

全国厚生労働関係部局長会議資料

令和3年1月
医政局

目次

1	医療機関支援等について	1
2	医療計画・地域医療構想について	24
3	医師偏在・医療人材の確保について	53
4	医師・医療従事者の働き方改革の推進について	92
5	オンライン診療について	116
6	個別の政策課題	
	(1)外国人患者の受入れ環境整備について	122
	(2)産科医療補償制度の補償対象基準等の一部見直しについて	132
	(3)災害関係について	137
	(4)歯科疾患実態調査について	149
7	照会先一覧	152

1 医療機関支援等について

新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金の執行に一層の御協力をいただきたい。
また、12月25日の予備費で措置した新型コロナ患者の入院受入医療機関への緊急支援については、国直接執行の事業であるが、都道府県からの申出が必要となるため、御協力いただきたい。

- 医療機関への支援については、これまでも、第一次・第二次の補正予算と9月の予備費で約3兆円を措置するほか、無利子・無担保等の危機対応融資を実施してきた。【P4】
- 特に、新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金については、医療機関等への交付状況について、事業毎あるいは自治体間でも差が見受けられる。支援は現場に届いて初めて効力を生むものであり、適切に交付が進むよう、年度末を見据え、改めて事業の精査を行うなど、迅速な執行をお願いしたい。【P5】
- 12月15日に閣議決定した第三次補正予算(案)においては、「新型コロナ緊急包括支援交付金」の増額のほか、
 - ・ 国直接執行による、診療・検査医療機関をはじめとした医療機関等に対する感染拡大防止等の補助
 - ・ 小児科等に対する支援や新型コロナウイルス感染症からの回復患者の転院支援に係る診療報酬上の特例措置を講じることとしている。【P6-10】
- また、緊急包括支援交付金の中で、重点医療機関に医師・看護師等を派遣する場合の派遣元医療機関に対する補助上限額を、12月14日以降、その処遇にも配慮する観点から、倍増することとしており、活用いただきたい。【P11】
- なお、今般の新型コロナウイルス感染症対策における看護職員の確保に向けた取り組みとして、各都道府県看護協会が看護職員の応援派遣が可能な医療機関の把握を進めるとともに、有事の際に都道府県が県外からの応援派遣の受入を判断した場合には、都道府県看護協会を通じ、日本看護協会に応援派遣要請をする仕組みを構築している。有事の際は円滑に応援派遣を受けられるために、都道府県と都道府県看護協会には、事前に応援派遣の協定・連携をしていただくようお願いしているため、御活用いただきたい。【P12】

- さらに、12月25日に閣議決定した予備費では、国の直接執行により、新型コロナ患者の受入病床を割り当てられた医療機関に対して、対応に当たる医療従事者を支援し受入体制を強化するための補助を行うこととした。（1月7日には新型コロナ患者のための病床を新たに割り当てられた場合の加算を創設）
同事業においては、医療機関が国へ補助申請を行うに当たり、都道府県からの病床の逼迫に係る申出が必要となるため、病床確保計画の最終フェーズとなった都道府県又は病床が逼迫し受入体制を強化する必要があると判断した都道府県におかれては、速やかに申し出ていただくようお願いしたい。【P13】
- 地域医療提供体制の確保に取り組んでいただいていることに感謝申し上げるとともに、新型コロナウイルス感染症に最前線に対応する医療機関や医療従事者等の支援に当たって、引き続きの御協力をお願いしたい。

一次・二次補正予算及び9/15予備費による医療機関等への支援(概要)

一次・二次補正による医療機関等支援(約1.78兆円)に加え、新型コロナウイルス感染症患者を受け入れる医療機関の安定的な経営を図るとともに、インフルエンザ流行期に備えた医療提供体制を確保するため、9/15閣議決定の予備費(約1.2兆円)を活用し、緊急的に更なる支援を行う。

一次補正(令和2年4月30日成立)等での対応 医療提供体制整備等の緊急対策

- ① **新型コロナ緊急包括支援交付金の創設** (1490億円)
 - ・ 診療報酬では対応が困難な、空床確保、宿泊療養の体制整備、応援医師等派遣などを支援
- ② **診療報酬の特例的な対応**
 - ・ 重症の新型コロナ患者への一定の診療の評価を2倍に引き上げ
 - ・ 医療従事者に危険手当が支給されることを念頭に、人員配置に応じて診療報酬を引き上げ
 - ・ 一般の医療機関でも、新型コロナ疑い患者に感染予防策を講じた上で診療を行った場合に特例的な評価
- ③ **マスク、ガウン、フェイスシールド、消毒用エタノール等の確保、医療機関への配布、人工呼吸器の輸入・国内増産による確保**
- ④ **福祉医療機構の優遇融資の拡充**
 - ・ 償還期間の更なる延長(10年→15年)
(予備費(第二弾)で措置)
 - ・ 貸付限度額の引上げ(病院:貸付対象外→7.2億円、診療所300万円→4000万円)
 - ・ 無利子・無担保融資の創設(利子・担保あり→無利子枠:病院1億円、診療所4000万円、無担保枠:病院3億円、診療所4000万円)等

二次補正(令和2年6月12日成立)等での対応 事態長期化・次なる流行の波への対応

- ① **新型コロナ緊急包括支援交付金の増額及び対象拡大** (16,279億円)
 - ・ 既存の事業メニューについて、事態長期化・次なる流行の波への対応として増額 (3,000億円)
 - ・ 新規の事業メニューとして、以下の事業を追加(11,788億円)
 - ※この他、一次補正の都道府県負担分を国費で措置
 - ① 重点医療機関(新型コロナ患者専用の病院や病棟を設定する医療機関)の病床確保等
 - ② 患者と接する医療従事者等への慰労金の支給
 - ③ 新型コロナ疑い患者受入れのための救急・周産期・小児医療機関の院内感染防止対策
 - ④ 医療機関・薬局等における感染拡大防止等の支援
- ② **診療報酬の特例的な対応**
 - ・ 重症・中等症の新型コロナ患者への診療の評価の見直し (3倍に引き上げ)
 - ・ 重症・中等症の新型コロナ患者の範囲の見直し等
- ③ **マスク、ガウン、フェイスシールド、手袋等の確保、医療機関等への配布** (4,379億円)
 - ※この他、新型コロナ感染症対策予備費で1,680億円を措置
- ④ **PCR等の検査体制のさらなる強化**
 - ・ 地域外来・検査センターの設置、研修推進、PCR・抗原検査の実施 (366億円)
 - ・ PCR検査機器の整備、相談センターの強化 [新型コロナ緊急包括支援交付金の内数]
 - ・ 検査試薬・検査キットの確保 (179億円)
 - ・ 抗体検査による感染の実態把握 (14億円)
- ⑤ **福祉医療機構の優遇融資の拡充等** (貸付原資として1.27兆円を財政融資)
 - ・ 貸付限度額の引上げ
 - ・ 無利子・無担保融資の拡大
 - ・ 6月の資金繰り対策としての診療報酬の概算前払い

予備費(令和2年9月15日閣議決定)等での対応 インフルエンザ流行期に備えた医療提供体制確保等

- ① **新型コロナ患者の病床・宿泊療養体制の整備** (7,394億円)
 - ・ 新型コロナ緊急包括支援交付金を増額し、10月以降分の病床や宿泊療養施設を確保するための経費を補助
- ② **新型コロナ患者を受け入れる特定機能病院等の診療報酬・病床確保料の引上げ** (1,690億円)
 - ・ 呼吸不全管理を要する中等症の新型コロナ患者等への診療の評価の見直し
 - ・ 新型コロナ緊急包括支援交付金を増額し、手厚い人員で対応する特定機能病院等である重点医療機関の病床確保料等を引き上げ
- ③ **インフルエンザ流行期への備え** 国による直接執行
 - ・ インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保支援 (2,170億円)
 - ・ インフルエンザ流行期に新型コロナ疑い患者を受け入れる救急医療機関等の支援 (682億円)
- ④ **医療資格者等の労災給付の上乗せを行う医療機関への補助** 国による直接執行 (10億円)
 - ・ 新型コロナへの対応を行う医療機関において、医療資格者等が感染した際に労災給付の上乗せ補償を行う民間保険に加入した場合に、保険料の一部を補助
- ⑤ **福祉医療機構の優遇融資の拡充等**
 - ・ 前年同月比3割以上減収の月がある医療機関に対する
 - ・ 貸付限度額の引上げ
 - ・ 無利子・無担保融資の拡大
 - ・ 地域経済活性化支援機構(REVIC)と福祉医療機構との連携・協力による事業再生支援
- ⑥ **必要な受診・健診・予防接種の広報**
 - ・ 医療機関の感染防止対策の周知(日医・日歯「安心マーク」)
 - ・ 政府広報(テレビ、新聞等)等により、国民に必要な受診や健診・予防接種を行うよう呼びかけ

第三次補正予算(案)による医療機関等への支援(新型コロナの感染拡大への対応)

新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえ、第三次補正予算等を活用して、重症患者等の病床確保をはじめ、地域の医療提供体制を守るための措置に万全を期す。

1. 重症患者等の受入病床確保の支援

① 新型コロナからの回復患者の転院支援【国費:2.5億円】

診療報酬の特例評価

- 新型コロナから回復した後、引き続き入院管理が必要な患者を受け入れる医療機関において、必要な感染予防策を講じる場合、一定の加算(+500点)の特例算定を可能とすることにより、重症等の新型コロナ患者の受入病床の確保を図る。

② 重点医療機関への医師・看護師等派遣の支援強化【既存予算により対応】

- 医師・看護師等を新型コロナ患者受入医療機関に派遣する場合、新型コロナ緊急包括支援交付金により、派遣元医療機関等への補助が可能であるが、これを更に支援するため、重点医療機関に派遣する場合の補助上限額を引き上げる。
(医師 1時間7,550円→15,100円、医師以外の医療従事者 1時間2,760円→5,520円、業務調整員 1時間1,560円→3,120円)

2. 地域の医療提供体制を守るための感染防止等

① 小児科等への支援【国費:68億円】

診療報酬の特例評価

- 未就学児の外来患者の感染防止に要する対応を評価する観点から、診療報酬の特例評価(医科の場合+100点)を行う。

② 診療・検査医療機関の感染拡大防止等の支援【国費:212億円】

国による直接執行

- 急速に感染が拡大する中での緊急的臨時的な対応として、診療・検査医療機関に対する感染拡大防止等の補助を国直接執行で行う。
(診療・検査医療機関 100万円)

③ 医療機関・薬局等の感染拡大防止等の支援【国費:858億円】

国による直接執行

- 急速に感染が拡大する中での緊急的臨時的な対応として、歯科を含む医療機関・薬局等に対する感染拡大防止等の補助を国直接執行で行う。
(病院・有床診 25万円+5万円×許可病床数、無床診 25万円、薬局・訪問看護ステーション・助産所 20万円)

※ ②又は③のどちらかの補助。9/15予備費の救急・周産期・小児医療機関の感染拡大防止等支援を受けた医療機関は、今回の方が補助上限額が高い場合は差額分を補助。

④ 新型コロナワクチンの接種体制の整備・接種の実施【国費:5,736億円】

- 新型コロナワクチン接種を実施する医療機関に対する接種費用等に係る地方公共団体への補助等を行う。

3. その他(第二次補正予算・予備費等で講じた措置への積み増し等)

① 新型コロナ緊急包括支援交付金の増額(病床や宿泊療養施設等の確保)【国費:1兆1,763億円】

② 医療資格者等の労災給付の上乗せを行う医療機関等への補助【国費:8,200万円】

国による直接執行

③ 発熱患者対応を行う診療・検査医療機関の確保【国費:697億円】

国による直接執行

④ 福祉医療機構(WAM)の無利子・無担保融資等に係る政府出資等【国費:1,037億円】

⑤ 補正予算・予備費等による医療機関等への支援策について、個別の医療機関等からの相談に応じるため、厚生労働省にコールセンターを設置

【既存予算により対応】6

診療・検査医療機関の感染拡大防止等の支援

事業目的

国による直接執行

(予算案：212億円)

- 診療・検査医療機関(仮称)については、都道府県の指定に基づき専ら発熱患者等を対象とした外来体制をとる医療機関であり、新型コロナの感染が急速に拡大する中で、院内等での感染拡大を防ぎながら発熱患者等に対する診療・検査を提供することができるよう、緊急的臨時的な対応として、感染拡大防止等の支援を行う。

事業内容

〔対象医療機関〕

院内等で感染拡大を防ぐための取組を行う、都道府県の指定を受けた診療・検査医療機関(仮称)

- ※ 「診療・検査医療機関の感染拡大防止等の支援」又は「医療機関・薬局等の感染拡大防止等の支援」のどちらかの補助を受けることができる（両方の補助を重複して受けることはできない）。
- ※ 二次補正予算による「医療機関・薬局等における感染拡大防止等の支援」の補助を受けた医療機関も補助対象となる。
- ※ 令和2年9月15日の予備費による「インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」の感染拡大防止等の補助を受けた医療機関は対象外。

〔補助基準額〕 以下の額を上限として実費を補助

- ・ 診療・検査医療機関(仮称) 100万円

〔対象経費〕 令和2年12月15日から令和3年3月31日までにかかる感染拡大防止対策や診療体制確保等に要する費用（従前から勤務している者及び通常の医療の提供を行う者に係る人件費は除く）

- ※ 感染拡大防止対策に要する費用に限られず、院内等での感染拡大を防ぎながら地域で求められる医療を提供するための診療体制確保等に要する費用について、幅広く対象となる。

例：消毒・清掃・リネン交換等の委託、感染性廃棄物処理、個人防護具の購入、寝具リース、CTリース等

医療機関・薬局等の感染拡大防止等の支援

事業目的

国による直接執行

(予算案：858億円)

