

# 医師の働き方改革と 医療提供体制改革の今後

～「地域の実情」に応じた体制整備に向けて～

2023年10月22日

長野県男女共同参画セミナー  
信州大学医学部地域医療推進学教室  
長野県健康福祉部医師看護人材確保対策課

ニッセイ基礎研究所  
三 原 岳

# 本日のタイムスケジュール

- 10時30分～11時30分頃：三原の説明
- 11時30分頃～12時頃：中澤先生、参加者との質疑応答
- 12時頃：終了予定  
(質疑応答次第で、少し終了時間がズレ込むかもしれません)

- 御質問のある方は11時15分頃までに画面下部の  
**チャットボタン**から入力して下さい。
- 全てに対応できないかもしれません、**質疑応答**で  
ピックアップします。



# 今日の内容 (1) ～自己紹介など～

- 1：はじめに～自己紹介など～
- 2：日本の医療制度の特色
- 3：地域医療構想の概要
- 4：医師の働き方改革の概要
- 5：その他の提供体制改革
- 6：おわりに

# 少しだけ自己紹介

元々は新聞記者、別のシンクタンクを経て現職に。  
ウェブサイトなどに情報発信。

ニッセイ基礎研究所 2020-09-15

## 基礎研 レポート

感染症対策はなぜ見落とされた  
きたのか  
保健所を中心とした公衆衛生の歴史を振り返る

ニッセイ基礎研究所 2022-05-16

## 基礎研 レポート

1——はじめに～感染症対策は  
新型コロナウイルスの感染が  
いる。中でも、感染症対策の最  
弱な医療制度の課題が浮き彫り  
では、なぜ感染症対策に対  
きたのだろうか。歴史を振り返  
核対策を重視してきた。この方  
視されるようになったと言え  
そこで、本レポートでは感  
とされてきた背景を探る。具  
構造の変化、公的医療保険の上  
で、感染症対策にも対応でき  
を参考にした病床の確保策など  
1——はじめに～2022年度診療報酬改定を読み解く～  
2022年4月から新しい診療報酬体系がスタートした。医療サービスの対価として医療機関に支払われる  
診療報酬本体は2年に1回の頻度で見直されており、2022年度の改定に際しては、新興感染症への対応に  
加えて、症状が安定している患者については、医師の処方で一定期間内に処方箋を反復利用できるように  
する「リフィル処方箋」、初診からのオンライン診療解禁などに関する内容や論点を  
概観する。

保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 主任研究員 三原 岳  
(03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

ニッセイ基礎研究所 2022 年度診療報酬改定を読み解く(上)  
新興感染症対応、リフィル処方箋、オンライン診療の初診緩和など

1——はじめに～2022年度診療報酬改定を読み解く～

2022年4月から新しい診療報酬体系がスタートした。医療サービスの対価として医療機関に支払われる  
診療報酬本体は2年に1回の頻度で見直されており、2022年度の改定に際しては、新興感染症への対応に  
加えて、症状が安定している患者については、医師の処方で一定期間内に処方箋を反復利用できるように  
する「リフィル処方箋」、初診からのオンライン診療解禁などに関する内容や論点を  
概観する。

本レポートでは2回シリーズで、改定の狙いや背景、今後の展望などを考察する。(上)では診療報酬改定を巡る財務省、厚生労働省、日本医師会などの利害調整を振り返るとともに、2022年度改定の柱のうち、  
新興感染症への対応やリフィル処方箋、オンライン診療、不妊治療の保険適用などに関する内容や論点を  
概観する。

地域医療は  
再生するか  
コロナ禍における提供体制改革  
三原 岳



医業経済社

<主な基礎研ウェブサイトでの情報発信>

- かかりつけ医を巡る議論とは何だったのか (2023年2月、全2回)
- コロナ禍を受けた改正感染症法はどこまで機能するか (2022年12月)
- 2022年度診療報酬改定を読み解く (2022年5月、全2回)
- 医療制度論議における「かかりつけ医」の意味を問い合わせ (2021年8月)
- コロナ禍で成立した改正医療法で何が変わるか (2021年7月)
- 自治体の認知症条例に何を期待できるか (2021年4月)
- 感染症対策はなぜ見落とされてきたのか (2020年9月)
- 新型コロナがもたらす「2つの回帰」現象 (2020年5月)
- 20年を迎えた介護保険の再考 (2020年6月～2021年3月、全25回)
- 医療と介護の国・地方関係を巡る2つの逆説 (2020年1月)
- 公立病院の具体名公表で医療提供体制改革は進むのか (2019年10月)
- 認知症施策の「神戸モデル」は成功するか (2019年10月)
- 認知症大綱で何が変わるのか (2019年8月)
- 議員立法で進む認知症基本法を考える (2019年3月)
- 社会保障関係法の「自立」を考える (2019年2月)
- 平成期の社会保障改革を振り返る (2018年12月)
- 「65歳の壁」はなぜ生まれるのか (2018年11月)
- 2018年度介護報酬改定を読み解く (2018年5月)
- 2018年度診療報酬改定を読み解く (2018年4月、全2回)
- 地域医療構想を3つのキーワードで読み解く (2017年11月～12月、全4回)

- 早大政経卒。時事通信記者、東京財団研究員を経て、2017年10月に入職。関心事は医療・介護政策。社会政策学会、日本財政学会、日本地方財政学会、自治体学会、日本ケーマネジメント学会、全国マイケープラン・ネットワーク会員。
- 『地域医療は再生するか』(2020年11月出版)、『介護報酬複雑化の過程と問題点』『社会政策』(2015年7月)、『医薬経済』の連載(2015年6月～)。
- 市町村職員の人材育成に関する厚生労働省老健事業委員(2020年度～)、厚生労働科  
研費「総合診療が地域医療における専門医や他職種連携等に与える効果についての研究」(2017年度)など。参議院、自民党、立憲民主党、財政制度等審議会、経団連、  
経済同友会、日本商工会議所、全国知事会、連合、日本医師会、東京都薬剤師会、長野  
県・信州大セミナーなど講演・講師多数。

出典：Amazon、ニッセイ基礎研究所ウェブサイト

突然ですが、  
参加者の皆さん  
は  
健康に不安を感じ  
ている  
でしょうか？

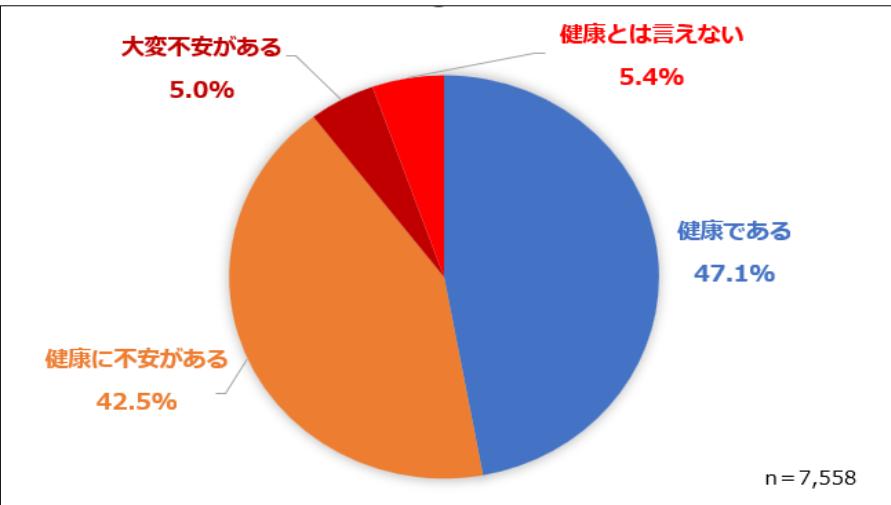
不安を感じていない  
(つまり健康と思っている人) は  
どちらかを押して下さい。

不安を感じている人は  
2つ以外のボタン



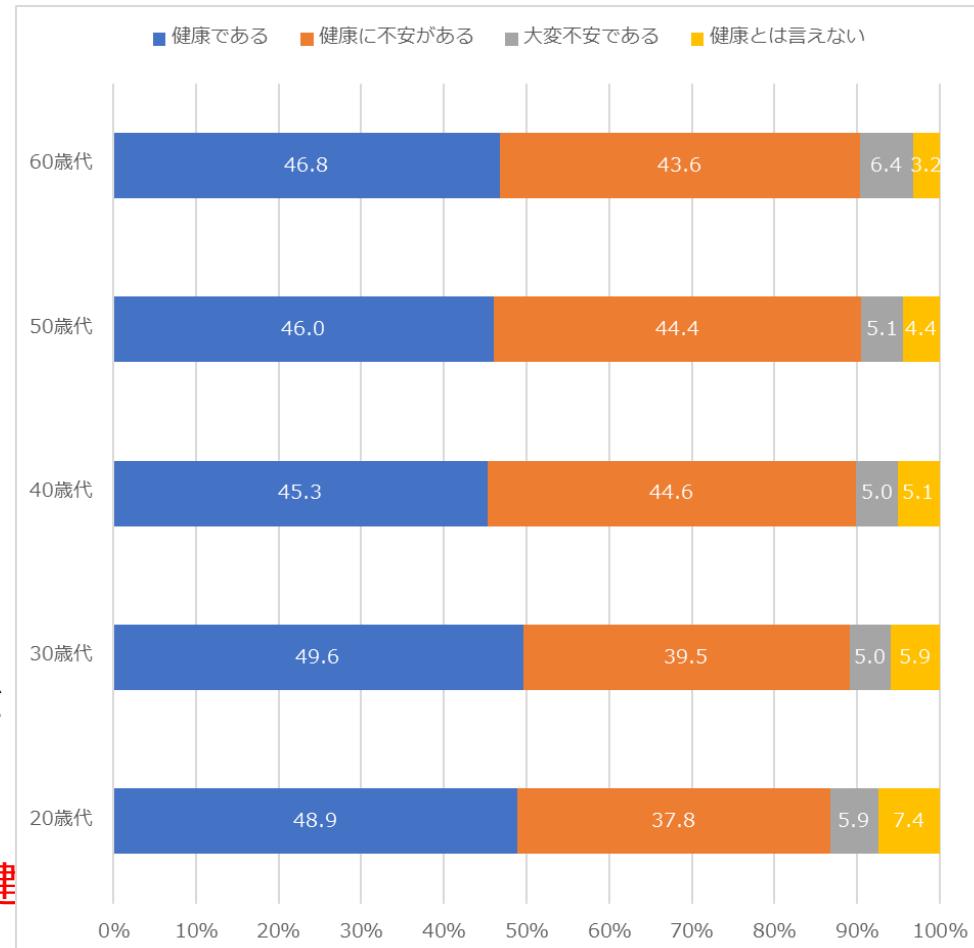
# 医師に対する実態調査

## 健康と答えた医師は47%だが、 「不安がある」と答えた人は過半数を超える。



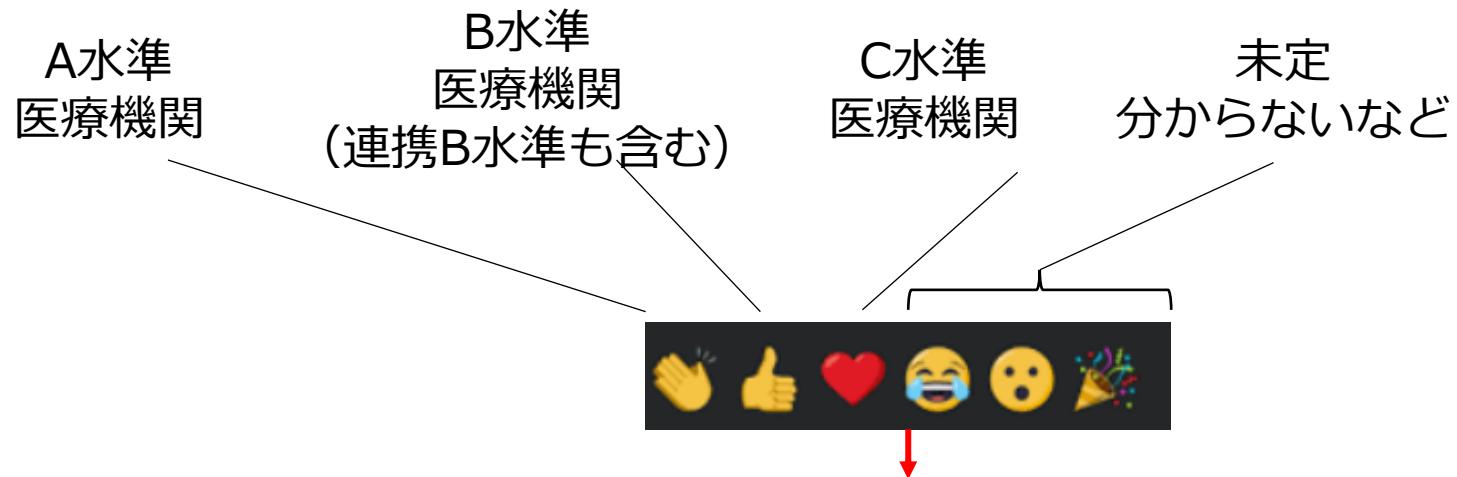
出典：2022年10月公表  
「医師ユニオン勤務医労働実態調査」を基に作成

- 医師ユニオンの調査では、「健康」と答えた人は47.1%だが、健康に不安を感じている人や「健康とは言えない」と思っている人は半数超。
- 前回調査（2017年）と比べると、「健康」と答えた人は10%近く低下。
- さらに、「健康とは言えない」と答えた人を年齢階層別にみると、どの年齢層よりも、20歳代の比率が高い。



→過剰労働が健康状態に影響？

# 御自身は 医師の働き方改革の どの類型に入りますか？



# はじめに

急性期病床の削減などを目指す「地域医療構想」に加えて、2024年4月施行の医師の働き方改革の概要や論点などを考えます。

- 最初に、過剰な病床数や女性医師が少ない点など、医療提供体制の特色を踏まえた後、急性期病床の削減などを目指す「地域医療構想」を説明します。
- 具体的には、地域医療構想の背景に加えて、「再編・統合に向けた検討が必要な公立・公的医療機関」(424リスト)に至った経緯を解説します。その上で、議論が混乱しやすい背景として、「過剰な病床削減」「切れ目のない提供体制の構築」という2つの目的が混在している点を論じます。
- さらに、2024年4月から本格施行される「医師の働き方改革」に向けて必要な対応などを解説し、宿日直許可や自己研鑽では曖昧さが残っている点などを指摘。その上で、単に超過勤務の削減にとどまらず、勤務環境改善に向けたタスクシフト／シェアなどが求められている点を強調します。
- このほか、医師確保や新興感染症対応、かかりつけ医機能強化などにも触れ、「地域の実情」に沿った都道府県の主体性が求められている点を指摘します。
- 最後に、民間企業では働き方改革と健康経営、ダイバーシティへの配慮が一体化しつつある点を指摘し、働き方改革では勤務環境改善が問われる点を強調します。

医療機関の管理者・事務部門のみなさまへ

医師の働き方改革

2024年4月までの

手続きガイド

このパンフレットは、医師の働き方改革を進めるための新しいリールが2024年4月から始まるのに向けて、医療機関がそれまでに行っておく必要のある手続きや、制度の仕組みをわかりやすくまとめたものです。

ぜひ、医療機関内で制度に向けた準備を進める上での参考としてご活用ください。



出典：厚生労働省資料から抜粋

## 今日の内容 (2) ～日本の医療制度の特色～

1：はじめに～自己紹介など～

2：日本の医療制度の特色

3：地域医療構想の概要

4：医師の働き方改革の概要

5：その他の提供体制改革

6：おわりに

# 日本の医療提供体制の特色

保険診療で全て包摂されているが、  
民間中心の提供体制の下、激しい競争に曝されている。

保険診療で全て  
包摂されている

民間中心の  
提供体制

病院、病床が  
多い

医療機関を選ぶ  
フリーアクセス



収入は  
診療報酬に依存

採算性が  
問われる

医療資源が  
希薄になりがち

患者獲得で  
競争



2年に1回の診療報酬改定に  
一喜一憂する構造

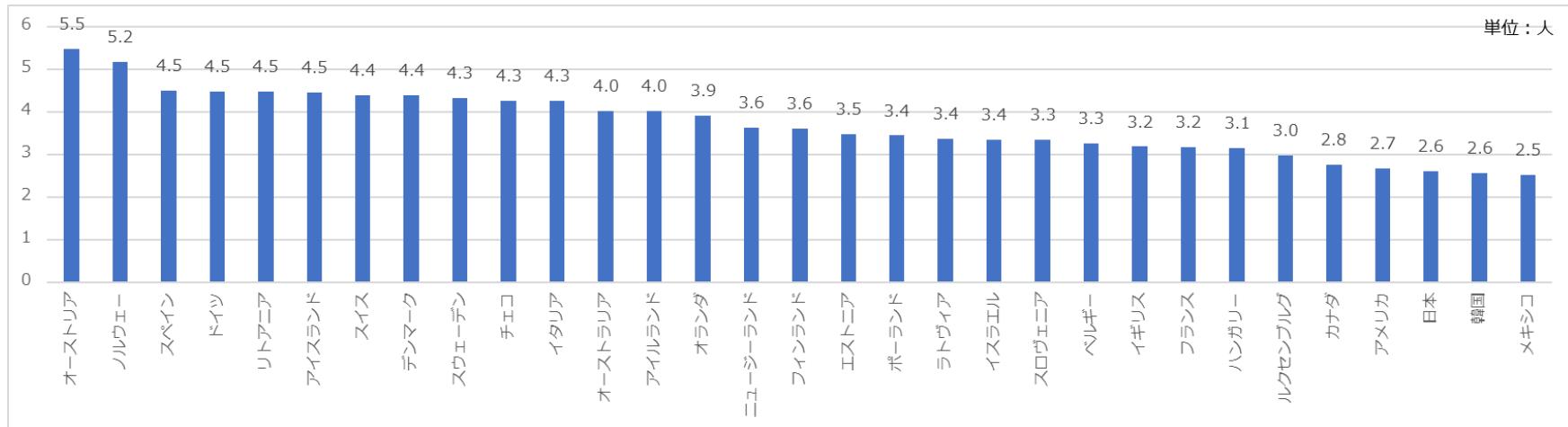
過剰な設備投資で  
患者を獲得しようとする構造  
(医療軍備拡張競争)

