

# 医 事 課

## 1. 医師の働き方改革等について

### (1) 医師の働き方改革関連法案の提出等について

- 医師の働き方改革については、「医師の働き方改革に関する検討会」「医師の働き方改革の推進に関する検討会」「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」において、議論を行ってきた。2024年4月の医師の時間外・休日労働の上限規制適用開始に向けて、各検討会のこれまでの議論を踏まえた関連法案を通常国会に提出したところ。令和6（2024）年4月からの医師の時間外労働の上限規制の適用に向け、医師の働き方改革を推進するに当たっては、医療機関における適正な労務管理の徹底を促していただいた上で、労働時間短縮に向けた取組（タスク・シフト/シェアやICT等の活用等）の促進・支援、医師確保、診療体制の見直しを含めた地域の医療機関の役割分担の見直しに取り組んでいただきたい。また、地域の医療提供体制を確保するために、医療勤務環境改善支援センター（以下「勤改センター」という。）等を通じた勤務環境改善の支援を実施していただくとともに、地域の住民の方にも、医療のかかり方について見直していただく必要がある。厚生労働省としては、そのための制度的対応及び地域医療介護総合確保基金等の予算事業や診療報酬により財政的支援を行うこととしている。都道府県におかれても地域の実情に応じつつ、積極的な取組をお願いしたい。

【PI医8-9】

### (2) 「医師の働き方改革の推進に関する検討会」について

- 医師については、2024年4月から時間外労働の上限規制が適用されることから、その規制の具体的内容等について「医師の働き方改革に関する検討会」及び「医師の働き方改革の推進に関する検討会」において検討し、当該報告書等において、上限規制については、
  - ・ 「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、年960時間、月100時間未満（例外あり）の水準（A水準対象医療機関）、【PI医9】
  - ・ 地域医療確保の観点からやむを得ず長時間労働となる医療機関（B水準対象医療機関）及び一定の期間集中的に技能向上のための診療を必要とする医師が勤務する医療機関（C-1水準対象医療機関、C-2水準対象医療機関）については、暫定的な特例水準として、時間外労働の上限水準を、年1860時間、月100時間未満（例外あり）の水準とし、
  - ・ さらに、地域医療確保のために他の医療機関に派遣され、当該副業・兼業先での労働時間と通算するとやむを得ず長時間労働となる場合に、時間外労働の上限水準を年1,860時間とする水準（連携B水準）を設けることとしている。【PI医9】
  - ・ 連携B・B・C-1及びC-2水準対象医療機関については、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

等の案がとりまとめられた。

【PI医9】

- 以上のように制度的な検討等を進めてきたところであるが、適切な労務管理は医師の働き方改革の大前提であり、各都道府県におかれては、連携B・B・C水準の医療機関の指定は2023年度までに行う必要があるところ、指定に向けて都道府県下の医療機関の労務管理の状況の把握・支援等も適宜進めていく必要があり、医師の時間外労働の上限規制が適用される2024年4月を待たずに、医療機関における労働時間の縮減が進むよう、勤改センター等を通じて労務管理の適正化に向け相談支援を行っていただきたい。
- 2023年度からの連携B・B・C水準の指定に当たっての基本的な流れとしては、次の①から④のような流れを検討している。【PI医10】
  - ① 連携B・B・C水準対象医療機関としての申請を予定する医療機関は、2022年度から厚生労働大臣の指定する法人の評価センターによる労働時間の実績と労働時間短縮に向けた取組状況についての評価を受審。評価センターは、医療機関と都道府県に対して評価結果を通知。
  - ② 都道府県は、当該評価結果を踏まえ、必要に応じて労働時間短縮に向けた支援を実施。
  - ③ 評価を受審した医療機関は、順次連携B・B・C水準の指定の申請を行うこととなる。申請を受けた都道府県は、都道府県医療審議会及び評価センターの評価結果を踏まえるとともに、連携B・B水準の指定をするに当たっては医療審議会からの、C-1水準の指定をするに当たっては地域医療対策協議会からの意見を聞いた上で、指定を行う。
- 2024年度以降、連携B・B・C水準医療機関として業務を開始してからも、引き続き、都道府県から、追加的健康確保措置の実施、労働時間短縮に向けた取組への支援や、立ち入り検査による追加的健康確保措置の実施確認等を行っていただき、各医療機関における労働時間短縮や医師の健康確保の取組を進めていただくことを予定している。【PI医10-18】
- また、医療提供者側の改革のみならず、国民の上手な医療のかかり方に資する取組の推進も重要である。先進的な取組をしている自治体等による好事例については、本年3月に「第2回上手な医療のかかり方アワード」の表彰等に寄せて改めて周知したところであるが（追って、上手な医療のかかり方サイトに事例掲載予定）、こうした好事例も参照いただき、住民に対する普及啓発等に取り組まれない。【PI医18-19】
- 医師の働き方改革と地域の医療ニーズに即した効率的な医療機能の確保に向けた地域医療構想、各地の医師不足への対応という医師偏在対策はそれぞれ、密接に関連する内容であり、一体として推進することが重要であると考えている。厚生労働省としては、都道府県、市町村や医療関係者等からのご意見を踏まえつつ、地域との共同歩調をしっかりととりながら、国民一人一人が安心できる質の高い医療を地域で継続して提

供できる体制を構築してまいりたい。

(3) 「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

- 医師の労働時間の短縮のために徹底して取り組んでいく必要があるとされた項目の一つに、医療従事者の合意形成の下でのタスク・シフト／シェアが掲げられている。このため、医師の時間外労働の上限規制が適用される2024年4月に向けて、医療専門職種の法令等を改めて精査し、現行制度の下で可能な領域におけるタスク・シフト／シェアを最大限に推進できるよう、また、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るための具体的検討を行うため、令和元年10月より「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」において、検討を行い、令和2年12月に「議論の整理」としてとりまとめたところである。【PI医19-20】
- 具体的には、現行制度で実施可能な業務を整理・明確化した上で、推進していくための課題や推進策について議論頂くとともに、法令改正が必要な業務の、安全性や教育・研修のあり方等について、検討を行い、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、救急救命士について法令改正を行うこととしている。【PI医20-21】
- 2024年の医師の時間外労働上限規制の適用に向けて、タスク・シフト／シェアが推進出来るよう、引き続き、関係団体の理解を得ながら進めていきたい。
- 現行制度で実施可能な業務に関するタスク・シフト／シェアの推進について、別途通知する予定であるので、管内医療機関への周知をお願いする。【PI医21-23】

(4) 医療勤務環境改善に関する取組について

○ 医療勤務環境改善支援センターについて

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勤改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)～(3)を踏まえつつ、引き続き、令和3年度の勤改センター運営等に関する都道府県予算の確保についてお願いしたい。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。令和3年度は基金の総枠も令和2年度と同程度を確保する予定であること。【PI医23】
- ・ 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、同事業に係る令和3年度予算から、勤改センターに配置されている医療労務管理アドバイザーを増強し、医師労働時間短縮計画の策定支援を行うとともに、各都道府県において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特別支援など、医療機関に対する支援を強化することとしている。こ

のため、従前以上に各労働局と連携し、本事業が十分に活用され、勤改センターによる個々の医療機関への積極的な訪問支援が実施されるようにしていただきたいこと。  
【P I 医 24】

○ 各都道府県において取組を行うための予算について

- ・ 地域医療介護総合確保基金において、令和2年度に区分6を新設した。令和3年度も同様の区分6として地域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医療機関に対する勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業のための財源を計上している。令和2年度においては、新型コロナウイルス感染症対応で上手く活用出来なかったという話も聞いているが、令和3年度は令和2年度に新型コロナウイルス対応等で執行しきれなかった分についても、繰越や新たな措置を予定しており、診療報酬の地域医療体制確保加算の対象とならない医療機関（B水準相当）が働き方改革を進めるために有効な補助となっているので、都道府県におかれては、管内の医療機関に積極的に活用していただけるよう御協力いただきたい。 【P I 医 24-25】

- ・ また、地域医療介護総合確保基金区分4の医療従事者の確保に関する事業として、医療機関の勤務環境の改善、チーム医療の推進等の事業については、引き続き、同基金を活用できるため、御検討いただきたい。  
【P I 医 25】

- ・ その他の事業の詳細は（5）において後述するが、この基金事業の他にも、医療機関における働き方改革の推進に資する事業を予算案に計上しており、勤改センターを含む都道府県における勤務環境改善に資する取組とも連携できるよう、それぞれの事業の内容やスケジュール等詳細が決まり次第各都道府県に情報提供する。

○ 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、令和元年度「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）も参考にさせていただき、令和3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、御了知いただきたい。

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、これまで行ってきた、管内の医療機関における(2)の労務管理状況の改善への取組状況や勤改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、情報提供への御協力をお願いしたい。

○ 運営協議会の年2回(半期ごと)以上の開催について

勤改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、勤改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)。

あわせて、医業経営アドバイザーと労務管理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御検討いただきたい。

(5) 厚生労働省の事業について

【PI医26】

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、令和3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、引き続き御協力いただきたい。

① 調査研究事業

【PI医26】

医師・看護職員等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、令和2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、今後の勤改センターの活動に当たって御活用いただきたい。

② 普及促進事業

【PI医26】

個別の勤改センターの取組状況の紹介等を含む医療機関の様々な職種の実務担当者・担当者等を対象としたオンラインセミナーを開催するとともに、「いきいき働く医療機関サポートWeb」(以下「いきサポ」という。)を運営し、好事例の発信に努めている。

③ 勤改センターの活動支援事業

【PI医27】

各都道府県においては、勤改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、御協力をお願いする。なお、令和2年度から、インターネット広告等により、「いきサポ」周知の強化を行っている

ところである。また、これまで、勤改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都道府県職員等を対象とした研修のための教材の開発、②都道府県担当者やアドバイザーを対象とした研修会を実施してきたが、令和3年度も同様の事業を実施予定であるので、積極的な参加をお願いしたい。なお、令和2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、適宜御活用いただきたい。

- ④ 病院長を対象とした働き方改革に関する研修会の実施【P I 医 27】  
医師の働き方改革に向けた、病院長等マネジメント層を対象とする研修会について、令和3年度も開催予定。
- ⑤ 医師等働き方調査事業【P I 医 28】  
平成31年3月に取りまとめられた「医師の働き方改革に関する報告書」で医療機関の労務管理状況の調査が必要とされたことから、令和元年度は全国の病院に対する労務管理状況調査を実施し、各都道府県にフィードバックした。令和3年度も勤改センターの活動に資する、必要な実態把握を実施する予定。
- ⑥ 医療勤務環境改善好事例普及展開事業【P I 医 28】  
タスク・シフティング等の勤務環境改善の先進的取組を行う医療機関にヒアリング等を行い、実態を詳細に分析するとともに、その結果を踏まえた好事例を冊子等にまとめて関係団体等への周知やHP掲載等による普及活動を行う。
- ⑦ 医療のかかり方普及促進事業【P I 医 29】  
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事業。既にサイトを立ち上げており(<https://kakarikata.mhlw.go.jp/>)、上手な医療のかかり方周知ポスターや動画等関連情報を掲載している。
- ⑧ 医療専門職支援人材確保・定着支援事業【P I 医 29】  
医療機関における医師事務作業補助者や看護補助者などの医療専門職支援人材確保を支援するため、業務内容や魅力などを示したリーフレットやポスター、PR動画等を作成し、ハローワーク等で配布や放映する等して、関係者への周知・啓発を行う。さらに令和3年度は、医療専門職支援人材が継続して医療機関で勤務できるよう、支援人材の定着促進に資する研修プログラム等のツール開発や、支援人材活用の好事例周知や情報発信等の支援を行う予定。
- ⑨ その他【P I 医 30-31】  
この他、上限規制適用開始に向けて、「評価機能」（仮称）設置準備に係る経費や、C-2水準の審査開始にあたっての準備経費、長時間労働医師への面接指導の実施に係る研修事業経費なども盛り込んでいる。

(6) 福祉医療機構の事業について

○ 令和元年度から医療従事者の働き方改革支援資金が創設されており、引き続き医療機関における活用を促していただきたい。

(7) 税制について

【PI医31】

○ 令和元年度から、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っている。具体的には、医療機関が、勤改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。本制度は令和3年度以降も現行措置のまま延長予定であり、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。

# 医師の働き方改革等について

## 医師の働き方改革

- これまでの我が国の医療は**医師の長時間労働**により支えられており、今後、医療ニーズの変化や医療の高度化、少子化に伴う医療の担い手の減少が進む中で、医師個人に対する負担がさらに増加することが予想される。
- こうした中、医師が健康に働き続けることのできる環境を整備することは、医師本人にとってはもとより、患者・国民に対して提供される**医療の質・安全**を確保すると同時に、**持続可能な医療提供体制**を維持していく上で重要である。
- **地域医療提供体制の改革**や、各職種の専門性を活かして患者により質の高い医療を提供する**タスクシフト/シェアの推進**と併せて、医療機関における**医師の働き方改革**に取り組む必要がある。

### 現状

#### 【医師の長時間労働】

病院常勤勤務医の約4割が年960時間超、約1割が年1,860時間超の時間外・休日労働

特に救急、産婦人科、外科や若手の医師は長時間の傾向が強い

#### 【労務管理が不十分】

36協定が未締結や、客観的な時間管理が行われていない医療機関も存在

#### 【業務が医師に集中】

患者への病状説明や血圧測定、記録作成なども医師が担当

### 目指す姿

**労務管理の徹底、労働時間の短縮により医師の健康を確保する**

**全ての医療専門職それぞれが、自らの能力を活かし、より能動的に対応できるようにする**

**質・安全が確保された医療を持続可能な形で患者に提供**

### 対策

#### 長時間労働を生む構造的な問題への取組

##### 医療施設の**最適配置**の推進

(地域医療構想・外来機能の明確化)

##### 地域間・診療科間の**医師偏在**の是正

##### 国民の理解と協力に基づく**適切な受診**の推進

#### 医療機関内での医師の働き方改革の推進

##### 適切な**労務管理**の推進

##### **タスクシフト/シェア**の推進

(業務範囲の拡大・明確化)

一部、法改正で対応

##### <行政による支援>

- ・医療勤務環境改善支援センターを通じた支援
- ・経営層の意識改革（講習会等）
- ・医師への周知啓発等

#### 時間外労働の上限規制と健康確保措置の適用（2024.4～） **法改正で対応**

##### 地域医療等の確保

医療機関が医師の労働時間短縮計画の案を作成

評価センターが評価

都道府県知事が指定

医療機関が計画に基づく取組を実施

医療機関に適用する水準	年の上限時間	面接指導	休息時間の確保
A（一般労働者と同程度）	960時間	義務	努力義務
連携B（医師を派遣する病院）	1,860時間 ※2035年度末を目標に終了		義務
B（救急医療等）			
C-1（臨床・専門研修）	1,860時間		
C-2（高度技能の修得研修）			

##### 医師の健康確保

###### 面接指導

健康状態を医師がチェック

###### 休息時間の確保

連続勤務時間制限と勤務間インターバル規制（または代償休息）

# 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



- 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

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

一般則

2024年4月～

将来  
(暫定特例水準の解消 (= 2035年度末を目標) 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

- 年1,860時間／月100時間未満 (例外あり)  
※いずれも休日労働含む
- 年1,860時間／月100時間未満 (例外あり)  
※いずれも休日労働含む  
⇒ 将来に向けて縮減方向

年960時間／  
月100時間未満 (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

連携B  
例水準  
(医療機関を指定)

B  
地域医療確保暫定特  
例水準

C-1  
集中的技能向上水準  
(医療機関を指定)

C-2  
C-1：臨床研修医・専攻医が、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、指定された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

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

将来に向けて縮減方向

※この(原則)については医師も同様。

※連携Bの場合は、個々の医療機関における時間外・休日労働の上限は年960時間以下。

### 月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置

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・代償休息のセット (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・代償休息のセット (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・代償休息のセット (義務)

※臨床研修医については連続勤務時間制限を強化して徹底

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・代償休息のセット (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・代償休息のセット (義務)

※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な措置を講ずる。

【追加的健康確保措置】

# 2024年4月に向けたスケジュール

医師についての時間外労働の上限規制の適用開始（改正労働基準法の施行）

2021年度

2022年度

2023年度

2024年度

## 時短計画案の作成

都道府県の指定を受けようとする場合は、第三者評価を受審する前までに作成

※時間外労働が年960時間を超えている医師がいる医療機関は、時短計画を作成し取り組むよう努め、その時短計画に基づく取組（PDCA）に対して都道府県が支援

連携B水準

B水準

C-1水準

C-2水準

## 医療機関勤務環境評価センターによる第三者評価

労働時間実績や時短の取組状況を評価

※第三者評価に関する規定は2022年4月施行

## 都道府県による特例水準医療機関の指定

（医療機関からの申請）

地域医療への影響等を踏まえた都道府県の判断

※都道府県の指定に関する事前準備規定は2022年4月施行

C-1水準

## 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

※開始年限は、臨床研修部会等において検討

C-2水準

## 審査組織による医療機関の個別審査

特定の高度な技能の教育研修環境を審査

※審査組織における審査に関する規定は2022年4月施行

## 特例水準の指定を受けた医療機関

- ▶ 時短計画に基づく取組み
- ▶ 特例水準適用者への追加的健康確保措置
- ▶ 定期的な時短計画の見直し、評価受審

連携B水準

B水準

C-1水準

C-2水準

※一医療機関は一つ又は複数の水準の指定  
※特例水準は、指定の対象となった業務に従事する医師に適用される。

## 労務管理の一層の適正化・タスクシフト/シェアの推進の取組み

## 「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	学習院大学経済学部教授
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	岡山大学病院ダイバーシティ推進センター教授
城守 国斗	公益社団法人日本医師会常任理事
島崎 謙治	国際医療福祉大学大学院教授
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助教
堤 明純	北里大学医学部教授
仁平 章	日本労働組合総連合会総合政策推進局長
（※令和2年3月に、村上 陽子 日本労働組合総連合会総合労働局長と交代）	
馬場 武彦	社会医療法人ベガサス理事長
水島 郁子	大阪大学大学院高等司法研究科教授
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	千葉大学副学長・千葉大学大学院医学研究院眼科学教授

### 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
- ◆ 第7回（令和2年3月11日）医師の働き方改革について
- ◆ 第8回（令和2年8月28日）医師労働時間短縮計画策定ガイドライン、医師の実態調査及び地域医療への影響調査について 等
- ◆ 第9回（令和2年9月30日）副業・兼業を行う医師の地域医療確保暫定特例水準適用、医師の労働時間短縮等に関する大臣指針について 等
- ◆ 第10回（令和2年11月18日）これまでの議論のまとめについて
- ◆ 第11回（令和2年12月14日）中間とりまとめ（案）について

# B・連携B・C水準の対象医療機関の指定要件

※要件となる項目に○

		B水準	連携B水準	C-1水準	C-2水準	備考
1	医療機関機能	○	○			
2	臨床研修病院又は専門研修プログラム・カリキュラム認定医療機関である			○		
3	特定高度技能を有する医師の育成・研鑽に十分な環境がある				○	設備、症例数、指導医等につき審査組織（国レベル）の個別審査を想定。
4	36協定において年960時間を超える時間外・休日労働に関する上限時間の定めをする必要がある	○		○	○	
	副業・兼業先での労働時間を通算すると、時間外・休日労働が年960時間を超える必要がある		○			
	(必要性について、合議での確認)	都道府県医療審議会の意見聴取	都道府県医療審議会の意見聴取	地域医療対策協議会及び都道府県医療審議会の意見聴取	審査組織及び都道府県医療審議会の意見聴取	
	(必要性について、実績面の確認)	労働時間短縮計画に記載の実績値で判断	労働時間短縮計画に記載の実績値で判断	プログラム全体及び各医療機関の明示時間数（時短計画実績値とも整合）で判断	労働時間短縮計画に記載の実績値で判断	
5	都道府県医療審議会の意見聴取	○	○	○	○	実質的な議論は、医療審議会に設けられた分科会や地域医療対策協議会等の適切な場において行うことを想定
6	労働時間短縮計画が策定され、労働時間短縮の取組や追加的健康確保措置の実施体制の整備が確認できる	○	○	○	○	年1回都道府県へ提出
7	評価機能の評価を受けている	○	○	○	○	過去3年以内に受審していること
8	労働関係法令の重大かつ悪質な違反がない	○	○	○	○	過去1年以内に送検・公表されていないこと

## 地域医療確保暫定特例水準の対象となる医療機関の要件

地域医療確保暫定特例水準（B・連携B水準）の対象となる医療機関の要件のうち、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の詳細は、以下のとおり。

### B水準対象医療機関

#### 【医療機能】

- ◆「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」・「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」双方の観点から、
  - 三次救急医療機関
  - 二次救急医療機関 かつ 「年間救急車受入台数1,000台以上又は年間での夜間・休日・時間外入院件数500件以上」 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」
  - 在宅医療において特に積極的な役割を担う医療機関
  - 公共性と不確実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) 精神科救急に対応する医療機関（特に患者が集中するもの）、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
- ◆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

【長時間労働の必要性】 ※B水準が適用されるのは、医療機関内の全ての医師ではなく、下記の医師に限られる。

- ◆上記機能を果たすために、やむなく、予定される時間外・休日労働が年960時間を超える医師が存在すること。

### 連携B水準対象医療機関

#### 【医療機能】

- ◆医師の派遣を通じて、地域の医療提供体制を確保するために必要な役割を担う医療機関  
 (例) 大学病院、地域医療支援病院等のうち当該役割を担うもの

【長時間労働の必要性】 ※連携B水準が適用されるのは、医療機関内の全ての医師ではなく、下記の医師に限られる。

- ◆自院において予定される時間外・休日労働は年960時間以内であるが、上記機能を果たすために、やむなく、他の医療機関での勤務と通算での予定される時間外・休日労働が年960時間を超える医師が存在すること。  
 (※連携B水準の指定のみを受けた場合の、個々の医療機関における36協定での時間外・休日労働の上限は年960時間)

※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。したがって、当該医療機関に所属する全ての医師の業務が当然に該当するわけではなく、医療機関は、当該医療機関が地域医療確保暫定特例水準の対象医療機関として特定される事由となった「必須とされる機能」を果たすために必要な業務が、当該医療機関における地域医療確保暫定特例水準の対象業務とされていることについて、合理的に説明できる必要がある。

# B・連携B水準の指定のフロー

B・連携B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

- 医療機関は、医師労働時間短縮計画を策定し、都道府県へ提出。計画に沿って、労働時間の短縮に取り組む。
- 評価機能による評価を受ける。

- 医療機関からのB・連携B水準の指定申請を受け、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A水準を超える必要がある医療機関として、都道府県医療審議会への意見聴取の後、都道府県が指定する。
- 指定に伴い、当該医療機関に追加的健康確保措置が義務付けられる。

B水準については対象業務について36協定で特定

- 医師の労働時間短縮に必要な支援（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）を受け、労働時間短縮に取り組む。
- 追加的健康確保措置の実施。未実施の場合には、段階的な履行確保の枠組の中で、改善に向けて取り組む。

# C-1水準の指定のフロー

[臨床研修プログラム]

[専門研修プログラム]

各医療機関が既存の臨床研修プログラムにおける勤務時間の実態を把握

各医療機関は実態に基づく各プログラムにおける時間外労働時間の上限を設定し、それがA水準を超える場合、都道府県に申請

各都道府県の地域医療対策協議会で議論、その後都道府県が指定

都道府県の指定ののち36協定の締結・改正

マッチング協議会に登録、募集開始

医学生は、時間外労働の上限を確認の上、プログラムを選択し、応募

国家試験合格後、入職時に雇用契約を締結

指定申請時にはプログラム全体及び各医療機関の時間外労働時間の上限を明示

C-1水準の  
対象医療機関の指定

C-1水準の  
適用医師の特定

各医療機関が既存の専門研修プログラム・カリキュラムにおける勤務時間の実態を把握

各医療機関は募集する各専門プログラム・カリキュラムにおける時間外労働時間の上限を設定し、それがA水準を超える場合、各学会に申請

各学会および日本専門医機構審査後に、各都道府県の地域医療対策協議会で議論、その後都道府県が指定

都道府県の指定ののち36協定の締結・改正

日本専門医機構による専攻医募集開始

専攻医希望医師は、各プログラム・カリキュラムの時間外労働の上限を確認の上、応募

入職時に雇用契約を締結

# C-1 水準対象医療機関の指定

○：必要となる項目

時間外・休日労働の実態※	基幹型臨床研修病院／専門研修基幹施設		協力型臨床研修病院／専門研修連携施設		カリキュラム制における専門研修施設	
	A水準	A水準超え	A水準	A水準超え	A水準	A水準超え
時間外・休日労働時間数の上限の設定及び明示	研修期間中及びプログラム全体の時間外・休日労働時間数の上限を設定して明示する	←	研修期間中の時間外・休日労働時間数の上限を設定して明示するとともに、基幹型臨床研修病院／基幹施設に報告する		研修期間中の時間外・休日労働時間数の上限を設定して明示する	
時間外・休日労働時間数の管理及び実績の明示	研修期間中及びプログラム全体の時間外・休日労働時間数を管理し、実績を明示する	←	研修期間中の時間外・休日労働時間数を管理し、実績を明示するとともに、基幹型臨床研修病院／基幹施設に報告する		研修期間中の時間外・休日労働時間数を管理し、実績を明示する	
C-1 水準の指定	-	○	-	○	-	○
C-1 水準の指定の申請	○ ※協力型臨床研修病院／連携施設の申請について申請に係る事務を代行する場合のみ	○ ※協力型臨床研修病院／連携施設の申請について申請に係る事務を代行することも可能	-	○ ※基幹型臨床研修病院／基幹施設が申請に係る事務を代行することも可能	-	○
追加的健康確保措置	A水準に準ずる	B水準に準ずる	A水準に準ずる	B水準に準ずる	A水準に準ずる	B水準に準ずる
医師労働時間短縮計画の作成	-	○	-	○	-	○
都道府県への上記計画の提出	C-1 水準の指定の申請に準ずる					
評価機能による評価の受審	-	○	-	○ ※基幹型臨床研修病院／基幹施設が訪問評価を受ける場合であって、当該医療機関における研修期間が1年未満の場合には書面評価でも可能	-	○

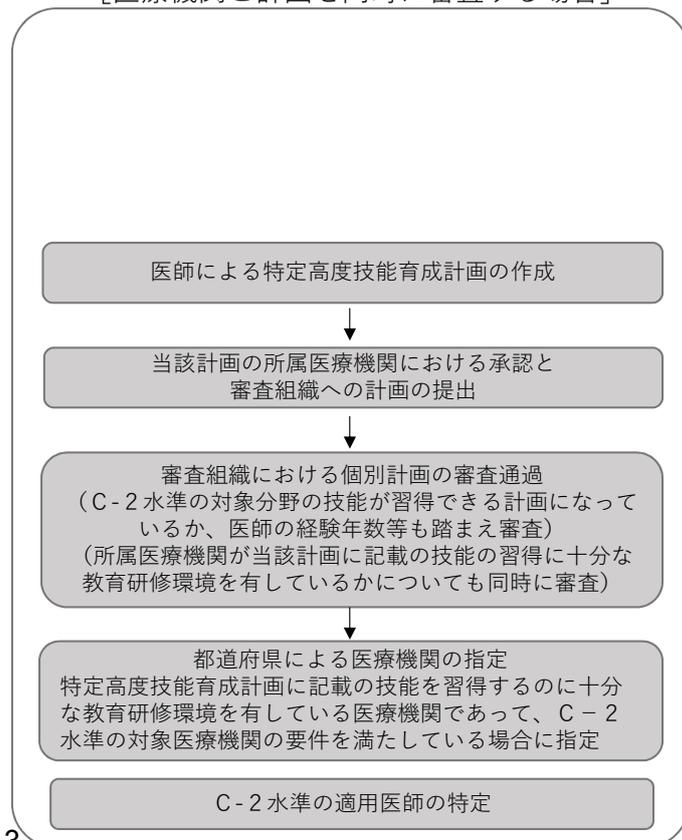
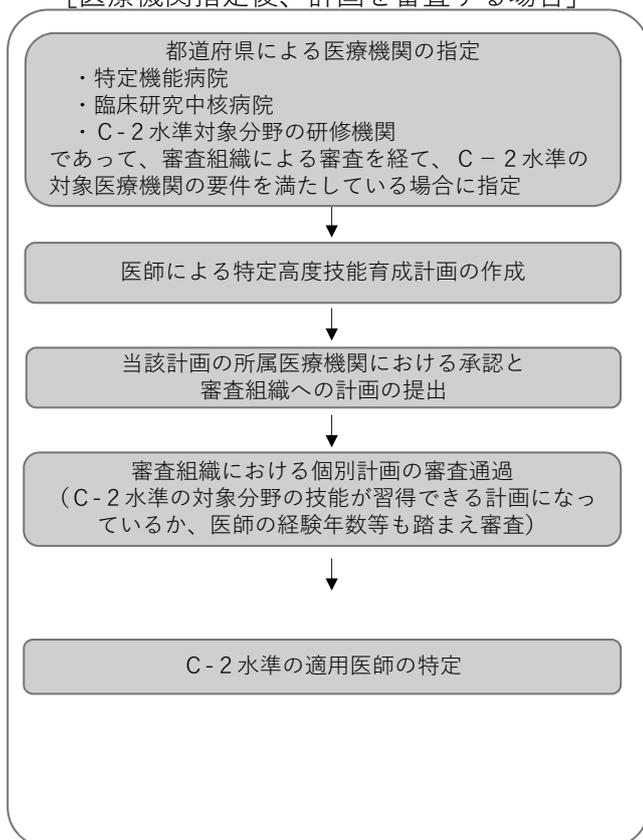
※当該医療機関における研修期間中の労働時間を年単位に換算した場合に、時間外・休日労働が年960時間以下の場合はA水準、年960時間を超える場合はA水準超えとする。

## C-2 水準の指定のフロー

厚生労働大臣による分野の公示  
審査組織は特定高度技能及びその詳細（習得に必要な設備、症例数、指導医等）を示す

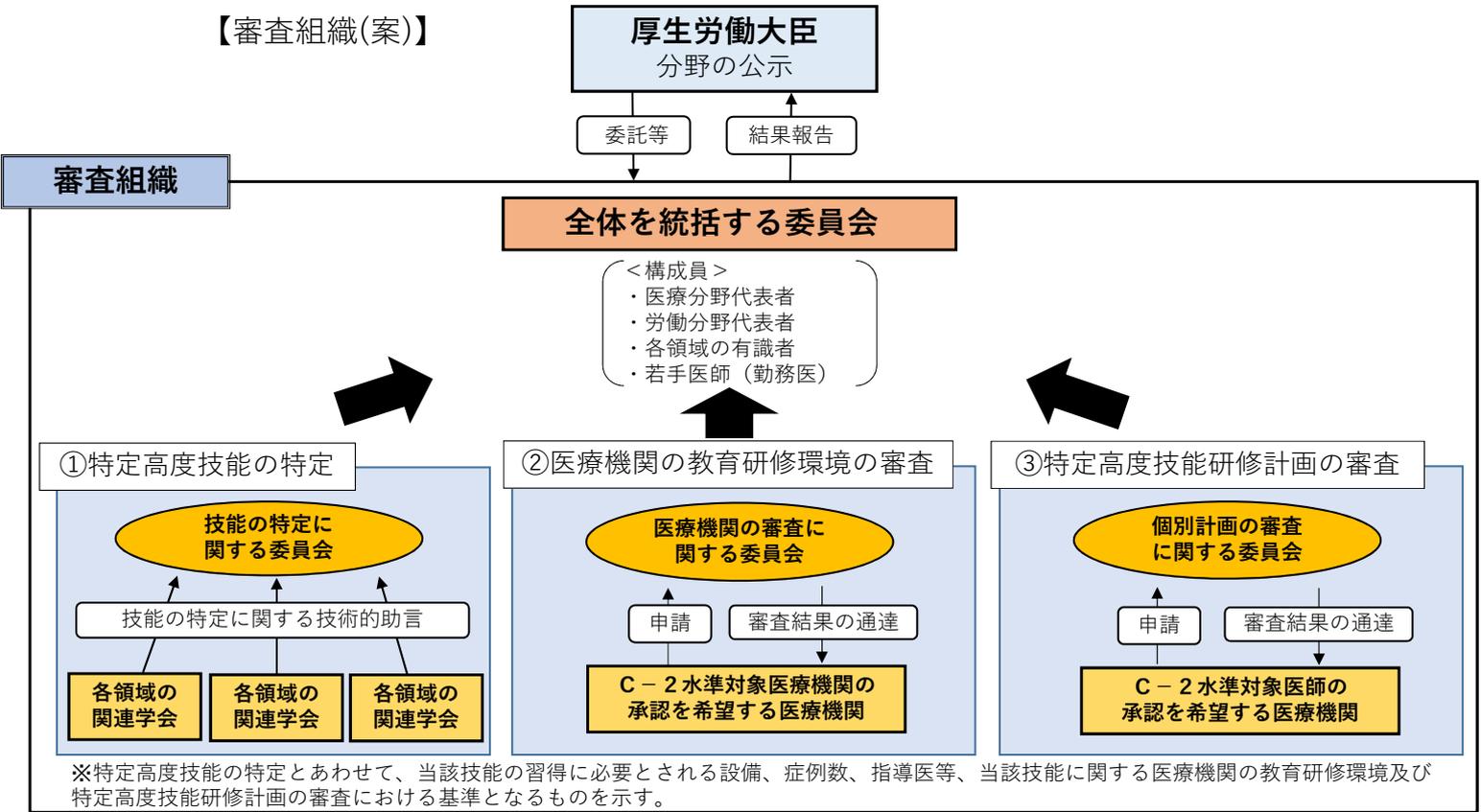
[医療機関指定後、計画を審査する場合]

[医療機関と計画を同時に審査する場合]



# C-2水準の審査組織について(案)

- 審査組織については、特定高度技能の特定や審査業務に相当の専門性が必要になると想定されることから、学術団体等に協力を得る必要があるが、具体的な組織の運営方法については、以下のように、厚生労働省からの委託等の形とし、各領域の関連学会から審査への参加や技術的助言を得ることとする。