- 新型コロナの感染が急速に拡大する中で、医療機関・薬局等においては、それぞれの機能・規模に応じた地域の役割分担の下で、必要な医療提供を継続することが求められる。
- 医療機関・薬局等において、院内等での感染拡大を防ぎながら地域で求められる医療を提供することができるよう、緊急的臨時的な対応として、感染拡大防止等の支援を行う。

事業内容

〔対象医療機関〕

院内等での感染拡大を防ぐための取組を行う、保険医療機関、保険薬局、指定訪問看護事業者、助産所

- ※ 「診療・検査医療機関の感染拡大防止等の支援」又は「医療機関・薬局等の感染拡大防止等の支援」のどちらかの補助を受けることができる（両方の補助を重複して受けることはできない）。
- ※ 二次補正予算による「医療機関・薬局等における感染拡大防止等の支援」の補助を受けた医療機関も補助対象となる。
- ※ 令和2年9月15日の予備費による「インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」の感染拡大防止等の補助を受けた医療機関については、三次補正予算の「医療機関・薬局等の感染拡大防止等の支援」の方が補助上限額が高い場合は、差額分を補助。

〔補助基準額〕 以下の額を上限として実費を補助

- ・ 病院・有床診療所（医科・歯科） 25万円＋5万円×許可病床数
- ・ 無床診療所（医科・歯科） 25万円
- ・ 薬局、訪問看護事業者、助産所 20万円

〔対象経費〕 令和2年12月15日から令和3年3月31日までにかかる感染拡大防止対策や診療体制確保等に要する費用（従前から勤務している者及び通常の医療の提供を行う者に係る人件費は除く）

- ※ 感染拡大防止対策に要する費用に限られず、院内等での感染拡大を防ぎながら地域で求められる医療を提供するための診療体制確保等に要する費用について、幅広く対象となる。
例：消毒・清掃・リネン交換等の委託、感染性廃棄物処理、個人防護具の購入、寝具リース、CTリース等
- ※ 看護師等が消毒・清掃・リネン交換等を行っている場合は、看護師等の負担軽減の観点から、本補助金を活用して、民間事業者に消毒・清掃・リネン交換等を委託することが可能。

課題

- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大を受け、小児に対する感染症対策の特殊性を前提とした対策を実施することが、外来における全ての診療等において必要とされている。

今般の対応

外来における小児診療等に係る評価 (令和2年12月15日付け事務連絡発出)

- 感染予防策の実施について、成人等と比較して、
 - ・ 親や医療従事者と濃厚接触しやすいため (抱っこ、おむつ交換など)、感染経路が非常に多く、感染予防策の徹底が重要であること
 - ・ 訴えの聴取等が困難であり、全ての診療等において、新型コロナウイルス感染症を念頭においた対策が必要であること

などから、より配慮が求められる 6歳未満の乳幼児への外来診療等 に対する評価を行う。

→ 小児特有の感染予防策 (※) を講じた上で外来診療等を実施した場合、初再診に関わらず患者毎に

- ・ 医科においては、100点 (令和3年10月からは、50点)
- ・ 歯科においては、55点 (令和3年10月からは、28点)
- ・ 調剤についても、12点 (令和3年10月からは、6点)

に相当する点数を、特例的に算定できる。

※ 「小児の外来診療における新型コロナウイルス感染症2019 (COVID-19) 診療指針」を参考に感染予防策を講じた上で、保護者に説明し、同意を得ること。

(注) この特例的な対応については、令和3年9月末まで行う。同年10月以降については、同年度末まで規模を縮小した措置を講じることを基本の想定としつつ、感染状況や地域医療の実態等を踏まえ、年度前半の措置を単純延長することを含め、必要に応じ、柔軟に対応することとする。

新型コロナからの回復患者の転院支援

診療報酬の特例評価

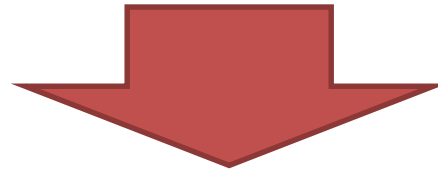
(予算案：2.5億円)

これまでの対応

- 転院を受け入れた医療機関を評価する観点から、令和2年5月26日から、新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者を受け入れた医療機関において、必要な感染予防策を講じた上で入院診療を行った場合、当該患者について、いずれの入院料を算定する場合であっても、1日当たり二類感染症患者入院診療加算（250点）を算定できることとした。

課題

- 新型コロナウイルスの感染拡大に伴い、回復期や慢性期の病棟において、新型コロナウイルス感染症等の回復後の患者の受入れを行う場合、新型コロナウイルス感染症が再度陽性になる可能性があることなども踏まえ、それに備えた体制整備が十分ではないという声がある。



今般の対応

新型コロナウイルス感染症からの回復患者の転院支援（令和2年12月15日付け事務連絡発出）

- 新型コロナウイルス感染症の回復後においても、感染対策を実施するための体制整備が必要。
 - 新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者を受け入れた医療機関において、必要な感染予防策を講じた上で入院診療を行った場合の**評価を3倍に引き上げる**。
 - ※ これまでの臨時特例 二類感染症患者入院診療加算（1倍）250点 → 今回の見直し 二類感染症患者入院診療加算（3倍）750点

重点医療機関への医師・看護師等派遣の支援強化

事業目的

(既存の新型コロナ緊急包括支援交付金の予算で対応)

- 医師・看護師等を新型コロナ患者受入医療機関に派遣する場合、新型コロナ緊急包括支援交付金により、派遣元医療機関等への補助が可能であるが、新型コロナの急速な感染拡大を踏まえ、派遣される医師・看護師等の処遇にも配慮する観点から、重点医療機関に派遣する場合の補助上限額を引き上げる。

事業内容

- 新型コロナ緊急包括支援交付金による医師・看護師等派遣の支援（派遣元医療機関等に対する補助）について、派遣される医師・看護師等の処遇にも配慮する観点から、以下の補助上限額を引き上げる。
 - ※ 派遣元医療機関等においては、補助上限額の引上げ分を活用して、派遣される医師・看護師等の処遇に配慮するよう留意いただきたい。

(令和2年12月14日以降に重点医療機関に派遣する場合)

■DMAT・DPAT等医療チーム派遣事業

- ・医師 1人1時間あたり 15,100円 (従前7,550円)
- ・看護師等 (医師以外の医療従事者) 1人1時間あたり 5,520円 (従前2,760円)
- ・業務調整員 1人1時間あたり 3,120円 (従前1,560円)

■新型コロナ重症患者を診療する医療従事者派遣体制の確保事業

- ・医師 1人1時間あたり 15,100円 (従前7,550円)
- ・看護師等 (医師以外の医療従事者) 1人1時間あたり 5,520円 (従前2,760円)

■新型コロナに感染した医師等にかわり診療等を行う医師等派遣体制の確保事業

- ・医師 1人1時間あたり 15,100円 (従前7,550円)
- ・薬剤師 1人1時間あたり 5,520円 (従前2,760円)

派遣元医療機関等への補助

(1人1時間あたりの補助上限額)

- ・医師: 7,550円 → 15,100円
- ・看護師等: 2,760円 → 5,520円
- ・業務調整員: 1,560円 → 3,120円



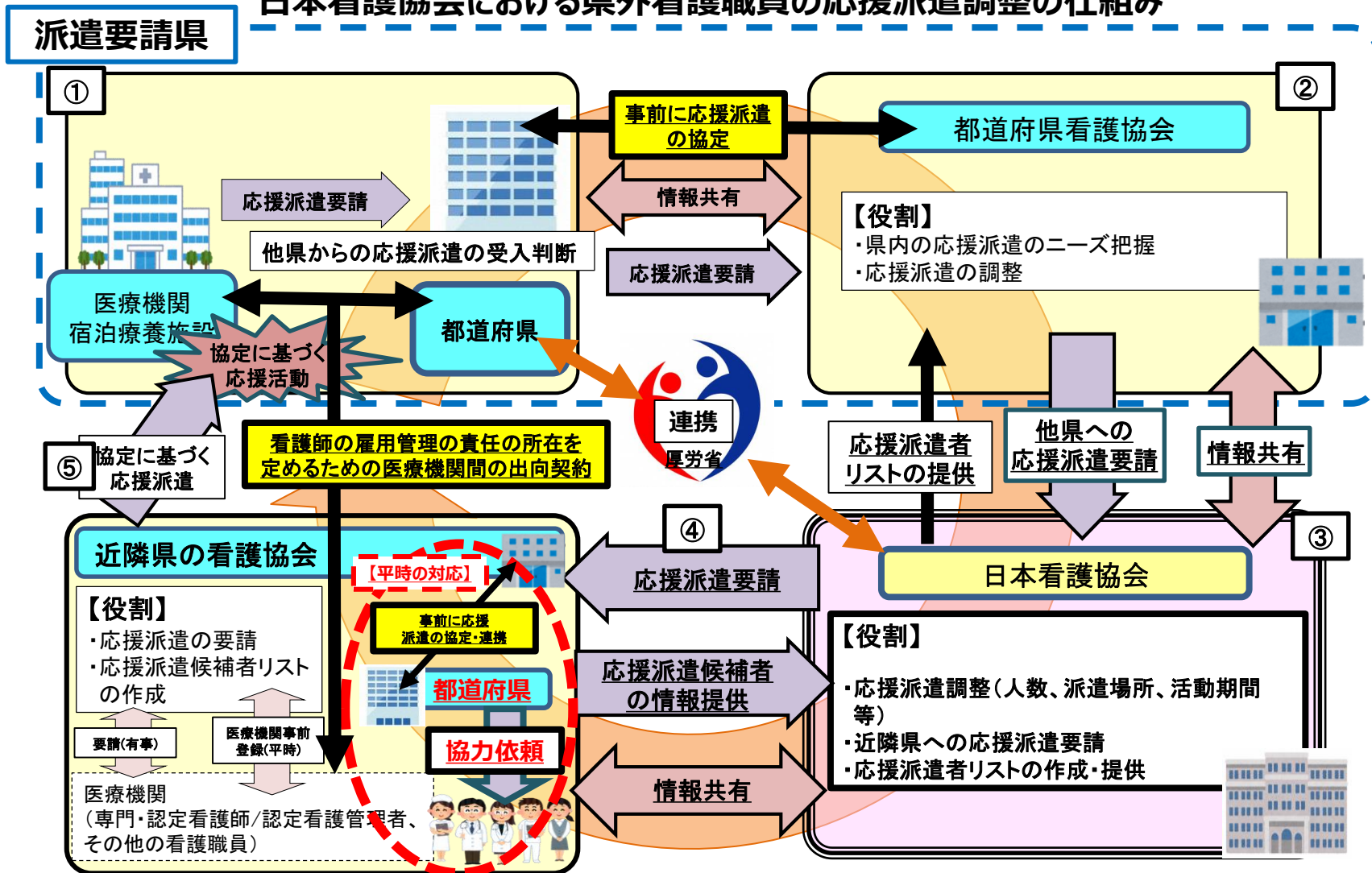
派遣元医療機関等

派遣



重点医療機関

日本看護協会における県外看護職員の応援派遣調整の仕組み



注) 派遣調整に係る経費は「地域の医療提供体制確保のための看護職員の派遣調整事業」、応援派遣に係る経費は「DMAT・DPAT等医療チーム派遣事業」で対応

更なる病床確保のための新型コロナ患者の入院受入医療機関への緊急支援（+加算措置の追加）

- 感染者の急増により、新型コロナ患者を受け入れる病床が一部の地域で逼迫し始めている中で、さらに必要となる**新型コロナ患者の受入病床と人員を確保**するため、今年度中の緊急的な措置として、**新型コロナ患者の受入病床を割り当てられた医療機関に対して、新型コロナ対応を行う医療従事者を支援して受入体制を強化するための補助**を行う。（国直接執行）

1. 対象医療機関

- 病床確保計画の最終フェーズとなった都道府県又は病床が逼迫し受入体制を強化する必要があると判断した都道府県が、国に申し出て、国が認めた場合、当該都道府県において新型コロナ患者・疑い患者の受入病床を割り当てられている医療機関
 - ・ 緊急事態宣言が発令された都道府県は国への申出が不要。
 - ・ 都道府県は、病床が逼迫する地域に限定して、国に申し出ること可能。
 - ・ 医療機関は、申請時点で確保病床の病床使用率が25%以上であること※。医療機関は3/31まで、都道府県からの患者受入要請を正当な理由なく断らないこと。医療機関は2/28までに申請を行うこと。
 - ※ 令和2年12月25日以降新たに割り当てられた確保病床は除く。新たに割り当てられた確保病床は補助の対象。

2. 補助基準額

- 確保病床数※に応じた補助（①～③の合計額）

- ① 新型コロナ患者の重症者病床数×1,500万円
- ② 新型コロナ患者のその他病床数×450万円
- ③ 協力医療機関の疑い患者病床数×450万円

※ 令和2年12月25日から令和3年2月28日までの最大の確保病床数



〔令和3年1月7日付けの交付要綱改正〕

- 緊急事態宣言が発令された都道府県において、緊急的に新たに受入病床を確保する観点からの加算

$$\left[\frac{\text{今般の予備費の適用以降新たに割り当てられた確保病床数（新型コロナ患者の重症者病床数及びその他病床数）} \times 450 \text{ 万円の加算}}{\text{※1}} \right] \times 450 \text{ 万円の加算} \quad \text{※2}$$

※1 令和2年12月25日から令和3年2月28日までに新たに割り当てられた確保病床

※2 緊急事態宣言が発令されていない都道府県も新規割当分について300万円の加算

3. 対象経費

- 令和2年12月25日から令和3年3月31日までにかかる以下の①及び②の経費

- ① 新型コロナ対応を行う医療従事者の人件費（新型コロナ対応手当、新規職員雇用にかかる人件費等、処遇改善・人員確保を図るもの）

- ・ ①により、新型コロナ患者の入院受入医療機関が新型コロナ対応を行う医療従事者の処遇改善・確保に取り組む。
- ・ 新型コロナ対応手当の額、支給する職員の範囲は、治療への関与や院内感染・クラスター防止の取組への貢献の度合いなどを考慮しつつ、医療機関が決定。

