

〔平成29年11月10日（金）〕
10時00分～12時00分
三田共用会議所 大会議室

第55回

社会保障審議会医療部会

議 事 次 第

○ 医療提供体制に関する現状と課題について

（配布資料）

資料1	医療提供体制に関する現状と課題（総論）
資料2	医療提供体制に関する現状と課題（医師偏在対策）
資料3	医療提供体制に関する現状と課題（医師の働き方改革）
資料4	医療提供体制に関する現状と課題（有床診療所の現状と課題）
資料5	医療提供体制に関する現状と課題（療養病床の現状と課題）
委員提出資料	山口委員提出資料

第55回社会保障審議会医療部会

平成29年11月10日(金)
10:00～12:00
三田共用会議所 大会議室

速記

邊見委員
中川委員
田中
中部会長代理
島崎委員
久喜委員

随行者席

本多委員
牧野委員
伊藤参考人
(平川委員代理)
神野参考人
(猪口委員代理)
吉川参考人
(菊地委員代理)
森参考人
(安部委員代理)

医師養成等企画調整室長
医療介護連携政策課長

随行者席

木戸委員
加納委員
釜范委員
岩田委員
井上委員
荒井委員
阿真委員
相澤委員
医療勤務環境改善推進室長
医師・看護師等働き方改革推進官

医療政策企画官
地域医療計画課長
医政局長
総務課長
看護課長

事務局

事務局

傍聴者席

出入口

(平成29年11月10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	日本病院会会長
安部 好弘	日本薬剤師会常務理事
阿真 京子	知ろう小児医療守ろう子ども達の会代表
荒井 正吾	全国知事会（奈良県知事）
井上 隆	日本経済団体連合会常務理事
猪口 雄二	全日本病院協会会長
岩田 太	上智大学法学部教授
遠藤 直幸	全国町村会（山形県山辺町長）
加納 繁照	日本医療法人協会会長
釜范 敏	日本医師会常任理事
菊池 令子	日本看護協会副会長
木戸 道子	日本赤十字社医療センター 第二産婦人科部長
久喜 邦康	全国市長会（埼玉県秩父市長）
※ 楠岡 英雄	国立病院機構理事長
島崎 謙治	政策研究大学院大学教授
○ ※ 田中 滋	慶應義塾大学名誉教授
◎ ※ 永井 良三	自治医科大学学長
※ 中川 俊男	日本医師会副会長
平川 則男	日本労働組合総連合会 総合政策局長
邊見 公雄	全国自治体病院協議会会長
本多 伸行	健康保険組合連合会理事
牧野 利彦	日本歯科医師会副会長
山口 育子	ささえあい医療人権センターCOML理事長
山崎 學	日本精神科病院協会会長

◎：部会長

○：部会長代理

※：社会保障審議会委員

医療提供体制に関する現状と課題

（社会保障審議会医療部会）

平成29年11月10日
厚生労働省医政局

1. 総論

医療提供体制の概要

制度の基本構造

○我が国の医療提供体制に係る施策体系は、主に医療施設と医療従事者に対する法律を中心に構成されている。

医療法: 医療提供の理念、病院及び診療所の構造設備、医療機関の運営主体(医療法人)に関する規制等、主に医療施設の在り方(モノ)に関して規定。

医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法: 医師、歯科医師、看護師等の医療従事者(ヒト)に関する資格・業務等について規定。

基礎データ

【主な施設数】

病院: 8,493 一般診療所: 100,461 歯科診療所: 68,592 (平成26年度)

【主な医療従事者数】

医師: 311,205人 歯科医師 103,972人 薬剤師 288,151人 看護師 1,142,319人 (平成26年度)

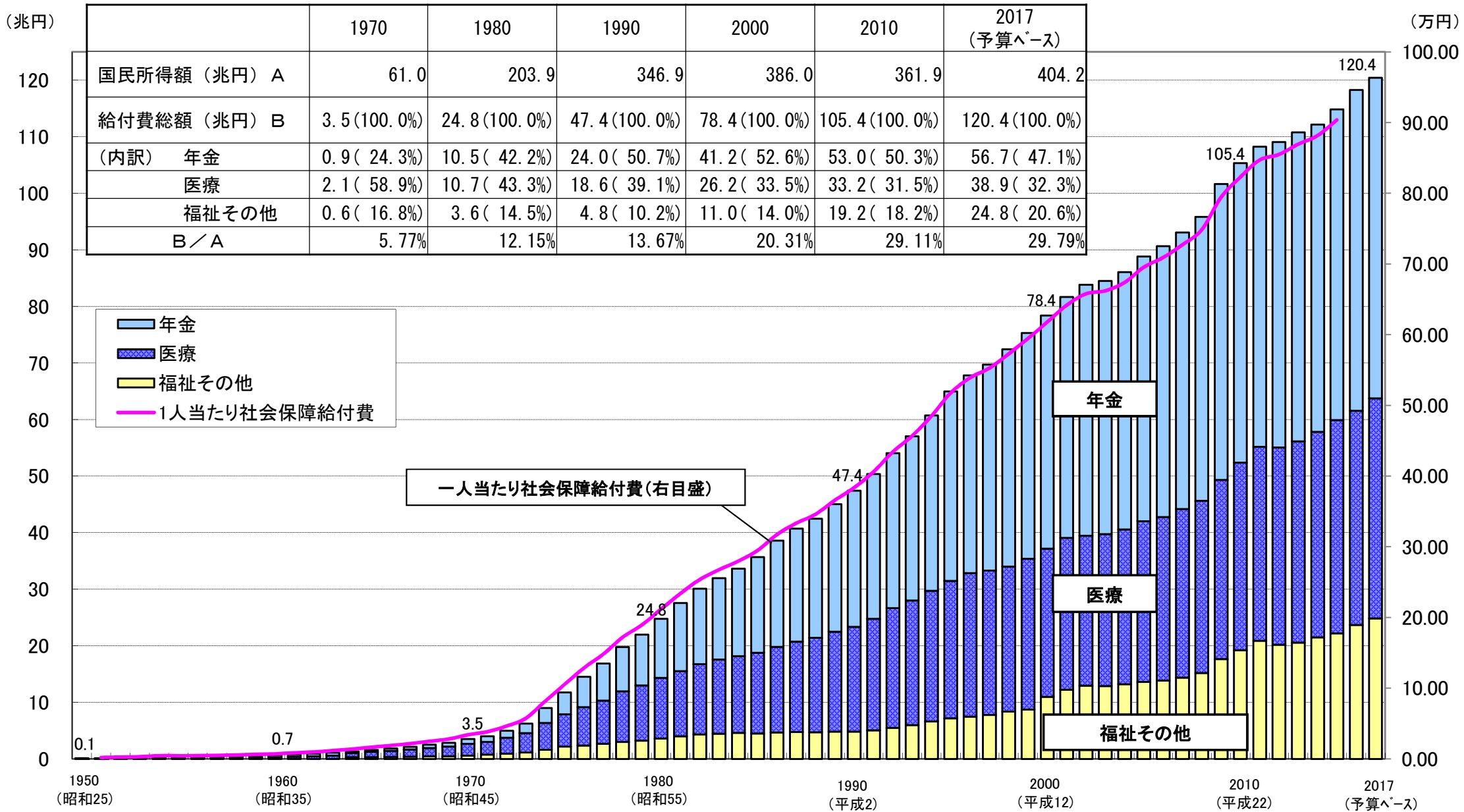
我が国の医療提供体制の主な特徴

○国民皆保険の下、フリーアクセスにより、どの医療機関でも受診可能であり、世界最長の平均寿命を達成するなど、世界の中でも高い保健医療水準を実現、

○個人及び民間医療機関(医療法人)が病院数で6,010と70.8%、病床(ベッド)数で885,836と56.5%を占めており、民間中心の医療提供体制となっている。

※公的な医療機関としては、国直営のハンセン病療養所(13箇所)、地方自治体が運営する自治体病院、(独)国立病院機構が運営する病院(143病院)、6つの国立高度専門医療研究センター(NC独法)などがある。

社会保障給付費の推移



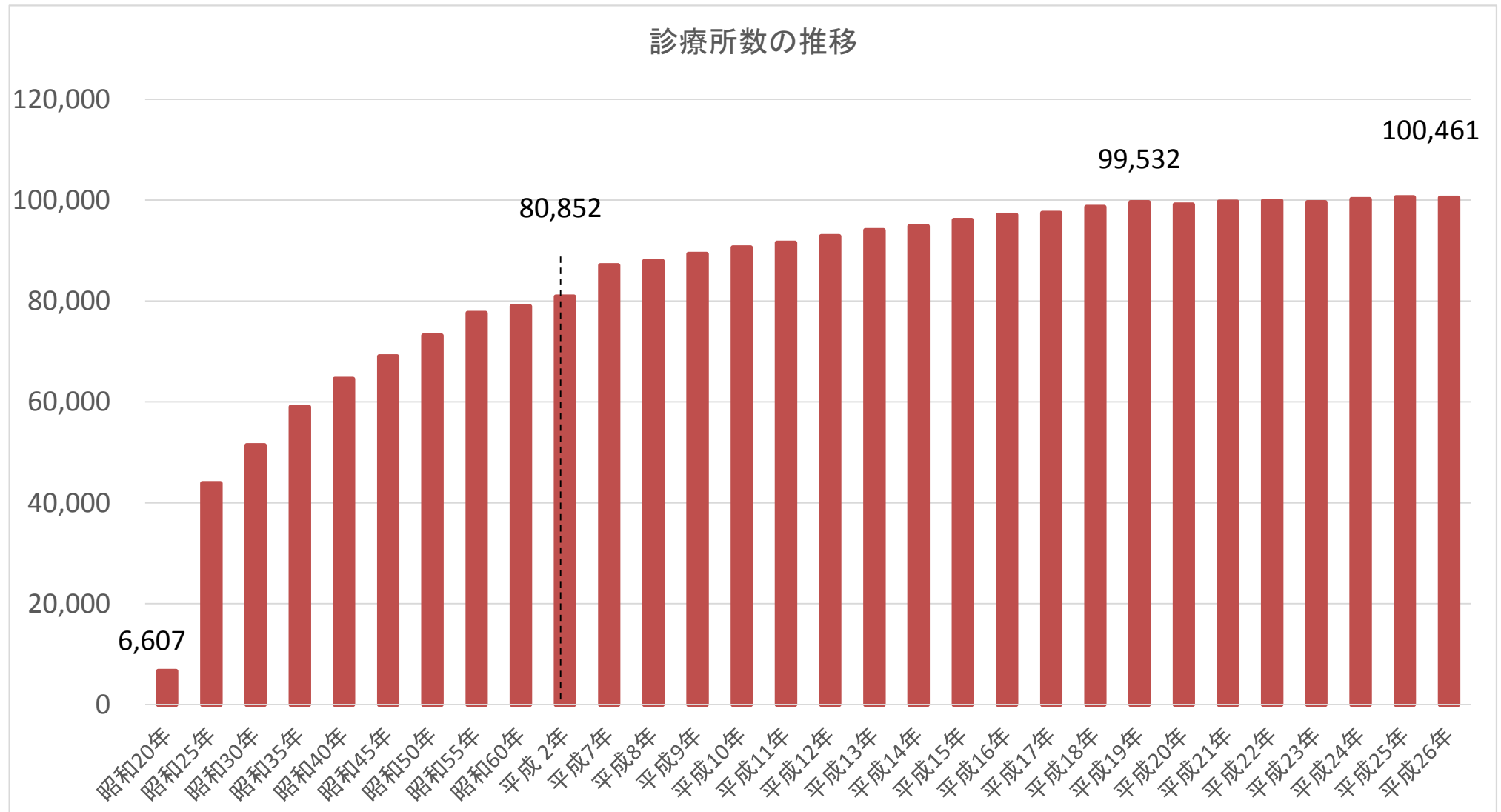
資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成27年度社会保障費用統計」、2016年度、2017年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

2017年度の国民所得額は「平成29年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成29年1月20日閣議決定)」

(注) 図中の数値は、1950, 1960, 1970, 1980, 1990, 2000及び2010並びに2017年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

医療提供体制の現状 ～診療所数の推移～

診療所数は漸増して約100,500となっている。

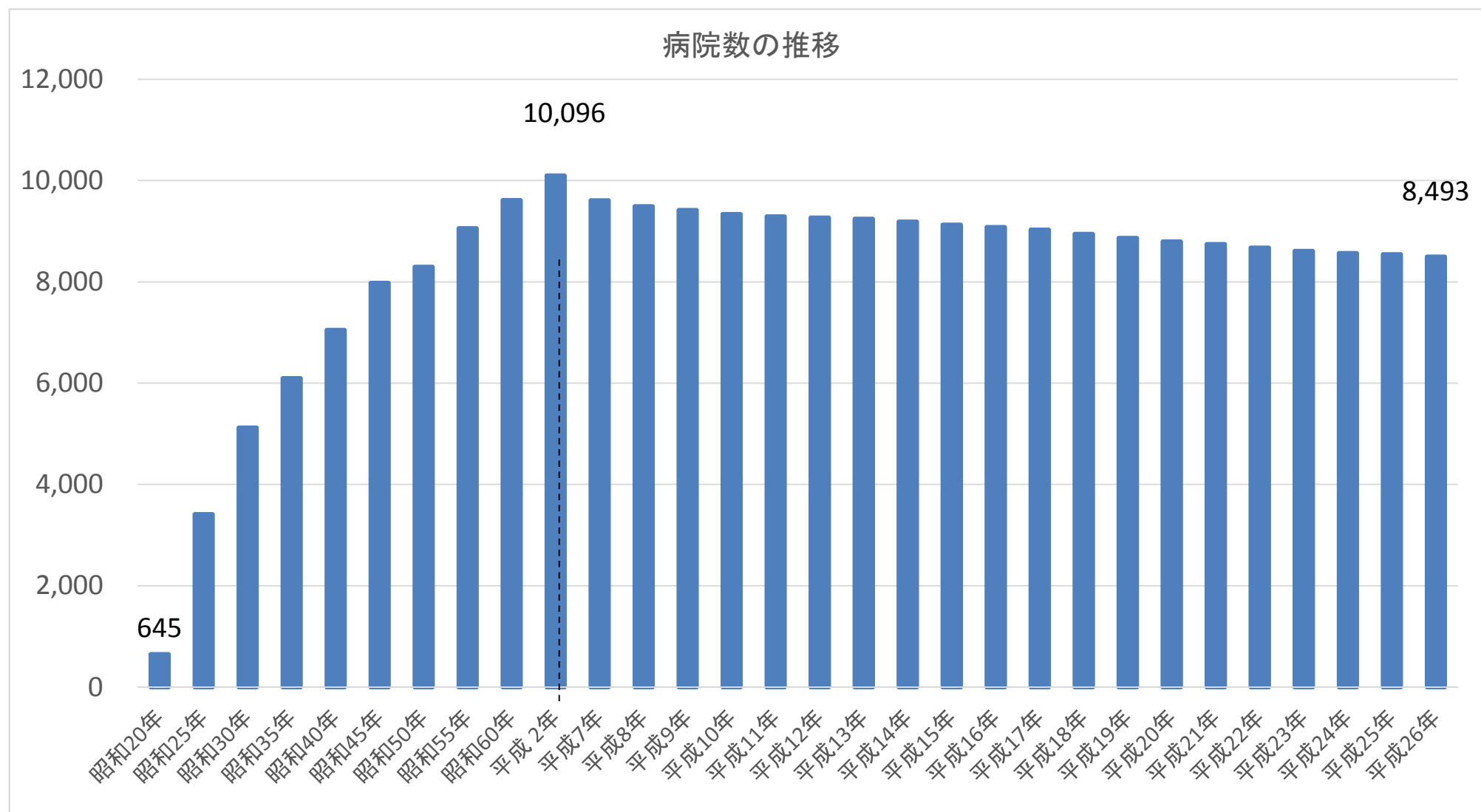


資料：内務省「衛生局年報」(明治8年～昭和12年)、厚生省「衛生年報」(昭和13年～昭和27年)、

厚生労働省政策統括官付保健統計室「医療施設調査」(昭和28年～)

医療提供体制の現状 ～病院数の推移～

病院数は平成2年をピークに若干減少して現在は約8,500となっている。



資料：内務省「衛生局年報」(明治8年～昭和12年)、厚生省「衛生年報」(昭和13年～昭和27年)、

厚生労働省政策統括官付保健統計室「医療施設調査」(昭和28年～)

医療提供体制の現状～開設者別病院及び病床規模別病院数/病床種別病床数～

●開設者別病院数(2014(平成26年))

国	公的医療機関	社会保険団体	医療法人	個人	その他	総数
329 (3.9%)	1,231 (14.5%)	57 (0.7%)	5721 (67.4%)	289 (3.4%)	866 (10.2%)	8,493 (100%)

●病床規模別病院数(2014(平成26年))

20～99床	100～299床	300～499床	500床
3,092	3,873	1,091	437

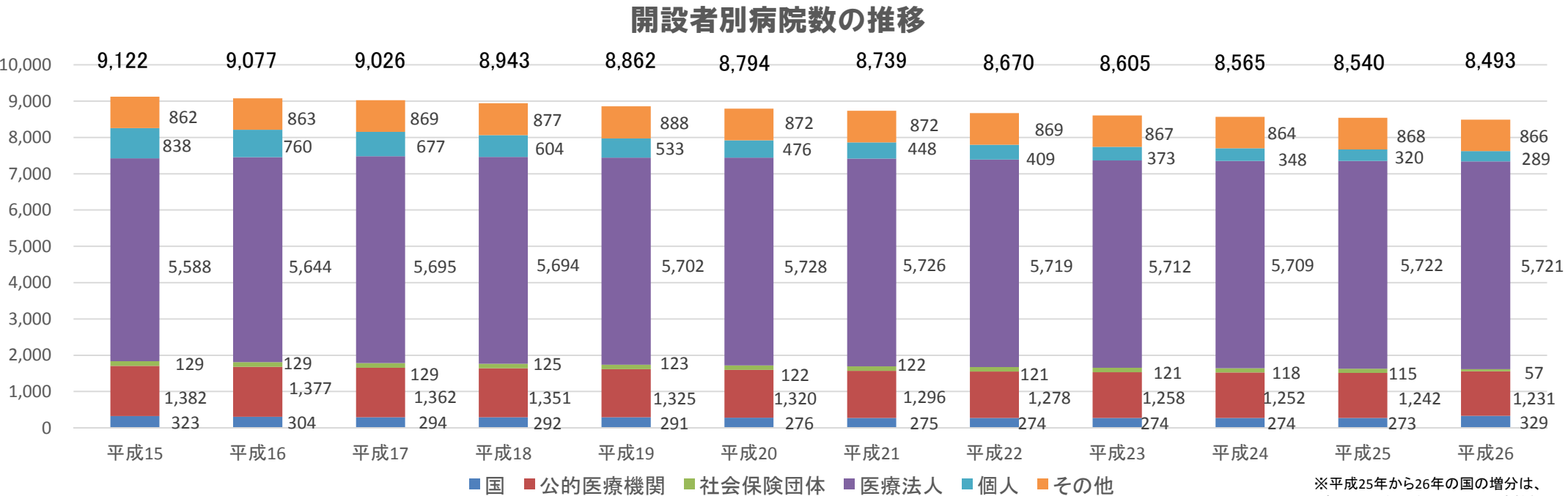
●病床種別病床数(2014(平成26年))

一般病床	療養病床	結核病床	感染症病床	精神病床	総数
894,216 (57.0%)	328,144 (20.9%)	5,949 (0.4%)	1,778 (0.1%)	338,174 (21.6%)	1,568,261 (100%)

資料：厚生労働省政策統括官付保健統計室「医療施設調査」

医療提供体制の現状 ～開設者別病院数の推移～

○平成26年の病院数を開設者別にみると、病院は「医療法人」が5,721 施設（病院総数の67.4%）と最も多く、次いで、「公的医療機関」が1,231 施設（同14.5%）となっている。



※開設者分類は以下の通り。

※平成25年から26年の国の増分は、新たに独立行政法人地域医療機能推進機構を算入したことによるもの

国	厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構、その他(国の機関) ※1「独立行政法人に係る改革を推進するための厚生労働省関係法律の整備等に関する法律」(平成27 年法律第17 号)の施行により、独立行政法人労働者健康福祉機構と独立行政法人労働安全衛生総合研究所が統合され、名称が独立行政法人労働者健康安全機構に改められたことに伴い、平成28 年4 月1 日より開設者区分の「独立行政法人労働者健康福祉機構」を「独立行政法人労働者健康安全機構」に変更した。 ※2 独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、独立行政法人地域医療機能推進機構は、各々の法律により医療法の適用については国とみなされている。
公的医療機関	都道府県、市町村、地方独立行政法人、日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会
社会保険関係団体	健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合
医療法人	医療法人
個人	個人
その他	公益法人、私立学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他の法人

社会保障制度改革国民会議（平成25年8月6日）報告書（概要） より一部抜粋

Ⅱ 医療・介護分野の改革

1 改革が求められる背景と社会保障制度改革国民会議の使命

（1）改革が求められる背景

- 高齢化の進展により、疾病構造の変化を通じ、必要とされる医療の内容は、「病院完結型」から、地域全体で治し、支える「地域完結型」に変わらざるを得ない。
- 一方、医療システムについては、そうした姿に変わっておらず、福田・麻生政権時の社会保障国民会議で示された医療・介護サービスの提供体制改革の実現が課題。

（2）医療問題の日本的特徴

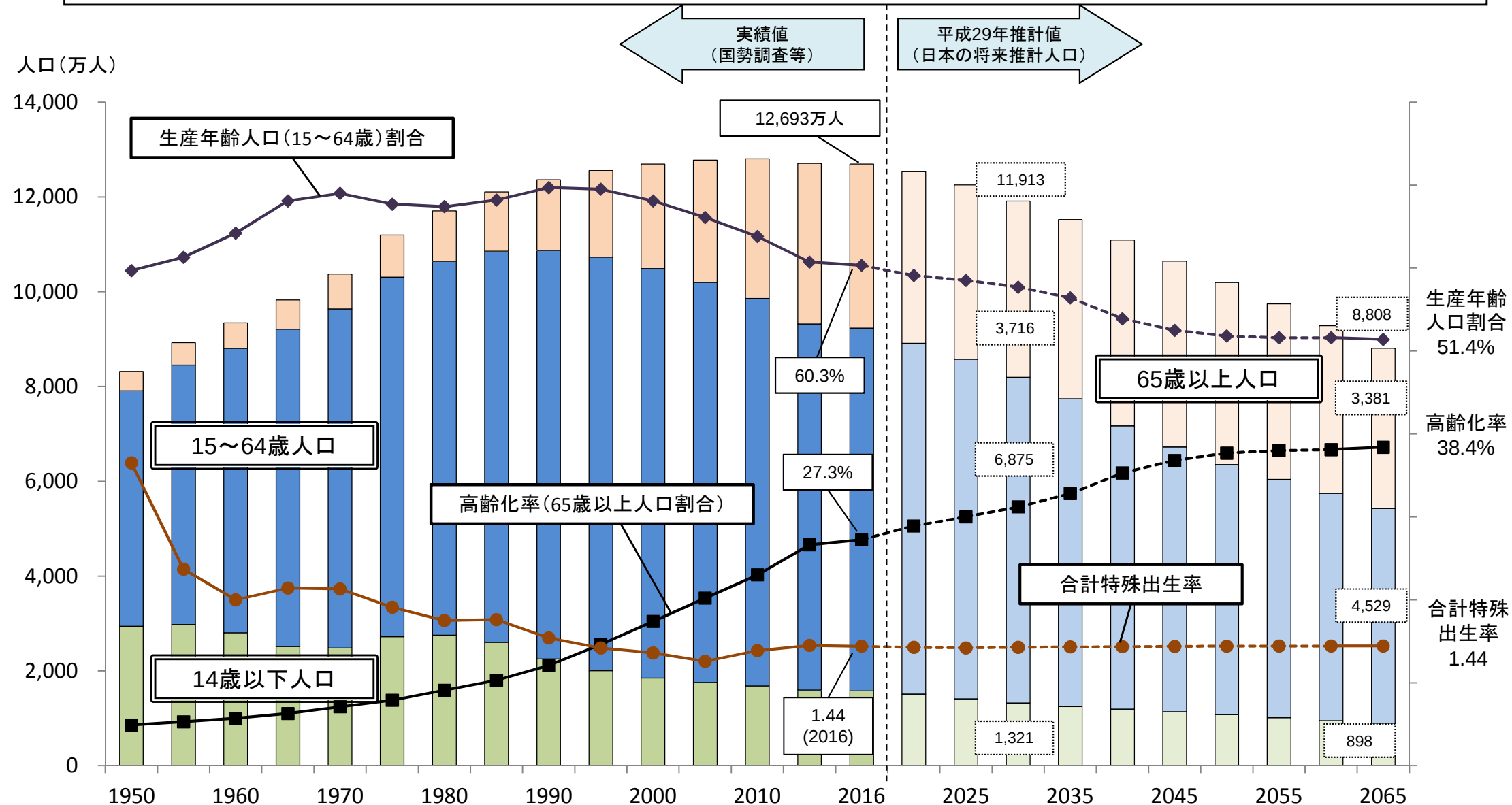
- 日本の医療機関は、西欧等と異なり、私的所有が中心。政府が強制力をもって改革できない。市場の力でもなく、データによる制御機構をもって医療ニーズと提供体制のマッチングを図るシステムの確立を要請する声が上がっている点にも留意しなければならない。
- 日本の医療は世界に高く評価されるコストパフォーマンスを達成してきたが、多額の公的債務があることを踏まえれば、必要なサービスを将来にわたって確実に確保していくためには、医療・介護資源をより患者のニーズに適合した効率的な利用を図り、国民の負担を適正な範囲に抑えていく努力が必要。

（3）改革の方向性

- 提供体制の改革は、提供者と政策当局との信頼関係こそが基礎になるべき。医療機関の体系を法的に定め直し、相応の努力をすれば円滑な運営ができる見通しを明らかにする必要。
- 医療改革は、提供側と利用者側が一体となって実現されるもの。「必要なときに必要な医療にアクセスできる」という意味でのフリーアクセスを守るためには、緩やかなゲートキーパー機能を備えた「かかりつけ医」の普及は必須。
- 医療を利用するすべての国民の協力と国民の意識の変化が求められる。
- 急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病床や在宅医療・介護を充実。川上から川下までの提供者間のネットワーク化は必要不可欠。
- 医療・介護の在り方を地域毎に考えていく「ご当地医療」が必要。

日本の人口の推移

○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2065年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。

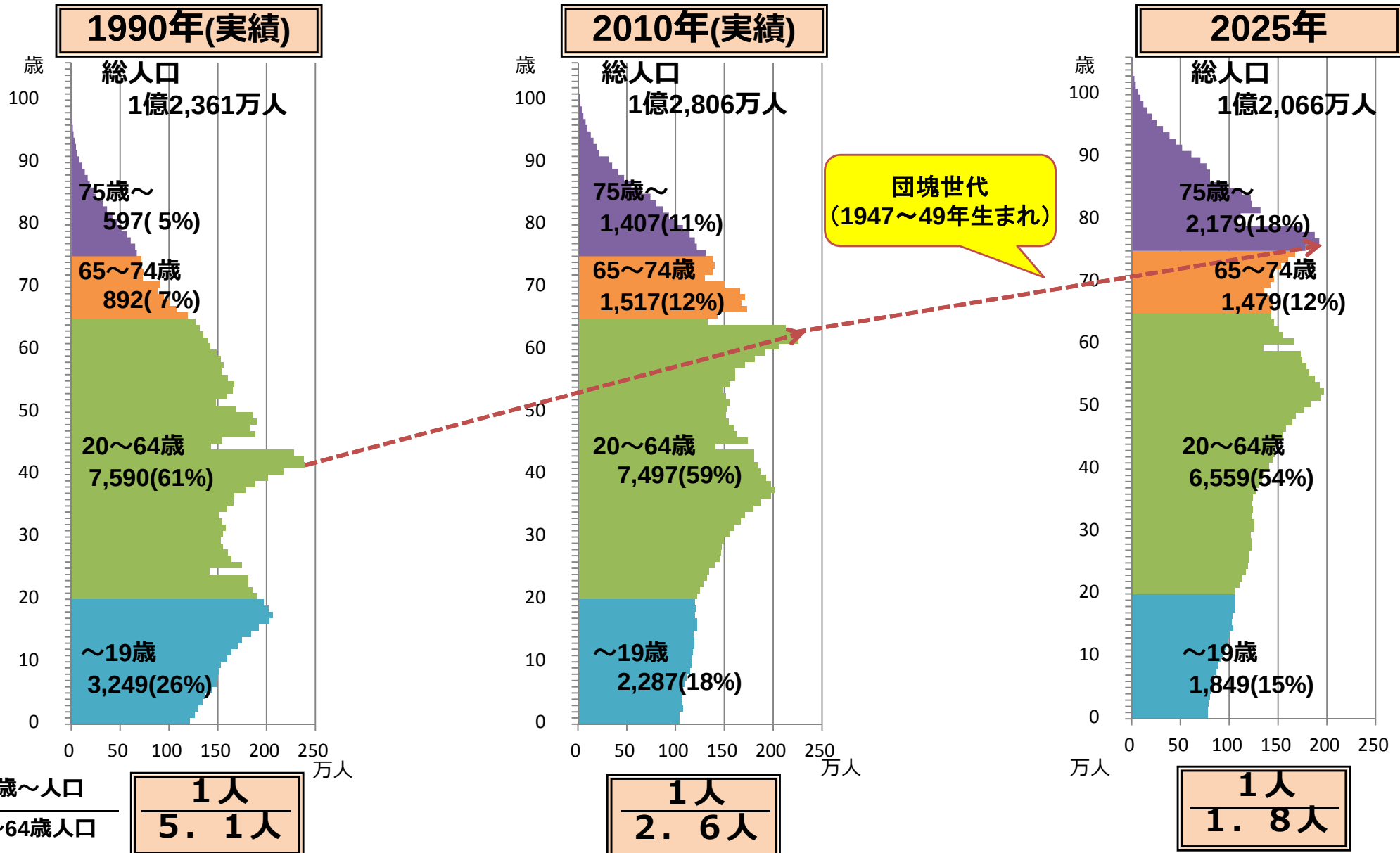


(出所) 2016年までの人口は総務省「人口推計」(各年10月1日現在)、高齢化率および生産年齢人口割合は2015年までは総務省「国勢調査」、2016年は総務省「人口推計」、2016年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」(※2015年までは確定値、2016年は概数)、2017年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計):出生中位・死亡中位推計」

2025年問題

(人口ピラミッドの変化(1990~2025年))

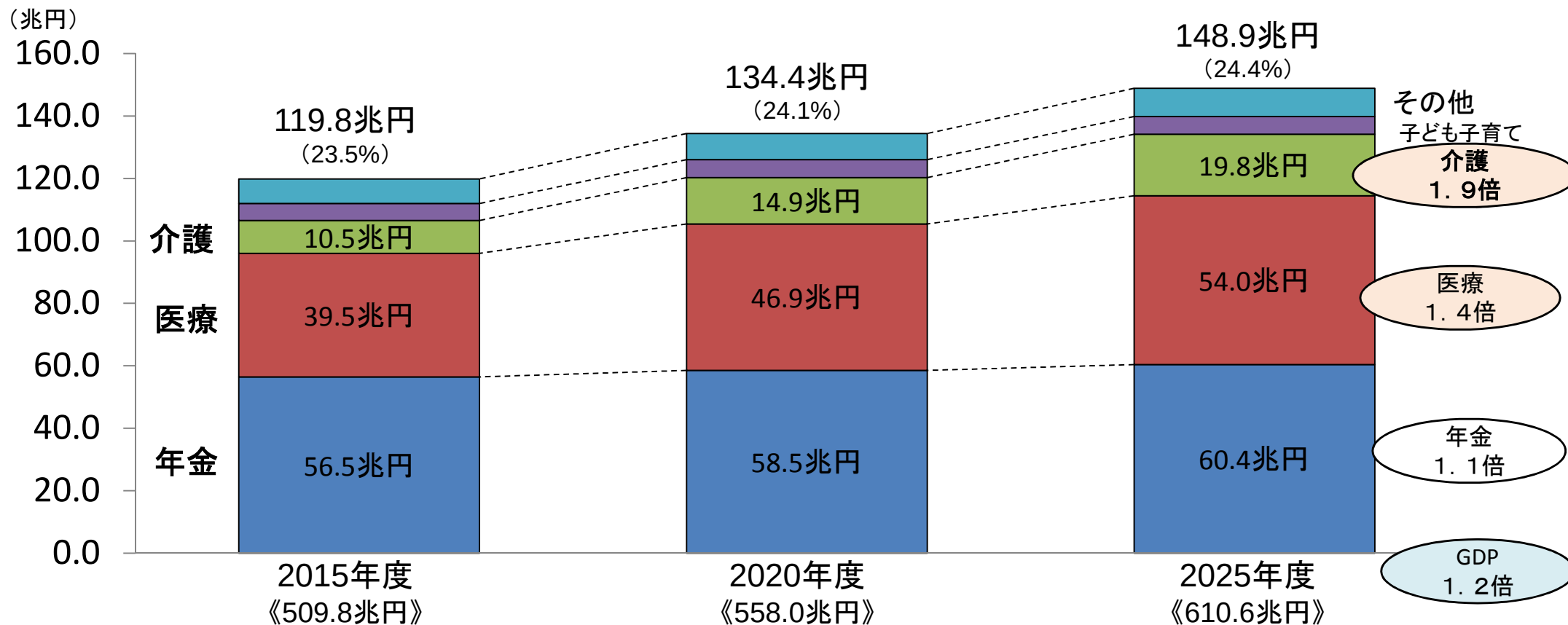
○ 日本の人口構造の変化を見ると、2025年には、団塊の世代が全員75歳を迎える。



(出所) 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)

社会保障に係る費用の将来推計について

- 給付費は、2015年度の119.8兆円(GDP比23.5%)から2025年度の148.9兆円(GDP比24.4%)へ増加
- 2025年度にかけて、医療・介護の給付費が急激に増加



※ 平成24年3月に厚生労働省において作成したもの

注1:「社会保障改革の具体策、工程及び費用試算」を踏まえ、充実と重点化・効率化の効果を反映している。

(ただし、「Ⅱ 医療介護等 ②保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、逆進性対策」および「Ⅲ 年金」の効果は、反映していない。)

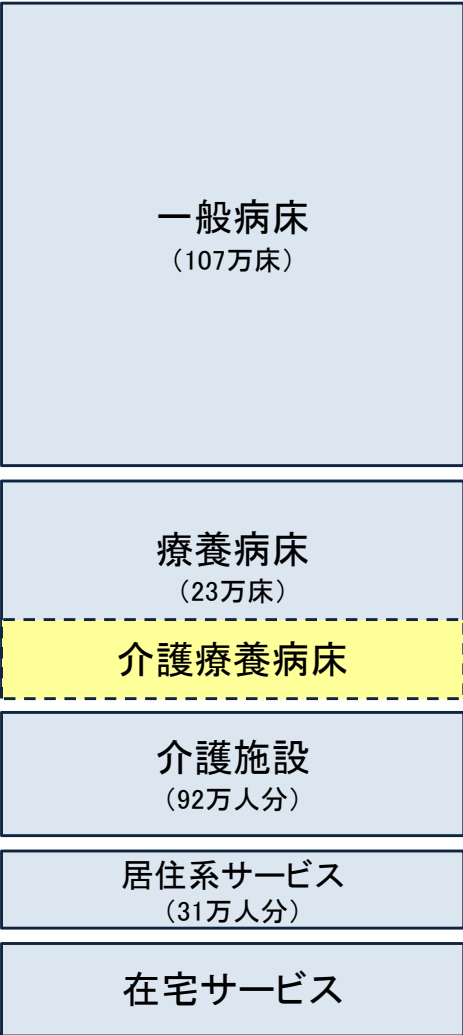
注2:上図の子ども・子育ては、新システム制度の実施等を前提に、保育所、幼稚園、延長保育、地域子育て支援拠点、一時預かり、子どものための現金給付、育児休業給付、出産手当金、社会的養護、妊婦健診等を含めた計数である。

注3:()内は対GDP比である。《 》内はGDP額である。

医療・介護機能の再編（将来像）

患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築します。

【2011(H23)年】



【取組の方向性】

- 入院医療の機能分化・強化と連携
 - ・急性期への医療資源集中投入
 - ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等
- 地域包括ケア体制の整備
 - ・在宅医療の充実
 - ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
 - ・訪問看護等の計画的整備 等
 - ・在宅介護の充実
 - ・居住系サービスの充実・施設ユニット化
 - ・ケアマネジメント機能の強化 等

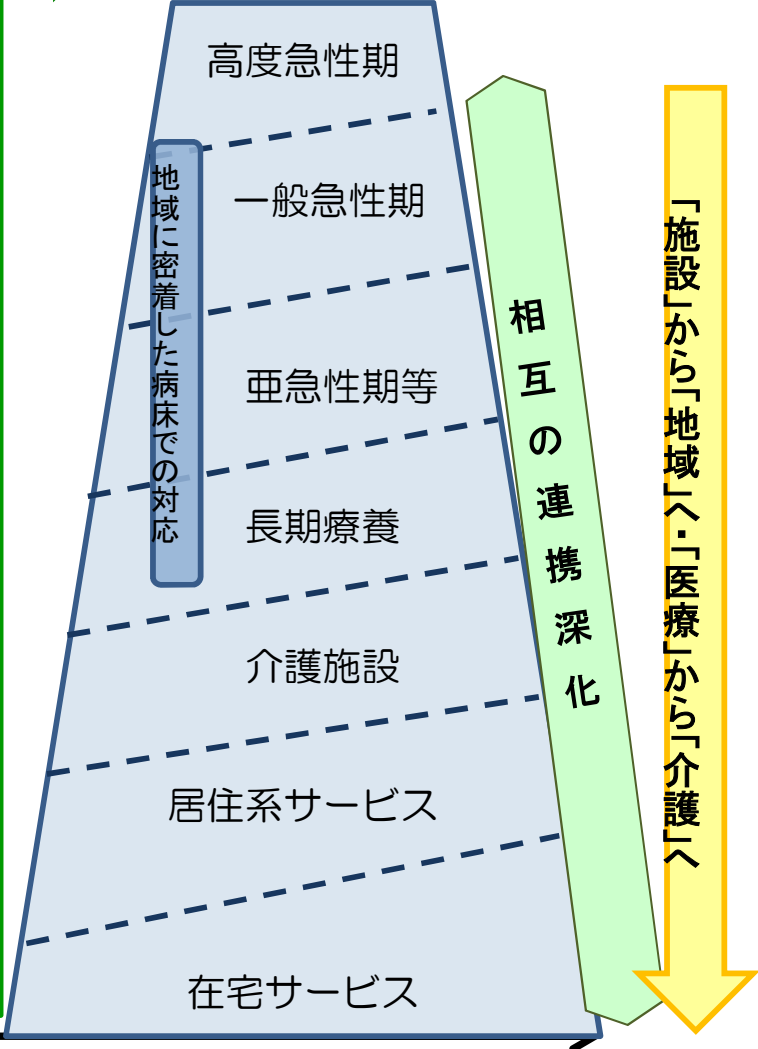
2012年診療報酬・介護報酬の同時改定を第一歩として取り組む

医療法等関連法を順次改正

【患者・利用者の方々】

- ・病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
- ・医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続

【2025(H37)年】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

消費税 5 % 引上げによる社会保障制度の安定財源確保

- 消費税率(国・地方)を、2014年4月より8%へ、2019年10月より10%へ段階的に引上げ
- 消費税込の使い途は、国分については、これまで高齢者3経費(基礎年金、老人医療、介護)となっていたが、今回、社会保障4経費(年金、医療、介護、子育て)に拡大
- 消費税込は、全て国民に還元し、官の肥大化には使わない

1%
程度

社会保障の充実

+2.8兆円程度

○子ども・子育て支援の充実

0.7兆円程度

-子ども・子育て支援新制度の実施による、幼児教育・保育と地域の子ども・子育て支援の総合的推進・充実、「待機児童解消加速化プラン」の実施 など

○医療・介護の充実

1.5兆円程度

-病床の機能分化・連携、在宅医療の推進等、地域包括ケアシステムの構築、医療保険制度の財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保、難病、小児慢性特定疾病に係る公平かつ安定的な制度の確立 など

○年金制度の改善

0.6兆円程度

-低所得高齢者・障害者等への福祉的給付、受給資格期間の短縮 など

社会保障の安定化

+11.2兆円程度

○基礎年金国庫負担割合1/2の恒久化

3.2兆円程度

○後代への負担のつけ回しの軽減

・高齢化等に伴う自然増を含む安定財源が確保できていない既存の社会保障費

7.3兆円程度

○消費税率引上げに伴う社会保障4経費の増

・診療報酬、介護報酬、子育て支援等
についての 物価上昇に伴う増

0.8兆円程度

4%
程度

社会保障改革プログラム法（持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律）

【法律の趣旨等】

- 社会保障制度改革国民会議の審議の結果等を踏まえ、「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」を閣議決定（平成25年8月21日）
- この骨子に基づき、「法制上の措置」として、社会保障制度改革の全体像・進め方を明示するものとして提出（平成25年12月5日成立、同13日公布）

【法律の主な概要】

■ 講ずべき社会保障制度改革の措置等（医療部分のみ抜粋）

- 受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るため、医療制度、介護保険制度等の改革について、①改革の検討項目、②改革の実施時期と関連法案の国会提出時期の目途を明らかにするもの
- 医療制度（病床機能報告制度の創設・地域の医療提供体制の構想の策定等による病床機能の分化及び連携、国保の保険者・運営等の在り方の改革、後期高齢者支援金の全面総報酬割、70～74歳の患者負担・高額療養費の見直し、難病対策 等）
- ※ 医療サービスの提供体制、介護保険制度及び難病対策等については平成26年通常国会に、医療保険制度については平成27年通常国会に、必要な法律案を提出することを目指すものと規定。

■ 改革推進体制

上記の措置の円滑な実施を推進するとともに、引き続き、中長期的に受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度を確立するための検討等を行うため、関係閣僚からなる社会保障制度改革推進本部、有識者からなる社会保障制度改革推進会議を設置

■ 施行期日

公布日（平成25年12月13日）
（ただし、改革推進本部関連は平成26年1月12日、改革推進会議関連は平成26年6月12日）

【平成26年度】地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための 関係法律の整備等に関する法律（概要）

趣 旨

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。

概 要

1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（地域介護施設整備促進法等関係）

- ①都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のため、
消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置
- ②**医療と介護の連携を強化**するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定

2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）

- ①医療機関が都道府県知事に**病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告し、**都道府県は、それをもとに**地域医療構想（ビジョン）**（地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を医療計画において策定
- ②**医師確保支援**を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け

3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化（介護保険法関係）

- ①在宅医療・介護連携の推進などの**地域支援事業の充実**とあわせ、**予防給付（訪問介護・通所介護）を地域支援事業に移行し、多様化**
※地域支援事業：介護保険財源で市町村が取り組む事業
- ②**特別養護老人ホーム**について、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化
- ③**低所得者の保険料軽減を拡充**
- ④**一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引上げ**（ただし、一般の世帯の月額上限は据え置き）
- ⑤低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する**「補足給付」の要件に資産などを追加**

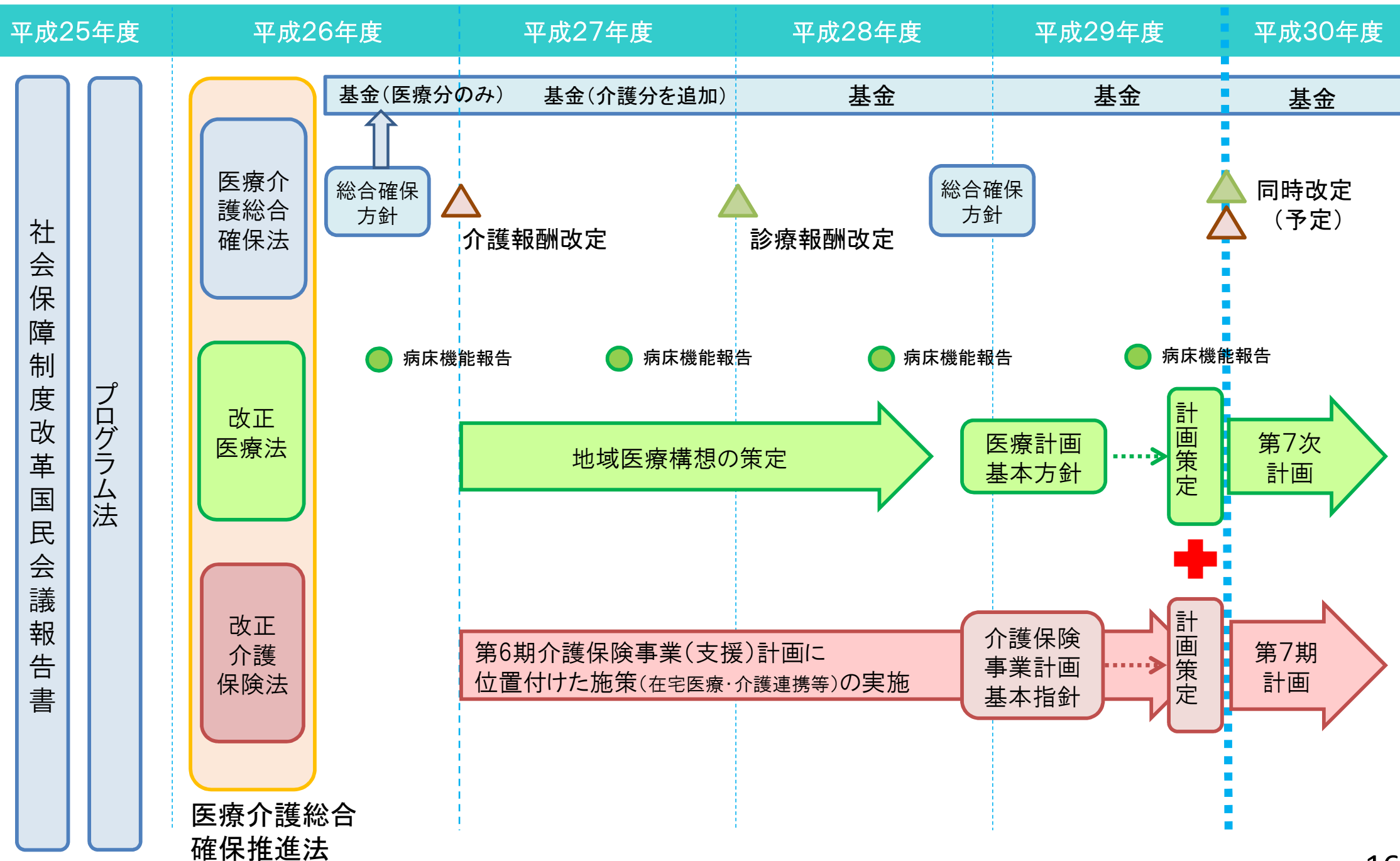
4. その他

- ①診療の補助のうちの**特定行為を明確化**し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設
- ②**医療事故に係る調査の仕組み**を位置づけ
- ③医療法人社団と医療法人財団の合併、持分なし医療法人への移行促進策を措置
- ④介護人材確保対策の検討（介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を27年度から28年度に延期）

施行期日

公布日（平成26年6月25日）。ただし、医療法関係は平成26年10月以降、介護保険法関係は平成27年4月以降など、順次施行。

医療と介護の一体的な改革に係る主な取組のイメージ



【平成27年度】医療法の一部を改正する法律の概要

趣旨

医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携を推進するため、地域医療連携推進法人の認定制度を創設するとともに、医療法人について、貸借対照表等に係る公認会計士等による監査、公告等に係る規定及び分割に係る規定を整備する等の措置を講ずること。

1. 地域医療連携推進法人制度の創設

(1) 都道府県知事の認定

○ 地域において良質かつ適切な医療を効率的に提供するため、病院等に係る業務の連携を推進するための方針を定め、医療連携推進業務を行う一般社団法人は、都道府県知事の認定を受けることができる。

＜参加法人(社員)＞

- ・ 病院等の医療機関を開設する医療法人等の非営利法人。
 - * 介護事業等の地域包括ケアシステムの構築に資する事業を行う非営利法人を加えることができる。

＜主な認定基準＞

- ・ 地域医療構想区域を考慮して病院等の業務の連携を推進する区域を定めていること。
- ・ 地域の関係者等を構成員とする評議会が、意見を述べるものと定めていること。
- ・ 参加法人の予算、事業計画等の重要事項について、地域医療連携推進法人の意見を少なくとも求めるものと定めていること。
 - * 都道府県知事の認定は、地域医療構想との整合性に配慮するとともに、都道府県医療審議会の意見を聴いて行う。

(2) 実施する業務

- 病院等相互間の機能の分担及び業務の連携の推進(介護事業等も含めた連携を加えることができる。)
- 医療従事者の研修、医薬品等の供給、資金貸付等の医療連携推進業務。
 - * 一定の要件により介護サービス等を行う事業者に対する出資を可能とする。

(3) その他

- 代表理事は都道府県知事の認可を要することとともに、剰余金の配当禁止、都道府県知事による監督等の規定について医療法人に対する規制を準用。
- 都道府県知事は、病院等の機能の分担・業務の連携に必要と認めるときは、地域医療構想の推進に必要である病院間の病床の融通を許可することができる。

2. 医療法人制度の見直し

(1) 医療法人の経営の透明性の確保及びガバナンスの強化に関する事項

- 事業活動の規模その他の事情を勘案して厚生労働省令で定める基準に該当する医療法人は、厚生労働省令で定める会計基準(公益法人会計基準に準拠したものを予定)に従い、貸借対照表及び損益計算書を作成し、公認会計士等による監査、公告を実施。
- 医療法人は、その役員と特殊の関係がある事業者との取引の状況に関する報告書を作成し、都道府県知事に届出。
- 医療法人に対する、理事の忠実義務、任務懈怠時の損害賠償責任等を規定。理事会の設置、社員総会の決議による役員の選任等に関する所要の規定を整備。

(2) 医療法人の分割等に関する事項

医療法人(社会医療法人その他厚生労働省令で定めるものを除く。)が、都道府県知事の認可を受けて実施する分割に関する規定を整備。

(3) 社会医療法人の認定等に関する事項

- ニ以上の都道府県において病院及び診療所を開設している場合であって、医療の提供が一体的に行われているものとして厚生労働省令で定める基準に適合するものについては、全ての都道府県知事ではなく、当該病院の所在地の都道府県知事だけで認定可能。
- 社会医療法人の認定を取り消された医療法人であって一定の要件に該当するものは、救急医療等確保事業に係る業務の継続的な実施に関する計画を作成し、都道府県知事の認定を受けたときは収益業務を継続して実施可能。

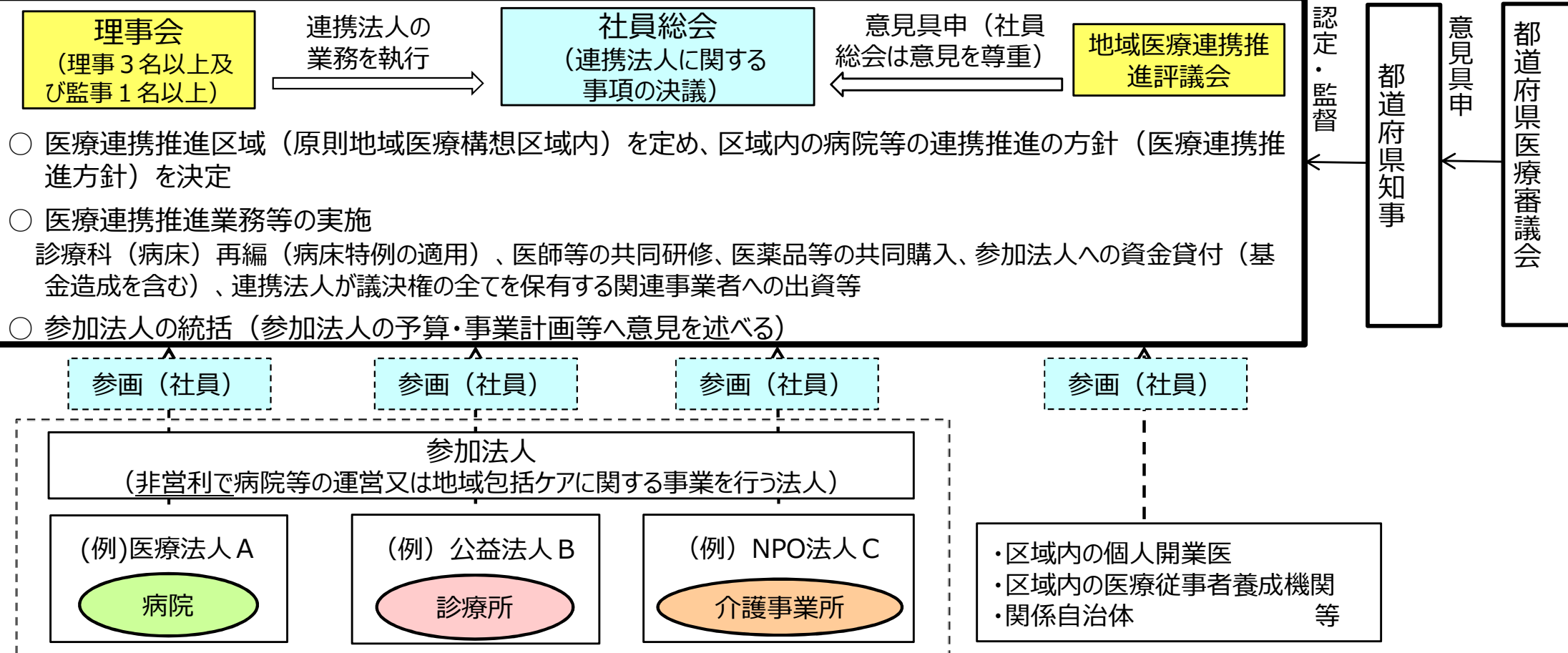
3. 施行期日等

- 公布の日から起算して2年を超えない範囲内において政令で定める日から施行する。ただし、2(1)(一部)、(2)、(3)については、公布の日から起算して1年を超えない範囲内において政令で定める日から施行する。
- 政府は、この法律の施行後5年を経過した場合において、この法律による改正後の医療法の施行の状況について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

地域医療連携推進法人制度について（概要）

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

地域医療連携推進法人



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

【平成29年度】医療法等の一部を改正する法律の概要

安全で適切な医療提供の確保を推進するため、検体検査の精度の確保、特定機能病院におけるガバナンス体制の強化、医療に関する広告規制の見直し、持分なし医療法人への移行計画認定制度の延長等の措置を講ずる。

1. 検体検査の精度の確保（医療法、臨床検査技師等に関する法律）

ゲノム医療の実用化に向けた遺伝子関連検査の精度の確保等に取り組む必要があるため、以下を実施

- (1) 医療機関、衛生検査所等の医療機関が検体検査業務を委託する者の精度管理の基準の明確化
- (2) 医療技術の進歩に合わせて検体検査の分類を柔軟に見直すため、検査の分類を厚生労働省令で定めることを規定

2. 特定機能病院におけるガバナンス体制の強化（医療法）

特定機能病院における医療安全に関する重大事案が発生したことを踏まえ、特定機能病院が医療の高度の安全を確保する必要があることを明記するとともに、病院の管理運営の重要事項を合議体の決議に基づき行うことや、開設者による管理者権限の明確化、管理者の選任方法の透明化、監査委員会の設置などの措置を講ずることを義務付け

3. 医療に関する広告規制の見直し（医療法）

美容医療サービスに関する消費者トラブルの相談件数の増加等を踏まえ、医療機関のウェブサイト等を適正化するため、虚偽又は誇大等の不適切な内容を禁止

4. 持分なし医療法人への移行計画認定制度の延長（良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律）

持分あり医療法人から持分なし医療法人への移行促進及び法人経営の透明化等のため、(1)移行計画の認定要件を見直した上で、(2)認定を受けられる期間を平成32年9月30日まで3年間延長

