

平成25年10月4日(金)
13時00分～15時00分
TKP赤坂ツインタワー
7階ホール7A

第33回

社会保障審議会医療部会

議事次第

- 医療従事者の確保、医療機関の勤務環境の改善について

- その他

(配布資料)

- 資料1 医師確保対策について
- 資料2 看護職員確保対策について
- 資料3 医療機関の勤務環境改善について

荒井委員提出資料

中川委員提出資料

(平成25年10月4日時点)

社会保障審議会医療部会委員名簿

氏名	所属
相澤 孝夫	(社) 日本病院会副会長
安部 好弘	(社) 日本薬剤師会常務理事
荒井 正吾	全国知事会 (奈良県知事)
今村 聡	(社) 日本医師会副会長
遠藤 直幸	全国町村会 (山形県山辺町長)
大西 秀人	全国市長会 (香川県高松市長)
尾形 裕也	東京大学政策ビジョン研究センター特任教授
※ 加藤 達夫	(独) 国立成育医療研究センター名誉総長
菊池 令子	(社) 日本看護協会副会長
高智 英太郎	健康保険組合連合会理事
白鳥 敬子	東京女子医科大学病院病院長
○ ※ 田中 滋	慶應義塾大学経営大学院教授
◎ ※ 永井 良三	自治医科大学学長
※ 中川 俊男	(社) 日本医師会副会長
西澤 寛俊	(社) 全日本病院協会会長
花井 圭子	日本労働組合総連合会総合政策局長
樋口 範雄	東京大学法学部教授
日野 頌三	(社) 日本医療法人協会会長
藤本 晴枝	NPO法人地域医療を育てる会理事長
藤原 清明	(社) 日本経済団体連合会経済政策本部長
邊見 公雄	(社) 全国自治体病院協議会会長
山口 育子	NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長
山崎 學	(社) 日本精神科病院協会会長
和田 明人	(社) 日本歯科医師会副会長

◎ : 部会長 ○ : 部会長代理

※ : 社会保障審議会委員

第33回社会保障審議会医療部会

平成25年10月4日(金)
13:00~15:00
TKP赤坂TCCホール7A(7階)

速記

田中
部会長代理

西澤
委員

中川
委員

白鳥
委員

高智
委員

随
行
者
席

花井委員
(小林参考人)

樋口委員

日野委員

藤本委員

藤原委員

山崎委員

和田委員

職業安定局課長補佐

看護課長

○

○

○

○

○

○

○

○

○

○

○

○

○

○

○

○

○

○

○

○

○

○

○

菊池委員

加藤委員

尾形委員

今村委員

荒井委員

安部委員

相澤委員

大臣官房参事官

研究開発振興課長

歯科保健課長

随
行
者
席

医療労働企画官

医療政策企画官

総務課長

医政局長

審議官

審議官

指導課長

医事課長

出
入
口

事務局

事務局

傍聴者席

第 3 3 回 社会 保障 審 議 会 医 療 部 会	資 料 1
平 成 2 5 年 1 0 月 4 日	

医 師 確 保 対 策 に つ い て

【「医療提供体制の改革に関する意見」（平成23年12月22日 社会保障審議会医療部会）】（抜粋）

1. 地域の実情に応じた医師等確保対策

(1) 医師等の人材確保

- 医師の地域間、診療科間の偏在の是正は重要な課題である。このため、都道府県が担う役割を強化し、地域の実情に応じた医師確保体制を構築すべきである。
- 看護職員の不足・偏在も深刻な問題であり、離職防止対策や養成所への補助等により看護職員の確保を図っていくべきである。
- 病院勤務医の疲弊、女性の医療従事者の増加、看護職員の不足といった現状を踏まえ、負担の大きい医療従事者の労働環境の改善に向けた取組が必要である。

(2) 医師の養成、配置のあり方

- 実効性のある地域枠の設定や医師の養成過程において診療科を一定程度誘導する等によって、医師の地域間や診療科間の偏在是正を図っていく必要がある。
- 医療技術の高度化・専門化に伴い、医師の専門分化の傾向が見られるが、高齢化の中で第一線の現場で幅広く診ることのできる医師を確保し、地域の医療と介護をつなぐ役割を果たすため、総合的な診療を行う医師を養成し、専門医との役割分担を行う必要がある。
- こうした課題への対応として、総合的な診療を行う医師や専門医の養成のあり方について、国において検討を行う必要がある。

(3) 医師確保対策のあり方

- 医師不足地域の医師確保の観点から、キャリア形成支援等を通じて都道府県が地域の医師確保に責任を持って取り組むため、法制化等により、都道府県の役割を明確化すべきである。
- また、都道府県は、医療圏ごと、診療科ごとの医師の需給の状況を把握した上で、より必要性の高いところに医師を供給するなど、きめ細かい対応を行うことが必要である。

【「社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子について】（平成25年8月21日閣議決定）】（抜粋）

2. 医療制度

高齢化の進展、高度な医療の普及等による医療費の増大が見込まれる中で、国民皆保険制度を維持することを旨として以下のとおり、必要な改革を行う。

（略）

(3) 医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等を図り、効率的で質の高い医療提供体制を構築するとともに、今後の高齢化の進展に対応し、地域包括ケア（医療、介護、住まい、予防、生活支援サービスが身近な地域で包括的に確保される体制）を構築することを通じ、地域で必要な医療を確保するため、次に掲げる事項その他診療報酬に係る適切な対応の在り方等について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

① 病床の機能分化・連携及び在宅医療・在宅介護を推進するために必要な次に掲げる事項

イ 病床機能に関する情報を都道府県に報告する制度の創設

ロ 地域医療ビジョンの策定及びこれを実現するために必要な措置

（必要な病床の適切な区分の設定、都道府県の役割の強化等）

ハ 新たな財政支援の制度の創設

ニ 医療法人間の合併、権利の移転に関する制度等の見直し

② 地域における医師、看護職員等の確保及び勤務環境の改善等に係る施策

③ 医療職種の業務範囲及び業務の実施体制の見直し

（略）

(5) 次期医療計画の策定期間が平成30年度であることを踏まえ、(3)に掲げる必要な措置を平成29年度までを目途に順次講ずる。その一環としてこのために必要な法律案を平成26年通常国会に提出することを目指す。

現行の医師確保対策について

1. 医師確保に関する現行の医療法の規定

(地域医療対策協議会)

- 第5次医療法改正（平成19年4月1日施行）において、へき地等の特定地域、小児科、産科などの特定の診療科における医師不足の深刻化に対応し、医師等医療従事者の確保策を強化するため、都道府県の「地域医療対策協議会」を制度化。

都道府県は、地域医療対策協議会において、特定機能病院、地域医療支援病院、公的医療機関、大学その他の医療従事者の養成に係る機関等の協力を得て、医療従事者の確保に関する施策を定める旨を医療法に規定。

- 併せて、この地域医療対策協議会で協議し、都道府県が定めた施策の実施について、
 - ・ 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者は協力するよう努めなければならないこと
 - ・ 公的医療機関は、協力しなければならないことを医療法に規定。

※ なお、公的医療機関以外の医療機関については、上記のような協力義務又は協力の努力義務は課せられていない。広く、一般の医療提供施設に対しては、その開設者及び管理者に、「医療計画の達成に資するため、医療連携体制の構築のために必要な協力をするよう」努力義務が課せられている。

(医療計画への記載)

- また、都道府県は医療計画において、「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の確保に関する事項」を定めることとなっている。

◎医療法

第30条の12 都道府県は、次に掲げる者の管理者その他の関係者との協議の場を設け、これらの者の協力を得て、救急医療等確保事業に係る医療従事者の確保その他当該都道府県において必要とされる医療の確保に関する事項に関し必要な施策を定め、これを公表しなければならない。

- 一 特定機能病院
 - 二 地域医療支援病院
 - 三 第31条に規定する公的医療機関
 - 四 医師法第16条の2第1項に規定する厚生労働大臣の指定する病院
 - 五 診療に関する学識経験者の団体
 - 六 大学その他の医療従事者の養成に係る機関
 - 七 当該都道府県知事の認定を受けた第42条の2第1項に規定する社会医療法人
 - 八 その他厚生労働省令で定める者 (※)
- 2 (略)

※ 医療法施行規則第30条の33の2第1項

①独立行政法人国立病院機構、②地域の医療関係団体、③関係市町村、④地域住民を代表する団体

第30条の13 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者は、前条第1項の規定により都道府県が定めた施策の実施に協力するよう努めなければならない。

第31条 公的医療機関(都道府県、市町村その他厚生労働大臣の定める者の開設する病院又は診療所をいう。以下この節について同じ。)は、第30条の12第1項の規定により都道府県が定めた施策の実施に協力しなければならない。

※ 医療法第31条に規定する公的医療機関の開設者 (昭和26年8月22日厚生省告示第167号)

医療法 (昭和23年法律第205号) 第31条に規定する公的医療機関の開設者を次のように定める。

- 一、 地方自治法 (昭和22年法律第67号) 第284条第1項に規定する地方公共団体の組合
- 二、 国民健康保険法 (昭和33年法律第192号) 第83条に規定する国民健康保険団体連合会
及び国民健康保険法施行法 (昭和33年法律第193号) 第2条の規定により国民健康保険法の施行後も引き続き国民健康保険を行う普通国民健康保険組合
- 三、 日本赤十字社
- 四、 社会福祉法人恩賜財団済生会
- 五、 全国厚生農業協同組合連合会の会員である厚生 (医療) 農業協同組合連合会
- 六、 社会福祉法人北海道社会事業協会

2. 地域医療支援センター事業

○事業内容

都道府県が責任を持って医師の地域偏在等の解消に取り組み、地域医療に従事する医師のキャリア形成支援策など一体的に医師不足病院へ医師の派遣やあっせん等を行うシステムを構築するため、都道府県を事業主体として平成23年度から設置し、運営費に対する補助を実施。

予算総額	約9.6億円(平成25年度)
補助対象	30か所(平成23年度15か所、平成24年度20か所)
基準額	1か所につき約64百万円
補助率	1/2
体制	専任医師、専従職員(事務)
平成26年度概算要求額	約13.5億円(42か所)

なお、地域医療再生基金を活用して同様の事業を実施している県は5県(秋田、福井、山口、香川、鹿児島)、東京都は補助なし(自治体負担)で実施。

○事業実績(補助事業分)

- ・ 設置場所：県庁内18か所、大学医学部・大学病院内11か所、県立病院1か所、その他の病院1か所、財団1か所(大学と県庁内等の重複3か所)
- ・ 派遣実績：常勤986名、非常勤83名(常勤換算) 計1,069名

・ 実施道府県

- (23年度～) 北海道、青森県、岩手県、福島県、新潟県、長野県、静岡県、岐阜県、京都府、島根県、広島県、徳島県、高知県、大分県、宮崎県
- (24年度～) 宮城県、茨城県、千葉県、三重県、滋賀県
- (25年度～) 群馬県、埼玉県、石川県、山梨県、大阪府、奈良県、和歌山県、岡山県、愛媛県、長崎県

3. 医学部の定員増及び地域枠の設定

○ 医学部入学定員は平成20年度から1,416人増員し、平成25年度には過去最大の9,041人となっている。

○ また、平成22年度からは、定員増に当たって特定の地域や診療科での勤務を条件とする「地域枠」を設けており、平成25年度の地域枠入学定員は476人となっている。

※地域枠

大学が特定の診療科や地域で診療を行うことを条件とした選抜枠を設け、都道府県が学生に対して奨学金を貸与(地域医療へ一定の年限従事することにより返還免除)する仕組み。

対応の方向について

- 現在、補助事業として実施している地域医療支援センターについて、キャリア形成支援と併せた医師の地域偏在・診療科偏在の解消の取組をさらに進めるため、地域医療対策協議会で定めた施策のうちこれらの取組を実施する地域医療支援センターの機能を医療法に位置づけることとしてはどうか。
 - 地域医療支援センター機能は、そのための組織を必要とするものではなく、また、都道府県が自ら行うことに限らず、病院や大学、公益法人等に委託することも可能とすべきではないか。
 - また、都道府県知事が、医師不足病院等への医師派遣要請等を行うことができることを医療法上、明確化することとしてはどうか。地域医療支援センターの機能を担う者が医師派遣要請等に関与できることとしてはどうか。
 - 地域医療対策協議会で定めた施策のうち医師確保の取組の実効性をもたせるため、医療従事者の確保に関する施策その他都道府県において必要とされる医療の確保に関する施策（※）への協力義務又は協力の努力義務の対象とする医療関係者の範囲を広げてもどうか。
- 具体的には、地域医療対策協議会の参加者となっている特定機能病院、地域医療支援病院、大学その他の医療従事者の養成に関係する機関等に対しても、知事からの医師派遣要請を含めた上記の都道府県の施策に協力するよう努めることとは考えられないか。

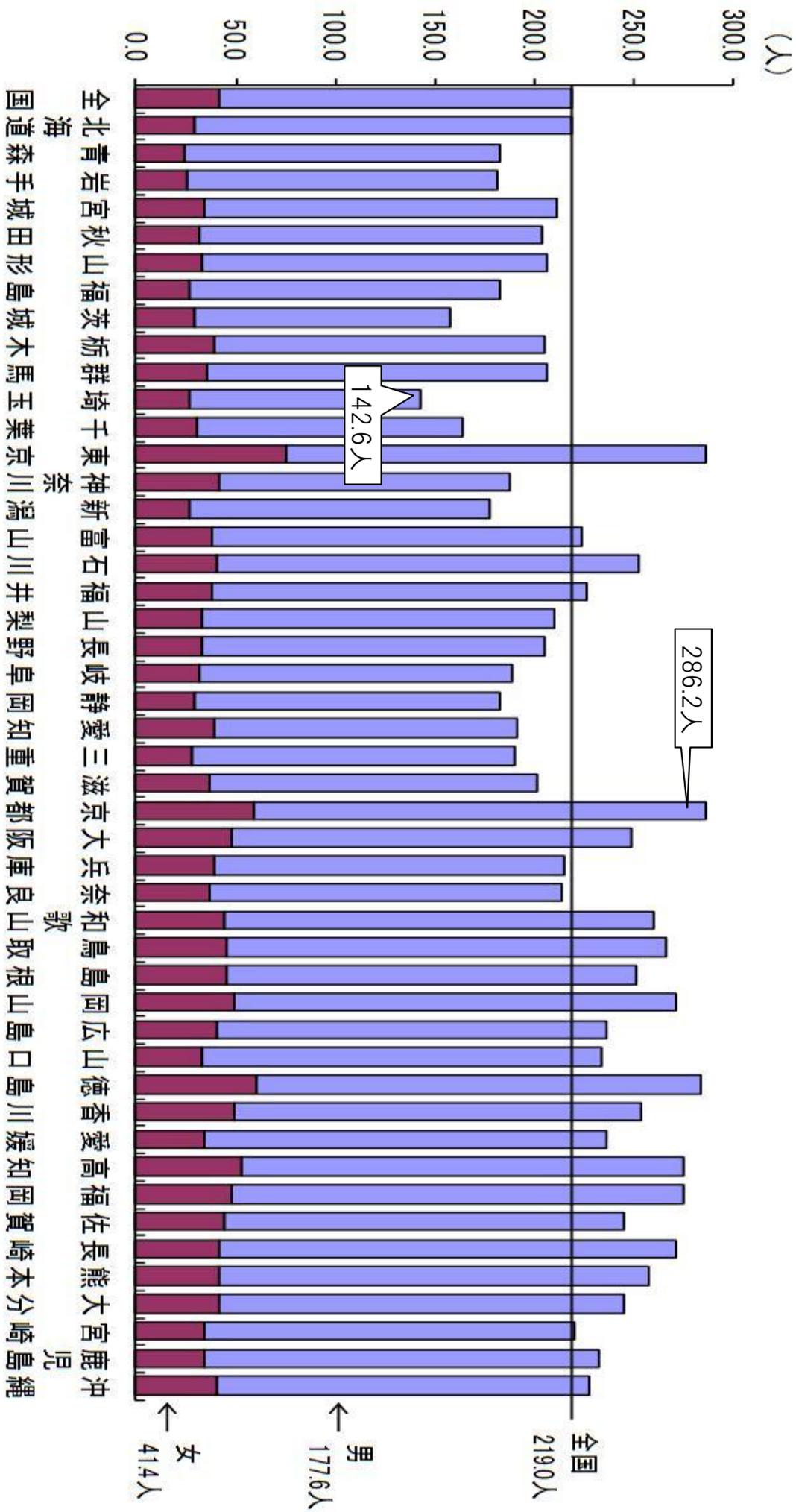
※ 「医療従事者の確保に関する施策その他都道府県において必要とされる医療の確保に関する施策」