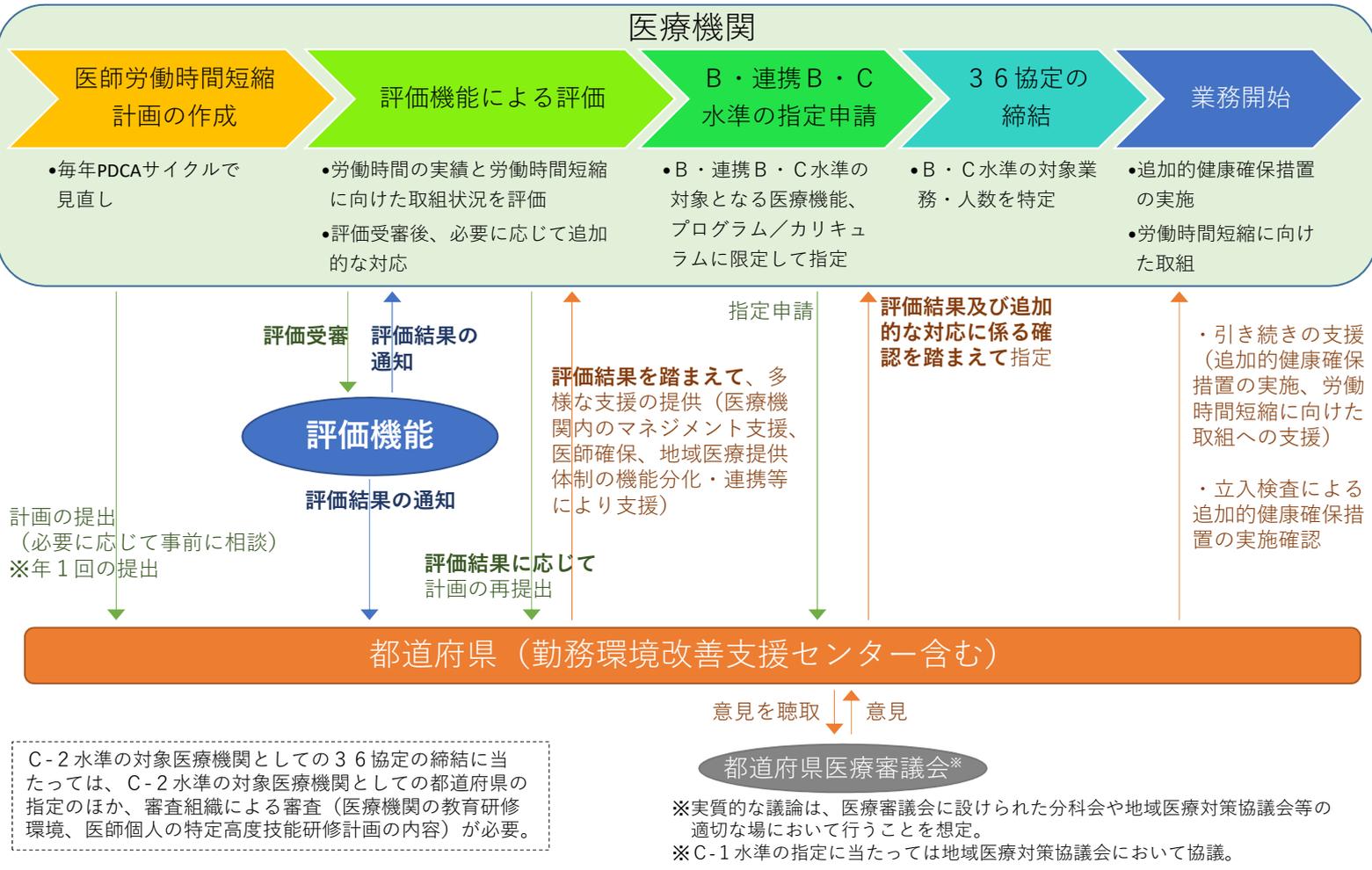
# 審査組織の業務のスケジュール(案)

- 医療機関の研修環境及び医師個人の特定高度技研修計画の個別審査に先立ち、まずは特定高度技能の特定を行う必要がある。2021年度中には当該技能の特定を開始し、その後、2022年度中には医療機関の研修環境及び医師個人が作成する特定高度技研修計画の個別審査を開始する。
- 2024年度以降は、初回審査に加え、医療機関は3年に1回、特定高度技能研修計画は計画期間(3年以内)に応じて、更新に係る審査を実施する。



※2021年度までに、特定高度技能育成計画等の申請書類の様式、審査方法、審査基準等を策定する。

# B・連携B・C水準の指定に当たっての基本的な流れ(案)



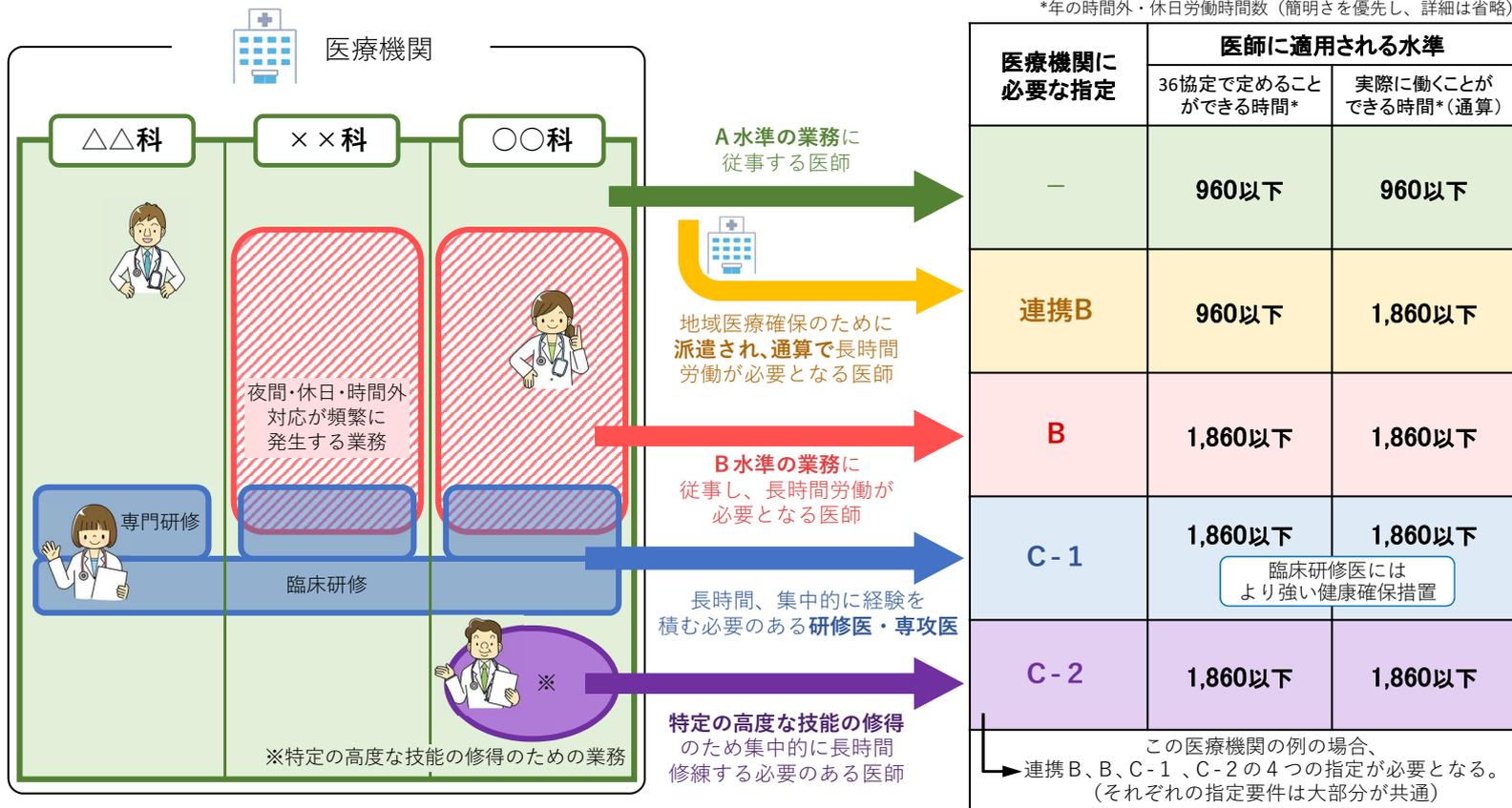
## B・連携B・C水準の指定に係る労働時間の確認に関する各機関の役割

	B水準・連携B水準	C-1水準		C-2水準
		臨床研修	専門研修	
<b>都道府県</b>				
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)、 <b>実地調査</b>	—	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。	—	—
<b>研修医募集</b>	—	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>B・連携B・C水準指定</b>	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 <b>都道府県医療審議会等</b> 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 <b>都道府県医療審議会及び地域医療対策協議会等</b> 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、 <b>同計画及び評価機能</b> による評価結果により確認。	—	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 <b>審査組織</b> の意見を踏まえ、960時間超えがやむを得ないことを確認。
<b>立入検査</b> (医療法第25条第1項)	B・連携B・C水準対象医療機関が時間外・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。			
<b>各学会、日本専門医機構</b>				
<b>専攻医募集</b>	—	—	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。	—
<b>評価機能</b>	B・連携B・C水準対象医療機関の時間外・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。短縮していない場合には、短縮に向けた追加的な対応が取られていることを確認。			
<b>審査組織</b>	—	—	—	医療機関の教育研修環境及び医師が作成する特定高度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。

# 各水準の指定と適用を受ける医師について

A水準以外の各水準は、指定を受けた医療機関に所属する全ての医師に適用されるのではなく、**指定される事由となった業務やプログラム等に従事する医師にのみ適用される**。所属する医師に異なる水準を適用させるためには、医療機関は**それぞれの水準についての指定を受ける必要がある**。

\*年の時間外・休日労働時間数（簡明さを優先し、詳細は省略）



## 複数医療機関に勤務する医師に適用される時間外・休日労働の上限の考え方

\*年の時間外・休日労働時間数

	個々の医療機関において適用される水準			個々の医療機関において適用される水準	
	医療機関①	医療機関②		医療機関①	医療機関②
36協定で定めることができる時間*	A	A	B・C	B・C	
実際に働くことができる時間*(通算)	960以下 (自院での労働時間)	960以下 (自院での労働時間)	1,860以下 (自院での労働時間)	1,860以下 (自院での労働時間)	
	960以下 (各医療機関での労働時間を通算した時間)		1,860以下 (各医療機関での労働時間を通算した時間)		
	個々の医療機関において適用される水準			個々の医療機関において適用される水準	
	医療機関①	医療機関②		医療機関①	医療機関②
36協定で定めることができる時間*	B・C	A	連携B	A	
実際に働くことができる時間*(通算)	1,860以下 (自院での労働時間)	960以下 (自院での労働時間)	960以下 (自院での労働時間)	960以下 (自院での労働時間)	
	1,860以下 (※1) (各医療機関での労働時間を通算した時間)		1,860以下 (※2) (各医療機関での労働時間を通算した時間)		

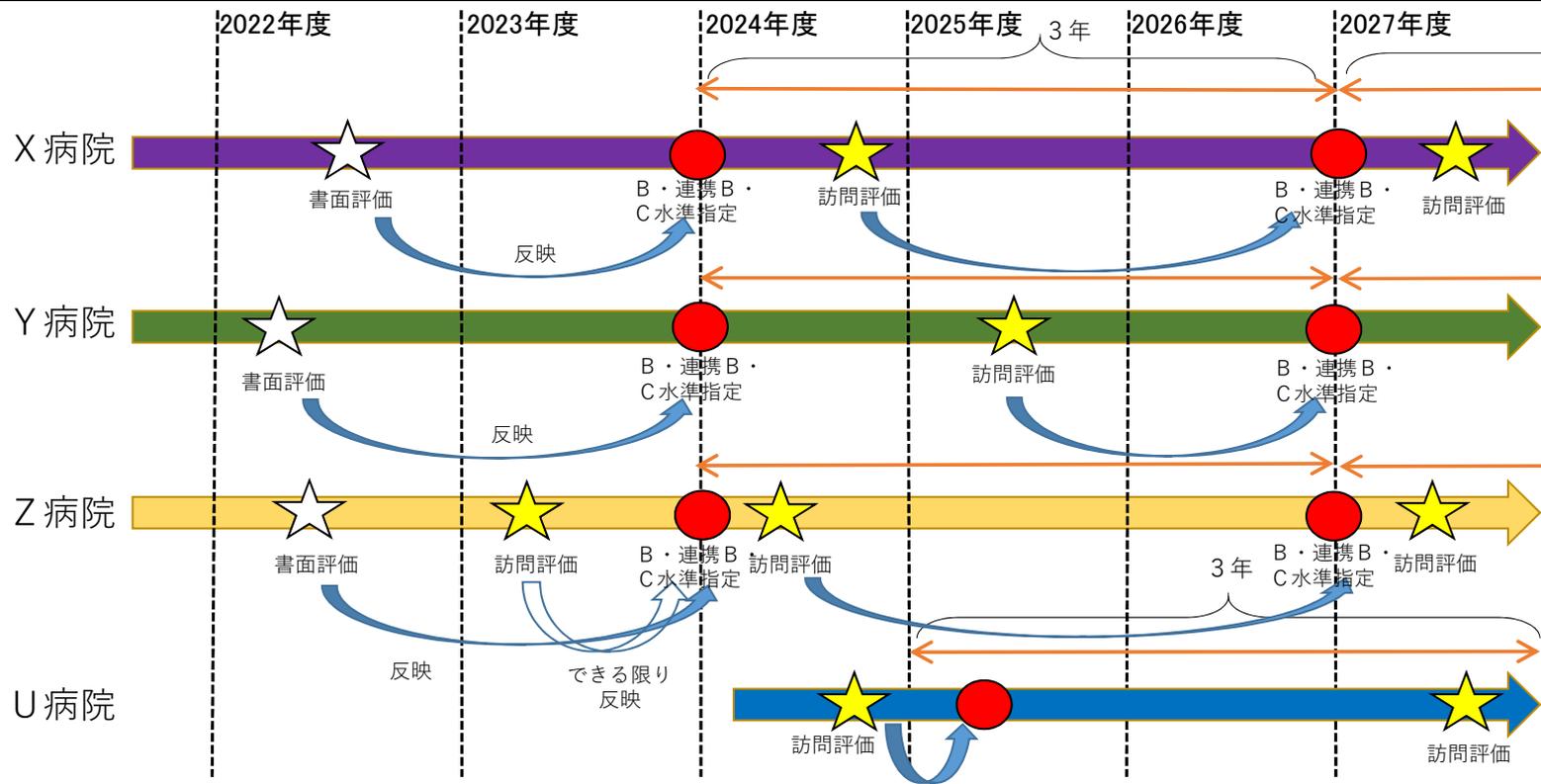
※1 いずれの医療機関においてもA水準が適用されている医師については、勤務する全ての事業場での労働時間を通算して、時間外・休日労働の上限は年960時間となる。

※2 いずれかの医療機関においてB・連携B・C水準が適用されている医師については、勤務する全ての事業場での労働時間を通算して、時間外・休日労働の上限は年1,860時間となる。ただし、当該医師の各医療機関における通算しない時間外・休日労働の上限は、各医療機関が36協定において定める時間であり、A水準又は連携B水準が適用される医師を雇用する医療機関が当該医師に関して36協定において定めることのできる時間外・休日労働の上限は年960時間以下となる。

(参考) 各表の上欄の時間は、個々の医療機関における36協定の内容であり、各医療機関における時間外・休日労働時間数を定めることとなる。下欄の時間は、医師個人の実際に働くことができる時間外・休日労働時間数(通算)に着目したものであり、医療機関における労働時間が通算される。

# 各医療機関の評価受審のスケジュール(案)

- 2024年4月からの時間外労働の上限規制適用に向けて、一斉に評価機能による評価の受審、その結果を踏まえた都道府県によるB・連携B・C水準の指定を行う必要があることから、2022年度の評価は、原則、書面で評価を行う。
- その際、評価結果が低かった医療機関については、2023年度に訪問評価を実施することとし、都道府県は、できる限りその結果も踏まえて、B・連携B・C水準の指定を行う。
- (注) B・連携B・C水準の指定の効力の発生は赤丸の時点であるが、その前に都道府県による当該指定や36協定の締結準備等を行っておく必要がある。



# 評価機能の業務のスケジュール(案)

- 2022年度は、全てのB・連携B・C水準候補医療機関の評価の受審が必要であるため、原則、書面で評価を行うこととするが、書面評価による評価結果が低かった医療機関については、訪問評価を2023年度に実施。
- 2024年度以降は3年間で1クールとし、その間に各医療機関は1回、訪問評価を受審する。年度途中でB・連携B・C水準に移行しようとする医療機関の評価は随時対応していく。
- また、評価者養成のための講習については、2021年度に集中的に実施し、その後は業務の進捗状況・組織の体制に応じて実施していく。

2021年度      2022年度      2023年度      2024年度      2025年度      2026年度      2027年度



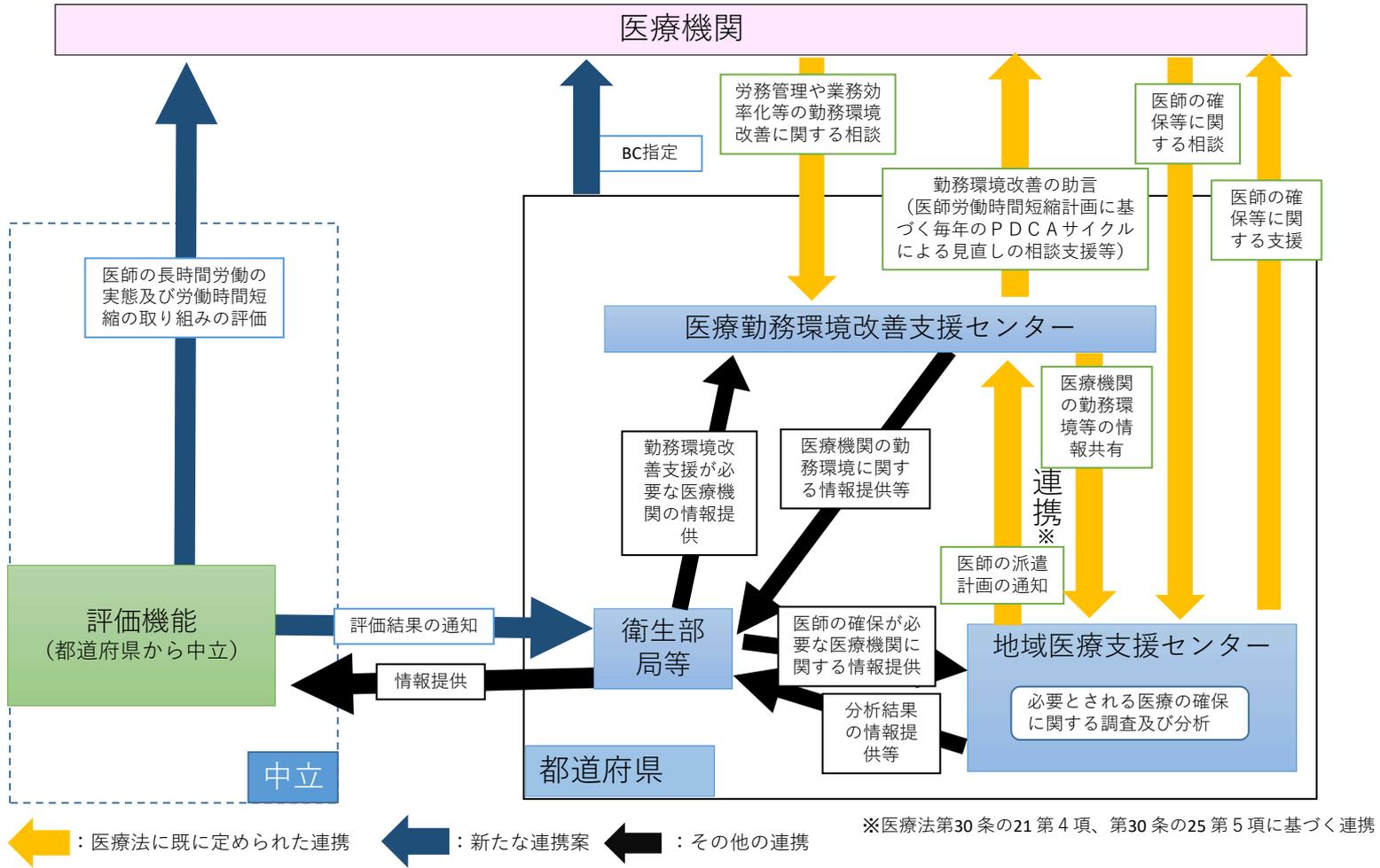
※全てのB・連携B・C水準候補医療機関  
 ※書面評価による評価結果が低かった医療機関については、訪問評価を実施

※全てのB・連携B・C水準対象医療機関が1クール1回評価受審  
 (各年度500程度の医療機関を想定)  
 ※途中でB・連携B・C水準に移行する医療機関については、随時対応

養成講習の実施

※2021年度に集中的に実施。その後、評価業務の進捗状況・組織体制に応じて実施

# 評価機能、医療勤務環境改善支援センター、地域医療支援センターの連携



## 医療のかかり方に係る普及啓発に向けた国の令和2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5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2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

毎年11月を普及月間として啓発活動を開始

# 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】**

救急医療のかかり方をHPに掲載し、救急医療を受ける際の適切な対応について周知しています。また、救急医療を受ける際の適切な対応について周知しています。

**山口県周南市**  
https://www.city.shunan.lg.jp/soshiki/28/3544.html

**【地域医療を守る条例を制定しHP掲載】**

地域医療を守る条例を制定し、HPに掲載しています。また、救急医療を受ける際の適切な対応について周知しています。

**群馬県前橋市における情報提供**  
http://www.pref.gunma.jp/03/d1010006.html

**概要**

○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**

- 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？」を配布
- 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
- 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
- 幼児健診や健康相談・教室で#8000等の情報提供を実施

**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/hokenriyou/kakaritukei.htm

かかりつけ医についてHPに掲載し、かかりつけ医の重要性や探し方について周知しています。

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>

## 「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
- 釜沼 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 康徳 医療法人ゆうの森理事長たんぼぼクリニック
- ◎ 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）
- 裴 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

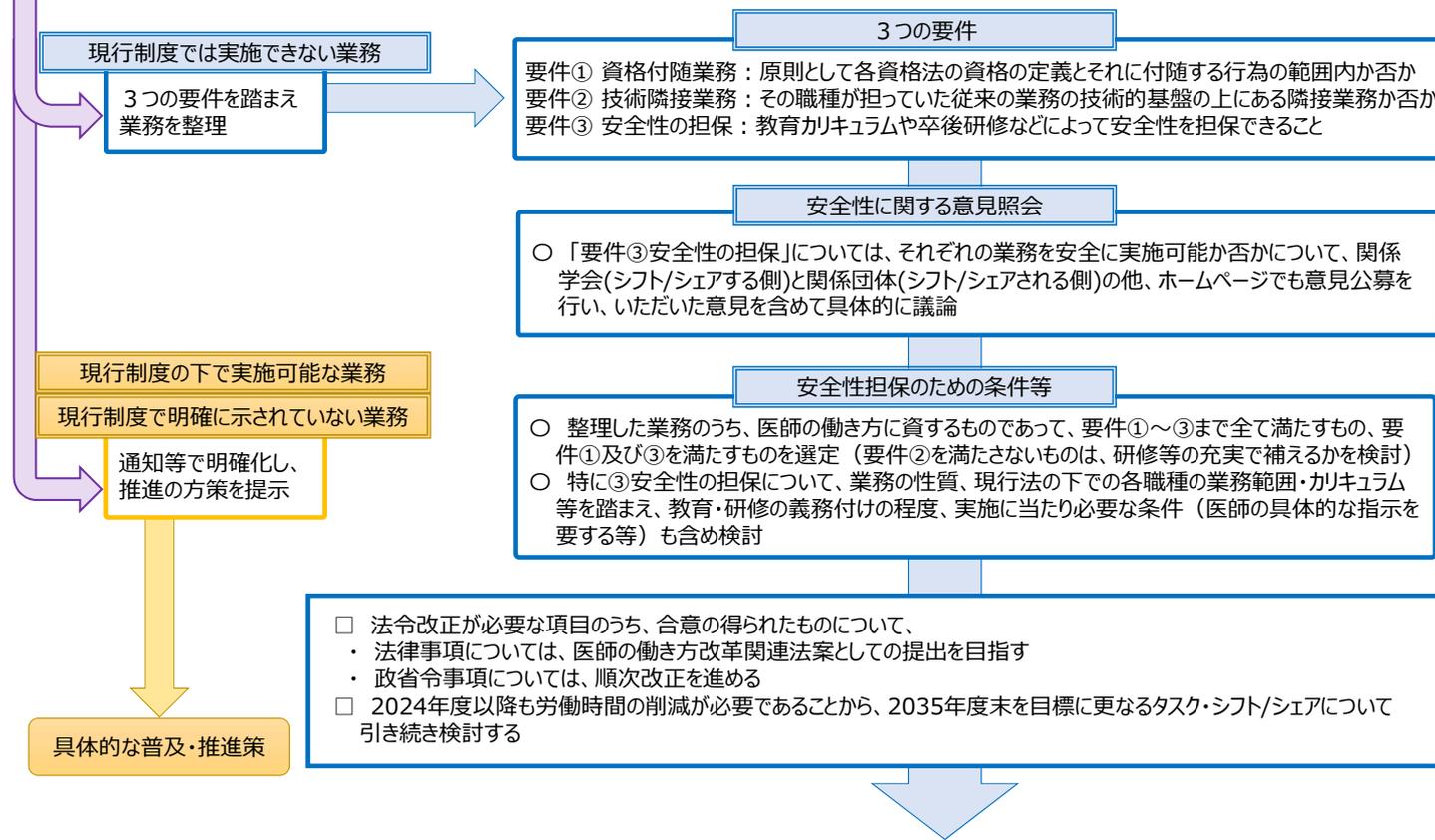
- (1) タスク・シフティング及びタスク・シェアリングの効果と具体的在り方
- (2) タスク・シフティング及びタスク・シェアリングのために必要な教育・研修等

### 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
- ◆ 第5回（令和2年1月20日）
  - ・業務範囲の見直しに伴う教育・研修について
  - ・タスク・シフト/シェアを推進するために法令改正が必要な業務について
- ◆ 第6回（令和2年2月19日）
  - ・タスク・シフト/シェアを推進するために法令改正が必要な業務について
  - ・現行制度上実施可能な業務の推進について
  - ・救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会における救急救命士の検討の状況について（報告）
- ◆ 第7回（令和2年12月11日）
  - ・救急救命士の資質活用に向けた環境の整備に関する議論の整理について（報告）
  - ・議論の整理（案）について

# 検討の経緯

- ◆ 関係団体（全30団体）から、医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフティングに関するヒアリングを実施（令和元年6月17日、7月17日・26日）
- ◆ ヒアリングで提案された業務（約300項目）について、医師以外の医療専門職種が、「現行制度の下で実施可能な業務」と「現行制度で実施可能が明確に示されていない業務」、「現行制度では実施できない業務」に整理して検討。



## 法令改正を行いタスク・シフト/シェアを推進するもの

- ◆ 法令改正が必要なもののうち、検討会で合意が得られたもの
  - ✓ 法律事項については、医師の働き方改革関連法案としての提出を目指す
  - ✓ 政省令事項については、順次改正

静脈路の確保とそれに関連する業務 <診療放射線技師・臨床検査技師・臨床工学技士>		
診療放射線技師	造影剤を使用した検査や R I 検査のために、静脈路を確保する行為 R I 検査医薬品を注入するための装置を接続し、当該装置を操作する行為 R I 検査医薬品の投与が終了した後に抜針及び止血する行為	政令事項・法律事項 法律事項 法律事項
臨床検査技師	採血に伴い静脈路を確保し、電解質輸液（ヘパリン加生理食塩水を含む。）に接続する行為	法律事項
臨床工学技士	手術室等で生命維持管理装置を使用して行う治療において、当該装置や輸液ポンプ・シリンジポンプに接続するために静脈路を確保し、それらに接続する行為 輸液ポンプやシリンジポンプを用いて薬剤（手術室等で使用する薬剤に限る。）を投与する行為 当該装置や輸液ポンプ・シリンジポンプに接続された静脈路を抜針及び止血する行為	法律事項 法律事項 法律事項

診療放射線技師	省令事項 省令事項 省令事項 法律事項
動脈路に造影剤注入装置を接続する行為（動脈路確保のためのものを除く。）、動脈に造影剤を投与するために当該造影剤注入装置を操作する行為 下部消化管検査（CTコノグラフィ検査を含む。）のため、注入した造影剤及び空気を吸引する行為 上部消化管検査のために挿入した鼻腔カテーテルから造影剤を注入する行為、当該造影剤の投与が終了した後に鼻腔カテーテルを抜去する行為 医師又は歯科医師が診察した患者について、その医師又は歯科医師の指示を受け、病院又は診療所以外の場所に出張して行う超音波検査	

臨床検査技師	省令事項 省令事項 省令事項 政令事項 政令事項 法律事項
直腸肛門機能検査（バルーン及びトランスデューサーの挿入（バルーンへの空気の注入を含む。）並びに抜去を含む。） 持続皮下グルコース検査（当該検査を行うための機器の装着及び脱着を含む。） 運動誘発電位検査・体性感覚誘発電位検査に係る電極（針電極を含む。）の装着及び脱着 検査のために、経口、経鼻又は気管カニューレ内部から喀痰を吸引して採取する行為 消化管内視鏡検査・治療において、医師の立会いの下、生検鉗子を用いて消化管から組織検体を採取する行為 静脈路を確保し、成分採血のための装置を接続する行為、成分採血装置を操作する行為、終了後に抜針及び止血する行為 超音波検査に関連する行為として、静脈路を確保して、造影剤を接続し、注入する行為、当該造影剤の投与が終了した後に抜針及び止血する行為	

臨床工学技士	政令事項 法律事項 法律事項
血液浄化装置の穿刺針その他の先端部の動脈表在化及び静脈への接続又は動脈表在化及び静脈からの除去 心・血管カテーテル治療において、生命維持管理装置を使用して行う治療に関連する業務として、身体に電氣的負荷を与えるために、当該負荷装置を操作する行為 手術室で行う鏡視下手術において、体内に挿入されている内視鏡用ビデオカメラを保持する行為、術野視野を確保するために内視鏡用ビデオカメラを操作する行為	

救急救命士	法律事項
現行法上、医療機関に搬送されるまでの間（病院前）に重度傷病者に対して実施可能な救急救命処置について、救急外来※ においても実施可能とする。	

※救急外来とは、救急診療を要する傷病者が来院してから入院(病棟)に移行するまで(入院しない場合は帰宅するまで)に必要な診察・検査・処置等を提供される場のことを指す。

# 医療関係職種の業務範囲の見直し

- ◆ 関係団体（全30団体）から「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフティングに関するヒアリング」を実施
- ◆ ヒアリングで提案された業務のうち、「実施するためには法令改正が必要な業務」について、「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」において、安全性の担保等の観点から、タスク・シフト/シェアの推進について検討。
- ◆ 下記について、法律改正により、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、救急救命士へのタスク・シフト/シェアを推進することで合意。

※いずれの行為についても、医師以外が行う場合は、医師の指示の下に行うことが前提

## 診療放射線技師

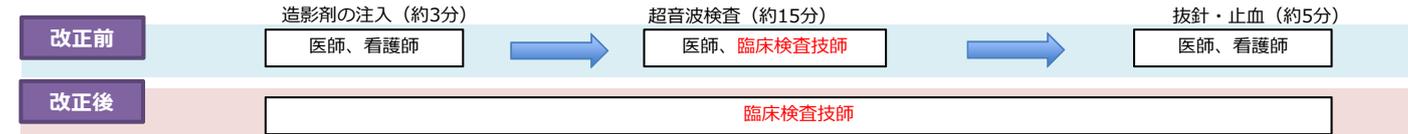
- ✓ RI検査のために、静脈路を確保し、RI検査医薬品を投与する行為、投与終了後に抜針及び止血する行為



- ✓ 医師又は歯科医師が診察した患者について、その医師又は歯科医師の指示を受け、病院又は診療所以外の場所に出張して行う超音波検査

## 臨床検査技師

- ✓ 超音波検査において、静脈路を確保して、造影剤を接続し、注入する行為、当該造影剤の投与が終了後に抜針及び止血する行為



- ✓ 採血に伴い静脈路を確保し、電解質輸液（ヘパリン加生理食塩水を含む。）に接続する行為
- ✓ 静脈路を確保し、成分採血装置を接続・操作する行為、終了後に抜針及び止血する行為

## 臨床工学技士

- ✓ 手術室等で生命維持管理装置や輸液ポンプ・シリンジポンプに接続するために静脈路を確保し、それらに接続する行為  
輸液ポンプやシリンジポンプを用いて薬剤（手術室等で使用する薬剤に限る。）を投与する行為、投与終了後に抜針及び止血する行為
- ✓ 心・血管カテーテル治療において、身体に電氣的負荷を与えるために、当該負荷装置を操作する行為
- ✓ 手術室で行う鏡視下手術において、体内に挿入されている内視鏡用ビデオカメラを保持し、術野視野を確保するために操作する行為

## 救急救命士

現行法上、医療機関に搬送されるまでの間（病院前）に重度傷病者に対して実施可能な救急救命処置について、救急外来※ においても実施可能とする。

※救急外来とは、救急診療を要する傷病者が来院してから入院(病棟)に移行するまで(入院しない場合は、帰宅するまで)に必要な診察・検査・処置等を提供される場のことを指す。

# 特に推進するもの<職種別まとめ>

- ◆ 特に推進するものの考え方（次の5項目を目安に、職種ごとに示す）
  - タスクシフト/シェアする側（医師団体、病院団体）提案の業務
  - 特に長時間労働を行っていると思われる診療科や複数診療科に関連する業務
  - ある病院における業務時間の実態に基づき月間の削減可能時間数推計が大きい業務
  - 説明や代行入力といった職種横断的な業務
  - 過去の通知等でタスク・シフト/シェア可能な業務として示された業務

## 職種に関わりなく特に推進するもの

※ [ ]内に記載する数字は、資料4に職種別で示す「現行法上実施可能とした業務」の番号

説明と同意<職種ごとの専門性に依りて実施>

各種書類の下書き・仮作成<職種ごとの専門性に依りて実施>

看護師[7,22]診療放射線技師[1]臨床検査技師[4]薬剤師[6]理学療法士[1]作業療法士[1]  
言語聴覚士[1]医師事務作業補助者[4,5]看護補助者

臨床検査技師[2] 理学療法士[1] 作業療法士[1] 言語聴覚士[1]  
医師事務作業補助者[2]

診察前の予診・問診<職種ごとの専門性に依りて実施>

患者の誘導<誘導元/誘導先での処置内容に依りて役割分担>

看護師[20] 医師事務作業補助者[3]

看護補助者 診療放射線技師[6] 臨床工学技士[7] 救急救命士[2]

## 職種ごとに推進するもの

### 助産師

- 助産師外来・院内助産（低リスク妊婦の健診・分娩管理、妊産婦の保健指導）[1,2]

### 薬剤師

- 手術室・病棟等における薬剤の払い出し、手術後残薬回収、薬剤の調製等、薬剤の管理に関する業務[1,2]
- 事前に取り決めたプロトコルに沿って、処方された薬剤の変更[3]
- <投与量・投与方法・投与期間・剤形・含有規格等>
- 効果・副作用の発現状況や服薬状況の確認等を踏まえた服薬指導、処方提案、処方支援[5,7,8]

### 診療放射線技師

- 血管造影・画像下治療(IVR)における医師の指示の下、画像を得るためカテーテル及びガイドワイヤ等の位置を医師と協働して調整する操作[2]
- 医師の事前指示に基づく、撮影部位の確認・追加撮影オーダー[8]
- <検査で認められた所見について、客観的な結果を確認し、医師に報告>

### 臨床工学技士

- 手術室、内視鏡室、心臓・血管カテーテル室等での清潔野における器械出し[1]  
<器材や診療材料等>
- 医師の具体的指示の下、全身麻酔装置の操作や人工心肺装置を操作して行う血液、補液及び薬剤の投与量の設定等[2,8]