- ② 院内等での感染拡大防止等に要する費用（消毒・清掃・リネン交換等委託、感染性廃棄物処理、個人防護具購入等）

- ・ ②により、消毒・清掃・リネン交換等の委託料に活用することが可能。看護師等の負担軽減の観点から、医療機関は、これらの業務を民間事業者へ委託できる。
- ・ ②の経費は、補助基準額の1/3を上限。例えば、補助基準額が7500万円の場合、②の経費への補助金の使用は2500万円が上限となり、補助基準額の補助を受ければ、①の医療従事者の人件費への補助金の使用は5000万円以上となる。

4. 所要額 2,693億円（令和2年度予備費）

5. スケジュール

- ・ 12/25(金) 予備費使用の閣議決定、交付要綱の発出、都道府県からの申出受付開始、補助金の申請受付開始

參考資料

各医療機関等における感染症対策に係る評価

- 新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い、誰もがウイルスを保有している可能性があることを考慮して、全ての患者の診療等に対して感染予防策の徹底及び施設の運用の変更が求められる状況であり、必要な感染症対策に対する評価が必要

○ 「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き・第4版」等を参考に感染予防策(※)を講じることについて、以下の点数に相当する**加算等を算定できる**こととする。

- ◆ 初診・再診（医科・歯科）等については、**1回当たり5点**
- ◆ 入院については、入院料によらず、**1日当たり10点**
- ◆ 調剤については、**1回当たり4点**
- ◆ 訪問看護については、**1回当たり50円**

※ 感染予防策の例

- ・ 全ての患者の診療において、状況に応じて必要な个人防护具を着用した上で、感染防止に十分配慮して患者への対応を実施
- ・ 新型コロナウイルス感染症の感染予防策に関する職員研修を行う
- ・ 病室や施設等の運用について、感染防止に資するよう、変更等に係る検討を行う

○ 上記のほか、**新型コロナウイルス陽性患者への歯科治療を延期が困難で実施した場合については、298点を算定できる**こととする。

なお、この特例的な対応については、令和3年9月末までの間行うこととする。「同年10月以降については、～延長しないことを基本の想定としつつ、感染状況や地域医療の実態等を踏まえ、年度前半の措置を単純延長することを含め、必要に応じ、柔軟に対応する」こととする。

事業目的

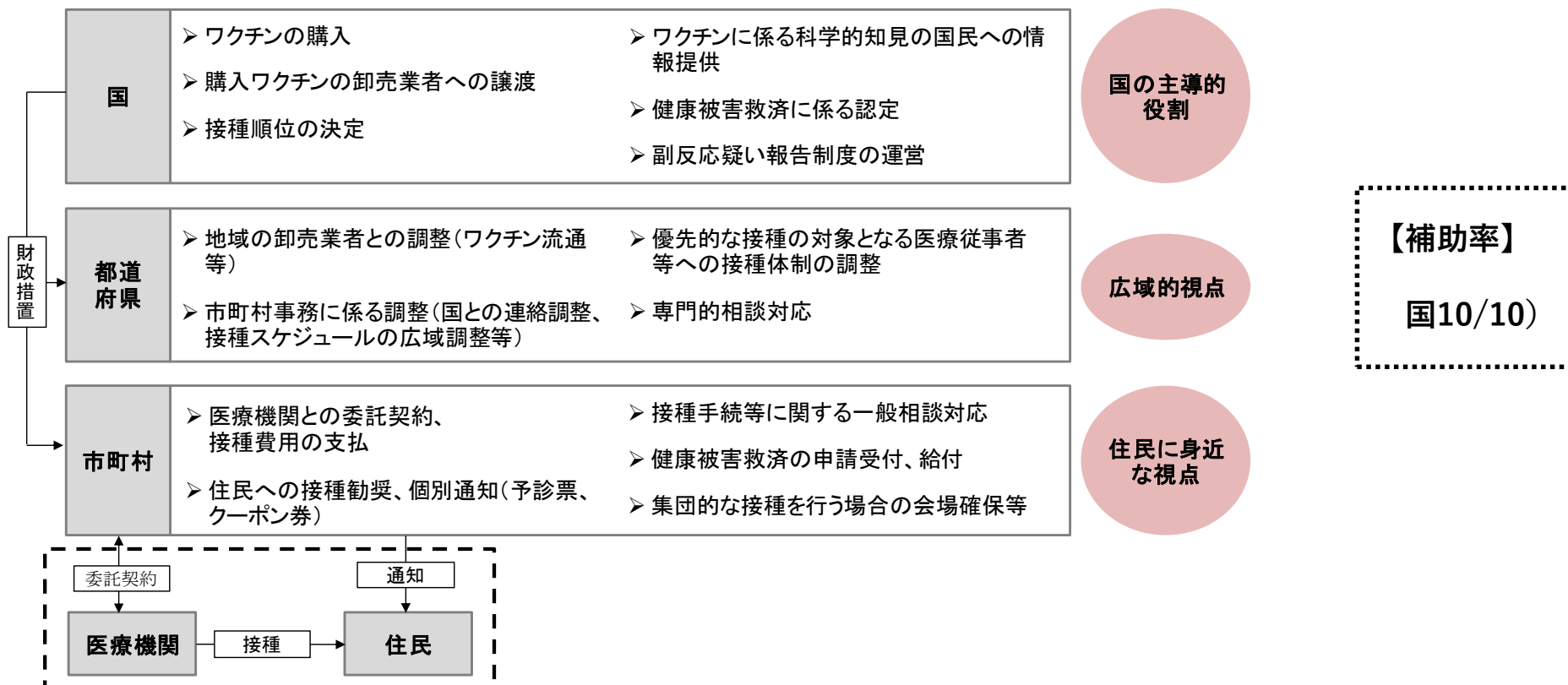
(予算案：5,736億円)

- 改正予防接種法に基づく新型コロナウイルスワクチンの接種を実施する。
- 新型コロナウイルスワクチンの接種を迅速かつ円滑に実施するため、地方自治体を始めとする関係者の協力の下、接種に向けた体制整備を図る。

事業内容

- 新型コロナウイルスワクチンが開発され、有効性及び安全性が確認された際、多くの方が速やかにワクチン接種を受けられるよう、迅速かつ円滑な接種に向けた体制整備を図り、ワクチンの接種を行う。

→ 新型コロナウイルスワクチン接種を実施する医療機関に対する接種費用等に係る地方公共団体への補助等



事業目的

（これまでに一次補正1,490億円、二次補正1兆6,279億円、9/15予備費9,169億円を措置）（予算案：1兆1,763億円）

- **新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金を増額し、引き続き、都道府県が地域の実情に応じて行う、重点医療機関等の病床確保や宿泊療養施設の確保、外国人対応の充実などを支援し、医療提供体制等の強化を図る。**

【実施主体】都道府県（市区町村事業は間接補助） 【補助率】国10/10

事業内容

- **病床確保及び宿泊療養施設確保**
 - ・ **新型コロナウイルス患者を受け入れる病床の確保**
 - ・ **重点医療機関（新型コロナウイルス患者専用の病院や病棟を設定する医療機関）の病床の確保**
 - ・ **宿泊療養施設の確保、自宅療養者のフォローアップ**
- **その他の事業**
 - ・ **受診・相談センターなど地方自治体における新型コロナウイルス感染症に関する相談窓口の設置**
 - ・ **新型コロナウイルス患者の入院医療機関における医療従事者の宿泊施設確保、消毒等の支援**
 - ・ **新型コロナウイルス患者の入院医療機関における人工呼吸器、体外式膜型人工肺(ECMO)、個人防護具、簡易陰圧装置、簡易病室等の設備整備**
 - ・ **帰国者・接触者外来等におけるHEPAフィルター付き空気清浄機、HEPAフィルター付きパーテーション、個人防護具、簡易ベッド、簡易診療室等の設備整備**
 - ・ **地方衛生研究所、民間検査機関等におけるPCR検査機器等の整備**
 - ・ **感染症対策に係る専門家の派遣、専門家等の下で現場での活動を行うための情報共有や意見交換等**
 - ・ **重点医療機関（新型コロナウイルス感染症患者専用の病院や病棟を設定する医療機関）等が行う高度医療向け設備の整備**
 - ・ **新型コロナウイルス重症患者に対応できる医師、看護師等の入院医療機関への派遣**
 - ・ **DMAT・DPAT等の医療チームの派遣**
 - ・ **医師等が感染した場合の代替医師等の確保**
 - ・ **患者搬送コーディネーター配置、広域患者搬送体制、ドクターヘリ等による搬送体制の整備**
 - ・ **新型コロナウイルス対応に伴う救急医療等地域医療体制の継続支援、休業等となった医療機関等の再開等支援**
 - ・ **新型コロナウイルス疑い患者の診療を行う救急・周産期・小児医療機関の設備整備**
 - ・ **外国人が医療機関を適切に受診できる環境の整備**
 - ・ **新型コロナウイルス患者受入医療機関等における宗教・文化対応等を含む外国人患者の受入れのための支援**

事業目的

国による直接執行 (予算案：8,200万円)

- 新型コロナへの対応を行う医療機関等において、勤務する医療資格者等が感染した際の労災給付の上乗せ補償を行う民間保険に加入した場合に、保険料の一部を補助することにより、医療資格者等の収入面の不安等を解消して離職防止等につなげ、新型コロナ対応医療機関等の運営の安定を図るため、看護補助者等に必要な追加額を三次補正予算において計上する。

※ 令和2年10月12日に対象者に追加した「現に診療報酬による評価の対象となっている看護補助者等」に必要な追加額を計上。

事業内容

〔対象医療機関等〕 都道府県等の要請を受けて新型コロナへの対応を行う次の保険医療機関等

- ① 重点医療機関、協力医療機関その他の都道府県が新型コロナ患者・疑い患者の入院受入れを割り当てた医療機関
- ② 帰国者・接触者外来、地域外来・検査センター、診療・検査医療機関(仮称)
- ③ 宿泊療養・自宅療養の新型コロナ患者に対するフォローアップ業務、受入施設での対応等に従事する医療資格者等が勤務する医療機関等 (③の場合、補助対象は、当該フォローアップ業務、受入施設での対応等に従事する医療資格者等)
- ④ 地域外来・検査センターに出務する医療資格者等が勤務する医療機関等 (④の場合、補助対象は、地域外来・検査センターに出務する医療資格者等)

※ 医療機関の事務の簡素化のため、国への補助金の申請や保険契約の申込等を委託することも可能。

〔対象者〕 勤務する医療資格者等

〔補助基準額〕 年間の保険料の一部 (2分の1)、1人あたり1,000円を上限

〔対象となる労災給付上乗せ補償保険〕

以下のアを満たす民間保険 (ア及びイを満たすものを含む。)

※ 令和2年4月1日から令和3年3月31日までの間に、契約を締結し、契約の始期があるもの。

- ア 休業補償：被用者が業務において新型コロナウイルス感染症に罹患して休業し、労働基準監督署の労災認定を受けた場合に、労災給付の上乗せ補償を行う保険
- イ 死亡補償又は障害補償：被用者が業務において新型コロナウイルス感染症に罹患して死亡し、又は障害が残り、労働基準監督署の労災認定を受けた場合に、死亡補償金又は障害補償金を給付する保険

事業目的

国による直接執行 (予算案：697億円)

- インフルエンザ流行期に備えて、多数の発熱患者等が地域の医療機関において適切に診療・検査を受けられる体制を整備することにより、感染症対策の強化を図るため、体制確保に必要な追加額を三次補正予算において計上する。

事業内容

- 都道府県の指定を受けた診療・検査医療機関(仮称)が、発熱患者等専用の診察室（時間的・空間的分離を行い、プレハブ・簡易テント・駐車場等で診療する場合を含む）を設けて、発熱患者等を受け入れる体制をとった場合に、外来診療・検査体制確保に要する費用を補助する。

〔補助基準額〕 13,447円 × (受入時間に応じた基準患者数 - 実際の発熱患者等の受診患者数)

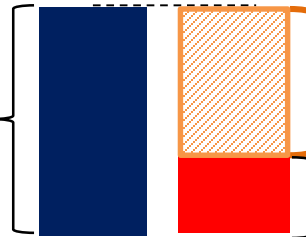
- ・ 基準となる患者数は、1日あたり20人を上限として、体制確保時間に応じて設定。
- ・ 実際の受診患者が上記基準より少ない場合に、その人数に応じて補助金を交付。

診療・検査医療機関(仮称)において発熱患者等を受け入れる体制を確保

〔診療・検査医療機関(仮称)は都道府県が指定〕



①受入時間に応じた基準患者数
(1日あたり20人を上限)



体制確保料として補助

②実際の受診患者数

体制確保時間 (1日あたり)の例	補助上限額 (1日あたり)
7時間	約26.9万円
4時間	約15.4万円
2時間	約7.7万円

〔体制確保時間 7時間、実際の受診患者が5人の場合の例〕

$$13,447円 \times (①基準患者数(20人) - ②実際の受診患者数(5人)) = 約20.2万円/日$$

※ 自院のかかりつけ患者や自院に相談のあった患者のみを受け入れる場合は、基準患者数の1日あたり上限は5人。

※ 実際には全く発熱患者等の受診を受け入れない場合は補助を減額。

※ 診療・検査医療機関(仮称)の指定期間中は、新型コロナウイルス感染症医療機関等情報支援システム(G-MIS)及び新型コロナウイルス感染症等情報把握・管理支援システム(HER-SYS)に必要な情報の入力を行うこと。

(予算案：1,037億円※)

(令和2年度の貸付原資としてこれまでに2.3兆円※を確保) ※福祉分を含む

事業目的

- 新型コロナウイルス感染症の影響により事業を縮小した医療機関等における資金繰りを支援するため、独立行政法人福祉医療機構による無利子・無担保等の危機対応融資を引き続き実施するとともに、審査体制の拡充等を行う。

