

全国厚生労働関係部局長会議資料

平成31年1月18日(金)

医政局

目次

1	医師偏在対策について	1
2	地域医療構想の進め方について	14
3	医師の働き方改革の検討状況について.....	20
4	個別の政策課題.....	31
	(1)臨床研修病院の指定等権限の都道府県への移譲について	32
	(2)オンライン診療における不適切な診療行為の取扱いについて	40
	(3)臨床研究法に基づく実施計画の提出について	44
	(4)再生医療法施行規則の改正について	49
	(5)データヘルス改革推進計画に基づく 全国的な保健医療情報ネットワークの状況について	52
	(6)「外国人患者の受入拠点となる医療機関」の選出について	59
	(7)次世代医療基盤法における医療情報の提供について	66
5	参考資料.....	72
6	照会先一覧.....	110

1 医師偏在対策について

**医師確保計画及び外来医療の医療計画の策定、
外来医療に関する協議の場の設置**

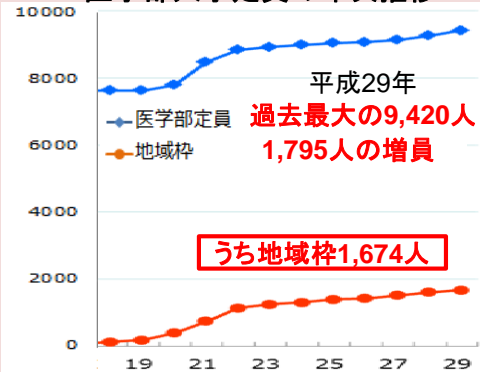
- 平成30年度(2018年度)中に医師偏在指標、それに基づく医師少数区域、医師多数区域を含む医師確保計画、外来医療の医療計画及び外来医療に関する協議の場等の方針をお示しする。
- 都道府県においては、平成31年度(2019年度)中に医師確保計画及び外来医療の医療計画の策定、外来医療に関する協議の場の設置をお願いする。

医師偏在対策の必要性

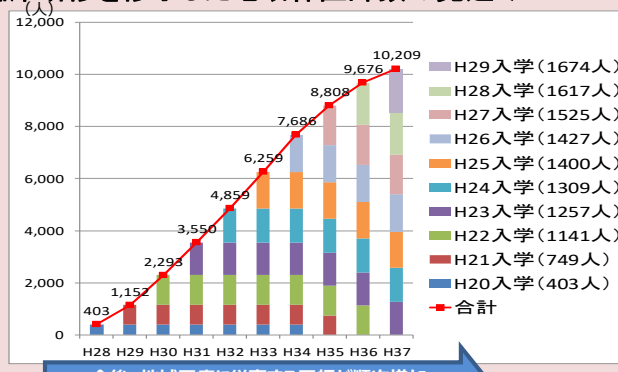
対策の必要性

- 平成20年以降の医学部の臨時定員増等による地域枠での入学者が、平成28年以降地域医療に従事し始めており、こうした**医師の配置調整が喫緊の課題**。

(ハ) 医学部入学定員の年次推移



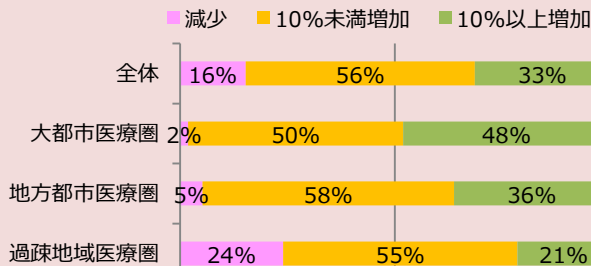
臨床研修を修了した地域枠医師数の見込み



今後、地域医療に従事する医師が順次増加

- 地域偏在・診療科偏在については、平成20年以降の医学部定員の増加以降、むしろ**格差が広がっており、その解消が急務**。

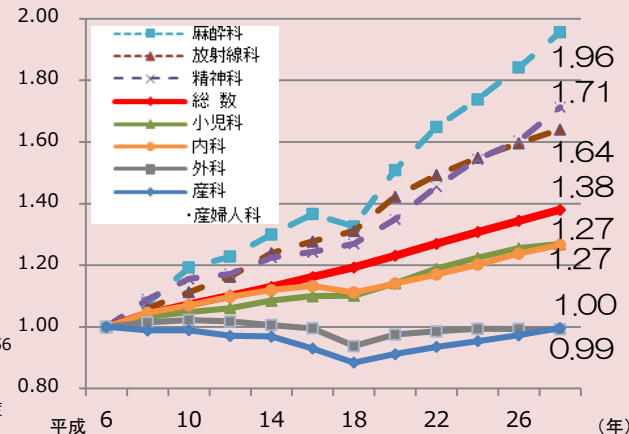
二次医療圏ごとにみた人口10万対医療施設従事医師数の増減(平成20年→平成26年)



(※) 我が国全体では、平成20年から平成26年にかけて約10%増加(212.32人→233.56人)。二次医療圏については、平成26年(2014年)時点のもの(全344圏域)

- ・大都市医療圏(52圏域)：人口100万人以上又は人口密度2,000人/㎢以上
- ・地方都市医療圏(171圏域)：人口20万人以上又は人口10~20万人かつ人口密度200人/㎢以上
- ・過疎地域医療圏(121圏域)：大都市医療圏にも地方都市医療圏にも属さない医療圏

診療科別医師数の推移(平成6年:1.0)



対策の方向性

① 医師の少ない地域での勤務を促す環境整備

- 医師個人を後押しする仕組み
- 医療機関に対するインセンティブ
- 医師と医療機関の適切なマッチング

② 都道府県における体制整備

- 医師確保に関する施策立案機能の強化
- 医師養成過程への関与の法定化
- 関係機関と一体となった体制の整備

③ 外来医療機能の偏在・不足等への対応

- 外来医療機能に関する情報の可視化
- 新規開業者等への情報提供
- 外来医療に関する協議の場の設置

医学部入学定員の枠組みについて

年度	H19 (2007)	H20 (2008)	H21 (2009)	H22 (2010)	H23 (2011)	H24 (2012)	H25 (2013)	H26 (2014)	H27 (2015)	H28 (2016)	H29 (2017)	H30 (2018)	H31 (2019)	H32 (2020)	H33 (2021)
総入学定員数	7,625	7,793	8,486	8,846	8,923	8,991	9,041	9,069	9,134	9,262	9,420	9,419			
平成31年度増員															
平成30年度増員【新成長戦略】 316名(うち延長分304名)															
平成29年度増員【新成長戦略】 18名															
平成28年度増員【新成長戦略】 28名															
平成27年度増員【新成長戦略】 65名															
平成26年度増員【新成長戦略】 28名															
平成25年度増員【新成長戦略】 50名															
平成24年度増員【新成長戦略】 68名															
平成23年度増員【新成長戦略】 77名															
平成22年度増員【経済財政改革の基本方針2009】 360名															
平成21年度増員【緊急医師確保対策】 国公立大学 189名															
平成20年度増員【緊急医師確保対策】 公立大学 23名															
平成20年度増員【新医師確保総合対策】 105名															
平成21年度増員【緊急医師確保対策】 504名															
平成20年度増員【緊急医師確保対策】 40名															
平成19年度定員 7,625名															
平成28年新設 100名 東北医科薬科大学															
平成29年新設 140名 国際医療福祉大学															

赤 臨時定員
(新成長戦略等)

黄 臨時定員
(緊急医師確保対策等)

青 恒久定員

①地域枠、②研究医枠、③歯学部振替枠の3つの枠組みによる、平成31年度までの**臨時定員増**
※平成29年度時点で①610人、②40人、③44人

医師確保が必要な地域や診療科に医師を確保・配置するための、平成29年度までの**臨時定員増**
※都府県ごとに最大5人まで、北海道は15人まで

医師不足県（青森、岩手、秋田、山形、福島、新潟、山梨、長野、岐阜、三重）及び自治医科大学における、平成29年度までの**臨時定員増** ※最大10人まで

①大学が医師不足が深刻な地域や診療科の医師を確保するための実効ある取組（地域医療貢献策）を講ずることを前提とした**恒久定員増**
②歯科医師養成過程を有する私立大学が、歯科医師養成過程の入学定員を平成10年度比で10%を超えて削減する場合、教育上支障のない範囲での当該削減数分の**恒久定員増**

医師養成総数が少ない県（神奈川県、和歌山）における**恒久定員増** ※各県20人まで

※【】内の閣議決定等に基づき、医学部入学定員の増員を行ってきた。

地域枠学生の選抜方法の在り方について

第22回医師需給分科会（平成30年10月24日）でのご議論を踏まえ、同月25日に、厚生労働省から各都道府県に対し、平成32年度以降の地域枠については、大学入試の際に一般枠とは別枠の選抜方法を採用することを、臨時定員増の要件とすることを医政局長名で通知するとともに、文部科学省に対して大学に対する必要な指導を依頼。

○地域の医師確保の観点からの平成32年度以降の大学医学部の入学者の選抜方法について（通知）（平成30年10月25日医政発1025第8号厚生労働省医政局長通知）

「新成長戦略」（平成22年6月18日閣議決定）等を踏まえ、地域の医師確保等に早急に対応するため、大学医学部の入学定員の増加が認められてきた。

しかしながら、このうち地域の医師確保のための増員（以下単に「増員」という。）について、複数の大学において、増員分の入学者の選抜方法として、入学前に増員の趣旨を説明することなくその他の定員と区別せずに選抜を行い、入学後に事後的に増員分に該当することとなる学生の希望を募る等、増員の趣旨に沿った学生を確実に確保することが困難な方法が採られており、この結果、増員分の入学者を確保できず、その他の定員として用いているという不適切な運用の実態が、厚生労働省の調査により判明したところである。

さらに、同調査において、こうした方法により選抜された学生は、募集要項に増員の趣旨を明記した上で、その他の定員と区別して選抜する選抜方法（以下「別枠方式」という。）と比較して、卒業後に地域に定着する割合が低いことも明らかとなった。

大学、大学院、短期大学及び高等専門学校を設置等に係る認可の基準（平成15年文部科学省告示第45号）第3条第1項第1号において、増員については都道府県が作成する医療に関する計画にあらかじめ記載することとされ、都道府県における計画的な医師偏在対策に活用されるものと位置付けられていることを踏まえれば、地域間の医師偏在が今なお解消に至っていない中、**平成32年度以降の増員分の選抜に当たっては、別枠方式により増員の趣旨に沿った学生を確実に確保することが適当であると考えられる。**

このため、平成32年度以降の増員に関し、下記のとおり取り扱うこととしたので、貴職におかれては、内容について十分御了知の上、医療計画の見直し等、必要な対応に遺漏なきようお願いする。

記

- 1 大学、大学院、短期大学及び高等専門学校を設置等に係る認可の基準第3条第1項第1号に規定する大学の医学部に係る入学定員等の増加については、医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4の医療計画にその人数を記載すること。
- 2 大学、大学院、短期大学及び高等専門学校を設置等に係る認可の基準第3条第1項第1号に規定する修学資金の財源として地域医療介護総合確保基金を活用することは、1に加え、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第64号）第4条第1項の都道府県計画に対応する人数を記載する場合にのみ認められるものであること。
- 3 1及び2の人数については、**当該人数分の学生を別枠方式により選抜すること及び、募集要項に別枠方式により選抜された学生については卒業後にキャリア形成プログラムの対象となることを明記することについて、あらかじめ都道府県が各大学と書面により合意したものに限り、記載することができる** 5
ものとする。

医療法及び医師法の一部を改正する法律の概要

改正の趣旨

地域間の医師偏在の解消等を通じ、地域における医療提供体制を確保するため、都道府県の医療計画における医師の確保に関する事項の策定、臨床研修病院の指定権限及び研修医定員の決定権限の都道府県への移譲等の措置を講ずる。

改正の概要

1. 医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設【医療法】

医師少数区域等における一定期間の勤務経験を通じた地域医療への知見を有する医師を厚生労働大臣が評価・認定する制度の創設や、当該認定を受けた医師を一定の病院の管理者として評価する仕組みの創設

2. 都道府県における医師確保対策の実施体制の強化【医療法】

都道府県においてPDCAサイクルに基づく実効的な医師確保対策を進めるための「医師確保計画」の策定、都道府県と大学、医師会等が必ず連携すること等を目的とした「地域医療対策協議会」の機能強化、効果的な医師の配置調整等のための地域医療支援事務の見直し 等

3. 医師養成過程を通じた医師確保対策の充実【医師法、医療法】

医師確保計画との整合性の確保の観点から医師養成過程を次のとおり見直し、各過程における医師確保対策を充実

- ・ 医学部：都道府県知事から大学に対する地域枠・地元出身入学者枠の設定・拡充の要請権限の創設
- ・ 臨床研修：臨床研修病院の指定、研修医の募集定員の設定権限の国から都道府県への移譲
- ・ 専門研修：国から日本専門医機構等に対し、必要な研修機会を確保するよう要請する権限の創設
都道府県の意見を聴いた上で、国から日本専門医機構等に対し、地域医療の観点から必要な措置の実施を意見する仕組みの創設 等

4. 地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応【医療法】

外来医療機能の偏在・不足等の情報を可視化するため、二次医療圏を基本とする区域ごとに外来医療関係者による協議の場を設け、夜間救急体制の連携構築など地域における外来医療機関間の機能分化・連携の方針と併せて協議・公表する仕組みの創設

5. その他【医療法等】

- ・ 地域医療構想の達成を図るための、医療機関の開設や増床に係る都道府県知事の権限の追加
- ・ 健康保険法等について所要の規定の整備 等

施行期日

2019年4月1日。(ただし、2のうち地域医療対策協議会及び地域医療支援事務に係る事項、3のうち専門研修に係る事項並びに5の事項は公布日、1の事項及び3のうち臨床研修に係る事項は2020年4月1日から施行。)

医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会

1. 目的

平成20年度以降、新成長戦略（抄）（平成22年6月18日閣議決定）等に基づき医学部臨時定員増員がなされてきたが、平成29年度以降その期限が終了するため、臨時定員の取扱いについて検討を行う必要がある。

このため、「医療従事者の需給に関する検討会」の設置と合わせて、同検討会に「医師需給分科会」を設置し、医師の需給推計に基づく今後の医学部定員の在り方について検討するとともに、医師の地域偏在・診療科偏在の是正策についても併せて検討する。

2. 検討事項

- ・ 医師偏在指標等について
- ・ 診療科別必要医師数について
- ・ 医師少数区域・多数区域について
- ・ 医師確保計画について
- ・ 地域枠、地元出身者枠について
- ・ 認定医制度について
- ・ 外来医療提供体制について

3. 構成員（○は座長）

- | | | | |
|--------|----------------------------|--------|-------------------------------|
| 新井 一 | （全国医学部長病院長会議会長） | 羽鳥 裕 | （日本医師会常任理事） |
| 今村 聡 | （日本医師会副会長） | 平川 淳一 | （日本精神科病院協会常務理事） |
| 戎 初代 | （東京ベイ・浦安市川医療センター集中ケア認定看護師） | 福井 次矢 | （聖路加国際大学学長） |
| 小川 彰 | （岩手医科大学理事長） | 堀之内 秀仁 | （国立がん研究センター中央病院 呼吸器内科病棟医長） |
| ○ 片峰 茂 | （長崎大学前学長） | 本田 麻由美 | （読売新聞東京本社編集局生活部次長） |
| 神野 正博 | （全日本病院協会副会長） | 松田 晋哉 | （産業医科大学医学部教授） |
| 北村 聖 | （国際医療福祉大学医学部長） | 三根 浩一郎 | （全国老人保健施設協会副会長） |
| 権文 善一 | （慶應義塾大学商学部教授） | 森田 朗 | （津田塾大学総合政策学部教授） |
| 鶴田 憲一 | （全国衛生部長会会長） | 山内英子 | （聖路加国際病院副院長） |
| 永井 康徳 | （医療法人ゆうの森理事長） | 山口 育子 | （認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML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） | | （※オブザーバー：文部科学省高等教育局医学教育課長） |
| 斐 英洙 | （ハイス株式会社代表取締役社長） | | |

4. スケジュール

- ・ 平成27年12月10日 第1回開催
- ・ 平成30年9月28日 第22回開催 医師偏在指標について、診療科別必要医師数について、医師少数・多数区域について
- ・ 平成30年10月24日 第23回開催 医師確保計画について、地域枠、地元出身者枠について
- ・ 平成30年11月28日 第24回開催 医師確保計画について、地域枠、地元出身者枠について
- ・ 平成30年12月12日 第25回開催 医師少数区域で勤務した医師を認定する制度について
- ・ 平成30年12月26日 第26回開催 地域における外来医療に係る医療提供体制の確保について、高額医療機器の効率的な活用等について
産科及び小児科における暫定的な医師偏在指標の検討について（案）
- ・ 平成31年3月頃 医師偏在対策についての取りまとめ予定

医師確保計画を通じた医師偏在対策について

背景

- ・ 人口10万人対医師数は、医師の偏在の状況を十分に反映した指標となっていない。
- ・ 都道府県が主体的・実効的に医師確保対策を行うことができる体制が十分に整っていない。

医師の偏在の状況把握

医師偏在指標の算出

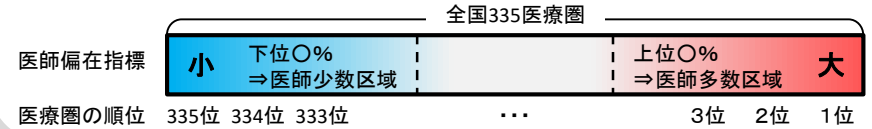
三次医療圏・二次医療圏ごとに、**医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成等を踏まえた**医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

医師偏在指標で考慮すべき「5要素」

- ・ 医療需要（ニーズ）及び将来の人口・人口構成の変化
- ・ 患者の流出入等
- ・ へき地等の地理的条件
- ・ 医師の性別・年齢分布
- ・ 医師偏在の種別（区域、診療科、入院／外来）

医師多数区域・医師少数区域の設定

全国の335二次医療圏の医師偏在指標の値を一律に比較し、上位の一定の割合を医師多数区域、下位の一定の割合を医師少数区域とする基準を国が提示し、それに基づき都道府県が設定する。



国は、都道府県に医師確保計画として以下の内容を策定するよう、ガイドラインを通知。

『医師確保計画』（＝医療計画に記載する「医師の確保に関する事項」）の策定

医師の確保の方針

（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

医師偏在指標の大小、将来の需給推計などを踏まえ、地域ごとの医師確保の方針を策定。

- （例）
- ・ 短期的に医師が不足する地域では、医師が多い地域から医師を派遣し、医師を短期的に増やす方針とする
 - ・ 中長期的に医師が不足する地域では、地域枠・地元出身者枠の増員によって医師を増やす方針とする等

確保すべき医師の数の目標（目標医師数）

（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

医師確保計画策定時に、3年間の計画期間の終了時点で確保すべき目標医師数を、医師偏在指標を踏まえて算出する。

目標医師数を達成するための施策

医師の確保の方針を踏まえ、目標医師数を達成するための具体的な施策を策定する。

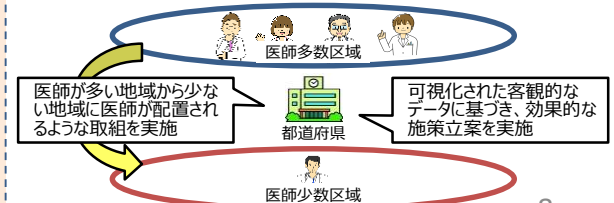
- （例）
- ・ 大学医学部の地域枠を15人増員する
 - ・ 地域医療対策協議会で、医師多数区域のA医療圏から医師少数区域のB医療圏へ10人の医師を派遣する調整を行う

3年*ごとに、都道府県において計画を見直し（PDCAサイクルの実施）

西暦	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
医療計画	第7次						第8次					
医師確保計画	指標設計(国)	計画策定(県)	第7次				第8次(前期)		第8次(後期)			

* 2020年度からの最初の医師確保計画のみ4年（医療計画全体の見直し時期と合わせるため）

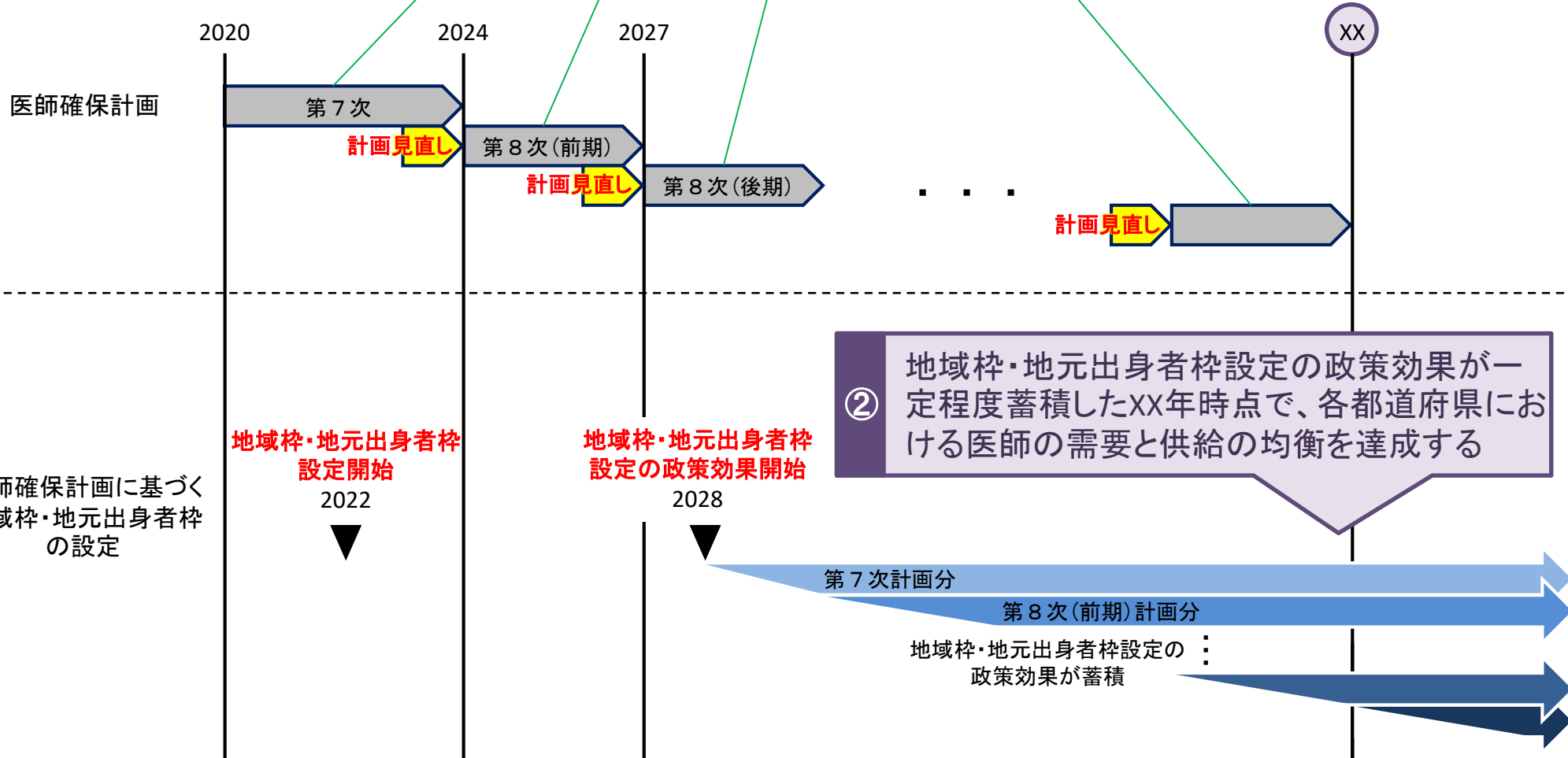
都道府県による医師の配置調整のイメージ



医師確保計画を通じた医師偏在の解消

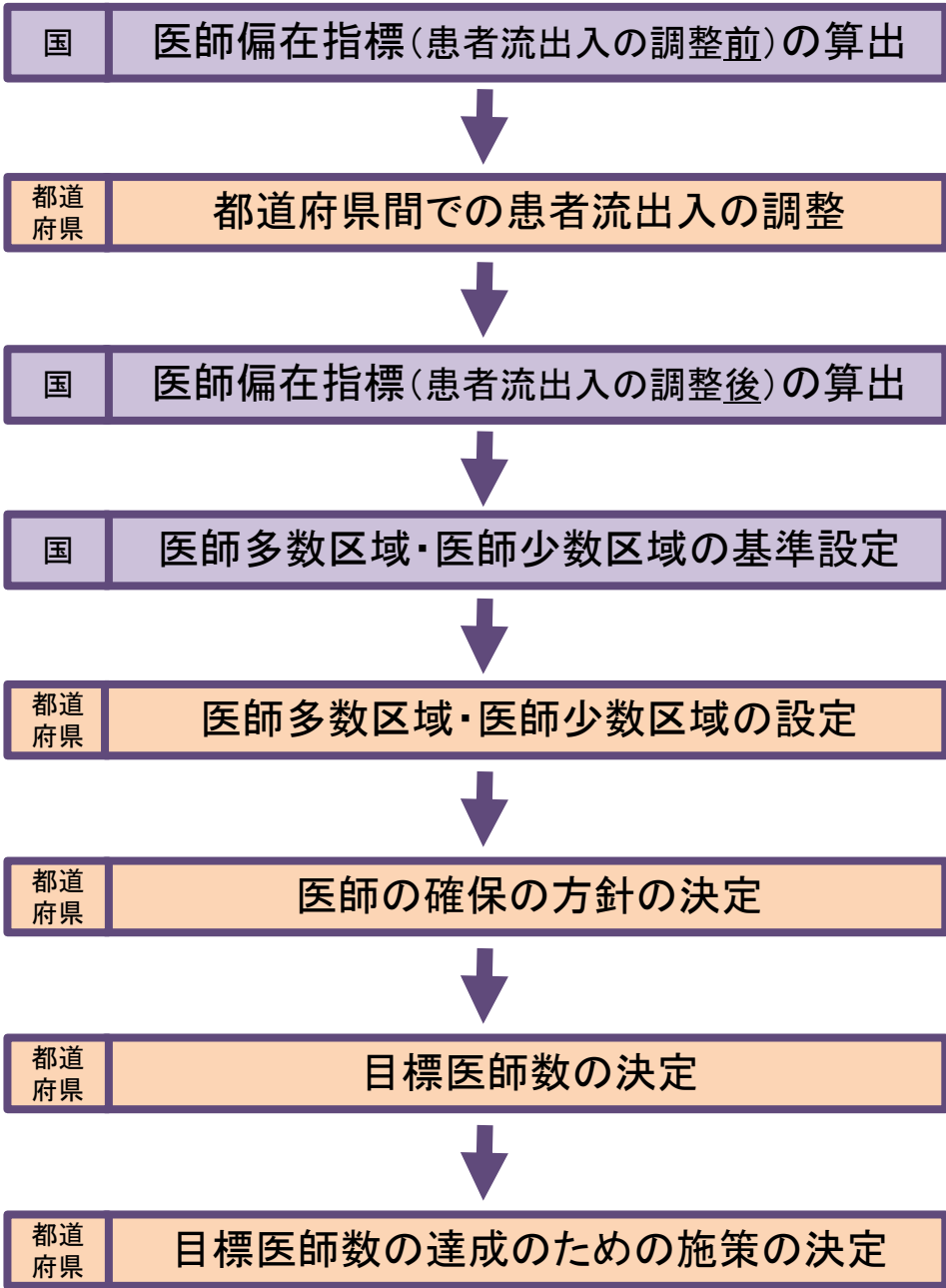
①

三次医療圏間、二次医療圏間の医師偏在の喫緊の課題について、
医師確保計画の各計画期間ごとに効果検証・課題把握と対応策の立案を行い、
早期に効果を発揮する医師偏在対策(短期的な対策)により偏在を是正



※医師需給の均衡を達成した後の医師需要も踏まえた地域枠・地元出身者枠の設定を行う

医師確保計画の策定プロセス



(前回までの議論)

医師偏在指標

人口10万人対医師数における課題	医師偏在指標における対応
1 - 2. 患者の流出入等を反映できていない	患者の流出入に関しては、患者住所地を基準に流出入実態を踏まえ、都道府県間調整を行うこととしてはどうか。

目標医師数

医師少数区域 ← 医師多数区域

医師偏在指標: 小 (左) → 大 (右)

全国335二次医療圏

(下位〇%) → 医師少数区域の基準値

← (上位〇%)

計画終了時点の医師偏在指標の値が、計画開始時点の医師少数区域の基準値に達することとなる医師数を目標医師数に設定

都道府県が独自に目標医師数を設定 (国が、参考値として医師偏在指標が全国平均値と等しい値になる医師数を提示)

医師確保計画

医師確保計画の策定スケジュール(イメージ)

平成32年度からの最初の医師確保計画の策定スケジュールのイメージは、次のとおり。

平成31年度内	<ul style="list-style-type: none">・需給分科会の議論の取りまとめを実施・国が医師確保計画の策定ガイドラインを作成、公表・国が医師偏在指標(患者流出入の調整前)を算出
平成31年4月～6月頃	<ul style="list-style-type: none">・都道府県間での患者流出入の調整を実施
平成31年7月頃	<ul style="list-style-type: none">・都道府県間の調整結果を踏まえ、国が医師偏在指標(患者流出入の調整後)を算出
<ul style="list-style-type: none">・・・	<ul style="list-style-type: none">・国が都道府県向けの医師確保計画策定研修会等を随時実施
平成31年度内	<ul style="list-style-type: none">・都道府県が地域医療対策協議会での協議、都道府県医療審議会への意見聴取を経て、医師確保計画を策定・公表
平成32年度～	<ul style="list-style-type: none">・都道府県において、医師確保計画に基づく医師偏在対策開始

地域における外来医療機能の偏在・不足等への対応

基本的な考え方

- 外来医療については、無床診療所の開設状況が都市部に偏っており、また、医療機関間の連携の取組が、個々の医療機関の自主的な取組に委ねられている等の状況を踏まえると、（１）外来機能に関する情報を可視化し、（２）その情報を新規開業者等へ情報提供するとともに、（３）地域の医療関係者等において外来医療機関間での機能分化・連携の方針等について協議を行うことが必要である。

対策のコンセプト

（１）外来医療機能に関する情報の可視化

- 医師偏在の度合いが指標により示されることにより、地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握が可能になる。

（２）新規開業者等への情報提供

- 可視化された情報を、新たに開業しようとしている医療関係者等が自主的な経営判断を行うに当たっての有益な情報として提供する。

（３）外来医療に関する協議の場の設置

○可視化する情報の内容の協議

・可視化する情報の内容について、より詳細な付加情報（地域ごとの疾病構造・患者の受療行動等）を加えたり、機微に触れる情報（患者のプライバシー・経営情報等）を除いたりといった対応のために、地域の医療関係者等が事前に協議を行い、より有益な情報とする。

○地域での機能分化・連携方針等の協議

・充実が必要な外来機能や充足している外来機能に関する外来医療機関間の機能分化・連携の方針等（救急医療提供体制の構築、グループ診療の推進、医療設備・機器等の共同利用等）について地域の医療関係者等と協議を行い、地域ごとに方針決定できるようにする。

上記の協議については、地域医療構想調整会議を活用することができる。

医療法及び医師法の一部を改正する法律の施行スケジュール

公布

	施行日	30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度	36年度	37年度
主要事項のスケジュール									
医療提供体制 ・地域医療構想 ・第7次医療計画				● 骨太の方針2017に基づく 見直し時期(※)					
		第7次医療計画						第8次医療計画	
三師調査結果公表			● H31.12公表 (H30年調査)		● H33.12公表 (H32年調査)		● H35.12公表 (H34年調査)		● H37.12公表 (H36年調査)
主な改正内容									
新たな医師の認定制度の創設	H32.4.1施行					認定制度の開始			
医師確保計画の策定	H31.4.1施行	指標策定	医師確保計画策定作業			医師確保計画に基づく医師偏在対策の実施			
地域医療対策協議会の役割の明確化等	公布日施行					医師確保について協議する場			
地域医療支援事務の追加	公布日施行					事務の追加			
外来医療機能の可視化／協議会における方針策定	H31.4.1施行		計画策定作業			計画に基づく取組の実施			H36.4.1(改正法の施行日から5年後)を目途に検討を加える
都道府県知事から大学に対する地域枠／地元枠増加の要請	H31.4.1施行					地域枠／地元枠の要請の開始			
都道府県への臨床研修病院指定権限付与	H32.4.1施行					新制度に基づく臨床研修病院・募集定員の指定			
国から専門医機構等に対する医師の研修機会確保に係る要請／国・都道府県に対する専門研修に係る事前協議	公布日施行					要請／事前協議の開始			
新規開設等の許可申請に対する知事権限の追加	公布日施行					新たな知事権限の運用開始			

