全国医政関係主管課長会議資料

平成３１年２月２８日（木）

於：講堂

厚生労働省医政局

目次

【資料（Ⅰ）】

【総務課】

１．医師少数区域等で勤務した医師を認定する制度について・・・・・・・・・・・・・3
２．医療機関のウェブサイトの情報提供の適正化等について・・・・・・・・・・・・・8
３．かかりつけ医の普及について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・14
４．医療事故調査制度、医療安全支援センターについて　・・・・・・・・・・・・・25
５．外国人患者受入環境整備について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・32
６．性犯罪・性暴力被害者のためのワンストップ支援センターについて　・・・・・・40
７．次世代医療基盤法に基づく医療情報の提供について・・・・・・・・・・・・・・44
８．その他関連施策等について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・57

【医療経営支援課】

１．医師の働き方改革等について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・60
２．社会医療法人の認定基準の見直しについて・・・・・・・・・・・・・・・・・・86
３．地域医療連携推進法人制度について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・88
４．医療法人制度について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・91
５．持分なし医療法人への移行促進について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・97
６．独立行政法人について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・100
７．国立ハンセン病療養所について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・101

【福祉医療機構】

１．独立行政法人福祉医療機構（医療貸付事業）について・・・・・・・・・・・・104

【地域医療計画課】

１．地域医療構想について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・110
２．地域医療介護総合確保基金について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・132
３．地域における医師の確保並びに医療法及び医師法の一部を
改正する法律の施行について・・・・・135
４．在宅医療の推進について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・180
５．人生会議（ＡＣＰ：アドバンス・ケア・プランニング）について・・・・・・・188
６．救急医療について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・195
７．災害医療について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・198
８．へき地医療について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・225

９．小児・周産期医療について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・227
10．医療監視について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・233
11．医療関連サービス及び検体測定室について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・236

【研究開発振興課】
１．臨床研究中核病院への立入検査について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・239
２．臨床研究の適正な実施に関する取組状況について　・・・・・・・・・・・・・・244
３．再生医療等安全性確保法の適正な運用について　・・・・・・・・・・・・・・・250
４．保健医療分野の情報化の推進について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・252

【医事課】
１．医師確保対策について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・265
２．医師臨床研修について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・269
３．新専門医制度について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・276
４．女性医師支援について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・284
５．オンライン診療について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・286
６．あはき柔整等について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・295
７．医師等の国家試験について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・297
８．医師、歯科医師等の行政処分等について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・298
９．死因究明等の推進について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・299
10．実践的手術手技向上研修について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・308

【歯科保健課】
１．歯科保健施策について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・311
２．歯科医療施策について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・314

【看護課】
１．看護職員確保対策について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・318
２．特定行為に係る看護師の研修制度について　・・・・・・・・・・・・・・・・・324
３．保健師、助産師及び看護師の行政処分等について　・・・・・・・・・・・・・・332
４．看護基礎教育について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・334
５．准看護師試験の事務委託について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・336
６．平成 31 年度看護関係予算案について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・338
７．「看護の日」等について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・343

【経済課】

１．医薬品・医療機器産業の振興について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・345
２．後発医薬品の使用促進について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・354
３．医療用医薬品・医療機器の流通改善について　・・・・・・・・・・・・・・・・・359

【医療経理室】

１．平成 30 年度予算及び平成 31 年度予算の執行について　・・・・・・・・・・・・367
２．行政手続の簡素化について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・370

【資料（Ⅱ）】

【総務課】

１．医療安全対策について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・373
２．特定機能病院の医療安全管理体制の確保について・・・・・・・・・・・・・・・412
３．検体検査の精度の確保について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・416

【医療経営支援課】

１．医師の働き方改革等について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・418
２．都道府県別医療法人数 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・432
３．社会医療法人の認定状況について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・433
４．医療施設経営安定化推進事業について ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・446
５．医療機能評価の認定病院数について ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・447
６．独立行政法人国立病院機構の概要 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・448
７．独立行政法人地域医療機能推進機構の概要 ・・・・・・・・・・・・・・・・・450
８．国立高度専門医療研究センターの概要 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・452
９．国立ハンセン病療養所の概要 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・456

【地域医療計画課】

１．救急医療機関数の推移・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・465
２．ドクターヘリ導入道府県における実施状況 ・・・・・・・・・・・・・・・・・466
３．転院搬送における救急車の適正利用の推進について ・・・・・・・・・・・・・469
４．都道府県別に見た分娩取扱医師数 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・474
５．産婦人科を標榜する医療機関数と分娩取扱実績医療機関数の推移 ・・・・・・474
６．出生１万人当たり新生児集中治療管理室（NICU）病床数（都道府県別） ・・・475
７．子ども医療電話相談（＃８０００）の相談件数の推移 ・・・・・・・・・・・475
８．平成 29 年度＃８０００情報収集分析事業　分析結果の概要 ・・・・・・・・・476
９．小児救急医療体制の取組状況（都道府県別） ・・・・・・・・・・・・・・・・478
10．各予算の概要について ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・479
11．医療放射線管理について ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・485
12．平成３０年度の医療法第２５条第１項の規定に基づく立入検査の実施について・486
13．医療監視員数（30.4.1） ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・505
14．病院におけるアスベスト（石綿）対策にかかる指導の徹底等
　　アスベスト（石綿）使用実態調査に係るフォローアップ調査の実施について・・506
15．検体測定室の届出状況 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・508

【医事課】

１．養成施設等の現状・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・510
２．平成 31 年医政局所管国家試験実施計画 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・515
３．あはき柔整等について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・516
４．医師等の資格確認について（関係通知等）・ ・・・・・・・・・・・・・・・・530
５．医療従事者数 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・533

【歯科保健課】

１．歯科口腔保健の推進に関する基本的事項の中間評価及び
現在の検討状況等について ・・・・・・・・535
２．歯科口腔保健の推進に関する事業について ・・・・・・・・・・・・・・・・・538
３．その他歯科保健医療施策について ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・540

【看護課】

１．平成 31 年度専任教員養成講習会、教務主任養成講習会及び
保健師助産師看護師実習指導者講習会（特定分野を含む）開催予定一覧 ・・・549
２．看護職員の就業者数について ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・553
３．経済連携協定（EPA)に基づく外国人看護師候補者の状況について・・・・・・・554
４．看護業務効率化先進事例収集・周知事業について・・・・・・・・・・・・・・556

【医療経理室】

１．平成 31 年度予算案の概要 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・558
２．補助金等の適正な執行について ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・573
３．消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書の処理について ・・・・・・577

資料（Ⅰ）

総　務　課

１．医師少数区域等で勤務した医師を認定する制度について

＜改正の背景＞

○　地域間の医師偏在の解消のため、医師が医師少数区域等で勤務するための環境整備の一環として、医療法及び医師法の一部を改正する法律（平成 30 年法律第 79 号）により、医師少数区域等に一定期間勤務した医師を厚生労働大臣が認定する制度が創設されることとなった。

○　本制度は、平成 32 年４月１日より施行される。

＜制度の概要＞

○　認定の要件や認定取得のインセンティブ等について、以下の案に基づき「医療従事者の需給に関する検討会　医師需給分科会」において議論を行っているところ。今年度中にとりまとめを行う予定であり、引き続きご注視いただきたい。

（１）認定の要件（案）

・　認定を受けるためには、医師少数区域等に原則として連続して６ヵ月以上勤務し、その中で以下の業務を行うものとする。ただし、医師免許取得後 10 年目以降の医師は、断続的な業務の積算で勤務日数が６ヵ月に達した場合も認定の対象とする。

ア　個々の患者の生活背景を考慮し、幅広い病態に対応する継続的な診療や保健指導に関するもの（患者の専門的な医療機関への受診の必要性の判断を含む）。

イ　他の医療機関との連携や、患者の地域での生活を支援するための介護・福祉事業者等との連携に関するもの。

ウ　地域住民に対する健康診査や保健指導等の地域保健活動に関するもの。

・　認定の対象となる勤務地は、都道府県が医療計画において定める医師少数区域及び局所的に医師が少ない「医師少数スポット」とする。

・　認定の対象となる勤務時期は、都道府県の医療計画において医師少数区域等が定められる 2020 年度以降とし、また、臨床研修中の勤務は認定の対象としない。

（２）認定取得に向けたインセンティブ（案）

・　認定取得に対するインセンティブの一つとして、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の管理者の要件に、認定医師であることを加えることとされているが、この対象となる病院は、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する。

・　この他、管理者要件以外の医師個人に対するインセンティブや、認定医師によって質の高いプライマリ・ケア等が提供される医療機関、都道府県等からの要請に応じて医師を医師少数区域等に派遣する医療機関等に対する経済的インセンティブの設定について検討を行う。

＜医師少数区域等における環境整備＞

○　本人の希望に応じた臨床能力の向上や、医師少数区域等の環境への早期適応の観点から、医師少数区域等において若手医師（医師免許取得後３～９年目等）を受け入れる医療機関・地域は、業務内容も含めた若手医師の勤務環境の整備を行うことが望ましい。

○　このため、医師少数区域等の所在する都道府県には、医師少数区域等内の医療機関と連携の上、若手医師の指導が可能な医師の配置や、臨床能力の向上に資する業務内容に配慮したプログラム策定等、若手医師にとって医師少数区域等で勤務する動機付けとなる魅力的な環境の整備のための準備をお願いする。

医師少数区域等で勤務した医師を認定する制度について

医療法及び医師法の一部を改正する法律（平成30年法律第79号）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

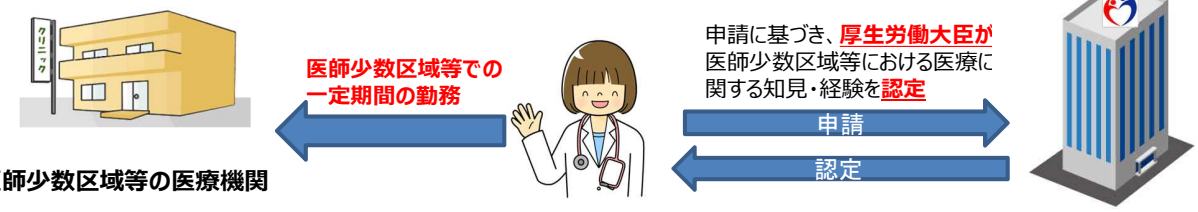
	施行日	30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度	36年度	37年度
主要事項のスケジュール									
医療提供体制 ・地域医療構想 ・第７次医療計画				骨太の方針2017に基づく見直し時期（※）					
		第７次医療計画						第８次医療計画	
三師調査結果公表			H31.12公表（H30年調査）		H33.12公表（H32年調査）		H35.12公表（H34年調査）		H37.12公表（H36年調査）
主な改正内容									
新たな医師の認定制度の創設	H32.4.1施行			認定制度の開始					
医師確保計画の策定	H31.4.1施行	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						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	
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					
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。

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。



※ 医療機関に対するインセンティブも別途検討

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※）　※ 施行日以降に選任する管理者にのみ適用。

*「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。

認定制度に係る主な条文

- 医療法上、認定を受けるのは医師少数区域等における医療の提供に関する知見を有するために必要な経験を有する者とされている。
- また、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の管理者は、認定医師であることが求められることとされている。

医療法（抄）

第五条の二　厚生労働大臣は、第七条第一項に規定する臨床研修等修了医師の申請に基づき、当該者が、医師の確保を特に図るべき区域（第三十条の四第六項に規定する区域その他厚生労働省令で定める区域をいう。以下同じ。）における医療の提供に関する知見を有するために必要な経験その他の厚生労働省令で定める経験を有するものであることの認定をすることができる。

２～４（略）

第十条（略）

２　（略）

３　医師の確保を特に図るべき区域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、その病院が医業をなすものである場合又は医業及び歯科医業を併せ行うものであつて主として医業を行うものである場合は、臨床研修等修了医師であつて第五条の二第一項の認定を受けたものに、これを管理させなければならない。ただし、地域における医療の提供に影響を与える場合その他の厚生労働省令で定める場合は、臨床研修等修了医師であつて当該認定を受けていないものに、これを管理させることができる。

２．医療機関のウェブサイトの情報提供の適正化等について

○　消費者委員会より平成 27 年７月に厚生労働省に対して「美容医療サービスに係るホームページ及び事前説明・同意に関する建議」があり、

・　医療機関のウェブサイトにおける情報提供の適正化を図るため、医療法改正も含めた検討を行うこと

・　患者に対する施術前の説明を適切に行い、患者の理解と総意を得た上で施術を行うべきこと、即日施術を厳に慎むべきことを徹底すること

などが求められました。

（ウェブサイトを含めた見直し）

○　医療機関のウェブサイトに関する規制については、第 193 回国会において、広告規制の見直しを含む医療法等改正法が成立しました。この法改正により、広告規制の対象範囲を単なる「広告」から「広告その他の医療を受ける者を誘引するための手段としての表示」へと見直し、ウェブサイトによる情報提供も規制の対象としました。

○　昨年６月に改正法が施行された後においては、ウェブサイトも広告規制の対象となり、医療機関のウェブサイト等についても、虚偽・誇大等の不適切な内容の表示が禁止され、中止・是正命令及び罰則を課すことができるようになりました。

○　さらに、法律で禁止されている虚偽広告・誇大広告・公序良俗に反する広告のほか、厚生労働省令で定める基準として省令を改正し、

・　患者等の主観又は伝聞に基づく治療の内容又は効果に関する体験談の広告をしてはならないこと

・　治療等の内容又は効果について、患者等を誤認させるおそれがある治療等の前又は後の写真等の広告をしてはならないこと

を規定しました。

○　一方で、国内未承認の医薬品等を用いた自由診療等の広告については、医療機関のウェブサイト等に限って、一定の要件を満たせば、広告可能事項の限定を解除できることとしました。

○　改正法の施行に当たっては、厚生労働省からも「医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関する広告等に関する指針（医療広告ガイドライン）」を改訂やそれに関するＱ＆Ａを示すなどの対応を行い、周知に努めています。

○　また、ウェブサイトの監視については、平成29年8月より専門機関に委託し、「ネットパトロール」による監視体制を構築しています。具体的には、不適切なウェブサイト等を発見し、その情報を医療機関の監督権限を有する自治体に通報することにより、ウェブサイト等の記載を適正化する取組になります。

○　来年度からは、今般の医療法改正に伴い各自治体で、限定解除のための要件に関する個別判断が増えているため、自治体間での判断・解釈等、指導内容を全国で統一するような仕組みを医療広告規制においても構築することを予定しています。

（美容医療サービス等の自由診療におけるインフォームド・コンセントの徹底）

○　患者へのインフォームド・コンセントが適切に実施されるように、貴管内の関係団体等に周知を依頼してきたところです。その後も、美容医療サービスに関する身体被害を含む消費者トラブルが発生している中、美容医療関連学会が、非吸収性充填剤注入による豊胸術後の合併症に関する調査を行い、その結果に基づき、インフォームド・コンセントの重要性を指摘しているところです。このことを踏まえ、患者への説明が適切に行われるよう、改めて、説明用の資材の活用等について周知徹底をお願いします。

○　なお、美容医療に関しては、消費者行政部局に相談がなされることが多いため、その情報も活用していただき、消費者行政部局と連携の上、必要な対応をお願いします。

（参考）関係通知等一覧

- 「消費者行政担当部局から提供された美容医療サービスに関する情報への対応について（依頼）」（平成24年3月23日付け医政総発0323第11号・医政医発0323第2号厚生労働省医政局総務課長及び医事課長連名通知）
- 「美容医療サービス等の自由診療におけるインフォームド・コンセントの取扱い等について」（平成25年9月27日付け医政発0927第1号厚生労働省医政局長通知）
- 「美容医療サービスに係るホームページ及び事前説明・同意に関する建議」（平成27年7月7日付け消費者委員会）
- 「美容医療サービス等に関する苦情相談情報の活用について（依頼）」（平成28年1月7日付け医政総発0107第1号厚生労働省医政局総務課長通知）
- 「平成19年厚生労働省告示第108号（医業、歯科医業若しくは助産師の業務又は病院、診療所若しくは助産所に関して広告することができる事項の件）の一部改正について」（平成28年3月31日付け医政総発0331第7号厚生労働省医政局総務課長通知）
- 「美容医療サービス等の自由診療におけるインフォームド・コンセントの取扱い等に関する質疑応答集（Q＆A）の送付について」（平成28年3月31日付け厚生労働省医政局総務課事務連絡）
- 「「美容医療サービスにみる包茎手術の問題点」の送付について（依頼）」（平成28年6月23日付け厚生労働省医政局総務課事務連絡）
- 「「60歳以上の女性の美容医療トラブルが高額化！ － しわ取り注射で1,300万円もの請求が… － 」の送付について（依頼）」（平成28年9月15日付け厚生労働省医政局総務課・医事課事務連絡）
- 「独立行政法人国民生活センター報道発表資料「なくならない脱毛施術による危害」の送付について（依頼）」（平成29年5月11日付け厚生労働省医政局総務課・医事課事務連絡）
- 「「医療法等の一部を改正する法律」の公布について」（平成29年6月14日付け医政発0614第6号厚生労働省医政局長通知）
- 「医業等に係るウェブサイトの監視体制強化事業の開始について」（平成29年8月24日付け厚生労働省医政局総務課事務連絡）
- 「医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関する広告等に関する指針（医療広告ガイドライン）」（平成30年5月8日付け医政発0508第1号厚生労働省医政局長通知）
- 「「医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関する広告等に関する指針（医療広告ガイドライン）に関するQ＆Aについて」の改訂について」（平成30年10月24日付け医政局総務課事務連絡）
- 「美容医療サービス等の自由診療におけるインフォームド・コンセントの取扱い等の徹底について（依頼）」（平成30年12月14日付け厚生労働省医政局総務課長、医薬・生活衛生局医薬安全対策課長、医薬・生活衛生局監視指導・麻薬対策課長通知）

医療に関する広告規制の見直し

美容医療サービスに関する消費者トラブルの相談件数が増加

【 美容医療サービスに係るホームページ及び事前説明・同意に関する建議（消費者委員会　平成27年7月）】

1. **医療機関のホームページを医療法上の「広告」に含めて規制の対象とすること。**
2. **（1が行うことができない場合）少なくとも医療法に基づき禁止している虚偽広告や誇大広告等については、医療機関のホームページについても禁止すること。**

「医療情報の提供内容等に関する検討会」において4回にわたり議論（平成28年3月～9月）

【これまでの規制】

- 限定的に認められた事項（医師名、診療科名、提供される医療の内容等）以外は、広告禁止
- 虚偽広告に対して罰則が課される（直接罰）。
- 誇大広告等に対しては、中止・是正の命令等ができ、当該命令違反に対する罰則が課される（間接罰）。
- ただし、医療機関のウェブサイトについては原則、広告として取り扱っていない。

【新たな規制】

- 医療法を改正し、医療機関のウェブサイト等についても、虚偽・誇大等の不適切な表示を禁止し、中止・是正命令及び罰則を課すことができるよう措置する。ただし、患者が知りたい情報（自由診療等）が得られなくなるとの懸念等を踏まえ、広告等可能事項の限定を解除できる場合を設ける。

医療に関する広告規制の見直し

【見直し前】

医療法上の広告規制（折り込み広告、TVCM、看板等）	その他（ウェブサイト等）
虚偽禁止（直接罰）	対象外 ホームページガイドラインに基づく行政指導（罰則等なし）
誇大等の禁止について基準の設定※1	
虚偽・誇大等のおそれがある際の報告徴収・立入検査	
基準違反への中止・是正命令（間接罰）	
広告可能事項を限定	

【見直し後】

広告その他の表示（折り込み広告、TVCM、看板、ウェブサイト等）	
虚偽禁止（直接罰）	
誇大等の禁止について基準の設定	
虚偽・誇大等のおそれがある際の報告徴収・立入検査	
基準違反への中止・是正命令（間接罰）	
広告等可能事項を限定（折り込み広告、TVCM、看板等）	一部限定を解除※2

※1　比較広告、誇大広告、客観的事実であることを証明できない内容の広告、公序良俗に反する内容の広告を禁止

※2　患者による医療に関する適切な選択が阻害されるおそれが少ない場合は、省令で限定列挙規制の例外とすることができる。詳細については、医療関係者、消費者代表等を含む検討会においてご議論いただく予定（一定の条件を満たすウェブサイト等を想定）。

医業等に係るウェブサイトの監視指導体制強化

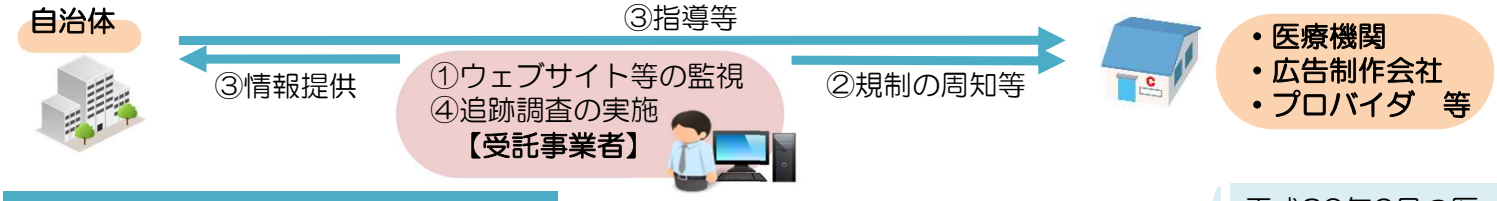
背景

平成31年度予算案：54,650千円（50,602千円）

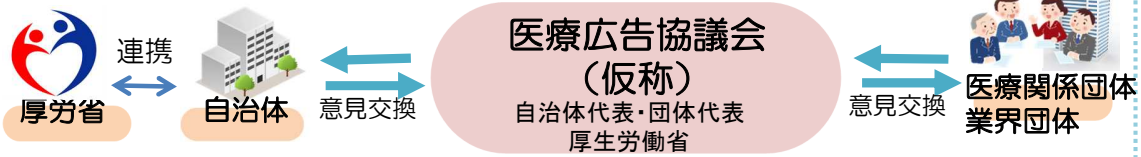
医療機関のホームページに起因する美容医療サービスに関する消費者トラブルが発生し続けており、平成27年７月に消費者委員会より「美容医療サービスに係るホームページ及び事前説明・同意に関する建議」がなされたこと等も踏まえ、平成29年度よりネットパトロールを実施することで対応。更に、平成30年６月の改正医療法施行後の医療法における広告規制の改正施行後の現状を踏まえ、全国一律の基準で運用できるよう監視指導体制の強化が必要。

ネットパトロール事業

① 広告等の監視	② 規制の周知等	③ 情報提供・指導等	④ 追跡調査の実施
医業等に係るウェブサイトが医療広告規制等※に違反していないかを監視	不適切な記載を認めた場合、当該医療機関等に対し規制を周知し、自主的な見直しを図る	改善が認められない医療機関を所管する自治体に情報提供を行う。（自治体は指導等を行う）	自治体に対する情報提供の後の改善状況等の調査を行う



医療広告監視指導協議会のイメージ



協議結果は必要に応じ厚生労働省から通知・事務連絡等により、全国の都道府県等に周知することにより、全国的な統一を図る

平成30年6月の医療法改正施行に伴い、自治体での個別判断事例が増加しており、自治体間での指導内容の差異を解消する仕組みを構築する。

期待される効果　ウェブサイトの監視指導体制の強化により、自由診療を提供する医療機関等のウェブサイトの適正化につなげ、消費者トラブルの減少を目指す。

※医療法、医療法施行令、医療法施行規則、医業、歯科医業若しくは助産師の業務又は病院、診療所若しくは助産所に関して広告することができる事項、医療広告ガイドライン

美容医療などの施術を**受ける前に**確認したいこと

どんな施術を行うのか、きちんと説明を受けましたか？

施術の前に再チェック

Check 1 医師の説明を「十分に」理解できましたか？

- 施術の効果、想定される副作用や合併症
- 薬や材料、機器などの安全性・有効性
- 他の施術方法（選択肢）の有無
- 施術の費用（保険適用の有無）、回数
- 解約条件などの契約内容　etc.

施術の内容や契約について十分に説明を受け、納得をした上で施術を受けましょう！

十分に納得したら、チェック！ □

Check 2 その施術は、「今すぐ」必要な施術ですか？

- 「今すぐ契約すれば安くなる」など、即日の施術や契約を強引に勧められた。
- 希望していない施術をしつこく勧められた。

美容目的の施術は、多くの場合、緊急性が低いと考えられます。冷静に考えて！

今すぐ必要なら、チェック！ □

チェックは２つ入りましたか？

心配なことがある場合や、希望外の施術を勧められた場合には、医師などから十分な説明を受けた上で、もう一度、落ち着いてよく考えてから施術を受けるか決めましょう。

困ったら相談しましょう
～ 相談窓口のご紹介 ～

医療安全 医療に関する苦情・心配などのご相談はこちら

→ 医療安全支援センター

医療安全支援センター　検索

※医療安全支援センター総合支援事業ホームページに、全国の医療安全支援センターの連絡先が掲載されています。

契約 契約内容や解約条件など、契約に関するご相談はこちら

→ 消費者ホットライン「188（いやや！）」番

※お住まいの地域の市区町村や都道府県の消費生活センター等をご案内する全国共通の３桁の電話番号です。

３．かかりつけ医の普及について

（１） 背景

「社会保障制度改革国民会議報告書（平成 25 年 8 月 6 日）」において、疲弊おびただしい医療現場を守るため、また、限りある医療資源を効率的に活用する観点から、「必要な時に必要な医療にアクセスできる」という意味でのフリーアクセスの基本も守りつつ、緩やかなゲートキーパー機能を備えたかかりつけ医を普及することが必須と明記されています。

かかりつけ医とは、日本医師会・四病院団体協議会合同提言である「医療提供体制のあり方」（平成 25 年 8 月 8 日）において、かかりつけ医の定義（※）を理解し、かかりつけ医機能の向上に努めている医師と明記されています。そして、かかりつけ医は患者のもっとも身近で頼りになる医師として、自ら積極的にその機能を果たしていくことが求められています。

※なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

また、「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会報告書」（平成 29 年 4 月 6 日）において、かかりつけ医の診療能力を更に向上させるための研修を推進・拡充していく必要があると明記されております。

行政の役割として、「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクト宣言（上手な医療のかかり方を広めるための懇談会（平成 31 年 1 月 21 日修正））において、上手な医療のかかり方を国民に直接伝えていくことが求められています。

平成 30 年 6 月 15 日に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2018」に基づく「新経済・財政再生計画改革工程表 2018」では、2020 年度までに、全ての都道府県において、かかりつけ医の普及に取り込むことが求められています。

（２）かかりつけ医の普及に資する都道府県の取組状況について

平成 30 年度において、かかりつけ医の普及に資する事業を行っているのは、29 道府県にとどまってます。既にかかりつけ医の普及に資する事業に取り組んでいる都道府県においては、さらなる事業の推進を図っていただき、取り組んでいない都道府県においては、速やかな実施に向けての検討をお願いします。

なお、地域医療介護総合確保基金の標準事業例として、「かかりつけ医育成のための研修やかかりつけ医を持つことに対する普及・啓発」が明記されており、かかりつけ医の普及に関する事業に地域医療介護総合確保基金を活用することが可能です。

かかりつけ医の普及について

「社会保障制度改革国民会議報告書（平成25年8月6日）」[抜粋]

1　改革が求められる背景と社会保障制度改革国民会議の使命

（3）改革の方向性

①基本的な考え方

医療改革は、提供側と利用者側が一体となって実現されるものである。患者のニーズに見合った医療を提供するためには、医療機関に対する資源配分に濃淡をつけざるを得ず、しかし、そこで構築される新しい提供体制は、利用者である患者が大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない。さらにこれまで、ともすれば「いつでも、好きなところで」と極めて広く解釈されることもあったフリーアクセスを、今や疲弊おびただしい医療現場を守るためにも「必要な時に必要な医療にアクセスできる」という意味に理解していく必要がある。そして、この意味でのフリーアクセスを守るためには、緩やかなゲートキーパー機能を備えた「かかりつけ医」の普及は必須であり、そのためには、まず医療を利用するすべての国民の協力と、「望ましい医療」に対する国民の意識の変化が必要となる。

3　医療保険制度改革

（2）医療給付の重点化・効率化（療養の範囲の適正化等）

フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要となる。こうした改革は病院側、開業医側双方からも求められていることであり、大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須であろう。

「医療提供体制のあり方　日本医師会・四病院団体協議会合同提言（平成25年8月8日）」[抜粋]

2　かかりつけ医

超高齢社会では、高齢者の日常生活の不具合も含む早期発見、早期治療（対応）、長期にわたる慢性期かつ複数疾患の医学的管理の必要性がさらに高まり、身近で頼りになる「かかりつけ医」の役割、機能はますます重要になる。また、「かかりつけ医」には、国民の疾病予防や健康管理を支える役割も担っている。

国が推進している地域包括ケアシステム（住まい、医療、介護、予防、生活支援が、日常生活の場で一体的に提供できる地域での体制）においても、「かかりつけ医」がその中心的な役割を担う仕組みの構築が重要である。

日本医師会・四病院団体協議会は、こうした背景を踏まえ、患者・国民の健康に、生涯にわたって幅広く対応していくことを目指して、「かかりつけ医」の養成、「かかりつけ医機能」の充実に努める。なお「かかりつけ医」のほか、「総合医」「総合診療医」などの名称があるが、今後も引き続き議論し、国民がどのように受け止めているかを見極めつつ、あらためて整理する。

2.1.　かかりつけ医の定義

「かかりつけ医」は、以下の定義を理解し、「かかりつけ医機能」の向上に努めている医師であり、病院の医師か、診療所の医師か、あるいはどの診療科かを問うものではない。そして、かかりつけ医は、患者のもっとも身近で頼りになる医師として、自ら積極的にその機能を果たしていく。

「かかりつけ医」とは（定義）

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

「かかりつけ医機能」

- かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。
- 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会報告書（平成29年4月6日）」[抜粋]

5. ビジョンの方向性と具体的方策

2　地域の主導により、医療・介護人材を育み、住民の生活を支える

（2）地域を支えるプライマリ・ケアの確率

① 保健医療の基盤としてのプライマリ・ケアの確立

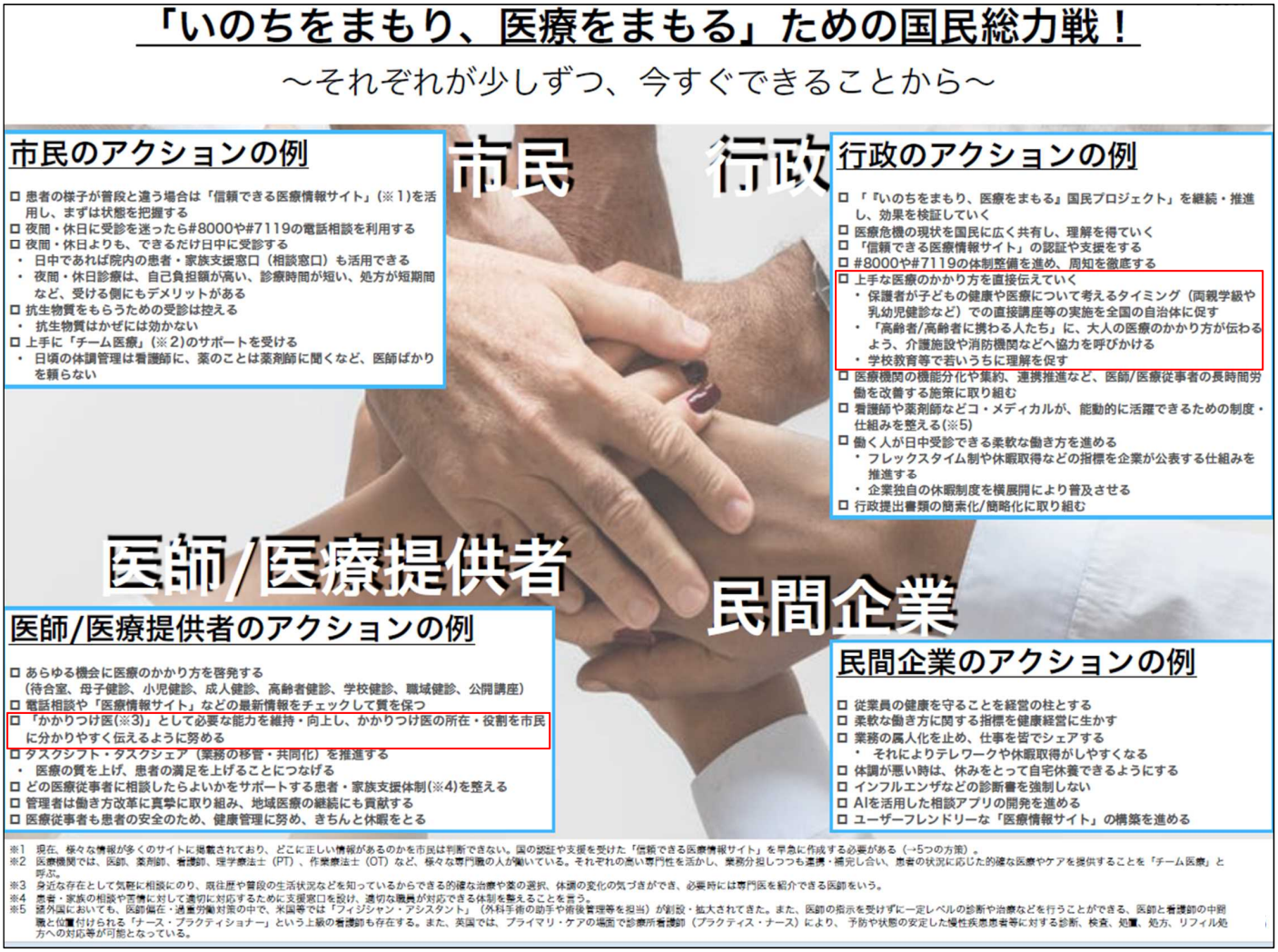
高齢化に伴う疾患構造の変化等に対応し、生活全般に寄り添いながら、患者・家族とともにきめ細かな保健医療サービスを提供するとともに、地域における予防を含めた健康水準を向上していくことが、今後一層必要となる。

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

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

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

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



※「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクト宣言（上手な医療のかかり方を広めるための懇談会　平成31年1月21日修正）

「経済財政運営と改革の基本方針2018」（平成30年6月15日閣議決定）［抜粋］

4．主要分野ごとの計画の基本方針と重要課題

（1）社会保障

（負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化、自助と共助の役割分担の再構築）

新規医薬品や医療技術の保険収載等に際して、費用対効果や財政影響などの経済性評価や保険外併用療養の活用などを検討する。医療技術評価の在り方について調査・研究・検討を推進するとともに、そのための人材育成・データ集積・分析を推進する。薬剤自己負担の引上げについて、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス、医薬品の適正使用の促進等の観点を踏まえつつ、対象範囲を含め幅広い観点から、引き続き関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。病院・診療所の機能分化・機能連携等を推進しつつ、かかりつけ機能の在り方を踏まえながら、かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師の普及を進めるとともに、外来受診時等の定額負担導入を検討する。

「新経済・財政再生計画改革工程表2018」

平成30年第17回経済財政諮問会議（H30年12月20日）抜粋

新経済・財政再生計画改革工程表2018 ―概要―
○「経済財政運営と改革の基本方針2018」(平成30年６月15日閣議決定)において定められた「新経済・財政再生計画」の改革事項について、改革工程を具体化することで、その進捗管理、点検、評価を行い、翌年度の骨太方針、予算さらにはKPIの見直し等への反映を行うもの。

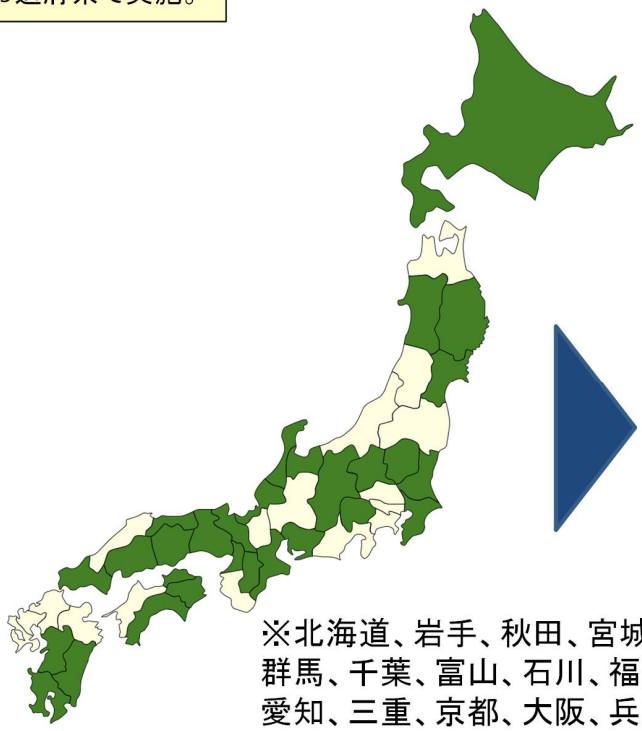
社会保障分野　３．医療・福祉サービス改革

政策目標	KPI第２階層	KPI第１階層	取 組
【アンブレラ】 医療・福祉サービス改革 【指標①】 医療費・介護費の適正化 【指標②】 年齢調整後の一人あたり医療費の地域差半減 【指標③】 年齢調整後の一人当たり介護費の地域差縮減 【指標④】 医療・福祉サービスの生産性（※１）の向上 ※１ サービス産出に要するマンパワー投入量 【指標⑤】 医療・福祉サービスの質（※２）の向上 ※２ 医師による診療・治療内容を含めた医療職による対応への満足度	○大病院受診者のうち紹介状なしで受診したものの割合【2020年度までに400床以上の病院で40%以下】 ○重複投薬・相互作用等防止に係る調剤報酬の算定件数【2021年度までに2017年度と比べて20%増加】 ○地域包括ケアシステムにおいて過去１年間に平均月１回以上医師等と連携して在宅業務を実施している薬局数【2022年度までに60%】	○かかりつけ医の普及に取り組む都道府県割合【2020年度までに100%】 ○「患者のための薬局ビジョン」において示すかかりつけ薬剤師としての役割を発揮できる薬剤師を配置している薬局数【2022年度までに60%】 ○各都道府県の、一人の患者が同一期間に３つ以上の医療機関から同じ成分の処方を受けている件数【見える化】 ○調剤報酬における在宅患者訪問薬剤管理指導料、介護報酬における居宅療養管理指導費、介護予防居宅療養管理指導費の算定件数【2021年度までに2017年度と比べて40%増	５１．かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の普及

都道府県におけるかかりつけ医の普及に資する事業の実施状況（概要）

H30年度においてかかりつけ医の普及に資する事業を行っている都道府県

○　29道府県で実施。



※北海道、岩手、秋田、宮城、茨城、栃木、群馬、千葉、富山、石川、福井、山梨、長野、愛知、三重、京都、大阪、兵庫、奈良、鳥取、岡山、広島、山口、徳島、香川、高知、熊本、宮崎、鹿児島

○既にかかりつけ医の普及に資する事業に取り組んでいる都道府県においては、さらなる事業の推進を図っていただき、取り組んでいない都道府県においては、速やかな実施に向けての検討をお願いしたい。

※各都道府県にアンケート調査を実施

都道府県におけるかかりつけ医の普及に資する事業の実施状況（詳細①）

都道府県名	かかりつけ医の普及に資する事業の実施状況	事業名	実施主体	事業概要	財源	H30予算（千円）
北海道	有	医療機関・住民交流推進事業 （平成30年度～）	住民団体、医療機関	地域住民・団体等による医療機関へのかかり方の普及啓発、地域の医療機関を支える取組を支援。	地域医療介護総合確保基金	2,400
		かかりつけ医認知症 対応力向上研修事業 （平成18年度～）	北海道	かかりつけ医に対し、適切な認知症の知識・技術などを習得するための研修を実施。	地域医療介護総合確保基金	2,380
青　森	無					
岩　手	有	県民みんなで支える岩手の 地域医療推進事業 （平成20年度～）	岩手県	医療を受ける県民も「医療の担い手」であるという意識を持ち、県民一人ひとりの行動によって地域医療を支えていくことが必要であるという考えのもと、県民に対する意識啓発等の取組を通じて、かかりつけ医を持つことや症状や医療機関の役割に応じた受診行動、日々の健康管理などを促進しようとするもの。	医療提供体制推進事業費補助金（補助率1/2）	2,198
秋　田	有	かかりつけ医認知症対応力向上研修 （平成27年度～）	秋田県医師会	認知症への対応力の向上を図り、認知症の疑いのある人に対し、早期診断・早期対応を行う事を目的として、かかりつけ医向けの研修を開催。	地域医療介護総合確保基金	684
宮　城	有	かかりつけ医等 発達障害対応力向上研修 （平成29年度～）	東北大学病院	かかりつけ医が発達障害の早期兆候に気づき、育児支援や家族ニーズに応じた専門機関への紹介等の対応が可能となるような研修を開催する。	国庫補助事業	581
		かかりつけ医 アルコール関連問題対応力向上研修 （平成28年度～）	宮城県医師会	かかりつけ医等のアルコール関連問題への理解と精神科病院との連携促進のため研修会を開催するもの。	復興基金	300
		かかりつけ医等うつ病対応力向上研修 （平成20年度～）	宮城県医師会	日頃より受診する内科医等のかかりつけ医師に対し、適切なうつ病診療の知識及び技術、精神科等の専門医との連携方法、家族からの話や悩みを聞く姿勢を習得するための研修を開催する。	国庫補助事業	701

都道府県におけるかかりつけ医の普及に資する事業の実施状況（詳細②）

都道府県名	かかりつけ医の普及に資する事業の実施状況	事業名	実施主体	事業概要	財源	H30予算（千円）
山　形	無					
福　島	無					
茨　城	有	かかりつけ医認知症対応力向上研修 （平成18年度～）	茨城県医師会	高齢者が日頃より受診する診療所等の主治医に対し、適切な認知症診療の知識や技術、本人・家族を支える方法等を習得するための研修を開催。	地域医療介護総合確保基金	600
栃　木	有	かかりつけ医認知症対応力向上研修事業 （平成27年度～）	栃木県医師会	高齢者が日頃より受診する診療所等の主治医に対し、適切な認知症診療の知識・技術や、本人とその家族を支える知識・方法を習得するための研修を実施。	地域医療介護総合確保基金	1,890
群　馬	有	かかりつけ医認知症対応力向上研修 （平成23年度～）	群馬県	高齢者が日頃より受診する診療所等の主治医に対し、適切な認知症診療の知識や技術、本人・家族を支える方法等を習得するための研修を開催。	地域医療介護総合確保基金	3,900
		かかりつけ医機能研修事業 （平成28年度～）	群馬県医師会	かかりつけ医機能研修制度応用研修会の開催。	地域医療介護総合確保基金	300
埼　玉	無					
千　葉	有	多職種協働による かかりつけ医・在宅医療等県民啓発事業 （平成29年度～）	千葉県医師会	在宅で受けられる医療や介護の内容などかかりつけ医や在宅医療等に関して県民理解を促進することを目的に、県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会、県介護支援専門員協議会の会員及び県民向けの研修や啓発イベント等の事業費を補助する。	地域医療介護総合確保基金	3,500
東　京	無					

都道府県におけるかかりつけ医の普及に資する事業の実施状況（詳細③）

都道府県名	かかりつけ医の普及に資する事業の実施状況	事業名	実施主体	事業概要	財源	H30予算（千円）
神奈川	無					
新　潟	無					
富　山	有	在宅医療支援センター運営事業 （平成27年度～）	富山県医師会委託	在宅医療に新たに取組む医師の人材確保・育成研修や、県民および医療・介護関係者からの相談対応、専用ホームページによる地域の在宅医療資源や相談窓口の情報提供などを行う。	地域医療介護総合確保基金	11,780
		在宅医療推進加速化事業 （平成29年度～）	富山県医師会委託	高齢化等により増大する医療需要に対応するため、病床機能の分化及び連携により、入院から在宅医療等への移行を円滑に推進する郡市医師会が実施する医師の確保・育成に資する事業や、広域的な普及啓発に資する事業等に助成する。	地域医療介護総合確保基金	9,500
		かかりつけ医うつ病 対応力向上研修事業	富山県医師会委託	かかりつけ医として必要かつ適切なうつ病の診療の知識・技術及び精神科等の専門の医師との連携方法、家族からの話や悩みを聞く姿勢等の習得に資する内容等の研修を行う。	地域生活支援事業費補助金	500
		かかりつけ医依存症等 対応力向上研修事業 （平成28年度～）	富山県医師会委託	かかりつけ医等を対象とした依存症の基礎知識や対処法、関係機関との連携に資する研修を実施。	地域自殺対策強化交付金	500
石　川	有	認知症医療体制推進事業 （かかりつけ医等認知症対応力向上研修等） （平成25年度～）	石川県、郡市医師会	認知症患者の身近な存在であるかかりつけ医等が、認知症に関する正しい知識や多職種との連携方法を学び、適切な診断や患者・家族への支援を行うことができるよう研修を企画・開催する。	地域医療介護総合確保基金	4,500
福　井	有	地域医療構想促進事業 （平成27年度～）	福井県医師会	かかりつけ医の定着を図るため、かかりつけ医を持つことの重要性等をテーマとした県民向け公開講座を開催する。 また、かかりつけ医推進リーフレットを作成し、医療機関等において配布する。	地域医療介護総合確保基金	1,285

都道府県におけるかかりつけ医の普及に資する事業の実施状況（詳細④）

都道府県名	かかりつけ医の普及に資する事業の実施状況	事業名	実施主体	事業概要	財源	H30予算（千円）
山　梨	有	医療機能分化・連携推進人材育成等事業 （平成28年度～）	山梨県医師会	医療機能分化・連携の推進に向け、身近な地域で適切な医療を受ける体制の構築を図るため、山梨県医師会が実施する「かかりつけ医」普及に向けた人材育成事業等の実施に対し助成する。	地域医療介護総合確保基金	1,129
長　野	有	在宅医療普及啓発・人材育成研修事業 （平成30年度～）	長野赤十字病院等	住民に対するかかりつけ医普及啓発用のパンフレットの作成。	地域医療介護総合確保基金	2,080
岐　阜	無					
静　岡	無					
愛　知	有	かかりつけ医等心の健康 対応力向上研修事業 （平成20年度～）	愛知県医師会委託	かかりつけ医を対象に適切なうつ病等精神疾患診療の知識・技術及び精神科等の専門の医師との連携方法に関する研修を実施。	地域生活支援事業費国庫補助金（1/2）	2,572
		かかりつけ医等アルコール依存症 対応力向上研修事業 （平成30年度～）	愛知県医師会委託	かかりつけ医を対象にアルコール依存症の診療に関する知識・技術や精神科等との連携方法について研修を実施。	精神保健費等国庫補助金（1/2）	500
		かかりつけ医認知症対応力向上研修 （平成18年度～）	愛知県医師会委託	高齢者が日頃より受診する診療所等の主治医に対し、適切な認知症診療の知識や技術本人、家族を支える方法等を習得するための研修を開催。	地域医療介護総合確保基金	1,700

都道府県におけるかかりつけ医の普及に資する事業の実施状況（詳細⑤）

都道府県名	かかりつけ医の普及に資する事業の実施状況	事業名	実施主体	事業概要	財源	H30予算（千円）
三　重	有	在宅医療体制整備推進事業 （平成27年度～）	三重県医師会 郡市医師会	地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供をめざし、連携会議の設置、人材育成、主治医・副主治医制のコーディネート、相談支援、情報共有のための取組に要する経費を補助。	地域医療介護総合確保基金	10,000
		在宅医療普及啓発事業 （平成25年度～）	三重県郡市医師会委託	地域の住民を対象にかかりつけ医の普及定着、在宅医療、在宅看取り等の普及啓発を目的とした講演会等を開催する。		4,440
		かかりつけ医認知症対応力向上研修 （平成18年度～）	三重県医師会委託	かかりつけ医に対し、適切な認知症診断の知識・技術や家族からの話や悩みを聞く姿勢を習得するための研修を実施することにより、認知症サポート医との連携の下、各地域において、認知症の発症初期から状況に応じて、医療と介護が一体となった認知症の人への支援体制の構築を図る。		703
		在宅医療体制整備事業 （平成27年度～）	三重医師会	住民に対するかかりつけ医普及啓発用のパンフレットの作成。		6,110
滋　賀	無					
京　都	有	在宅医療提供体制パワーアップ事業	京都府医師会	「かかりつけ医」等を対象にした在宅医療に係る研修を実施し在宅医療提供体制の強化を図る。	地域医療介護総合確保基金	8,000
		在宅医療推進基盤整備に向けた研修事業				8,000

都道府県におけるかかりつけ医の普及に資する事業の実施状況（詳細⑥）

都道府県名	かかりつけ医の普及に資する事業の実施状況	事業名	実施主体	事業概要	財源	H30予算（千円）
大　阪	有	在宅医療普及啓発 ・人材育成研修事業 （平成26年度～）	大阪府医師会	医療的ケアの必要な児とその保護者が地域で安心して療養生活を継続できるよう小児の在宅医療に関心を持つ医師の育成と地域で「かかりつけ医」になるための仕組みづくりを行う。①内科医等を対象に実技研修を実施。②内科医等と小児科医が患児宅へ同行訪問。	地域医療介護総合確保基金	1,838
兵　庫	有	在宅医療充実強化推進事業 （平成28年度～）	兵庫県医師会	41郡市区の在宅医療圏域毎に、郡市医師会が、地域の実情に応じて、「かかりつけ医研修」や「在宅医療及びかかりつけ医の普及を含めた住民向けフォーラム」等を実施。	地域医療介護総合確保基金	12,424
奈　良	有	かかりつけ医認知症 対応力向上研修（委託） （平成18年度～）	奈良県医師会	奈良県内に勤務する「かかりつけ医」に対して、適切な認知症診断の知識、技術や認知症の本人とその家族を支える知識と方法を取得するための研修を実施。認知症サポート医との連携の下、各地域において、認知症発症初期から状況に応じた認知症の人への支援体制の構築を図る。	地域医療介護総合確保基金	455
和歌山	無					
鳥　取	有	県民への適正受診啓発事業 （平成26年度～）	鳥取県	医療機関の適正受診を促進するため、「かかりつけ医」を持つことを促す内容を盛り込んだリーフレットを作成し、新聞折込、医療機関を通じて県民に配布する。 小児の保護者を対象とした、小児の病気などの対応方法や医療の現状などに関する講座を開催し、かかりつけ医を持つことを促す。	地域医療介護総合確保基金	2,717
		県民への適正受診啓発事業 （平成26年度～）	鳥取県小児科医会など	小児の急な病気やけがへの対応、医療機関へのかかり方に関する内容のハンドブックを作成し新生児の保護者等に配布することで、かかりつけ医を持つことを促す。	地域医療介護総合確保基金	720
島　根	無					

都道府県におけるかかりつけ医の普及に資する事業の実施状況（詳細⑦）

都道府県名	かかりつけ医の普及に資する事業の実施状況	事業名	実施主体	事業概要	財源	H30予算（千円）
岡　山	有	かかりつけ医認定事業 （平成27年度～）	岡山県医師会	地域包括ケアシステムの中核を担う「かかりつけ医」を普及させるため医師に対し、「かかりつけ医」に期待される役割とその重要性等をテーマにした研修会を開催する。	地域医療介護総合確保基金	3,000
		かかりつけ医等心の健康対応力向上研修事業 （平成20年度～）	岡山県医師会	うつ等精神疾患患者が最初に受診する医療機関はかかりつけ医が多いことから、診断・治療技術向上に向け研修を実施し、精神疾患の早期発見・早期治療を図る。	地域生活支援事業補助金（国）のうち、「精神障害関係従事者養成研修事業」	728
広　島	有	かかりつけ医認知症対応力向上研修 （平成18年度～）	広島県医師会	高齢者が日ごろより受診する診療所等の主治医（かかりつけ医）に対し，適切な認知症診療の知識・技術や認知症の人本人とその家族を支える知識と方法を習得するための研修を実施することにより，認知症サポート医との連携の下，各地域において，認知症の発症初期から状況に応じた認知症の人への支援体制の構築を図る。	地域医療介護総合確保基金	360
		在宅医療推進実践同行研修事業 （平成29年度～）	広島県医師会	新たに在宅医療に取り組む医師を増加させるため，実践的な同行研修を実施する。	地域医療介護総合確保基金	1,150
		発達障害児・者診療医養成研修 （平成27年度～）	広島県発達障害者支援センター	発達障害児等が日頃より受診する診療所の主治医等に対し，発達障害のある人への対応力を向上させるため、かかりつけ医等を対象に研修を実施する。	地域生活支援事業費補助金	1,868

都道府県におけるかかりつけ医の普及に資する事業の実施状況（詳細⑧）

都道府県名	かかりつけ医の普及に資する事業の実施状況	事業名	実施主体	事業概要	財源	H30予算（千円）
山　口	有	かかりつけ医認知症対応力向上研修事業 （平成18年度～）	山口県医師会	認知症地域医療支援事業実施要綱に基づき、かかりつけ医として必要で適切な認知症診療の知識・技術などを習得に資する内容の研修を実施。	地域医療介護総合確保基金	475
		在宅医療提供体制充実支援事業 （平成26年度～）	郡市医師会	在宅医療機関の拡大や連携体制の強化等による在宅医療提供体制の充実に向け、在宅医療機関と後方支援病院の連携体制の確保や、在宅医療機関相互の連携体制の構築、在宅医療導入や技術向上等の在宅医療に取り組む各段階に応じた研修等を実施。	地域医療介護総合確保基金	44,200
徳　島	有	在宅医療支援のための かかりつけ医研修事業 （平成26年度～）	徳島県医師会	在宅医療において、日常遭遇する疾患や障害に対して適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供できるよう、専門領域に関わらず、かかりつけ医としての幅広い知識向上のための研修を行う。また、在宅医療に携わる従事者の支援として、在宅チーム医療の現場でのリーダー（医師）の育成を目的とした研修会を開催する。	地域医療介護総合確保基金	27,350
香　川	有	医療費適正化啓発事業 （平成25年度～）	香川県	医療費適正化を推進するため、「かかりつけ医」を持つ意義やメリットの説明などを盛り込んだ啓発チラシを作成し、県広報誌「みんなの県政　THEかがわ」に挟み込んで全戸配布する。	県一般財源	3,258
		小豆構想区域医療 機能分化連携支援事業 （平成28年度～）	土庄町、小豆島町	地域医療構想の達成に向けて、小豆構想区域において医療機能分化・連携を進めるため、住民向けの講演会や普及啓発パンフレット等を配付する。	地域医療介護総合確保基金	1,000
愛　媛	無					

都道府県におけるかかりつけ医の普及に資する事業の実施状況（詳細⑨）

都道府県名	かかりつけ医の普及に資する事業の実施状況	事業名	実施主体	事業概要	財源	H30予算（千円）
高　知	有	かかりつけ医等心の健康 対応力向上研修事業 （平成20年度～）	高知県 医師会	自殺者数の減少に向け、原因・動機で多い「うつ病」対策として、うつ病の早期発見・早期治療を図るため、うつ病患者を最初に診療することの多いかかりつけ医等を対象に、適切なうつ病診療の知識、技術及び専門の連携方法の習得について学ぶ研修を実施する。	地域生活支援事業	1,030
		かかりつけ医等アルコール依存症 対応力向上研修事業 （平成28年度～）	高知県 医師会	自殺者数の減少に向け、自殺と関連性の高いアルコール関連問題に着目し、特にアルコール依存症の早期発見・早期治療を図り、かかりつけ医等を対象に、適切なアルコール依存症の診療の知識、技術及び専門の連携方法の習得について学ぶ研修を実施する。	依存症対策総合支援事業	597
福　岡	無					
佐　賀	無					
	無					
長　崎	無					
熊　本	有	認知症診療・相談体制強化事業 （かかりつけ医認知症対応力向上支援事業） （平成18年度～）	熊本県 医師会	かかりつけ医に対する適切な認知症の診療の知識・技術等の習得を目的とした研修の実施。	地域医療介護総合確保基金	1,400
大　分	無					
宮　崎	有	救急医負担軽減促進事業 （訪問救急教室委託事業） （平成21年度～）	宮崎県 医師会	医師や看護師等が幼稚園・保育所等に出向き、保護者を対象に、安易な時間外受診の抑制やかかりつけ医の促進などについての普及啓発を行う。	地域医療介護総合確保基金	1,612
		救急医負担軽減促進事業 （オピニオンリーダー育成・強化事業） （平成21年度～）	NPOなど	救急医療の適正受診やかかりつけ医の促進などについて、啓発活動に取り組むNPOなどの住民団体等を支援する	地域医療介護総合確保基金	1,500

都道府県におけるかかりつけ医の普及に資する事業の実施状況（詳細⑩）

都道府県名	かかりつけ医の普及に資する事業の実施状況	事業名	実施主体	事業概要	財源	H30予算（千円）
鹿児島	有	かかりつけ医普及啓発事業 （平成26年度～）	鹿児島県医師会	地域包括ケアシステムにおいて重要な役割を担う「かかりつけ医」について，県医師会において独自の認定制度を運営するともに，県民に対し，かかりつけ医の医療的・社会的役割などその重要性・必要性について普及・啓発する。	地域医療介護総合確保基金	1,967
沖　縄	無					

４．医療事故調査制度、医療安全支援センターについて

○　平成 27 年 10 月より、「医療事故調査制度」が開始。各都道府県においては、引き続き、本制度の普及啓発にご協力をお願いする。

○　これまで、平成 27 年８月に医療事故調査・支援センターとして「一般社団法人日本医療安全調査機構」を指定し、また支援団体には、日本医師会などの医療関係団体を告示している。

○　平成 27 年 10 月から平成 31 年１月までの３年４ヵ月のセンターへの医療事故報告件数は 1,260 件、相談件数は 6,400 件、院内調査結果の報告件数は 931 件、センター調査の依頼件数は 85 件、センター調査の報告件数は 13 件。

○　平成 28 年６月の見直しにより、「医療事故調査・支援センター」において、遺族等から相談があった場合、相談内容を医療機関に伝達できるよう運用改善を実施しているが、引き続き、各都道府県の「医療安全支援センター」におかれても、医療事故に関する相談等があった場合は、医療機関への伝達も含め、適切に対応が行えるよう、医療安全支援センター総合支援事業等を通じて、医療事故調査制度について理解の促進を図ってまいりたい。

○　なお、医療安全支援センターについては、全ての都道府県での設置を完了しているところであるが、二次医療圏及び保健所設置市区の一部ではまだ設置されていない状況であるため、早期設置に向けた積極的な取組みをお願いする。

○　また、美容医療における有害事象について、医療安全支援センターや医療事故情報収集等事業等を通じて、実態把握をおこなっているところであるが、より多くの事故等事案を収集、分析し、再発防止につなげるためにも、管下美容医療機関等に対する医療事故情報収集等事業への参加の呼びかけをお願いしたい。

○　繰り返される医療事故や早急な対策が必要と判断する事案については、当省から注意喚起の通知を発出しており、また、日本医療機能評価機構において収集・分析された事例のうち特に注意が必要な事項については、「医療安全情報」として医療機関等に発信しているところである。

　これらの情報を各医療機関等が活用し、効果的な取組みがなされるよう、各都道府県等におかれても、引き続き医療監視等の機会を通じ、管下医療機関等への周知をお願いしたい。

4. 医療事故調査制度、医療安全支援センターについて

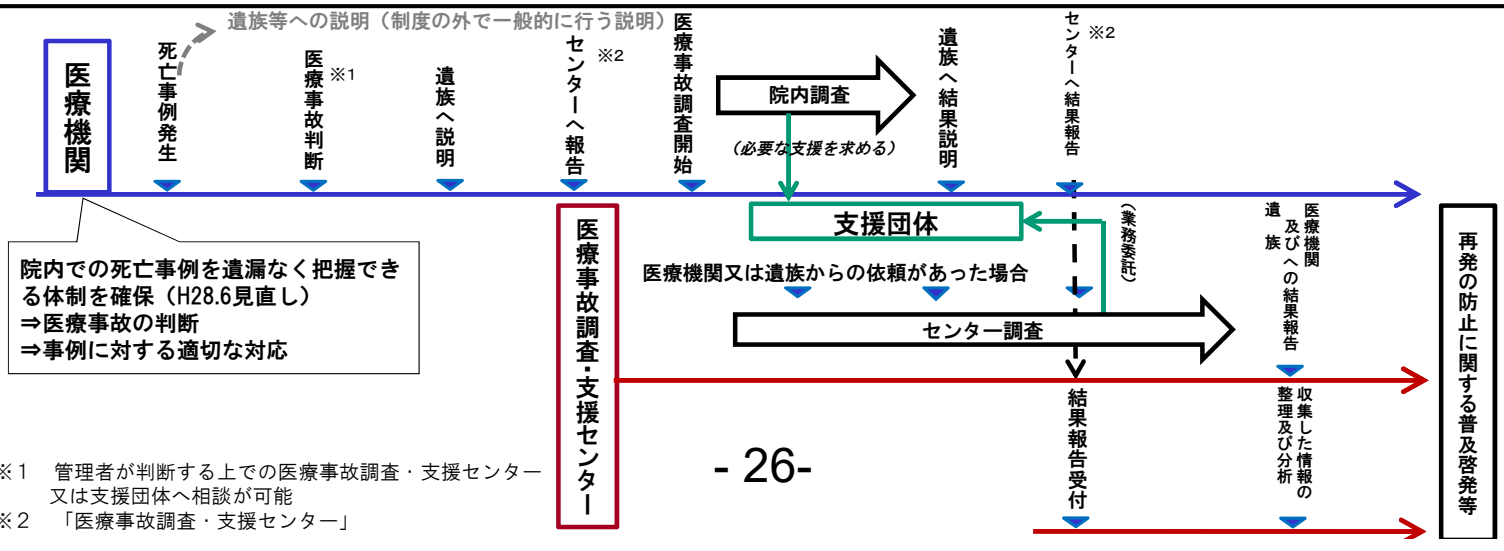
医療事故調査の概要について

○ 目的
■ 医療事故が発生した医療機関にて院内調査を行い、その調査報告を民間の第三者機関が収集・分析することで再発防止につなげることにより、医療の安全を確保する。

○ 対象となる医療事故
■ 医療機関（病院、診療所、助産所）に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該医療機関の管理者がその死亡又は死産を予期しなかったもの(※1)
(※1)「医療事故」に該当するかどうかの判断は、医療機関の管理者が行う

○ 本制度における調査の流れ
■ 対象となる医療事故が発生した場合、医療機関は、遺族への説明、医療事故調査・支援センターへ報告、必要な調査の実施、調査結果について遺族への説明(※2)及びセンターへの報告を行う。
(※2)調査結果の遺族への説明に当たっては、口頭又は書面若しくはその双方に適切な方法により行い、遺族が希望する方法で説明するよう努めなければならない。
■ 医療機関又は遺族から調査の依頼があったものについて、センターが調査を行い、その結果を医療機関及び遺族への報告を行う。
■ センターは、医療機関が行った調査結果の報告に係る整理・分析を行い、医療事故の再発の防止に関する普及啓発を行う。

○ 刑事司法との関係
■ センターは、司法・警察には通知しない。（医療事故調査制度の発足により、医師法21条の通報義務については影響を受けない。）



※1　管理者が判断する上での医療事故調査・支援センター又は支援団体へ相談が可能
※2　「医療事故調査・支援センター」

医療事故調査・支援センター及び支援団体について

◆ 医療事故調査・支援センター （平成27年8月17日指定）

・一般社団法人　日本医療安全調査機構 （理事長　高久文麿）

※平成22年4月より「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」を実施

◆ 支援団体 （平成27年8月6日告示）

○ 職能団体

・(公社)日本医師会及び(一社)都道府県医師会
・(公社)日本歯科医師会及び(一社)都道府県歯科医師会
・(公社)日本薬剤師会及び(一社)都道府県薬剤師会
・(公社)日本看護協会及び(公社)都道府県看護協会
・(公社)日本助産師会及び(一社)都道府県助産師会
・(一社)日本病院薬剤師会
・(公社)日本診療放射線技師会
・(一社)日本臨床衛生検査技師会
・(公社)日本臨床工学技士会

○ 病院団体等

・(一社)日本病院会及びその会員が代表者である病院
・(公社)全日本病院協会及びその会員が代表者である病院
・(一社)日本医療法人協会
・(公社)日本精神科病院協会
・(公社)全国自治体病院協議会及びその会員が代表者である病院
・(一社)全国医学部長病院長会議及びその会員が代表者である大学の医学部又は病院
・(公財)日本医療機能評価機構

○ 病院事業者

・(独)国立病院機構
・(独)労働者健康福祉機構
・(独)地域医療機能推進機構
・(国研)国立がん研究センター
・(国研)国立循環器病研究センター
・(国研)国立精神・神経医療研究センター
・(国研)国立国際医療研究センター
・(国研)国立成育医療研究センター
・(国研)国立長寿医療研究センター
・日本赤十字社
・(福)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農業協同組合連合会
・(福)北海道社会事業協会
・国家公務員共済組合連合会

○ 学術団体

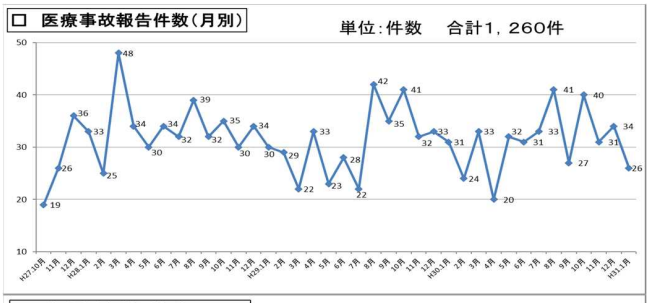
・日本医学会に属する学会(内81学会)
・日本歯科医学会
・(一社)日本医療薬学会
・(一社)日本看護系学会協議会の社員である学会
・(一社)医療の質・安全学会
・(一社)医療安全全国共同行動

医療事故調査制度の状況

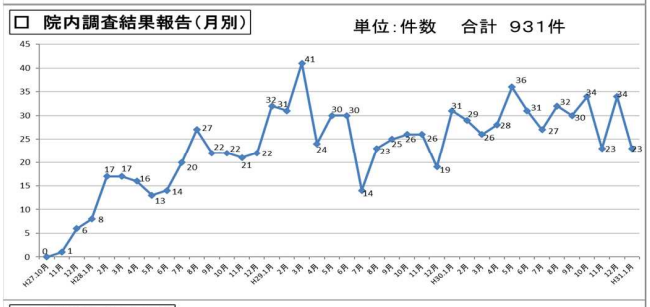
□　開始後３年４カ月の状況（平成27年10月～平成31年１月）

1　医療事故報告受付件数　１，２６０件

（内訳）
・病院・診療所別：病院からの報告1,188件、診療所からの報告72件
・診療科別（主なもの）：外科210件、内科156件、消化器科105件、整形外科105件



2　医療事故調査報告（院内調査結果）件数　９３１件



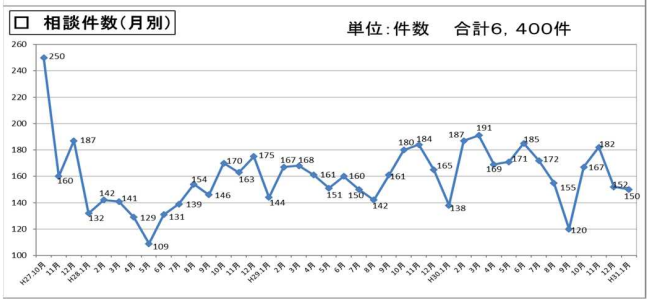
3　センター調査の依頼件数　８５件
センター調査報告件数　１３件

（内訳）センター調査の依頼は、遺族からの申し込み68件、医療機関からの申し込み17件

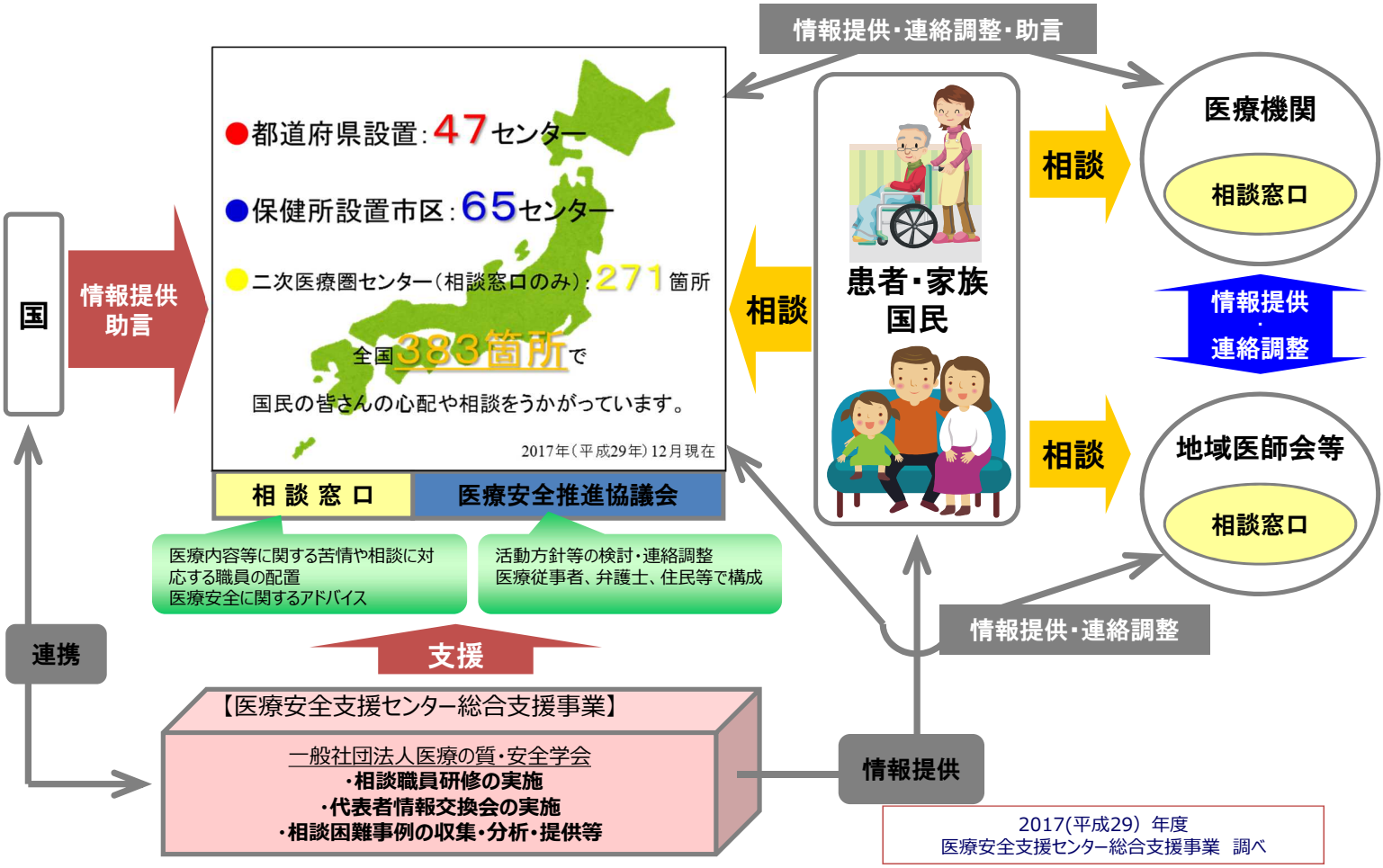
4　相談件数　６，４００件

（内訳）
・相談内容別（主なもの）：
「医療事故報告の判断」に関する相談2,679件、
「手続き」に関する相談1,846件、
「院内調査」に関する相談1,296件、
「センター調査」に関する相談390件

※１回の対応で複数の相談がある場合は、複数計上



◆◆◆　医療安全支援センター体制図　◆◆◆



2017(平成29) 年度
医療安全支援センター総合支援事業　調べ

医療事故情報収集等事業

１．目的

医療機関から報告された医療事故情報等を、収集、分析し提供することにより、広く医療機関が医療安全対策に有用な情報を共有するとともに、国民に対して情報を提供することを通じて、医療安全対策に一層の推進を図ることを目的としている。

２．事業沿革

平成 13 年 10 月　ヒヤリ・ハット事例収集事業　開始
（実施主体：厚生労働省）

平成 16 年 4 月　日本医療機能評価機構に事業移管

平成 16 年 9 月　医療法施行規則改正（特定機能病院等に医療事故報告を義務付け）

平成 16 年 10 月　評価機構を登録分析機関として登録。医療事故情報収集等事業開始

３．事業概要

（１）対象事例（医療法施行規則第 9 条の 23）

ⅰ）誤った医療又は管理を行ったことが明らかであり、その行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例

ⅱ）誤った医療又は管理を行ったことは明らかでないが、行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例（行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事例の発生を予期しなかったものに限る）

ⅲ）ⅰ）及びⅱ）に掲げるもののほか、医療機関内における医療事故の発生の予防及び再発の防止に資する事例

（２）対象医療機関

〇報告義務医療機関(登録医療機関)276 施設（平成 29 年 12 月 31 日現在）

・特定機能病院
・国立高度専門医医療研究センター及び国立ハンセン病療養所
・独立行政法人国立病院機構の開設する病院
・大学の附属施設である病院（本院のみ）

〇参加登録申請医療機関 773 施設　（平成 29 年 12 月 31 日現在）

（３）事業の流れ

〇当事業参加医療機関は、当該医療事故発生した日若しくは事故の発生を認識した日から原則として 2 週間以内に、インターネット回線を通じ、WEB 上の専用報告画面を用いて日本医療機能評価機構に発生日時、発生場所、事故概要等の事故情報を報告。

〇当事業において、収集した情報を分析し、分析結果報告書及び医療安全情報（普及啓発すべき再発防止策）を作成。

〇当事業より、当事業参加医療機関及び情報提供を希望した病院に分析結果報告書及び医療安全情報を交付。

※１　当事業 HP にも分析結果の一部を公表しており、事例概要の検索が可能。
※２　対象事例のほか、参加登録医療機関から報告されたヒヤリ・ハット情報を収集・分析を行っている（報告期限は１ヶ月以内）。

４．実績

報告義務医療機関の年間受付件数

年	報告件数
H20	1440
H21	1895
H22	2182
H23	2483
H24	2535
H25	2708
H26	2911
H27	3374
H28	3428
H29	3598

医療事故情報報告システム

医療機関

Web報告

公益財団法人 日本医療機能評価機構
医療事故防止事業部

国　民

医療機関

関係学会・団体

行政機関

など

医療事故情報

①報告義務

大学病院
国立研究開発法人
国立病院機構
特定機能病院
（276施設）

②任意参加

病院、診療所
（773施設）

事例情報
①選択項目
②記述項目
事故の内容
背景・要因
改善策

文書による問合せ
訪問調査
（任意）

運営委員会

総合評価部会
専門分析班会議
（医療安全の専門家）

事務局

ヒヤリ・ハット事例
（発生件数情報・事例情報）

任意参加

（約1,200 施設）

発生件数

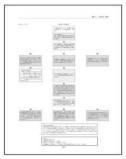
事例情報

報告書・年報

医療安全情報

事例
データベース

研修会



事　務　連　絡
平成 30 年 6 月 14 日

各（都道府県 保健所設置市 特別区）衛生主管部（局）御中

厚生労働省医政局総務課医療安全推進室

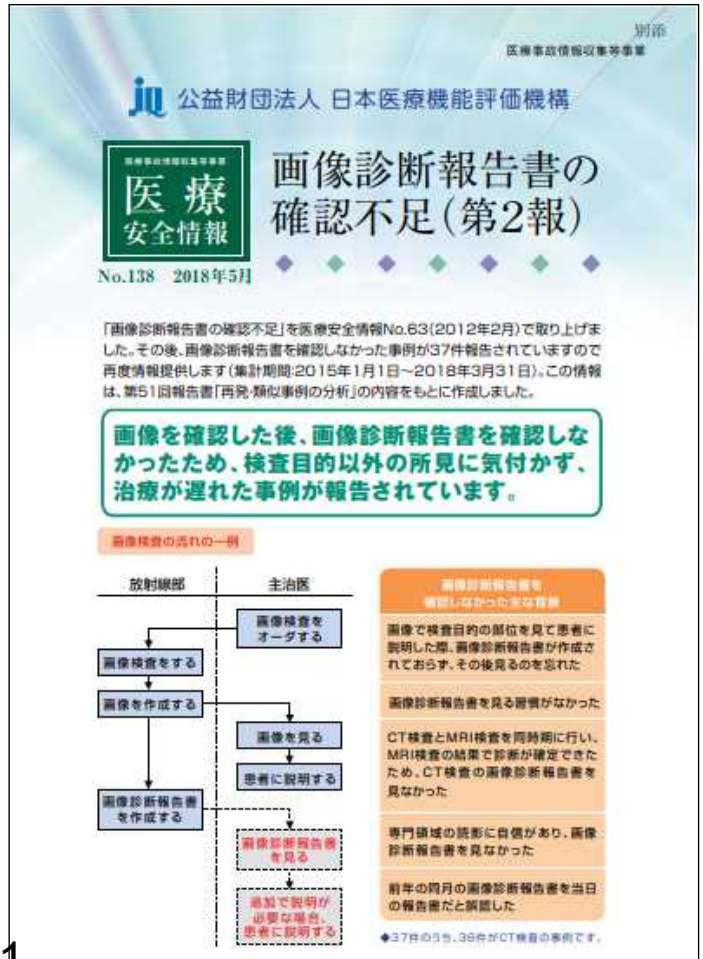
画像診断報告書等の確認不足に関する医療安全対策について
（再周知のお願い）

医療機関における画像診断報告書等の確認不足を防止するため、これまで、「画像診断報告書等の確認不足に関する医療安全対策について」（平成 29 年 11 月 10 日付け医政局総務課医療安全推進室事務連絡。以下「平成 29 年事務連絡」という。）において注意喚起を図ってきたところです。

その後、医療法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 50 号）第 12 条に基づく医療事故情報収集等事業において、公益財団法人日本医療機能評価機構から「画像診断報告書の確認不足（第２報）」（医療安全情報 No. 138、平成 30 年５月、別添）が公表されました。一方で、依然として同種の事案が続いております。

つきましては、画像診断報告書等の確認不足対策を広く定着するため、別添及び平成 29 年事務連絡の内容を御確認の上、貴管下医療機関に対し、改めて周知徹底をお願いいたします。

なお、別添については、公益財団法人日本医療機能評価機構のホームページ http://www.med-safe.jp/contents/info/index.html に掲載されていますことを申し添えます。



５．外国人患者受入環境整備について

■外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関について

○　厚生労働省では、各都道府県から「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（以下、検討会という。）」において検討している。

○　本年２月８日の検討会における議論を受け、近々、当該医療機関の選出を依頼する通知を発出する予定である。

○　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ので、是非ご活用いただきたい。

■平成 31 年度予算事業について

○　平成 31 年度における新規予算事業として、以下を実施する予定であり、積極的にご活用いただきたい。なお、内容、金額等は調整中であり現時点の案であることをご了承いただきたい。

（１）地域における外国人患者の受入体制検討推進事業（仮）

（補助率：定額（1/2 相当）、上限１件当たり 3,439 千円）

①　本事業は、都道府県において、行政(医療・観光・多文化共生等の部局)や多分野の関係団体（医療機関、都道府県医師会、病院団体・病院グループ、医療通訳関係団体、消防(救急)、観光協会、宿泊関連業者、国際交流協会等）からなる協議体を設け、会議等を設置・開催し、情報共有や意見交換を通じて連携の強化を図るとともに、地域の外国人患者受入体制における課題の整理及び課題に対する対応方針を策定するもの。

②　この協議体での検討事項のひとつとして、地域における外国人患者の受入れのルールを定め、関係者の合意のもとに上記の「外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関」を選出いただくことを想定。

（２）都道府県におけるワンストップ窓口運用事業（仮）

（補助率：定額（1/2 相当）、上限１件当たり 5,010 千円）

①　本事業は、都道府県に医療機関等から寄せられる様々な相談に対応できるワンストップ窓口を設置するもの(対応時間は都道府県の開庁時間を想定。)。

② 都道府県が方針運用を決める際には、（１）にあげた協議体等を活用することが可能であるとともに、今年度中に厚生労働省において公表するマニュアルを活用することが可能。

（３）翻訳 ICT 技術に対応したタブレット端末等の整備事業（仮）

（補助率：定額（1/2 相当）、上限１件当たりの金額は調整中）

① 本事業は、医療機関における翻訳 ICT 技術に対応したタブレット端末やキャッシュレス対応に必要な端末の購入費用や月額利用料等を補助するもの。

② 間接補助先の医療機関を選定する際には、（１）に挙げた協議体等を活用することが可能。

③ 本補助金の対象とする医療機関は、上記の「外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関」として選出されていること、または選出される予定であることを条件とする予定。

○ また、以下の事業は平成 30 年度からの既存事業であるが、間接補助の対象を変更する予定。

（４）外国人患者受入れ環境整備推進事業 （医療通訳者・コーディネーターの配備による拠点病院構築）

（【補助】補助率：定額、52,804 千円、【間接補助】補助率：1/2、上限１件当たりの金額は調整中）

① 本事業は、医療機関において医療通訳者や外国人患者受入れ医療コーディネーターを配置する際の人件費を補助するもの。

② 補助対象とする医療機関には、上記の「外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関」として選出されていること、又は選出される予定であることを条件とする予定。

③ 都道府県が医療機関を選出する際には、（１）にあげた協議体等を活用することが可能。

以上

外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関

第2回 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
平成31年（2019年）1月25日

厚生労働省 医政局 総務課 医療国際展開推進室

前回の議論のまとめと、本日の議論内容

厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

○ 前回の検討会（平成30年11月14日実施）において、厚生労働省より、以下の課題意識と今後の計画を提起した。
- 外国人患者を受入れる医療機関の情報を、わかりやすい形で提供する必要がある。
- 厚生労働省は都道府県に対して、「地域における外国人患者の受入拠点となる医療機関」を選出することを依頼する
- 各都道府県は、「重症例を受入可能な医療機関」と「軽症例を受入可能な医療機関」をとりまとめて、厚生労働省に選出・報告する。

○ これに対して、構成員から、以下のような意見をいただいた（主な意見の抜粋）
- リストについて
  - 医療機関の情報（リスト）は、一元的にアクセスできるようにし、わかりやすくする必要がある。
- 医療機関の選定について
  - 外国人患者が軽症でも救急車を呼んでしまい、大学病院等を受診してしまうなか、重症度に応じて、外国人患者を受入る医療機関を分けて考えるのは現実に即している。また、大病院・中小病院・診療所を含めて役割分担・連携を進める必要がある。
  - 事務局案の「軽症例を受入可能な医療機関」は、基準が低く、質の担保が必要なのではないか。
  - 都道府県が医療機関を選定するとなると、特に重症例を受け入れる医療機関は、必ず受け入れねばならないという問題が生じる。その場合のインセンティブや未収金対策はどのようになるのか。
  - 応召義務がある中、外国人受入の医療機関を選定することで、拠点でない医療機関は、外国人受入れを拒むことはできるか。
  - 2次救急医療機関のなかには、小規模の医療機関もあり、医療事務が実際に外国人対応可能か考える必要。
- 医療機関に対する支援について
  - 実際には、軽症例の救急患者が多いなか、軽症例患者を受け入れる医療機関への支援が必要。
  - 「重症」・「軽症」という表現は、緊急度合いの高低ではないか。

○ 本日は、以下を説明し、実際に都道府県に医療機関の選出依頼を開始する予定。
（1） 現状の課題の共有（「医療機関における外国人患者の受入に係る実態調査」の速報値）
（2） 医療機関の選出に際しての、厚生労働省の考え方の説明（重症度・質・医療機関への支援 等）
（3） 医療機関の情報のとりまとめ像のアウトプットイメージ

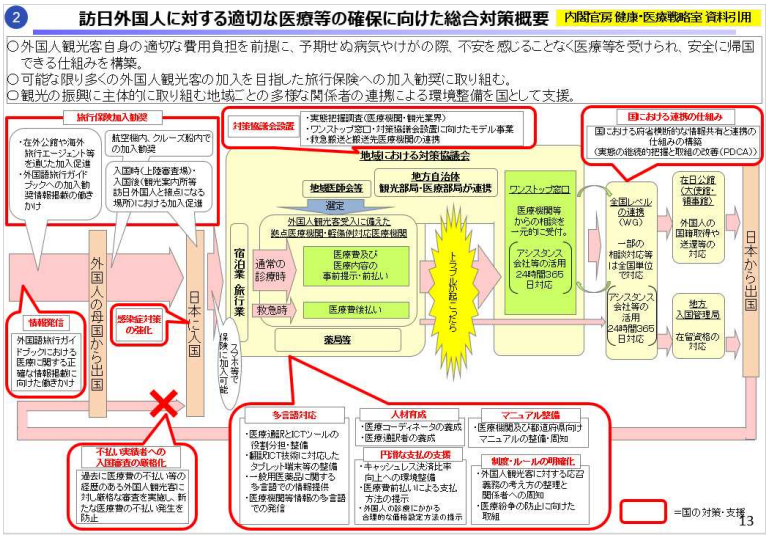
（再確認）今回の検討会での議論対象

○ 本検討会の議論の主たる対象は、訪日外国人旅行者[1)]である。
○ 訪日外国人旅行者に対する医療は、自由診療で行われ、患者自身の適切な費用負担を前提とするものである。

外国人の分類と受診に際する特徴（再掲）

		人数	受診理由	受診する医療機関
在留外国人		263万人[2)]	日常診療	地域の医療機関
訪日外国人	訪日外国人旅行者	3,119万人/年[3)]	救急診療（急病・怪我）	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[4)]	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

訪日外国人に対する適切な医療等の確保に向けた総合対策概要（再掲）



1. （参考）訪日外客数：国籍に基づく法務省集計による外国人正規入国者から、日本を主たる居住国とする永住者等の外国人を除き、これに外国人一時上陸客等を加えた入国外国人旅行者のこと（JNTOウエブサイトより）。
2. 2018年6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);
3. 日本政府観光局 (2018年 速報値)より
4. 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)

（再掲）外国人患者を受け入れる医療機関

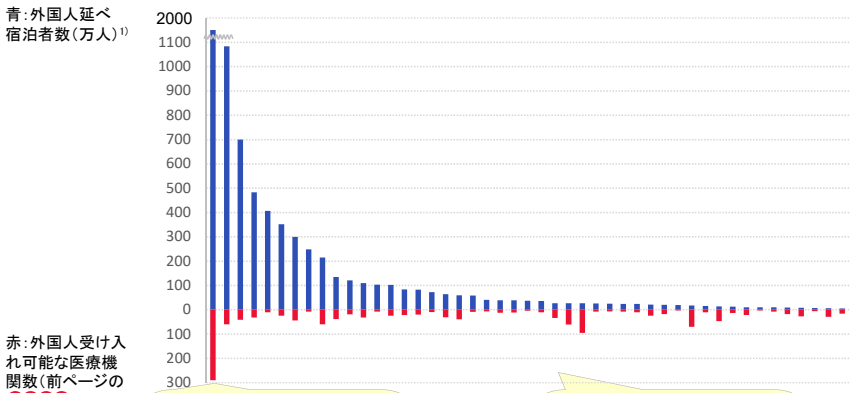
○ 外国人患者を受け入れる医療機関への支援や、認証・推奨・登録は、複数の省庁・団体が行っている。
○ これらの医療機関の情報は一元化されておらず、医療機関や地方自治体からはわかりづらいという声が寄せられてきた。また、医療機関の外国人患者受入に対する姿勢に、差があるのではないかとの声がある。
○ 医療機関や地方自治体のみならず、外国人患者、観光・宿泊事業者、地域の住民等がわかりやすい形で情報提供する必要。

	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	一般財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	52
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

各都道府県における外国人患者受入可能な医療機関と優先課題

○ 外国人患者を受入可能とされる医療機関の数は、都道府県ごとに大きなばらつきがある。
○ 都道府県ごとに優先課題は異なり、量の確保や質の確保等があるのではないか。

都道府県ごとの外国人延べ宿泊者数[1]と外国人患者を受入可能な医療機関数[2]



2次医療圏	前ページ❹に該当する医療機関
A医療圏	104施設
B医療圏	49施設
C医療圏	39施設
D医療圏	22施設
E医療圏	17施設
F医療圏	9施設
G医療圏	9施設
H医療圏	7施設
I医療圏	6施設
J医療圏	3施設
K医療圏	1施設
K医療圏	1施設
M医療圏	0施設

2次医療圏	前ページ❶に該当する医療機関
A医療圏	2施設
B医療圏	1施設
C医療圏	0施設
D医療圏	0施設
E医療圏	0施設
F医療圏	0施設
G医療圏	0施設
H医療圏	0施設
I医療圏	0施設

地域における優先課題

○ ある県においては、そもそも外国人患者を受け入れ可能な施設が少ない
  – このような県においては、外国人患者を受け入れ可能な医療機関を、積極的に掘り起こす必要があるのではないか（量の確保）

○ あるに県おいては、外国人患者を受け入れ可能とした医療機関は多い
  – このような県においては、医療機関の受入体制が構築されているのか、検討する必要（質の確保）

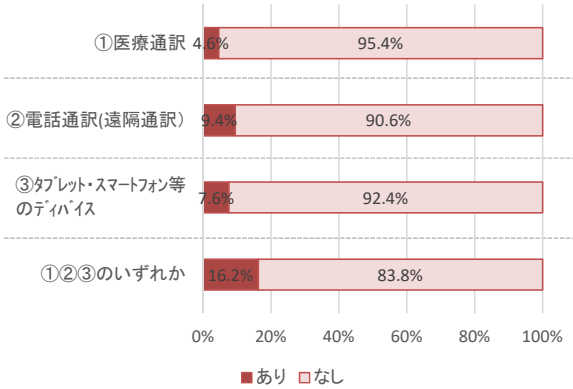
○ なお、これらの医療機関は、自発的に登録された医療機関であるため、実態はより多くの医療機関が対応可能な可能性もある。
  よって、都道府県を通じた実態の把握が必要。