事業内容

- 引き続き、無利子・無担保等の危機対応融資を実施するため、福祉医療機構に対する政府出資及び運営費交付を行うことにより、財政基盤の強化、審査体制の拡充等を行う。

【危機対応融資の内容】

	危機対応融資 () 内は、対前年同月で医業収入が30%以上減少した月が1月以上ある施設の場合	(参考) 通常融資
貸付限度額	「病院7.2(10)億円、老健・介護医療院1億円、診療所4,000(5,000)万円、それ以外の施設4,000万円」又は「当該医療機関等の前年同月からの減収の12か月分」の高い方	病院 貸付対象外、老健1,000万円、診療所300万円
無担保融資	① コロナ対応を行う医療機関：「病院3(6)億円、診療所4,000(5,000)万円」又は「当該医療機関の前年同月からの減収の6か月分」の高い方 ② 政策医療を担う医療機関：「病院3(6)億円、診療所4,000(5,000)万円」又は「当該医療機関の前年同月からの減収の3か月分」の高い方 ③ ①・②以外の施設：病院3(6)億円、老健・介護医療院1億円、診療所4,000(5,000)万円、それ以外の施設4,000万円	- (担保あり) ※ 利子あり 0.802%
貸付利率	<<当初5年間>> ①~③以内の貸付部分は無利子、①~③超の貸付部分は0.2% ① コロナ対応を行う医療機関：「病院1(2)億円、診療所4,000(5,000)万円」又は「当該医療機関の前年同月からの減収の2か月分」の高い方 ② 政策医療を担う医療機関：「病院1(2)億円、診療所4,000(5,000)万円」又は「当該医療機関の前年同月からの減収の1か月分」の高い方 ③ ①・②以外の施設：病院1(2)億円、老健・介護医療院1億円、診療所4,000(5,000)万円、それ以外の施設4,000万円 <<6年目以降>> 0.2%	- (担保あり) ※ 利子あり 0.802%
償還期間	15年以内	1年以上3年以内
据置期間	5年以内	6ヶ月以内

※ 利率は12/1時点のもの

事業目的

(既存予算により対応)

- 新型コロナ患者を受け入れる医療機関等への支援策に関して、総合的な相談を受け付けるコールセンターを厚生労働省に設置し、各種支援策の案内のほか、申請に当たっての質問・相談等に対応する。

事業内容

- 新型コロナ患者を受け入れる医療機関等への支援策に関して、厚生労働省にコールセンターを設置し、
 - ・ 新型コロナ患者の受入病床確保の補助金、感染拡大防止等支援の補助金などの支援策を案内する
 - ・ 申請に当たっての質問・相談に対応する
 - ・ 必要に応じて厚生労働省の担当から折り返し電話し、具体的な説明を行う
 - ・ 相談内容に応じて、都道府県等に必要な確認を行うなど、個々の医療機関等の状況に応じた対応を行う。

コールセンター概要

新型コロナ患者受入れ医療機関等の支援に関する総合相談ダイヤル

(電話番号) 0120-024-700

(開設時間) 平日9:30~18:00 (土日祝日、行政機関の休日を除く)

新型コロナウイルス感染症の院内感染によりクラスターが発生した医療機関等への財政的な支援 及び医師・看護師等派遣の支援について（概要）〔令和2年12月14日厚生労働省事務連絡〕

- 新型コロナの院内感染によりクラスターが発生した医療機関等は、下記のような財政的な支援の対象となり得る。
- 都道府県においては、関係医療機関等に周知するとともに、クラスターが発生した医療機関等が入院患者等に必要な医療提供を継続できるよう適切に対応するよう依頼。

1. 重点医療機関の病床確保料（新型コロナ緊急包括支援交付金）

- クラスター発生時の空床や休止病床について、一般の医療機関であっても、新型コロナ緊急包括支援交付金を活用して、重点医療機関の空床確保の補助対象とすることが可能。

2. 感染拡大防止等支援（新型コロナ緊急包括支援交付金、国直接執行の補助金）

- 感染拡大防止等支援（二次補正、9/15予備費）について、院内等での感染拡大を防ぎながら必要な医療を提供するための診療体制確保等に要する費用が補助対象。新型コロナ患者の病床において、看護師等が消毒・清掃・リネン交換等を行っている場合は、看護師等の負担軽減の観点から、医療機関は感染拡大防止等支援等を活用して、民間事業者に消毒・清掃・リネン交換等を委託することが可能。
- また、新たな「総合経済対策」（令和2年12月8日閣議決定）に基づき、現下の感染拡大の影響を踏まえた緊急的臨時的な対応として、診療・検査医療機関をはじめとした医療機関等への感染拡大防止等を支援。

3. 医師・看護師等派遣の支援（新型コロナ緊急包括支援交付金）

- 新型コロナの影響で人員が必要となる医療機関に対して医師・看護師等を派遣する場合、新型コロナ緊急包括支援交付金の補助対象となる。今般、派遣される医師・看護師等の処遇に配慮する観点から、重点医療機関に派遣する場合の補助上限額を、医師1人1時間あたり15,100円（従前7,550円）、看護師等の医療従事者1人1時間あたり5,520円（従前2,760円）に引き上げ。
- 派遣元医療機関等において、補助基準額の引上げ分を活用して、派遣される医師・看護師等の処遇に配慮するよう依頼。

Ⅲ. 院内感染時の対応策

1. 新型コロナ院内感染の早期収束支援

- ・院内感染発生時に早期の収束を実現するため、当該医療機関で取るべき、ゾーニング等の感染管理の方法、外部からの人的支援・物資支援、国の財政支援（重点医療機関の病床確保料、消毒・清掃・リネン交換等の感染拡大防止等支援）の活用について提示。これらにより、無症状者や軽症患者等が当該医療機関で療養を継続することを可能とする。
- ・外来・入院受入れの維持や停止後の早期再開のための確認事項（ゾーニングや感染対策の対応状況等）を提示。

1. 新型コロナ患者に対応する医療従事者の確保支援

- ・感染者の急増により、新型コロナ患者を受け入れる病床が一部の地域で逼迫し始めている中で、さらに必要となる**新型コロナ患者の受入病床と人員を確保**するため、今年度中の緊急的な措置として、**受入体制を強化するための支援**を行う（再掲）。

2. 看護師等の医療従事者派遣の支援

- ・新型コロナの影響で人員が必要となる医療機関に対して医師・看護師等を派遣する場合、緊急包括支援交付金の補助対象となることを明確化。（12/14より重点医療機関に派遣される場合の補助上限額引き上げ。
医師：1時間7,550円→15,100円、看護師等：1時間2,760円→5,520円）
- ・都道府県ナースセンターに登録されている**潜在看護師等を活用**し、看護協会が調整して、**宿泊療養施設等の人材を確保**。
- ・潜在看護師等が新型コロナウイルス感染症関連施設に安心して就業するために必要な研修や効果的なマッチングスキームを検討。
- ・全国知事会を通じた看護師等の広域派遣。
- ・**日本看護協会が各都道府県看護協会と調整し、県外医療機関に感染管理認定看護師を含めた看護師等の応援派遣をする仕組み**の活用。
- ・**重症者が多い地域**に対して関係学会と連携して**専門医等を派遣**（ECMOnetの活用）。

3. 看護補助者等の確保や民間業者への委託による病棟業務の後方支援

- ・看護補助者の確保につなげるよう、看護補助者向けの感染対策に係る研修教材を作成し、周知。
- ・院内の消毒・清掃等の委託料等は感染拡大防止等支援の補助対象経費であることを明確化し、民間業者への委託を促進。
- ・新型コロナウイルス感染症患者が入院している病棟・病室等の清掃・消毒を**受託可能な民間業者の一覧を医療機関に提供**。
- ・コロナ対応のしわ寄せを受けるその他病棟等に対し、ハローワークによる看護補助者のマッチングを強化し、医療提供体制全体を支援。

4. 看護師等の育児環境の確保

- ・コロナ患者受け入れ医療機関等の医療従事者等の子どもが他の医療機関の院内保育所を入所できるよう、柔軟な対応を依頼。
- ・**保護者の勤務先等の状況のみをもって医療従事者等の子供の保育所への登園を断ることは適切ではないこと等の周知徹底**。
- ・子どもの預け先がなくなることで、医療従事者等が自宅待機、休職又は離職せざるを得ないような状況が発生しないよう、**臨時休園を行う等の場合**においても、**医療従事者等の子ども**については**代替保育の提供**の検討を要請。

1. 高齢者施設等での感染予防及び感染発生時の早期収束

- ・高齢者施設等での感染発生防止策や検査の引き続きの徹底。
- ・感染発生時の早期収束のための感染管理の徹底と感染症対応力向上。

Ⅳ. 人材確保

Ⅴ. 高齢者施設等の対応策

2 医療計画・地域医療構想について

(1)新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた今後の医療提供体制の構築に向けた考え方、新たな病床機能の再編支援、地域医療構想実現に向けた税制上の優遇措置の創設

○ 新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた今後の医療提供体制の構築に向けた考え方について、「医療計画の見直し等に関する検討会」において議論を重ね、令和2年12月15日付けで、以下の内容がとりまとめられた。【P29-30】

- ・ 医療計画の記載事項に「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加する。
- ・ 地域医療構想については、その基本的な枠組み（病床の必要量の推計・考え方など）を維持しつつ、着実に取組を進めていく。
- ・ 地域医療構想の実現に向けた今後の工程については、新型コロナ対応の状況に配慮しつつ、都道府県等とも協議を行い、この冬の感染状況を見ながら、改めて具体的な工程の設定を検討する。

※ 2023年度に各都道府県において第8次医療計画（2024～2029年度）の策定作業が進められることから、2022年度中を目途に地域の議論が進められていることが重要となることに留意が必要。

○ 令和2年度に創設した「病床機能再編支援制度」について、消費税増収分を活用した財政支援制度である「地域医療介護総合確保基金」の新たな事業として位置付け、全額国負担とする旨の法案(※)を次期通常国会に提出することとしている。【P31-33】

※ 法案が成立した場合には以下のとおり取り扱うことを想定している。

- ・ 新たな事業区分1-2は令和2年度と同様の支援内容、条件を予定。
- ・ 新たな事業区分1-2については事業区分1-1との流用は不可。

- 例年3月中旬頃より国から都道府県に対し基金事業のヒアリングを実施しているが、新型コロナウイルス感染症の感染状況が不透明なことから、今後の予定等については、この冬の感染状況を見ながら、改めてお示しすることとしたい。【P31-33】
- 地域医療構想の実現に向け、医療機能の分化・連携を推進していくため、国による助言や集中的な支援を行う「重点支援区域」の選定については、現在11道県14区域が選定されており、申請は随時募集しているので、引き続き申請の検討をお願いしたい。【P34】
- 厚生労働大臣が認定した共同再編計画に基づく、再編統合のために取得した資産について、登録免許税の税率を軽減するための法案を次期通常国会に提出することとしている。【P35】

(2) 外来機能の明確化・連携、かかりつけ医機能の強化等

- 「医療計画の見直し等に関する検討会」において、令和2年12月11日に報告書が取りまとめられた。
【P44-45】
- 外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、
 - ① 医療機関から都道府県に、外来医療の実施状況を報告。(外来機能報告(仮称))
 - ② 外来機能報告(仮称)を踏まえ、地域の協議の場において、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議。
- ①・②において、協議促進や患者の分かりやすさの観点から、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関(紹介患者への外来を基本とする医療機関)を明確化。
 - ※ 医療機関が外来機能報告(仮称)の中で報告し、国の示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することにより決定する仕組み。【P46】
- 併せて、かかりつけ医機能の強化等も進めていき、地域の患者の流れがより円滑になることで、病院の外来患者の待ち時間の短縮、勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革に寄与。
- 外来機能報告(仮称)の創設等に係る法案を次期通常国会に提出予定。

(1) 新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた
今後の医療提供体制の構築に向けた考え方等

1. 新興感染症等の感染拡大時における体制確保（医療計画の記載事項追加）

- 新興感染症等の感染拡大時には、広く一般の医療提供体制にも大きな影響（一般病床の活用等）
- 機動的に対策を講じられるよう、基本的な事項について、あらかじめ地域の行政・医療関係者の間で議論・準備を行う必要

医療計画の記載事項に「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加

- 詳細（発生時期、感染力等）の予測が困難な中、速やかに対応できるよう予め準備を進めておく点が、災害医療と類似
⇒ **いわゆる「5事業」に追加して「6事業」に**
- 今後、厚生労働省において、計画の記載内容（施策・取組や数値目標など）について詳細な検討を行い、「基本方針」（大臣告示）や「医療計画作成指針」（局長通知）等の見直しを行った上で、各都道府県で計画策定作業を実施
⇒ **第8次医療計画（2024年度～2029年度）から追加**

◎ 具体的な記載項目（イメージ）

【平時からの取組】

- 感染拡大に対応可能な医療機関・病床等の確保
(感染拡大時に活用しやすい病床や転用しやすいスペースの整備)
- 感染拡大時を想定した専門人材の確保等
(感染管理の専門性を有する人材、重症患者に対応可能な人材等)
- 医療機関における感染防護具等の備蓄
- 院内感染対策の徹底、クラスター発生時の対応方針の共有 等

【感染拡大時の取組】

- 受入候補医療機関
- 場所・人材等の確保に向けた考え方
- 医療機関間での連携・役割分担
(感染症対応と一般対応の役割分担、医療機関間での応援職員派遣等) 等

※ 引き続き、厚生科学審議会感染症部会等における議論の状況も踏まえつつ、記載項目や、施策の進捗状況を確認するための数値目標等について、具体化に向け検討。

◎ 医療計画の推進体制等

現行の取扱いに沿って、各都道府県に対し、地域の実情に応じた計画策定と具体的な取組を促す

- 現行の医療法
 - ・ あらかじめ都道府県医療審議会で協議
 - ・ 他法律に基づく計画との調和
- 現行の医療計画作成指針（局長通知）
 - ・ 都道府県医療審議会の下に、5疾病5事業・在宅医療ごとに「作業部会」、圏域ごとに「圏域連携会議」を設置
 - ・ 作業部会、圏域連携会議、地域医療構想調整会議において、関係者が互いに情報を共有し、円滑な連携を推進
 - ・ 圏域については、従来の二次医療圏にこだわらず、患者の移動状況や地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定