### 看護師

- 特定行為（38行為21区分）[1]
- 予め特定された患者に対し、事前に取り決めたプロトコルに沿って、医師が事前に指示した薬剤の投与、採血・検査の実施[2,3]
- 救急外来において、医師が予め患者の範囲を示して、事前の指示や事前に取り決めたプロトコルに基づき、血液検査オーダー入力・採血・検査の実施[4]
- 画像下治療(IVR)/血管造影検査等各種検査・治療における介助[5]
- 注射、ワクチン接種、静脈採血（静脈路からの採血を含む）、静脈路確保・抜去及び止血、末梢留置型中心静脈カテーテルの抜去及び止血、動脈ラインからの採血、動脈ラインの抜去及び止血[6,9,10~13]
- 尿道カテーテル留置[18]

### 臨床検査技師

- 心臓・血管カテーテル検査、治療における直接侵襲を伴わない検査装置の操作[1]  
<超音波検査や心電図検査、血管内の血圧の観察・測定等>
- 病棟・外来における採血業務（血液培養を含む検体採取）[18]

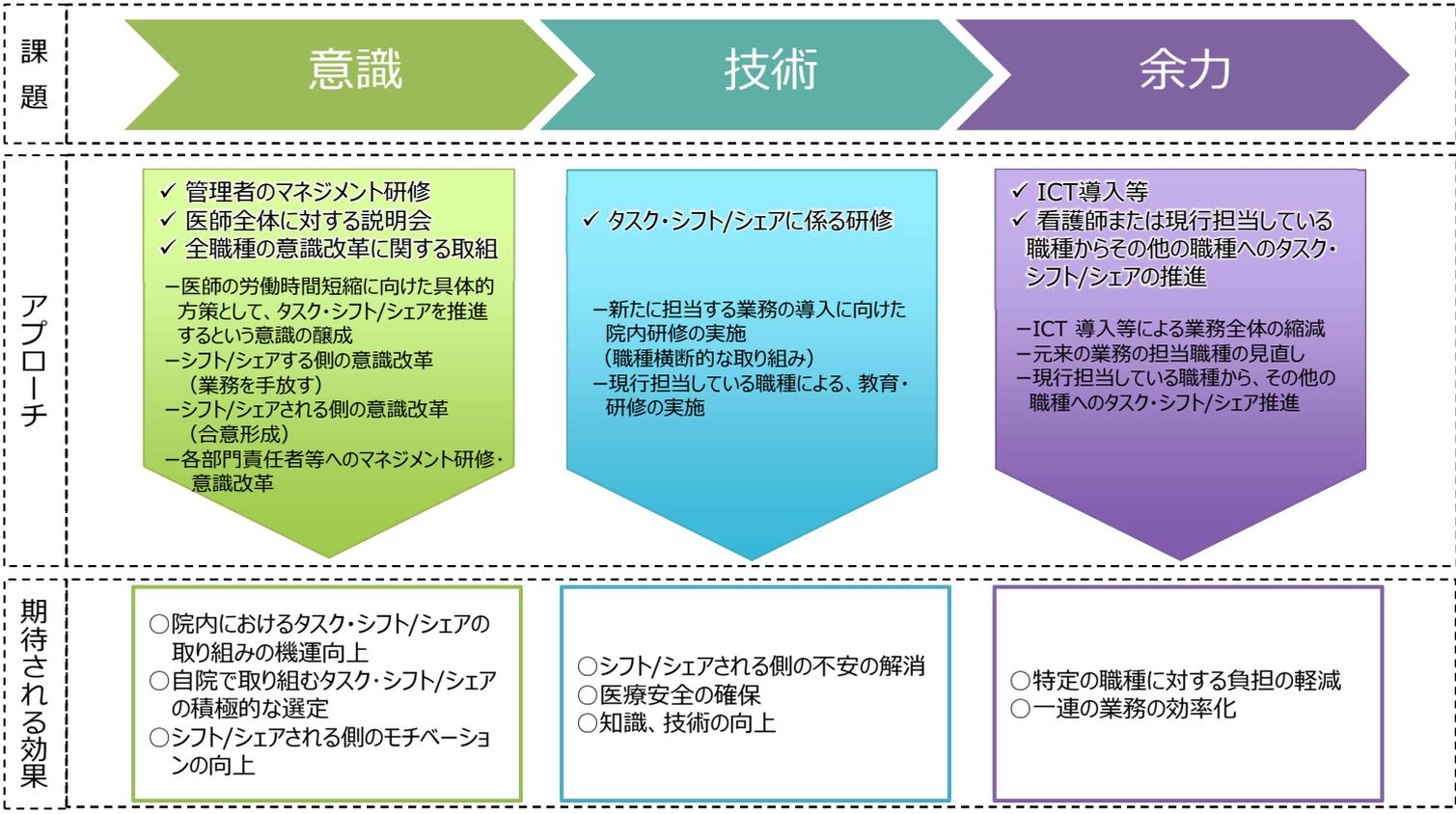
### 医師事務作業補助者 ※※

- 医師の具体的指示の下、診療録等の代行入力[1]

※※ ここでいう医師事務作業補助者とは、「医師の指示で事務作業の補助を行う業務に従事する者」を指し、診療報酬上の加算がとれているか否かは問わない。

タスク・シフト/シェアに関する3つの課題に対するアプローチ

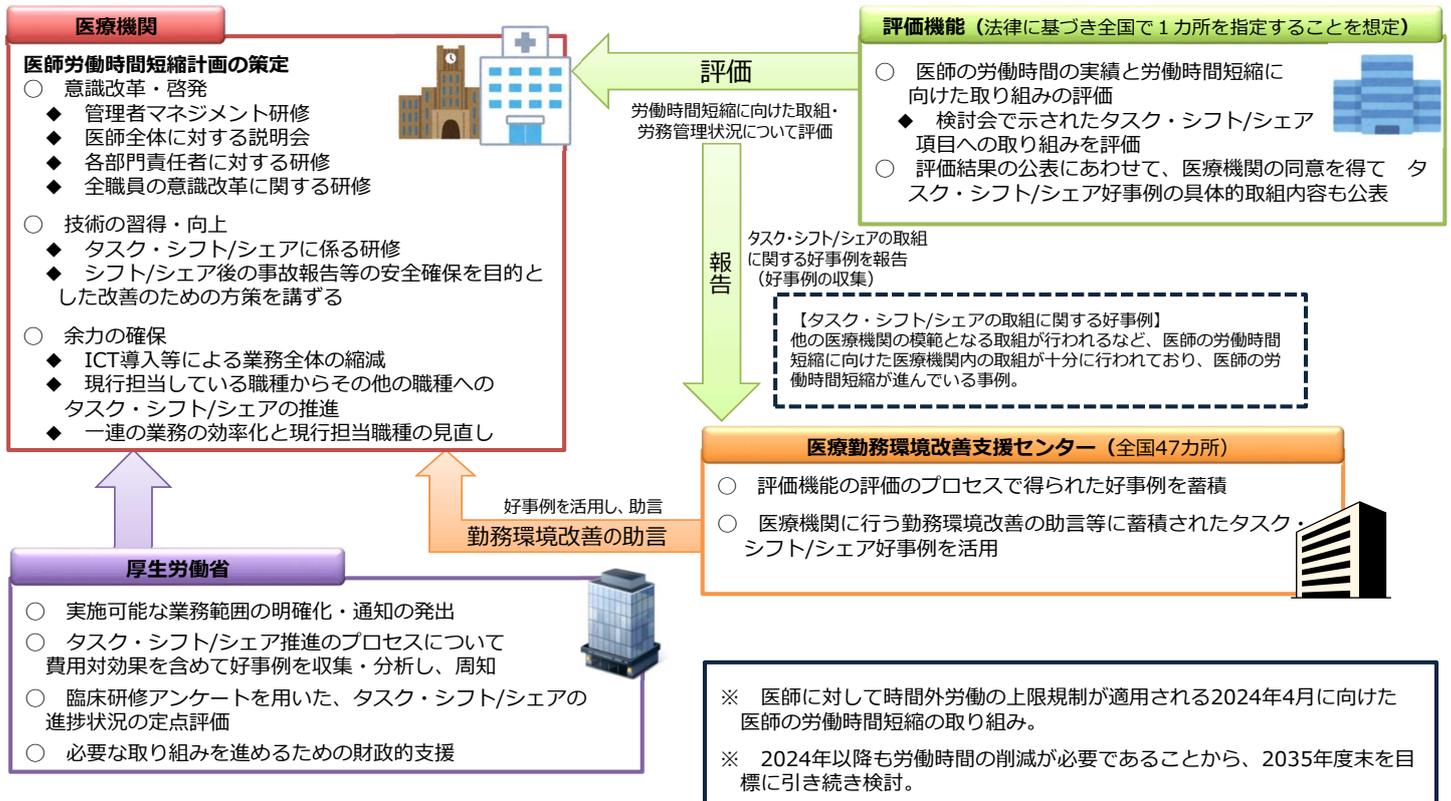
第3回検討会（令和元年11月20日）裏構成員提出資料  
（参考資料1-1）を踏まえ事務局にて作成



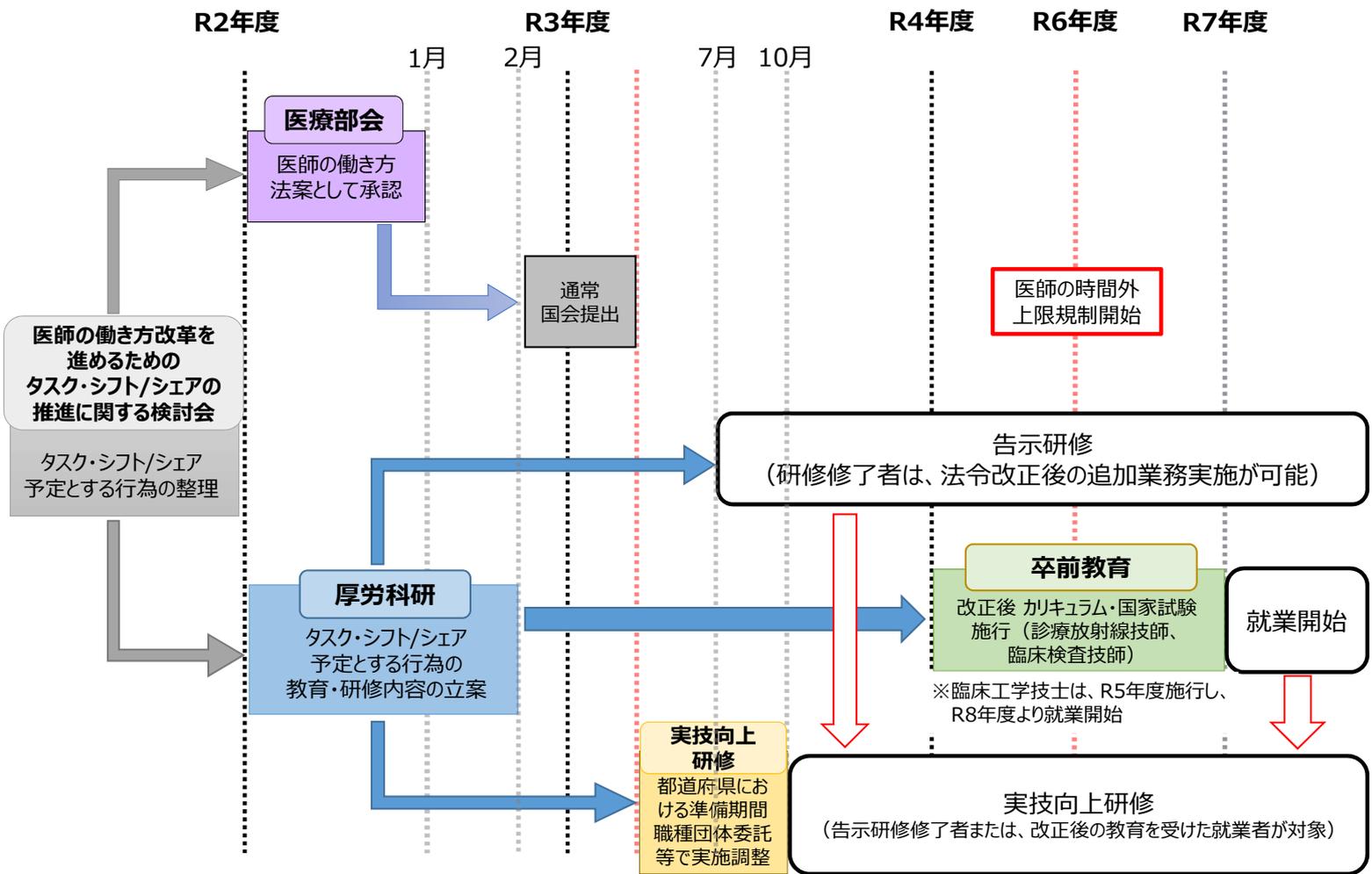
◆ タスク・シフト/シェア推進のプロセスについて費用対効果を含めて好事例を収集・分析し、周知することが必要

タスク・シフト/シェアの具体的な普及・推進策

- タスクシフト/シェアの普及・推進について、医療機関における取組を促進するため、医師の働き方改革の推進に関する検討会において検討されている医師労働時間短縮計画や評価機能による評価の枠組みにタスクシフト/シェアを推奨する業務や、その考え方を加味する。
- 評価結果を医療勤務環境改善支援センターへ報告し、他の医療機関に対する助言に活用することで、地域全体でのタスクシフト/シェア推進の好循環が期待できる。
- 厚生労働省において、タスクシフト可能な業務範囲の明確化を行うとともに、参考となるタスク・シフト/シェア推進の好事例について、そのプロセスや費用対効果も含めた収集・分析を行い、周知を図る。



# 医師からのタスク・シフト/シェアの現場における着実な実施に向けた今後の工程表（案）



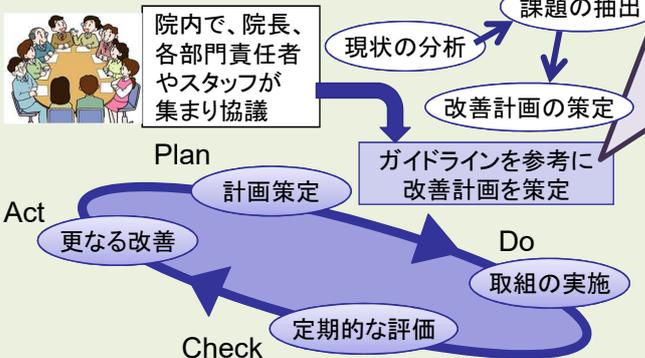
## 医療従事者の勤務環境改善の促進

医療従事者の離職防止や医療安全の確保等を図るため、改正医療法（平成26年10月1日施行）に基づき、

- 医療機関がPDCAサイクルを活用して計画的に医療従事者の勤務環境改善に取り組む仕組み（勤務環境改善マネジメントシステム）を創設。医療機関の自主的な取組を支援するガイドラインを国で策定。
- 医療機関のニーズに応じた総合的・専門的な支援を行う体制（医療勤務環境改善支援センター）を各都道府県で整備。センターの運営には「地域医療介護総合確保基金」を活用。
- ➡ 医療従事者の勤務環境改善に向けた各医療機関の取組（現状分析、改善計画の策定等）を促進。

### 勤務環境改善に取り組む医療機関

#### 勤務環境改善マネジメントシステム



- 医療勤務環境改善マネジメントシステムに関する指針（厚労省告示）
  - 勤務環境改善マネジメントシステム導入の手引き（厚労省研究班）
- 「医療従事者の働き方・休み方の改善」の取組例
- ✓ 多職種の役割分担・連携、チーム医療の推進
  - ✓ 医師事務作業補助者や看護補助者の配置
  - ✓ 勤務シフトの工夫、休暇取得の促進 など
- 「働きやすさ確保のための環境整備」の取組例
- ✓ 院内保育所・休憩スペース等の整備
  - ✓ 短時間正職員制度の導入
  - ✓ 子育て中・介護中の者に対する残業の免除
  - ✓ 暴力・ハラスメントへの組織的対応
  - ✓ 医療スタッフのキャリア形成の支援 など

マネジメントシステムの普及（研修会等）・導入支援、勤務環境改善に関する相談対応、情報提供等



### 都道府県 医療勤務環境改善支援センター

（平成29年3月現在 全都道府県においてセンター設置済み）

- 医療労務管理アドバイザー（社会保険労務士等）と 医業経営アドバイザー（医業経営コンサルタント等）が連携して医療機関を支援
- センターの運営協議会等を通じ、地域の関係機関・団体（都道府県、都道府県労働局、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、社会保険労務士会、医業経営コンサルタント協会等）が連携して医療機関を支援

【事業イメージ (全体像)】

医師・看護職等の医療スタッフの離職防止や医療安全の確保等を図るため、国の指針・手引きを参照して、各医療機関がPDCAサイクルを活用して計画的に医療従事者の勤務環境改善に向けた取組を行う仕組み(勤務環境改善マネジメントシステム)を創設するとともに、各都道府県に、こうした取組を行う医療機関に対する総合的・専門的な支援体制(医療勤務環境改善支援センター)を設置する。センター事業は地域の医療関係団体等による実施も可能。(都道府県の実情に応じた柔軟な実施形態が可能。)

都道府県 医療勤務環境改善支援センター

各医療機関の勤務環境改善マネジメントシステムに基づく「勤務環境改善計画」の策定・実施・評価等を、専門家のチームにより、個々の医療機関のニーズに応じて、総合的にサポート

医療労務管理支援事業

(医療労務管理アドバイザー等の配置)

○労務管理面でのアドバイザー等の配置

社会保険労務士、  
医療経営コンサル  
タナントなど

一体的な  
支援

医療経営アドバイザー

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

地域医療介護総合確  
保基金対象事業

労働基準局予算

都道府県労働局が執行

令和3年度予算案 労働保険特別会計6.2(5.2)億円

都道府県  
労働局

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

マネジメントシステム  
の普及・導入支援、  
相談対応、情報提供  
等

医政局予算要求

都道府県衛生主管部局

令和3年度予算案 地域医療介護総合確保基金  
公費1,194(公費1,034)億円の内数

勤務環境改善に取り組む医療機関

勤務環境改善マネジメントシステム



院内で、院長、各  
部門責任者やス  
タッフが集まり協  
議

ガイドラインを参考に  
改善計画を策定

課題の抽出

現状の分析

改善計画の策定

- ・医療従事者の働き方・休み方の改善  
多職種の役割分担・連携、チーム医療の推進  
医師事務作業補助者や看護補助者の配置  
勤務シフトの工夫、休暇取得の促進 など
- ・働きやすさ確保のための環境整備  
院内保育所・休憩スペース等の整備  
短時間正職員制度の導入  
子育て中・介護中の者に対する残業の免除  
暴力・ハラスメントへの組織的対応  
医療スタッフのキャリア形成の支援 など

勤務医の労働時間短縮の推進 (地域医療介護総合確保基金区分VI)

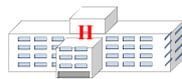
令和3年予算案: 9,533百万円(公費143億円)  
(令和2年度予算額9,533百万円(公費143億円))  
※地域医療介護総合確保基金(医療分)851億円の内数

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)



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経費をパッケージとして補助する。

- 令和2年度の診療報酬改定においては、過酷な勤務環境となっている救急医療体制における重要な機能を担う医療機関(具体的には年間救急車等受入2000台以上)について、地域医療の確保を図る観点から評価を行うことを検討。
- 一方、地域医療介護総合確保基金においては、診療報酬の対象とならない医療機関(B水準相当)を対象として、地域医療に特別な役割があり、かつ過酷な勤務環境となっている医療機関について、医師の労働時間短縮のための体制整備に関する支援を行う。

診療報酬の対象要件のイメージ (公費ベース126億円)

1. 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送受入件数が年間で2000件以上であること。
2. 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。
  - ・病院勤務医の勤務状況の把握とその改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること
  - ・多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、計画を作成すること 等

基金事業の対象要件のイメージ (公費ベース143億円)

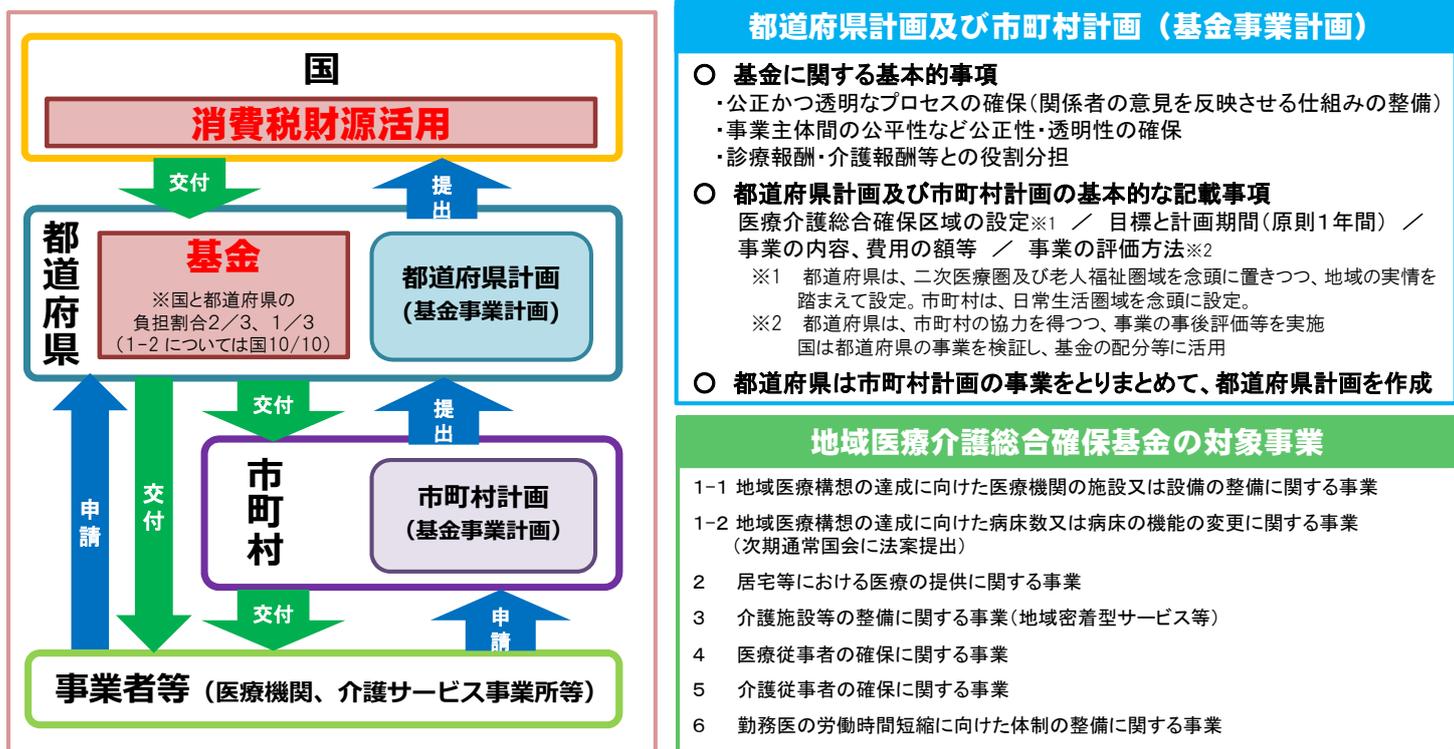
1. 補助の対象となる医療機関は、以下のような都道府県知事が認める医療機関を想定。
  - ・救急車受入件数が1000台以上2000台未満であり、地域医療に特別な役割がある医療機関
  - ・救急車受入件数が1000台未満のうち、
    - ー 夜間・休日・時間外入院件数が500件以上で、地域医療に特別な役割がある医療機関
    - ー 離島、へき地等で、同一医療圏に他に救急対応可能な医療機関が存在しないなど、特別な理由の存在する医療機関
  - ・地域医療の確保に必要な医療機関であって、
    - ー 周産期医療、小児救急医療機関、精神科救急等、公共性と不確実性が強く働く医療を提供している場合
    - ー 脳卒中や心筋梗塞等の心血管疾患の急性期医療を担う医療機関であって一定の実績と役割がある場合など、5疾病5事業で重要な医療を提供している場合
  - ・その他在宅医療において特に積極的な役割を担う医療機関
2. 基金の交付要件として、追加的健康確保措置に取り組み、かつ、時短計画を定めるなどを条件に交付する。
3. 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。

金額は令和2年度予算案

地域医療介護総合確保基金

令和3年度予算案:公費で2003億円  
(医療分 1,179億円、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。



# 医療提供体制の整備に係る令和3年度予算案の概要

- 我が国における中長期的な人口減少・高齢化の進行を見据えつつ、今般の新型コロナウイルス感染症への対応により顕在化した地域医療の課題への対応を含め、質の高い効率的な医療提供体制の構築が必要である。
- 令和3年度予算案では、感染症への対応の視点も含めて、地域医療構想の実現に向けた入院医療・外来医療・在宅医療等の体制確保、医師偏在対策、医師の働き方改革の推進など質が高く効率的で持続可能な医療提供体制の整備に必要な施策を講じるための所要額を計上している。

## 質が高く持続可能な医療提供体制の整備 (令和3年度予算案の主な事項)

【医政局予算案 2,239億円(2,231億円)】

### I. 地域医療構想の実現に向けた取組の推進

856億円(882億円)

- ・地域医療介護総合確保基金 851億円(796億円)
- ・病床機能再編支援事業 (注)[195億円](84億円)
- ・医療機能の分化・連携に向けた具体的対応方針に対する病院支援事業 1.5億円(0.9億円)
- ・入院・外来機能の分化・連携推進に向けたデータ収集・分析 2.5億円(0.8億円)
- ・かかりつけ医機能の強化・活用にかかる調査・普及事業 0.5億円(-)
- ・地域医療構想・医師偏在対策推進支援事業 0.8億円(0.8億円)等

【参考：令和2年度第三次補正予算案(医政局)】 1,276億円

- ・診療・検査医療機関の感染拡大防止等の支援 212億円
- ・医療機関・薬局等の感染拡大防止等の支援 858億円
- ・医療機関等情報支援システム(G-MIS)の機能拡充等 15億円
- ・遠隔医療設備整備事業 3.7億円
- ・看護師等養成所におけるICT等の整備 3.2億円
- ・国立病院機構における医療提供体制の整備等 102億円
- ・医薬品安定確保のための原薬等設備整備の支援 30億円
- ・医療施設の防災対策 16億円等
- ・新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金による支援(健康局予算案) 1.2兆円
- ・コロナ患者相談・受入れ施設に対する電話通訳サービス事業(健康局予算案) 3.0億円
- ・医療・福祉事業者への資金繰り支援(社会・援護局予算案) 1,037億円

一体的に推進  
総合的な医療提供体制改革を実施

### II. 医師の地域間・診療科間偏在の解消

など医師偏在対策の推進

16億円(12億円)

- ・認定制度を活用した医師少数区域等における勤務の推進事業 4.1億円(2.0億円)
- ・総合診療医の養成支援等 10億円(9.5億円)
- ・医師等の地域偏在・診療科偏在対策に向けた調査 0.3億円(-) 等

### ○ ウィズコロナ時代に対応した医療提供体制の構築

585億円(589億円)

- ・独立行政法人福祉医療機構の医療貸付事業等 ※貸付原資として1.69兆円財政融資
- ・遠隔医療設備整備事業 6.0億円(-)
- ・看護職員卒後フォローアップ研修事業 0.3億円(-)
- ・「医療のお仕事Key-Net」等を活用した医療人材の確保 0.7億円(-)
- ・国立国際医療研究センターの体制強化 13億円(6.3億円)
- ・ドクターヘリ導入促進事業 75億円(67億円)
- ・災害・救急・周産期医療体制などの推進 490億円(515億円)

### III. 医師・医療従事者の働き方改革の推進

125億円(122億円)

- ・勤務医の労働時間短縮の推進 (注)[95億円](95億円)
- ・働きやすく働きがいのある職場づくりに向けた環境の整備 20億円(19億円)
- ・新たな制度設計等への支援 5.8億円(4.0億円)
- ・組織マネジメント改革の推進等 3.6億円(3.5億円)

(注)地域医療介護総合確保基金の内数(病床機能再編支援事業は令和3年度以降、勤務医の労働時間短縮の推進は令和2年度以降)

※金額は令和3年度予算案、( )内は令和2年度当初予算額

## 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3年度予算案 755,053(672,650)千円

#### 医療労務管理支援事業

623,756(516,209)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、上限規制の適用に向けた時短計画の策定支援、各都道府県において勤務環境改善の効果的な推進策を検討するための特別支援の実施など、医療従事者の勤務環境改善に向けた取組を支援する。

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。



#### 勤務環境改善に向けた調査研究事業

49,477(39,507)千円

医療従事者の勤務環境改善に資するため、以下の取り組みを行う。

- ・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
- ・特別支援のためのスキルアップ研修の実施及び特別支援のタイアップ事業
- ・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

57,967(93,081)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、インターネット広告等による周知を行う。

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。



## 背景

医師・看護職等の医療スタッフの離職防止や医療安全の確保等を図るため、改正医療法（平成26年10月1日施行）に基づき、勤務環境改善マネジメントシステム<sup>※1</sup>が創設されるとともに、各都道府県に医療勤務環境改善支援センター<sup>※2</sup>が設置されている。

※1 医療機関がPDCAサイクルを活用して計画的に医療従事者の勤務環境改善に取り組む仕組み

※2 医療機関のニーズに応じた総合的・専門的な支援を行う体制を各都道府県で整備。センターの運営には「地域医療介護総合確保基金」を活用。平成29年3月、全都道府県に設置済み。

## 事業概要

医療勤務環境改善支援センターは、各医療機関の勤務環境改善マネジメントシステムに基づく「勤務環境改善計画」の策定・実施・評価等を総合的にサポートしているが、各都道府県により設置時期や取組状況が様々であることから、①有識者による、支援センター実施団体及びアドバイザーに対する指導・助言、②支援センターの運営やアドバイザーの活動に資する資料の作成を委託事業により実施し、支援センターの活動の活性化やアドバイザーの質の均てん化とその向上を図るものである。

※平成29年度より実施

### ①支援センター実施団体及びアドバイザーに対する指導・助言

- 支援センター実施団体やアドバイザーからの要請を受け、医療勤務環境に関する有識者が、指導・助言を行う。
- 全国のアドバイザーを対象として、好事例の説明会等を開催する。



### ②都道府県職員やアドバイザーを対象とした研修のための教材開発

- 医療勤務環境に関する有識者らにより、勤務環境改善に取り組んでいる医療機関の実態調査や検討会等を行い、支援センターの運営やアドバイザーの活動に資する資料を作成し、研修会等で教材等として活用する。



支援センターの活動の活性化  
アドバイザーの質の均てん化及び向上

## 都道府県 医療勤務環境改善支援センター

各医療機関の勤務環境改善マネジメントシステムに基づく「勤務環境改善計画」の策定・実施・評価等を、専門家のチームにより、個々の医療機関のニーズに応じて、総合的にサポート

医療労務管理支援事業（労働基準局予算）

- 労務管理面でのアドバイザー配置



社会保険労務士、  
医療経営コンサルタントなど

医療分野アドバイザー事業（医政局予算）  
（地域医療介護総合確保基金対象事業）

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

## 医療機関管理者を対象としたマネジメント研修事業

令和3年度予算案  
42,198千円(40,986千円)

### 【課題】

- 医師の働き方改革を進めるにあたり、個々の医療機関が労働時間短縮・医師の健康確保を進めていくことが重要とされている。しかし、現時点においては医師の在院時間ですら管理していない病院もあり、管理者の意識改革を早急に進める必要がある。また、改革の必要性は認識しているがどのように取り組めばいいかわからない医療機関管理者もいると考えられる。医療機関管理者について、医師の労働時間短縮策等の必要性の認識を高めるとともに、具体的なマネジメント改革の進め方の普及を図る。

（事業内容）

- ・医師の働き方改革に向けたトップマネジメント研修や都道府県単位の病院長向け研修を実施。  
（※令和元年度の研修をブラッシュアップして実施）

### トップマネジメント研修

※保健医療科学院



全ての都道府県から推薦された病院長に対し、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に係る研修を実施

### 全国各地における研修

※医療関係団体等に業務委託



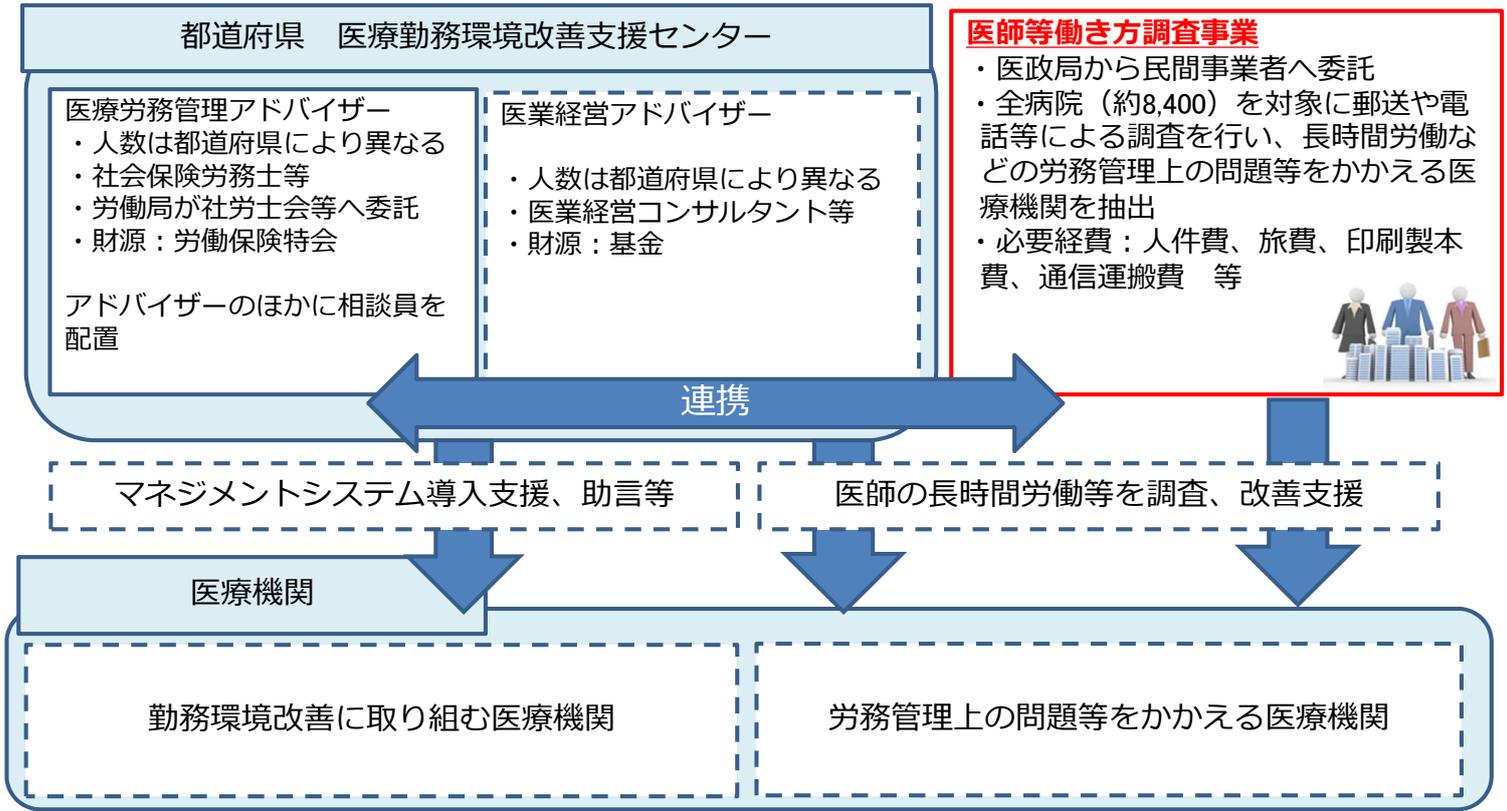
トップマネジメント研修を受講した病院長を含めた有識者が講義

### 各医療機関での実践



各都道府県における研修を受講した病院長が院内の勤務環境改善策を検討・実施

○ 各都道府県の医療勤務環境改善支援センターの活動を支援



医療勤務環境改善好事例普及展開事業

令和3年度予算案  
9,822千円(新規)

