

全国厚生労働関係部局長会議資料

令和2年1月17日(金)

医政局

目次

1	地域医療構想について	1
2	医師偏在・医療人材確保について	16
3	医師・医療従事者の働き方改革の推進について	45
4	個別の政策課題	67
	(1)災害関係について	68
	(2)死因究明について	86
	(3)医療計画の見直しについて	95
	(4)歯科保健医療に係る周知・協力依頼について	100
	(5)今後の地域医療情報連携ネットワークへの支援及びデータヘルス改革推進計画に基づく 保健医療情報を全国の医療機関等で確認できる仕組みについて	104
	(6)外国人患者の受入れ環境整備について	110
5	照会先一覧	115

1 地域医療構想について

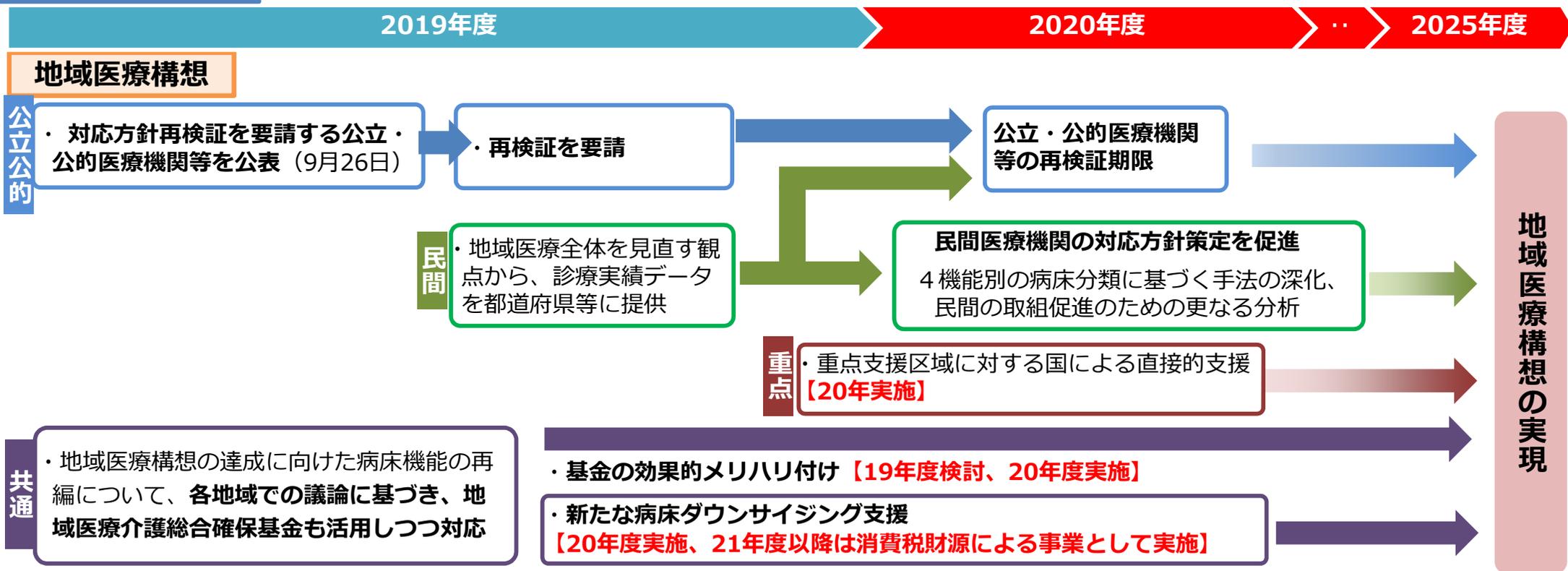
ポイント

地域医療構想の実現に向けた具体的対応方針の再検証の要請、 重点支援区域の選定、新たな病床ダウンサイジング支援

- 2040年に向けて人材不足等の新たな課題に対応するため、「地域医療構想」、「医療従事者の働き方改革」、「医師偏在対策」を三位一体で推進し、総合的な医療提供体制改革に取り組む。
- 地域医療構想の実現に向けた更なる取組として、9月26日開催の地域医療構想WGで示した公立・公的医療機関等の診療実績データ等をもとに、今後具体的対応方針の再検証を要請する正式な通知を都道府県宛に発出する予定であり、そのポイントをお示しする。
- 技術的・財政的に国が集中的に支援を行う「重点支援区域」は、都道府県の申請に基づき国が選定することとする。
申請にあたっては、再編統合を検討する医療機関が所在する地域医療構想調整会議において、合意を得ることを要件とする。
重点支援区域申請は随時募集することとし、1月中をメドに1回目の重点支援区域の選定を行う予定。（選定は複数回実施する予定。）
- 従来の地域医療介護総合確保基金による財政支援に加え、医療機関がダウンサイジングや統廃合を検討する際に生じる財政的課題に対応するため、新たな病床ダウンサイジング支援を全額国費で実施する。

地域医療構想・医師偏在対策・医療従事者働き方改革

三位一体の取組



【経済財政運営と改革の基本方針2019（令和元年6月21日閣議決定）【抜粋】】

地域医療構想の実現に向け、全ての公立・公的医療機関等に係る具体的対応方針について、診療実績データの分析を行い、具体的対応方針の内容が、民間医療機関では担えない機能に重点化され、2025年において達成すべき医療機能の再編、病床数等の適正化に沿ったものとなるよう、**重点対象区域の設定を通じて国による助言や集中的な支援を行う**とともに、適切な基準を新たに設定した上で原則として2019年度中に対応方針の見直しを求める。民間医療機関についても、2025年における地域医療構想の実現に沿ったものとなるよう対応方針の策定を改めて求めるとともに、地域医療構想調整会議における議論を促す。こうした取組によっても病床の機能分化・連携が進まない場合には、2020年度に実効性のある新たな都道府県知事の権限の在り方について検討し、できる限り早期に所要の措置を講ずる。地域医療介護総合確保基金の配分（基金創設前から存在している事業も含む）における大幅なメリハリ付けの仕組みや国が主導する実効的なPDCAサイクルを構築するとともに、成果の検証等を踏まえ、真に地域医療構想の実現に資するものとする観点から必要な場合には、**消費税財源を活用した病床のダウンサイジング支援の追加的方策を講ずる。**

医師の働き方改革

2024年度～
労働時間規制の開始

医師偏在対策

2019年度中
都道府県医師確保計画の策定

2036年
医師偏在是正の達成

具体的対応方針の再検証要請について

1. 基本的な考え方

- 「A 診療実績が特に少ない」（診療実績が無い場合も含む。）又は「B 類似かつ近接」（診療実績が無い場合も含む。）が1領域でも該当している公立・公的医療機関等は、該当した領域について、期限等を現時点で設けず、役割等の検討に着手するよう求める。（具体的な検討の進め方については、今後整理の上、通知予定。）
- このうち、「A 診療実績が特に少ない」（診療実績が無い場合も含む。）が9領域全て（以下「A9病院」という。）、又は「B 類似かつ近接」（診療実績が無い場合も含む。）が6領域（人口100万人以上の構想区域を除く。以下「B6病院」という。）となっている公立・公的医療機関等に対しては、期限を定め、再検証を求めることとする。

2. 再検証要請の内容

各医療機関、地域医療構想調整会議で以下の事項を検討・協議し、調整会議にて合意を得ること。

再検証対象医療機関（A9・B6病院）、調整会議の検討・協議事項

以下①～③についてA9・B6病院で検討の上、その検討結果を調整会議で協議。
なお、B6病院が所在する構想区域の調整会議では、④⑤についても協議。

- ①現在の地域の急性期機能や人口とその推移等、医療機関を取り巻く環境を踏まえ、2025年を見据えた自医療機関の役割の整理（※）
- ②①を踏まえた上で、分析の対象とした領域ごとの医療機能の方向性（他の医療機関との機能統合や連携、機能縮小等）
- ③②の結果得られる4機能別の病床の変動
- ④構想区域全体における領域ごとの2025年の医療提供体制の姿
- ⑤④の結果得られる構想区域全体の2025年の4機能別の病床数

※ 周囲に医療機関が無く引き続き急性期機能を担う必要がある場合や、今回の分析対象となっていない診療領域に特化しており引き続き急性期病床が必要である場合等については、当該項目で記載することを想定。

【再検証における留意事項】

- 公立・公的医療機関等については、設置主体ごとに、期待される役割や税制上・財政上の措置等の状況が異なっていることに留意が必要。
- ダウンサイジング等の一定の見直し(対応)をすることで既に合意されているような場合については、見直しが十分であるか調整会議で明示的かつ丁寧に議論を行い、更なる対応の必要性について検討すること。
十分な見直しがなされていると調整会議で合意を得られれば、更なる取組は不要。
- 病床機能報告が行われていない医療機関については、今後検討の上、必要な対応について通知予定。

3. 調整会議の運営

- 会議資料や議事録はできる限り速やかに公表すること。
- より多くの医療機関の参画が得られるような工夫をすること。
- 客観的なデータや第三者的な視点の活用についても検討すること。

4. 今後の進め方及び議論の状況把握

「経済財政運営と改革の基本方針2019」等を踏まえ、今後、厚生労働省において、再検証に係る地域医療構想調整会議の議論の進捗状況を把握するとともに、今後の具体的な進め方(スケジュール等)について、整理の上改めて通知予定。

重点支援区域について

1 背景

経済財政運営と改革の基本方針2019（令和元年6月21日閣議決定）において、地域医療構想の実現に向け、全ての公立・公的医療機関等に係る具体的対応方針について診療実績データの分析を行い、具体的対応方針の内容が民間医療機関では担えない機能に重点化され、2025年において達成すべき医療機能の再編、病床数等の適正化に沿ったものとなるよう、**重点支援区域の設定を通じて国による助言や集中的な支援を行う**こととされた。

2 基本的な考え方

- 都道府県は、**当該区域の地域医療構想調整会議において、重点支援区域申請を行う旨合意を得た上で**、「重点支援区域」に申請を行うものとする。
- 「重点支援区域」は、**都道府県からの申請を踏まえ、厚生労働省において選定する**。なお、**選定は複数回行う**こととする。
- 重点支援区域の申請または選定自体が、再編統合の方向性を決めるものではない上、**重点支援区域に選定された後も再編統合等の結論については、あくまでも地域医療構想調整会議の自主的な議論によるものであることに留意が必要**。

3 選定対象

「重点支援区域」における事例としての対象は、**「複数医療機関の再編統合（※1）事例」**とし、以下①②の事例も対象となり得る。

- ①再検証対象医療機関（※2）が対象となっていない再編統合事例
- ②複数区域にまたがる再編統合事例

- ※1 「再編統合」には、地域の医療提供体制の現状や将来像を踏まえつつ、個々に医療機関の医療提供内容の見直しを行うため、
- ・医療の効率化の観点から、ダウンサイジングや、機能の分化・連携、集約化
 - ・不足ない医療提供の観点から、機能転換・連携 等の選択肢が含まれる。
- ※2 厚生労働省が分析した急性期機能等について、「診療実績が特に少ない」（診療実績がない場合も含む。）が9領域全てとなっている、又は「類似かつ近接」（診療実績がない場合も含む。）が6領域（人口100万人以上の構想区域を除く。）全てとなっている公立・公的医療機関等

【優先して選定する事例】

以下の事例を有する区域については、再編統合を進める上で論点が多岐に渡ることが想定されるため、優先して「重点支援区域」に選定する。

なお、再検証対象医療機関が含まれる再編統合事例かどうかは、選定の優先順位に影響しない。

- ①複数設置主体による再編統合を検討する事例
- ②できる限り多数（少なくとも関係病院の総病床数10%以上）の病床数を削減する統廃合を検討する事例
- ③異なる大学病院等から医師派遣を受けている医療機関の再編統合を検討する事例
- ④人口規模や関係者の多さ等から、より困難が予想される事例

4 支援内容

重点支援区域に対する国による**技術的・財政的支援**は以下を予定。

【技術的支援】

- ・地域の医療提供体制や、再編統合を検討する医療機関に関するデータ分析
- ・関係者との意見調整の場の開催 等

【財政的支援】

- ・地域医療介護総合確保基金の令和2年度配分における優先配分
- ・新たな病床ダウンサイジング支援を一層手厚く実施

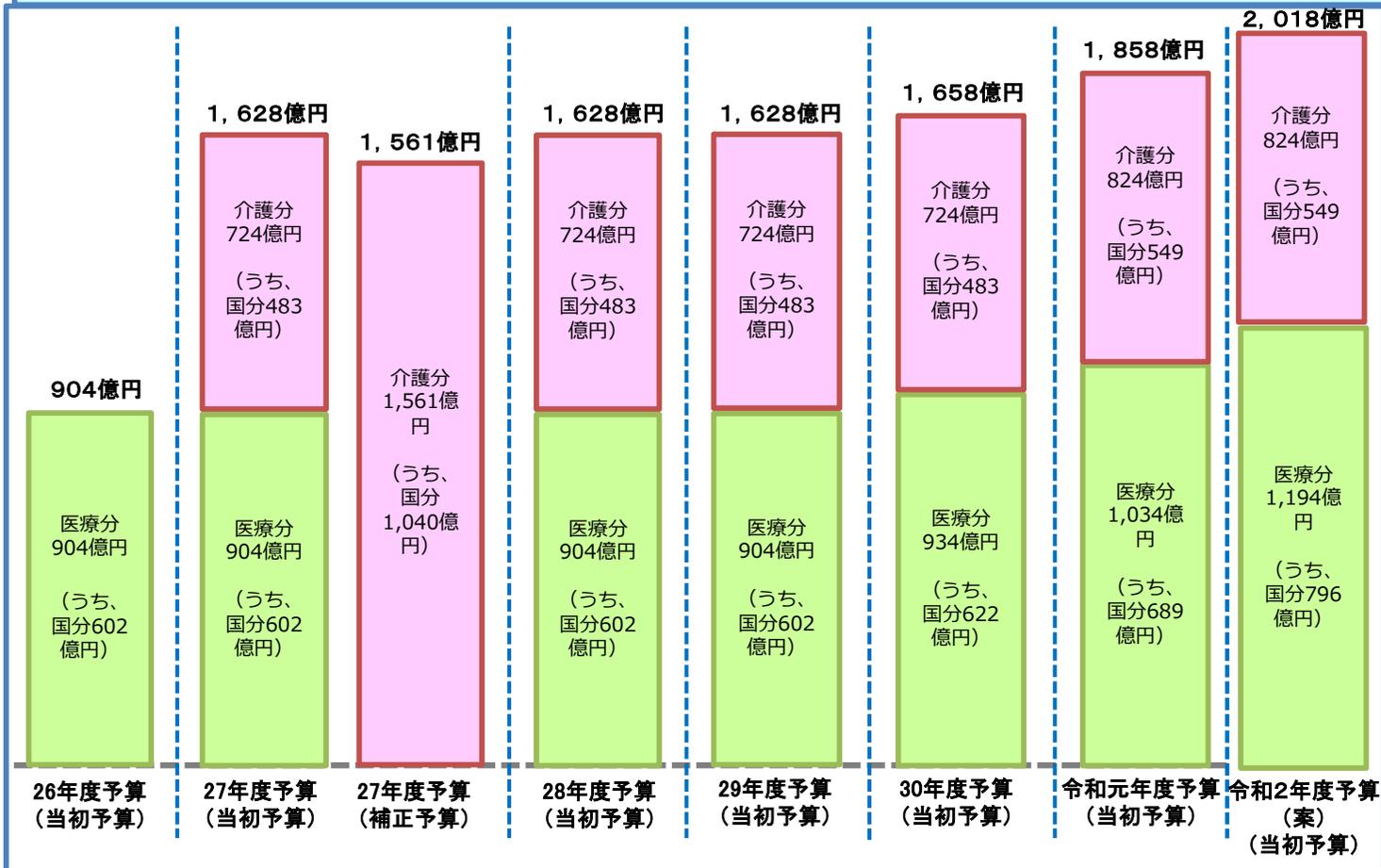
5 スケジュール

重点支援区域申請は**随時募集**することとし、1月中をメドに一回目の重点支援区域の選定を行う予定。（選定は複数回実施する予定。）

地域医療介護総合確保基金の令和2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令和2年度予算(案)は、公費ベースで2,018億円(医療分1,194億円(うち、国分796億円)、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
- 6 勤務医の働き方改革の推進に関する事業

※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年度は介護を対象として3、5が追加された。さらに、令和2年度より医療を対象として6が追加された。

地域医療構想推進のための地域医療介護総合確保基金の活用と新たな財政支援の整理

○ 地域医療構想を推進するため、地域医療介護総合確保基金（区分Ⅰ：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、区分Ⅱ：居宅等における医療の提供に関する事業、区分Ⅳ：医療従事者の確保に関する事業）により財政支援（国：2/3、都道府県1/3）を行ってきている。

○ 令和2年度においては、新たな病床ダウンサイジング支援として、全額国費による新たな予算事業を創設

（令和3年度以降においては、消費税財源による事業とするための法改正を行った上で実施）。

○ 今後は確保基金と新たなダウンサイジング支援の組み合わせにより再編統合案件に対する支援額の規模を拡大するとともに、財政支援の死角を無くし、地域医療構想の推進を加速化する。

支援策

新たなダウンサイジング支援(令和2年度全額国費84億円)

①病床削減に伴う財政支援

病床削減した病院等に対し、削減病床数等に応じた支援

②統廃合に伴う財政支援

(ア) 統廃合を伴う病床削減を行う場合のコストに充当するための支援
※関係病院全体へ交付し、配分は病院間で調整
※重点支援区域については一層手厚く支援

(イ) 統合に伴って引き継がれる残債を、より長期の債務に借り換える際の利払い費の支援

※①②ともに稼働病床の10%以上削減することが条件

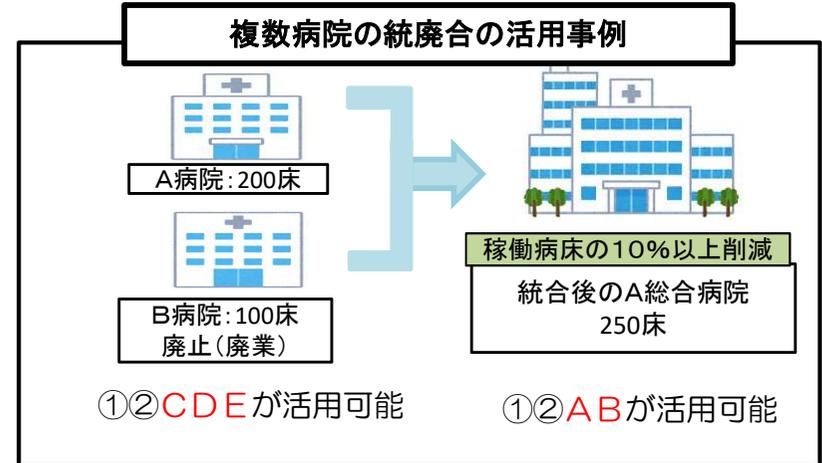
確保基金では対処できない課題について対処

地域医療介護総合確保基金(令和2年度公費560億円(区分Ⅰ))

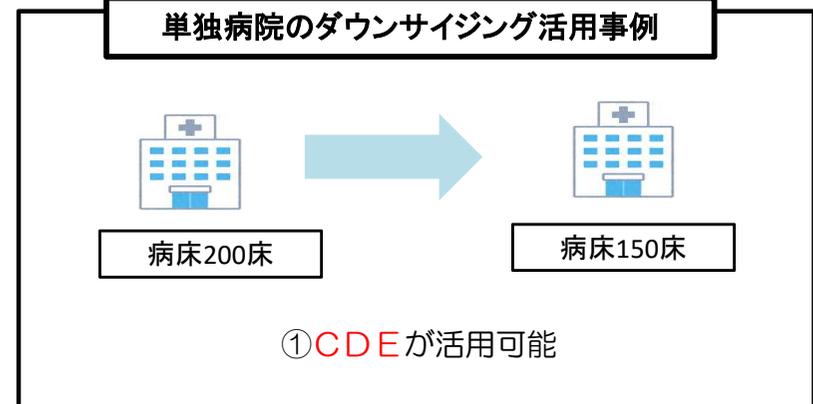
- A 再編統合に伴い必要となる施設・設備整備費
- B 再編統合と一体的に行う宿舍・院内保育所の施設整備費
- C 急性期病床から回復期病床等への転換に要する建設費用
- D 不要となる建物（病棟・病室等）・医療機器の処分（廃棄、解体又は売却）に係る損失
- E 早期退職制度の活用により上積みされた退職金の割増相当額

施設・設備の整備に係る費用が基本

複数病院の統廃合の活用事例



単独病院のダウンサイジング活用事例



病床の機能転換



地域医療構想の実現を図るための病床ダウンサイジング支援について

令和2年度予算案：84億円

- 地域医療構想の実現を図る観点から、病床ダウンサイジングや、統廃合により病床を廃止する際の財政支援を実施する。
【補助スキーム：定額補助（国10/10）】
- 当該補助制度は令和2年度限りとし、令和3年度以降においては、地域医療構想調整会議における議論の進捗等も踏まえつつ、消費税財源による「医療・介護の充実」とするための法改正を行い、これに基づき病床ダウンサイジング支援を実施する。

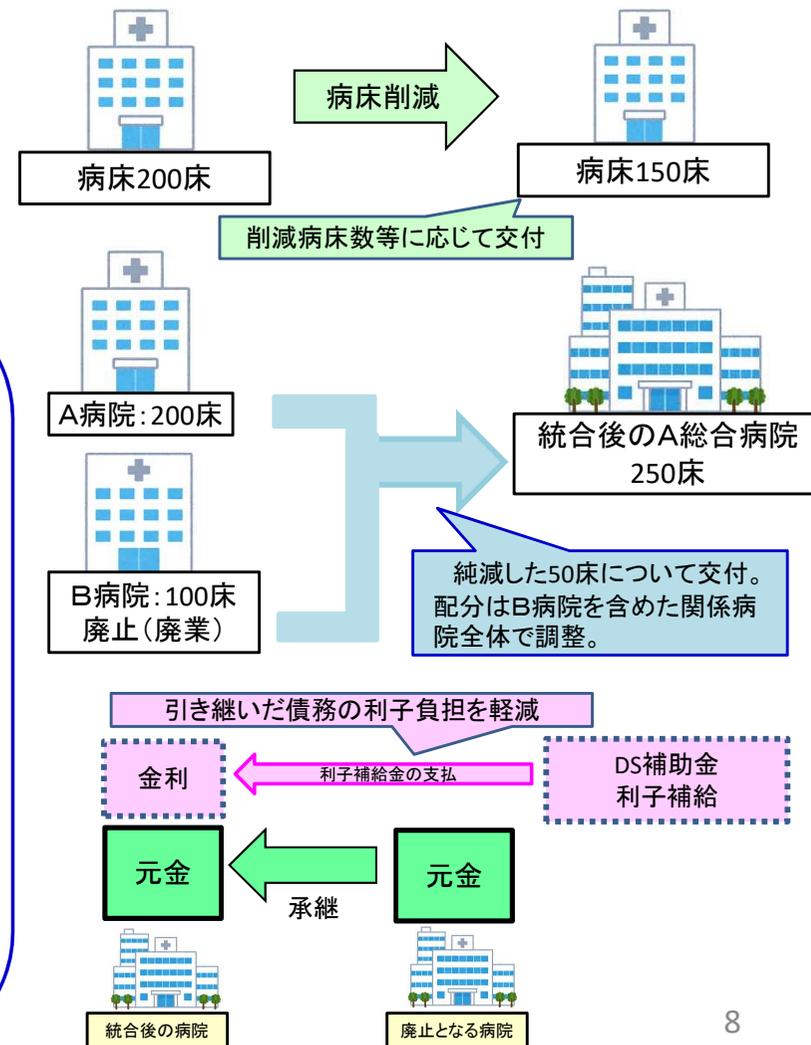
「病床削減」に伴う財政支援

稼働病床より病床を削減した病院等（統廃合により廃止する場合も含む。）に対し、1床あたり病床稼働率に応じた額を交付。
※病床数を稼働病床の10%以上削減する場合に対象。

「統廃合」に伴う財政支援

【**統合支援**】統廃合（廃止病院あり）を伴う病床削減を行う場合のコストに充当するため、関係病院全体で廃止病床1床あたり病床稼働率に応じた額を関係病院全体へ交付（配分は関係病院で調整）。
※重点支援区域のプロジェクトについては一層手厚く支援
※病床数を関係病院の総病床数の10%以上削減する場合に対象。

【**利子補給**】統廃合を伴う病床削減を行う場合において、廃止される病院の残債を統廃合後残る病院に承継させる場合、当該引継債務に発生する利子について一定の上限を設けて統合後病院へ交付。
※病床数を関係病院の総病床数の10%以上削減する場合に対象。
※承継に伴い当該引継ぎ債務を金融機関等からの融資に借り換えた場合に限る。

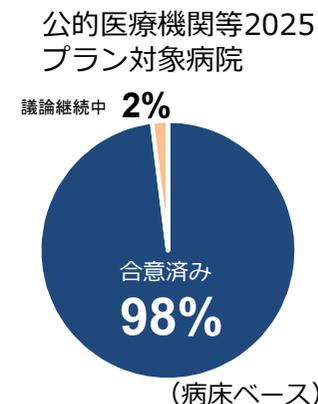
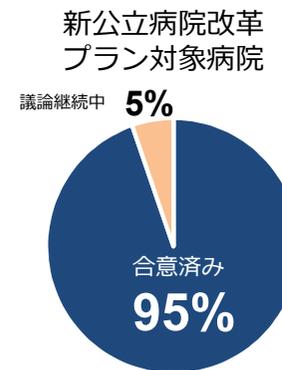


参考資料

1. これまでの取り組み

- これまで、2017年度、2018年度の2年間を集中的な検討期間とし、**公立・公的医療機関等においては地域の民間医療機関では担うことのできない医療機能に重点化**するよう医療機能を見直し、これを達成するための再編統合の議論を進めるように要請した。
- 公立・公的医療機関等でなければ担えない機能として、「新公立病院改革ガイドライン」や「経済財政運営と改革の基本方針2018」においてはそれぞれ、
 - ア 高度急性期・急性期機能や不採算部門、過疎地等の医療提供等
 - イ 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
 - ウ 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
 - エ 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
 - オ 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が挙げられている。
- 2018年度末までに**全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針が地域医療構想調整会議で合意されるよう取組を推進。**

