

〔平成 29 年 12 月 22 日（金）〕
10 時 00 分～12 時 00 分
全国都市会館第二会議室

第 58 回

社会保障審議会医療部会

議 事 次 第

- 医師偏在対策について（医師需給分科会とりまとめ）
- 特定機能病院の承認要件の見直しについて
- 平成 30 年度医政局関連予算案の概要について
- その他

（配布資料）

資料 1	医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会第 2 次中間とりまとめ
資料 2	特定機能病院の承認要件の見直しについて
資料 3	平成 30 年度医政局関連予算案の概要
参考資料 1－1	医療に関する広告規制の見直し（概要）
参考資料 1－2	医療広告の見直しに関するパブリックコメント資料（省令）
参考資料 1－3	医療広告の見直しに関するパブリックコメント資料（指針）
参考資料 2－1	平成 30 年度診療報酬改定の基本方針（概要）
参考資料 2－2	平成 30 年度診療報酬改定の基本方針

第58回社会保障審議会医療部会

平成29年12月22日(金)
10:00～12:00
全国都市会館 第二会議室

遠記

邊見委員
○

田中部会長代理
○

永井部会長
○

中川委員
○

随行者席

本多委員 ○

牧野委員 ○

山口委員 ○

山崎委員 ○

伊藤参考人
(平川委員代理) ○

神野参考人
(猪口委員代理) ○

森参考人
(安部委員代理) ○

吉川参考人
(菊地委員代理) ○

医師養成等企画調整室長 ○

○ 島崎委員

○ 楠岡委員

○ 木戸委員

○ 加納委員

○ 釜范委員

○ 遠藤委員

○ 岩田委員

○ 荒井委員

○ 相澤委員

○ 保健医療技術調整官

随行者席

○ 医事課長

○ 歯科保健課長

○ 医療政策企画官

○ 審議官
(医療、災害対策担当)

○ 医政局長

○ 総務課長

○ 医療経営支援課長

○ 看護課長

事務局

事務局

傍聴者席

出入口

(平成29年12月22日 時点)

社会保障審議会医療部会委員名簿

氏 名	所 属
相澤 孝夫	日本病院会会長
安部 好弘	日本薬剤師会常務理事
阿真 京子	知ろう小児医療守ろう子ども達の会代表
荒井 正吾	全国知事会（奈良県知事）
井上 隆	日本経済団体連合会常務理事
猪口 雄二	全日本病院協会会長
岩田 太	上智大学法学部教授
遠藤 直幸	全国町村会（山形県山辺町長）
加納 繁照	日本医療法人協会会長
釜 范 敏	日本医師会常任理事
菊池 令子	日本看護協会副会長
木戸 道子	日本赤十字社医療センター 第二産婦人科部長
久喜 邦康	全国市長会（埼玉県秩父市長）
※ 楠岡 英雄	国立病院機構理事長
島崎 謙治	政策研究大学院大学教授
○ ※ 田中 滋	慶應義塾大学名誉教授
◎ ※ 永井 良三	自治医科大学学長
※ 中川 俊男	日本医師会副会長
平川 則男	日本労働組合総連合会 総合政策局長
邊見 公雄	全国自治体病院協議会会長
本多 伸行	健康保険組合連合会理事
牧野 利彦	日本歯科医師会副会長
山口 育子	ささえあい医療人権センターCOML理事長
山崎 學	日本精神科病院協会会長

◎：部会長

○：部会長代理

※：社会保障審議会委員

医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会
第 2 次中間取りまとめ

平成 29 年 12 月 21 日
医療従事者の需給に関する検討会
医師需給分科会

1. はじめに

- 医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会（以下「分科会」という。）は、昨年 6 月に第 1 次の中間取りまとめを行い、医師偏在対策については、分科会の構成員の意見、関係団体の提言等を踏まえ、集中的に検討を深めるべき事項を整理した。
- この検討事項には、全国的な医師数の増加を図ったとしても、医師偏在対策が十分図られなければ、地域や診療科といったミクロの領域での医師不足の解消にはつながらないとの考えの下、「医師が勤務地や診療科を自由に選択するという自主性を尊重した対策だけでなく、一定の規制を含めた対策」も掲げられている。
- 本年 9 月以降、その実現に当たっての課題、法制的な問題等について精力的に検討され、かつての医師偏在対策においては議論されなかった事項も含めて論点等が明らかにされたことは、本分科会の大きな成果である。また、医師養成過程を通じた医師の地域定着策の有効性に着目したことや、入院・外来を分けて偏在の議論を行ったこと等は、これまでの医師偏在対策の議論とは一線を画すものである。
- 第 2 次中間取りまとめは、以上のような検討の成果として、早急に対応する必要がある実効的な医師偏在対策について、法改正が必要な事項も含め、取りまとめを行うものである。

2. 医師偏在対策が求められる背景

(1) 医師偏在等の現状と是正の必要性

- 医師の偏在は、地域間・診療科間のそれぞれにおいて、長きにわたり課題として認識されながら、現時点においても解消が図られていない。
- 平成 28 年の医師・歯科医師・薬剤師調査によると、都道府県ごとの人口 10 万人対医師数について、最大の徳島県（315.9 人）と最小の埼玉県（160.1 人）では 2 倍程度の開きがある。さらに二次医療圏ごとに人口 10 万人対医師数をみた場合には、34 の都道府県において、最大と最小の医師数が 2 倍以上開いている現状にある。
- 診療科偏在についても、長時間労働が常態化¹している外科や産婦人科については、

¹ 週当たり労働時間について、外科が平均 57.44 時間、産婦人科が平均 55.29 時間となっている。（独立

平成6年以降、医師数全体の増加に比してその増加幅は小さい一方、精神科や放射線科等の診療科では、大きく増加している²。

- このような医師偏在の是正のため、これまでも、第1次中間取りまとめで述べられたような累次の対策が講じられてきた。平成18年の「医師の需給に関する検討会」報告書等を踏まえ、医学部定員の増員が図られるとともに、この増員が医師の地域定着につながるよう、「地域枠」の推進や、都道府県における地域医療支援センターの設置、地域医療介護総合確保基金を通じた医師確保等の対策が講じられている。
- しかし、第1次中間取りまとめにあるように、いくら全国的な医師数を増やしても、実効的な医師偏在対策が講じられなければ、地域における医師不足の解消にはつながっていかない³。
- また、医師偏在対策を実効性がある形で進めるに当たっては、医師の少ない地域で診療に従事する医師が疲弊することなく、持続可能な仕組みを構築することが重要である。昨年の調査⁴によれば、医師が地方で勤務する意思がない理由として、全年代を通じて「希望する内容の仕事ができないこと」や「労働環境に不安があること」が高い割合で挙げられており、20代では「専門医の取得に不安があること」という意見も多い。
- 本来医師が少ない地域での勤務も、学びが多く、医師としての充実感を得られるものであることを踏まえると、仕事内容や労働環境、キャリアパスなどの観点を含めて、医師が医師の少ない地域での勤務を不安と感じる原因となる障壁を取り除く環境整備や、医師が少ない地域での勤務を促すインセンティブを高める対策を講じることが重要である。
- また、女性医師⁵は、出産、育児等を見据えた勤務形態やキャリア選択を余儀なくされ、一定の地域・診療科への集中が起きている現状にある。女性医師が出産、育児等のライフイベントに左右されずにキャリア構築ができる環境を整備することで、女性医師が望むキャリア形成を確保しながら、医師偏在是正にも寄与するような環境を作っていくことが重要である。

行政法人労働政策研究・研修機構「勤務医の就労実態と意識に関する調査」（平成24年）

² 外科においては、平成6年に28,223人であったものが平成26年には28,043人に微減、産婦人科においては、平成6年12,396人であったものが平成26年には12,888人に微増しているが、その数にはほとんど変化がない。