【課題】

- 医師の働き方改革を進めるにあたり、医師の実施している業務を移管するタスク・シフティングや、タスク・シェアリング等が必要とされていることから、令和元年度及び令和2年度事業において、タスク・シフティングやタスク・シェアリング等の勤務環境改善や労働時間短縮に係る先進的な取組を実施する医療機関に対して補助を行っており、好事例について周知できるよう整理することとしている。
- 医師の時間外労働の上限規制が開始される2024年度に向けては、全国の医療機関における勤務環境改善や労働時間短縮に係る取組を更に進めていくことが求められており、好事例を日本全国に普及促進していくことが必要。

(事業内容)

- 以下の取り組みを実施し、医療機関における勤務環境改善や労働時間短縮に係る取組を後押しする。
- ・勤務環境改善や労働時間短縮に係る先進的な取組を実施している医療機関にヒアリング等を行い、実態を詳細に分析。
- ・ヒアリング等を踏まえた好事例を冊子等にしてまとめ、関係団体等への周知及び、HP等における掲載等による普及活動を行う。
- ・勤務環境改善を図ろうとしている病院向けに、好事例の普及促進を目的とした研修会を実施。(好事例実施病院による講演含む)

①先進的な取組の収集・詳細分析

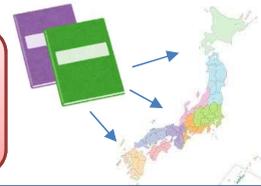
令和2年度までに補助を行った先など、勤務環境改善や労働時間短縮に係る取り組みを実施した医療機関へヒアリング等を行い、詳細な実態調査・分析を実施



好事例のとりまとめ & 普及促進

②好事例のとりまとめ・周知活動

実態調査や分析を踏まえ、勤務環境改善や労働時間短縮を行う医療機関の好事例を取りまとめ、冊子の作成やHP等に掲載を行い、全国の医療機関等へ展開する。



③好事例の普及促進のための研修会を実施



好事例や取組のポイントなどの紹介及び、好事例を実施している医療機関による講演を実施。勤務環境改善に取り組もうとしている医療機関の取組を後押しする。

## 医療のかかり方普及促進事業

令和3年度予算案  
221,689千円(214,956千円)

### 【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、「医師の働き方改革に関する検討会」が開催され報告書(平成31年3月28日)が取りまとめられた。同報告書において、医師の勤務負担軽減・労働時間短縮に向けては、医療提供者側の取組だけでなく、患者やその家族である国民の理解が欠かせないため、医療機関へのかかり方を含めた国民の理解を得るための周知の取組を関係者が一体となって推進する必要があるとされている。

### (事業内容)

- ・国民(患者)の医療機関へのかかり方に関する意識と行動の変革及び医療機関の負担軽減に向けた具体的な取組を推進するための国民運動の展開
- ・上手な医療のかかり方について国民が理解しやすいように、分かりやすく情報を整理したウェブサイトの整備、啓発資料の作成
- ・多様な取組主体が参画し、国民運動を広く展開していくためのイベント開催等の実施

### 医療関係者、企業、行政等が参画する国民運動の展開

毎年11月の「かかり方月間」を中心に

- ・上手な医療のかかり方についての周知啓発
- ・関係機関・団体等による上手な医療のかかり方を広める取組事例の展開を実施する

※広告代理店等に業務委託

ポスター等啓発資料の提供

イベント開催

厚生労働大臣表彰

ウェブサイトの整備

## 医療専門職支援人材確保・定着支援事業

令和3年度予算案  
10,138千円(10,138千円)

### 【課題】

- 医師の働き方改革を進めるにあたっては、医師・看護師等の医療専門職から、看護補助者や医師事務作業補助者のような「医療専門職支援人材」へのタスク・シフティングが重要であるとされている。しかし、医療専門職支援人材については、医療専門職支援人材となる可能性のある人に対する適切なアプローチが十分にできておらず、医療機関が必要な人材を必要だけ確保することが難しい状況となっている。

### (事業内容)

- ・医療機関における医療専門職支援人材の確保を支援するため、医療専門職支援人材の業務内容や魅力、医療専門職支援人材となる方法等を示したリーフレットやポスター、PR動画を作成し、ハローワーク等で配布や放映するなどして、関係者への周知・啓発を行う。また医療専門職支援人材が継続して医療機関で勤務できるよう、支援人材の定着促進に資する研修プログラム等のツール開発や、支援人材活用の好事例周知、医療機関向けに支援人材の活用に関する情報発信をするなどの支援を行う。

### ◎ 医療機関での人材確保・定着支援に向けた取組を実施 (民間シンクタンク等に業務委託)

#### <人材確保事業>

リーフレットやポスター、PR動画等の作成



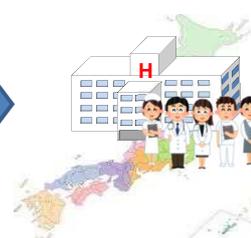
(主な取組)医療専門職支援人材の職種や魅力、仕事内容をPRするリーフレットやポスター、PR動画を作成する

ハローワーク等でのPR



(主な取組)ポスターをハローワーク等で掲示する/動画をHPIに掲載する等により、シニア層も含めて、幅広く周知する

各医療機関で就業



#### <定着支援事業>



(主な取組)定着促進に資する研修プログラムの開発や展開、好事例の周知、医療機関向けに支援人材の活用をテーマにした研修等の開催など

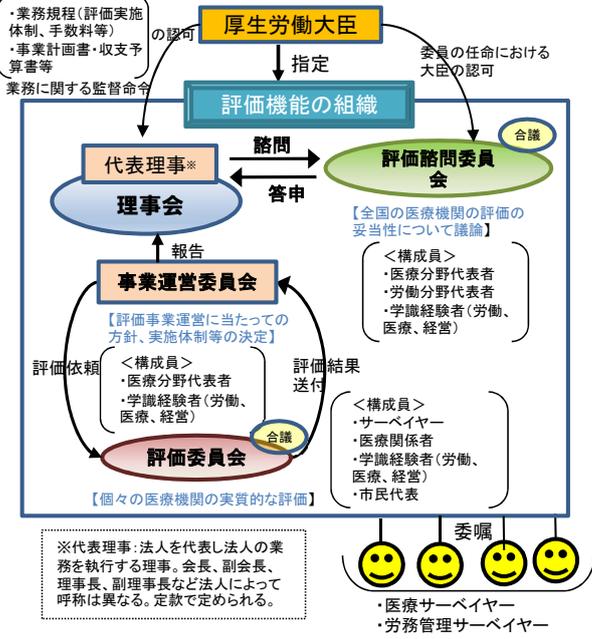
# 「評価機能」(仮称)の設置準備

令和3年度予算案  
151,646千円 (71,532千円)

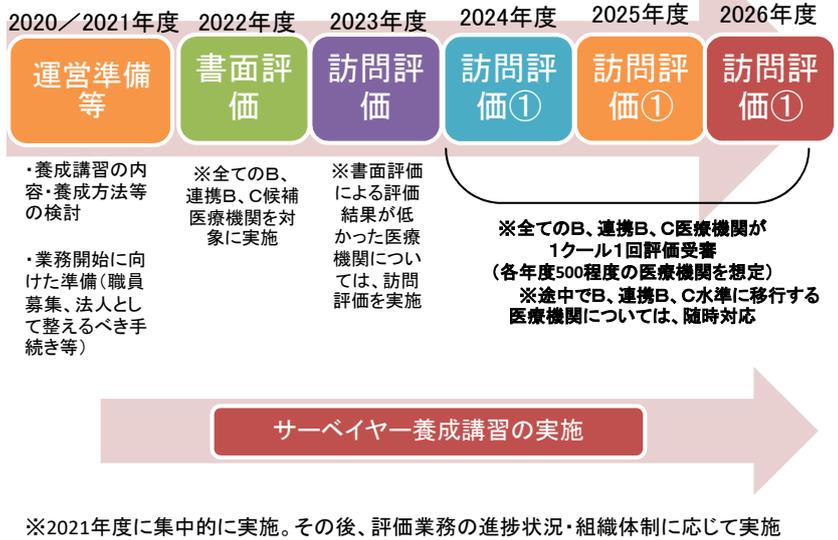
## <概要>

- 「医師の働き方改革に関する検討会 報告書」において、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を客観的に評価し、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(評価機能)を設置することが求められている。また、2024年4月からB、連携BまたはC水準の指定を受ける医療機関は、医師労働時間短縮計画等について、評価機能による事前の評価を受ける必要がある。
- 以上の業務を実施するにあたっては、評価機能を運営するための経費が必要となるが、評価を受ける医療機関からの手数料収入のみでの運営とすると、評価を受ける医療機関にとって経済的負担が過大なることから、評価機能を担う組織に対する運営費補助が必要。
- ※評価機能は法律による指定を予定しており(2021年度を想定)、指定先は「医師の働き方改革の推進に関する検討会」の議論の推移を見据えつつ、今後調整。

## <組織のイメージ(案)>



## <今後のスケジュール(案)>



## 集中的技能向上水準の適用に向けた準備支援

令和3年度予算案 46,457千円 (22,563千円)

### 背景

- 2018年の労働基準法改正に基づき、2024年4月から診療に従事する医師に対する時間外労働時間の上限規制が適用される。
- 医師の時間外労働時間の上限水準は、一般労働者と同等の960時間とするA水準を原則としたうえで、地域の医療提供体制を確保するための暫定的な特例として1,860時間とするB水準、一定の期間集中的に技能向上のための診療を必要とする医師に適用される水準として1,860時間とするC水準が設定されることとなっている。
- このうちC水準については、初期研修医及び後期研修医を対象とするC-1水準と、公益上必要とされる分野において一定期間集中的に特定高度技能の習得に関連する診療業務を行う医師を対象とするC-2水準の2類型に整理されている。

### 課題

- C-2水準については、対象となる医療機関の教育研修環境(設備、症例数、指導医等)を個別に審査する必要があるため、また、各分野の医師から提出される特定高度技能育成計画を個別に審査する必要があるため、様式、審査方法、審査基準等を確定し、審査体制を構築する必要がある。

### 事業内容

- C-2水準の特定高度技能の審査を行うに当たって必要な申請書類の様式や審査方法を検討する。
- 加えて、それぞれの分野において、疾病・治療ごとに審査基準が異なっていると考えられることから、技能の習得に必要な時間数、症例数、設備等について、個別具体的に検討する。
- 複数の技能について、上記で検討した申請様式、審査方法、審査基準等を用いてモデル的に審査を実施し、そこで生じた課題をフィードバックして申請様式、審査方法、審査基準等を策定する。
- C-2水準の特定高度技能の審査を開始する。

### 期待される効果

- 2024年4月からC-2水準が適正に適用されることにより、医師の勤務環境改善に資することができる。

# 長時間労働医師への面接指導の実施に係る研修事業

令和3年度予算案 11,497千円(新規)

## 背景

平成31年3月に発出された「医師の働き方改革に関する検討会 報告書」において、医療機関は時間外労働が月100時間を超える長時間労働をする医師について、健康確保のために毎月面接指導を実施することが義務付けられることになり、また、当該面接指導を実施する医師については、面接指導に必要な知見に係る研修を受けることが求められる見込みである。

そのため、長時間労働の医師が所属する医療機関は、面接指導に必要な知見に係る研修を受けた医師を早急に育成、確保することが必要となる。



## 事業内容

長時間労働の医師への面接指導に係る研修の資材(e-learning等)の開発及び研修の実施を行う。



長時間労働の医師へのサポート体制整備を推進し、医師の働き方改革を推進する。

## 医療提供体制の確保に資する設備の特別償却制度の延長等

(法人税、所得税)

### 1. 大綱の概要

医療用機器等の特別償却制度について、医療用機器に係る措置につき次の見直しを行った上、制度の適用期限を2年延長する(所得税についても同様とする。)

- ① 診療所における全身用CT及び全身用MRIの配置効率化等を促すための措置を講ずる。
- ② 対象機器の見直しを行う。

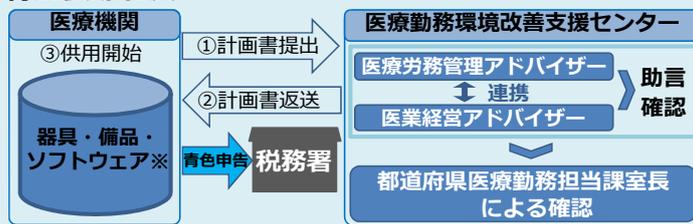
### 2. 制度の内容

#### ① 医師及びその他の医療従事者の労働時間短縮に資する機器等の特別償却制度

医師・医療従事者の働き方改革を促進するため、労働時間短縮に資する設備に関する特別償却制度の期限を2年延長する。

【対象設備】医療機関が、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労働時間削減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%



※例えば、医師が行う作業の省力化に資する設備等5類型のいずれかに該当するもの

#### ② 地域医療構想の実現のための病床再編等の促進のための特別償却制度

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関する特別償却制度の期限を2年延長する。

【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 高額な医療用機器に係る特別償却制度

取得価格500万円以上の高額な医療用機器に関する特別償却制度について、高度な医療の提供という観点から対象機器の見直しを行うとともに、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。

【対象機器】高度な医療の提供に資するもの又は医薬品医療機器等法の指定を受けてから2年以内の医療機器

【特別償却割合】取得価格の12%

## 2. 医学部入学定員について

地域の医師確保のため、平成 20 年度より医学部入学定員については、文部科学省と連携を図り、段階的に増員を行ってきた。その結果、令和 2 年度の入学定員については 9,330 人となり、平成 19 年度と比べて 1,705 人の増員となった。

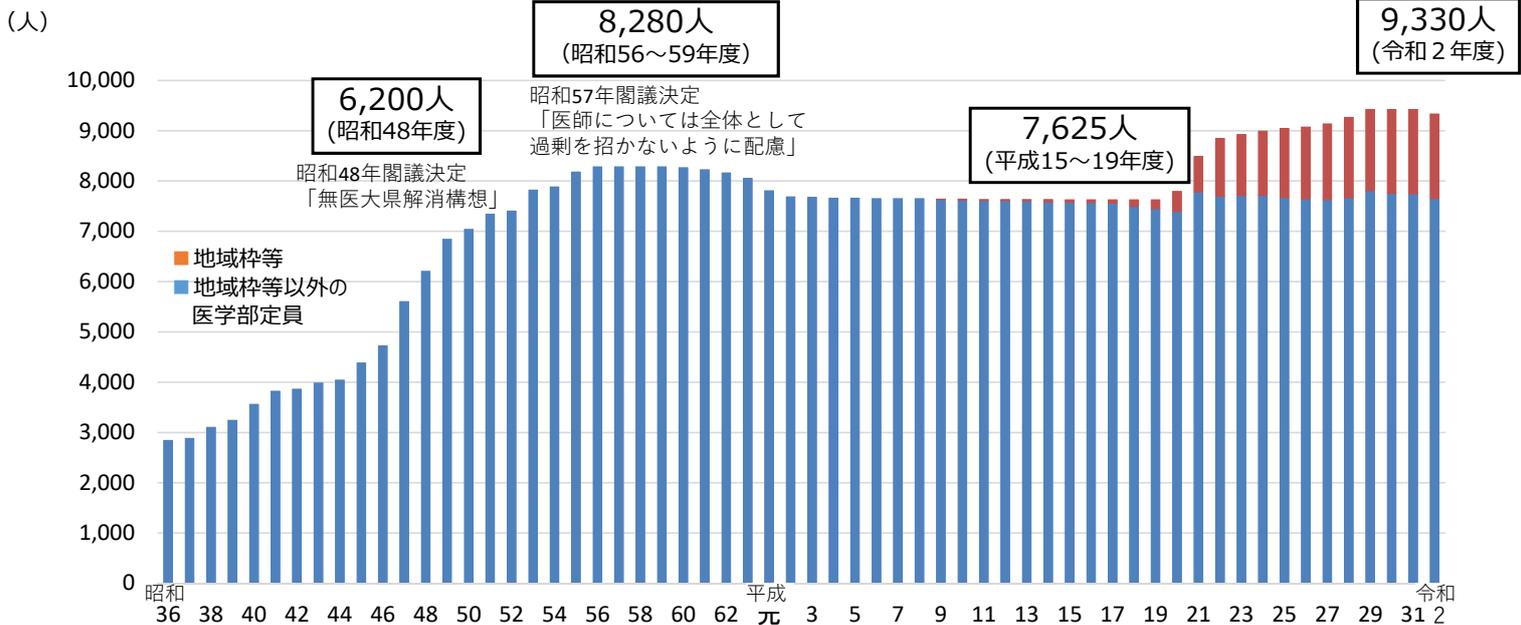
また、医学部入学定員の増員については、新型コロナウイルスの感染拡大により、当初令和 4 年度以降の医師養成数の方針を示す予定としていた令和 2 年 4 月までの間に、十分な議論を行うことができなかつたことを踏まえ、令和 2 年 8 月の医師需給分科会において、令和 4 年度の臨時定員については、暫定的に令和 2・3 年度と同様の方法で設定することとされた。令和 5 年度以降の医学部臨時定員については、今春までを目途に検討を行う予定としており、地域枠の医師をさらに確保していくことを前提に、自治体のご意見も伺いながら、今後の医師需給分科会で議論を進めていく予定。【P I 医 34-35】

令和 4 年度の大学医学部の入学定員増員に係る手続きについては、昨年と同様、本年夏ごろまでに実施する予定であり、地域医療対策協議会において十分に協議を行い、都道府県・大学間の調整を行っていただきたい。【P I 医 33-34】

## 2 医学部入学定員について

### 医学部入学定員と地域枠の年次推移

- 平成20年度以降、**医学部の入学定員**を**過去最大規模**まで増員。
- 医学部定員に占める**地域枠等\***の数・割合も、**増加**してきている。  
(平成19年度183人(2.4%) →令和2年1679人(18.2%))
  - ・地域枠等\* : 地域医療に従事する医師を養成することを主たる目的とした学生を選抜する枠であり、地元出身者を選抜する枠や大学とその関連病院に勤務することを目的とした枠も含む。奨学金貸与の有無を問わない。



	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H31	R2
医学部定員	7625	7793	8486	8846	8923	8991	9041	9069	9134	9262	9420	9419	9420	9330
地域枠等以外の医学部定員	7452	7395	7780	7697	7709	7713	7670	7649	7628	7667	7807	7757	7745	7651
地域枠等	173	398	706	1149	1214	1278	1371	1420	1506	1595	1613	1662	1675	1679
地域枠等の割合	2.3%	5.2%	8.4%	13.2%	13.8%	14.4%	15.4%	15.9%	16.7%	17.5%	17.3%	17.9%	18.0%	18.2%

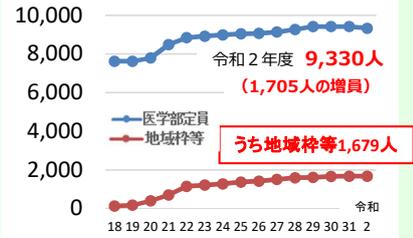
※自治医科大学は、設立の趣旨に鑑み地域枠等からは除く。

## （1）地域枠の概要

卒業後に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  
 ＊都道府県が学生に対して奨学金を貸与している場合、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。

- ・県内の特定の地域での診療義務があることから、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。

医学部入学定員の年次推移



※一部の地域で医師の不足が深刻化している状況を踏まえ、平成20年度以降、地域枠等を中心に医学部定員数を暫定的に増加

## （2）地域枠の必要数

将来時点の地域枠の必要数は、都道府県別の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。

## （3）地域枠の要請権限

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、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。



## 今後の方針

### 2018/2020年需給推計結果

2028～2029年には全国レベルで需給が均衡、それ以降は供給が需要を上回る見込み。

### 【2020-2022年度】

地域枠を要件とした臨時定員の必要性を慎重に精査し設定。

### 【2023年度以降の医師養成数について】

2020年の医師の需給推計の結果を踏まえ、臨時定員設定方法について検討を行う。

## 令和4年度以降の医師養成数について

年度	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H31	R2	R3	R4
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
総入学定員	7,625	7,793	8,486	8,846	8,923	8,991	9,041	9,069	9,134	9,262	9,420	9,419	9,420	9,330		
臨時定員															令和2年度 933人	
恒久定員															令和2年度 8,397人	

令和2・3年度は、暫定的にトータルとして平成31年度程度の医学部定員(1,011人)を超えない範囲で、各都道府県や大学等とその必要性を踏まえ調整を行っている。

令和4年度以降については、医師の働き方改革に関する検討会の結論等を踏まえ、マクロ医師需給推計を行った上で医師養成数の方針等について見直す予定としていた。



### 令和4年度の医師養成数の方針

- 大学医学部・受験生へ配慮する観点から、令和4年度の臨時定員については、暫定的に令和2・3年度と同様の方法で設定する。令和5年度以降の臨時定員については、令和3年春までを目途に検討を行う予定。
- マクロ需給推計では将来的に医師は過剰になると推計されており、将来的には定員を減員させる方向性である。医師の地域定着割合を踏まえると※2、より多くの地域枠を継続的に設定することが望ましいことから、恒久定員内に地域枠を設定することを令和4年度から、地域の実情に合わせて推進する。

※1 令和2年度の医学部定員のうち、約6人に1人にあたる1,679名が地域枠であり、臨時定員の中に840名、恒久定員の中に839名設定されている。（恒久定員のうち、94%が別枠入試としている。）

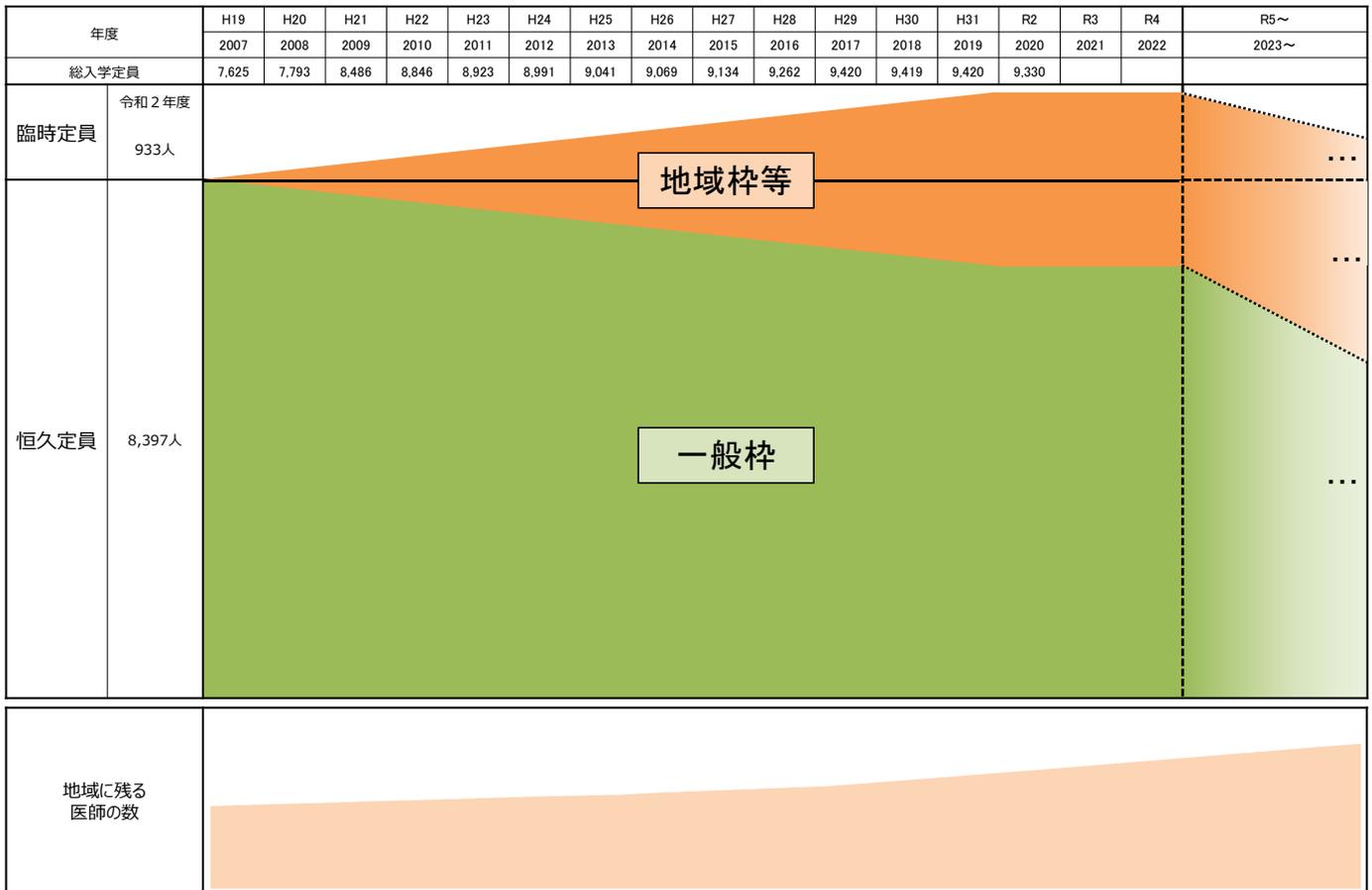
※2 過去の地域定着割合から推計すると、地域枠の枠数により地域に残る医師数が異なる。（定員120名の医学部の場合）

例1) 一般枠100名+地域枠20名 → (100×0.4)+(20×0.9) = 58名  
 例2) 一般枠50名+地域枠70名 → (50×0.4)+(70×0.9) = 83名

（地域定着割合は臨床研修修了者アンケート調査（平成29～31年）厚生労働省調べより）

## 令和5年度以降の医師養成数について（イメージ）

令和5年度以降の医師養成数については、地域枠の医師をさらに確保していくことを前提に検討を進める。



54

## 令和5年度以降の地域枠設定等の考え方について

今後の地域枠設定等の考え方については、これまでのとりまとめや前回までの議論踏まえ、以下の通りにはどうか

1. これまでの議論の通り、地域における医師の確保を図るために、**地域の実情に応じて地域枠の設置・増員**を進めていくこととしてはどうか。
2. 他方、将来的な医師の過剰を防ぐ観点から、**日本全体としての臨時定員を含む医学部総定員は減員**することとしてはどうか。
3. 都道府県ごとの医学部定員の減員（都道府県によっては増員）による都道府県の医療提供体制や大学に対する影響への配慮し、劇的な変化を緩和する観点から、**段階的に医学部定員数を変更**することとしてはどうか。
4. 令和5年度以降においては、**自治体や大学の状況を踏まえながら、恒久定員を含め、各都道府県の医学部定員内に必要な数の地域枠を確保**し、地域における医師の確保を図ることを可能としてはどうか。

※ 医学部定員数の変更に伴い、大学への影響も生じ得ると考えられることから、現時点での地域枠の設置の意向や地域枠設置のために必要と考える支援についてアンケート等を実施する予定。

### 3. 医師臨床研修について

#### (1) 医師臨床研修制度について

現在の医師臨床研修制度は、平成 16 年度より「医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身につけること」を基本理念として、従来の努力義務から必修化する形で導入された。必修化に伴い、診療に従事しようとする医師は、2 年以上、臨床研修を受けなければならないとされており、臨床研修を修了した者については、その申請により、臨床研修を修了した旨を医籍に登録することとされている。【P I 医 40】

#### (2) 医師臨床研修制度の見直しについて

平成 16 年度の制度導入以降、研修医の基本的診療能力が向上したという効果がみられた一方で、研修医の研修希望先が都市部に集中しやすい状況にある等の指摘を受け、医道審議会医師分科会医師臨床研修部会の議論を踏まえ、平成 22 年度、平成 27 年度及び令和 2 年度に開始される研修から累次の見直しを行った。【P I 医 41】

さらに、平成 30 年通常国会で成立した「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）」では、臨床研修病院の指定や病院ごとの定員設定権限を国から都道府県に移譲する内容が盛り込まれ、令和 3 年度の研修からは、地域の実情を詳細に把握している都道府県がより地域に合わせた定員設定等を行うことを可能としたところである。【P I 医 42-43】

また、令和 3 年度の研修から、定員の算出方法の大きな見直しを行っている。令和 4 年度の定員については、昨年 12 月にお示したところであり、都道府県内の臨床研修病院の定員について地域医療対策協議会で御議論いただきたい。【P I 医 43-44】

医師法改正に基づく医師臨床研修制度の事務移管にかかる体制強化や、医師の働き方改革、地域医療構想と医師偏在対策を三位一体で推進するための体制強化として、増加する業務に対応する都道府県の体制の整備を図るため、令和 2 年度の普通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）当たりの職員数について増員されたところであり、各道府県におかれては、引き続き事務処理体制の整備をお願いしたい。【P I 医 44】

(参考)

○平成 27 年度 制度の見直し

①募集定員の設定方法の見直し

- ・研修希望者に対する募集定員の割合を縮小（約 1.23 倍(平成 25 年度) →当初 1.2 倍(平成 27 年度)、次回見直しに向けて 1.1 倍）。
- ・都道府県上限の計算式を一部見直し（新たに高齢化率、人口当たり医師数も勘案）。
- ・各病院の募集定員において、大学病院等の医師派遣の実績を考慮。

②地域枠への対応、都道府県の役割の強化

- ・地域枠、医師派遣等の状況を踏まえつつ、都道府県が、都道府県上限の範囲内で各病院の定員を調整できる枠を追加。

③到達目標と評価の見直し

- ・次回（平成 32 年度まで）見直しに向けて、別途検討の場を設けて見直す。（医療提供体制の変化、診療能力の評価等の観点から内容を整理）

○令和 2 年度 制度の見直し

①地域枠への対応、都道府県の役割の強化

- ・地域枠等の一部について、一般のマッチングとは分けて選考
- ・臨床研修病院の指定・募集定員設定を都道府県が行う。

②到達目標、方略及び評価の見直し

- ・医学教育モデル・コア・カリキュラムと統合的な到達目標・方略・評価
- ・外科、小児科、産婦人科、精神科を必修化し、一般外来を追加
- ・モデル・コア・カリキュラムとの連続性を考慮しつつ、評価を標準化

③基幹型臨床研修病院の充実・強化

- ・指導・管理体制等についての訪問調査の見直し
- ・プログラム責任者養成講習会の受講義務化

④募集定員の設定方法の見直し（R2 マッチング・R3 開始の研修から適用）

- ・研修希望者に対する募集定員の割合を縮小（約 1.23 倍(平成 25 年度) →当初 1.2 倍(平成 27 年度)、1.1 倍（2020 年度）、1.05 倍（2025 年度））。
- ・都道府県上限の計算式を一部見直し（地域枠による加算の追加、医師の偏在状況を加味した地理的条件等の見直し、採用実績に応じた加算の廃止等）。

### (3) 医師臨床研修制度の見直しに係る経緯

平成 26 年度 ～平成 28 年度	<b>到達目標・評価の在り方に関するWG</b> 平成 26 年 8 月に立ち上げ 関係団体からのヒアリング等を行い、到達目標・評価のあり方 について検討
平成 28 年度	到達目標・評価にあり方に関するワーキンググループにおいて、臨床研修に係る到達目標をとりまとめ、医師臨床研修部会 に報告
平成 29 年度	医師臨床研修部会において、ワーキンググループと医師需給検 討会の審議結果を踏まえ、報告書のとりまとめ
平成 30 年度	臨床研修病院、都道府県担当者、地方厚生局等に向け、見直し 後の施行通知の発出、施行通知の発出
平成 31 年度	見直し後の制度による研修医の募集開始 各都道府県へ募集定員上限の提示
令和 2 年度	見直し後の制度の下、研修開始 新たに設けられた基礎研究医プログラムの定員配分及び地域 医療重点プログラム（地域密着型臨床研修病院）の認定
令和 3 年度	基礎研究医プログラム及び地域医療重点プログラムについて、 通常の臨床研修マッチング登録開始前までに選考実施予定

### (4) 医師臨床研修にかかる補助金

臨床研修病院が、適切な指導体制の下で臨床研修を実施することを支  
援する臨床研修費等補助金（医科分）は、令和 3 年度予算案において、  
111 億円を計上している。

各都道府県におかれては、管轄内の病院が臨床研修を円滑に実施する  
ために、当補助事業を積極的に活用できるよう御配慮いただくとともに、  
地域における研修医の確保及び臨床研修の質の向上を図るため、臨床研  
修病院の指定を含めた臨床研修病院群の形成や医師少数区域に配慮し  
た募集定員の配分を行うなど、理想的な医師養成のネットワークの形成  
等に取り組むことをお願いする。【PI 医 45】

○ 補助対象事業

(1) 教育指導経費

- ・ 指導医の確保
- ・ 地元研修医採用・育成経費
- ・ 剖検の実施
- ・ プログラム責任者の配置
- ・ 研修管理委員会の設置
- ・ へき地診療所等における研修
- ・ 産婦人科・小児科における宿日直研修

(2) 地域協議会経費

- ・ 臨床研修に関する都道府県協議会運営に係る謝金、旅費、会議費等  
(募集定員の調整、研修プログラムの共同開発に係るもの。)

(参考：予算額の推移)

	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度 (令和元年度)	令和2年度	令和3年度 (予算案)
予算額	80億円	76億円	102億円	111億円	111億円	111億円

【補助先】 都道府県知事が指定した病院 (※)

【補助率】 定額

※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）の施行に伴い、指定権限が移譲された令和2年度以前に厚生労働大臣が指定した臨床研修病院等を含む。

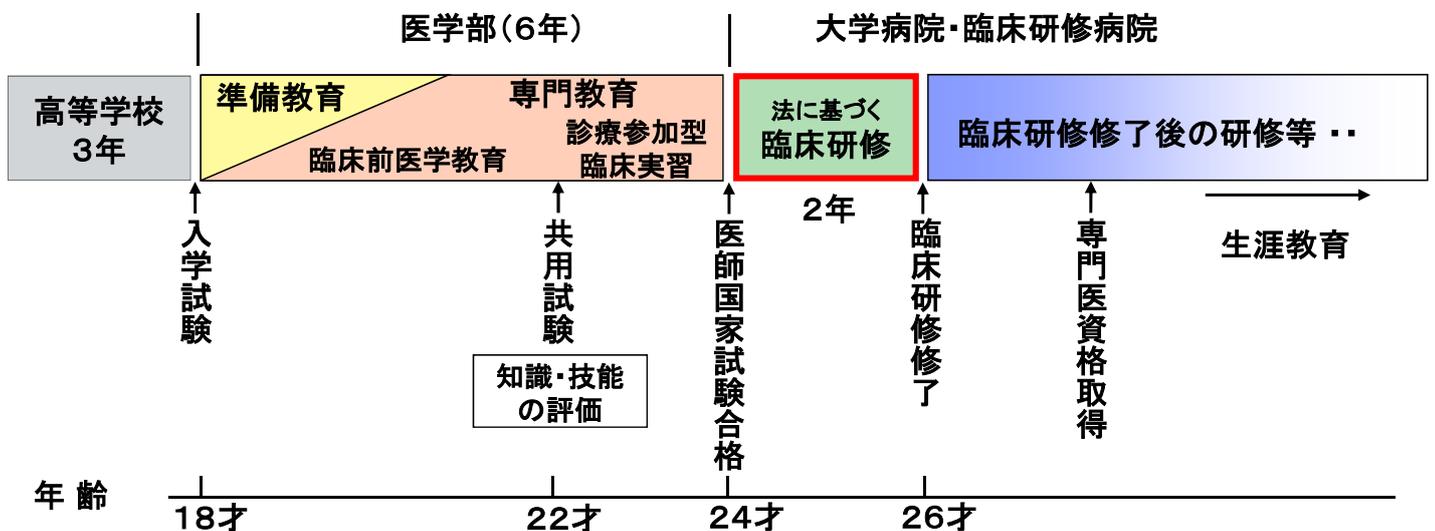
### 3 医師臨床研修について

#### 臨床研修制度の概要

##### 1. 医学教育と臨床研修

###### ○ 法に基づく臨床研修(医師法第十六条の二)

診療に従事しようとする医師は、二年以上、医学部を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院において、臨床研修を受けなければならない。