個々の医師不足の医療機関についての対応の他に、産科・小児科等における医療機関の再編・統合、機能の集約化、生涯を通じた教育研修体制の整備等もこれに含まれる。

參考資料

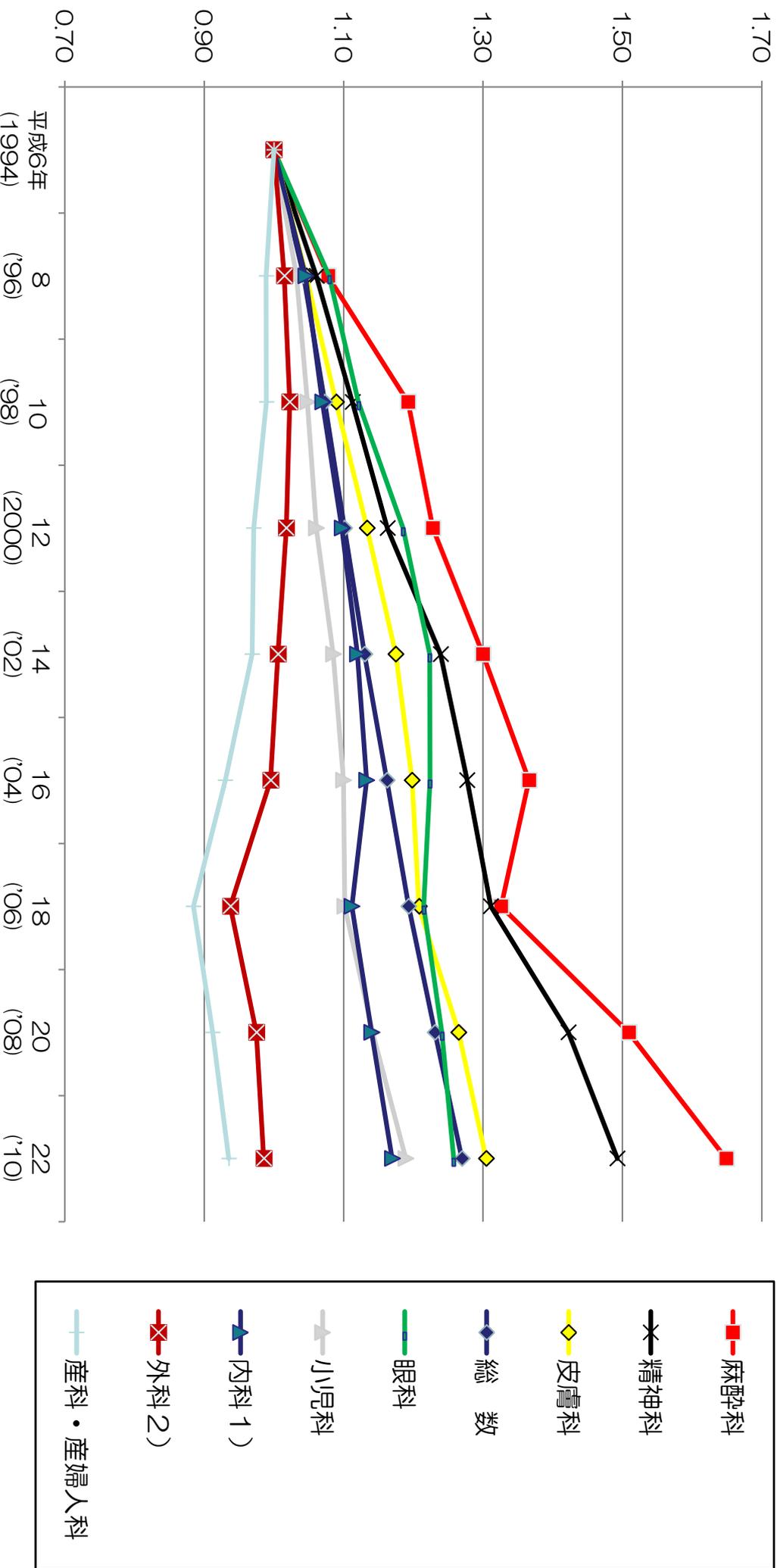
都道府県別に見た人口10万対医師数（平成22年）

- 全国の医療施設（診療所・病院）に従事する「人口10万対医師数」は219.0人で、前回に比べ6.1人増加している。
- 都道府県別では、京都府が最も多く（286.2）、埼玉県が最も少ない（142.6）。



診療科別医師数の推移（平成6年を1.0とした場合）

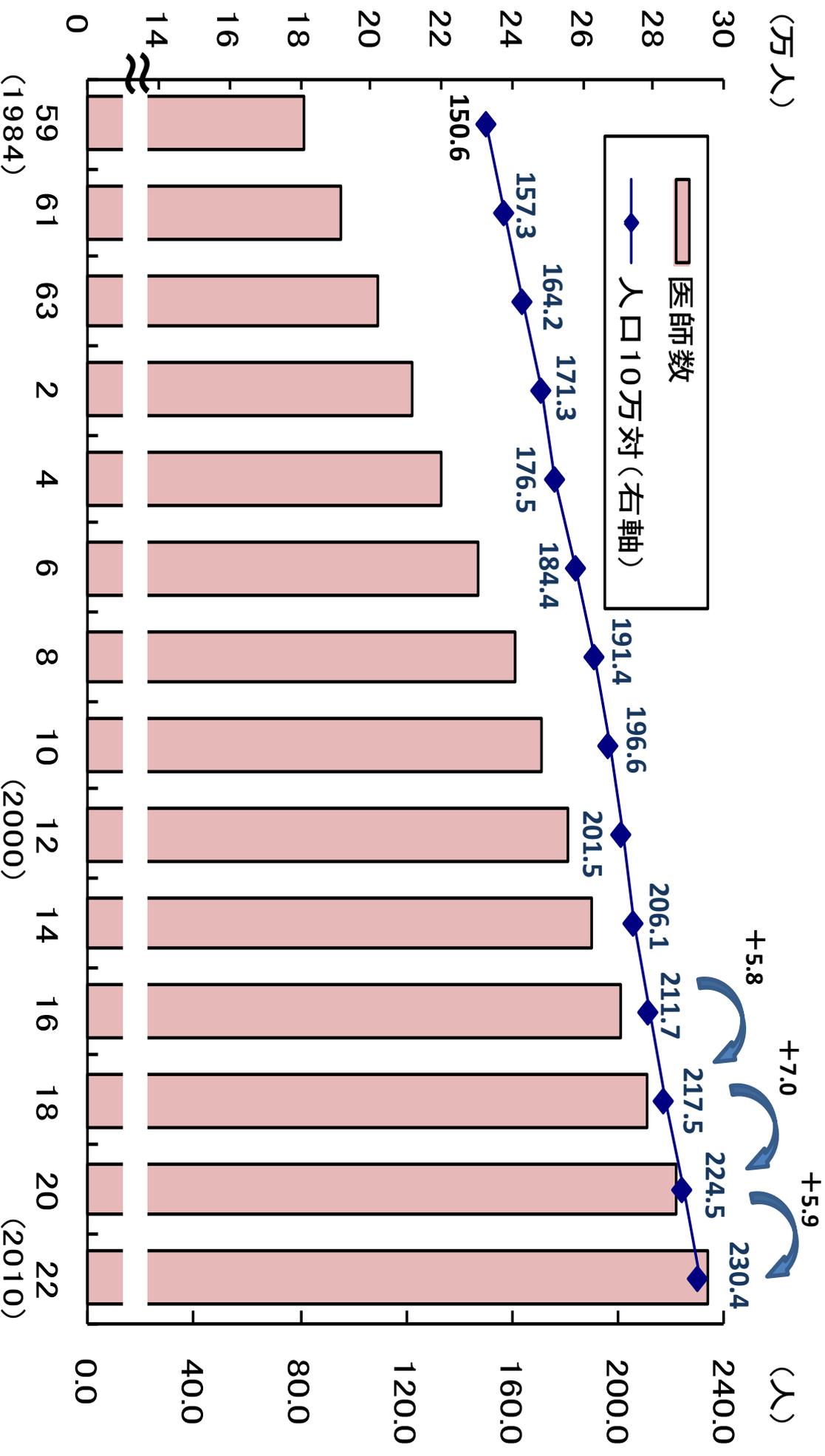
○ 多くの診療科で医師は増加傾向にある。
○ 減少傾向にあった産婦人科・外科においても、増加傾向に転じている



※内科1) 呼吸器科、循環器科、消化器科（胃腸科）、神経内科、アレルギー科、リウマチ科、心療内科、神経内科
 （平成20, 22年）内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科
 ※外科2) 呼吸器外科、心臓血管外科、気管食道科、こう門科、小児外科
 （平成20, 22年）外科、呼吸器・心臓血管・乳腺・気管食道・消化器・肛門・小児外科

人口10万対医師数の年次推移

○ 近年、死亡等を除いても、医師数は4,000人程度、毎年増加している。
 (医師数) 平成10年 24.9万人 → 平成22年 29.5万人 (注) 従事医師数は、28.0万人

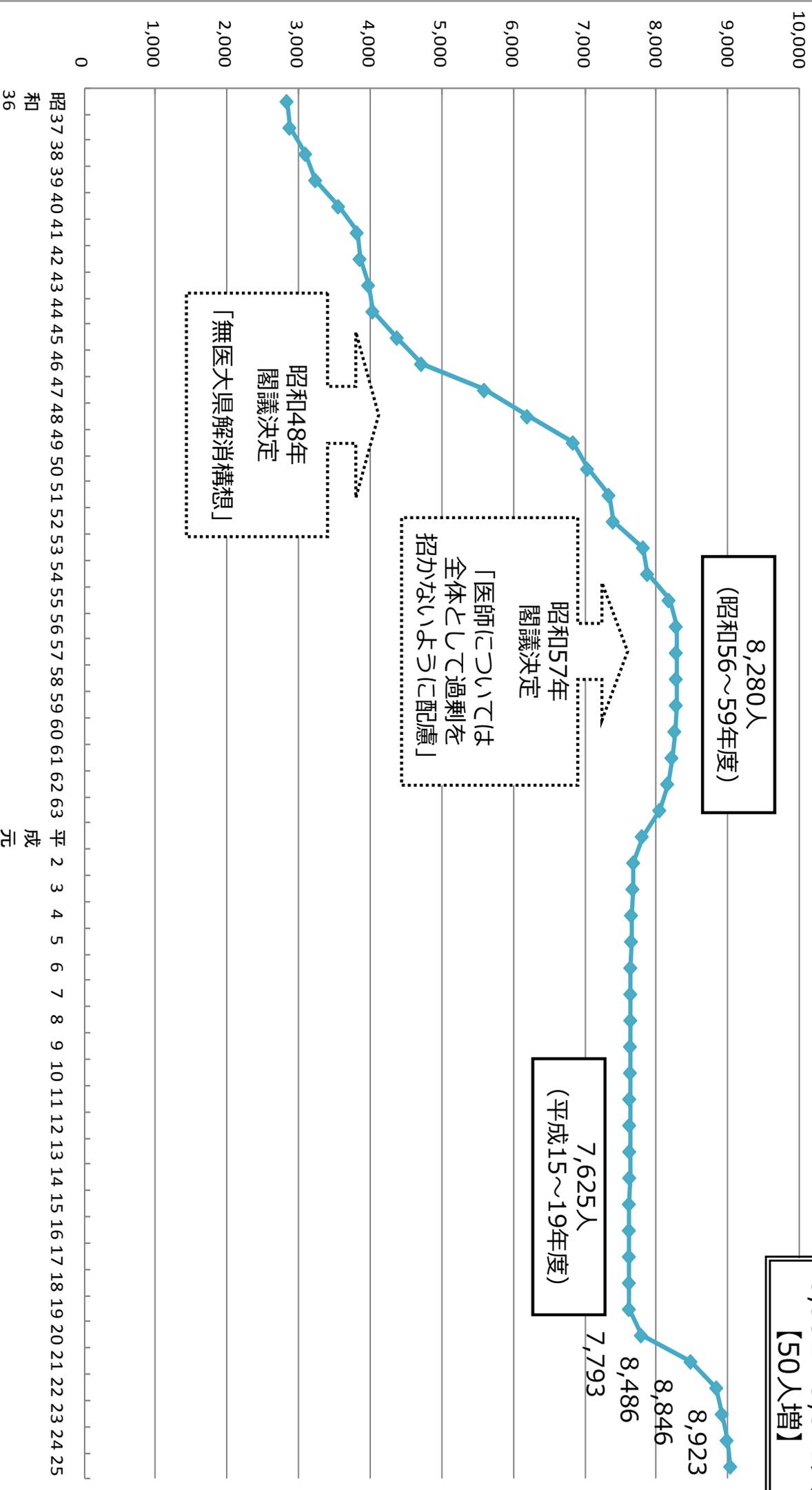


医学部入学定員の年次推移

○医学部の入学定員を、過去最大規模まで増員。

(平成19年度7,625人→平成25年度9,041人 (累計1,416人増))

(人)



平成25年度
8,991→9,041人
【50人増】

8,280人
(昭和56~59年度)

7,625人
(平成15~19年度)

昭和48年
閣議決定
[無医大県解消構想]

昭和57年
閣議決定
[医師については
全体として過剰を
招かないように配慮]

地域の医師確保を目的とした都道府県地域枠（概要）

○【地域枠】（平成22年度より医学部定員増）

- 〈1〉 大学医学部が設定する「地域医療等に従事する明確な意思をもった**学生の選抜枠**」
〈2〉 **都道府県が設定する奨学金の受給が要件**

※入試時に選抜枠を設定せず、入学後に学生を選抜する場合もあり
※学生の出身地にとらわれず、全国から募集する場合もあり

奨学金の例

※貸与額及び返還免除要件については、各都道府県がその実情に応じて、独自に設定。

1. 貸与額

○月額10～15万円

○6年間で概ね1200万円前後
※入学金等や授業料など別途支給の場合あり
※私立大学医学生等には、別途加算の場合あり

（参考）全学部平均の学生の生活費（授業料含む）は

国公立大学で約140万円/年、私立大学で約200万円/年

出典（独）日本学生支援機構 学生生活調査（平成20年度）

2. 返還免除要件

○医師免許取得後、下記のような条件で医師として貸与期間の概ね1.5倍（9年間）の期間従事した場合、奨学金の返還が免除される。

1. 都道府県内の特定の地域や医療機関
（公的病院、都道府県立病院、市町村立病院、へき地診療所等）
2. 指定された特定の診療科（産婦人科・小児科等の医師不足診療科）

医学教育（6年間）

平成28年度以降、新たな
医師として地域医療等へ貢献：

- 平成22年度地域枠入学定員（313名）→平成28年に卒業見込み
- 平成23年度地域枠入学定員（372名）→平成29年に卒業見込み
- 平成24年度地域枠入学定員（437名）→平成30年に卒業見込み
- 平成25年度地域枠入学定員（476名）→平成31年に卒業見込み

地域医療再生基金の概要

【目的】

- 21年度補正予算において、地域の医師確保、救急医療の確保など、地域における医療課題の解決を図るため、都道府県に基金を設置。
- 22年度補正予算において、対象地域を都道府県単位（三次医療圏）の広域医療圏における医療提供体制の課題を解決するために基金を拡充。
- 23年度補正予算において、被災3県（岩手県、宮城県、福島県）のうち、津波等で甚大な被害を受けた地域を中心に基金を拡充。
- 24年度予備費を活用し、被災地（岩手県、宮城県、福島県、茨城県）における医療施設の早期復旧・復興について、更なる医療復興支援が必要なため、被災県が医療の復興計画等に定める事業を支援するために基金を拡充。
- 24年度補正予算にて、地域医療再生計画に基づき事業を遂行していく中で、計画策定時（平成22年度）以降に生じた状況変化に対応するために生じる予算の不足を補うために基金を拡充。

【対象事業】

- 都道府県が策定する地域医療再生計画、医療の復興計画に基づく事業を支援

財源	予算措置額	対象地域	計画期間
平成21年度補正予算	2,350億円	二次医療圏を基本とする地域（94地域×25億円）	平成25年度まで
平成22年度補正予算	2,100億円	都道府県単位（三次医療圏） ※一次・二次医療圏を含む広域医療圏	平成25年度まで
平成23年度補正予算	720億円	被災3県（岩手、宮城、福島）	平成27年度まで
平成24年度予備費	380億円	被災3県及び茨城県	平成27年度まで (茨城県については、平成25年度まで)
平成24年度補正予算	500億円	都道府県単位	平成25年度末までに開始した事業 （これまで交付した分で25年度までと していたものも同様の扱いとする。）