※経済・財政再生計画改革工程表 2017改定版(抄) 都道府県の体制・権限の在り方について、地域医療構想調整会議の議論の進捗、2014年の法律改正で新たに設けた権限の行使状況等を勘案した上で、関係審議会等において検討し、結論。検討の結果に基づいて2020年央までに必要な措置を講ずる。

2 地域医療構想の進め方について

地域医療構想の実現に向けた 医療機関ごとの具体的対応方針に関する協議について

- 平成30年度(2018年度)中に、全ての公立・公的医療機関等の具体的対応方針について、地域医療構想調整会議における合意形成に至るよう、本年度内の協議の徹底をお願いします。
- 具体的対応方針の協議に当たっては、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・公的病院等でなければ担えない分野へ重点化されているかどうか確認することが重要である。
本年度から養成を開始した地域医療構想アドバイザーとも連携の上、この点に留意し協議を進めるようお願いします。
- 厚生労働省においては、地域医療構想に関するワーキンググループの議論を踏まえつつ、平成31年度(2019年度)以降、合意に至った具体的対応方針について、その内容を詳細に検証し、検証結果を踏まえた必要な施策を講じることとしている。

「地域医療構想の進め方について」※のポイント

※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

地域医療構想調整会議の協議事項

【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。

- ①2025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
- ②2025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。

⇒具体的対応方針を決定した後に、見直す必要が生じた場合には、改めて地域医療構想調整会議で協議すること。

- **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。

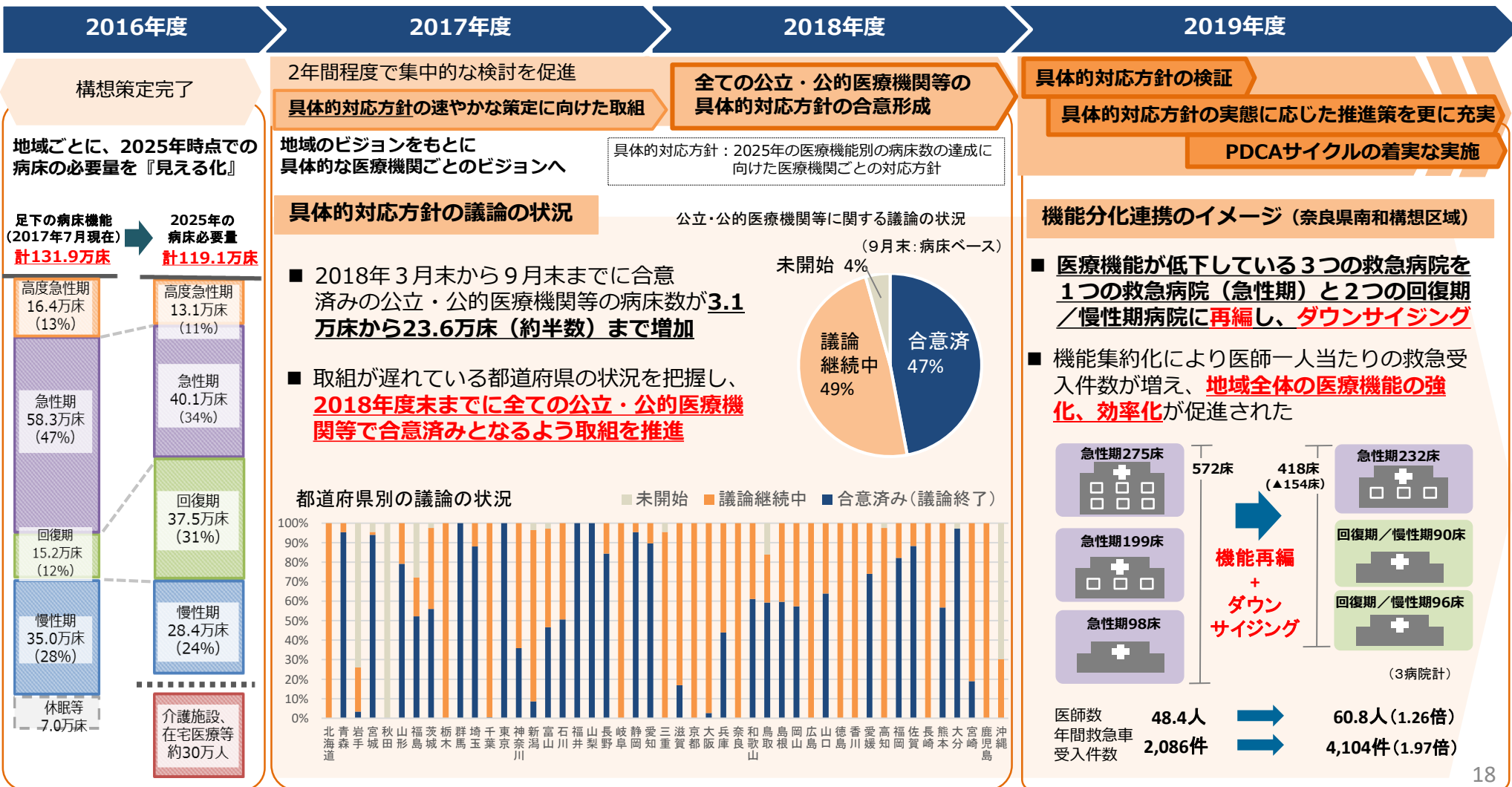
- **上記以外の医療機関は、遅くとも平成30年度末までに協議**すること。

- ◆ 地域医療構想の実現に向けた個別の病院名や転換する病床数等の**具体的対応方針について、昨年度に続いて集中的な検討を促し、2018年度中の策定を促進**する。
- ◆ **公立・公的医療機関については、地域の医療需要等を踏まえつつ、地域の民間医療機関では担うことができない高度急性期・急性期医療や不採算部門、過疎地等の医療提供等に重点化するよう医療機能を見直し、これを達成するための再編・統合の議論を進める。**
- ◆ このような自主的な取組による病床の機能分化・連携が進まない場合には、都道府県知事がその役割を適切に発揮できるよう、権限の在り方について、速やかに関係審議会等において検討を進める。
- ◆ 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、地域医療介護総合確保基金や急性期病床や療養病床に係る入院基本料の見直しによる病床再編の効果などこれまでの推進方策の効果・コストの検証を行い、必要な対応を検討するとともに、病床のダウンサイジング支援の追加的方策を検討する。

「地域医療構想」の実現に向けた一層の取組

平成30年11月20日 経済財政諮問会議
根本臨時議員提出資料を改編

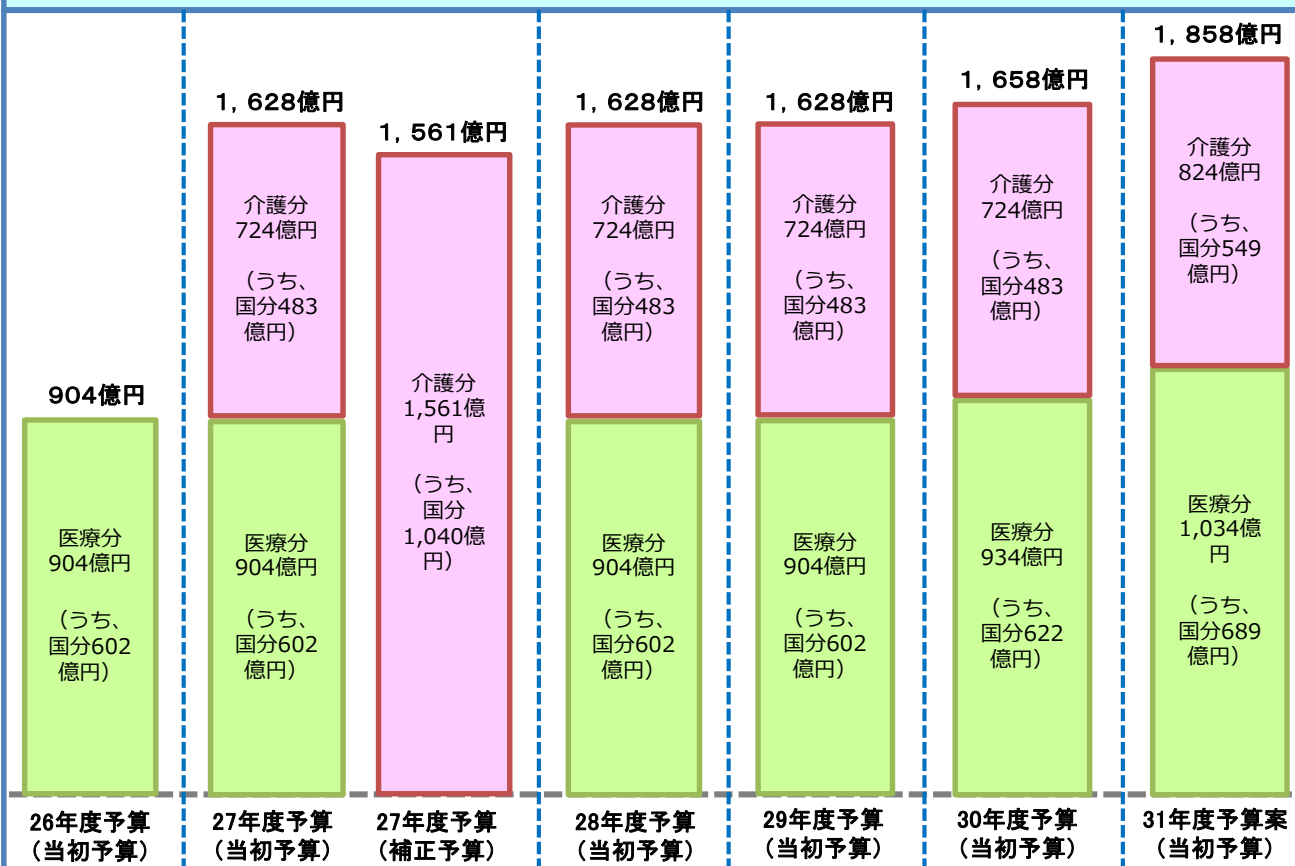
- **2018年度末までの全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針の合意形成**に向け、議論活性化、インセンティブ設定等を実施。
- **2019年度前半に、作成された具体的対応方針を詳細に検証**し、着実な実施や地域医療構想実現のために必要な施策を講じる。



地域医療介護総合確保基金の平成31年度予算案について

- 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度(地域医療介護総合確保基金)を創設し、各都道府県に設置。
- 地域医療介護総合確保基金の平成31年度予算案は、公費ベースで1,858億円(医療分1,034億円(うち、国分689億円)、介護分824億円(うち、国分549億円))

地域医療介護総合確保基金の予算



地域医療介護総合確保基金の対象事業

- 1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- 2 居宅等における医療の提供に関する事業
- 3 介護施設等の整備に関する事業(地域密着型サービス等)
- 4 医療従事者の確保に関する事業
- 5 介護従事者の確保に関する事業

※基金の対象事業は、平成26年度は医療を対象として1、2、4を、平成27年度以降は介護を含めて全ての事業としている。

3 医師の働き方改革の 検討状況について

医師の働き方改革について

- 医師の時間外労働の上限規制については、2024年4月から適用されることとなっており、規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等については、医師の働き方改革に関する検討会において本年3月までに結論をとりまとめる予定。
- 医師の長時間労働は規制の適用を待たず是正していく必要がある。国による医療機関への予算措置や税制措置等の支援に加え、都道府県においても、地域医療介護総合確保基金の活用等により、医療勤務環境改善支援センターなどを通じた支援をお願いしたい。

（現行の適用除外等の取扱）

現行制度で適用除外となっているものの取り扱いについては、働く人の視点に立って働き方改革を進める方向性を共有したうえで、実態を踏まえて対応の在り方を検討する必要がある。

自動車の運転業務については、現行制度では限度基準告示の適用除外とされている。その特殊性を踏まえ、拘束時間の上限を定めた「自動車運転者の労働時間等の改善のための基準」で自動車運送事業者への監督を行っているが、限度基準告示の適用対象となっている他業種と比べて長時間労働が認められている。これに対し、今回は、罰則付きの時間外労働規制の適用除外とせず、改正法の一般則の施行期日の5年後に、年960時間（＝月平均80時間）以内の規制を適用することとし、かつ、将来的には一般則の適用を目指す旨の規定を設けることとする。5年後の施行に向けて、荷主を含めた関係者で構成する協議会で労働時間の短縮策を検討するなど、長時間労働を是正するための環境整備を強力に推進する。

建設事業については、限度基準告示の適用除外とされている。これに対し、今回は、罰則付きの時間外労働規制の適用除外とせず、改正法の一般則の施行期日の5年後に、罰則付き上限規制の一般則を適用する（ただし、復旧・復興の場合については、単月で100時間未満、2か月ないし6か月の平均で80時間以内の条件は適用しない）。併せて、将来的には一般則の適用を目指す旨の規定を設けることとする。5年後の施行に向けて、発注者の理解と協力も得ながら、労働時間の段階的な短縮に向けた取組を強力に推進する。

医師については、時間外労働規制の対象とするが、医師法に基づく応召義務等の特殊性を踏まえた対応が必要である。具体的には、改正法の施行期日の5年後を目途に規制を適用※1することとし、医療界の参加の下で検討の場を設け、質の高い新たな医療と医療現場の新たな働き方の実現を目指し、2年後を目途に規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得る。 ※2

新技術、新商品等の研究開発の業務については、現行制度では適用除外とされている。これについては、専門的、科学的な知識、技術を有する者が従事する新技術、新商品等の研究開発の業務の特殊性が存在する。このため、医師による面接指導、代替休暇の付与など実効性のある健康確保措置を課すことを前提に、現行制度で対象となっている範囲を超えた職種に拡大することのないよう、その対象を明確化した上で適用除外とする。

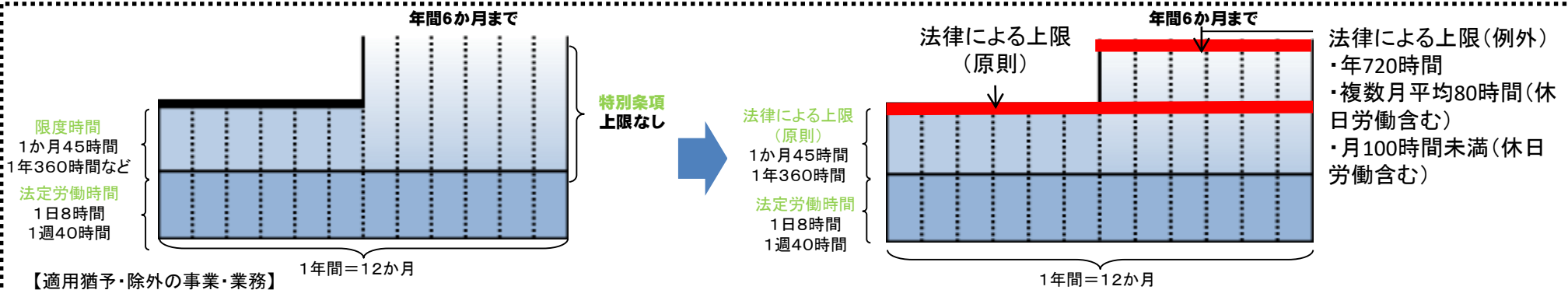
※1 規制適用は改正法の施行期日（2019.4.1）の5年後：2024.4.1目途

※2 検討期限は（2017.3.28の実行計画策定から）2年後：2019.3末目途

働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律

時間外労働の上限規制の導入（労働基準法の改正）

- 時間外労働の上限について、月45時間、年360時間を原則とし、臨時的な特別な事情がある場合でも年720時間、単月100時間未満（休日労働含む）、複数月平均80時間（休日労働含む）を限度に設定。



自動車運転の業務	改正法施行5年後に、時間外労働の上限規制を適用。上限時間は、年960時間とし、将来的な一般則の適用について引き続き検討する旨を附則に規定。
建設事業	改正法施行5年後に、一般則を適用。（ただし、災害時における復旧・復興の事業については、1か月100時間未満・複数月平均80時間以内の要件は適用しない。この点についても、将来的な一般則の適用について引き続き検討する旨を附則に規定。）
医師	改正法施行5年後に、時間外労働の上限規制を適用。 具体的な上限時間等は省令で定めることとし、医療界の参加による検討の場において、規制の具体的あり方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得る。
鹿児島県及び沖縄県における砂糖製造業	改正法施行5年間は、1か月100時間未満・複数月80時間以内の要件は適用しない。（改正法施行5年後に、一般則を適用）
新技術・新商品等の研究開発業務	医師の面接指導（※）、代替休暇の付与等の健康確保措置を設けた上で、時間外労働の上限規制は適用しない。 ※時間外労働が一定時間を超える場合には、事業主は、その者に必ず医師による面接指導を受けさせなければならないこととする。（労働安全衛生法の改正）

※行政官庁は、当分の間、中小事業主に対し新労基法第36条第9項の助言及び指導を行うに当たっては、中小企業における労働時間の動向、人材の確保の状況、取引の実態等を踏まえて行うよう配慮するものとする。（経過措置）

< 参照条文：改正後の労働基準法第36条 >

7 厚生労働大臣は、労働時間の延長及び休日の労働を適正なものとするため、第一項の協定で定める労働時間の延長及び休日の労働について留意すべき事項、当該労働時間の延長に係る割増賃金の率その他の必要な事項について、労働者の健康、福祉、時間外労働の動向その他の事情を考慮して指針を定めることができる。

9 行政官庁は、第七項の指針に関し、第一項の協定をする使用者及び労働組合又は労働者の過半数を代表する者に対し、必要な助言及び指導を行うことができる。

「医師の働き方改革に関する検討会」について

- ◆ 働き方改革実行計画(平成29年3月28日働き方改革実現会議決定)においては、長時間労働の是正のため、労働基準法を改正し、罰則付きの時間外労働の上限規制をはじめ法律で導入する方向性が示されている。
- ◆ この中で、医師については、医師法(昭和23年法律第201号)に基づく応召義務等の特殊性を踏まえた対応が必要であることから、時間外労働規制の対象とするものの、改正法の施行期日の5年後を目途に規制を適用することとし、具体的には、医療界の参加の下で検討の場を設け、2年後を目途に規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得るとされた。これを踏まえ、本検討会を開催するものである。

構成員

(計24名) (※五十音順)

赤星 昂己	東京女子医科大学東医療センター救命救急センター救急医
荒木 尚志	東京大学大学院法学政治学研究科教授
猪俣 武範	順天堂大学附属病院医師
今村 聡	公益社団法人日本医師会女性医師支援センター長
◎岩村 正彦	東京大学大学院法学政治学研究科教授
戎 初代	東京ベイ・浦安市川医療センター集中ケア認定看護師
岡留 健一郎	福岡県済生会福岡総合病院名誉院長
片岡 仁美	岡山大学医療人キャリアセンターMUSCATセンター長
城守 国斗	公益社団法人日本医師会常任理事
工藤 豊	保健医療福祉労働組合協議会事務局次長
黒澤 一	東北大学環境・安全推進センター教授
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
島田 陽一	早稲田大学法学学術院教授
鶴田 憲一	全国衛生部長会会長
遠野 千尋	岩手県立久慈病院副院長
豊田 郁子	特定非営利法人架け橋理事長
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
馬場 武彦	社会医療法人ペガサス理事長
福島 通子	塩原公認会計士事務所特定社会保険労務士
三島 千明	青葉アーバンクリニック総合診療医
村上 陽子	日本労働組合総連合会総合労働局長
森本 正宏	全日本自治団体労働組合総合労働局長
山本 修一	千葉大学医学部附属病院院長

◎:座長

本検討会の検討事項

- (1) 新たな医師の働き方を踏まえた医師に対する時間外労働規制の具体的な在り方
- (2) 医師の勤務環境改善策
- (3) その他

検討のスケジュール

- ◆第1回(平成29年8月2日) 医師の働き方改革について
- ◆第2回(平成29年9月21日) 労働時間法制等について
- ◆第3回(平成29年10月23日) 医師の勤務実態について
- ◆第4回(平成29年11月10日) 勤務環境改善策について
- ◆第5回(平成29年12月22日) 勤務医の健康確保等について
- ◆第6回(平成30年1月15日) 中間論点整理・緊急対策(骨子案)について
- ◆第7回(平成30年2月16日) 中間論点整理・緊急対策について
- ◆第8回(平成30年7月9日) 今後の進め方等について
- ◆第9回(平成30年9月3日) 宿日直、自己研鑽等について
- ◆第10回(平成30年9月19日) 応召義務等について
- ◆第11回(平成30年11月9日) 勤務環境改善策について
- ◆第12回(平成30年11月19日) 医療の特性・医師の特殊性等について
- ◆第13回(平成30年12月5日) 時間外労働規制の在り方について
- ◆第14回(平成30年12月17日) 時間外労働規制の在り方等について
- ◆第15回(平成30年12月19日) 時間外労働規制の在り方等について

医師の働き方改革に関する検討の今後の進め方

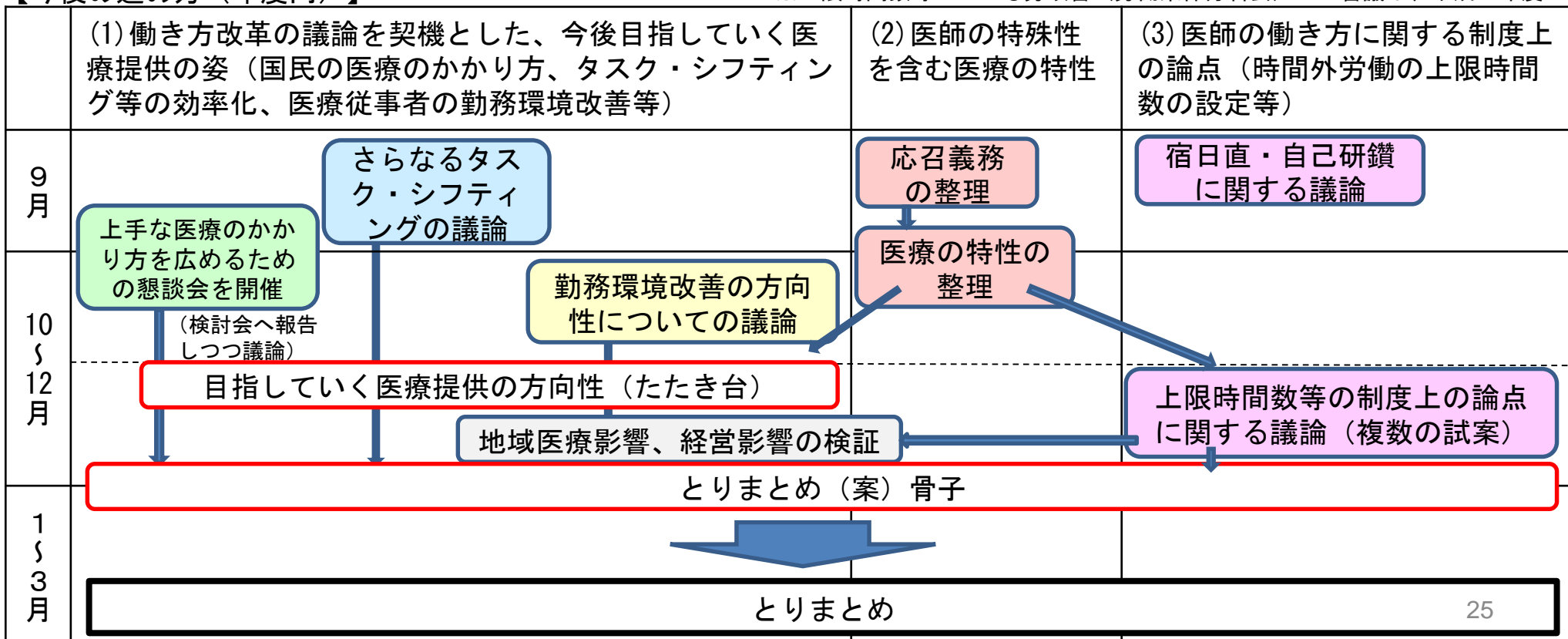
第9回医師の働き方改革に関する検討会(9/3)資料1を一部改変し、第11回医師の働き方改革に関する検討会(11/9)資料2として使

- 医師の働き方改革に関しては、「医師の働き方改革に関する検討会」において、医師の時間外労働の上限時間数の設定を初めとした対応の方向性を今年度中にとりまとめる必要がある。
- 今後の議論を、
 - (1) 働き方改革の議論を契機とした、今後目指していく医療提供の姿
(国民の医療のかかり方、タスク・シフティング等の効率化、医療従事者の勤務環境改善等)
 - (2) 働き方改革の検討において考慮すべき、医師の特殊性を含む医療の特性
 - (3) 医師の働き方に関する制度上の論点（時間外労働の上限時間数の設定、宿日直や自己研鑽の取扱い等）

の3つのトラックで進め、「医師の働き方改革を通じて医療をよくしていく」という大きなビジョンでまとめていくこととしてはどうか。

【今後の進め方（年度内）】

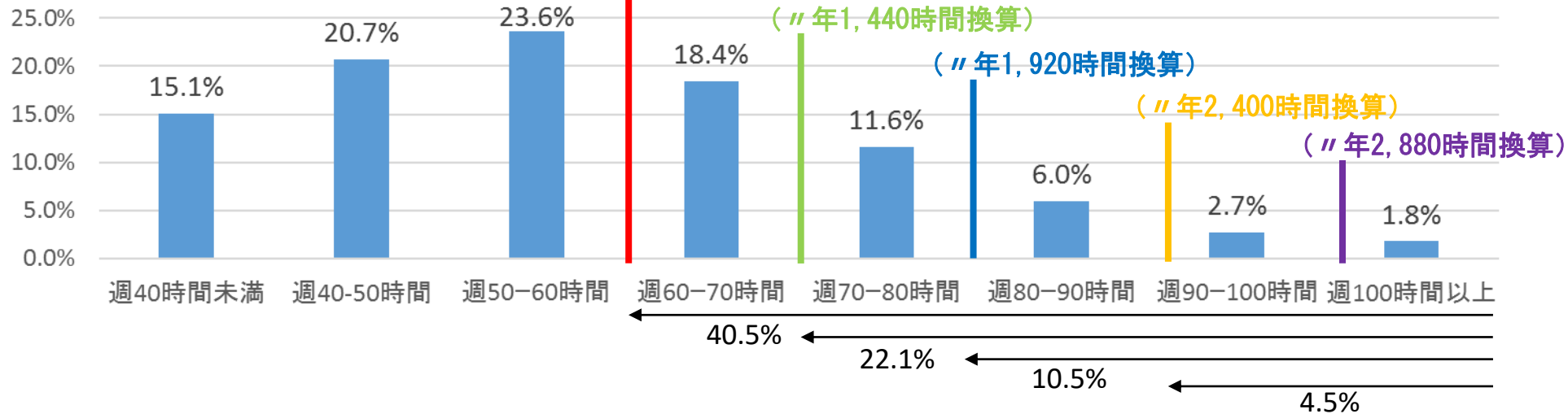
※上限時間数等にかかる労政審（労働条件分科会）での審議は、平成31年度～



病院勤務医の週勤務時間の区分別割合等

病院勤務医の週勤務時間の区分別割合

(時間外月80・年960時間換算※休日込み(以下同じ))



(参考…法定労働時間※と比較した超過時間数の目安)

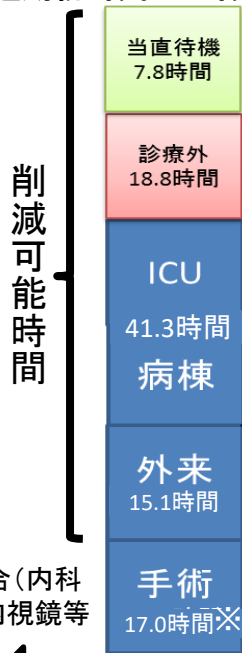
	0~10時間	10~20時間	20~30時間	30~40時間	40~50時間	50~60時間	60時間~
A: 週の超過分							
B: 月の超過分(A×4)	0~40	40~80	80~120	120~160	160~200	200~240	240~
C: 年の超過分①(B×12)	0~480	480~960	960~1,440	1,440~1,920	1,920~2,400	2,400~2,880	2,880~
D: 年の超過分②(A×52)	0~520	520~1,040	1,040~1,560	1,560~2,080	2,080~2,600	2,600~3,120	3,120~

※労働基準法第32条に定める週40時間との比較であり、個々の労働者について変形労働時間制等が採用されている可能性は捨象している。

※「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)結果をもとに医政局医療経営支援課で作成。病院勤務の常勤医師のみ。勤務時間は「診療時間」「診療外時間」「待機時間」の合計でありオンコール(通常の勤務時間とは別に、院外に待機して応急患者に対して診療等の対応を行うこと)の待機時間は除外。医師が回答した勤務時間数であり、回答時間数すべてが労働時間であるとは限らない。

医師の労働時間短縮について(イメージ)

(週勤務時間100時間のケース)



医療機関間の連携、機能分化

労働時間管理の適正化

会議等の効率化

タスクシェア・シフトにより削減

タスクシェア・シフトにより削減

タスクシェア・シフトにより削減

削減できない時間

(週勤務時間60時間のケース)



週100時間勤務ケースの場合、削減可能時間を約50%削減できれば、この水準に

病院機能や診療科の特性、地域における医療提供体制の状況、これまでなされてきた取組の状況等によって、今後、どのような取組が可能であるか・有効であるかが異なる。

※外科医の場合(内科医等の場合も内視鏡等の手技が該当)

現状は、勤務時間週100時間超の医師から、週60時間を下回る医師まで様々

時間数イメージ

削減のイメージ(例)	現状、週100時間勤務の場合	現状、週80時間勤務の場合
病棟・ICU業務の6割を特定行為研修修了看護師、クランク、集中治療医等と分担	週25時間程度削減	週20時間程度削減
外来業務の6割を地域の診療所へ紹介・総合診療医と分担等	週9時間程度削減	週7時間程度削減
2次救急の輪番制導入等により、救急当直日を2分の1にすることで待機時間を半減	週4時間程度削減	週3時間程度削減
非効率な会議を効率化(週2回・2時間の会議の出席者を半減)	週2時間削減	

※表中の削減可能時間は、平成29年度厚生労働行政推進調査事業費「病院勤務医の勤務実態に関する研究」(研究代表者 国立保健医療科学院種田憲一郎)において実施された「病院勤務医の勤務実態調査(タイムスタディ調査)」結果における勤務時間の内訳を元に、「削減のイメージ(例)」に沿って算出したもの。

上限時間数と上乗せ健康確保措置の骨格(イメージ)

【達成を目指す水準】

医療機関において患者に対する診療に従事する医師について、脳・心臓疾患の労災認定基準における時間外労働の水準も考慮した水準

月当たり時間数の上限を超える場合
面接指導⇒就業上の措置（いわゆるドクターストップ）

連続勤務時間制限・勤務間インターバルの確保・代償休暇のセット（努力義務）

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

【(1) 地域医療確保の観点から検討するもの ※対象は限定】

医療機関において患者に対する診療に従事する医師について、地域医療提供体制の確保の観点から、時間外労働の上限時間数についての経過措置
※対象医療機関を特定。
※将来的には「達成を目指す水準」に。

月当たり時間数の上限を超える場合
面接指導⇒就業上の措置（いわゆるドクターストップ）

連続勤務時間制限・勤務間インターバルの確保・代償休暇のセット（義務）

【(2) 医療の質の維持・向上の観点から検討するもの ※対象は限定】

一定の期間集中的に技能向上のための診療を必要とする医師について、「達成を目指す水準」より高い別の水準
※対象医療機関を特定し、本人の申し出に基づく。
※水準は随時検証していく。

月当たり時間数の上限を超える場合
面接指導⇒就業上の措置（いわゆるドクターストップ）

連続勤務時間制限・勤務間インターバルの確保・代償休暇のセット（義務）

※一般則としては、労働安全衛生法に基づき、健康診断の実施、長時間労働者（月時間外労働80時間以上の者であって申し出た者）に対する医師による面接指導、ストレスチェックの実施義務等がある。

(上限時間数 (年/月) (案))

(上乗せ※健康確保措置)