³ 医療界からも、平成27年12月に日本医師会・全国医学部長病院長会議の合同委員会において「医師の地域・診療科偏在解消の緊急提言」が示された。具体的な偏在対策案とともに、「課題解決のためには、医師自らが新たな規制をかけられることも受け入れなければならない」と現状に対する強い危機感が示されている。

⁴ 平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」

⁵ 近年、医学生に占める女子医学生の割合は、3割強に達している。

(2) 新専門医制度

- 新専門医制度については、「専門医の在り方に関する検討会報告書」（平成 25 年 4 月）に基づき、平成 29 年 4 月からの開始に向けて準備が進められていたが、都市部の大学病院等に研修医等が集中するのではないかなど、地域医療関係者や地方自治体から、地域偏在がさらに助長するとの懸念が示されたことを踏まえ、その制度開始が 1 年延期された。
- 本年 4 月に厚生労働省に設置された「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」では、新専門医制度について、医師のキャリアや地域医療に配慮した研修制度とすることについて検討され、日本専門医機構に対して必要な対応の要請がなされた。
- 現在、日本専門医機構はこの要請を踏まえた対応を行っているが、医師のキャリアや地域医療に対する配慮が平成 30 年度以降も継続的になされるよう、安定した仕組みを整えておく必要がある。

(3) 医師の働き方改革

- 本年 3 月に決定された「働き方改革実行計画」（平成 29 年 3 月働き方改革実現会議決定）を踏まえ、現在厚生労働省に設置された「医師の働き方改革に関する検討会」において、医師の働き方改革の方策について議論が進められている。
- この検討会では、平成 29 年 3 月から 2 年を目途として、医師に対する時間外労働規制の具体的な在り方をはじめ、医療機関のマネジメント能力の向上、医師から他の医療従事者等へのタスクシフティング（業務の移管）・タスクシェアリング（業務の共同化）など様々な対策について検討し、結論を得ることとされている。
- 医師に対する時間外労働規制については、改正法の施行から 5 年後に適用されることとなるが、施行に際し、医療現場に混乱なく、医療ニーズがあるにもかかわらず医師が不足している地域で必要な医師数が確保されるようにするためには、早急の実効性ある医師偏在対策が講じられることが前提となる。

(4) 都道府県を主体とする医療政策の実施体制の構築

- 平成 30 年度は、地域医療構想を含む医療計画の策定、国民健康保険の財政運営主体の都道府県化等がなされることとなっており、それ以降都道府県が管内の医療政策において中心的な役割を果たす体制が構築される。
- これらは、「社会保障制度改革国民会議報告書」⁶（平成 25 年社会保障制度改革国

⁶ 本報告書においては、人口動態ひいては医療・介護需要のピークの時期や程度が大きく異なり、医療・介護資源の現状の地域差も大きい実態を踏まえ、「これまで以上に地域の医療提供体制に係る責任を積

民会議）に基づく措置であるが、本報告書においては、「マンパワーの確保を含む都道府県の権限・役割の拡大が具体的に検討されて然るべき」、高齢化の進展により更に変化する地域ごとの医療ニーズと医療提供体制のミスマッチを解消するために、「データによる制御機構をもって医療ニーズと提供体制のマッチングを図るシステム」を確立すべきとの指摘もなされている。

- 今後、医師偏在対策を進めていくに当たっても、都道府県が、医師偏在に関する客観的で有効なデータに基づき、他の医療政策と整合的かつ主体的に医師偏在対策を講じることができる仕組みとしていく必要がある。

3. 今回講ずべき医師偏在対策の基本的な考え方

今回取りまとめるべき医師偏在対策は、次の(1)から(4)までのような基本的な考え方に基づくものとする必要がある。

(1) 医師偏在対策に有効な客観的データの整備

- 医師偏在対策に有効な客観的なデータの可視化を通じて、医療ニーズに合致した効果的な医師偏在対策を実施することができるようにするとともに、PDCAサイクルを通じて、都道府県が実施した医師偏在対策の効果を検証し、対策の改善が行われるような環境整備を図っていく必要がある。
- また、地域医療構想の推進に当たっては、地域ごとの医療ニーズに関するデータが整備されているが、外来においても、地域ごとの適切なデータを可視化し、開業に当たっての有益な情報として提供することで、個々の医師の行動変容を促し、偏在是正につなげていく必要がある。

(2) 都道府県が主体的・実効的に医師偏在対策を講じることができる体制の構築

- 都道府県が、地域の医療ニーズを踏まえて、地域医療構想等の地域の医療政策と整合的に、医師確保対策を主体的に実施することができるような仕組みとしていく必要がある。
- 特に、今後臨床研修を終える地域卒の医師が増加し、医師派遣等において都道府県の役割が増加することも踏まえ、都道府県が大学等の管内の関係者と連携して医師偏在対策を進めていくことができる体制を構築する必要がある。

極めかつ主体的に果たすことができるよう、マンパワーの確保を含む都道府県の権限・役割の拡大が具体的に検討されて然るべき」との指摘や、「医療政策に対して国の力がさほど強くない日本の状況に鑑み、データの可視化を通じた客観的データに基づく政策、つまりは、医療消費の格差を招来する市場の力でもなく、提供体制側の創意工夫を阻害するおそれがある政府の力でもないものとして、データによる制御機構をもって医療ニーズと提供体制のマッチングを図るシステムの確立を要請する声が上がっている」との指摘がなされている。

(3) 医師養成過程を通じた医師確保対策の充実

- 医学部、臨床研修、専門研修を通じ、医師は自らが研さんを積んだ土地に定着するとのデータも踏まえ、医師養成過程を通じた医師偏在対策を講じる必要がある。また、女性医師をはじめとした若手医師が望むキャリアパスを整備することは、地域での診療を促すインセンティブとなり、医師偏在の是正にもつながる。

(4) 医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進

- 医師の地域偏在の解消は、医師個人の自己犠牲や努力のみによって解決されるものではなく、都道府県、大学病院・大学医学部、医療関係団体、地域医療を支える医療機関、住民などの様々な関係者による実効的で持続可能な仕組みを構築することが不可欠である。決して、若手の医師のみが、その意思に反して、強制的に医師の少ない地域に行かされるような仕組みであってはならない。
- このため、過酷な勤務環境やキャリア形成に資することのない仕事内容の改善等、医師が医師の少ない地域での勤務において不安を感じる原因となる障壁を除去し、医師の少ない地域での勤務が医師個人のインセンティブとなる環境整備を進めるとともに、医師派遣を支える医療機関等へのインセンティブ付けや、医師派遣に当たって医師と医療機関とを適切にマッチングする仕組みも必要である。

4. 具体的な医師偏在対策

(1) 都道府県における医師確保対策の実施体制の強化

① 「医師確保計画」の策定

- 各都道府県において定量的な現状分析に基づく実効的な医師確保対策が進められるよう、医療計画において、「医療従事者の確保に関する事項」から医師の確保に関する事項を抜き出し、次の i) から iii) までの一連の方策を記載することを明確に法律上に位置付けるべきである。

i) 都道府県内における医師の確保方針

医師偏在の是正のため、都道府県内の二次医療圏・診療科別医師数、医療施設・医師配置状況、人口や医療ニーズの変化等の分析を踏まえ、あるべき医師確保の方針を定める。

ii) 医師偏在の度合いに応じた医師確保の目標

P D C A サイクルに基づく実効性の確保のため、医師偏在の度合いを示す指標を踏まえ、i) で設定した医師の確保方針に基づき、医師確保計画の期間内に都道府県内において確保すべき医師数の目標を設定する。