1) 平成29年度1～12月の合計値（観光庁 宿泊旅行統計調査より引用）
2) 前頁の❶～❹に該当する医療機関 ❶観光庁 訪日外国人旅行者受入医療機関リスト、❷厚生労働省 外国人患者受入れ環境整備推進事業、❸一財）日本医療教育財団 外国人患者受入医療機関認証制度(JMIP)、❹一社Medical Excellence JAPAN（MEJ） ジャパンインターナショナルホスピタルズ(JIH)）

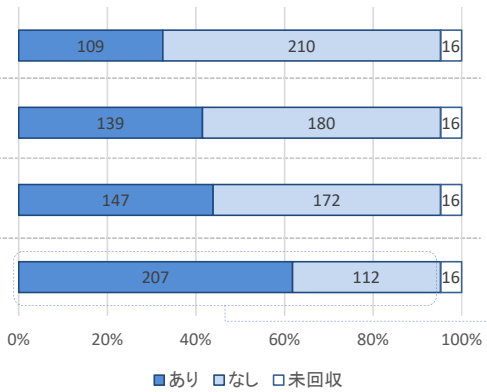
病院における多言語対応の実態
「医療機関における外国人患者の受入に係る実態調査」の結果（速報値）

○ 都道府県を通じて、全ての病院に調査を依頼したところ、4,437病院(約53%[1])より回答を得た。
○ 外国人患者の受入体制は、医療圏ごとに面的にネットワークとして構築すべきであるため、2次医療圏ごとに見てみると、①医療通訳者の配置は109医療圏(34.2%)、②電話通訳（遠隔通訳）の利用は139医療圏(43.6%)、③タブレット端末・スマートフォン端末の利用は147医療圏(46.1%)で、④ ①②③のいずれかの利用可能は207医療圏(64.9%)であった[2]。また、①②③のいずれかの利用可能な病院数には大きなばらつきがあり、約8割の医療圏においては、3施設以下であった。
○ なお、現在精査中であり、これらの値は速報値であることをご了承いただきたい。

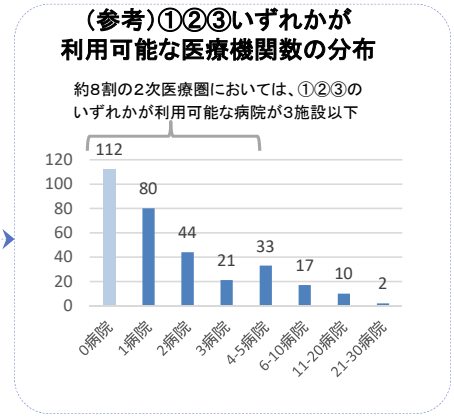
回答した全病院における整備状況 (n=4,437)



2次医療圏毎の整備状況(n=335)



（参考）①②③いずれかが利用可能な医療機関数の分布



データ出典「医療機関における外国人患者の受入に係る実態調査」（平成30年9月に個票配布、平成31年1月25日時点では精査中）
1.平成29年10月1日時点（医療施設調査）の病院数の8,417で除した。2: 平成30年度4月時点の医療圏335ではなく、実際に医療機関から回答を得られた319で除した。

「外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関」の選出要件

厚生労働省 Ministry of Health, Labour and Welfare

都道府県に依頼する文面（案）は以下のとおり （赤字は今回追記したところ）

都道府県におかれては、同時に提供するデータを参考にしながら、以下の（1）または（2）に相当する医療機関を選出していただきたい。

（1）都道府県単位の「重症例[1)]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（診療所・歯科診療所も含む）」
- ① 対象となる医療圏：全ての医療圏。
  - 特に、以下のア～エに該当する医療圏からの選出は、速やかな選出をお願いしたい。
  - 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

都道府県は、選出した医療機関の受入患者数や重症度等を適宜把握し、地域において求められる外国人患者への医療提供体制の整備に活用すること。

1) 入院を要する救急医療

「外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関」の情報とりまとめのイメージ

厚生労働省 Ministry of Health, Labour and Welfare

○ 都道府県に選出を依頼する「外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関」がとりまとめられたリストのイメージは以下のとおり。
○ このリストは、厚生労働省のウエブサイトだけではなく、観光庁や自治体にも、広く情報提供する予定。
○ なお、本リストは、患者や医療機関等の利便性や、行政サービスの向上を目的としてつくられており、外国人患者の受入を当該医療機関に限定するものではない。

a 都道府県におかれては、「重症例を受入可能な（入院を要する救急医療に対応可能な）医療機関」を都道府県内に最低1か所選出していただきたい（2次救急・3次救急医療機関を問わない）

b 都道府県におかれては、全ての医療圏において、医療機関を選出いただきたい。（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、訪日外国人観光客の多い医療圏、在留外国人が多い医療圏は、急いで体制整備を行う必要）

2019年○月○日現在

都道府県名	医療圏	医療機関名	都道府県による選出		民間団体による推奨・認証[2)]	住所	電話番号	受付時間	ウエブサイト	診療科および言語	利用可能なクレジットカード
			種別	救急医療体制							
○○県	A医療圏	○○総合病院	（1）	3次		〒000-0000 ○○県○○市○○町○－○	0000-00-0000	○曜日：0.:00-00:00	www.xxxx.xxx	○科：○語 ○科：○語	VISA、MASTER、AMEX、Diners Club、JCB
	A医療圏	○○内科	（2）			〒000-0000 ○○県○○市○○町○－○	0000-00-0000	○曜日：0.:00-00:00	www.xxxx.xxx	○科：○語	なし
	A医療圏	○○クリニック				〒000-0000 ○○県○○市○○町○－○	0000-00-0000	○曜日：0.:00-00:00	www.xxxx.xxx	○科：○語	なし
	A医療圏	○○歯科				〒000-0000 ○○県○○市○○町○－○	0000-00-0000	○曜日：0.:00-00:00	www.xxxx.xxx	○科：○語	なし
	B医療圏	○○病院	（2）	2次		〒000-0000 ○○県○○市○○町○－○	0000-00-0000	○曜日：0.:00-00:00	www.xxxx.xxx	○科：○語 ○科：○語	VISA、MASTER、AMEX、Diners Club、JCB
	B医療圏	○○医院	（2）			〒000-0000 ○○県○○市○○町○－○	0000-00-0000	○曜日：0.:00-00:00	www.xxxx.xxx	○科：○語、	VISA、MASTER
	C医療圏	○○診療所				〒000-0000 ○○県○○市○○町○－○	0000-00-0000	○曜日：0.:00-00:00	なし	○科：○語、	なし
	C医療圏	○○医療センター	（1）	2次	JMIP JIH	〒000-0000 ○○県○○市○○町○－○	0000-00-0000	○曜日：0.:00-00:00	www.xxxx.xxx	○科：○語 ○科：○語	VISA、MASTER、AMEX、Diners Club、JCB
	D医療圏	○○内科	（2）			〒000-0000 ○○県○○市○○町○－○	0000-00-0000	○曜日：0.:00-00:00	なし	○科：○語	なし

重症・軽症の考え方は、救急医療体制の考え方に従う

脚注：
1）本リストは、訪日外国人旅行客や在留外国人患者を受け入れる医療機関を明示することで、患者や医療機関等の利便性や、行政サービスの向上を目的としてつくられている。上記に掲載されていない医療機関における外国人患者の診療を妨げるもの・抑制するものでもない。
2）本リストに掲載されている医療機関は、訪日外国人旅行客や在留外国人の受け入れに際し、拠点的な役割をはたす医療機関である。外国から診療目的で来日する外国人患者を受け入れる医療機関のリストではない。

JMIP （一財）日本医療教育財団が実施している外国人患者受入医療機関認証制度(JMIP) JIH （一社）Medical Excellence JAPAN（MEJ）が実施しているジャパンインターナショナルホスピタルズ(JIH)

外国人患者に対する医療提供体制等の整備

○ 外国人患者に対する医療提供体制等の整備として、平成31年度は、医療機関を対象とした支援として以下のものを予定しており、厚生労働省としてはこれらの取組より、医療機関の受入体制の向上を支援している。
  - 医療通訳者・コーディネーターの配置の財政支援
  - タブレット端末等配置の財政支援（新規事業）

○ これらの補助事業の交付対象となる医療機関は、都道府県が選出する「外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関」であるものとする。

○ 都道府県におかれては、新規事業で実施する協議会等の場を活用し、「外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関」を選出していただきたい。

継続実施する事業

外国人患者受入れ環境整備推進事業

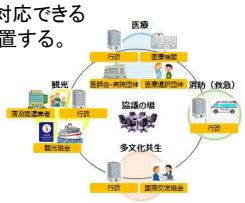
モデル医療機関(拠点病院)を選定

- 背景：地域における外国人患者受入の拠点となる医療機関(拠点病院)を整備する必要
- 事業概要：
  ① 医療通訳を配置
  ② 外国人向け医療コーディネーターを配置
  ③ 拠点病院機能の構築
    - 自治体や周辺医療機関に対して、拠点病院であることを周知
    - 周辺医療機関等から、医療通訳が必要な患者の紹介受入
    - 周辺医療機関向けに、院内見学会・セミナー・勉強会等を開催

新規に実施する事業

都道府県単位の医療・観光等連携ワンストップ対応

- 都道府県に、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を設置し、実態の把握・分析や受入医療機関の整備方針の協議、リスト作成と関係者への周知、地域の課題の協議などを行う。
- 都道府県に、医療機関等から寄せられる様々な相談にも対応できるワンストップ窓口を設置する。



希少言語も含めて対応可能な遠隔通訳サービス

- 民間サービスがなく、行政が通訳者を確保することも難しい希少言語にも対応可能な遠隔通訳サービスを提供。

医療コーディネーター等養成研修

- 医療機関の外国人患者受入対応能力向上のため、医療コーディネーター等の養成研修等を実施。

翻訳ICT技術に対応したタブレット端末等の配置

- 外国人受入の拠点となる医療機関に、受付から支払までの流れを一貫して支援することが可能な翻訳ICT技術に対応したタブレット端末等を配備

厚生労働省の予算事業の紹介

医療機関における外国人患者受入れ環境整備事業　平成31年度予算案 136,697千円（136,692千円）

- 我が国の在留外国人は約263万人[1]（平成30年6月末現在）、訪日外国人は3,119万人[2]（平成30年速報値）と増加傾向。
- こうした中、在留・訪日外国人患者が安心・安全に日本の医療機関を受診できるよう、国内の医療機関における外国人患者受入れのための環境整備が不可欠。
- 未来投資戦略2017において掲げた「外国人患者受入れ体制が整備された医療機関」を100か所整備する目標は前倒して達成されたため、今後は、これらの基幹となる医療機関に加えて、地域の実情を踏まえながら、外国人患者の受入れ体制の裾野拡大に着手し、外国人患者の受入れ環境の更なる充実を目指す。

（参考）関係閣議決定等
- 経済財政運営と改革の基本方針2018 （平成30年6月15日 閣議決定）
- 未来投資戦略2018 （平成30年6月15日 閣議決定）
- 観光ビジョン実現プログラム2018 （平成30年6月12日 観光立国推進閣僚会議（主宰：内閣総理大臣）決定） 等

※以下3事業の内容、補助対象数等は平成30年度のものであり、平成31年度事業の詳細は調整中

① 地域における外国人患者受入れ体制のモデル構築事業

モデル都道府県を5程度選定

- 背景：地域毎に異なる問題が生じており、地域固有の事情を勘案した上での対応が必要
- 事業概要： 都道府県において、①多分野の関係者による議論の場の設置、②地域固有の実情の把握、③情報発信 等を行い、地域特性に応じたモデルを構築

② 団体契約を通じた電話医療通訳の利用促進事業

電話医療通訳の団体契約を行う事業者を5程度選定

- 背景：電話による医療通訳は、利便性が高いものの、医療機関における認知度はまだ十分でない
- 事業概要：とりまとめ団体[3]と電話通訳事業者との間で、一括して通訳の利用に係る契約を行い（団体契約）、傘下の医療機関が電話通訳を利用できるようにする

電話回線　インターネット回線や情報通信技術を用いた通訳端末

③外国人患者受入れ環境整備推進事業

モデル医療機関(拠点病院)を10～箇所選定

- 背景：地域における外国人患者受入の拠点となる医療機関（拠点病院）を整備する必要
- 事業概要：
  ① 医療通訳を配置
  ② 外国人向け医療コーディネーターを配置
  ③ 拠点病院機能の構築
  - 自治体や周辺医療機関に対して、拠点病院であることを周知
  - 周辺医療機関等から、医療通訳が必要な患者の紹介受入
  - 周辺医療機関向けに、院内見学会・セミナー・勉強会等を開催

1) 法務省, 2) 日本政府観光局, 3) 複数の医療機関から構成される法人（病院団体・グループ、医師会等）、地方公共団体等

外国人患者に対する医療提供体制整備等の推進【新規】　平成31年度予算案 1,518,259千円（0千円）

背景

- 平成29年の訪日外国人は2,869万人にのぼり、訪日外国人が増加する中、外国人患者が安心・安全に日本の医療機関を受診できる体制を整備することが重要である一方、医療機関においては、意思疎通や未収金発生の問題などの課題が指摘されている。
- 「自民党政務調査会　外国人観光客に対する医療PT」が、「外国人観光客に対する快適な医療の確保に向けた第一次提言」（平成30年4月27日）を取りまとめ、以下の対応策を行うことが求められた。
- 政府の健康・医療戦略推進本部の下に「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」が設置され、「訪日外国人に対する適切な医療等の確保に向けた総合対策」（平成30年6月14日）が取りまとめられた。

「外国人観光客に対する快適な医療の確保に向けた第一次提言」における要望（抄）

- **外国人観光客を医療機関等へつなぐ協力体制整備**
  - 国は、特に外国人観光客の受診が急増している地域等において、対策協議会の設置やそれに基づく地域横断的な仕組みを構築するモデル事業を2019年度中に開始する。
- **医療機関等の窓口における外国人観光客対応力の向上**
  - 自治体と関係機関の緊密な連携のもとに実施できるよう必要な支援を行う。また（略）ワンストップの対応を行うために、自治体に窓口を設ける。
- **医療機関等における外国人観光客への研修強化**
  - 医療文化・習慣の相違に配慮した診療提供のための研修を厚生労働省が観光庁等の関係省庁や自治体と連携して行う。
  （略）また、厚生労働省は、地域の実情に応じて、重点病院等において活躍する外国人向け医療コーディネーターの養成と配置を進める。
- **医療機関等における医療通訳・多言語対応の体制整備**
  - 医療機関等における多言語でのコミュニケーションの体制整備を行う。（略）2019年度中に、少なくとも地域の外国人観光客受入の拠点となる病院には必要なICTツールがインストールされたタブレット等が完備されるようにすべきである。
  - 希少言語については、国内に医療通訳のニーズも少なく、加えて、通訳者が少ないことから、民間事業者としては、運営整備が困難である。海外では、希少言語の医療通訳に関しては、政府が一元運営している事例もあることから、整備は全国単位で考えていくことを検討する。

新規に実施する事業

都道府県単位の医療・観光等連携ワンストップ対応
- 都道府県に、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を設置し、実態の把握・分析や受入医療機関の整備方針の協議、リスト作成と関係者への周知、地域の課題の協議などを行う。
- 都道府県に、医療機関等から寄せられる様々な相談にも対応できるワンストップ窓口を設置する。

希少言語も含めて対応可能な遠隔通訳サービス
- 民間サービスがなく、行政が通訳者を確保することも難しい希少言語にも対応可能な遠隔通訳サービスを提供。

医療コーディネーター等養成研修
- 医療機関の外国人患者受入対応能力向上のため、医療コーディネーター等の養成研修等を実施。

翻訳ICT技術に対応したタブレット端末等の配置
- 外国人受入の拠点となる医療機関に、受付から支払までの流れを一貫して支援することが可能な翻訳ICT技術に対応したタブレット端末等を配備

Sila menjaga diri sendiri
Jangyaring alagaan ang iyong sarili
Выздоравливайте

６．性犯罪・性暴力被害者のためのワンストップ支援センターについて

○　「性犯罪・性暴力被害者のためのワンストップ支援センター」（以下「ワンストップ支援センター」という。）とは、性犯罪・性暴力被害者に対して、被害直後からの総合的な支援（産婦人科医療、相談・カウンセリング等の心理的支援、捜査関連の支援、法律的支援等）を可能な限り一か所で提供することにより、被害者の心身の負担軽減、健康回復、警察への届出促進等を図ることを目的としている。

○　「第４次男女共同参画基本計画」（平成 27 年 12 月 25 日閣議決定）においては、平成 32 年に行政が関与するワンストップ支援センター設置数を、各都道府県に最低１か所とすることが成果目標とされていたが、昨年 10 月にワンストップ支援センターが全都道府県に設置されこの目標は前倒しして達成されたところである。

○　ワンストップ支援センターの設置に関しては、平成 29 年６月 23 日に「刑法の一部を改正する法律」（平成 29 年法律第 72 号）が公布され、同法律案に対する附帯決議において、ワンストップ支援センターの整備を推進することが求められており、国会等での議論では、ワンストップ支援センターの類型の中でも特に病院拠点型の設置の促進、県内の複数設置及び 24 時間対応とすべきというご意見をいただいているところである。

※ワンストップ支援センターの形態別設置数

・病院拠点型　７カ所
・相談センター拠点型　４カ所
・相談センターを中心とした連携型　３６カ所

○　省庁別の取組として、厚生労働省は「第３次犯罪被害者等基本計画」（平成 28 年４月１日閣議決定）において、犯罪被害者支援団体等から、ワンストップ支援センター開設に向けた相談があった場合には、都道府県等の協力を得て、協力が可能な医療機関の情報を収集し、提供することのほか、医療機能情報提供制度の充実を図るとともに、当該制度によりワンストップ支援センターを施設内に設置している医療機関を検索することができることの周知を図ることとされている。

○　具体的にはこれまでに、内閣府が作成した「ワンストップ支援センター開設・運営の手引」（平成 24 年３月）を医療関係団体等に対し周知したほか、全国医政関係主管課長会議においても、各自治体に対し、犯罪被害者支援団体等からワンストップ支援センター開設等について相談があった場合には、担当部局や医療関係団体等とも連携しつつ対応していただくよう依頼しているところである。

○　更に、各自治体に対し、平成 28 年４月１日付事務連絡「性犯罪・性暴力被害者のためのワンストップ支援センターの設置促進について（依頼）」を発出し、ワンストップ支援センターの開設等に協力可能な医療機関の情報収集・提供等の対応を依頼したところである。

○　各自治体におかれては、こうした点も踏まえ、今後とも性犯罪・性暴力被害者のためのワンストップ支援センターの設置促進、機能充実にご協力方お願いする。

1　性犯罪・性暴力被害者のためのワンストップ支援センターとは

ワンストップ支援センター設置の目的

性犯罪・性暴力被害者に対して、被害直後からの総合的な支援（産婦人科医療、相談・カウンセリング等の心理的支援、捜査関連の支援、法律的支援等）を可能な限り一か所で提供することにより、被害者の心身の負担軽減、健康回復、警察への届出促進、被害の潜在化防止を図る。

ワンストップ支援センターにおける主な支援対象

強姦・強制わいせつ（未遂・致傷を含む。）の被害に遭ってから概ね１～２週間程度の急性期の被害者

- 警察への届出の有無に関わらない。
- 可能な限り子どもも対象とする。
- 上記以外の被害者から相談を受けた場合には、必要な支援を提供可能な関係機関・団体等に関する情報提供などを行う。

ワンストップ支援センターの核となる機能（主な支援内容）

○ 支援のコーディネート・相談
- 電話や来所による相談
- 被害者の状態・ニーズを把握する。
- 支援の選択肢を示す
- 必要な支援を行っている関係機関・団体（警察、精神科医・臨床心理士・カウンセラー、弁護士・法テラス、男女共同参画センター、婦人相談所、児童相談所、精神保健福祉センター、検察庁等）に確実につなぐ。

○　産婦人科医療（救急医療・継続的な医療・証拠採取等）

2　ワンストップ支援センターの開設・運営に必要なこと

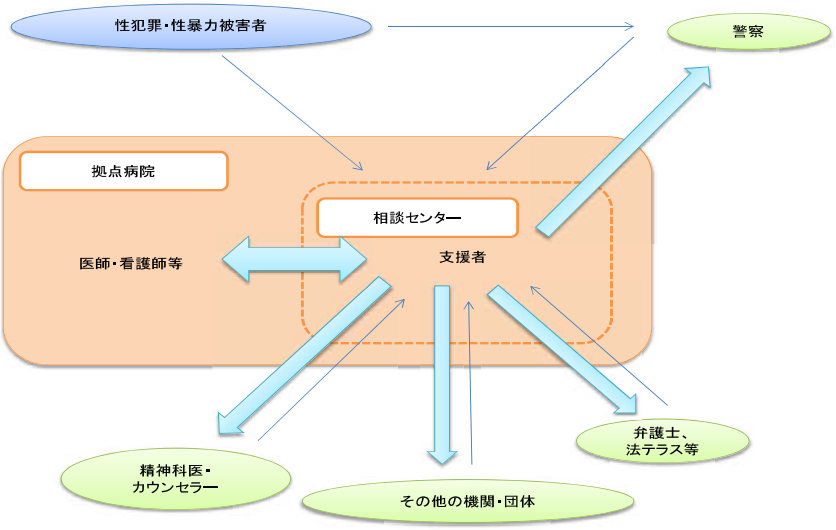
○ 産婦人科を有する病院の確保
○ 関係機関・団体等とのネットワーク構築
○ 具体的連携に関する合意形成
○ 人員・体制の確保
○ マニュアル・業務に必要な各種書類等の整備
○ 情報管理体制の整備
○ 広報
○ 研修の実施
○ 支援者、医師・看護師等のメンタルケア

開設・運営の経費

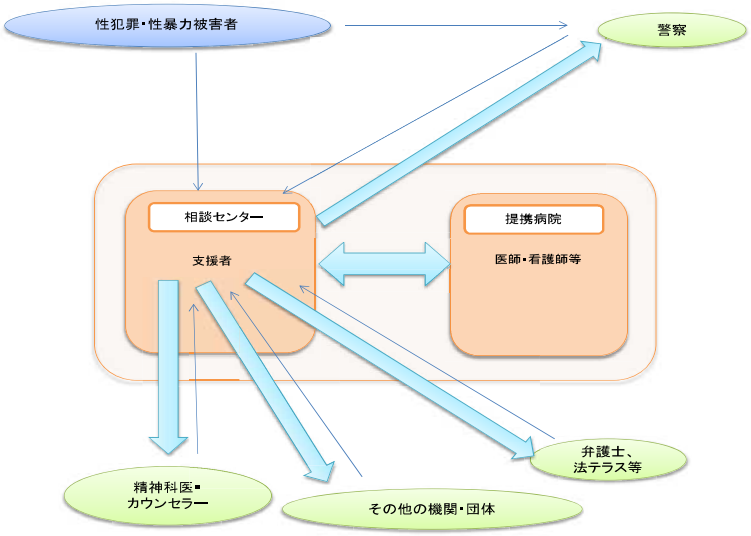
○ 相談・コーディネート業務のために必要な経費
○ 産婦人科医療における支援業務のために必要な経費

3　ワンストップ支援センターの形態

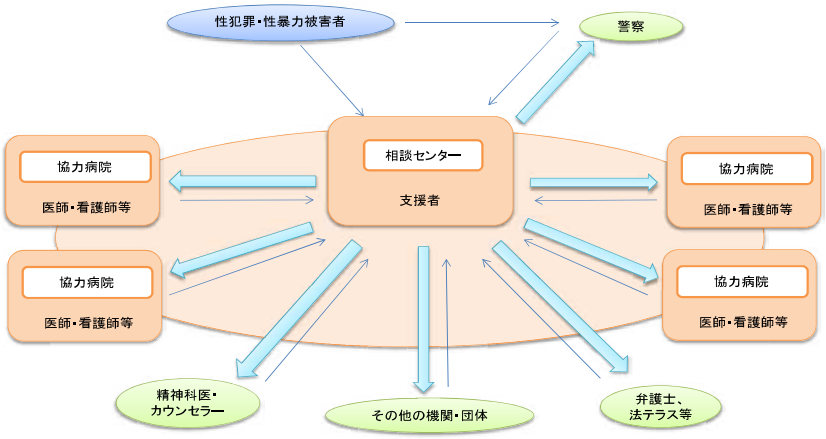
病院拠点型



相談センター拠点型



相談センターを中心とした連携型



性犯罪・性暴力被害者のためのワンストップ支援センター開設・運営の手引
～地域における性犯罪・性暴力被害者支援の一層の充実のために～　より
（平成 24 年３月　内閣府犯罪被害者等施策推進室）

◆第４次男女共同参画基本計画（平成27年12月25日閣議決定）（抄）

第２部　施策の基本的方向と具体的な取組

Ⅱ　安全・安心な暮らしの実現

４　性犯罪への対策の推進

イ　被害者への支援・配慮等

（ア）ワンストップ支援センターの設置促進

①　性犯罪被害者に対する専門の相談窓口機能を持ち、必要に応じ医師による心身の治療、警察等への同行支援を始めとする、適切な支援が可能な性犯罪・性暴力被害者のためのワンストップ支援センターの設置を促進する。また、被害者の要望に応じた支援をコーディネートできるよう、性犯罪被害者支援に係る関係部局と民間支援団体間の連携を促進する。

◆第３次犯罪被害者等基本計画（平成28年４月１日閣議決定）（抄）

Ⅴ　重点課題に係る具体的施策

第２　精神的・身体的被害の回復・防止への取組

１　保健医療サービス及び福祉サービスの提供（基本法第１４条関係）

(21) ワンストップ支援センターの設置促進

性犯罪被害者のためのワンストップ支援センター（医師による心身の治療、医療従事者・民間支援員・弁護士・臨床心理士等による支援、警察による事情聴取等の実施が可能なセンター。以下「ワンストップ支援センター」という。）の設置を促進するため、以下の施策を推進する。（再掲：第４，１(10)）

ア　警察庁において、内閣府及び厚生労働省の協力を得て、性犯罪被害者が必要としている支援を迅速かつ適切に提供できるよう、「性犯罪・性暴力被害者のためのワンストップ支援センター開設・運営の手引」の活用促進や「犯罪被害者等施策メールマガジン」を通じた情報提供等により、地方公共団体における性犯罪被害者支援に係る関係部局や医療機関、犯罪被害者等の援助を行う民間の団体間の連携・協力の充実・強化を要請する。【警察庁、内閣府、厚生労働省】

イ　内閣府において、相談員等に対し、性犯罪を含む女性に対する暴力の被害者支援に関する研修を実施し、相談体制の充実を図る。【内閣府】

ウ　厚生労働省において、都道府県等の協力を得て、犯罪被害者支援団体、医師等医療関係者等から、ワンストップ支援センター開設に向けた相談があった場合には、協力が可能な医療機関の情報を収集し、当該犯罪被害者支援団体等に提供する。【厚生労働省】

エ　厚生労働省において、医療機能情報提供制度の充実を図るとともに、当該制度によりワンストップ支援センターを施設内に設置している医療機関を検索することができることの周知を図る。【厚生労働省】

オ　上記施策のほか、関係府省庁において、必要に応じて連携し、ワンストップ支援センターを含む性犯罪被害者の支援体制の充実のための施策を検討する。【内閣府、警察庁、厚生労働省】

７．次世代医療基盤法における医療情報の提供について

○　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。

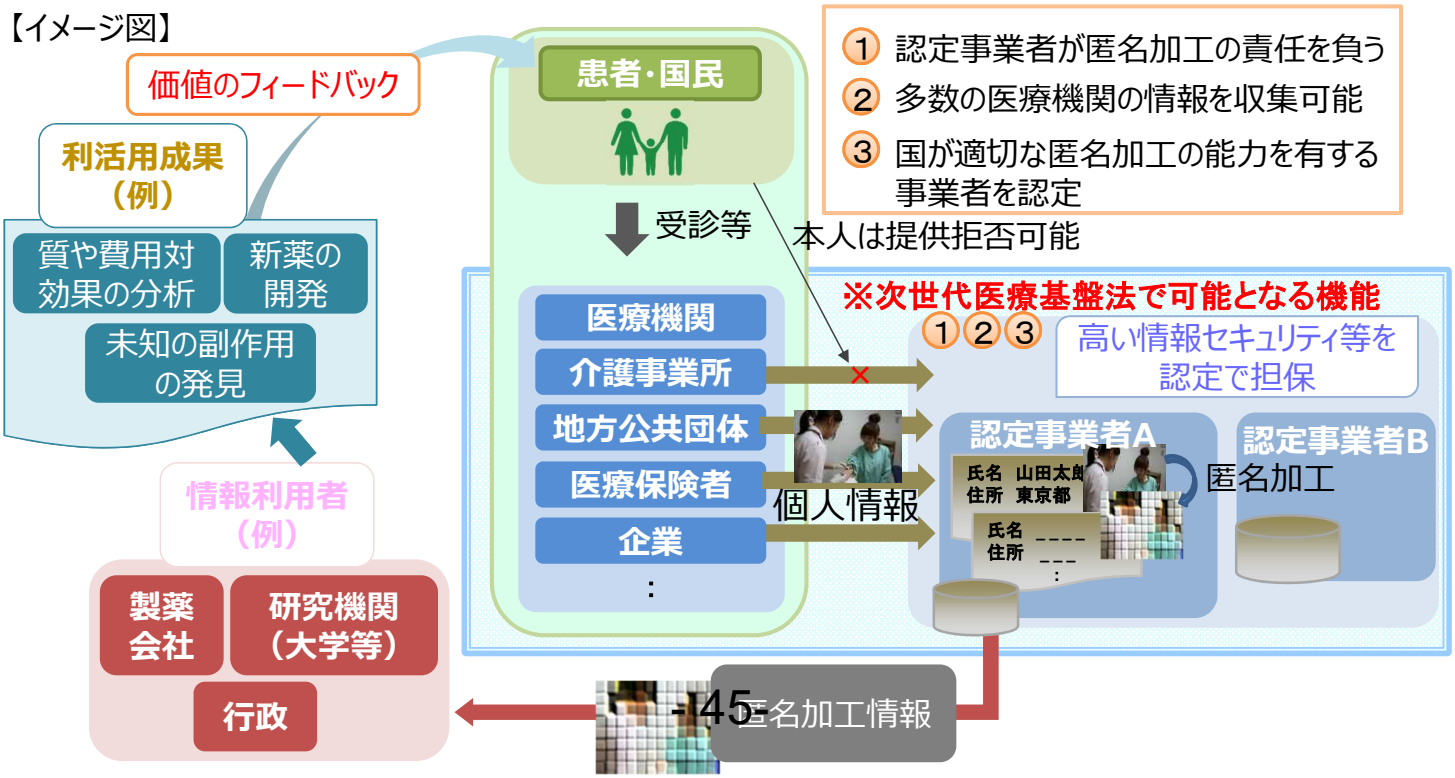
※　公立病院等が個人情報を第三者に提供する場合には、個人情報保護条例に基づく必要があるものの、認定事業者に対する医療情報の提供は、条例で個人情報の第三者提供を認める「法令に基づく場合」に該当するものと解釈することが可能。

（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】



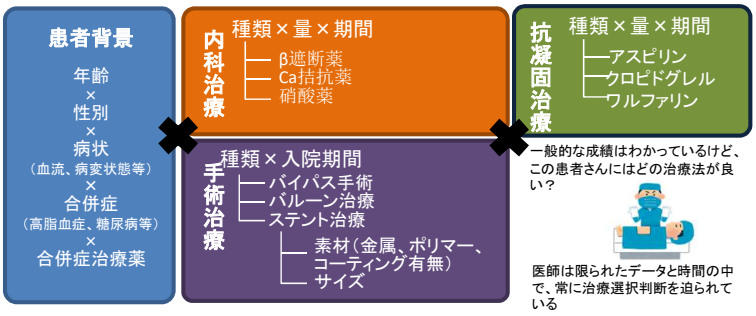
次世代医療基盤法によって実現できること（事例）

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

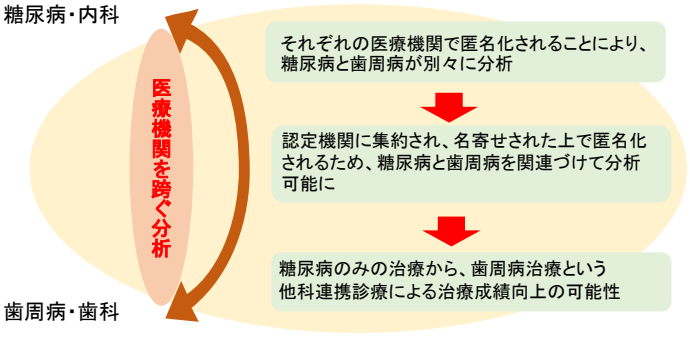
■ 治療効果や評価等に関する大規模な研究の実現

例1）最適医療の提供
・大量の実診療データにより治療選択肢の評価等に関する大規模な研究の実施が可能になる。

＜例：狭心症治療＞



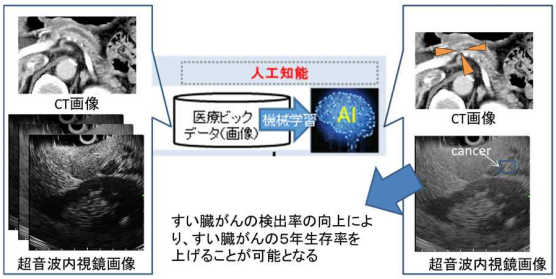
例2）異なる医療機関や領域の情報を統合した治療成績の評価
・糖尿病と歯周病のように、別々の診療科の関連が明らかになり、糖尿病患者に対する歯周病治療が行われることで、健康状態が向上する可能性



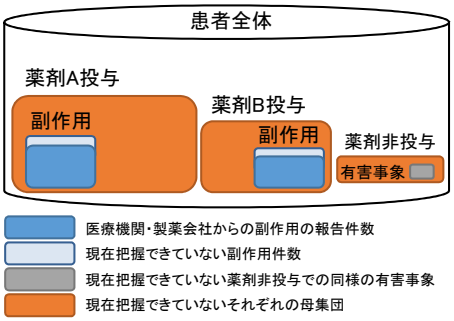
■医薬品市販後調査等の高度化、効率化

例3）最先端の診療支援ソフトの開発
・人工知能（AI）も活用して画像データを分析し、医師の診断から治療までを包括的に支援

・予後不良のすい臓がんをCTや超音波内視鏡画像の画像解析により、早期診断・早期治療



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



次世代医療基盤法のポイント

＜国民・患者の方含め全ての方へ＞

○**医療情報の利活用を通じて患者に最適な医療を提供する。**
○**国の認定**を受けた事業者に提供。
○**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**。

各地方公共団体のお伝えしたいこと

○　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ない統一的な条件で**、
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。

次世代医療基盤法と個人情報保護条例との関係

○　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のほか、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。

府医第３号
30振ライ第14号
医政総発0201第１号
20190129商第３号
平成31年２月１日
平成31年2月22日改正

各都道府県・指定都市個人情報保護担当部局長
殿
各都道府県・指定都市保健福祉担当部局長

内閣府日本医療研究開発機構・医療情報基盤担当室参事官
（　公　印　省　略　）
文部科学省研究振興局ライフサイエンス課長
（　公　印　省　略　）
厚生労働省医政局総務課長
（　公　印　省　略　）
経済産業省商務・サービスグループヘルスケア産業課長
（　公　印　省　略　）

医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律と個人情報の保護に関する条例との関係について（周知）

医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律（平成29年法律第28号。以下「法」という。）等の施行については、昨年５月31日、「医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律等の施行について」（府医第36号・30文科振第111号・医政発0531第25号・20180508商第１号。以下「施行通知」という。）により、各都道府県知事及び各指定都市市長宛てに通知を発出しました。

その中では、地方公共団体及び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、個人情報の保護に関する条例上、個人情報を第三者に提供することができる場合として規定が整備された「法令に基づく場合」に該当すると考えられるものとしています。（この点、法の制定にかかる制度検討を行った際のとりまとめ報告書である「次世代医療ＩＣＴ基盤協議会医療情報取扱制度調整ワーキンググループ（ＷＧ－Ｂ）とりまとめ」（平成28年12月27日）においては、「医療情報匿名加工・提供機関（仮称）に関する個人情報保護の在り方」について、「①日本の医療水準の向上等を目指して匿名加工情報をその利活用者に提供するという特定の目的のために、②国が定める基準を満たす医療情報匿名加工・提供機関（仮称）に情報を提供する場合に限って、③情

報を取り扱う主体の性格に応じて適用される法的な枠組みの相違にかかわらず統一的に、本人の同意が得られていない場合でも、医療情報匿名加工・提供機関（仮称）に対する医療等個人情報の提供を認めるもの」等とされています。）

上記に基づき、地方公共団体及び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が円滑に行われるためには、法と個人情報の保護に関する条例との関係について、関係者間で十分に理解を共有する必要があります。

これを踏まえ、今般、下記のとおり、法と個人情報の保護に関する条例との関係を整理しました。

ついては、貴職におかれては、御了知の上、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、積極的な御協力をお願いします。あわせて、貴管内の市区町村や地方独立行政法人に対する周知をお願いします。

記

１．個人情報の保護に関する条例における「法令に基づく場合」について

（１）　全ての地方公共団体の条例において、地方公共団体の外部に個人情報を提供することができる場合として、「法令に基づく場合」の規定が整備されています。この場合の「法令」とは、個人情報の提供を義務付けている「法令」に限られないため、法第 30 条に基づく医療情報の提供は、この「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であると考えられます。（法と個人情報の保護に関する条例との関係の詳細については、別添を参照してください。）

（２）　なお、独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 59 号）第９条第１項は「独立行政法人等は、法令に基づく場合を除き、利用目的以外の目的のために保有個人情報を自ら利用し、又は提供してはならない。」と規定（さらに同条第２項において、第１項の規定にかかわらず利用又は提供できる場合の条件を規定）しており、法も、各独立行政法人等による同条第１項の「法令に基づく場合」としての提供が可能であるとする判断の対象となり得ると解されます。（総務省行政管理局に確認済です。）

２．国からの法の趣旨・目的等の説明について

（１）　施行通知の中では、「法の趣旨・目的等について、地方公共団体、地方独立行政法人及び保険者の職員の理解を深めるための研修等を企画する場合には、必要に応じ国から講師派遣等を行うことも可能です。」としています。

（２）　この点、例えば、各地方公共団体において、法に基づく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を個人情報の保護に関する審議会に付議する場合など、貴管内の関係機関や関係団体に対しても、必要に応じ、法の趣旨・目的等について、国から職員を派遣する等の方法で説明する用意がありますので、随時御相談をお願いします。

○別添　参考資料

参考資料

宇賀克也著「個人情報保護法の逐条解説(第６版)」(平成 30 年・有斐閣)
438 頁 －抄－

第２部 行政機関個人情報保護法の逐条解説

第８条（利用及び提供の制限）

（１）「行政機関の長は、法令に基づく場合を除き、利用目的以外の目的のために保有個人情報を自ら利用し、又は提供してはならない」（１項）

「法令に基づく場合」とは、法令に基づく情報提供が義務づけられている場合のみならず、法令に情報提供の根拠規定が置かれている場合を広く含む。個人情報保護条例に「法令等に基づく場合」「法令又は条例に基づく場合」が目的外利用・提供禁止原則の例外として規定されている場合も、一般に同じである。ただし､逗子市個人情報保護条例 10 条１項１号の「法令又は条例の規定に基づき」は､「当該法令又は条例により通知、送付等が義務付けられている場合に限るものとする。法令又は条例の規定がある場合でも、単に利用又は提供ができる根拠を与える規定であり利用又は提供そのものは任意なものである場合を含まない」と解釈されている（「逗子市個人情報保護条例の解釈運用基準」第 10 条関係２（解釈）(1)（第１項関係）エ（第１号関係）②参照)。神奈川県は、かつては､「法令等の規定に基づき利用し、又は提供するとき」(個人情報保護条例９条１項１号）について利用・提供が義務付けられる場合に限定して運用していたが、解釈を変更し、現在は、情報提供の根拠規定が置かれている場合を広く含むとする運用をしている（かながわの個人情報保護ハンドブック９条（利用及び提供の制限）第１号（法令等の規定に基づく利用・提供の場合）関係２（解釈）（２))。

（２）～（11）　（略）

※本書籍の出版権は、株式会社有斐閣に帰属します。

宇賀克也著「自治体のための解説個人情報保護制度」（平成 30 年・第一法規）
202 頁 －抄－

第２部 個人情報保護に係る特別法

第３章 医療ビッグデータの利用と保護

14　医療情報取扱事業者による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

（１）医療情報取扱事業者による医療情報の提供

①　要配慮個人情報のオプトアウト方式による提供禁止原則の例外

医療情報は要配慮個人情報であり（個人情報保護法２条３項）、要配慮個人情報である個人データについては、一般的には、オプトアウト方式による第三者提供は禁止されているから（同法 23 条２項柱書）、本法 30 条１項は、認定匿名加工医療情報作成事業者に提供する場合に限定して、その特例を認めていることになる。すなわち、個人情報保護法 23 条１項１号、行政機関個人情報保護法８条１項、独立行政法人等個人情報保護法９条１項の「法令に基づく場合」として、目的外提供が認められる。また、個人情報保護条例においても、その全てにおいて、法令に基づく場合には、保有個人情報の目的外提供を認める規定がおかれている。このように、本法 30 条１項は、医療情報の保有主体が、個人情報取扱事業者、国の行政機関、独立行政法人等、地方公共団体のいずれであるかにかかわらず、目的外提供についての特例を定めるものである。

②　（略）

③　オンライン結合制限原則の例外

個人情報保護条例には、一般にオンライン結合制限規定が置かれているが、法令に基づく場合には例外が認められている。本法 30 条１項は、この例外に該当し、また、法令に基づく場合を例外とする規定が置かれていない場合であっても、法律は条令に優先するから、条令のオンライン制限規定に制約されず、同項の規定に基づき、医療情報取扱事業者である地方公共団体は、認定匿名加工医療情報作成事業者に対して、オンラインで医療情報を提供することができる。

④～⑪　（略）

（２）～（７）　（略）

※本書籍の出版権は、第一法規株式会社に帰属します。

府医第３６号
30文科振第111号
医政発0531第25号
20180508商第１号
平成30年５月31日

各都道府県知事
殿
各指定都市市長

内閣府日本医療研究開発機構・医療情報基盤担当室長
（公印省略）
文部科学省研究振興局長
（公印省略）
厚生労働省医政局長
（公印省略）
経済産業省大臣官房商務・サービス審議官
（公印省略）

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

医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律（平成29年法律第28号。以下「法」という。）については、平成29年５月12日に公布され、本年５月11日に施行されました。（別添１及び２参照）

また、医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する基本方針（平成30年４月27日閣議決定。以下「基本方針」という。別添３参照。）について、本年５月11日付けで定められたほか、医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律施行令（平成30年政令第163号。別添４参照。）及び医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律施行規則（平成30年内閣府・文部科学省・厚生労働省・経済産業省令第１号。別添５参照。）について、本年５月７日に公布され、本年５月11日に施行されました。

加えて、法の目的が適切に達成されるよう、その具体的な運用の在り方を示した「医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律についてのガイドライン」（以下「ガイドライン」という。別添６参照。）についても策定しました。

ついては、貴職におかれましては、下記のとおり、制度の趣旨を御了知いただくとともに、貴管内の関係機関、関係団体等への周知をお願いいたします。

また、貴管内の市区町村に対しても、併せて周知願います。

記

１．制度の趣旨

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

医療情報については、現在、全国規模で利活用が可能なデータは、診療報酬明細書、調剤報酬明細書（レセプト）等のインプットに関するデータが基本であり、診療行為の実施結果（アウトカム）に関するデータ（検査データ、各種画像データ等）の利活用は十分には進んでいません。

海外でも大規模な医療情報データベースの整備・活用が進展しつつある中で、我が国としても、アウトカムを含む質の高い大規模な医療情報の収集・利活用を進めていく必要がありますが、我が国の医療制度の特性として、医療機関の設立母体が民間中心であるとともに、保険制度等が分立していることもあり、こうした情報は分散して保有されています。

こうした中で、2017 年５月から個人情報の保護に関する法律及び行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律の一部を改正する法律（平成 27 年法律第 65 号）が施行され、病歴等の情報を要配慮個人情報と位置付ける一方で、要配慮個人情報を含め、特定の個人を識別すること及びその作成に用いる個人情報を復元することができないように個人情報保護委員会規則で定める基準に従い、当該個人情報を加工した匿名加工情報の利活用に関する仕組みが設けられました。2016 年 12 月には、官民データの適正かつ効果的な活用の推進に関し、基本理念を定め、国等の責務を明らかにするとともに、官民データ活用推進基本計画の策定その他施策の基本となる事項について定める官民データ活用推進基本法（平成 28 年法律第 103 号）も施行されたところですが、上記のような我が国の医療情報の保有の実態を踏まえれば、個人単位での連結を含め質の高い医療情報の利活用を推進するためには、一層の環境整備を図る必要があります。

こうした状況を踏まえ、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適正に利活用することが可能な新たな仕組みを整備することとしたものです。

なお、法の目的を達成するため、医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する施策の推進に関する基本的な方向、国が講ずべき措置等について定めることによ

り、施策の総合的かつ一体的な推進を図るものとして、基本方針を定めています。（別添３参照）

２．制度の概要

法は、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適正に利活用することができるよう、

・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加工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を設けるとともに、
・医療機関等の医療情報取扱事業者は、あらかじめ本人に通知し、本人が提供を拒否しない場合には、この認定を受けた認定匿名加工医療情報作成事業者に対して医療情報を提供できること

とし、このように収集した医療情報（※）を認定匿名加工医療情報作成事業者が匿名加工し、医療分野の研究開発の用に供することとしたものです。

※　「医療情報」には、病院、診療所、薬局等における情報のほか、保険者等における各種健診データ等が含まれます。

法においては、こうした医療情報を事業の用に供する者を、「医療情報取扱事業者」と定義しています。

３．制度の運用

認定匿名加工医療情報作成事業者を通じた匿名加工医療情報の利活用が促進され、医療分野の研究開発に資するよう、下記の点について、御理解・御協力をお願いいたします。

（１）医療情報の提供について

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は医療情報取扱事業者の任意ですが、健康・医療に関する先端的研究開発及び新産業創出を促進し、もって健康長寿社会の形成に資するとの本制度の意義・趣旨を踏まえ、医療情報取扱事業者の理解・協力を得ながら、医療情報の収集が行われ、利活用の基盤が構築されることが重要です。

地方公共団体及び地方独立行政法人は、医療機関等の設置者や、各種健康診査の実施者でもあり、医療分野の研究開発に資する医療情報を保有していることから、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、積極的な御協力をお願いいたします。

なお、地方公共団体及び地方独立行政法人の保有する医療情報を、法第 30 条の規定に基づき認定匿名加工医療情報作成事業者に対して提供することは、各地方公共団体の個人情報の保護に関する条例上も可能（※）です。

※全ての地方公共団体の条例において、地方公共団体の外部に個人情報を提供することができる場合として、「法令に基づく場合」の規定が整備されており、法第 30 条に基づく医療情報の提供は、この「法令に基づく場合」に該当すると考えられます。

また、法の趣旨・目的等について、地方公共団体、地方独立行政法人及び保険者の職員の理解を深めるための研修等を企画する場合には、必要に応じ国から講師派遣等を行うことも可能です。国、認定匿名加工医療情報作成事業者等が企画する研修等への積極的な参加について、御理解をお願いします。

（２）匿名加工医療情報の利活用について

匿名加工医療情報の利活用の成果が健康・医療・介護の現場に還元され、また現場のデジタル化、ＩＣＴ化、規格の整備等の取組とあいまって、利活用可能な医療情報が質的・量的に充実することにより、産学官の多様な主体による利活用がさらに加速・高度化する好循環を実現していくことが重要です。

認定匿名加工医療情報作成事業者が産学官に提供する匿名加工医療情報の利活用により実現が期待される成果として、例えば、以下の例が挙げられます。

＜最適な医療の提供等＞

治療の効果や効率性等に関する大規模な研究の結果を活用することで、個々の患者に最適な医療の提供が可能となる。また、疾病の発生・受診等の状況を速やかに把握し、行政が早期の対応を行うことが可能になる。

＜医薬品・医療機器の研究開発や安全対策の向上＞

臨床研究の設計・実施の精密化等により、医薬品や医療機器の効率的な研究開発が促進される。また、副作用の発生頻度の把握や比較が可能となり、医薬品等の安全対策が向上する。

＜新産業の創出＞

ビッグデータを活用した人工知能による診療支援サービスや、科学的根拠に基づいて各個人に最適な健康管理を実現するような新たなヘルスケアサービスの創出が見込まれる。

ついては、大学、研究機関、学会等における医療分野の研究開発に従事する研究者及び医薬品、医療機器等の開発に携わる企業等において本制度を御了知いただくため、貴管内の関係機関、関係団体等への周知をお願いいたします。

また、地方公共団体における公衆衛生・医療政策の立案・実施に際しても、匿名加工医療情報を積極的に利活用していくことが期待されますので、積極的な御検討をお願いいたします。

＜別添一覧＞

○別添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に関する法律について

○別添２

医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律（平成 29 年法律第 28 号）

○別添３

医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する基本方針（平成 30 年４月 27 日閣議決定）

○別添４

医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律施行令（平成 30 年政令第 163 号）

○別添５

医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律施行規則（平成 30 年内閣府・文部科学省・厚生労働省・経済産業省令第１号）

○別添６

医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律についてのガイドライン

８．その他関連施策について

（１）10 連休対応のための診療時間変更等に係る手続について

○　４月下旬から５月上旬までの 10 連休に対応するため、臨時的・一時的に、診療所の診療日・診療時間を変更する場合が想定されるが、この場合、医療法に基づく届出等の手続は不要である。

（２）障害者差別解消法医療関係事業者向けガイドラインの周知について

○　平成 29 年度主管課長会議においても周知させていただいたところであるが、平成 28 年１月 12 日付けで、障害者差別解消法に基づく「医療関係事業者向けガイドライン」が厚生労働大臣により決定され、同月 13 日付けで厚生労働省のホームページにも公表している。

○　平成 30 年７月にも、周知依頼の事務連絡を発出したところだが、今後も引き続き、同法の理念をご理解いただき、障害者の差別解消に向けた取組を積極的に進めていただくため、管内の医療関係事業者等に対する本ガイドラインの周知について、改めて御協力をお願いしたい。

（３）公共建築工事における「しっくい塗り」仕上げについて

○　国土交通省が作成している「公共建築工事標準仕様書（建築工事編）」が平成 31 年版へ改訂されるに当たり、左官工事の仕様として「しっくい塗り」が新たに記載される予定。

○　「しっくい塗り」は、調湿性に優れ、温かみのある仕上げが期待できるものである。仕様書の改訂（４月を予定）について御了知いただくとともに、公共建築工事を発注する際に活用をご検討いただきたい。

参考：国土交通省 官庁営繕の技術基準
（http://www.mlit.go.jp/gobuild/gobuild_tk2_000017.html）

その他関連施策等について

1．障害者差別解消法医療関係事業者向けガイドラインの周知について

平成28年1月12日付けで、「医療関係事業者向けガイドライン」が厚生労働大臣により決定され、同月13日付けで厚生労働省のホームページに公表した。

（参考：http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/sabetsu_kaisho/）

平成30年7月にも周知依頼の事務連絡を発出したところだが、同法の理念をご理解いただき、障害者の差別解消に向けた取組を積極的に進めていただくため、管内の医療関係事業者等に対する本ガイドラインの周知について、改めてご協力をお願いする。

なお、社会・援護局障害保健福祉部において、「医療機関における障害者への合理的配慮 事例集」を取りまとめたため、併せてご参考いただきたい。

（参考：https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194160.html）

医療経営支援課

１．医師の働き方改革等について

（１）働き方改革関連法の施行に向けて

○　昨年成立した働き方改革関連法が来る４月から順次施行される。

特に、４月から施行され、医療機関の従事者に関わってくるのが「長時間労働の是正、多様で柔軟な働き方の実現等」の内容であり、　時間外労働の上限規制の導入（医師については５年間適用猶予）、中小企業における月 60 時間超の時間外労働に対する割増賃金の見直し、一定日数の年次有給休暇の確実な取得、労働時間の状況の把握の実効性確保等に医療機関は対応していかなければならない。

このため、各都道府県医療勤務環境改善支援センター（以下「支援センター」という。）においては、働き方改革関連法の周知について、各都道府県労働局や関係団体とも連携し、全ての医療機関において改正法の理解が進むよう取り計らい方お願いするとともに、周知活動を行うにあたり、各支援センターの運営協議会を構成する団体である都道府県の医師会、看護協会、病院団体等と連携を図り共同で説明会を開催すること等も検討を依頼させていただいたが、引き続き、周知方お願いする（平成 30 年 11 月 21 日医政支発 1121 第２号厚生労働省医政局医療経営支援課長通知）。

特に、医師について、時間外労働の上限規制の適用は５年間猶予されているが、休日付与等は医師についても４月から適用開始であり、また、看護師等他職種については上限規制も４月から開始される点に留意が必要である。

（２）医師の働き方改革に関する検討会について

○　厚生労働省においては、「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）を受けて、「医師の働き方改革に関する検討会」（以下「検討会」という。）を設置し、医師に対する時間外労働規制の具体的な在り方、労働時間短縮策等について議論を重ね、昨年２月には、「中間的な論点整理」をまとめるとともに医師の勤務実態の改善のため、個々の医療機関がすぐに取り組むべき事項等を示した「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」（以下「緊急対策」という。）をとりまとめ、都道府県等を通じて周知し、医療機関に対し医師の労働時間短縮を行うよう求めてきた。

○　各都道府県におかれては、「「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」について」（平成 30 年３月５日付け医政発 0305 第８号医政局長通知）により、管内の医療機関に対して、緊急対策の趣旨、内容を情報提供いただき、緊急対策に示されている項目の迅速かつ着実な実施を促していただいている。また、取組を行う個別の医療機関に対して、支援センターにおいて、個別の医療機関に対する訪問支援を行うなどにより一層の積極的な支援等を行っていただいているところ。

○　その後も検討会においては、本年３月までの結論のとりまとめに向け、議論を行っており、具体的には、医師の勤務実態のさらなる分析を進めつ

つ、

・　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
・　働き方改革に当たって考慮を要する、医療の特性・医師の特殊性
・　医師の働き方に関する制度上の論点

についてテーマを大別し、医師の労働時間短縮・健康確保と必要な医療の確保の両立という観点から議論を行ってきた。

その上で、「2024 年４月から適用される医師の時間外労働規制」については、2024 年までの５年間に、（先ほど申し上げたような）労働時間の短縮策に徹底して取り組んでいくことを前提に、

・　「時間外労働の上限水準」は、休日労働込みの時間数とした上で、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て設定、
・　地域医療確保の観点からやむを得ない医療機関については、対象医療機関を特定した上で、暫定的な特例水準として、この上限水準を超える時間外労働の上限時間数を設けることとし、
・　暫定的な特例水準については、医師の健康を確実に確保するために、連続勤務時間規制や勤務間インターバル規制等の一般の労働者にはない健康確保措置を義務化する

等の案を盛り込んだとりまとめ骨子を、１月 11 日の検討会でとりまとめたところ。

○　具体的な時間数については、

・　「時間外労働の上限水準」については、年 960 時間以下、月 100 時間未満（例外あり）の水準とし、
・　地域医療確保の観点からやむを得ない医療機関については、時間外労働の上限水準を、年 1860 時間以下、月 100 時間未満（例外あるり）の水準

とする案について、議論を行っているところ。

○　制度の詳細を含め、引き続き検討を進め、本年３月までに結論をとりまとめ、より良い医療の在り方が実現できるようにしていきたいが、いずれにしても、医療従事者の中で特に長時間労働となっている医師については、労働時間短縮に向けて早急に取り組むことが必要である。

このため、検討会において、事務局案を前提とした 2024 年 4 月までの 5 年間の動きについても提示しており、都道府県における役割についても今後益々重要になってくることを想定している。

○　なお、緊急対策については、厚生労働省においてアンケート調査を実施したところ、一部の病院において 36 協定が締結されていないなど、労働法制上の義務違反が疑われる回答が見受けられたところであり、まずは、この調査結果を受けて管下の医療機関に改めて 36 協定の締結の必要性などを周知するよう依頼をさせていただく予定である。

加えて、平成 31 年度開始後早急に全ての病院に対し改めて、労働管理関係の取組状況を問う調査を国において行うこととしており、その結果を各

都道府県にお渡しするので、各都道府県内全ての病院において労働法令違反が生じないよう、助言活動を行っていただきたい。また、助言活動の結果、必要な是正がなされたかどうかのフォローアップをしていただき、どのような結果であったかを半年後を目処に国に報告していただき、国としても状況を確認する方針である。

○　医師の働き方改革と医師偏在対策、そして地域医療構想はそれぞれ、密接に関連する内容であり、それぞれの取り組みが、相乗的に効果を発揮することができるものであり、各部門連携した取り組みをする必要がある。例えば、昨年成立した医療法及び医師法の一部を改正する法律で規定された地域医療支援センターと医療勤務環境改善支援センターの連携については言わずもがなであるので、来年度は具体的取り組みを進めていただきたい。医師偏在対策は医師の働き方改革の前提条件でもあり、医師の働き方改革が医師確保対策の一環であることを念頭に推し進める必要がある。

（３）医療勤務環境改善支援センターについて

○　予算の確保について

医療従事者、特に医師の勤務環境の改善を促進するために支援センターの果たし得る役割及びそれに対する期待は大きくなっている。

（１）（２）を踏まえつつ、引き続き、平成 31 年度の支援センター運営等に関する都道府県予算の確保について、よろしくお願いする。なお、以下の留意点について念のため申し添える。

・医業経営アドバイザー関連経費を含む運営経費について地域医療介護総合確保基金を活用できること。平成 31 年度は基金の総枠も増額される予定であること。
・医療労務管理アドバイザー関連経費について各都道府県労働局の委託事業が担っているところであるが、同事業に係る平成 30 年度予算から、労務管理アドバイザーによる個別の医療機関への訪問支援を強化するための増額をしていること。このため、各労働局と連携の上、本事業の十分な活用により、支援センターによる個々の医療機関への積極的な訪問支援を実施していただきたいこと。
・都道府県の判断により勤務環境改善計画に基づく医療機関の取組に対する助成にも同基金を活用できること。

○　各都道府県における取組状況の把握について

① 年次活動計画の策定・提出

医療従事者の勤務環境の改善の取組を円滑に進めるため、「医療従事者の勤務環境の改善等に関する事項の施行について」（平成 26 年 10 月 1 日付け医政総発 1001 第 1 号）により、各都道府県においては、毎年度、年次目標（達成目標）や取組内容等を盛り込んだ年次活動計画を策定し、地域の関係者間で共有するとともに、厚生労働省へ提出していただくこととしている。

各都道府県においては、上記（１）（２）を踏まえつつ、平成 29 年度「医療勤務環境改善マネジメントシステムに基づく医療機関の取組みに対する支援の充実を図るための調査・研究事業報告書」（医療分野の勤務環境改善マネジメントシステムに基づく医療機関の取組に対する支援の充実を図るための調査・研究委員会）も参考にしていただき、平成 31 年度についても年次活動計画を策定していただきたい。

具体的な年次活動計画の策定、提出については追って依頼する予定であるので、ご了知いただきたい。

② 各都道府県における最新状況の把握

各都道府県においては、管内の医療機関における（２）の緊急対策への取組状況や支援センターの活動状況、個別の医療機関における具体的な取組の好事例等医療従事者の勤務環境の改善に関する各都道府県における最新の状況を把握するとともに、必要に応じて、厚生労働省等から各都道府県内の動向等を確認、照会させていただいた場合には、情報提供へのご協力をお願いしたい。

○　運営協議会の半期ごと以上の開催について

支援センターの役割が益々重大となることが想定されることから、支援センターの運営協議会を上半期だけでなく下半期にも開催するなど、その年度内の活動状況の中間報告や下半期における活動の重点を確認し必要な意見交換を行う場を設けるとともに、当該協議会を構成する各団体のさらなる協力を得ることに努め、来年度を見据えた検討を進めていただくようお願いする（平成 30 年 11 月 21 日医政支発 1121 第２号厚生労働省医政局医療経営支援課長通知）。

合わせて、医業経営アドバイザーと医療労務アドバイザーとの連携を促進するため、例えば１ヶ月に一度の情報交換会等の開催なども検討いただきたい。

（４）厚生労働省の事業について

厚生労働省では、各種関連事業を委託事業により実施しており、平成 31 年度も、各都道府県に対して、これらに関する情報提供や協力依頼を行っていくこととしているため、引き続きご協力いただきたい。

また、平成 31 年度新規委託事業等として、後述の「タスク・シフティング等勤務環境改善推進事業」、「医療機関の勤務環境マネジメント向上支援事業」及び「医療のかかり方普及促進事業」を実施予定である。

① 調査研究事業

医師・看護職員の労働環境の実態及び勤務環境改善の取組状況等の把　握のためのアンケート調査（本年度から病院及び有床診療所を調査対象に拡充）や、勤務環境改善の取組を行う医療機関への支援のあり方について調査・分析等を行うモデル事業等を実施。なお、平成 30 年度の調査研究結果については追ってお知らせする予定であるので、今後の支援センターの活動に当たってご活用いただきたい。

② 普及促進事業

個別の支援センターの取組状況の紹介等を含む医療機関の経営・労務管理の責任者・担当者等を対象としたセミナーを開催。

③ 情報発信事業

「いきいき働く医療機関サポート Web」を運営

各都道府県においては、支援センター等において他の医療機関への参考となる好事例を把握した場合は、積極的にいきサポへの事例投稿の呼びかけを行う等、ご協力をお願いする。

④ 支援センターへの指導・助言及びアドバイザー向け教材開発

平成 29 年度から、支援センターの活動の活性化やアドバイザーの質の向上を図ることを目的として、①支援センター実施団体等に対して有識者による指導・助言の実施、②都道府県職員等を対象とした研修のための教材の開発を実施。平成 30 年度の事業成果については追って提供する予定であるので、適宜ご活用いただきたい。

⑤ 医師等働き方調査事業

働き方改革実行計画においては、医師についても時間外労働規制の対象とすることとされ、現在、検討会を開催しているところであるが、本事業はこれと並行し、平成 30 年度は緊急対策のフォローアップを行った。都道府県毎に結果をまとめて委託業者からお送りする予定。平成 31 年度も医療機関における実態把握を実施する予定。

⑥ タスク・シフティング等勤務環境改善推進事業

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、当該取り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り組みを行う場合の費用を補助する。【新規】

⑦ 医療機関の勤務環境マネジメント向上支援

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】

⑧ 医療のかかり方普及促進事業

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】

⑨ その他

このほか、平成 31 年度予算案の医政局分として新規に Tele－ICU 体制整備促進事業、医師の勤務実態把握調査事業、看護業務の効率化に向けた取組の推進に係る事業も盛り込んでおり、医政局として一体と

して働き方改革に取り組んでいく予定。

（５）福祉医療機構の事業について

○　平成 31 年度から新規メニューとして医療従事者の働き方改革支援資金を創設する予定。

（６）税制について

○　平成 31 年度から、医療用機器の特別償却制度が見直され、医師及び医療従事者の労働時間短縮に資する機器等が特別償却の対象となる予定となっている。具体的には、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）のものを取得等した場合に対象となり、青色申告することで税制の優遇を受けられる制度となっている。この優遇を受けようとする医療機関から、当該計画についての助言を受けたいという依頼が増加することが想定される。是非、この機会を活かし、各都道府県内の医療機関の勤務環境改善につながるよう対応をお願いしたい。

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（平成30年法律第71号）の概要

労働者がそれぞれの事情に応じた多様な働き方を選択できる社会を実現する働き方改革を総合的に推進するため、長時間労働の是正、 多様で柔軟な働き方の実現、雇用形態にかかわらない公正な待遇の確保等のための措置を講ずる。

Ⅰ 働き方改革の総合的かつ継続的な推進

働き方改革に係る基本的考え方を明らかにするとともに、国は、改革を総合的かつ継続的に推進するための「基本方針」（閣議決定）を定めることとする。（雇用対策法）
※（衆議院において修正）中小企業の取組を推進するため、地方の関係者により構成される協議会の設置等の連携体制を整備する努力義務規定を創設。

Ⅱ 長時間労働の是正、多様で柔軟な働き方の実現等

1 労働時間に関する制度の見直し（労働基準法、労働安全衛生法）

- 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。
  （※）自動車運転業務、建設事業、医師等について、猶予期間を設けた上で規制を適用等の例外あり。研究開発業務について、医師の面接指導を設けた上で、適用除外。
- 月60時間を超える時間外労働に係る割増賃金率（50%以上）について、中小企業への猶予措置を廃止する。また、使用者は、10日以上の年次有給休暇が付与される労働者に対し、5日について、毎年、時季を指定して与えなければならないこととする。
- 高度プロフェッショナル制度の創設等を行う。（高度プロフェッショナル制度における健康確保措置を強化）
  ※（衆議院において修正）高度プロフェッショナル制度の適用に係る同意の撤回について規定を創設。
- 労働者の健康確保措置の実効性を確保する観点から、労働時間の状況を省令で定める方法により把握しなければならないこととする。（労働安全衛生法）

2 勤務間インターバル制度の普及促進等（労働時間等設定改善法）

- 事業主は、前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間に一定時間の休息の確保に努めなければならないこととする。
  ※（衆議院において修正）事業主の責務として、短納期発注や発注の内容の頻繁な変更を行わないよう配慮する努力義務規定を創設。

3 産業医・産業保健機能の強化（労働安全衛生法等）

- 事業者から、産業医に対しその業務を適切に行うために必要な情報を提供することとするなど、産業医・産業保健機能の強化を図る。

Ⅲ 雇用形態にかかわらない公正な待遇の確保

1 不合理な待遇差を解消するための規定の整備（パートタイム労働法、労働契約法、労働者派遣法）

短時間・有期雇用労働者に関する同一企業内における正規雇用労働者との不合理な待遇の禁止に関し、個々の待遇ごとに、当該待遇の性質・目的に照らして適切と認められる事情を考慮して判断されるべき旨を明確化。併せて有期雇用労働者の均等待遇規定を整備。派遣労働者について、①派遣先の労働者との均等・均衡待遇、②一定の要件※を満たす労使協定による待遇のいずれかを確保することを義務化。また、これらの事項に関するガイドラインの根拠規定を整備。 （※）同種業務の一般の労働者の平均的な賃金と同等以上の賃金であること等

2 労働者に対する待遇に関する説明義務の強化（パートタイム労働法、労働契約法、労働者派遣法）

短時間労働者・有期雇用労働者・派遣労働者について、正規雇用労働者との待遇差の内容・理由等に関する説明を義務化。

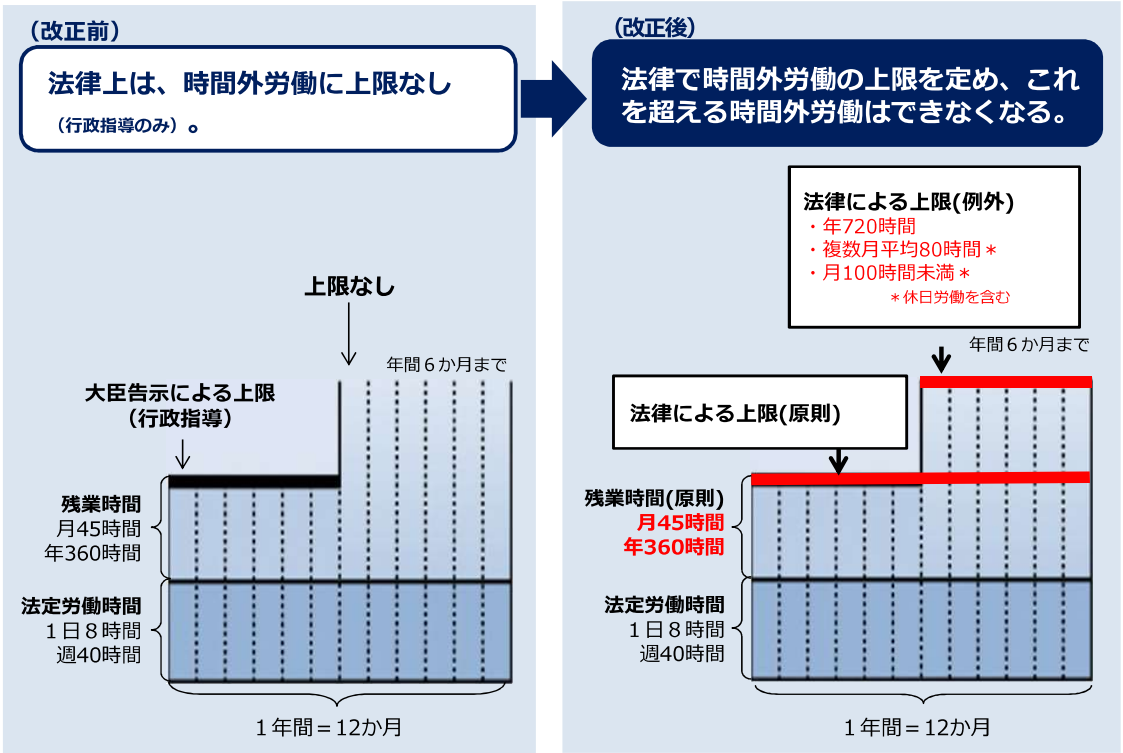
3 行政による履行確保措置及び裁判外紛争解決手続（行政ADR）の整備

1の義務や2の説明義務について、行政による履行確保措置及び行政ADRを整備。

施行期日 Ⅰ：公布日（平成30年7月6日）
Ⅱ：平成31年4月1日（中小企業における時間外労働の上限規制に係る改正規定の適用は平成32年4月1日、1の中小企業における割増賃金率の見直しは平成35年4月1日）
Ⅲ：平成32年4月1日（中小企業におけるパートタイム労働法・労働契約法の改正規定の適用は平成33年4月1日）
※（衆議院において修正）改正後の各法の検討を行う際の観点として、労働者と使用者の協議の促進等を通じて、労働者の職業生活の充実を図ることを明記。

◆時間外労働の上限規制
時間外労働の上限を法律で罰則付きで規制

時間外労働の上限を法律で規制することは、71年前（1947年）に制定された労働基準法において初めての大改革。



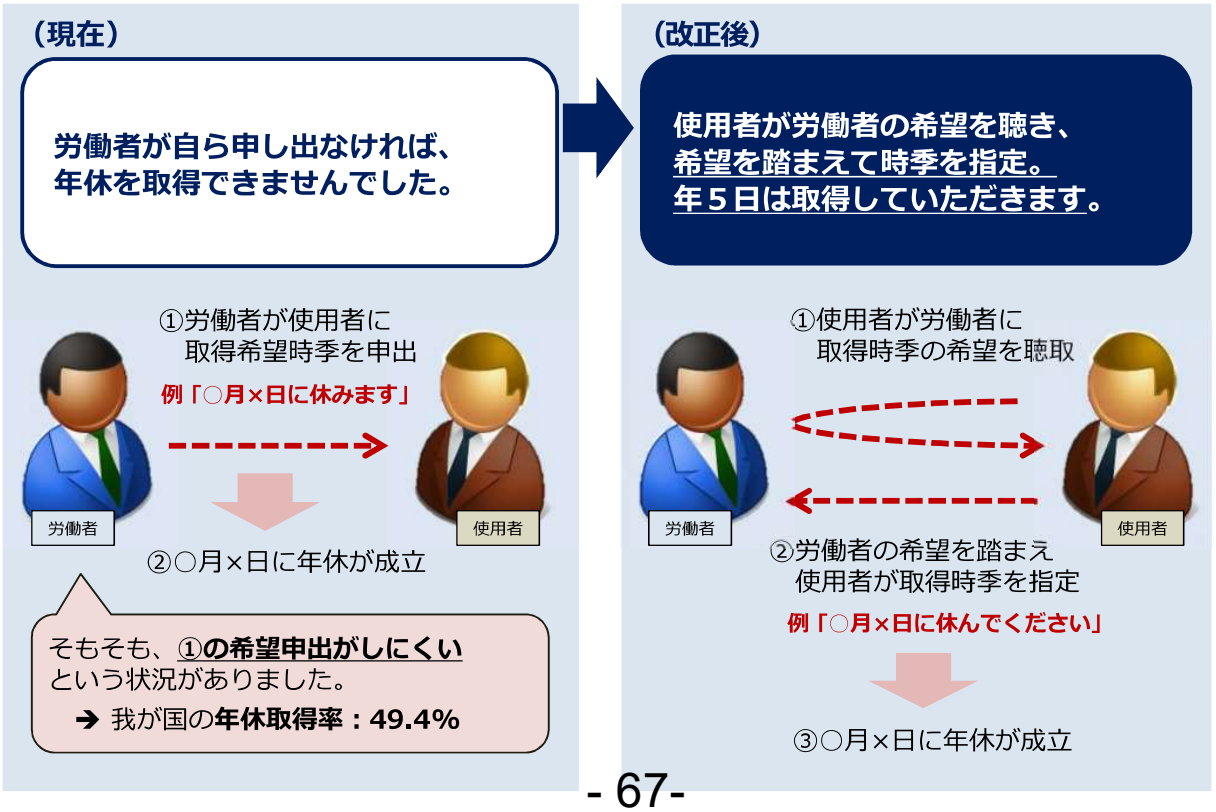
労働基準法第36条に基づく労使協定（通称「36（さぶろく）協定」）を結ぶことで、
法定時間を超えた時間外労働が可能になります。

一部の事業・業種には上限規制の適用を猶予または除外

自動車運転の業務	改正法施行５年後に、上限規制を適用します。 （ただし、適用後の上限時間は、年９６０時間とし、将来的な一般則の適用については引き続き検討します。）
建設事業	改正法施行５年後に、上限規制を適用します。 （ただし、災害時における復旧・復興の事業については、複数月平均８０時間以内・１か月１００時間未満の要件は適用しません。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します。）。
医師	改正法施行５年後に、上限規制を適用します。 （ただし、具体的な上限時間等については、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、結論を得ることとしています。）
鹿児島県及び沖縄県における砂糖製造業	改正法施行５年後に、上限規制を適用します。
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ません。 ※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します。

◆年次有給休暇の時季指定義務
年５日の年次有給休暇を取得させることを企業に義務づけ

年次有給休暇が年10日以上付与される労働者に対して、そのうちの年５日について使用者が時季を指定して取得させることを義務づけ。



「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案」（医療機関の規模別の適用関係（概要））

項目名	規制の概要	中小企業規模の医療機関※	それ以外の医療機関
時間外労働の上限規制	原則として月45時間、年360時間等とする罰則付きの上限規制を導入する	医師を除き 2020.4.1から適用	医師を除き 2019.4.1から適用
割増賃金率	月60時間を超える時間外労働に係る割増賃金率を50%以上とする	2023.4.1から適用	（既に適用あり）
年次有給休暇	10日以上の年次有給休暇が付与される労働者に対し、5日について、毎年時季指定して与えなければならないとする（労働者が時季指定したり計画的付与したものは除く）	2019.4.1から適用	
労働時間の状況の把握	省令で定める方法（現認や客観的な方法となる予定）により把握をしなければならないとする	2019.4.1から適用	
産業医	産業医が行った労働者の健康管理等に関する勧告の内容を衛生委員会に報告しなければならないとする等	2019.4.1から適用 （ただし、産業医の選任義務のある労働者数50人以上の事業場）	

※　医療業における“中小企業”の基準
⇒企業単位でみて　i）資本金の額又は出資の総額が5千万円以下　又は　ii）常時使用する労働者の数が100人以下
（なお、持分なし医療法人や社会福祉法人等の「資本金」や「出資金」がない法人格の場合は、法人全体の常時使用する労働者の数のみで判断する）

「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て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
	裵　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）　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
◆第16回（平成31年１月11日）　とりまとめ骨子等について
◆第17回（平成31年１月21日）　時間外労働規制の在り方について
◆第18回（平成31年２月６日）　時間外労働規制の在り方について
◆第19回（平成31年２月20日）　時間外労働規制の在り方について

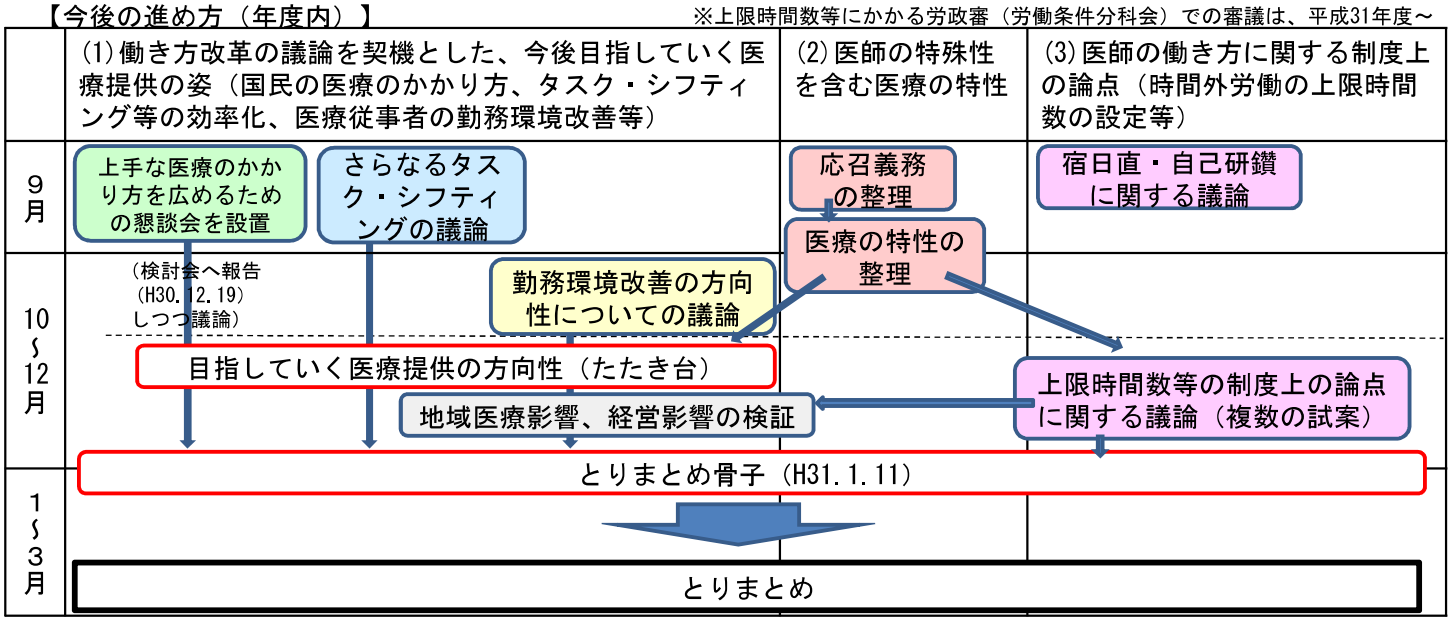
医師の働き方改革に関する検討の今後の進め方

第９回医師の働き方改革に関する検討会（H30．９．３）資料１を一部改変

- 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）

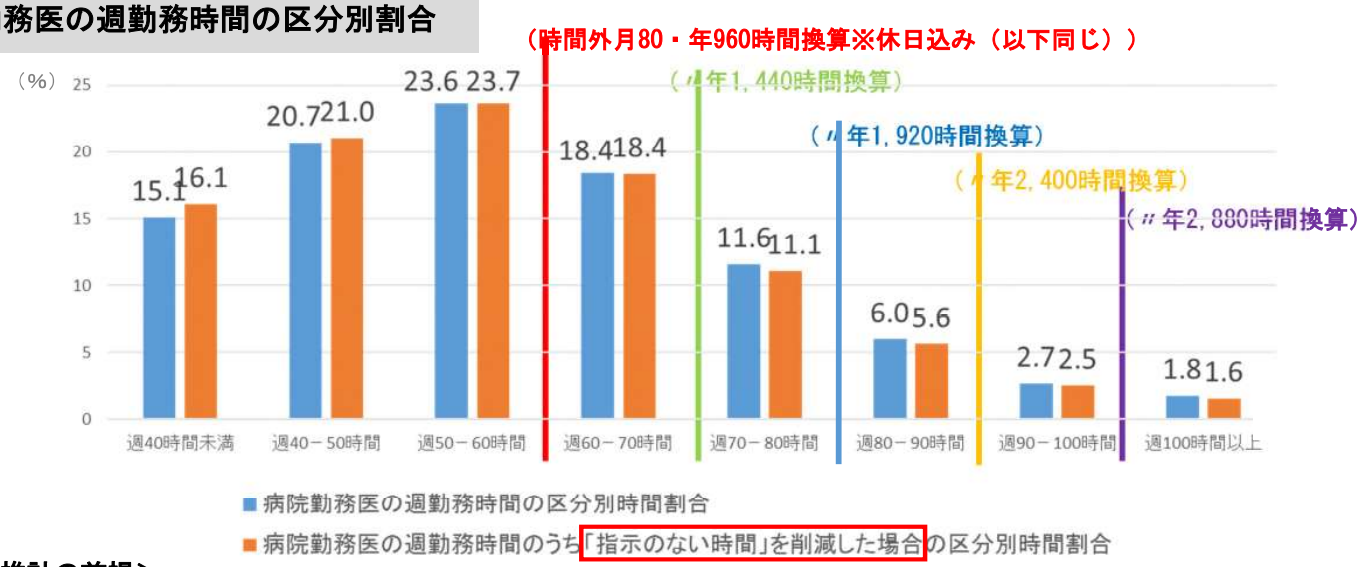
の３つのトラックで進め、「医師の働き方改革を通じて医療をよくしていく」という大きなビジョンでまとめていくこととしてはどうか。

【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

病院勤務医の週勤務時間の区分別割合



＜集計・推計の前提＞

病院勤務医の週勤務時間	「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。
病院勤務医の週勤務時間のうち「指示のない時間」を削減した場合	「病院勤務医の勤務実態に関する研究」（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調査研究」研究班）の集計結果から、「診療外時間」（教育、研究、学習、研修等）における上司等からの指示（黙示的な指示を含む。）がない時間（調査票に「指示無」を記入）が4.4%であることを踏まえ、上記「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」における個票の診療外時間より削減した。

（1/11時点の事務局案）青いグラフにおける「上位10%」＝1,944時間　→「1,900-2,000時間程度」として提案
（今回精査後の案）　赤いグラフにおける「上位10%」＝1,904時間　→「1,860時間」

第19回検討会
(2／20)資料

医師の時間外労働規制について（案）

一般則

2024年４月～

将来
（暫定特例水準の解消
（＝2035年度末）後）

【時間外労働の上限】

（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

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

年1,860時間／
月100時間（例外あり）
※いずれも休日労働含む

Ｂ：地域医療確保暫定特例水準（医療機関を特定）

年1,860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

Ｃ－１：必要な場合の水準（医療機関を特定）

Ｃ－２：一定の期間集中的に技能向上のための診療が

Ｃ－１：初期・後期研修医が、研修プログラムに沿って基礎的な技能や能力を修得する際に適用
※本人がプログラムを選択
Ｃ－２：医籍登録後の臨床従事６年目以降の者が、高度技能の育成が公益上必要な分野について、特定の医療機関で診療に従事する際に適用
※本人の発意により計画を作成し、医療機関が審査組織に承認申請

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　C－１　C－２

【追加的健康確保措置】

月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置（いわゆるﾄﾞｸﾀｰｽﾄｯﾌﾟ）

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）

第16・17回検討会
（1/11･21）資料
を一部改変

2024年4月とその後に向けた改革のイメージ（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1,860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。

時間外労働の年間時間数）

勤務時間2,880時間超えの病院常勤勤務医3,200人

連続勤務時間制限・勤務間インターバルによる強制的労働時間制限＋法定休日

2,300時間程度

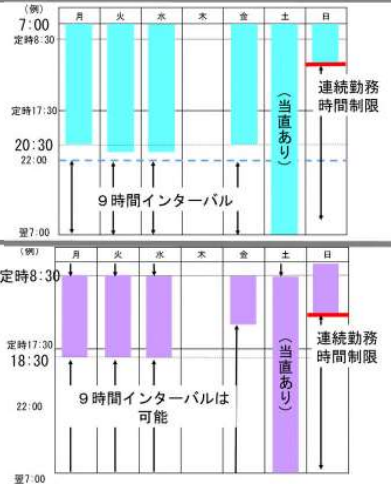
（＋さらに25日程度の休日・休暇）

2,100時間程度

（＋さらなる短縮）

1,860時間

その働き方の例



960時間

その働き方の例

約2万人

病院勤務医の約１割

病院勤務医の約３割

年間時間外1,860時間超の医師がいる医療機関の実像
病院の約３割、大学病院の約９割、救急機能を有する病院の約３割（救命救急センター機能を有する病院に限っては約８割）

暫定特例水準：罰則付き上限であり、2024.4以降、この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る

暫定特例水準対象を除き、2024.4以降、960時間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る

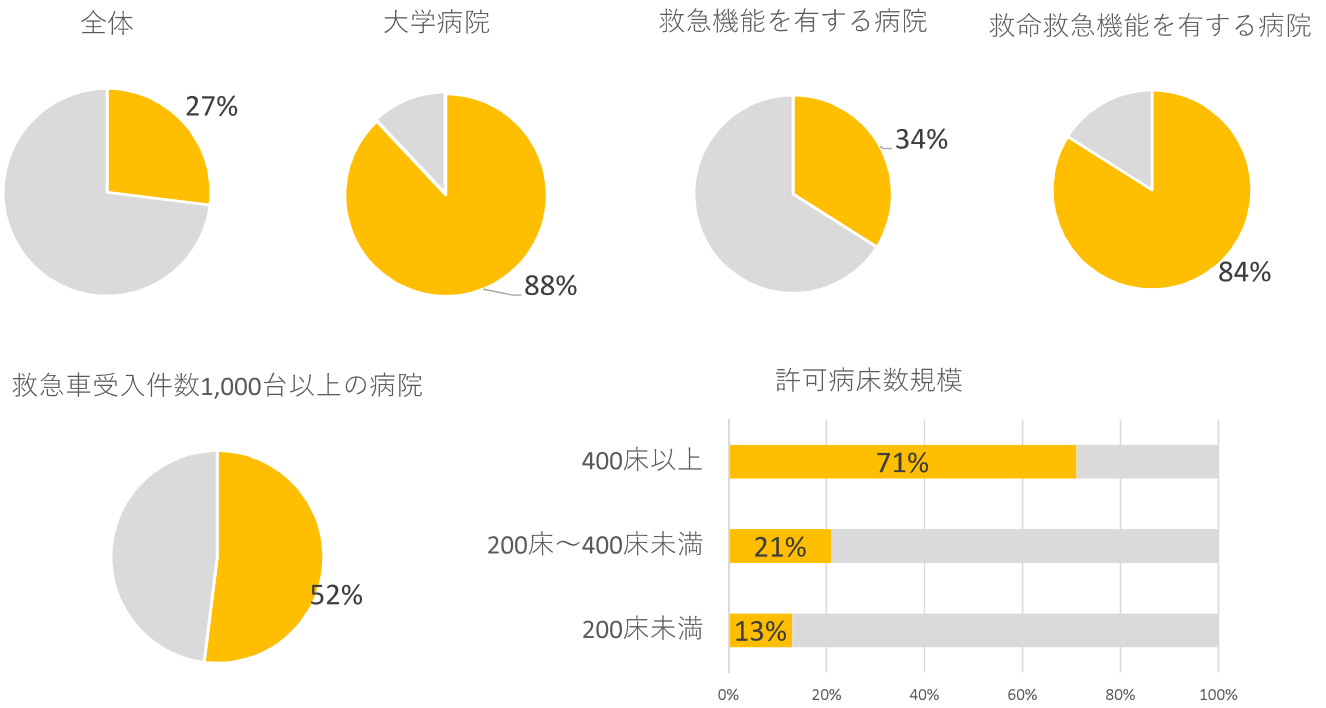
現状

2024.4
上限規制適用

暫定特例水準の
適用終了

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

年間の時間外勤務時間が1860時間を超えると推定される医師がいる病院の割合

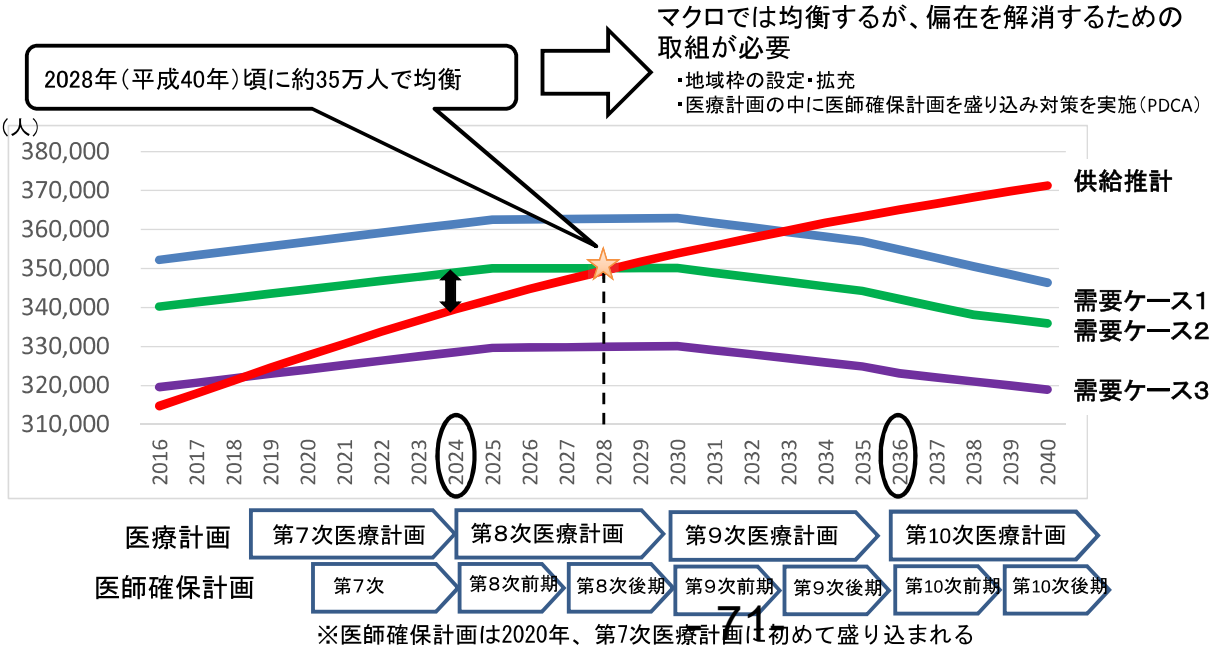


※1　平成29年度厚生労働行政推進調査事業費「病院勤務医の勤務実態に関する調査研究」研究班）の集計結果から、「診療外時間」（教育、研究、学習、研修等）における上司等からの指示（黙示的な指示を含む。）がない時間（調査票に「指示無」を記入）が4.4%であることを踏まえ、「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」における個票の診療外時間より「指示のない時間」を削減した。
※2　大学病院、救急機能を有する病院（救急告示、二次救急、救命救急のいずれかに該当する病院）、救命救急機能を有する病院、救急車受入れ台数については平成29年病床機能報告を用いた。