平成31年度厚生労働省予算案（医師をはじめとした医療従事者の働き方改革関係）

医療分野の働き方改革の推進（新規要求）

働き方改革実行計画（平成29年3月働き方改革実現会議決定）等を踏まえ、医師をはじめとした医療従事者の働き方改革の推進に向けた施策を講じる。

○タスク・シフティング等勤務環境改善推進事業 3.9億円（新規）

- ▶ タスク・シフティングなどの勤務環境改善の先進的取組を行う医療機関に必要経費を補助し、効果・課題の検証を実施するとともに、当該取組みを評価し周知することにより取組の推進を図る。また、医療関係団体が、医療機関向けの会議開催や好事例の普及等を通じて、医師等の勤務環境改善に資する取組みを行う場合の費用を補助する。【新規】（推進枠）

○医療機関の勤務環境マネジメント向上支援 0.5億円（新規）

- ▶ 医師の働き方改革に向け、病院長の意識改革や勤務環境・処遇などの労務管理に関するマネジメント能力の向上を図るため、国立保健医療科学院等において地域リーダーの育成や病院長向けの研修を実施する。【新規】（推進枠）

○医療のかかり方普及促進事業 2.2億円（新規）

- ▶ 適切な医療のかかり方について国民の理解を促進するため、ウェブサイトの構築や、多様な組織主体が参画し、国民運動を広く展開していくためのイベントの開催等を行う。【新規】（推進枠）

○医師の勤務実態把握調査事業 0.8億円（新規）

- ▶ 精緻な医師の需給推計を実施するにあたり、医師の地域、診療科、年代、性別による勤務実態を把握する必要があることから、全国の医師を対象とした勤務実態を詳細に把握するための調査を実施するとともに、医師の勤務実態に影響を及ぼすタスク・シフティングの推進状況等についても併せて調査する。【新規】

○看護業務の効率化に向けた取組の推進 0.3億円（新規）

- ▶ 看護職がより専門性を発揮できる働き方の推進や生産性の向上を図るため、看護業務の効率化に資する医療機関の取組を募集し、選考委員会を設置して先進的な取組を選定するとともに、先進的な取組を行う医療機関を表彰し、取組を周知する。【新規】（推進枠）

○医療従事者の働き方改革支援資金の創設 財政投融资資金計画3,168億円の内数（新規メニュー）

- ▶ （独）福祉医療機構による、働き方改革に取り組む医療機関への長期運転資金の融資を行う。【新規】

1. 大綱の概要

長時間労働の実態が指摘される医師の勤務時間短縮のため必要な器具及び備品、ソフトウェア、また地域医療提供体制の確保のため地域医療構想で合意された病床の再編等の建物及びその附属設備、さらに共同利用の推進など効率的な配置の促進に向けた高額医療機器の3点において、特別償却制度の拡充・見直しを行う。

2. 制度の内容

① 医師及び医療従事者の働き方改革の推進【拡充】

- 「医師は全業種の中で最も長時間労働の実態にある」ことに対応し、地域における安全で質の高い医療を提供するため、医師・医療従事者の勤務時間短縮に資する一定の設備について、特別償却をできることとする。

【対象設備】医療機関が、都道府県に設置された医療勤務環境改善支援センターの助言の下に作成した医師勤務時間短縮計画に基づき取得した器具・備品（医療用機器を含む）、ソフトウェアのうち一定の規模（30万円以上）のもの

【特別償却割合】取得価格の15%

② 地域医療構想の実現のための病床再編等の促進【拡充】

- 地域医療構想の実現のため、民間病院等が地域医療構想調整会議において合意された具体的対応方針に基づき病床の再編等を行った場合に取得する建物等について、特別償却をできることとする。

【対象設備】病床の再編等のために取得又は建設（改修のための工事によるものを含む）をした病院用等の建物及びその附属設備（既存の建物を廃止し新たに建設する場合・病床の機能区分の増加を伴う改修（増築、改築、修繕又は模様替）の場合）

【特別償却割合】取得価格の8%

③ 医療用機器の効率的な配置の促進【延長】

- 医療用機器の特別償却について、配置の効率化又は共同利用を特に図る必要がある特定の医療用機器（CT、MRI）の配置効率化等を促す仕組みを講じた上で、期限を2年延長する。

【特別償却割合】取得価格の12%

4 個別の政策課題

(1) 臨床研修病院の指定等権限の 都道府県への移譲について

臨床研修病院の指定等権限の都道府県への移譲について

- 平成32年度より、国に代わり都道府県が地域医療対策協議会の意見を聴いた上で、臨床研修病院の指定や定員設定等を行う仕組みが導入される。
- 地域の実態を把握している都道府県が事務を担うことにより、県内の医師不足と言われる地域における臨床研修医の増加など、よりきめ細やかな対応が可能となる。
- 厚生労働省では、都道府県向けの事務説明会を開催する予定。都道府県においても、平成31年度中に事務処理体制の構築を準備していただきたい。

医療法及び医師法の一部を改正する法律の概要

改正の趣旨

地域間の医師偏在の解消等を通じ、地域における医療提供体制を確保するため、都道府県の医療計画における医師の確保に関する事項の策定、臨床研修病院の指定権限及び研修医定員の決定権限の都道府県への移譲等の措置を講ずる。

改正の概要

1. 医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設【医療法】

医師少数区域等における一定期間の勤務経験を通じた地域医療への知見を有する医師を厚生労働大臣が評価・認定する制度の創設や、当該認定を受けた医師を一定の病院の管理者として評価する仕組みの創設

2. 都道府県における医師確保対策の実施体制の強化【医療法】

都道府県においてPDCAサイクルに基づく実効的な医師確保対策を進めるための「医師確保計画」の策定、都道府県と大学、医師会等が必ず連携すること等を目的とした「地域医療対策協議会」の機能強化、効果的な医師の配置調整等のための地域医療支援事務の見直し 等

3. 医師養成過程を通じた医師確保対策の充実【医師法、医療法】

医師確保計画との整合性の確保の観点から医師養成過程を次のとおり見直し、各過程における医師確保対策を充実

- ・ 医学部：都道府県知事から大学に対する地域枠・地元出身入学者枠の設定・拡充の要請権限の創設
- ・ 臨床研修：臨床研修病院の指定、研修医の募集定員の決定権限の国から都道府県への移譲
- ・ 専門研修：国から日本専門医機構等に対し、必要な研修機会を確保するよう要請する権限の創設
都道府県の意見を聴いた上で、国から日本専門医機構等に対し、地域医療の観点から必要な措置の実施を意見する仕組みの創設 等

4. 地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応【医療法】

外来医療機能の偏在・不足等の情報を可視化するため、二次医療圏を基本とする区域ごとに外来医療関係者による協議の場を設け、夜間救急体制の連携構築など地域における外来医療機関間の機能分化・連携の方針と併せて協議・公表する仕組みの創設

5. その他【医療法等】

- ・ 地域医療構想の達成を図るための、医療機関の開設や増床に係る都道府県知事の権限の追加
- ・ 健康保険法等について所要の規定の整備 等

施行期日

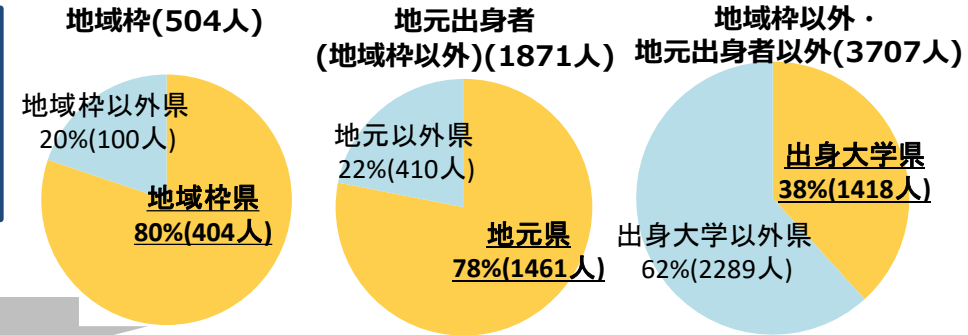
2019年4月1日。(ただし、2のうち地域医療対策協議会及び地域医療支援事務に係る事項、3のうち専門研修に係る事項並びに5の事項は公布日、1の事項及び3のうち臨床研修に係る事項は2020年4月1日から施行。)

3. 医師養成過程を通じた医師確保対策の充実について

基本的な考え方

- 医学部、臨床研修、専門研修を通じ、医師は自らが研さんを積んだ土地に定着するとのデータも踏まえ、**医師養成過程を通じた医師偏在対策を講じる**必要がある。

臨床研修修了後の勤務地



法律の内容 (①については医療法、②～④については医師法改正)

<医学部関係の見直し>

- ① **都道府県知事から大学に対して、地対協の協議を経たうえで、地域枠又は地元出身者枠の創設又は増加を要請**できることとする。(2019年4月1日施行)

<臨床研修関係の見直し>

- ② 法律及び臨床研修の実施に関する厚生労働省令に定める基準に基づいて、**都道府県知事が臨床研修病院を指定**することとする。(2020年4月1日施行)
- ③ **都道府県知事は、**厚生労働大臣が定める都道府県ごとの研修医の定員の範囲内で、毎年度、厚生労働省令で定めるところにより、**都道府県の区域内に所在する臨床研修病院ごとの研修医の定員を定める**こととする。(2020年4月1日施行)

<専門研修関係の見直し>

- ④ **厚生労働大臣は、**医師の研修機会確保のために特に必要があると認めるときは、研修を実施する日本専門医機構等に対し、当該**研修の実施に関し、必要な措置の実施を要請**できることとする。また、**日本専門医機構等は、医師の研修に関する計画が医療提供体制に重大な影響を与える場合には、あらかじめ都道府県知事の意見を聞いた厚生労働大臣の意見を聴かなければならない**こととする。(公布日施行)

<地域医療対策協議会との関係>

- ⑤ ②～④において都道府県知事が行う事項については、地対協の意見を聴くこととする。(各施行日に準ずる)

臨床研修にかかる都道府県知事の権限について（臨床研修病院の指定）

- 都道府県が格差是正を進めていくために、国が一定の基準等を示した上で、地域医療対策協議会の意見を聴き、**臨床研修病院の指定を都道府県が行う仕組みを構築**すべき。



厚生労働大臣の権限
臨床研修**病院の指定**

<メリット>

- ・地域医療に責任を有する都道府県が深く関与
- ・地域の実態を把握している**都道府県によりきめ細かい対応が可能**
- ・**都道府県が目指す医療提供体制の構築**が可能

<デメリット>

- ・臨床研修の**質のバラつき**が出る、有力な医療機関の意向が強く反映、特定の医療機関等が優遇などのおそれがある

権限移譲

臨床研修病院の指定

医道審議会

意見

厚生労働省

医療機関

申請

都道府県

地域医療対策協議会

（大学、医師会、公的病院、民間病院等）

意見

指定

臨床研修病院

都道府県知事

① 国が指定基準を定める

- ・年間入院患者数、指導医数、救急医療の提供、安全管理体制、患者の病歴に関する情報の適切な管理、患者からの相談に応じる体制 等

② 地域医療対策協議会の意見を反映

臨床研修病院の募集定員設定について

○ これまで、国が臨床研修病院ごとの定員を定めていたが、今後、国は都道府県ごとの定員を定め、都道府県が病院ごとの定員を定めることにより、地方の研修医が増加する等のメリットがある。

※ 都道府県が定員を定める際、あらかじめ厚生労働省に情報提供する仕組みを法定。

※ 公私にかかわらず地域医療への配慮がなされるよう、都道府県が定員を定める際は地対協の意見を聴くことを法定化。

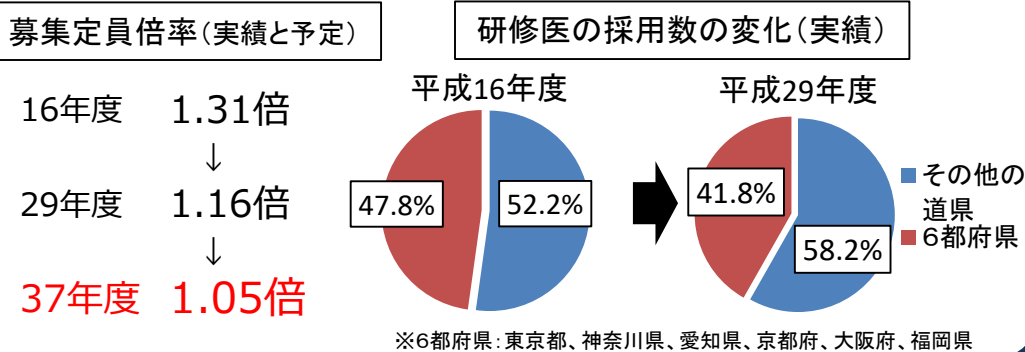
都道府県間の定員調整

①募集定員倍率の圧縮

募集定員枠の全国的な圧縮(募集定員倍率の圧縮)

→定員充足している都市部の研修医数が減少

➔ **地域の定員数が増加**



②定員算定方法の変更

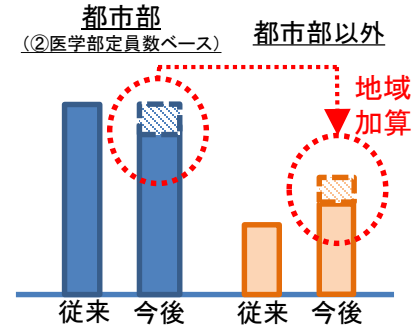
従来

①都道府県人口 又は ②医学部定員数 をベース
→②医学部定員数の多い都府県(東京等)が有利

今後

医学部定員数をベースとした臨床研修医定員を圧縮
→圧縮分を地域に加算

➔ **地域の定員数が増加**



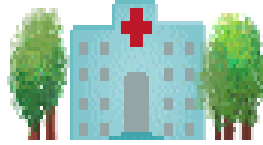
都道府県内の定員調整

国による募集定員の設定(現行)

県内病院(例)



A病院 (都市部)
定員 20
マッチ者数 17



B病院 (地方部)
定員 2
マッチ者数 2

実情にあった定員数の設定

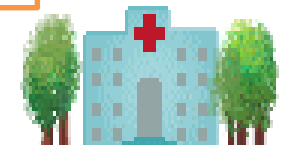
地域で働きたい医学生がマッチできない

都道府県による募集定員の設定

県内病院(例)



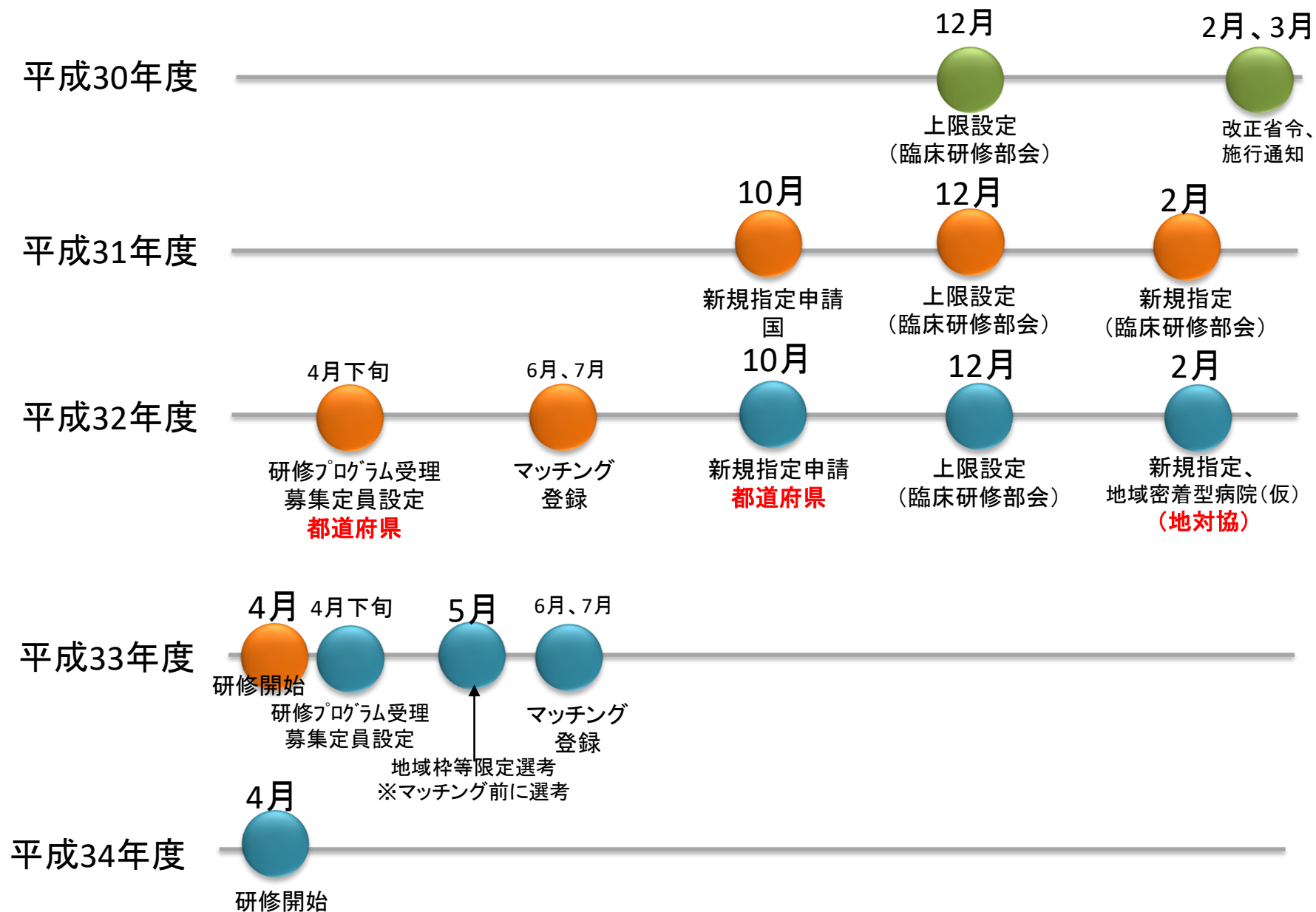
A病院 (都市部)
定員 17(↓)
マッチ者数 17



B病院 (地方部)
定員 5(↑)
マッチ者数 4(↑)

地域の研修医が増加

指定等権限の移譲に伴うスケジュール(イメージ)



権限移譲後の国と都道府県の役割分担について

医師法の改正趣旨等

- 医療法及び医師法の一部を改正する法律（平成30年第79号）の成立に伴い、平成32年（2020年）4月より、国から各都道府県に臨床研修病院の指定権限及び研修医定員の設定権限の移譲等がなされ、各都道府県は、これらの制度の活用を通じ、地域における医療提供体制を整備する取組が求められる。
- これらの権限移譲により、各都道府県においては、都道府県地域医療対策協議会の審議のもと、臨床研修病院の指定や、医師少数区域に配慮した定員の設定など、地域の実情に応じたきめ細かな医師偏在対策が可能となる。
- これまで全て国の事務とされていた臨床研修制度に関する事務については、以下のとおりの役割分担となり、都道府県が行う医師偏在対策の強化に資する。

臨床研修制度に関する主な事務と分担

	国、地方厚生局	都道府県
	（考え方）臨床研修制度の設計、研修の質の確保	（考え方）個別病院の指定、定員設定事務
臨床研修病院の指定、取消	○（ 指定基準 の策定） （※）	◎（ 個別 病院の指定）
臨床研修病院の定員設定	○（都道府県 上限 の設定）	◎（ 個別 病院の定員設定）
年次報告の受理	－（※）	◎
研修プログラム変更等の受理	－（※）	◎
指定継続にかかる訪問調査	－（※）	◎
報告の徴収及び指示	◎	◎
研修医等からの相談対応	◎	○
都道府県間の調整	◎	－
臨床研修の質の観点からの調査	◎	－
補助金の執行	◎	－
臨床研修修了登録	◎	－

※必要に応じ地方自治法第245条の4に基づく技術的助言を行う。

(2) オンライン診療における不適切な 診療行為の取扱いについて

オンライン診療における 不適切な診療行為の取扱いについて

- 以下に示す態様によるオンライン診療による診療行為は、医師法第20条に違反するおそれがある旨を通知(平成30年12月26日付け医政医発1226第2号厚生労働省医政局医事課長通知)
 - (1) 指針に規定された例外事由(指針V 1(2)②iv)に該当しないにもかかわらず、初診の患者についてオンライン診療を実施する行為
 - (2) 指針に規定された例外事由(指針V 1(2)②の注)に該当しないにもかかわらず、直接の対面診療を組み合わせずオンライン診療のみで診療を完結する行為
 - (3) 情報通信手段としてチャット機能のみを用いた診療行為

- 違反行為に関する情報に接した際には、実態を調査した上、行為の速やかな停止を勧告するなど必要な指導を行うほか、指導を行っても改善がみられないなど、悪質な場合においては、厚生労働省医政局医事課に情報提供されたい。

医政医発 1226 第 2 号
平成 30 年 12 月 26 日

各都道府県衛生主管部(局)長 殿

厚生労働省医政局医事課長
(公 印 省 略)

オンライン診療における不適切な診療行為の取扱いについて

オンライン診療については、医療上の必要性、安全性、有効性の観点から、医師法第 20 条等との関係を整理した「オンライン診療の適切な実施に関する指針」(平成 30 年 3 月 30 日付け医政発 0330 第 46 号厚生労働省医政局長通知の別紙。以下「指針」という。)が本年 3 月に発出されたところであるが、オンライン診療を実施している医療機関において、医師法第 20 条や指針に違反する疑いのある診療行為を実施しているという事例が報告されている。

こうした診療行為について、国民の危害発生を未然に防止するべく、下記のとおり、特に問題の多くみられる事例について医師法の適用に関する見解を示し、徹底することとしたので、御了知の上、貴管下保健所設置市(特別区を含む。)、関係機関、関係団体等への周知をお願いする。

記

第一 オンライン診療による診療行為に対する医師法の適用

以下に示す態様によるオンライン診療による診療行為は、医師法第 20 条に違反するおそれがあること。

- (1) 指針に規定された例外事由(指針 V 1 (2)②iv)に該当しないにもかかわらず、初診の患者についてオンライン診療を実施する行為
- (2) 指針に規定された例外事由(指針 V 1 (2)②の注)に該当しないにもかかわらず、直接の対面診療を組み合わせずオンライン診療のみで診療を完結する行為
- (3) 情報通信手段としてチャット機能のみを用いた診療行為

第二 違反行為に対する指導等

違反行為に関する情報に接した際には、実態を調査した上、行為の速やかな停止を勧告するなど必要な指導を行うほか、指導を行っても改善がみられないなど、悪質な場合においては、厚生労働省医政局医事課に情報提供すること。

第三 関係法令・指針

1 医師法 (昭和 23 年法律第 201 号) (抄)

第 20 条 医師は、自ら診察しないで治療をし、若しくは診断書若しくは処方せんを交付し、自ら出産に立ち会わないで出生証明書若しくは死産証書を交付し、又は自ら検案をしないで検案書を交付してはならない。但し、診療中の患者が受診後二十四時間以内に死亡した場合に交付する死亡診断書については、この限りでない。

2 オンライン診療の適切な実施に関する指針 (平成 30 年 3 月 30 日付け 医政発 0330 第 46 号厚生労働省医政局長通知の別紙) (抄)

V 1 (2)② ii 初診は、原則として直接の対面による診療を行うこと。

iii 急病急変患者については、原則として直接の対面による診療を行うこと。なお、急病急変患者であっても、直接の対面による診療を行った後、患者の容態が安定した段階に至った際は、オンライン診療の適用を検討してもよい。

iv ii 及び iii の例外として、患者がすぐに適切な医療を受けられない状況にある場合などにおいて、患者のために速やかにオンライン診療による診療を行う必要性が認められるときは、オンライン診療を行う必要性・有効性とそのリスクを踏まえた上で、医師の判断の下、初診であってもオンライン診療を行うことは許容され得る。ただし、この場合であっても、オンライン診療の後に、原則、直接の対面診療を行うこと。

注 禁煙外来など定期的な健康診断等が行われる等により疾病を見落とすリスクが排除されている場合であっても、治療によるリスクが極めて低いものに限っては、患者側の利益と不利益を十分に勘案した上で、直接の対面診療を組み合わせないオンライン診療を行うことが許容され得る。

V 1 (6)② ii オンライン診療では、可能な限り多くの診療情報を得るために、リアルタイムの視覚及び聴覚の情報を含む情報通信手段を採用すること。直接の対面診療に代替し得る程度の患者の心身の状況に関する有用な情報が得られる場合には補助的な手段として、画像や文字等による情報のやりとりを活用することは妨げない。ただし、オンライン診療は、文字、写真及び録画動画のみのやりとりで完結してはならない。

(3) 臨床研究法に基づく 実施計画の提出について

**臨床研究法施行前から実施している臨床研究について、
平成31年3月18日までに地方厚生局に提出が必要**

- 平成30年11月13日付け事務連絡のとおり、各医療機関で経過措置の適用を受けて法施行前から実施している臨床研究について、平成31年3月18日までに、実施計画のjRCT(※)への入力及び地方厚生局への提出を行っていただくよう、周知をお願いしているところであり、引き続き医療機関への周知など適宜ご協力いただきたい。

※ jRCT(Japan Registry of Clinical Trials): 臨床研究法施行規則第24条第1項に規定する厚生労働省が整備するデータベース

臨床研究法（平成29年法律第16号）の概要

目的

臨床研究の実施の手続、認定臨床研究審査委員会による審査意見業務の適切な実施のための措置、臨床研究に関する資金等の提供に関する情報の公表の制度等を定めることにより、臨床研究の対象者をはじめとする国民の臨床研究に対する信頼の確保を図ることを通じてその実施を推進し、もって保健衛生の向上に寄与することを目的とする。

内容

1. 臨床研究の実施に関する手続

(1) 特定臨床研究（※）の実施に係る措置

- ① 以下の特定臨床研究を実施する者に対して、モニタリング・監査の実施、利益相反の管理等の実施基準の遵守及びインフォームド・コンセントの取得、個人情報保護、記録の保存等を義務付け。
- ② 特定臨床研究を実施する者に対して、実施計画による実施の適否等について、厚生労働大臣の認定を受けた認定臨床研究審査委員会の意見を聴いた上で、厚生労働大臣に提出することを義務付け。
- ③ 特定臨床研究以外の臨床研究を実施する者に対して、①の実施基準等の遵守及び②の認定臨床研究審査委員会への意見聴取に努めることを義務付け。

※ 特定臨床研究とは

- ・ 薬機法における未承認・適応外の医薬品等の臨床研究
- ・ 製薬企業等から資金提供を受けて実施される当該製薬企業等の医薬品等の臨床研究

(2) 重篤な疾病等が発生した場合の報告

特定臨床研究を実施する者に対して、特定臨床研究に起因すると疑われる疾病等が発生した場合、認定臨床研究審査委員会に報告して意見を聴くとともに、厚生労働大臣にも報告することを義務付け。

(3) 実施基準違反に対する指導・監督

- ① 厚生労働大臣は改善命令を行い、これに従わない場合には特定臨床研究の停止等を命じることができる。
- ② 厚生労働大臣は、保健衛生上の危害の発生・拡大防止のために必要な場合には、改善命令を経ることなく特定臨床研究の停止等を命じることができる。

2. 製薬企業等の講ずべき措置

- ① 製薬企業等に対して、当該製薬企業等の医薬品等の臨床研究に対して資金を提供する際の契約の締結を義務付け。
- ② 製薬企業等に対して、当該製薬企業等の医薬品等の臨床研究に関する資金提供の情報等（※詳細は厚生労働省令で規定）の公表を義務付け。

施行日

平成30年4月1日（公布日：平成29年4月14日）

臨床研究法の施行状況について

第8回 臨床研究部会

平成30年12月5日

参考資料3

平成30年11月30日現在

○jRCTでの公表状況

臨床研究法		臨床研究法以外 (治験等)	合計
特定臨床研究	非特定臨床研究		
88	3	0	91

○認定臨床研究審査委員会数

国立大学法人	学校法人	独立行政法人	地方独立行政法人
35	19	11	10
特定非営利活動法人	一般社団法人 一般財団法人	病院・診療所の開設者	合計
3	1	5	84

平成31年3月18日までに厚生局に提出が必要

- 1 法の施行の日から起算して1年を経過する日までの直近の開庁日は平成31年3月29日（金）であることから、施行前臨床研究の実施計画の提出・公表等の手続については、同日までに完了すること。
- 2 平成31年3月29日（金）までに実施計画を公表するためには、地方厚生局において形式上の要件を確認するために要する期間等を考慮し、平成31年3月18日（月）までに、jRCTへの入力及び地方厚生局への提出を行うこと。
- 3 平成31年3月18日（月）までに提出された実施計画であっても、記載事項に不備が多く修正に長期間を要する場合等にあっては、平成31年3月29日（金）までに提出・公表が完了できない可能性があるため、施行前臨床研究の実施計画の提出の手続については、平成31年3月18日（月）を待たず、可能な限り早期に行うこと。

(4) 再生医療法施行規則の 改正について

再生医療等の安全性の確保等に関する法律 施行規則の改正について

- 平成30年11月30日に、臨床研究法と整合性をとるための再生医療等安全性確保法施行規則の一部改正省令が公布され、平成31年4月1日から施行される。
 - ※ 再生医療等安全性確保法の対象となる再生医療等の研究については、臨床研究法の一部の規定が適用除外となる。
 - 制度運用に齟齬が生じないように、再生医療等安全性確保法施行規則について、臨床研究法と整合性をとるための改正を行った。
- 施行日前から認定を受けている認定再生医療等委員会については、平成31年3月31日までの間に、改正後の規則へ適合していることについて認定を受ける必要がある。
- また、施行日前から実施している再生医療等については、平成32年3月31日までの間に、改正後の規則に適合させるための再生医療等提供計画の変更届を提出する必要がある。詳細は、今後通知等によりお示しする予定。
- 都道府県におかれては、引き続き医療機関への周知などに適宜ご協力いただきたい。

再生医療等の安全性の確保等に関する法律施行規則及び臨床研究法施行規則の一部を改正する省令（平成30年厚生労働省令第140号）の概要

趣旨

- 平成30年4月1日に、臨床研究の実施の手続等を定めた臨床研究法（平成29年法律第16号）が施行された。臨床研究法における特定臨床研究が再生医療等の安全性の確保等に関する法律（平成25年法律第85号。以下「再生医療等安全性確保法」という。）に規定する再生医療等に該当する場合、当該研究については、臨床研究法第2章（臨床研究の実施）の規定を適用除外しており、再生医療等安全性確保法が適用される。そのため、制度運用に齟齬が生じることはないよう、再生医療等の安全性の確保等に関する法律施行規則（平成26年厚生労働省令第110号）について、臨床研究法と整合性をとるための改正を行う。
- また、臨床研究法第4章（臨床研究に関する資金等の提供）に関する具体的な手続等を定めた臨床研究法施行規則（平成30年厚生労働省令第17号）について、研究として行う再生医療等に適用される場合における読替規定を新設するための改正を行う。
- その他所要の規定の整備を行う。

主な内容

1. 再生医療等の安全性の確保等に関する法律施行規則の一部改正

(1) 再生医療等提供基準の改正

- ・ 研究として再生医療等を行う場合における基本理念の新設
- ・ 研究計画書、モニタリング・監査、利益相反管理計画の作成等に関する規定の新設
- ・ 公的データベースへの情報の公表等に関する規定の新設
- ・ 不適合の管理に関する規定の新設 等