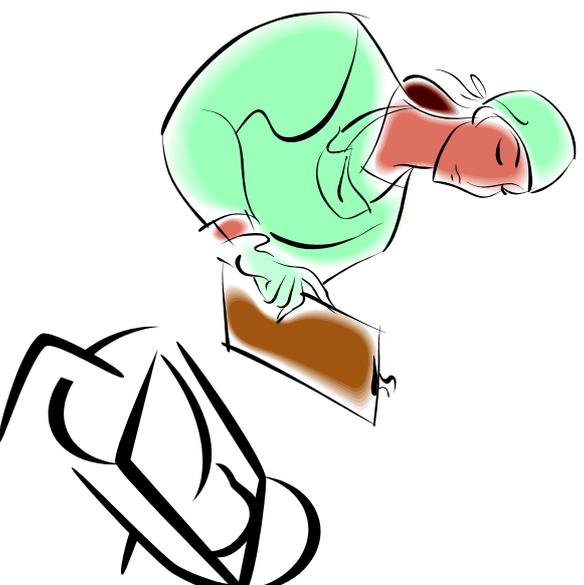
医師不足の診療科の医師確保対策

○産婦人科、小児科等の厳しい勤務環境にある診療科において医師が不足

↓
救急医（産科医、麻酔科医、新生児科医、小児科医等を含む）に救急勤務手当を支給する2次救急医療機関等に対して財政支援

↓
産科医等に分娩手当等を支給する分娩取扱機関に対して財政支援

↓
出生後NICU（新生児集中治療管理室）に入る新生児を担当する医師に手当を支給する医療機関に対して財政支援



医療計画制度について

趣旨

- 各都道府県が、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定。
- 医療提供の量(病床数)を管理するとともに、質(医療連携・医療安全)を評価。
- 医療機能の分化・連携(「医療連携」を推進することにより、急性期から回復期、在宅療養に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される「地域完結型医療」を推進)。

平成25年度からの医療計画における記載事項

- 新たに精神疾患を加えた五疾病五事業(※)及び在宅医療に係る目標、医療連携体制及び住民への情報提供推進策

※ 五疾病五事業…五つの疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患)と五つの事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む))をいう。災害時における医療は、東日本大震災の経緯を踏まえて見直し。

- 地域医療支援センターにおいて実施する事業等による医師、看護師等の医療従事者の確保
- 医療の安全の確保 ○ 二次医療圏(※)、三次医療圏の設定 ○ 基準病床数の算定 等
※ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入・流出割合に基づき、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

【医療連携体制の構築・明示】

- ◇ 五疾病五事業ごとに、必要な医療機能(目標、医療機関に求められる事項等)と各医療機能を担う医療機関の名称を医療計画に記載し、地域の医療連携体制を構築。
- ◇ 地域の医療連携体制を分かりやすく示すことにより、住民や患者が地域の医療機能を理解。
- ◇ 指標により、医療資源・医療連携等に関する現状を把握した上で課題の抽出、数値目標を設定、施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う(疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進)。

地域医療支援センター運営経費

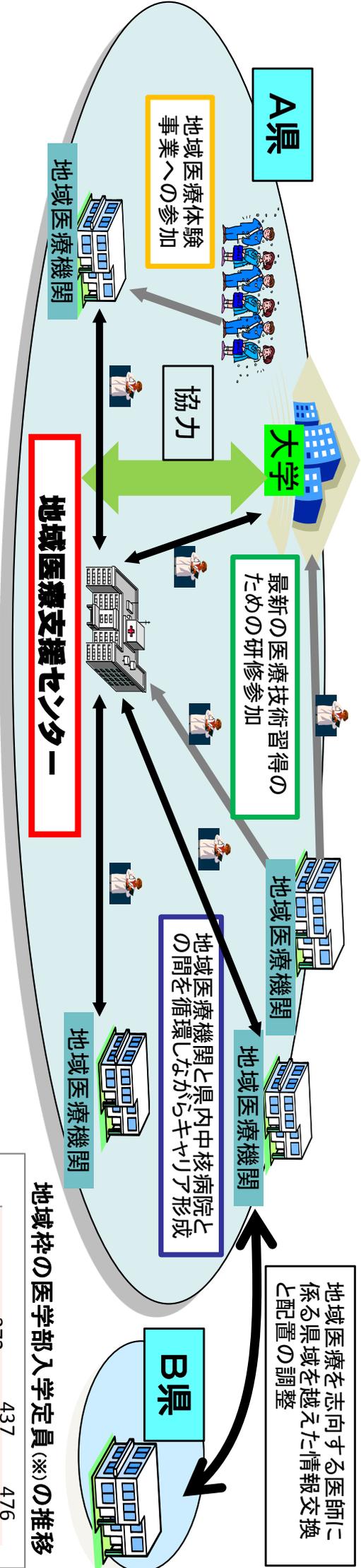
平成26年度概算要求額 13.5億円 (平成25年度予算 9.6億円)
(42箇所) (30箇所)

医師の地域偏在（都市部への医師の集中）の背景

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

地域医療支援センターの目的と体制

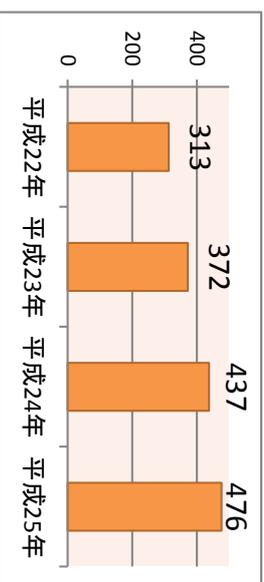
- 都道府県が責任を持って医師の地域偏在の解消に取り組む**コントローラクターの確立。**
 - 地域枠医師や地域医療支援センター自らが確保した医師などを活用しながら、キャリア形成支援と一体的に、地域の医師不足病院の医師確保を支援。
 - **医師確保の実働部隊として、喫緊の課題である医師の地域偏在解消に取り組む。**
- ・ 設置場所：都道府県庁、〇〇大学病院、都道府県立病院等



地域医療支援センターの役割

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

地域枠の医学部入学定員(※)の推移



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

- 平成25年度現在、全国30道府県の地域医療支援センターの運営に対する支援を実施している。
- 平成23年度以降、30道府県で合計1,069名の医師を各道府県内の医療機関へあせん・派遣をするなどの実績を上げている。(平成25年7月末時点)

地域医療支援センターの派遣実績等について

平成25年7月31日現在

都道府県	設置年月日	医師の派遣・あつせん実績		設置場所	体制	専任医師
		常勤	非常勤			
北海道	H23.4	45	26	道庁内	専任医師1名 専従職員3名	○北海道庁保健福祉部医療政策局地域医師確保推進室 医療参事
青森県	H23.4	63	0	県庁内	専任医師2名 専従職員4名	○青森県健康福祉部医療業務課 良医育成支援特別顧問 (元むつ総合病院 院長) ○中南部地域県民局健康福祉部 部長
岩手県	H23.4	25	1	県庁内	専任医師1名 専従職員1名 ほか県庁職員	○岩手医科大学 医学部長 ○岩手県保健福祉部医療政策室 室長
宮城県	H24.4	62	0	県庁内	専任医師2名 専従職員3名	○宮城県保健福祉部医療整備課 医療政策専門監 ○東北大学病院卒後研修センター 助教
福島県	H23.12	12	38	福島医科大学内	専任医師1名 専従職員2名	○福島県立医科大学医学部 整形外科科学講座助教
茨城県	H24.4	45	0	県庁内	専任医師2名 専従職員3名	○茨城県立中央病院 副院長 ○生きいき診療所ゆづき 所長
埼玉県	H25.4	12	0	県庁内	専任医師1名 専従職員3名	○埼玉県保健医療部 参事
千葉県	H24.4	4	0	県庁内	専任医師1名 専従職員4名	○NPO法人千葉医師研修支援ネットワーク 参事 (元千葉大学医学部附属病院総合医療教育研修センター 特任講師)
新潟県	H23.12	7	0	県庁内	専任医師2名 専従職員3名	○新潟県福祉保健部医師・看護職員確保対策課 参事 ○新潟大学医学部総合病院総合臨床研修センター 特任助教
石川県	H25.6	0	0	県庁内	専任医師1名 専従職員1名	○金沢大学附属病院 地域医療教育センター 長
山梨県	H25.4	0	0	山梨大学医学部附属病院 及び県庁内	専任医師1名	○山梨大学医学部附属病院 准教授
長野県	H23.10	36	11	県庁内	専任医師2名 専従職員3名	○信州大学医学部附属病院 准教授 ○信州大学医学部附属病院 助教
岐阜県	H23.4	37	0	岐阜大学医学部内	専任医師1名 専従職員1名	○岐阜大学医学部附属病院 副病院長 (兼岐阜大学医学部附属地域医療医学センター 長)
静岡県	H23.4	87	0	県庁内	専任医師1名 専従職員6名	○静岡県立総合病院 院長代理 ○浜松医科大学 特任講師
三重県	H24.5	65	0	県庁内	専任医師1名 専従職員3名	○三重大学医学部附属病院 助教

地域医療支援センターの派遣実績等について

平成25年7月31日現在

都道府県	設置年月日	医師の派遣・あつせん実績		設置場所	体制	専任医師
		常勤	非常勤			
滋賀県	H24.9	28	0	県庁内	専任医師1名 専従職員1名	○滋賀医科大学 特任教授
京都府	H23.6	57	0	府庁内	専任医師2名 専従職員3名	○行政職医師 保健医療対策室 ○行政職医師 医務主幹
大阪府	H25.4	9	0	大阪府立急性期・総合医療センター	専任医師1名 専従職員3名	○大阪府立急性期・総合医療センター 部長
奈良県	H25.4	13	0	奈良県立医科大学	専従医師2名	○奈良県立医科大学 地域医療学講座教授
和歌山県	H25.4	54	0	和歌山県立医科大学	専任医師2名 専従職員2名	○和歌山県立医科大学附属病院 准教授 ○和歌山県立医科大学附属病院 助教
島根県	H23.8	88	0	島根大学医学部内及び県庁内	専任医師4名 専従職員5名	○島根大学医学部附属病院 准教授 ○島根大学医学部附属病院 講師 ○島根大学医学部附属病院 助教
岡山県	H25.4	18	0	県庁内及び岡山大学	専任医師2名 専従職員2名	○岡山済生会総合病院 名誉院長 ○岡山大学大学院 助教
広島県	H23.4	103	1	(財)広島県地域保健医療推進機構内	専任医師1名 専従職員6名	○広島県医療政策課 専門員 (兼県立病院地域医療支援センター専門員)
徳島県	H23.11	37	0	徳島大学医学部内	専任医師1名 専従職員2名	○徳島大学病院 特任助教
愛媛県	H25.4	0	0	愛媛大学	専任医師1名 専従職員2名	○愛媛大学附属病院 准教授
高知県	H23.4	12	1	高知大学医学部内	専任医師2名 専従職員3名	○元高知大学医学部附属病院 病院長 ○県立あき総合病院(放射線科) 医師
長崎県	H25.4	10	2	国立病院機構長崎医療センター	専任医師2名 専従職員3名	○国立病院機構長崎医療センター救命救急センター センター長・救急科部長 ○国立病院機構長崎医療センター臨床疫学研究室 室長
大分県	H23.10	6	2	大分大学医学部内	専任医師2名 専従職員3名	○大分大学医学部附属病院 助教 ○大分大学附属病院 助教
宮崎県	H23.10	51	1	県庁内	専任医師2名 専従職員3名	○県立宮崎病院 医長 ○県立日南病院 医長
派遣・あつせん人数計		986	83	合計	1,069名	

注)非常勤は常勤換算後の数

岩手県の地域医療支援センター派遣・あっせんの内容について

1. 二次医療圏別分布

医療圏名	人口(人)	医師数(人) ※従事者数	10万人あたり (全国平均219.0)	あっせん・派遣 医師数(人)
盛岡	481,357	1,278	265.5	2
岩手中部	231,480	306	132.2	3
胆江	141,451	208	147.0	5
西磐	136,589	199	145.7	7
気仙	70,284	100	142.3	3
釜石	54,587	71	130.1	4
宮古	92,392	97	105.0	1
久慈	62,345	73	117.1	0
二戸	60,172	81	134.6	1

2. 診療科別分布

診療科名	あっせん・派遣 医師数(人)
内科	12
小児科	7
整形外科	2
麻酔科	2
呼吸器科	2
眼科	0
その他	1

3. 項番1のうち人口10万人あたり医師数が最小である宮古医療圏について

3-①. 市町村別分布

市町村名	人口(人)	医師数(人) ※従事者数	10万人あたり	あっせん・派遣 医師数(人)
宮古市	59,118	83	140.4	1
山田町	18,745	7	37.3	
岩泉町	10,693	6	56.1	
田野畑村	3,836	1	26.1	

3-②診療科別分布

診療科名	あっせん・派遣 医師数(人)
内科	1

3-③設立主体分布

区分	あっせん・派遣 医師数(人)
公立病院	1

4. 項番1のうち人口10万人あたり医師数が最大である盛岡医療圏について

4-①. 市町村別分布

市町村名	人口(人)	医師数(人) ※従事者数	10万人あたり	あっせん・派遣 医師数(人)
盛岡市	298,114	1,141	382.7	2
八幡平市	28,671	19	66.3	
雫石町	18,098	19	105.0	
葛巻町	7,088	7	98.8	
岩手町	14,875	11	73.9	
滝沢村	54,311	31	57.1	
紫波町	33,372	22	65.9	

4-②診療科別分布

診療科名	あっせん・派遣 医師数(人)
内科	2

4-③設立主体分布

区分	あっせん・派遣 医師数(人)
公立病院	2

【あっせん(派遣)の手法】

他県在住の岩手県出身医師、岩手県地域医療に興味のある他県出身医師等に対し訪問活動を行い、医師の希望と診療所等とのマッチングによるあっせん(招聘)

滋賀県の地域医療支援センター派遣・あっせんの内容について

1. 二次医療圏別分布

医療圏名	人口(人)	医師数(人) ※従事者数	10万人あたり (全国平均219.0)	あっせん・派遣 医師数(人)
大津医療圏	337,634	1,112	329.4	5
湖南医療圏	321,044	656	204.3	
甲賀医療圏	147,318	171	116.1	5
東近江医療圏	233,003	321	137.8	8
湖東医療圏	155,101	220	141.8	
湖北医療圏	164,191	284	173.0	8
湖西医療圏	52,486	66	125.7	2

2. 診療科別分布

診療科名	あっせん・派遣 医師数(人)
内科	1
産婦人科	3
小児科	5
その他	19

その他の診療科はへき地診療所への配置等のため診療科が特定できない者

3. 項番1のうち人口10万人あたり医師数が最小である甲賀医療圏について

3-①. 市町村別分布

市町村名	人口(人)	医師数(人) ※従事者数	10万人あたり	あっせん・派遣 医師数(人)
甲賀市	92,704	137	147.8	4
湖南市	54,614	34	62.3	1

3-②. 診療科別分布

診療科名	あっせん・派遣 医師数(人)
その他	5

3-③. 設立主体分布

区分	あっせん・派遣 医師数(人)
公立病院	4
公的病院	1

4. 項番1のうち人口10万人あたり医師数が最大である大津医療圏について

4-①. 市町村別分布

市町村名	人口(人)	医師数(人) ※従事者数	10万人あたり	あっせん・派遣 医師数(人)
大津市	337,634	1,112	329.4	5

4-②. 診療科別分布

診療科名	あっせん・派遣 医師数(人)
小児科	1
その他	4

4-③. 設立主体分布

区分	あっせん・派遣 医師数(人)
公立病院	1
公的病院	4

【あっせん(派遣)の手法】

自治医科大学卒業生の配置調整

第 3 3 回 社会 保障 審 議 会 医 療 部 会	資 料 2
平 成 2 5 年 1 0 月 4 日	

看 護 職 員 確 保 対 策 に つ い て

「医療提供体制の改革に関する意見」
(平成23年12月22日 社会保障審議会医療部会) (抜粋)

1. 地域の実情に応じた医師等確保対策

(1) 医師等の人材確保

○ 医師の地域間、診療科間の偏在の是正は重要な課題である。このため、都道府県が担う役割を強化し、地域の実情に応じた医師確保体制を構築すべきである。

○ 看護職員の不足・偏在も深刻な問題であり、離職防止対策や養成所への補助等により看護職員の確保を図っていくべきである。

○ 病院勤務医の疲弊、女性の医療従事者の増加、看護職員の不足といった現状を踏まえ、負担の大きい医療従事者の労働環境改善に向けた取組が必要である。

「社会保障制度改革国民会議報告書」 (平成25年8月6日) (抜粋)

