

# 全国厚生労働関係部局長会議資料 (厚生分科会)

平成27年2月23日(月)

医政局

# 目次

1 医療提供体制の改革について.....	1
(1) 地域医療構想.....	2
(2) 人材確保対策.....	16
(3) 特定行為に係る看護師の研修制度.....	29
(4) 地域医療介護総合確保基金.....	33
(5) 医療事故調査制度.....	37
(6) 持分なし医療法人への移行促進.....	41
(7) 第四次分権一括法における権限委譲.....	43
(8) 医療法改正法案について(地域医療連携推進法人制度(仮称) の創設及び医療法人制度の見直しについて).....	52

2	臨床研究	70
(1)	臨床研究中核病院	71
(2)	臨床研究の適正な実施に関する取組検討状況	78
3	後発医薬品の使用促進及び医療用医薬品の 流通改善	86
4	平成27年度予算案及び平成26年度補正予算 .....	99

# 1 医療提供体制の改革について

# (1) 地域医療構想

# 地域医療構想（ビジョン）の策定について

## ○ 病床機能報告制度（平成26年度～）

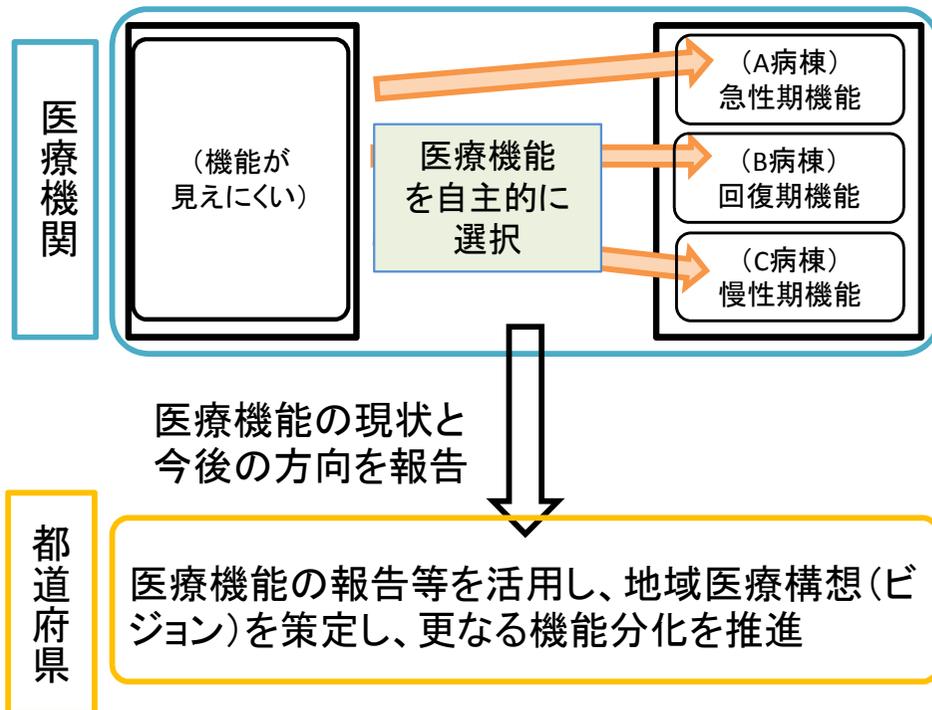
医療機関が、その有する病床において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する制度を設け、医療機関の自主的な取組みを進める。

→ 10月1日～11月14日までに今年度分の報告を受け付け。現在、集計作業中。

## ○ 地域医療構想（ビジョン）の策定（平成27年度～）

都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して、二次医療圏等ごとの各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを策定し、医療計画に新たに盛り込み、さらなる機能分化を推進。

国は、都道府県における地域医療構想（ビジョン）策定のためのガイドラインを策定する（平成26年度中）。



## 地域医療構想（ビジョン）の内容

- (1) あるべき将来の医療提供体制の姿
- (2) 2025年の医療需要及び各医療機能の必要量
  - ・ 構想区域ごとに推計
- (3) あるべき将来の医療提供体制を実現するための施策等

# 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会

## 1. 概要

- 都道府県は、平成27年度以降、地域医療構想を策定することとされているが、それに当たり、厚生労働省は、病床機能報告制度により医療機関から報告される情報も踏まえて、ガイドラインを策定し、都道府県に示すこととしている。また、都道府県は、医療関係者、医療保険者等の関係者との「協議の場」を設け、地域医療構想の達成の推進について協議を行うこととしている。さらに、病床機能報告制度により医療機関から報告される情報の公表のあり方等を地域医療構想に係る議論の中で検討することとしている。
- こうした地域医療構想の達成の推進に必要な事項について検討するため、「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」を開催。平成26年9月から検討を開始し、これまで7回の会議を開催。以下の検討事項について議論。

## 2. 検討事項

- 地域医療構想のガイドラインについて
- 協議の場の設置・運営に関する事項について
- 病床機能報告の公表等に関する事項について
- その他地域医療構想の策定及び達成の推進に必要な事項について

## 3. 構成員

- |                              |                           |                                   |
|------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| ・遠藤 久夫（座長、学習院大学経済学部部長）       | ・櫻木 章司（日本精神科病院協会政策委員会委員長） | ・邊見 公雄（全国自治体病院協議会会長）              |
| ・相澤 孝夫（日本病院会副会長）             | ・清水 信行（東京都奥多摩町福祉保健課長）     | ・本多 伸行（健康保険組合連合会理事）               |
| ・安部 好弘（日本薬剤師会常任理事）           | ・武久 洋三（日本慢性期医療協会会長）       | ・松田 晋哉（産業医科大学医学部教授）               |
| ・石田 光広（稲城市役所福祉部長）            | ・土居 丈朗（慶應義塾大学経済学部教授）      | ・山口 育子（NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長） |
| ・尾形 裕也（東京大学政策ビジョン研究センター特任教授） | ・中川 俊男（日本医師会副会長）          | ・渡辺 顕一郎（奈良県医療政策部部長）               |
| ・加納 繁照（日本医療法人協会会長代行）         | ・西澤 寛俊（全日本病院協会会長）         | ・和田 明人（日本歯科医師会副会長）                |
| ・齋藤 訓子（日本看護協会常任理事）           | ・花井 圭子（日本労働組合総連合会総合政策局長）  |                                   |

## 4. 今後の予定

平成27年2月末 将来の医療需要や病床の推計方法等を含むガイドライン等についてとりまとめ

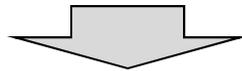
今年度内 ガイドラインを都道府県に発出

# 地域医療構想の策定とその実現に向けたプロセス

- 地域医療構想は、平成27年4月から、都道府県が策定作業を開始。
- 医療計画の一部として策定することから、都道府県医療審議会で議論するとともに、医師会等の地域の医療関係者や住民、市町村等の意見を聴取して、適切に反映。
- 具体的な内容の策定とその実現に向けた都道府県のプロセスは以下のとおり。

## ① 都道府県は、機能分化・連携を図る区域として「構想区域」を設定。

※ 「構想区域」は、現在の2次医療圏を原則とするが、①人口規模、②患者の受療動向、③疾病構造の変化、④基幹病院へのアクセス時間等の要素を勘案して柔軟に設定



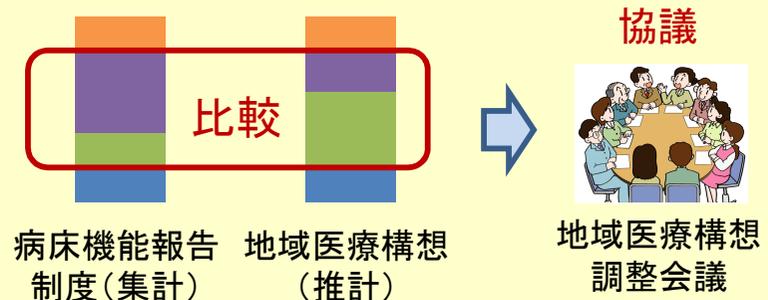
## ② 「構想区域」ごとに、国がお示しするガイドライン等で定める推計方法に基づき、都道府県が、2025年の医療需要と病床の必要量を推計。地域医療構想として策定。



