

〔平成30年6月6日（水）〕
15時00分～17時00分
厚生労働省講堂

第62回

社会保障審議会医療部会

議事次第

- 2040年を見据えた社会保障の将来見通しについて
- 地域医療構想の進捗状況等について
- 医師需給分科会第3次中間取りまとめ
- 検体検査の精度管理等に関する検討会について（省令改正）
- 医療放射線の適正管理に関する検討会における検討状況について
- 医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律の施行について
- 患者安全サミットについて

（配布資料）

資料1	2040年を見据えた社会保障の将来見通しについて
資料2	地域医療構想の進捗状況等について
資料3	医師需給分科会第3次中間取りまとめ
資料4	検体検査の精度管理等に関する検討会について（省令改正）
資料5	医療放射線の適正管理に関する検討会における検討状況について
資料6	医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律の施行について
資料7-1	患者安全サミットについて
資料7-2	第3回閣僚級世界患者安全サミット 患者安全に関する東京宣言
参考資料1	医療法等の一部を改正する法律の一部の施行に伴う関係省令の整備に関する省令案
参考資料2	医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する基本方針

第62回社会保障審議会医療部会

平成30年6月6日(水)
15:00~17:00
厚生労働省講堂

速記

島崎委員
楠岡委員
木戸委員
永井部会長
田中部会長代理
菊池委員
河本委員

随行者席

随行者席

- | | | |
|---------------------|--|-------------|
| ○ 中川委員 | | ○ 釜菴委員 |
| ○ 平川委員 | | ○ 遠藤委員 |
| ○ 牧野委員 | | ○ 岩田委員 |
| ○ 山口委員 | | ○ 猪口委員 |
| ○ 太田参考人
(加納委員代理) | | ○ 井上委員 |
| ○ 小熊参考人
(邊見委員代理) | | ○ 阿真委員 |
| ○ 長瀬参考人
(山崎委員代理) | | ○ 安部委員 |
| ○ 林参考人
(荒井委員代理) | | ○ 相澤委員 |
| ○ 医師養成等企画調整室長 | | ○ 保健医療技術調整官 |
| ○ 医師確保等地域医療対策室長 | | ○ 医療安全推進室長 |

○ 医事課長	○ 地域医療計画課長	○ 医療政策企画官	○ 総務課長	○ 医政局長	○ 審議官 (医療、精神保健医療、災害対策担当)	○ 審議官 (医療介護連携担当)	○ 調査課長	○ 医療経営支援課長	○ 看護課長
--------	------------	-----------	--------	--------	-----------------------------	---------------------	--------	------------	--------

事務局

傍聴者席

出入口

(平成30年6月6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
釜萁 敏	日本医師会常任理事
河本 滋史	健康保険組合連合会常務理事
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 第一産婦人科部長
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	埼玉県立大学理事長
◎ ※ 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
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

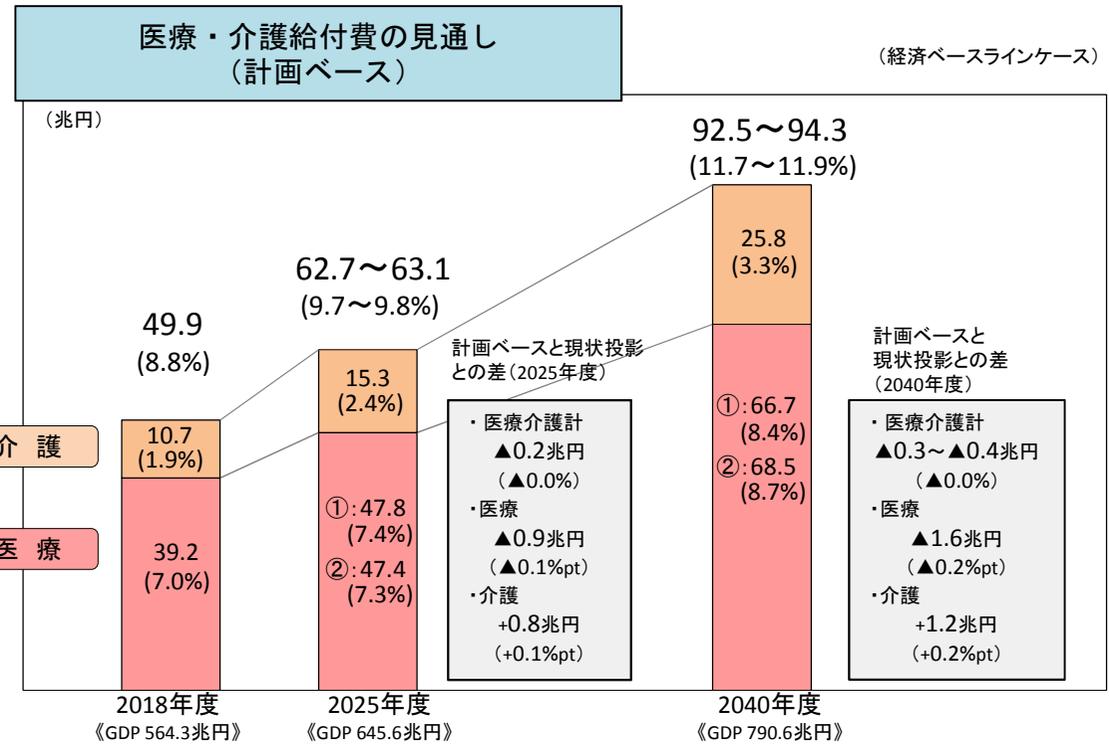
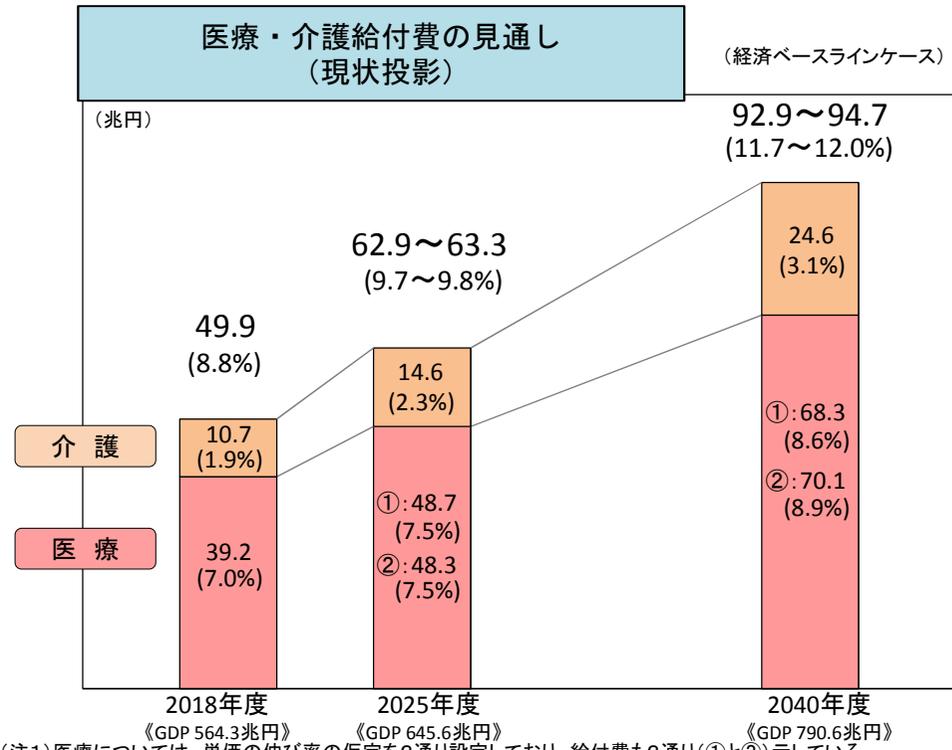
※：社会保障審議会委員

2040年を見据えた社会保障の 将来見通しについて

○ 高齢者人口がピークを迎える2040年頃を見据え、社会保障給付や負担の姿を幅広く共有するための議論の素材を提供するために、一定の仮定をおいた上で、将来見通しを作成。

試算結果①医療・介護給付費の見通し(計画ベースと現状投影との比較)

- 現在、全国の都道府県、市区町村において、医療・介護サービスの提供体制の改革や適正化の取組みが進められている。これらの取組みに係る各種計画(地域医療構想、医療費適正化計画、介護保険事業計画)を基礎とした「計画ベース」の見通しと、現状の年齢別受療率・利用率を基に機械的に将来の患者数や利用者数を計算した「現状投影」の見通しを作成。
- 医療・介護給付費について2つの見通しを比較すると、計画ベースでは、
 - ・ 医療では、病床機能の分化・連携が進むとともに、後発医薬品の普及など適正化の取組みによって、入院患者数の減少や、医療費の適正化が行われ(2040年度で▲1.6兆円)、
 - ・ 介護では、地域のニーズに応じたサービス基盤の充実が行われることで(2040年度で+1.2兆円) 疾病や状態像に応じてその人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会の実現を目指したものとなっている。



(注1) 医療については、単価の伸び率の仮定を2通り設定しており、給付費も2通り(①と②)示している。
 (注2) 「計画ベース」は、地域医療構想に基づく2025年度までの病床機能の分化・連携の推進、第3期医療費適正化計画による2023年度までの外来医療費の適正化効果、第7期介護保険事業計画による2025年度までのサービス量の見込みを基礎として計算し、それ以降の期間については、当該時点の年齢階級別の受療率等を基に機械的に計算。なお、介護保険事業計画において、地域医療構想の実現に向けたサービス基盤の整備については、例えば医療療養病床から介護保険施設等への転換分など、現段階で見通すことが困難な要素があることに留意する必要がある。
 ※ 平成30年度予算ベースを足元に、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)」、内閣府「中長期の経済財政に関する試算(平成30年1月)」等を踏まえて計算。
 なお、医療・介護費用の単価の伸び率については、社会保障・税一体改革時の試算の仮定を使用。()内は対GDP比。

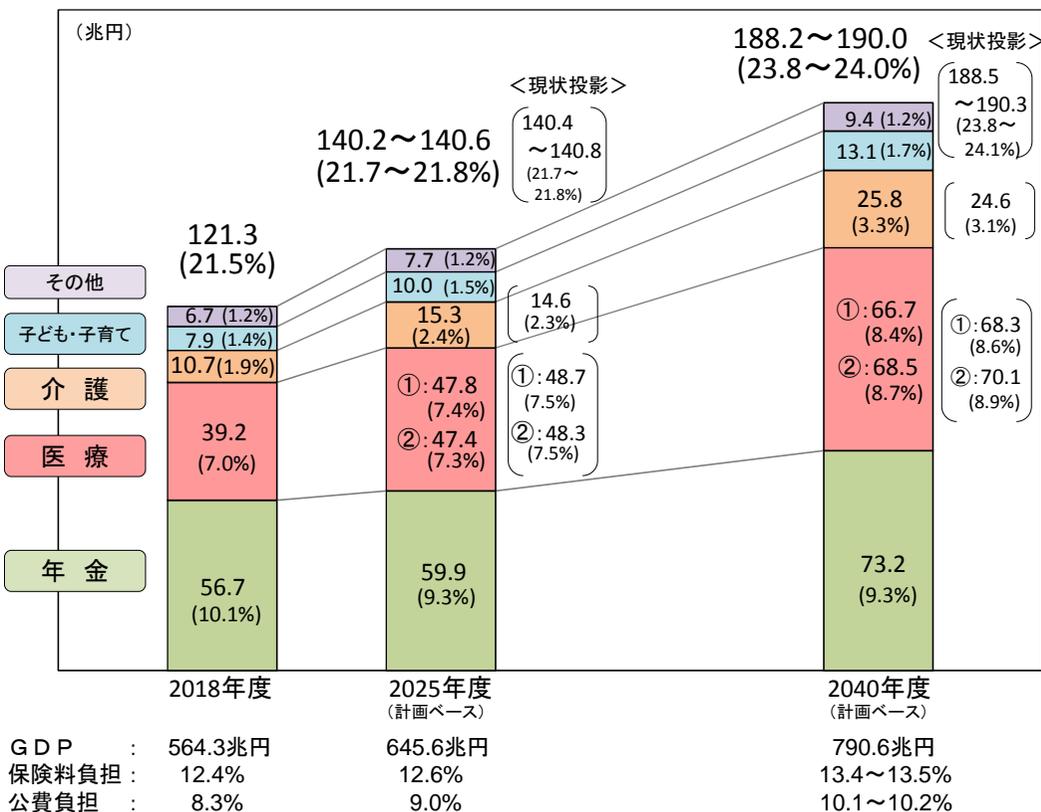
試算結果②(社会保障給付費全体の見通し)

- 社会保障給付費の対GDP比は、2018年度の21.5%(名目額121.3兆円)から、2025年度に21.7~21.8%(同140.2~140.6兆円)となる。その後15年間で2.1~2.2%ポイント上昇し、2040年度には23.8~24.0%(同188.2~190.0兆円)となる。(計画ベース・経済ベースラインケース※)
- 経済成長実現ケース※でも、社会保障給付費の対GDP比は概ね同様の傾向で増加するが、2040年度で比較するとベースラインケースに比べて、1%ポイント程度低い水準(対GDP比22.6~23.2%(名目額210.8~215.8兆円))(計画ベース・経済成長実現ケース)。

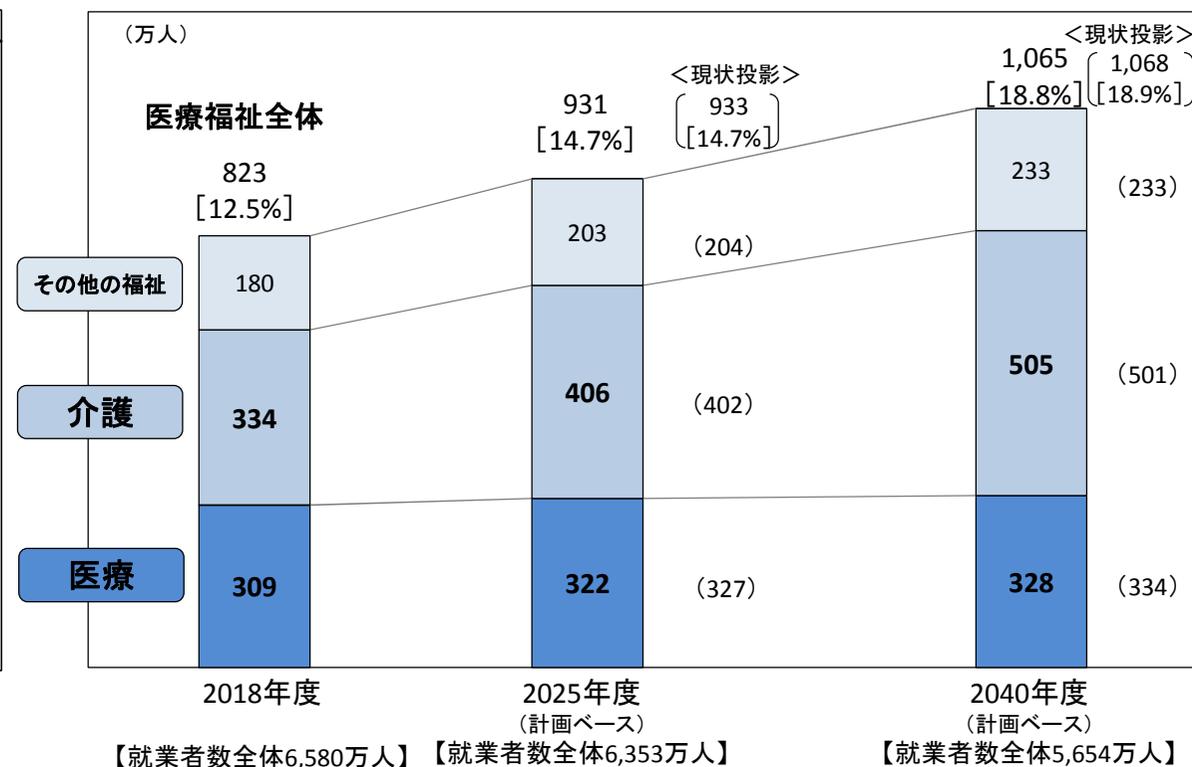
※経済ベースラインケース及び成長実現ケースの経済前提については次頁参照。

社会保障給付費の見通し

(経済ベースラインケース)



医療福祉分野における就業者の見通し



(注1) 医療については、単価の伸び率の仮定を2通り設定しており、給付費も2通り(①と②)示している。

(注2) 「計画ベース」は、地域医療構想に基づく2025年度までの病床機能の分化・連携の推進、第3期医療費適正化計画による2023年度までの外来医療費の適正化効果、第7期介護保険事業計画による2025年度までのサービス量の見込みを基礎として計算し、それ以降の期間については、当該時点の年齢階級別の受療率等を基に機械的に計算。なお、介護保険事業計画において、地域医療構想の実現に向けたサービス基盤の整備については、例えば医療療養病床から介護保険施設等への転換分など、現段階で見通すことが困難な要素があることに留意する必要がある。

(注3) 医療福祉分野における就業者の見通しについては、①医療・介護分野の就業者数については、それぞれの需要の変化に応じて就業者数が変化すると仮定して就業者数を計算。②その他の福祉分野を含めた医療福祉分野全体の就業者数については、医療・介護分野の就業者数の変化率を用いて機械的に計算。③医療福祉分野の短時間雇用者の比率等の雇用形態別の状況等については、現状のまま推移すると仮定して計算。

※平成30年度予算ベースを足元に、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)」、内閣府「中長期の経済財政に関する試算(平成30年1月)」等を踏まえて計算。なお、医療・介護費用の単価の伸び率については、社会保障・税一体改革時の試算の仮定を使用。()内は対GDP比。[]内は就業者数全体に対する割合。保険料負担及び公費負担は対GDP比。

人口・経済の前提、方法等

- 足元値 平成30年度予算ベース。ただし、介護については第7期介護保険事業計画の集計値を基礎としている。
- 人口前提 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)」(出生中位(死亡中位)推計)
※ただし、子ども・子育ての推計については、2020年度以降給付の対象となる子ども数を固定した形で推計。

○ 経済前提

2027年度までは、内閣府「中長期の経済財政に関する試算」(平成30年1月)等、2028年度以降は、公的年金の平成26年財政検証に基づいた前提値を使用。経済前提は2つのケースで試算(ベースラインケース(2028年度以降は平成26年財政検証ケースF)、成長実現ケース(2028年度以降は平成26年財政検証ケースE))。

		2018 (H30)	2019 (H31)	2020 (H32)	2021 (H33)	2022 (H34)	2023 (H35)	2024 (H36)	2025 (H37)	2026 (H38)	2027 (H39)	2028 ~ (H40 ~)
名目経済 成長率(%)	成長実現	2.5	2.8	3.1	3.2	3.4	3.4	3.5	3.5	3.5	3.5	1.6
	ベースライン	2.5	2.4	2.2	1.9	1.8	1.8	1.8	1.8	1.8	1.7	1.3
物価 上昇率(%)	成長実現	1.0	1.9	2.3	2.1	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	1.2
	ベースライン	1.0	1.6	1.7	1.3	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.2

注. 賃金上昇率については、2018年度は「平成30年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度」(平成30年1月22日閣議決定)に基づいて1.7%と設定し、2019～2027年度までは名目経済成長率と同率、2028年度以降は平成26年財政検証の前提(ケースE・F)に基づいて2.5%としている。

○ 将来見通しの作成方法(全般的考え方)

- ・ 公的年金 平成26(2014)年財政検証に、新たな将来推計人口・経済前提を簡易的に反映。年金生活者支援給付金の実施を織り込んで計算。
- ・ 医療、介護 年齢階級別受療率等に将来推計人口を適用して需要を推計し、サービスごとの単価、伸び率等を適用。
- ・ 子ども・子育て 「子育て安心プラン」「新しい経済政策パッケージ(2兆円パッケージ)」(制度の詳細が決定していない高等教育の無償化等は反映していない)を織り込んだ上で、2020年度以降給付の対象となる子ども数を固定。
- ・ 上記以外 GDPに対する給付規模が将来にわたって変わらないことを基本として機械的に計算。
(なお、短期的には近年の予算等の動向も踏まえつつ計算。)

(留意事項)

- 本見通しは、一定の仮定をおいて行ったものであり、結果は相当程度の幅をもってみる必要がある。特に、長期の推計であるため、長期間の人口変動の動向とこれが経済社会に与える影響、経済、雇用の動向、給付単価の伸び率の動向等が、給付費の総額や対GDP比等の結果に大きな影響を与える可能性があることに留意する必要がある。
- 本見通しは、一体改革試算と同様、患者数や利用者数などの需要を基礎とした計算となっており、供給面については必要な需給をちょうどまかなうだけの供給が行われるものと仮定して、必要マンパワーや費用等を計算している。従って、需要側である患者数が減少した際には、その減少に合わせてサービス供給量も減少することを仮定していることに留意する必要がある。
- 本見通しでは、医療においては年齢別制度別実効給付率、介護においては全体の実効給付率を現状の値で固定して将来の医療給付費および介護給付費を算出していることに留意する必要がある。
- 「計画ベース」の見通しでは、介護保険事業計画において、地域医療構想の実現に向けたサービス基盤の整備については、例えば医療療養病床から介護保険施設等への転換分など、現段階で見通すことが困難な要素があることに留意する必要がある。

2040年を見据えた社会保障の将来見通し (議論の素材)

内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省

平成30年5月21日

※ 本見通しは、「人口減少・高齢化の進展する中での持続可能な経済財政の構築に向けて～中長期展望と政策対応～」(平成30年3月29日、経済財政諮問会議資料)を受けて、2040年頃を見据え、社会保障の給付と負担の姿を幅広く共有するための議論の素材を提供するために行うもの。

I. 将来見通しの位置付け

- 「人口減少・高齢化の進展する中での持続可能な経済財政の構築に向けて～中長期展望と政策対応～」(平成30年3月29日、経済財政諮問会議資料)を受けて、2040年頃を見据え、社会保障給付や負担の姿を幅広く共有するための議論の素材を提供するためのもの。

II. 人口・経済の前提、方法等

(詳細は別紙1参照)

- 人口:国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)」(出生中位(死亡中位))
 - 経済:内閣府「中長期の経済財政に関する試算」(平成30年1月)等
- に基づき、一定の仮定をおいた上で、将来見通しを作成。

III. 将来見通しの内容

(詳細は別紙2参照)

各種計画値(地域医療構想、医療費適正化計画、介護計画)を基礎とした「計画ベース」と、現状の年齢別受療率・利用率を基に機械的に計算した「現状投影」の2つの見通しを作成。

[1]現状投影の見通し:医療・介護サービスの足元の利用状況を基に機械的に計算したもの

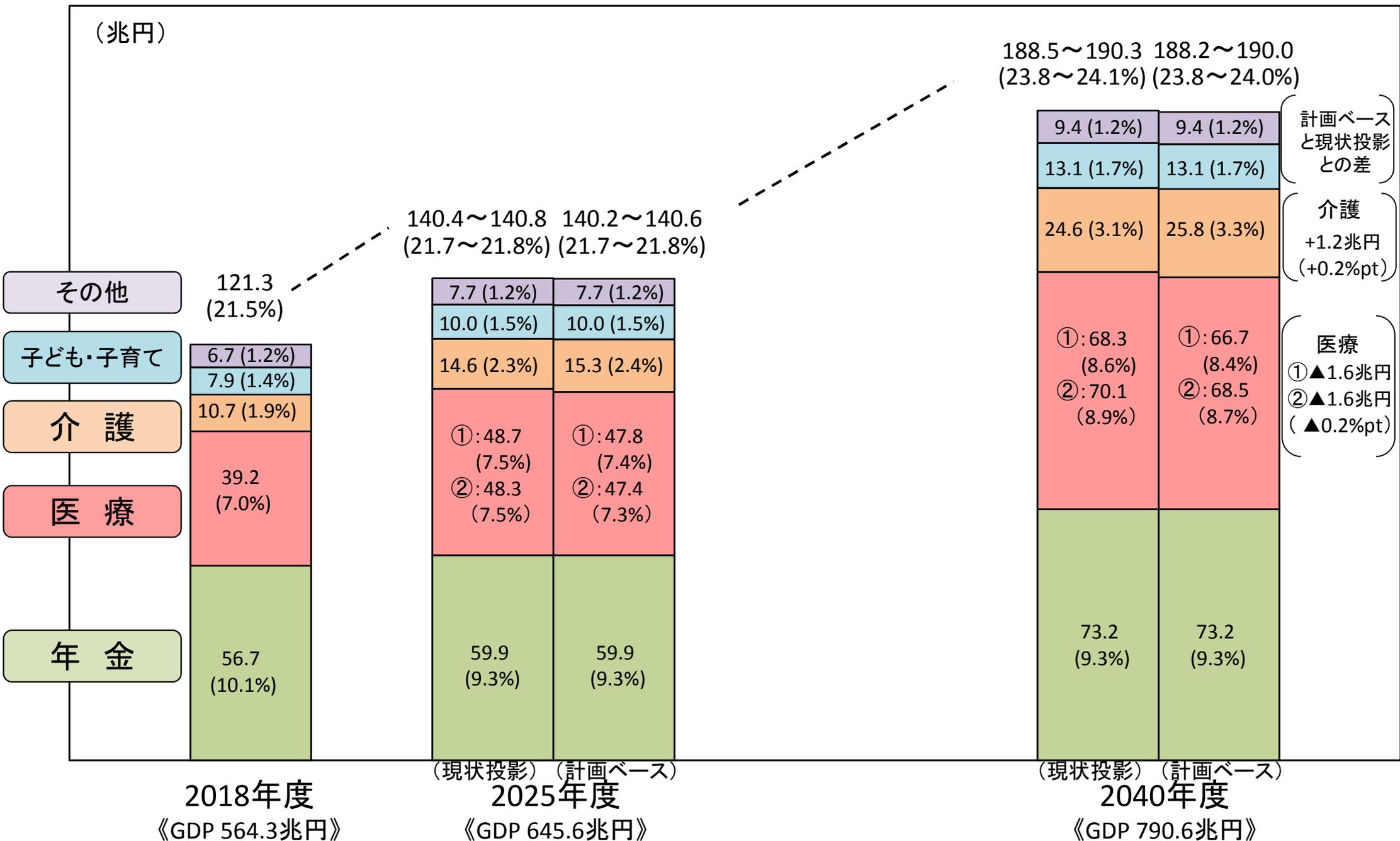
[2]計画ベースの見通し:現在取り組んでいる各種計画等を基礎としたもの

IV. 将来見通しの結果(ポイント)

- 社会保障給付費の対GDP比は、2018年度の21.5%(名目額121.3兆円)から、2025年度に21.7～21.8%(同140.2～140.6兆円)となる。その後15年間で2.1～2.2%ポイント上昇し、2040年度には23.8～24.0%(同188.2～190.0兆円)となる(計画ベース・経済ベースライン[※]。以下、医療・介護関係及び社会保障負担について同様)。
- 医療・介護給付費について、各種計画(地域医療構想、医療費適正化計画、介護保険事業計画)を基礎とした「計画ベース」の見通しと、現状の年齢別受療率・利用率を基に機械的に将来の患者数や利用者数を計算した「現状投影」の見通しを比較すると、「計画ベース」では、
 - ・ 医療では、病床機能の分化・連携が進むとともに、後発医薬品の普及など適正化の取組みによって、入院患者数の減少や、医療費の適正化が行われ(2040年度で▲1.6兆円)、
 - ・ 介護では、地域のニーズに応じたサービス基盤の充実が行われることで(2040年度で+1.2兆円)疾病や状態像に応じてその人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会の実現を目指したものととなっている。
- 社会保障負担の対GDP比は、2018年度の20.8%(名目額117.2兆円)から、2025年度に21.5～21.6%(同139.0～139.4兆円)となり、2040年度は23.5～23.7%(同185.6～187.3兆円)へと上昇。その内訳をみると、保険料負担は2018年度の12.4%(同70.2兆円)から、2025年度に12.6%(同81.2～81.4兆円)となり、2040年度には13.4～13.5%(同106.1～107.0兆円)へと上昇、公費負担は2018年度の8.3%(同46.9兆円)から、2025年度に9.0%(同57.8～58.0兆円)となり、2040年度には10.1～10.2%(同79.5～80.3兆円)へと上昇。
- 医療福祉分野の就業者数は、2018年度の823万人(就業者数全体に占める割合12.5%)から、2025年度931～933万人(同14.7～14.7%)、2040年度1065～1068万人(同18.8～18.9%)と大きく増加。
- 経済成長実現ケース[※]でも、社会保障給付費や社会保障負担の対GDP比は概ね同様の傾向で上昇するが、2040年度で経済ベースラインケースと比べて1%ポイント程度低い水準(給付費対GDP比22.6～23.2%(名目額210.8～215.8兆円))(計画ベース・成長実現ケース)。

[※]経済ベースラインケース及び成長実現ケースの経済前提については12頁参照。

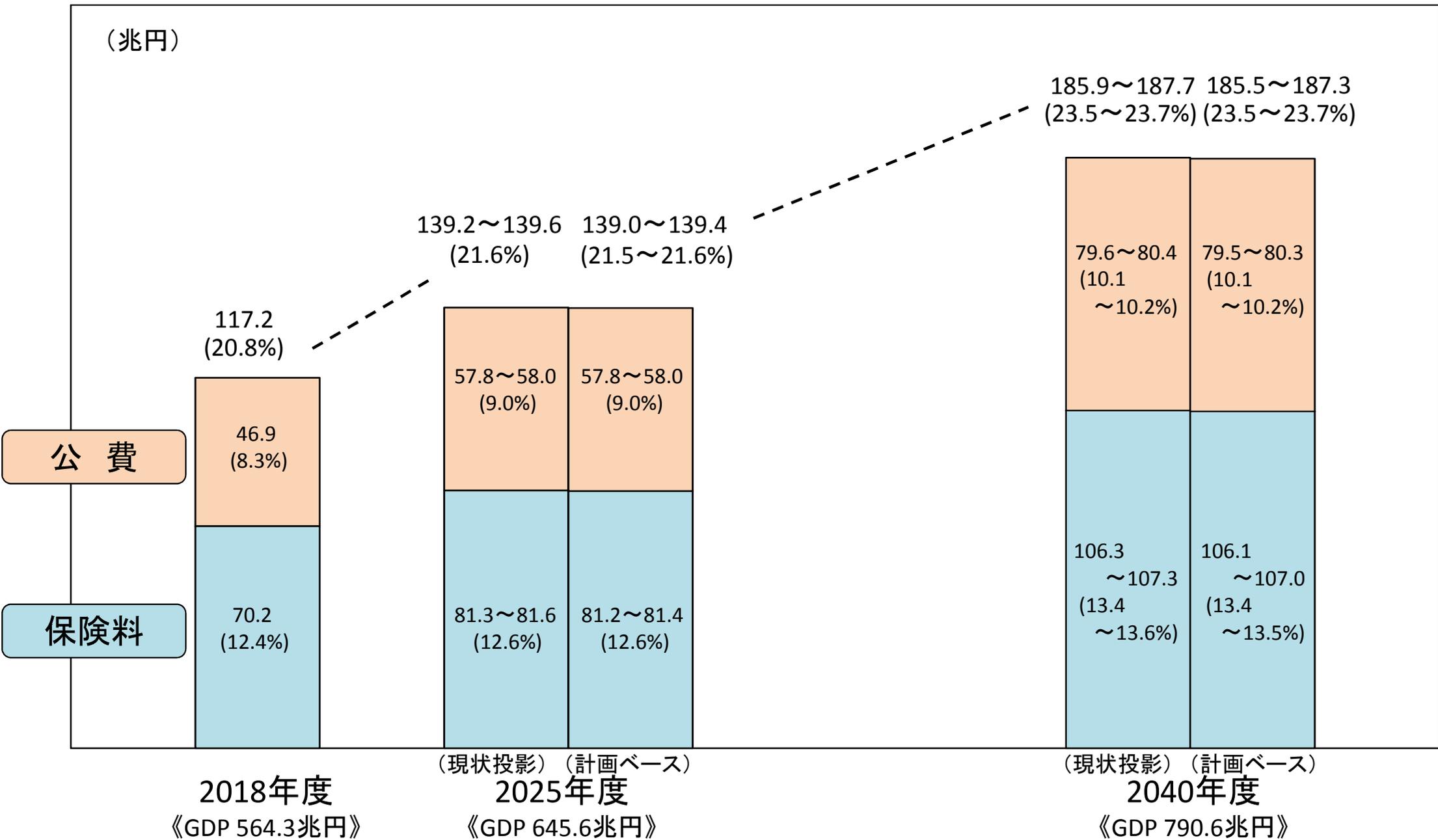
社会保障給付費の見通し（経済：ベースラインケース）



(注1) ()内は対GDP比。医療は単価の伸び率について2通りの仮定をおり給付費に幅がある。

(注2) 「現状投影」は、医療・介護サービスの足下の利用状況を基に機械的に計算した場合。「計画ベース」は、医療は地域医療構想及び第3期医療費適正化計画、介護は第7期介護保険事業計画を基礎とした場合。

社会保障負担の見通し（経済：ベースラインケース）

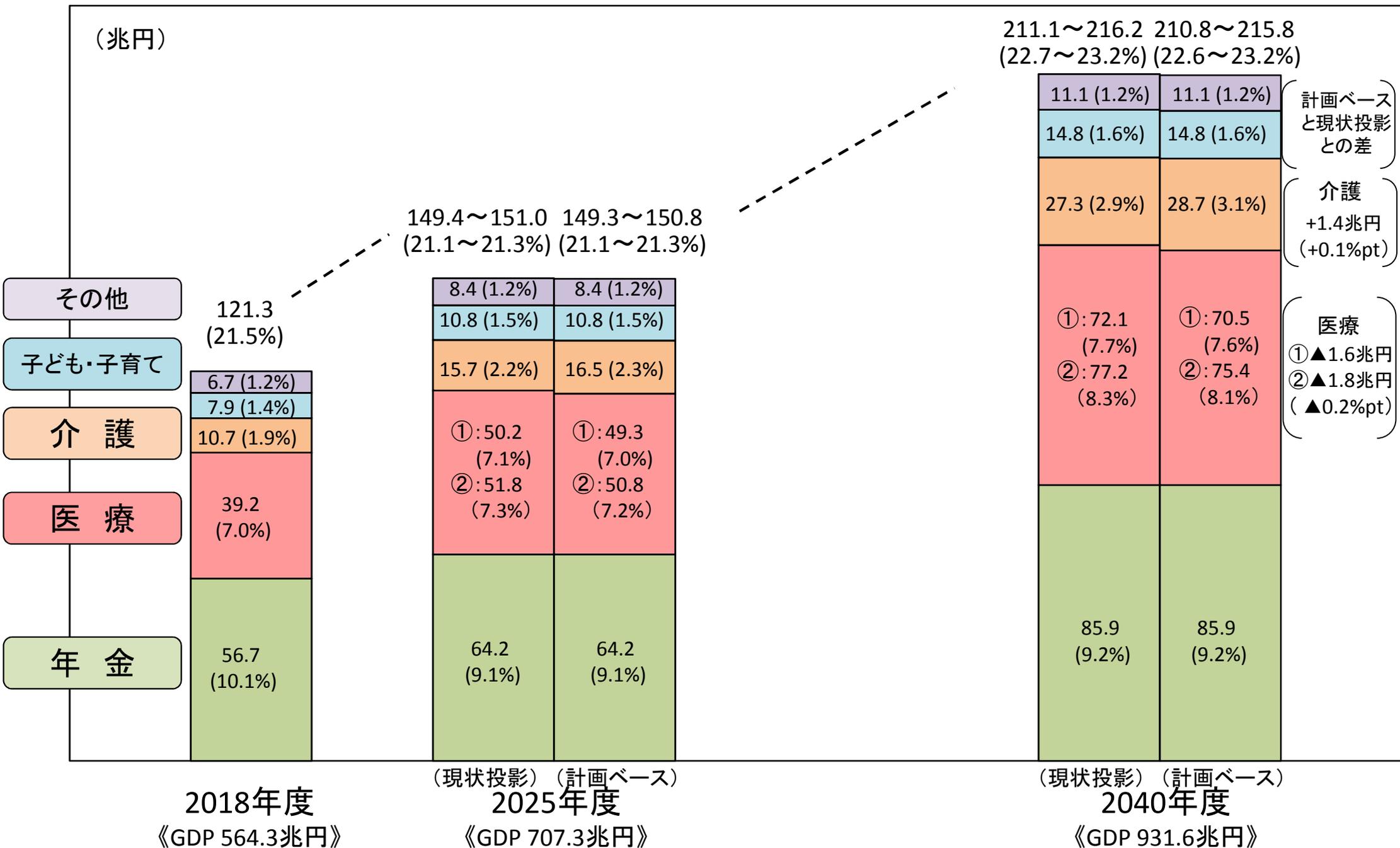


(注1) ()内は対GDP比。医療は単価の伸び率について2通りの仮定をおり負担額に幅がある。

(注2) 給付との差は、年金制度の積立金活用等によるものである。

(注3) 「現状投影」は、医療・介護サービスの足下の利用状況を基に機械的に計算した場合。「計画ベース」は、医療は地域医療構想及び第3期医療費適正化計画、介護は第7期介護保険事業計画を基礎とした場合。