※ 出資者に係る相続税の猶予・免除、持分あり医療法人が持分なし医療法人に移行する際に生ずる贈与税の非課税を措置

5. その他

- (1) 医療法人と同様に、都道府県知事等が医療機関の開設者の事務所にも立入検査を行う権限等を創設
- (2) 助産師に対し、妊産婦の異常の対応医療機関等に関する説明等を義務化

※公布の日から起算して1年を超えない範囲内において政令で定める日から施行(ただし、1については公布の日から起算して1年6月を超えない範囲内において政令で定める日、4(1)・5(2)については平成29年10月1日、4(2)については公布の日)

医療計画について

- 都道府県が、国の定める基本方針に即し、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するもの。
- 医療資源の地域的偏在の是正と医療施設の連携を推進するため、昭和60年の医療法改正により導入され、都道府県の二次医療圏ごとの病床数の設定、病院の整備目標、医療従事者の確保等を記載。平成18年の医療法改正により、疾病・事業ごとの医療連携体制について記載されることとなり、平成26年の医療法改正により「地域医療構想」が記載されることとなった。

医療計画における主な記載事項

○ 医療圏の設定

- ・ 病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分。

三次医療圏

都道府県の区域を単位として設定。
ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、複数の区域又は都道府県をまたがる区域を設定することができる。



特殊な医療を提供

二次医療圏

一体の区域として病院等における入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮する。

- ・ 地理的条件等の自然的条件
- ・ 日常生活の需要の充足状況
- ・ 交通事情 等



一般の入院に係る医療を提供

- ・ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入・流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

○ 地域医療構想

- ・ 2025年の、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能ごとの医療需要と病床の必要量、在宅医療等の医療需要を推計。

○ 5疾病・5事業(※)及び在宅医療に関する事項

※ 5疾病…5つの疾病(がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患)。

5事業…5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。))。

- ・ 疾病又は事業ごとの医療資源・医療連携等に関する現状を把握し、課題の抽出、数値目標の設定、医療連携体制の構築のための具体的な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(PDCAサイクルの推進)。

○ 基準病床数の算定

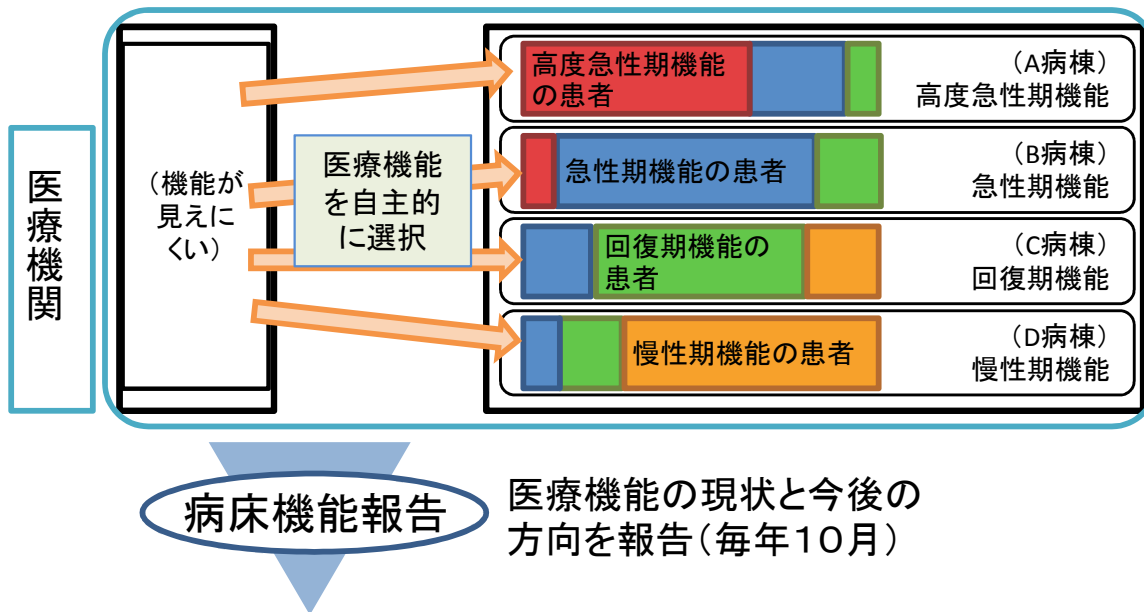
○ 医療の安全の確保

○ 医療従事者の確保

- ・ 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、看護師等の確保。

地域医療構想について

- 「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。平成28年度中に全都道府県で策定済み。
※ 「地域医療構想」は、二次医療圏単位での策定が原則。
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。



（「地域医療構想」の内容）

1. 2025年の医療需要と病床の必要量

- ・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と病床の必要量を推計
- ・在宅医療等の医療需要を推計
- ・都道府県内の構想区域(二次医療圏が基本)単位で推計

2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策

- 例) 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等

- 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

地域医療構想の実現プロセス

1. まず、医療機関が「地域医療構想調整会議」で協議を行い、機能分化・連携を進める。
都道府県は、地域医療介護総合確保基金を活用。
2. 地域医療構想調整会議での協議を踏まえた自主的な取組だけでは、機能分化・連携が進まない場合には、医療法に定められた都道府県知事の役割を適切に発揮。

STEP1 地域における役割分担の明確化と将来の方向性の共有を「地域医療構想調整会議」で協議

個々の病院の再編に向け、各都道府県での「調整会議」での協議を促進。

- ① 救急医療や小児、周産期医療等の政策医療を担う中心的な医療機関の役割の明確化を図る
- ② その他の医療機関について、中心的な医療機関が担わない機能や、中心的な医療機関との連携等を踏まえた役割の明確化を図る

STEP2 「地域医療介護総合確保基金」により支援

都道府県は、「地域医療介護総合確保基金」を活用して、医療機関の機能分化・連携を支援。

- ・ 病床機能の転換等に伴う施設整備・設備整備の補助等を実施。

将来の方向性を踏まえた、自主的な取組だけでは、機能分化・連携が進まない場合

STEP3 都道府県知事による適切な役割の発揮

都道府県知事は、医療法上の役割を適切に発揮し、機能分化・連携を推進。

【医療法に定められている都道府県の権限】

- ① 地域で既に過剰になっている医療機能に転換しようとする医療機関に対して、**転換の中止の要請・勧告**（民間医療機関）及び命令（公的医療機関等）
- ② 医療機関に対して、**不足している医療機能を担うよう、要請・勧告**（民間医療機関）及び指示（公的医療機関等）
- ③ 新規開設の医療機関に対して、地域医療構想の達成に資する条件を付けて許可
- ④ 稼働していない病床の削減を要請・勧告（民間医療機関）及び命令（公的医療機関等）

※ ①～④の実施には、都道府県の医療審議会の意見を聴く等の手続きを経る必要がある。

※ 勧告、命令、指示に従わない医療機関には、医療機関名の公表や地域医療支援病院の承認の取消し等を行うことができる。 23

地域医療構想調整会議の進め方のサイクル（イメージ）

○ 次のような年間のスケジュールを毎年繰り返すことで、地域医療構想の達成を目指す。

		3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月
国			▽	- 都道府県職員研修（前期） - データブック配布及び説明会 - 基金に関するヒアリング	▽	- 都道府県職員研修（中期） - 地域医療構想の取組状況の把握		▽	- 都道府県職員研修（後期） - 病床機能報告の実施		▽			▽	
		▽ : 国から都道府県へ進捗確認													
都道府県			（平成29年度については、第7次医療計画に向けた検討を開始） ●具体的な機能分化・連携に向けた取組の整理について 県全体の病床機能や5事業等分野ごとの不足状況を明示												
		◀ ●病床機能の分化・連携に向けた好事例や調整困難事例について収集・整理（国において全国状況を整理） ●地域住民・市区町村・医療機関等に対する情報提供（議事録の公開、説明会等） ▶													
調整会議			1回目 ●病床機能報告や医療計画データブック等を踏まえた役割分担について確認 - 不足する医療機能の確認 - 各医療機関の役割の明確化 - 各医療機関の病床機能報告やデータブックの活用		2回目 ●機能・事業等ごとの不足を補うための具体策についての議論 - 地域で整備が必要な医療機能を具体的に示す - 病床機能報告に向けて方向性を確認		3回目 ●次年度における基金の活用等を視野に入れた議論 次年度における基金の活用等を視野に入れ、機能ごとに具体的な医療機関名を挙げたうえで、機能分化・連携若しくは転換についての具体的な決定		4回目 ●次年度の構想の具体的な取組について意見の整理 地域において不足する医療機能等に対応するため、具体的な医療機関名や進捗評価のための指標、次年度の基金の活用等を含むとりまとめを行う						

24

地域医療構想調整会議における議論の状況①

以下は、平成29年7月末までの議論の状況について、全341構想区域の状況をまとめたもの。

現状分析に関する取組の状況

▶調整会議の開催状況について(平成29年4月～6月末まで)

・150回／136構想区域

〔9月末までの開催予定を含めた場合、296回／256構想区域〕

▶個々の医療機関ごとの現状分析等を実施した区域

320／341構想区域(平成29年3月以前に実施した分も含む)

▶非稼働病棟に関する状況把握

・非稼働病棟を有する医療機関 1,620／14,289施設

・非稼働病棟を有する医療機関

がある構想区域 291／341構想区域

・うち非稼働病棟の在り方について

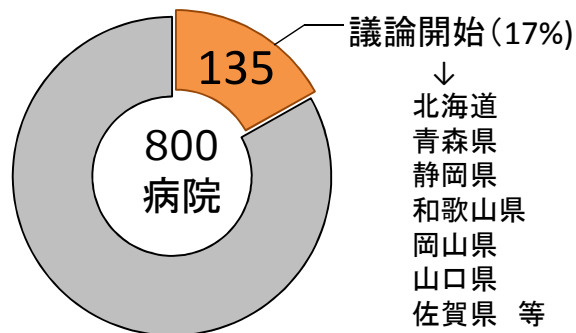
議論した構想区域 21／291構想区域

具体的な医療機関名を挙げた議論の状況

▶公立病院について

・平成29年3月末までに、新改革プランを策定した病院は、800病院

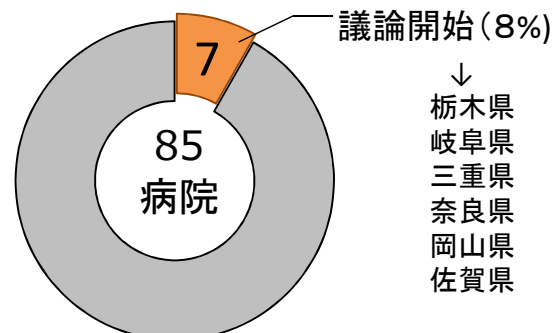
・このうち、7月末までに地域医療構想調整会議でプランについて議論を開始した病院は、135病院



▶特定機能病院について

・平成29年3月末時点の特定機能病院は、85病院

・このうち、7月末までに地域医療構想調整会議で、その役割について議論を開始した病院は、7病院



▶公的病院等について

・公的医療機関等の開設主体に対し、2025年に向けた病床整備等の方針をまとめたプランを本年中に策定し、地域医療構想調整会議で議論するよう要請。

⇒策定対象:約780病院

(要請先団体と病院数)

日赤:92病院 済生会:78病院
厚生連:101病院 北社協:7病院
社会保険関係団体:53病院
地域医療連携推進機構:57病院
国立病院機構:143病院
労働者健康安全機構:34病院
特定機能病院:85病院
地域医療支援病院:543病院

※病院数は、平成28年医療施設調査の一般病院数
※重複があるため、合計と一致しない。

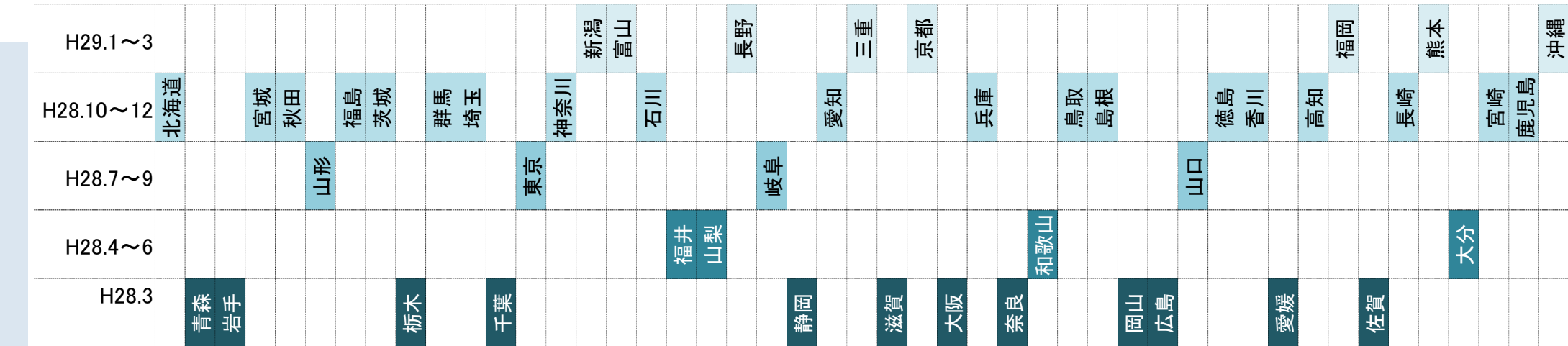
地域医療構想調整会議における議論の状況②

以下は、平成29年7月末までの議論の状況について、都道府県別の状況をまとめたもの。

■上段→地域医療構想の策定完了時期

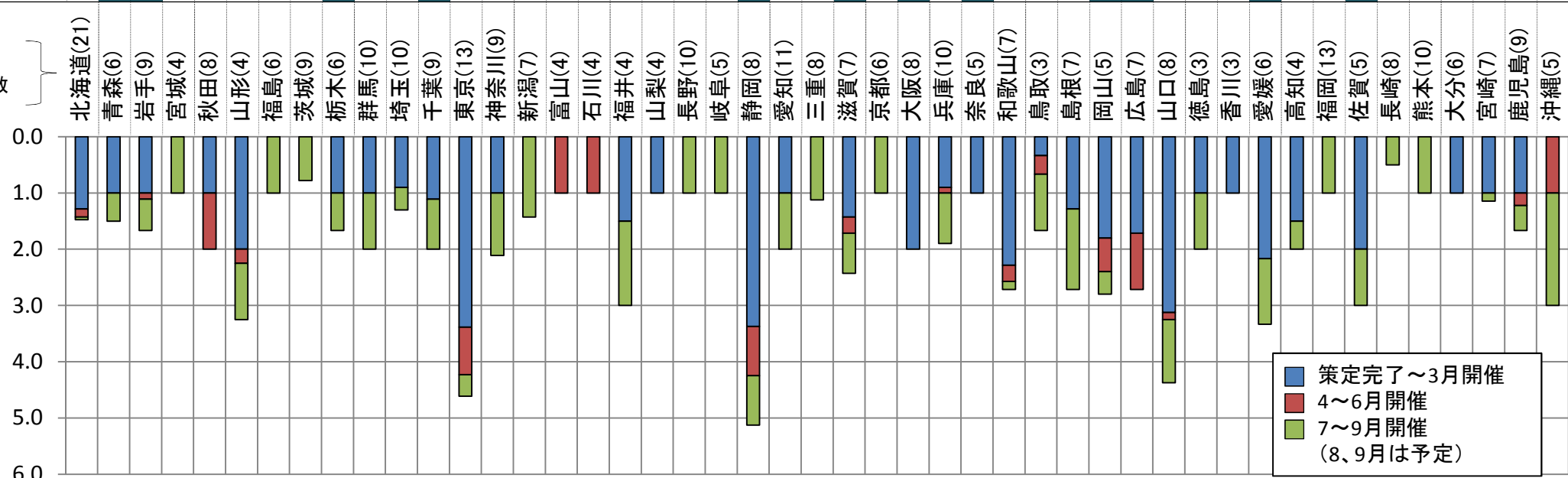
■下段→地域医療構想の策定完了後から29年9月末までの、構想区域あたり開催回数(開催延べ回数／全構想区域) ※8,9月は調査時点における予定

■構想の策定完了時期



括弧内は
構想区域数

■構想区域あたりの開催回数



■ 策定完了~3月開催
■ 4~6月開催
■ 7~9月開催
(8,9月は予定)

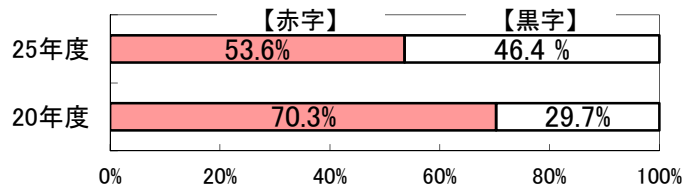
(留意点)「地域医療構想調整会議」として開催した回数を計上しており、例えば意見交換会の実施など、関係者が集まった全ての実績が計上されているものではない。
また、複数区域が合同で開催したものは、それぞれの区域で1回ずつ開催したものとして計上した。

公立病院改革の推進について

- 「新公立病院改革ガイドライン」(平成27年3月)に基づき新公立病院改革プランの策定を要請。
- 医療提供体制の改革と連携して公立病院の更なる経営効率化、再編・ネットワーク化等を推進。

公立病院改革ガイドライン(H19年12月)に基づくこれまでの取組の成果

《経営の効率化》



《再編・ネットワーク化》

- ・統合・再編等に取り組んでいる病院数
162病院(H25年度末)
- ・再編等の結果、公立病院数は減少
H20: 943 ⇒ H25: 892 (△ 51病院)
H26: 881 (△ 62病院)

《経営形態の見直し》

- ・地方独立行政法人化(非公務員型) 66病院 (H26年度末)
- ・指定管理者制度導入(いわゆる公設民営) 17病院
- ・民間譲渡・診療所化 48病院

新公立改革ガイドライン(H27年3月)に基づく更なる改革の推進

1 新公立病院改革プランの策定を要請

- (1) 策定時期: 地域医療構想の策定状況を踏まえつつH27年度又はH28年度中
- (2) プランの期間: 策定年度～H32年度を標準
- (3) プランの内容: 以下の4つの視点に立った取組を明記

地域医療構想を踏まえた役割の明確化

- ・病床機能、地域包括ケア構築等を明確化

経営の効率化

- ・経常収支比率等の数値目標を設定

再編・ネットワーク化

- ・経営主体の統合、病院機能の再編を推進

経営形態の見直し

- ・地方独立行政法人化等を推進

2 都道府県の役割・責任を強化

- 再編・ネットワーク化への積極的な参画、新設・建替へのチェック機能の強化等

3 地方財政措置の見直し

- 再編・ネットワーク化への財政措置の重点化(H27年度～)

通常の整備 25%地方交付税措置
再編・ネットワーク化に伴う整備 40%地方交付税措置

医療介護総合確保推進法(H27年4月施行)に基づく取組(厚生労働省)

1 医療提供体制の改革(病床機能の分化・連携)

- 都道府県が、2025年の機能別の医療需要・必要病床数※と目指すべき医療提供体制等を内容とする地域医療構想を策定(H27年度～)

※ イメージ [構想区域単位で策定]

	2025年(推計)	
	医療需要	必要病床数
高度急性期	○○○ 人/日	○○○ 病床
急性期	□□□ 人/日	□□□ 病床
回復期	△△△ 人/日	△△△ 病床
慢性期	▲▲▲ 人/日	▲▲▲ 病床

2 実現するための方策

- 都道府県による「地域医療構想調整会議」の開催
- 知事の医療法上の権限強化(要請・指示・命令等)
- 医療介護総合確保基金を都道府県に設置

連携

公的医療機関等2025プラン

- **公的医療機関※、共済組合、健康保険組合、国民健康保険組合、地域医療機能推進機構、国立病院機構及び労働者健康安全機構**が開設する医療機関、**地域医療支援病院**及び**特定機能病院**について、地域における今後の方向性について記載した「**公的医療機関等2025プラン**」を作成し、策定したプランを踏まえ、**地域医療構想調整会議においてその役割について議論**するよう要請。 ※新公立病院改革プランの策定対象となっている公立病院は除く。

対象病院数

約780病院

記載事項

【基本情報】

・医療機関名、開設主体、所在地 等

【現状と課題】

・構想区域の現状と課題
・当該医療機関の現状と課題 等

【今後の方針】

・当該医療機関が今後地域において担うべき役割 等

【具体的な計画】

- ・当該医療機関が今後提供する医療機能に関する事項
(例)・4機能ごとの病床のあり方について
・診療科の見直しについて 等
- ・当該医療機関が今後提供する医療機能に関する、具体的な数値目標
(例)・病床稼働率、手術室稼働率等、当該医療機関の実績に関する項目
・紹介率、逆紹介率等、地域との連携に関する項目、人件費率等、経営に関する項目 等

策定期限

- **救急医療や災害医療等の政策医療を主として担う医療機関：平成29年9月末**
(3回目の地域医療構想調整会議で議論)
- **その他の医療機関：平成29年12月末** (4回目の地域医療構想調整会議で議論)

●地域医療構想調整会議の議論のサイクル

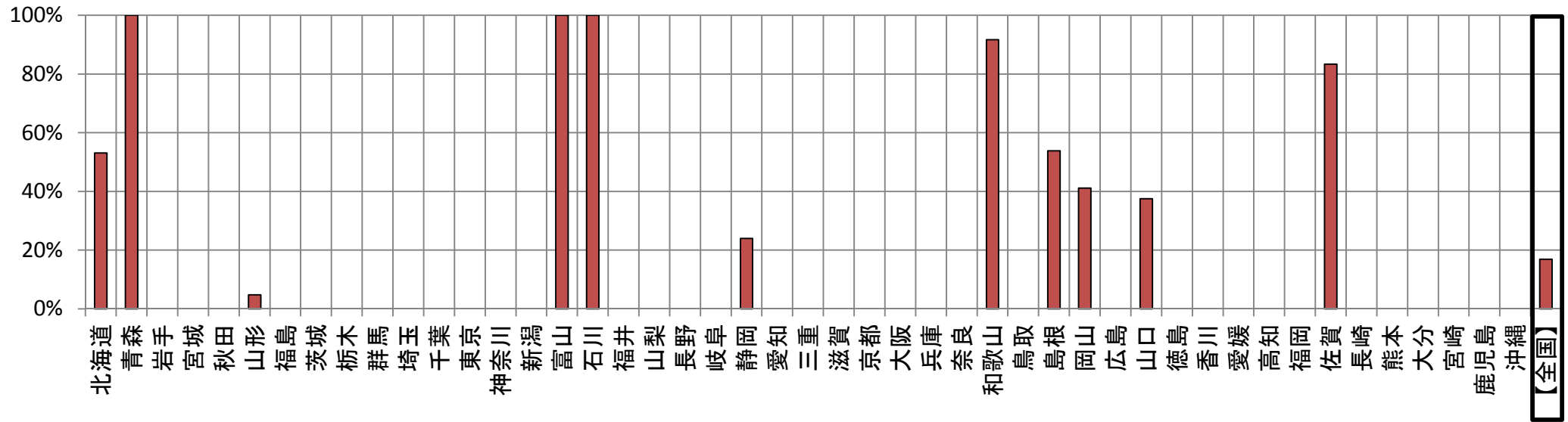
4～6月	7～9月	10～12月	1～3月
病床機能報告等のデータ等を踏まえ、各医療機関の役割を明確化	医療機能、事業等ごとの不足を補うための具体策を議論	各役割を担う医療機関名を挙げ、機能転換等の具体策の決定	具体的な医療機関名や進捗評価指標、次年度基金の活用等を含む取りまとめ

留意点

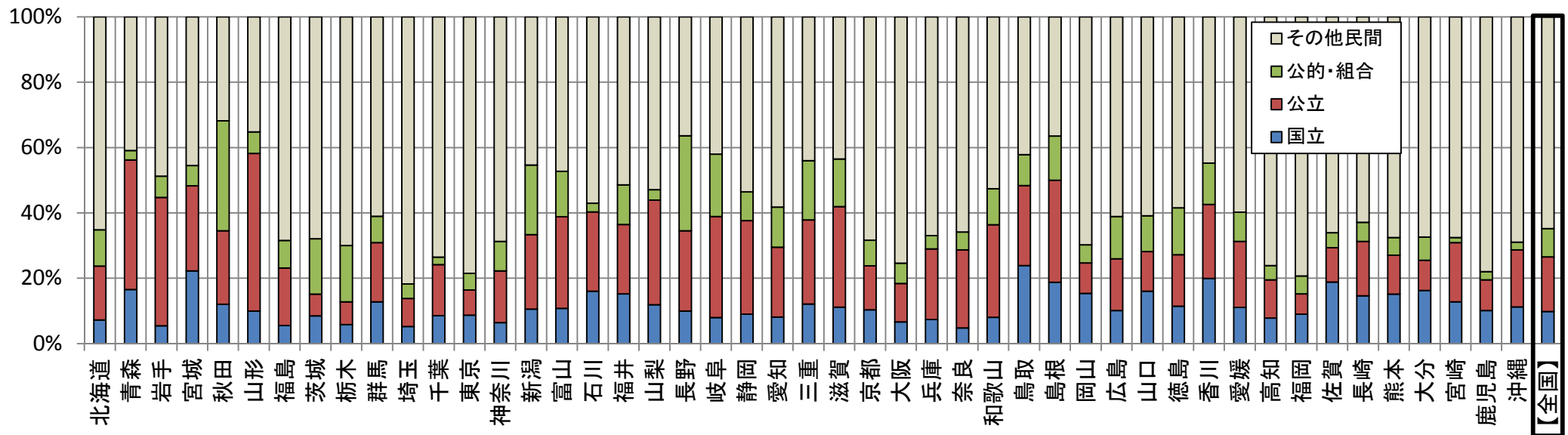
- 各医療機関におけるプランの策定過程においても、地域の関係者からの意見を聴くなどにより、構想区域ごとの医療提供体制と整合的なプランの策定が求められる。
- 各医療機関は、プラン策定後、速やかにその内容を地域医療構想調整会議に提示し、地域の関係者からの意見を聴いた上で、地域の他の医療機関との役割分担や連携体制も含め、構想区域全体における医療提供体制との整合性をはかることが必要。地域医療構想調整会議における協議の方向性との齟齬が生じた場合には、策定したプランを見直すこととする。
- さらに、上記以外の医療機関においても、構想区域ごとの医療提供体制の現状と、現に地域において担っている役割を踏まえた今後の方針を検討することは、構想区域における適切な医療提供体制の構築の観点から重要である。まずは、それぞれの医療機関が、自主的に検討するとともに、地域の関係者との議論を進めることが望ましい。

地域医療構想調整会議における議論の状況③

■新公立病院改革プランに関する議論開始率（議論を開始した病院数／平成28年度中にプランを策定した病院数）



(参考) 開設主体別の病院の病床数の比率（※病床数は、一般病床及び療養病床の合計）



出典：平成28年医療施設調査（厚生労働省）

構想区域における医療機関の再編・統合事例（茨城県鹿行構想区域）

概要

鹿島労災病院における医師大量退職に伴い、鹿行南部地域の救急医療が困難となったことを契機として、地域の関係者の協議を経て、平成29年8月、神栖済生会病院と鹿島労災病院が統合することで基本合意書を締結。

鹿行構想区域（茨城県内の9構想区域の1つ）

医師数 88.6人/10万人あたり（平成24年）
（全国344二次医療圏中、下から3番目）



鹿行構想区域の2025年の病床の必要量と在宅医療等の必要量

区分	平成27(2015)年における機能別病床数 (病床機能報告)	平成37(2025)年における病床の必要量
高度急性期	0床	70床
急性期	978床	373床
回復期	79床	443床
慢性期	640床	379床
病床計	1,998床	1,265床
在宅医療等の必要量	—	2,186人/日

神栖済生会病院と鹿島労災病院の再編統合の経緯

平成25年、鹿島労災病院の医師大量退職
救急医療提供体制の崩壊

休床 { 神栖済生会病院 179床のうち86床
鹿島労災病院 300床のうち200床

地域で議論

- 平成29年8月、関係4者（済生会、労働者健康安全機構、茨城県、神栖市）間で基本構想に関する基本合意書を締結

基本合意：平成30年度をめどに両病院を統合し、恩賜財団済生会が運営

神栖済生会病院 (小児救急医療拠点病院)

一般 140床(休床 47床)
療養 39床(休床 39床)

鹿島労災病院 (災害拠点病院)

一般 199床(休床 99床)

合計：378床(休床185床)
(平成29年3月現在)

統合

本院(新病院)



(統合時)
179床

- 新病院は増築して整備
- 救急医療や急性期医療の充実
- 災害拠点病院の機能引き継ぎ
- 両病院の全ての診療科を引き継ぎ

分院(有床診療所)



未定

- 跡地に有床診療所を開設
- 本院と緊密に連携
- 老健施設なども今後検討

合計：179床 + α

南和地域の広域医療提供体制の再構築

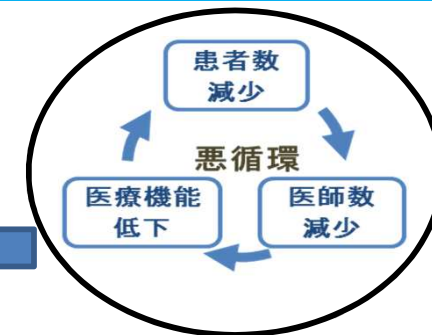
発想の契機

- ・町立大淀病院
- ・県立五條病院
- ・国保吉野病院

3つの公立病院(急性期)がそれぞれ医療を提供

連携内容

医療機能が低下している3つの公立病院を、1つの救急病院(急性期)と2つの地域医療センター(回復期・療養期)に役割分担し、医療提供体制を再構築



12市町村とともに、県が構成員として参加する全国でも珍しい一部事務組合で3病院の建設、改修、運営を実施

南和広域医療企業団

回復期・慢性期

吉野病院
改修 (H28年4月)



急性期・回復期
南奈良総合医療センター
新設 (H28年4月)

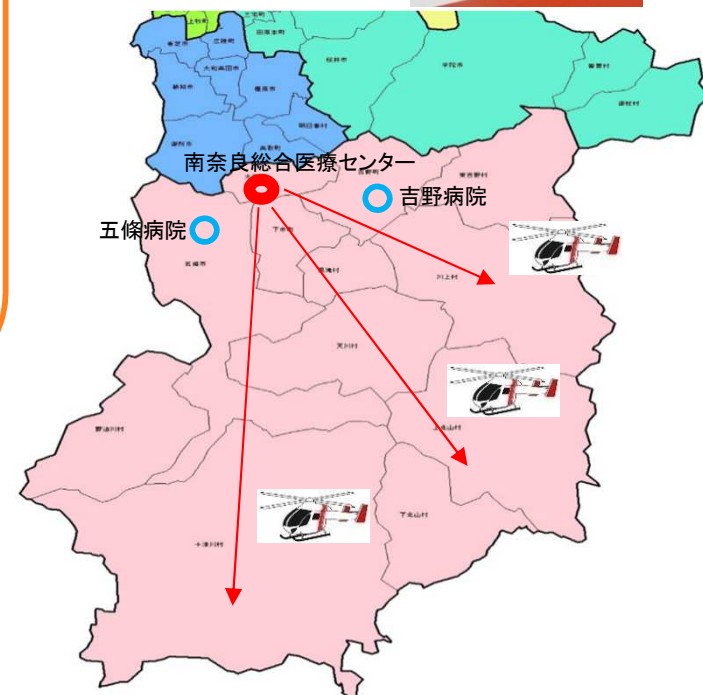
回復期・慢性期

五條病院
改修 (H29年4月)



連携

H29.3ドクターヘリ
運用開始



連携の成果

- ・急性期から慢性期まで**切れ目の無い医療提供体制を構築**
- ・救急搬送受入数 計 5.7件→**11.2件/日** (H28年度実績)
- ・病床利用率 65.0%→**88.8%** (H28年度実績)
- ・**へき地診療所との連携強化**
(医療情報ネットワークで結び、病院の予約や検査結果の相互利用)

南和地域の医療提供体制の再構築、ドクターヘリの運用により、救急医療、へき地医療、災害医療等が充実

南和地域の病院再編による医師確保への効果

再 編 前

3病院の医師数
(常勤換算)
※全て急性期病院

五條病院 25.7 人
大淀病院 13.0 人
吉野病院 9.7 人
(計 48.4人)

(参考)

南和医療圏
人口 78,116人
(2015年)
医師数 107人
(2014年)
人口10万人あたり医師数
137人
(2014年)



再 編 後

集約化のメリット

集約化による 急性期機能の向上

3病院の医師数計
48.4 人 ⇒ 60.8 人 (H28.4月時点)
(1. 26倍)
に対し

救急搬送受け入れ件数
2,086件 ⇒ 4,104件(H28実績)
(1. 97倍)

症例集積や研修機能の向上による若手医師への魅力向上

- ✓ 専門研修基幹施設(1領域)
総合診療科
- ✓ 専門研修連携施設(12領域)
内科、外科、小児科、整形外科、
救急科、脳神経外科、麻酔科、
皮膚科、病理、形成外科
放射線科、総合診療科
- ✓ 基幹型臨床研修指定病院の指定申請(H31年度の入受を目指す)

病院の役割の明確化による 医局からの協力

- ✓ 医大医師配置センターから
3病院への派遣人数 (H28.4派遣)
 - 要請人数 52人(25診療科)
 - 派遣人数 51人(25診療科)

24時間365日の救急体制の
ために必要な医師数

スケールメリットによる 診療科の増加・強化

- ✓ 再編後に開始した診療科
 - 産婦人科
 - 歯科口腔外科
 - 精神科
 - 救急科
- ✓ 小児科の機能強化
 - 南奈良総合医療センターに
機能集約
 - 小児科救急輪番の充実
輪番日以外にも宿直対応、
 - 夕診、午後診も実施

3病院の医師数
(H29.4.1現在)

(急性期中心)
南奈良総合医療センター
_____ 58.2 人

(回復期・慢性期中心)
吉野病院
_____ 5.8人

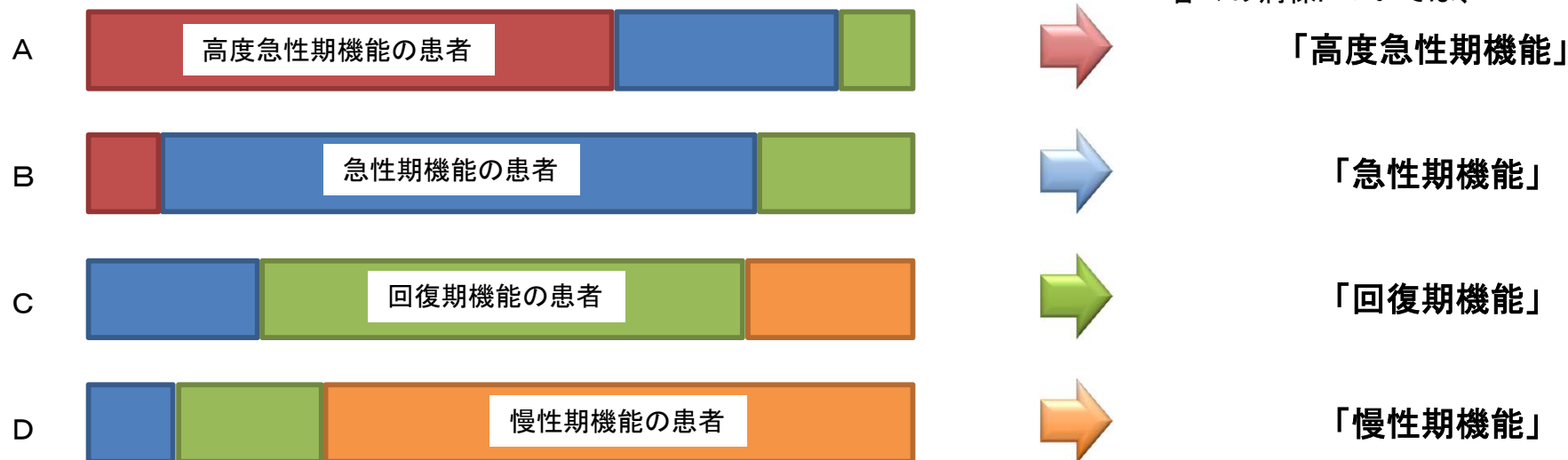
五條病院
_____ 3.0人

(計 67.0 人)

医療機能の選択に当たっての基本的な考え方

病床機能報告においては、病棟が担う医療機能をいずれか1つ選択して報告することとされているが、実際の病棟には様々な病期の患者が入院していることから、下図のように当該病棟でいずれかの機能のうち最も多くの割合の患者を報告することを基本とする。

(ある病棟の患者構成イメージ)



として報告することを基本とする。

地域医療構想・病床機能報告における回復期機能について

「地域医療構想・病床機能報告における回復期機能について」(平成29年9月29日付け厚生労働省医政局地域医療計画課事務連絡)抜粋

地域医療構想における将来推計は患者数をベースに将来の病床の必要量を出しているのに対し、病床機能報告制度では様々な病期の患者が混在する病棟について最も適する機能1つを選択して報告する仕組みである。例えば回復期機能は、「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能」を指すものであり、当該機能を主として担う病棟が報告されるものであるから、単に回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定している病棟のみを指すものではない。

しかしながら、この点の理解が不十分であるために、これまでの病床機能報告では、主として「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能」を有する病棟であっても、急性期機能や慢性期機能と報告されている病棟が一定数存在することが想定される。

また、実際の病棟には様々な病期の患者が入院していることから、主として急性期や慢性期の機能を担うものとして回復期機能以外の機能が報告された病棟においても、急性期を経過した患者が一定数入院し、在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションが提供されていたり、在宅医療の支援のため急性期医療が提供されていたりする場合があると考えられる。また、回復期機能が報告された病棟においても、急性期医療が行われている場合がある。

これらを踏まえると、現時点では、全国的に回復期を担う病床が大幅に不足し、必要な回復期医療を受けられない患者が多数生じている状況ではないと考えているが、病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量との単純な比較から、回復期機能を担う病床が各構想区域で大幅に不足しているように誤解させる状況が生じていると想定される。

このため、今後は、各医療機関に、各病棟の診療の実態に即した適切な医療機能を報告していただくこと、また、高齢化の進展により、将来に向けて回復期の医療需要の増加が見込まれる地域では、地域医療構想調整会議において、地域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向について十分に分析を行った上で、機能分化・連携を進めていただくことが重要と考えており、地域医療構想の達成に向けた取組等を進める上で、ご留意いただきたい。

病床の整備に当たり都道府県が留意すべき事項

「地域医療構想を踏まえた病床の整備に当たり都道府県が留意すべき事項について」(平成29年6月23日付け医政地発0623第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知) 抜粋

1 療養病床及び一般病床の整備に当たり留意すべき事項について

今後、新たに療養病床及び一般病床の整備を行う際には、既に策定されている地域医療構想との整合性を踏まえて行うこと。

具体的には、新たな病床の整備を行うに当たり、都道府県医療審議会において、既存病床数と基準病床数の関係性だけでなく、地域医療構想における将来の病床数の必要量を踏まえ、以下のような点に留意し、十分な議論を行うこと。

- (1) 現状では既存病床数が基準病床数を上回り、追加的な病床の整備ができないが、高齢化が急速に進むことで、将来の病床数の必要量が基準病床数を上回ることとなる場合には、
 - ① 基準病床数の見直しについて毎年検討
 - ② 医療法第30条の4第7項の規定に基づく基準病床数算定時の特例措置を活用することによって対応が可能であるが、その場合であっても、
 - ・ 将来の高齢者人口のピークアウト後を含む医療需要の推移
 - ・ 他の二次医療圏との患者の流出入の状況
 - ・ 交通機関の整備状況などのそれぞれの地域の事情を考慮することが必要となること。
- (2) 現状では既存病床数が基準病床数を下回り、追加的な病床の整備が可能であるが、人口の減少が進むこと等により、将来の病床数の必要量が既存病床数を下回ることとなる場合には、既存病床数と基準病床数の関係性だけでなく、地域医療構想における将来の病床数の必要量を勘案し、医療需要の推移や、他の二次医療圏との患者の流出入の状況等を考慮し、追加的な病床の整備の必要性について慎重に検討を行う必要があること。

2 都道府県医療審議会と地域医療構想調整会議の整合性について

都道府県医療審議会における議論の際には、地域医療構想調整会議(医療法第30条の14第1項に規定する協議の場をいう。以下同じ。)における議論との整合性を確保すること。

具体的には、新たに病床を整備する予定の医療機関に対して、開設等の許可を待たず、地域医療構想調整会議への参加を求め、以下の事項等について協議を行うこと。

- 新たに整備される病床の整備計画と将来の病床数の必要量との関係性
 - 新たに整備される病床が担う予定の病床の機能と当該構想区域の病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量との関係性 等
- その上で、都道府県医療審議会における議論の際には、地域医療構想調整会議における協議の内容を参考とすること。

3 第7次医療計画公示前における病院開設等の許可申請の取扱い等について

現行の医療計画において、無菌病室、集中治療室(ICU)及び心臓病専用病室(CCU)の病床については、専ら当該病室の病床に収容された者が利用する他の病床が同一病院又は診療所内に別途確保されているものは、既存病床数として算定しないものとされている。これらの病床については、第7次医療計画の策定を念頭に、平成30年4月1日以降、これまで既存病床数として算定していなかった病床を含めて、全て既存病床数として算定することとされていることから、今年度において新たに療養病床及び一般病床の整備を検討する際の判断材料の一つとして、当該病床を既存病床数に含めて、各二次医療圏における病床の整備状況を評価することが考えられるため、必要に応じて検討すること。

今後の主要な検討テーマ

※現時点で想定されるものであり、今後変更があり得る。

① 地域の医療提供体制のあるべき姿(地域医療構想等)の推進

	現状と課題	現在の検討状況	今後の検討の進め方
医療計画	本年度中に地域医療構想を含めた第7次医療計画(平成30年度～35年度)を策定することとなっている。 各都道府県において、地域医療構想の推進に向けた取組を進めているところ。	8月までに、第7次医療計画策定に向けた指針等を改正し、都道府県に提示済み。地域医療構想の達成に向けた取組について、「医療計画の見直し等に関する検討会」で議論中。	「医療計画の見直し等に関する検討会」において、地域医療構想調整会議における検討の進め方、今後の病床機能報告制度の在り方等について、議論を進める。
医師偏在対策	平成20年度以降、医学部定員を臨時増員してきたが、医師の偏在があり、地域における医師不足は解消していない。抜本的な地域偏在・診療科偏在対策を検討する必要がある。	医師の確保策、地域偏在対策等について、「医師需給分科会」において議論中。	「医師需給分科会」において、法改正を視野に、年末に向けて医師偏在対策の具体的検討を進め、とりまとめ予定。
専門医	現在、平成30年度の研修開始に向け議論されている専門研修については、医師偏在の懸念が地域医療関係者より示される中、地域医療に十分配慮される仕組みとするための検討を行う必要がある。	地域医療に求められる専門医制度の在り方について、「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」において議論中。	「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」において、今後の医師養成の在り方と地域医療について検討を進める予定。

② 医師の働き方改革について

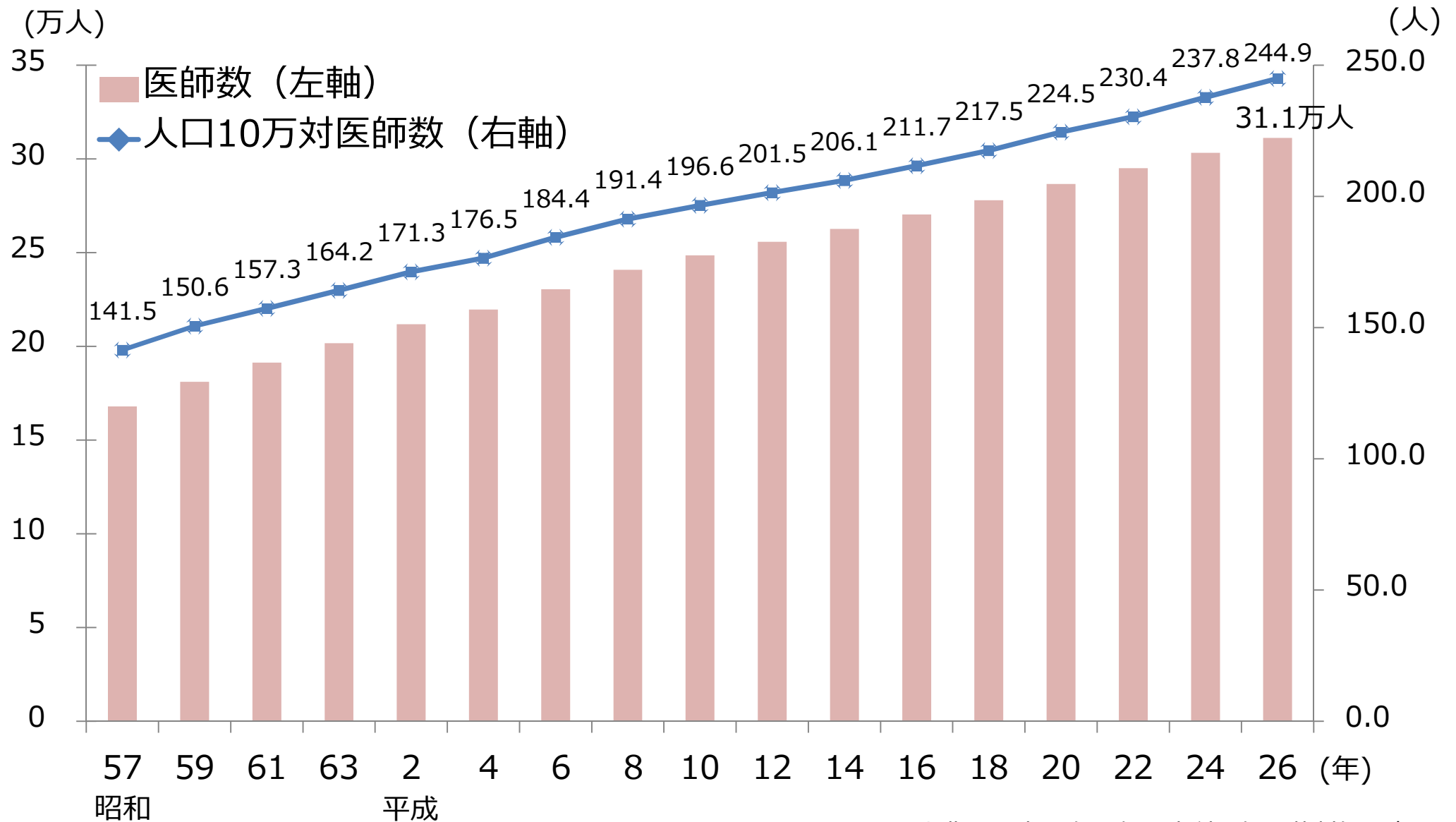
	現状と課題	現在の検討状況	今後の検討の進め方
医師の働き方改革	働き方改革実行計画(平成29年3月28日 働き方改革実現会議決定)において、医師については、時間外労働規制の対象とするが、医師法に基づく応召義務等の特殊性を踏まえた対応が必要であるため、改正労働基準法の施行期日の5年後を目途に規制を適用することとされた。	働き方改革実行計画を踏まえ、医療界の参加を得た検討の場として、「医師の働き方改革に関する検討会」を設置。平成29年8月2日に第1回検討会を開催。	医療界の参加を得た検討の場において、働き方改革実行計画から2年後を目処に、時間外労働規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得ることとしている。 なお、「医師の働き方改革に関する検討会」については、平成30年の年明けを目途に中間整理をとりまとめる予定。

2. 医師偏在対策

(1). 医師偏在をとりまく現状

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16年 27.0万人 → 平成26年 31.1万人 ※医療施設に従事する医師数は 29.7万人



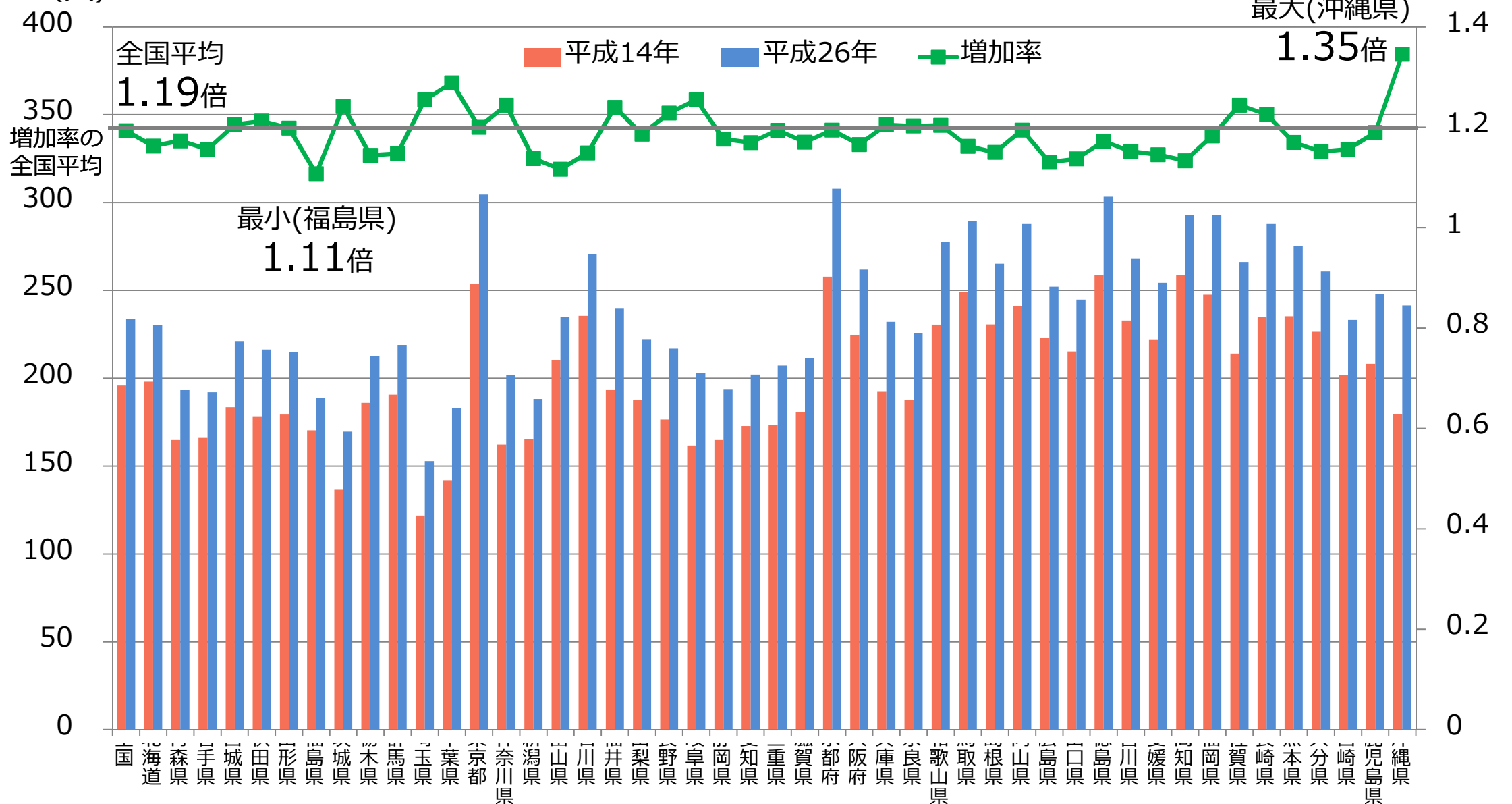
平成14年・26年の都道府県別人口10万対医師数とその増加率

人口10万対医師数

(w)

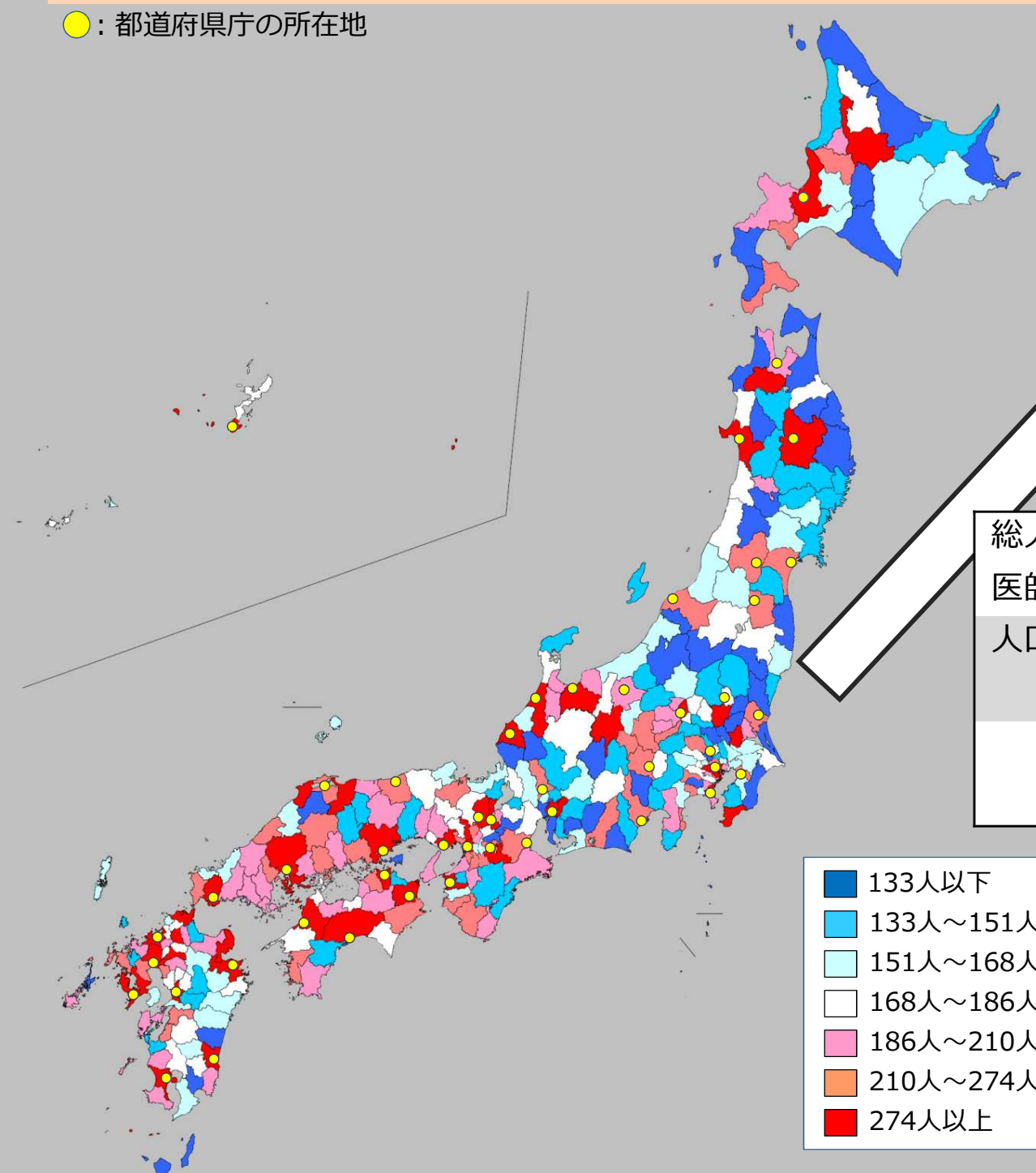
增加率

(倍)