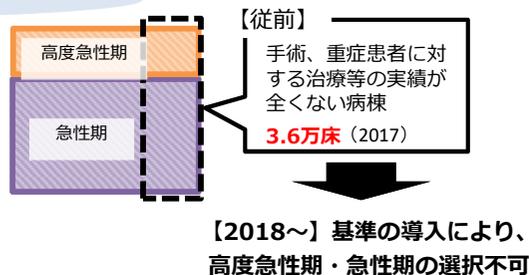
公立・公的医療機関等に関する議論の状況
2019年3月末



地域医療構想の実現のための推進策

○ 病床機能報告における定量的基準の導入

- 2018年10月からの病床機能報告において診療実績に着目した報告がなされるよう定量的基準を明確化し、**実績のない高度急性期・急性期病棟を適正化**



○ 2018年6月より地域医療構想アドバイザーを任命

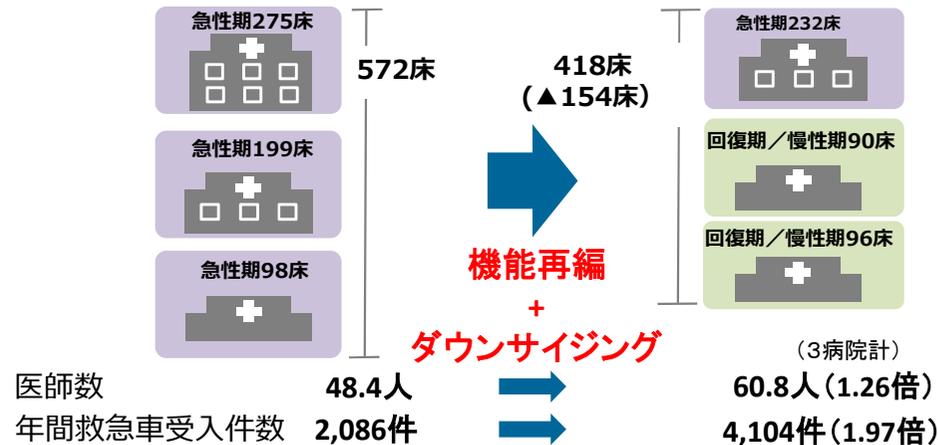
- ・調整会議における議論の支援、ファシリテート
- ・都道府県が行うデータ分析の支援 等 (36都道府県、79名 (平成31年3月))

○ 2018年6月より都道府県単位の地域医療構想調整会議の設置

○ 介護医療院を創設し、介護療養・医療療養病床からの転換を促進

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

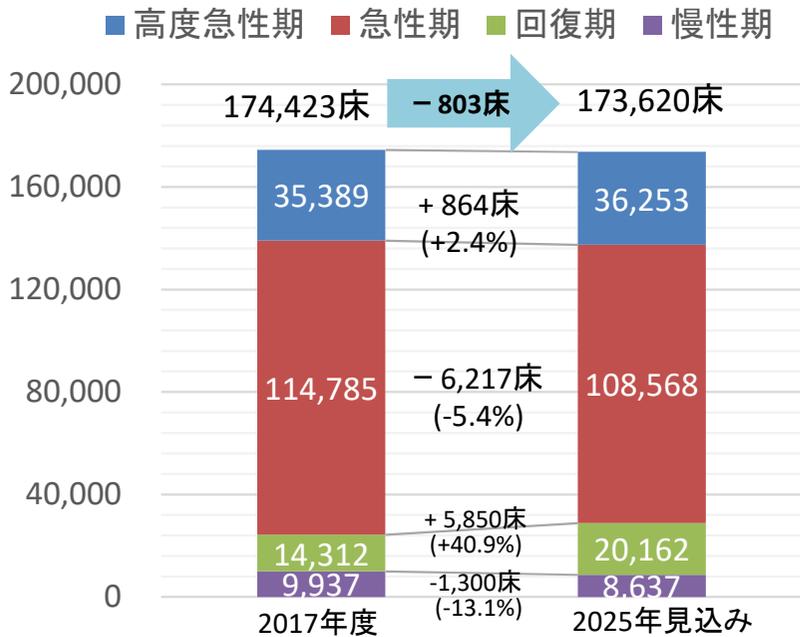


- 高度急性期・急性期病床の削減は数%に留まり、「急性期」からの転換が進んでいない。
 - トータルの病床数は横ばい。
- **具体的対応方針の合意内容が地域医療構想の実現に沿ったものになっていないのではないか。**

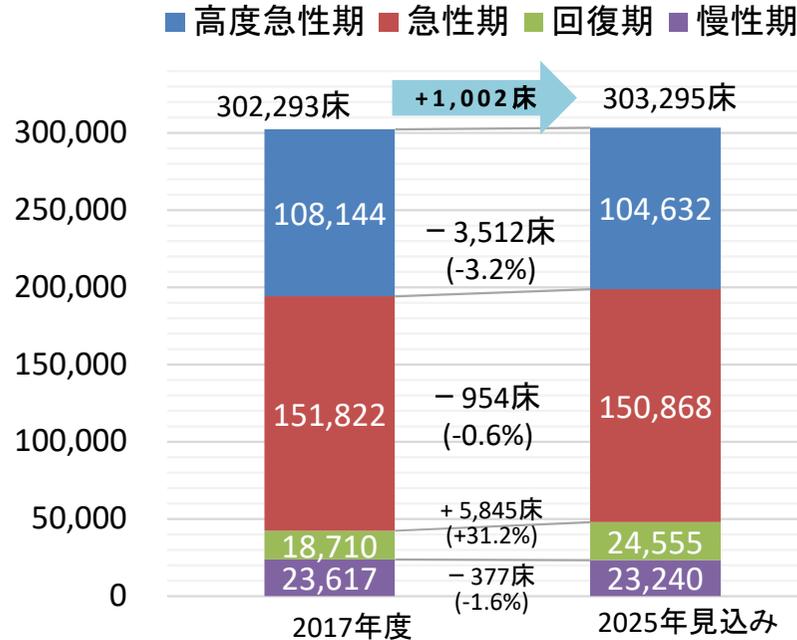
2017年度の病床機能報告と具体的対応方針(2025年度見込)の比較

(参考) 構想区域ごとの状況

公立病院



公的医療機関等



病床数が減少する合意を行った構想区域数

公立分	113	区域
公的等分	115	区域
民間分	131	区域

- ※1 具体的対応方針策定前の病床数として、2017年度病床機能報告を用いた。
- ※2 合意に至っていない公立病院・公的医療機関等の病床数は除いて集計。

医政局地域医療計画課調べ(精査中)

- 2015年度病床数と2025年の病床の必要量を比較すると、「高度急性期+急性期+回復期」の全国の病床数合計は、89.6万床→90.7万床と増加する。
- 公立病院・公的医療機関等の病床のうち、93%※は、高度急性期・急性期・回復期であり、具体的対応方針における2025年のトータルの病床数見込みの評価は慎重に行う必要がある。

※2015年度ベース

- 2019年年央までに各医療機関の診療実績データを分析し、公立・公的医療機関等の役割が当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか、合意された具体的対応方針を検証し、地域医療構想の実現に必要な協議を促進。

2. 今後の取り組み

- 合意形成された具体的対応方針の検証と構想の実現に向けた更なる対策

- 今後、2019年年央までに、全ての医療機関の診療実績データ分析を完了し、「**診療実績が少ない**」または「**診療実績が類似している**」と位置付けられた**公立・公的医療機関等**に対して、構想区域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえつつ、**医師の働き方改革の方向性**も加味して、**当該医療機能の他の医療機関への統合や他の病院との再編統合**について、地域医療構想調整会議で協議し改めて合意を得るように要請する予定。

分析内容

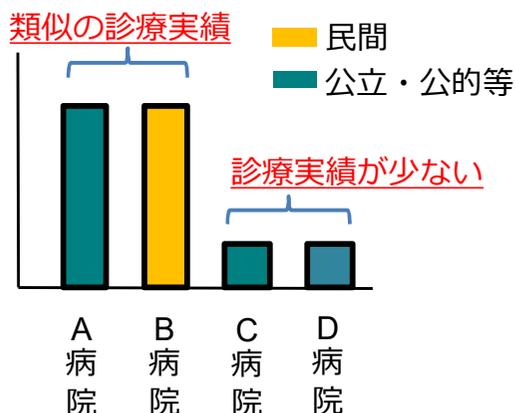
分析項目ごとに診療実績等の一定の指標を設定し、当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか分析する。重点化が不十分な場合、他の医療機関による代替可能性があるとする。

A 各分析項目について、診療実績が特に少ない。

B 各分析項目について、構想区域内に、一定数以上の診療実績を有する医療機関が2つ以上あり、かつ、お互いの所在地が近接している。

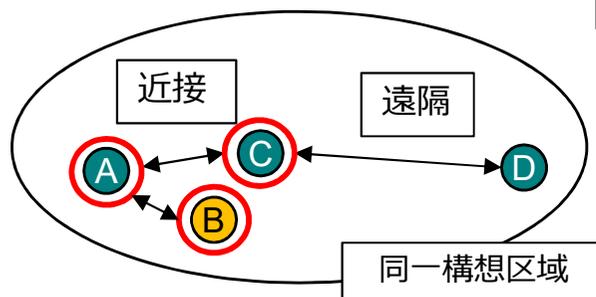
分析のイメージ

- ①診療実績の**データ分析**
(領域等(例:がん、救急等)ごと)



- ②地理的条件的**確認**

類似の診療実績がある場合のうち、**近接**している場合を確認



①及び②により「**代替可能性あり**」とされた公立・公的医療機関等

- ③分析結果を踏まえた地域医療構想調整会議における**検証**

医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえ、**医師の働き方改革の方向性**も加味して、

- **代替可能性のある機能の他の医療機関への統合**
- **病院の再編統合**

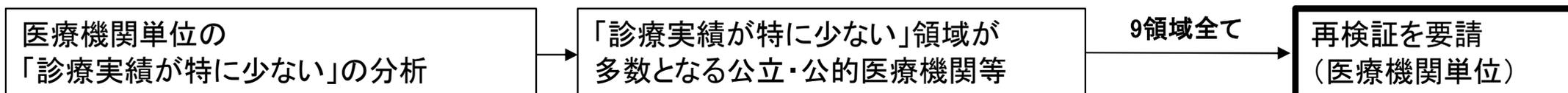
について具体的な協議・再度の合意を要請



診療実績の分析と再検証の要請の流れ（イメージ）について

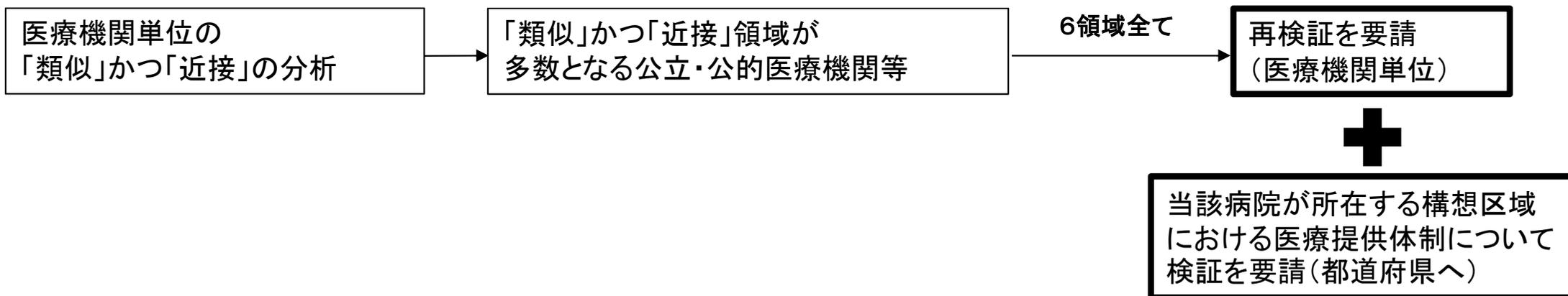
A) 「診療実績が特に少ない」の分析（がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期・災害・へき地・研修・派遣機能の9領域）

- 各医療機関が所在する構想区域の人口規模によって診療実績は影響を受けることから、構想区域を①「人口100万人以上」、②「人口50万人以上100万人未満」、③「人口20万人以上50万人未満」、④「人口10万人以上20万人未満」、⑤「人口10万人未満」の5つのグループに分けて、診療実績の分析を行う。



注) 人口100万人以上の構想区域も含む。

B) 「類似かつ近接」の分析（がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期の6領域）



注) 人口100万人以上の構想区域に所在する公立・公的医療機関等は、類似の状況にある医療機関が多数に及ぶことから別に整理が必要なため、今回は「類似かつ近接」に係る再検証は要請せず、今後、必要な検討を行うこととする。ただし、分析結果は公表する。

- 具体的対応方針の記載事項は、従前から以下の2点としており、今回の具体的対応方針の再検証により、①及び②の見直しの検討が必要となる。

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^{※1}別の病床数 (※1 高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4つの医療機能のこと)

- なお、具体的対応方針の再検証に必要とされる公立・公的医療機関等や地域における詳細な検討プロセスに係る論点等は、別途整理し、提示する予定であるが、①及び②の見直しについては、少なくとも当該医療機関における

- ・分析項目等に係る診療科の増減やそれぞれの診療科で提供する内容(手術を提供するか等)の変更
- ・前項の検討に伴って、医師や医療専門職等の配置等についての検討が必要になると想定される。

- その際、構想区域の今後の人口構成の変化や、それに伴う医療需要の変化も踏まえる必要がある。

- これらの検討結果を踏まえ、

- ・①の見直し例として、「周産期医療を他医療機関に移管」、「夜間救急受け入れの中止」等
- ・②の見直し例として、「一部の病床を減少(ダウンサイジング)」、「(高度)急性期機能からの転換」

等の対応^{※2}が考えられる。

※2 例えば、A病院の消化器がん機能の手術機能をB病院に移管とし、A病院は、50床(1病棟)を削減(ダウンサイジング)するとする。
⇒具体的対応方針としては、A病院の病床のうち、急性期病床50床の減少が報告される。

1 スケジュール

○ブロック単位意見交換会

10/17	10/21	10/23	10/29	10/30
九州（副大臣）	東海北陸（審議官）	北海道（課長） 東北（審議官）	関東信越（課長） 近畿（審議官）	中国四国（審議官）

・意見交換会の流れ

厚労省説明・意見交換 2 時間（その前に、個別県ごとに話を聞く場を設ける）

・意見交換会参加者

都道府県、市町村の幹部職員・担当職員、地域医療構想アドバイザー、公衆衛生の有識者、医療機関関係者

○今後、都道府県の要望に応じ、個別に意見交換に伺う。

11月6日：鳥取県、11月12日：山口県、11月13日：群馬県、11月22日：静岡県・大阪府、11月26日：香川県、11月28日：三重県、
12月15日：徳島県、12月17日：大分県、12月18日：兵庫県、12月19日：愛媛県、2月3日：鹿児島県、日程調整中：東京都、千葉県

2 厚労省からの説明のポイント

○9/27に厚生労働省から公表したステートメントの内容

- ・今回の取組は急性期機能等に関する医療機能について分析を行ったものであること
- ・医療機関そのものの統廃合を決めるものではないこと
- ・病院が担う役割やそれに必要なダウンサイズ等の方向性を機械的に決めるものではないこと
- ・地域の実情に関する知見も補いながら、地域医療構想調整会議の議論を活性化し議論を尽くしていただきたいこと

○分析に用いたデータが最新でない点、既に機能転換等しているものが反映されていない点については、地域における議論の際に勘案していただきたいこと



地方自治体からの意見もよく伺い、双方向の意見交換を重ねていく。

また、都道府県への再検証要請通知の内容など実務的なことについても情報提供する。

2 医師偏在・医療人材確保について

ポイント

都道府県による医師確保計画の策定、医師養成課程を通じた対策など、実効性のある地域偏在や診療科偏在対策の実施。

- 各都道府県においては、医療法第30条の4第2項第10号及び第11号に基づき、令和元年度中に医師確保計画及び外来医療計画の策定をお願いする。
- 各都道府県が、令和元年度中に策定する医師確保計画及び外来医療計画に基づき、地域の実情に応じた医師偏在対策等の取組を進めていただきたい。
- 令和2年度予算（案）で、地域医療介護総合確保基金（医療分）の地域医療構想達成のための整備（区分1）への配分額の見直し及び、在宅医療（区分2）と医療従事者確保（区分4）部分の増額を行い、結果、区分2と区分4については、対前年度27億円増額計上したので、医師確保計画等に基づいた医師偏在対策等の取組を進める上でご活用いただきたい。
- 大学医学部の入学定員増に係る手続きを、例年通り令和2年7-9月に予定している。都道府県知事から大学医学部に、地域枠・地元出身者枠の設定・拡充を要請するに当たっては、将来時点において地域で不足すると予想される医師数、また、将来の地域ニーズを踏まえた従事要件について、地域医療対策協議会において十分に協議した上で行っていただきたい。
- 医師偏在対策など地域の実情を踏まえ、臨床研修医の募集定員の設定について令和2年4月上旬を目途に検討いただきたい。また、臨床研修病院の新規指定について、令和3年2月を目途に地域医療対策協議会で検討をお願いしたい。

看護職員需給分科会中間とりまとめについて

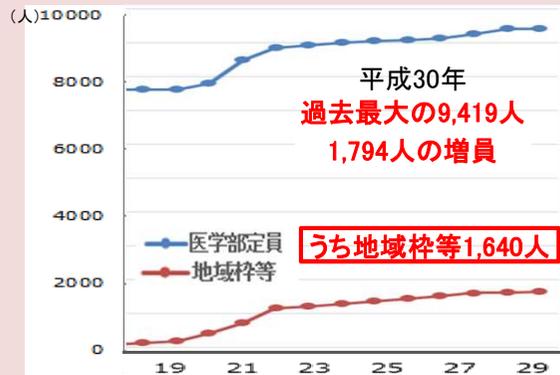
- 今回の看護職員需給分科会中間とりまとめにおいては、これまで指摘されてきた看護職員の総数不足への対応策だけでなく、看護職員の領域別、地域別偏在の調整について具体的な対策を検討する必要性について指摘されている。
- 今後、国としては、本分科会の検討内容を踏まえ、制度面や財政面を含め全国的に必要とされる環境整備に引き続き取り組んでまいりたい。
- 都道府県においても、医療計画の見直しの機会等において、地域包括ケアの推進や働き方改革等、地域の実情を適切に把握・分析の上、
 - ・ 地域医療介護総合確保基金を活用した看護職員確保のための取組に対する支援
 - ・ 地域における看護職員確保等の課題について、都道府県ナースセンター、地方自治体、病院団体等が連携して取り組む「地域に必要な看護職の確保推進事業」に対する支援
 - ・ 都道府県ナースセンターの予算確保
 - ・ 訪問看護や介護分野等に必要な技術に係る研修や学生等に対する病院以外の多様なキャリアの周知などをお願いしたい。

医師偏在対策の必要性

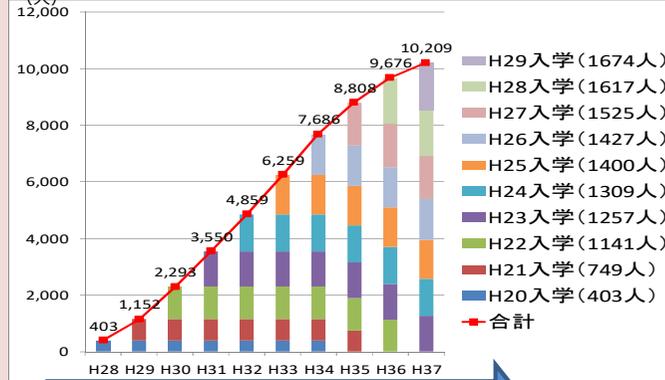
対策の必要性

- 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始めており、こうした**医師の配置調整が喫緊の課題**。

(人) 医学部入学定員の年次推移

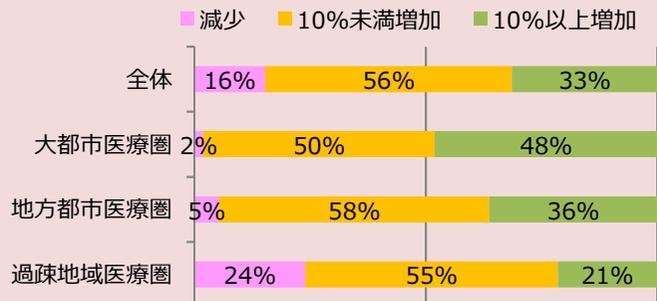


臨床研修を修了した地域枠医師数の見込み



- 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**。

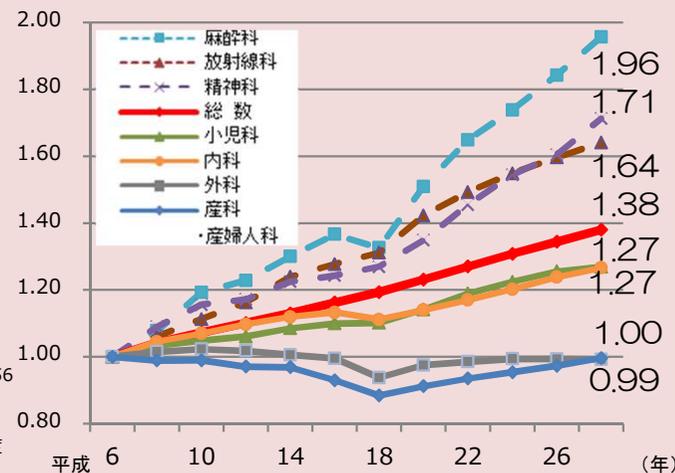
二次医療圏ごとにみた人口10万対医療施設
従事医師数の増減(平成20年→平成26年)



(※) 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/km²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/km²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（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】

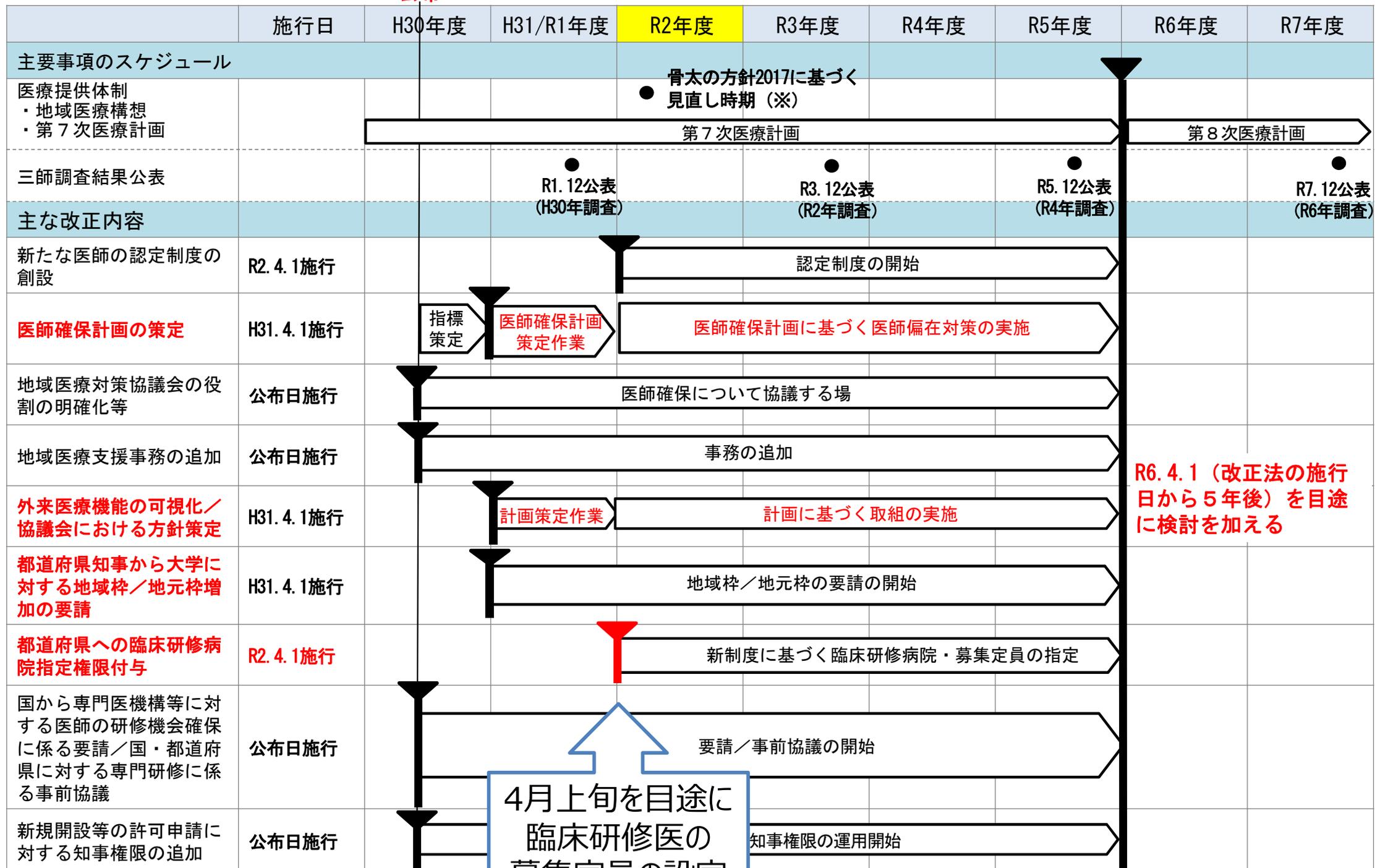
- ・ 地域医療構想の達成を図るための、医療機関の開設や増床に係る都道府県知事の権限の追加
- ・ 健康保険法等について所要の規定の整備 等

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



R6. 4. 1（改正法の施行日から5年後）を目途に検討を加える

4月上旬を目途に
臨床研修医の
募集定員の設定

※経済・財政再生計画改革工程表 2014年12月版を参照。2014年12月、骨太の方針2017に基づき、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調査した上で、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。

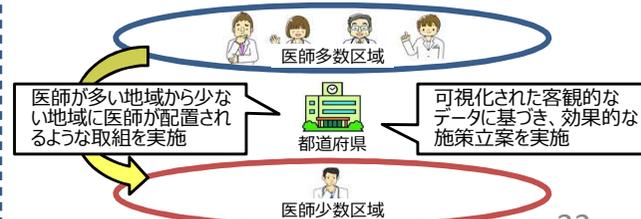
- （例）
- ・ 大学医学部の地域枠を15人増員する
 - ・ 地域医療対策協議会で、医師多数区域のA医療圏から医師少数区域のB医療圏へ10人の医師を派遣する調整を行う 等