第2部 社会保障4分野の改革

II 医療・介護分野の改革

2 医療・介護サービスの提供体制改革

(6) 医療の在り方

医療従事者の確保と有効活用の観点からは、さらに、激務が指摘される医療機関の勤務環境を改善する支援体制を構築する等、医療従事者の定着・離職防止を図ることが必要である。

特に、看護職員については、養成拡大や潜在看護職員の活用を図るために、看護大学の定員拡大及び大卒社会人経験者等を対象とした新たな養成制度の創設、看護師資格保持者の登録義務化等を推進していく必要がある。

「社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子について」（抄）

〔平成25年8月21日閣議決定〕

(3) 医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等を図り、効率的で質の高い医療提供体制を構築するとともに、今後の高齢化の進展に対応し、地域包括ケアシステム（医療、介護、住まい、予防、生活支援サービスが身近な地域で包括的に確保される体制）を構築することを通じ、地域で必要な医療を確保するため、次に掲げる事項その他診療報酬に係る適切な対応の在り方等について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

- ① 病床の機能分化・連携及び在宅医療・在宅介護を推進するために必要な次に掲げる事項
 - イ 病床機能に関する情報を都道府県に報告する制度の創設
 - ロ 地域医療ビジョンの策定及びこれを実現するために必要な措置
(必要な病床の適切な区分の設定、都道府県の役割の強化等)
 - ハ 新たな財政支援の制度の創設
 - ニ 医療法人間の合併、権利の移転に関する制度等の見直し
- ② 地域における医師、看護職員等の確保及び勤務環境の改善等に係る施策
- ③ 医療職種の業務範囲及び業務の実施体制の見直し

(略)

(5) 次期医療計画の策定期期が平成30年度であることを踏まえ、(3)に掲げる必要な措置を平成29年度までを目途に順次講ずる。その一環としてこのために必要な法律案を平成26年通常国会に提出することを目指す。

「新たな看護職員確保に向けた総合的な対策」の必要性

看護職員を取り巻く現状と課題

- 偏在等を背景とした、「看護職員不足」についての医療現場の指摘
- 夜勤・交代制勤務など厳しい勤務環境とワークライフバランス確保の必要性
- 社会保障・税一体改革の推進に向けたランパワー増強の必要性

- 社会保障・税一体改革による看護職員の必要数 約15年で +50万人
- 少子化が進む中、技術的な看護職員確保対策が不可欠

2011(H23)年
看護職員
約150万人

医療・介護サービス提供の改革

質の向上に向けた
ランパワー増強

2025(H37)年
看護職員
約200万人

2011(H23)年 就業者数 約150万人

新規資格取得者
約4.9万人

2.5万人の増加

離職等による減少
約2.4万人

少子化の進展で、今後、この水準維持のためには何らかの対策が必要

新卒入学者 約5.6万人

潜在看護職員 (※推計値)
約71万人

新たな看護職員確保に向けた施策の柱

(背景)

- 少子化が進展する中、今後必要とされる看護職員を確保するためには、抜本的な看護職員確保対策が不可欠。
- 離職中の者を含め、個々の看護師免許保持者の状況を的確に把握した上で、それぞれのニーズを踏まえた研修、情報提供、相談、職業紹介等の支援を実施していく仕組みや、働きやすい職場づくりによる離職防止の徹底等の取組が不可欠。
- 社会保障制度改革国民会議においても、同趣旨の指摘。

(対応策)

(1) 看護職員の復職支援の強化

- ・ 看護師等免許保持者について一定の情報の届出制度を創設し、離職者の把握を徹底。
- ・ ナースセンターが、離職後も一定の「つながり」を確保し、ラインサイクルを通じて、適切なタイミングで復職研修等必要な支援を実施。

(2) 勤務環境の改善を通じた定着・離職防止

- ・ 医師等を含めた医療スタッフ全体の勤務環境を改善するため、医療機関による自主的な勤務環境改善活動を促進するとともに、医療勤務環境改善センターが医療機関の取組をバックアップするシステムを構築。こうしたシステムを普及させることで、看護職員について定着・離職防止を推進。ワークライフバランスなどにも配慮した取組。 →医療法改正の検討

(3) 大卒社会人経験者の看護職への取り込み促進

- ・ 18歳人口が減少する中、大卒社会人を対象とした新規養成の拡充 → 25年度中に調査研究に着手

取組の視点

女性割合が高い看護職が働きやすい環境整備を通じた「女性の活躍促進」

医療機関への雇用促進等による地域活性化の視点

新たな雇用の受け皿としての「看護」を考える(有能な社会人経験者の受け入れ促進等)。

ナースセンターの機能強化に向けた対応の方向について

(現状)

- 看護職員は、医師等他の資格職と比較しても潜在率が高い一方、潜在看護師を把握する仕組みが存在しない。
- 一方、看護師等人材確保促進法に基づき、各都道府県ごとに無料職業紹介事業等を実施する「ナースセンター」制度が存在するが、その利用が進まず、必ずしも十分に機能していない実情にある。

(対応の方向性)

- 抜本的な看護職員確保対策を進めていくためには、ナースセンター全体の機能強化を図っていくべきではないか。
- その際、ハローワークとの連携促進など、これまでの取組を更に拡充するとともに、こうした取組では対応できない対象者も含めて、総合的で、きめ細やかな復職支援を実施していく観点から、次の対応を講じるべきではないか。
- ① 看護師等資格保持者のうち一定の者に対し、ナースセンターへの住所等の連絡先など必要な情報の届出を義務化することとし、ナースセンターが看護師等資格保持者の情報を把握できるよう制度的な対応を講じることとしてどうか。また、併せて、行政機関が保有する情報の活用等についても検討すべきではないか。
- ② 看護職員の離職後、離職理由が解消した後、スムーズな復職が可能となるよう、離職中における定期的な情報の提供、離職者のニーズに合った適切な復職研修の実施など、ナースセンターによる提供サービスの改善・充実を図り、ナースセンターがよりきめ細やかな支援を実施することとしてどうか。
- ③ そのため、看護師等資格保持者（求職者）や医療機関（求人側）がどのような支援を求めているのか等のニーズについて調査研究をするべきではないか。

看護師等人材確保促進法改正によるナースセンター機能強化のイメージ

ナースセンター

○あらかじめ、看護師等免許保持者について一定の情報の届出制度を創設し、離職者把握徹底
○ナースセンターが、ライフサイクルを通じて、適切なタイミングで復職研修等必要な支援を実施

登録データベース

届出制度を創設

病院（求人側）のニーズ把握

- 離職後、看護職資格保持者の要望に応じた情報提供等の支援
- 就職斡旋と研修等の一体的実施など復職支援のための「きめ細やかな対応」

総合的な復職支援（情報提供）、潜在化予防

円滑な復職

離職



參考資料

ナースセンター事業（概要）

(ア)中央ナースセンター 1か所(各都道府県ナースセンターの中央機関)

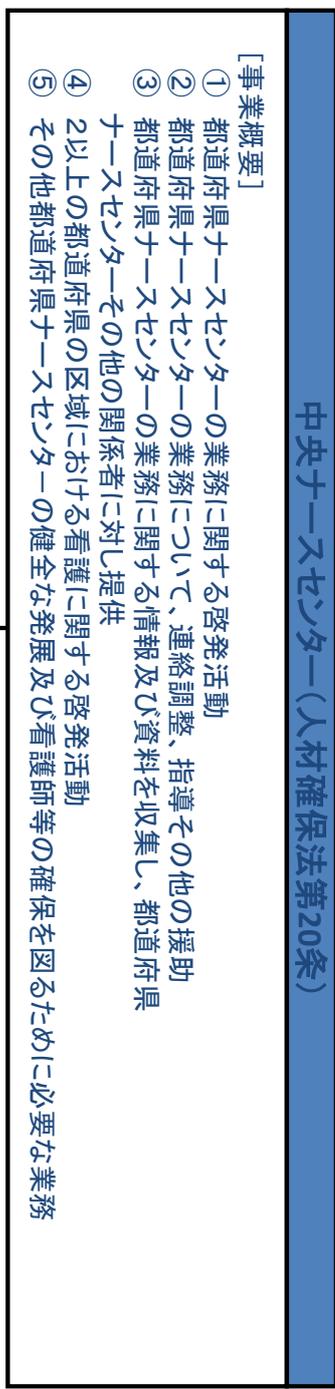
(イ)都道府県ナースセンター 47か所(看護職員確保対策との拠点として無料職業紹介などの事業を行う機関)

各都道府県の看護職員確保対策の拠点として、次の事業を行う。

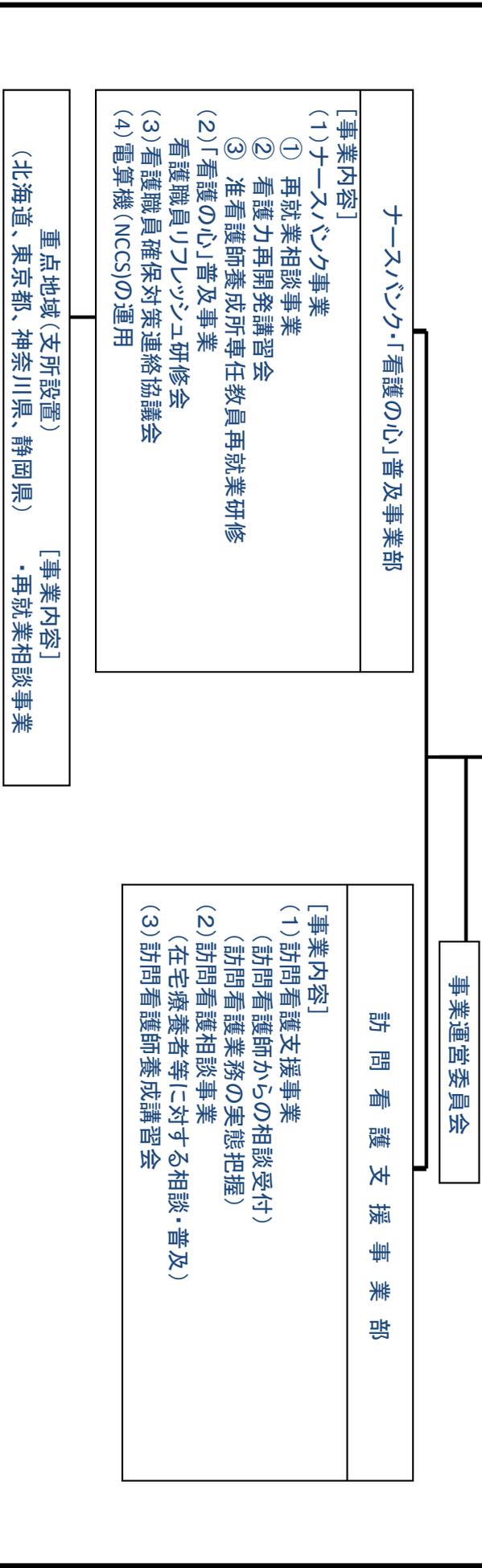
- ① 近年の少子化傾向から若年労働力人口の減少を踏まえ、潜在看護職員の就業促進を行うナースバンク事業
- ② 高齢社会の到来に対応するための訪問看護支援事業(訪問看護師養成講習会等)
- ③ 看護対策の基盤となる「看護の心」の普及に関する事業

※人材確保法: 看護師等の人材確保の促進に関する法律(平成4年)

