

# 健康福祉委員会資料

## (健康福祉局関係)

### 1 陳情の審査

(1) 陳情第99号 安全・安心の医療・介護の実現と夜勤交代制労働の改善を求める陳情

追加資料1 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

追加資料2 病院局関係追加資料

平成30年1月25日

健康福祉局

追加資料1

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6日

## 目次

1. 新たなビジョンの必要性	1
2. 医療を取り巻く構造的な変化	3
3. 働き方実態調査の実施と活用	6
4. 新たなパラダイムと実現すべきビジョン	9
5. ビジョンの方向性と具体的方策	16
1 能力と意欲を最大限発揮できるキャリアと働き方をフル・サポートする	16
① 個々の医療機関の人材・労務マネジメント体制の確立と支援等	16
② 女性医師支援の重点的な強化	17
③ 地域医療支援センター及び医療勤務環境改善支援センターの実効性の向上	18
④ 医師の柔軟なキャリア選択と専門性の追求を両立できる研修の在り方	19
⑤ 看護師のキャリアの複線化・多様化	20
⑥ 医療・介護の潜在スキルのシェアリング促進	21
2 地域の主導により、医療・介護人材を育み、住民の生活を支える	21
(1) 地域におけるリソース・マネジメント	22
① 都道府県による人的資源マネジメントの基盤づくり	22
② 都道府県における主体的な医師偏在是正の取組みの促進	23
③ 外来医療の最適化に向けた枠組みの構築	25
④ 都道府県における医療行政能力の強化	26
(2) 地域を支えるプライマリ・ケアの確立	27
① 保健医療の基盤としてのプライマリ・ケアの確立	27
② 地域包括ケアの基盤を支える人材養成と連携・統合	29
③ 住民とともに地域の健康・まちづくりを支える医療・介護	31

3 高い生産性と付加価値を生み出す .....	32
① タスク・シフティング／タスク・シェアリングの推進 .....	33
② 医科歯科連携・歯科予防の推進等 .....	35
③ 薬剤師の生産性と付加価値の向上 .....	36
④ フィジシャン・アシスタント(PA)の創設等 .....	37
⑤ テクノロジーの積極的活用・推進 .....	38
⑥ 保健医療・介護情報基盤の構築と活用 .....	39
⑦ 遠隔医療の推進等 .....	42
⑧ 「科学に裏付けられた介護」の具現化 .....	43
⑨ 介護保険内・外のサービスの柔軟な組み合わせと価格の柔軟化の推進 ...	43
6. 提言の実現に向けて .....	45

(別添)

・ 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 開催要綱	47
・ 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 名簿 ...	48
・ 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 開催実績	49

## 1. 新たなビジョンの必要性

我が国の医療の在り方は、これからの我が国の社会・経済的基盤を左右するほどの重要性を持つ。もはや、医療はそれ自体が社会から独立して機能するものではなく、介護はもとより、まちづくり、生活の万般と有機的に連動する。また、医療が医療従事者だけで完結する時代は終わりを告げ、患者や住民との協働が不可欠な時代に入った。

医療を取り巻く環境は大きく激しいうねりの中にある。患者・住民のニーズは増大と多様化の一途をたどり、患者像は変化し続け、介護や日常生活との関係性は深化している。そして、公的財源の制約の高まり、労働力人口の減少、ICT(情報通信技術)の予想を超える速度での進展など、医療システム全体への影響は大きくなるばかりである。だからこそ、今、新たな時代をできる限り見通し、目指すべき方向性を輪郭づけた上で、今後の医療提供及び医療従事者の在り方について、前向きで建設的な道筋を描き出す必要がある。

患者・住民の命と健康を預かる医療現場において、日々、医療従事者は、ますます膨張する需要と医療に内在する不確実性との隣り合わせの中、心身の精力を傾注してより良き医療の成果を生み出そうとしている。こうした状況をみると、医療提供者のみの努力により、業務を効率化し、労働時間を短縮していくという単純な図式でこれからの医療を形づくることはできない。

医療を提供する側が疲弊することなく、医療従事者の持つべき本来のプロフェッショナルリズムを守り、高め、住民・患者と協働しながら、こうした環境の変化に滑らかに対応していくためのビジョンが必要となっている。丁寧に、そして大胆に、我が国の医療の来し方行く末を見つめ、医療界をはじめ国民全体で医療におけるパラダイムの転換を推し進めることが重要である。

本検討会は、先達の努力で培われた礎の上に、我が国の医療がこれからの変化に的確に対応し発展していくため、「新たな医療の在り方」と、それを踏まえた「医師・看護師等の働き方・確保の在り方」の骨太な方向性を描くために設置された<sup>1</sup>。すなわち、今後の医療提

---

<sup>1</sup> 本検討会は、2016年6月の『医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会』の中間的な取りまとめに際し、必要な医師・看護職員数を検討する際の前提として「我が国が目指す医療の在り方」と、その在り方を踏まえた上で「医師・看護職員などの新しい働き方・確保の在り方」を検討するとされた趣旨にも応えるものでもある。本検討会においては、「かかりつけ医の普及等を踏まえた外来医療の姿」、「将来の女性の働き方」や「医師の高齢化が医師需給に与える影響」などの実態を把握するため、医師の働き方・勤務状況や、医師の働き方改革を含めた意向等に関する大規模な全国調査を行い、この結果を踏まえて議論を進めた。

供の在り方について、医療と密接に連携して提供されるべき介護等の視点も含めて描き、実現の道筋まで含めて示すことが、本検討会のミッションである。これは、医療政策や医療従事者の確保について議論する様々な審議会等での具体的な検討を進めるに当たり、その出発点としての役割を果たすことを志向するものでもある。

本報告書は、これからの医療政策の基本哲学となるべく、そして、若手や女性をはじめとして、医療従事者の誰もが将来の展望を持ち、新たな時代に即応した働き方を確保するための指針となることを目指して取りまとめられた。大きく、そして急速な変化の中で、どのような未来を描いていくべきか、戸惑い、時に立ちすくんでいる医療従事者たちへのメッセージとなることを目的としている。

## 2. 医療を取り巻く構造的な変化

我が国の医療は、高齢化の度合いに比べ、比較的低い国民負担で、公平性を担保しながら、国民皆保険制度の下でのユニバーサル・アクセスと一定の質を達成してきた点で、世界的にも高く評価されている<sup>2</sup>。これは、これまでの医療を育み発展させてきた先人たちの奮闘の成果であり、我が国の誇る資産である。

しかし、今後、高齢化がさらに進む中で人口が減少していく我が国において、この貴重な資産を次代に引き継ぎ、世界に冠たる保健医療システムを保持・発展させるには、「システム疲労を起こしていないか」「個々の医療従事者が現場で輝き、意欲と能力を発揮し続けられるか」という観点から、システム全体を点検し、新たな地平を切り拓き続ける努力を怠ってはならない。

本検討会では、新たな医療の在り方、そしてそれを踏まえた医療従事者の働き方について検討するに当たり、現実には起きている変化をファクトとして丁寧に拾い上げ、正視することから議論を始めた。

### ① 需要側の変化

- ・ 人口構成の変化： 2025年には団塊の世代が75歳を迎え、さらに医療・介護ニーズが高まると予想される。疾病構造や生活課題を含めた需要の変化に対応できるよう、卒前・卒後の教育・研修では、急性期医療のみならず、プライマリ・ケアや多職種連携等も組み込む必要が生じている。また、病床機能・数をはじめとした医療・介護の提供体制もこれからの変化に対応する必要性がある。
- ・ 疾病構造の変化： 日本における死亡原因の第一位は数十年間悪性新生物であり、医療費ベースでは全体の約12%。心疾患、糖尿病等を含む生活習慣病全体では、死亡原因の約6割に上り、医療費ベースでは約3割となる。認知症の人の数も、今後急増が見込まれており、2025年には、65歳以上の5人に1人が発症、700万人を突破すると試算されている。
- ・ 患者の期待の膨張： 高齢化等に伴う医療需要の自然増に加え、フリー・アクセスと低い窓口負担等が、国民のコスト意識の低さを招き、いわゆる「コンビニ受診」「救急車のタクシー利用」などにつながっている。

---

<sup>2</sup> The Lancet. “Japan: universal health care at 50 years” *The Lancet* 2011;378:1049.

OECD. *OECD Reviews of Health Care Quality: Japan 2015: Raising Standards*, OECD Publishing, Paris, 2015.

## ② 供給側の変化

- ・ 「働き方改革」の趨勢： 医師の労働時間は極めて長い一方、応召義務の制度や労働と研修の区別の難しさなどがあり、また OJT<sup>3</sup>により学び続ける環境も必要とされる。しかし、自己犠牲と先の見えにくいキャリアを強いる現状の働き方の下では、質の高い人材が医療界を目指さなくなるおそれもある。
- ・ 女性医師・高齢医師の増加： 今や医学生の約3分の1は女性で、現在の医療界のリーダー層を輩出した時代と比べて数倍に高まっている。また、医師自身も高齢化を迎え、リタイヤしていく医師も増加する。医療機関にとって、男女・年齢を問わず、育児・介護等との両立を含む多様かつ柔軟なライフ・スタイルを受け入れることは持続可能にとって必須である。
- ・ 地域偏在： 潜在的に地方で働く意思を持つ医師は少なくないと言われている<sup>4</sup>。しかし、指導体制や子どもの教育環境などの懸念に対応しなければ、その意思は結実しない。また、医療資源が乏しい地域では、ICT など技術進歩を取り入れて、地理的な不利益をカバーできるような仕組みを整えることが急務となっている。

## ③ テクノロジーの変化等

- ・ AI(人工知能)、IoT<sup>5</sup>等の ICT の進歩： 診断支援が可能となるほか、レセプトやカルテ情報が共有できれば、請求の適正化、診療の標準化と質の向上が可能となる。専門医が不足し、移動距離が長い地域なども、一部は技術により対応可能となる可能性もある。
- ・ 職種間協働の可能性の高まり： 医師の診療を補完し得る職種が飛躍的に種類・量ともに増加する。もはや医師のみが何でもやる時代ではなく、様々な職種をどのように組み合わせるベストな結果・価値をもたらすかをデザインする時代に移行している。

医療現場においては、モチベーションに欠ける待遇や雇用条件、不十分なマネジメント、限られたリソースの下、患者への十分な価値を生み出すことが困難なサービス提供モデルが構造的に存在している。そのために、医療を取り巻く環境が大きく変化する中で、それらに対応しようとする負荷が、かえって医療従事者の負担増に転嫁されるおそれもある。

---

<sup>3</sup> OJT: On the Job Training の略。職場内で行われる職業訓練の一つで、日常の業務を通じて仕事に必要な知識・技術などの訓練を行うこと。具体的な訓練を行うことにより教育効果が高いとされている。

<sup>4</sup> 「臨床研修修了者アンケート」(厚生労働省)によると、地域枠の入学者でも、奨学金の受給者でもない臨床研修修了医師であっても、58.4%は医師不足地域で「条件があえば医療に従事したい」、4.5%は「積極的に従事したい」と回答。 <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/970.pdf>

<sup>5</sup> IoT: Internet of Things の略。あらゆるモノがインターネットを介して繋がり、相互に情報交換し情報を蓄積できるようになる「モノのインターネット化」のこと。



特に、医療分野では、従来からの制度上・慣習上の制約があるため、医学部定員増や診療報酬等による誘導型の経済的インセンティブ等は導入されても<sup>6</sup>、負担軽減・働き方の本質的な変革にはつながりにくい側面があった。現場からは、「仕事量は肥大化し、負担は重くなり続けている」という声を聴く。

今こそ、医療の生み出す価値を再定義し、それぞれの医療従事者がどのように学び、働き、人生設計していくか、という観点から、現状を真摯に見つめなおす必要がある。国民の求める医療の質や価値の向上、アクセス、安全性の観点、それを裏付ける医療従事者のワーク・ライフ・バランスやキャリア設計の観点を最大限重視し、我が国の保健医療を「持続可能なシステム」としていく不断の努力が求められる。医療従事者の自己犠牲を伴う負担と士気(モラル)に過度に依存したシステムであってはならない。

また、本検討会では、医療分野との連携と融合が進む介護分野についても、ニーズが拡大・多様化する中、過重な負担、スキル形成の難しさ、人材・組織・事業マネジメントの未熟さが相まって、展望を描けずにいる介護従事者も少なくないという課題認識に立ち、検討の視野に含めた。

日本の医療をより一層効率的で質の高いものとし、安心・安全かつ国民への価値を最大限生み出すことのできる構造、すなわち「高生産性・高付加価値」構造に転換していくためには、これまで守られてきた価値観や規範を大事にしながらも、新たな時代にふさわしい、柔軟かつ進歩的な施策や制度設計、そして現場の経営努力を進めるためのパラダイムの転換が求められる。

その際には、「働き方の変革」、「需給・偏在対策」、「医療・介護の連携の深化」、そして、「住民・患者のヘルスケア意識の向上」を一体的に検討する必要がある。それは、我が国の保健医療システムが、より一層価値のある患者中心の医療を提供し続けると同時に、医療従事者がその社会的価値の高いキャリアを追求しながら、自らの生き方と時間を取り戻すことにつながるものである。

---

<sup>6</sup> 例えば、診療報酬では、2000年代以降、救急、小児、産科等、特に医師が不足して負担の大きい診療科や、医療クランクの配置等が重点的に評価されてきた。また、2010年度からは、医学部定員の臨時増が開始され、2016年度の医学部定員は過去最高の9,262人(1,637名増)となっている。この医学部定員増が地域偏在の解消に効果的なものとなるよう、2011年度以降、全国に地域医療支援センターが設置され、地域枠の医師等に対するキャリア支援、医師不足地域への派遣調整等を行ってきた。2010年からはチーム医療推進会議が設置され、2014年の法改正による看護師の特定行為研修制度創設をはじめ、医師の業務を他のコメディカルに分担する制度改正等が導入された。同時に、各都道府県に医療勤務環境改善支援センターが設置され、管内の医療機関の勤務環境改善の取組みを支援する体制も構築された。

### 3. 働き方実態調査の実施と活用

本検討会で示す新たなビジョンは、先に述べたように複合的な課題の解決を志向するものであり、これまでのように医療提供体制に関する伝統的な政策形成の論理や利害調整を机上で展開するだけでは策定できない。何よりも、現に、医療の第一線でその心身をもって医療の提供を担う従事者たち、とりわけ今後の医療を担う若い世代の現実と願いを真摯に把握することから始まる。

このため、本検討会では日本で働く医師に対し、現在の働き方や将来のキャリア選択に関する10万人規模の過去に例を見ないアンケート調査(回収済:15,677人)を実施した。回収率は低めではあるが、年齢分布や地理分布などを医師・歯科医師・薬剤師調査<sup>7</sup>と比較してもおおむねよく再現できており、実証的なデータとして活用し得る画期的な調査である。

このアンケートでは、調査期間である一週間を通じて、多くの医師で過重労働や超過勤務が継続している実態が一般化していることが示されている。勤務時間は、性別・年代別・勤務形態別に違いがあるものの、20代の若い医師は男女を問わず勤務時間に大きな差がなく、「診療・診療外」の労働について、1週間で平均55時間程度の勤務状況にあり、これに当直・オンコールの待機時間(男性16時間、女性12時間)が加わる。

