資料2

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

第30回　社会保障ワーキング･グループ

経済財政諮問会議における2019年前半の検討課題について
（参考資料）

平成31年3月28日

健康寿命の更なる延伸

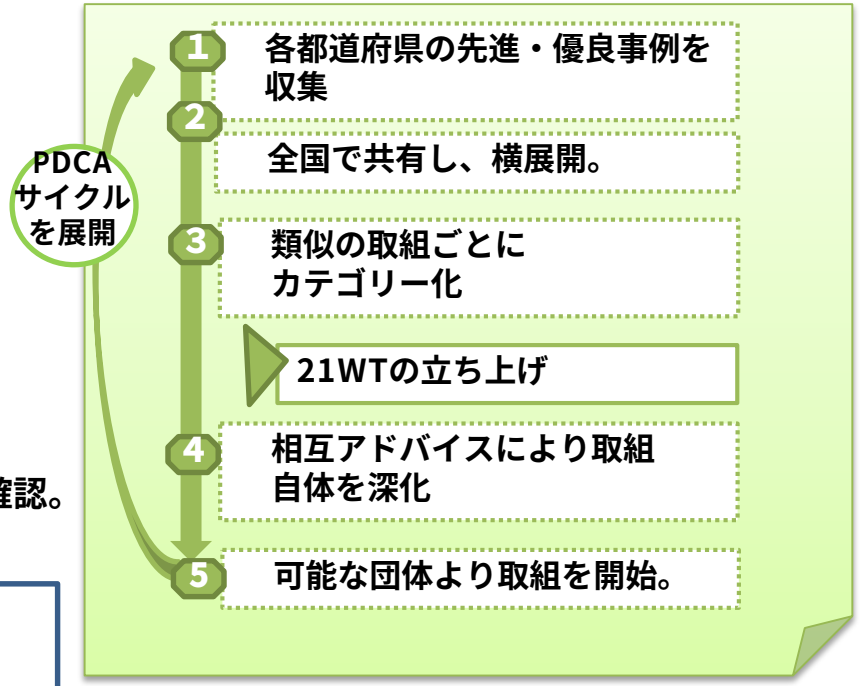
（参考）「健康立国宣言」に基づく先進・優良事例横展開の取組【全国知事会】

全国知事会作成資料

○地方においては、それぞれの地域の実情を踏まえて、
工夫を凝らした取組を実施
－QOLの向上を図りつつ社会保障に係る負担を適正化する取組
－働き方改革など「支える力」を強くするための取組

○全国知事会において、21ワーキングチーム（WT)を立ち上げ、
お互いにアドバイスなどを行い合いながら取組を深化。（右図）

○WTでは、取組を進めるにあたっての重要なポイントや視点を
「主な取組のポイント」として整理。これに基づき、横展開の進捗を確認。



「行動する知事会」として横展開した取組を開始

参加している**全47都道府県が、平成31年度に新規もしくは拡充**。
具体的には、重症化予防や地域医療構想の実現など、
47都道府県で合計**355の新規・拡充した取組**を実施
将来的に検討・既に実施しているを含めると合計565

○2018年12月に国において「新経済・財政再生計画改革工程表2018」をとりまとめ。
社会保障分野の各項目は、持続可能な社会保障を目指すという点で、WTの取り組みと方向性を共有。

○社会保障分野の実行の大半は地方自治体が担っていることから、持続可能な社会保障制度の構築に向け、
地方は地方としての責任を持ち、国と責任を共有して進めていくことが重要。

**WTにおいても対応する改革工程表の項目の進展にも資するよう、知恵を出し合い横展開。
今後、横展開を一層深化・加速化させ、「健康立国」の実現を強力に推進。**

先進優良事例の横展開ワーキングチーム（健康づくり分野）

健康づくりプロジェクトWT （リーダー：神奈川県） （構成団体37）	インセンティブを活用した健康づくりWT （リーダー：静岡県） （構成団体29）	運動習慣・食生活の改善WT （リーダー：新潟県） （構成団体28）	特定健診・がん検診の受診率向上WT （リーダー：栃木県） （構成団体30）	重症化予防WT （リーダー：埼玉県） （構成団体34）

健康づくりプロジェクト（健康経営を含む）WT　（WTの取組例）

主な横展開のポイント	新規・拡充	将来的に検討	既に実施中	計
○健康づくりの意識醸成に向けた仕組みづくり				
－関係団体・企業等との連携（協議会、県民運動会議、協定締結等）、市町村との連携による普及啓発	12	1	24	37／37
○健康づくりに向けた、県民へのアプローチ、普及啓発の実施や工夫				
－様々な広報媒体のより効果的な活用、アプリ等やSNSの活用、健康に特化したポータルサイトの運営	11	12	14	37／37
－各世代の課題に応じた普及啓発の実施（子ども、若者、勤労世代、高齢者、女性等）	2	4	29	35／37
○県民が主体的に健康づくりに取り組むための環境づくり				
－健康づくりに取り組む拠点整備、健康データを管理するアプリ等の活用、企業等との連携による社会環境整備（健康づくり関連の宿泊プラン等の商品化）	13	12	10	35／37
○健康経営の推進に向けた取組				
－健康経営の取組に対する支援（アドバイザー派遣等）、インセンティブ（表彰・認定等）	13	7	16	36／37
○その他個別の取組				
－禁煙・受動喫煙防止対策の実施	6	6	25	37／37

注：ポイントについては主要なものを抜粋。平成31年度予算で新規もしくは拡充する項目がある都道府県数を「新規・拡充」、それ以外の都道府県のうち将来的に検討する項目がある都道府県数を「将来的に検討」、それ以外で継続して実施している都道府県数を「既に実施中」としている。

地域医療構想の推進

第17回地域医療構想に関するWG
（H30.12.21）資料1の抜粋（一部改編）

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

１．これまでの取組

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

○　特に公立病院・公的医療機関等に対しては、それぞれ「新公立病院改革プラン」「公的医療機関等２０２５プラン」を策定し、民間医療機関との役割分担を踏まえ、公立病院・公的医療機関等でなければ担えない分野へ重点化された具体的対応方針であるか確認することを求めた。

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

２．今後の進め方

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

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

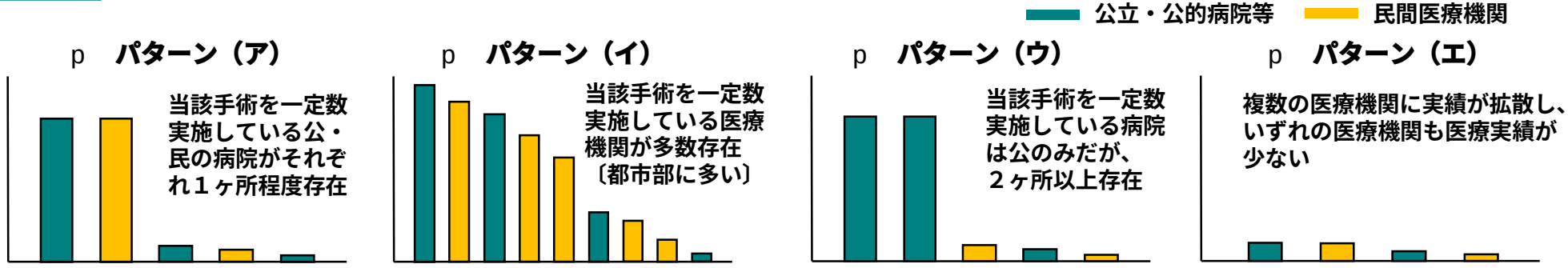
（ヒアリングの視点の例）
- 構想区域の実情を踏まえた公立病院・公的医療機関等の具体的対応方針の評価をどのような手法で行うか
- 民間医療機関との競合や、医療機能の散在等、将来の病床数の必要量と病床機能報告の集計結果の単純比較では測ることができない地域の課題をどのように把握し、評価に反映するか
- 公立病院・公的医療機関等でなければ担えない医療機能への重点化を進める上での課題は何か　等

