンバー制度による、医療保険者や自治体間の情報連携が開始される予定。

マイナンバー制度のインフラを活用



## POINT 2 医療機関のデータのデジタル化 + 地域の医療機関間のネットワーク化

### ① 医療情報連携ネットワークの全国への普及・展開 【2018年度まで】

(全ての二次医療圏が地域の実情に応じて医療情報連携ネットワークを活用できる基盤を整備)

→ 医療機関や介護事業者等での効率的な情報共有が可能となる。

### ② 医療機関のデータのデジタル化として電子カルテを導入している一般病院(400床以上)の拡大

【2011年度 57% → 2017年度 80% → 2020年度 90%】

→ 医療の質の向上、医療機関等の経営の効率化に資する。

※高度急性期、急性期病院は100%を目指す

#### 現 状

地域の医療機関や介護事業者がICTを利用して患者情報を共有するネットワークが各地で構築されている。(2015年5月現在で約200)



例) さどひまわりネット(佐渡島)  
治療や調剤の情報を病院、診療所、介護施設で連携

例) あじさいネット(長崎県)  
県を広くカバーする連携

#### 今後の取組

##### ① 地域医療介護総合確保基金の活用

地域医療構想の実現に向けた、病床の機能分化・連携のための地域医療連携ネットワークの構築については、基金の活用が可能。

##### ② 医療情報連携ネットワーク構築支援サービス(仮称)

地域の医療事情に応じた医療情報連携ネットワークを構築・運営するために必要な情報を厚労省から一元的に発信し、医療機関等をサポート。(2015年度～)

##### ③ 電子版お薬手帳の活用推進

患者自身が服薬情報をいつでも、どこでも見ることができ、薬局薬剤師等から適切な服薬指導等を受けられるよう、電子版お薬手帳の更なる機能性の向上について検討を行う。(2015年度)

# POINT 3 医療データの利用拡大のための基盤整備

## ① 電子カルテデータの標準化の環境整備 【2020年度までに実施】

→ 異なる医療機関からのデータの集積、比較分析、データの共有が効率化し、研究開発等が推進される。

## ② 医療情報の各種データベース事業の拡充・相互利用

【2015年度からさらなる研究事業等を実施・2020年度を目標に利用拡大のための基盤を整備】

→ 医療に関する様々なデータの集積や、多様な分析が推進され、医療の質の向上、コスト・経営の効率化、研究開発の推進等に資する。

### ● ナショナルデータベース

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(レセプト約92億5,000万件(2015年4月時点))

#### 今後の拡充

大学等に限られていた集計データ提供を2016年度から民間に拡大

### ● DPCデータ

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、1,000万件(2012年度))

DPCデータベースを2016年度中に構築。民間提供等の拡大を図る

### ● 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400万件(2013年度末時点))

各種の疾患データベースについて対象の拡大等を図る

### ● 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))

・実施病院について順次拡充  
・経営の効率化や研究への活用等を進める

### ● 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。(現在試行期間中)

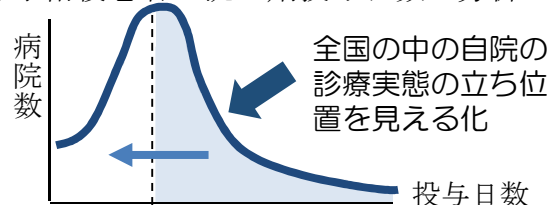
・2018年度までに300万人のデータを分析・活用をすることを目指す  
・さらに、研究への活用を進める

事業等を実施(2015年度〜)

期待される効果

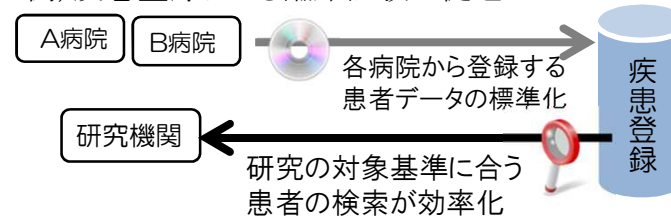
#### 医療の質の向上 コスト・経営の効率化

例) 手術後患者の抗生剤投与日数の分析



#### 日本発の新薬、医療機器等の開発・安全対策

例) 疾患登録による臨床試験の促進



さらに...