2. 今後の地域医療構想に関する考え方・進め方

(1) 地域医療構想と感染拡大時の取組との関係

- 新型コロナ対応が続く中ではあるが、以下のような**地域医療構想の背景となる中長期的な状況や見通しは変わっていない**。
 - ・ 人口減少・高齢化は着実に進み、医療ニーズの質・量が徐々に変化、マンパワーの制約も一層厳しくなる
 - ・ 各地域において、質の高い効率的な医療提供体制を維持していくためには、医療機能の分化・連携の取組は必要不可欠
- **感染拡大時の短期的な医療需要には、各都道府県の「医療計画」に基づき機動的に対応**することを前提に、**地域医療構想については、その基本的な枠組み（病床の必要量の推計・考え方など）を維持**しつつ、着実に取組を進めていく。

(2) 地域医療構想の実現に向けた今後の取組

【各医療機関、地域医療構想調整会議における議論】

- **公立・公的医療機関等において、具体的対応方針の再検証等を踏まえ、着実に議論・取組**を実施するとともに、**民間医療機関においても、改めて対応方針の策定を進め**、地域医療構想調整会議の議論を活性化

【国における支援】 * 各地の地域医療構想調整会議における合意が前提

- 議論の活性化に資する**データ・知見等を提供**
- 国による助言や集中的な支援を行う「**重点支援区域**」を選定し、積極的に支援
- **病床機能再編支援制度**について、令和3年度以降、消費税財源を充当するための法改正を行い、引き続き支援
- 医療機関の再編統合に伴い資産等の取得を行った際の**税制の在り方**について検討

(3) 地域医療構想の実現に向けた今後の工程

- 各地域の検討状況を適時・適切に把握しつつ、自主的に検討・取組を進めている医療機関や地域に対して支援。
- **新型コロナ対応の状況に配慮しつつ、都道府県等とも協議を行い、この冬の感染状況を見ながら、改めて具体的な工程の設定(※)について検討**。その際、2025年以降も継続する人口構造の変化を見据えつつ、段階的に取組を進めていく必要がある中、その一里塚として、2023年度に各都道府県において第8次医療計画(2024年度～2029年度)の策定作業が進められることから、**2022年度中を目途に地域の議論が進められていることが重要となることに留意**が必要。

※ 具体的には、以下の取組に関する工程の具体化を想定

- ・ 再検証対象医療機関における具体的対応方針の再検証
- ・ 民間医療機関も含めた再検証対象医療機関以外の医療機関における対応方針の策定(策定済の場合、必要に応じた見直しの検討)

令和3年度以降の「病床機能再編支援制度」について

1. 制度の概要

医療施設が医療機能の分化・連携の議論を踏まえた病床機能の再編を行う際、雇用や債務承継など特に困難な課題に対応するための一般財源による財政支援（令和2年度創設）

（対象経費）

①病床削減や病院統合により病床を廃止する際の支援

②病院統合に伴って引き継がれる残債務を、より長期の債務に借り換える際に発生する支払利息の全部又は一部に相当する額

（補助先・補助率）

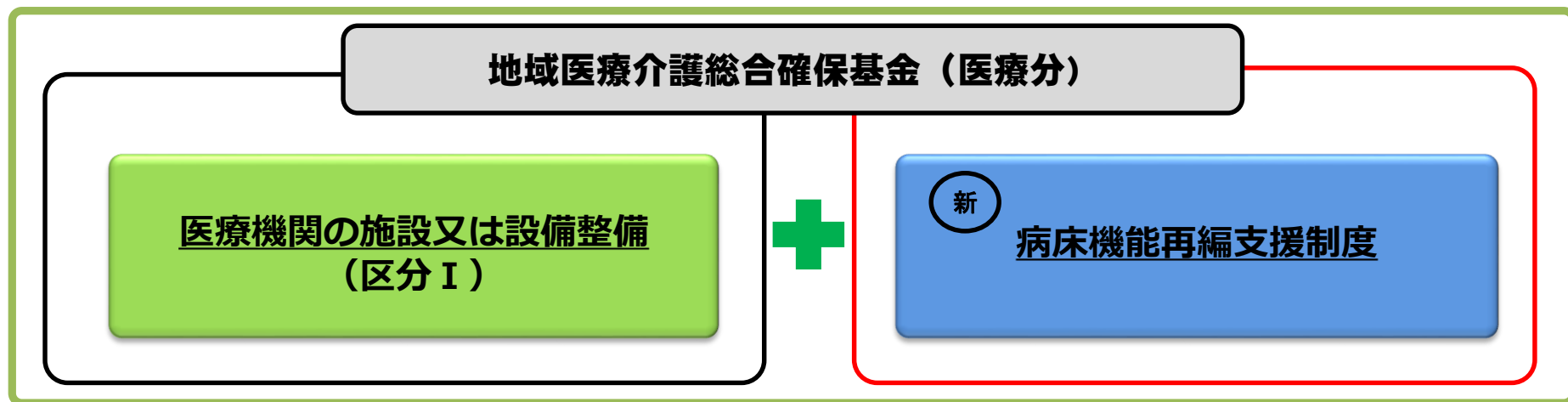
補助先：都道府県（間接補助先は病院・有床診療所） / 補助率：定額（10/10相当）

2. 令和3年度以降について

大臣折衝（令和2年12月17日）を踏まえ、「病床機能再編支援制度」を、消費税増収分を活用した財政支援制度である「地域医療介護総合確保基金」の新たな事業に位置付け、全額国負担とする旨の法案を次期通常国会へ提出することとしている。

（参考）対象経費等は令和2年度事業と同様

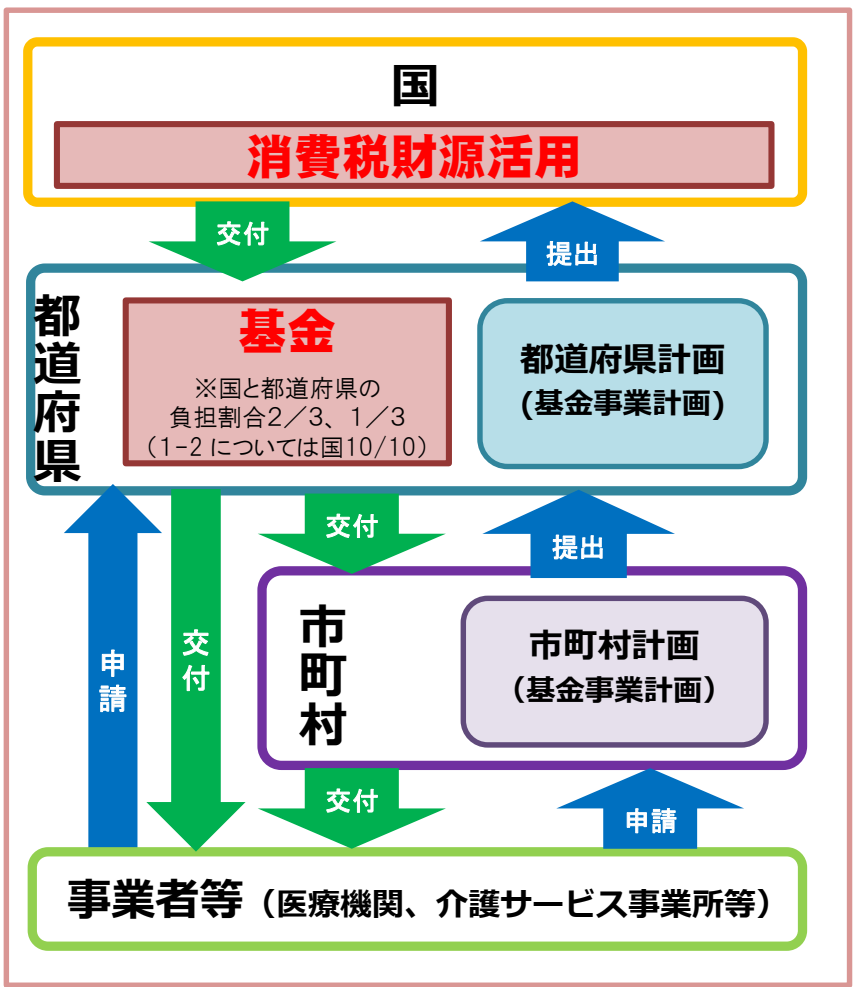
地域医療構想の実現に向けて、「地域医療介護総合確保基金」による医療機関の施設・設備整備支援とあわせて一体的に支援を行う。



地域医療介護総合確保基金

令和3年度予算案:公費で2,003億円
(医療分 1,179億円、介護分 824億円)

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



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

- 1-1 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
- 1-2 地域医療構想の達成に向けた病床数又は病床の機能の変更に関する事業 (次期通常国会に法案提出)
- 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
- 6 勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

○令和3年度新設
○1-1との流用不可

新たな病床機能の再編支援について

令和3年度予算案 195億円
 ※地域医療介護総合確保基金(医療分)1,179億円の内訳

- 中長期的な人口減少・高齢化の進行を見据えつつ、今般の新型コロナウイルス感染症への対応により顕在化した地域医療の課題への対応を含め、地域の実情に応じた質の高い効率的な医療提供体制を構築する必要がある。
- こうした中、地域医療構想の実現を図る観点から、地域医療構想調整会議等の合意を踏まえて行う自主的に病床を削減する際や病院の統合による病床削減等に取り組む際の財政支援を実施する。【補助スキーム：定額補助(国10/10)】
- 令和3年度以降においては、地域医療構想調整会議における議論の進捗等も踏まえつつ、消費税財源による「医療・介護の充実」とするための法改正を行い、これに基づき病床機能の再編支援を実施する。

「単独病院」の取組に対する財政支援

病床機能の再編をし、病床を削減した病院等（統合により廃止する場合も含む）に対し、削減病床1床あたり、病床稼働率に応じた額を交付

※病床削減後の許可病床数が、平成30年度病床機能報告における稼働病床数の合計の90%以下となること

※許可病床から休床等を除いた稼働している病棟の病床の10%以上を削減する場合に対象

「複数病院」の取組に対する財政支援

【統合支援】 統合（廃止病院あり）に伴い病床を削減する場合の
 コスト等に充当するため、関係病院全体で廃止病床1床あたり、
 病床稼働率に応じた額を関係病院全体へ交付（配分は関係病院で調整）

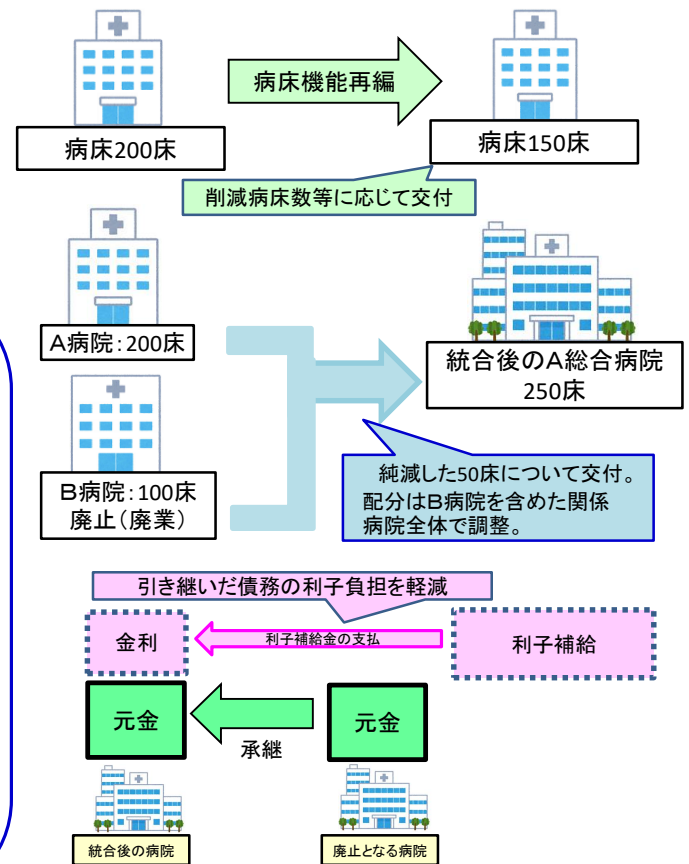
※重点支援区域のプロジェクトについては一層手厚く支援

※病床数を関係病院の総病床数の10%以上削減する場合に対象

【利子補給】 統合（廃止病院あり）に伴い病床を削減する場合に
 おいて、廃止される病院の残債を統合後に残る病院に承継させる
 場合、当該引継ぎ債務に発生する利子について一定の上限を設けて
 統合後病院へ交付

※病床数を関係病院の総病床数の10%以上削減する場合に対象

※承継に伴い当該引継ぎ債務を金融機関等からの融資に借り換えた場合に限る。



重点支援区域について

1 背景

経済財政運営と改革の基本方針2019（令和元年6月21日閣議決定）において、地域医療構想の実現に向け、全ての公立・公的医療機関等に係る具体的対応方針について診療実績データの分析を行い、具体的対応方針の内容が民間医療機関では担えない機能に重点化され、2025年において達成すべき医療機能の再編、病床数等の適正化に沿ったものとなるよう、**重点支援区域の設定を通じて国による助言や集中的な支援を行うこととされた。**

2 基本的な考え方

- 都道府県は、**当該区域の地域医療構想調整会議において、重点支援区域申請を行う旨合意を得た上で**、「重点支援区域」に申請を行うものとする。
- 「重点支援区域」は、**都道府県からの申請を踏まえ、厚生労働省において選定する。**なお、**選定は複数回行う**こととする。
- 重点支援区域の申請または選定自体が、医療機能再編等の方向性を決めるものではない上、**重点支援区域に選定された後も医療機能再編等の結論については、あくまでも地域医療構想調整会議の自主的な議論によるものであることに留意が必要。**