短期志向、過剰な設備投資、  
低密度な医療（薄利多売？）になりやすい

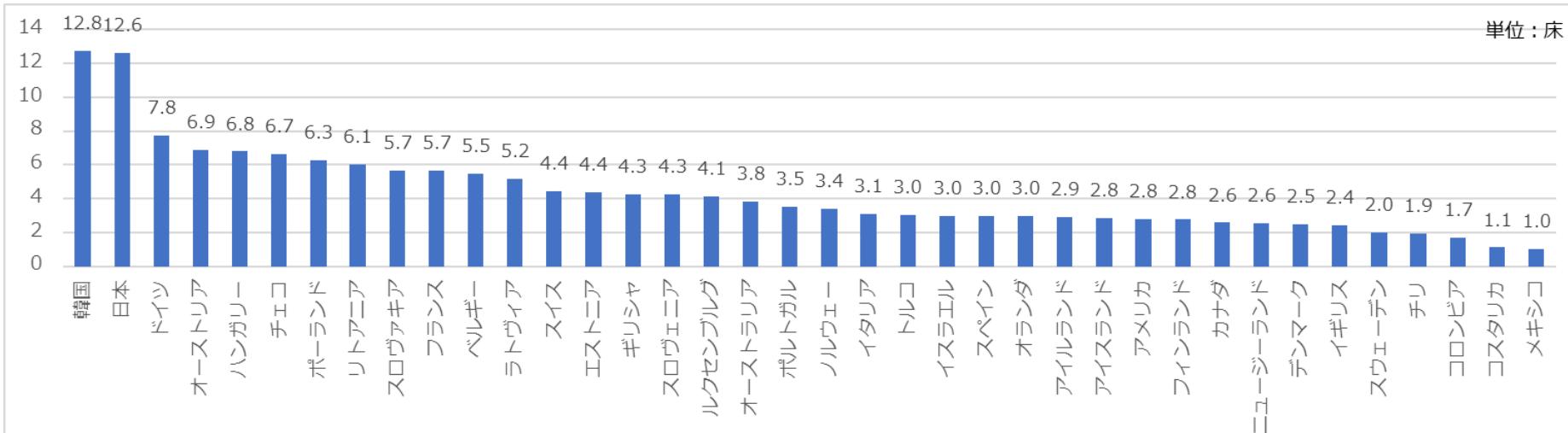
# 日本の医療提供体制の特色（参考）

人口比で見た病床数は世界有数だが、  
医師数は平均以下であり、密度が低く、生産性も高いとは言えない？

人口1,000人当たり医師数（2022年現在または直近の数字）



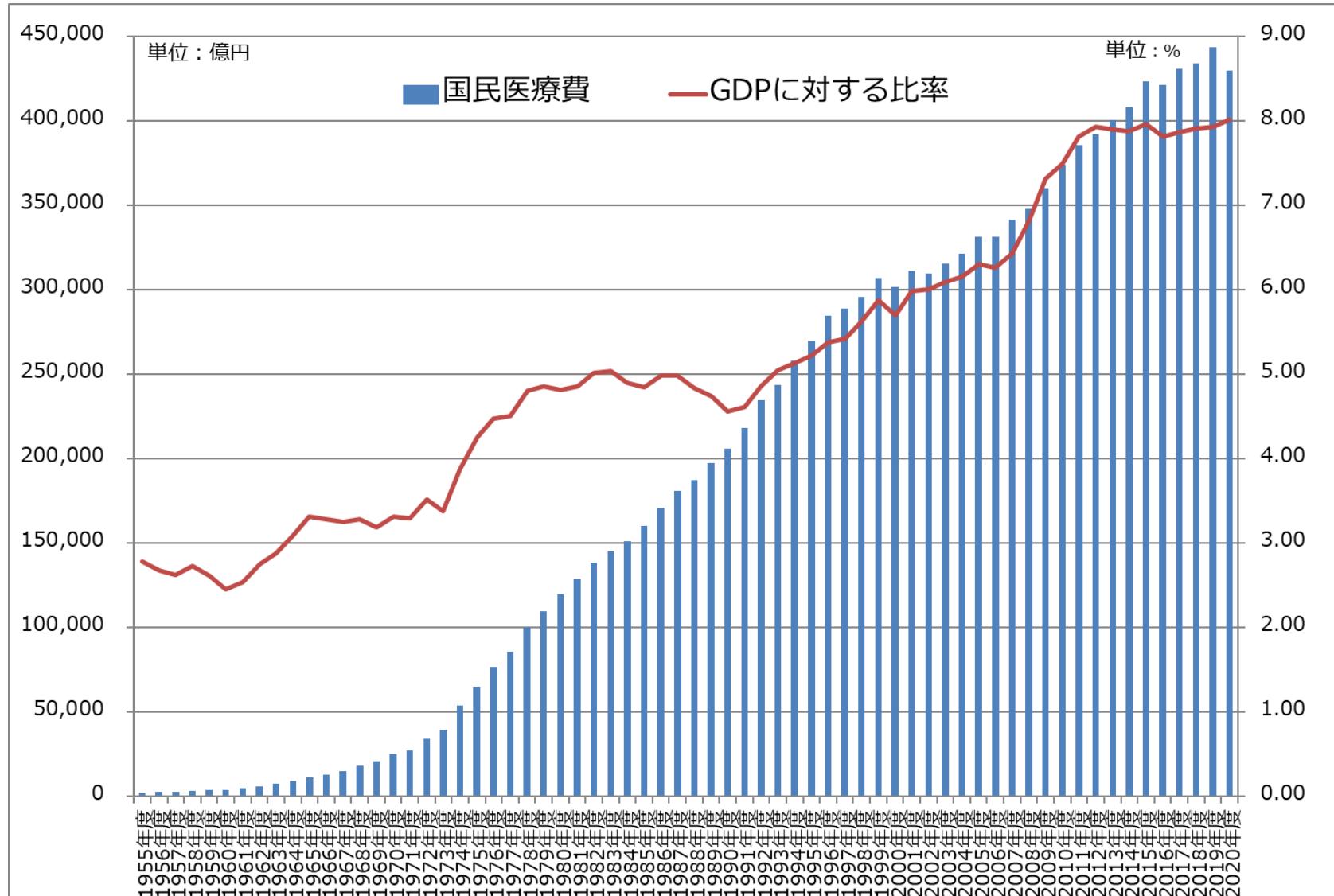
人口1,000人当たりベッド数（2022年現在または直近の数字）



# 医療費の動向

2023年10月22日  
長野県・信州大セミナー/p11

高齢化や医療技術の発達を受けて、GDPの伸びを超えて  
医療費が増加している。

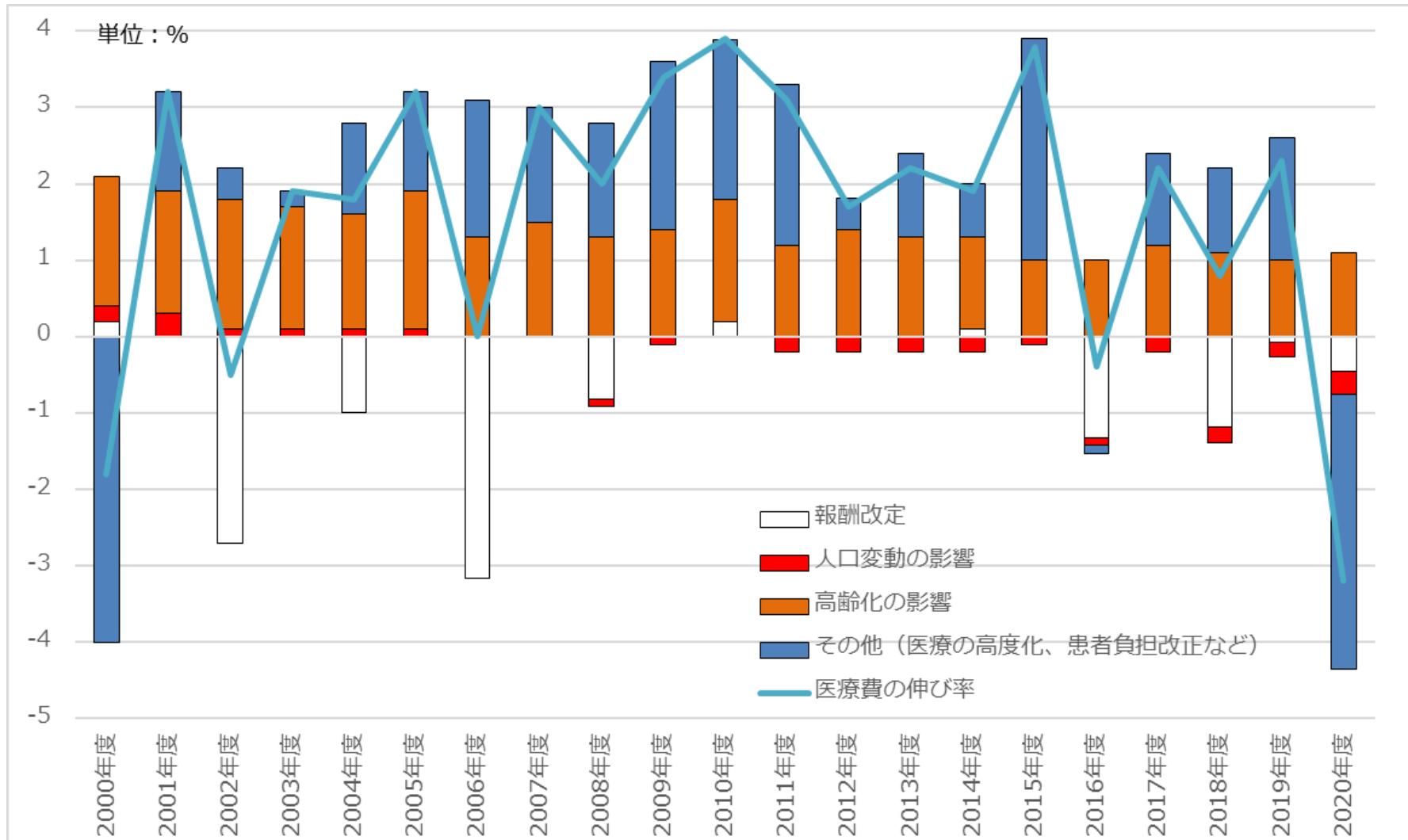


出典：厚生労働省「国民医療費」を基に作成

# 費用増加の要因分析

医療費が増加する原因是高齢化だけでなく、  
医療の「高度化」が影響。

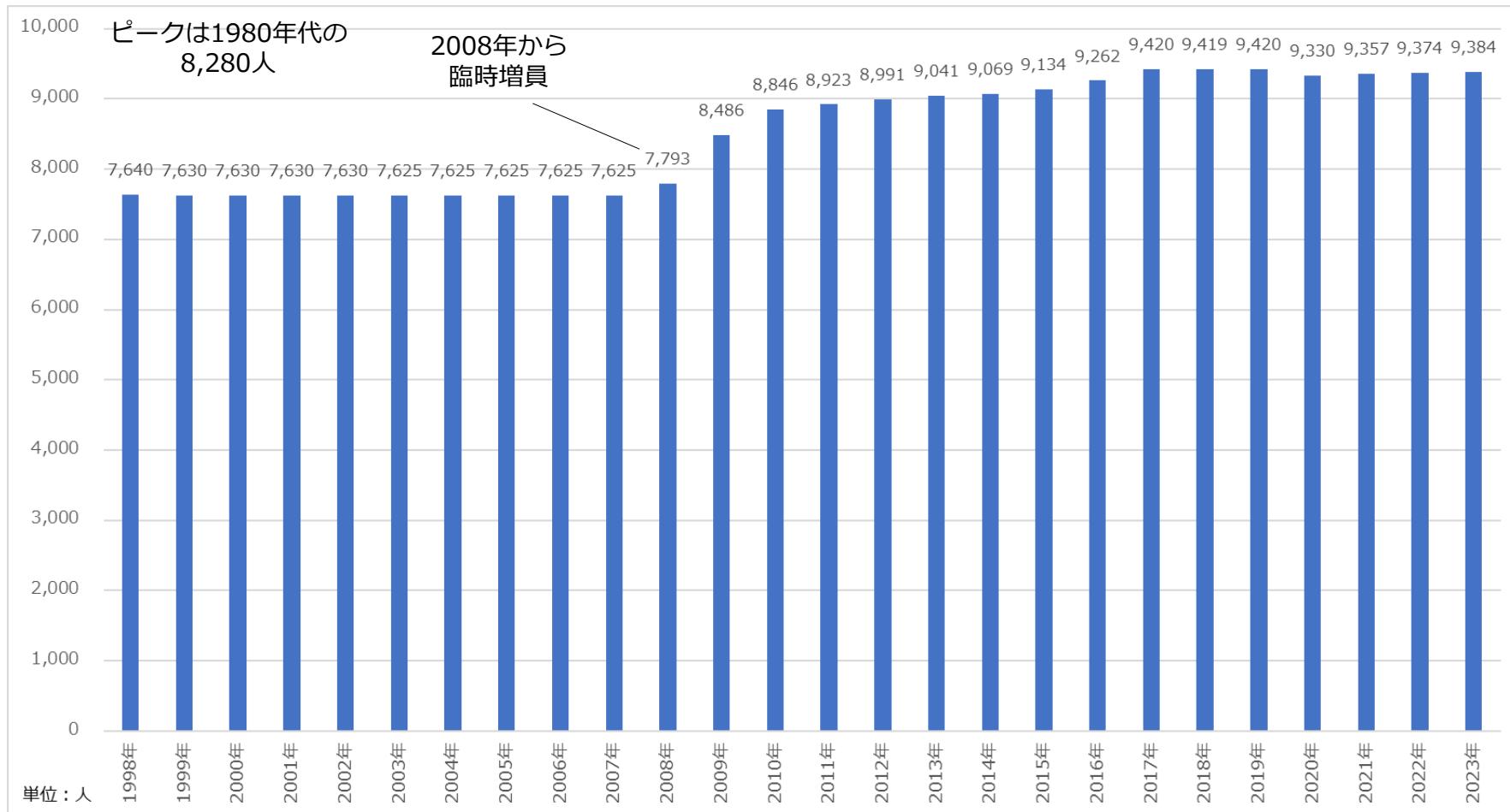
2023年10月22日  
長野県・信州大セミナー/p12



出典：厚生労働省資料を基に作成

# 大学部の医学部定員数

1980年代に抑制されたが、2008年から臨時的に増員。  
現在は9,000人程度。



出典：総務省、厚生労働省、文部科学省資料を基に作成

- 大学の**医学部定員**は1980年代以降、行政改革と**医療費抑制の観点**で抑制されたが、医療崩壊が指摘された**2008年から臨時増員**を開始し、現在は概ね9,000人。将来は医師過剰になるとされており、**偏在是正**が大きな課題に。

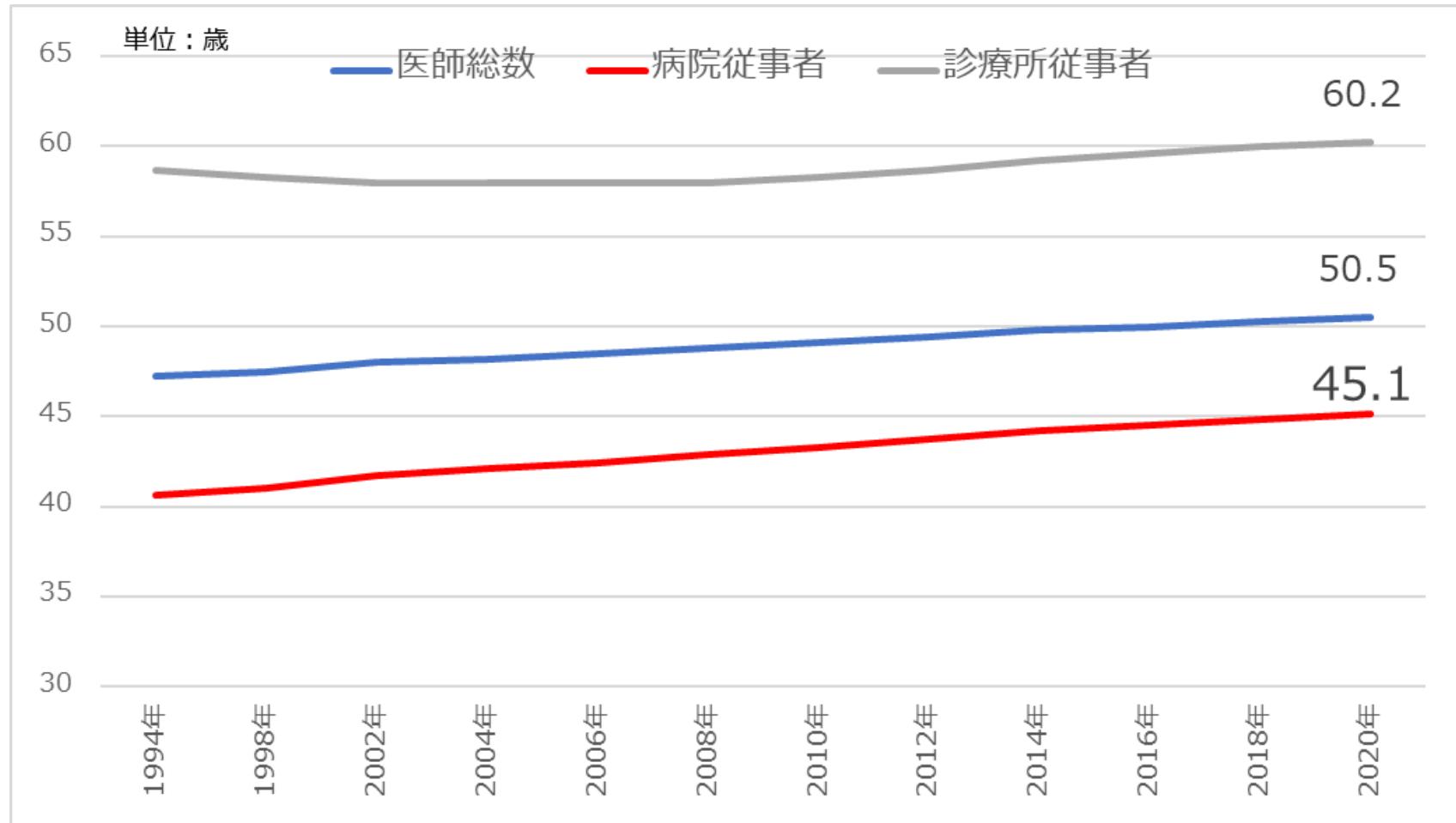
# 医師の平均年齢

2023年10月22日  
長野県・信州大セミナー/p14

2020年調査で50歳を突破。

働き方改革の主な対象となる病院従事者の平均年齢は45.1歳。

勤務場所ごとの医師の平均年齢の推移

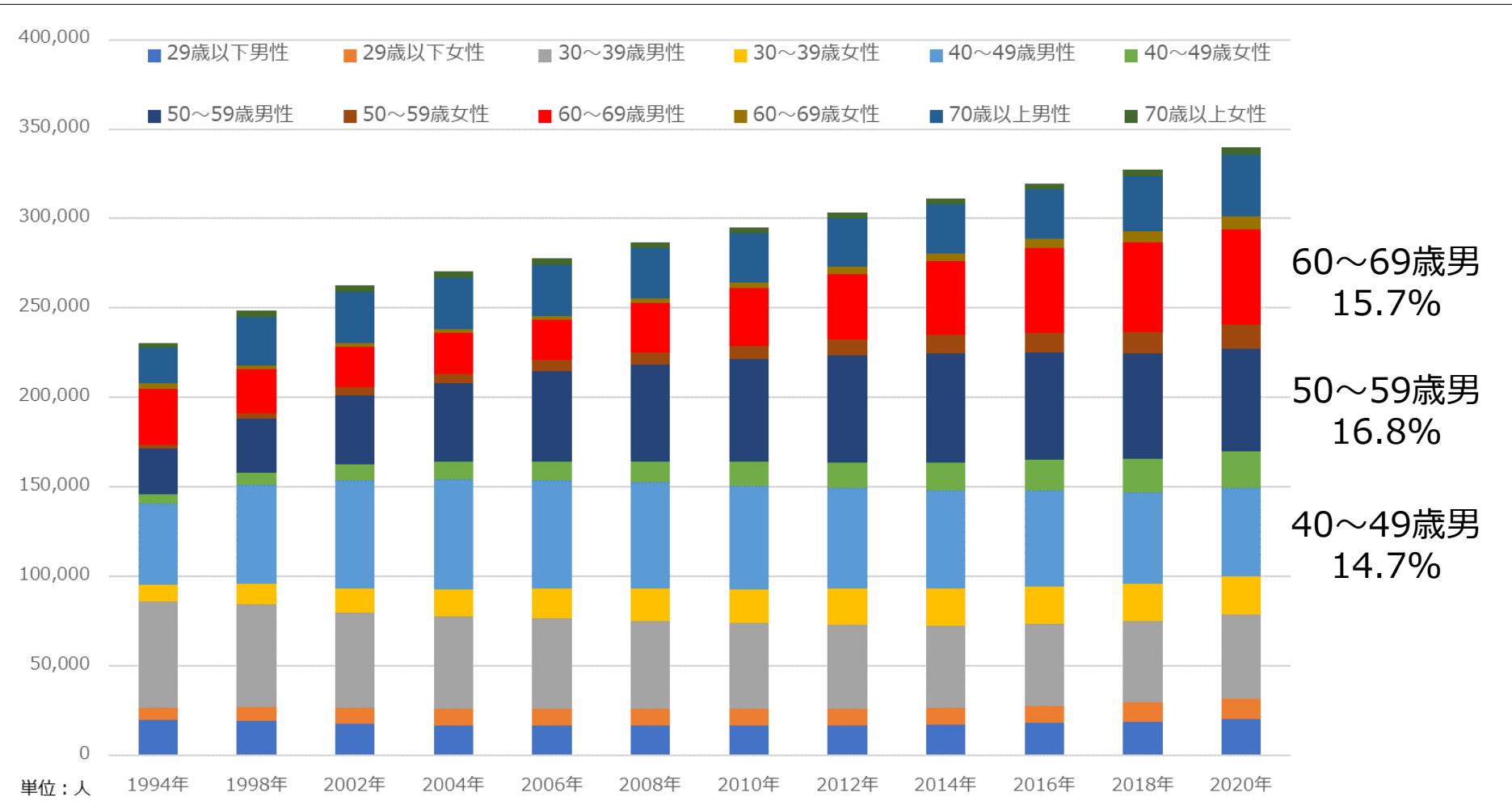


出典：厚生労働省資料を基に作成  
注：病院従事者には医育機関関係者を含む。

# 医師の性別・年齢構成

約33万人の医師のうち、男性の40～69歳で半数弱を占めている。  
一般的に年を取ると、徹夜や夜間勤務が難しくなるが……。

## 医師の性別・年齢別費の推移



出典：厚生労働省資料を基に作成

# 今日の内容 (3)

## ～地域医療構想の概要～

1：はじめに～自己紹介など～

2：日本の医療制度の特色

**3：地域医療構想の概要**

4：医師の働き方改革の概要

5：その他の提供体制改革

6：おわりに

# 地域医療構想とは何か？

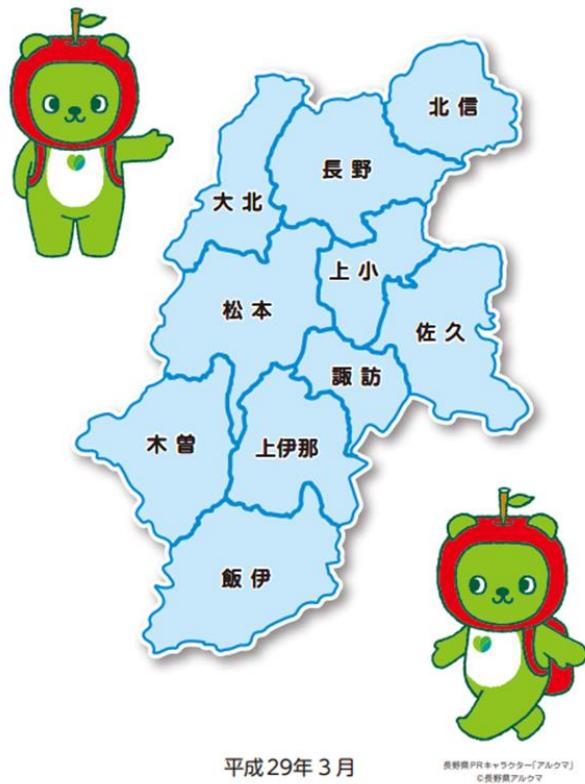
医療計画の一部として  
2017年3月までに  
都道府県が作成

団塊世代が  
75歳以上になる  
2025年の  
医療需要を予想

現状と比べることで、  
将来的な需給  
ギャップを想定

それぞれの地域で  
協議しつつ、  
医療提供体制を改革

## 長野県地域医療構想



出典：長野県資料から抜粋

長野県の  
地域医療構想を  
検索して下さい

検索または  
ダウンロードし、  
この後に軽く  
チェックして下さい。

医療圏の現状や  
将来像を  
チェックして  
頂くのも一案？

# 地域医療構想の概要

2025年時点の病床数の需給ギャップを明らかにし、都道府県が医師会などと協議しつつ提供体制改革を進めることが想定されている。

## 地域医療構想に盛り込まれた病床数

単位：床数	現在	2025年 必要病床	将来の姿
高度急性期	182,791	130,449	52,342
急性期	592,637	400,626	192,011
回復期	120,050	375,240	▲ 255,190
慢性期	357,801	284,483	73,318
その他	21,304		21,304
合計	1,274,583	1,190,799	83,784