第18回検討会(2／6)資料

地域医療確保暫定特例水準を設定する必要性①（医師需給との関係）

- 医療需要は、人口減少等を背景に、2030年以降にピークを迎え減少する見込み。医師需給は、労働時間を週60時間程度に制限する・７%のタスク・シフティングを実現する等の仮定をおく「需要ケース２」において、2028年頃に均衡すると推計されるが、この場合であっても2024年段階ではまだ約１万人の需給ギャップが存在。
- さらに、マクロで医師需給が均衡した後も、引き続き偏在を解消するための取組が必要であり、都道府県単位で偏在を解消する目標年は、2036年とされている（医療従事者の需給に関する検討会　医師需給分科会において議論）。



※医師確保計画は2020年、第7次医療計画に初めて盛り込まれる

（仮定）

需要ケース１：労働時間を週55時間に制限等≒年720時間の時間外・休日労働に相当

需要ケース２：労働時間を週60時間に制限等≒年960時間の時間外・休日労働に相当

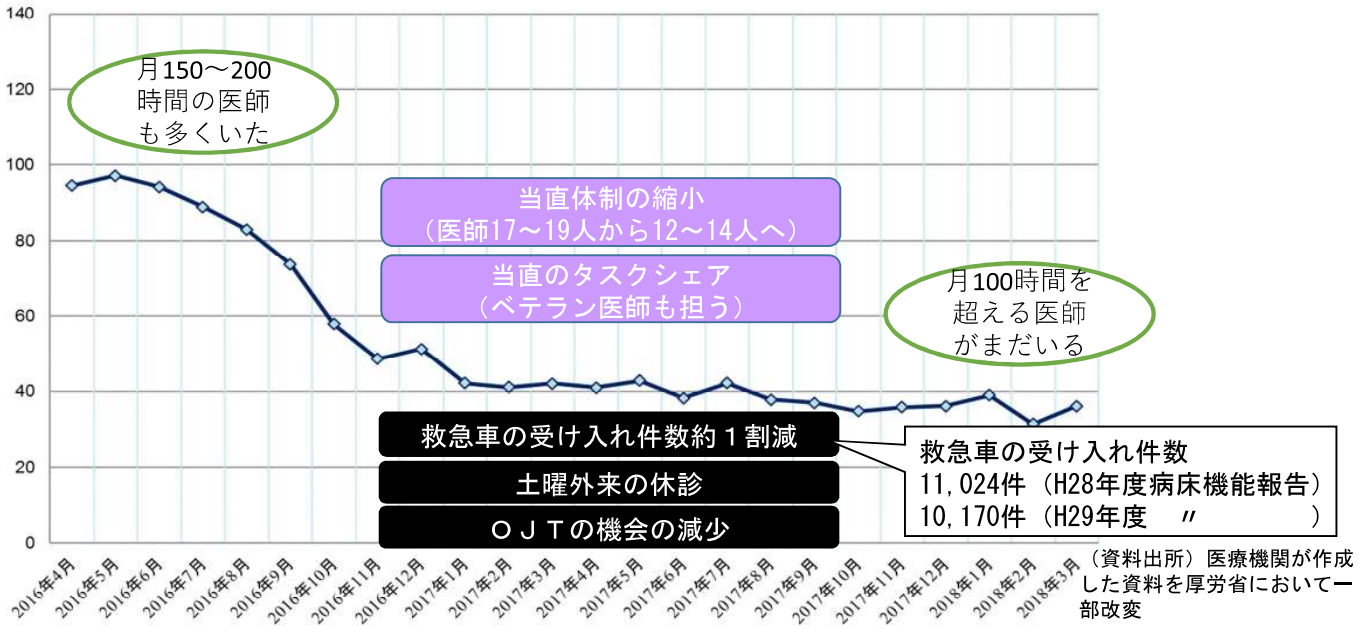
需要ケース３：労働時間を週80時間に制限等≒年1,920時間の時間外・休日労働に相当

第18回検討会(2／6)資料

地域医療確保暫定特例水準を設定する必要性③（医師の勤務実態との関係）

- ある医療機関においては、2016年夏以降、医師の時間外労働時間の短縮に取り組み、主に診療体制の縮小と医師間のタスクシェアによって、平均時間外労働時間を90時間台から40時間程度まで大幅に削減。
- それでもなお、極めて長い時間外労働の者についての短縮には時間を要している（救急科や集中治療科等）。
- この例での診療体制の縮小（救急車の受け入れ減を含む）は、近隣医療機関での協力によって成り立っている。
- 当該医療機関からは、研修医の学習スピードが低下しているとの懸念の声がある。

医師の平均時間外労働時間（2016年4月～2018年3月）



（資料出所）医療機関が作成した資料を厚労省において一部改変

参考：第16回検討会(H31 1/11)資料２を一部改変

地域医療確保暫定特例水準:(Ｂ)について(１)

（対象医療機関の基本的な考え方）

- 暫定特例水準については、2024年４月までの約５年間で、医療機関のマネジメント改革や地域医療提供体制における機能分化・連携、国民の上手な医療のかかり方に関する周知などの対応を最大限実行した上でもなお、必要な地域医療が適切に確保されるかの観点からやむをえず設定するものであることから、以下３つの観点で対象医療機関を限定することとしてはどうか。

① 地域医療の観点から必須とされる機能（※）を果たすために、やむなく長時間労働となる医療機関であること（※なお、当該医療機関内で医師のどの業務がやむなく長時間労働となるのかについては、３６協定締結時に特定する。当然にすべての医師の業務が該当するわけではなく、医療機関は、対象業務について合理的に説明できる必要。）
② 当該医療機関に暫定特例水準を適用することが地域の医療提供体制の構築方針と整合的であること
③ 医師の労働時間短縮に向けた対応として、管理者のマネジメント研修やタスク・シフティング等が計画的に推進されていること

※「地域医療の観点から必須とされる機能を果たす」とは、例えば「医師少数区域」や「へき地」にある医療機関のみに限らず、各都道府県・二次医療圏において医療ニーズに対応するために必須とされる機能を有する医療機関は該当しうる。

（①について）

- 地域医療の観点から必須とされる機能は、医療の不確実性、公共性、高度の専門性等の観点から、以下を基本と考えてはどうか。

（ア）救急医療提供体制及び在宅医療提供体制のうち、特に予見不可能で緊急性の高い医療ニーズに対応するために整備しているもの（例：二次・三次救急医療機関、在宅医療において特に積極的な役割を担う医療機関）
（イ）政策的に医療の確保が必要であるとして都道府県医療計画において計画的な確保を図っている「５疾病・５事業（※）」
（ウ）特に専門的な知識・技術や高度かつ継続的な疾病治療・管理が求められ、代替することが困難な医療機関・医師（例：高度のがん治療、移植医療等極めて高度な手術・病棟管理、児童精神科等）

※「５疾病・５事業」：がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患の「５疾病」、救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療の「５事業」

- （ア）～（ウ）のような機能について、国として一定の客観的な要件を整理した上で、地域の個別事情を踏まえながらも恣意的な適用とならないよう定めることが必要ではないか。また、「やむなく長時間労働となる」ことについては、次の②・③の要件を満たしてもなお（Ａ）水準に到達できないこととしてはどうか。

参考：第19回検討会(H31 2/20)資料１を一部改変

地域医療確保暫定特例水準:(Ｂ)について(2)

（①について：続き）

□ （ア）～（ウ）のような機能について、国として一定の客観的な要件を整理した上で、地域の個別事情を踏まえながらも恣意的な適用とならないよう定めることが必要であり、客観的な要件として具体的には以下のとおりとする。

＜（ア）（イ）の観点から＞

i.　三次救急医療機関

ii. 二次救急医療機関　かつ　年間救急車受入台数1,000台以上　かつ「医療計画において５疾病５事業の確保のために必要な役割を担うと位置付けられた医療機関」

iii. 在宅医療において特に積極的な役割を担う医療機関

iv. 不確実性と公共性が強く働くものとして、都道府県知事が地域医療の確保のために必要と認める医療機関

（例）小児救急のみを提供する医療機関、へき地において中核的な役割を果たす医療機関

･･･時間外労働の実態も踏まえると、あわせて約1,400程度と見込まれる。

＜（ウ）の観点から＞

特に専門的な知識・技術や高度かつ継続的な疾病治療・管理が求められ、代替することが困難な医療を提供する医療機関（例）高度のがん治療、移植医療等極めて高度な手術・病棟管理、児童精神科等

（②について）

□ 都道府県医療審議会等において以下について協議されていることをもって確認する。

- 地域の医療提供体制の構築方針（地域医療計画等）と整合的であること
- 当該医療機関について地域の医療提供体制全体としても当該医療機関が医師の長時間労働を前提とせざるを得ないこと

（③について）

□ 管理者のマネジメント研修やタスク・シフティング等の計画的推進に関しては、各医療機関で定める医師労働時間短縮計画（※国から記載項目を示す）の作成・実施により確認する。

（②・③の前提について）

□ 当該医療機関における医師の長時間労働の実態及び労働時間短縮の取組状況について、評価機能が行う客観的な要因分析・評価を踏まえ医療機関や都道府県において必要な取組が行われた上で、上記②・③の確認がなされることとなる。

参考：第16回検討会(H31 1/11)資料２を一部改変

地域医療確保暫定特例水準:(Ｂ)について(3)

（暫定特例水準の対象医療機関をなるべく少なくする支援／対象医療機関に対する重点的支援の必要性）

□ 医師の労働時間の短縮のためには、

- 医療機関内のマネジメント改革（管理者・医師双方の意識改革、業務の移管や共同化（タスク・シフティング、タスク・シェアリング）、ＩＣＴ等の技術を活用した効率化や勤務環境改善）、
- 地域医療提供体制における機能分化・連携の推進（これを促進するための医療情報の整理・共有化を含む）、医師偏在対策の推進、
- 上手な医療のかかり方の周知、

に徹底して取り組んでいく必要がある。現時点からこれらの取組を強力に進め、2024年４月時点での地域医療確保暫定特例水準の対象医療機関をなるべく少なくするとともに、対象医療機関については、その後も重点的な支援を行って暫定特例水準の適用の終了を目指していく必要がある。

□ 具体的には、対象医療機関に対して、医師の労働時間短縮のための計画策定の義務付け、マネジメント改革支援、地域医療提供体制における機能分化・連携の推進、医師偏在対策における重点的な支援等を組み合わせていくことが重要である。

（実効的な支援策）

□ 個々の医療現場においてチーム医療の推進やＩＣＴ等による業務改革が実際に進んでいくための実効的な支援策が必要であり、ノウハウ面の支援、制度上の対応、財政面の対応をそれぞれ検討していく必要がある。

□ ノウハウ面の支援としては、医師の労働時間短縮にどのように取り組めばよいかわからないという意見もあることから、まずは平成31年度予算案において、好事例の収集・横展開に力を入れて取り組んでいく方針。

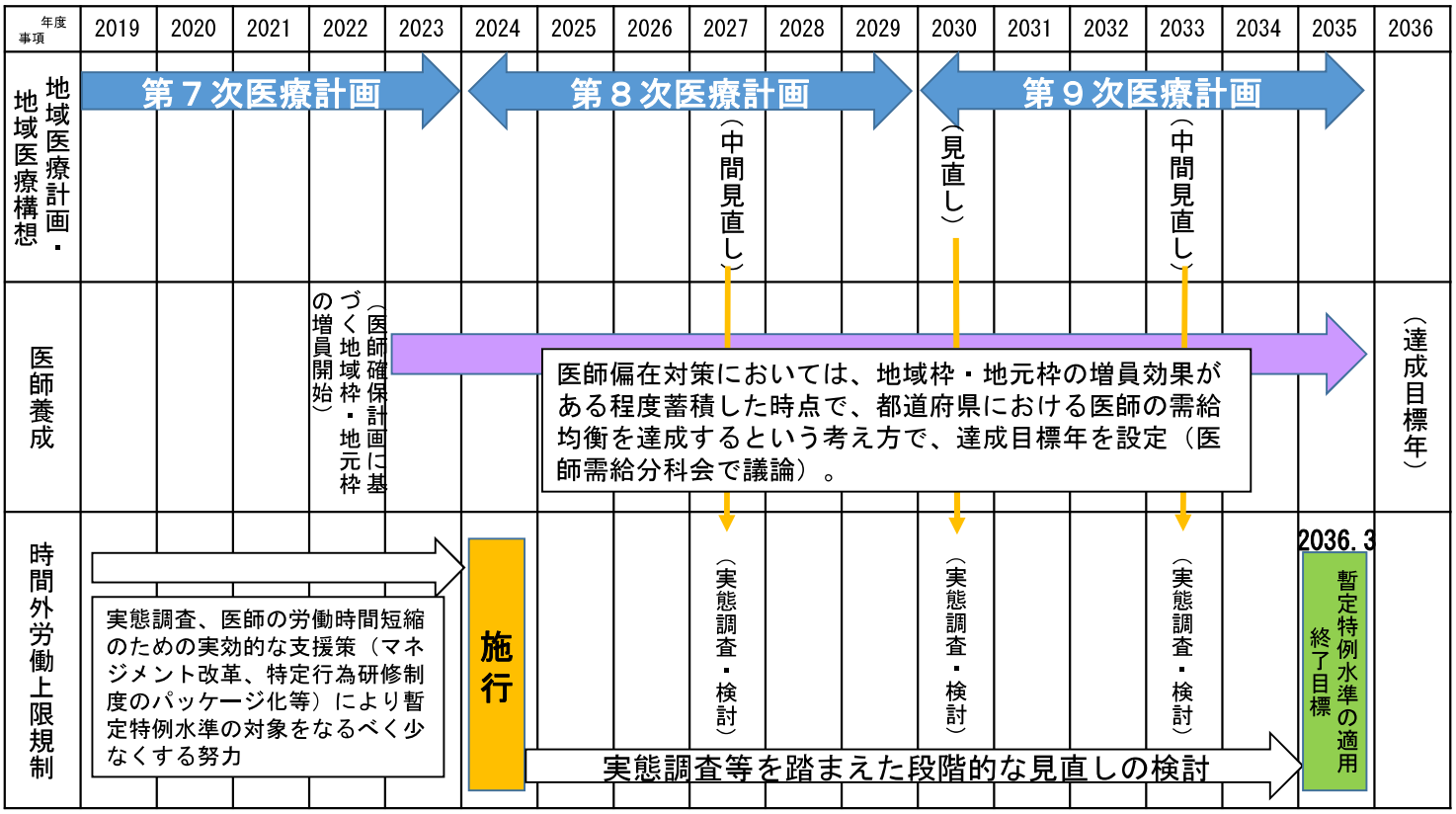
□ 制度上の対応としては、例えば今般、特定行為研修制度のパッケージ化によるタスク・シフティングの推進を図ることとしている。今後、研修機関数を増やし、研修修了者を着実に輩出できるよう取り組んでいく。

□ 財政面の対応としては、平成31年度予算案・税制改正においても新規事項を盛り込んだ対応をしており、2024年４月に向け、また、さらにその後も見据え、医師の働き方改革に伴う医療機関の経営への影響も考慮しつつ必要な対応を取っていく必要がある。

第19回検討会
(2／20)資料

地域医療確保暫定特例水準の終了目標年限（案）

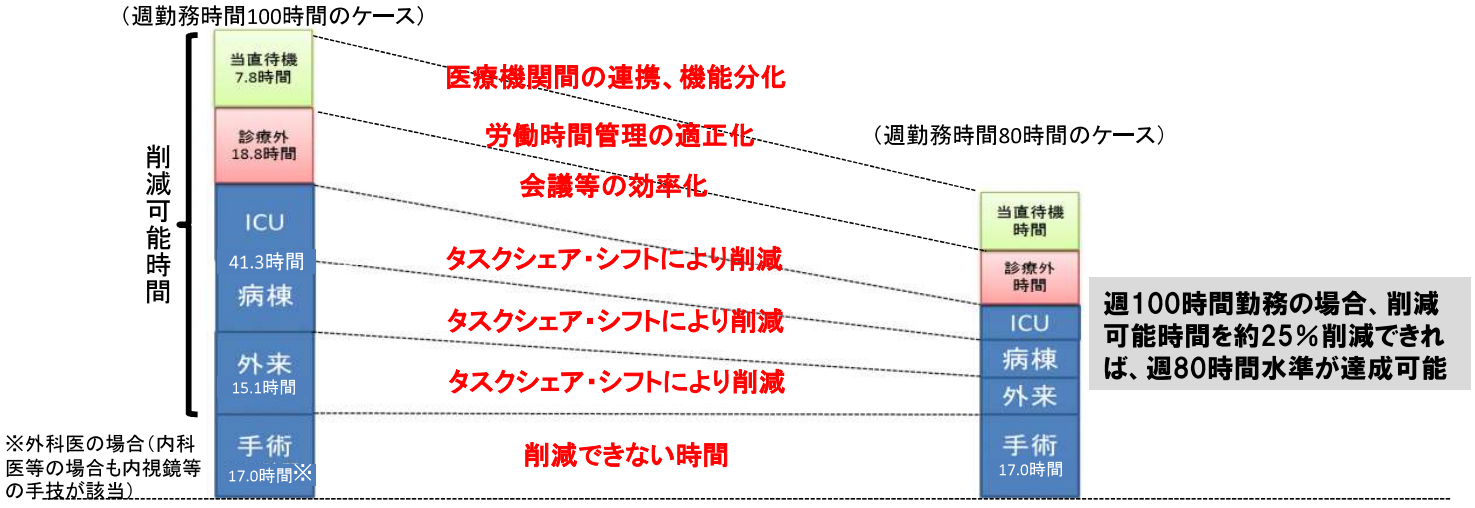
□ 地域医療確保暫定特例水準が適用される医療機関・医師については、「診療従事勤務医に2024年度以降適用される水準」（Ａ）である年960時間（案）に近づけるための支援を強力に行うことにより時間外労働の短縮を図り、一定の年数経過後に暫定特例水準の適用の終了を目指すこととしてはどうか。



第18回検討会
(2／6)資料

極めて労働時間が長い医師の労働時間短縮について（イメージ）

○　週の勤務時間が100時間を超える病院勤務医が約3600人（1.8%）、同100時間～90時間が約5400人（2.7%）、同90時間～80時間が約12000人（6.9%）いると推計されるが、2024年４月までに、こうした医師が時間外労働上限規制における暫定特例水準の水準を下回るようにすることが必要。



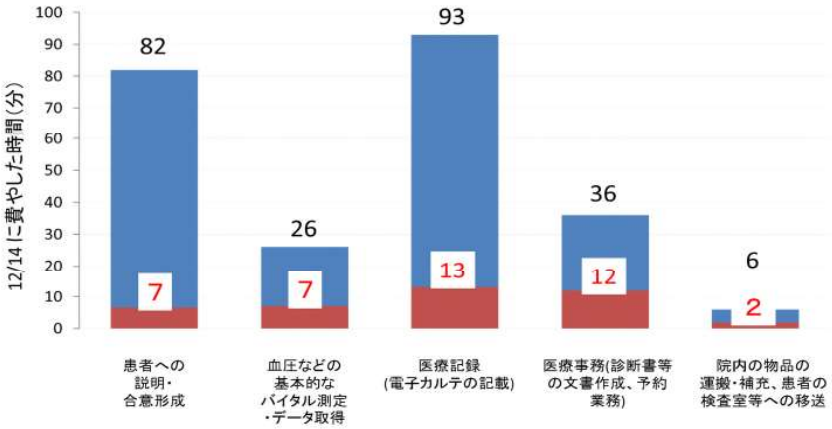
削減のイメージ（週勤務時間100時間程度の場合）	時間数イメージ
タスクシフト（医療従事者一般が実施可能な業務）による削減	週7時間程度削減
タスクシフト（特定行為の普及）による削減	週7時間程度削減
タスクシェア（他の医師）による削減	週6時間程度削減

※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。

医療従事者一般が実施可能な業務に係るタスクシフト

○　医師の労働時間短縮に向けては、医師でなくとも行える業務を他職種に移管していくことが重要であり、これまでの調査においては、他の医療従事者一般が実施可能な業務について、平均１日約４０分程度が他職種へ移管できるとされている。本年２月にとりまとめた「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」においても、以下のような業務について、原則として医師以外の者が実施するよう求めているところ。
○　こうした業務は、医師の勤務時間のうちおよそ７%に相当することから、すべて医療クラーク、看護師等の職種へのタスクシフトを行うと、週100時間勤務の場合、**週７時間程度**の時間※がこれに相当する。
※　暫定特例水準が適用される医療機関では、前提として、こうした業務のタスクシフトによる医師の労働時間短縮が図られていることを想定。

１．他職種(看護師や事務職員等のコメディカル職種)との分担
（他職種に分担できる時間（分）／12月14日の１日に費やした時間（分））



出典：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）

２．「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」における「４　タスク・シフティング（業務の移管）の推進」（抜粋）

各医療機関においては、医師の業務負担軽減のため、他職種へのタスク・シフティング（業務の移管）を推進する。
○ 初療時の予診
○ 検査手順の説明や入院の説明
○ 薬の説明や服薬の指導
○ 静脈採血
○ 静脈注射
○ 静脈ラインの確保
○ 尿道カテーテルの留置（患者の性別を問わない）
○ 診断書等の代行入力
○ 患者の移動
等については、平成１９年通知（※）等の趣旨を踏まえ、医療安全に留意しつつ、原則医師以外の職種により分担して実施することで、医師の負担を軽減する。（後略）

（※）「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成19 年12 月28 日医政発第1228001号厚生労働省医政局長通知）

特定行為研修制度のパッケージ化によるタスクシフトについて

○　特定行為に係る業務については、タイムスタディ調査等によると、全体の約３%程度、外科系医師に限れば約７%程度の業務時間に相当する。週100時間勤務の外科系医師の場合、**週７時間程度**の時間がこれに相当する。
○　2024年までに特定行為研修パッケージの研修修了者を1万人程度養成することにより、こうしたタスクシフトを担うことが可能である。
○　特に、病院においては、外科領域、麻酔管理領域（救急、集中治療領域等を含む。）における業務分担が進むことが期待される。

外科術後管理領域
手術
↓
呼吸管理（気道管理含む）
↓
循環動態・疼痛・栄養・代謝管理
↓
疼痛管理
↓
感染管理
↓
ドレーン管理・抜去
↓
CV抜去・PICC挿入
↓
創部管理（洗浄・抜糸・抜鉤）

術中麻酔管理領域
術前
麻酔に係る術前評価
↓
気道確保
↓
全身麻酔の補助
↓
ライン確保
↓
術中
術中の麻酔・呼吸・循環管理
↓
術後
麻酔の覚醒
↓
術後の呼吸・循環・疼痛管理

在宅・慢性期領域
気管カニューレの交換
脱水症状に対する輸液による補正
胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換
褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去

外科の術後管理や術前から術後にかけた麻酔管理において、頻繁に行われる一連の医行為を、いわゆる包括的指示により担うことが可能な看護師を特定行為研修のパッケージを活用して養成することで、看護の質向上及びチーム医療を推進。

在宅・慢性期領域において、療養が長期にわたる、もしくは最期まで自宅または施設等で療養する患者に柔軟な対応が可能に。

患者に対するきめ細やかなケアによる医療の質の向上、医療従事者の長時間労働の削減等の効果が見込まれる。

他の医師に対するタスクシェア

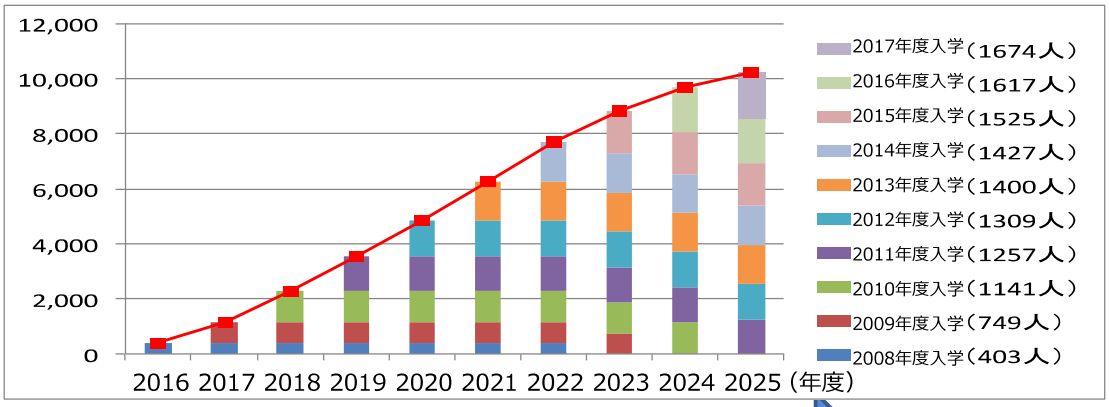
○ 2008年度以降、地域枠を中心として臨時的な定員増を行ってきており、地域枠の充足率や定着率を考慮しても、2024年度には最低でも5000人以上※の医師が義務履行中であると考えられる。

○ その4分の1程度の人数の医師が、週80時間の時間外労働時間の水準の達成が難しい医療機関に派遣され、そうした複数の医師の業務を横断的にタスクシェアすると、6%程度の業務削減が可能であり、週100時間勤務の場合、週6時間程度の時間がこれに相当する。

※ なお、地域枠医師は、地域医療に従事することが求められており、地域の総合的な診療に従事することから、専門診療科の医師の業務をそのまま代替するのではなく、救急外来、ICU管理、病棟管理業務等について、タスクシェアが可能。

また、地域枠医師のうち、医学部定員の臨時増員と連動した地域枠であって、地域枠修学資金が貸与され、地域等における義務履行義務がある医師の人数は、2024年度には臨時定員ベースで7000人以上、充足率や離脱率を踏まえても5000人以上いると推計される。

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

医療機関における医師の労働時間の短縮に向けて（医療機関内の取組）

□ 2019年４月に働き方改革関連法が施行されるが、医師についても適用が猶予されている時間外労働上限規制の５年後の適用に向け、医療現場において医師の労働時間の短縮策を進める必要がある。

□ 具体的には、2018年２月にとりまとめた「緊急的な取組」について、さらに推進する必要がある。

～2019年3月

医師について時間外労働上限時間を含めたとりまとめ

【「緊急的な取組」のさらなる推進】
- 医師の労働時間管理の適正化に向けた取組
- ３６協定等の自己点検
- 既存の産業保健の仕組みの活用
- タスク・シフティングの推進
- 女性医師等に対する支援
- 医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組

- 医師の意識改革

上記の他

医療機関の機能分化・連携、医師偏在対策、医師養成、上手な医療のかかり方の周知等

2024年4月に向けて

○各医療機関において「医師勤務時間短縮計画」を策定するよう、各都道府県（医療勤務環境改善支援センター）を通じて促す
※平成31年度から、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・ソフトウエアについては、税法上の特別償却制度が適用される

○平成31年度予算案において新規に計上している各種事業により、各医療機関の取組をバックアップ
- タスク・シフティング等勤務環境改善推進事業
  ⇒好事例の増加その横展開
- 医療機関の勤務環境マネジメント向上支援事業
  ⇒全国の病院長の勤務環境改善に係る意識改革
- 医療従事者の働き方改革支援資金
  ⇒（独）福祉医療機構による融資拡充

○医療勤務環境改善支援センターが都道府県労働局や日本医師会等関係機関と連携した、働き方改革関連法の説明会の実施
※都道府県宛て厚生労働省医政局医療経営支援課長通知発出（平成30年11月21日付）

○医療勤務環境改善支援センターの機能強化
- 外部有識者による医療勤務環境改善支援センターのアドバイザー等職員に対する助言派遣事業実施
- 医療勤務環境改善支援センター職員も交え有識者による医療機関支援モデル事業実施
- 勤務環境改善の推進による病院経営への影響に関する調査・研究事業により、経営改善にもつながることを周知するための好事例を提供
- 医療勤務環境改善支援センターのアドバイザー等職員向け教材作成により好事例紹介
- 都道府県の担当課長や担当者を一堂に会した会議や研修会実施

○医療機関向け勤務環境改善支援のための「いきいき働く医療機関サポートＷｅｂ（いきサポ）」掲載の好事例更新及び各医療機関が自院の取り組む勤務環境改善の状況を全国比較するための自己診断機能を追加

第19回検討会(2／20)資料

労働時間短縮に向けて（案）(1)

（基本的な方向性）

□ 2024年４月の時間外労働の上限規制適用までの５年間において、医療機関は自らの状況を適切に分析し、計画的に労働時間短縮に取り組んでいく必要があり、なるべく多くの医療機関が（Ａ）水準の適用となることを目指す。

（ステップ１：労働時間管理の適正化）

□ そのためには、まず、各医療機関において時間外労働時間の実態を的確に把握する必要がある。「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」のフォローアップ調査においても、労働時間管理にかかる取組が全医療機関で適切に行われている状況には程遠いため、個別の状況確認を含めた強力なてこ入れを行う。

※「緊急的な取組」で求めた項目が未実施である病院については、2019年度中に都道府県医療勤務環境改善支援センターが全件、個別に状況確認を行い、必要な対応を求めていくこととする。

□ また、本検討会で議論した宿日直や研鑽の取扱いについて、通達の発出とともに、その周知をきめ細かく行う。

（ステップ２：適用される上限水準の検討）

□ その上で、各医療機関は５年間で医師の労働時間を着実に短縮する必要があるが、その「短縮幅」は、適用される上限の水準によって変わってくる。（Ｂ）水準の適用対象となる地域医療提供体制における機能を有するかどうか、また、やむなく長時間労働となり（Ａ）水準まで到達できないか等について、各医療機関において現状及び５年後を見通して検討する。

（ステップ３：医師の労働時間短縮の取組）

□ 実際に医師の労働時間を短縮していくべく、各医療機関において、医療機関内で取り組める事項についてなるべく早期に医師労働時間短縮計画を作成し、ＰＤＣＡサイクルによる取組を進める。

※　医療法第33条の19に基づく「医療勤務環境改善マネジメントシステム」として、各職種が参加して検討を行う等の手順を想定。

第19回検討会(2／20)資料

労働時間短縮に向けて（案）(2)

（医療機関の取組のバックアップ）

□ 労働時間短縮の大前提となる労働時間管理の適正化のために、「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」を重点化する。また、医療機関管理者等が労働関係法令の知識を学ぶ機会をなるべく多く設けるとともに、都道府県医療勤務環境改善支援センターによる周知や個別相談等の支援を強化していく。

□ 並行して、以下のような取組を行う。

- （Ｂ）の適用も想定される医療機関が、当面、目標として取り組むべき水準として医療機関としての「医師の時間外労働短縮目標ライン」を国として設定。
  ※　（Ａ）の年間時間外労働の水準と（Ｂ）の同水準の間で、医療機関の実態をなるべく（Ａ）に近づけていきやすくなるよう、設定する水準。
- 都道府県において各医療機関の医師の（時間外）労働時間の概況を把握し、（Ｂ）適用対象医療機関を想定。
  ※　（Ｂ）の特定は、2023年度中に終了している必要がある。
- 地域医療提供体制の実情も踏まえ、当該医療機関の医師の長時間労働の要因や取組状況を客観的に分析・評価し、当該医療機関や都道府県に結果を通知し、必要な取組を促す機能（以下「評価機能」という。）を設ける。また、評価結果の公表により、地域住民が医療の上手なかかり方を考える契機となるようにしていく。
- 都道府県は、上記の「ある医療機関の医師の長時間労働の要因や取組状況の分析評価・結果通知」も踏まえつつ、医療勤務環境改善支援や医師偏在対策、地域医療想等の既存施策の推進の方向性に反映していくことによって、医師の労働時間短縮を効果的に進めることができる。
- 当該分析・評価や都道府県による支援に当たっては、当面、（Ｂ）水準超過医療機関、（Ｂ）水準適用「候補」医療機関を優先する。

（評価機能について）

□ 評価機能については、その性質上、

- 都道府県から中立の機能であること、
- 地域医療提供体制の実情やタスク・シフティングの実施状況等を評価するために必要な医療に関する知見を有すること、

が必要である。この観点から、当該機能を担う組織・機関について検討を進める。

医師の健康確保と地域医療の両立を図る医師の働き方改革（案）

□ 医師の健康確保と地域医療の両立を図るため、一人ひとりの医師の健康確保と長時間労働の抜本的改革を二本柱として働き方改革に取り組む。

＜医師の長時間労働に支えられたこれまでの医療提供＞

必要な医療ニーズへの対応 ／ 医師の長時間労働・健康を害する事態も

□ 背景に、以下のような課題が絡み合って存在。
□ 様々な施策があるも、それぞれに実施されている。

【医療機関／提供体制】

- 医療機関における業務や組織のマネジメントの課題 → 勤務環境改善支援
- 医療機関における医師や医療従事者の人員不足 → 医師・看護師確保支援
- 機能分化・連携が不十分な地域の存在 → 地域医療構想

【患者・住民】

- 医療のかかり方 → 上手なかかり方の周知
- 健康づくり・予防

【都道府県／市町村】

＜医師の働き方改革の基本的な方向性＞

これからの医療は、一人ひとりの医師の健康確保が最優先

- ◆ 年960時間以内の時間外労働上限規制が基本
  （※各月平均的に働けば一般労働者と同水準）
- ◆ 地域医療確保のためやむを得ない場合、まずは「上位約１割」を短縮する時間外労働上限規制を適用、段階的に引き下げて年960時間以内へ
- ◆ 連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル９時間・代償休息による休息確保
- ◆ 面接指導と**必要に応じた就業上の措置（一時的な診療体制縮小が生じても最優先に実施）**

医師の長時間労働の抜本的改革

- ◆ 時間外労働の罰則付き上限規制の導入（2024．４～）
- ◆ 医療機関が当面取り組むべきこと
  ：労働時間管理、計画的な労働時間短縮
  ⇒しかし、医療機関内の取組だけでは完結しない
- ◆ 都道府県（行政）・地域の医療関係者は、一医療機関の医師の長時間労働問題を医療提供体制としてどう考えるかの視点を持って、医療政策・医療提供を行っていく必要。
- ◆ **そのために、医療機関ごとの医師の長時間労働について、地域医療提供体制の実情も踏まえて客観的な要因分析・評価を行う機能を新設。**

第19回検討会(2／20)資料

上限規制適用までの5年間における医療機関の取組のバックアップ（案）

□ 2024年４月の時間外労働の上限規制適用までの５年間において、各医療機関の取組をバックアップする仕組みを構築する必要。

＜各医療機関の状況に応じた５年間の動き（例）＞
※事務局案を前提とした整理

（2019年度）
地域医療提供体制を確保するために必要な機能の精査（地域医療構想）
ステップ１：時間外労働時間の実態を的確に把握

医療機関X	医療機関Y	医療機関Z
実態は400～1,000hの間でばらつき	実態は1,200～1,400hの医師が多い	実態は600～2,200hの間でばらつき

ステップ２：自施設に適用される上限がどれになるかの検討

機能が（B）の要件を満たさず	機能が（B）の要件を満たす	機能が（B）の要件を満たす

ステップ３：取り組むべき「短縮幅」の見極め
医師労働時間短縮計画を作成し、ＰＤＣＡサイクルによる短縮

極めて長時間労働の医師を（B）水準以内としたが、年960時間までは短縮できず

上限である年960時間を下回って短縮	上限である年960時間を下回って短縮	都道府県が（B）対象の特定
（A）水準適用	（A）水準適用	（B）水準適用
（さらなる労働時間短縮を目指し努力を継続）		年960時間を目指し努力を継続

（2024年度）その後

※この間、実態面の検証は継続する必要（調査等）

医師の宿日直や自己研鑽を含めた労働時間の考え方の周知

国（厚生労働省）
- 医師の時間外労働短縮目標ラインの設定等、全体方針を策定

都道府県
- 個別医療機関における医師の労働時間短縮・地域医療確保の両面から、域内の全体状況を把握（各医療機関の医師の労働時間の概況把握、（B）水準適用「候補」の把握等）
- 医療勤務環境改善支援や医師偏在対策を有効に組み合わせた医療機関支援、医師の労働時間の実態把握を踏まえた医療提供体制の検討

評価機能（新）
- 医療機関ごとに、医師の長時間労働の要因分析・評価、指導を実施（（B）水準超過医療機関、（B）水準適用「候補」医療機関を優先）
- 医療機関と都道府県に評価結果を通知し、取組を促す

参考：第19回検討会
（H31 2/21）資料３

（C）水準について（案）（1）

□ （C）水準の適用類型として、一定の期間集中的に技能の向上のための診療を必要とする場合を以下の２類型に整理してはどうか。

- 初期研修医及び原則として日本専門医機構の定める専門研修プログラムに参加する後期研修医であって、予め作成された研修計画に沿って、一定期間集中的に数多くの診療を行い、様々な症例を経験することが医師（又は専門医）としての基礎的な技能や能力の修得に必要不可欠である場合･･･（C）－１

- 医籍登録後の臨床に従事した期間が６年目以降の者であって、先進的な手術方法など高度な技能を有する医師を育成することが公益上必要とされる分野において、指定された医療機関で、一定期間集中的に当該高度特定技能の育成に関連する診療業務を行う場合･･･（C）－２

□ （C）－１、２いずれも、時間外労働の法令上の上限設定に当たっては、それぞれの目的に応じて何時間の時間外労働があれば必要十分かを考慮する必要があるが、

- 当該エビデンスは現在のところ存在しない。
- 観念上は、日々の医療提供の中に、医師としての能力の向上に資する業務（難しい症例への対応等）とそれ以外の日常の診療業務があるものの、これらは連続的であり、切り分けて考えることは困難。

□ その上で、（C）－１、２の上限時間については、2024年４月の規制適用段階においてはその段階で医師に適用される時間外労働の法令上の上限のうち高いものと同じ水準を適用しつつ、適正な上限時間数について、不断に検証を行っていくこととしてはどうか。

□ 組み合わせる追加的健康確保措置、その履行確保等については、（B）水準の制度設計も参照しながら検討していくこととなるが、特に以下のような項目については、（C）水準独自の論点として検討が必要。

- 特に若手の医師が長時間労働を強いられることがない制度とすることが必要。
- 初期研修医については、入職まもない時期でもあることから、本人が選択したキャリアパスであるとはいえ、追加的健康確保措置をさらに手厚くすることが考えられるか。例えば、連続勤務時間制限について15時間とする（各勤務日について勤務間インターバル９時間）、代償休息を認めない、といった方法が考えられるか。

第19回検討会(2／20)資料（一部改変）

（C）水準について（案）

□ 以下のとおり、各論点について具体的な内容をフローで整理した。

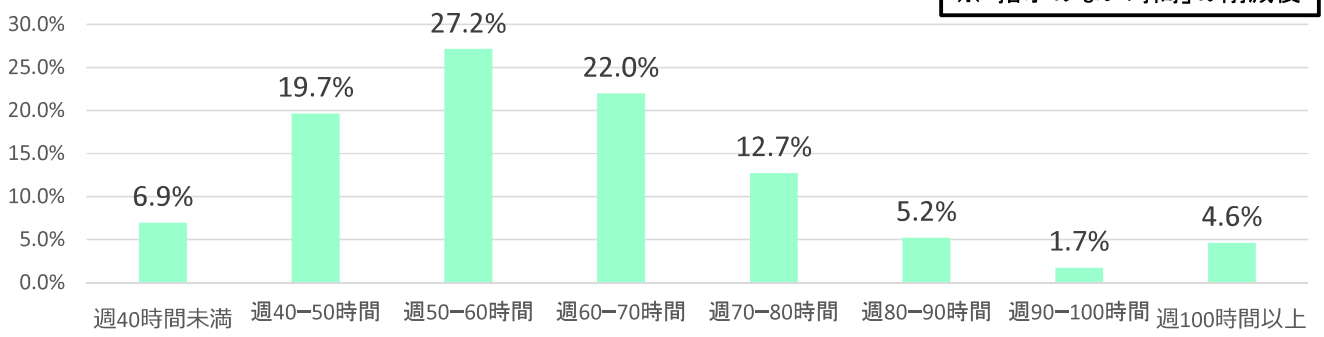
	対象医療機関・対象業務の特定	C水準対象医療機関の指定	３６協定締結	業務開始・追加的健康確保措置の実施等
（C）－１ 初期研修医・日本専門医機構の定める専門研修プログラムに参加する後期研修医	• 臨床研修病院ごとの臨床研修プログラム、各学会及び日本専門医機構の認定する専門研修プログラムにおいて、各研修における時間外労働の想定最大時間数（直近の実績）を明示。 • 当該時間数が（A）水準を超える医療機関について、（B）水準と同様に都道府県が特定。 • 特定に伴い、当該医療機関に追加的健康確保措置が義務付けられる。	対象業務について３６協定を締結（「臨床研修（又は専門研修）に係る業務」・「高度特定技能育成に係る業務」）	• 時間外労働の実態を踏まえて医師が各医療機関に応募。 • 採用（雇用契約開始）後、初期研修・専門研修に左記３６協定が適用。→時間数が実態と乖離している等の場合は臨床研修病院指定、専門研修プログラムの認定スキームの中で是正させる。 • 追加的健康確保措置の実施。→未実施の場合は（B）医療機関と同様の特定スキームの中で是正させる。
（C）－２ 医籍登録後の臨床経験６年以上の者	• 我が国の医療技術の水準向上に向け、先進的な手術方法など高度な技能を有する医師を育成することが公益上必要である分野を審査組織（※１）において指定 • 当該医師を育成するために必要な設備・体制を整備している医療機関を（B）水準と同様に都道府県が特定。 • 追加的健康確保措置の義務付け。		• 医師が主体的に高度特定技能育成計画を作成し、当該計画の必要性を所属医療機関に申し出（※２） • 医療機関が当該計画を承認し、当該計画に必要な業務を特定して審査組織（※１）に申請 • 審査組織における承認を経て、特定された当該業務に左記３６協定が適用。 • 追加的健康確保措置の実施。→未実施の場合は上記と同様。

※１我が国の医療技術の水準向上のための公益上の必要性の判断となることから、高度な医学的見地からの審査組織を設けることが考えられるか。
※２高度特定技能については、個々の医師の自由な意欲・希望の元で発揮されると考えられることから、医師が計画を作成することとなる。

週勤務時間の区分別割合（臨床研修医・卒後３～５年目の医師）

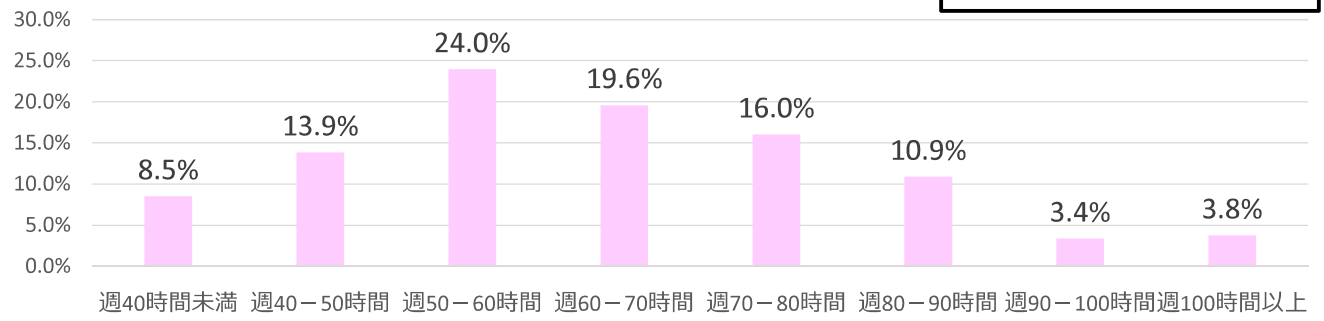
臨床研修医の週勤務時間の区分別割合

※「指示のない時間」の削減後



卒後３～５年目の病院勤務医の週勤務時間の区分別割合※２

※「指示のない時間」の削減後



※１　勤務時間については、「病院勤務医の勤務実態に関する研究」（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調査研究」研究班）の集計結果から、「診療外時間」（教育、研究、学習、研修等）における上司等からの指示（黙示的な指示を含む。）がない時間（調査票に「指示無」を記入）が4.4%であることを踏まえ、「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」における個票の診療科外時間より削減した。
※２　現在の専門医制度における専攻医の期間は臨床研修終了後３年以上とされている。

参考：第17回検討会（H31 2／6）資料を一部改変

医師の健康確保と地域医療の両立

（これまでお示ししている事務局案のまとめ）

□ 時間外労働の上限規制に関してこれまでお示ししている事務局案は、
- 診療従事勤務医に2024年度以降適用される水準（Ａ）
- 地域医療確保暫定特例水準（Ｂ）
- 一定の期間集中的に技能の向上のための診療を必要とする医師について（Ａ）より高い別の水準（Ｃ）

の３つ。

□ このうち特に（Ｂ）は、必要な地域医療が適切に確保されるかという観点から、時間外労働の上限規制が適用される2024年４月時点での実現可能性・妥当性を踏まえた何らかの配慮が必要ではないかとの趣旨でご提案しているもの。時間外労働の上限規制に加えて、一般則に上乗せした追加的健康確保措置をあわせて義務付けることにより、医師の健康確保と地域医療の両立を図ることを目指す案である。

□ また、（Ａ）・（Ｂ）ともに時間外労働月100時間未満を原則としつつも、追加的健康確保措置②（面接指導及び必要に応じた就業上の措置等）を講ずる場合に例外的に超過を認める案としている。これも、患者数が多い、緊急手術が重なった等への対応を要する場合を想定しており、必要な地域医療確保を念頭に置いた案である。

（追加的健康確保措置の実効性にかかる論点）

□ このように、事務局案の（Ａ）・（Ｂ）は、時間外労働の上限規制適用に当たって、必要な地域医療の確保に配慮したものであるが、他方で、日々の患者ニーズへの対応を優先するあまり、追加的健康確保措置の実施がおざなりになってはならない。こうした観点から、以下を含め、追加的健康確保措置の実効性をどう考えるか。

- 追加的健康確保措置①（連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル９時間）については、長時間の手術や急患の対応などやむをえない事情で必要な休息時間が確保できない場合も想定されるため、その分を積み立て別途休暇を取得させる「代償休暇」の実施を提案していたところ、この具体的な制度設計
- 追加的健康確保措置②（面接指導及び必要に応じた就業上の措置等）については、月100時間未満という時間外労働の原則を超える場合に求める措置であることを念頭に、一人ひとりの健康状態に着目した仕組みとしての具体的な制度設計

第19回検討会(2／20)資料（一部改変）

追加的健康確保措置について（案）

（趣旨）

- 人命を預かるという医療の特性から、やむを得ず、時間外労働規制の一般則が求める水準と同様の労働時間を超えて医師が働かざるを得ない場合に、医師の健康を確保し、医療の質や安全を確保するために、一般労働者に求められている健康確保措置に加えた措置（追加的健康確保措置）を講ずることとする。
- 追加的健康確保措置①（**連続勤務時間制限・勤務間インターバル等**）、追加的健康確保措置②（**医師による面接指導、結果を踏まえた就業上の措置等**）を設ける。

（基本的な構成）

＜追加的健康確保措置①＞

- 勤務日において最低限必要な睡眠（１日６時間程度）を確保し、一日・二日単位で確実に疲労を回復していくべきとの発想に立ち、連続勤務時間制限・勤務間インターバル確保を求める。

- 連続勤務時間制限・勤務間インターバルについて、日々の患者ニーズとの関係でやむなく実施できなかった場合に、代わりに休息を取ることで疲労回復を図る代償休息を付与する。

＜追加的健康確保措置②＞

- 同じような長時間労働でも負担や健康状態は個々人によって異なることから、面接指導により個人ごとの健康状態をチェックし、健康状態が悪い場合には必要な就業上の措置を講ずることとする。

＜義務付け等の構成＞

- （Ａ）水準の適用となる医師を雇用する医療機関管理者に、当該医師に対する追加的健康確保措置①の努力義務（※）と追加的健康確保措置②の義務を課す。
  ※　ただし、実際に個々の医療機関が定める３６協定の上限時間数が一般則（月45時間・年間360時間以下、臨時の場合年間720時間以下）を超えない場合を除く。

- （Ｂ）水準の適用となる医師を雇用する医療機関管理者に、当該医師に対する追加的健康確保措置①の義務と追加的健康確保措置②の義務を課す。

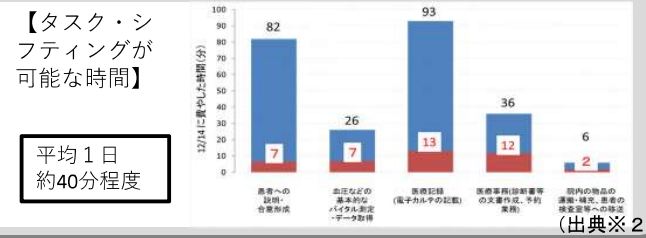
想定される働き方の変化イメージ（勤務医からみて）※事務局案を前提とした整理

当直明けも夕方まで連続勤務
夜遅くなっても翌朝は早い

（出典※１）

連続勤務時間制限28時間・インターバル9時間確保による休息の確保
（時間外労働年960時間を超える医師義務化）

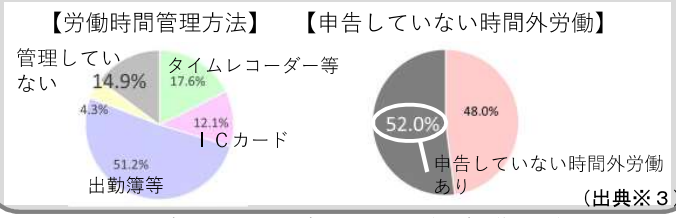
医師でなくてもできる仕事もしなければならない



（出典※２）

「緊急的な取組」で求めている基本のタスク・シフティング項目は必ず行う。
医師は、医師でなければできない仕事に集中。

労働時間管理がなされていない
勤務時間に見合った支払いがなされていない



（出典※３）

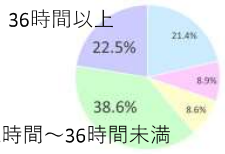
労働時間管理がきちんと行われるようになる。時間外割増賃金がきちんと支払われるようになる（寝られない当直（※）は待機時間も含め時間外労働）。
※宿日直許可を受けていない当直

（出典※１・３）平成29年度厚生労働省委託　医療勤務環境改善マネジメントシステムに基づく医療機関の取組に対する支援の充実を図るための調査・研究事業における医療機関アンケート調査（医師票）結果を基に厚生労働省医政局医療経営支援課において作成。
（出典※２）医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）

想定される医療の在り方の変化イメージ（患者・国民からみて）※事務局案を前提とした整理

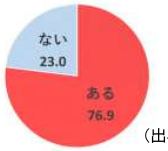
医師が疲弊し、今のままでは医療は崩壊の危機

【当直明け連続勤務】



（出典※１）

【ヒヤリハット体験の割合】



（出典※２）

何でも医師がしてくれることが当たり前

現在医師が行っている業務の中には、医師以外の職種へのタスク・シフティングやＩＣＴ等の技術活用が可能なものも存在

（例）・医療従事者一般が行える業務（電子カルテ入力等）：医師の業務時間の約７％
・特定行為研修修了看護師が行える業務：約３％程度（外科系医師では約７％）（出典※３）

医療アクセスが良く便利だが、非効率な場合も

地域の医療機関間の役割分担が進んでおらず、非効率な時間外救急の受入体制などが、医師の長時間労働の一因となっている

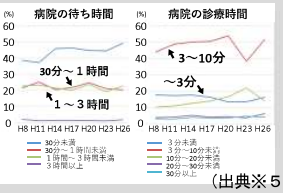
患者・家族は受診の要否の判断が難しく、不安が夜間休日を含めた不急の受診につながる

【ある救急相談センターの例】

	割合
119番へ転送	13.2%
救急車以外の手段での速やかな受診を勧奨	28.6%
６時間以内の受診	27.4%
翌日日勤帯に受診を勧奨	16.6%
経過観察	6.2%

（出典※４）

病院の待ち時間が長く、診療時間が短い



（出典※５）

国民の理解・患者の上手なかかり方を進めながら

連続勤務時間制限28時間・インターバル９時間確保による休息の確保（時間外労働年960時間を超える医師義務化）

⇨ **医師の健康が確保され、より安心・安全な医療を受けられることを目指す**

他職種へのタスク・シフティングやＩＣＴ等の技術の活用により、チーム医療を推進・医療の効率性を向上

⇨ **多様な医療専門職の専門性を活かしたきめ細やかなケア、新技術を活かした効率的で質の高いサービスを受けられることを目指す**

地域の医療機関の機能分化・連携が進む

⇨ **効率的な医療が提供されることで、将来にわたり必要な医療が受けられることを目指す**

行政・医療界が信頼できる医療情報を発信し、受診に関する相談体制を充実

⇨ **信頼できる医療情報や専門家のアドバイスにより、安心して適切な医療を受けられるようにし、混雑の緩和も目指す**

（出典※１）平成29年度厚生労働省委託　医療勤務環境改善マネジメントシステムに基づく医療機関の取組に対する支援の充実を図るための調査・研究事業における医療機関アンケート調査（医師票）結果を基に厚生労働省医政局医療経営支援課において作成。　／　（出典※２）労働政策研究・研修機構　勤務医の就労実態と意識に関する調査（平成24年）　／　（出典※３）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）等　／　（出典※４）横浜市救急相談センターへの問合せ結果（H28.1.15～H29.1.14救急相談データ）　／　（出典※５）平成26年受療行動調査（厚生労働省）

「緊急的な取組」の徹底に向けて

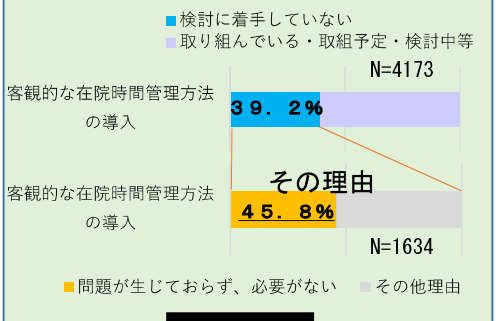
- 医師の労働時間短縮に関する当面今後５年間の改革を着実に進めるためには、「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」の確実な実施が不可欠。特に、労働基準法等に基づく基本的な労働時間管理は、現状においても使用者の責務であるが、昨年９～10月に実施したフォローアップ調査においては、検討に着手していない医療機関が一定程度あり、義務の未実施が疑われる。
- 「緊急的な取組」で求めた項目が未実施であると疑われる病院については、2019年度中に都道府県医療勤務環境改善支援センターが全件、個別に状況確認を行い、必要な対応を求めていくことする。

※　「緊急的な取組」の実施状況も踏まえて、医師の労働時間短縮に向けたさらなる行政の支援策を検討する。

参考）医師の労働時間短縮のための緊急的な取組　フォローアップ調査

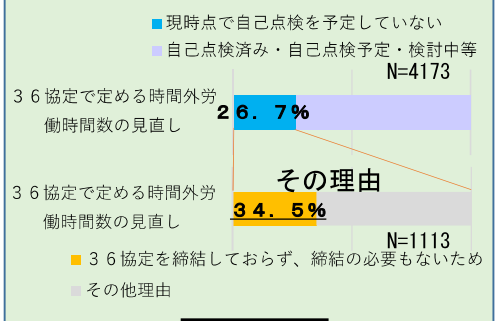
※平成30年度厚生労働省委託事業により、平成30年９～10月にかけて調査を実施

「労働時間管理の適正化に向けた取組」



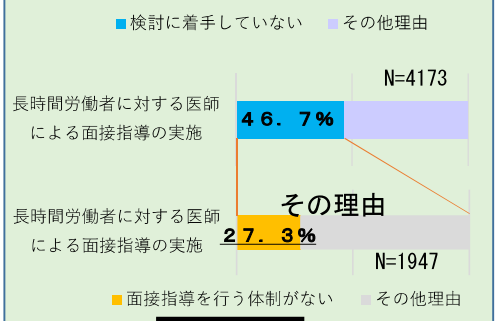
適切な労働時間管理は使用者の責務

「36協定等の自己点検」



現行（2024年４月の上限規制適用前）であっても、３６協定を締結せずに時間外労働させると法違反
（6ヶ月以下の懲役又は30万円以下の罰金）

「既存の産業保健の仕組みの活用」



現行でも、長時間労働の医師が申し出たら使用者には面接指導を行う義務があり、対応できるよう体制整備が必要

すべての医療機関に適正な労務管理を！！

医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組の概要

考え方

- 勤務医を雇用する個々の医療機関が自らの状況を踏まえ、できることから自主的な取組を進めることが重要。
- 医療機関における経営の立場、個々の医療現場の責任者・指導者の立場の医師の主体的な取組を支援。
- 医師の労働時間短縮に向けて国民の理解を適切に求める周知の具体的枠組みについて、早急な検討が必要。

勤務医を雇用する医療機関における取組項目
※1～3については現行の労働法制により当然求められる事項も含んでおり、改めて、全医療機関において着実に実施されるべき。

1 医師の労働時間管理の適正化に向けた取組	□ まずは医師の在院時間について、客観的な把握を行う。 □ ICカード、タイムカード等が導入されていない場合でも、出退勤時間の記録を上司が確認する等、在院時間を的確に把握する。
2 36協定等の自己点検	□ 36協定の定めなく、又は定めを超えて時間外労働をさせていないか確認する。 □ 医師を含む自機関の医療従事者とともに、36協定で定める時間外労働時間数について自己点検を行い、必要に応じて見直す。
3 産業保健の仕組みの活用	□ 労働安全衛生法に定める衛生委員会や産業医等を活用し、長時間勤務となっている医師、診療科等ごとに対応方策について個別に議論する。
4 タスク・シフティング（業務の移管）の推進	□ 点滴に係る業務、診断書等の代行入力の業務等については、平成19年通知（※）等の趣旨を踏まえ、医療安全に留意しつつ、原則医師以外の職種により分担して実施し、医師の負担を軽減する。 ※「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成19年12月28日医政発1228001号） □ 特定行為研修の受講の推進とともに、研修を修了した看護師が適切に役割を果たせる業務分担を具体的に検討することが望ましい。
5 女性医師等の支援	□ 短時間勤務等多様で柔軟な働き方を推進するなどきめ細やかな支援を行う。
6 医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組	□ 全ての医療機関において取り組むことを基本とする1～5のほか、各医療機関の状況に応じ、勤務時間外に緊急でない患者の病状説明等を行わないこと、当直明けの勤務負担の緩和（連続勤務時間数を考慮した退勤時刻の設定）、勤務間インターバルの設定、複数主治医制の導入等について積極的な検討・導入に努める。
行政の支援等	□ 厚生労働省による好事例の積極的な情報発信、医療機関への財政的支援、医療勤務環境改善支援センターによる相談支援等の充実　　等

医療機関における医師の労働時間の短縮に向けて（ロードマップ）

年度	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
医療機関内マネジメント：医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組：労働時間管理の適正化	労働時間管理の適正化の徹底			連続勤務時間制限、勤務間インターバルの導入促進			より質の高い医療へ		
医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組：36協定等の自己点検	・時間外労働の上限時間数の方向性を提示 ・宿日直許可基準の現代化、研鑽の取扱いの提示	医療機関向け説明会の集中開催（宿日直、研鑽、上限時間数、健康確保措置等）					上限規制スタート		
医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組：産業保健の仕組みの活用	・緊急的な取組の都道府県（勤改センター※）・団体等を通じた周知・促進	一般則超の労働時間となっている医療機関に**医師勤務時間短縮計画**策定促進 ※税制等によるインセンティブ					暫定特例水準対象医療機関については、 ・病院長向け勤務環境マネジメント研修受講や**医師の労働時間短縮のための計画**策定の義務付け等を行うこととする（医療機関） ・地域医療支援センターによる地域枠医師等の派遣や各種補助金等による支援を行うこととする		
医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組：タスク・シフティングの推進		**重点的支援対象機関の洗い出し** ・医療勤務環境改善支援センター ：病院長向け勤務環境マネジメント研修受講勧奨等医療機関内のマネジメント改革支援 ・地域医療支援センター：地域枠医師等の派遣 ・その他、地域内における医療機関の機能分化・連携の推進、各種補助金等による支援					暫定特例水準対象医療機関の労働時間短縮を図り、暫定特例水準対象医療機関数の縮減を図る		
医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組：女性医師等の支援		2024年までに暫定特例水準対象医療機関数の縮減を図る							
医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組：医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組	※都道府県医療機関勤務環境改善支援センター								
		医療機関向け勤務環境改善Ｗｅｂサイト（いきサポ）掲載の好事例を充実し、横展開							
医師の意識改革	医療勤務環境マネジメントシステムの導入促進、好事例の収集・周知	病院長向けトップマネジメント研修等による管理者の意識改革					引き続き、医療勤務環境改善支援センター等の取組を通じて医療機関全体の労働時間短縮を図る		
		タスク・シフティング等勤務環境改善推進事業等により好事例創出　※ICT活用含む							
		好事例を分析し、タスク・シフティング等勤務環境改善を一層促進							
人材養成：医師事務作業補助者等（専門職支援人材）	医療機関内の専門職支援人材のスキルアップ方策等の検討			医療機関内の専門職支援人材のスキルアップ方策等の実施に向けた取組			医療機関内における専門職支援人材の活用の推進		
人材養成：特定行為研修修了看護師	特定行為研修修了者数約1,000人	・パッケージ化に向けた省令改正 ・特定行為研修施設の募集強化	特定行為研修制度（パッケージ研修）によるチーム医療の推進				特定行為研修修了者（外科術後病棟管理領域、術中麻酔管理領域）約10,000人目標		
総合的推進									
地域医療提供体制：地域内の医療機関の機能分化・連携の推進	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（地域医療構想）	足下の病床機能（2017年7月現在）計131.9万床	地域医療構想の実現に向けた取組の強化（医療機関の再編や在宅医療等への移行等）					2025年の病床必要量 計119.1万床	
			病床の機能分化・連携の促進						
地域医療提供体制：医師偏在対策	医師偏在対策に向けた医療法等改正法成立 地域枠医師（2018）約2千人	改正医療法の順次施行 都道府県による医師確保計画（3カ年）策定	医師確保計画に基づく医師偏在対策の実施［都道府県］		PDCAサイクルに基づき次期計画策定		次期計画に基づく医師偏在対策の実施［都道府県］		
							地域医療支援センターが派遣調整する地域枠医師の増加（約1万人へ）		
地域医療提供体制：医師の養成	医師需給分科会第3次中間取りまとめ（2021年までの医師養成数）	医師の勤務実態把握調査	2021年以降の医師需給の検討	医師の働き方改革や労働実態、医師偏在対策や医師偏在の状況等を勘案した医師養成			引き続き、定期的な医師需給推計		
地域医療提供体制：国民の医療のかかり方	上手な医療のかかり方に関する懇談会提案	関係機関への働きかけ、周知コンテンツの作成、集中的周知広報実施	効果を検証し、さらに効果的な広報を実施						

より質の高い医療提供体制構築

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）

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。

○Tele－ICU体制整備促進事業　5.0億円（新規）
- 遠隔より適切な助言を行い、若手医師等、現場の医師をサポートし勤務環境を改善するため、複数のICUを中心的なICUで集約的に患者をモニタリングし、集中治療を専門とする医師による適切な助言等を得るために必要な設備や運営経費に対する支援を行う。

○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、当該取り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り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　財政投融資資金計画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】

医療従事者の働き方改革支援資金の創設（新規）

平成３１年度財政投融資資金計画予算案
3,168億円の内数（０億円）

【現行の福祉医療機構（医療貸付事業）による融資について】

○　医療貸付事業については、病院、介護老人保健施設、介護医療院及び診療所等を開設する個人又は医療法人等に対し、病院等の設置・整備又は経営に必要な資金の貸付けを行い、社会福祉の増進並びに医療の普及及び向上を図ることを目的としている。

○　長期運転資金関連の既存の融資メニューとしては以下のものがこれまでに設定されている（一例）。
- **病院等に係る経営安定化資金**（一時的な特殊要因等により生じた資金不足を解消するために必要な資金繰り資金等
  貸付限度額：病院1億円、診療所4,000万円、平成３０年１２月１２日現在の貸付利率は０．８１％）
- **地域医療構想支援資金**（地域医療構想達成に向けた取組を実施する医療機関として都道府県が位置付けた病院等であって、資金繰りの負担や収益構造の変化に適切に対応し、引き続き安定的な事業運営を行うために必要な資金
  貸付限度額：病院5億円、診療所3億円、平成３０年１２月１２日現在の貸付利率は１．０１％）

【医療従事者の働き方改革支援資金の概要】

（資金種類）
- 長期運転資金

（融資条件）
- 勤務環境改善にかかる費用について具体的な金額を盛り込んだ事業計画書を提出すること
- 貸付限度額：病院５億円、診療所３億円

（既存の長期運転資金と併用する場合であっても上記を合計額の上限とする）
- 償還期間：１０年以内（据置期間４年以内）
- 利率：予定されている貸付利率は平成３０年１２月１２日現在を基準とした場合０．５１％

WAM 独立行政法人福祉医療機構 → 厚生労働省の政策目的に沿った低利融資

地域における医療提供体制の確保に資する設備の特別償却制度（医療機器に係る特別償却の拡充・見直し）

（所得税、法人税）

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%

２．社会医療法人の認定基準の見直しについて

○　医療・介護をめぐる社会情勢の変化の中で、地域医療の中核的な存在である社会医療法人が、地域において期待される役割により一層柔軟に対応できるよう、その認定要件について以下のとおり見直しを行う。（平成 31 年度税制改正に伴う見直し）

● 社会保険診療等に係る収入金額の合計額が全収入金額の 100 分の 80 を超えることとの要件について、社会保険診療等に係る収入金額の範囲に障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の規定に基づく障害福祉サービス等に係る収入金額を加える。

○　施行日は４月上旬（予定）であり、平成 31 年４月１日以降に始まる会計年度より適用となる。

○　認定要件の見直しに伴い、今後、都道府県において十分な理解が必要であるため、疑義があれば当課に適宜ご相談いただきたい。

－（参考：別紙１）

障害福祉サービスに係る、社会医療法人等の認定要件（収入要件）の見直し

（法人税、法人事業税等）

別紙１

１．大綱の概要

○　関係法令の改正により社会医療法人制度における認定要件について見直しが行われた後も、その見直し後の社会医療法人を引き続き公益法人等とし、非課税等の特例措置を受けられることとする。

○　特定の医療法人の法人税率の特例について、承認要件の見直しを講ずる。

○　関係法令の改正を前提に、医療法人の移行計画の認定要件の見直しが行われた後も、その見直し後の認定医療法人について、医業継続に係る相続税・贈与税の納税猶予制度等を適用する。

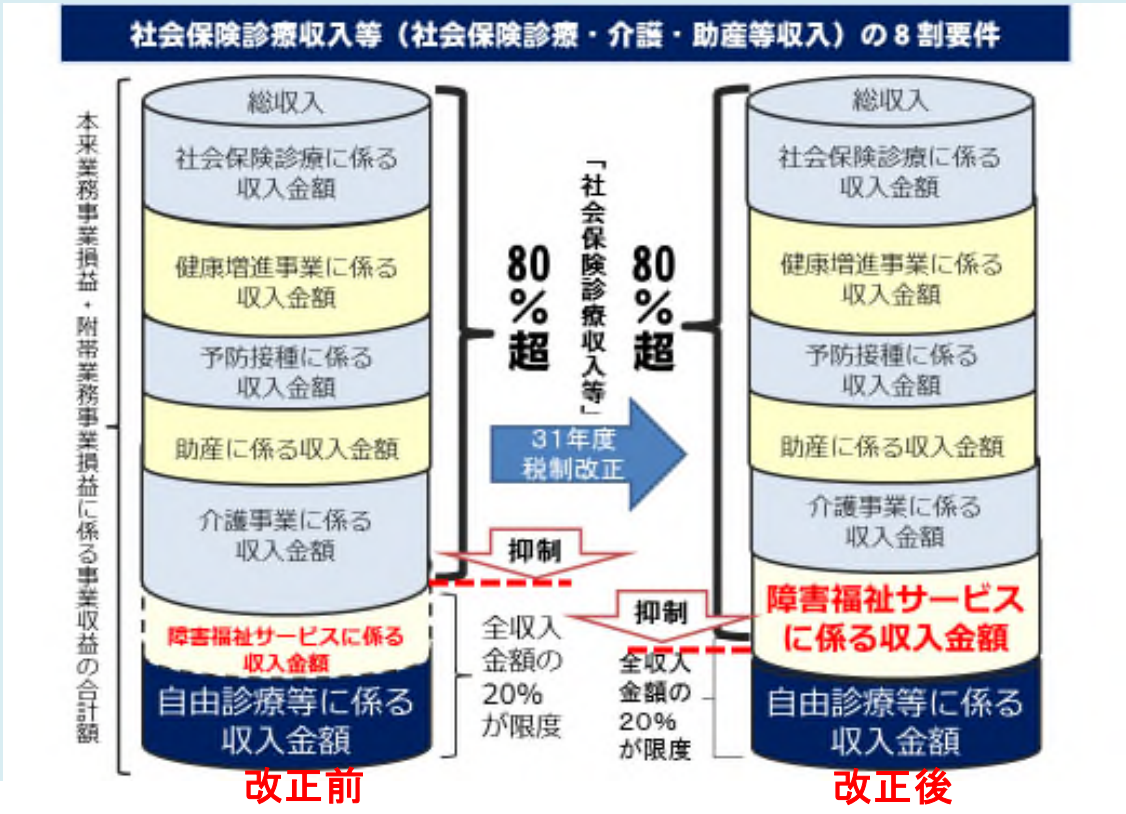
２．制度の内容

社会医療法人、特定医療法人及び認定医療法人（以下「社会医療法人等」という。）は、各種の税制上の措置を受けることから、公的な運営を行うことが義務づけられている。

◇ その認定要件の一つとして、社会医療法人等は、**「社会保険診療収入等」の事業収入が、全収入金額の100分の80を超えなければならない。**

○「社会保険診療収入等」の内容に新たに障害者総合支援法及び児童福祉法に定める障害福祉サービスの給付を加える。

（平成31年３月改正予定）



３．地域医療連携推進法人制度について

○　平成27年の医療法改正により創設された「地域医療連携推進法人」は、医療機関相互間の機能分担及び業務の連携を推進し、地域医療構想を達成するための一つの選択肢として創設されたものである。

主なポイントとしては、以下のとおりである。

①　地域医療連携推進法人は、地域の複数の医療機関等の機能の分担　や業務の連携を目的として設立する一般社団法人について、都道府県知事が認定する。

②　社員となる参加法人は、病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院を開設する非営利法人であり、さらに介護事業等を行う非営利法人を加えることができる。

③　都道府県知事の認定に当たっては、地域医療構想区域を考慮した医療連携推進区域を定めていること等を認定基準とする。

④　地域医療連携推進法人は、統一的な医療連携推進方針を決定し、医療機関相互間の機能の分担や業務の連携に関係する業務を実施する。

具体的には、診療科（病床）再編、医師等の共同研修、医薬品等の物資の供給、資金貸付、関連事業者への出資等が考えられる。

⑤　地域医療連携推進法人の代表理事は都道府県知事の認可を要するとともに、剰余金の配当禁止、都道府県知事による監督等について、医療法人と同様の規制が設けられる。

○　地域医療連携推進法人については、平成29年度に愛知県、兵庫県、広島県、鹿児島県おいて4法人、平成30年度に山形県、福島県、千葉県において3法人の計7法人が認定されているが、その他の地域においてもこの法人の設立が検討されていると承知している。

○　平成31年1月25日に地域医療連携推進法人連絡会議を開催し、各地域医療連携推進法人の代表者、当該法人を認定している都道府県、当該法人の所在する都道府県医師会にご参加いただき、意見交換を行った。
会議資料については、厚生労働省の医療法人・医業経営のホームページにも掲載されている。

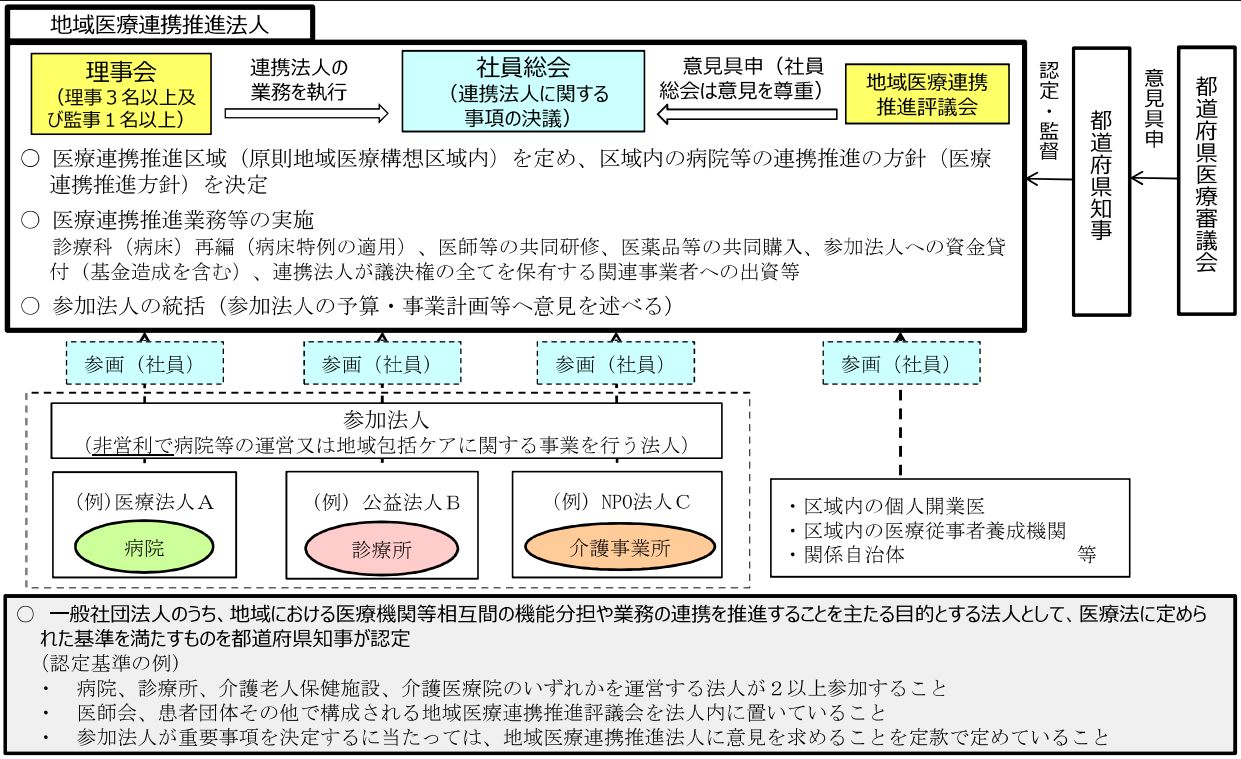
○　地域医療連携推進法人の取組や、法人設立に向けた検討状況については、今後も、当課から都道府県に情報提供してまいりたい。都道府県においても、平成29年5月15日付け当課事務連絡によりお伝えした、地域医療連携推進法人に関する情報提供について、引き続きお願いしたい。

－（参考：別紙２）

地域医療連携推進法人制度の概要

別紙2

・医療機関相互間の機能分担及び業務の連携を推進し、地域医療構想を達成するための一つの選択肢としての、新たな法人の認定制度
・複数の医療機関等が法人に参画することにより、競争よりも協調を進め、地域において質が高く効率的な医療提供体制を確保



○ 一般社団法人のうち、地域における医療機関等相互間の機能分担や業務の連携を推進することを主たる目的とする法人として、医療法に定められた基準を満たすものを都道府県知事が認定
（認定基準の例）
- 病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院のいずれかを運営する法人が２以上参加すること
- 医師会、患者団体その他で構成される地域医療連携推進評議会を法人内に置いていること
- 参加法人が重要事項を決定するに当たっては、地域医療連携推進法人に意見を求めることを定款で定めていること

地域医療連携推進法人の概要(平成29年度設立)

No.	名称（認定日）	医療連携推進区域／参加法人・社員	運営方針
1	尾三会 （平成29年4月2日）	【医療連携推進区域】 愛知県：名古屋市（緑区、天白区、南区）、岡崎市、西尾市、豊川市、刈谷市、豊田市、東海市、大府市、知立市、豊明市、日進市、みよし市、東郷町 【参加法人】 南医療生活協同組合総合病院南生協病院（313床）、医療法人清水会相生山病院（162床）、医療法人なるみ会第一なるみ病院（130床）、医療法人コジマ会ジャパン藤脳ｸﾘﾆｯｸ（19床）、医療法人みどり訪問クリニック、医療法人並木会　並木病院（212床）、医療法人善常会善常会リハビリテーション病院（95床）、医療法人愛整会　北斗病院（270床）、医療法人鉄友会　宇野病院（180床）、医療法人十全会　三嶋内科病院（146床）、医療法人葵　葵セントラル病院（30床）、医療法人社団福祉会　高須病院（169床）、医療法人宝美会　総合青山病院（230床）、医療法人明和会　辻村外科病院（120床）、医療法人社団同仁会　一里山・今井病院（20床）、公益財団法人　豊田地域医療センター（150床）、医療法人贈恩会　小嶋病院（299床）、医療法人利靖会前原整形外科ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝｸﾘﾆｯｸ（19床）、医療法人　秋田病院（150床）、学校法人藤田学園　藤田保健衛生大学病院（1435床）、社会福祉法人福田会　特別養護老人ホーム豊明苑（100名）、社会福祉法人　あかいけ寿老会（特養50名）、医療法人名翔会和合の里（老健105床）、社会福祉法人東郷福祉会特別養護老人ﾎｰﾑｲｰｽﾄｳﾞｨﾚｯｼﾞ（100床）、医療法人秀麗会山尾病院（60床）、医療法人幸寿会平岩病院（60床）、社福地域福祉コミュニティほほえみ、医療法人木南舎冨田病院（96床） 【社員】 たきざわ胃腸科外科	①特定機能病院として広域への高度急性期医療の提供や医療資源（医療従事者等）の適正配置及び医療・介護連携モデルの提供等を通じて回復期及び在宅医療等の充実化の促進 ②広域を担う特定機能病院と地域医療構想区域の地域包括モデルとの連携促進により、地域住民が住み慣れた地域で、切れ目無く適切な医療・介護サービスを利用できる広域連携モデルの構築に寄与 ③厳しい経営環境において持続可能性を維持しつつ、地域医療構想に柔軟に対応できるよう、参加法人の経営に資する医薬品等の共同購入等の支援
2	はりま姫路 総合医療センター 整備推進機構 （平成29年4月3日）	【医療連携推進区域】 兵庫県：中播磨圏域（姫路市、福崎町、市川町、神河町）、西播磨圏域（相生市、たつの市、赤穂市、宍粟市、太子町、上郡町、佐用町） 【参加法人・社員】 兵庫県立姫路循環器病センター（350床） 社会医療法人製鉄記念広畑病院（392床）	①循環器疾患医療、救命救急センター機能等専門性の高い医療の継承及び発展 ②高度専門・急性期医療を担う医療機関として他の医療機関と協力及び連携し、地域医療ネットワークの中心的な役割を果たす ③質の高い診療・教育・研究を行い、将来の活躍が期待される医師等が集まるリーディングホスピタルを目指す ④疾病予防の啓発活動及び予防医学の進展に貢献
3	備北メディカル ネットワーク （平成29年4月2日）	【医療連携推進区域】 広島県：三次市、庄原市 【参加法人・社員】 三次市市立三次中央病院（350床）、三次地区医師会医師会立三次地区医療ｾﾝﾀｰ（150床）、庄原市庄原市立西城市民病院（54床）、日本赤十字社　総合病院庄原赤十字病院（301床）	①安全かつ安心な医療提供体制を追及する ②医療従事者がやりがいをもって働くことができる環境づくりを追及する ③医療機関の安定的経営を追及する
4	アンマ （平成29年4月2日）	【医療連携推進区域】 鹿児島県大島郡：瀬戸内町、宇検村 【参加法人・社員】 瀬戸内町与路へき地診療所、瀬戸内町へき地診療所（19床）・瀬戸内町巡回診療車・瀬戸内町国民健康保険池地診療所（2床）、宇検村国民健康保険宇検診療所、医療法人馨和会いづはら医院（19床）、奄美医療生活協同組合南大島診療所（6床）・介護老人保健施設せとうち（60名）	①誰もが住み慣れた地域で自分らしく末永く暮らせるよう、地域の医療機関相互の機能の分担・連携を推進 ②質の高い医療を効率的に提供し、介護事業所等とも連携し、地域の皆様が健康で、意欲のある生活を送れるように保健・医療・福祉のイノベーションを図り、未来に責任ある街づくりの推進

地域医療連携推進法人の概要(平成30年度設立)

No.	名称(認定日)	医療連携推進区域／参加法人・社員	運営方針
5	日本海ヘルスケアネット (平成30年4月1日)	【医療連携推進区域】 山形県:庄内医療圏(酒田市、鶴岡市、遊佐町、庄内町、三川町) 【参加法人・社員】 地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構:日本海総合病院(646床)、日本海酒田ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病院(114床) 等 (一社)酒田地区医師会十全堂:訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝｽﾜﾝ 等 (一社)酒田地区歯科医師会:酒田地区歯科医師会 (一社)酒田地区薬剤師会:酒田地区薬剤師会 医療法人健友会:本間病院(154床)、のぞみ診療所 等 医療法人山容会:山容病院(220床)、グループホームわだち 医療法人宏友会:上田診療所(6)、介護老人保健施設うらら 等 社会福祉法人光風会:介護老人保健施設、特別養護老人ホーム 等 社会福祉法人かたばみ会:特別養護老人ホーム 等	①参加法人間において地域に必要な診療機能、病床規模の適正化を図り、将来を見据えた医療需要に対応できるよう業務の連携を進め、地域医療構想の実現を図る ②地域包括ケアシステムの構築を行政と共に進め、地域住民が住み慣れた地域で、切れ目なく適切な医療、介護、福祉、生活支援が提供できる取組みを進める ③参加法人の個性、特徴を活かした相互連携を進め、優秀な人材の育成や持続可能な経営を通じて地域に貢献する ④参加法人は、公共の福祉のために、連携推進業務の推進を図る責任を負う
6	医療戦略研究所 (平成30年4月1日)	【医療連携推進区域】 福島県:いわき医療圏(いわき市) 【参加法人】 医療法人社団正風会 石井脳神経外科・眼科病院(48床)、石井正記念石井医院、介護老人保健施設 社会福祉法人正風会 ケアハウス 社団医療法人容雅会 中村病院(140床) 医療法人社団 木田医院	①医療法人社団正風会石井脳神経外科・眼科病院が、これまでに地域の病院や診療所との間で培った地域医療連携のノウハウを活用して地域医療連携の核となり、一般病床及び療養病床を運営する社団医療法人容雅会中村病院との有機的病床分担及び効率的に連携した運用をすることで、地域医療構想の実現に寄与 ②病院における退院時指導のみならず、入院治療の時点から居宅介護支援事業所などとの連携を図り、病院と在宅ケアサービスとの一体的運用により、効率的な医療・介護連携体制を構築 ③社会福祉法人正風会、ケアハウス小名浜をはじめとした在宅ケアサービスと、介護老人保健施設の通所及びショートステイなどの施設サービスを連動させて、多様なニーズに応える介護連携を構築 ④2病院(石井脳神経外科・眼科病院、中村病院)、2診療所(石井医院、木田医院)、ケアハウス介護老人保健施設の連携により、地域に合った医療・介護そして福祉の事業連携を構築し、地域全体に情報発信して福島県の地域モデルを創設

地域医療連携推進法人の概要(平成30年度設立)

No.	名称（認定日）	医療連携推進区域／参加法人・社員	運営方針
7	房総メディカルアライアンス （平成30年12月1日）	【医療連携推進区域】 千葉県：安房医療圏（南房総市、館山市、鴨川市、安房郡鋸南町） 【参加法人】 南房総市 富山国保病院（51床） 社会福祉法人太陽会 安房地域医療センター（149床）	①医療介護従事者の派遣体制の整備 ②医療介護従事者の資質向上に関する共同研修 ③医薬品・医療機器の共同購入の調整、その他の物資の共同購入 ④地域包括ケアシステム構築のための機能分担や病床調整 ⑤医療資源の有効活用 ⑥連携業務における効率化

４．医療法人制度について

（医療法人の指導監督）

○　地域医療構想の実現や地域包括ケアシステムの構築に向けて、各都道府県においても、今後ますます民間医療機関の連携等が重要になってくると考えられる。民間医療機関の大宗を占める医療法人については、非営利性の確保をはじめ適正に運営されていることが基本となるので、関係部局とも連携をとりつつ、医療法人に対する十分な指導監督をお願いする。また、医療法人に対する実地検査については、非営利性の確保の観点や社会福祉法人や公益法人における実地検査の実施状況も踏まえて、例えば、地域医療に影響のある大規模病院を開設する等の医療法人について、医療法第 25 条に基づく立入検査の機会を利用して、５年に１回程度、定期的に実施するなど、各都道府県の状況に応じて検討・対応をお願いしたい。

（外部監査の導入）

○　平成 27 年の医療法改正により措置された、公認会計士又は監査法人による外部監査の義務付け、関係事業者との取引状況の報告について、平成 29 年４月２日以降に始まる会計年度より適用された。３月末を決算期としている医療法人が多いところ、大多数の医療法人は平成 30 年４月から外部監査及び関係事業者との取引状況報告に係る制度が適用され、平成 31 年６月末までに提出が必要になるため、制度の実施にあたり遺漏なきよう所管の医療法人に指導をお願いしたい。

（事業報告書等の届出）

○　医療法人は、医療法第 52 条の規定により、毎事業年度、都道府県に対する事業報告書等の届出が義務付けられている。提出された事業報告書等の確認は、適正に法人運営がされていることの最低限の確認であるので、届出漏れがないよう厳正な指導をお願いする。この点については、平成 26 年６月 24 日に総務省の行政評価・監視において勧告された内容に基づき、当方からも通知しているので、しっかりと対応していただきたい。

　また、平成 29 年４月２日以降に始まる会計年度からは、関係事業者との取引状況の報告が求められることとなった。医療法人の利益を事実上分配する等の関係事業者との不適切な取引が確認された場合は、厳正な指導をお願いする。

（非医師の理事長の選出に係る認可）

○　医療法人の理事長は、都道府県知事の認可を受けた場合は、医師又は歯

科医師でない理事のうちから選出することができるとされている。

この運用に関しては、「医療法人制度の改正及び都道府県医療審議会について」（昭和61年健政発第410号厚生省健康政策局長通知）により技術的助言が行われており、具体的には、候補者の経歴、理事会構成等を総合的に勘案し、都道府県医療審議会の意見を聴いた上で、適切かつ安定的な法人運営を損なうおそれがないと認められる場合には認可が行われるものである旨を示している。当該認可の取扱いについて、平成26年3月に発出した「医師又は歯科医師でない者の医療法人の理事長選出に係る認可の取扱いについて」（平成26年医政指発0305第1号厚生労働省医政局指導課長通知）により、医師又は歯科医師以外の者について要件を設定して門前払いをするのではなく、しっかりと候補者の経歴等を総合的に勘案し認可について判断していただきたい旨を通知しているところであるので、引き続きご留意いただきたい。

（医療法人におけるマネーロンダリング・テロ資金供与の防止）

○　日本は、マネーロンダリング・テロ資金対策のための国際基準を策定する多国間枠組みである金融活動作業部会（FATF(ファトフ):Financial Action TaskForce）に加盟している。FATFでは、マネーロンダリング・テロ資金対策の国際基準として2012年に第4次勧告を採択し、その履行状況について加盟国間で相互審査を行っている。

当該勧告では、医療法人を含む「非営利団体」（NPO）について、合法的な団体を装うテロリスト団体によって悪用されないよう対策を行うこととされており、2019年秋には、審査団による訪日審査も予定されている（当該審査は国において対応予定）。

医療法人のガバナンスが適切に機能し、医療法に基づく行政庁の監督が適切に行われることで、マネーロンダリング・テロ資金供与の防止にも資するものと考えられることから、各都道府県におかれては、こうした動きも念頭に置きつつ、引き続き、法人に対し適切に指導監督を行っていただきたい。

特に、休眠法人については医療法人以外の法人でマネーロンダリングに使われたという事例もある。医療法第65条の規定により、医療法人が成立した後又はすべての病院等を休止若しくは廃止した後、正当な理由なく1年以上病院等を開設又は再開しないときは、設立認可を取り消すことができることとなっている。休眠医療法人の整理は、医療法人格の売買等を未然に防止する上でも極めて重要であるので、実情に即して、設立認可の取消しについて適切に対応されるようお願いする。