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)

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

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

都道府県による医師の配置調整のイメージ



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
- ・へき地等の地理的条件
- ・患者の流出入等
- ・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33.3%）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。

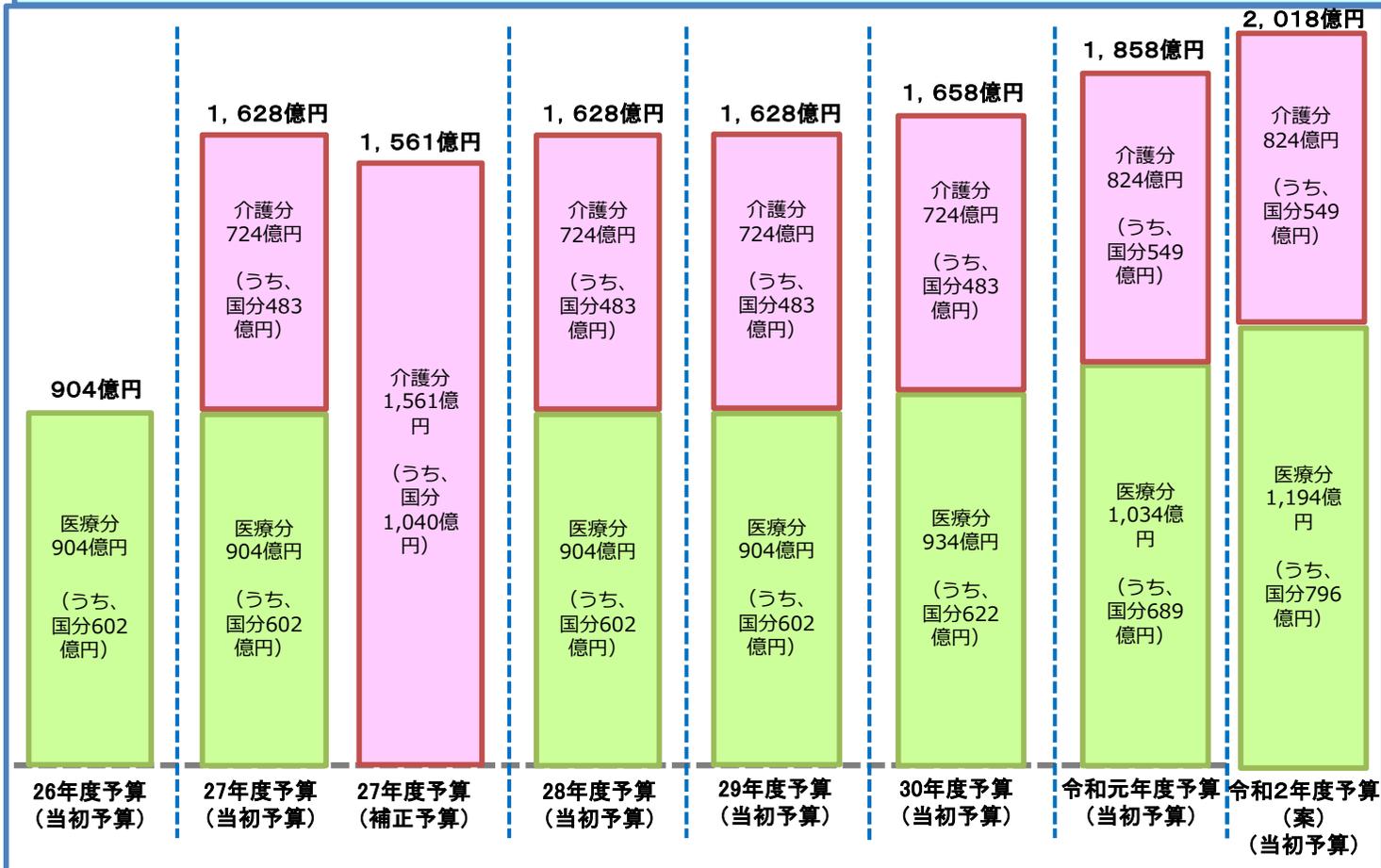
④産科・小児科医師の養成数を増やすための施策

- ・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。

地域医療介護総合確保基金の令和2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令和2年度予算(案)は、公費ベースで2,018億円(医療分1,194億円(うち、国分796億円)、介護分824億円(うち、国分549億円))
- 医療分の地域医療構想達成のための整備(区分1)への配分額の見直し及び、在宅医療(区分2)と医療従事者確保(区分4)部分の増額、により区分2と区分4については対前年度27億円増額計上。

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
- 6 勤務医の働き方改革の推進に関する事業

※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年度は介護を対象として3、5が追加された。さらに、令和2年度より医療を対象として6が追加された。

医師養成課程

入学時点

臨床研修

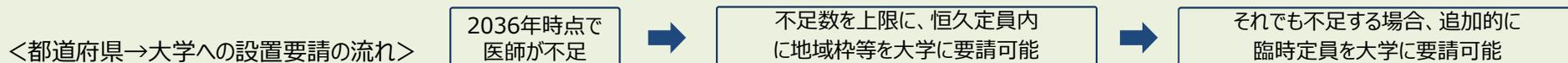
専門研修

長期的には医師供給が需要を上回ると考えられるが、地域偏在や診療科偏在に引き続き対応する必要があることから、医師養成過程の様々な段階で医師の地域偏在・診療科偏在対策を進めている。

大学医学部 – 地域枠の設置 (地域・診療科偏在対策)

医師需給分科会

- 大学が特定の地域や診療科で診療を行うことを条件とした選抜枠を設け、都道府県が学生に対して奨学金を貸与する仕組みで、都道府県の指定する区域で一定の年限従事することにより返還免除される (一部例外あり)
- 将来的に医師供給量過剰とならないように、令和4年 (2022年) からの地域枠に係る医学部定員の設定・奨学金貸与について検討中

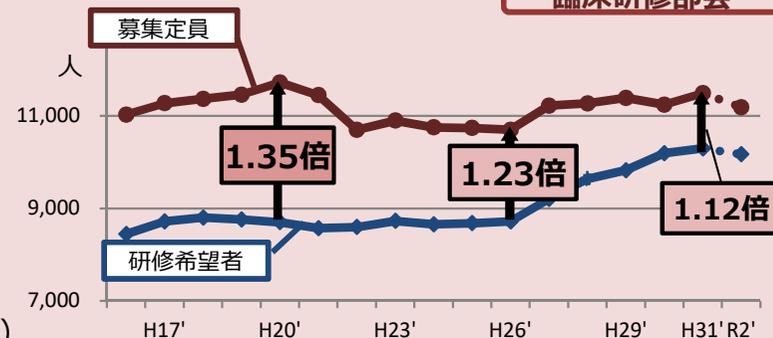


臨床研修 – 臨床研修制度における地域偏在対策

臨床研修部会

- 都道府県別採用枠上限数の設定
- 全国の研修希望者に対する募集定員の倍率を縮小
- 医師少数区域へ配慮した都道府県ごとの定員設定方法を検討中
- 地域医療重点プログラムの新設 (2022年～)

※臨床研修病院の指定、募集定員の設定権限を都道府県へ移譲する (2020年4月～)



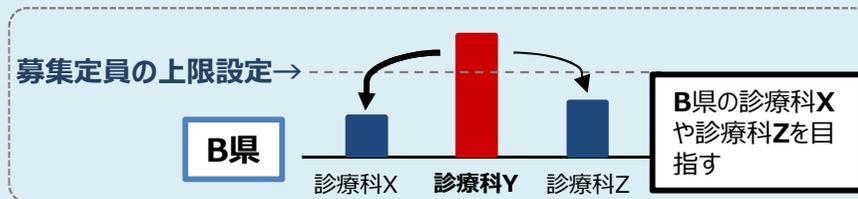
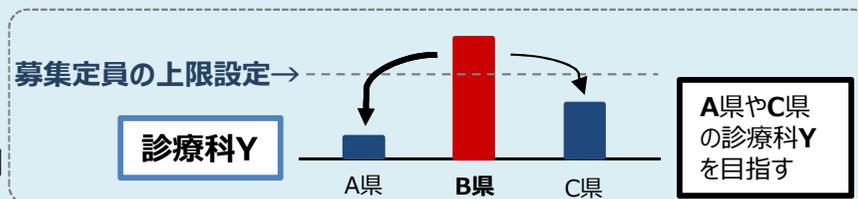
専門研修 – 専門医制度における地域・診療科偏在対策

専門研修部会

- 日本専門医機構が、都道府県別・診療科別採用上限数を設定 (シーリング)

※5大都市を対象としたシーリング→厚生労働省が算出した都道府県別・診療科別必要医師数に基づいたシーリングへ変更されている (2020年度研修～)

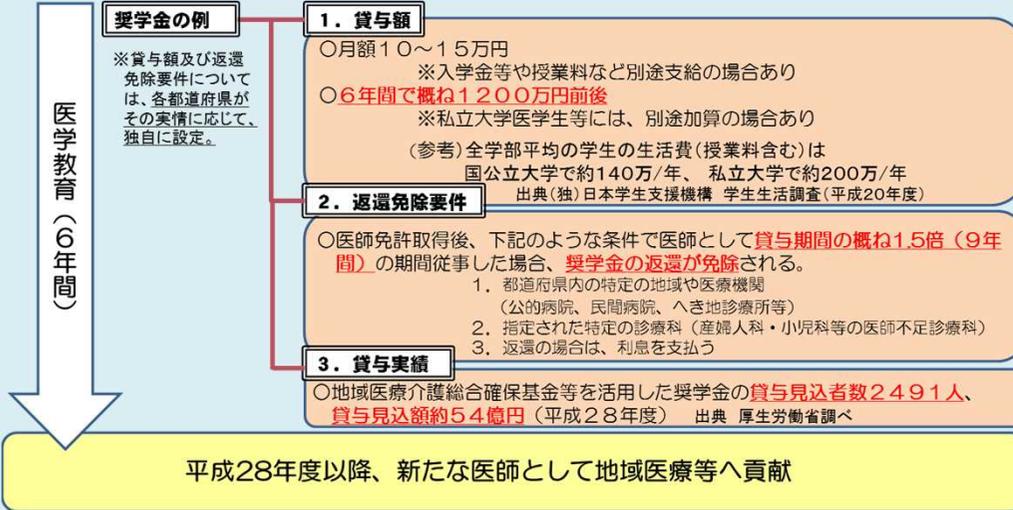
- 医師法の規定により、都道府県の意見を踏まえ、厚生労働大臣から日本専門医機構等に意見・要請を実施
- 2021年度に向けては、日本専門医機構において各学会・自治体を交え検討中



(1) 地域枠の概要

○【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
 - ※学生の出身地にとわられず、全国から募集する場合もあり



- ・県内の特定の地域での診療義務があることから、各都道府県内における二次医療圏間の地域偏在を調整する機能がある
- ・特定の診療科での診療義務がある場合、診療科間の偏在を調整する機能がある。
- ・臨時定員の増員等との組合せにより、都道府県間での偏在を調整する機能がある。

(2) 地域枠等の必要数

- 将来時点の地域枠等の必要数については、2036年時点の医師供給推計（上位実績ベース）数が需要推計（必要医師数）を下回っている場合について、その差を医師不足数として、地域枠等の必要数を算出する。
- 供給推計（上位実績ベース）が実現するよう、都道府県においては、医師派遣や定着促進策などの施策を継続して行う必要がある

(3) 選抜方式

- 地域枠の学生・医師を確実に確保することができるよう、特定の地域における診療義務のある別枠方式による地域枠を要請することとする（令和2年より）
- 地域枠の学生が卒業後、当該地域において不足する一定の診療領域に従事する仕組みについて、具体的に検討していく

(4) 地域枠の要請

医療法及び医師法の一部を改正する法律により、都道府県知事から大学に対する地域枠等の設定・拡充の要請権限が創設された。

将来時点における推計医師数が必要医師数に満たない二次医療圏を有する都道府県

地域医療対策協議会での協議

<構成員>

- ・都道府県 ・特定機能病院
- ・地域医療支援病院 ・公的医療機関
- ・臨床研修病院 ・民間病院
- ・診療に関する学識経験者の団体
- ・大学その他の医療従事者の要請に関する機関
- ・当該都道府県知事の認定を受けた社会医療法人
- ・独立行政法人国立病院機構
- ・独立行政法人地域医療機能推進機構
- ・地域の医療関係団体 ・関係市町村
- ・地域住民を代表する団体

二次医療圏ごとの将来時点における医師不足数の合計数を満たすために必要な年間不足養成数を上限とし、地域枠の設定を要請



- 厚生労働省が提供する都道府県ごとの地域枠等の必要数を踏まえて、地域枠・地元出身者枠の要請を行うこと。
- 地域枠医師は、都道府県内の診療科間・地域間偏在の両方の解消に資するキャリア形成プログラムを適用すること。
- 都道府県内の状況に合わせ、地域枠医師が、不足する一定の診療領域に従事する仕組みについて、具体的に検討していくこと。

恒久定員の5割程度の地域枠等を設置しても必要な医師数の確保が不十分である場合

- ①都道府県は、地域医療対策協議会の協議を経た上で、地域枠の設置を要件とする臨時定員の設置等を要請できる
- ②将来の医師多数都道府県に所在する大学医学部における都道府県をまたいだ地域枠の創設又は増員を要請することもできる
- ③地域医療対策協議会の協議等に基づき、恒久定員の5割程度を超える地域枠の設置を要請することも可能

臨床研修にかかる都道府県知事の権限について（臨床研修病院の指定）

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



厚生労働大臣の権限
臨床研修病院の指定

<メリット>

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

<デメリット>

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

権限移譲

臨床研修病院の指定

医道審議会

意見

都道府県

地域医療対策協議会

（大学、医師会、公的病院、民間病院 等）

意見

指定

臨床研修病院

都道府県知事

周知

申請

① 国が指定基準を定める

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

② 地域医療対策協議会の意見を反映

臨床研修病院の募集定員設定について

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

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

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

都道府県間の定員調整

募集定員枠の全国的な圧縮(募集定員倍率の圧縮)

→定員充足している都市部の研修医数が減少

→ **地域の定員数が増加**

募集定員倍率(実績と予定)

16年度 1.31倍

↓

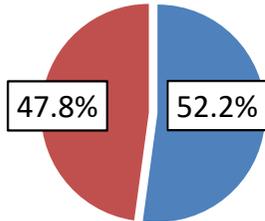
29年度 1.16倍

↓

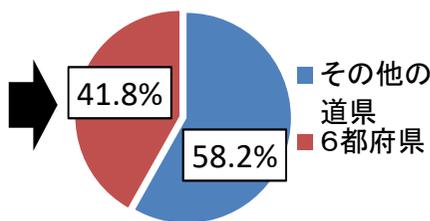
37年度 1.05倍

研修医の採用数の変化(実績)

平成16年度



平成29年度



■ その他の道県
■ 6都府県

※6都府県:東京都、神奈川県、愛知県、京都府、大阪府、福岡県

② 定員算定方法の変更

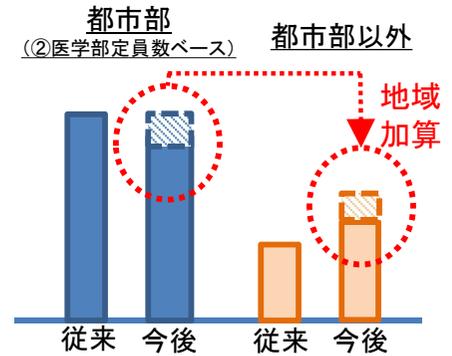
従来

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

今後

医学部定員数をベースとした臨床研修医定員を圧縮
→圧縮分を地域に加算

→ **地域の定員数が増加**



都道府県内の定員調整

国による募集定員の設定(現行)

県内病院(例)



A病院 (都市部)
定員 20
マッチ者数 17



B病院 (地方部)
定員 2
マッチ者数 2

実情にあった定員数の設定

地域で働きたい医学生がマッチできない

都道府県による募集定員の設定

県内病院(例)



A病院 (都市部)
定員 17(↓)
マッチ者数 17



B病院(地方部)
定員 5(↑)
マッチ者数 4(↑)

地域の研修医が増加

専門医に関する議論

従来の専門医制度

わが国においてはこれまで、医師の専門性に係る評価・認定については、**各領域の学会が自律的に独自の方針で専門医制度を設け、運用**してきた。

従来の専門医制度における課題

- しかし、専門医制度を運用する学会が乱立して認定基準が統一されておらず、**専門医の質の担保に懸念**がある。
- 専門医として有すべき能力について医師と国民との間に捉え方のギャップがあるなど、専門医制度が**国民にとって分かりやすい仕組みになっていない**と考えられる。
- また、**臨床に従事する医師の地域偏在・診療科偏在は進んでおり、その是正については近年の医療をめぐる重要な課題**であり、専門医の在り方を検討する際にも、偏在の視点への配慮が欠かせない。

新たな専門医制度

- 「専門医の在り方に関する検討会」(平成25年)において、新たな専門医制度については、中立的な第三者機関(**日本専門医機構**)を設立し、専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を統一的に行うこととされ、臨床における専門的な診療能力を養成する事を目的とした新専門医制度が平成30年より開始された。
- **新専門医制度においては、地域偏在と診療科偏在について制度内で配慮されるべき**とされ、専攻医の採用数に上限が設けられ、より効果的な偏在是正のため、議論が続けられている。

※平成30年度の医師法改正において、日本専門医機構や学会に対して厚生労働大臣から意見・要請を行える規定が盛り込まれた。

新専門医制度の採用数上限設定(シーリング)

(2018年度専攻医(1年目))

- 2018年度専攻医においては、日本専門医機構により、五大都市(東京都、神奈川県、愛知県、大阪府、福岡県)について、各診療科(外科、産婦人科、病理、臨床検査および総合診療科以外)のシーリング数として過去5年間の採用数の平均が設定された。

(2019年度専攻医(2年目))

- 2019年度専攻医は、引き続き五都府県に2018年度と同様のシーリングを実施。ただし、2018年度専攻医が東京都に集中したことを受け、東京都のシーリング数を5%削減した。

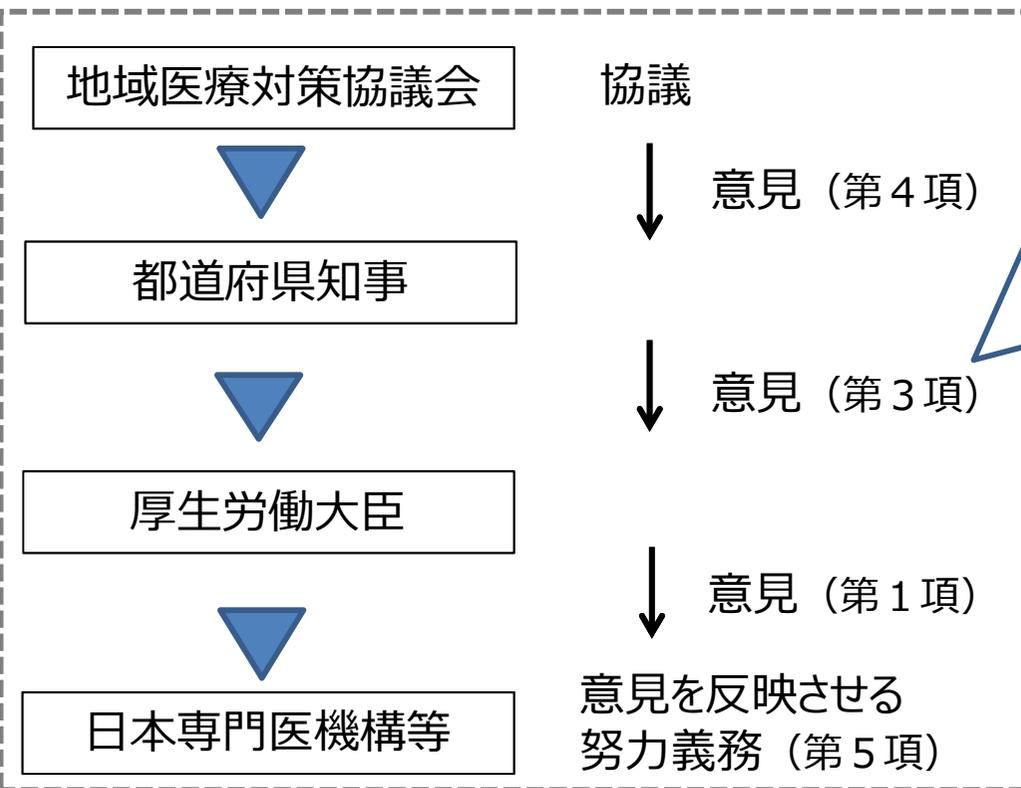
(2020年度専攻医(3年目))

- 2020年度専攻医募集に向けては、厚生労働省が2018年度に発表した都道府県別診療科必要医師数および養成数を基に、各都道府県別診療科の必要医師数に達している診療科に対して、一定のシーリングをかけることを厚生労働省が日本専門医機構に提案し、日本専門医機構が作成したシーリング案が5月14日医道審議会医師専門研修部会にて承認された。
- 上記のシーリング案について、都道府県の地域医療対策協議会において検討を行い、厚生労働大臣に意見を提出し、9月13日に厚生労働大臣から日本専門医機構に、必要な措置の実施を意見・要請した。
- それを踏まえ、日本専門医機構はシーリングの最終決定を行い、10月15日より専攻医の募集を開始した。

(2021年度専攻医(4年目))

- 日本専門医機構がシーリングを検討するための協議体を設置しており、各学会や都道府県からのヒヤリング等を踏まえ検討がなされる予定。

医師法 16条の8



医師法第16条の8 医学医術に関する学術団体その他の厚生労働省令で定める団体は、医師の研修に関する計画を定め、又は変更しようとするとき（当該計画に基づき研修を実施することにより、医療提供体制の確保に重大な影響を与える場合として厚生労働省令で定める場合に限る。）は、あらかじめ、厚生労働大臣の意見を聴かなければならない。

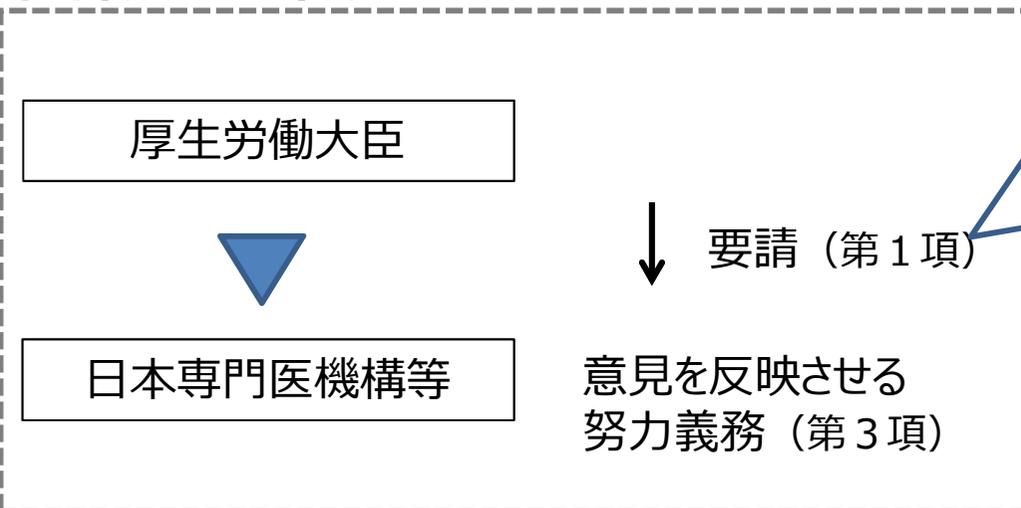
2 (略)

3 厚生労働大臣は、第一項の規定により意見を述べるときは、あらかじめ、関係都道府県知事の意見を聴かなければならない。

4 都道府県知事は、前項の規定により意見を述べるときは、あらかじめ、地域医療対策協議会の意見を聴かなければならない。

5 第一項の厚生労働省令で定める団体は、同項の規定により厚生労働大臣の意見を聴いたときは、同項に規定する医師の研修に関する計画の内容に当該意見を反映させるよう努めなければならない。

医師法 16条の9



医師法第16条の9 厚生労働大臣は、医師が医療に関する最新の知見及び技能に関する研修を受ける機会を確保できるようにするため特に必要があると認めるときは、当該研修を行い、又は行おうとする医学医術に関する学術団体その他の厚生労働省令で定める団体に対し、当該研修の実施に関し、必要な措置の実施を要請することができる。

2 (略)

3 第一項の厚生労働省令で定める団体は、同項の規定により、厚生労働大臣から研修の実施に関し、必要な措置の実施を要請されたときは、当該要請に応じるよう努めなければならない。

医療従事者の需給に関する検討会 看護職員需給分科会

中間とりまとめ(概要)抜粋

これまでの経緯

- 看護職員の需給については、看護職員確保の基本的な資料として、概ね5年ごとにこれまで7回(第7次需給推計:平成23~27年度)にわたり、病院等への全数調査により把握した数字を積み上げる方法により策定されてきた。この点、「経済財政運営と改革の基本方針2015」(平成27年6月30日閣議決定)において、「人口構造の変化や地域の実情に応じた医療提供体制の構築に資するよう、地域医療構想との整合性の確保や地域間偏在等の是正などの観点を踏まえた医師・看護職員等の需給について、検討する」とされたことを受け、従来の積み上げ方式ではなく、医師の需給推計方法との整合性を図りつつ、将来の医療需要を踏まえた推計方法を検討することとされた。
- 「医療従事者の需給に関する検討会 看護職員需給分科会」(以下「本分科会」という)は、平成28年3月の設置以来、医療従事者の働き方の見直しの影響について考慮しつつ、医師の需給推計方法との整合性を確保する観点から必要とされた中断を経て、地域医療構想に基づく需給推計方法のあり方を検討してきた。また同時に、看護職員確保策についても議論を進めてきた。