データの提供者である患者へのメリットの還元

医療機関の自律的な経営や診療の向上

# 臨床研究等 ICT 基盤構築研究事業について

平成28年度概算要求額 3.9億円  
うち要求枠 0.8億円、うち推進枠 3.0億円

## 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) 2.4億(うち0.8億は戦略研究)



臨床研究ICT基盤の構築に関する研究 (AMED研究費) 1.5億

### 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

# 医療データの利用拡大のための基盤整備（臨床研究等ICT基盤構築研究事業）

2015                      2016                      2017                      2018                      2019                      2020

## 既存データベースの拡充・相互利用

現在バラバラに運用されている各種データベースを連結し、多様な大規模データ分析をできるようにする。

戦略研究

特別研究

ユースケース  
のリストアップ

メタ解析、個票連結等  
技術的課題、ルール検討

統合

厚生労働科学研究費

プログラム仕様  
の作成

プログラムの  
試験運用

プログラムの  
本格運用

## 医療施設等の自律的向上化

今までできなかった診療情報等の分析により、診療成績や費用対効果等の指標を比較できるようにすることで、医療施設等の自律的な向上を促す。

厚生労働科学研究費

ユースケースに  
基づく指標及び  
技術的課題の検討

プログラム仕様  
の作成

プログラムの  
試験運用

プログラムの  
本格運用

## 電子カルテデータの標準化

現在施設毎にカスタマイズされている電子カルテの規格を統一化し、複数の施設から生成するカルテデータを相互利用できるようにする。

厚生労働科学研究費

SS-MIX2等の標準性能、  
標準機能の向上など  
技術的課題の検討

データの互換性  
移植性の検討

精度の検証

システム切替  
時に順次実装

## データの共通化

現在施設毎に異なる検査値の単位、基準値の範囲等を統一化し、複数の施設から生成する検査データ等の比較・統合を容易にする。

厚生労働科学研究費

単位等の統一化、  
変換式の検討など  
技術的課題の検討

精度の検証

精度の検証

マスター更新  
時に順次実装

## 臨床研究等ICT基盤

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。