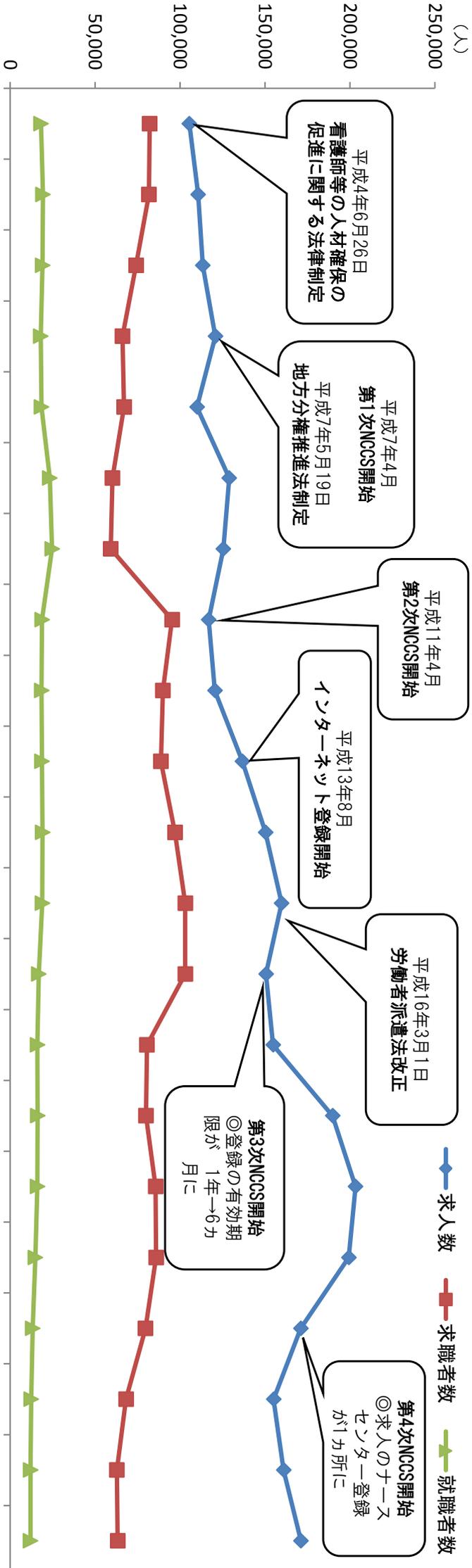
ナースセンター組織図



都道府県ナースセンター(人材確保法第14条) ※平成10年度 運営費を一般財源化



1. ナースセンター事業実績

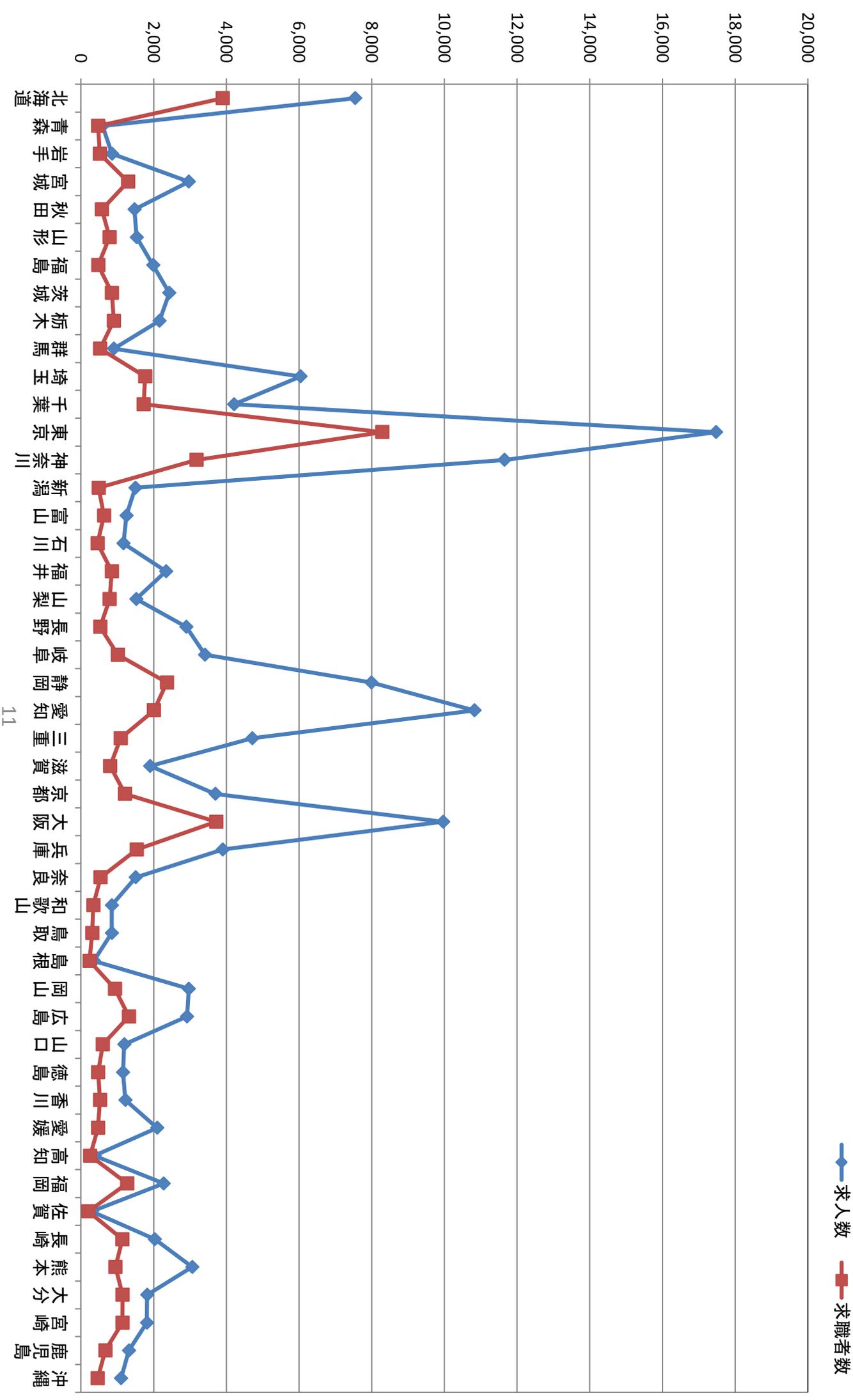


	平成4年度	平成5年度	平成6年度	平成7年度	平成8年度	平成9年度	平成10年度	平成11年度	平成12年度	平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度
求人数(人)	105,466	110,655	113,408	120,822	109,991	128,950	125,472	116,842	120,516	136,681	150,357	159,731	150,626	154,773	189,808	203,278	199,283	171,057	155,058	161,010	171,156
保健師								4,367	3,827	3,800	3,524	3,873	3,870	5,563	7,294	7,906	9,049	9,227	6,932	7,154	7,821
助産師				※				3,400	3,416	3,226	3,566	3,790	3,597	3,451	4,204	4,891	5,224	4,425	3,635	3,441	3,364
看護師								85,491	95,319	112,514	125,794	135,209	128,115	131,431	162,791	174,645	168,958	144,984	132,609	138,574	148,153
准看護師								23,584	17,954	17,141	17,473	16,859	15,044	14,328	15,519	15,836	16,052	12,421	11,882	11,841	11,818
求職者数(人)	82,094	81,670	74,106	66,097	67,090	60,197	59,225	95,288	89,871	88,714	97,035	103,044	103,105	80,561	79,983	85,627	85,954	79,675	68,199	62,844	63,309
保健師								3,562	3,469	4,353	5,595	6,546	7,540	6,897	7,823	9,894	11,066	9,772	8,222	7,717	7,770
助産師								2,139	1,990	1,929	2,202	2,397	2,268	1,796	1,828	2,059	2,090	1,868	1,495	1,373	1,379
看護師				※				63,424	60,741	60,933	68,135	73,909	74,552	58,864	58,741	62,607	62,379	58,339	50,116	46,358	46,807
准看護師								26,163	23,671	21,499	21,103	20,192	18,745	13,004	11,591	11,067	10,419	9,696	8,366	7,396	7,353
就職者数(人)	18,190	19,303	19,101	18,019	18,423	23,348	24,751	18,820	18,492	18,737	19,067	18,945	16,830	16,107	16,227	16,071	14,864	13,272	12,398	12,073	11,993
保健師								592	623	755	802	875	811	938	890	1,044	930	704	588	565	518
助産師								292	292	265	333	281	316	274	325	292	296	108	111	109	94
看護師				※				14,737	14,423	14,405	14,789	14,918	13,355	12,817	13,069	12,943	12,040	11,199	10,505	10,330	10,351
准看護師								3,199	3,154	3,312	3,143	2,871	2,348	2,078	1,943	1,792	1,598	1,261	1,194	1,069	1,030

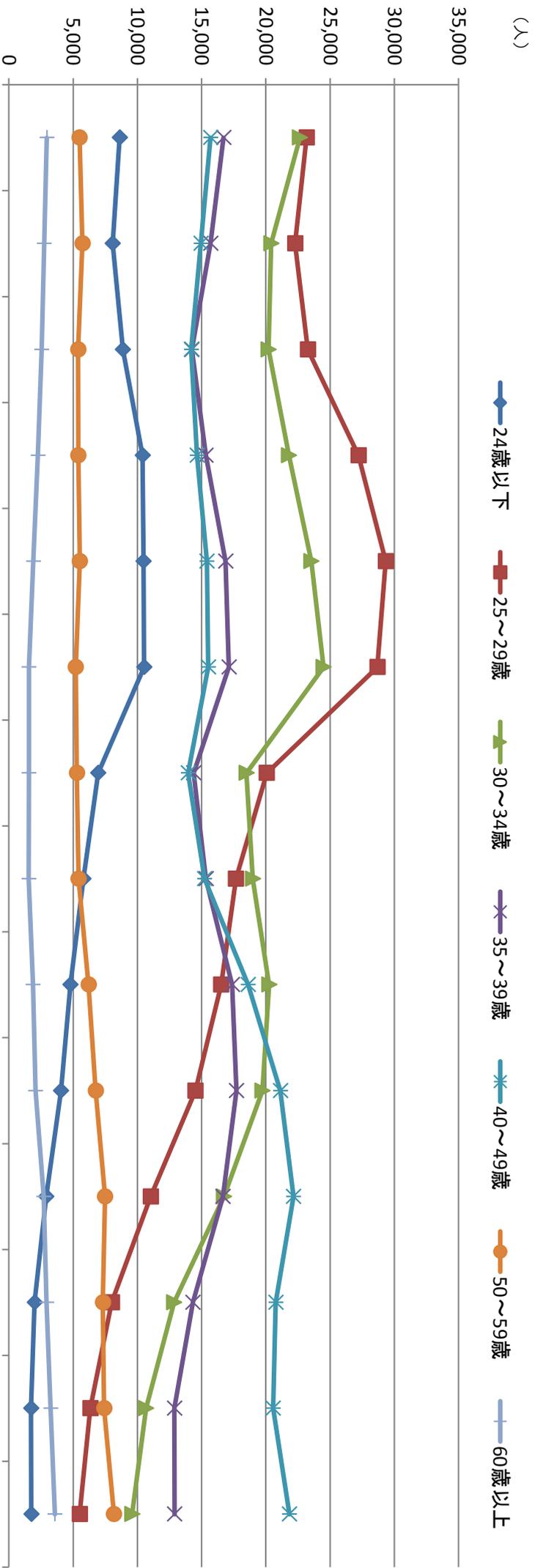
※ 平成4年～10年は平成11年以降と調査方法が異なるため未掲載

2.求人数、求職者数(都道府県別)

【平成24年度】

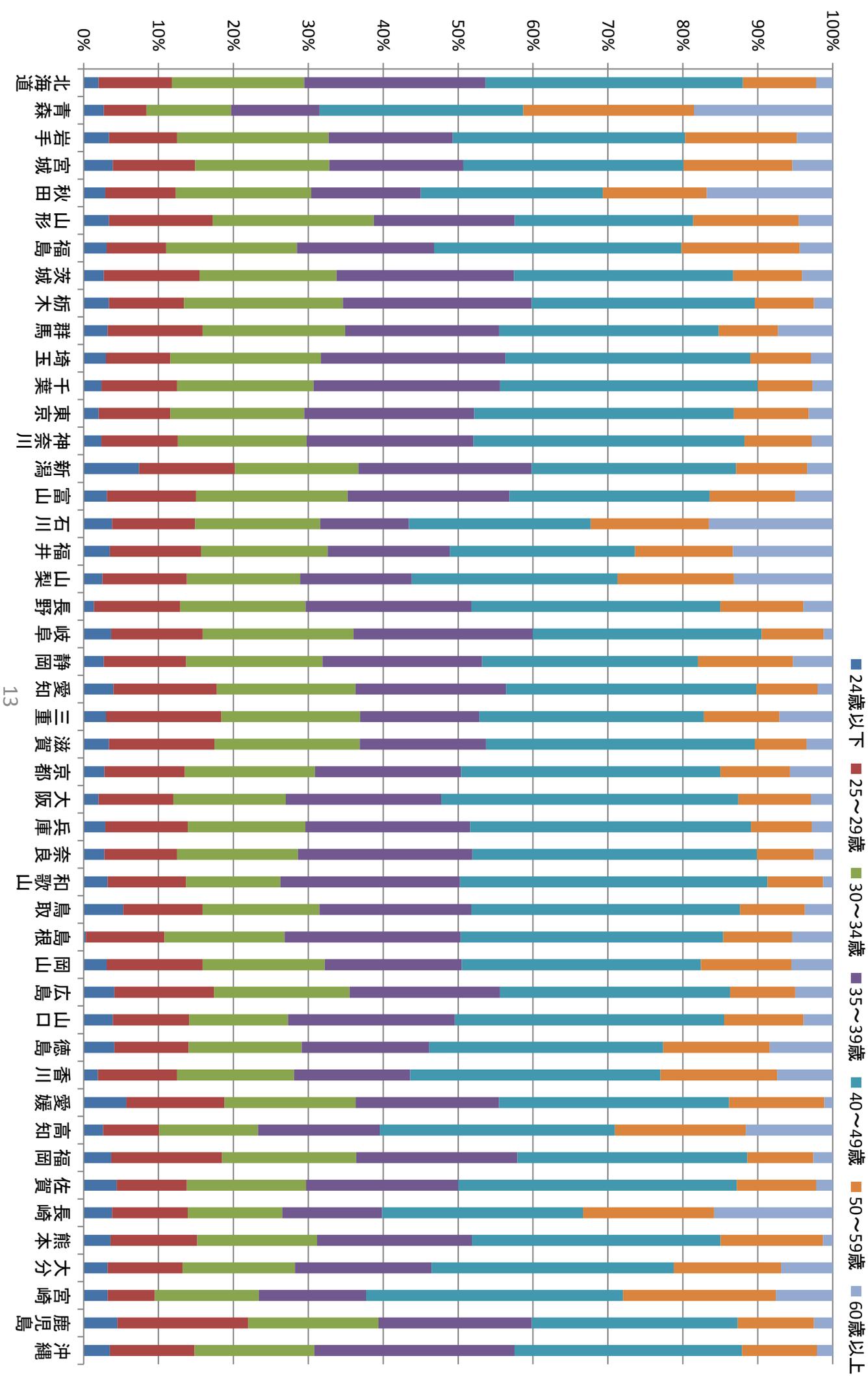


3. 求職者数、年齢階層別



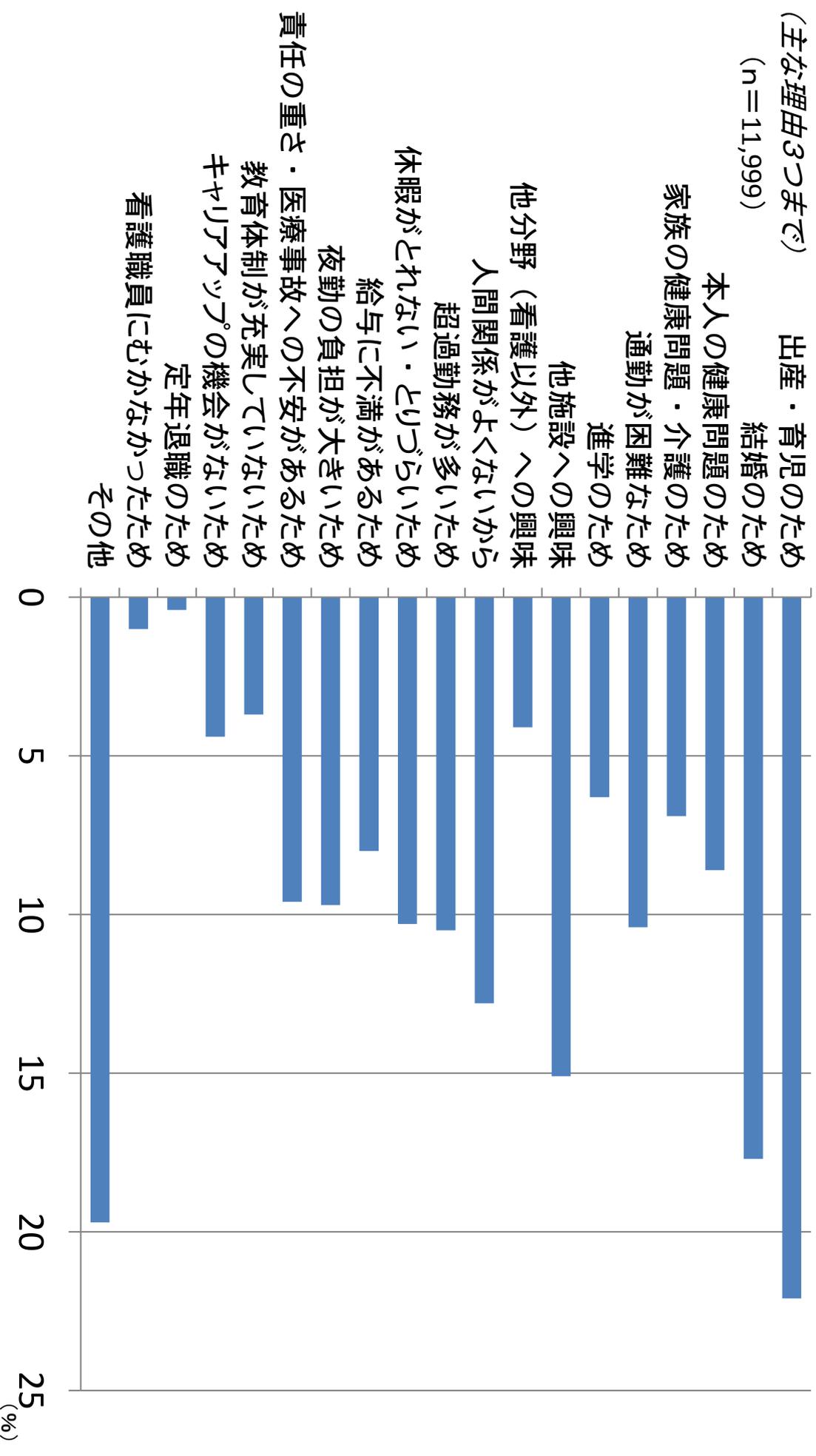
4. 求職者数、年齢階層(都道府県別)

【平成24年度】



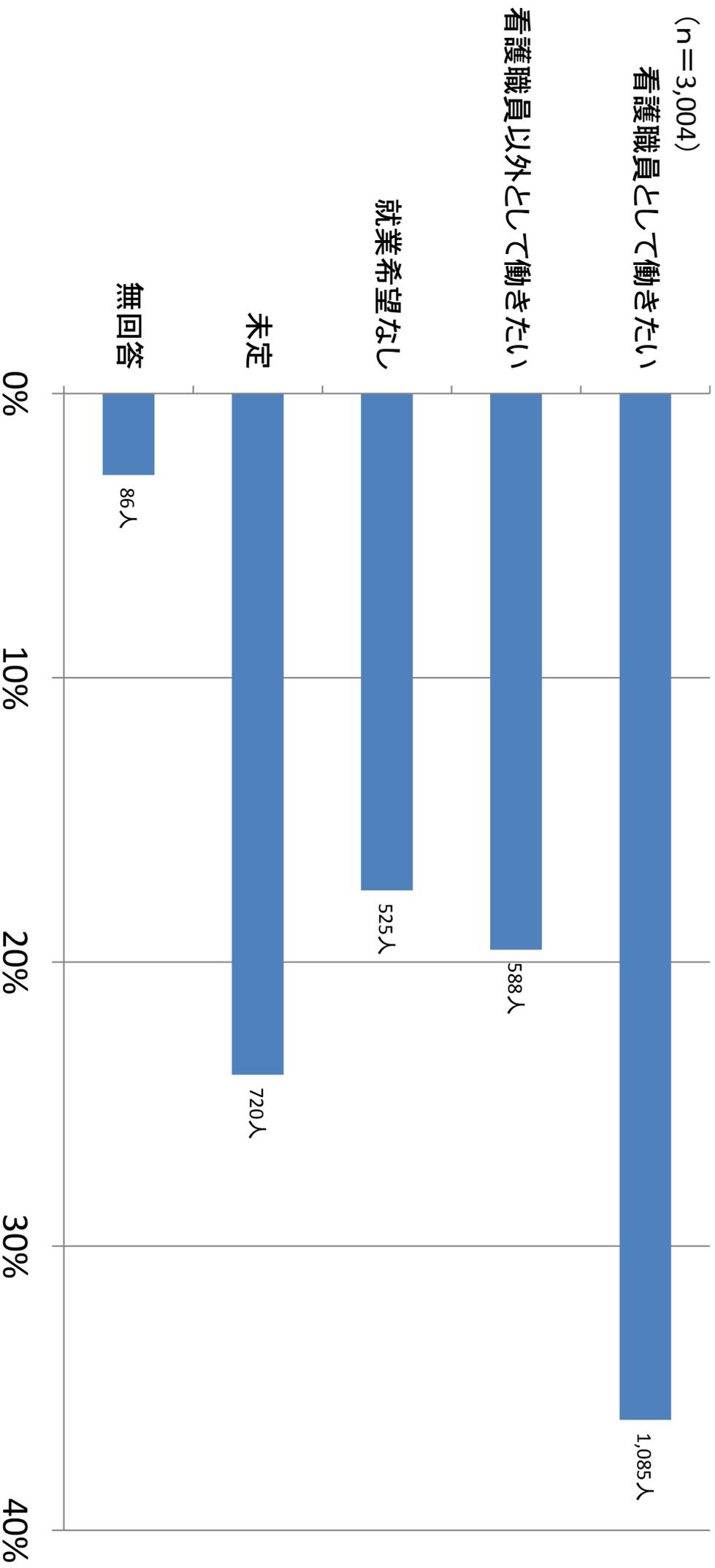
看護職員として退職経験のある者の退職理由

出産・育児のため（22.1%）が最も多く、次いでその他（19.7%）、結婚のため（17.7%）、他施設への興味（15.1%）



看護職員として就業していない者の就労への意向等

看護職員として働きたい (36.1%) が最も多く、次いで未定 (24.0%)、看護職員以外として働きたい (19.6%)、就業希望なし (17.5%)、無回答 (2.9%)