出典：各都道府県の地域医療構想を基に作成  
注1：▲は不足を意味する。

注2：「現状」は地域医療構想に盛り込まれた数字をベースとしており、2014年度と2015年度の双方が含まれる。

注3：秋田など13県は未報告などの「その他」を計上しておらず、表の数字に含まれていない。

注4：一部の数字に小数点が含まれるため、合計が一致しない。

高度急性期：特に診療密度の濃い医療  
急性期：診療密度の濃い医療  
回復期：在宅復帰などを目指す医療  
慢性期：長期療養を目指す医療

病床機能報告制度  
に基づき、  
医療機関が都道府県に  
報告した病床数

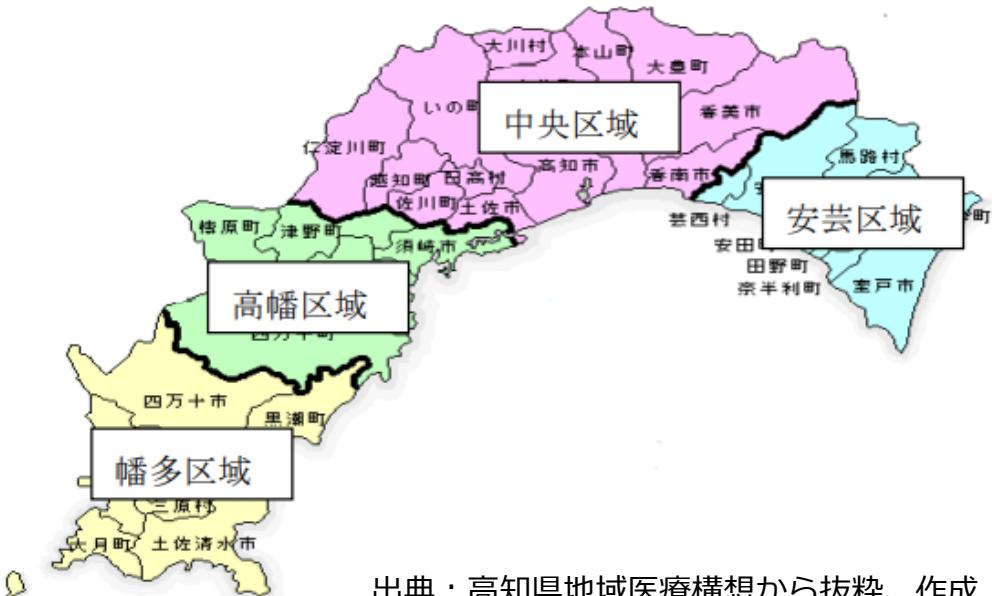
国の推計式を基に  
計算された  
2025年時点の  
必要病床数

将来の  
需給ギャップを  
病床数で計算

▶都道府県が医療計画の一部として、2017年3月までに策定した「地域医療構想」では、**高度急性期、急性期、回復期、慢性期**の各病床機能について、厚生労働省令で定める数式に基づいて2025年の病床数を推計。その上で、各医療機関が報告する現在のデータを比較することで、**将来の需給ギャップ**を示した。その際、341構想区域ごとに推計と比較を実施。

# 地域医療構想の一例

全国で人口比病床数が最多の高知県の場合、4つの区域に分かれており、それぞれで4つの機能について病床数が推計されている。



右の注1：単位は床。

右の注2：慢性期は最小値。

右の注3：▲は将来不足を表記。

構想区域	医療機能	2015年①	2025年②	①-②
安芸	高度急性期	0	0	0
	急性期	290	199	91
	回復期	42	205	▲ 163
	慢性期	235	225以上	10
中央	高度急性期	889	834	55
	急性期	4,224	2,065	2,159
	回復期	1,308	2,493	▲ 1,185
	慢性期	5,674	3,370以上	2,304
高幡	高度急性期	0	0	0
	急性期	299	265	34
	回復期	88	227	▲ 139
	慢性期	419	269以上	150
幡多	高度急性期	6	6	0
	急性期	669	331	338
	回復期	204	361	▲ 157
	慢性期	554	402以上	152

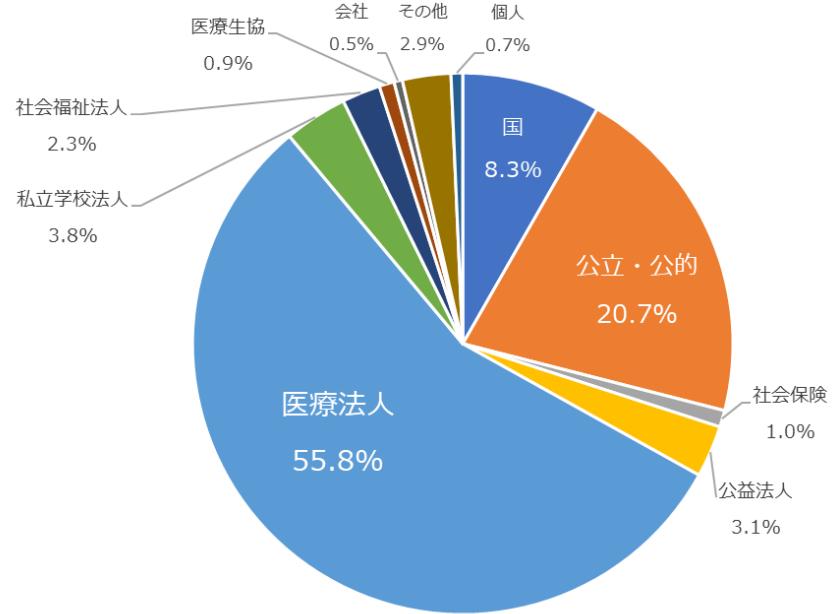
- 全国で人口比病床数が最も多い高知県の場合、安芸、中央、高幡、幡多の4つの構想区域に分かれており、それぞれの区域で病床数の差が推計されている。
- 中央の場合、余剰となる**高度急性期、急性期の圧縮、不足する回復期の充実、慢性期の圧縮**、その**受け皿として在宅医療**を整備する必要。
 

→では、どうやって議論を進めて行くのか。

# 地域医療構想の推進

民間中心の医療提供体制の中で、国や都道府県は実効権限を持たないため、民間医療機関を交えた合意形成による自主的な対応に力点。

開設者別内訳で見た病院の病床数シェア



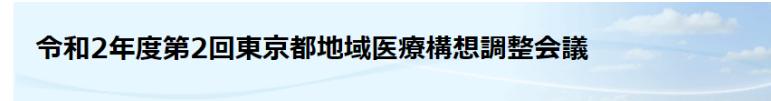
出典：厚生労働省「医療施設調査」  
を基に作成

注1：2022年10月現在。

注2：一般病床、精神科の合計。

注3：公立・公的のうち、公立は自  
治体立、済生会、日本赤十字など。

- 国・都道府県は民間医療機関に対して実効権限を持っておらず、**民間医療機関を交えた合意形成**に力点。
- 公表後は在宅医療の充実や医療・介護連携など構想で示した課題や対応策について、関係者で構成する**地域医療構想調整会議**で議論。その結果を踏まえ、民間医療機関の自主的な対応を中心に、合意した内容を**関係者が実行**することが想定されている。



## 1.開催日程・場所

新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止の観点から、**Web会議形式**にて開催いたします。

	開催日	時間	会場
区中央部	令和2年11月27日（金曜日）	19時～20時	Web会議
区南部	令和2年12月1日（火曜日）	18時～19時	Web会議

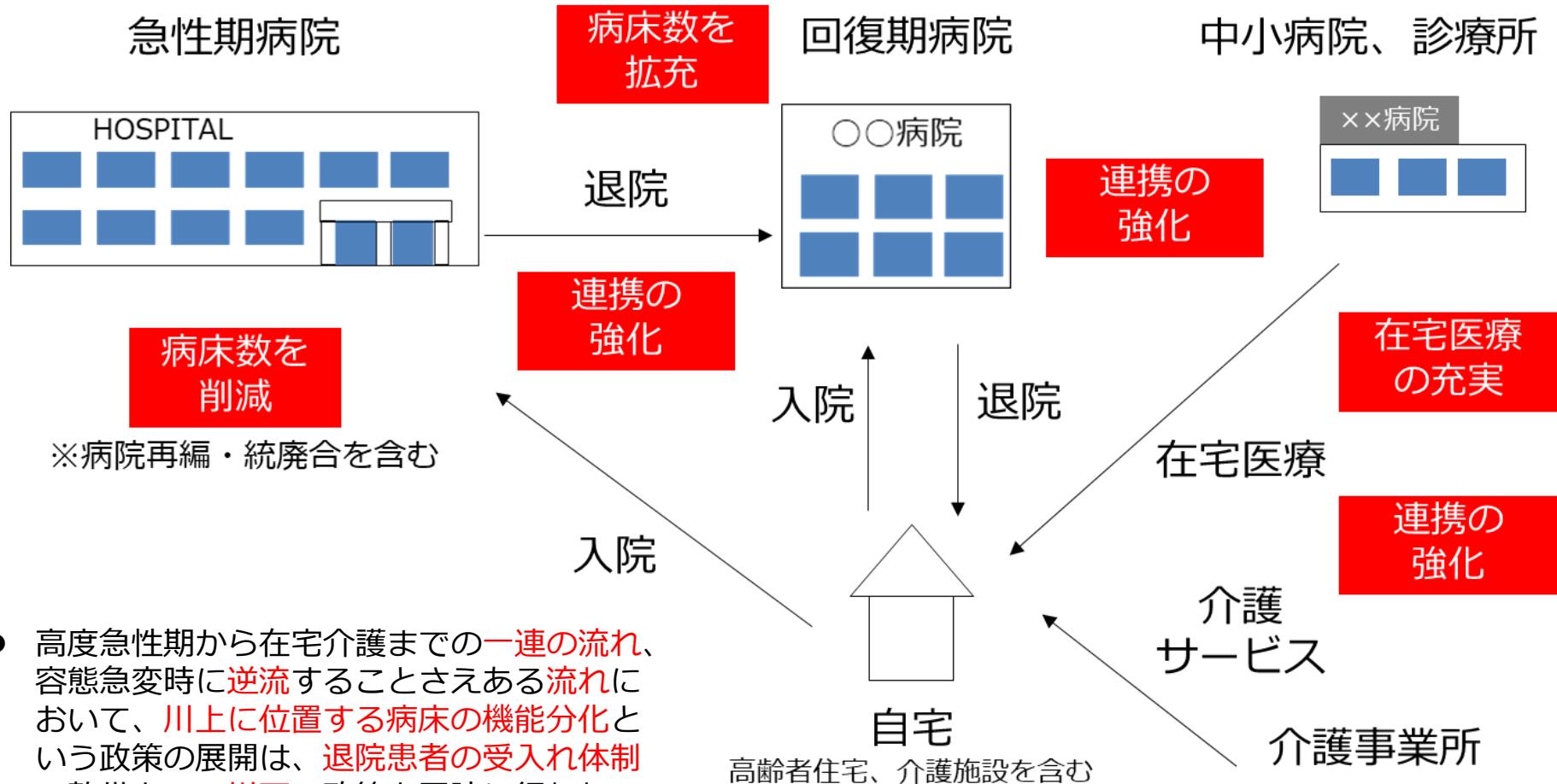
出典：東京都ウェブサイトから抜粋



写真：2017年2月1日、都庁で撮影

# 地域医療構想の目指す姿のイメージ

膨らんだ急性期病床を削減し、回復期や在宅医療も拡充。  
医療機関間の連携を強め、各地域で切れ目のない提供体制を構築。



- 高度急性期から在宅介護までの一連の流れ、容態急変時に逆流することさえある流れにおいて、川上に位置する病床の機能分化という政策の展開は、退院患者の受け入れ体制の整備という川下の政策と同時に行われるべきものであり、川上から川下までの提供者間のネットワーク化は新しい医療・介護制度の下では必要不可欠。

出典：各種資料を基に作成  
注：慢性期病床、地域包括ケア病棟など一部を簡略化。

# 医療提供体制改革が必要な理由

ここでは、①医療費抑制の観点、②国民のニーズの対応——という2つの点で説明します。

## ①医療費抑制の観点

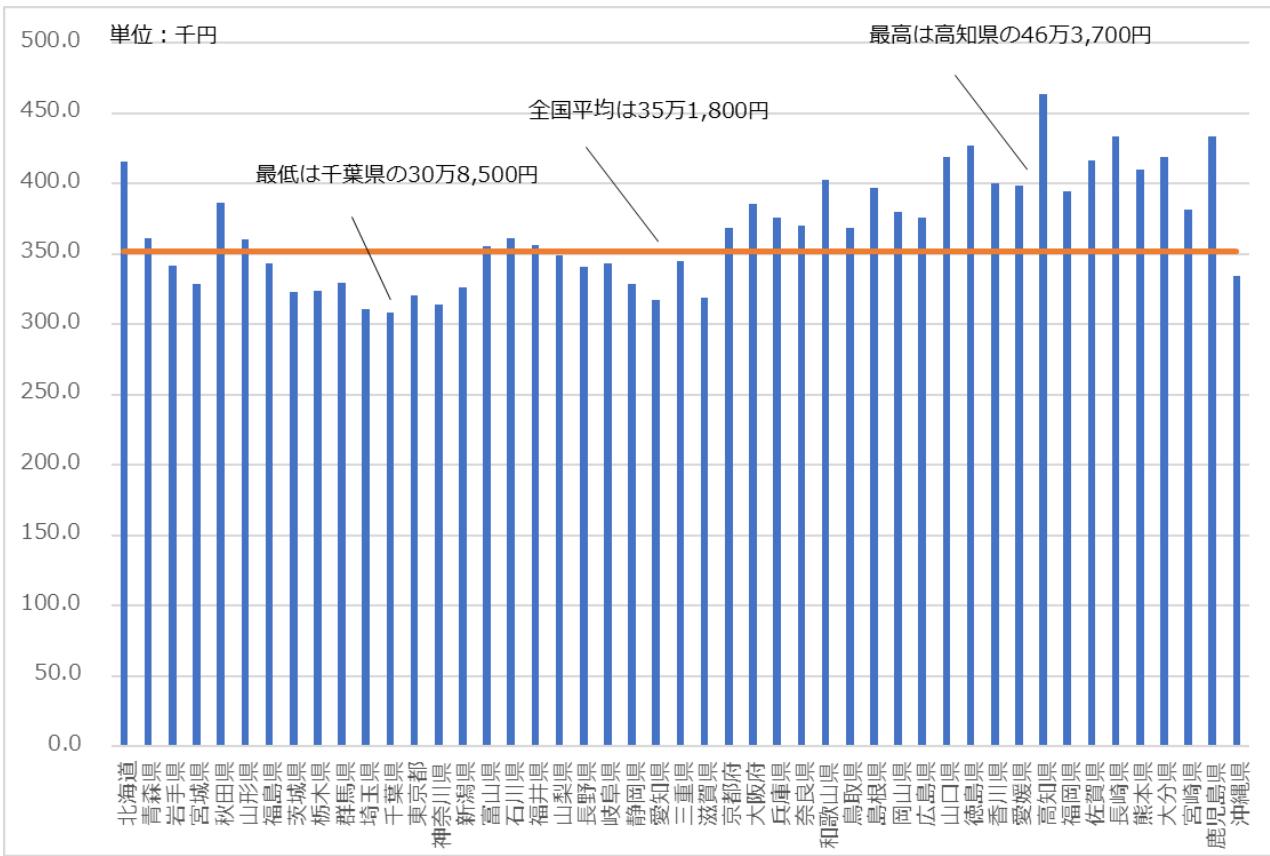
- 医療は患者—医師の情報格差が大きく、マーケットによる裁定が効きにくい。このため、アメリカを含め、どこの先進国も公的医療保障制度を採用している。
  - 医療経済学の研究では、都道府県別で見た人口比の医療費と病床数の間に、強い相関関係が見られることが分かっており、医師の行動や判断が医療需要を作り出す「医師需要誘発仮説」の存在が広く知られている。
- これはなぜ起きるのか？どうすれば医療費を適正化できるのか？

## ②国民のニーズへの対応

- 各種調査では、「自宅で亡くなりたい」と答える国民が6~7割に及ぶのに、病院で亡くなる人は7割に及ぶミスマッチが存在する。
  - さらに、高齢者人口の増加で複数の疾患を持ちつつ、地域で暮らす人が増加するため、病院で病気を治す医療だけでなく、自宅を中心に生活を支える医療への転換が必要になる。
- 病気を治す「医学モデル」から生活を支援する「生活モデル」への転換が重要に。

# ①医療費抑制の観点～需要誘発仮説の存在～

最大1.5倍の差がある都道府県別医療費に影響を与えてているのは医師数と病床数。これを「医師需要誘発仮説」と呼ぶ。



出典：厚生労働省「国民医療費」を基に作成

注：2020年度現在。

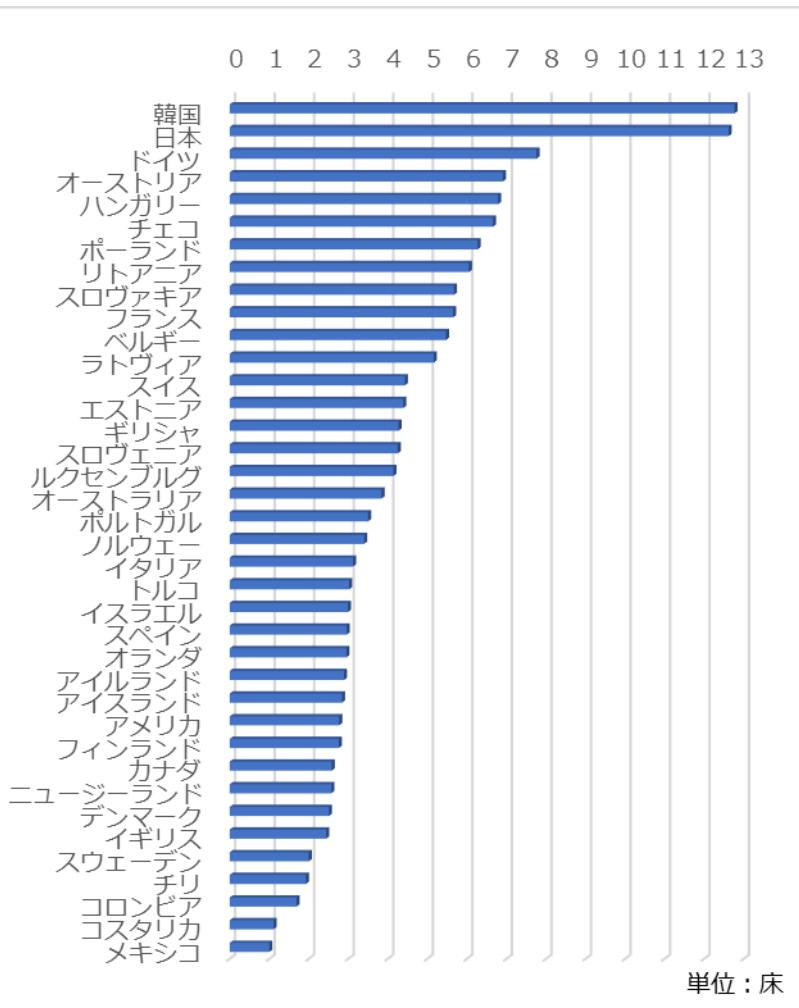
- 医療経済学では、医療の需要が患者の受療行動だけでなく、**医師の判断や行動**で生み出される**医師需要誘発仮説**が論じられてきた。患者一医師の情報格差が大きいことが理由。
- 人口比で見た都道府県別医療費が**最大1.5倍に及ぶ要因**についても、**病床数**で説明。

→**国際的に過剰な病床を減らせば医療費が減る**という期待の下、病床削減策が1980年代以降に展開。2017年度から本格始動した地域医療構想も一つ。

# ①医療費抑制の観点～国際比較では過剰病床～

国際比較で病床数は過剰であり、医療費抑制のために適正化は必要と理解されており、過去の政府資料には期待感が示されていた。

人口1,000人当たりの先進国病床数



過去の政府資料

- 国際標準から見て過剰な病床の思い切った適正化と疾病構造や医療・介護ニーズの変化に対応した病院・病床の機能分化の徹底と集約化。
- 専門的医療提供を行う中核的病院（特に急性期病院）を中心とした人員配置の思い切った拡充・機器装備の充実。

出典：2008年9月、社会保障国民会議中間報告

- 急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい医療を受けることができるよう、急性期医療を中心とした人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・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・在宅介護を充実させていく必要がある。