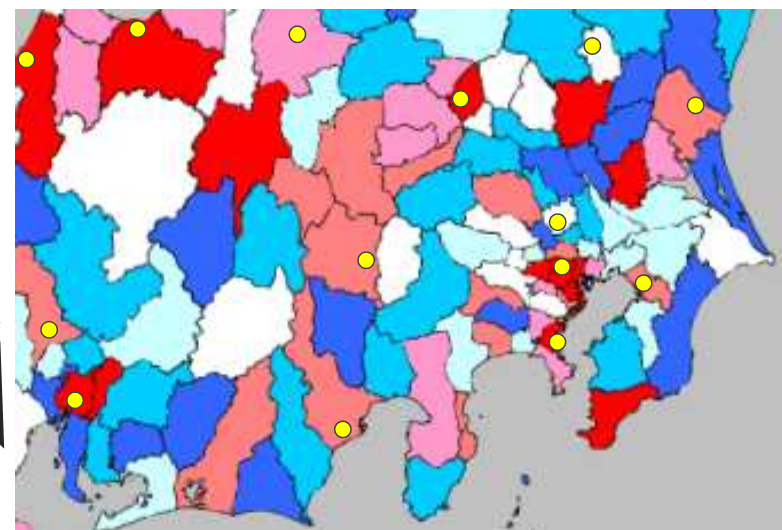


二次医療圏ごとの人口10万対医師数（平成26年）

●：都道府県庁の所在地



拡大



総人口（全国）	128,226,483人
医師数（全国）	296,845人
人口10万対医師数（全国）	（中央値）176.8人 （平均）231.5人

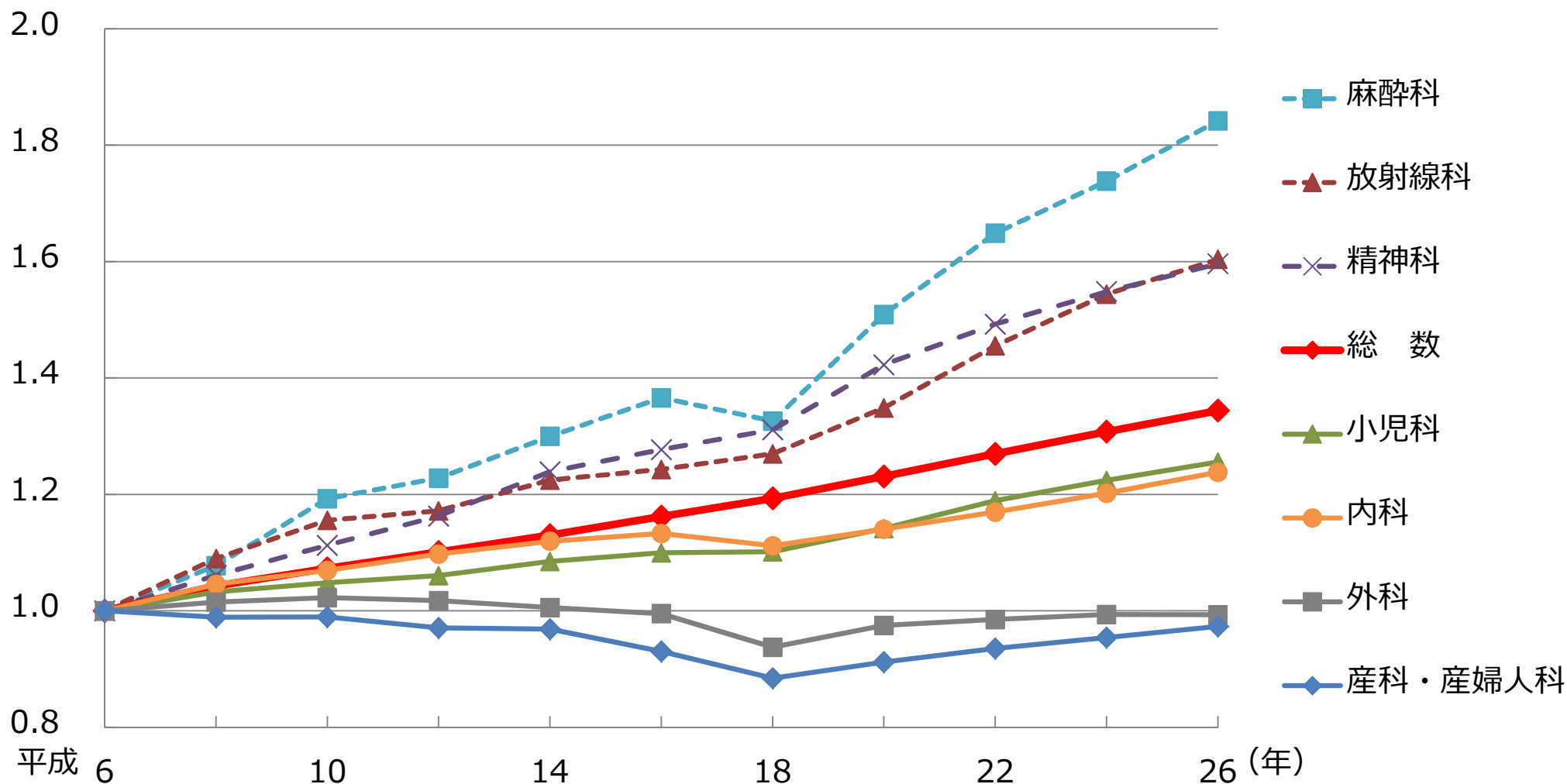
（平成27年1月1日住民基本台帳・
平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査）

※医師数：医療施設（病院・診療所）に従事する医師数

- 133人以下
- 133人～151人以下
- 151人～168人以下
- 168人～186人以下
- 186人～210人以下
- 210人～274人以下
- 274人以上

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・・・（平成8～18年）内科、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
 （平成20～26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

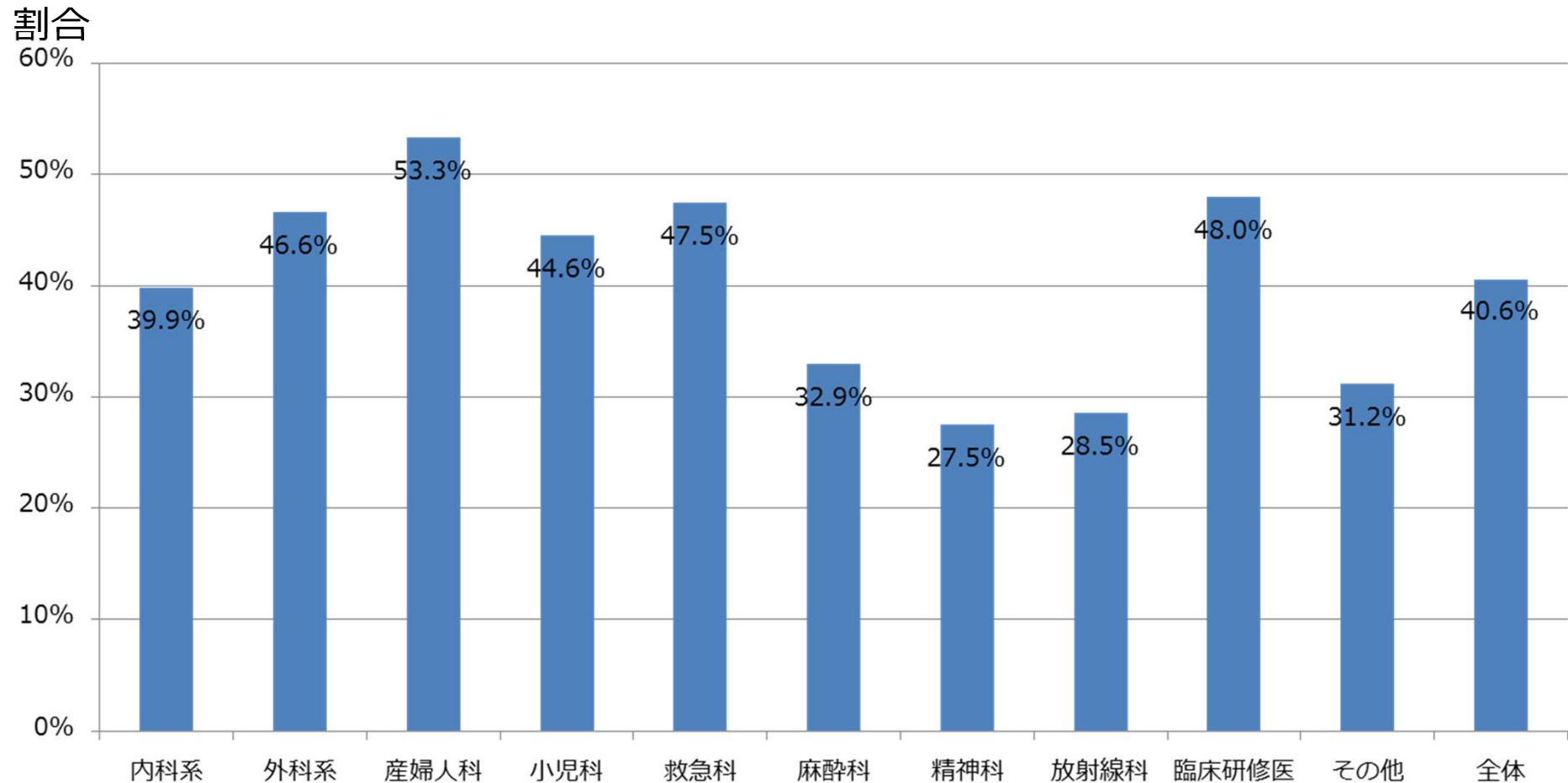
※外科・・・（平成6～18年）外科、呼吸器外科、心臓血管外科、気管食道科、こう門科、小児外科
 （平成20～26年）外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

※平成18年調査から「研修医」という項目が新設された

出典：平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査

週当たり勤務時間60時間以上の病院常勤医師の診療科別割合

- 診療科別週当たり勤務時間60時間以上の割合でみると、診療科間で2倍近くの差が生じる。
- 診療科別週当たり勤務時間60時間以上の割合は、産婦人科で約53%、臨床研修医48%、救急科約48%、外科系約47%と半数程度である。



※ 病院勤務の常勤医師のみ

※ 診療時間：外来診療、入院診療、在宅診療に従事した時間。 診療外時間：教育、研究・自己研修、会議・管理業務等に従事した時間。 待機時間：当直の時間（通常の勤務時間とは別に、院内に待機して応急患者に対して診療等の対応を行う時間。実際に患者に対して診療等の対応を行った時間は診療時間にあたる。）のうち診療時間及び診療外時間以外の時間。 勤務時間：診療時間、診療外時間、待機時間の合計（オンコールの待機時間は勤務時間から除外した。オンコールは、通常の勤務時間とは別に、院外に待機して応急患者に対して診療等の対応を行うこと）。

※ 「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）結果を基に医政局医事課で作成

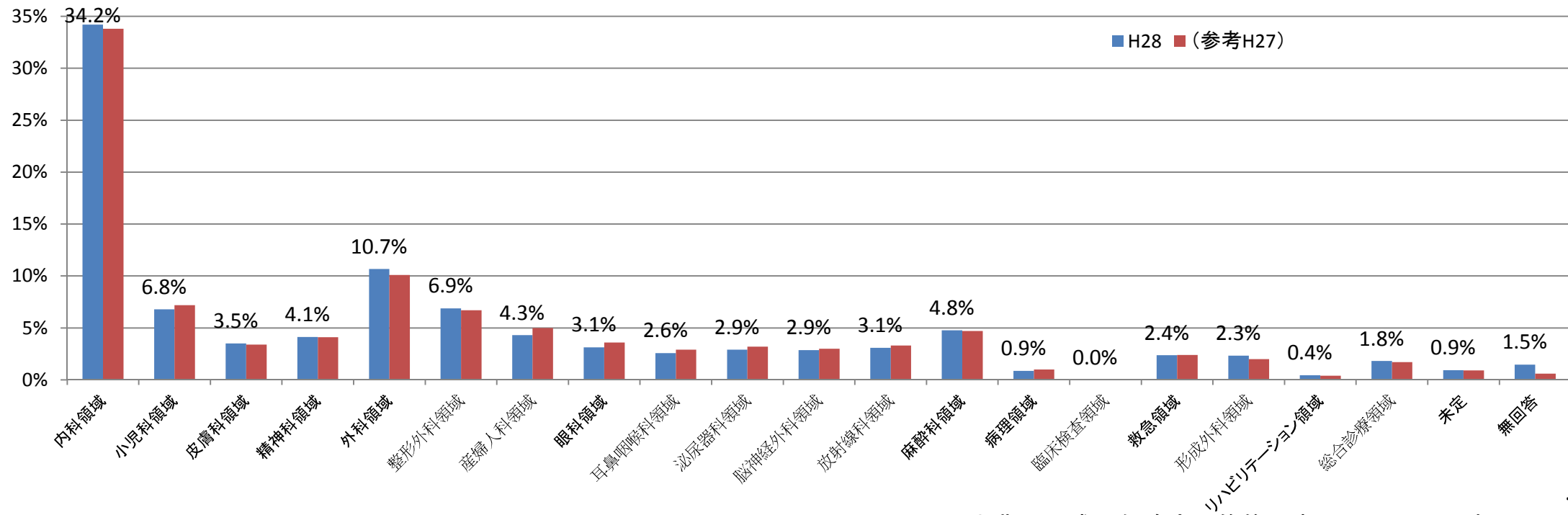
専門医資格の取得希望

○男女ともに9割以上が専門医資格の取得を希望している。

専門医資格の取得希望(性別・年齢別)

	男性	女性	不詳	合計	20代	30代	40代以上	不詳	合計	(参考H27)
はい	92.6%	92.9%	91.2%	92.6%	93.6%	89.2%	82.9%	88.8%	92.6%	91%
いいえ	1.4%	0.6%	0.9%	1.2%	0.9%	2.2%	7.3%	0.5%	1.2%	1%
わからない・まだ決めていない	3.5%	3.7%	3.7%	3.6%	3.1%	5.5%	9.8%	5.1%	3.6%	5%
無回答	2.5%	2.7%	4.2%	2.6%	2.5%	3.1%	0.0%	5.6%	2.6%	3%

専門医資格を取得したいと思っている診療領域(資格取得希望者単数回答(n=5,589))

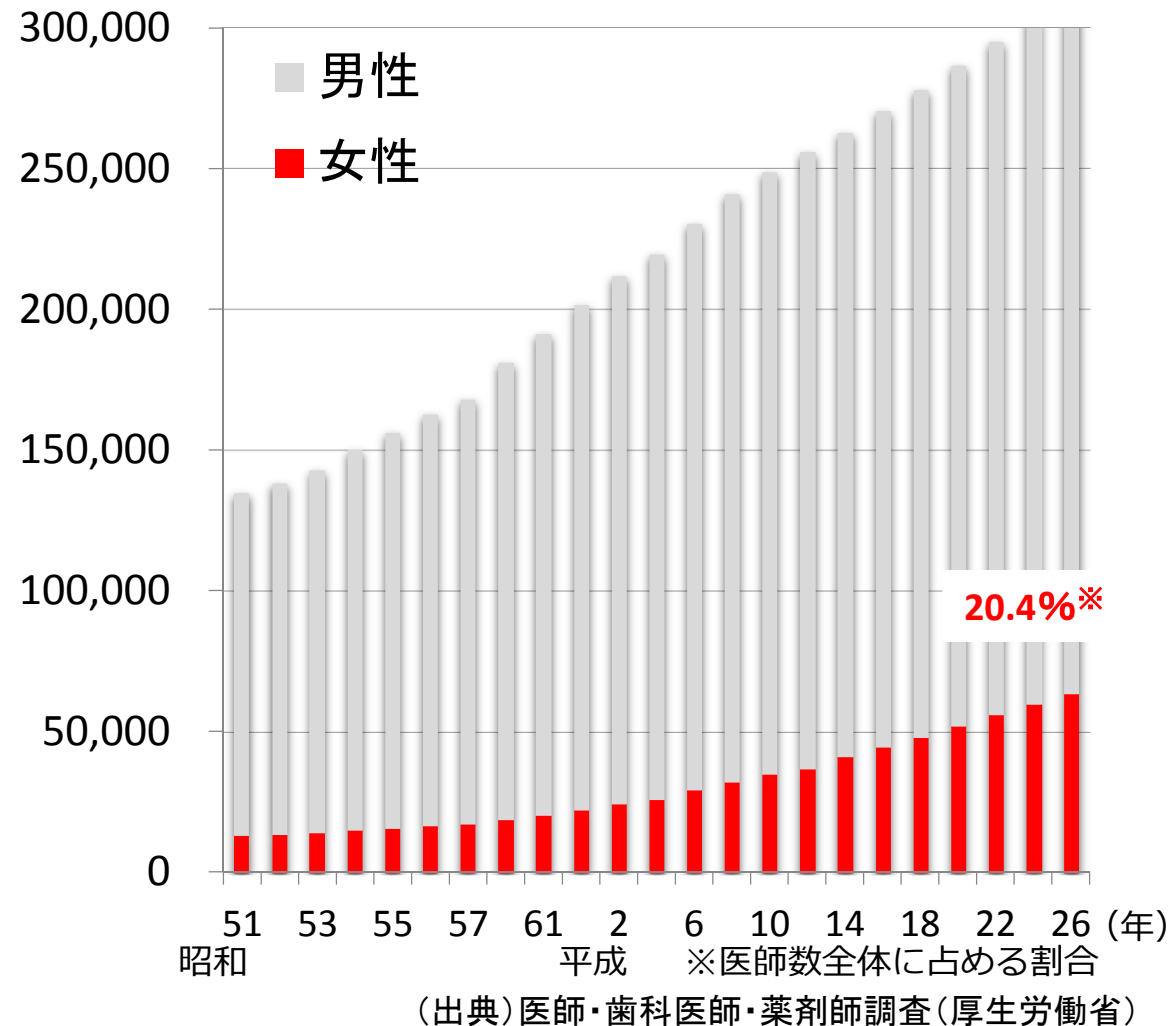


(出典) 平成28年臨床研修修了者アンケート調査

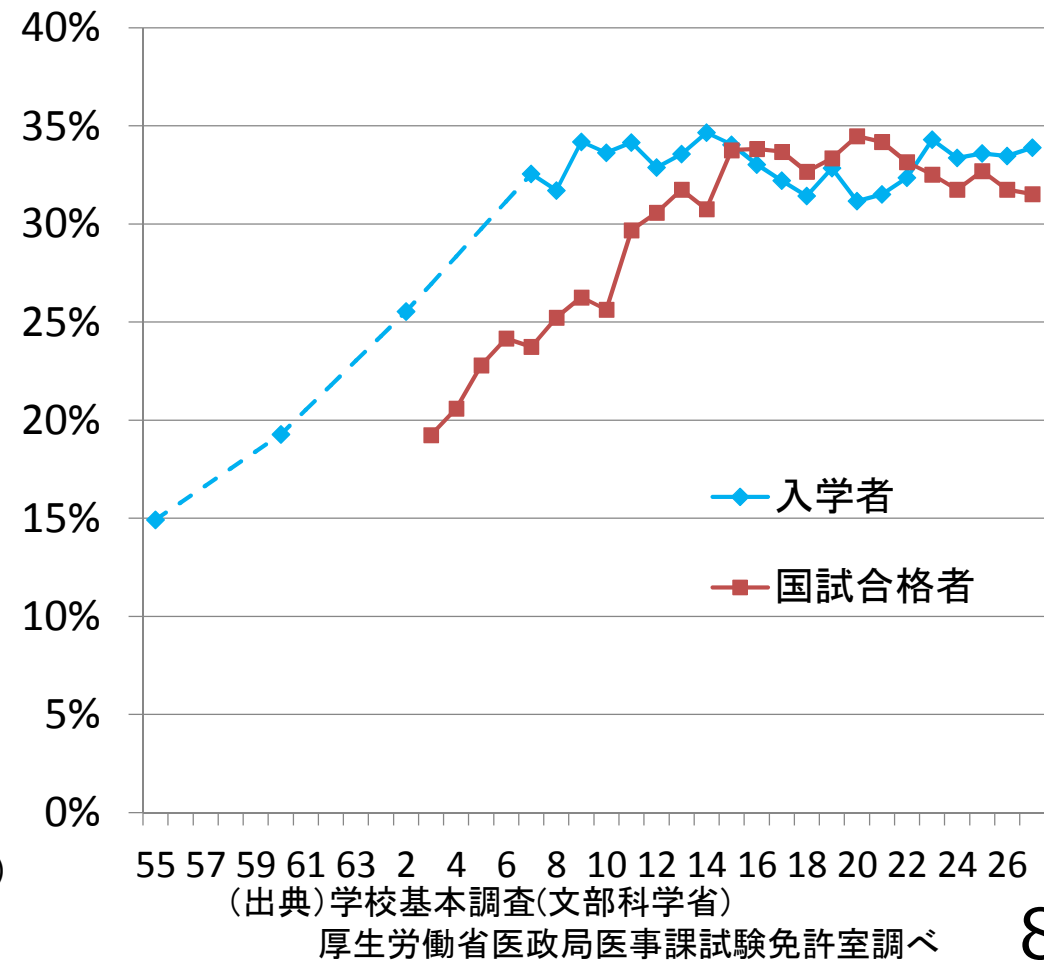
女性医師の年次推移

- 全医師数に占める女性医師の割合は増加傾向にあり、平成26年時点で20.4%を占める。
- 近年、若年層における女性医師は増加しており、医学部入学者に占める女性の割合は約3分の1となっている。

女性医師数の推移

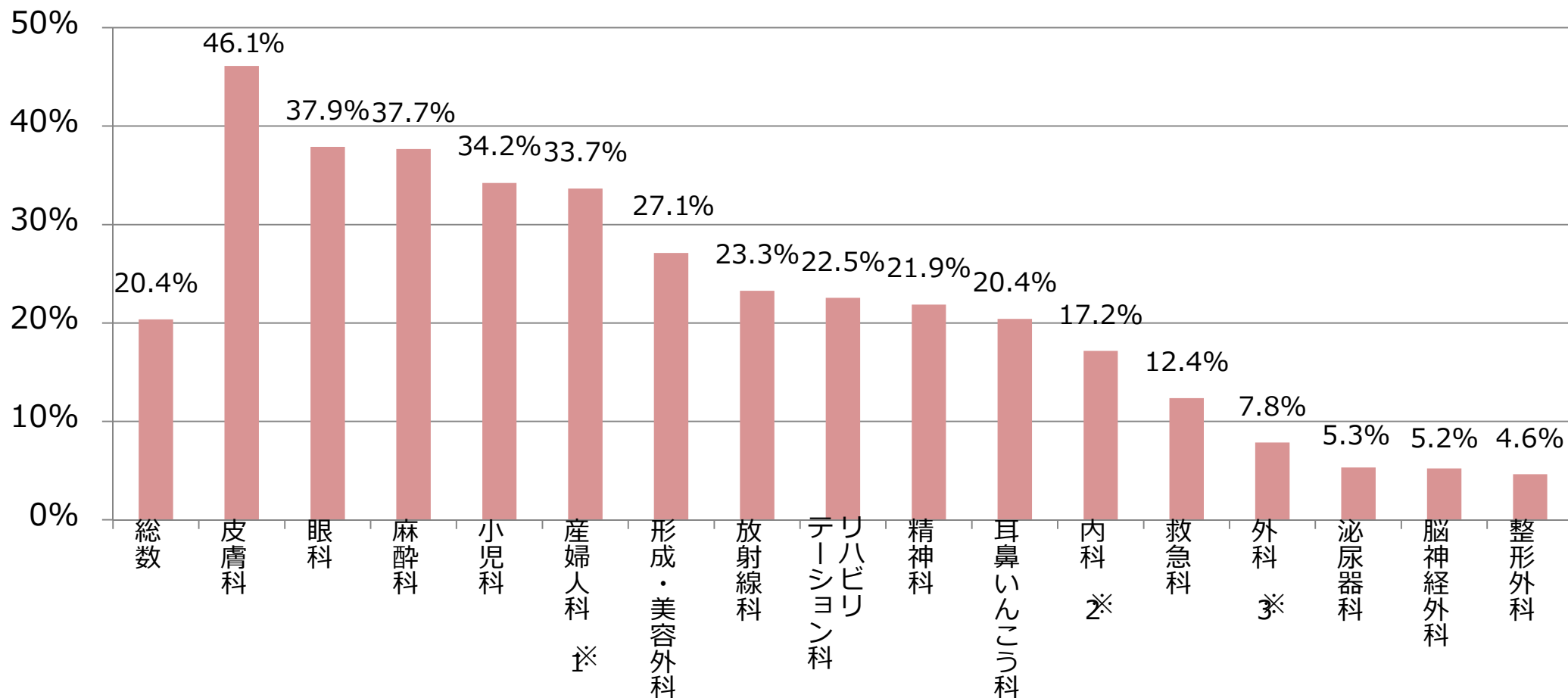


医学部入学者・国家試験合格者数に占める女性の割合



診療科別 女性医師の割合

- 医療施設従事医師数の女性割合は20.4%であり、平成24年の19.6%と比べて増加している。
- 皮膚科や小児科、産婦人科といった診療科では女性医師の占める割合は高いが、外科や脳神経外科などの診療科では低い。



※1・・・産婦人科、産科、婦人科

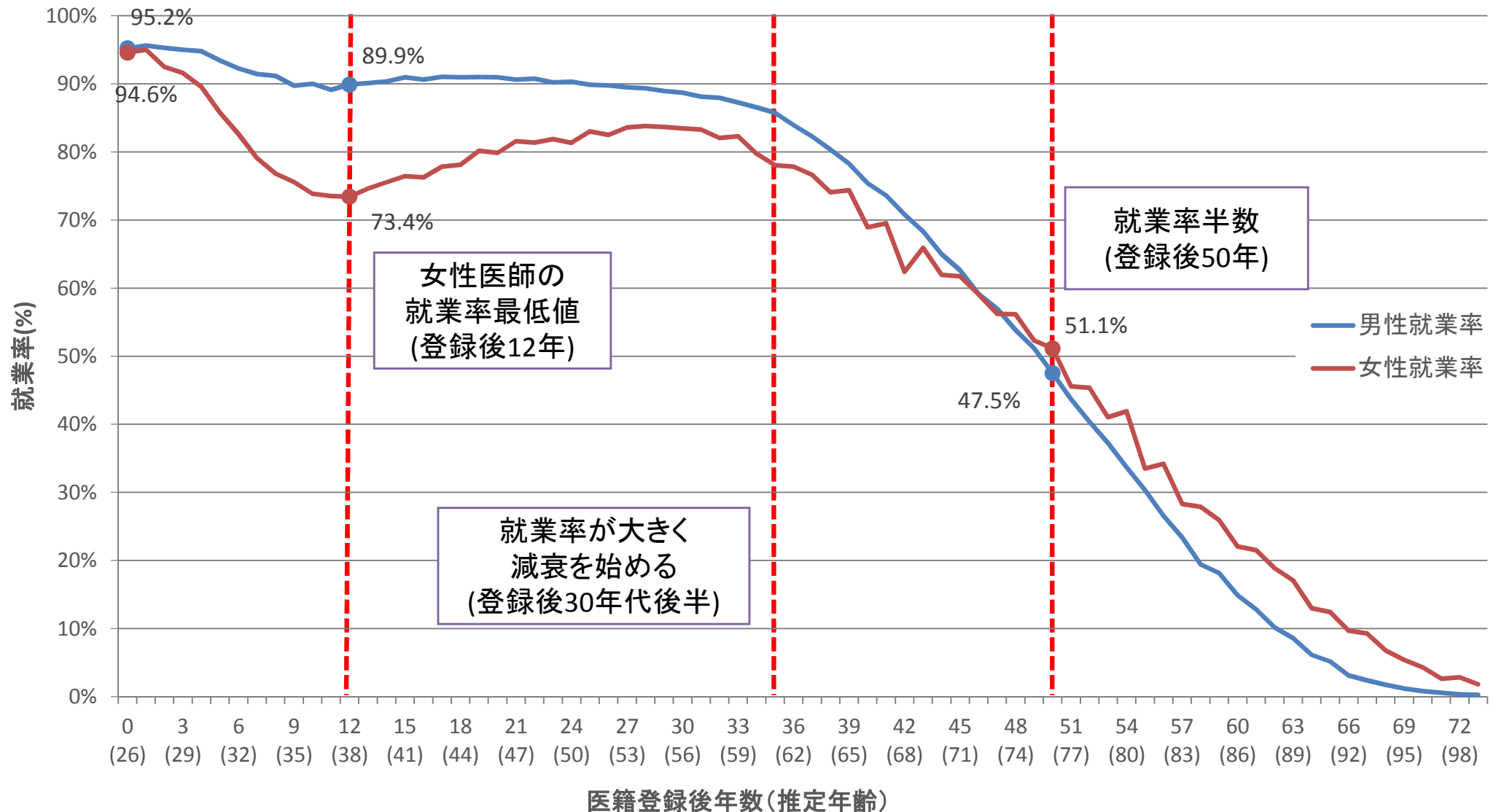
※2・・・内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科

※3・・・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

出典：平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査

医籍登録後年数別の就業率

女性医師の就業率の推移は、M字カーブの曲線になる。

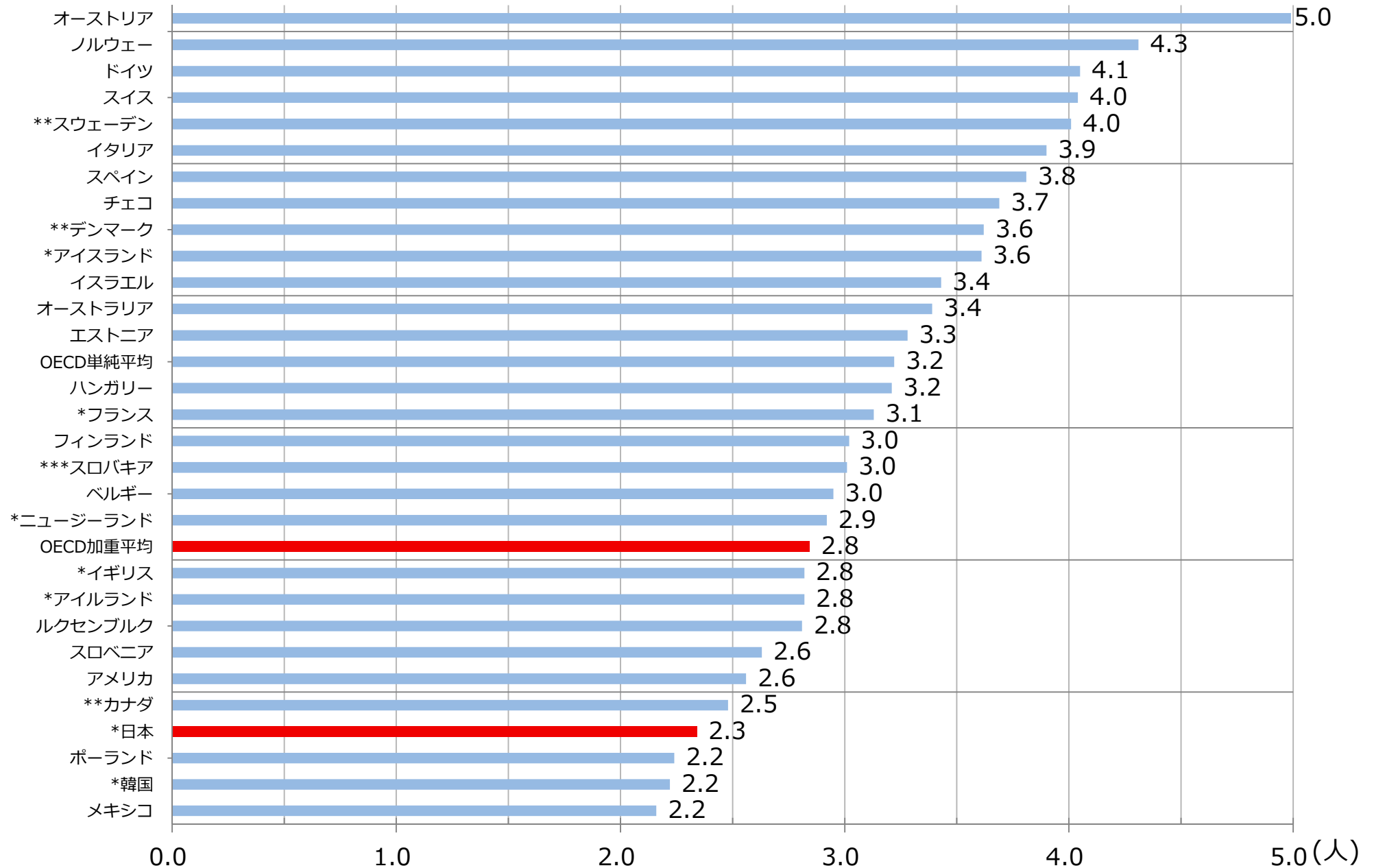


※2004年～2014年の医師・歯科医師・薬剤師調査（医師届出票）および厚生労働省から提供された医籍登録データを利用して作成

※推定年齢は医籍登録後年数が0年の届出票の満年齢(12月末時点)の平均値が26.8歳であることを考慮し設定

出典：医療従事者の需給に関する検討会 第4回医師需給分科会 資料より

OECD加盟国の人口1,000人当たり臨床医数 OECD Health Statistics 2015



注1 「OECD単純平均」とは、各国の人口1,000人当たり医師数の合計を国数で除した値。

注2 「OECD加重平均」とは、加盟国の全医師数を加盟国の全人口（各国における医師数掲載年と同一年の人口）で除した数に1,000を乗じた値。

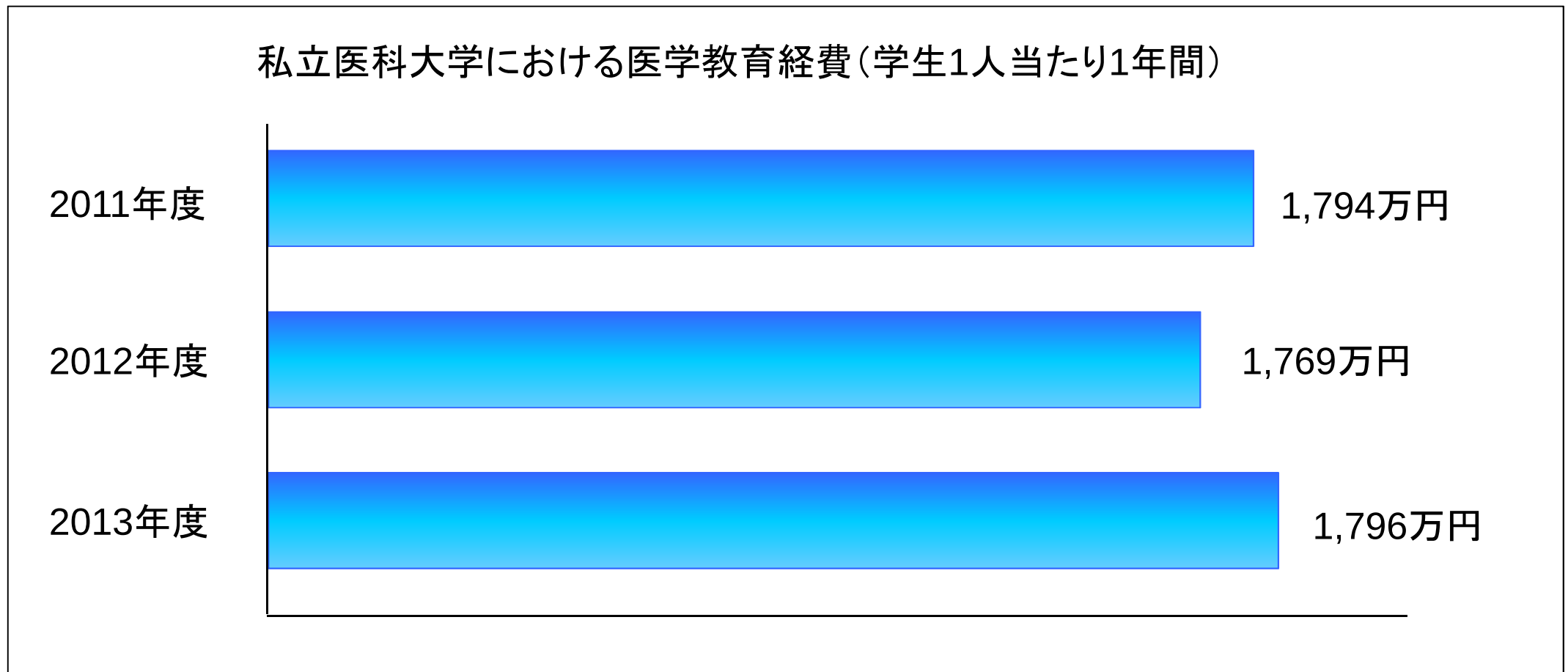
注3 *の国は2014年のデータ、**の国は2012年のデータ、***の国は2007年のデータ、それ以外は2013年のデータ。

注4 オーストラリア、フィンランド、イギリス、アイルランド、カナダは推計値。

出典：OECD Health Statistics 2015、平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査

医師1人当たり養成費

日本私立医科大学協会の調査によると、2013年度における私立医科大学の医学教育経費は1人当たり年間約1,800万円とされており、医師1人当たりの養成費用は**医学部6年間で約1億円**に達する。



*出所: 日本私立医科大学協会「医学教育経費の理解のために」2014年11月 (<http://www.idaikyo.or.jp/zaisei/igaku26.11.pdf>)

（２）これまでの医師確保対策等

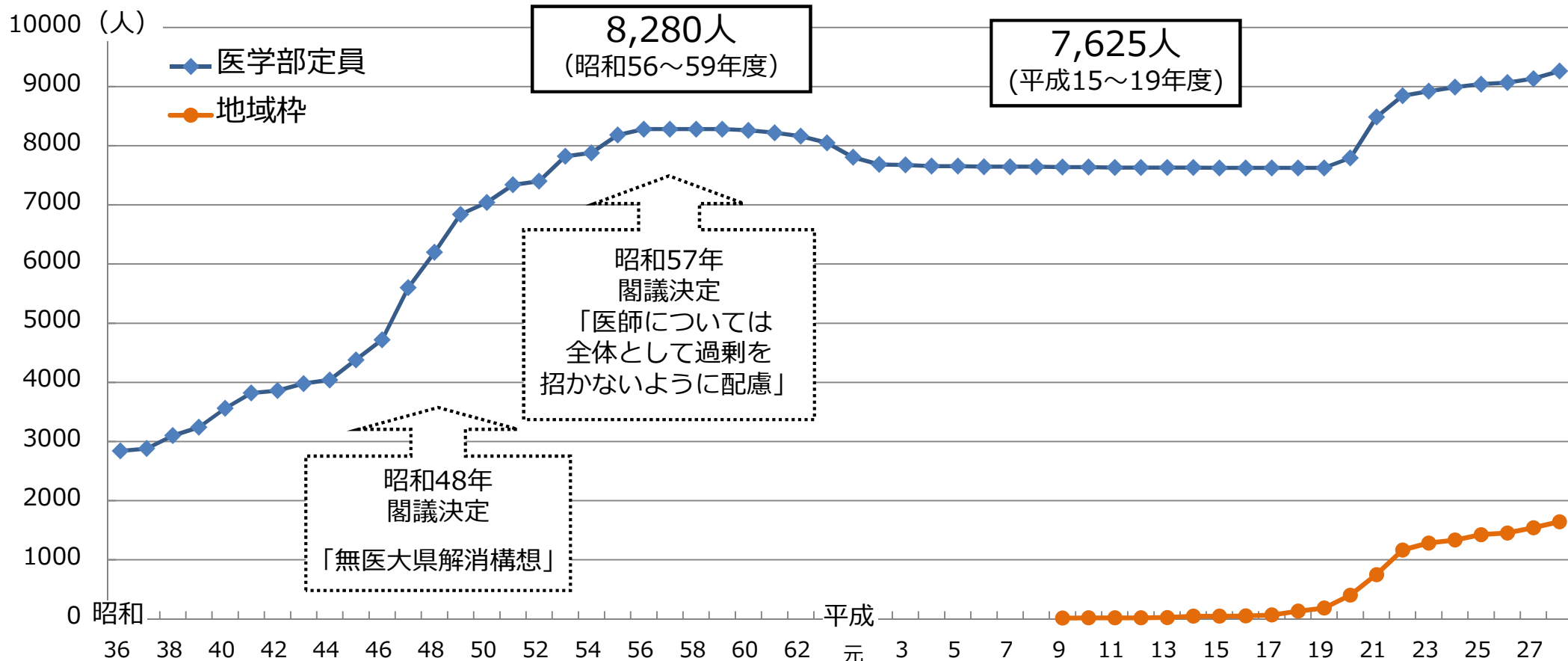
(2) ー① 医学部定員の臨時増

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***の数・割合も、**増加**してきている。

(平成19年度183人(2.4%)→平成28年1617人(17.5%))

地域枠*：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、奨学金の有無を問わない。



	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28
医学部定員	7625	7625	7625	7793	8486	8846	8923	8991	9041	9069	9134	9262
地域枠	64	129	183	403	749	1141	1257	1309	1400	1427	1525	1617
地域枠の割合	0.8%	1.7%	2.4%	5.2%	8.8%	12.9%	14.1%	14.6%	15.5%	15.7%	16.7%	17.5%

地域枠の人数については、文部科学省医学教育課調べ(平成28年度については現在集計中)

地域の医師確保を目的とした都道府県地域枠（概要）

○【地域枠】（平成22年度より都道府県の地域医療再生計画等に位置付けた医学部定員増）

〈1〉大学医学部が設定する「地域医療等に従事する明確な意思をもった学生の選抜枠」

〈2〉都道府県が設定する奨学金の受給が要件

※入試時に選抜枠を設定せず、入学後に学生を選抜する場合もあり

※学生の出身地にとらわれず、全国から募集する場合もあり

奨学金の例

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

1. 貸与額

○月額10～15万円

※入学金等や授業料など別途支給の場合あり

○6年間で概ね1200万円前後

※私立大学医学生等には、別途加算の場合あり

（参考）全学部平均の学生の生活費（授業料含む）は

国公立大学で約140万/年、私立大学で約200万/年

出典（独）日本学生支援機構 学生生活調査（平成20年度）

2. 返還免除要件

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

1. 都道府県内の特定の地域や医療機関

（公的病院、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）

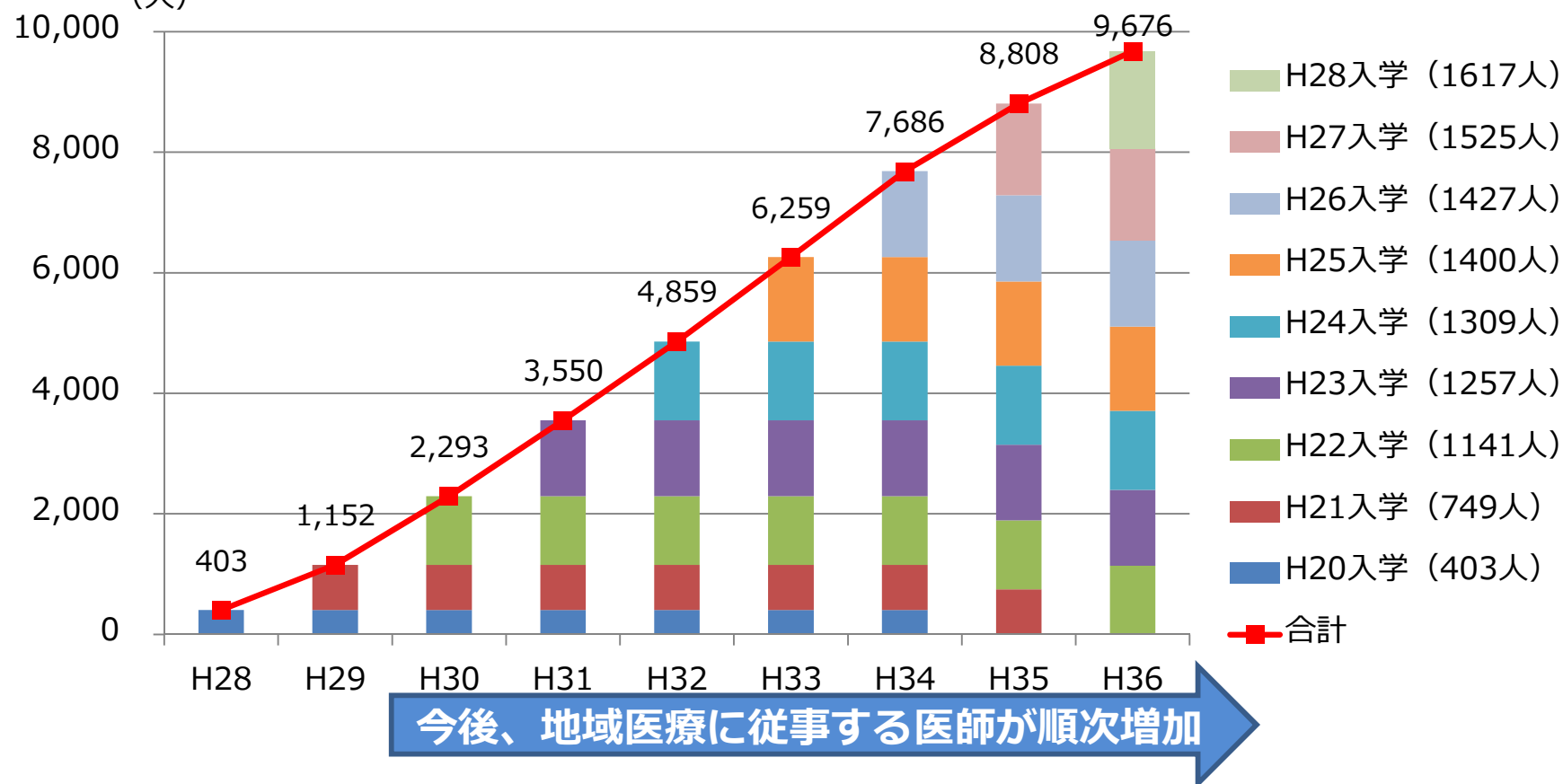
平成28年度以降、新たな
医師として地域医療等へ貢献：

- ・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
- ・平成26年度地域枠入学定員（500名）→平成32年に卒業見込み
- ・平成27年度地域枠入学定員（564名）→平成33年に卒業見込み
- ・平成28年度地域枠入学定員（592名）→平成34年に卒業見込み

臨床研修を修了した地域枠医師数の見込み

- 平成20年度以降の医学部の臨時定員増等による地域枠での入学者が順次卒業し、臨床研修を終え、地域医療に従事し始めている。
- 今後、こうした地域枠医師が順次臨床研修を終え、地域医療に従事する医師が増加することに伴い、地域医療支援センターの派遣調整の対象となる医師の増加が見込まれる。

臨床研修を修了した地域枠医師数の見込み



※ 地域枠（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、奨学金の有無を問わない。）の人数については、文部科学省医学教育課調べ。

全体の数には様々な条件による地域枠の医師数が含まれているが、ここでは一律に、卒業後9年目まで地域医療に従事する義務があると仮定し、義務年限終了以後は累積人数から除外して、単純に累積医師数を見込んだ。また、留年・中途離脱等は考慮していない。

(2) ー②都道府県における医師確保対策

医療計画における「医療従事者の確保に関する事項」について

- 都道府県(地方公共団体)は、国とともに、国民に対し良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保に努めることについて責務を負っている(医療法第1条の3)。
- この責務を果たす一つの方策として、都道府県は医療計画を策定し、これに基づいて都道府県における地域の医療提供体制の確保を行うこととされている。
- 医療計画は、全国的には医療資源の総量は一定の水準を満たすものの、地域偏在が大きいこと、機能分担・連携が不十分であることから、都道府県が定期的な計画を作成し、効率的医療提供体制を構築することを目的として、昭和60年の第1次医療法改正により導入された。
- 医療計画においては、「医療従事者の確保に関する事項」についても定めることとされており、医療計画の制度創設当初は任意記載事項であったところ、平成9年の第3次医療法改正において必須記載事項へと改正された。

医師確保に係る現行の医療計画の規定

医療法(抄)

第三十条の四 都道府県は、基本方針に即して、かつ、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の計画(以下「医療計画」という。)を定めるものとする。

2 医療計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

一～九 (略)

十 **医療従事者の確保に関する事項**

十一～十四 (略)

3～13 (略)

14 都道府県は、医療計画を定め、又は第三十条の六の規定により医療計画を変更しようとするときは、あらかじめ、都道府県医療審議会、市町村(救急業務を処理する地方自治法(昭和二十二年法律第六十七号)第二百八十四条第一項の一部事務組合及び広域連合を含む。)及び高齢者の医療の確保に関する法律(昭和五十七年法律第八十号)第一百五十七条の二第一項の保険者協議会の意見を聴かなければならない。

15 (略)

※都道府県医療審議会の構成

医療法施行令(抄)

第五条の十七 委員は、医師、歯科医師、薬剤師、医療を受ける立場にある者及び学識経験のある者のうちから、都道府県知事が任命する。

2・3 (略)

医療計画における「医療従事者の確保に関する事項」において 実際に記載されている事項

各都道府県の医療計画では、医療従事者の確保に関する事項の記述について、概ね次のような記載がされている。

① 現状の把握と分析

- 多くの都道府県で、人口10万対医師数などの具体的な数値を用いた分析を行い、二次医療圏ごとの現状把握に努めている。その分析においては、都道府県内の推移や全国値との比較など、詳細に行っているものが多い。
- 一方、現状値の記載にとどまるものや、課題事項の列挙のみを行っているものもある。

② 課題の抽出と目標の設定

- 目標設定については、診療科ごとの具体的な医師数を記載しているものもある。
- 一方、「増加を目指す」、「全国順位の向上」などの定性的な記載や、記載のないものまで、ばらつきが見られる。

③ 目標を達成するための施策

- 具体的な目標設定がなされている都道府県においては、これを達成するための施策も具体的かつ詳細となっているものが多い。
- 一方、全体としては、既存の施策名を列挙する記載にとどまる都道府県が多い。

地域医療対策協議会について

設置の経緯

地域医療対策協議会は、平成16年の関係省庁会議の報告書に基づき、医師確保を行うための具体的施策を協議する場として都道府県に設置され、平成18年の医療法改正において、医師だけでなく医療従事者全体の確保（及びこれに必要な医療の確保）を図るための方策（＝地域医療対策）について議論する場として法制化された。

医療法（抄）

第三十条の二十三 都道府県は、次に掲げる者の管理者その他の関係者との協議の場を設け、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。

構成メンバー

次に掲げる者の管理者その他の関係者

- | | |
|------------------------|--------------------|
| ○ 特定機能病院 | ○ 社会医療法人 |
| ○ 地域医療支援病院 | ○ 独立行政法人国立病院機構 |
| ○ 公的医療機関 | ○ 独立行政法人地域医療機能推進機構 |
| ○ 臨床研修病院 | ○ 地域の医療関係団体 |
| ○ 診療に関する学識経験者の団体 | ○ 関係市町村 |
| ○ 大学その他の医療従事者の養成に関する機関 | ○ 地域住民を代表する団体 |

地域医療対策協議会の開催実績

- 地域医療対策協議会は、そもそも開催されていない県もあるなど、十分に活用されていない。

開催回数 (平成24年4月～平成29年3月)

※平成29年7月厚生労働省調査

回 数	0	1	2	3	4	5以上
都道府県名	青森県 山形県 新潟県 山梨県 香川県 福岡県 佐賀県	奈良県	—	滋賀県 和歌山県	埼玉県 大分県	千葉県 北海道 茨城県 岩手県 栃木県 群馬県 埼玉県 富山県 石川県 静岡県 愛知県 鳥取県 島根県 山口県 徳島県 宮崎県 福井県 三重県 島根県 岡山県 高知県 長崎県 福岡県 神奈川県 岐阜県 大阪府 広島県 長崎県

主な議題

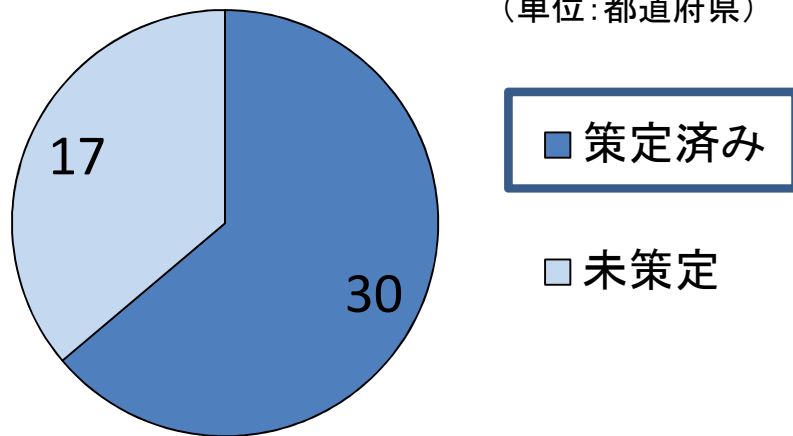
- 地域医療介護総合確保基金について
地域医療介護総合確保基金事業の都道府県計画、事業実績報告、地域医療構想
- 医師確保対策について
医師不足・偏在改善計画の進捗状況、医師確保の現状と今後の対策、地域枠医師の配置方針、医療計画、臨床研修医の配分
- 地域医療支援センターについて
地域医療支援センターの事業計画、事業実施状況
- 新たな専門医の仕組みについて
制度概要、最近の動向、調整方針、プログラムの申請状況
- 修学資金制度について
制度改正、実施状況、地域枠医師のキャリアパス等支援内容

地域医療対策の策定・見直しの状況

- 17の都道府県では、地域医療対策が策定されていない。
- 地域医療対策を策定している都道府県であっても、毎年見直しをしているところは12のみで、半数以上の都道府県において、過去2年間、対策の見直しが行われていない。

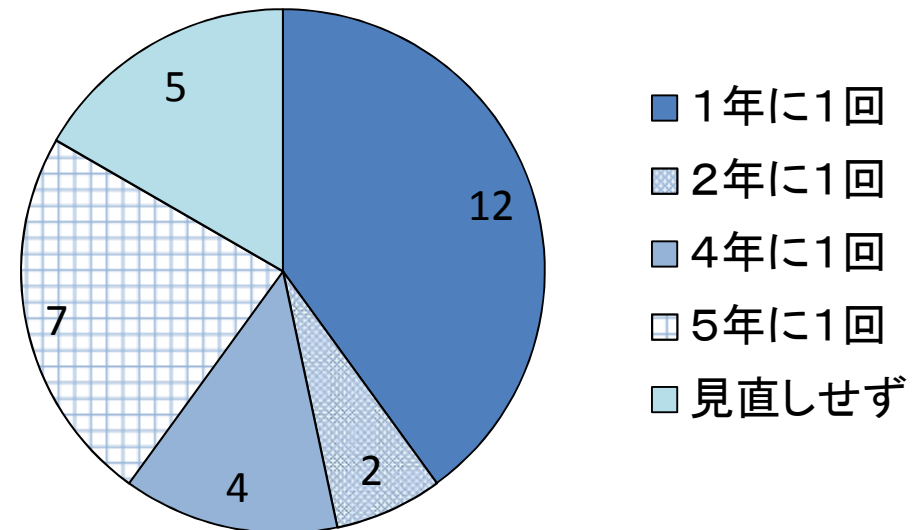
地域医療対策の策定状況

(単位: 都道府県)



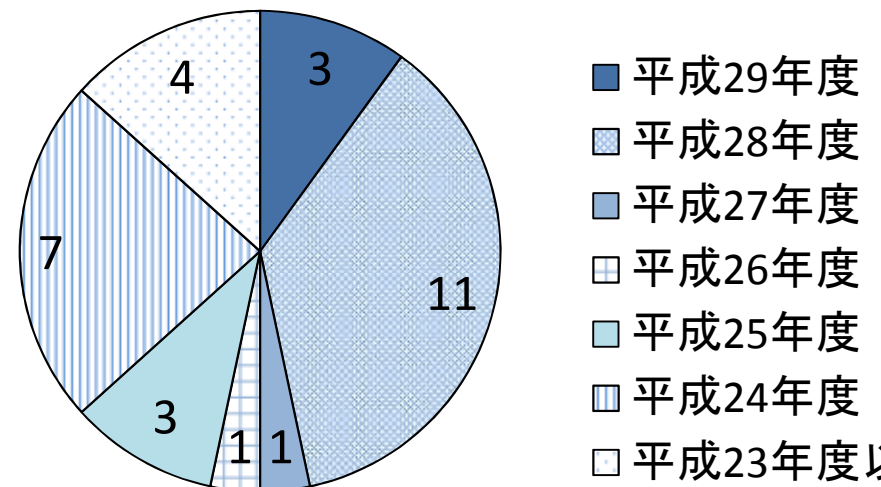
地域医療対策の見直し頻度

(単位: 都道府県)



地域医療対策の直近の見直し時期

(単位: 都道府県)