## ③ 地域医療構想の実現に向けて、都道府県は構想区域ごとに、「地域医療構想調整会議」を開催。

※ 「地域医療構想調整会議」には、医師会、歯科医師会、病院団体、医療保険者等が参加。

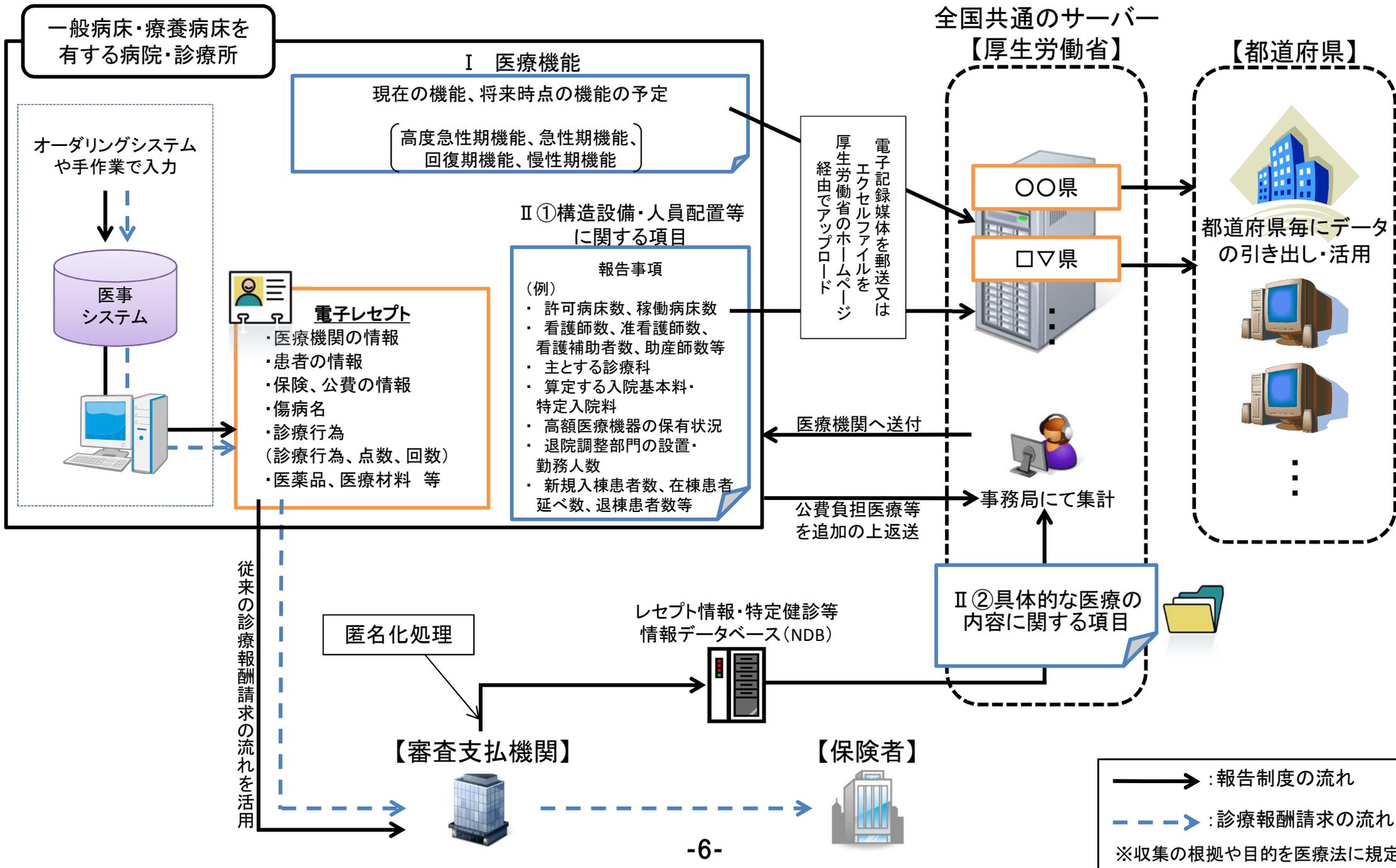
- ・ 病床機能報告制度の報告結果等を基に、現在の医療提供体制と将来の病床の必要量を比較して、どの機能の病床が不足しているか等を検討。
- ・ 医療機関相互の協議により、機能分化・連携について議論・調整。



## ④ 都道府県は、地域医療介護総合確保基金等を活用し、医療機関による自主的な機能分化・連携を推進。

# 病床機能報告制度における報告・集計等の仕組み

(レセプト電子申請の医療機関の場合)

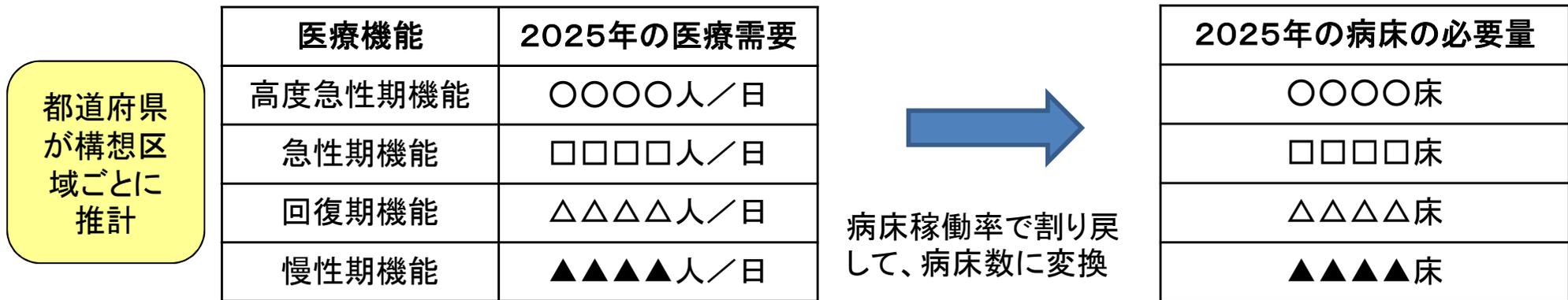


## 2025年の医療需要及び各医療機能の必要量の推計の基本的考え方

- 地域医療構想は、都道府県が構想区域(原則、2次医療圏)単位で策定。  
よって、将来の医療需要や病床の必要量についても、国が示す方法に基づき、都道府県が推計。
- 医療機能(高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能)ごとに、医療需要(1日当たりの入院患者数)を算出し、それを病床稼働率で割り戻して、病床の必要量を推計。

※ 病床利用率・病床稼働率について

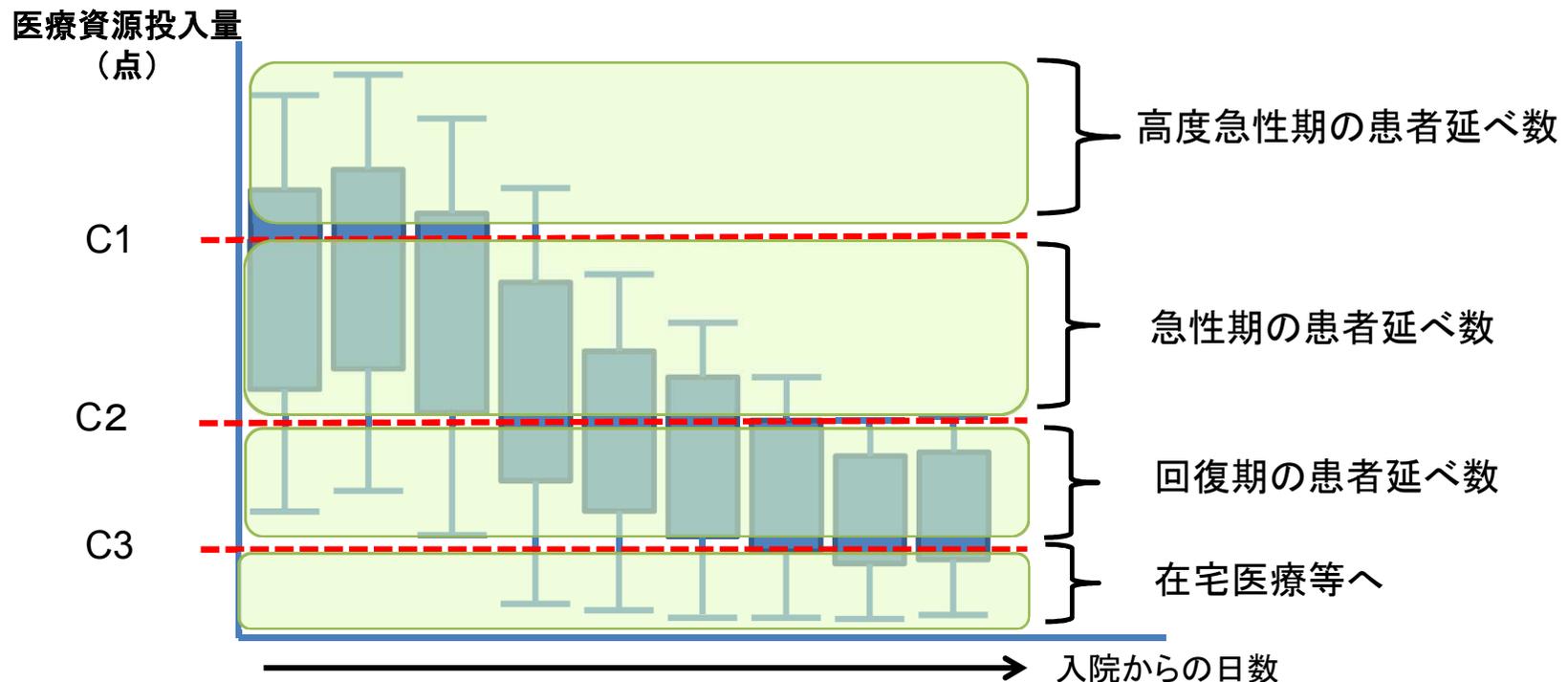
- ① 出来高算定病院の平均病床利用率〇%を基本として、医療機関全体の当日退院患者分を勘案して〇%を加え病床稼働率とし、高度急性期、急性期、回復期の病床数で傾斜的に配分している。(〇%、〇%、〇%)  
(注)医療需要は全レセプトから求めており、当日の退院患者分も含まれている。したがって、病床利用率にその部分を加え、病床稼働率として、医療需要を割り戻す。
- ②慢性期については、病床稼働率〇%としている。



- 推計に当たり、できる限り、患者の状態や診療実態を勘案できるよう、DPC病院の医療行為に関するデータ(DPCデータ)やNDB(ナショナルデータベース)のレセプトデータを分析する。
- 具体的には、患者に対して行われた診療行為を、診療報酬の出来高点数で換算したもの(医療資源投入量)の多寡を見ていく。  
※ DPCデータでは、1入院について、1日当たりの医療資源投入量と入院日数の関係を見るのが可能。
- その他、推計に当たっては、入院受療率等の<sup>7</sup>地域差や患者の流出入を考慮の対象とする。

# 具体的な医療需要の推計イメージ

- 医療資源投入量の推移から、高度急性期と急性期の境界点(C1)、急性期と回復期の境界点(C2)、回復期と居宅施設等医療の境界点(C3)となる医療資源投入量を分析。
- C1を超えている患者延べ数を高度急性期の患者数、C1～C2の間にいる患者延べ数を急性期の患者数、C2～C3の間にいる患者延べ数を回復期の患者数として計算。