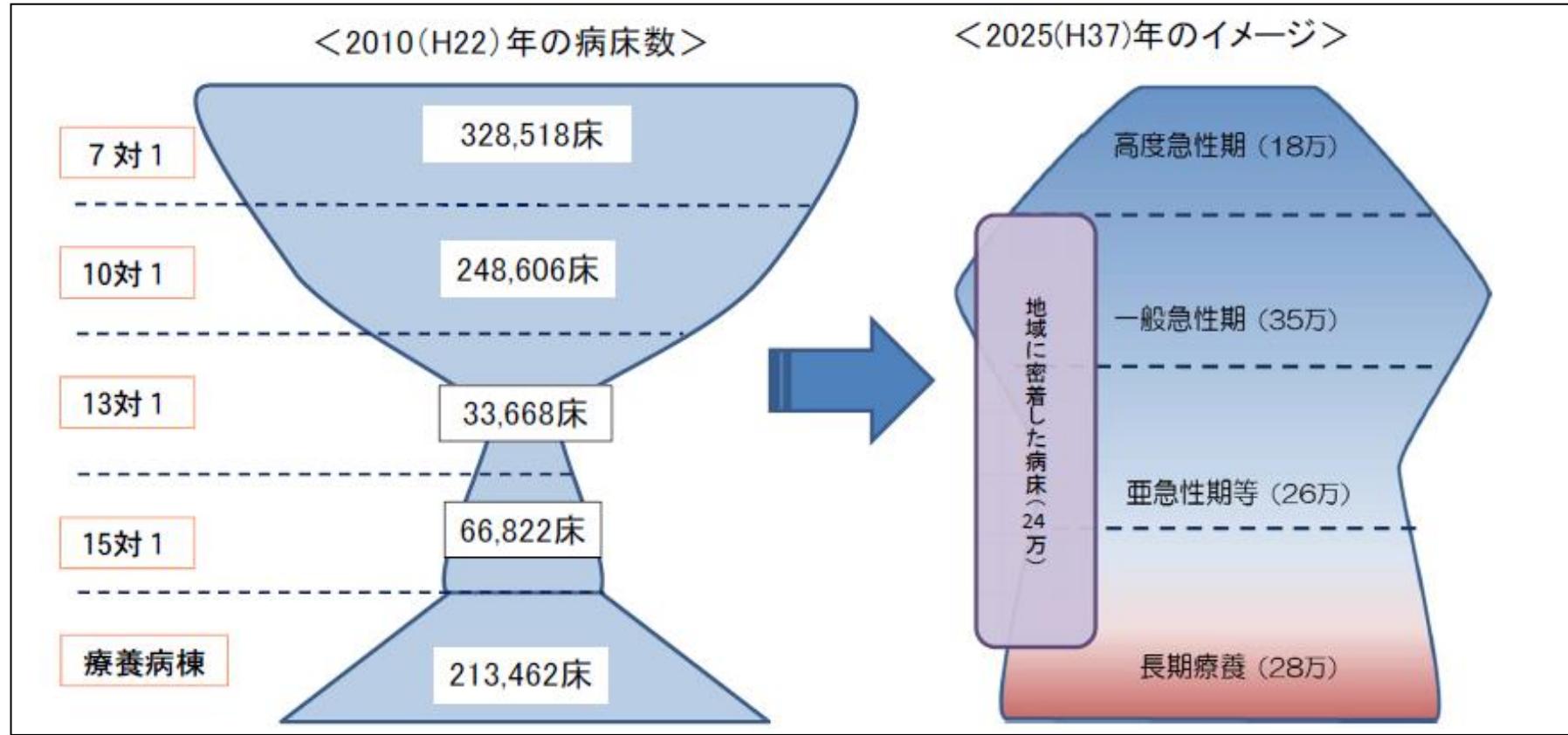
出典：2013年8月、社会保障制度改革国民会議報告書

左の出典：OECDデータを基に作成

左の注：2022年現在、または直近の数字。

# ①医療費抑制の観点～急性期病床の増加～

2006年度診療報酬改定で「7対1」に手厚く報酬を付けたところ、予想以上に取得する医療機関が増加し、医療費を増やす一因に。

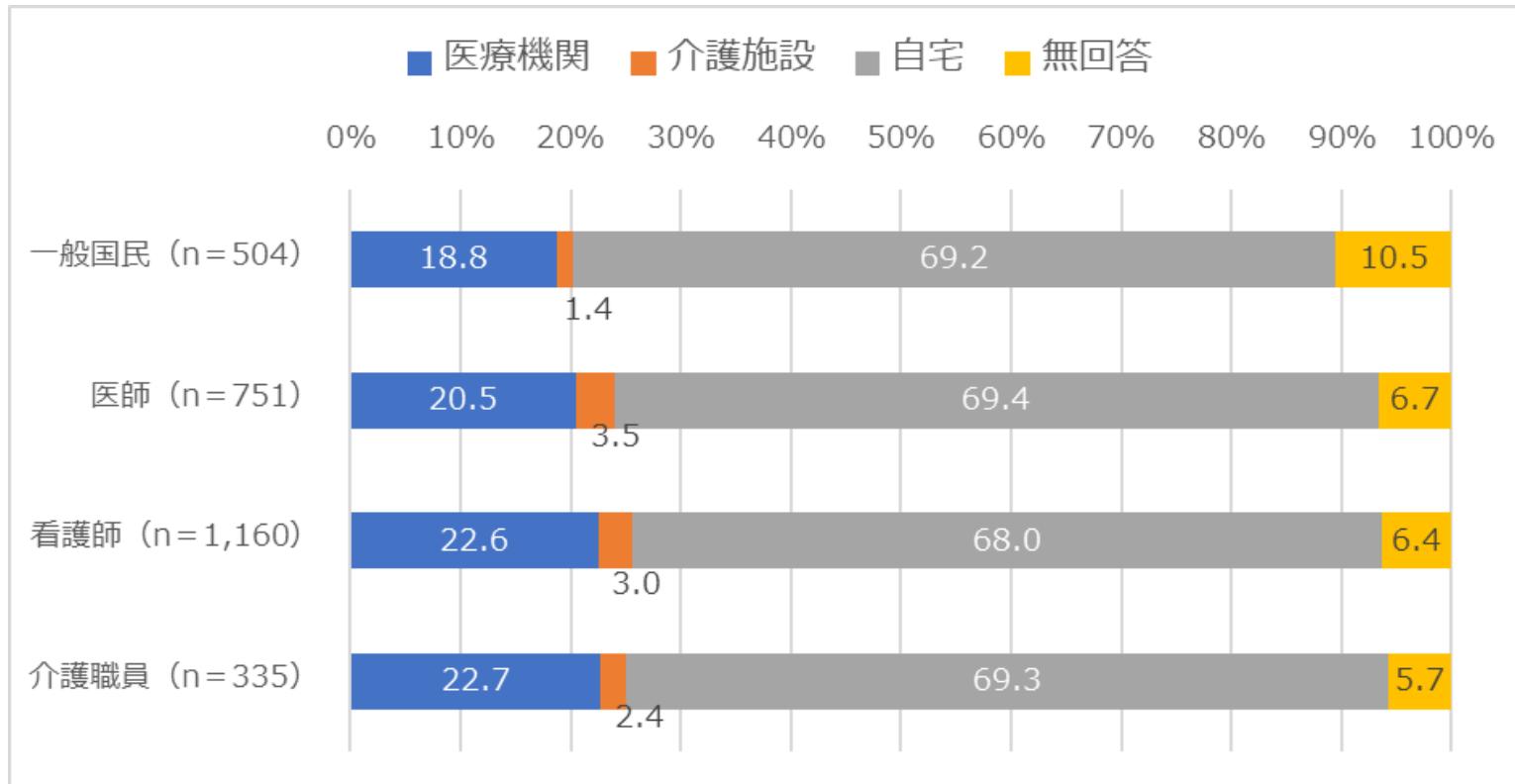


出典：厚生労働省資料

2006年度診療報酬改定では  
**「7対1基準」**（患者7人に対して看護師1人を配置）の報酬を引き上げたが、  
 厚生労働省の予想以上に膨らんだため、  
 診療報酬の欠点をカバーする手段として、地域医療構想が制度化

## ②ニーズへの対応～在宅死を望む国民の意識～

最期を迎える場所として、「自宅」を選ぶ人は専門職だけでなく、一般国民にも多い。



出典：厚生労働省（2018）「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」を基に作成

注：設問は「どこで最期を迎えることを希望しますか」。

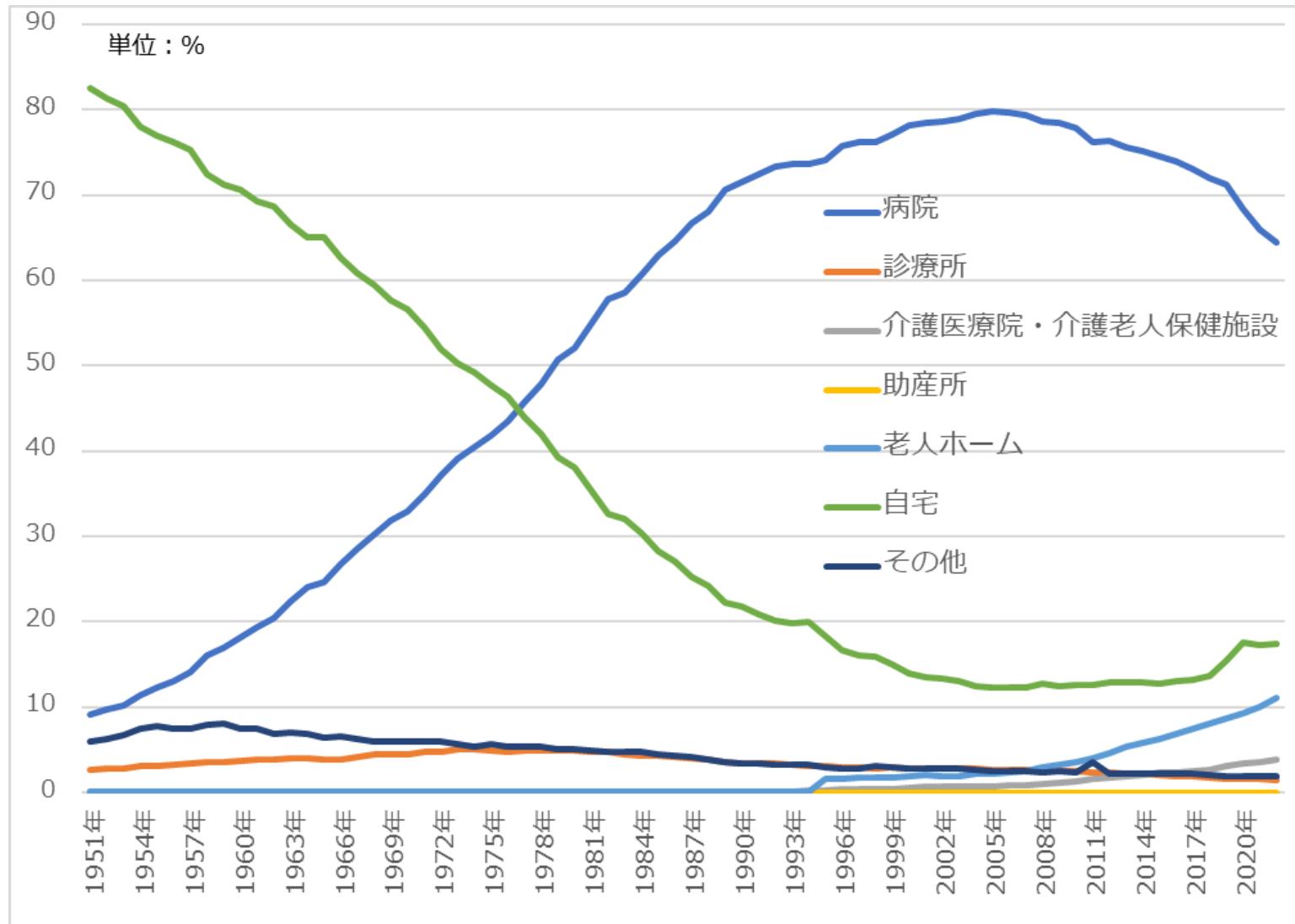
- 人生の最終段階や療養に際して、「過ごしたい場所」として「自宅」と答える人が7割程度に及んでいる。

## ②ニーズへの対応～亡くなる場所の推移～

2023年10月22日

長野県～信州大セミナー/p27

日本人の死に場所は1977年に病院が自宅を上回った。  
依然として在宅や老人ホームでの死亡は少なく、病院が中心。



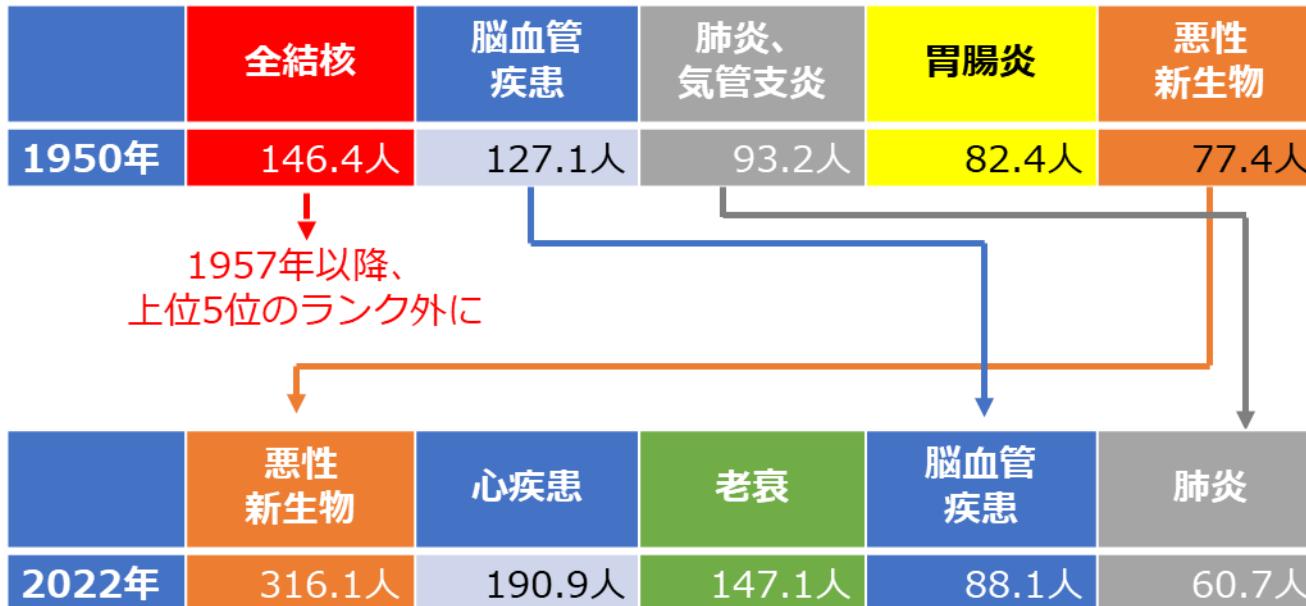
出典：厚生労働省「人口動態調査」を基に作成

注：1994年まで老人ホームでの死亡は、自宅又はその他に含まれる。

## ②ニーズへの対応～疾病構造の変化～

疾病の中心が感染症から変化、人口の高齢化も相まって、病気を持つつ生活する人も増加。

約半世紀で変わった日本人の「死に方」（対人口10万人で見た死因5位）



出典：厚生労働省「人口動態」を基に作成

- 敗戦直後は結核が「国民病」と言っていたが、**医療技術の発達や公衆衛生の改善、人口の高齢化**を通じて、**急性期や感染症**が中心だった疾病構造が変化。
- ➔ 病と共に生活する**慢性疾患**が**疾病の中心**に。複数の疾患を持つ複雑な事例が増加

## ②ニーズへの対応～生活モデルへの転換～

病床削減の受け皿、疾病構造の変化、国民のニーズへの対応を考える上で、生活を支える医療への転換が重要に。

### 医学モデルと生活モデルの違い

	医学モデル	生活モデル
目的・目標	病気の治癒・治療・救命	QOL（生活の質）の向上
ターゲット	病気	人、環境、生活
場所	主に病院	コミュニティ（地域・職場）
従事者	医師が中心	多職種によるチーム
支援の進め方	医師による命令、指示	カンファレンス
評価の指標	医学的なデータ	QOL、社会参加機会

出典：広井良典（2005）『ケア学』などを参考に作成

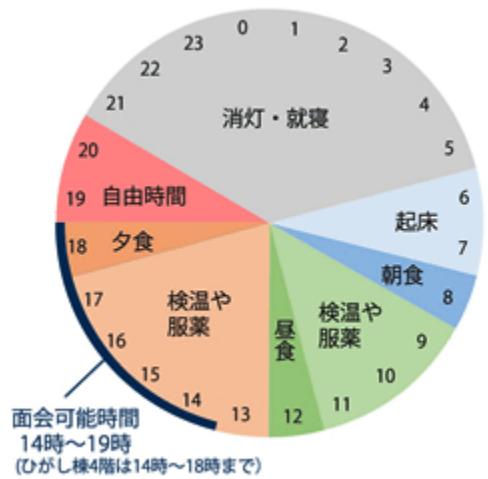
在宅を中心に医療・介護の専門職が連携しつつ、  
その人の暮らしを支える医療が必要になる。

→医学モデルから生活モデルへの転換

## ②ニーズへの対応～生活を支える医療とは？～

病院に行くと、日常生活が全て医療に包摂されるが、生活モデルは医療職が患者の都合に合わせる形になる。

### 医学モデル

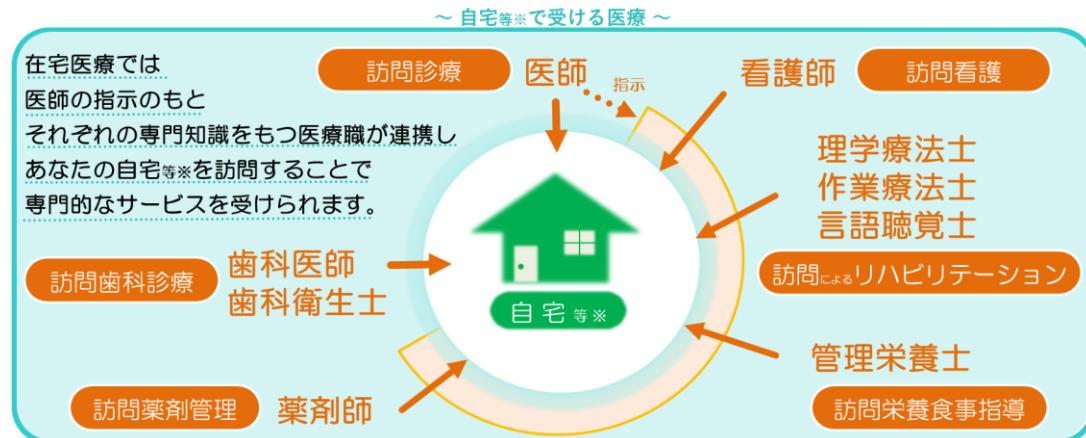


出典：千葉大学付属病院ウェブサイトから抜粋

患者が医療職の  
都合に合わせる必要性

→医療職の管理に服す  
「医療化」された世界

### 生活モデル



出典：厚生労働省ウェブサイトから抜粋

生活の場である自宅を訪ねる医療職・福祉職が  
患者の都合に合わせる必要性

- 医療職の管理が通用しない世界
- 連続する生活を支えるため、  
多職種が連携する必要性

# 424リストの公表

病院再編が進まないため、厚生労働省は2019年9月、  
「再編・統合が必要な公立・公的病院」を名指し。知事が猛反発した。

地域医療確保に関する  
国と地方の協議の場（第1回）



出典：全国知事会ウェブサイトから抜粋

平井伸治鳥取県知事の発言

- 統廃合に世論誘導するならお門違い。地方の声を踏まえるよう国に要請する。
- 公立・公的医療機関だけで、地域医療構想の医療を語ることはできない。

鈴木英敬三重県知事の発言

- 現状の把握や改善の方策について議論するが、診療数のデータが一定期間に限られており、交通の実情を踏まえていない

出典：2020年9月27日『毎日新聞』『日本海新聞』、11月12日『m3.com』

- 病院再編が進まないため、厚生労働省は進めやすい部分から手を付ける方法として、**公立・公的病院の見直し**から開始。2019年9月には「再編・統合に向けた検討が必要な公立・公的病院」として、**424病院を名指し**（後に436病院に修正）したが、強引な手法として、知事達が猛反発した。
- その後、総務省が音頭を取る形で、**国と地方の協議の場**が開催され、**国による財政支援**などの方向性が示され、2019年12月に関係が正常化した。
- さらに2020年に入り、医師確保などの論点も加味しつつ、議論を本格化させようとしたが……。

# 424リストの背景

## 公立・公的病院の見直しが進まない論拠として、 病床数が挙がっている矛盾？

### 2040年を展望した医療提供体制

- 2040年に向けて人材不足等の新たな課題に対応するため、I.地域医療構想の実現に向けた取組、II.医療従事者の働き方改革、III.医師偏在対策を三位一体で推進し、総合的な医療提供体制改革を実施

#### 地域医療構想の実現に向けた更なる取組

##### これまでの取組

公立・公的医療機関等⇒民間医療機関では担えない機能に重点化する観点から、  
2025年に持つべき医療機能ごとの病床数等について具体的対応方針を策定

##### <具体的対応方針の合意結果>

- 公立病院、公的医療機関ともに「急性期」からの転換が進んでいない。
- トータルの病床数は横ばい。

(新)公立病院以降ノン対象病院 2019年3月末 95%合意) (単位:万床)

	合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
2017年	17.4	3.5	11.5	1.4	1.0
2025年見込	17.4	3.6	10.9	2.0	0.9

(公的医療機関等2025プラン対象病院 2019年3月末 98%合意)

	合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
2017年	30.2	10.8	15.2	1.9	2.4
2025年見込	30.3	10.5	15.1	2.5	2.3

#### 今後の取組

- 2019年中に、国が、都道府県に対して公立・公的医療機関等の具体的対応方針の検証を要請。要請対象の医療機関を公表。

→都道府県が達成しても2020年秋を以て再協議・同意を終え、国の更なる対応につなげる。

#### 【要請の内容】

「類似の実績がある医療機関が近接している」又は「診療実績が少ない医療機関を対象  
診療領域又は医療機関の再編・統合について地域医療構想調整会議での再協議・同意を要請

- ①の医療機関を含む区域から、国が重点的に支援する区域を設定。

都道府県と連携し、データ分析や再編統合の方向性等について直接助言。

- 上記の取組と併せ、民間医療機関の再編を促す観点からも、地域医療介護総合確保基金の活用状況の検証結果を踏まえ、病床のダウンサイジング支援等の追加的方策等についても検討。

#### 2040年の医療提供体制を見据えた3つの改革

現在の課題 非効率な医療提供  
(医療資源の分散と偏在、医師の過重労働)

#### 2025年までに着手し着実に実行すべきこと

- I.医療施設の最適配置の実現と連携  
～地域医療構想の実現：2025年まで～

- 全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針の合意形成
- 具体的対応方針の検証と  
地域医療構想の実現に向けた更なる取組

#### 三位一体で推進

##### II.医師・医療従事者の働き方改革

(医師の時間外労働に対する上限規制：2024年～)

- 医療機関における労働時間管理の適正化とマネジメント改革
- 上手な医療のかかり方に向けた普及・啓発と患者・家族への支援

##### III.実効性のある医師偏在対策

(偏在是正の目標年：2036年)

- 地域及び診療科の医師偏在対策
- 総合診療専門医の確保等のプライマリ・ケアへの対応

2040年 どこにいても質が高く安全で効率的な医療へ

# 目的の混在～目標設定の曖昧さ～

目的が2つに分かれており、進捗状況を評価する指標を設定しにい。  
議論も過剰な病床の適正化にシフトしがち。

目的  
(説明)

過剰な病床の適正化

切れ目のない提供体制の  
構築

地域医療構想の推進

- 急性期病床の適正化
- 慢性期病床の適正化
- 回復期病床の充実
- 在宅医療の充実
- 医療・介護連携推進

成功した  
状態

国際的に  
過剰な病床数を適正化し、  
医療費を抑制する

指標

病床数  
(どれだけ病床が減ったか)

在宅を中心とした  
生活を支える  
医療提供体制への転換

在宅医療を実施する専門職数、  
医療・介護連携会議の開催数、  
在宅看取りの数など

# 目的の混在～政府文書や発言①（参考）

地域医療構想の政府文書や当局の説明を見ると、「過剰な病床の適正化」「切れ目のない提供体制構築」という2つの目的（説明）が混じっている。

## 過剰な病床の適正化の目的

- 都道府県の総合的なガバナンスを強化し、医療費・介護費の高齢化を上回る伸びを抑制しつつ、国民のニーズに適合した効果的なサービスを効率的に提供する。

出典：2017年6月19日、骨太方針2017

- 医療費の地域差半減に向けて、入院医療費については、地域医療構想の実現をはじめ政策的手段を駆使して取り組む。

出典：2016年12月21日、経済財政諮問会議資料

- 枕を高くして寝たいので、3,000床ぐらい削る見通しを作りたい。

出典：2016年9月16日シンポジウム、某県部長による発言（大意）

## 切れ目のない提供体制構築の目的

- 地域医療構想は2025年に向けての取組であり、丁寧に調整を行っていくこと。（中略）単純に「我が県は●●床削減しなければならない」といった誤った理解とならないようお願いします。