地域医療支援センター運営事業

平成26年度以降、地域医療介護総合確保基金を活用して実施

地域医療支援センターの目的と体制

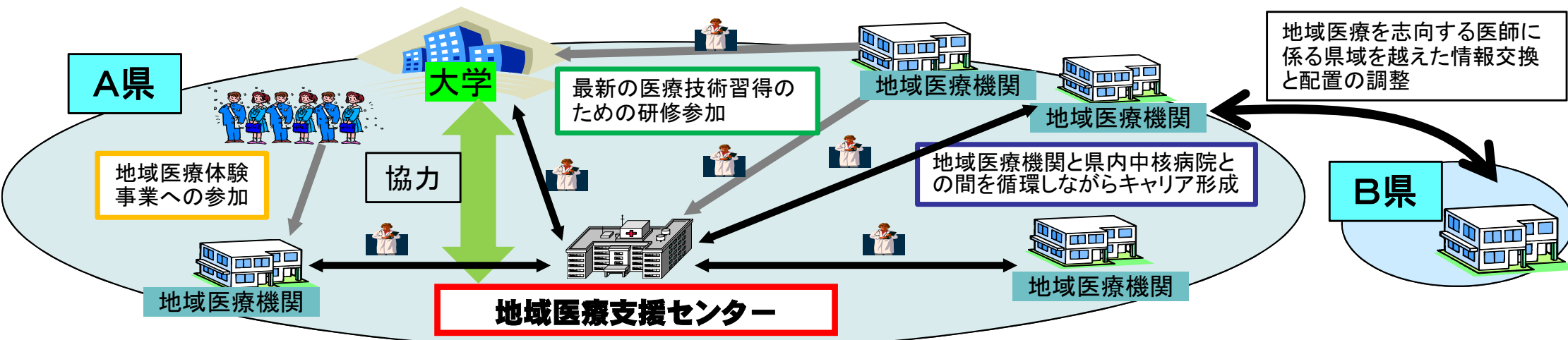
- 都道府県が責任を持って医師の地域偏在の解消に取り組むコントロールタワーの確立。
- 地域枠医師や地域医療支援センター自らが確保した医師などを活用しながら、キャリア形成支援と一体的に、地域の医師不足病院の医師確保を支援。
- 専任の実働部隊として、喫緊の課題である医師の地域偏在解消に取り組む。

・ 人員体制：専任医師2名、専従事務職員3名

・ 設置場所：都道府県庁、〇〇大学病院、都道府県立病院 等

医師の地域偏在（都市部への医師の集中）の背景

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



地域医療支援センターの役割

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

運営委員会

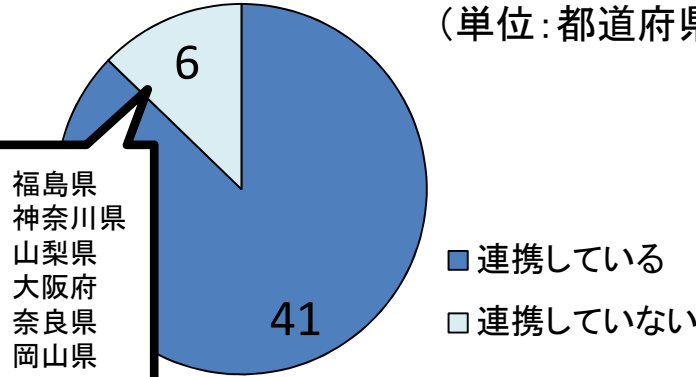
- 地域の医療関係者が参画しセンターの運営方針等を検討する場
- 構成
大学、関係医療機関、医師会、市町村、保健所等の代表者等

- 平成28年4月現在、すべての都道府県に地域医療支援センターが設置されている。
（設置場所：都道府県庁（21都道府県）、大学病院（9県）、都道府県庁及び大学病院（13県）、その他（4府県）（平成28年7月時点））
- 平成23年度以降、都道府県合計4,530名の医師を各都道府県内の医療機関へあつせん・派遣をするなどの実績を上げている。（平成28年7月時点）

地域医療支援センターと大学医局の連携状況

地域医療支援センターと大学医局の連携状況

(単位: 都道府県)



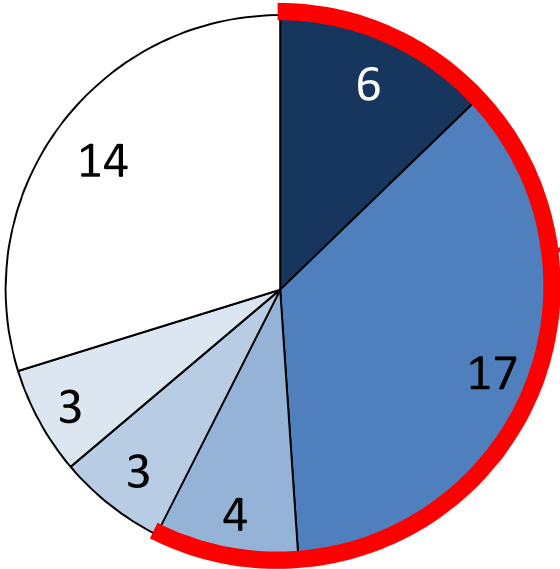
- 都道府県によっては、地域医療支援センターと大学医局の連携が行われていないところがある。
- 地域医療支援センターの業務を大学(医学部・付属病院)に委託している場合でも、修学資金貸与医師の派遣先の調整やキャリア形成プログラムの策定において、都道府県の意見が反映されない場合がある。

※平成29年7月厚生労働省調査

大学医局への都道府県の意見の反映状況 (ふきだし内の県名は反映されない都道府県名)

委託先等	都道府県数	大学医局への都道府県の意見が反映される都道府県数			
		修学資金貸与医師の派遣先の調整		キャリア形成プログラムの策定	
業務全体を大学に委託	6	4	21 (全27県中)	4	21 (全27県中)
業務の一部を大学に委託	17	14	宮城県 山形県 福井県 山梨県 三重県 長崎県	15	宮城県 山形県 山梨県 三重県 徳島県 宮崎県
業務を大学含む複数機関に委託	4	3		2	
業務全体を大学以外に委託	3	2	17 (全20県中)	2	17 (全20県中)
業務の一部を大学以外に委託	3	2		3	
都道府県直営	14	13	千葉県 大阪府 福岡県	12	大阪府 福岡県 佐賀県

地域医療支援センターの業務の委託状況



(単位: 都道府県)

地域医療支援センターによる修学資金貸与者の派遣調整の実績について

(派遣先医療機関の設置主体者別、平成27年4月～29年7月実績)

○ 直近3カ年の実績では、公立医療機関への派遣が多くなっている。

公立医療機関

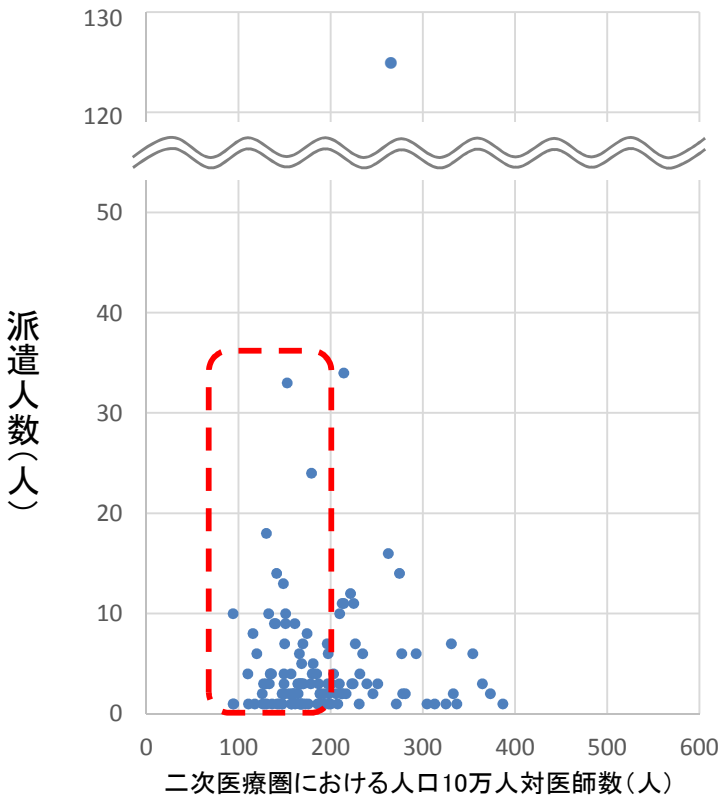
人口10万人対医師数200人未満医療圏への派遣実績は**83医療圏、356人**
(全体では124医療圏、693人)

公的医療機関(公立医療機関を除く)

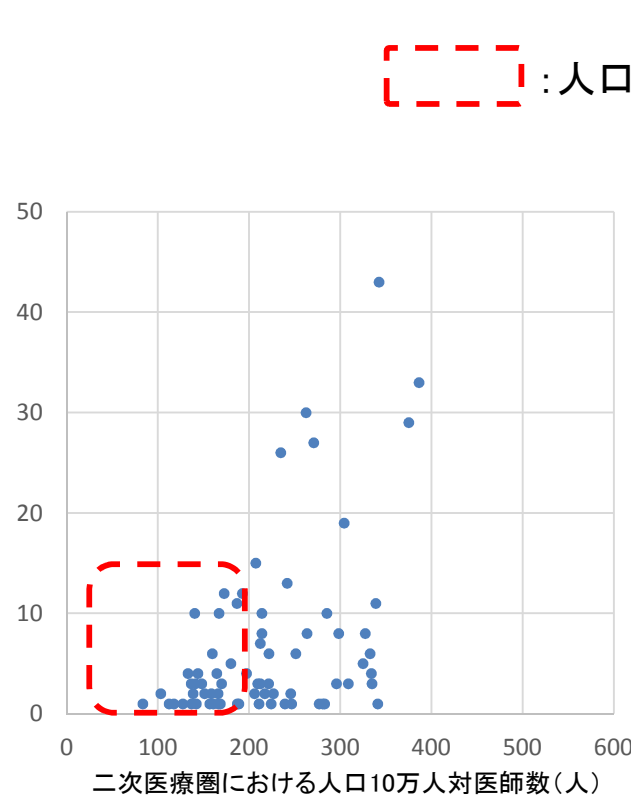
人口10万人対医師数200人未満医療圏への派遣実績は**32医療圏、116人**
(全体では73医療圏、485人)

民間医療機関等

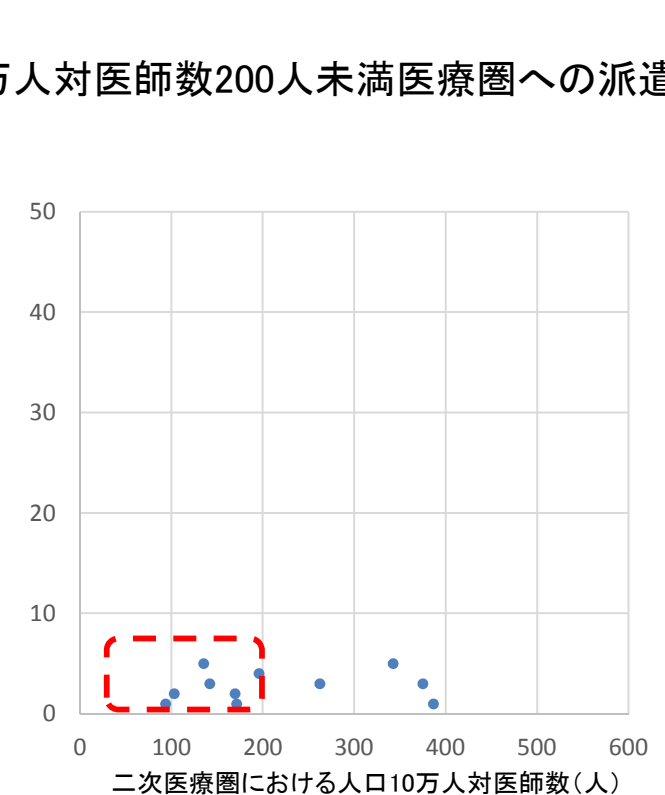
人口10万人対医師数200人未満医療圏への派遣実績は**7医療圏、18人**
(全体では11医療圏、30人)



(参考)へき地医療機関に占める公立施設数
へき地拠点病院 164/313施設(52.4%)



(参考)へき地医療機関に占める公的施設数
へき地拠点病院 37/313施設(11.8%)



(参考)へき地医療機関に占める民間等施設数
へき地拠点病院 112/313施設(35.8%)
※うち、社会医療法人 16施設

キャリア形成プログラムについて

(「地域医療介護総合確保基金を活用した医師修学資金貸与事業の取扱いについて」(平成29年2月14日医政地発0214第1号・医政医発0214第1号)より抜粋)

1. 定義

地域医療に従事する医師のキャリア形成上の不安解消、医師不足地域・診療科の解消を目的として、都道府県(地域医療支援センター等)が主体となり策定された医師の就業に係るプログラム。

2. 留意事項

プログラムの策定に当たっては、キャリア形成の当事者である医学生及び医師、並びに医師確保等に関わる地域の関係者が加わって策定することが必要。

また、プログラムは医師不足地域・診療科の解消等を図る観点から、都道府県医療審議会や地域医療対策協議会等の医療計画に関係する会議等(都道府県議会における条例制定のための審議を含む。)において、就業義務年限のうち最低限何年間どの地域や診療科で勤務するなどの医師のローテーションに係る配置方針を決めた上で、当該方針を踏まえて具体的に策定することが必要。

3. 記載すべき内容

- ・プログラム全体の就業義務年限
 - ・就業先となる地域や、医療機関の規模等ごとにグループ化された医療機関群(具体的な地域や医療機関名を含む。)
 - ・医療機関群ごとの就業期間
 - ・取得可能な専門医等の資格や習得可能な知識・技術(上部消化管内視鏡等)
 - ・出産・子育て期間は就業義務年限を中断することができる等の配慮事項
- など必要な情報が明示され、明示された選択肢の中から対象者が具体的な就業先等を選択できるもの

参考 地域特別枠卒業者の基本ローテーション

● 6年間修学資金の貸与を受けた場合 → 9年間の場合の業務従事期間

	業務従事期間（最長9年間）								
年 数	1	2	3	4	5	6	7	8	9
ローテーション病院群	1・2群 臨床研修		1・2・3群						
			3群の病院を最低1年						
	9年間のうち、3群の病院を最低3年								

※ 3～6年目に3群の病院を最低1年勤務かつ
9年間のうち、3群の病院を最低3年間勤務。

【徳島県内の公的医療機関等】

1群病院：県立中央病院，徳島市民病院，徳島赤十字病院，徳島県鳴門病院，
吉野川医療センター，阿南 中央病院，阿南共栄病院，阿波病院

2群病院：徳島大学病院

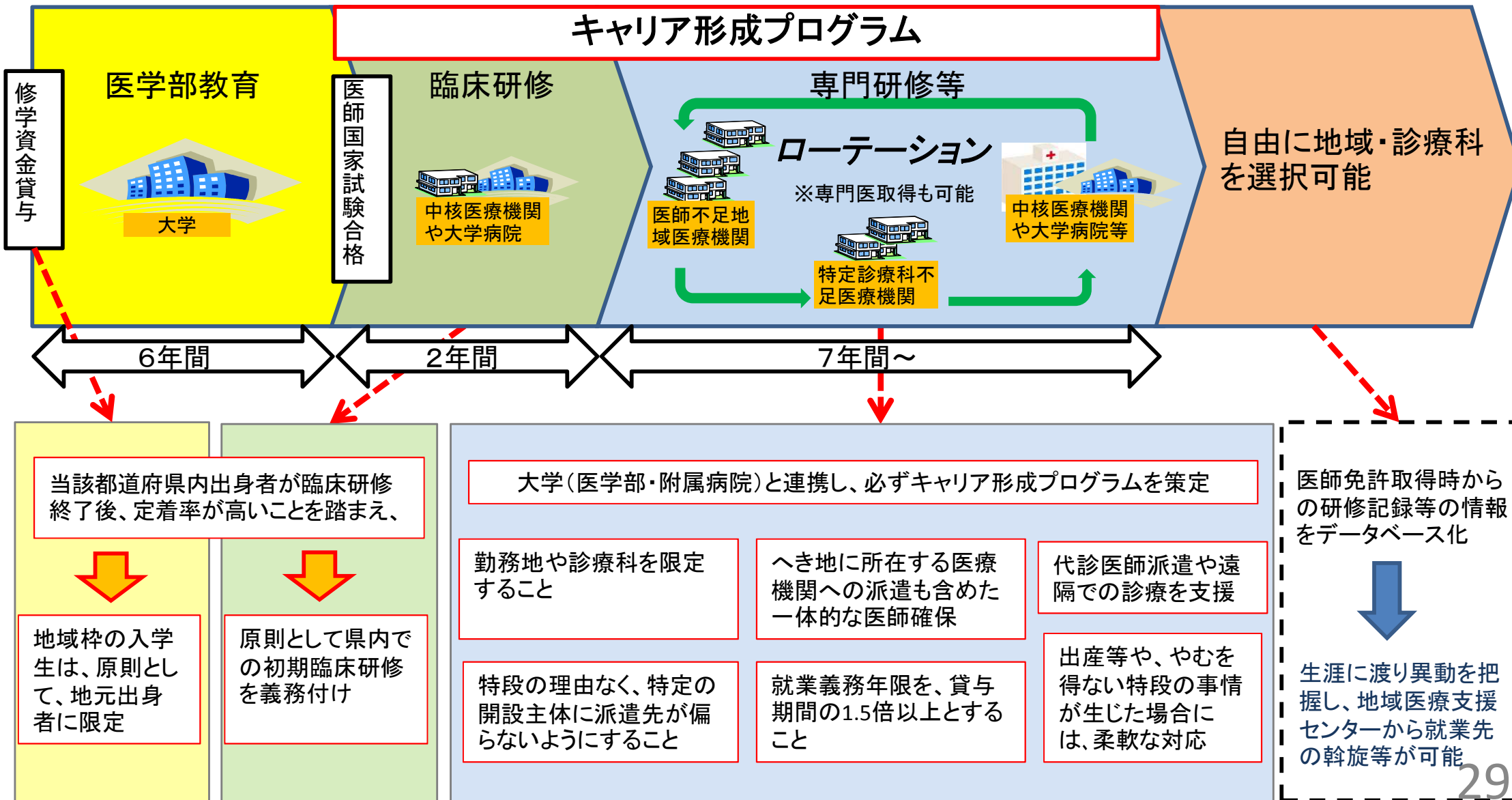
3群病院：県立海部病院，県立三好病院，つるぎ町立半田病院

- ・業務を最長で**3年間中断**し、国内外での留学・研修等が可能
- ・下記条件を満たし、知事が特別に認めた場合はさらに**4年間の中断**が可能
 - ①自身の医学的知識・能力の向上に役立つ進学等であること
 - ②加算期間中の研修計画等県が別に定める様式を提出すること
 - ③最低**1年間の3群勤務**をしていること

キャリア形成プログラム等を通じた医師偏在対策

- 第7次医療計画(H30～35年度)から、地域医療介護総合確保基金を活用した医師修学資金貸与やキャリア形成プログラム等について、以下のような改善を促進。

(※)「医療計画について」の一部改正について(平成29年7月31日付け厚生労働省医政局長通知)

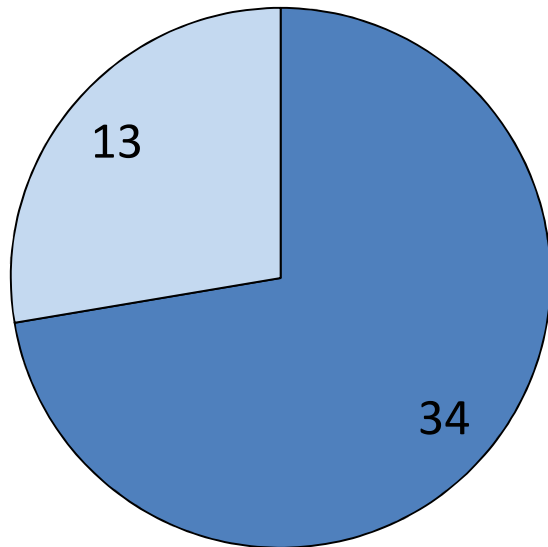


キャリア形成プログラムの策定状況

- キャリア形成プログラムを未策定の都道府県が13あり、そのうち5県では今後の策定予定が未定、2県では策定予定が平成31年度以降となっている。
- キャリア形成プログラムを策定している都道府県でも、策定本数が1本のみである都道府県が12存在する。

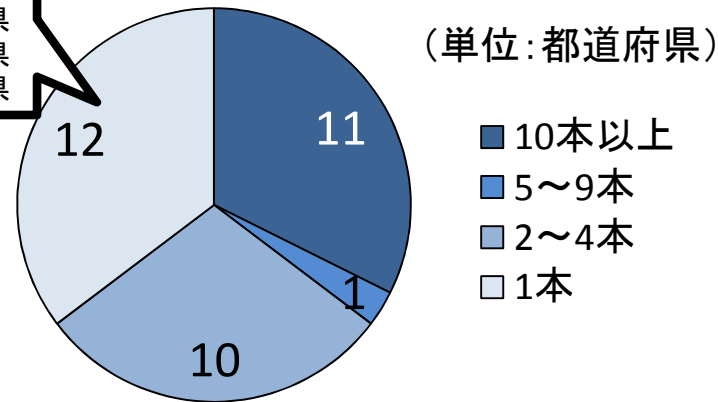
主に地域枠医師を対象とした キャリア形成プログラムの策定状況 (単位: 都道府県)

- キャリア形成プログラムを策定済
- 未策定



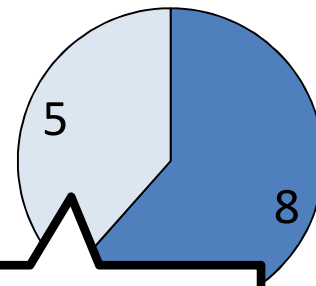
策定済みの都道府県の キャリア形成プログラム策定本数 (単位: 都道府県)

山形県 東京都
石川県 福井県
長野県 京都府
兵庫県 岡山県
広島県 香川県
熊本県 大分県



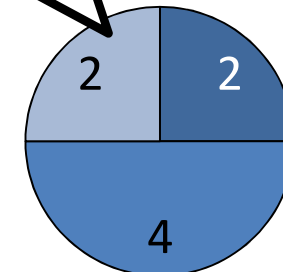
未策定の都道府県の 今後の策定見込み (単位: 都道府県)

宮城県 神奈川県
富山県 高知県
福岡県



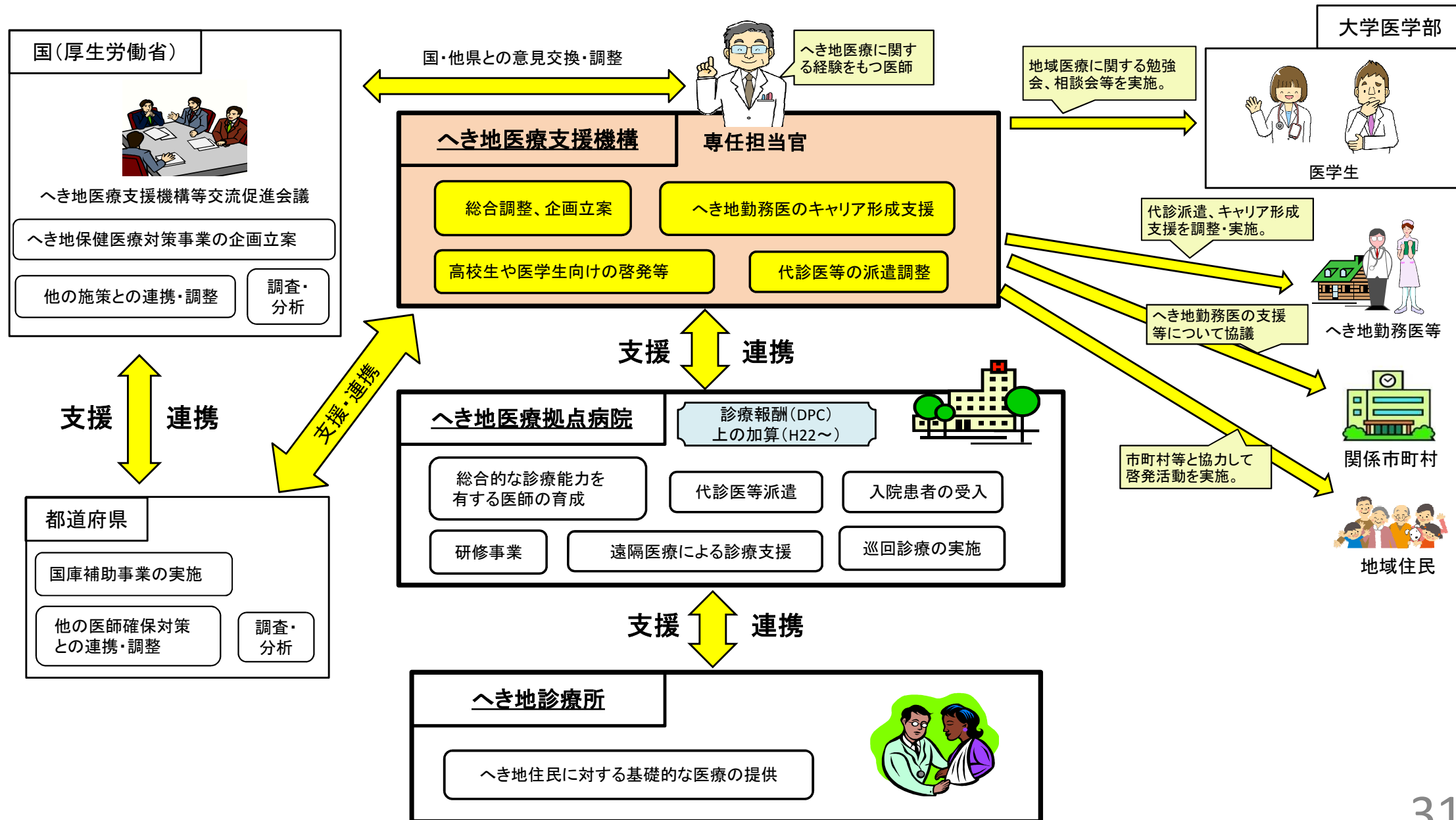
今後策定予定のキャリア形成 プログラム適用予定年度 (単位: 都道府県)

埼玉県 山梨県



へき地医療支援機構について

へき地診療所等からの代診医の派遣要請等広域的なへき地医療支援事業の企画・調整等を行い、へき地医療対策の各種事業を円滑かつ効率的に実施することを目的とし、各都道府県単位で設置。

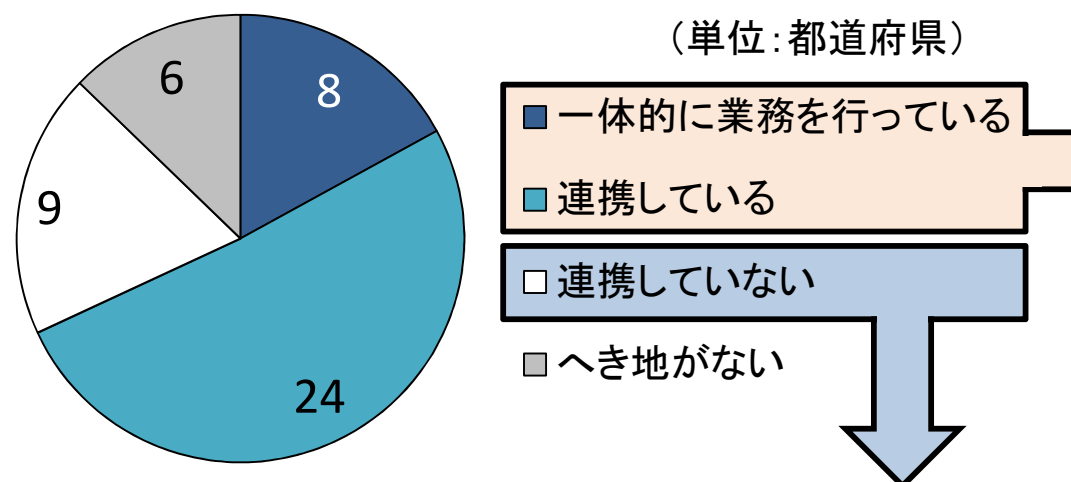


地域医療支援センターとへき地医療支援機構の連携状況

- 地域医療支援センターとへき地医療支援機構が連携していないケースや、連携していても医師の派遣先の調整やキャリア形成プログラム策定などの実質的な連携が行われていないケースが多く存在する。

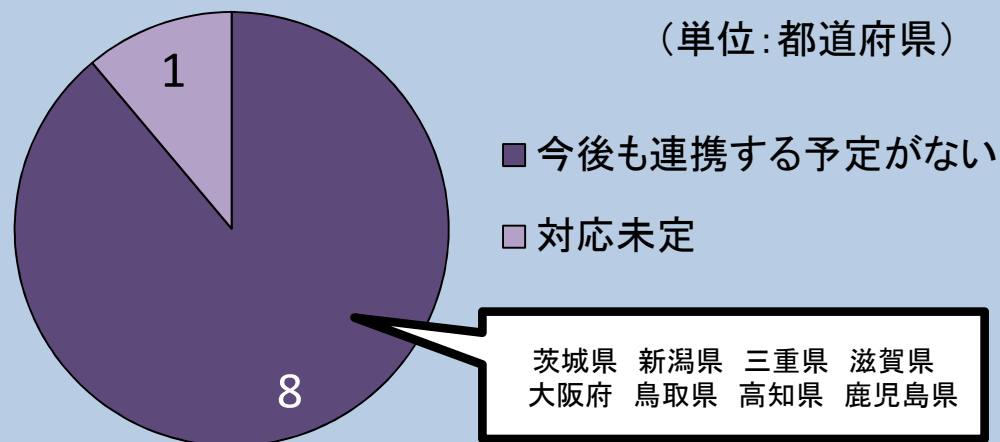
地域医療支援センターとへき地医療支援機構の連携状況

※平成29年7月厚生労働省調査

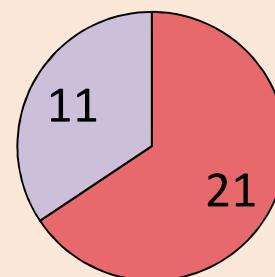


連携していない都道府県における今後の連携予定

(単位:都道府県)

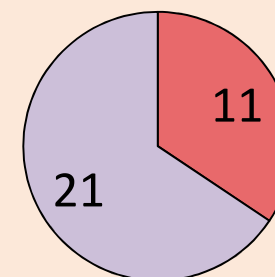


医師の派遣先の調整において連携



■ 連携している
■ 連携していない

キャリア形成プログラム策定において連携



■ 連携している
■ 連携していない

○ その他の連携例

- ・人材バンク事業や地域枠医学生の地域医療実習、へき地診療所での総合診療事業等で事業実施において連携
- ・へき地医療施策や医師のキャリア形成支援等について情報共有
- ・同一の課長の下で隣接して業務遂行

医療勤務環境改善支援センターについて

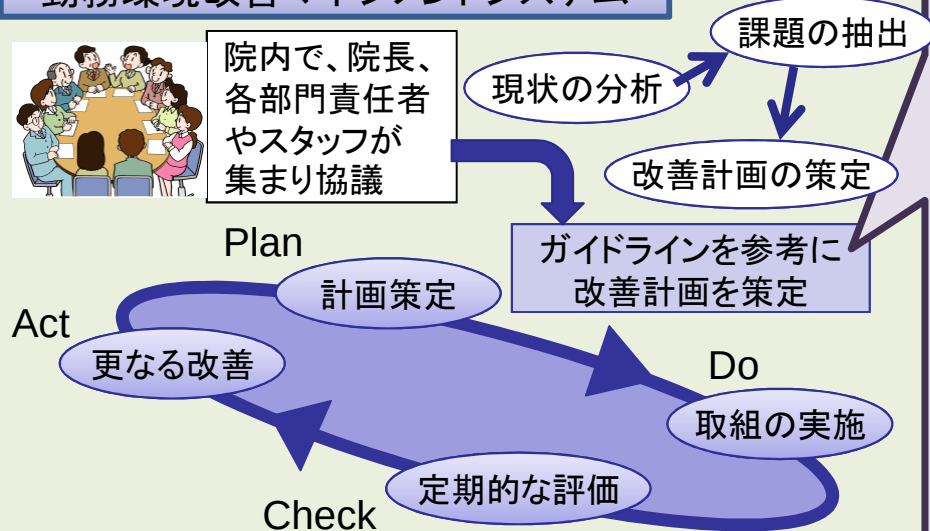
- 都道府県は、医療従事者の勤務環境の改善を促進するため、「医療勤務環境改善支援センター」を設置し、個別の医療機関における勤務環境改善の取組を支援している。

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



➤ 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

- 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

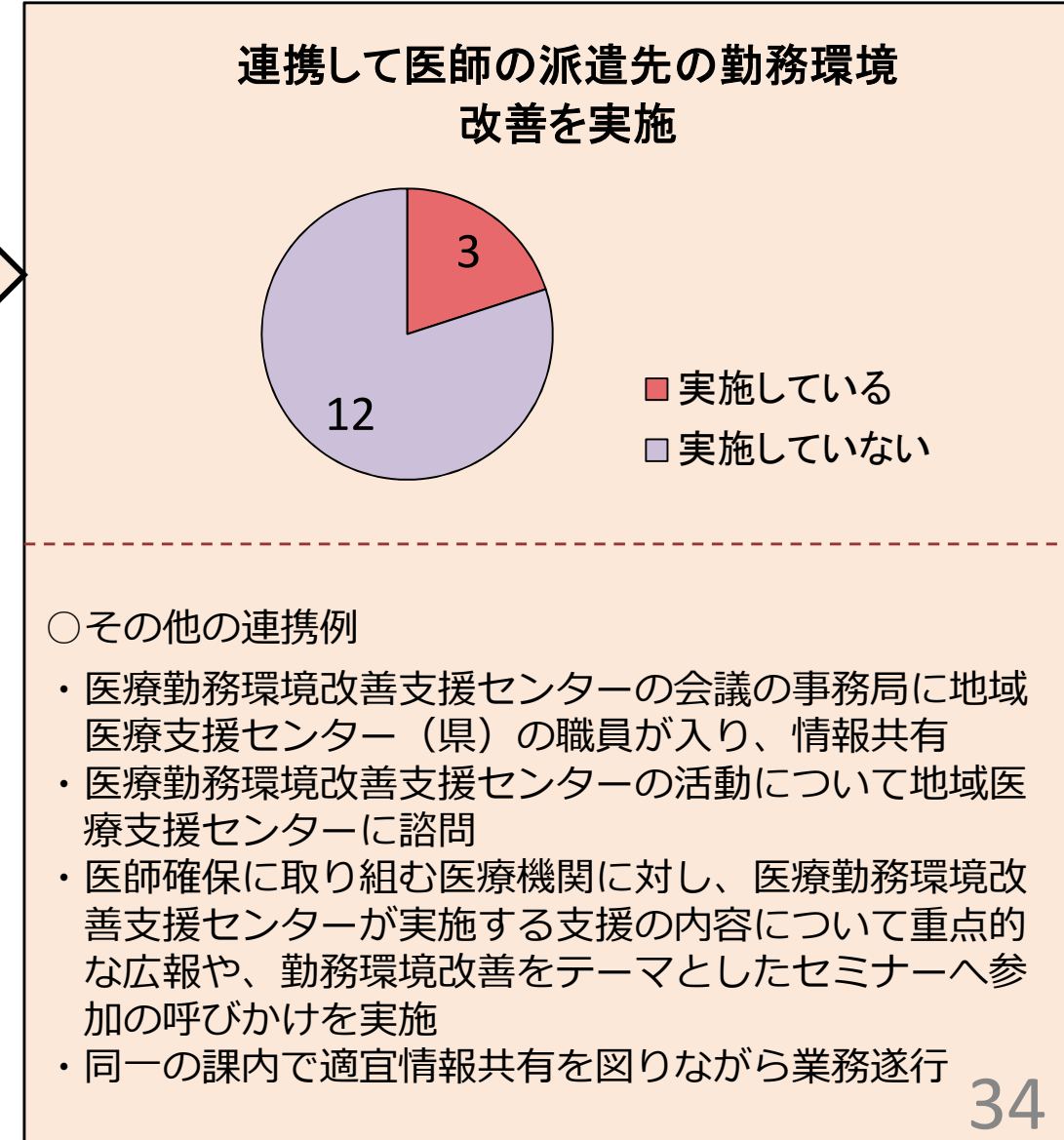
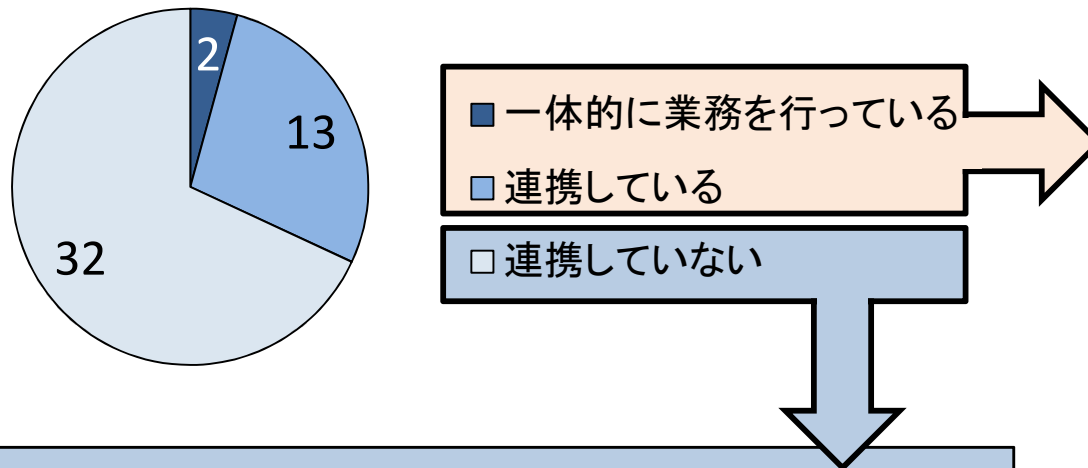
- センターの運営協議会等を通じ、地域の関係機関・団体
（都道府県、都道府県労働局、医師会、歯科医師会、
薬剤師会、看護協会、病院団体、社会保険労務士会、医業
経営コンサルタント協会等）が連携して医療機関を支援

地域医療支援センターと医療勤務環境改善支援センターの連携状況

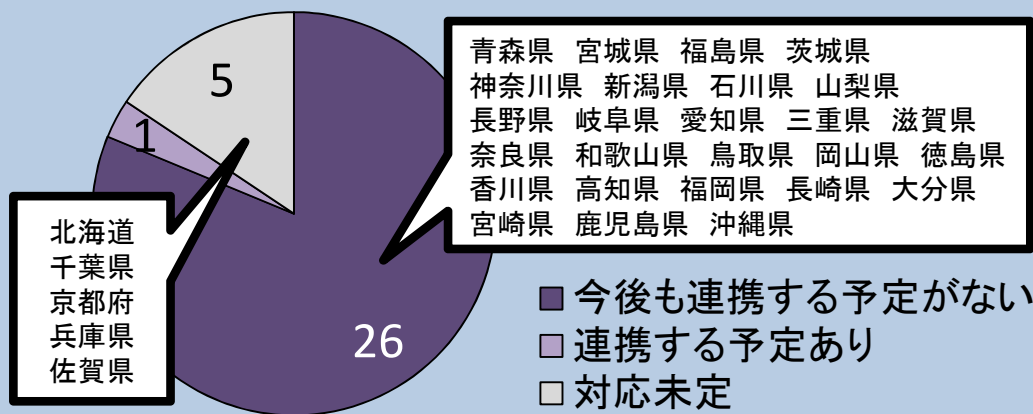
- 地域医療支援センターと医療勤務環境改善支援センターがそもそも連携していない都道府県が多く存在する。

※平成29年7月厚生労働省調査

地域医療支援センターと医療勤務環境改善支援センターの連携状況 (単位: 都道府県)

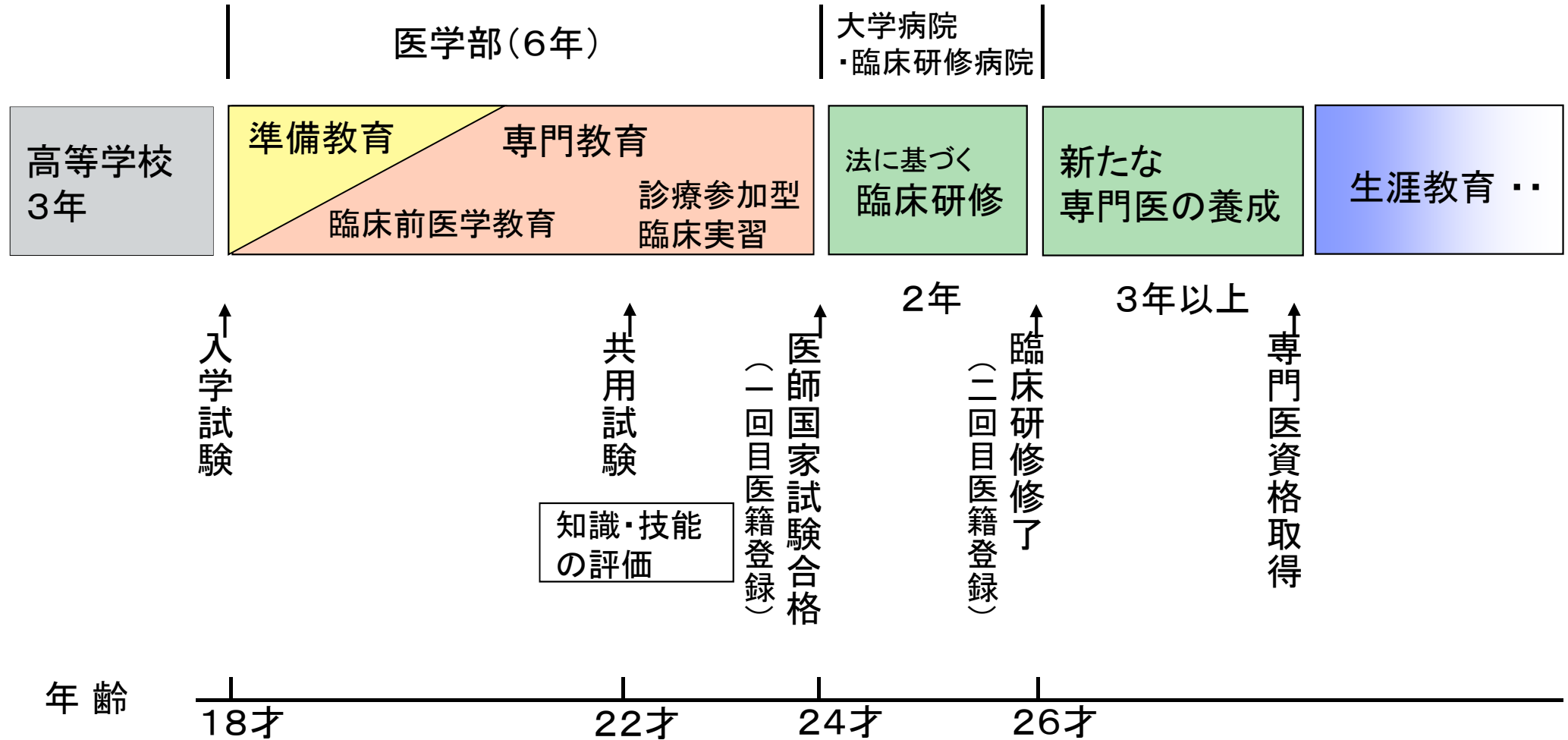


連携していない都道府県における今後の連携予定 (単位: 都道府県)



(2) ー③ 医師養成過程における 医師確保対策

医師養成過程の概要



(2) — ③ — i 医学部

地域枠と地域枠以外の地元出身者の定着割合

- 地域枠の入学者と、地域枠以外の地元出身者（大学と出身地が同じ都道府県の者）において、臨床研修修了後に出身大学と同じ都道府県に勤務する割合が高い。

地域枠*：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であり、奨学金の有無を問わない。

	臨床研修を行った 主たる都道府県		臨床研修修了後に 勤務する都道府県	
	A県/卒業生		A県/卒業生	
	人数	割合	人数	割合
A県地域枠※1	418/504	83%	404/504	80%
地域枠以外・ 出身地A県・大学A県	1452/1871	78%	1461/1871	78%
地域枠以外・ 出身地B県・大学A県	1483/3707	40%	1418/3707	38%

※1 出身地又は大学が海外の場合及び当該項目について無回答の場合は除外。

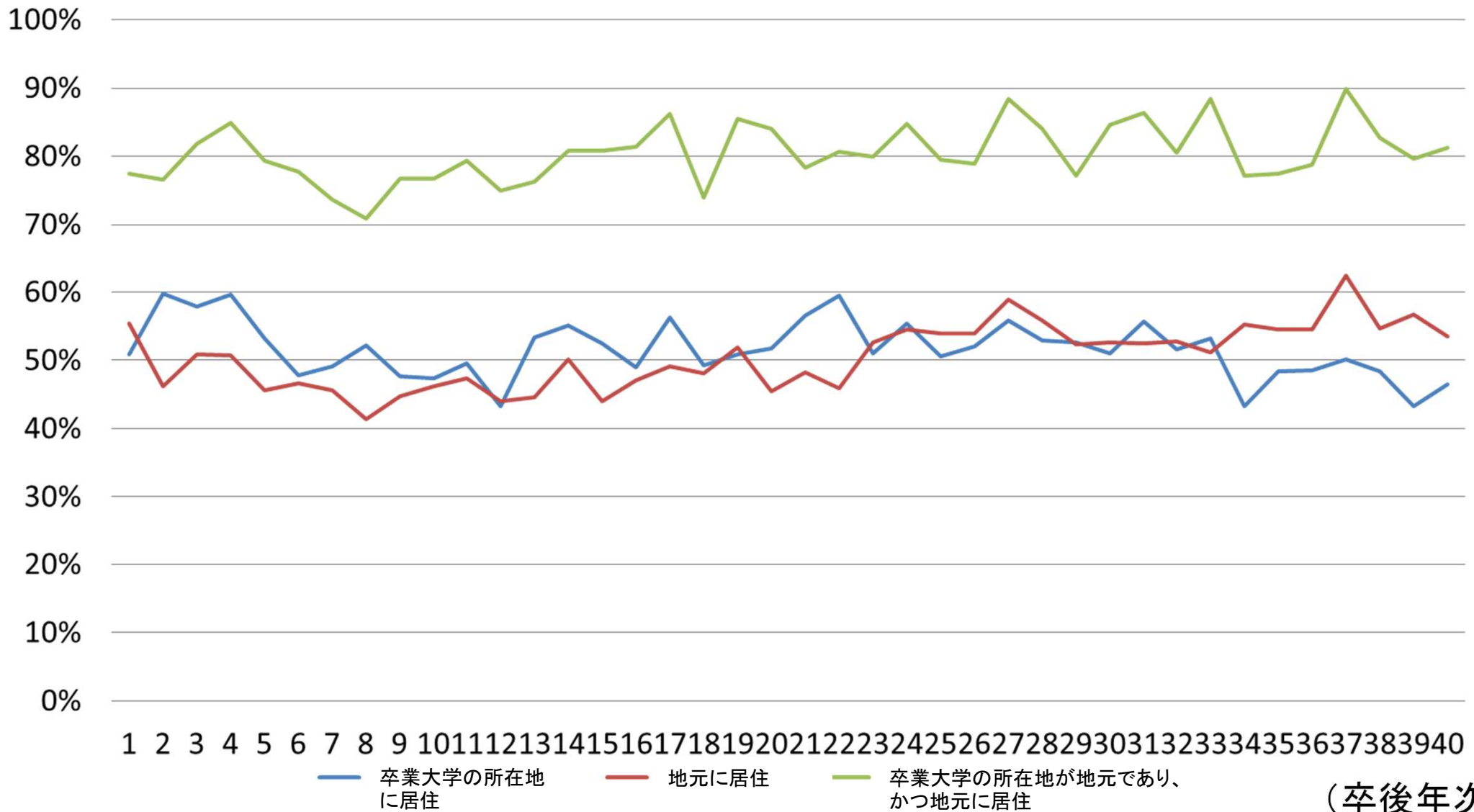
※2 出身地：高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県。

※3 防衛医科大学及び産業医科大学は除外。自治医科大学については地域枠についてのみ除外。

※4 A県は任意の都道府県。B県はA県以外の都道府県。

地元都道府県への定着率

- 地元の大学へ進学した場合、8割程度の医師が卒後40年目まで継続的に地元に住居している。
- 「卒業大学と関係なく地元に住居している医師」及び「地元と関係なく卒業大学所在の都道府県に住居している医師」は、それぞれ卒後40年目まで継続的に50パーセント前後で推移する。

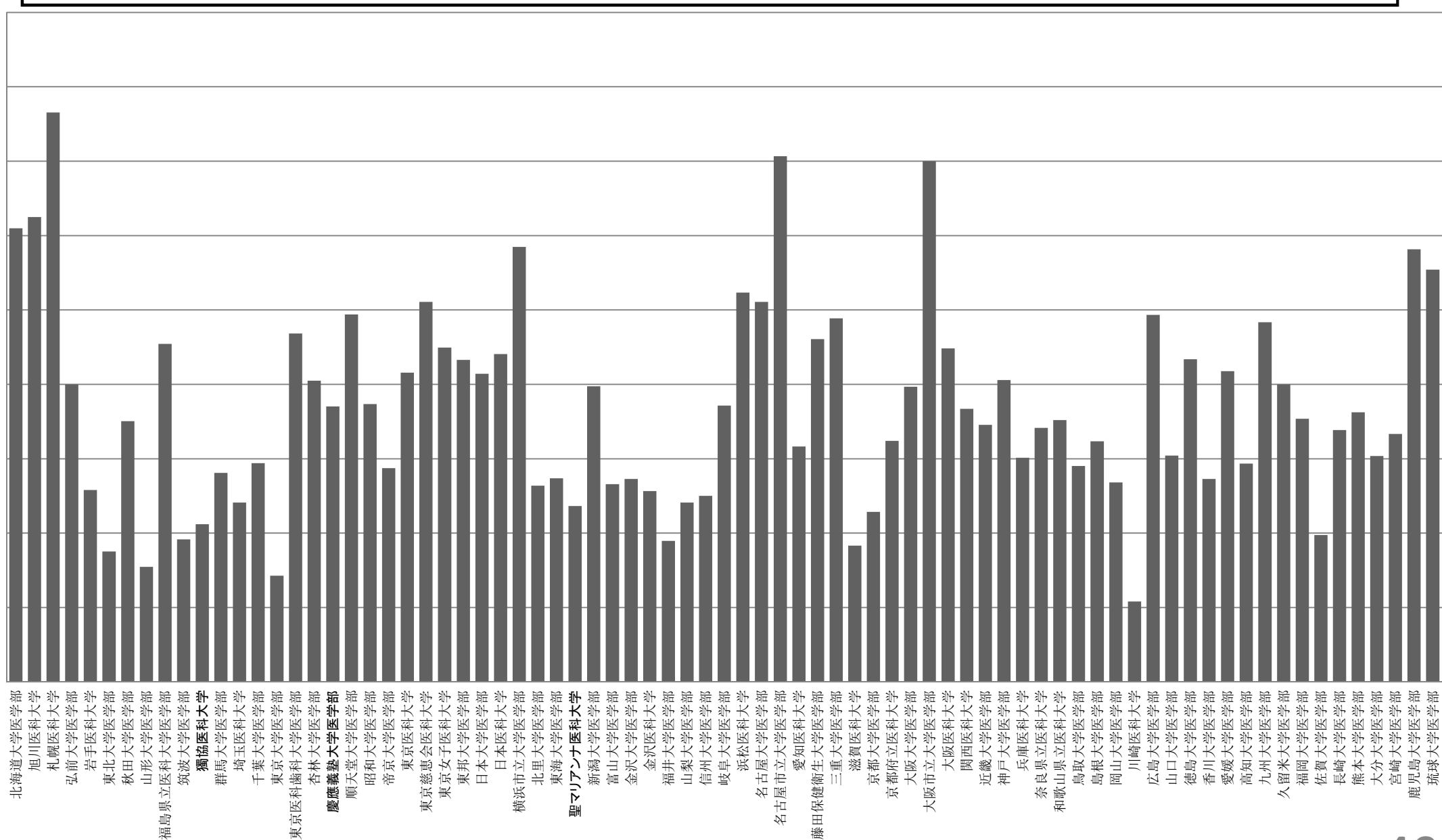


※ 地元：高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県。

出典：「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）結果を基に医政局医事課で作成

各医学部の地元出身者（地域枠を含む。）の割合

○ 全国の医学部における医学部生の地元出身者率をみると、10%程度から70%程度まで大学によって差がある。



※地元：高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県

出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成29年）厚生労働省調べ

(2) — ③ — ii 臨床研修

臨床研修医の募集定員倍率

- 臨床研修の必修化後、研修医の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する傾向が続いた。平成22年度から都道府県別の研修医の募集定員上限を設定し、平成27年度には1.22倍まで縮小。今後、平成32年度に向けて約1.1倍まで縮小させる。

臨床研修必修化



平成22年度



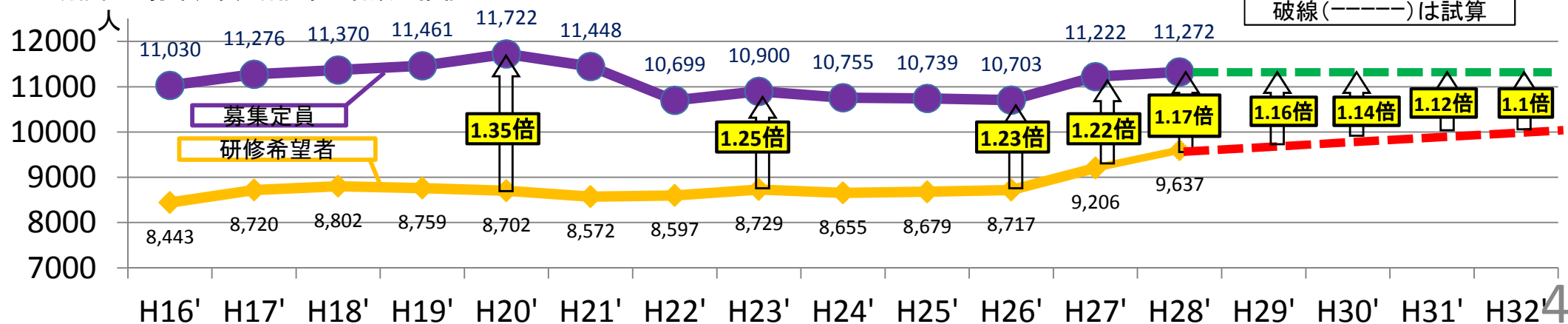
平成27年度

- ・ 研修医の募集定員には、全国の定数管理や地域別の偏在調整が行われず
- ・ 全国の募集定員の総数が研修希望者の1.3倍を超える規模まで拡大
- ・ 都道府県の募集定員について上限設定
- ・ 平成27年度の約1.2倍から、平成32年度の約1.1倍まで縮小させる

全国の臨床研修募集定員数
= 全国の臨床研修希望者数

臨床研修医の募集定員倍率
(平成27年度 約1.2倍)