具体的対応方針の評価方法に関する基本的なイメージ

第19回地域医療構想に関するWG
（平成31年2月22日）資料１－２改

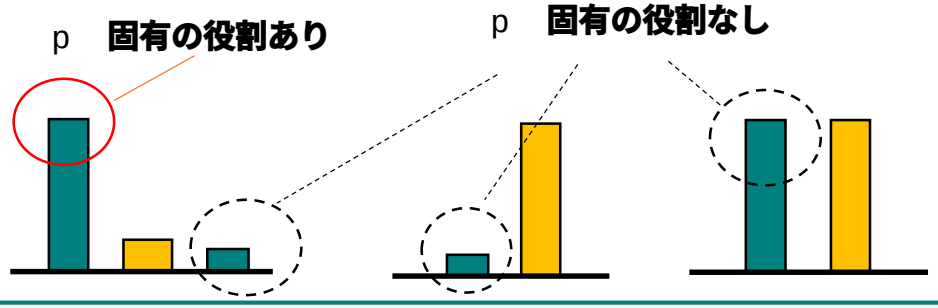
視点１

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



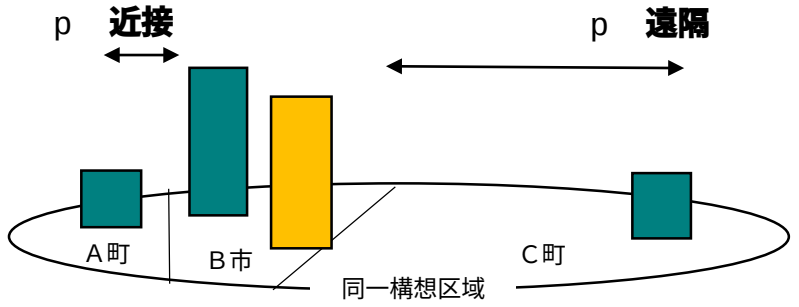
視点２

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



視点３

地理的条件（位置関係、移動に要する時間）を確認し、近接の度合いを確認。



《評価の視点のイメージ》

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

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

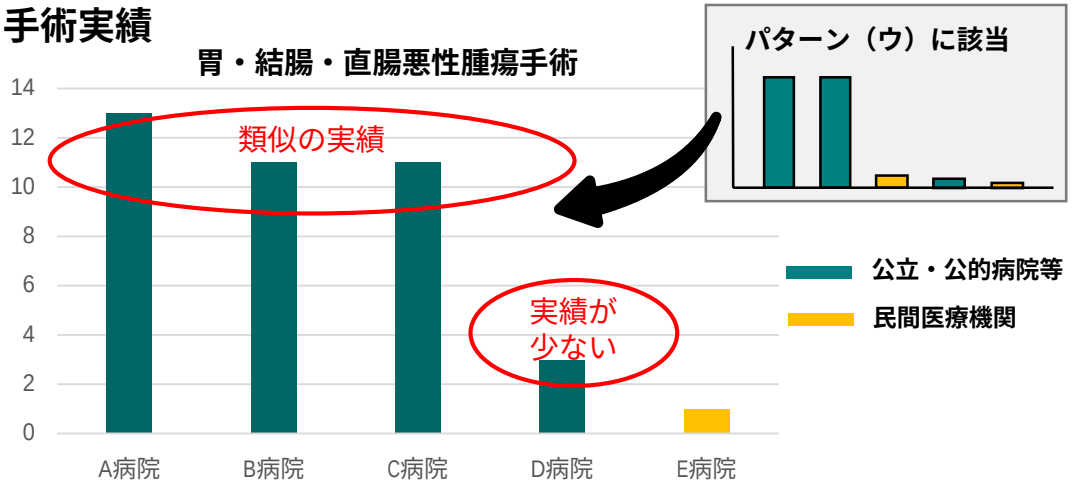
③ 診療実績が少ない、構想区域内で固有の役割が無いといった状況にある公立・公的医療機関等については、**地理的条件等を踏まえ**、他の医療機関等との近接状況を確認する。

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

A構想区域の例

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

■手術実績



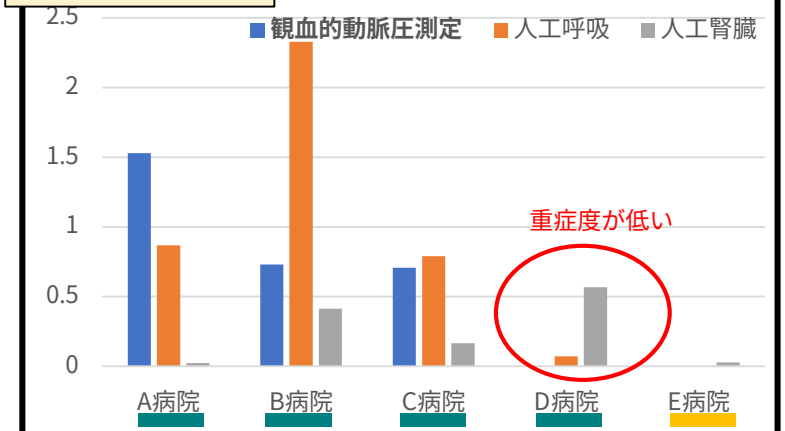
■基本情報

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

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

■手術以外の診療実績

■患者像



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

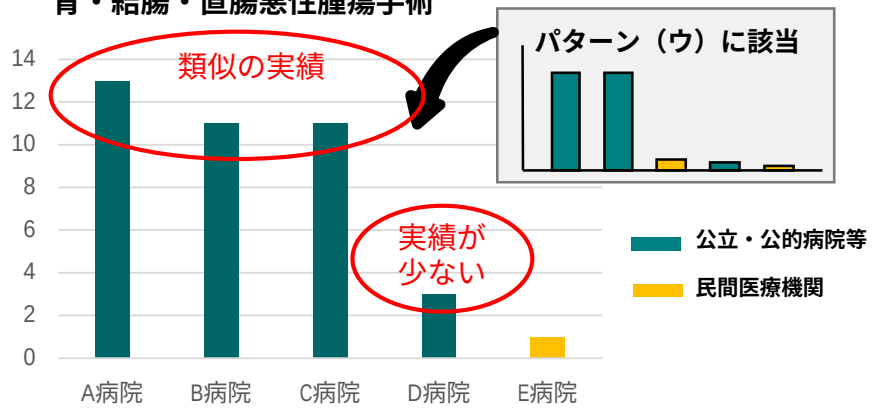
Ａ構想区域における医療機関の位置関係

第19回地域医療構想に関するWG
（平成31年2月22日）資料１－２

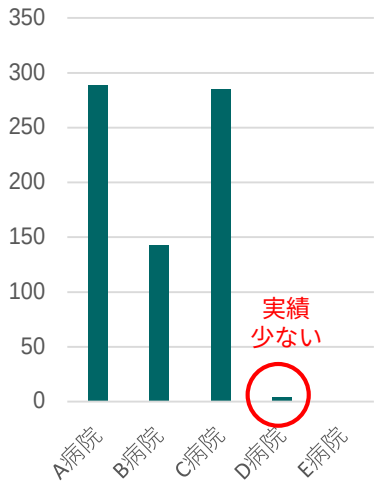
○　同程度の手術を実施しているＡ～Ｃの公立・公的医療機関について、各医療機関の位置関係をみると、概ね10km程度の距離圏内に存在（自動車で５～20分程度）
○　診療実績からは固有の役割がうかがえないD医療機関について、特にＡ医療機関やＣ医療機関と近接している。