iii) 目標の達成に向けた施策内容

ii) で設定した医師数の目標を達成するための対策として、医師が少ない地域等に対する医師派遣の在り方、医師養成過程を通じた医師の地域定着策等の

医師確保対策を定める。

- また、これを運用上「医師確保計画」と呼称することとし、計画の期間を3年として、3年ごとにその内容を見直していくべきである。なお、医師確保計画に医師偏在対策を記載することとなることに併せ、地域医療対策は医師確保計画の中に組み込むものとして、発展的に解消することとする。
 - さらに、都道府県の策定する医師確保計画の実効性を確保するため、地域ごとの医師の多寡を全国ベースで客観的に比較・評価可能な、医師偏在の度合いを示す指標⁷を設定すべきである。これと併せ、都道府県知事が、医師偏在の度合い等に応じて、都道府県内の「医師少数区域（仮称）」及び「医師多数区域（仮称）」を設定し、具体的な医師確保対策に結び付けて実行できることとすべきである。
 - ただし、医師偏在の度合いに応じ、医療ニーズに比して医師が多いと評価された地域であっても、救急・小児・産科医療など政策医療等の観点から、地域に一定数の医師を確保する必要がある場合等については、配慮することが必要である。
- ② 地域医療対策協議会の実効性確保
- 地域医療対策協議会については、その役割を明確化し、実効性を高めるため、医師確保計画において定められた各種対策を具体的に実施するに当たって、関係者が協議・調整を行う協議機関と位置付けるべきである。これに伴い、都道府県において、その構成員について見直しを行い、具体的な医師確保対策の実施を担う医療機関を中心に再構成するよう、改組を促すべきである。
 - 併せて、地域医療対策協議会以外の医師確保に関する各種会議体（地域医療支援センター運営協議会、へき地医療支援機構、専門医協議会等）については、議論や構成員の重複を避けるために、その機能を地域医療対策協議会に移管し、原則として廃止すべきである。ただし、都道府県によって特別の事情がある場合には、これらの会議体を地域医療対策協議会のワーキンググループなどとして存続する等の柔軟な取扱いも可能とすべきである。
- ③ 効果的な医師派遣等の実施に向けた見直し
- 都道府県の行う地域医療支援事務（地域医療支援センターの事務）の実効性を強化するため、次のような見直しを行うべきである。
 - ・ 地域医療支援事務が、必ず大学医学部・大学病院との連携の下に行われるよう、地域医療対策協議会における協議に基づいて実施する

⁷ この指標の設定に当たっては、医療ニーズ、将来の人口・人口構成の変化、医師偏在の単位（区域、診療科、入院／外来）、患者の流入・流出、医師の性・年齢、へき地や離島等の地理的条件等を考慮することとする。

- ・ 理由なく公立病院・公的病院などに派遣先が偏らないようにする、地域医療構想との整合性を確保するなど、地域医療対策協議会において医師派遣の方針を整理・明確化する
 - ・ 今後増加する都道府県からの修学資金貸与医師を中心とした地域枠の医師については、地域医療対策協議会での協議を経て、都道府県主体で派遣方針を決定する
 - ・ 全ての都道府県でキャリア形成プログラムを策定することを徹底する。策定に当たっては、女性医師をはじめとした若手医師の希望やライフイベントに配慮されたものとする
 - ・ 医師派遣の調整や、派遣医師の負担軽減のための援助（適切な休暇取得や能力開発等が可能な労働条件の確保等）を、地域医療支援事務において行う
- また、地域医療支援事務に、より実効性を持たせるため、現在厚生労働省において整備を進めている医師情報データベースを早急に構築すべきである。
- 併せて、医療勤務環境改善支援センターは、医師少数区域等の医療機関に派遣される医師の労働環境への不安等を解消するため、派遣先の医療機関の勤務環境の改善の重要性に特に留意して運営するものとし、地域医療支援センターと連携することを法律上明記すべきである。

(2) 医師養成過程を通じた地域における医師確保

① 医学部

- 出身地⁸と大学の所在地が同じ都道府県であれば、卒後長期にわたって高い地元定着率があることを踏まえ、医師が少ない都道府県の知事が、管内の大学を含めた地域医療対策協議会の意見を聴いた上で、管内の大学に対し、入学枠に地元出身者枠の設定・増員を要請することができる制度を法律上設けるべきである。併せて、地域枠ではない地元出身者枠の医師についても、地域医療支援センターが積極的にキャリア形成プログラムの策定等の支援を行うべきである。
- また、都道府県をまたいだ地域枠⁹の医師についても、高い地域定着率があることを踏まえ、医師が少ない都道府県において、その都道府県内の医学部の定員では十分な地元出身者枠・地域枠を確保できない場合には、医師が多い都道府県の大学医学部にも、地域枠を設定することができるようすべきである。

⁸ 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として定義

⁹ 人口に比して管内の医学部定員が少ない等の理由により、当該都道府県ではなく、他の都道府県に所在する大学医学部に設定される地域枠

② 臨床研修

i) 都道府県による臨床研修病院の指定・定員設定等

- 地域の実情を踏まえた臨床研修病院の指定・定員設定が適切になされるよう、国から都道府県に権限を移管し、大学病院を含めた臨床研修病院の指定及び募集定員の設定は、都道府県が、地域医療対策協議会の意見を聴いた上で行うことができるようにすべきである。ただし、臨床研修の質を担保する観点から、国がその指定基準を定めるべきである。
- また、研修医が、臨床研修終了後に出身地や出身大学の都道府県¹⁰に定着することを促すため、地域枠等の医師に対する臨床研修の選考については、地域枠の一定割合を上限としつつ、一般のマッチングとは分けて実施することとすべきである。なお、臨床研修病院ごとの選考枠については、地域医療対策協議会の意見を聴いた上で、個別に判断することとすべきである。

ii) 募集定員算定方式の見直し

- 臨床研修医の募集定員上限については、臨床研修医の都市部への集中を引き続き更に抑制していくために、平成 37 年度に 1.05 倍となるよう段階的に圧縮していくべきである。
- また、都道府県ごとの募集定員上限の算定方式については、医学部入学定員で按分している都道府県において、人口分布で按分した場合の定員に比べてより定員の設定が多くなることがあり、その結果として募集定員に対する採用率が低いところが多くなることを踏まえ、
 - ・ 医学部入学定員による募集定員の増加に一定の上限を設ける
 - ・ 医師が少ない地域等へ配慮する観点から、地理的条件等の加算を増加させるといった改善を図るべきである。

③ 専門研修

i) 新専門医制度における行政の役割の明確化

- 新専門医制度については、日本専門医機構等が国や地方自治体からの意見を踏まえる仕組みが担保されるよう、次の事項を法定すべきである¹¹。
 - ・ 出産、育児等に配慮すべき女性医師をはじめ、医師に対する研修の機会確保

¹⁰ ある都道府県が、当該都道府県とは別の都道府県に所在する大学の医学部定員を活用して地域枠を設定するときは、当該大学が所在する都道府県ではなく、当該地域枠を設定する都道府県

¹¹ 本年 8 月の「「新たな専門医制度」に対する厚生労働大臣談話」においては、「都道府県、市町村、医師会、大学、病院団体等からなる都道府県協議会等地域医療関係者と十分に協議が行われたうえで、運用の中で問題があれば速やかに是正が行われる必要がある」「新たな専門医制度によって地域医療に影響を与える懸念が生じた場合には、「国民に対し良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制」を確保する医療法上の国の責務に基づき、厚生労働省からも日本専門医機構及び各関係学会に対して実効性ある対応を求める」との見解が示されている。

が十分でない場合には、国が、審議会の意見を踏まえ、必要な措置の実施について日本専門医機構等に対して要請することができることとする

- ・ 研修プログラムの認定前に、国や都道府県が、それぞれ審議会・地域医療対策協議会の意見を踏まえ、日本専門医機構等に対し、地域医療の観点から必要な措置の実施について意見を述べるができることとする
- ・ 日本専門医機構等は、正当な理由があれば、これらの要請等への対応が免除される

ii) 医療ニーズを踏まえた診療科ごとに必要な医師数の明確化

- 医師が、将来の診療科別の医療ニーズを見据え、適切に診療科を選択することで診療科偏在の是正につながるよう、人口動態や疾病構造の変化を考慮した診療科ごとに将来必要な医師数の見通しを、国全体・都道府県ごとに明確化し、国が情報提供すべきである。