調整費

診療データ(記名データ)の収集・  
利活用を行うためのデジタル基盤の  
仕様検討及び検証

AMED研究費

データを匿名化、加工し、二次利用を  
できるようにするためのデジタル基盤  
の仕様検討及び検証

事業化検討

匿名化情報の個人特定可能性のリスク評価や、個人情報収集・突合についての同意取得の方法を検討

## 機械学習化

人工知能により、データの収集及び分析を行い、研究及び診療プロセスにおけるQ&Aを自動化する。

調整費

大規模データの機械学習化の検討  
診療方針決定プロセスの客観化  
および人工知能化の検討

AMED研究費

ハイブリッド化の検討  
電子カルテ連結の検討

サービス事業化  
の検討

厚生労働科学研究費

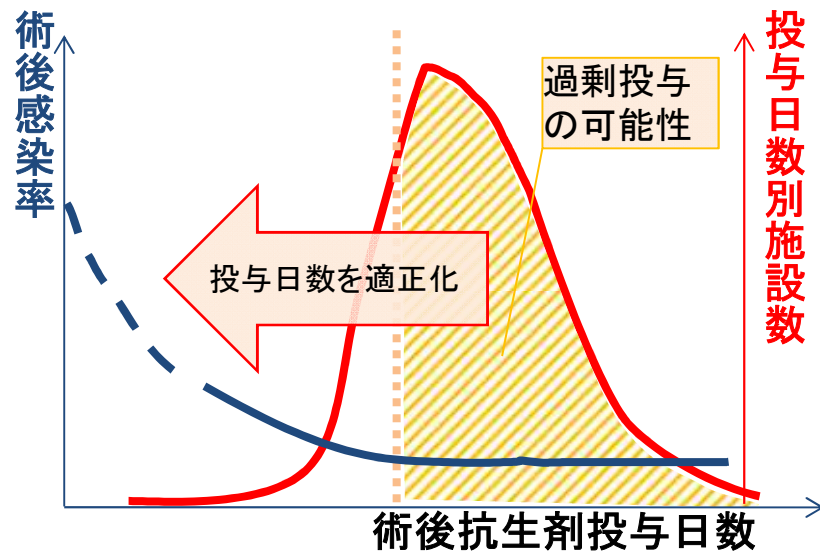
AMED研究費

# 情報基盤の整備と活用の推進によってできること(例)

## 実際の患者の状況を踏まえた 病院ごとの薬剤投与期間を見える化

例：手術Aを行った場合の、施設ごとの術後抗  
生剤平均投与日数と術後感染率の関係

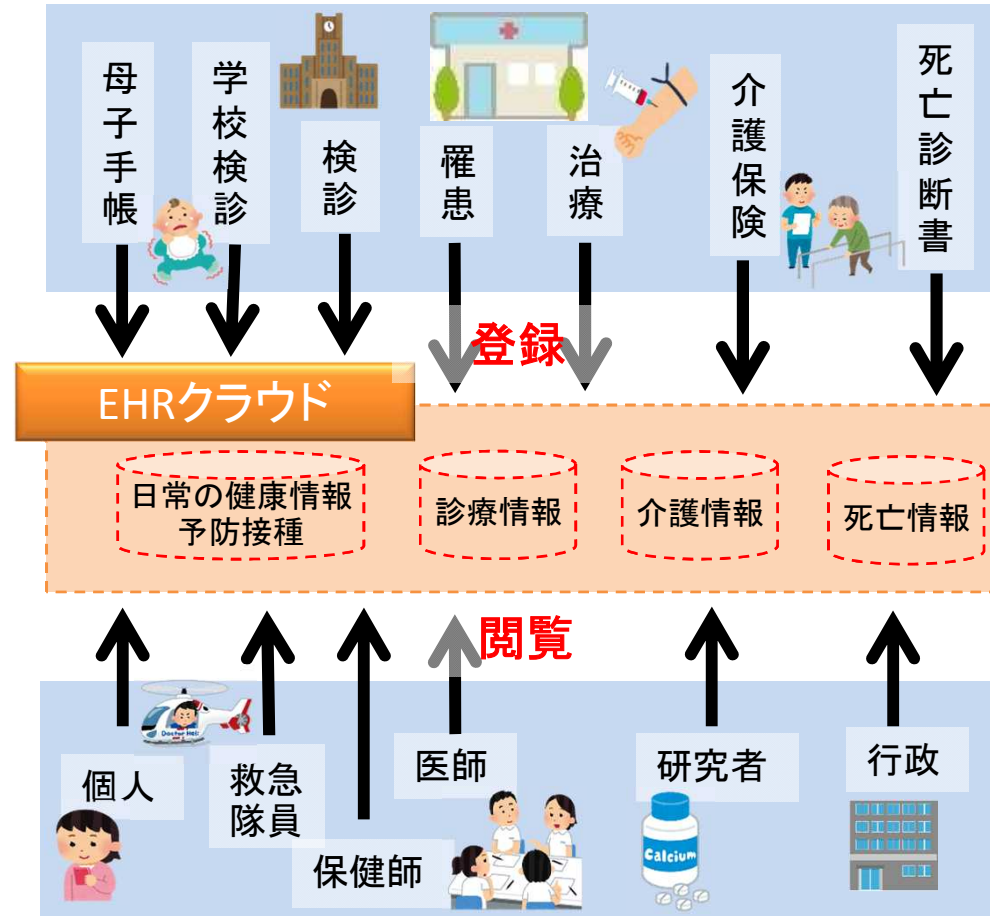
全国の施設の診療実態の立ち位置を見える化



DPCとNCDを連結することで、術後抗生剤の投与日数(DPC)と、術  
後感染率(NCD)の関係がわかり、投与日数の適正化につながる。

複数のデータベースを連結させること  
でこれまで出来なかった解析が可能に

## EHRクラウドに縦断的に情報を集約 し、生涯を通じた健康状態を把握



生涯を通じた管理、分析が可能

# 5. グローバル・ヘルスを担う人材の育成・確保

- わが国が、グローバル・ヘルス・リーダーとして世界の保健医療を牽引していくためには、「厚生労働省内の人材の環流や職員のキャリア開発の支援による組織のパフォーマンス向上を図る」、「グローバルな知見を持つ行政官・医療従事者・研究者の交流・育成を強化する」、「グローバル・ヘルスを担う人材を官民一体となって育成し、プールする仕組みを創設する」、などの取組みが提言されている（保健医療2035報告書より）
- このため、以下の取組みを通じて、グローバル・ヘルスに関する人材・体制を強化する。

## 現状と課題

- 国民皆保険を達成し、医療、介護、年金等の制度を通じ急速な高齢化に対応している日本の経験と教訓は世界から注目を集めている。
- 他方、世界では、エボラ出血熱などの国際健康危機を契機として、国際社会の連携とグローバル・ヘルス・ガバナンスの構築が課題となっている。