出典：2015年6月18日、厚生労働省地域医療計画課長通知

- 機能分化と連携の推進、つまり役割分担をはっきりさせて、お互い連携することが目的で、削減の施策ではありません。役割分担を明確にして連携した方が、医療提供の効率性という点で国民側のメリットも大きいし、経営資源の選択と集中による効率化など、医療機関の経営上のメリットにもつながる。

出典：『フェイズ・スリー』2015年11月号、厚生労働省担当官のコメント

# 目的の混在～政府文書や発言②（参考）

当初は過剰な病床の適正化（特に急性期）の政策としてスタートしたが、政策形成プロセスで変化？

## 過剰な病床の適正化の目的

- 国際標準から見て過剰な病床の思い切った適正化と疾病構造や医療・介護ニーズの変化に対応した病院・病床の機能分化の徹底と集約化。
- 専門的医療提供を行う中核的病院（特に急性期病院）を中心とした人員配置の思い切った拡充・機器装備の充実。

出典：2008年9月、社会保障国民会議中間報告

- 急性期病床の位置付けを明確化し、医療資源の集中投入による機能強化を図るなど、病院・病床の機能分化・強化を推進する。
- 病診連携、医療・介護連携等により必要なサービスを確保しつつ、一般病棟における長期入院の適正化を推進する。

出典：2012年1月、社会保障・税一体改革素案

- 急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい医療を受けることができるよう、急性期医療を中心とした人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・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・在宅介護を充実させていく必要がある。

出典：2013年8月、社会保障制度改革国民会議報告書

## 切れ目のない提供体制構築の目的

- （注：2008年6月の社会保障国民会議報告書で）急性期に医療資源を集中投入する方針が示され、これにNoと言いました。急性期だけでなく慢性期・在宅まで切れ目なく（注：提供することが）大事であって優劣はない貫して主張した。
- 次に、2011年11月に厚生労働省は「急性期病床群」（仮称）の認定制度を提案されました。これに対し、認定される施設とされない施設では診療報酬で大きな差がつき、特に地方では急性期医療が提供できなくなると反対したのです。
- そこで日本医師会は対案を出しました。まずは地域医療の現状を自主的に報告してもらい、（注：地域の関係者が）検討・分析する。そのうえで、皆が相談して地域の現状に応じた医療のビジョンを地域ごとに策定することに決着し、今に至っています。

出典：『病院』2015年8月号、日本医師会の中川俊男副会長の対談コメント

# 診療報酬改定の決着に際しての大合意

診療報酬本体はプラス0.43%改定となつたが、財務省の主張が反映する形で大臣合意。

- 2022年度診療報酬改定に際して、財務省は「医療提供体制改革なくして診療報酬改定なし」と主張したが、日本医師会の主張で本体は+0.43%で決着。
- その際、財務省はリフィル処方箋（一定の条件があれば繰り返し使える処方）の導入を呑ませるとともに、提供体制改革に向けた方向性を財務相、厚生労働相で合意。  
→一部で思い切った点数が付いており、医療提供体制を加速。

2022年度診療報酬改定の決着に際して、  
財務相と厚生労働相が交わした合意

- 医療機能の分化・強化、連携の推進に向けた、提供されている医療機能や患者像の実態に即した、看護配置7対1の入院基本料を含む入院医療の評価の適正化
- 在院日数を含めた医療の標準化に向けた、DPC（診断群分類制度）の算定方法の見直し等の更なる包括払いの推進
- 医師の働き方改革に係る診療報酬上の措置について実効的な仕組みとなるよう見直し
- 外来医療の機能分化・連携に向けた、かかりつけ医機能に係る診療報酬上の措置の実態に即した適切な見直し
- 費用対効果を踏まえた後発医薬品の調剤体制に係る評価の見直し
- 薬局の収益状況、経営の効率性等も踏まえた多店舗を有する薬局等の評価の適正化
- OTC（一般用医薬品）類似医薬品等の既収載の医薬品の保険給付範囲の見直しなど、薬剤給付の適正化の観点からの湿布薬の処方の適正化

# スーパー急性期を評価する体系の創設（参考）

新興感染症にも対応できる  
スーパー急性期を評価する診療報酬が創設された。

## 高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設

### 急性期充実体制加算

入院料等	<ul style="list-style-type: none"> <li>急性期一般入院料 1 を届け出ている（急性期一般入院料 1 は重症度、医療・看護必要度 II を用いて評価を行っている）</li> <li>敷地内禁煙に係る取組を行っている</li> <li>日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院である</li> <li>総合入院体制加算の届出を行っていない</li> </ul>		
24時間の救急医療提供	<p>いずれかを 満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 救命救急センター 又は 高度救命救急センター</li> <li>◆ 救急搬送件数 2,000件/年以上 又は300床未満：6.0件/年/床以上</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制を常時整備</li> <li>精神疾患診療体制加算 2 の算定件数又は救急搬送患者の入院 3 日以内の入院精神療法若しくは精神疾患診断治療初回加算の算定件数が合計で年間20件以上</li> </ul>		
手術等の実績	<p>いずれかを 満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>全身麻酔による手術 2,000件/年以上（緊急手術 350件/年以上）又は300床未満：6.5件/年/床以上（緊急手術 1.15件/年以上）</li> <li>ア 右のうち、4つ以上満たす</li> <li>イ 以下のいずれか、かつ、右のうち、2つ以上を満たす</li> <li>◆ 異常分娩 50件/年以上</li> <li>又は300床未満：0.1件/年/床以上</li> <li>◆ 6歳未満の手術 40件/年以上</li> <li>又は300床未満：0.1件/年/床以上</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 悪性腫瘍手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上</li> <li>◆ 腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 400件/年以上</li> <li>又は300床未満：1.0件/年/床以上</li> <li>◆ 心臓カテーテル法手術 200件/年以上 又は300床未満：0.6件/年/床以上</li> <li>◆ 消化管内視鏡手術 600件/年以上 又は300床未満：1.5件/年/床以上</li> <li>◆ 化学療法 1,000件/年以上 又は300床未満：3.0件/年/床以上</li> <li>（外来腫瘍化学療法診療料 1 の届出を行い、化学療法のレジメンの4割は外来で実施可能であること。）</li> </ul>		
高度急性期医療の提供	<ul style="list-style-type: none"> <li>救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料のいずれかを届け出している</li> </ul>		
感染防止に係る取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>感染対策向上加算 1 を届け出ている</li> </ul>		
医療の提供に係る要件	<ul style="list-style-type: none"> <li>画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制を確保している</li> <li>精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算 1 若しくは 2 を届け出ている</li> </ul>		
院内心停止を減らす取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>院内迅速対応チームの設置、責任者の配置、対応方法のマニュアルの整備、多職種からなる委員会の開催等を行っている</li> </ul>		
早期に回復させる取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>一般病棟における平均在院日数が14日以内</li> <li>一般病棟の退棟患者（退院患者を含む）に占める、同一の保険医療機関の一般病棟以外の病棟に転棟したものの割合が、1割未満</li> </ul>		
外来機能分化に係る取組	<p>いずれかを 満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 病院の初診に係る選定療養の届出、実費の徴収を実施</li> <li>◆ 紹介割合50%以上かつ逆紹介割合30%以上</li> <li>◆ 紹介受診重点医療機関</li> </ul>		
医療従事者の負担軽減	<ul style="list-style-type: none"> <li>処置の休日加算 1 、時間外加算 1 及び深夜加算 1 の施設基準の届出を行っていることが望ましい</li> </ul>		
充実した入退院支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>入退院支援加算 1 又は 2 の届出を行っている</li> </ul>		
回復期・慢性期を担う医療機関等との役割分担	<ul style="list-style-type: none"> <li>療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む）の届出を行っていない</li> <li>一般病棟の病床数の合計が、当該医療機関の許可病床数の総数から精神病棟入院基本料等を除いた病床数の9割以上</li> <li>同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない</li> <li>特定の保険薬局との間で不動産の賃貸借取引がない</li> </ul>		

# 地域医療構想策定後の展開（参考）

当初は都道府県の自主性を尊重する流れだったが、病床適正化が進まなかつたため、費用抑制を重視する財政当局の圧力が強まった。

年月	地域医療構想に関する最近の主な出来事（新型コロナウイルス前）
2015年3月	地域医療構想策定ガイドラインが公表→各都道府県で検討作業が本格化
2017年3月	各都道府県の地域医療構想が出そろう
2017年6月	骨太方針。個別の病院名や転換する病床数などの「具体的対応方針」の速やかな策定に向けて、2年間程度で集中的に検討する方針を規定
2017年8月	公立・公的医療機関の見直しを優先させるよう求めた厚生労働省の通知
2018年6月	骨太方針。公立・公的医療機関が民間で担えない分野に重点化しているか検証する必要性を強調。さらに、公立・公的医療機関ごとに改革プランを作成を促すとともに、公立・公的医療機関の役割を2019年3月までに決定するよう都道府県に要請
2018年8月	公立・公的病院の見直しに向けて具体的な方法を定めた通知
2019年3月～	厚生労働省の地域医療構想ワーキンググループで、急性期機能に着目した再検証のフレームワークを議論
2019年7月	骨太方針。重点的な国の支援を規定。遅くとも2020年秋までに再編・統合に向けた結論を都道府県に要請
2019年9月	「再編・統合に向けた議論が必要な公立・公的医療機関」として424病院を名指し（いわゆる424リスト） →都道府県知事や医療機関関係者、住民の反発
2019年10月	地域医療確保に関する国と地方の協議の場の第1回会合→12月まで3回開催 「424リスト」に関して、厚生労働省が地方説明会を順次開催
2019年12月	国と地方の協議の場で全国知事会が「正常化宣言」
2020年1月	地域の実情を踏まえた再検討を都道府県に促す厚生労働省の通知。名指ししたリストの一部修正
2020年1月	厚生労働省が「重点支援区域」の第1弾を公表→8月に第2弾公表
2020年3月	再編・統合しない場合は結論を出す期限→新型コロナウイルスの影響で延期に
2020年9月頃	再編・統合に向けた結論を出す期限→新型コロナウイルスの影響で延期に

出典：内閣府、厚生労働省資料を基に作成

## 重点支援区域の指定（参考）

重点的なデータ提供や財政支援を受けられる  
「重点支援区域」を地域の要望に沿って指定。

## 1回目 (2020年1月31日)

- 宮城県仙南区域（公立刈田綜合病院、みやぎ県南中核病院）
  - 宮城県石巻・登米・気仙沼区域（登米市立登米市民病院、登米市立米谷病院、登米市立豊里病院）
  - 滋賀県湖北区域（市立長浜病院、長浜市立湖北病院、長浜赤十字病院、セフィロト病院）
  - 山口県柳井区域（周防大島町立大島病院、周防大島町立東和病院、周防大島町立橋病院）
  - 山口県萩区域（萩市立萩市民病院、医療法人医誠会都志見病院）

## 2回目 (2020年8月25日)

- 北海道南空知区域（岩見沢市立総合病院、北海道中央労災病院）
  - 北海道南檜山区域（北海道立江差病院、厚沢部町国民健康保険病院、乙部町国民健康保険病院、奥尻町国民健康保険病院、町立上ノ国診療所、上ノ国町立石崎診療所）
  - 新潟県県央区域（県立燕労災病院、新潟県厚生農業協同組合連合会三条総合病院、県立加茂病院、県立吉田病院、新潟県済生会三条病院）
  - 兵庫県阪神区域（市立伊丹病院、公立学校共済組合近畿中央病院、市立川西病院、医療法人協和会協立病院）
  - 岡山県県南東部区域（玉野市民病院、玉野三井病院）
  - 佐賀県中部区域（多久市立病院、小城市民病院）
  - 熊本県天草区域（天草市立牛深市民病院、天草市立栖本病院、天草市立新和病院、天草市立河浦病院）

### 3回目 (2021年1月22日)

- ▶ 山形県置賜区域（米沢市立病院、三友堂病院、三友堂リハビリテーションセンター）
  - ▶ 岐阜県東濃区域（土岐市立総合病院、県厚生農業協同組合連合会 東濃中部医療センター 東濃厚生病院）

- 地域の要望に沿って、厚生労働省が「重点支援区域」を指定。優先的なデータ提供と財政支援で、病院再編の動きを後押し。

## 4回目 (2021年12月3日)

- 新潟県上越区域（県立中央病院、県立柿崎病院、県立妙高病院、上越地域医療センター病院、新潟労災病院、県厚生農業協同組合連合会上越総合病院、県厚生農業協同組合連合会けいなん総合病院、県厚生農業協同組合連合会糸魚川総合病院）
  - 新潟県佐渡区域（佐渡市立両津病院、佐渡市立相川病院、県厚生農業協同組合連合会佐渡総合病院、県厚生農業協同組合連合会南佐渡地域医療センター）
  - 広島県尾三構想区域（総合病院三原赤十字病院、三菱三原病院）

5回目 (2022年4月27日)

- ▶ 山口県下関区域（独立行政法人国立病院機構関門医療センター、独立行政法人地域医療機能推進機構下関医療センター、社会福祉法人恩賜財団済生会支部山口県済生会下関総合病院、地方独立行政法人下関市立市民病院）

## 6回目 (2023年3月24日)

- ### ▶ 青森県青森区域（青森県立中央病院、青森市民病院）

7回目 (2023年3月24日)

- ### ▶ 熊本県阿蘇構想区域（小国公立病院、阿蘇医療センター）

表の出典：厚生労働省資料を基に作成  
上の記事出典：2022年9月6日『新潟日報』  
下の記事の出典：2021年6月26日『中国新聞』

県央の医療再編、県が説明会  
吉田、加茂両病院  
県立維持を強調  
救急搬送対応 95%圏域で  
県はの、県立地域の医  
療再編に関する住民説明会  
を燕市役所で開いた。20  
23年度開院予定の済生会  
や、民医連法病院(3条市)  
委託予定の県立吉田(燕  
市、県立加茂(加茂市)  
の2病院の役割などを説明  
して説明した住民説明会に  
地医医政課の池田裕  
県が県央地域の医療再編  
と燕役所



# 三原の2病院来春統合赤十字と三菱調整会議合意

# 今日の内容 (4)

## ～医師の働き方改革の概要～

- 1：はじめに～自己紹介など～
- 2：日本の医療制度の特色
- 3：地域医療構想の概要
- 4：医師の働き方改革の概要
- 5：その他の提供体制改革
- 6：おわりに

# 医師の働き方改革～2024年本格施行～

医師の働き方改革に関する議論が決着。  
勤務時間の上限設定で3類型。

2024年4月～

年1,860時間／  
月100時間未満（例外あり）  
※いずれも休日労働含む

B:地域医療確保  
暫定特例水準

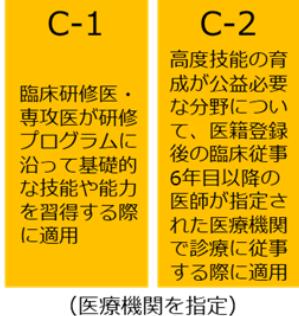


年960時間／  
月100時間未満（例外あり）  
※いずれも休日労働含む

A:診療従事勤務医  
に2024年度以降、  
適用される水準

年1,860時間／  
月100時間未満（例外あり）  
※いずれも休日労働含む

C : 集中的技能  
向上水準



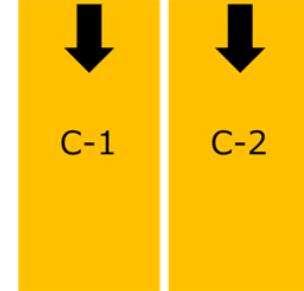
高度技能の育  
成が公益必要  
な分野につい  
て、医籍登録  
後の臨床従事  
6年目以降の  
医師が指定さ  
れた医療機関  
で診療に従事  
する際に適用

将来（2035年度末を目標）  
B水準を解消

将来に向けて縮減方向

年960時間／  
月100時間未満（例外あり）  
※いずれも休日労働含む

A



## 月の上限を超える面接指導と就業上の措置

連続勤務時間制限  
28時間・勤務間インターバル9時間の確保、代償  
休息のセット  
(努力義務)  
※実際に定める36協定の上限  
時間数が一般則を超えない場  
合を除く。

連続勤務時間制限28時  
間・勤務間インターバ  
ル9時間の確保、代償休  
息のセット（義務）

連続勤務時間制限28時  
間・勤務間インターバ  
ル9時間の確保、代償休  
息のセット（義務）

※臨床研修医は連続勤務時  
間制限を強化・徹底

連続勤務時間制限  
28時間・勤務間インターバル9時間の確保、代償  
休息のセット  
(努力義務)  
※実際に定める36協定の上限  
時間数が一般則を超えない場  
合を除く。

連続勤務時間制限28時  
間・勤務間インターバ  
ル9時間の確保、代償休  
息のセット（義務）

出典：厚生労働省資料を基に作成

注1：連携Bの場合、個々の医療機関における時間外・休日労働の上限は年960時間以下。

注2：C-1は医師の発意で計画を作成し、医療機関が審査組織に承認を要請

# 2021年通常国会で成立した改正医療法（参考）

医師の働き方改革に関する法律は2021年通常国会で成立した。

## 良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等 の一部を改正する法律案の概要

### 改正の趣旨

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進する観点から、医師の働き方改革、各医療関係職種の専門性の活用、地域の実情に応じた医療提供体制の確保を進めるため、長時間労働の医師に対し医療機関が講ずべき健康確保措置等の整備や地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組に対する支援の強化等の措置を講ずる。

### 改正の概要

#### ＜I. 医師の働き方改革＞

##### 長時間労働の医師の労働時間短縮及び健康確保のための措置の整備等（医療法）【令和6年4月1日に向け段階的に施行】

医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始（令和6年4月1日）に向け、次の措置を講じる。

- ・勤務する医師が長時間労働となる医療機関における医師労働時間短縮計画の作成
- ・地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度の創設
- ・当該医療機関における健康確保措置（面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等）の実施 等

#### ＜II. 各医療関係職種の専門性の活用＞

##### 1. 医療関係職種の業務範囲の見直し（診療放射線技師法、臨床検査技師等に関する法律、臨床工学技士法、救急救命士法）【令和3年10月1日施行】

タスクシフト/シェアを推進し、医師の負担を軽減しつつ、医療関係職種がより専門性を活かせるよう、各職種の業務範囲の拡大等を行う。

##### 2. 医師養成課程の見直し（医師法、歯科医師法）【①は令和7年4月1日／②は令和5年4月1日施行等】※歯科医師も同様の措置

①共用試験合格を医師国家試験の受験資格要件とし、②同試験に合格した医学生が臨床実習として医業を行うことができる旨を明確化。

#### ＜III. 地域の実情に応じた医療提供体制の確保＞

##### 1. 新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項の医療計画への位置付け（医療法）【令和6年4月1日施行】

医療計画の記載事項に新興感染症等への対応に関する事項を追加する。

##### 2. 地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組の支援（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）【令和3年4月1日等施行】

令和2年度に創設した「病床機能再編支援事業」を地域医療介護総合確保基金に位置付け、当該事業については国が全額を負担することとするほか、再編を行う医療機関に対する税制優遇措置を講じる。

##### 3. 外来医療の機能の明確化・連携（医療法）【令和4年4月1日施行】

医療機関に対し、医療資源を重点的に活用する外来等について報告を求める外来機能報告制度の創設等を行う。

#### ＜IV. その他＞ 持ち分の定めのない医療法人への移行計画認定制度の延長【公布日施行】

# 地域医療確保暫定特例水準とは何か（参考）

B水準は地域の医療機能維持のため、止むを得ず長時間労働となる医療機関。

## B水準対象医療機関

地域医療の観点で必須とされる機能を果たすため、止む無く長時間労働となる医療機関

- 救急医療、在宅医療など予見不可能で緊急性の高い医療ニーズに対応している
- 3次医療機関、2次医療機関で年間救急受入台数1,000台以上または年間の夜間・休日・時間外入院件数500件以上
- 在宅医療で積極的に役割を担う医療機関
- 公共性と不確実性が強く働き、知事が地域医療確保のために必要と認める医療機関（例：精神科救急、小児救急のみを提供する医療機関、僻地の中核医療機関など）

※連携B水準対象医療機関は医師の派遣を通じて、地域の医療提供体制を確保するために必要な役割を担う医療機関

出典：厚生労働省資料を基に作成

- B水準対象医療機関は追加的健康措置や労働時間短縮計画の作成、評価の受審などが義務付けられる。都道府県の指定。
- 都道府県は立入検査で年1回確認し、適切に運用しているか把握。必要に応じて指導、改善命令を実施。

# C水準とは何か（参考）

C水準は医師に教育・研修環境を提供するため、止む無く長時間労働となる医療機関。

## C水準対象医療機関

医師に対し、教育・研修環境を提供するため、止む無く長時間労働となる医療機関

- C—1水準は臨床研修医や専攻医の研修のため、止むを得ず長時間労働になる場合に適用。研修プログラム中、時間外・休日労働の年単位換算の想定最大時間数が960時間を超える医療機関。
- C—2水準は、専攻医を卒業した医師が高度な技能の修得のために止むを得ず長時間労働となる場合に適用され、その医師の育成のために、十分な教育研修環境を有する医療機関。

出典：厚生労働省資料を基に作成

- C—1水準は医師に教育・研修環境を提供するため、止む無く長時間労働となる医療機関。**都道府県の指定**。
- C—2水準については、高度な研修を提供していることを証明するため、医療機関は**都道府県**による**指定**に加えて、**日本専門医機構**の**審査**を受ける必要がある。医師も**「技能研修計画」**の作成と**都道府県**による審査が必要。
- いずれも追加的健康措置や労働時間短縮計画の作成が必要。**都道府県**は**立入検査で年1回**確認し、適切に運用しているか把握。必要に応じて指導、改善命令を実施。

# 医療機関に求められている対応

医療機関の管理者・事務部門のみなさまへ

## 医師の働き方改革 2024年4月までの 手続きガイド

このパンフレットは、医師の働き方改革を進めるための新しいルールが2024年4月から始まるのに向けて、医療機関がそれまでに行っておく必要のある手続きや、制度の仕組みをわかりやすくまとめたものです。

ぜひ、医療機関内で制度に向けた準備を進める上で参考としてご活用ください。



出典：厚生労働省資料、ウェブサイトから抜粋

<https://www.mhlw.go.jp/content/001115352.pdf>

- 2024年4月に本格施行される医師の働き方改革では、医師の勤務時間の削減だけでなく、**勤務時間の把握**（自院以外の**副業・兼業先**の勤務実態、**自己研鑽**に当てる時間の管理も含む）、**特例水準の指定**に関わる手続き、**健康確保措置**の実施、**宿日直許可**の取得など、多くの手続きが医療機関に求められている。
- 大まかな流れに関しては、**厚生労働省の「手続きガイド」**が分かりやすいため、これに沿って以下は流れを簡単に説明。