研修医の募集定員・研修希望者数の推移

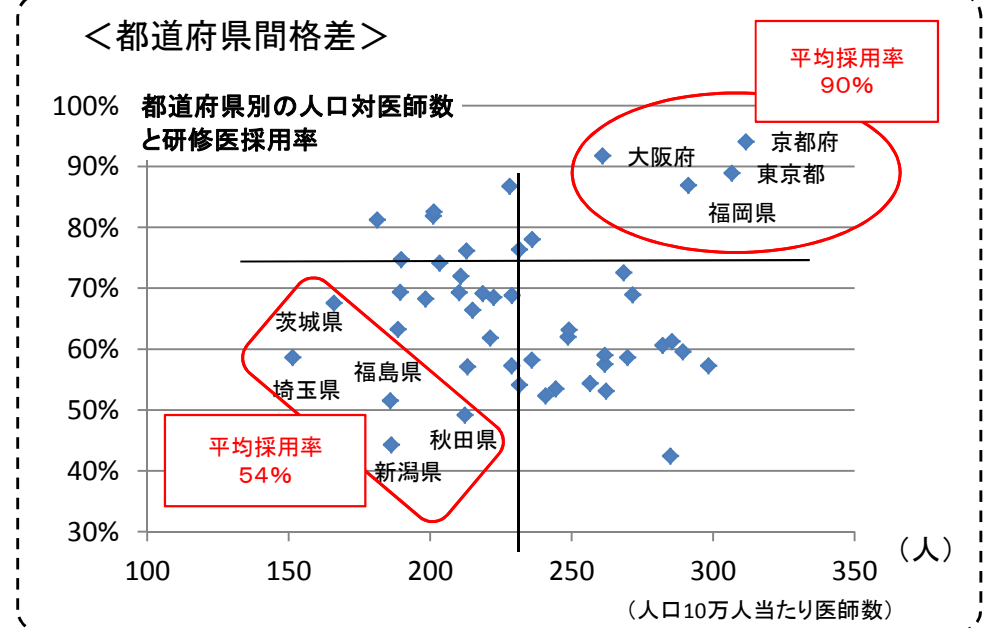
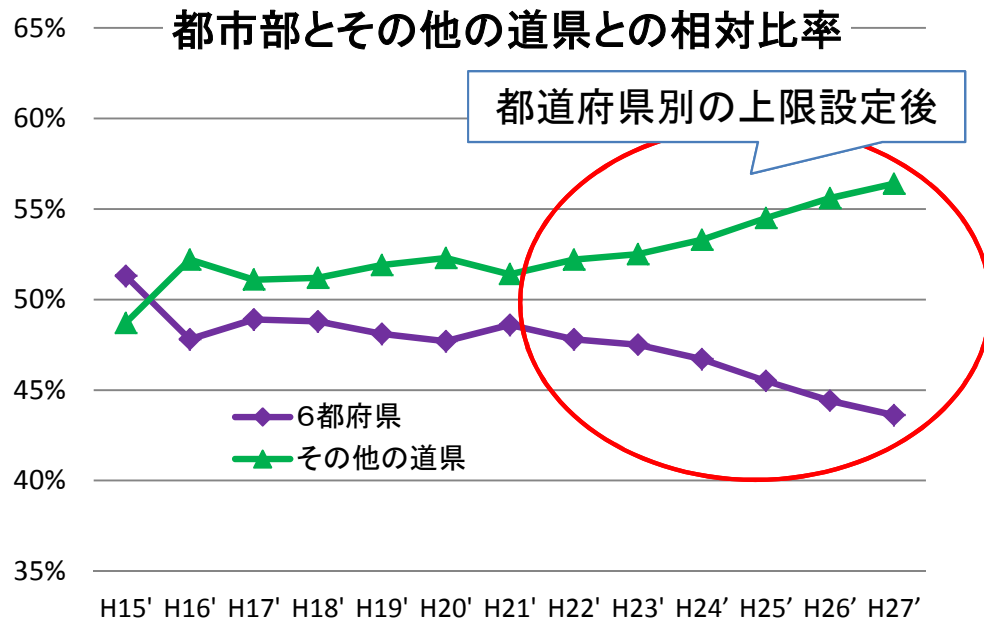


研修医の採用実績＜6都府県とその他の道県、医師数と採用率＞

- **研修医採用実績**における、大都市部（6都府県）とその他の道県との相対比率
 - ・ **大都市部**のある6都府県（東京・神奈川・愛知・京都・大阪・福岡）の比率： **減少傾向**
 - ・ **その他の道県**の比率： **増加傾向**
- 人口当たり医師数と研修医採用率※との関係

※ 研修医採用率＝採用実績／募集定員

 - ・ 人口当たり医師数が多く研修医採用率も高い4都府県： 平均採用率が90%
 - ・ 人口当たり医師数が少なく研修医採用率も少ない5県： 平均採用率は54% ➡ **研修医の確保に困難**



	H15'	H16'	H17'	H18'	H19'	H20'	H21'	H22'	H23'	H24'	H25'	H26'	H27'
6都府県	51.3%	47.8%	48.9%	48.8%	48.1%	47.7%	48.6%	47.8%	47.5%	46.7%	45.5%	44.4%	43.6%
その他の道県	48.7%	52.2%	51.1%	51.2%	51.9%	52.3%	51.4%	52.2%	52.5%	53.3%	54.5%	55.6%	56.4%

都道府県別の募集定員上限

①人口分布

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

②医師養成状況

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

③地理的条件等の加算

- (a) 面積当たり医師数(100km²当たり医師数)
- (b) 離島の人口
- (c) 高齢化率(65歳以上の割合)
- (d) 人口当たり医師数

多いほうの割合で按分
研修医総数を①と②の

+

募集定員倍率に
影響されない

募集定員倍率を下げると
調整枠が減少

都道府県別の基礎数

+

都道府県の調整枠
※

都道府県別の募集定員上限

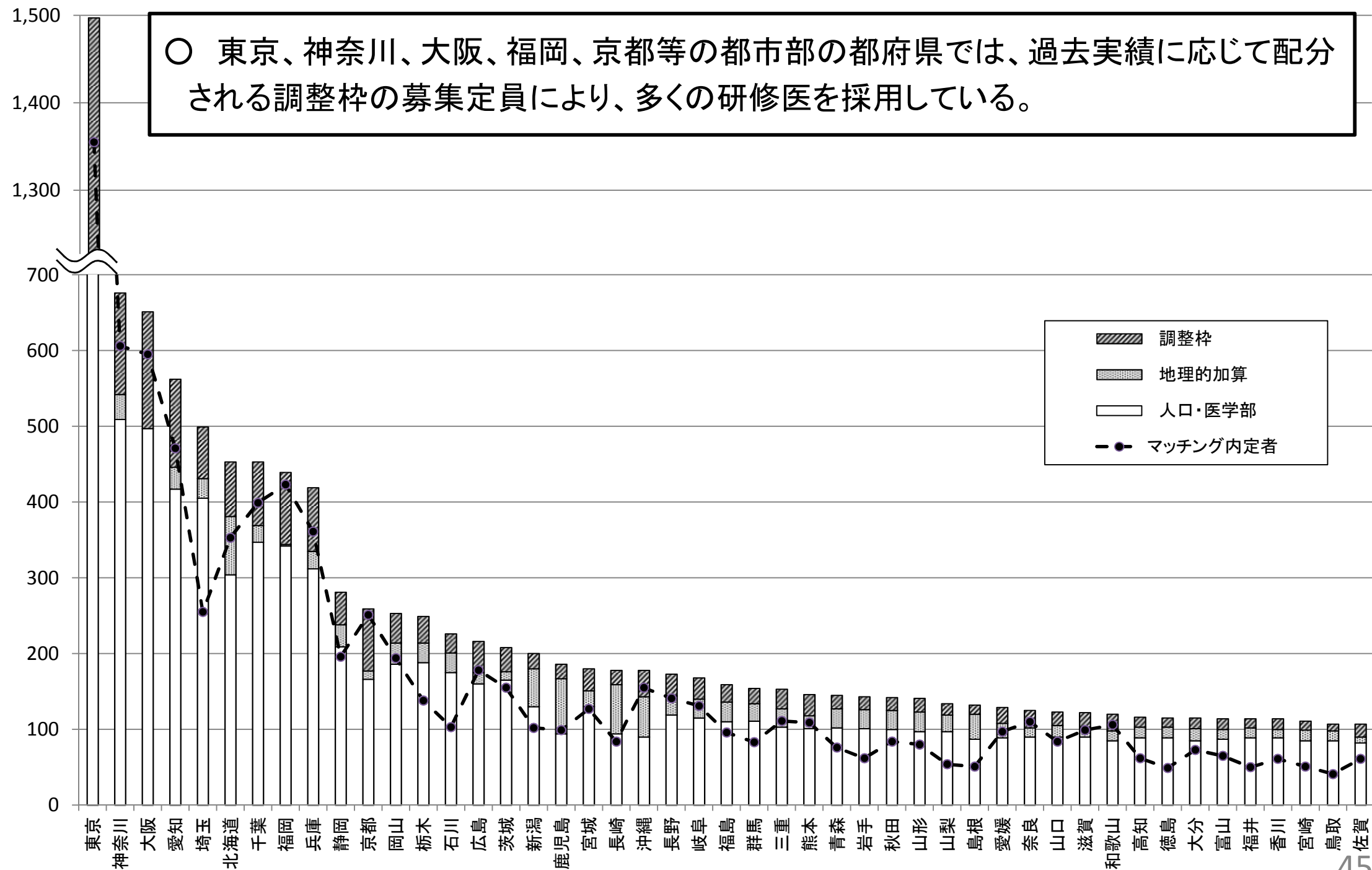
※ 都道府県の調整枠は、全国の募集定員上限※¹と都道府県別基礎数の合計との差を各県の採用実績で按分

※¹ 全国の募集定員上限 = 研修希望者数 × 募集定員倍率※² (H28 : 1.18倍)

※² 募集定員倍率は、平成32年度までに約1.1倍まで縮小

都道府県別の募集定員と採用実績（平成28年度）

○ 東京、神奈川、大阪、福岡、京都等の都市部の都府県では、過去実績に応じて配分される調整枠の募集定員により、多くの研修医を採用している。



大学が所在する都道府県で臨床研修を行ったときの定着割合

- 初期臨床研修を出身大学と同じ都道府県で実施した場合、臨床研修修了後、大学と同じ都道府県で勤務する割合が高い（85%）。一方、初期臨床研修を出身大学と異なる都道府県で実施した場合、研修修了後、大学と異なる都道府県で勤務する割合が高い（84%）。

		臨床研修修了後に勤務する都道府県			
		A 県		A 県以外	
大学	臨床研修	人数	割合	人数	割合
A 県	A 県	5164	85%	938	15%
A 県	B 県	905	16%	4677	84%

- ※ 1 出身地又は大学が海外の場合及び当該項目について無回答の場合は除外。
 ※ 2 出身地：高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県。
 ※ 3 A 県は任意の都道府県。B 県はA 県以外の都道府県。

出身都道府県で臨床研修を行ったときの定着割合

- 出身地の大学に進学し、その後、同じ都道府県で臨床研修を行った場合、臨床研修終了後、出身地の都道府県で勤務する割合が最も高い（90%）。出身地以外の大学に進学した場合であっても、臨床研修を出身地と同じ都道府県で実施した場合、臨床研修修了後、出身地の都道府県で勤務する割合は高い（79%）。
- 出身地の大学に進学しても、臨床研修を別の都道府県で行うと、臨床研修終了後、出身地で勤務する割合は低い（36%）。

			臨床研修修了後に勤務する都道府県			
			A 県		A 県以外	
出身地	大学	臨床研修	人数	割合	人数	割合
A 県	A 県	A 県	2776	90%	304	10%
A 県	A 県	B 県	321	36%	567	64%
A 県	B 県	A 県	2001	79%	543	21%
A 県	B 県	C 県	474	9%	4578	91%

<参考>

			臨床研修修了後に勤務する都道府県			
			A 県		A 県以外	
出身地	大学	臨床研修	人数	割合	人数	割合
B 県	A 県	A 県	2347	79%	617	21%

※ 1 出身地又は大学が海外の場合及び当該項目について無回答の場合は除外。

出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成27・28年）

※ 2 出身地：高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県。

厚生労働省調べ

※ 3 A 県は任意の都道府県。B 県、C 県はA 県以外の都道府県。（C 県はB 県と一致する場合も含む）

医師臨床研修費等補助金

平成30年度概算要求額 7,982,246千円
(7,572,175千円)

【趣 旨】

- 地域において必要な医療を提供できる体制を整備するとともに、臨床研修の円滑な実施を図るため、研修を行う病院に必要な支援を行う。

【平成30年度要求のポイント】

- ※ 地元出身医師の定着を図っている医療機関に対して採用のインセンティブを強化
- ※ へき地における医師確保及び医師不足とされる診療科の医師確保の支援

【補助内容】

1. 教育指導経費

- ・指導医経費
- ・**地元研修医採用等加算**
- ・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
- ・へき地診療所等研修支援経費(対象施設数増:へき地における医師確保対策)
- ・産科・小児科研修推進経費(宿日直費増額:医師不足診療科における医師確保対策)

平成29年度からメニュー化
(趣旨:研修医の地元定着対策)

医師不足地域に所在する病院に採用された者であって、同一都道府県内の医学部の卒業者、義務教育の修了者又は高等学校の卒業者を対象とし、指導医経費に加算する。

2. 地域協議会経費

【補助先】 公私立の大学附属病院及び臨床研修病院(厚生労働大臣指定)等

【補助率】 定額

【期待される効果】

地域において安心・信頼してかけられる医療の構築に資する。

- ※ 地元出身医師は、臨床研修修了後、同一都道府県に勤務する割合が高いことから、地域の医師確保に貢献
- ※ へき地離島及び産科、小児科における医師確保が促進

(2) — ③ — iii 專門研修

新たな専門医の仕組みの経緯

平成25年4月	厚労省	「専門医の在り方に関する検討会報告書」取りまとめ
平成26年5月	機 構	一般社団法人日本専門医機構設立
平成28年2月～		地域医療の関係者から、医師偏在の懸念が示される
6月7日	日 医 ・四病協	「新たな専門医の仕組みへの懸念について」 ※専門医機構及び基本領域学会に対する要望書 ・一度立ち止まり、地域医療、公衆衛生、地方自治、患者・国民の代表による幅広い視点を加えた検討の場を新たに設置 ・新たな検討の場で、医師及び研修医の偏在が深刻化しないかどうか集中的に精査
6月7日	大臣談話	「要望書の趣旨を理解するとともに、専門医機構と学会が、地域医療関係者や自治体等の意見を真摯に受け止め、なお一層の取組をすることを強く期待。」
6月27日	機 構	社員総会を開催し、新理事を選出 → 学会中心の体制から、地方自治体、患者・国民の代表など、幅広い関係者の体制に
7月20日	機 構	「専門医研修プログラムと地域医療にかかわる新たな検討委員会」(精査の場)を開催 ・平成29年度は新プログラムを認定せず、平成30年度を目途に一斉に開始
11月18日	日 医	「要望書」 ※専門医機構に対する要望書(新たな整備指針に関する要望)
12月16日	機 構	社員総会を開催し、「専門医制度新整備指針」を決定 ・基幹研修施設の基準を、原則、大学病院以外の医療機関も認定される水準とする ・機構は、研修プログラムの認定に際し、都道府県協議会に事前協議 ・妊娠、出産、育児等の理由による研修中断に柔軟に対応 等
平成29年3月17日	機 構	理事会を開催し、新整備指針の運用細則および補足説明を決定
4月12日	市長会	「国民不在の新専門医制度を危惧し、拙速に進めることに反対する緊急要望」 ※厚生労働大臣に対する要望書(2月に全国医系市長会から厚生労働大臣に対して同趣旨の要望あり)
4月24日	厚労省	第1回「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」開催
6月2日	機 構	理事会を開催し、「専門医制度新整備指針(第二版)」を決定
7月7日	機 構	理事会を開催し、新整備指針の運用細則の修正を決定
8月2日	大臣談話	「新たな専門医制度」に対する厚生労働大臣談話を公表
8月～9月	機 構	研修プログラムの認定に際し、各都道府県協議会と協議
10月10日	機 構	平成30年度の研修開始に向け、専攻医の仮登録開始

今後の予定(案) ※平成30年4月研修開始(予定)

新たな専門医に関する仕組みについて

(専門医の在り方に関する検討会(高久史麿座長) 概要)

H25.4.22

趣旨

医師の質の一層の向上及び医師の偏在是正を図ることを目的として検討会を開催。

現状

- | | |
|-------------|------------------------------------|
| <専門医の質> | 各学会が独自に運用。学会の認定基準の統一性、専門医の質の担保に懸念。 |
| <求められる専門医像> | 専門医としての能力について医師と国民との間に捉え方のギャップ。 |
| <地域医療との関係> | 医師の地域偏在・診療科偏在は近年の医療を巡る重要な課題。 |

新たな仕組みの概要

(基本的な考え方)

- 国民の視点に立った上で、育成される側のキャリア形成支援の視点も重視して構築。
- プロフェッショナルオートノミー（専門家による自律性）を基盤として設計。

(中立的な第三者機関)

- 中立的な第三者機関を設立し、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。

(専門医の養成・認定・更新)

- 専門医の認定は、経験症例数等の活動実績を要件とする。
- 広告制度(医師の専門性に関する資格名等の広告)を見直し、基本的に、第三者機関が認定する専門医を広告可能とする。

(総合診療専門医)

- 「総合診療専門医」を基本領域の専門医の一つとして加える。

(地域医療との関係)

- 専門医の養成は、第三者機関に認定された養成プログラムに基づき、大学病院等の基幹病院と地域の協力病院等（診療所を含む）が**病院群**を構成して実施。

(スケジュール)

- 新たな専門医の養成は、平成29年度を目安に開始*。研修期間は、例えば3年間を基本とし、各領域の実情に応じ設定。

※ 平成30年度を目途に19基本領域の養成を一斉に開始予定。

期待される効果

○専門医の質の一層の向上(良質な医療の提供)

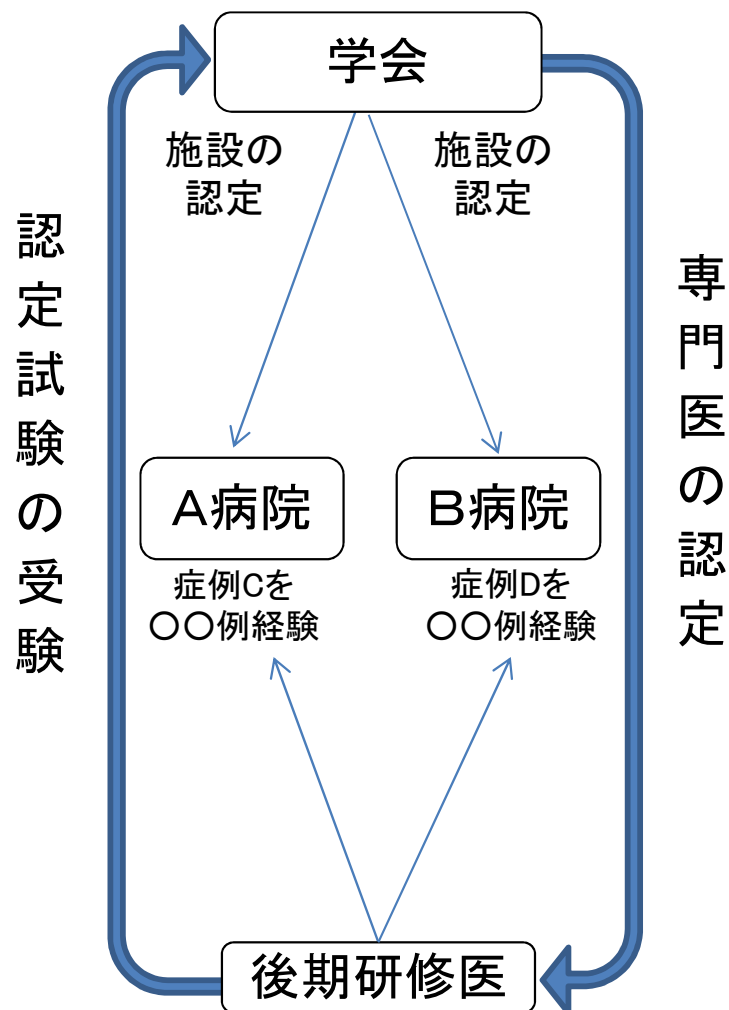
○医療提供体制の改善

従来の専門医認定と新たな専門医認定の比較(イメージ)

従来の専門医認定(カリキュラム制)

学会が、一定の基準を満たす病院を研修施設として認定し、研修医は個別の研修施設を選択して研修

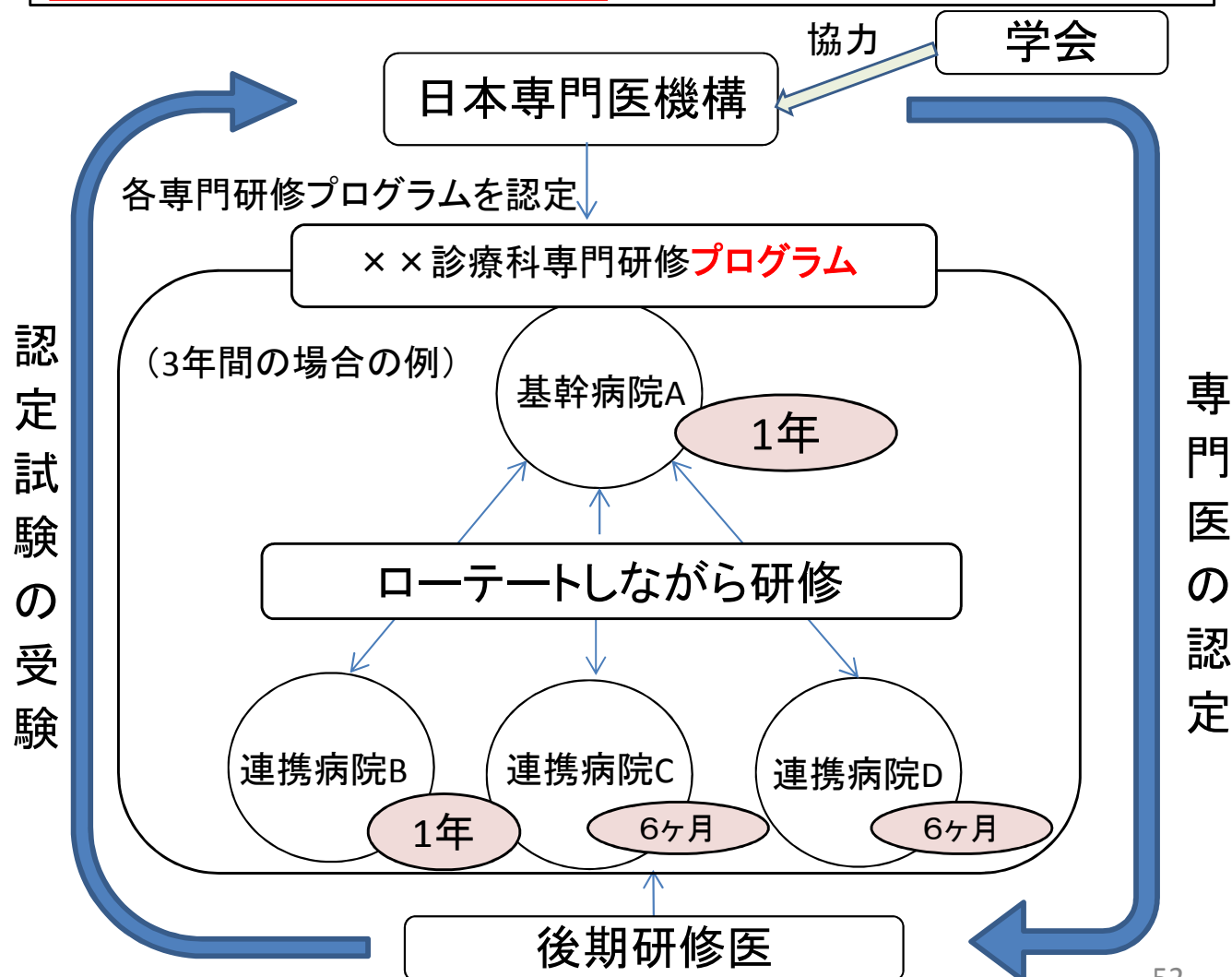
【受験資格】症例Cを〇〇例、症例Dを〇〇例経験したこと等 (研修期間や研修病院に制限はない)



新たな専門医認定(プログラム制)

日本専門医機構が、指導医数、症例数、研究業績等の基準を満たす研修プログラムを認定し、研修医は基幹施設・連携病院をローテートして研修

【受験資格】プログラムに基づき、症例を経験しながら研修施設をローテートすること等 (研修期間や研修病院が設定されている)



平成28年6月7日 日本医師会・四病院団体協議会要望書 ※ 専門医機構及び基本領域学会宛て

地域医療、公衆衛生、地方自治さらには患者・国民の代表による幅広い視点も大幅に加えて早急に検討する場を設け、その検討結果を尊重すること。その際いわゆるプロフェッショナルオートノミー（専門家による自律性）は尊重されるべきである。

プログラム作成や地域医療に配慮した病院群の設定等を行うに当たっては、それぞれの地域において都道府県、医師会、大学、病院団体等の関係者が協議、連携し、都道府県の協議会において了解を得ること。

日本専門医機構のガバナンスシステム等、組織の在り方については、医療を受ける患者の視点に立って専門医の仕組みの再構築を目指すという原点に立ち返り、医師の地域的偏在の解消に向けて寄与するなど地域医療に十分配慮すべきであり、そのためにも、地域医療を担う医療関係者や医療を受ける患者の意見が十分に反映され、議論の透明性や説明責任が確保されるようなガバナンス構造とする等、日常的な運営の在り方を含め、抜本的に見直すこと。

平成28年7月21日 全国知事会社会保障常任委員会 「新たな専門医制度に対する要望」

新たな制度には、国が主体的に関与するとともに、都道府県に役割を求める際には、国、日本専門医機構、都道府県及び関係機関の役割や権限を法令等で明確に規定すること。

専門研修に関する関係者の要望②

日本医師会要望(概要) (平成28年11月18日)	対応の内容 (平成29年4月24日現在)
1. 基幹施設の基準は、都道府県ごとに、大学病院以外の医療機関も認定される基準とすること。	● 原則、大学病院以外の医療機関も認定される水準とする。 ※専攻医の多い診療科(内科、外科、小児、産婦、救急、精神、整形麻酔)では、都道府県ごとに、大学病院以外の基幹施設を置く基準
2. 従来、専門医を養成していた医療機関が希望する場合は、連携施設となれること。	● 従来、専門医を養成していた医療機関が希望する場合は、基幹施設の承認のもと連携施設となれる。
3. 専攻医のローテートは、原則として、6ヵ月未満で所属が変わらないこと。	● 原則として、基幹施設での研修は6ヵ月以上とし、連携施設での研修は3ヵ月未満とならないように努める。
4. 都市部のプログラムは、原則として、募集定員が過去3年間の専攻医の採用実績平均を超えないこと。	● 都市部への集中を防ぐため、都市部の研修プログラムの定員等についてルールを定める。 ※5都府県(東京、神奈川、愛知、大阪、福岡)では、原則として、募集定員が過去3年間の採用実績の平均を超えない
5. 専攻医の採用は、基幹施設だけではなく、連携施設でも行えること。	● 基幹施設、連携施設、関連施設等で専攻医の採用が可能。
6. プログラムの認定は、各都道府県協議会において、医師会、大学、病院団体等の地域医療関係者の了解を得ること。	● 機構は、研修プログラムを承認するに際し、行政、医師会、大学、病院団体からなる各都道府県協議会と事前に協議し決定する。
7. 研修期間については、妊娠、出産、育児等の理由により中断することができ、かつ、6ヶ月までの中断であれば、残りの期間に必要な症例等を埋め合わせることで研修を延長しないですむこと。また、6ヶ月以上の中断の後研修に復帰した場合でも、中断前の研修実績は、引き続き有効とされること。	● 特定の理由(海外への留学、妊娠・出産・育児など)で専門研修が困難な場合は、中断することができる。 ● 6ヶ月までの中断であれば、残りの期間に必要な症例等を埋め合わせることで、研修期間の延長を要しない。 ● また、6か月以上の中断の後研修に復帰した場合でも、中断前の研修実績は、引き続き有効とされる。

専門研修に関する関係者の要望③

○ 全国市長会会長代理 松浦正人 平成29年4月12日

「国民不在の新専門医制度を危惧し、拙速に進めることに反対する緊急要望」 （抜粋）

2. 地方創生に逆行する危険と医師偏在の助長

- 大学病院や大病院の所在地以外の地域は医師不足が助長

5. 若手医師たちに義務的に医局生活を強いる理不尽

- 初期研修修了後に地域医療に従事している医師達を基幹施設に引き上げることにより、地域医療にとって重大な支障を来す

6. 専門職自律という国民不在の議論

- 自治体の長や、国・地方議員による検証を度外視して制度設計を進めることには大いに問題がある。立ち止まって考え直すべき。

○ 奈良県知事 荒井正吾 平成29年4月24日

「今後の医師養成の在り方と地域医療の確保に関する意見」 （抜粋）

1. 基本的な考え方について

専門医制度を導入するに当たり、制度の設計・運営の内容次第で、地域医療の確保に多大な影響が生じうる可能性がある場合は、医師偏在への対策を含めた地域医療の確保に関する観点から、公の介入が必要になるものと考えます。

本検討会の専門医制度の主要なテーマは、プロフェッショナル・オートノミーの領域に属する医師の資質の向上と、行政が責任を負うべき地域医療の確保について、どのように知恵を出して両立を図るかという点にあると考えます。

2. 地域医療の確保に関する懸念について

都道府県内の偏在に関して、整備指針によれば、専門医機構は、研修プログラムの認定にあたり、地域医療の影響の観点について、都道府県に協議することとなっていますが、ひとたび研修プログラムが認定された後には、専門研修基幹施設に、医師の配置を委ねることとなります。

専門医制度がプロフェッショナル・オートノミーに立脚する限りは、地域の医師偏在に主体的な責任を持てるものとは考え難く、その場合は、国と地方公共団体がしっかりと関与し、医師偏在の懸念を払拭すべきと考えます。

そのような観点から、専門医機構又は専門研修基幹施設が、専門研修連携施設の医師配置の状況を含め、研修プログラムの運用状況を各都道府県協議会に報告し、地域医療の確保の動向について情報を共有し、必要に応じ、各都道府県が地域医療の確保の観点からの意見を申し述べることができるものとするなど、継続的に地域医療の確保が可能となる仕組みとするべきと考えます。

今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会

1. 開催趣旨

現在、医学教育モデル・コア・カリキュラムが改訂され、卒前段階の臨床実習を一層充実することが予定されている。また、平成16年度の臨床研修必修化が地域医療に大きな影響を与えたと指摘される一方で、専門研修についても医師偏在の懸念が地域医療関係者より示され、研修開始が1年延期され、現在、平成30年度の研修開始に向けて、標準的な医療を行う専門医の研修方法が日本専門医機構において検討されている。

これらの新しい研修制度において、卒前・卒後の一貫した医師養成や、地域の医師確保など地域医療に十分配慮される仕組みとすることが重要である。

こうした観点から、今後の医師養成の在り方と地域医療について検討するため、本検討会を開催する。

2. 検討課題

- ・ 地域医療に求められる専門医制度の在り方
- ・ 卒前・卒後の一貫した医師養成の在り方
- ・ 医師養成の制度における地域医療への配慮

3. 構成員（◎座長、○副座長）

荒井 正吾	奈良県知事	奈良 信雄	日本医学教育評価機構理事、順天堂大学特任教授
新井 一	一般社団法人全国医学部長病院長会議会長	南学 正臣	東京大学医学部腎臓・内分泌内科教授
今村 聡	公益社団法人日本医師会副会長	邊見 公雄	公益社団法人全国自治体病院協議会会長
◎遠藤 久夫	国立社会保障・人口問題研究所所長	堀 真奈美	東海大学教養学部人間環境学科教授
押淵 徹	公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会会長	森 隆夫	公益社団法人日本精神科病院協会常務理事
尾身 茂	独立行政法人地域医療機能推進機構理事長	山内 英子	聖路加国際病院副院長・ブレストセンター長 ・乳腺外科部長
加納 繁照	一般社団法人日本医療法人協会会長	山口 育子	認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長
○桐野 高明	東京大学名誉教授	吉村 博邦	一般社団法人日本専門医機構理事長
渋谷 健司	東京大学大学院国際保健政策学教授		
立谷 秀清	相馬市長、全国市長会副会長		

4. スケジュール

平成29年4月より開催

「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」 が対応を求めた主な内容と日本専門医機構の対応

対応を求めた主な内容

※第1回、第2回及び第3回検討会で、日本専門医機構に対応を求めた

- 専門医の取得は義務ではなく自発的な自己研さんとして位置付けられるものであることの明確化
- 地域医療従事者や女性医師等のライフイベントに配慮したカリキュラム制の設置等柔軟な研修制度の設置
- 研修の中心は大学病院のみでなく、地域の中核病院等であること
- 都道府県協議会が意見を提出した場合には、研修プログラムを改善すること

日本専門医機構の対応

※日本専門医機構が専門医制度新整備指針及び運用細則を改正

- 専門医はすべての医師が取得しなければならないものではなく、医師として自律的な取組として位置付けられることを明確化
- 出産や育児、介護、留学等相当の合理的理由がある医師等は研修カリキュラム制による専門研修等柔軟な対応を行い、研修に関する相談窓口を設置すること
- 幅広い疾患の症例が豊富な市中病院を重要な研修拠点とすること、連携病院で採用した医師は専攻医の希望があった場合、できる限り長期間連携病院で研修できるようにすること
- 都道府県協議会が意見を提出した場合には、機構が関係学会と調整を行い、研修プログラムを改善すること

「新たな専門医制度」に対する厚生労働大臣談話（平成29年8月2日）

国民の求める医療ニーズは、「量」から「質」へと大きく転換しています。こうした中、若手医師が安心して専門研修を受け、生涯にわたって研鑽を続け、医療の質の向上を図るには、国際的な水準を担保し、世界にも評価される専門医を養成する制度の確立・運営が喫緊の課題です。

こうした中、新たな専門医制度の構築に当たっては、平成29年度の養成開始を目指し、日本専門医機構において準備が進められてきました。しかし、昨年6月に日本医師会及び四病院団体協議会から、新たな制度が施行されることにより地域医療の現場に大きな混乱をもたらす等の懸念があるため、一度立ち止まって、集中的な精査を早急に行うこと等が要望され、私からも、改めて地域医療を担う医療関係者や地方自治体など、幅広い方々からの要望やご意見を真摯に受け止め、なお一層の取組をされることを求めました。

これを受け、日本専門医機構におかれては、地域医療関係者や地方自治体を加えた体制を整備するなど、ガバナンスの抜本的見直しを図ってられました。また、厚生労働省においては、本年4月に「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」を設置し、専門医制度の在り方について、全国知事会や全国市長会、病院団体など地域医療関係者の方々が加わった場で意見交換を行って頂きました。

日本専門医機構においては、こうした議論の積み重ねを踏まえ、専門医の取得は義務ではなく医師として自律的な取組として位置付けられるものであることや、研修の中心は大学病院のみではなく症例の豊富な地域の中核病院等も含むことの明確化、女性医師等の多様な働き方に配慮したカリキュラム制の設置などを専門医制度新整備指針等に明記され、新たな制度の施行により地域医療に影響を与えないような配慮がなされていると理解しております。

他方、来年度より実施する新たな専門医制度は、プログラム制の導入など、これまでに無い新たな仕組みであり、
○実際の専攻医の応募の結果、各診療科の指導医や専攻医が基幹病院に集中することで地域医療に悪影響が生じるのではないかと、
○専攻医がその意思に反し、望んでいる地域、内容での研修を行えなくなるのではないかなどの懸念を完全に払拭するには至っておりません。

新たな仕組みの開始に当たっては、こうした懸念に真摯に向き合い、都道府県、市町村、医師会、大学、病院団体等からなる都道府県協議会等地域医療関係者と十分に協議が行われたうえで、運用の中で問題があれば速やかに是正が行われる必要があると考えています。

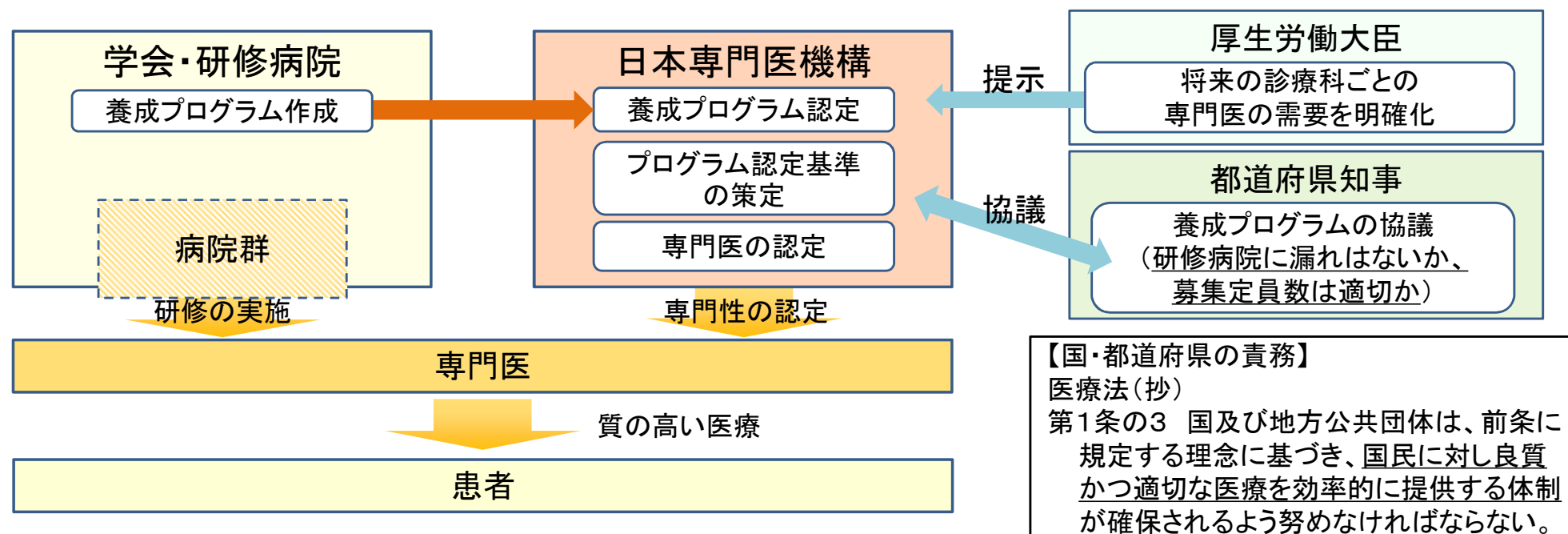
具体的には、日本専門医機構及び各関係学会に対し、学会ごとの応募状況及び専攻医の配属状況を厚生労働省に報告いただくことを求めます。
厚生労働省においては、新たな専門医制度が地域医療に影響を与えていないかどうか、領域ごとに確認をすることとしたいと考えております。

その結果、万が一、新たな専門医制度によって地域医療に影響を与える懸念が生じた場合には、「国民に対し良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制」を確保する医療法上の国の責務に基づき、厚生労働省からも日本専門医機構及び各関係学会に対して実効性ある対応を求めることといたします。

新たな専門医制度が、日本の医療をより一層質の高いものとする新たな礎となり、地域の方々にとって最良の医療が提供される体制の構築を目指すことが必要です。そのためには、日本専門医機構及び各関係学会が協力し合い、様々な意見に耳を傾け、厚生労働省や都道府県などとも協議しながら、新たな専門医制度が地域医療や医師のキャリアプランに配慮したものとなることを強く期待します。

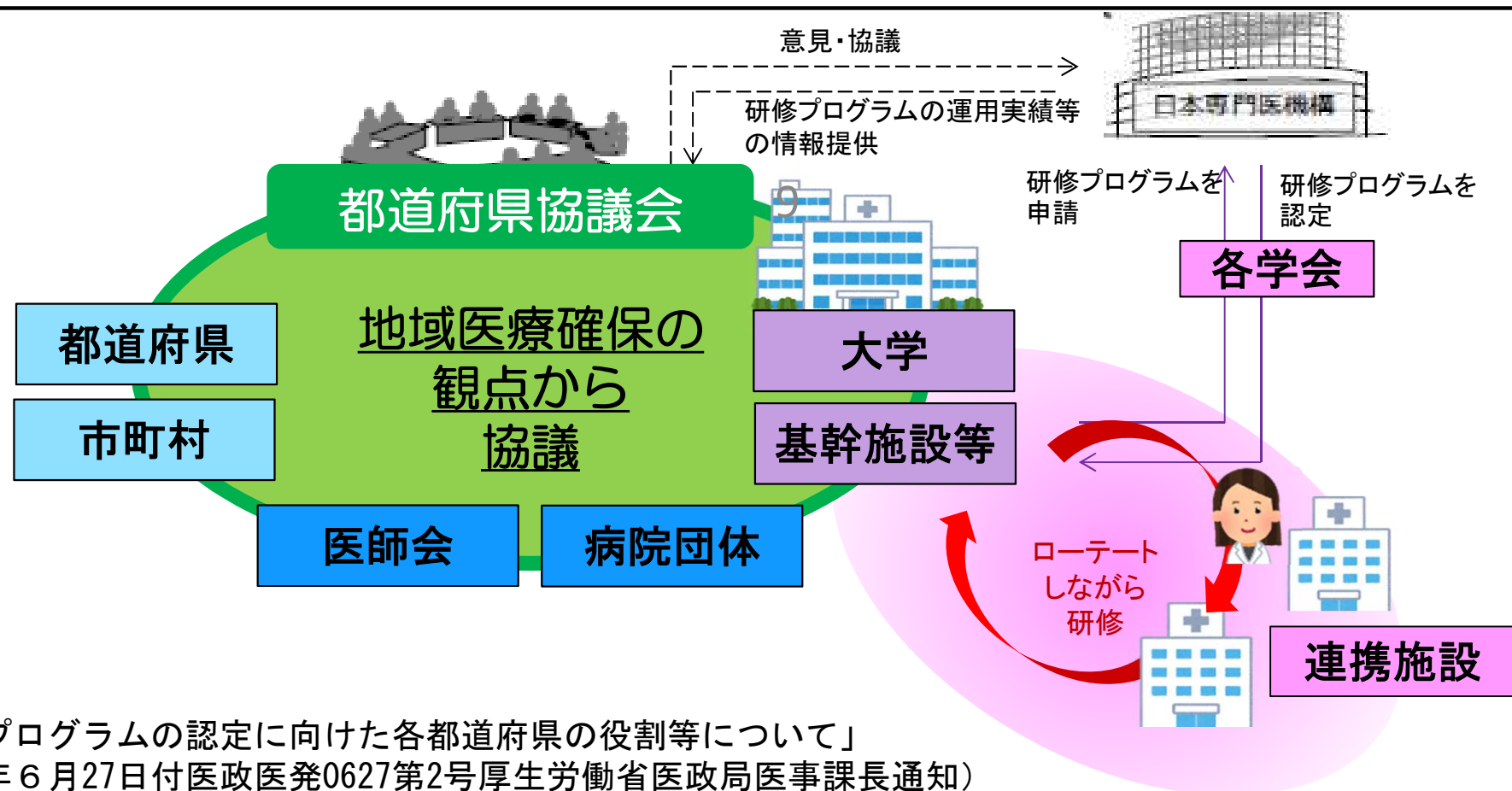
プロフェッショナル・オートノミーとの関係について

- 専門研修におけるプロフェッショナル・オートノミーとは、専門医の在り方に関する検討会報告書(平成25年4月22日)によれば「専門家による自律性」とされており、医師が自ら専門医の制度の設計や運営を行うことを指すと考えられる。
- 地域医療確保の観点から、行政が関与することは、このプロフェッショナル・オートノミーに反していないと考えられる。
 - 医療関係団体及び学会に有識者も加えた日本専門医機構において制度設計し、制度が運営される(※)。
※日本専門医機構が、養成プログラムの認定や認定基準の策定、専門医認定を実施
 - 医療法上、医療提供体制の確保に責任を持つ国や都道府県は、あくまでも地域医療確保の観点から意見を述べる。



新たな専門医の仕組みにおける都道府県協議会について

- 新たな専門医の仕組みについては、地域医療へ与える影響への懸念を踏まえ、養成開始を1年延期し、平成30年度からの開始に向けて、日本専門医機構において準備中である。
- 新たな専門医の仕組みの実施に当たって、医師が偏在することなく専門医の質を高める体制が構築されるよう、各都道府県に設置される協議会において、地域医療確保の観点から、関係者間で協議を行う。
- 都道府県協議会は、プログラムの認定に当たって、地域医療提供体制を現状より悪化させることがないか協議し、日本専門医機構が調整を行う。また、プログラム認定後も、運用実績を踏まえて協議し、日本専門医機構が調整を行い、必要な改善を図る。



(参考) 「専門研修プログラムの認定に向けた各都道府県の役割等について」
(平成29年6月27日付医政医発0627第2号厚生労働省医政局医事課長通知)
「専門医制度新整備指針(第二版)」(平成29年6月)

<背景>

- 現在、地域の病院や診療所の医師が、かかりつけ医として地域医療を支えている。
- 今後の急速な高齢化に伴い、複数疾患を有する高齢者等にとっては、複数の従来の領域別専門医による診療よりも総合的な診療能力を有する医師による診療の方が適切な場合もあること等から、総合的な診療能力を有する医師の専門性を評価し、新たな専門医の仕組みに位置づけることが適当。



- 総合的な診療能力を有する医師を「総合診療医」とする。
 - ※ 日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等について、わが国の医療提供体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供。
- 専門医としての名称は「**総合診療専門医**」とする。
 - ※ 領域別専門医が「深さ」が特徴であるのに対し、総合診療専門医は「扱う問題の広さと多様性」が特徴。
 - ※ 「地域を診る医師」としての視点も重要であり、他の領域別専門医や他職種と連携して、多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供することが期待される。

総合的な診療能力の必要性

- 高齢化に伴い、特定の臓器や疾患を超えた多様な問題を抱える患者が増加。
- これらの患者には、複数の領域別専門医による診察よりも、一人の総合的な診療能力を有する医師による診察のほうが適切な場合がある。



総合診療専門医を新たに位置づけ

総合診療医：総合的な診療能力を有する医師

- ※ 日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等について、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供。

総合診療専門医：総合診療医の専門医としての名称

- ※ 新たな専門医の一つとして基本領域に加える。
- ※ 「地域を診る医師」としての視点も重要。
他の領域別専門医や他職種と連携して、多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供することが期待される。

総合診療専門医の養成

研修プログラム※（3年間以上）

○ 総合診療専門研修（18ヶ月以上）

- ・ 診療所・中小病院（6ヶ月以上）
- ・ 病院総合診療部門（6ヶ月以上）

○ 必須領域別研修（12ヶ月以上）

- ・ 内科（6ヶ月以上）
- ・ 小児科（3ヶ月以上）
- ・ 救急科（3ヶ月以上）

○ その他領域別研修

- ・ 外科、整形外科、産婦人科、精神科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科等の研修

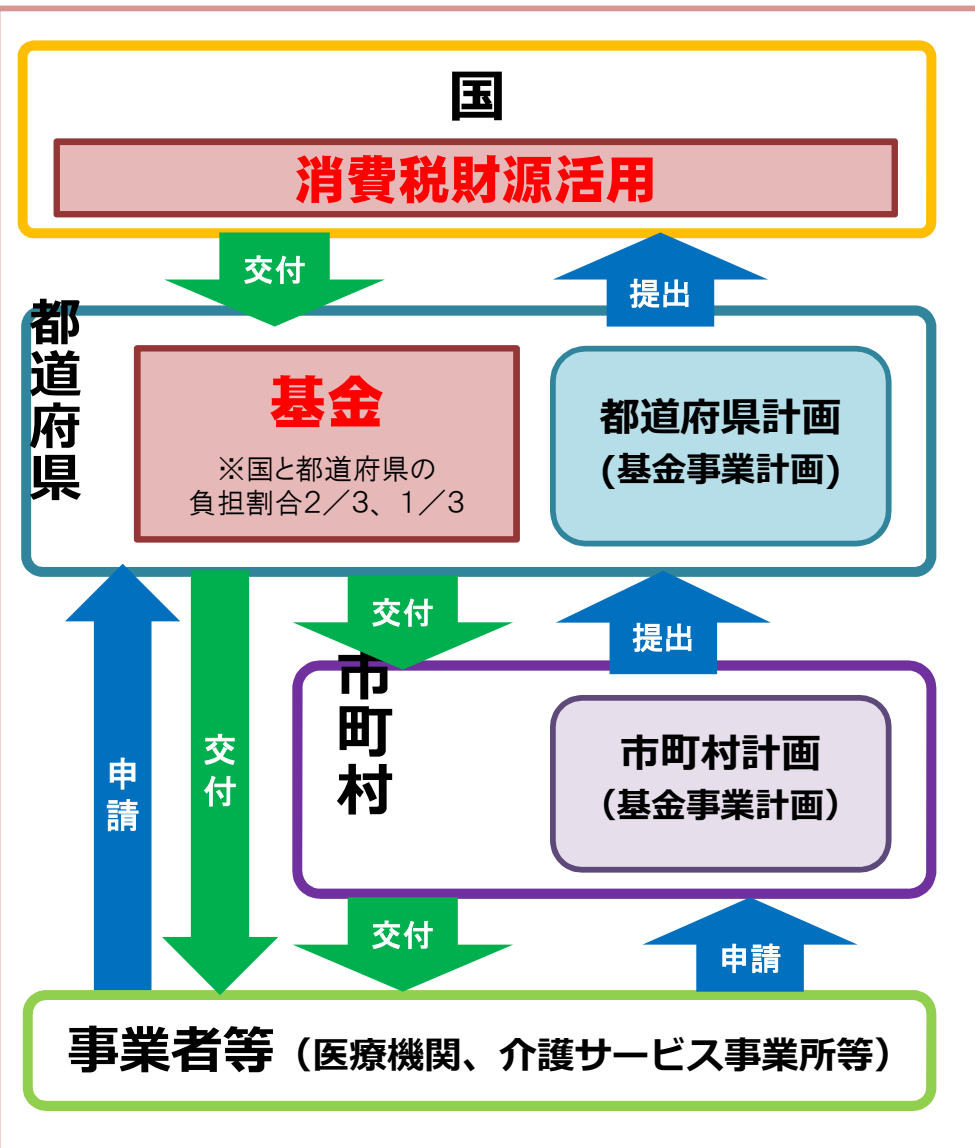
※ 日本専門医機構
総合診療専門研修プログラム整備基準
(平成28年2月29日改訂版)

(2) ー④ インセンティブ

地域医療介護総合確保基金

平成29年度政府予算:公費で1,628億円
(医療分 904億円、介護分 724億円)

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
- このため、平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度(地域医療介護総合確保基金)を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



都道府県計画及び市町村計画（基金事業計画）

- **基金に関する基本的事項**
 - ・公正かつ透明なプロセスの確保(関係者の意見を反映させる仕組みの整備)
 - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
 - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
- **都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項**

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

 - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏域を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏域を念頭に設定。
 - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施
国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用
- **都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成**

地域医療介護総合確保基金の対象事業

- 1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- 2 居宅等における医療の提供に関する事業
- 3 介護施設等の整備に関する事業(地域密着型サービス等)
- 4 医療従事者の確保に関する事業
- 5 介護従事者の確保に関する事業

救急勤務医支援事業（補助金の事業としては25年度まで、26年度以降は地域医療介護総合確保基金を活用）

第二次救急医療機関に勤務する救急医の処遇改善を図るため、休日・夜間において救急勤務医手当（宿日直手当や超過勤務手当とは別）を支給する。

- （対象経費） 勤務医に対する手当（救急勤務医手当）
- （補助先） 都道府県（間接補助先：厚生労働大臣が認める者）
- （補助率） 1/3（負担割合：国1/3、都道府県2/3以内、市町村2/3以内、事業主2/3以内）
- （創設年度） 平成21年度
- （実施都道府県数） 5都道府県

産科医等確保支援事業（補助金の事業としては25年度まで、26年度以降は地域医療介護総合確保基金を活用）

産科医等の処遇を改善しその確保を図るため、分娩手当等を支給する分娩取扱機関に対して財政支援を行う。

- （対象経費） 産科医等に対する手当（分娩取扱手当）
- （補助先） 都道府県（間接補助先：市町村、厚生労働大臣が認める者※）
※高額な分娩費用を得ている分娩取扱機関を除く。
- （補助率） 1/3（負担割合：国1/3、都道府県2/3以内、市町村2/3以内、事業主2/3以内）
- （創設年度） 平成21年度
- （実施都道府県数） 46都道府県

新生児医療担当医確保支援事業（補助金の事業としては25年度まで、26年度以降は地域医療介護総合確保基金を活用）

過酷な勤務状況にある新生児医療担当医の処遇を改善するため、出生後NICUへ入室する新生児を担当する医師へ手当を支給する医療機関に対し財政支援を行う。

- （対象経費） 出生後NICUに入る新生児を担当する医師に対する手当
- （補助先） 都道府県（間接補助先：市町村、その他厚生労働大臣が認める者）
- （補助率） 1/3（負担割合：国1/3、都道府県2/3以内、市町村2/3以内、事業主2/3以内）
- （創設年度） 平成22年度
- （実施都道府県数） 31都道府県

（３） 最近の検討経緯等

医師偏在対策についての議論の流れについて

平成27年6月「経済財政運営と改革の基本方針2015」（抜粋）

「人口構造の変化や地域の実情に応じた医療提供体制の構築に資するよう、地域医療構想との整合性の確保や地域間偏在 等の是正などの観点を踏まえた医師・看護職員等の需給について、検討する。」

平成27年12月「医療従事者の需給に関する検討会」

平成28年6月 医師需給分科会中間取りまとめ(抜粋)

「医学部定員の増員により医師数の全国的な増加を図ったとしても、医師の偏在対策が十分図られなければ、地域の医師不足の解消にはつな
がっていかない。」

「医師偏在対策については、医師が勤務地や診療科を自由に選択するという自主性を尊重した対策だけでなく、一定の規制を含めた対策を行っ
ていく観点から、「保健医療2035」、分科会における各構成員の意見、関係団体の提言等を踏まえ、(中略)年末に向けて具体的に検討を進め、
取りまとめを行うこととする。」

「本年中に各都道府県が策定する地域医療構想やあるべき医療の姿を踏まえ、「新たな医療の在り方を踏まえた医師の働き方ビジョン(仮称)」を
策定し、その上で必要な医師数を検討する。」

(「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」開催のため中断)

平成28年10月「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」

平成29年4月 報告書(抜粋)

「医師偏在についても、働き方実態調査等によれば、(条件が合えば)「地方での勤務を希望する」との趣旨の回答をした者が相当程度存在するこ
とが明らかになった。これは、多くの医師は、潜在的には地方での勤務に魅力を感じ、キャリア形成や生活への支障を来たす要素が除かれ
ば、地方で従事する可能性が多く秘められていることを意味する。(中略)規制的手段によって強制的に医療従事者を誘導・配置すれば足りる」、
「へき地等に『当てがう』との発想に依存すべきではない。」

「敢えて医師数を増やす必要がない環境を作り上げていくことが重要と考える。」

「医師－医師間で行うグループ診療や、医師－他職種間等で行うタスク・シフティング(業務の移管)／タスク・シェアリング(業務の共同化)を、これ
までの「チーム医療」を発展させる形で有効活用すべきである。」

平成29年4月「医療従事者の需給に関する検討会」 再開

平成29年6月 早期に実行可能な医師偏在対策について

平成29年9月13日「医師需給分科会」において医師偏在対策の本格的議論開始予定

経済財政運営と改革の基本方針2017～人材への投資を通じた生産性向上～(平成29年6月9日)(抜粋)

「増員してきた医学部定員について、医師需給の見通しを踏まえて精査を行う。また、全体としての医師数増加が地域における医師の確保につな
がり全ての国民が必要な医療が受けられるよう、(中略)抜本的な地域偏在・診療科偏在対策を検討する。」

1. 目的

「医療従事者の需給に関する検討会」の設置と合わせて、同検討会に「医師需給分科会」を設置し、医師の需給推計に基づく今後の医学部定員の在り方について検討するとともに、医師の地域偏在・診療科偏在の是正策についても併せて検討する。

2. 検討事項

- ・ 医師の需給推計について
- ・ 医学部定員の在り方について（平成29年度・平成31年度に終了する暫定的な医学部定員増の在り方を含む）
- ・ 医師の地域偏在・診療科偏在の是正策について