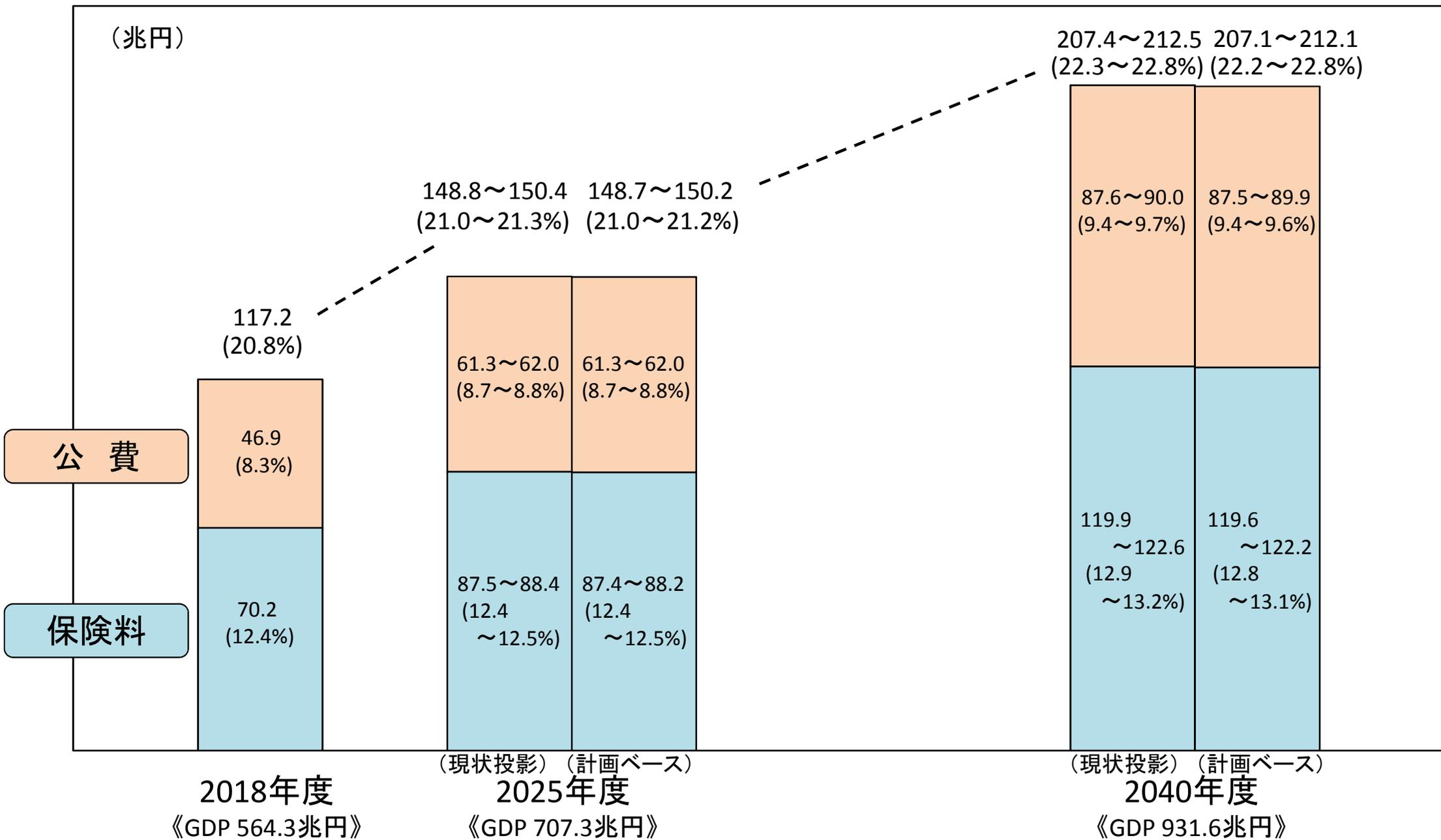
社会保障給付費の見通し（経済：成長実現ケース）



(注1) ()内は対GDP比。医療は単価の伸び率について2通りの仮定をおり給付費に幅がある。

(注2) 「現状投影」は、医療・介護サービスの足下の利用状況を基に機械的に計算した場合。「計画ベース」は、医療は地域医療構想及び第3期医療費適正化計画、介護は第7期介護保険事業計画を基礎とした場合。

社会保障負担の見通し（経済：成長実現ケース）

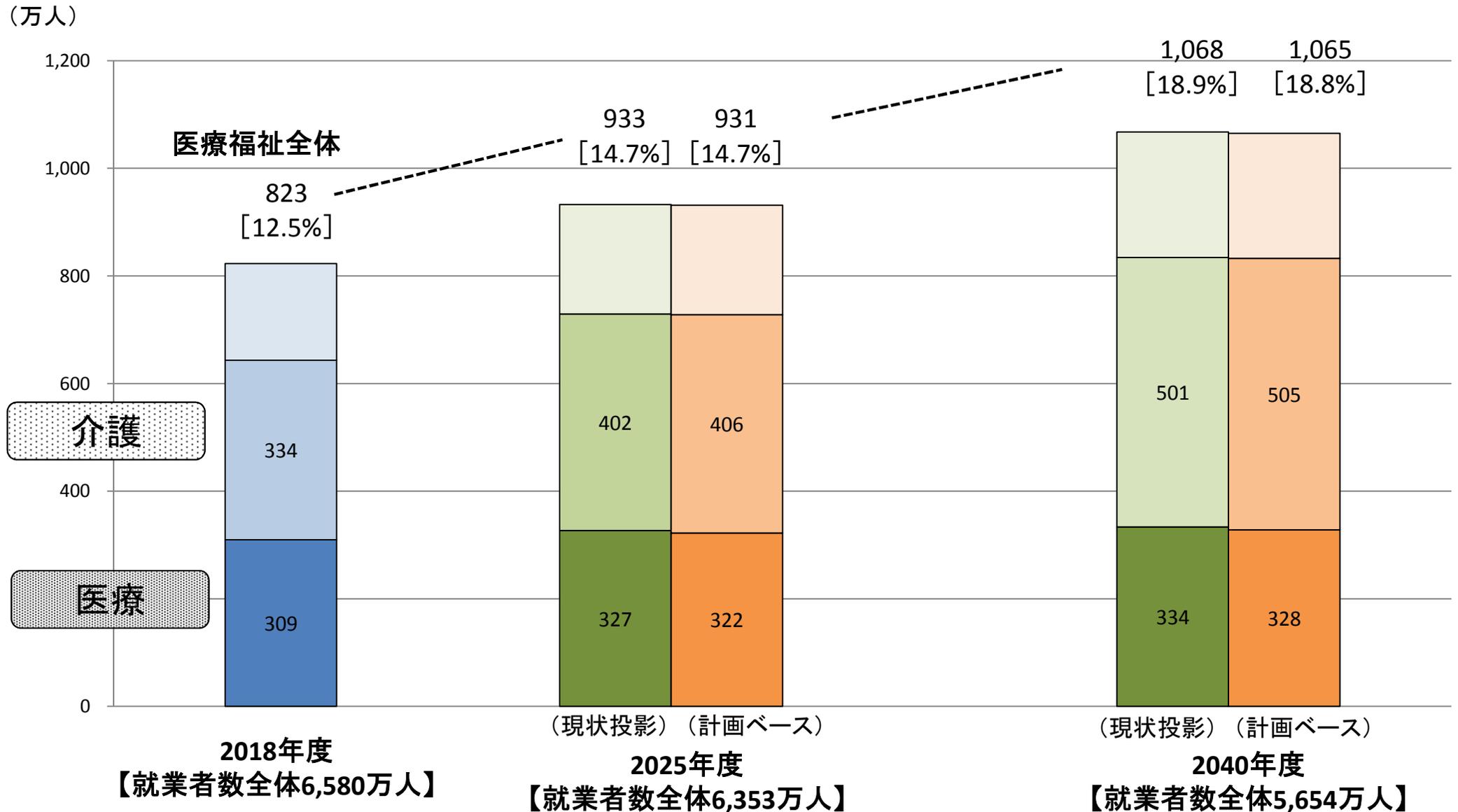


(注1) ()内は対GDP比。医療は単価の伸び率について2通りの仮定をおり負担額に幅がある。

(注2) 給付との差は、年金制度の積立金活用等によるものである。

(注3) 「現状投影」は、医療・介護サービスの足下の利用状況を基に機械的に計算した場合。「計画ベース」は、医療は地域医療構想及び第3期医療費適正化計画、介護は第7期介護保険事業計画を基礎とした場合。

医療福祉分野の就業者数の見通し



(注1) []内は就業者数全体に対する割合。

(注2) 医療福祉分野における就業者の見通しについては、①医療・介護分野の就業者数については、それぞれの需要の変化に応じて就業者数が変化すると仮定して就業者数を計算。②その他の福祉分野を含めた医療福祉分野全体の就業者数については、医療・介護分野の就業者数の変化率を用いて機械的に計算。③医療福祉分野の短時間雇用者の比率等の雇用形態別の状況等については、現状のまま推移すると仮定して計算。

(注3) 就業者数全体は、2018年度は内閣府「経済見通しと経済財政運営の基本的態度」、2025年度以降は、独立行政法人労働政策研究・研修機構「平成27年 労働力需給の推計」および国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」(出生中位(死亡中位)推計)を元に機械的に算出している。

(別紙1)人口・経済の前提、方法等

○ 足元値

平成30年度予算ベース。ただし、介護については第7期介護保険事業計画の集計値を基礎としている。

○ 人口前提

国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)」(出生中位(死亡中位)推計)

※ただし、子ども・子育ての推計については、2020年度以降給付の対象となる子ども数を固定した形で推計。

○ 経済前提

2027年度までは、内閣府「中長期の経済財政に関する試算」(平成30年1月)等、2028年度以降は、公的年金の平成26年財政検証に基づいた前提値を使用。経済前提は2つのケースで試算(ベースラインケース(2028年度以降は平成26年財政検証ケースF)、成長実現ケース(2028年度以降は平成26年財政検証ケースE))。

		2018 (H30)	2019 (H31)	2020 (H32)	2021 (H33)	2022 (H34)	2023 (H35)	2024 (H36)	2025 (H37)	2026 (H38)	2027 (H39)	2028～ (H40～)
名目経済 成長率(%)	成長実現	2.5	2.8	3.1	3.2	3.4	3.4	3.5	3.5	3.5	3.5	1.6
	ベースライン	2.5	2.4	2.2	1.9	1.8	1.8	1.8	1.8	1.8	1.7	1.3
物価 上昇率(%)	成長実現	1.0	1.9	2.3	2.1	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	1.2
	ベースライン	1.0	1.6	1.7	1.3	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.2

注. 賃金上昇率については、2018年度は「平成30年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度」(平成30年1月22日閣議決定)に基づいて1.7%と設定し、2019～2027年度までは名目経済成長率と同率、2028年度以降は平成26年財政検証の前提(ケースE・F)に基づいて2.5%としている。

○ 将来見通しの作成方法(全般的考え方)

- ・公的年金 平成26(2014)年財政検証に、新たな将来推計人口・経済前提を簡易的に反映。年金生活者支援給付金の実施を織り込んで計算。
- ・医療、介護 年齢階級別受療率等に将来推計人口を適用して需要を推計し、サービスごとの単価、伸び率等を適用。
- ・子ども・子育て 「子育て安心プラン」新しい経済政策パッケージ(2兆円パッケージ)(制度の詳細が決定していない高等教育の無償化等は反映していない)を織り込んだ上で、2020年度以降給付の対象となる子ども数を固定。
- ・上記以外 GDPに対する給付規模が将来にわたって変わらないことを基本として機械的に計算。
(なお、短期的には近年の予算等の動向も踏まえつつ計算。)

○ 就業者数

医療福祉分野における就業者の見通しについては、①医療・介護分野の就業者数については、それぞれの需要の変化に応じて就業者数が変化すると仮定して就業者数を計算。②その他の福祉分野を含めた医療福祉分野全体の就業者数については、医療・介護分野の就業者数の変化率を用いて機械的に計算。③医療福祉分野の短時間雇用者の比率等の雇用形態別の状況等については、現状のまま推移すると仮定して計算。

(別紙2) 将来見通しの内容

[1] 現状投影

- ・ 医療・介護サービスの足元の年齢階級別の受療率等(入院・外来の受療率、サービスごとの利用率)を基に機械的に将来の患者数や利用者数を計算。また、サービスごとの単価は足元の単価に一定の伸び率を乗じて計算。
- ・ 単価に乘じる伸び率は、医療は、①経済成長率 $\times 1/3 + 1.9\% - 0.1\%$ 、②賃金上昇率と物価上昇率の平均 $+ 0.7\%$ 、介護は、賃金上昇率と物価上昇率を65:35で加重平均。(社会保障・税一体改革の試算の仮定をそのまま使用。)

[2] 計画ベース

- ・ 医療・介護に関し、地域医療構想に基づく2025年度までの病床機能の分化・連携の推進、第3期医療費適正化計画による2023年度までの外来医療費の適正化効果、第7期介護保険事業計画による2025年度までのサービス量の見込みを基礎として計算し、それ以降の期間については、当該時点の年齢階級別の受療率等を基に機械的に計算。

なお、介護保険事業計画において、地域医療構想の実現に向けたサービス基盤の整備については、例えば医療療養病床から介護保険施設等への転換分など、現段階で見通すことが困難な要素があることに留意する必要がある。

【留意事項】

(将来見通しの全体について)

- 本見通しは、一定の仮定をおいて行ったものであり、結果は相当程度の幅をもってみる必要がある。特に、長期の推計であるため、長期間の人口変動の動向とこれが経済社会に与える影響、経済、雇用の動向、給付単価の伸び率の動向等が給付費の総額や対GDP比等の結果に大きな影響を与える可能性があることに留意する必要がある。
- 経済前提は、2027年度までは、内閣府「中長期の経済財政に関する試算」(平成30年1月)を用いているが、同試算では賃金上昇率が示されていないため、本見通しでは名目経済成長率を賃金上昇率の代替として使用した。また、2028年度以降は、年金の平成26年財政検証に用いた前提値を使用しているが、現在、次の財政検証を見据えて経済前提等に関する議論が始められていることに留意する必要がある。

(就業者数、医療福祉分野における就業者数について)

- 本見通しは、将来の就業者数について、独立行政法人労働政策研究・研修機構「平成27年労働力需給の推計」における性・年齢階級別の人口に対する就業者の割合(就業者割合)を、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)」(出生中位(死亡中位))の推計値に適用して推計。労働力需給の将来の就業者割合については、2020年、2030年の値が示されており、2025年度については、2020年と2030年の値の平均を使用、2040年度については、2030年の値を使用している。従って、2030年以降、性・年齢階級別の就業者割合を固定した計算となっている。
- 福祉分野も含めた医療福祉分野全体の就業者数については、医療・介護分野の需要の変化を基にした機械的な計算を行っていることに留意する必要がある。
- 独立行政法人労働政策研究・研修機構「平成27年労働力需給の推計」においても産業別就業者数の見通しの一部として「医療・福祉」における就業者数の見通しが示されているが、この推計においては、各産業における需要と労働力の供給の両方を推計した上で、さらに需要と供給を調整する形で推計を行っており、需要のみに着目して推計している本見通しとは試算の手法が異なっていることに留意する必要がある。

(医療・介護について)

- 本見通しは、社会保障・税一体改革における「社会保障の費用にかかる将来推計について」(平成23年6月)及び「医療・介護に係る長期推計(主にサービス提供体制改革に係る改革について)」(平成23年6月)(以下、「一体改革試算」と総称する)と同様に、医療・介護の需要を計算し、それを基礎に、必要なマンパワーや費用等を計算しているが、以下の点に留意する必要がある。
 - ・ 一体改革試算における改革シナリオは、一定のサービス提供体制等の改革のシナリオに基づき、サービス利用状況や単価等を変化させた上で試算を行ったものであるが、本見通しにおける計画ベースは、既に具体的に定められている各種計画(地域医療構想、医療費適正化計画、第7期介護保険事業計画)における数値等を、基本的に、そのまま反映させたものとなっている。
 - ・ 社会保障・税一体改革における社会保障の充実については、平成30年度時点で既に行われているもの(診療報酬改定・介護報酬改定における消費税財源の活用分(介護職員の処遇改善等を含む)、国民健康保険への財政支援、地域支援事業の充実等)及び、平成31年10月に予定されている消費税10%への引上げによる財源を活用して行うこととなっている介護保険の第1号被保険者に係る保険料軽減の完全実施等を織り込んでいる。
- 本見通しは一体改革試算と同様、患者数や利用者数などの需要を基礎とした計算となっており、供給面については必要な需給をちょうどまかなうだけの供給が行われるものと仮定して、必要マンパワーや費用等を計算している。従って、需要側である患者数が減少した際には、その減少に合わせてサービス供給量も減少することを仮定していることに留意する必要がある。
- 本見通しでは、医療においては年齢別制度別実効給付率、介護においては全体の実効給付率を現状の値で固定して将来の医療給付費および介護給付費を算出していることに留意する必要がある。

(詳細結果表)

社会保障給付費の見通し（経済：ベースラインケース）①

		2018年度		2025年度		2040年度	
		兆円	(対GDP比) %	兆円	(対GDP比) %	兆円	(対GDP比) %
給付額	(現状投影) (計画ベース)	121.3	21.5	140.4~140.8 140.2~140.6	21.7~21.8 21.7~21.8	188.5~190.3 188.2~190.0	23.8~24.1 23.8~24.0
	年金	56.7	10.1	59.9	9.3	73.2	9.3
	医療 (現状投影) (計画ベース)	39.2	7.0	①:48.7 ②:48.3 ①:47.8 ②:47.4	①:7.5 ②:7.5 ①:7.4 ②:7.3	①:68.3 ②:70.1 ①:66.7 ②:68.5	①:8.6 ②:8.9 ①:8.4 ②:8.7
	介護 (現状投影) (計画ベース)	10.7	1.9	14.6 15.3	2.3 2.4	24.6 25.8	3.1 3.3
	子ども・子育て	7.9	1.4	10.0	1.5	13.1	1.7
	その他	6.7	1.2	7.7	1.2	9.4	1.2
	負担額	(現状投影) (計画ベース)	117.2	20.8	139.2~139.6 139.0~139.4	21.6~21.6 21.5~21.6	185.9~187.7 185.5~187.3
	年金	52.6	9.3	58.7	9.1	70.6	8.9
	医療 (現状投影) (計画ベース)	39.2	7.0	①:48.7 ②:48.3 ①:47.8 ②:47.4	①:7.5 ②:7.5 ①:7.4 ②:7.3	①:68.3 ②:70.1 ①:66.7 ②:68.5	①:8.6 ②:8.9 ①:8.4 ②:8.7
	介護 (現状投影) (計画ベース)	10.7	1.9	14.6 15.3	2.3 2.4	24.6 25.8	3.1 3.3
	子ども・子育て	7.9	1.4	10.0	1.5	13.1	1.7
	その他	6.7	1.2	7.7	1.2	9.4	1.2
(参考)GDP	(兆円)	564.3		645.6		790.6	

(注) 医療は、単価の伸び率の前提に応じて、①および②と表示している。

社会保障給付費の見通し（経済：ベースラインケース）②

	2018年度		2025年度		2040年度		
	兆円	(対GDP比) %	兆円	(対GDP比) %	兆円	(対GDP比) %	
給付額	(現状投影) (計画ベース)	121.3	21.5	140.4~140.8 140.2~140.6	21.7~21.8 21.7~21.8	188.5~190.3 188.2~190.0	23.8~24.1 23.8~24.0
負担額	(現状投影) (計画ベース)	117.2	20.8	139.2~139.6 139.0~139.4	21.6~21.6 21.5~21.6	185.9~187.7 185.5~187.3	23.5~23.7 23.5~23.7
保険料負担	(現状投影) (計画ベース)	70.2	12.4	81.3~81.6 81.2~81.4	12.6~12.6 12.6~12.6	106.3~107.3 106.1~107.0	13.4~13.6 13.4~13.5
年金		39.5	7.0	44.1	6.8	53.4	6.8
医療	(現状投影) (計画ベース)	22.1	3.9	①:26.6 ②:26.3 ①:26.0 ②:25.8	①:4.1 ②:4.1 ①:4.0 ②:4.0	①:36.2 ②:37.2 ①:35.4 ②:36.3	①:4.6 ②:4.7 ①:4.5 ②:4.6
介護	(現状投影) (計画ベース)	4.8	0.8	6.5 6.9	1.0 1.1	11.1 11.6	1.4 1.5
子ども・子育て		1.8	0.3	2.2	0.3	3.0	0.4
その他		2.0	0.3	2.2	0.3	2.6	0.3
公費負担	(現状投影) (計画ベース)	46.9	8.3	57.8~58.0 57.8~58.0	9.0~9.0 9.0~9.0	79.6~80.4 79.5~80.3	10.1~10.2 10.1~10.2
年金		13.2	2.3	14.6	2.3	17.2	2.2
医療	(現状投影) (計画ベース)	17.1	3.0	①:22.2 ②:22.0 ①:21.8 ②:21.6	①:3.4 ②:3.4 ①:3.4 ②:3.3	①:32.1 ②:32.9 ①:31.3 ②:32.2	①:4.1 ②:4.2 ①:4.0 ②:4.1
介護	(現状投影) (計画ベース)	5.9	1.0	8.0 8.5	1.2 1.3	13.5 14.2	1.7 1.8
子ども・子育て		6.1	1.1	7.7	1.2	10.1	1.3
その他		4.7	0.8	5.5	0.9	6.7	0.9
(参考)GDP	(兆円)	564.3		645.6		790.6	

(注) 医療は、単価の伸び率の前提に応じて、①および②と表示している。

社会保障給付費の見通し（経済：成長実現ケース）③

		2018年度		2025年度		2040年度	
		兆円	(対GDP比) %	兆円	(対GDP比) %	兆円	(対GDP比) %
給付額	(現状投影) (計画ベース)	121.3	21.5	149.4~151.0 149.3~150.8	21.1~21.3 21.1~21.3	211.1~216.2 210.8~215.8	22.7~23.2 22.6~23.2
	年金	56.7	10.1	64.2	9.1	85.9	9.2
	医療 (現状投影) (計画ベース)	39.2	7.0	①:50.2 ②:51.8 ①:49.3 ②:50.8	①:7.1 ②:7.3 ①:7.0 ②:7.2	①:72.1 ②:77.2 ①:70.5 ②:75.4	①:7.7 ②:8.3 ①:7.6 ②:8.1
	介護 (現状投影) (計画ベース)	10.7	1.9	15.7 16.5	2.2 2.3	27.3 28.7	2.9 3.1
	子ども・子育て	7.9	1.4	10.8	1.5	14.8	1.6
	その他	6.7	1.2	8.4	1.2	11.1	1.2
	負担額	(現状投影) (計画ベース)	117.2	20.8	148.8~150.4 148.7~150.2	21.0~21.3 21.0~21.2	207.4~212.5 207.1~212.1
	年金	52.6	9.3	63.6	9.0	82.2	8.8
	医療 (現状投影) (計画ベース)	39.2	7.0	①:50.2 ②:51.8 ①:49.3 ②:50.8	①:7.1 ②:7.3 ①:7.0 ②:7.2	①:72.1 ②:77.2 ①:70.5 ②:75.4	①:7.7 ②:8.3 ①:7.6 ②:8.1
	介護 (現状投影) (計画ベース)	10.7	1.9	15.7 16.5	2.2 2.3	27.3 28.7	2.9 3.1
	子ども・子育て	7.9	1.4	10.8	1.5	14.8	1.6
	その他	6.7	1.2	8.4	1.2	11.1	1.2
(参考)GDP	(兆円)	564.3		707.3		931.6	

(注) 医療は、単価の伸び率の前提に応じて、①および②と表示している。

社会保障給付費の見通し（経済：成長実現ケース）④

	2018年度		2025年度		2040年度	
	兆円	(対GDP比) %	兆円	(対GDP比) %	兆円	(対GDP比) %
給付額	(現状投影) (計画ベース)					
	121.3	21.5	149.4~151.0 149.3~150.8	21.1~21.3 21.1~21.3	211.1~216.2 210.8~215.8	22.7~23.2 22.6~23.2
負担額	(現状投影) (計画ベース)					
	117.2	20.8	148.8~150.4 148.7~150.2	21.0~21.3 21.0~21.2	207.4~212.5 207.1~212.1	22.3~22.8 22.2~22.8
保険料負担	(現状投影) (計画ベース)					
	70.2	12.4	87.5~88.4 87.4~88.2	12.4~12.5 12.4~12.5	119.9~122.6 119.6~122.2	12.9~13.2 12.8~13.1
年金			48.3	6.8	62.8	6.7
医療	(現状投影) (計画ベース)					
	22.1	3.9	①:27.4 ②:28.2 ①:26.8 ②:27.7	①:3.9 ②:4.0 ①:3.8 ②:3.9	①:38.2 ②:40.9 ①:37.3 ②:40.0	①:4.1 ②:4.4 ①:4.0 ②:4.3
介護	(現状投影) (計画ベース)					
	4.8	0.8	7.0 7.4	1.0 1.0	12.3 12.9	1.3 1.4
子ども・子育て			2.5	0.3	3.4	0.4
その他			2.4	0.3	3.1	0.3
公費負担	(現状投影) (計画ベース)					
	46.9	8.3	61.3~62.0 61.3~62.0	8.7~8.8 8.7~8.8	87.6~90.0 87.5~89.9	9.4~9.7 9.4~9.6
年金			15.3	2.2	19.4	2.1
医療	(現状投影) (計画ベース)					
	17.1	3.0	①:22.9 ②:23.6 ①:22.4 ②:23.1	①:3.2 ②:3.3 ①:3.2 ②:3.3	①:33.9 ②:36.3 ①:33.1 ②:35.4	①:3.6 ②:3.9 ①:3.6 ②:3.8
介護	(現状投影) (計画ベース)					
	5.9	1.0	8.7 9.1	1.2 1.3	15.0 15.7	1.6 1.7
子ども・子育て			8.4	1.2	11.4	1.2
その他			6.0	0.9	7.9	0.9
(参考)GDP	(兆円)					
	564.3		707.3		931.6	

(注) 医療は、単価の伸び率の前提に応じて、①および②と表示している。

医療・介護の患者数・利用者数および就業者数

			現状投影			計画ベース		
			2018年度	2025年度	2040年度	2018年度	2025年度	2040年度
患者数・利用者数等 (万人)	医療	入院	132	144	155	132	132	140
		外来	783	790	748	783	794	753
	介護	施設	104	129	171	104	121	162
		居住系	46	56	75	46	57	76
		在宅	353	417	497	353	427	509
就業者数 (万人)	医療福祉分野における就業者数		823 [12.5%]	933 [14.7%]	1,068 [18.9%]	823 [12.5%]	931 [14.7%]	1,065 [18.8%]
	医療		309	327	334	309	322	328
	介護		334 (200)	402 (241)	501 (301)	334 (200)	406 (245)	505 (305)
人口 (万人)	総人口		12,618	12,254	11,092	12,618	12,254	11,092
	15～64歳		7,516(59.6%)	7,170(58.5%)	5,978(53.9%)	7,516(59.6%)	7,170(58.5%)	5,978(53.9%)
	20～39歳		2,696(21.4%)	2,471(20.2%)	2,155(19.4%)	2,696(21.4%)	2,471(20.2%)	2,155(19.4%)
	40～64歳		4,232(33.5%)	4,163(34.0%)	3,387(30.5%)	4,232(33.5%)	4,163(34.0%)	3,387(30.5%)
	65歳～		3,561(28.2%)	3,677(30.0%)	3,921(35.3%)	3,561(28.2%)	3,677(30.0%)	3,921(35.3%)
	75歳～		1,800(14.3%)	2,180(17.8%)	2,239(20.2%)	1,800(14.3%)	2,180(17.8%)	2,239(20.2%)
	就業者数		6,580	6,353	5,654	6,580	6,353	5,654

※ 患者数はある日に医療機関に入院中又は外来受診した患者数。利用者数は、ある月における介護サービスの利用者数であり、総合事業等における利用者数を含まない。
 ※ 就業者数欄の「医療福祉分野における就業者数」は、医療・介護分に、その他の福祉分野の就業者数等を合わせた推計値。医療分、介護分ともに、直接に医療に従事する者や介護に従事する者以外に、間接業務に従事する者も含めた数値である。〔 〕内は、就業者数全体に対する割合。()内は、介護職員の数。なお、介護職員数は、総合事業(従前相当及び基準緩和型)における就業者数を含む。

医療・介護の1人当たり保険料・保険料率の見通し①

【経済：ベースラインケース】

	現状投影			計画ベース		
	2018年度	2025年度	2040年度	2018年度	2025年度	2040年度
医療保険						
協会けんぽ	10.0%	①10.8% ②10.7%	①11.8% ②12.1%	10.0%	①10.6% ②10.5%	①11.5% ②11.8%
健保組合	9.2%	①10.0% ② 9.9%	①11.1% ②11.4%	9.2%	① 9.8% ② 9.7%	①10.9% ②11.2%
市町村国保 (2018年度賃金換算)	7,400円	①8,300円 ②8,200円	①8,400円 ②8,600円	7,400円	①8,100円 ②8,000円	①8,200円 ②8,400円
後期高齢者 (2018年度賃金換算)	5,800円	①6,500円 ②6,400円	①8,200円 ②8,400円	5,800円	①6,400円 ②6,300円	①8,000円 ②8,200円
介護保険						
1号保険料 (2018年度賃金換算)	約5,900円	約6,900円	約8,800円	約5,900円	約7,200円	約9,200円
2号保険料 協会けんぽ・健保組合	協会けんぽ1.57% 健保組合1.52%	1.9%	2.5%	協会けんぽ1.57% 健保組合1.52%	2.0%	2.6%
2号保険料 市町村国保 (2018年度賃金換算)	約2,800円	約3,300円	約4,200円	約2,800円	約3,500円	約4,400円

※ 医療保険の2018年度における保険料は2018年度実績見込み(協会けんぽは実際の保険料率、健保組合は健康保険組合連合会「平成30年度健保組合予算早期集計結果」より、市町村国保は予算ベースの所要保険料、後期高齢者は広域連合による見込みを基にした推計値)である。また、2025年度及び2040年度の保険料は2018年度の保険料と各制度の所要保険料の伸びから算出している。

※ 介護保険の2018年度における2号保険料の健保組合の値は、健康保険組合連合会「平成30年度健保組合予算早期集計結果」による。また、市町村国保の保険料額は、一人当たり介護納付金額の月額について、公費を除いた額である。2018年度におけるそのほかの保険料は、実際の基準保険料額・保険料率である。

医療・介護の1人当たり保険料・保険料率の見通し②

【経済：成長実現ケース】

	現状投影			計画ベース		
	2018年度	2025年度	2040年度	2018年度	2025年度	2040年度
医療保険						
協会けんぽ	10.0%	①10.2% ②10.5%	①11.0% ②11.8%	10.0%	①10.0% ②10.3%	①10.8% ②11.5%
健保組合	9.2%	① 9.4% ② 9.7%	①10.4% ②11.1%	9.2%	① 9.2% ② 9.5%	①10.1% ②10.9%
市町村国保 (2018年度賃金換算)	7,400円	①7,800円 ②8,000円	①7,800円 ②8,400円	7,400円	①7,600円 ②7,900円	①7,700円 ②8,200円
後期高齢者 (2018年度賃金換算)	5,800円	①6,100円 ②6,300円	①7,600円 ②8,200円	5,800円	①6,000円 ②6,200円	①7,400円 ②8,000円
介護保険						
1号保険料 (2018年度賃金換算)	約5,900円	約6,800円	約8,600円	約5,900円	約7,100円	約9,000円
2号保険料 協会けんぽ・健保組合	協会けんぽ1.57% 健保組合1.52%	1.9%	2.5%	協会けんぽ1.57% 健保組合1.52%	2.0%	2.6%
2号保険料 市町村国保 (2018年度賃金換算)	約2,800円	約3,300円	約4,200円	約2,800円	約3,500円	約4,400円

※ 医療保険の2018年度における保険料は2018年度実績見込み(協会けんぽは実際の保険料率、健保組合は健康保険組合連合会「平成30年度健保組合予算早期集計結果」より、市町村国保は予算ベースの所要保険料、後期高齢者は広域連合による見込みを基にした推計値)である。また、2025年度及び2040年度の保険料は2018年度の保険料と各制度の所要保険料の伸びから算出している。

※ 介護保険の2018年度における2号保険料の健保組合の値は、健康保険組合連合会「平成30年度健保組合予算早期集計結果」による。また、市町村国保の保険料額は、一人当たり介護納付金額の月額について、公費を除いた額である。2018年度におけるそのほかの保険料は、実際の基準保険料額・保険料率である。

「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）」に基づく マンパワーのシミュレーション ー概要ー

（厚生労働省 平成30年5月21日）

第6回経済財政諮問会議 資料4-2
平成30年5月21日

- 基本となる将来見通しに加え、今後の議論に資するため、①医療・介護需要が一定程度低下した場合、②医療・介護等における生産性が向上した場合を仮定して、将来の就業者数に関するシミュレーションを実施。

【シミュレーション（1）】

○ 医療・介護需要が一定程度低下した場合

※ これまでの受療率等の傾向や今後の寿命の伸び等を考慮し、高齢期において、医療の受療率が2.5歳分程度、介護の認定率が1歳分程度低下した場合

<2040年度の変化等>

- ・ 医療福祉分野における就業者数：
▲81万人 [▲1.4%]