特に、常勤医師にその傾向が強く、男性で27.7%、女性で17.3%が当直・オンコールの待機時間を除いても週60時間以上の勤務状態にある。加えて、20~30代勤務医(常勤)の「当直・オンコール」時間は、「診療・診療外」の約3分の1にも上る。

また、子育てに関しては、男性は、勤務時間が子育て前よりむしろ長くなる一方、女性は短くなっており、家事・育児負担のジェンダー・バイアスが働き方にも表れている。また、育児中の女性医師であって時短勤務、勤務日数減、業務軽減を希望した者のうち、実際にそうした者は約半数である。反面、男性医師の勤務時間については、8割以上が子育て前と変化が見られない。このような結果を踏まえると、多様で柔軟な勤務体制の整備が必要である。

---

<sup>7</sup> 医師・歯科医師・薬剤師調査：医師、歯科医師、薬剤師は、それぞれ医師法、歯科医師法、薬剤師法に基づき、二年に一度、12月31日現在における氏名、住所、その他の事項(従事先や業務の種別など)を厚生労働大臣に届け出ることが義務付けられている。届出に基づいて作成される医師・歯科医師・薬剤師調査は、医師等の確保対策や保健医療分野の研究などに活用されている。

専門性の追求という観点から見ると、女性医師の就業率、いわゆる M 字カーブ<sup>8</sup>の一要因である出産・育児中の働き方について、休職・離職を選択した女性医師は専門医資格の取得率が有意に低く、以降のキャリアにも影響すると考えられる。

調査によれば、医師から他職種への分担が可能な5つのタスクは、「医療事務(診断書等の文書作成、予約業務)」、「院内の物品の運搬・補充・患者の検査室等への移送」、「血压などの基本的なバイタル測定・データ取得」、「医療記録(電子カルテの記録)」、「患者への説明・合意形成」の順で、分担が可能という結果であった。これらのタスクを他職種が分担した場合、50代以下の常勤勤務医がこれらのタスクを行うのに要する労働時間のうち約20%弱を軽減することが可能である。

医師のキャリア意識に関しては、年代が高くなるごとに変化し、より多様化する。将来キャリアについて、若い医師は、勤務医、開業医、研究教育がほぼ全てであるが、年齢を重ねるに連れて、それらに加え介護福祉分野や産業医の割合が増えて多様化する。

地方勤務の意思については、勤務の意思ありとの回答が44%であった。これは若い医師ほど高い傾向にあり、20代では60%である。意思ありと回答した医師では、10年以上勤務の希望は50%以上に上るが、年代によりその意向は変化する。地方勤務の期間については、20代の若い医師では2～4年の希望が最も多く、年齢を重ねるに連れて、5～9年や10年以上の長期間勤務の割合が高くなる傾向にある。一方、半年や1年の短期の希望はどの年代でも少ない。

地方勤務をする意思がない理由については、年代によって変化するが、「労働環境への不安」、「希望する内容の仕事が出来ない」の2つは、どの年代にも共通の障壁となっており、医師の負担を減らし、経験を積むことができる環境の構築が重要であると考えられる。それらに加え、20代の若い世代では、「医局の人事により選択の余地が無い」、「専門医等の資格取得が困難であるため」の2つが特徴的な障壁となっている。30～40代になると「子供の教育環境が整っていないため」という理由が高くなる。

以下のビジョンや対策は、これらの事実を踏まえたものとする必要がある。また、医師の高齢化に伴う労働時間の短縮傾向、キャリア形成のプロセスが年齢や地域によって大きく異なること等が示されており、今後は、こうした変化や他の医療従事者の実態等も考慮に入

---

<sup>8</sup> M字カーブ：女性の年齢階級別労働力率(15歳以上人口に占める労働力人口(就業者+完全失業者)の割合)をグラフで表したときに描かれるM字型の曲線。結婚・出産・育児期に当たる30代前後で落ち込み、子育てが一段落した40代前後で再就職する女性が多い状況を示す。

れ、地域における医療従事者の需給推計や医療提供体制の在り方が検討されるべきである。

また、介護においても、今後高齢化により介護ニーズが高まる中で、一層の労働力確保、職場定着、働き方改革等が課題であることから、この医師に対する働き方実態調査と同様に、介護従事者に対する働き方実態調査を実施して、地域、年齢、職種等ごとの働き方や採用・離職の状況・理由等について把握し、あるべきビジョンの策定や具体的対策の検討に活用していくべきである。

#### 4. 新たなパラダイムと実現すべきビジョン

国民に安心・安全で価値の高い医療を提供するためには、何よりもまず、個々の医療・介護従事者が、制度や組織によって疲弊したり、自己犠牲によって自らの生活や将来を失ったりしてはならない。医療・介護従事者の過重労働が恒常化している状況を直視し、実効的な変革を推進するには、医療・介護分野が「高生産性・高付加価値」構造へと転換することにより、その専門性を高め続けるプロフェッショナリズム<sup>9</sup>の下で、住民・患者の価値を最大化できる「働く人が疲弊しない、財政的にも持続可能なシステム」を確立することが必要である。

そのため、根幹に据えるべき方向性は、以下のようなものである。

- ① それぞれの医療・介護従事者が持つ力量を最大限に発揮できる環境を目指す。
- ② 均一化・規格化されたサービスを大量かつ一方的に提供する（「プッシュ型」<sup>10</sup>）モデルから脱却し、住民・患者の能動的な関与とニーズに合わせて多様なサービスを設計し創造する（「プル型」<sup>11</sup>）モデルの確立を目指す。
- ③ 医療・介護従事者の役割や機能が、加速する社会的・経済的・技術的な時代の変化に柔軟かつ迅速に適応できる環境づくりを進め、進化できるシステムを目指す。

それを実現するためには、以下のようなパラダイムの転換を図ることが必要である。

---

<sup>9</sup> 医療従事者が本来的に持つべき「プロフェッショナリズム」とは、高度な技能と職業倫理、そして、自己規律を保ちながら患者と社会のためにコミットすることを意味する。「プロフェッショナル・オートノミー」が医療従事者個人や職能集団の自由な主張や活動に由来するのではなく、社会的責任を自主的に担うという真の意味での「自律」（セルフ・ガバナンス）に拠るものとなるよう、専門職集団としての矜持と自覚に基づく独立性を体現していくべきである。特に、医療従事者の働き方やキャリア形成を考える際には、プロフェッショナルとしての専門性の追求との両立という観点が極めて重要である。

しかし、現在、日本専門医機構によって検討が進められている新専門医制度については、日本専門医機構のガバナンス構造の不十分さ、大学医局や学会の影響力を強く受けた方向性により、大学医局への専門医の囲い込みを進め、地域の専門医療の格差をより広げかねないという懸念があり、その「プロフェッショナリズム」の在り方が問われている。

<sup>10</sup> 「プッシュ型」： 供給側から需要側に働きかけて、サービス等を提供

<sup>11</sup> 「プル型」： 需要側発信によるニーズの求めに対して、供給側が合致したサービス等を提供

	今まで	これから
1. 働き方	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 組織・職種のヒエラルキーと縦割り構造</li> <li>・ 個々人の自己犠牲</li> <li>・ 男性中心の文化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者を中心としたフラットな協働</li> <li>・ 組織・職種の枠を超えた協働・機能の統合によるパフォーマンスの向上</li> <li>・ 「単能工」的資格・業務に加えて「多能工」的資格・業務の推進</li> <li>・ 自己犠牲を伴う伝統的な労働慣行の是正</li> <li>・ 性別・年齢に依らないキャリア形成・働き方を支援</li> </ul>
2. 医療の在り方	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療は専ら疾病の治癒・回復を担う存在</li> <li>・ 患者像を画一的にパターン化したサービスの提供</li> <li>・ 評価軸が乏しく個人・事業所・地域レベルでサービスの質にバラつき</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療は、保健・介護・福祉とフラットに連携しながら、予防・治療から看取りに至るまで、患者・住民の QOL を継続的に向上</li> <li>・ 患者・家族や地域社会の個別性・多様性・複雑性に対応した創造的なサービスのデザイン</li> <li>・ アウトカムの指標・評価方法の確立とそれに基づく効果的なサービス提供</li> </ul>
3. ガバナンスの在り方	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 全国一律のトップダウンによるリソース配分の決定とコントロール</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域と住民が、実現すべき価値・ニーズ・費用対効果を判断しながら主体的に設計</li> <li>・ 地域の発展的なまちづくり、経済活動、持続的発展を支える基盤</li> </ul>
4. 医師等の需給・偏在の在り方	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 限られた情報や固定化した仮定を前提とした需給予測と供給体制の整備</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 人口構成、疾病構造、技術進歩、医療・介護従事者のマインド、住民・患者の価値観の変化等を需給(量と質)の中・長期的見通しや供給体制に的確に反映</li> <li>・ 特に、医師等の専門知識は、臨床現場だけでなく、国際保健、国、都道府県、審査支払機関等の行政関連分野や、製薬、医療機器、医療情報システム等の医療関連産業等で、今後世界に比肩するレベルの需要</li> </ul>

## 1) 働き方

従来型の医療提供モデルでは、病院では、診療科ごとに縦割り意識が強く、診療科間の連携を促す的確なマネジメントが十分ではなかった。このため、負担の重い診療科では、理不尽な勤務時間・報酬が充てられることもあるなど、医療従事者の自己犠牲によって診療が確保されてきており、女性の復職なども困難であった。個別の診療過程においても、医師を頂点として、その指示の下でコメディカル等が業務を行うという根強い文化が存在してきた。

今後は、あらゆる世代で負担を分かち合いながら、性別や年齢にかかわらず、個々の可能性が最大限発揮され、将来のキャリアを自ら選び取れるようにするという観点が重要である。また、医師が本来注力すべき業務に集中・活躍できるよう、他職種の能力が最大限発揮され、チームで医療・介護が提供される制度・組織文化を構築していく必要がある。

特に女性医師は医療界の貴重な人的資産であるとの視点から、医療界全体が「男性文化」から転換し、性別に依らないキャリア形成・働き方を支援すべきときである。その際、男女ともに価値観や生活環境は千差万別であることを踏まえて、単純なロールモデルや成功体験を掲げるにとどまることなく、個人の価値観や生活実態にきめ細かく対応できる環境整備が重要である。

また、チームでの医療を進めるためには、細分化された業務を各職種が制度上認められた範囲で「単能工<sup>12</sup>」的に対応する資格制度・組織文化をベースとしながらも、異なるニーズに的確かつ柔軟に対応することができる「多能工<sup>13</sup>」的な側面も付加しうる人材育成スキームに改善していくとともに、その役割が発揮されるサービスや組織、支払いシステムが構築されるべきである。

## 2) 医療の在り方

今後日本は、一層の高齢人口増加に伴い、高齢者特有の個別の臓器や疾患を越えた多様な問題を抱える患者の増加に対応できる、包括的な医療・介護提供システムを構築しな

---

<sup>12</sup> 単能工： 生産・施工等の現場において、一つの職務・工程のみを受け持つ者。個別の作業そのものの効率性は高まるが、複数・複合的な作業に対応しにくい。

<sup>13</sup> 多能工： 生産・施工等の現場において、複数の異なる職務・工程に対応できる技能を身につけた者。多品種少量生産などの柔軟な生産体制や、生産性の向上に資するとされている。

なければならない。個々の患者が抱える心身・生活の問題が多様かつ複雑であることに着目し、臓器別・支援対象者別に細分化されたそれぞれのスペシャリストが、一人の患者・住民の持つ複数の疾患・課題を別々に診断・治療・支援するのではなく、統合的・全人的に判断して必要な医療・介護につなげられる人材の養成と体制の整備が早急になされなければならない。

また、医師主導による診断と治療中心の医療から転換し、適切なインフォームド・コンセントの下、患者本人の選択と意思が最大限尊重され、適切な役割と責任の分担の下、医師を含む医療・介護・福祉の多職種がフラットに連携して患者・家族の QOL を高める医療に移行することが重要である。生活を支える視点からは、医療・介護は一体として考えられなければならない。

さらに、情報技術の発展に伴い、健康・医療・介護情報を繋ぐ一元的な情報基盤を活用し、アウトカムに基づく診療・介護プロセス等の標準化や、診療情報連携、住民・患者自らの主体的な健康管理の推進等を進める必要がある。

### 3) ガバナンスの在り方

既存の制度で想定されたサービス供給をマクロ的に達成するため、医療・介護の有資格者を資源として全国に遍く配置するという発想を転換し、それぞれの地域や職場において追求すべき価値に基づき、医療・介護従事者の多様な働き方やキャリアを実現し、地域や関係機関、医療・介護従事者が創意工夫して切磋琢磨する発想に移行することが、今後の医療・介護サービスや社会システム全体の持続可能性を高めると考えられる。

このため、全国一律の制度設計・サービス提供を志向した従来の構造から脱却し、地域主導で、定期的に医療・介護従事者の需給・偏在対策を含む医療・介護の方向性等が決められ、まちづくりとも連動した医療・介護の基盤整備が行われるような仕組みにしていく必要がある。国は地方にそのために必要な権限移譲を行い、地方が求める人的・財政的・制度的支援を行う構造に転換していくべきである。

### 4) 医師等の需給・偏在対策の在り方

従来からの医師等の需給・偏在に関する議論は、ともすれば、行政単位等の地理的区分に基づいた外形的な従事者数や施設等をどう配置するかという点に重点が置かれていた。



そもそも、「医師不足」については、人口当たり医師数が他と比べて多い県や地域であっても個別の医療機関では医師確保が要望されたり、過疎化の進行が著しい地域でも現状を維持するための医師確保が求められたりすることがある。人口減少が進み、労働力制約の高まる我が国で、「医師不足」の定義と判断基準が曖昧若しくは機械的なままでは、真の課題解決にはつながらない。

また、これまでは、国が厳格に全国の医師養成数を管理する一方、臓器別診療科に基づく大学医局や学会が、それぞれに独立した方針の下、各地域で各診療科の医師確保・養成を行ってきた。このため、地域のニーズや診療科のバランスを十分に考慮した総合的な需給調整が困難であった。

しかし、今後は、「住民・患者にとって必要な機能を地域ごとにどう確保するか」という点に着目したものとすべきである。つまり、単純に「全国に保健医療の物的・人的資源を外形的に均てん化する」、「人材養成数を増やすことで労働力を確保する」、「不足する地域に強制的に人材を振り向ける」という発想に頼るべきではない。これからは、いかに医療・介護の質と従事者個々人の意欲と能力を引き出し、生産性と付加価値を高めて、国民の求める保健医療サービスの価値を提供していくかという方向性を重視すべきである。