（社会医療法人の認定）

○　社会医療法人については、平成31年1月1日現在で302法人が認定を受

けている（資料Ⅱ：「３.社会医療法人の認定状況について」）。各都道府県においては、社会医療法人の認定時はもとより、認定後も毎年の事業等の実施状況について、実地検査等を含め適正な審査・確認を行うようお願いする。

（特定医療法人制度）

○　特定医療法人制度について、「租税特別措置法施行令第 39 条の 25 第 1 項第 1 号に規定する厚生労働大臣が財務大臣と協議して定める基準」（平成 15 年厚生労働省告示第 147 号）第２号イに定める医療施設の基準を満たしている旨の証明手続に関して引き続きご協力いただくようお願いする。

－（参考：別紙３）

（別紙３）

各都道府県
各政令指定都市　市民活動担当　殿

内閣府政策統括官（経済社会システム担当）付
参事官（共助社会づくり推進担当）室

マネー・ローンダリング等の防止について

１　経緯

マネー・ローンダリング[1]（以下「マネロン」）・テロ資金対策の国際基準作りを行うための多国間の枠組みである FATF（別紙１）では、マネロンやテロ資金供与等に係る、①主に法令の整備状況（４０の勧告）と、②当局等による勧告の履行状況（１１項目）について、現在、加盟国間で相互審査（第４次審査）を行っており、対日相互審査は、２０１９年より本格化する予定です。同審査は、非営利団体に対しても言及しております（別紙２）。

また、前回第３次審査では、対日相互審査報告において「ＮＰＯセクターにおけるテロ資金供与のリスク予防及び予防措置に関するアウトリーチ[2]を行っていない。」との指摘がなされています（別紙２）。

２　対日相互審査（第４次審査）を見据えた今後の対応

５月に実施した調査[3]では、マネロンやテロ資金供与関係の監督事案は見当たりませんでした（ご多忙の中、ご回答にご協力頂き誠にありがとうございました。）。引き続き、特定非営利活動促進法の枠組みのなかでは、法令に基づき特定非営利活動法人の設立認証、認定及び監督を適切に行うことが、マネロンやテロ資金供与等の防止にもつながるものと考えられ、従って、事業報告書等の確認等の際には、以下のような着眼点も踏まえながら確認業務を行うことが肝要と考えられます。各所轄庁におかれましては、本件について、必要に応じて捜査当局等と連携されつつ、御理解と御協力を頂けますよう、よろしくお願いいたします。

【参考：事業報告書等の確認等着眼点の例】

・法人の規模に見合わないような高額な取引（高額な不動産や車両の購入等）や送金等が認められる場合
・その取引が頻繁（例えば毎年）に実施されている場合
・当該法人について、犯罪組織等との関係に係る情報提供がなされた場合　等

以　上

---

1 マネー・ローンダリング（Money Laundering：資金洗浄）とは、一般に、犯罪によって得た収益を、その出所や真の所有者が分からないようにして、捜査機関による収益の発見や検挙を逃れようとする行為を指す。

2 関心を高める活動、普及活動等の意。

3 平成 30 年 5 月 21 日付事務連絡「FATF 第 4 次審査に向けた監督情報等の提供のお願い」

金融活動作業部会（FATF）の概要

○ 金融活動作業部会（FATF：Financial Action Task Force）は、1989 年の G7 アルシュ・サミット経済宣言を受け、マネロン・テロ資金対策の国際基準作りを行うための多国間の枠組みとして設立された。

○ G7 を含む 35 カ国・地域と 2 地域機関が加盟しており、その他 8 つの FATF 型地域体を加えると、FATF によるマネロン・テロ資金対策の国際基準（FATF 勧告）は、世界 190 以上の国・地域に適用されている。

（参考）FATF 加盟国一覧〔平成 29 年 10 月現在〕

アイスランド、アイルランド、アルゼンチン、イタリア、インド、英国、オーストリア、オランダ、カナダ、韓国、ギリシャ、豪州、シンガポール、スイス、スウェーデン、スペイン、中国、デンマーク、ドイツ、トルコ、日本、ニュージーランド、ノルウェー、フィンランド、ブラジル、フランス、米国、ベルギー、ポルトガル、香港、マレーシア、南アフリカ、メキシコ、ルクセンブルグ、ロシア、欧州委員会（EC）、湾岸協力理事会（GCC）

○ FATF は、マネロン・テロ資金対策に関する FATF 勧告を策定し、その履行状況について、加盟国間で相互審査を行い、その際に特定された不備事項の改善状況について、フォローアップを行っている。

○ FATF 勧告の履行が著しく不十分な国に対しては、マネロン・テロ資金対策におけるハイリスク・非協力国として、国名公表を行う等の措置を講じている。

（参考）ハイリスク・非協力国として公表されている国〔平成 29 年 10 月現在〕

イラン、北朝鮮　等

（以　上）

金融活動作業部会（FATF）
２０１２年２月

FATF 勧告（仮訳）

８．非営利団体

各国は、テロリズムに対する資金供与のために悪用され得る団体に関する法律・規則が十分か否かを見直すべきである。非営利団体は特に無防備であり、各国は、これらが以下の形で悪用されないことを確保すべきである。

(a) 合法的な団体を装うテロリスト団体による悪用
(b) 合法的な団体を、資産凍結措置の回避目的を含め、テロ資金供与のためのパイプとして用いること、及び
(c) 合法目的の資金のテロリスト団体に対する秘かな横流しを、秘匿・隠蔽するために用いること。

金融活動作業部会（FATF）
２００８年１０月３０日

対日相互審査 報告書概要（抄） （仮訳）

法人、法的取極め及び非営利組織

３６． 非営利団体（NPO）分野におけるテロ資金供与のリスクは日本では比較的低い。NPO は、その運用に対し、高度の透明性と公的説明責任に服しており、一般に、許可、登録または監督による包括的体制が存在する。NPO に対する、国家、地域、及び活動内容によって広範な規制者が存在する一方で、規制当局と捜査当局の連携は全体的に効果的である。しかしながら、日本は、テロ資金供与への悪用リスクや、資金洗浄及びテロ資金対策措置に関する認識向上のための NPO セクターに対するアウトリーチ活動を行っていない。

（以　上）

５．持分なし医療法人への移行促進について

○　「持分あり医療法人」では、出資者の相続が発生すると相続税支払いのために相続人から法人へ払戻請求が行われる可能性がある等、法人経営の安定性に課題があることから、医業の継続性の観点から、平成18年の医療法改正において「持分なし医療法人」を原則とするとともに、従前から設立されていた「持分あり医療法人」については「持分なし医療法人」への自主的な移行を促している。

○　平成26年には、「持分あり医療法人」から「持分なし医療法人」への移行計画を厚労大臣が認定する制度を創設し、出資者に係る相続税等の猶予・免除を受けられる税制措置や出資者の払戻請求に対応するための金融支援を講じ、移行を促進してきた。

○　平成29年に、移行が十分に進んでいない状況や今後さらに医療法人において相続問題が発生すると考えられること等を踏まえ、平成18年医療法改正法及び租税特別措置法を改正した。これにより当該認定制度を平成32年(2020年度)9月まで3年間延長するとともに、移行時の大きな課題であった持分の放棄に伴う法人へのみなし贈与税を非課税とする取扱いを新たに設け、平成29年10月より施行している。

（参考：別紙４）

○　各都道府県におかれても、平成18年の医療法改正以降、「持分なし医療法人」への移行について医療法人への指導、助言を行っているところであるが、制度内容に留意いただきながら、引き続き、移行促進に向けて医療法人への制度周知や相談支援など必要な対応を行っていただくようお願いする。

持分なし医療法人への移行計画の認定制度の延長

別紙４

１．経　　緯

○　法人財産を持分割合に応じて出資者へ分配できる「持分あり医療法人」は、平成１８年医療法改正以降、新設を認めず（※1）、「持分なし医療法人」への移行を促進

※1：持分あり医療法人では、出資者の相続が発生すると相続税支払いのため払戻請求が行われるなど法人経営の安定について課題がある。

○　「持分あり医療法人」から「持分なし医療法人」への移行計画を国が認定する制度を設け、相続税猶予等の税制措置を実施。この認定期間が、平成29年9月までとなっていたことから３年間延長し、制度を拡充（※2）【医療法改正・税制改正】

※2：現状も約5万の医療法人のうち8割が持分あり医療法人である。

２．制度の内容

改正イメージ

認定期間は3年延長（平成29年10月～平成32年9月）
税制上の特例措置も延長

（持分あり医療法人）
持分なし医療法人への移行計画の認定を申請

→ 大臣認定

◆移行計画期間中（最大３年）は、税制措置あり
・出資者の相続に係る相続税の猶予・免除
・出資者間のみなし贈与税の猶予・免除

→ （持分なし医療法人）
持分の放棄＋定款変更（解散時の残余財産の帰属制限）により移行完了

◆認定要件
・社員総会の議決があること
・移行計画が有効かつ適正であること
・移行計画期間が3年以内であること

認定医療法人については、移行の際の法人への贈与税を課税しない
・現状、相続税法により相続税等が「不当に減少」する場合、贈与税が課税される扱い。
・解釈通知（非課税基準）による税務署の個別判断

法人の運営が適正であることを要件として追加し、移行後６年間、当該要件を維持していることを求める。

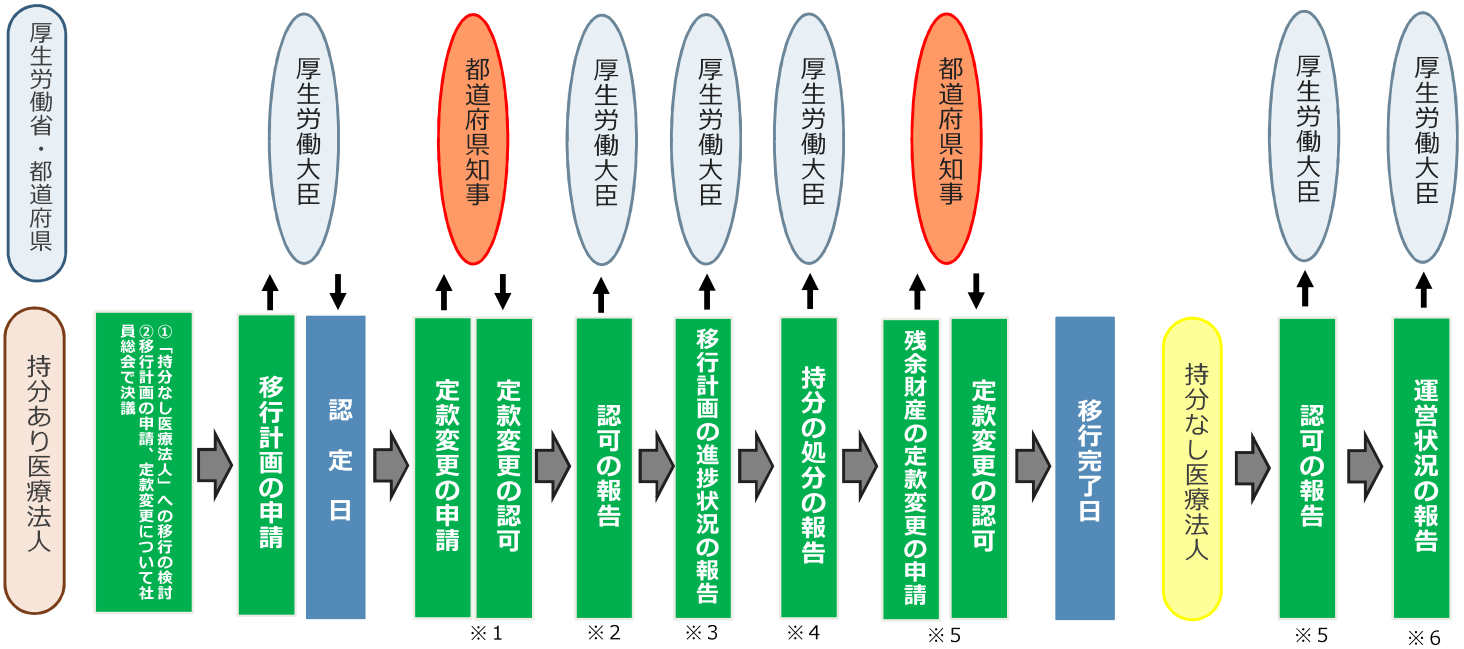
【主な運営の適正性要件】
・法人関係者に利益供与しないこと
・役員報酬について不当に高額にならないよう定めていること
・社会保険診療に係る収入が全体の８０%超　等

【非課税基準の主な要件】
・理事6人、監事2人以上
・役員の親族1／3以下
・医療機関名の医療計画への記載
・法人関係者に利益供与しないこと　等

今回の改正により、役員数、役員の親族要件、医療計画への記載等の要件を緩和
贈与税の非課税対象が大幅に拡大

赤字：医療法で対応
青字：税法で対応

移行計画認定制度の手続きの流れ



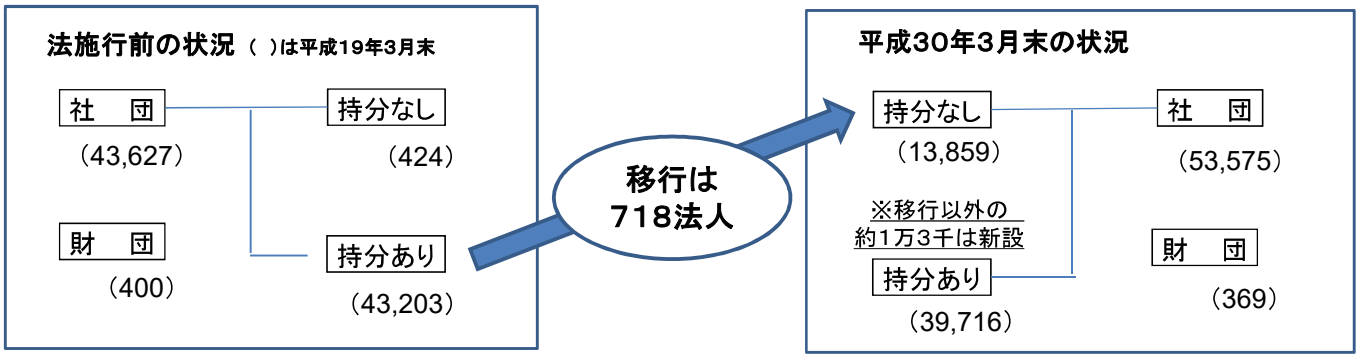
※１　認定後、速やかに、都道府県知事に定款変更の認可申請を行う。
※２　認可を受けた日から起算して３か月以内に厚生労働大臣に定款変更の認可を受けた報告を行う。
　　なお、３か月以内に定款変更の認可を受けなかった場合には、認定が取り消されることがある。
※３　移行期限内で、かつ、移行が完了するまでの間、認定日から１年を経過するごとに、３か月以内に厚生労働大臣に移行計画の進捗状況を報告する。
※４　移行期限内で、かつ、移行が完了するまでの間、出資者に持分の処分（放棄、払戻、譲渡、相続、贈与等）があった場合、３か月以内に厚生労働大臣に出資の状況を報告する。
※５　移行期限までに、残余財産の帰属先に関する定款変更の認可を受け、持分の定めのない医療法人への移行完了後、３か月以内に厚生労働大臣に定款変更の認可を受けた報告を行う。
※６　移行完了後、
　　①５年を経過するまでの間…１年を経過するごとに、３か月以内に厚生労働大臣に運営状況を報告する。
　　②５年を経過してから６年を経過するまでの間…５年１０か月を経過するまでに厚生労働大臣に運営状況を報告する。

（参考）　持分なし医療法人への移行数について

○持分なし医療法人への移行数

「持分あり医療法人」から「持分なし医療法人」への移行法人は、累計718法人（※）

※平成18年改正医療法施行後の累計。平成30年3月末現在。



○認定制度による認定件数等

認定期間	認定件数（うち特例認定）	移行件数（うち特例認定）※
旧制度による認定：H26年10月～H29年9月末日	87件（19件）	55件（15件）
新制度による認定：H29年10月～H31年2月5日	89件（19件）	39件（15件）
合計（特例認定の重複を除く）	157件	79件

※移行件数はH31年1月末までに報告を受けた分

特例認定・・・
旧制度の認定を受けた後、再度、新制度で認定を受けること

参考：平成18年改正医療法による医療法人制度改革

※　法人財産を持分割合に応じて出資者へ分配できる、いわゆる「持分あり医療法人」については、出資者の相続に伴い払戻請求が行われるなど法人経営への影響等の課題があり、平成18年改正医療法により、新設の医療法人は「持分なし医療法人」のみを認めることとした。

※　また、平成26年には、「持分あり医療法人」から「持分なし医療法人」への移行を促進するため、計画的な移行に取り組む医療法人を国が認定する制度を設け、相続税猶予等の税制優遇などを実施している（上掲表の「旧制度」）。

3

６．独立行政法人について

当課の所管する独立行政法人国立病院機構（ＮＨＯ）、独立行政法人地域医療機能推進機構（ＪＣＨＯ）及び国立高度専門医療研究センター（ＮＣ）は全国で病院を運営し、地域の医療機関との連携や、災害時等における国や地方自治体との連携等、地域における医療提供の大きな役割を担っており、都道府県におかれても、これらの独立行政法人の各種活動についてご承知をお願いいたしたい。

さらに、これらの独立行政法人が、都道府県の地域医療構想をはじめとする様々な医療に関する施策について、今後とも積極的に参画し、重要な役割を果たすことができるよう、何卒ご支援をよろしくお願いしたい。

なお、ＪＣＨＯについては、独立行政法人地域医療機能推進機構法に基づき協議会を設置・開催する等により、利用者やその他関係者の意見を広く聴くこととしている。当該協議会については、地元自治体の方にもご協力いただいており、感謝申し上げるとともに、引き続きご協力をお願いしたい。

７．国立ハンセン病療養所について

（１）国立ハンセン病療養所の概要

国立ハンセン病療養所は、ハンセン病の元患者である入所者に対して必要な療養を行っており、全国（青森県、宮城県、群馬県、東京都、静岡県、岡山県、香川県、熊本県、鹿児島県、沖縄県）に１３か所設置されている。

入所者の平均年齢は 85.5 歳（平成 30 年 5 月 1 日現在）と高齢化が進展しており、ハンセン病の後遺症に加え、生活習慣病等の合併症の発症や、身体機能・視覚機能の低下等により、日常生活上の不自由度が進行していることから、医療・介護の必要度が増加している。

また、各療養所においては、地域の実情を踏まえた上で、入所者が望む将来の施設の姿を将来構想として策定しており、この将来構想に基づき社会福祉施設等の誘致等に取り組んでいる。

（２）ハンセン病問題に関する国及び地方公共団体の責務

国の隔離政策に起因してハンセン病の患者であった者等が受けた身体及び財産に係る被害その他社会生活全般にわたる被害の回復には、未解決の問題が残されており、とりわけハンセン病の元患者等が地域社会から孤立することなく、良好かつ平穏な生活を営むことができるようにするための基盤整備は喫緊の課題であり、適切な対策を講ずることが急がれている。そして、ハンセン病の元患者等に対する偏見と差別のない社会の実現に向けて、これらの課題について真摯に取り組んでいかなければならない。

これについては、平成 21 年 4 月に施行された「ハンセン病問題の解決の促進に関する法律」に基づき、国及び地方公共団体の責務として、ハンセン病の患者であった者等の福祉の増進等を図るための施策を策定し、及び実施する責務を有すると規定されていることから、

① 医師、看護師及び介護員の確保等の国立ハンセン病療養所における医療及び介護に関する体制の整備

② 国立ハンセン病療養所の土地、建物、設備等を地方公共団体又は地域住民等の利用に供する等の将来構想の進展に向けた取組

等について、国はもちろんのこと、地方公共団体にも協力いただき、様々な課題を解決していく必要がある。

（３）課題解決に向けた取組

「（２）①医療及び介護に関する体制の整備」のうち、特に医師の確保については、平成 26 年 11 月に行われた「ハンセン病問題の解決の促進に関する法律の一部を改正する法律案に対する附帯決議」においても、「国立ハンセン病療養所については、その入所者の良好かつ平穏な療養生活のため、職員の確保に最大限努めること。特に医師の確保に当たっては、地方自治

体等関係機関の協力を得て欠員補充に努めること。」とされており、国と地方公共団体とが協力して国立ハンセン病療養所における必要な療養体制の確保をより一層図っていく必要がある。

また、「（２）②将来構想の進展に向けた取組」については、各療養所における将来構想の進展に向けた取組の具体例として、国立ハンセン病療養所の土地等の一部を貸し付けることにより、保育所、特別養護老人ホーム及び障害者支援施設を誘致している。引き続き、所在関係自治体が療養所及び入所者自治会と意見交換を行うなど、積極的に関わり、将来構想の進展を図るよう協力をお願いする。

福祉医療機構

１．独立行政法人福祉医療機構（医療貸付事業）について

独立行政法人福祉医療機構（以下「機構」という。）は、福祉の増進並びに医療の普及及び向上を目的として、病院、診療所、介護老人保健施設及び介護医療院等の医療関係施設等に対して、その設置・整備又は経営に必要な資金を長期・固定・低利な条件で融資する事業等を行っているところである。

平成31年度予算（案）においては、需要動向を踏まえた融資枠とし、国の政策推進に合わせて所要の貸付条件等の設定等を行うこととしたので、管下の医療機関等に対する周知方よろしくお願いしたい。

また、機構の借入申込みについては、従来より、整備を行う施設等を所管する都道府県知事からの証明書・意見書の提出を理事長及び福祉医療貸付部長通知によりお願いしているところであるが、平成31年度においても引き続きご協力をお願いしたい。

さらに、機構融資の借入申込予定者に対しては、予め機構の融資相談を受け、適切な事業計画を策定するようご指導願いたい。

（１）事業計画

区　　分	平成30年度予算	平成31年度予算(案)	対前年度比
貸付契約額	１，１９７億円	１，１４２億円	９５．４％
資金交付額	１，１８３億円	１，１５３億円	９７．５％

（２）平成31年度からの主な改正事項

○　激甚災害復旧資金の創設

○　地域医療介護総合確保基金の対象事業であって、病床数の削減を伴う病院及び有床診療所の整備に関する融資については、所要額９５％、貸付利率当初５年間基準金利▲0.5％（2020年度まで）の拡充

○　病院及び診療所における医療従事者の働き方改革を支援する「働き方改革支援資金」の創設

○　病院及び有床診療所が有する療養病床を転換させるための介護医療院の建築資金に係る貸付利率を基準金利同率にする優遇融資の創設

（３）貸付条件の優遇措置

国の政策推進に合わせて所要の貸付条件等の優遇措置を行っており、各事業の詳細、貸付金の算定方法、貸付限度額、償還期間、貸付金利等

については、機構において公表しているところ。

１）地域医療構想の推進に向けた融資条件の優遇措置の拡充

地域医療介護総合確保基金の対象事業である病院等の建築資金について優遇を行う。また、病院又は診療所の病床を削減する整備については更なる優遇を行う。【2025年度末まで】

＜貸付限度額＞　所要額の90%（病床削減の場合：所要額の95%）

＜貸 付 利 率＞　基準金利同率（病院及び診療所に限る）

（病床削減の場合：当初５年間、基準金利▲0.5%（2020年度まで。以降、優遇金利幅は順次縮小））

２）病院の耐震化整備に係る融資条件の優遇措置

未耐震の病院（未耐震と証明された建物及び耐震診断の結果Is値が0.6未満の建物をいう。）が耐震化するための建築資金について優遇を行う。

＜貸付限度額＞　所要額（補助金等は差し引く）の95%

＜貸 付 利 率＞　基準金利同率（補助対象事業：据置期間中無利子）

（４）協調融資について

平成27年度から、機構と民間金融機関が連携して融資を行う協調融資の仕組みを設けて、その利用促進に努めているところである。

なお、協調融資は、事業者にとっても取引実績のない民間金融機関から機構融資では対応できない資金ニーズに対応できる可能性があるなどのメリットがあることから、引き続き各法人等に対して、協調融資の活用について助言をお願いしたい。

（５）その他

融資に際しての留意点として、法人運営については、今日の社会保障制度を取り巻く経営環境を考慮すると、施設等の経営主体のガバナンス態勢の確保は極めて重要であり、法令遵守はもとより、しっかりとした経営理念に基づき、代表者のリーダーシップの下で、法人組織全体が効率よく運営されている体制にあるかどうか十分に確認を行っているところである。

また、機構では経営サポートセンターを設置し、福祉医療貸付事業等の豊富なデータを基にした確度の高い経営指標や診断手法により、民間の福祉医療施設の経営者や地方公共団体等に対する経営サポート事業を実施しているところである。各都道府県等におかれては、福祉医療サービス基盤の安定的かつ効率的な維持・運営が図られるよう、経営面の課題の早期発

見やガバナンス体制の課題等を抱えている医療法人等に対して、当該事業を改善方策の一つとして案内していただくなど、積極的な活用をお願いしたい。事業の詳細は、機構ホームページ及びＷＡＭ　ＮＥＴに掲載しているので、参照されたい。

・機構ホームページ（https://www.wam.go.jp/hp/guide-keiei-report-h30/

・ＷＡＭ　ＮＥＴ

（https://www.wam.go.jp/wamappl/scresearch.nsf/aMenu?Open）

◎医療施設の融資のご相談先

東日本地域
福祉医療貸付部医療審査課 TEL ０３－３４３８－９９４０

西日本地域
大阪支店医療審査課　　TEL ０６－６２５２－０２１９

2019.2

～福祉と医療の民間活動を応援します～

独立行政法人福祉医療機構

―医療貸付事業のご案内―

病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院、助産所、医療従事者養成施設、指定訪問看護事業の建物整備や医療機器を購入するための資金（一部の施設については経営安定化のための経営資金があります）について「長期・固定・低利」の政策融資を実施しています。

- 地域の医療介護の総合的な確保体制の推進、医療機関の耐震化、療養病床の転換、地震防災対策としての高台移転など、重点政策については、融資率や貸付金利等を優遇しています。
- 医療計画に基づく病床の整備状況等に応じて融資率や貸付利率を設定し、政策に即応した融資を実施しています。
- 融資実績を踏まえた専門的な融資相談を行っています。

【福祉医療機構】
独立行政法人福祉医療機構は、福祉の増進と医療の普及および向上を目的として、平成１５年１０月に設立された独立行政法人です。
福祉医療施設に対する政策融資や、これら施設の経営支援、社会福祉施設で働く方々の退職手当共済、心身に障害のある方の扶養保険、ＮＰＯなどの民間団体への助成、年金担保貸付、ワムネット（福祉保健医療情報の提供）などを一体的に実施し、地域の福祉・医療の基盤づくりに貢献しています。

Welfare And Medical Service Agency

主な優遇措置の内容（施設整備を支援しています）

1．今後の医療提供体制改革をすすめ、地域医療構想を実現し、地域の医療・介護サービス提供体制を構築していただくための融資条件の優遇

☞　地域医療構想の実現と地域包括ケアシステムを構築するために「地域医療介護総合確保基金」の対象となる病院などに対し、次の優遇融資を実施しています。

○ 融資率の引き上げ　：所要額の90%（来年度より病床削減する場合：所要額の95%）
○ 貸付利率の引き下げ：基準金利と同率
（来年度より病床削減する場合：当初５年間、基準金利▲0.5%(2020年度末まで)）

☞　地域医療構想の達成に向けた取組みを実施する医療機関として、都道府県が位置付けた病院等に対する長期運転資金として、「地域医療構想支援資金」をご用意しておりましたが、平成30年度より地域医療構想に基づく建築、改築等を行う病院の建築資金に係る貸付利率を基準金利と同一とする優遇融資を実施しています。

2．病院の耐震化整備をすすめていただくための融資条件の優遇

☞　地震発生時の病院の倒壊・崩壊を防ぎ、患者や職員等の安全を確保して、被災者に適切な医療を提供していく観点から、耐震化整備は重要な課題です。現在、未耐震の病院に対して、次の優遇融資を実施しています。

○ 融資率の引き上げ　：所要額の95%
○ 貸付利率の引き下げ：基準金利と同率(来年度より補助対象事業は、据置期間中無利子)

3．災害により被災された医療施設等の復旧支援

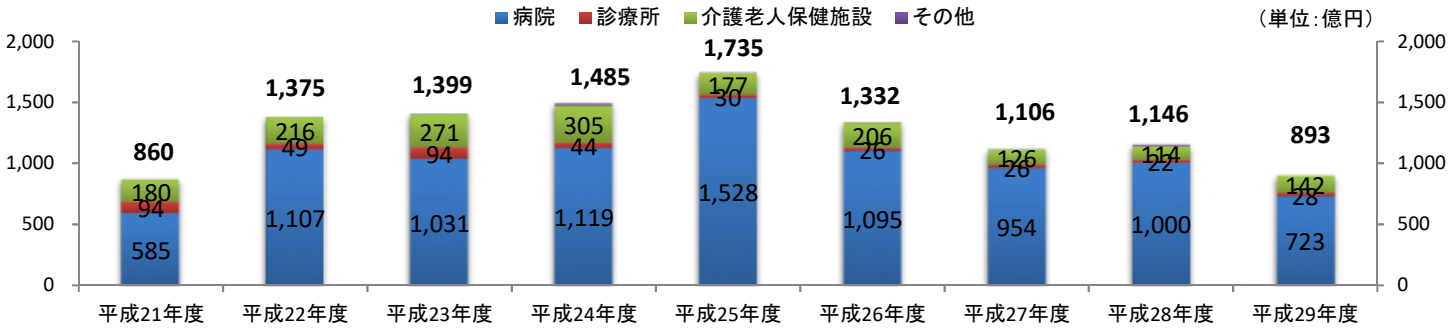
☞　東日本大震災や平成２８年熊本地震等により被災された施設の復旧を支援するため、様々な優遇措置を実施しています。

　また、平成３１年度より激甚災害復旧資金を新たに創設し、被災地の皆さまの復興支援を更に迅速化するべく、融資率、貸付利率及び償還期間等について優遇融資を実施します。

上記のほか、特別養護老人ホーム等の介護施設、グループホーム、障害者施設、保育所等の児童関連施設等にもご融資を行っております。病院以外のご融資のご相談も承っておりますので、お気軽にご連絡ください。

医療貸付事業の契約実績

近年は、平成21年度補正予算より設けられた医療施設等の耐震化整備に係る優遇融資や、東日本大震災に係る災害復旧資金の優遇融資を多くご利用いただいております。



独立行政法人 福祉医療機構 福祉医療貸付部　web-site：https://www.wam.go.jp/hp/

〒105-8486 東京都港区虎ノ門4丁目3番13号 ヒューリック神谷町ビル9階

融資の相談窓口

●開設地が東日本（北海道～三重県）
福祉医療貸付部　TEL 03-3438-9940
医療審査課　FAX 03-3438-0659

●開設地が西日本（福井県～鹿児島県）
大阪支店　TEL 06-6252-0219
医療審査課　FAX 06-6252-0240

地域医療計画課

１．地域医療構想について

（１）これまでの取組

○　地域医療構想の実現に向けては、平成 28 年度中に全都道府県で地域医療構想が策定されたことを踏まえ、平成 29 年度以降、個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針の速やかな策定に向けて、地域医療構想調整会議において２年間程度で集中的な検討を進めることとした。

○　特に公立病院・公的医療機関等に対しては、それぞれ「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、民間医療機関との役割分担を踏まえ、公立病院・公的医療機関等でなければ担えない分野へ重点化された具体的対応方針であるか確認することを求めた。

（２）今後の進め方

①協議の徹底について

○　都道府県においては、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する。

○　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する。

②具体的対応方針の検証について

○　なお、厚生労働省においても、「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する予定である。
　具体的には、手術などの詳細な診療実績に着目して公民の競合状況を確認することにより、民間医療機関では担うことができない機能への重点化が十分に図られた具体的対応方針となっているか検証することを想定している。

○　また、こうした検証の結果を踏まえた対策として、例えば、公立・公的病院として担うべき機能への重点化や将来の医療需要の動向に沿った対応が十分とは認められない場合には、合意済みの具体的対応方針であっても、協議のやり直しの要請を含めた対応を行うことを想定しているので、地域での協議に当たって留意されたい。

地域医療構想について

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

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

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

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

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

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

【その他】

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

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

地域医療構想調整会議での個別の医療機関の取組状況の共有

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

①医療機能や診療実績　②地域医療介護総合確保基金を含む各種補助金等の活用状況

③公立病院・公的病院等について、病床稼働率、紹介・逆紹介率、救急対応状況、医師数、経営に関する情報など

地域医療構想調整会議の運営

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

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

「地域医療構想」の実現に向けた一層の取組

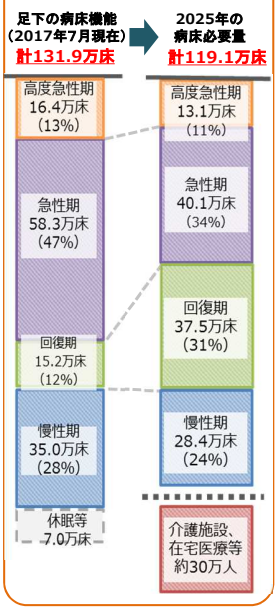
平成30年11月20日　経済財政諮問会議
根本臨時議員提出資料を改編

- **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。

2016年度

構想策定完了

地域ごとに、2025年時点での病床の必要量を『見える化』



2017年度

2年間程度で集中的な検討を促進

具体的対応方針の速やかな策定に向けた取組

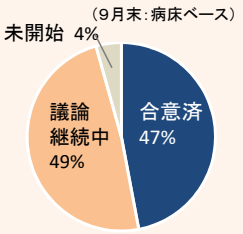
地域のビジョンをもとに具体的な医療機関ごとのビジョンへ

具体的対応方針：2025年の医療機能別の病床数の達成に向けた医療機関ごとの対応方針

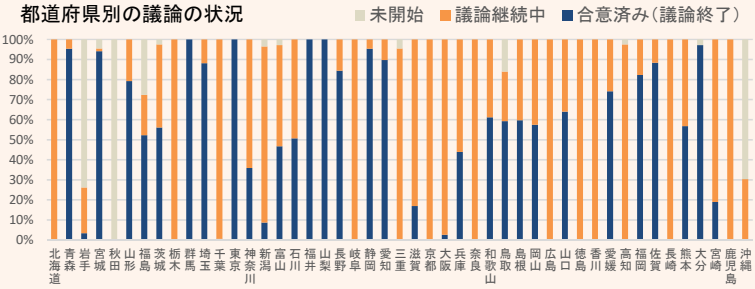
具体的対応方針の議論の状況

- 2018年３月末から９月末までに合意済みの公立・公的医療機関等の病床数が**3.1万床から23.6万床（約半数）まで増加**
- 取組が遅れている都道府県の状況を把握し、**2018年度末までに全ての公立・公的医療機関等で合意済みとなるよう取組を推進**

公立・公的医療機関等に関する議論の状況



都道府県別の議論の状況



2018年度

全ての公立・公的医療機関等の具体的対応方針の合意形成

2019年度

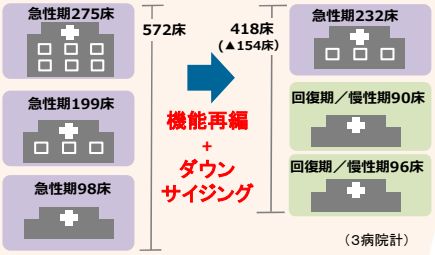
具体的対応方針の検証

具体的対応方針の実態に応じた推進策を更に充実

PDCAサイクルの着実な実施

機能分化連携のイメージ（奈良県南和構想区域）

- **医療機能が低下している３つの救急病院を１つの救急病院（急性期）と２つの回復期／慢性期病院に再編し、ダウンサイジング**
- 機能集約化により医師一人当たりの救急受入件数が増え、**地域全体の医療機能の強化、効率化**が促進された



医師数	48.4人	60.8人（1.26倍）
年間救急車受入件数	2,086件	4,104件（1.97倍）

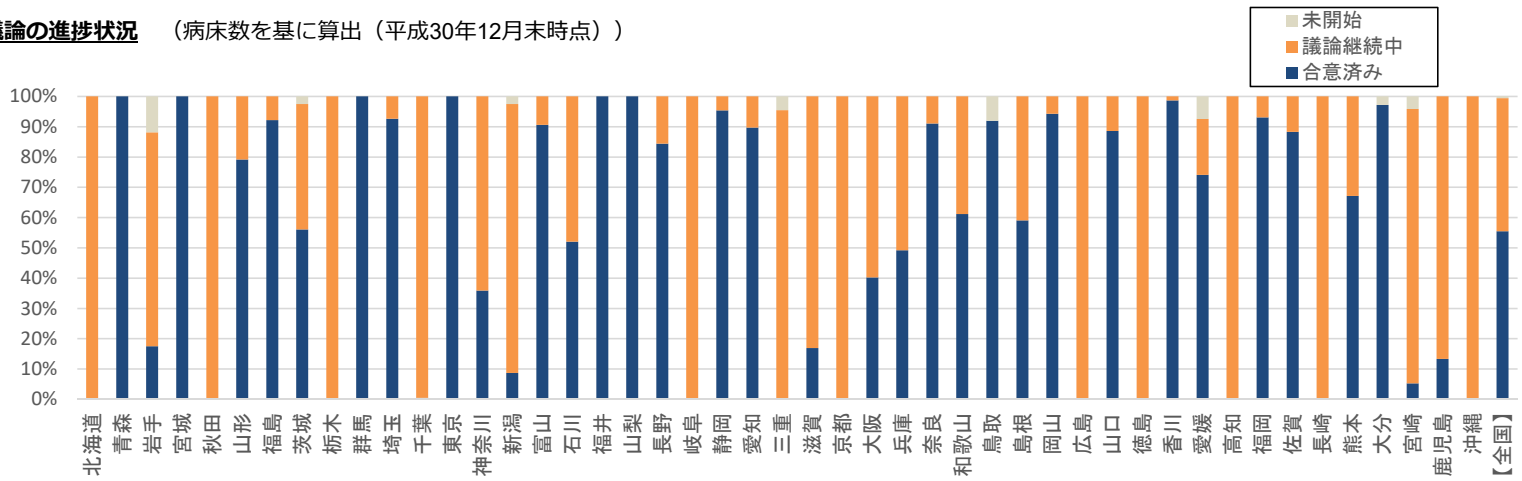
公立病院・公的病院に関する議論の状況

第18回地域医療構想に関するWG
（平成31年1月30日）資料3

対象施設数　（平成30年12月末時点）

	北海道	青森県	岩手県	宮城県	秋田県	山形県	福島県	茨城県	栃木県	群馬県	埼玉県	千葉県	東京都	神奈川県	新潟県	富山県	石川県	福井県	山梨県	長野県	岐阜県	静岡県	愛知県	三重県	滋賀県	京都府	大阪府	兵庫県	奈良県	和歌山県	鳥取県	島根県	岡山県	広島県	山口県	徳島県	香川県	愛媛県	高知県	福岡県	佐賀県	長崎県	熊本県	大分県	宮崎県	鹿児島県	沖縄県
公立（計823）	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
公的等（計829）	46	6	8	14	15	5	20	25	12	11	19	18	62	42	21	11	10	9	5	28	15	24	38	16	9	17	41	21	7	7	6	8	17	22	20	9	12	13	6	50	9	11	16	15	9	15	9
合計（1,652）	133	30	35	43	27	28	32	33	16	24	32	47	79	61	47	23	26	16	19	49	33	49	64	31	21	30	63	63	18	18	14	20	34	41	35	20	23	28	16	67	16	25	34	20	26	27	16

議論の進捗状況　（病床数を基に算出（平成30年12月末時点））



※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）

地域医療構想に関するワーキンググループにおける今後の議論の進め方について（案）

1．これまでの取組

○　地域医療構想の実現に向けては、平成28年度中に全都道府県で地域医療構想が策定されたことを踏まえ、平成29年度以降、個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針の速やかな策定に向けて、地域医療構想調整会議において２年間程度で集中的な検討を進めることとした。

○　特に公立病院・公的医療機関等に対しては、それぞれ「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、民間医療機関との役割分担を踏まえ、公立病院・公的医療機関等でなければ担えない分野へ重点化された具体的対応方針であるか確認することを求めた。

○　また、都道府県に対しては、都道府県単位の地域医療構想調整会議の設置や地域医療構想アドバイザーの導入、地域の実情に応じた定量的な基準の検討など、地域医療構想調整会議の議論の活性化を図るための多様な方策の導入を求めた。

2．今後の進め方

○　現在も、各地域では、議論の活性化を図るための様々な努力を重ねながら、公立病院・公的医療機関等の具体的対応方針を中心に活発な議論を継続している状況にあるが、地域医療構想の実現に向けて、ＰＤＣＡサイクルを着実に実施していく観点から、この２年間で合意に至った具体的対応方針の内容を検証した上で、その結果を踏まえ、地域医療構想の実現に向けた必要な対策を講じていくことが重要である。

○　このため、本ＷＧにおいて、平成30年度末までに、具体的対応方針の検証方法や地域医療構想の実現に向けた課題等を整理していく。なお、整理に当たっては、これまでも本ＷＧにおいて、都道府県担当者を中心に現場の課題に関するヒアリングを行ってきたが、今後数回にわたり、病院関係者や公的医療機関の本部等、更に多様な主体に対するヒアリングを重ねることとする。

（ヒアリングの視点の例）
- 構想区域の実情を踏まえた公立病院・公的医療機関等の具体的対応方針の評価をどのような手法で行うか
- 民間医療機関との競合や、医療機能の散在等、将来の病床数の必要量と病床機能報告の集計結果の単純比較では測ることができない地域の課題をどのように把握し、評価に反映するか
- 公立病院・公的医療機関等でなければ担えない医療機能への重点化を進める上での課題は何か　等

主たる手術件数の競合のパターン

○　代表的な手術の件数を例に、特定の構想区域における医療機関ごとの実績を比較した場合、公の機能の重点化について特に議論が必要と思われるのは主に以下のケース

□ パターン（ア）

当該手術を一定数実施している公・民の病院がそれぞれ１ヶ所程度存在

□ パターン（イ）

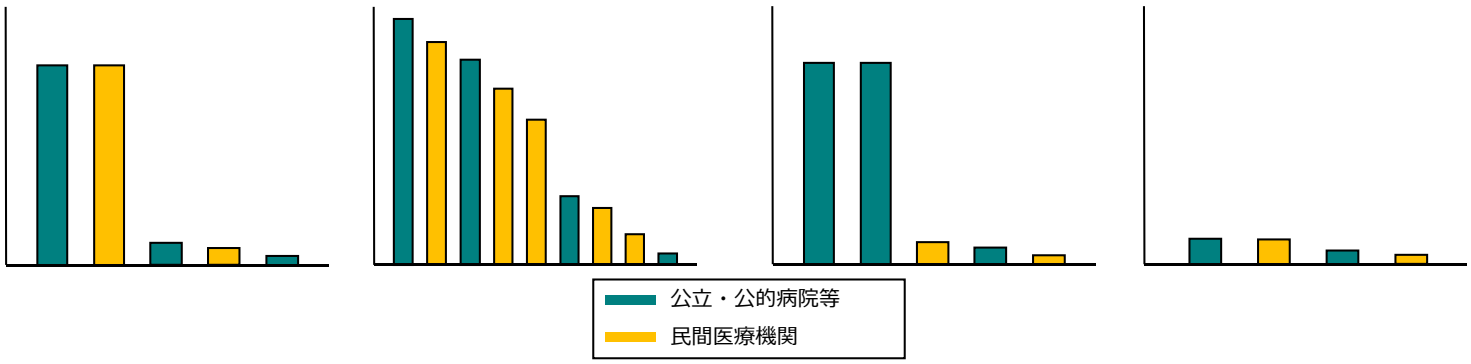
当該手術を一定数実施している医療機関が多数存在〔都市部に多い〕

□ パターン（ウ）

当該手術を一定数実施している病院は公のみだが、２ヶ所以上存在

□ パターン（エ）

複数の医療機関に実績が拡散し、いずれの医療機関も医療実績が少ない



«考えられる視点»

①　手術実績が一定数ある医療機関が複数存在している場合、公立・公的病院等は地域の医療需要やそれぞれの病院が診療する患者像等を確認し、地域の民間医療機関では担うことができない医療提供等に重点化されているかを確認する。重点化できていない場合は、地理的条件等を踏まえ、再編統合を含めた役割分担について検討する。

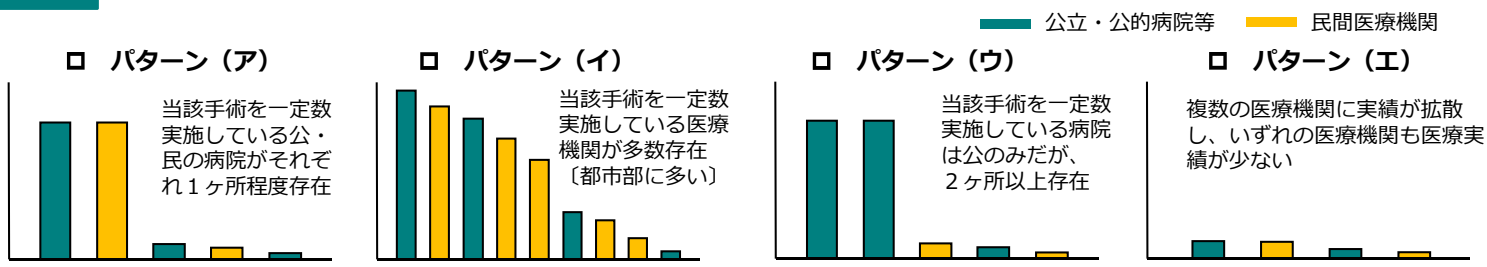
②　特に実施件数の低い公立・公的病院等については、医療機関の再編統合を含め、当該手術の実施を他の医療機関に統合すること等を検討する。

③　各々の手術によって構想区域の競合状況が異なるため、特定の手術のみではなく、手術以外の診療実績も含めて病院全体の機能のあり方も検討する必要がある。

具体的対応方針の評価方法に関する基本的なイメージ

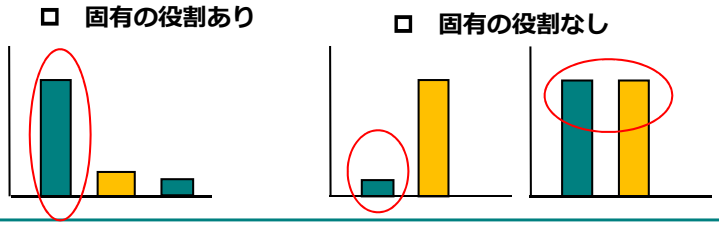
視点１

代表的な手術の実績を確認し、機能の重点化について特に議論が必要なケースに該当するか確認。



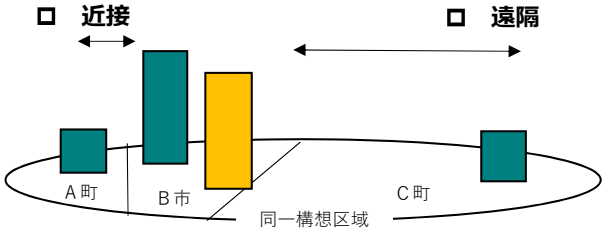
視点２

特定の手術以外の幅広い診療実績や、患者像を確認し、構想区域内で、当該医療機関に固有の役割があるか確認。



視点３

地理的条件（位置関係、移動に要する時間）を確認し、近接の度合いを確認。



«評価の視点のイメージ»

① **手術実績が一定数ある医療機関が複数存在している場合**、公立・公的病院等は地域の医療需要やそれぞれの病院が診療する**患者像等を確認**し、地域の民間医療機関では担うことができない医療提供等に重点化されているかを確認する。

② 各々の手術によって構想区域の競合状況が異なるため、**特定の手術のみではなく、手術以外の診療実績も含めて、**地域の民間医療機関では担うことができない固有の役割があるか確認する。

③ 診療実績が少ない、構想区域内で固有の役割が無いといった状況にある公立・公的医療機関等については、**地理的条件等を踏まえ**、他の医療機関等との近接状況を確認する。

④ 以上をふまえ、**当該医療機関でなければ担うことができない機能への重点化が図られているとは言い難い公立・公的医療機関等は、再編統合やダウンサイジング、機能転換といった対応策を念頭に、地域医療構想調整会議での議論を更に深める**。

参考資料

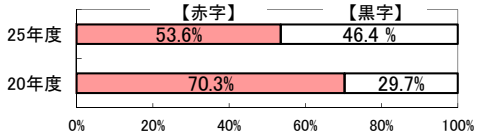
地域医療構想調整会議における議論の進捗状況

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、財政力に応じた設定
○公的病院等への措置も公立病院に準じて継続

連携

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

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、改めて明確化する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。

※「」部分は医療法コンメンタールより抜粋

○　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り、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出基準（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：法人税法令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

第18回地域医療構想に関するWG（平成31年1月30日）資料3

■調整会議の開催状況

4～6月	7～9月	10～12月	1～3月（予定）	計
102回（91区域）	359回（266区域）	374回（249区域）	500回（324区域）	1335回

■病床機能報告の報告率

	6月末時点	9月末時点	12月末時点
病院	94.4%	96.5%	96.7%
有床診療所	84.5%	87.6%	87.7%

■非稼働病棟の病床数

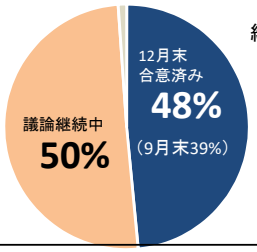
	総数	方針の議論実施（議論中含む）
病院	16,679床	12,393床（74%）
有床診療所	9,128床	3,693床（40%）

■具体的な医療機関名を挙げた議論の状況（30年12月末時点）

新公立病院改革プラン対象病院

	9月末	12月末
対象病院数	823	823
うち合意済み	**273**	**347**
うち議論継続中	495	464
うち議論未開始	55	12

病床数に換算※した場合（病院の規模に差があるため）

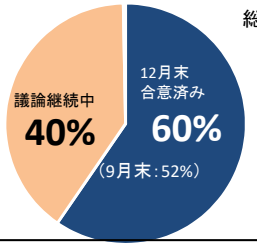


総病床数 18.8万床中
- **合意済み（48%）91,184 床**
- 議論継続中(50%) 94,791床
- 議論未開始(1%) 2,087 床

公的医療機関等２０２５プラン対象病院

	9月末	12月末
対象病院数	829	829
うち合意済み	**423**	**486**
うち議論継続中	372	337
うち議論未開始※	34	6

病床数に換算※した場合（病院の規模に差があるため）



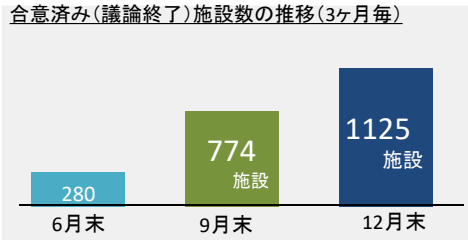
総病床数 31.4万床中
- **合意済み（60%）187,217床**
- 議論継続中(40%) 126,071床
- 議論未開始(0%) 934床

その他の医療機関

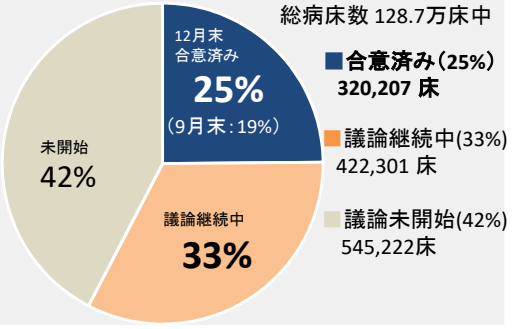
対象	5,658病院	6,736診療所
うち合意済み	272病院	20診療所
うち議論継続中	1,399病院	805診療所

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）



12月末時点における議論の状況（病床数に換算した場合）



総病床数 128.7万床中
- **合意済み（25%）320,207 床**
- 議論継続中(33%) 422,301 床
- 議論未開始(42%) 545,222床

※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。
未報告医療機関の病床数は含まれていない。

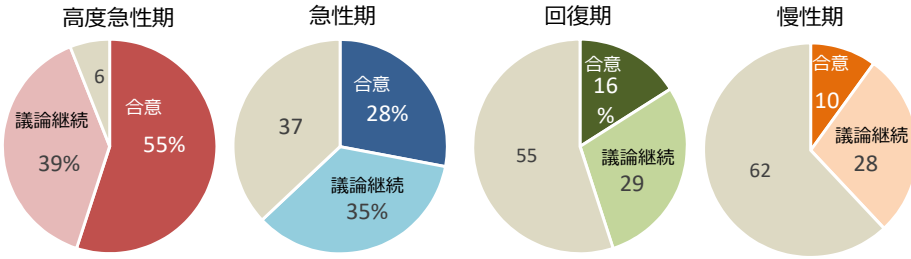
医政局地域医療計画課調べ（精査中）

機能別・開設主体別にみた議論の状況

第18回地域医療構想に関するWG（平成31年1月30日）資料3

■機能区分別にみた議論の状況（30年12月末）

	病床数　総計				
		合意		議論継続	
総計	1,287,730	320,207	25%	422,301	33%
高度急性期	163,410	89,434	55%	63,340	39%
急性期	586,924	165,999	28%	203,588	35%
回復期	153,337	24,377	16%	45,229	29%
慢性期	353,427	33,828	10%	100,550	28%
休棟	30,632	6,569	21%	9,594	31%



■主な開設主体別にみた議論の状況（30年12月末）

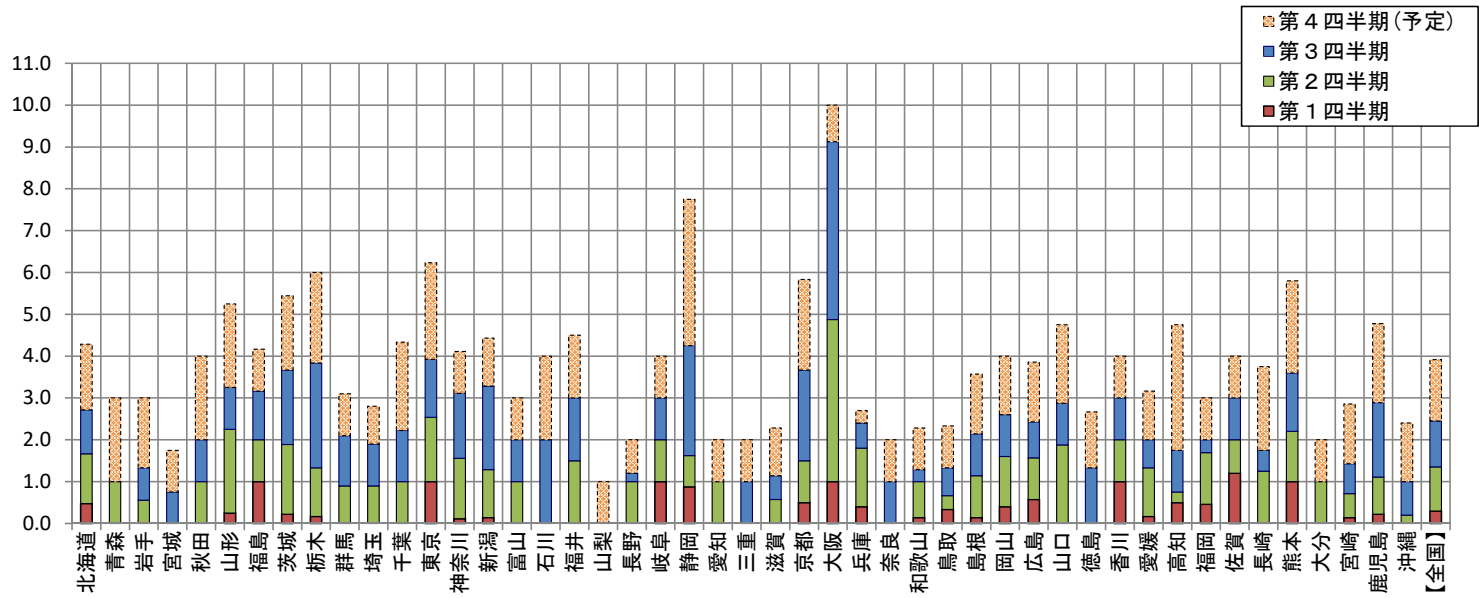
（※）病床機能報告を用いて算出しており、未報告医療機関の病床数は含まれていない。

		病床数　総計（※）			高度			急性			回復			慢性			休棟		
			合意			合意			合意			合意			合意			合意	
総計		1,287,730	320,207	25%	163,410	89,434	55%	586,924	165,999	28%	153,337	24,377	16%	353,427	33,828	10%	30,632	6,569	21%
公立・公的等	都道府県	41,133	17,777	43%	10,841	5,456	50%	24,348	10,306	42%	2,887	1,011	35%	2,122	700	33%	935	304	33%
	市町村	127,698	65,159	51%	16,589	9,216	56%	82,658	43,081	52%	12,974	6,164	48%	11,147	4,695	42%	4,330	2,003	46%
	地方独立行政法人	29,382	12,870	44%	11,297	6,202	55%	15,874	6,020	38%	1,075	378	35%	544	133	24%	592	137	23%
	国立病院機構	47,327	28,244	60%	7,928	5,196	66%	20,801	11,801	57%	2,764	1,743	63%	14,826	8,936	60%	1,008	568	56%
	労働者健康安全機構	12,521	6,655	53%	961	103	11%	10,098	5,551	55%	710	586	83%	188	134	71%	564	281	50%
	地域医療機能推進機構	15,574	9,702	62%	1,916	1,686	88%	11,114	6,447	58%	1,793	1,195	67%	196	151	77%	555	223	40%
	日赤	34,837	19,426	56%	13,294	7,693	58%	17,865	9,875	55%	1,433	738	52%	1,400	643	46%	845	477	56%
	済生会	22,231	12,223	55%	3,749	1,671	45%	14,337	8,404	59%	2,537	1,511	60%	1,131	470	42%	477	167	35%
	北海道社会事業協会	1,727	0	0%	8	0	0%	880	0	0%	308	0	0%	471	0	0%	60	0	0%
	厚生連	31,201	13,693	44%	4,547	2,339	51%	19,571	9,005	46%	3,690	1,539	42%	2,510	641	26%	883	169	19%
	健康保険組合等	1,916	1,433	75%	48	48	100%	1,664	1,249	75%	84	56	67%	120	80	67%	0	0	–
	共済組合等	13,529	8,091	60%	4,060	2,727	67%	8,219	4,684	57%	728	443	61%	321	237	74%	201	0	0%
	国民健康保険組合	320	320	100%	4	4	100%	316	316	100%	0	0	–	0	0	–	0	0	–
	上記以外の特定機能病院	61,228	40,430	66%	52,247	34,109	65%	7,879	5,272	67%	86	86	100%	32	16	50%	984	947	96%
	上記以外の地域医療支援病院	60,670	35,039	58%	15,758	8,875	56%	38,695	22,549	58%	3,478	2,125	61%	1,894	929	49%	845	561	66%
その他		786,436	49,145	6%	20,163	4,109	20%	312,605	21,439	7%	118,790	6,802	6%	316,525	16,063	5%	18,353	732	4%

地域医療構想調整会議の開催状況

第18回地域医療構想に関するWG
（平成31年1月30日）資料3

■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12月末時点）



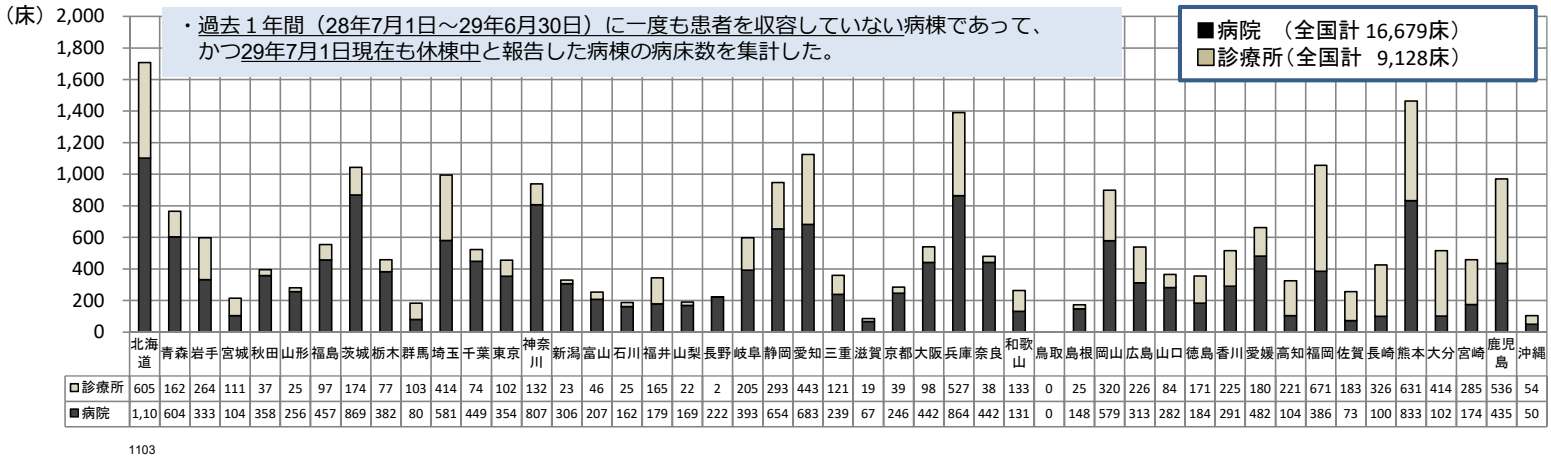
（参考）平成29年度実績のまとめ
開催延べ数：1,067回
構想区域当たり平均：3.1回

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

第18回地域医療構想に関するWG
（平成31年1月30日）資料3

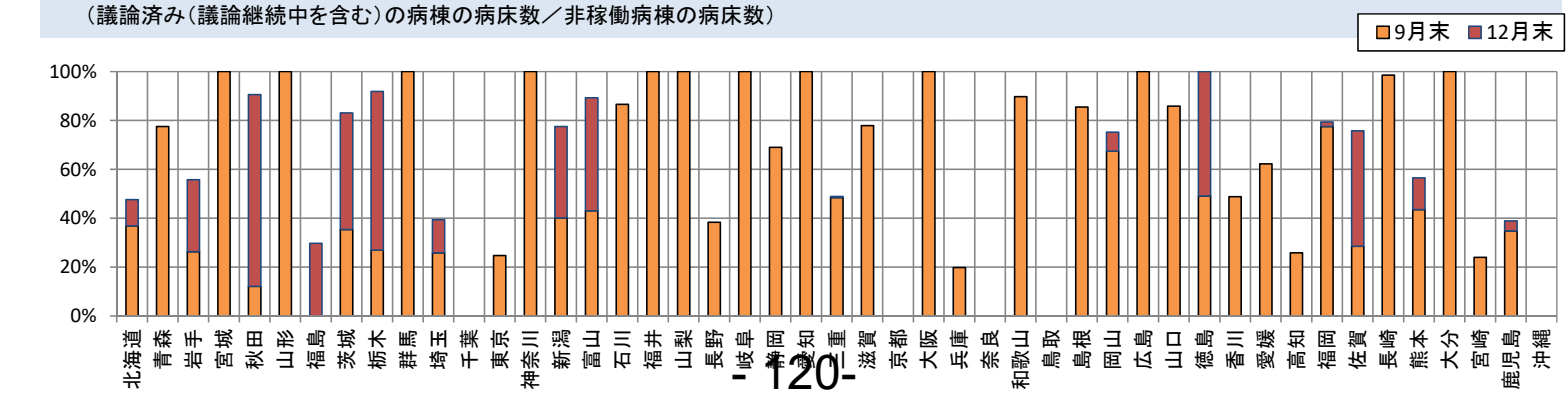
■**非稼働病棟の病床数**　（注）平成29年度（平成29年10月実施）の病床機能報告を基にした集計である。



	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
□診療所	605	162	264	111	37	25	97	174	77	103	414	74	102	132	23	46	25	165	22	2	205	293	443	121	19	39	98	527	38	133	0	25	320	226	84	171	225	180	221	671	183	326	631	414	285	536	54
■病院	1,10	604	333	104	358	256	457	869	382	80	581	449	354	807	306	207	162	179	169	222	393	654	683	239	67	246	442	864	442	131	0	148	579	313	282	184	291	482	104	386	73	100	833	102	174	435	50

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12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）



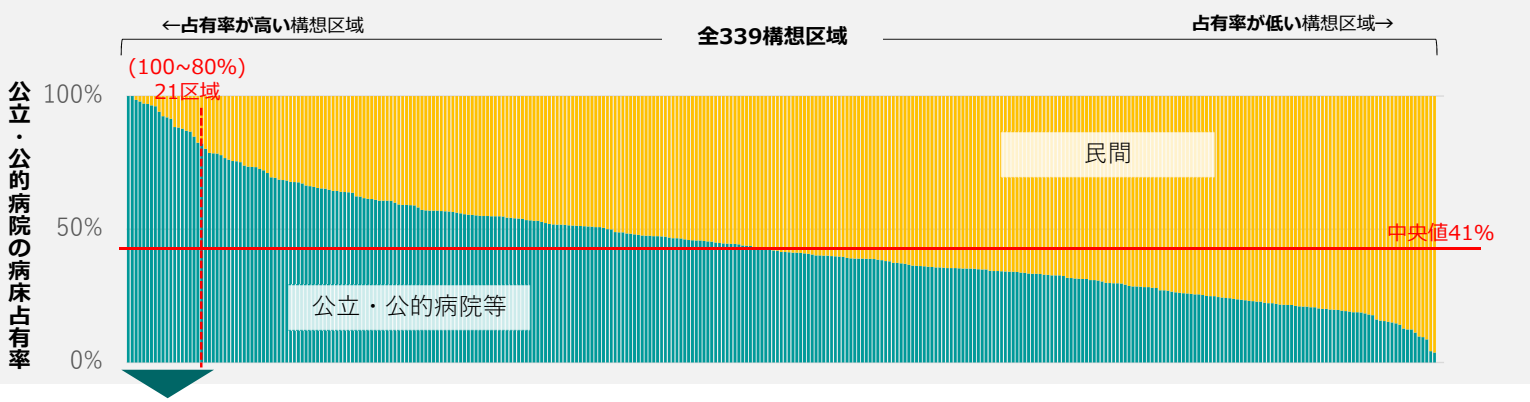
医政局地域医療計画課調べ（精査中）

手術等における公立・公的医療機関等と民間医療機関の競合状況等

第18回地域医療構想に関するWG
（平成31年1月30日）資料１－２

各構想区域の公立・公的病院等の病床占有率

「公立・公的病院等の病床占有率」＝公立・公的病院等の病床数 ÷ 全ての病院・診療所の病床数（一般病床・療養病床のみの集計）
「公立・公的病院等」＝新公立病院改革プラン策定対象病院 ＋ 公的医療機関等2025プラン策定対象病院



公立・公的の占有率が80%を超える21構想区域

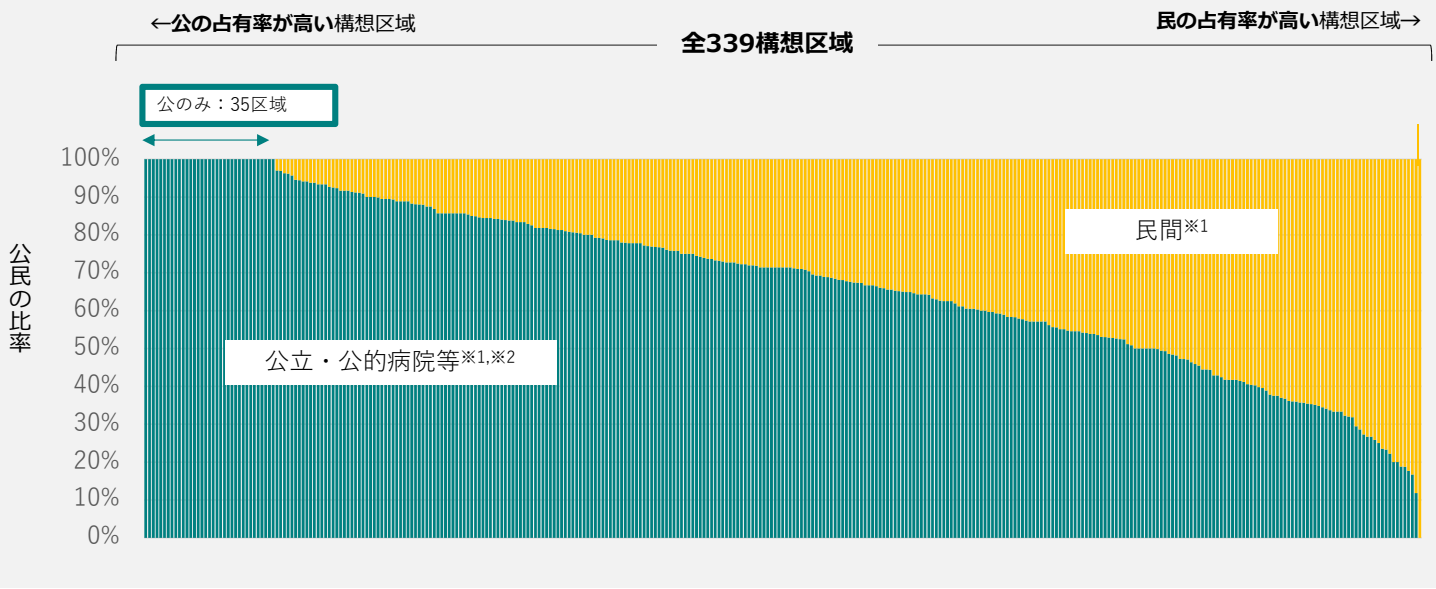
	都道府県名	構想区域名	病床の占有率	全病床数 ※有床診含む	公立・公的病院の病床数	全病院数	公立・公的病院の数	有床診の数
			(%)	(床)	(床)	(施設)	(施設)	(施設)
1	長野県	木曽	100%	259	259	1	1	0
2	島根県	隠岐	100%	135	135	2	2	0
3	秋田県	北秋田	99%	276	272	1	1	1
4	長崎県	対馬	98%	288	282	2	2	1
5	滋賀県	湖北	97%	1217	1183	3	3	2
6	秋田県	横手	97%	991	961	3	3	3
7	山梨県	富士・東部	96%	1081	1043	6	5	8
8	長野県	大北	96%	492	473	2	2	2
9	新潟県	佐渡	94%	580	546	5	4	0
10	長野県	北信	92%	741	685	3	2	1
11	兵庫県	但馬	92%	1279	1176	9	8	2
12	長崎県	上五島	91%	199	182	1	1	1
13	岐阜県	飛騨	88%	1440	1272	8	6	7
14	新潟県	上越	88%	2384	2102	11	9	7
15	青森県	下北	88%	620	544	3	3	7
16	秋田県	湯沢・雄勝	87%	630	548	2	2	6
17	新潟県	魚沼	87%	1441	1248	10	8	5
18	島根県	益田	85%	847	718	4	3	1
19	岩手県	二戸	82%	542	447	3	3	6
20	岐阜県	東濃	82%	2671	2194	13	8	16
21	島根県	雲南	80%	580	465	4	3	0

平成30年9月末時点　厚生労働省医政局調べ

各構想区域における公民比率について　－**医療機能別**の病棟数の公民比率①－

（分析の内容）
○　病床機能報告における「医療機能」別の病棟数について、構想区域ごとに、病棟数の公民比率を算出した。
（例：区域内で、高度急性期または急性期を選択した病棟が、公立・公的病院等に１病棟、民間病院に１病棟あった場合、比率は50%）

「高度急性期機能」又は**「急性期機能」**を選択した病棟数　（全17,749病棟：公11,079病棟、民6,670病棟）



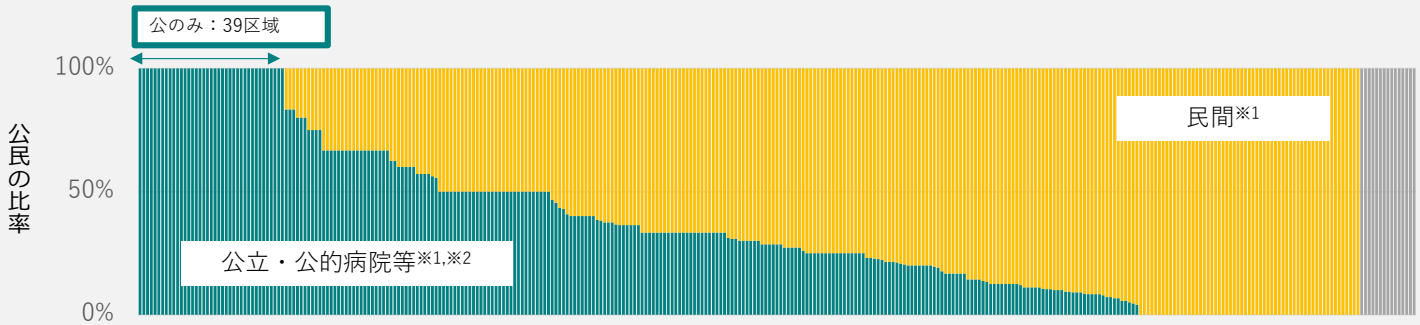
※１　病院の病棟のみ集計した。（有床診療所は本集計に含めていない。）
※２　「公立・公的病院等」＝新公立病院改革プラン策定対象病院 ＋ 公的医療機関等2025プラン策定対象病院

平成29年度病床機能報告より

第18回地域医療構想に関するWG（平成31年1月30日）資料１－２

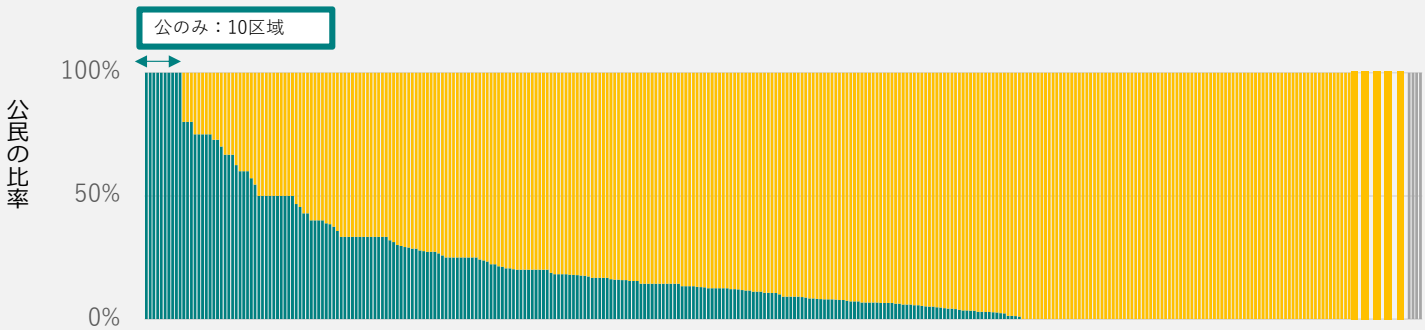
各構想区域における公民比率について　－**医療機能別**の病棟数の公民比率②－

「回復期機能」を選択した病棟　（全3,095病棟：公748病棟、民2,347病棟）



■回復期機能の病棟なし：15区域
※１

「慢性期機能」を選択した病棟　（全7,285病棟：公785病棟、民6,500病棟）



■慢性期機能の病棟なし：４区域
※１

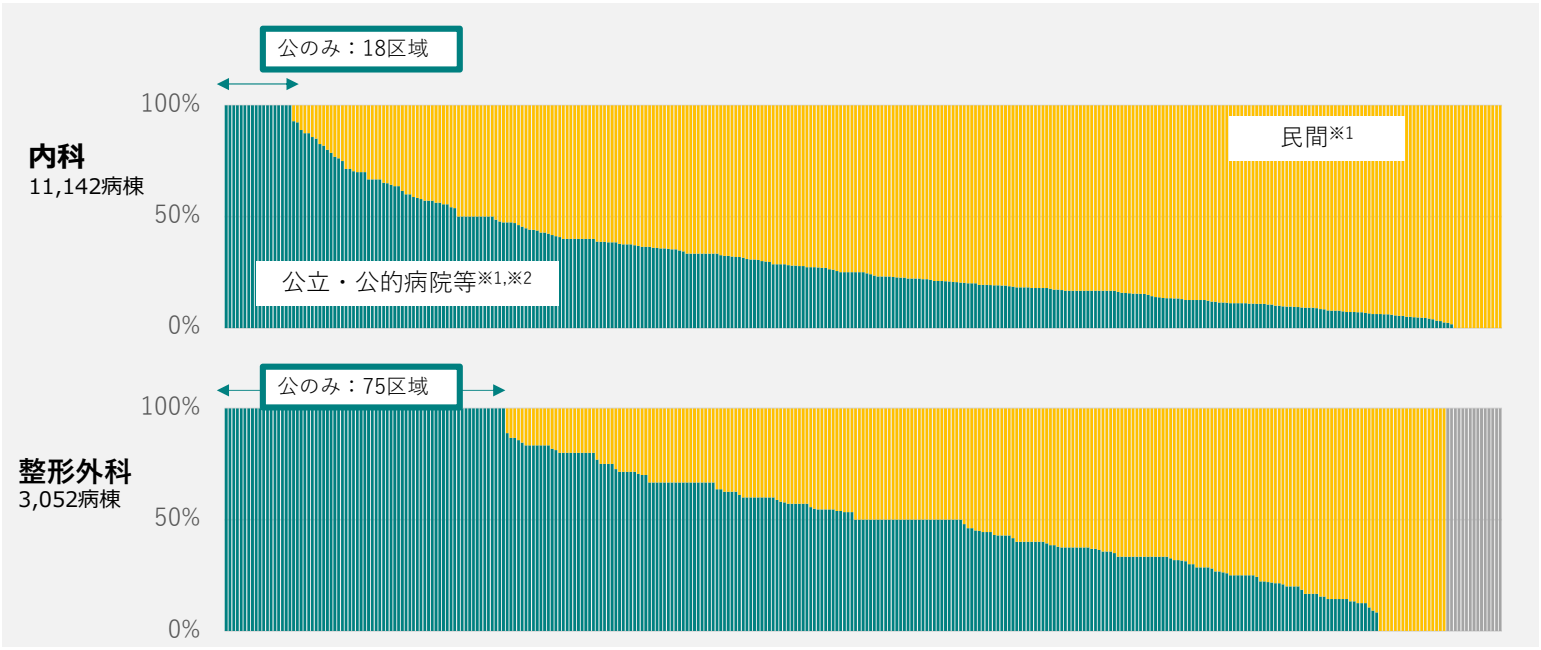
※１　本集計は病院の病棟のみ集計したもの。（有床診療所は本集計に含めていない。）
※２　「公立・公的病院等」＝新公立病院改革プラン策定対象病院 ＋ 公的医療機関等2025プラン策定対象病院
平成29年度病床機能報告より

各構想区域における公民比率について　－**主たる診療科別**の病棟数の公民比率①－

（分析の内容）
○　病床機能報告の報告事項である病棟の「主とする診療科」を活用し、「主とする診療科」[注]として選択された数の多い順に上位１０の診療科について、339の構想区域ごとに、病棟数の公民比率を算出した。

（例：区域内で、主たる診療科として内科を選択した病棟が、公立・公的病院等に１病棟、民間病院に１病棟あった場合、比率は50%。）

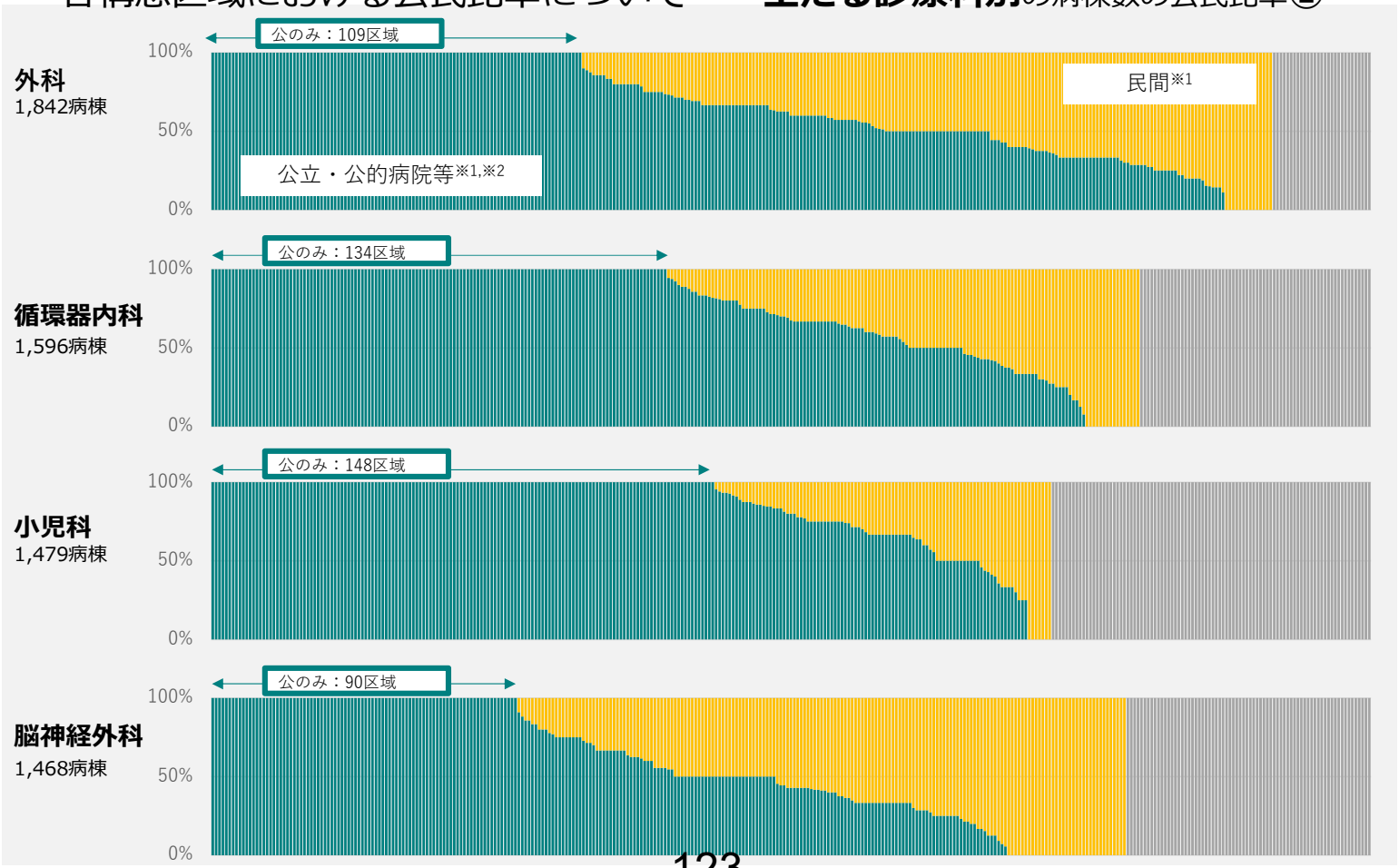
注：複数の診療科で活用されている病棟の場合は、当該病棟において患者の多い順に上位３つを選択する仕組み。このような病棟について本分析では１位として選択された診療科に基づき集計した。



※１　本集計は病院の病棟のみ集計したもの。（有床診療所は本集計に含めていない。）
※２　「公立・公的病院等」＝新公立病院改革プラン策定対象病院 ＋ 公的医療機関等2025プラン策定対象病院

平成29年度病床機能報告より

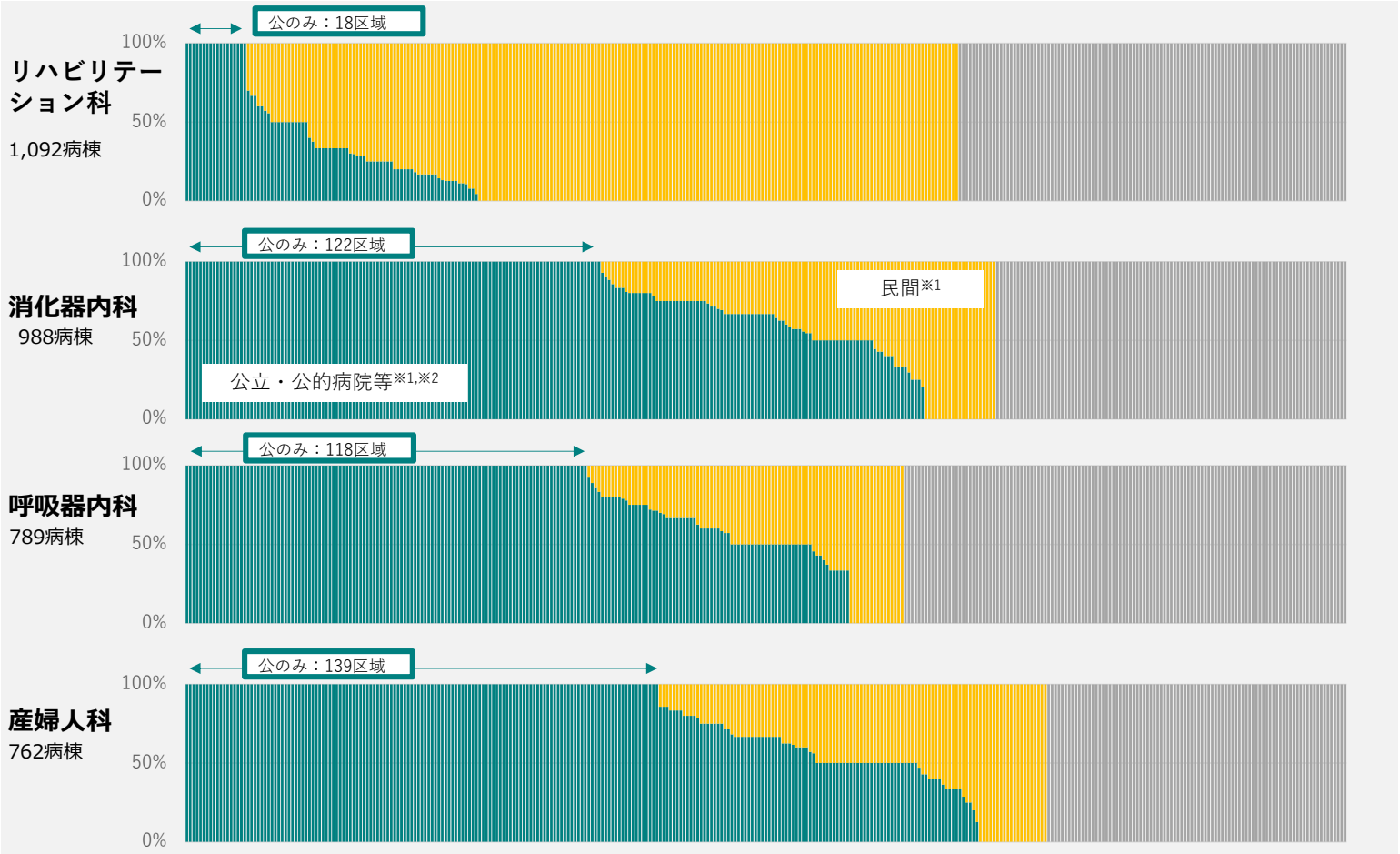
各構想区域における公民比率について　－**主たる診療科別**の病棟数の公民比率②－



※１　本集計は病院の病棟のみ集計したもの。（有床診療所は本集計に含めていない。）
※２「公立・公的病院等」＝新公立病院改革プラン策定対象病院 ＋ 公的医療機関等2025プラン策定対象病院

平成29年度病床機能報告より

各構想区域における公民比率について　－主たる診療科別の病棟数の公民比率③－



※１　本集計は病院の病棟のみ集計したもの。（有床診療所は本集計に含めていない。）
※２「公立・公的病院等」＝新公立病院改革プラン策定対象病院 ＋ 公的医療機関等2025プラン策定対象病院
平成29年度病床機能報告より

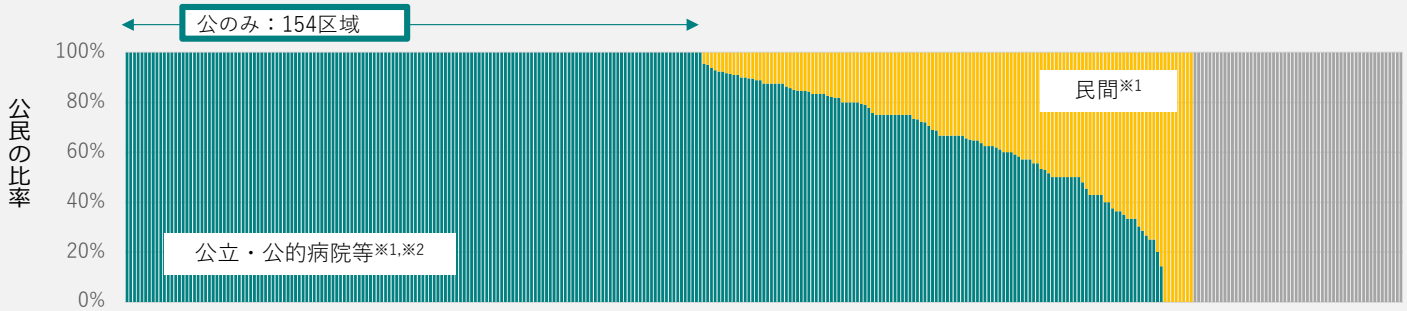
各構想区域における公民比率について　－患者数の多い手術の公民比率①－

（分析の内容）
○　公立・公的医療機関等と民間医療機関の競合の状況を把握するため、医療計画の５疾病・５事業において、患者数の多い疾患に着目して分析を試みた。
○　患者調査によると、傷病別の入院患者が多いのは、循環器系疾患（１位）、悪性新生物（２位）、損傷、中毒及びその他の外因の影響（３位）、神経系の疾患（４位）であった。
○　循環器系疾患の手術については、手術件数が比較的多いと考えられる冠動脈バイパス手術を選択し、算定回数を病床機能報告データより集計した。
○　全国がん登録によると、悪性新生物のうち最も罹患数の多い種別は、男性が胃がん、女性が乳がんであったため、それらに対応する術式の算定回数を病床機能報告データより集計した。なお、胃がん手術を施行する診療科は、結腸及び直腸悪性腫瘍手術を行うことが多いと考えられるため、胃・結腸・直腸悪性腫瘍手術の実績を合算して分析を行った。
○　神経系の疾患の手術については、手術件数が比較的多いと考えられる脳動脈瘤クリッピング手術を選択し、算定回数を病床機能報告データより集計した。