【シミュレーション（2）】

○ 医療・介護等における生産性が向上した場合

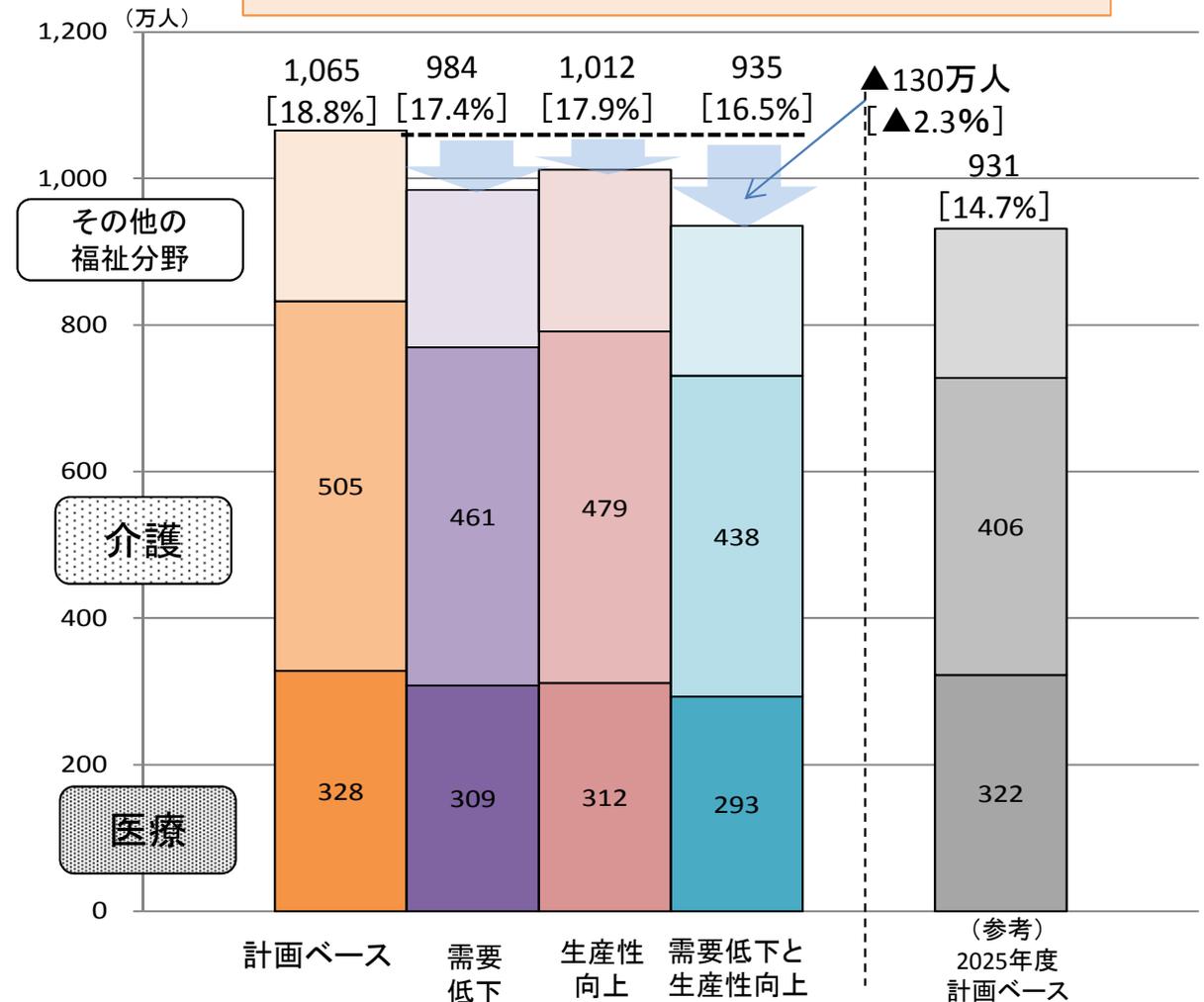
※ ICT等の活用に関する調査研究や先進事例等を踏まえ、医療・介護の生産性が各5%程度向上するなど、医療福祉分野における就業者数全体で5%程度の効率化が達成された場合

<2040年度の変化等>

- ・ 医療福祉分野における就業者数：
▲53万人 [▲0.9%]

※. (1)と(2)が同時に生じる場合、2040年度の変化は▲130万人[▲2.3%]

医療福祉分野における就業者数(2040年度)



(注) 医療福祉分野における就業者の見通しについては、①医療・介護分野の就業者数については、それぞれの需要の変化に応じて就業者数が変化すると仮定して就業者数を計算。②その他の福祉分野を含めた医療福祉分野全体の就業者数については、医療・介護分野の就業者数の変化率を用いて機械的に計算。③医療福祉分野の短時間雇用者の比率等の雇用形態別の状況等については、現状のまま推移すると仮定して計算。

「2040年を見据えた社会保障の将来見通し(議論の素材)」に基づく
マンパワーのシミュレーション

厚生労働省

平成30年5月21日

シミュレーションの位置付け

- 「2040年を見据えた社会保障の将来見通し(議論の素材)」に基づき、今後の様々な議論に資するため、以下のケースを仮定した場合の、将来の就業者数のシミュレーションを厚生労働省において行ったもの。
 - (1) 仮に、当該シミュレーションにおける計画ベースに加え、高齢期における医療や介護を必要とする者の割合(受療率等の医療・介護需要)が低下した場合
 - (2) 仮に、当該シミュレーションにおける計画ベースに加え、労働投入量当たりの生産性の向上が図られ、医療福祉分野における就業者数全体でも効率化が達成された場合

シミュレーション結果(ポイント)

- (1) 医療・介護需要の低下について
 - ・ 仮に、高齢者の入院や外来の受療率が2.5歳分程度低下、介護の要介護(支援)認定率が1歳分程度低下した場合、2040年度の医療福祉分野における就業者数は△81万人程度(就業者数に占める割合△1.4%程度)。
- (2) 医療・介護等における生産性の向上について
 - ・ 仮に、医療や介護の生産性が5%程度向上するなど、医療福祉分野における就業者数全体でも5%程度の効率化が達成された場合、医療福祉分野における就業者数は△53万人程度(就業者数に占める割合△0.9%程度)。

シミュレーションの手法・前提

○ シミュレーションの方法については、基本的に「2040年を見据えた社会保障の将来見通し(議論の素材)」に準じている。その上で、それぞれのケースにおける前提は以下のとおり。

(1) 仮に、計画ベースに加え、高齢期における医療や介護を必要とする者の割合(受療率等の医療・介護需要)が低下した場合

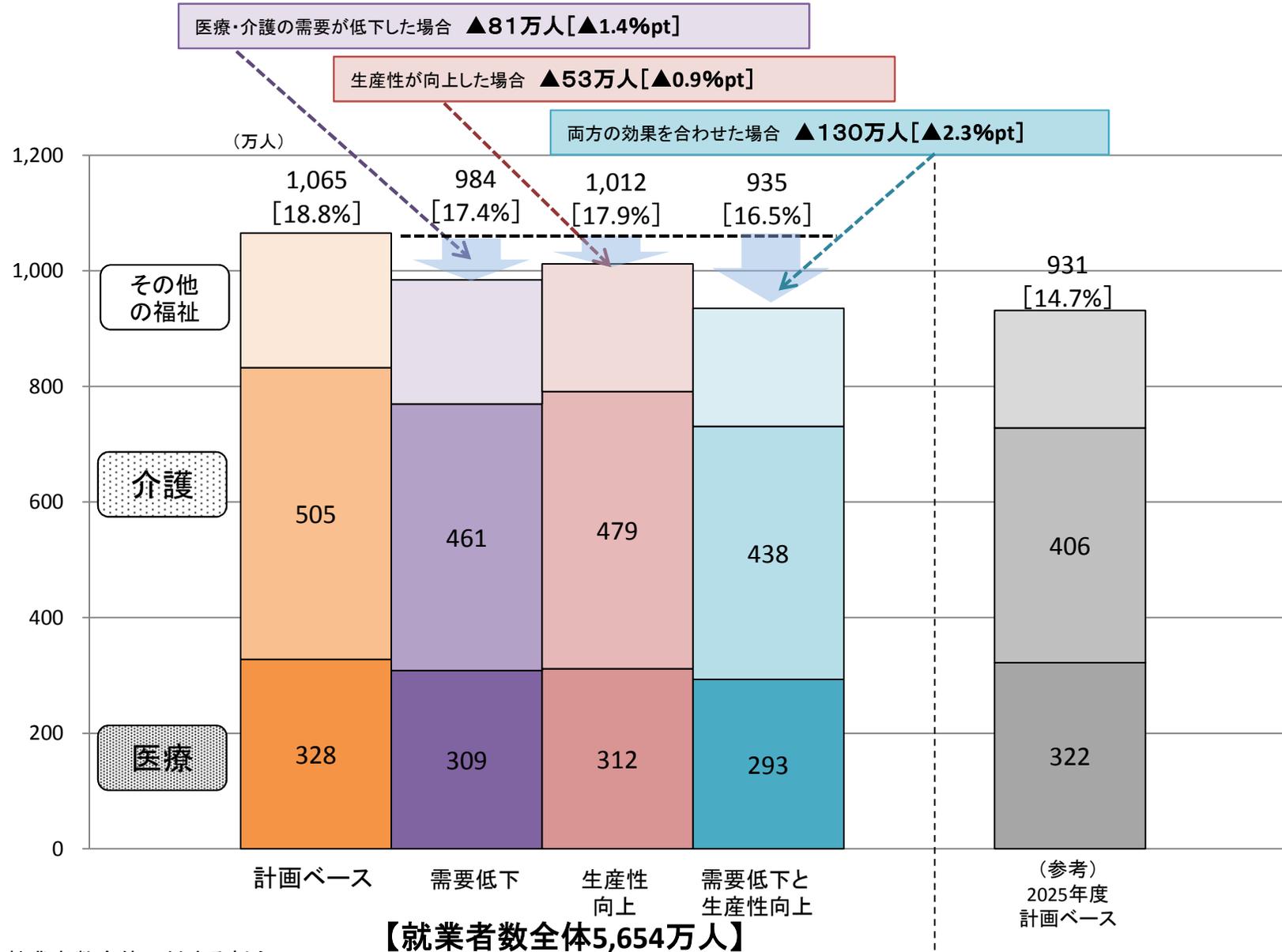
- ・ 医療については、平均寿命が2018年から2040年にかけて男性、女性ともに2.2年程度上昇することや、過去10年程度の年齢階級別受療率の低下傾向等を踏まえて、入院や外来の受療率のカーブが2.5歳分程度高齢にシフトする場合を仮定。
- ・ 介護については、医療ほど顕著ではないものの、2015年度以降年齢階級別にみた認定率の低下がみられること、また、地域によって介護予防や自立支援で認定率低下の実績がみられること等を踏まえて、65歳以降の各年齢階級における認定率が1歳分程度高齢にシフトする場合を仮定。

(2) 仮に、計画ベースに加え、労働投入量当たりの生産性の向上が図られ、医療福祉分野における就業者数全体でも効率化が達成された場合

- ・ 医療分野については、ICT、AI、ロボットの活用で業務代替が可能と考えられるものが5%程度あること(「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」結果から抽出)、介護分野については、特別養護老人ホームでは、平均では入所者2人に対し介護職員等が1人程度の配置となっているが、ICT等の活用により2.7人に対し1人程度の配置で運営を行っている施設があることなどを踏まえ、医療・介護サービス全体的に5%程度業務の効率化が図られるものと仮定。
- ・ 医療・介護分野以外を含む医療福祉分野全体については、医療・介護分野全体と同程度の効率化が図られるものと機械的に仮定。

シミュレーション結果 (2040年度)

医療福祉分野における就業者数



(注1) []内は就業者数全体に対する割合。

(注2) 需要の低下について、高齢期の受療率低下は、入院・外来で2.5歳分程度受療率低下、介護では1歳分程度認定率低下を仮定。

(注3) 医療福祉分野における就業者の見通しについては、①医療・介護分野の就業者数については、それぞれの需要の変化に応じて就業者数が変化すると仮定して就業者数を計算。②その他の福祉分野を含めた医療福祉分野全体の就業者数については、医療・介護分野の就業者数の変化率を用いて機械的に計算。③医療福祉分野の短時間雇用の比率等の雇用形態別の状況等については、現状のまま推移すると仮定して計算。

シミュレーション結果(医療・介護の患者数・利用者数および就業者数)

(1) 需要低下

			2018年度	2025年度	2040年度
患者数・利用者数等 (万人)	医療	入院	132	129	131
		外来	783	787	731
	介護	施設	104	117	148
		居住系	46	56	70
		在宅	353	412	464
就業者数 (万人)	医療福祉分野における就業者数		823 [12.5%]	906 [14.3%]	984 [17.4%]
	医療		309	316	309
	介護		334	392	461

(2) 生産性向上

			2018年度	2025年度	2040年度
就業者数 (万人)	医療福祉分野における就業者数		823 [12.5%]	920 [14.5%]	1,012 [17.9%]
	医療		309	317	312
	介護		334	402	479

※ 患者数はある日に医療機関に入院中又は外来受診した患者数。利用者数は、ある月における介護サービスの利用者数であり、総合事業等における利用者数を含まない。
 ※ 就業者数欄の「医療福祉分野における就業者数」は、医療・介護分に、その他の福祉分野の就業者数等を合わせた推計値。医療分、介護分ともに、直接に医療に従事する者や介護に従事する者以外に、間接業務に従事する者も含めた数値である。[]内は、就業者数全体に対する割合。

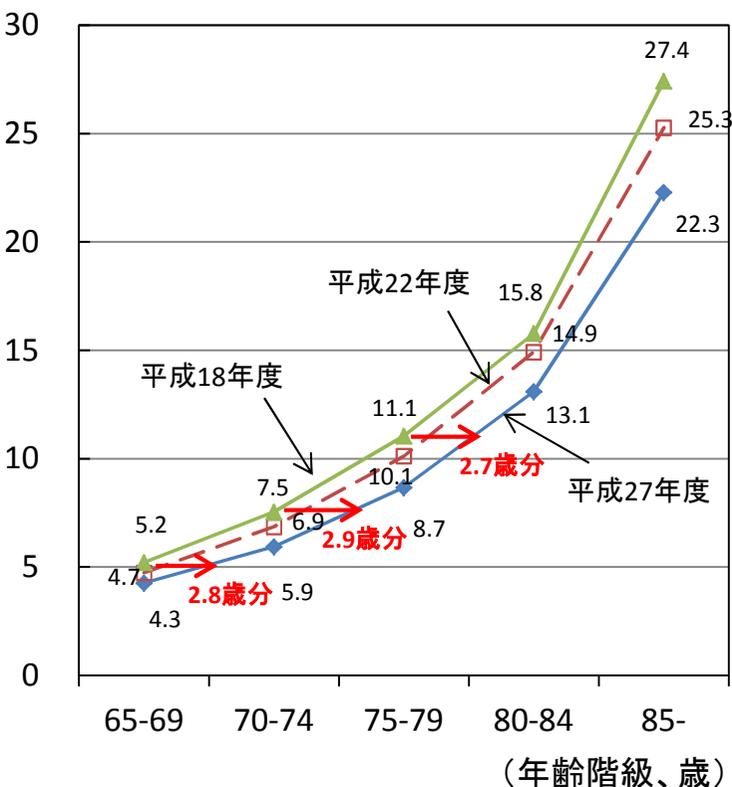
【留意事項】

- 受療率等の需要の低下については、近年、年齢階級別の入院や外来の受療率が低下していること等を踏まえて仮定しものであるが、近年の受療率低下は、様々な政策等の取組みを背景としたものと考えられ、今後も追加的な政策等が講じられない限り、自然にこの傾向が続くとは限らないことに留意が必要。今後の政策を考える上での議論の素材として、将来さらに受療率が低下した場合のシミュレーションを行ったもの。
- 生産性の向上については、近年の技術進歩の速度を考えると、2040年度までにどのような技術が登場するかを確実に見通すことは容易ではないが、マンパワーの確保という社会保障の給付・サービスを成り立たせるための本質的な問題についての議論の素材とするために、一定の仮定の下でシミュレーションを行ったもの。

- 高齢者層における年齢階級別 1 人当たり受診日数(受療率に対応)の推移をみると、入院、外来ともにどの年齢層でも低下。
- 介護については、ここ数年では、年齢階級別要介護(支援)認定率の低下がみられるものの、医療ほど顕著ではない。

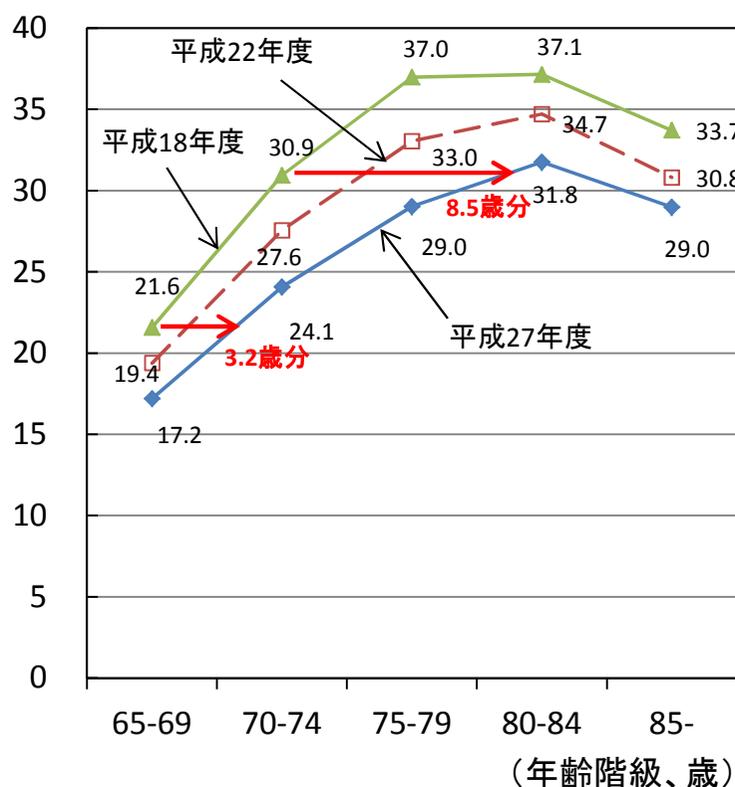
【入院】

(1人当たり受診日数、日)



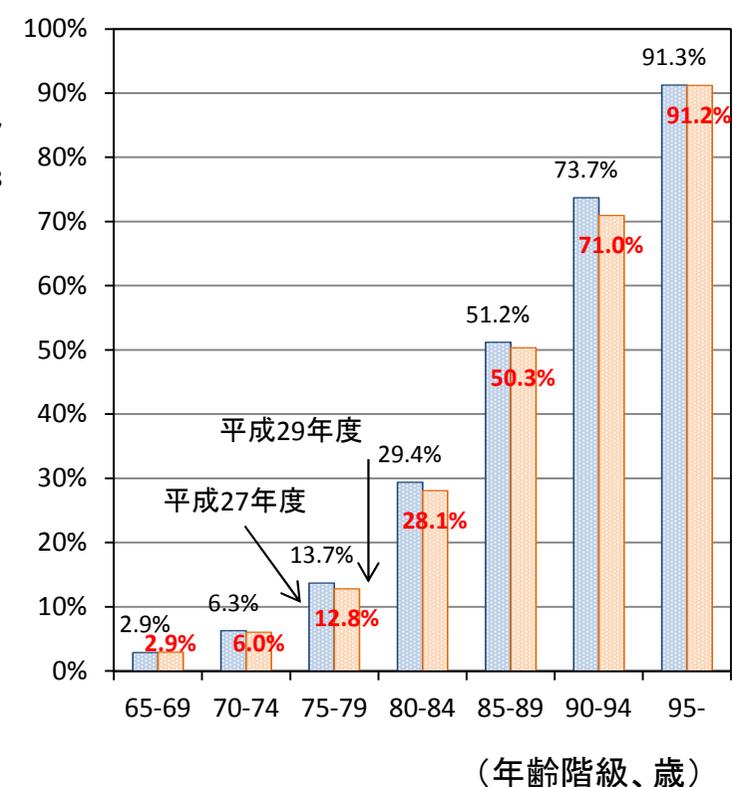
【外来】

(1人当たり受診日数、日)



【介護】

(認定率)



(出典)厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」、「介護給付費等実態調査」

外来は医科。認定率は、要支援認定者数+要介護認定者数の人口に対する割合。

平均寿命は、平成18年は男性79.00年、女性85.81年、平成22年は男性79.55年、女性86.30年、平成27年は男性80.75年、女性86.99年。

地域医療構想の進捗状況等について

「地域医療構想」の達成に向けた一層の取組

平成30年5月21日 経済財政諮問会議
加藤臨時議員提出資料

- 「地域医療構想調整会議」における議論の徹底した進捗管理を行いつつ、医師確保対策やインセンティブ、権限等を組み合わせることで、「具体的対応方針」の速やかな策定に向けて、一層の取組を加速させる。



地域医療構想

地域医療構想を踏まえて策定するよう要請

地域医療構想調整会議

2025年の医療機能別の病床数の達成に向けた医療機関ごとの対応

29年度末までに**117施設**が具体的対応方針を策定

	施設数	高度・急性	回復	慢性	(非稼働)
2025年までに増減すべき病床数	全1.4万施設	▲21万	+22万	▲7万	▲7万
具体的対応方針	合意済み117施設	▲1512	+1493	▲208	▲873

引き続き、インセンティブ、権限等を組み合わせ、**一層の取組を加速**

医療機能の集約化と医師確保・医師負担軽減が地域で一体的に検討可能に

医師確保計画

医療法・医師法改正法案

医師の働き方改革の検討

- 時間外労働上限の設定
- 労務管理・健康確保措置の徹底・支援策
- タスク・シフティングなど医師の業務負担軽減 等

医師偏在指標の創設

地域ごとの医師の多寡が可視化

結論 地域ごとの医師確保に影響

医師確保計画

都道府県ごとに、集約化の議論も踏まえて策定

環境整備

H30診療報酬・介護報酬同時改定

(新) 急性期一般入院基本料

移行が容易に

【創設】

1,491点 1,561点 1,591点

1,332~1,387点

10対1 中間② 10対1 中間① 10対1 7対1

急性期

- 急性期一般入院基本料を創設し、7対1入院基本料については、重症度等の基準を見直すとともに、**10対1入院基本料との中間区分を設け、ニーズに応じた弾力的かつ円滑な移行を可能に**

回復期

- 地域包括ケア病棟入院料について、**在宅からの患者の受入実績等を評価し、診療報酬を引上げ**

慢性期、在宅医療・介護

- 介護医療院を創設し、介護療養病床や医療療養病床からの転換を促進
- 在宅医療の実施機関と報酬の加算対象となる患者の範囲を拡大
- 居宅や介護施設等での医療ニーズや看取りへの対応を強化

重症度、医療・看護必要度の高い患者の割合に応じた段階的な報酬体系に変更

H30地域医療介護総合確保基金

(H30：934億円)

- 具体的対応方針のとりまとめにおいて、病床機能の分化・連携が進んでいる都道府県に対し、基金を重点的に配分。
- H30年度から、基金の対象範囲を拡大し、**医療機関のダウンサイジングに要する経費**にも活用可能。

ダウンサイジングに要する経費(例)

・病棟の解体撤去費	上限額：なし
・医療機器の処分	上限額：なし
・早期退職する職員の退職金の割増相当額	上限額：一人600万円

新たな知事権限

医療法及び医師法の一部の改正する法律案を平成30年通常国会に提出。

＜現行＞

追加増床の申請があれば、許可を与えなければならない

＜改正案＞

都道府県知事が、許可を与えないことができる権限を創設(民間は勧告)

勧告を受けた場合、保険医療機関の指定をしないことができる

基準病床数 既存病床数 病床数の必要量(2025)

「地域医療構想の進め方について」※のポイント

第13回地域医療構想に関するWG	資料
平成30年5月16日	1-1

地域医療構想調整会議の協議事項

※ 平成30年2月7日付け医政地発0207第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知

【個別の医療機関ごとの具体的対応方針の決定への対応】

- 都道府県は、毎年度、地域医療構想調整会議において合意した具体的対応方針をとりまとめること。

具体的対応方針のとりまとめには、以下の内容を含むこと。

- ① 2025年を見据えた構想区域において担うべき医療機関としての役割
- ② 2025年に持つべき医療機能ごとの病床数

⇒平成30年度以降の地域医療介護総合確保基金の配分に当たっては、具体的対応方針のとりまとめの進捗状況を考慮する。

- 公立病院、公的医療機関等は、「新公立病院改革プラン」「公的医療機関等2025プラン」を策定し、平成29年度中に協議すること。

⇒協議の際は、構想区域の医療需要や現状の病床稼働率、民間医療機関との役割分担などを踏まえ公立病院、公的病院でなければ担えない分野へ重点化されているかどうかについて確認すること。

- その他の医療機関のうち、担うべき役割を大きく変更する病院などは、今後の事業計画を策定し、速やかに協議すること。

- 上記以外の医療機関は、遅くとも平成30年度末までに協議すること。

【その他】

- 都道府県は、以下の医療機関に対し、地域医療構想調整会議へ出席し、必要な説明を行うよう求めること。

・病床が全て稼働していない病棟を有する医療機関 ・新たな病床を整備する予定の医療機関 ・開設者を変更する医療機関

地域医療構想調整会議での個別の医療機関の取組状況の共有

- 都道府県は、個別の医療機関ごと(病棟ごと)に、以下の内容を提示すること。

- ①医療機能や診療実績
- ②地域医療介護総合確保基金を含む各種補助金等の活用状況
- ③公立病院・公的病院等について、病床稼働率、紹介・逆紹介率、救急対応状況、医師数、経営に関する情報など

地域医療構想調整会議の運営

- 都道府県は、構想区域の実情を踏まえながら、年間スケジュールを計画し、年4回は地域医療構想調整会議を実施すること。

- 医療機関同士の意見交換や個別相談などの場を組合せながら、より多くの医療機関の主体的な参画が得られるよう進めること。

地域医療構想調整会議における議論の状況

第13回地域医療構想に関するWG
平成30年5月16日 資料 1-1

以下は、平成29年度末(平成30年3月末)までの議論の状況について、全341構想区域の状況をまとめたもの。

現状分析に関する取組の状況

▶調整会議の開催状況について

4～6月	7～9月	10～12月	1～3月	計
79回 (74区域)	284回 (230区域)	370回 (260区域)	334回 (238区域)	1,067回

▶調整会議以外の取組(意見交換会等)

4～6月	7～9月	10～12月	1～3月	計
23回 (20区域)	88回 (54区域)	55回 (41区域)	62回 (50区域)	228回

▶平成28年度病床機能報告が未報告の医療機関に関する状況把握

未報告医療機関数(区域数)	455施設(151区域)
うち未報告医療機関の在り方について議論した構想区域	33区域/151区域

▶非稼働病棟に関する状況把握

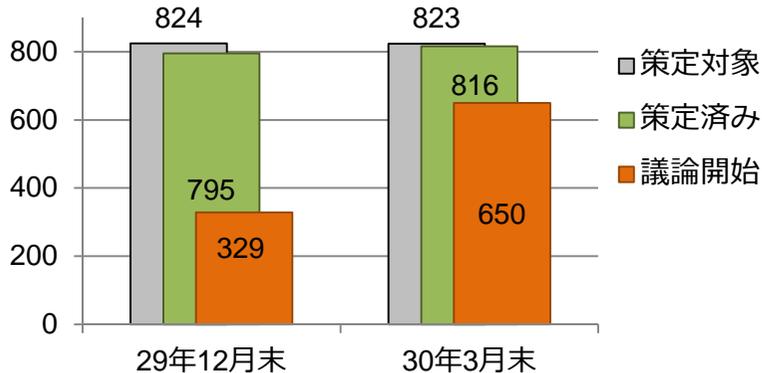
非稼働病棟を有する医療機関数(区域数)	1,158施設(285区域)
うち非稼働病棟の在り方について議論した構想区域	66区域/285区域

具体的な医療機関名を挙げた議論の状況

▶公立病院について

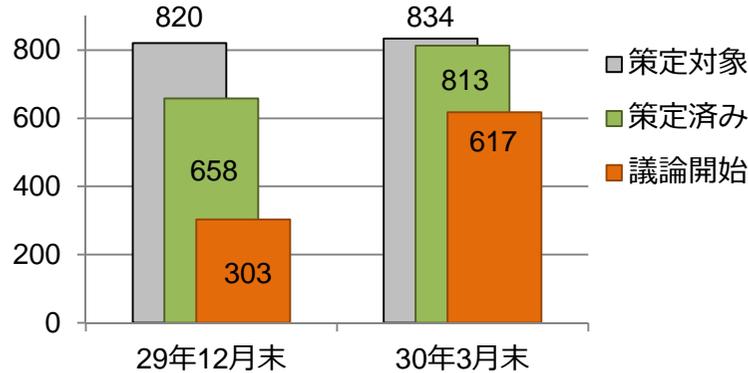
- ・対象病院は823病院(注)
- ・新改革プランを策定した病院は、816病院
- ・調整会議で議論を開始した病院は、650病院

(注)一般病床及び療養病床を有しない精神科病院や、既に廃止している病院等は除外した。



▶公的医療機関等2025プラン対象医療機関について

- ・対象病院は834病院
- ・公的医療機関等2025プランを策定した病院は813病院
- ・調整会議で議論を開始した病院は、617病院



(参考) その他の医療機関について

- (担うべき役割や機能を大きく変更する病院等)
- ・今後の事業計画を策定した病院は264病院
- ・調整会議で議論を開始した病院は46病院

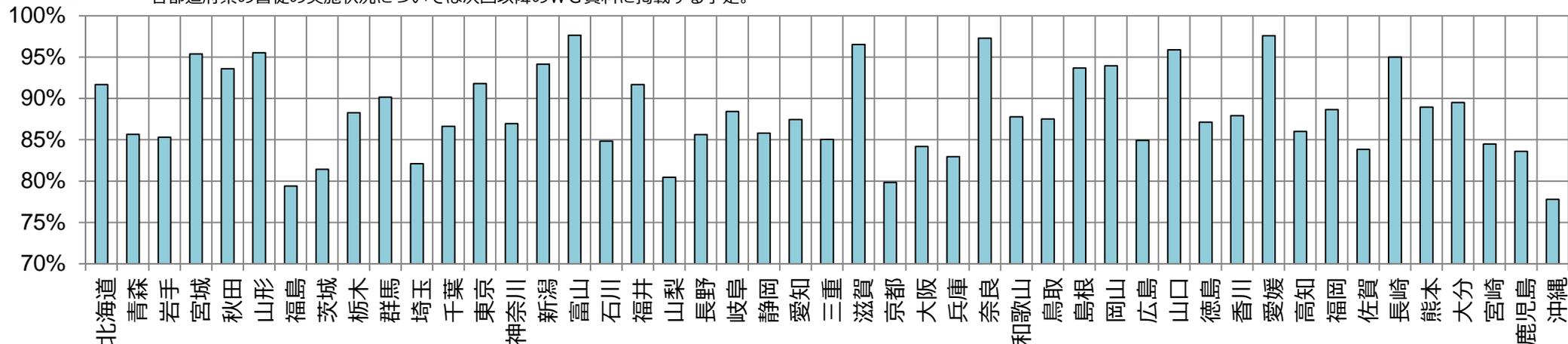
地域医療構想調整会議における議論の状況

第13回地域医療構想に関するWG資料
平成30年5月16日 1-1

■ 平成29年度病床機能報告の報告状況

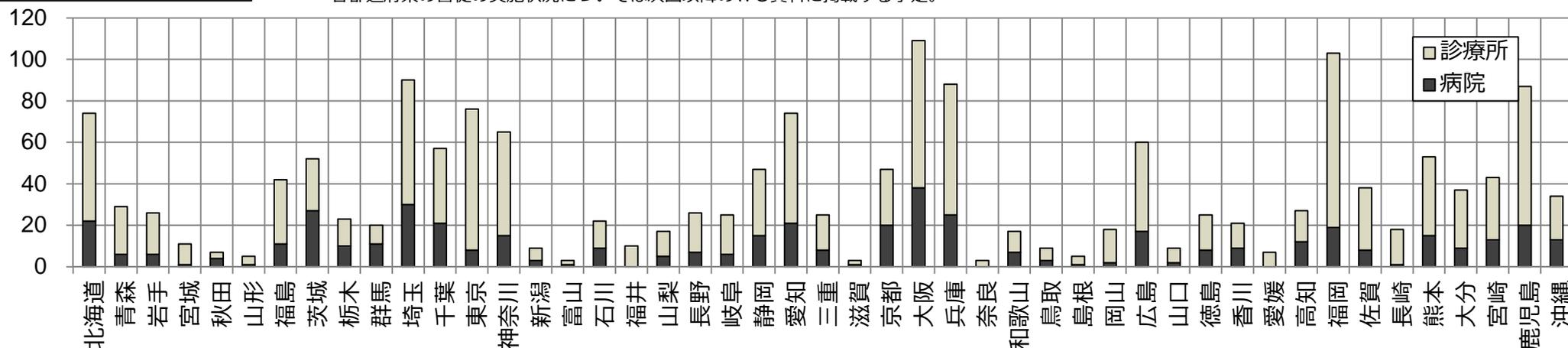
報告率

(注) 速報段階(平成30年3月)の粗集計を用いた値であり、都道府県による督促対応が十分に行われる以前の状況である。各都道府県の督促の実施状況については次回以降のWG資料に掲載する予定。



未報告医療機関の施設数

(注) 速報段階(平成30年3月)の粗集計を用いた値であり、都道府県による督促対応が十分に行われる以前の状況である。各都道府県の督促の実施状況については次回以降のWG資料に掲載する予定。



医療法

第三十条の十三 (略)

5 都道府県知事は、病床機能報告対象病院等の管理者が第一項若しくは第二項の規定による報告をせず、又は虚偽の報告をしたときは、期間を定めて、当該病床機能報告対象病院等の開設者に対し、当該管理者をしてその報告を行わせ、又はその報告の内容を是正させることを命ずることができる。

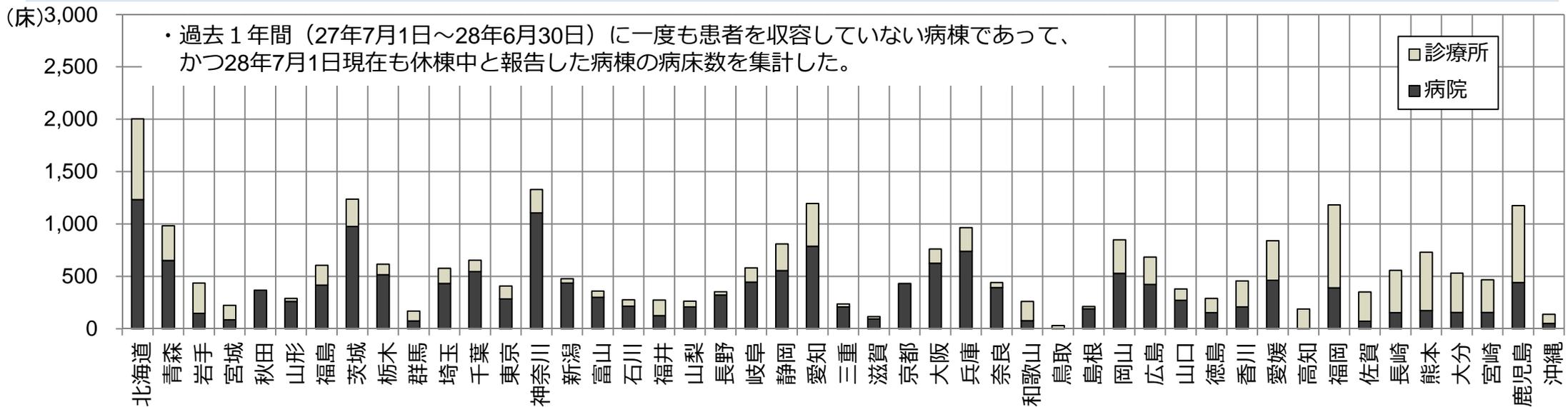
6 都道府県知事は、前項の規定による命令をした場合において、その命令を受けた病床機能報告対象病院等の開設者がこれに従わなかったときは、その旨を公表することができる。

第九十二条 第三十条の十三第五項の規定による命令に違反した者は、三十万円以下の過料に処する。

地域医療構想調整会議における議論の状況（非稼働病棟）

第13回地域医療構想に関するWG資料
平成30年5月16日 1-1

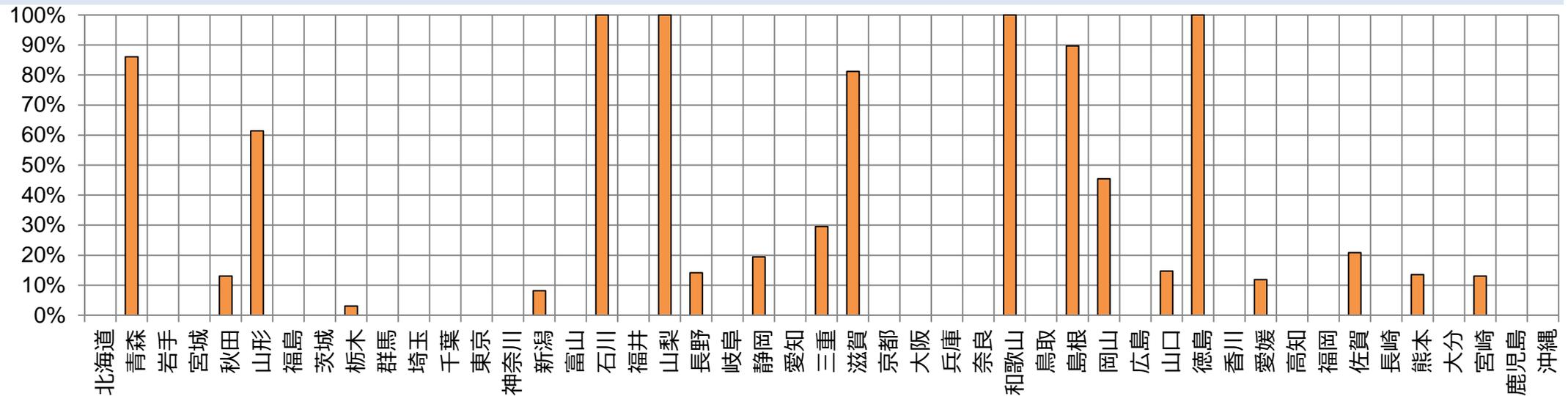
■非稼働病棟の病床数（平成30年3月末時点）（注）平成28年度（平成28年10月実施）の病床機能報告を基にした集計である。