いきいき働く医療機関サポートWeb  
いきサポ

医療機関の勤務環境の改善に役立つ  
いきサポでは、各種情報や  
医療機関の取り組み事例を  
紹介しています。

医師の働き方改革を学ぶのが  
初めての方はこちら

イベント開催案内

## 2024年4月に向けた準備は進んでいますか？ フローチャートで次のステップを確認してみましょう

最初に制度の概要を確認したい場合は、p. 6をご覧ください。

1 自院内の医師の労働時間の把握  
ができますか？



まずは自院内の医師の労働時間の把握を進めましょう。

» p. 7

2 自院に副業・兼業を行っている医師がいますか？

いいえ はい

各診療科・医局を通じて、副業・兼業先の状況を確認しましょう。

» p. 7

4 自院で宿日直許可を既に取得していますか？

はい いいえ

勤改センター（→p. 5）の相談窓口を活用しながら、労働基準監督署への宿日直許可の申請を進めましょう。

※ 宿日直許可は診療科・時間帯単位での取得が可能です。

» p. 9

6 時間外・休日労働が年960時間を超える医師はいますか？

※ 副業・兼業先での労働時間も通算します。  
※ 宿日直許可を取得した範囲の業務時間は、労働時間には計上されません。



原則として特例水準の指定申請を行なう必要はありません。

» p. 6

7 2024年度以降にどの水準を目指すかを決めていますか？

連携B・B・C水準

A水準



地域医療の提供体制の確保も念頭に、2024年度以降にどの水準を目指すか、医療機関として意思決定しましょう。

» p. 6

次ページへ

2024年4月までに、医師の時間外・休日労働がA水準相当となるよう、引き続き取組を進めましょう。

» p. 6

## 医師の労働時間の把握

## 副業・兼業先の状況把握

## 宿日直許可の申請

## 960時間を超えない場合、 A水準の医療機関に

## 960時間を超える場合、 B、連携B、C水準の医療機関に

→次のページで

連携B・B・C水準を目指す場合

8 自院に働き方改革に関する会議体が設置・開催されていますか？

はい

各職種・世代を交えた会議体を設置し、院内の労働状況の共有や、今後の取組内容の議論を行いましょう。

» p.11

9 医師労働時間短縮計画（時短計画）の作成は終わっていますか？

勤改センター（→p.5）の相談窓口を活用しながら、時短計画の作成を進めましょう。

» p.11

10 評価センターに提出する書類は準備できていますか？

勤改センター（→p.5）の相談窓口を活用しながら、提出書類の準備を進めましょう。

» p.13

評価申請は評価センターのホームページ（→p.13）を通じて行えます。

手続き方法を確認して、早めに申請を行ってください。

» p.13

臨床研修病院・専門研修施設や、C-2水準の指定申請の予定のある医療機関は、別途、追加の手続きが必要です。

詳細は次のページをご覧ください。



評価センターの評価結果の受け取り後

11 都道府県への特例水準の指定申請の必要書類は準備できていますか？

勤改センター（→p.5）の相談窓口を活用しながら、必要書類の準備を進めましょう。

» p.29

申請手順の詳細（受付開始日等）は、勤改センター（→p.5）へお問い合わせいただけ、都道府県庁ホームページ等でご確認ください。

» p.29

## 時間短縮計画の作成

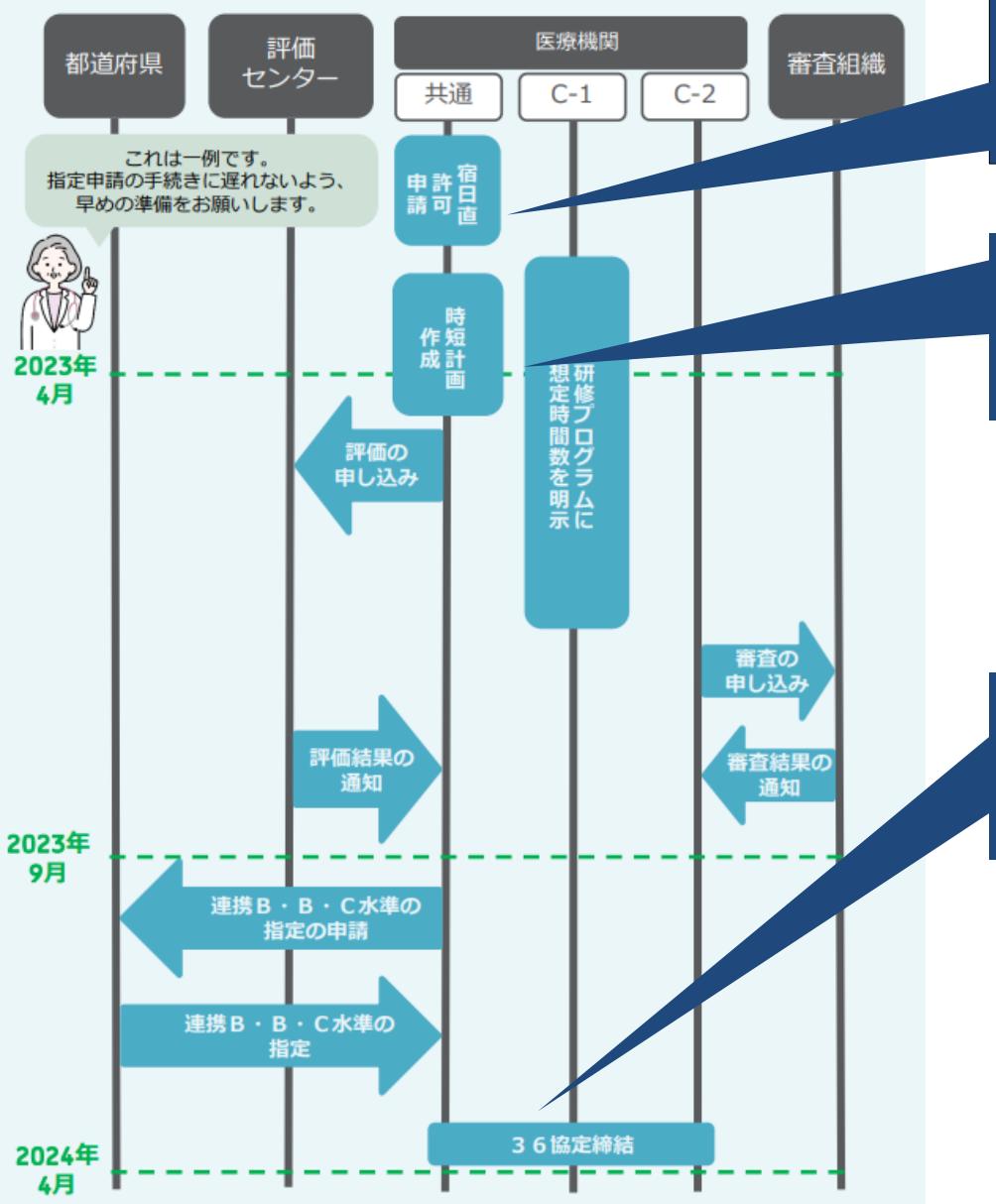
必要に応じて  
都道府県の「医療勤務環境改善支援センター」に相談

日本医師会が運営する  
「医療機関勤務環境評価センター」  
で評価申請

都道府県に申請、  
都道府県が指定

→次のページに続く

## 連携B・B・C水準の指定を受ける場合の手順の流れ（全体像）



## 勤務実態の把握

医療機関に雇用されている医師は労働者であり、  
労働基準法が適用されます。

勤務実態の把握は、働き方改革の第一歩です。

### 労働時間とは？



労働時間とは、使用者の指揮命令下に置かれている時間を指します。

自己研鑽が労働時間に該当するかは、「使用者の指揮命令下に置かれているかどうか」により判断されます。

なお、医師が他の医療機関で副業・兼業を行った場合（→p.41）、労働時間は通算されることに注意してください。

### 労働時間の整理の例

下記は一例であり、労働時間に当たるかどうかは、実態に応じて判断されます。  
院内の勤務実態の把握を進めるとともに、勤務医が働き方を自己管理できるよう、労働時間と自己研鑽の区別に関する考え方を明確化し、院内で周知しましょう。



### オーコール待機は労働時間？

オーコール中の待機時間（診療等の対応が発生していない時間）が労働時間に該当するかどうかは、実態として、待機時間中に「労働から離れることが保障されているかどうか」を踏まえて個別に判断されます。



## 時短計画について

医師の労働時間を短縮するための計画（時短計画）を作成しましょう。  
連携B・B・C水準の指定申請の際は、時短計画の提出が必要です。

### 作成する医療機関は？



連携B・B・C水準の指定取得を予定している場合、都道府県への申請の際に、時短計画の提出が必要です。

また、現在、院内に時間外・休日労働が年960時間を超える医師がいる医療機関は、連携B・B・C水準の指定取得を予定していない（2023年度末までに全員を年960時間以内に収め、A水準を目指す）場合でも、時短計画を作成し、計画に基づいて取組を進める努力義務があります。

ガイドライン（→p.12）に沿った時短計画を作成していることは、診療報酬の地域医療体制確保加算の算定要件となります。

### 計画の記載内容は？

各都道府県の勤改センターで、作成のサポートを行っています。



時短計画には、院内の医師の労働時間の現状と目標、目標を達成するための労働時間短縮に向けた取組の内容を記載します。

#### 主な記載事項

##### 労働時間の目標と現状

- 年間の時間外・休日労働時間数  
・医療機関内の医師の平均  
・医療機関内の医師の最長  
・年960時間を超える医師の人数  
・年1,860時間を超える医師の人数



##### 労働時間短縮に向けた取組

- 勤務管理・健康管理  
(記載例)  
・労働時間の管理方法  
・労働と研鑽の区分の明確化
- 院内の業務体制の見直し  
(記載例)  
・他職種との業務分担  
・外来やオーコール体制の見直し
- その他の勤務環境改善策  
(記載例)  
・ICT機器等の導入促進  
・仕事と家庭の両立支援

## 宿日直許可について

**宿日直許可のある業務に従事する時間は、  
労働時間や休憩に関する規定は適用されません。**

**宿日直許可の申請は、管轄の労働基準監督署で受け付けています。**

※宿日直許可がなくとも医療法に基づく宿直を行わせることは可能です。

### 宿日直許可とは？

宿日直中の勤務実態が、労働密度が低く十分な休息をとることが可能と認められる場合には、労働基準監督署から「宿日直許可」を得ることができます。

宿日直に従事する時間は労働時間ですが、宿日直許可の対象となった業務に従事する時間は、労働基準法の労働時間規制の対象から除外されます。

宿日直許可の回数は、原則（例外あり）、同一医師の宿直が週1回、日直が月1回以内です。許可回数を超えて宿日直に従事させた場合、超過分について通常の労働としての取扱が必要です。



### 対象となる業務は？

医療機関全体でなく、一部の診療科や時間帯に限った形でも申請できます。

許可の対象となるかどうかは、次のような基準に沿って総合的に判断されます。



- ✓ 通常業務とは異なる、軽度または短時間の業務であること
- ✓ 救急患者の診療など、通常業務と同等の業務が発生することはあっても、その頻度がまれであること
- ✓ 宿直の場合は、相当の睡眠設備があり、夜間に十分な睡眠を取り得ること
- ✓ 通常業務の延長ではなく、通常の勤務時間の拘束から完全に開放された後の業務であること

### 許可取得の流れは？

申請書に必要事項を記載の上、管轄の労働基準監督署に申請をします。

その後、労働基準監督署による書面調査・実地調査を経て、許可の判断が行われます。

出典：厚生労働省資料から抜粋

## 宿日直許可の論点

- 宿日直は労働基準法に基づき、**労働密度が低く、十分な休息を取ることが可能**であれば、労働時間の規制が適用外に。その際には、**労働基準監督署の許可**が必要。
- もし労働密度が低くないと判断されたり、許可を取らなかつたりすると、「宿直業務は週1回、日直業務は月1回」などの**労務管理**や、**超過勤務手当の支給**などが必要に。



- 医療では**グレーゾーン**が大きく、一律の対応が困難。コストアップ、診療体制の見直しを迫る要因に
- ➔ **地域医療への影響**が心配されるとして、日本医師会は弾力的な運用や罰則の猶予などを要請。

# 解決策としてのタスクシフト・タスクシェア

医師の負担を軽減するため、医師以外の関係職種に業務を移譲するタスクシフト／タスクシェアの必要性が論じられている。

医政発 0930 第 16 号  
令和 3 年 9 月 30 日

各都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長  
(公印省略)

現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について

医師の業務については、医療技術の高度化への対応や、患者へのきめ細やかな対応に対するニーズの高まり等を背景として、書類作成等の事務的な業務も含め、増加の一途を辿っていると指摘されている。こうした状況の中で、医師の時間外労働の上限規制が適用される令和 6 年 4 月に向けて、医師の労働時間の短縮を進めるためには、多くの医療関係職種それが自らの能力を生かし、より能動的に対応できるようにする観点から、まずは、現行制度の下で実施可能な範囲において、医師の業務のうち、医師以外の医療関係職種が実施可能な業務について、医療機関において医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアを早急に進める必要がある。このため、「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会」における議論を踏まえ、現行制度の下で医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアが可能な業務の具体例やタスク・シフト/シェアを推進するに当たっての留意点等について、下記のとおり整理したので、貴職におかれでは、その内容について御了知の上、各医療機関において、その実情に応じたタスク・シフト/シェアの取組が進むよう、貴管内の市町村（特別区を含む。）、医療機関、関係団体等に周知方願いたい。

- 医師の負担を軽減するため、医師以外の関係職種に業務を移譲するタスクシフト／タスクシェアの必要性が論じられており、2021年9月に厚生労働省が通知を発出。
- 研修を受けた看護師に対し、一定の条件の下であれば、医師の指示が示されていなくても、人工呼吸の管理や薬剤の投与、採血・検査の実施などを認める「特定行為」などが該当。
- しかし、これまでの業務の流れを変える必要があるため、現場への浸透度はイマイチ。一段の制度改正に際しては、関係職能団体同士の意見対立が激しく、議論は停滞しがち。

# 勤務環境改善に向けた事例集の概要①

厚生労働省の好事例集では、14の大項目、58の中項目で施策を整理。  
タスクシフト・シェアや地域連携などを列挙。



大項目		中項目
1	労務管理の方法	(1) 客観的な労働時間管理システムの導入 (2) 時間外の申請手続きの明確化 (3) 自己研鑽の労働時間該当性の整理 (4) 労働基準監督署の宿日直許可の取得（要件合致の場合） (5) 変形労働時間制（フレックスタイム制など）の導入 (6) 特別休暇制度の導入 (7) 夜勤専従職員の導入 (8) 交替制勤務の導入
2	タスク・シフト／シェア	(1) 医師事務作業補助者の配置 (2) 看護補助者の配置 (3) 特定行為研修修了看護師の配置 (4) 病棟・外来薬剤師の配置 (5) その他、他職種へのタスク・シフト／シェア
3	医師間の業務整理及びタスク・シフト／シェア	(1) 宿日直体制の見直し (2) チーム制の導入／奨励 (3) 周術期管理
4	地域連携・多職種連携	(1) 病病連携・病診連携 (2) 多職種連携
5	病棟マネジメント・業務マネジメント	(1) カンファレンスの勤務時間内実施や所要時間の短縮 (2) 当直帯の申し送り時間帯の設定 (3) 病状説明の勤務時間内実施と患者・家族への周知徹底 (4) クリニカルパスの作成などによる業務の標準化 (5) 臨床研修医、専攻医の学習環境の向上 (診療経験の見える化による効果的な業務配分など) (6) 病院総合医の配置 (7) 組織体制の見直し (8) 業務体制・業務内容の見直し

出典：厚生労働省資料から抜粋

出典：厚生労働省資料を基に作成

# 勤務環境改善に向けた事例集の概要②

厚生労働省の好事例集では、14の大項目、58の中項目で施策を整理。  
子育て・介護環境整備、キャリアアップ支援、ICT活用などを列挙。



出典：厚生労働省資料から抜粋

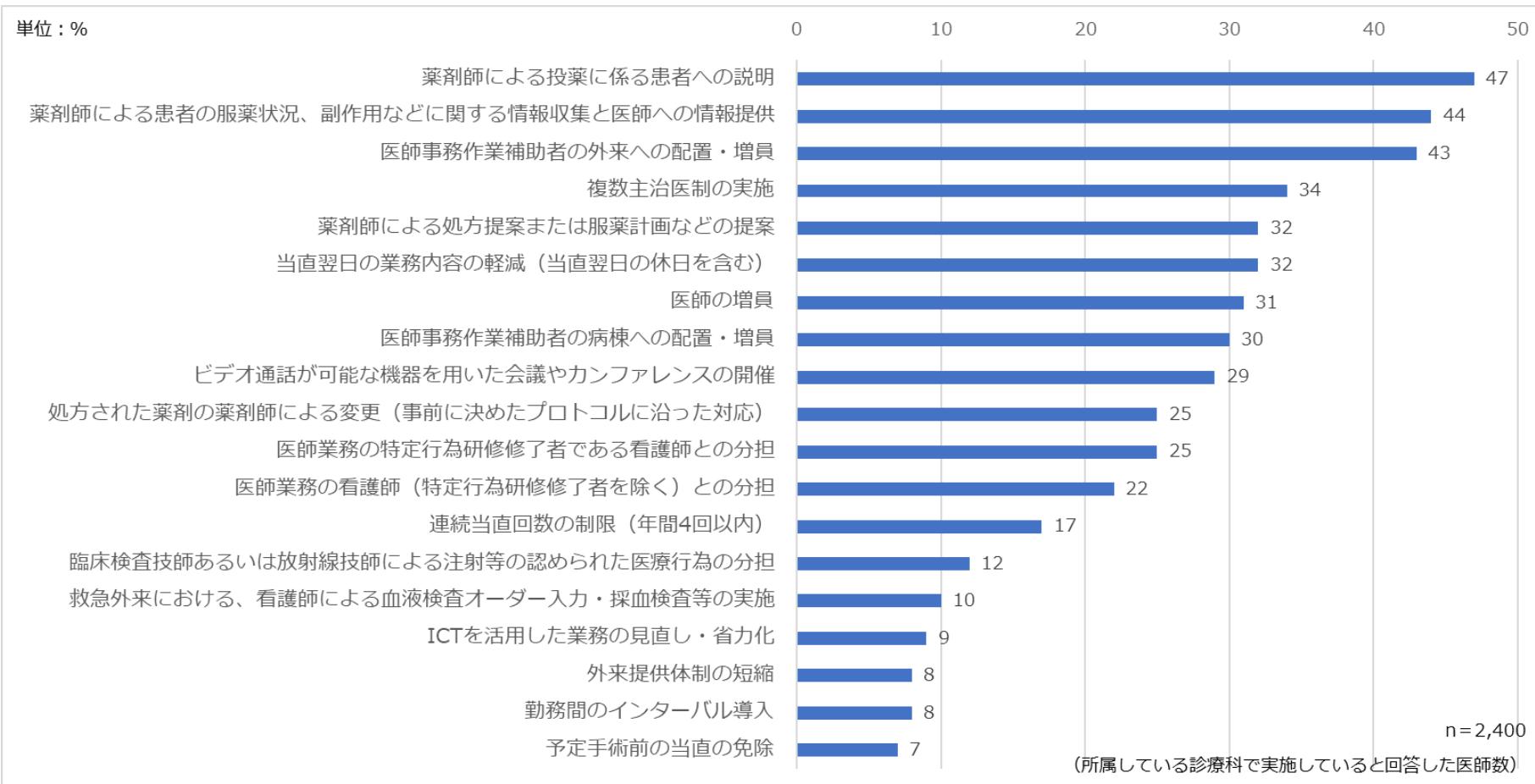
大項目		中項目	
6	意識醸成	(1)	有給休暇の取得の奨励
		(2)	定時退勤日・早期退勤日の設定
		(3)	完全休日の設定
		(4)	院長・改善チームなどによる定期的な情報発信
		(5)	管理職の働き方に関する意識、教育、能力向上
		(6)	職員への働き方に関する職員研修等の実施
7	子育て・家族介護などの環境の整備	(1)	院内保育・病児保育（24時間対応、送迎対応、当日予約など）
		(2)	ベビーシッターの利用補助
		(3)	復職時研修の実施
		(4)	多様なキャリアパスの提示・学位取得支援
		(5)	業務分担の工夫（短時間勤務でも担当患者を持つなど）
		(6)	子育て・介護の相談窓口設置・情報提供
		(7)	短時間勤務正職員制度の導入
		(8)	育児休暇・介護休暇取得時の代替要員確保の体制整備
		(9)	男性医師の育児・介護の休業取得・時短勤務の促進
8	キャリア支援・スキルアップ支援	(1)	研修などに関する情報提供・費用補助など
		(2)	キャリアラダーなどの導入
		(3)	特定行為研修修了看護師の育成
		(4)	近隣での開業支援
9	ICT活用	(1)	情報共有ツールの導入
		(2)	AI問診、音声入力等などの補助機器の導入
		(3)	デジタル化やIoT・ロボットの活用による業務効率化
10	働き方改革の推進体制の整備	(1)	医療マネジメント職（事務職）の活用
		(2)	多職種を巻き込んだチーム形成
11	コンプライアンス体制の整備	(1)	ハラスメントなどの対応体制の整備
		(2)	ハラスメントなどの研修の実施
12	職員の健康維持、管理、増進体制の整備	(1)	職員の健康管理（メンタルヘルス関連）のための体制整備
		(2)	職員の健康管理（メンタルヘルス以外）のための体制整備
13	患者・患者家族対応に関する体制の整備	(1)	患者・患者家族への周知・理解促進
		(2)	患者相談窓口・医療メディエーターの配置
14	職員採用	(1)	新規職員の採用・シニア人材の活用
		(2)	採用のためのPR活動の実施

出典：厚生労働省資料を基に作成

# 医師の負担軽減策（参考）

投薬に関する説明を薬剤師に委ねたり、  
医師事務作業補助者の外来部門への配置などが多い。

## 医師の負担軽減策の実施状況



出典：厚生労働省資料を基に作成

薬剤師や看護師への業務移譲、  
医師事務作業補助者の配置などが少しづつ実施されている。

# 医師の働き方改革に関する事例

勤務環境の改善に向けて業務の在り方を多職種で検討したり、女性が働きやすい環境づくりに努めたりした事例が多く紹介されている。

シリーズ◎医師の「働き方改革」

## 聖路加病院の改革から3年、医師が集まる病院へ

聖路加国際病院長の福井次矢氏に聞く

2019/05/09

満武 里奈=日経メディカル

医師の職場環境

医師の働き方改革 聖路加国際病院 福井次矢氏

印刷

シェアする 422

B! ブックマーク 6

ツイート

● 勤務環境改善に向けた  
好事例集  
令和5年3月

厚生労働省



➤ 医師の働き方改革に関する事例は雑誌、webなどで増えているが、いずれも超過勤務時間の削減にとどまらず、それぞれの医療機関で勤務環境の改善に取り組む必要性が言及されている。