##### 2. 臨床研修の基本理念(医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令)

臨床研修は、医師が、医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない。

## ○ 平成16年度 新制度の施行（医師法改正）〈臨床研修の必修化〉

制度の見直しを検討（平成20年9月～）

### 【指摘された問題点】

1. 専門医等のキャリアパスへの円滑な接続が妨げられる
2. 受入病院の指導体制等に格差が生じている
3. 大学病院の医師派遣機能が低下し、地域における医師不足問題が顕在化
4. 募集定員が研修希望者の1.3倍を超える規模まで拡大し、研修医が都市部に集中

## ○ 平成22年度 臨床研修制度の見直し

- (1) 研修プログラムの弾力化（7科目必修から3科目必修+2科目選択必修へ）
- (2) 基幹型臨床研修病院の指定基準の強化（年間入院患者数3,000人以上の設定）
- (3) 研修医の募集定員の見直し（都道府県別の上限の設定等）

## ○ 平成27年度 臨床研修制度の見直し

- (1) 研修希望者に対する募集定員の倍率を縮小（平成27年度1.2倍から平成32年度の1.1倍へ）
- (2) 都道府県が、上限の範囲内で各病院の定員を調整できる枠を追加 等

## 医師臨床研修制度の見直しについて（2020年度研修より適用予定）

～医道審議会医師分科会医師臨床研修部会報告（概要）～

- 医師臨床研修制度は、医師の基本的な診療能力の習得のため、平成16年度に努力義務から必修化され、概ね5年毎に見直しを行ってきた。
- 今回は、①卒前卒後の一貫した医師養成、②到達目標、③臨床研修病院の在り方、④地域医療の安定的確保等について見直し。
- 今後、臨床研修制度が研修医、患者、医療制度等に与えた影響を評価し、卒前・卒後教育の連続性の観点から制度の在り方の検討が必要。

### 1. 卒前・卒後の一貫した医師養成について

・卒前と卒後の医師養成過程が整合的であることが必要

- (1) 医学教育モデル・コア・カリキュラムと**整合的な到達目標・方略・評価**を作成
- (2) 今後、臨床研修制度について、医学部の共用試験、医学教育モデル・コア・カリキュラム、国家試験と**同時期に検討**

### 2. 到達目標・方略・評価について

・現行の到達目標は、目標、方略、評価が不明確  
・基本的診療能力や臨床推論の更なる習得  
・評価方法の標準化が必要

- (1) 目標、方略、評価に分けて整理・**簡素化**
- (2) 目標を「医師としての基本的な価値観（プロフェッショナリズム）」、「資質・能力」、「基本的診療業務」に整理し、**入院、外来、救急、地域医療の基本的な診療能力を担保**
- (3) 方略は、内科、救急、地域医療に加え、**外科、小児科、産婦人科、精神科を必修化し、一般外来の研修を含む**ことを追加
- (4) 評価は、モデル・コア・カリキュラムとの連続性を考慮しつつ、**標準化**

### 3. 臨床研修病院の在り方について

・臨床研修病院の更なる質の向上

- (1) 指導・管理体制等についての**訪問調査の見直し**
  - 改善の見られない病院は**指定取消の対象**へ
  - 課題の見られる基幹型病院は**訪問調査の対象**へ
- (2) プログラム責任者養成講習会の**受講義務化**
- (3) 第三者評価を強く推奨し、次回以降義務化を前提に検討

### 4. 地域医療の安定的確保について

・地域医療の確保に対する更なる対応が必要  
・都道府県の実情に応じた対応が必要

- (1) 大都市圏の募集定員を圧縮し、それ以外の募集定員を確保
  - 臨床研修病院の募集定員倍率を2025年度に**1.05倍**まで圧縮
  - **医学部入学定員による募集定員の算定には上限**を設ける
  - **地理的条件等の加算を増加**
- (2) **地域枠**等の一部について、**一般のマッチングとは分けて選考**
- (3) 国が一定の基準等を示した上で、**臨床研修病院の指定・募集定員設定を都道府県**が行う

### 5. その他

・基礎研究の国際競争力の低下

- (1) 中断・未修了の対応は継続
- (2) **大学病院に基礎研究医養成枠を設置**

# 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決定権限の国から都道府県への移譲

・専門研修：国から日本専門医機構等に対し、必要な研修機会を確保するよう要請する権限の創設

都道府県の意見を聴いた上で、国から日本専門医機構等に対し、地域医療の観点から必要な措置の実施を意見する仕組みの創設 等

### 4. 地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応【医療法】

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

### 5. その他【医療法等】

・地域医療構想の達成を図るための、医療機関の開設や増床に係る都道府県知事の権限の追加

・健康保険法等について所要の規定の整備 等

## 施行期日

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

## 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）

- 都道府県の行う臨床研修病院の指定について、**地域医療対策協議会の意見を聴くことを法律上定めることにより、地域の大学、医師会等の意見を反映することができる仕組みとする。**



都道府県知事の権限

臨床研修病院の指定

<メリット> 地域の実情に応じた、臨床研修病院の指定が可能になる

<デメリット> 都道府県知事の権限が大きくなりすぎるのではないかと懸念がある

対応

臨床研修病院の指定

医道審議会

意見

周知

厚生労働省



医療機関

申請

都道府県

地域医療対策協議会

意見

（大学、医師会、公的病院、民間病院 等）

都道府県知事

指定



臨床研修病院

### 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。

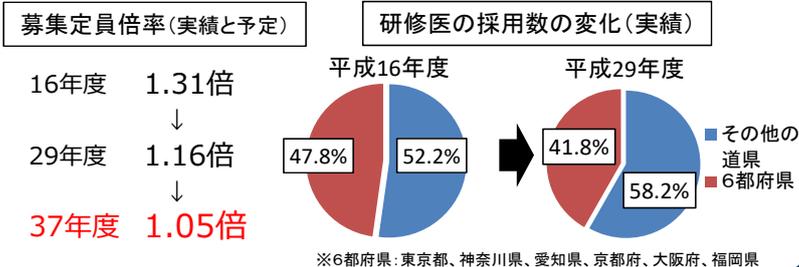
※ 公私にかかわらず地域医療への配慮がなされるよう、都道府県が定員を定める際は地対協の意見を聴くことを法定化。

## 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**



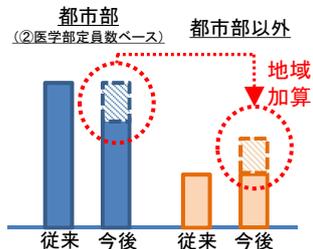
従来

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**



①募集定員倍率の圧縮

②定員算定方法の変更

## 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



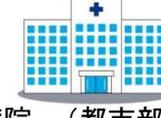
B病院(地方部)  
定員 2  
マッチ者数 2

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

## 令和3年度からの臨床研修医募集における都道府県別の募集定員上限の見直しについて

### 背景

臨床研修部会  
令和2年度第3回[資料3]

○平成16年度に新たな医師臨床研修制度が導入されて以降、**研修医が特定の地域に集中しやすい状況にあるとの指摘**がされていた。

○平成22年度から都道府県別の募集定員の上限を設けられ、平成27年度の研修からは全国の募集定員の合計を研修希望者数に徐々に近づける目標設定をすることで、**研修医の都市部への集中が是正されるよう取り組みが行われていた。**

### 今回の見直しに至る経緯

○令和3年度からの定員の算出については、平成30年の医師臨床研修部会報告書において、医学部入学定員による募集定員の算定に当たっては一定の上限を設けること、地理的条件等の加算を増加させること等により、**全体として大都市圏の都府県の募集定員を圧縮し、それ以外の道県の募集定員を確保することとされた。**

○さらに、令和元年11月の医師需給分科会で、臨床研修内定者数の傾向から現行の定員配置の方法では、**偏在是正効果が弱まっている事が指摘されたことを受け**、平成30年の医師臨床研修部会報告書とりまとめ後に医師偏在指標等のより精緻な指標が公表されたこと等を考慮し、**令和2年1月の医師臨床研修部会において、下記の計算方法の見直しが決定された。**

## 令和3年度研修からの都道府県ごとの定員の算出方法

### ■全国の募集定員上限

研修希望者数 × 1.09<sup>※1</sup> + 前年度の定員上限と募集定員の差分 × 4/5<sup>※2</sup>

倍率の外側での加算を縮小し、厳格な定員管理を可能とする

### ■各都道府県の募集定員上限

①人口分布

都道府県の人口/全国の総人口

②医師養成状況

医学部の入学定員/全国の医学部入学定員

研修医総数を①と②の多い方の割合で按分

③地域枠による加算

奨学金貸与者数 × 1.09<sup>※1</sup>

採用実績による加算を廃止し、新規に導入

④地理的条件等の加算

- (1)100kmあたり医師数<sup>※3</sup>
- (2)離島の人口<sup>※3</sup>
- (3)医師少数区域の人口<sup>※4</sup>
- (4)都道府県間の医師偏在状況<sup>※5</sup>

より精緻な指標による加算に変更

⑤激変緩和(前年度の採用数保障)

①~④の合計が前年度の採用実績に満たない場合、前年度採用数を当該都道府県の上限とする

前年度採用数±5から変更

※1 令和7年までに段階的に1.05まで縮小  
※2 令和7年までに段階的に縮小・廃止

※3 それぞれに一定の係数をかけた値を加算  
※4 残りの定数に 都道府県の医師少数区域の人口/全国の人口 をかけた数を加算  
※5 さらに残った数を、都道府県間の医師偏在状況に応じて按分

# 令和4年度の臨床研修医募集における都道府県別の募集定員上限

臨床研修部会  
令和2年度第3回【資料3】

## ■全国の募集定員上限(A)

$$\text{研修希望者数} \times 1.08^{*1} + \text{前年度の定員上限と募集定員の差分} \times 3/5^{*2}$$

※1 令和7年までに段階的に1.05まで縮小  
※2 令和7年までに段階的に縮小・廃止

## ■各都道府県の募集定員上限

### B 人口分布

$$\text{全国の研修医総数(推計)} \times \frac{\text{都道府県の人口}}{\text{全国の総人口}}$$

### C 医学部入学定員

$$\text{全国の研修医総数(推計)} \times \frac{\text{医学部入学定員}}{\text{全国の医学部入学定員}}$$

### ①基本となる数

$$\text{全国の研修医総数(推計)} \times \frac{\text{BとCの多い方*}}{\text{BとCの多い方*の全都道府県合}}$$

\* C(入学定員)を用いる場合、B(人口分布)の1.2倍を限度とする

### ②地域枠

$$+ \text{奨学金貸与者数} \times 1.08 \text{ (今回の倍率)}$$

### ③地理的条件等による加算

- (1)100kmあたり医師数※3
- (2)離島の人口※3
- (3)医師少数区域の人口※4
- (4)都道府県間の医師偏在状況※5

※3 それぞれに一定の係数をかけた値を加算  
※4 残りの定数に 都道府県の医師少数区域の人口/全国の人口 をかけた数を加算  
※5 さらに残った数を、都道府県間の医師偏在状況に応じて按分

### ④激変緩和

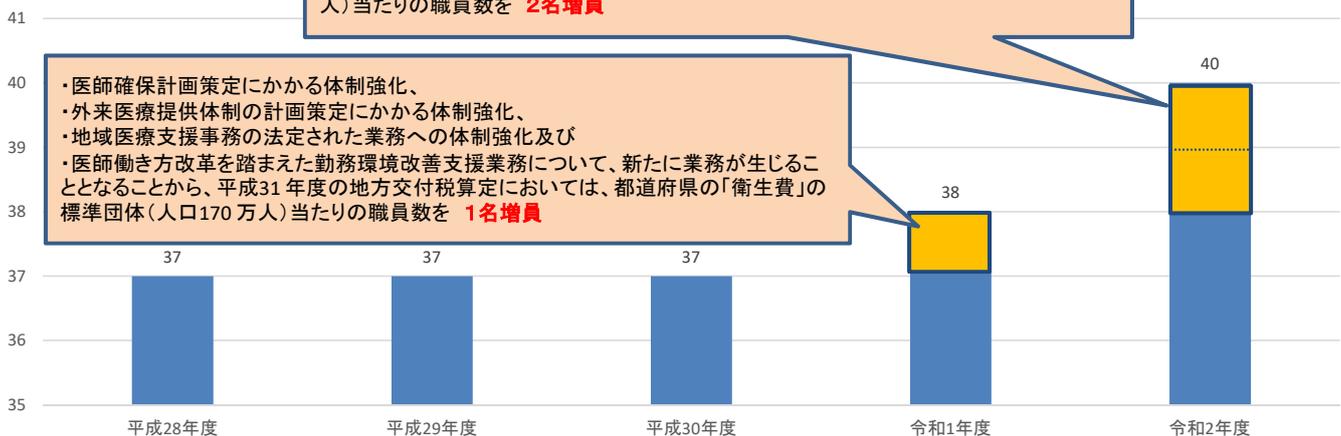
・①～③の合計が令和2年度の採用実績に満たない場合、令和2年度採用数を当該都道府県の上限とする。ただし、令和2年度の採用数が令和3年度の募集定員上限よりも多い場合は、令和3年度の募集定員上限を当該都道府県の上限とする。

・上記により追加する定数については、他の都道府県の定数から  $\frac{\text{各都道府県の(①～③の合計) - 前年度の採用実績}}{\text{他の都道府県の(①～③の合計) - 前年度の採用実績}}$  に応じて減ずる

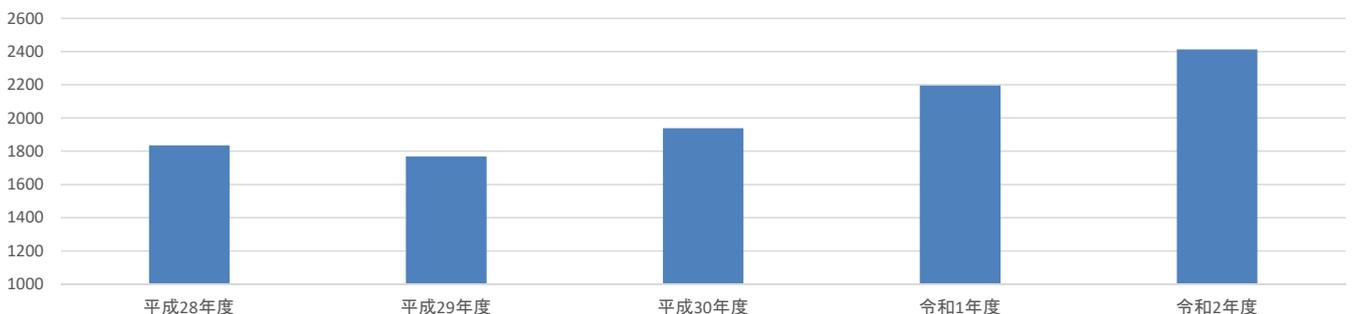
## 地方交付税における都道府県の衛生費職員のうち医療行政費の職員数

・医師臨床研修制度の事務移管にかかる体制強化や、  
・医師の働き方改革、地域医療構想や専門研修制度への対応を含む医師偏在対策を三位一体で推進するための体制強化として、新たに業務が生じることとなることから、令和2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 **2名増員**

・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及び  
・医師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、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**



### 参考: 医政局予算額(当初予算)



# 臨床研修費等補助金

令和3年度予算案 11,079,593千円(11,079,593千円)

## 【背景】

- 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)の施行に伴い、2020年度から都道府県に指定権限及び  
 定員設定権限が移譲されるなど、各都道府県は、臨床研修制度を含めた医師養成過程を通じ、地域の医師確保対策を  
 充実・強化することが求められている。
- 2020年度以降の研修では、地域密着型臨床研修病院の創設など、地域医療研修の充実・強化が図られており、医師少数  
 区域等やへき地・離島等における当該研修の円滑な実施を図るため、研修等の実施に必要な支援を行う。  
 ※ 改正医療法及び医師法の施行に伴い、都道府県は自ら医師少数区域等を設定し、医師確保対策の強化を図るが、医師少数区域等の  
 へき地、離島で行われる地域医療研修(必修科目)を財政支援し、医師不足地域における医師確保対策を支援する。

## 【補助内容】

### 1. 教育指導経費

- ・指導医経費
- ・地元研修医採用・育成等経費※
- ・剖検経費
- ・プログラム責任者等経費
- ・研修管理委員会等経費
- ・産科・小児科研修推進経費※
- ・へき地診療所等研修支援経費※

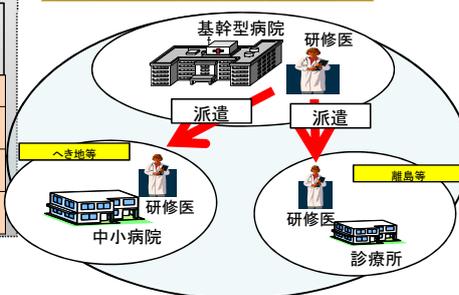
### 2. 地域医療対策協議会経費

## 【補助金執行状況】

執行額は、補助申請額の6~7割にとどまっており、義務化されている地域医療研修を充実させるためにも、本予算の拡充が必要。

	予算額	協議額	執行額
31年度	111億円	147億円	111億円
30年度	102億円	144億円	102億円
29年度	76億円	128億円	76億円

## 地域密着型臨床研修病院(イメージ)



【補助先】 都道府県知事が指定する臨床研修病院等

【補助率】 定額(※印は国立大学附属病院にも支援できる補助項目)

## 【期待される効果】

- 地域において安心・信頼してかかれる医療の構築に資する。
- ※ 医師少数区域等における医師確保が促進される。
- ※ 地域密着型臨床研修病院の要件としての地域医療研修における指導医確保が促進される。

## 4. 新専門医制度について

### (1) 新専門医制度に係るこれまでの経緯等について

わが国の専門医制度はこれまで、医師の専門性に係る評価・認定について、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。しかし、①専門医の質の担保に懸念があること、②国民にとって分かりやすい仕組みになっていないこと、③地域偏在・診療科偏在の視点への配慮が欠かせないこと等の課題が示されていた。

そこで、「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。【P I 医 49】

新専門医制度においては、地域・診療科偏在対策として、日本専門医機構が専攻医の採用数の上限(シーリング)を設定しており、2020 年度開始の研修プログラムからは、都道府県別診療科別必要医師数に基づいた、より精緻なシーリングを設定している。【P I 医 50】

また、平成 30 年の医師法の一部改正により、日本専門医機構及び基本領域学会に対し、都道府県からの意見に基づき、医療提供体制の確保等の観点から意見・要請を厚生労働大臣が行うこととされており、これまで毎年意見・要請を実施している。

今年度については、都道府県の意見がプログラムに十分に反映されるよう、日本専門医機構が、昨年度よりも早いスケジュールでプログラム情報を提供できるよう準備を進める予定と承知している。各都道府県におかれては、地域医療対策協議会において、都道府県別診療科別シーリング、研修プログラムの内容(研修施設群、募集定員、ローテート内容)やシーリング対象外となる地域枠医師の確認等について意見を聴いた上で、医師法の規定に基づく意見の提示をお願いする。厚生労働省としても、専門医機構に対して、研修プログラム情報の適時適切な情報提供を働きかけていく。

さらに、都道府県からの意見を踏まえた厚労大臣からの意見・要請に基づき、日本専門医機構は、都道府県の同意を得ずに地域枠を離脱し、専門研修を開始した者については、原則、専門医の認定を行わない取扱いを開始したことから、こちらについても地域医療対策協議会であわせて御議論いただきたい。【P I 医 50-52】

### (2) 専門医等にかかる令和 3 年度予算案について

新専門医制度による医師偏在の拡大を防止するため、研修プログラムについて協議する地域医療対策協議会の経費を補助するとともに、地域医療支援

センターのキャリア支援プログラムに基づいた専門医研修の実施にあたり、指導医を派遣した場合や、各都道府県による調整の下で、研修プログラムを策定し、医師不足地域の医療機関へ指導医の派遣等を行う場合に、必要な経費を補助する。

各都道府県におかれては、地域医療に配慮を行った専門研修を実施するため、管轄内の病院に当該事業を周知していただき、積極的に御活用いただきたい。

また、日本専門医機構が各地域医療対策協議会の意見を取り入れて専門医の研修計画等を調整するための経費や、医師偏在対策の観点から研修プログラムをチェックするために必要な経費等を補助する。

(参考)

①専門医認定等支援事業 351,704 千円

医師の質の一層の向上を図ることなどを目的とする専門医に関する新たな仕組みが円滑に構築されるよう、医師不足地域の研修病院に対する指導医の派遣等に要する経費、日本専門医機構に対する新たな専門医の体制構築に要する経費及び都道府県協議会の開催経費について支援を行う。【PI医52】

(内訳)

キャリア形成プログラムに基づく専門医研修の支援等 116,603 千円

(対象経費) 指導医確保経費、代替医師雇上経費、旅費等

(補助先) 都道府県(間接補助先:病院)

(補助率) 1/2(国1/2、都道府県1/2以内、事業者1/2以内)

(創設年度) 平成29年度

新たな専門医の仕組みに係る地域協議会経費 54,293 千円

(対象経費) 諸謝金、委員等旅費、会議費、雑役務費等

(補助先) 都道府県

(補助率) 1/2(国1/2、都道府県1/2)

(創設年度) 平成28年度

日本専門医機構の体制構築支援事業 180,808 千円

(対象経費) 事務職員雇上経費、諸謝金、委員等旅費、印刷製本費、通信運搬費、会場借上費、システム開発経費等

(補助先) 一般社団法人日本専門医機構

(補助率) 1/2(国1/2、事業者1/2)

(創設年度) 平成26年度

- ・ 医師偏在対策の観点から研修プログラムのチェックに要する経費
- ・ 都道府県、関係学会等との研修計画等の調整業務
- ・ 各都道府県協議会との連絡調整体制の構築経費
- ・ 専門医研修相談事業(相談センターの設置)
- ・ 実地調査に係るサーベイヤー養成経費
- ・ 専門医に関するデータベース作成経費
- ・ 総合診療専門医の研修プログラム統括責任者等の養成経費

- ・ 総合診療専門医養成のためのセミナーの開催経費
- ・ 地域医療に配慮した総合診療専門研修プログラムの策定支援経費

②総合的な診療能力を持つ医師養成の推進事業 401,148 千円

地域において幅広い領域の疾患等を総合的に診ることができる総合診療医を養成・確保するための拠点を整備し、一貫した指導体制のもと、医学教育から卒後の専門研修以降のキャリア支援まで継続的に行うことにより、医師の地域偏在、診療科偏在の解消を一層促進する。【PI医53】

- (対象経費) 人件費、謝金、旅費、印刷製本費、会場借料 等
- (補助先) 大学医学部
- (補助率) 定額
- (創設年度) 令和2年度

## 4 新専門医制度について

### 専門医に関する議論

医師専門研修部会  
令和元年度 第2回 資料1-1  
一部改変

#### 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、研修の質を担保しつつ、より効果的な偏在是正を行うため、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)にかかる経緯

2018年度より開始された新専門医制度では、下記の通り採用数の上限設定(シーリング)が設定されている。

## (2018年度開始専攻医)

- 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年度開始専攻医)

- 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年度開始専攻医)

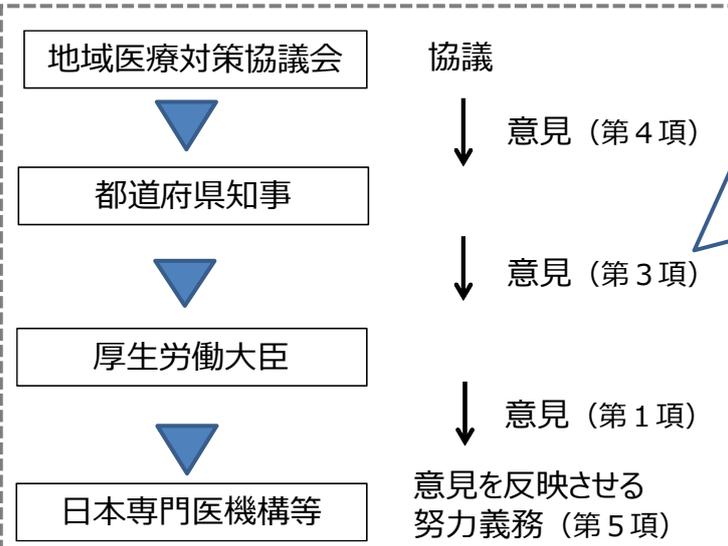
- 厚生労働大臣からの意見・要請を踏まえ、日本専門医機構が、厚生労働省の発表した**都道府県診療科別必要医師数を基に**、各都道府県別診療科の必要医師数に達している診療科に対して、**一定のシーリングを設定**し、募集を行った。

## (2021年度開始専攻医)

- 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、各学会や都道府県からのヒアリング等を踏まえ検討がなされ、**2020年度と同様の考え方**に基づき、一部修正を加えたシーリングを設定した。

## 専門研修に厚生労働大臣・都道府県知事の意見を反映させる制度

### 医師法16条の10



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。

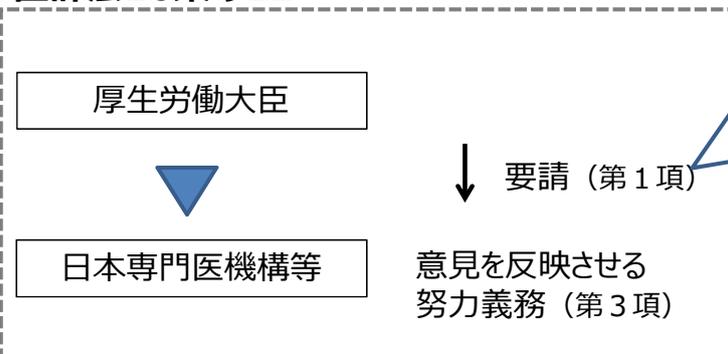
2 (略)

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11

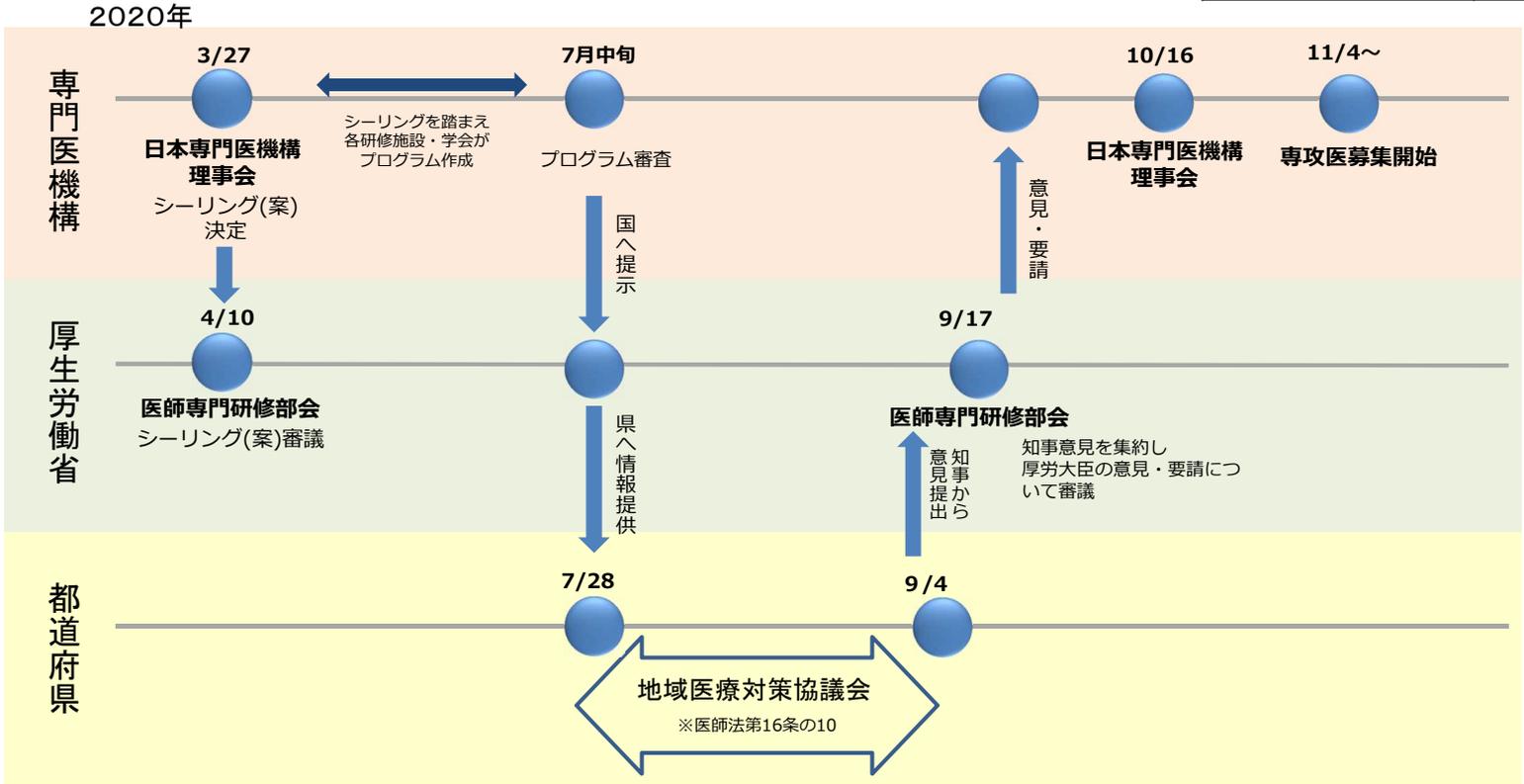


医師法第16条の9 厚生労働大臣は、医師が医療に関する最新の知見及び技能に関する研修を受ける機会を確保できるようにするため特に必要があると認めるときは、当該研修を行い、又は行おうとする医学医術に関する学術団体その他の厚生労働省令で定める団体に対し、当該研修の実施に関し、必要な措置の実施を要請することができる。

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。

令和2年度第1回 医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会 (一部改変) 令和2年4月10日	資料 1
---	---------



### 地域枠を離脱した場合の対応

医療従事者の需給に関する検討会  
第34回 医師需給分科会  
令和2年3月12日 資料1 一部改変

#### 臨床研修

(第2回医道審議会医師分科会医師臨床研修部会資料 (R1/7/3) より抜粋)

- 県や大学に十分に確認することなく、**県や大学が地域枠離脱を妥当と評価していない研修希望者を採用決定した臨床研修病院に対して**、臨床研修部会でヒアリングを行った上で、規定に則り**医師臨床研修費補助金の減額等を行うこと**について、どう考えるか。(→ 令和元年度より開始した。)
- 上記補助金の減額等に加えて、募集定員の減員<sup>(※)</sup>又は臨床研修病院の指定の取消しを行うことについて、どう考えるか。(→ 今後検討予定。)

※ 改正医師法(平成30年法律第79号)に基づき、令和2年度からは各臨床研修病院の募集定員設定は都道府県が行うことになるが、例えば、国が都道府県毎の募集定員の上限設定の際に、他県の地域枠の研修希望者を採用した臨床研修病院の所在する都道府県の定員上限を減員する、などの対応が考えられる。

#### 専門研修

(厚生労働大臣から日本専門医機構への意見及び要請 (H30/10/16) より抜粋)

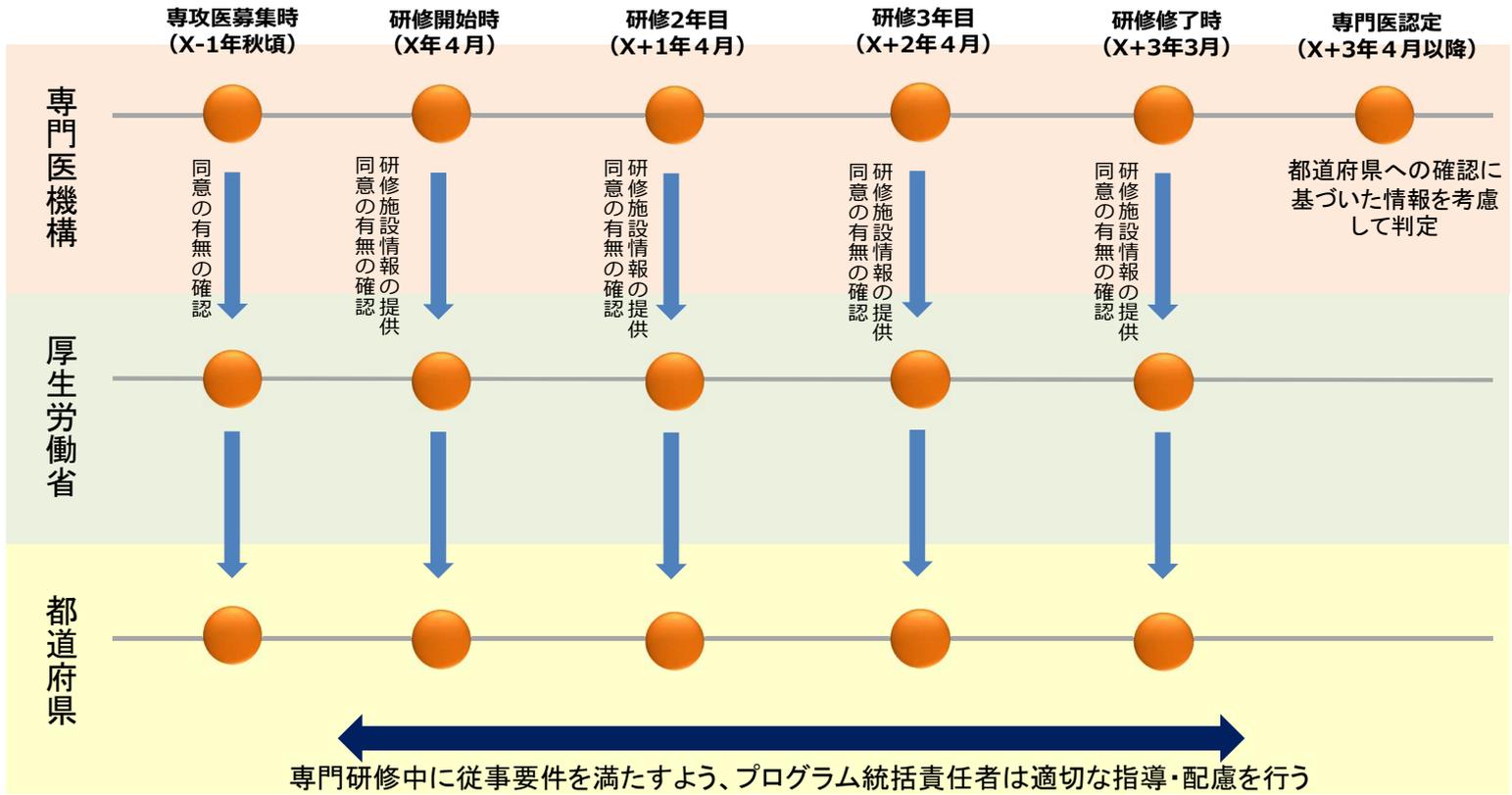
- 地域枠医師が、各都道府県内の専門研修プログラムに優先的に採用され、**他の都道府県の基幹病院による採用を制限される等の仕組みを整えること。**