新たな看護職員需給推計の策定方法

- 国(厚生労働省)は、次の基本方針に基づく推計手法を策定した。

- ①現在の病床数・患者数及び看護職員数をもとに、医療需要(病床数又は患者数)あたり看護職員数を設定。
- ②医療需要については、
 - ・ 一般病床及び療養病床: 都道府県の地域医療構想における2025年の病床数の必要量
 - ・ 介護保険サービス: 介護保険事業計画におけるサービス見込み量
 - ※訪問看護事業所(医療保険分)は現利用者数・将来推計人口等から推計
 - ・ 地域医療構想で医療需要が示されていない領域(精神病床、無床診、保健所、学校養成所等): 一定の仮定を置いた推計

- 都道府県は、国が定めた推計ツールを用いて看護職員の需要推計を試算。供給については、現就業者数や新・再就業者見通し、離職率の動向を踏まえ、都道府県が推計した。
- 国は都道府県が算定した各推計値を集約し、これに i)短時間勤務者の増加に伴う常勤換算対実人員の比率を加味し、ii)ワークライフバランスの実現を前提に看護職員の労働環境の変化に対応した3通りの幅を持たせた係数処理を行うことで、3つのシナリオ(後述)として全体推計をとりまとめた。

※ 将来の医療需要への影響を客観的に考慮することができるものは推計に反映することを基本的考え方とし、審議会、検討会等において検討中のため結論が出ていないものや、内容が決まっているものであっても、現時点ではその影響が不明であるものについては、推計に反映することは困難であるため、今回の推計に反映せず、今後、推計に用いるエビデンスを得てから検討することとされた。

看護職員の需給推計結果(全国単位)

- 2025年における需要推計に関しては、都道府県からの報告では180万人となった。これに、ワークライフバランスの充実を前提に看護職員の超過勤務時間や有給休暇の取得日数など勤務環境改善について、看護職員の労働環境の変化に対応して幅を持たせた3とおりのシナリオを設けて推計したところ、**188万人～202万人**となった。
- 2025年における供給推計に関しては**175～182万人**程度と見込まれる(次項参照)。
- 2025年における需給ギャップについては、前提として仮定したワーク・ライフ・バランスの充実度合いにより大きく左右されることに留意が必要である。
- 今般の推計は、地域医療構想の実現を前提とした推計値であり、実現度合いにより、看護職員の必要数は変化する可能性がある。
- 今般の推計は、地域医療構想の実現を前提とした全国共通の推計方法として画一的な算定であり、個々の都道府県の実情を綿密に反映できているわけではないことに留意。

【シナリオ設定条件】

	シナリオ①	シナリオ②	シナリオ③
超過勤務	10時間以内	10時間以内	0時間
有給休暇	5日以上	10日以上	20日以上

シナリオ1: 就業中の全ての看護職員において、1ヶ月における超過勤務時間が10時間以内、1年あたりの有給取得5日以上が達成された場合

シナリオ2: 就業中の全ての看護職員において、1ヶ月における超過勤務時間が10時間以内、1年あたりの有給取得10日以上が達成された場合

シナリオ3: 就業中の全ての看護職員において、1ヶ月における超過勤務時間なし、1年あたりの有給取得20日以上が達成された場合

(実人員 単位:人)

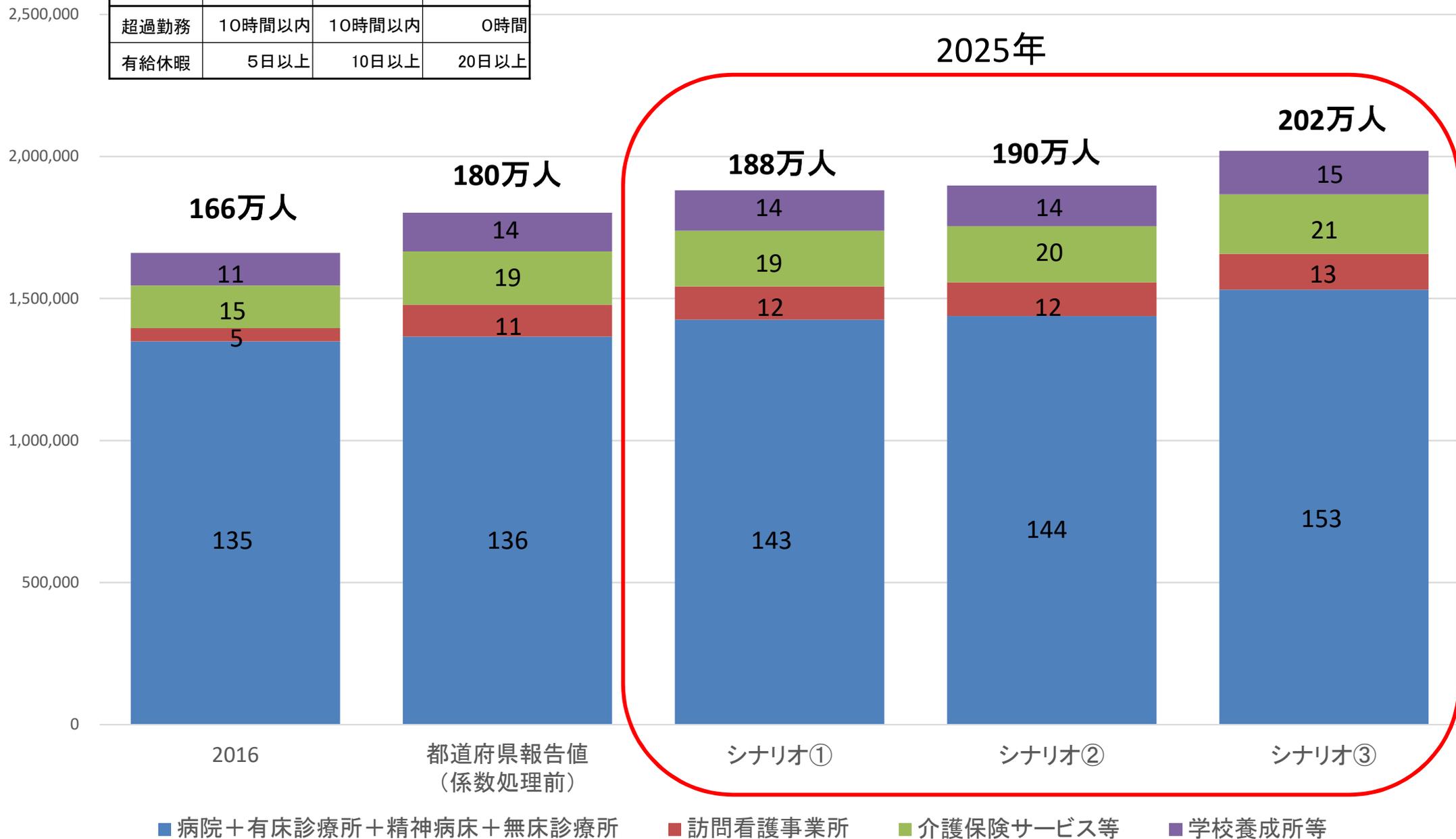
	平成28年 ※1	令和7年(2025)年			
		都道府県報告値 (係数等処理前)	シナリオ①	シナリオ②	シナリオ③
需要推計	1,660,071	1,801,633	1,880,682	1,897,561	2,019,773
病院+有床診療所	1,346,366	972,849	1,015,301	1,024,413	1,090,390
精神病床関連		132,052	137,904	139,142	148,103
(内訳) 精神病床		93,387	97,526	98,401	104,739
精神病床からの基盤整備		38,664	40,378	40,741	43,364
無床診療所		299,224	312,395	315,199	335,499
訪問看護事業所	46,977	112,558	117,502	118,556	126,192
(内訳) 医療保険	/	26,523	27,691	27,939	29,739
介護保険		47,370	49,433	49,877	53,089
精神病床からの基盤整備		38,664	40,378	40,741	43,364
介護保険サービス等	149,683	187,413	195,692	197,448	210,165
学校養成所等	117,045	136,201	142,266	143,543	152,788
供給推計	/	1,746,664	1,746,664 ～1,819,466	1,746,664 ～1,819,466	1,746,664 ～1,819,466

※1 平成28年は看護職員就業者数(厚生労働省医政局看護課調べ)

※2 精神病床からの基盤整備は精神病床関連と訪問看護事業所の両方に計上している。

【シナリオ設定条件】

	シナリオ①	シナリオ②	シナリオ③
超過勤務	10時間以内	10時間以内	0時間
有給休暇	5日以上	10日以上	20日以上

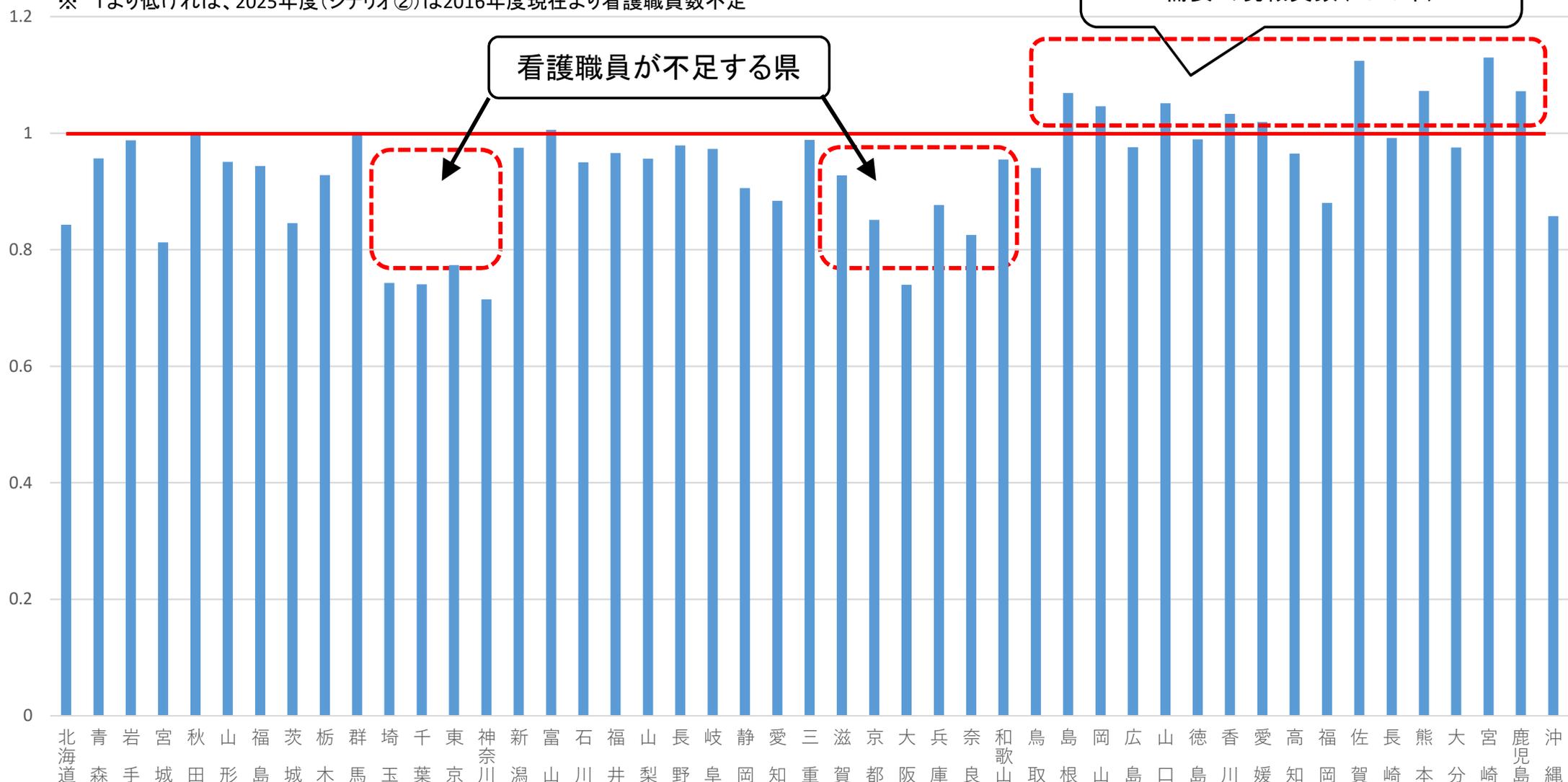


看護職員の需給推計結果(都道府県別)

○ 都道府県別でみた場合、都心部や東北地方では依然として都道府県内全体として看護職員需要数が供給のそれを上回り、看護職員不足となる一方で、一部の都道府県において2016年時点のその県における看護職員総数より需要数が少ない推計結果となる場所も生じている。

【各都道府県別の2016年度と2025年度(シナリオ②)の比較(2016年度/2025年度(シナリオ②))】

※ 1より低ければ、2025年度(シナリオ②)は2016年度現在より看護職員数不足



二次医療圏単位のシミュレーションの具体例(2025年に看護職員総数が充足されると推計された県)

※看護需給分科会の議論に資するよう、看護課において、地域医療構想上将来の必要病床数と足下の病床数のギャップが大きい県から、二次医療圏単位の看護職の分布を試みにシミュレーションしたもの

例:A県の場合

- A県における、地域医療構想に基づく2025年度に必要な病床数は、2015年度と比し約6千床減であり、2025年度の必要看護職員数は、全体では供給が需要を上回っている。
- しかし、医療分野においては、f、hにおいて需要>供給、在宅・介護分野においては、bを除き需要>供給となっている。
- 例えば、二次医療圏aからf、hの病院等や介護施設への看護職員移行を促進させることなどが今後の課題として挙げられる。

【A県における二次医療圏ごと(一部)の機能別需要推計】

※ マイナスは需要<供給、プラスは需要>供給

	2016①				2025②				差(②-①)			
	医療	在宅・介護	その他	計	医療	在宅・介護	その他	計	医療	在宅・介護	その他	計
二次医療圏a	12,671	1,614	1,012	15,297	9,978	1,989	1,219	13,186	-2,693	375	207	-2,111
二次医療圏b	2,497	461	202	3,160	1,801	451	215	2,467	-696	-10	13	-693
二次医療圏c	1,674	328	176	2,178	1,501	375	200	2,076	-173	47	24	-102
二次医療圏d	1,062	254	127	1,443	890	275	142	1,307	-172	21	15	-136
二次医療圏e	3,752	558	355	4,665	3,087	628	419	4,134	-665	70	64	-531
二次医療圏f	735	268	121	1,124	759	282	131	1,172	24	14	10	48
二次医療圏g	2,473	462	234	3,169	1,898	511	262	2,671	-575	49	28	-498
二次医療圏h	416	121	64	601	559	135	69	763	143	14	5	162
二次医療圏i	1,568	314	164	2,046	1,379	344	179	1,902	-189	30	15	-144

※ 医療分野とは病院、有床診療所、精神病床、無床診療所、在宅・介護分野とは訪問看護事業所、介護保険サービス等、その他とは学校養成所等。

二次医療圏単位のシミュレーションの具体例 (2025年においても看護職員総数が不足すると推計された県)

※看護需給分科会の議論に資するよう、看護課において、地域医療構想上将来の必要病床数が足下の病床数に比しと増となる県から、二次医療圏単位の看護職の分布を試みにシミュレーションしたもの

例: B県の場合

- B県における、地域医療構想に基づく2025年度に必要な病床数は、2015年度と比し約6千5百床増であり、2025年度は相当な看護職員の確保が求められる。
- 県全体のみならず、医療分野、在宅・介護分野、その他分野のすべてで、需要が供給を上回る。

【B県における二次医療圏ごと(一部)の機能別需要推計】

※ マイナスは需要<供給、プラスは需要>供給

	2016 ①				2025 ②				差 (② - ①)			
	医療	在宅・介護	その他	計	医療	在宅・介護	その他	計	医療	在宅・介護	その他	計
二次医療圏a	4,671	843	644	6,158	6,649	1,407	836	8,892	1,978	564	192	2,734
二次医療圏b	4,356	754	581	5,691	5,955	1,325	741	8,021	1,599	571	160	2,330
二次医療圏c	7,527	1,230	933	9,690	10,414	2,248	1,168	13,830	2,887	1,018	235	4,140
二次医療圏d	9,117	1,489	1,034	11,640	10,338	2,622	1,343	14,303	1,221	1,133	309	2,663
二次医療圏e	4,130	621	433	5,184	4,389	1,109	525	6,023	259	488	92	839
二次医療圏f	7,436	950	655	9,041	8,385	1,633	797	10,815	949	683	142	1,774
二次医療圏g	6,839	1,005	637	8,481	8,330	1,842	761	10,933	1,491	837	124	2,452
二次医療圏h	4,730	827	530	6,087	5,498	1,324	620	7,442	768	497	90	1,355
二次医療圏i	4,159	727	417	5,303	4,213	1,089	490	5,792	54	362	73	489
二次医療圏j	602	185	82	869	704	238	89	1,031	102	53	7	162

※ 医療分野とは病院、有床診療所、精神病床、無床診療所、在宅・介護分野とは訪問看護事業所、介護保険サービス等、その他とは学校養成所等。

看護職員確保対策の推進

新規養成・復職支援・定着促進

- 新規養成において、人々の療養の場が多様化し地域包括ケアが推進されるなかで、病院以外にも在宅医療や介護保険サービス等、さまざまな場面で看護のニーズが拡大しており、地域における看護の理解を深めるための教育や実習の強化、新規養成時からの多様なキャリアデザインに関する教育、支援を実施していくことが重要。
- 復職支援において、資格管理・届出制度の改善とともに、ナースセンターの役割として、今後は離職者の再就業支援に限らず、休職者への復職支援やプラチナ・ナースの就業支援等、人材養成・キャリア支援機関として、さらには在宅医療や介護保険サービス等の人材確保・定着に向けた支援等に向け、その機能の拡充、強化を目指すことが望ましいと考えられる。
- 定着促進において、短時間正職員制度など多様な働き方の導入、夜勤従事者の負担軽減、医療現場におけるハラスメントへの対応など、すべての看護職員が安心して働き続けられる職場環境の整備を進めていくことが非常に重要である。その際、個々のスタッフの多様な働き方に対応した業務の効率化やタスクシフト等を効果的に進めていくため、現場の看護管理者が果たす役割が重要であり、看護管理者のマネジメント能力向上と負担軽減を図る支援が必要である。また、医師から看護職員へのタスク・シフティングやタスクシェアリングを進められており、看護職員がより専門性を発揮できるよう、専門職支援人材としての看護補助者の活用促進が重要である。
- 具体的施策は以下のとおり。

【新規養成】

- ・ 学生時代から地域のなかでさまざまな施設において職場体験が可能となるようなインターンシップなどの支援
- ・ 多様なキャリアパスについて、学生や教員の理解を深めるため、平成29年度の「看護職員の多様なキャリアパス周知事業」により厚生労働省ホームページ内に作成した「看護職のキャリアと働き方支援サイト」や、中央ナースセンターが運営する「看護職の多様なキャリアと働き方応援サイト ナースストリート」の周知、活用の促進 等

【復職支援】

- ・ ナースセンター・ハローワーク連携事業による看護職員確保の更なる推進に向けた、都道府県労働局及びハローワーク、ナースセンターへの好事例の周知
- ・ 相談の質を高めるため、ナースセンター相談員がキャリアコンサルティングの専門知識や技術を習得するための支援 等

【定着促進】

- ・ 医療勤務環境改善支援センターにおける医療機関への支援。労働時間・勤務環境改善等に関して得られた研究成果や方策等が、医療勤務環境改善マネジメントシステムによるPDCAサイクルの実践に活かされる体制づくり等の促進
- ・ 交替制勤務の看護職員に適した勤務間インターバル制度など、労働時間・勤務環境改善に関する研究
- ・ 医療施設における暴力・ハラスメントの実態調査の実施と課題の明確化
- ・ 看護補助者との協働のあり方、活用、夜勤への対応などに関する看護管理者、看護職員への研修の推進 等

看護職員確保対策の推進

領域・地域別偏在の調整

- 今般の看護職員需給推計では、一部の都道府県において看護職員総数が充足される場所も生じているが、そのような場合でも領域別の需給バランスをみると、医療機関では充足していても訪問看護や介護保険施設においては不足であったり、より小規模単位の地域でみれば、へき地をはじめ一部の地域で看護職員が不足する状況が分かる。
- 看護職員確保策については、従来の看護職員の総数不足への対応策に加え、これからは看護職員の領域別、地域別偏在の調整についても具体的な対策が必要となり、各都道府県においては、これを踏まえた政策を進めていくことが重要な課題といえる。

領域別

- 領域別偏在については、高齢化の進展や地域医療構想による病床の機能分化・連携に伴い、今後、訪問看護や介護分野における看護ニーズが大きく増加することが見込まれ、訪問看護に就業するためには経験が必要との懸念が根強く、新卒看護師等が訪問看護へ就業する選択肢はまだ確立されていない。また、看護職員は年齢階級が上がるにつれ、訪問看護事業所や介護保険施設等へ転職する者も現れるが、想像と現実のギャップ等から早期に離職する者が多いという問題があり、そうしたギャップを解消する施策が必要である。
- 具体的な施策は以下のとおり。
 - ・ 病院等で働く看護師等が、多様なキャリアを選択できるよう訪問看護事業所や介護保険施設等での研修の実施、看護管理者に対する多様な背景を持つ看護職員の活用に関する研修の推進 [再掲:新規養成]
 - ・ 「地域に必要な看護職の確保推進事業」を全国に展開するための、事業の実施支援、好事例の分析、情報共有の促進 [再掲:復職支援] 等

地域別

- 地域別偏在については、平成29年度より都道府県ナースセンターが軸となり、都道府県や医師会、病院団体等と連携のうえ地域の実情に応じてより対象領域を絞った確保策を計画・展開する「地域に必要な看護職の確保推進事業」が実施され、一定の成果も得られている。本分科会では、山間や離島など看護職員確保・定着が困難な地域における支援策についても検討する必要があることが指摘された。
- 具体的な施策は以下のとおり。
 - ・ 「地域に必要な看護職の確保推進事業」を全国に展開するための、事業の実施支援、好事例の分析、情報共有の促進 等
- 都道府県労働局や経済産業局その他関連機関と連携した都道府県の看護行政も重要となる。

今般の看護職員需給推計の位置づけに係る留意事項について

今般の看護職員需給推計は、骨太の方針に基づき、地域医療構想の実現を前提とした状態での看護職員の需給の在り方を示す内容であることから、推計値の取り扱いや今後の各都道府県における確保策の取り進めについて、以下の点を留意する必要がある。

- 令和元年時点で、全ての都道府県においてナースセンターにおける看護職員の求人倍率1.0を下回る県が1つもなく、足下の看護職員不足の対応は目下、地域を問わない課題であること。
- 令和7(2025)年における実際の看護職員の需給は、確保策の成果のみならず、地域医療構想の実現に係る進捗度合いに少なからぬ影響を受けること。
- 令和7(2025)年の看護職員需給推計値について、都道府県によっては看護職員が充足しているようにみえるところもあるが、そのようなところにおいても確保策が不要とはならない。看護職員の地域別、領域別偏在など検討すべき重要な問題がある。今回の需給推計の結果は、都道府県がそれぞれ看護職員確保策に係る問題について、丁寧な議論を行っていくための素材として活用されることが望まれるものである。
- 訪問看護事業所の需要推計については、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に伴う基盤整備量(利用者数)の目標をもとに看護職員の需要を推計し、便宜上、訪問看護により対応するものと仮定したものであること。

今後の方向について

今回、中間とりまとめとして一定のとりまとめを行うのは、看護現場の取り巻く諸課題に対し現時点で得られている知見に基づいた機動的な取組を進めていく重要性ゆえである。看護職員確保策の観点からは、これまで指摘されてきた看護職員の総数不足への対応策だけでなく、看護職員の領域別、地域別偏在の調整について具体的な対策を検討する必要性が明らかになった。今後、都道府県においては、医療計画の見直しの機会等において、地域包括ケアの推進や働き方改革等、看護職員を取り巻く環境の変化と地域の実情を踏まえた施策を推進することが期待される。国においても、本分科会の検討内容を踏まえ、今後制度面や財政面を含め全国的に必要とされる環境整備に引き続き取り組んでいくことを求める。

(参考)令和2年度看護職員確保対策等予算案

ナースセンター事業（概要）

中央ナースセンター事業

令和2年度予算案 令和元年度予算額
230,183千円 347,633千円

(ア) 中央ナースセンター 1か所(各都道府県ナースセンターの中央機関)

(イ) 都道府県ナースセンター 47か所(看護職員確保対策の拠点として無料職業紹介などの事業を行う機関)

各都道府県の看護職員確保対策の拠点として、次の事業を行う。

- ① 近年の少子化傾向から若年労働力人口の減少を踏まえ、潜在看護職員の就業促進を行うナースバンク事業
- ② 高齢社会の到来に対応するための訪問看護支援事業(訪問看護師養成講習会等)
- ③ 看護対策の基盤となる「看護の心」の普及に関する事業

※人材確保法:看護師等の人材確保の促進に関する法律(平成4年)

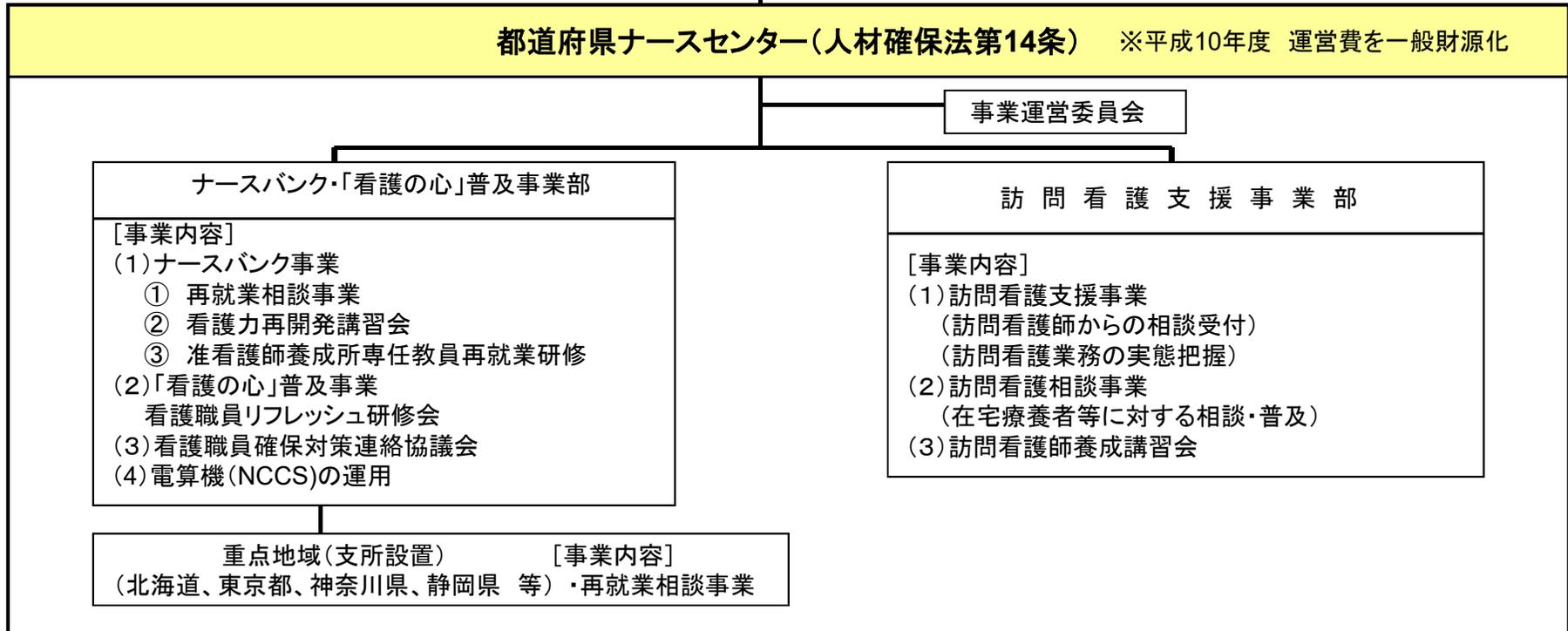
ナースセンター組織図

中央ナースセンター(人材確保法第20条)