好事例から学ぶことは重要だが、医療機関ごとに現状・課題を把握し、実情に応じた取組が重要（「横展開」の発想は禁物？）

職種を超えた働き方改革に関する議論と意識改革も必要に

# 医師の働き方改革が起こす副反応①

大学病院の人手が足りなくなるため、  
地域の病院に派遣されている医師が引き揚げられる可能性？

- 若手医師の超過勤務削減に伴って、大学病院の業務が逼迫すると、地域の病院に派遣されている医師の引き揚げが起きる危険性が指摘されており、岩手県などで構成する有志知事の会が積極的に提言などを展開。

大学病院で若手医師の超過勤務削減



大学病院で人手不足が顕在化



地域の病院に派遣されている医師の引き揚げ



医師不足地域での医療機能縮小

医師不足や地域間偏在の  
根本的な解消に向けた  
実効性のある施策の実施  
を求める提言

令和5年7月26日

地域医療を担う医師の確保を目指す知事の会

- 「医師の働き方改革」が、医師不足地域において医師の確保が図られないまま推進された場合、医療機関においては診療体制の縮小を余儀なくされ、救急医療や周産期医療の提供が困難になるなど、地域医療提供体制に多大な影響が生じることが懸念される。

# 医師の働き方改革が起こす副反応②

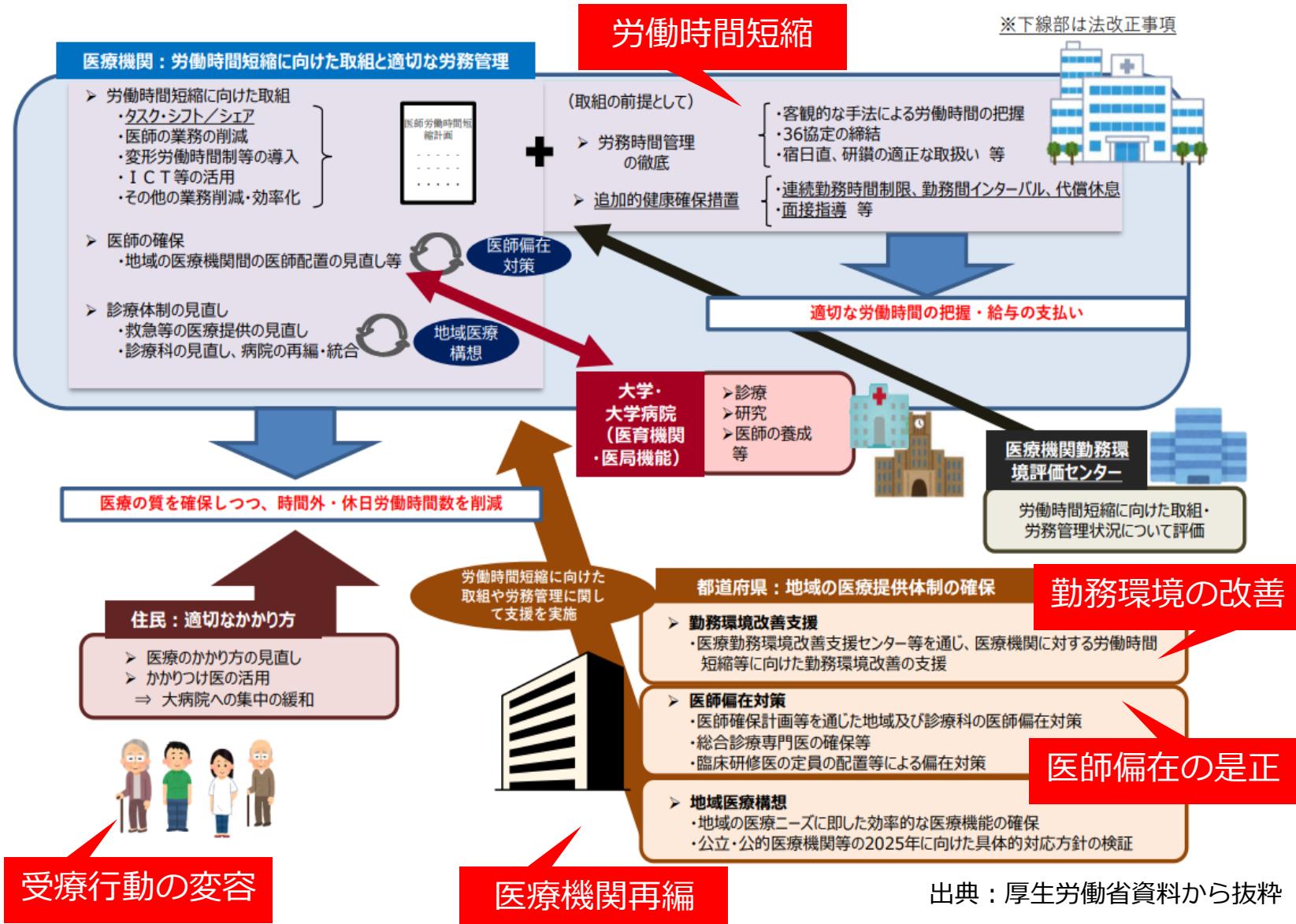
労働局の立ち入りケースが増加。一部ではシフト変更やコスト増、医療体制の見直しが起きており、働き方改革で加速？

出典：2021年1月26日『毎日新聞』、2020年9月9日『徳島新聞』、2018年11月号『病院』、2017年10月号『病院』

- 医師の働き方改革の法制化論議が進む中、医療機関に対して立入検査や是正に入る労働基準監督署が増えており、コストアップやシフト変更、医療体制の改革を強いられるケースも散見される。
- 聖路加国際病院では労使協定の締結、休日・夜間外来の体制変更、土曜診療体制の縮小などを強いられた

# 医師の働き方改革の全体像

医師の働き方改革では、医療機関内部の労働時間抑制に限らず、医師偏在是正、患者の受療行動変容などの広がりを持っている。



# 今日の内容 (5)

## ～その他の提供体制改革～

1：はじめに～自己紹介など～

2：日本の医療制度の特色

3：地域医療構想の概要

4：医師の働き方改革の概要

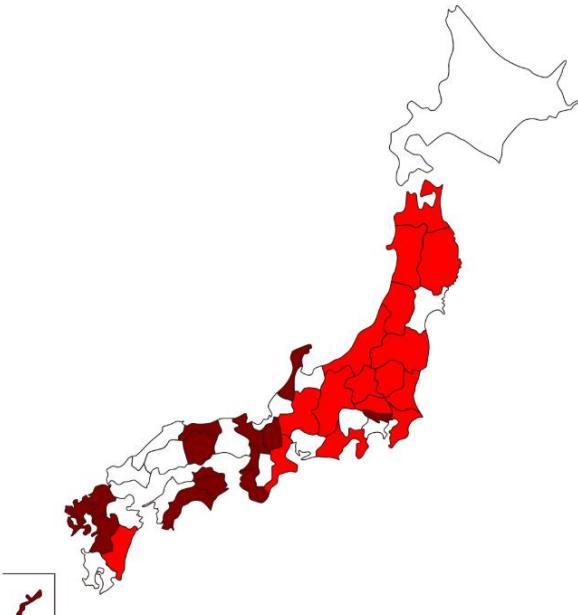
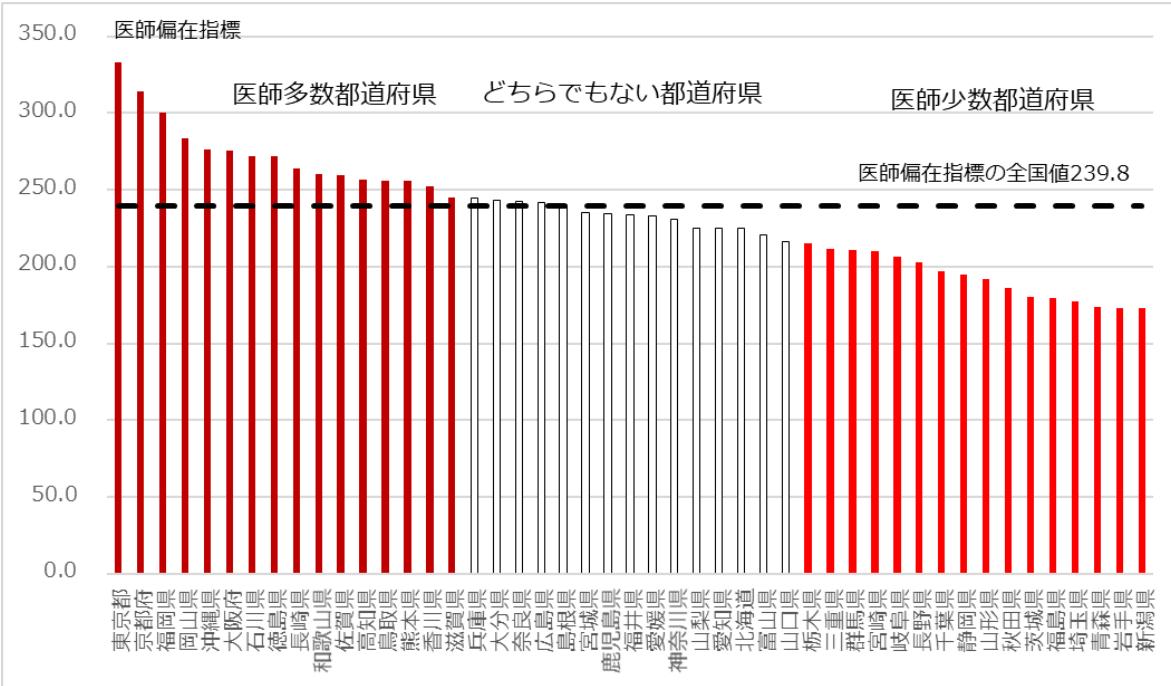
5：その他の提供体制改革

6：おわりに

# 医師確保計画～地域枠で偏在是正～

医師偏在是正に向けて、医師偏在指標で都道府県の状況を可視化。  
都道府県を中心に地域医療対策協議会で調整。

## 医師偏在指標で可視化された都道府県別で見た医師の過不足（2020年度現在）

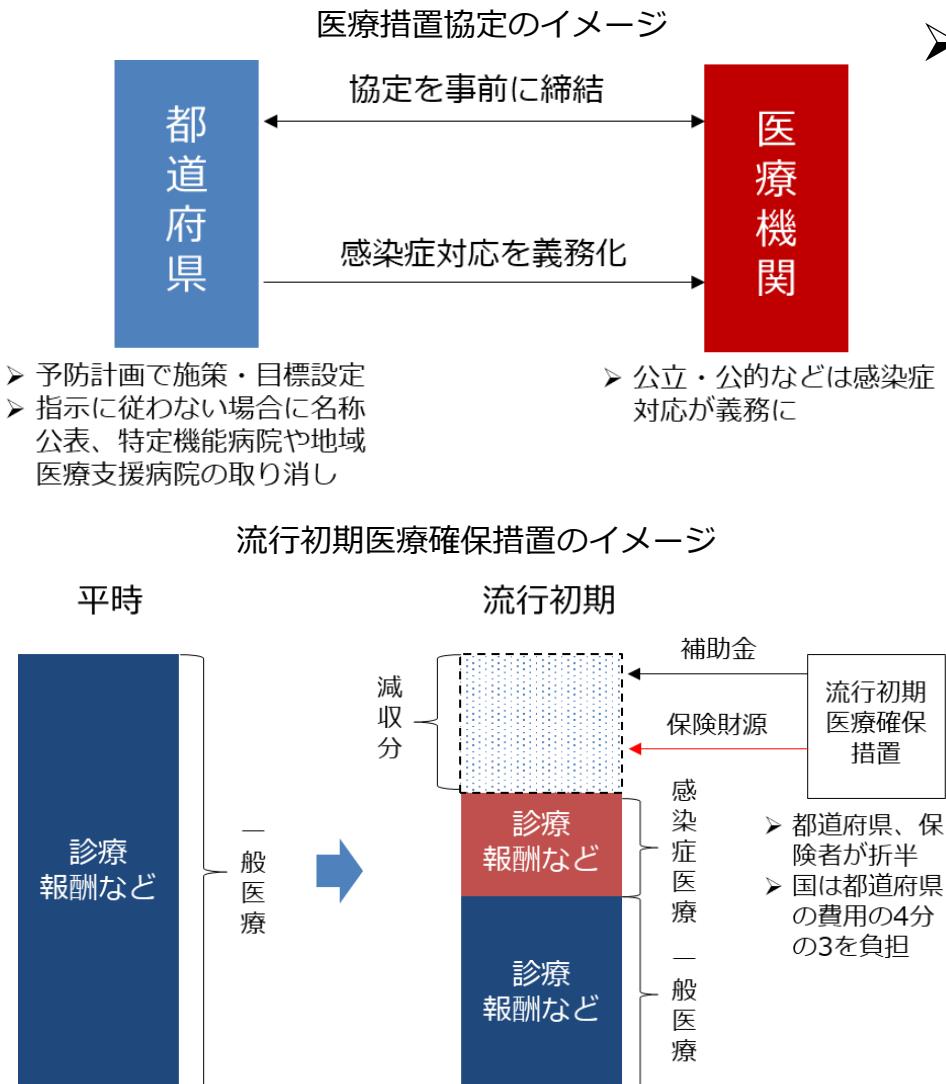


出典：厚生労働省資料などを基に作成

- 2020年3月までに各都道府県は「医師確保計画」を策定し、医師偏在指標を基に都道府県ごとの偏在状況を可視化。さらに、2次医療圏ごとの偏在指標も提示。
  - その上で、上位3分の1を「医師多数都道府県／区域」、下位3分の1を「医師少數都道府県／区域」に設定し、医師少數都道府県／区域への誘導を企図。
  - ➔ 地域医療対策協議会を法制化し、医療機関や大学医学部などと協議しつつ、都道府県が医師偏在是正に取り組む

# 新興感染症対策の強化に向けた法改正

新興感染症対策を強化するため、事前に都道府県が協定を締結。  
流行の初期段階では財政支援する制度も創設。



- ▶ 2022年臨時国会では、新興感染症対策を強化するため、感染症法などが改正され、都道府県が医療機関と協定を締結する仕組みが制度化。

▶ さらに、協定に沿って対応しない際、地域医療支援病院などの指定取消。公立・公的医療機関に対応を義務化。流行初期の財政支援措置も創設。

▶ 都道府県が「予防計画」を策定する際、保健所設置市、医療機関、医師会などと対応を協議する「連携協議会」を義務化。

▶ 2021年通常国会では、医療法が改正され、医療計画に新興感染症対応を追加。2022年度診療報酬改定でもテコ入れ策。

# 新興感染症対策の強化に向けた法改正（参考）

2022年臨時国会では、新興感染症対策を強化するため、  
感染症法などが改正。

## 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律案の概要

### 改正の趣旨

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある感染症の発生及びまん延に備えるため、国又は都道府県及び関係機関の連携協力による病床、外来医療及び医療人材並びに感染症対策物資の確保の強化、保健所や検査等の体制の強化、情報基盤の整備、機動的なワクチン接種の実施、水際対策の実効性の確保等の措置を講ずる。

### 改正の概要

#### 1. 感染症発生・まん延時における保健・医療提供体制の整備等【感染症法、地域保健法、健康保険法、医療法等】

##### （1）感染症対応の医療機関による確実な医療の提供

- ① 都道府県が定める予防計画等に沿って、都道府県等と医療機関等の間で、病床、発熱外来、自宅療養者等（高齢者施設等の入所者を含む）への医療の確保等に関する協定を締結する仕組みを法定化する。加えて、公立・公的医療機関等、特定機能病院、地域医療支援病院に感染症発生・まん延時に担うべき医療提供を義務付ける。あわせて、保健医療機関等は感染症医療の実施に協力するものとする。また、都道府県等は医療関係団体に協力要請できることとする。
- ② 初動対応等を行う協定締結医療機関について流行前と同水準の医療の確保を可能とする措置（流行初期医療確保措置）を導入する（その費用については、公費とともに、保険としても負担）。また、協定履行状況の公表や、協定に沿った対応をしない医療機関等への指示・公表等を行うことができる

##### （2）自宅・宿泊療養者等への医療や支援の確保

- ① 自宅療養者等への健康観察の医療機関等への委託を法定化する。健康観察や食事の提供等の生活支援について、都道府県が市町村に協力を求めることとし、都道府県と市町村間の情報共有を進めることとする。さらに、宿泊施設の確保のための協定を締結することとする。
- ② 外来・在宅医療について、患者の自己負担分を公費が負担する仕組み（公費負担医療）を創設する。

##### （3）医療人材派遣等の調整の仕組みの整備

- 医療人材について、国による広域派遣の仕組みやDMAT等の養成・登録の仕組み等を整備する。

##### （4）保健所の体制機能や地域の関係者間の連携強化

- 都道府県と保健所設置市・特別区その他関係者で構成する連携協議会を創設するとともに、緊急時の入院勧告措置について都道府県知事の指示権限を創設する。保健所業務を支援する保健師等の専門家（IHEAT）や専門的な調査研究、試験検査等のための体制（地方衛生研究所等）の整備等を法定化する。

##### （5）情報基盤の整備

- 医療機関の発生届等の電磁的方法による入力を努力義務化（一部医療機関は義務化）し、レセプト情報等との連結分析・第三者提供の仕組みを整備する。

##### （6）物資の確保

- 医薬品、医療機器、個人防護具等の確保のため、緊急時に国から事業者へ生産要請・指示、必要な支援等を行う枠組みを整備する。

##### （7）費用負担

- 医療機関等との協定実施のために都道府県等が支弁する費用は国がその3/4を補助する等、新たに創設する事務に関し都道府県等で生じる費用は国が法律に基づきその一定割合を適切に負担することとする。

#### 2. 機動的なワクチン接種に関する体制の整備等【予防接種法、特措法等】

- ① 国から都道府県・市町村に指示する新たな臨時接種類型や損失補償契約を締結できる枠組み、個人番号カードで接種対象者を確認する仕組み等を導入する。
- ② 感染症発生・まん延時に厚生労働大臣及び都道府県知事の要請により医師・看護師等以外の一部の者が検体採取やワクチン接種を行う枠組みを整備する。

#### 3. 水際対策の実効性の確保【検疫法等】

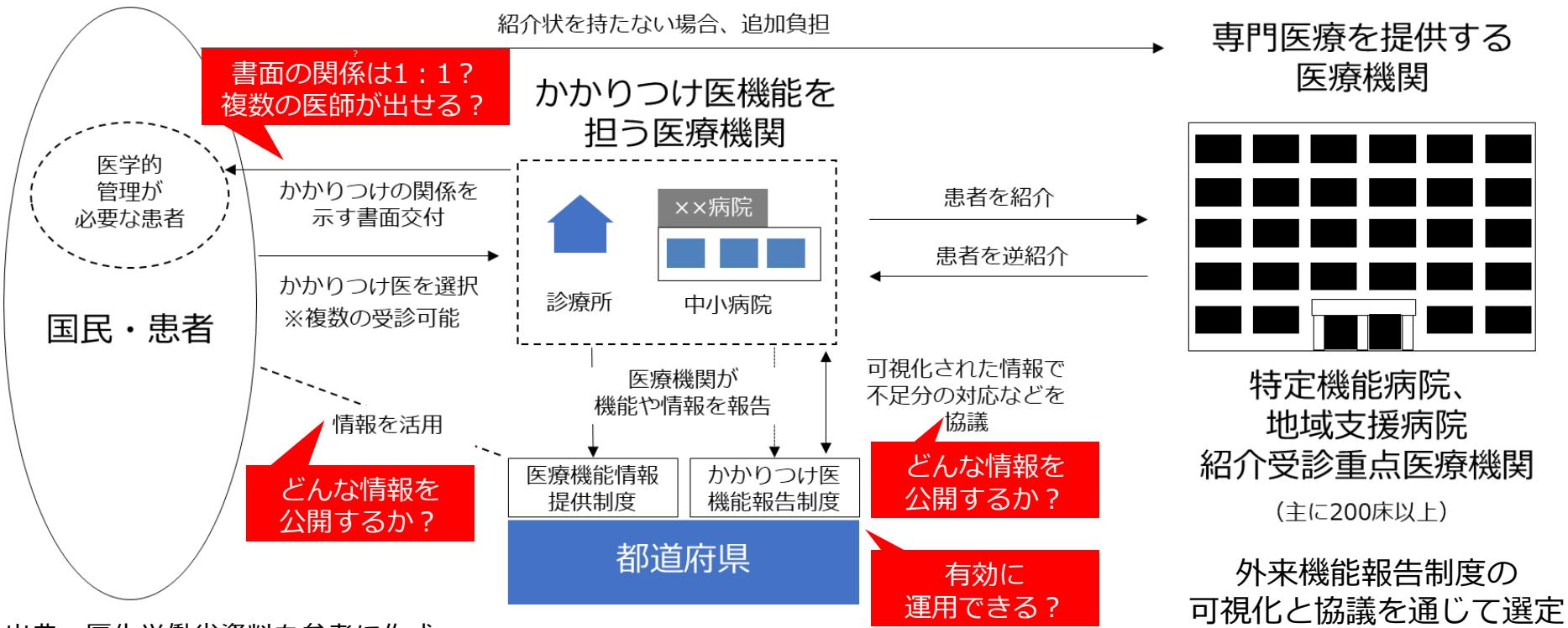
- 検疫所長が、入国者に対し、居宅等での待機を指示し、待機状況について報告を求める（罰則付き）ことができる
- このほか、医療法の平成30年改正の際に手当する必要があった同法第6条の5第4項の規定等について所要の規定の整備を行う。

### 施行期日

令和6年4月1日（ただし、1の(4)及び2の①の一部は公布日、1の(4)及び(5)の一部は令和5年4月1日、1の(2)の①の一部及び3は公布日から10日を経過した日等）