【対応の方向】**ア) ナースセンターの機能強化**

○ ナースセンターのマッチング機能強化を図るためには、**研修機能、相談機能、医療機関等の主体的な勤務環境改善の支援など看護協会が持つ機能の相互連携、病院を始めとした外部の関連機関等と連携した支援、幅広く看護職員を登録する仕組みづくりなど、ナースセンターの総合力の強化を図っていく必要がある。**

○ また、ナースセンターのシステムやその提供サービスについては、求人側の医療機関等、求職者である看護職員の双方のニーズ調査を行い、十分にその結果を分析・検証した上で、システムや提供サービスの改善に向けた検討を開始する。

イ) ナースセンターとハローワークの連携

○ ナースセンターは、看護職員自身によるきめ細かで専門的な就労支援などの強みを有するものの、ハローワークと比較すると、認知度や情報量は劣っている。一方、ハローワークについては、認知度と全国ネットワーク・情報量を活かし、看護職員に対する職業紹介を行うとともに、全国の主要なハローワークに設置する「福祉人材コーナー」において、医療分野を含めたマッチング支援に取り組んでいるものの、求人・求職側双方の個々の相談ニーズに十分に対応できる体制とまでは至っていないという課題がある。

○ そこで、双方の機関が持つ強みを組み合わせ、活かす観点から、まずはいくつかの地域を選定し、ナースセンターとハローワークの連携・協働による看護職員の人材確保に向けた取組（ナースセンター・ハローワーク連携モデル事業）を試験的に実施する。

〔連携モデルの具体的内容〕

- ・ 求職及び求人の登録様式の一元化
- ・ 求職者情報及び求人情報の可能な範囲での共有
- ・ ナースセンター就業相談員によるハローワークの相談窓口を活用した定期的な巡回相談の実施
- ・ 人材確保に係る緊急性が高い医療機関等を対象とした面接会など個別あっせんの強化

関係通知

平成25年2月8日
都道府県知事宛

厚生労働省 医政局長
医薬食品局長
労働基準局長
職業安定局長
雇用均等・児童家庭局長
保険局長

医療分野の「雇用の質」の向上のための取組について

第1 衛生主管部(局)関係

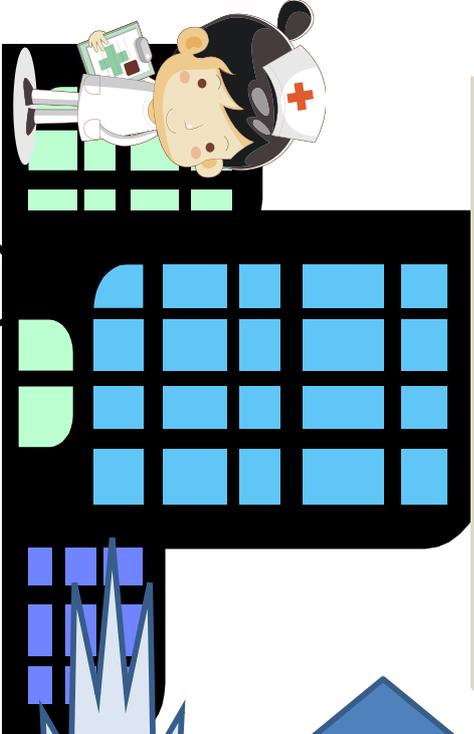
2 報告書4(2)①ii)イ)【公的職業紹介機関における看護職員のマッチング機能の強化】について

公的職業紹介機関における看護職員のマッチング機能の強化を図るため、ナースセンターとハローワークの連携・協働による看護職員の人材確保に向けた取組を進めます。

具体的には、いくつかの地域を選定し、試行的にナースセンターとハローワークの連携事業(ナースセンター・ハローワーク連携モデル事業)を実施することとしており、詳細については、追って通知します。このほかにも、都道府県ごとの判断により、労働局職業安定部と協議の上、地域の実情に応じたナースセンターとハローワークの連携の推進を積極的に図っていただきますようお願いいたします。

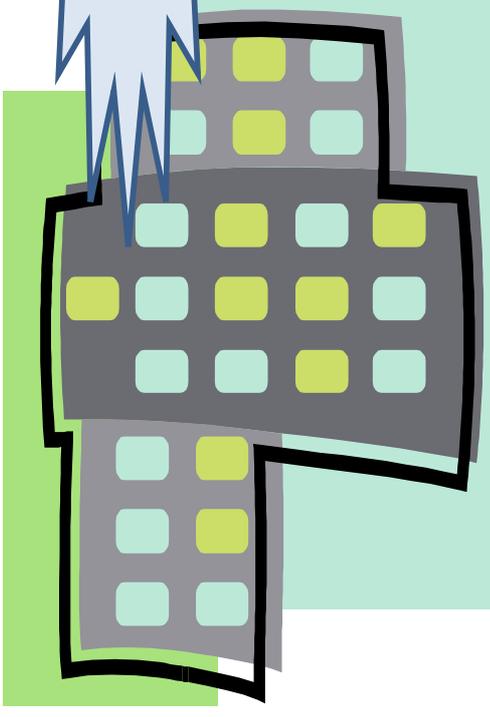
「ナースセンター・ハローワークの連携」強化

都道府県看護協会
ナースセンター



連携

厚生労働省都道府県労働局
ハローワーク



お互いの強みを活かす

年間就業実績 約1.2万人
(平成23年度)

- (弱み)
- 知名度でやや劣る

- (強み)
- 看護職によるノウハウ
 - 研修、相談、勤務環境改善支援など都道府県看護協会の「総合力」
 - 病院との密接な関係

「ナースセンター・ハローワーク連携モデル事業」の実施 (福島・富山・兵庫)

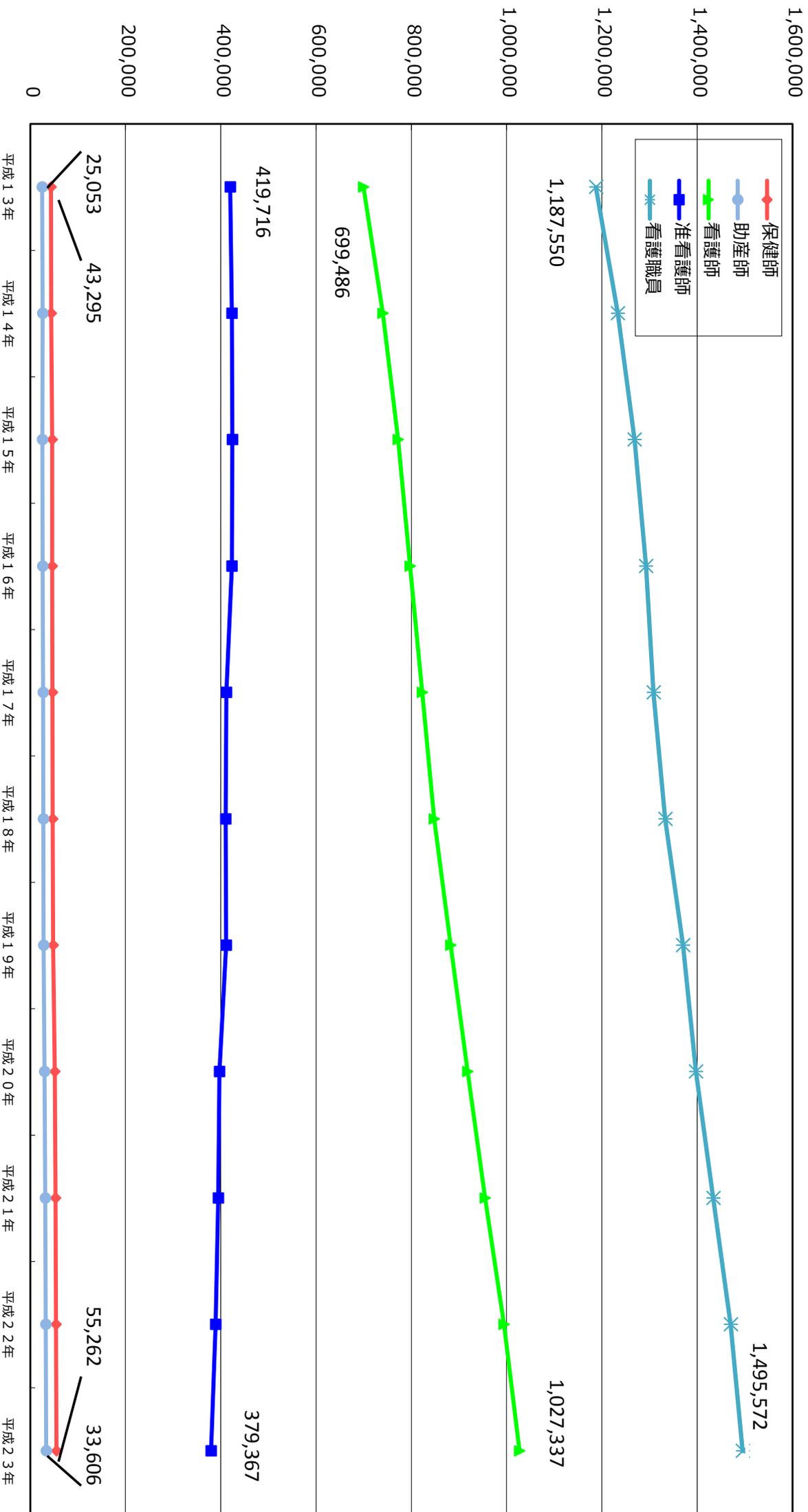
- ・ 登録の一元化
- ・ 求職者情報などの共有
- ・ 定期的な巡回相談
- ・ 病院の緊急度に応じた個別あっせん 等

年間就業実績 約5.1万人
(平成23年度)

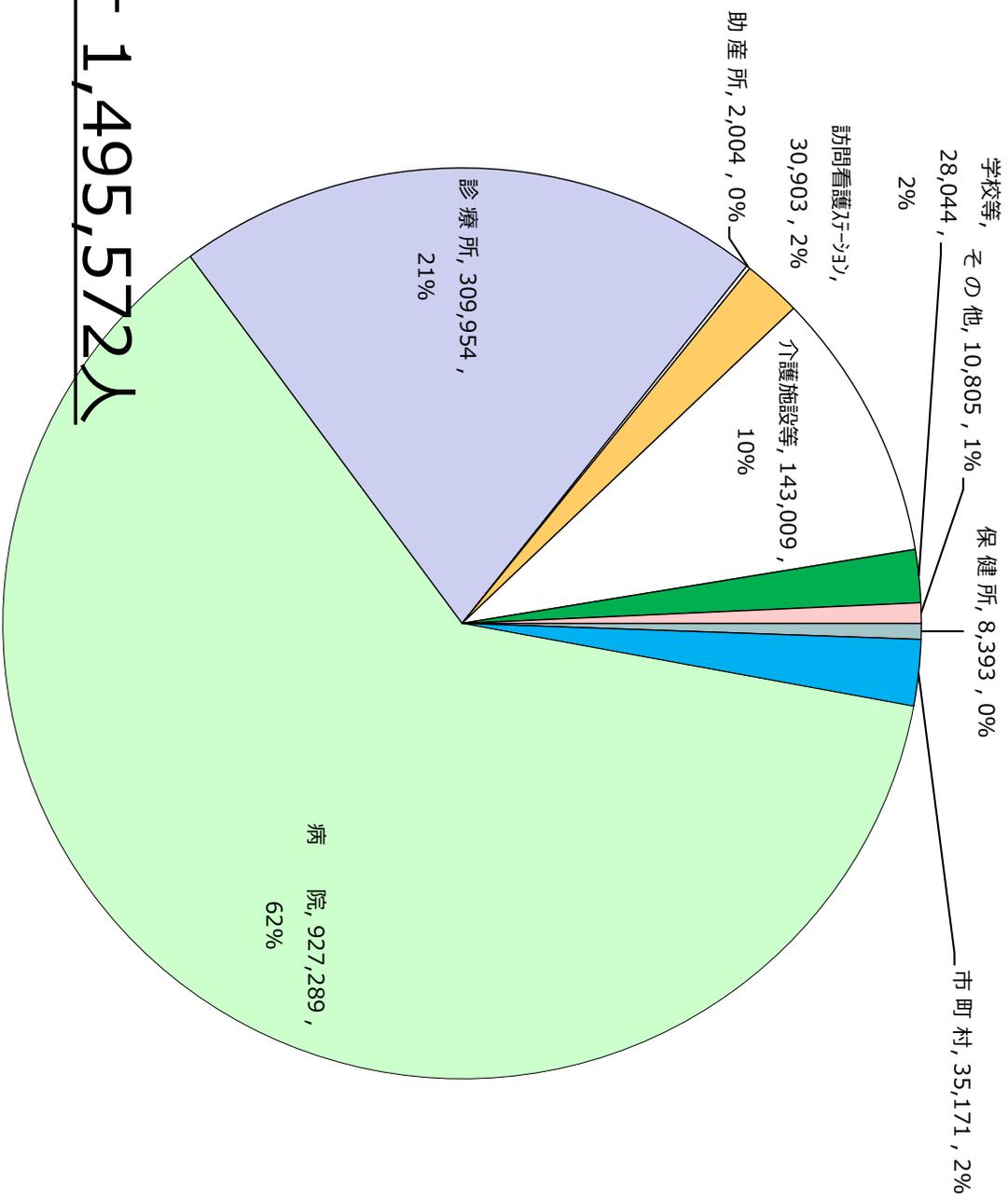
- (弱み)
- 看護・医療に関するノウハウがない。

- (強み)
- 抜群の知名度、ネットワーク力と情報力

保健師・助産師・看護師・准看護師 就業者数の推移 (平成13年～平成23年)



看護職員(※)就業者数(就業場所別)(平成23年)



合計 1,495,572人

※ 看護職員とは保健師、助産師、看護師、准看護師の総称

※ 「その他」にはその他の施設、進学、看護職以外での就職等を含む

第七次看護職員需給見通し

*需給見通しに基づいた看護職員の確保を図るため、看護職員確保に資する基本的資料として、平成23年から平成27年までの5年間の看護職員需給見通しを平成22年12月に策定。
 *看護職員需給見通しを着実に実施していくため、「定着促進」、「再就業支援」、「養成促進」などの看護職員確保等について一層の推進を図ることが必要不可欠。

(単位：人、常勤換算)