[事業概要]

- ① 都道府県ナースセンターの業務に関する啓発活動
- ② 都道府県ナースセンターの業務について、連絡調整、指導その他の援助
- ③ 都道府県ナースセンターの業務に関する情報及び資料を収集し、都道府県ナースセンターその他の関係者に対し提供
- ④ 2以上の都道府県の区域における看護に関する啓発活動
- ⑤ その他都道府県ナースセンターの健全な発展及び看護師等の確保を図るために必要な業務

[拡充] ※事業概要③に含む
○「地域に必要な看護職員確保推進事業」の推進
 ・中央ナースセンターを介した都道府県ナースセンターによる本事業の実施支援や、事業の好事例の情報提供等の推進



看護職員の確保策を実施するために必要な経費

事業名

医療現場における暴力・ハラスメント対策普及啓発事業

令和2年度予算案
34,150千円

令和元年度予算額
0千円

事業背景

平成30年度版「過労死等防止対策白書」において、労災支給決定（認定）事案の分析がされ、看護師については、精神障害の事案の割合が多く、その発病に関与したと考えられる業務によるストレス要因は、患者からの暴力や入院患者の自殺の目撃等の「事故や災害の体験・目撃をした」が約8割とされており、患者からの暴力等に対する施策が必要である。

事業目的

平成31年度特別研究「看護職等が受ける暴力・ハラスメントに対する実態調査と対応策に向けた研究」においてとりまとめられた内容を活用し、施設種別によっては、暴力・ハラスメントに対する対応方針等が異なることから、病院・診療所・在宅の施設別に研修が受講できる暴力・ハラスメントに対する教材（eラーニング）を作成・周知することで、医療機関等における暴力・ハラスメント対策の実施を促し離職防止を図る。

事業概要

- 看護職等が受ける暴力・ハラスメントに対する組織的な対応を促すためのマニュアルを活用し、個々の医療機関等でどのような取組を行っていけば良いか等の教材（eラーニング）を開発。
- 個々の医療機関等で活用してもらうために、幅広く周知を行う。



スケジュール

平成30年度	令和元年度	令和2年度	
～3月	4月～3月 特別研究「看護職等が受ける暴力・ハラスメントに対する実態調査と対応策に向けた研究」	4月～7月	8月～3月
		内容検討	事業者選定手続
		eラーニング作成	
		配布	

補助先(委託先)

公募

3 医師・医療従事者の 働き方改革の推進について

医師の労働時間短縮や勤務環境改善に関する 医療機関の取組の支援

- 医師の時間外労働の上限規制が2024年4月から適用されるため、医療機関に対し、医師の働き方改革の必要性を周知し、労務管理面等の支援を行い、医師の労働時間短縮を推進することが重要である。
- 2024年からの医師の時間外労働の上限規制の適用に向け、現在、「医師の働き方改革の推進に関する検討会」において、医師の長時間労働の是正と地域医療の確保の両立を目指し、医師の労働時間の上限規制のあり方や健康確保措置等について引き続き検討を行っているところであり、「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会」とともに、とりまとめ次第、早期に法案を提出する予定である。
- 都道府県において新たに生じる事務として想定されるものは、下記のとおり。
 - (1) 地域医療確保暫定特例水準((B)水準)又は集中的技能向上水準((C)水準)が適用される医療機関の指定【2023年度】
 - ・(B)水準又は(C)水準が適用される医療機関について、それぞれの要件を満たすものを指定していただくとともに、(B)水準医療機関に対しては、医師の労働時間の短縮のための重点支援を実施していただく。
 - (2) 追加的健康確保措置の履行確保【2024年度以降】
 - ・診療従事勤務医に2024年度以降適用される水準((A)水準)、(B)水準及び(C)水準が適用される医師を雇用する医療機関の管理者が医師に対して行う追加的健康確保措置の実施状況の確認、指導等を実施していただく。
- また、医療勤務環境改善支援センターについては、2024年度に向けて、医療機関における労務管理の適正化を進めていただくように相談支援を行うとともに、なるべく多くの医療機関が(A)水準の対象の医療機関となるよう支援を強化していく。令和2年度政府予算案においては、医療労務管理アドバイザーによるプッシュ型アプローチの強化等の機能強化を行うこととしている。直営／委託問わず、医療勤務環境改善支援センターの活動の一層の活性化をお願いする。

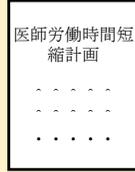
- さらに令和2年度政府予算案では、地域医療介護総合確保基金において、勤務医の労働時間短縮のための体制整備に関する総合的な取組を促すための財源を確保している(対象や要件等の詳細は、今後調整の上お伝えする)。都道府県におかれては、既存の事業含め、働き方に関する事業については、医療従事者の確保に関する事業として整理し、3月中旬までに要望書を作成していただくことになる。その後、3月中旬から5月にかけて国から都道府県に対し基金ヒアリングを行い、6月以降、必要に応じて都道府県の補正予算後に二次要望を行っていただくことも想定している。地域医療を確保するため、医師の働き方改革に向けて支援が必要な医療機関に対する財政支援を確実に行っていただくようお願いする。
- 他にも、タスク・シフティング等医療勤務環境改善推進事業等の財政的支援を講じることとしているため、医療機関の労働時間短縮の支援等に是非活用されたい。なお、タスク・シフティング等医療勤務環境改善推進事業は、労働時間短縮の好事例を創出し、横展開することを目的とした本年度同様の国直接補助のモデル事業であるが、当該好事例の医療機関への周知にご協力いただく予定である。
- また、働き方改革による地域の医療提供体制への影響を見極める必要がある。医師による面接指導の実施状況等、病院に勤務する医師の労務管理状況調査の結果を踏まえ、医療機関における労務管理の適正化に向け、都道府県において対応いただいているものと承知しているが、(B)水準指定医療機関の見込みを立てるために、引き続き、医療機関を訪問する等、管下の医療機関の実態把握等をお願いしたい。
- 医師の労働時間削減のためのタスク・シフト/シェアについては、タスク・シフト/シェアする業務を具体的に整理して通知することや、働き方の制度と連動してタスク・シフト/シェアを推進することといった方向性で「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会」で議論を行っているところであり、具体的な内容はまとまり次第関係医療機関に対する周知・協力をお願いしたい。
- 医療のかかり方に関する認識の変容のため、都道府県においては国や既に取り組を行っている自治体における医療のかかり方への取組も参考にしつつ、医療現場が危機的状況であることを住民の方に共有するとともに、#8000・#7119の相談ダイヤルの周知や地域医療を守るための取組の推進・横展開等、上手な医療のかかり方に資する取組の推進をお願いする。

医師の働き方改革の全体像

※下線部は法改正予定事項

医療機関：労働時間短縮に向けた取組と適切な労務管理

- 労働時間短縮に向けた取組
 - ・タスク・シフト／シェア
 - ・医師の業務の削減
 - ・変形労働時間制等の導入
 - ・ICT等の活用
 - ・その他の業務削減・効率化



(取組の前提として)

- 労働時間管理の徹底
- 追加的健康確保措置

- 客観的な手法による労働時間の把握
- 36協定の締結
- 宿日直、研鑽の適正な取扱い 等
- 連続勤務時間制限、勤務間インターバル、代償休息
- 面接指導 等



- 医師の確保
 - ・地域の医療機関間の医師配置の見直し等



医師偏在対策

- 診療体制の見直し
 - ・救急等の医療提供の見直し
 - ・診療科の見直し、病院の再編・統合

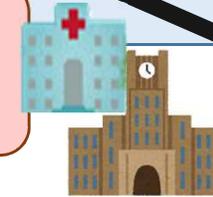


地域医療構想

適切な労働時間の把握・給与の支払い

大学・
大学病院
(医育機関
・医局機能)

- 診療
- 研究
- 医師の養成 等



評価機能

労働時間短縮に向けた取組・
労務管理状況について評価

医療の質を確保しつつ、時間外・休日労働時間数を削減

住民：適切なかかり方

- 医療のかかり方の見直し
- かかりつけ医の活用
- ⇒ 大病院への集中の緩和



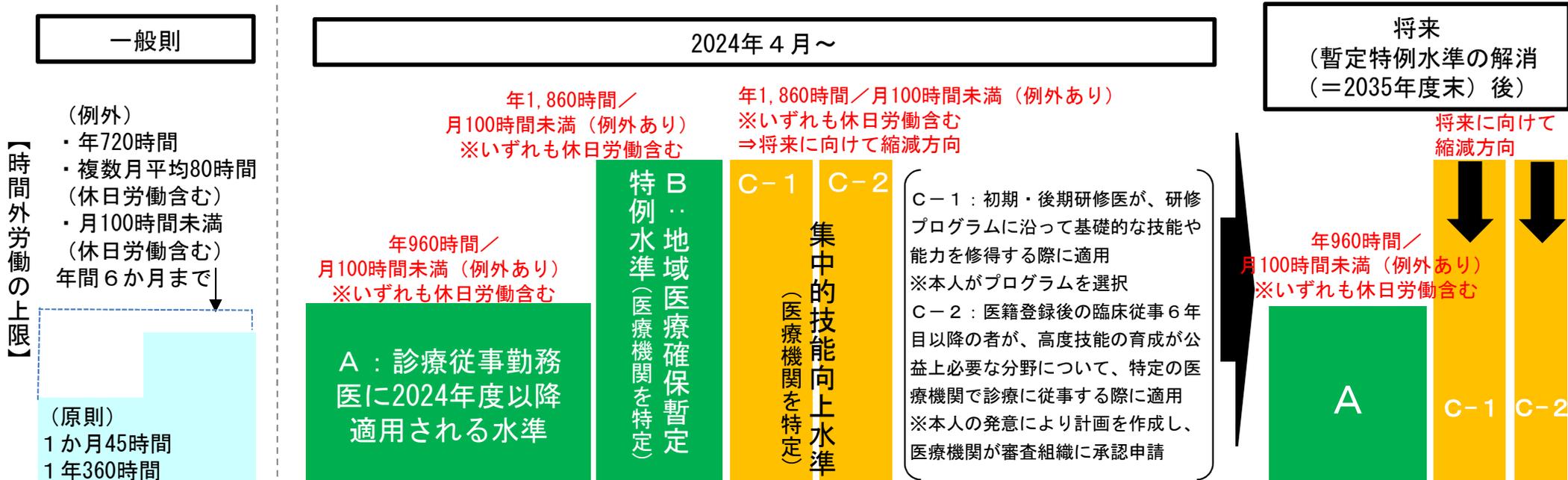
労働時間短縮に向けた
取組や労務管理に関して
支援を実施

都道府県：地域の医療提供体制の確保

- 勤務環境改善支援
 - ・医療勤務環境改善支援センター等を通じ、医療機関に対する労働時間短縮等に向けた勤務環境改善の支援
- 医師偏在対策
 - ・医師確保計画等を通じた地域及び診療科の医師偏在対策
 - ・総合診療専門医の確保等
 - ・臨床研修医の定員の配置等による偏在対策
- 地域医療構想
 - ・地域の医療ニーズに即した効率的な医療機能の確保
 - ・公立・公的医療機関等の2025年に向けた具体的対応方針の検証

医師の時間外労働規制について

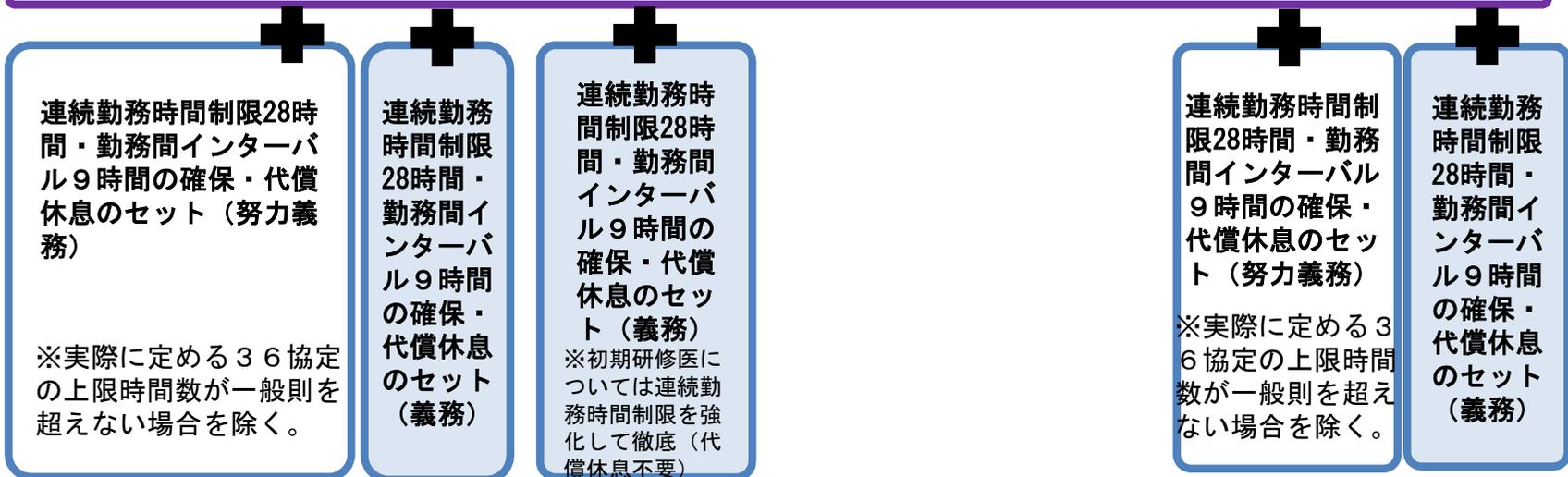
※医師の働き方改革に関する検討会報告書(平成31年3月28日公表)による取りまとめの内容



※この(原則)については医師も同様。

月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置(いわゆるドクターストップ)

【追加的健康確保措置】



※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的取組を講ずる。

「医師の働き方改革の推進に関する検討会」について

◆ 医師に対しては、2024年4月から時間外労働の上限規制が適用される。その規制の具体的内容等について検討してきた「医師の働き方改革に関する検討会」において、労働基準法体系において定める上限規制と医事法制・医療政策における対応を組み合わせ、医師の診療業務の特殊性を踏まえた働き方改革を推進していくことを内容とする報告書がとりまとめられた。

◆ これを受け、当該報告書において引き続き検討することとされた事項について、有識者の参集を得て具体的検討を行う。

構成員

(計16名) (※五十音順)

家保 英隆	高知県健康政策部副部長
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
◎ 遠藤 久夫	国立社会保障・人口問題研究所長
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MUSCUTセンター長
城守 国斗	公益社団法人日本医師会常任理事
島崎 謙治	政策研究大学院大学教授
島田 陽一	早稲田大学法学部教授
鈴木 幸雄	横浜市立大学産婦人科・横浜市医療局
堤 明純	北里大学医学部教授
馬場 武彦	社会医療法人ペガサス理事長
水島 郁子	大阪大学大学院高等司法研究科教授
村上 陽子	日本労働組合総連合会総合労働局長
森 正樹	日本医学会副会長(九州大学大学院消化器・総合外科教授)
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) 医師の時間外労働の上限規制に関して、医事法制・医療政策における措置を要する事項
 - ・ 地域医療確保暫定特例水準及び集中的技能向上水準の対象医療機関の特定にかかる枠組み
 - ・ 追加的健康確保措置の義務化及び履行確保にかかる枠組み
 - ・ 医師労働時間短縮計画、評価機能にかかる枠組み 等
- (2) 医師の時間外労働の実態把握
- (3) その他

検討のスケジュール

- ◆ 第1回(令和元年7月5日) 医事法制・医療政策における措置を要する事項等について
- ◆ 第2回(令和元年9月2日) 追加的健康確保措置の履行確保の枠組み・医師労働時間短縮計画及び評価機能のあり方について
- ◆ 第3回(令和元年10月2日) 地域医療確保暫定特例水準及び集中的技能向上水準の指定の枠組みについて
- ◆ 第4回(令和元年11月6日) 評価機能について
- ◆ 第5回(令和元年12月2日) 評価機能について
- ◆ 第6回(令和元年12月26日) これまでの議論のまとめについて

※ 令和2年においても、引き続き議論予定。

2024年4月までの見通し(実施主体について)

医療機関 / 国・都道府県

2019年度

2020年度

2021年度

2022年度

2023年度

2024年度

なるべく多くが(A)水準の者のみの医療機関となるような取組、支援策が必要

(A) 水準の者のみの医療機関

時短計画策定の推奨・義務化・PDCA 医療機関

※計画策定の義務化は、遅くとも2021年度～

都道府県から独立

評価機能による第三者評価

※評価機能による第三者評価開始は、遅くとも2022年度～

(B) 水準の指定を受けた医療機関

労務管理の適正化

(取組状況を踏まえて)

臨床研修・専門研修プログラムにおける時間外労働時間数の明示 (義務化)

医療機関

※義務化開始年限は、今後、臨床研修部会等において検討。

都道府県による指定の実施

(医療機関からの申請方式を想定)

(C) - 1 水準の指定を受けた医療機関

(C) - 2 水準の指定を受けた医療機関

国レベルを想定

審査組織による(C)-2対象医療機関の個別審査

※審査組織による個別審査開始は、遅くとも2022年度～

※指定を受けた医療機関の医師全員が当然に各水準の適用対象となるわけではない

医療機関

(B)・(C)医療機関の義務
 ・(B)・(C)水準適用者への追加的健康確保措置
 ・時短計画、評価受審等

履行確保：都道府県

医療機関 (医療機能、勤務実態 (時間外労働時間数) 等は様々)

医療機関

相談支援：都道府県 (医療勤務環境改善支援センター)

(B)(C)指定に係る労働時間の確認に関する各機関の役割

	(B) 水準	(C) - 1 水準		(C) - 2 水準
		臨床研修	専門研修	
都道府県				
年次報告（医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令第12条）、 実地調査	—	前年度の労働時間の実績とその年の想定労働時間数に乖離が見られた場合、必要に応じて実地調査を行い、改善を求める。	—	—
研修医募集	—	各プログラムは、労働時間の実績を明示することとし、それらに乖離が見られた場合、理由を確認し必要に応じて改善を求める。	—	—
(B) (C) 指定	医師労働時間短縮計画に記載された時間外・休日労働の実績及び 都道府県医療審議会等 の意見を踏まえ、960時間超えがやむを得ないことを確認	医師労働時間短縮計画に記載された時間外・休日労働の実績及び 地域医療対策協議会等 の意見を踏まえ、960時間超えがやむを得ないことを確認。 ※「研修の効率化」と「適正な労務管理」については、 同計画 及び 評価機能 による評価結果により確認する。	医師労働時間短縮計画に記載された時間外・休日労働の実績及び 審査組織 の意見を踏まえ、960時間超えがやむを得ないことを確認	
立入検査 （医療法第25条第1項）	(B) (C) 医療機関が時間外・休日労働時間数に応じた面接指導、勤務間インターバル等の追加的健康確保措置を適切に実施しているか否かを年1回確認し、必要に応じて指導、改善命令を行う。			
各学会、日本専門医機構				
専攻医募集	—	—	各プログラムは、労働時間の実績と想定労働時間数を明示することとし、それらに乖離が見られた場合、理由を確認し必要に応じて改善を求める。	—
評価機能	(B) (C) 医療機関の時間外・休日労働時間数、労務管理、労働時間短縮に向けた取組状況（研修の効率化を含む。）について評価			
審査組織	—	—	—	医療機関の教育研修環境及び医師が作成する高度特定技能育成計画の内容から、高度技能の医師の育成が可能であり、技能習得・維持に相当程度の従事が必要であることを審査。

勤務医の働き方改革を推進するため、地域医療介護総合確保基金を活用し、以下の財政的支援を行う。
→地域医療の確保を目的として都道府県が医療機関向け補助を実施

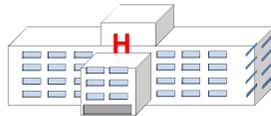
地域医療勤務環境改善体制整備事業

補助の対象となる医療機関

地域医療において特別な役割があり、かつ過酷な勤務環境となっていると都道府県知事が認める医療機関。

（補助に当たっては客観的要件を設定）

※基金の補助対象は、診療報酬での消費税財源を活用した救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応の対象となる医療機関と重複しないことを予定。



連続勤務時間制限・勤務間インターバル、面接指導などに取り組み、かつ、時短計画を定めるなどを条件に交付する。



医師の労働時間短縮に向けた総合的な取組の実施

医療機関において医師の労働時間短縮のための計画を策定し、勤務環境改善のための体制整備として次のような取組を総合的に実施

- ・勤務間インターバルや連続勤務時間制限の適切な設定
- ・当直明けの勤務負担の緩和
- ・複数主治医制の導入
- ・女性医師等に対する短時間勤務等多様で柔軟な働き方を推進
- ・タスク・シフティング、タスク・シェアリングの推進
- ・これらに類する医師の業務見直しによる労働時間短縮に向けた取組



支援



補助対象経費

上記の総合的な取組に要する、ICT等機器、休憩室整備費用、改善支援アドバイス費用、短時間勤務要員の確保経費等をパッケージとして補助する。

地域医療介護総合確保基金に関する今後のスケジュール(想定)

令和2年	国	都道府県
1月	<ul style="list-style-type: none"> ・基金配分方針、要望調査発出 ・区分6の詳細については、別途調整 	<ul style="list-style-type: none"> ・要望書作成 ※既存の事業含め、働き方に関する事業は全て区分4と整理
2月		
3月		
4月	<ul style="list-style-type: none"> ・基金ヒアリング ・管理運営要領等発出 	<ul style="list-style-type: none"> ・基金ヒアリング ※説明会等を通じて今後お知らせする内容を元に区分4、6を振り分け
5月	<ul style="list-style-type: none"> ・区分1、2、4、6(※)の各要望額を集計 	
6月以降	<ul style="list-style-type: none"> ・内示 ・必要に応じて二次募集 	<ul style="list-style-type: none"> ・必要に応じて都道府県の補正予算後に二次要望

(※)区分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

区分2 地域における医療及び介護の総合的な確保のための医療介護総合確保区域における居宅等における医療の提供に関する事業

区分4 医療従事者の確保に関する事業

区分6 勤務医の働き方改革の推進に関する事業

医療勤務環境改善支援センターの状況

平成30年度の都道府県の事業実施状況等

都道府県名	設置年月日	設置形態 （「直営」 には一部委託 を含む）	委託先	医療労務管理 アドバイザー 配置人数 （1日あたり）	医療経営ア ドバイザー 配置人数 （1日あたり）	説明会・セ ミナー等開 催件数 （29/30年 度実績）	訪問医療機 関数 （29/30年 度実績）	（参考）各 都道府県内 病院数 （H29. 10. 1 現在）	都道府県 名	設置年月日	設置形態 （「直営」に は一部委託を 含む）	委託先	医療労務管理 アドバイザー 配置人数 （1日あたり）	医療経営ア ドバイザー 配置人数 （1日あたり）	説明会・セ ミナー等開 催件数 （29/30年 度実績）	訪問医療機 関数 （29/30年 度実績）	（参考）各 都道府県内 病院数 （H29. 10. 1 現在）
北海道	H27. 2. 10	委託	北海道総合研究調査会・日本医療経営コンサルタント協会	スポット	スポット	4/10	48/65	561	三重県	H26. 8. 28	委託	県医師会	1	スポット	13/14	22/35	98
青森県	H27. 4. 1	直営		1	2	1/1	1/30	94	滋賀県	H26. 10. 1	委託	県病院協会	スポット	スポット	6/3	4/53	57
岩手県	H27. 3. 25	直営		スポット	スポット	8/8	7/29	93	京都府	H27. 1. 1	委託	私立病院協会	1.2	0.5	3/3	25/36	169
宮城県	H28. 11. 1	委託	県医師会	1	スポット	2/8	3/23	140	大阪府	H27. 1. 14	委託	私立病院協会	3	1	4/4	2/6	521
秋田県	H27. 4. 1	直営		1	スポット	0/1	10/28	69	兵庫県	H27. 4. 1	直営		2	スポット	6/5	13/66	350
山形県	H27. 4. 1	直営		スポット	スポット	8/1	3/21	69	奈良県	H26. 10. 1	委託	県病院協会	1	1	2/2	9/38	79
福島県	H27. 10. 1	委託	県医師会	スポット	スポット	4/5	2/2	128	和歌山県	H26. 11. 25	委託	県病院協会	1	スポット	1/2	29/66	83
茨城県	H27. 7. 21	委託	県医師会	スポット	スポット	7/3	7/2	176	鳥取県	H27. 4. 1	委託	県医師会	スポット	スポット	1/2	11/3	44
栃木県	H27. 4. 1	委託	県医師会	スポット	スポット	3/4	99/121	107	島根県	H27. 4. 22	直営		1	スポット	1/3	2/1	51
群馬県	H27. 2. 27	直営		スポット	スポット	2/2	2/1	130	岡山県	H27. 1. 1	委託	県医師会	1	スポット	9/18	4/18	163
埼玉県	H27. 2. 13	直営		3	スポット	12/6	13/43	343	広島県	H27. 10. 26	直営		スポット	スポット	2/4	4/13	242
千葉県	H27. 5. 1	直営		3	スポット	2/2	45/70	288	山口県	H27. 9. 1	直営		1	1	3/3	9/7	145
東京都	H26. 10. 1	直営		スポット	スポット	4/4	21/17	647	徳島県	H27. 3. 26	直営		1	1	1/1	1/333(17)	109
神奈川県	H27. 1. 5	直営		3	スポット	3/2	2/8	338	香川県	H27. 4. 1	直営		1	1	0/2	1/2	89
新潟県	H27. 1. 5	委託	県医師会	スポット	スポット	4/18	8/74	129	愛媛県	H28. 9. 1	委託	日本医療経営コンサルタント協会	2	1	2/2	2/45	141
富山県	H27. 2. 6	直営		1	スポット	1/1	3/3	106	高知県	H27. 10. 1	委託	高知医療再生機構	スポット	スポット	2/1	5/7	129
石川県	H27. 4. 1	直営		1	スポット	2/2	0/0	94	福岡県	H26. 4. 7	直営		1	スポット	6/7	18/27	462
福井県	H27. 2. 2	委託	県医師会	1	スポット	6/10	1/9	68	佐賀県	H27. 10. 1	委託	県医師会	スポット	1	3/4	0/1	106
山梨県	H28. 12. 26	直営		スポット	スポット	2/1	0/3	60	長崎県	H27. 8. 1	直営		スポット	スポット	3/2	6/27	150
長野県	H28. 2. 17	直営		0.2	0.2	3/6	11/5	129	熊本県	H27. 2. 19	委託	県医師会	1.6	0.1	9/6	7/55	213
岐阜県	H26. 7. 1	直営		スポット	スポット	4/4	29/32	101	大分県	H27. 11. 2	直営		2	スポット	1/2	11/13	157
静岡県	H26. 10. 21	直営		スポット	スポット	3/3	31/46	180	宮崎県	H27. 3. 12	委託	県医師会	スポット	スポット	1/3	6/9	140
愛知県	H28. 2. 16	委託	県労災指定医協会	1	スポット	6/6	48/60	324	鹿児島県	H29. 3. 1	委託	日本医療経営コンサルタント協会	スポット	1	1/7	1/6	246
									沖縄県	H27. 1. 5	委託	県医師会	1	スポット	8/6	6/4	94