(3) 地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

- 外来医療については、

- ・ 地域で中心的に外来医療を担う無床診療所の開設状況が都市部に偏っている
- ・ 診療所における診療科の専門分化が進んでいる
- ・ 救急医療提供体制の構築、グループ診療の実施、放射線装置の共同利用等の医療機関の連携の取組が、地域で個々の医療機関の自主的な取組に委ねられている等の状況にある。

- 今般、医師偏在の度合いが指標により示されることにより、地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握が可能となることを踏まえ、この情報を、新たに開業しようとしている医療関係者等が自主的な経営判断を行うに当たっての有益な情報として、可視化するべきである。

- その際、地域ごとの疾病の構造や患者の受療行動といった特性など、より詳細な付加情報等を加えたり、患者のプライバシーや経営情報等の機微に触れる情報を除いたりといった対応のために、可視化する情報の内容について地域の医療関係者等と事前に協議等を行うこととすべきである。

- 加えて、地域における救急医療提供体制の構築、グループ診療の推進、医療設備・機器等の共同利用等の、充実が必要な外来機能や充足している外来機能に関する外来医療機関間での機能分化・連携の方針等についても、併せて協議を行い、地域ごとに方針決定できるようにするべきである。なお、この協議については、地域医療構想調整会議を活用することができることとすべきである。

(4) 医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進

① 医師個人に対する環境整備・インセンティブ

i) 医師の少ない地域で勤務する医師が疲弊しない持続可能な環境の整備

- 医師が医師の少ない地域で勤務を行うに当たり、勤務環境や仕事内容、キャリア等に対する不安を解消するため、次のような措置を行うべきである。
 - ・ 医師の少ない地域で勤務を行う医師が、都市部に住みながらグループ診療などを通じて週に数回診療を行ったり、医師の少ない地域に住んで診療を行う場合でも定期的に休暇取得や中核病院での研さんを行ったりできるよう、交代で勤務する医師の派遣に対する支援を行う
 - ・ 医師の少ない地域で専門外の症例を取り扱う場合に、地域の中核病院等からの助言や患者の受入等に関して後方支援が受けられるよう、医師間の遠隔相談・診療等に対する支援を行う
 - ・ プライマリ・ケア等の地域医療を支える医学教育を充実するとともに、医師の少ない地域に勤務を行う医師に対する事前・派遣期間中のプライマリ・ケアの研修・指導体制を確保する
 - ・ 医師の少ない地域で勤務を行った後もキャリアに資する専門的な研さんが受けられるよう、また医師が将来のキャリアを見通し、出産、育児等のライフプランに応じて柔軟に研修が受けられるよう、都道府県や大学病院・医学部、地域医療を支援する立場の医療機関等が協力して中長期的なキャリア形成プログラムを作成し、このプログラムの下で医師派遣を実施する
 - ・ 医師が少ない地域でサテライトのような医療機関の管理が認められるよう、医師少数区域に開設する医療機関等の兼任管理が可能である旨を明確化する
 - ・ 医師の少ない地域を含め、出産、育児等に配慮すべき女性医師等が希望する勤務地で診療を行うことができるよう、育児休業明けの復職研修の実施や院内保育所の整備等に対する支援を行う

ii) 医師が少ない地域での勤務のインセンティブとなる認定制度の創設

- i)の環境整備と併せて、医師が医師の少ない地域で勤務するのを後押しするため、医師少数区域等に所在する医療機関であって都道府県知事が指定するものにおいて、一定期間以上勤務した医師を、当該医師の申請に基づき、厚生労働大臣が認定する制度を創設するべきである。
- 認定を受けられる対象は、若手・ベテランを問わずあらゆる世代のすべての医師と対象とすべきである。また、認定に必要な勤務期間については、医師偏在の度合いを示す指標を設定する際に、併せて検討を行うべきである。さらに、認定医師の名称や普及の方法等については、今後別途検討を行うべきである。
- このほか、この認定制度に関しては、次の仕組みを併せて講じるべきである。
 - ・ 認定を受けた医師（認定医師）であることを広告可能事項に追加

- ・ 医師派遣を支える医療機関等に対する経済的インセンティブ
- ・ 医師派遣に当たって医師と医療機関の間をマッチングする仕組み
- ・ 認定医師を一定の医療機関の管理者として評価

② 医師派遣を支える医療機関等に対する経済的インセンティブ等

- 医師個人に対するインセンティブのみならず、医師派遣要請に応じて医師を送り出す医療機関、認定医師によって質の高いプライマリ・ケア等が提供される医療機関等、認定制度の実効性を高める医療機関について、税制、補助金、診療報酬上の評価等の対応について検討し、必要な経済的インセンティブが得られる仕組みを構築すべきである。
- 特に、医師派遣等の機能を発揮する医療機関の評価の検討に当たり、地域医療を支援する立場にある地域医療支援病院については、医師派遣機能や、プライマリ・ケアの研修・指導体制の確保などその環境整備に一定の機能を果たすものについて評価を行うこととし、その役割、機能、評価の在り方等を含めて、別途検討すべきである。
- また、(1)③で述べたように、地域医療対策協議会における医師派遣方針に基づき、医師派遣調整を行う地域医療支援センターにおいて、派遣される医師、医師派遣を行う医療機関、医師派遣を受け入れる医療機関の間のマッチング機能を担うこととすべきである。
- さらに、このようなマッチングの仕組みを設けるのであれば、医師少数区域のない都道府県があること等も想定されることから、都道府県を越えての医師派遣を調整する仕組みについても、厚生労働省において検討を進めるべきである。

③ 認定医師に対する一定の医療機関の管理者としての評価

- 医療機関の管理者には、財務・労務管理といった経営能力のみならず、地域への貢献まで含めた幅広いマネジメント能力が求められる。このため、認定医師の医師少数区域等における勤務経験を評価し、認定医師であることを一定の医療機関の管理者に求められる基準の一つとすべきである。
- この対象となる医療機関については、まずは地域の医療機関と連携しながら地域医療を支えるという制度上の目的を有する地域医療支援病院のうち、医師派遣・環境整備機能を有する病院とし、今後、具体的な医療機関の在り方について検討すべきである。また、管理者として評価を行うのは、施行日以降に臨床研修を開始した認定医師に限るものとすべきである。
- なお、医療機関の管理者として求められる素養は、地域診療の経験や理解に限ら

れないことから、管理者として必要なマネジメント能力、その研修の実施等について、別途検討を進めるべきである。

5. 将来に向けた課題

(1) 今回の医師偏在対策の効果の検証を踏まえた継続的な議論の必要性

- 4で掲げた医師偏在対策は、昨年6月の第1次中間取りまとめで検討課題とされた項目について、3で掲げる基本的考え方に基づき、様々な立場の関係者から一定の合意が得られる範囲で取りまとめたものである。しかし、次の①から③までの対策については、今回の取りまとめの内容を、より進めたものとすべきか否かについて、更なる議論が必要である。

① 専門研修における診療科ごとの都道府県別定員設定

- 新専門医制度については、
 - ・ 診療科ごとに都道府県別の定員を設定し、臨床研修同様、マッチングの仕組みを導入することで、地域における診療科偏在を是正していくべき
 - ・ 定員設定等の導入は時期尚早であり、まずは今回の対策の効果を見るべきとの意見があった。

② 認定医師に対する一定の医療機関の管理者としての評価

- 認定医師であることを地域医療支援病院等の管理者に求められる基準の一つとすることについては、
 - ・ 対象医療機関が地域医療支援病院に限られれば、インセンティブが十分に働かず、効果が小さいため、実効性を高めるためには、診療所を含めた他の医療機関も全て対象とすべき
 - ・ 対象医療機関の範囲を大幅に拡大すれば、医師が少ない地域での診療を実質的に義務化することになるため、まずは地域医療支援病院を対象に制度を始め、効果を見るべき
 - ・ 現状では医師自らの意に反して医師の少ない地域で診療することを促す仕組みとなるため、プライマリ・ケア等の地域医療を支える医学教育の充実や、地域による魅力の発信・医師を受け入れる環境の整備等を通じて、医師本人が医師の少ない地域での勤務を望む状況を作り上げることが、医師本人にとっても、その診療を受ける患者にとってもメリットとなるとの意見があった。