区分	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年
需見通し	1,404,300	1,430,900	1,454,800	1,477,700	1,500,900
① 病院	899,800	919,500	936,600	951,500	965,700
② 診療所	232,000	234,500	237,000	239,400	242,200
③ 助産所	2,300	2,300	2,400	2,400	2,400
④ 訪問看護	28,400	29,700	30,900	32,000	33,200
⑤ 介護保険関係	153,300	155,100	157,300	160,900	164,700
⑥ 社会福祉施設、在宅サービス(⑤を除く)	19,700	20,400	20,900	21,500	22,100
⑦ 看護学校等	17,600	17,700	17,700	17,800	17,900
⑧ 保健所・市町村	37,500	37,600	37,800	38,000	38,200
⑨ 事業所、研究機関等	13,800	14,000	14,100	14,300	14,500
供給見通し	1,348,300	1,379,400	1,412,400	1,448,300	1,486,000
① 年当初就業者数	1,320,500	1,348,300	1,379,400	1,412,400	1,448,300
② 新卒就業者数	49,400	50,500	51,300	52,400	52,700
③ 再就業者数	123,000	126,400	129,600	133,400	137,100
④ 退職等による減少数	144,600	145,900	147,900	149,900	152,100
需見通しと供給見通しの差	56,000	51,500	42,400	29,500	14,900
(供給見通し/需見通し)	96.0%	96.4%	97.1%	98.0%	99.0%

(注) 四捨五入のため、各項目の数値の合計等は一致しない。

第 3 3 回 社会 保障 審 議 会 医 療 部 会	資 料 3
平 成 2 5 年 1 0 月 4 日	

医療機関の勤務環境改善について

「医療提供体制の改革に関する意見」
(平成23年12月22日 社会保障審議会医療部会) (抜粋)

1. 地域の実情に応じた医師等確保対策
(1) 医師等の地域間、診療科間の偏在の是正は重要な課題である。このため、都道府県が担う役割を強化し、地域の実情に応じた医師確保体制を構築すべきである。
- 看護職員の不足・偏在も深刻な問題であり、離職防止対策や養成所への補助等により看護職員の確保を図っていくべきである。
- 病院勤務医の疲弊、女性の医療従事者の増加、看護職員の不足といった現状を踏まえ、負担の大きい医療従事者の労働環境改善に向けた取組が必要である。

「社会保障制度改革国民会議報告書」 (平成25年8月6日) (抜粋)

第2部 社会保障4分野の改革

Ⅱ 医療・介護分野の改革

2 医療・介護サービスの提供体制改革

(6) 医療の在り方

医療従事者の確保と有効活用の観点からは、さらに、激務が指摘される医療機関の勤務環境を改善する支援体制を構築する等、医療従事者の定着・離職防止を図ることが必要である。

特に、看護職員については、養成拡大や潜在看護職員の活用を図るために、看護大学の定員拡大及び大卒社会人経験者等を対象とした新たな養成制度の創設、看護師資格保持者の登録義務化等を推進していく必要がある。

社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子について（抄）

〔平成25年8月21日閣議決定〕

（3）医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等を図り、効率的で質の高い医療提供体制を構築するとともに、今後の高齢化の進展に対応し、地域包括ケアシステム（医療、介護、住まい、予防、生活支援サービスが身近な地域で包括的に確保される体制）を構築することを通じ、地域で必要な医療を確保するため、次に掲げる事項その他診療報酬に係る適切な対応の在り方等について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

- ① 病床の機能分化・連携及び在宅医療・在宅介護を推進するために必要な次に掲げる事項
 - イ 病床機能に関する情報を都道府県に報告する制度の創設
 - ロ 地域医療ビジョンの策定及びこれを実現するために必要な措置（必要な病床の適切な区分の設定、都道府県の役割の強化等）
 - ハ 新たな財政支援の制度の創設
 - ニ 医療法人間の合併、権利の移転に関する制度等の見直し
- ② 地域における医師、看護職員等の確保及び勤務環境の改善等に係る施策
- ③ 医療職種の仕事範囲及び業務の実施体制の見直し

（略）

（5）次期医療計画の策定期間が平成30年度であることを踏まえ、（3）に掲げる必要な措置を平成29年度までを目途に順次講ずる。その一環としてこのために必要な法律案を平成26年通常国会に提出することを旨とする。

厚生労働省におけるこれまでの検討①

■医療分野の「雇用の質」向上プロジェクトチーム（平成25年2月8日取りまとめ）

- 厚生労働審議官をトップ（統括）に、部局横断的に、医療機関の勤務環境改善を検討（医政局、労働基準局、職業安定局、雇用均等・児童家庭局、保険局の局長・関係課長で構成）。
- 脱「縦割り」で医療機関のニーズに応じた効果的な政策パッケージを模索。
- 「取締りだけでは解決しない」という認識の下、個々の医療機関の経営支援も視野に入れた具体策を検討。
- 特定の職種だけでなく、医療機関全体での勤務環境改善を目指す。
- 関係団体の取組とも連携

○日本医師会

- ・勤務医の健康支援プロジェクト委員会
- ・愛媛宣言「勤務医として、男女の別なく、仕事と生活の調和がとれる労働環境整備」など

○日本看護協会

- ・看護職員の夜勤・交代制勤務に関するガイドライン
- ・看護職のワークライフバランス推進ワークショップ

等

- 医療機関の勤務環境改善のための診療報酬制度の利用

等

厚生労働省におけるこれまでの検討②

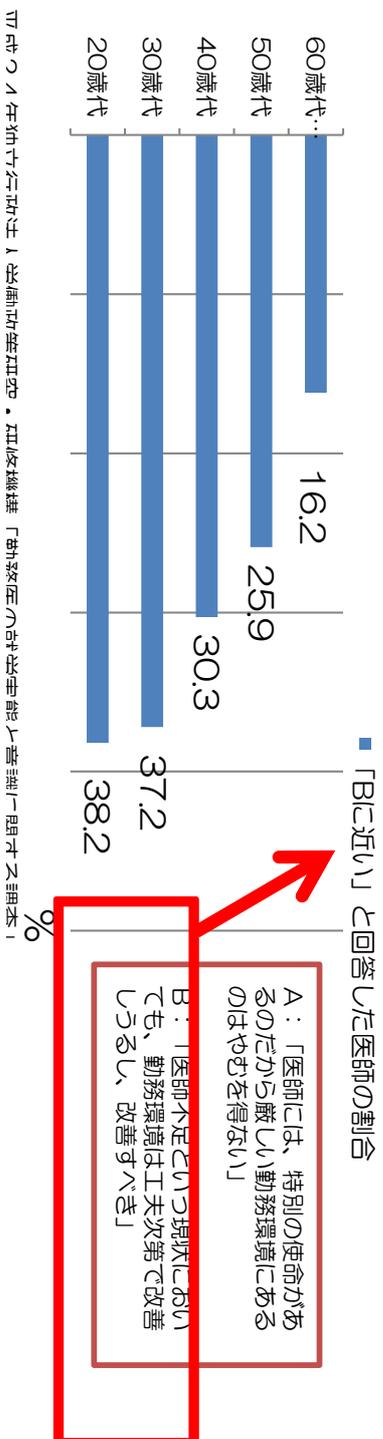
■平成24年度厚生労働科学特別研究事業 「医療分野の「雇用の質」向上に向けた院内マネジメントシステム確立に関する研究」 (研究代表者 酒井一博 労働科学研究所所長) より (抄)

- 医療機関等において、雇用の質が高く、働きやすい環境整備を推進するための取組を進めるためには、労務管理面のみならず、職員確保、労働安全衛生、組織マネジメント面のほか、診療報酬や補助制度などのさまざまな公的支援制度の活用など非常に多岐にわたる関連分野の「解決策」とセットで検討することが必要となる。
- このため、各医療機関の課題とニーズにマッチした形で、外部の専門家や公的機関から公的支援制度の仕組みや法規制について説明を受け、取り得る対策についてアドバイスをもらうことが不可欠である。
- 今後、新たな勤務環境改善のためのマネジメントシステムを各医療機関で適切に運営できるよう、地域の医療関係団体なども連携しながら、個々の医療機関における「雇用の質」向上のための計画づくりの段階から、医療機関のニーズに応じた支援をワンストップで、かつ、専門家のチームによる支援体制づくりを、各地域ごとに行う必要がある。
- 医療機関の勤務環境改善のためには、「強制や規制」は不向きであり、各医療機関のトップやスタッフが「勤務環境を改善する」という目的意識を共有した形での、いわば「参加型」の改善システムを構築しなければ、その効果を上げることができない。そのためには、PDCAサイクルによる院内のマネジメントプロセスを通じた課題解決の仕組み等の導入が効果的である。
- こうした各医療機関での「改善」のシステムを可能な限り、広く普及させるためには、上記で提示した点に留意しながら、改善プロセスに関するガイドラインとして具体化するとともに、医療提供に関するシステムの一環として法制化を検討すべきである。

医療機関の勤務環境改善に関する背景等

- 少子高齢化による新卒者減少
- 医療ニーズの多様化
- 「偏在」などを背景とした医療スタッフ確保困難
- 若い世代の職業意識の変化

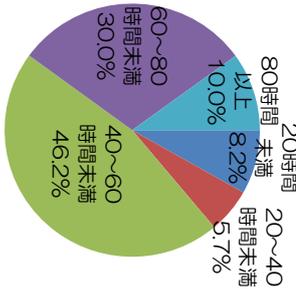
勤務環境の改善に対する認識



※平成24年独立行政法人労働政策研究・研修機構「勤務医の就業実態と意識に関する調査」

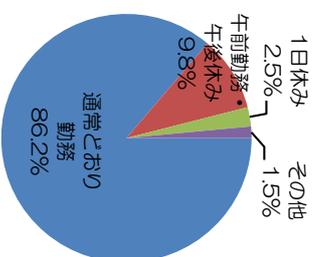
- 入院・救急患者への対応など心身の緊張を伴う長時間労働
- 当直、夜勤・交代制勤務など厳しい勤務環境の指摘

○ 医師（勤務医）の労働時間、宿直に関するデータ
 （平成24年独立行政法人労働政策研究・研修機構「勤務医の就業実態と意識に関する調査」）



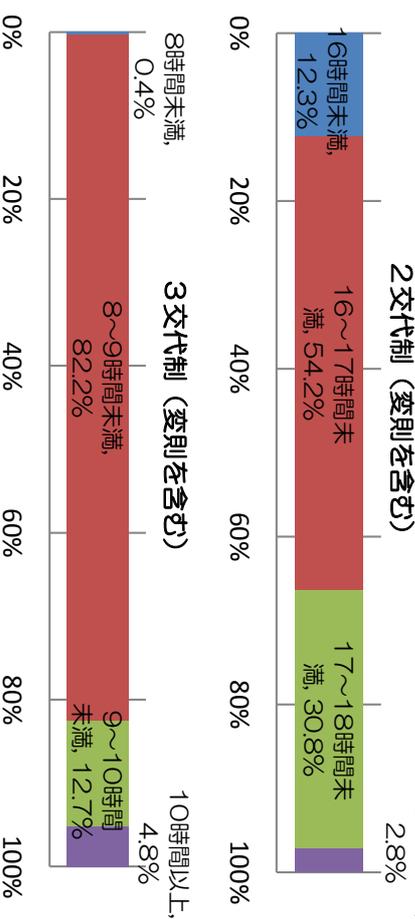
平均：53.2時間

宿直翌日の勤務体制



※宿直がある者を対象に集計

○ 平成22年日本看護協会 病院看護職の夜勤・交代制勤務等実態調査



対応の方向 医療機関の勤務環境改善システムの構築

■医療スタッフ全体の離職防止や医療の質の向上を図るため、国における指針の策定等、各医療機関がPDCAサイクルを活用して計画的に勤務環境改善に向けた取組を行うための仕組み（勤務環境改善マネジメントシステム）を創設。あわせて、こうした取組を行う医療機関に対する総合的な支援体制を構築するため、都道府県が地域の関係団体と連携し、医療勤務環境改善センター（仮称）を設置。

都道府県＝支援センター設置主体

勤務環境の改善を実現するための病院のニーズは多種多様！
労務管理、医療経営、診療報酬制度、組織マネジメント、...

医療関係団体
(医師会、病院協会、看護協会等)

社会保険労務士会

地域の実情に応じて関係団体と連携
(運営協議会等で連携体制を確保)

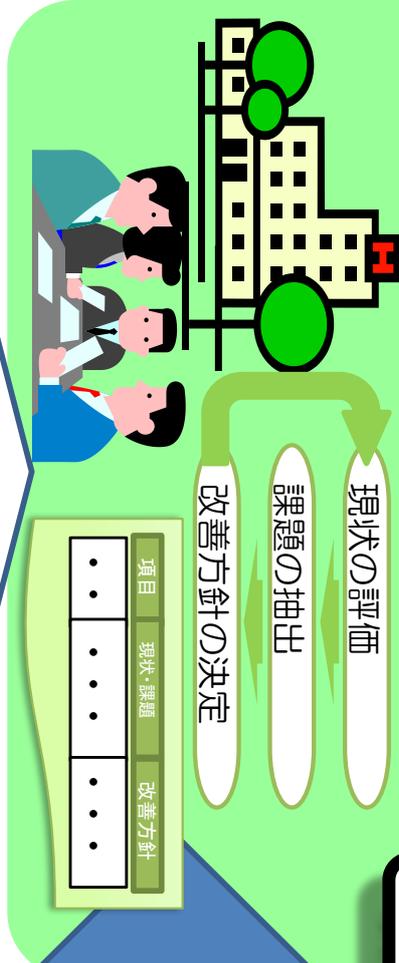
医療経営
コンサルタント協会

事業を委託等

勤務環境改善に取り組む病院

医療機関のニーズに応じた相談、専門家派遣 等

※派遣する専門家はニーズや地域の実情に応じて柔軟に検討



派遣等

支援センター
(医療団体等が受託)

国が策定した「指針（ガイドライン）」に基づく勤務環境改善のための計画策定



「指針（ガイドライン）」イメージ

医療機関の勤務環境改善マネジメントシステムのプロセス等について

医療分野の「雇用の質」向上に向けた院内マネジメントシステム確立に関する研究報告書より



想定される「改善」領域とその例示

■働き方・休み方等（労働時間管理等）

（例）

- ・時間外労働の削減、1回あたりの最長勤務時間の削減、年次有給休暇をはじめとする休暇の促進、夜勤負担軽減策（夜勤帰りの早帰り等）、勤務と勤務の間隔の確保 等

■医療スタッフの健康支援（労働安全衛生）

（例）

- ・メンタルヘルス対策、腰痛・感染対策、健康チェックの実施 等

■働きやすさ確保のための環境整備（ソフト面・ハード面とちに）

（例）

- ・院内保育所の整備、休憩スペースの設置、円滑な情報共有のためのシステム導入 等
- ・子育て・介護中の者に対する残業免除等
- ・給与制度や人事制度、患者や関係者からの暴力、職場のいじめ・ハラスメント対策の実施等
- ・医療スタッフのキャリア形成支援等

■病院勤務医の負担軽減の有効策 (保険局医療課 23年度調査より)

複数回答 n=804

医療機関内での取組

- 医師・看護職員との業務分担 41.5%
- 医師・薬剤師との業務分担 33.5%
- 医師・その他のコメディカルとの業務分担 33.3%
- 医師事務作業補助体制 47.4%
- 短時間正規雇用医師の活用 11.8%
- 交替制勤務の導入 3.9%
- 連続当直を行わない勤務シフト 26.5%
- 当直翌日の通常業務への配慮 17.0%
- 特定個人に集中しない業務配分 10.4%
- 電子カルテとオーダーリングシステムの活用 23.3%
- その他ICTを活用した業務省力化、効率化の取組 7.1%

医療機関内での役割分担
(チーム医療の推進)