# かかりつけ医機能の制度整備のイメージ

2022年12月の決着では、地域単位で可視化しつつ、不足する機能を充足することで決着した。



- ▶ かかりつけ医の機能強化は**新型コロナウイルスへの対応**を契機に論点になり、財務省や日本医師会などの攻防の末、2022年12月に決着。
- かかりつけ医機能が**医療法に明記**されるとともに、**地域の状況を可視化**しつつ、**都道府県と医療機関の協議**を経て、**充足していく方向**に。
- 新設される「**かかりつけ医機能報告制度**」や**医療機能情報提供制度**の見直しなど、**詳細な制度設計**は今後の検討課題。

# かかりつけ医機能報告制度のイメージ（参考）

医療機関が果たしている機能について報告。  
足りない機能を都道府県が充足するように協議。

＜慢性疾患を有する高齢者の場合のイメージ＞

※報告を求める具体的な機能については、今後、有識者や専門家等の参画を得て、さらに詳細を検討  
(診療所に加え、医療機関が病院の場合も検討)。

かかりつけ医機能 ※①～⑤は機能の例示	①外来医療の提供 (幅広いプライマリケア等)	②休日・夜間の対応	③入退院時の支援	④在宅医療の提供	⑤介護サービス等と連携
A診療所	○	○	○	○	○
B診療所	○	○	○	○	○
C診療所	○	○	○	○	○
D診療所	○	×	×	○	○
E診療所	○	○	×	○	○
F診療所	○	—	×	—	○
G診療所	—	—	—	—	—

○：自院のかかりつけ患者に対し、当該機能を単独で提供できる

○：自院のかかりつけ患者に対し、当該機能を他の医療機関と連携して提供できる  
(連携する医療機関も報告。③の○は他院と連携して病床を確保している場合が考えられる。)

×：当該機能を担う意向はあるが、現時点では提供できない

—：当該機能を担う意向がない



地域の医療機関は、  
①～⑤の機能の有無  
や、これらをあわせて担う  
意向等を報告。

都道府県は、①～⑤の  
機能をあわせて担う医療  
機関を確認。



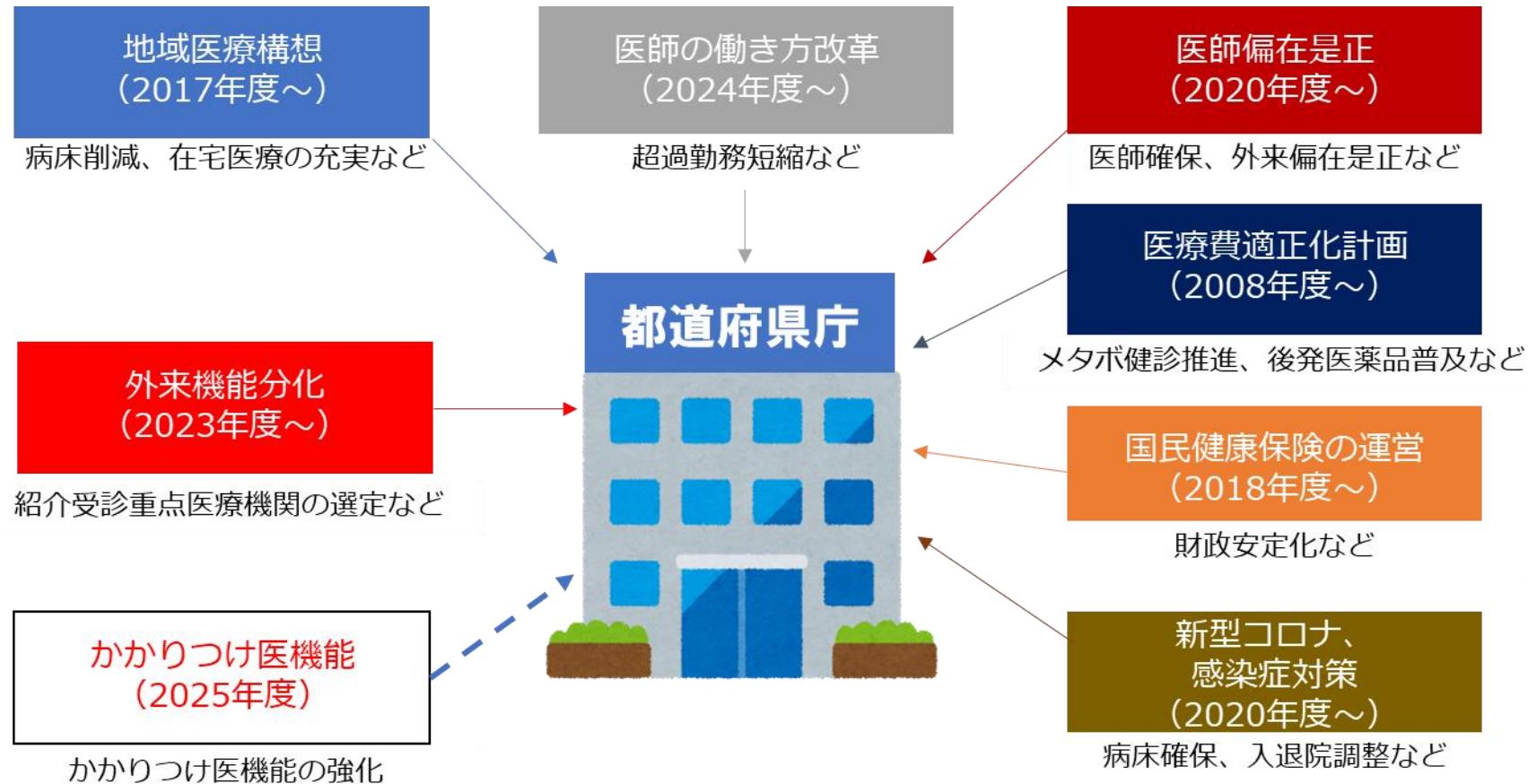
協議の場において、各医  
療機関の①～⑤を担う  
意向を踏まえつつ、地域  
で不足している機能を充  
足できるよう、支援や連  
携の具体的な方法を検討。

※他院を支援する意向も報告  
し、不足する機能の充足の協  
議に活かす。

出典：厚生労働省資料から抜粋

# 最近の医療制度改革の傾向は「都道府県化」

最近の医療制度改革は都道府県の役割を強化する方向。  
かかりつけ医機能も、その一つとして位置付けられる。



➤ 近年の制度改革では、「地域の実情」に沿った対応を図るため、都道府県が主体に。

➔ 2024年度の医療計画改定などに向けた国の審議会資料は……

# 2024年度改定に向けた医療の資料

医療計画の改定に向けた意見書では、  
「地域の実情」の言葉が多用されている。

第8次医療計画等に関する意見のとりまとめ

令和4年12月28日  
第8次医療計画等に関する検討会

本検討会におけるこれまでの議論を踏まえ、第8次医療計画の「医療計画作成指針」及び「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制構築に係る指針」等の見直しが必要と考えられる事項を中心に意見のとりまとめを行う。

## I 医療計画全体に関する事項

### 1 医療計画の作成について

これまで、医療のアクセスや質を確保しつつ、持続可能な医療提供体制を確保するため、医療機能の分化・強化、連携や、地域包括ケアシステムの推進等の取組を進めてきた。

今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、我が国の医療提供体制に多大な影響が生じ、地域医療の様々な課題が浮き彫りとなり、地域における入院・外来・在宅にわたる医療機能の分化・強化、連携等の重要性、地域医療全体を視野に入れて適切な役割分担の下で必要な医療を面として提供することの重要性などが改めて認識された。

一方で、この間も、人口減少・高齢化は着実に進んでおり、医療ニーズの質・量が徐々に変化するとともに、今後は、特に生産年齢人口の減少に対応するマンパワー確保や医師の働き方改革に伴う対応が必要になることを踏まえ、地域医療構想を引き続き着実に推進し、2040年を見据えた人口構造の変化への対応を図ることが必要である。さらに、質の高い医療の提供や効率化を図る観点から、情報・通信技術（ICT）の活用や、医療分野のデジタル化を推

意見のとりまとめ（新興感染症発生・まん延時における医療）

令和5年3月20日  
第8次医療計画等に関する検討会

「第8次医療計画等に関する意見のとりまとめ」（令和4年12月28日第8次医療計画等に関する検討会）において、「別途とりまとめる」とされた「Ⅱ 5 疾病・6 事業及び在宅医療のそれぞれの医療提供体制等に関する事項 2 6 事業（6）新興感染症発生・まん延時における医療」について、これまでの議論を踏まえ、第8次医療計画の「医療計画作成指針」等の策定に向けて必要と考えられる事項を中心に意見のとりまとめを行う。

本検討会では、都道府県における実効性のある医療計画の策定に資するよう、都道府県と医療機関との間の医療措置協定の締結協議等を円滑に進めるために考えられる論点を中心に、下記の目次に沿って、各論点に係る「対応の方向性」として、意見をまとめる。

### 【目次】

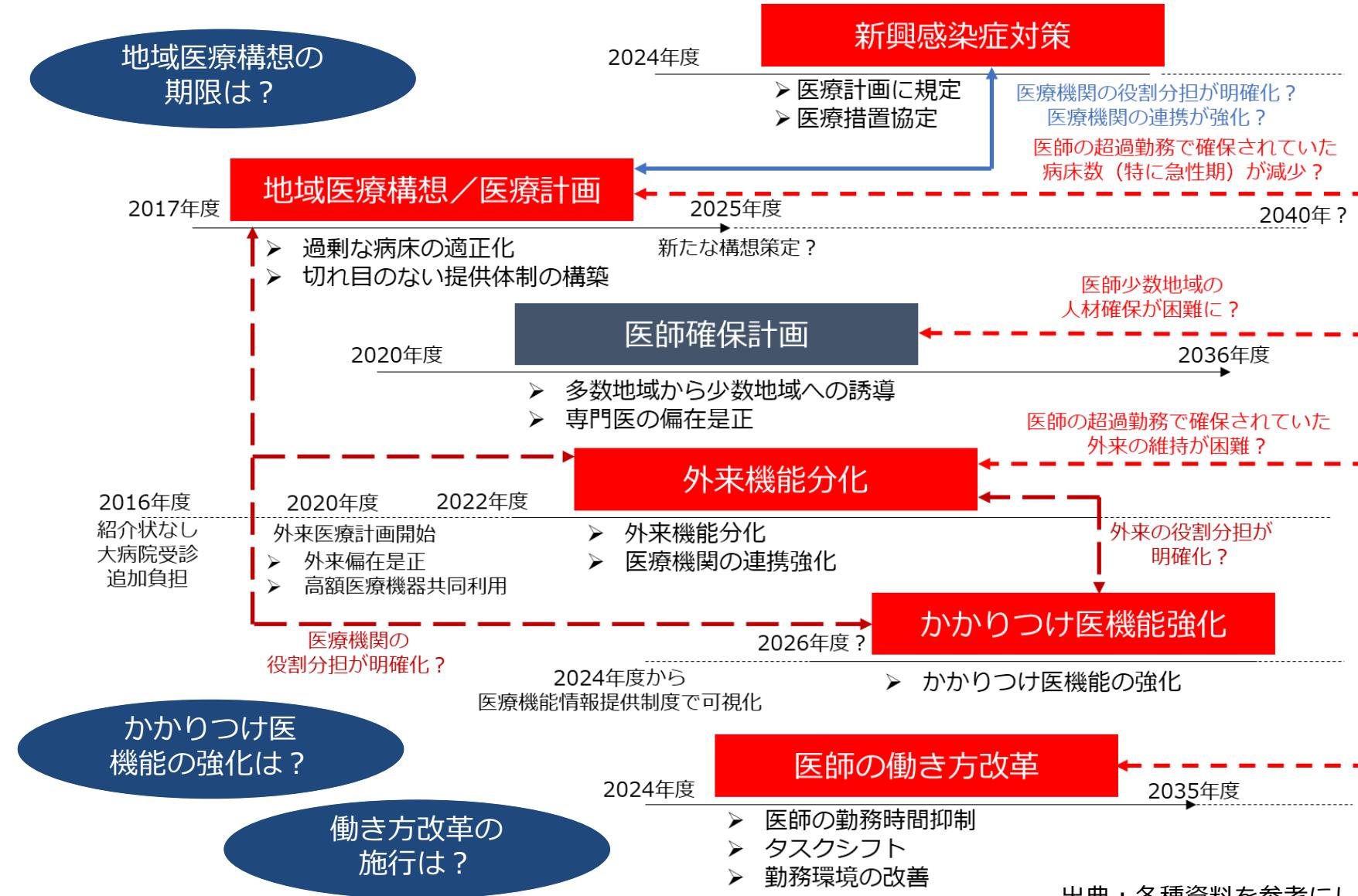
- （前提）想定する新興感染症
- 1. 都道府県と医療機関との協定締結に当たっての基本的方針
- 2. 各医療措置協定について
  - （1）病床関係
  - （2）発熱外来関係
  - （3）自宅・宿泊療養者・高齢者施設での療養者等への医療の提供関係
  - （4）後方支援関係
  - （5）人材派遣関係
- 3. 協定締結プロセスにおいて考慮すべき事項

「地域の実情」が計29回

「地域の実情」が計11回

# 各種制度改正の連動性

人口減による需要減に加えて、働き方改革も進むため、人材確保が困難に。  
病床数（中でも急性期）や外来を維持できなくなる？



# 今日の内容 (6)

## ～おわりに～

- 1：はじめに～自己紹介など～
- 2：日本の医療制度の特色
- 3：地域医療構想の概要
- 4：医師の働き方改革の概要
- 5：その他の提供体制改革
- 6：おわりに

# 働き方改革と健康経営の親和性

## 民間企業では近年、働き方改革と健康経営、 人的資本経営、ダイバーシティーの一体化が進んでいる。

2021年10月に開催された  
経済産業研究所のシンポジウム

RIETI政策シンポジウム

### 働き方改革と健康経営

| 開催案内 | 配付資料・動画配信 | 議事概要 |



### 開催案内

経済産業研究所では、「働き方と健康」をキーワードに経済学、産業保健心理学、産業医学・疫学など様々な分野の研究者が集まり、学際的な研究を進めてまいりました（「働き方改革と健康経営に関する研究（2016年12月9日－2018年11月30日、プロジェクトリーダー：山本勲）および（2019年8月12日－2021年7月31日、プロジェクトリーダー：黒田祥



出典：経済産業研究所ウエブサイト

- 従業員の健康づくりを目指す「健康経営」は当初、生活習慣病対策（メタボ健診）に限定していたが、2019年に働き方改革がスタートしたのを契機に、「働きやすい職場づくり」と「従業員の健康づくり」、ダイバーシティへの配慮が一体化。
- 近年は人的資本の観点でも働き方改革や健康経営とのリンクが強まっており、人手不足の時代に「選ばれる会社」を目指す動きが顕著に。  
→こうした動きは今後、医療機関も無縁ではいられない？

※「健康経営®」はNPO法人健康経営研究会の登録商標。

### (1) 人的資本情報の重要度の高まり

企業を取り巻く環境が大きく変化する中で、自社の人材や人材戦略が、どのように経営戦略の実現や持続的な企業価値の向上につながるのかについて、企業と投資家が対話を進めるこの重要度が高まっている。2021年6月に改訂されたコーポレートガバナンス・コードにおいても、人的資本への投資について、自社の経営戦略・経営課題との整合性を意識した、わかりやすく具体的な情報開示が求められている。

また、ESGの観点から、労働安全や従業員の健康、賃金の公正性、ダイバーシティといった人的資本に関連する論点について、より高い水準での達成を求める投資家や消費者からの声は高まりを見せている。加えて、ブランド価値やサプライチェーンのリスクマネジメントの観点からも、情報の重要度が高まっている。企業もこのような動きを受け、ESG活動の主要なテーマとして人的資本に関連するトピックを挙げる割合が増加傾向にある。

出典：経済産業省ウエブサイトから抜粋

# おわりに

地域医療構想、医師の働き方改革では、「地域の実情」に応じた体制整備が必要に。現場の医療機関では勤務環境改善も重要。

- 日本の医療提供体制では、過剰な病床や医師の過重勤務、女性医師が少ない点などの特色がある。地域医療構想や医師の働き方改革を通じて、これらの構造を見直す方向で対応する必要がある。
- ただ、地域医療構想には「過剰な病床の削減」「切れ目のない提供体制の構築」という2つの目的が混在しており、議論が混乱しやすい。
- ➔ この構造は今後も変わらない中、前者の視点に立った財務省などのプレッシャーが強まる可能性？
- 2024年4月に本格施行される「医師の働き方改革」では、単なる超過勤務の時間短縮だけでなく、勤務環境の改善まで意識する必要がある。時間の帳尻合わせに終始すると、曖昧さが残る宿日直や自己研鑽が悪用される危険性さえ危惧される。  
➔ 勤務環境改善や女性参画、ダイバーシティー確保を意識した対応が必要に
- ただ、医師不足の加速化、コストアップなどの副反応が予想されており、地域医療の確保と医師の健康確保のバランスも必要に。  
➔ 地域の医療提供体制を変える可能性があるため、都道府県の役割が重要に
- このほか、医師確保、新興感染症対応、かかりつけ医機能強化など都道府県の役割が大きくなっており、「地域の実情」に沿った体制整備に向けて、都道府県の主体性と現場の自主的な対応が求められている。

## 長野県地域医療構想



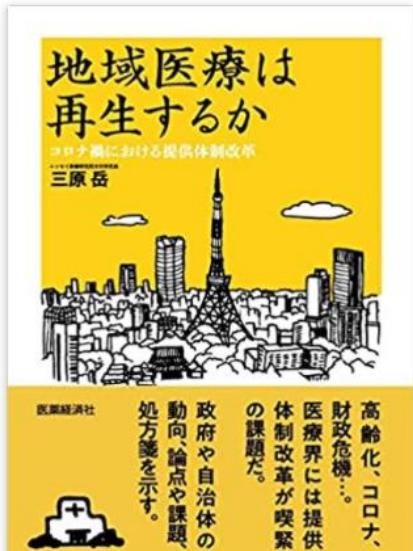
平成29年3月  
長野県



出典：厚生労働省、長野県資料から抜粋

# 最後に少しだけ宣伝

2020年11月、地域医療構想について単著を書きましたので、もし宜しければ御笑覧を。弊社ウェブサイトも御覧下さい。



ニッセイ基礎研究所 2020-09-15

## 基礎研 レポート

感染症対策はなぜ見落とされたのか  
保健所を中心とした公衆衛生の歴史を振り返る

保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 主任研究員 三原 岳  
(03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

### 1——はじめに～感染症対策はなぜ見落とされたのか～

新型コロナウイルスの感染が再拡大する中、感染症に対応した医療制度改革の必要性が論じられている。中でも、感染症対策の最前線を担った保健所の機能強化が争点となっており、感染症対策に弱い医療制度の課題が浮き彫りとなっている。

では、なぜ感染症対策に対して脆弱なのだろうか。言い換えると、なぜ感染症対策は見落とされているのだろうか。歴史を振り返ると、保健所を中心とした公衆衛生システムを整備する際、日本は結構対策を重視してきた。このため、どこかのタイミングで、あるいは何らかの理由で感染症対策が軽視されるようになったと言える。

そこで、本レポートでは感染症対策を含めた公衆衛生の歴史を振り返ることで、感染症対策が見落とされた背景を探る。具体的には、一部で指摘されている行政改革による影響だけでなく、疾病構造の変化、公的医療保険の拡大、国民の意識変容、地方分権の影響など様々な要因を挙げる。その上で、感染症対策にも対応できる医療提供体制改革に向けて、保健所の機能強化に加えて、災害対策を参考にした病床の確保策などを示す。

出典：Amazon、ニッセイ基礎研究所ウェブサイト

地域医療は再生するか～コロナ

書 - 2020/11/11

三原岳 (著)

ベストセラー1位 - カテゴリ 医学一般関連

› その他 の形式およびエディションを表示する

新書

¥1,650

獲得ポイント: 17pt prime

¥1,650 より 1 新品

プライム会員の場合は無料配送

ニッセイ基礎研究所

2020-10-27

## 保険・年金 フォーカス

コロナ禍で医療提供体制改革を  
どう進めるのか  
リダンダンシーの発想が必要、難しい舵取りを迫られる都道府県

保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 主任研究員 三原 岳  
(03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

### 1——はじめに～コロナ禍で医療提供体制をどう改革するのか～

新型コロナウイルスの感染が長期化する中、医療制度改革への影響が避けられない情勢となっている。中でも、人口的にボリュームが大きい「団塊世代」が75歳以上となる2025年を意識し、病床削減や在宅医療の拡大といった提供体制改革を進める「地域医療構想」の部分的な軌道修正が迫られている。地域医療構想が策定された時点で感染症は考慮されていなかった上、コロナ禍で医療需要

ただ、人口動態の長期的なトレンドは不変であり、地域医療構想のコンセプトを見直す動きには至っていない。このため、地域医療構想の推進主体である都道府県は、「短期的にコロナ対応で病床を確保しつつ、中長期的には病床を減らして在宅医療を増やす」という難しい舵取りが求められる。本稿は「コロナ禍における医療提供体制改革」という視点で、中長期的な方向性を考察したい。

- 書籍では、医療提供体制改革で重視されている**地域医療構想**の内容、現状を分析するとともに、新型コロナウイルスの影響も考察。その上で、**改革の処方箋**を提示。
- そのほか、医療・介護分野を中心に**ウェブサイト**でも原稿をアップしていますので、いずれも御笑覧下さい。

ニッセイ基礎研究所

2023-09-29

## 基礎研 レポート

施行まで半年、医師の働き方改革は定着するのか  
曖昧さが残る宿日直や自己研鑽、地域医療の確保でトレードオフが発生? 今後の行方を展望する

保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 上席研究員 三原 岳  
(03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

### 1——はじめに～施行まで半年、医師の働き方改革は定着するのか～

医師の超過勤務削減を目指す「医師の働き方改革」が2024年4月に本格施行されるまで、残り半年となった。この改革では、医師の超過勤務を原則として年960時間（地域医療の確保や医師のスキル向上に必要な医療機関で働く医師は年1,860時間）に抑制することが求められており、現場の医療機関は医師の勤務時間削減にとどまらず、医師の健康確保措置や勤務環境の改善、診療体制の見直しなどが求められている。

しかし、宿泊を要する業務である「宿日直」の許可など、現場の準備状況に不安を感じさせる結果

もお詳しくはニッセイ基礎研HP

ニッセイ 医療 介護

検索

御清聴、有り難うございました。

問い合わせは

[mihara@nli-research.co.jp](mailto:mihara@nli-research.co.jp)

[GZE05423@nifty.com](mailto:GZE05423@nifty.com)

質問、御意見を  
どうぞ