全てのDPCで合計し、各医療機能の医療需要とする。

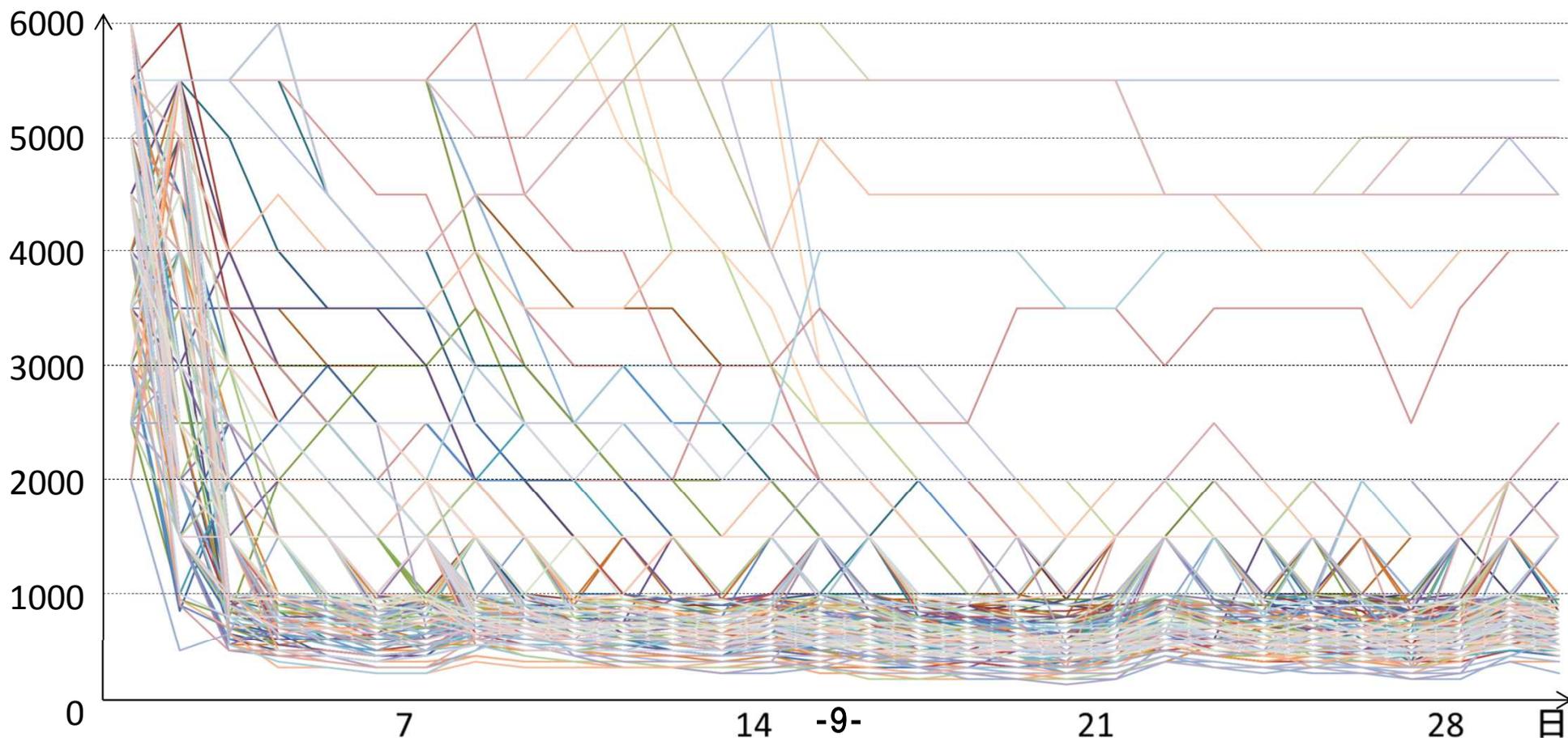
## 医療資源投入量(中央値)の推移 (入院患者数上位255のDPCの推移を重ね合わせたもの)

○ 上記の分析を、推計入院患者数の多い傷病小分類上位255の疾患を選び、DPCにおいて対応する255の疾患について実施した。(当該255疾患の入院患者の合計入院数(人・日)が、全疾患の入院患者の合計入院数(人・日)に対して占める割合は63.1%であった。)

○ 255のDPCの医療資源投入量の推移を1つの図にプロットした下図を見ると、異なる動きをするDPCがいくつかあるものの、以下のことが分かる。

- ・ 入院初日から2～3日は、医療資源投入量が特に高い状態がある
- ・ その後、一定の水準で医療資源投入量が落ち着き、安定している

医療資源投入量(点)



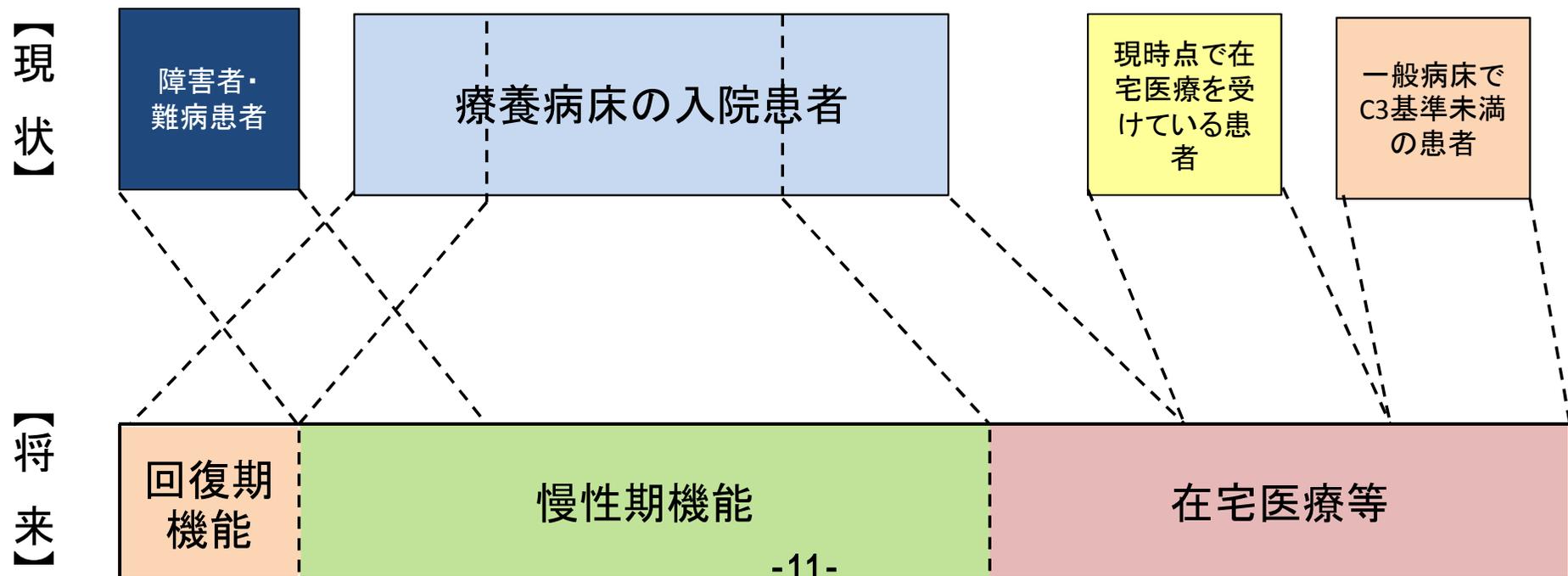
# 病床の機能別分類の境界点(C1~C3)の考え方【案】

	医療資源 投入量	基本的考え方	患者像の例
高度 急性期	○点	救命救急病棟やICU、HCUに加え、一般病棟等で実施するような重症者に対する診療密度が特に高い治療から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量	<ul style="list-style-type: none"> <li>心不全に対して非侵襲的人工呼吸器による呼吸補助を行い、肺動脈圧測定カテーテルや心エコー、血液検査、レントゲン等で綿密な評価を行いながら、利尿剤等による治療を実施している状態。まもなく呼吸器から離脱出来そうで、検査や評価の頻度も下げていけそうである。</li> </ul> <p>[例] 非侵襲的人工呼吸器+心エコー・心電図+観血的肺動脈圧測定+胸部レントゲン+点滴管理+薬剤+血液検査</p>
急性期			
回復期	○点	急性期における治療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量	<ul style="list-style-type: none"> <li>急性胆管炎に対し、緊急で内視鏡的胆道ドレナージを行った。引き続き、抗菌薬治療を行い、全身状態は改善し、血液検査を実施した。</li> <li>尿路感染症に対し、抗菌薬治療を行っている。熱が下がり、全身状態は回復しつつあり、食事を摂ることが出来ている。</li> </ul> <p>[参考] DPCデータ及びNDBのレセプトデータから、「医療資源投入量がおおよそ横這いとなって、落ち着く段階」の平均資源投入量を計算すると、約○点。 ※ 具体的には、DPCの入院期間Ⅱ及び入院期間Ⅲにおける全疾患の平均資源投入量を、入院期間Ⅱ及び入院期間Ⅲのそれぞれの患者数で加重平均。その後、NDBのレセプトデータも加えて、さらに補正。</p>
在宅等	○点	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量  ○境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を見込む	<ul style="list-style-type: none"> <li>誤嚥性肺炎に対する抗菌薬療法は終了し、全身状態は安定しているが、経口摂取は不安定で補液が必要。喀痰が多いため吸引を行っている。</li> <li>大腸がんの手術後、経過は良好であったが、腸閉塞となり、絶飲食とし、補液およびイレウス管によるドレナージを行っている。</li> </ul> <p>[例] 補液+点滴管理+ドレーン</p>