■非稼働病棟を有する医療機関に対する調整会議での議論の状況

（議論済み（議論継続中を含む）の病棟の病床数／非稼働病棟の病床数）

（平成30年3月末時点）



地域医療構想調整会議における議論の状況（公立・公的等まとめ）

第13回地域医療構想に関するWG
平成30年5月16日 資料 1-1

（再掲） 新公立病院改革プラン 及び 公的医療機関等2025プランの議論の状況 まとめ

（平成30年3月末時点）

プラン策定状況

◆公立病院（新公立病院改革プラン）

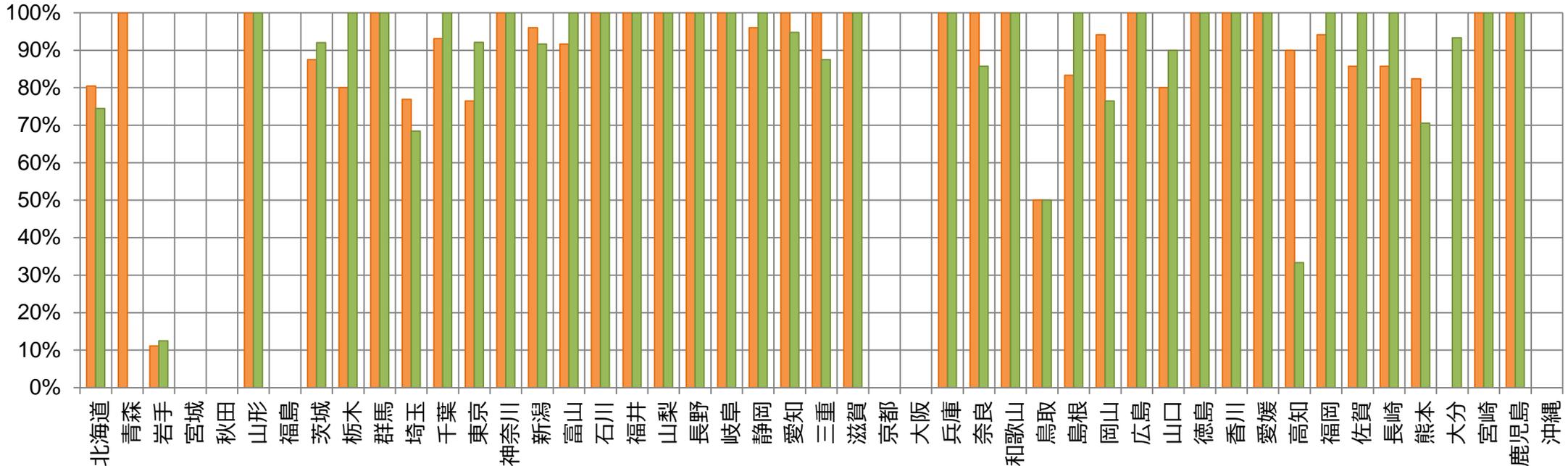
策定対象	87	24	27	29	12	23	12	8	5	13	13	29	17	19	25	12	16	7	14	21	18	25	26	17	12	13	22	41	11	11	8	12	17	19	15	11	11	15	10	17	7	14	17	5	17	12	7
策定済み	86	24	27	29	12	23	12	8	5	13	13	27	17	19	25	12	16	7	14	21	18	25	26	17	12	13	20	41	10	11	8	12	17	19	15	11	11	15	10	16	7	14	17	5	17	12	7
未策定	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	

◆公的病院等（公的医療機関等2025プラン）

策定対象	47	6	8	14	14	5	21	25	12	11	19	18	63	41	24	11	10	9	5	28	15	23	38	16	10	17	41	20	7	7	6	8	17	22	20	9	12	13	6	50	9	11	17	15	9	15	10
策定済み	47	6	8	14	14	5	21	25	12	11	14	18	58	41	23	11	10	9	5	28	15	23	37	15	10	16	41	20	6	7	3	8	17	22	20	9	12	13	6	50	9	11	15	14	9	15	10
未策定	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	-	5	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1	-	-	1	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	-	-	-	
	北海道	青森	岩手	宮城	秋田	山形	福島	茨城	栃木	群馬	埼玉	千葉	東京	神奈川	新潟	富山	石川	福井	山梨	長野	岐阜	静岡	愛知	三重	滋賀	京都	大阪	兵庫	奈良	和歌山	鳥取	島根	岡山	広島	山口	徳島	香川	愛媛	高知	福岡	佐賀	長崎	熊本	大分	宮崎	鹿児島	沖縄

議論の実施率

■ 公立病院（新公立病院改革プラン） ■ 公的病院等（公的医療機関等2025プラン）



※宮城県の議論の開始状況は精査中

(参考) 議論を開始していない都道府県における今後の予定等

第13回地域医療構想に関するWG
平成30年5月16日 資料 1-1

	今後の予定	議論を開始できていない理由
秋田県	今年度中の調整会議において、議論を開始する予定としている。	昨年度は、公立病院改革プランは策定済みであったものの、公的医療機関のプラン策定は年度末になってすべての対象医療機関の策定が完了したとの事情により、調整会議での議論にはできなかった。
福島県	平成30年度	公立病院改革プランについて、総務省から出された通知には、地域医療構想との整合性を図る具体的な手法は記載されていなかったこともあり、該当する記載内容が構想の内容と整合性が図れていれば良く、調整会議での協議まで求められているという認識は持っていなかったため。 また、公立病院改革プランについても調整会議で協議するよう示された時点では、調整会議の開催が間に合わなかったため。 公的医療機関等2025プランについて、病院のプラン作成作業期間も考慮すると、調整会議での協議が間に合わせることが困難であったこと、協議時期等についても、必ずしも通知どおりにいかなくてもやむを得ないという見解をいただいたことから、当初より平成30年度に協議を行う方向で進めていたため。
京都府	平成30年6月～	各地域の調整会議には、原則としてすべての病院が参画しており、プランの内容には調整会議の議論が反映されているとの意見がある中で、改めてプランだけを取り出して議論することについて、参加者の理解を得ることに時間を要した。
大阪府	平成30年7月以降の調整会議等（懇話会等）にて議論を開始。	本府においては、全国と比較して、民間病院の割合が高いことから、公民あわせ全ての医療機関が参画・協議し、構想区域の将来のあるべき姿をとりまとめていく。 そのため公的プラン等と同様の調査を民間病院に対しても平成29年度に実施しており、これら公民調査をまとめて、本年7月以降の調整会議等において具体的な論議を進めるもの。
沖縄県	平成30年6月	医療機関が策定した新公立病院改革プランは、将来の機能別の病床数等の記載がなく、2025プランと同列に議論できる内容でないことから、改めて公立病院に2025プランの策定を依頼し、議論することとしたため。 各公的医療機関等が策定した2025プランの内容が、各圏域で開催する沖縄県地域医療対策会議（調整会議に相当）で協議を行う前に、記載内容を整理する必要があったため。

「地域医療構想の進め方について」※のポイント

第13回地域医療構想に関するWG資料
平成30年5月16日 1-1
省医政局地域医療計画課長通知

地域医療構想調整会議の協議事項

※ 平成30年2月7日付け医政地発0207第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知

【個別の医療機関ごとの具体的対応方針の決定への対応】

- 都道府県は、毎年度、地域医療構想調整会議において合意した具体的対応方針をとりまとめること。

具体的対応方針のとりまとめには、以下の内容を含むこと。

- ① 2025年を見据えた構想区域において担うべき医療機関としての役割
- ② 2025年に持つべき医療機能ごとの病床数

⇒平成30年度以降の地域医療介護総合確保基金の配分に当たっては、具体的対応方針のとりまとめの進捗状況を考慮する。

- 公立病院、公的医療機関等は、「新公立病院改革プラン」「公的医療機関等2025プラン」を策定し、平成29年度中に協議すること。
⇒協議の際は、構想区域の医療需要や現状の病床稼働率、民間医療機関との役割分担などを踏まえ公立病院、公的病院でなければ担えない分野へ重点化されているかどうかについて確認すること。
- その他の医療機関のうち、担うべき役割を大きく変更する病院などは、今後の事業計画を策定し、速やかに協議すること。
- 上記以外の医療機関は、遅くとも平成30年度末までに協議すること。

【その他】

- 都道府県は、以下の医療機関に対し、地域医療構想調整会議へ出席し、必要な説明を行うよう求めること。
・病床が全て稼働していない病棟を有する医療機関 ・新たな病床を整備する予定の医療機関 ・開設者を変更する医療機関

地域医療構想調整会議での個別の医療機関の取組状況の共有

- 都道府県は、個別の医療機関ごと(病棟ごと)に、以下の内容を提示すること。
①医療機能や診療実績 ②地域医療介護総合確保基金を含む各種補助金等の活用状況
③公立病院・公的病院等について、病床稼働率、紹介・逆紹介率、救急対応状況、医師数、経営に関する情報など

地域医療構想調整会議の運営

- 都道府県は、構想区域の実情を踏まえながら、年間スケジュールを計画し、年4回は地域医療構想調整会議を実施すること。
- 医療機関同士の意見交換や個別相談などの場を組合せながら、より多くの医療機関の主体的な参画が得られるよう進めること。

具体的対応方針のとりまとめ状況①（全国・都道府県ごと）

第13回地域医療構想に関するWG	資料
平成30年5月16日	1-1

○ 都道府県は、毎年度、地域医療構想調整会議において合意した具体的対応方針をとりまとめること。

具体的対応方針のとりまとめには、以下の内容を含むこと。

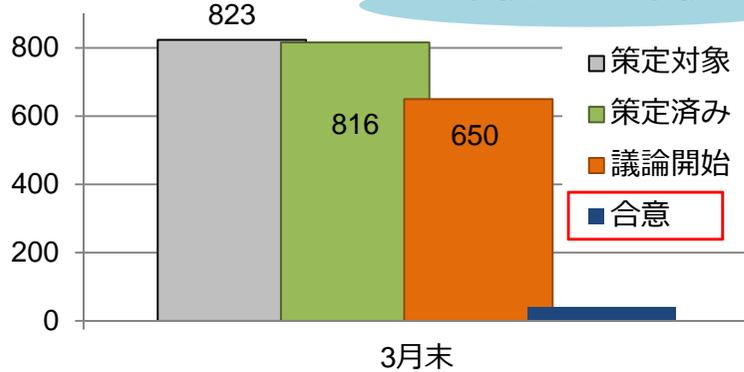
- ① 2025年を見据えた構想区域において担うべき医療機関としての役割
- ② 2025年に持つべき医療機能ごとの病床数

⇒平成30年度以降の地域医療介護総合確保基金の配分に当たっては、具体的対応方針のとりまとめの進捗状況を考慮する。

▶公立病院

・具体的対応方針について合意した数

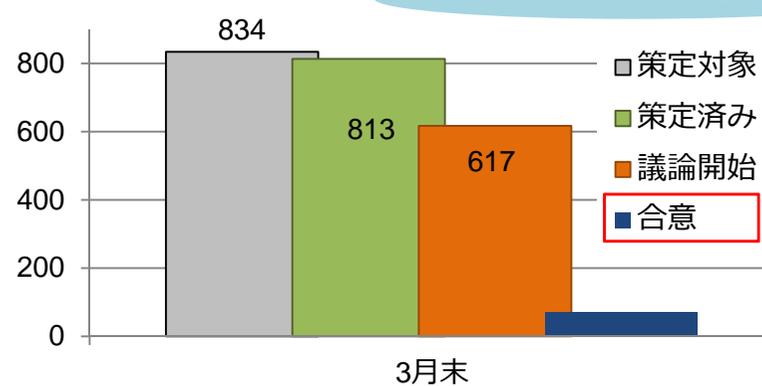
38病院／823病院



▶公的医療機関等2025プラン対象医療機関

・具体的対応方針について合意した数

70病院／834病院



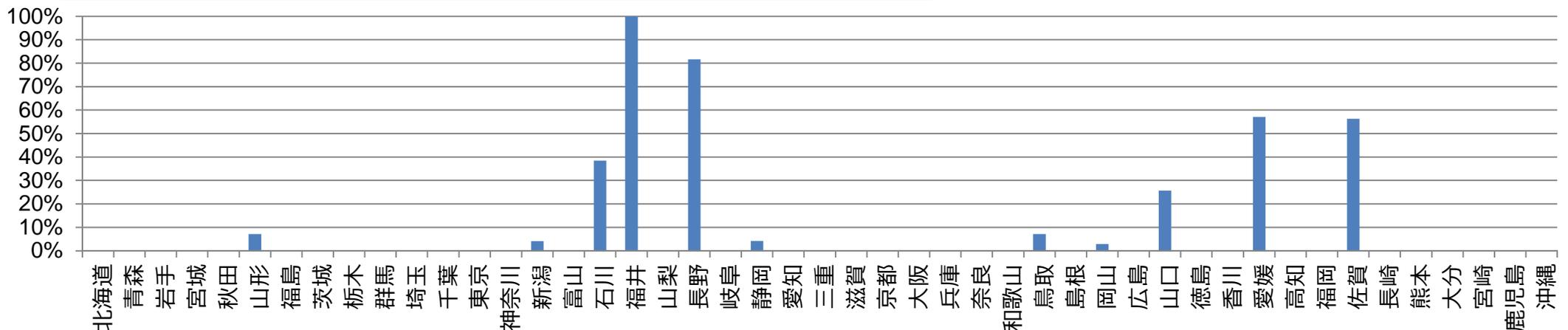
▶その他の

医療機関

9病院

担うべき役割や機能を大きく変更する病院等

とりまとめ割合 = 合意した数 / 対象医療機関数（公立・公的等）



具体的対応方針のとりまとめ状況② (構想区域ごと)

第13回地域医療構想に関するWG資料
平成30年5月16日 1-1

都道府県	構想区域		施設数	施設数					計
				高度	急性	回復	慢性	休棟(非稼働)	
山形	村山	2025年の病床数の必要量	-	523	1687	1431	1232		
		2016年の病床数	全 55施設	737	3082	700	1262	146	
		2025と2016の差		-214	-1395	+731	-30		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 1/12施設	0	-15	0	0	-45	-60
山形	置賜	2025年の病床数の必要量		159	610	573	407		
		2016年の病床数	全 23施設	30	1070	486	511	37	
		2025と2016の差		+129	-460	+87	-104		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 1/8施設	0	0	-10	0	0	-10
新潟	下越	2025年の病床数の必要量		123	442	476	477		
		2016年の病床数	全 17施設	388	676	217	557	0	
		2025と2016の差		-265	-234	+259	-80		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 2/5施設	0	+2	-2	-46	0	-46
石川	南加賀	2025年の病床数の必要量		146	696	567	604		
		2016年の病床数	全 31施設	30	1283	253	844	93	
		2025と2016の差		+116	-587	+314	-240		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 1/4施設	0	+5	0	+2	-32	-25
石川	石川中央	2025年の病床数の必要量		940	2659	2648	1913		
		2016年の病床数	全 92施設	2381	3292	969	3126	185	
		2025と2016の差		-1441	-633	+1679	-1213		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 8/13施設	-86	-61	+176	0	-37	-8

(注) 合意済み「分子/分母」施設の分母は「新公立病院改革プラン対象病院」「公的医療機関等2025対象病院」「その他の担うべき役割や機能を大きく変更する病院」とした。

具体的対応方針のとりまとめ状況③ (構想区域ごと)

第13回地域医療構想に関するWG資料
平成30年5月16日 1-1

都道府県	構想区域		施設数						計
				高度	急性	回復	慢性	休棟(非稼働)	
石川	能登中部	2025年の病床数の必要量	-	108	417	325	425		
		2016年の病床数	全 16施設	52	980	152	526	0	
		2025と2016の差		+56	-563	+173	-101		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 1/5施設	0	0	0	0	0	0
福井	奥越	2025年の病床数の必要量	-	16	129	181	93		
		2016年の病床数	全 8施設	0	260	109	60	15	
		2025と2016の差		+16	-131	+72	+33		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 1/1施設	0	0	0	0	0	0
福井	丹南	2025年の病床数の必要量	-	55	423	577	386		
		2016年の病床数	全 32施設	0	836	247	682	50	
		2025と2016の差		55	-413	+330	-296		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 2/2施設	+4	-4	0	0	0	0
福井	福井・坂井	2025年の病床数の必要量	-	588	1691	1502	871		
		2016年の病床数	全 73施設	1370	2428	638	1211	184	
		2025と2016の差		-782	-737	+864	-340		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 8/8施設	-39	-43	+65	0	-100	-117
福井	嶺南	2025年の病床数の必要量	-	76	333	386	284		
		2016年の病床数	全 12施設	18	698	187	622	25	
		2025と2016の差		+58	-365	+199	-338		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 5/5施設	0	-20	+67	-15	-25	+7

(注) 合意済み「分子/分母」施設の分母は「新公立病院改革プラン対象病院」「公的医療機関等2025対象病院」「その他の担うべき役割や機能を大きく変更する病院」とした。

具体的対応方針のとりまとめ状況④ (構想区域ごと)

第13回地域医療構想に関するWG資料
平成30年5月16日 1-1

都道府県	構想区域		施設数						計
				高度	急性	回復	慢性	休棟(非稼働)	
長野	佐久	2025年の病床数の必要量	-	193	733	494	334		
		2016年の病床数	全 18施設	81	1250	249	469	147	
		2025と2016の差		+112	-517	+245	-135		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 9/9施設	-4	-133	142	-30	-85	-110
長野	諏訪	2025年の病床数の必要量	-	215	719	510	289		
		2016年の病床数	全 19施設	349	922	191	352	0	
		2025と2016の差		-134	-203	+319	-63		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 4/4施設	0	-104	+60	+44	0	0
長野	上伊那	2025年の病床数の必要量	-	119	432	381	221		
		2016年の病床数	全 12施設	158	615	259	279	0	
		2025と2016の差		-39	-183	+122	-58		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 3/3施設	-30	+30	0	0	0	0
長野	飯伊	2025年の病床数の必要量	-	129	555	416	238		
		2016年の病床数	全 13施設	132	907	209	325	0	
		2025と2016の差		-3	-352	+207	-87		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 2/4施設	0	0	0	0	0	0
長野	木曾	2025年の病床数の必要量	-	14	58	40	26		
		2016年の病床数	全 1施設	0	211	0	48	0	
		2025と2016の差		+14	-153	+40	-22		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 1/1施設	0	-126	+48	-22	0	-100

(注) 合意済み「分子/分母」施設の分母は「新公立病院改革プラン対象病院」「公的医療機関等2025対象病院」「その他の担うべき役割や機能を大きく変更する病院」とした。

具体的対応方針のとりまとめ状況⑤ (構想区域ごと)

第13回地域医療構想に関するWG資料
平成30年5月16日 1-1

都道府県	構想区域		施設数						計
				高度	急性	回復	慢性	休棟(非稼働)	
長野	松本	2025年の病床数の必要量	-	503	1432	1098	562		
		2016年の病床数	全 40施設	813	2072	408	691	64	
		2025と2016の差		-310	-640	+690	-129		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 7/7施設	-282	+118	+105	+20	-50	-89
長野	大北	2025年の病床数の必要量	-	36	197	108	62		
		2016年の病床数	全 4施設	0	313	98	81	17	
		2025と2016の差		+36	-116	+10	-19		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 2/2施設	0	-46	0	-8	0	-54
長野	長野	2025年の病床数の必要量	-	543	1634	1196	1047		
		2016年の病床数	全 52施設	629	2663	434	1392	0	
		2025と2016の差		-86	-1029	+762	-345		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 10/11施設	0	0	0	-19	0	-19
長野	北信	2025年の病床数の必要量	-	57	244	182	58		
		2016年の病床数	全 5施設	15	461	140	99	26	
		2025と2016の差		+42	-217	+42	-41		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 2/2施設	-15	-319	+334	0	-26	-26
静岡	賀茂	2025年の病床数の必要量	-	20	186	271	182		
		2016年の病床数	全 10施設	8	230	162	292	85	
		2025と2016の差		+12	-44	+109	-110		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 2/5施設	0	-20	-6	+54	-54	-26

(注) 合意済み「分子/分母」施設の分母は「新公立病院改革プラン対象病院」「公的医療機関等2025対象病院」「その他の担うべき役割や機能を大きく変更する病院」とした。

具体的対応方針のとりまとめ状況⑥ (構想区域ごと)

第13回地域医療構想に関するWG資料
平成30年5月16日 1-1

都道府県	構想区域		施設数	施設数					計
				高度	急性	回復	慢性	休棟(非稼働)	
静岡	駿東田方	2025年の病床数の必要量	-	609	1588	1572	1160		
		2016年の病床数	全 90施設	739	3097	656	1777	181	
		2025と2016の差		-130	-1509	+916	-617		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 1/10施設	0	0	0	0	0	0
鳥取	西部	2025年の病床数の必要量	-	282	877	989	347		
		2016年の病床数	全 36施設	671	1246	447	639	4	
		2025と2016の差		-389	-369	+542	-292		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 1/7施設	0	0	0	0	0	0
岡山	真庭	2025年の病床数の必要量	-	25	157	175	106		
		2016年の病床数	全 10施設	0	389	42	222	38	
		2025と2016の差		+25	-232	+133	-116		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 1/1施設	0	-10	+10	-50	0	-50
山口	山口・防府	2025年の病床数の必要量	-	275	974	899	860		
		2016年の病床数	全 42施設	551	1418	523	1337	90	
		2025と2016の差		-276	-444	+376	-477		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 5/5施設	-43	-135	+103	+25	-48	-98
山口	宇部・小野田	2025年の病床数の必要量	-	328	937	879	1064		
		2016年の病床数	全 35施設	796	1579	435	1792	55	
		2025と2016の差		-468	-642	+444	-728		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 4/8施設	6	-7	+70	-52	-42	-25

(注) 合意済み「分子/分母」施設の分母は「新公立病院改革プラン対象病院」「公的医療機関等2025対象病院」「その他の担うべき役割や機能を大きく変更する病院」とした。

具体的対応方針のとりまとめ状況⑦ (構想区域ごと)

第13回地域医療構想に関するWG資料
平成30年5月16日 1-1

都道府県	構想区域		施設数						計
				高度	急性	回復	慢性	休棟(非稼働)	
愛媛	新居浜・西条	2025年の病床数の必要量	-	196	826	677	648		
		2016年の病床数	全 34施設	44	1701	276	703	258	
		2025と2016の差		+152	-875	+401	-55		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 3/4施設	+2	-13	+38	0	-88	-61
愛媛	今治	2025年の病床数の必要量	-	119	682	708	430		
		2016年の病床数	全 54施設	23	1378	213	764	31	
		2025と2016の差		+96	-696	+495	-334		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 3/3施設	+3	-3	0	0	0	0
愛媛	松山	2025年の病床数の必要量	-	781	1995	2067	1836		
		2016年の病床数	全142施設	2077	3023	1001	2668	267	
		2025と2016の差		-1296	-1028	+1066	-832		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 8/8施設	-1064	+936	+50	0	-131	-209
愛媛	宇和島	2025年の病床数の必要量	-	120	418	454	305		
		2016年の病床数	全 30施設	30	1049	281	563	177	
		2025と2016の差		+90	-631	+173	-258		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 2/7施設	0	+55	0	0	-55	0
佐賀	中部	2025年の病床数の必要量	-	372	1168	1430	855		
		2016年の病床数	全 92施設	106	2707	776	1422	94	
		2025と2016の差		+266	-1539	+654	-567		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 5/9施設	+151	-136	+20	0	0	+35

(注) 合意済み「分子/分母」施設の分母は「新公立病院改革プラン対象病院」「公的医療機関等2025対象病院」「その他の担うべき役割や機能を大きく変更する病院」とした。

具体的対応方針のとりまとめ状況⑧ (構想区域ごと)

第13回地域医療構想に関するWG資料
平成30年5月16日 1-1

都道府県	構想区域		施設数	施設数					計
				高度	急性	回復	慢性	休棟(非稼働)	
佐賀	東部	2025年の病床数の必要量	-	31	286	472	559		
		2016年の病床数	全 29施設	8	433	278	1035	55	
		2025と2016の差		+23	-147	+194	-476		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 3/3施設	0	-7	+109	-47	-55	0
佐賀	南部	2025年の病床数の必要量	-	101	378	269	437		
		2016年の病床数	全 37施設	15	758	238	679	79	
		2025と2016の差		+86	-380	+31	-242		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 3/3施設	+43	-40	0	0	0	+3
佐賀	西部	2025年の病床数の必要量	-	32	171	244	272		
		2016年の病床数	全 24施設	0	498	158	464	75	
		2025と2016の差		+32	-327	+86	-192		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 1/3施設	0	0	+40	-40	0	0
佐賀	南部	2025年の病床数の必要量	-	161	635	684	521		
		2016年の病床数	全 62施設	70	1407	311	1015	48	
		2025と2016の差		+91	-772	+373	-494		
		具体的対応方針に基づく病床数の変化	合意済み 5/6施設	0	-62	+74	-24	0	-12

(注) 合意済み「分子/分母」施設の分母は「新公立病院改革プラン対象病院」「公的医療機関等2025対象病院」「その他の担うべき役割や機能を大きく変更する病院」とした。

再編統合に関する議論の状況①

再編統合に関する議論を行っている構想区域



24構想区域／341構想区域

今後予定されている主な再編統合事例①

※議論の途上にある事例も含まれる。

【現状】

【再編後の予定】

	病院名	設置主体	所在地	許可病床数					休棟 など	統合	病院名	設置主体	所在地	許可病床数				再編予 定時期	
				高度	急性	回復	慢性	高度						急性	回復	慢性			
青森県	国立病院機構弘前病院	(独)国立病院機構	弘前市	342		342				┌ └	新病院	(独)国立病院機構	弘前市	440～ 450	(調整中)				未定
	弘前市立市民病院	市	弘前市	250		214	36												
宮城県	栗原市立栗原中央病院	市	大崎・栗原	300		200	50	50	┌ └	栗原市立栗原中央病院	市	大崎・栗原	300	200	50	50	H31.4		
	宮城県立循環器・呼吸器病センター	地方独立行政法人	大崎・栗原	90		90								※併せて結核病床等に移管する。(50床→29床)					
山形県	米沢市立病院	市	米沢市	322	5	283	34		⬇ ⬆ 再編	米沢市立病院	市	米沢市	300	300			H35.4		
	三友堂病院	医療法人	米沢市	190	5	115	58	12							三友堂病院	医療法人		米沢市	170
茨城県	神栖済生会病院	済生会	神栖市	179		93			┌ └	神栖済生会病院(本院)	済生会	神栖市	350	(調整中)				H31.4	
	鹿島労災病院	(独)労働者健康安全機構	神栖市	199		100								神栖済生会病院(分院)	済生会	神栖市	10		(調整中)

再編統合に関する議論の状況②

第13回地域医療構想に関するWG
平成30年5月16日
資料2

今後予定されている主な再編統合事例②

※議論の途上にある事例も含まれる。

【現状】

	病院名	設置主体	所在地	許可病床数					休棟など
				高度	急性	回復	慢性		
茨城県	筑西市民病院	市	筑西市	173	173				
	県西総合病院	市	桜川市	299	253		46		
	山王病院	民間	桜川市	79	43		36		



【再編後の予定】

	病院名	設置主体	所在地	許可病床数				再編予定時期
				高度	急性	回復	慢性	
茨城県	茨城県西部メディカルセンター	市	筑西市	250	(調整中)			H30.10
	さくらがわ地域医療センター	市※	桜川市	128	(調整中)			
	※さくらがわ地域医療センターの運営は山王病院(指定管理)							

愛知県	岡崎市民病院	市	岡崎市	715	298	417			
	愛知県がんセンター愛知病院	県	岡崎市	226	4	222			



愛知県	岡崎市民病院	市	岡崎市		(調整中)			H31.4
	(岡崎市移管)	市	岡崎市					

兵庫県	県立柏原病院	県	丹波市	303	4	215			84
	柏原赤十字病院	日赤	丹波市	95		95			



兵庫県	県立丹波医療センター(仮称)	県	丹波市	320	(調整中)			H31

兵庫県	県立姫路循環器病センター	県	姫路市	350	25	325			
	製鉄記念広畑病院	医療法人	姫路市	392	190	194			



兵庫県	はりま姫路総合医療センター	県	姫路市	736	(調整中)			H34

徳島県	阿南中央病院	公益法人	阿南市	229	120	30	50	29
	阿南共栄病院	厚生連	阿南市	343	283	40		20



徳島県	阿南医療センター※	厚生連	阿南市	398	278	70	50	H31春
	※建物は民間の中央病院を継承し、組織運営は厚生連が担う							

再編統合に関する議論の状況②

第13回地域医療構想に関するWG
平成30年5月16日
資料2

今後予定されている主な再編統合事例②

※議論の途上にある事例も含まれる。

【現状】

	病院名	設置主体	所在地	許可病床数					休棟など
				高度	急性	回復	慢性		
熊本県	公立玉名中央病院	一部事務組合	玉名市	302	262	40			
	玉名郡市医師会立玉名地域保健医療センター	その他の法人	玉名市	150	53	47	50		

統合

【再編後の予定】

病院名	設置主体	所在地	許可病床数				再編予定時期
			高度	急性	回復	慢性	
くまもと県北病院	地方独立行政法人	玉名市	402	(調整中)			H33.4

鹿児島県	鹿児島医療センター	(独)国立病院機構	鹿児島市	370	31	339			
	鹿児島通信病院	会社	鹿児島市	50	50				

統合

鹿児島医療センター	(独)国立病院機構	鹿児島市	410	31	379				H30.4

沖縄県	沖縄県立北部病院	県	名護市	257	18	214	25		
	公益社団法人北部地区医師会病院	公益法人	名護市	200	6	139	55		

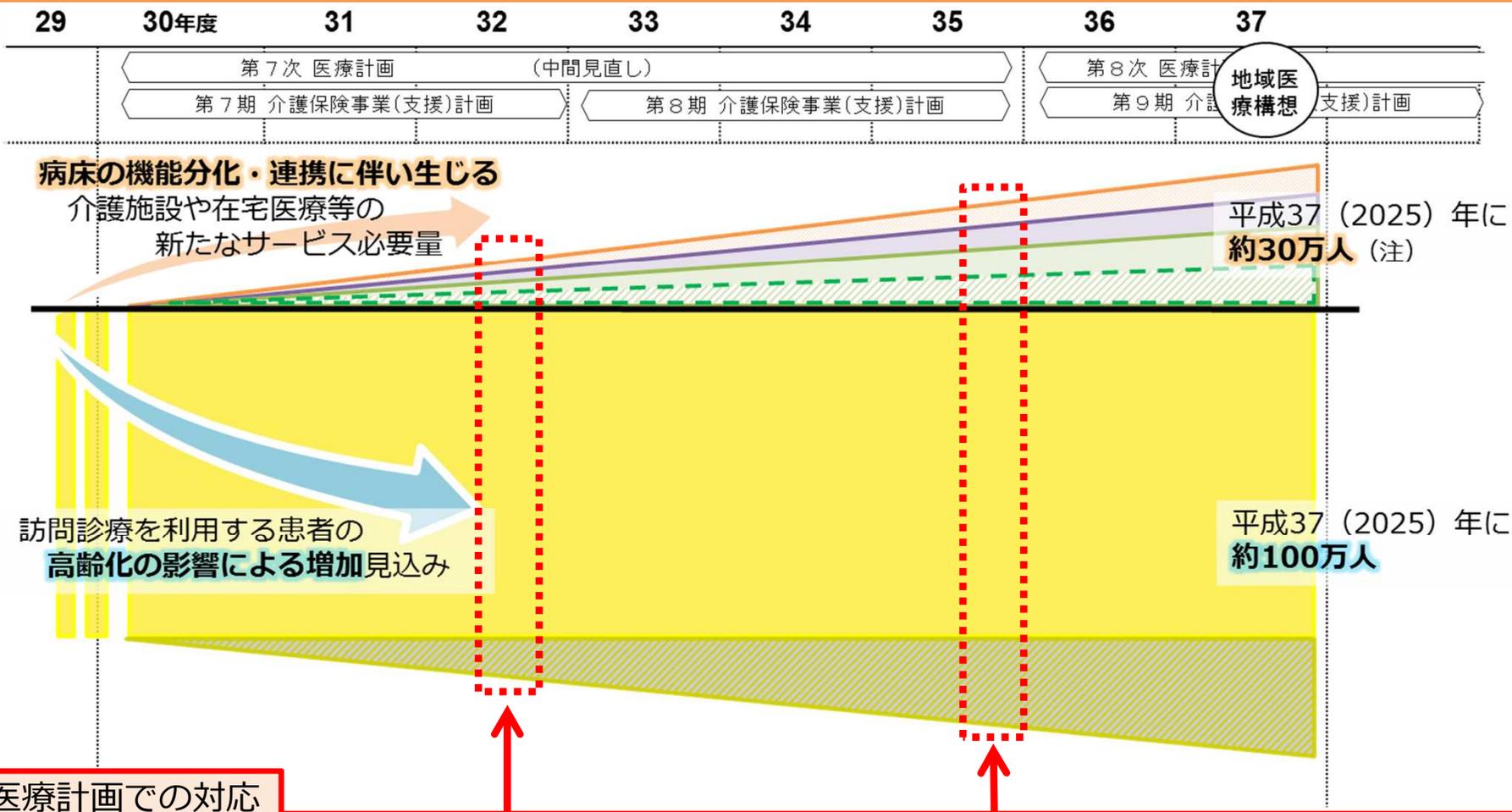
統合

(両病院を統合)	調整中	調整中	調整中				未定
----------	-----	-----	-----	--	--	--	----

在宅医療の整備目標の設定プロセスについて①（全体像）

第4回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG
資料 1
平成30年5月23日

- 2025年に向け、在宅医療の需要は、「高齢化の進展」や「地域医療構想による病床の機能分化・連携」に伴い、大きく増加することが見込まれている。
- 第7次医療計画・第7期介護保険事業（支援）計画では、増大する需要に対応する在宅医療・介護サービスを確保するため、都道府県と市町村が連携・協議し、両計画に段階的な目標・サービス見込み量を設定することとした。



将来必要となる訪問診療の需要に対応するための段階的な目標として、**平成32、35年度末※における訪問診療を実施する医療機関数に関する数値目標と、その達成に向けた施策を設定**

※平成35年度末の目標は、第8期介護保険事業（支援）計画に合わせ、医療計画の中間見直しにおいて設定

在宅医療の整備目標の設定プロセスについて②（追加的需要への対応）

第4回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG	資料
平成30年5月23日	1

- 特に、「地域医療構想による病床の機能分化・連携」に伴い生じる「介護施設・在宅医療等の追加的需要」に対する受け皿については、療養病床から介護施設への転換意向調査の結果や、既存の統計データ等を活用しながら、都道府県と市町村等の協議の場における協議を経て、サービスごとの目標を設定していくこととした。

「第7次医療計画及び第7期介護保険事業（支援）計画における整備目標及びサービスの量の見込みに係る整合性の確保について」抜粋（平成29年8月10日厚生労働省医政局地域医療計画課長・厚生労働省老健局介護保険計画課長・厚生労働省保険局医療介護連携政策課長通知）