③ 無床診療所の開設に対する新たな制度上の枠組みの導入

- 無床診療所の開設に対する新たな制度上の枠組みの導入については、
 - ・ 国民皆保険をとる我が国では、被保険者間の医療アクセスの公平性の確保を図るため、医療保険制度による対応も含めて、他の医療資源の偏在是正の仕組みも参考に、無床診療所の開設に対する新たな制度上の枠組みを設けるべき

- ・ 憲法上の営業の自由との関係の整理や、駆け込み開設の懸念等、法制的・施策的な課題を全てクリアしなければ、そのような枠組みの実現は困難との意見があった。

○ しかしながら、現時点では、各対策の効果の検証がなされておらず、①から③までのいずれの意見にも、十分な根拠があるとはいいがたい。このため、今回の医師偏在対策については、できるだけ速やかに施行し、施行後も速やかに、かつ定期的にその効果の検証を行うべきである。検証の結果、十分な効果が生じていない場合には、特に地方の人口減少・高齢化が今後急速に進行することも踏まえ、上記①から③までで整理した論点を含めて、更なる医師偏在対策について、早急に検討されるべきである。

(2) 都道府県における医療行政能力の向上のための取組の必要性

○ 今回の医師偏在対策により、都道府県は、医師確保計画を通じた都道府県内の医師確保対策の総合的・計画的実施を担うこととなり、地域医療支援センターを通じた医師派遣だけでなく、医師養成過程における協議等も含めて、都道府県が大きな責任と権限を得ることとなる。

○ 2で述べたとおり、地域医療構想の推進を始めとして、都道府県は地域の医療政策の中心となることが期待されているが、都道府県ごとに医療資源の配置や関係者の意見等の状況が異なることから、医療政策の推進の度合いに差があるとの意見がある。

○ このため、厚生労働省においては、都道府県がより実効的な医療政策を講じることができるよう、研修の実施や人事上の配慮等について、都道府県の人材育成が進むような適切な対応を検討すべきである。

特定機能病院の承認要件の見直しについて

第57回社会保障審議会医療部会におけるご意見について

- 次の指摘に対して、改めて、本検討会で確認することとしたい。

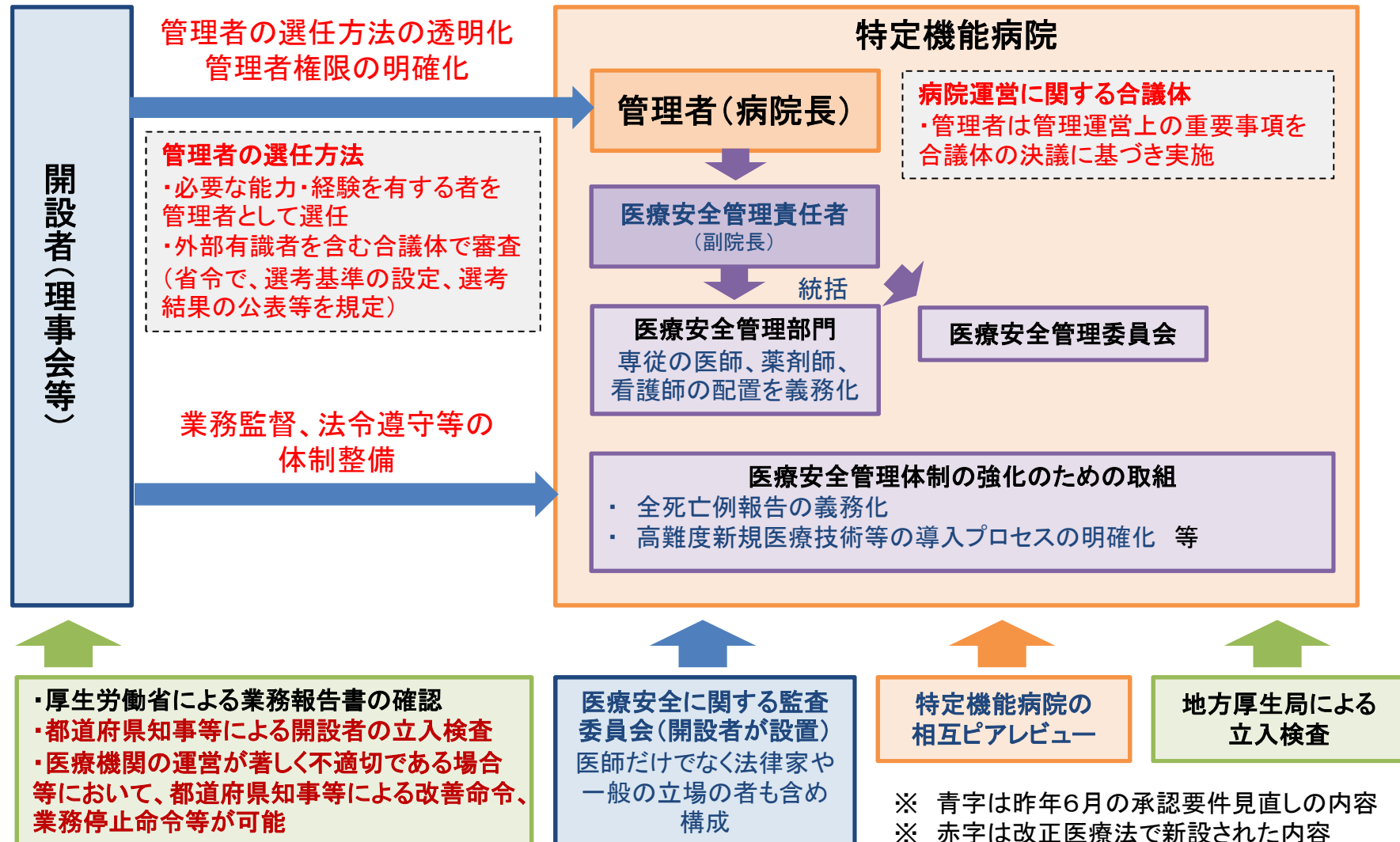
委員の御指摘

- 開設者と管理者の関係、管理者と医学部(教授会)の関係について明確化すべきではないか。
- 管理者が有する人事・予算権限について、具体的に明示すべきではないか。
- ガバナンス改革が適切に行われるよう、改革の実施状況について確認が必要と考えるが、どうか。

- 今回の改正においては、開設者と管理者の権限を明確化するとともに、管理者の選任方法を透明化し、開設者と管理者の関係について、整理を行ったところ。
医学部(教授会)との関係についても、必要に応じて、これらの対応の中で整理されるものと考えている。
- 管理者が有する人事権や予算権について一律に定めることは、それぞれの法人の形態が異なるため困難である。
しかしながら、医療提供の責任者である管理者が、病院の管理運営に必要な指導力を発揮し、医療安全等を確保できるよう、必要な権限を有すべきである旨、通知で明示することとする。
- ガバナンス構造は様々であり、開設者によっても異なることから、まずは、各病院の取組状況について、毎年病院から提出される業務報告書や、年に一度以上の立入検査時に、確認することとする。
今後、その確認状況を整理した上で、社会保障審議会医療分科会へ報告する。

特定機能病院のガバナンスに関する改正事項

特定機能病院は高度の医療を提供する使命が課せられているため、「医療の高度の安全の確保」を特定機能病院の承認要件に加えるとともに、管理者の義務とする(4条の2、16条の3)