- 来年日本は、伊勢志摩サミットおよびG7神戸保健大臣会合を主催し、国際保健分野におけるプレゼンスを示す好機を迎えるが、国際機関等における国際保健人材の不足（Underrepresentation）と、資金面での貢献実績の低下が課題となっている。

### ※WHOにおける日本人職員数

2014年7月現在で、分担率などに基づく望ましい邦人専門職員数算定では128-173人とされているが、実際は33名(26-19%)しか雇用されていない。2005-2014年で32-41名と横ばい。

### ※WHOへの日本の任意拠出金額

厚労省からの拠出金は、2010年(14.8億円)より2014年(6.9億円)まで漸減。

## 今後の対応方針・スケジュール

### ①国際保健に関する懇談会の設置

〔28年度〕 おおむね2か月に1回程度開催予定。国際保健政策人材養成については、主としてワーキンググループで議論。

〔29・30年度〕 継続的に検討しつつ、可能なものから実施。

### ②米国HHS(保健福祉省)及びCDCへの人材派遣

〔28年度〕 CDC等への人材派遣を開始。

〔29・30年度〕 28年度の取組を継続的に実施。

### ③感染症危機管理専門家養成プログラムを通じた人材養成

〔28年度〕 27年7月から開始したプログラムを継続的に実施するとともに、養成プログラム受講者を米国CDC等へ派遣。

〔29年度・30年度〕 プログラムを継続的に実施。

### ④若手厚労省職員における国際キャリアパスの構築

〔28年度〕 27年度より開始した外部講師等を招いた国際キャリア構築勉強会を随時開催。国際保健に関する懇談会事務局業務に従事する若手職員を指名(国際課併任)。

〔29・30年度〕 28年度の取組を継続的に実施。人事異動の一環として、若手職員の国際機関派遣を実施。

### ⑤大臣官房国際課の体制強化

〔28年度〕 27年度に設置したグローバルヘルス戦略官の下で、国際保健に関する懇談会での審議も踏まえつつ、体制強化を検討。また、外務省や国立国際医療研究センターとの人事交流をはじめ、関係機関との協力体制を強化。

〔29・30年度〕 継続的に検討しつつ、可能なものから実施。

### ⑥薬事規制の国際調和推進のための体制の構築

〔28年度〕 28年度予算に基づく体制の整備、担当制の導入

# 厚生労働省におけるグローバル・ヘルスに関する人材・体制強化について

## 趣旨

- わが国が、グローバル・ヘルス・リーダーとして世界の保健医療を牽引していくためには、世界の最新情報や学術論文を即時適切に収集・分析し、日本の知見を国内外に発信する体制の構築とともに、厚生労働省内の人材の環流や職員のキャリア開発の支援による組織のパフォーマンス向上を図ることが必要（保健医療2035報告書より）
- このため、以下の取り組みを通じて、グローバル・ヘルスに関する人材・体制を強化する。