胃・結腸・直腸悪性腫瘍手術の実績（6月診療分）が１件以上ある病棟

○　病床機能報告により得られる「個別の手術の実施状況」を活用し、手術の算定回数が１回以上ある病棟数について、339の構想区域ごとに、病棟数の公民比率を算出した。

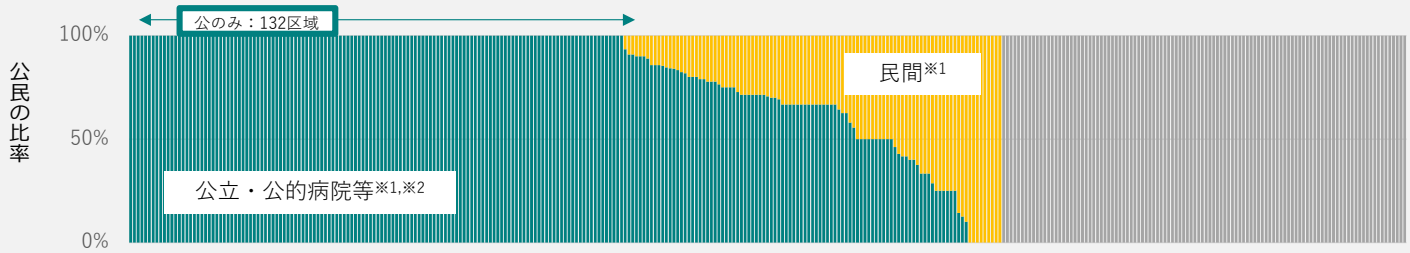
（例：区域内で、算定回数が１回以上の病棟が、公立・公的病院等に１病棟、民間病院に１病棟あった場合、比率は50%。）



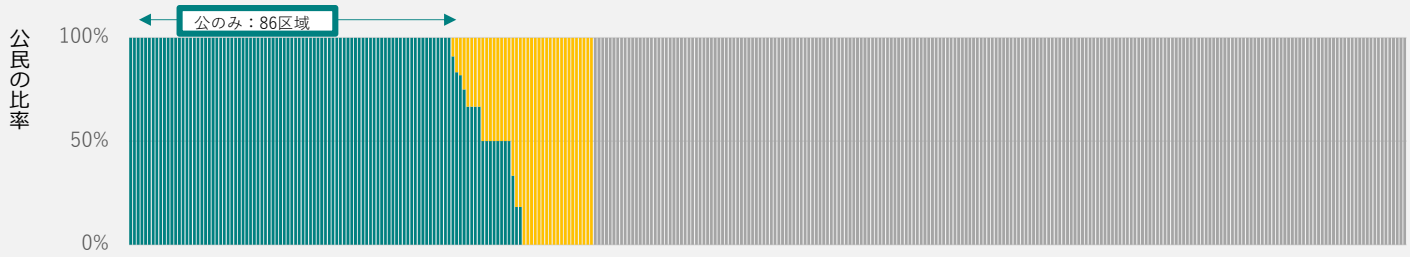
※１　本集計は病院・診療所の全てを集計したもの。
※２「公立・公的病院等」＝新公立病院改革プラン策定対象病院 ＋ 公的医療機関等2025プラン策定対象病院
平成29年度病床機能報告より

各構想区域における公民比率について　－患者数の多い手術の公民比率②－

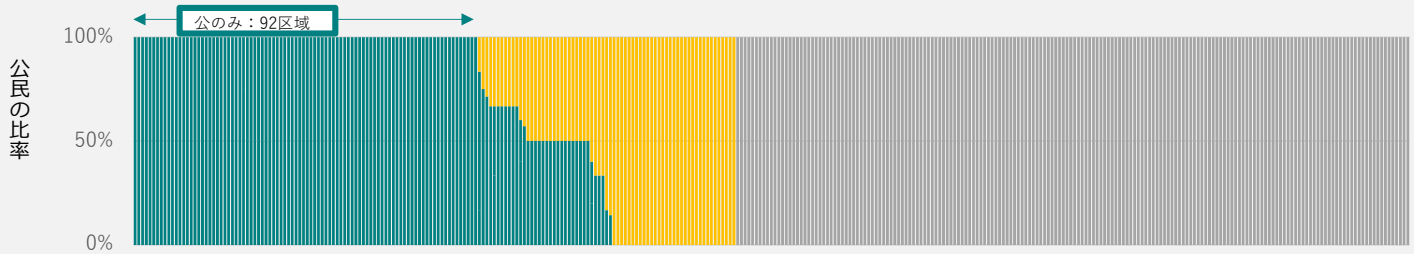
乳腺悪性腫瘍手術の実績（6月診療分）が１件以上ある病棟



冠動脈バイパス手術の実績（6月診療分）が１件以上ある病棟



脳動脈瘤クリッピング手術の実績（6月診療分）が１件以上ある病棟



※１　本集計は病院・診療所の全てを集計したもの。
※２「公立・公的病院等」＝新公立病院改革プラン策定対象病院 ＋ 公的医療機関等2025プラン策定対象病院
平成29年度病床機能報告より

競合パターンの例①

第18回地域医療構想に関するWG（平成31年1月30日）資料１－２

○　構想区域内で、当該手術を一定数実施している公・民の病院がそれぞれ１ヶ所程度存在

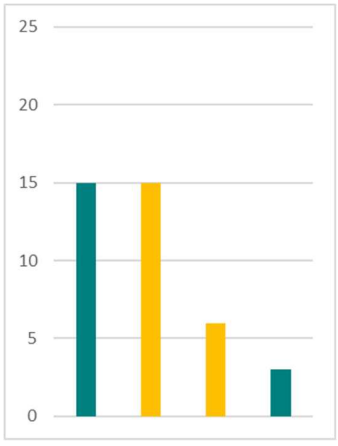
A 構想区域の例

■基本情報

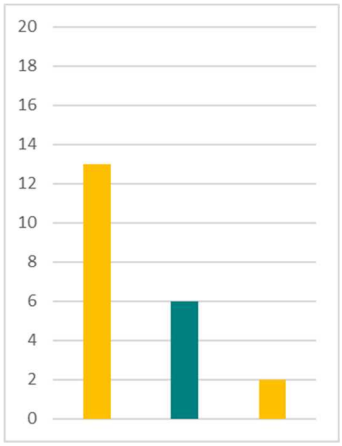
人口（※2）	高齢化率（※2）	一般病院数（※3）	有床診療所数（※3）	一般病床数と療養病床数の合計（※3）	病床利用率（※4）		医療施設従事医師数（※5）	流入入院患者割合（※6）	流出入院患者割合（※6）
					一般病床	療養病床			
21万	30	12	9	2.7千	73	81	563	45	48

■手術実績（※1）　公立・公的病院等　民間医療機関

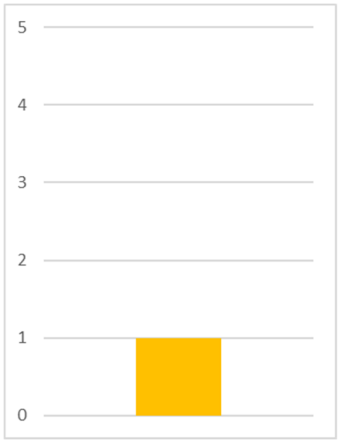
胃・結腸・直腸悪性腫瘍手術



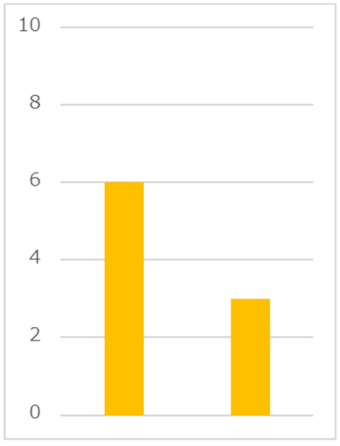
乳腺悪性腫瘍手術



冠動脈バイパス手術



脳動脈瘤クリッピング手術



（※1）平成29年度病床機能報告　（※2）2016年度住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数　（※3）平成28年　医療施設（静態・動態）調査
（※4）平成28年　病院報告　（※5）平成28年　医師、歯科医師、薬剤師調査　（※6）平成26年患者調査より算出

競合パターンの例②

○　構想区域内で、当該手術を一定数実施している医療機関が多数存在〔都市部に多い〕

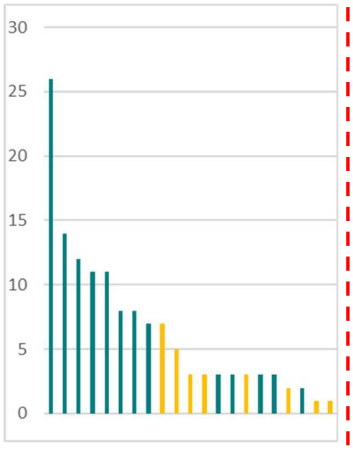
B 構想区域の例

■基本情報

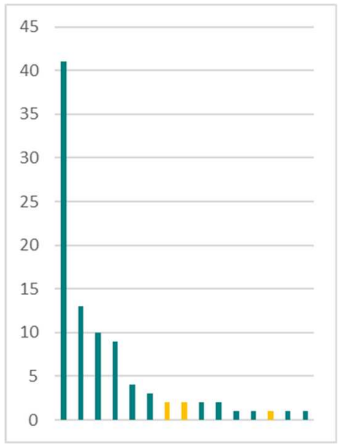
人口（※2）	高齢化率（※2）	一般病院数（※3）	有床診療所数（※3）	一般病床数と療養病床数の合計（※3）	病床利用率（※4）		医療施設従事医師数（※5）	流入入院患者割合（※6）	流出入院患者割合（※6）
					一般病床	療養病床			
110万	30	87	119	17.6千	78	91	3,344	9	8

■手術実績（※1）　公立・公的病院等　民間医療機関

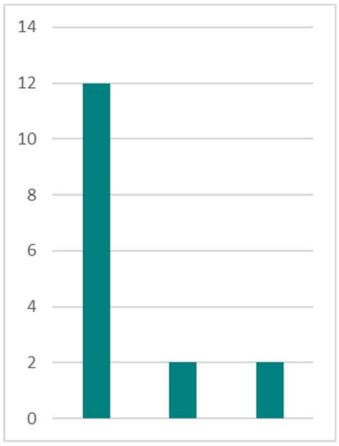
胃・結腸・直腸悪性腫瘍手術



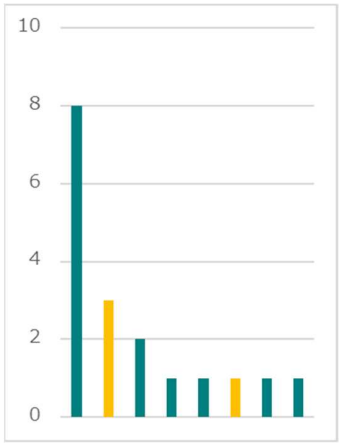
乳腺悪性腫瘍手術



冠動脈バイパス手術



脳動脈瘤クリッピング手術



（※1）平成29年度病床機能報告　（※2）2016年度住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数　（※3）平成28年　医療施設（静態・動態）調査
（※4）平成28年　病院報告　（※5）平成28年　医師、歯科医師、薬剤師調査　（※6）平成26年患者調査より算出

競合パターンの例③

○　構想区域内で、当該手術を一定数実施している病院は公のみだが、２ヶ所以上存在

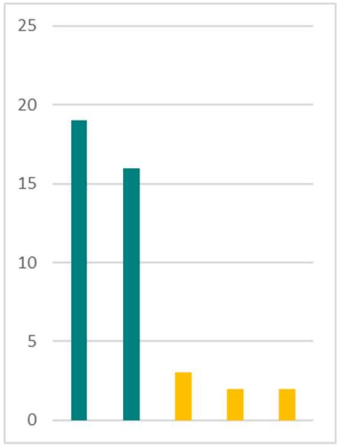
C 構想区域の例

■基本情報

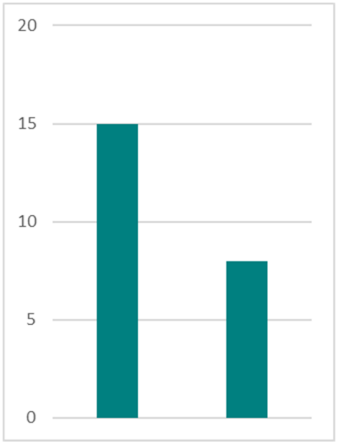
人口（※2）	高齢化率（※2）	一般病院数（※3）	有床診療所数（※3）	一般病床数と療養病床数の合計（※3）	病床利用率（※4）		医療施設従事医師数（※5）	流入入院患者割合（※6）	流出入院患者割合（※6）
					一般病床	療養病床			
28万	33	13	17	2.7千	74	88	507	4	7

■手術実績（※1）　公立・公的病院等　民間医療機関

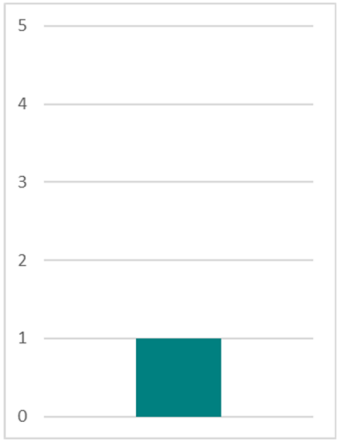
胃・結腸・直腸悪性腫瘍手術



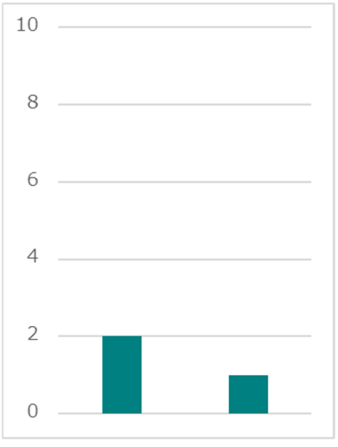
乳腺悪性腫瘍手術



冠動脈バイパス手術



脳動脈瘤クリッピング手術



（※1）平成29年度病床機能報告　（※2）2016年度住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数　（※3）平成28年　医療施設（静態・動態）調査
（※4）平成28年　病院報告　（※5）平成28年　医師、歯科医師、薬剤師調査　（※6）平成26年患者調査より算出

競合パターンの例④

○　構想区域内で、複数の医療機関に実績が拡散し、いずれの医療機関も医療実績が少ない

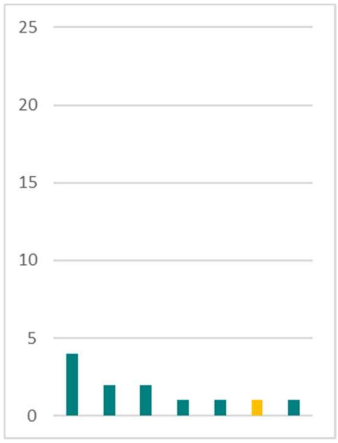
D 構想区域の例

■基本情報

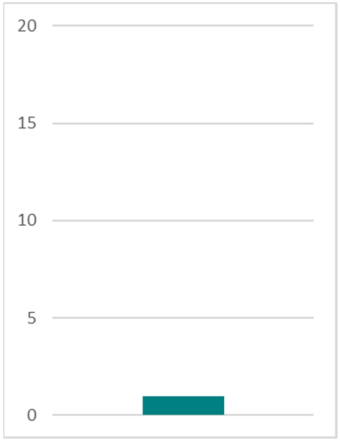
人口（※2）	高齢化率（※2）	一般病院数（※3）	有床診療所数（※3）	一般病床数と療養病床数の合計（※3）	病床利用率（※4）		医療施設従事医師数（※5）	流入入院患者割合（※6）	流出入院患者割合（※6）
					一般病床	療養病床			
44万	33	22	15	3.4千	68	81	496	18	40

■手術実績（※1）　公立・公的病院等　民間医療機関

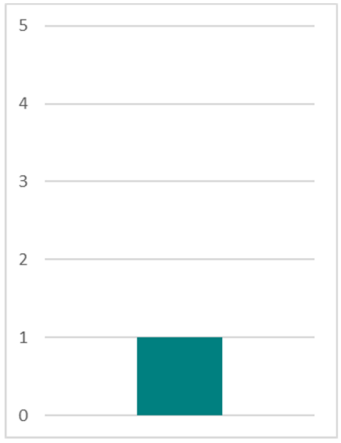
胃・結腸・直腸悪性腫瘍手術



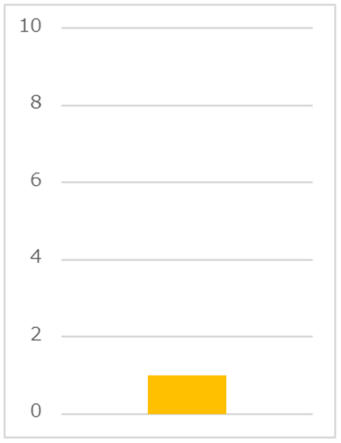
乳腺悪性腫瘍手術



冠動脈バイパス手術



脳動脈瘤クリッピング手術



（※1）平成29年度病床機能報告　（※2）2016年度住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数　（※3）平成28年　医療施設（静態・動態）調査
（※4）平成28年　病院報告　（※5）平成28年　医師、歯科医師、薬剤師調査　（※6）平成26年患者調査より算出

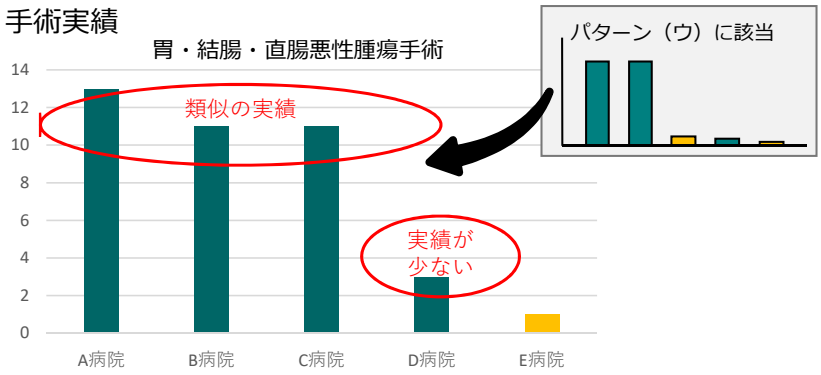
手術以外の診療実績や患者の状態像、
地理的条件を踏まえた競合状況

A構想区域の例

第19回地域医療構想に関するWG（平成31年2月22日）資料１－２

○　主要な手術の実績をみると、一定の実績を有するA～Dの公立・公的医療機関が存在。（パターン（ウ）に該当）
○　A～C病院については他の診療実績や患者像においても一定の実績があるが、D病院については手術の実績が比較的少なく、手術以外の診療実績や患者像を踏まえてもなお、構想区域内での固有の役割がみられない。

■手術実績

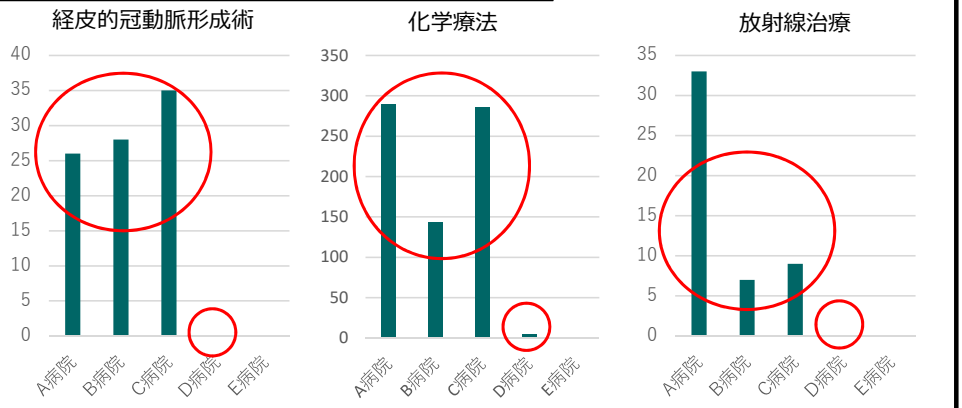


■基本情報

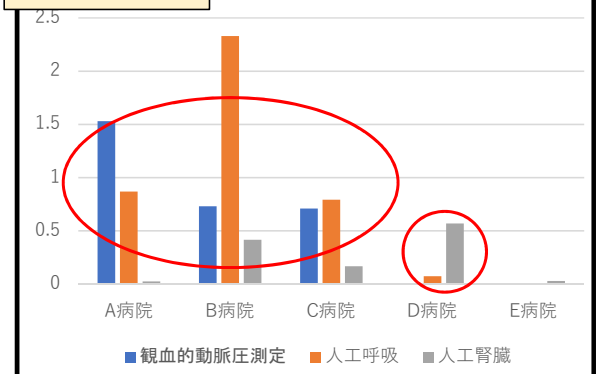
人口（※2）	高齢化率（※2）	一般病院数（※3）	有床診（※3）	病床数計（※3）
33万	21	11	13	3.0千

病床利用率（※4）		医療施設従事医師数（※5）	流入入院患者割合（※6）	流出入院患者割合（※6）
一般病床	療養病床			
76	92	697	32	32

■手術以外の診療実績



■患者像



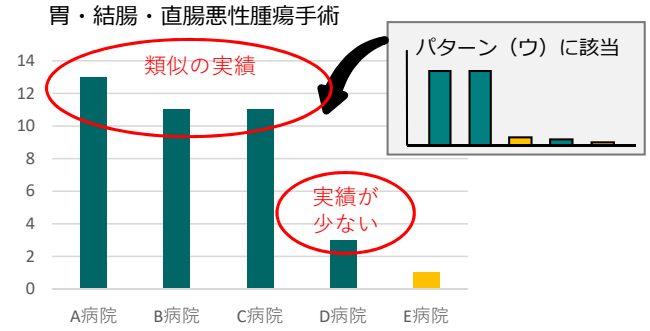
当該病院で、胃・結腸・直腸悪性腫瘍手術を実施している病棟において、一床あたりの算定回数（月あたり）を示したもの。

A構想区域における医療機関の位置関係

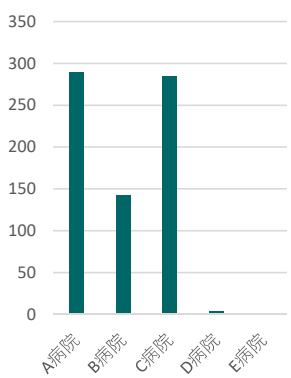
第19回地域医療構想に関するWG（平成31年2月22日）資料１－２

○　同程度の手術を実施しているA～Cの公立・公的医療機関について、各医療機関の位置関係をみると、概ね10km程度の距離圏内に存在（自動車で５～20分程度）
○　診療実績からは固有の役割がうかがえないD医療機関について、特にA医療機関やC医療機関と近接している。

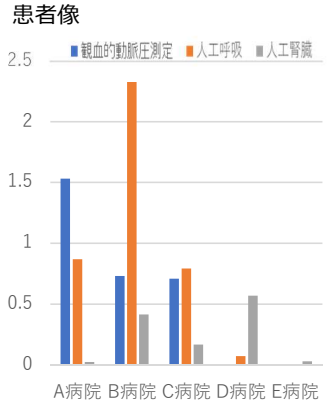
■手術などの実績



放射線治療

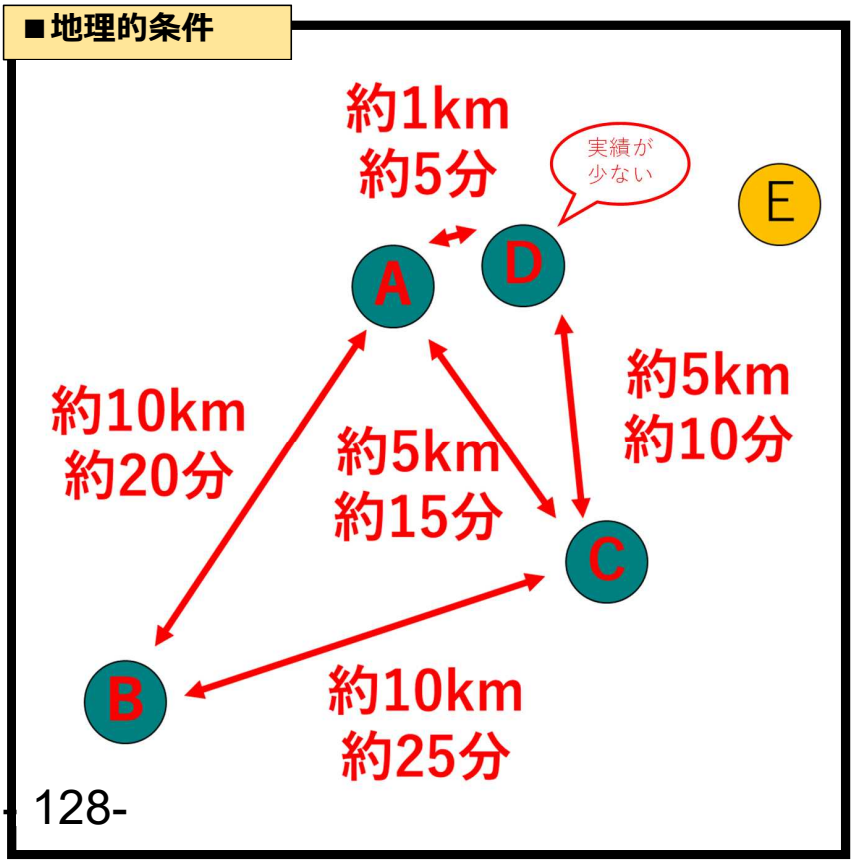


患者像



当該病院で、胃・結腸・直腸悪性腫瘍手術を実施している病棟において、一床あたりの算定回数（月あたり）を示したもの。

■地理的条件

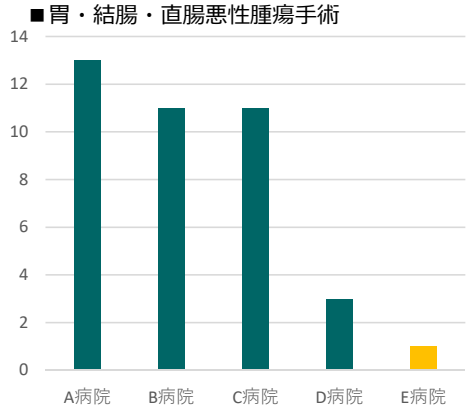


A構想区域の医療機関の決算状況

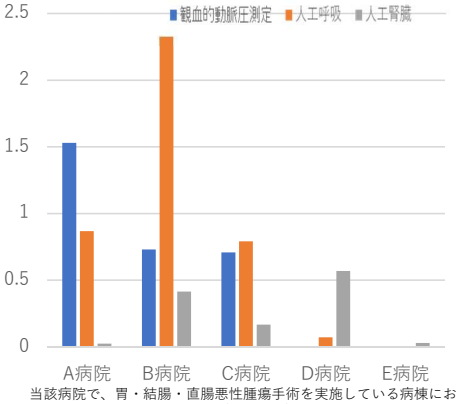
■基本情報

人口（※2）	高齢化率（※2）	一般病院数（※3）	有床診（※3）	病床数計（※3）	病床利用率（※4）		医療施設従事医師数（※5）	流入入院患者割合（※6）	流出入院患者割合（※6）
					一般病床	療養病床			
33万	21	11	13	3.0千	76	92	697	32	32

■胃・結腸・直腸悪性腫瘍手術

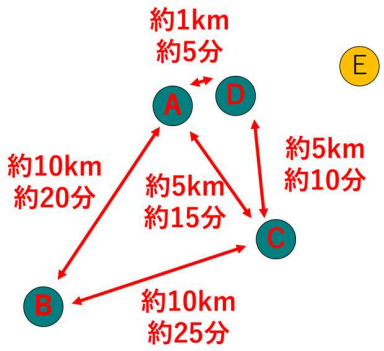


■患者像（全身管理の状況）



当該病院で、胃・結腸・直腸悪性腫瘍手術を実施している病棟において、一床あたりの算定回数（月あたり）を示したもの。

■位置関係



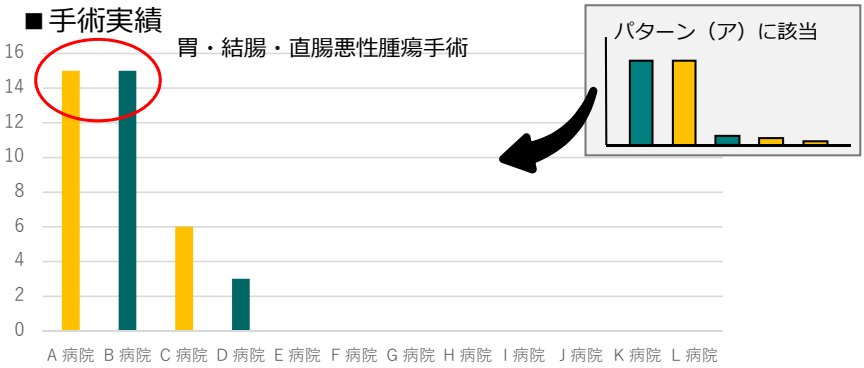
	設置主体	医療機能別病床数						医師数	病床稼働率	平均在院日数	決算状況			
		合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟中等				経常収益	経常利益率	医業収益	医業利益率
A病院	公立	535	124	371	40			122.8	0.59	10.7	164億円	-4 %	144億円	-12 %
B病院	公的	719	22	349	149	199		116.7	0.86	76.4		－		－
C病院	公的	387	208	179				129.9	0.64	11.0		－		－
D病院	公立	199		111		88		22.8	0.82	83.7	31億円	-2 %	28億円	-9 %

平成29年度病床機能報告、病院事業決算状況（平成28年度）より

B構想区域の例

○ 主要な手術の実績をみると、一定数の実績のある公・民の病院が各１ヶ所程度存在。（パターン（ア）に該当）
○ 手術以外の実績や患者像をみると、B病院に固有の役割はみられない。

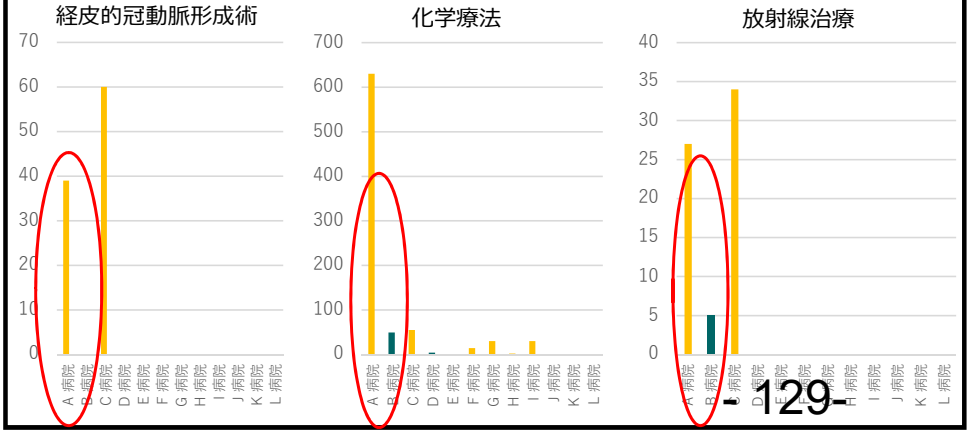
■手術実績



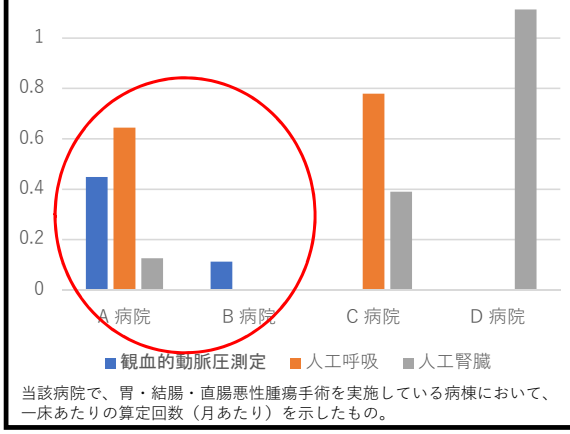
■基本情報

人口（※2）	高齢化率（※2）	一般病院数（※3）	有床診（※3）	病床数計（※3）	病床利用率（※4）		医療施設従事医師数（※5）	流入入院患者割合（※6）	流出入院患者割合（※6）
					一般病床	療養病床			
212,000	29.8	12	9	2,678	72.7	80.5	563	－	－

■手術以外の診療実績



■患者像



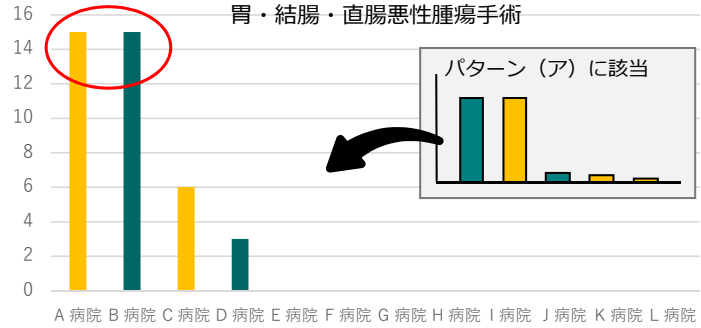
当該病院で、胃・結腸・直腸悪性腫瘍手術を実施している病棟において、一床あたりの算定回数（月あたり）を示したもの。

B構想区域における医療機関の位置関係

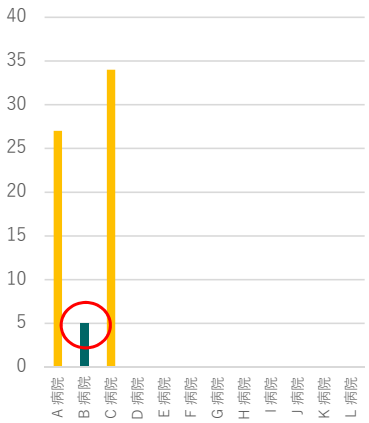
第19回地域医療構想に関するWG（平成31年2月22日）資料１－２

○　同程度の手術を実施しているＡ、Ｂの病院について、各医療機関の位置関係をみると、概ね10km強の距離圏内に存在（自動車で20～30分程度）

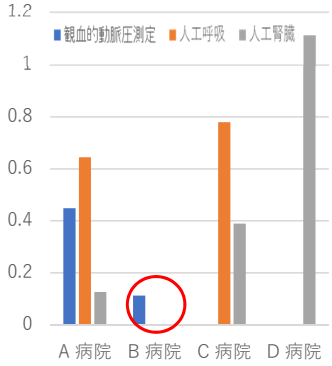
■手術などの実績



放射線治療

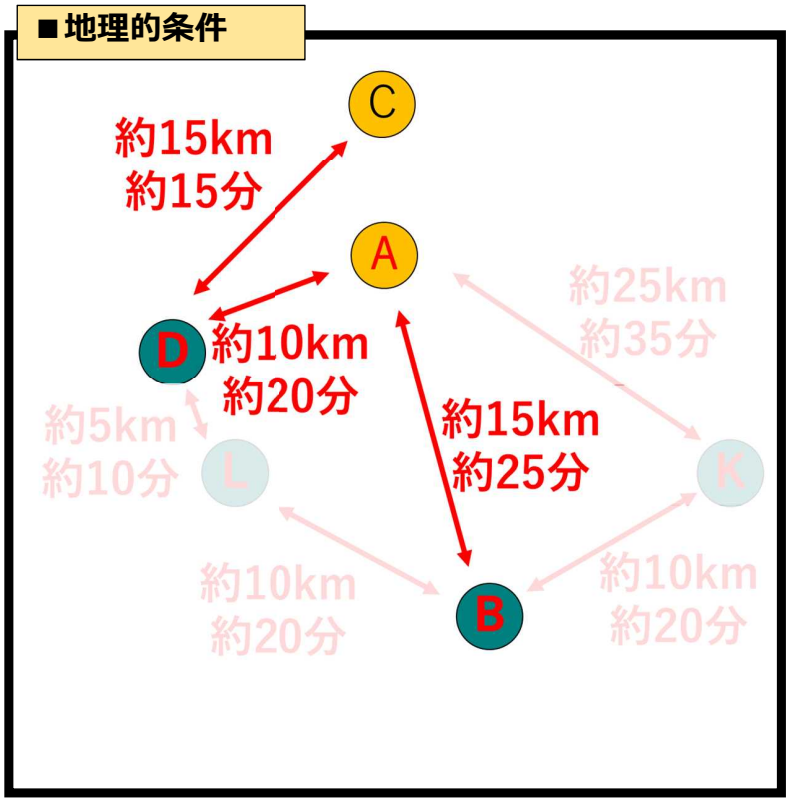


患者像



当該病院で、胃・結腸・直腸悪性腫瘍手術を実施している病棟において、一床あたりの算定回数（月あたり）を示したもの。

■地理的条件

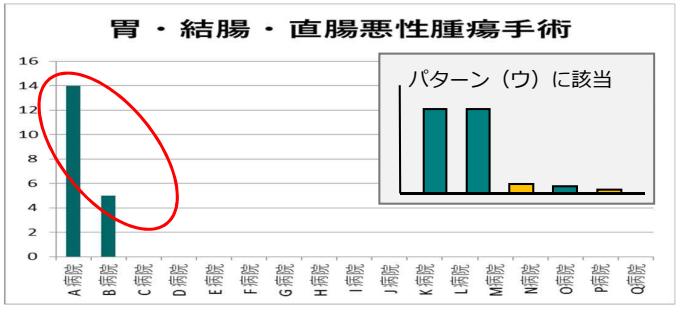


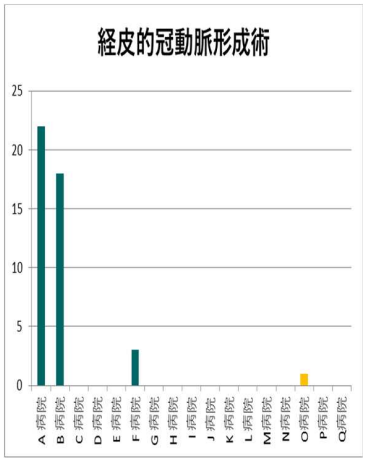
C構想区域における医療機関の位置関係

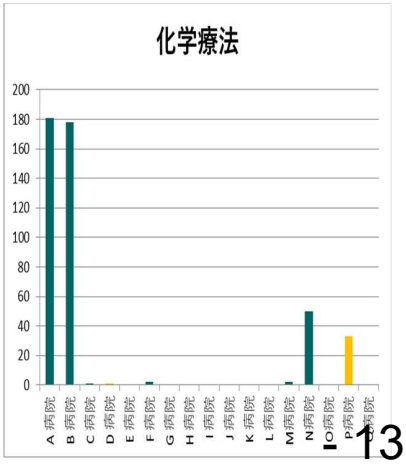
第19回地域医療構想に関するWG（平成31年2月22日）資料１－２

○　同程度の手術等の診療実績があるＡ、Ｂの公立・公的医療機関等は、８０km程度の距離がある。（自動車で８0分程度）

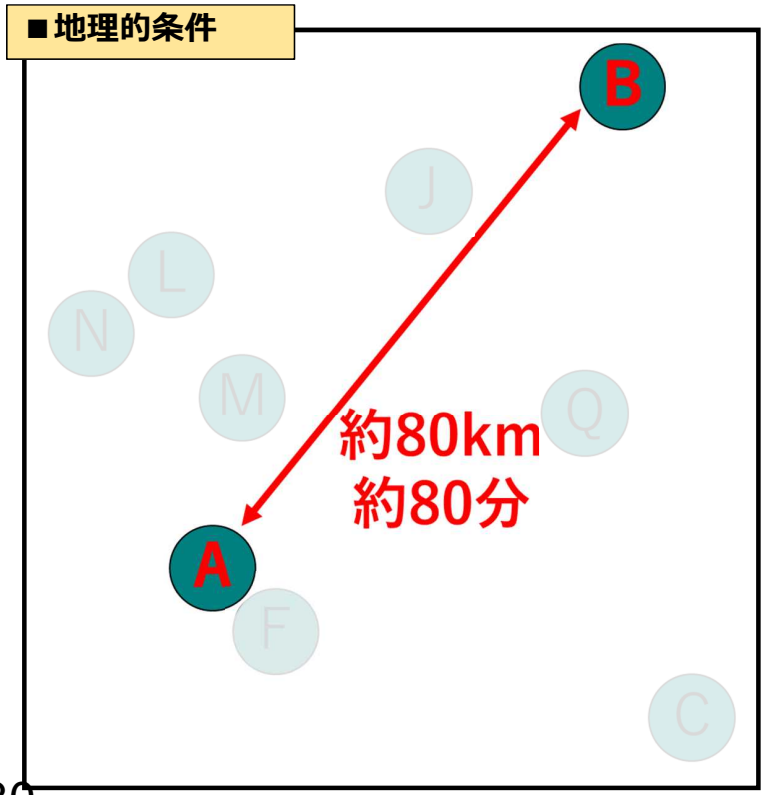
■手術などの実績







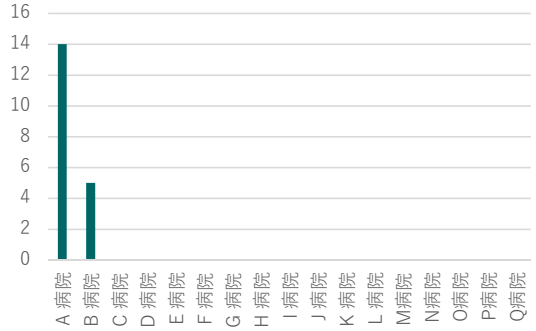
■地理的条件



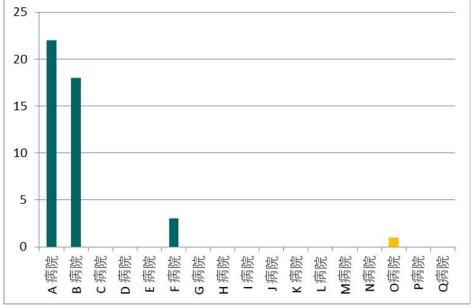
C構想区域の医療機関の決算状況

人口（※2）	高齢化率（※2）	一般病院数（※3）	有床診療所数（※3）	一般病床数と療養病床数の合計（※3）	病床利用率（※4）		医療施設従事医師数（※5）	流入入院患者割合（※6）	流出入院患者割合（※6）
					一般病床	療養病床			
356,105	31.7	17	18	3,043	64.8	86.7	537	－	－

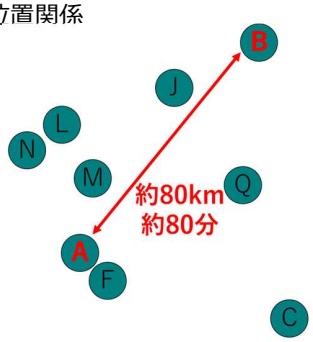
■胃・結腸・直腸悪性腫瘍手術



経皮的冠動脈形成術



■位置関係



	設置主体	医療機能別病床数						医師数	病床稼働率	平均在院日数	決算状況			
		合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟中等				経常収益	経常利益率	医業収益	医業利益率
A 病院	公的	464	40	424				142.7	0.90	10.5	-	-		-
B 病院	公立	404		359			45	56.2	0.65	13.7	82億円	-8%	75億円	-11%
C 病院	公立	25		25				3.9	0.29	11.2	7億円	+1%	4億円	-39%
F 病院	公立	180		140		40		18.1	0.39	22.7	38億円	-4%	27億円	-62%
J 病院	公立	38			38			6.8	0.46	17.9	6億円	+2%	4億円	-38%
L 病院	公立	49		49				5.7	0.64	19.0	10億円	-10%	9億円	-16%
M病院	公立	99		69		30		8.4	0.68	73.0	12億円	-1%	10億円	-15%
N病院	公立	258		168	59		31	22.8	0.60	24.8	46億円	-9%	41億円	-15%
Q病院	公立	90		40		50		10.7	0.92	60.1	17億円	-13%	12億円	-37%

平成29年度病床機能報告、病院事業決算状況（平成28年度）より

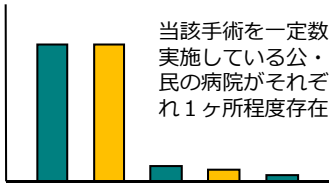
具体的対応方針の評価方法に関する基本的なイメージ

視点１

代表的な手術の実績を確認し、機能の重点化について特に議論が必要なケースに該当するか確認。

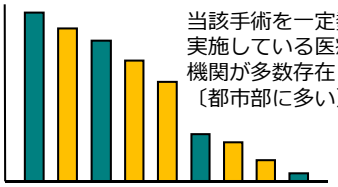
公立・公的病院等　民間医療機関

□ パターン（ア）



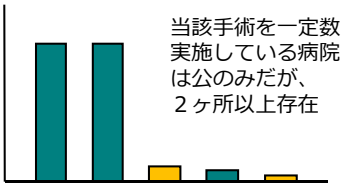
当該手術を一定数実施している公・民の病院がそれぞれ１ヶ所程度存在

□ パターン（イ）



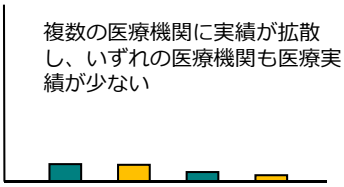
当該手術を一定数実施している医療機関が多数存在〔都市部に多い〕

□ パターン（ウ）



当該手術を一定数実施している病院は公のみだが、２ヶ所以上存在

□ パターン（エ）

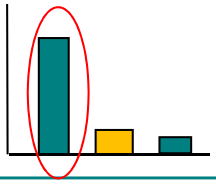


複数の医療機関に実績が拡散し、いずれの医療機関も医療実績が少ない

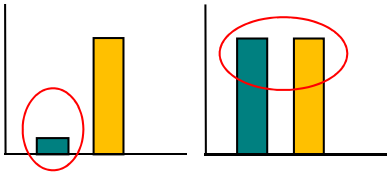
視点２

特定の手術以外の幅広い診療実績や、患者像を確認し、構想区域内で、当該医療機関に固有の役割があるか確認。

□ 固有の役割あり



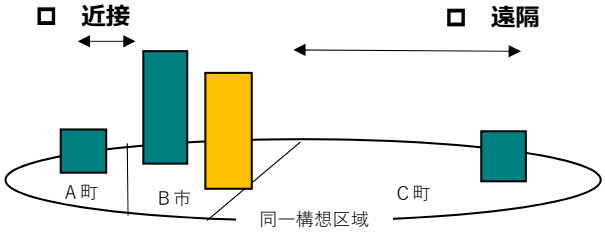
□ 固有の役割なし



視点３

地理的条件（位置関係、移動に要する時間）を確認し、近接の度合いを確認。

□ 近接　□ 遠隔



«評価の視点のイメージ»

① **手術実績が一定数ある医療機関が複数存在している場合**、公立・公的病院等は地域の医療需要やそれぞれの病院が診療する**患者像等を確認**し、地域の民間医療機関では担うことができない医療提供等に重点化されているかを確認する。

② 各々の手術によって構想区域の競合状況が異なるため、**特定の手術のみではなく、手術以外の診療実績も含めて、**地域の民間医療機関では担うことができない固有の役割があるか確認する。

③ 診療実績が少ない、構想区域内で固有の役割が無いといった状況にある公立・公的医療機関等については、**地理的条件等を踏まえ**、他の医療機関等との近接状況を確認する。

④ 以上をふまえ、**当該医療機関でなければ担うことができない機能への重点化が図られているとは言い難い公立・公的医療機関等は、再編統合やダウンサイジング、機能転換といった対応策を念頭に、地域医療構想調整会議での議論を更に深める**。

２．地域医療介護総合確保基金について

（１）平成 31 年度予算案について

○　地域医療介護総合確保基金については、平成 31 年度予算案において対前年度 200 億円増の 1,858 億円（公費ベース）を計上しており、このうち、1,034 億円（公費ベース）を医療分としている。

（２）平成 31 年度配分方針について

○　平成 31 年度の医療分の配分に当たっては、平成 31 年 2 月 15 日付け事務連絡で示したとおり、平成 31 年 3 月 31 日時点における、
・都道府県ごとの公立・公的病院等の具体的対応方針の合意状況
・民間医療機関の対応方針の議論の開始状況
・非稼働病棟の解消に向けた議論の進捗状況
について評価を行い、評価結果に基づき、重点配分を行うこととする。

○　事業区分Ⅰ「地域医療構想の達成に向けた施設又は設備の整備に関する事業」については、地域医療構想の実現に向けた取組を進めるため、これに重点化し、570 億円以上を充てることとする。

○　事業区分Ⅱ「居宅等における医療の提供に関する事業」及び事業区分Ⅳ「医療従事者の確保に関する事業」については、約 464 億円を充てることとする。また、これまでに各都道府県に配分した本基金のうち、今後執行する具体的な計画がない金額（未計画額）については、平成 31 年度配分に当たっての財源として活用することとする。

○　各都道府県と十分に意見交換を行った上で、以上に基づき配分額を調整する方針である。

（３）地域医療介護総合確保基金を活用した事業の内容について

○　基金の有効かつ効率的な活用を図るため、「地域医療介護総合確保基金（医療分）に係る標準事業例の取扱いについて」（平成 31 年 2 月 19 日医政地発 0219 第 1 号）において、事業区分Ⅰ等の事業内容の取扱いを整理したので、各都道府県においては、積極的な活用をお願いしたい。

【事業区分Ⅰの対象となる事業】

① 再編統合、ダウンサイジング、機能転換（以下、「再編統合等」という。）の計画の策定に当たって必要となる経費

・ 再編統合等を行おうとする医療機関が、都道府県が地域医療構想に精通していると認め、都道府県が選定した中小企業診断士等の専門家に相談等を行う際に必要となる経費

・ 再編統合等を行おうとする医療機関が、都道府県立ち会いの下で再編統合等に関する協議を行う際に必要となる経費

・ 再編統合等を行おうとする医療機関が、再編統合等後の施設の基本設計・実施設計を行う際に必要となる経費

② 再編統合等の際に必要となる経費

・ 再編統合等に当たって、医療機器やベッド等の備品を移転するために必要となる経費

・ 再編統合等に当たって、患者の搬送、退院支援等を行うために必要となる経費

③ 再編統合等に付随して一体的に行う医療従事者の宿舎､院内保育所等の施設設備整備費

○ また、基金創設後５年が経過していることから、基金事業については、あらかじめ定量的な目標を設定し、計画に基づいて事業を実施し、実施状況・達成状況を把握・点検した上、改善の方向性の検証を行う必要がある。計画どおりに執行されていない事業や地域医療構想の実現に向けて十分な成果が得られていない事業については、基金が有効に活用されるよう見直しを行っていただきたい。

（４）平成 31 年度の配分スケジュールについて

○ 平成 31 年度の配分スケジュールについては、

・３月中旬～ 各都道府県（関係団体も含む）とのヒアリング

・７月以降 内示

・８月以降 都道府県計画の提出、交付決定

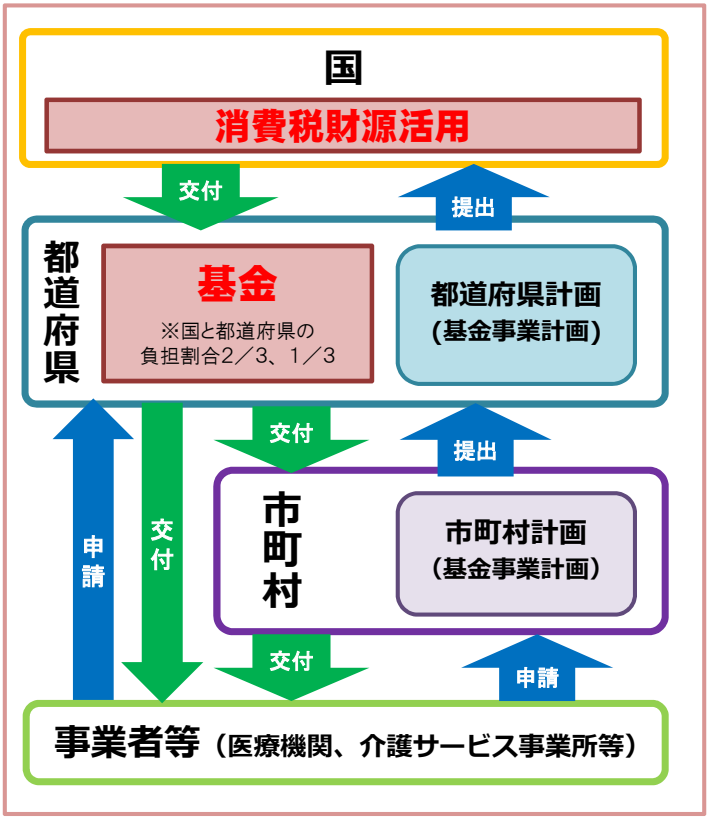
を予定しており、ヒアリングまでに各都道府県が計画を予定している事業について内容の確認等をさせていただき、ヒアリング後に円滑に内示ができるよう準備を進めたいのでご協力いただきたい。

地域医療介護総合確保基金

平成31年度政府予算案：公費で1,858億円
（医療分　1,034億円、介護分　824億円）

○　団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。

○　このため、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。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



都道府県計画及び市町村計画（基金事業計画）

○　**基金に関する基本的事項**
- ・公正かつ透明なプロセスの確保（関係者の意見を反映させる仕組みの整備）
- ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
- ・診療報酬・介護報酬等との役割分担

○　**都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項**

医療介護総合確保区域の設定※1　／　目標と計画期間（原則1年間）　／　事業の内容、費用の額等　／　事業の評価方法※2

※1　都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏域を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏域を念頭に設定。

※2　都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施
国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用

○　**都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成**

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

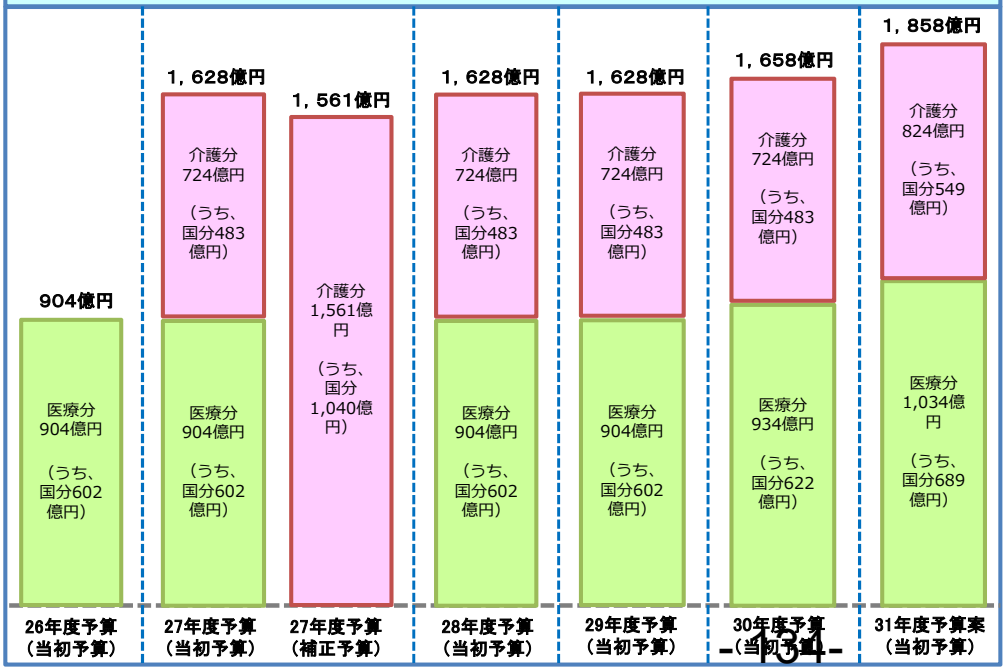
5　介護従事者の確保に関する事業

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．地域における医師の確保並びに医療法及び医師法の一部を改正する法律の施行について

（１）医師確保に係る現在の取組について

○　地域における医師の確保については、これまでも地域枠の拡大による医学部定員の増員及びこれに伴う修学資金の貸与事業などへの財政支援、地域における医師の偏在解消などを目的とした「地域医療支援センター」の設置・運営等により取り組んでいただいている。

（２）医療法及び医師法の一部を改正する法律について

○　しかし、医師の地域偏在・診療科偏在は、むしろ格差が広がっており、その解消が急務となっており、また、平成 20 年度以降、臨時定員増による地域枠医師が現場に出始めており、平成 29 年 12 月に「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会」で偏在対策の取りまとめを行い、

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
②　都道府県における医師確保対策の実施体制の強化
③　医師養成過程を通じた医師確保対策の充実
④　地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応

等を柱とした「医療法及び医師法の一部を改正する法律」が昨年の通常国会で成立した。

○　改正法の内容のうち、地域医療対策協議会の運営の在り方の見直し等に関する事項については、公布日に施行され、同日付で医政局長通知「地域医療対策協議会運営指針について」(医政発０７２５第１５号)及び「キャリア形成プログラムの運用指針について」（医政発０７２５第１７号）を発出しており、各都道府県において、現在、地域医療対策協議会の見直しやキャリア形成プログラムの策定、見直し等に取り組んでいただいている。今後、施行状況について、フォローアップを行っていくこととしているので、着実な実施をお願いしたい。

○　医師偏在指標や医師確保計画などの事項については、これらを具体化するため、「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会」において議論を進め、分科会において第４次中間とりまとめをおおむね了承いただいたところである。

（３）医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会について

【医師偏在指標及び医師確保計画】

○　医師偏在指標及び将来時点（2036 年度）の不足医師数等については、２月 18 日の分科会において暫定値を公表したが、今後、NDB データの反映や、各種統計調査の更新等を踏まえ精度を高め、年度末には各都道府県にお渡ししたい。その後都道府県間等の調整を踏まえ、初夏には指標を確定する予定である。

○　指標を基礎として、2036 年度に各都道府県で医療ニーズを満たす医師が確保できるよう、指標の上位、下位それぞれ 33.3%を基準値として医師少数区域（都道府県）、医師多数区域（都道府県）を定める。

○　また、診療科と疾病・診療行為との対応整理が、現時点で一定の前提の下、可能であり、政策的にも医療の確保を図るべき産科・小児科については、診療科別医師偏在指標を示し、地域偏在是正に向けた対応等を行うこととしている。

○　医師確保計画については、医療法上、医療計画の一部として策定することとされており、その内容については、

① 都道府県内における医師の確保方針
② 医師偏在の度合いに応じた医師確保の目標
③ 目標の達成に向けた施策内容

を定めることとしている。

○　医師の確保方針についての基本的な考え方としては、以下の通りとする。

・　医師少数三次医療圏（都道府県）／医師少数区域に関しては、医師を増やすことを基本とする
・　偏在是正の観点から、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図ることが望ましく、医師の多寡の状況について場合分けをしたうえで医師確保方針を定めることとする。例えば、医師多数三次医療圏（都道府県）内の医師少数区域に、当該医師多数三次医療圏（都道府県）外から医師の派遣を募るといった方針とならないようにする必要がある。
・　「今すぐに医師確保が必要である」、「今は医師が確保できているが、将来的には医師が必要となる」といった時間軸による差異によって、採るべき対策が異なる場合があることから、時間軸についても場合分けしたうえで医師確保方針を定めることとする。

○　なお、二次医療圏の医師確保方針については、各医療圏に担わせる医療機能分化･連携や､医療機能の集約化などに係る地域医療構想の方針、交通網の整備状況等を加味したうえで、機械的に算出された医師偏在指標上は医師少数区域に該当する二次医療圏であっても医師少数区域に指定しない等の医療の実情に合わせた適切な判断を可能とする。ただし、医師少数区域の基準に合致しない二次医療圏を医師少数区域として設定することや、医師多数区域の基準に合致する二次医療圏を医師多数区域としない、との判断はできないこととする。

その際、医師少数三次医療圏（都道府県）においては、二次医療圏の医師の確保の方針を踏まえて、合計が都道府県の目標医師数を超えないように、二次医療圏の目標医師数を設定することとする。

医師多数／中程度の三次医療圏（都道府県）においては、二次医療圏の医師の確保の方針を踏まえて、合計が都道府県の現在医師数を超えないように、二次医療圏の目標医師数を設定することとする。

○　確定した指標は、機械的に算出されたものであり、医師確保の方針を定める際の一助とはなるが、確保すべき医師数や具体的な対策については、地域の状況に応じたきめ細やかな対応が必要である。特に、地域医療構想等により医療提供体制のビジョンが構築されつつある現状において、方針にそぐわない形での医師確保とならないよう、しっかりと部局間連携や医療審や地対協での丁寧な議論を行っていただきながら医師確保計画を策定いただきたい。

【外来医療に係る医療提供体制の確保】

○　外来医療機能の偏在については、地域毎の外来医療機能に関する適切なデータを可視化し、開業に当たっての有益な情報として提供することで、個々の医師の行動変容を促し偏在是正につなげて行くことを基本的な考え方としている。

外来医療機能の偏在等の可視化に当たっては、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を算出することとし、医師偏在指標と同様に「５要素」を加味した人口 10 万人対診療所医師数を用いることとする。当該指標を「外来医師偏在指標」として定義する。

なお、患者の流出入に関しては、都道府県間等の調整が必要となる場合もあることから、調整前の指標を都道府県に提供し、都道府県ごとに流出入を加味した指標を算出し、国において取りまとめることとする。

○　外来医療機能に関する協議については、今後、地域において充実が必要な外来医療機能や充足している外来医療機能に関して、外来医療機能の機能分化・連携の方針等についても、外来医師偏在指標を踏まえなが

ら地域ごとに協議を行い、方針決定することとする。
その際、外来医師多数区域においては、新規開業希望者に対し、在宅医療、初期救急（夜間・休日の診療）、公衆衛生（学校医、産業医、予防接種等）等の地域に必要とされる医療機能を担うよう求めることとする。
また、新規開業者希望者に対して必要な外来医療機能を担うよう求めたときの実効性を確保するため、以下の対応を行うこととする。

・開業届出様式を入手する機会を捉え、開業予定地域が外来医師多数区域に含まれることや、当該二次医療圏における外来医療機能の方針について情報提供し、届出様式に、地域で定める不足医療機能を担うことに合意する旨を記載する欄を設け、協議の場で確認できるようにすることとする。
・合意欄への記載が無いなど、新規開業者が外来医療機能の方針に従わない場合には、臨時の協議の場への出席要請を行うこととする。
・臨時の協議の場においては、構成員と新規開業者で協議する場を持ちその協議結果を公表することとする。

○　協議の場としては、原則として二次医療圏単位とし、地域医療構想調整会議を活用することも可能とするが、必要に応じて市区町村単位等での議論が必要なものについては、別途ワーキンググループ等を設置することを可能とする。

○　現在、取りまとめに向け検討を進めている「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科４次中間とりまとめ」を基に、医師確保計画や外来医療の医療計画策定のためのガイドラインを今年度中に各都道府県にお示しすることとしている。都道府県におかれては、来年度からの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等に遺漏のなきよう、準備をお願いする。

（４）地域医療支援センターについて

○　今後、地域医療支援センターの派遣対象となる地域枠医師等の数が増加するが、医師不足区域等での勤務には、その勤務負担や仕事内容、キャリア形成上の不安、子供の教育等の観点から様々な不安があることから、こうした不安を解消するための環境整備を図ることが重要となる。
このため、医療機関の勤務環境の改善を行う医療勤務環境改善支援センターと医師の派遣調整を行う地域医療支援センターとの連携を進め、医師不足区域等における手厚い支援を行っていただきたい。

○　なお、地域医療支援センターによって医師が少ない地域等に派遣調整される地域枠医師等の不安を解消するための環境整備を図るツールとして、今年度に引き続き、平成 31 年度予算案に「医師が不足する地域にお

ける若手医師のキャリア形成支援事業」として約３億６千万円を計上している。

この事業は、医師偏在対策の一環として、大学医学部入学定員増に伴う地域枠出身の若手医師が医師の不足する地域への派遣により地域診療義務を果たす場合や、地域枠出身以外の若手医師が自主的に医師不足地域で一定期間地域診療に従事する場合等において、医師不足地域へ派遣される若手医師等のキャリア形成や勤務負担軽減を図るため、具体的な方策をモデル的に実施し、その効果を検証するとともに、全国へ公表（他の都道府県へ横展開）することを目的とする。

支援の対象となる医師は、都道府県又は都道府県事務として委託している地域医療支援センターの調整により医師不足地域の医療機関に派遣される医師としている。

事業内容としては、ＩＣＴ等を活用し、大学医学部等の指導医から若手医師等に対する診療指導、大学医学部等におけるカンファレンスへの若手医師等の参加等を遠隔で行うなど、若手医師等のキャリア形成の構築のために支援すること、若手医師等に代わり診療する交代医師を定期的に派遣し、グループ診療や週４日勤務を導入するなど、若手医師等の勤務負担の軽減のために支援すること、そして、この事業を円滑かつ確実に実施するため、都道府県（委託を含む。）にモデル事業連携事務局を設置することになる。全国的なモデル事業となるよう創意工夫を凝らした事業を是非考案いただくとともに、適宜御相談いただきたい。

（５）地方交付税措置について

○　今般の医療法及び医師法の一部を改正する法律等への対応として、地方交付税措置要求を行ったところであり、総務省から以下のとおり連絡を得ている。都道府県におかれては、体制の整備・強化により、医師確保対策等の更なる充実・強化をお願いする。

・医師確保計画策定にかかる体制強化、
・外来医療提供体制の計画策定にかかる体制強化、
・地域医療支援事務の法定された業務への体制強化
・医師の働き方改革を踏まえた勤務環境改善支援業務

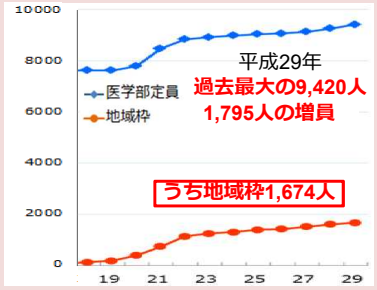
について、新たに業務が生じることとなることから、増加する業務に対応する都道府県の体制の整備・強化を図るため、平成 31 年度の地方交付税算定においては、都道府県の「衛生費」の標準団体（人口 170 万人）当たりの職員数を１名増員することとされている。

医師偏在対策の必要性

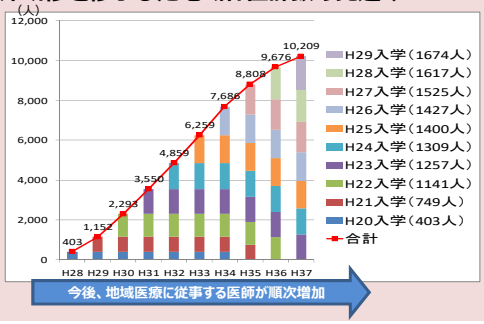
対策の必要性

○ 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**。

医学部入学定員の年次推移

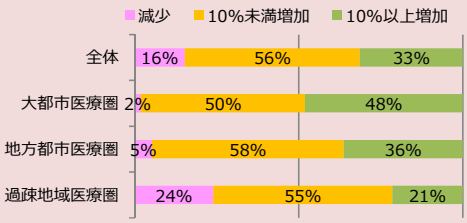


臨床研修を修了した地域枠医師数の見込み



○ 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**。

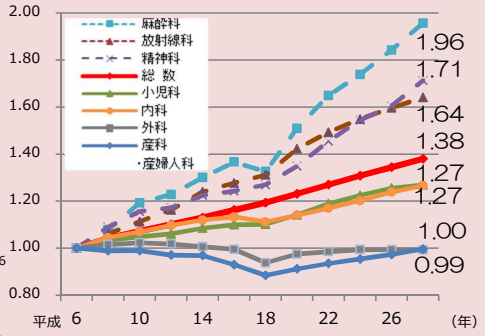
二次医療圏ごとにみた人口10 万対医療施設従事医師数の増減（平成20年→平成26年）



（※）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。）

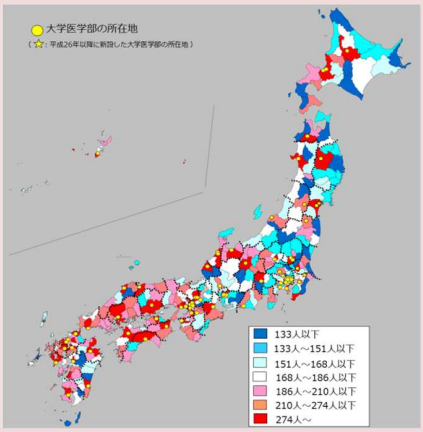
医師偏在指標の導入

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）



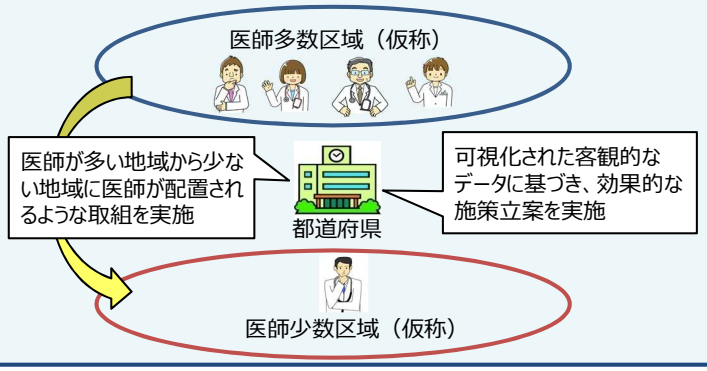
制度改正後

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。



医師偏在指標に関する課題の整理

医療従事者の需給に関する検討会
第22回　医師需給分科会（平成30年９月28日）
資料２－１（抜粋・一部改変）

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。

（参考）現在時点の医師偏在指標について

医療従事者の需給に関する検討会
第23回　医師需給分科会（平成30年10月24日）
資料３－１（抜粋・一部改変）

- 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。

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

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

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

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

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。

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用いてはどうか。 ただし、人口構成等の経時変化を反映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用いてはどうか。 ただし、医師数については、医師供給推計の値を用いる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。

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

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

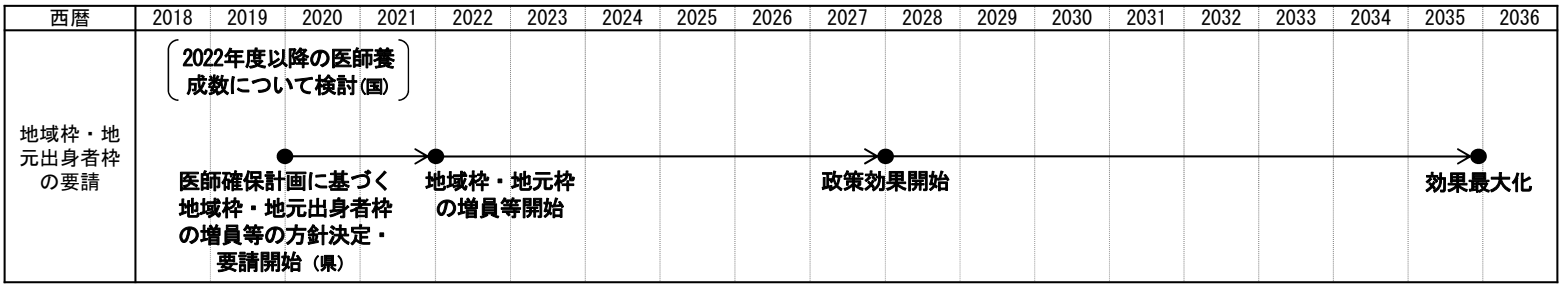
$$\text{地域の標準化受療率比(※１)} = \text{地域の期待受療率} \div \text{全国の期待受療率（※２）}$$

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

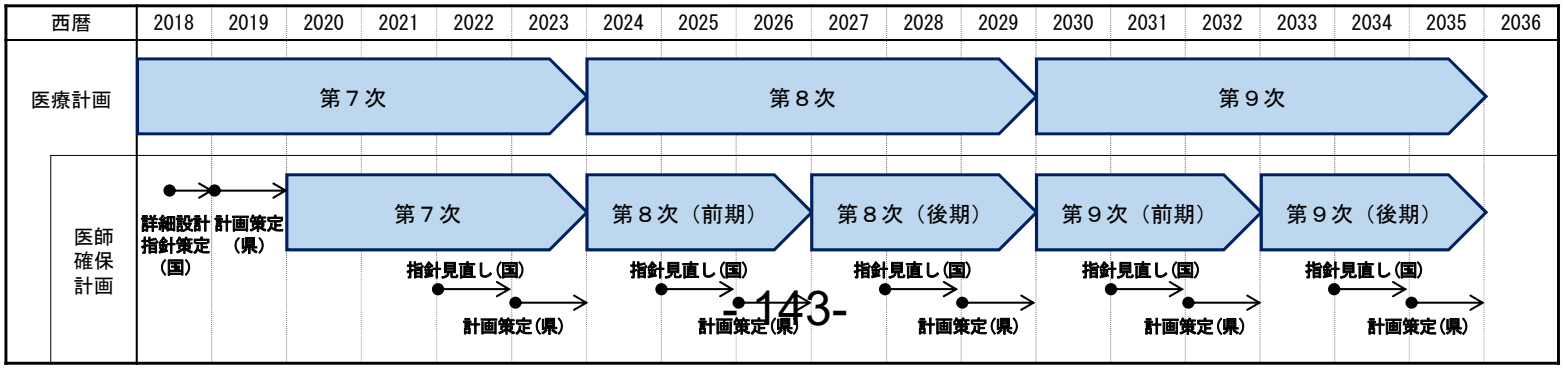
注）　患者の流出入に関しては、患者住所地を基準に流出入実態を踏まえ、都道府県間調整を行うこととする。
　　へき地などの地理的条件については、「医師の確保を特に図るべき区域」として、一定の考え方の下で考慮することとする。

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。

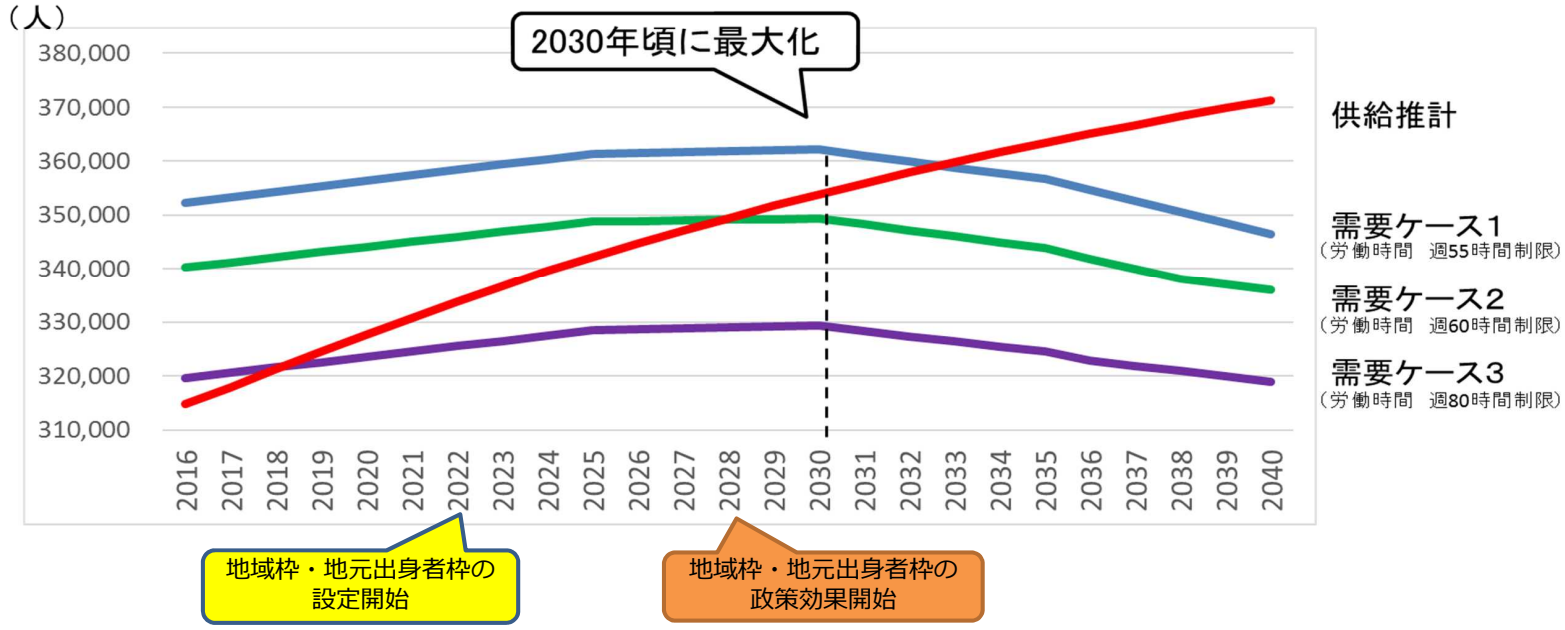


設定時点について　－　医療需要について

医療従事者の需給に関する検討会
第19回　医師需給分科会（平成30年４月12日）
資料１（抜粋・一部改変）

■ 医師需給分科会第三次中間取りまとめにおける、医師需給推計において、医師需要は2030年頃に最大化すると推計されている。

供給推計　今後の医学部定員を平成30年度(2018年度)の9,419人として推計
需要推計　ケース1、ケース2、ケース3について推計※
※　労働時間、業務の効率化、受療率等について幅を持って推計（別紙）
※※　勤務時間を考慮して、全体の平均勤務時間と性年齢階級別の勤務時間の比を仕事率とした



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）

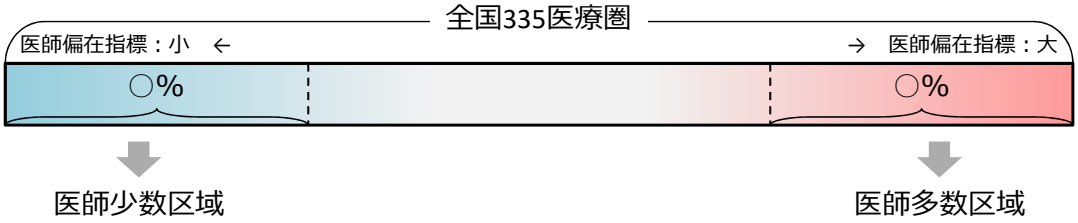
医師少数区域及び医師多数区域の設定について

医療従事者の需給に関する検討会
第22回　医師需給分科会（平成30年９月28日）
資料３（抜粋）

□ 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つては、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つては、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。

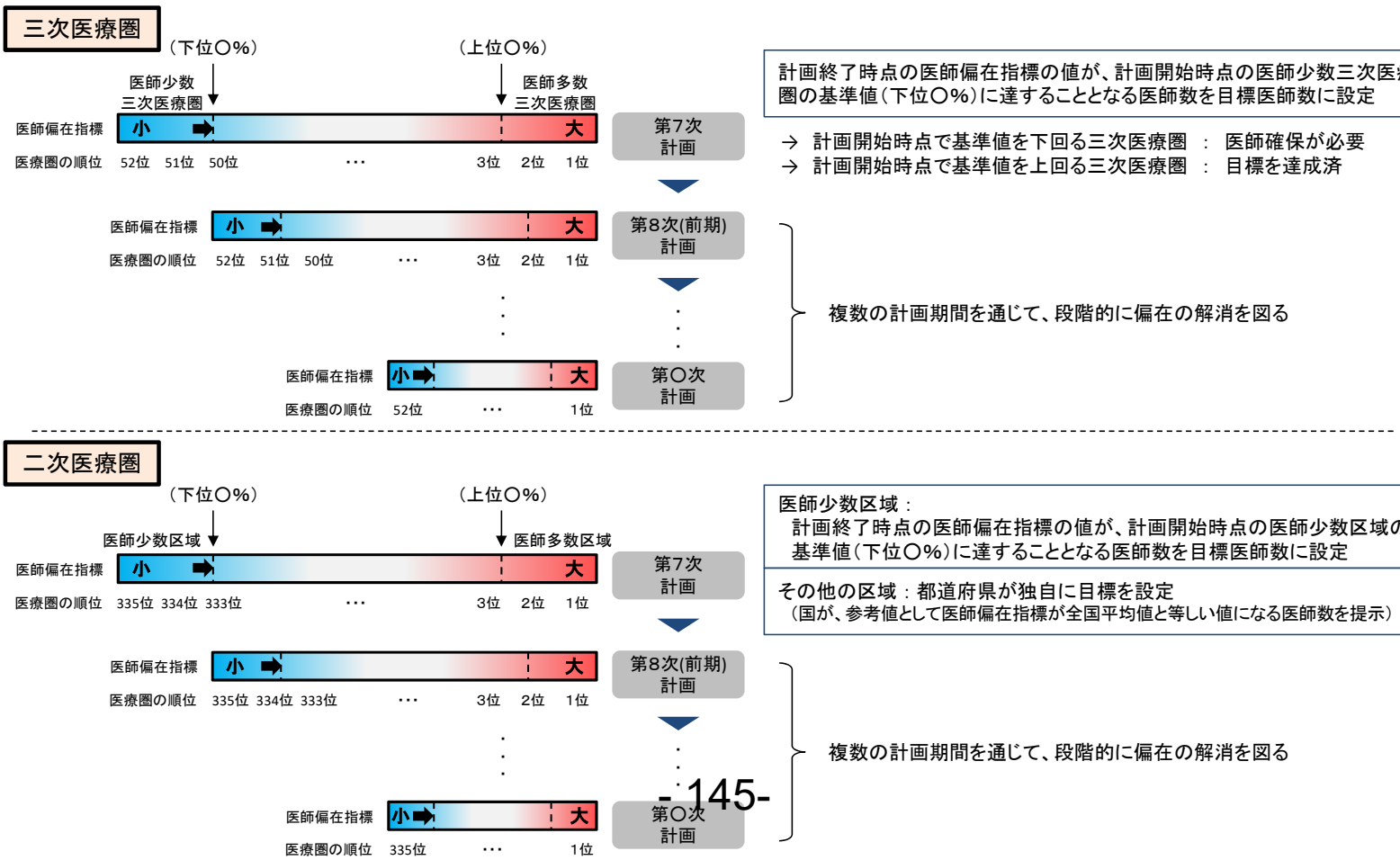
- 医師少数区域・医師多数区域の設定に用いる、医師偏在指標に関する基準をどのように定めるか。
  - 全国の335二次医療圏の医師偏在指標の値を一律に比較し、上位○%を医師多数区域、下位○%を医師少数区域とすることとしてはどうか。
  - 基準を定めるに当たっては、例えば、固定値を用いる、標準偏差を用いるなどの方法が考えられ、医師少数区域・医師多数区域に関する各施策の詳細について検討した上で、それらを踏まえて議論することが適当ではないか。



目標医師数の基本的な考え方

医療従事者の需給に関する検討会
第23回　医師需給分科会（平成30年10月24日）
資料２（抜粋）

- 目標医師数を次のように設定することとしてはどうか。



将来時点の必要医師数について

医療従事者の需給に関する検討会
第23回　医師需給分科会（平成30年10月24日）資料を改変

○　医師需給は、労働時間を週60時間程度に制限する等の仮定をおく「需要ケース2」において、**平成32年度医学部入学者が臨床研修を修了すると想定される2028年（平成40年）頃に均衡**すると推計される。

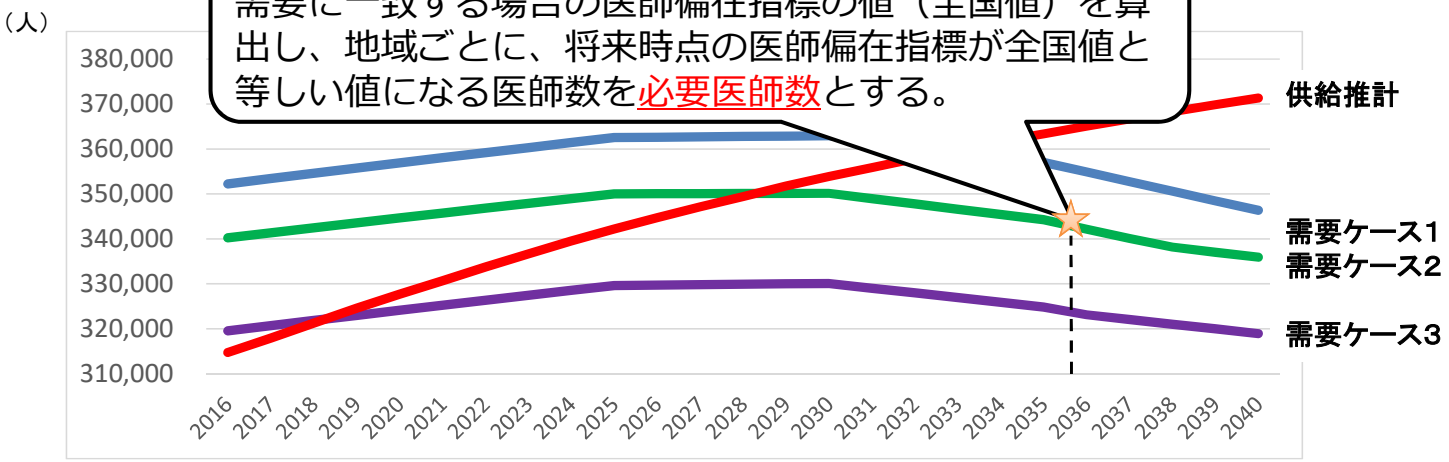
・供給推計　今後の医学部定員を平成30年度の9,419人として推計。

※1　勤務時間を考慮して、全体の平均勤務時間と性年齢階級別の勤務時間の比を仕事率とした

・需要推計　分科会において了承の得られた仮定に基づき、以下の通り、一定の幅を持って推計を行った。
- ケース1（労働時間を週55時間に制限等≒月平均60時間の時間外・休日労働に相当）
- ケース2（労働時間を週60時間に制限等≒月平均80時間の時間外・休日労働に相当）
- ケース3（労働時間を週80時間に制限等≒月平均160時間の時間外・休日労働に相当）

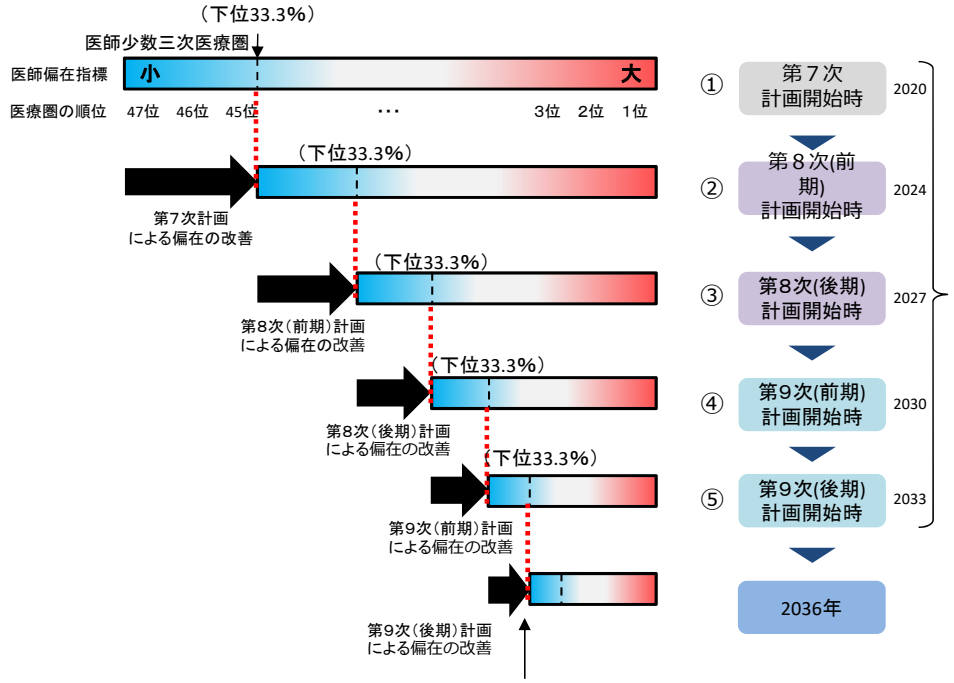
※2　医師の働き方改革等を踏まえた需要の変化についても、一定の幅を持って推計を行った

将来時点（2036年）において全国の医師数が全国の医師需要に一致する場合の医師偏在指標の値（全国値）を算出し、地域ごとに、将来時点の医師偏在指標が全国値と等しい値になる医師数を必要医師数とする。



医師少数区域等の基準の設定

- 医師少数三次医療圏の基準を定めるに当たりどのように考えたらよいか。
  - ➢ 最も医師偏在指標が小さい三次医療圏においても、2036年に、医療需要を満たすだけの医師を確保することを目標として、医師少数三次医療圏の基準を定めることとしてはどうか。



□ 第７次～第９次（後期）までの５次の計画期間を通じて、段階的に偏在を解消し、2036年時点（第９次（後期）医師確保計画の計画終了時点）においては、最も医師偏在指標が小さい三次医療圏においても医療需要を満たすことを目標とする。

□ 各医師確保計画において、同じ割合（※）の三次医療圏が医師少数三次医療圏に該当するとし、各計画期間終了時に、医師少数三次医療圏の基準に達するとの目標を達成すると仮定し、５次の計画期間分のシミュレーションを行った。