■手術などの実績

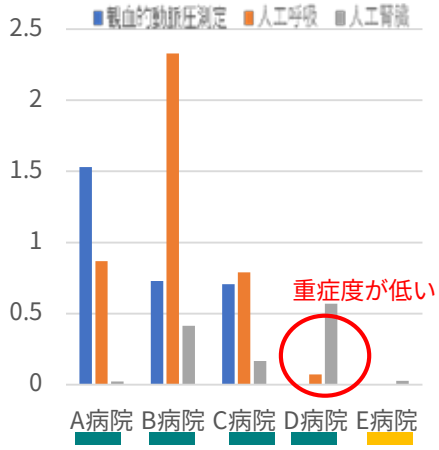
胃・結腸・直腸悪性腫瘍手術



放射線治療

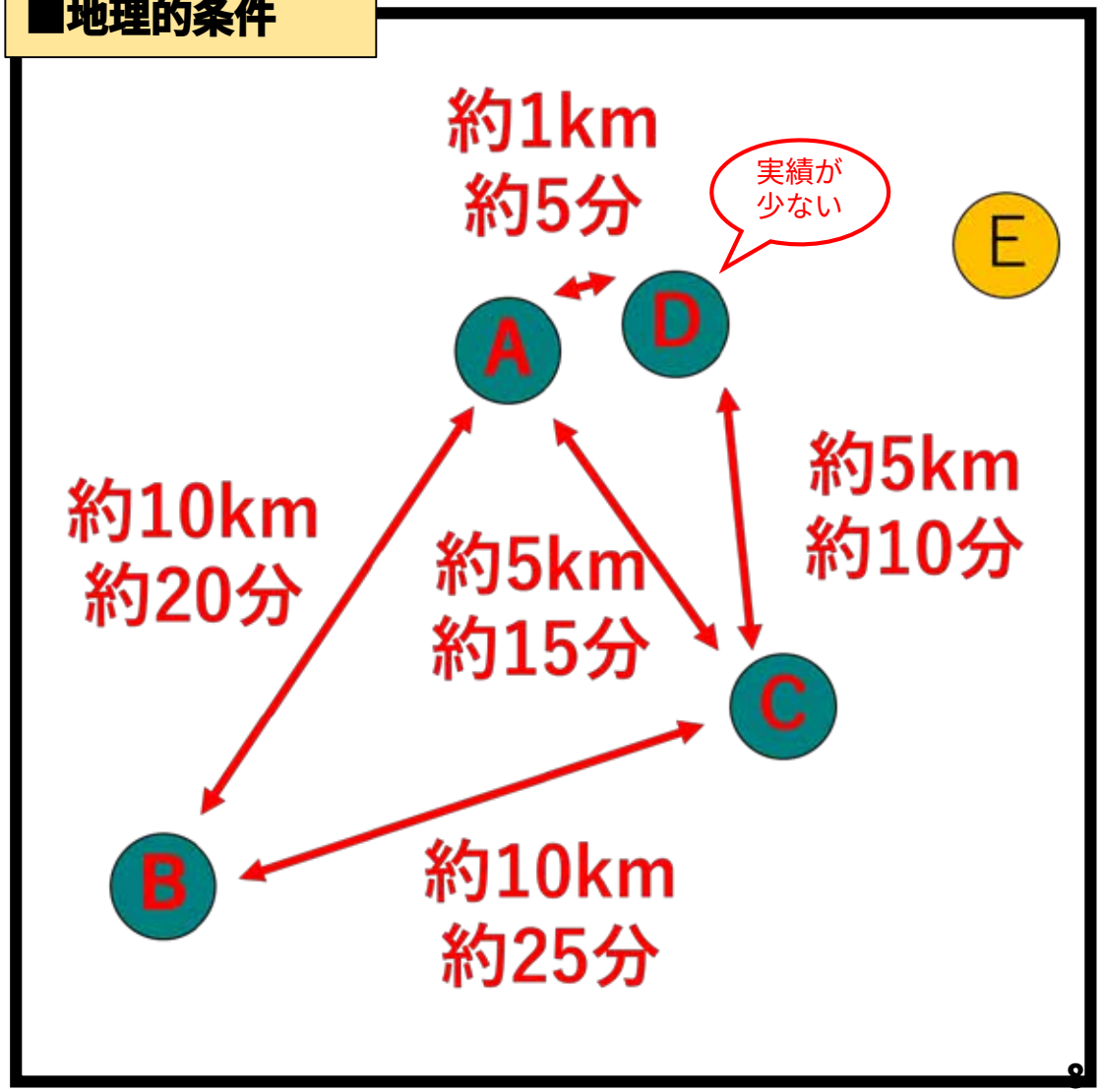


患者像



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

■地理的条件

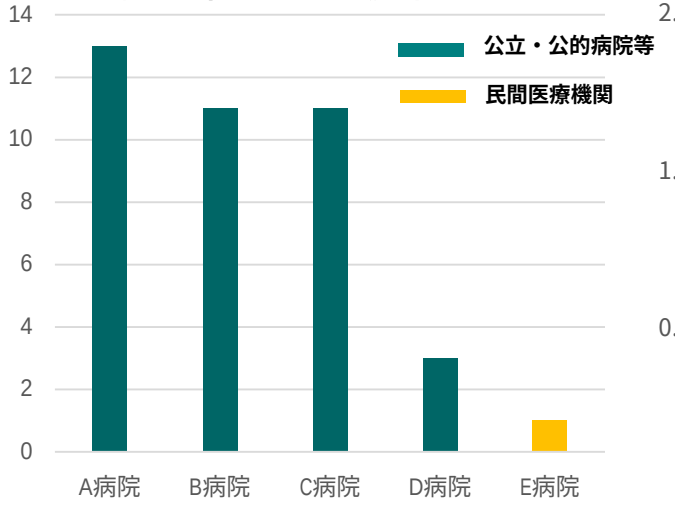


A構想区域の医療機関の決算状況

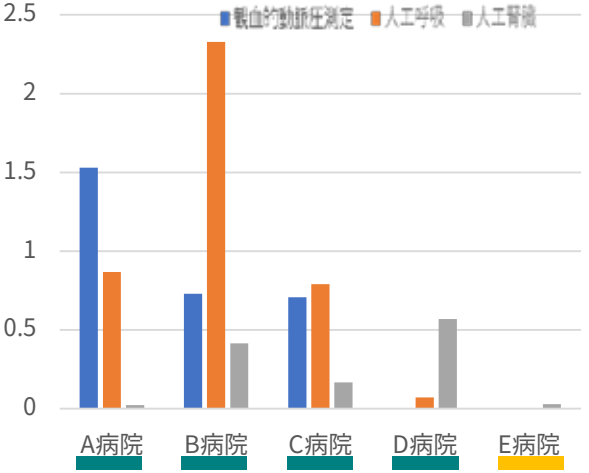
■基本情報

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

■胃・結腸・直腸悪性腫瘍手術

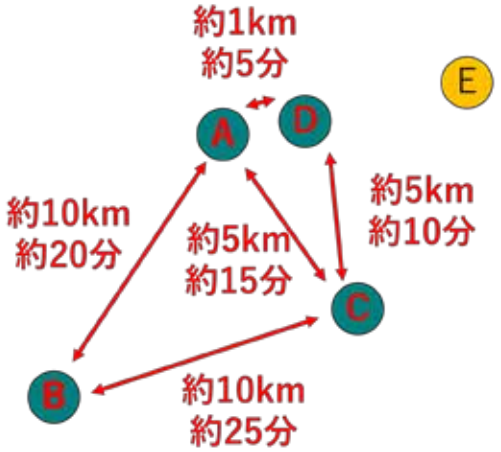


■患者像（全身管理の状況）



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

■位置関係



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

平成29年度病床機能報告、病院事業決算状況（平成28年度）より

オンライン診療の適切な実施に関する指針の概要

1．経緯

○ 情報通信機器を用いた診療（いわゆる「遠隔診療」）の可能性の高まりを受け、遠隔診療と無診察治療等を禁止する医師法第20条との関係についての解釈を局長通知により明確化。（平成９年12月24日付け健政発第1075号厚生省健康政策局長通知）

○ ICT技術の飛躍的な進展に合わせ、遠隔診療が急速に普及してきているが、更なる普及・推進のためには、**医療上の必要性・安全性・有効性を担保する必要**があり、今回、新たに遠隔診療（オンライン診療）の適切な実施に関する指針を策定。