# 慢性期機能および在宅医療等の需要の将来推計の考え方について

- 慢性期機能の医療需要及び在宅医療等（※）の患者の推計は、以下の考え方に基づき実施する。
- ① 一般病床で障害者病棟入院料を算定している患者・難病患者は、慢性期機能の医療需要とする。
  - ② 療養病床の入院患者については、医療資源投入量とは別に、以下の考え方で慢性期機能及び在宅医療等の医療需要を計算する。
    - ・ 医療区分Ⅰの患者の〇%は、将来時点で在宅医療等の医療需要とする。
    - ・ 残りの入院患者について、入院受療率の地域差があることを踏まえ、これを解消していくことで、将来時点の在宅医療等の医療需要を計算する。  
 （療養病床で回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している患者は、回復期の医療需要とする。）
  - ③ 一般病床でC3基準未満の医療資源投入量の患者については、在宅医療等の医療需要とする。

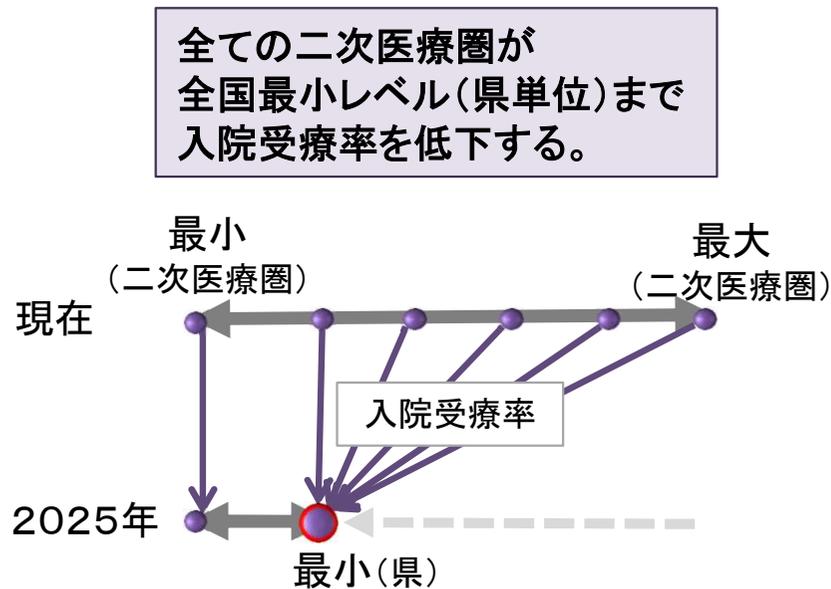
※ 居宅、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、その他、医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、医療提供施設以外の場所における医療をさす。



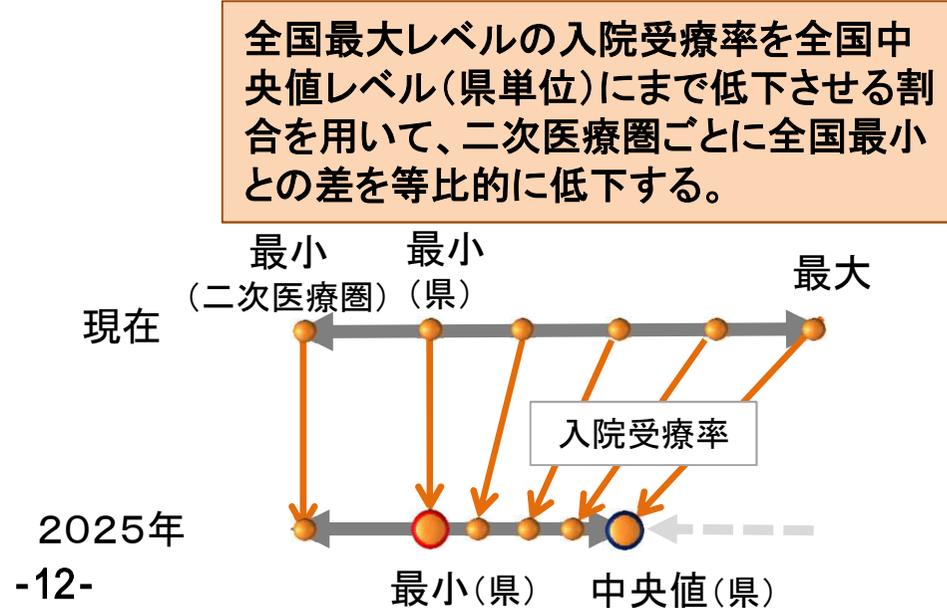
# 地域の実情に応じた慢性期と在宅医療等の需要推計の考え方【案】

- 慢性期の医療需要については、医療機能の分化・連携により、現在では療養病床で入院している状態の患者のうち一定数は、2025年には、在宅医療等(※) で対応するものとして推計する。  
 ※ 居宅、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、その他、医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、医療提供施設以外の場所における医療をさす。
- その際、療養病床については、現在、診療報酬が包括算定であるので、行われた診療行為が分からず、医療資源投入量に基づく分析ができない。また、地域によって、療養病床数や在宅医療の充実、介護施設の整備状況等は異なっている。
- よって、医療資源投入量とは別に、地域が、療養病床の患者を、どの程度、慢性期機能の病床で対応するか、在宅医療・介護施設で対応するかについて、目標を定めることとして、患者数を推計する。  
 その目標としては、現在、療養病床の入院受療率に地域差があることを踏まえ、この差を縮小しつつ、地域が一定の幅の中で目標を設定することとするため、B案としてはどうか。
- 更に、これらの目標を実現するにあたり、在宅医療・介護施設等の整備を推進する施策と合わせて行うことが必要となることから、住民や現場が混乱を来すことがないように、一定の調整の考え方を示す必要があるのではないかと。

## 【入院受療率の補正目標の設定案】 A



## B



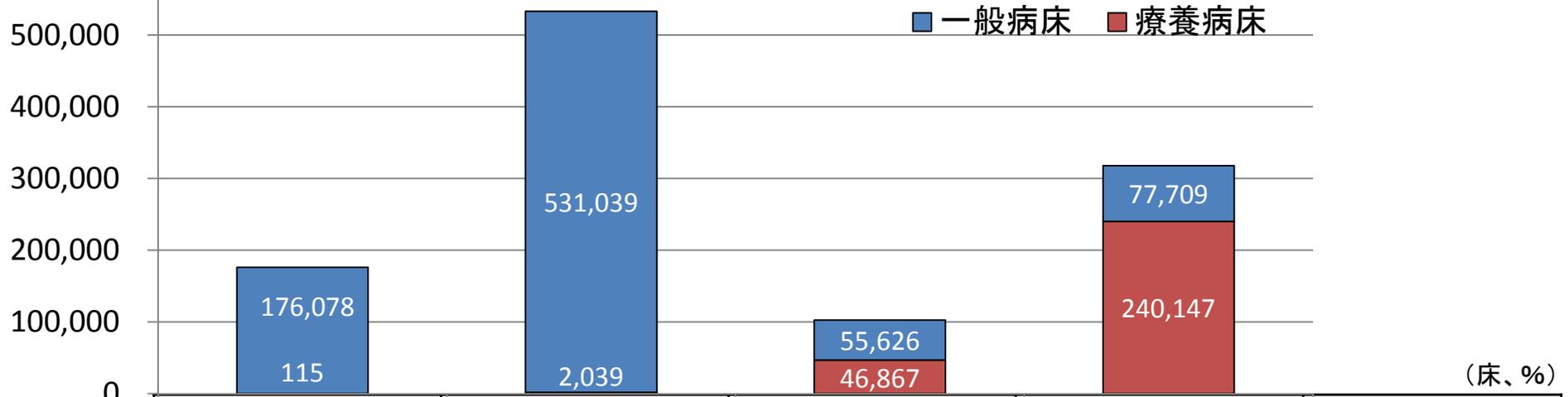
## 病床機能報告制度における機能別病床数の報告状況【速報値(第2報)】

○ 以下の集計は、平成27年1月26日時点でデータクリーニングが完了し、集計可能となった医療機関におけるデータを集計した速報値である。

- ・報告対象となる病院7,420施設、有床診療所7,998施設のうち、平成26年12月26日までに病院7,212施設(97.2%)、有床診療所6,885施設(86.1%)が報告済み
- ・このうち1月26日時点でデータクリーニングが完了した病院6,407施設(86.3%)、有床診療所5,159施設(64.5%)のデータを集計した
- ・集計対象施設における許可病床数合計は、1,139,394床（前回速報(H26.12.19時点)では939,462床）  
（cf. 医療施設調査(動態)における平成26年6月末時点の許可病床は一般999,657床、療養339,983床、合計1,339,640床）
- ・今回の集計対象施設についても追加のデータ修正等が生じる可能性があり、集計内容は変動し得る

(床)