(参考)第57回社会保障審議会医療部会における主なご意見①

- 今回の提案で管理者の選任と病院の管理監督体制、双方に外部の人間が複数参画するような機関の設置ということが提案されているということは、非常によいこと
- 選任の方法に当たって、透明性が確保され、出身等を問わず最もふさわしい管理者が先行されるプロセスによるべきであるとしてあったと思うので、そのような選考プロセスになる必要がある。それをどのように担保するか。
- 大学のガバナンスというのは非常に大学の自治との関係もあり、悩ましいところと思うが、大学の学長選考組織の構成員は幅広い人選で、審査の公平性の観点から十分配慮することが必要となっており、特定機能病院においても、透明性確保と審査の公平性を担保できるような工夫をお願いしたい
- 大学には、学長がいて、医学部に医学部長がいて、病院は病院長がいる。診療に関する事故が起きた場合は、学長の責任なのか、医学部長の責任なのか、病院長の責任なのか、どこが責任なのか。大学病院のガバナンスを考える場合に、そのこのところをきちんと整理しておく、明確化する必要があるのではないか。
- 今回の改正の中では、病院内における人事においては病院長が権限を持つ。すなわち教授イコール診療科長ではなくて、診療科長は必ずしも教授以外の方でも診療科長としてふさわしい方を病院長が任命できるような、そのような形を明確化することで、病院長が診療に関する人事等に権限を持つことを明確化することが入っていると理解している。
- 従来は医学部の教授会で病院長を決めているケースが多かったと思う。それが、今、少しずつ移行しているということが現状ではないか。病院長が力を発揮できるように、あるいは病院長の行動を今度、監査するための組織がきちんとできているのかどうか。それは医学部長の責任のもとに行うのか、設置者である法人のもとに行うのかということの整理が必要だと思う。

(参考)第57回社会保障審議会医療部会における主なご意見②

- 改正前と改正後を見ると、どちらも開設者が管理者の任命をするのだけれども、管理者の任命の方法が変わったということなので、これは徹底する必要がある。
- 病院長は、私学を中心に地位が非常に低くて、理事会の理事にすらなっていないところがある。旧帝国大学も学部長より1段下と見ている。病院長の地位をたくさんの方々の命を預かっているわけだから、教育と並んで病院という立場でこの地位を上げていただきたい。
- 病院長の権限を明確化することは大賛成。医療安全の観点から言うと診療科横断的に管理者が権限を持つということができるようになるべき。必要となる一定の人事、予算執行権限については、大学によって、特定機能病院のそれぞれによって一定の範囲が違う可能性があるので、確認できるようにすべき。
- 今回の見直しは、適正な管理者が選ばれるという前提でつくっているが、適正でない管理者がなって、その管理者が人事、予算執行権を全部持ってしまったら、その病院はどうなるのか懸念がある。
- 開設者の監督体制も問題になるが、どういう仕組みになっているのか。
- 大学病院の場合、大学の学部、学長と医学部長と病院長と、もう一つは病院の医療安全委員長がすごく大事。関係性をきちんとシェーマで図にしてもらいたい。
- 開設者、管理者がもっと一体になって、ちゃんと特定機能病院を運用していただきたいということ。

平成30年度 予算案の概要

(厚生労働省医政局)

平成30年度 予算案 (A)	2, 139億3千6百万円
平成29年度 補正予算案 (B)	27億7千2百万円
(A) + (B) =	2, 167億8百万円

平成29年度 当初予算額 (C)	1, 769億6千8百万円
(A) との差引増減額	369億6千8百万円 (120. 9%)
(A)+(B) との差引増減額	397億4千万円 (122. 5%)

(注1) 上記計数には、厚生労働科学研究費補助金等は含まない

(注2) 平成29年度は、被災地域における地域医療の再生支援（東日本大震災復興特別会計）等として、別途409億3千万円を計上

平成30年度 厚生労働省医政局 予算案の主要施策

I. 医療介護提供体制改革の実現及び医師・看護師等の働き方改革の推進

- | | |
|-------------------------------|----------|
| 1. 地域医療構想の達成に向けた取組の推進 | 622. 4億円 |
| 2. 働き方改革実行計画（H29.3）を踏まえた取組の推進 | 8. 6億円 |

II. 質が高く効率的な医療提供体制の確保

- | | |
|--------------------|----------|
| 1. 救急・周産期医療などの体制整備 | 314. 4億円 |
| 2. 地域医療確保対策の推進 | 148. 5億円 |
| 3. 医療安全の推進 | 14. 0億円 |
| 4. 国民への情報提供の適正化の推進 | 0. 5億円 |

III. 医療分野の研究開発の促進及び医療関連産業の活性化

- | | |
|---------------------|---------|
| 1. 医療分野の研究開発の促進等 | 68. 8億円 |
| 2. 高い創薬力を持つ産業構造への転換 | 8. 2億円 |
| 3. 医療の国際展開の推進 | 5. 8億円 |

平成 29 年度 厚生労働省医政局 補正予算案の各施策

I. 生産性革命の推進

1. **アジアヘルスケア人材育成・医療関連市場活性化促進事業** 19.7 億円
国内医療関係企業の生産性向上を図るため、アジア健康構想に係る医療分野の人材育成に資する調査研修等の事業を実施する。
2. **がんゲノム情報管理センターにおける検体保存体制の整備** 4.2 億円
ゲノム情報に基づく適切な診療の提供や、革新的な治療の早期開発を目指し、検体を保存する体制（バイオバンク）を備えた、がんゲノム情報管理センターの整備を行う。
3. **クリニカル・イノベーション・ネットワーク推進支援事業** 1.9 億円
CIN 構想をより一層推進し、早期実用化に向け、製薬企業等のニーズに応じて、疾患登録システム（レジストリ）の登録内容の追加等を行う。
※CIN：効率的な創薬のための環境整備を進めるため、国立高度専門医療研究センターや学会等が構築する疾患登録システムなどのネットワーク化を行う取組

II. 台風 18 号等からの復旧

1. **医療施設等の災害復旧** 2.0 億円
被災した医療施設等の早期復旧を図るため、復旧に要する費用に対して補助を行う。

主要施策

Ⅰ. 医療介護提供体制改革の実現及び医師・看護師等の働き方改革の推進

社会保障・税一体改革を着実に進めるため、医療介護総合確保推進法に基づく諸施策を推進し、高度急性期から在宅医療・介護までの一連のサービスを地域において総合的に確保することにより、地域における適切な医療・介護サービス提供体制の制度改革を実現する。

また、働き方改革実行計画（平成 29 年 3 月）や新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会報告書（平成 29 年 4 月）を踏まえ、働き方改革の推進を図る。

（１）地域医療構想の達成に向けた取組の推進

各都道府県において策定された地域医療構想を踏まえた病床の機能分化・連携等に関する事業が一層本格化する。また、病床の機能分化・連携を進めるためには、居宅等における医療の提供や医療従事者の確保についても、併せて推進する必要がある。2025 年に向けて、地域医療構想を達成するため、引き続き、地域医療介護総合確保基金により支援を行う。

公費93, 366百万円(国62, 244百万円、地方31, 122百万円)

（参考）地域医療介護総合確保基金の対象事業

①地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業

公費50, 000百万円(国:33, 333百万円、地方:16, 667百万円)

急性期病床から回復期病床への転換等、地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携等について実効性のあるものとするため、医療機関が実施する施設・設備整備に対する助成を行う事業。

②居宅等における医療の提供に関する事業

公費43, 366百万円(国:28, 911百万円、地方:14, 455百万円)の内数

地域包括ケアシステムの構築を図るため、在宅医療の実施に係る拠点の整備や連携体制を確保するための支援等、在宅における医療を提供する体制の整備に対する助成を行う事業。

③医療従事者の確保に関する事業

公費43, 366百万円(国:28, 911百万円、地方:14, 455百万円)の内数

医師等の偏在の解消、医療機関の勤務環境の改善、チーム医療の推進等の事業に助成することにより、医師、看護師等の地域に必要な質の高い医療従事者の確保・養成を推進する事業。