3 医療計画における在宅医療の整備目標について

(2) 追加的需要に対する在宅医療の考え方

介護施設・在宅医療等の追加的需要は、基本的に療養病床からの移行によるものである。地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律により、指定介護療養型医療施設の廃止の期限が平成35年度末とされ、新たなサービス類型として介護医療院が創設されたことから、療養病床からの移行分としては、**まずは、医療療養病床及び指定介護療養型医療施設から介護医療院等の介護保険施設への移行を念頭に置く**必要がある。（中略）

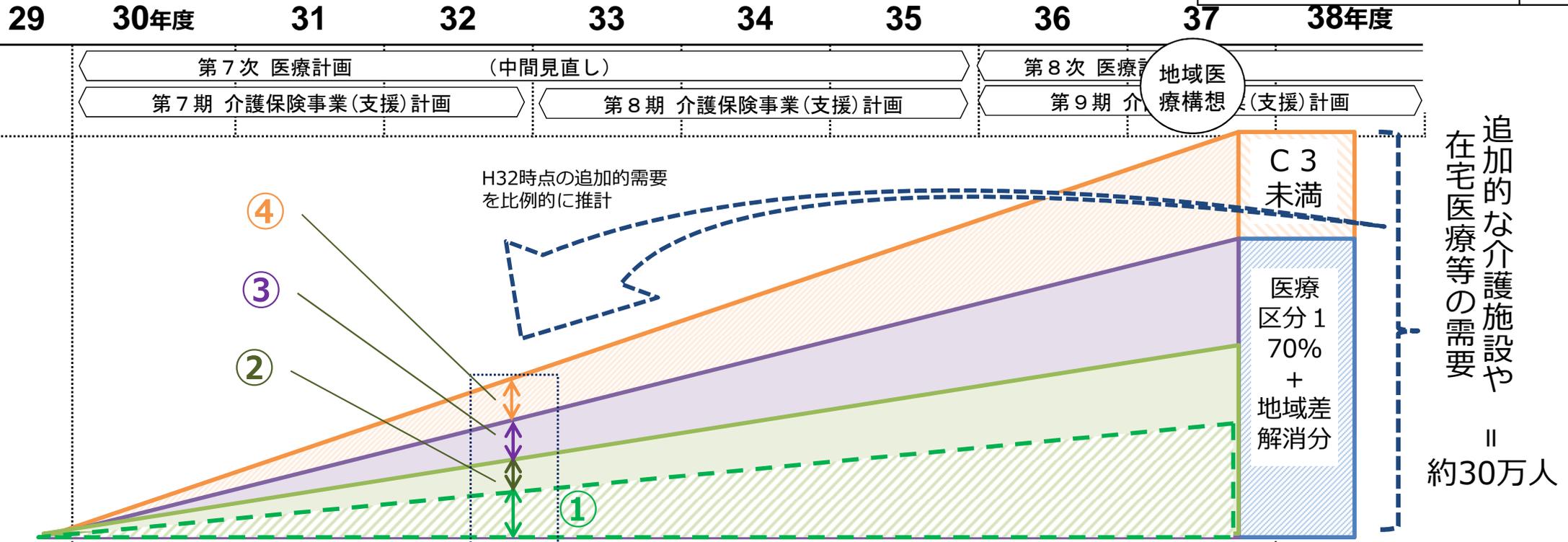
このため、「第7次医療計画及び第7期介護保険事業（支援）計画の策定に係る医療療養病床を有する医療機関及び介護療養型医療施設からの転換意向の把握について」（平成29年8月10日厚生労働省医政局地域医療計画課・老健局介護保険計画課事務連絡）に基づき、都道府県と市町村の連携の下で把握する介護保険施設等への移行の意向を踏まえる必要がある。**具体的には、医療療養病床については意向調査により把握した平成32年度末、平成35年度末時点の見込み量を医療療養病床からの追加的需要の下限として設定**することとし、**指定介護療養型医療施設については意向調査により把握した平成32年度末時点の見込み量を指定介護療養型医療施設からの追加的需要の下限として設定**（平成35年度末時点においては指定介護療養型医療施設の全数に相当する数を追加的需要として設定）すること。

2025年の推計における追加的需要については、その多くはこれらの移行によるものと考えられるが、2(2)により**比例的に算出した追加的需要分に満たない部分は**、その他の介護施設・在宅医療等への移行、高齢化の動向に伴う需要増等によるものと考えられる。これらについては、**以下のような資料を参考としつつ**、今後、各都道府県、市町村において、現在の療養病床の数、これまでの在宅医療・介護サービス基盤の整備状況、今後の病床機能の分化・連携及び地域包括ケアシステムの深化・推進を踏まえた将来の在宅医療・介護サービス基盤の在り方等を踏まえて、**在宅医療と介護保健施設との間でその対応する分を按分した上で、在宅医療の整備目標に反映させる**こと。**この際、都道府県と市町村の間の協議の場における協議を経て設定**すること。また、以下については、基本的に現状の退院先等を参考とするものであることに留意が必要である。

- ア) **患者調査**や**病床機能報告**における療養病床を退院した患者の退院先別のデータ等を参考にしつつ、必要な在宅医療や介護サービスを検討する。
- イ) 各市町村において**国保データベースを活用**し、当該市町村における療養病床を退院した者の訪問診療や介護サービスの利用況等を把握し、必要な在宅医療や介護サービスを検討する。
- ウ) その他、**各市町村における独自アンケート調査**、現状における足下の統計データ等を活用して、必要な在宅医療・介護サービスを検討する。

追加的需要に対する医療計画、介護保険事業計画における目標・見込み量のイメージ

第4回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG
平成30年5月23日
資料 1



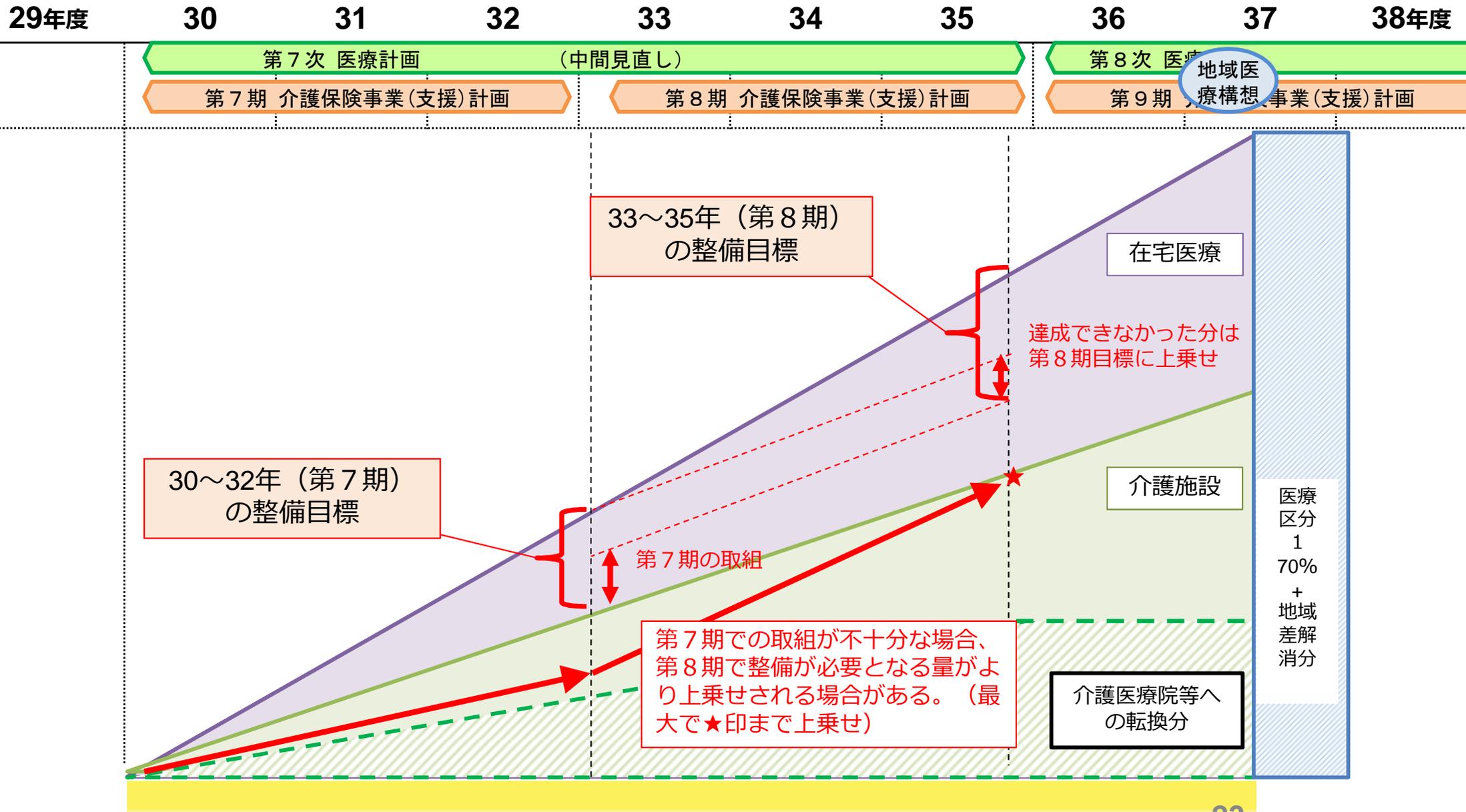
医療計画、介護保険事業（支援）計画におけるサービス需要の考え方

①	既存の介護療養型医療施設や医療療養病床が、介護医療院、老人保健施設又は特別養護老人ホームへ移行することにより、介護サービスが受け皿となる分（介護療養型医療施設については移行前後で介護サービスとしての受け皿であることに変わりはない）
②	①以外の介護施設・在宅医療等への移行、高齢化の動向に伴う需要増等について、介護医療院、老人保健施設又は特別養護老人ホームが受け皿となる分
③	①以外の介護施設・在宅医療等への移行、高齢化の動向に伴う需要増等について、在宅医療及び介護サービス（在宅サービス・居住系サービス）が受け皿となる分 （既存の介護療養型医療施設や医療療養病床が、特定施設入居者生活介護等に移行する場合も含む）
④	外来が受け皿となる分（介護サービスについては、利用者の状態像が明らかではなく必ずしも定量的な介護サービスの受け皿の推計ができるわけではない）

在宅医療の整備目標の設定プロセスについて③ (追加的需要に対応する目標の中間見直しについて)

第4回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG
平成30年5月23日
資料 1

- 在宅医療の整備目標について、医療計画の中間年及び第7期介護保険計画の終期において見直すこととし、その際、協議の場を活用して実績を評価した上で、次の整備目標に反映することを基本とする。



追加的需要に対応する介護・在宅医療サービスの 目標・見込み量の設定状況

○「地域医療構想による病床の機能分化・連携」に伴い生じる追加的需要に対し、一部の都道府県では、その受け皿となる介護・在宅医療サービスの目標・見込み量を十分に設定できていない。

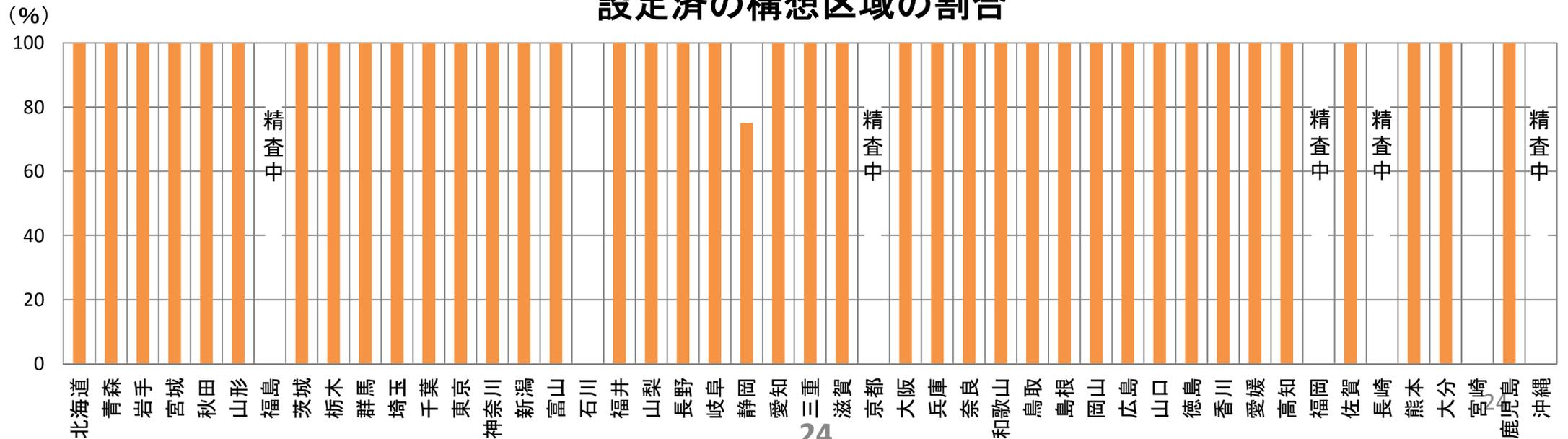
介護施設・在宅医療等の追加的需要に対応するための
介護施設・在宅医療等の受け皿に関する目標・見込み量の設定状況(構想区域別)

構想区域数	21	6	9	4	8	4	6	9	6	10	10	9	13	9	7	4	4	4	4	10	5	8	11	8	7	6	8	10	5	7	3	7	5	7	8	3	3	6	4	13	5	8	10	6	7	9	5
設定済	21	6	9	4	8	4	-	9	6	10	10	9	13	9	7	4	-	4	4	10	5	6	11	8	7	-	8	10	5	7	3	7	5	7	8	3	3	6	4	-	5	-	10	6	-	9	-
未設定	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	-	-	
精査中	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	-	8	-	-	-	-	-	5	
	北海道	青森	岩手	宮城	秋田	山形	福島	茨城	栃木	群馬	埼玉	千葉	東京	神奈川	新潟	富山	石川	福井	山梨	長野	岐阜	静岡	愛知	三重	滋賀	京都	大阪	兵庫	奈良	和歌山	鳥取	島根	岡山	広島	山口	徳島	香川	愛媛	高知	福岡	佐賀	長崎	熊本	大分	宮崎	鹿児島	沖縄

※構想区域において、介護施設・在宅医療等の受け皿となる介護・在宅医療サービスの目標・見込み量を設定したものを設定済とした

医政局地域医療計画課調べ(精査中)

設定済の構想区域の割合



第7次医療計画における「在宅医療」の追加見直しのポイント

第4回在宅医療及び医療・ 介護連携に関するWG	資料
平成30年5月23日	1

<見直しの趣旨>

在宅医療の提供体制を着実に整備するための、実効的な数値目標と施策の設定。



数値目標と施策

必ず記載いただくこと（原則）

- ① 地域医療構想において推計した将来必要となる訪問診療の需要に対応するための、**訪問診療を実施している診療所、病院数に関する具体的な数値目標と、その達成に向けた施策**

可能な限り記載いただくこと

- ② 在宅医療の提供体制に求められる医療機能を確保するための、**「退院支援」、「急変時の対応」、「看取り」といった機能ごとの数値目標と、達成に向けた施策**
- ③ 多職種による取組を確保するための、**「訪問看護」、「訪問歯科診療」、「訪問薬剤管理指導」といった主要な職種についての数値目標と、達成に向けた施策**

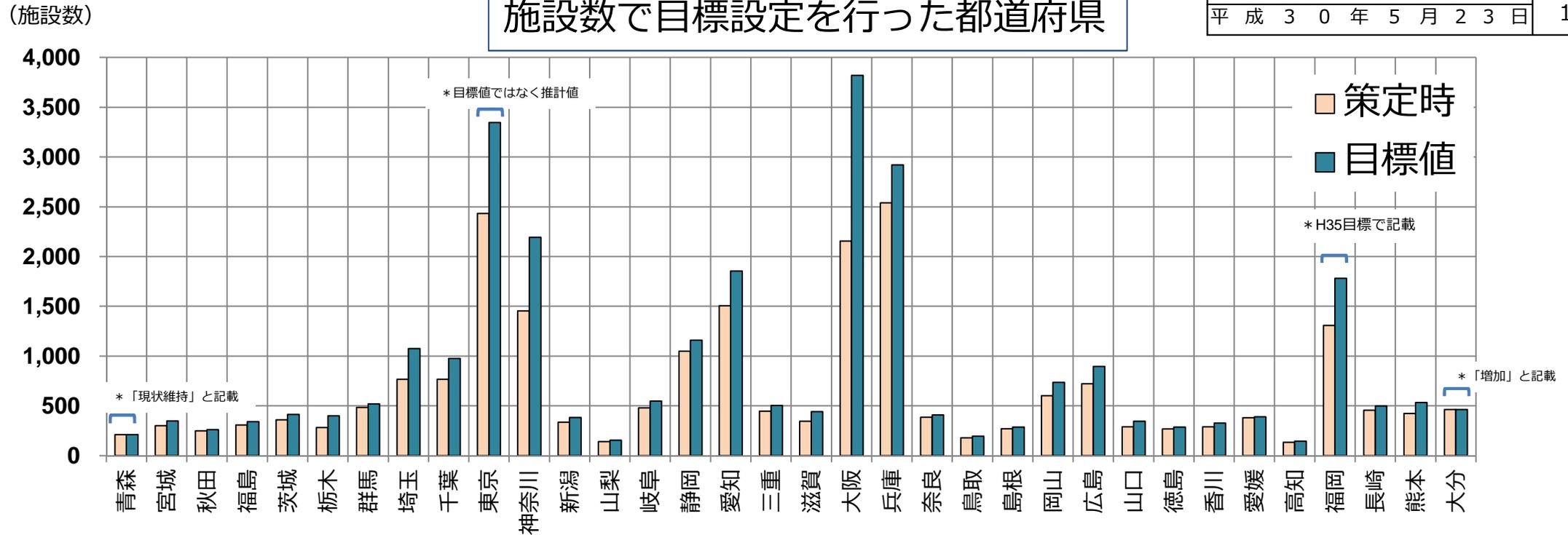
（目標設定すべき項目・指標のイメージ）

- 「退院支援」 ・ 退院支援ルールを設定している二次医療圏数
- 「急変時の対応」 ・ 在宅療養後方支援病院数、在宅療養支援病院数
- 「看取り」 ・ 在宅看取りを実施している診療所、病院数
- 「訪問看護」 ・ 24時間体制を取っている訪問看護ステーション数 ・ 機能強化型訪問看護ステーション数
- 「訪問歯科診療」 ・ 訪問歯科診療を実施している歯科診療所数 ・ 在宅療養支援歯科診療所数
- 「訪問薬剤管理指導」 ・ 訪問薬剤指導を実施している事業所数

訪問診療を行う診療所・病院数に関する目標設定

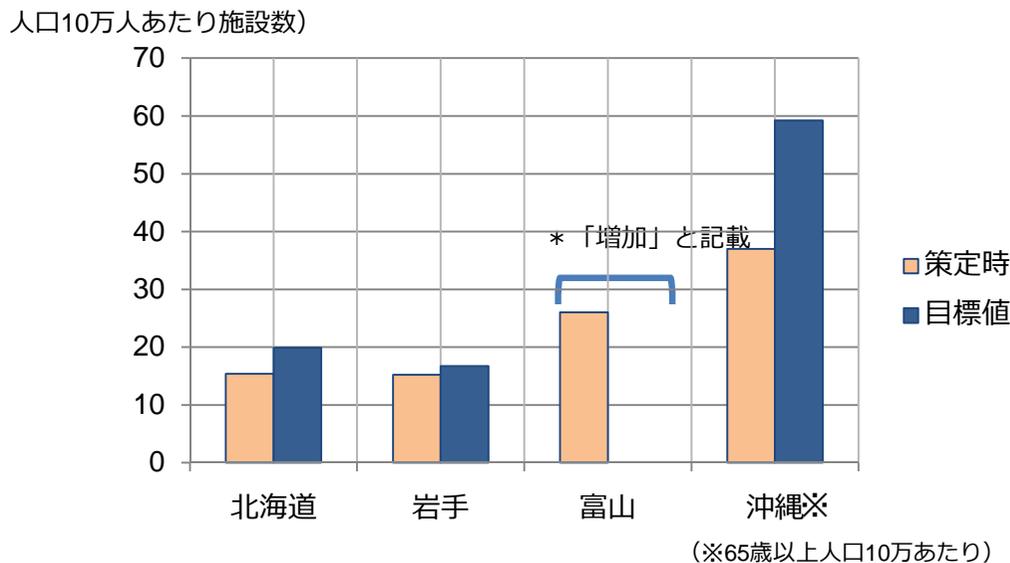
第4回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG
平成30年5月23日
資料 1

施設数で目標設定を行った都道府県



人口10万人あたりの施設数で目標設定を行った都道府県

施設数の増加率で目標設定を行った都道府県



(訪問診療を実施している医療機関の割合)

	策定時	目標値
鹿児島	30.7%	35.7%

(再掲) 提出資料(参考資料3)において「訪問診療を実施している診療所、病院数」に関する目標項目の記載のなかった都道府県：山形、石川、福井、長野、京都、和歌山、佐賀、宮崎

2040年を見据えた社会保障の将来見通しとともに、様々な面から見た医療の地域差を明らかにしました。

2025年には団塊の世代が全て75歳以上となり、医療や介護のニーズも大きく変わっていくことが見込まれます。それまでに、それぞれの地域で、どの患者も適切な医療や介護を行う場所で受けられるようにしていく必要があります。

このための第一の重要なステップが、目指すべき将来像を明らかにする地域医療構想の策定です。これについては、昨年3月までに、全都道府県で無事、完了しました。

次の重要なステップは、2025年までに目指す医療機能別病床数の達成に向けた医療機関ごとの対応方針の策定です。これについては、各地域において平成29年度、30年度の2か年をかけて集中的な検討を行うこととなっています。したがって、地域医療構想の着実な実現には、この30年度が非常に重要な年となります。

このため、厚生労働大臣におかれては、今年秋を目途に、全国の対応方針の策定状況を中間報告していただき、先進事例を横展開するなど、今年度中の対応方針の策定を後押ししていただきたいと思います。

さらに、2025年の地域医療構想の実現に向け、病床の転換や介護医療院への移行などが着実に進むよう、地域医療、介護のための基金や診療報酬改定等、これまでの推進方策の効果、コストを検証していただきたいと思います。あわせて、有識者の意見も伺いながら、更なる実効的な推進方策について、厚生労働大臣を中心に検討、実施していただきたいと思います。

医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会
第 3 次中間取りまとめ

平成 30 年 5 月 31 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の下に設置された医師需給分科会（以下「分科会」という。）においては、平成 28 年 6 月に中間取りまとめ（以下「第 1 次中間取りまとめ」という。）を行い、地域医療構想等を踏まえた全国レベルの医師需給推計を踏まえて、「新医師確保総合対策」及び「緊急医師確保対策」に基づき平成 20・21 年度に開始され、平成 29 年度で終了する医学部定員の暫定増を当面延長する等の決定を行った。
- 第 3 次中間取りまとめは、新たな調査等の結果等を踏まえ、再度、全国レベルの医師需給推計を行った上で、第 1 次中間取りまとめにおいて
 - ・ 当面延長することとされた医学部定員の暫定増の取扱い
 - ・ これまでの医学部定員の暫定増の効果、医師偏在対策の効果等について可能な限り早期に検証を行って結論を得ることとされた「経済財政改革の基本方針 2009」及び「新成長戦略」に基づく平成 22 年度から平成 31 年度（2019 年度）までの医学部定員の暫定増の取扱いについて、平成 32 年度（2020 年度）以降の方針を示すものである。

2 暫定的な医学部定員増の取扱いの検討の前提について

(1) 医師数及び医学部定員

- ・ 平成 28 年の医師・歯科医師・薬剤師調査（以下「三師調査」という。）によると、医師数は依然継続して増加しており、平成 28 年には 319,480 人となっている。また、平成 20 年度からの医学部定員の暫定増によって増員された医師が、平成 28 年度以降、臨床研修を終えることとなっており、この増員分が、これまでの医師数の増分に上乗せされて増加していくこととなる。
- ・ また、第 1 次中間取りまとめにおいて、平成 29 年度から平成 31 年度（2019 年度）までの間、都道府県からの追加増員の要望を慎重に精査していくこととされた「新成長戦略」に基づく医学部定員の暫定増については、平成 30 年度は、1,010 人となっており、医学部定員としては過去最大級の 9,419 人に達した。

(2) 医師偏在対策

- ・ 医師偏在対策については、平成 29 年 12 月に、分科会として第 2 次中間とりまとめを行い、早急に対応する必要がある実効的な対策について、法改正が必要な事項も含めて取りまとめを行った。平成 30 年 3 月には、第 2 次中間とりまとめを踏まえた「医療法及び医師法の一部を改正する法律案」が、第 196 回国会に提出されている。
- ・ 仮に本法案が成立した場合には、地域ごとの医師偏在の度合いを示す医師偏在指標は、平成 30 年度を目途に示されることとなり、平成 31 年度（2019 年度）中には、各都道府県において「医師少数区域（仮称）」等が設定されることとなる。
- ・ このような医師の地域偏在や診療科偏在の状況については、三師調査や、本調査を時系列的に追跡できる「医師情報データベース」で把握することとなるが、次の調査（平成 30 年）の結果は、平成 31 年（2019 年）12 月に公表される予定である。

(3) 医師の働き方改革

- ・ 平成 29 年 8 月には、厚生労働省に「医師の働き方改革に関する検討会」が設置され、医師の時間外労働規制、タスク・シフティング（業務の移管）、タスク・シェアリング（業務の共用化）など様々な論点について検討が行われ、平成 30 年 2 月に、「中間的な論点整理」が取りまとめられた。
- ・ 「働き方改革実行計画」（平成 29 年働き方改革実行本部決定）においては、医師の時間外労働規制等については、平成 31 年（2019 年）3 月に最終的な結論を得ることとされており、今後、「医師の働き方改革に関する検討会」において、引き続き検討が進められる予定である。
- ・ また、医師偏在と同様、医師の働き方に関する状況は、平成 30 年の三師調査（平成 31 年（2019 年）12 月公表予定）等により把握されることとなる。

○ 以上(1)から(3)までを踏まえると、医師数は着実に増加し、今後も増加することが見込まれる一方で、医師需給に大きな影響を及ぼす医師偏在や医師の働き方改革の政策決定は、現時点ではいまだ結論が得られておらず、またこれらの今後の実態把握にも時間を要する状況にある。

○ このため、第 3 次中間取りまとめにおいて示す平成 32 年度（2020 年度）以降の医師養成数についての方針は、平成 32 年度（2020 年度）・平成 33 年度（2021 年度）における暫定的な方針とし、平成 34 年度（2022 年度）以降の医師養成数については、医師の働き方改革に関する検討会の結論等を踏まえ、再度、医師の需給推計を行った上で検討を行うこととする。

3 将来の医師需給推計（全国レベル）について

- 平成 32 年度（2020 年度）以降の医学部定員の方針については、医学部受験生への配慮の観点から、平成 30 年 5 月末までに結論を得る必要がある。このため、第 1 次中間取りまとめにおける推計方法を基本としつつ、医師の労働時間について幅を持った仮定をおく等、推計方法について一定の見直しを行うとともに、最新のデータを用いて需給推計を行った。
 - 具体的には、まず、供給推計について、第 1 次中間取りまとめにおける需給推計方法を基本としつつ、以下の点について推計方法の見直し等を行った。
 - ・ 将来の医学部定員数を、平成 30 年度の 9,419 人として仮定
 - ・ 女性医師、高齢医師等の仕事量について、一律の数値を乗じて積算するのではなく、就業率や勤務時間についての性年齢階級別データを踏まえ、詳細に算定
 - また、需要推計についても、基礎医学系の大学教員等臨床以外に従事する医師を含め、第 1 次中間取りまとめにおける需給推計方法を基本としつつ、以下の点について推計方法の見直し等を行った。
 - ・ 供給推計と同様に、性年齢階級別の詳細なデータを用いて仕事量を算定
 - ・ 「医師の働き方改革に関する検討会」における「中間的な論点整理」で示される時間外労働規制に係る意見等を踏まえ、労働時間の見込み方について、週 55 時間に制限する場合をケース 1、週 60 時間に制限する場合をケース 2、週 80 時間に制限する場合をケース 3 として、仮に上限規制が適用されたと仮定して推計
 - ・ 労働時間短縮に向けた取組について、AI、IoT 等の ICT を活用した効率化や、医師から他の職種へのタスクシフティング（業務の移管）等が進むことにより 2040 年までに 7%¹の業務削減を見込む場合をケース 1、その達成が 2.5 年程度前倒しされる場合をケース 2、同じく達成が 5 年程度前倒しされる場合をケース 3 として仮定をおいて推計
- (1) 需要推計の結果について
- 医師の需要推計においては、医師の労働時間の仮定を 3 パターンに分けて計算しており、
 - ・ 最も医師の需要が大きくなると仮定したケース 1 においては、平成 37 年（2025 年）には 36.1 万人、平成 52 年（2040 年）には 34.6 万人
 - ・ 医師の時間外・休日労働時間が月 80 時間相当に制限されると仮定したケース 2 においては、平成 37 年（2025 年）には 34.8 万人、平成 52 年（2040 年）には 33.6 万人
 - ・ 最も医師の需要が小さくなると仮定したケース 3 においては、平成 37 年（2025 年）には 32.8 万人、平成 52 年（2040 年）には 31.9 万人と推計された。

¹ 「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（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」研究班）結果等を踏まえ、医師の業務の 7%が、タスク・シフティング等によって削減されるものと仮定したもの

(2) 供給推計の結果について

- 医師の供給推計については、平成 28 年（2016 年）では 31.5 万人であるものが、平成 37 年（2025 年）には 34.2 万人に、平成 52 年（2040 年）には 37.1 万人まで増加すると推計された。
- 具体的には、今後の医学部定員を、平成 30 年度の 9,419 人で一定として仮定し、過去 10 年分の国家試験合格率、再受験率、医籍登録率、三師調査届出率、性年齢別就業率等のデータに基づいて、平成 52 年（2040 年）までの値を算出した。
- また、厚生労働科学研究における「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」を踏まえ、性年齢階級別の医師の平均勤務時間と医師全体の平均勤務時間の比を仕事量として設定した²。

(3) 需給推計の結果について

- (1)・(2)より、将来の医師需給推計（全国レベル）は、
 - ・ ケース 1 の場合、平成 45 年（2033 年）頃に約 36 万人で医師需給が均衡し、平成 52 年（2040 年）には医師供給が約 2.5 万人過剰
 - ・ ケース 2 の場合、平成 40 年（2028 年）頃に約 35 万人で医師需給が均衡し、平成 52 年（2040 年）には医師供給が約 3.5 万人過剰
 - ・ ケース 3 の場合、平成 30 年（2018 年）頃に約 32 万人で医師需給が均衡し、平成 52 年（2040 年）には医師供給が約 5.2 万人過剰となると見込まれた。

4 平成 32 年度（2020 年度）以降の医師養成数の方針について

(1) 平成 32 年度（2020 年度）・平成 33 年度（2021 年度）の医師養成数についての暫定的な方針について

- 3 で述べた推計結果において、一定の仮定として月 80 時間相当に時間外・休日労働を制限したとしても、労働時間の短縮に向けた取組等が一定程度進んだケース 2 の場合は、平成 32 年度（2020 年度）の医学部入学者が臨床研修を修了する平成 40 年度（2028 年度）頃に、週 55 時間に労働時間を制限する等、最も医師の需要が大きくなると仮定したケース 1 においても、平成 45 年度（2033 年度）頃に、全国レベルの医師需給が均衡すると推計された。

² 「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（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」研究班）結果を基に、医師全体の週当たり平均勤務時間は 51 時間 42 分であったことを踏まえ、平均勤務時間と性年齢階級別の勤務時間の比を仕事率とした。具体的には、男性は、20 歳代 1.24、30 歳代 1.21、40 歳代 1.14、50 歳代 1.02、60 歳代 0.86、70 歳代以上 0.64 とし、女性は、20 歳代 1.15、30 歳代 0.95、40 歳代 0.84、50 歳代 0.87、60 歳代 0.77、70 歳代以上 0.62 とした。

○ 今後、医師偏在対策、医師の労働時間の短縮に向けた取組等が進むことを前提とし、現状において、既に過去最大級の医学部定員の増員を行っていることを踏まえると、全国で更に医学部定員を増員する必要はない。このため、暫定的に現状の医学部定員を概ね維持しつつ、医師偏在対策及び労働時間の短縮に向けた取組等を進めることとし、医学部定員の暫定増に関する各都道府県及び各大学からの要望に対しては、平成 31 年度（2019 年度）の医学部定員を超えない範囲で、その必要性を慎重に精査していくこととする。

(2) 平成 34 年度（2022 年度）以降の医師養成数について

○ 平成 34 年度（2022 年度）に医学部に入学した学生が臨床研修を終えるのは、平成 42 年度（2030 年度）以降であり、平成 34 年度（2022 年度）以降の医師養成数の検討のためには、団塊の世代が後期高齢者となる平成 37 年（2025 年）よりも後についての議論を行うこととなる。将来の人口動態等も踏まえた今回の需給推計結果を見ても、将来的には医療需要が減少局面となることが見込まれており、いずれのケースにおいても長期的には供給が需要を上回っている。

○ 従って、今回の需給推計を踏まえると、平成 34 年度（2022 年度）以降の医師養成数の議論は、将来的な医学部定員の減員に向けた議論としていく必要がある。ただし、マクロの医師需給が均衡することは、必ずしも、地域や診療科といったミクロの領域でも需給が均衡することを意味しない。

○ 今後、平成 34 年度（2022 年度）以降の医師養成数の具体的な議論を進めていくに当たっては、全国レベルのマクロの医師需給推計だけでなく、ミクロの領域における医師偏在対策や、将来の都道府県毎の医師需給、診療科ごとの医師の必要数、長時間労働を行う医師の人数・割合の変化等についても適切に勘案した上で、人口構造の変化や医療技術の進展など医師を取り巻く環境がこれまでよりも短いスパンで変化していくことも踏まえ、定期的に検討をしていく必要がある。

○ また、その際には、大学の医学部定員について、地域医療の実情に応じた医師偏在対策等の側面を踏まえた配慮が必要である。特に、医師需給を踏まえ、臨時定員増分を削減する場合でも、地域間で医師偏在がある場合には、その偏在に応じた程度まで、地域枠のニーズは残ることになる。こうした医師偏在対策の効果が維持される方策についても配慮が必要である。

○ 平成 34 年度（2022 年度）以降の医師養成数については、以上に示した医師の働き方改革や労働実態、医師偏在対策や医師偏在の状況等を勘案し、定期的に医師需給推計を行ったうえで、将来的な医学部定員の減員に向けて、医師養成数の方針等について見直していくべきである。

検体検査の精度管理等に関する 検討会について(省令改正)

「医療法等の一部を改正する法律の一部の施行に伴う 関係省令の整備に関する省令案」の概要

(1) 医療法施行規則(昭和23年厚生省令第50号)関係

- 医療機関が自ら行う検体検査の精度の確保に関する基準として、
 - ・ 精度の確保に係る責任者の配置
 - ・ 精度の確保に係る各種標準作業書・日誌等の作成
 - ・ 遺伝子関連・染色体検査の精度の確保に係る責任者の配置等を定める。
- 医療機関の管理者の責務として、
 - ＜遺伝子関連・染色体検査以外の検査を実施する場合＞
 - ・ 内部精度管理の実施、外部精度管理調査の受検及び適切な研修の実施について定める。
 - ＜遺伝子関連・染色体検査を実施する場合＞
 - ・ 内部精度管理の実施、適切な研修の実施及び外部精度管理調査の受検又は施設間における検査結果の相互確認の実施について定める。
- 医療機関から業務を委託された者が行う検体検査の精度確保に関する基準として、
 - ・ 遺伝子関連・染色体検査の精度の確保に係る責任者の配置
 - ・ 精度の確保に係る各種標準作業書・日誌等の作成等を定める。

(2) 臨床検査技師等に関する法律施行規則(昭和33年厚生省令第24号)関係

- 検体検査技術の発展に対応して、検体検査の具体的な検査分類を見直す。
- 衛生検査所が行う検体検査の精度確保に関する基準として、
 - ・ 遺伝子関連・染色体検査の精度の確保に係る責任者の配置
 - ・ 精度の確保に係る各種標準作業書・日誌等の作成等を定める。
- ＜遺伝子関連・染色体検査を実施する場合＞
 - ・ 施設間における検査結果の相互確認の実施について定める。