(2) 再生医療等提供計画の提出等に関する規定の改正

- ・ 再生医療等提供計画の記載事項等の変更
- ・ 再生医療等の提供の終了に関する規定の新設 等

(3) 再生医療等の適正な提供に関する措置に関する規定の改正

- ・ 定期報告を求める事項の変更 等

(4) 認定再生医療等委員会に関する規定の改正

- ・ 委員の構成要件・構成基準、委員会の審査等業務の実施基準・成立要件の変更
- ・ 厚生労働大臣へ報告する事項の変更 等

2. 臨床研究法施行規則の一部改正

- ・ 特定臨床研究が再生医療等に該当する場合の読替規定の新設

施行日

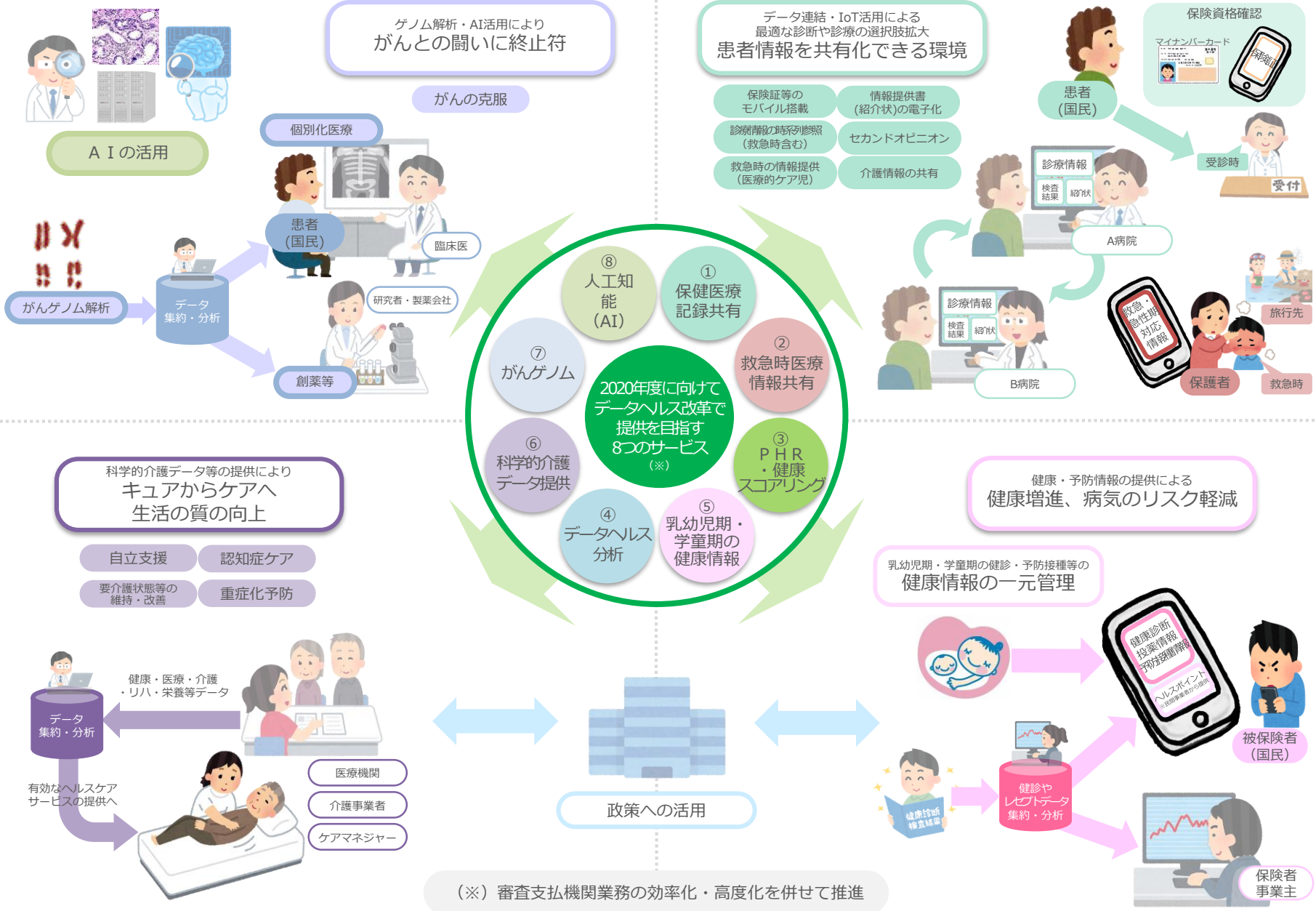
平成31年4月1日（公布日：平成30年11月30日）

(5) データヘルス改革推進計画に基づく全国的な
保健医療情報ネットワークの状況について

データヘルス改革推進計画と 全国的な保健医療情報ネットワークについて

- データヘルス改革推進計画及び未来投資戦略等に基づき、初診時などに、保健医療関係者が患者の状況を把握し、過去の治療履歴や処方情報等を踏まえた最適な診断や診療の選択肢を提供できる全国的な保健医療情報ネットワークの2020年度中の本格稼働を目指し準備中。
- 同ネットワークには各地域で構築されている地域医療情報連携ネットワークや医療機関、調剤薬局等に接続いただき、医療情報の連携を一層強化していただくことを期待している。
- ネットワークの具体的な機能や接続要件、コスト等については現在検討中であり、今後も必要に応じて担当者会議等を開催し、各都道府県と情報共有を行っていくこととしている。
- 全国的な医療情報共有の仕組みを作っていくためには、国と都道府県が連携・協力して取り組むことが重要と考えており、各都道府県のご協力をお願いしたい。

健康寿命延伸に向けたデータヘルス改革



「未来投資戦略2017」（平成29年6月9日閣議決定）

- ・個人・患者本位で、最適な健康管理・診療・ケアを提供するための基盤として、「全国保健医療情報ネットワーク」を整備する。同ネットワークは、患者基本情報や健診情報等を医療機関の初診時等に本人の同意の下で共有できる「保健医療記録共有サービス」と、更に基礎的な患者情報を救急時に活用できる「救急時医療情報共有サービス」等で構成し、（中略）2020年度からの本格稼働に向け、本年度中に実証事業を開始しつつ、具体的なシステム構成等について検討し、来年度以降、詳細な設計に着手する。

「新しい経済政策パッケージ」（平成29年12月8日閣議決定）

- ・最適な健康管理・診療・ケアを提供するための「全国保健医療情報ネットワーク」について、連携すべき情報の種類や情報管理等の課題の検討を行いつつ、今年度の実証事業も踏まえ、来年夏を目途に工程表を示す。

「未来投資戦略2018」（平成30年6月15日閣議決定）

- ・費用対効果の観点も踏まえつつ、個人の健診・診療・投薬情報が医療機関等の中で共有できる全国的な保健医療情報ネットワークについて、本年夏を目途に具体的な工程表を策定し、必要な実証を行いつつ、2020年度からの本格稼働を目指す。あわせて、当該工程表に、保健医療情報ネットワークにおける介護情報の提供について盛り込む。

【このサービスで目指すこと】

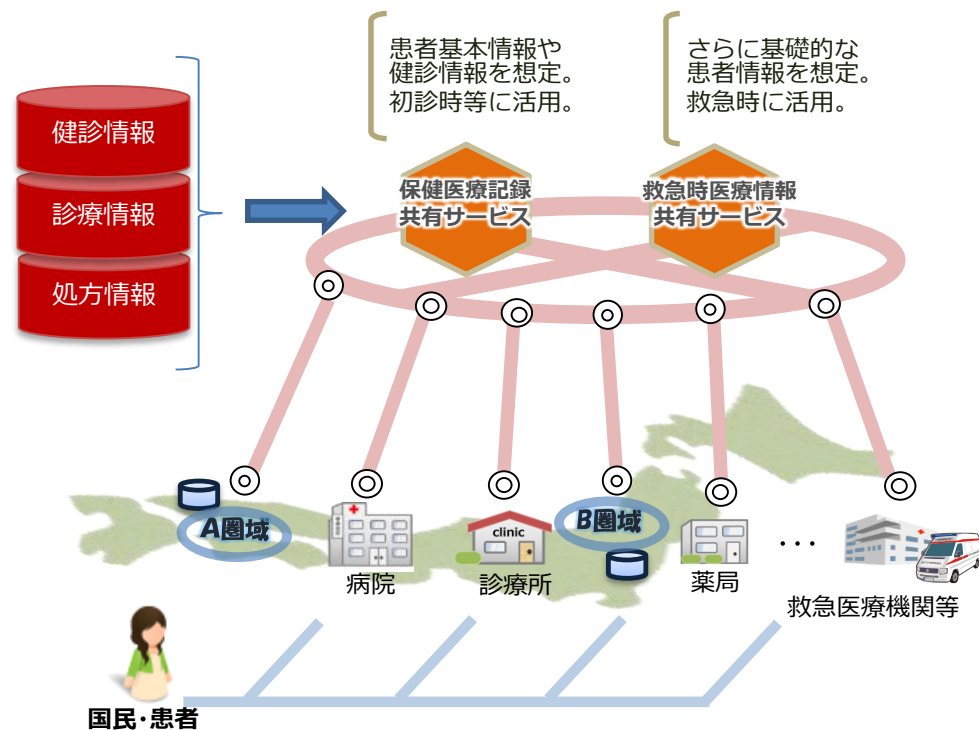
- 保健医療記録共有サービスを利用する医療機関、薬局等が全国に広がり、無駄な検査や投薬が減る
- 2020年度以降は、診療情報や服薬情報に加え、介護情報などさらに幅広い情報の共有が可能になる

【2020年度に実現できること】

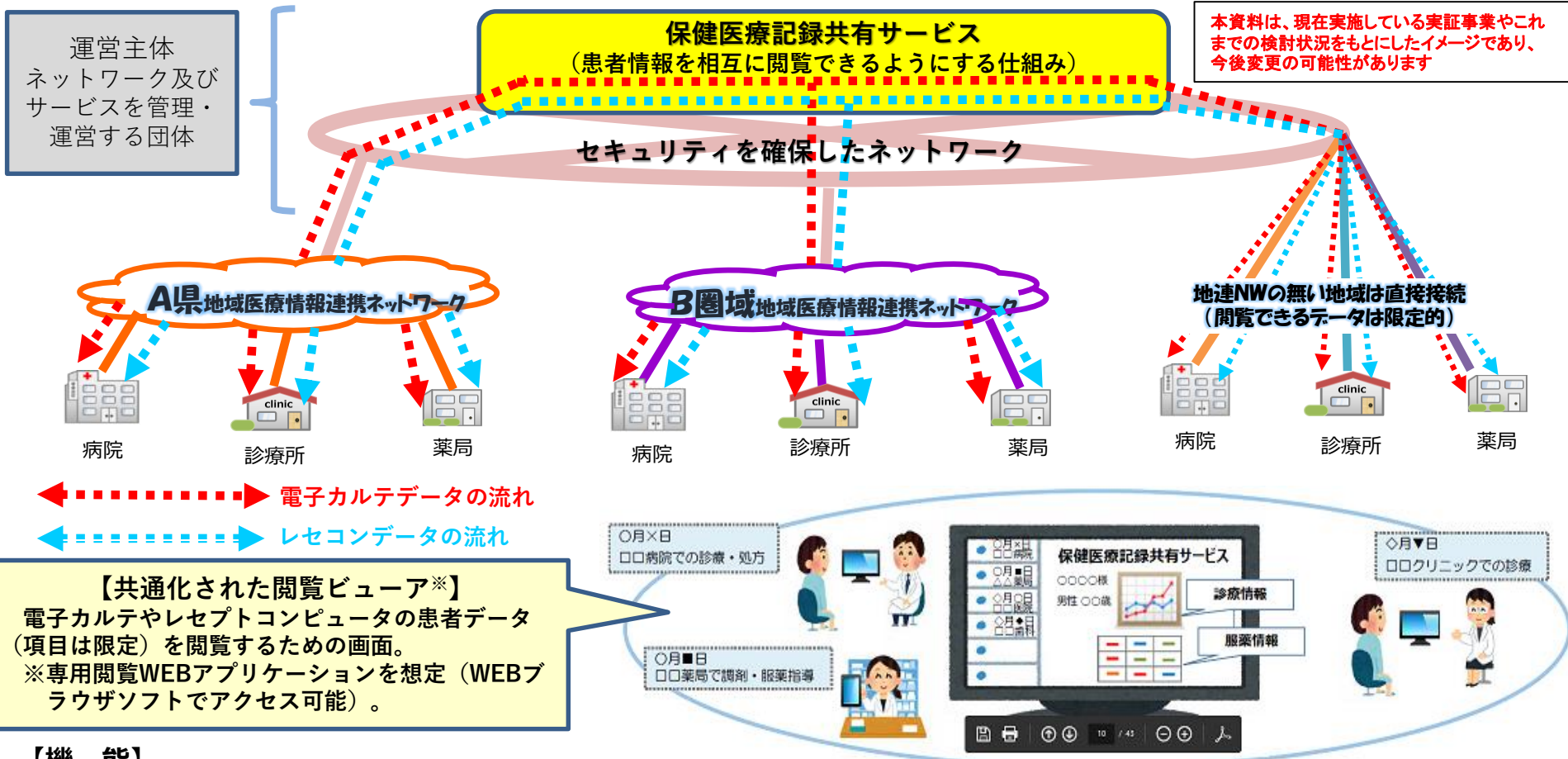
- 保健医療記録共有サービスの運用が始まり、複数の医療機関、薬局等の間で、患者の診療情報や服薬情報等が共有される

【イメージ】

- 患者の同意の下、複数の医療機関、薬局等で、患者の診療情報や服薬情報等を共有し、最適な健康管理・診療・ケアを提供
- 共有が有効なデータ項目について、病院、診療所、薬局等のデータをマルチベンダー対応で原則自動で収集し、データ保存のクラウド化、閲覧ビューアの共通化により広域連携が可能なネットワークを構築



全国的な保健医療情報ネットワークの概要イメージ(2020年度本格稼働時)



本資料は、現在実施している実証事業やこれまでの検討状況をもとにしたイメージであり、今後変更の可能性があります

【共通化された閲覧ビューア※】
 電子カルテやレセプトコンピュータの患者データ(項目は限定)を閲覧するための画面。
 ※専用閲覧WEBアプリケーションを想定(WEBブラウザソフトでアクセス可能)。

【機能】

- 患者の同意の下、**セキュリティを確保したネットワーク**を通じ、複数の医療機関、薬局等で、**レセプトコンピュータ**や**電子カルテ**に記録された患者の**診療情報・服薬情報等の一部を共有**し、最適な健康管理・診療・ケアを提供
- 保健医療記録共有サービスで共通化された**閲覧ビューア**により、共有が有効なデータ項目について、**県境を超えた広域連携**や、**地域医療情報連携ネットワークが整備されていない地域においても情報連携を行うことが可能**

【このサービスで目指すこと】

- 保健医療記録共有サービスを利用する医療機関、薬局等が全国に広がり、**質の高い医療が提供される**とともに、無駄な検査や投薬が減ることが見込まれる。
- すでに普及しているレセコンデータも活用することにより、電子カルテが無い医療機関でも参加が可能となり、**医療情報連携の参加施設数が増えることが見込まれる。**
- 2020年度以降は、診療情報や服薬情報に加え、介護情報などさらに幅広い情報の共有が順次可能になる(検討中)

全国保健医療情報ネットワークの主な検討課題

地域医療情報連携ネットワークの運営状況やこれまでの関連の実証事業（総務省事業）、今後行う実証事業の成果等を踏まえ、全国保健医療情報ネットワークの構築に関し、費用負担に見合った便益を得られるサービスやネットワークをどのように構築していくかが課題。

サービスやネットワークの検討

- ・ ネットワークで提供されるサービス内容の検討
（共有するデータ項目の精査、標準規格の実装等）
- ・ 既存の地域医療情報連携ネットワークの仕様の標準化
- ・ 個人情報保護措置やセキュリティが確保されるシステムの検討
（保健医療従事者の資格確認方法や、地域医療情報連携ネットワーク・医療機関等の接続認証要件を含む）

管理・運営主体

- ・ 全国ネットワークの管理・運営主体の在り方
- ・ 地域医療情報連携ネットワークの運営主体との関係

コスト

- ・ 全国ネットワーク整備の初期・更新コストと運営コスト及びその負担者の決定
- ・ 地域医療情報連携ネットワークの更新コスト・運営コストとの関係
- ・ 初期コスト・運営コスト等の低コスト化・平準化

参加促進・運用ルール

- ・ 一般市民（患者）、医療機関、薬局等のネットワークへの参加の促進（メリット）
- ・ 患者の同意取得や本人確認の在り方

(6) 「外国人患者の受入拠点となる
医療機関」の選出について

「外国人患者の受入拠点となる医療機関」の選出について

- 厚生労働省では、都道府県において「外国人患者の受入拠点となる医療機関」を選出いただくよう、その基準等について「訪日外国人旅行者等に対する医療の提供に関する検討会」において検討している。
- 検討会の議論がまとまり次第、都道府県に対して当該医療機関の選出を依頼する予定であるので、ご協力いただきたい。
- 選出に当たっては、地域の課題の協議等を行う業界分野横断的な関係者による協議会等の場において検討することが重要と考えており、平成31年度(2019年度)予算案においてその設置・運用に係る経費を要求しているため、是非ご活用いただきたい。

(1)各都道府県に求められる取組（総論）

- 我が国全体で観光立国が推進される中で、各都道府県においても外国人観光客の増加による地域の活性化に向けてそれぞれ取組みが進められているが、一方で訪日外国人が安心・安全に医療を受け、帰国できる体制の整備についても併せて取り組むことが求められている。
- このためには、各都道府県の衛生部局が観光部局等と連携し、また、管内の市町村や医師会・関係団体とも連携して、2019年のラグビーワールドカップの開催や2020年のオリンピック・パラリンピックの開催も念頭に体制づくりを進めることが必要。
- 政府としても取組みを推進するために、6月14日に「訪日外国人に対する適切な医療等の確保に関するワーキンググループ」が開催されたところであり、厚生労働省としても自治体・関係団体と協力して、訪日外国人・在留外国人が安心・安全に医療機関を受診できる体制づくりに向けて取組みを推進することとしている。
- このような状況を踏まえ、都道府県が、それぞれの地域の实情に応じた具体的取組みを進めることが求められる。
検討課題としては、例えば次のようなものが考えられる。
 - ① それぞれの地域における実態・課題等の把握
 - ② 外国人の受入が可能な医療機関の選定
 - ③ 外国人を受け入れる医療機関の受入体制の整備
 - ④ 外国人を受け入れる医療機関向けの医療通訳や翻訳機器等の活用体制の整備
 - ⑤ 外国人を受け入れる医療機関における円滑な支払の確保に向けた体制の整備
 - ⑥ 外国人を受け入れる医療機関に関する関係者間での情報共有
 - ⑦ 地域の医療機関・行政の担当窓口の体制整備
 - ⑧ 地域の行政・医療機関・消防・旅行・宿泊等の関係者による連携体制の構築 など
- 厚生労働省は、2018年6月の都道府県衛生部長会において、都道府県に対して、以下の取組を依頼すると予告したところ
「地域における外国人患者の受入拠点となる医療機関」を選定すること
 - 都道府県毎に、「重症例を受け入れ可能な医療機関」を1カ所以上選定
 - 外国人観光客が多い二次医療圏では、「軽症例の受け入れ可能な医療機関」を選定

(2) 外国人患者を受入れる医療機関の像

- 外国人患者を受入れる医療機関への支援や、認証・推奨・登録は、複数の省庁・団体が行っている。
- これらの医療機関の情報は一元化されておらず、医療機関や地方自治体からはわかりづらいという声が寄せられてきた。また、医療機関の外国人患者受入に対する姿勢に、差があるのではないかとこの声がある。
- 医療機関や地方自治体のみならず、外国人患者、観光・宿泊事業者、地域の住民等がわかりやすい形で情報提供する必要。

これまでの枠組み

実施主体	事業・リスト名	事業の内容	対象患者	医療機関数(降順)
1 観光庁	訪日外国人旅行者受入医療機関リスト	都道府県に医療機関の選定を依頼し、訪日外国人旅行者が滞在中の病気やケガ等の際に、安心して受診できる体制が整備された医療機関をリスト化。日本政府観光局のホームページを通して情報を発信する。同ページでは対応言語、診療科目、使用可能なクレジットカード等で医療機関の検索が可能	訪日外国人旅行者	1,255
2 厚生労働省	外国人患者受入れ環境整備推進事業	医療機関への医療通訳者・コーディネーターの配置や、院内体制整備(院内案内表示や院内資料の多言語化)への財政的支援	外国人患者	111
3 一般社団法人日本医療教育財団	外国人患者受入医療機関認証制度(JMIP)	在留、訪日外国人へ安心・安全な医療を提供するための環境が整備された医療機関を認証する。	在留外国人 訪日外国人	48
4 一般社団法人Medical Excellence JAPAN(MEJ)	ジャパンインターナショナルホスピタルズ(JIH)	日本の高度な医療を目的に、医療ビザを取得し渡航する外国人患者の受入に意欲があり、適切な受入体制を整備した医療機関を推奨し、海外に発信する。	治療・健診を目的に渡航する外国人患者	45

今後のあるべき像

- 都道府県が主体的になり、関係者を交えながら医療機関を推薦
- 登録された医療機関は、わかりやすい形で公開。
- 歯科診療所も対象。

(3) 平成31年「外国人患者の受入拠点となる医療機関」の基準(案)

事務局案は以下のとおり

(1) 都道府県単位の「重症例を受入可能な医療機関」

- ① 都道府県の医療計画における二次以上の救急医療機関
- ② 言語対応：多言語での対応が可能であること
 - ※ 言語の種類は医療機関の実情にあわせて設定するものとする
 - ※ 医療通訳者、電話通訳、デバイス等の形式は問わない

(2) 2次医療圏単位の「軽症例を受入可能な医療機関」

- ① 対象となる医療圏
 - ア ラグビーW杯またはオリンピック・パラリンピックの開催地を含む医療圏
 - イ 訪日外国人観光客の多い医療圏
 - ウ 在留外国人が多い医療圏
 - エ その他、都道府県が指定する医療圏
- ② 診療時間：特に制限を設けない
- ③ 診療科：特に制限を設けない
- ④ 言語対応：多言語での対応が可能であること
 - ※ 言語の種類は医療機関の実情にあわせて設定するものとする
 - ※ 医療通訳者、電話通訳、デバイス等の形式は問わない

(4)スケジュール (案)

スケジュール (案)は以下のとおり

2018年度中

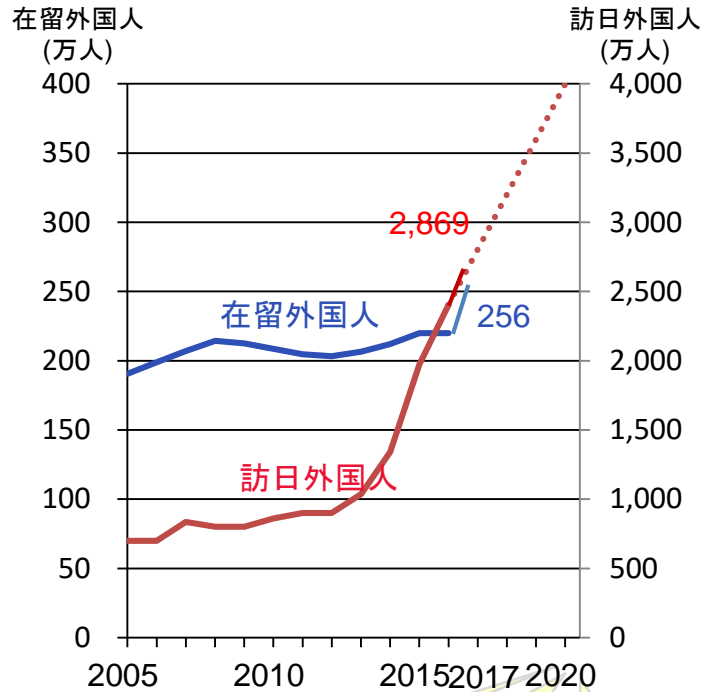
- 厚生労働省より各都道府県へ、「地域における外国人患者の受入拠点となる医療機関」の推薦を依頼
- 厚生労働省より各都道府県へ、「訪日外国人に対する医療に係る医療機関調査」の結果(一部)を共有
- 各都道府県より厚生労働省へ、「地域における外国人患者の受入拠点となる医療機関」を報告

2019年4月以降

- 厚生労働省は、各都道府県からの報告結果をとりまとめて公表

(参考)在留外国人・訪日外国人数の推移

外国人数の推移



ラグビーW杯 (2019) 東京オリンピック
パラリンピック

訪日外国人旅行者
4,000万人(明日の日本
を支える観光ビジョン)

関連
イベント・
政策

外国人の分類と受診に際する特徴

	人数	受診理由	受診する医療機関
在留外国人	256万人 ¹⁾	日常診療	地域の医療機関
訪日外国人	訪日外国人 (観光目的)	2,869万人/年 ²⁾	救急診療 (急病・怪我) 観光地の医療機関 (どこの医療機関にも受診する可能性)
	訪日外国人 (医療目的)	数千~万人/年 ³⁾	健康診断・先進的治療 外国人受入に取組んでいる医療機関

厚生労働省は、在留外国人と、観光・ビジネス目的で訪日し、医療が必要となった訪日外国人、および、在留外国人・訪日外国人を受け入れる医療機関における医療体制の整備を支援

1. 2017年12月末 在留外国人統計(法務省)における「在留外国人」の数(定義:中長期在留者及び特別永住者); 2. 日本政府観光局 訪日外客の動向(2017年)より;
 3. 6,914人(2014年) - 国内医療機関による外国人患者受入の促進に関する調査(経済産業省)

(7) 次世代医療基盤法における 医療情報の提供について

次世代医療基盤法における医療情報の提供について

- 医療情報を医療分野の研究開発に適切に利活用することを目的として、平成29年5月に次世代医療基盤法が制定された。(平成30年5月施行。)
- これに基づき、医療機関等においては、その設置主体(公立、私立等)に応じて適用される個人情報保護法制の枠組みの相違にかかわらず、あらかじめ本人に通知し、本人が提供を拒否しないという統一的な条件で、国が認定した事業者に対する医療情報の提供が可能。
- 地方公共団体の皆様には、次世代医療基盤法の意義をご理解の上、管内の医療機関等に対する周知についてご協力をお願いしたい。また、医療機関の設置主体や健康診査等の実施主体として、認定事業者に対する医療情報の提供について、ご協力をお願いしたい。
- ※ 公立病院等が個人情報を第三者に提供する場合には、個人情報保護条例に基づく必要があるものの、認定事業者に対する医療情報の提供は、条例で個人情報の第三者提供を認める「法令に基づく場合」に該当するものと解釈することが可能。

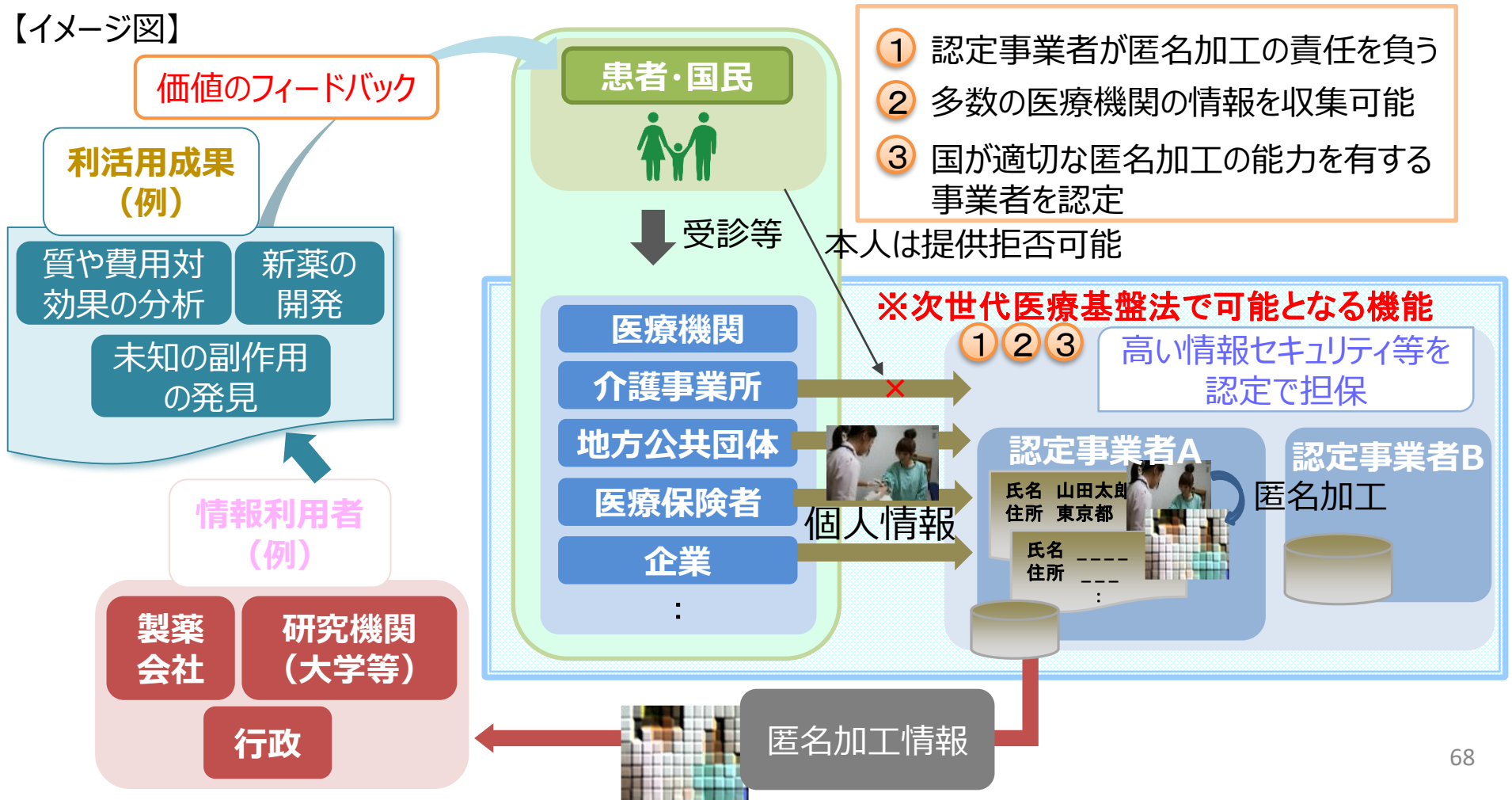
次世代医療基盤法の全体像(匿名加工医療情報の円滑かつ公正な利活用の仕組みの整備)

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医療機関や介護事業所、教育委員会等は、**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。

【イメージ図】



<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。
(認定事業者への提供は医療機関の任意)
- 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は不要**。

各地方公共団体にお伝えしたいこと

- 次世代医療基盤法では、自らの医療情報の提供という一人ひとりの参加は、匿名加工医療情報の利活用による医療分野の研究開発の成果を通じ、患者に提供される医療の進歩というみんなの恩恵に結び付きます。

- 次世代医療基盤法は、
 - ① 医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報の作成という特定の目的のために、
 - ② 医療情報の管理や利活用のための匿名加工を適正かつ確実に行うことができる
認定匿名加工医療情報作成事業者という特定の相手方に対し、
 - ③ 個人情報を取り扱う主体の性格に応じて適用される個人情報保護法制の枠組みの相違にかかわらず統一的条件で、
本人の同意が得られていない場合にも、医療情報の第三者提供を認めるものです。
これは、地方公共団体又は地方独立行政法人が保有する医療情報に関しても、同様です。

- このような次世代医療基盤法の意義を踏まえ、各地方公共団体においては、貴管内の関係機関や関係団体に対する周知について、ご協力をお願いします。
また、医療機関等の設置主体や、健康診査を始めとする保健福祉事業の実施主体として、認定匿名加工医療情報作成事業者に対する医療情報の提供について、ご協力をお願いします。

- なお、次世代医療基盤法に関する各地方公共団体の取組を支援するため、
必要がある場合には、貴管内の関係機関や関係団体に対しても、次世代医療基盤法に関するご説明にお伺いすることが可能です。お気軽にご相談下さい。

- すべての地方公共団体の個人情報保護条例において、個人情報の第三者提供を認める場合として、「法令に基づく場合」という規定を整備。この「法令に基づく場合」は、個人情報の提供を義務として規定する場合ほか、個人情報の提供を任意として規定する場合も含むものと解釈することが可能。
- したがって、個人情報保護条例では、地方公共団体又は地方独立行政法人が保有する医療情報を認定匿名加工医療情報作成事業者に提供することは、個人情報の第三者提供を認める「法令に基づく場合」に該当するものと解釈することが可能。
- なお、独立行政法人等個人情報保護法でも、認定匿名加工医療情報作成事業者に対する医療情報の提供は、個人情報の第三者提供を認める「法令に基づく場合」に該当するものと各独立行政法人等が判断する対象となり得るものと解釈。

5 參考資料

医師偏在対策について

医師需給分科会 第2次中間取りまとめの概要①

2017年12月21日取りまとめ

今回講ずべき医師偏在対策の基本的考え方

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

- (1) 医師偏在対策に有効な客観的データの整備
- (2) 都道府県が主体的・実効的に医師偏在対策を講じることができる体制の整備
- (3) 医師養成過程を通じた医師確保対策の充実
- (4) 医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進

具体的な医師偏在対策

基本的考え方に基づき、様々な立場の関係者から一定の合意が得られる範囲で取りまとめたもの。

(1) 都道府県における医師確保対策の実施対策の強化

①「医師確保計画」の策定

- 「医師確保計画」において、i)都道府県内における医師の確保方針、ii)医師偏在の度合いに応じた医師確保の目標、iii)目標の達成に向けた施策内容までの一連の方策を記載することを明確に法律上に位置づけるべき。(3年ごとに見直し)
- 医師偏在の度合いを示す指標を設定すべき。
- 都道府県知事が、医師偏在の度合い等に応じて、「**医師少数区域(仮称)**」及び「**医師多数区域(仮称)**」を設定し、具体的な医師確保対策に結び付けて実行できることとすべき。