また、今後必要となる医師数の在り方については、以下のような考え方から一概に増減の必要性を判断することが困難である。

- 需要側については、前述したように、地域の人口構成や疾病構造の変化、患者の期待の膨張といった変化が生じている。一方、日本の高齢人口は2040年頃にピークを過ぎ、それ以降、高齢化は進むものの、全体として医療・介護ニーズの総量は減少する可能性がある。また、プライマリ・ケアの確立や住民への予防・健康リテラシーの涵養により、患者の医療アクセスや需要が適正化されること等を踏まえると、必要な医師数への影響は判断できない。
- 他方、供給側においては、「働き方改革」による長時間労働の是正、妊娠・出産・育児への配慮が必要な女性医師の増加は、必要な医師数を増加させる方向に働く。働き方実態調査においては、需給推計に用いられた、男性医師の勤務時間と比較した女性医師の勤務時間割合は平均すると従来の仮定どおり0.8程度であると推測された<sup>14</sup>。しかし、年代によって係数は大きく異なり（20代0.9以上で男女差最少、40代0.75で最大）、更なる医師の高齢化傾向に鑑みると、女性医師に関し、一律に同じ係数を用いることには見直しの余地がある。また、医師自身も高齢化・

---

<sup>14</sup> 医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会における医師需給推計の仮定。

多死時代を迎えることも考慮して必要な医師数を検討する必要がある。

- また、新たな資格創設を含むタスク・シフティング／タスク・シェアリングや、適切な人材・労務マネジメントの普及等により、医師が医師にしかできない業務に集中することができるようになることで、医師の生産性と医療の質は高まると予測される。さらに、地域主導でニーズに応じた医療機能の分化連携や医師偏在の是正が進むことにより、効率的な医療サービスの提供が可能となり、この場合にも必要な医師数は減る方向に働く。
- 加えて、診断補助技術の進歩により医師の文献検索等の時間が短縮されることや、遠隔診療の推進により移動時間を縮減して診療を行うことができるようになること等により、医療の質的な向上とともにサービス提供の効率化がもたらされ、必要な医師数を減らすことにつながる。
- 一方、AI への医療情報のフィードバック等に高度な専門性を有する医師の追加労働が発生するほか、情報基盤のデータを活用した保険者機能の強化、ビジネスへの転用等には、そこで働く医師の需要も発生する。このため、技術革新は基本的に医師の作業を効率化させるものではあるが、全体として必要な医師数を必ず減らすとまで言い切ることにはできない。
- 臨床医以外の分野でも、国際保健、国、都道府県、審査支払機関等の行政関連分野において、医療・公衆衛生等のエビデンス・ベースの政策立案、審査業務等を担う医師や、製薬・医療機器開発、AI 等の医療情報システム構築、医療等のシステム輸出、医療経営支援等のビジネス・フィールドにおいて活躍する医師等の需要は、我が国において今後更に高まると予測され、教育体制の充実を含め、こうした医師の一層の養成を進めることは不可欠と考えられる<sup>15</sup>。

本報告書で提示する様々な具体的方策は、医療が「高生産性・高付加価値」構造となり、全体としては医師が高い専門性をもって本来医師が行うべき業務に注力できる環境整備につながるための提言となっている。

これらの方策を確実に実施していくことで、必ずしも医師を増加させずとも、高齢化を踏まえた患者の多様なニーズにも応えられることとなる。むしろ、今後労働人口が減少していく中では、報告書の提言を確実に実施し、年齢や性別によらず、医師がその持てる意欲と能力が発揮できる制度・組織としていき、敢えて医師数を増やす必要がない環境を

---

<sup>15</sup> このような分野における医師等の数は、米国等と比べ圧倒的に少ない。米国 IBM のワトソン・ヘルスには、約 40 人の医師資格者が AI システム開発に当たっているのに対し、我が国の IT 大手企業でのシステム開発に当たる医師資格者はほぼ皆無と言われている。また、製薬メーカーで新薬開発に当たる医師資格者は、海外メガファーマと比べて、極めて少ない。

作り上げていくことが重要と考える。

ただし、様々な具体的方策がどの程度実現するかということや、その他の日本を取り巻く社会経済状況等によって、必要となる医師数は大きく変わる可能性がある。このように、長期的な医師需給の在り方を考える上では、本報告書に掲げる具体的方策の達成状況やそれぞれの効果を継続的に検証するとともに、定期的に働き方実態調査を実施した上で需給推計を行うことにより、その都度必要な医師数と養成数のバランスを図っていくことが必要である。

医師偏在についても、働き方実態調査等によれば、(条件が合えば)「地方での勤務を希望する」との趣旨の回答をした者が相当程度存在することが明らかになった。これは、多くの医師は、潜在的には地方での勤務に魅力を感じ、キャリア形成や生活への支障を来たす要素が除かれれば、地方で従事する可能性が多く秘められていることを意味する。

したがって、こうした個々の医師の能動的・主体的な意向を重視し、モチベーションを引き出す方策を、それぞれの地域において、住民、医療機関、行政等が中心となって講じていくべきである。このような真摯かつ地道な努力を最大化することなく、「規制的手段によって強制的に医療従事者を誘導・配置すれば足りる」、「へき地等に『当てがう』」との発想に依存すべきではない。また、相談支援体制や経済的インセンティブを外形的に整備することで足りるとすべきではない。

「土壌を肥やさなければ、植え替えしても花は咲かない」のであり、手順としては、医療従事者と住民の双方が納得できる環境づくりや医療機関等の最大限の努力を促す仕組みづくりを地道に積み重ね、確立することを最優先すべきである。

以上 1)～4)のようなパラダイム転換の基本にあるのは、医療・介護は、国民にとって必要不可欠な社会基盤であり、そうであるからこそ、国民の負担によって成立しているという点である。速いスピードで多様化・複雑化するニーズや環境の変化に応え、真に価値ある、費用対効果の高い医療・介護が提供される姿を常に実現していくことが、国民負担への理解に直結し、結局は、医療・介護基盤の安定と持続可能性の向上をもたらす。

## 5. ビジョンの方向性と具体的方策

### 1 能力と意欲を最大限発揮できるキャリアと働き方をフル・サポートする

(目指す姿)

- ・ 医療従事者が、その意欲と能力を存分に発揮できるよう、「多様な生き方・働き方の選択」と、「研さんし続けるプロフェッショナルリズムの追求」とを両立できる
- ・ 全国一律の制度で方向付けるのではなく、個々の医療従事者や医療機関が、状況に応じて、主体的な選択や取組みを行うことができる支援と環境整備が行われる

(具体的なアクション)

#### ① 個々の医療機関の人材・労務マネジメント体制の確立と支援等

個々の医療従事者や医療機関の状況は様々であるため、制度による画一的・誘導的な取組みの促進だけでは、真の意味ある変化を生み出せない。したがって、医療従事者の業務負担軽減や、育児・介護等へのきめ細かな配慮等を行うには、現に医療従事者が働く場である医療機関自身が、必要な人材・労務マネジメント能力を培う、すなわち自助努力と健全な切磋琢磨を尊重することが基本である。

既に全国各地に優れた実践者が成果を出していることに見られるように、組織の管理者の意識改革・マネジメント能力の向上が重要である。病院長となる者が、病院長としてふさわしいマネジメント能力を獲得し磨いていくことこそが、人材の意欲と能力を最大限引き出す最良の道である。

この支援策として、例えば、医療機関の管理者となるためにはマネジメントに関する研修への受講等を求めたり、管理者のマネジメントを補助するためのスタッフの配置を促したりする仕組みの導入が考えられる。可能な医療機関では、人事・労務マネジメントの専門人材を配置・活用等することも有効である。

これからの医療機関内のマネジメントにおいては、ICT 等を活用した勤務時間・労働内容の見える化及び作業の標準化が重要となる。その上で、業務が集中しがちな医師については、他職種へのタスク・シフティング(業務の移管)が可能な業務の洗い出しを行う等の取組みを積極的に進めるべきである。

性別を問わず、家族の育児・介護等の負担を担う者には、柔軟な短時間労働制度、時差勤務制度の導入や兼業、在宅労働、施設内保育所の整備等の工夫を支援する必要がある。また、夜勤対応を行う医療従事者の負担軽減のため、勤務間インターバル等の確保等

の配慮が図られるようすべきである。さらに、2017 年度から施行される地域医療連携推進法人制度を活用して、同一法人内の医療機関が共同でこうした取組みを進め、労務管理、マネジメント人材の育成等を行うことも進めるべきである。

医療従事者のキャリア形成を個々の医療機関で支援するために、キャリア・ステップごとに必要な知識・技術内容の明確化とその評価方法、待遇との連動等を明確化し、医療従事者が見通しを持ってキャリア設計できる環境をつくることが望ましい。

このため、個々人の具体的な目標を含めたキャリア・アップ・カリキュラムの作成、これを支援する組織的なフィードバックの実施等を行うことが効果的と考えられる。また、地域内外・国内外の医療機関との連携に基づく交換プログラム等を通じて、多様な経験を積みスキルを向上できるよう支援することも有効である。

なお、上述のような人材・労務マネジメントは、介護分野においても同様の課題を有し、同様の解決策を必要とするものであり、このような医療における取組例を踏まえて、介護分野においても類似の対策を講ずるべきである。

## ② 女性医師支援の重点的な強化

我が国の女性医師の割合は、ここ 30 年で倍増しているが、未だ主要先進国では最も低い水準に止まっている。その原因は様々であるが、医療界にとっては、今後も貴重な人材としての女性の比重は高まっていくだろう。このことを十分に念頭に置いて、重点的・集中的な支援の強化に乗り出すべきである。

まず、女性医師についても、我が国全体の課題である出産、育児、介護等のライフ・イベントにどう対応するかという観点から、サポートを最大限行っていくべきである。女性医師は、千差万別の生活環境を抱えており、単純なロールモデルや成功体験を掲げるだけでは対応できないこと等に留意して、きめ細かく寄り添いながらサポートすることが重要である。

具体的な支援策としては、①で述べたような、柔軟かつ多様な勤務体制（短時間勤務等）の導入、子育て等からの復職に際しての復帰研修の実施、保育環境の整備等に重点的・集中的に取り組むべきである。また、これらの取組みは、その他の医師への負担の転嫁により対応されることのないよう医師全体の働き方の見直しの中で実施されるべきである。

このため、都道府県、地域医療支援センター、医療勤務環境改善支援センター、大学病院、地域の基幹病院等が連携し、取組みの好事例や課題を収集し、地域の医療機関等に共

有し、カンファレンス方式で成功要因や解決策の考案を行うこと等も有効と考えられる。他方、女性医師自らがそのニーズや必要な方策を表現し、伝える場や経路を持つことが重要であり、職能団体のほか民間組織等が能動的に解決策を模索していくこと等も期待される。

また、医療界の特性を踏まえつつも、他業界で行われている柔軟な勤務体制のためのソフト組みのノウハウを活用したり、職能団体や医療機関が復帰研修のカリキュラムの整備や、その復帰研修受講者の人員枠の確保等を進めたりすることが求められる。

また、女性医師は、いわゆる「男性社会」の中で相談相手がいないことも少なくない。このため、キャリア、働き方、人生設計等の漠然とした不安や疑問にも対応できるワン・ストップの相談機能やメンターの設置等の取組みも求められる。このため、個々の医療機関内のほか、医療勤務環境改善支援センターや民間組織等による支援が必要である。

保育環境の整備については、自治体や地域の医療機関との連携により、保育所の整備や地方勤務から戻った際の保育所確保等の支援策を講じることが重要である。また、子育ては医療と密接に関わることから、医療機関内への保育所整備に当たって、病児保育や医療的ケア児への対応、児童発達支援等も併せたサービスも併せて地域住民にも提供することで、医療機関としての特性を発揮して、地域に貢献していくことができる。

こうした医療機関の努力が、社会的に評価され、人材確保や経営に際してもメリットを及ぼすよう、優れた取組みを行う医療機関を積極的に公表する等の後押しが必要である。

### ③ 地域医療支援センター及び医療勤務環境改善支援センターの実効性の向上

各都道府県の地域医療支援センター及び医療勤務環境改善支援センターは、医学生や医師等の医療従事者に十分認知されているとはいいがたく、その活動内容や関与にも改善の余地が大きい。制度趣旨に即した実効性を向上させるために、まず、認知度を把握し、より利用しやすい機関となるように認知度向上や広報のマーケティングの強化を図るとともに、その機能を再検証すべきである。

例えば、地域医療支援センターは、大学病院等と連携し、基幹病院において経験できる症例の種別・平均数やキャリア・トラックの典型例を提示すること等をはじめ、医学生や若い医師が、主体的に自らのキャリアを考えやすい環境をつくること等が期待される。その際、全国一律の事業内容として各地域の実情に応じた創意工夫を損なうことのないよう、事業としての柔軟性や使いやすさを向上させることも重要である。

人材・労務マネジメントについてのノウハウの蓄積が不十分な医療機関を支援するため、医療勤務環境改善支援センターの抜本的強化が重要である。具体的には、医療機関や医師が気軽に相談できるよう認知度向上のためのマーケティングを行った上で、個別の医療機関の取組みの課題事例や成功事例を情報収集し、大学病院や地域の医療機関、学会等と協働して分析・検討すること、第三者的な評価を行うこと、良い取組みを行う医療機関を表彰すること、また、労務管理や人材マネジメントに関する講習を行ったり、講師の派遣を仲介したりすること等の方策が考えられる。

#### ④ 医師の柔軟なキャリア選択と専門性の追求を両立できる研修の在り方

医療従事者は、プロフェッショナルとして、モチベーションを保ち続け、常に自分を向上させることを望んでいる。したがって、臨床実習、臨床研修、専門研修といった過程で、医師本人の状況や意思に応じてキャリアを選択しながら、常に国際的水準の専門性を追求できる環境の整備が必要である。

まず、プライマリ・ケア分野では、日常的に多職種との関わり、介護等との連携の中で患者のケアに向き合うことから、大学や市中の大病院だけでなく、小規模医療機関での研修が有効である。また、高度な医療の分野でも、医師が研修段階に応じて技術と知見を向上できるよう、様々な患者を診ることができる市中病院も重要な研修拠点とし、必ずしも十分な経験を積むことができない場合がある大学病院に研修先が偏らないよう注意すべきである。

加えて、出産・育児・介護等が、研修受講やキャリアの確立の妨げとならないよう、一定期間内に研修を集中して修了する、一定のインターバルの後に再度研修受講ができる等の柔軟な選択肢を準備する必要がある。

こうしたことから、大学病院や都市部の病院のみに研修機関を集約させるのではなく、症例の豊富な地方部の中核的な病院、さらには教育を重視する小規模医療機関も重要な研修機関とし、また、キャリアや家庭事情、働き方等に応じて柔軟に研さんの機会を得られるよう、個別の養成制度において対応することが重要である。

若手医師が安心して専門研修を受け、生涯にわたって資質の向上を図るには、国際的水準を担保し、評価される専門医制度の確立・運営が喫緊の課題である。その際には、国際評価に耐えうる医療の質の担保や、地域枠の卒業医師を含めた若手医師のキャリア等への配慮、制度構築の議論の透明性の確保が必要である。

このため、先進諸国の例を十分に検証した上で、ガバナンス体制・能力の強化と信頼されるリーダーシップの確立、国際標準を満たす専門医認定の基準づくりと透明性の確保、これらを促進するための制度面を含めた枠組みの整備等を図ることが必要である。