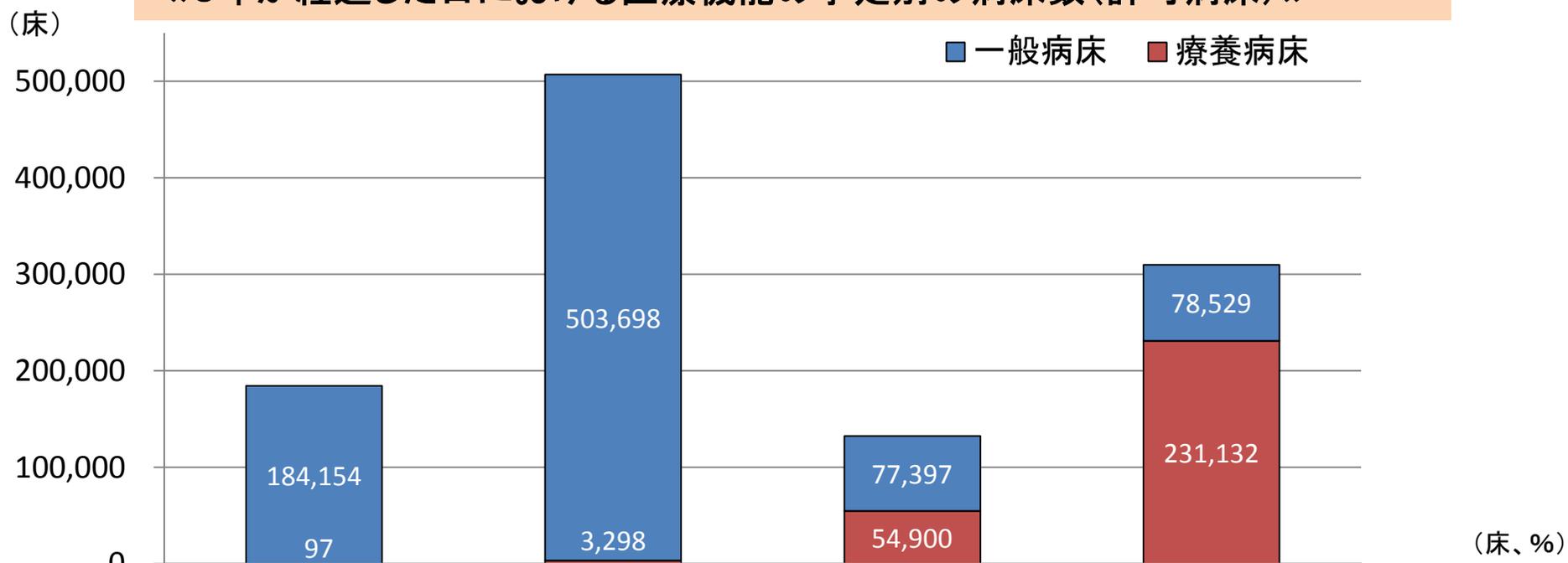
《2014(平成26)年7月1日時点の医療機能別の病床数(許可病床)》



	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
一般病床	<b>176,078</b>	<b>531,039</b>	<b>55,626</b>	<b>77,709</b>	<b>840,452</b>
療養病床	<b>115</b>	<b>2,039</b>	<b>46,867</b>	<b>240,147</b>	<b>289,168</b>
合計	<b>176,193</b>	<b>533,078</b>	<b>102,493</b>	<b>317,856</b>	<b>1,129,620</b>
構成比	<b>15.6%</b>	<b>47.2%</b>	<b>9.1%</b>	<b>28.1%</b>	<b>100.0%</b>
前回速報(H26.12.19時点)の構成比	<b>16.4%</b>	<b>47.0%</b>	<b>9.1%</b>	<b>27.5%</b>	<b>100.0%</b>

(注)集計対象施設のうち、2014年7月1日時点の医療機能について未回答の病床が9,774床分あり、上表には含めていない。

《6年が経過した日における医療機能の予定別の病床数(許可病床)》

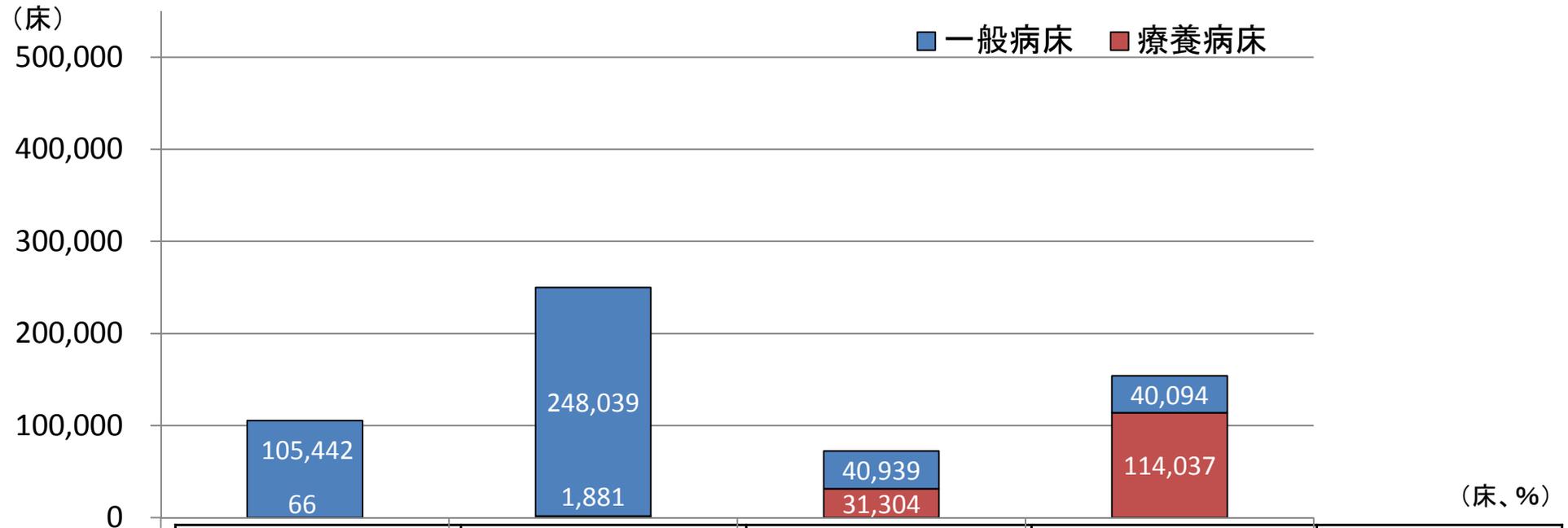


	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
一般病床	<b>184,154</b>	<b>503,698</b>	<b>77,397</b>	<b>78,529</b>	<b>843,778</b>
療養病床	<b>97</b>	<b>3,298</b>	<b>54,900</b>	<b>231,132</b>	<b>289,427</b>
合計	<b>184,251</b>	<b>506,996</b>	<b>132,297</b>	<b>309,661</b>	<b>1,133,205</b>
構成比	<b>16.3%</b>	<b>44.7%</b>	<b>11.7%</b>	<b>27.3%</b>	<b>100.0%</b>
前回速報(H26.12.19時点)の構成比	<b>17.1%</b>	<b>44.5%</b>	<b>11.8%</b>	<b>26.6%</b>	<b>100.0%</b>

(注)集計対象施設のうち、6年が経過した日における病床の機能について未回答の病床が6,189床分あり、上表には含めていない。

## 《2025(平成37)年7月1日時点の医療機能の予定別の病床数(許可病床)》

(注)本項目は、任意の報告項目であり、報告のあった病床分のみ、下表に記載している。



	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
一般病床	<b>105,442</b>	<b>248,039</b>	<b>40,939</b>	<b>40,094</b>	<b>434,514</b>
療養病床	<b>66</b>	<b>1,881</b>	<b>31,304</b>	<b>114,037</b>	<b>147,288</b>
合計	<b>105,508</b>	<b>249,920</b>	<b>72,243</b>	<b>154,131</b>	<b>581,802</b>
構成比	<b>18.1%</b>	<b>43.0%</b>	<b>12.4%</b>	<b>26.5%</b>	<b>100.0%</b>
前回速報(H26.12.19時点)の構成比	<b>19.5%</b>	<b>42.0%</b>	<b>12.6%</b>	<b>25.9%</b>	<b>100.0%</b>

## (2) 人材確保対策

# 地域医療支援センター運営事業

平成26年度以降、地域医療介護総合確保基金を活用して実施

医師の地域偏在（都市部への医師の集中）の背景

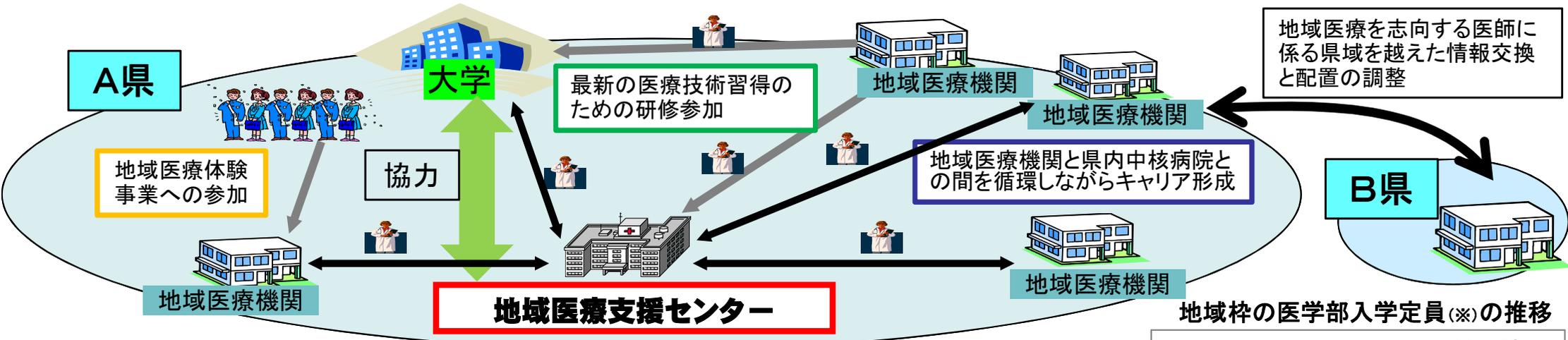
➤ 高度・専門医療への志向、都市部の病院に戻れなくなるのではないかという将来への不安等