＜参考＞医師法（昭和23年法律第201号）・抄

第20条　医師は、自ら診察しないで治療をし、若しくは診断書若しくは処方せんを交付し、自ら出産に立ち会わないで出生証明書若しくは死産証書を交付し、又は自ら検案をしないで検案書を交付してはならない。但し、診療中の患者が受診後二十四時間以内に死亡した場合に交付する死亡診断書については、この限りでない。

2．指針の位置づけ

○ 情報通信機器を用いた診療を「遠隔診療」と定義していたものを、新たに「オンライン診療」と定義を変更。

○ 医師-患者間で情報通信機器を通じて行う遠隔医療を右図のとおり分類し、オンライン診療について、「最低限遵守する事項」と「推奨される事項」を示す。

○ 「最低限遵守する事項」に従いオンライン診療を行う場合には、医師法第20条に抵触するものではないことを明確化。

情報通信機器を通じて行う遠隔医療のうち、医師－患者間において行われるもの

		定義	本指針の適用
診断等の医学的判断を含む	オンライン診療	診断や処方等の診療行為をリアルタイムで行う行為	全面適用
	オンライン受診勧奨	医療機関への受診勧奨をリアルタイムで行う行為	一部適用
一般的な情報提供	遠隔健康医療相談	一般的な情報の提供に留まり、診断等の医師の医学的判断を伴わない行為	適用なし

3．指針の具体的内容

【診療行為に関する事項】

① **初診および急病急変患者は、原則として直接の対面による診療**を行うこと。ただし、患者がすぐに適切な医療を受けられない状況で、速やかにオンライン診療による診療を行う必要性が認められる場合には、オンライン診療によることも可能。

② オンライン診療で行う具体的な診療内容等を定める**「診療計画」を策定**すること。

③ HPKIカード等を活用し、**患者が医師の免許確認を行える環境を整える**こと。

④ **オンライン診療に基づく処方が可能**。ただし、現にオンライン診療を行っている疾患とは異なる疾患に対して新たに医薬品の処方を行う場合は、直接の対面診療に基づき行うこと。

⑤ 患者の状態について十分に必要な情報が得られていると判断できない場合、速やかにオンライン診療を中止し、直接の対面診療を行うこと。

【オンライン診療の提供体制に関する事項】

① オンライン診療を行う医師は、**医療機関に所属**していること。

② 患者の急病急変時に適切に対応するため、**患者が速やかにアクセスできる医療機関において直接の対面診療を行える体制**を整えておくこと。

③ 患者がオンライン診療を受ける場所（職場等を含む。）は、対面診療が行われる場合と同程度に、清潔かつ安全であること。

④ 特定多数人に対してオンライン診療を提供する場合には、診療所の届出を行うこと。

【通信環境に関する事項】

医師側・患者側の端末等において、情報漏えいや不正アクセス等を防止するため必要な措置が講じられていることを確認すること。

「医師の働き方改革に関する検討会」について

◆　働き方改革実行計画（平成29年3月28日働き方改革実現会議決定）においては、長時間労働の是正のため、労働基準法を改正し、罰則付きの時間外労働の上限規制をはじめて法律で導入する方向性が示されている。

◆　この中で、医師については、医師法（昭和23年法律第201号）に基づく応召義務等の特殊性を踏まえた対応が必要であることから、時間外労働規制の対象とするものの、改正法の施行期日の5年後を目途に規制を適用することとし、具体的には、医療界の参加の下で検討の場を設け、2年後を目途に規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得るとされた。これを踏まえ、本検討会を開催するものである。

構成員

（計24名）　（※五十音順）

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

◎：座長

本検討会の検討事項

（1）　医師に対する時間外労働規制の具体的な在り方
（2）　医師の勤務環境改善策　　（3）　その他

検討のスケジュール

◆第１回（平成29年８月２日）　医師の働き方改革について
◆第２回（平成29年９月21日）　労働時間法制等について
◆第３回（平成29年10月23日）　医師の勤務実態について
◆第４回（平成29年11月10日）　勤務環境改善策について
◆第５回（平成29年12月22日）　勤務医の健康確保等について
◆第６回（平成30年１月15日）　中間論点整理・緊急対策（骨子案）について
◆第７回（平成30年２月16日）　中間論点整理・緊急対策について
◆第８回（平成30年７月９日）　今後の進め方等について
◆第９回（平成30年９月３日）　宿日直、自己研鑽等について
◆第10回（平成30年９月19日）　応召義務等について
◆第11回（平成30年11月９日）　勤務環境改善策について
◆第12回（平成30年11月19日）　医療の特性・医師の特殊性等について
◆第13回（平成30年12月５日）　時間外労働規制の在り方について
◆第14回（平成30年12月17日）　時間外労働規制の在り方等について
◆第15回（平成30年12月19日）　時間外労働規制の在り方等について
◆第16回（平成31年１月11日）　とりまとめ骨子等について
◆第17回（平成31年１月21日）　時間外労働規制の在り方について
◆第18回（平成31年２月６日）　時間外労働規制の在り方について
◆第19回（平成31年２月20日）　時間外労働規制の在り方について
◆第20回（平成31年３月13日）　報告書（案）等について
◆第21回（平成31年３月15日）　報告書（案）等について
◆第22回（平成31年３月28日）　報告書等について

医師の時間外労働規制について

第20回 医師の働き方改革に関する検討会
平成31年3月13日
資料2

【時間外労働の上限】

一般則

（例外）
・年720時間
・複数月平均80時間（休日労働含む）
・月100時間未満（休日労働含む）
年間６か月まで

（原則）
１か月45時間
１年360時間

※この（原則）については医師も同様。

2024年４月～

年960時間／月100時間（例外あり）
※いずれも休日労働含む

A：診療従事勤務医に2024年度以降適用される水準

年1,860時間／月100時間（例外あり）
※いずれも休日労働含む

B：地域医療確保暫定特例水準（医療機関を特定）

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

C-1 / C-2 集中的技能向上水準（医療機関を特定）

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

将来（暫定特例水準の解消（＝2035年度末）後）

年960時間／月100時間（例外あり）
※いずれも休日労働含む

A

将来に向けて縮減方向

C-1 **C-2**

【追加的健康確保措置】

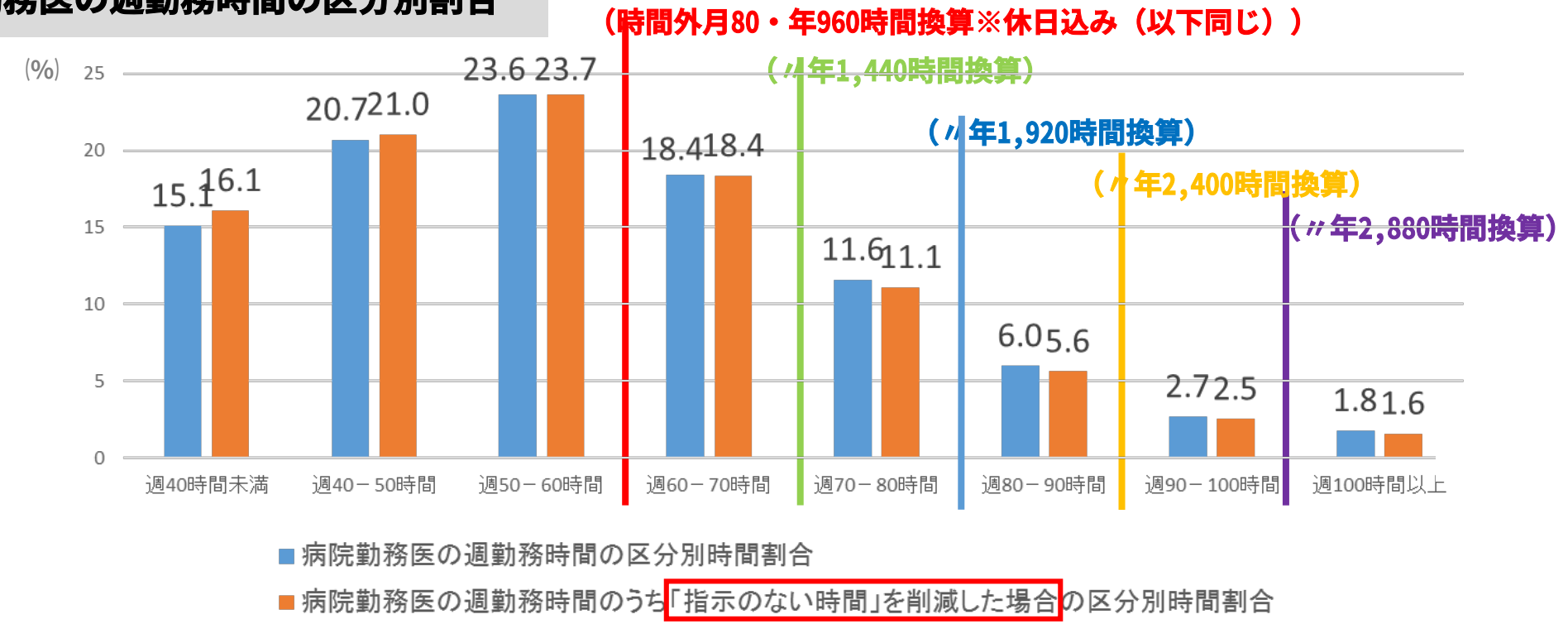
月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置（いわゆるﾄﾞｸﾀｰｽﾄｯﾌﾟ）