②地域医療対策協議会の実効性確保

- 地域医療対策協議会については、その**役割を明確化し、実効性を高める**ため、医師確保計画において定められた各種対策を具体的に実施するに当たって、関係者が協議・調整を行う協議機関と位置付けるべき。
- 構成員についても見直しを行い、改組を促すべき。

③効果的な医師派遣等の実施に向けた見直し

- 地域医療支援事務の**実効性を強化するための見直し**を行うべき。(大学医学部・大学病院との連携の下での実施、キャリア形成プログラムの策定徹底等)
- 医師情報データベースを早急に構築すべき。
- 医療勤務環境改善支援センターは、**地域医療支援センターと連携**することを法律上明記すべき。

(2) 医師養成過程を通じた地域における医師確保

①医学部

- 医師が少ない都道府県の知事が、管内の大学に対し、入学枠に**地元出身者枠の設定・増員を要請**することができる制度を法律上設けるべき。
- 医師が少ない都道府県において、**医師が多い都道府県の大学医学部にも、地域枠を設定**することができるようにすべき。

②臨床研修

- 臨床研修病院の指定及び募集定員の設定**は、都道府県が、地域医療対策協議会の意見を聴いた上で行うことができるようにすべき。
- 地域枠等の医師に対する臨床研修の選考については、一般のマッチングとは分けて実施することとすべき。
- 臨床研修医の募集定員上限は段階的に圧縮し、都道府県ごとの募集定員上限の算定方式については、改善を図るべき。

③専門研修

- 新専門医制度については、日本専門医機構等が国や地方自治体からの意見を踏まえる仕組みが担保されるよう、**国や都道府県から日本専門医機構等に対する要請**等の事項を法定すべき。
- 人口動態や疾病構造の変化を考慮した**診療科ごとに将来必要な医師数の見直し**を、国が情報提供すべき。

医師需給分科会 第2次中間取りまとめの概要②

(3) 地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

- ・ **外来医療機能の偏在・不足等の情報**を、新たに開業しようとしている医療関係者等が自主的な経営判断を行うに当たっての有益な情報として、**可視化**するべき。
- ・ 可視化する情報の内容について地域の医療関係者等と事前に協議等を行うこととすべき。
- ・ 充実が必要な外来機能や充足している外来機能に関する**外来医療機関間での機能分化・連携の方針等についても、併せて協議**を行い、地域ごとに方針決定できるようにするべき。(協議には、地域医療構想調整会議も活用)

(4) 医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進

① 医師個人に対する環境整備・インセンティブ

- ・ 医師が医師の少ない地域で勤務を行うに当たり、**不安を解消するための環境整備**を行うべき。(代診医派遣に対する支援、医師間の遠隔相談・診療等に対する支援、プライマリ・ケアの研修・指導体制の確保、医療機関等の兼任管理等)
- ・ 環境整備と併せて、医師少数区域等に所在する医療機関に一定期間以上勤務した医師を、**厚生労働大臣が認定する制度を創設**するべき。(必要な勤務期間、名称、普及方法等は別途検討)
- ・ 認定対象は、あらゆる世代のすべての医師とすべき。
- ・ 認定医師であることを広告可能事項に追加すべき。

(4) 医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進 (つづき)

② 医師派遣を支える医療機関等に対する経済的インセンティブ等

- ・ 医師派遣要請に応じて医師を送り出す**医療機関等について、経済的インセンティブ**が得られる仕組みを構築すべき。
- ・ 地域医療支援病院については、その役割、機能、評価の在り方を含めて、別途検討すべき。
- ・ 地域医療支援センターにおいて、マッチング機能を担うこととすべき。
- ・ 認定制度の創設を踏まえ、都道府県を越えての医師派遣を調整する仕組みについても、厚生労働省において検討を進めるべき。

③ 認定医師に対する一定の医療機関の管理者としての評価

- ・ 認定医師であることを**一定の医療機関の管理者に求められる基準**の一つとすべき
- ・ 対象となる医療機関については、**まずは地域医療支援病院のうち、医師派遣・環境整備機能を有する病院**とし、今後、具体的な医療機関の在り方について検討すべき。
- ・ 管理者として評価を行うのは、施行日以降に臨床研修を開始した認定医師に限るものとすべき。
- ・ 管理者として必要なマネジメント能力、その研修の実施等について、別途検討を進めるべき。

将来に向けた課題

(1) 今回の医師偏在対策の効果の検証を踏まえた継続的な議論の必要性 (更なる議論が必要なもの)

- ・ 今回の医師偏在対策については、できるだけ速やかに施行し、施行後も速やかに、かつ定期的にその効果の検証を行うべき。
- ・ 検証の結果、十分な効果が生じていない場合には、下記①から③までを含め、更なる医師偏在対策について、早急に検討されるべき。
- ① 専門研修における診療科ごとの都道府県別定員設定
- ② 認定医師に対する一定の医療機関の管理者としての評価
- ③ 無床診療所の開設に対する新たな制度上の枠組みの導入

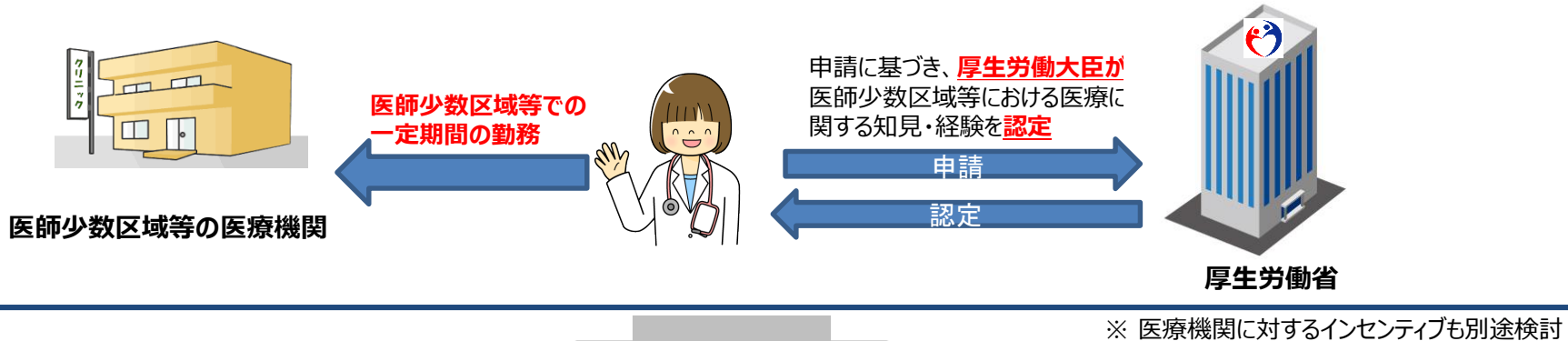
(2) 都道府県における医療行政能力の向上のための取組の必要性

- ・ 厚生労働省において、都道府県の人材育成が進むような適切な対応を検討すべき。

1. 医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設について

基本的な考え方

- 医師の少ない地域での勤務を促すため、都道府県、大学医局、地域の医療機関等の関係者の連携により、医師の少ない地域で医師が疲弊しない持続可能な環境を整備するとともに、医師少数区域等での一定期間の勤務経験を評価する仕組みが必要。



法案の内容（いずれも医療法改正）

<認定医師>

- ① 「医師少数区域」等*における医療の提供に関する**一定の勤務経験を通じた地域医療への知見を有する医師を厚生労働大臣が認定**できることとする。（2020年4月1日施行）

<一定の病院の管理者としての評価>

- ② 「医師少数区域」等における医療の確保のために必要な支援を行う病院その他の厚生労働省令で定める病院の開設者は、**①の認定を受けた医師等に管理させなければならないこととする**。（2020年4月1日施行※）

*「医師少数区域」については、「2. 都道府県における医師確保対策の実施体制の整備について」の法案の内容の①にあるとおり、国が定める「医師偏在指標」に基づき、都道府県が「医師少数区域」又は「医師多数区域」を定めることができる。また、地域における医療の提供に影響を与える場合等においては、認定医師でなくとも医師少数区域等における医療の確保のために必要な支援を行う病院等の管理者になれることとしており、具体的な範囲について検討中。

<医療機関の複数管理要件の明確化>

- ③ 病院等の管理者が「医師少数区域」等に開設する他の診療所等を管理しようとする場合に、都道府県知事が許可を行う要件を明確化する。（公布日施行）

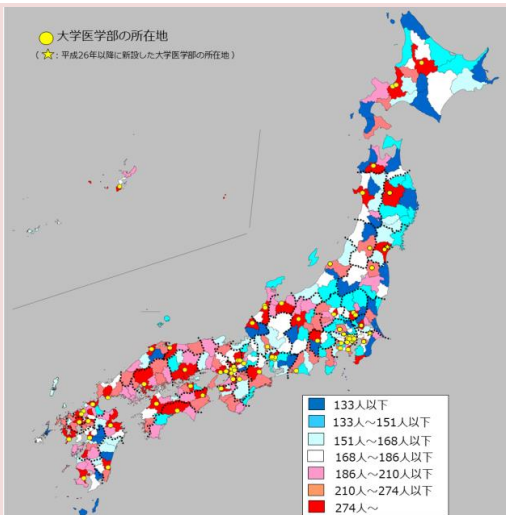
医師偏在指標の導入

現状

- 現在、地域ごとの医師数の比較には人口10万人対医師数が一般的に用いられているが、以下のような要素が考慮されておらず、医師の地域偏在・診療科偏在を統一的に測る「ものさし」にはなっていない。

- 医療需要（ニーズ）
- 将来の人口・人口構成の変化
- 医師偏在の単位（区域、診療科、入院／外来）
- 患者の流出入
- 医師の性別・年齢分布
- へき地や離島等の地理的条件

二次医療圏ごとの人口10万対医師数（平成28年）

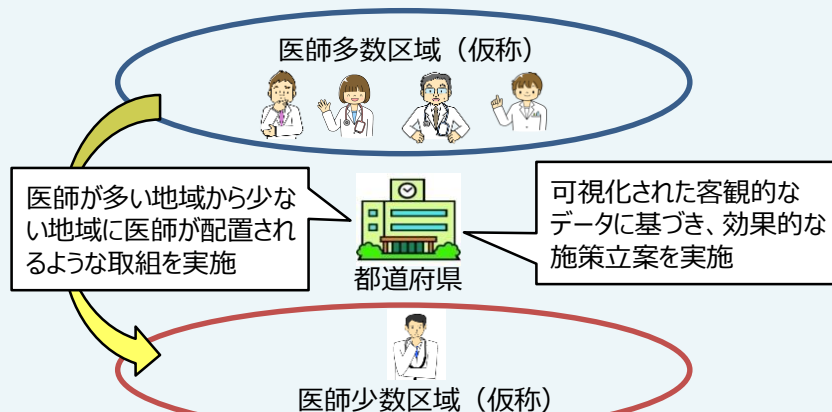


制度改正案

現在・将来人口を踏まえた医療ニーズに基づき、地域ごと、診療科ごと、入院外来ごとの医師の多寡を**統一的・客観的に把握できる、医師偏在の度合いを示す指標**を導入

- 医師偏在の度合いを示すことによって、都道府県内で医師が多い地域と少ない地域が**可視化**されることになる。
- 都道府県知事が、医師偏在の度合い等に応じて、都道府県内の「医師少数区域（仮称）」と「医師多数区域（仮称）」を指定し、具体的な医師確保対策に結びつけて実行できるようになる。

※ ただし、医師偏在の度合いに応じ、医療ニーズに比して医師が多いと評価された地域であっても、救急・小児・産科医療など政策医療等の観点から、地域に一定の医師を確保する必要がある場合については、配慮することが必要。

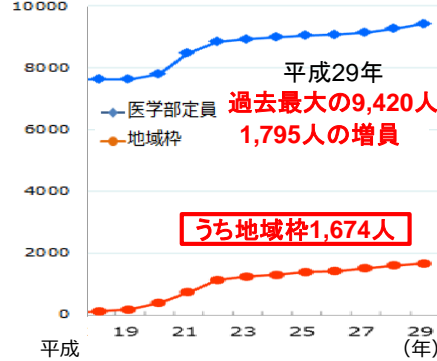


2. 都道府県における医師確保対策の実施体制の整備について

基本的な考え方

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

(人) 医学部入学定員の年次推移



2008年以降増加した地域枠での入学者が、2016年以降地域医療に従事し始めている（2024年度には約1万人の地域枠医師が地域医療に従事する見込み）。

地域医療対策協議会

都道府県・大学・医師会・主要医療機関等が合意の上、医師派遣方針、研修施設・研修医の定員等を協議



法案の内容（いずれも医療法改正）

<医師確保計画の策定>

- ① 医療計画において、二次医療圏ごとに、新たに国が定める「医師偏在指標」を踏まえた**医師の確保数の目標・対策を含む「医師確保計画」を策定**する。（2019年4月1日施行）
※ 都道府県は、「医師偏在指標」を踏まえて「医師少数区域」又は「医師多数区域」を設定。

<地域医療対策協議会の機能強化>

- ② **地域医療対策協議会は、「医師確保計画」の実施に必要な事項について協議を行う**こととする。（公布日施行）

<地域医療支援事務等の見直し>

- ③ 都道府県は、大学、医師会、主要医療機関等を構成員とする**地域医療対策協議会の協議に基づき、地域医療支援事務を行う**こととする。また、**地域医療支援事務の内容に、キャリア形成プログラムの策定や、「医師少数区域」への医師の派遣等の事務を追加**する。（公布日施行）
- ④ 都道府県の地域医療支援事務と医療勤務環境改善支援事務の実施に当たり、相互に連携を図らなければならない旨を定める。（公布日施行）

都道府県における医師確保対策実施体制の整備

現状

- 医療計画における医師確保関連の記載が都道府県ごとにばらつきがあり、法定の「**地域医療対策**」（医師確保対策）も**17県で未策定**。
- 都道府県・大学・医師会・主要な医療機関等で構成される「**地域医療対策協議会**」は、**7県で未開催**（過去5年）

回数	0	1	2	3	4	5以上
都道府県数	7	1	-	2	3	34
	青森県 山形県 新潟県 山梨県 香川県 福岡県 佐賀県					

- 都道府県によっては、医師確保に関する**各種会議体が乱立**。
- 地域枠等の**医師派遣について、大学と都道府県が連携できていない場合がある**。

医師確保対策について、都道府県が主体的・実効的に対策を行うことができる体制が十分に整っていない。

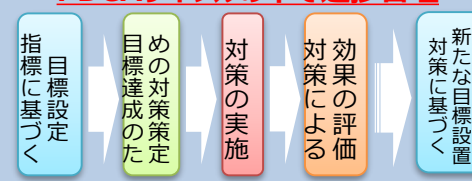
制度改革案

都道府県が、大学、医師会等の管内の関係者と連携して医師偏在対策を進めていくことができる体制を構築する。

① 医師確保計画の策定

- 以下の内容を「医師確保計画」として、法律上位置付け。（3年ごとに見直し）
 - ・ 都道府県内における医師の確保方針
 - ・ 医師偏在の度合いに応じた医師確保の目標
 - ・ 目標の達成に向けた施策内容

PDCAサイクルの下で進捗管理



② 地域医療対策協議会の機能強化



- ・ 具体的な医師確保対策の実施を担う医療機関を中心に**構成員を再構成**
- ・ 都道府県内の医師確保関係**会議を整理・統合**



都道府県・大学・医師会・主要医療機関等が合意の上、医師派遣方針、研修施設・研修医の定員等を決定



地域医療対策協議会

協議に基づいた事務の実施



地域医療支援センター

③ 地域医療支援事務の見直し

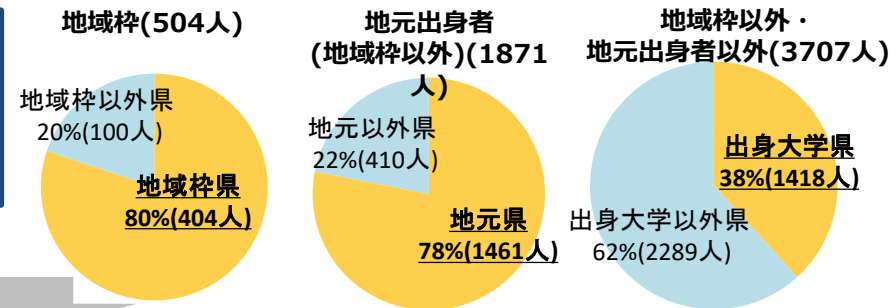
- 都道府県の行う地域医療支援事務（地域医療支援センターの事務）の実効性を強化。
 - ・ **必ず大学医学部・大学病院との連携**の下で実施
 - ・ 理由なく公立病院・公的病院などに派遣先が偏らないようにする
 - ・ 地域医療構想との整合性確保
 - ・ **地域枠の医師**について、都道府県主体での派遣方針決定
 - ・ キャリア形成プログラムの策定を徹底
 - ・ 派遣医師の負担軽減のための援助の実施

3. 医師養成過程を通じた医師確保対策の充実について

基本的な考え方

- 医学部、臨床研修、専門研修を通じ、医師は自らが研さんを積んだ土地に定着するとのデータも踏まえ、**医師養成過程を通じた医師偏在対策を講じる**必要がある。

臨床研修修了後の勤務地



法案の内容（①については医療法、②～④については医師法改正）

<医学部関係の見直し>

- ① **都道府県知事から大学に対して、地対協の協議を経たうえで、地域枠又は地元出身者枠の創設又は増加を要請**できることとする。（2019年4月1日施行）

<臨床研修関係の見直し>

- ② 法律及び臨床研修の実施に関する厚生労働省令に定める基準に基づいて、**都道府県知事が臨床研修病院を指定**することとする。（2020年4月1日施行）
- ③ **都道府県知事は、**厚生労働大臣が定める都道府県ごとの研修医の定員の範囲内で、毎年度、厚生労働省令で定めるところにより、**都道府県の区域内に所在する臨床研修病院ごとの研修医の定員を定める**こととする。（2020年4月1日施行）

<専門研修関係の見直し>

- ④ **厚生労働大臣は、**医師の研修機会確保のために特に必要があると認めるときは、研修を実施する日本専門医機構等に対し、当該**研修の実施に関し、必要な措置の実施を要請**できることとする。また、**日本専門医機構等は、医師の研修に関する計画が医療提供体制に重大な影響を与える場合には、あらかじめ都道府県知事の意見を聴いた厚生労働大臣の意見を聴かなければならない**こととする。（公布日施行）

<地域医療対策協議会との関係>

- ⑤ ②～④において都道府県知事が行う事項については、地対協の意見を聴くこととする。（各施行日に準ずる）

医師養成過程における医師確保対策（医学部・臨床研修）

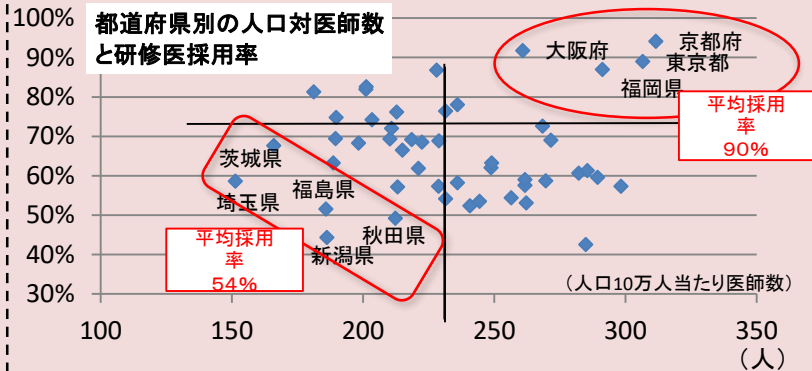
現状

- 地元出身の入学者は、その都道府県への定着割合が高い（約80%）ため、**地元出身者の入学を促す仕組みが必要となっている。**

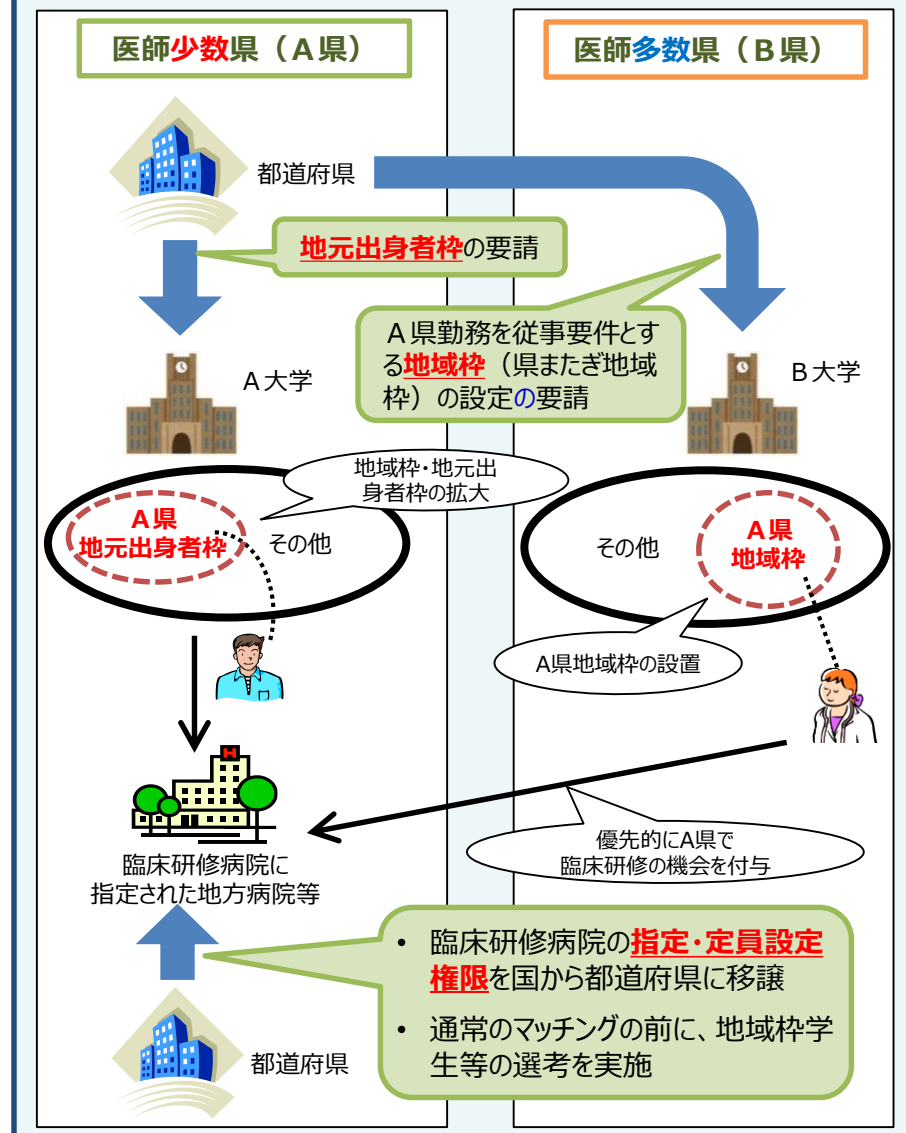
地域枠と地域枠以外の地元出身者の定着割合

	臨床研修を行った主たる都道府県		臨床研修修了後に勤務する都道府県	
	A県/卒業生		A県/卒業生	
	人数	割合	人数	割合
A県地域枠	418/504	83%	404/504	80%
地域枠以外・出身地A県・大学A県	1452/1871	78%	1461/1871	78%
地域枠以外・出身地B県・大学A県	1483/3707	40%	1418/3707	38%

- 臨床研修も、地元で行うことが定着に効果的だが、**研修医が都市部に集中。**



制度改革案



医師養成過程における医師確保対策（専門研修）

現状

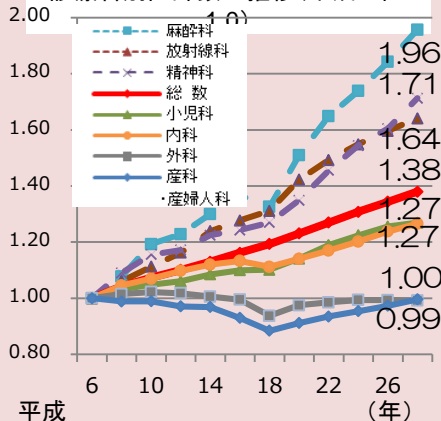
○ 新専門医制度について、女性医師をはじめとした**医師のキャリアや地域医療に対する配慮**が、今後、継続的になされるような、安定した仕組みが必要となっている。

○ 現在、医師数は年々増加している一方、その増分は**一部の診療科に偏っている**。また、診療科ごとに労働時間に大きな差が存在している。

○ 診療科別の医師の必要数は不明確であり、医師は臨床研修修了後に**自主的に診療科を選択**している。

○ 新専門医制度においても、診療科ごとの養成数を調整する仕組みは組み込まれていない。

診療科別医師数の推移（平成6年：1.00）



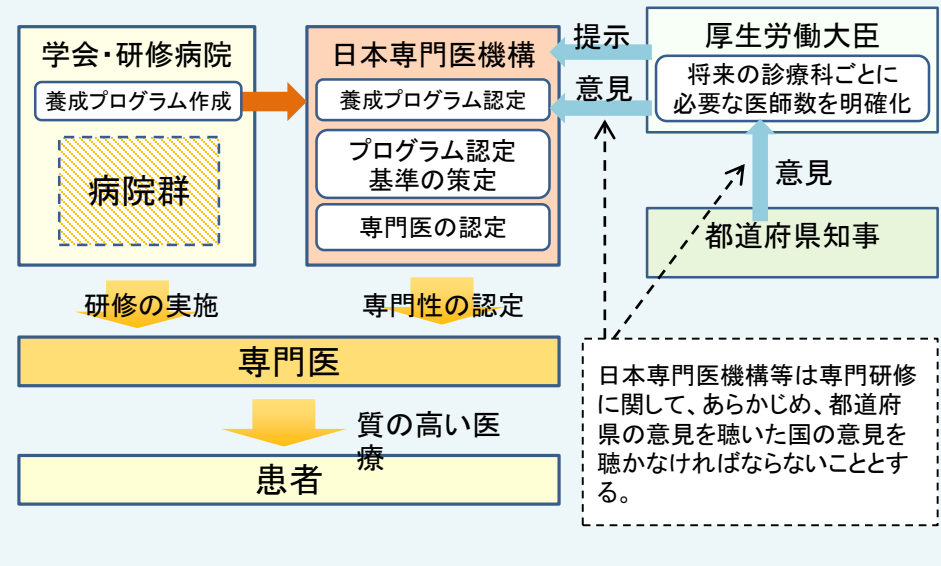
週当たり勤務時間	病院常勤勤務医
内科系	56時間16分
外科系	59時間28分
産婦人科	59時間22分
小児科	56時間49分
救急科	63時間54分
麻酔科	53時間21分
精神科	50時間45分
放射線科	52時間36分
臨床研修医	60時間55分
全診療科平均	56時間28分

制度改正案

○ 将来の診療科ごとに必要な医師数を都道府県ごとに明確化し、国が情報提供

臨床研修修了後の適切な診療科選択に寄与し、診療科偏在の是正につながる。

○ 新専門医制度において、都道府県の意見を聴いた上で国が研修の機会確保や地域医療の観点から、日本専門医機構等に対して意見を述べる仕組みを法定

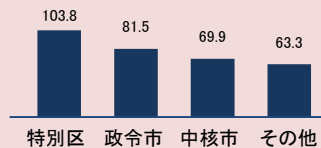


地域における外来医療機能の偏在・不足等への対応

現状

- 外来患者の約6割が受診する**無床診療所**は、**開設が都市部に偏っている**。
- また、地域における救急医療提供体制の構築、グループ診療の推進、放射線装置の共同利用等の**医療機関の連携の取組が**、個々の医療機関の**自主的な取組に委ねられている**。

人口10万人対無床診療所数



（二次医療圏別）

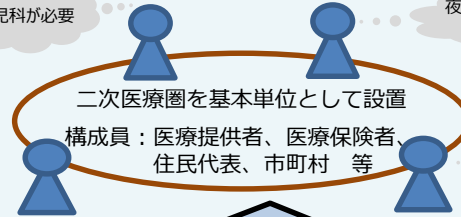
上位	1位：東京都・区中央部	248.8
	2位：大阪府・大阪市	123.1
下位	2位：北海道・遠紋	32.9
	1位：北海道・根室	26.5

制度改正案

外来医療に関する協議の場を設置

小児科が必要

夜間・救急体制の構築のためには、地域の診療所の協力が必要



地域医療構想調整会議を活用して協議を行うことができる

在宅医療への対応が必要

医師偏在の度合いを示す指標の導入

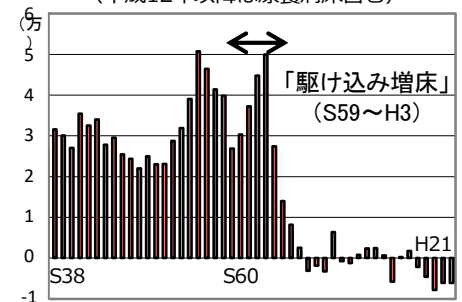
地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握が可能

- **外来医療機能に関する情報を可視化**するため、地域の関係者が**提供する情報の内容**（付加情報の追加、機微に触れる情報の削除等）**について協議**
- 救急医療提供体制の構築、グループ診療の推進、医療設備の共同利用等の、**地域における外来医療機関間の機能分化・連携の方針についても協議**

無床診療所の開業規制を行う場合の課題

- ・ **自由開業制との関係**（現行制度上、医師免許は開業免許と位置付けられており、憲法で保障された営業の自由との関係の整理が必要）
- ・ **国民皆保険との関係**（国民皆保険を採用する我が国においては、保険上の制限も実質上の開業制限）
- ・ **雇入れ規制の必要性**（開業規制を行うのであれば、雇入れ規制が必要であるが、これは事実上困難）
- ・ **新規参入抑制による医療の質低下への懸念**（新規参入がなくなれば、医療の質を改善・向上するインセンティブが低下する懸念）
- ・ **駆け込み開設への懸念**（病床規制を導入した際は、S59～H3 までの間に238,916床増床）

【参考】一般病床数の増加数の年次推移（平成12年以降は療養病床含む）



医師偏在に係る指標の課題の整理

人口10万人対医師数における課題	医師偏在指標における対応
1-1. 人口構成（性・年齢構成）の違いを反映できていない	地域ごとの医療需要について、人口構成の違いを踏まえ、受療率を用いて性年齢調整を行ったものを用いてはどうか。
1-2. 患者の流出入等を反映できていない	昼間人口と夜間人口のそれぞれを用い、実態に応じた一定の重み付けを行ったものを用いてはどうか。 患者の流出入に関しては、患者住所地を基準に流出入実態を踏まえ、都道府県間調整を行うこととしてはどうか。
1-3. へき地等の地理的条件を反映できていない	法律上、医師確保対策の対象とされている「医師の確保を特に図るべき区域」に、医師少数区域以外の二次医療圏に存在する無医地区、準無医地区（へき地診療所設置済み地区を含む。）も一定の考え方の下、含めることを検討してはどうか
1-4. 医師の性別・年齢分布について反映できていない	医師の性・年齢階級別の平均労働時間で重み付けを行ったものを用いてはどうか。
1-5. 入院、外来などの機能ごとの偏在の状況、診療科別の医師の偏在の状況を反映できていない	入院外来別の医師偏在については、外来医療機能の不足・偏在等への対応について検討する際に併せて検討することとしてはどうか。 診療科別の医師偏在については、喫緊の対応として小児科と産科についての指標を暫定的に作成してはどうか。

医師偏在指標について

- 医師数は、性別ごとに20歳代、30歳代・・・60歳代、70歳以上に区分して、平均労働時間の違いを用いて調整する。
- 従来的人口10万人対医師数をベースに、地域ごとに性年齢階級による受療率の違いを調整する。

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数}}{\text{地域の人口} \div 10\text{万} \times \text{地域の標準化受療率比} (\ast 1)}$$

$$\text{標準化医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$\text{地域の標準化受療率比} (\ast 1) = \text{地域の期待受療率} \div \text{全国の期待受療率} (\ast 2)$$

$$\text{地域の期待受療率} (\ast 2) = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

政策上必要な医師偏在指標の骨格

活用される場面	指標の設定単位	指標の設定時点
医師確保計画における 目標医師数の設定	二次医療圏	現在時点
	三次医療圏	現在時点
医師少数区域、 医師多数区域の設定	二次医療圏	現在時点
大学医学部における 地域枠・地元枠の設定	三次医療圏	将来時点*