専門医認定は、医師自らが職能集団としての「自律」(セルフ・ガバナンス)を確立する上で鍵を握る極めて重要な仕組みであることから、具体的には、以下のような論点について、的確な対応をしていくことが必要である。

- ・ 専門医制度においては、診療科ごとの足並みをそろえることに加え、国際標準に見合った医療の質を確保するのに必要な教育プログラムが構築されているか。特に、年数や職歴、熱意といった要素だけではなく、客観的に質が担保されるような研修体制の確保が行われているか。
- ・ 専門医制度は、各地域で最適化された医師確保・配置や機能連携において必要な役割を果たすことができているか。各地域における診療科ごとの専門医の適正数、適正配置が、病院間の機能連携・役割分担などに関する地域医療の方向性と整合性が図られているか。これらの点を踏まえ、大学病院のみならず都道府県をはじめ各ステークホルダーとの連携によって、専門医の教育プログラムが構築されているか。
- ・ これからの地域医療におけるプライマリ・ケアを確立するため、総合診療専門医の育成により一層注力すべきではないか。また、患者が身近な環境で安心した医療を受けることができるよう、総合診療専門医は、診断及び診療の能力だけでなく、地域のお他職種とのネットワークの中でハブとしての役割を發揮する能力を形成することができるか。

#### ⑤ 看護師のキャリアの複線化・多様化

我が国の疾病構造や地域社会が変容する中、看護師は、多様かつ複雑な患者の医療・生活ニーズに寄り添い、多職種と連携しながら患者のケアを中心的に担うとともに、補助的な医行為を行うなどして医師の補完的役割を担い、今後の我が国の医療では極めて大きな役割を担い得る職種である。

このため、患者・住民のニーズの多様化の流れに即応し、さらに多様で幅広い活躍ができるよう、看護師確保の観点からも育成課程の多様性は確保しつつ、各看護師のキャリア選択に応じた複数の養成システムを維持・発展する必要がある。

まず卒前教育では、看護師として共通して求められる知識や能力が培われるよう教育カリキュラムを拡充する必要があり、早急にその見直しを開始すべきである。また、卒後のOJTにおいても、スキルの向上が体系的・段階的になされ、段階に応じた評価システムや



キャリアが見渡せる環境づくりが必要である。

このほか、准看護師が将来展望を持って、スキル向上とキャリア形成を行えることも重要である。准看護師の勤務実態に応じて、プライマリ・ケアや介護の現場でより活躍できるような教育カリキュラムの見直しを進めるとともに、例えば、通信制の看護師養成課程について、その入学要件である実務経験 10 年(平成 30 年度から7年)を5年程度に短縮すること等を含め、質を確保した上で准看護師が円滑に看護師に移行できるような要件の緩和についても検討すべきである。

#### ⑥ 医療・介護の潜在スキルのシェアリング促進

医療・介護従事者は我が国全体の貴重な人的資産である。労働力減少や、地域の人口減少等の変化の中でも、それらの人材がリタイア後などにも眠ることなく有効に活用されることで、医療・介護人材の負担軽減に資するだけでなく、地域の医療・福祉人材不足解消にもつながる。

このため、まず、現在、一部の地域に限り認められている医師の派遣労働について、必要な地域には派遣できるようにすること、その対象を看護師にも拡大することが必要である。これにより、育児・介護中又は退職後であっても柔軟な働き方を希望する者の知識と経験を活かせる余地も広がることとなる。

この考え方は、退職した医療・介護従事者にも当てはまる。いったん退職した後も、その知識や経験に基づいて活躍できるよう、「医療・介護従事者シェアリング・バンク」(仮称)を整備すべきである。これにより、柔軟な勤務形態で、比較的心身の負担が軽い業務に退職後の医師を紹介・派遣したり、病児保育、民生委員、児童委員、保護司等に退職後の医師・看護師・介護福祉士・社会福祉士等を紹介・派遣したりすることが可能となる。

## 2 地域の主導により、医療・介護人材を育み、住民の生活を支える

(目指す姿)

- ・ 地域医療・介護の在り方が人々の暮らしやまちづくりの在り方に直結することを踏まえ、都道府県ごとに、地域の実情に応じた人材の機能確保が行われる。地域が目指すべき姿やその基盤を支える医療・介護について、医療・介護従事者とともに、住民も主体的に参画し、協働することができる。
- ・ 住民・患者の個別かつ複合的なニーズ・多様な価値観に応え、住民・患者の価値を常に維持・向上できる専門職の教育基盤が整備され、専門性向上とキャリア構築が可能となる。

- ・ 医療・介護等が住民主体の健康・まちづくりを支えることにより、地域の日常生活の中で疾病予防や重症化予防等が図られ、病気や障害をはじめとした様々な課題を抱えても、地域社会との繋がりの中で必要な支援を受け、生きることができる。

(具体的なアクション)

(1) 地域におけるリソース・マネジメント

① 都道府県による人的資源マネジメントの基盤づくり

地域によって人口構成や疾病構造、社会資源等は様々なことから、地域ごとの医療・介護の将来ニーズを予測し必要な医療資源整備・確保のグランド・デザインを描き、主体的に取り組を進めることが基本である。

特に、単に地域ごとの施設数・人員の「数」を揃えるという発想に依らず、住民・患者にとって必要な「機能」をどう確保するかという観点が重要である。このため、医療・介護を通じたリソース・マネジメントを推進するためにも、医療計画と介護保険事業計画策定に当たっては、都道府県・市町村の緊密な連携が図られる必要がある。

その際、患者の医療へのアクセスの観点から、必要な医療機能を(ア)身近で広範な医療と(イ)高度な医療とに分ける必要がある。(ア)身近で広範な医療を担う機能については、容易にアクセスできるプライマリ・ケアの確保、情報技術の活用やチーム医療の推進、人材育成・配置等により確保していく、(イ)高度な医療の機能については、必ずしも緊急性が高くないものについて、医療機関の機能の集約・拠点化とパフォーマンスのモニタリング・向上等により確保していくという考え方が出発点となる。

まず、医療従事者が働く場である医療機関や病床の最適化を着実に進めることが重要である。現在各都道府県で策定されている地域医療構想に基づいて、医療機能の集約化や機能分化・連携を進めるとともに、それが一定程度進捗した後には、4機能別の病床数だけでなく、提供される専門医療の内容や、専門医、看護師の配置、高額医療機器の配置等についても、データ整備の進展と併せ、ニーズに適合した具体的な数値を設定し、その推移を検証する等の方策を講じることが考えられる。

特に、必ずしも緊急性を要しない高度医療に関しては、一層の専門医療機能の集約化を進める必要がある。これにより、医療従事者の集約も図られ、労働負担が軽減されるほか、数多くの多様な症例を経験できることにより、医療従事者のキャリア形成に寄与し、患者の価値の向上につながる。

こうした中、都道府県は、地域医療構想の推進や日本専門医機構との専門研修プログラムの協議の場で、どのように医療機能を最適化するのかについて、主体的にマネジメントを行うことが求められる。その際、都道府県の果たすべき役割を補完するため、国がガイドライン等を示して支援することが考えられるが、中長期的に都道府県の主体性と能動性が十分に発展・発揮されるよう、その関与の内容と程度について、常に見直していくことが必要である。

また、複数の医療機関が都道府県をまたいで存在する場合についても、患者の流出入状況を踏まえ、適切に集約化を進めることが求められる。また、これらの取組みを促進する診療報酬、地域医療介護総合確保基金等の活用が必要である。なお、このような取組みが、行政による医療資源の管理化・統制化につながり、地道な貢献をしてきた地域の医療機関と住民との信頼関係を損なうことのないよう、丁寧に取り組んでいくことが必要である。

これら一連の取組みを通じて、地域での医療機能が十全に発揮され、結果として、医療の質向上と格差の是正、そして持続可能性に対する説明責任を果たすことが重要である。これに伴い、今後は、“Pay for Accountability<sup>16</sup>”という観点から、このような説明責任を果たす取組みの度合いに応じて、経済的インセンティブを連動させる仕組みも検討に値する。

## ② 都道府県における主体的な医師偏在是正の取組みの促進

若手医師を中心に、医師がへき地等の地方部で勤務することを躊躇するのは、診療・研修環境(質の高い教育環境、指導医の有無、心理的な孤独感等)と家族・子供の教育環境が大きな理由であると考えられる。へき地等の地方勤務に伴う負担や生活、キャリア等を与える支障を取り除くには、受入れ側地域の地方自治体、医療機関、そして住民が一体となって自助努力と健全な切磋琢磨、それを支える実効的な環境整備を最大限に行うことが肝要である。

現実に、各地域、各医療機関では、優れたリーダーシップの下、独創的な取組みやアイデアにより、いわゆる医師不足に的確に対応している例も多いことを見逃してはならない。また、このような地域の医師確保の取組みを補完するため、都道府県間の調整が必要なものについては、国の役割を含め、より広域的な調整の仕組みを検討すべきである。このた

---

<sup>16</sup> Pay for Accountability: 質の高い医療提供を目的として、診療や治療に関する社会的な説明責任を果たした場合に、医師・病院等に対して金銭的なインセンティブを与える支払いモデル。

め、地域の医療機関、大学、行政等が一体となって、以下のような措置を講じることが求められる。

- ・ 地域枠出身の医師がその都道府県内にあるへき地等に派遣されて地域診療義務を果たす場合や、医師が自主的にへき地等で一定期間地域診療に従事する場合等には、地域医療支援センターが、派遣医師と受入医療機関のマッチング支援、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、遠隔診療支援等の調整・あっせん等を行い、医療勤務環境改善支援センターと協力して、派遣される医師の勤務負担軽減を図る。
- ・ 地域医療支援センターは、派遣される若手の医師のキャリア上の不安を解消できるよう、大学医局等と協力したキャリア形成プログラムの作成等を通じてキャリア支援を行う。このほか、現在原則として医療機関の管理者は一つの医療機関しか管理者になることができない仕組みを、医師不足地域については複数か所認める等の措置を講じる。
- ・ 行政や地域の医療機関等との連携により、それぞれの地域での診療・研修環境としての魅力についての情報発信・広報のマーケティング活動を強化する。

このような取組みを通じて、地域医療を担う医師が少ない場合であっても、多様な選択肢を確保し、個人の負担が過重とならずにその能力が最大限発揮される環境を目指すべきである。

医師養成の観点からは、医師がその出身地や研修地で将来勤務する傾向にあることを踏まえ、都道府県が、例えば、次のような措置により、主体的に地域の医師養成に関与することを検討するべきである。ただし、都道府県の行政権限の拡大と医療界のプロフェッショナルリズムの尊重とのバランスには留意が必要である。

- ・ 都道府県が大学医学部に対し、大学医学部入学者数に占める地元出身者枠の創設・拡大を要請することができる
- ・ 臨床研修については、各都道府県内の臨床研修病院の指定、研修定員の決定等の臨床研修に関する権限を国から都道府県に移管する(国は都道府県ごとの定員や臨床研修病院の指定基準の設定等を行う)
- ・ 専門研修については、日本専門医機構は、専門研修のプログラム(専門研修病院、研修定員等)の認定前に、都道府県に対し、地域医療確保の観点から協議を行う
- ・ 都道府県ごとの医療ニーズを踏まえて養成すべき診療科ごとの専門医の概数を定める

その際、都道府県内における各診療科の専門医養成をどの施設でどの程度行うかについては、都道府県が主体的に決定を行うべきである。都道府県は医師確保のため都道府県に設置することが義務付けられている地域医療対策協議会において協議を行い、地域医療構想調整会議や③で後述する外来医療の協議体制等との整合性を確保することが重要である。

このほか、診療科偏在についても、外科・産婦人科を選択する医師が過去に比べて減少傾向であることや、本来臨床研修はプライマリ・ケアの基礎を習得する研修であるという原則を踏まえ、必修科・選択科の在り方について検討する必要がある。

### ③ 外来医療の最適化に向けた枠組みの構築

地域医療において、患者・住民が最初にアクセスする外来医療、特にプライマリ・ケア機能を担うべき医療機関や医師は、貴重な社会的資本といえる。このような公共的な意義の高い医療機能については、より最適な形で立地・診療科選択ができ、量的・質的にその機能を十分に発揮できるようにすることが必要である。しかし、入院医療における基準病床<sup>17</sup>のような供給体制の適正化に関する仕組みがないことも相まって、都市部や一部の診療科に資源が集中する傾向が見られる。

このため、外来医療については、プライマリ・ケアを担う医師の研修を進め、人的資源を確保しつつ、次のような取組みを、可能なところから段階的に進めるべきである。

- ・ 都道府県ごとに、将来の外来医療の必要量に基づいた供給体制についての指針を策定する。具体的には、地域医療構想に外来医療の要素を加えることを含め、検討されることが望ましい。
- ・ その際、診療科ごとの医師の配置状況をはじめとして、地域の外来機能の現状の供給体制をデータで把握する仕組みを導入し、その需給ギャップを把握可能とする。そして、都道府県内の一定の区域ごとに医療提供者、保険者、行政等による協議体制を構築し、医療ニーズ・資源の分析と必要な診療科の方向付け等を行うことが必要である。
- ・ また、この過程では、グループ診療の推進や高額医療機器の共同利用、診療情報の共有、遠隔診療など情報技術の利活用、地域医療連携推進法人の活用等により、地域における連携や効率的な医療提供を行うことが重要である。このため、例えば、海外

---

<sup>17</sup> 基準病床数制度：病床の地域ごとの偏在を防ぎ、効率的な医療提供体制を構築するため、二次医療圏ごとに設置できる病床数の上限基準が、都道府県ごとの医療計画に定められている。入院医療においては、病床数と医師数に相関関係があり、病床数を区域ごとに制限することで、間接的に医師数に影響を与えていると考えられる。

の制度<sup>18</sup>も参考に、地域における効率的医療提供体制を構築し、診療報酬におけるアウトカム評価と医療費の定額払いを行うことによって、その地域の医療機関全体にメリットが生じるような医療保険制度の見直しを検討する。

- ・ また、あるべき外来医療機能を実現するため、データに基づき、地域の医療ニーズ・資源と整合的ではないと考えられる医療機関の開設には、これを最適化する仕組みを導入することが必要である。なお、このような仕組みを導入するには、アウトカム志向の指標の導入及び関連した診療情報の体系的な収集を行う必要がある。ただし、それぞれの地域で既存の外来医療機関が果たしてきた役割に十分配慮し、現場の創意工夫や競争を妨げない、地域主体によるものであることが必要である。同時に、自由標榜の仕組みについても、例えば日本専門医機構の認定する専門医と標榜とを関連付ける等、患者にとって分かりやすく、適切な選択に資する標榜の在り方を検討すべきである。

#### ④ 都道府県における医療行政能力の強化

以上のような取組みを都道府県ごとの実情に応じて行うためには、国の画一的な方針に依存せず、都道府県が、大学医学部や関係団体等との円滑な協働体制を構築し、マネジメントすることが重要である。