※ 内部精度管理の実施、外部精度管理調査の受検、適切な研修の実施については現行、省令で規定されている。

医療機関等が自ら検体検査を実施する場合における精度の確保のために設けるべき基準（案）

歯科医療機関、助産所に対しても適用

1	<h3>精度の確保に係る責任者の配置（医師または臨床検査技師）</h3> <p>※歯科医療機関の場合、歯科医師または臨床検査技師。助産所の場合、助産師。</p>		
2	<h3>精度の確保に係る各種標準作業書・日誌等の作成</h3> <table border="1"><tr><td data-bbox="360 719 1151 887"><各種標準作業書> 検査機器保守管理標準作業書※1 測定標準作業書※2</td><td data-bbox="1249 647 2040 959"><各種作業日誌・台帳> 試薬管理台帳 検査機器保守管理作業日誌 測定作業日誌 統計学的精度管理台帳 外部精度管理台帳</td></tr></table>	<各種標準作業書> 検査機器保守管理標準作業書※1 測定標準作業書※2	<各種作業日誌・台帳> 試薬管理台帳 検査機器保守管理作業日誌 測定作業日誌 統計学的精度管理台帳 外部精度管理台帳
<各種標準作業書> 検査機器保守管理標準作業書※1 測定標準作業書※2	<各種作業日誌・台帳> 試薬管理台帳 検査機器保守管理作業日誌 測定作業日誌 統計学的精度管理台帳 外部精度管理台帳		
3	<h3>検体検査の精度の確保のために努めるべき事項</h3> <p>内部精度管理の実施 外部精度管理調査の受検 適切な研修の実施</p>		

※1 検査に用いる検査機器等の保守管理を徹底するために作成される標準作業書

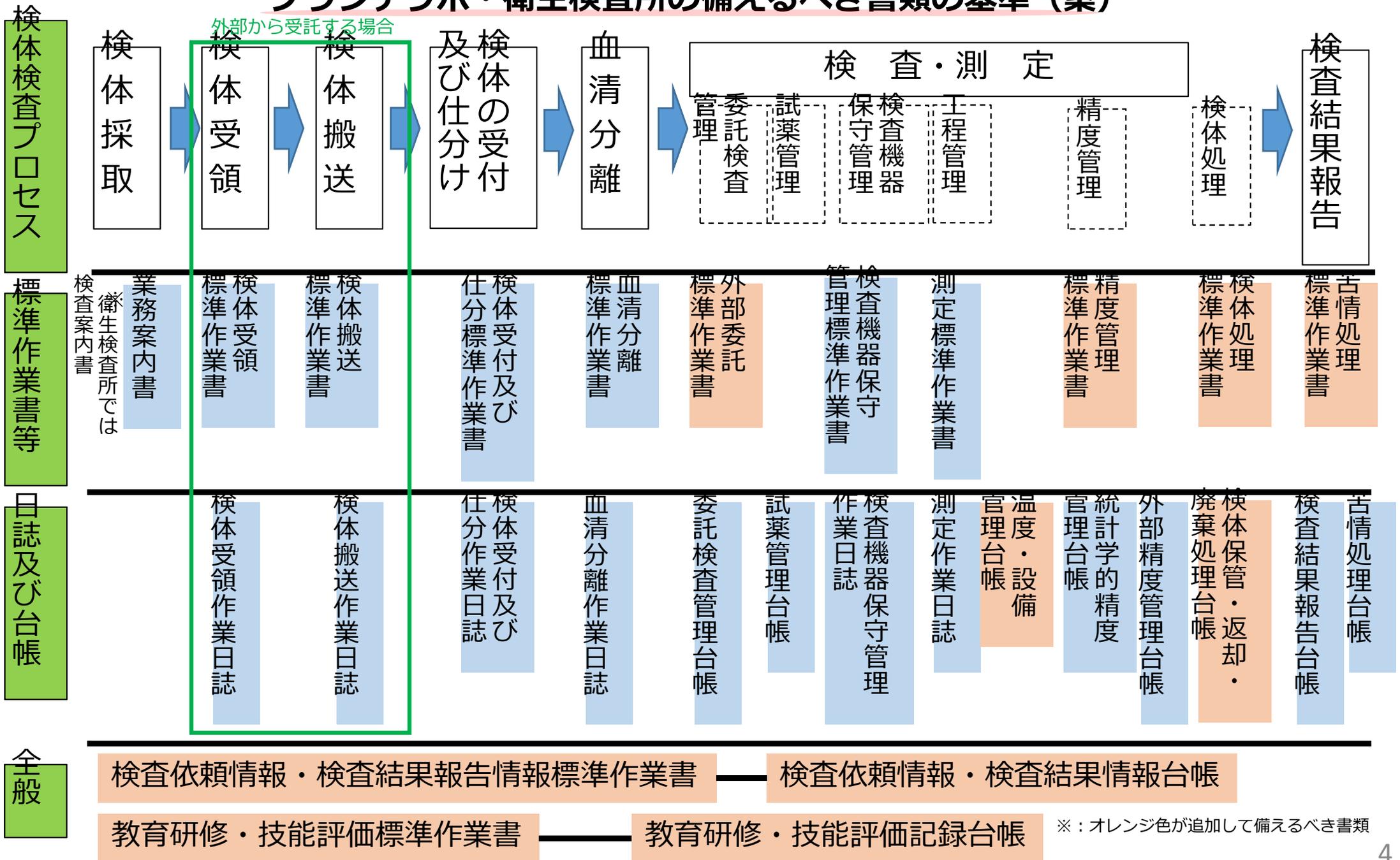
※2 検査・測定担当者の検査手技の画一化を図り、測定者間の較差をなくすために作成される標準作業書

検体検査の分類の見直しについて

現行分類	
一次分類	二次分類
微生物学的検査	細菌培養同定検査 薬剤感受性検査 <u>病原体遺伝子検査</u>
<u>血清学的検査</u>	<u>血清学検査</u> <u>免疫学検査</u>
血液学的検査	血球算定検査 血液像検査 出血・凝固検査 細胞性免疫検査 <u>染色体検査</u> <u>生殖細胞系列遺伝子検査</u> <u>体細胞遺伝子検査（血液細胞による場合）</u>
病理学的検査	病理組織検査 免疫組織化学検査 細胞検査 分子病理学的検査 <u>体細胞遺伝子検査（血液細胞によらない場合）</u>
<u>寄生虫学的検査</u>	<u>寄生虫学的検査</u>
生化学的検査	生化学検査 尿・糞便等一般検査

見直し案	
一次分類	二次分類
微生物学的検査	細菌培養同定検査 薬剤感受性検査
<u>免疫学的検査</u>	<u>免疫血清学検査</u> <u>免疫血液学検査</u>
血液学的検査	血球算定・血液細胞形態検査 血栓・止血関連検査 細胞性免疫検査
病理学的検査	病理組織検査 免疫組織化学検査 細胞検査 分子病理学的検査
生化学的検査	生化学検査 免疫化学検査 血中薬物濃度検査
<u>尿・糞便等一般検査</u>	尿・糞便等一般検査 寄生虫検査
<u>遺伝子関連検査・染色体検査</u>	病原体核酸検査 体細胞遺伝子検査 生殖細胞系列遺伝子検査 染色体検査

ブランチラボ・衛生検査所の備えるべき書類の基準（案）

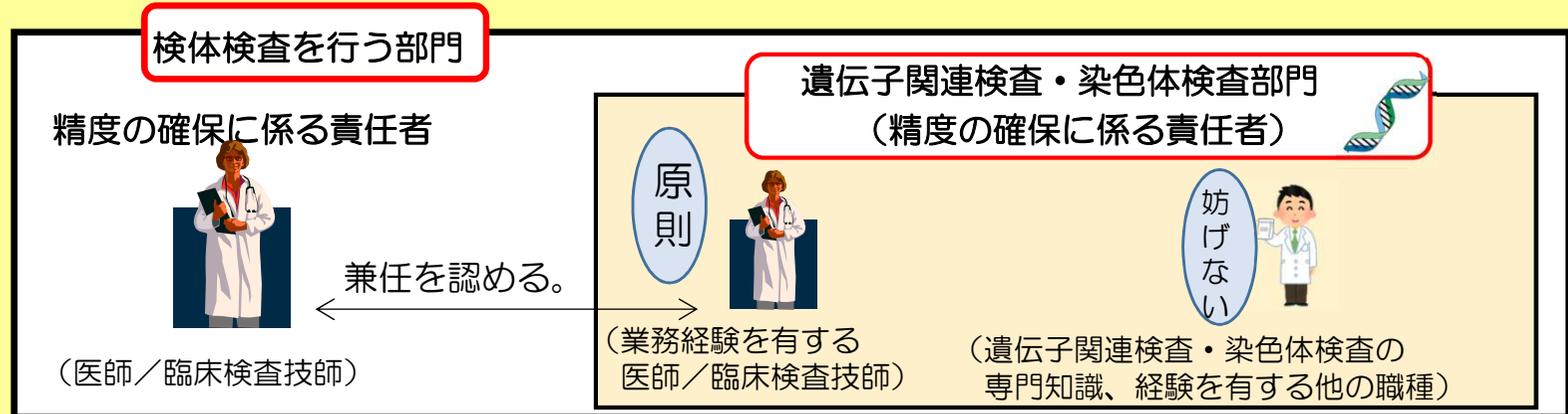


遺伝子関連検査・染色体検査精度の確保のために設けるべき基準（案）

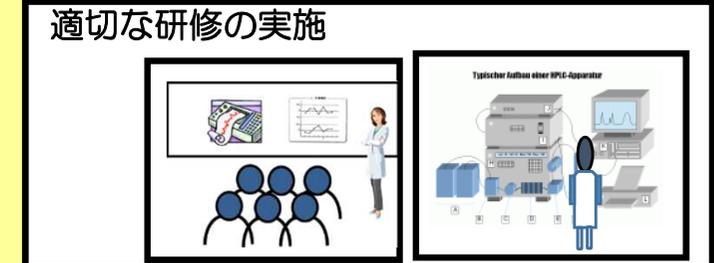
※医療機関、衛生検査所等共通

1 遺伝子関連検査・染色体検査の責任者の配置

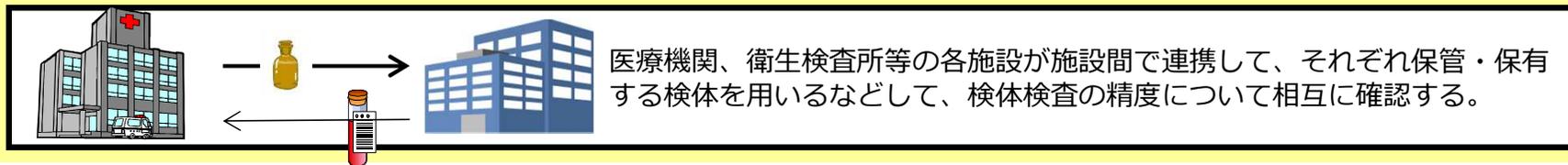
※原則、業務経験を有する医師または臨床検査技師。ただし、専門性・経験を勘案して他の職種の者が責任者になることを妨げない。



2 内部精度管理の実施、適切な研修の実施義務



3 外部精度管理調査の受検（代替方法（施設間における検査結果の相互確認）に係る努力義務）



その他、検査施設の第三者認定を取得をすること（ISO 15189の取得）を当面、勧奨することとする。

(参考) 法改正の概要について

- 現在の検体検査の精度管理には、実施主体ごとに、それぞれ以下に示すような課題がある。

検体検査の実施主体	検体検査の場所	現行の規制
医療機関	医療機関内	・ <u>品質・精度管理の基準について法律上の規定なし。</u>
委託業者	医療機関内 (ブランチラボ)	・ <u>品質・精度管理の基準について、明確な法律上の規定がなく、</u> 受託業者の基準として、一部省令に記載されている。
委託業者	衛生検査所	・ 登録基準に「構造設備、管理組織その他の事項」とあり、 <u>精度管理については「その他の事項」として省令委任。</u>

- 特に遺伝子関連検査の精度管理については、健康・医療戦略推進会議の下に設置されたゲノム医療実現推進協議会「ゲノム情報を用いた医療等の実用化推進タスクフォース」においても指摘を受けている。

ゲノム情報を用いた医療等の実用化推進タスクフォース意見とりまとめ（平成28年10月19日）

遺伝子関連検査の品質・精度を確保するためには、遺伝子関連検査に特化した日本版ベストプラクティス・ガイドライン等、諸外国と同様の水準を満たすことが必要であり、（中略）法令上の措置を含め具体的な方策等を検討・策定していく必要がある。

- これらを踏まえ、制度的な対応として、第193回通常国会において、医療法等の一部を改正する法律（平成29年法律第57号）が成立した（公布の日（平成29年6月14日）から起算して1年6月を超えない範囲内において政令で定める日施行）。

改正内容

- 医療機関が自ら実施する検体検査について、品質・精度管理に係る基準を定めるための根拠規定を新設する。（医療法の改正）
- これに合わせてブランチラボや衛生検査所に業務委託される検体検査について、精度管理に係る行政指導等の実効性を担保するため、品質・精度管理に係る基準を省令で定める旨を明確化する。（医療法・臨床検査技師等に関する法律の改正）

- ゲノム情報を用いた医療等の実用化推進タスクフォース（座長：福井次矢 聖路加国際病院院長）において、遺伝子関連検査の品質・精度の確保のためには「**諸外国と同様の水準を満たすことが必要**」とされている中、現行の検体検査の分類には、以下のような課題がある。

①現状の科学的な検体検査の分類との不一致

遺伝子関連検査を含む検体検査を実施する施設における、質保証の国際的基準であるISO 15189の運用等による区分と臨検法等における検査分類が一致しないなど、**法令上の検査分類が検査の現状と合っていない**。

（具体例）

- ・ 臨検法等において大分類となっている「寄生虫学的検査」は、ISO 15189の運用等による区分における大分類である「尿・糞便等検査」のうちの「糞便検査」に含まれているなど、現在用いられている国際的基準の分類と一致していない。
- ・ 遺伝子関連検査は、検体検査6分野のうち、微生物学的検査、血液学的検査、病理学的検査の3分野にまたがっているため、遺伝子関連検査の特性に応じた合理的な構造設備基準を設ける必要がある。

②新たな検査技術への迅速な対応

遺伝子情報の解析との併用により、タンパク質の構造や機能を網羅的に解析するプロテオーム解析など、分子レベルの検査技術の研究の進展により、今後新たな検査が生じる可能性があるため、**検査分類を柔軟かつ迅速に整備できるようにする必要がある**。

改正内容

新たな検査技術に対する精度管理や安全性等について柔軟かつ迅速に対応することができるよう、**検体検査の分類を省令委任**とし、分類に遺伝子関連検査を追加するなどの見直しを行う。**（定義規定の見直し：臨床検査技師等に関する法律の改正）**

医療法等の一部を改正する法律（平成29年法律第57号）の概要

第61回社会保障審議会医療部会 資料

平成30年4月11日 3

安全で適切な医療提供の確保を推進するため、検体検査の精度の確保、特定機能病院におけるガバナンス体制の強化、医療に関する広告規制の見直し、持分なし医療法人への移行計画認定制度の延長等の措置を講ずる。

1. 検体検査の精度の確保（医療法、臨床検査技師等に関する法律）

ゲノム医療の実用化に向けた遺伝子関連検査の精度の確保等に取り組む必要があるため、以下を実施

- (1) 医療機関、衛生検査所等の医療機関が検体検査業務を委託する者の精度管理の基準の明確化
- (2) 医療技術の進歩に合わせて検体検査の分類を柔軟に見直すため、検査の分類を厚生労働省令で定めることを規定

2. 特定機能病院におけるガバナンス体制の強化（医療法）

特定機能病院における医療安全に関する重大事案が発生したことを踏まえ、特定機能病院が医療の高度の安全を確保する必要があることを明記するとともに、病院の管理運営の重要事項を合議体の決議に基づき行うことや、開設者による管理者権限の明確化、管理者の選任方法の透明化、監査委員会の設置などの措置を講ずることを義務付け

3. 医療に関する広告規制の見直し（医療法）

美容医療サービスに関する消費者トラブルの相談件数の増加等を踏まえ、医療機関のウェブサイト等を適正化するため、虚偽又は誇大等の不適切な内容を禁止

4. 持分なし医療法人への移行計画認定制度の延長（良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律）

持分あり医療法人から持分なし医療法人への移行促進及び法人経営の透明化等のため、(1) 移行計画の認定要件を見直した上で、(2) 認定を受けられる期間を平成32年9月30日まで3年間延長

※ 出資者に係る相続税の猶予・免除、持分あり医療法人が持分なし医療法人に移行する際に生ずる贈与税の非課税を措置

5. その他

- (1) 医療法人と同様に、都道府県知事等が医療機関の開設者の事務所にも立入検査を行う権限等を創設
- (2) 助産師に対し、妊産婦の異常の対応医療機関等に関する説明等を義務化

※ 公布の日から起算して1年を超えない範囲内において政令で定める日から施行（ただし、1については公布の日から起算して1年6月を超えない範囲内において政令で定める日、4(1)・5(2)については平成29年10月1日、4(2)については公布の日）

医療法等の一部を改正する法律（検体検査関係） （平成29年法律第57号 平成29年6月14日公布）

第61回社会保障審議会医療部会	資料
平成30年4月11日	3

○ 医療機関、衛生検査所等の医療機関が検体検査業務を委託する者の精度管理の基準の明確化

● 医療法

第15条の2

病院、診療所又は助産所の管理者は、当該病院、診療所又は助産所において、臨床検査技師等に関する法律（昭和33年法律第76号）第2条に規定する検体検査（以下この条及び次条第1項において「検体検査」という。）の業務を行う場合は、検体検査の業務を行う施設の構造設備、管理組織、検体検査の精度の確保の方法その他の事項を検体検査の業務の適正な実施に必要なものとして厚生労働省令で定める基準に適合させなければならない。

第15条の3第1項

病院、診療所又は助産所の管理者は、検体検査の業務を委託しようとするときは、次に掲げる者に委託しなければならない。

- 一 臨床検査技師等に関する法律第20条の3第1項の登録を受けた衛生検査所の開設者
- 二 病院又は診療所その他厚生労働省令で定める場所において検体検査の業務を行う者であって、その者が検体検査の業務を行う施設の構造設備、管理組織、検体検査の精度の確保の方法その他の事項が検体検査の業務の適正な実施に必要なものとして厚生労働省令で定める基準に適合するもの

● 臨床検査技師等に関する法律

第20条の3第2項

都道府県知事は、前項の登録（以下「登録」という。）の申請があった場合において、その申請に係る衛生検査所の構造設備、管理組織、検体検査の精度の確保の方法その他の事項が検体検査の業務を適正に行うために必要な厚生労働省令で定める基準に適合しないと認めるとき、又はその申請者が第20条の7の規定により登録を取り消され、取消の日から2年を経過していないものであるときは、登録をしてはならない。

○ 医療技術の進歩に合わせて検体検査の分類を柔軟に見直すため、検査の分類を厚生労働省令で定めることを規定

● 臨床検査技師等に関する法律

第2条

この法律で「臨床検査技師」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、臨床検査技師の名称を用いて、医師又は歯科医師の指示の下に、人体から排出され、又は採取された検体の検査として厚生労働省令で定めるもの（以下「検体検査」という。）及び厚生労働省令で定める生理学的検査を行うことを業とする者をいう。

(参考) 検体検査の精度管理等に
関する検討会について

検討課題

- (1) 医療機関及び衛生検査所等の受託者が行う検体検査の精度管理のあり方について
- (2) 諸外国と同様の水準を満たす遺伝子関連検査の品質・精度のあり方について
- (3) 医療技術の進歩に合わせた検体検査の分類について



医療機関



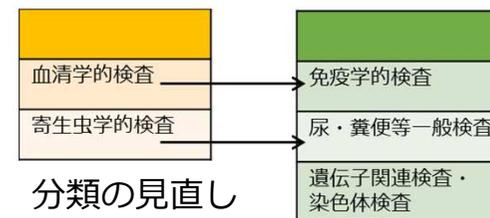
衛生検査所



検体検査



遺伝子関連検査



検体検査の精度管理等に関する検討会構成員(五十音順、敬称略、合計14名)

安達 久美子 公益社団法人日本助産師会 副会長／
首都大学東京健康福祉学部 教授

市川 朝洋 公益社団法人日本医師会 常任理事

伊藤 たてお 一般社団法人日本難病・疾病団体協議会
理事会参与

菅間 博 一般社団法人日本医療法人協会 副会長

楠岡 英雄 独立行政法人国立病院機構 理事長
(座長)

佐々木 毅 東京大学医学部附属病院 ゲノム病理標準化セ
ンター センター長

田澤 裕光 一般社団法人日本衛生検査所協会 副会長

難波 栄二 鳥取大学 生命機能研究支援センター 教授／
副センター長

西尾 和人 近畿大学医学部 ゲノム生物学教室 教授／
ライフサイエンス研究所 ゲノムセンター センター長

日高 良雄 宮崎県福祉保健部 次長

丸田 秀夫 一般社団法人日本臨床衛生検査技師会 常務理事
／社会医療法人財団白十字会 佐世保中央病院 臨
床検査技術部 部長

三井 博晶 公益社団法人日本歯科医師会 常務理事

宮地 勇人 東海大学医学部基盤診療学系臨床検査学 教授

矢富 裕 東京大学大学院医学系研究科 臨床病態検査医学
教授

■ 開催実績、今後の予定

	日時	議題
第1回	10月27日	検体検査の精度管理等の現状について（総論） 検体検査の分類の見直しについて
第2回	11月20日	医療機関における検体検査の精度の確保について
第3回	12月20日	医療機関における検体検査の精度の確保等について 検体検査の分類の見直しについて
第4回	1月29日	業務委託における検体検査の精度管理のあり方について 遺伝子関連検査・染色体検査の品質・精度の確保に係る基準について
第5回	3月9日	検討会のとりまとめ（案）について

■ 施行までのスケジュール

平成30年3月	検討会とりまとめ
平成30年4月	社会保障審議会医療部会へ報告
平成30年6月頃	省令公布 周知・準備期間（半年程度）
平成30年12月頃	法律、省令施行

医療放射線の適正管理に関する検討会 における検討状況について

医療放射線の適正管理に関する検討会

1. 目的

医療放射線の利用に当たっては、各医療機関における適正な管理の下で、十分な安全確保を行うことが必要であり、そのため、医療放射線の管理については、専門的な知見を踏まえた上で、医療機関の負担も考慮しつつ、適切な基準設定等を行うことが必要である。

本検討会は、放射線診療機器が急速に進歩し、新たな放射性医薬品を用いた核医学治療が国内導入される中、医療放射線の適正な管理を図るため、医療放射線の管理に係る基準等について検討することを目的に開催するものである。

2. 検討事項

- ・新たなカテゴリーの放射性医薬品や技術への対応について
- ・放射性医薬品を投与された患者の退出基準等について
- ・医療被ばくの適正管理のあり方について
- ・診療用放射性同位元素の適正管理について
- ・放射線を用いる医療機器の保守管理について
- ・その他、医療放射線の適正管理に関する事項について

3. 構成員

青木 茂樹 順天堂大学医学部放射線診断学講座教授
市川 朝洋 公益社団法人日本医師会常任理事
小田 正記 公益社団法人日本診療放射線技師会理事
川上 純一 公益社団法人日本薬剤師会常務理事
神田 玲子 国立研究開発法人量子科学技術研究開発機構
放射線医学総合研究所
放射線防護情報統合センター長
茂松 直之 公益社団法人日本放射線腫瘍学会理事長
中村 吉秀 公益社団法人日本アイソトープ協会
医薬品部医薬品・試薬課シニアアドバイザー
飯沼 むつみ 静岡県立静岡がんセンター 看護部長
畑澤 順 一般社団法人日本核医学会理事長

古川 浩 一般社団法人日本画像医療システム工業会
法規・安全部会部会長
眞島 喜幸 特定非営利活動法人パンキャンジャパン理事長
三井 博晶 公益社団法人日本歯科医師会常務理事
山口 一郎 国立保健医療科学院
生活環境研究部上席主任研究官
山口 武兼 公益財団法人東京都保健医療公社豊島病院院長
◎ 米倉 義晴 国立大学法人福井大学名誉教授
渡邊 直行 前橋市保健所長
渡部 浩司 東北大学
サイクロトロン・ラジオアイソトープセンター
放射線管理研究部教授

医療放射線の適正管理に関する検討会

4. これまでの日程と検討内容

第1回検討会（2017年4月19日）

- 医療放射線の管理に関する現状について
- 放射性同位元素使用施設等の規制の見直しについて【原子力規制庁】

第2回検討会（2017年6月23日）

- 新たな技術への対応について（可搬型PET装置）
- 医療分野における放射性廃棄物について

第3回検討会（2017年9月4日）

- 国際的な退出基準の考え方と退出基準指針への取り入れ状況
- **医療被ばくの適正管理のあり方について①**
- 放射線審議会の動向について【原子力規制庁】

第4回検討会（2018年1月19日）

- **医療被ばくの適正管理のあり方について②**
- 診療用放射線照射器具を永久的に挿入された患者の退出について
- 医療分野における放射性廃棄物について
- 放射線診療従事者の被ばく管理について【労働基準局】

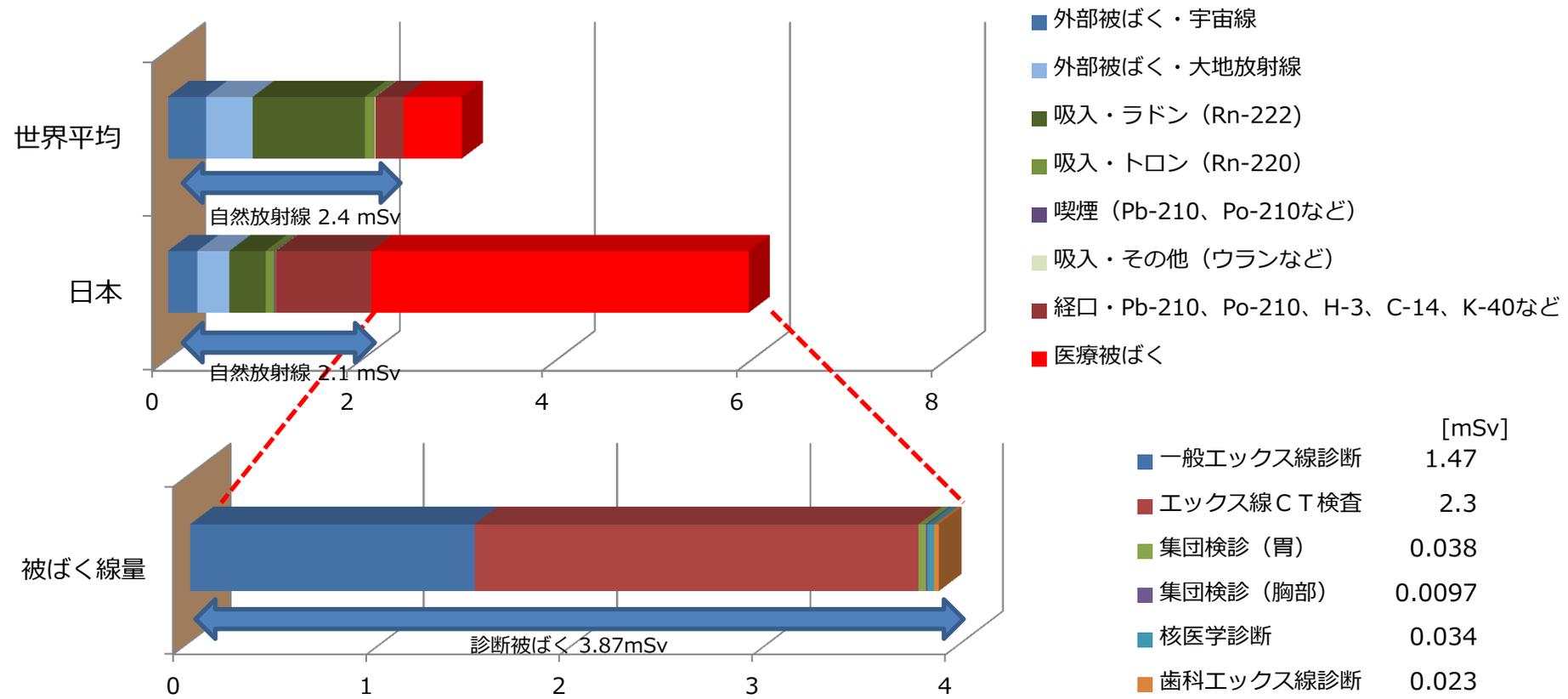
第5回検討会（2018年4月27日）

- **医療被ばくの適正管理のあり方について③**
- 診療用放射線照射器具を永久的に挿入された患者の退出について
- **未承認放射性薬物について**
- 核医学診療機器の精度管理における放射性医薬品の目的外使用について

- 医療放射線の適正管理のあり方について
- 未承認放射性薬物について

日本の医療被ばくの現状

○ 日本の医療被ばくの線量は、世界的に見て高い。

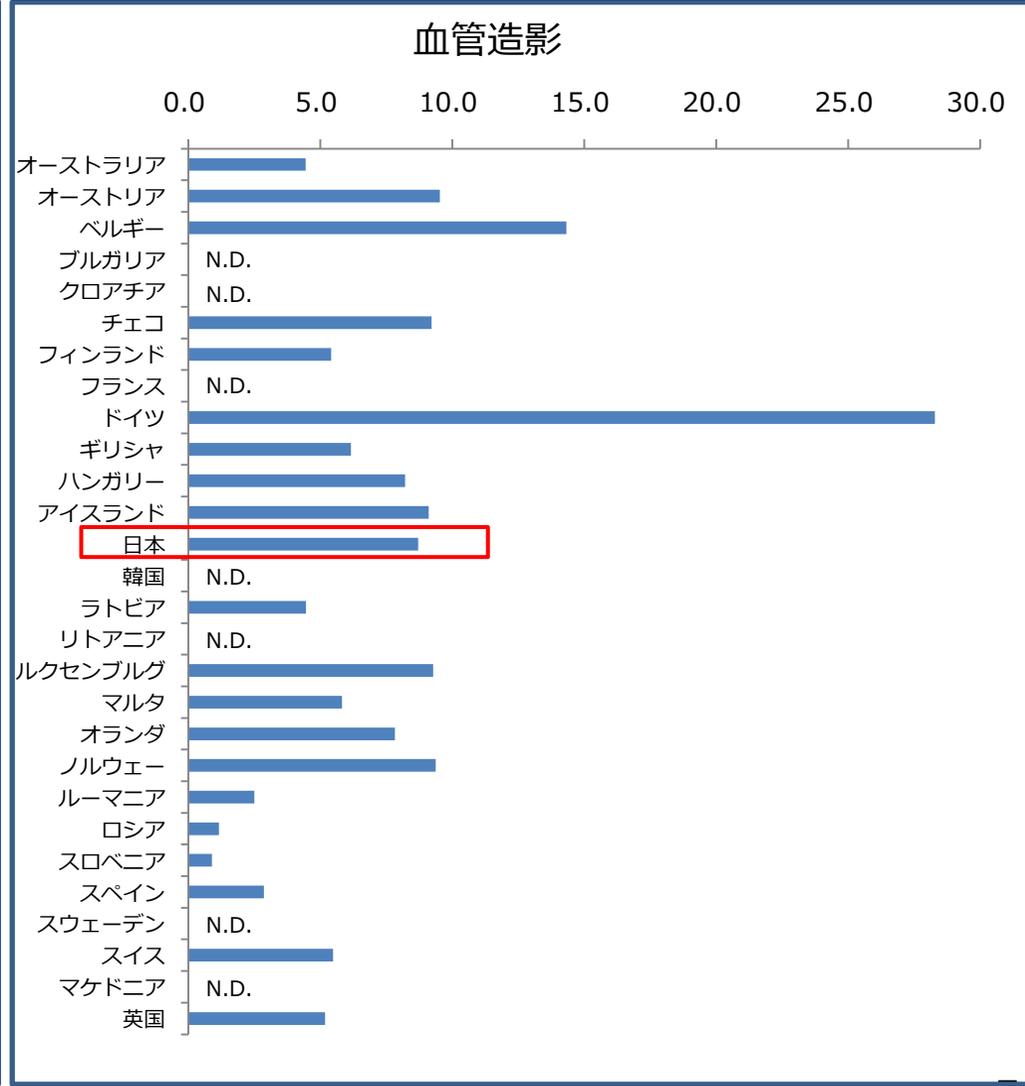
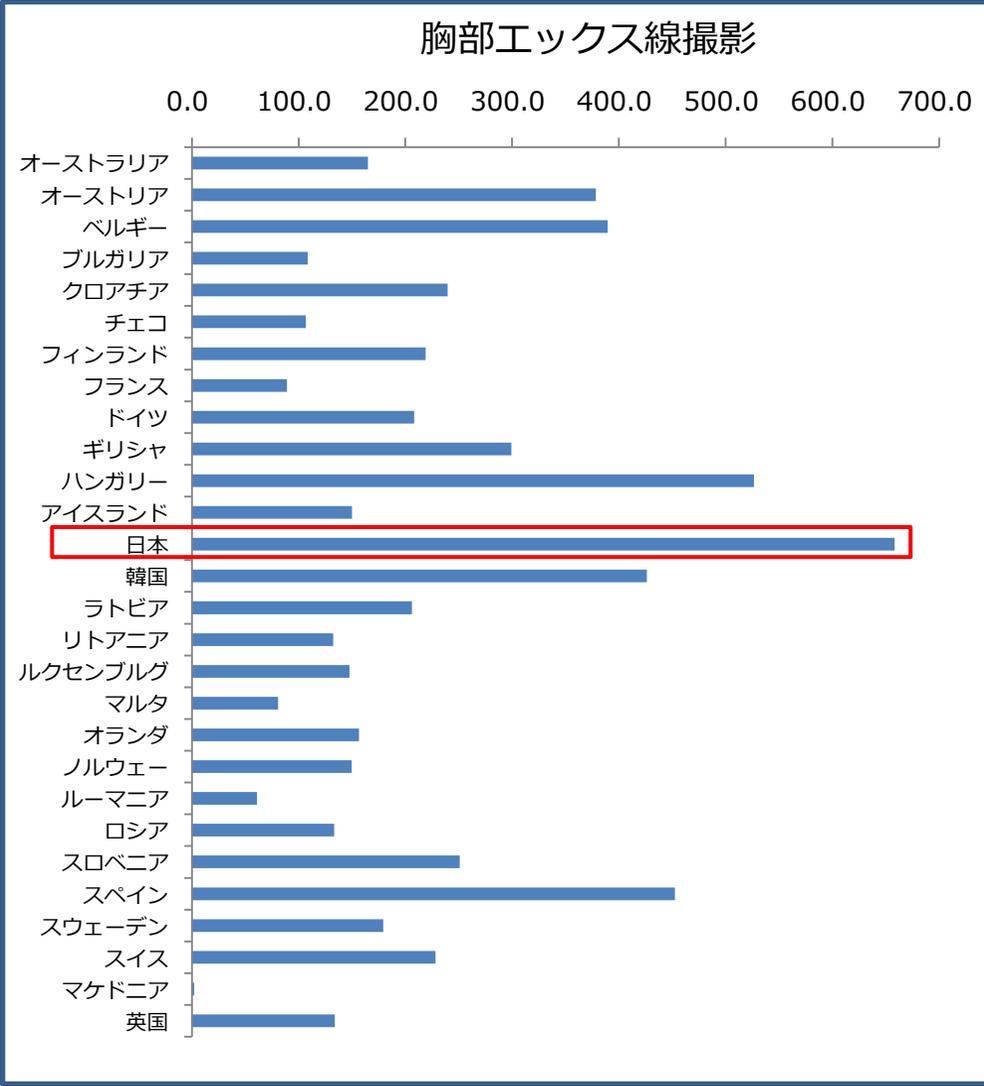