## 地域医療支援センターの目的と体制

- 都道府県が責任を持って医師の地域偏在の解消に取り組むコントロールタワーの確立。
- 地域枠医師や地域医療支援センター自らが確保した医師などを活用しながら、キャリア形成支援と一体的に、地域の医師不足病院の医師確保を支援。
- 専任の実働部隊として、喫緊の課題である医師の地域偏在解消に取り組む。

・ 人員体制：専任医師2名、専従事務職員3名

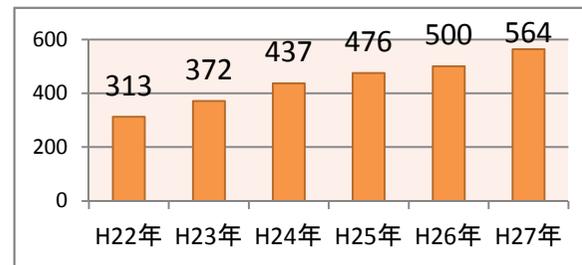
・ 設置場所：都道府県庁、〇〇大学病院、都道府県立病院等



## 地域医療支援センターの役割

- 都道府県内の医師不足の状況を個々の病院レベルで分析し、優先的に支援すべき医療機関を判断。医師のキャリア形成上の不安を解消しながら、大学などの関係者と地域医療対策協議会などにおいて調整の上、地域の医師不足病院の医師確保を支援。
- 医師を受入れる医療機関に対し、医師が意欲を持って着任可能な環境作りを指導・支援。また、公的補助金決定にも参画。

地域枠の医学部入学定員(※)の推移



(※) 医学部の定員増として認められた分であり、このほか、既存の定員等を活用し都道府県と大学が独自に設定した地域枠もある。

- 平成26年12月現在、全国43都道府県で地域医療支援センターを設置している。
- 平成23年度以降、42都道府県で合計2,170名の医師を各都道府県内の医療機関へあっせん・派遣をするなどの実績を上げている。(平成26年7月時点)

## 地域医療支援センターの設置状況について

都道府県	設置年月日	医師の派遣・あっせん実績		設置場所	体制	専任医師	
		常勤	非常勤				
北海道	H23.4	68	38	ドクターバンク事業78名 道職員医師の派遣3名 道外医師のあっせん25名	道庁内	専任医師1名 専従職員3名	○北海道庁保健福祉部医療政策局地域 医師確保推進室 医療参事
青森県	H23.4	116	0	ドクターバンク事業9名 修学資金貸与者の配置調整(キャリアプログラムを活用)11名 自治医科大学卒業生の配置調整96名	県庁内	専任医師2名 専従職員4名	○弘前保健所長 ○元むつ総合病院長
岩手県	H24.1	141	1	県出身医師などに直接交渉したことによる招へい37名 岩手医科大学から公的医療機関へのあっせん・派遣105名	県庁内	専任医師3名 専従職員1名	○岩手県保健福祉部医療政策室長 ○医師支援調整監(沢内病院院長) ○岩手医科大学医学部長
宮城県	H24.4	86	0	ドクターバンク事業4名 修学資金貸与者の配置調整41名 自治医科大学卒業生の配置調整23名 県職員医師の派遣18名	県庁内	専任医師2名 専従職員3名	○宮城県保健福祉部医療整備課医療政策 専門監 ○東北大学病院卒後研修センター助教
秋田県	H25.4	60	0	ドクターバンク事業1名 修学資金貸与者の配置調整26名 自治医科大学卒業生の配置調整27名 県職員医師の派遣6名	秋田大学医学部附属 病院内	専任医師2名 専従職員3名	○秋田大学医学部附属病院医師総合支 援センター特任講師(2名とも)
福島県	H23.12	24	62	ドクターバンク事業12名 修学資金貸与者の配置調整5名 自治医科大学卒業生の配置調整8名 福島県立医科大学からの医師派遣61名	福島県立医科大学内	専任医師1名 専従職員4名	○福島県立医科大学助教
茨城県	H24.4	98	0	修学資金貸与者の配置調整59名 自治医科大学卒業生の配置調整39名	県庁内	専任医師3名 専従職員7名	○県立中央病院副院長兼化学療法セン ター長 ○東京医科大学茨城医療センター卒後 臨床研修センター長 ○生きいき診療所ゆうき診療所長
栃木県	H26.4	26	0	修学資金貸与者の配置調整2名 自治医科大学卒業生の配置調整24名	県庁内	専任医師1名 専従職員2名	○栃木県職員医師主幹
群馬県	H25.10	5	0	ドクターバンク事業2名 自治医科大学卒業生の配置調整3名	群馬大学医学部附属 病院内及び県庁内	専任医師2名 専従職員2名	○群馬大学医学部附属病院准教授 ○群馬大学医学部附属病院助教
埼玉県	H25.4	20	0	ドクターバンク事業1名 自治医科大学卒業生の配置調整16名 ベテラン医師の派遣3名	県庁内	専任医師1名 専従職員3名	○埼玉県立大学教授
千葉県	H23.12	33	0	ドクターバンク事業1名 修学資金貸与者の配置調整4名 自治医科大学卒業生の配置調整12名 研修資金貸与者の配置調整16名	県庁内	専任医師1名 専従職員4名	○元千葉大学医学部附属病院総合医療 教育研修センター特任講師
東京都	H25.4	36	13	ドクターバンク事業11名 自治医科大学卒業生の配置調整19名 医師不足医療機関への派遣調整19名	都庁内	専任医師2名 専従職員3名	○福祉保健局医療政策部医療調整担当 課長 ○医療政策部救急災害医療課課担当 係長
新潟県	H23.12	18	0	ドクターバンク事業1名 修学資金貸与者の配置調整8名 自治医科大学卒業生の配置調整9名	県庁内	専任医師2名 専従職員3名	○医師・看護職員確保対策課参事 ○新潟大学医歯学総合病院総合臨床研 修センター特任助教
富山県	H25.8	0	0	短期派遣の実施(計32日)	県庁内	専任医師1名 専従職員1名	○自治医科大学義務年限内医師

都道府県	設置年月日	医師の派遣・あっせん実績		設置場所	体制	専任医師	
		常勤	非常勤				
石川県	H25.6	0	0	(研修病院説明会や医師向けの相談対応を実施)	県庁内	専任医師1名 専従職員1名	○金沢大学附属病院 地域医療教育センター長
福井県	H25.4	47	0	自治医科大卒業生の配置調整19名 福井大学からの医師派遣等28名	県庁内及び福井大学 医学部内	専任医師3名 専従職員2名	○福井大学教授 ○福井大学講師 ○福井大学助教
山梨県	H25.4	0	0	短期派遣の実施(計112日) (研修病院説明会や医師向けの相談対応を実施)	県庁内及び山梨大学 医学部附属病院内	専任医師1名 専従職員1名	○山梨大学医学部附属病院 准教授
長野県	H23.10	62	0	ドクターバンク事業31名 修学資金貸与者の配置調整31名	県庁内、信州大学医学 部内及び県立病院機 構内	専任医師2名 専従職員3名	○信州大学医学部附属病院 准教授 ○信州大学医学部附属病院 助教
岐阜県	H23.4	64	2	修学資金貸与者の配置調整66名 (うちキャリアプログラムを活用64名)	岐阜大学医学部内	専任医師2名 専従職員2名	○岐阜大学医学部附属病院医師(2名と も)
静岡県	H23.4	130	0	修学資金貸与者の配置調整65名 (うちキャリアプログラムを活用18名) キャリアプログラムを活用した配置調整64名 県外医師の斡旋1名	県庁内	専任医師2名 専従職員2名	○浜松医科大学附属病院医師 ○静岡県立総合病院医師
三重県	H24.5	108	0	ドクターバンク事業15名 修学資金貸与者の配置調整67名 自治医科大卒業生の配置調整26名	県庁内及び三重大学内	専任医師1名 専従職員2名	○三重大学医学部附属病院講師
滋賀県	H24.9	28	0	修学資金貸与者の配置調整1名 自治医科大卒業生の配置調整27名	県庁内及び滋賀医科 大学医学部附属病 院内	専任医師1名 専従職員2名	○滋賀医科大学医学部附属病院特任助 教
京都府	H23.6	75	0	修学資金貸与者の配置調整39名 自治医科大卒業生の配置調整29名 キャリアプログラムを活用した配置調整5名 医師不足医療機関への派遣調整2名	府庁内	専任医師2名 専従職員3名	○元秋田大学副学長 ○京都府立医科大学附属病院医員
大阪府	H23.4	16	0	自治医科大卒業生の配置調整(キャリアプログラムを活用)8名 キャリアプログラムを活用した配置調整8名	大阪大学医学部内	専任医師1名 専従職員3名	○大阪府立急性期・総合医療センター 腎 臓・高血圧内科部長
兵庫県	H26.4	41	1	修学資金貸与者の配置調整(キャリアプログラムを活用)14名 自治医科大卒業生の配置調整(キャリアプログラムを活用)19名 県職員医師の派遣4名 大学寄附講座による診療支援5名	県庁内	専任医師2名 専従職員3名	○兵庫県健康福祉部医務課参事(2名と も)
奈良県	H23.4	25	0	ドクターバンク事業1名 修学資金貸与者の配置調整(キャリアプログラムを活用)13名 自治医科大卒業生の配置調整(キャリアプログラムを活用)10名 県職員医師の派遣1名	奈良県立医科大学内 及び県庁内	専任医師1名 専従職員1名	○奈良県立医科大学地域医療学講座教 授
和歌山県	H23.4	76	0	ドクターバンク事業1名 修学資金貸与者の配置調整25名 自治医科大卒業生の配置調整40名 県職員医師の派遣1名 和歌山県立医科大学からの医師派遣9名	和歌山県立医科大学内	専任医師2名 専従職員4名	○和歌山県立医科大学附属病院(脳神 経外科) 准教授 ○和歌山県立医科大学附属病院(救急) 助教
鳥取県	H25.1	25	0	自治医科大卒業生の配置調整25名	県庁内及び鳥取大学 医学部内	専任医師1名 専従職員1名	○鳥取県福祉保健部健康医療局長
島根県	H23.8	105	0	ドクターバンク事業40名 修学資金貸与者の配置調整(キャリアプログラムを活用)65名	島根大学医学部内 及び県庁内	専任医師6名 専従職員6名	○島根大学教授(2名) ○島根大学准教授(2名) ○島根大学病院部長 ○島根県医療統括監
岡山県	H24.2	2	0	ドクターバンク事業2名	県庁内	専任医師2名 専従職員3名	○岡山済生会総合病院医師 ○岡山大学病院医師