(厚生労働大臣から日本専門医機構への意見及び要請 (R2/10/5) より抜粋)

- 今後、都道府県の同意を得ずに地域枠を離脱し、専門研修を開始した者については、原則、日本専門医機構の専門医の認定を行わないこと。認定する場合も、都道府県の上承を得ること。(→ 日本専門医機構が実施。)

# 従事要件の確認のイメージ(案)

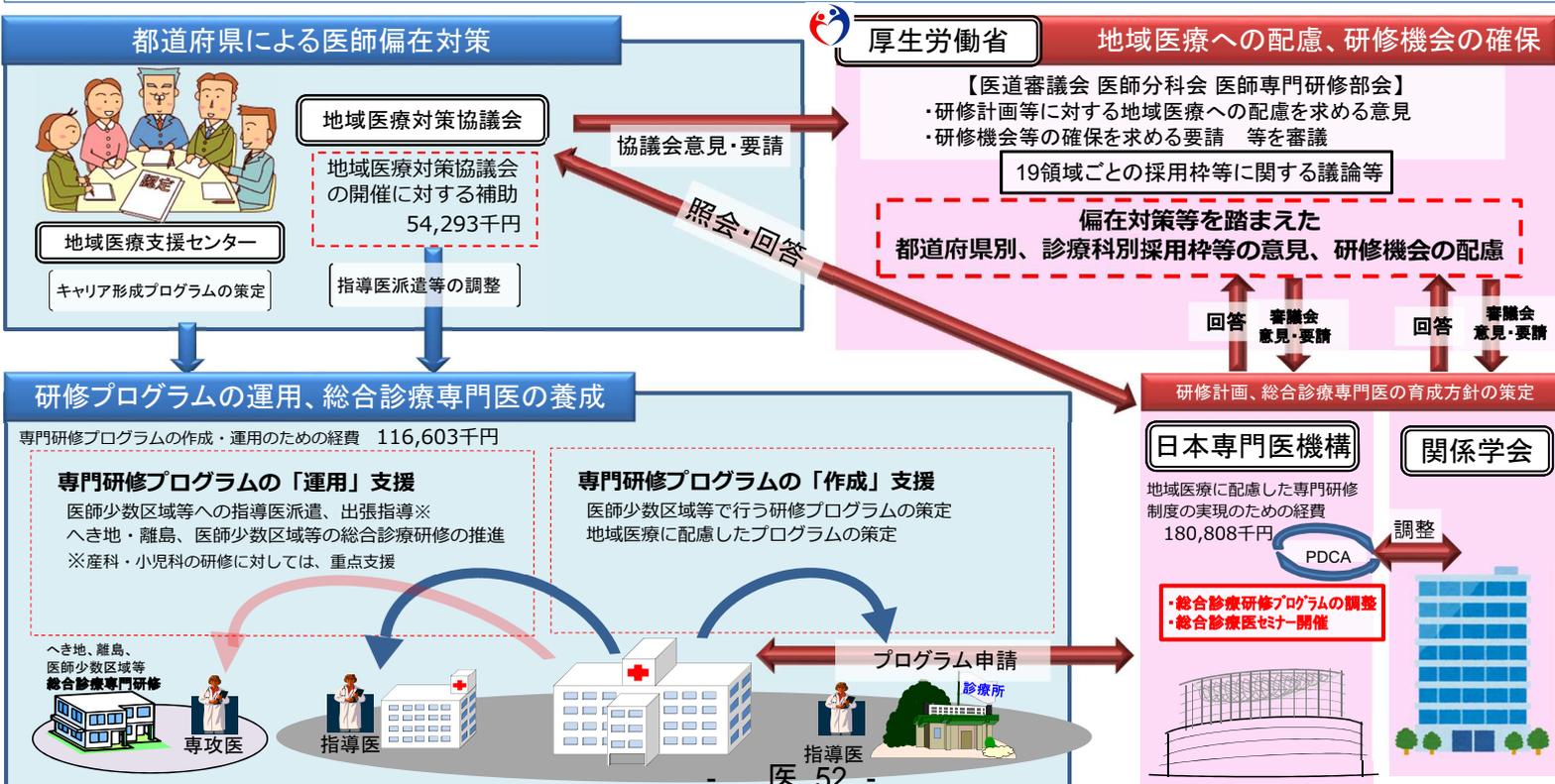
令和2年度第2回医師専門研修部会  
資料3 令和2年7月17日



## 専門医認定支援事業

令和3年度予算案 351,704千円(351,704千円)

- 新専門医制度の運営に当たっては、地方自治体の首長や地域医療関係者から、医師偏在を助長するとの懸念が示されており、厚労省が主体的に関与し、専門医の養成が行われるべき等の強い要望が提出されている。
- **改正医療法及び医師法の施行により、地域医療に責任を負う厚労省、都道府県は、日本専門医機構に要請・意見を提示**することができることとなり、**日本専門医機構は**、関係学会との調整の上、要請等を踏まえた、都道府県別、診療科別の研修プログラムを構築する。
- 日本専門医機構は**総合診療専門医の学会機能を担っており**、他18学会と同様に、**研修プログラムを調整・認定する**。



# 総合的な診療能力を持つ医師養成の推進

令和3年度予算案401,148千円(300,858千円)

## 現行の総合診療医の育成、地域枠医師の養成・キャリア支援、寄附講座の課題

### 1. 卒前教育の総合診療教育の体制整備が不十分＝魅力が伝わっていない

○ 現行の寄附講座等の多くは総合診療科の医師ではなく、内科等の総合診療に理解のない医師による運営で、学生が総合診療について十分に理解できない。

### 2. 総合診療を専攻することへの支援体制の欠如＝興味があっても専攻できない、専攻するにあたっての支援がない

○ 6年間の卒前医学教育の中で、総合診療の教育は不十分であり、他の診療科に比べ、総合診療を専攻することを働きかけられていない。

○ 地域枠医師においても医学教育、臨床研修、専門研修における総合診療に関する支援が、断続的で総合診療を選択する医師が十分でない。

### 3. 総合診療を専攻した場合のキャリアモデルが身近にいない＝総合診療を専攻した場合のキャリアが不安

○ 最も身近な医師である大学の教員等に総合診療を専門としている医師がおらず、総合診療を専攻した時に将来どのようなキャリアとなるのか不安

## 総合診療医センター(仮称)の設置

401,148千円

- ・総合診療科医師を責任者とするいわゆる総合診療の医局・講座をブロック毎に設置し、経験豊富で指導力がある指導医を集約する
- ・主に地域枠学生を対象としたシームレスな実習・研修プログラムの策定
- ・地域枠学生の選考時から、卒後のキャリア支援まで行う一貫した指導体制を確立する。
- ・医師少数区域等、地域医療を担う医療機関でのバックアップ等体制整備
- ・医学生・医師の総合診療医(家庭医や病院総合医など)の多様なキャリアパスを構築支援

ブロック毎の総合診療研修施設ネットワークの確立  
総合診療医センターはハブとして機能  
学術的な側面は、地域における実習や研修において支援

## ブロック内医師少数地域等



## 補助事業内容 各過程横断項目 192,454千円

- ・総合診療医センターの医師が自らキャリアパスのモデルを提示
- ・総合診療医を目指す医師(特に地域枠入学者)の専門研修へ向けたキャリアに関するサポート
- ・研修後の勤務先の提供、調整

## 補助事業内容 医学教育 85,152千円

- ・総合診療科の講座構築のための講師派遣
- ・ネットワークを用いて指導体制が充実した地域実習(総合診療)を提供し、地域枠学生の医師少数地域等での実習促進

20,970千円

## 補助事業内容 臨床研修

- ・広域ネットワーク化した地域重点型研修プログラムの整備・提供(医師少数区域を含む充実した研修)

102,572千円

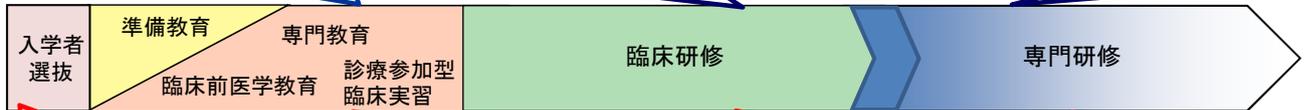
## 補助事業内容 専門研修とその後

- ・広域ネットワーク化した総合診療科専門研修プログラム(家庭医、病院総合医等に対応)の提供
- ・医師少数区域で診療する際のバックアップ機能

継続的な総合診療教育を実現

・魅力的な選択肢を提示し多くの医師が総合診療医を選択するのを支援

・学問を深めながら、より高度な研修と実践力を養う診療を実施



選抜時の意向確認・選抜の徹底

医学生の意向・指導状況の毎年の報告

地域医療重点プログラムで研修を実施

選択診療科の確認・医道審議会への報告

## 見込まれる効果

- 総合診療医センターが地域枠入学の医学生の選考に関わることで、地域に貢献する意欲があり総合診療に適性のある学生が選考される。
- 総合診療医センターのキャリアモデルを提示することで、総合診療希望者の増加に寄与する
- 卒前教育から専門研修やその後までの一貫した研修コーディネートでより多くの地域枠学生等が総合診療医を選択。

## 5. 女性医療職等支援について

近年、医師国家試験の合格者に占める女性の割合は約3分の1となっており、これからの医療現場においては女性医師がますます活躍することが期待される。一方、妊娠・出産等によりキャリアを中断せざるを得ない場合があり、多くの医療現場においては、女性医師のさらなる活躍を促進するために、女性医師を含めた医療職等が働き続けやすい環境の整備が課題となっている。

こうした課題に対処していくためには、女性医療職等がキャリアと家庭を両立できるようにすることが重要であり、厚生労働省においては、

- ①出産・育児や離職後の再就業に不安を抱える女性医師に対する相談窓口や復職研修の設置、院内保育所の運営等に対する財政支援（地域医療介護総合確保基金）
- ②全国の各医療機関において実施されている女性医師等キャリア支援の好事例を収集・分析し、効果的支援策の全国展開などに取り組んできたところである。

令和3年度においては、出産・育児・介護等における女性医師をはじめとした医療職のキャリア支援をより一層普及させるために、女性医師等支援で中核的な役割を担う拠点医療機関を各地域で選定し、復職支援から継続した勤務まで、女性医師等支援を行うための経費について財政支援を行うことを予定している。各都道府県におかれては、事業について御了知いただくとともに、管下の医療機関に積極的な応募を促していただきたい。

また、平成18年度から公益社団法人日本医師会へ委託し、女性医師バンクによる復職を希望する女性医師の就業斡旋等を実施しているため、各都道府県においても広く活用いただけるよう、医療機関や関係団体等への周知をお願いしたい。（就業成立実績：平成18年度～30年度 864件）

女性医師支援センター

<http://www.med.or.jp/joseiishi/index.html>

女性医師バンク

<https://www.jmawdbk.med.or.jp/app/pzz000.main>

# 5 女性医療職等支援について

## 女性医療職等に係る主な取組

令和3年度予算案 192,445千円 (192,445千円)

### 女性医師等就労支援事業 地域医療介護総合確保基金で実施可

- 各都道府県において女性医師等支援に係る取組を実施
  - 大学病院や医師会等において相談窓口を設置
  - 復職のための研修を実施する医療機関への補助
  - 勤務環境改善の取組を実施する医療機関への補助 等

### 女性医療職等の働き方支援事業

令和3年度予算案 51,816千円 (51,816千円)

- 女性医療職等支援の先駆的な取組を行う医療機関を「女性医療職等キャリア支援モデル推進医療機関」として位置づけ、地域の医療機関に普及可能な支援策のモデルの構築や、シンポジウム等の普及・啓発のための必要経費を補助。
  - 平成28年度実施機関：東京女子医科大学、久留米大学 平成29年度実施機関：広島大学、佐賀大学  
平成30年度実施機関：広島大学、大分大学 令和元年度実施機関：広島大学、ウイメンズ・ウェルネス
- <女性医療職等支援に資する先駆的な取組例>
- ・女性医療職等に対するキャリア教育
  - ・育児支援(院内保育所の利用促進等)
  - ・復職支援(Eラーニング, シミュレーターを用いた実技練習等)
  - ・勤務環境改善(ワークシェアリング等)

### 女性医師支援センター事業

令和3年度予算案 140,629千円 (140,629千円)

- (公社)日本医師会に委託し、次のような取組等を実施
  - 就職を希望する女性医師に対する医療機関や再研修先の紹介 (令和元年度 就業成立件数 259件)
  - 学会等におけるブース出展やシンポジウムの開催 (令和元年度 実績 5回)
  - 都道府県医師会等において病院管理者や医学生、研修医に対する女性医師のキャリア形成や勤務環境改善に関連する講習会・講演会の開催 (令和元年度 講習会開催件数 86回)
  - 全国の大学医学部や各医学会の女性医師支援や男女共同参画の担当者に対する「大学医学部・医学生女性医師支援担当者連絡会」の開催 (令和元年度 参加者数 310人)
  - 講習会等への託児サービス併設補助

## 女性医療職等の働き方支援事業

令和3年度予算案 51,816千円 (51,816千円)

### 現状

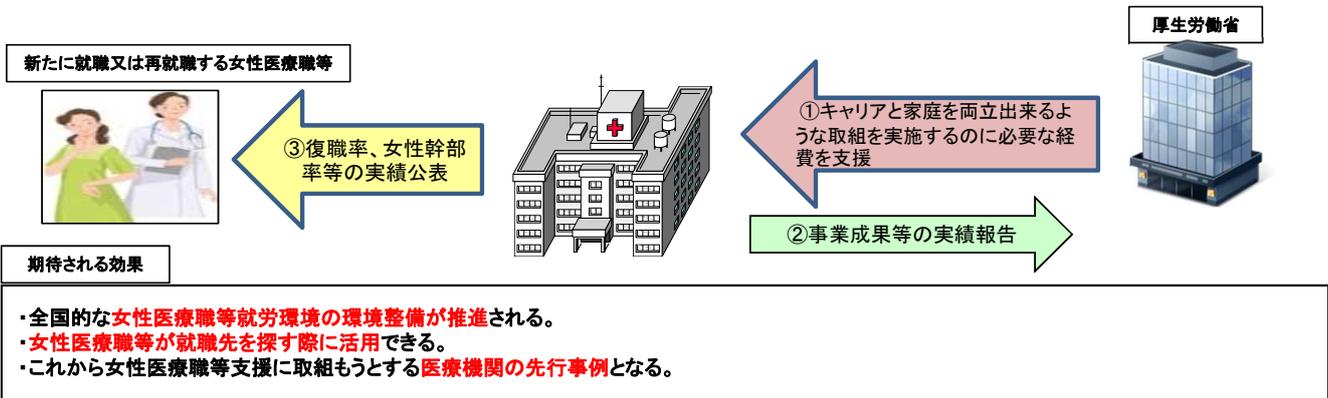
近年、医師についても女性割合が高まっているが(現在、医学部生の約3分の1が女性)、出産・育児・介護等によりキャリアを中断せざるを得ない場合があり、特に女性医師の割合が多い診療科(小児、産婦人科等)等において課題となっている。また、男性医師や医師以外の医療従事者も含めた勤務環境改善等の支援が必要であるため、女性医師以外の医療従事者への支援も必要となっている。

### 課題

女性医師がキャリアと家庭を両立できるようにすることが重要であり、平成27年度より女性医師支援の先駆的取組を行う機関を選定し、その取組を地域の医療機関に普及するための経費を支援してきた。  
その結果、それまで女性医師支援の取組実績がない施設に新たな支援チームが立ち上がるなど、女性医師支援の機運が高まっている。  
一方、女性医療職がキャリアと家庭を両立していくためには、女性医療職等支援について中核的な役割を担う拠点医療機関等がない等、全国的な動きとしてはまだ十分とは言えない。

### 対応案

女性医師等をはじめとした医療職がキャリアと家庭を両立出来るような支援を普及させるため、女性医療職等支援で中核的な役割を担う拠点医療機関を各地域で選定し、復職支援等にかかる必要な経費を支援する。

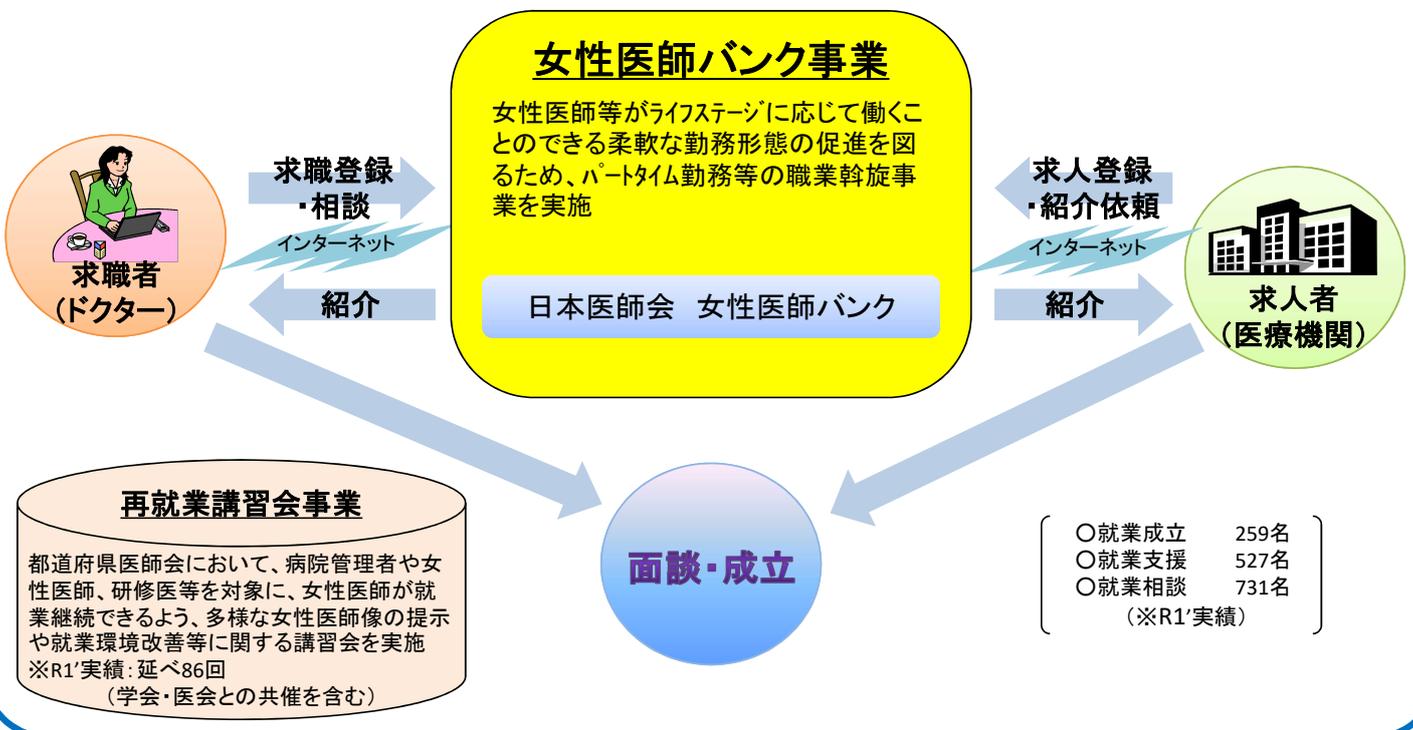


## 女性医師支援センター事業

### 女性医師支援センター事業

※日本医師会への補助事業 (H18' ~)

令和3年度予算案 (令和2年度予算額)  
140,629千円 (140,629千円)



## 6. オンライン診療について

- 現在、新型コロナウイルス感染症への対応として、時限的・特例的に、初診も含め、電話・オンラインによる診療を認める措置を実施しているところである。(令和2年4月10日付け厚生労働省医政局医事課、医薬・生活衛生局総務課事務連絡)【P I 医 65-74】
- この時限的措置については、安全性等の観点から、「オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」において3か月毎に検証を行うこととしている。
- 検証にあたり、時限的・特例的措置に基づく診療を実施する医療機関及び診療の実績の把握について、都道府県の多大なご協力を頂いているところであり、改めて御礼を申し上げます。実績については今後も引き続き検証を行う予定なので、引き続き御協力をお願いしたい。
- これまでの検証においては、安全性等の観点から懸念があるものとして、一部において、
  - ・ 時限的措置において認められていない麻薬・向精神薬の処方等が行われていた事例や、
  - ・ 物理的に大きく離れた地域に居住し、対面診療への移行が困難な患者に対して電話・オンラインによる診療が行われた事例が見受けられた。【P I 医 62】
- これらの事例を受けて、厚生労働省から、
  - ・ 時限的措置の要件の遵守を徹底するとともに、
  - ・ 概ね医療機関と同一の2次医療圏内に生活・就労の拠点を有する患者を対象とすることが望ましいことについて周知を行ったところ。(令和2年8月26日付け厚生労働省医政局医事課事務連絡)
- さらに、要件を遵守しない処方が行われた医療機関については、厚生労働省から都道府県へ情報提供を行っているので、情報提供を受けた都道府県におかれては、当該医療機関における電話や情報通信機器を用いた診療の実態を調査の上、行為の速やかな停止を勧告するなど必要な指導を行い、また、かかる調査や指導等の結果について、厚生労働省に随時情報提供するよう、引き続き御協力をお願いしたい。(同事務連絡)【P I 医 75-76】
- また、今後のオンライン診療については、安全性と信頼性をベースに、初診も含めて原則解禁する方向で検討を進めている。

- 初診からのオンライン診療の実施にあたっては、
  - ・ 緊急時に速やかに処置や治療に繋げることや、
  - ・ 症状が遷延する場合において重大な疾患の見落とし防止を図るため、適切に対面診療と組み合わせることが必要であるとの認識の下、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の改定に向け「オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」にて検討を進めているところ。
  
- また、安全性・信頼性を担保しつつ、適切なオンライン診療の普及を推進するために
  - ・ 受診歴があることを原則とした上で、
  - ・ 受診歴がなくとも診療情報提供書などにより必要な情報が得られる場合などには診療を認める方向で検討を進めている。【P I 医 63】
  
- また、検討のスケジュールについては、新型コロナウイルス感染症が拡大している状況も踏まえ、現在の時限的・特例的措置を着実に実施しながら、初診の取扱い等も含めた恒久化の内容について、専門的な観点も含めて丁寧に検討を行い、本年夏を目途にその骨格を取りまとめた上で、秋を目途に指針を改定する予定である。【P I 医 64】

# 6 オンライン診療について

## 新型コロナウイルスの感染拡大を踏まえた電話等情報通信機器を用いた診療等に関する取扱い

### 電話やオンラインによる診療・服薬指導の活用

	通常の実施	R2.2.28及びR2.3.19事務連絡での対応	今回の対応 (R2.4.10 事務連絡)
オンライン診療 (指針)	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 初診及び急病急変患者は対面診療が原則</li> <li>✓ 事前に対面診療により十分な医学的評価を行った上で、診療計画を作成する必要</li> <li>✓ 症状の変化に対して処方する場合は、その旨をあらかじめ診療計画への記載が必要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 新型コロナウイルス感染症を疑う患者の診療を初診からオンラインで行うことは困難</li> <li>✓ 在宅等の無症状・軽症の新型コロナウイルス陽性者に対し、診断した医師等が、電話やオンラインにより診療することは可能</li> <li>✓ 慢性疾患を抱える定期受診患者について、症状に変化が生じた場合においても、電話やオンラインにより継続的な処方や症状の変化に対する処方が可能</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 医師が医学的に可能であると判断した範囲において、<b>初診から電話やオンラインにより診断や処方を行うことが可能</b> (下記の点に留意) <ul style="list-style-type: none"> <li>• 濫用や横流しのリスクに対応するため、初診から電話やオンラインによる診療を行う場合、麻薬及び向精神薬の処方は不可</li> <li>• 診療録や診療情報提供書等により患者の基礎疾患の情報を把握できない場合、医療の安全性等の観点から、処方日数は7日間を上限とし、ハイリスク薬の処方も不可</li> <li>• 地域での実効あるフォローアップを可能とするため、必要に応じて、対面診療への移行を促す、または、事前に承諾を得た医療機関へ紹介</li> </ul> </li> </ul>
服薬指導	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 服薬指導は対面で行わなければならない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 電話やオンラインにより診療が行われた場合、電話やオンラインにより服薬指導が可能 (薬剤は郵送等により患者宅に送付)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>対面診療を受診した場合も含め、薬剤師が適切と判断した場合には、処方箋の複製・偽造等を防止し、服薬後の状況を確認することとした上で、電話やオンラインによる服薬指導を行うことが可能</b></li> </ul>
診療報酬	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 上記による診療等について、オンライン診療料や処方箋料、服薬指導に係る報酬等を算定可能</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 上記による診療等について、再診料(電話等再診)や処方箋料、服薬指導に係る報酬等を算定可能</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 電話やオンラインによる初診について、<b>初診料として214点を算定</b></li> <li>✓ 定期的に対面診療を受けていた慢性疾患を抱える患者に対し電話やオンラインによる診療を行なった場合の<b>管理料を100点から147点に引き上げ</b></li> </ul>

## 特例措置の要件について

第11回オンライン診療の適切な実施に関する指針  
の見直しに関する検討会  
令和2年11月2日  
資料2-2

○ 初診における麻薬及び向精神薬の処方件数 (※) ※ 規格が不明なものを含む

項目	7月		8月		9月		のべ数	
	件数	医療機関数	件数	医療機関数	件数	医療機関数	件数	医療機関数
麻薬処方	5	4	8	6	1	1	14	11
コデインリン酸	5		7		1		13	
ジヒドロコデインリン酸	-		1		-		1	
向精神薬処方	20	18	38	5	15	13	73	36
エチゾラム	1		1		1		3	
ロラゼパム	-		1		-		1	
トリアゾラム	-		4		-		4	
ソラナックス	-		1		1		2	
ユーロジン	-		1		-		1	
デパス	3		5		1		9	
リーゼ	-		2		-		2	
ランドセン	-		1		-		1	
バランス	1		3		-		4	
セルシン	2		2		1		5	
アモバン	-		1		-		1	
マイスリー	3		6		2		11	
ベンザリン	-		1		-		1	
レンドルミン	-		9		1		10	
ベタナミン	-		1		2		3	
メイラックス	-		1		-		1	
ダイアアップ	2		2		1		5	
プロチゾラム	-		-		1		1	
トランコロン	3		-		1		4	
エリスパン	-		-		1		1	
ワイパックス	-		-		2		2	
アルプラゾラム	1		-		-		1	
バルピタール	1		-		-		1	
フェノバルピタール	1		-		-		1	
ゾルピデム	1		-		-		1	
ハルシオン	2		-		-		2	
レキソタン	1		-		-		1	

## 特例措置の要件について

第11回オンライン診療の適切な実施に  
関する指針の見直しに関する検討会  
令和2年11月2日  
資料2-2

○ 基礎疾患の情報が把握できない場合の要件について (ハイリスク薬の処方)

項目	7月		8月		9月		のべ数	
	件数	医療機関数	件数	医療機関数	件数	医療機関数	件数	医療機関数
ハイリスク薬処方 (基礎疾患把握なし)	37	24	27	18	24	14	88	56
アスピリン	3		4		4		11	
アタラックス	-		-		1		1	
アマリール	-		-		1		1	
イーケブラ	-		-		1		1	
インデラル	1		-		-		1	
エチゾラム	-		1		1		2	
コートリル	1		4		-		5	
サインバルタ	1		-		-		1	
ジェイゾロフト	1		-		-		1	
ジャヌビア	-		-		2		2	
セレスタミン	11		5		2		18	
ダイアアップ	-		1		-		1	
テオドール	6		3		1		10	
テオフィリン	2		1		-		3	
テノーミン	-		-		1		1	
デパケン	1		-		-		1	
デパス	2		-		-		2	
ドグマチール	1		1		1		3	
バイアスピリン	-		-		3		3	
ピソプロロールフマル	1		-		-		1	
フォシーガ	-		-		1		1	
プレドニゾロン	1		-		-		1	
プレドニン	4		2		1		7	
ベタメタゾン	-		1		-		1	
メドロール	1		1		1		3	
ユニフィル	-		-		1		1	
ラミクタール	-		1		-		1	
リーゼ	-		2		-		2	
リドカイン	1		-		-		1	
リンデロン	-		-		1		1	
ルボックス	-		-		1		1	

## 特例措置の要件について

第11回オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会

資料2-2

令和2年11月2日

### ○ 基礎疾患の情報が把握できない場合の要件について（8日以上処方）

処方日数	電話	オンライン	不明	報告件数
7日以下	2790	1307	208	4305
8日以上	113	67	19	199
計	2,903	1,374	227	4,504

### ○ 4月～6月での要件を守らない処方に関する指導の結果について

	医療機関数	調査を実施した件数	調査の結果、要件を遵守しない処方が確認され、指導を行った件数
麻薬・向精神薬の処方		18	28
8日以上処方		42	86
ハイリスク薬の処方		5	8

### ○ 要件を守らない処方をした主な理由（指導の結果の報告より抜粋）

#### <麻薬・向精神薬について>

- ❑ 事務連絡を認識していなかった。
- ❑ 受診をしたくないという患者からの要望に対しやむを得ず処方。

#### <8日以上処方について>

- ❑ 事務連絡を認識していなかった。
- ❑ 家族の要望でやむを得ず処方。

#### <ハイリスク薬の処方について>

- ❑ 事務連絡を認識していなかった。
- ❑ 処方した医薬品がハイリスク薬に該当することを認識していなかった。

## 特例措置の要件について

第11回オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会

資料2-2

令和2年11月2日

### ○ 遠方の患者を診療した事例（一部）

医師の所在	患者の所在	疾患	対応方針	医療機関との連携（※）
東京都	大阪府	急性咽頭炎	自宅待機	なし
東京都	茨城県	急性耳下腺炎	近隣医療機関を受診	なし
東京都	北海道	ざ瘡	自宅待機	なし
東京都	福岡県	嘔気	自宅待機	なし
東京都	岩手県	アレルギー性皮膚炎	近隣医療機関を受診	なし
大阪府	福岡県	アレルギー性鼻炎	自宅待機	なし
大阪府	東京都	急性上気道炎、おむつ皮膚炎	自宅待機	なし
大阪府	兵庫県	蜂窩織炎	自宅待機	なし
愛知県	東京都	喘息	自宅待機	なし
愛知県	東京都	胃腸炎疑い	自宅待機	なし
愛知県	東京都	乾燥肌	自宅待機	なし
千葉県	兵庫県	蕁麻疹、湿疹	自宅待機	なし

※ 連携医療機関として、患者の所在地の医療機関を挙げているかどうか

■ 遠方の患者を対象とした事例は引き続き存在している。

## 前回の検討会における検証（4月～6月）のまとめ

第11回オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会

資料2-1

令和2年11月2日

### ○ 前回の検証のまとめ

- 時限的・特例的な取扱いについては、3ヶ月ごとに検証を行うこととしており、8月6日に「オンライン診療の適切な実施の見直しに関する検討会」を開催して、4月から6月の実績について検証した。
- 検証では、
  - 電話診療やオンライン診療の患者は小児が多かったこと
  - 全体の傾向として、軽症と思われる患者を中心に、初診からの電話診療・オンライン診療が行われていたこと
  - 一部において、物理的に大きく離れた地域に対して診療が行われていたこと
  - 一部において、時限的・特例的な取扱いで禁止されている麻薬・向精神薬の処方等が行われていたことが明らかとなった。
- また、新型コロナウイルス感染症の状況を踏まえ、**時限的・特例的な取扱いを当面継続する**こととした。
- 検討会での検証の結果、
  - 時限的・特例的な取扱いの要件の遵守の徹底
  - 概ね医療機関と同一の2次医療圏内に生活・就労の拠点を有する患者を対象とすることが望ましいこと
  - 速やかに厚生労働省が指定する研修を受講することを周知した。

## 今回の検証（7月～9月）のまとめ

第11回オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会

資料2-1

令和2年11月2日

### ○ 診療の実績について

- 診療の実績については、
  - ◆ 7月～9月における電話や情報通信機器を用いた診療は、引き続き4月～6月と同程度実施されていた。
  - ◆ 対象となっている患者や疾患等、診療の内容についても4月～6月と同様であった。
  - ◆ 一部において、物理的に大きく離れた地域に対して診療が行われていたことや、要件を守らない処方等が行われていたことも同様であった。

### ○ 対応方針（案）

- 特例措置の要件を守らない診療が行われていたものについては、引き続き**厳正に対処**していく。
- 前回の検討会を受けて周知した下記の事項について引き続き取り組む。
  - 時限的・特例的な取扱いの要件の遵守の徹底
  - 概ね医療機関と同一の2次医療圏内に生活・就労の拠点を有する患者を対象とすることが望ましいこと
  - 速やかに厚生労働省が指定する研修を受講すること

### ○ 時限的・特例的な取扱いの期限に関する評価について

4月10日付け事務連絡による取扱いは、「新型コロナウイルス感染症が拡大し、医療機関への受診が困難になりつつある状況下に鑑みた時限的な対応であることから、その期間は、感染が収束するまでの間」としており、現在の感染の状況を踏まえた評価が必要。

### ○ 対応方針（案）

- ・ 感染の状況について、9月以降は新型コロナウイルス感染者数は概ね横ばいから微増傾向である。
  - 今回の検討会においては、時限的・特例的な取扱いを当面継続することとしてはどうか
  - 引き続き、評価にあたっては、「患者が安心して医療機関の外来を受診できる」と言えるかどうか重要ではないか

# 今後のオンライン診療の検討にあたっての考え方

第11回オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会

資料1  
(一部編集)

令和2年11月2日

## ○新型コロナウイルス流行以降の時限的措置

- 新型コロナウイルス感染症の急速な拡大、簡便な診断キットや治療薬がない状況、感染防止に伴い生じる医療アクセスの困難さ、個人防護具の不足、患者や国民の感染への不安の増大等、平時ではない状況を踏まえ、新型コロナウイルス感染症が収束するまでの時限的な措置を検討した。
- 措置の内容については、新型コロナウイルスの感染拡大防止の観点や、患者の受診行動の観点から、**対面診療を行わないことによる疾患の見逃しや重症化のリスクと、対面診療による感染を懸念して、医療機関への受診自体ができないことのリスクとの比較考量を行った。**