3 選定対象・募集時期

- 「重点支援区域」における事例としての対象は、**「複数医療機関の医療機能再編等事例」**とし、以下①②の事例も対象となり得る。
 - ① 再検証対象医療機関（※）が対象となっていない再編統合事例
 - ② 複数区域にまたがる再編統合事例

※ 厚生労働省が分析した急性期機能等について、「診療実績が特に少ない」（診療実績がない場合も含む。）が9領域全てとなっている、又は「類似かつ近接」（診療実績がない場合も含む。）が6領域（人口100万人以上の構想区域を除く。）全てとなっている公立・公的医療機関等
- 重点支援区域申請は、当面の間、**随時募集**する。

【優先して選定する事例】

以下の事例を有する区域については、医療機能再編等を進める上で論点が多岐に渡ることが想定されるため、優先して「重点支援区域」に選定する。

なお、再検証対象医療機関が含まれる医療機能再編等事例かどうかは、選定の優先順位に影響しない。

- ① 複数設置主体による医療機能再編等を検討する事例
- ② できる限り多数（少なくとも関係病院の総病床数10%以上）の病床数を削減する統廃合を検討する事例
- ③ 異なる大学病院等から医師派遣を受けている医療機関の医療機能再編等を検討する事例
- ④ 人口規模や関係者の多さ等から、より困難が予想される事例

4 支援内容

重点支援区域に対する国による**技術的・財政的支援**は以下を予定。

【技術的支援】（※）

- ・ 地域の医療提供体制や、医療機能再編等を検討する医療機関に関するデータ分析
- ・ 関係者との意見調整の場の開催 等

【財政的支援】

- ・ 地域医療介護総合確保基金の令和2年度配分における優先配分
- ・ 新たな病床機能の再編支援を一層手厚く実施

※ 今般の新型コロナへの対応を踏まえ、地域における今後の感染症対応を見据えた医療提供体制の構築に向けた検討に資するよう、国の検討会等における議論の状況について情報提供を行う。

5 選定区域

これまでに以下の**11道県14区域**の重点支援区域を選定。

【1回目（令和2年1月31日）に選定した重点支援区域】

- ・ 宮城県（仙南区域、石巻・登米・気仙沼区域）
- ・ 滋賀県（湖北区域）
- ・ 山口県（柳井区域、萩区域）

【2回目（令和2年8月25日）に選定した重点支援区域】

- ・ 北海道（南空知区域、南檜山区域）
- ・ 岡山県（県南東部区域）
- ・ 新潟県（県央区域）
- ・ 佐賀県（中部区域）
- ・ 兵庫県（阪神区域）
- ・ 熊本県（天草区域）

【3回目（令和3年1月22日）に選定した重点支援区域】

- ・ 山形県（置賜区域）
- ・ 岐阜県（東濃区域）

1. 大綱の概要

関係法令の改正を前提に、改正法の施行の日から令和5年3月31日までの間の措置として、医療機関の開設者が、共同再編計画（仮称）に基づき、医療機関の再編に伴い取得する土地又は建物の所有権の移転登記等に対する登録免許税の税率を、次のとおり軽減する措置を講ずる。

- ① 土地の所有権の移転登記 1,000分の10（本則：1,000分の20）
- ② 建物の所有権の保存登記 1,000分の2（本則：1,000分の4）

2. 制度の内容

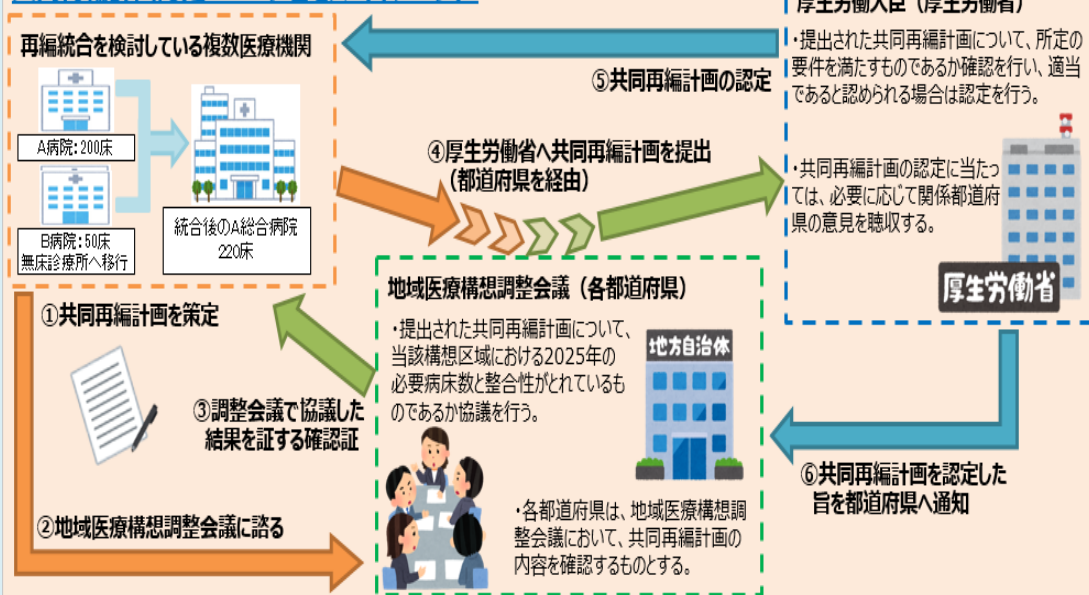
厚生労働大臣が認定した共同再編計画（地域医療構想調整会議において合意されていることが条件）に基づく、再編統合のために取得した資産（用地・建物）について、登録免許税の税率を軽減する。

複数病院の再編統合に係る税制支援の具体的イメージ

（実際に行われた再編統合事例をもとにした想定）

【不動産取得に伴う税負担】 (千円)							
<p>A病院: 200床 B病院: 50床 無床診療所へ移行 統合後のA総合病院 220床</p>	<table border="1"> <tr> <td>登録免許税</td> <td>4,200</td> </tr> <tr> <td>税制措置前</td> <td>4,200</td> </tr> <tr> <td>税制措置後</td> <td>2,100</td> </tr> </table>	登録免許税	4,200	税制措置前	4,200	税制措置後	2,100
登録免許税	4,200						
税制措置前	4,200						
税制措置後	2,100						
<p>【再編統合に伴う不動産取得額(仮定)】</p> <ul style="list-style-type: none"> 土地取得価格 140,000千円 建物取得価格 350,000千円 							

共同再編計画認定までのプロセス(イメージ)



参考資料

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。その後、平成30年の医療法改正により、「医師確保計画」及び「外来医療計画」が位置付けられることとなった。

計画期間

- 6年間（現行の第7次医療計画の期間は2018年度～2023年度。中間年で必要な見直しを実施。）

記載事項(主なもの)

○ 医療圏の設定、基準病床数の算定

- ・ 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。

二次医療圏

335医療圏（令和2年4月現在）

【医療圏設定の考え方】

一般の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。

- ・ 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

- ・ 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。

三次医療圏

52医療圏（令和2年4月現在）

※都道府県ごとに1つ（北海道のみ6医療圏）

【医療圏設定の考え方】

特殊な医療を提供する単位として設定。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、当該都道府県の区域内に二以上の区域を設定し、また、都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に応じ、二以上の都道府県にわたる区域を設定することができる。

○ 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将来の病床数の必要量、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)。

○ 医師の確保に関する事項

- ・ 三次・二次医療圏ごとに医師確保の方針、目標医師数、具体的な施策等を定めた「医師確保計画」の策定(3年ごとに計画を見直し)
- ・ 産科、小児科については、政策医療の観点からも必要性が高く、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、個別に策定

○ 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項

- ・ 外来医療機能に関する情報の可視化、協議の場の設置、医療機器の共同利用等を定めた「外来医療計画」の策定

5疾病の考え方

- ・広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病（医療法第30条の4第2項第4号）

具体的な考え方

- ・患者数が多く国民に広く関わるもの
- ・死亡者数が多いなど政策的に重点が置かれるもの
- ・症状の経過に基づくきめ細やかな対応が必要なもの
- ・医療機関の機能に応じた対応や連携が必要なもの

5事業〔救急医療等確保事業〕の考え方

- ・医療の確保に必要な事業（「救急医療等確保事業」（医療法第30条の4第2項第5号）

具体的な考え方

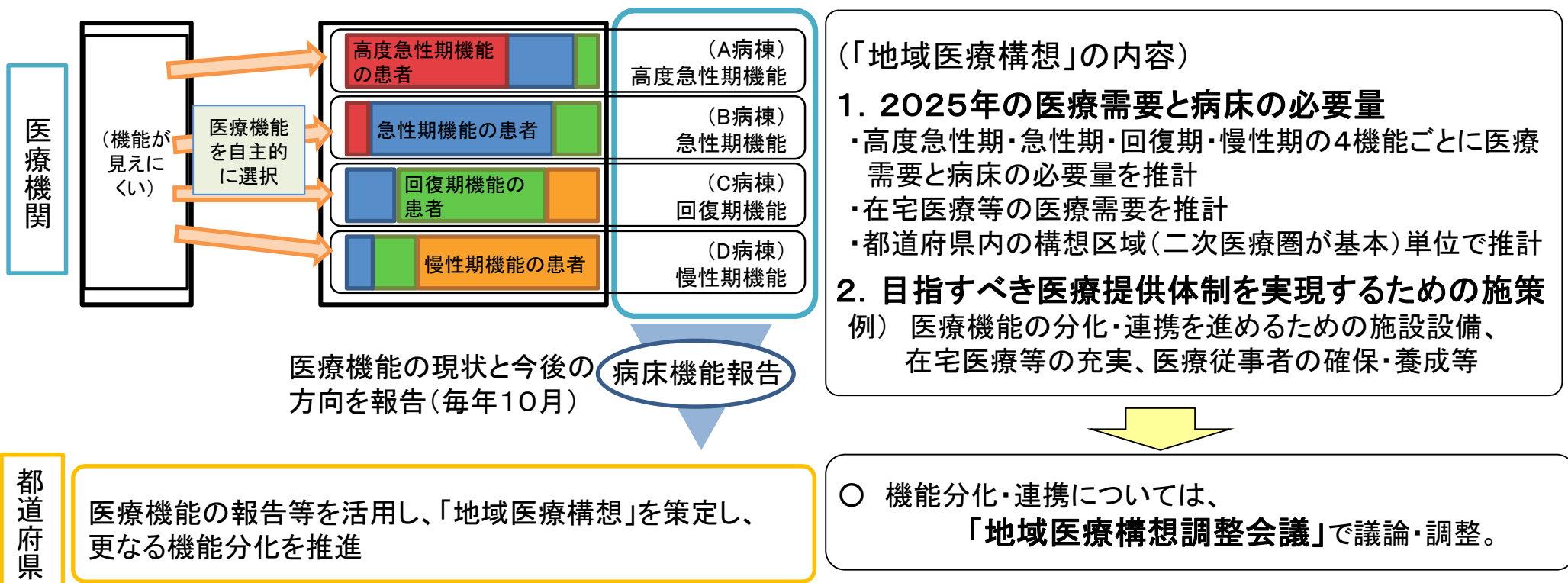
- ・医療を取り巻く情勢から政策的に推進すべき医療
- ・医療体制の構築が、患者や住民を安心して医療を受けられるようになるもの

※ なお、このような考え方から、それぞれの疾病及び事業について、医療計画作成指針では次のことを記載することとしている。

- ①患者動向、医療の現状把握
 - ②必要となる医療機能
 - ③数値目標の設定、必要な施策
 - ④各医療機能を担う医療機関等の名称 等
- （平成29年3月31日付け 医政発0331第57号）

地域医療構想について

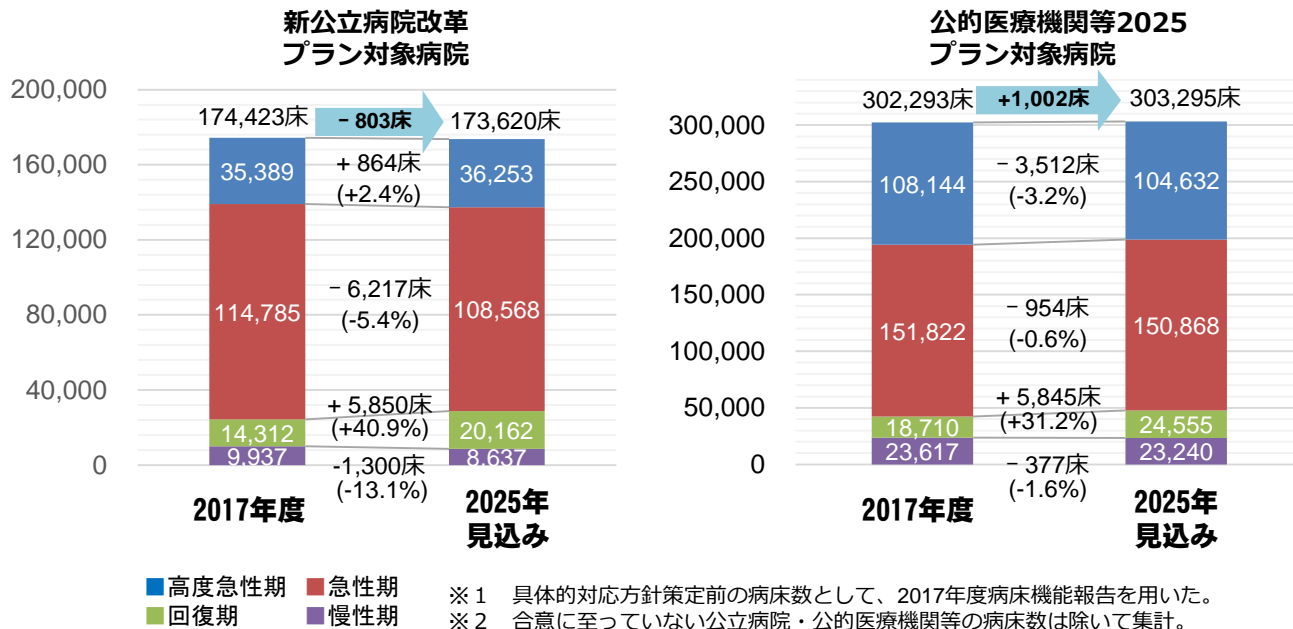
- 今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するためには、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要。
- こうした観点から、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)ごとに推計し、「**地域医療構想**」として策定。
その上で、各医療機関の足下の状況と今後の方向性を「**病床機能報告**」により「見える化」しつつ、各構想区域に設置された「**地域医療構想調整会議**」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施。