都道府県	設置年月日	医師の派遣・あっせん実績		設置場所	体制	専任医師	
		常勤	非常勤				
広島県	H23.4	135	1	ドクターバンク事業31名 修学資金貸与者の配置調整5名 自治医科大卒業生の配置調整65名 キャリアプログラムを活用した配置調整34名 県職員医師の派遣1名	(財)広島県地域保健医療推進機構内	専任医師1名 専従職員8名	○広島県職員(県立広島病院)医監
山口県	H24.7	19	0	ドクターバンク事業1名 修学資金貸与者の配置調整(キャリアプログラムを活用)14名 医師不足医療機関への派遣調整4名	県庁内及び山口大学医学部附属病院内	専任医師2名 専従職員3名	○山口大学医学部附属病院助教 ○山口大学医学部附属病院助教
徳島県	H23.11	52	0	ドクターバンク事業1名 修学資金貸与者の配置調整5名 自治医科大卒業生の配置調整30名 キャリアプログラムを活用した配置調整9名 専門医修学資金貸与者の配置調整7名	徳島大学医学部内	専任医師1名 専従職員3名	○徳島大学病院 特任助教
香川県	H24.7	139	0	ドクターバンク事業7名 修学資金貸与者の配置調整21名 自治医科大卒業生の配置調整35名 キャリアプログラムを活用した配置調整76名	県庁内	専任医師1名 専従職員3名	○香川県健康福祉部健康福祉総務課参事
愛媛県	H23.8	0	0	(研修病院説明会等を実施)	愛媛大学医学部内	専任医師2名 専従職員3名	○愛媛大学附属病院 准教授 ○愛媛大学附属病院 医師
高知県	H23.4	17	1	ドクターバンク事業12名 県職員医師の派遣6名	高知医療再生機構内及び高知大学医学部内	専任医師2名 専従職員3名	○元高知大学医学部附属病院長 ○県立あき総合病院医師
福岡県	H26.5	0	0	(実績はまだない)	県庁内	専任医師2名 専従職員3名	○福岡県保健医療介護部医監 ○飯塚市立病院医師
長崎県	H25.4	14	4	ドクターバンク事業14名 医師不足医療機関への派遣調整4名	(独)国立病院機構長崎医療センター内	専任医師2名 専従職員3名	○長崎医療センター救命救急センター長 ○長崎医療センター臨床疫学研究室長
熊本県	H25.12	0	0	短期派遣の実施(計45日)	県庁内及び熊本大学医学部附属病院内	専任医師2名 専従職員3名	○熊本大学医学部附属病院特任准教授 ○熊本大学医学部附属病院特任助教
大分県	H23.10	45	2	ドクターバンク事業3名 修学資金貸与者の配置調整14名 自治医科大卒業生の配置調整19名 県職員医師の派遣2名 医師不足医療機関への派遣調整9名	大分大学医学部内	専任医師2名 専従職員3名	○大分大学医学部附属病院助教 ○大分大学医学部附属病院助教
宮崎県	H23.10	70	1	ドクターバンク事業11名 修学資金貸与者の配置調整9名 自治医科大卒業生の配置調整50名 県職員医師の派遣1名	県庁内	専任医師2名 専従職員3名	○県立宮崎病院医師 ○宮崎大学附属病院医師
鹿児島県	H23.4	18	0	医師不足医療機関への派遣調整18名	鹿児島大学医学部附属病院内	専任医師2名 専従職員3名	○鹿児島大学附属病院センター長 ○鹿児島大学附属病院特任助教
派遣・あっせん人数計		2,044	126	合計 2,170名			

注)実績は平成26年7月1日現在の値である。(非常勤は常勤換算後の数)

## 各都道府県地域医療支援センターの取組みの例

### 三重県地域医療支援センター

県と大学と病院が共同して、医師不足病院と中核病院をローテーションしながら専門医資格を取得できる後期臨床研修プログラムを作成

### 静岡県地域医療支援センター

複数病院の指導医が各々の病院の持つ強みを活かして連携した50以上の専門医研修ネットワークプログラムを作成

### 宮崎県地域医療支援センター

地域総合医育成センター(宮崎大学内)のサテライトセンターを県立病院に設置し、地域の医療機関と中核病院をローテーションしながらキャリアを積み上げる仕組みにより、総合診療医を育成

### 岐阜県地域医療支援センター

研修医が成長を実感できる仕組み作りを理念に、県内各地域を代表する8病院がコンソーシアムを構成し、キャリアプログラムを作成

**地域医療支援センターの取組の好事例については、厚生労働省ホームページに掲載**

→ [http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/chiiki\\_iryuu/dl/koujirei.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/chiiki_iryuu/dl/koujirei.pdf)

## 基金を活用した医師確保対策の事例

### 地域医療再生基金(平成21年度～平成25年度)

(平成25年度末までに開始した事業を延長して実施。ソフト事業は最大27年度まで)

- ・ 地域医療学講座などの寄附講座の設置
- ・ 初期臨床研修後一定期間、指定地域で勤務することを条件とした修学資金貸与
- ・ 医師宿舎や院内保育所、研修環境の整備 など

### 地域医療介護総合確保基金(平成26年度～)

(寄附講座の設置や修学資金貸与等も、地域医療再生基金での延長実施終了後、計画可能)

- ・ 女性医師の勤務環境やサポート体制について情報提供(山形県)
- ・ 医師の招聘により診療科の再開する医療機関等における機器整備を支援(栃木県)
- ・ 医学生に対する地域医療の現場体験セミナーの開催(岐阜県)
- ・ 外来診療に当たるとともに、地域医療の現場で学部教育を行う施設の整備(鳥取県) など

**基金を活用した各都道府県の計画は、厚生労働省ホームページに掲載**

地域医療再生基金 → [http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/saiseikikin/index.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/saiseikikin/index.html)

地域医療介護総合確保基金 → <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000060713.html>

# 看護職員需給見通しに関する検討会

- 需給見通しに基づいた看護職員の確保を図るため、看護職員確保に資する基本的資料として、昭和49年から概ね5年毎に看護職員の需給計画を策定。
- 今回は平成23年から平成27年までの5年間の看護職員需給見通し（第7次）を平成22年12月に策定。
- 次期需給見通しは平成28、29年の2カ年について策定し、平成30年からの需給見通しは、地域医療計画と開始時期等を合わせて策定。

## 検討会構成員

座長

尾形 裕也  
(東京大学政策  
ビジョン研究  
センター特任  
教授)

座長代理

伏見 清秀  
(東京医科歯科  
大学医療政策  
情報学教授)