これからの我が国において、医療・介護は、雇用誘発効果が高いこともあり、ますます地域社会・経済の主要な基盤となるため、政策的・財政的観点からも都道府県の最優先課題の一つとなることを踏まえ、保健医療政策、病院経営等に精通した人材を、都道府県庁の中に育成・確保することは急務である。このため、首長が強いリーダーシップを発揮するとともに、それを補佐・助言する人材を設置すること等が重要である。

行政能力の向上に貢献するため、医療従事者が、公衆衛生、住民との協働、まちづくり、経済活動(起業等含む)などに関して、卒前教育を抜本的に見直すことも重要である。このため、医療従事者の教育課程で、医学的知識だけでなく、リーダーシップ能力、マネジメント能力、コミュニケーション能力、システム思考等を涵養すること、早期からの地域での研修等も強化することも重要な視点である。

---

<sup>18</sup> 例えば、米国では、Accountable Care Organization (ACO)の仕組みがある。これは、米国の医療制度改革(2013)において、メディケア(65歳以上の高齢者等を対象とする公的医療保険制度)患者に対して連携の取れた質の高いケアを提供するために形成された医師、病院、その他ケア提供者の自発的なネットワークである。医療費の支払い方法を、従来の出来高払いから質の評価と医療費の抑制のインセンティブを含む定額払いに変更することで、医療の質の向上と費用抑制の両立が期待されている。

さらに、大学医学部等の公衆衛生講座や公衆衛生大学院などが地域の医療政策・経営マネジメントの支援を行うとともに、都道府県内で必要な医療・介護政策人材の育成に貢献していくことも強く期待される。国も、専門知識を備えた人材の育成に関して、必要な支援等は引き続き行うべきである。

## (2) 地域を支えるプライマリ・ケアの構築

### ① 保健医療の基盤としてのプライマリ・ケアの確立

高齢化に伴う疾患構造の変化等に対応し、生活全般に寄り添いながら、患者・家族とともにきめ細かな保健医療サービスを提供するとともに、地域における予防を含めた健康水準を向上していくことが、今後一層必要となる。

このため、患者・住民との強固な信頼関係の下、患者の複数疾患の状況や生活環境、価値観等を理解した上で、総合的な適切な診断・処方や、専門医療への紹介、疾病予防等を行う「プライマリ・ケア」を保健医療の基盤として確立し、そのための提供体制を構築すべきである。

これまで、こうした機能は、病院の勤務医として専門性を身につけた医師が、地域で診療所を開業し、患者・住民との信頼関係を基にかかりつけ医としてその役割を担ってきており、これが我が国の健康長寿に貢献してきた。しかし今後、高齢化に伴うニーズの増大・多様化・深化が進むことを見据え、より一層体系化・明確化された形でこうした機能を地域で構築することが求められる。

このため、かかりつけ医の診療能力を更に向上させるための研修を推進・拡充していくとともに、今後は、学術的な観点も含め、日本専門医機構の認定するプログラムにより育成された総合診療専門医の育成を強化していく必要がある。こうした取組みにより、プライマリ・ケア機能の担い手を確保していくことが重要なステップとなる。

その後、一定期間を経て、人材育成が十分に進んだと考えられる段階に至っては、住民それぞれが、総合診療専門医などのかかりつけ医、すなわちプライマリ・ケアを担う医師（又は医療機関）を定め、日常の健康問題に関する診療は、まずはこれらの医師（又は医療機関）が担い、専門診療を必要とする場合には、その紹介によることや専門診療後の生活復帰への引継ぎを行うようにすることも検討する必要がある。

また、こうした医療の提供に当たっては、個人ごとの医療・介護情報を一元的に把握することができる仕組みや、一人の医師に負担が集中しないようグループ診療を基本とした診療

を担う仕組み等が必要である。加えて、医師が関係職種との連携に関する教育を受けた上で、多職種が患者を中心に情報共有・連携しながらチームで患者のケアに応じる体制を構築すべきである。このようなチームでの情報共有や多職種連携を進めることは、「疲弊しないシステム」を構築することにつながる。

チームでは、各専門職種が有機的に連携でき、各専門職種が柔軟に幅広い業務を担えるよう、医師や看護師でなくともできる行為の明確化、チームにおける協議等を通じて、業務分担の在り方を最適化することが重要である。医師による包括的指示の下、具体的な看護やリハビリテーションの内容などについて、各専門職種が臨機応変に、その職能に応じて自らの判断でケアを行うことができる、あるいは、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問介護等の現場において、派遣されたスタッフを介して遠隔診療等を支援する手段が活用されることも目指すべきである。

そして、こうした機能を確立するに当たっては、諸外国の事例等を参考に、診療報酬において包括点数を導入する中で、診療内容の質を把握し、継続的な改善をサポートする仕組みを構築することや、地域レベルでのアウトカム評価を行うことも十分に検討に値する。

さらに、エビデンスに基づくプライマリ・ケアを発展させるため、各都道府県で、大学医学部に専門講座を設け、プライマリ・ケア教育を行うとともに、現場で収集された診療情報等を基に、在宅医療を含む研究・分析及び診療ガイドラインの作成を進めることが重要である。これにより、よく見られる疾病や状態に関する費用対効果に優れた診療マネジメント・診療方法の開発、そして医療・介護分野を通じたエビデンスに基づく実践の普及を目指すべきである。また、看護師をはじめ他職種に対しても、プライマリ・ケア教育が進められることが重要である。

また、プライマリ・ケアの機能の一環として、住民への予防・健康リテラシーや医療コスト意識の涵養を図るべきである。軽度な疾患であり自己管理や休息が主な治療となる場合には、検査や処方を目的に受診しなくてもよいと伝えることや、健康づくりや疾病・介護予防、セルフ・メディケーション等を日々の生活の中で行うよう促すことなどは、こうした機能が担う重要な役割である。一定の所得がある者に対して限度額まで薬剤処方を医療保険の対象から外し、スイッチ OTC 医薬品<sup>19</sup>の普及を促進することなども、こうした機能強化の後押しとなる。

---

<sup>19</sup> スイッチ OTC 医薬品： 薬局等で処方箋無しに購入できる「OTC(Over the Counter)医薬品」のうち、その有効成分が医療用から転用されたもの。



以上のような体制整備が進み、プライマリ・ケアを担う医師が一元的・総合的に一人の患者の基本的な診療を担う関係が構築されれば、患者が徒に複数の医師を受診して診察や検査、投薬の重複がなされる状況が改善し、また長期的な医師と患者とのかかわりを通じて患者のヘルスケア・リテラシーが醸成され、住民の中で適切な受診を行う意識が高まるようになると考えられる。この場合には、(1)③による地域のニーズに応じた適正な外来医療の提供体制の構築状況と相まって、「3時間待ちの3分診療」と批判されるような状況が改善していくことが考えられる。

## ② 地域包括ケアの基盤を支える人材養成と連携・統合

医療・介護の多様なニーズに柔軟に応える体制を構築するため、医療・介護従事者がその意欲と能力に応じて、複数の職種にまたがる業務を機動的かつ円滑に実施することができれば、地域の人的資源が最大限有効活用され、医療・介護従事者の柔軟なキャリア選択も可能となる上、患者・住民と価値を共有しながら、その複合的な課題に包括的に対応できることとなる。

このため、「保健医療 2035」(「保健医療 2035」策定懇談会 平成 27 年6月)や「地域共生社会の実現に向けて(当面の改革工程表)」「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部(平成 29 年2月)に掲げられた、医療、介護・福祉の資格取得に必要な基礎教育課程の一部共通化が進められるべきである。

その際、医療・介護・福祉全体を見渡し、地域包括ケアを担う人材として、看護師やリハビリテーション職などのコメディカル職から介護福祉士や社会福祉士などの介護・福祉職まで、幅広い職種間の基礎教育内容の共通化や単位互換を目指して検討が進められるべきである。また、その検討は、対人支援を行う専門資格に共通して求められる能力・教育内容を国レベルで明確化し、地域における検証を経て、共通基礎課程を導入するプロセスとすることで、地域の実践において必要とされる能力と整合的なものとすべきである。

共通基礎課程の教育カリキュラムについては、地域ごとの必要性を踏まえて、カリキュラムを構築できるような柔軟な仕組みとすべきである。さらに、このカリキュラムの導入後には、地域で必要とされる能力を安定的に培うことができるよう、適時教育カリキュラムを検証し、必要な見直しを行うことができる持続発展可能なサイクルを取り入れるべきである。

なお、この方向性に基づき、「ニッポン一億総活躍プラン」(閣議決定 平成 28 年6月)に掲げられた准看護師と介護福祉士の単位の相互認定の検討を推進する。この際、医療と異

なる介護サービス独自の価値や専門性が曖昧になるのではないか、介護従事者が医療従事者のヒエラルキーに組み込まれるのではないか、との懸念が介護現場から挙がっていることに留意し、誤解を招くことのないよう、准看護師に限定せず、より広い観点から医療・福祉人材の融合を進めていくことが肝要である。

また、当面の取組みとしては、地域レベルで、医療・介護・福祉関係職種の養成機関が協力して、教育カリキュラムの共通化や共同実習を進めるべきである。このような養成プロセスの融合が進めば、各職種は養成段階から相互交流を行い、現場に出た後の相互理解、連携等に資するだけでなく、職種間の単位互換が可能になることと相まって、円滑なキャリア・チェンジを行うことができるようになることが期待される。また、このような養成に取り組む養成機関については、地域医療介護総合確保基金の優先配分などの支援を行うべきである。

さらに、多法人・事業所間の医療・介護従事者の人事交流・共同研修等も有効である。例えば、病院看護師と訪問看護師が互いの現場を経験し、他職種との連携も含めて入院から退院後までの流れを十分に理解・習得できる研修を進める等の取組みは、切れ目ない患者の入退院・在宅移行を進めるに当たって効果的である。

こうした研修や地域全体としてのキャリア形成の仕組みづくりは、医療機関や介護事業所、教育機関、関係団体と自治体等によるネットワーク構築とそれを基盤とするマッチング等が必要となる。このような取組みには、在宅医療・介護連携推進事業による優先的な支援を行うことが重要である。

こうして養成された人材が、他事業所・他職種との効果的な連携等を通じて、持てる能力を最大限発揮できるよう、医療機関・介護事業所等は率先して、地域連携の枠組みが強固となるような方策を講じることが求められる。具体的には、地域の医療・介護連携の実態把握と課題抽出に基づき対応策が検討されるべきであり、例えば看取り事例の振り返りを含む共同ケース・カンファレンス、SNS等の活用を通じた医療・介護従事者の情報共有、人生の最終段階に至る意思決定支援の在り方の検討等を更に進めることが考えられる。

また、入院の段階から病院看護師がケアマネジャーや訪問看護師と連携して入院計画書を作成し、退院の数日前にはケアマネジャー等の在宅受入れ側に連絡するようにする等の連携方策も、強力に推進していくべきである。このほか、医療的ケア児の対応等についても、保育・教育の現場で看護師がケアに対応する場合等の支援策について、文部科学省・厚生労働省で協力して対応を進めるべきである。

### ③ 住民とともに地域の健康・まちづくりを支える医療・介護

医療現場の負担軽減とともに、住民・患者への価値を最大化する医療を持続的に展開するには、住民の医療への参加とともに、暮らしの場である地域を健康づくりにつながる環境に変えていくことが重要である。①で述べたようなプライマリ・ケア中心の医療・介護提供体制の構築は、その基盤としても重要である。

地域においては、地域の健康づくり等の担い手を育成して生活習慣病予防や介護予防につなげる取組みが進んでいる。また、様々な心配や不安、悩みを気軽に相談できる場所、健康に関する情報提供や学習支援、住民同士や専門職のコミュニケーションやネットワークづくりの場として「暮らしの保健室」と称される活動等が生まれ、広がりを見せている。

こうした取組みの効果的かつ持続的な展開に向け、国保ヘルスアップ事業（データヘルス計画）、地域支援事業（介護保険事業計画）等を有機的につなげ、後押しを図る等の対応が必要である。併せて、このような活動の実態調査、効果検証等に基づき、評価の在り方の検討や有効な介入の普及につなげるべきである。

また、疾病、障害等を抱えながら生きる人たち同士が出会い、その思いと経験、知恵を共有し、自らの不安を取り除き、生活の質を高めるだけでなく、よりよい医療・介護、地域・社会に対する発信を行う「認知症カフェ」<sup>20</sup>や専門職による相談や情報提供等をも受けられる場<sup>21</sup>等の設置・推進も重要である<sup>22</sup>。さらに、医療・介護人材の養成段階においても、このような地域・住民の主体的な活動を後押しし、住民の健康を育む地域づくりにつなげていくことができるよう、その教育カリキュラムを改善していくべきである。

---

<sup>20</sup> 認知症カフェ： 認知症の人やその家族、地域住民や専門職等が自由に集い、交流する場。近年、認知症の人の経験や意見を自治体等の関連施策に反映する「本人ミーティング」と呼ばれる取組み等も行われている。

<sup>21</sup> 例えば「マギーズ東京」の取組みがある。これは、末期乳がん患者であったマギー氏の遺志に基づき、地域の中でがんと向き合い、対話できる空間として、1996年に英国に設置された「マギーズ・キャンサー・ケアリング・センター」をモデルとして、特定非営利活動法人 maggie's tokyo が2016年10月にオープンしたものである。がん患者や家族、友人、医療者等がいつでも利用でき、看護師や心理士との相談を受けることを通じて、不安軽減が図られ、自己決定できる力を取り戻すことを目指しており、環境に配慮された空間の中で、実用的・心理的・社会的なサポート情報の提供等の支援を受けることができる。

<sup>22</sup> 諸外国では、医療機関や介護事業所が持つ健康医療情報に基づき、同じ疾患・生活課題を持つ人々に招待状を送り、その地域のケアやサポートを紹介する場を設けることで出会いを創出するとともに、自助グループ等を生み出し、自主組織化していく取組みも生まれつつある。また英国では、受診した患者に対して、薬剤処方のみならず、地域のつながりや活動等を紹介する“Social Prescribing（社会的処方）”等の取組みも進めている。こうした地域・住民とともにつくる新たな「医療」の取組みも、今後注視していく必要がある。

併せて、患者の価値を中心に据えた意思決定能力の低化に備えた対応プロセス(アドバンス・ケア・プランニング(ACP))の充実が重要である。例えば、まだ元気なうちから、住民が自分自身や家族の最終段階における医療について考えることができる体制を地域で構築すること、ACPの推進に向けた研修の充実、診療報酬等による支援策等も講じていくべきである。

さらに、人生の最終段階において、本人の望まない救急搬送が行われ、救命措置等が行われる状況に対応できるよう、地方自治体・消防本部、医療機関、介護施設等の関係者が集まって、救急搬送のルール等を作成し、対応を進めていくべきである。このような取り組みは、定期的に検証を行い、継続的な改善を図っていくことが肝要である。

このほか、小中学校段階から身近な健康に関する知識・問題意識を身につけ、家族間で共有・話し合いの場を持つことや、プライマリ・ケアを普及していくこと等を目的として、自治体(健康・福祉部局と教育委員会)、医療・介護関係団体、地域住民等の協働による講座の開発・展開等を推進していくべきである。