	自然放射線	診断被ばく
世界平均	2.4 mSv/年	0.6 mSv/年
日本平均	2.1 mSv/年	3.87 mSv/年

各国の放射線診療の比較（検査件数）①

○ 日本は単純エックス線撮影の件数が多い。

人口1,000人あたりの検査実施件数

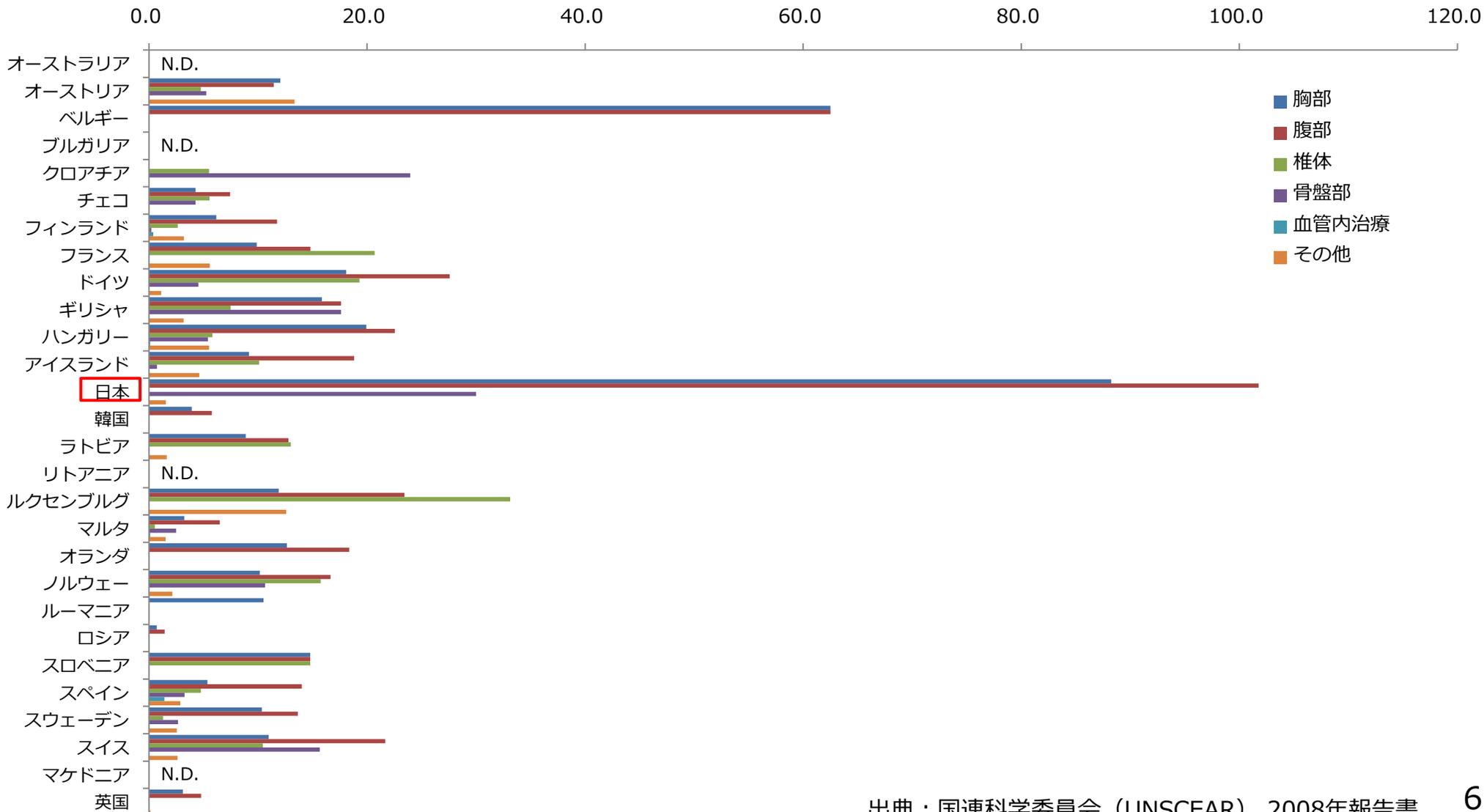


各国の放射線診療の比較（検査件数）

②

○ 日本はCT検査数がいずれの撮像部位でも最多となっている。

人口1,000人あたりのCT検査実施件数



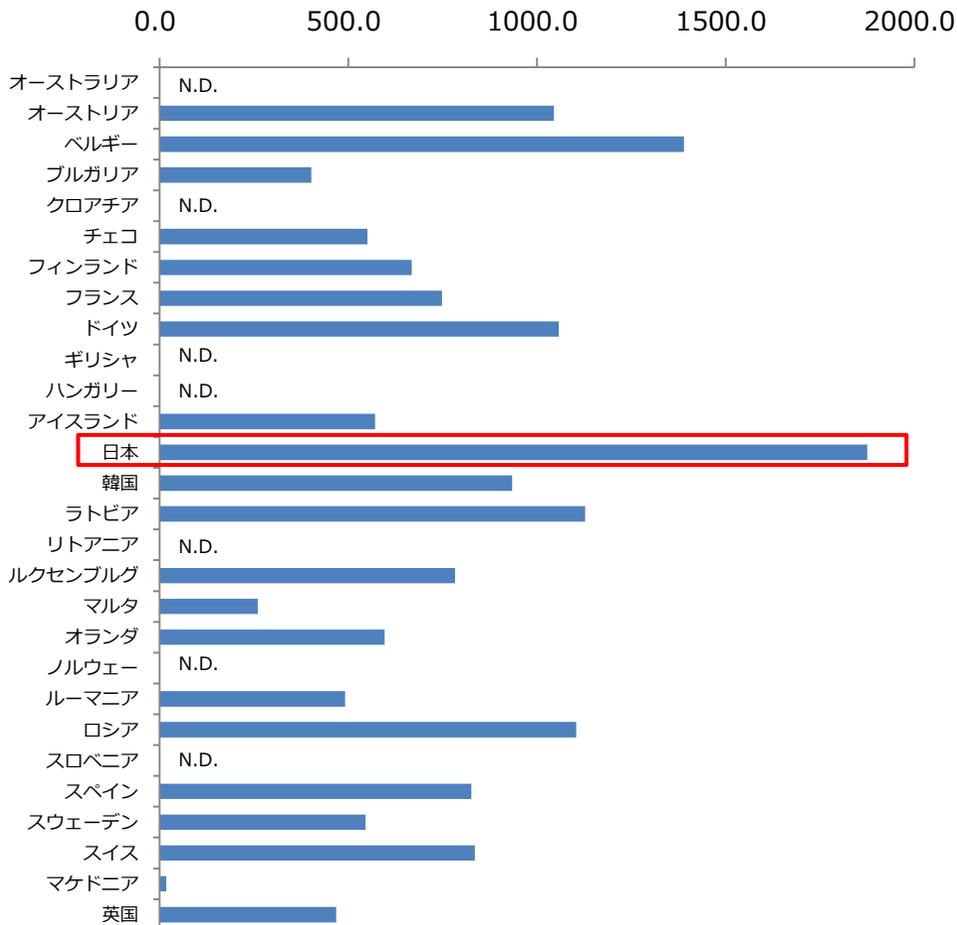
各国の放射線診療の比較（検査件数）

③

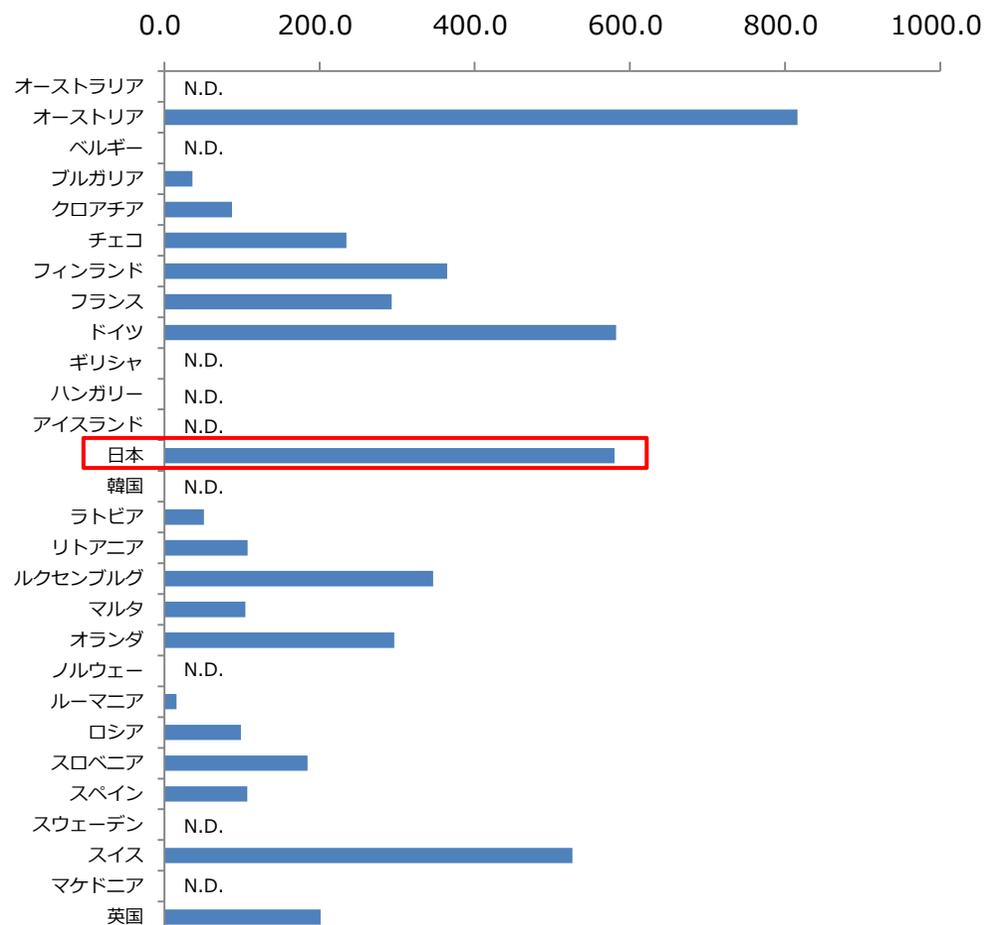
○ 日本は、医科・歯科いずれも検査数が多く、特に医科の検査数が多い。

人口1,000人あたりの検査実施件数

全検査（医科）



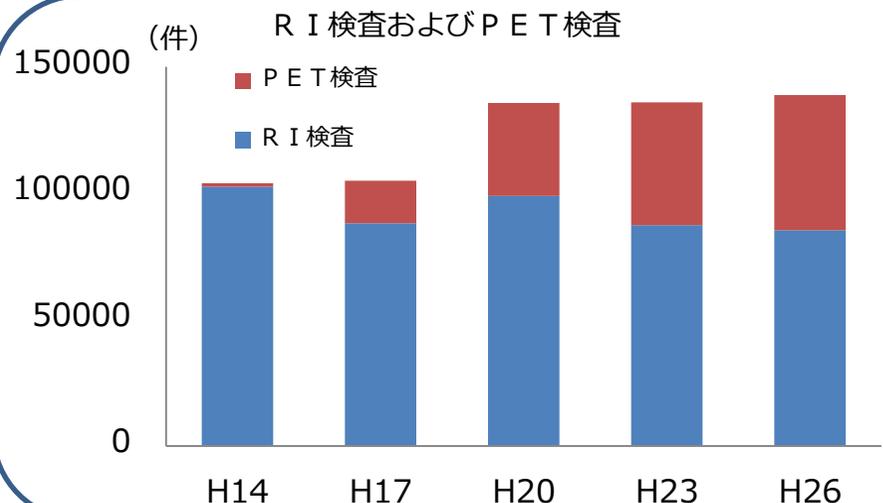
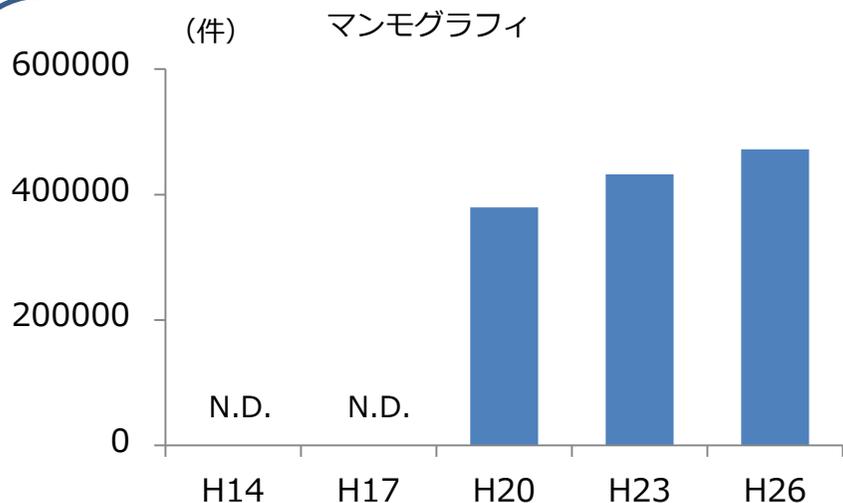
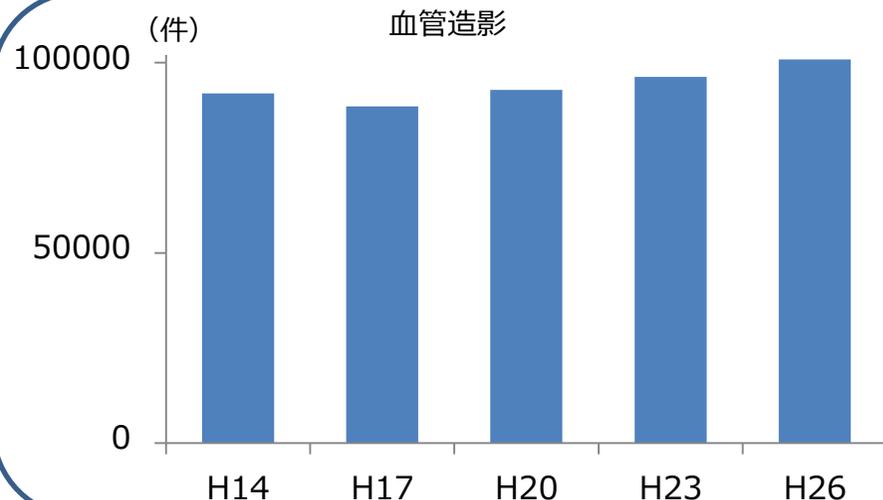
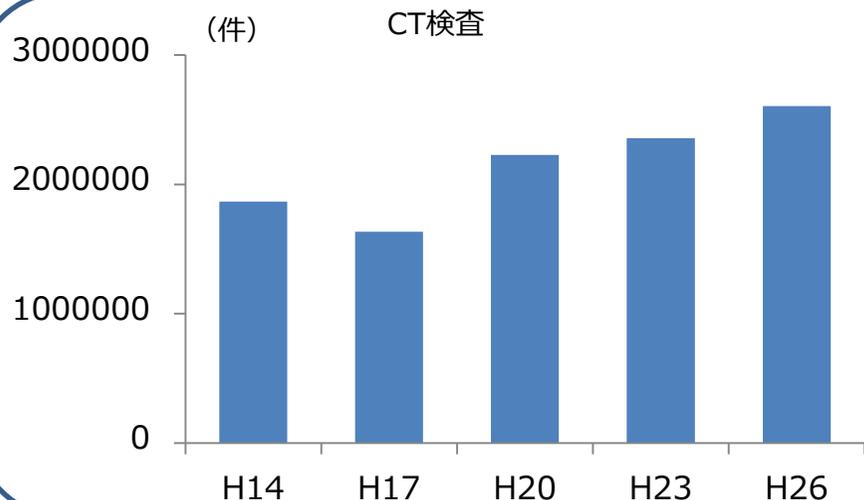
全検査（歯科）



国内の放射線診療の実態①

○ 国内の放射線診療の実施数はいずれの検査も増加傾向にある。

各検査の実施件数※



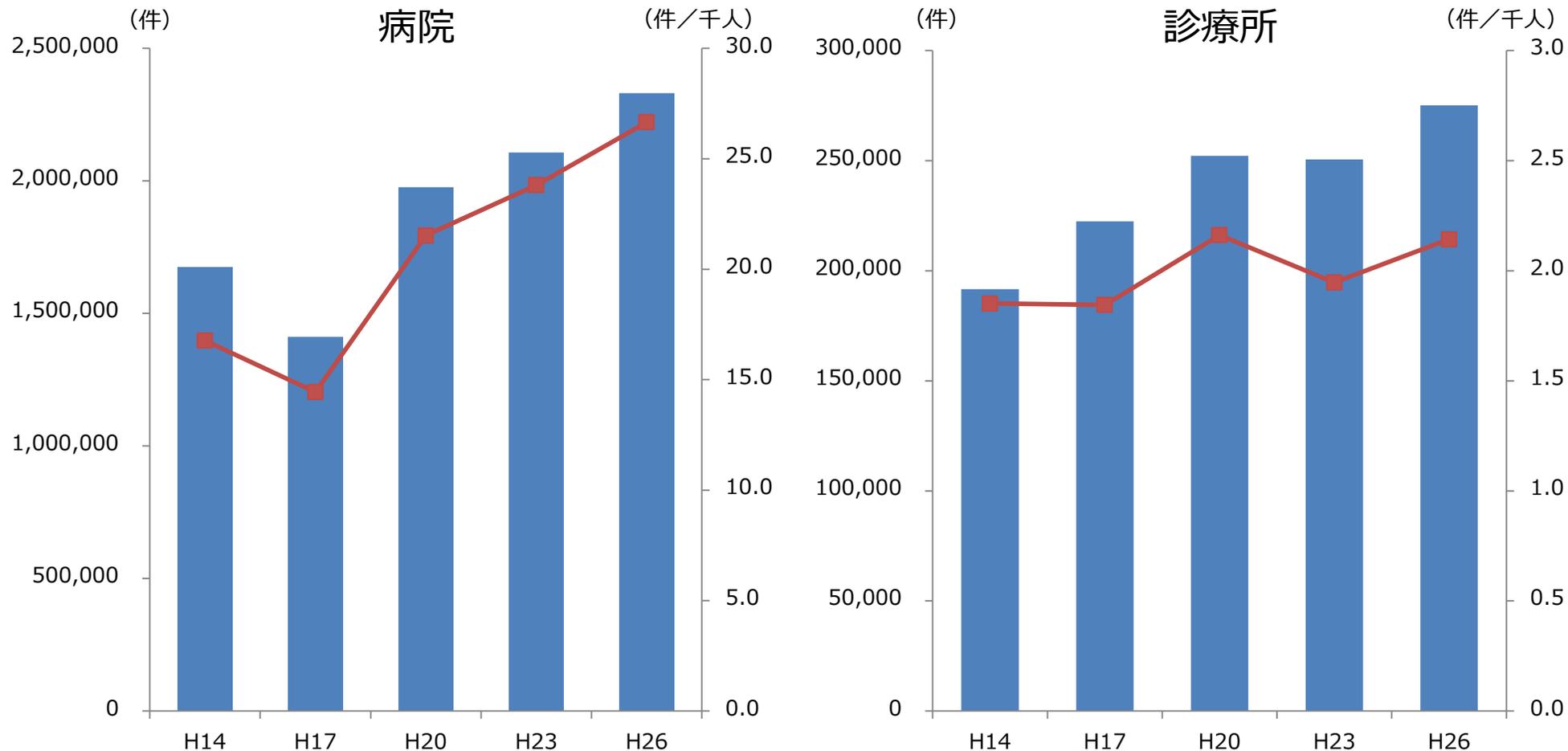
出典：医療施設調査（平成14年～平成26年）

※各年の9月中（30日間）の件数

国内の放射線診療の実態②

○ CT検査については、検査総数、患者当たりの検査件数いずれも増加している。

CT検査の検査件数の推移



■ 患者千人当たりの検査件数 = $\frac{1 \text{ カ月 (30日間) の検査件数} \div 30}{(\text{調査日の外来患者数} + \text{調査日の在院患者数}) \times 1,000}$
■ 1 カ月 (9月) の検査件数

被ばくの3区分と放射線防護の3原則

○ 被ばくは、被ばく対象者によって3種類に区分される。

職業被ばく

次の3項目を除く、作業者がその作業の過程で受けるすべての被ばく。

- 1) 除外された被ばく、及び、放射線を含む免除¹された活動による又は免除された線源による被ばく
- 2) すべての医療被ばく
- 3) 通常地域の自然バックグラウンド放射線

医療被ばく

患者が自らの医学又は歯学の診断あるいは治療の一部として受ける被ばく；職業上被ばくする者以外の人、患者の支援や介助に自発的に役立つ間に承知して受ける被ばく；及び、自らの被ばくを伴う生物医学的研究プログラムにおける志願者の被ばく。

公衆被ばく

職業被ばく又は医療被ばく、及び通常の局地的な自然バックグラウンド放射線のいずれをも除いた、放射線源から公衆構成員が被る被ばく。

1) ある線源又は放射線を伴う業務上の活動は、規制管理の一部又はすべての面に従う必要がないとする、規制機関による決定。

○ 放射線防護の3原則とは、正当化、最適化、線量限度である。

正当化

放射線に関係する計画された活動が、総合的に見て有益であるかどうか、すなわち、その活動の導入又は継続が、活動の結果生じる害（放射線による損害を含む）よりも大きな便益を個人と社会にもたらすかどうかを決定するプロセス。

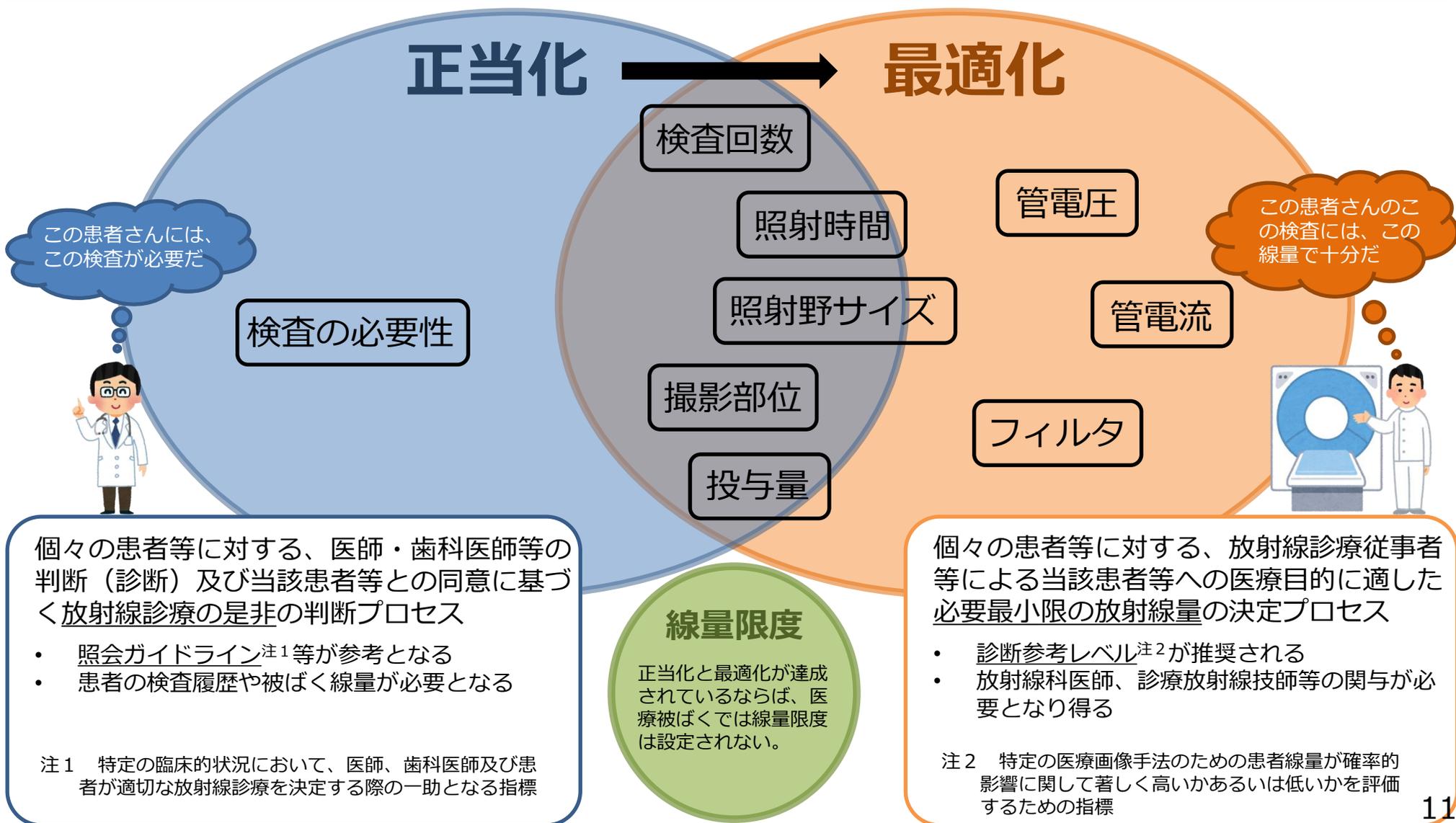
最適化

いかなるレベルの防護と安全が、被ばく及び潜在被ばくの確率と大きさを、経済的・社会的要因を考慮の上、合理的に達成可能な限り低くできるかを定めるプロセス。

線量限度

個人が受ける、超えてはならない実効線量又は等価線量の値。

- 放射線防護の3原則のうち、医療被ばくでは、正当化と最適化を考慮する必要があり、かつ正当化された上で最適化される必要がある。



○ ICRP勧告では、医療被ばくの正当化は次の3つの段階それぞれについて考慮している。

第1レベル：医学における放射線利用の正当化

医学における放射線利用は、患者に害よりも便益を多く与えるか
(ただし、自明とされ、議論されない。)

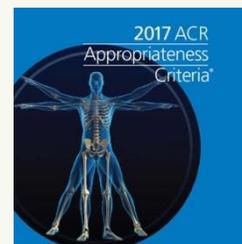
第2レベル：定義された放射線医学的手法の正当化

一般論として、特定の放射線医学的手法が、特定の条件にある患者の診断あるいは治療において、有益性が有害性を上回るか

(例；咳嗽を主訴とする患者に対して、胸部レントゲン写真を撮影することによる患者利益は被ばくリスクを上回るか)

- 国の保健・放射線防護当局と、関連する国際機関と連携して、国の職業団体及び国際職業団体が扱う問題である。
- 医療被ばくの正当化は医師・歯科医師の裁量であることを前提としつつ、利用可能な定量的な意思決定ツールがあるならば利用すべきである。

海外における例
(関係学会によるガイドライン作成)



Appropriateness Criteria
(米国放射線専門医会)



iRefer
(英国王立放射線専門医会)

第3レベル：個々の患者への手法の正当化

個々の患者に対し、有益性は有害性を上回るか

- 提案された手法と代替の手法の詳細、個々の患者の特徴、予想される患者への線量、及び、過去のあるいは今後予想される検査又は治療の情報の利用可能性が含まれる。

その検査はすでに実施されていないか？
その検査は今、必要か？



まとめ

- 医師・歯科医師は、放射線診療の有益性と有害性を判断し、放射線診療の正当化を実施する。

今後の方針

- 正当化を進めるためには、医療機関の放射線診療に応じた医療被ばくの職員研修をおこなうこととしてはどうか。
 - ・ 放射線診療を指示、実施または介助する医師、歯科医師、その他医療の専門家のための放射線防護の教育訓練が必要である。
 - ・ 放射線被ばくに対する最終責任は医師・歯科医師にあり、それゆえ医師・歯科医師はその手法のリスクと便益を認識しておくべきである。

(ICRP Publ.105)



正当化の実施

下記が適切に行われることによって正当化が達成される。

- 放射線診療の有益性が有害性を上回るかの判断

- 放射線診療の有用性・有害性に関する患者への説明と同意

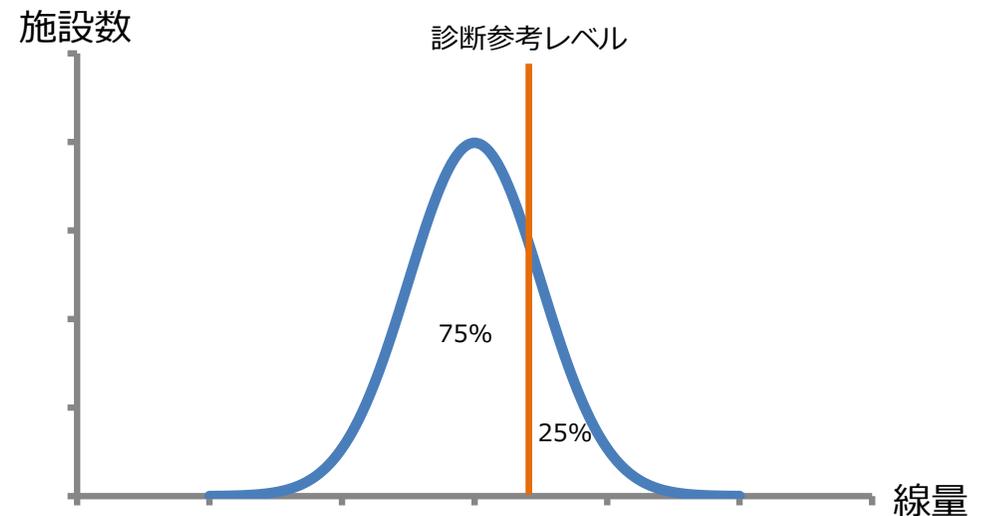
- ICRP勧告では、医療被ばくの最適化のために「診断参考レベル」の使用を推奨している。

診断参考レベル (Diagnostic Reference Level: DRL)

通常の場合において、ある特定の手法による患者の線量又は投与放射能（放射性物質の量）がその手法にしては異常に高いか又は低いかを示すもの。電離放射線を用いた医学画像診断における参考として使用される。

検査種別に、予め標準化された方法により線量測定を実施し、多くの場合は線量の分布の75パーセンタイル値として設定する。

- 標準化が進んだモダリティについては、異なるパーセンタイル値に設定されることもある。
- 線量限度ではない。
- 優れた診療と劣った診療の境界ではなく、臨床的な必要性があれば超過してもよい。
- 容易に測定され再現性の高い線量尺度を用いて設定されるものであり、実効線量を用いて設定するべきではない。



- 診断参考レベルを設けることにより、是正措置を必要とする医療機関や検査の種類を特定することができ、これにより、全国規模で患者が被ばくする平均線量を容易かつ大幅に低減できる。

まとめ

確定的影響と確率的影響を低減（被ばくに伴うリスクの最小化）するため、確定的影響についてはしきい値に基づき、また確率的影響については直線しきい値なし（Linear Non-Threshold; LNT）仮説に基づき、合理的に達成可能な限り被ばく線量を最適化する必要がある。

今後の方針

- ① 被ばく線量が相対的に高い検査※については、患者へのリスクを考慮し、その被ばく線量を記録することとすべきではないか。
- ② 被ばく線量の記録は、その後患者が別の医療機関での受診時に活用することができるよう、患者に提供することとすべきではないか。
ただし、過去の被ばく線量が多いという理由から、患者が自分でCT等の必要な検査を受けないという判断を行うことがないよう、併せて適切な説明を行うべきではないか。
- ③ CT等の放射線診療機器及び放射性医薬品を用いた検査については、やむを得ない場合を除き、DRLに基づく線量及び放射性医薬品の投与量の管理を行わなければならないこととしてはどうか。

※被ばく線量が相対的に高い検査

確定的影響

- ・CT検査であって、被ばく線量の高い検査を実施する場合
- ・血管造影検査又は透視検査であって、長時間又は反復的に実施する場合

確率的影響

- ・CT検査などであって、反復的に行うことにより確率的影響を及ぼす線量レベルに達しうる検査を実施する場合

現状

- 患者自身の医療被ばくの適正管理については、法令上明確に規定されていない。
- 患者の介護者又は介助者の医療被ばくについては、
 - ・ 放射性医薬品を投与された患者
 - ・ 診療用放射性照射器具を永久的に挿入された患者について、被ばくの最適化の観点から、線量拘束値に基づいた患者の退出基準として、通知にて定めている。（小児については線量限度に基づく。）



基本的な考え方

- 医療被ばくの適正管理は、**正当化及び最適化**を考慮する事により達成される。
- 医療被ばくの正当化は、一義的には放射線診療を選択する医師・歯科医師によってなされるが、専門家による情報提供は正当化に有用である。
- 医療被ばくの最適化のための方策は、医療放射線の安全管理のための体制の確保に係る措置の1つとして明示する。



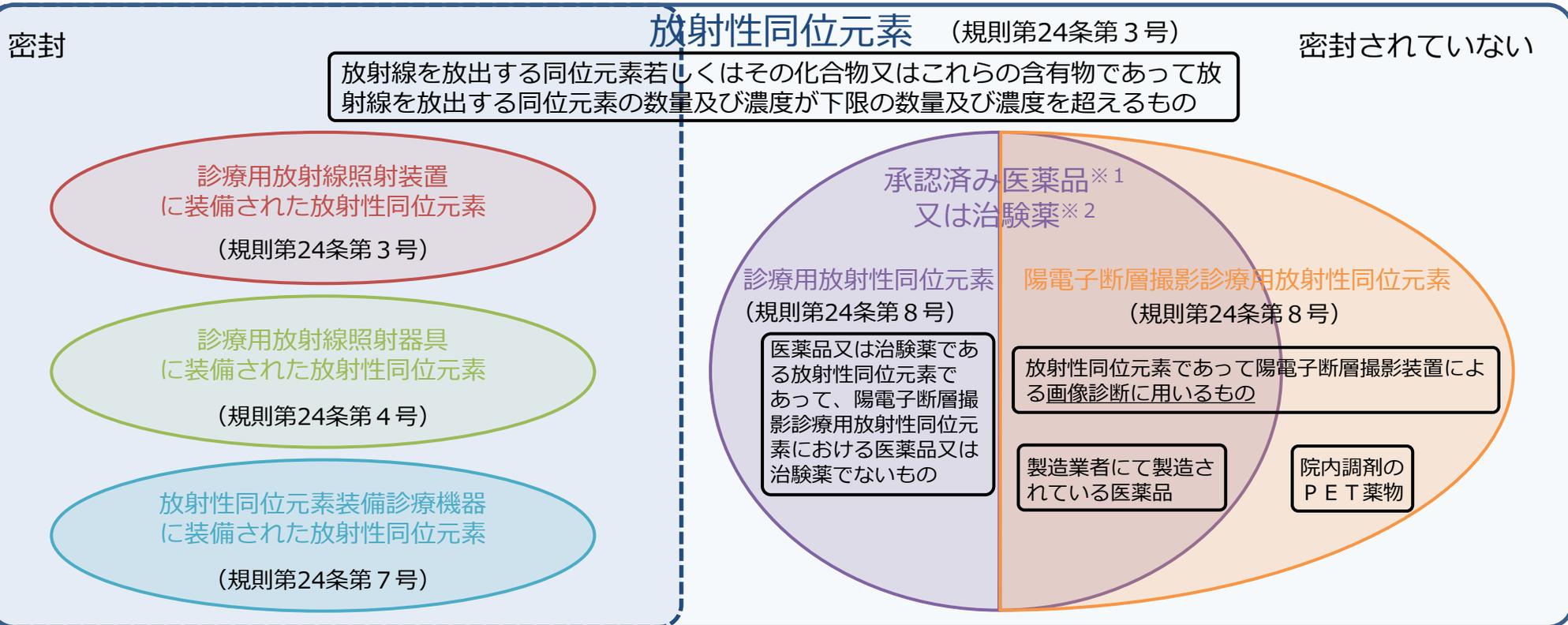
具体的な対応方針

- 医療放射線の安全管理の体制確保を明示した上で、
 - ・ 医療被ばくの**正当化**のための、医師・歯科医師に対する研修（放射線診療を選択するに当たっての注意すべき点）
 - ・ 医療被ばくの**最適化**のための、放射線診療従事者等に対する研修（放射線診療を実施するに当たっての注意すべき点）
 - ・ 医療被ばくの最適化のための、医療放射線の安全管理の推進を目的とした改善のための方策
 - ① D R L に基づく線量及び放射性医薬品の投与量の管理
 - ② 被ばく線量が相対的に高い検査の被ばく線量の記録等を実施する。