(敬称略)  
他計17名

## 検討内容

### 主な検討事項

- ・看護職員需給見通しの策定
- ・長期的な看護職員需給見通しの推計
- ・看護職員確保対策

### 需給見通し策定作業方針

- ・推計期間は平成28年、29年の2カ年
- ・都道府県に作業を依頼するが、これまでのような施設調査ではなく、簡易な方法とする。

## 検討会スケジュール案

平成26年12月1日

第1回看護職員需給見通しに関する検討会

平成27年3月中旬

第2回看護職員需給見通しに関する検討会

平成27年4月～夏頃

- ・都道府県へ需給見通し策定作業依頼
- ・看護職員確保対策等検討
- ・中間とりまとめ

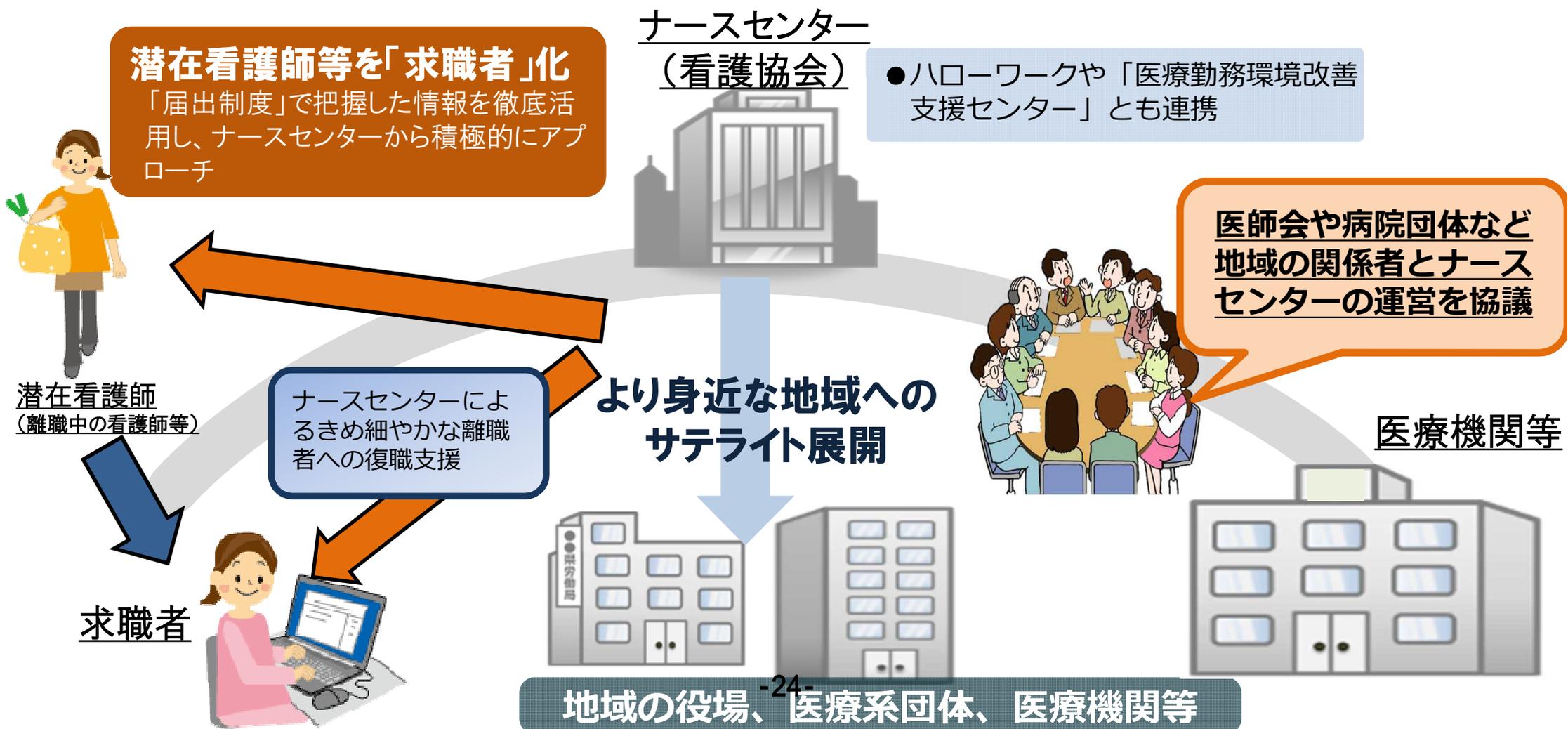
平成27年秋～冬

- ・締め切り ←
- ・報告書とりまとめ・公表

平成28年1月～

次期看護職員需給見通し期間 開始

- 看護師等免許保持者について、連絡先など一定情報の届出を義務づける制度を創設。
- 「届出制」により把握した情報を活用し、ナースセンターサイドから「離職中の看護師等」に対して積極的にアプローチし、「求職者」となるよう働きかけることが重要。
- そのための体制強化を検討(例:ナースセンターへのコーディネーター配置、サテライト展開等)
- 都道府県のナースセンター運営協議会等を活用して、受け入れ医療機関(求人)サイドのニーズも汲み取りながら、ナースセンターによる看護職員確保対策を協議。



【事業イメージ（全体像）】

医師・看護師等の医療スタッフの離職防止や医療安全の確保等を図るため、国における指針の策定等、各医療機関がPDCA サイクルを活用して計画的に勤務環境改善に向けた取組を行うための仕組み（勤務環境改善マネジメントシステム）を創設するとともに、各都道府県ごとに、こうした取組を行う医療機関に対する総合的な支援体制（医療勤務環境改善支援センター）を設置する。事業実施については地域の医療関係団体等による実施も可能（※都道府県の実情に応じた柔軟な実施形態）

都道府県 医療勤務環境改善支援センター

各医療機関が勤務環境改善マネジメントシステムに基づき策定する「勤務環境改善計画」の策定、実施、評価等をワンストップで、かつ、専門家のチームにより、個々の医療機関のニーズに応じて、総合的にサポート

医療労務管理支援事業  
(医療労務管理アドバイザー1名配置)

○労務管理面でのアドバイザー配置  
約400万円/箇所

社会保険労務士、  
医業経営コンサル  
タントなど

一体的な  
支援

医業分野アドバイザー事業

- 診療報酬制度面
  - 医療制度・医事法制度面
  - 組織マネジメント・経営管理面
  - 関連補助制度の活用
- 等に関する専門的アドバイザーの派遣等

※地域医療介護総合確保  
基金対象事業

労働基準局予算  
都道府県労働局が執行  
(労働保険特別会計2.2億円)

相談支援  
情報提供  
研修会等

医政局予算

都道府県衛生主管部局  
地域医療介護総合確保基金公費904億円の内数

※ 地域の関係団体と連携した支援  
医師会・病院協会・看護協会・社会保険労務士会・  
医業経営コンサルタント協会等

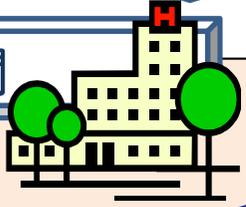
勤務環境改善に取り組む医療機関

勤務環境改善マネジメントシステム



院内で、院長、各部門責任者やスタッフが集まり協議

ガイドラインなどを参考  
に改善計画を策定



現状の評価

課題の抽出

25改善方針の決定

- ・医療従事者の働き方・休み方の改善  
多職種の役割分担・連携（チーム医療推進）  
医師事務・看護業務補助者の導入  
勤務シフトの工夫、休暇取得促進 など
- ・働きやすさ・働きがい確保のための環境整備  
院内保育所・休憩スペースなどの整備  
短時間正職員制度の導入  
子育て中・介護中の者に対する残業免除  
患者からの暴力・ハラスメントへの組織的対応  
医療スタッフのキャリア形成支援 など

# 各都道府県における医療勤務環境改善支援センターの設置状況 (平成27年2月6日現在)

- 平成27年2月6日現在、**14都府県**で設置済み。
  - ・ 直営 : 5県 (福岡県、岐阜県、静岡県、神奈川県、富山県)
  - ・ 直営 (一部委託) : 1都 (東京都)
  - ・ 委託 : 8府県
    - 県医師会へ委託 : 三重県、岡山県、福井県
    - 県病院協会へ委託 : 滋賀県、奈良県、和歌山県
    - 私立病院協会へ委託 : 京都府、大阪府
- ⇒ 平成26年度中に、**24都道府県**で設置される予定。
- 平成27年度までに、さらに**19県**で設置される予定。
- 設置時期が未定であるのは、**4県**。

※ 医療勤務環境改善に関する改正医療法の規定が平成26年10月1日に施行され、都道府県にはセンターの設置に努める義務があることにかんがみ、各都道府県に対して、可能な限り平成26年度中にセンターを設置するよう要請している。

センターを未設置の道府県では、社会保険労務士による「医療労務管理相談コーナー」(都道府県労働局の委託事業)を暫定的に設置している。この場合、可能な限り平成26年度中にセンターを設置し、暫定的な体制の解消が求められることを、各道府県へ周知している。

# 「医療機関の勤務環境改善計画づくり」推進のための 医療勤務環境改善支援センターによる支援のイメージ（一例）

- 医療勤務環境改善支援センターによる支援に当たっては、
    - ・勤務環境改善に係る診療報酬制度の活用も視野に入れながら、医師と看護職員その他のコメディカルスタッフなどとの役割分担の推進、いわゆる医療クランクなどの補助職の活用
    - ・短時間正職員制度など多様な働き方ができる環境整備を通じた医療従事者の確保推進
    - ・地域の医療機関相互の役割分担推進
- などの取組を通じた勤務環境改善を促進

**=これまでの「好事例」を分析して効果ある取組を実施**

※[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/quality/houkokusyo.html](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/quality/houkokusyo.html)  
医療従事者の勤務環境の改善に向けた手法の確立のための調査・研究 調査報告書（平成26年3月）

# 職員の負担軽減につながる好事例（平成25年度にヒアリング調査）

※「医療従事者の勤務環境の改善に向けた手法の確立のための調査・研究 調査報告書」より引用  
 下記の他にも、モデル事業を実施した7医療機関の取組内容や、文献調査等により収集した取組事例も掲載

病院所在地	勤務環境改善の取組の対象範囲（●）、取組の概要（◇）
－	●産科医師 ◇変則交代勤務制の導入による労働時間の削減
大阪府	●看護職員、医師 ◇オリジナルナースバンク制度の導入、夜勤・交代制勤務の改善などによる働きやすく働きがいのある職場づくり ◇医師事務作業補助者の活用による医師の業務負担軽減
埼玉県	◇医師事務作業補助者の導入（医療秘書）
静岡県	◇医師の確保・定着、女性医師の多様な勤務形態の運用 ◇看護職の確保・定着を図るための、ワークライフバランスの実現に向けた取組
広島県	◇全病棟への専従薬剤師配置 ◇薬剤師の薬物療法への参画 ◇医師との協働による業務の推進
長野県	◇医師及び看護職の負担軽減
宮崎県	◇医師の外来業務の負担軽減
大阪府	●医師、看護師を中心とした全職員 ◇短時間正職員などライフイベントに対応できる勤務形態の多様化 ◇職員の増員、業務の見直し、複数主治医制、地域の病院との連携などによる業務負担軽減 ◇多様な働き方を選択しても活躍できるキャリア形成支援
福岡県	●看護職員 ◇多様な勤務形態と業務改善による働き続けやすい職場づくり ◇経験・スキルを加味した処遇とeラーニングなどによる学習支援を通じた働きがいの維持・向上
大分県	◇短時間正社員制度の導入をはじめとした看護職の確保・定着
福島県	◇システム導入による業務効率化 ◇看護補助者の配置
京都府	●看護師 ◇働き続けやすく、また働きがいある職場づくりに向けた、多様な勤務形態の導入、時間外勤務時間の削減、人材育成システムの構築を実施
福島県	●看護師、介護職員、リハビリテーションスタッフ他全職員 ◇有休及び育児休暇の取得促進
千葉県	◇職場満足度向上のための取組
奈良県	●医師 ◇医師事務作業補助者の導入 ◇臨床工学技士の役割・業務分担