* このまま追加的な医師偏在対策を講じなかった場合(現在の医師供給のトレンドが継続した場合)における医師数の偏在を表す指標

※将来時点をどこに設定するかについて、今後検討が必要

将来時点の医師偏在指標の要素について

- 将来時点の医師偏在指標についても、現在時点の医師偏在指標と同様の考え方をを用いることとしてはどうか。
- ただし、一部の要素については、現在時点の医師偏在指標の考え方の修正が必要ではないか。

人口10万人対医師数における課題	将来時点の医師偏在指標における対応
1. 人口構成（性・年齢構成）の違いを反映できていない	現在時点の医師偏在指標と同様の考え方をを用いてはどうか。 ただし、 <u>人口構成等の経時変化を反映</u> することとしてはどうか。
2. 患者の流出入等を反映できていない	現在時点の医師偏在指標と同様の考え方をを用いてはどうか。 ただし、患者の流出入に関して、都道府県間での調整の上で経時変化を見込むこともできることとしてはどうか。
3. へき地等の地理的条件を反映できていない	現在時点の医師偏在指標と同様の考え方をを用いてはどうか。
4. 医師の性別・年齢分布について反映できていない	現在時点の医師偏在指標と同様の考え方をを用いてはどうか。 ただし、 <u>医師数については、医師供給推計の値を用いる</u> こととしてはどうか。
5. 入院、外来などの機能ごとの偏在の状況、診療科別の医師の偏在の状況を反映できていない	現在時点の医師偏在指標と同様の考え方をを用いてはどうか。

将来時点の医師偏在指標について

- 医師数は、性別ごとに20歳代、30歳代・・・60歳代、70歳以上に区分して、平均労働時間の違いを用いて調整する。
- 従来的人口10万人対医師数をベースに、地域ごとに性年齢階級による受療率の違いを調整する。

$$\text{将来時点の医師偏在指標} = \frac{\text{将来時点の地域の標準化医師数}}{\text{将来時点の地域の人口} \div 10\text{万} \times \text{将来時点の地域の標準化受療率比} (\ast 1)}$$

$$\text{標準化医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

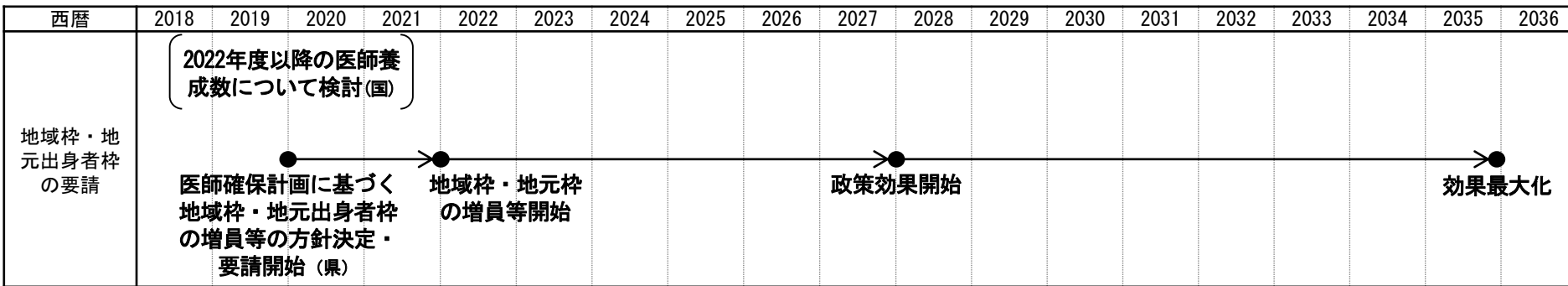
$$\text{地域の標準化受療率比} (\ast 1) = \text{地域の期待受療率} \div \text{全国の期待受療率} (\ast 2)$$

$$\text{地域の期待受療率} (\ast 2) = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

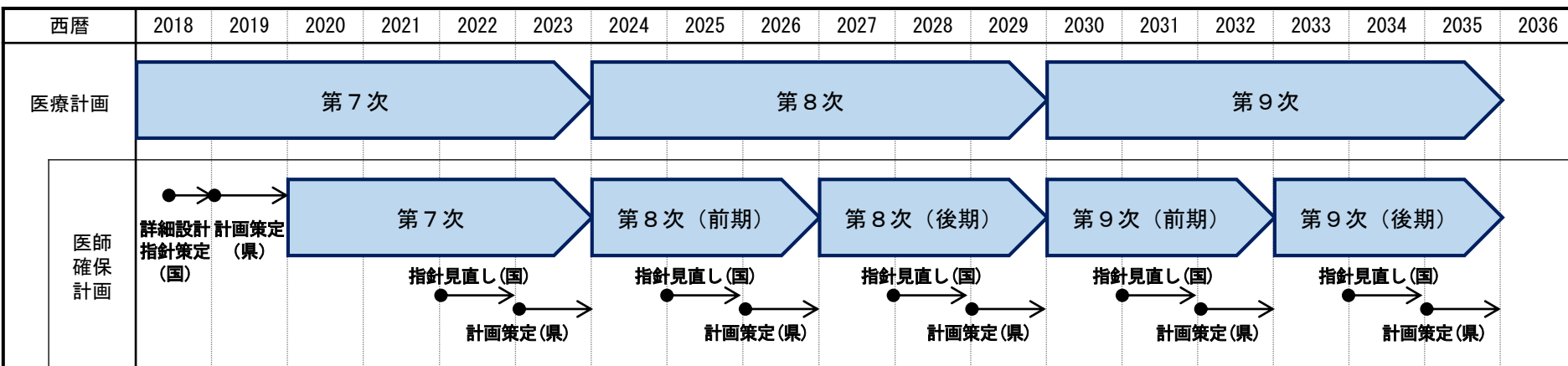
注) 患者の流出入に関しては、患者住所地を基準に流出入実態を踏まえ、都道府県間調整を行うこととする。
へき地などの地理的条件については、「医師の確保を特に図るべき区域」として、一定の考え方の下で考慮することとする。

設定時点について - 医師養成と医療計画（医師確保計画）


- 今後、医師の働き方改革に関する議論等を踏まえ、2022年度以降の医師養成数について検討を行う予定であるが、これと整合的になるよう地域枠・地元出身者枠の設定を行うことが必要である。
- 医師確保計画に基づき、2022年度以降の地域枠・地元出身者枠の増員等の要請を行う場合、2028年度から政策効果が出始めることとなる。
- 地域枠の義務年限を9年間とすると、義務年限期間中の地域枠医師が、2022年度以降の医師確保計画に基づく地域枠・地元出身者枠設定後に入学した医師で満たされるのは、2036年度以降となる。



- 医療計画は6年ごとに見直すこととされている。
- 医師確保計画は第7次計画は4年、第8次（前期）計画以後は3年ごとに見直すこととされている。



設定時点について - まとめ

- 将来時点の医師偏在指標について、時点をいつと設定するか。
 - 将来の医師偏在指標は大学医学部における地域枠・地元出身者枠の要請に用いるため、今後地域枠・地元出身者枠の増員等を行った際にその効果が十分に出る時点に設定する必要があると考えられる。
 - 医師確保計画に基づき、2022年度以降の地域枠・地元出身者枠の増員等の要請を行う場合、2028年度から政策効果が出始めることとなる。
 - 地域枠の義務年限を9年間とすると、義務年限期間中の地域枠医師が、2022年度以降の医師確保計画に基づく地域枠・地元出身者枠設定後に入学した医師で満たされるのは、2036年度以降となる。
 - 将来のある時点を境に医療需要が減少傾向となること、また将来推計の誤差が大きくなることから、余りに遠い時点に設定することは適当でないと考えられる。
 - 医療計画や医師確保計画の目標設定との整合性の観点から、これらの計画の計画期間の終了時点と合わせることが望ましいと考えられる。
 - 医療計画は6年ごとに見直すこととされている。
 - 医師確保計画は第7次計画は4年、第8次（前期）計画以後は3年ごとに見直すこととされている。
- 
- これらを踏まえ、第9次（後期）医師確保計画の終了時点（2035年度末）の医師確保の状況の把握（※）を行う2036年を、将来時点の医師偏在指標の設定時点としてはどうか。

（※医師・歯科医師・薬剤師調査による）

小児科医師及び産科医師の偏在指標の基本的考え方について

- **小児科の医療需要**については、年齢ごとの受療率の違いを踏まえ、15歳未満の人口を元に、地域ごとに性年齢調整を行ったものを用いてはどうか。
- 小児の診療は小児科医に限らず、内科医や耳鼻いんこう科医等によって診療されているため、医療需要の一定割合について小児科医が対応しているものと考えてはどうか。
- 小児科医の性・年齢構成等の地域差についても、性・年齢等によって平均労働時間等が異なると考えられることから、これらによる重み付けを行ってはどうか。

- **産科の医療需要**については、地域毎に15歳－49歳女性人口あたりの分娩数が異なることから、地域ごとの15歳－49歳女性人口あたり分娩件数を基準として考えてはどうか。
- 産科医師の性・年齢構成等の地域差についても、性・年齢等によって平均労働時間等が異なると考えられることから、これらによる重み付けを行ってはどうか。

医師少数区域及び医師多数区域の設定について

□ 医療法上、都道府県は、二次医療圏単位で、医師偏在指標に関する基準に従い、医師少数区域・医師多数区域の設定ができるとされている。

・医療法（昭和23年法律第205号）

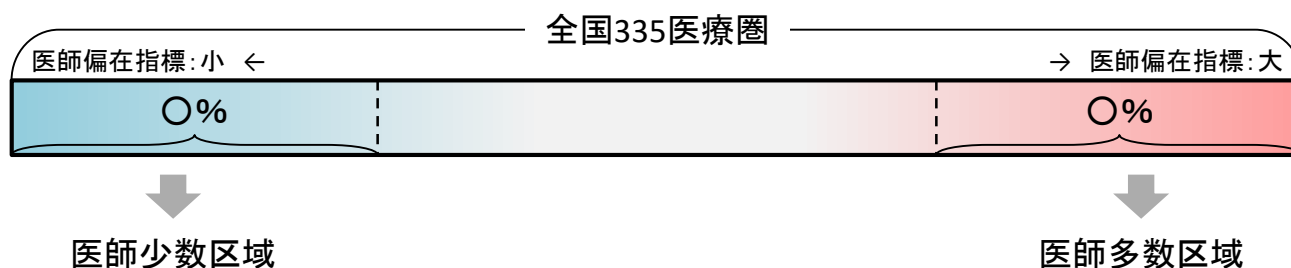
第30条の4

6 都道府県は、第二項第十一号に掲げる事項を定めるに当たっては、提供される医療の種別として厚生労働省令で定めるものごとに、同号ロに規定する指標（※医師偏在指標）に関し厚生労働省令で定める基準に従い、医師の数が少ないと認められる同項第十四号に規定する区域（※二次医療圏）を定めることができる。

7 都道府県は、第二項第十一号に掲げる事項を定めるに当たっては、提供される医療の種別として厚生労働省令で定めるものごとに、同号ロに規定する指標（※医師偏在指標）に関し厚生労働省令で定める基準に従い、医師の数が多いと認められる同項第十四号に規定する区域（※二次医療圏）を定めることができる。



- 医師少数区域・医師多数区域の設定に用いる、医師偏在指標に関する基準をどのように定めるか。
 - 全国の335二次医療圏の医師偏在指標の値を一律に比較し、上位〇%を医師多数区域、下位〇%を医師少数区域とすることとしてはどうか。
 - 基準を定めるに当たっては、例えば、固定値を用いる、標準偏差を用いるなどの方法が考えられ、医師少数区域・医師多数区域に関する各施策の詳細について検討した上で、それらを踏まえて議論することが適当ではないか。



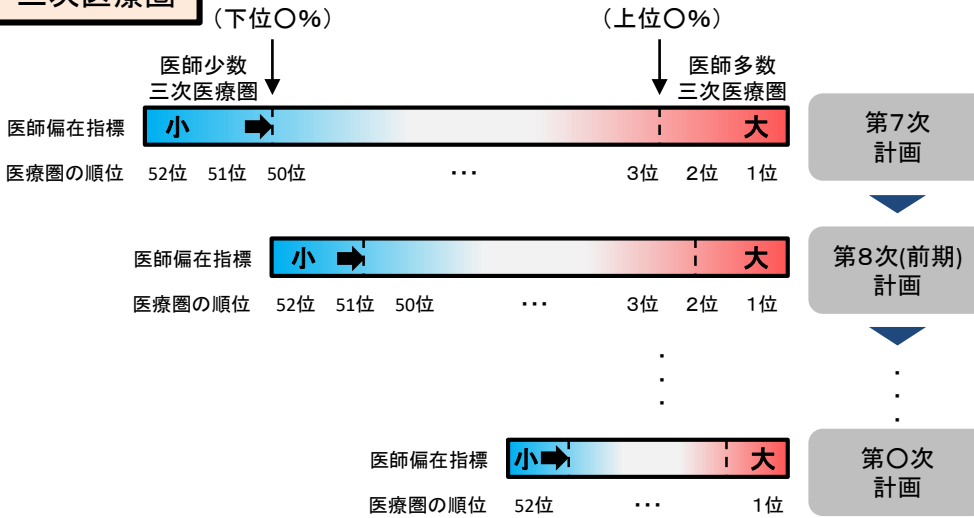
医師の確保の方針についての基本的な考え方(案)

- 医師の確保の方針については医師少数三次医療圏／医師少数区域（二次医療圏）に関しては**医師を増やすこと**が基本となる。
- さらに、偏在是正の観点からは、**医師の少ないところは、医師の多いところから医師の確保を行うこと**が望ましいと考えられる。例えば、医師多数三次医療圏が、当該三次医療圏内の医師少数区域に対し、当該三次医療圏外から医師の派遣を募るといった方針とならないよう、**医師の多寡の状況について場合分け**を行い医師の確保の方針を定める必要がある。
- さらに、「**今すぐに**医師確保が必要である」、「今は医師確保ができているが**将来的に**医師確保が必要である」といった**時間軸による差異**によって、採るべき施策が異なることから、場合分けを行い医師の確保の方針を定める必要がある。

目標医師数の基本的な考え方(案)

- 目標医師数を次のように設定することとしてはどうか。

三次医療圏

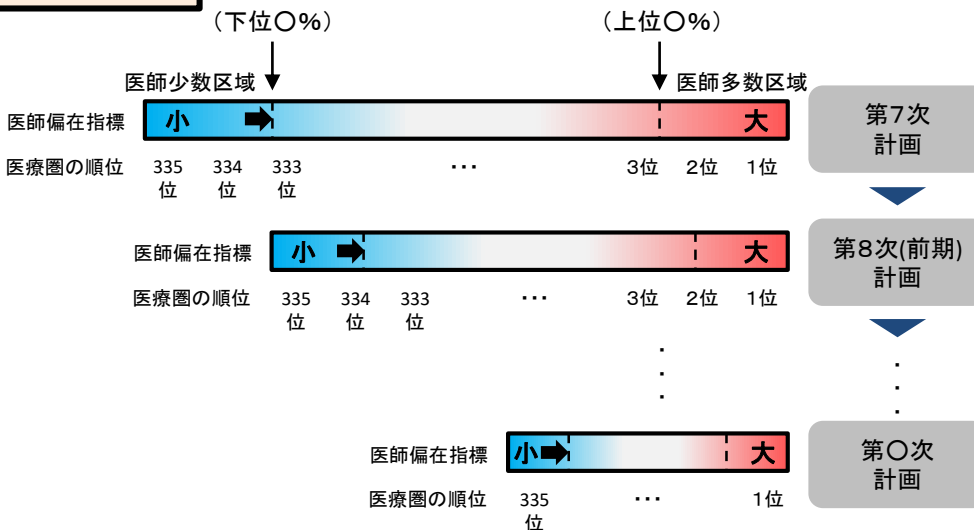


計画終了時点の医師偏在指標の値が、計画開始時点の医師少数三次医療圏の基準値(下位0%)に達することとなる医師数を目標医師数に設定

- 計画開始時点で基準値を下回る三次医療圏 : 医師確保が必要
- 計画開始時点で基準値を上回る三次医療圏 : 目標を達成済

複数の計画期間を通じて、段階的に偏在の解消を図る

二次医療圏



医師少数区域 :

計画終了時点の医師偏在指標の値が、計画開始時点の医師少数区域の基準値(下位0%)に達することとなる医師数を目標医師数に設定

その他の区域 : 都道府県が独自に目標を設定

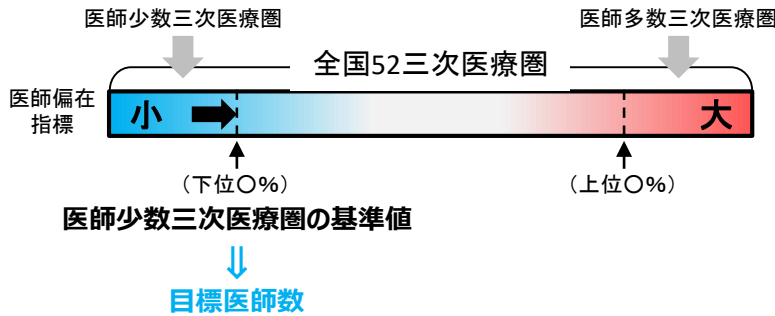
(国が、参考値として医師偏在指標が全国平均値と等しい値になる医師数を提示)

複数の計画期間を通じて、段階的に偏在の解消を図る

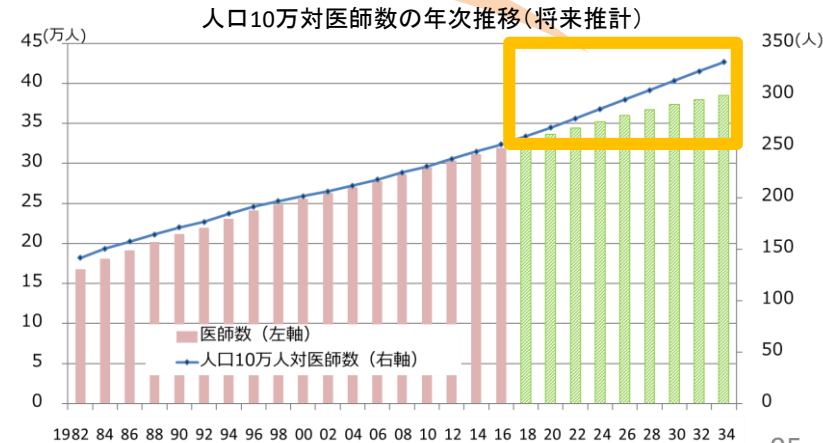
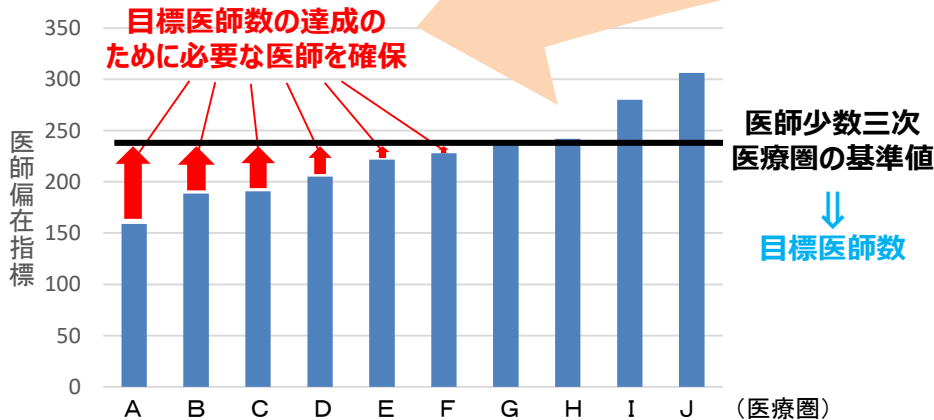
三次医療圏の目標医師数の設定イメージ

- 計画終了時点の医師偏在指標の値が、計画開始時点の医師少数三次医療圏の基準値（下位〇%）に達することとなる医師数を目標医師数に設定することとしてはどうか。
 - 計画開始時点で基準値を下回る三次医療圏：医師確保が必要
 - 計画開始時点で基準値を上回る三次医療圏：目標を達成済

三次医療圏の目標医師数の設定イメージ



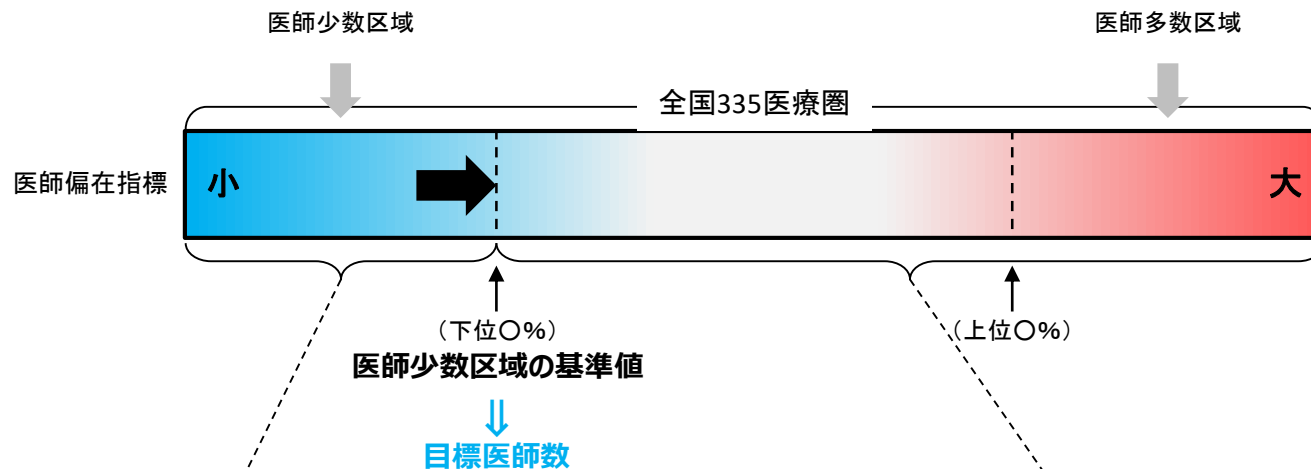
今後増加する医師数分の人数を配置



二次医療圏の目標医師数の設定イメージ

- 医師少数区域については、計画終了時点の医師偏在指標の値が、計画開始時点の医師少数区域の基準値（下位〇%）に達することとなる医師数を目標医師数に設定することとしてはどうか。
- その他の区域については、都道府県が独自に目標を設定することとしてはどうか。
（国が、参考値として医師偏在指標が全国平均値と等しい値になる医師数を提示してはどうか。）

二次医療圏の目標医師数の設定イメージ



計画終了時点の医師偏在指標の値が、計画開始時点の医師少数区域の基準値に達することとなる医師数を目標医師数に設定

都道府県が独自に目標医師数を設定
（国が、参考値として医師偏在指標が全国平均値と等しい値になる医師数を提示）

外来医療機能に関する情報の可視化についての整理

人口10万人対医師数における課題	外来医師偏在指標における対応
(1)－① ○ 人口構成(性・年齢構成)等の違いを反映できていない	○ 新たな医師偏在指標と同様の考えに基づき、地域ごとの外来医療需要を、地域ごとの人口構成の違いを踏まえ、性・年齢階級別の外来受療率を用いて調整してはどうか。
(1)－② ○ 昼夜間人口差を含む患者の流出入等を反映できていない	○ 昼間人口と夜間人口それぞれを用い、実態に応じて一定の重み付けを行ったものを用いてはどうか。 ○ 患者の流出入に関しては、患者住所地を基準に流出入実態を踏まえ、都道府県間調整を行うこととしてはどうか。
(1)－③ ○ 医師偏在の種別について	○ 外来医療のサービスの提供主体は医師であることから、医師数に基づく指標とする。なお、ほとんどの診療所が1人の医師によって運営されており、概ね診療所数と診療所の医師数は1:1に近い傾向にあることから、診療所の偏在の代理変数としても使用可能である。 ○ 新規開業が都市部に偏ることへの対策として、外来医療の医師偏在指標を作成することに加え、外来受療の多くが診療所で提供されていることから、外来医療の偏在指標については、診療所における外来受療率および診療所医師数をベースとした指標を作成することを基本とする。 ○ ただし、地域ごとに病院と診療所がどの程度対応しているか割合が異なることから、病院の状況も把握可能とするため、病院・診療所の対応割合も情報提供してはどうか。 ○ 現在、「新たな医師偏在指標」の検討において、まず診療科と疾病・診療行為の対応を明らかにし、その後、診療科別の医師偏在指標について検討することになっているため、外来の医師偏在指標における診療科別の考え方についても、これらの検討結果を踏まえて、改めて検討することとしてはどうか。
(1)－④ ○ 医師労働時間について	○ 医師の性・年齢階級別の平均労働時間で重み付けを行ったものを用いてはどうか。

外来医師偏在指標について(案)

- 外来医療については、診療所の担う役割が大きいため、診療所医師数を、新たな医師偏在指標と同様に性別ごとに20歳代、30歳代・・・60歳代、70歳以上に区分し、平均労働時間の違いを用いて調整する。
- 従来の人口10万人対医師数をベースに、地域ごとに性・年齢階級による**外来受療率**の違いを調整する。

標準化**診療所**医師数

$$\text{外来医師偏在指標} = \frac{\text{標準化診療所医師数}}{\left(\frac{\text{地域の人口}}{10万} \times \text{地域の標準化受療率比}^{(\ast 1)} \right) \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合}^{(\ast 3)}}$$

$$\cdot \text{標準化診療所医師数} = \sum \text{性・年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性・年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$\cdot \text{地域の標準化外来受療率比}^{(\ast 1)} = \frac{\text{地域の外来期待受療率}^{(\ast 2)}}{\text{全国の外来期待受療率}}$$

$$\cdot \text{地域の期待外来受療率}^{(\ast 2)} = \frac{\sum (\text{全国の性・年齢階級別外来受療率} \times \text{地域の性・年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

$$\cdot \text{地域の診療所の外来患者対応割合} = \frac{\text{地域の診療所の外来延べ患者数}}{\text{地域の診療所と病院の外来延べ患者数}}$$

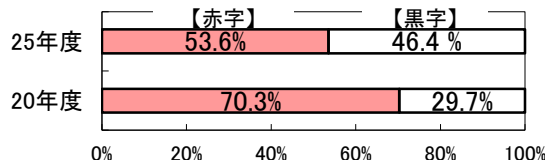
地域医療構想の進め方について

公立病院改革の推進

- 「新公立病院改革ガイドライン」(平成27年3月)に基づき新公立病院改革プランの策定を要請。
- 平成30年11月末時点で全ての公立病院が新公立病院改革プランを策定済。
- 医療提供体制の改革と連携して公立病院の更なる経営効率化、再編・ネットワーク化等を推進。

公立病院改革ガイドライン(H19年12月)に基づくこれまでの取組の成果

《経営の効率化》



《再編・ネットワーク化》

- ・統合・再編等に取り組んでいる病院数 162病院
- ・再編等の結果、公立病院数は減少
H20: 943 ⇒ H25: 892 (△ 51病院)

《経営形態の見直し》

(予定含む数)

- ・地方独立行政法人化(非公務員型) 69病院
- ・指定管理者制度導入(いわゆる公設民営) 21病院
- ・民間譲渡・診療所化 50病院

新公立改革ガイドライン(H27年3月)に基づく更なる改革の推進

1 新公立病院改革プランの策定を要請

- (1) 策定時期: 地域医療構想の策定状況を踏まえつつH27年度又はH28年度中
- (2) プランの内容: 以下の4つの視点に立った取組を明記

地域医療構想を踏まえた役割の明確化

- ・病床機能、地域包括ケア構築等を明確化

経営の効率化

- ・経常収支比率等の数値目標を設定

再編・ネットワーク化

- ・経営主体の統合、病院機能の再編を推進

経営形態の見直し

- ・地方独立行政法人化等を推進

2 都道府県の役割・責任を強化

- 再編・ネットワーク化への積極的な参画、新設・建替へのチェック機能の強化等

3 地方財政措置の見直し

- (1)再編・ネットワーク化への財政措置の重点化(H27年度～)

通常の整備	…… 25%地方交付税措置
再編・ネットワーク化に伴う整備	…… 40%地方交付税措置

- (2)特別交付税措置の重点化(H28年度～)

- 措置率(8割)の導入、都道府県の役割・責任の強化、財政力に応じた算定
- 公的病院等への措置も公立病院に準じて継続

医療介護総合確保推進法(H27年4月施行)に基づく取組(厚生労働省)

- 1 医療提供体制の改革(病床機能の分化・連携)
 - 都道府県が、2025年の機能別の医療需要・必要病床数※と目指すべき医療提供体制等を内容とする 地域医療構想を策定
(平成29年3月31現在、全ての都道府県で策定済)

※ イメージ

[構想区域単位で策定]

	2025年(推計)	
	医療需要	必要病床数
高度急性期	○○○ 人/日	○○○ 病床
急性期	□□□ 人/日	□□□ 病床
回復期	△△△ 人/日	△△△ 病床
慢性期	▲▲▲ 人/日	▲▲▲ 病床

2 実現するための方策

- 都道府県による「地域医療構想調整会議」の開催
- 知事の医療法上の権限強化(要請・指示・命令等)
- 医療介護総合確保基金を都道府県に設置

連携

新公立病院改革ガイドラインにおける公立病院に期待される主な機能

公立病院に期待される主な機能の具体例

- ①山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供
- ②救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供
- ③県立がんセンター、県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供
- ④研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能

【新公立病院改革ガイドライン(平成27年3月)より抜粋】

第2 地方公共団体における新公立病院改革プランの策定

3 新改革プランの内容

(1) 地域医療構想を踏まえた役割の明確化

公立病院に期待される主な機能を具体的に例示すれば、①山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供、②救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供、③県立がんセンター、県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供、④研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能などが挙げられる。

前ガイドラインにおいても、改革を通じて、自らの公立病院の果たすべき役割を見直し、改めて明確化すべきことが強調されていたが、今般の公立病院改革は、民間病院を対象に含めた地域医療構想の実現に向けた取組と並行して行われるものであることから、必然的に、公立病院の役割を従来にも増して精査することとなる。

公的医療機関等2025プラン

- **公的医療機関※、共済組合、健康保険組合、国民健康保険組合、地域医療機能推進機構、国立病院機構及び労働者健康安全機構**が開設する医療機関、**地域医療支援病院**及び**特定機能病院**について、地域における今後の方向性について記載した「**公的医療機関等2025プラン**」を作成し、策定したプランを踏まえ、**地域医療構想調整会議においてその役割について議論**するよう要請。 ※新公立病院改革プランの策定対象となっている公立病院は除く。

対象病院数

約830病院

(平成29年8月4日付け医政発0804第2号厚生労働省医政局長通知により、各開設主体の長あてに依頼)

記載事項

【基本情報】

- ・医療機関名、開設主体、所在地 等

【現状と課題】

- ・構想区域の現状と課題
- ・当該医療機関の現状と課題 等

【今後の方針】

- ・当該医療機関が今後地域において担うべき役割 等

【具体的な計画】

- ・当該医療機関が今後提供する医療機能に関する事項
(例)・4機能ごとの病床のあり方について
・診療科の見直しについて 等
- ・当該医療機関が今後提供する医療機能に関する、具体的な数値目標
(例)・病床稼働率、手術室稼働率等、当該医療機関の実績に関する項目
・紹介率、逆紹介率等、地域との連携に関する項目、人件費率等、経営に関する項目 等

策定期限

- **救急医療や災害医療等の政策医療を主として担う医療機関：平成29年9月末**
(3回目の地域医療構想調整会議で議論)
- **その他の医療機関：平成29年12月末** (4回目の地域医療構想調整会議で議論)

●地域医療構想調整会議の議論のサイクル

4～6月	7～9月	10～12月	1～3月
病床機能報告等のデータ等を踏まえ、各医療機関の役割を明確化	医療機能、事業等ごとの不足を補うための具体策を議論	各役割を担う 医療機関名 を挙げ、機能転換等の具体策の決定	具体的な医療機関名や進捗評価指標、次年度基金の活用等を含む取りまとめ

留意点

- 各医療機関におけるプランの策定過程においても、地域の関係者からの意見を聴くなどにより、構想区域ごとの医療提供体制と整合的なプランの策定が求められる。
- 各医療機関は、プラン策定後、速やかにその内容を地域医療構想調整会議に提示し、地域の関係者からの意見を聴いた上で、地域の他の医療機関との役割分担や連携体制も含め、構想区域全体における医療提供体制との整合性をはかることが必要。地域医療構想調整会議における協議の方向性との齟齬が生じた場合には、策定したプランを見直すこととする。
- さらに、上記以外の医療機関においても、構想区域ごとの医療提供体制の現状と、現に地域において担っている役割を踏まえた今後の方針を検討することは、構想区域における適切な医療提供体制の構築の観点から重要である。まずは、それぞれの医療機関が、自主的に検討するとともに、地域の関係者との議論を進めることが望ましい。