## ②米国HHS（保健福祉省）及びCDCへの人材派遣

- 米国HHSやCDCに、厚生労働省職員を継続的に派遣し、危機管理に対応できる人材を育成。  
※HHS（健康危機管理部等）、CDC（危機管理部門、インフルエンザ部門等）を想定

## ④若手厚労省職員における国際キャリアパスの構築

- 国際機関ポストを自らの資質で獲得できる競争力のある人材の育成を目指す。
- 対象者には、WPRO担当官等を出発点に、専門性を高める人事交流等の人事上の配慮
- 対象者は、国際課に併任の上、国際保健に関する懇談会（仮称）事務局業務等のOJTを提供

## ⑥薬事規制の国際調和推進のための体制の構築

- 国際薬事規制調和戦略について、  
○ 継続性・一貫性ある取組の推進のため、国・地域別の担当者制の導入など司令塔機能を発揮するための体制を構築  
○ 厚労省／PMDA職員の欧米規制当局へのリエゾン派遣やアタッシュ派遣を実施

## ③感染症危機管理専門家養成プログラムを通じた人材養成

- 平成27年度は、感染症への知見及び国際経験豊かな4名を採用
- 国内研修を経て、来年よりCDC等での海外研修を予定
- 海外研修には、防衛医官の参加も検討

## ⑤大臣官房国際課の体制強化

- 国際保健に関する懇談会（仮称）を通じた外部有識者のアドバイスによるパフォーマンスの向上（別添参照）
- 外務省との連携強化により、外交ノウハウを厚生労働行政に導入
- 国際医療研究センター・国際医療協力局との連携強化による機能強化

# 国際保健に関する懇談会の設置

塩崎大臣

課題の問いかけ

大臣への  
インプット

## 国際保健に関する懇談会(仮称)

・座長:尾身茂(厚生労働省顧問)



- ・厚生労働省に対する国際保健分野のインプット
- ・国際保健に関する最新の知見を収集・共有
- ・国際保健に関する様々な問題について議論

以下のメンバーを想定

- ・大学関係者
- ・国際機関経験者
- ・感染症の専門家
- ※庶務担当:国際課

## 懇談会の当面の検討内容

・シンクタンク機能の創設

### ワーキング・グループ

懇談会の議論を踏まえた実務的議論を担当

- ・産官学から幅広い人材を集める  
国際保健に造詣の深い大学・学部  
シンクタンク  
NGO等市民社会  
民間企業、  
厚生労働省若手職員 等
- ・国際保健に関する厚生労働省の中心的シンクタンク、国際機関への派遣人材プール機能として活用(国際保健人材の育成にも資する)

- ・保健医療2035における国際保健分野への対応
- ・G7サミットへの対応
- ・グローバルヘルスガバナンス(世銀とWHOの関係等)
- ・その他



# 感染症危機管理専門家養成プログラムの新設について

## 現状

- エボラ出血熱や鳥インフルエンザなどの新興・再興感染症は、日本国内で経験する機会は少なく、発生国への支援でも日本からの専門家派遣は小規模に留まっている
- 感染症発生時に危機管理対応する専門家は、感染症の知識に加え、行政の知識、国際的な調整力などが求められ、我が国においても体系的な養成の枠組みが求められる
- 人材の層を厚くし、海外での感染症対策を進めることは、国内への侵入のリスクを下げるとともに、国内体制の整備にも資する

## 対応

- 厚生労働省を中心に、感染症危機管理関係機関(検疫所、国立感染症研究所、国立国際医療研究センター等)が、ネットワークを構築し、感染症危機管理専門家養成プログラムを新たに設置し、人材育成を行う。

## プログラムの概要

- 平成27年度4月に開設
- 卒後臨床研修を修了し、医師免許取得後5年間の臨床経験又は同等の経験を有する医師を対象
- 標準履修期間は2年間(個々の資質・経験を加味し、柔軟に対応)
- 当面、毎年度5名程度の育成を目指す。平成27年度は4名採用予定。
- 修了者は、厚生労働省において登録を行い、感染症危機事案発生の際の派遣専門家の候補者となる。

## プログラムの例