<備考>

1. 「スポット」とは、医療機関への訪問など必要時に対応している場合を示す。
2. 訪問医療機関数には診療所を訪問した数も含まれている。
3. 「コンサルタント協会」は、公益社団法人医療経営コンサルタント協会の各都道府県支部を示す。
4. 徳島県は、医療法第25条の立入検査の際に勤務環境改善についての説明等を行っており、平成30年度の訪問医療機関数は333（うち県の医療勤務環境改善担当者が同行した数は17）。

（資料出所）厚生労働省医政局医療経営支援課調べ

医療勤務環境改善支援センターの更なる活動強化策について

都道府県 医療勤務環境改善支援センター

(※医療法第30条の21に基づき設置(H29全都道府県。医療法第30条の21及び30条の25により地域医療支援センターと連携して活動)

運営体制	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県が直営(一部委託あり)又は、委託で運営 医療経営アドバイザーと医療労務管理アドバイザーを配置 運営協議会を開催 構成員 : 医師会・看護協会・病院団体等医療関係団体、 社会保険労務士会・医業経営コンサルタント協会、 都道府県労働局等 	業務内容	<ul style="list-style-type: none"> 医療勤務環境改善マネジメントシステムの普及・導入に向けて 医療機関向け研修会の開催 勤務環境改善に関する相談対応 医療機関に関する個別支援 各種情報提供等 	<p><医師の働き方改革関連業務></p> <ul style="list-style-type: none"> 医療機関における労務管理状況調査のフォローアップ対応(R1~) 医療機関向け労働時間等説明会の開催(都道府県労働局・医師会と共催)(R1~) 税制改正対応(R1~) 医師の働き方改革等の周知(H30~)
-------------	--	-------------	---	--

課題	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関における認知度が低い 医師の働き方改革について最新動向の把握が重要 	<ul style="list-style-type: none"> 域内の医療機関の状況把握が容易でない 体制の強化が必要 	<ul style="list-style-type: none"> アドバイザーの能力向上が必要
-----------	--	--	--

国による医療勤務環境改善支援センター活動の支援 (下線はR2予算案で工夫・拡充等を行っているもの)

< 都道府県の取組を支援 >

認知度向上	<ul style="list-style-type: none"> 講演、調査様々な機会を捉えて、センターを周知 ※インターネットバナー広告等(R2~) 	能力向上	<ul style="list-style-type: none"> 有識者派遣による助言事業(H29~。H30からは医療機関に対する個別支援を伴走支援) 集合研修の実施(全国/ブロックごと)(H30~) 活動支援ツールの作成・配布 ・「医療勤務環境改善支援センターの運営及び活動にあたっての手引き」(H30) 『「医師の働き方改革」に向けた勤務環境改善マネジメントシステム導入の手引き』(H30) 「医療機関における勤務環境改善好事例集」(H30)
医療機関の状況把握	<ul style="list-style-type: none"> 国が行う調査結果を都道府県にフィードバック 医療勤務環境マネジメントシステム調査・研究(H26~) 緊急対策の実施状況調査(H30~) 労務管理状況調査(R1~) → 支援が必要と想定される病院や、未提出病院 に対してセンターが個別にアプローチ 		
政策情報の提供	<ul style="list-style-type: none"> 担当課長会議の開催(年2回。行政情報の伝達、相互交流) 「勤改通信」随時発信(都道府県担当職員のマーリングリスト) 都道府県の医療政策担当者向け研修会において、医療従事者確保等施策との連携に係る研修を実施(連携促進) 	体制強化	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療介護総合確保基金による支援(H26~) *センター運営費や医療機関の取組支援についての支出が可能 (基金:H30年度=公費934億円→R1年度=公費1034億円、の内数) 普通交付税措置により、都道府県庁医療従事者確保担当職員の増員(R1) 医療労務管理アドバイザーの配置(プッシュ型でのアプローチを強化(R2~))

< 医療勤務環境改善の推進風土づくり >

医療機関サポートWeb「いきサポ」による情報提供 (H26~) <ul style="list-style-type: none"> 医療機関における勤務環境改善の取組(好事例等毎年更新)や行政情報等役立つ情報を紹介 「いきサポ」に自己診断機能を追加(H30~) 	医療勤務環境改善マネジメントシステム普及促進セミナー (H26~)、 トップマネジメント研修 (R1~) <ul style="list-style-type: none"> 全国各地で医療機関向けセミナー、病院長向け研修会を実施 	調査・研究事業の実施 <ul style="list-style-type: none"> 医師・医療従事者等の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・研究報告書(H30)
--	--	---

医療従事者の確保・定着に向けた勤務環境改善のための取組

国民が将来にわたり質の高い医療サービスを受けるためには、長時間労働など厳しい勤務環境におかれている医療従事者の勤務環境の整備が喫緊の課題であることから、労務管理支援など、医療機関の勤務環境改善に向けた主体的な取組に対する支援の充実を図ることにより、医療従事者全体の勤務環境の改善に向けた取組の充実につなげる。

令和2年度予算案 672,650(603,869)千円

医療労務管理支援事業

516,209(512,788)千円

全国47都道府県の医療勤務環境改善支援センターに社会保険労務士などの労務管理の専門家(医療労務管理アドバイザー)を配置(※)し、医療機関からの各種相談に応じるとともに、医療機関の求めに応じ、医療労務管理アドバイザーを派遣し、医療従事者の勤務環境改善に向けた取組みを支援する。

また、医療従事者の働き方改革に向けて、研修やセミナーなどを通じた法や制度の周知を図る。

(※)東京4名、大阪・愛知各3名
その他道府県2名



勤務環境改善に向けた調査研究事業

39,507(36,630)千円

医療従事者の勤務環境改善に資するため、以下の取組みを行う。

- ・有識者による検討委員会の設置
- ・医療機関の勤務環境改善にかかる事例収集
- ・医療勤務環境改善マネジメントシステムの効果的な推進策を検討するためのモデル事業の実施
- ・医療機関の労働実態(時間外労働、夜勤、連続勤務等)を把握するため、全医療機関を対象とした実態調査



マネジメントシステムの普及促進等事業

93,081(30,598)千円

勤務環境改善に関する好事例、国による支援施策、医療機関が自主的に勤務環境の改善に取り組む際に活用できる支援ツールなどを掲載したHP(いきいき働く医療機関サポートWeb)を運営する。

また、医療勤務環境改善マネジメントシステムの普及・啓発のためのセミナーの開催、周知用リーフレットの作成・配布に加え、新たにインターネットバナー広告等による周知の強化を行う。

さらに、勤務環境改善に取組み、成果を上げた医療機関の事例を収集し、動画等を作成・配信する。



※下線部は令和2年度における新規予算案

医療労務管理支援事業の変更点

令和元年度

各都道府県医療勤務環境改善支援センター



相談員
(常駐)



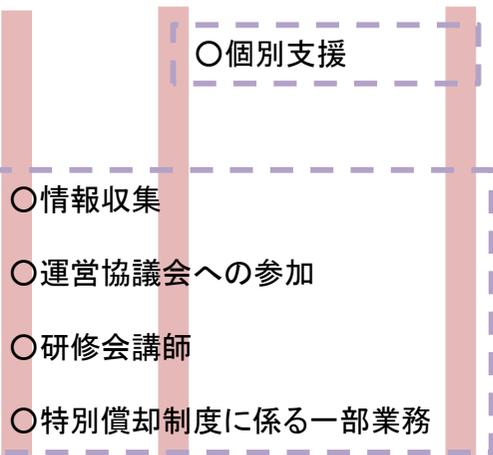
アドバイザー
(常勤)



アドバイザー
(常勤)

【主な業務】

- 相談対応
- 相談対応等の取りまとめ
- 関連機関との連絡調整



医療機関からの相談を端緒とする業務が多く、相談件数・個別支援の件数等が限られている。



令和2年度

各都道府県医療勤務環境改善支援センター



常駐型専門家
(アドバイザー、常勤)



プッシュ型専門家
(アドバイザー、月10～15日程度勤務)



派遣型専門家
(アドバイザー、登録制、支援時のみ勤務)

【主な業務】

- 相談対応
- これまでの相談内容等の分析・集計
- 運営協議会への参加
- 研修会講師等
- 特別償却制度に係る一部業務
- 支援センターの周知・利用勧奨
- マネジメントシステムの導入勧奨(個別支援)
- これまでの個別支援のフォローアップ

【主な業務】

- 訪問による個別支援
- 医療機関への勤務環境に関するアンケートに基づく個別対応

積極的に医療機関への連絡・訪問を行う専門家を配置することにより、医療機関のニーズを把握した上で、効果的な個別支援が可能となる。



タスク・シフティング等医療勤務環境改善推進事業

令和2年度予算案
2,124,608千円(385,419千円)

【課題】

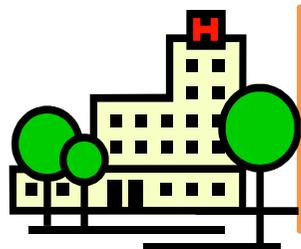
- 働き方改革実行計画(平成29年3月28日働き方改革実現会議決定)等を踏まえて開催された、「医師の働き方改革に関する検討会」が取りまとめた報告書(平成31年3月28日)においては、医療機関全体としての効率化や他職種も含めた勤務環境改善に取り組むことが不可欠とされた。また、医師の実施している業務を他の職種へ移管すること(タスク・シフティング)が一定程度見込まれるとともに、タスク・シェアリングも必要とされており、タスク・シフティング、タスク・シェアリング等に係る先進的な取組を周知し、普及させていくことが重要とされる。

(事業内容)

- ① タスク・シフティング、タスク・シェアリングの推進や勤務間インターバルの導入等による、勤務環境改善や労働時間短縮に関する先進的な取組を行う医療機関に対する支援
- ② 会議開催等を通じて、勤務環境改善や労働時間短縮に資する好事例の普及活動を行う医療関係団体に対する支援

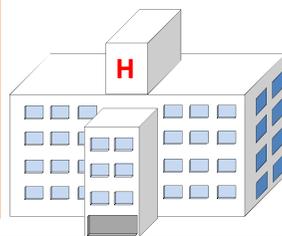
①医療機関による勤務環境改善や労働時間短縮の取組に対する支援

タスク・シフト/シェア等に関する取組を実施する医療機関に対して補助



【取組例】

- ・負担軽減に資するICT機器導入
- ・勤務間インターバルなどの具体的な勤務環境改善の仕組みを導入



補助事業で得られた好事例や効果の周知・普及

様々な医療機関の好事例・効果が周知・普及されることで、勤務環境改善や労働時間短縮に取り組もうとしている医療機関への示唆となる

好事例や効果の周知・普及



好事例の普及が新たな好事例を生む好循環へ

②医療関係団体による勤務環境改善や労働時間短縮の普及活動に対する支援



会議開催等を通じた好事例の普及等、医師の勤務環境改善や労働時間短縮に資する取組に係る経費に対して補助

「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会」について

- ◆ 医師に対して時間外労働の上限規制が適用される2024年4月に向けて、労働時間の短縮を着実に推進していくことが重要である。「医師の働き方改革に関する検討会 報告書」では、労働時間短縮を強力に進めていくための具体的方向性の一つとしてタスク・シフティング/シェアリングがあげられた。
- ◆ 現行制度の下でのタスク・シフティングを最大限推進しつつ、多くの医療専門職種それぞれが自らの能力を活かし、より能動的に対応できる仕組みを整えていくため、関係職能団体等30団体からヒアリングを行った。
- ◆ ヒアリング内容を踏まえて、タスク・シフト/シェアの具体的な検討を有識者の参集を得て行う。

構成員

(計13名) (※五十音順)

青木 郁香	公益社団法人日本臨床工学技士会事務局業務部長
秋山 智弥	岩手医科大学看護学部特任教授
猪口 雄二	公益社団法人全日本病院協会会長
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
釜范 敏	公益社団法人日本医師会常任理事
木澤 晃代	日本大学病院看護部長
○ 権丈 善一	慶應義塾大学商学部教授
齋藤 訓子	公益社団法人日本看護協会副会長
永井 康德	医療法人ゆうの森理事長たんぽぽクリニック
◎ 永井 良三	自治医科大学学長
根岸 千晴	埼玉県済生会川口総合病院副院長(麻酔科主任部長兼務)
蓑 英洙	ハイズ株式会社代表取締役
馬場 秀夫	熊本大学大学院生命科学研究部消化器外科学講座教授

◎ : 座長、○ : 座長代理

本検討会の検討事項

- (1) タスク・シフティング及びタスク・シェアリングの効果と具体的在り方
- (2) タスク・シフティング及びタスク・シェアリングのために必要な教育・研修等

検討のスケジュール

- ◆ 第1回 (令和元年10月23日)
 - ・ 医師の働き方を進めるためのタスク・シフト/シェアについて
- ◆ 第2回 (令和元年11月8日)
 - ・ 整理した項目の進め方について
 - ・ 現行制度上実施できない業務について
- ◆ 第3回 (令和元年11月20日)
 - ・ 現行制度上実施できる業務、明確に示されていない業務について
- ◆ 第4回 (令和元年12月25日)
 - ・ タスク・シフト/シェアした場合の業務の安全性等について

現行制度の下で実施可能な業務のタスク・シフト/シェアを進める上での課題

第3回医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会(11/20)資料

- ・ 現状、現行制度の下で実施可能な業務のタスク・シフト/シェアが進んでいない（ヒアリング項目のうち、約7割が現行制度で実施可能な業務に分類）。
- 推進することで、医師の労働時間削減に寄与することが見込まれる。
- ・ 2024年に向けたタスク・シフト/シェアの推進に当たっては、時間短縮効果や業務実態を踏まえ、重要と思われる業務について優先的に取り組む必要。
- ・ タスク・シフト/シェアが進まない要因として、マネジメント・現場視点として、
①タスク・シフト/シェアする側の意識・認識、②タスク・シフト/シェアされる側の技術的基盤、③タスク・シフト/シェアされる側が既に行っている業務による余力のなさ、等が挙げられている。



- ・ 本検討会においては、現行制度の下で実施可能な業務であるにもかかわらず、現場でタスク・シフト/シェアが進んでいない業務を推進するために、
① 実施の可否が不明確な業務について実施可能な範囲等について明確化
② 医療現場においてタスク・シフト/シェアを普及・推進させるための方策の提示の2方向で対応策を講じてはどうか。

①実施の可否が不明確な業務について実施可能な範囲等について明確化について

第3回医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会(11/20)資料

- 現行制度上実施可能かどうか、「明確に示されていない業務」について、現行法令の規定に照らし、実施できる業務の範囲や実施するための条件を明確に示してはどうか。
- その上で、タスク・シフト/シェアを普及するにあたっての基本的な考え方とあわせ、各職種において業務を行う場ごとに実施可能な業務について具体的に整理して厚生労働省から通知を発出してはどうか。
- また、関係団体等の実施する研修を受講する等により技術的基盤を整えることで、タスク・シフト/シェアが進むと考えることができる業務についても明示してはどうか。
- 業務を整理し、通知する際には、時間短縮効果や業務実態を踏まえ、重要と思われる項目を中心にまとめてはどうか。

②医療現場においてタスク・シフト/シェアを普及・推進させるための方策の提示について

第3回医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会(11/20)資料

○タスク・シフト/シェアを普及・推進させるための方策として、例えば下記の事項が考えられるのではないかと。

(1) 医師の働き方改革における医療機関の取り組み・評価に位置付ける

- B水準、C水準の医療機関においては、管理者向けのマネジメント研修、管理者が行う対象医師への説明、管理者と対象医師との意見交換の場等の機会を通じ、各医療機関が取り組むタスク・シフト/シェアについて周知の上、徹底する策を講じてはどうか。
- B水準、C水準の医療機関が作成する医師労働時間短縮計画の中で、当該業務について各医療機関がタスク・シフト/シェアする項目を選定した上でその取り組み状況を記載することを求めることとしてはどうか。
- 時間短縮効果や業務実態を踏まえ、重要と思われる業務については評価機能による評価項目に加えることとしてはどうか。
- 特にタスク・シフトを進める上で重要と考えられる医療専門職支援人材（医師事務作業補助者など）に関して、重点的に業務を選定してはどうか。

(2) 臨床研修医等の業務評価

- 臨床研修医がタスク・シフト/シェアすべきとされた業務を漫然と実施することがないように、研修のために実施する必要性も加味しながら、研修修了時の実施状況を評価^(*)し、タスク・シフト/シェアの進捗状況を定点評価することとしてはどうか。

* 1：臨床研修アンケートを用いることを想定

(3) その他

- 上記以外の推進の方策についても、検討していく必要がある。

医療のかかり方に係る普及啓発に向けた 国の令和元年度の取組

【H30.上手な医療のかかり方を広めるための懇談会】

第6回上手な医療のかかり方を広めるための懇談会（H30.12.17）資料2
H31.1.21修正

「いのちをまもり、医療をまもる」 国民プロジェクト宣言！

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

【令和元年度の取組(普及啓発事業として委託)】

1. 「みんなで医療を考える月間」の実施
2. アワードの創設
3. 国民全体に医療のかかり方の重要性に気づいてもらうための普及啓発(CM等各種広告、著名人活用等)
4. 信頼できる医療情報サイトの構築
5. #8000・#7119(存在する地域のみ)の周知
6. 小・中学校及び母親学級等で医療のかかり方改善の必要性と好事例の普及啓発
7. 民間企業における普及啓発

「いのちをまもり、医療をまもる」ための国民総力戦！

～それぞれが少しずつ、今すぐできることから～

<h4>市民のアクションの例</h4> <ul style="list-style-type: none"> 市民の健康に関する情報は「医療をまもる国民総力戦」の11月号を参考に、まずは紙媒体で活用する 医療に関する最新ニュースやH30.12.17日の増設版を活用する 医療に関するニュースや、市民の健康に関する情報を活用する 自治体や関係機関のホームページやSNSを活用する 市民の健康に関するニュースや、市民の健康に関する情報を活用する 市民の健康に関するニュースや、市民の健康に関する情報を活用する 市民の健康に関するニュースや、市民の健康に関する情報を活用する 	<h4>行政のアクションの例</h4> <ul style="list-style-type: none"> 「いのちをまもり、医療をまもる」国民総力戦の11月号を参考に、まずは紙媒体で活用する 医療に関する最新ニュースやH30.12.17日の増設版を活用する 医療に関するニュースや、市民の健康に関する情報を活用する 自治体や関係機関のホームページやSNSを活用する 市民の健康に関するニュースや、市民の健康に関する情報を活用する 市民の健康に関するニュースや、市民の健康に関する情報を活用する 市民の健康に関するニュースや、市民の健康に関する情報を活用する
<h4>医師/医療提供者のアクションの例</h4> <ul style="list-style-type: none"> 市民の健康に関する情報は「医療をまもる国民総力戦」の11月号を参考に、まずは紙媒体で活用する 医療に関する最新ニュースやH30.12.17日の増設版を活用する 医療に関するニュースや、市民の健康に関する情報を活用する 自治体や関係機関のホームページやSNSを活用する 市民の健康に関するニュースや、市民の健康に関する情報を活用する 市民の健康に関するニュースや、市民の健康に関する情報を活用する 市民の健康に関するニュースや、市民の健康に関する情報を活用する 	<h4>民間企業のアクションの例</h4> <ul style="list-style-type: none"> 市民の健康に関する情報は「医療をまもる国民総力戦」の11月号を参考に、まずは紙媒体で活用する 医療に関する最新ニュースやH30.12.17日の増設版を活用する 医療に関するニュースや、市民の健康に関する情報を活用する 自治体や関係機関のホームページやSNSを活用する 市民の健康に関するニュースや、市民の健康に関する情報を活用する 市民の健康に関するニュースや、市民の健康に関する情報を活用する 市民の健康に関するニュースや、市民の健康に関する情報を活用する

毎年11月を普及月間として啓発活動を開始

国民全体に医療のかかり方の重要性に気づいてもらうための普及啓発

○上手な医療のかかり方大使任命イベントの開催

日時: 令和元年11月18日(月) 14:30~16:00

第1部: 加藤厚生労働大臣より、デーモン閣下・中村仁美様を大使に任命

第2部: 上手な医療のかかり方に関するシンポジウム

○登壇者 デーモン閣下・中村仁美様

株式会社ワーク・ライフバランス 代表取締役社長 小室淑恵 様

東京女子医科大学東医療センター 救命救急センター医師 赤星昂己 様

一般社団法人知ろう小児医療守ろう子ども達の会 代表 阿真京子 様



上手な医療のかかり方に資する自治体の取組

茨城県城里町

<http://www.town.shirosato.lg.jp/page/page002981.html>

【救急医療のかかり方をHP掲載】

The screenshot shows the official website of Shirosato Town. A blue arrow points to a specific page titled '救急医療のかかり方をHP掲載' (Posting emergency medical care on the HP). Below this, there are several smaller screenshots: one showing a '救急医療' (Emergency Medical Care) section with a list of services, another showing a '子ども救急' (Children's Emergency) section with a cartoon illustration of a child, and a third showing a '子育てガイド' (Child-rearing Guide) section with a list of services.

4

山口県周南市

【地域医療を守る条例を制定しHP掲載】

<https://www.city.shunan.lg.jp/soshiki/28/3544.html>

The screenshot shows the official website of Shunan City. A blue arrow points to a page titled '地域医療を守る条例を制定しHP掲載' (Posting ordinance to protect local medical care on HP). Below this, there are several smaller screenshots: one showing the '地域医療を守る条例' (Ordinance to protect local medical care) text, another showing a '地域医療を守る条例' (Ordinance to protect local medical care) poster with illustrations, and a third showing a 'やまぐち医療情報ネット' (Yamaguchi Medical Information Network) website with various search and service options.

10

群馬県前橋市における情報提供

<http://www.pref.gunma.jp/03/d1010006.html>

概要

〇乳幼児健診や全戸訪問の際などに、群馬県が作成したパンフレット等を用い、小児医療のかかり方や#8000の周知を実施。

コンテンツの紹介

〇乳幼児健診や全戸訪問の際に群馬県作成のパンフレット「子どもの救急ってどんなとき？」を配付

The screenshot shows a colorful pamphlet titled '子どもの救急ってどんなとき？' (When is children's emergency?). It features illustrations of children and text explaining when to call emergency services. The pamphlet is divided into sections: '1 救い出された時' (When rescued), '2 救急で対応すること' (What to do in an emergency), and '3 注意すること' (Things to note).

〇出生後、予防接種等の情報を案内する際に名刺サイズの#8000のチラシを封入

〇前橋市独自で作成の母子手帳の別冊資料や子育てガイドブックに夜間救急についての情報を掲載

〇幼児健診や健康相談・教室で#8000等の情報提供を実施

36

佐賀県唐津市

【かかりつけ医についてHP掲載】 <https://www.city.karatsu.lg.jp/hoken/hokeniryoyu/kakaritukei.htm>

The screenshot shows the official website of Karatsu City. A blue arrow points to a page titled 'かかりつけ医についてHP掲載' (Posting about primary care doctors on HP). Below this, there are several smaller screenshots: one showing a '99さがネット' (99 Saganet) website with various services, another showing a 'かかりつけ医' (Primary Care Doctor) section with a list of doctors, and a third showing a 'かかりつけ医' (Primary Care Doctor) section with a list of doctors.