□ この割合（※）を33.3%とすることで、2036年に上記の目標を達成する水準となることが確認された。

◆ このため、**医師少数三次医療圏の基準値を下位33.3%としてはどうか。**

- 医師少数区域、多数区域（二次医療圏単位）及び医師多数三次医療圏についても、施策の整合性の観点から、同様の値（下位／上位33.3%）を基準値としてはどうか。

医師偏在指標を活用した医師偏在対策

医療従事者の需給に関する検討会
第22回　医師需給分科会（平成30年９月28日）
資料２－１（抜粋）

■　改正法の施行後、医師偏在指標を活用した医師偏在対策として、主に以下のものが実施されることとなる。

医師確保計画における目標医師数の設定
都道府県は、三次医療圏・二次医療圏単位で、医師偏在指標を踏まえた医師の確保数の目標（目標医師数）の設定が義務付けられている

医師少数区域、医師多数区域の設定
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

- **都道府県内での医師の派遣調整**
  都道府県は、地域医療支援事務として、都道府県内の医師少数区域等における医療機関をはじめ、医師確保が必要な医療機関で適切に医師が確保されることを目的とした医師の派遣調整を行うこととされている
- **キャリア形成プログラムの策定**
  都道府県は、地域医療支援事務として、都道府県内の医師少数区域等における医師の確保と、当該区域に派遣される医師のキャリア形成の機会の確保を目的としたキャリア形成プログラムの策定を行うこととされている
- **医療機関の勤務環境の改善支援**
  都道府県は、医師少数区域等に派遣される医師が勤務することとなる医療機関の勤務環境の改善の重要性に留意し、医師派遣と連携した勤務環境改善支援を行うこととされている
- **地域医療への知見を有する医師の大臣認定**
  厚生労働大臣は、医師少数区域等におけ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認定することとされている
- **臨床研修病院の定員設定**
  都道府県知事は、医師少数区域等における医師数の状況に配慮した上で、都道府県内の臨床研修病院ごとの研修医の定員を定めることとされている

大学医学部における地域枠・地元枠の設定
都道府県は、医師偏在指標によって示される当該都道府県の医師の多寡を踏まえ、大学に対し、医学部における地域枠・地元枠の設定・増加の要請を行うことができることとなる

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 青森県 山形県 新潟県 山梨県 香川県 福岡県 佐賀県	1	－	2	3	34

○　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。

制度改正後

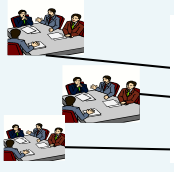
都道府県が、大学、医師会等の管内の関係者と連携して医師偏在対策を進めていくことができる体制を構築する。

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
目標設定（指標に基づく）→ 対策策定（目標達成のための）→ 対策の実施 → 効果の評価（対策による）→ 新たな目標設置（対策に基づく）

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

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

協議に基づいた事務の実施

地域医療支援センター

医療計画の策定に係る指針等の全体像について

【医療法第30条の３】
厚生労働大臣は基本方針を定める。

基本方針【大臣告示】

医療提供体制の確保に関する基本方針

【医療法第30条の８】
厚生労働大臣は、技術的事項について必要な助言ができる。

医療計画作成指針【局長通知】

医療計画の作成
- ○ 留意事項
- ○ 内容、手順　等

疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について【課長通知】

疾病・事業別の医療体制
- ○ 求められる医療機能
- ○ 構築の手順　等

【法第30条の４第１項】
都道府県は基本方針に即して、かつ地域の実情に応じて医療計画を定める。

医　療　計　画

- ○疾病・事業ごとの医療体制
  - がん
  - 脳卒中
  - 心筋梗塞等の心血管疾患
  - 糖尿病
  - 精神疾患
  - 救急医療
  - 災害時における医療
  - へき地の医療
  - 周産期医療
  - 小児医療(小児救急含む)
- ○居宅等における医療
- ○地域医療構想
- ○地域医療構想を実現する施策
- ○病床機能の情報提供の推進
- ○医療従事者の確保
- ○医療の安全の確保
- ○施設の整備目標
- ○基準病床数　等

地域医療対策協議会と地域医療支援センターの関係性

現行： 地域医療対策協議会の役割等が不明確
地域医療支援センターとの関係・役割分担も不明確

地域医療対策協議会

構成員	都道府県、大学、医師会、主要医療機関 等
役割	協議事項が具体化されていない （医療従事者の確保（地域医療対策）のみ）
協議の方法	具体的な協議の方法は定められていない
国のチェック	協議内容に対する国のチェックの仕組みなし

関係・役割分担が不明確

地域医療支援センター（医師確保対策の事務の実施拠点）

法定事務	・都道府県内の医師確保状況の調査分析 ・医療機関や医師に対する相談援助
法定外事務	・医師派遣のあっせん・調整（通知・予算） ・キャリア形成プログラムの策定促進(通知・予算)等
協議の方法	運営委員会で協議（構成員、協議内容等が、地域医療対策協議会と重複）

改正法による見直し

見直し後： 地域医療対策協議会の役割明確化・協議プロセスの透明化
地域医療支援センターとの関係・役割の明確化

地域医療対策協議会

構成員	都道府県、大学、医師会、主要医療機関、<u>民間医療機関</u> 等 ※ <u>議長は都道府県以外の第三者・互選</u>、<u>女性割合に配慮</u> 等
役割	<u>協議事項を法定</u> ・キャリア形成プログラムの内容　・大学の地域枠・地元枠設定 ・医師の派遣調整　・臨床研修病院の指定 ・派遣医師のキャリア支援策　・臨床研修医の定員設定 ・派遣医師の負担軽減策　・専門研修の研修施設・定員　等
協議の方法	・医師偏在<u>指標に基づき協議</u> ・大学・医師会等の<u>構成員の合意が必要</u> ・<u>協議結果を公表</u> → <u>協議プロセスの透明化</u>
国のチェック	・医師派遣先（公的、民間の別）等の医師の派遣状況について定期的に<u>国がフォローアップ</u>

都道府県が実施する医師派遣等の対策は、地域医療対策協議会において<u>協議が調った事項に基づいて行う</u>（法律に明記）

地域医療支援センター（医師確保対策の事務の実施拠点）

法定事務	・都道府県内の医師確保状況の調査分析 ・医療機関や医師に対する相談援助 ・<u>医師派遣事務</u> ・<u>キャリア形成プログラムの策定</u> ・<u>派遣医師のキャリア支援・負担軽減</u>　等
協議の方法	原則として、**地域医療対策協議会に一本化** （地域医療対策協議会のWG等として存置も可）

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

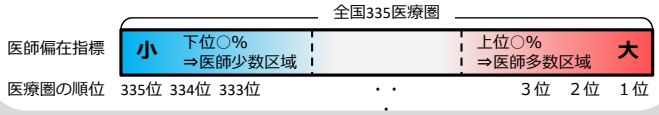
医師偏在指標の算出

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

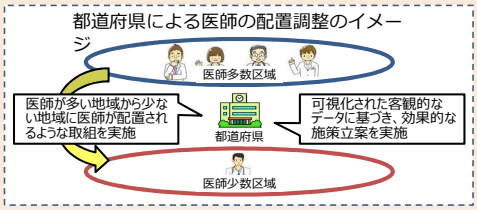
確保すべき医師の数の目標（目標医師数）
（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

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。

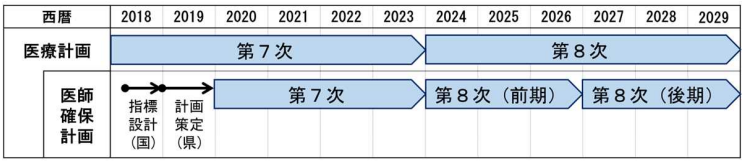
目標医師数を達成するための施策

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 等



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）

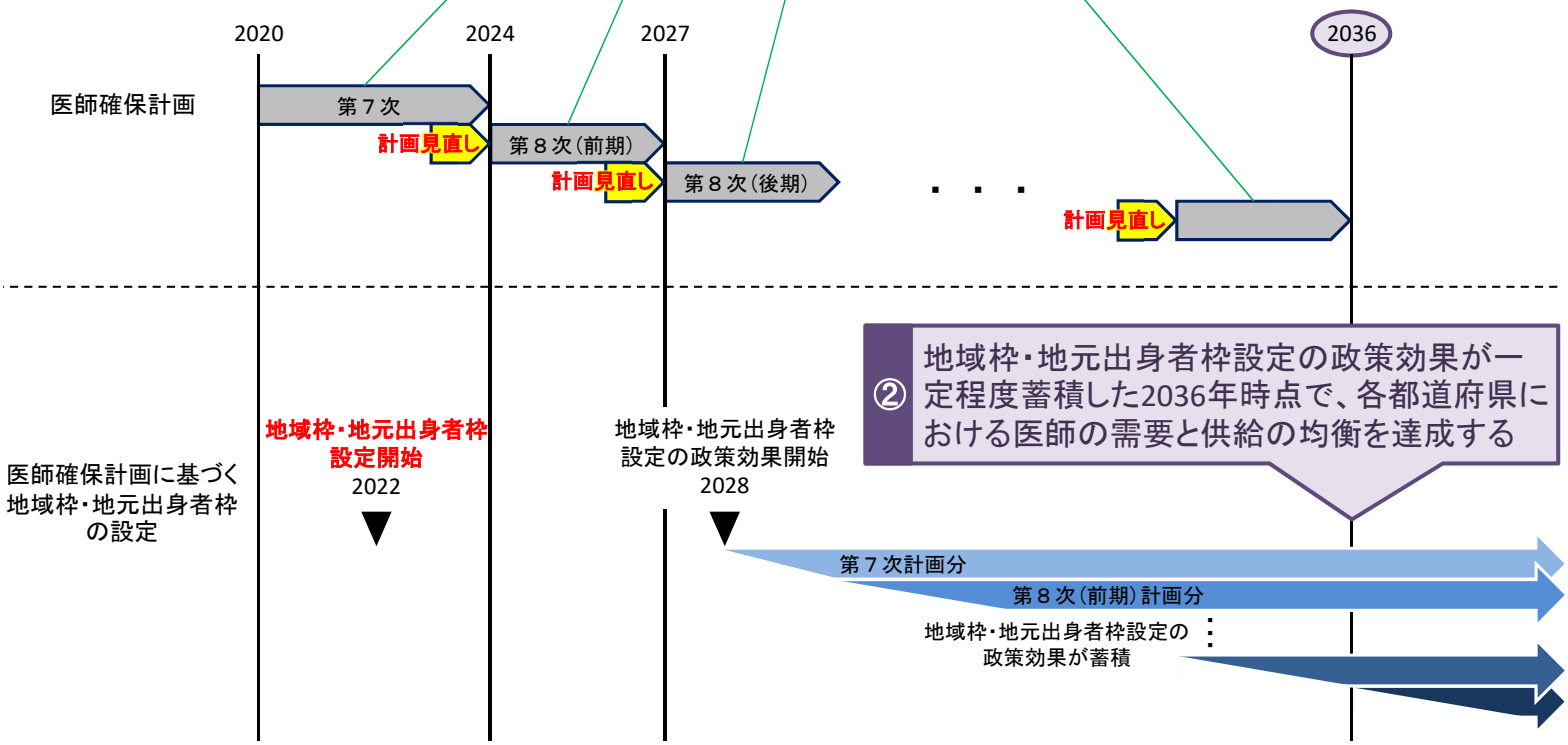


* 2020年度からの最初の医師確保計画のみ４年（医療計画全体の見直し時期と合わせるため）

医師確保計画を通じた医師偏在の解消

医療従事者の需給に関する検討会
第23回　医師需給分科会（平成30年10月24日）
資料３－１（抜粋・一部改変）

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



② 地域枠・地元出身者枠設定の政策効果が一定程度蓄積した2036年時点で、各都道府県における医師の需要と供給の均衡を達成する

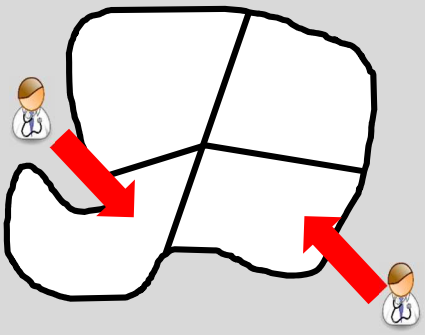
※医師需給の均衡を達成した後の医師需要も踏まえた地域枠・地元出身者枠の設定を行う

三次医療圏の医師の多寡の状況による医師の確保の方針の違い（案）

- 医師**少数**三次医療圏　：他の医師多数三次医療圏からの**医師の確保を行う**こととしてはどうか。
- 医師**中程度**三次医療圏：**必要に応じて**、他の医師多数三次医療圏からの**医師の確保ができる**こととしてはどうか。
- 医師**多数**三次医療圏　：**他の三次医療圏からの医師の確保を行わない**こととしてはどうか。

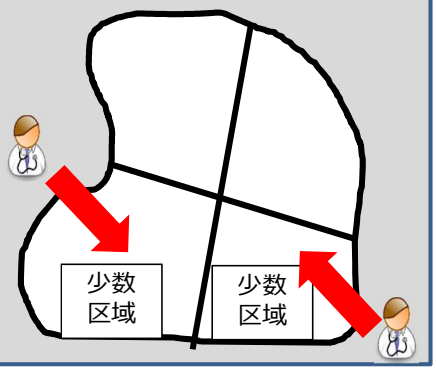
医師少数三次医療圏
A県

他の医師多数三次医療圏からの医師の確保を行うこととしてはどうか



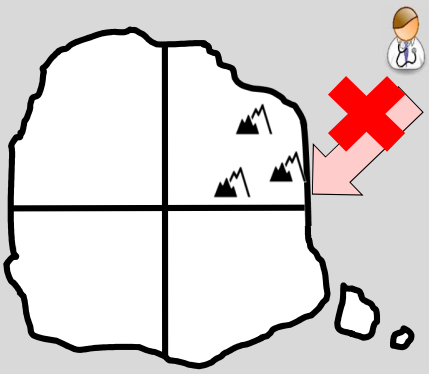
医師中程度三次医療圏
B県

必要に応じて、医師少数区域に対しては他の医師多数三次医療圏からの医師の確保ができることとしてはどうか



医師多数三次医療圏
C県

他の三次医療圏からの医師の確保を行わないこととしてはどうか。



- 三次医療圏外からの医師の確保（まとめ）

		医師少数三次医療圏	医師中程度三次医療圏	医師多数三次医療圏
医師少数区域	有り	可能	可能	不可
	無し	－	可能 （医師少数地区がある場合（後述））	

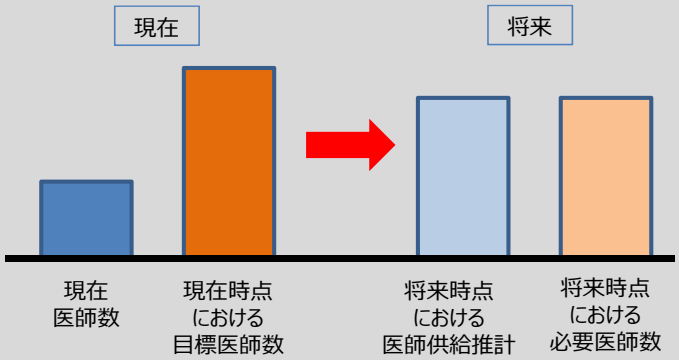
現在時点と将来時点のそれぞれにおける医師の多寡の状況への対応（三次医療圏）（案）

- **現在時点**の医師数の多寡の状況に対しては、**短期的な施策**を用いて対応を行うこととしてはどうか。
- **将来時点**の医師数の多寡の状況に対しては、**短期的な施策と長期的な施策を組み合わせ**て対応を行うこととしてはどうか。

地域の状況（D県）

現在時点では医師少数三次医療圏に該当するが、将来時点には医師中程度三次医療圏となる。

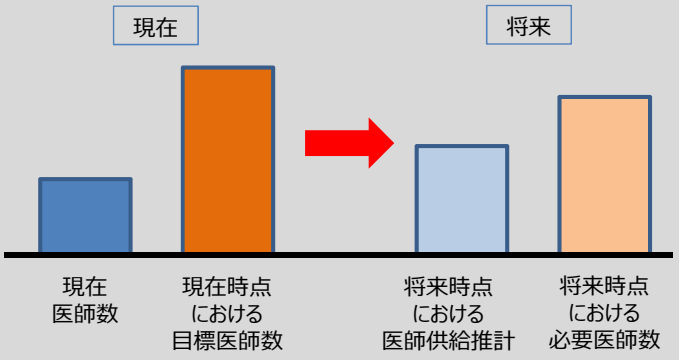
- 医師を増やす方針
- 短期的な施策を用いる方針
- 長期的な施策は**用いない**



地域の状況（E県）

現在時点では医師少数三次医療圏に該当し、将来時点でも医師少数三次医療圏となる。

- 医師を増やす方針
- 短期的な施策を用いる方針
- 長期的な施策を**用いる方針**



三次医療圏の医師の確保の方針

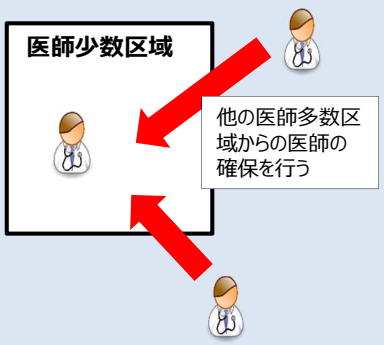
		現在時点	
		医師少数三次医療圏	医師多数／中程度三次医療圏
将来時点	医師少数三次医療圏	短期的な施策 長期的な施策	長期的な施策
	医師多数／中程度三次医療圏	短期的な施策	－

二次医療圏の医師の多寡の状況による医師の確保の方針の違い（案）

- 医師少数区域　：他の医師多数区域からの**医師の確保を行う**こととしてはどうか。
- 医師**中程度**区域：**必要に応じて**、他の医師多数区域からの**医師の確保ができる**こととしてはどうか。
- 医師**多数**区域　：**二次医療圏外からの医師の確保を行わない**こととしてはどうか。

医師少数区域
（二次医療圏）

他の医師多数区域からの医師の確保を行うこととしてはどうか。

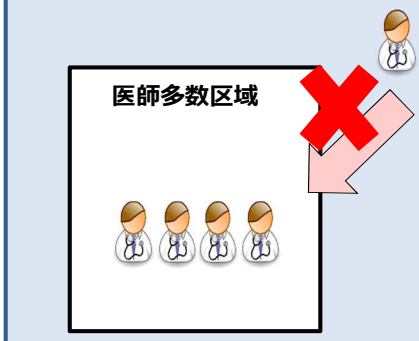


医師中程度区域
（二次医療圏）

必要に応じて、他の医師多数区域からの医師の確保ができることとしてはどうか。

医師多数区域
（二次医療圏）

二次医療圏外からの医師の確保を行わないこととしてはどうか。



- 二次医療圏外からの医師の確保（まとめ）

	医師少数区域	医師中程度区域	医師多数区域
	可能	必要に応じて可能	不可

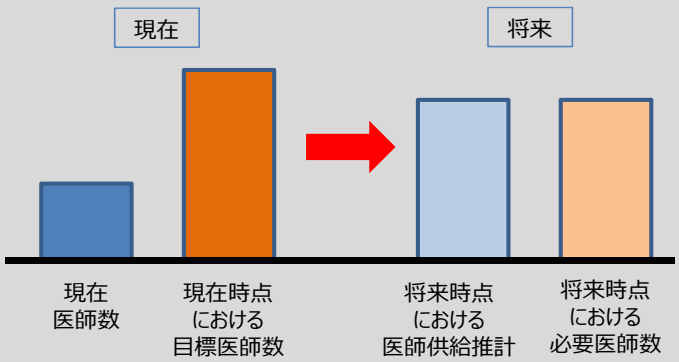
現在時点と将来時点のそれぞれにおける医師の多寡の状況への対応（二次医療圏）（案）

- **現在時点**の医師数の多寡の状況に対しては、**短期的な施策**を用いて対応を行うこととしてはどうか。
- **将来時点**の医師数の多寡の状況に対しては、**短期的な施策と長期的な施策を組み合わせ**て対応を行うこととしてはどうか。

地域の状況（D県）

現在時点では医師少数三次区域に該当するが、将来時点には医師中程度区域となる。

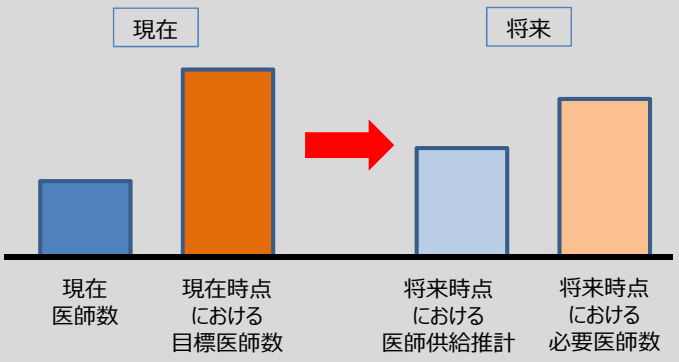
- 医師を増やす方針
- 短期的な施策を用いる方針
- 長期的な施策は**用いない**



地域の状況（E県）

現在時点では医師少数区域に該当し、将来時点でも医師少数区域となる。

- 医師を増やす方針
- 短期的な施策を用いる方針
- 長期的な施策を**用いる方針**



三次医療圏の医師の確保の方針

		現在時点	
		医師少数区域	医師多数／中程度区域
将来時点	医師少数区域	短期的な施策 長期的な施策	長期的な施策
	医師多数／中程度区域	短期的な施策	－

「医師の確保を特に図るべき区域」「その他厚生労働省令で定める区域」について

- 医師少数区域以外の医師の確保を特に図るべき区域を、「医師少数地区」と呼ぶこととする。
  ※ 医師が少ない地区があったとしても、地域の医療提供体制の状況を勘案して「医師少数地区」を定めないことも可能

医療従事者の需給に関する検討会
第22回　医師需給分科会（平成30年９月28日）
資料３（抜粋・一部改変）

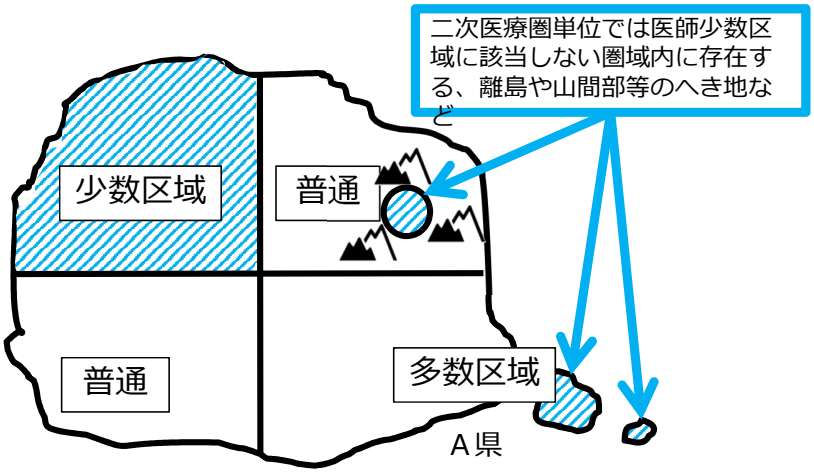
○ 医師確保対策は、二次医療圏ごとに設定された医師少数区域を基本としつつも、実際の対策の実施に当たっては、地域の医療ニーズに応じたきめ細かい対応を図るため、二次医療圏よりも小さい区域での柔軟な対策を可能とすることが適当である。

○ このため、法律上、各種医師確保対策の対象として、「医師の確保を特に図るべき区域」という概念を設けている。

医師の確保を特に図るべき区域　＝　医師少数区域　＋　その他厚生労働省令で定める区域（医師少数地区）

○ 医師少数区域以外の医師の確保を特に図るべき区域（医師少数地区）については、二次医療圏よりも小さい区域とし、都道府県が地域の実情に応じて設定できるよう、都道府県内の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（へき地診療所を設置し、定義上、無医地区又は準無医地区ではなくなった地域も含む。）に加え、都道府県知事が厚生労働大臣に協議の上で定める地域としてはどうか。

「医師の確保を特に図るべき区域」のイメージ



・医療法（昭和23年法律第205号）（抄）（平成31年４月１日施行）

第十二条　（略）
２　（略）
一　**医師の確保を特に図るべき区域（第三十条の四第六項に規定する区域その他厚生労働省令で定める区域をいう**。以下同じ。）内に開設する診療所を管理しようとする場合
二～五　（略）

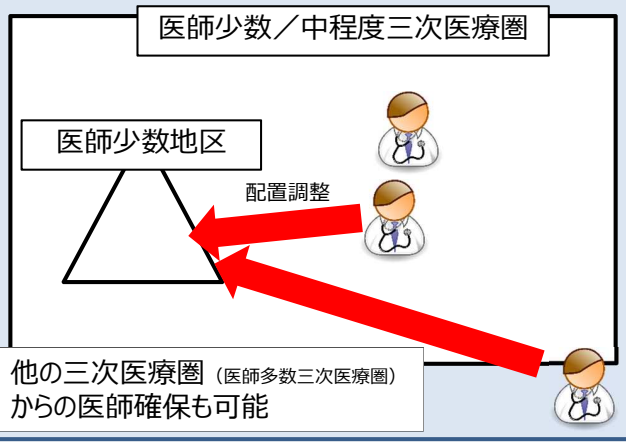
第三十条の二十三　（略）
２　前項の規定により地域医療対策協議会において協議を行う事項は、次に掲げる事項とする。
一　**医師の確保を特に図るべき区域**における医師の確保に資するとともに、**医師の確保を特に図るべき区域**に派遣される医師の能力の開発及び向上を図ることを目的とするものとして厚生労働省令で定める計画に関する事項
二　医師の派遣に関する事項
三　第一号に規定する計画に基づき**医師の確保を特に図るべき区域**に派遣された医師の能力の開発及び向上に関する継続的な援助に関する事項
四　**医師の確保を特に図るべき区域**に派遣された医師の負担の軽減のための措置に関する事項
五　**医師の確保を特に図るべき区域**における医師の確保のために大学と都道府県とが連携して行う文部科学省令・厚生労働省令で定める取組に関する事項
六　（略）
七　その他医療計画において定める医師の確保に関する事項
３・４　（略）

医師少数地区における医師の確保について

- 医師少数地区に関しては、現在時点の医師少数区域と同様に、短期的な施策を中心に
  ①医師多数三次医療圏内に存在する場合は、三次医療圏内での調整を行う
  ②医師少数／中程度三次医療圏内に存在する場合は、三次医療圏外からも医師を確保することも可能
  としてはどうか。
- なお、医師少数地区における診療体制については、地域医療構想との整合性を図りつつ、移動診療等も適宜活用しながら偏在対策を進めることとしてはどうか。

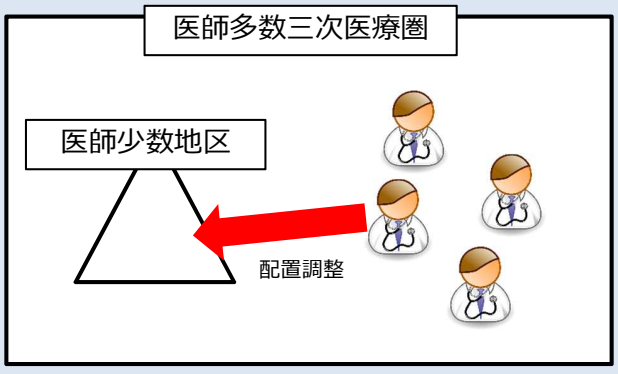
医師少数／中程度三次医療圏に医師少数地区が存在する場合

三次医療圏内の調整で医師の確保を行うことが基本
三次医療圏外からの医師の確保も可能



医師多数三次医療圏に医師少数地区が存在する場合

三次医療圏内の調整のみで医師の確保を行う方針とする

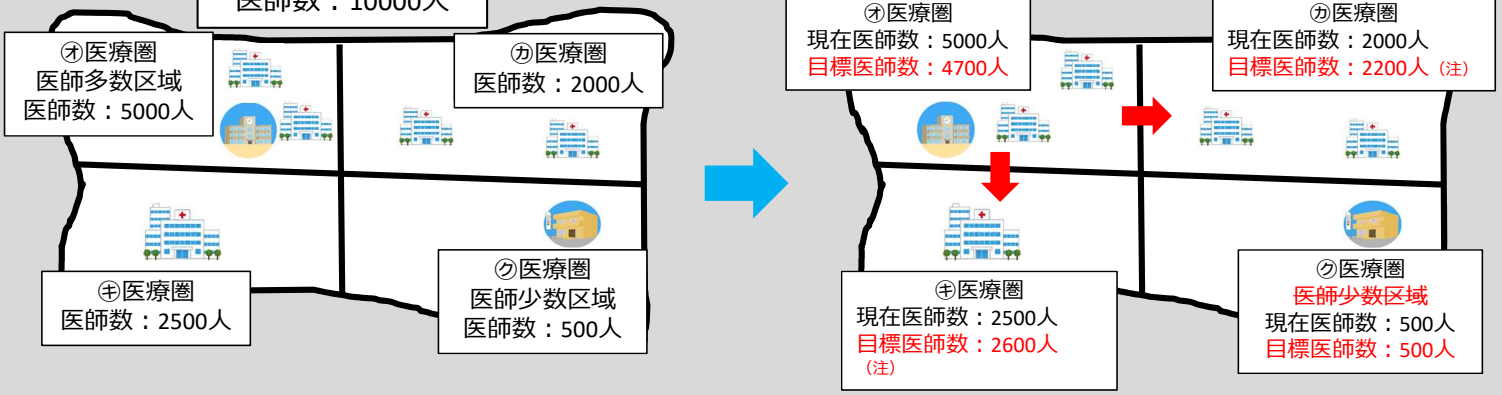


（参考）二次医療圏の医師の確保の方針についての留意事項の例

地域の状況
F県
医師多数三次医療圏

F県　知事

担っている医療機能を踏まえて、
- ㋕医療圏と㋖医療圏は医師中程度区域だが、医療機能を集約しており医師を増やす必要がある。
- ㋗医療圏は医師少数区域に該当するが、㋕医療圏等の状況も踏まえ、医師少数区域には指定しない。

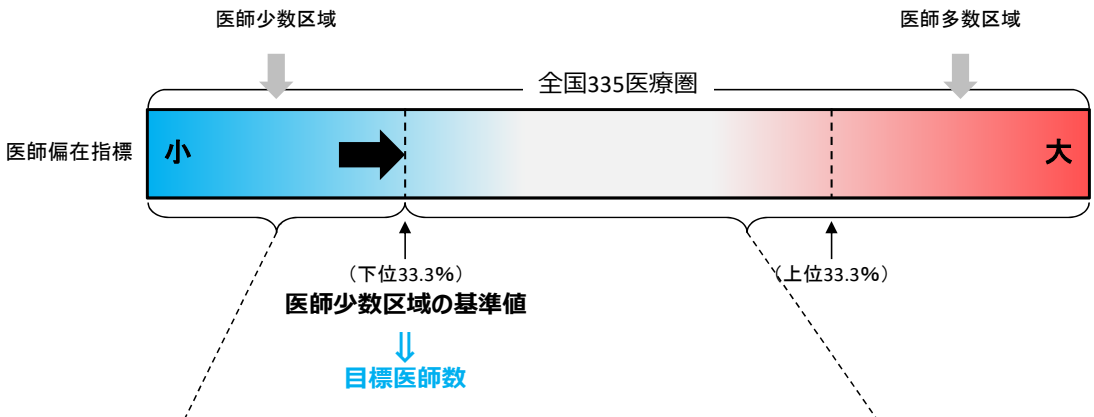


(注)㋕医療圏、㋖医療圏は医師少数区域に指定されていないが、目標医師数を現在医師数よりも多く設定することができる。

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33.3%）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）

将来時点における必要医師数について

論点

- 将来時点における必要医師数をどのように設定するか。
  - ➢ 医師需給分科会第三次とりまとめにおける、将来時点において全国の医師数が全国の医師需要に一致する場合の医師偏在指標の値（全国値）を算出し、地域ごとに、将来時点の医師偏在指標が全国値と等しい値になる医師数を必要医師数としてはどうか。
  - ➢ 都道府県知事は、将来時点における必要医師数と、各地域の医師供給推計とのギャップを解消するために医師確保対策を講じることとしてはどうか。

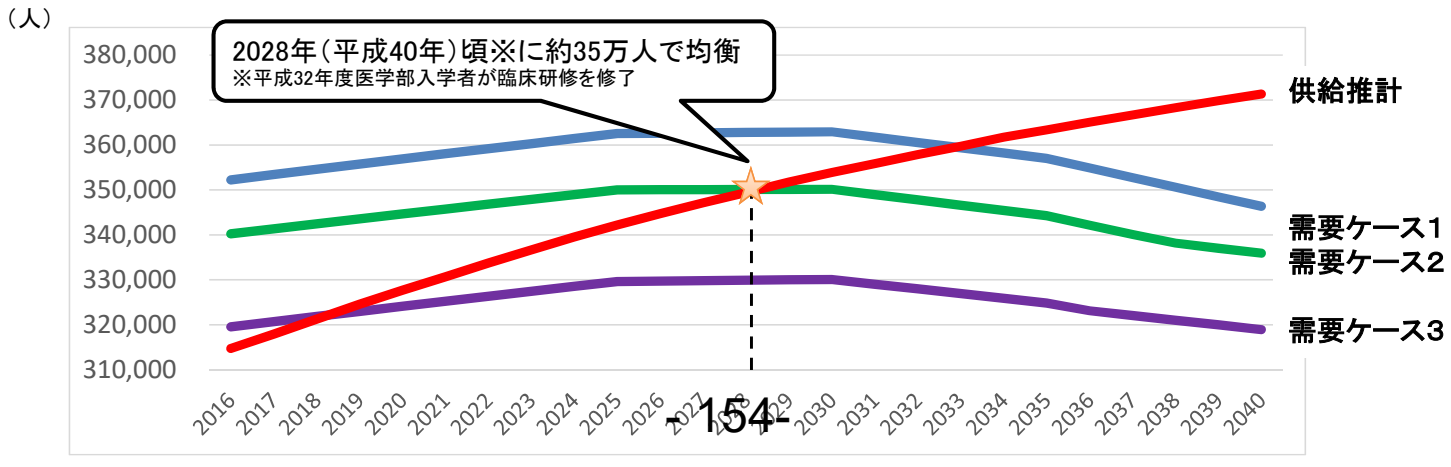
医師の需給推計について

医療従事者の需給に関する検討会
第19回　医師需給分科会（平成30年４月12日）
資料１（抜粋・改）

○　医師需給は、労働時間を週60時間程度に制限する等の仮定をおく「需要ケース２」において、**平成32年度医学部入学者が臨床研修を修了すると想定される2028年（平成40年）頃に均衡**すると推計される。

・供給推計　今後の医学部定員を平成30年度の9,419人として推計。
※1　勤務時間を考慮して、全体の平均勤務時間と性年齢階級別の勤務時間の比を仕事率とした

・需要推計　分科会において了承の得られた仮定に基づき、以下の通り、一定の幅を持って推計を行った。
・ケース１（労働時間を週55時間に制限等≒月平均60時間の時間外・休日労働に相当）
・ケース２（労働時間を週60時間に制限等≒月平均80時間の時間外・休日労働に相当）
・ケース３（労働時間を週80時間に制限等≒月平均160時間の時間外・休日労働に相当）
※2　医師の働き方改革等を踏まえた需要の変化についても、一定の幅を持って推計を行った

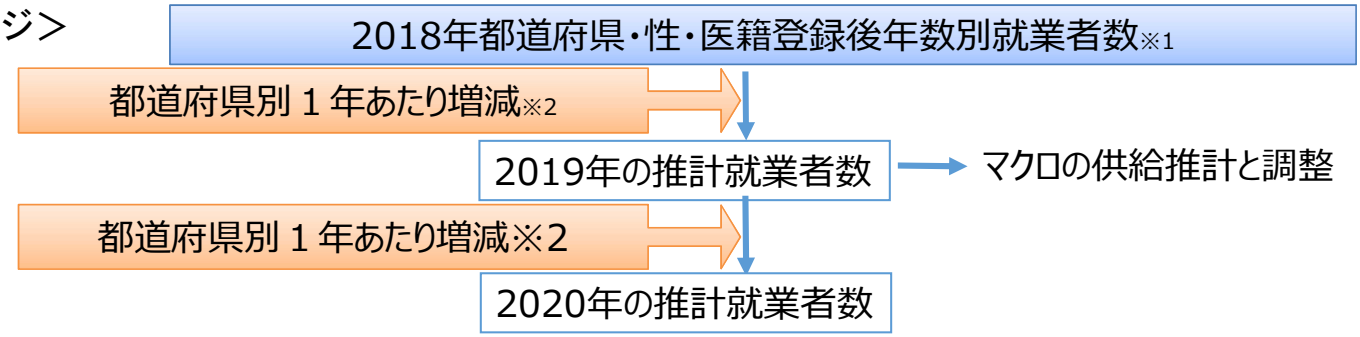


医師供給推計について

論点

- 都道府県別の供給推計については、各都道府県の性・医籍登録後年数別の就業者の増減が、将来も継続するものとして推計をすることとしつつ、都道府県別の供給推計が、マクロの供給推計と整合するよう必要な調整を行うことを基本的な考え方としてはどうか。
- 都道府県別の就業者の増減は、医師の流出入の変化により大きな影響を受けると考えられ、不確実性があることから、複数回の調査を用いた実績ベースの値を用いて、幅を持って推計してはどうか。
- 以上の考え方をベースとしつつ、地域枠の設置を要件とした臨時定員部分等の医師の推計については、別途区別して推計を行うこととしてはどうか。

＜イメージ＞



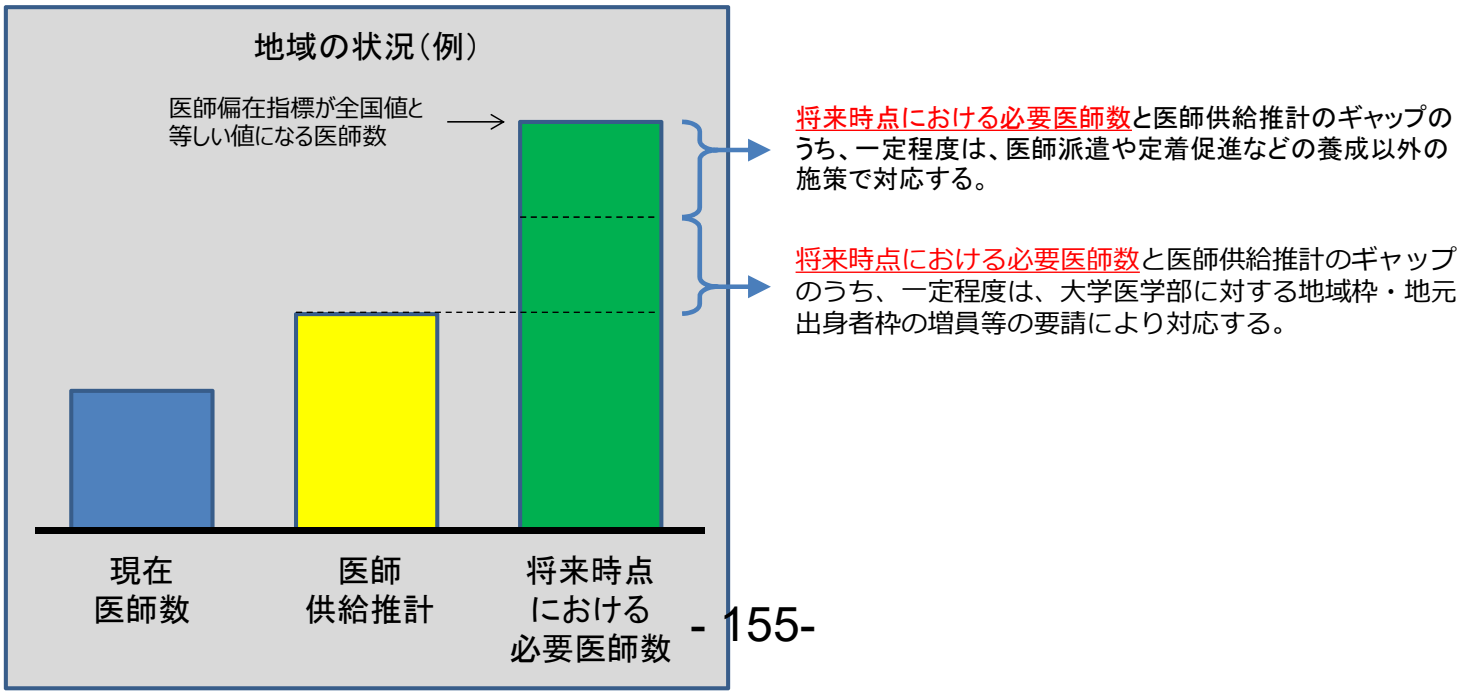
※1 足元の就業者については、医師・歯科医師・薬剤師調査（以下「三師調査」という。）の実績値を用いることとし、医籍登録後１年目の就業者については、※2の都道府県別の増減に用いる期間における平均値を用いてはどうか。
※2 増減については、「三師調査」が２年間隔であることから、１年あたりの増減は２年あたりの増減の２分の１であると仮定することとしてはどうか。
※3 二次医療圏ごとの供給推計については、母集団が小さく、同様の考え方で直接推計することは困難であるため、現在時点の各都道府県内に占める医師数のシェアが、将来時点においても、同様であると仮定して推計することとしてはどうか。

将来時点における必要医師数を達成するための対策について

論点

- 地域ごとの将来時点における必要医師数と、医師供給推計とのギャップを解消するために、どのような対策が考えられるか。

地域ごとの将来時点における必要医師数を達成するための対策のイメージ

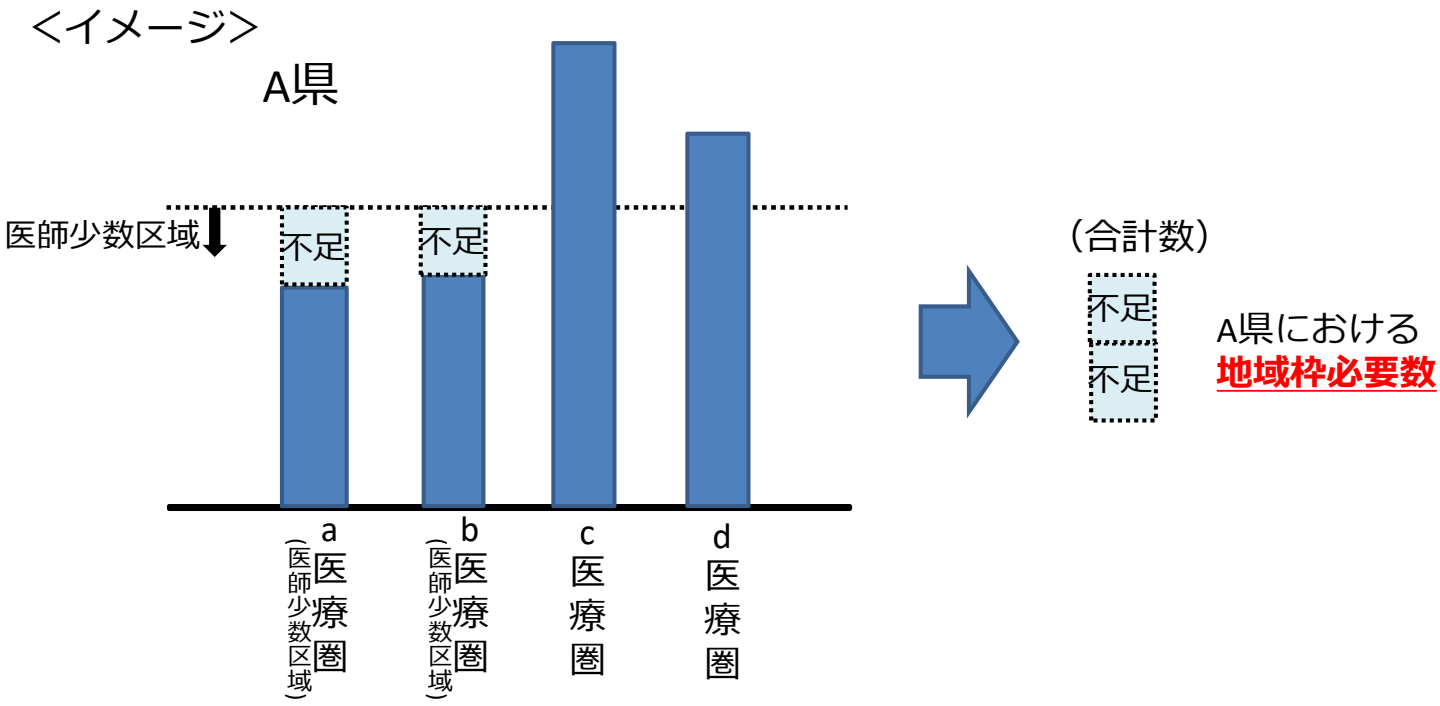


地域枠の創設又は増加の要請について（案）

対応（案）

○　地域枠の機能を踏まえると、都道府県知事から大学に対して、地域枠の創設又は増加を要請できる場合については、当該都道府県内に医師少数区域がある場合とし、当該医師少数区域における医師不足分の合計数を必要な**地域枠数**として、地域医療対策協議会の協議を経た上で、要請できることとしてはどうか。

<イメージ>



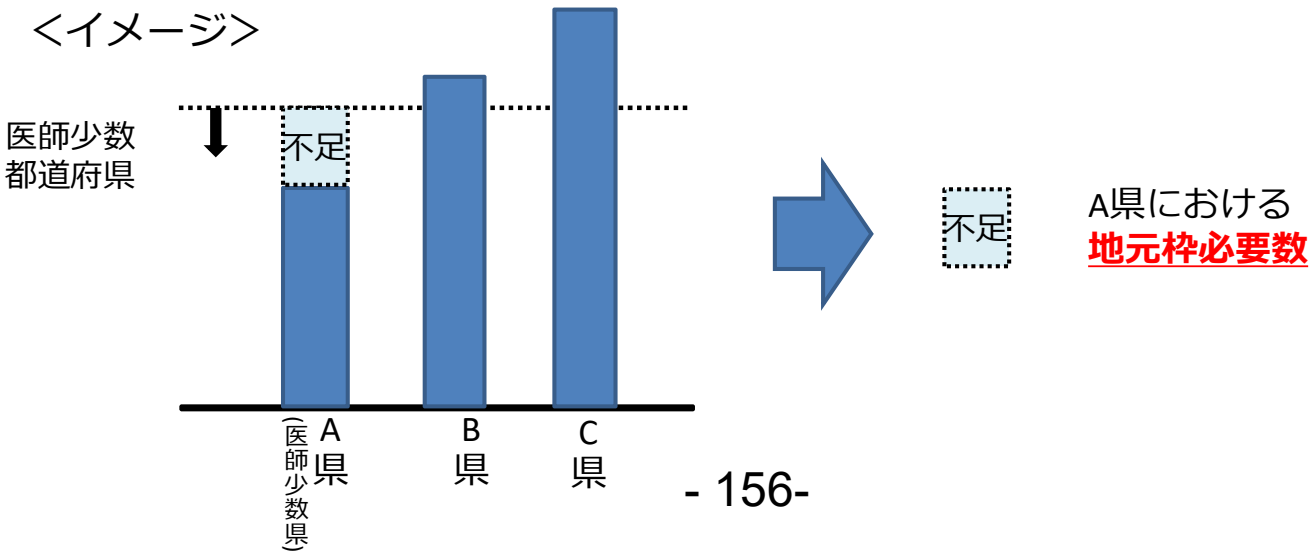
地元出身者枠の創設又は増加の要請について（案）

対応（案）

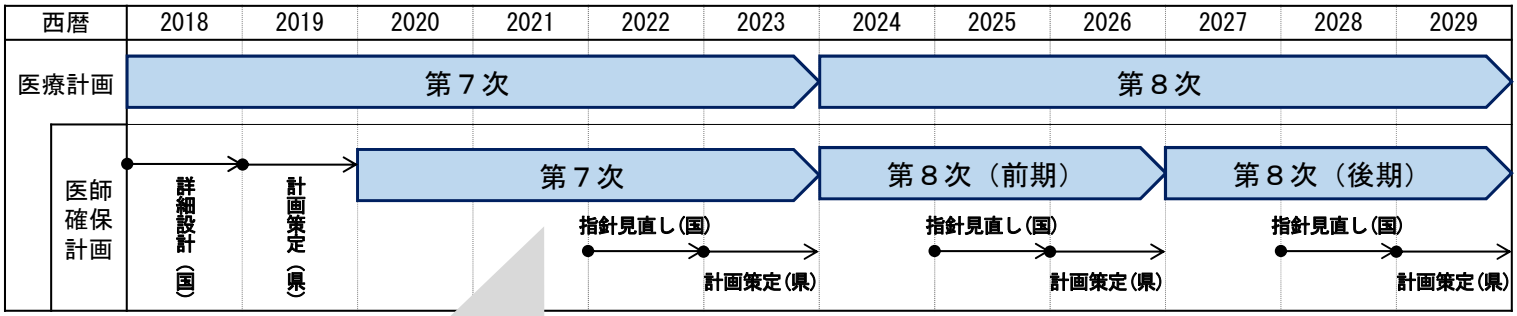
○　地元出身者枠の機能を踏まえると、都道府県知事から大学に対して、地元出身者枠の創設又は増加を要請できる場合については、当該都道府県が医師少数都道府県である場合とし、当該医師少数都道府県における医師不足分を必要な**地元出身者枠数**として、地域医療対策協議会の協議を経た上で、当該都道府県内の大学に要請できることとしてはどうか。

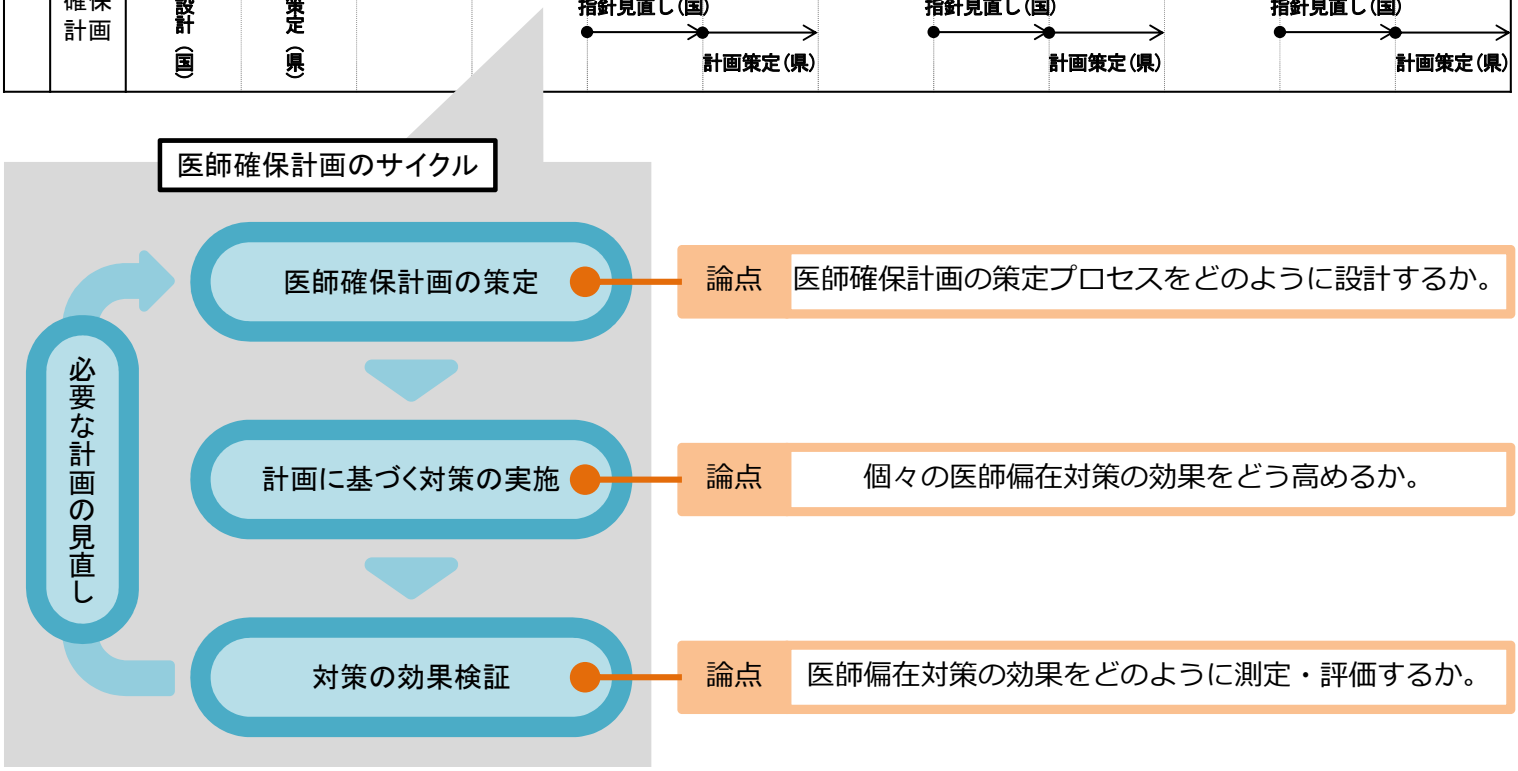
○　なお、上記地元出身者枠数のみでは、医師不足分を満たすことができない場合については、地域医療対策協議会の協議を経た上で、県内の大学の地域枠設置を要件とした臨時定員の増員及び医師多数都道府県の大学の県またぎ地域枠の創設又は増加を要請できることとしてはどうか。

<イメージ>



医師確保計画に基づく医師偏在対策のサイクル

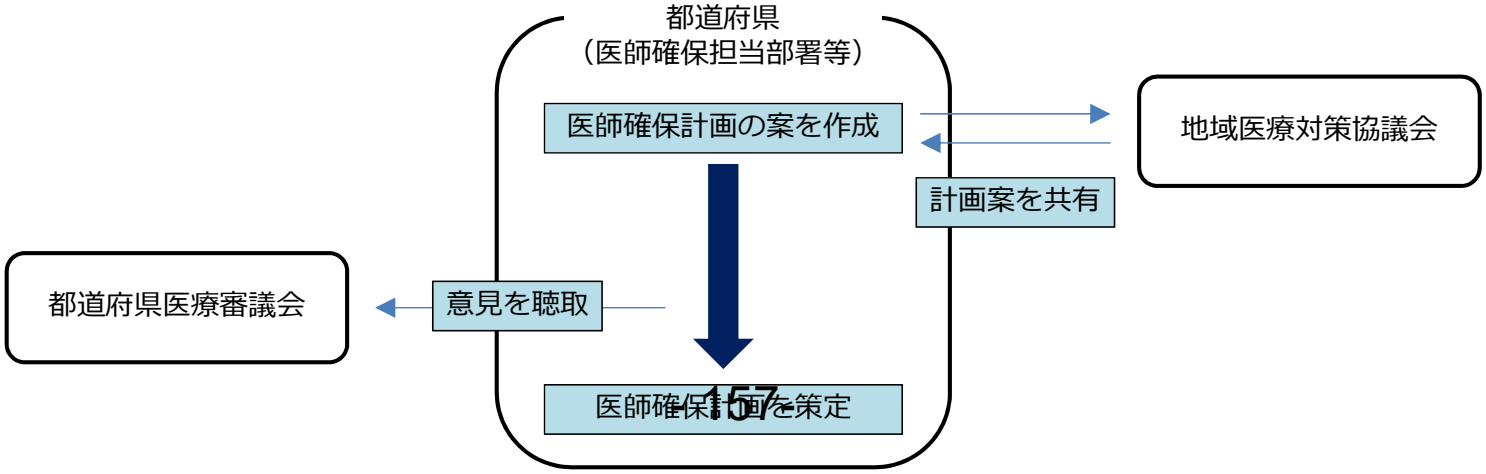




医師確保計画策定時の地域医療対策協議会の役割について

論点

- 医師確保計画に基づく具体的な医師偏在対策については、地域医療対策協議会において実施に必要な事項の協議を行い、協議が調った事項に基づき対策を講じることとされている。
  - ➢ 医師偏在対策の実効性を確保するためには、具体的な対策について協議する地域医療対策協議会の構成員が、医師確保計画の立案段階から関与することが有用と考えられる。
  - ➢ このため、都道府県が医師確保計画を策定するに当たっては、地域医療対策協議会に計画案の共有を行うこととしてはどうか。



医師確保計画の策定プロセス

国 医師偏在指標（患者流出入の調整前）の算出

↓

都道府県 都道府県間での患者流出入の調整

↓

国 医師偏在指標（患者流出入の調整後）の算出

↓

国 医師多数区域・医師少数区域の基準設定

↓

都道府県 医師多数区域・医師少数区域の設定

↓

都道府県 医師の確保の方針の決定

↓

都道府県 目標医師数の決定

↓

都道府県 目標医師数の達成のための施策の決定

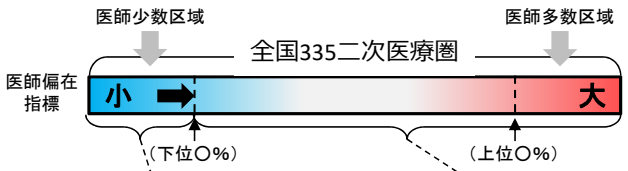
医師確保計画

（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
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



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）

医師確保計画の策定スケジュール（イメージ）

平成32年度から始まる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30年度内	・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	・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	・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
・ ・ ・	・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	・都道府県が地域医療対策協議会との共有、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～	・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

個々の医師偏在対策の実効性の確保について

医療法上、医療関係者は、地域医療対策協議会で協議が調った事項（医師確保計画の実施に必要な事項）等の実施に協力する努力義務（公的医療機関は義務）が課されている。

○医療法及び医師法の一部を改正する法律（平成30年法律第79号）による改正後の医療法（平成31年４月１日施行）

第三十条の二十三　都道府県は、次に掲げる者の管理者その他の関係者との協議の場（次項において「地域医療対策協議会」という。）を設け、これらの者の協力を得て、同項各号に掲げる医療計画において定める医師の確保に関する事項の実施に必要な事項について協議を行い、当該協議が調つた事項について、公表しなければならない。

一　特定機能病院
二　地域医療支援病院
三　第三十一条に規定する公的医療機関（第五号において「公的医療機関」という。）
四　医師法第十六条の二第一項に規定する厚生労働大臣の指定する病院
五　公的医療機関以外の病院（公的医療機関に準ずるものとして厚生労働省令で定めるものを除く。）
六　診療に関する学識経験者の団体
七　学校教育法（昭和二十二年法律第二十六号）第一条に規定する大学（以下単に「大学」という。）その他の医療従事者の養成に関係する機関
八　当該都道府県知事の認定を受けた第四十二条の二第一項に規定する社会医療法人
九　その他厚生労働省令で定める者

２～４　（略）

第三十条の二十四　都道府県知事は、前条第一項に規定する協議が調つた事項（次条第一項、第三十条の二十七及び第三十一条において「協議が調つた事項」という。）に基づき、特に必要があると認めるときは、前条第一項各号に掲げる者の開設者、管理者その他の関係者に対し、医師の派遣、研修体制の整備その他の医師の確保を特に図るべき区域の病院又は診療所における医師の確保に関し必要な協力を要請することができる。

第三十条の二十七　第三十条の二十三第一項各号（第三号を除く。）に掲げる者及び医療従事者は、協議が調つた事項その他当該都道府県において必要とされる医療の確保に関する事項の実施に協力するよう努めるとともに、第三十条の二十四の規定により協力を要請されたときは、当該要請に応じ、医師の確保に関し協力するよう努めなければならない。

第三十一条　公的医療機関（都道府県、市町村その他厚生労働大臣の定める者の開設する病院又は診療所をいう。以下この節において同じ。）は、協議が調つた事項その他当該都道府県において必要とされる医療の確保に関する事項の実施に協力するとともに、第三十条の二十四の規定により協力を要請されたときは、当該要請に応じ、医師の確保に関し協力しなければならない。

地域枠医師の地域定着について

論点

- 地域枠学生を確実に確保し、卒業後、義務年限期間の終了後も含めた地域定着を図るために、次のような方策が必要ではないか。
  - 地域枠学生は、地域医療に対する熱意を持った学生を確実に確保するため、選抜の際に一般枠の学生とは別枠で選抜する。
  - キャリア形成プログラムの内容の充実や、臨床研修病院のマッチング時の考慮等、地域枠の魅力を高め、「ブランド化」を図る。
  - 都道府県担当者が、個々の地域枠学生と顔の見える関係を構築し、その希望を考慮したキャリア形成プログラムを作成することで、義務年限を地域で就業することに関する地域枠学生の納得感を向上させ、キャリア形成プログラムへの主体的な参加を促す。
  - 地域枠学生の抱えるキャリア形成上の不安・悩みを解消するため、当該都道府県の歴代地域枠学生の同窓会組織を設立する等、ピアサポート体制を構築する。
  - 大学や医療機関等も含めた地域の医療関係者が、「地域の医師は地域で育てる」という考え方に基づき、学部生段階から地域医療を支えることの意義や魅力を地域枠学生に伝える。

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の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の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の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**ものとすること。

学部生段階からのキャリア形成支援

医療従事者の需給に関する検討会
第23回医師需給分科会（平成30年10月24日）
資料２（抜粋）

○医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）

第30条の33の13第９項

都道府県は、対象予定学生及び対象医師が、それぞれ第六項の同意［※卒業後にキャリア形成プログラムの適用を受けることについての大学六年生進級時における同意］及び第七項の選択［※臨床研修修了時等におけるキャリア形成プログラムの具体的なコースの選択］を適切に行うことができるよう、**法第三十条の二十三第一項各号に掲げる者［※地域医療対策協議会の構成員］の協力を得て、大学の医学部において医学を専攻する学生の将来の職業生活設計に関する意識の向上に資する取組を実施する**ものとする。

○キャリア形成プログラム運用指針（平成30年７月25日付け医政発0725第17号厚生労働省医政局長通知別添）

４（２）エ

対象予定学生がキャリア形成プログラムの適用を受けることについて同意する際に適切な判断を行い、また対象医師が適切なコース選択を行えるよう、**都道府県は、大学を含む関係者の協力の下、夏季休暇中の地域実習プログラムを開催する等の方法により、大学の医学部の学生が地域社会と接する機会を提供し、学生の地域医療や将来の職業選択に対する主体的意識の涵養を図る**ものとする。

〔考えられる具体的な取組の例〕

- **夏期休暇中の地域実習プログラム等を通じ、医学生に地域社会において医師が果たす役割を学ぶ機会を提供する**
- **医学生と様々な現場で活躍する医師との対話の機会を設け、キャリアの多様性について意識させる**
- **医学生や若手医師同士が、互いのキャリア設計等について議論する機会を提供する　等**

※ これらの取組には、地域医療介護総合確保基金を活用可能

医師偏在対策の効果測定・評価について

論点

- 医師確保計画に定める目標医師数は、医師少数区域以外の二次医療圏を除き、計画終了時点における医師偏在指標の値として設定される。
  - ➢ 医師確保計画を通じた医師偏在対策の効果については、計画終了時点における医師偏在指標の値に基づいて測定・評価することとしてはどうか。
  - ➢ その際、医師偏在指標の算出に用いる医師数は各種調査等に基づくものとなるが、計画終了時点の医師偏在の状況を可能な限り正確に評価できるよう、調査・集計手法を検討することとしてはどうか。
  - ➢ また、医師偏在対策の効果測定・評価の結果について、地域医療対策協議会において協議を行い、次期医師確保計画の策定・見直しに反映させるとともに、評価結果を次期医師確保計画に記載することとしてはどうか。

医師確保計画に基づく医師偏在対策の実効性確保について

論点

- 各都道府県が医師確保計画に基づき実施する医師偏在対策の実効性を確保するために、国においてどのような取組・支援が可能か。
  - ➢ 国と都道府県、都道府県間の相互理解の推進や、好事例の展開等に活用可能な、情報共有の仕組みを整備してはどうか。
  - ➢ 国において、都道府県の医師偏在対策のフォローアップを行うことで、対策の実施状況や、実施の支障となっている事項等を把握してはどうか。
  - ➢ 地域住民に対する情報提供の観点から、地域の医師偏在の改善状況を国において可視化し、公表してはどうか。

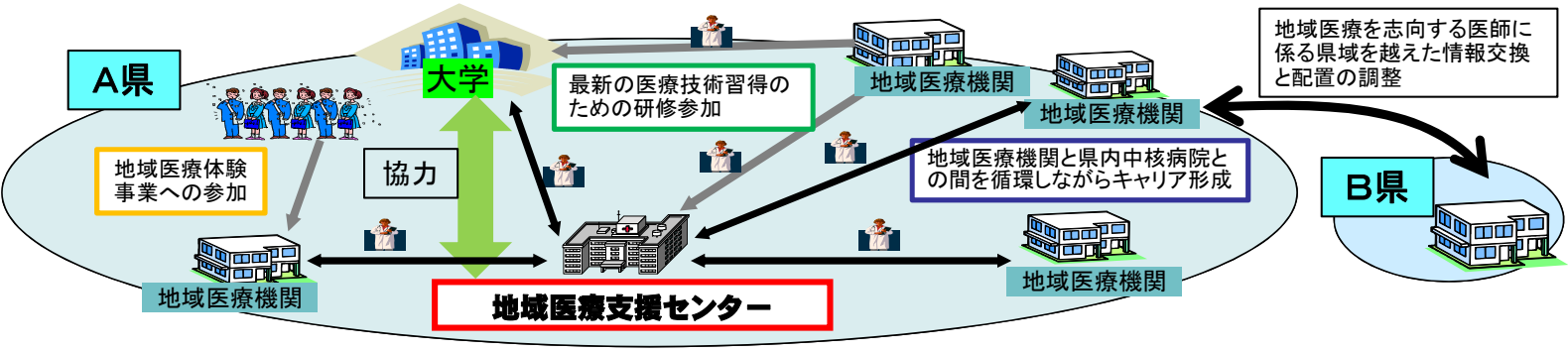
地域医療支援センター運営事業

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、○○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。

運営委員会

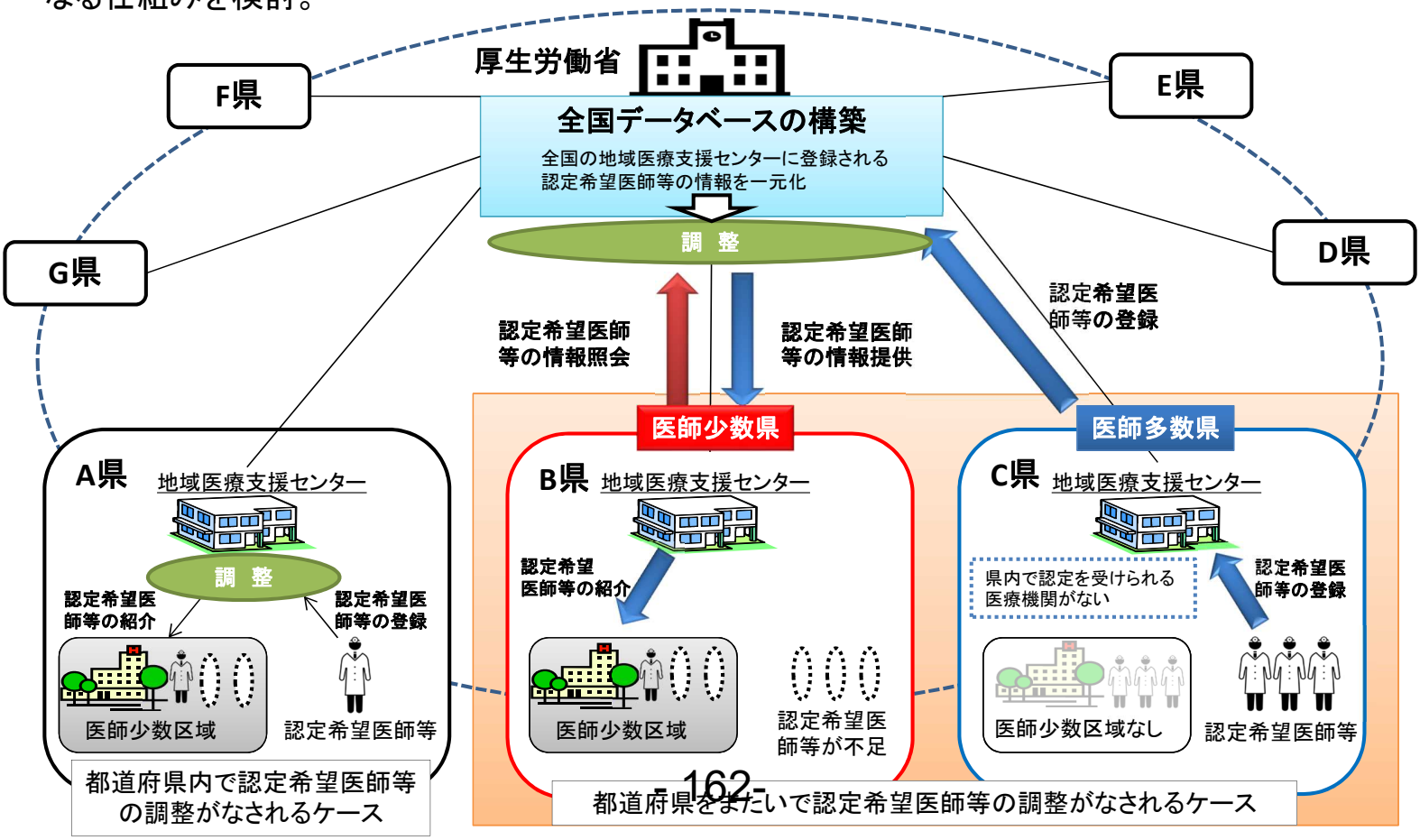
○ 地域の医療関係者が参画しセンターの運営方針等を検討する場

○ 構成
大学、関係医療機関、医師会、市町村、保健所等の代表者等

- 平成28年４月現在、すべての都道府県に地域医療支援センターが設置されている。
（設置場所：都道府県庁（21都道府県）、大学病院（9県）、都道府県庁及び大学病院（13県）、その他（4府県）（平成28年7月時点））
- 平成23年度以降、都道府県合計4，530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28年7月時点）

全国的な医師調整のイメージ

○ 新たな認定制度が創設されることを踏まえ、厚生労働省において、全国的な医師調整が可能となる仕組みを検討。



地域の医師確保を目的とした都道府県地域枠（概要）

○【地域枠】（平成22年度より都道府県の地域医療再生計画等に位置付けた医学部定員増）
〈1〉大学医学部が設定する「地域医療等に従事する明確な意思をもった学生の選抜枠」
〈2〉都道府県が設定する奨学金の受給が要件
※入試時に選抜枠を設定せず、入学後に学生を選抜する場合もあり
※学生の出身地にとらわれず、全国から募集する場合もあり

医学教育（6年間）

奨学金の例

※貸与額及び返還免除要件については、各都道府県がその実情に応じて、独自に設定。

1．貸与額

○月額10～15万円
※入学金等や授業料など別途支給の場合あり
○6年間で概ね1200万円前後
※私立大学医学生等には、別途加算の場合あり
（参考）全学部平均の学生の生活費（授業料含む）は
国公立大学で約140万/年、 私立大学で約200万/年
出典（独）日本学生支援機構 学生生活調査（平成20年度）

2．返還免除要件

○医師免許取得後、下記のような条件で医師として貸与期間の概ね1.5倍（9年間）の期間従事した場合、奨学金の返還が免除される。
1．都道府県内の特定の地域や医療機関
（公的病院、民間病院、へき地診療所等）
2．指定された特定の診療科（産婦人科・小児科等の医師不足診療科）
3．返還の場合は、利息を支払う

3．貸与実績

○地域医療介護総合確保基金等を活用した奨学金の貸与見込者数2491人、貸与見込額約54億円（平成28年度） 出典 厚生労働省調べ

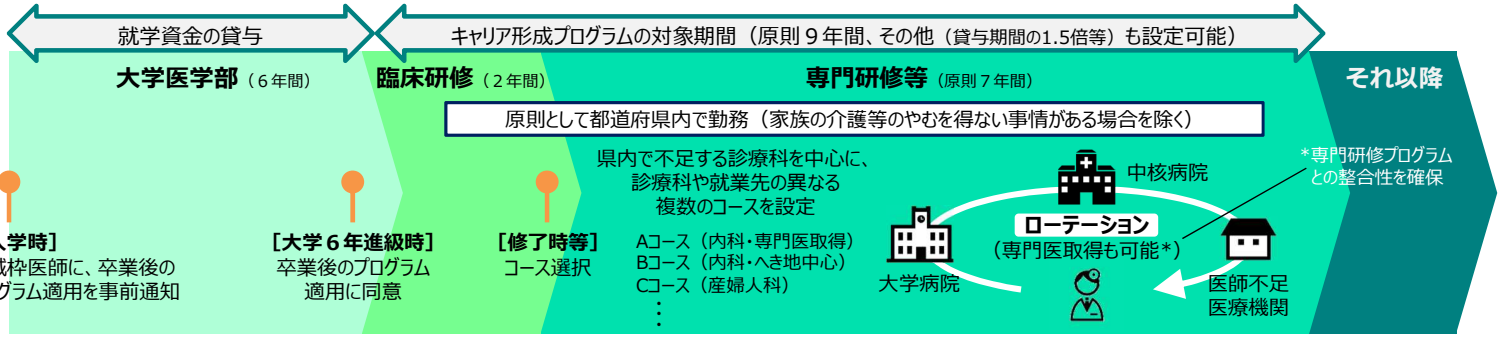
平成28年度以降、新たな医師として地域医療等へ貢献

キャリア形成プログラムについて

都道府県は、地域医療対策協議会において協議が調った事項に基づき、「医師不足地域における医師の確保」と「医師不足地域に派遣される医師の能力開発・向上の機会の確保」の両立を目的とするキャリア形成プログラムを策定することとされている。

※医療法及び医師法の一部を改正する法律（平成30年法律第79号）により地域医療支援事務として医療法に明記
キャリア形成プログラムの詳細については、医療法施行規則（省令）及びキャリア形成プログラム運用指針（通知）に規定

<キャリア形成プログラムに基づくキャリア形成のイメージ>



<キャリア形成プログラムの対象者>

- 都道府県が修学資金を貸与した地域枠医師
- それ以外の地域枠医師（任意適用）
- 自治医科大学卒業医師（平成30年度入学者までは任意適用）
- その他プログラムの適用を希望する医師

<キャリア形成プログラムに基づく医師派遣>

大学による医師派遣との整合性を確保するため、地域医療対策協議会で派遣計画案を協議
※地域医療構想における機能分化・連携の方針との整合性を確保する
※理由なく公立・公的医療機関に偏らないようにする

対象者の地域定着促進のための方策

<対象者の納得感の向上と主体的なキャリア形成の支援>

- 都道府県は、**学部生段階から地域医療や職業選択について考える機会を対象者に提供**し、適切なコース選択を支援する
- 都道府県は、**対象者の希望に対応したプログラムとなるよう努め**、診療科や就業先の異なる**複数のコースを設定**する
- 都道府県は、コースの設定・見直しに当たって、**対象者からの意見を聴き、その内容を公表し反映するよう努める**
- **出産、育児等のライフイベントや、海外留学等の希望に配慮**するため、プログラムの**一時中断を可能**とする（中断可能事由は都道府県が設定）

<プログラム満了前の離脱の防止>

- **キャリア形成プログラムは都道府県と対象者との契約関係**であり、対象者は**満了するよう真摯に努力しなければならない**ことを通知で明示
- 一時中断中は、中断事由が継続していることを定期的な面談等により確認**（中断事由が虚偽の場合は、契約違反となる）**
- 都道府県は、**キャリア形成プログラムを満了することを、 修学資金の返還免除要件**とする（家族の介護等のやむを得ない事情がある場合を除く）
- 都道府県は、**修学資金について適切な金利を設定**する

医師少数区域での医師確保に向けたサポート体制の構築

医師の派遣調整 | キャリア形成プログラム | 医師の大臣認定 | 臨床研修における定員・倍率調整

医師少数区域での勤務

医師少数区域

医師少数区域に対して、より充実したサポート体制を構築

国による支援 | 都道府県による支援 | 医療機関／大学による支援

研鑽を積める体制整備

- 地域でも専門研修を受けられるよう、都市部に限らない専門研修の研修施設の整備について日本専門医機構等へ要請（国）
- 医師の希望する知識習得・技能向上に配慮したキャリア形成プログラムの策定（都道府県）
- 寄付講座の開設や指導医の確保などによる充実した研修体制の推進（都道府県、医療機関／大学）

子育てしながら働ける環境整備

- 柔軟な働き方を可能とするグループ診療の整備、代診医確保等の推進（都道府県）
- 院内保育所の整備（医療機関）

医療機関の勤務環境の改善支援

- 医師派遣と連携し、勤務環境改善支援センターが勤務環境改善支援を実施（都道府県）
  （例：チーム医療の推進、医師事務作業補助者の配置　等）

地域医療介護総合確保基金等を充実させ上記施策を財政面から支援（国／都道府県）

地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

第59回社会保障審議会医療部会 資料2から抜粋・一部改変
平成30年1月24日

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。

地域における外来医療機能の偏在・不足等への対応

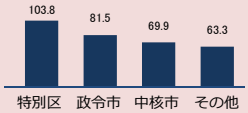
第59回社会保障審議会医療部会
平成30年12月24日
資料2から抜粋・一部改変

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

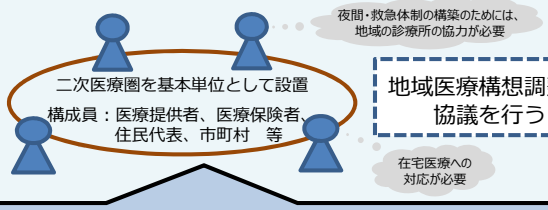


（二次医療圏別）

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

外来医療に関する協議の場を設置



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

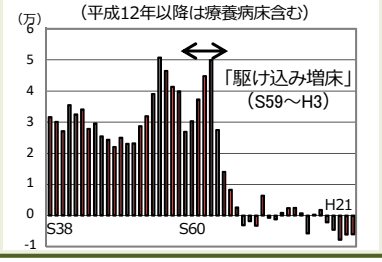
○ **外来医療機能に関する情報を可視化**するため、地域の関係者が**提供する情報の内容**（付加情報の追加、機微に触れる情報の削除等）**について協議**

○ 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 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）



2．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。

2． 外来医療機能に関する情報の可視化についての整理（続き）

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）－③ ○　医師偏在の種別について（続き）	○　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。

2． 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。

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

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

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

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

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

外来医師多数区域の設定について

【論点】

○　外来医師偏在指標を元に、外来医師多数区域を設定し都道府県等に提供するに当たって、多数区域をどのように考えるか。

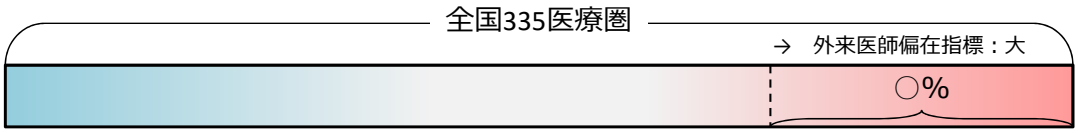
<外来医師多数区域の基本的な考え方>

医療従事者の需給に関する検討会 第26回　医師需給分科会	資料 1－ 3
平成30年12月26日	

○　二次医療圏ごとに、外来医師偏在指標を集計し、

- 上位○%を外来医師多数区域と設定し、都道府県等に情報提供を行うことで、新規開業者等における自主的な行動変容を促し、偏在是正につなげていくことが必要ではないか。

（外来医師偏在指標における外来医師多数区域の設定イメージ）



【対応（案）】

○　外来医療の偏在指標については、「新たな医師偏在指標」を参考に、より外来医療の実態を踏まえた指標とするために①人口構成等、②昼夜間を含めた流出入、④医師偏在の種別、⑤医師の労働時間等を考慮したものとなっており、新たな医師偏在指標との関連が高い。

○　そのため、外来医師偏在指標についても、新たな医師偏在指標と同様に上位33.3%を多数区域として設定してはどうか。

3.　新規開業者等への情報提供について

【課題】

○　外来医師偏在指標や外来医師多数区域の設定に当たり、二次医療圏と市町村、いずれの単位で作成し情報提供を行うこととが望ましいか。

【対応（案）】

○　以下の理由から、二次医療圏単位で可視化することとしてはどうか。

- 地域の外来医療提供体制の検討は、地域ごとの協議を踏まえて行われるべき。
- これまで医療計画の基本的な単位は二次医療圏としており、医療提供体制の検討は二次医療圏単位で行われてきている。こうしたものと整合性を確保する必要がある。
- また、外来機能の偏在の可視化に当たっては、市区町村単位では必要なデータを必ずしも把握することができず、正確に評価することができない。

○　ただし、診療所、病院の所在等については、市区町村単位ごとにマッピングを行ったデータ等を都道府県に提供するなど、協議の参考にできるよう、市区町村単位の情報も活用できることとしてはどうか。

4.－①　外来医療機能の偏在対策の基本的な方針

【背景・課題】

○　これまで、医療計画においては、疾病又は事業ごとの医療資源・医療連携等に関する現状の把握等のPDCAサイクルの推進の対象として、５疾病・５事業および在宅医療を対象としてきた。

○　このような医療提供体制について、今後、それぞれの診療所（外来医療機能）がどのような役割を担い、地域全体としての外来医療提供体制を構築していくか、地域で検討・協議していく必要があるのではないか。

【対応の方向性（案）】

○　近年、

- 高齢者救急搬送の件数は増加しており、特に軽症・中等症が多い
- 訪問診療の件数が増加しており、在宅医療は地域医療構想の実現においても重要

などの背景があり、特に初期救急医療や在宅医療に関して協議が必要ではないか。

○　そのため、すべての地域において、既存の医療機関が、今後必要とされる外来医療機能を、どのように担っていくのかについて、検討・協議を行うこととしてはどうか。

○　特に、既に外来医師数が充足していると考えられる外来医師多数区域においては、新規開業の際、在宅医療、初期救急医療、公衆衛生等の地域で求められる医療機能を担うことを求めてはどうか。

4.－②　外来医療に関する協議の場の設置について

【課題】

○　地域の協議の場については、どのような単位、開催回数等に基づいたものとする必要があるか。

【対応（案）】

１）設置区域

- 原則として、二次医療圏単位とするが、必要に応じて市区町村単位等での議論が必要なものについては、別途設定することも可能とする。

２）会議体の体制

- 入院医療と同様、地域医療構想調整会議において議論することを可能とする。
- 地域の規模や議題等によっては、作業部会（ワーキンググループ）などを、市区町村単位を含め、地域の実情に応じた柔軟な対応を可能とする。

３）開催回数

- 地域の定点的な現状と課題の把握、施策の検討等については、年1回の開催を基本とする。
- ただし、別途省令に定める臨時の会議について、開催を可能とする。

４）公表

- 協議の結果をとりまとめ、公表するものとする（医療法第三十条の十八の二）。

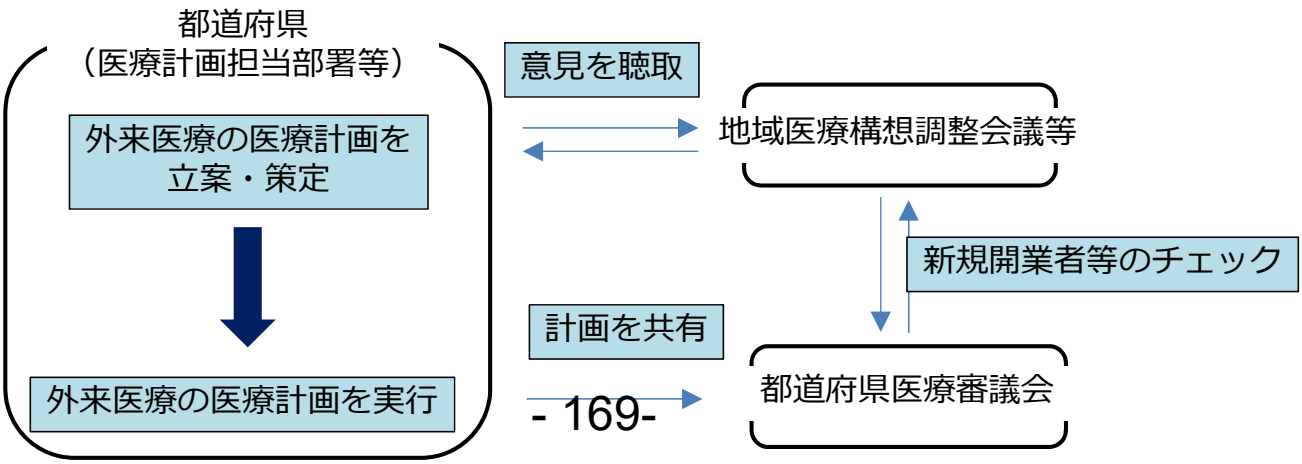
4.－②　外来医療に関する協議の場の設置について

【論点】
○　外来医師多数区域における新規開業について、必要な外来医療機能を担うよう求めたときの実効性を確保する仕組みが必要ではないか。

【対応（案）】
○　新規開業者に対し、届け出様式を入手する機会を捉え、外来医師多数区域であることと、医療計画に定めてある方針を提供し、新規開設者の届出様式に、地域で定める不足医療機能を担うことを合意する旨を記載する欄を設け、協議の場で確認できるようにすることとしてはどうか。
○　合意欄への記載が無いなど、新規開設者等が地域の外来医療提供方針に従わない場合には、臨時の協議の場への出席要請を行うこととしてはどうか。
○　臨時の協議の場において、協議の場の主な構成員と、出席要請を受けた当該新規開業者で、話し合いの場をもち、その協議結果を公表することとしてはどうか。ただし、協議の簡素化のため、協議の形態については、適宜持ち回りとするなど、柔軟な対応を可能としてはどうか。

4.－③　外来医療の医療計画の全体像（案）

【論点】
○　外来医療の医療計画に基づく実効的な外来医療の偏在対策については、地域医療構想調整会議等において地域ごとに協議を行い、協議が調った事項に基づき対策を講じることとされている。
○　そのため、
- 外来医療の偏在対策の実効性を確保するため、具体的な対策について協議する地域医療構想調整会議等の構成員が、医療計画の立案段階から関与することが必要ではないか。
- また、地域の協議方針に従わない医療機関等については、都道府県医療審議会に報告し、意見を聴取するなどのチェック機能をもたせることとしてはどうか。



1．背景

【医療機器の効率的な活用について】

○　人口当たりの医療機器の台数には地域差があり、また、医療機器ごとに地域差の状況は異なっている。今後、人口減少が見込まれ、効率的な医療提供体制を構築する必要がある中、医療機器についても共同利用の推進等によって効率的に活用できるよう対応を行う必要がある。
○　医師需給分科会第二次中間とりまとめにおいて、「医療設備・機器等の共同利用等」について協議を行い、地域ごとに方針決定すべきであるとされている。

【基本的な考え方】

○　医療設備・機器等の共同利用のあり方等について、情報の可視化や新規購入者への情報提供を有用に活用しながら、外来医療に関する協議の場等を活用し、協議することとしてはどうか。その際、外来医療に関する協議のあり方を参考としてはどうか。
○　医療機器の台数については医療機器ごと、地域ごとのばらつきが大きいため、地域の医療ニーズを踏まえ、地域ごとの医療機器の配置状況を医療機器ごとに可視化する指標を作成することとしてはどうか。

2．医療機器の配置状況に関する情報の可視化

医療機器が効率的な活用の検討を行う必要性（再掲）

○　人口当たりの医療機器の台数には地域差があり、また、医療機器ごとに地域差の状況は異なっている。今後、人口減少が見込まれ、効率的な医療提供体制を構築する必要がある中、医療機器についても共同利用の推進等によって効率的に活用できるよう対応を行う必要がある。

【基本的な考え方（案）】

医療機器における対応（案）

○　医療機器の台数については医療機器ごと、地域ごとのばらつきが大きいため、地域の医療ニーズを踏まえ、地域ごとの医療機器の配置状況を医療機器ごとに可視化する指標を作成することとしてはどうか。
○　その際、医療機器のニーズには、性・年齢ごとに大きな差があること、性・年齢ごとのニーズ差は医療機器ごとに異なっていることおよび地域ごとに人口の性・年齢構成が異なることを踏まえ、医療機器ごと・地域ごとに性・年齢構成を調整した人口あたり機器数を用いた可視化を行うこととしてはどうか。

医療機器の地域毎の台数に関する可視化について

○ 医療機器の地域毎の台数に関する指標として、ニーズ（地域ごとの人口）に対する供給（医療施設調査に基づく地域ごとの医療機器の台数）をベースとして、性・年齢構成ごとに異なる検査数を加味するため、地域毎の性・年齢構成による調整をかけてはどうか。この際、医療施設調査で把握可能な医療機器を指標作成対象としてはどうか。

【医療機器ごとに下記の指標を計算し、可視化の際の参考とする】

- 人口十万人対医療機器台数をベースに、地域ごとの性・年齢階級による検査率の違いを調整する。

$$\text{調整人口当たり台数} = \frac{\text{地域の医療機器の台数}}{\frac{\text{地域の人口}}{100{,}000} \times \text{地域の標準化検査率比}}$$

$$\text{地域の標準化検査率比} = \frac{\text{地域の性年齢調整人口当たり期待検査数（外来）}}{\text{全国の人口当たり期待検査数（外来）}}$$

$$\text{地域の人口当たり期待検査数} = \frac{\sum\left\{\frac{\text{全国の性年齢階級別検査数（外来）}}{\text{全国の性年齢階級別人口}} \times \text{地域の性年齢階級別人口}\right\}}{\text{地域の人口}}$$

3．医療機器の保有等に関する情報提供について
基本的な方針

【課題】

○　医療機器ごとに地域の状況は異なっており、どのような情報提供がなされれば、地域ごとに効率的な協議が行えるか。

↓

○　医療機器ごと・地域ごとにニーズを踏まえた調整人口あたり台数を提供するとともに、医療機器を有する医療機関をマッピング（地図情報として可視化）してはどうか。他にも、共同利用の状況などについて、必要に応じて情報提供することとしてはどうか。