また、住民が医療機関内の委員会に参加したり、医療機関の職員が地域の会合に参加したりといった双方の交流により、住民の医療リテラシーの向上をはじめとした医療に対する意識の向上や、医療機関の住民意識の汲み取り等の取り組みも重要である。

なお、以上のような、住民とともにつくる医療や、医療・介護を手がかりとした地域づくりの推進を加速するためには、地域の住民と医療・介護関係機関、学校やビジネス・セクター、自治体等が地域の将来ビジョンを共有し、これを各種計画に反映させ、多様な担い手による具体的な取り組みにつなげる必要がある。

### 3 高い生産性と付加価値を生み出す

(目指す姿)

- ・ 限られた資源を最大限有効活用し、効率的かつ効果的に患者と住民への価値を生み出すため、医療従事者の業務の生産性の向上(投入した人員に対するサービスの質と量を極大化すること)を図り、従事者間の業務分担と協働を最適化し、それぞれの専門職がその専門性を発揮して担うべき業務に集中できる環境をつくる。
- ・ 社会の変容、価値観や疾病構造の変化の中で、住民や患者の求めるニーズの多様化・深化に柔軟に対応した価値を創出し続けることのできる保健医療サービスであり続ける。

- ・ 他の産業と同様、AI や IoT 等の ICT の急速な進展を有効に取り込み、時代の変化に対応した保健医療システムへと変貌する。

(具体的なアクション)

#### ① タスク・シフティング／タスク・シェアリングの推進

個々の従事者の業務負担を最適化しつつ、医療の質を確保する方法の一つとして、同じ水準の能力や価値観を共有した上で、医師－医師間で行うグループ診療や、医師－他職種間等を行うタスク・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)を、これまでの「チーム医療」を発展させる形で有効活用すべきである。ただし、患者のプライバシーには配慮しつつ、患者情報や診療情報を職種間で共有し、カンファレンス等を通じて個々の患者の留意事項等を把握した上で、責任の所在を明確にするという観点を欠くことがあってはならない。

グループ診療は、地域や病院の患者を複数の医師が共同で担当することにより、一人の医師に患者が集中し、過重労働や医療安全のリスクが生じることを防ぐ効果的な手法である。例えば、主治医・副主治医制等の担当制のほか、在宅等の当直機能を委託によりシェアする事例を参考に、地域の実情に応じた方法を選択するべきである。

看護師については、医師の指示の下、一定の医行為を行うことは現行法上可能である。このため、かつてから通知等を通じて看護師の行うことができる行為の範囲の明確化等を行ってきたが、2010年に設置された「チーム医療推進会議」の検討を踏まえた2014年の法改正により、2015年10月から、看護師の特定行為研修制度が創設・開始された。

現在では、本制度の研修でカバーされている行為のほか、胸腔穿刺<sup>23</sup>、中心静脈カテーテル留置<sup>24</sup>等の医行為まで行っている看護師が活躍する病院も存在することから、その旨を改めて国として広く周知するとともに、こうした事例を積み重ね、定着させ、医師及び看護師の意識そのものを変えていくべきである。

今後のニーズの高まりと実践の蓄積に合わせて、まずは特定行為研修制度の養成数を増やすべく、研修制度の現場の認知度の向上や、より受講しやすいような研修方法・体制の見直しを進めていくべきである。併せて、研修制度の対象となる医行為について、安全性と

<sup>23</sup> 胸腔穿刺： 診断や治療を目的として、胸壁から注射針等を穿刺し、胸腔(肋骨や横隔膜などによって囲まれた空間。内部に心臓・肺などを含む)に貯留した胸水や血液、膿汁などを排液する医行為。

<sup>24</sup> 中心静脈カテーテル留置： 特殊な薬剤の投与や高濃度の輸液等を行うために、心臓に近く大きな静脈(中心静脈)に点滴用の管(カテーテル)を挿入・留置する医行為。

効率性を踏まえながら拡大し、このような業務を行う能力を持つ人材（例えば「診療看護師」<sup>25</sup>（仮称））を養成していく必要がある。また、一定の経験・研修を経れば看護師以外の医療従事者が現行の業務範囲を超えて診療の補助を可能とすること<sup>26</sup>についても、引き続き検討を進めるべきである。

医療従事者がより高い生産性と付加価値を創出するためには、患者に対する同じ価値観や考え方を共有しながら、医療従事者と連携を深めるべき介護従事者の能力発揮を促す観点も重要である。今後、在宅においても更に医療的なニーズが増大することを踏まえ、介護従事者が能力と意欲に応じ、生活の場における健康管理・疾患管理の視点を身につけることに加え、日常的に現場で必要となる簡易的な医療的ケアを行えるよう、研修制度を含めた環境整備を図ることも重要である。

具体的には、現行のたんの吸引及び経管栄養等の実施を着実に進めていくため、多くの都道府県において介護従事者が医療的ケアについて研修できる機関が少ない現状を改め、研修実施機関の数の拡大について検討するべきである。また、特定の者に対する研修を複数受け、一定の医療的ケアの経験のある介護従事者等であれば、不特定多数の者に対する研修を免除すること<sup>27</sup>等についても検討が求められる。

国は現行の医療的ケアの実施と研修等の実態を踏まえ、これらを後押しするため、地域医療介護総合確保基金（介護分）の配分に当たって研修受講者数等を考慮するとともに、キャリア形成促進助成金の要件緩和や助成額の引上げ等を行うことが効果的である。

併せて、このような役割分担に当たっては、介護従事者と連携する医師や看護師によるリスク・マネジメント体制の構築が不可欠である。特に、医療的ケアを行うことにより、徒に介護従事者の心身の負担を増幅することのないよう、国民のニーズ等も踏まえながら丁寧に議論しつつ、さらなる医療行為の拡大を検討していくべきである。

---

<sup>25</sup> 現在、我が国において「診療看護師」は制度化されていないが、日本 NP 教育大学院協議会の認める教育課程を経て認定された看護師が、特定行為として認められている医行為に加えて、挿管、腹腔穿刺等の医行為を行っている。なお、同協議会の認定する看護師は、あくまで現行法の範囲内で、医師の指示の下、診療の補助を行うものであり、医師の指示を受けずに一定レベルの診断や治療などを行うことができる米同等の「ナース・プラクティショナー」とは異なる（P37 脚注 32）。

<sup>26</sup> 救急救命士による救急外来の補助、言語聴覚士による平衡機能検査、臨床工学技士による超音波ガイド下の血管穿刺等。

<sup>27</sup> 現行の制度では、介護職員が不特定多数の者に対して喀痰吸引等の医療的ケアを行うためには、特定の利用者に対して行う場合に比べ、より長い時間の講義及び実地研修が必要となる。

さらに、患者・利用者本位の柔軟なタスク・シフティング／タスク・シェアリングが図られる現場での裁量度の高いサービスや組織モデルを推進する観点も重要となる。例えば介護保険サービスにおいては看護小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護等、看護と介護等の機能を一体的に提供するサービスがあり、これらの整備に加え、高齢者に限らず必要とする者に医療と介護にわたる多機能を組み合わせ、訪問・通い・泊まり等多様な形態で提供するサービスや組織、支払いの在り方についても検討することが求められる。

## ② 医科歯科連携・歯科疾患予防の推進等

近年、周術期<sup>28</sup>に口腔管理を行うことで入院日数が減少することや、口腔ケアが誤嚥性肺炎の発症予防になること、歯周病患者に糖尿病の発症リスクが高いことなど、口腔の健康が全身の健康と深い関係を有することについて広く指摘されており、医科歯科連携の重要性は増している。このため、例えばがん治療における周術期の口腔管理や、入院・在宅における誤嚥性肺炎予防のための口腔ケア、歯周病が重症化しやすい糖尿病患者に対する歯科受診の勧奨などにより、医科歯科連携を更に推進していく必要がある。

また、歯科疾患の予防の観点からは、小児から高齢者まで切れ目なく歯科保健対策を進めていく必要がある。う蝕<sup>29</sup>・歯周病予防を進める観点から、フッ化物局所応用<sup>30</sup>、歯磨き指導、口腔検査、レントゲン等の一連の歯科保健指導、メンテナンス等の予防歯科を更に推進し、これらに必要な財源的支援に努めるべきである。さらに、こうした取組みを各地方自治体で積極的に進めるため、歯科医師、歯科衛生士等の歯科専門職の配置を行うこと等が求められる。

さらに、今後は、高齢化の進展に伴い、基礎疾患を有する者や歯科診療所に来院できない者が増加するため、在宅等において患者の全身の状態に配慮しながら歯科医療を行うことが求められており、地域包括ケアシステムにおける歯科医師の役割が益々重要になっている。このため、限られた機材の下で適切な歯科診療を行うための歯科医師のスキル向上や、在宅等における歯科診療のニーズの適切な把握を行っていくべきである。

---

<sup>28</sup> 周術期：手術の前後の期間。

<sup>29</sup> う蝕：むし歯。

<sup>30</sup> フッ化物局所応用：歯の表面から直接フッ化物を作用させる方法をいい、具体的にはフッ化物洗口（うがい）、フッ化物塗布、フッ化物配合歯磨剤の使用をいう。

### ③ 薬剤師の生産性と付加価値の向上

医療従事者の生産性と付加価値を向上させる上では、薬剤師の専門性や知見は極めて重要であり、これまで以上にその能力を発揮することが期待される。

薬剤師の本質がもっぱら調剤業務のみに止まることなく、6年間の教育を経て培われた専門的知見を生かし、人材不足に対応しうる効率的で生産性の高い業務にシフトしていくべきである。このため、調剤を主体とした業務構造を変革し、専門職として処方内容を分析し患者や他職種に助言する機能や、薬物療法のプロトコルを策定する機能を強化すべきである。これらを通じ、薬剤業務のプロフェッショナルとして、積極的にチーム医療の一員としてのプレゼンスを発揮すべきである。

現在、病院においては、薬剤師の病棟配置や他職種との連携などを通じたチーム医療が進められているが、病棟での持参薬管理や服薬管理にとどまらず、医師に対して、治療効果や副作用のモニタリングのための検査の実施を含めた薬物療法の提案を行うことにより、薬物療法の有効性・安全性をさらに向上させていくことが期待される。

さらに、外来診療の場面においても、医師の診察の前に、薬剤師が残薬を含めた服薬状況や、副作用の発現状況等について、薬学的な観点から確認を行うことで、医師の負担軽減につながることを期待される。

また、薬局においては、「かかりつけ薬剤師・薬局」の推進等の取組みが進められているが、今後の地域における薬局や薬剤師の機能は、患者・住民とのコミュニケーションの側面を中心に、大きく変容することが期待される。このため、時間的・物理的余裕を創出するために、調剤業務の効率化を推進すべきである。

調剤業務のうち、機械化、オートメーション化できる部分については、効率化を進めるとともに、処方箋40枚につき薬剤師1名の配置等、処方せん枚数に応じた薬剤師の配置基準は、実態及び今後の効率化の可能性を踏まえて見直すべきである。その際、欧米では既に主流となっている「箱出し調剤」<sup>31</sup>の有用性を検証し、移行していくべきである。

また、かかりつけ薬剤師については、薬剤師の多様な働き方を確保するため、実質的に常勤の薬剤師に限定されることのないよう、要件の見直しを図っていくことが求められる。そ

---

<sup>31</sup> 箱出し調剤：錠剤やカプセル剤などの PTP(ブリスター)包装品が入った包装(箱)を、箱から出さずにそのまま患者に交付する調剤手法



これらの取組みを通じて、薬剤師が地域包括ケアの重要な役割を担い得る存在として、より高度で幅広い活動を行う専門職に脱皮していくことが必要である。例えば、保険者が行う糖尿病性腎症の重症化予防プログラムにおけるかかりつけ薬剤師による指導の役割などは、持てる能力を発揮する好例であると考えられる。

このほか、同じ薬剤処方であれば再度の診察・処方せん交付は不要とあらかじめ医師から指示されている場合には、医師との連携の下、薬剤師等によるリフィル処方への対応を可能とし、長期に有効な処方せんが一度出されれば、これを提示することで何度も薬を受け取ることができるよう検討すべきである。また、ICT を活用した服薬指導により、在宅患者の利便を高めるとともに、服薬アドヒアランス<sup>32</sup>の向上にも取り組んでいくべきである。

さらに、プライマリ・ケアに関しては、薬剤師の役割も重要であることから、必要な知見や能力を育むための教育を充実・強化することが必要である。地域包括ケアを推進していく中で、薬物療法を安全かつ有効に継続するため、病院薬剤師と薬局薬剤師との連携（薬薬連携）を進めることにより、入院医療から、在宅医療や外来化学療法への移行等に当たっての患者情報の共有を、ICT の利活用を含めて推進することが必要である。

#### ④ フィジシャン・アシスタント(PA)の創設等

今後、労働力制約がより一層高まっていく我が国において、医師がその高度な医学的専門性を発揮し、本来担うべき業務に精注するためには、前述したタスク・シフティング／タスク・シェアリングを進めつつ、プライマリ・ケアと高度医療の両方の場面で医師を支える人材が必要である。

日本においても、海外の事例<sup>33</sup>を参考に、「フィジシャン・アシスタント」の資格を新たに設け、簡単な診断や処方、外科手術の助手、術後管理等ができるようにすることを重要な選択肢として検討すべきである。その上で、フィジシャン・アシスタントが行うことができる

---

<sup>32</sup> 服薬アドヒアランス： 薬剤師等からの適切な情報提供を受け、患者自身が服薬治療の方針決定等に積極的に関与し、その方針を理解して薬を服用すること。

<sup>33</sup> 諸外国においても、医師偏在・過重労働対策の中で、代替労働力の確保策として、フィジシャン・アシスタントが創設・拡大された経緯がある。フィジシャン・アシスタントは、米国では、高度医療の場面で、外科手術の助手や、投薬量・種類の調整等の術後管理を行っており、人気の職業となっている。我が国でも、他の医療・介護職種のキャリアの一つとしても魅力的なものとなる可能性がある。

また、米国等では、医師の指示を受けずに一定レベルの診断や治療などを行うことができる、医師と看護師の間職種と位置付けられる「ナース・プラクティショナー」という上級の看護師も存在する。

このほか、英国では、プライマリ・ケアの場面で、診療所看護師（プラクティス・ナース）により、予防、状態の安定した慢性疾患患者等（風邪、腰痛、予防接種等）に対する診断、検査、処置、処方、リフィル処方への対応等が可能となっている。

業務の具体的内容については、学会等が中心となってガイドライン等の検討を行うことが考えられる。

ただし、フィジシャン・アシスタントの創設等については、新たな業務として医行為を行う者の不安や懸念を払拭することが前提となる。このため、医療機関の医師がこれらの者のスキルアップを促し、サポートする体制の構築を図っていくことや、こうした者が現場で活躍できるよう、患者の安全や責任分担、診療報酬上の配慮を行い、業務分担を行った方が経営上メリットがある工夫を行っていくことも重要である。