- **連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル９時間の確保・代償休息のセット（努力義務）**
  ※実際に定める３６協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。
- **連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル９時間の確保・代償休息のセット（義務）**
- **連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル９時間の確保・代償休息のセット（義務）**
  ※初期研修医については連続勤務時間制限を強化して徹底（代償休息不要）
- **連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル９時間の確保・代償休息のセット（努力義務）**
  ※実際に定める３６協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。
- **連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル９時間の確保・代償休息のセット（義務）**

病院勤務医の週勤務時間の区分別割合

第20回 医師の働き方改革に関する検討会
平成31年3月13日
資料2

病院勤務医の週勤務時間の区分別割合



＜集計･推計の前提＞

病院勤務医の週勤務時間	「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）結果をもとに医政局医療経営支援課で作成。病院勤務の常勤医師のみ。勤務時間は「診療時間」「診療外時間」「待機時間」の合計。
病院勤務医の週勤務時間のうち「指示のない時間」を削減した場合	「病院勤務医の勤務実態に関する研究」（平成29年度厚生労働行政推進調査事業費「病院勤務医の勤務実態に関する調査研究」研究班）の集計結果から、「診療外時間」（教育、研究、学習、研修等）における上司等からの指示（黙示的な指示を含む。）がない時間（調査票に「指示無」を記入）が4.4%であることを踏まえ、上記「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」における個票の診療外時間より削減した。

➡ 赤いグラフにおける分布の「上位10%」＝年1,904時間

2024年4月とその後に向けた改革のイメージ

第20回 医師の働き方改革に関する検討会
平成31年3月13日
資料2

- 医療機関で診療に従事する勤務医の時間外労働が休日労働込みで年960時間以内となるよう（集中的技能向上水準の対象業務を除く）、医療機関・医療界・行政をあげて全力で労働時間短縮に取り組む。
- 地域医療提供体制の確保の観点からやむを得ずこの水準に到達できない場合も地域医療確保暫定特例水準の年1,860時間を上限として、これを上回る部分を約５年間で完全になくす改革をしていく。

（時間外労働の年間時間数）

勤務時間2,880時間超えの病院常勤勤務医3,200人

連続勤務時間制限・勤務間インターバルによる強制的労働時間制限＋法定休日

2,300時間程度

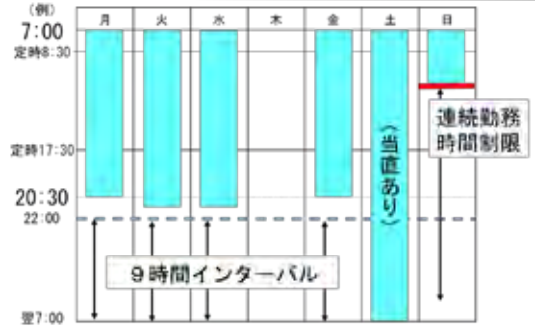
2,100時間程度

（＋さらに25日程度の休日・休暇）

（＋さらなる短縮）

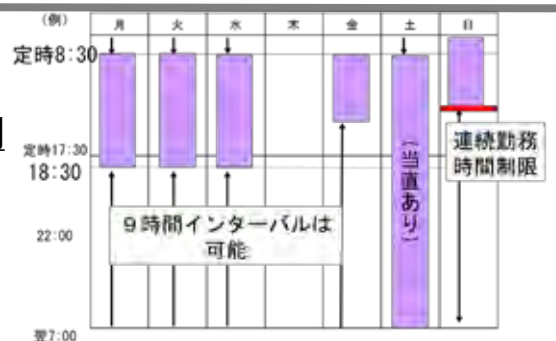
1,860時間

その働き方の例



960時間

その働き方の例



病院勤務医の約１割

約2万人

病院勤務医の約３割

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

地域医療確保暫定特例水準／集中的技能向上水準：罰則付き上限であり、2024.4以降、この水準を超える時間外労働の医師は存在してはならないこととなる

集中的技能向上水準対象業務に従事する医師（選択した者のみ）

地域医療確保暫定特例水準対象・集中的技能向上水準対象を除き、2024.4以降、960時間を超える時間外労働の医師は存在してはならないこととなる

現状

2024.4
上限規制適用

暫定特例水準の適用終了

地域医療確保暫定特例水準の適用フロー

第20回 医師の働き方改革に関する検討会
平成31年3月13日
資料2

p 2024年４月の時間外労働の上限規制適用までの５年間において、各医療機関の労働時間短縮の動きを念頭に、国・都道府県等が必要な支援等を行った上で、やむを得ないものについて地域医療確保暫定特例水準の適用となる。

＜各医療機関の状況に応じた５年間の動き（例）＞

※事務局案を前提とした整理

（2019年度）

地域医療提供体制を確保するために必要な機能の精査（地域医療構想）

ステップ１：時間外労働時間の実態を的確に把握

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

ステップ２：自施設に適用される上限がどれになるかの検討

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

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

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

- 上限である年960時間を下回って短縮
- 上限である年960時間を下回って短縮
- 都道府県が（B）対象の特定

（2024年度）その後

- （A）水準適用
- （A）水準適用
- （B）水準適用

（さらなる労働時間短縮を目指し努力を継続）

年960時間を目指し努力を継続

※この間、実態面の検証は継続する必要（調査等）

＜医療機関をバックアップする仕組み（案）＞

医師の宿日直や自己研鑽を含めた労働時間の考え方の周知

国（厚生労働省）

- 医師の時間外労働短縮目標ラインの設定等、全体方針を策定

都道府県

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

評価機能（新）

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

時間外労働規制の施行について（中長期の見通し）

第20回 医師の働き方改革に関する検討会
平成31年3月13日
資料2

年度 / 事項	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036
地域医療計画・地域医療構想	第７次医療計画					第８次医療計画			（中間見直し）			（見直し）			（中間見直し）			
医師養成				（医師確保計画に基づく地域枠・地元枠の増員開始）														（達成目標年）
時間外労働上限規制						施行											2036.3 暫定特例水準の適用終了目標	

医師偏在対策においては、地域枠・地元枠の増員効果がある程度蓄積した時点で、都道府県における医師の需給均衡を達成するという考え方で、達成目標年を設定（医師需給分科会で議論）。

（実態調査・検討）

（実態調査・検討）

（実態調査・検討）

- 実態調査
- 医師の労働時間短縮のための実効的な支援策（マネジメント改革、特定行為研修制度のパッケージ化等）により暫定特例水準の対象をなるべく少なくする努力
- 必要に応じて追加的支援策の検討