協議の内容

【基本的な方向性】

○　医療機器それぞれについて、当該機器を購入する場合は、当該機器の共同利用計画（共同利用については、画像診断が必要な患者を医療機器を有する医療機関に対して患者情報とともに紹介する場合を含む。）を作成し、定期的に協議の場（地域医療構想調整会議等を活用可能とする）において確認することとしてはどうか※。

○　協議に当たって参考とする情報としては、調整人口あたり台数やマッピングの情報等の様々なデータを活用することとしてはどうか。

※なお、共同利用計画の協議の結果については、医療法上公表を行うこととされている。

将来の診療科ごとの医師の需要の明確化について

現状と課題

○　現在、医師数は継続的に増加している一方、その増分は一部の診療科に集中しており、診療科ごとの労働時間には大きな差が存在している。

○　一方、現行では、 診療科別の医師のニーズは不明確であり、医師は臨床研修修了後に自主的に主たる診療科を選択している。

○　また、新専門医制度においても、診療科偏在の是正策は組み込まれていない。

○　医師が、将来の診療科別の医療需要を見据えて、適切に診療科選択ができる情報提供の仕組みが必要。

対応

○　医師需給分科会第２次中間取りまとめにおいては、「医師が、将来の診療科別の医療ニーズを見据え、適切に診療科を選択することで診療科偏在の是正につながるよう、人口動態や疾病構造の変化を考慮した診療科ごとに将来必要な医師数の見通しを、国全体・都道府県ごとに明確化し、国が情報提供すべきである。」とされた。

将来の診療科ごとの医師の需要の明確化するにあたっての具体的な手順（案）

医療従事者の需給に関する検討会
第１3回　医師需給分科会
平成29年10月25日
資料（改）

考慮すべき要素の例：
・医療ニーズ　・将来の人口・人口構成の変化　・医師偏在の度合いを示す単位（区域、診療科、入院／外来）　・患者の流出入　・医師の年齢分布　・へき地や離島等の地理的条件　等

診療科ごとの医師の需要を決定する代表的な疾病・診療行為を抽出し、診療科と疾病・診療行為の対応表を作成

↓

現状の医療の姿を前提とした人口動態・疾病構造変化を考慮した診療科ごとの医師の需要の変化を推計し、現時点で利用可能なデータを用いて、必要な補正を行なった将来の診療科ごとの医師の需要を推計

↓

将来の医師等の働き方の変化や医療技術の進歩による需要の変化については、定量的なデータが得られた時点で、順次、需要推計に反映させる。

当面の対応

将来の課題

対応（案）

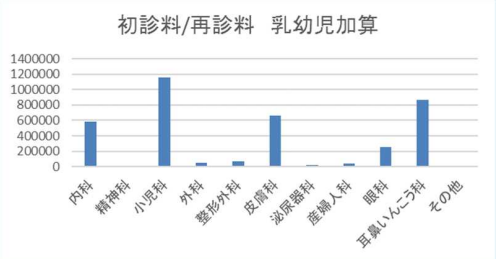
○　将来の診療科ごとの医師の需要の明確化にあたっては、診療科と疾病・診療行為の対応表等を作成するために必要なデータの整理等を行う必要であり、まずは、事務的に、こうした整理を行った上で、具体的な議論を行うこととしてはどうか。

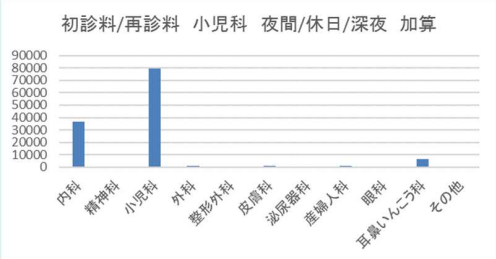
小児科医師偏在指標について　ー　診療行為との紐付け

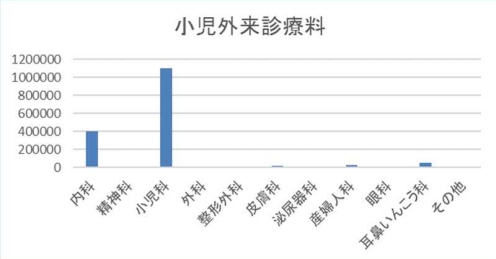
■　診療科と診療行為の紐付けが比較的明確な診療科と、紐付けが困難な診療科が存在する。
■　小児科については、一定の仮定の下に紐付けが可能ではないか。

小児科の場合

※診療所における外来レセプトに関して、平成29年度の5月の1ヶ月間の間に、各診療科を主に標榜している診療所が、どの診療行為、加算を算定しているかを示したもの







参照）平成29年　社会医療診療行為別統計

15歳未満の小児の診療に関しては、小児科医だけではなく、内科医や皮膚科医、耳鼻科医なども一定程度、医療を提供している。

一方、医療需要の総数は、15歳未満の小児の受療率から把握可能ではないか。

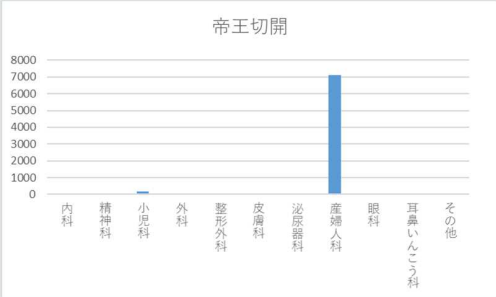
↓

15歳未満の小児人口を基本として、小児科医が対応している頻度が一定であると仮定することにより、暫定的に医療需要を算出することが可能ではないか。

産科医師偏在指標について　―　診療行為との紐付け

■ 診療科と診療行為の紐付けが一定程度明確な診療科と、紐付けが困難な診療科が存在する。
■ 産科については、紐付けが一定程度明確である。

産科の場合　（例：帝王切開）



参照）平成29年　社会医療診療行為別統計

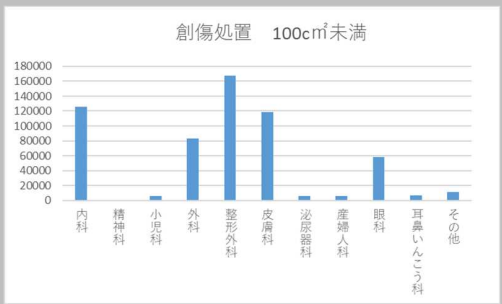
※診療所における外来レセプトに関して、平成29年度の5月の1ヶ月間の間に、各診療科を主に標榜している診療所が、どの診療行為、加算を算定しているかを示したもの

診療所で実施された帝王切開術のうち、93.6%が産婦人科を標榜している診療所で実施されている。

⇩

診療行為と診療科の紐付けが比較的明確であるため、診療科ごとの医療需要が一定程度明確に算出可能である。

他の診療科の場合　（例：創傷処置）



参照）平成29年　社会医療診療行為別統計

※診療所における外来レセプトに関して、平成29年度の5月の1ヶ月間の間に、各診療科を主に標榜している診療所が、どの診療行為、加算を算定しているかを示したもの

診療所で施行された創傷処置（100c㎡未満）のうち、21.2%が内科、14.1%が外科、28.4%が整形外科、20.1%が皮膚科、9.9%が眼科を標榜している診療所で施行されている。

⇩

診療行為と診療科の紐付けが困難である。

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。

産科・小児科における医師確保計画を通じた医師偏在対策について

背景
・診療科別の医師偏在については、まずは診療科と疾病・診療行為との対応を明らかにする必要があり、検討のための時間を要する。
・一方、産科・小児科における医師偏在対策の検討は、政策医療の観点からも必要性が高く、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすい。

産科医師・小児科医師の偏在の状況把握

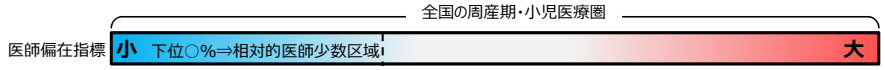
産科・小児科における医師偏在指標の算出

三次医療圏・周産期・小児医療圏ごとに、**産科・小児科における医師の偏在の状況を客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや、医師の性年齢構成等を踏まえた**産科・小児科における医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

医師偏在指標で考慮すべき要素
- 医療需要(ニーズ)・人口構成の違い等
- 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

相対的医師少数区域の設定

全国の周産期・小児医療圏の産科・小児科における医師偏在指標の値を一律に比較し、下位の一定の割合を相対的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。
※労働環境に鑑みて、産科・小児科医師は相対的に少なくない地域等においても不足している可能性があることから、相対的多数区域は設定しない。



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』の策定

医師の確保の方針
（三次医療圏、周産期・小児医療圏ごとに策定）

医師偏在指標の大小を踏まえ、医療圏の見直し等も含め地域ごとの医師確保の方針を策定。
・医療圏の見直しや医療圏を越えた連携によってもなお相対的医師少数区域の場合は、医師の派遣調整により医師を確保する方針とする。等

偏在対策基準医師数
（三次医療圏、周産期・小児医療圏ごとに策定）

計画終了時点の医師偏在指標が、計画開始時点の「相対的医師少数三次医療圏」、「相対的医師少数区域」の基準値（下位○%）に達することとなる医師数を「偏在対策基準医師数」と設定。

偏在対策基準医師数を踏まえた施策

医師の確保の方針を踏まえ、偏在対策基準医師数を達成するための具体的な施策を策定する。
・産科又は小児科の相対的医師少数区域の勤務環境を改善する。
・周産期医療又は小児医療に係る協議会の意見を踏まえ、地域医療対策協議会で、相対的医師少数区域内の重点化の対象となった医療機関へ医師を派遣する調整を行う等

(施策の具体的例)

①医療提供体制等の見直しのための施策
・医療圏の統合を含む周産期医療圏又は小児医療圏の見直し。
・医療提供体制を効率化するための再編統合を含む集約化・重点化。
・病診連携の推進や、重点化された医療機関等から居住地に近い医療機関への外来患者の逆紹介の推進等による医療機関の機能分化・連携。
・地域の医療機関の情報共有の推進。
・医療機関までのアクセスに時間がかかる地域住民へ受診可能な医療機関の案内、地域の実情に関する適切な周知等の支援。

②医師の派遣調整
・地域医療対策協議会における、都道府県と大学、医師会等の連携。
・医療機関の実績や、地域における小児人口、分娩数と見合った数の医師数となるような派遣先の医療機関の選定。
・派遣先の医療機関を医療圏ごとに重点化。医師派遣の重点化対象医療機関の医師の時間外労働の短縮のための対策。

③産科・小児科医師の勤務環境を改善するための施策
・相対的医師少数区域に勤務する産科・小児科医師が、研修、リフレッシュ等のために十分な休暇を取ることができるよう、代診医の確保。
・産科・小児科において比較的多い女性医師にも対応した勤務環境改善等の支援。
・産科・小児科医師でなくても担うことのできる業務についての、タスクシェアやタスクシフト。

④産科・小児科医師の養成数を増やすための施策
・医学生に対する必要な情報提供や円滑な情報交換、専攻医の確保に必要な情報提供、指導体制を含む環境整備、離職防止。
・小児科医師の中でも確保に留意を要する新生児医療を担う医師について、小児科専攻医を養成する医療機関において、新生児科（NICU）研修等の必修化の検討。
・産科・小児科医師におけるキャリア形成プログラムの充実化。

小児科における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。
- 医療需要は、15才未満の年少人口に、地域ごとに性年齢階級による受療率の違いを調整する。

$$\text{小児科における医師偏在指標} = \frac{\text{標準化小児科医師数}}{\text{地域の年少人口} \div 10\text{万} \times \text{地域の標準化受療率比（※１）}}$$

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

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

$$\text{地域の期待受療率(※２)} = \frac{\sum（\text{全国の性年齢階級別受療率} \times \text{地域の性年齢階級別年少人口）}}{\text{地域の年少人口}}$$

注１）「主たる診療科」が「小児科」ではない医師も、小児に対する医療を一定程度提供している場合がある。
注２）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。

産科における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。

$$\text{産科における医師偏在指標} = \frac{\text{標準化産科・産婦人科医師数}}{\text{分娩件数（※）} \div 1000\text{件}}$$

$$\text{標準化産科・産婦人科医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

（※） 医療施設調査の分娩数は9月中の分娩数であることから、人口動態調査の年間出生数を用い調整

産科医師偏在指標における留意点

＜産科医師数の算出に「医師・歯科医師・薬剤師調査」を活用するにあたっての留意点＞

○ 産科医師偏在指標に用いる医師については、実際に分娩を取り扱う医師とすることが望ましい。しかし、「医師・歯科医師・薬剤師調査」では、実際に分娩を取り扱っている医師数が分からない。

※ 平成30年度調査以降は、分娩取扱の有無が把握可能

○ 現時点では、性・年齢階級別に分娩を取り扱う医師の人数を把握している調査はない。

※厚生労働省「医療施設調査」、日本産婦人科医会「施設情報調査」では、性年齢階級別ではないが、分娩取扱医師の数を調査している。

＜対応＞

○ 「医師・歯科医師・薬剤師調査」を用いた医師偏在指標に加え、日本産婦人科医会「施設情報調査」等を適宜活用・加工し、地域ごとの分娩を取り扱う医師数等の参考として都道府県に提供してはどうか。

＜産科・産婦人科医師数に係る各調査の比較＞

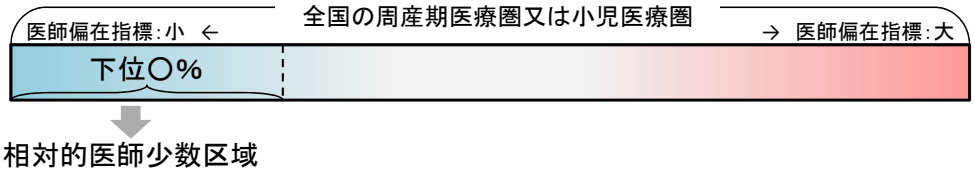
調査名	医師・歯科医師・薬剤師調査	医療施設調査	日本産婦人科医会 施設情報調査
調査の時点	2016年12月31日現在	2014年10月1日現在	2018年1月1日現在
分娩取扱いの有無	×	○	○
人数	実人数	常勤換算	実人数
住所地	主たる従事先 （特別集計において従たる従事先を集計可能）	医療施設所在地	医療施設所在地
性年齢階級	○	×	×

相対的医師少数三次医療圏・相対的医師少数区域の設定（案）

□ 産科・小児科については、産科医師及び小児科医師が不足している状況に加え、これまでに医療圏を越えた地域間の連携が進められてきた状況に鑑み、

- 産科・小児科における「医師多数三次医療圏」や「医師多数区域」等となった地域は、産科医師又は小児科医師を確保することができない地域であるとの誤解を招かないようにする
- 相対的な医師の多寡を表す分類であることを理解しやすくする

ために、全国の三次医療圏ごと、周産期医療圏又は小児医療圏ごとの医師偏在指標の値を全国で比較し、下位○%を**「相対的医師少数三次医療圏」**、**「相対的医師少数区域」**と呼称することとする。



➢ **「相対的医師少数区域」**については、画一的に「特に医師の確保を図るべき区域」と考えるのではなく、当該地域内において産科医師又は小児科医師が少ないことを踏まえ、**「周産期医療又は小児医療の提供体制の整備について特に配慮が必要な区域」**とする。

➢ 下位の一定の割合を決めるための基準値については、医師需給分科会における医師全体の偏在指標に関する議論を踏まえて決定することとする。

医師確保計画の策定（１） 医師の確保の方針（案）

□ 医師の確保の方針は、三次医療圏ごと、周産期医療圏又は小児医療圏ごとに、産科・小児科のそれぞれに定めることとする。

➢ 産科・小児科における医師確保計画を策定するに当たっては、大学、医師会等との連携が重要であり、各都道府県における地域医療対策協議会の意見とともに、周産期医療又は小児医療に係る協議会等の意見も聴取した上で、各地域における周産期医療及び小児医療の提供体制についての検討と併せて、産科・小児科における医師確保計画の検討を行うことが適当である。

□ 相対的医師少数三次医療圏・相対的医師少数区域の場合

○ 労働環境に鑑みると、産科医師又は小児科医師が相対的に少なくない地域等においても、産科医師又は小児科医師が不足している可能性があることを踏まえれば、相対的医師少数三次医療園・相対的医師少数区域に対して相対的医師少数三次医療圏・相対的医師少数区域**以外**の地域からの医師派遣のみにより医師の地域偏在を解消することは、適当ではないと考えられる。

○ そのため、下記のように医師の確保の方針を定めることとしてはどうか。

ア） まず、**医療圏の見直しや医療圏を超えた連携**による対応を実施

イ） ア）によってもなお相対的少数である場合、**医師の派遣調整等の短期的な施策**による対応を実施

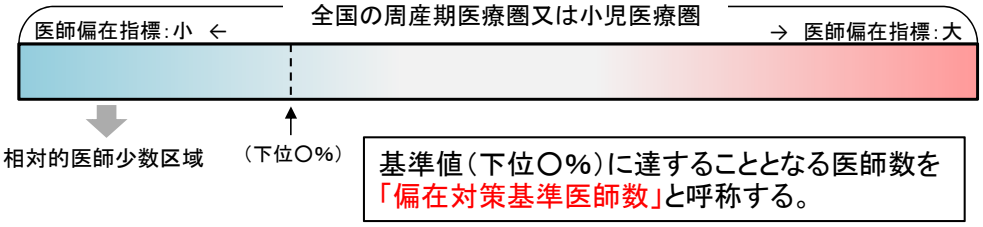
ウ） **産科医師又は小児科医師の養成数を増加させる等の長期的な施策**による対応を適宜組み合わせる

□ 相対的医師少数三次医療圏・相対的医師少数区域**以外**の場合

ア）労働環境に鑑みると、産科医師又は小児科医師が相対的に少なくない地域等においても、産科医師又は小児科医師が不足している可能性があることを踏まえれば、医療提供体制を鑑みた上で、医師を増やす方針を採ることも可能とする。
その際は、上記イ）、ウ）と同様の対応を行うこととする。

医師確保計画の策定（２）　偏在対策基準医師数（案）

- 医師確保計画終了時点の医師偏在指標の値が、計画開始時点の「相対的医師少数三次医療圏」、「相対的医師少数区域」の基準値（下位○%）に達することとなる医師数を**「偏在対策基準医師数」**と呼称する。
- この「偏在対策基準医師数」は、**全国的に産科医師及び小児科医師が不足しているという状況の改善や、診療科偏在の解消に資するものではない**ことに留意が必要である。



医師確保計画の策定（３）　偏在対策基準医師数を踏まえた施策（案）

基本的考え方

○　産科・小児科については、産科医師及び小児科医師が全国において不足している状況に鑑み、医療提供体制の見直しに関する施策、産科医師・小児科医師を増やすための施策等を組み合わせることとする。

①医療提供体制等の見直しのための施策

ア　医療圏の統合を含む周産期医療圏又は小児医療圏の見直し

○　外来医療と入院医療の機能分化・連携に留意しつつ、必要に応じて、医療圏の見直しや医療圏を超えた地域間の連携を行う。

イ　集約化・重点化※

○　今後も、医療提供体制を効率化するための再編統合を含む集約化・重点化について、関係者の協力の下で実施していくことが望ましい。

○　病診連携の推進や、重点化された医療機関等から居住地に近い医療機関への外来患者の逆紹介の推進等による医療機関の機能分化・連携が重要。

○　集約化・重点化を検討するに当たっては、医師の時間外労働の短縮を見据えたものとする。

ウ　医療機関までのアクセスに時間がかかる地域への支援

○　受診可能な医療機関の案内及び地域の実情に関する適切な周知を行う。

○　地域の医療機関間の情報共有の推進を行う。

②医師の派遣調整

○　「医師の確保の方針①　基本的な考え方」を踏まえて実施する。

○　地域医療対策協議会において、都道府県と大学、医師会等が連携することが重要である。

○　派遣先の医療機関における分娩数の実績や、地域における年少人口を踏まえ、それと見合った数の産科医師数又は小児科医師数となるように派遣を行う。

○　派遣先の医療機関を周産期医療圏又は小児医療圏ごとに重点化するとともに、医師の派遣の重点化の対象となった医療機関においては、特に医師の時間外労働の短縮のための対策を行う。

③産科医師及び小児科医師の勤務環境を改善するための施策

○　相対的医師少数区域に勤務する医師が、研修、リフレッシュ等のために十分な休暇を取ることができるよう、代診医の確保に努める。

○　産科及び小児科において比較的多い女性医師にも対応した勤務環境改善等の支援を行う。

○　産科医師又は小児科医師でなくても担うことのできる業務については、タスクシェアやタスクシフトを一層進めるため、タスクシェアやタスクシフトを受けられる医療従事者の確保、研修等の充実等に努める。

④産科医師及び小児科医師の養成数を増やすための施策

ア　専攻医等の確保

○　専攻医の確保や離職防止を含む、産科医師及び小児科医師の確保・保持のための施策を行う。特に、医学生に対する必要な情報提供や円滑な情報交換等、専攻医の確保に必要な情報提供、指導体制を含む環境整備等を行う。

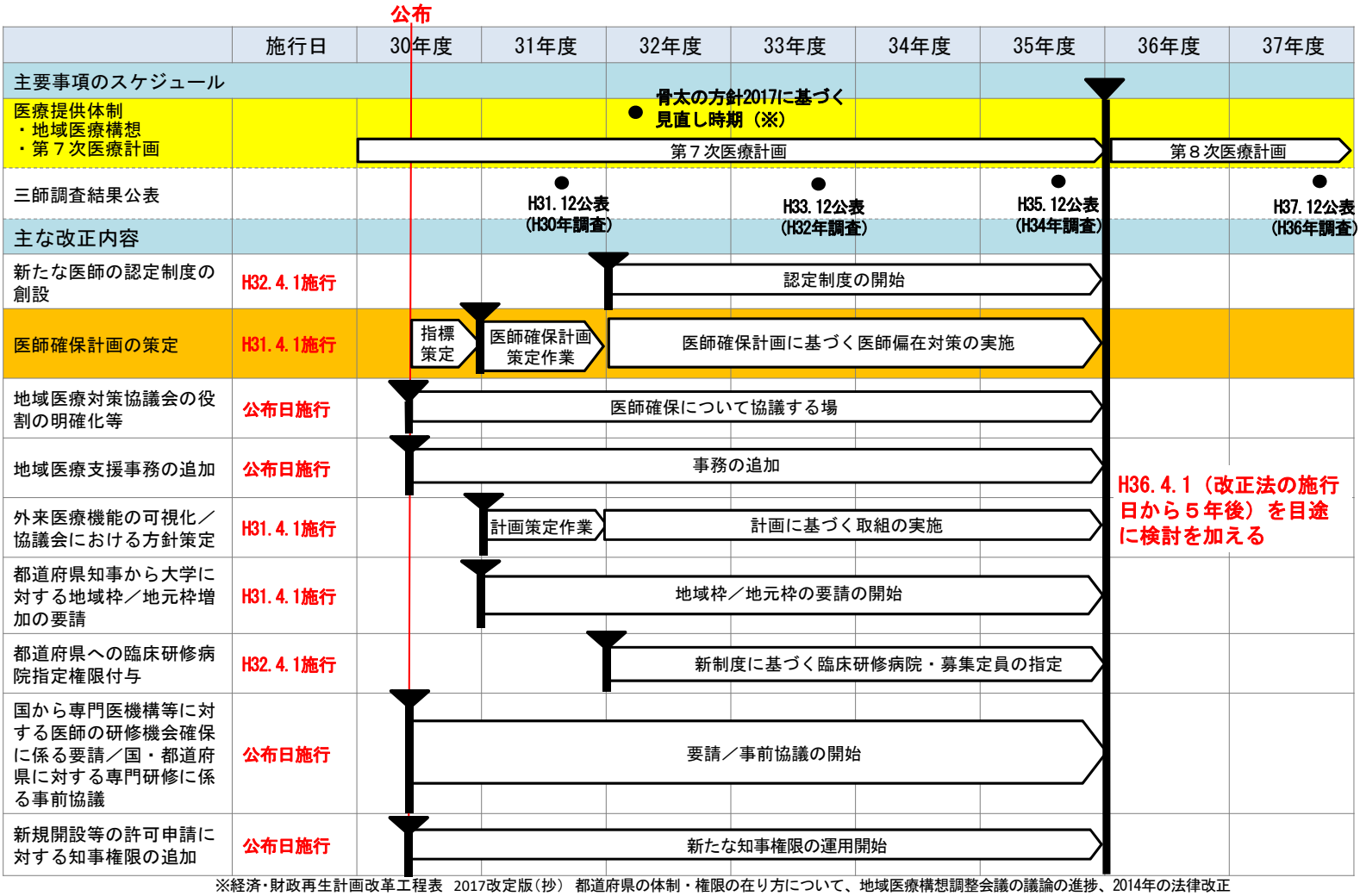
○　小児科医師の中でも確保に留意を要する新生児医療を担う医師については、小児科専攻医を養成する医療機関において、新生児科（NICU）研修等の必修化を検討する。

イ　産科医師及び小児科医師におけるキャリア形成プログラムの充実化

○　地域で勤務する産科医師及び小児科医師が専門的な技術・知識を獲得し、適切な臨床経験を積むことができるよう、キャリア形成プログラムの充実化を行う。

※　参考：「小児科・産科における医療資源の集約化・重点化の推進について」（平成17年12月22日付け医政発第1222007号・雇児発第1222007号・総財経第422号・17文科高第642号厚生労働省医政局長・厚生労働省雇用均等・児童家庭局長・総務省自治財政局長・文部科学省高等教育局長連名通知）

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



※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。

４．在宅医療の推進について

（１）第７次医療計画における在宅医療について

○　第７次医療計画は、増大する在宅医療の需要に対応するため、各都道府県において、市町村との協議の場を設け、第７期介護保険事業（支援）計画と整合的な整備目標等について設定していただいたところである。

協議を経て設定された在宅医療の整備目標が、計画期間内に着実に達成されるよう、引き続き、市町村と連携・協働しながら、在宅医療の推進のための取組をしっかりと進めていただきたい。

（２）在宅医療と介護・福祉等の多分野との連携について

○　平成２６年の介護保険法改正により、在宅医療と介護の連携推進に係る事業は、介護保険法の地域支援事業に位置づけられ、市区町村が主体となって取り組むこととされたが、一般的に、市区町村には医療施策にかかる取組の実績が少ないことから、市区町村の実情に応じて、都道府県が積極的に支援していくこと求められている。

○　また医療計画と介護保険（事業）計画の整合性を確保するため、在宅医療の整備目標や、介護の見込み量等について協議の場を設置することとなっている。

○　在宅医療及び障害福祉サービスを必要とする障害児等を地域で支えるためには、小児等在宅医療及び重症心身障害児等支援の地域体制を都道府県が中心となって整備していくことが重要である。

○　在宅医療及び障害福祉の連携に関して、平成３０年10月に、都道府県の在宅医療担当者及び障害児支援担当者による合同会議を開催している。

都道府県におかれては、当会議で示された先進事例等も参考にしながら、地域での連携体制の構築に努めていただきたい。

（３）在宅医療の人材育成について

○　在宅医療の提供体制の充実のためには、都道府県が中心となって、医師、看護職員等の医療関係職種に対しての在宅医療への参入の動機付

けとなるような研修や参入後の相談体制の構築等を行うことが重要である。

○　厚生労働省においても、「在宅医療関連講師人材養成事業」として、日本医師会等の関係団体の協力の下、全国的な講師人材養成事業に取り組んでいるところであり、都道府県においては、都道府県医師会等の関係団体と連携し、当該事業の資料や受講者も活用しながら、在宅医療の人材育成を進めていただきたい。

（４）全国在宅医療会議について

○　在宅医療の推進に向け、行政、関係団体、学術団体がそれぞれの知見を相互に共有し、連携して実効的に活動していくため、平成 28 年７月から「全国在宅医療会議」を開催している。

○　同会議において、在宅医療の関係者が実効的に活動していくため、「在宅医療に関する医療連携、普及啓発モデル、エビデンスの構築」を重点分野とし、これらに結びつく７つの柱を策定した。また、自治体や関係団体等が活用することを念頭に、国民の在宅医療に関する理解が深まるきっかけとなるよう媒体（リーフレット）作成に取り組んできた。今後、各団体はこの７つの柱を踏まえ、各取組を検討し取り組んでいただくこととしているので、都道府県においては、今後、各団体と連携し、在宅医療の推進に努めていただきたい。

（５）在宅医療の充実について

○　４月から始まった第７次医療計画における在宅医療提供体制に係る計画や、在宅医療の充実に向けて都道府県が行っていくべきことについて昨年３月より 11 月にかけて「在宅医療及び医療・介護連携に関する WG」において議論をし、12 月に「在宅医療の充実に向けた議論の整理」をとりまとめさせていただいた。

○　その内容を踏まえて、本年１月に厚生労働省として、「在宅医療の充実に向けた取組の進め方について」を各都道府県の在宅医療部局と介護保険担当部局に通知している。
本通知に基づき、今後も在宅医療の充実に向けた方策を検討していく。

在宅医療の体制

【概要】

○ 地域医療構想や介護保険事業計画と整合性のとれた、実効的な整備目標を設定し、在宅医療の提供体制を着実に整備する。
○ 多様な職種・事業者を想定した取組み、市町村が担う地域支援事業と連携した取組みなど、より効果的な施策を実施する。

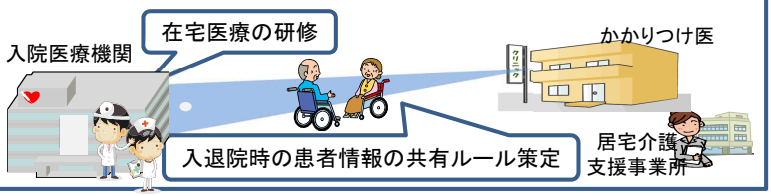
実効的な整備目標の設定

○ 医療サービスと介護サービスが、地域の実情に応じて補完的に提供されるよう、**都道府県や市町村の医療・介護担当者等の関係者による協議の場を設置**し、介護保険事業計画等における整備目標と整合的な目標を検討。

○ 地域医療構想において推計した**将来必要となる訪問診療の需要に対応する、具体的な診療所・病院の数値目標を記載することを原則化**。

多様な職種・事業者を想定した取組

○ 在宅医療の提供者側に対する施策に偏重しないよう、多様な職種・事業者が参加することを想定した施策を実施。
（例）・地域住民に対する普及啓発
・入院医療機関に対し在宅医療で対応可能な患者像や療養環境についての研修
・入院医療機関と、かかりつけの医療機関や居宅介護支援事業所等との入退院時における情報共有のための連携ルール等の策定　等



地域支援事業と連携した取組

○ 医師会等と連携し、また保健所を活用しながら、地域支援事業の在宅医療・介護連携推進事業を担う市町村を支援。
特に、以下のような医療に係る専門的・技術的な対応が必要な取組は、重点的に対応。
（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築
（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援
（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

在宅医療・介護連携推進事業

○ 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～27年度）により一定の成果。それを踏まえ、平成26年介護保険法改正により制度化。
○ 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等関係団体と連携しつつ取り組む。
○ 本事業の（ア）～（ク）の8つの事業項目すべてを、平成30年4月にはすべての市区町村が実施。
○ 8つの事業項目は、郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
○ 都道府県は、市町村における事業の進捗状況等を把握し、地域の課題等を踏まえ、都道府県医師会等関係団体と緊密に連携しつつ、保健所等を活用しながら、市区町村と郡市区医師会等関係団体等との協議の支援や、複数市区町村の共同実施に向けた調整等により支援。
○ 国は、事業実施関連の資料や手引き、事例集の整備、セミナーの開催等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

事業項目と事業の進め方のイメージ

①地域の医療介護連携の実態把握、課題の検討、課題に応じた施策立案

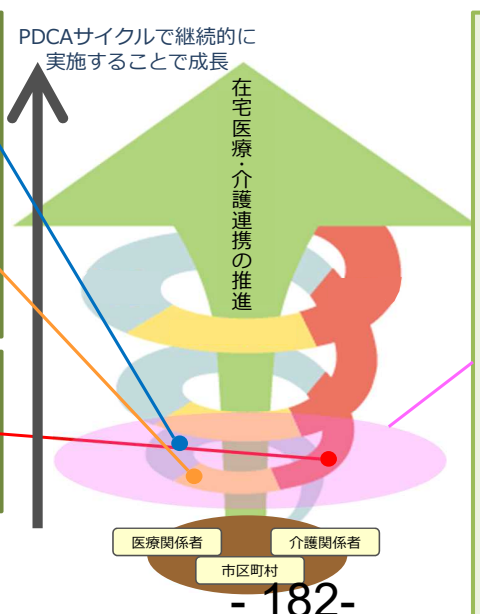
（ア）地域の医療・介護の資源の把握
■地域の医療機関、介護事業所の機能等を情報収集
■情報を整理しリストやマップ等必要な媒体を選択して共有・活用

（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
■地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握・共有し、課題の抽出、対応策を検討

②地域の関係者との関係構築・人材育成

（カ）医療・介護関係者の研修
■地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得
■介護職を対象とした医療関連の研修会を開催　等

＊地域の実情に応じて②と③を同時並行で実施する場合もある。



③（ア）（イ）に基づいた取組の実施

（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
■地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援
■情報共有シート、地域連携パス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
■在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

（オ）在宅医療・介護関係者に関する相談支援
■医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援

（キ）地域住民への普及啓発
■地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
■パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
■在宅での看取りについての講演会の開催等

（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携
■同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

＊図の出典：富士通総研「地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための多職種研修プログラムによる調査研究事業」報告書を一部改変（平成27年度老人保健健康増進等事業）

医療的ケア児の地域支援体制構築に係る担当者合同会議

1．目的

平成28年６月３日に施行された児童福祉法（昭和22年法律第164号）第56条の６第２項の規定により、地方公共団体においては、医療的ケア児の支援に関する保健、医療、障害福祉、保育、教育等の連携の一層の推進を図るよう努めることとされた。また、「医療的ケア児の支援に関する保健、医療、福祉及び教育の連携の一層の推進について」（平成28年６月３日付連名通知）では、医療的ケア児を地域で支えられるようにするため、各分野の関係者が一堂に会し、課題や対応策について継続的に意見交換や情報共有を図る協議の場の設置、開催を通知したところであり、関係省庁においても全国規模での各分野を交えた合同会議の場を設け、自治体同士が意見交換を行う必要があるため、合同会議を開催した。

2．日時など

○日時：平成30年10月3日（水）10：30～17：40
○場所：厚生労働省講堂
○対象：都道府県・指定都市の在宅医療、保健・衛生、障害福祉、保育、教育部門の担当者

3．主な内容

○ 行政説明（障害保健福祉部障害福祉課、医政局地域医療計画課、保険局医療課、子ども家庭局保育課、母子保健課
健康局難病対策課、文部科学省初等中等教育局特別支援教育課）

○ 好事例報告

・特定非営利活動法人 うりずん ・栃木県宇都宮市子ども部子ども発達センター
・医療法人かがやき総合在宅医療クリニック ・岐阜県健康福祉部医療福祉連携推進課
・特定非営利活動法人 NEXTEP ・熊本県健康福祉部子ども・障がい福祉局子ども未来課
・千葉県松戸市子ども部幼児保育課
・福井県教育庁高校教育課

○ グループディスカッション（公益財団法人日本財団）

■在宅医療関連講師人材養成事業

平成31年度予算案 23,207千円
（平成30年度予算額 23,207千円）

【趣旨】

在宅医療に関する専門知識や経験を豊富に備え、地域で人材育成事業を支えることのできる高度人材を養成する。

【事業概要】

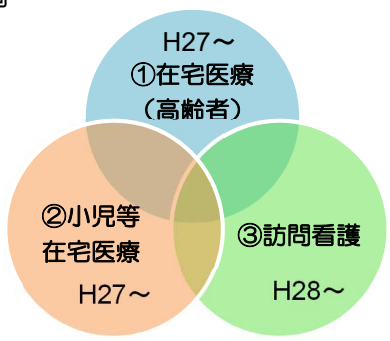
医師を対象とした「①高齢者向け在宅医療」、「②小児向け在宅医療」、看護師を対象とした「③訪問看護」の３分野ごとに、**研修プログラムの開発を行うとともに、相応の経験を積んだ医療従事者、団体役員等に対し、中央研修を実施する。**
（②・③分野では、行政職員が医師又は看護師と共に研修に参加し、地域の実情に応じた研修プログラム作成に取り組む演習も実施）
平成31年度は、都道府県・市町村の、研修を受けた人材の活用状況について調査の上、事例集を作成し、優良事例の横展開を行う。

国 （関係団体、研究機関、学会等）

◆研修プログラムの開発

・職能団体、研究機関、学会等が連携し、人材育成研修プログラムを作成。

・プログラムは、在宅医療の主要な３分野に特化して構築。それぞれのプログラムの相互連携も盛り込む。



◆中央研修の実施

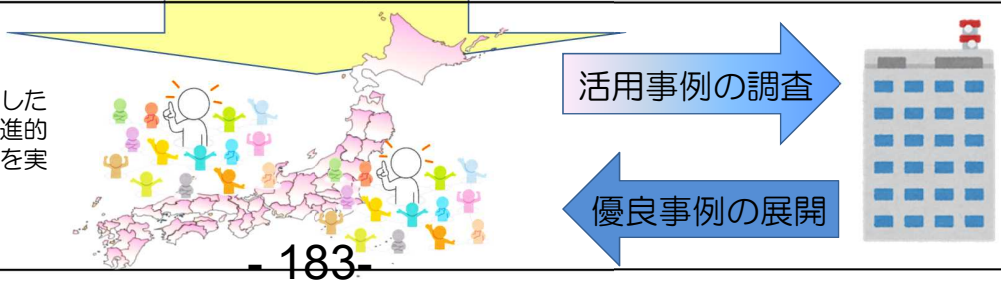
・開発したプログラムを活用し、中央研修を実施。

・受講者が、地域で自治体と連携しながら人材育成事業を運営するなど、中心的な存在として活躍することを期待。

＊平成30年度の全国研修の状況
①高齢者向け在宅医療
日時：平成31年1月20日
参加者：191名（医師）
②小児向け在宅医療
日時：平成31年1月27日
参加者：235名
（医師146名・行政89名）
③訪問看護
日時：平成30年11月30日
参加者：128名
（看護師93名・行政35名）

平成31年度

研修修了者が各自治体において実施した人材育成事業を調査し、地域での先進的な優良事例について全国的な横展開を実施する。



全国在宅医療会議(平成28年7月～)

○ 地域医療構想の実現と、地域包括ケアシステムの構築が喫緊の課題である中、その成否の鍵を握るのは、両者の接点となる在宅医療である。今後、医療計画、地域医療構想や地域支援事業により整備される在宅医療の提供体制を実効的に機能させていくことが重要である。
○ 本会議では、在宅医療の推進という政策の達成に向け、在宅医療提供者、学術関係者、行政が、それぞれの知見を相互に共有し、連携して実効的な活動をしていくための考え方を共有することを目的としている。

【参加団体】

・日本医師会
・日本歯科医師会
・日本薬剤師会
・日本看護協会
・日本理学療法士協会
・日本作業療法士協会
・日本介護支援専門員協会
・日本医療社会福祉協会
・全日本病院協会
・日本慢性期医療協会
・全国老人保健施設協会
・全国在宅療養支援診療所連絡会
・全国在宅療養支援歯科診療所連絡会
・全国薬剤師・在宅療養支援連絡会
・日本訪問看護財団
・全国訪問看護事業協会
・在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク
・日本ホスピス・在宅ケア研究会
・国立長寿医療研究センター
・日本在宅ケアアライアンス
・国立成育医療研究センター
・東京大学高齢社会総合研究機構
・日本在宅医療学会
・日本在宅医学会
・日本プライマリ・ケア連合学会
・日本老年医学会
・日本小児科学会
・日本在宅栄養管理学会
・ささえあい医療人権センターCOML
・地方自治体(兵庫県、横浜市、小鹿野町)

＜主な検討事項＞
- 在宅医療のための基本的な考え方について
- 在宅医療に関する調査研究の推進について
- 国民に対する普及啓発について

＜ 基本的な考え方＞
1. 在宅医療に係る対策を実効性のあるものとして推進するため、必要な協力体制を構築し、関係者が一体となって対策を展開する。
2. 在宅医療の普及の前提となる国民の理解を醸成するため、国民の視点に立った在宅医療の普及啓発を図る。
3. エビデンスに基づいた在宅医療を推進するため、関係者の連携によるエビデンスの蓄積を推進する。

重点分野に対応していくための課題整理と「7つの柱」の策定

各団体から提出された
- 新たに取り組む必要がある課題
- 在宅医療の課題に対する既存の取組

を収集し、背景にある課題を分類

- ・地域の病院と在宅医療との水平連携が不足している
- ・かかりつけ医の在宅医療への参画等、在宅医療推進を支える体制が不十分である
- ・医師会等関係団体と行政との連携が進んでいない地域もある
- ・行政担当者が在宅医療について知らないことがある
- ・在宅医療に取り組む専門職の連携が不足している
- ・情報共有に関する整備(ICT等)ができていない
- ・新たな技術が在宅医療分野で活用できていない
- ・市民が在宅医療について知らないことがある
- ・市民の力を活かせていない
- ・在宅医療について発信できていないことがある
- ・在宅医療に関わる職種も在宅医療について知らないことがある
- ・在宅医療に取り組む専門職種が不足している
- ・知識・技術を習得するコンテンツが整備されていない
- ・在宅医療の教育・研修を受ける機会や体験する機会がない
- ・在宅医療に取り組む専門職の知識が不足している
- ・在宅医療の有効性が調査されていない
- ・在宅医療における研究データが整理されていない
- ・在宅医療における実践・事例を共有する場がない
- ・在宅医療において専門職が行う標準的な指標が未整備

【7つの柱】

- 地域の病院と在宅医療との協働体制の構築
- 行政と関係団体との連携
- 関係団体同士の連携
- ICT等最新技術の活用
- 国民への在宅医療に関する普及・啓発
- 在宅医療に関わる関係者への普及・啓発
- 在宅医療の実践に関する研究及び教育

【重点分野】

- 在宅医療に関する医療連携モデルの構築
- 在宅医療に関する普及啓発モデルの構築
- 在宅医療に関するエビデンスの構築

医政地発 0129 第１号
老介発 0129 第１号
老老発 0129 第１号
平成 31 年１月 29 日

各都道府県　衛生主管部（局）長
　　介護保険主管部（局）長　殿

厚生労働省医政局地域医療計画課長
厚生労働省老健局介護保険計画課長
厚生労働省老健局老人保健課長
（　公　印　省　略　）

在宅医療の充実に向けた取組の進め方について

在宅医療の提供体制については、自分らしい暮らしを続けながら、住み慣れた生活の場において療養を行うことを可能とするため、その確保が重要であり、高齢化や地域医療構想による病床の機能分化・連携により生じる医療ニーズの受け皿としても大きな役割を担うものとされている。

今般、厚生労働省において、都道府県が作成すべき医療計画の内容や在宅医療の充実に向けた進め方等について検討を行い、在宅医療の推進については、地域医師会等との連携や、かかりつけ医を中心とした多職種の連携体制の構築が重要である。また、従前より市町村が主体的に取り組んでいる在宅医療・介護連携推進事業等に加えて、都道府県が広域的な観点から市町村への支援を行うことにより、更なる充実を図ることが必要であるとしたところである。そこで、在宅医療の充実に向けて都道府県において取り組むべき事項について下記のとおり整理したので、御了知の上、在宅医療の充実に向けて検討を進めるとともに、貴管内市町村、関係団体、関係機関等に周知願いたい。

記

１．在宅医療の充実に向けた進め方について

（１）第７次医療計画の改善について

都道府県は、医療計画において在宅医療の目指す方向性を明らかにした上で、原則として設定することとしている「訪問診療を実施する診療所・病院数に関する数値目標」を設定していない都道府県においては、第７次医療計画の中間見直しに当たって、当該目標を設定すること。また、追加的需要における在宅医療の整備目標及び介護のサービス量の見込みについて設定できていない都道府県においては、第７次医療計画の中間見直しに当たって、整備目標とサービス量の見込みについて按分の上、第７次医療計画と第８期介護保険事業（支援）計画に反映すること。

（2）都道府県全体の体制整備

都道府県は、在宅医療の充実に向けた取組を関係部署や関係団体等と一体となって推進することができるよう、以下の体制整備を行うこと。

①医療政策担当部局と介護保険担当部局の連携の推進

都道府県の医療政策担当部局と介護保険担当担局との間において役割分担を行った上で、医療・介護の連携に関わる取組を一層促進すること。

②年間スケジュールの策定

医師会等の関係団体や、各医療機関の課題を集約し、関係者間で課題を共有し、計画的に在宅医療の推進に向けた取組が行われるよう、関係者間で共通の年間スケジュールを策定し、課題の解決に向けたロードマップ等を作成すること。

③在宅医療の充実に向けた市町村支援

各市町村の抱える課題について、都道府県と市町村が解決に向けて議論を行うことや、保健所等を活用した在宅医療の充実に係るロードマップの策定支援等について、地域ケア会議などの具体的事例について検討する場等において意見を聴取することなどを通じて、都道府県が地域ごとに必要な支援を把握し、支援に取り組むこと。

（3）在宅医療の取組状況の見える化（データ分析）

都道府県単位・二次医療圏単位のデータのみでは、医療関係者の当事者意識を喚起できないことや個別の地域の議論につながらないこと等の理由から、在宅医療の提供体制については、市町村単位等でデータを用いて把握すること。そのため、都道府県は、関係者の在宅医療の提供体制整備に係る取組状況を評価できるよう、以下の情報収集及び情報共有に取り組むこと。

① KDB システムのデータ等を活用して情報収集を行い、在宅医療の詳細な分析に取り組んでいる他の都道府県の事例を参考にすること。

(留意事項)

KDB システムのデータの取扱いに当たっては、国保・後期高齢者以外の被保険者（被用者保険や医療扶助など）については把握できないことや、訪問看護ステーションの医療保険レセプトは電子化されていないことに注意が必要である。

② 将来人口を見据え、既存統計等では把握できない医療機関ごとの訪問診療の実施可能件数や訪問診療への参入意向等について実態調査等を行い、その結果に基づいて有効な施策を講じること。また、調査の結果については、市町村や関係団体と共有し、有効に活用すること。

（4）在宅医療への円滑な移行

病院等と在宅との間で、療養の場が円滑に移行できるよう、病院が後方支援を行うことを含めて、病院、診療所の医療関係者や、介護支援専門員等が協議を行い、在宅医療圏ごとに必要な入退院ルールを策定することが重要であり、都道府県はその支援を行うこと。

（5）在宅医療に関する人材の確保・育成

都道府県は、在宅医療の提供体制の充実に向けて、以下の人材確保・育成に関する支援を行うこと。

①医療従事者への普及・啓発事業やスキルアップ研修の支援

医療従事者への在宅医療に関する普及・啓発や地域の在宅医療を担う医療従事者の育成について、同一職種間の病診連携等を含めて、医療従事者が抱えている課題を把握し、国の実施している在宅医療関連講師人材養成事業の修了者を講師とする研修等を行うこと。

②多職種連携に関する会議や研修の支援

医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員等が具体的な事例検討等を通じて、それぞれの職種が持つ課題等について共有し、課題等の解決に必要な研修等を行う市町村等を支援すること。

（6）住民への普及・啓発

都道府県は、住民の在宅医療に関する理解を深めるために、以下の取組を進めること。

①人生の最終段階における医療・ケアについての意思決定支援に関する普及・啓発

人生の最終段階において本人が希望する医療・ケアを受けられるよう、医療・ケア従事者に対して「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等への理解が深まるよう努めることに加えて、住民に対して、市民公開講座等を用いて、人生会議（ACP:アドバンス・ケア・プランニング）等について普及・啓発を行うこと。

②在宅医療や介護に関する普及・啓発

市町村の取組内容を確認し、双方の取組の調整を行った上で、在宅医療や介護に関する講演会やパンフレット等の作成・配布を実施するなど効率的で効果的な普及・啓発を実施すること。

５．　人生会議（ＡＣＰ：アドバンス・ケア・プランニング）について

（１）本人の意思を尊重した人生の最終段階における医療・ケアの体制整備について

○　人生の最終段階における医療・ケアについては、患者・家族等へ十分に情報が提供された上で、これに基づいて本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合う取組（ＡＣＰ：アドバンス・ケア・プランニング）を行い、患者本人の意思決定を基本として行われることが重要である。

○　厚生労働省では、昨年度、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」をＡＣＰの重要性を強調する内容へ改訂したところであるが、同時に、在宅医療・介護の現場で活用できるよう、医療・ケアチームに介護従事者が含まれることを明確化し、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」へ名称を変更した。都道府県においては医療機関等で周知を促していただきたい。

○　また、平成 26 年度より、患者の意思決定を支援する医療・ケアチームの育成研修に取組み、平成 31 年度も、引き続き地方ブロックごとに研修会を開催する予定である。都道府県においては、医療機関等への周知を図り、当該研修への積極的な参加を促していただきたい。

（２）在宅医療・救急医療連携セミナーについて

○　平成 29 年度からは、患者の意思に反し、救急搬送や医療処置が行われないよう、自治体を対象に、救急医療や在宅医療関係者間における患者情報の共有や連携ルールの策定等を支援するためのセミナーを実施している。平成 31 年度においても、引き続き実施する予定であり、都道府県においては、市町村や医療機関等への周知を図り、当該セミナーへの積極的な参加を促していただきたい。

（３）国民に対する「人生会議」の普及・啓発について

○　平成 29 年度に開催した、「人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会」では、人生の最終段階における医療・ケアに関する意思

決定支援を図るために、ＡＣＰについて国民に対する一層の普及・啓発が必要とされた。そこで、平成 30 年度に、ＡＣＰの愛称を一般公募し「人生会議」に選定、11 月 30 日を「人生会議の日」と設定し、人生の最終段階における医療・ケアについて考える日とした。

都道府県においては、医療機関にかかる前から、希望する療養場所や医療処置について、予め本人の意向を確認し、家族や関係者等と共有する取組である「人生会議」について、国民への普及・啓発を積極的に進めていただきたい。

人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会

＜開催目的＞
○ 人生の最終段階における医療については、医療従事者から患者・家族に適切な情報の提供と説明がなされた上で、患者本人による意思決定を基本として行われることが重要。
○ 本検討会は、人生の最終段階における医療に関する意思決定支援を図るために、国民に対する情報提供・普及啓発の在り方等について検討することを目的に開催。

＜スケジュール 計6回（平成30年3月23日とりまとめ）＞
第1回 平成29年8月3日開催　第2回 平成29年9月29日開催　第3回 平成29年12月22日開催
第4回 平成30年1月17日開催　第5回 平成30年2月23日開催　第6回 平成30年3月23日開催

＜主なとりまとめ内容＞
○ 人生の最終段階における医療・ケアについて、事前に繰り返し話し合う取組（ACP）が医療・介護現場だけではなく国民一人一人の生活の中に浸透するよう、一層の普及・啓発が必要であること （リーフレットの作成や国民に馴染みやすい名称の検討等）

【構成員】（○は座長）

岩田　太	上智大学法学部　教授
内田　泰	共同通信社生活報道部　編集委員
金子　稚子	ライフ・ターミナル・ネットワーク代表
川平　敬子	宮崎市健康管理部医療介護連携課長補佐
木澤　義之	神戸大学医学部附属病院緩和支持治療科 特命教授
木村　厚	全日本病院協会　常任理事
熊谷　雅美	日本看護協会　常任理事
権丈　善一	慶應義塾大学商学部　教授
齊藤　克子	医療法人真正会副理事長
斉藤　幸枝	日本難病・疾病団体協議会常務理事
佐伯　仁志	東京大学法学部　教授
清水　哲郎	岩手保健医療大学　学長
鈴木　美穂	NPO法人マギーズ東京　共同代表理事 日本テレビ放送網株式会社報道局社会部
瀬戸　雅嗣	全国老人福祉施設協議会　統括幹事
髙砂　裕子	南区医師会訪問看護ステーション　管理者
早坂由美子	北里大学病院 トータルサポートセンター ソーシャルワーカー
○樋口　範雄	武蔵野大学法学部　教授
紅谷　浩之	オレンジホームケアクリニック　代表
松原　謙二	日本医師会　副会長
横田　裕行	日本医科大学大学院医学研究科 救急医学分野教授

「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改訂について（平成30年3月14日公表）

1. 見直しの必要性

○ 富山県射水市民病院の人工呼吸器取り外し事件を踏まえ、平成19年に策定された「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（平成27年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」 に名称変更）は、その策定から約10年が経過しており、
- 高齢多死社会の進行に伴い、地域包括ケアシステムの構築に対応したものとする必要があること
- 英米諸国を中心として、ACP（アドバンス・ケア・プランニング※）の概念を踏まえた研究・取組が普及してきていること

を踏まえ、ガイドラインの見直しを行う必要がある。

※ 人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス

2. 主な見直しの概要

① 病院における延命治療への対応を想定した内容だけではなく、在宅医療・介護の現場で活用できるよう、次のような見直しを実施
- 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に名称を変更
- 医療・ケアチームの対象に介護従事者が含まれることを明確化

② 心身の状態の変化等に応じて、本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むか等を、日頃から繰り返し話し合うこと（＝ACPの取組）の重要性を強調

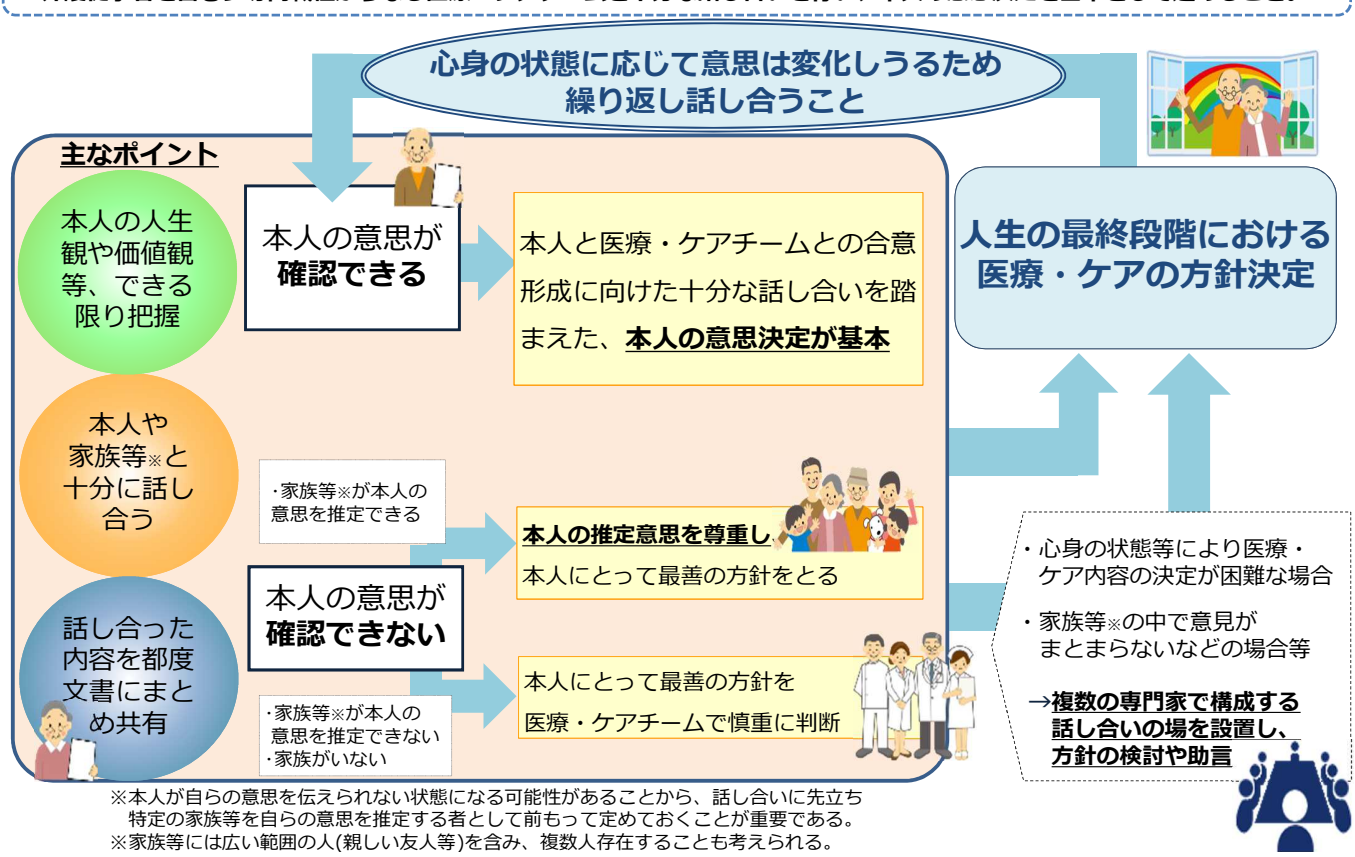
③ 本人が自らの意思を伝えられない状態になる前に、本人の意思を推定する者について、家族等の信頼できる者を前もって定めておくことの重要性を記載

④ 今後、単身世帯が増えることを踏まえ、③の信頼できる者の対象を、家族から家族等（親しい友人等）に拡大

⑤ 繰り返し話し合った内容をその都度文書にまとめておき、本人、家族等と医療・ケアチームで共有することの重要性について記載

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」における意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）　（平成30年版）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことが重要である。
※家族等には広い範囲の人(親しい友人等)を含み、複数人存在することも考えられる。

患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療の実現に向けた取組
人生の最終段階における医療体制整備事業

2016年度予算	61百万円
2017年度予算	66百万円
2018年度予算	66百万円

【事業内容】
人生の最終段階における医療に関する患者の相談に適切に対応できる体制を強化するため、2014･2015年度のモデル事業の成果を踏まえ、2016年度から医療・ケアチーム（医師、看護師等）の育成研修を全国８ブロックで実施するとともに、人材育成研修会の拡充と継続性の担保のために講師人材の育成を実施。2017年度からは住民への普及啓発も実施している。

研修対象者

医療機関等において人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定に携わっている医師を含む多職種チーム（診療所・訪問看護ステーション・介護老人福祉施設が連携し、多職種チームで参加することも推奨）

プログラム

プログラム	主旨、構成内容
講　　義	「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」の解説
講　義（STEP1）	意思決定能力の評価　　講義 グループワークと発表
グループワーク１	
講　義（STEP2）	患者自身と治療方針について合意する　講義
講　義（STEP3）	患者の意向を推定する　講義 患者にとって最善の治療方法について合意する　講義 グループワークと発表
講　義（STEP4）	
グループワーク２	

プログラム	主旨、構成内容
講　　義	「アドバンス・ケア・プランニングとは」
ロールプレイ１	もしも、のときについて話し合いを始める
ロールプレイ２	家族等の信頼できる者を選定する
ロールプレイ３	治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する家族等の信頼できる者の裁量権を尋ねる
講　　義	「本人・家族の意向を引き継ぐには」
グループワーク3	明日への課題

開催実績／予定

・2014年度・2015年度はモデル事業として実施。2014年度10か所 **24名**、2015年度５か所 **25名**が研修を終了。
・2016年度は、**90名**の講師人材を育成し、214チーム・**751名**が相談員研修を受講。
・2017年度は、**61名**の講師人材を育成し、277チーム・**979名**が相談員研修を受講。市民公開講座は**129名**が参加。
・2018年度は、**97名**の講師人材を育成し、全国12か所で相談員研修会を実施中。

在宅医療・救急医療連携セミナー

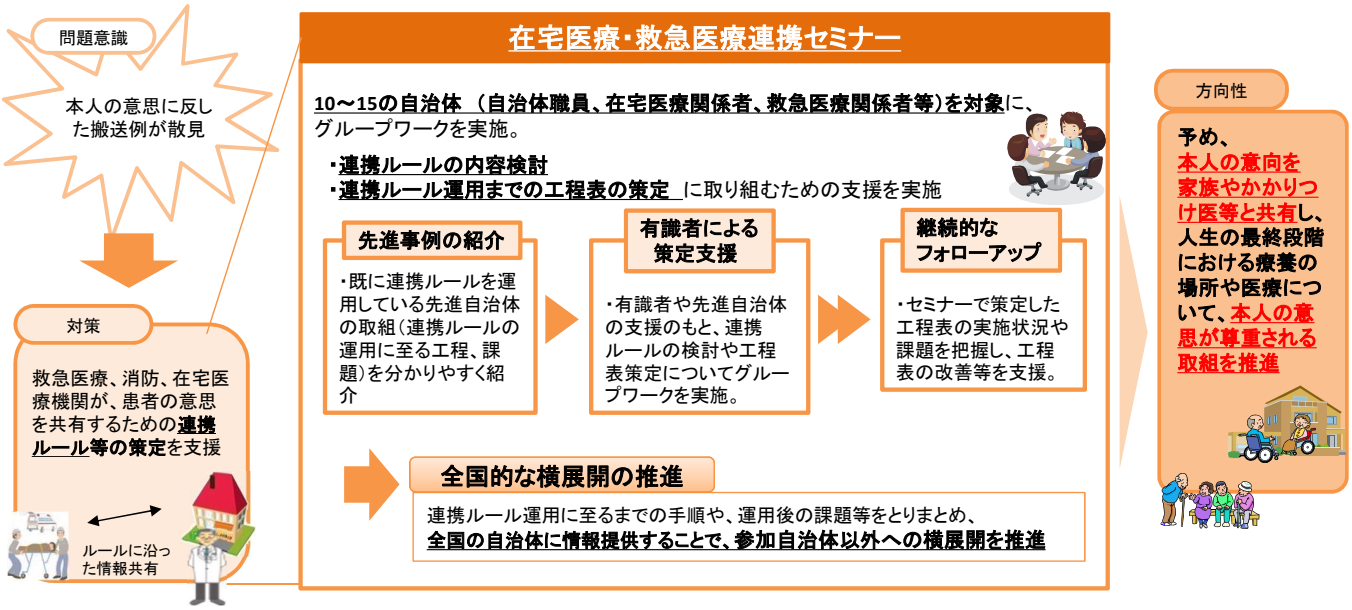
平成30年度予算　17百万円
平成31年度概算要求額　17百万円

＜背景・課題＞　**本人の意思に反した（延命を望まない患者の）救急搬送が散見**

国民の多くが人生の最期を自宅で迎えることを希望している。一方、高齢者の救急搬送件数も年々増加し、また大半は、人生の最終段階における医療等について、家族と話し合いを行っていない。このような背景を踏まえると、今後、本人の意思に反した救急搬送が増加する懸念がある。

＜対策＞　**患者の意思を関係機関間で共有するための連携ルールの策定支援**

先進自治体では、在宅医療関係者と救急医療関係者の協議の場を設け、救急搬送時の情報共有ルールの設定や、住民向け普及啓発に取り組んでいる。こうした先進事例をもとに、複数の自治体を対象としたセミナーを実施し、連携ルール策定のための重点的な支援を行う。また、本取組について全国的な横展開を推進していくことで、人生の最終段階において本人の意思が尊重される環境を整備する。



人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発の在り方に関する報告書（平成30年３月29日公表）　抜粋

普及・啓発の目的と必要性

○　人生の最終段階において、本人の意思に沿った医療・ケアが行われるようにするためには、人生の最終段階における医療・ケアについて繰り返し話し合う取組が、医療・介護現場だけではなく、国民一人一人の生活の中に浸透し、「生を全うする医療・ケアの質」を高めていくことが必要。

○　このため、国民全体が、人生の最終段階における医療・ケアについて、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）※等の概念を盛り込んだ意思決定及びその支援の取組の重要性について、一層の普及・啓発が必要。

※　人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス

普及・啓発の内容・方法（抜粋）

○　普及・啓発は、対象の属性に応じ、提供する情報の内容や支援方法を次のとおり分けて検討することが必要。

①　人生の最終段階における医療・ケアの在り方を自分ごととして考える時期にある方
②　①の方を身近で支える立場にある家族等
③　本人や家族等を支える医療・ケアチーム
④　国民全体

本人や身近な人のもしものときに備えて、日頃から考え、家族等の信頼できる者と繰り返し話し合いを行い、その内容を共有しておくことが重要であること

【国】考える日の設定や、この日に合わせたイベントの開催、関連情報のポータルサイトやeラーニング等の学習サイトの開設、ACPについて国民に馴染みやすい名称の検討

【地方自治体】リーフレットの配布、市民向けのセミナーの開催

【民間団体】結婚、出産、介護保険加入、介護休業、退職等のライフイベントに関連する手続きの機会を通じたリーフレットの配布、セミナーの開催

【教育機関】学校における生命や医療・ケアに関する授業や講義の機会を通じ、人生の最終段階における医療・ケアに関する教育　等

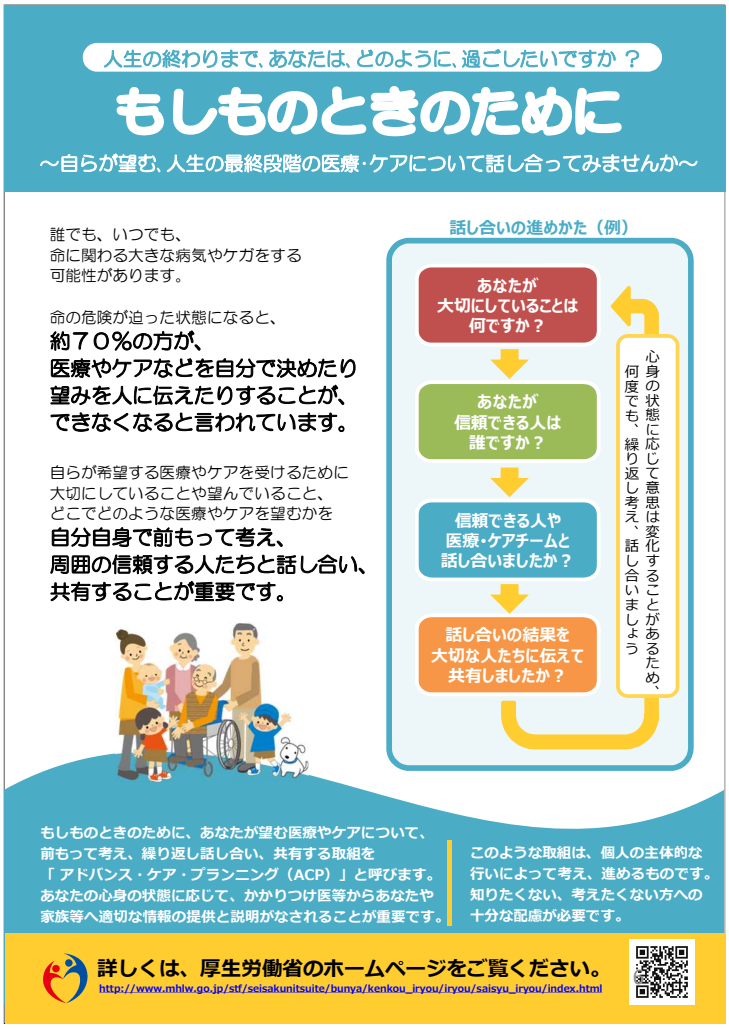
ＡＣＰの普及啓発のためのリーフレットについて

○　ACPの普及啓発を図ることを目的としてリーフレットを右図のとおり作成し、厚生労働省HPにおいて、公表。

○　都道府県や医療・介護関係団体に対して、リーフレットを広報に当たって御活用いただくよう周知。

※　リーフレット掲載HP
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/saisyu_iryou/index.html

※　「人生の最終段階における医療・ケアに関するリーフレットについて」（平成30年７月19日付け厚生労働省医政局地域医療計画課事務連絡）等を通じて周知を実施。



ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の愛称選定について

人生の最終段階において、本人が希望する「生を全う」するためには、本人の意思が尊重された医療・ケアが行われる必要がある。そのため、事前に家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合う取組が重要であり、こういった取組が国民一人一人の生活の中に浸透するよう、「ACP愛称選定委員会」を設置し、国民に馴染みやすい愛称を選定した。

【ACP愛称選定委員会構成員】（敬称略・五十音順）　○は座長

○内多　勝康（国立成育医療研究センターもみじの家ハウスマネージャー、元NHKアナウンサー）　　小籔　千豊（タレント）
小山　薫堂（放送作家、脚本家、京都造形芸術大学副学長）　　鈴木　美穂（認定NPO法人マギーズ東京共同代表理事）
新浪　剛史（サントリーホールディングス代表取締役社長）　　樋口　範雄（武蔵野大学法学部特任教授）
紅谷　浩之（オレンジホームケアクリニック代表）　　松原　謙二（公益社団法人　日本医師会副会長）

【選定方法】

厚生労働省ホームページにてACPの愛称を広く一般に公募し、応募総数1,073件の応募の中から、ACP愛称選定委員会の合議により候補を選定し、商標登録等がなされていないことを確認して決定した。

【選定結果】

10月31日に開催したACP愛称選定委員会での議論の結果、「意味が明確な単語の組み合わせにより、日常会話に浸透していくことが期待できる」、「家族等、信頼できる人たちと輪を囲んで話し合う、というイメージが湧く」という理由により、須藤麻友氏（聖隷浜松病院・看護師）が提案した**「人生会議」が愛称と決定された**。

また、**11月30日（いい看取り、看取られ）を「人生会議の日」**と設定し、**人生の最終段階における医療・ケアについて考える日**とした。

【広報活動】

・人生会議（ACP）の普及・啓発を図ることを目的として、厚生労働省ホームページにおいて公表。
　※　掲載HP　https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html
・都道府県、医療・介護関係団体及び経済団体等に対して、「人生会議」を広報に御活用いただくよう周知。
・「人生会議」を表すロゴマークを2019年1月21日～2月15日で一般公募し、現在選考中。
・　今後、人生会議（ACP）の更なる普及・啓発に向けた取組を行う予定。

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://https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html

６．救急医療について

（１）救急医療の確保

○　救急医療の需要は増加傾向にあり、この傾向は今後も続くことが予想される。救急医療資源に限りがある中で、この需要に対応しつつ、円滑な受入体制の整備やいわゆる出口問題へ対応するためには、地域の救急医療機関と、かかりつけ医や介護施設等の関係機関との連携により、病院前救護活動から社会復帰までの医療が連携し継続して実施される体制の構築が重要であり、国、地方公共団体、医療関係者等が力を合わせて、救急医療の確保に引き続き取り組んでいく必要がある。

（２）救急患者の医療機関による円滑な受入れ

○　傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準（実施基準）の策定及び実施基準に係る協議、調整を行う協議会（メディカルコントロール協議会等）においては、救急需要の増大､搬送受入困難事例の増加や多岐にわたる救急疾患等があることから、受入困難の原因を詳細に把握分析し、それぞれの地域の実情に応じて、消防機関と救急医療機関（小児救急、周産期救急、精神科救急を含む。）とが、一体となり対応し、更なる病院前医療体制の強化が図られるようお願いする。

○　また､平成 31 年度予算案においては､医療機関間等の患者搬送において救急救命士が同乗した病院救急車を実際に運用し、地域の救急医療体制に与える効果検証を行うためのモデル事業を新たに盛り込むとともに､平成 30 年度に引き続き､地域に設置されているメディカルコントロール協議会への医師の配置を支援する事業や、長時間搬送先が決まらない救急患者を受け入れる二次救急医療機関への支援事業を盛り込んでいる。各都道府県においては、消防部局と連携を図りつつ、救急患者が円滑に医療機関に受け入れられるために必要な取組みを進めるようお願いする。

（３）救命救急センターの新しい充実段階評価

○　救命救急センターの充実段階評価については、充実度を評価する事により、個々の救命救急センターの機能の強化、質の向上を促し、もって全国の救急医療体制の強化を図る目的で毎年実施している。「救急医療体制等のあり方に関する検討会」等における議論を踏まえ、評価項目及び評価区分を見直し、「救命救急センターの新しい充実段階評価について」（平成 30 年 2 月 16 日医政地発 0216 第 1 号）を発出し、本年度は「救命救急センターの充実段階評価について（依頼）」（平成 30 年 12 月 26 日医政地発 126 第 1 号）において調査を行った。結果に関しては、現在集計中であり、本年度中に公表予定である。

各都道府県におかれては、充実段階評価を参考に、管下の救命救急センターの機能の強化・質の向上について一層の取組を促すとともに、各病院への格段の支援をお願いする。

（４）ドクターヘリ運航体制の構築

○　ドクターヘリ導入促進事業について、平成 31 年度予算案においては、平成 30 年度に引き続き、全国 53 機分のドクターヘリの運航経費を計上するとともに、新たに、ドクターヘリによる診療の効果等の有効性を検証するため、ドクターヘリが介入した症例データの登録に要する経費について計上している。

○　一方、平成 28 年 8 月に国内では初めてとなるドクターヘリの落着事故事案が発生した。当該事故を踏まえ、「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」における議論を踏まえ、「ドクターヘリの安全運航のための取組について」（平成 30 年７月 25 日医政地発 0725 第３号）を発出した。各道府県におかれても、内容について御了知いただくとともに、本通知の趣旨等に基づき、ドクターヘリを活用する医療機関に対し必要な指導を行うとともに、消防機関及び関係機関等に対し、改めて周知方お願いする。

○　また、大規模災害時にドクターヘリが効果的かつ効率的に活動できるよう、全国からの参集方法や参集後の活動方法等を含む「大規模災害時におけるドクターヘリの運用体制の構築にかかる指針について」（平成 28 年 12 月 5 日医政地発 1205 第 1 号）を平成 28 年に発出した。

各道府県におかれては、平時から所属する地域ブロック内の関係機関や近接する道府県との相互応援、共同運用等の協定締結に努めるなど、本指針の内容について御了知いただくとともに、貴管下の関係団体、医療機関等に対しても周知方お願いする。

（５）救急利用の適正化

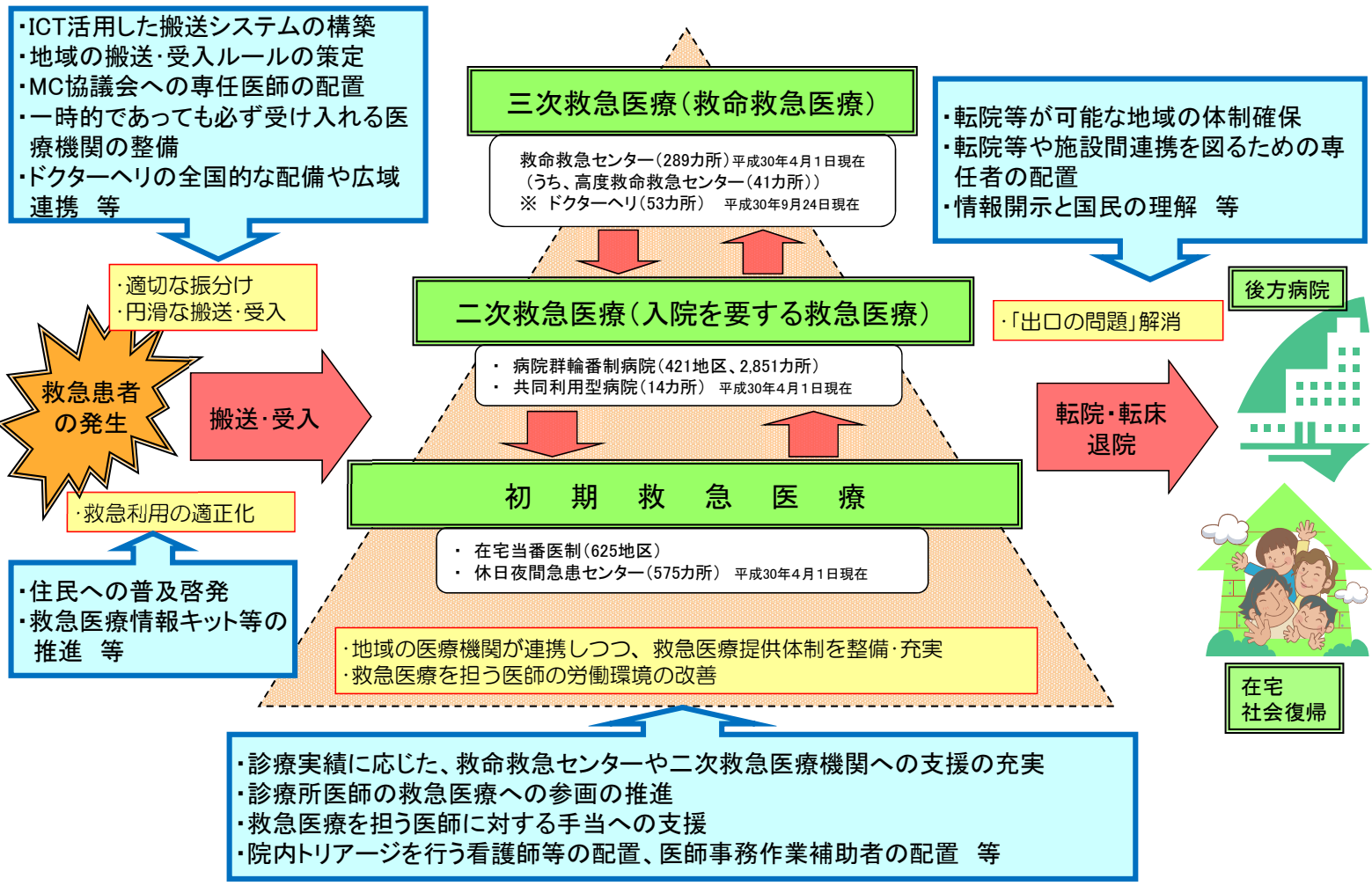
○　平成 29 年の救急車による搬送人員は、この 10 年間で 17.0％（約 83 万人）増加している。そのうち半数以上が 65 歳以上の高齢者であり、今後も増加することが考えられる。

○　このような中、病院間搬送において、急性期でないにもかかわらず、消防機関の救急車を利用している現状もあると消防庁から指摘されていることから、救急車が本来必要な患者に提供できるよう医療機関を指導するとともに、民間搬送を活用した体制整備などに努められたい。

（６）自動体外式除細動器（ＡＥＤ）の普及啓発

○　ＡＥＤに関しては、各都道府県のＡＥＤの設置登録情報が、日本救急医療財団のウェブサイトにＡＥＤマップとして公開されている。この旨は、「自動体外式除細動器（ＡＥＤ）設置登録情報の有効活用等について（通知）」（平成 27 年 8 月 25 日医政発 0825 第 7 号）において示しており、各都道府県におかれては、提供される情報を参考に、市民へＡＥＤの普及啓発をさらに進めていただきたい。

救急医療の充実



ドクターヘリ運航体制の構築

背景・課題

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

ドクターヘリ導入促進事業　平成31年度予算案67．3億円
（医療提供体制推進事業費補助金230.4億円の内数）

ドクターヘリの全国展開を推進するために、ドクターヘリの運航に必要な経費について財政支援を行い、救命率の向上及び広域患者搬送体制の確保を図る。

・補助先：都道府県等　・実施主体：救命救急センター
・箇所数：53か所

ドクターヘリの運航

ドクターヘリの内部

ヘリポート周辺施設 施設整備事業
（医療提供体制施設整備交付金28.4億円の内数）

降雨や降雪等によるドクターヘリの機体劣化等を防止するために必要な、ヘリポート周辺施設の整備に対する財政支援を行う。

・補助先：都道府県等
・実施主体：救命救急センター
・対象設備：格納庫、給油施設、融雪施設

○ 43道府県53機にて事業を実施（平成30年9月24日現在）

平成13年度	5県	岡山県、静岡県、千葉県、愛知県、福岡県
平成14年度	2県	神奈川県、和歌山県
平成17年度	2道県	北海道、長野県
平成18年度	1県	長崎県
平成19年度	3府県	埼玉県、大阪府、福島県
平成20年度	3県	青森県、群馬県、沖縄県
平成21年度	4道県	千葉県（2機目）、静岡県（2機目）、北海道（2機目、3機目）、栃木県
平成22年度	5県	兵庫県、茨城県、岐阜県、山口県、高知県
平成23年度	6県	島根県、長野県（2機目）、鹿児島県、熊本県、秋田県、三重県
平成24年度	8県	青森県（2機目）、岩手県、山形県、新潟県、山梨県、徳島県、大分県、宮崎県
平成25年度	3県	広島県、兵庫県（2機目）、佐賀県
平成26年度	1道	北海道（4機目）
平成27年度	2県	滋賀県、富山県
平成28年度	5県	宮城県、新潟県（2機目）、奈良県、愛媛県、鹿児島県（2機目）
平成29年度	1県	鳥取県
平成30年度	1県	石川県

７．災害医療について

（１）災害拠点病院等の非常用自家発電設備及び給水設備の整備について

○　平成３０年７月豪雨や平成３０年北海道胆振東部地震等により医療機関で断水や停電が多数発生したため、災害時に特に重要な医療機能を担う全国の災害拠点病院、救命救急センター、周産期母子医療センターを対象に、非常用自家発電設備や給水設備の整備状況について、各都道府県の協力のもと緊急点検を実施したところ。その結果、診療機能を３日程度維持するために必要な設備の増設等が必要な病院があることが分かった。

このため、平成３０年度第二次補正予算及び平成３１年度予算案において、「防災・減災・国土強靭化のための３カ年緊急対策」として民間等の災害拠点病院、救命救急センター、周産期母子医療センターを対象に、非常用自家発電設備及び給水設備の増設等に必要な経費の補助を行うための予算を計上した。

	平成３０年度二次補正予算	平成３１年度当初予算案
非常用自家発電機設備	８３４百万円	８３４百万円
給水設備	１，３２６百万円	１，３２６百万円

各都道府県は、先般の緊急点検で、これら設備の増設等が必要な災害拠点病院等について把握しているので、該当する病院にこれらの補助事業を周知し、積極的な活用を働きかけていただくようお願いする。

また、「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」において、災害拠点病院・救命救急センター・周産期母子医療センターの自家発電機と燃料備蓄の保有、受水槽や地下水利用など水確保対策について現在検討を行っており、これらの病院の指定要件等の見直しも今後予定しているのでご留意いただきたい。

（２）医療施設耐震整備、災害拠点病院の機能強化のため予算の活用について

○　医療施設の耐震化については、平成３０年度二次補正予算において２，１４４百万円、平成３１年度予算案では５，３８６百万円を計上し、医療施設の耐震整備に必要な予算の確保に積極的に取り組んでいる。医療施設の耐震化整備について引き続き配慮をお願いする。

また、災害拠点病院の機能強化のため、緊急車輌や医療関係団体等との定期的な訓練資機材の整備を補助する予算を平成３０年度二次補正予算において３６１百万円計上した。これらについても周知し、積極的な活用を働きかけていただくようお願いする。

	平成３０年度二次補正予算	平成３１年度当初予算案
耐震整備	２，１４４百万円	５，３８６百万円
災害拠点病院の機能強化（緊急車両・訓練資機材整備）	３６１百万円	―

（３）災害医療コーディネーターの養成について

○　災害発生時に、全国から参集する災害派遣医療チーム（ＤＭＡＴ）等の医療チームへの支援のため、医療現場の状況や支援ニーズを吸い上げ、医療施設や避難所等への適切かつ迅速な医療チームの派遣調整等を担う災害医療コーディネーターを養成するための事業（都道府県災害医療コーディネーター研修事業）を平成２６年度に創設し、全都道府県を対象に研修を実施してきた。

平成３１年２月に、災害医療コーディネーターの役割、運用、活動内容等について明確化するため、「災害医療コーディネーター活動要領」を策定したので、内容を了知いただくとともに、管内の保健所、市区町村、その他の関係機関及び災害医療コーディネーター等への周知方お願いする。

（４）災害時小児周産期リエゾンについて（再掲）

○　災害時小児周産期リエゾンについては、平成 28 年度から養成研修事業を開始し、平成 30 年度までに約 450 名が受講を終えている。今般、「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」における検討を踏まえ、災害時小児周産期リエゾン活動要領を取りまとめた。当該活動要領において、災害時小児周産期リエゾンは、「災害時に、都道府県が小児・周産期医療に係る保健医療活動の総合調整を適切かつ円滑に行えるよう、保健医療調整本部において、被災地の保健医療ニーズの把握、保健医療活動チームの派遣調整等に係る助言及び支援を行う都道府県災害医療コーディネーターをサポートすることを目的として、都道府県により任命された者」と定義している。都道府県においては、活動要領の内容について御了知いただくとともに、災害時小児周産期リエゾンの任命及び協定の締結を行い、平時からの訓練等を通じて災害時小児周産期リエゾンが必要な関係者と緊密な連携がとれる様、配慮をお願いしたい。

（５）災害拠点病院の機能の充実・強化について

○　災害拠点病院については、平成３０年９月の「災害拠点病院指定要件の一部改正について」（平成３０年９月５日付医政発０９０５号第８号）において、食料、飲料水、医薬品だけでなく、燃料についても、複数の業者や地域の関係団体（組合等）との協定の締結により、災害時に優先的に供給される体制を整えることを指定要件に追加したところであり、平成３２年３月までに整備することを求めている。また、特定の業者が被災等で燃料を配送できなくなる事態に備え、平時から協定を締結した相手と、燃料の供給を受けるために必要な情報の共有等の関係

構築を図ることも求めている。

都道府県は指定した災害拠点病院が要件に合致しているかどうかを毎年確認し、指定要件を満たさなくなった場合には指定の解除を行うこととなっているので、管内の災害拠点病院の状況を把握するとともに、協定の締結や関係者間の調整、情報共有のための関係構築について、災害拠点病院等を積極的に支援するようお願いする。

なお、災害拠点病院は、平成２９年３月の指定要件の改正により業務継続計画（ＢＣＰ）の整備等を本年３月までに行うこととなっている。こちらについても指定要件に係る通知に記載されているように、要件に合致しているかどうかを確認し、指定要件を満たさなくなった場合には指定の解除を行うようお願いする。

（６）DPAT について

○　災害時における DPAT と DMAT 等との連携を一層強化するため、平成 31 年度より、DPAT に関する業務について、社会・援護局障害保健福祉部から医政局に移管することとしている。また、業務の移管に伴い、DPAT に関連する予算事業については、平成 31 年度予算案より医政局において計上することとしている。都道府県においても、医政関係主管課と障害保健福祉関係主管課が連携の上、DPAT の体制整備及び DMAT 等との連携の強化を図るようお願いする。

災害拠点病院等の自家発電設備の燃料確保に関する緊急対策

平成31年度予算案:8.3億円
平成30年度第2次補正予算額:8.3億円

概　要

平成30年北海道胆振東部地震を踏まえ、全国の災害拠点病院等を対象に非常用自家発電設備の整備状況等の緊急点検を行った結果、災害時において病院の診療機能を3日程度維持するために設備の増設等が必要な災害拠点病院等に対して、整備に要する経費の一部を支援する。

【事業概要】非常用自家発電設備の増設等（※）に必要な経費の補助を行う。

※　３日程度診療機能を維持するために必要な非常用自家発電装置の燃料タンクの増設、病院内に燃料備蓄が可能な非常用自家発電装置への更新

【補助対象】民間等の災害拠点病院、
救命救急センター及び周産期母子医療センター

【調整率】　０．３３

（非常用自家発電装置）

災害拠点病院等の給水設備の強化に関する緊急対策

平成31年度予算案:13億円
平成30年度第2次補正予算額:13億円

概　要

平成30年7月豪雨を踏まえ、全国の災害拠点病院等を対象に給水設備の整備状況等の緊急点検を行った結果、災害時において病院の診療機能を3日程度維持するために設備の増設等が必要な災害拠点病院等に対して、整備に要する経費の一部を支援する。

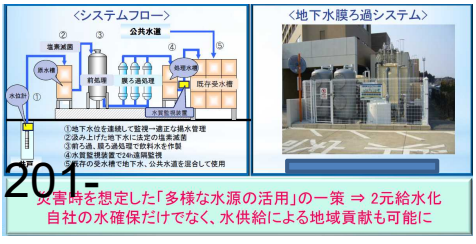
【事業概要】給水設備の増設等（※）に必要な経費の補助を行う。

※　３日程度診療機能を維持するために必要な受水槽の増設、地下水利用給水設備の整備

【補助対象】民間等の災害拠点病院、
救命救急センター及び周産期母子医療センター

【調整率】　０．３３

（地下水利用システム整備）



（受水槽増設）

病院の耐震整備に関する緊急対策

平成31年度予算案：54億円
平成30年度第２次補正予算額：21億円

概　要

病院の耐震改修状況については、毎年度調査を行い、災害拠点病院及び救命救急センターの耐震化率は平成29年9月時点で89.4%、病院全体の耐震化率は72.9%であり、いずれもまだ十分とはいえない。
このため、未耐震の災害拠点病院や救命救急センター等の救急医療を担っている病院及び耐震性が特に低い建物（Is値0.3未満）を有する病院等の耐震整備に対する支援を行う。

【事業概要】
未耐震の災害拠点病院や救命救急センター等の救急医療を担っている病院及び耐震性が特に低い建物（Is値0.3未満）を有する病院等の耐震整備に対する支援を行う。

※ Is値とは、地震に対する建物の耐震性能を表す指標であり、震度６以上の地震に対して、Is値0.6未満は未耐震の建物としており、0.3未満は、震度６以上の地震に対して建物が倒壊、又は崩壊する危険性が高い。（特定建築物の耐震診断及び耐震改修に関する指針（H7建設省告示））

【補助対象】
民間等の病院（災害拠点病院や救命救急センター等の救急医療を担っている病院及び耐震性が特に低い建物（Is値0.3未満）を有する病院）

【調整率】０．５０

（耐震整備の例）

災害拠点病院の機能強化

平成30年度第２次補正予算額：3.6億円

課　題

災害拠点病院は、災害時に24時間緊急対応し、災害発生時に被災地内の傷病者の受入及び搬出を行うことが可能な体制を整備するため、様々な指定要件が定められているが、今後、発生が予想される南海トラフ地震等の巨大地震に備えた医療提供体制の整備は重要な課題となっており、災害拠点病院の機能強化のための整備を進める必要がある。