#### ⑤ テクノロジーの積極的活用・推進

近年の予想を超える技術進展の中、「第四次産業革命」等といわれるように、他産業では、AI、IoT等の最新のICTを活用しながら生産性や効率性を飛躍的に高め、社会システムそのものを変革していく動きが見られている。医療・介護従事者等の持つ能力や可能性を最大限に引き出し、患者・国民の価値につながるサービスを提供できる医療介護システムに転換していくには、医療・介護分野で、こうしたICTを始めとする最新のテクノロジーをいかに取り込んでいくかが鍵となる。

このためには、患者・国民を中心に据えつつ、医療・介護従事者等が専門性・生産性を最大限発揮しながら協働してサービスを提供し、さらに地域全体としても最適な医療・介護資源の配分につなげていくことができる医療・介護分野のICT環境をデザイン・構築していくことが重要である。

特に、審査支払機関においては、電子的に収集される健診情報やレセプト情報をビッグデータとして活用し、質の高い医療の実現や保険者機能の強化に向けた取組みを進めることが重要である。審査支払機関内外におけるレセプトのコンピュータ・チェックを標準化・効率化しつつ、充実していくことにより、本来業務である審査機能を強化することや、個人の健康・医療・介護に関する履歴を分析し、医療の質向上に資するよう、各保険者保有情報をプラットフォーム化すること、また保険者がこの情報を用いて、データヘルスの中核的な役割を果たし、保険者本来の機能強化していくこと等が必要である。

このように、審査支払機関が「業務集団」から「頭脳集団」に変革していくに当たっては、審査、情報分析、保険者機能強化等を行うための常勤の医療従事者を配置する等の体制整備が不可欠である。

さらに、こうしたICT環境は、今後の加速度的な技術革新を見据え、テクノロジーの進化を

柔軟に取り込むとともに、民間産業などの様々な主体のアイデアやサービスの参画を促すことができるよう、特定のベンダーや仕様・規格にとらわれない「開かれた」システムとしてデザインすべきである。

AI については、データを AI に学習させる技術(ディープ・ラーニング<sup>34</sup>等)の飛躍的發展を医療にも取り込む必要がある。そして、AI による精度の高い画像診断や、センサー技術による見守りロボットの実用化など、医療現場で活用される技術革新を推進していくべきである。

また、我が国の強みである皆保険制度を活かし、レセプトをはじめとした保健医療データ、健診データ、IoT を活用した個人のライフログをビッグデータとして⑥で述べるような情報基盤を確立し、活用するための AI の構築を図っていくべきである。その際には、結果を評価し、医療情報のフィードバック等を行う医師の養成・確保を図っていく必要がある。

さらに、ベンチャーはじめ産学が連携した技術開発と普及に向けては、医療・介護行政におけるテクノロジー動向に関する知見の蓄積と専門人材の育成、新たなテクノロジーを育むための先駆的な実証の支援や特区制度の活用等、時代の変化に取り残されない意識的な努力が求められる。

#### ⑥ 保健医療・介護情報基盤の構築と活用

保健医療・介護分野の情報基盤は、患者・国民や医療・介護従事者の意識や行動を変革し、それにより、次のような取組みを実現し、医療・介護従事者の働き方から地域のサービス提供体制までを「高生産性・高付加価値」に転換していく起点として、早急かつ着実に整備していくべきである。

- ・ 多職種連携の推進 : 生活の中での健康管理やプライマリ・ケアから、急性期の高度医療・リハビリ、回復後の在宅療養・介護など、個人のライフサイクルが移る中でも、患者・国民の健康・医療・介護関係情報が医療・介護従事者など多職種に共有され、患者・国民にとって身近な環境の中で、関係者が手を携え合いながら、個々人に最適な健康管理・診療・ケアを行う。
- ・ 個人の健康管理の推進 : 健康管理に向けた国民の意識変容と主体的な参加を促すため、単に医療や介護が必要な状態にならない・重症化しない努力を促すばかりでは

---

<sup>34</sup> ディープ・ラーニング: 深層学習。多層構造のニューラルネットワーク(人間の脳の神経回路を模倣した情報処理手法)を用いた人工知能にデータを学習させる技術。近年のコンピューターの計算能力の向上やインターネットを介した膨大なデータの収集により可能となった。例えば、大量の画像データを学習させることで画像認識が可能となり、医療画像からの診断支援等での活用が期待されている。

なく、「魅力的な生き方を追求する中で、自然と健康となることができる」といった好循環のサイクルを生み出す。例えば、健診情報のほか、ウェアラブル端末や IoT 技術を活用して個人のライフログデータを収集し、スマートフォンなどの利用者端末に、健康管理に向けた魅力的なサービスを提供する。

- ・ 効率的で質の高いサービス提供体制のデザイン:これまで、住民・患者の身近な地域に投入された医療・介護の人的・物的リソースの「量」を指標として評価されてきた医療・介護提供体制について、今後、患者・地域住民にとって必要な医療・介護の「パフォーマンス」を確保していく観点から、情報基盤により地域で情報の共有と連携を図り、高度な医療機能は集約を図るとともに地域での健診・検査・治療・経過観察等の役割分担を行うなど、地域の人的・物的リソースを効率的に配分する。

「ICT を活用した「次世代型保健医療システム」の構築に向けて」(保健医療分野における ICT 活用推進懇談会 平成 28 年 10 月)では、こうした情報基盤の在り方として、「患者・国民を中心に保健医療情報をどこでも活用できるオープンな情報基盤」(Person centered Open Platform for well-being; PeOPLE(仮称))の構想が掲げられ、こうした情報基盤の整備に向けた取組みを着実に進めるべきである。

また、このようにネットワークにより繋がれた情報基盤からデータを収集し、また、ナショナル・データベースや介護総合データベースなどの健康・医療・介護に関するデータベースを連結し、一定の手続きの下、産官学の目的に応じて必要なデータセットを提供することで、新たな治療法・新薬等の開発、保健医療政策の立案、ヘルスケア・ビジネス・モデルの構築等に活用できるプラットフォームを構築すべきである。

上記のような情報基盤に、セキュリティやプライバシーにも十分配慮しながら、遺伝情報等の患者情報も収集できるようにしていくことで、ゲノム由来の病変の特定とその病変の治療に効果のある新薬の開発が可能となる。このため、現在のような臓器別の薬事承認を改めゲノム別の承認を導入し、変異を起こしたゲノムを直接ターゲットとした治療を行うことにより、患者への侵襲や、これまで個別の臓器ごとの薬事承認に要していた研究コスト、医療従事者・研究者の労務コスト、審査コストを削減できる。さらに、承認審査の観点からは、診断等に用いるプログラム<sup>35</sup>について、そもそも医療機器として承認審査が必要かどうか資する要件の明確化を進めつつ、承認審査に要する書類・手続きがイノベーションを阻害しないような仕組みとなるよう、継続的にその在り方を検討していくべきである。

---

<sup>35</sup> ここでは患者の情報を含む医療情報を解析し、診断等を支援するための情報を提供するソフトウェアを想定している。CD 等の記録媒体で流通するもの、オンラインでダウンロードするもの、ネットワーク(クラウド)上にプログラムが置かれるものなどがあり得る。

また、こうした情報基盤の整備に向けては、国が主導して、データ項目や規格、情報基盤に自己の情報を共有・利活用できるようにするための患者・国民の本人同意のルールや、当該情報の産官学への提供の手続き、海外へのデータ・シェアリング、その他の運用ルールを統一するとともに、医療機関が情報基盤に参加するインセンティブを検討していくべきである。特に、データ提供者のプライバシーには十分に配慮し、データ提供者が自身の情報のアクセス権をコントロールできるような仕組みを設けるべきである。

さらに、現場の従事者の負担を軽減する観点から、電子カルテシステムや報酬請求システムの仕様を全国的に統一させるべきである。診療報酬・介護報酬改定の際に厚生労働省がこれらのシステムに連結したロジックの仕様を公表すれば、連動するシステムがいずれの医療機関・介護施設においても自動的に更新される仕組みの構築を目指すべきである。これは、診療報酬・介護報酬改定ごとに医療機関が高額の費用を投資し、システム改修している負担を軽減することにつながる。

現在、このように医療の質の向上や、費用対効果を踏まえた良質な診療方法の構築に資するよう、学会等の実施団体に対して臨床効果データベース事業によるデータベースの立上げ支援が行われているが、医療の質の向上等に向けた診療データや解析する技術については、診療現場と学会等の専門領域が対話を行いながら絶えず見直しを行って改善を図っていくことが不可欠である。

このため、臨床効果データベース事業を拡充し、実施団体による運営状況の成果（エビデンスの構築や診療現場への支援実績等）を確認しつつ、立上げ後の事業改善についても継続的に支援をすべきである。

なお、このような情報基盤構築の先駆けとしては、入院医療における DPC において、診断群分類に基づく診療行為の詳細なデータ分析が行われたことが大きい。診療報酬改定に当たっては、出来高部分についてもデータベース構築の観点に配慮して点数設定を行うとともに、外来、慢性期等における他の包括点数についても同様に、患者の状態像ごとにどのような診療行為を行ったのか詳細なデータが確保されるような仕組みを導入していくべきである。

また、こうした情報基盤は、介護分野においても情報の活用によるアウトカム評価ができるような仕組みに改善する上で重要であり、介護分野も含めた基盤の構築が必要である。

## ⑦ 遠隔医療の推進等

遠隔診療については、今後の情報技術の発展に伴い飛躍的な医療の質向上・効率化につながるイノベーションをもたらす可能性がある。

まず DtoD<sup>36</sup>については、これまでの遠隔画像診断のレベルを超えて様々なネットワークや情報共有の基盤となりつつある。また、地域のプライマリ・ケアを担う医師と専門医をつなぎ具体的な相談ツールとして利用でき、医師偏在対策にも資するといったような質と効率性の両面で、今後も重要な役割を果たすと予測される。このため、DtoD については、プライバシーの確保やコンプライアンスの徹底等のルール整備を進めていく必要がある。

また、DtoP<sup>37</sup>についても技術やサービス・モデルの発展に伴い、今後、医療の利便性や効率性に資する大きな可能性を秘めており、医師と患者の間の空間的・時間的な制約を乗り越える「オンライン診療支援」等の形態による遠隔診療を積極的に推進していくべきである。

イノベーションの黎明期にある現在の状況を前進させるため、医療資源の偏在や高まる高齢者医療需要への対策という喫緊の課題を見据えつつ、まずはどのような場所でのどのような患者にどのような診療であれば遠隔診療が可能であるのかについて、国は可能な限り法令上の位置付けを明確化し、円滑なサービス提供がなされるよう後押しする必要がある。

安全性・有効性が確立したものや遠隔診療を組み合わせることでより効果が期待できるもの（慢性疾患の重症化予防等）については、そのエビデンスも踏まえつつ、速やかに診療報酬上の評価を行っていくべきである。さらに、遠隔診療は、利用される診療形態にかかわらず診療情報を保存・管理し収集してエビデンスの蓄積に資する形で推進されるべきである。さらに、遠隔診療だけでなく遠隔服薬指導について、特区における実証結果等も踏まえ、特区以外にも展開していくことや電子処方せん・電子お薬手帳の普及も推進していくべきである。

介護においても、急な退院調整の際のケアマネジャーから利用者への面談にテレビ電話を活用する等、様々な遠隔技術の利用策を検討すべきである。

---

<sup>36</sup> DtoD: Doctor to Doctor の略。専門医師が他の医師の診療を支援するタイプの遠隔診療。

<sup>37</sup> DtoP: Doctor to Patient の略。医師が遠隔地の患者を診療するタイプの遠隔診療。

#### ⑧ 「科学的に裏付けられた介護」の具現化

介護は、要介護状態の者が尊厳を保持し、その有する能力に応じて自立した日常生活を営めるようにすることを目的としており、一人ひとり異なる利用者本人が望む生活全体の内容と質の充実に本質的な価値を置く。こうした性格もあり、どのような状態の者に対するどのような介入が利用者にとっての価値を生み出すかについて、科学的に裏付けられた方法論が十分確立していない現状にある。また、介護サービスの質の評価にかかる枠組みが未整備であることも、ケア及びそのマネジメントについて、質のバラつきが生じる一因となっている。

平成 21 年度以降、介護サービスの質の評価に関する調査研究が重ねられているが、利用者の状態把握のためのデータ項目の特定、プロセス管理の視点の整理とともに、国際生活機能分類(ICF)のうち、心身機能・構造にとどまらず、利用者の QOL 向上の観点から主観的な側面も含めたアウトカム評価の在り方について、例えば、まずは「自立支援」等から検討が深められ、具体化されるべきである。

併せて、ICT を活用して幅広く介護現場におけるデータを収集・分析すること等により、科学的に裏付けられた介護の実践と業務の標準化を進めることは、介護従事者の能力開発とキャリア・アップの道筋を明確化することに寄与する可能性がある。

個別性が高く、多様化・複雑化するニーズに対応しつつ、よりケアマネジメントの質を高め、介護サービスの利用者にとっての価値を向上させるため、ケアプランの作成については将来的には AI なども活用して最適化を進め、将来的にはアウトカムに基づく評価につなげることが求められる。

また、地域ごとのアウトカムを比較・分析することにより、地域性や介護認定調査員の主観に影響を受ける要介護認定の平準化を目指すことが重要である。このように、介護分野の科学的に裏付けられたケアとこれに伴う介護の質を飛躍的に向上させるため、介護分野の介入とアウトカムに係る分析を強力に推進すべきである。

#### ⑨ 介護保険内・保険外サービスの柔軟な組合せと価格の柔軟化の推進

現在の介護サービスは多くを公的保険財源に依存しているが、厳しい財政状況の下で今後の需要の急速な拡大に対応した報酬の引上げや大幅な賃上げなどの待遇改善、サービスの質の向上を促すための財源投入には限界があることを直視する必要がある。他方、現場の創意工夫によりサービスの質や利用者の満足度の向上を促すメカニズムは十分に機能しておらず、潜在したままの多様な利用者ニーズに応えるサービスの多様化や品質

の差別化が進んでいない。

介護保険内・外のサービスの柔軟な組合せや価格の柔軟化については、依然、利用者の利便性や事業者・従業者の生産性が高まるという肯定的な意見や、保険内サービスとの関係性の整理や保険外サービスを購入できない者が排除されないか等の懸念から慎重な意見がある。

しかし、本提言の主旨とする生産性と付加価値の向上の観点からは、個別の事業者や従事者が創意工夫を通じて、利用者の利便性や個人の選択を重視し、新たなサービスを生み出すサイクルを生むことが重要である。このため、現行制度にこうした取組みを合わせていくのではなく、生じ得るデメリットを極小化する制度上の工夫を行うことにより、介護保険内・外のサービスの柔軟な組合せや価格の柔軟化を積極的に推し進めることが必要である。

これにより、介護事業者や他産業の企業等での保険外サービスの拡大・発展が促され、ひいては介護保険の利用者や介護従事者の待遇改善を含めて、介護産業の活性化につながる重要な礎石となり得る。