（B）水準：実態調査等を踏まえた段階的な見直しの検討

（C）水準：研修及び医療の質の評価とともに中長期的に検証

（この後も引き続き）

「緊急的な取組」の徹底に向けて

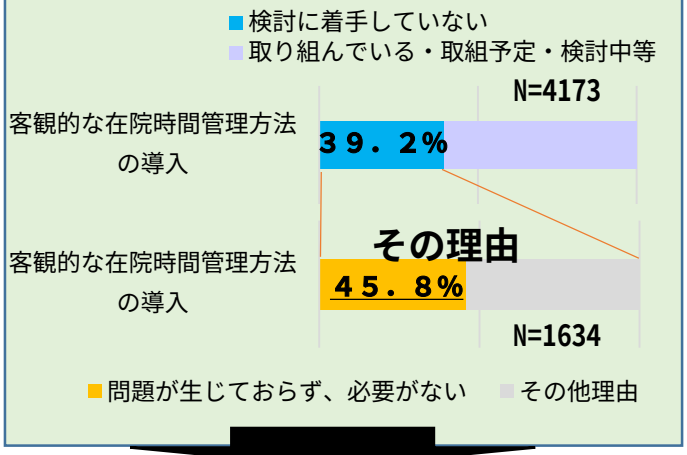
第20回 医師の働き方改革に関する検討会
平成31年3月13日
資料2

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

（参考）医師の労働時間短縮のための緊急的な取組　フォローアップ調査

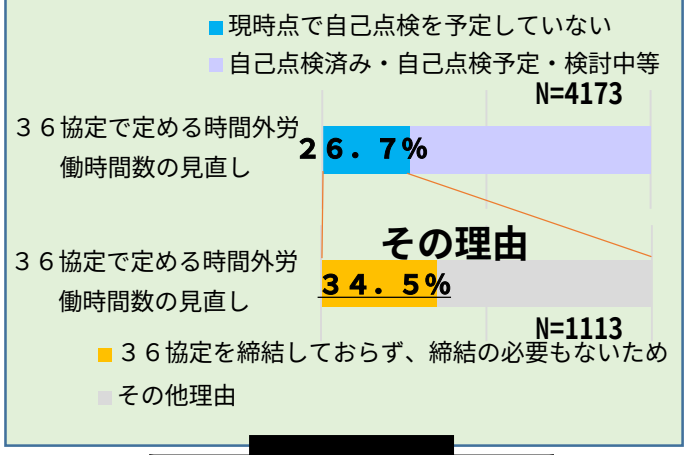
※平成30年度厚生労働省委託事業により、平成30年９～10月にかけて調査を実施

「労働時間管理の適正化に向けた取組」



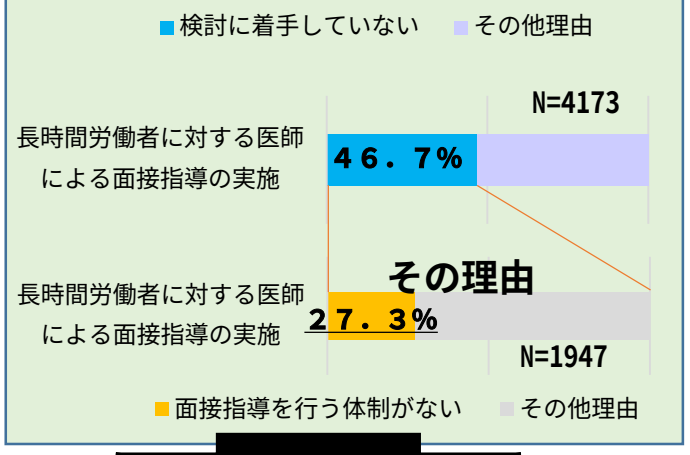
適切な労働時間管理は使用者の責務

「36協定等の自己点検」



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

「既存の産業保健の仕組みの活用」



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

すべての医療機関に適正な労務管理を！！

特定の医師個人への負担の固定化を防止するために

第20回 医師の働き方改革に関する検討会
平成31年3月13日
資料2

検討中の地域医療確保暫定特例水準（（Ｂ）水準）について、特定の医師個人への負担の固定化を防止するため、（Ｂ）水準に係る制度設計における対応と、医師偏在対策の推進等の医療提供体制における対応を実施。

（Ｂ）水準に係る制度設計における対応

■ 長時間労働の業務・診療科への重点的な取組・支援

（Ｂ）対象医療機関には、医師労働時間短縮計画の策定を義務付け

↓ 長時間労働の業務・診療科が明らかとなる

集中している負担の軽減を進め、固定化させない
院内でのタスクシフト･シェア／地域医療提供体制の機能分化･連携

これらの取組で労働時間を着実に短縮することにより

（Ｂ）水準は2035年度末までに960時間に引下げ
それまでの間、段階的な見直しの検討を実施

■ 健康確保措置の確実な実施

連続勤務時間制限（28時間）勤務間インターバル（9時間）等

医師による面接指導 就業上の措置（ﾄﾞｸﾀｰｽﾄｯﾌﾟ）

これらの義務付けによる長時間労働の防止

- 医事法制上、医療機関に実施記録の保存を求め、都道府県が**実施確認**
- 就業上の措置は**きめ細やかな具体例**を提示予定（小刻みな就業制限等）
  ⇒医療機関は**就業上の措置を最優先**で講じ、
  一時的な診療縮小が生じる場合は**地域医療提供体制でカバー**

医療提供体制における対応

■ 医師偏在対策の推進（平成30年医療法･医師法改正法による対応）

地域医療を一人の医師に背負わせず面で支える仕組みの構築

都道府県（地域医療支援センター）

医師少数区域等に優先的に医師派遣

（例）特定の病院の循環器医師が長年にわたって長時間労働の場合、当該病院に循環器医師を派遣することで科の労働時間を削減

区域内の（Ｂ）対象医療機関に特に重点的に派遣

医師少数区域等で勤務する医師に対し、交代医師の派遣などの負担軽減策を実施

地域枠医師は、キャリア形成プログラムに基づき勤務→ローテートにより負担を固定化しない

医療関係者

医師偏在対策は、地域医療対策協議会で協議・公表
大学等の地域医療関係者の協力義務を規定

■ 地域医療構想の実現に向けた取組

医療機関の機能分化・連携の推進により効率的な医療提供体制を構築

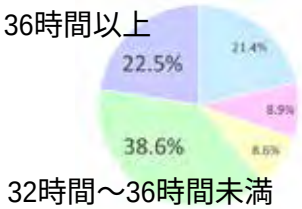
想定される働き方の変化イメージ（勤務医からみて）

第20回 医師の働き方改革に関する検討会
平成31年3月13日
資料2

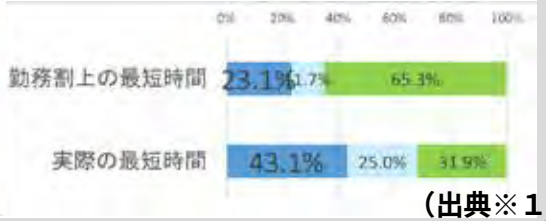
※事務局案を前提とした整理

当直明けも夕方まで連続勤務 夜遅くなっても翌朝は早い

【当直明け連続勤務】



【勤務間インターバル】



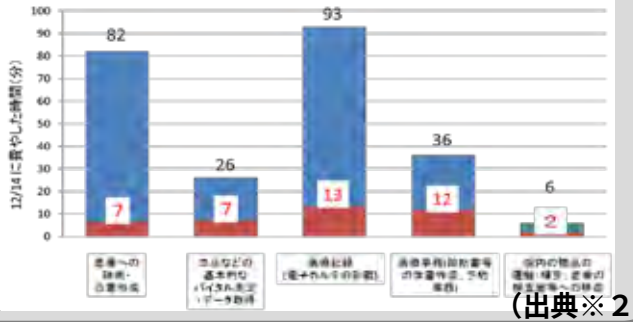
（出典※１）

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

医師でなくてもできる仕事もしなければならない

【タスク・シフティングが可能な時間】

平均１日
約40分程度

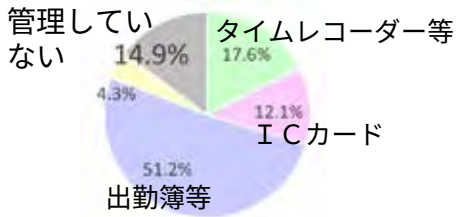


（出典※２）

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

労働時間管理がなされていない 勤務時間に見合った支払いがなされていない

【労働時間管理方法】



【申告していない時間外労働】

（出典※３）

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

※宿日直許可を受けていない当直

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

特に研修医の場合

※事務局案を前提とした整理

特に、臨床研修医・専門研修中の医師については、

- **長時間労働を強いられることのないよう、一方で、学習・技能向上の意欲に応えられるよう、一人ひとりがプログラム選択時に判断しやすい制度に改革。**
- **初期研修医については、入職まもない時期でもあることから、連続勤務時間制限等を厳しくし、健康確保にさらに配慮。**