地域医療構想の実現に向けたこれまでの取組

- これまで、2017年度、2018年度の2年間を集中的な検討期間とし、**公立・公的医療機関等においては地域の民間医療機関では担うことのできない医療機能に重点化**するよう医療機能を見直し、これを達成するための再編統合の議論を進めるよう要請。
- 公立・公的医療機関等でなければ担えない機能として、「新公立病院改革ガイドライン」や「経済財政運営と改革の基本方針2018」では、以下が挙げられている。
 - ア 高度急性期・急性期機能や不採算部門、過疎地等の医療提供等
 - イ 山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供
 - ウ 救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供
 - エ 県立がんセンター、県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供
 - オ 研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能
- 2018年度末までに**全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針が地域医療構想調整会議で合意されるよう取組を推進。**

2017年度の病床機能報告と具体的対応方針（2025年度見込み）の比較



- 高度急性期・急性期病床の削減は数%に留まり、「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。
- 具体的対応方針の合意内容が地域医療構想の実現に沿ったものになっていないのではないか。

地域医療構想の実現に向けたさらなる取組（具体的対応方針の再検証）

- 各医療機関の診療実績データにより、公立・公的医療機関等でなければ担えない役割（※）に重点化されているか分析

※ 民間医療機関では限界のある高度・先進医療（県立がんセンター・県立循環器病センターなど）救急・小児・周産期・災害などの不採算部門、民間医療機関の立地が困難な過疎地等における医療研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能

A) 「診療実績が特に少ない」の分析（がん、心疾患、脳卒中、救急、小児、周産期、災害、へき地、研修・派遣機能の9領域）

- 各医療機関が所在する構想区域の人口規模によって診療実績は影響を受けることから、構想区域を①「人口100万人以上」、②「人口50万人以上100万人未満」、③「人口20万人以上50万人未満」、④「人口10万人以上20万人未満」、⑤「人口10万人未満」の5つのグループに分けて、診療実績の分析を行う。

医療機関単位の
「診療実績が特に少ない」の分析

「診療実績が特に少ない」領域が
多数となる公立・公的医療機関等

9領域全て

再検証を要請
(医療機関単位)

注) 人口100万人以上の構想区域も含む。

B) 「類似かつ近接」の分析（がん、心疾患、脳卒中、救急、小児、周産期の6領域）

医療機関単位の
「類似」かつ「近接」の分析

「類似」かつ「近接」領域が
多数となる公立・公的医療機関等

6領域全て

再検証を要請
(医療機関単位)



当該病院が所在する構想区域
における医療提供体制について
検証を要請（都道府県へ）

注) 人口100万人以上の構想区域に所在する公立・公的医療機関等は、類似の状況にある医療機関が多数に及ぶことから別に整理が必要なため、今回は「類似かつ近接」に係る再検証は要請せず、今後、必要な検討を行うこととする。ただし、分析結果は公表する。

- 「経済財政運営と改革の基本方針2020」（令和2年7月17日閣議決定）を踏まえ、「具体的対応方針の再検証等の期限について」（令和2年8月31日付け医政発0831第3号厚生労働省医政局長通知）を发出。

公立・公的医療機関等の 具体的対応方針の再検証等について (令和2年1月17日付け通知)

当面、都道府県においては、「**経済財政運営と改革の基本方針2019**」における**一連の記載**(※)を基本として、地域医療構想調整会議での議論を進めていただくようお願いする。

※経済財政運営と改革の基本方針2019の記載

- 医療機関の再編統合を伴う場合
→ 遅くとも2020年秋頃
- それ以外の場合
→ 2019年度中

経済財政運営と改革の基本方針2020 (令和2年7月17日閣議決定)

感染症への対応の視点も含めて、質が高く効率的で持続可能な医療提供体制の整備を進めるため、**可能な限り早期に工程の具体化**を図る。

具体的対応方針の再検証等の期限について (令和2年8月31日付け通知)

再検証等の期限を含め、地域医療構想に関する取組の進め方について、「経済財政運営と改革の基本方針2020」、社会保障審議会医療部会における議論の状況や地方自治体の意見等を踏まえ、**厚生労働省において改めて整理の上、お示し**することとする。

(2) 外来機能の明確化・連携、かかりつけ医機能の強化等

1. 外来機能の明確化・連携

〔現状及び課題〕

- 中長期的に、地域の医療提供体制は人口減少や高齢化等に直面。外来医療の高度化も進展。このような地域の状況の変化に対応して、質の高い外来医療の提供体制を確保・調整していくことが課題。
- 高齢化の進展により、複数の慢性疾患を抱える高齢者が増加する中で、かかりつけ医機能を強化していくことが課題。
- 患者の医療機関の選択に当たり、外来機能の情報が十分得られている状況とは言えない。患者にいわゆる大病院志向がある中で、再診患者の逆紹介が十分に進んでいないこと等により一定の医療機関の外来患者が多くなり、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題。
- 外来機能の明確化・連携は、これまで医療関係者の自主的な取組が進められてきたものの、地域によっては取組が進んでいないところもあり、これをさらに進めていくことが重要。

〔具体的方策・取組〕

(1) 全体の枠組み

- 紹介患者を基本とする外来として、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に着目して、地域における外来機能の明確化・連携を図るとともに、かかりつけ医機能の強化を議論することは、外来医療全体の在り方の議論のために必要な第一歩。
- 各医療機関から都道府県に「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に関する医療機能を報告し、その報告を踏まえ、地域における協議の場において、各医療機関の自主的な取組等の進捗状況を共有し、また、地域における必要な調整。
- 患者の分かりやすさや地域の協議を進めやすくする観点から、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関を明確化。地域の患者の流れがより円滑になり、病院の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革に資すると期待。

(2) 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)

- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)として、基本的に次の機能が考えられるが、具体的な内容は、今後さらに検討。(※)
 - ① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
 - ② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
 - ③ 特定の領域に特化した機能を有する外来（紹介患者に対する外来等）
- ※ (2)～(4)において、「今後さらに検討」とした事項は、地域医療の担い手も参画するとともに、患者の立場も考慮した専門的な検討の場において検討。
- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)の呼称は、患者の立場からみた呼称として、紹介状の必要な外来や紹介を基本とする外来などの意見。今般の趣旨を適切に表すことに留意しつつ、国民の理解が得られるよう、国民の分かりやすさの観点から、今後さらに検討。

(3) 外来機能報告（仮称）

- 病床機能報告を参考に、各医療機関から都道府県に、外来機能のうち、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に関する医療機能の報告（外来機能報告（仮称））を行う。
- 外来機能報告（仮称）を行う医療機関は、まずは、併せて報告する病床機能報告と同様、一般病床又は療養病床を有する医療機関を基本とし、無床診療所については、任意で外来機能報告（仮称）を行うことができる。
- 外来機能報告（仮称）の具体的な報告事項は、今後さらに検討。

(4) 地域における協議の仕組み

- 都道府県の外来医療計画において、外来機能の明確化・連携を位置付ける。外来機能報告（仮称）を踏まえ、地域における協議の場において、各医療機関の自主的な取組等の進捗状況を共有し、また、地域における必要な調整を行う。
- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関を明確化する仕組みを設け、その方法として、外来機能報告（仮称）の中で報告する。紹介患者への外来を基本とする医療機関であることが患者に分かるよう、広告可能とする。
- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関の報告に当たっては、(2)①～③の割合等の国の示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することにより、地域の実情を踏まえることができる仕組みとする。
- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関の呼称や、国の示す基準は、今後さらに検討。
- 診療科ごとの外来医療の分析、紹介・逆紹介の状況の分析等は、今後さらに検討。再診患者の逆紹介が適切に進むように配慮。

2. かかりつけ医機能の強化、外来医療における多職種の役割、外来医療のかかり方に関する国民の理解の促進

(1) かかりつけ医機能の強化

- かかりつけ医機能について、日本医師会・四病院団体協議会合同提言（平成25年8月）、地域の実践事例等を踏まえ、予防や生活全般の視点、介護や地域との連携、休日・夜間の連携を含め、地域における役割の整理が求められている。かかりつけ医機能を発揮している事例等を調査・研究し、かかりつけ医機能に係る好事例の横展開を図る。
- 医療関係団体による研修等の内容や研修等を受けた医師の実践事例等を国民に周知し、かかりつけ医機能に係る国民の理解を深める。
- 医療機能情報提供制度について統一的で分かりやすい検索システムを検討するとともに、医療機能情報提供制度を周知。

(2) 外来医療における多職種の役割

- 外来医療において、多職種が連携して、それぞれの専門性を発揮しており、チームとしての役割・連携を推進。

(3) 外来医療のかかり方に関する国民の理解の推進

- 上手な外来医療のかかり方のポイント、かかりつけ医をもつことのメリット等を整理し、関係機関・団体が周知・啓発に活用できるツールを作成するとともに、展開方法を共有。国においても、医療関係団体等の協力の下、国民・患者に対して積極的に周知・啓発。

外来機能の明確化・連携のイメージ

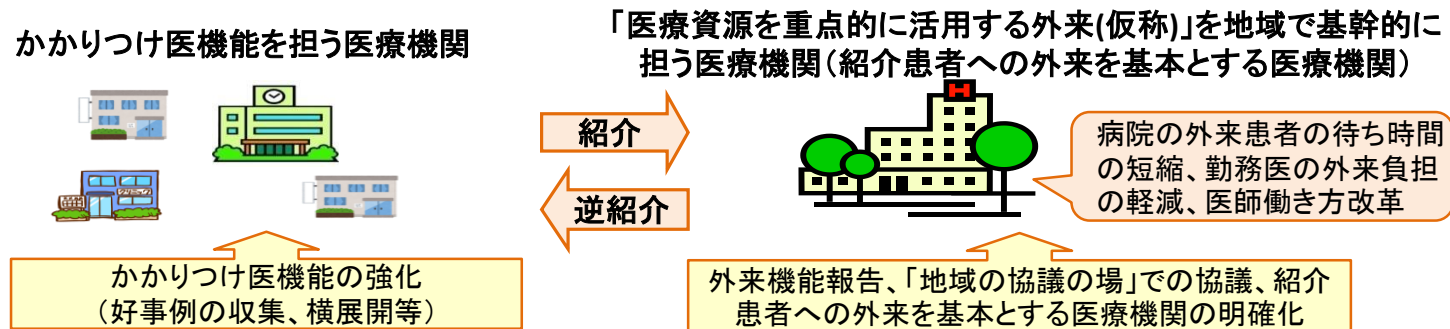
1. 外来医療の課題

- 患者の医療機関の選択に当たり、外来機能の情報が十分得られず、また、患者にいわゆる大病院志向がある中、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題が生じている。
- 人口減少や高齢化、外来医療の高度化等が進む中、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を進めていく必要。

2. 改革の方向性（案）

- 地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、
 - ① 医療機関が都道府県に外来医療の実施状況を報告する。
 - ② ①の外来機能報告(仮称)を踏まえ、「地域の協議の場」において、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議を行う。→ ①・②において、協議促進や患者の分かりやすさの観点から、「医療資源を重点的に活用する外来(仮称)」を地域で基幹的に担う医療機関（紹介患者への外来を基本とする医療機関）を明確化
 - ・ 医療機関が外来機能報告の中で報告し、国の示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することにより決定

➡ 患者の流れがより円滑になることで、病院の外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革に寄与



〈「医療資源を重点的に活用する外来(仮称)」のイメージ〉

- 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来（悪性腫瘍手術の前後の外来 など）
- 高額等の医療機器・設備を必要とする外来（外来化学療法、外来放射線治療 など）
- 特定の領域に特化した機能を有する外来（紹介患者に対する外来 など）

參考資料

第3章 医療

1. 医療提供体制の改革

(略)

外来医療においては、大病院における患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の問題に鑑み、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を図る。このため、まずは、医療資源を多く活用する外来に着目して、医療機関が都道府県に外来機能を報告する制度を創設し、地域の実情に応じて、紹介患者への外来を基本とする医療機関を明確化する。

(略)

3. 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大

第1次中間報告では、「外来受診時定額負担については、医療のあるべき姿として、病院・診療所における外来機能の明確化と地域におけるかかりつけ医機能の強化等について検討を進め、平成14年の健康保険法改正法附則第2条を堅持しつつ、大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化、かかりつけ医の普及を推進する観点から、まずは、選定療養である現行の他の医療機関からの文書による紹介がない患者の大病院外来初診・再診時の定額負担の仕組みを大幅に拡充する」とする方向性を示したところである。

現在、特定機能病院及び一般病床200床以上の地域医療支援病院について、紹介状なしで外来受診した場合に定額負担(初診5,000円)を求めているが、医療提供体制の改革において、地域の実情に応じて明確化される「紹介患者への外来を基本とする医療機関」のうち一般病床200床以上の病院にも対象範囲を拡大する。

また、より外来機能の分化の実効性が上がるよう、保険給付の範囲から一定額(例:初診の場合、2,000円程度)を控除し、それと同額以上の定額負担を追加的に求めるよう仕組みを拡充する。