(2) 働き方改革実行計画（H29.3）を踏まえた取組の推進

1

医師不足地域における若手医師のキャリア形成支援

758百万円

地域卒出身の若手医師が医師不足地域への派遣により地域診療義務を果たす場合等に、週3日は休暇・自己研さん等に充てられる週4日勤務制の導入、休日を確実に取得できるようにする休日代替医師の派遣、複数医師によるグループ診療、テレビ電話等を活用した診療支援等をモデル的に実施し、派遣される医師のキャリア形成や勤務負担軽減を図るために必要な経費を支援する。

【新規】

2

医療従事者の勤務環境の改善

58百万円

働き方改革実行計画において、医師についても時間外労働規制の対象とすることから、医師の長時間労働是正に向け、都道府県医療勤務環境改善支援センターがより効率的・効果的な支援を行うための病院実態調査を民間事業者等に委託する経費を措置するもの。【新規】

3

女性医師等キャリア支援事業

44百万円

出産・育児・介護等における女性医師のキャリア支援を行う医療機関を普及させるため、男性医師や医師以外の医療従事者も対象とした普及可能な効果的支援策モデルの構築に向けた支援を行うとともに、モデル事業の取組みを更に展開するために全都道府県で「先進的な女性医師等キャリア支援連絡協議会」を開催する。

II. 質が高く効率的な医療提供体制の確保

できる限り住み慣れた地域で、その人にとって適切な医療サービスが受けられる社会の実現に向け、医療提供体制の整備のための取組を推進する。

(1) 救急・周産期医療などの体制整備

1	救急医療体制の整備	420百万円
---	-----------	--------

救急医療体制の整備を図るため、重篤な救急患者を24時間体制で受け入れる救命救急センターなどへの財政支援を行う。

【救急医療関係の主な予算の内訳】

- ・救急医療体制強化事業 381 百万円
- ・病院前医療体制充実強化事業 他 39 百万円
- ・上記以外に医療提供体制推進事業費補助金 22,924 百万円を活用。
 - 主な事業メニュー
救命救急センター運営事業、小児救命救急センター運営事業 等

2	ドクターヘリの導入促進	6,646百万円
---	-------------	----------

地域において必要な救急医療が適時適切に提供できる体制の構築を目指し、早期の治療開始、迅速な搬送を可能とするドクターヘリの運航体制を拡充するための支援を行う。

【ドクターヘリ関係の予算の内訳】

- ・ドクターヘリ事業従事者研修事業 7 百万円
- ・ドクターヘリ導入促進事業※ 6,639 百万円
- ※ドクターヘリ導入促進事業は医療提供体制推進事業費補助金
22,924 百万円の内数

地域で安心して産み育てることのできる医療の確保を図るため、総合周産期母子医療センターやそれを支える地域周産期母子医療センターの新生児集中治療室（NICU）、母体・胎児集中治療室（MFICU）等へ必要な支援を行う。

また、産科医師や分娩取扱施設が存在しない二次医療圏（無産科二次医療圏）、又は分娩取扱施設が少ない地域において、新規開設等を行う分娩取扱施設の施設・設備整備や、同地域に産科医を派遣する医療機関に対して必要な経費を支援するなど、周産期医療体制の強化・充実を図る。【一部新規】

【小児・周産期医療関係の主な予算の内訳】

- ・地域の分娩取扱施設の確保事業 177 百万円
- ・地域の産科医療を担う産科医の確保事業 110 百万円
- ・産科医療補償制度運営費 他 134 百万円
- ・上記以外に医療提供体制推進事業費補助金 22,924 百万円を活用。
- 主な事業メニュー
周産期母子医療センター運営事業、NICU等長期入院児支援事業 等

無医地区等のへき地に居住する住民に対する医療提供体制の確保を図るため、無医地区等から高度・専門医療機関を有する都市部の医療機関へ患者を長距離輸送する航空機（メディカルジェット）に対して運行に必要な医師等の添乗に係る人件費への補助を拡充するほか、へき地医療拠点病院からの医師等の派遣に加え、へき地医療拠点病院以外の都心部の医療機関からへき地診療所への医師等の派遣に必要な経費を支援するなど、へき地医療体制の強化・充実を図る。【一部新規】

南海トラフ巨大地震や首都直下地震における活動計画を踏まえた災害医療体制の強化のため、災害時に都道府県や災害拠点病院などとの連絡調整やDMAT支援を担うDMAT事務局体制の拡充等を図るとともに、DMAT活動終了後、被災地の医療機能が回復するまでの間の医療支援を担うJMAT（日本医師会災害医療チーム）等の民間医療チームの養成に必要な費用を支援する。

また、災害発生時に入院患者の安全の確保や被災者に対する適切な医療を提供する体制を維持するため、災害拠点病院や救命救急センター等の耐震化を促進するとともに、災害拠点病院が事業継続計画（BCP）を策定できるよう研修事業を支援するなど、災害医療体制の強化・充実を図る。【一部新規】

【災害医療関係の主な予算の内訳】

- ・ DMAT体制整備事業 259 百万円
- ・ 広域災害・救急医療情報システム経費（EMIS） 62 百万円
- ・ 災害医療チーム養成支援事業 15 百万円
- ・ 事業継続計画（BCP）策定研修事業 5 百万円
- ・ 災害医療コーディネーター研修事業 他 78 百万円
- ・ 上記以外に、有床診療所等スプリングラー等施設整備事業 20,023 百万円、医療施設等災害復旧費補助金 294 百万円、医療施設等耐震整備事業 639 百万円を計上
- ・ また、医療提供体制推進事業費補助金 22,924 百万円を活用。
- 主な事業メニュー
基幹災害拠点病院設備整備事業、地域災害拠点病院設備整備事業 等

（２）地域医療確保対策の推進

医師の地域偏在・診療科偏在の更なる是正を図るため、地元出身者等の採用に応じた加算を拡充するほか、産婦人科や小児科における臨床研修医の宿日直に際し、指導医や上級医が宿泊のうえ指導を行った場合の手当に対する支援の増額、必修科目の増加など研修プログラムの見直しに伴うプログラム責任者等経費の増額、必修科目の地域医療研修において、へき地診療所等研修に要する経費の増額など事業の充実を図る。

2 専門医に関する新たな仕組みの構築に向けた取組**388百万円**

新たな専門医の仕組み導入に伴う医師偏在の拡大を防止するため、研修プログラムについて協議する都道府県協議会の経費を増額するとともに、地域医療支援センターのキャリア支援プログラムに基づいた専門医研修の実施にあたり、指導医を派遣した場合や、各都道府県による調整の下で、医師不足地域の医療機関へ指導医の派遣等を行う場合に、必要な経費を補助する。

また、日本専門医機構が各都道府県協議会の意見を取り入れて専門医の研修体制を構築するための連絡調整経費の増額や、医師偏在対策の観点から研修プログラムをチェックするために必要な経費等を補助する。

3 死因究明等の推進**233百万円**

死因究明等推進計画（平成26年6月13日閣議決定）に基づき、検案する医師の資質向上や、死亡時画像診断の活用を含めた死因究明等の推進を図るために、法医学の専門家による相談事業や研修事業の実施に必要な経費等を支援する。【一部新規】

4 歯科口腔保健の推進**763百万円**

ライフステージごとの特性等を踏まえた歯科口腔保健施策を推進するとともに、自治体等が実施する歯科健診を推進するため、効率的・効果的な健診方法を検証するモデル事業等を実施する。【一部新規】

5 補聴器販売者の技能向上研修等事業**41百万円**

補聴器の安全で効果的な使用に資するため、質の高い補聴器販売者の養成等を支援する。

6 在宅医療の推進**43百万円**

地域包括ケアシステムを支える在宅医療を推進するため、関係団体、研究機関、学会等がそれぞれの知見や研究成果を相互に共有し、必要な協力体制を構築した上で、国民の視点に立った在宅医療の普及啓発を行う。