3. 構成員（○は座長）

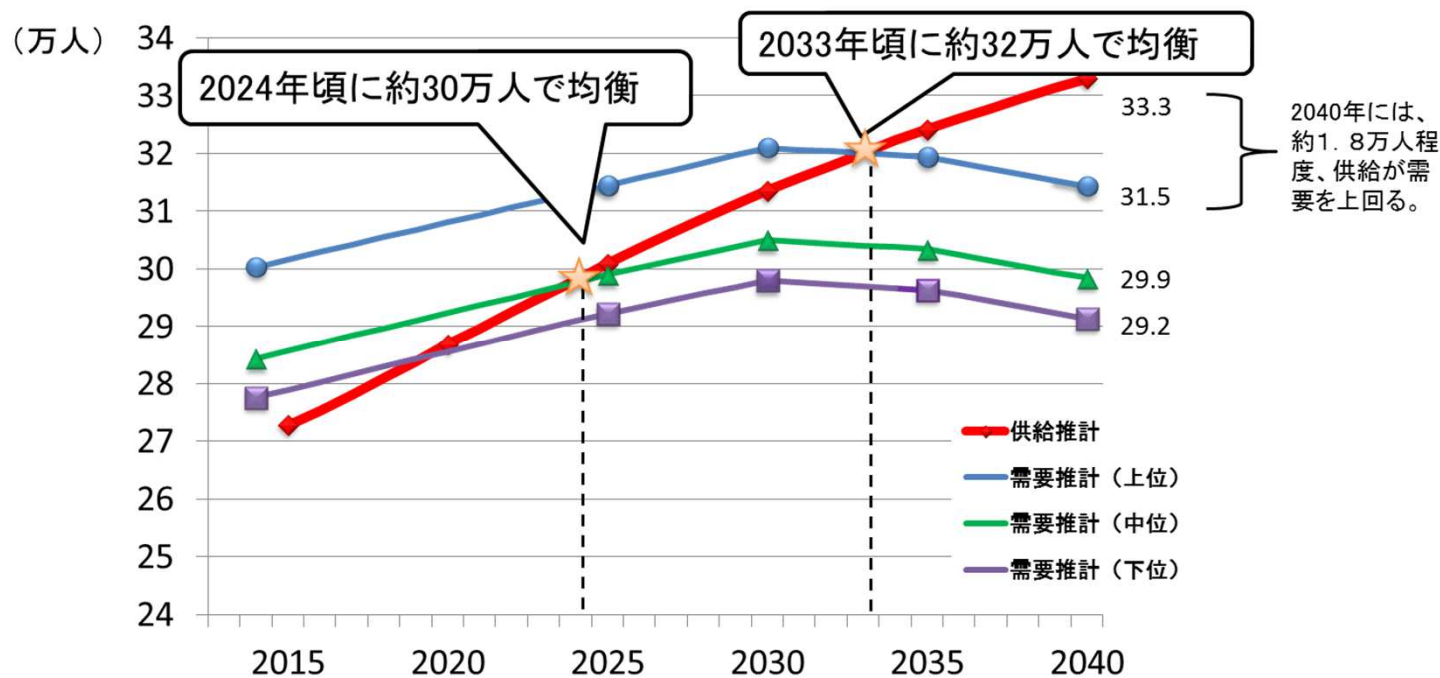
- | | |
|---------------------------------|------------------------------------|
| 新井 一（全国医学部長病院長会議会長） | 斐 英洙（ハイズ株式会社 代表取締役社長） |
| 今村 聡（日本医師会副会長） | 羽鳥 裕（日本医師会常任理事） |
| 戎 初代（東京ベイ・浦安市川医療センター集中ケア認定看護師） | 平川 淳一（日本精神科病院協会常務理事） |
| 小川 彰（岩手医科大学理事長） | 平川 博之（全国老人保健施設協会副会長） |
| ○ 片峰 茂（長崎大学学長） | 福井 次矢（聖路加国際大学学長） |
| 神野 正博（全日本病院協会副会長） | 堀之内 秀仁（国立がん研究センター中央病院 呼吸器内科病棟医長） |
| 北村 聖（国際医療福祉大学医学部長） | 本田 麻由美（読売新聞東京本社医療ネットワーク事務局次長） |
| 権丈 善一（慶應義塾大学商学部教授） | 松田 晋哉（産業医科大学医学部教授） |
| 鶴田 憲一（全国衛生部長会会長） | 森田 朗（津田塾大学総合政策学部教授） |
| 永井 康德（医療法人ゆうの森理事長） | 山内 英子（聖路加国際病院副院長） |
| 中島 由美子（医療法人恒貴会 訪問看護ステーション愛美園所長） | 山口 育子（認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長） |
| | （※オブザーバー：文部科学省高等教育局医学教育課長） |

4. スケジュール

- ・ 平成27年12月10日 第1回開催
- ・ 平成28年6月3日 中間取りまとめ
- ・ 平成29年4月20日 新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会報告書について
医師偏在対策の今後の検討の進め方について

医師の需給推計の結果について（暫定）

- 本推計は、平成20・21年度からの医学部定員増の臨時増の取扱いについて早急に結論を得るために行った暫定的な推計であり、今後、全国調査等を行った上で、より精緻な推計を行う。
- 需要推計においては、
 - ① 地域医療構想を踏まえて、高度急性期、急性期、回復期、慢性期といった病床の区分ごとに、必要医師数を見込む
 - ② 国際保健分野、製薬業界、大学の基礎研究等の臨床以外に従事する医師数について、世界最多水準や今後の増加を十分に見込む
 - ③ 医師の勤務時間の短縮を見込むなど、精緻に推計。
- ※1 国際保健分野（2025年；現状の約2倍、2040年；さらに20%増）、製薬業界（2025年；世界最多水準（対人口比）、2040年；さらに20%増）、大学の基礎研究（2025年；20%増）等
- ※2 上位推計では、高度急性期・急性期に従事する医師の労働時間（56.6時間）が、他の病院・診療所と同レベルの45.7時間まで改善すると見込んで推計。（中位推計では他の病院・診療所との労働時間の差が50%、下位推計では25%縮小するとして推計）
- 供給推計においては、今後の医学部定員については、平成28年度の9,262人が維持されるとして推計。
- ※3 女性医師、高齢医師、研修医については、それぞれ働き方等を考慮し、30～50歳代の男性医師を1とした場合に、女性医師0.8、高齢医師0.8、研修医1年目0.3、研修医2年目0.5として推計



医師需給分科会中間取りまとめにおける当面の医学部定員の基本的方針

年度	H19 (2007)	H20 (2008)	H21 (2009)	H22 (2010)	H23 (2011)	H24 (2012)	H25 (2013)	H26 (2014)	H27 (2015)	H28 (2016)	H29 (2017)	H30 (2018)	H31 (2019)	H32 (2020)	H33 (2021)
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					
平成31年度増員															
平成30年度増員															
平成29年度増員															
平成28年度増員【新成長戦略】 28人															
平成27年度増員【新成長戦略】 65人															
平成26年度増員【新成長戦略】 28人															
平成25年度増員【新成長戦略】 50人															
平成24年度増員【新成長戦略】 68人															
平成23年度増員【新成長戦略】 77人															
平成22年度増員 【経済財政改革の基本方針2009】 360人															
平成21年度増員 【緊急医師確保対策】 国公立大学 189人															
平成20年度増員 【緊急医師確保対策】 公立大学 23人															
平成20年度増員 【新医師確保総合対策】 105人															
平成21年度増員 【経済財政改革の基本方針2008】 504人															
平成20年度増員【緊急医師確保対策】 40人															
平成19年度定員 7,625人															
平成28年度医学部新設 100人 東北医科薬科大学															

臨時定員

恒久定員

①地域枠、②研究医枠、③歯学部振替枠
の3つの枠組みによる、平成31年度までの臨時定員増
※平成28年度時点①592人、②40人、③44人

医師確保が必要な地域や診療科に医師を確保・配置するための、
平成29年度までの臨時定員増
※都府県ごとに最大5人まで、北海道は15人まで

医師不足県（青森、岩手、秋田、山形、福島、新潟、山梨、長野、岐阜、三重）
及び自治医科大学における、平成29年度までの臨時定員増 ※最大10人まで

①大学が医師不足が深刻な地域や診療科の医師を確保するための実効ある取組（地域医療貢献策）を講ずることを前提とした恒久定員増
②歯科医師養成過程を有する私立大学が、歯科医師養成過程の入学定員を平成10年度比で10%を超えて削減する場合、教育上支障のない範囲での当該削減数分の恒久定員増

医師養成総数が少ない県（神奈川、和歌山）における恒久定員増 ※各県20人まで

平成29年度から31年度までの追加増員

→各都道府県からの追加増員の要望に対しては、これが本当に必要な増員であるかどうかについて、慎重に精査していく

平成20・21年度から29年度までの暫定増

→当面延長する

9,262

平成32年度以降の医師養成数

→今回の医師需給推計の結果や、これまでの医学部定員の暫定増の効果、今回の見直しによる医師偏在対策の効果等について可能な限り早期に検証を行い、平成22年度から31年度までの暫定増の取扱いも含め、結論を得る

※【】内の閣議決定等に基づき、医学部入学定員の増員を行ってきた。

医師偏在対策のポイント

- 平成18年の「医師の需給に関する検討会」において、
 - ・ 平成34年に需要と供給が均衡し、マクロ的には必要な医師数は供給されるが、これは短期的・中期的に、あるいは地域や診療科と言ったミクロの領域での需要が自然に満たされることを意味しない
 - ・ 医師の養成は中長期の期間を要するものであるが、医師数の地域間格差は必ずしも減少に向かっておらず、未だ医師が不足している県の大学医学部に対して、さらに実効性のある地域定着策の実施を前提として定員の暫定的な調整を検討する必要があるとされた。
- これを踏まえ、医師確保が必要な地域や診療科への従事を要件とする「地域枠」を中心に、平成20年度以降、医学部定員の暫定増等により1,637名の増員が図られ、平成28年度には、過去最高の9,262人の定員となった。
- また、医師の地域定着につながるよう、医師が勤務地や診療科を自由に選択するという自主性を尊重しつつ、キャリア支援、業務負担軽減等のインセンティブ付け等を推進する対策を実施してきた。
 - 【例】
 - ・ 診療報酬による小児・産科の評価、病院勤務医の負担軽減・処遇改善（平成20年～）
 - ・ 地域医療支援センターの設置（平成23年度から予算事業で実施、平成26年10月から法定化）
 - ・ 医療勤務環境改善支援センターの設置（平成26年10月～）
 - ・ 医療関係職種の業務範囲の見直し（看護師の特定行為研修制度）（平成27年10月～）等
- これにより、小児科や産婦人科の医師数の増加など、一定の改善が見られたが、地域の医師不足の指摘は根強い。
- 医学部定員の増加による医師数の全国的な増加を図ったとしても、医師の偏在対策が十分図られなければ、地域の医師不足の解消にはつながらない。
- このため、自主性を尊重した対策だけでなく、一定の規制を含めた対策を行っていく観点から、さらに強力な医師偏在対策について議論を進める。

「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会」の中間取りまとめに掲げられた医師偏在対策一覧

以下の事項は「医療従事者の需給に関する検討会」における構成員の意見、関係団体からの提言、保健医療2035等の提案を取りまとめたものである。

1. 医師の配置に係る対策(直接的な対策)

(1) 医学部

○いわゆる地域枠のこれまでの効果について地元出身者の定着率も含め検証を行い、**卒業後の地域定着がより見込まれるような地域枠**の在り方を検討
○医学教育において、地域医療の向上への貢献に関してより早期の動機づけ

(2) 臨床研修

○臨床研修の質等に配慮しつつ、臨床研修希望者に対する**募集定員倍率のなお一層の縮小**を検討
○都道府県別の募集定員の設定に当たり、医師不足地域等により配慮
○募集定員の配分等に対する**都道府県の権限を一層強化**
○臨床研修が出身大学の地域で行われることを促す仕組みについて検討

(3) 専門医

○国・都道府県における適切な権限行使や役割分担の枠組みとして、**都道府県等の調整等に関する権限を明確化**する等の対応を検討
○専攻医の募集定員について、**診療領域ごとに、地域の人口、症例数等に応じた地域ごとの枠の設定**を検討

(4) 医療計画による医師確保対策の強化

○**医療計画に、医師不足の診療科・地域等について確保すべき医師数の目標値を設定**し、専門医等の定員の調整に利用
○将来的に医師偏在等が続く場合に、十分ある診療科の診療所の開設について、**保険医の配置・定数の設定や、自由開業・自由標榜の見直しを含めて検討**

(5) 医師の勤務状況等のデータベース化

○医籍登録番号、三師調査等の既存の仕組みの活用も念頭に置きつつ、医師の勤務状況等を把握するためのデータベース化について検討

(6) 地域医療支援センターの機能強化

○地域医療支援センターについて、所在地の医育機関と連携し、医学部入学から生涯にわたる医師のキャリア形成・異動を把握し、キャリア形成支援、配置調整ができるよう、その機能を強化

(7) 都道府県から国等への対策の求め

○都道府県が、国、関係機関等に必要な対策を求めることができる枠組みの検討

(8) 管理者の要件

○**特定地域・診療科で一定期間診療に従事することを、臨床研修病院、地域医療支援病院、診療所等の管理者の要件**とすることを検討

(9) フリーランス医師への対応

○医師の資格や専門性が有する公益性を踏まえ、いわゆるフリーランス医師や多額の紹介料・給料を要する者への対応について検討

(10) 医療事業の承継税制

○地域の医療機関の事業の承継に関し、中小企業と同様、事業承継に当たっての優遇税制について検討

2. 医師の就労環境改善等に関する対策(間接的な対策)

(1) 女性医師の支援

○病院における柔軟な勤務形態の採用等、妊娠・子育て中の女性医師の就労継続・復職支援に資する取組の推進

(2) 技術革新に対応した医療提供

○医師が業務を効率的に行うことができるよう、ICT等の技術革新を活用した医療提供を推進

(3) チーム医療

○医師が業務を効率的に行い、質の高い医療を提供できるよう、各医療スタッフの役割分担を見直し、チーム医療を推進

(4) サービス受益者に係る対策

○医療機関の詳しい診療内容や「かかりつけ医」について、住民等への情報提供を推進

医師の地域偏在・診療科偏在の解消に向けた強力な取組の推進

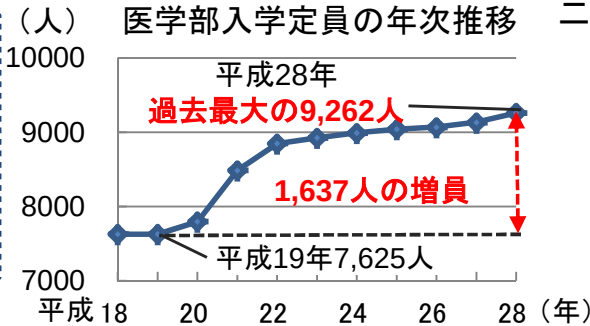
経済財政運営と改革の基本方針2015(平成27年6月30日)

平成28年5月11日第8回経済財政諮問会議 経済・財政再生
計画に沿った社会保障改革の推進②(塩崎臨時議員提出資料)

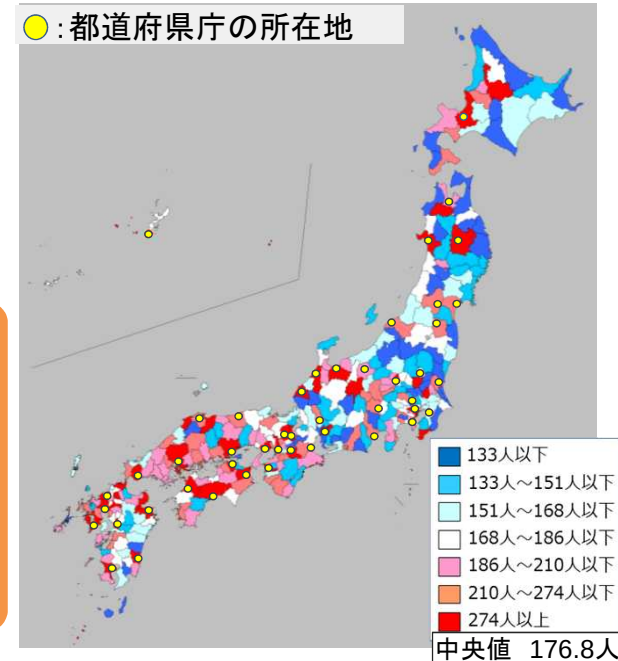
「人口構造の変化や地域の実情に応じた医療提供体制の構築に資するよう、地域医療構想との整合性の確保や地域間偏在等の是正などの観点を踏まえた医師・看護職員等の需給について、検討する。」

【現状・課題】

- 平成20年度以降、**医学部定員を大幅に増員**。
- しかし、未だに**医師の地域偏在・診療科偏在が解消されていない**との指摘。



二次医療圏ごとの人口10万対医師数(平成26年)



【対応の方向性】

<従前の医師確保対策>

医師の診療科・勤務地の**選択の自由を前提**

- 例) 診療報酬による小児・産科の評価
- ・ 地域医療支援センターによる医師不足病院への医師の斡旋等
 - ・ 医療勤務環境改善支援センターの設置

- 医師に対する**規制を含めた地域偏在・診療科偏在の是正策**を検討。
※年内に取りまとめ予定

今後検討を進める対策の例

医師養成課程の見直し

医学部: より**地域定着が見込まれる入学者枠**等の検討

臨床研修: 臨床研修の募集定員の配分に関する**都道府県権限の強化**、出身大学の地域での研修の促進

専門医: **地域ごと・診療科ごとの定員枠の設定** 等

都道府県の役割強化

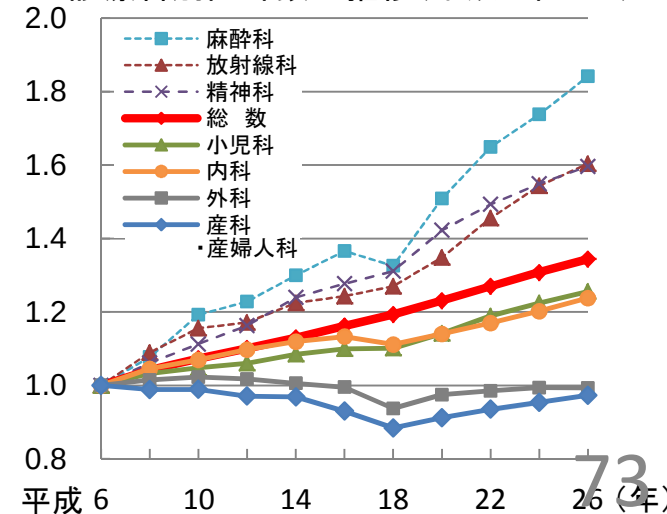
医療計画(※保健医療2035でも同様の提言あり):

- **不足する地域・診療科等で確保すべき医師の目標値を設定した医師確保計画の策定**
- **将来的に、医師の偏在等が続く場合に、保険医の配置・定数の設定等**を検討

地域医療支援センター: センター機能の抜本的強化

管理者: **特定地域・診療科での診療の従事を、診療所等の管理者要件**とすることを検討 等

診療科別医師数の推移(平成6年:1.0)



経済財政運営と改革の基本方針2016 ～600兆円経済への道筋～
(平成28年6月2日) (抜粋)

医療従事者の需給の見通し、地域偏在対策等について検討を進め、
本年内に取りまとめを行う。

特に医師については、地域医療構想等を踏まえ、実効性のある地域偏在・
診療科偏在対策を検討する。

「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」

- ◆ 新たな時代にふさわしい医療提供体制の構築に向けた道筋を描き、基本哲学となる保健医療・介護のビジョンの確立に向け、「**新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会**」を平成28年10月に設置
- ◆ 日本の医療を取り巻く環境は、今後、多死社会の到来、ICTやAIの発展、地域包括ケアの推進、地域医療構想を踏まえた病床機能の分化など大きな変化に直面。こうした変化を踏まえ、従来からの発想や手法を超えて、「**我が国が目指す新たな医療の在り方**」と、この在り方を踏まえた「**医師・看護師等の新しい働き方・確保の在り方**」を検討

構成員

◎：座長

井元 清哉	東京大学医科学研究所ヘルスインテリジェンスセンター教授
尾身 茂	独立行政法人地域医療機能推進機構理事長
熊谷 雅美	恩賜財団済生会横浜市東部病院 看護部長
◎ 渋谷 健司	東京大学大学院 医学系研究科国際保健政策学教室教授
庄子 育子	日経BP社医療局編集委員・日経ビジネス編集委員
鈴木 英敬	三重県知事
永井 康德	医療法人ゆうの森理事長
中島 由美子	医療法人恒貴会 訪問看護ステーション愛美園所長
裴 英洙	ハイズ株式会社 代表取締役社長
星 北斗	公益財団法人 星総合病院理事長
堀田 聰子	国際医療福祉大学大学院教授
松田 晋哉	産業医科大学医学部 公衆衛生学教室教授
丸山 泉	日本プライマリ・ケア連合学会理事長
宮田 裕章	慶應義塾大学医学部 医療政策・管理学教室教授
武藤 真祐	医療法人社団鉄祐会理事長・祐ホームクリニック院長
山内 英子	聖路加国際病院 乳腺外科部長・ブレストセンター長

本検討会に期待される成果

- ◆ 今後の医療の在り方、これを踏まえた医療従事者の働き方に関する「**基本哲学**」、これからの医療政策の「**背骨**」となるもの
- ◆ 新たな時代にふさわしい**医療・介護従事者の需給推計の在り方の起点**
- ◆ **医療・介護従事者の確保の具体的な方策**などにつながるもの

検討のスケジュール

- ◆ 第1回 新たな医療の在り方について（自由討議）
- ◆ 第2回 今後の検討の全体構造について
- ◆ 第3・4回 構成員によるプレゼンテーション
- ◆ 第5・6回 中間的な議論の整理に向けた検討
- ◆ 第7回 中間的な議論の整理（平成28年12月22日）
- ◆ 第8・9回 関係団体等からのヒアリング
- ◆ 第10～12回 参考人からのヒアリング
構成員によるプレゼンテーション
- ◆ 第13・14回 とりまとめに向けた検討
- ◆ 第15回 報告書とりまとめ（平成29年4月6日）

※ **医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する大規模な全国調査**（研究班代表者：井元構成員）を実施し、議論に提供された。

経済財政運営と改革の基本方針2017 ～人材への投資を通じた生産性向上～
(平成29年6月9日) (抜粋)

2008年度(平成20年度)以降臨時増員してきた医学部定員について、医師需給の見通しを踏まえて精査を行う。また、全体としての医師数増加が地域における医師の確保につながり全ての国民が必要な医療が受けられるよう、医師等の負担を軽減しつつ医療の質を確保するため、看護師の行う特定行為の範囲の拡大など十分な議論を行った上で、タスクシフティング(業務の移管)、タスクシェアリング(業務の共同化)を推進するとともに、複数医師によるグループ診療や遠隔診療支援等のへき地等に勤務する医師の柔軟な働き方を支援するなど抜本的な地域偏在・診療科偏在対策を検討する。

今後の医師確保対策の検討スケジュール予定

	検討場所	平成29年			平成30年
		2 四半期	3 四半期	4 四半期	1 四半期
医師の働き方改革	働き方改革実行計画を踏まえた検討の場合	○労働時間短縮策等の検討 ○時間外労働規制の検討			中間整理 引き続き検討
医師偏在対策・需給推計	医師需給分科会	○地域医療支援センターの強化等 ・キャリア形成プログラムについて ・へき地における医師確保について ・若手医師へのアプローチについて ・医師の勤務負担軽減について	早期に実行可能な偏在対策を整理 ○抜本的な医師偏在対策	法案提出を視野にとりまとめ	○医師需給推計 ※平成32年度以降の医学部定員の取扱いについて判断するためには、周知期間を含め平成30年春頃までに医師需給推計の結論を得る必要がある。
医師養成課程	今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会	○地域医療に求められる専門医制度の在り方の検討 ・専門医取得は義務ではない ・地域医療従事者や女性医師等への配慮 ・研修の中心は大学のみではなく地域の中核病院等			○卒前・卒後の一貫した医師養成の在り方の検討 ○医師養成の制度における地域医療への配慮の検討



関係団体等の主張①

項目

要望、提言など

都道府県主体の
医師確保対策

- **社会保障制度改革国民会議報告書**（平成25年8月）
 - ・医療計画の策定者である都道府県が、これまで以上に地域の医療提供体制に係る責任を積極的かつ主体的に果たすことができるよう、マンパワーの確保を含む都道府県の権限・役割の拡大が具体的に検討されて然るべきである。
- **四国市議会議長会**（平成29年4月「地域の医師不足、偏在の解消要望に関する決議」）
 - ・各都道府県が配置する医療対策協議会等において医師の需要調整を行えるような仕組みを構築するなど、有効な対策を実施するよう強く要望する。

管理者要件等による
医師偏在対策

- **全国自治体病院協議会等要望**（平成27年11月）
 - ・医師の地域偏在、診療科を解消するために、需給調整に必要な開業規制と診療科ごとの医師数規制について導入を検討し、専門医師数の制限や一定期間医師不足地域への勤務の義務付けなどを講じ、医療提供体制の均てん化施策を早急に実行すること。
- **全国自治体病院協議会等要望**（平成29年9月）
 - ・病院又は診療所の管理者となるためには、一定期間医師不足地域での勤務実績を条件とする。
- **日医・医学部長病院長会議提言**（平成27年12月「医師の地域・診療科偏在解消の緊急提言」）
 - ・一定期間、医師不足地域で勤務した経験があることを病院・診療所の管理者の要件とする。
- **全国知事会要望**（平成28年7月「平成29年度国の施策並びに予算に関する提案・要望（社会保障関係）」）
 - ・地域及び診療科における医師偏在や全国的に深刻な状況に陥っている医師不足の抜本的改善を図るため、地域及び診療科における必要な医師数を明確にした上で、医師養成の在り方等について早急に見直し、医師不足地域における一定期間の診療を義務付けるなど、医師確保対策を強力に推進すること。
- **NPO「全世代」私案**（平成28年9月「医師の地理的偏在の解消に向けて」）（参考）
 - ・保険医登録の条件、あるいは、「保険医療機関の責任者になるための条件として、専門研修を終えた後の一定の時期に、深刻な「医師不足地域」において一定期間勤務することを求めることとする。
- **宗谷地域要望**（平成28年7月）、**稚内市要望**（平成27年11月）
 - ・医師不足地域での一定期間の勤務の義務付けなど医師派遣体制を構築し、地域医療の確保につながるよう改善を図ること。

医師養成過程における
対策①（医学部）

- **青森県要望**（平成28年8月）
 - ・地域枠の運用について、卒業後、県内で一定期間勤務することを担保するための措置を講ずること。
- **全国町村会要望**（平成29年7月「平成30年度政府予算編成及び施策に関する要望」）
 - ・地域医療を担う医師の養成と地域への定着をはかるための方策を講ずること

関係団体等の主張②

項目	要望、提言など
医師養成過程における対策②(臨床研修)	○鹿児島県要望（平成28年10月） ・臨床研修制度について、<u>都市部集中の是正効果が地方の研修医数の増加に確実につながるような制度</u>とすること。 ○青森県要望（平成28年8月） ・募集定員について、<u>医師不足の都道府県に多く割り振る傾斜配分とするなどの措置</u>を講ずること。 ○兵庫県要望（平成28年7月） ・臨床研修病院の指定に当たって、<u>地域の実情が勘案される制度</u>に改めること。 ○日医・医学部長病院長会議提言（平成27年12月「医師の地域・診療科偏在解消の緊急提言」） ・臨床研修は原則、<u>出身大学の地域</u>（出身大学の関連病院のある範囲を含む）で行う。
医師養成過程における対策③(専門研修)	○全国衛生部長会要望（平成28年3月「衛生行政の施策及び予算に関する重点要望書」） ・専門医の診療科ごと、<u>地域ごとの医師の適正数や専門医等の認定基準の設定等</u>による診療科間、地域間の医師偏在の解消に努め（中略）ていただきたい。 ○全国知事会要望（平成28年7月「新たな専門医制度に対する要望」） ・医師の<u>地域偏在及び診療科偏在を助長することのない仕組みを構築するために</u>、それぞれの地域の実情を踏まえた上で、<u>国と日本専門医機構、基本診療領域学会は、責任をもって、研修施設や定員の設定等を行うこと。</u> ○日医・四病協要望（平成28年6月「新たな専門医の仕組みへの懸念について」） ・<u>プログラム作成や地域医療に配慮した病院群の設定等を行うに当たっては</u>、それぞれの地域において都道府県、医師会、大学、病院団体等の関係者が協議、連携し、<u>都道府県の協議会において了解を得ること。</u> ○全国知事会要望（平成28年7月「新たな専門医制度に対する要望」） ・<u>都道府県に役割を求める際には</u>、国、日本専門医機構、都道府県及び関係機関の役割や<u>権限を法令等で明確に規定すること。</u> ○JCHO尾身理事長提案（平成28年7月「専門医制度についての提案」） ・<u>各都道府県、あるいは2次医療圏毎に、「一定程度の幅を持った」各診療科別の専攻医「研修枠」を設定することが極めて重要である。</u> ○奈良県知事要望（平成29年4月「今後の医師養成の在り方と地域医療の確保に関する意見」） ・研修プログラムの運用状況を各都道府県協議会に報告し、地域医療の確保の動向について情報を共有し、必要に応じ、<u>各都道府県が地域医療の確保の観点からの意見を申し述べることができるものとするなど、継続的に地域医療の確保が可能となる仕組みとするべきと考えます。</u>

(4) 論点

現状・課題

検討の方向性(案)

現状 医療計画には、「医療従事者の確保に関する事項」について定める旨のみ法定

➡ 現状分析・目標・対策の記載は都道府県ごとにバラバラ

記載が不十分な県

- ・ 現状分析：地域ごとの分析なし
- ・ 目標：記載なし、定性的
- ・ 対策：具体的ではない

PDCAサイクルに基づく計画の運用がなされず

現状 都道府県が実施できる実効的な医師偏在解消のツールが少ない

特に、都道府県は、管内の医師確保・定着に重要な医師養成への関与が小さい

医学部 ➡ 大学

- ・ 医学部定員設定・学生選抜

臨床研修 ➡ 厚生労働大臣

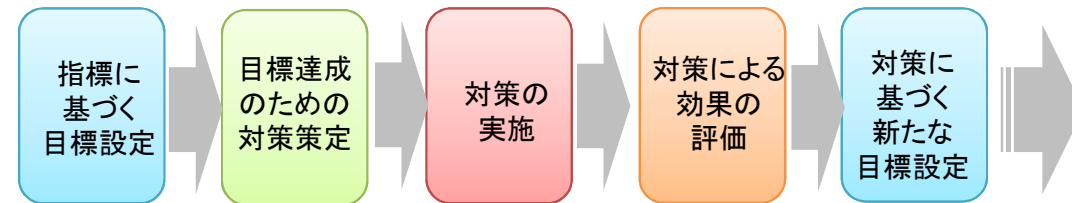
- ・ 臨床研修病院の指定、病院ごとの研修定員設定

専門研修 ➡ 日本専門医機構(現在は各学会)

- ・ 専門医・研修プログラム(研修施設群・研修定員等)認定

医師の多寡を把握できる指標の導入

○ 都道府県が、PDCAサイクルを通じて医師確保できる実効的な計画とする必要



全国ベースで比較可能な指標により、各地域ごとの医師の多寡を客観的に評価・位置付け

○ 医師が多い都道府県・地域ではなく、医師が不足する都道府県・地域で医師が重点的に確保されるような、実効的な医師偏在対策が必要

○ 中長期的な医師確保対策となりうる医師養成に都道府県が関与できる仕組みが必要

現状・課題

検討の方向性(案)

現状 都道府県は、都道府県内の主要な医療機関等を中心に構成する地域医療対策協議会の協議を経て、地域医療対策を実施することが法定

地域医療対策協議会のメンバー（医療法に規定）

- ・特定機能病院
- ・地域医療支援病院
- ・公的医療機関
- ・臨床研修病院
- ・診療に関する学識経験者の団体
- ・大学等の医療従事者養成機関
- ・社会医療法人
- ・国立病院機構
- ・地域医療機能推進機構
- ・地域の医療関係者団体
- ・関係市町村
- ・地域住民を代表する団体

→ 現在、都道府県によっては、地域医療対策協議会が開催・活用されず（地域医療対策未策定：17県）

地域医療対策協議会の開催回数（平成24年4月～平成29年3月）

開催回数	0	1	2	3	4	5	6以上
都道府県数	7	1	0	2	3	3	31

現状 都道府県には、地域医療対策協議会以外に、医師確保に関する協議会等が複数存在

（医師確保に直接関係するもの）

- ・地域医療支援センター運営委員会
- ・へき地保健医療支援対策に関する協議会
- ・専門医協議会

（医師確保に間接的に関係するもの）

- ・地域医療構想調整会議
- ・医療勤務環境改善支援センター

医師養成を含め、医師確保対策には管内の医療機関の協力・合意形成が不可欠

○ 計画的な医師確保対策の実効性を高めるためには、地域医療対策協議会を中心に、管内の医療機関が主体的に役割分担・協議する体制が必要

○ その上で、医師確保に関する協議会等について、関係性を整理・統合するとともに、関係政策と医師確保対策の整合性を確保

現状・課題

検討の方向性(案)

現状

- 平成20年度以降、医学部定員を過去最大規模まで増員
- 増員枠に、医師の地域への定着を目的とした「地域枠」が設定

	H19	H28
医学部定員	7,625	9,262
地域枠	183	1,617
地域枠の割合	2.4%	17.5%

※ 地域枠

- ・ 地域医療や不足診療科等に従事する明確な意思をもった学生の選抜枠
- ・ 奨学金の有無や出身地域を問わない

しかし

- 地元県と別の県に「地域枠」で入学すると、臨床研修修了後、35%しか大学所在県に定着しない
- 地元枠(783)は「地域枠」(1,617)の半数程度

医学部に地元出身者の入学生が増えるような仕組みの工夫が必要

※ただし、相対的に医師不足でない都道府県や、人口に比して医学部定員が少ない都道府県における取扱い等については、一律ではない慎重な検討が必要

<参考データ：出身大学が所在する都道府県で勤務する割合>

	枠あり	枠なし
地域枠	68%	51%
地元枠	78%	38%

地元枠：大学所在地と出身地（高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県）が同じ都道府県であるケース

現状・課題

検討の方向性(案)

現状

臨床研修病院の指定・募集定員設定

○幅広い診療能力の習得等を目的として、卒後2年間の臨床研修を必修化

○臨床研修病院の指定、募集定員設定は厚労大臣が実施

→ 地域の医療提供体制の確保に大きな影響を及ぼす臨床研修病院の指定・募集定員設定に対し、地域医療に責任を有する都道府県の関与が限定的

○都市部への研修医の集中抑制のため、

全国の募集定員 を毎年圧縮
全国の研修希望者数 (平成32年度に1.1倍)

研修医の地域定着

出身地・出身大学と異なる地域で臨床研修を行う医師が一定程度存在

しかし 臨床研修の際に出身県以外に出ると、出身県への定着率が大きく低下
(90% → 36%)

都道府県が管内の臨床研修病院の指定・定員設定に主体的に関わり、格差是正を進める必要

臨床研修病院の募集定員をさらに圧縮していく必要

臨床研修修了後における、出身地や出身大学の都道府県への定着を図る必要

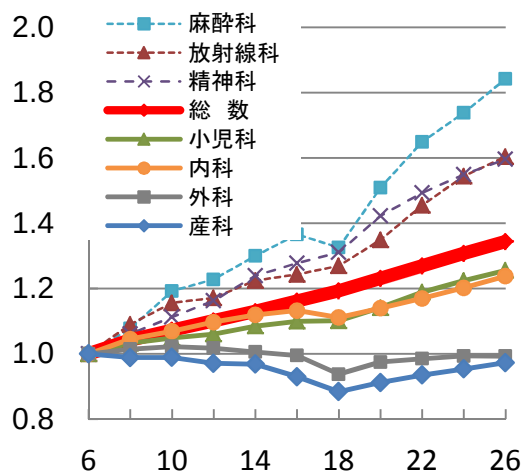
※ただし、相対的に医師不足でない都道府県や、人口に比して医学部定員が少ない都道府県における取扱い等については、一律ではない慎重な検討が必要

現状・課題

検討の方向性(案)

現状

- 専門研修については、これまで学会が独自に認定基準を設定し、医師が自由に診療科を選択
⇒ 医師が診療科選択をするための情報は不足
- 医師数は継続的に増加している一方、その増分は一部の診療科に集中
- 診療科ごとの労働時間には大きな差が存在
- 新専門医制度においても、診療科偏在の是正策は組み込まれていない
- ⇒ 診療科ごとの専門医の需要が不明
- ⇒ 専門研修体制が地域医療に影響を与える場合にも、日本専門医機構が地方自治体からの意見を踏まえる仕組みが担保されていない



過当たり勤務時間	病院常勤勤務医
内科系	56時間16分
外科系	59時間28分
産婦人科	59時間22分
小児科	56時間49分
救急科	63時間54分
麻酔科	53時間21分
精神科	50時間45分
放射線科	52時間36分
臨床研修医	60時間55分
全診療科平均	56時間28分

医師が、将来の診療科別の医療需給を見据えて、適切に診療科選択ができる情報提供の仕組みが必要

働き方改革の観点からも、診療科の偏在を是正する仕組みが必要

地域医療に大きな影響を与える専門研修が、これ以上偏在を助長しないような仕組みとすることが不可欠

専門研修体制構築に当たっては、

- 将来の診療科ごとの専門医の需要を明確化していくことが必要
- 法律上、地方自治体の意見を踏まえる仕組みとすることが必要

3. 医師の働き方改革

労働基準法等改正など長時間労働の是正等について (「働き方改革実行計画」の関係部分の抜粋)

I 労働基準法の改正（上限規制の導入）

（時間外労働の上限規制）

週40時間を超えて労働可能となる時間外労働の限度を、原則として、月45時間、かつ、年360時間とし、違反には以下の特例の場合を除いて罰則を課す。特例として、臨時的な特別の事情がある場合として、労使が合意して労使協定を結ぶ場合においても、上回ることができない時間外労働時間を年720時間（＝月平均60時間）とする。かつ、年720時間以内において、一時的に事務量が増加する場合について、最低限、上回ることをできない上限を設ける。

この上限について、①2か月、3か月、4か月、5か月、6か月の平均で、いずれにおいても、休日労働を含んで、80時間以内を満たさなければならないとする。②単月では、休日労働を含んで100時間未満を満たさなければならないとする。③加えて、時間外労働の限度の原則は、月45時間、かつ、年360時間であることに鑑み、これを上回る特例の適用は、年半分を上回らないよう、年6回を上限とする。

他方、労使が上限値までの協定締結を回避する努力が求められる点で合意したことに鑑み、さらに可能な限り労働時間の延長を短くするため、新たに労働基準法に指針を定める規定を設けることとし、行政官庁は、当該指針に関し、使用者及び労働組合等に対し、必要な助言・指導を行えるようにする。

（現行の適用除外等の取扱）

医師については、時間外労働規制の対象とするが、医師法に基づく応召義務等の特殊性を踏まえた対応が必要である。具体的には、改正法の施行期日の5年後を目途に規制を適用することとし、医療界の参加の下で検討の場を設け、質の高い新たな医療と医療現場の新たな働き方の実現を目指し、2年後を目途に規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得る。

「医師の働き方改革に関する検討会」について

- ◆ 働き方改革実行計画(平成29年3月28日働き方改革実現会議決定)においては、長時間労働の是正のため、労働基準法を改正し、罰則付きの時間外労働の上限規制をはじめ法律で導入する方向性が示されている。
- ◆ この中で、医師については、医師法(昭和23年法律第201号)に基づく応召義務等の特殊性を踏まえた対応が必要であることから、時間外労働規制の対象とするものの、改正法の施行期日の5年後を目途に規制を適用することとし、具体的には、医療界の参加の下で検討の場を設け、2年後を目途に規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得るとされた。これを踏まえ、本検討会を開催するものである。

構成員

(計24名) (※五十音順)

赤星 昂己	東京医科歯科大学医学部附属病院 救命救急センター救急医
荒木 尚志	東京大学大学院法学政治学研究科教授
市川 朝洋	公益社団法人日本医師会常任理事
猪俣 武範	順天堂大学附属病院医師
今村 聡	公益社団法人日本医師会女性医師支援センター長
◎ 岩村 正彦	東京大学大学院法学政治学研究科教授
戎 初代	東京ベイ・浦安市川医療センター集中ケア認定看護師
岡留 健一郎	福岡県済生会福岡総合病院名誉院長
片岡 仁美	岡山大学医療人キャリアセンターMUSCATセンター長
工藤 豊	保健医療福祉労働組合協議会事務局次長
黒澤 一	東北大学環境・安全推進センター教授
渋谷 健司	東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学教室教授
島田 陽一	早稲田大学法学学術院教授
鶴田 憲一	全国衛生部長会会長
遠野 千尋	岩手県立久慈病院副院長
豊田 郁子	特定非営利法人架け橋理事長
中島 由美子	医療法人恒貴会 訪問看護ステーション愛美園所長
裴 英洙	ハイズ株式会社代表取締役社長
馬場 武彦	社会医療法人ペガサス理事長
福島 通子	塩原公認会計士事務所特定社会保険労務士
三島 千明	青葉アーバンクリニック総合診療医
村上 陽子	日本労働組合総連合会総合労働局長
森本 正宏	全日本自治団体労働組合総合労働局長
山本 修一	千葉大学医学部附属病院院長

◎:座長

本検討会の検討事項

- (1) 新たな医師の働き方を踏まえた医師に対する時間外労働規制の具体的な在り方
- (2) 医師の勤務環境改善策
- (3) その他

検討のスケジュール

- ◆ 第1回(平成29年8月2日) 医師の働き方改革について
- ◆ 第2回(平成29年9月21日) 労働時間法制等について
- ◆ 第3回(平成29年10月23日) 医師の勤務実態について
- ※ 今後も定期的に検討会を開催し、平成30年の年明けを目途に中間整理を行う予定。

参考:働き方改革実行計画(抜粋)

医師については、時間外労働規制の対象とするが、医師法に基づく応召義務等の特殊性を踏まえた対応が必要である。具体的には、改正法の施行期日の5年後を目途に規制を適用することとし、医療界の参加の下で検討の場を設け、質の高い新たな医療と医療現場の新たな働き方の実現を目指し、2年後を目途に規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得る。

「医師の働き方改革に関する検討会」における主な論点案

1. 医師の勤務実態の正確な把握と労働時間の捉え方

- 医師の勤務実態の精緻な把握
- 労働時間への該当性
- 宿直業務の扱い
- 自己研鑽（論文執筆や学会発表等）や研究活動の扱い

2. 勤務環境改善策

（1）診療業務の効率化等

- タスクシフティング（業務の移管）、タスクシェアリング（業務の共同化）の推進
- AIやICT、IoTを活用した効率化
- その他の勤務環境改善策（仕事と家庭の両立支援策等）の検討

（2）確保・推進策

- 医療機関の経営管理（労働時間管理等）の在り方、意識改革
- 勤務環境改善支援センターの機能強化、地域医師支援センター等との有機的連携
- 女性医師の活躍支援
- その他勤務環境改善のための財政面を含む支援の在り方

3. 関連して整理が必要な事項

- 時代やテクノロジーの変化を踏まえた、医師の応召義務の在り方
- 病院の機能（特に都市部を含む救急や産科）、医師の偏在、へき地医療等、適切な地域医療提供体制の確保との関係
- 医師の労働時間の適正化、医療の利用の仕方に関する国民の理解

4. 時間外労働規制の在り方

- 時間外労働規制の上限の在り方
- 医療の質や安全性を確保する観点からの勤務の在り方
- 適切な健康確保措置（休息・健康診断等）の在り方

1週間の労働時間が週60時間を超える雇用者の割合

参考

すべての雇用者（年間就業日数200日以上・正規職員）について、1週間の労働時間の実績を見ると、60時間を超える者が、雇用者全体の14%となっている。

これを職種別に見ると、**医師（41.8%）が最も高い割合**となっている。（次いで、自動車運転従事者（39.9%））

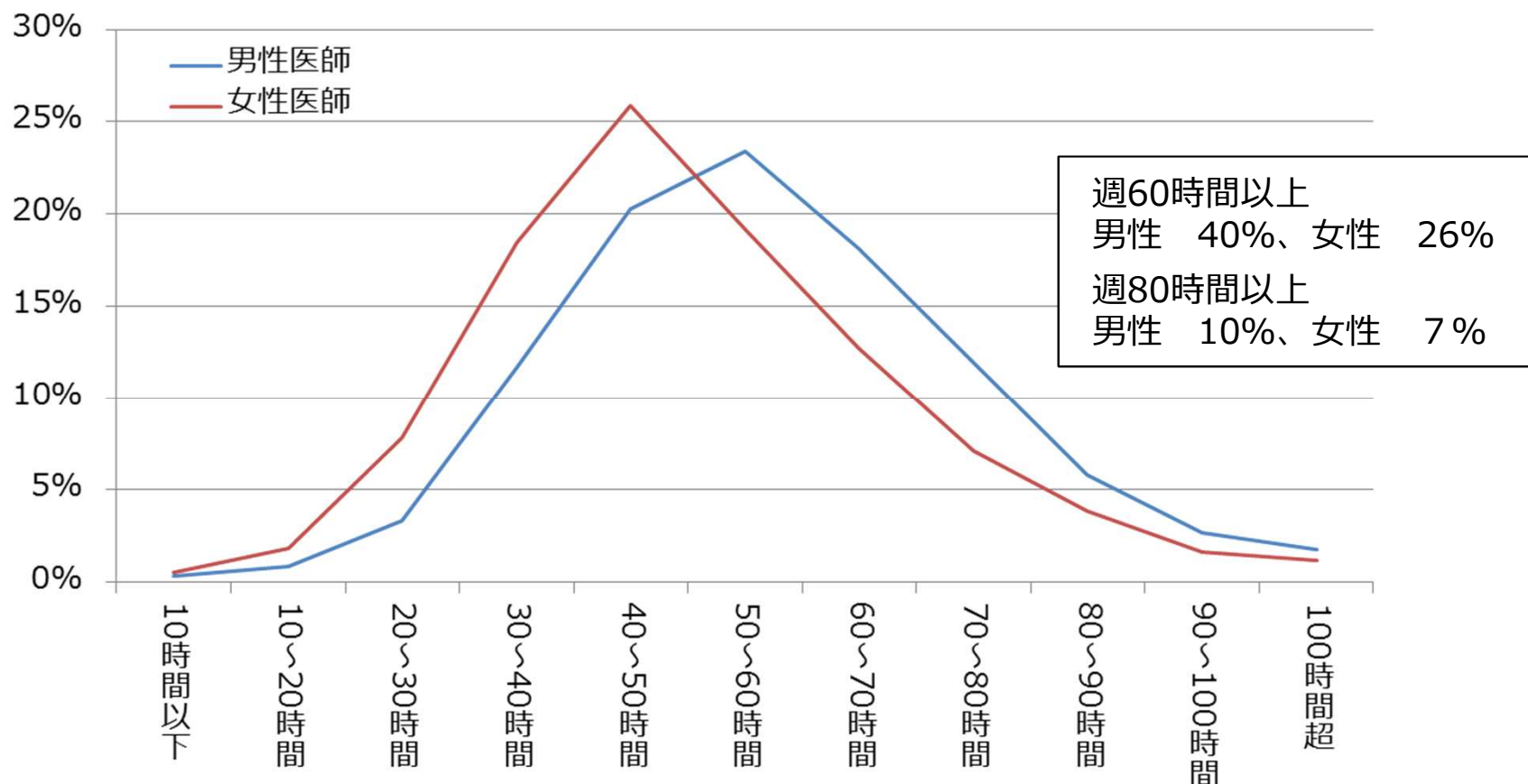
	計	管理的職業従事者	専門的・技術的職業従事者	研究者	医師（歯科医師、獣医師を除く）	看護師（准看護師を含む）	教員	事務従事者	販売従事者	サービス職業従事者	生活衛生サービス職業従事者	飲食物調理従事者	保安職業従事者	農林漁業従事者	生産工程従事者	輸送・機械運転従事者	自動車運転従事者	建設・採掘従事者	運搬・清掃・包装等従事者	分類不能の職業
1週間の労働時間が60時間超の雇用者の割合	14.0 %	13.3 %	13.7 %	11.2 %	41.8 %	5.4 %	23.6 %	7.1 %	20.0 %	18.3 %	35.1 %	34.4 %	18.5 %	18.7 %	10.4 %	30.8 %	39.9 %	16.9 %	15.0 %	17.2 %

（出典）総務省・平成24年就業構造基本調査

常勤勤務医の週当たり勤務時間の分布

参考

○ 常勤勤務医の勤務時間（診療時間＋診療外時間＋当直の待機時間）は、男性は40%、女性は26%の医師が週60時間以上である。



※ オンコールが労働時間に当たるかどうかは、どこで待機していたのか（自宅か職場か）、どのような状態で待機していたのか（自由に過ごせるのか、すぐに仕事できるように待機する必要があるのか）等によって個別に判断されるが、過去にオンコールが労働時間に該当しないとされた判例があるため、本資料ではオンコールを労働時間から除外した。

「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査結果」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）を基に医政局医事課で作成

○ 病院常勤勤務医の勤務時間（診療時間＋診療外時間＋当直の待機時間）については、男性は年代が上がるにつれて減少する一方、女性は二峰性の分布となる。

※ 本資料では、当直の待機時間は勤務時間に含め、オンコールの待機時間は勤務時間から除外した。なお、当直の待機時間には、労働基準法上の労働時間に該当するものと該当しないものの両方が含まれていると考えられる。

週当たり 勤務時間	男性医師	女性医師
20代	64時間59分	59時間12分
30代	63時間51分	52時間13分
40代	61時間06分	49時間20分
50代	55時間28分	50時間05分
60代以上	45時間17分	42時間49分
全年代平均	57時間59分	51時間32分

「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）結果を基に医政局医事課で作成

病院常勤勤務医の週当たり勤務時間 年代別分布

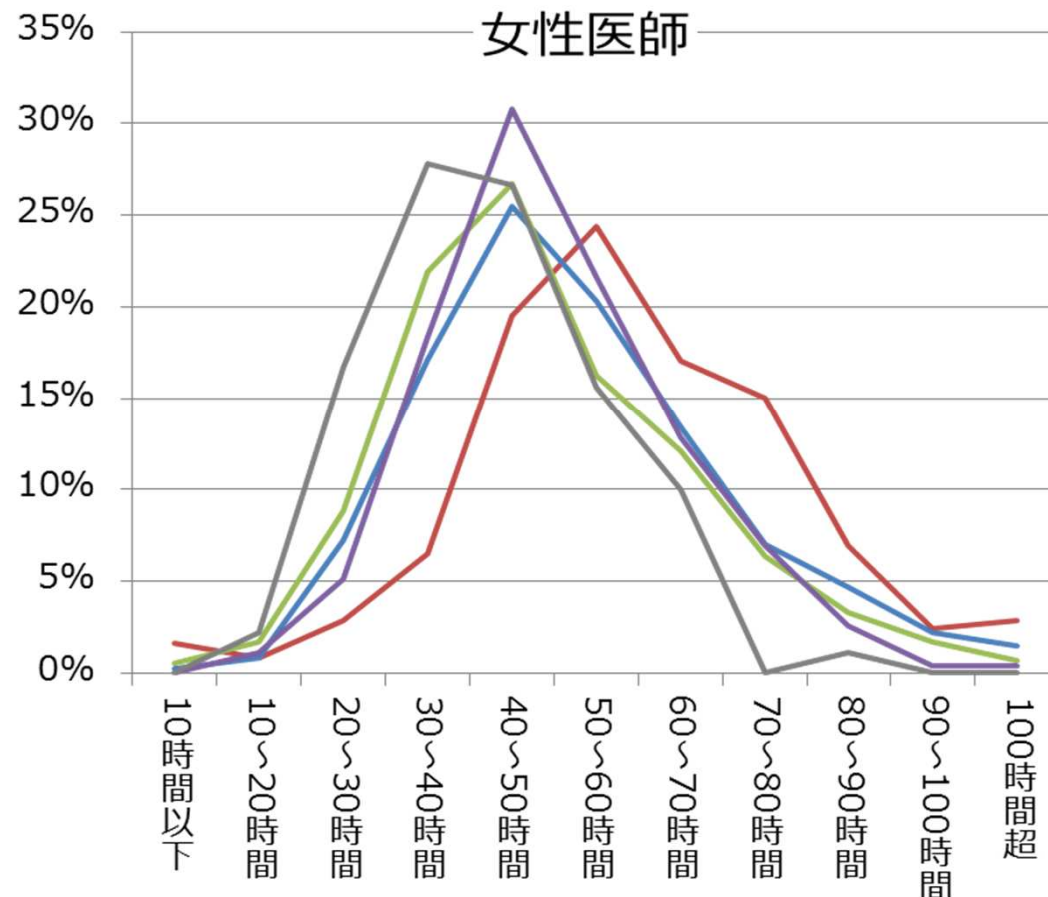
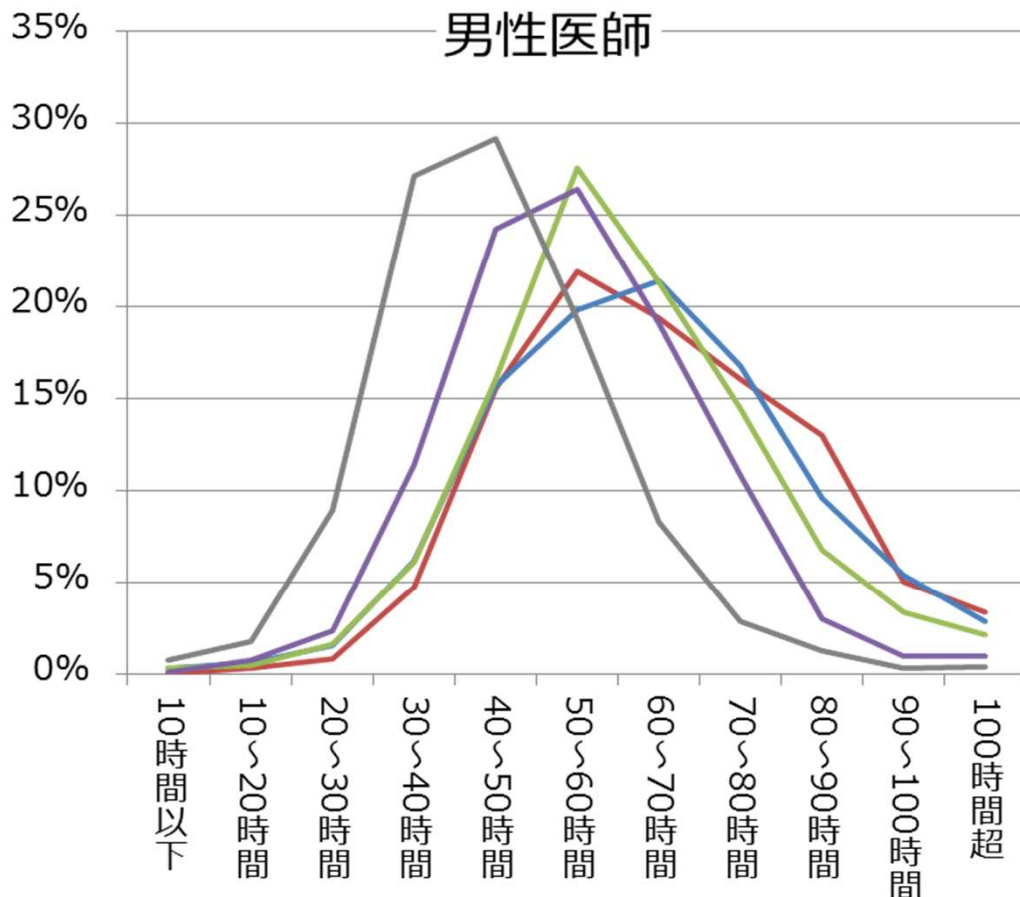
参考

- 男性医師は、20代は「50～60時間」にピークがあり、30代で「60～70時間」にピークが上がり、その後、徐々にピークが下がる。女性医師は、20代は「50～60時間」にピークがあり、30代～50代でピークがいったん下がり、60代でさらにピークが下がる。