## ○今後のオンライン診療のあり方の検討

- ◆ **安全性と信頼性をベースに、初診も含めオンライン診療は原則解禁する**
- ◆ オンライン診療は、電話ではなく映像があることを原則とする
- ◆ 安全性と信頼性については、**オンライン診療を行うことによる患者の利便性等のメリットと、対面診療を行わないことによる疾患の見逃し・重症化のリスクや、患者と医療機関の感染やトラブルのリスク等を総合的に考慮する**
- ◆ 新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての**時限的措置の検証結果を踏まえつつ、今後のオンライン診療のあり方として具体的に位置づけるものを検討する。**

## 初診のオンライン診療を適切に実施するための安全性・信頼性について

### 基本となる考え方

第12回オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会

資料2

令和2年11月13日

- 初診の場合にも安全性・信頼性を担保するためには、医師が患者の医学的情報を把握していることや医師-患者間の関係性が醸成されていることが重要。
  - この「医師・患者関係」については、過去の受診歴等がベースとなるのではないか。
- 〔 上記を前提とした上で、過去に受診歴がない場合、初診からオンラインで受診することについてどのように考えるか。 〕

➡ 資料3で議論

その上で、安全性・信頼性を十分確保する観点から、以下のルールの下で初診オンライン診療を実施することとして検討してはどうか。

### <安全性に関するルール>

- ① **必要な対面診療の確保**(必要時に速やかに対面診療へ移行できる仕組み、オンライン診療と対面診療との組み合わせで実施する体制の確保)
- ② **事前トライージ**(オンライン診療に不適な症状を事前に除外し、対面診療へ誘導する仕組み)

### <信頼性に関するルール>

- ① **事前説明・同意**(説明・同意についての統一フォーマット、事前同意取得の義務化等)
- ② **患者・医師双方の本人確認**(マイナンバーカード、HPKI等を用いた本人確認の必須化等)

### <安全性・信頼性双方に関するルール>

- ① **処方制限**(リスクの高い処方薬等の制限・処方日数制限等)
- ② **研修の必修化**(オンライン診療に必要な知識・技能についての研修の必修化)

※ 「初診」とは、新たな症状等に対する診察を行うこと。

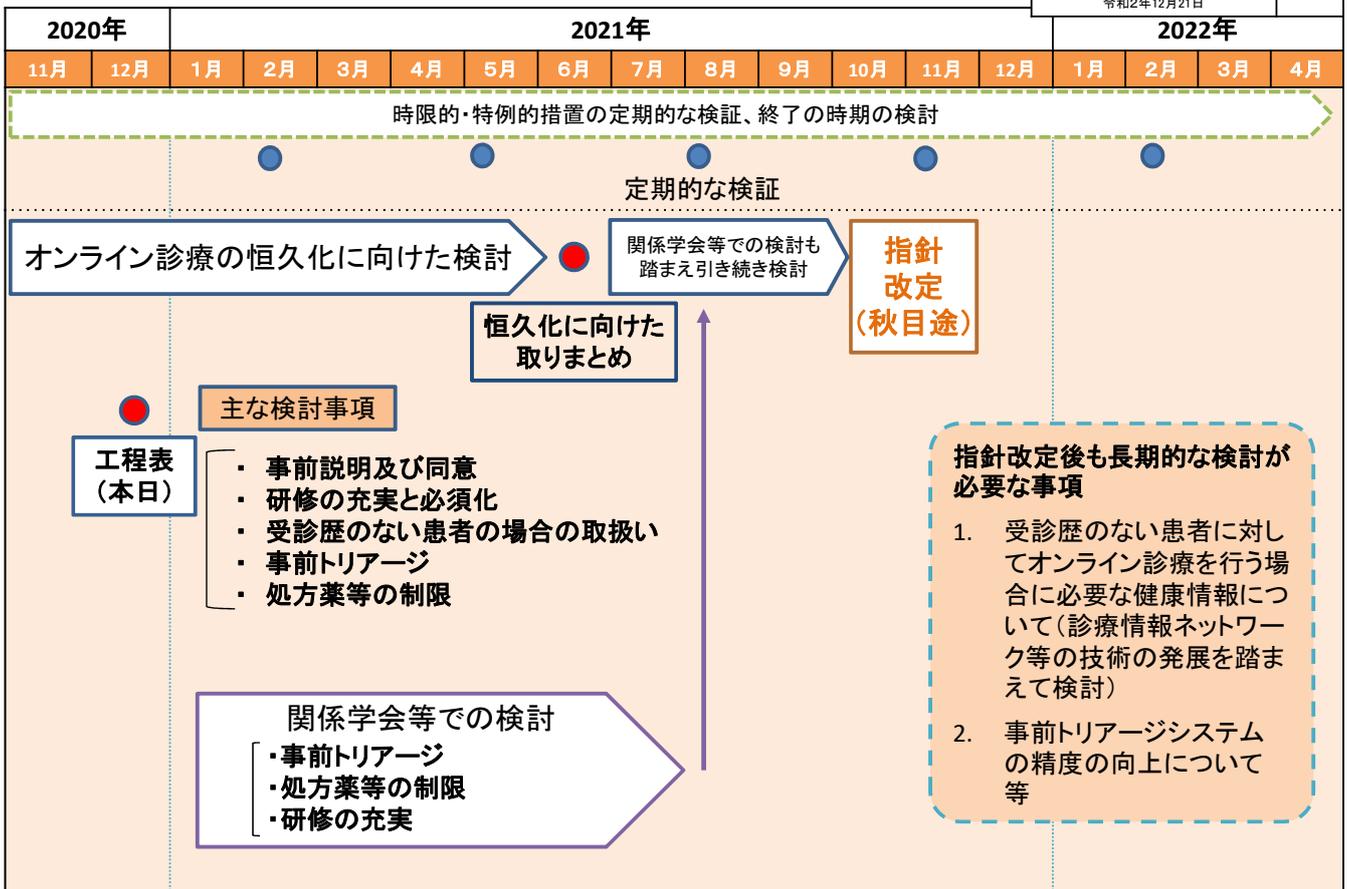
➡ **必要な対面診療の確保**について資料4で議論。それ以外については次回以降の検討会で議論してはどうか。

# 今後のオンライン診療に関する検討のスケジュール

第13回オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会

資料1

令和2年12月21日



事務連絡  
令和2年4月10日

各 

都道府県
保健所設置市
特別区

 衛生主管部（局） 御中

厚生労働省医政局医事課  
厚生労働省医薬・生活衛生局総務課

新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の  
時限的・特例的な取扱いについて

今般、「新型コロナウイルス感染症緊急経済対策」（令和2年4月7日閣議決定）において、「新型コロナウイルス感染症が急激に拡大している状況の中で、院内感染を含む感染防止のため、非常時の対応として、オンライン・電話による診療、オンライン・電話による服薬指導が希望する患者によって活用されるよう直ちに制度を見直し、できる限り早期に実施する。」とされたところである。これを踏まえ、新型コロナウイルス感染症が拡大し、医療機関の受診が困難になりつつあることに鑑みた時限的・特例的な対応として、電話や情報通信機器を用いた診療や服薬指導等の取扱いについて下記のとおりまとめたので、貴管下の医療機関、薬局等に周知していただくようお願いする。

また、これに伴い、「新型コロナウイルス感染症患者の増加に際しての電話や情報通信機器を用いた診療や処方箋の取扱いについて」（令和2年2月28日厚生労働省医政局医事課、医薬・生活衛生局総務課事務連絡。以下「2月28日事務連絡」という。）及び「新型コロナウイルスの感染拡大防止策としての電話や情報通信機器を用いた診療等の臨時的・特例的な取扱いについて」（令和2年3月19日付け厚生労働省医政局医事課、医薬・生活衛生局総務課事務連絡。）は廃止し、本事務連絡をもって代えることとする。

記

## 1. 医療機関における対応

### (1) 初診からの電話や情報通信機器を用いた診療の実施について

患者から電話等により診療等の求めを受けた場合において、診療等の求めを受けた医療機関の医師は、当該医師が電話や情報通信機器を用いた診療により診断や処方が当該医師の責任の下で医学的に可能であると判断した範囲において、初診から電話や情報通信機器を用いた診療により診断や処方をして差し支えないこと。ただし、麻薬及び向精神薬の処方をしてはならないこと。

診療の際、できる限り、過去の診療録、診療情報提供書、地域医療情報連携ネットワーク（※）又は健康診断の結果等（以下「診療録等」という。）により当該患者の基礎疾患の情報を把握・確認した上で、診断や処方を行うこと。診療録等により当該患者の基礎疾患の情報が把握できない場合は、処方日数は7日間を上限とするとともに、麻薬及び向精神薬に加え、特に安全管理が必要な医薬品（いわゆる「ハイリスク薬」）として、診療報酬における薬剤管理指導料の「1」の対象となる薬剤（抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤等）の処方をしてはならないこと。

（※）患者の同意を得た上で、医療機関間において、診療上必要な医療情報（患者の基本情報、処方データ、検査データ、画像データ等）を電子的に共有・閲覧できる仕組み

なお、当該医師が電話や情報通信機器を用いた診療により診断や処方を行うことが困難であると判断し、診断や処方を行わなかった場合において、対面での診療を促す又は他の診療可能な医療機関を紹介するといった対応を行った場合は、受診勧奨に該当するものであり、こうした対応を行うことは医師法（昭和23年法律第201号）第19条第1項に規定する応招義務に違反するものではないこと。

### (2) 初診から電話や情報通信機器を用いた診療を実施する場合の留意点について

#### ① 実施に当たっての条件及び留意点

上記（1）により初診から電話や情報通信機器を用いて診療を行う場合は、以下アからウまでに掲げる条件を満たした上で行うこと。

ア 初診から電話や情報通信機器を用いて診療を行うことが適していない症状や疾病等、生ずるおそれのある不利益、急病急変時の対応方針等について、医師から患者に対して十分な情報を提供し、説明した上で、その説明内容について診療録に記載すること（※）。

（※）説明に当たっては、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（平成30年3月厚生労働省策定。以下「指針」という。）Vの1.（1）に定める説明や同意に関する内容を参照すること。

イ 医師が地域における医療機関の連携の下で実効あるフォローアップを可能とするため、対面による診療が必要と判断される場合は、電話や情報通信機器を用いた診療を実施した医療機関において速やかに対面による診療に移行する又は、それが困難な場合は、あらかじめ承諾を得た他の医療機関に速やかに紹介すること。

ウ 電話や情報通信機器を用いて診療を行う場合においては、窓口での被保険者の確認等の手続きが行われず、また、診療も問診と視診に限定されていることなどから、対面で診療を行う場合と比べて、患者の身元の確認や心身の状態に関する情報を得ることが困難であり、患者のなりすましの防止や虚偽の申告による処方を防止する観点から、以下の措置を講じること。

- ・ 視覚の情報を含む情報通信手段を用いて診療を行う場合は、患者については被保険者証により受給資格を、医師については顔写真付きの身分証明書により本人確認を、互いに行うこと。その際、医師にあっては医師の資格を有していることを証明することが望ましい。
- ・ 電話を用いて診療を行う場合は、当該患者の被保険者証の写しをファクシミリで医療機関に送付する、被保険者証を撮影した写真の電子データを電子メールに添付して医療機関に送付する等により、受給資格の確認を行うこと。
- ・ 電話を用いて診療を行う場合であって、上記に示す方法による本人確認が困難な患者についても、電話により氏名、生年月日、連絡先（電話番号、住所、勤務先等）に加え、保険者名、保険者番号、記号、番号等の被保険者証の券面記載事項を確認することで診療を行うこととしても差し支えないこと。
- ・ なお、被保険者証の確認に加えて患者の本人確認を行う場合には、「保険医療機関等において本人確認を実施する場合の方法について」（令和2年1月10日付け保保発 0110 第1号、保国発 0110 第1号、保高発 0110 第1号、保医発 0110 第1号厚生労働省保険局保険課長、国民健康保険課長、高齢者医療課長、医療課長連名通知）等に留意して適切に対応されたい。
- ・ 虚偽の申告による処方疑われる事例があった場合は、その旨を所在地の都道府県に報告すること。報告を受けた都道府県は、管下の医療機関に注意喚起を図るなど、同様の事例の発生の防止に努めること。

## ② その他

患者が保険医療機関に対して支払う一部負担金等の支払方法は、銀行振込、クレジットカード決済、その他電子決済等の支払方法により実施して差し支えないこと。

## (3) 2度目以降の診療を電話や情報通信機器を用いて実施する場合について

### ① 既に対面で診断され治療中の疾患を抱える患者について

既に対面で診断され治療中の疾患を抱える患者について、電話や情報通信機器を用いた診療により、当該患者に対して、これまでも処方されていた医薬品を処方することは事前に診療計画が作成されていない場合であっても差し支えないこと。

また、当該患者の当該疾患により発症が容易に予測される症状の変化に対して、これまで処方されていない医薬品の処方をして差し支えないこと。ただし、次に掲げる場合に応じて、それぞれ次に掲げる要件を満たす必要があること。なお、感染が収束して本事務連絡が廃止された後に診療を継続する場合は、直接の対面診療を行うこと。

ア 既に当該患者に対して定期的なオンライン診療（※）を行っている場合

オンライン診療を行う前に作成していた診療計画に、発症が容易に予測される症状の変化を新たに追記するとともに、当該診療計画の変更について患者の同意を得ておくこと。なお、上記により追記を行う場合においては、オンライン診療により十分な医学的評価を行い、その評価に基づいて追記を行うこと。

イ これまで当該患者に対して定期的なオンライン診療を行っていない場合（既に当該患者に対して2月28日事務連絡に基づき電話や情報通信機器を用いた診療を行っている場合を含む。）

電話や情報通信機器を用いた診療により生じるおそれのある不利益、発症が容易に予測される症状の変化、処方する医薬品等について、患者に説明し、同意を得ておくこと。また、その説明内容について診療録に記載すること。

(※)「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（平成30年3月厚生労働省策定。以下「指針」という。）が適用され、指針に沿って行われる診療

② 上記（1）により電話や情報通信機器を用いて初診を行った患者について

上記（1）により電話や情報通信機器を用いて初診を行った患者に対して、2度目以降の診療も電話や情報通信機器を用いて行う場合については、上記（1）の記載に沿って実施すること。なお、上記（1）による診療は、問診及び視診に限定されたものであることから、その際に作成した診療録は、上記（1）に記載した「過去の診療録」には該当しないこと。また、感染が収束して本事務連絡が廃止された後に診療を継続する場合は、直接の対面診療を行うこと。

(4) 処方箋の取扱いについて

患者が、薬局において電話や情報通信機器による情報の提供及び指導（以下「服薬指導等」という。）を希望する場合は、処方箋の備考欄に「0410 対応」と記載し、当該患者の同意を得て、医療機関から患者が希望する薬局にファクシミリ等により処方箋情報を送付すること。その際、医師は診療録に送付先の薬局を記載すること。また、医療機関は、処方箋原本を保管し、処方箋情報を送付した薬局に当該処方箋原本を送付すること。

上記（1）の診療により処方を行う際、診療録等により患者の基礎疾患を把握できていない場合は、処方箋の備考欄にその旨を明記すること。

なお、院内処方を行う場合は、患者と相談の上、医療機関から直接配送等により患者へ薬剤を渡すこととして差し支えないこと。その具体的な実施方法については、下記2.（4）に準じて行うこと。

(5) 実施状況の報告について

上記（1）及び（3）②により電話や情報通信機器を用いた診療や受診勧奨を行う医療機関は、その実施状況について、別添1の様式により、所在地の都道府県に毎月報告を行うこと。また、各都道府県は管下の医療機関における毎月の実施状況を取りまとめ、厚生労働省に報告を行うこと。

## (6) オンライン診療を実施するための研修受講の猶予について

指針において、2020年4月以降、オンライン診療を実施する医師は、厚生労働省が定める研修を受講しなければならないとされており、オンライン診療及び本事務連絡に基づく電話や情報通信機器を用いた診療を実施する医師は当該研修を受講することが望ましいが、新型コロナウイルス感染症が拡大している状況に鑑み、本事務連絡による時限的・特例的な取扱いが継続している間は、当該研修を受講していない医師が、オンライン診療及び本事務連絡に基づく電話や情報通信機器を用いた診療を実施しても差し支えないこと。なお、感染が収束して本事務連絡が廃止された場合は、指針に定めるとおり、研修を受講した医師でなければオンライン診療を実施できないことに留意すること。

## 2. 薬局における対応

### (1) 処方箋の取扱いについて

1. (4)により医療機関から処方箋情報の送付を受けた薬局は、医療機関から処方箋原本を入手するまでの間は、ファクシミリ等により送付された処方箋を薬剤師法（昭和35年法律第146号）第23条～第27条、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第49条における処方箋とみなして調剤等を行う。

薬局は、可能な時期に医療機関から処方箋原本を入手し、以前にファクシミリ等で送付された処方箋情報とともに保管すること。

### (2) 電話や情報通信機器を用いた服薬指導等の実施について

新型コロナウイルス感染症の拡大防止等のため、全ての薬局において、薬剤師が、患者、服薬状況等に関する情報を得た上で、電話や情報通信機器を用いて服薬指導等を適切に行うことが可能と判断した場合には、当該電話や情報通信機器を用いた服薬指導等を行って差し支えないこととする。患者、服薬状況等に関する情報としては以下が考えられる。

- ① 患者のかかりつけ薬剤師・薬局として有している情報
- ② 当該薬局で過去に服薬指導等を行った際の情報
- ③ 患者が保有するお薬手帳に基づく情報
- ④ 患者の同意の下で、患者が利用した他の薬局から情報提供を受けて得られる情報
- ⑤ 処方箋を発行した医師の診療情報
- ⑥ 患者から電話等を通じて聴取した情報

ただし、注射薬や吸入薬など、服用に当たり手技が必要な薬剤については、①～⑥の情報に加え、受診時の医師による指導の状況や患者の理解に応じ、薬剤師が電話や情報通信機器を用いた服薬指導等を適切に行うことが可能と判断した場合に限り実施すること。

なお、当該薬剤師が電話や情報通信機器を用いて服薬指導等を適切に行うことが困

難であると判断し、対面での服薬指導等を促すことは薬剤師法（昭和 35 年法律第 146 号）第 21 条に規定する調剤応需義務に違反するものではないこと。

（3）電話や情報通信機器を用いた服薬指導等を実施する場合の留意点について

上記（2）により電話や情報通信機器を用いた服薬指導等を行う場合は、以下①から④までに掲げる条件を満たした上で行うこと。

- ① 薬剤の配送に関わる事項を含む、生じうる不利益等のほか、配送及び服薬状況の把握等の手順について、薬剤師から患者に対して十分な情報を提供し、説明した上で、当該説明を行ったことについて記録すること。
- ② 薬剤師は、電話や情報通信機器を用いた服薬指導等を行うに当たり、当該患者に初めて調剤した薬剤については、患者の服薬アドヒアランスの低下等を回避して薬剤の適正使用を確保するため、調剤する薬剤の性質や患者の状態等を踏まえ、  
ア 必要に応じ、事前に薬剤情報提供文書等を患者にファクシミリ等により送付してから服薬指導等を実施する  
イ 必要に応じ、薬剤の交付時に（以下の（4）に従って配送した場合は薬剤が患者の手元に到着後、速やかに）、電話等による方法も含め、再度服薬指導等を行う  
ウ 薬剤交付後の服用期間中に、電話等を用いて服薬状況の把握や副作用の確認などを実施する  
エ 上記で得られた患者の服薬状況等の必要な情報を処方した医師にフィードバックする  
等の対応を行うこと。当該患者に初めて調剤した薬剤でない場合であっても、必要に応じて実施すること。
- ③ 電話や情報通信機器を用いた服薬指導等を行う過程で、対面による服薬指導等が必要と判断される場合は、速やかに対面による服薬指導に切り替えること。
- ④ 患者のなりすまし防止の観点から講ずべき措置については、1.（2）①ウに準じて行うこと。

（4）薬剤の配送等について

調剤した薬剤は、患者と相談の上、当該薬剤の品質の保持（温度管理を含む。）や、確実な授与等がなされる方法（書留郵便等）で患者へ渡すこと。薬局は、薬剤の発送後、当該薬剤が確実に患者に授与されたことを電話等により確認すること。

また、品質の保持（温度管理を含む。）に特別の注意を要する薬剤や、早急に授与する必要のある薬剤については、適切な配送方法を利用する、薬局の従事者が届ける、患者又はその家族等に来局を求める等、工夫して対応すること。

患者が支払う配送料及び薬剤費等については、配送業者による代金引換の他、銀行振込、クレジットカード決済、その他電子決済等の支払方法により実施して差し支えないこと。

## (5) その他

- ① 本事務連絡に基づき電話や情報通信機器を用いて服薬指導等を行う場合であっても、患者の状況等によっては、対面での服薬指導等が適切な場合や、次回以降の調剤時に対面での服薬指導等を行う必要性が生じ得るため、本事務連絡に基づく取扱いは、かかりつけ薬剤師・薬局や、当該患者の居住地域内にある薬局により行われることが望ましいこと。
- ② 医師が電話や情報通信機器を用いて上記1(1)に記載する受診勧奨を実施した場合であって、患者に対して一般用医薬品を用いた自宅療養等の助言した場合には、当該患者が薬局等に来局せずに、インターネット等を経由した一般用医薬品の購入を行うことが想定される場所、薬局等においては、適切な医薬品販売方法に従って対応されたいこと。この際、当該医薬品に係る適切な情報提供及び濫用等のおそれのある医薬品の販売方法について留意すべきであること。

なお、インターネット等を利用して特定販売を行う薬局等に関しては、厚生労働省ホームページ「一般用医薬品の販売サイト一覧」(※)において公表しているため、適宜参照すること。

※「一般用医薬品の販売サイト一覧」

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/iyakuhin/ippanyou/hanbailist/index.html>

- ③ 薬局は、本事務連絡に基づく電話や情報通信機器を用いた服薬指導等を行う場合の以下の点について、薬局内の掲示やホームページへの掲載等を通じて、事前に医療機関関係者や患者等に周知すること。
  - ア 服薬指導等で使用する機器（電話、情報通信機器等）
  - イ 処方箋の受付方法（ファクシミリ、メール、アプリケーション等）
  - ウ 薬剤の配送方法
  - エ 支払方法（代金引換サービス、クレジットカード決済等）
  - オ 服薬期間中の服薬状況の把握に使用する機器（電話、情報通信機器等）

## 3. 新型コロナウイルス感染症患者に対する診療等について

### (1) 自宅療養又は宿泊療養する軽症者等に対する診療等について

「新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針」（令和2年3月28日新型コロナウイルス感染症対策本部決定。以下「対処方針」という。）においては、患者が増加し重症者等に対する入院医療の提供に支障をきたすおそれがあると判断する都道府県では、重症者等に対する医療提供に移す観点から、入院治療が必要ない軽症者等は自宅療養又は宿泊施設等での療養とすることとされている。

自宅療養又は宿泊施設等での療養とされた軽症者等について、自宅や宿泊施設等での療養期間中の健康管理において、新型コロナウイルス感染症の増悪が疑われる場合や、それ以外の疾患が疑われる場合において、当該患者の診断を行った医師又は新型コロナウイルス感染症の診断や治療を行った医師から情報提供を受けた医師は、医学的に電話や情報通信機器を用いた診療により診断や処方が可能であると判断した範囲に

において、患者の求めに応じて、電話や情報通信機器を用いた診療により、必要な薬剤を処方して差し支えないこと。その際、医師は、自宅療養又は宿泊療養する軽症者等に対する処方であることが分かるよう、処方箋の備考欄に「CoV 自宅」又は「CoV 宿泊」と記載すること。また、処方する薬剤を配送等により患者へ渡す場合は、当該患者が新型コロナウイルス感染症の軽症者等であることを薬局や配送業者が知るようになるため、それについて当該患者の同意を得る必要があること。

当該処方について、薬局で調剤する場合は、薬局における当該患者に対する服薬指導は電話や情報通信機器を用いて行って差し支えないこと。

#### (2) 入院中の新型コロナウイルス感染症患者に対する診療等について

対処方針においては、感染者の大幅な増加を見据え、一般の医療機関の一般病床等の活用も検討し、ピーク時の入院患者を受け入れるために必要な病床を確保することとされている。今後、感染の更なる拡大により、一般の医療機関の一般病床等に新型コロナウイルス感染症患者を入院させ、十分な集中治療の経験がない医師等が当該患者を診療しなければならない場合等において、当該患者に対し、人工呼吸器による管理等の集中治療を適切に行うため、情報通信機器を用いて、他の医療機関の呼吸器や感染症の専門医等が、呼吸器の設定変更の指示を出すことなどを含め、十分な集中治療の経験がない医師等と連携して診療を行うことは差し支えないこと。

#### 4. 医療関係者、国民・患者への周知徹底

国民・患者に対して、電話や情報通信機器等による診療を受けられる医療機関の情報を提供するため、本事務連絡に基づき電話や情報通信機器を用いた診療を実施する医療機関の一覧を作成し、厚生労働省のホームページ等で公表することとする。このため、各都道府県においては、関係団体とも適宜協力をしながら、別添2の様式により、管下の医療機関のうち、本事務連絡に基づき電話や情報通信機器を用いた診療を実施する医療機関を把握するとともに、厚生労働省にその結果を報告すること。また、当該医療機関の一覧については、各都道府県においても、関係団体とも適宜連携をしながら住民や医療関係者への周知を図りたい。

なお、医療機関は、オンライン診療及び本事務連絡に基づく電話や情報通信機器を用いた診療を実施していることについて、その旨を医療に関する広告として広告可能であること。

#### 5. 本事務連絡による対応期間内の検証

本事務連絡による対応は、新型コロナウイルス感染症が拡大し、医療機関への受診が困難になりつつある状況下に鑑みた時限的な対応であることから、その期間は、感染が収束するまでの間とし、原則として3か月ごとに、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の状況や、本事務連絡による医療機関及び薬局における対応の実用性と実効性確保の観点、医療安全等の観点から改善のために検証を行うこととする。その際、各都道府県においては、各都道府県単位で設置された新型コロナウイルス感染症に係る対策協議会等におい

て、上記1（5）に基づき報告された実施状況も踏まえ、本事務連絡による対応の実績や地域との連携状況についての評価を行うこと。なお、評価に当たっては、医務主管課及び薬務主管課等の関係部署が連携しながら対応すること。

医療機関における電話や情報通信機器を用いた診療等の実施状況調査票

別添1

基本情報														
施設名	郵便番号	住所（都道府県から記載）				電話番号	ウェブサイトURL							
例	〇〇病院	000-0000	東京都千代田区・・・				080-0000-0000	http://www...						
日付	対応した医師			初診からの電話等による診療等の実施について (以下のいずれか該当するものに○を記入してください。)			患者情報			診療の内容				
	診療科	医師名	過去の診療録等により基礎疾患の情報を確認できた患者に対して診療を行った。	過去の診療録等により基礎疾患の情報を確認できない患者に対して診療を行った。	電話等により診断や処方を行うことが困難と判断し、対面での診療を促す又は他の診療可能な医療機関を紹介するといった対応を行った。(受診勧奨)	年齢	性別	住所地(都道府県)	診断名(診断がつかない場合は症状名)	指示の内容(対面診療を指示した場合はその旨)	処方した薬剤(処方日数)	(保険診療の場合)診療科	再診の予約日(○日後)	
例	2020/4/13	内科	〇〇 〇〇		○		25	男	東京都	発熱	自宅待機	コカール(4日分)	電話等再診	4日後

電話や情報通信機器を用いて診療を実施する医療機関の調査票

別添2

基本情報						事務連絡に基づく対応について				
施設名	郵便番号	住所（都道府県から記載）	電話番号	ウェブサイトURL	初診の電話等を用いた診療の実施の有無	再診の電話等を用いた診療の実施の有無	対応診療科	担当医師名	対面診療が必要と判断した場合に連携する医療機関名 (複数ある場合は複数、住所も併せて記載)	
例	〇〇病院	000-0000	東京都千代田区・・・	080-0000-0000	http://www...	○	○	内科 小児科	〇〇 〇〇 〇〇 〇〇	〇〇病院(東京都〇〇区・・・) 〇〇病院(埼玉県〇〇市・・・)

事務連絡  
令和2年8月26日

各 

都道府県
保健所設置市
特別区

 衛生主管部（局） 御中

厚生労働省医政局医事課

新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の  
時限的・特例的な取扱いに関する留意事項等について

新型コロナウイルス感染症が拡大し、医療機関の受診が困難になりつつあることに鑑みた時限的・特例的な対応として、「新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱いについて」（令和2年4月10日付け厚生労働省医政局医事課、医薬・生活衛生局総務課事務連絡。以下「4月10日付け事務連絡」という。）において、電話や情報通信機器を用いた診療や服薬指導等の取扱いについてお示しするとともに、同取扱いについて、原則として3か月ごとに検証を行うこととしていたところである。

令和2年8月6日に開催した「第10回オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」（以下「検討会」という。）において令和2年4月から6月までの期間の検証を行ったことを踏まえ、今後の時限的・特例的な取扱いに関する留意事項等について下記のとおりまとめたので、貴管下の医療機関に周知していただくようお願いする。

記

1. 初診からの電話や情報通信機器を用いた診療の実施について

(1) 初診からの電話や情報通信機器を用いた診療の実施の要件の遵守の徹底について

4月10日付け事務連絡1. (1)に記載している以下の要件を遵守しない処方が見られたことから、初診から電話や情報通信機器を用いた診療を実施する医療機関は当該要件の遵守を徹底すること。

- ① 麻薬及び向精神薬を処方してはならないこと
- ② 診療録等により当該患者の基礎疾患の情報が把握できない場合は、処方日数は7日間を上限とすること
- ③ 診療録等により当該患者の基礎疾患の情報が把握できない場合は、診療報酬における薬剤管理指導料の「1」の対象となる薬剤の処方をしてはならないこと

また、当該要件を遵守しない処方が行われた医療機関については、厚生労働省から都道府県へ情報提供を行うこととするので、情報提供を受けた都道府県は、当該医療機関における電話や情報通信機器を用いた診療の実態を調査の上、行為の速やかな停止を勧告するなど必要な指導を行うこと。また、かかる調査や指導等の結果については、厚生労働省に随時情報提供すること。

## (2) 初診から電話や情報通信機器を用いた診療を実施する際の留意事項について

医療機関の所在地から大きく離れた地域の患者に対して診療が行われた事例が見られたが、概ね医療機関と同一の2次医療圏内に生活・就労の拠点を有する患者を対象とすることが望ましいことから、初診から電話や情報通信機器を用いた診療を実施する医療機関は、その点を踏まえた上で実施するよう留意すること。

## 2. 初診からの電話や情報通信機器を用いた診療の実施状況の報告について

4月10日付け事務連絡において、初診から電話や情報通信機器を用いた診療や受診勧奨を行う医療機関は、その実施状況について、所在地の都道府県に毎月報告を行うこととしているところ、検討会での議論を踏まえ、別添1のとおり報告の様式を変更することとしたので、9月以降の実施状況については、変更後の様式により、所在地の都道府県に報告を行うこと。各都道府県においては、様式の変更について医療機関に対して周知するとともに、引き続き、管下の医療機関における毎月の実施状況をとりまとめ、厚生労働省に報告を行うこと。

## 3. 研修の受講について

4月10日付け事務連絡1.(6)において、時限的・特例的な取扱いが継続している間は、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」(平成30年3月厚生労働省策定)で受講を求めている研修を受講していない医師が、オンライン診療及び4月10日付け事務連絡に基づく電話や情報通信機器を用いた診療を実施しても差し支えないことをお示ししたが、検討会において、不適切な事例等の是正については当該研修の受講が有効との意見があったことから、オンライン診療及び4月10日付け事務連絡に基づく電話や情報通信機器を用いた診療を実施する医師は、可能な限り速やかに当該研修を受講するよう努めることとし、遅くとも令和3年3月末までには受講すること。

## 7. あはき柔整等について

### (1) 違法広告の取締りについて

- あはき、柔整等の広告については、社会保障審議会医療保険部会「あん摩マッサージ指圧、はり・きゅう療養費検討専門委員会」、「柔道整復療養費検討専門委員会」において「施術所における違法広告は国民の誤解を招くことがあり、取り締りを強化すべき」等の指摘があったところであり、また、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について見直しが行われたこと等を踏まえ、国民に対するあはき柔整等の情報提供内容のあり方について、現在検討を行っているところであるが、広告可能事項に該当しない「交通事故」といった文言や料金については、引き続き開設者に対する指導等の徹底を図られたい。
- また、あん摩マッサージ指圧師によるあん摩、マッサージ又は指圧が行われていない施設において「マッサージ」等と広告することについては、同施設においてあん摩マッサージ指圧が行われていると一般人が誤認するおそれがあり、実際に認められない効果・効能を表示した広告は、不当景品類及び不当表示防止法に抵触するおそれがあることから、消費生活センターと定期的に情報交換する等、消費者行政機関との連携に努め、必要な措置を講じられるようお願いしたい。

### (2) 無資格者の取締りについて

- 医業類似行為については、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律(昭和22年法律第217号)第12条及び柔道整復師法(昭和45年法律第19号)第15条により、それぞれあん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師及び柔道整復師の免許を有する者でなければこれを行ってはならないので、無免許で業としてこれらの行為を行ったものは、それぞれあん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律第13条の7及び柔道整復師法第29条の1により処罰の対象になる。

参考：「医業類似行為に対する取扱いについて」(平成3年6月28日付け医事第58号)

- 無資者によるあん摩マッサージ指圧、はり、きゅう及び柔道整復以外の医業類似行為(いわゆる民間療法)に対する取扱い及び指導については、「医業類似行為に対する取扱いについて」(平成3年6月28日医事第58号厚生省健康政策局医事課長通知)及び「医業類似行為業に関する指導について」(平成28年2月9日医政医発0209第2号厚生労働省医政局医事課長通知)において、周知・指導をお願いした。
- なお、これら違反行為への対策においては、消費生活センターが有する情報

を活用することにより有効かつ迅速な対応が可能となると考えられ、また、悪質性が認められる場合などには警察と連携した取り締まりも必要となることから、消費者庁了解の下、「医業類似行為業に関する指導について」（平成 28 年 2 月 9 日医政医発 0209 第 2 号厚生労働省医政局医事課長通知）を発出しており、保健所を含む衛生主管部局、消費生活センター及び警察との間の連携した指導・取締体制の構築を図られたい。

○ また、消費者庁が平成 29 年 5 月 26 日に報道発表した「法的な資格制度がない医業類似行為の手技による施術は慎重に」によると、法的な資格制度がない医業類似行為等による施術で発生した事故の情報が多数寄せられていると報告されており、このような事実は公衆衛生の観点から到底看過できないものであることから、「医業類似行為に関する指導について」（平成 29 年 7 月 11 日医政医発 0711 第 1 号厚生労働省医政局医事課長通知）により更にその指導をお願いしたい。

○ 加えて、総務省行政評価局が実施した「消費者事故対策に関する行政評価・監視」の報告書において、無資格者が医業類似行為を行った場合の取扱い、有資格者による医業類似行為の施術によって健康被害が生じたおそれがある場合の取扱い及びエステサロン等における無資格者による医療行為について、都道府県、保健所を設置する市及び特別区に対して関係法令に基づく指導の権限を示したうえで事業者等に対する必要な指導の徹底を要請されたことから、「医業類似行為等に関する指導について」（令和 3 年 3 月 15 日医政医発 0315 第 1 号厚生労働省医政局医事課長通知）を発出したところであるので、適切な指導をお願いしたい。