- 医療放射線の適正管理のあり方について
- 未承認放射性薬物について

医療法における放射性同位元素の分類

- 放射性同位元素を規定する下限数量及び下限濃度は、放射性同位元素等による放射線障害の防止に関する法律（昭和32年法律第167号、以下「R I 法」という。）と同じ値を用いている。
- 密封されていない放射性同位元素のうち、医療法の規制範囲となっている物は、診療用放射性同位元素及び陽電子断層撮影診療用放射性同位元素の2つである。

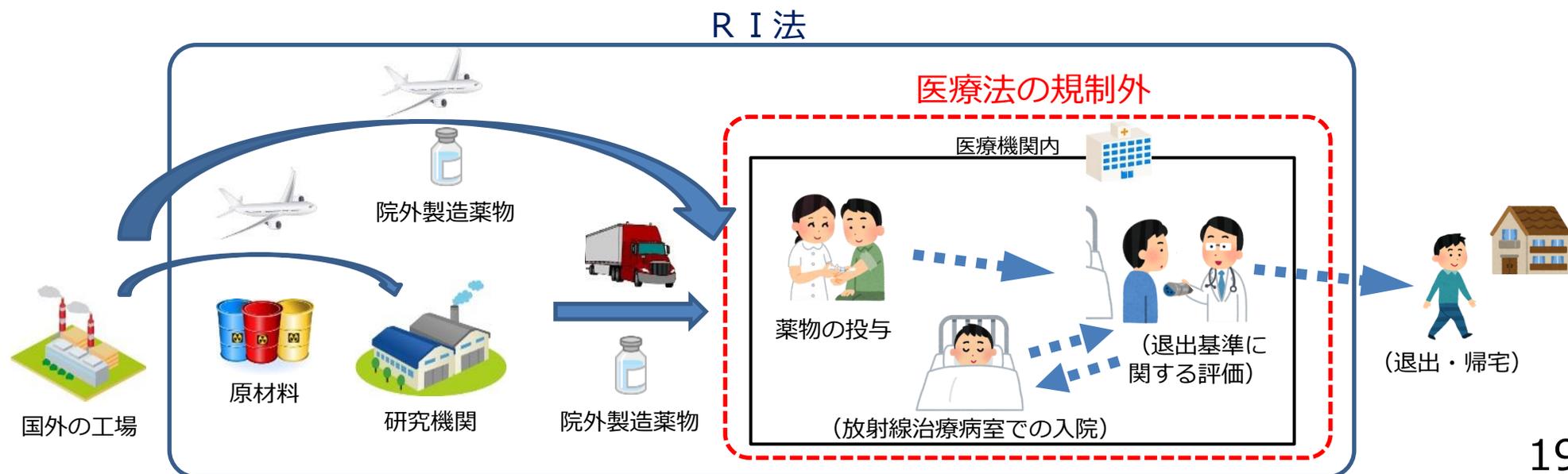


※1 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第2条第1項に規定する医薬品のうち、同法第14条第1項又は第19条の2第1項の承認を受けているもの

※2 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第2条第17項に規定する治験の対象とされる薬物

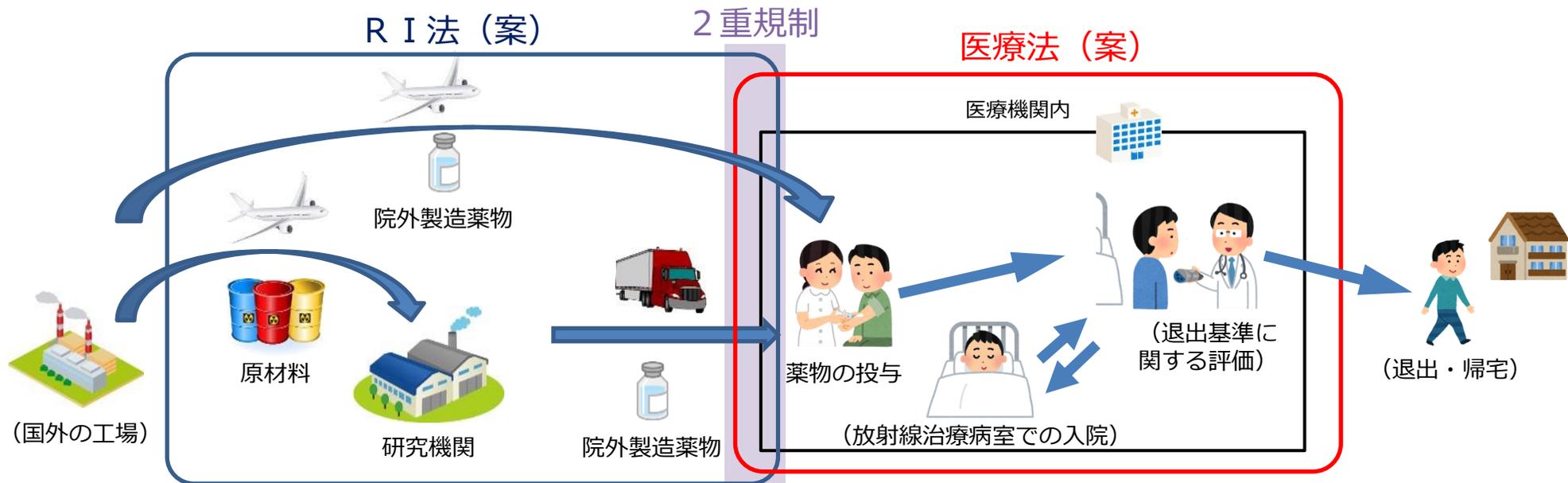
院外製造による未承認の放射性薬物の取扱い

- 医療法の規制下となる診療用放射性同位元素及び陽電子断層撮影診療用放射性同位元素には、未承認の放射性薬物は含まれていない。
- R I 法施行令では、他法令の規制下にある物を適用除外としているため、未承認の放射性薬物は除外されず、R I 法で管理される。
- R I 法は、ヒトに対して放射性同位元素を投与することを前提としている法ではなく、放射性同位元素により治療を受けている者が規定されないため、その退出のための基準を定めることができない。
- R I 法における管理区域外での放射性同位元素の取扱いは下限数量 (^{131}I であるならば 10 kBq) 以下、管理区域外への持ち出しについては表面汚染密度が α 核種で4 Bq/cm²以下、 β 核種以外で40 Bq/cm²以下である必要があり、患者の退出基準としては非現実的である。



未承認の放射性薬物を医療法で取扱う際の留意点

- 医療機関における医療被ばく及び公衆被ばくの防護及び低減のための方策は、当該医療機関に存する放射性同位元素の種類等により異なるが、医薬品としての承認の有無等で異なるわけではないため、未承認薬物についても適正に管理する必要がある。
- 放射性医薬品を投与された患者は、当該患者家族等の医療被ばく（線量拘束値：5 mSv／1行為）及び公衆被ばく（線量限度：1 mSv／年）を担保することで、放射線診療従事者等が安全性を確保しつつ患者を放射線治療病室等から退出させており、未承認薬物についても同様に対応する必要がある。
- **未承認薬物が目的外の用途（動物実験等、ヒトに用いる以外の使用）で用いられないことを担保する必要がある。**



まとめ

- 未承認の放射性薬物は、承認済み医薬品や治験薬と異なり、研究機関等で製造された後から医療機関までR I法で規制される。
- 異なる法令での管理は、新規の放射性医薬品の開発の妨げとなっているとの指摘がある。

方針

- 研究機関等で調製した未承認の放射性薬物のうち、ヒトに対して適正に使用することができると思われる薬物については、医療放射線の安全管理の観点から明記した上で、承認済み医薬品や治験薬と同様、医療機関内での使用を医療法で管理してはどうか。

整理のイメージ

院外調製		原材料の輸送	製造所	運搬	医療機関
承認済医薬品	原材料	R I法	医薬品医療機器等法	—	—
	承認済医薬品	—	医薬品医療機器等法	医薬品医療機器等法	医療法
治験薬	原材料	R I法	R I法	—	—
	治験薬	—	医薬品医療機器等法	医薬品医療機器等法	医療法
適切に管理されている 医療機関外で製造した 未承認放射性薬物	原材料	R I法	R I法	—	—
	完成した 放射性薬物	—	R I法	R I法 (外運搬)	R I法 → 医療法
院内調製		原材料の輸送	医療機関内（製造～運搬～使用）		
PET※検査薬（院内調剤R I薬物） ※Positron Emission computed Tomography（陽電子放射断層撮影装置）		R I法	R I法	R I法 (内運搬)	医療法
医療機関で製造した未承認放射性薬物		R I法	R I法	R I法 (内運搬)	R I法 → 医療法

医療分野の研究開発に資するための 匿名加工医療情報に関する法律の施行について

医療等情報の利活用の現状と課題

- 現在、全国規模で利活用が可能な医療に関するデータは、診療行為の実施情報(インプット)である診療報酬明細書(レセプト)データが基本であり、**診療行為の実施結果(アウトカム)に関するデータの利活用が課題**。
- これらのデータは、医療機関が民間中心で、保険制度も分立しているため、**分散して保有**されている。**質の高い、大規模な医療等情報の収集は国際競争**。
- 個人情報保護法の改正によって、
 - ・病歴等が「**要配慮個人情報**」に位置づけられ、いわゆる**オプトアウト方式による第三者提供が禁止**され、**原則本人同意によることが必要**になるとともに、
 - ・要配慮個人情報を含め、特定の個人が識別できないように加工された**匿名加工情報の利活用に関する仕組み**が設けられた。

医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律の概要

(次世代医療基盤法:平成29年5月12日公布)

平成29年法律第28号

法律の目的

医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関し、匿名加工医療情報作成事業を行う者の認定、医療情報及び匿名加工医療情報等の取扱いに関する規制等を定めることにより、健康・医療に関する先端的研究開発及び新産業創出を促進し、もって健康長寿社会の形成に資することを目的とする。

法律の内容

1. 基本方針の策定

政府は、医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する施策の推進を図るための基本方針を定める。

2. 認定匿名加工医療情報作成事業者(以下「認定事業者」という。)

主務大臣は、申請に基づき、匿名加工医療情報作成事業の適正かつ確実な実施に関する基準に適合する者を認定する。

①認定事業者の責務

- ・医療情報の取扱いを認定事業の目的の達成に必要な範囲に制限する。
- ・医療情報等の漏えい等の防止のための安全管理措置を講じる。
- ・従業者に守秘義務(罰則付き)を課す。
- ・医療情報等の取扱いの委託は、主務大臣の認定を受けた者に対してのみ可能とする。

②認定事業者の監督

- ・主務大臣は、認定事業者に対して必要な報告徴収、是正命令、認定の取消し等を行うことができる。

3. 認定事業者に対する医療情報の提供

医療機関等は、あらかじめ本人に通知し、本人が提供を拒否しない場合、認定事業者に対し、医療情報を提供することができる。(医療機関等から認定事業者への医療情報の提供は任意)

4. その他

主務大臣は、内閣総理大臣、文部科学大臣、厚生労働大臣及び経済産業大臣とする(認定事業者の認定等については、個人情報保護委員会に協議する)。

※生存する個人に関する情報に加え、死亡した個人に関する情報も保護の対象とする。

施行期日

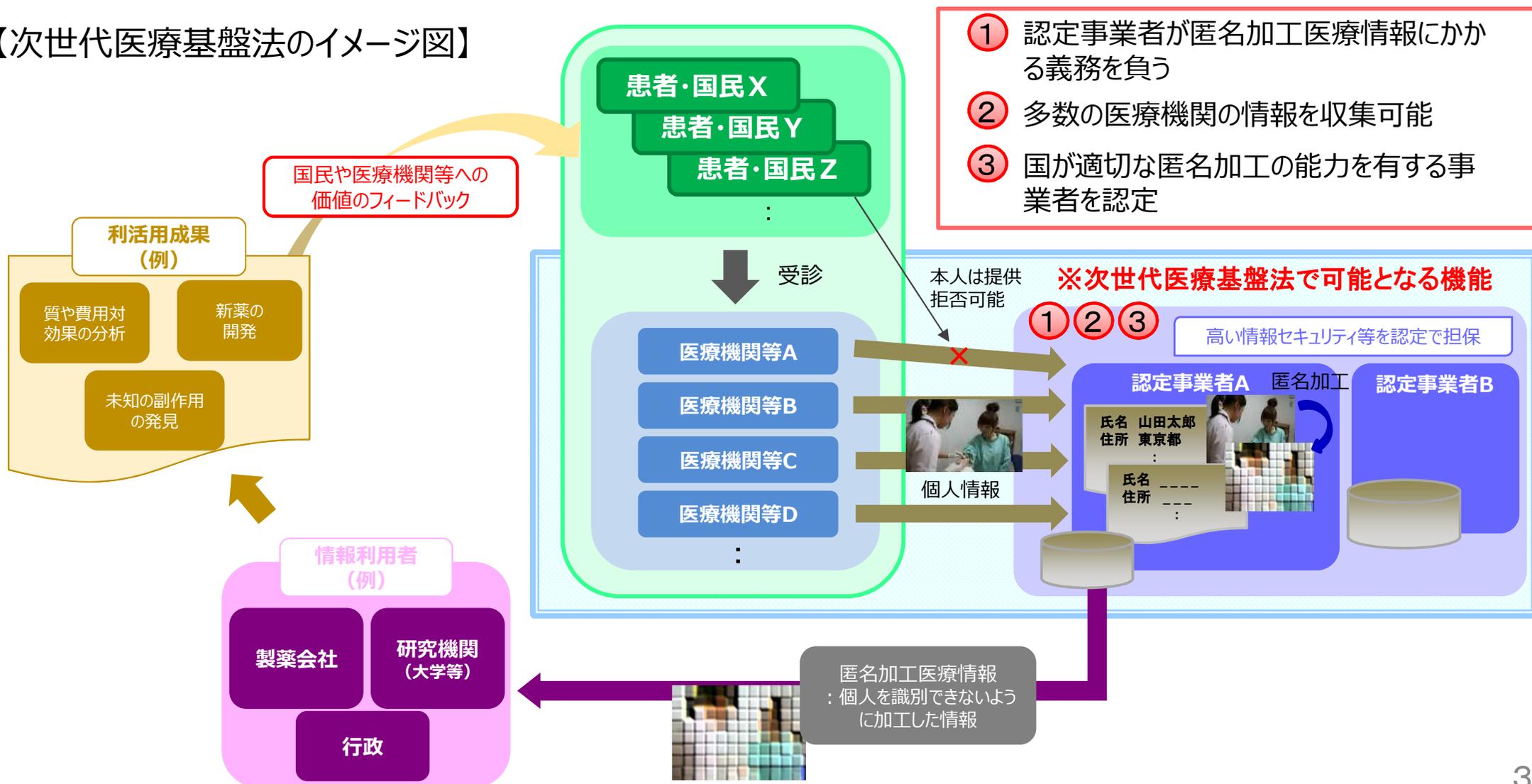
平成30年5月11日

次世代医療基盤法の全体像(匿名加工医療情報の円滑かつ公正な利活用の仕組みの整備)

個人の権利利益の保護に配慮しつつ、匿名加工された医療情報を安心して円滑に利活用することが可能な仕組みを整備。

- ① 高い情報セキュリティを確保し、十分な匿名加工技術を有するなどの**一定の基準**を満たし、医療情報の管理や利活用のための匿名化を**適正かつ確実**に行うことができる者を**認定する仕組み**(=認定匿名加工医療情報作成事業者)を設ける。
- ② 医療機関等は、**本人が提供を拒否しない場合**、認定事業者に対し、**医療情報を提供できる**こととする。
認定事業者は、収集情報を匿名加工し、医療分野の研究開発の用に供する。

【次世代医療基盤法のイメージ図】



次世代医療基盤法によって実現できること(例)

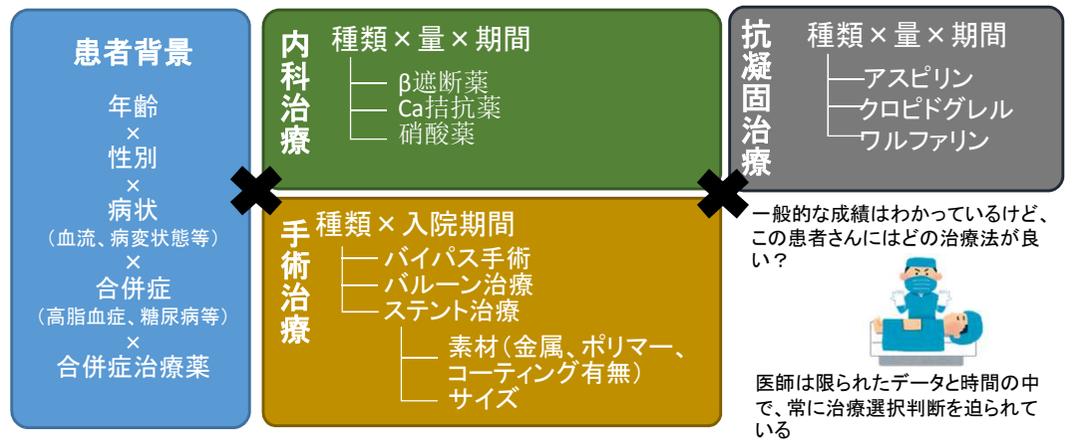
自らが受けた治療や保健指導の内容や結果を、データとして研究・分析のために提供し、その成果が自らを含む患者・国民全体のメリットとして還元されることへの患者・国民の期待にも応え、ICTの技術革新を利用した治療の効果や効率性等に関する大規模な研究を通じて、患者に最適な医療の提供を実現する。

治療効果や評価等に関する大規模な研究の実現

例1) 最適医療の提供

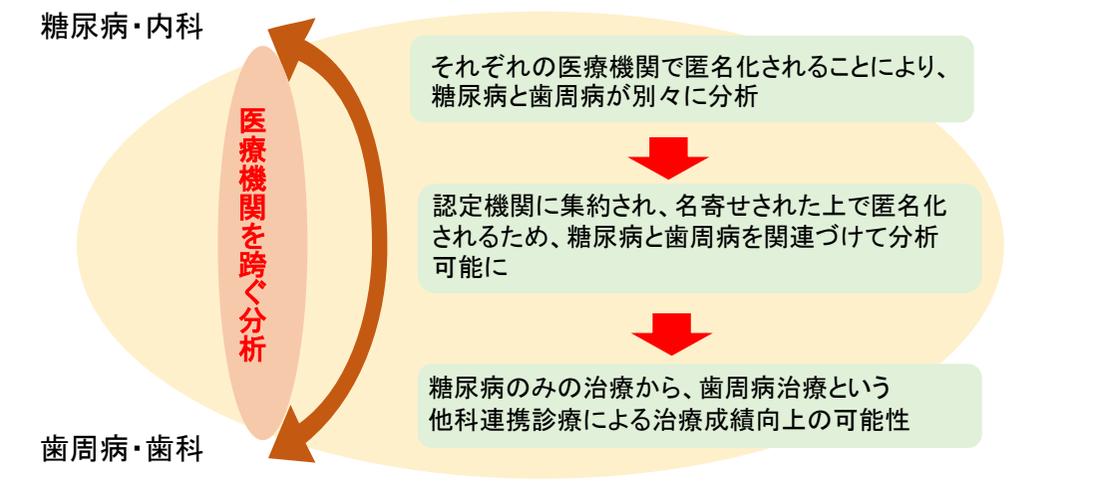
・大量の実診療データにより治療選択肢の評価等に関する大規模な研究の実施が可能になる。

<例: 狭心症治療>



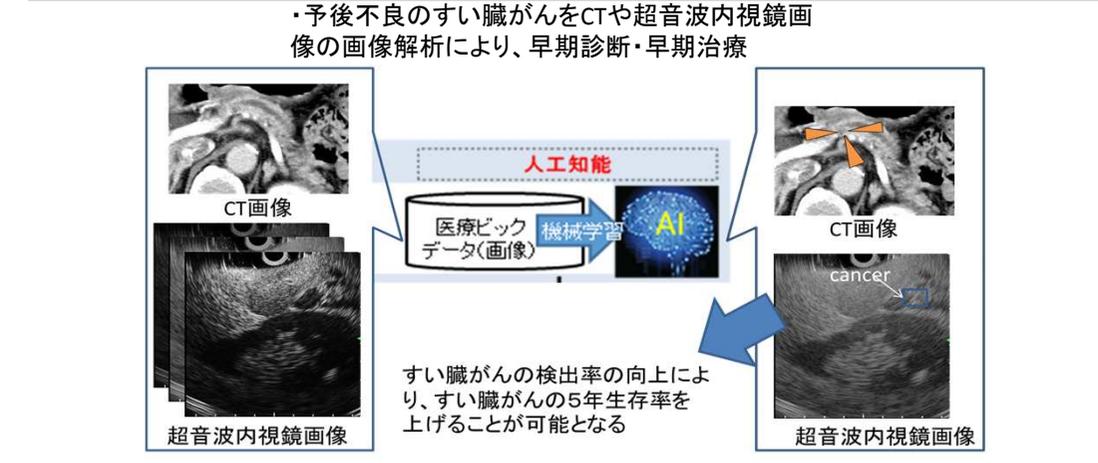
例2) 異なる医療機関や領域の情報を統合した治療成績の評価

・糖尿病と歯周病のように、別々の診療科の関連が明らかになり、糖尿病患者に対する歯周病治療が行われることで、健康状態が向上する可能性



例3) 最先端の診療支援ソフトの開発

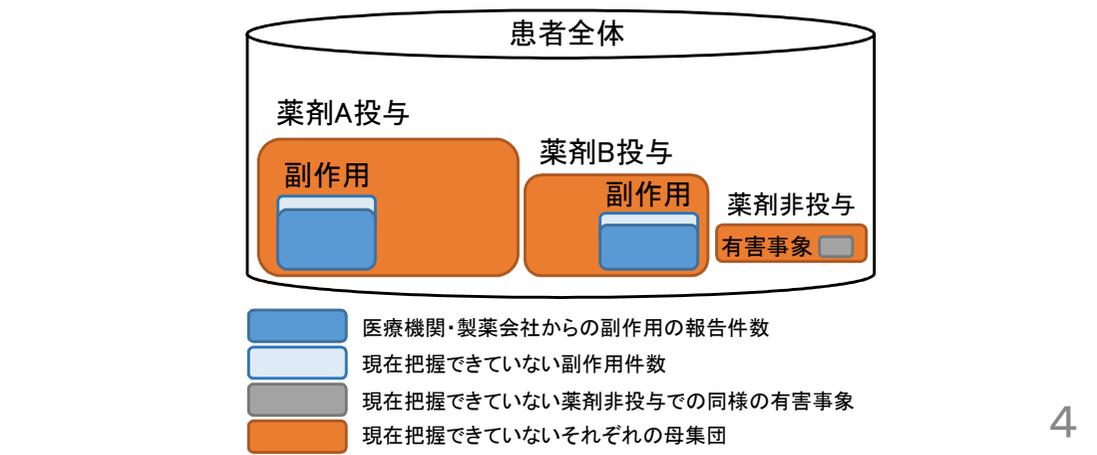
・人工知能(AI)も活用して画像データを分析し、医師の診断から治療までを包括的に支援



医薬品市販後調査等の高度化、効率化

<医薬品等の安全対策の向上>

・副作用の発生頻度の把握や比較が可能になり、医薬品等の使用における更なる安全性の向上が可能に



基本方針の概要

1 基本的な方向

- 認定事業者がデータ利活用基盤として適切に機能するためには、医療情報の提供に関する**本人・患者や医療機関等の理解を得ることが不可欠**。
- 自らが受けた治療や保健指導の内容や結果を、データとして研究・分析のために提供し、その**成果が自らを含む患者・国民全体のメリットとして還元されることへの患者・国民の期待に応え**、ICTの技術革新を利用した治療の効果や効率性等に関する大規模な研究を通じて、**患者に最適な医療の提供や新産業の創出を実現**する。

2 国が講ずべき措置

- 利活用の成果が医療・介護の現場に還元され、現場のデジタル化、ICT化、規格の整備等の取組とあいまって、利活用可能な医療情報が質的・量的に充実することにより、**産学官による利活用がさらに加速・高度化する好循環を実現**。
- 国が講ずべき措置：国民の理解の増進／情報システムの整備／人材育成に関する措置 など

3 不当な差別、偏見その他の不利益が生じないための措置

- 医療機関等は、あらかじめ本人に通知し、本人が提供を拒否しない場合、認定事業者に対して医療情報を提供することができる（医療機関等から認定事業者への医療情報の提供は任意）
- 本人に対するあらかじめの通知については、**最初の受診時に書面で行うことを基本**。
本人との関係に応じて、より丁寧な形で通知を行うことは医療情報を提供する医療機関等の判断。
- 医療機関内での掲示、ホームページへの掲載等により、**いつでも医療情報の提供停止の求めが出来ること等を周知**。
- 既に提供された情報の削除の求めについては、本人を識別可能な情報は可能な限り削除。

4 認定事業者の認定

- ・法の目的を踏まえ、
・**国民や医療機関等の信頼が得られ**、
・医療情報の取得から、整理、加工、匿名加工医療情報の作成、提供に至るまでの一連の対応を適正かつ確実に行うことにより、
我が国の医療分野の研究開発に資する事業者を認定。
- 事業者の組織体制、人員、収集する医療情報、事業計画等に基づき総合的に判断。

次世代医療基盤法のポイント

<国民・患者の方含め全ての方へ>

- 医療情報の利活用を通じて患者に最適な医療を提供する。
- 国の認定を受けた事業者を提供。
- 高い情報セキュリティを確保。利活用の際は個人が特定されないように匿名加工。
- 提供を望まない方は拒否することが可能。

<医療機関等の方へ>

- 制度の趣旨をご理解の上、情報の提供にご協力をいただく仕組み。
(認定事業者への提供は医療機関等の任意)
- オプトインでなく、オプトアウトでの提供（設置主体の如何を問わず同一手続き）
提供に際して倫理審査委員会の承認等は不要。
- 患者への通知は最初の受診時に書面で行うことを基本。

<利活用者の方へ>

- 医療分野の研究開発であれば、産学官いずれも利用可能。
- アウトカム情報や複数の医療機関等に跨る場合を含め、多様な研究ニーズに柔軟に対応可能。
- 匿名加工は一般人又は一般的な医療従事者を基準に判断。情報の共有範囲を契約で明確化。本人を識別するための照合等を禁止。
- 利活用に際して倫理審査委員会の承認等は不要。

患者安全サミットについて

第3回 閣僚級世界患者安全サミット

2018年4月13日(金)14日(土)

会場: グランドハイアット 東京



【概要】

- ▶ 各国や国際機関のリーダーに患者安全の重要性を浸透させることを目的として、2016年3月に英国・ロンドンで初開催。第2回(2017年3月、ドイツ・ボン)に続いて、アジアで初めての開催。
- ▶ 44カ国(うち18カ国は閣僚が参加)の代表団、国際機関(WHO等)、民間団体、専門家、一般参加者等、約500名が参加

【主な議論】

- 各国のユニバーサル・ヘルス・カバレッジを整備していく上では、量的な面だけではなく、患者安全を含む質的な面にも十分配慮すべきであること
- 患者安全には患者が自分自身の診療はもとより、施策立案にも参加を促すなど、患者の視点が必要であること
- 各国において進められている患者安全運動の取り組みを世界的に推進していくこと

【専門家会合(13日)】

<パネルディスカッション>

- ・患者安全文化
- ・高齢社会における患者安全
- ・WHOによる発展途上国向けプログラム
- ・ICTと患者安全
- ・患者安全の経済性



政策提言

【閣僚級会合(14日)】

<ラウンドテーブルセッション>

各国の大臣・副大臣、OECDや国際機関等の代表の発表

<患者安全に関する東京宣言発表>

※別紙参照



患者安全に関する東京宣言

概要

患者安全の約20年の歴史と3回に渡る患者安全サミットの成果を踏まえ、地域レベル、世界レベルでのリーダーシップにより、2030年までに世界中の誰でもどこでも医療制度を利用する全ての患者と人々に対する、避けられる全ての有害事象やリスクを低減することを目指し、患者安全の向上のためのグローバルな行動を呼びかけるもの。

宣言内容

- 低・中所得国を含む世界各国で「患者安全に関するグローバルアクション」に向けたリーダーシップを持って緊密に連携する。
- UHC達成に向けた努力を行うと同時に、医療政策において患者安全を優先する。
- プライマリ・ケアから高度な医療に至る全ての過程での改革を推進する。
- 「リーダーシップとマネジメント」、「患者安全の取組のシステム化」、「安全で透明性の高い文化の創出」、「医療従事者の教育及び訓練」、「患者及び患者家族の参加」、「リスクに関する知識やベストプラクティス等の共有」を実践する。
- 被害を受けた患者及び患者家族、国際機関並びに他の主要な関係者の協働による、『患者安全に関するグローバルアクション』を推進する。
(毎年9月17日を『世界患者安全の日』に定めることを含む)

日本、英国、ドイツが提案。27カ国、5国際機関、5民間団体が賛同
(2018年5月21日現在)



(参考)過去の世界患者安全サミット

	第1回 イギリス ロンドン	第2回 ドイツ ボン
日時	2016年3月9、10日(水、木)	2017年3月29、30日(水、木)
参加国等	22カ国+WHO,WB,OECD (閣僚級7カ国)	45カ国+WHO,WB,OECD (閣僚級9カ国)
テーマ	2030年の医療安全に向けて 処罰する文化から学習する文化へ	リーダーシップ(施策の選択と実践) 患者安全運動の定着 (9月17日を世界患者安全の日として定めることを提案、全会の賛同を得た※) 最新技術への期待
日程	<p>【第1日】 専門家会合</p> <p>パネルセッション</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 患者安全に関する総体的アプローチ ② 患者安全に関する課題 ③ 2030年に向けた患者安全のツール ④ パネル(4)他の産業から学ぶ患者安全の改善 <p>【第2日】 閣僚級会合</p>	<p>【第1日】 専門家会合</p> <p>ワークショップ(平行開催)</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 患者安全と費用対効果 ② 国際患者安全一途上国への展開 ③ 携帯端末による健康管理・ビッグデータ解析と患者安全 ④ 院内感染の予防とコントロール ⑤ 診断・治療における安全 ⑥ 医薬品治療の安全／WHO患者安全チャレンジの立ち上げ <p>【第2日】 閣僚級会合</p>

※9月17日はドイツ語圏各国(ドイツ、オーストリア、スイスなど)が、毎年「国際患者安全の日」として患者安全に関する集会を開催している日

第 3 回閣僚級世界患者安全サミット

患者安全に関する東京宣言

(草案最終版)

(仮訳)

日本、ドイツ、英国により提唱された宣言で、[オーストラリア、ブルネイ、クロアチア、チェコ、デンマーク、フィンランド、フランス、ギリシャ、インドネシア、クウェート、リトアニア、ルクセンブルグ、メキシコ、モンゴル、ミャンマー、オランダ、オマーン、フィリピン、ポーランド、カタール、スロバキア、南アフリカ、スリランカ、スイス、タイ、ベトナムおよびアジア開発銀行研究所 (ADB)、独立行政法人国際協力機構 (JICA)、経済協力開発機構 (OECD)、世界銀行、世界保健機関 (WHO)、国際患者団体連盟 (IAPO)、国際看護師協会、(ICN)、国際薬学連合 (FIP)、患者安全ムーブメント財団 (PSMF)、世界医師会 (WMA) により確認された本宣言

患者安全に関する東京宣言は、WHO総会決議 (WHA55.18 (2002)) において明確となった方針に基づくものであり、参加国に対して「患者安全の問題に可能な限り目を向けること、患者安全及び医療の質の向上のために必要であり、科学的根拠に基づく制度を構築及び強化すること」を促すものである。

世界 44ヶ国にわたる各国保健省からの政府高官からなる代表団、国際機関の代表者を含む約 500人が、ドイツ、英国及びWHOの技術的な支援を得て、日本の厚生労働省が主催する第3回閣僚級患者安全サミットの参加者として、本日2018年4月13日及び14日に東京で一堂に会した。一連のサミットは英国及びドイツにより始められたものである。

我々は、地域的と同様、世界的にも、患者安全の問題に取り組むために、政府のトップレベルの政治的支援や気運を形成するビジョンとリーダーシップを歓迎する。ここで我々は、2030年までに、誰であろうと、どこに住んでいようと、医療制度を利用する間、全ての患者と人々に対する、避けうるすべての有害事象やリスクを遡減するため、患者安全の向上に向けた関与の必要性を再確認し、東京宣言を提言する。

安全でない医療ケアや避けうる有害事象は、防ぎ得たはずの人々の大きな苦しみの原因や、財政的にも相当な負担になるとともに、医療制度や政府への信頼の失墜にもつながることから、世界的に医療提供体制に対する重大な挑戦であることと認識する。

全ての医療段階、医療領域において、医療サービスを提供する基本要件として患者安全の促進と実行が必要であることを認識する。

患者安全は、医療制度がユニバーサル・ヘルス・カバレッジを達成するための、また国際連合が定める持続可能な開発目標（SDGs）を達成するために不可欠な医療サービス提供の最も重要な構成要素の1つであると認識する。また、患者安全に関する制度やその実践は、持続可能なユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成に向けた医療が標準的に備えるべき重要な取組の1つとして世界各国で確立される必要があることを認識する。

急性期医療、プライマリ・ケアを含む外来医療並びに地域医療及び在宅医療において、世界的に総合的かつ人間中心のアプローチによる患者安全が必要なことを確認する。

医療及び社会的介護のあらゆる段階において高齢者特有の有害事象に対する脆弱性を鑑み、患者安全を保障する高齢化社会の特別なニーズがあることを認識する。

データ収集やサーベイランスから観察や通知、リスクの予測に至るまで、情報通信技術が果たす役割が、医療サービスの提供の安全性や質を向上させてきたことを確認する。

医療制度は国によって異なるが、患者安全への数多くの脅威は各国類似の原因や、解決策を有しており、情報の共有、患者安全に関する事案や安全な実践の推進から学ぶために、国や関係機関同士の協力が必要であることを確認する。

プライマリ・ケアを含むあらゆるレベルの医療施設で、患者安全を計測する確固としたシステムの重要性を強調する。

安全な医療を提供する能力があり、かつ思いやりのある医療従事者を育成するために、教育、継続的な訓練及び学習機会を設けることの重要性を認識する。—医療を安全に提供するためには、医療従事者の適切な労働環境が必要である。

安全で質の高い医療の提供や医療サービスのあらゆる側面（政策の策定、組織レベル、意思決定、健康に関する教育、自己のケア）において患者及び患者家族が参加することの重要性を認識する。

これまで、各国で努力されてきたにもかかわらず、患者安全の達成に向けた歩みが遅すぎることで危惧されることから、世界的にも患者安全の向上にむけた進捗を加速させるために、より大きな関わりが必要である。

我々は以下のことを宣言する

世界各国において「患者安全に関するグローバルアクション」への高いレベルの政治的推進力を継続し、低・中所得国を含む世界各国と緊密に連携し、協力や学びを通じ、能力を強化するための関わりを確認する。我々はUHC達成に向け努力すると同時に、医療政策において患者安全を優先させる。

患者安全の向上を目的として、制度や診療における改革を実行していくため、プライマリ・ケアを提供する医療機関から高次医療機関に至るまで、公的及び民間双方の医療機関を支援し、改革の実行が可能となるようにすることを約束する。

リーダーシップやマネジメントにおける能力開発に取り組むことにより患者中心の医療を支援し、患者安全システムを強化し、安全で透明性の高い文化を創出し、患者安全分野において医療従事者を教育及び訓練し、患者及び患者家族の参加を促し、更には、効率性を高め、リスクに関する知識、ベストプラクティス及び成功例の共有により有害事象を最小化する。

被害を受けた患者及び患者家族、国際機関並びに他の主要な関係者と協力しながら、毎年9月17日を『世界患者安全の日』に定めることを含め、取組の可視化を進め、『患者安全に関するグローバルアクション』に取り組むことに努める。