勤務体制の工夫など

ICT等のツールの活用

他の医療機関との連携

- 地域その他の医療機関との連携体制 20.1%
- 外来縮小の取組 11.9%

地域全体での取り組み

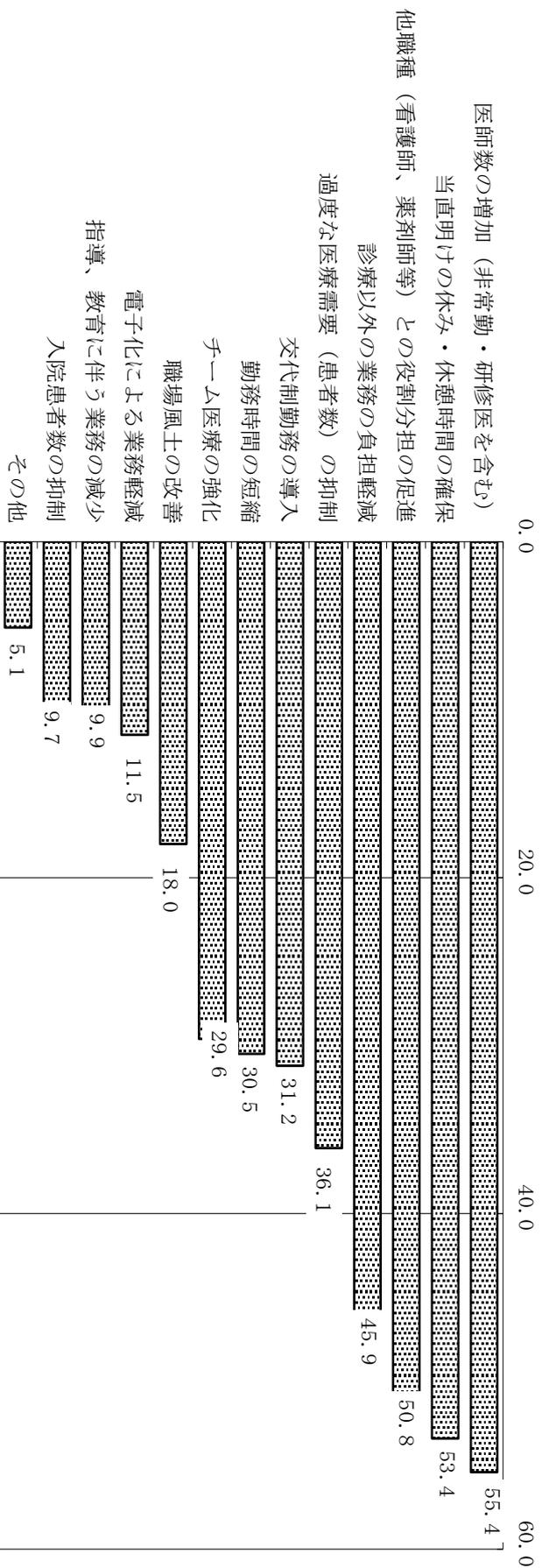
■ 「勤務医の就労実態と意識に関する調査」
 (労働政策研究・研修機構2011年12月)より

複数回答n=3467

――勤務医の勤務環境改善のための方策

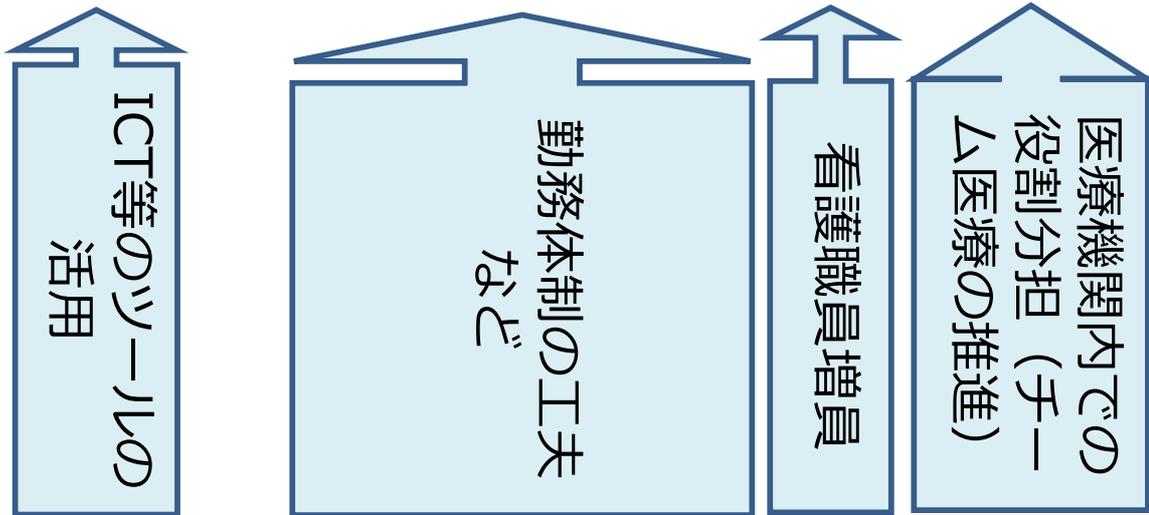
⇒「医師数の増加(非常勤・研修医を含む)」が55.4%と最も多く、次いで、「当直明けの休み・休憩時間の確保」(53.4%)、「他職種(看護師、薬剤師等)との役割分担の促進」(50.8%)、「診療以外の業務の負担軽減」(45.9%)などとなっている(図表18)。
 ⇒医師数の増加のみならず、休日確保による疲労回復、役割分担促進による業務量の軽減、診療以外の負担軽減、過度な医療需要の抑制が重要。

図表18：勤務医の勤務環境改善のための方策(複数回答、n=3467、単位=%)



■看護職員の負担軽減の有効策（保険局医療課23年度調査より）

複数回答n=804

- 看護補助者の導入・業務分担 70.3%
 - 薬剤師の病棟配置・業務分担 31.3%
 - 病棟クラークの配置 43.8%
 - その他のコメディカルとの業務分担 32.7%
 - 常勤看護職員の増員 51.0%
 - 非常勤看護職員の増員 38.9%
 - 夜勤専従者の雇用 27.1%
 - 短時間正規雇用看護職員の活用 13.7%
 - 交替制勤務の導入 3.9%
 - 2交代・3交代制勤務の見直し（変則への移行含む） 17.4%
 - 早出や遅出などの看護ニーズに応じた勤務の導入・活用 35.1%
 - シフト間隔の見直し 10.0%
 - 長時間連続勤務を行わない勤務シフト体制 19.3%
 - 超過勤務を行わない業務配分 28.0%
 - 新人看護職員教育担当者の配置 15.5%
 - 電子カルテとオーダーリングシステムの活用 20.5%
 - その他ICTを活用した業務省力化、効率化の取組 7.0%
- 
- 医療機関内での
役割分担（チー
ム医療の推進）
- 看護職員増員
- 勤務体制の工夫
など
- ICT等のツールの
活用

■ 医師や看護職員をはじめとした医療従事者の確保を図るためには、医療機関の主体的な取組を通じて、労務管理面のみならず、ワークライフバランスなども幅広い観点を視野に入れた勤務環境改善の推進による「医療従事者の離職防止・定着対策」を講ずることが必要ではないか。

■ こうした対応を効果的に推進するためには、国における指針の策定等を通じて、医療機関の管理者がPDCAサイクルを活用して計画的に勤務環境改善に向けた取組を行うための仕組み（勤務環境改善マネジメントシステム）を創設するなどし、勤務環境改善に向けた取組を行うよう努めることとしてはどうか。

■ あわせて、都道府県において、こうした改善に向けた取組を行う個々の医療機関の個別の状況やニーズに応じ、きめ細やかに支援を行う総合的かつ専門的な支援体制を構築する等、より医療従事者の定着率を高める必要性が高い医療機関などに対しては、都道府県が、地域の医療関係団体等と連携して、効果的な勤務環境の改善策を積極的に助言・指導するなどの対応ができることとしてはどうか。

參考資料

■医師・看護師等の医療スタッフの離職防止や医療安全の確保等を図るため、国における指針の策定等、各医療機関がPDCAサイクルを活用して計画的に勤務環境改善に向けた取組を行うための仕組み(勤務環境改善マネジメントシステム)を創設するとともに、各都道府県ごとに、こうした取組を行う医療機関に対する総合的な支援体制を構築する。事業実施は地域の医療関係団体による実施を想定(※柔軟な実施形態を検討)

医療勤務環境改善支援センター(仮称)

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

労務管理支援事業(仮称)

(医療労働相談員1名配置)

○労務管理面でのアドバイザー配置
 400万/箇所

一体的な支援

医業分野アドバイザー事業(仮称)

- 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
 400万/箇所

労働基準局予算

都道府県労働局執行

医療機関

現状の評価

課題の抽出

改善方針の決定

相談支援
 情報提供
 研修会等

医政局予算

都道府県衛生主管部局

マネジメントシステムの「ガイドライン」に基づき、勤務環境改善計画を策定。PDCAサイクルによる改善を推進。

医師養成についての日本医師会の提案 第3版（抄）

2013年1月30日

社団法人 日本医師会

本資料は2013年1月30日に公表した「医師養成についての日本医師会の提案 第3版」から抜粋したものである。

目 次

1. 医学部教育	1
1.1. 基本的な考え方	1
1.2. 医学部 1～4 年生	2
1.3. 医学部 5～6 年生（診療参加型臨床実習）.....	4
1.4. 医師国家試験	5
2. 臨床研修制度	6
2.1. 基本的な方向性	6
2.2. 臨床研修プログラム	8
2.3. 臨床研修システム	10

2.3 臨床研修システム

医学部 5 年生、6 年生の診療参加型臨床実習、臨床研修 2 年間のトータル 4 年間で、プライマリ・ケア能力を獲得することを目指す。特に臨床研修の 2 年間、臨床研修医は地元出身大学に軸足を置きつつ、より実践的な地域医療を身につける。地域では、医師会、行政、住民などが協力して、地域であたたかく医師を養成する。

「大学臨床研修センター（仮称）」

- 各大学に「大学臨床研修センター（仮称）」を設置する。
- 研修希望者は、原則として出身大学の「大学臨床研修センター（仮称）」に研修先についての希望を提出する。研修希望先の地域は問わない（都道府県は自由を選べる）。
- 「大学臨床研修センター（仮称）」は、研修希望者と面談し、研修希望先を確認した上、必要があればアドバイスを行って、研修先を選定する。研修先に応募した結果、希望がかなわなかった場合、あらためて研修希望者と相談し、調整する。
- 臨床研修病院は、臨床研修医が、どの大学の「大学臨床研修センター」に所属しているかも含めて、「都道府県医師研修機構」に臨床研修医の受け入れ状況を報告する。

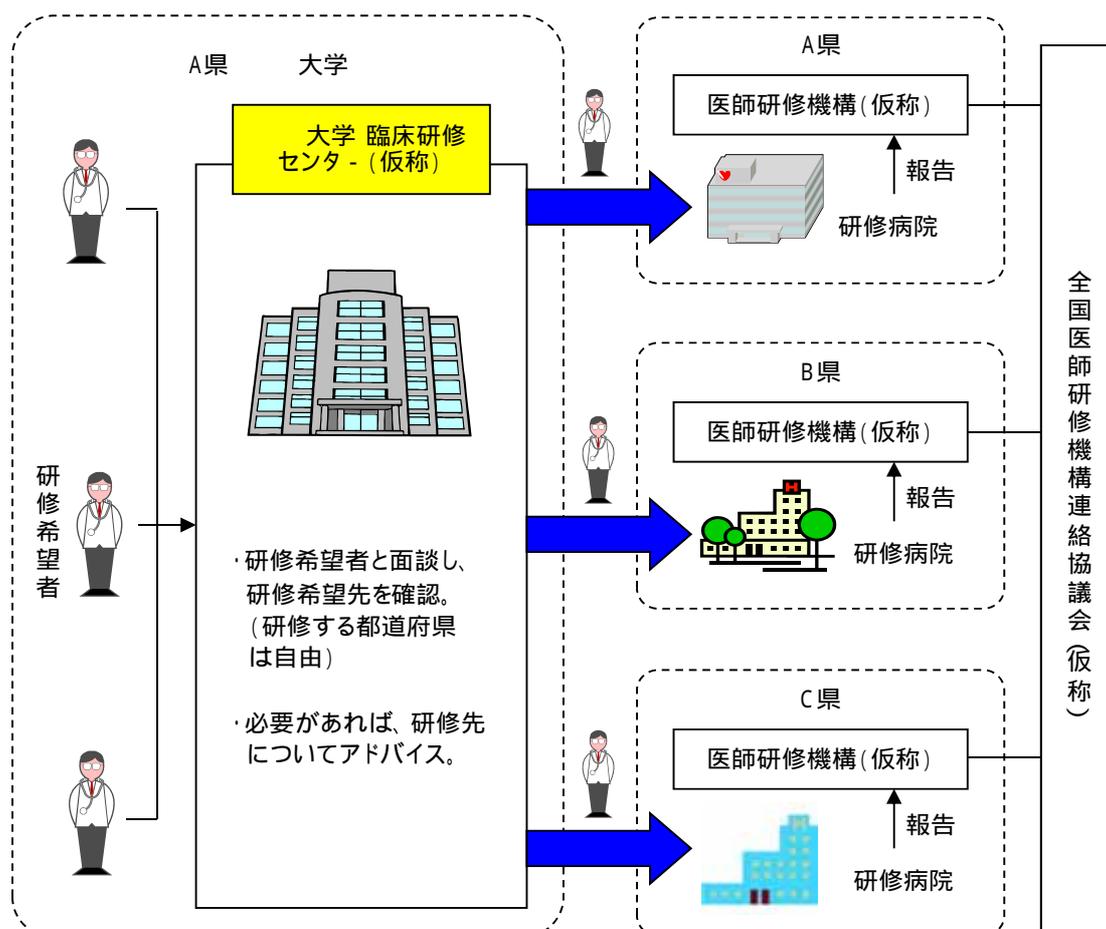
「都道府県医師研修機構（仮称）」

- 都道府県ごとに「都道府県医師研修機構（仮称）」を設置する。
- 「都道府県医師研修機構（仮称）」は、医師会、行政、住民代表、大学（医学部、附属病院）、大学以外の臨床研修病院で構成する。
- 各都道府県の「都道府県医師研修機構（仮称）」を束ねる「全国医師研修

機構連絡協議会(仮称)」を設置する。「全国医師研修機構連絡協議会(仮称)」は、人口や地理的条件など、地域の実情を踏まえて、研修希望者数と全国の臨床研修医の募集定員数が概ね一致するよう、都道府県ごとの臨床研修医募集定員数を設定する。

- 「都道府県医師研修機構(仮称)」は、当該都道府県ごとの募集定員数をもとに、当該都道府県下の研修病院における臨床研修医募集定員数を調整する。
- 「都道府県医師研修機構(仮称)」は、地域で特色のある研修プログラムの検討・提案、研修病院等の登録、研修内容のフォローなどを行うほか地域の臨床研修医に対して必要な支援を行う。

図 2.2 臨床研修体制のイメージ



「都道府県地域医療対策センター（仮称）」

- 以下の 4 者を発展的に「都道府県地域医療対策センター（仮称）」に再編する。
 - ・ 都道府県地域医療対策協議会（現在各都道府県に設置）⁸
 - ・ 地域医療支援センター（現在モデル事業）⁹
 - ・ 「大学臨床研修センター（仮称）」
 - ・ 「都道府県医師研修機構（仮称）」
- 臨床研修医は、「都道府県地域医療対策センター（仮称）」に臨床研修修了後の就業先を届け出る。同センターは、「大学臨床研修センター（仮称）」や研修先病院等の協力も得て就業先を把握し、医師養成および医師確保対策を推進する。
- 「都道府県地域医療対策センター（仮称）」は、臨床研修修了後の医師のその後の異動や配置についても継続して把握する^{10, 11}。これらの情報にもとづき、医師確保および偏在解消を推進するとともに、医師の生涯におけるキャリア形成支援を行っていく。
- 将来は、「都道府県地域医療対策センター（仮称）」が把握した医師の異動に係る情報を全国レベルで統合していく。

⁸ 医療法第 30 条の 12 第 1 項にもとづき、救急医療等確保事業に係る医療従事者の確保、必要な医療の確保に関する事項について協議し、必要な施策を定める場として、2007 年にすべての都道府県に設置されることとなった。医師の確保が困難であり、配置についても権限がないため実効性がないなどの問題点が指摘されている。

⁹ 医師の地域偏在の解消に取り組むコントロールタワーを確立し、確保した医師を活用して、キャリア形成支援と一体的に医師不足病院の医師確保を支援するなどのために、厚生労働省予算でモデル事業としてスタートした。2011 年度に 15 道府県、2012 年度は 20 道府県で設置・運営されている。

¹⁰ 都道府県単位で、医師の異動情報を把握している例として、母体保護法指定医師がある。人工妊娠中絶を行うことができる母体保護法指定医師は、母体保護法第 14 条にもとづき、人格、技能及び設備の 3 点を考慮して、各都道府県医師会が指定する。具体的には、日本医師会が作成した「母体保護法指定医師の指定基準」モデルにもとづき、地域の実情に応じて、各都道府県医師会が適格と認めたものを指定医師として都道府県医師会に登録する。併せて設備を都道府県医師会が指定し、登録する。指定医師は 2 年ごとに更新され、転居、転任などで診療施設を変更した場合などは、再申請を行うことになっている。

¹¹ 医師の届出は医師法第 6 条第 3 項により 2 年に 1 度行われており、罰則規定（50 万円以下の罰金）もあるが、報告が不備なケースも見受けられる。また異動の履歴等が分析され、医師配置の検討に資するような仕組みにはいたっていない。

図 2.3 医師養成および医師確保のための体制（将来イメージ）