21

他の好事例については下記URLを参照（平成30年11月12日 第3回上手な医療のかかり方を広めるための懇談会 参考資料1）

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000394934.pdf>

4 個別の政策課題

(1) 災害関係について

有床診療所の情報把握について

- これまでも厚生労働省としては、災害時の医療機関の情報提供を都道府県に求めており、病院に関しては早期に報告いただいております、感謝申し上げます。
- 一方で、有床診療所の状況把握（被災状況、入院患者状況、必要な支援内容等（EMISの入力項目参照））に関しては、都道府県によっては時間がかかる場合があります。このため、平時においても有床診の情報のリスト化や、連絡方法の確認等を進めていただきたい。

EMISへの医療機関(病院、有床診療所等)の登録について

- 医療機関の被災状況を早期に把握することは、その病院への適切な支援を早期に行う観点から重要である。厚生労働省では、災害時の病院の情報収集として、EMISを用いており、都道府県に対して全病院の登録を依頼している(※)が、その登録率は未だ100%でなく(平成31年4月時点:97%)、改めて登録の徹底をお願いしたい。
- また、全国の有床診療所に関しても、病院と同様に災害時に入院患者等への対応が発生することから、その状況を早期に把握することが重要である。今年度のEMIS改修においても、医療機関のカテゴリーに有床診療所を設けることとしていることから、都道府県におかれては、EMISへの有床診療所の登録を進めていただきたい。
- また、近年の災害において、訪問診療等の在宅医療を提供する医療機関の被災状況がわからず、在宅人工呼吸療法患者や在宅酸素療法患者等の在宅療養支援診療所等を通じた安否確認に時間を要したことから、都道府県においてもEMISに当該医療機関を登録し、その被災状況について把握していくことを検討して頂けないか。

※ 医政発0321第2号平成24年3月21日「災害時における医療体制の充実強化について」

災害拠点精神科病院の指定について

○ 「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」での議論を踏まえ、被災した精神科病院からの患者の受け入れ等を役割とした、災害拠点精神科病院の整備を少なくとも各都道府県に1カ所以上求めているところである(※1)が、令和元年10月1日現在で同病院を指定している都道府県は大阪府のみであり、また、今後の指定見込みが立っていない都道府県が13県(※2)あり、指定が進んでいないところである。

○ このため、各都道府県に対して災害拠点精神科病院の創設の趣旨を鑑み、令和2年度中を目処に早期に指定を行っていただくよう、求めたところ(※3)であるので、引き続き、災害拠点精神科病院の指定を進めていただくよう、お願いしたい。

※1 災害拠点精神科病院の整備について(令和元年6月20日付け医政発0620第8号・障発0620第1号厚生労働省医政局長、社会・援護局障害保健福祉部長連名通知)

※2 第18回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会(令和元年11月20日)

※3 災害拠点精神科病院の指定の促進について(令和元年12月25日付け医政地発1225第3号・障精発1225第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長、社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長連名通知)

災害時における医療体制の充実強化について

平成7年の阪神・淡路大震災を契機として進めてきた、

- ・災害拠点病院の整備
- ・広域災害・救急医療情報システム（Emergency Medical Information System：EMIS）の整備、
- ・災害派遣医療チーム（Disaster Medical Assistance Team：DMAT）の養成 等

を行ってきたが、厚生労働省は、東日本大震災での対応において、明らかになった課題について、「災害医療等のあり方に関する検討会」を開催し、平成23年10月に取りまとめられた報告書の趣旨を踏まえ、「災害時における初期救急医療体制の充実強化について」（平成8年5月10日健政発第451号厚生省健康政策局長通知）で示していた災害医療対策の方向性について修正を加え、「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日医政発0321第2号厚生労働省医政局長通知）を発出した。



検討会での主な指摘事項

災害拠点病院に関して：施設の耐震性、EMISによる情報発信、食料、飲料水等の備蓄、DMAT等の医療チームを受け入れる体制整備等が必要であること

災害時の医療提供体制に関して：日本医師会災害医療チーム（Japan Medical Association Team：JMAT）をはじめ、大学病院、日本赤十字社、国立病院機構等の医療関係団体から派遣される医療チーム等の派遣調整を行う体制や関係者間での情報の共有が必要であること

通知内容

1. 地方防災会議等への医療関係者の参加の促進
2. 災害時に備えた応援協定の締結
 - (1) 広域応援体制の整備
 - (2) 自律的応援体制の整備
 - (3) 医薬品等の確保体制の整備
3. 広域災害・救急医療情報システム（EMIS）の整備
4. 災害拠点病院の整備
5. 災害医療に係る保健所機能の強化
6. 災害医療に関する普及啓発、研修、訓練の実施
7. 病院災害対策マニュアルの作成等
8. 災害時における関係機関との連携
9. 災害時における死体検案体制の整備

災害時における医療体制の充実強化について

医政発 0321 第 2 号
平成 24 年 3 月 21 日

抜粋

各都道府県知事
各政令市市長 殿
各特別区区長

厚生労働省医政局長

災害時における医療体制の充実強化について

災害医療体制については、平成 7 年の阪神・淡路大震災を契機として、災害拠点病院の整備、広域災害・救急医療情報システム（Emergency Medical Information System：EMIS）の整備、災害派遣医療チーム（Disaster Medical Assistance Team：DMAT）の養成等を行ってきたが、今般発生した東日本大震災での対応において、これまで整備してきた体制等について、課題が明らかになったところである。

これらの課題について、被災地を含めた災害医療関係の有識者が検討する場として「災害医療等のあり方に関する検討会」を開催し、報告書が別添のとおり取りまとめられた。

同報告書では、今後の災害医療等のあり方の方向性として、災害拠点病院に関しては、施設の耐震性、EMIS による情報発信、食料、飲料水等の備蓄、DMAT 等の医療チームを受け入れる体制整備等が必要であること、災害時の医療提供体制に関しては、日本医師会災害医療チーム（Japan Medical Association Team：JMAT）をはじめ、大学病院、日本赤十字社、国立病院機構、日本病院会、全日本病院協会、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本看護協会等の医療関係団体から派遣される医療チーム等の派遣調整を行う体制や関係者間での情報の共有が必要であること等が指摘されている。

同報告書の趣旨を踏まえ、下記の事業を積極的に推進することにより、特に災害時における医療体制の充実強化を図られたい。

なお、同検討会にオブザーバーとして参加した内閣府（防災担当）、消防庁においても本通知の趣旨をご承知いただいているところであるので申し添える。

本通知は平成 24 年 4 月 1 日より適用する。なお、「災害時における初期救急医療体制の充実強化について」（平成 8 年 5 月 10 日健政発第 451 号厚生省健康政策局長通知）については、平成 24 年 4 月 1 日付で廃止する。

1. 地方防災会議等への医療関係者の参加の促進

防災計画上の医療活動が災害時に真に機能するために、都道府県、政令市及び特別区が設置する地域防災会議、若しくは災害医療対策関連の協議会等に医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等の医療関係団体の代表、救急医療の専門家等を参加させることが適当であることから、その参加を促進すること。

また、都道府県は、救護班（医療チーム）の派遣調整等を行うために、災害対策本部の下に派遣調整本部を迅速に設置できるよう事前に計画を策定すること。その上で、都道府県は、災害拠点病院、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等の関係機関と連携して、災害対策本部の立ち上げ訓練を行うとともに、派遣調整本部の設置手順、コーディネート機能を十分発揮できるか、DMAT 都道府県調整本部との連携、派遣調整本部における具体的な作業内容などについて確認しておくこと。また、空路参集した DMAT に必要な物資の提供や移動手段の確保を行う体制を整備しておくことが望ましい。

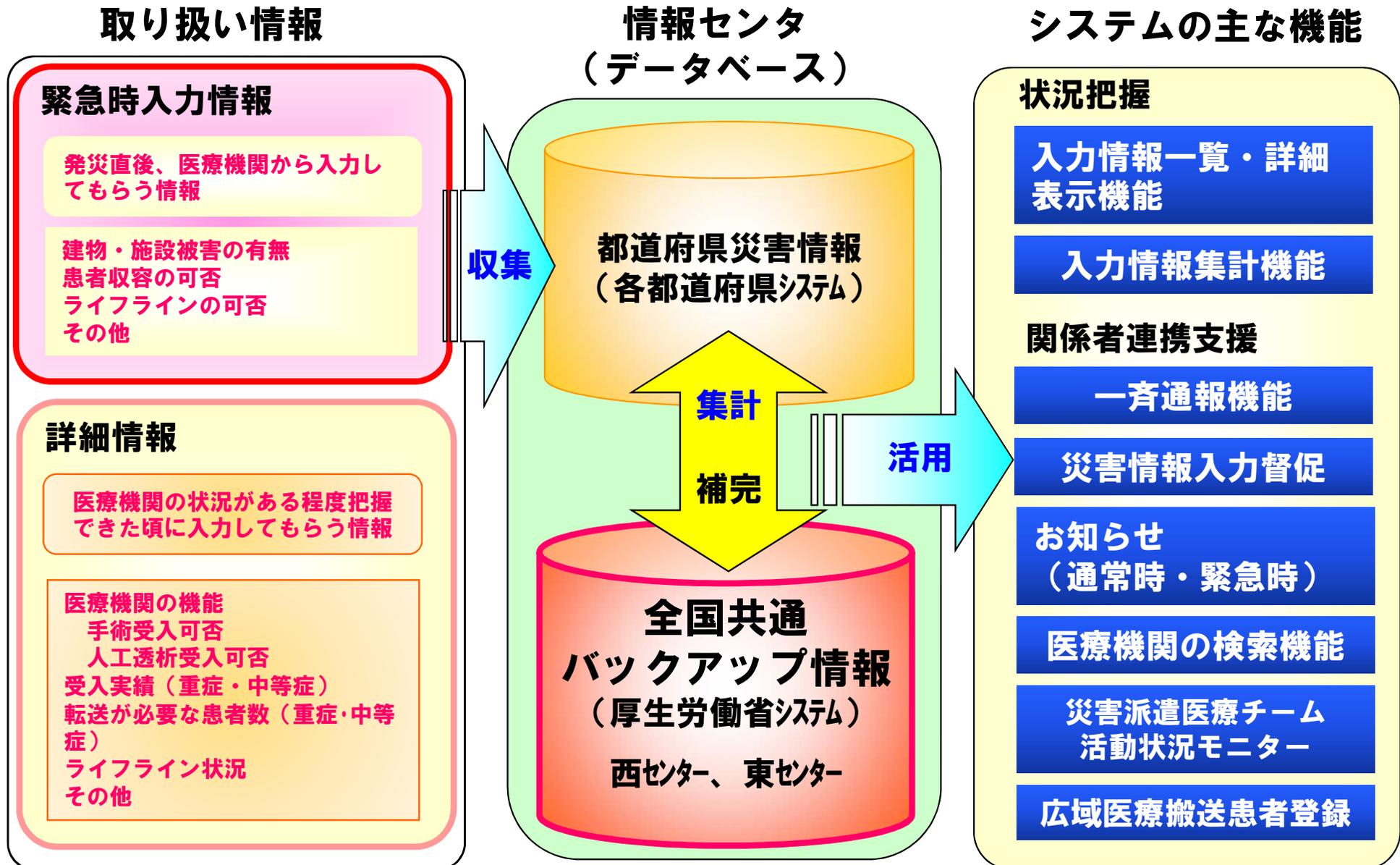
（中略）

3. 広域災害・救急医療情報システム（EMIS）の整備

都道府県は、災害時に医療機関の稼働状況、医師・看護師等スタッフの状況、ライフラインの確保、医薬品等の備蓄状況等、災害医療に係る総合的な情報収集及び提供を行われたいこと。このため、災害時に医療機関の状況を把握する手段である広域災害・救急医療情報システム（EMIS）の導入に努めるとともに、全病院に対して登録（パスワードの付与）を促すこと。また、登録した各機関においては、災害時に迅速で確実な情報の入力を行うため、EMIS へ情報を入力する複数の担当者を定め、入力内容や操作などの研修・訓練を定期的に行うことが必要であること。さらに、災害拠点病院においては、通信回線が途絶えた際の EMIS への入力も考慮して、衛星回線インターネットが利用できる環境の整備をすることが必要であること。

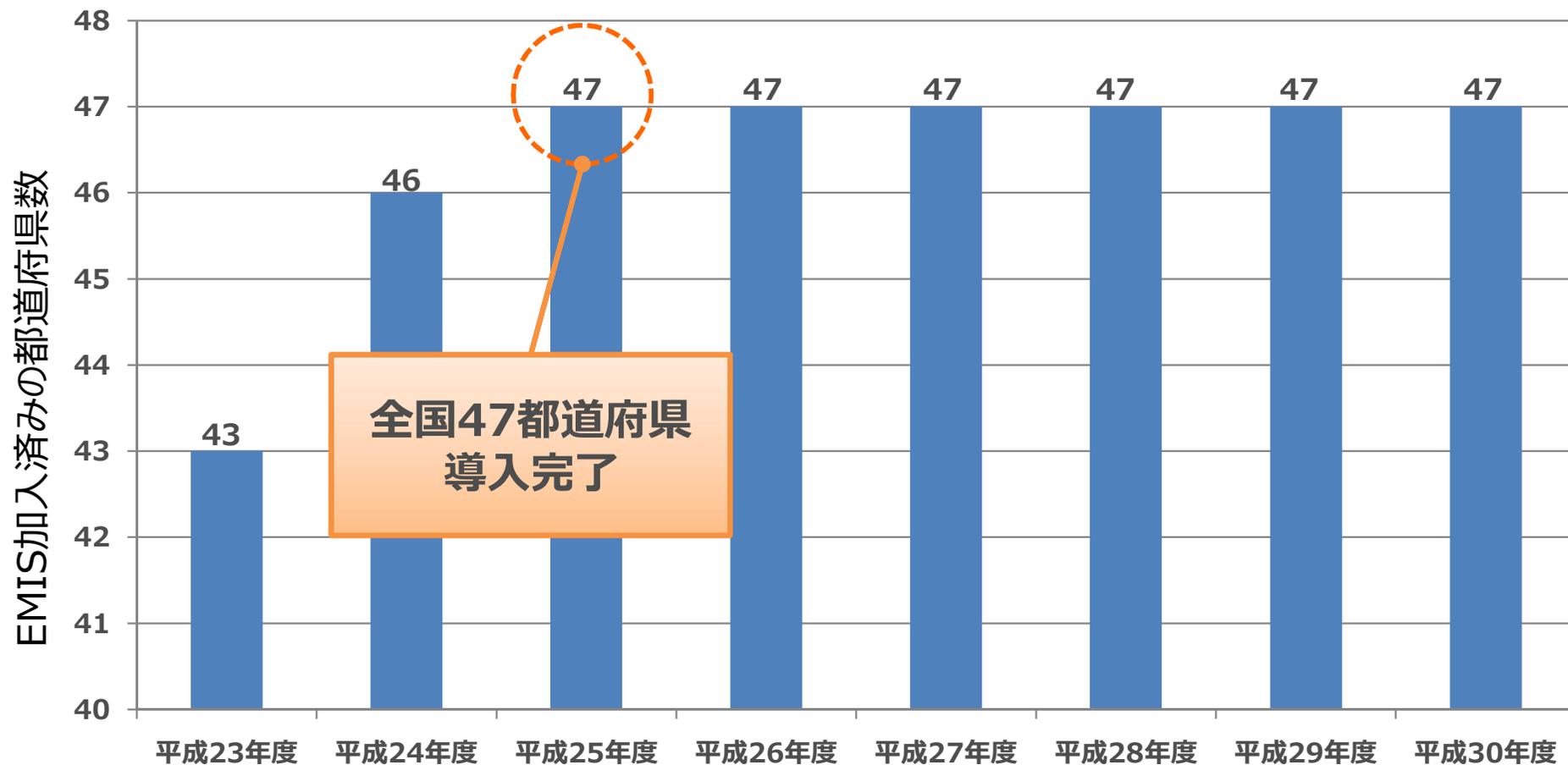
広域災害・救急医療情報システム(EMIS)

広域災害・救急医療情報システムは、災害拠点病院をはじめとした医療機関、医療関係団体、消防機関、保健所、市町村等の間の情報ネットワーク化及び国、都道府県間との広域情報ネットワーク化を図り、災害時における被災地内、被災地外における医療機関の活動状況など、災害医療に関わる情報を収集・提供し被災地域での迅速かつ適切な医療・救護活動を支援することを目的としたシステムである。



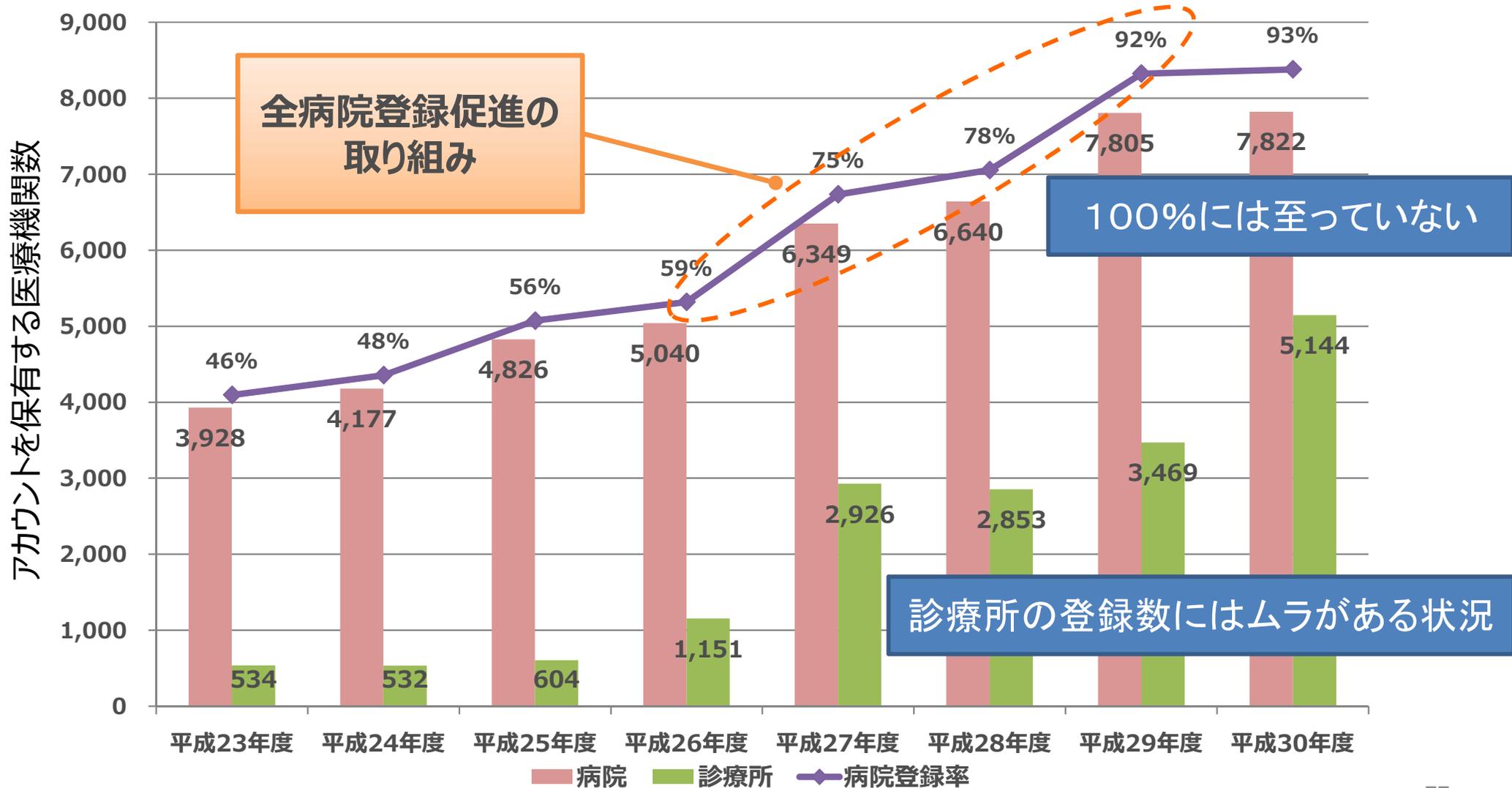
利用者数[1]: 都道府県

- 都道府県のEMIS加入状況は以下の通り。
- 平成25年度に全国47都道府県が加入完了



利用者数[2]: 医療機関

- アカウントを保有する病院、診療所数の推移は以下の通り。
- 平成30年4月時点の病院登録率は93%

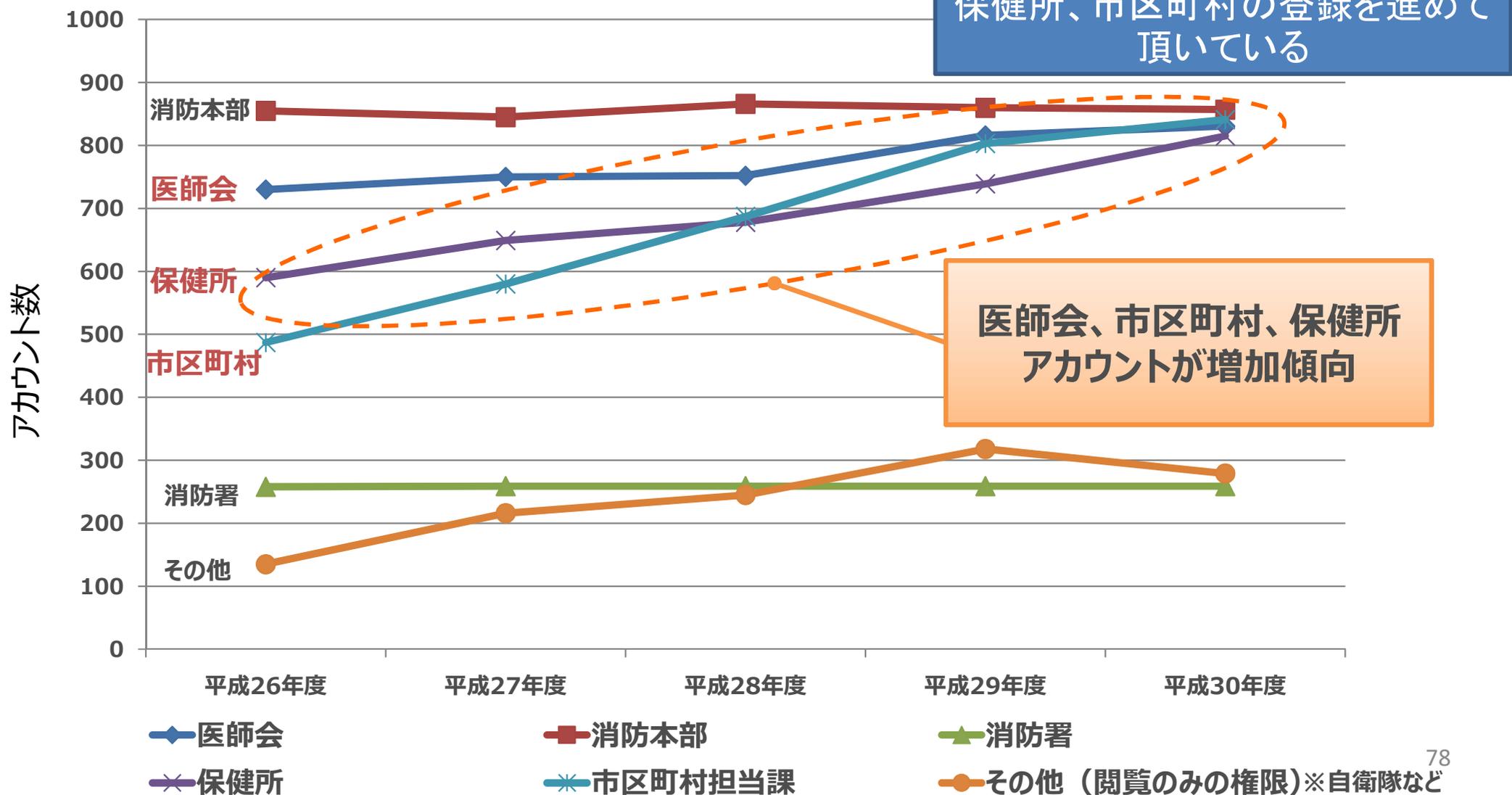


※ 病院登録率は厚生労働省「医療施設動態調査」の病院数を母数に算出

利用者数[3]:その他(消防、医師会等)

- 医療機関以外のアカウント数(※)の推移は以下の通り。
 医師会、市区町村、保健所アカウントが増加傾向にある

※ 同一機関で多数のアカウントを保有している場合も件数に含む



医政発 0620 第 8 号
障 発 0620 第 1 号
令和元年 6 月 20 日

各都道府県知事
各政令市市長 } 殿

厚生労働省医政局長
(公 印 省 略)
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長
(公 印 省 略)

災害拠点精神科病院の整備について

災害医療体制における精神疾患を有する患者の受入れについては、平成 23 年の東日本大震災、平成 28 年の熊本地震では、被災した精神科病院から多数の患者搬送が行われたが、精神科病院からの患者の受入れや精神症状の安定化等について災害拠点病院のみで対応することは困難であり、これまで整備してきた体制等についての課題が明らかになったところである。

また、「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（平成 29 年 7 月 31 日付け医政地発 0731 第 1 号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）においては、災害拠点精神科病院の目標、求められる機能が示されているが、具体的に認定するための指定要件は明示されていない。

そこで、これらの課題等について被災地を含めた災害医療関係の有識者が検討する場として「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」を開催し、同検討会における議論を踏まえ、災害拠点精神科病院の整備についての方針を定めたので以下のとおり通知する。

本通知は平成 31 年 4 月 1 日より適用する。

記

各都道府県においては、別紙に示す指定要件を満たす災害拠点精神科病院について指定を行い、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、指定又は指定の解除を行った際には、速やかに厚生労働省医政局地域医療計画課精神科医療等対策室まで報告されたいこと。

また、災害拠点精神科病院については人口規模や地理的条件、都道府県における精神科医療の提供体制の実態などを考慮し、都道府県ごとに必要な数を整備すること（少なくとも各都道府県内に1カ所以上を整備すること。）。

以下のような機能を有し、24時間対応可能な緊急体制を確保すること等により、都道府県において災害時における精神科医療を提供する上での中心的な役割を担う。

- 医療保護入院、措置入院等の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく精神科医療を行うための診療機能
- 精神疾患を有する患者の受入れや、一時的避難場所としての機能
- 災害派遣精神医療チーム(DPAT)の派遣機能

等

<災害拠点精神科病院の位置づけ>

- 必要性：「災害時における医療体制の構築に係る指針(平成29年7月31日付け医政地発0731第1号)」に位置づけられている。
- 「災害拠点精神科病院の整備について(令和元年6月20日付け医政発0620第8号, 障発0620第1号)」により、都道府県が災害拠点精神科病院を指定する(平成31年4月1日より適用)。



指定要件

運営体制

- ・24時間の緊急対応し、被災地内の患者の受入れ及び搬出が可能な体制を有する
- ・被災地からの精神科医療の必要な患者の受入れ拠点となる
- ・DPATの保有及びその派遣体制を有する