公的医療機関等について

- 公的医療機関は、医療法第31条において、次の者が開設する医療機関とされている。

都道府県、市町村、地方公共団体の組合、国民健康保険団体連合会及び国民健康保険組合、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連合会、社会福祉法人北海道社会事業協会

- 公的医療機関は、「戦後、医療機関の計画的整備を図るに当たり、国民に必要な医療を確保するとともに、医療の向上を進めるための中核」としての役割を担うものとされ、また、公的医療機関は、「医療のみならず保健、予防、医療関係者の養成、へき地における医療等一般の医療機関に常に期待することのできない業務を積極的に行い、これらを一体的に運営」するという特徴を有する。

※「」部分は医療法コメントより抜粋

- また、医療法第7条の2第1項では、公的医療機関の開設者を含む以下の者が規定されており、これらの者が開設する医療機関（公的医療機関等）については、地域医療構想の達成を図るために都道府県知事が行使することができることとされている権限の位置付けが、他の医療機関に対するものと異なる。

公的医療機関の開設者、国家公務員共済組合連合会、地方公務員共済組合連合会、公立学校共済組合、日本私立学校振興・共済事業団、健康保険組合及び健康保険組合連合会、国民健康保険組合及び国民健康保険団体連合会、独立行政法人地域医療機能推進機構

開設主体別医療機関の財政・税制上の措置

開設主体別医療機関	財政			税制			
	政府 出資金*1	運営費 交付金*2 ・繰入金	補助金	国税	地方税		
				法人税 (医療保健業)	事業税 (医療保健業)	不動産取得税	固定資産税
公立病院	-	○*3	対象*4	非課税	非課税	非課税	非課税
国民健康保険組合	-	-	対象*4	非課税	非課税	一部非課税*5	一部非課税*5
日本赤十字社	-	-	対象*4	非課税	非課税	一部非課税*5	一部非課税*5
済生会	-	-	対象*4	非課税	非課税	一部非課税*5	一部非課税*5
厚生連	-	-	対象*4	非課税	非課税	一部非課税*5	一部非課税*5
北海道社会事業協会	-	-	対象*4	非課税	非課税	一部非課税*5	一部非課税*5
国家公務員共済組合連合会	-	-	対象*4	非課税	非課税	一部非課税*5	一部非課税*5
公立学校共済組合	-	-	対象*4	非課税	非課税	一部非課税*5	一部非課税*5
日本私立学校振興・共済事業団	○	-	対象*4	非課税	非課税	一部非課税*5	一部非課税*5
健康保険組合	-	-	対象*4	非課税	非課税	一部非課税*5	一部非課税*5
地域医療機能推進機構	○	-	対象*4	非課税	非課税	非課税	一部非課税*5
国立病院機構	○	○*6	対象*4	非課税	非課税	非課税	一部非課税*5
労働者健康安全機構	○	○*6	対象*4	非課税	非課税	非課税	一部非課税*5
(参考)公益社団法人、公益財団法人	-	-	対象*4	一部非課税*7	一部非課税*7	一部非課税*5	一部非課税*5
(参考)社会医療法人	-	-	対象*4	一部非課税*8	一部非課税*8	一部非課税*5	一部非課税*5
(参考)医療法人	-	-	対象*4	課税	課税	課税	課税*9

- *1: 政府出資金とは、独立行政法人等において、その業務を確実に実施するために必要な資本金その他の財産的基礎を有する必要がある、これに対して政府が出資することをいう(参考: 独立行政法人通則法第8条第1項)。日本私立学校振興・共済事業団に関しては、私立学校への助成事業のみ。
- *2: 運営費交付金とは、独立行政法人が行う業務の財源に充てるために必要な金額の全部又は一部に相当する金額について、国が予算の範囲内で交付する資金。
- *3: 地方公営企業法第17条の2(経費の負担の原則)及び総務省が「定めた繰入金基準(総務副大臣通知)」に基づき、一般会計が負担すべき経費(経営に伴う収入をもって充てることが適当でない経費及び能率的な経営を行ってもなおその経営に伴う収入のみをもって充てることが客観的に困難であると認められる経費)を公営企業会計に対して繰り入れているもの。
- *4: 個別の補助金の目的や性質によって対象外にもなりえる。なお、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、全国厚生農業協同組合連合会の会員である厚生(医療)農業協同組合連合会、社会福祉法人北海道社会事業協会、公益社団法人、公益財団法人、学校法人、社会医療法人、健康保険組合、国家公務員共済組合連合会及び公立学校共済組合が開設した病院について、公立病院と同様に当該地域の医療確保のため、公立病院に対する繰入金に準じて自治体から運営費に関する補助金の交付を受けている場合がある。
- *5: 経営する病院及び診療所において直接その用に供する資産などは非課税。
- *6: 国立病院機構では、国期間分の退職給付金費用や臨床研究事業経費等に、労働者健康安全機構では、未払賃金立替払事業や研究・試験及び成果の普及事業等に使用されており、両機構とも診療事業には使用していない。
- *7: 法人税法で定める収益事業に該当する医療保健業、公益目的事業は非課税。
- *8: 社会医療法人では、医療保健業(附帯業務、収益業務は除く。)は非課税。
- *9: 自治体の条例により減免を行っている場合がある。

地域医療構想調整会議における議論の状況 (30年9月末時点)

■調整会議の開催状況

4~6月	7~9月	10~12月 (予定)	1~3月 (予定)	計
100回 (84区域)	368回 (303区域)	434回 (233区域)	388回 (248区域)	1290回

■病床機能報告の報告率

	3月末時点	6月末時点	9月末時点
病院	93.3%	94.4%	96.5%
有床診療所	82.1%	84.5%	87.6%

■非稼働病床の病床数

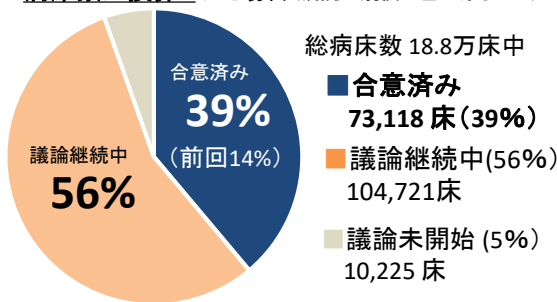
	総数	方針の議論済み (議論中)
病院	16,727床	11,004床(66%)
有床診療所	9,146床	3,108床(34%)

■具体的な医療機関名を挙げた議論の状況 (30年9月末)

新公立病院改革プラン対象病院

	6月末	9月末
対象病院数	823	823
うち合意(議論終了)	92	273
うち議論継続中	615	495
うち議論未開始※	116	55

病床数に換算※した場合(病院の規模に差があるため)

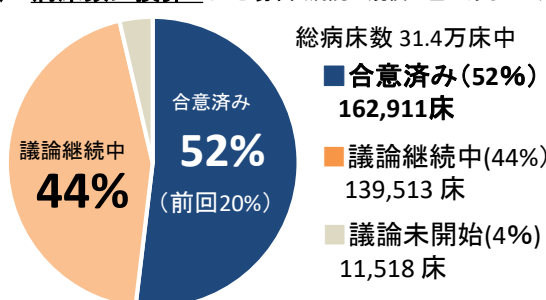


※議論未開始54病院のうち、新公立病院改革プランの策定が完了していない病院が1病院

公的医療機関等2025プラン対象病院

	6月末	9月末
対象病院数	829	829
うち合意(議論終了)	176	423
うち議論継続中	535	372
うち議論未開始※	118	34

病床数に換算※した場合(病院の規模に差があるため)



その他の医療機関

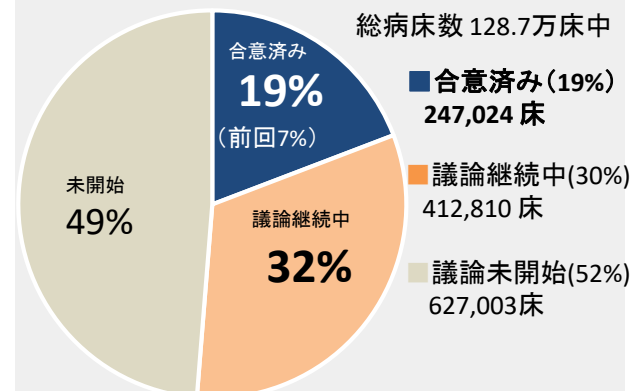
対象	5,659病院	6,736診療所
うち合意(議論終了)	75病院	3診療所
うち議論継続中	1,150病院	489診療所

全ての医療機関計

合意済み(議論終了)施設数の推移(3ヶ月毎)



9月末における議論の状況(病床数に換算した場合)

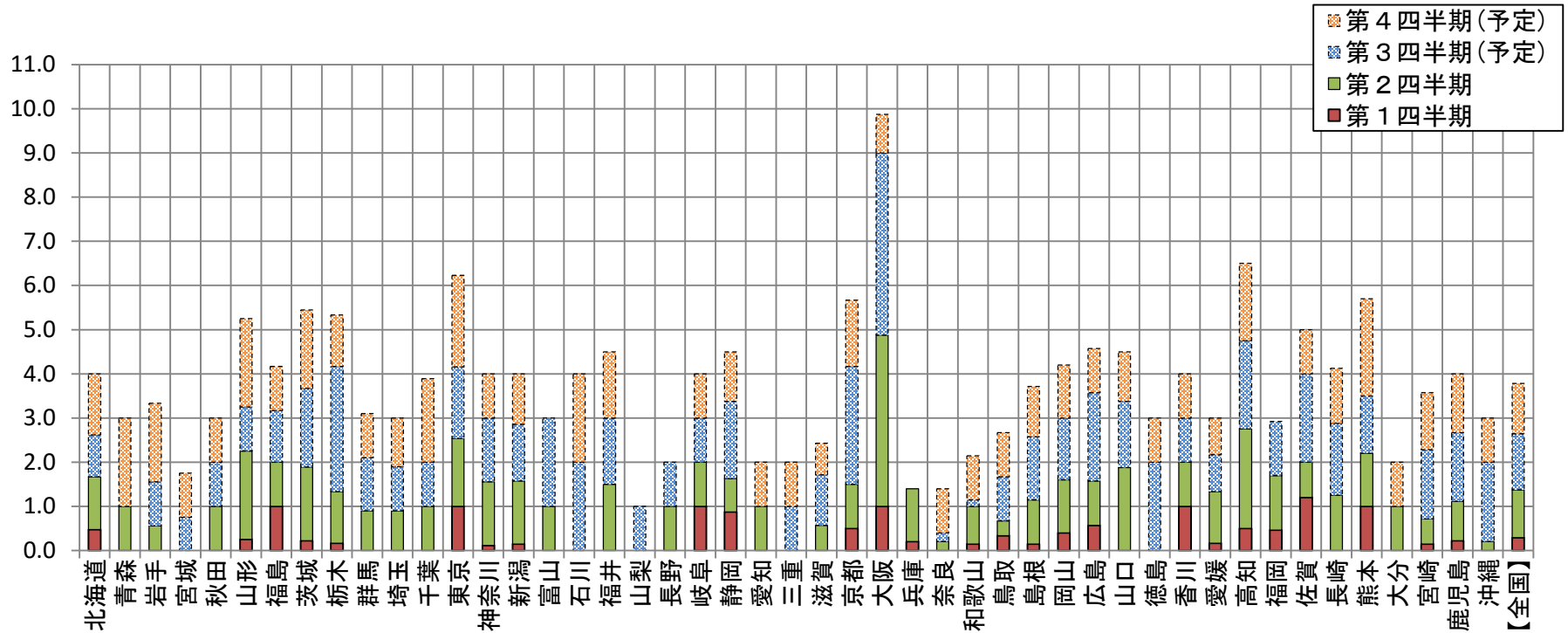


※病床数への換算には、平成29年病床機能報告における29年7月現在の病床数を用いた。

医政局地域医療計画課調べ(精査中)

地域医療構想調整会議の開催状況

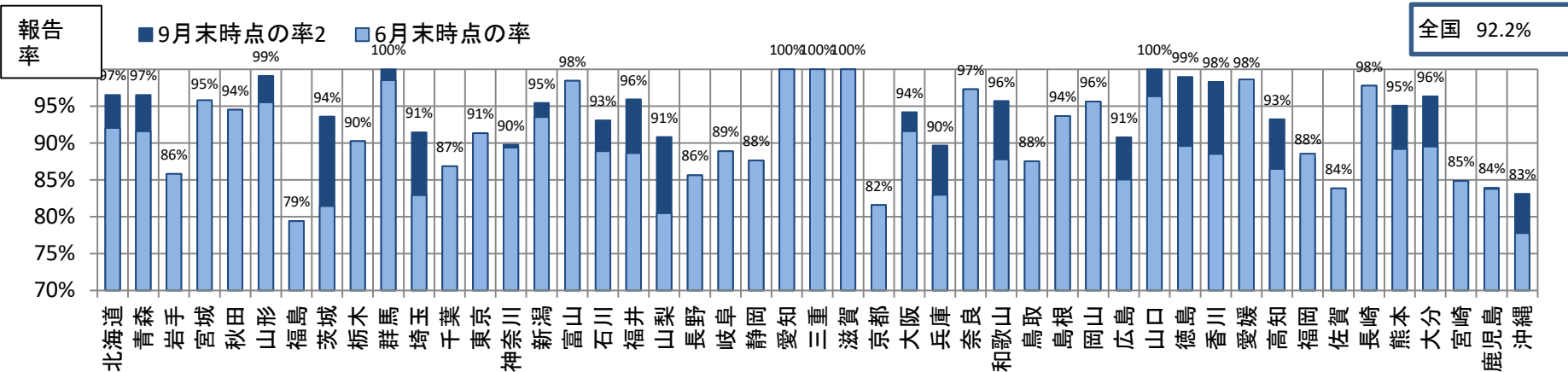
■平成30年度 調整会議の開催状況（開催延べ回数／全構想区域）（平成30年9月末時点）



(参考)平成29年度実績のまとめ
 開催延べ数:1,067回
 構想区域当たり平均:3.1回

病床機能報告の報告状況

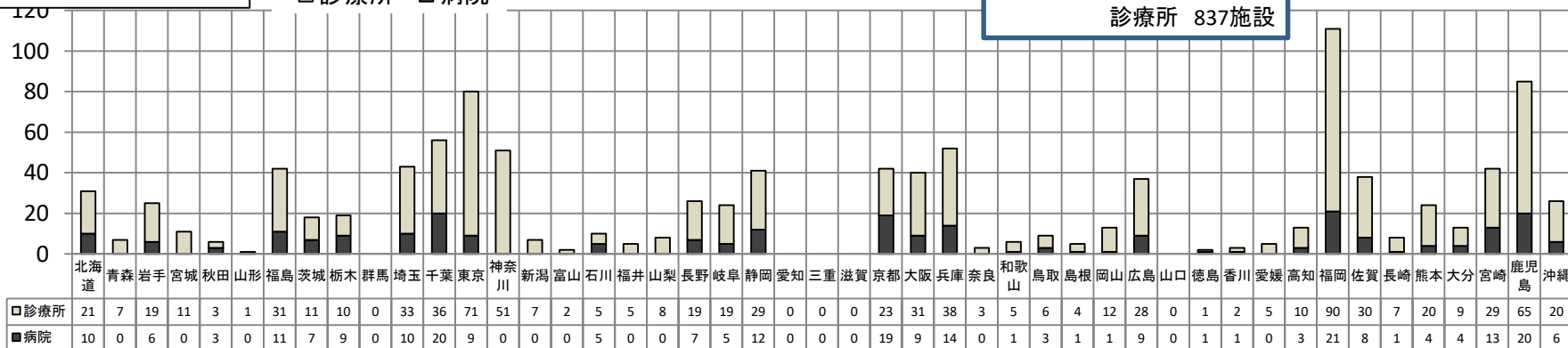
平成29年度病床機能報告の報告状況 (平成30年9月末時点)



未報告医療機関の施設数

□ 診療所 ■ 病院

全国 病院 253施設
診療所 837施設



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。

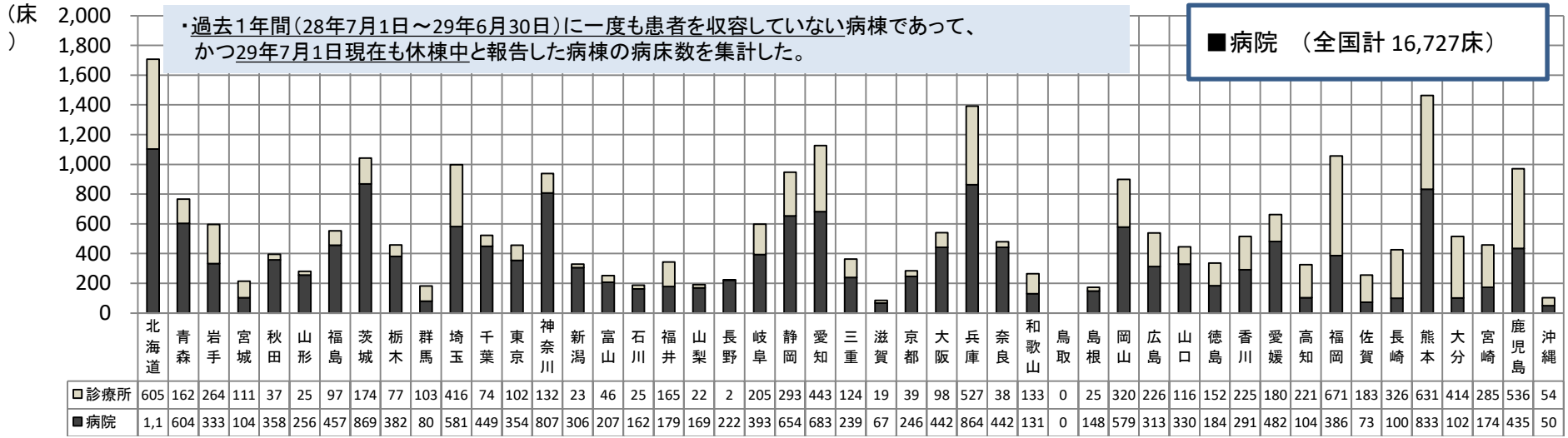
第九十二条 第三十条の十三第五項の規定による命令に違反した者は、三十万円以下の過料に処する。

医政局地域医療計画課調べ(精査中)

非稼働病棟の議論の状況

■非稼働病棟の病床数

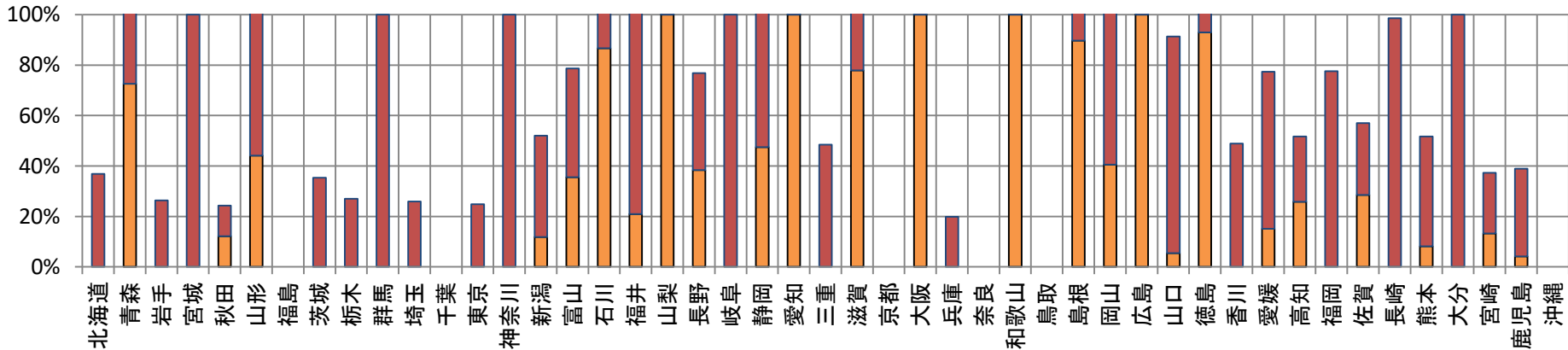
(注)平成29年度(平成29年10月実施)の病床機能報告を基にした集計である。



1103

■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 (平成30年9月末時点)

(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)



医政局地域医療計画課調べ(精査中)

公立病院・公的病院に関する議論の状況

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 (平成30年9月末時点)

プラン策定状況

対象となる施設数で表示(平成30年9月末時点)

◆新公立病院改革プラン

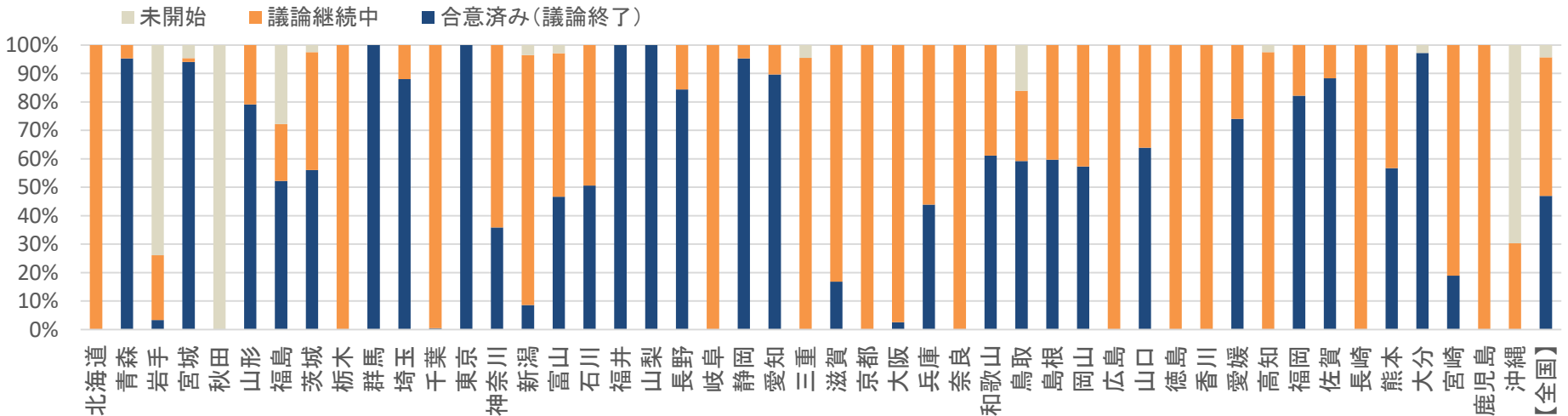
策定対象	87	24	27	29	12	23	12	8	4	13	13	29	17	19	26	12	16	7	14	21	18	25	26	15	12	13	22	42	11	11	8	12	17	19	15	11	11	15	10	17	7	14	18	5	17	12	7	
策定済み	87	24	27	29	12	23	12	8	4	13	13	29	17	19	26	12	16	7	14	21	18	25	26	15	12	13	22	42	10	11	8	12	17	19	15	11	11	15	10	17	7	14	18	5	17	12	7	
未策定	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

◆公的医療機関等2025プラン

策定対象	46	6	8	14	15	5	20	25	12	11	19	18	62	41	21	11	10	9	5	28	15	24	38	16	9	17	41	20	7	7	6	8	17	22	20	9	12	13	6	50	10	11	16	15	9	15	9	
策定済み	46	6	8	14	15	5	20	25	12	11	19	18	62	41	21	11	10	9	5	28	15	24	38	16	9	17	41	20	7	7	6	8	17	22	20	9	12	13	6	50	10	11	16	15	9	15	9	
未策定	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	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	

議論の実施状況

対象施設が有する病床数に換算して表示 (一施設あたりの病床規模に差があるため) (平成30年9月末時点)



※秋田県では、10月上旬から議論を開始している。

医政局地域医療計画課調べ(精査中)

6 照会先一覽

医政局 施策照会先一覧（厚生労働省代表電話 03-5253-1111）

施策事項(資料ページ)	所管課室	担当係	担当者	内線
医師偏在対策について	地域医療計画課 医師確保等地域医療対策室 医事課	医師確保対策専門官	森口 修三	2628
		課長補佐	石丸 文至	4198
地域医療構想の進め方について	地域医療計画課 医師確保等地域医療対策室	計画係長	藤本 晃	2557
医師の働き方改革の検討状況について	医療経営支援課 医療勤務環境改善推進室	課長補佐	西井 章浩	2651
		企画法令係長	佐々木 和哉	2636
臨床研修病院の指定等権限の 都道府県への移譲について	医事課医師臨床研修推進室	臨床研修係長	北谷内 豊万	4123
オンライン診療における 不適切な診療行為の取扱いについて	医事課	企画法令係	岡本 達也	4144
臨床研究法に基づく実施計画の 提出について	研究開発振興課	臨床研究管理係長	塩野 友久	4157
再生医療法施行規則について	研究開発振興課	再生医療等研究推進係長	嶋田 道歩	2587
データヘルス改革推進計画に基づく全国的な 保健医療情報ネットワークの状況について	研究開発振興課 医療技術情報推進室	主査	藤本 和也	2684
「外国人患者の受入拠点となる医療機関」の 選出について	総務課 医療国際展開推進室	課長補佐	永松 聡一郎	4107
		医療人材専門官	清水 裕介	4115
次世代医療基盤法における 医療情報の提供について	内閣府 日本医療研究開発機構・医療 情報基盤担当室	-	山本 真帆 松浦 祐史	03-3539 -2544(直通)

追加資料

平成31年1月18日(金)

医政局

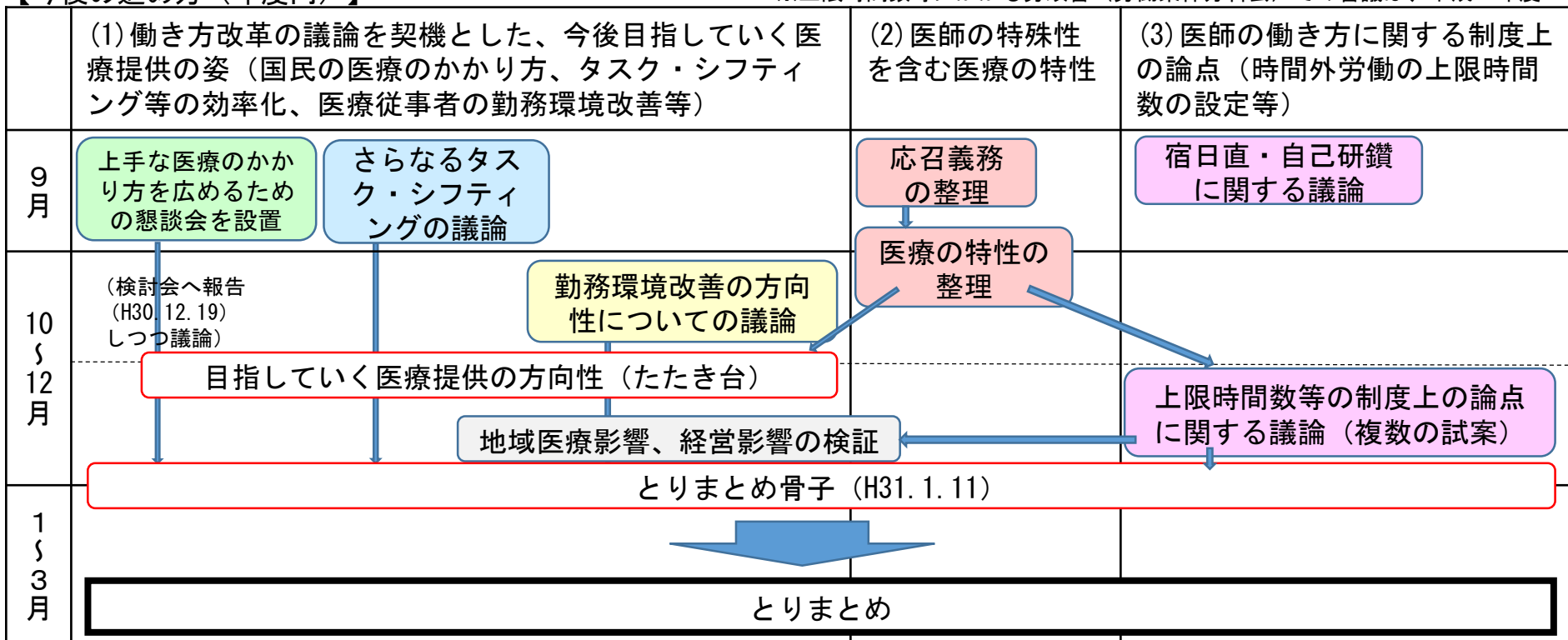
医師の働き方改革に関する検討の今後の進め方

- 医師の働き方改革に関しては、「医師の働き方改革に関する検討会」において、医師の時間外労働の上限時間数の設定を初めとした対応の方向性を今年度中にとりまとめる必要がある。
- 今後の議論を、
 - (1) 働き方改革の議論を契機とした、今後目指していく医療提供の姿
(国民の医療のかかり方、タスク・シフティング等の効率化、医療従事者の勤務環境改善等)
 - (2) 働き方改革の検討において考慮すべき、医師の特殊性を含む医療の特性
 - (3) 医師の働き方に関する制度上の論点（時間外労働の上限時間数の設定、宿日直や自己研鑽の取扱い等）

の3つのトラックで進め、「医師の働き方改革を通じて医療をよくしていく」という大きなビジョンでまとめていくこととしてはどうか。

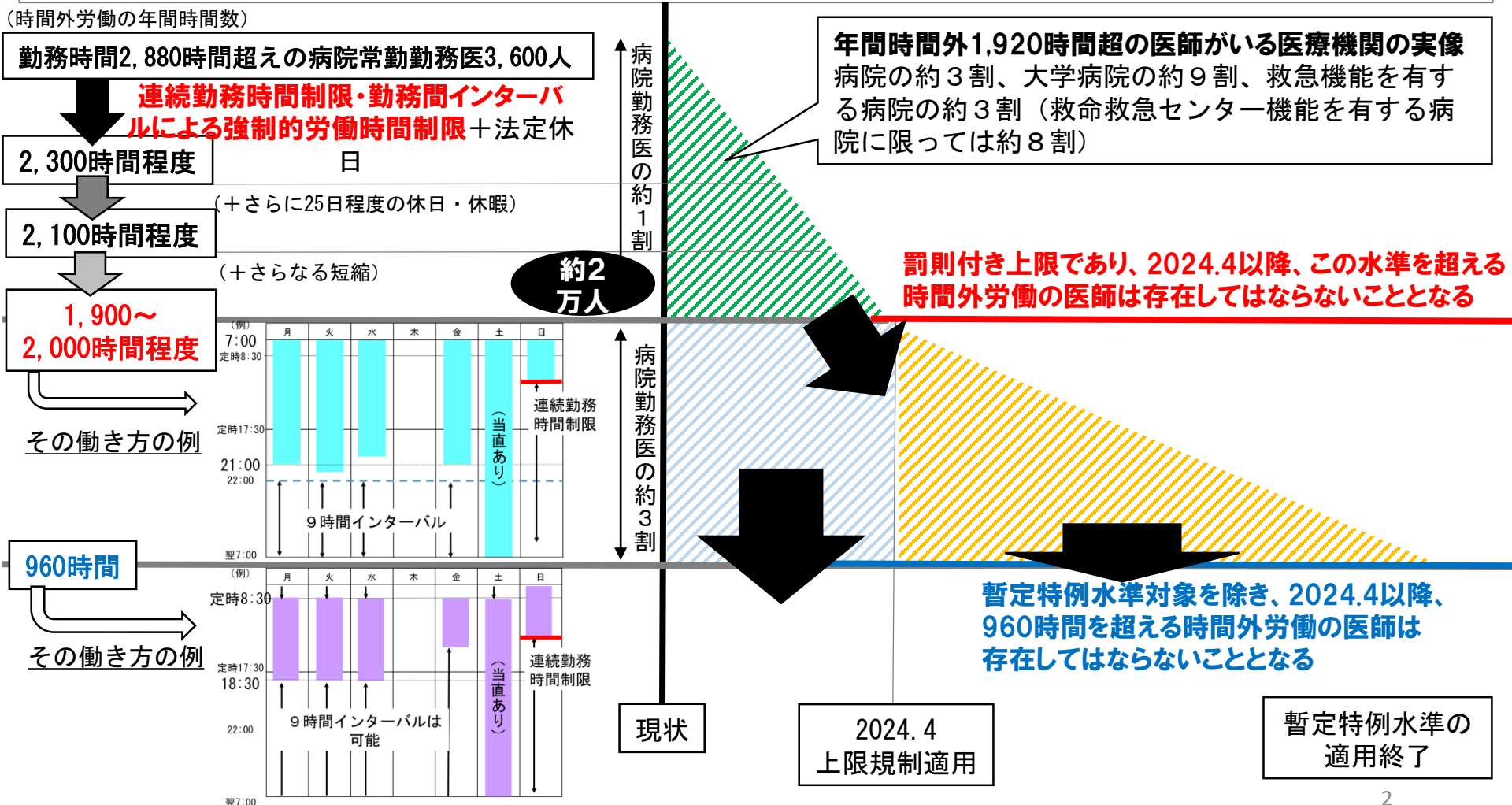
【今後の進め方（年度内）】

※上限時間数等にかかる労政審（労働条件分科会）での審議は、平成31年度～



2024年4月とその後に向けた改革のイメージ①(案)