また、在宅医療・訪問看護に係る専門知識や経験を豊富に備えた講師の人材育成を進め、在宅医療推進のための地域の取組を支援する。

7 人生の最終段階における医療の体制整備

83百万円

人生の最終段階における医療に関する患者の相談に適切に対応できる医師・看護師等の医療従事者の育成や、救急医療や在宅医療関係者間で患者の希望する療養場所や医療処置に関する情報を共有するための取組、住民への普及啓発のための取組を進め、人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境整備をさらに推進する。

(3) 医療安全の推進

1 実践的手術手技向上研修事業の推進経費

295百万円

近年、医療安全への社会的な関心が高まるとともに医療技術の高度化に伴い、手術手技の修練もOJTにおいて直接患者で行う前に、シミュレーターや動物等を使用して十分な練習を行うことが求められている。内視鏡等による手術には、実際の死体を使ったサージカルトレーニングが有効であり、医療安全の観点からさらなる普及が必要となるため、サージカルトレーニングを実施するのに必要な経費を支援する。【一部新規】

2 患者安全サミットの開催経費

86百万円

世界的な患者安全への取組の推進を図るため、諸外国の保健担当大臣や医療安全に関する専門家などを招へいする国際会議「患者安全サミット」を日本で開催する。【新規】

(4) 国民への情報提供の適正化の推進

1 医業等に係るウェブサイトの監視体制強化

51百万円

美容医療のサービスに関する消費者トラブルが発生し続けているため、消費者基本計画等において、医療機関のウェブサイトの適正化が求められている。また、医療法における広告規制の改正施行後は規制範囲が拡大され、更なる監視体制の強化が必要となることから、医業等に係るウェブサイトの監視体制強化を図る。

Ⅲ. 医療分野の研究開発の促進及び医療関連産業の活性化

国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED）と大学、研究機関等との連携による基礎から実用化までの一貫した医療分野の研究開発を推進し、世界最高水準の医療の提供に資する。

また、医薬品産業を高い創薬力を持つ産業構造へ転換するため、医療系ベンチャーの振興や革新的バイオ医薬品及びバイオシミラーの開発支援を拡充するとともに、平成32年9月までに後発医薬品の使用割合を80%とし、できる限り早期に達成できるよう、保険者ごとの使用率や後発医薬品の使用促進が進んでいない地域の要因などを分析し、後発医薬品の更なる使用促進策を図る。

（１）医療分野の研究開発の促進等

1	臨床研究法施行に伴う質の高い臨床研究の推進（一部再掲）	607百万円
---	-----------------------------	--------

臨床研究法の施行等のため、臨床研究の概要等を登録する公的データベースの構築、書面審査や実地調査による法律における遵守事項の確認事業の実施、特定臨床研究実施者等に対する教育研修の実施等により、臨床研究の適切な実施を推進する。【一部新規】

2	クリニカル・イノベーション・ネットワークの構想の推進（一部再掲）	2,926百万円
---	----------------------------------	----------

クリニカル・イノベーション・ネットワーク（CIN）構想の実用化に向けて、収集したレジストリ情報の利活用促進のため、登録項目の精査等を行う。

3	医療技術実用化総合促進事業	2,798百万円
---	---------------	----------

医療法に基づく臨床研究中核病院を日本全体の臨床研究基盤へと押し上げるため、引き続き日本の医療機関が実施する臨床研究等を総合的に支援するとともに、医療技術の実用化スキームの効率化、迅速化、標準化を推進する。また、先進医療を実施するにあたり先進医療技術審査部会及び先進医療会議で審議する前に、臨床研究中核病院において研究計画書や開発ロードマップ等の相談支援を新たに実施する。【一部新規】

日本再生医療学会を中心に大学病院や企業団体が参画する連合体(ナショナルコンソーシアム)を構築し、再生医療の知識・経験を有する再生医療臨床研究実施拠点機関といった医療機関等と連携し、再生医療の実用化を推進するための支援を引き続き行う。また、平成30年度からは、再生医療等提供計画の審査を行う認定再生医療等委員会の審査能力向上のための支援を行う。

【一部新規】

(2) 高い創薬力を持つ産業構造への転換

厚生労働大臣の私的懇談会である「医療のイノベーションを担うベンチャー企業の振興に関する懇談会」の報告に基づき、「ジャパン・ヘルスケアベンチャー・サミット2018(仮称)」の開催並びに相談応需や人材支援等の事業を実施するとともに、医療系ベンチャー振興推進会議において施策の効果等の検証を行うことにより、平成30年度以降も医療系ベンチャーの振興をより一層推進する。

平成32年9月までに、後発医薬品の使用割合を80%とし、できる限り早期に達成できるよう、更なる使用促進策を検討することを踏まえ、後発医薬品の使用促進が進んでいない地域の要因をきめ細かく分析し、その要因に即した対応を図る。

平成32年度末までにバイオシミラーの品目数倍増(5成分から10成分)を目指すなか、革新的バイオ医薬品及びバイオシミラーの開発支援の拡充を行うとともに、医療従事者・国民に対してバイオ医薬品等への理解の促進を図る。

【新規】

(3) 医療の国際展開の推進

1	外国人患者受入れに資する医療機関認証制度等推進事業	142百万円
----------	----------------------------------	---------------

外国人が安心・安全に日本の医療サービスを受けられるよう、医療通訳の配置支援を通じて、「外国人患者受入れ体制が整備された医療機関」を整備する。加えて、電話通訳の利用促進及び地域における受入体制の構築により、地域の実情を踏まえつつ受入体制の裾野拡大に着手する。

2	医療技術等国際展開推進事業	440百万円
----------	----------------------	---------------

医師・看護師等の人材育成や公的医療保険制度の整備等の支援するため、我が国の医療政策等に関する有識者や医師等医療従事者の諸外国への派遣、諸外国からの研修生の受入れを実施する。

IV. 各種施策

1	国立高度専門医療研究センター及び国立病院機構における政策医療等の実施	42,779百万円
----------	---	------------------

国立高度専門医療研究センター及び国立病院機構の円滑な運営に必要な経費を確保する。【一部新規】

2	国立ハンセン病療養所の充実	32,485百万円
----------	----------------------	------------------

国立ハンセン病療養所において、入所者の療養環境の充実に必要な経費を確保する。

3	保健医療記録共有サービス実証事業	84百万円
----------	-------------------------	--------------

患者基本情報や健診情報等を医療機関の初診時等に本人同意の下で共有できる「保健医療記録共有サービス」の2020年度からの本格稼働を目指し、運用面・技術面の課題の検討や実証を行う。【新規】

より高い創薬力を持つ産業構造への転換を図るため、我が国の創薬力強化にかかる創薬環境強化経費及び医療分野の研究開発関連経費（AMED経費）を予算措置する。【一部新規】

※日本創薬力強化プラン関係の予算の内訳（医政局分のみ）

・がんゲノム情報管理センター経費	238 百万円
・臨床研究データベース管理事業	100 百万円
・バイオ医薬品開発促進事業	34 百万円
・医療系ベンチャー育成支援事業	576 百万円
・医療分野の研究開発関連経費（AMED経費）	3,840 百万円

経済連携協定（EPA）などに基づきインドネシア、フィリピン、ベトナムから入国する外国人看護師候補者について、その円滑かつ適正な受入れ及び受入れの拡大のため、看護導入研修を行うとともに、受入施設に対する巡回指導や学習環境の整備、候補者への日本語や専門知識の習得に向けた支援等を行う。

※経済連携協定関係の予算の内訳

・外国人看護師・介護福祉士受入支援事業	62 百万円
・外国人看護師候補者学習支援事業	104 百万円
・上記以外に医療提供体制推進事業費補助金 22,924 百万円を活用。 ○事業メニュー	
・外国人看護師候補者就労研修支援事業	

「統合医療」の有効性や安全性に関する学術論文等の情報を収集し、それらの信頼性（エビデンスレベル）の評価を行うために必要な支援を行う。