— 20代 — 30代 — 40代 — 50代 — 60代以上

男性医師

女性医師



※ 本資料では、当直の待機時間は勤務時間に含め、オンコールの待機時間は勤務時間から除外した（勤務時間＝診療時間＋診療外時間＋当直の待機時間）。なお、当直の待機時間には、労働基準法上の労働時間に該当するものと該当しないものの両方が含まれていると考えられる。

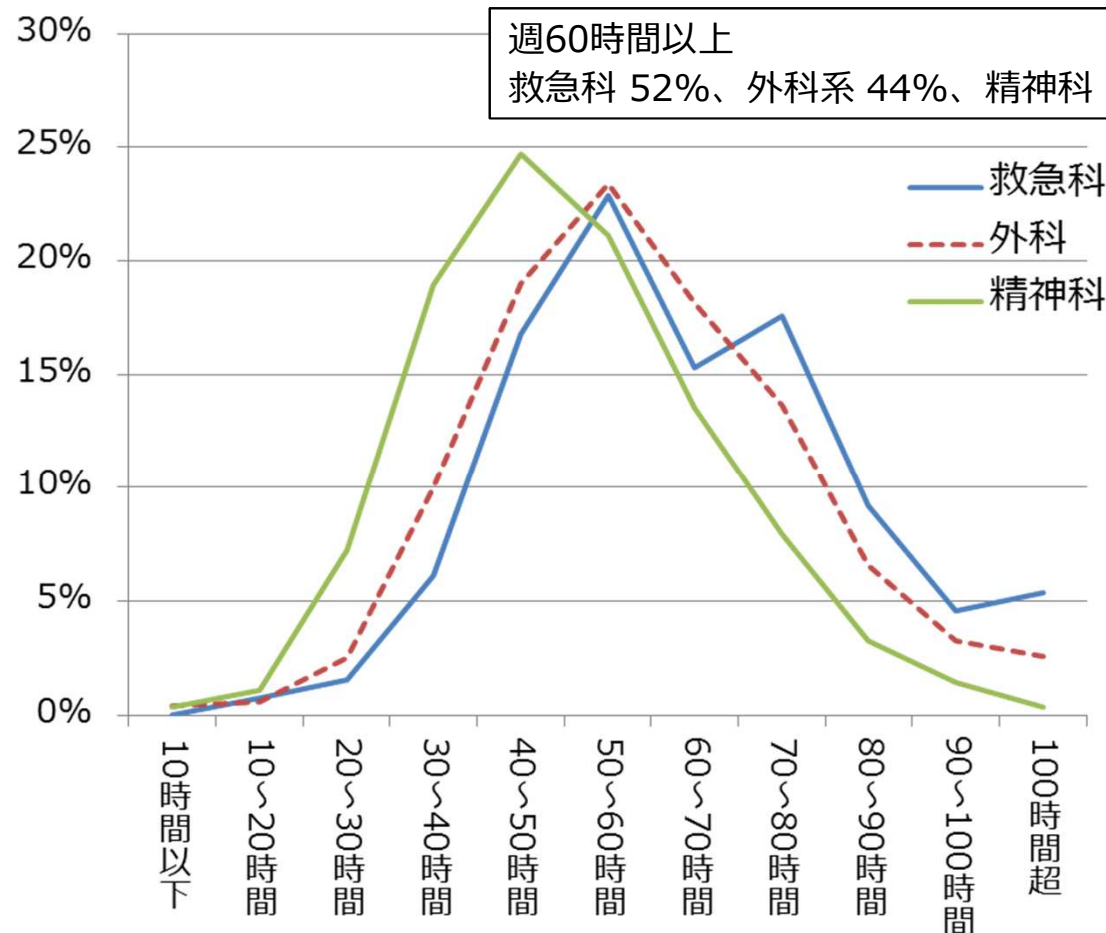
「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）結果を基に医政局医事課で作成

病院常勤勤務医の診療科別の週当たり勤務時間

参考

- 病院常勤勤務医の週当たり勤務時間（診療＋診療外＋当直の待機時間）が60時間以上の割合は、平均の勤務時間が相対的に長い救急科・外科系はそれぞれ52%・44%、平均の勤務時間が相対的に短い精神科であっても27%。

週当たり勤務時間	病院常勤勤務医
内科系	56時間16分
外科系	59時間28分
産婦人科	59時間22分
小児科	56時間49分
救急科	63時間54分
麻酔科	53時間21分
精神科	50時間45分
放射線科	52時間36分
臨床研修医	60時間55分
全診療科平均	56時間28分



※ 本資料では、当直の待機時間は勤務時間に含め、オンコールの待機時間は勤務時間から除外した。なお、当直の待機時間には、労働基準法上の労働時間に該当するものと該当しないものの両方が含まれていると考えられる。

「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）結果を基に医政局医事課で作成

- **医師法第19条に、いわゆる医師の応召義務が規定されており、診療に従事する医師は、正当な事由がなければ患者からの診療の求めを拒んではならないとされている。**

＜参考＞医師法（昭和23年法律第201号）・抄

第19条 診療に従事する医師は、診察治療の求があつた場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない。

2 （略）

- **ここにいう「正当な事由」のある場合とは、医師の不在又は病気等により事実上診療が不可能な場合に限られると解される。**

（昭和30年8月12日付医収第755号長野県衛生部長あて厚生省医務局医務課長回答）

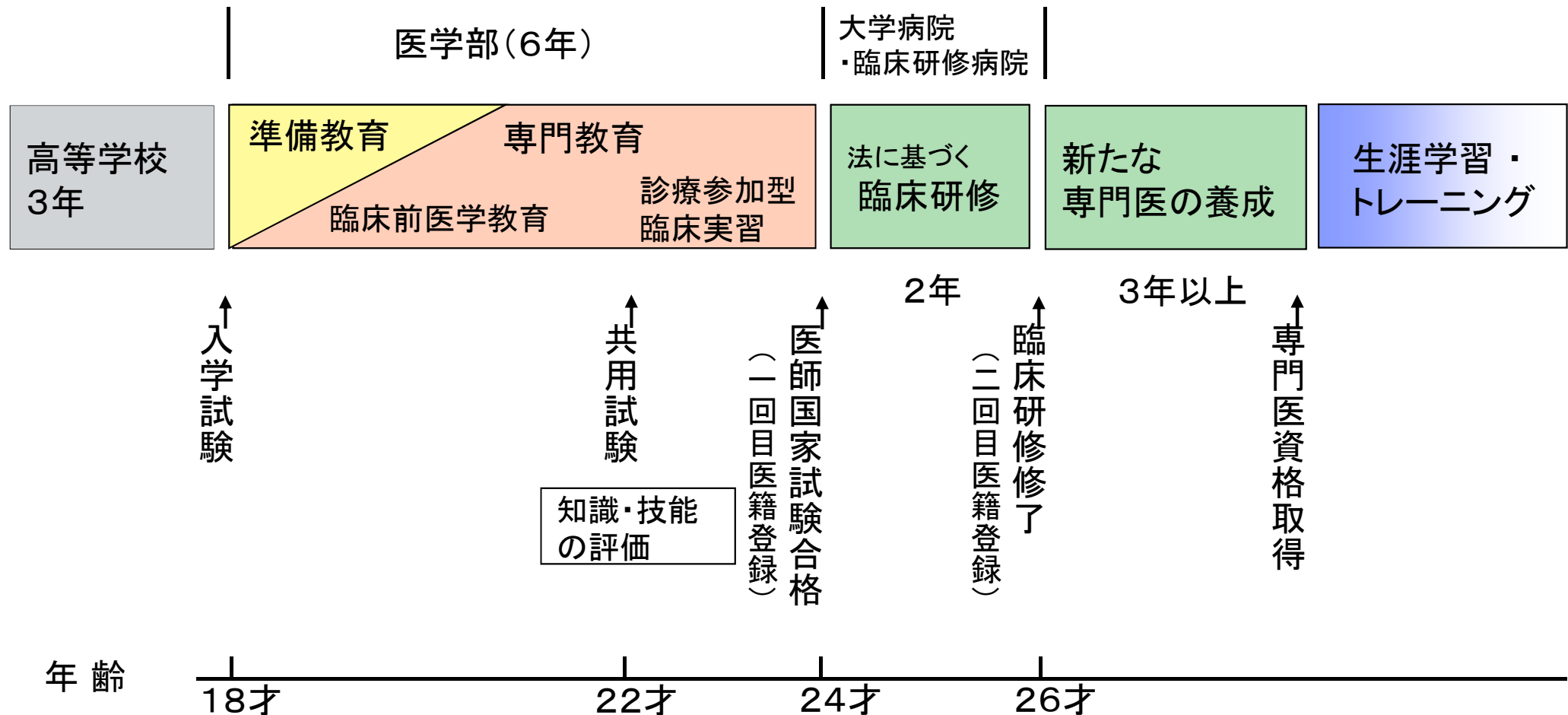
＜「正当な事由」に該当しないとされる例＞（昭和24年9月10日付医発第752号厚生省医務局長通知）

- ・ 医業報酬が不払であっても直ちにこれを理由として診療を拒むことはできない。
- ・ 診療時間を制限している場合であっても、これを理由として急施を要する患者の診療を拒むことは許されない。等

○ 医師は、医学部卒業後、2年間の臨床研修、専門医を取得する場合はさらに3年以上の研修を受ける。加えて、専門医資格取得後も、最新の医療技術や知識等を学ぶため、継続的に生涯学習・トレーニングを行っている。

（参考）政府の「働き方改革」に対する日本医師会および四病院団体協議会の要望（平成29年2月27日）（抜粋）

医師という職業は、一人前の医師として活躍できるまでには、10年以上の自己研鑽を必要とする特殊な職業です。



法律上の定義

○労働基準法（昭和22年法律第49号）

第9条 この法律で「労働者」とは、職業の種類を問わず、事業又は事務所（以下「事業」という。）に使用される者で、賃金を支払われる者をいう。

実務での判断基準

○ 労働基準法第9条の労働者性については、基本的には、事業に使用され、その対償として賃金が支払われ者であるか否かによって判断される。（昭和60年労働基準法研究会報告「労働基準法の「労働者」の判断基準について」）

（１）使用従属性に関する判断基準

①指揮監督下の労働

イ 仕事の依頼、業務従事の指示等に対する諾否の自由の有無

➢ 使用者からの仕事の依頼、業務指示に対して拒否をすることができれば、他人に従属して労務を提供しているとはいえず、対等な当事者関係となり、指揮監督関係を否定する重要な要素となる。

ロ 業務遂行上の指揮監督の有無

➢ 業務内容、遂行方法について、使用者からの具体的な指示を受けていることは、指揮監督関係の基本的かつ重要な要素であるが、通常注文者が行う程度の指示に留まる場合には、指揮監督を受けているとまではいえない。

ハ 拘束性の有無

➢ 勤務場所及び勤務時間が指定されて管理されていることは、指揮監督関係の基本的な要素であるが、業務の性質、安全確保の必要上、必然的に勤務場所及び勤務時間が指定される場合もあることに留意する必要がある。

ニ 代替性の有無

➢ 他者が代わって労務提供を行う、補助者を使うなどが認められている場合（＝労務提供の代替性がある場合）は、指揮監督関係を否定する要素となる。

実務での判断基準

(1) 使用従属性に関する判断基準

②報酬の労務対償性

- 報酬の性格が使用者の指揮監督の下に一定時間労務を提供していることに対する対価(＝賃金)と判断される場合(報酬が時間給を基礎として計算される、欠勤した場合には控除があり、残業した場合には手当が支払われる等)には、使用従属性を補強する。

(2) 労働者性の判断を補強する要素

①事業者性の有無

イ 機械、器具の負担関係

- 備車運転手などで、自己の所有する著しく高価な機械、器具を用いて業務を行う場合は、自らの計算と危険負担で事業経営を行う事業者としての性格を強め、労働者性を弱める。

ロ 報酬の額

- 報酬額が同じ企業において同様の業務に従事する正規従業員に比べて著しく高額である場合には、事業者に対する代金支払とされ、労働者性を弱める。

②専属性の程度

- 特定の企業への専属性の有無は使用従属性の有無を左右するものではないが、判断の補強的要素のひとつとなる。

③その他

- 以下のような要素は使用者がその者を労働者と認識していると推認されることから、労働者性を肯定する判断の補強事由とする裁判例がある。
 - ・採用、委託の選考過程が正規従業員とほとんど同様であること
 - ・報酬について源泉徴収を行っていること
 - ・服務規律を適用していること
 - ・退職金制度、福利厚生を適用していること 等

- 医師・歯科医師・薬剤師調査（医師法第6条第3項の規定に基づく届出による調査）に基づく医師の分類とその割合は以下のとおりになる。
- なお、青色部分は、一般的に労働者に該当し得ると考えられるものである。

診療所	病院（大学病院等除く）	大学病院等	老健施設	その他
	開設者又は法人の代表 5,334人（1.7%）		開設者又は法人の代表 364人（0.1%）	
開設者又は法人の代表 72,074人（23.2%）	勤務者 137,321人（44.1%）	臨床系の 教官又は教員 28,064人（9.0%）	勤務者 2,866人（0.9%）	左記以外の者 7,597人（2.4%）
		臨床系の その他勤務者等 24,242人（7.8%）		
勤務者 29,810人（9.6%）		臨床系以外の 勤務者等 3,533人（1.2%）		

※ 平成26年12月31日時点（医師総数は311,205人）

法定労働時間（労働基準法第32条、第40条）

【原則】

- 使用者は、1週間に、**40時間**を超えて労働させてはならない。
- 使用者は、1日に、**8時間**を超えて労働させてはならない。

※ 使用者とは、事業主又は事業の経営担当者その他その事業の労働者に関する事項について、事業主のために行為をするすべての者をいう。（労働基準法第10条）

時間外及び休日労働（労働基準法第36条）

- 使用者は、過半数組合又は過半数代表者と労使協定を締結し、労働基準監督署に届け出た場合は、協定で定めるところにより、時間外又は休日に労働させることができる。

時間外、休日及び深夜労働の割増賃金（労働基準法第37条）

- 使用者は、時間外又は深夜（午後10時から午前5時まで）に労働させた場合は、通常の賃金の2割5分以上の割増賃金（※）を支払わなければならない（※※）。

※ 1ヶ月60時間を超える時間外労働については、通常の賃金の5割以上。ただし、中小企業は当分の間適用猶予。

※※ 「時間外かつ深夜」の場合：5割以上の割増賃金を支払わなければならない。

労働時間規制の例外（労働基準法第41条）

- 次の各号のいずれかに該当する労働者については、労働時間や割増賃金、休日等に関する規定を適用しない。
 - 一 農業、水産業、畜産業等に従事する者
 - 二 事業の種類にかかわらず監督若しくは管理の地位にある者又は機密の事務を取り扱う者
 - 三 監視又は断続的労働に従事する者で、使用者が行政官庁の許可を受けたもの

労働時間の判断基準

労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関するガイドライン (平成29年1月20日策定)

- 労働時間とは、使用者の指揮命令下に置かれている時間のことをいい、使用者の明示又は黙示の指示により労働者が業務に従事する時間は労働時間に当たる。そのため、次のアからウのような時間は、労働時間として扱わなければならない。
 - ア 使用者の指示により、就業を命じられた業務に必要な準備行為（着用を義務付けられた所定の服装への着替え等）や業務終了後の業務に関連した後始末（清掃等）を事業場内において行った時間
 - イ 使用者の指示があった場合には即時に業務に従事することを求められており、労働から離れることが保障されていない状態で待機等している時間（いわゆる「手待時間」）
 - ウ 参加することが業務上義務づけられている研修・教育訓練の受講や、使用者の指示により業務に必要な学習等を行っていた時間
- ただし、これら以外の時間についても、使用者の指揮命令下に置かれていると評価される時間については労働時間として取り扱うこと。
- なお、労働時間に該当するか否かは、労働契約、就業規則、労働協約等の定め*のいかんによらず*、労働者の行為が使用者の指揮命令下に置かれたものと評価することができるか否かにより客観的に定まるものである。また、客観的に見て使用者の指揮命令下に置かれていると評価されるかどうかは、労働者の行為が使用者から義務づけられ、又はこれを余儀なくされていた等の状況の有無等から、個別具体的に判断されるものである。

<原則>

- 使用者の指示があった場合には即時に業務に従事することを求められており、労働から離れることが保障されていない状態で待機等している時間は、手待時間として労働時間とみなされる。

<特例（労働基準法第41条第3号）>

- 労働密度がまばらであり、労働時間規制を適用しなくとも必ずしも労働者保護に欠けることのない一定の断続的労働に従事するものについて、労働基準法上、労働基準監督署長の許可を受けた場合に労働時間規制を適用除外している。許可基準については以下のとおり。

※ 緊急の対応を行った場合は、原則通り労働時間とされる。

【一般的許可基準】（昭和22年9月13日発基第17号）

（1）勤務の態様

- ・常態としてほとんど労働する必要のない勤務
- ・原則として、通常の労働の継続は許可しない

（2）宿日直手当

- ・1日又は1回につき、宿日直勤務を行う者に支払われる賃金の1日平均額の1／3以上

（3）宿日直の回数

- ・宿直については週1回、日直については月1回を限度

（4）その他

- ・宿直については、相当の睡眠設備の設置

- 医療法(昭和23年法律第205号)第16条の規定により、「医業を行う病院の管理者は、病院に医師を宿直させなければならない」とされている。
- 宿直は、一般的に外来診療を行っていない時間帯に、医師等が入院患者の病状の急変に対処するため医療機関内に拘束され待機している状態をいい、このような待機時間も一般的には労働基準法上の労働時間となる。
- 労働基準法第41条第3号の規定に基づき、断続的業務として労働基準監督署長の許可を受けたものについては、労働基準法上の労働時間規制が適用されない。ただし、医師の当直について当該許可を受ける場合には、宿直勤務の一般的許可基準に加え、「医師、看護師等の宿直許可基準」を満たす必要がある。

【医師、看護師等の宿直許可基準】(昭和24年3月22日基発第352号)

- (1) 通常の勤務時間の拘束から完全に解放された後のものであること。
- (2) 夜間に従事する業務は、一般の宿直業務以外に、病院の定時巡回、異常事態の報告、少数の要注意患者の定時検脈、検温等、特殊の措置を必要としない軽度の、又は短時間の業務に限ること。
(応急患者の診療又は入院、患者の死亡、出産等があり、昼間と同態様の労働に従事することが常態であるようなものは許可しない。)
- (3) 夜間に十分睡眠がとりうること。
- (4) 許可を得て宿直を行う場合に、(2)のカッコ内のような労働が稀にあっても、一般的にみて睡眠が充分にとりうるものである限り許可を取り消さないが、その時間については労働基準法第33条、第36条による時間外労働の手続を行い、同法第37条の割増賃金を支払うこと。

- 自己研鑽の時間について、使用者の指示や就業規則上の制裁等の不利益取扱いによる強制がなく、あくまで研修医が自主的に取り組むものであるなど、使用者の指揮命令下に置かれていると評価されない時間であれば、労働時間には該当しないと考えられる。

【参考】

労働者が使用者の実施する教育に参加することについて、就業規則上の制裁等の不利益取扱いによる出席の強制がなく自由参加のものであれば、時間外労働にならない。

（昭和63年3月14日基発第150号）

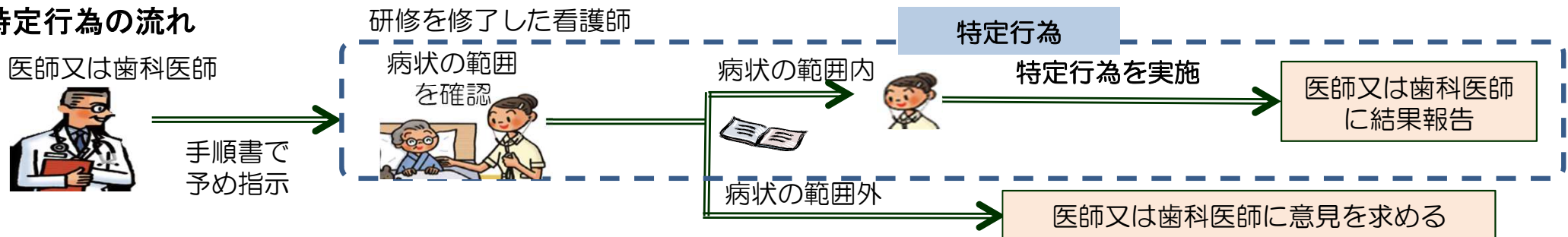
特定行為に係る看護師の研修制度の概要

参考

1. 目的

- 2025年に向けて、さらなる在宅医療等の推進を図っていくためには、個別に熟練した看護師のみでは足りず、医師又は歯科医師の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助を行う看護師を養成し、確保していく必要がある。
- このため、「地域における医療および介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」において、その行為を特定し、手順書によりそれを実施する場合の研修制度を創設し、その内容を標準化することにより、今後の在宅医療等を支えていく看護師を計画的に養成していく。

2. 特定行為の流れ



3. 特定行為研修の実施体制等

- 厚生労働大臣が指定する指定研修機関において、協力施設と連携して研修を実施
- 研修は講義、演習又は実習によって実施
- 看護師が就労しながら研修を受けられるよう、
 - ① 講義・演習は、eラーニング等通信による学習を可能としている
 - ② 実習は、受講者の所属する医療機関等(協力施設)で受けることを可能としている



4. 研修の内容

「共通科目」
全ての特定行為区分に共通するものの向上を図るための研修

共通科目の内容	時間数
臨床病態生理学(講義、演習)	45
臨床推論(講義、演習、実習)	45
フィジカルアセスメント(講義、演習、実習)	45
臨床薬理学(講義、演習)	45
疾病・臨床病態概論(講義、演習)	60
医療安全学(講義、演習、実習)	30
特定行為実践(講義、演習、実習)	45
合計	315

「区分別科目」
特定行為区分ごとに異なるものの向上を図るための研修

特定行為区分(例)	時間数
呼吸器(気道確保に係るもの)関連	22
創傷管理関連	72
創部ドレーン管理関連	15
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	36
感染に係る薬剤投与関連	63
※全ての科目で、講義・演習・実習又は講義・実習を行う	
※1区分ごとに受講可能	

看護師の特定行為研修の研修体制及び研修修了者の状況

参考

看護師の特定行為研修を行う指定研修機関

大学院	8
大学・短大	9
大学病院	4
病院	28
医療関係団体等	5
総数	54機関（29都道府県）

（平成29年8月現在）

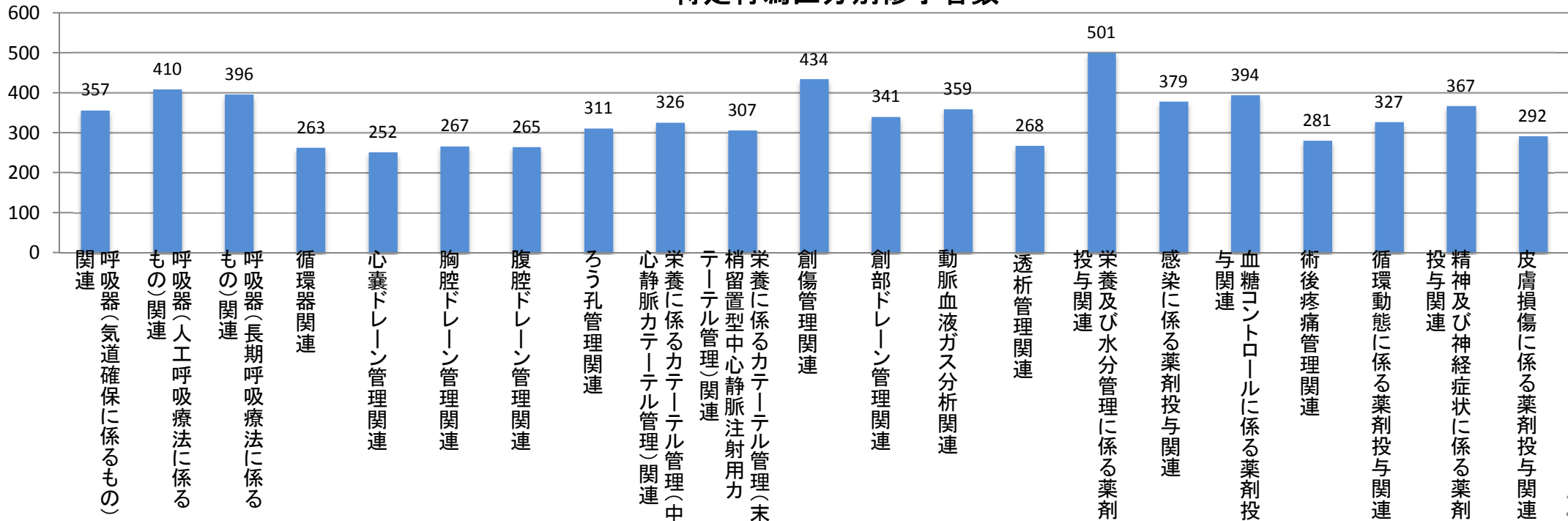
特定行為研修を修了した看護師の数等（就業場所別）

就業場所	修了者総数
病院	523
診療所	5
訪問看護ステーション	15
介護施設	8
その他	24
不明	8
総数	583名（46都道府県）

出典：看護課調べ（平成29年6月現在）

（人）

特定行為区分別修了者数



第13回医道審議会保健師助産師看護師分科会
看護師特定行為・研修部会（平成29年6月26日）
資料1より改変

【課題を踏まえた方策の方向性】

1) 指定研修機関及び受講者の確保

- 指定研修機関の確保のため、効率的かつ円滑に特定行為研修を行う体制の整備が必要。
- また、特定行為研修を修了した看護師の確保のため、都道府県において、指定研修機関及び受講者の確保に向けた計画的な取組の推進が必要。

2) 特定行為研修制度の認知度の向上

- 認知度の低い診療所や介護施設等を含め、特定行為研修制度の認知度の一層の向上を図るため、引きつづき積極的な周知活動が必要。

【方策】

① 医療関係団体等による特定行為研修の取組の推進

- 医療関係団体等のネットワークを活用した普及啓発や支援により、傘下の施設が、効率的かつ円滑に、指定研修機関として特定行為研修を実施できる体制の整備を行う。

② 都道府県における計画的な取組の推進

- 都道府県において、在宅医療等を支える看護師を地域で計画的に養成していくため、指定研修機関及び受講者の確保に係る計画を策定し、医療計画に記載するとともに、当該計画に基づき、指定研修機関及び受講者に対する支援等の取組が推進されるよう、支援を行う。

③ 特定行為研修制度の認知度の向上

- 特定行為研修制度の認知度の向上を図り、さらには研修の受講の促進を図るため、特定行為研修を修了した看護師の在宅医療等での活躍の効果等について、より積極的な周知活動を行う。

第13回医道審議会保健師助産師看護師分科会
看護師特定行為・研修部会（平成29年6月26日）
資料1より改変

- 特定行為に係る看護師の研修制度については、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成26年法律第83号）附則第2条第4項の規定において、この法律の公布後五年を目途として、その施行の状況等を勘案し、必要があると認めるときは、所要の見直しを行うこととされている。
- また、本年4月に取りまとめられた「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会報告書」（平成29年4月6日）において、特定行為研修制度の養成数を増やすべく、研修制度の現場の認知度の向上や、より受講しやすいような研修方法・体制の見直しを進めること、研修制度の対象となる医行為について、安全性と効率性を踏まえながら拡大すること等が提言されている。
- なお、第6回医道審議会保健師助産師看護師分科会看護師特定行為・研修部会取りまとめ「特定行為及び特定行為研修の基準等に関する意見」（平成26年12月24日）においては、本制度の施行時（平成27年10月1日）には特定行為として含めないこととした「経口・経鼻気管挿管の実施」及び「経口・経鼻気管挿管チューブの抜管」に関しては、その在り方について早期に検討を行うべきであるとされている。

➤ 上記を踏まえ、以下のように検討を進める。

【今後の検討の進め方】

○ 特定行為の実施状況等を踏まえた特定行為研修制度の現状についての評価を行う。

○ 現状の評価を踏まえ、下記について、適宜検討を行う。

- ・ 特定行為、特定行為区分
- ・ 特定行為研修の基準 等

4. 有床診療所の現状と課題

有床診療所の現状と課題について

○有床診療所は、医療法上、19人以下の患者を入院させるための施設（診療所）であり病床を有するが、地域の医療ニーズに合致した医療を提供している場合、基準病床の特例として扱われる。

○施設数は約7600施設、病床数は約10万床であり、20年前と比較して半分以下に減少している。

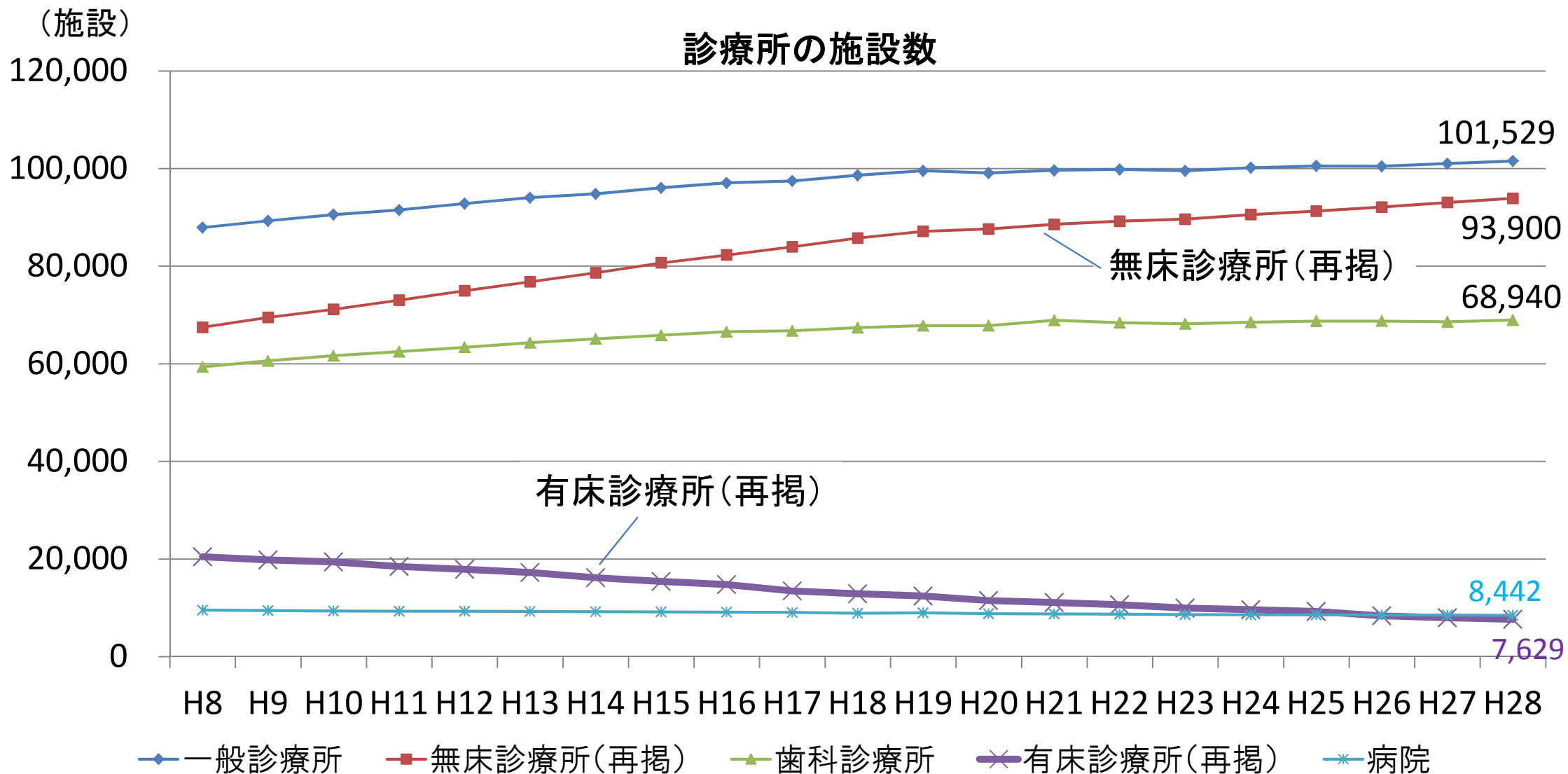
○標榜診療科別にみると、内科が約4割、次いで外科、産婦人科、リハビリテーション科、整形外科、小児科・小児外科となっている。

○地域で果たしている役割については、「専門医療」51%、「緊急時対応」46%、「在宅・介護施設への受け渡し」37%となっており、主に専門医療を担う診療科（産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科）と主に地域医療を担う診療科（内科、外科）、双方の機能を持つ診療科（整形外科）に大別される。

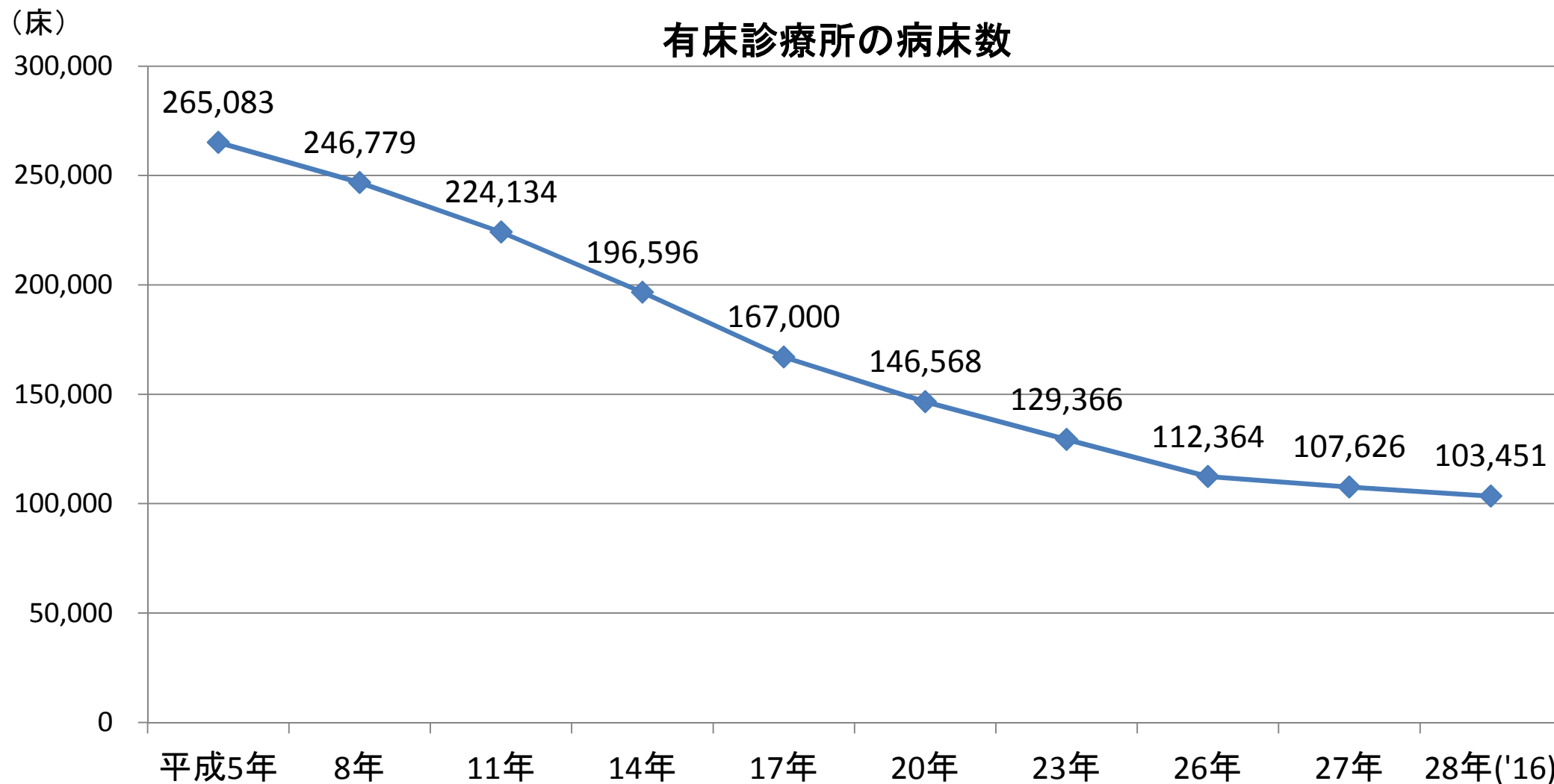
○主に専門医療を担う診療科では、入院基本料の算定回数ベースで8割以上が「14日以内」であったが、主に地域医療を担う診療科では、入院基本料の算定回数ベースで半数以上が「15日以上30日以内」又は「31日以上」であり、約6割が75歳以上の患者であった。

- 
- 産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科など専門領域に特化した医療を提供する有床診療所については、そうした専門医療ニーズがある地域において、少ない人員体制で専門医療を効率的に提供可能な形態の一つとして今後も期待される。
 - 一方、地域医療を担う診療所については、周辺に病院や介護施設が存在しない医療・介護資源が乏しい地域での役割は引き続き重要であるが、近い将来、医療ニーズが減少することを踏まえると、医療から医療・介護の併用モデルへの転換も選択肢として考えられるのではないか。

○ 施設数の年次推移をみると、近年、有床診療所は減少傾向、無床診療所は増加傾向にある。



○ 有床診療所の病床数は減少傾向にあり、平成11年と平成28年を比較すると、半分以下に減少している。

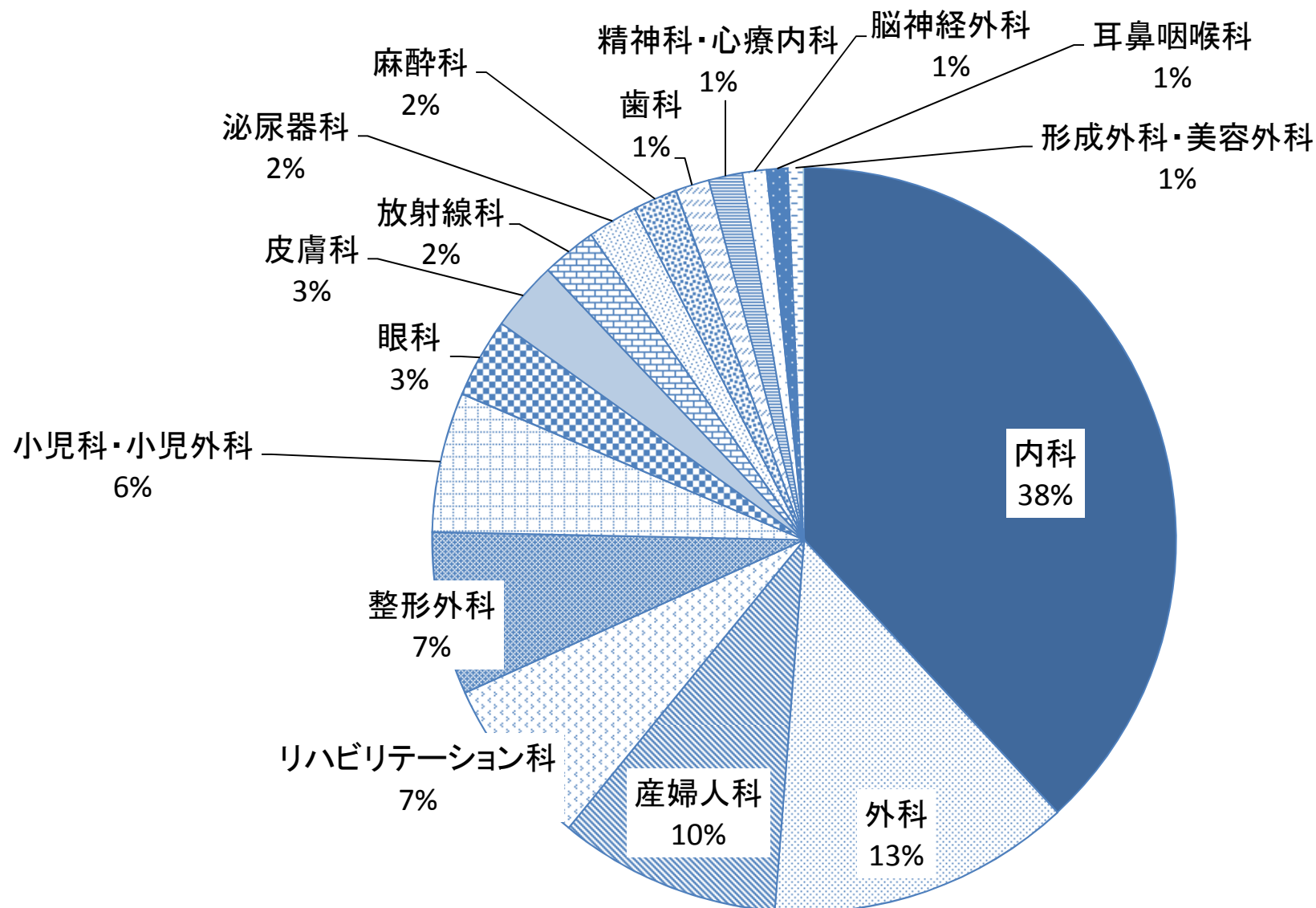


主たる診療科別の有床診療所の施設数の割合

診調組 入－1
2 9 . 8 . 4

参考

○ 主たる診療科別に有床診療所の施設数の割合をみると、内科が約3分の1を占めており、次いで、外科、産婦人科の順に多い。



有床診療所が地域で果たしている役割①

参考

(平成27年度病床機能報告データより作成)

● 有床診療所の病床機能報告では、その有床診療所の地域での役割を、次の項目から選択させている。

1. 病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し機能
2. 専門医療を担って病院の役割を補完する機能
3. 緊急時に対応する機能
4. 在宅医療の拠点としての機能
5. 終末期医療を担う機能
6. いずれの機能にも該当しない
7. 休棟中

(最大で5項目まで選択可)

	計	
	数	割合
在宅・介護施設への受け渡し	2,338	37%
専門医療	3,222	51%
緊急時対応	2,902	46%
在宅医療の拠点	1,603	25%
終末期医療	1,631	26%
いずれの機能にも該当しない	768	12%
休棟中	658	10%

注 データの集計条件は以下の通り（以降の頁で同様）。

平成27年度・病床機能報告のデータを集計。

平成27年度調査の報告対象の有床診療所は7,168施設であり、このうち平成28年3月31日までに6,627施設（92.5%）から報告がなされた。データクリーニングを行い、最終的に6,332施設（88.3%）を集計対象とした。

有床診療所が地域で果たしている役割②（診療科別）

診調組 入－1
29.9.6改

○ 有床診療所の役割は、

- ・ 主とする診療科が内科、外科の場合は、「在宅医療の拠点」「在宅・介護施設への受け渡し」「終末期医療」の割合が多く、
- ・ 主とする診療科が産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科の場合は、「専門医療」の割合が多く、
- ・ 主とする診療科が整形外科の場合は、「専門医療」「在宅・介護施設への受け渡し」の割合が多かった。

	内科		外科		産婦人科		整形外科		眼科		耳鼻咽喉科		その他※	
	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合
総数	922	100%	128	100%	1,165	100%	377	100%	591	100%	72	100%	3,077	100%
専門医療	200	22%	40	31%	732	63%	250	66%	402	68%	44	61%	1,554	51%
緊急時対応	405	44%	71	55%	533	46%	208	55%	133	23%	16	22%	1,536	50%
在宅医療の拠点	433	47%	55	43%	11	1%	77	20%	13	2%	4	6%	1,010	33%
在宅・介護施設への受け渡し	547	59%	80	63%	35	3%	210	56%	20	3%	4	6%	1,442	47%
終末期医療	468	51%	64	50%	8	1%	40	11%	3	1%	0	0%	1,048	34%
何れの機能にも該当しない	82	9%	9	7%	228	20%	13	3%	120	20%	6	8%	310	10%
休棟中	144	16%	23	18%	58	5%	52	14%	40	7%	12	17%	329	11%

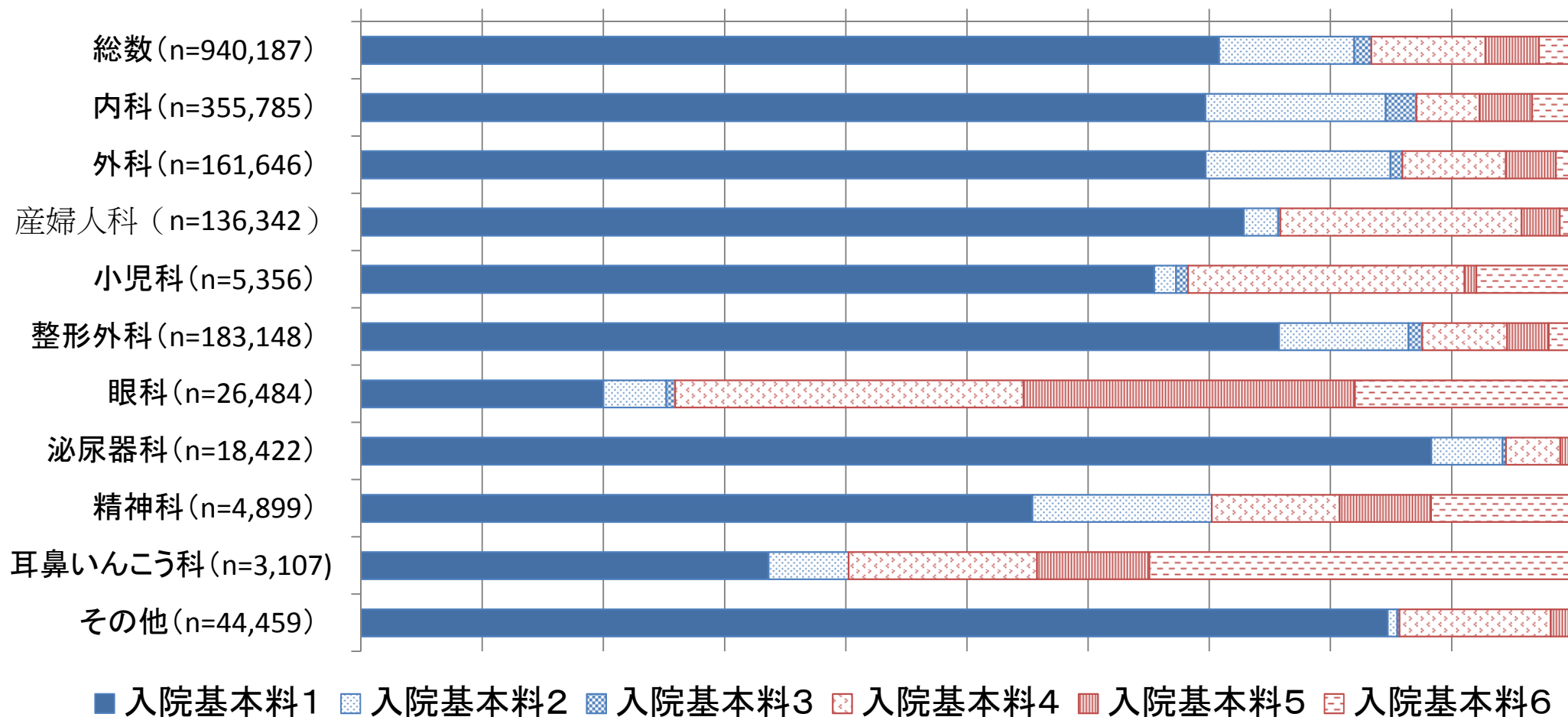
※その他：複数診療科を選択したものを含む

出典：平成27年度病床機能報告

平成27年度調査の報告対象の有床診療所は7,168施設であり、このうち平成28年3月31日までに6,627施設（92.5%）から報告がなされた。データクリーニングを行い、最終的に6,332施設（88.3%）を集計対象として分析

○ 地域包括ケアに関連する要件等を評価した入院基本料1～3の算定回数の割合は診療科別に差があり、耳鼻科・眼科で低く、内科・整形外科・泌尿器科で高い。

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



注) 算定回数ベース。算定回数1,000回未満の診療科は除外。

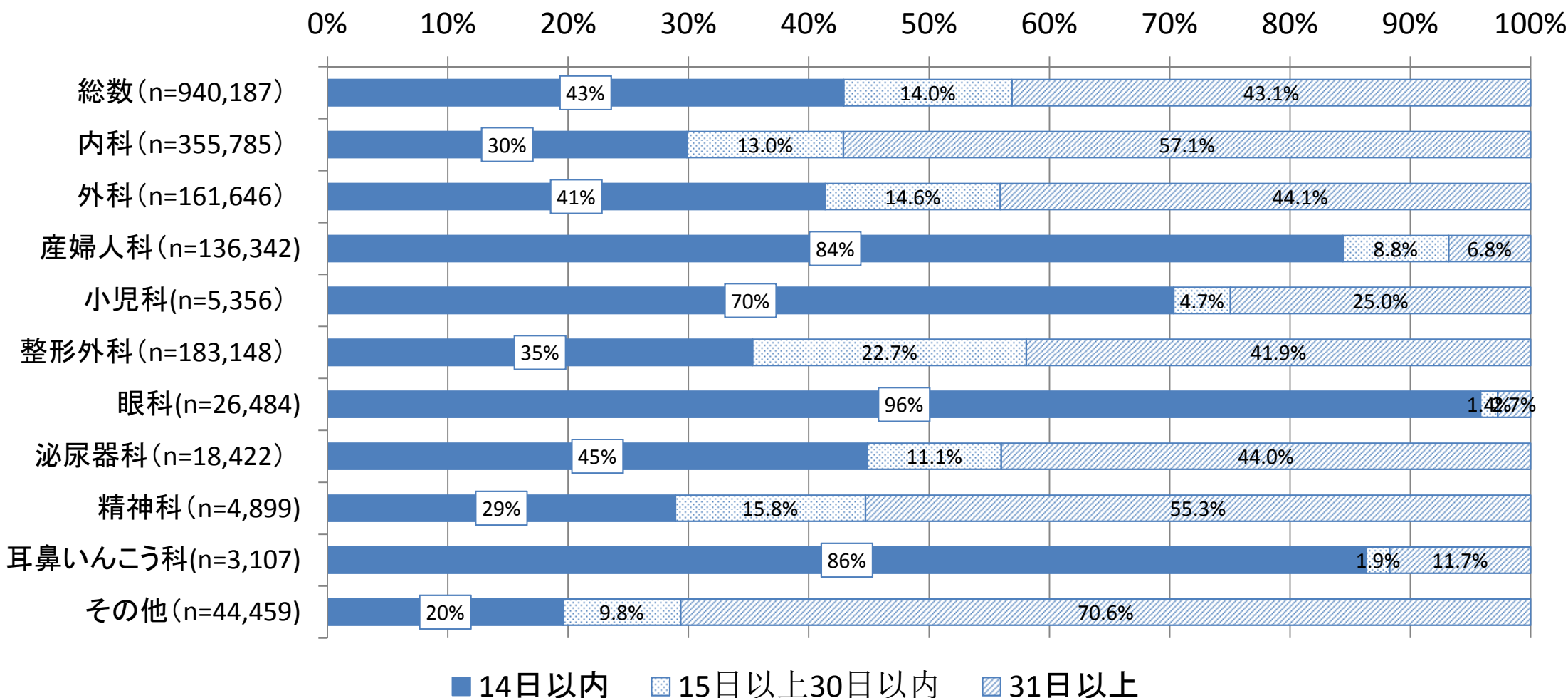
○ 有床診療所入院基本料の区分1～3の届け出にあたっては、在宅療養中の患者への支援等の実績等に関する要件(次頁)を満たす必要がある。

区分	点数			看護職員の 配置		夜間の 看護要員	届出	
	～14日	15～30日	31日～				施設数（上段） 病床数（下段）	
1	861点	669点	567点	7以上	看護師1以上配置が望ましい	1以上	2,615 42,315	
2	770点	578点	521点	4以上7未満			604 7,746	
3	568点	530点	500点	1以上4未満			140 1,140	
4	775点	602点	510点	7以上	看護師1以上配置が望ましい		673 9,484	
5	693点	520点	469点	4以上7未満			662 7,316	
6	511点	477点	450点	1以上4未満			1,124 9,377	

○ 有床診療所入院基本料1～3の施設基準においては、在宅療養中の患者への支援や専門医療等の実績等に関する以下の要件のうち、いずれか2つを満たすこととされている。

在宅療養中の患者への支援に関する実績	専門医療等の実施に関する実績	急性期病院からの患者の受け入れに関する実績	医療機関の体制、その他
・ 在宅療養支援診療所であって、過去1年間に訪問診療を実施した実績があること。 ・ 過去1年間の急変時の入院件数が6件以上であること ・ 過去1年間の当該保険医療機関内における看取りの実績を2件以上有していること。 ・ 過去1年間に介護保険によるリハビリテーション、居宅療養管理指導又は短期入所療養介護等を実施した実績があること、又は指定居宅介護支援事業所であること。	・ 過去1年間の手術の際の全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔の患者数が30件以上であること(分娩を除く)。 ・ 過去1年間の分娩件数(帝王切開を含む)が30件以上であること。 ・ 過去1年間に乳幼児加算・幼児加算、超重症児(者)入院診療加算、準超重症児(者)入院診療加算又は小児療養環境特別加算を算定したことがあること。	・ 過去1年間の新規入院患者のうち、他の保険医療機関の一般病床からの受入が1割以上であること。	(緊急時の対応) ・ 夜間看護配置加算1または2を届け出ていること。 ・ 時間外対応加算1を届け出ていること。 (その他) ・ 医療資源の少ない地域に属する有床診療所であること。

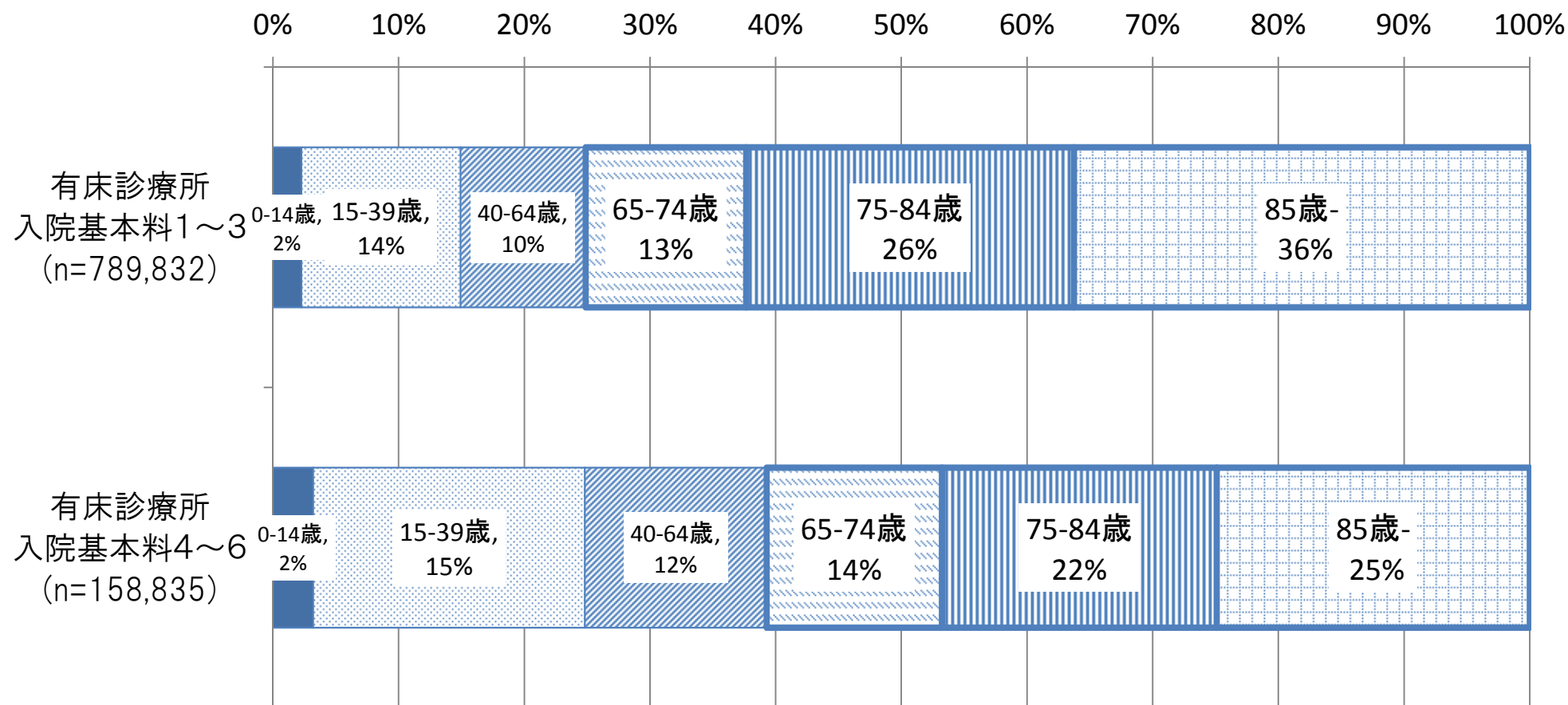
○ 眼科、耳鼻いんこう科では、90%前後が「14日以内」の入院基本料の算定である一方、精神科、内科では、60%前後が「31日以上」の入院基本料を算定していた。