事業概要

災害拠点病院の機能強化のため、以下の経費を補助する。（公立除く）

①重篤な患者の被災地外への搬出等に対応できる緊急車輌（設備整備補助）
②医療関係団体等との定期的な訓練実施に必要な資機材（設備整備補助）

【補助対象】
災害拠点病院

【補助率】
１／３

（緊急車輌）

（災害訓練）

重要インフラの緊急点検の結果及び対策について

重要インフラの緊急点検の概要

資料1 国土強靱化

平成30年9月28日内閣官房国土強靱化推進室プレスリリース資料より

緊急点検の背景・目的

○平成30年7月豪雨、平成30年台風第21号、平成30年北海道胆振東部地震 等 により、これまで経験したことのない事象が起こり、重要インフラの機能に支障を来すなど、国民経済や国民生活に多大な影響が発生した。
○直近の自然災害で、インフラの機能確保に関して問題点が明らかになった事象に対して、電力や空港など国民経済・生活を支え、国民の生命を守る重要インフラが、あらゆる災害に際して、その機能を発揮できるよう、全国で緊急点検を実施する。

緊急点検の対象とする重要インフラ

○直近の自然災害で、問題点が明らかになり、国民経済・国民生活を守る、又は、人命を守るため、点検の緊急性が認められるものとして、以下の①～③を対象。
①ブラックアウトのリスク・被害を極小化する必要がある電力供給に係る重要インフラ
②電力喪失等を原因とする致命的な機能障害を回避する必要がある重要インフラ
③自然災害時に人命を守るために機能を確保する必要がある重要インフラ

緊急点検の実施概要

○11府省庁において、重要インフラの機能確保について、118項目の点検を実施。
（内閣府、警察庁、金融庁、総務省、法務省、文部科学省、厚生労働省、農林水産省、経済産業省、国土交通省、環境省）
※点検の実施項目は、今後、追加もあり得る。
○平成30年11月末を目途に、対応方策をとりまとめ。

（参考）「重要インフラの緊急点検に関する関係閣僚会議」における総理発言（平成30年9月21日）
電力や空港など、私たちの生活を支える重要なインフラがあらゆる災害に対し、その機能を維持できるよう、全国で緊急に点検を行い、本年１１月末を目途に対策を取りまとめます。

災害拠点病院等の電気・水の確保に関する規定について

・災害拠点病院については、東日本大震災の後に開催された「災害医療等のあり方に関する検討会」の報告書を踏まえ、電気については自家発電の保有、3日間程度の燃料備蓄が要件に定められた。
・水については受水槽の保有や井戸設備の整備、優先的な給水協定の整備を例示し、水の確保を要件としたが、飲料水の備蓄（3日分程度）を除き、具体的な数値は定めなかった。

災害拠点病院指定要件（抄）　平成24年3月21日付医政局長通知により改正。

（2）　施設及び設備

①　医療関係

ア. 施設

災害拠点病院として、下記の診療施設等を有すること。

（ア）～（イ）（略）

（ウ）通常時の6割程度の発電容量のある自家発電機等を保有し、3日分程度の燃料を確保しておくこと。また、平時より病院の基本的な機能を維持するために必要な設備について、自家発電機等から電源の確保が行われていることや、非常時に使用可能なことを検証しておくこと。なお、自家発電機等の設置場所については、地域のハザードマップ等を参考にして検討することが望ましい。

（エ）適切な容量の受水槽の保有、停電時にも使用可能な井戸設備の整備、優先的な給水協定の締結等により、災害時の診療に必要な水を確保すること。

イ. （略）

ウ. その他食料、飲料水、医薬品等について、流通を通じて適切に供給されるまでに必要な量として、3日分程度を備蓄しておくこと。～

※　改正前は「水、電気等のライフラインの維持機能を有すること」が指定要件となっていた。

救命救急センター、周産期母子医療センターについては、自家発電機（備蓄する燃料含む。）、受水槽（備蓄する飲料水含む。）の保有について求める規定はない。

2

災害拠点病院等に関する自家発電設備の緊急点検の結果

概　　要：　平成30年北海道胆振東部地震を踏まえ、全国の災害拠点病院等を対象として非常用自家発電設備の整備状況等の緊急点検を行ったところ、点検した全病院に非常用自家発電設備は整備されていたが、診療機能を3日程度維持するために設備の増設等が必要な病院が157箇所あった。

　　このため、非常用自家発電設備の増設等（燃料タンクの増設等）が必要な民間病院等に対して、整備に必要な支援を実施する。

府省庁名：厚生労働省

災害拠点病院、救命救急センター、周産期母子医療センター　計822病院

点検を実施し、対応が必要なヵ所を抽出

非常用自家発電設備の増設等が必要な病院　157病院（公立32、民間等125）

↓

・非常用自家発電設備の燃料タンクの容量で病院の診療機能を維持できる期間が3日未満
※　ブラックアウトが起こった北海道胆振東部地震では停電戸数の99%が停電後、約50時間で解消　144病院

・非常用自家発電設備の燃料がガスのみ（診療機能を3日程度維持する備蓄無し）　13病院

＜抽出の考え方＞
長期間（3日程度）の停電の際に、診療機能を維持するために必要な電力の確保が自力でできないおそれのある病院

（非常用自家発電装置）

3

災害拠点病院等に関する給水設備の緊急点検の結果

概　　要：　平成30年7月豪雨を踏まえ、全国の災害拠点病院等を対象として給水設備の整備状況等の緊急点検を行ったところ、診療機能を3日程度維持するために必要な設備の増設等が必要な病院が207箇所あった。
　このため、給水設備の増設等（受水槽の増設等）が必要な民間病院等に対して、整備に必要な支援を実施する。
府省庁名：厚生労働省

災害拠点病院、救命救急センター、周産期母子医療センター　計822病院

↓ 点検を実施し、対応が必要なヵ所を抽出

給水設備の増設等が必要な病院（以下のどちらにも該当する病院）　207病院（公立83、民間等124）

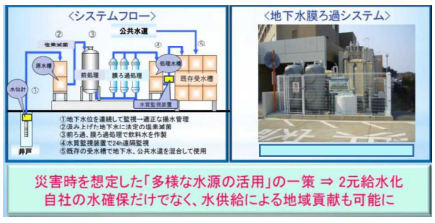
↓

・地下水（井戸水）を利用していない

・保有する受水槽の水の容量で病院の診療機能を維持できる期間が3日未満

＜抽出の考え方＞
長期間（3日程度）の断水の際に、診療機能を維持するための水の確保が自力でできないおそれのある病院

（地下水利用システム整備）



（受水槽増設）

4

（参考）　緊急点検結果の詳細

（自家発電設備の状況）

	総数	自家発電設備あり	非常用自家発電設備の燃料がガスのみ（診療機能を3日程度維持する備蓄無し）	非常用自家発電設備の燃料タンクの容量で病院の診療機能を維持できる期間が3日未満
災害拠点病院	736	736	11	114
救命救急センター	7	7	1	1
周産期母子医療センター	79	79	1	29
計	822	822	13	144

※　各施設とも、平成30年10月1日時点に指定されているものとして、都道府県より緊急点検結果が報告されてきたもの。
※　救命救急センターは、災害拠点病院に指定されている施設を除く。（重複除く。以下同じ。）
※　周産期母子医療センターは、災害拠点病院、救命救急センターに指定されている施設を除く。（重複除く。以下同じ。）

（給水設備の状況）

	総数	受水槽あり	うち地下水利用もあり	受水槽なし	うち地下水利用はあり	受水槽なしかつ地下水利用もなし
災害拠点病院	736	726	431	10	8	2
救命救急センター	7	7	5	0	0	0
周産期母子医療センター	79	77	48	2	1	1
計	822	810	484	12	9	3

（受水槽の水確保の状況）

	総数	受水槽あり	受水槽容量3日未満	うち地下水利用なし
災害拠点病院	736	726	477	177
救命救急センター	7	7	5	1
周産期母子医療センター	79	77	65	26
計	822	810	547	204

災害拠点病院等の自家発電設備の燃料確保に関する緊急対策

概　　要：　平成30年北海道胆振東部地震を踏まえ、全国の災害拠点病院等を対象に非常用自家発電設備の整備状況等の緊急点検を行った結果、災害時において病院の診療機能を3日程度維持するために設備の増設等が必要な災害拠点病院等に対して、整備に要する経費の一部を支援する。
府省庁名：厚生労働省

非常用自家発電設備の増設等の補助

（非常用自家発電装置）

箇所：125病院

期間：2020年度まで

実施主体：民間等の災害拠点病院、
救命救急センター及び周産期母子医療センター

内容：非常用自家発電設備の増設等（※）に必要な経費の補助を行う。

※　3日程度診療機能を維持するために必要な非常用自家発電装置の燃料タンクの増設、病院内に燃料備蓄が可能な非常用自家発電装置への更新
※　公立病院については総務省において地方財政措置を講じる予定

達成目標：
災害時に特に重要な医療機能を担う災害拠点病院等において、病院の診療機能を3日程度維持できる非常用自家発電設備の整備を完了

6

災害拠点病院等の給水設備の強化に関する緊急対策

概　　要：　平成30年7月豪雨を踏まえ、全国の災害拠点病院等を対象に給水設備の整備状況等の緊急点検を行った結果、災害時において病院の診療機能を3日程度維持するために設備の増設等が必要な災害拠点病院等に対して、整備に要する経費の一部を支援する。
府省庁名：厚生労働省

給水設備の増設等の補助

（受水槽増設）

箇所：124病院

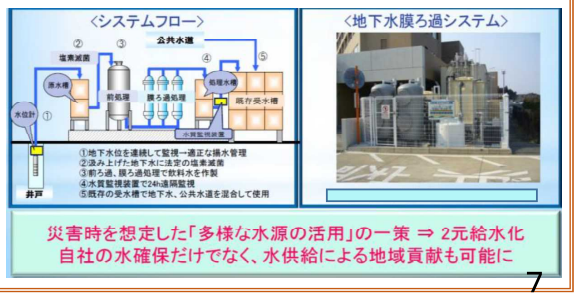
期間：2020年度まで

実施主体：民間等の災害拠点病院、
救命救急センター及び周産期母子医療センター

内容：給水設備の増設等（※）に必要な経費の補助を行う。

※　3日程度診療機能を維持するために必要な受水槽の増設、地下水利用給水設備の整備
※ 公立病院については総務省において地方財政措置を講じる予定

（地下水利用システム整備）



達成目標：
災害時に特に重要な医療機能を担う災害拠点病院等において、病院の診療機能を3日程度維持できる給水設備の整備を完了

7

議論いただきたい内容

○　自家発電設備の燃料タンク容量で病院の診療機能を維持できる期間が3日未満と回答した災害拠点病院が114病院あった。災害拠点病院の指定要件には、都道府県は、指定した災害拠点病院が要件に合致しているか確認し、要件を満たさなくなった場合には指定の解除を行う旨の規定がある。
**　今回の点検結果を踏まえて、都道府県に対し、状況の再確認を依頼するとともに、仮に要件を満たさない場合は、病院や都道府県に今後の対応方針を聴取してはどうか。**

○　長期の断水に備え、飲料水の備蓄以外にも、災害拠点病院の水の確保について定量的な要件を定めるべきではないか（例えば、受水槽の保有は、飲料水の備蓄と同様に、病院の診療機能を3日程度維持できる量（地下水（井戸水）利用確保でも可）を求めてはどうか。）

○　災害拠点病院と同様に、救命救急センター、周産期母子医療センターについても、自家発電機（備蓄する燃料含む。）、受水槽（備蓄する飲料水含む。）の保有又は地下水（井戸水）利用について求める規定等を検討してはどうか。

（参考）

○災害拠点病院指定要件（抄）

（4） その他
　災害拠点病院の指定に当たっては、都道府県医療審議会等の承認を得ることとし、指定されたものについては医療計画に記載すること。また、都道府県は指定した災害拠点病院が要件に合致しているかどうかを毎年（原則として4月1日時点）確認し、指定要件を満たさなくなった場合には指定の解除を行うこと。～

8

医政地発０２０８第２号
平 成 31 年 ２ 月 ８ 日

各都道府県衛生主管部（局）長　殿

厚生労働省医政局地域医療計画課長
（　公　印　省　略　）

「災害医療コーディネーター活動要領」及び「災害時小児周産期リエゾン活動要領」について

大規模災害時の各都道府県における保健医療活動に係る体制については、これまで「大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備について」（平成 29 年７月５日付け科発 0705 第３号・医政発 0705 第４号・健発 0705 第６号・薬生発 0705 第１号・障発 0705 第２号厚生労働省大臣官房厚生科学課長、医政局長、健康局長、医薬･生活衛生局長及び社会･援護局障害保健福祉部長連名通知）において、保健医療活動チームの派遣調整、保健医療活動に関する情報の連携、整理及び分析等の保健医療活動の総合調整を行う保健医療調整本部を設置し、保健所、保健医療活動チームその他の関係機関と連携を図り、全体としてマネジメントする機能を構築することをお示ししているところである。

今般、厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）による「首都直下型地震・南海トラフ地震等の大規模災害時に医療チームが効果的、効率的に活動するための今後の災害医療体制のあり方に関する研究」（研究代表者：小井土雄一国立病院機構災害医療センター臨床研究部長）において、保健医療調整本部等におけるコーディネート体制を担う災害医療コーディネーター及び災害時小児周産期リエゾンの活動要領案が作成された。当該活動要領案を参考に、厚生労働省は、「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」における意見を踏まえ、「災害医療コーディネーター活動要領」及び「災害時小児周産期リエゾン活動要領」（以下「両活動要領」という。）を、別添１及び別添２のとおり取りまとめた。

貴職におかれては、両活動要領について御了知いただくとともに、貴管下の保健所、市区町村、その他の関係機関並びに災害医療コーディネーター又は災害時小児周産期リエゾンとなる者に対する周知方お願いする。

なお、本通知は、地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）第 245 条の４第１項の規定に基づく技術的助言であることを申し添える。

【別添１】

災害医療コーディネーター活動要領

平成 31 年２月８日

第１　概要

１　背景

我が国は、これまで、阪神・淡路大震災、東日本大震災、熊本地震等を踏まえ、災害時における医療体制を整備してきた。まず、阪神・淡路大震災を契機に、「災害拠点病院の整備」、「災害派遣医療チーム（Disaster Medical Assistance Team：DMAT）の養成」、「広域災害・救急医療情報システム（Emergency Medical Information System：EMIS）の整備」、「災害医療に係る保健所機能の強化」、「搬送機関との連携」等に取り組んできた。

その後、東日本大震災の経験から、「災害医療等のあり方に関する検討会報告書」（平成 23 年 10 月）を踏まえ、厚生労働省は「災害時における医療体制の充実強化について」（平成 24 年３月 21 日付け医政発 0321 第２号厚生労働省医政局長通知）を発出し、各都道府県に対し、医療チームの派遣調整等のコーディネート機能を十分に発揮できる体制の整備を求めるとともに、平成 26 年度より災害医療コーディネーターの養成を開始した。

また、小児・周産期医療と災害医療との連携の必要性が指摘されたことから、平成 26・27 年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「東日本大震災の課題からみた今後の災害医療体制のあり方に関する研究」（研究代表者：小井土雄一）において、災害医療コーディネーターと連携して小児・周産期医療に関する情報収集、関係機関との調整等を担う災害時小児周産期リエゾンを活用した体制について検討が行われた。さらに、「少子化社会対策大綱」（平成 27 年３月 20 日閣議決定）においては、地方自治体が、乳幼児、妊産婦等の要配慮者に十分配慮した防災知識の普及、訓練の実施、物資の備蓄等を行うとともに、災害から子供を守るための関係機関の連携の強化を図ることを促進することとした。これらを踏まえ、厚生労働省は、平成 28 年度より災害時小児周産期リエゾンの養成を開始した。

さらに、平成 28 年熊本地震に係る初動対応検証チームにより取りまとめられた「平成 28 年熊本地震に係る初動対応の検証レポート」（平成 28 年７月）において、被災地に派遣される医療チームや保健師チーム等を全体としてマネジメントする機能を構築する必要があるとされたことを踏まえ、厚生労働省は「大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備について」（平成 29 年７月５日付け科発 0705 第３号・医政発 0705 第４号・健発 0705 第６号・薬生発 0705 第１号・障発 0705 第２号厚生労働省大臣官房厚生科学課長、医政局長、健康局長、医薬・生活衛生局長及び社会・援護局障害保健福祉部長連名通知）を発出し、各都道府県に大規模災害時の保健医療活動の総合調整を行う保健医療調整本部を設置することとした。

本要領は、このような経緯を踏まえ、大規模災害時に、被災地域において適切に保健医療活動の総合調整が行われるよう、災害医療コーディネーターの運用、活動内容等について定めるものである。

2　本要領の位置付け

本要領は、防災基本計画及び厚生労働省防災業務計画に基づき、指定行政機関や都道府県等がその防災業務計画や地域防災計画（地方公共団体間の災害時相互応援協定を含む。）等において、災害医療コーディネーターの運用計画等について記載する際及び都道府県の医療計画等において、災害医療コーディネーターの整備、運用等の災害時の医療に係る項目を記載する際の指針となるものである。

なお、本要領は、災害医療コーディネーターの運用、活動内容等の基本的な事項について定めるものであり、都道府県等の自発的な活動を制限するものではない。

3　用語の定義

(1)　保健医療調整本部

災害時に、被災都道府県に設置され、保健医療活動チームの派遣調整、保健医療活動に関する情報の連携、整理、分析等の保健医療活動の総合調整を行う本部をいう。（「大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備について」（平成 29 年７月５日付け科発 0705 第３号・医政発 0705 第４号・健発 0705 第６号・薬生発 0705 第１号・障発 0705 第２号厚生労働省大臣官房厚生科学課長、医政局長、健康局長、医薬･生活衛生局長及び社会･援護局障害保健福祉部長連名通知））

(2)　災害時小児周産期リエゾン

災害時に、都道府県が小児・周産期医療に係る保健医療活動の総合調整を適切かつ円滑に行えるよう、保健医療調整本部において、被災地の保健医療ニーズの把握、保健医療活動チームの派遣調整等に係る助言及び支援を行う都道府県災害医療コーディネーターをサポートすることを目的として、都道府県により任命された者をいう。

(3)　保健医療活動チーム

災害派遣医療チーム（Disaster Medical Assistance Team：DMAT）、日本医師会災害医療チーム（Japan Medical Association Team：JMAT）、日本赤十字社の救護班、独立行政法人国立病院機構の医療班、歯科医師チーム、薬剤師チーム、看護師チーム、保健師チーム、管理栄養士チーム、災害派遣精神医療チーム（Disaster Psychiatric Assistance Team：DPAT）、その他の災害対策に係る保健医療活動を行うチーム（被災都道府県以外の都道府県から派遣されたチームを含む。）をいう。

(4)　災害派遣医療チーム（Disaster Medical Assistance Team：DMAT）

災害の発生直後の急性期（概ね 48 時間以内）に活動が開始できる機動性を持った、専門的な研修・訓練を受けた医療チームをいう。DMAT 事務局、DMAT 都道府県調整本部、DMAT 活動拠点本部等における活動、広域医療搬送、地域医療搬送、病院支援、現場活動等を主な活動とする。また、各本部における業務のサポート、病院支援、情報収集等のロジスティクスも行う。

(5)　ロジスティクス

保健医療活動に関わる通信、移動手段、医薬品、生活手段等を確保することをいう。保健医療活動に必要な連絡、調整、情報収集の業務等も含む。

(6)　災害時健康危機管理支援チーム（Disaster Health Emergency Assistance Team：

DHEAT）

災害が発生した際に、被災都道府県の保健医療調整本部及び被災都道府県等の保健所が行う、被災地方公共団体の保健医療行政の指揮調整機能等を応援するため、専門的な研修・訓練を受けた都道府県等の職員により構成する応援派遣チームをいう。（「災害時健康危機管理支援チーム活動要領について」（平成 30 年３月 20 日付け健健発 0320 第１号厚生労働省健康局健康課長通知））

(7)　地域防災計画

災害対策基本法（昭和 36 年法律第 223 号）第 40 条の規定に基づき、都道府県防災会議において防災基本計画に基づき作成される、当該都道府県の地域に係る防災に関する計画をいう。

(8)　広域災害･救急医療情報システム(Emergency Medical Information System:EMIS)

全国の災害医療に係る情報を共有し、災害時に、被災地域における迅速かつ適切な医療及び救護に関わる各種情報の集約及び提供を行うものをいう。

(9)　地域医療搬送

被災地内外を問わず、都道府県、市町村及び病院が、各防災関係機関の協力を得て、ヘリコプター、救急車等により患者を搬送する医療搬送（県境を越えるものも含む。）であり、広域医療搬送以外のものをいう。

災害現場から被災地域内の医療機関への搬送、被災地域内の医療機関から近隣地域への搬送、被災地域内の医療機関から航空搬送拠点臨時医療施設（Staging Care Unit:SCU）への搬送及び被災地域外の SCU から医療機関への搬送を含む。

(10)　広域医療搬送

国が各機関の協力の下、自衛隊機等の航空機を用いて対象患者を被災地内の航空搬送拠点から被災地外の航空搬送拠点まで航空搬送する医療搬送をいう。

被災地域及び被災地域外の民間や自衛隊の空港等に航空搬送拠点を設置して行う。

4　災害医療コーディネーターとは

災害医療コーディネーターとは、災害時に、都道府県並びに保健所及び市町村（以下「都道府県等」という。）が保健医療活動の総合調整等を適切かつ円滑に行えるよう、保健医療調整本部並びに保健所及び市町村における保健医療活動の調整等を担う本部（以下「保健医療調整本部等」という。）において、被災地の保健医療ニーズの把握、保健医療活動チームの派遣調整等に係る助言及び支援を行うことを目的として、都道府県により任命された者である。

都道府県の保健医療調整本部に配置される者を都道府県災害医療コーディネーター、保健所又は市町村における保健医療活動の調整等を担う本部に配置される者を地域災害医療コーディネーターと呼称する。（以下、特別の記載がない限り、「災害医療コーディネーター」とは「都道府県災害医療コーディネーター」及び「地域災害医療コーディネーター」のいずれも該当するものとする。）

災害医療コーディネーターは、平常時から当該都道府県等における医療提供体制に精

通しており、専門的な研修を受け、災害対応を担う関係機関等と連携を構築している者が望ましい。

なお、小児・周産期医療に係る保健医療活動の総合調整については、災害時小児周産期リエゾンの助言を参考とする。

5　運用の基本方針

(1)　厚生労働省は、平常時に、災害医療コーディネーターの活動要領を策定するとともに、その知識や技能の向上を目的とした研修を実施する。

(2)　厚生労働省は、都道府県による、災害医療コーディネーターの運用を含む災害時の医療提供体制の整備等について、必要な助言及び支援を行う。

(3)　都道府県は、平常時に、災害医療コーディネーターの運用計画の策定、災害医療コーディネーター及び災害医療コーディネーターの所属する医療機関等（以下「災害医療コーディネーター所属施設」という。）との協定の締結等を行い、災害時に、災害医療コーディネーターの助言及び支援を受けて保健医療活動の総合調整を行う。

(4)　都道府県は、災害医療コーディネーターの活動について、その労務管理の観点等から、災害の規模等に応じて交代要員を確保し、継続的な対応が可能となるよう配慮する。

(5)　災害医療コーディネーターの活動は、都道府県と災害医療コーディネーターとの間及び都道府県と災害医療コーディネーター所属施設との間で平常時に締結された協定、都道府県が策定する災害医療コーディネーターの運用計画等に基づくものである。

(6)　災害医療コーディネーターの活動は、都道府県の招集に基づくものである。

(7)　災害医療コーディネーター所属施設は、平常時に、災害医療コーディネーターが災害に関する研修、訓練等に参加できるよう協力し、災害時に、都道府県との協定に基づき災害医療コーディネーターを派遣する。

第２　平常時の準備

1　運用に係る計画の策定

(1)　厚生労働省は、災害医療コーディネーターの業務等について厚生労働省防災業務計画に明示する。

(2)　都道府県は、災害医療コーディネーターの運用計画を策定するとともに、災害医療コーディネーターの業務等について地域防災計画に明示する。

(3)　都道府県は、災害医療コーディネーターの運用計画を策定するに当たり、各都道府県の地域防災会議、災害医療に関する協議会等において検討を行う。

(4)　災害医療コーディネーターの運用計画には、災害医療コーディネーターの任命状況等を踏まえ、招集基準、招集及び配置の方法、保健医療調整本部等における活動等について明記することが望ましい。

(5)　都道府県は、地域の実情等を踏まえ、予め市町村と協議を行い、地域災害医療コーディネーターを市町村に配置する可能性がある場合は、災害時に地域災害医療コーディネーターを当該市町村における保健医療活動の調整等を担う本部に配置するこ

とについて、運用計画に明記することが望ましい。

2　任命及び協定

(1)　都道府県は、災害医療コーディネーターを任命し、その活動内容や身分保障等について協定を締結する。協定の締結に当たっては、災害医療コーディネーターに地方公務員としての身分を付与することが望ましい。

(2)　都道府県と災害医療コーディネーターとの協定は、以下の事項を含むものとする。

ア　災害発生時の招集の方法（招集基準、自主参集基準、招集場所等を含む。）

イ　業務（活動場所等を含む。）

ウ　活動費用、事故等への補償

エ　任期、身分の取扱

(3)　都道府県は、任命した災害医療コーディネーターの一覧を作成する。

(4)　都道府県は、災害医療コーディネーターの任命に当たり、災害医療コーディネーター所属施設とも十分な協議を行い、必要な事項について災害医療コーディネーター所属施設とも協定を締結する。

(5)　都道府県と災害医療コーディネーター所属施設との協定は、以下の事項を含むものとする。

ア　災害発生時の招集の方法

イ　活動費用、事故等への補償

ウ　任期、身分の取扱

(6)　災害医療コーディネーター所属施設は、自施設の業務継続計画、災害対策マニュアル等を策定するに当たり、災害医療コーディネーターを派遣することについて留意する。

(7)　災害医療コーディネーターは、都道府県との協定を締結した後に、所属施設の変更等が生じた場合は、速やかに都道府県へ届け出る。

3　災害医療コーディネーターの業務

(1)　災害医療コーディネーターは、当該都道府県の平常時における医療提供体制等を踏まえ、災害時における医療提供体制の構築について、都道府県に対して、平常時から助言を行う。具体的には、平常時に開催される災害医療対策会議等の会議に出席するほか、都道府県の地域防災計画及び医療計画の改定等に当たり、助言を行う。

(2)　災害医療コーディネーターは、都道府県が関係学会、関係団体又は関係業者（食料、飲料水、医薬品、燃料、通信、交通等を含む。）との連携を構築する際にも、助言を行う。

4　研修、訓練等の実施

(1)　厚生労働省は、災害医療コーディネーターの養成並びに災害医療コーディネーターの知識及び技能の向上を目的として、災害医療コーディネーター研修事業等を実施する。

(2)　都道府県は、厚生労働省の実施する研修及び各都道府県が実施する研修、訓練等を通じて、災害医療コーディネーターの養成並びに災害医療コーディネーターの知

識及び技能の向上に努める。

(3) 都道府県は、災害に関する研修、訓練（訓練の企画及び検証を含む。）に当たり、災害医療コーディネーター所属施設に対して、災害医療コーディネーターの派遣を要請する。

(4) 災害医療コーディネーター所属施設は、都道府県からの派遣要請を受けた場合、災害医療コーディネーターが災害に関する研修、訓練（訓練の企画及び検証を含む。）等に参加できるよう協力する。

(5) 災害医療コーディネーターは、都道府県が実施する災害に関する研修、訓練（訓練の企画及び検証を含む。）に参加するとともに、円滑な実施に協力する。

5 EMIS の活用のための準備

(1) 厚生労働省は、都道府県に対し、災害医療コーディネーターが共同で使用するための EMIS の機関コード及びパスワードを付与する。

(2) 都道府県は、災害医療コーディネーターに対し、災害医療コーディネーターが共同で使用するために厚生労働省から付与された EMIS の機関コード及びパスワードを付与する。

(3) 都道府県は、災害医療コーディネーターに対し、EMIS の入力方法等について十分把握できるよう研修の機会を設ける。

第３ 災害時の活動

1 災害医療コーディネーターの招集、配置、運用

(1) 被災都道府県は、招集基準に基づき、災害医療コーディネーターの招集を行い、必要に応じて、災害医療コーディネーター所属施設に対し、災害医療コーディネーターの派遣要請を行う。

(2) 被災都道府県は、都道府県災害対策本部の下に、災害時の保健医療活動の総合調整を行うための保健医療調整本部を設置し、保健医療調整本部に都道府県災害医療コーディネーターを配置する。

(3) 被災都道府県は、地域における保健医療活動の調整等が円滑に行われるよう、必要に応じて保健所における保健医療活動の調整等を担う本部に地域災害医療コーディネーターを配置する。

(4) 被災都道府県は、地域における保健医療活動の調整等が円滑に行われるよう、地域の実情や災害の規模等を踏まえて、市町村と協議を行い、必要に応じて市町村における保健医療活動の調整等を担う本部に地域災害医療コーディネーターを配置することができる。

(5) 非被災都道府県は、被災都道府県からの患者の受入れ等の支援を行うに当たり、必要に応じて非被災都道府県の医務主管課等に都道府県災害医療コーディネーターを配置する。

(6) 被災都道府県は、災害医療コーディネーターの健康管理に留意し、災害医療コーディネーターが業務を交代できる体制を確保する。

(7) 被災都道府県は、災害医療コーディネーターが他の災害医療コーディネーターへ業務を引き継ぐに当たり、引き継ぎに十分な期間を確保し、保健医療調整本部等の

活動が円滑に継続されるよう努める。

(8)　被災都道府県は、保健医療調整本部等において適宜会議を行うこと等を通じて、災害医療コーディネーターの活動状況等について把握し、災害医療コーディネーターの活動縮小及び活動終了についても検討する。この際、必要に応じて保健所、市町村、医療機関その他の関係機関と協議を行う。

2　災害医療コーディネーターの業務

(1)　組織体制の構築に係る業務

①　保健医療調整本部の組織体制の構築に係る業務

ア　都道府県災害医療コーディネーターは、保健医療調整本部において、医務主管課、保健衛生主管課、薬務主管課、精神保健主管課等の関係課及び保健所の職員等の関係者が相互に連携して行う、当該保健医療調整本部に係る業務について、助言及び支援を行う。

イ　都道府県災害医療コーディネーターは、被災都道府県が、保健医療調整本部に参画することが望ましいと考えられる関係者や、連絡及び情報連携を円滑に行うために、保健医療調整本部内に担当者を配置することが望ましい保健医療活動に係る関係機関等について検討するに当たり、助言を行う。

②　保健所又は市町村における保健医療活動の調整等を担う本部の組織体制の構築に係る業務

ア　都道府県災害医療コーディネーターは、被災都道府県が、保健医療活動の調整等を担う本部を設置することが望ましい保健所又は市町村について検討するに当たり、助言を行う。

イ　地域災害医療コーディネーターは、都道府県災害医療コーディネーターと連携し、都道府県災害医療コーディネーターの業務に準じて、保健所又は市町村における保健医療活動の調整等を担う本部に係る業務について、助言及び支援を行う。

(2)　被災情報等の収集、分析、対応策の立案に係る業務

①　保健医療調整本部等において収集すべき情報

ア　被災都道府県及び圏域ごとの医療機関、介護保険施設、障害者支援施設、救護所、避難所、居宅、薬局等（以下「医療機関等」という。）の被災状況及び復旧状況

イ　被災都道府県及び圏域ごとの医療機関等における保健医療ニーズ等

(ｱ)　支援を要する患者等の状況（人工呼吸器、透析等の使用状況を含む。）

(ｲ)　災害時に新たに必要となった保健医療ニーズ等（ライフライン、医薬品、医療機器、医療ガス等を含む。）

ウ　保健医療活動チームの活動状況

エ　その他保健医療活動を効率的・効果的に行うために必要な情報

②　情報の収集に係る業務

ア　災害医療コーディネーターは、保健医療調整本部等が、保健医療活動チーム、災害時健康危機管理支援チームその他の保健医療活動に係る関係機関（以下「保健医療活動チーム等」という。）から情報を収集するに当たり、助言及び調整の

支援を行う。

イ　災害医療コーディネーターは、保健医療調整本部等が、医療機関等の被災状況及び復旧状況、保健医療活動チームの活動状況等について EMIS 等から情報を収集するに当たり、必要な情報や優先して収集すべき情報等について助言を行い、情報の収集に必要な人員の確保に係る助言及び調整の支援を行う。

③　情報の分析と対応策の立案に係る業務

ア　災害医療コーディネーターは、被災都道府県及び圏域ごとの保健医療ニーズと支援体制の状況について整理又は分析するに当たり、助言及び調整の支援を行う。

イ　災害医療コーディネーターは、保健医療調整本部等において収集した情報及びその分析結果等を踏まえた対応策等を検討するに当たり、助言及び調整の支援を行う。

(3)　保健医療活動チームの派遣等の人的支援及び物的支援の調整に係る業務

①　被災都道府県における受援の調整に係る業務

ア　災害医療コーディネーターは、派遣を要請する保健医療活動チームの具体的なチーム内容、チーム数、配置先等に係る計画について検討するに当たり、保健医療調整本部等における活動の初期から、中長期的視点に立って、助言及び調整の支援を行う。

イ　災害医療コーディネーターは、活動している保健医療活動チームの再配置の要否等について検討するに当たり、助言及び調整の支援を行う。

ウ　災害医療コーディネーターは、他の都道府県、関係学会、関係団体又は関係業者に対して要請する具体的な人的支援及び物的支援に係る計画を検討するに当たり、助言及び調整の支援を行う。

エ　災害医療コーディネーターは、保健医療調整本部等において、時間の経過に伴う保健医療ニーズの変化等について保健医療活動チーム等と情報共有を行うに当たり、助言及び調整の支援を行う。

オ　災害医療コーディネーターは、被災地域における医療機関等の復旧状況を踏まえ、保健医療活動チームの段階的な活動縮小及び活動終了について検討するに当たり、助言及び調整の支援を行う。

②　人的支援及び物的支援を行う都道府県における支援の調整に係る業務

人的支援及び物的支援を行う都道府県（以下「支援元都道府県」という。）の災害医療コーディネーターは、当該支援元都道府県が被災都道府県に対して、保健医療活動チームの派遣等の人的支援及び物的支援を行うに当たり、当該支援元都道府県の要請に応じて、助言及び調整の支援を行う。

(4)　患者等の搬送の調整に係る業務

①　被災都道府県における患者等の搬送の調整に係る業務

ア　災害医療コーディネーターは、患者等の搬送について、地域医療搬送や広域医療搬送の要否、緊急度、搬送先、搬送手段等の情報を収集又は整理するに当たり、

助言及び調整の支援を行う。

イ　災害医療コーディネーターは、被災都道府県外へ患者等を搬送するに当たり、必要に応じて搬送先都道府県の災害医療コーディネーター等と連携を図る。

ウ　災害医療コーディネーターは、搬送手段の確保に当たり、航空運用調整班、DMAT都道府県調整本部（ドクターヘリ調整部を含む。）、厚生労働省、消防機関、搬送手段を保持する他の保健医療活動チームその他の保健医療活動に係る関係機関と連携できるよう、助言及び調整の支援を行う。

② 搬送先都道府県における患者等の受入れの調整に係る業務

搬送先都道府県の災害医療コーディネーターは、当該搬送先都道府県が被災都道府県から患者等の受入れを行うに当たり、当該搬送先都道府県の要請に応じて、助言及び調整の支援を行う。

(5) 記録の作成及び保存並びに共有に係る業務

① 災害医療コーディネーターは、保健医療調整本部等において、保健医療活動に係る情報について、時間経過に沿った記録の作成及び保存並びにEMIS等を用いた共有を行うに当たり、助言を行い、これらの作業に必要な人員の確保に係る助言及び調整の支援を行う。

② 災害医療コーディネーターは、自身の活動について、時間経過に沿った記録を作成及び保存し、保健医療調整本部等に報告する。

3　災害医療コーディネーターの活動の終了

被災都道府県は、当該都道府県等における医療提供体制等の確保に係る業務を、当該都道府県等の職員等により実施することが可能と判断する時点を一つの目安として、災害医療コーディネーターの活動の終了を決定する。

第4　費用の支弁と補償

1　都道府県は、災害医療コーディネーターとの事前の協定に基づいた費用支弁を行う。

2　都道府県からの招集又は都道府県により予め策定された自主参集基準に基づかない災害医療コーディネーターの参集について、費用支弁は原則として行わない。

参考資料1

災害医療コーディネーター活動要領の概要

○ 大規模災害時に、被災地域において適切に保健医療活動の総合調整が行われるよう、災害医療コーディネーターの運用、活動内容等について定めたものである。

■ 災害医療コーディネーター*とは

＊ 災害医療コーディネーターのうち、都道府県の保健医療調整本部に配置される者を都道府県災害医療コーディネーター、保健所又は市町村における保健医療活動の調整等を担う本部に配置される者を地域災害医療コーディネーターと呼称する。

○ 災害時に、都道府県並びに保健所及び市町村が保健医療活動の総合調整等を適切かつ円滑に行えるよう、保健医療調整本部並びに保健所及び市町村における保健医療活動の調整等を担う本部において、被災地の保健医療ニーズの把握、保健医療活動チームの派遣調整等に係る助言及び支援を行うことを目的として、都道府県により任命された者である。
○ 平常時から当該都道府県における医療提供体制に精通しており、専門的な研修を受け、災害対応を担う関係機関等と連携を構築している者が望ましい。

■ 活動要領の内容

第1 概要

1 背景
2 本要領の位置付け
3 用語の定義
4 災害医療コーディネーターとは
5 運用の基本方針

第2 平常時の準備

1 運用に係る計画の策定
2 任命及び協定
3 災害医療コーディネーターの業務
　災害医療コーディネーターは、以下の事項について、助言を行う。
（1）平常時の医療提供体制等を踏まえた、災害時における医療提供体制の構築（都道府県の地域防災計画及び医療計画の改定等）
（2）都道府県による関係学会、関係団体又は関係業者との連携の構築
4 研修、訓練等の実施
5 EMISの活用のための準備

第3 災害時の活動

1 災害医療コーディネーターの招集、配置、運用
　被災都道府県は、
○ 都道府県災害対策本部の下に、保健医療調整本部を設置し、都道府県災害医療コーディネーターを配置する。
○ 地域における保健医療活動の調整等が円滑に行われるよう、
－ 必要に応じて保健所注)に地域災害医療コーディネーターを配置する。
－ 地域の実情や災害の規模等を踏まえて、市町村と協議を行い、必要に応じて市町村注)に地域災害医療コーディネーターを配置することができる。

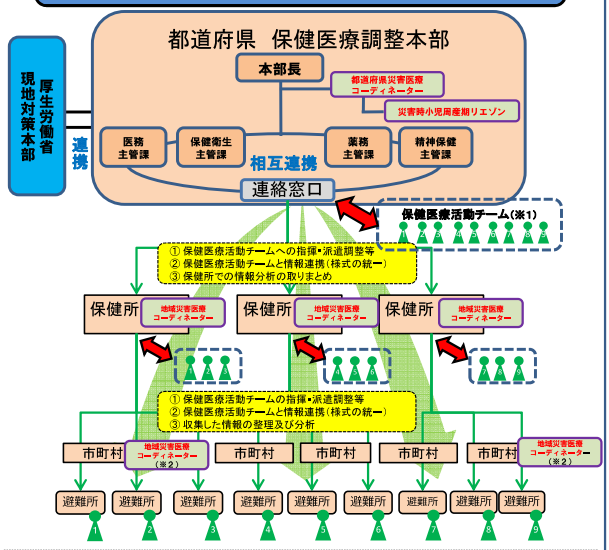
2 災害医療コーディネーターの業務
　災害医療コーディネーターは、以下の事項について、助言及び調整の支援を行う。
（1）組織体制の構築
（2）被災情報等の収集、分析、対応策の立案
（3）保健医療活動チームの派遣等の人的支援及び物的支援の調整
（4）患者等の搬送の調整
（5）記録の作成及び保存並びに共有
3 災害医療コーディネーターの活動の終了

注）保健所又は市町村における保健医療活動の調整等を担う本部

第4 費用の支弁と補償

都道府県は、災害医療コーディネーターとの事前の協定に基づいた費用支弁を行う。

災害医療コーディネーターを活用した、大規模災害時の体制のモデル



(※1) 凡例 ：保健医療活動チーム（DMAT、JMAT、日本赤十字社の救護班、国立病院機構の医療班、歯科医師チーム、薬剤師チーム、看護師チーム、保健師チーム、管理栄養士チーム、DPAT等）
(※2) 被災都道府県は、地域の実情や災害の規模等を踏まえて、市町村と協議を行い、必要に応じて市町村に地域災害医療コーディネーターを配置することができる。

「大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備について」（平成29年7月5日付け科発0705第3号・医政発0705第4号・健発0705第6号・薬生発0705第1号・障発0705第2号厚生労働省大臣官房厚生科学課長、医政局長、健康局長、医薬・生活衛生局長及び社会・援護局障害保健福祉部長連名通知）より引用・改変

参考資料2

災害時小児周産期リエゾン活動要領の概要

○ 大規模災害時に、被災地域において適切に保健医療活動の総合調整が行われるよう、災害時小児周産期リエゾンの運用、活動内容等について定めたものである。

■ 災害時小児周産期リエゾンとは

○ 災害時に、都道府県が小児・周産期医療に係る保健医療活動の総合調整を適切かつ円滑に行えるよう、保健医療調整本部において、被災地の保健医療ニーズの把握、保健医療活動チームの派遣調整等に係る助言及び支援を行う都道府県災害医療コーディネーターをサポートすることを目的として、都道府県により任命された者である。
○ 平常時から当該都道府県における小児・周産期医療提供体制に精通しており、専門的な研修を受け、災害対応を担う関係機関等と連携を構築している者が望ましい。

■ 活動要領の内容

第1 概要

1 背景
2 本要領の位置付け
3 用語の定義
4 災害時小児周産期リエゾンとは
5 運用の基本方針

第2 平常時の準備

1 運用に係る計画の策定
2 任命及び協定
3 災害時小児周産期リエゾンの業務
　災害時小児周産期リエゾンは、以下の事項について、助言を行う。
（1）平常時の医療提供体制等を踏まえた、災害時における医療提供体制の構築（都道府県の地域防災計画及び医療計画の改定等）
（2）都道府県による関係学会、関係団体又は関係業者との連携の構築
4 研修、訓練等の実施
5 EMIS等の活用のための準備

第3 災害時の活動

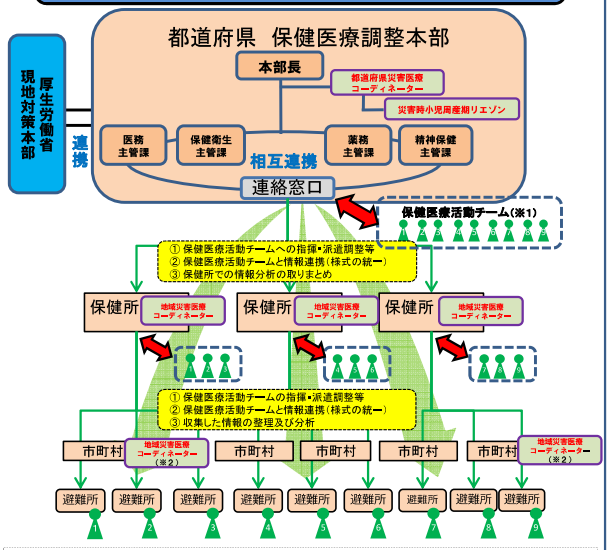
1 災害時小児周産期リエゾンの招集、配置、運用
　被災都道府県は、都道府県災害対策本部の下に、保健医療調整本部を設置し、災害時小児周産期リエゾンを配置する。
2 災害時小児周産期リエゾンの業務
　災害時小児周産期リエゾンは、以下の事項について、都道府県災害医療コーディネーター*とともに、助言及び調整の支援を行う。
（1）組織体制の構築
（2）被災情報等の収集、分析、対応策の立案
（3）保健医療活動チームの派遣等の人的支援及び物的支援の調整
（4）患者等の搬送の調整
（5）記録の作成及び保存並びに共有
3 災害時小児周産期リエゾンの活動の終了

＊ 災害医療コーディネーターのうち、都道府県の保健医療調整本部に配置される者を都道府県災害医療コーディネーター、保健所又は市町村における保健医療活動の調整等を担う本部に配置される者を地域災害医療コーディネーターと呼称する。

第4 費用の支弁と補償

都道府県は、災害時小児周産期リエゾンとの事前の協定に基づいた費用支弁を行う。

災害時小児周産期リエゾンを活用した、大規模災害時の体制のモデル

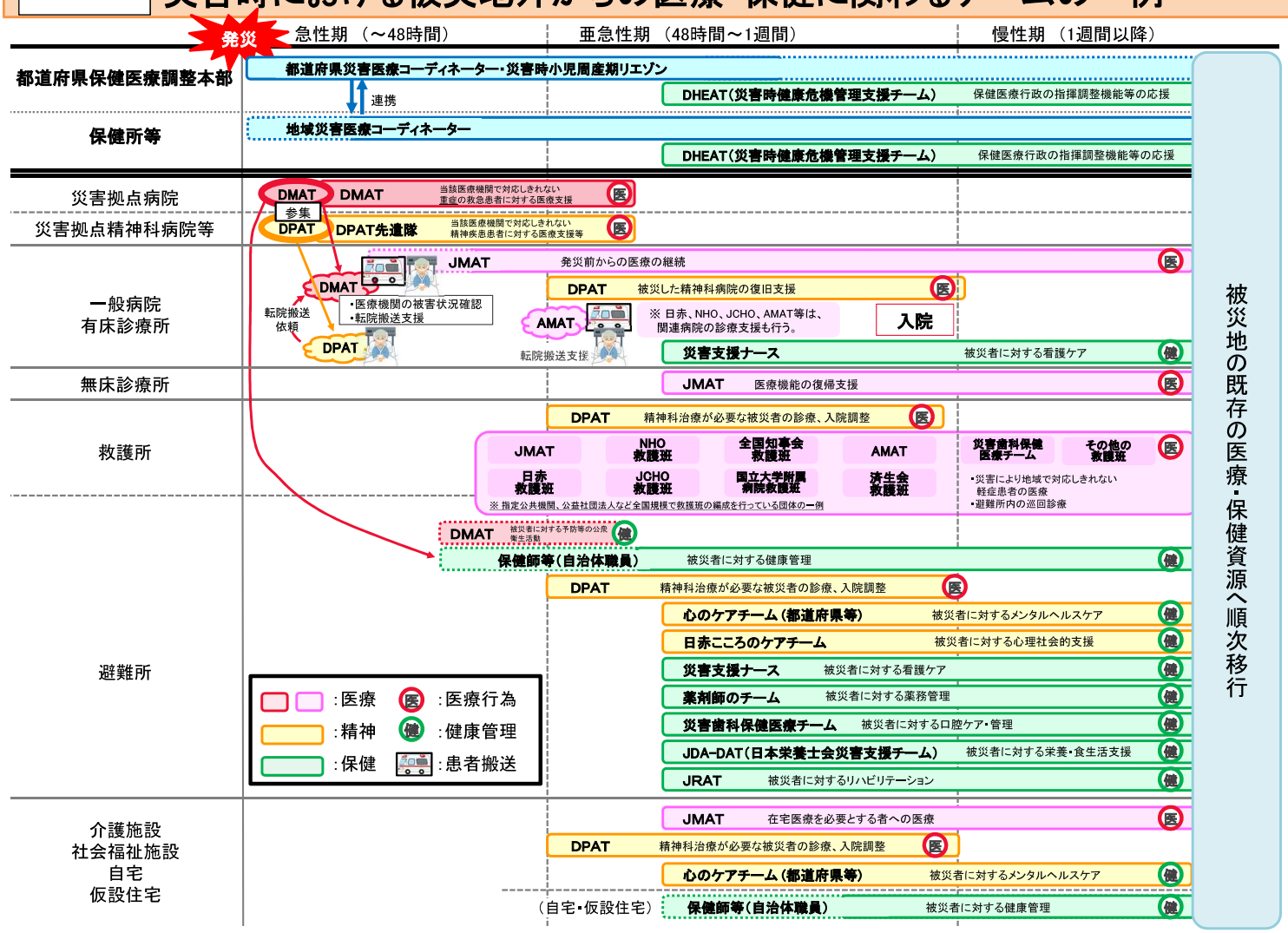


(※1) 凡例 ：保健医療活動チーム（DMAT、JMAT、日本赤十字社の救護班、国立病院機構の医療班、歯科医師チーム、薬剤師チーム、看護師チーム、保健師チーム、管理栄養士チーム、DPAT等）
(※2) 被災都道府県は、地域の実情や災害の規模等を踏まえて、市町村と協議を行い、必要に応じて市町村に地域災害医療コーディネーターを配置することができる。

「大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備について」（平成29年7月5日付け科発0705第3号・医政発0705第4号・健発0705第6号・薬生発0705第1号・障発0705第2号厚生労働省大臣官房厚生科学課長、医政局長、健康局長、医薬・生活衛生局長及び社会・援護局障害保健福祉部長連名通知）より引用・改変

参考資料3

災害時における被災地外からの医療・保健に関わるチームの一例



医政発 0905 第 8 号
平成 30 年 9 月 5 日

各都道府県知事　殿

厚生労働省医政局長
（ 公 印 省 略 ）

災害拠点病院指定要件の一部改正及び医療機関の平時からの
協定締結の必要性について

標記については、「災害時における医療体制の充実強化について」（平成 24 年 3 月 21 日付け医政発 0321 第 2 号厚生労働省医政局長通知）別紙「災害拠点病院指定要件」（以下「指定要件」という。）により示してきたところである。

今般、救急・災害医療提供体制等の課題について検討することを目的として開催した「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」において、災害時を想定した平時における燃料等の供給手段の確保について議論が行われ、平成 30 年 7 月に取りまとめられた「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会における議論の整理」において、災害拠点病院については、食料、飲料水、医薬品だけでなく、燃料についても、複数の業者や地域の関係団体（組合等）との協定の締結により、災害時に優先的に供給される体制を整えることを災害拠点病院指定要件に加えるとともに、特定の業者が被災等で燃料を配送できなくなる事態に備え、平時から協定を締結した相手と、燃料の供給を受けるために必要な情報の共有等の関係構築を図るよう求めることとしたところである。また、災害拠点病院以外の医療機関についても、災害時においても診療が継続できるよう、食料、飲料水、医薬品、燃料について、特定の業者が被災等で配送ができなくなる事態に備え、災害時に優先的に燃料等の供給を受けるため、平時から複数の業者等と協定を締結することが必要である旨を周知することとしたところである。

これらのことを踏まえ、指定要件の一部を別紙のとおり改正することとしたので、貴職におかれては、改正内容等について御了知いただくとともに、貴管下医療機関に対し災害拠点病院の指定要件の改正及び災害拠点病院以外の医療機関の平時からの協定締結の必要性について周知方お願いする。

なお、都道府県は、各医療機関が食料、飲料水、医薬品、燃料の災害時の優先的な供給に係る協定を平時に締結するための支援を行うとともに、災害時における診療機能維持のための優先的な供給について、医療機関間の調整を行った上で、業者や地域の関係団体（組合等）に対し、必要な情報を提供する役割を担うことが期待されていることについても併せて留意されたい。

別紙　災害拠点病院指定要件

（１）　運営体制

災害拠点病院として、下記の要件を満たしていること。

①　24 時間緊急対応し、災害発生時に被災地内の傷病者等の受入れ及び搬出を行うことが可能な体制を有すること。

②　災害発生時に、被災地からの傷病者の受入れ拠点にもなること。なお、「広域災害・救急医療情報システム（ＥＭＩＳ）」が機能していない場合には、被災地からとりあえずの重症傷病者の搬送先として傷病者を受け入れること。また、例えば、被災地の災害拠点病院と被災地外の災害拠点病院とのヘリコプターによる傷病者、医療物資等のピストン輸送を行える機能を有していること。

③　災害派遣医療チーム（ＤＭＡＴ）を保有し、その派遣体制があること。また、災害発生時に他の医療機関のＤＭＡＴや医療チームの支援を受け入れる際の待機場所や対応の担当者を定めておく等の体制を整えていること。

④　救命救急センター又は第二次救急医療機関であること。

⑤　被災後、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を行っていること。

⑥　整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修及び訓練を実施すること。

⑦　地域の第二次救急医療機関及び地域医師会、日本赤十字社等の医療関係団体とともに定期的な訓練を実施すること。また、災害時に地域の医療機関への支援を行うための体制を整えていること。

⑧　ヘリコプター搬送の際には、同乗する医師を派遣できることが望ましいこと。

（２）　施設及び設備

①　医療関係

ア．施設

災害拠点病院として、下記の診療施設等を有すること。

（ア）　病棟（病室、ＩＣＵ等）、診療棟（診察室、検査室、レントゲン室、手術室、人工透析室等）等救急診療に必要な部門を設けるとともに、災害時における患者の多数発生時（入院患者については通常時の２倍、外来患者については通常時の５倍程度を想定）に対応可能なスペース及び簡易ベッド等の備蓄スペースを有することが望ましい。

（イ）　診療機能を有する施設は耐震構造を有することとし、病院機能を維持するために必要な全ての施設が耐震構造を有することが望ましい。

（ウ）　通常時の６割程度の発電容量のある自家発電機等を保有し、３日分程度の燃料を確保しておくこと。また、平時より病院の基本的な機能を維持するために必要な設備について、自家発電機等から電源の確

保が行われていることや、非常時に使用可能なことを検証しておくこと。なお、自家発電機等の設置場所については、地域のハザードマップ等を参考にして検討することが望ましい。

（エ）　適切な容量の受水槽の保有、停電時にも使用可能な井戸設備の整備、優先的な給水協定の締結等により、災害時の診療に必要な水を確保すること。

イ．設備

災害拠点病院として、下記の診療設備等を有すること。

（ア）　衛星電話を保有し、衛星回線インターネットが利用できる環境を整備すること。また、複数の通信手段を保有していることが望ましい。

（イ）　広域災害・救急医療情報システム（ＥＭＩＳ）に参加し、災害時に情報を入力する体制を整えておくこと。すなわち、情報を入力する複数の担当者を事前に定めておき、入力内容や操作方法などの研修・訓練を行っておくこと。

（ウ）　多発外傷、挫滅症候群、広範囲熱傷等の災害時に多発する重篤救急患者の救命医療を行うために必要な診療設備

（エ）　患者の多数発生時用の簡易ベッド

（オ）　被災地における自己完結型の医療に対応出来る携行式の応急用医療資器材、応急用医薬品、テント、発電機、飲料水、食料、生活用品等

（カ）　トリアージ・タッグ

ウ．その他

食料、飲料水、医薬品等について、流通を通じて適切に供給されるまでに必要な量として、３日分程度を備蓄しておくこと。その際、災害時に多数の患者が来院することや職員が帰宅困難となることを想定しておくことが望ましい。

また、食料、飲料水、医薬品、燃料等について、地域の関係団体・業者との協定の締結により、災害時に優先的に供給される体制を整えておくこと（ただし、医薬品等については、都道府県・関係団体間の協定等において、災害拠点病院への対応が含まれている場合は除く。）。

②　搬送関係

ア．施設

原則として、病院敷地内にヘリコプターの離着陸場を有すること。

病院敷地内に離着陸場の確保が困難な場合は、必要に応じて都道府県の協力を得て、病院近接地に非常時に使用可能な離着陸場を確保するとともに、患者搬送用の緊急車輌を有すること。

なお、ヘリコプターの離着陸場については、ヘリコプター運航会社等のコンサルタントを受けるなどにより、少なくとも航空法による飛行場外離着陸場の基準を満たすこと。また、飛行場外離着陸場は近隣に建物が建設されること等により利用が不可能となることがあることから、航空法によ

る非公共用ヘリポートがより望ましいこと。

イ．設備

ＤＭＡＴや医療チームの派遣に必要な緊急車輌を原則として有すること。その車輌には、応急用医療資器材、テント、発電機、飲料水、食料、生活用品等の搭載が可能であること。

（３）　基幹災害拠点病院

①　（１）③について、複数のＤＭＡＴを保有していること。

②　（１）④について、救命救急センターであること。

③　災害医療の研修に必要な研修室を有すること。

④　（２）①ア.（イ）について、病院機能を維持するために必要な全ての施設が耐震構造を有すること。

⑤　（２）②ア.について、病院敷地内にヘリコプターの離着陸場を有すること。

（４）　その他

災害拠点病院の指定に当たっては、都道府県医療審議会等の承認を得ることとし、指定されたものについては医療計画に記載すること。また、都道府県は指定した災害拠点病院が要件に合致しているかどうかを毎年（原則として４月１日時点）確認し、指定要件を満たさなくなった場合には指定の解除を行うこと。なお、既に指定している災害拠点病院であって、（１）⑤又は⑥の要件を満たしていないものについては平成 31 年３月までに、（２）①ウ．についての要件を満たしていないものについては平成 32 年３月までに整備し、又は実施することを前提に、また、（１）④（２）①ア.（イ）又は（２）②ア．の要件を満たしていないものについては当面の間、指定を継続することも可能とする。

指定又は指定の解除を行った際には、その内容について厚生労働省に報告すること。

なお、災害拠点病院は、厚生労働省及び都道府県の行う調査に協力すること。

医政局へ移管を予定している災害精神科医療関係事業について

災害拠点精神科病院関係

設備等整備（新規）

【概要】
DPAT先遣隊の活動に必要な広域災害・救急医療情報システム及び災害時診療概況報告システムの端末、DPATの携行式の応急用医療資機材、応急用医薬品、衛星電話等の整備
【平成31年度予算額（案）】
22,715千円
【補助先】
都道府県（間接補助先：医療機関）
【補助率】
1／3（国1／3、都道府県1／3、医療機関1／3）

DPAT関係

事務局の運営

【概要】
DPATの専門的研修及び実地訓練の企画・立案・実施等
※平成30年度は災害派遣精神医療チーム事務局運営事業として実施
【平成31年度予算額（案）】
54,935千円
【補助先】
民間団体（公募により決定）

都道府県における研修、訓練等

【概要】
DPATの運営委員会の設置や、DPAT構成員に対する研修等に必要な経費
※平成30年度は地域生活支援事業費等補助金内の災害派遣精神医療チーム体制整備事業として実施
【平成31年度予算額（案）】
28,130千円
【補助先】
都道府県、指定都市
【補助率】
1／2（国1／2、都道府県・指定都市1／2）

８．へき地医療について

（１）へき地における医療提供体制の充実

○　へき地・離島等における医療確保の取組としては、昭和３１年から概ね５年毎に策定している「へき地保健医療計画」に基づき、へき地診療所の運営に対する支援や、無医地区等から近隣の医療機関への患者輸送の実施に対する支援など様々な対応を行ってきたが、第７次医療計画より「へき地保健医療計画」と「医療計画」は一本化して策定して頂いている。へき地医療支援機構については地域医療支援センターとの一体化を進めへき地の医療体制について医療計画に基づく総合的な企画・調整を行いつつ、へき地医療拠点病院については医師派遣、巡回診療等のへき地医療に係る事業を積極的に実施している病院を評価すること等を考慮しながら、第７次医療計画を着実に実行することにより、更なるへき地医療の充実に取り組むようお願いする。

○　また、平成 31 年度は無医地区等調査を実施する予定としている。無医地区等の実情を把握するため調査へのご協力をお願いする。

（２）医療機関における CLT の活用について

○　医療機関の整備については、「公共建築物等における木材の利用の促進に関する法律」（平成 22 年法律第 36 号）に基づき、木材の利用の促進に尽力いただいている。また、林業及び木材産業の成長産業化を推進し、地方の持続的な産業の育成と雇用の確保を図り、地方創生を実現すること等を目的に、ＣＬＴ（Cross Laminated Timber）（直交集成板）の公共建築物等への幅広く積極的な活用に向けて、「ＣＬＴ活用促進に関する関係省庁連絡会議」を開催するなど、ＣＬＴ活用促進のための取組を政府として行っている。

○　このため、「医療機関における木材利用の促進及びＣＬＴの活用について」（平成 30 年 12 月６日厚生労働省医政局地域医療計画課事務連絡）により医療機関に積極的な木材及びＣＬＴの活用をお願いしており、引き続きよろしくお願いする。

事　　務　　連　　絡
平成３０年１２月６日

各都道府県医政主管（部）局　御中

厚生労働省医政局地域医療計画課

医療機関における木材利用の促進及びCLTの活用について

医療機関における木材利用については、「公共建築物等における木材の利用の促進に関する法律」（平成22年法律第36号）に基づき、木材の利用の促進に御尽力いただいているところである。

また、林業及び木材産業の成長産業化を推進し、地方の持続的な産業の育成と雇用の確保を図り、地方創生を実現すること等を目的に、公共建築物等に対するCLT（Cross Laminated Timberの略称、いわゆる直交集成板）の幅広く積極的な活用に向けて、「公共建築物における木材の利用の促進に関する基本方針」を踏まえ、CLT活用促進のための取組を政府として行っているところである。

ついては、医療機関の整備に当たり、木材及びCLTの積極的な活用に御配慮いただくとともに、管内医療機関に対して、木材及びCLTを積極的に活用していただくよう周知方お願いする。

（参考）内閣官房　CLT活用促進のための政府一元窓口
URL:https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/cltmadoguchi/

厚生労働省医政局地域医療計画課
救急・周産期医療等対策室
担当係名　へき地医療係
TEL　　03-5253-1111（内線2551）

９．小児・周産期医療について

小児・周産期医療体制については、ニッポン一億総活躍プランにおいても、国民が安心して子どもを産み育てることができる環境の実現に向けて、より一層の整備が求められている。

Ⅰ　小児医療の確保

小児医療については、医療法に基づく医療計画を通して、圏域ごとに少なくとも一箇所の小児専門医療を取り扱う病院を確保することを目標に、既存の医療機関相互の連携や各事業の効果的な組合せ等によって､地域における小児医療の連携の構築を行うこと、また、医療機関の機能や患者のアクセス等を考慮し、小児医療に係る医療圏の見直しを適宜行う等により圏域毎の小児医療提供体制を検討することを求めている。

各都道府県においては、小児医療の関係団体、各医療機関種の医療従事者、行政、住民等が継続的に議論できるよう、小児医療の提供体制に係る協議会等を開催し、以下に示す予算補助事業の活用等について検討するようお願いしたい。

（１）予算補助事業の活用

小児救急医療については、小児初期救急センター、二次医療圏単位での小児医療の確保が困難な地域において複数の二次医療圏を対象に患者を受け入れる小児救急医療拠点病院、さらに、小児の救命救急医療を担う小児救命救急センターの整備等の支援を盛り込んでおり、各都道府県においては、積極的な活用をお願いしたい。

また、地域医療介護総合確保基金を活用した小児医療を担当する勤務医等の支援についても、小児医療に関する協議会等の意見を踏まえ、各都道府県の実情に応じた検討を行った上で、引き続き取り組んでいただきたい。

（２）子ども医療電話相談事業（＃８０００事業）

＃８０００事業については、休日・夜間における地域の小児医療体制の充実を図るため、地域の実情に応じて、地域医療介護総合確保基金を活用して実施していただいているところ。昨年に厚生労働省が開催した「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」においては、『「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクト宣言！』が取りまとめられ、行政が取り組むべきことのひとつに、「＃８０００の体制整備を進め、周知を徹底する」ことが挙げられている。都道府県においては、引き続き深夜帯の実施や適切な回線数の設置を含めた体制整備、住民への啓発、相談対応者の研修会への参加の推進等の更なる取組をお願いしたい。

また、厚生労働省において、平成 29 年度から、相談対応者の質の向上と保護者への啓発等を目的に相談内容や対応等に関する情報の収集や分析を実施する事業を開始している。平成 29 年度の分析結果については、既に厚生労働省のウェブサイトにおいて公表しており、平成 30 年度の分析結果についても、取りまとめられ次第、公表する予定であるため、各都道府県においては住民への啓発や＃８０００事業の体制整備の参

考にされたい。

Ⅱ　周産期医療の確保

（１）周産期医療協議会における協議の徹底

周産期医療の体制整備については、各都道府県の周産期医療協議会での協議等を通じて推進いただいているが、特に、母体死亡事例や重篤な搬送困難事例等が生じた場合には、当該事例に関する検証と再発防止等に関する協議を実施する必要がある。周産期医療協議会における協議の徹底をお願いしたい。

（２）予算補助事業の活用

周産期医療については、これまでも、ＮＩＣＵ等の確保、合併症を有する母体の受入れ、勤務医の負担軽減、長期入院児の在宅への移行促進等の支援に関する予算事業を設けている。

なお、周産期母子医療センター運営事業において、独立行政法人地域医療機能推進機構以外の独立行政法人及び国立大学法人についても、平成 30 年度から補助対象とした。

また、平成 31 年度予算案において、

①　産科医の地域偏在を解消するため、産科医の不足する地域の医療機関に産科医を派遣する病院等に対して、その派遣手当及び旅費の支援や

②　分娩施設が少ない地域において、新規に分娩施設を開設する場合や、病院に産科等を増設し新規に分娩を取り扱う施設等に対して、必要な施設整備・設備整備の支援

等を計上しているところである。

都道府県においては、補助事業等を活用し、地域の周産期医療体制の整備に取り組むようお願いしたい。

（３）安全な無痛分娩の実施体制の構築

無痛分娩については、平成 29 年７月末に「無痛分娩の実態把握及び安全管理体制の構築についての研究班」を立ち上げ、平成 30 年３月に「無痛分娩の安全な提供体制の構築に関する提言」が取りまとめられた。都道府県においては、無痛分娩取扱施設に対し、提言において求められている体制の整備が徹底されるよう、周知をお願いするとともに、医療法第 25 条第１項の規定に基づく立入検査の際に、提言及び自主点検表を参考に、診療体制の確保について確認し、必要に応じて助言するようお願いしたい。

また、無痛分娩関係学会・団体連絡協議会が「無痛分娩の安全な診療のための講習会」を平成 31 年度中に開始する予定であり、詳細が定まり次第、追って周知する。

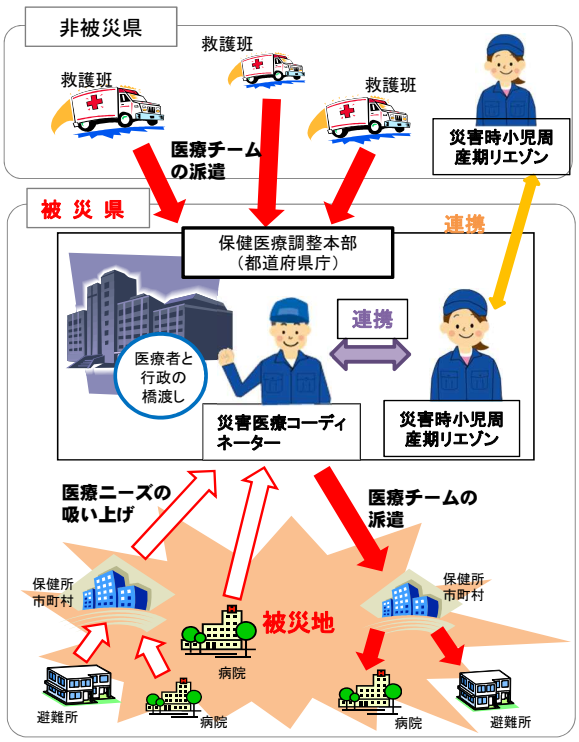
さらに、自施設の無痛分娩の診療体制等に関する情報公開を行う無痛分娩取扱施設を取りまとめたリストが、無痛分娩関係学会・団体連絡協議会のウェブサイトにおいて平成 30 年度中に公開されるため、妊婦の方々に対する情報提供をお願いする。

Ⅲ　災害時小児周産期リエゾンについて

災害時小児周産期リエゾンについては、平成 28 年度から養成研修事業を開始し、平成 30 年度までに約 450 名が受講を終えている。今般、「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」における検討を踏まえ、災害時小児周産期リエゾン活動要領を取りまとめた。当該活動要領において、災害時小児周産期リエゾンは、「災害時に、都道府県が小児・周産期医療に係る保健医療活動の総合調整を適切かつ円滑に行えるよう、保健医療調整本部において、被災地の保健医療ニーズの把握、保健医療活動チームの派遣調整等に係る助言及び支援を行う都道府県災害医療コーディネーターをサポートすることを目的として、都道府県により任命された者」と定義している。都道府県においては、活動要領の内容について御了知いただくとともに、災害時小児周産期リエゾンの任命及び協定の締結を行い、平時からの訓練等を通じて災害時小児周産期リエゾンが必要な関係者と緊密な連携がとれる様、配慮をお願いしたい。

災害時小児周産期リエゾン養成研修事業

本事業は、都道府県が小児・周産期医療に係る保健医療活動の総合調整を適切かつ円滑に行えるよう、保健医療調整本部において、被災地の保健医療ニーズの把握、保健医療活動チームの派遣調整等に係る助言及び支援を行う都道府県災害医療コーディネーターをサポートする「災害時小児周産期リエゾン」の養成を行うことを目的とする。



現状

東日本大震災において小児・周産期に関する患者の把握や搬送、情報共有が円滑になされなかったことから、小児や周産期に特化したコーディネート機能を強化する必要性が指摘された。（周産期医療体制のあり方に関する検討会等）

課題

- ○ 業務の標準化
- ○ 近隣県をはじめ、他の災害時小児周産期リエゾンとの連携強化

⇩ 全国研修の実施

災害時小児周産期リエゾン養成研修

（対象者）
災害時に、都道府県の保健医療調整本部において小児・周産期領域に特化して救護班等の派遣調整や搬送調整、物資調達等を担う人材
- 医師（小児科医、産婦人科医、小児外科医）、助産師、看護師等
- 都道府県担当者

（日程） 1.5日間

（受講者数）
70名程度 × 年3回

（研修内容）
小児・周産期領域における災害医療コーディネート能力の向上を図るため、以下の事項について座学及び演習を行う。

- ➢ 災害時の小児・周産期領域における問題点に関する事項
- ➢ 医療チームの派遣調整等の体制確保に関する事項
- ➢ 被災都道府県下の災害医療活動について、都道府県に対し助言を行う体制に関する事項

等

災害時小児周産期リエゾン活動要領の概要

○ 大規模災害時に、被災地域において適切に保健医療活動の総合調整が行われるよう、災害時小児周産期リエゾンの運用、活動内容等について定めたものである。

■ 災害時小児周産期リエゾンとは

○ 災害時に、都道府県が小児・周産期医療に係る保健医療活動の総合調整を適切かつ円滑に行えるよう、保健医療調整本部において、被災地の保健医療ニーズの把握、保健医療活動チームの派遣調整等に係る助言及び支援を行う都道府県災害医療コーディネーターをサポートすることを目的として、都道府県により任命された者である。

○ 平常時から当該都道府県における小児・周産期医療提供体制に精通しており、専門的な研修を受け、災害対応を担う関係機関等と連携を構築している者が望ましい。

■ 活動要領の内容

第1 概要

1 背景
2 本要領の位置付け
3 用語の定義
4 災害時小児周産期リエゾンとは
5 運用の基本方針

第2 平常時の準備

1 運用に係る計画の策定
2 任命及び協定
3 災害時小児周産期リエゾンの業務
災害時小児周産期リエゾンは、以下の事項について、助言を行う。
（1） 平常時の医療提供体制等を踏まえた、災害時における医療提供体制の構築 （都道府県の地域防災計画及び医療計画の改定等）
（2） 都道府県による関係学会、関係団体又は関係業者との連携の構築
4 研修、訓練等の実施
5 EMIS等の活用のための準備

第3 災害時の活動

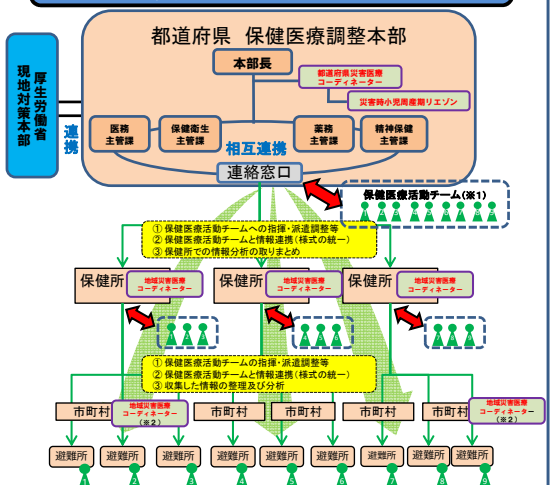
1 災害時小児周産期リエゾンの招集、配置、運用
被災都道府県は、都道府県災害対策本部の下に、保健医療調整本部を設置し、災害時小児周産期リエゾンを配置する。
2 災害時小児周産期リエゾンの業務
災害時小児周産期リエゾンは、以下の事項について、都道府県災害医療コーディネーター*とともに、助言及び調整の支援を行う。
（1） 組織体制の構築
（2） 被災情報等の収集、分析、対応策の立案
（3） 保健医療活動チームの派遣等の人的支援及び物的支援の調整
（4） 患者等の搬送の調整
（5） 記録の作成及び保存並びに共有
3 災害時小児周産期リエゾンの活動の終了

＊ 災害医療コーディネーターのうち、都道府県の保健医療調整本部に配置される者を都道府県災害医療コーディネーター、保健所又は市町村における保健医療活動の調整等を担う本部に配置される者を地域災害医療コーディネーターと呼称する。

第4 費用の支弁と補償

都道府県は、災害時小児周産期リエゾンとの事前の協定に基づいた費用支弁を行う

災害時小児周産期リエゾンを活用した、大規模災害時の体制のモデル



（※1）凡例 ：保健医療活動チーム（DMAT、JMAT、日本赤十字社の救護班、国立病院機構の医療班、歯科医師チーム、薬剤師チーム、看護師チーム、保健師チーム、管理栄養士チーム、DPAT等）

（※2） 被災都道府県は、地域の実情や災害の規模等を踏まえて、市町村と協議を行い、必要に応じて市町村に地域災害医療コーディネーターを配置することができる。

「大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備について」（平成29年7月5日付け科発0705第3号・医政発0705第4号・健発0705第6号・薬生発0705第1号・障発0705第2号厚生労働省大臣官房厚生科学課長、医政局長、健康局長、医薬・生活衛生局長及び社会・援護局障害保健福祉部長連名通知）より引用・改変

地域の産科医療を担う産科医の確保事業

平成31年度予算案109,854千円
(109,854千円)

＜事業内容＞　産科医の地域偏在を解消するため、産科医の不足する地域の医療機関に産科医を派遣する都市部の大病院等に対して、その派遣手当及び旅費の一部を補助し、分娩取扱施設の確保や産科医の勤務環境改善を進める

＜補助の例＞　派遣手当及び旅費の一部を補助 【(目)医療施設運営費等補助金】

＜補助率等＞　補助率：1／2　交付先：医療機関　創設年度：平成29年度

ニッポン一億総活躍プラン
3.「希望出生率1．8」に向けた取組の方向　(5)若者・子育て世帯への支援
『地域において分娩を扱う施設の確保など、小児・周産期医療体制の充実を図る。』

背　景

・産科医の地域偏在が指摘
- 出生1000人当たり産婦人科医師数
  東京17人、埼玉9.4人

・地域偏在は、都道府県内でも深刻な状況
- 二次医療圏内の人口10万人当たり産婦人科医師数　栃木県
  最大18人、最小1.4人

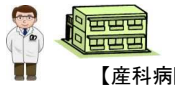
・地方は人材がそもそも不足

事業のイメージ

診療の応援のために派遣

派遣手当・旅費の支援

地域の産科医療の応援のため、中核病院からへき地などの産科診療所へ人員を出すことも可能



【都市部の大病院】　【地方の中核病院】　【産科病院・診療所】

＜効果＞
- 分娩取扱施設の確保
- 産科医の勤務環境の改善
- 産科医の地方経験
- (副次的効果)地域内での派遣

地域の分娩取扱施設 施設・設備整備 事業

平成31年度予算案(施設)　76,898千円(76,898千円)
(設備)100,350千円(100,350千円)

＜事業内容＞　身近な地域で安心して出産できる環境を整備するため、分娩取扱施設が少ない地域において、分娩取扱施設を開設する場合、病院に産科等を増設し新規に分娩を取り扱う場合等に対して、その施設・設備整備に要する費用の一部を補助し、分娩取扱施設の確保などを図る

＜補助の例＞　分娩取扱施設の施設・設備整備に要する費用の一部を補助
【(目)医療施設等 施設 整備費補助金】、【(目)医療施設等 設備 整備費補助金】

＜補助率等＞　補助率：1／2　交付先：医療機関　創設年度：平成28年度(施設整備事業)
：平成29年度(設備整備事業)

ニッポン一億総活躍プラン
3.「希望出生率1．8」に向けた取組の方向　(5)若者・子育て世帯への支援
『地域において分娩を扱う施設の確保など、小児・周産期医療体制の充実を図る。』

背　景

・産婦人科・産科のある病院数は24年間連続して減少
- ○産婦人科・産科を標ぼうする病院・診療所数
  平成2年　8,451　⇒　平成26年　4,830
- ○分娩取扱病院・診療所数
  平成8年　3,991　⇒　平成26年　2,284

・住民が分娩施設の新設や継続を強く要望している地域も存在

事業のイメージ

病院の改修が必要・・・

開業したいが初期投資が困難

整備の支援
(施設・設備整備)

分娩取扱開始

産科診療所新規開設

＜効果＞
- 分娩取扱施設の確保
- 潜在助産師の継続的な就労(副次的効果)　等

研究班の提言を踏まえた対応（1）

平成30年4月11日
社会保障審議会
医療部会資料（一部改変）

提言項目	提言の概要	対応方針
診療体制	無痛分娩取扱施設 ○ 無痛分娩を熟知した専門職の配置： ・産婦人科専門医、麻酔科専門医、麻酔標榜医のいずれか ・講習会を2年に1回程度受講 ・産後3時間までは産婦に5分程度でアクセスできる範囲に待機 等 ○ 機器や設備の整備：産婦のそばに救急用の医薬品を準備 等 ○ 安全管理：危機対応シミュレーションを年に1回実施 等	○ 提言された診療体制の確保に努めるよう、各都道府県、関係学会・団体へ通知 平成30年4月20日 通知発出 ○ 医療法第25条の立入検査の際に、診療体制の確保の状況を確認 平成30年7月30日 通知発出
スタッフの研修体制	関係学会・団体 ○ 産科麻酔の知識や技術を維持、更新するための講習会の開催 ○ 産科麻酔を担う人材育成のための研修プログラムを策定・実施 ○ 産科麻酔の認定医制度等の要否について引き続き検討	○ 「周産期医療関係者研修事業」（予算）に産科麻酔研修を追記し、講習会の開催などを支援 平成30年度から追記済み
情報公開の促進	無痛分娩取扱施設 無痛分娩に関する診療実績、診療体制、無痛分娩を担当する医師の研修歴・講習会受講歴等をウェブサイトで公開 関係学会・団体 情報公開を行っている無痛分娩取扱施設のリストを作成し、ウェブサイトで公開	○ 分娩施設を選ぶ際、各施設が公表している情報を参考にする旨、厚生労働省のウェブサイトで周知、母子健康手帳の様式に記載 平成30年4月20日 通知発出

研究班の提言を踏まえた対応（2）

平成30年4月11日
社会保障審議会
医療部会資料（一部改変）

提言項目	提言の概要	対応方針
有害事象の収集・分析・共有	無痛分娩取扱施設 有害事象が発生した場合、各都道府県の産婦人科医会に報告 日本産婦人科医会 他の関係学会・団体と連携し、情報収集、分析、再発防止の検討を行い、必要な情報を会員施設等に提供 厚生労働省 無痛分娩の合併症のような発生頻度の低い有害事象を収集・分析する方法、また、患者等から届けられた有害事象情報を活用する仕組みのあり方について検討	○ 次の内容を都道府県へ通知 ・母体死亡事例等は、「周産期医療協議会」で再発防止に向けた協議を行う ・医療安全支援センターを有する各都道府県等は、地域の医師会・産婦人科医会と連携体制を構築する 平成30年4月20日 通知発出 ○ 国と産婦人科医会が有害事象に関する各々の分析結果について共有する方法の検討 ○ 国の既存の事業で収集されている有害事象の分析等活用方法の検討
「無痛分娩に関するワーキンググループ（仮称）」の設置	関係学会・団体 情報公開を行っている無痛分娩取扱施設のリストの作成とウェブサイトでの公開、有害事象に関する情報の収集・分析、再発防止策の検討、無痛分娩の安全な診療のための講習会の定期的な開催等を具体的に行う場として、「無痛分娩関係学会・団体連絡協議会」を発足	○ 「無痛分娩関係学会・団体連絡協議会」にオブザーバー参加

１０．医療監視について

Ⅰ．医療監視

(1)　医療の安全に係る立入検査の実施について

ア　都道府県、保健所設置市又は特別区における立入検査については、「平成30年度の医療法第25条第１項の規定に基づく立入検査の実施について」（平成30年７月30日医政発0730第81号）及び「医療法第25条第1項の規程に基づく立入検査要綱の一部改正について」（平成28年12月19日医政発1219第１号）に基づき実施しているが、特に

○医療機関において発生した医療事故について再発防止策が院内に周知されているとともに、遵守されていること

○医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集その他の医薬品の安全使用を目的とした改善のための方策を講ずること

など医療安全に関する項目について厳正に確認し、必要に応じて指導方お願いする。

イ　また、特定機能病院に対する立入検査の実施については、定期・非定期にかかわらず、国と所管自治体との連携が不可欠なことから、各地方厚生（支）局の医療指導監視監査官等と連絡を密にし、立入検査が両者合同で円滑に実施されるよう引き続き協力をお願いする。

ウ　なお、立入検査は、全ての病院に対して少なくとも年１回、診療所・助産所に対しても、３年に１回程度、実施するようお願いする。

(2)　重大事故事例に係る情報提供の依頼等について

医療機関における医療事故等の報道が相次いでいるが、厚生労働省としても、その内容によっては迅速に実態を把握する必要があることから、医療機関において、管理上、特に重大な事件・事故があった場合、また、重大な医療関係法規の違反があった場合、その他、軽微な事案であっても参考になると判断される事案があった場合等には、引き続き、その概要を厚生労働省医政局地域医療計画課に情報提供していただくようお願いする。また、管下医療機関に対し、管理上重大な事件・事故等が発生した場合は、保健所等へ速やかに連絡を行うよう周知いただくとともに、立入検査等を通じ、必要な指導等を行うようお願いする。

また、院内感染及び医療事故等の発生予防の観点から、立入検査による指導のみならず、日頃から管下医療機関との信頼関係及び顔の見える関係を構築するとともに、日常における医療機関からの相談に応じられる体制を確保し、当該医療機関に対し実行可能な解決策の提案や助言を積極的に行うようお願いする。

Ⅱ．院内感染対策について

(1)　医療機関における院内感染対策の留意点について

○　MRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）、VRE（バンコマイシン耐性腸球菌）、MDRP(多剤耐性緑膿菌)、MDRA（多剤耐性アシネトバクター）、CRE（カルバペネム耐性腸内細菌科細菌）等の多剤耐性菌に起因する院内感染事例が、各地の医療機関において依然として散発しており、特に、MDRAについては特定機能病院における発生事例が、又、VREについては大規模な発生事例が報告された。

○　院内感染対策については、医療法第６条の12、医療法施行規則第１条の11第２項第１号及び「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について」（平成19年3月30日医政発0330010号）をはじめとする関係法令等に基づき、医療機関の管理者の下で、院内感染対策のための委員会の開催、従業員に対する研修の実施、当該医療機関内での発生状況の報告等、院内感染防止体制の確保が徹底されるよう指導方お願いする。

(2)　アウトブレイクを含む重大な院内感染事例発生時の対応について

○　医療機関内におけるアウトブレイクに対する考え方と対応については、「医療機関における院内感染対策について」（平成26年12月19日医政地発1219第１号）において、アウトブレイクはそれぞれの医療機関が判断することとしていることから、疑われる事案が発生した場合は速やかに保健所へ報告又は相談し、アウトブレイクの早期発見及び早期対策により、拡大予防が行われるよう指導方お願いする。

○　院内感染が発生した医療機関においては、当該医療機関内の対応のみならず、保健所及び地域の専門家等と連携し適切な対応がなされるよう、積極的な支援をお願いする。また、管下の医療機関において重大な院内感染事例が発生した場合又は発生したことが疑われる場合には、必要に応じて直ちに厚生労働省に報告するとともに、地方衛生研究所、国立感染症研究所、地域の大学等の協力を得ることについても検討をお願いする。

(3)　単回使用医療機器の添付文書の遵守の徹底について

○　単回使用医療機器の再使用事例が報告されたため、「単回使用医療機器の取扱いの再周知及び医療機器に係る医療安全等の徹底について」（平成29年９月21日医政発0921第３号）に基づき、管下の医療機関に対して、医療安全の確保の観点から、医療機器の添付文書通りの使用を再度徹底するよう指導方お願いする。

Ⅲ．医療放射線等の安全対策について

(1)　放射線障害発生時等の対応について

○　病院又は診療所の管理者は、地震その他の事故により放射線障害が発生し、又は発生するおそれがある場合には、医療法施行規則第30条の25の規定により、ただちにその旨を病院又は診療所の所在地を管轄する保健所、警察署、消防署その他関係機関に通報するとともに、放射線障害の防止に努めなければならないとされていることから、その遵守について管下医療機関に対する適切な指導方よろしくお願いする。

(2)　未承認放射性医薬品の取扱いに係る医療法施行規則改正について

○　また、診療用放射性同位元素及び陽電子断層撮影診療用放射性同位元素の定義を見直し、未承認放射性医薬品について、承認済医薬品同様に医療法の規制対象として追加することとなり、医療法施行規則の所要の改正を行った上で、平成31年４月より施行予定である。これに伴う諸手続については追って通知等で示す予定であるので、その遵守について管下医療機関に対する適切な指導方よろしくお願いする。

Ⅳ．病院におけるアスベスト対策について

病院におけるアスベスト（石綿）対策については、平成29年に病院におけるアスベスト（石綿）使用実態調査に係るフォローアップ調査を実施し、調査結果を平成29年12月27日に公表し、適切な対応をお願いするとともに、ばく露のおそれのある場所を保有している病院、分析調査中の病院及び未回答の病院について、平成30年内に除去等の措置又は分析調査の実施時期を明確にするよう指導を依頼したところである。

今般、前回調査以降の状況について把握するため、改めてフォローアップ調査を実施することとしたので、「病院におけるアスベスト（石綿）対策に係る指導の徹底及びアスベスト（石綿）使用実態調査に係るフォローアップ調査の実施について（依頼）」（平成31年２月８日付け医政地発0208第３号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）に基づき、管下の病院に対して指導及び調査の実施をお願いする。

また、平成31年度予算案においても今年度に引き続き、アスベスト（石綿）のばく露のおそれのある場所について除去等の措置を推進するため、アスベスト（石綿）の除去等を目的とした「アスベスト除去等整備事業」に加え、アスベスト（石綿）含有保温材等の使用状況等の調査に必要な費用を補助する「アスベスト除去等整備促進事業」を盛り込んでいるので積極的に活用されたい。

11. 医療関連サービス及び検体測定室について

（１）医療関連サービスについて

① 衛生検査所の指導監督について

都道府県等には、「衛生検査所指導要領の見直し等について」（平成 30 年 10 月 30 日付け医政発 1030 第３号厚生労働省医政局長通知）の別添１「衛生検査所指導要領」に基づき、衛生検査所の立入検査を２年に１回以上実施することをお願いしているところである。

各都道府県等におかれては、衛生検査所の精度管理の重要性を十分に認識したうえで指導監督を実施していただき、「臨床検査技師等に関する法律施行規則」（昭和 33 年厚生省令第 24 号）第 12 条第１項各号に掲げる衛生検査所の登録基準及び衛生検査所指導要領等を遵守・励行していない衛生検査所に対しては、速やかに改善するよう適切な指示、指導を行うとともに、改善状況について継続的な状況把握、確認に努めていただくようお願いする。

なお、厚生労働省では、昨年 12 月１日に施行された「医療法等の一部を改正する法律」及びその関係法令等について周知するため、ホームページに専用のコーナーを開設しているので、参考としていただきたい。

（厚生労働省ホームページより「政策について」＞「分野別の政策一覧」＞「医療」＞「施策情報」＞「検体検査について」をクリック）

② 業務委託について

医療機関が、医療法第 15 条の３に規定する業務を委託する場合には、法令等に定める基準に適合した事業者に業務委託が行われるよう、医療機関に対して指導等をお願いするとともに、業務委託の基準が、食品衛生法、クリーニング業法、医薬品医療機器等法等の他の関係法令の規定に及ぶことから、関係部署との連絡を密にして対応していただくようお願いする。

（２）検体測定室について

① 検体測定室に関するガイドライン等の周知について

検体測定室で行われる簡易な検査は、血液を取り扱うため、適切な衛生管理等が重要である。また、医療機関のように検査結果をもとに医学的判断（診断等）や指導が行われるものでないため、受検者の誤った自己判断により医療機関

への受診が遅れ、適切な治療の機会を逸することのないよう運営する必要があるため、検体測定室の運営にあたっては、「検体測定室に関するガイドライン」（平成 26 年４月９日付け医政発 0409 第４号医政局長通知）を発出し、ガイドライン遵守の励行を行っているところである。検体測定室については、地域保健に関係するものであること等に鑑み、ガイドラインが遵守されるよう御配慮をお願いしたい。

なお、厚生労働省では、検体測定室で行われる簡易な検査の受検者に対する受診勧奨の必要性や、衛生管理の徹底等の重要性等について、国民及び事業者向けに周知するため、ホームページに専用のコーナーを開設しているので、参考としていただきたい。

（厚生労働省ホームページより「政策について」＞「分野別の政策一覧」＞「医療」＞「施策情報」＞「検体測定室等について」をクリック）

② 届出等の現況について

平成 31 年１月１日現在の運営件数は、全国で 1,689 件（47 都道府県）となっている。

設置場所は、薬局・薬店等が 1,654 件（97.9%）であり、その他は商業施設等となっている。