## 6 提言の実現に向けて

本報告書の提言内容については、単なる将来の青写真に止めてはならない。社会的・経済的・技術的変化の速度の速さを踏まえれば、今後5～10年程度を基本軸として、すぐに着手できるものは直ちに具体化を進め、さらなる議論が必要なものは順次実現に移すこととすべきである。

また、できる限り早期に、現場で懸命に取り組む医療従事者に未来展望を拓くメッセージとして広く伝えることが必要である。このため、この内容を速やかに、未来を担う医師たちに広く、分かりやすく伝えるとともに、関係審議会等でこの提言に基づいた検討が行われ、実現の見通しが明らかにされるべきである。特に、実現に向けては、厚生労働省内に「ビジョン実行推進本部(仮称)」を設置し、5～10年程度の政策工程表を作成した上で、内閣としての政府方針に位置付け、進捗管理を行うよう求める。

すぐには実現が困難な提言や日本で全国展開するには実例の蓄積が必要な提言については、国家戦略特区の枠組み等を用いつつ、厚生労働省が主体となって着実に取組みが進むようにすべきである。また、他省庁の取組みが必要なものについては、厚生労働大臣主導で所管省庁に積極的に働きかけを行うべきである。

特に、医師の大学教育や大学の管理運営を担う文部科学省は、医師や医療政策人材の養成等に大きな影響力を有することから、厚生労働省と連携し本報告書の実現に向けた取組みを進められることを期待する。さらに、今後の医療行政の中核を担う都道府県においては、政策立案・調整を行う幹部・職員はもちろん、知事自らが、地域医療に関するマネジメント力を向上し、リーダーシップを発揮していくべきである。

また、喫緊の課題として対応が必要な医師偏在については、医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会において、本報告書の内容を踏まえ、その具体化に向けた検討を行い、短期的な方策を精査し必要な制度改正案を速やかに取りまとめるべきである。提言の中で述べたように、地域と医療機関が主体的に最大限の努力を行い、成果を出すラスト・チャンスであると捉えなければならない。その後、働き方調査に基づく精緻な医師需給推計を行った上で、平成32年度以降の医学部定員の在り方の検討に着手すべきである。

また、プライマリ・ケアや専門医療の質の確保、若手医師のキャリア形成、地域医療の確保などに極めて重要な役割を担う専門医制度については、プロフェッショナリズムが尊重された形で、随時その改善が図られるべきである。

本報告書が、今もなお、現場で心身を疲弊させながら国民の生命と健康、生活を守る医療・介護従事者たちが将来展望を描くための拠りどころとなり、また、我が国が世界に冠たる健康医療大国としての先進性と発展性を発揮し続けるための基軸として活用されることを願ってやまない。

## 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 開催要綱

### 1. 開催趣旨

我が国の医療を取り巻く環境は、今後、多死社会の到来、ICTやAIの発展、地域包括ケアの推進、地域医療構想を踏まえた病床機能の分化など大きく変化することから、医師、看護職員等の確保に当たっては、こうした変化を踏まえ、医療従事者の新しい働き方の検討を行い、今後求められる医療従事者像を明らかにしていく必要がある。

こうした観点から、望ましい医療従事者の働き方等の在り方について検討するため、本検討会を開催する。

### 2. 検討課題

- (1) 我が国の医療を取り巻く状況の変化を踏まえた新たな医療の在り方  
例) 多死社会の到来による看取りニーズの増大  
病床機能の分化・連携、療養病床の見直し  
在宅医療・介護、地域包括ケアの推進  
総合診療専門医・かかりつけ医の普及  
医療ICT等インフラ整備やAI等によるイノベーション  
医療従事者間、介護従事者との役割分担、業務負担の軽減  
働き方改革

- (2) 新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方及び確保の在り方

### 3. 構成員及び運営

- (1) 検討会の構成員は別紙のとおりとする。
- (2) 検討会の庶務は、大臣官房厚生科学課、社会・援護局、老健局、保険局及び政策統括官付情報化担当参事官室の協力を得て、医政局において行う。
- (3) その他、検討会の運営に必要な事項は、検討会で定める。

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  
構成員

氏名	所属
井元 清哉	東京大学医科学研究所ヘルスイノベーションセンター教授
尾身 茂	独立行政法人地域医療機能推進機構理事長
熊谷 雅美	恩賜財団済生会横浜市東部病院 看護部長
◎渋谷 健司	東京大学大学院 医学系研究科国際保健政策学教室教授
庄子 育子	日経BP社医療局編集委員・日経ビジネス編集委員
鈴木 英敬	三重県知事
永井 康德	医療法人ゆうの森理事長
中島 由美子	医療法人恒貴会 訪問看護ステーション愛美園所長
斐 英洙	ハイズ株式会社 代表取締役社長
星 北斗	公益財団法人 星総合病院理事長
堀田 聰子	国際医療福祉大学大学院教授
松田 晋哉	産業医科大学医学部 公衆衛生学教室教授
丸山 泉	日本プライマリ・ケア連合学会理事長
宮田 裕章	慶應義塾大学医学部 医療政策・管理学教室教授
武藤 真祐	医療法人社団鉄祐会理事長・祐ホームクリニック院長
山内 英子	聖路加国際病院 乳腺外科部長・ブレストセンター長

（平成28年10月時点  
座長：◎）

## 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 開催実績

### ○ 第1回検討会

日時：平成28年10月3日

議題：新たな医療の在り方について

### ○ 第2回検討会

日時：平成28年10月25日

議題：1. 今後の検討の全体構造（たたき台）について  
2. 今後の検討の全体構造－「患者の価値中心」について

### ○ 第3回検討会

日時：平成28年11月15日

議題：1. 構成員によるプレゼンテーション（今後の検討の全体構造「地域で市民と患者の生活を支える」について）  
2. 医師偏在について

### ○ 第4回検討会

日時：平成28年11月24日

議題：構成員によるプレゼンテーション（今後の検討の全体構造「専門性の追求と人生の選択の両立」、「生産性と質の向上」、「経済活力（イノベ・国際化）への貢献」について）

### ○ 第5回検討会

日時：平成28年12月5日

議題：中間的な議論の整理に向けた検討

### ○ 第6回検討会

日時：平成28年12月19日

議題：中間的な議論の整理に向けた検討

○ 第7回検討会

日時：平成28年12月22日

議題：中間的な議論の整理とりまとめ

○ 第8回検討会

日時：平成29年1月16日

議題：関係団体等からのヒアリング

- ・(公社)日本医師会副会長 今村参考人
- ・青森県健康福祉部長 一戸参考人
- ・大阪赤十字病院新生児・未熟児科副部長 坂本参考人
- ・英国家庭医学会専門医 澤参考人
- ・東京ベイ・浦安市川医療センター心臓血管外科部長 田端参考人

○ 第9回検討会

日時：平成29年1月26日

議題：関係団体等からのヒアリング

- ・(公社)日本看護協会会長 坂本参考人
- ・四病院団体協議会 神野参考人
- ・唐津市民病院きたはた院長 大野参考人
- ・亀田総合病院総合内科部長 八重樫参考人
- ・東京慈恵会医科大学脳神経外科・先端医療情報技術研究講座  
准教授 高尾参考人
- ・東京大学医科学研究所遺伝子・細胞治療センター助教 横山参考人

○ 第10回検討会

日時：平成29年2月6日

議題：1. 構成員によるプレゼンテーション  
2. 自由討議

○ 第11回検討会

日時：平成29年2月20日

議題：1. 参考人からのヒアリング

・国立保健医療科学院研究情報支援研究センター特命上席主任研究官  
奥村参考人

2. 構成員によるプレゼンテーション

3. 自由討議

○ 第12回検討会

日時：平成29年2月28日

議題：1. 参考人からのヒアリング

・広島大学大学院医歯薬保健学研究院成人看護開発学教授 森山参考人

2. 構成員によるプレゼンテーション

3. 自由討議

○ 第13回検討会

日時：平成29年3月6日

議題：報告書とりまとめに向けた検討

○ 第14回検討会

日時：平成29年3月17日

議題：報告書とりまとめに向けた検討

○ 第15回検討会

日時：平成29年4月6日

議題：報告書とりまとめ

(病 院 局)

## I. 助産師・看護師の勤務年数について

算出方法：過去3年間の各年3月31日時点での在職総月数を算出後、在職者数（再任用職員除く）で除したものの

### ◎3月31日時点

#### ●平成27年3月

助産師・看護師 職員数（再任用職員除く）

(川崎病院)	583名	平均勤続年数	10年5月	平均年齢	35.9歳
(井田病院)	289名	平均勤続年数	11年3月	平均年齢	38.3歳
計	872名	平均勤続年数	10年8月	平均年齢	36.7歳

#### ●平成28年3月

助産師・看護師 職員数（再任用職員除く）

(川崎病院)	594名	平均勤続年数	10年8月	平均年齢	35.9歳
(井田病院)	316名	平均勤続年数	10年9月	平均年齢	37.4歳

※平成27年4月 新棟全面開院に合わせて増員した影響有。

計	910名	平均勤続年数	10年8月	平均年齢	36.4歳
---	------	--------	-------	------	-------

#### ●平成29年3月

助産師・看護師 職員数（再任用職員除く）

(川崎病院)	596名	平均勤続年数	11年0月	平均年齢	36.3歳
(井田病院)	321名	平均勤続年数	10年10月	平均年齢	36.9歳
計	917名	平均勤続年数	10年11月	平均年齢	36.5歳



## II. 看護師の交代制について

(勤務時間)

	日勤	準夜	深夜	夜勤
2交代	8:30～17:00			16:30～翌9:30
3交代	8:30～17:00	16:30～翌1:00	0:30～9:00	
休憩時間	0:45	0:45	0:45	1:30

■ H27年11月の実績 (合計数：師長を含む管理職 看護部外配置 産休育休病気休暇除く)

川崎病院

	人数(人)	割合
2交代	307	58.4%
3交代	164	31.2%
日勤のみ	55	10.4%
その他	0	0%
合計	526	100%

井田病院

	人数(人)	割合
2交代	97	34.9%
3交代	118	42.4%
日勤のみ	35	12.6%
その他	28	10.1%
合計	278	100%

■ H28年11月の実績 (合計数：師長を含む管理職 看護部外配置 産休育休病気休暇除く)

川崎病院

	人数(人)	割合
2交代	307	55.6%
3交代	166	30.1%
日勤のみ	74	13.4%
その他	5	0.9%
合計	552	100%

井田病院

	人数(人)	割合
2交代	90	32.0%
3交代	117	41.6%
日勤のみ	49	17.5%
その他	25	8.9%
合計	281	100%

■ H29年11月の実績 (合計数：師長を含む管理職 看護部外配置 産休育休病気休暇除く)

川崎病院

	人数(人)	割合
2交代	275	52.5%
3交代	167	31.9%
日勤のみ	77	14.7%
その他	5	0.9%
合計	524	100%

井田病院

	人数(人)	割合
2交代	97	33.2%
3交代	91	31.2%
日勤のみ	80	27.4%
その他	24	8.2%
合計	292	100%

2病院計	H27 人数(人)	割合	H28 人数(人)	割合	H29 人数(人)	割合
2交代	404	50.2%	397	47.6%	379	46.4%
3交代	282	35.1%	283	34.0%	260	31.9%
日勤のみ	90	11.2%	123	14.8%	157	19.2%
その他	28	3.5%	30	3.6%	29	3.5%
合計	804	100%	833	100%	816	100%

### Ⅲ. 勤務間のインターバル確保の状況

勤務終了から次の勤務開始までの最も短い時間間隔をみると、3交代制では、7時間30分で、2交代制勤務では15時間30分となっております。平成27年からの交代制勤務の推移は横ばいの状況です。

#### 1. 勤務間のインターバル確保の状況

##### 1) 3交代勤務で勤務終了から次の勤務開始までのインターバル確保状況

	勤務時間	次の勤務時間	インターバル確保状況
①	8:30～17:00	(翌日) 0:30～9:00	7時間30分
②	8:30～17:00	(翌日) 8:30～17:00	15時間30分
③	8:30～17:00	(翌日) 16:30～1:00	23時間30分
④	0:30～9:00	(翌日) 16:30～1:00	31時間30分

##### 2) 2交代勤務で勤務終了から次の勤務開始までのインターバル確保状況

	勤務時間	次の勤務時間	インターバル確保状況
①	8:30～17:00	(翌日) 8:30～17:00	15時間30分
②	8:30～17:00	(翌日) 16:30～9:30	23時間30分
③	16:30～9:30	(翌日) 16:30～9:30	31時間

\*11月調査

#### 2. 勤務時間

	日勤	準夜	深夜	夜勤
2交代	8:30～17:00			16:30～翌9:30
3交代	8:30～17:00	16:30～翌1:00	0:30～9:00	
休憩時間	0:45	0:45	0:45	1:30

川崎病院・井田病院ともに、看護師は2交代・3交代の夜勤を選択できるような勤務体制になっています。混合とは、1ヶ月の勤務で2交代と3交代が混在する勤務のことです。

交代制勤務パターン(4週8休 155時間)

	1週目							2週目							3週目							4週目							1週目						
	1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日	8日	9日	10日	11日	12日	13日	14日	15日	16日	17日	18日	19日	20日	21日	22日	23日	24日	25日	26日	27日	28日	29日	30日	31日				
3交代制勤務	日勤	日勤	日勤	深夜	準夜	週休	週休	日勤	日勤	深夜	週休	日勤	日勤	準夜	準夜	週休	週休	日勤	日勤	日勤	深夜	準夜	週休	週休	週休	日勤	日勤	日勤	深夜	週休	日勤				
	8:30~ 17:00	8:30~ 17:00	8:30~ 17:00	00:30 ~9:00	16:30 ~1:00			8:30~ 17:00	8:30~ 17:00	00:30 ~9:00		8:30~ 17:00	8:30~ 17:00	16:30 ~1:00	16:30 ~1:00			8:30~ 17:00	8:30~ 17:00	8:30~ 17:00	00:30 ~9:00	16:30 ~1:00				8:30~ 17:00	8:30~ 17:00	8:30~ 17:00	00:30 ~9:00		8:30~ 17:00				
2交代制勤務	日勤	日勤	夜勤	週休	週休	週休	日勤	日勤	夜勤	週休	日勤	日勤	日勤	週休	日勤	夜勤	週休	週休	日勤	日勤	週休	日勤	日勤	夜勤	週休	週休	日勤	日勤	週休	日勤	日勤	夜勤	週休	週休	日勤
	8:30~ 17:00	8:30~ 17:00	16:30~9:30				8:30~ 17:00	8:30~ 17:00	16:30~9:30		8:30~ 17:00	8:30~ 17:00	8:30~ 17:00		8:30~ 17:00	16:30~9:30			8:30~ 17:00	8:30~ 17:00		8:30~ 17:00	8:30~ 17:00				8:30~ 17:00	8:30~ 17:00		8:30~ 17:00	8:30~ 17:00	16:30~9:30			8:30~ 17:00

	インターバル	回数
3交代勤務	7時間30分	4回
	15時間30分	9回
	23時間30分	1回
	31時間30分	2回
2交代勤務	15時間30分	6回
	23時間30分	4回
	31時間	0回