若手医師・医学生の声

（出典：医師の長時間労働の法規制に関する若手医師と医学生からの提言書「「壊れない医師・壊さない医療」を目指して」（2012.12.22　Advocacy team of Young Medical Doctors and Students 第5回医師の働き方改革に関する検討会資料２）より抜粋）

下記に挙げる項目について、国民や行政、立法、医師会、コメディカル、アカデミア等が協力して、<u>包括的かつ長期的な目標を設定し、実質的に医師が労働基準法を守れるような労働環境を段階的に実現</u>していくよう求める。

- ９０％以上の若手医師と医学生が「医師の健康診断や休息の確保」や「医師の抑うつやバーンアウト、自殺を予防する対策」、「医師の子育て支援とキャリア支援」を必要としている。
- ９４％の医学生が長時間労働の上限規制に際して「研修の質の維持とモニタリング」を必要と考えている。

（この他、医師自身の働き方に対する意識の変革、労働時間の定期的なモニタリングの実施、給与の維持、タスクシフティングやタスクシェアリングの推奨等が挙げられている）

すべての臨床研修・専門研修プログラムで、時間外労働の見込み時間数を提示
⇒自身の希望に基づき選択

（時間外労働年960時間を超える場合に以下を義務化）

【臨床研修医】
連続勤務時間制限15時間（インターバル９時間）又は24時間（インターバル24時間）による休息の確保

【専門研修中の医師】
連続勤務時間制限28時間・インターバル９時間による休息の確保

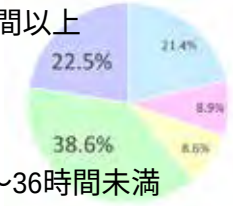
想定される医療の在り方の変化イメージ（患者・国民からみて）

第20回 医師の働き方改革に関する検討会
平成31年3月13日
資料2

※事務局案を前提とした整理

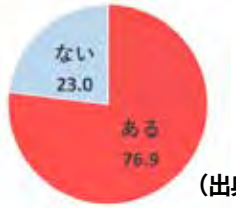
医師が疲弊し、今のままでは医療は崩壊の危機

【当直明け連続勤務】



（出典※１）

【ヒヤリハット体験の割合】



（出典※２）

何でも医師がしてくれることが当たり前

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

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

医療アクセスが良く便利だが、非効率な場合も

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

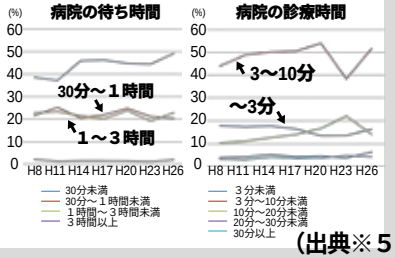
患者・家族は受診の要否の判断が難しく、不安が夜間休日を含めた不急の受診につながる

【ある救急相談センターの例】

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

（出典※４）

病院の待ち時間が長く、診療時間が短い



（出典※５）

国民の理解・患者の上手なかかり方を進めながら

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

⇨ 医師の健康が確保され、より安心・安全な医療を受けられることを目指す

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

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

地域の医療機関の機能分化・連携が進む

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

行政・医療界が信頼できる医療情報を発信し、受診に関する相談体制を充実

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

（出典※１）平成29年度厚生労働省委託　医療勤務環境改善マネジメントシステムに基づく医療機関の取組に対する支援の充実を図るための調査・研究事業における医療機関アンケート調査（医師票）結果を基に厚生労働省医政局医療経営支援課において作成。　／　（出典※２）労働政策研究・研修機構　勤務医の就労実態と意識に関する調査（平成24年）　／　（出典※３）医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）等　／　（出典※４）横浜市救急相談センターへの問合せ結果（H28.1.15～H29.1.14救急相談データ）　／　（出典※５）平成26年受療行動調査（厚生労働省）

医療法及び医師法の一部を改正する法律（平成30年法律第79号）の概要

改正の趣旨

地域間の医師偏在の解消等を通じ、地域における医療提供体制を確保するため、都道府県の医療計画における医師の確保に関する事項の策定、臨床研修病院の指定権限及び研修医定員の決定権限の都道府県への移譲等の措置を講ずる。

改正の概要

１．医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設【医療法】

医師少数区域等における一定期間の勤務経験を通じた地域医療への知見を有する医師を厚生労働大臣が評価・認定する制度の創設や、当該認定を受けた医師を一定の病院の管理者として評価する仕組みの創設

２．都道府県における医師確保対策の実施体制の強化【医療法】

都道府県においてPDCAサイクルに基づく実効的な医師確保対策を進めるための「医師確保計画」の策定、都道府県と大学、医師会等が必ず連携すること等を目的とした「地域医療対策協議会」の機能強化、効果的な医師の配置調整等のための地域医療支援事務の見直し　等

３．医師養成過程を通じた医師確保対策の充実【医師法、医療法】

医師確保計画との整合性の確保の観点から医師養成過程を次のとおり見直し、各過程における医師確保対策を充実

- 医学部：都道府県知事から大学に対する地域枠・地元出身入学者枠の設定・拡充の要請権限の創設
- 臨床研修：臨床研修病院の指定、研修医の募集定員の設定権限の国から都道府県への移譲
- 専門研修：国から日本専門医機構等に対し、必要な研修機会を確保するよう要請する権限の創設
  都道府県の意見を聴いた上で、国から日本専門医機構等に対し、地域医療の観点から必要な措置の実施を意見する仕組みの創設　等

４．地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応【医療法】

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

５．その他【医療法等】

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

施行期日

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

医師確保計画を通じた医師偏在対策について

医療従事者の需給に関する検討会
第23回　医師需給分科会（平成30年10月24日）
資料1（抜粋・一部改変）

背景

- 人口10万人対医師数は、医師の偏在の状況を十分に反映した指標となっていない。
- 都道府県が主体的・実効的に医師確保対策を行うことができる体制が十分に整っていない。

医師の偏在の状況把握

医師偏在指標の算出

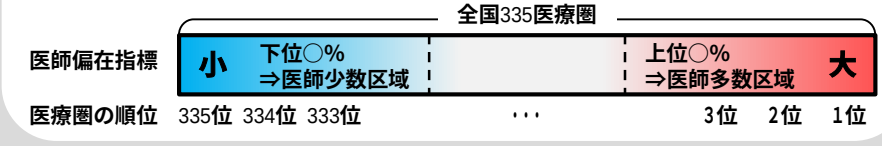
三次医療圏・二次医療圏ごとに、**医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成等を踏まえた**医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

医師偏在指標で考慮すべき「５要素」

- 医療需要（ニーズ）及び将来の人口・人口構成の変化
- 患者の流出入等
- へき地等の地理的条件
- 医師の性別・年齢分布
- 医師偏在の種別（区域、診療科、入院／外来）

医師多数区域・医師少数区域の設定

全国の335二次医療圏の医師偏在指標の値を一律に比較し、上位の一定の割合を医師多数区域、下位の一定の割合を医師少数区域とする基準を国が提示し、それに基づき都道府県が設定する。