等

施設及び設備

- ・病棟、診療棟等精神科診療に必要な部門を設置する
- ・耐震構造を有する
- ・3日分程度の燃料の確保、食料、飲料水、医薬品等の備蓄をする
- ・病院敷地内等に患者の一時的避難所を運営するための施設を前もって確保する

等

<整備方針>

人口規模や地理的条件、都道府県における精神科医療の提供体制の実態などを考慮し、都道府県ごとに必要な数を整備(少なくとも各都道府県内に1カ所以上)

※ 令和元年10月1日現在の指定状況は、全国で3施設(大阪府のみ)。

①H30.6.21 第4回救急・災害医療体制等の在り方に関する検討会

災害拠点精神科病院の現状及び課題や今後議論すべき論点が示された。

②H30.7.6 第6回救急・災害医療体制等の在り方に関する検討会

「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(案)(※)」が提示され、「方向性を検討すべき論点」として「災害拠点精神科病院」の指定要件の明示、基幹的な施設等の整備方針や支援について議論すべきとされた。

(※)H30.7.30「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」としてとりまとめ

③H31.2.6 第11回救急・災害医療体制等の在り方に関する検討会

災害拠点精神科病院の要件(案)と整備方針(案)について示された。

④H31.3.29 第12回救急・災害医療体制等の在り方に関する検討会

災害拠点精神科病院の要件(案)について示され、了承された。

(指定要件に関する通知は、令和元年6月20日付けで各都道府県知事等に発出。)

⑤R.1.7.18 第15回救急・災害医療体制等の在り方に関する検討会

災害拠点精神科病院の指定要件を令和元年6月20日付けで各都道府県知事等に発出した旨の報告がされた。

災害拠点精神科病院の指定状況

■ 指定済み ■ 今年度中指定見込み ■ 来年度以降指定に向けて調整中 ■ 未定



※ 厚生労働省医政局地域医療計画課精神科医療等対策室調べ(令和元年11月14日現在)

災害拠点精神科病院に係る現状及び課題

【現状及び課題】

- 災害医療体制における精神疾患を有する患者の受入れについて、精神症状の安定化等の観点から災害拠点病院のみで対応することは困難であるため、災害拠点精神科病院を都道府県ごとに必要な数を整備（少なくとも各都道府県内に1カ所以上）整備することとした（第15回救急災害検討会資料6）。
- しかしながら、令和元年10月1日現在の指定状況は、全国で大阪府（3施設）のみ。今後の指定見込みが立っていない都道府県が13ある。



- 災害拠点精神科病院の指定状況等を踏まえ、都道府県や関係団体に対してさらなる指定を促すこととしたい。

(参考)「災害時における医療体制の構築に係る指針」

災害拠点精神科病院についての記載 (抜粋)

精神科病院については、平成23年の東日本大震災では被災した精神科病院から多数の患者搬送が行われた。また、平成28年の熊本地震でも被災した精神科病院から595人の患者搬送が行われており、今後想定される南海トラフ地震等の大規模災害においても、同様に多数の精神科患者の搬送が必要となる可能性がある。一方で、災害拠点病院の有する精神病床数は約1万床(全精神病床の約3%)であり、精神科病院からの患者の受入れや、精神症状の安定化等を、災害拠点病院のみで対応することは困難である。このため、精神科病院においても、災害拠点病院と類似の機能を有する災害拠点精神科病院を今後整備する必要がある。

医政地発 1225 第 3 号
障精発 1225 第 1 号
令和元年 12 月 25 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 ）
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部
精 神 ・ 障 害 保 健 課 長
（ 公 印 省 略 ）

災害拠点精神科病院の指定の促進について

災害医療体制における精神疾患を有する患者の受入れについて、平成 23 年の東日本大震災、平成 28 年の熊本地震において明らかになった課題等に対応するため、被災地を含めた災害医療関係の有識者が検討する場として「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」を開催し、同検討会における議論を踏まえ、災害拠点精神科病院の指定に関して、「災害拠点精神科病院の整備について」（令和元年 6 月 20 日付け医政発 0620 第 8 号・障発 0620 第 1 号厚生労働省医政局長、社会・援護局障害保健福祉部長連名通知）のとおり各都道府県知事等に対して通知したところです。

同通知において、災害拠点精神科病院を「少なくとも各都道府県内に 1 カ所以上を整備すること」を各都道府県に対して求めたところですが、令和元年 10 月 1 日現在の指定状況は全国で 3 カ所（全て大阪府）であり、現状指定が進んでおりません。

つきましては、災害拠点精神科病院の創設の趣旨を鑑み、早期に指定を行っていただくよう、よろしく願います（指定の目処としては令和 2 年度中まで）。

（参考）疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（平成 29 年 3 月 31 日付け医政地発 0331 第 3 号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）の別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」（災害時における医療体制の構築に係る指針 2 災害医療の提供（1）災害拠点病院）（抄）

精神科病院については、平成 23 年の東日本大震災では被災した精神科病院から多数の患者搬送が行われた。また、平成 28 年の熊本地震でも被災した精神科病院から 595 人の患者搬送が行われており、今後想定される南海トラフ地震等の大規模災害においても、同様に多数の精神科患者の搬送が必要となる可能性がある。一方で、災害拠点病院の有する精神病床数は約 1 万床（全精神病床の約 3%）であり、精神科病院からの患者の受入れや、精神症状の安定化等を、災害拠点病院のみで対応することは困難である。このため、精神科病院においても、災害拠点病院と類似の機能を有する災害拠点精神科病院を今後整備する必要がある。

(2) 死因究明

ポイント

令和2年4月の死因究明等推進基本法の施行に伴い、死因究明等施策の取りまとめ・調整機能が内閣府から厚生労働省に移管される。

- 死因究明等推進計画(平成26年6月閣議決定)に基づき、厚生労働省は、公衆衛生等の観点から、死因究明等の施策の推進に取り組んでいる。
- 昨年6月に死因究明等推進基本法が公布され、本年4月から施行されることとされており、これに伴い、死因究明等施策の取りまとめ・調整機能が内閣府から厚生労働省に移管されることになっている。
- 本年4月以降、死因究明等推進本部が厚生労働省に設置され、新たな死因究明等推進計画等について議論される予定である。
※ 計画策定については、同法において期限は定められていないが、早期の取組が必要と考えている。
- 都道府県におかれても、同法及び新たな死因究明等推進計画に基づき、死因究明等推進地方協議会を設ける等、死因究明等の施策の推進に取り組んでいただきたい。

死因究明等施策の主な経緯

背景

- 平成18年7月 パロマ給湯器事件(一酸化炭素中毒死)表面化
- 平成19年6月 時津風部屋力士暴行死事件
- 平成23年3月 東日本大震災

死因究明体制の強化・身元確認のための態勢整備が求められるに至った

推進法	平成24年6月	<ul style="list-style-type: none"> ●死因究明等の推進に関する法律 成立 [施行:平成24年9月21日]※2年の時限立法 ●警察等が取り扱う死体の死因又は身元の調査等に関する法律 成立)[施行:平成25年4月1日]
	平成24年10月	●第1回死因究明等推進会議 開催[会長:内閣官房長官]
	平成24年10月～平成26年4月	●死因究明等推進計画検討会における議論(全18回)
	平成26年6月	<ul style="list-style-type: none"> ●第2回死因究明等推進会議 開催 ●死因究明等推進計画 閣議決定
	平成26年9月	<ul style="list-style-type: none"> ●当面の死因究明等施策の推進について 閣議決定(※推進法失効後の施策の推進) ●死因究明等の推進に関する法律 失効(※推進法失効後も推進計画に基づく取組み実施)
基本法	令和元年6月	●死因究明等推進基本法 成立 [施行:令和2年4月1日]
	令和2年4月	<ul style="list-style-type: none"> ●死因究明等推進基本法 施行 (主な内容) ・死因究明等推進本部 設置[本部長:厚生労働大臣] ・死因究明等推進計画の案の作成 等
一		

死因究明等推進基本法の概要

目的【第1条】

死因究明等(死因究明及び身元確認)に関する施策を総合的かつ計画的に推進し、もって安全で安心して暮らせる社会及び生命が尊重され個人の尊厳が保持される社会の実現に寄与。

基本理念【第3条】

- ① 死因究明等の推進は、(1)生命の尊重・個人の尊厳の保持につながる事、(2)人の死亡に起因する紛争を未然に防止し得ること、(3)国民生活の安定及び公共の秩序の維持に資すること、(4)医学、歯学等に関する専門的科学的知見に基づいて、診療上の情報も活用しつつ、客観的かつ中立公正に行われなければならないこととの基本的認識の下に、死因究明等が地域にかかわらず等しく適切に行われるよう、死因究明等の到達すべき水準を旨し、死因究明等に関する施策について達成すべき目標を定めて、行われるものとする。
- ② 死因究明の推進は、(1)死因究明により得られた知見が公衆衛生の向上及び増進に資する情報として広く活用されるときに、(2)災害、事故、犯罪、虐待等が発生した場合における死因究明がその被害の拡大及び再発の防止等の実施に寄与することとなるよう、行われるものとする。

国等の責務【第4条～第6条】

- ① 国：死因究明等に関する施策を総合的に策定し、実施する。
- ② 地方公共団体：国との適切な役割分担を踏まえて、地域の状況に応じた施策を策定し、実施する。
- ③ 大学：死因究明等に関する人材の育成及び研究を自主的かつ積極的に行うよう努める。

連携協力【第7条】

国、地方公共団体、大学、医療機関、関係団体、医師、歯科医師その他の死因究明等に関係する者は、死因究明等に関する施策が円滑に実施されるよう、相互に連携を図りながら協力しなければならない。

- 法制上の措置等【第8条】
- 年次報告【第9条】

基本的施策【第10条～第18条】

- ① 死因究明等に係る医師、歯科医師等の人材の育成、資質の向上、適切な処遇の確保等
- ② 死因究明等に関する教育及び研究の拠点の整備
- ③ 死因究明等を行う専門的な機関の全国的な整備
- ④ 警察等における死因究明等の実施体制の充実
- ⑤ 死体の検案及び解剖等の実施体制の充実
- ⑥ 死因究明のための死体の科学調査の活用
- ⑦ 身元確認のための死体の科学調査の充実及び身元確認に係るデータベースの整備
- ⑧ 死因究明により得られた情報の活用及び遺族等に対する説明の促進
- ⑨ 情報の適切な管理

死因究明等推進計画【第19条】

到達すべき水準・個別的施策等を定め、閣議決定→実施状況の検証・評価・監視→3年に1度見直し(ローリング)

死因究明等推進本部【第20条～第29条】 厚生労働省に設置

- ・死因究明等推進計画の案の作成
 - ・施策について必要な関係行政機関相互の調整
 - ・施策に関する重要事項の調査審議、施策の実施の推進、実施状況の検証・評価・監視
- 【組織】本部長：厚生労働大臣、本部長以外：国務大臣・有識者、専門委員・幹事・事務局を置く

死因究明等推進地方協議会【第30条】

地方公共団体は、その地域の状況に応じて、死因究明等を行う専門的な機関の整備その他の死因究明等に関する施策の検討を行うとともに、当該施策の実施を推進し、その実施の状況を検証し、及び評価するための死因究明等推進地方協議会を設けるよう努めるものとする。

医療の提供に関連して死亡した者の死因究明に係る制度【第31条】

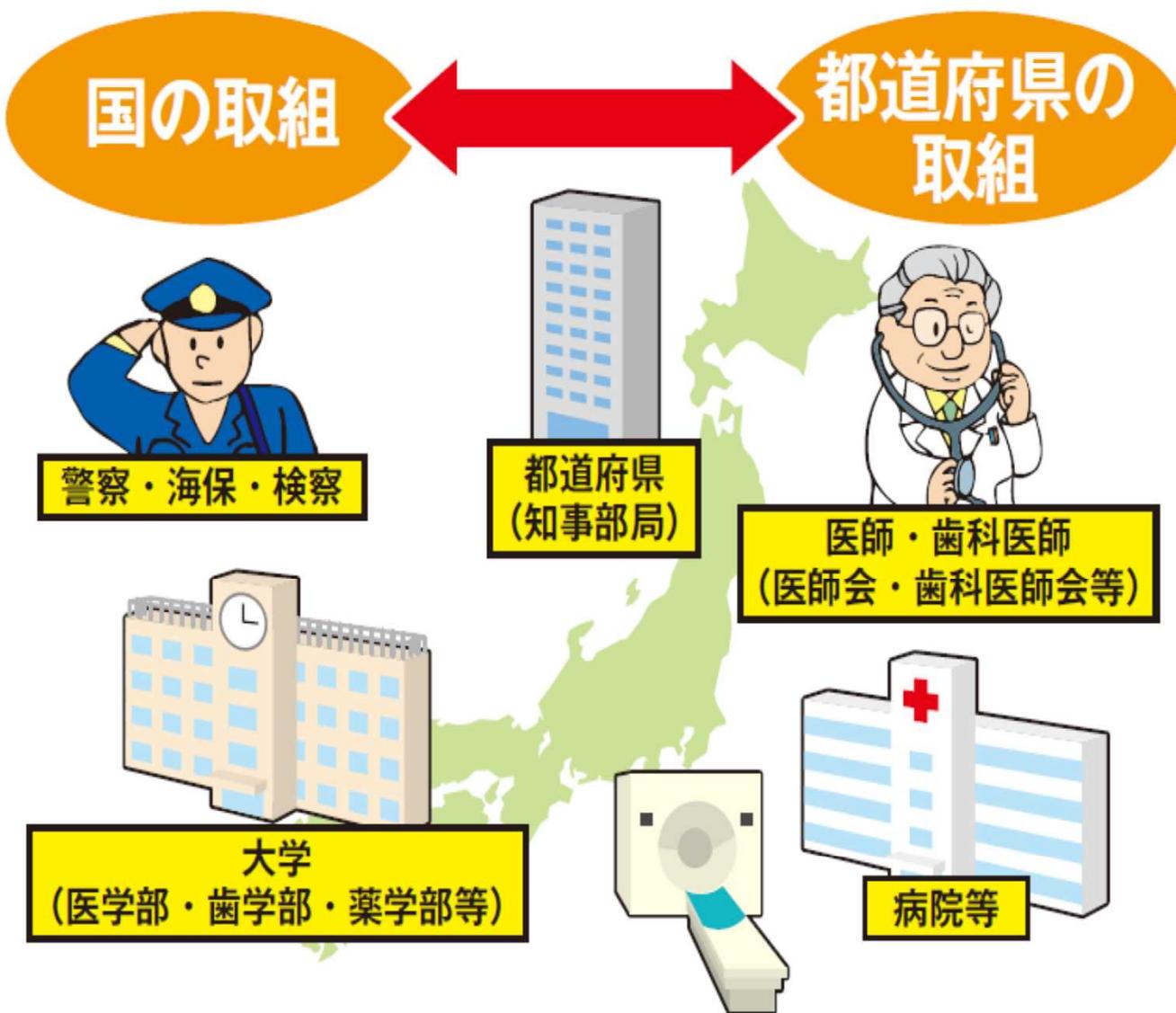
医療の提供に関連して死亡した者の死因究明に係る制度については、別に法律で定めるところによる。

検討【附則第2条】

国は、死因究明等により得られた情報の一元的な集約及び管理を行う体制、子どもが死亡した場合におけるその死亡の原因に関する情報の収集、管理、活用等の仕組み、あるべき死因究明等に関する施策に係る行政組織、法制度等の在り方その他のあるべき死因究明等に係る制度について、本法施行後3年を目標として検討を加えるものとする。

死因究明等推進協議会

38都道府県で開催



愛媛県	北海道	大阪府
福岡県	福井県	鳥取県
東京都	三重県	長野県
滋賀県	千葉県	大分県
新潟県	山口県	山形県
秋田県	愛知県	沖縄県
岡山県	佐賀県	福島県
茨城県	広島県	長崎県
高知県	徳島県	神奈川県
静岡県	石川県	京都府
兵庫県	富山県	香川県
岐阜県	群馬県	山梨県
埼玉県	栃木県	

詳細資料

死因究明等推進協議会の設置状況

＜死因究明等推進協議会が設置・開催済みの都道府県＞ 38 都道府県

年	設置都道府県 (※日付は第 1 回協議会が開催された日)
平成 26 年度	愛媛 (8 月 19 日)
平成 27 年度	福岡 (4 月 13 日)、東京 (5 月 15 日)、滋賀 (6 月 2 日) 新潟 (7 月 27 日)、秋田 (8 月 19 日)、岡山 (11 月 19 日) 茨城 (12 月 7 日)、高知 (1 月 26 日)、静岡 (2 月 2 日) 兵庫 (2 月 3 日)、岐阜 (2 月 17 日)、埼玉 (2 月 17 日) 北海道 (2 月 26 日)、福井 (2 月 26 日)、三重 (3 月 16 日) 千葉 (3 月 18 日)
平成 28 年度	山口 (7 月 14 日)、愛知 (7 月 27 日)、佐賀 (10 月 5 日) 広島 (11 月 1 日)、徳島 (1 月 30 日)、石川 (3 月 21 日) 富山 (3 月 30 日)
平成 29 年度	群馬 (9 月 14 日)、栃木 (9 月 27 日)、大阪 (11 月 15 日) 鳥取 (12 月 13 日)、長野 (1 月 30 日)、大分 (3 月 28 日)
平成 30 年度	山形 (5 月 24 日)、沖縄 (8 月 2 日)、福島 (8 月 8 日) 長崎 (2 月 14 日)、神奈川 (2 月 26 日) 京都 (3 月 27 日)、香川 (3 月 28 日)
令和元年度	山梨 (8 月 27 日)

地方協議会の構成員

【知事部局・医師会・歯科医師会・大学（法医歯学等）・地検・警察・海保以外の構成員】

	愛媛	福岡	東京	滋賀	新潟	秋田	岡山	茨城	高知	静岡	兵庫	岐阜	埼玉	北海道	福井	三重	千葉
病院協会				●			●					●					
保健所長				●			●								●		
薬剤師会				●								●			●		
医師・技師			①		②		③④	⑤⑥	⑦		①③				⑤		
その他			⑧		⑨								⑤				
	山口	愛知	佐賀	広島	徳島 注	石川	富山	群馬	栃木	大阪	鳥取	長野	大分	山形	沖縄	福島	
病院協会	●	●							●								
保健所長		●															
薬剤師会																	
医師・技師	⑤	③		③⑤	②					①②						⑤	
その他		⑩								⑪⑫⑬	⑫⑭⑮						

※ ①監察医、②救急医、③放射線医、④小児科医、⑤病理医、⑥筑波剖検センター、⑦診療放射線技師会
 ⑧学識経験者、⑨消防長会、⑩県防災局、⑪公衆衛生、⑫訪問看護、⑬住民代表
 ⑭介護支援、⑮児童対策

協議会構成員一覧 (令和元年11月現在)

都道府県	知事部局		医師会 (警察医 を含む)	歯科医師会 (警察歯科医 を含む)	大学等		地検	警察	海保	医療関係 者(大学 等以外)	その他	備考	
	衛生 部局	その他			法学	その他							
北海道	◎		○	○	○		○	○	○				
秋田	○		◎	○	○		○	○	○			協議会の設置・運営を知事部局から医師会へ委託	
山形	◎		○	○	○		○	○	○				
福島	◎		○	○	○	※1	○	○	○			※1:病理形態診断学	
茨城	○		○	○	○	※1	○	○	◎	※2		※1:診断病理学 ※2:筑波創発センター	
栃木	◎		○	○	○		○	○	○	※1		※1:病院協会	
群馬	◎		○	○	○		○	○					
埼玉	◎		○	○	○	○	○	○				※1:歯科法医学 ※2:病理専門医	
千葉	◎		○	○	○		○	○					
東京	◎		○	○	○		○	○	○	○	※1	※1:社会福祉法人役員(元衛生局技監)、前東京都監察医務院院長	
神奈川	◎		○	○	○	※1	○	○	○	○	※2	※1:歯科法医学 ※2:弁護士	
新潟	◎		○	○	○	▲	○	○	○	○	※3	※1:放射線技術科学 ※2:市民病院創センター長 ※3:消防長会	
山梨	◎		○	○			○						
長野	◎		○	○	○		○						
静岡	◎		○	○	○		○						
富山	◎		○	○	○		○	○					
石川	◎		○	○	○		○	○					
福井	◎		○	○	○	※1	○	○	○	○	※2	※1:分子病理学領域・AIセンター ※2:薬剤師会、保健所長会	
岐阜	◎		○	○	○		○	○	○	○	※1	※1:薬剤師会、病院協会	
愛知	◎	○	※1	○	○	○	○	○	○	○	※3	※1:防災局 ※2:放射線医学、口腔病理学 ※3:病院協会、保健所長会	
三重	◎		○	○	○		○	○					
滋賀	◎		○	○	○		○	○	○	○	※1	※1:薬剤師会、病院協会、保健所長会	
京都	◎		○	○	○		○	○	○	○	※1	※1:府病院協会、私立病院協会	
大阪	◎	□	※1	○	○	○	○	○	○	○	※3	※1:監病医事務所監察医 ※2:大阪市立大学医学部長 大阪大学医学部長 阪急生研・総合医療センター 高度救命救急センター 長 訪問看護センター・ジョイント協会理事 長 ※4:認定NPO法人ささえあい医療人権センター・OOWL理事 長	
兵庫	◎	○	※1	○	○	○	○	○	○	○		※1:監察医務官、病院局 ※2:放射線医学部門	
鳥取	◎		○	○	○	○	◎	○	○	○	※2	※1:画像診断治療学、大学附属病院医師(小児科) ※2:介護支援専門員連絡協議会、訪問看護センター・ジョイント連絡協議会 ※3:要保護児童対策地域協議会	
岡山	◎		○	○	○	○	○	○	○	○	※3	※1:歯科放射線学、小児科学 ※2:救命救急、災害医学 ※3:保健所長会、病院協会	
広島	◎		○	○	○	○	○	○	○	○		※1:分子病理学 ※2:放射線診断学	
山口	◎		○	○	○	○	○	○	○	○	※3	※1:病理形態学、分子病理学 ※2:放射線医学、歯科口腔外科学 ※3:病院協会	
徳島	◎		○	○	△	※1	○	○	△	※2	△	※3	※1:小児科学 ※2:救命救急センター長、在宅医 ※3:消防長会、老人保健施設協議会、老人福祉施設協議会
香川	◎		○	○	○		○	○	○				
愛媛	○		○	○	◎	○	○	○	○			※1:愛媛大学医学部長(会長)	
高知	◎		○	○	○		○	○	○	○	※1	※1:診療放射線技師会	
福岡	◎		○	○	○	○	○	○	○	○		※1:九州歯科大学解剖学	
佐賀	◎		○	○	○		○	○	○				
長崎	◎		○	○	○		○	○	○				
大分	◎		○	○	○		○	○	○				
沖縄	◎		○	○	○	○	○	○	○			※1:顎顔面口腔機能再建学	

※ ◎は事務局担当、○は常任の委員、△は非常任の委員(テーブルによって参加)、▲は大学の組織改編等に伴い構成員の見直しがあったもの、□は第2回目以降から委員に加わったもの

◇死因究明等推進計画(平成26年6月13日閣議決定)(抄)

第2 死因究明等の推進を行うための当面の重点施策

1 法医学に関する知見を活用して死因究明を行う専門的な機関の全国的な整備

○政府において、地方公共団体に対し、地方の状況に応じた施策の検討を目的とした、関係機関・団体等(知事部局、都道府県警察、都道府県医師会、都道府県歯科医師会、大学等)が協議する場(以下「死因究明等推進協議会(仮称)」という。)の設置・活用を求めるとともに、(以下略)。

(3) 医療計画の見直しについて

第7次医療計画に係る中間見直しについて

- 都道府県が策定している現行の第7次医療計画については、計画期間の中間年において必要な見直しを実施することとされており、見直しが必要と考えられる事項については、厚労省が設置する「医療計画の見直し等に関する検討会」において、今年度中に意見を取りまとめる予定。
- 都道府県は、「医療計画の見直し等に関する検討会」においてとりまとめられた意見を踏まえ、必要に応じて、来年度中に医療計画を変更することとなるため、準備を進めていただきたい。

1. 経緯等

- ・ 第7次医療計画（2018年度～2023年度）においては、都道府県は、5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制等について記載することになっている。
- ・ その際、目標項目の数値の年次推移や施策の進捗状況の把握、評価について、都道府県医療審議会等により定期的実施し、目標に対する進捗状況が不十分な場合、その原因を分析した上で、必要に応じて施策の見直しを図ることとされている。なお、1年ごとの実施が望ましいとされている。
- ・ また、必要に応じて、中間見直しを行うこととされている。

2. 都道府県の取組状況の把握等および中間見直しや第8次医療計画に向けた検討の進め方（案）

（スケジュール等）

- ・ **2019年度中に、5疾病・5事業及び在宅医療についてそれぞれの課題等を検討し、必要に応じて、中間見直しに反映が適当な事項を取りまとめる。さらに、国は「医療計画作成指針」に必要な修正を行う。**
（都道府県は、当該指針を踏まえ、必要に応じて、医療計画の中間見直しを行う。（2020年度中））
- ・ **2021年度以降、第8次医療計画に向け、必要な検討を行う。**
- ・ なお、5疾病・5事業及び在宅医療についてそれぞれの検討の場で検討を行った場合は、適宜、本検討会に状況を共有し、必要な反映を行う。

中間見直しの範囲について

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)

疾病・事業
ごとの検討の場

- 居宅等における医療

在宅医療WG

- 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

地域医療構想WG

- 施設の整備目標
- 基準病床数
- 医療従事者の確保
 - ・ 医師確保計画
- 外来医療計画
- 医療の安全の確保 等

指標・施策
(6年ごとの
PDCAサイクルと
必要に応じた中間見直し)

(1) 中間見直しに向けて検討していくもの(2019年度中にとりまとめ)

- ✓ 5疾病・5事業および在宅医療ごとの課題の把握
- ✓ 指標の見直し

(2) 第8次医療計画に向けて検討していくもの

- ① 指標について
- ② 医療計画の作成指針について
- ③ PDCAサイクルを推進する施策について
 - * 医療計画に対する都道府県の取組の進捗を把握し、PDCAサイクルを推進するための仕組みを検討
- ④ その他

医療計画の見直しに関する検討会における議論の範囲

当面の医療計画(5疾病・5事業)の見直し等に関する検討スケジュール(案)

○5疾病・5事業ごとの検討の場と連携しながら、以下の様なスケジュールで検討を進めていく。