### (3) 有資格者と無資格者の判別について

○ 消費者が施術所を選ぶ際に、当該施術所が法に基づく届出を行っているかどうかを見分けることは困難であると指摘されている。

○ 都道府県の自主的な無資格者対策として、法律に基づく届出がされた施術所である証明書（施術所（開設）届出済証明書）を発行しているところがあるが、各都道府県においては、これらの好事例を参考に、施術所届出済証明書等の発行を積極的に進めていただくようお願いしたい。

○ また、有資格者と無資格者を判別するため、平成 28 年より公益財団法人東洋療法試験研修財団において、国家資格を保有することを示す「厚生労働大臣免許保有証」を発行している。これに併せて平成 28 年 3 月にリーフレット等を送付しており、引き続き、国民に対し周知をお願いしたい。

## 8. 医師等の国家試験について

医師等医療関係職種の世界試験は、医療従事者として具有すべき知識及び技能を問うものであるが、更なる質の向上を図る観点から、適宜、医道審議会等において試験制度の改善を図っており、また、世界試験の実施に際しては、災害等への対応、障害を有する受験者に対する配慮等、試験の適切な運営に努めているところである。

令和3年の世界試験は、資料（Ⅱ）医事課の「2. 令和3年医政局所管世界試験実施計画」のとおり実施している。

合格発表後の免許申請手続については、引き続き適切な対応をお願いします。

特に、保健師免許及び助産師免許については、保健師助産師看護師法において、保健師世界試験又は助産師世界試験のみでなく、看護師世界試験に合格していることが免許交付の条件となっているが、看護師世界試験に合格していない者からの申請書の提出が見受けられるため、各都道府県におかれては、免許申請書の受付に当たり、免許申請書の記入事項である「看護師世界試験合格の有無。」の確認を徹底するよう、貴管下保健所に対し、指導をお願いします。

## 9. 医師、歯科医師等の行政処分等について

### (1) 医療関係資格者の行政処分対象事案の把握等について

医療関係資格者の行政処分対象事案の把握や処分対象者との調整については、かねてより協力いただいているところであるが、都道府県によって、行政処分に係る対象事案の把握や処分対象者への連絡、判決書の入手等、その対応に差が見受けられる。

特に、医師及び歯科医師は国民の健康の維持、向上のための極めて重要な役割を担っているが、一部の医師及び歯科医師による医療過誤や医師又は歯科医師としての品位に欠ける不正行為等により、国民の医療に対する信頼を損なうことのないよう、医師法（昭和23年法律第201号）第7条第1項及び歯科医師法（昭和23年法律第202号）第7条第1項の規定に基づく免許の取消、業務停止等の行政処分について、厳正に行うことが求められている。

本行政処分の実施に当たっては、処分の要件となる医師法第4条第3号及び歯科医師法第4条第3号の「罰金以上の刑に処された者」等に関する情報の正確な把握と事実確認が必要であり、過去には処分対象者との連絡が取れないことにより、行政処分を行うことができなかった事例もあった。

処分対象者に対する連絡先等の把握方法については、各都道府県により異なっているが、保健所や市町村に対する情報提供の依頼、医師法に基づく医師届出票等を活用することにより勤務医療機関を特定するなど、できる限りの状況把握に努めていただきたい。

これらは、国民の医療に対する信頼の確保のために非常に重要な業務であるため、各都道府県においても、引き続き、御協力をお願いする。

### (2) 医師等に対する行政処分等に係る意見又は弁明の聴取について

医師等に対する行政処分等については、行政手続法（平成5年法律第88号）における不利益処分に該当するため、処分に先立って意見又は弁明の聴取を行う必要がある。

こちらは、かねてより御協力いただいているところであるが、即位の礼が行われるに当たり復権令が公布されたことに伴い、不利益

処分に係る意見の聴取等を実施する際には、行政処分対象者に対して、復権の対象者であるか否かを確認するとともに、復権の対象者であることが判明した場合には、恩赦法施行規則（昭和 22 年司法省令第 78 号）第 15 条に基づく証明書を提出するようお願いする。

【P I 医 82-83】

事 務 連 絡

令和 2 年 2 月 7 日

各都道府県医務主管（部）局

免許事務担当者 殿

厚生労働省医政局医事課

医政局歯科保健課

医政局看護課

医政局地域医療計画課

### 復権令の効力と医師等の行政処分の関係について

免許登録業務につきましては、平素より種々御配慮いただきありがとうございます。

即位の礼が行われるに当たり、恩赦法（昭和 22 年法律第 20 号）第 9 条の規定に基づく復権令（令和元年政令第 131 号。以下「令」という。）が、令和元年 10 月 22 日付で公布され、同日から施行されたところですが、令の効力と医師、歯科医師及び看護師等に対する行政処分との関係については、下記のとおりとなりますので、この内容について御了知の上、意見の聴取等業務のその円滑な実施につき御配慮願います。

なお、今後、不利益処分に係る意見の聴取等を実施する際には、行政処分対象者に対して、復権の対象者であるか否かを確認するとともに、復権の対象者であることが判明した場合には、恩赦法施行規則（昭和 22 年司法省令第 78 号）第 15 条に基づく証明書を提出するよう併せて御指示願います。

### 記

第 1 罰金刑に処せられた者について、復権の効力が発生した場合は、当該復権の対象となった罰金刑との関係では、免許の相対的欠格事由である「罰金以上の刑に処せられた者」（医師法第 4 条第 3 号等）には、該当しない。

第2 罰金刑に処せられたことを理由として、免許の取消しや業務停止等（医師法第7条第2項等）の行政処分を受けた後に、復権の効力が発生した場合は、既になされた当該行政処分に対して復権の効果は及ばない。

第3 罰金刑に処せられたものの、それを理由とする行政処分を受ける前に復権の効力が発生した場合は、復権の効果により、「罰金以上の刑に処せられた者」（医師法第4条第3号等）に該当することを理由とする免許の取消しや業務停止等（医師法第7条第2項等）の行政処分の対象とならない。

	復権令の影響	
	あり	なし
免許付与（新規登録）	○ (欠格事由に該当しない)	—
過去に受けた行政処分	—	○
今後行う行政処分	○ (行政処分不可)	—

## 10. 死因究明等の推進について

### (1) 新たな死因究明等推進計画の策定について

犯罪死等の見逃しの問題が相次いだことを背景に、平成24年に「死因究明等の推進に関する法律」が施行され、死因究明・身元確認に係る基本理念等を定めるため、内閣府に「死因究明等推進会議」が設置された。

同会議の下で有識者等による検討が進められ、平成26年に政府全体で死因究明を推進するための計画である「死因究明等推進計画」が閣議決定され、当該計画に基づき今日まで施策の推進がなされてきたところ。

一方で、「死因究明等の推進に関する法律」は2年間の時限立法（平成26年9月まで）であったため、平成26年10月以降は法失効状態となっていたことから、令和2年4月より新たな死因究明等に係る法律である「死因究明等推進基本法」が施行された。同法施行に伴い、死因究明等施策の総合調整機能が内閣府から厚生労働省へ移管されるとともに、厚生労働省に「死因究明等推進本部」が設置された。

現在、同本部において新たな「死因究明等推進計画」の策定に向けた検討を進めており、5月頃をめどに閣議決定を行う予定である。

厚生労働省としては、各省庁との連携を推進するとともに、従来から実施している以下の取組についても引き続き行う予定であるので、各都道府県においては、積極的に活用をいただき、地域の死因究明等の推進体制の向上に御協力をお願いしたい。【PI医86-88】

### (2) 死因究明等推進協議会の設置・活用について

地方の実情に応じた死因究明等に関する施策の検討を行うための場である「死因究明等推進協議会」について、平成26年より各都道府県へ設置についての協力をお願いをしており、令和3年2月末時点で39都道府県において設置されているところ。既設置県におかれては、更なる議論の活性化に向けた取組を推進いただくとともに、未設置県におかれては、設置に向けた検討を進めていただくようお願いする。

なお、死因究明等推進協議会で検討する事項は、都道府県ごとに実情に合わせて検討されるものであるが、例として「人材育成及び資質向上」、「検案、解剖等の実施体制の充実」、「死因究明により得られた情報の活用」、「遺族等に対する説明の促進」などの議題が考えられる。国としては、来年度、協議会の議論の活性化を図るための運営マニュアルを策定することを検討しており、今後こうしたものも活用いただきながら、関係機関との情報交換、実態の把握、課題や問題点の共有、対応策についての検討等に取り組んでいただきたい。【PI医89】

### (3) 異状死死因究明支援事業等の活用について

都道府県における死因究明の体制作りを支援するための事業として、「異状死死因究明支援事業※」を実施しているところであり、具体的には、

- ① 異状死に係る死因究明のための取組みを行っている都道府県に対し、行政解剖や死亡時画像診断等に係る経費の財政支援
- ② 「死因究明等推進協議会」を開催する際の経費（旅費、謝金、会議費等）の補助

を行っている。※令和元年度は 30 都道府県で活用

また、死亡時画像診断システム等整備事業として、解剖台や CT の設置、感染症対策のための施設改修等に係る費用についても財政支援を行っているところ。

各都道府県におかれては事業の積極的な活用をお願いしたい。

また、異状死死因究明支援事業を通じて得られた死因究明のデータを、地理情報システム（GIS）の技術を用いて分析・検証を進めており、その結果を各都道府県へ情報提供を行うこととしているので、各都道府県におかれては活用をお願いしたい。【PI 医 90-91】

### (4) 検案体制の充実について

現行の「死因究明等推進計画」においては、検案する医師の資質の向上を始めとした死因究明等に係る人材の育成及び資質の向上が求められているところ。

そのため、平成 26 年度から「死体検案講習会事業」を日本医師会へ委託し、全国複数箇所を実施するなど、検案する医師の技術向上を図っている。

また、異状死等の死因究明の推進を図るためには、CT 等を使用した死亡時画像の撮影、読影には特殊な技術や知識が必要となることから、放射線科医等の医師の読影技術や診療放射線技師の撮影技術等の向上を目的とした「死亡時画像読影技術等向上研修」を実施している。

令和 3 年度の研修スケジュールは、確定次第情報提供するので、各都道府県におかれては、各都道府県医師会と連携し、当講習会に参加できるよう周知をお願いしたい。

さらに、平成 30 年度から死体検案の質の向上のため、「死体検案医を対象とした死体検案相談事業」を開始しており、今般、全国での実施体制が構築できた。本事業では、検案医が死因や死後経過時間の判定が難しい事例について、電話を用いて法医学の専門家に相談できる体制を整備しているため、各都道府県におかれても御了知いただくとともに、関係者への周知をお願いしたい。【PI 医 91-92】

# 10 死因究明等の推進について

## 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"> <li>●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</li> <li>●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]</li> </ul>
	平成26年6月	●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"> <li>●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)</li> <li>●死因究明等の推進に関する法律 失効</li> </ul>

法失効後も関係省庁において死因究明等推進計画に基づく施策を引き続き推進

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"> <li>●死因究明等推進基本法 施行 (主な内容)</li> <li>・死因究明等推進本部 設置[本部長:厚生労働大臣]</li> <li>・死因究明等推進計画の案の作成 等</li> </ul>
	令和2年6月	●第1回死因究明等推進本部 開催
	令和2年7月～令和3年3月	●死因究明等推進計画検討会 開催(計6回)

# 死因究明等推進基本法の概要

※ 令和2年4月1日から施行

## 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目指し、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ともに、(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、本部員(10名)：本部長以外の国務大臣・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年を目途として検討を加えるものとする。

# 死因究明等推進基本法に基づく死因究明等推進計画の策定

令和元年  
6月12日

基本法公布

<基本法の定め>

- ・厚生労働大臣を本部長とする死因究明等推進本部を設置
- ・本部において死因究明等推進計画の案を作成

令和2年  
4月1日

基本法施行

- ・内閣府から厚生労働省に省庁間取りまとめ機能が移管
- ・厚生労働省医政局に死因究明等企画調査室が設置

6月15日  
～25日  
(持ち回り開催)

第1回 死因究明等推進本部  
・死因究明等推進計画検討会の設置

死因究明等推進計画検討会  
(1ヶ月半に1回程度)

国民からの意見聴取

令和3年  
5月頃(予定)

死因究明等推進本部  
・死因究明等推進計画の案の取りまとめ

推進計画(案)

死因究明等推進計画 閣議決定

## 死因究明等推進計画策定の体制について

### 死因究明等推進本部

- 死因究明等推進基本法(第22条～29条)に基づき設置。
- 死因究明等推進計画(基本法第19条)の案の作成を行う。

#### ○構成員

- ・本部長 : 厚生労働大臣
- ・本部員 : 総務大臣、法務大臣、文部科学大臣、  
国土交通大臣、国家公安委員会委員長  
有識者 5名 (5名のうち 1名)

#### ○構成員のほか、専門委員及び事務局を設置

- ・専門委員 : 有識者 16名 (16名)
- ・事務局
  - 事務局長 : 医政局長
  - 参事官 : 医政局医事課長
  - 企画官 : 医政局医事課死因究明等企画調査室長

#### ○第1回推進本部を6月15日～25日に持ち回り開催し、以下について本部決定(令和2年6月25日付)。

- ・死因究明等推進本部運営規則
- ・死因究明等推進計画の案の作成方針について
- ・死因究明等推進計画検討会の開催について

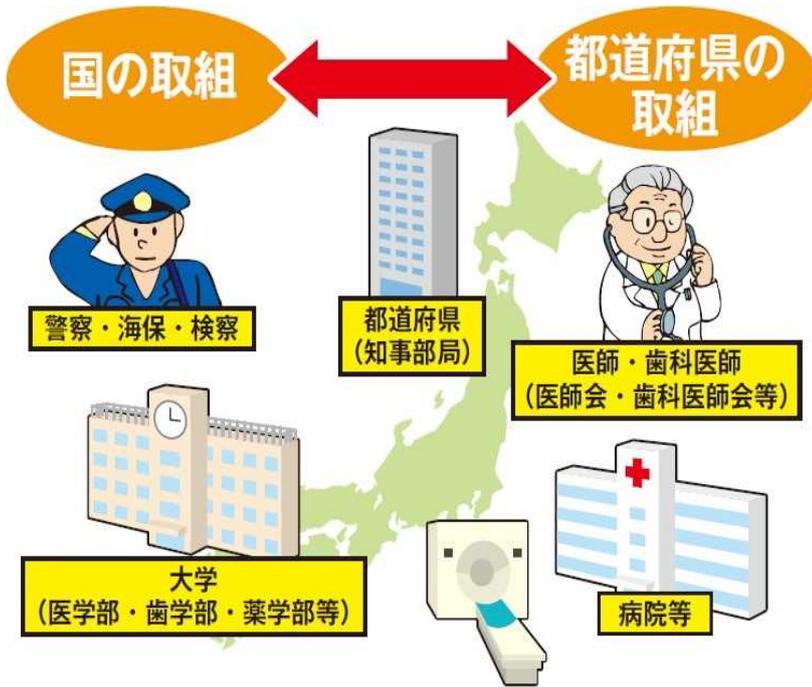
死因究明等推進計画の  
案の作成に向けた検討

### 死因究明等推進計画検討会

- 「死因究明等推進計画の案の作成方針について」(本部決定)に基づき設置。
- 死因究明等推進計画の案の作成に資する報告書を取りまとめる。
- 座長は本部長が指名(佐伯 本部員)。
- 構成員 : 計 17名 (本部員1名、専門委員16名)
- 必要に応じ、関係行政機関の職員その他の者の出席が可能。

# 死因究明等推進協議会

39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	鹿児島県

(令和3年2月末現在)

## 地方協議会の構成員

令和3年2月末現在

【知事部局・医師会・歯科医師会・大学（法医学等）・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	山口	愛知	佐賀
病院協会				●			●					●						●	●	
保健所長会				●			●								●				●	
医師・技師			④		⑤		②⑤⑥	①⑩	⑩		②④		①		①			①②	②	
その他			⑪	③	⑪							③			③				⑪	
	広島	徳島	石川	富山	群馬	栃木	大阪	鳥取	長野	大分	山形	沖縄	福島	長崎	神奈川	京都	香川	山梨	鹿児島	
病院協会						●										●				
保健所長会																				
医師・技師	①②	⑤					④⑤⑩	⑥⑩					①							
その他							⑦⑪	⑦⑪							⑪					

※ ①病理医、②放射線医、③薬剤師会、④監察医、⑤救急医、⑥小児科医、⑦訪問看護  
 ※ ⑩～筑波剖検センター（茨城）、診療放射線技師会（高知）、高度急性期医療（大阪）、画像診断治療学（鳥取）  
 ※ ⑪～学識経験者（東京）、消防長会（新潟）、県防災局（愛知）、保健医療財団、住民代表（NPO）（大阪）  
 介護支援、要保護児童対策地域協議会（鳥取）、弁護士（神奈川）  
 ※ 徳島はテーマによって委員を追加している（子どもの死因の時は⑥、高齢者の死因の時は在宅医療、老人保健施設、老人福祉施設及び消防長会）

- 異状死死因究明支援事業 107,544千円(107,544千円)  
 異状死に係る死因究明のための取組みを行っている都道府県に対し、行政解剖や死亡時画像診断に係る経費について財政支援を行う。  
 また、死因究明等推進計画に基づき、死亡時画像診断の有用性や有効に行うための条件等を検証する。
- 異状死死因究明支援事業等に関する検証事業 40,760千円(40,759千円)  
 死因究明等推進計画に基づき、死因究明体制の充実、疾病予防、健康長寿対策等に活用していくため、異状死死因究明支援事業等を通じて得られた解剖や死亡時画像診断の事例について、収集・分析を行う。
- 死体検案講習会費 19,526千円(19,526千円)  
 検案業務に従事する機会の多い一般臨床医、警察医を対象に、検案能力向上を目的とする講習会を開催する。死因究明等推進計画に基づき、平成26年度から日本医師会に委託している「死体検案講習会」について、引き続き、内容を充実させ全国で複数回開催する。
- 死亡時画像読影技術等向上研修 11,235千円(11,234千円)  
 死亡時画像についての放射線科医師の読影技術、診療放射線技師の撮影技術等の向上を図るための研修を実施する。  
 また、死亡時画像診断の情報をモデル的に収集・分析し、検証結果を踏まえ、検案する医師の参考となるマニュアルを作成する。
- 死体検案医を対象とした死体検案相談事業 36,498千円(36,498千円)  
 監察医制度のない地域では、死体検案医(多くは臨床医学を専門としている警察協力医)が死体検案を行っており、死体検案医が死因判定等について悩んだ際に、法医(法医学を専門とする医師)に相談できる体制構築経費に対する支援を行う。
- 死亡時画像診断システム等整備事業  
 死亡時画像診断および死体解剖の実施に必要な医療機器整備及び施設整備について財政支援を行う。  
 (医療施設等設備整備費補助金(令和3年度予算案額34億円)、医療施設等施設整備費補助金(令和3年度予算案額53億円)の内数)
- 監察医制度の在り方に関する検討会経費 464千円(464千円)  
 死因究明等推進計画を踏まえ、監察医の在り方を検討する。
- 死因究明施策推進経費 13,912千円(13,912千円)  
 死因究明等推進基本法に基づく死因究明等推進本部事務局の運営に必要な経費及び死因究明等推進基本法で策定が義務付けられている死因究明等推進計画を作成するための会議の開催に必要な経費。

## 異状死死因究明支援事業

### 目的

- 異状死に係る死因究明のための取組みを行っている都道府県に対し、行政解剖や死亡時画像診断に係る経費について財政的支援を行うことにより、死因究明の体制づくりを推進すること。

### 事業内容

- ① 法医学教室との連携等により、都道府県の判断で解剖を実施  
 ※「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」第6条の規定に基づき実施する解剖を除く。
- ② CTやMRIを活用した死亡時画像診断の実施
- ③ 関係機関・団体等が参加する死因究明等推進地方協議会の開催に必要な経費(旅費、謝金、会議費等)の財政的支援

### 補助実績

平成26年度	23都府県(青森、宮城、秋田、山形、茨城、栃木、群馬、千葉、東京、愛知、滋賀、京都、大阪、兵庫、和歌山、鳥取、岡山、山口、佐賀、長崎、熊本、宮崎、沖縄)
平成27年度	25都道府県(北海道、青森、宮城、秋田、福島、茨城、栃木、埼玉、千葉、東京、福井、岐阜、愛知、三重、滋賀、京都、兵庫、鳥取、岡山、山口、高知、長崎、熊本、宮崎、沖縄)
平成28年度	28都道府県(北海道、青森、宮城、秋田、福島、茨城、群馬、埼玉、千葉、東京、新潟、福井、岐阜、愛知、三重、滋賀、京都、兵庫、岡山、山口、徳島、愛媛、高知、福岡、佐賀、長崎、宮崎、沖縄)
平成29年度	22都府県(青森、福島、茨城、群馬、千葉、東京、新潟、福井、岐阜、愛知、三重、滋賀、大阪、兵庫、岡山、山口、徳島、愛媛、高知、福岡、長崎、沖縄)
平成30年度	26都府県(青森、秋田、山形、茨城、群馬、千葉、東京、神奈川、新潟、福井、岐阜、愛知、三重、滋賀、大阪、兵庫、鳥取、岡山、山口、徳島、愛媛、高知、福岡、佐賀、長崎、沖縄)
令和元年度	30都道府県(北海道、青森、秋田、山形、福島、茨城、群馬、埼玉、千葉、東京、神奈川、新潟、福井、山梨、岐阜、愛知、三重、滋賀、大阪、兵庫、鳥取、岡山、山口、徳島、愛媛、高知、福岡、佐賀、長崎、沖縄)

# 異状死死因究明支援事業等に関する検証事業

- 異状死死因究明支援事業による死因究明体制の充実にとともに、一例ごとの死因診断の精度は確実に向上しつつあると思われるが、公衆衛生の観点からの死因究明については今後の課題となっており、①異状死死因究明支援事業で得られたデータをリアルタイムでデータベースに反映することに加え、②死亡診断書等を利用した分析を行う等、本検証事業の強化を図る必要がある。
- ※ 公衆衛生の観点からの死因究明は、次の3要素と密接な関係を有すると考えられている(平成28年度厚生労働科学研究「高齢化社会における死因究明の推進に関する研究」(研究代表者 今村聡 日本医師会副会長))。
- ・集団を対象とすること
  - ・傾向の変化を迅速に把握すること
  - ・集団への介入を行うこと

- ① 異状死死因究明支援事業の検証体制を強化  
 > 解剖や死亡時画像診断の情報を迅速に収集・分析

異状死死因究明支援事業のデータ  
 (解剖・死亡時画像診断実施例の情報)

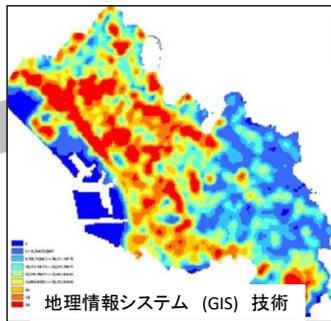
登録システム等

【情報提供】  
 死因情報を地理的に解析し、地域における予防可能な死の傾向に関する情報を提供

関係省庁・部局  
 都道府県等

- ② 「全ての死」を網羅的に把握・分析  
 > 公衆衛生の向上・増進(疾病の予防及び治療等)

死亡診断書  
 死亡届  
 人口動態調査  
 (死亡統計)



情報提供

名簿  
 1. 氏名  
 2. 死因  
 3. 保健所コード  
 .....  
 より詳細な統計調査

関係省庁・部局  
 都道府県等

【より詳細な統計調査への協力】  
 統計を作成するための調査に係る名簿を作成し提供

## 死体検案講習会

### 1. 目的

一般臨床医、警察医の死体検案能力の向上

### 2. 講習日程・内容

2日間



座学中心  
 ・死体解剖保存法などの法律  
 ・検案制度の国際比較  
 ・死体検案書の書き方  
 ・検案の実施方法など

現場での実習



監察医務院や各大学法医学教室  
 などで現場実習

1日間



座学中心  
 ・家族への対応について演習  
 ・法医学教室でのスクーリング(実習)  
 を受けて症例報告

修了

### 【これまでの課題】

平成25年4月の死因・身元調査法の施行に伴い、警察署長に検査の実施及び解剖の実施を行う権限が付与されたが、これらの実施に当たっては法医学的知識をもった医師のスクリーニングがなければその適正な実施は見込めない。

### 【死因究明等推進計画】

厚生労働省においては、検案する医師の技術向上を図るため、医師を対象に専門的な死体検案研修を実施しているところ、今後は、厚生労働省及び日本医師会、関係学会等が連携して研修内容の充実を図り、5年後を目途に、原則、当該研修を修了した医師が警察等への立会い・検案を実施できるよう、検案に携わる医師の充実及び技術向上に努めていく。

### 【具体的な取組み】

- 平成26年度以降
  - ・日本医師会に委託し、全国複数箇所で開催(平成25年度までは全国1箇所のみ)
  - ・関係学会等と連携して、研修内容の更なる充実

### 修了者数実績(基礎は東京のみ)

平成26年度	基礎 93名	上級 122名	(東京・福岡・名古屋)
平成27年度	基礎 269名	上級 141名	(東京・仙台・大阪)
平成28年度	基礎 245名	上級 120名	(東京・福岡・名古屋)
平成29年度	基礎 296名	上級 82名	(東京・福岡)
平成30年度	基礎 202名	上級 115名	(東京・大阪)
令和元年度	基礎 176名	上級 87名	(東京・福岡)

# 死亡時画像読影技術等向上研修

## 【死亡時画像読影技術等向上研修】

- 異状死等の死因究明の推進を図るため、CT等を使用した死亡時画像の撮影、読影には特殊な技術や知識が必要となることから、放射線科医等の医師の読影技術や診療放射線技師の撮影技術等の向上を目的として研修を実施する。  
(開催回数) 年1回(東京)  
(受講期間) 2日間

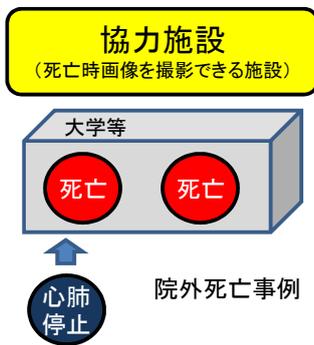
### 修了者数実績

平成26年度	医師 90名	診療放射線技師 105名
平成27年度	医師 106名	診療放射線技師 100名
平成28年度	医師 98名	診療放射線技師 84名
平成29年度	医師 122名	診療放射線技師 44名
平成30年度	医師 132名	診療放射線技師 56名
令和元年度	医師 52名	診療放射線技師 35名

## 【死亡時画像診断の有用性等の検証事業】

- 異状死死因究明支援事業で実施する死亡時画像診断の情報をモデル的に収集・分析し、死亡時画像診断の有用性等を検証する。また、検証結果を踏まえ、検索する医師の参考となるマニュアルを作成する。

### (参考)死亡時画像診断モデル事業のイメージ



画像データ等を  
分析委員会へ提供

モデル事業では、  
・死亡時画像を撮影できる医療機関、施設等  
・死因究明支援事業を実施している大学等を協力施設とする。

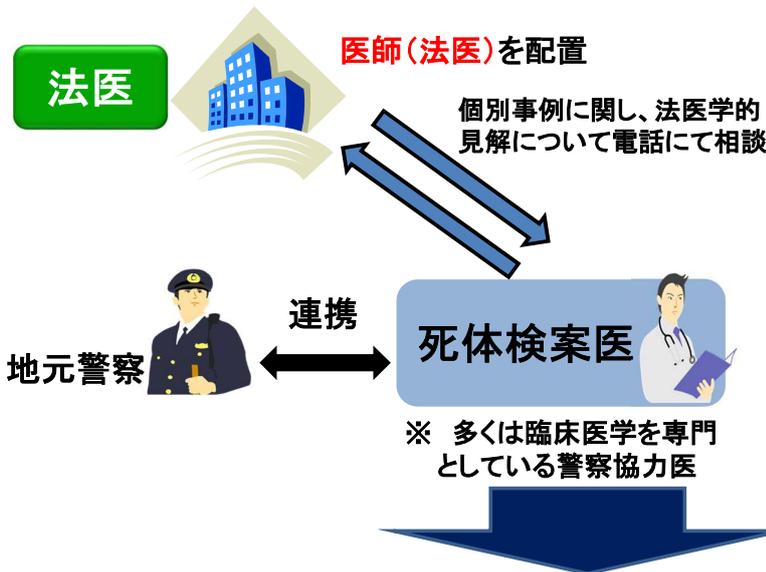
### 分析体制

<日本医師会に画像を分析し評価する組織を設置(分析委員会)>  
関係学会等の協力により、専門とする委員によって構成

- 医療機関から提供を受けた画像データや臨床データを踏まえて、死亡時画像診断の有用性について分析・評価を実施
- 専門家による評価によって、死亡時画像診断が有効な事例や条件などをとりまとめ、日本医師会が実施する研修の内容に反映

# 死体検案医を対象とした死体検案相談事業

- 監察医制度のない地域では、死体検案医(多くは臨床医学を専門としている警察協力医)が死体検案を行っている。
- 現在の死因究明推進計画(平成26年)においては、**検案の実施体制の充実**が明記されており、死体検案医が死因判定等について悩んだ際に、**法医(法医学を専門とする医師)**に相談できる体制が必要。



日本医師会「死体検案相談窓口」  
法医学を専門とする医師が交替で対応

【対象】 検案業務に従事する  
一般臨床医、警察協力医  
シンキョウイ

【電話番号】 0570-041901

【料金】 10円/60秒(固定電話)  
(目安) 10円/20秒(携帯電話)  
(利用者負担)

※相談に係る費用は発生いたしません

【受付時間】 毎日朝8時～夜10時

- 死因判定の難しい検案において法医の意見を仰ぎ、より正確な死因判定が可能となれば、犯罪死体の見逃し防止のみならず、**我が国の死因統計の正確性が向上し、公衆衛生の向上に資する。**

## 11. 厚生労働省が運用する求人情報サイト「医療のお仕事 Key-Net」について

厚生労働省が運用する医師・看護師・医療人材の求人情報サイト「医療のお仕事 Key-Net」は、新型コロナウイルス感染症に対応する中、地域医療を支える医療機関等における医療人材等の確保を促進するため、個々の医療機関や保健所等における人材の募集情報を G-MIS（新型コロナウイルス感染症医療機関等情報支援システム）等を通じて収集し、厚生労働省が運用する Web サイト「医療のお仕事 Key-Net」を通じて求職者とのマッチングを進めるとともに、医療関連団体、ハローワーク、ナースセンター等における既存の職業紹介の取組にも活用し、都道府県の垣根を超えたマッチングを行う仕組みであり、令和2年6月から運用を行っている。【P I 医 94】

「医療のお仕事 Key-Net」は、医師、保健師、助産師、看護師、准看護師、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、救急救命士、薬剤師及び事務職を対象として、医療機関や保健所等が手数料無料で人材募集を行うことができる仕組みであり、これまでに全国の医療機関や保健所等から約 5,000 件の人材募集情報の登録が行われている。

引き続き、管内の医療機関等に対して周知していただき、ハローワークや都道府県ナースセンター等の既存の取組と併せて地域の医療人材の確保に御活用いただくようお願いする。

また、「医療のお仕事 Key-Net」は、新型コロナウイルスワクチンの接種の実施に必要な医療人材の確保にも活用可能なものであるため、都道府県及び管内の市区町村にその旨を周知いただき、御活用いただくようお願いする。



[厚生労働省] 医師・看護師・医療人材の求人情報サイト

医療のお仕事 Key-Net

医療人材の募集の際は、厚生労働省が運営する手数料無料の求人情報サイト「医療のお仕事 Key-Net」をご活用ください！



利用手数料  
無料！

全病院・診療所  
で利用可能！

Webで  
簡単募集！

「医療のお仕事 Key-Net」は、新型コロナウイルス感染症に対応する中、地域医療を支える医療機関における人材確保を促進するために厚生労働省が開設した、**医療機関・保健所等の医療人材の求人情報サイト**です。Webサイト上で、掲載する人材募集情報の入力や、応募者との連絡、選考状況の管理などを行うことができ、面接までオンライン上で完結することも可能です。**ご利用に当たって手数料はかかりません。**詳しいご利用方法は裏面をご覧ください。

**対象職種**  
医師・保健師・助産師・看護師・看護士・准看護師・診療放射線技師  
臨床検査技師・臨床工学技士・薬剤師・救急救命士・事務職

**対象機関**  
病院・診療所・保健所・検疫所

ご利用登録はこちらから

病院と診療所で登録方法が異なります。詳細はリンク先をご確認ください。

<https://healthcare.job-support-mhlw.jp/reg/>



病院にてご利用いただく際は、上記リンク先から、G-MIS（新型コロナウイルス感染症医療機関等情報支援システム）へのログインが必要となります。ログインID・パスワードに関するご質問は、内閣府IT総合戦略室 医療調査事務局（03-5846-8233）までお問い合わせください。



お問い合わせはこちら

Key-Netの操作方法について（専用窓口）

HRソリューションズ株式会社 サービスセンター

電話：03-3548-8601

Key-Netのご利用全般について

医療のお仕事 Key-Net運営事務局

メール：Key-Net@hr-s.co.jp

G-MISについて（ID・パスワードなど）

内閣府IT総合戦略室 医療調査事務局

電話：03-5846-8233

取組全体について

厚生労働省 新型コロナウイルス感染症対策推進本部

医療人材確保チーム  
電話：0120-565-653 メール：corona-jinzai@mhlw.go.jp

下記リンク先から、人材募集情報の登録を行ってください。

<https://healthcare.job-support-mhlw.jp/reg/>

- 全ての病院・診療所で手数料無料でご利用いただけます。
- 医療機関名や住所の詳細を非公開として登録することも可能です。
- Webフォームに必要な情報を入力する形で、簡単に登録できます。

登録後、運営事務局から届くメールに従って、「医療のお仕事 Key-Net」の管理画面にログインしてください。

- 管理画面へのログイン後、登録した募集情報を編集することも可能です。掲載内容を充実させるほど、応募率が高まりますので、具体的な情報を記載していただくよう、お願いします。

求職者が、「医療のお仕事 Key-Net」に掲載された人材募集情報を検索・閲覧し、Web上で問い合わせや応募を行います。

- 「医療のお仕事 Key-Net」に掲載された人材募集情報は、女性医師バンク、ナースセンター、民間職業紹介事業者等に登録中の求職者に、幅広くご案内します。
- 求職者は、「医療のお仕事 Key-Net」のWebページ上から、またはLINEを通じて応募や問い合わせを行います。

管理画面を通じて、求職者の選考を行ってください。

- 求職者からの問い合わせや応募の内容は、管理画面を通じて確認し、返信を行うことができます。
- 求職者とのやり取りの内容は、チャット形式で見やすく保存され、また、求職者ごとの選考状況を管理することができます。
- 求職者との面接日時の調整や、オンライン面接機能を用いた面接を実施することもできます。

選考結果が決まった場合は、管理画面を通じて結果を登録してください。

- 採用者には感染管理や医療安全等に関する研修を実施していただきます。採用する機関で実施するもののほか、外部で実施されている研修（e-ラーニングや動画教材の視聴を含む）の活用も可能です。
- 下記の厚生労働省HPに、活用可能な研修教材の例を掲載していますので、必要に応じてご参照ください。

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_jinyou/inyou/11596.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_jinyou/inyou/11596.html)