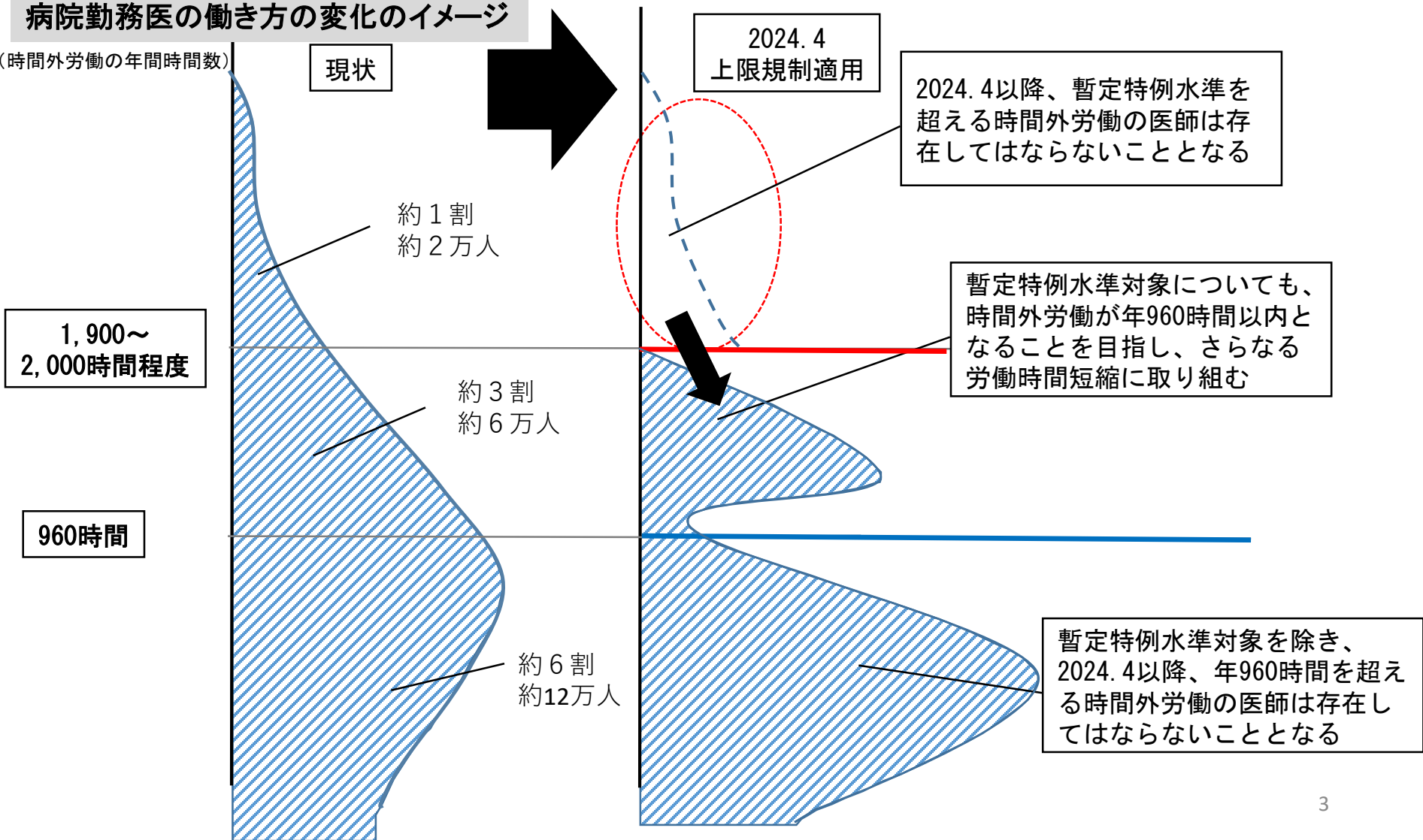
- ❑ 医療機関で診療に従事する勤務医の時間外労働が休日労働込みで年960時間以内となるよう、医療機関・医療界・行政をあげて全力で労働時間短縮に取り組む。
- ❑ 地域医療提供体制の確保の観点からやむを得ずこの水準に到達できない場合も年1,900~2,000時間を上限として、これを上回る部分を約5年間で完全になくす改革をしていく。



2024年4月とその後に向けた改革のイメージ②(案)

- 2024.4以降、暫定特例水準を超える時間外労働の医師は存在してはならないこととなり、暫定特例水準対象の医師についても、時間外労働が年960時間以内となるよう労働時間短縮に取り組んでいく。

病院勤務医の働き方の変化のイメージ



医師の時間外労働規制について(案)

一般則

- (例外)
- ・年720時間
 - ・複数月平均80時間(休日労働含む)
 - ・月100時間未満(休日労働含む)
- 年間6か月まで

(原則)
1か月45時間
1年360時間

2024年4月～

年1,900～2,000時間／月100時間(例外あり)
※いずれも休日労働含む

年□□□時間／月100時間(例外あり)
※いずれも休日労働含む
⇒将来に向けて縮減方向

年960時間／月100時間(例外あり)
※いずれも休日労働含む

A：診療従事勤務医に2024年度以降適用される水準

B・地域医療確保暫定特例水準(医療機関を特定)

C：一定の期間集中的に技能向上のための診療を必要とする医師向けの別の水準
※対象医療機関を特定し、本人の申し出に基づく。

年960時間／月100時間(例外あり)
※いずれも休日労働含む

A：診療従事勤務医に2024年度以降適用される水準

将来に向けて縮減方向

C：一定の期間集中的に技能向上のための診療を必要とする医師向けの別の水準
※対象医療機関を特定し、本人の申し出に基づく。

将来
(暫定特例水準の解消(=2035年度末)後)

月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置(いわゆるドクターストップ)

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休暇のセット(努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休暇のセット(義務)

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休暇のセット(義務)

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休暇のセット(努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休暇のセット(義務)

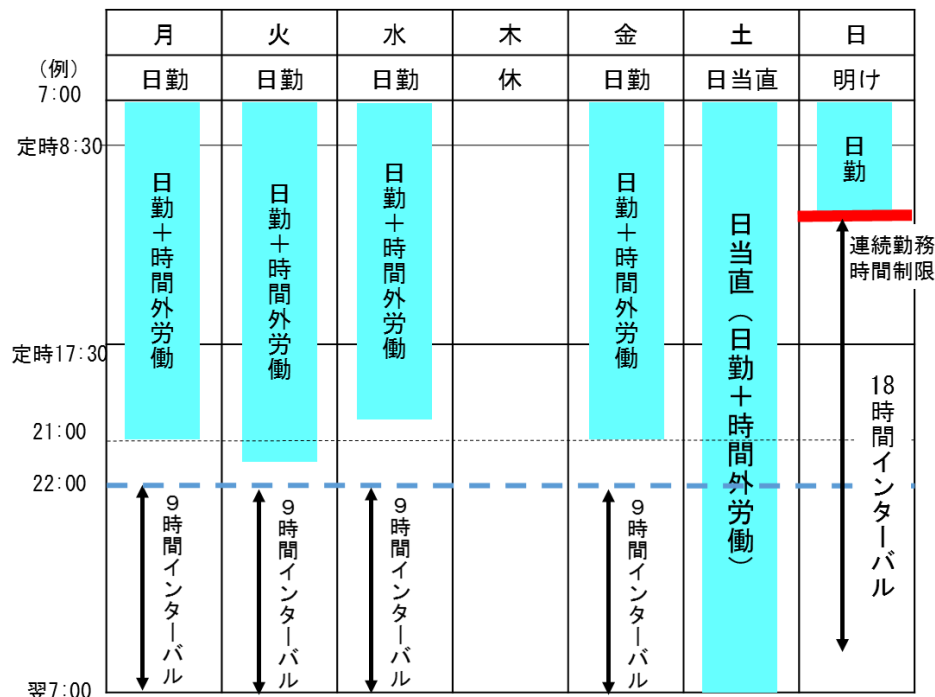
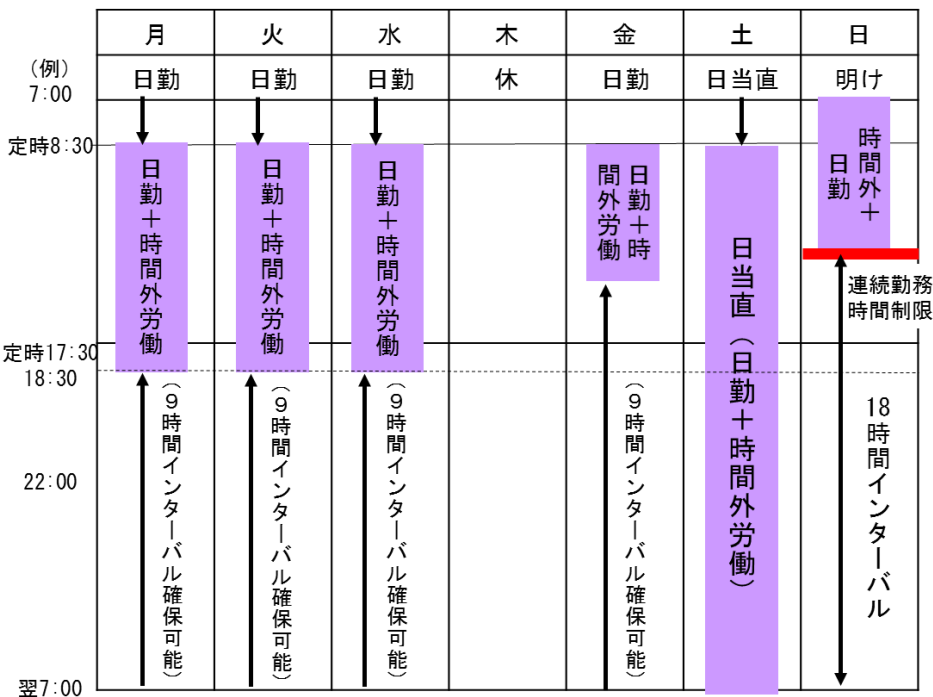
【時間外労働の上限】

【追加的健康確保措置】

(A)・(B)の水準を適用した後の働き方のイメージ

(A) 時間外労働年960時間程度≒週20時間の働き方(例)

(B) 時間外労働年1,900時間程度≒週40時間の働き方(例)



※図中の勤務時間を示す帯には各日法定休憩を含む

- 概ね週1回の当直(宿日直許可なし)を含む週6日勤務
- 当直日とその翌日を除く4日間のうち1日は半日勤務で、各日は1時間程度の時間外労働(早出又は残業)
- 当直明けは昼まで
- 年間80日程度の休日(概ね4週6休に相当)

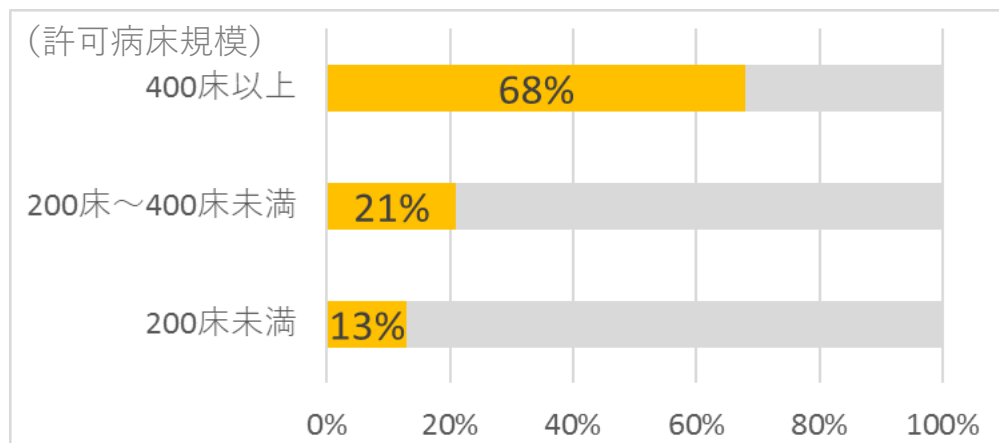
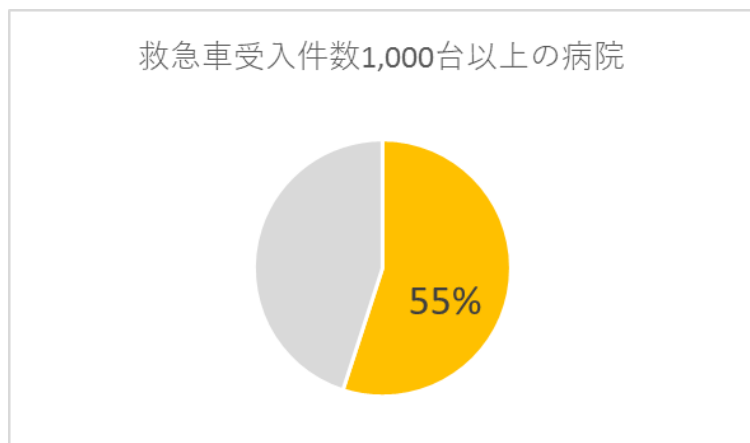
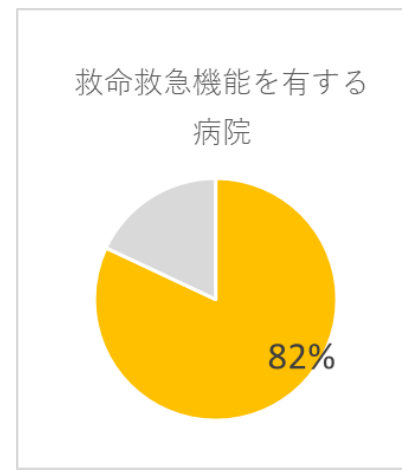
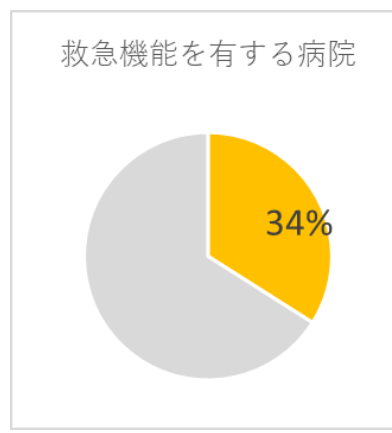
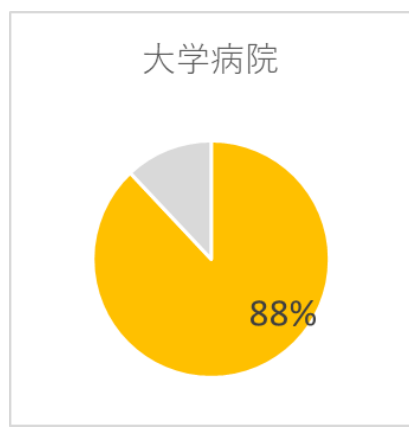
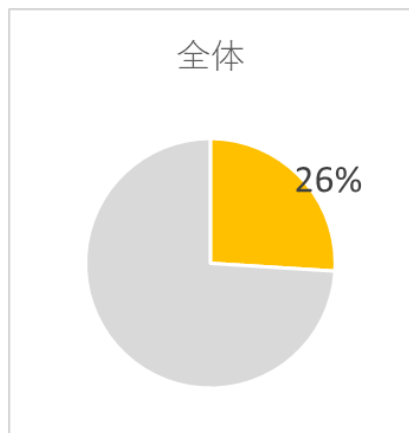
- 概ね週1回の当直(宿日直許可なし)を含む週6日勤務
- 当直日とその翌日を除く4日間は早出又は残業を含め14時間程度の勤務
- 当直明けは昼まで
- 年間80日程度の休日(概ね4週6休に相当)

※勤務間インターバル9時間、連続勤務時間制限28時間等を遵守して最大まで勤務する場合の年間時間外労働は、法定休日年間52日の

み見込むと2,300時間程度、(A)・(B)と同様に80日程度の休日を見込むと年2,100時間程度となる。

地域医療確保暫定特例水準(案)を超える働き方の医師がいる病院

週勤務時間が80時間を超える者がいる病院の割合



※「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)結果をもとに医政局医療経営支援課で作成。病院勤務の常勤医師のみ。勤務時間は「診療時間」「診療外時間」「待機時間」の合計でありオンコール(通常の勤務時間とは別に、院外に待機して応急患者に対して診療等の対応を行うこと)の待機時間は除外。医師が回答した勤務時間数であり、回答時間数すべてが労働時間であるとは限らない。救急機能とは、救急告示・二次救急・救命救急のいずれかに該当すること。

「いのちをまもり、医療をまもる」 国民プロジェクト宣言！

私たち「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」構成員は、
病院・診療所にかかるすべての国民と、
国民の健康を守るために日夜力を尽くす医師・医療従事者のために、
「『いのちをまもり、医療をまもる』ための5つの方策」の実施を提案し、
これは国民すべてが関わるべきプロジェクトであることを、ここに宣言します。

特に、医療の危機と現場崩壊は深刻で、
「いのちをまもること」「医療をまもること」は日本にとって喫緊の課題です。
これは、国、自治体、医療提供者、民間企業、市民社会などをはじめ、
医療の恩恵を被る「すべての人」が考え、参加し、行動すべき、
国民的プロジェクトだと我々は考えています。

「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクト5つの方策

- ① 患者・家族の不安を解消する取組を最優先で実施すること
- ② 医療の現場が危機である現状を国民に広く共有すること
- ③ 緊急時の相談電話やサイトを導入・周知・活用すること
- ④ 信頼できる医療情報を見やすくまとめて提供すること
- ⑤ チーム医療を徹底し、患者・家族の相談体制を確立すること

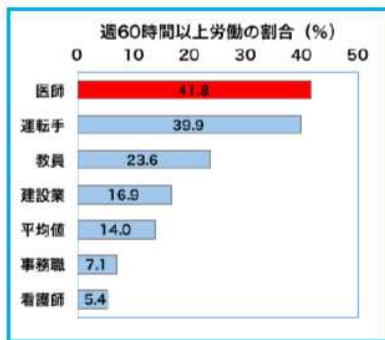
私たち「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」構成員は、
この5つの方策を国が速やかに具体的施策として実行し、
すべての関係者の取り組みが前進するよう、
来年度以降も継続的にコミットし、進捗をチェックし続けます。

まず、日本において「**医師は、全職種中、最も労働時間が長い**」
という現実を知ってください。

また、日本の医師の「**3.6%が自殺や死を毎週または毎日考える**」(※1)こと、
「**6.5%が抑うつ中等度以上**」であること、
「**半数近くが睡眠時間が足りていない**」こと。

そして、「**76.9%がヒヤリ・ハットを体験している**」ことなども知ってください。

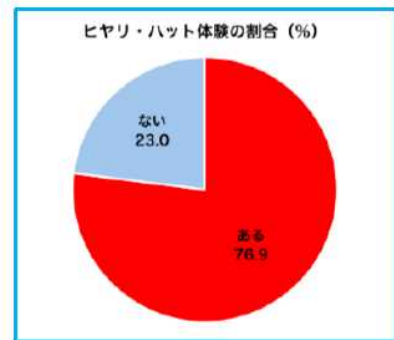
こういう現実を放っておくと、 確実に医療の現場は崩壊します。



出典：総務省統計局 平成24年度就業構造基本調査

項目	割合 (%)
最近1ヶ月間で休みなし	5.9
平均睡眠時間5時間未満	9.1
当日の平均睡眠時間4時間以下	39.3
不健康・健康でない	20.1
自殺や死を毎週または毎日考える	3.6
抑うつ中等度以上	6.5

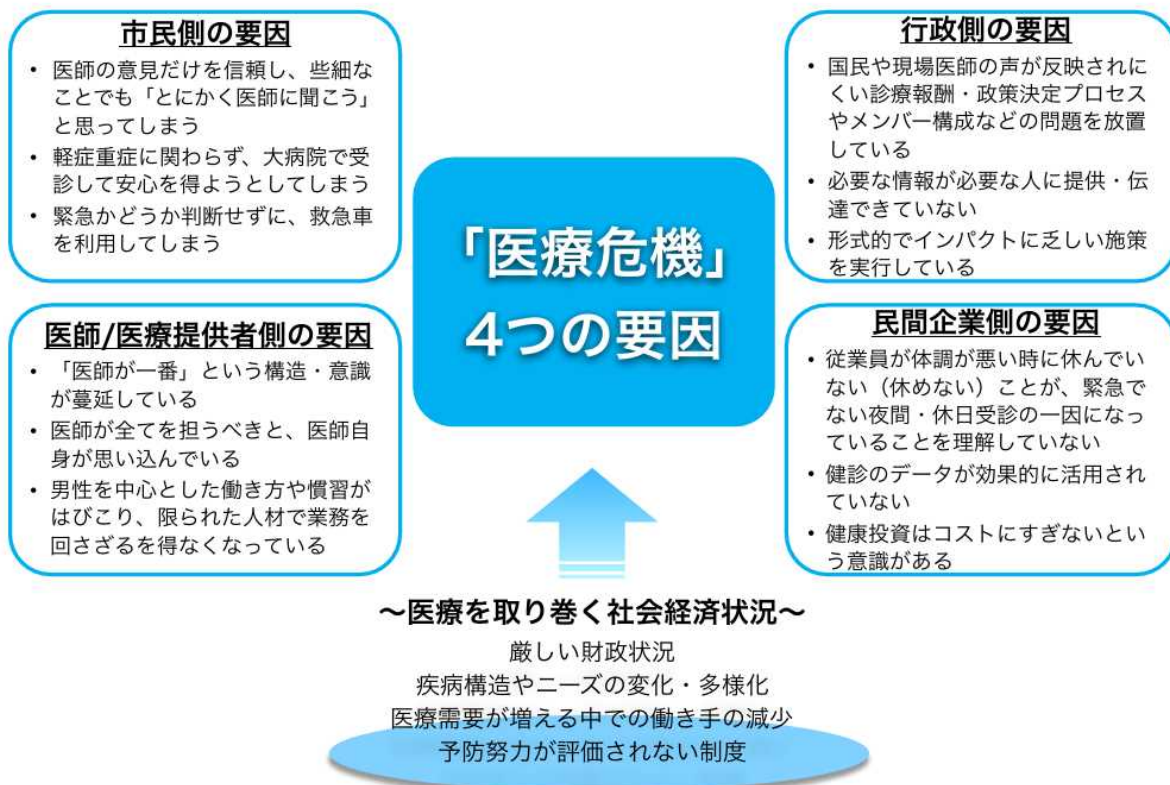
出典：日本医師会 勤務医の健康支援に関する検討委員会答申(平成28年3月)



出典：労働政策研究・研修機構 勤務医の就業実態と意識に関する調査(2012年)

※1 米国の研究では、男性医師の自殺率は一般男性の1.4倍、女性医師では一般女性の2.7倍であることが示されている (Schernhammer ES, Colditz GA. Am J Psychiatry 2004;161: 2295-2302)。

「医療危機」は国民全員が考え、取り組むべき重要な問題です



「いのちをまもり、医療をまもる」ための国民総力戦！

～それぞれが少しずつ、今すぐできることから～

市民のアクションの例

- 患者の様子が普段と違う場合は「信頼できる医療情報サイト」(※1)を活用し、まずは状態を把握する
- 夜間・休日に受診を迷ったら#8000や#7119の電話相談を利用する
- 夜間・休日よりも、できるだけ日中に受診する
 - ・ 日中であれば院内の患者・家族支援窓口(相談窓口)も活用できる
 - ・ 夜間・休日診療は、自己負担額が高い、診療時間が短い、処方箋が短期間など、受ける側にもデメリットがある
- 抗生物質をもらうための受診は控える
 - ・ 抗生物質はかぜには効かない
- 上手に「チーム医療」(※2)のサポートを受ける
 - ・ 日頃の体調管理は看護師に、薬のことは薬剤師に聞くなど、医師ばかりを頼らない

市民 行政

行政のアクションの例

- 「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクト」を継続・推進し、効果を検証していく
- 医療危機の現状を国民に広く共有し、理解を得ていく
- 「信頼できる医療情報サイト」の認証や支援をする
- #8000や#7119の体制整備を進め、周知を徹底する
- 上手な医療のかかり方を直接伝えていく
 - ・ 保護者が子どもの健康や医療について考えるタイミング(両親学級や乳幼児健診など)での直接講座等の実施を全国の自治体に促す
 - ・ 「高齢者/高齢者に携わる人たち」に、大人の医療のかかり方が伝わるよう、介護施設や消防機関などへ協力を呼びかける
 - ・ 学校教育等で若いうちに理解を促す
- 医療機関の機能分化や集約、連携推進など、医師/医療従事者の長時間労働を改善する施策に取り組み
- 看護師や薬剤師などコ・メディカルが、能動的に活躍するための制度・仕組みを整える(※4)
- 働く人が日中受診できる柔軟な働き方を進める
 - ・ フレックスタイム制や休暇取得などの指標を企業が公表する仕組みを推進する
 - ・ 企業独自の休暇制度を横展開により普及させる
- 行政提出書類の簡素化/簡略化に取り組み

医師/医療提供者 民間企業

医師/医療提供者のアクションの例

- あらゆる機会に医療のかかり方を啓発する(待合室、母子健診、小児健診、成人健診、高齢者健診、学校健診、職域健診、公開講座)
- 電話相談や「医療情報サイト」などの最新情報をチェックして質を保つ
- タスクシフト・タスクシェア(業務の移管・共同化)を推進する
 - ・ 医療の質を上げ、患者の満足度を上げることにつなげる
- どの医療従事者に相談したらよいかをサポートする患者・家族支援体制(※3)を整える
- 管理者は働き方改革に真摯に取り組み、地域医療の継続にも貢献する
- 医療従事者も患者の安全のため、健康管理に努め、きちんと休暇をとる

民間企業のアクションの例

- 従業員の健康を守ることを経営の柱とする
- 柔軟な働き方に関する指標を健康経営に生かす
- 業務の属人化を止め、仕事を皆でシェアする
 - ・ それによりテレワークや休暇取得がしやすくなる
- 体調が悪い時は、休みをとって自宅休養できるようにする
- インフルエンザなどの診断書を強制しない
- AIを活用した相談アプリの開発を進める
- ユーザーフレンドリーな「医療情報サイト」の構築を進める

※1 現在、様々な情報が多くのサイトに掲載されており、どこに正しい情報があるのかを市民は判断できない。国の認証や支援を受けた「信頼できる医療情報サイト」を早急に作成する必要がある(→5つの方策)。
 ※2 医療機関では、医師、薬剤師、看護師、理学療法士(PT)、作業療法士(OT)など、様々な専門職の人が働いている。それぞれの高い専門性を活かし、業務分担しつつも連携・補完し合い、患者の状況に応じた的確な医療やケアを提供することを「チーム医療」と呼ぶ。
 ※3 患者・家族の相談や苦情に対して適切に対応するために支援窓口を設け、適切な職員が対応できる体制を整えることを言う。
 ※4 課外画においても、医師編成・適量労働対策の中で、米英等では「フィジシャン・アシスタント」(外科手術の助手や術後管理等を担当)が創設・拡大されてきた。また、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。医師と看護師の中間職と位置付けられる「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。また、米英では、プライマリ・ケアの場面で診療所看護師(アタクティス・ナース)により、予防や状態の安定した慢性疾患患者等に対する診断、検査、処置、処方、リハビリ処方への対応が可能となっている。

市民のアクションの例

- 患者の様子が普段と違う場合は「信頼できる医療情報サイト」(※1)を活用し、まずは状態を把握する
- 夜間・休日に受診を迷ったら#8000や#7119の電話相談を利用する
- 夜間・休日よりも、できるだけ日中に受診する
 - ・ 日中であれば院内の患者・家族支援窓口(相談窓口)も活用できる
 - ・ 夜間・休日診療は、自己負担額が高い、診療時間が短い、処方箋が短期間など、受ける側にもデメリットがある
- 抗生物質をもらうための受診は控える
 - ・ 抗生物質はかぜには効かない
- 上手に「チーム医療」(※2)のサポートを受ける
 - ・ 日頃の体調管理は看護師に、薬のことは薬剤師に聞くなど、医師ばかりを頼らない

医師/医療提供者のアクションの例

- あらゆる機会に医療のかかり方を啓発する(待合室、母子健診、小児健診、成人健診、高齢者健診、学校健診、職域健診、公開講座)
- 電話相談や「医療情報サイト」などの最新情報をチェックして質を保つ
- タスクシフト・タスクシェア(業務の移管・共同化)を推進する
 - ・ 医療の質を上げ、患者の満足度を上げることにつなげる
- どの医療従事者に相談したらよいかをサポートする患者・家族支援体制(※3)を整える
- 管理者は働き方改革に真摯に取り組み、地域医療の継続にも貢献する
- 医療従事者も患者の安全のため、健康管理に努め、きちんと休暇をとる

※1 現在、様々な情報が多くのサイトに掲載されており、どこに正しい情報があるのかを市民は判断できない。国の認証や支援を受けた「信頼できる医療情報サイト」を早急に作成する必要がある(→5つの方策)。
 ※2 医療機関では、医師、薬剤師、看護師、理学療法士(PT)、作業療法士(OT)など、様々な専門職の人が働いている。それぞれの高い専門性を活かし、業務分担しつつも連携・補完し合い、患者の状況に応じた的確な医療やケアを提供することを「チーム医療」と呼ぶ。
 ※3 患者・家族の相談や苦情に対して適切に対応するために支援窓口を設け、適切な職員が対応できる体制を整えることを言う。

行政のアクションの例

- 「『いのちをまもり、医療をまもる』国民プロジェクト」を継続・推進し、効果を検証していく
- 医療危機の現状を国民に広く共有し、理解を得ていく
- 「信頼できる医療情報サイト」の認証や支援をする
- #8000や#7119の体制整備を進め、周知を徹底する
- 上手な医療のかかり方を直接伝えていく
 - ・保護者が子どもの健康や医療について考えるタイミング（両親学級や乳幼児健診など）での直接講座等の実施を全国の自治体に促す
 - ・「高齢者/高齢者に携わる人たち」に、大人の医療のかかり方が伝わるよう、介護施設や消防機関などへ協力を呼びかける
 - ・学校教育等で若いうちに理解を促す
- 医療機関の機能分化や集約、連携推進など、医師/医療従事者の長時間労働を改善する施策に取り組む
- 看護師や薬剤師などコ・メディカルが、能動的に活躍できるための制度・仕組みを整える（※1）
- 働く人が日中受診できる柔軟な働きを進める
 - ・フレックスタイム制や休暇取得などの指標を企業が公表する仕組みを推進する
 - ・企業独自の休暇制度を横展開により普及させる
- 行政提出書類の簡素化/簡略化に取り組む

民間企業のアクションの例

- 従業員の健康を守ることを経営の柱とする
- 柔軟な働き方に関する指標を健康経営に生かす
- 業務の属人化を止め、仕事を皆でシェアする
 - ・それによりテレワークや休暇取得がしやすくなる
- 体調が悪い時は、休みをとって自宅休養できるようにする
- インフルエンザなどの診断書を強制しない
- AIを活用した相談アプリの開発を進める
- ユーザーフレンドリーな「医療情報サイト」の構築を進める

※1 諸外国においても、医師偏在・過重労働対策の中で、米国等では「フィジシャン・アシスタント」（外科手術の助手や術後管理等を担当）が創設・拡大されてきた。また、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。また、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、予防や状態の安定した慢性疾患患者等に対する診断、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。

ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の 愛称が「人生会議」に決まりました！



11月30日（いい看取り・看取られ）は「人生会議の日」

人生の最終段階における医療・ケアについて考える日

人生の最終段階における医療・ケアについて、前もって考え、家族や医療・ケアチーム等と繰り返し話し合い、共有する取組を「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」と呼びます。



詳しくは、厚生労働省のホームページをご覧ください。

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/saisyuu_iryuu/index.html