注) 算定回数ベース。算定回数1,000回未満の診療科は除外。

出典: 社会医療診療行為別統計平成28年6月審査分)

- 年齢階級別に有床診療所入院基本料の算定回数の分布をみると、地域包括ケアに関連する要件を評価した入院基本料1～3は、65才以上の患者の算定が約75%を占め、入院基本料4～6に比べて多かった。



有床診療所の病床設置に関する特例

参考

現 行(平成29年度まで)

- ①～③の診療所については、許可の代わりに都道府県知事への届出で一般病床の設置が可能
- ① 居宅等における医療の提供の推進のために必要な診療所として医療計画に記載され、又は記載されることが見込まれる診療所
- ② へき地に設置される診療所として医療計画に記載され、又は記載されることが見込まれる診療所
- ③ ①、②のほか、小児医療、周産期医療その他の地域において良質かつ適切な医療が提供されるために特に必要な診療所として医療計画に記載され、又は記載されることが見込まれる診療所

改正内容(平成30年度から)

地域包括ケアシステムを推進する上で、有床診療所の役割がより一層期待されるため、平成30年4月1日から、病床設置が届出により可能になる診療所の範囲等を見直すとともに、届出による病床設置の際の医療計画への記載を不要とすることとする。

- ① 都道府県知事が、都道府県医療審議会の意見を聴いて、医療法第30条の7第2項第2号に掲げる医療の提供の推進のために必要な診療所その他の地域包括ケアシステムの構築のために以下の機能を有し、必要な診療所として認めるもの。
 - ア 在宅療養支援診療所の機能(訪問診療の実施)
 - イ 急変時の入院患者の受け入れ機能(年間6件以上)
 - ウ 患者からの電話等による問い合わせに対し、常時対応できる機能
 - エ 他の急性期医療を担う病院の一般病棟からの受入れを行う機能(入院患者の1割以上)
 - オ 当該診療所内において看取りを行う機能
 - カ 全身麻酔、脊椎麻酔、硬膜外麻酔又は伝達麻酔(手術を実施した場合に限る。)を実施する(分娩において実施する場合を除く。)機能(年間30件以上)
 - キ 病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受渡機能
- ② 都道府県知事が、都道府県医療審議会の意見を聴いて、へき地の医療、小児医療、周産期医療、救急医療その他の地域において良質かつ適切な医療が提供されるために必要な診療所として認めるもの。
- ③ ①又は②の診療所については、一般病床に加え、療養病床の場合であっても、届出による設置又は増床を可能とする。

○医療法(昭和23年法律第205号) 抜粋

第7条 (略)

3 診療所に病床を設けようとするとき、又は診療所の病床数、病床の種別その他厚生労働省令で定める事項を変更しようとするときは、厚生労働省令で定める場合を除き、当該診療所の所在地の都道府県知事の許可を受けなければならない。

第30条の7 医療提供施設の開設者及び管理者は、医療計画の達成の推進に資するため、医療連携体制の構築のために必要な協力をするよう努めるものとする。

2 医療提供施設のうち次の各号に掲げるものの開設者及び管理者は、前項の必要な協力をするに際しては、良質かつ適切な医療を効率的に提供するため、他の医療提供施設との業務の連携を図りつつ、それぞれ当該各号に定める役割を果たすよう努めるものとする。

二 病床を有する診療所 その提供する医療の内容に応じ、患者が住み慣れた地域で日常生活を営むことができるよう、次に掲げる医療の提供その他の地域において必要な医療を確保すること。

イ 病院を退院する患者が居宅等における療養生活に円滑に移行するために必要な医療を提供すること。

ロ 居宅等において必要な医療を提供すること。

ハ 患者の病状が急変した場合その他入院が必要な場合に入院させ、必要な医療を提供すること。

○医療法施行規則(昭和23年厚生省令第50号) 抜粋

第1条の14 (略)

7 法第7条第3項に規定する厚生労働省令で定める場合は、次のとおりとする。ただし、第5号に掲げる場合にあっては、同号に規定する医療の提供を行う期間(6月以内の期間に限る。)に係る場合に限る。

一 都道府県知事が、都道府県医療審議会の意見を聴いて、法第30条の7第2項第2号に掲げる医療の提供の推進のために必要な診療所その他の地域包括ケアシステム(地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律(平成元年法律第64号)第2条第1項に規定する地域包括ケアシステムをいう。)の構築のために必要な診療所として認めるものに療養病床又は一般病床を設けようとするとき。

二 都道府県知事が、都道府県医療審議会の意見を聴いて、へき地の医療、小児医療、周産期医療、救急医療その他の地域において良質かつ適切な医療が提供されるために必要な診療所として認めるものに療養病床又は一般病床を設けようとするとき。

5. 療養病床の現状と課題

療養病床の現状と課題について

○療養病床は、患者の適切な処遇を図る観点から、平成13年の医療法改正により、「主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床」として位置付けられ、これまで長期入院患者に対するサービスにおいて一定の役割を果たしてきた。

○病床数については、医療療養病床は年々増加しているが、療養病床の再編成（老健施設等への転換促進と介護療養病床廃止）の影響で、介護療養病床は、当初からの10年間で約62千床減少した。

○現行の介護療養病床及び医療療養病床（25対1）の利用者の平均年齢は80歳以上であり、介護療養病床については約9割の、医療療養病床（25対1）においては3割以上の利用者が要介護度4以上である。また、介護療養病床については平均在院日数が長く、死亡退院が最も多い。医療療養病床（25対1）においても自宅退院に次いで死亡退院が多い。

○先の通常国会において成立した地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部改正法により、「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた、新たな介護保険施設として、介護医療院が創設された。（併せて、介護療養病床の転換期限も6年間延長（平成35年度末まで））



- 介護療養病床及び医療療養病床（医療法施行規則に基づく人員配置標準の特例の対象となっているもの）については、より入院医療の必要性が高い慢性期患者に対して適切な医療を提供する観点から、入院医療の必要性に応じて、介護施設・在宅医療等における対応への移行を促進していくことが重要である。
- この移行に向けての期間は、介護療養病床が設置期限を迎える6年後（平成35年度（2023年度）末）を一つの基準としつつ、介護保険事業計画期間や地域医療構想の着実な実施という観点も踏まえ、医療法施行規則に基づく人員配置標準の特例の経過措置（6対1）の取扱い等を検討する必要がある。

療養病床の概要

参考

- 療養病床は、病院又は診療所の病床のうち、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるもの。
- 医療保険の『医療療養病床(医療保険財源)』と、介護保険の『介護療養病床(介護保険財源)』がある。

		医療療養病床		介護療養病床	介護老人保健施設	特別養護老人ホーム
		20対1	25対1			
概 要		病院・診療所の病床のうち、 <u>主として長期療養を必要とする患者を入院させるもの</u> ※看護職員の基準(診療報酬上の基準)で20対1と25対1が存在。		病院・診療所の病床のうち、 <u>長期療養を必要とする要介護者に対し、医学的管理の下における介護</u> 、必要な医療等を提供するもの	要介護者にリハビリ等を提供し、 <u>在宅復帰を目指す施設</u>	要介護者のための <u>生活施設</u>
病床数		約14.4万床 ※1	<u>約7.2万床</u> ※1	<u>約5.9万床</u> ※2	約36.8万床 ※3 (うち、介護療養型:約0.9万床)	約56.7万床 ※3
設置根拠		医療法(病院・診療所)		医療法(病院・診療所) <u>介護保険法</u> <u>(介護療養型医療施設)</u>	介護保険法 (介護老人保健施設)	老人福祉法 (老人福祉施設)
施設基準	医 師	48対1(3名以上)		48対1(3名以上)	100対1(常勤1名以上)	健康管理及び療養上の指導のための必要な数
	看護職員	4対1 (29年度末まで、6対1で可)	2対1 (3対1)	6対1	3対1 (うち看護職員を2/7程度を標準)	3対1
	介護職員 ※4	4対1 (29年度末まで、6対1で可)		6対1		
面 積		6.4㎡		6.4㎡	8.0㎡ ※5	10.65㎡(原則個室)
設置期限		—		<u>平成35年度末</u> 法改正(H29年6月公布)で H29年度末から更に6年間延長	—	—

※1 施設基準届出(平成27年7月1日)

※4 医療療養病床にあっては、看護補助者。

※2 病院報告(平成28年3月分概数)

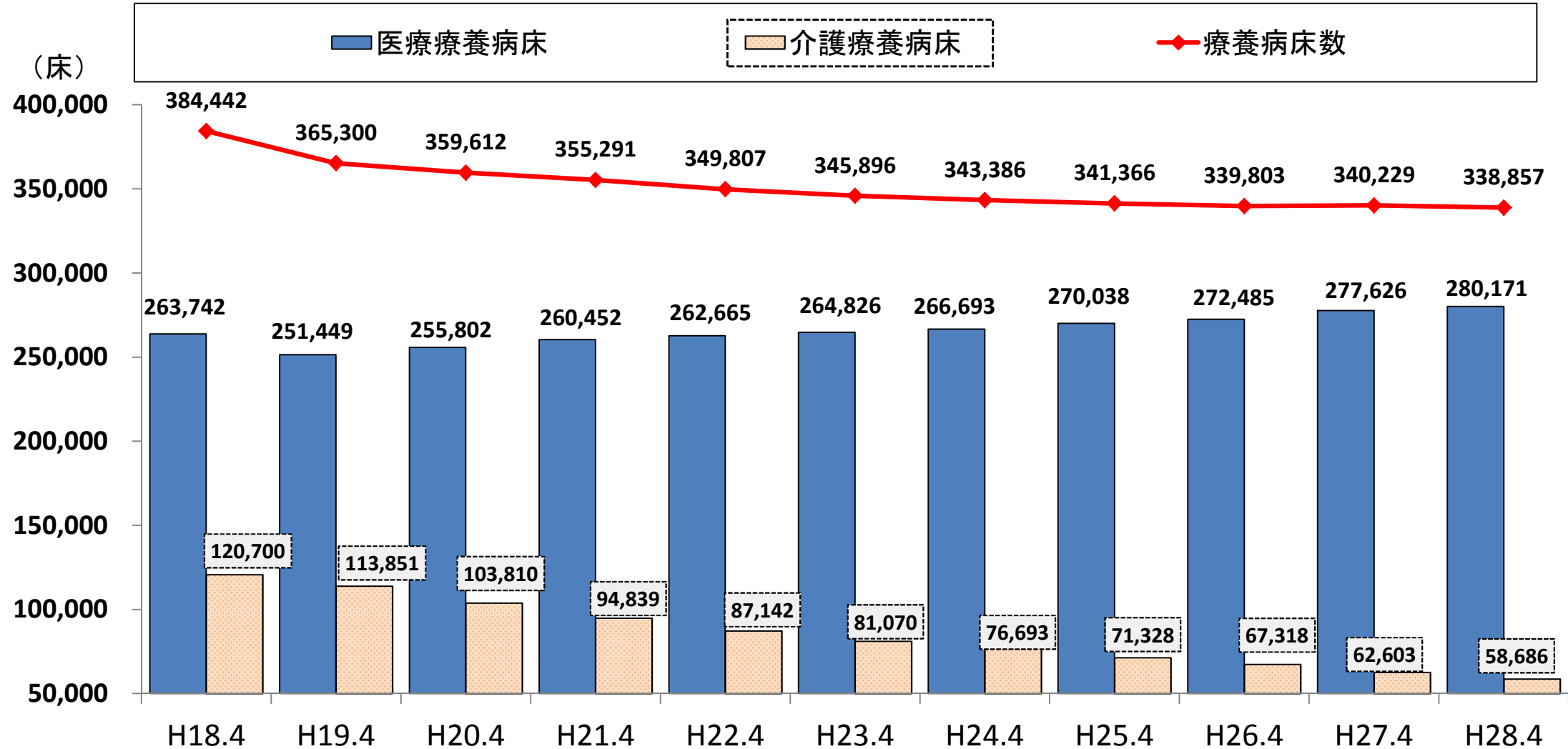
※3 介護サービス施設・事業所調査(平成27年10月1日)

※5 介護療養型は、大規模改修まで6.4㎡以上で可。

療養病床数の推移

参考

○ 療養病床の再編成において、当初からの10年間で介護療養病床は約62千床減少した。



(出典) 厚生労働省大臣官房統計情報部「病院報告」(月報)

S48(1973) 老人福祉法改正 老人医療費無料化

- 「老人病院」が増加。施設代わりの病院利用が促進。併せて医師、看護師の配置の薄い病院が増加（社会的入院問題）



S58(1983) 「特例許可老人病院」制度化

- 老人病院を医療法上「特例許可老人病院」と位置づけ、診療報酬上、医師、看護師の配置を減らし介護職員を多く配置する等の介護機能等の点を評価（診療報酬は一般病院よりも低く設定）



H5(1993) 医療法改正 「療養型病床群」の創設

- 一般病院における長期入院患者の増加に対応し、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための療養環境を有する病床として「療養型病床群」を創設（病床単位でも設置できるようにする）。



H12(2000) 介護保険法施行 H13(2001) 医療法改正 「療養病床」の創設

【介護保険法施行】

- 療養病床の一部（※1）について、介護保険法上、主として長期にわたり療養を必要とする要介護者に対して医学的管理、介護などを行う「介護療養型医療施設」（※2）として位置づけ（介護療養病床）

※1 介護保険法施行時(2000年)は、医療法改正までの間、療養型病床群として位置づけられていた。

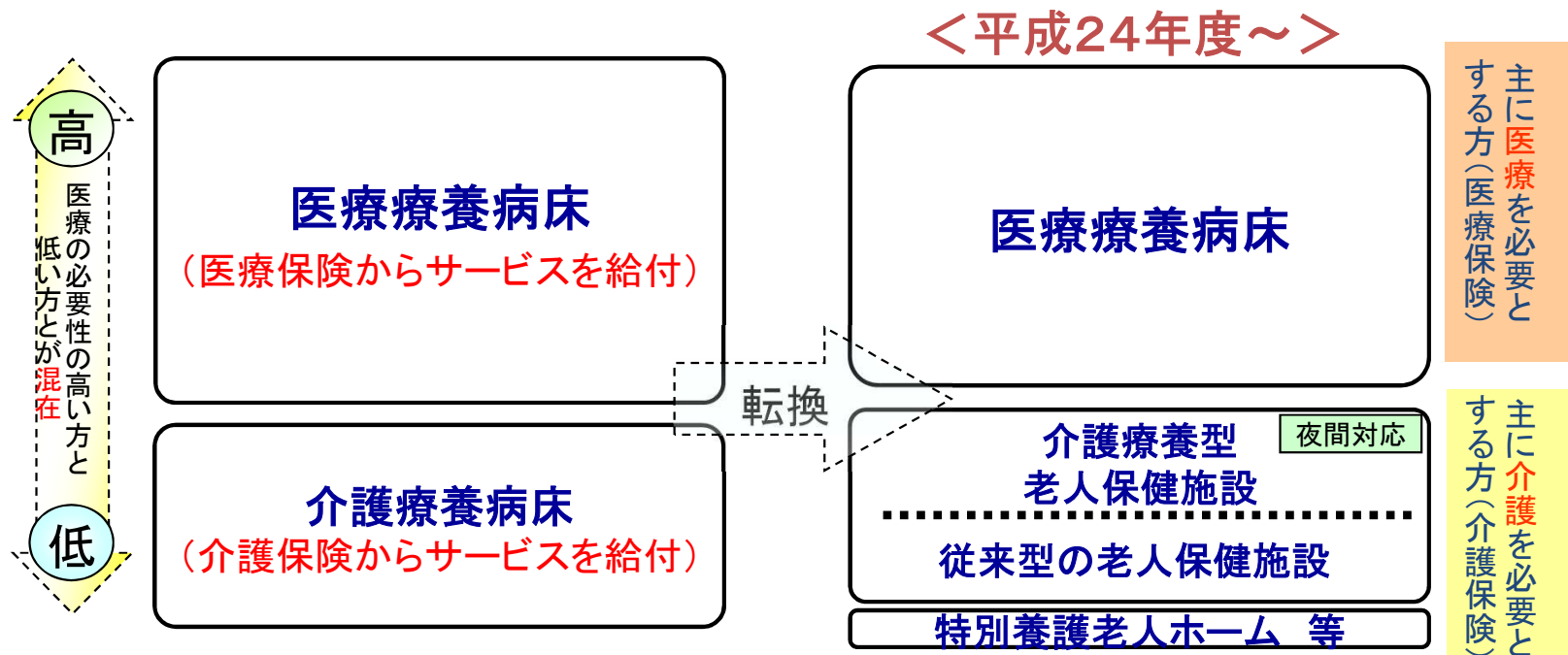
※2 介護療養型医療施設の一類型として、医療法上の認知症疾患療養病棟(精神病床)を併せて位置づけ。

【医療法改正】

- 療養型病床群と老人病院（特例許可老人病院）を再編し、「療養病床」に一本化

H18(2006) 医療保険制度改革／診療報酬・介護報酬同時改定 介護療養病床のH23年度末での廃止決定

- 同時報酬改定に際し、実態調査の結果、医療療養病床と介護療養病床で**入院患者の状況に大きな差が見られなかった（医療の必要性の高い患者と低い患者が同程度混在）**ことから、**医療保険と介護保険の役割分担**が課題
- また、医療保険制度改革の中で、医療費総額抑制を主張する経済財政諮問会議との**医療費適正化の議論**を受け、**患者の状態に応じた療養病床の再編成（老健施設等への転換促進と介護療養病床のH23年度末廃止）**を改革の柱として位置づけ
- 同時に、**療養病床の診療報酬体系**について、気管切開や難病等の患者の疾患・状態に着目した「**医療区分**」（1～3）、食事・排泄等の患者の自立度に着目した「**ADL区分**」（1～3）による評価を導入



医療区分2・3 ... 医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態や、難病、脊椎損傷、肺炎、褥瘡等の疾患等を有する者
 医療区分1 ... 医療区分2、3に該当しない者（より軽度な者）

H23(2011) 介護保険法改正

介護療養病床の廃止・転換期限をH29年度末まで延長

- 介護療養病床の老健施設等への転換が進んでいない現状を踏まえ、転換期限をH29年度末まで6年延長（※平成24年以降、医療療養病床からの転換を含め、介護療養病床の新設は認めない）

【介護保険法改正の附帯決議】

介護療養病床の廃止期限の延長については、3年から4年後に実態調査をした上で、その結果に基づき必要な見直しについて検討すること。

＜療養病床数の推移＞

	H18(2006).3月	H24(2011).3月	<参考>H28(2016).3月
介護療養病床数	12.2万床	7.8万床 (△4.4万床)	5.9万床 (△6.3万床)
医療療養病床数	26.2万床	26.7万床 (+0.5万床)	28.0万床 (+1.8万床)
合 計	38.4万床	34.5万床	33.9万床

※1 括弧内は平成18年(2006)との比較

※2 病床数については、病院報告から作成

療養病床の在り方等に関する特別部会（社会保障審議会）

参考

- 平成29年度末に経過措置の期限が到来する介護療養病床等については、これらの病床の医療・介護ニーズを合わせ持つ方々を、今後、どのように受け止めていくかが課題となっている。
- こうした課題の解決のためには、医療・介護分野を横断して、総合的な検討を行う必要があることから、社会保障審議会に、慢性期の医療・介護ニーズに対応するための療養病床の在り方等について、ご審議いただく専門の部会を設置。

委員

- | | | | |
|----------|--------------------------|----------|---------------------------|
| ・ 阿部 泰久 | （日本経済団体連合会参与） | ・ 白川 修二 | （健康保険組合連合会副会長・専務理事） |
| ・ 荒井 正吾 | （全国知事会／奈良県知事） | ・ 鈴木 邦彦 | （日本医師会常任理事） |
| ・ 市原 俊男 | （高齢者住まい事業者団体連合会代表幹事） | ・ 鈴木 森夫 | （認知症の人と家族の会常任理事） |
| ・ 井上 由起子 | （日本社会事業大学専門職大学院教授） | ・ 瀬戸 雅嗣 | （全国老人福祉施設協議会副会長） |
| ・ 井上 由美子 | （高齢社会をよくする女性の会理事） | ・ 武久 洋三 | （日本慢性期医療協会会長） |
| ・ 岩田 利雄 | （全国町村会／東庄町長） | ・ 田中 滋 | （慶應義塾大学名誉教授） |
| ・ 岩村 正彦 | （東京大学大学院法学政治学研究科教授） | ・ 土居 丈朗 | （慶應義塾大学経済学部教授） |
| ◎ 遠藤 久夫 | （学習院大学経済学部教授） | ○ 永井 良三 | （自治医科大学学長） |
| ・ 遠藤 秀樹 | （日本歯科医師会常務理事） | ・ 西澤 寛俊 | （全日本病院協会会長） |
| ・ 岡崎 誠也 | （全国市長会／高知市長） | ・ 東 憲太郎 | （全国老人保健施設協会会長） |
| ・ 加納 繁照 | （日本医療法人協会会長） | ・ 平川 則男 | （日本労働組合総連合会総合政策局長） |
| ・ 亀井 利克 | （三重県国民健康保険団体連合会理事長／名張市長） | ・ 松本 隆利 | （日本病院会理事） |
| ・ 川上 純一 | （日本薬剤師会常務理事） | ・ 見元 伊津子 | （日本精神科病院協会理事） |
| ・ 小林 剛 | （全国健康保険協会理事長） | ・ 横尾 俊彦 | （全国後期高齢者医療広域連合協議会会長／多久市長） |
| ・ 齋藤 訓子 | （日本看護協会常任理事） | ・ 吉岡 充 | （全国抑制廃止研究会理事長） |
| ・ 柴口 里則 | （日本介護支援専門員協会副会長） | | |

（◎は部会長、○は部会長代理）

開催実績

- 第1回：平成28年6月1日 [検討会の整理案の報告]
- 第2回：平成28年6月22日 [関係者ヒアリング]
- 第3回：平成28年10月5日 [意見交換]
- 第4回：平成28年10月26日 [議論のたたき台&意見交換①]

- 第5回：平成28年11月17日 [議論のたたき台&意見交換②]
- 第6回：平成28年11月30日 [議論の整理(案)&意見交換①]
- 第7回：平成28年12月7日 [議論の整理(案)&意見交換②]
⇒平成28年12月20日 議論のとりまとめ

4. 経過措置の設定等について

(1) 転換に係る準備のための経過期間

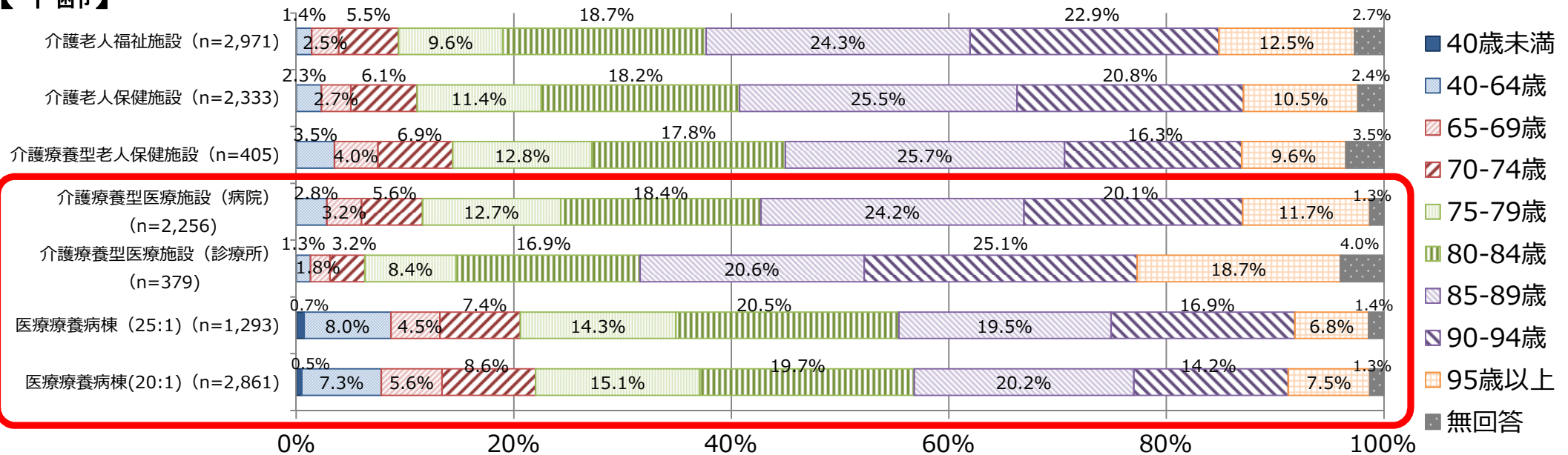
- 新たな施設類型を創設する場合には、所要の法整備が必要となる。来年、法整備が行われた場合、当該類型の人員配置、施設基準、報酬等が、具体的に決定するのは、平成29年度末となることが見込まれる。
こうしたことを勘案すると、平成29年度末で設置期限を迎える介護療養病床については、期限を設けつつも、転換に係る準備のための経過期間を十分に設けるべきである。
- 具体的な経過期間については、3年程度を目安とすべきという意見と、転換には一定の時間を要することを踏まえ、6年程度を目安とすべき、との意見があった。
また、経過期間を設ける場合に、円滑な転換を促進していく観点から、平成30年度から一定の期間内に、転換の意向を明らかにしていただくような仕組みが必要ではないか、といった意見もあった。
- また、医療療養病床に係る医療法施行規則に基づく療養病床の人員配置標準の経過措置については、平成18年改正の際の方針に従い、原則として平成29年度末で終了するが、必要な準備期間に限り、延長を認めるべきである。
なお、有床診療所については、過疎地域を含む、地域で果たす役割に鑑み、現行の医療法施行規則の人員配置標準の経過措置の延長を検討することが適当である。

入院患者／入所者の年齢・性別

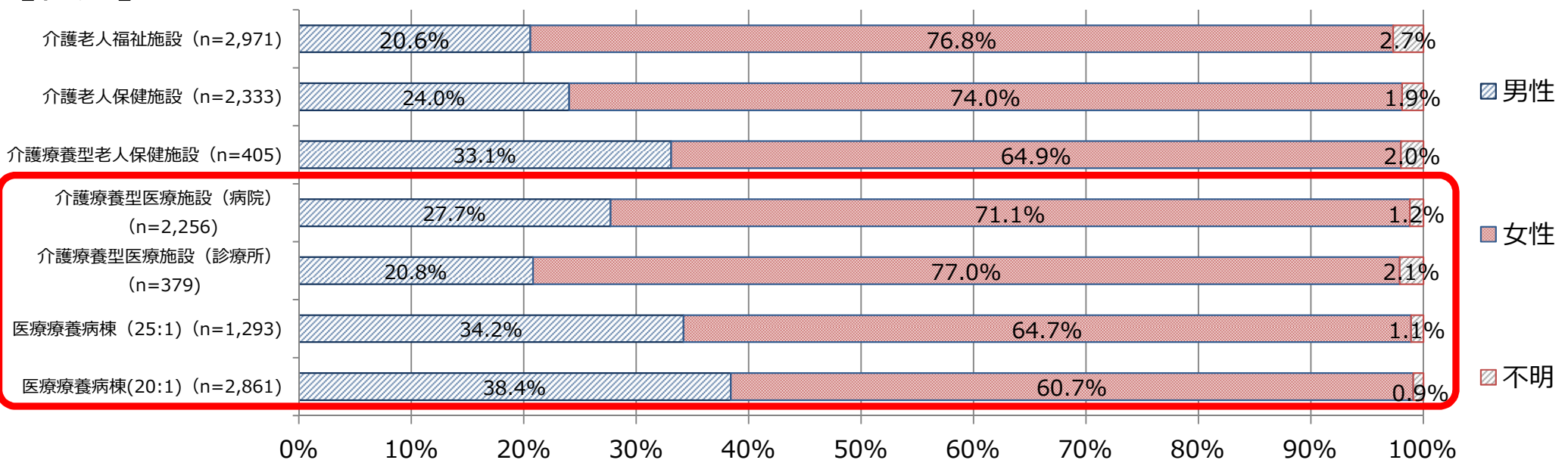
第1回療養病床の在り方等に関する特別部会 資料(一部修正)

参考

【年齢】



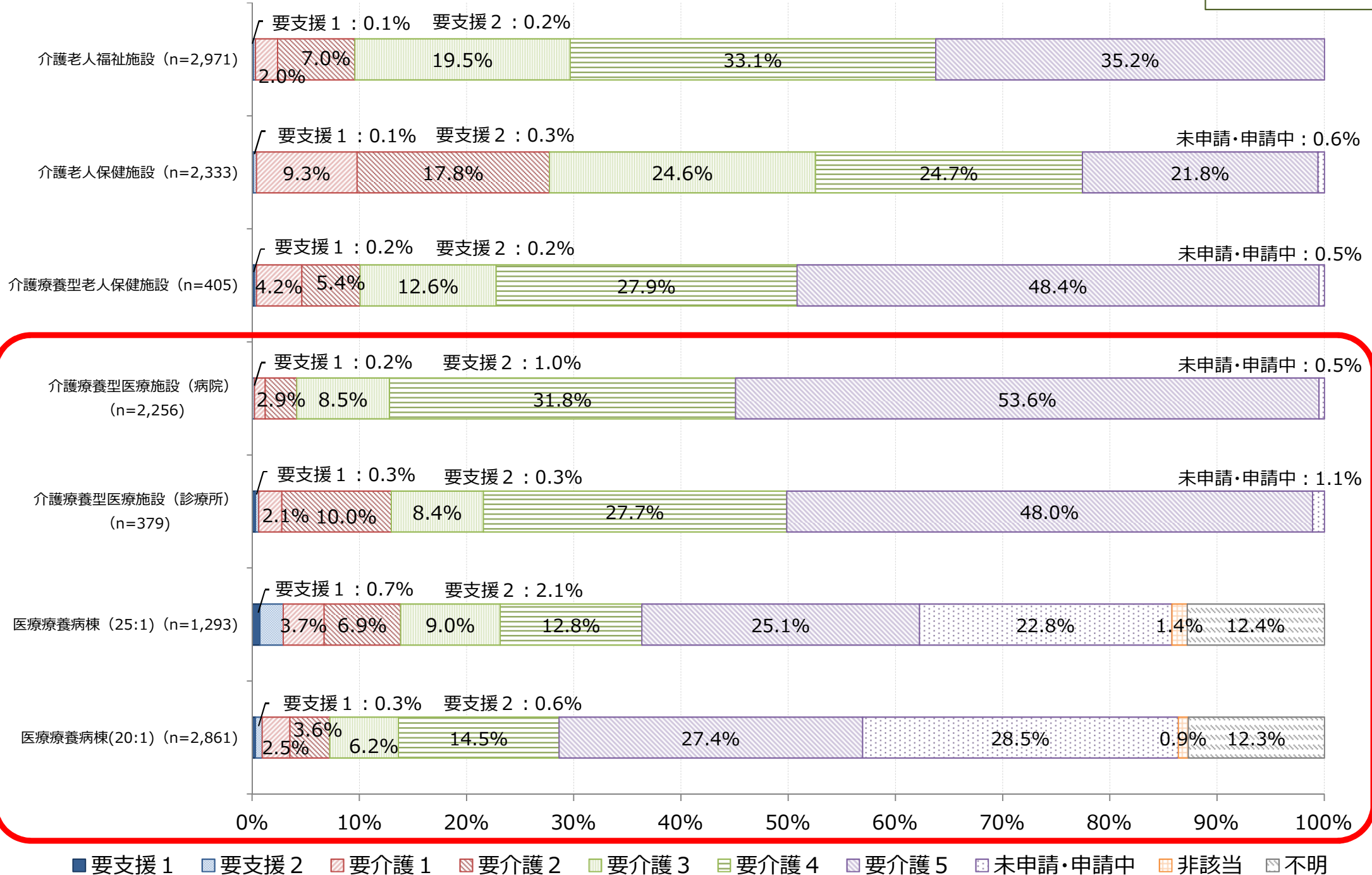
【性別】



入院患者／入所者の要介護度

第1回療養病床の在り方等に関する特別部会 資料(一部修正)

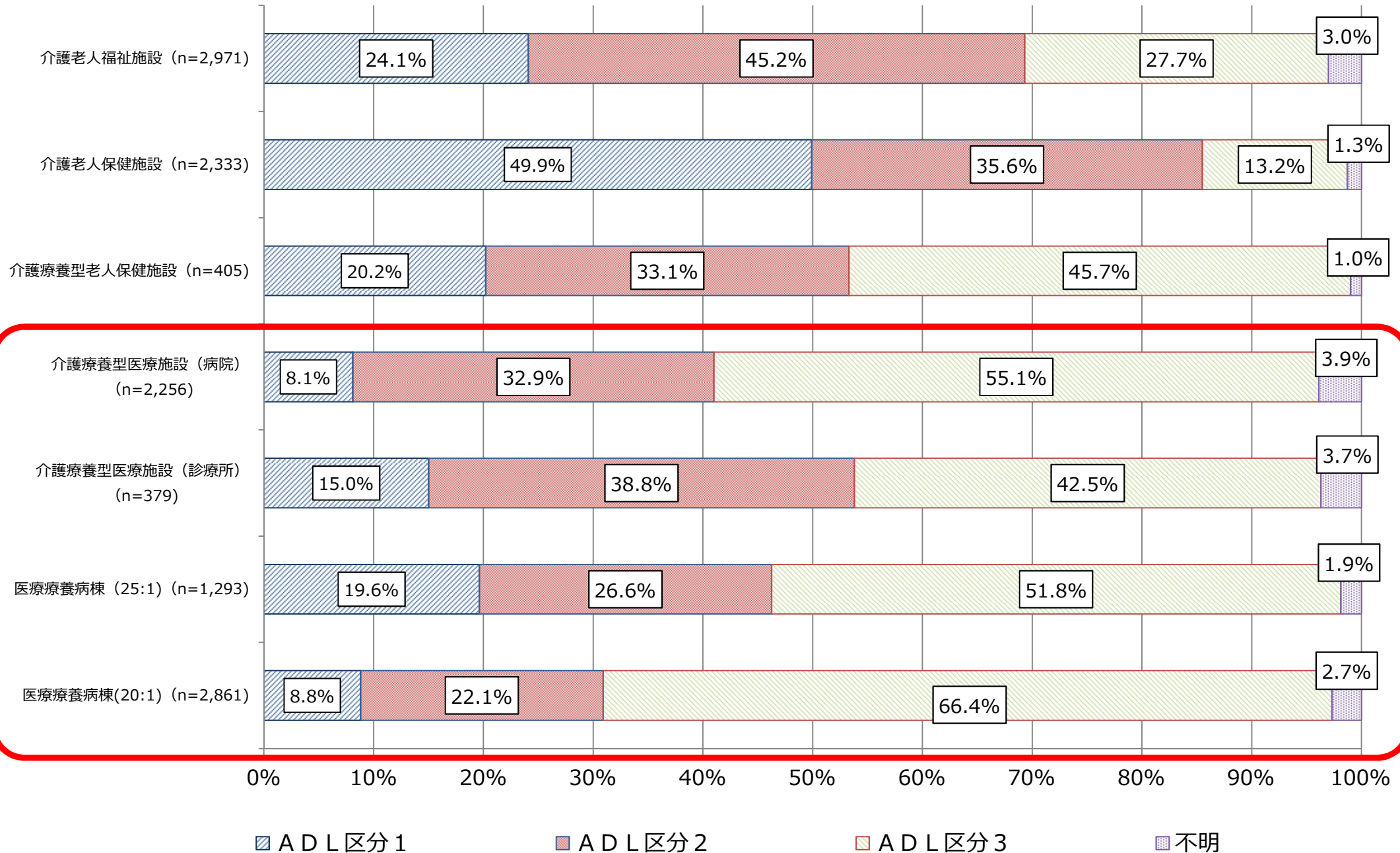
参考



入院患者／入所者のA D L 区分

第1回療養病床の在り方等に関する特別部会 資料(一部修正)

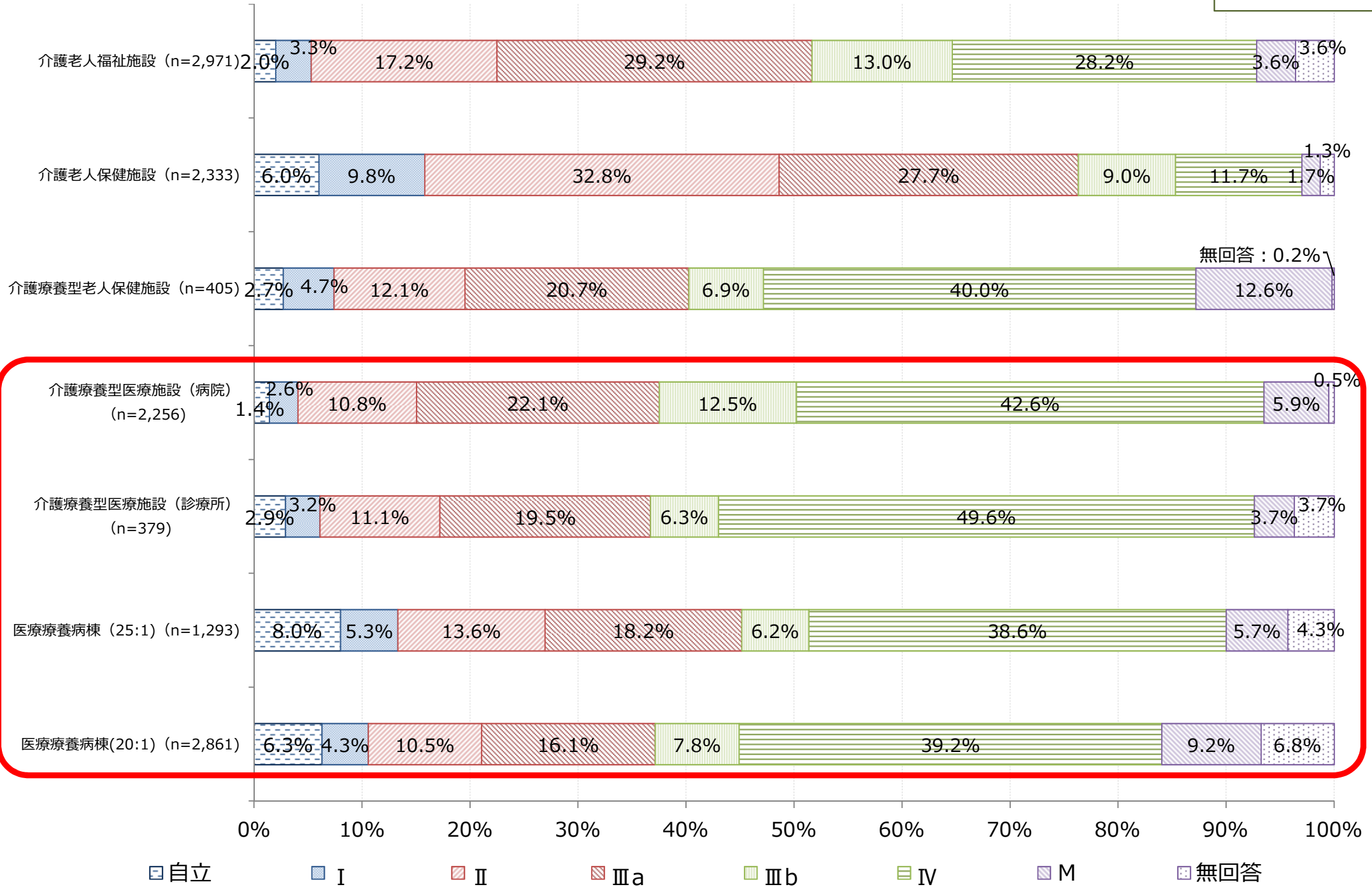
参考



認知症高齢者の日常生活自立度

第1回療養病床の在り方等に関する特別部会 資料(一部修正)

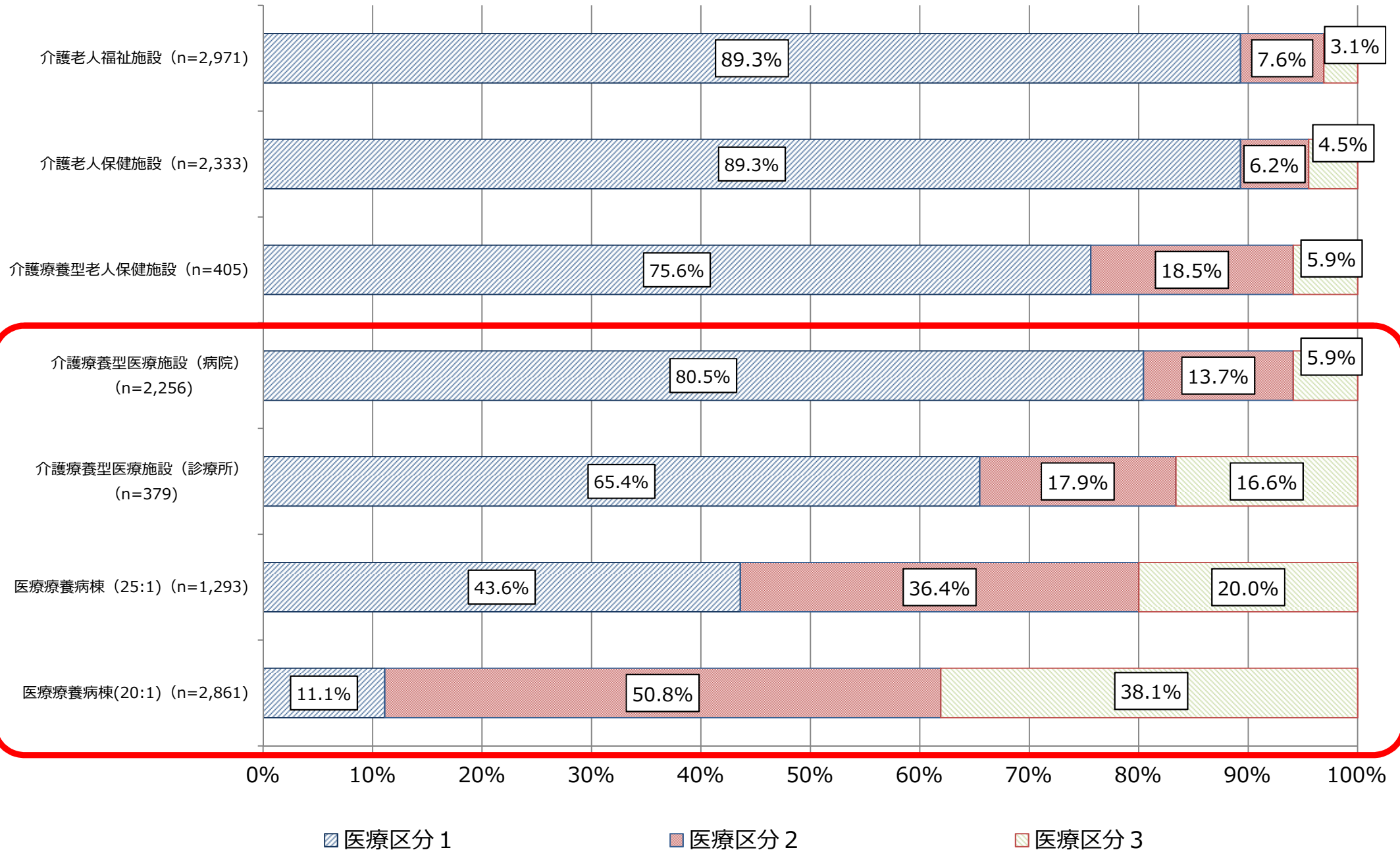
参考



入院患者／入所者の医療区分

第1回療養病床の在り方等に関する特別部会 資料(一部修正)

参考

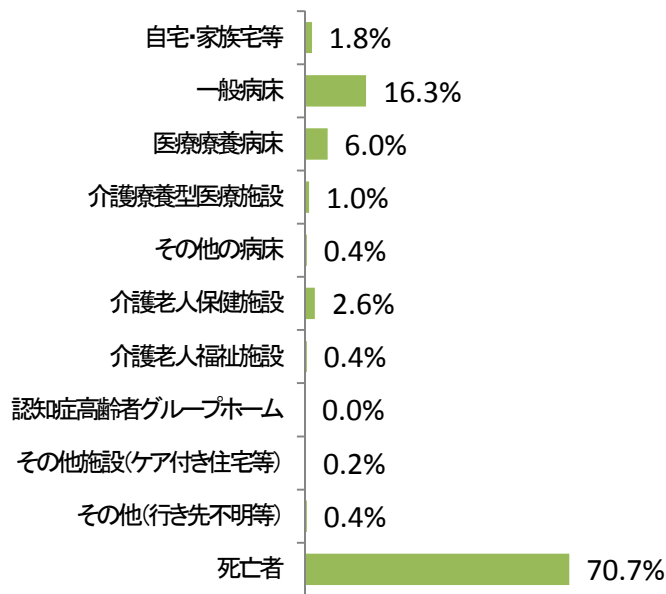


退院／退所後の行き先

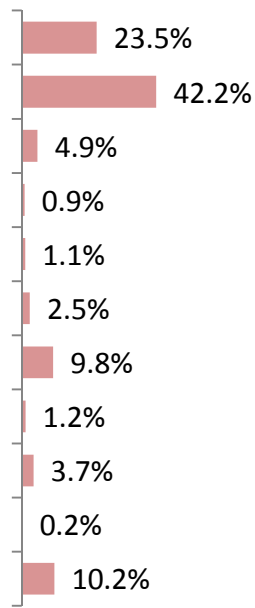
第1回療養病床の在り方等
に関する特別部会 資料

参考

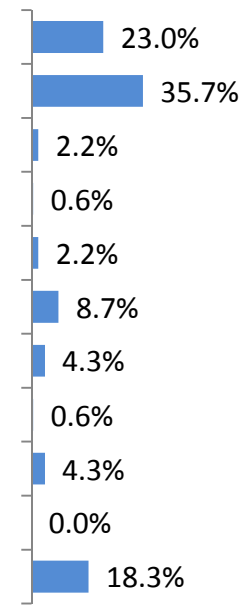
介護老人福祉施設(n=495)



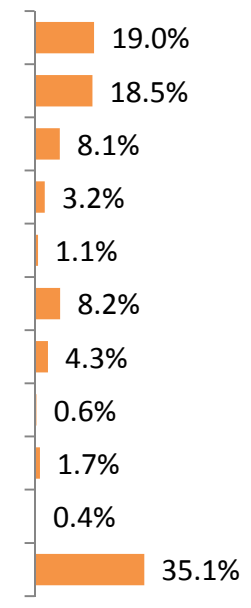
介護老人保健施設(n=1,882)



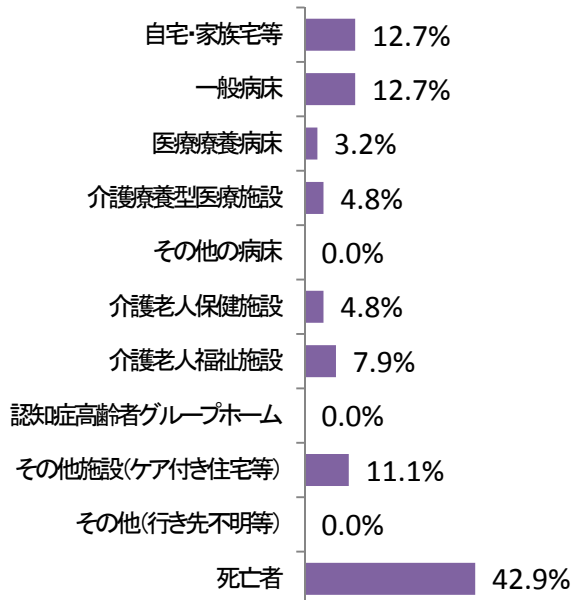
介護療養型老人保健施設(n=322)



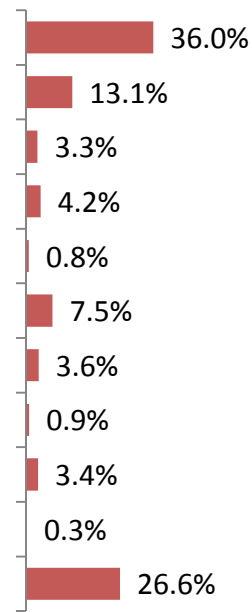
介護療養型医療施設(病院)(n=1,419)



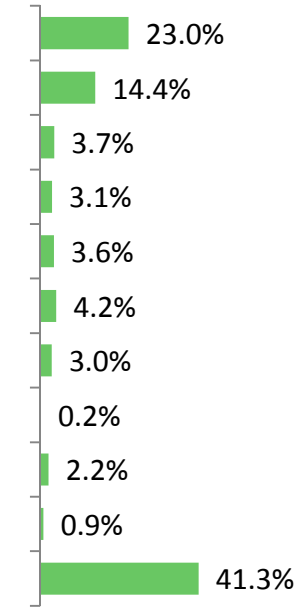
介護療養型医療施設(診療所)(n=63)



医療療養病棟(25対1)(n=2,285)



医療療養病棟(20対1)(n=3,411)

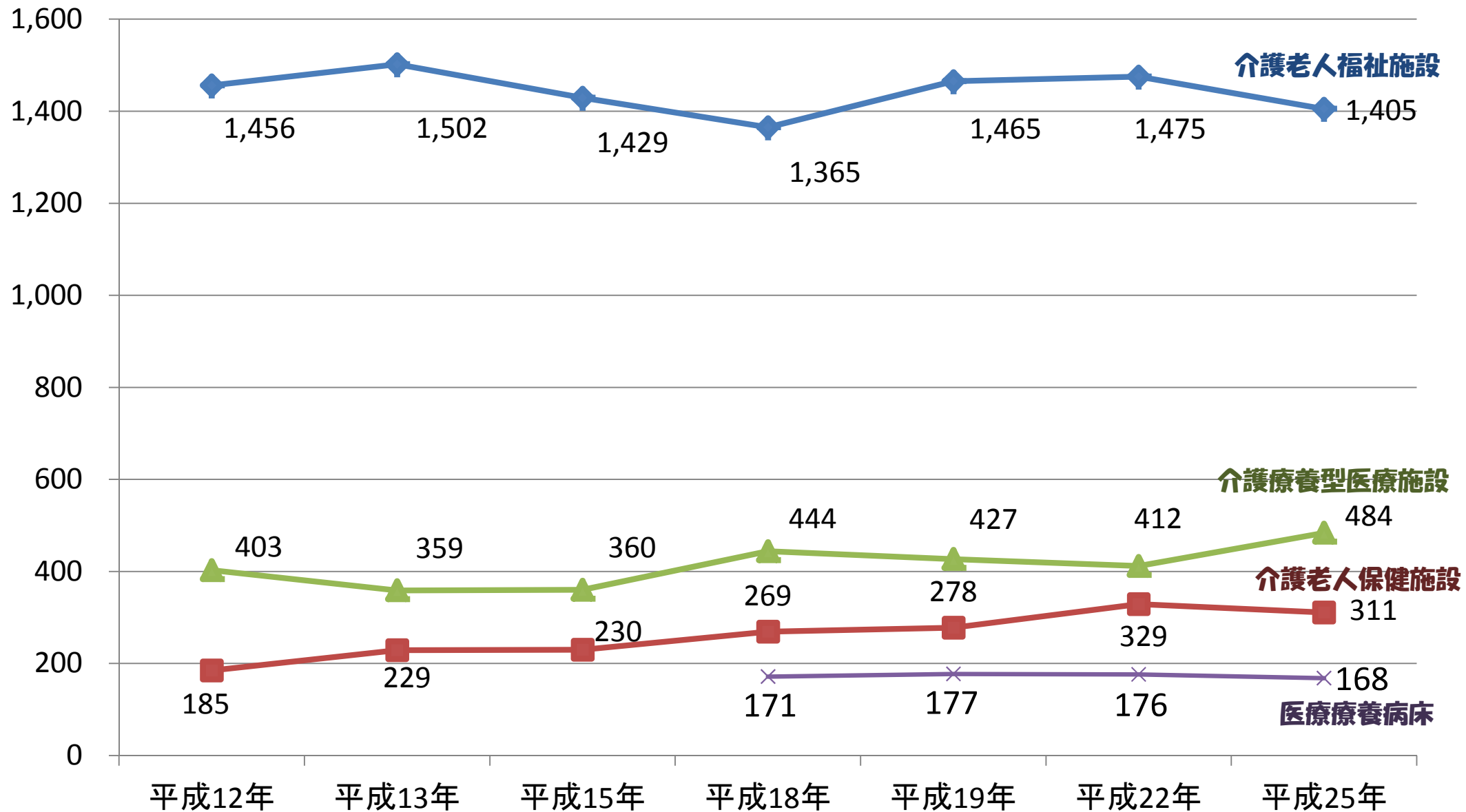


(出典)平成25年度老人保健事業推進費等補助金『医療ニーズを有する高齢者の実態に関する横断的な調査研究事業報告書(平成26年(2014年)3月)』(公益社団法人全日本病院協会)

平均在所・在院日数

第1回療養病床の在り方等に関する特別部会 資料(一部修正)

参考



注: 平均在所日数の調査が行われた年度を記載。

(出典) 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」, 病院報告(平成25年、平成22年、平成19年、平成18年)

地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律のポイント

参考

5月26日成立、6月2日公布

高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようにする。

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

1 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進（介護保険法）

全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化

- ・ 国から提供されたデータを分析の上、介護保険事業（支援）計画を策定。計画に介護予防・重度化防止等の取組内容と目標を記載
- ・ 都道府県による市町村に対する支援事業の創設
- ・ 財政的インセンティブの付与の規定の整備

（その他）

- ・ 地域包括支援センターの機能強化（市町村による評価の義務づけ等）
- ・ 居宅サービス事業者の指定等に対する保険者の関与強化（小規模多機能等を普及させる観点からの指定拒否の仕組み等の導入）
- ・ 認知症施策の推進（新オレンジプランの基本的な考え方（普及・啓発等の関連施策の総合的な推進）を制度上明確化）

2 医療・介護の連携の推進等（介護保険法、医療法）

- ① 「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設

※ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。

- ② 医療・介護の連携等に関し、都道府県による市町村に対する必要な情報の提供その他の支援の規定を整備

3 地域共生社会の実現に向けた取組の推進等（社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法）

- ・ 市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作り、福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定の努力義務化
- ・ 高齢者と障害児者が同一事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉制度に新たに共生型サービスを位置付ける

（その他）

- ・ 有料老人ホームの入居者保護のための施策の強化（事業停止命令の創設、前払金の保全措置の義務の対象拡大等）
- ・ 障害者支援施設等を退所して介護保険施設等に入所した場合の保険者の見直し（障害者支援施設等に入所する前の市町村を保険者とする。）

II 介護保険制度の持続可能性の確保

4 2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。（介護保険法）

5 介護納付金への総報酬割の導入（介護保険法）

- ・ 各医療保険者が納付する介護納付金（40～64歳の保険料）について、被用者保険間では『総報酬割』（報酬額に比例した負担）とする。

※ 平成30年4月1日施行。（Ⅱ5は平成29年8月分の介護納付金から適用、Ⅱ4は平成30年8月1日施行）