国は、都道府県に医師確保計画として以下の内容を策定するよう、ガイドラインを通知。

『医師確保計画』（＝医療計画に記載する「医師の確保に関する事項」）の策定

医師の確保の方針

（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

医師偏在指標の大小、将来の需給推計などを踏まえ、地域ごとの医師確保の方針を策定。

（例）・短期的に医師が不足する地域では、医師が多い地域から医師を派遣し、医師を短期的に増やす方針とする
・中長期的に医師が不足する地域では、地域枠・地元出身者枠の増員によって医師を増やす方針とする 等

確保すべき医師の数の目標（目標医師数）

（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

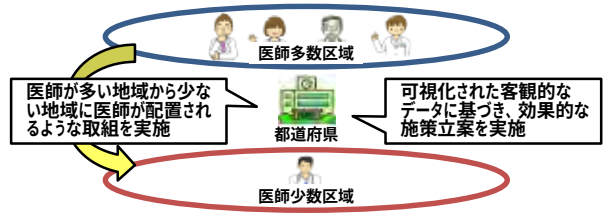
医師確保計画策定時に、3年間の計画期間の終了時点で確保すべき目標医師数を、医師偏在指標を踏まえて算出する。

目標医師数を達成するための施策

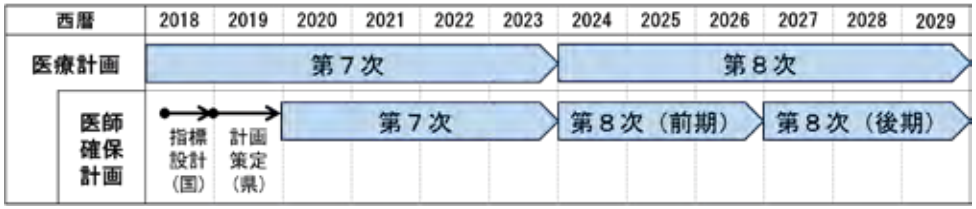
医師の確保の方針を踏まえ、目標医師数を達成するための具体的な施策を策定する。

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

都道府県による医師の配置調整のイメージ



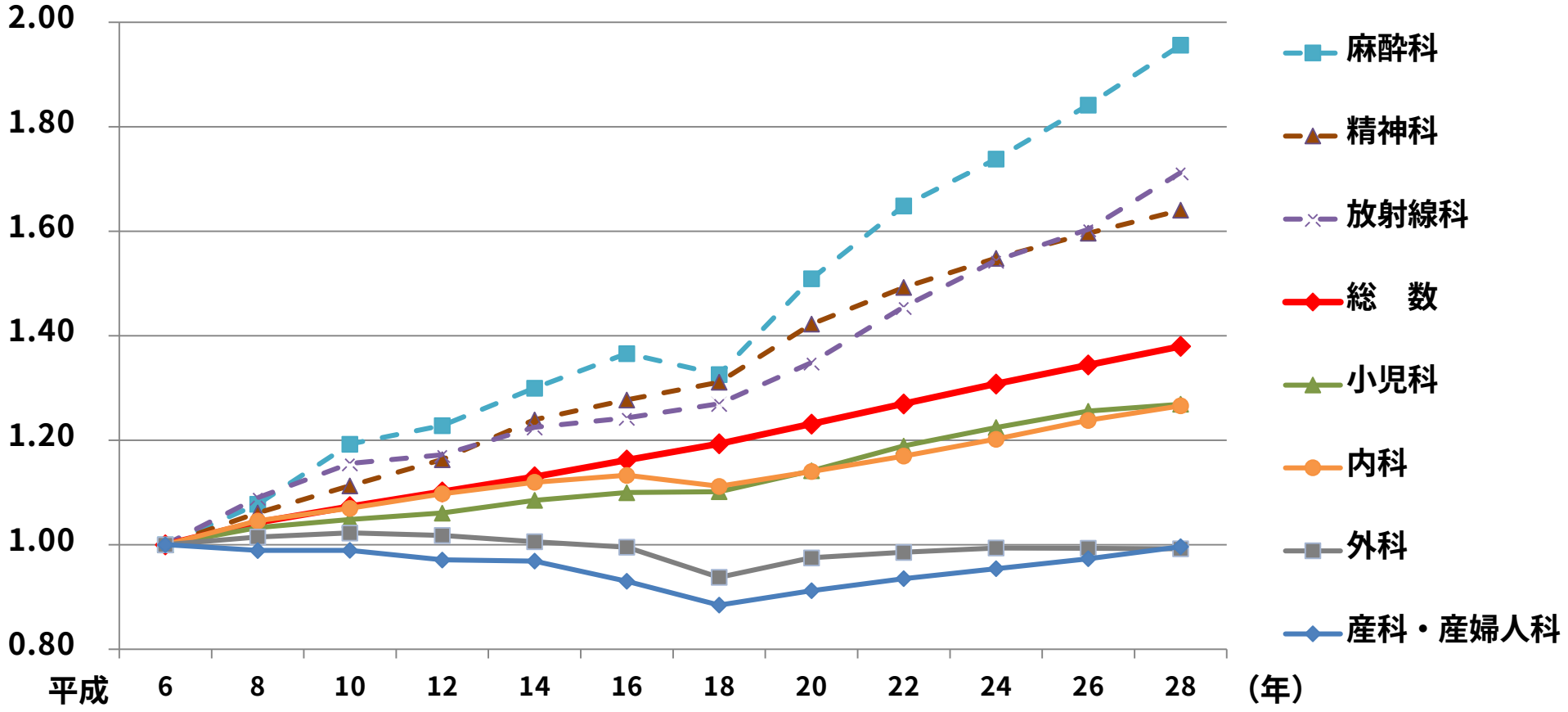
3年*ごとに、都道府県において計画を見直し（PDCAサイクルの実施）



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

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20～28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20～28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28年医師・歯科医師・薬剤師調査

将来の診療科ごとの医師の需要の明確化について

現状と課題

○ 現在、医師数は継続的に増加している一方、その増分は一部の診療科に集中しており、診療科ごとの労働時間には大きな差が存在している。

○ 一方、現行では、 診療科別の医師のニーズは不明確であり、医師は臨床研修修了後に自主的に主たる診療科を選択している。

○ また、新専門医制度においても、診療科偏在の是正策は組み込まれていない。

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

対応

○ 医師需給分科会第２次中間取りまとめにおいては、「医師が、将来の診療科別の医療ニーズを見据え、適切に診療科を選択することで診療科偏在の是正につながるよう、人口動態や疾病構造の変化を考慮した診療科ごとに将来必要な医師数の見通しを、国全体・都道府県ごとに明確化し、国が情報提供すべきである。」とされた。

専門医の領域、認定・更新

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）より

○専門医の領域は、基本領域の専門医を取得した上でサブスペシャルティ領域の専門医を取得する二段階制を基本とする。

○専門医の認定は、経験症例数等の活動実績を要件とし、また、生涯にわたって標準的な医療を提供するため、専門医取得後の更新の際にも、各領域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。

新たな専門医制度の基本設計

サブスペシャルティ領域　(29 領域)

消化器病、循環器、呼吸器、血液、内分泌代謝、糖尿病、腎臓、肝臓、アレルギー、感染症、老年病、神経内科、消化器外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科、リウマチ、小児循環器、小児神経、小児血液・がん、周産期、婦人科腫瘍、生殖医療、頭頸部がん、放射線治療、放射線診断、手外科、脊椎脊髄外科、集中治療

基本領域　(19 領域)

総合診療
リハビリテーション科
形成外科
救急科
臨床検査
病理
麻酔科
放射線科
脳神経外科
泌尿器科
耳鼻咽喉科
眼科
産婦人科
整形外科
外科
精神科
皮膚科
小児科
内科

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（髙久史麿座長）報告書 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**。

※　平成２６年5月7日、一般社団法人 日本専門医機構が設立

（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年度から、１９基本領域の養成を一斉に開始

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