「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関について(案)

趣旨

- 患者にいわゆる大病院志向がある中で、日常行う診療はかかりつけ医機能を担う身近な医療機関で受け、必要に応じて紹介を受けて、患者自身の状態に合った他の医療機関を受診し、さらに逆紹介によって身近な医療機関に戻るといった流れをより円滑にすることが求められている。
 - このため、外来機能の明確化・連携に向けた取組の第一歩として、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に着目し、これを地域で基幹的に担う医療機関を明確化することで、患者にとって、紹介を受けて受診することを基本とする医療機関を明確化する。
- ⇒ これにより、病院での外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革にも資することが期待される。

明確化の方法

- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)として、基本的に以下の機能が考えられる。その具体的な内容は、今後さらに専門的な検討の場において検討する。
 - ① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
 - ② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
 - ③ 特定の領域に特化した機能を有する外来(紹介患者に対する外来等)
- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関の明確化については、地域の実情を踏まえることができるよう、上記の①～③の割合等の国が示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することで決定。その方法として、外来機能報告(仮称)(NDBを活用し医療機関の事務は極力簡素化)で報告。

(参考)地域医療支援病院との関係について

- 地域医療支援病院は、かかりつけ医等への支援を通じて地域医療の確保を図る医療機関であり、紹介患者に対する医療提供のほか、医療機器等の共同利用、救急医療の提供、地域の医療従事者に対する研修の実施等も要件とされている。
- 現在検討している「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関は、地域における患者の流れをより円滑にする観点から、特定機能病院や地域医療支援病院以外に、紹介患者への外来を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担う医療機関を明確化するもの。紹介患者に対する医療提供という観点では、両者の役割は一部重複することとなる。

※ 今後、その機能をより明確にするため、地域連携のあり方等については更に検討。

- 医療資源が重点的に活用される外来医療として、外来化学療法を行う外来や、日帰り手術を行う外来のようなものがある。
- 一方、医療資源が重点的に活用される入院医療を提供する際も、治療前の説明・検査や治療後のフォローアップのため、同一の医療機関で入院前後に外来医療が提供される。
- これらの外来医療を実施する医療機関では、特定の治療等を行うに当たり、地域の実情に応じて集約化を図ることが効果的・効率的と考えられる①高額等の医療機器・設備や、②特定の領域に特化した知見を有する医師・医療人材が必要になると考えられる。

イメージ

・外来で医療資源が重点的に活用される医療(例:外来化学療法を行う場合)

- 参考 診療報酬における外来化学療法加算の施設基準の概要
- ・専用のベッドを有する治療室を保有
 - ・一定の医師、看護師、薬剤師を配置
 - ・緊急時に患者が入院できる体制の確保

外来化学療法

・医療資源が重点的に活用される入院医療の前後の外来医療(例:入院で悪性腫瘍手術を受ける場合)

かかりつけ医で悪性腫瘍疑いと診断(外来)

治療前の説明、検査(外来)

治療後のフォローアップ(外来)

安定したら再びかかりつけ医でフォローアップ(外来)

悪性腫瘍手術(入院)

- 悪性腫瘍手術を実施するためには、例えば以下のような設備、人員が必要。
- ・手術前、手術後の管理を行うために設備、人員ともに充実した入院病棟
 - ・全身麻酔により手術を実施できる手術室
 - ・手術を実施できる経験を積んだ医師、看護師等の医療従事者

定額負担の対象病院拡大について

- 大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化を推進する観点から、紹介状がない患者の大病院外来の初診・再診時の定額負担制度の拡充する必要がある。
- 現在、外来機能報告（仮称）を創設することで、**新たに「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）を地域で基幹的に担う医療機関（紹介患者への外来を基本とする医療機関）を、地域の実情を踏まえつつ、明確化**することが検討されている。
- 紹介患者への外来を基本とする医療機関は、紹介患者への外来医療を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担うこととしており、こうした役割が十分に発揮され、保険医療機関間相互間の機能の分担が進むようにするために、**当該医療機関のうち、現在選定療養の対象となっている一般病床数200床以上の病院を、定額負担制度の徴収義務対象に加える**こととする。

病床数(※)	特定機能病院	地域医療支援病院	その他	全体
400床以上	86 (1.0%)	328 (3.9%)	124 (1.5%)	538 (6.4%)
200～399床	0 (0%)	252 (3.0%)	564 (6.7%)	816 (9.7%)
200床未満	0 (0%)	27 (0.3%)	7,031 (83.6%)	7,058 (83.9%)
全体	86 (1.0%)	607 (7.2%)	7,719 (91.8%)	8,412 (100%)

「**拡大**」
「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）を地域で基幹的に担う医療機関（紹介患者への外来を基本とする医療機関）

現在の定額負担（義務）対象病院

現在の定額負担（任意）対象病院

出典：特定機能病院一覧等を基に作成（一般病床規模別の病院数は平成29年度医療施設調査より集計）

※ 病床数は一般病床の数であり、特定機能病院は平成31年4月、地域医療支援病院は平成30年12月時点。

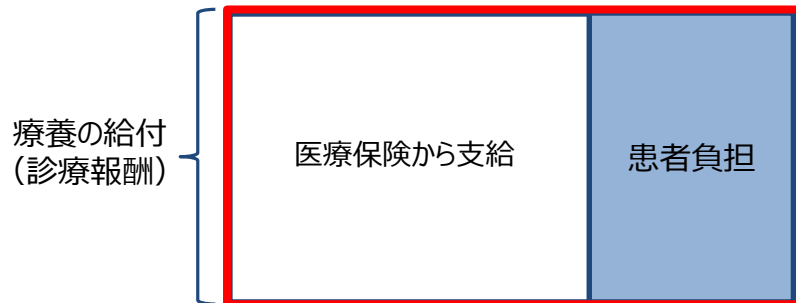
大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡充について

見直し案

- 患者が安心して必要な医療機関を受診できる環境を作り、診察の待ち時間を減らすためには、患者自身が医療機関の選択等を適切に理解して医療にかかること（上手な医療のかかり方）が必要。
- **日常行う診療はかかりつけ医機能を担う身近な医療機関**で受け、**必要に応じて紹介を受けて**、患者自身の状態にあった他の医療機関を受診し、**さらに逆紹介によって身近な医療機関に戻るという流れをより円滑にする**ため、**現行の紹介状なしで大病院を受診する場合の定額負担（選定療養）を以下のように見直し**てはどうか。
 - ① 新たに設けられる「**医療資源を重点的に活用する外来**」（仮称）を地域で基幹的に担う医療機関（紹介患者への外来を基本とする医療機関）にも、**対象医療機関を拡大**する。
※一般病床200床以上のみ
 - ② **かかりつけ医機能を担う地域の医療機関を受診せず、あえて紹介状なしで大病院を受診する患者の初・再診については、一定額を保険給付範囲から控除し、同額以上に定額負担の額を増額する。（例外的・限定的な取扱）**
※一定額の例：初診の場合、少なくとも生じる程度の額として2,000円
※外来初診患者数全体に占める定額負担徴収患者の比率は、定額負担5,000～7,000円の場合は10.9%であるが、7,000円～10,000円の場合は5.3%
 - ③ さらに、**大病院からかかりつけ医機能を担う地域の医療機関への逆紹介を推進するとともに、再診を続ける患者への定額負担を中心に、除外要件の見直し等**を行う。

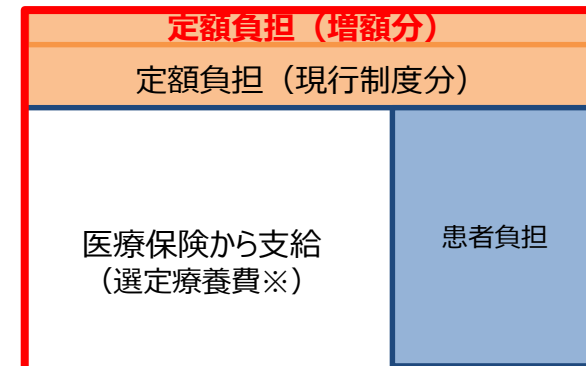
外来機能分化に沿った受診

紹介状がある患者の場合
【療養の給付】



例外的・限定的な取扱

紹介状なし患者の場合
【選定療養】



※ 現行の算定額から一定額を控除した額を基準として選定療養費を支給

3 医師偏在・医療人材の確保について

(1) 都道府県による医師確保計画の策定、医師養成課程を通じた対策など、実効性のある地域偏在や診療科偏在対策の実施。

- 各都道府県においては、令和元年度に策定いただいた医師確保計画及び外来医療計画により、地域の実情に応じた医師偏在対策等の取組を進めていただきたい。【P57-58】
- 令和3年度予算(案)において、地域医療介護総合確保基金(医療分)の医療従事者確保(区分4)について、対前年度同額を計上。医師確保計画等に基づいた医師偏在対策等の取組を進める上で引き続き御活用いただきたい。【P59】
- 医師少数区域等における勤務の促進のため、医師少数区域等において診療、保健指導、他の医療機関との連携等に一定期間従事した者を厚生労働大臣が評価し、認定する制度について、認定医師が勤務する医師少数区域等の医療機関に対し、研修受講料、旅費等を補助することとしているため、管内の医療機関等に周知いただき、医師少数区域等における認定医師の勤務の促進につなげていただきたい。【P60】
- 令和4年度以降の医学部定員については、大学医学部・受験生へ配慮する観点から、暫定的に令和2・3年度と同様の方法で設定し、令和5年度以降の臨時定員については、令和3年春までを目途に検討を行う予定となっている。また、恒久定員内に地域枠を設定することを、令和4年度から地域の実情に合わせて推進することとしており、都道府県内での協議を進めていただきたい。【P61-62】
- 令和2年度から都道府県内の臨床研修病院の定員配分や新規指定等の業務を行っていただいているが、令和4年度の臨床研修医の募集定員の都道府県上限を示したところであり、令和3年度と同様に都道府県内で適切に配分できるように地域医療対策協議会において検討いただきたい。また、令和4年度から地域枠医師等を対象とした「地域医療重点プログラム」といった新しい取組も始まることから、対象者への周知などマッチングに向けて準備をお願いしたい。【P63-65】

(2)看護職員確保対策について

○ 昨年度の看護職員需給分科会中間取りまとめにおいては、これまでに指摘されてきた看護職員の総数不足への対応策だけでなく、看護職員の領域別、地域別偏在の調整について具体的な対策を検討する必要性について指摘されてることから、本分科会の検討内容を踏まえ、医療計画等の見直し等の機会等において、地域の実情に応じて取り組みを行う必要がある。

そのため、地域医療介護総合確保基金を活用した看護職員のための取り組みに対する支援や看護職への無料職業紹介事業や復職等のための研修事業のための都道府県ナースセンターの予算確保などについて、引き続き取り組んでいただきたい。【P75】

○ また、地域においては人口減少も社会問題となっており看護職員の人材確保においても厳しい状況の中、今般の新型コロナウイルス感染症の対応において、プラチナ・ナース(定年退職前後の看護職員)の活用は重要な役割を担ったケースもあることから、これからの看護職員確保策の1つとして、プラチナ・ナース(定年退職前後の看護職員)の活用が重要となる。

そのため、令和3年度予算(案)において、中央ナースセンターの機能強化として「地域に必要な看護職員確保推進事業」の推進のため、当該事業において「プラチナ・ナースの活用」に関する事項を新たに追加したため、地域偏在対策及び領域偏在対策の取組を進める上で、御活用いただきたい。【P76-77】

(1) 都道府県による医師確保計画の策定、
医師養成課程を通じた対策等

医師確保計画を通じた医師偏在対策について

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

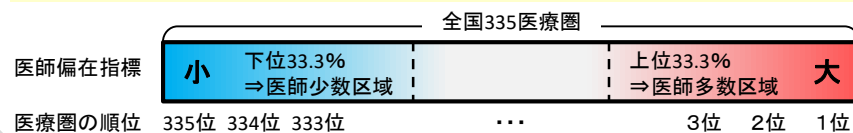
三次医療圏・二次医療圏ごとに、**医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成等を踏まえた**医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

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
- ・ 医師偏在の種類（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。

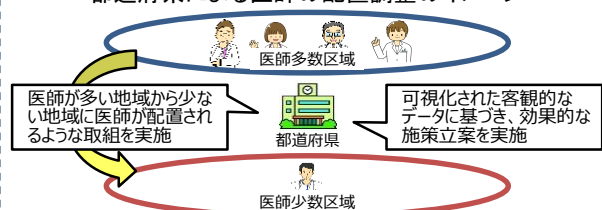
- （例）
- ・ 大学医学部の地域枠を15人増員する
 - ・ 地域医療対策協議会で、医師多数区域のA医療圏から医師少数区域のB医療圏へ10人の医師を派遣する調整を行う

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）

西暦	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
医療計画	第7次						第8次					
医師確保計画	指標設計(国)	計画策定(県)	第7次				第8次(前期)		第8次(後期)			

* 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）

都道府県による医師の配置調整のイメージ



産科・小児科における医師確保計画を通じた医師偏在対策について

背景

- ・診療科別の医師偏在については、まずは診療科と疾病・診療行為との対応を明らかにする必要があり、検討のための時間を要する。
- ・一方、産科・小児科における医師偏在対策の検討は、政策医療の観点からも必要性が高く、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすい。

産科医師・小児科医師の偏在の状況把握

産科・小児科における医師偏在指標の算出

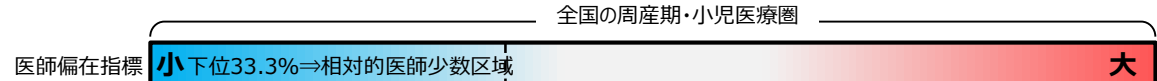
三次医療圏・周産期・小児医療圏ごとに、**産科・小児科における医師の偏在の状況を客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや、医師の性年齢構成等を踏まえた**産科・小児科における医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

医師偏在指標で考慮すべき要素

- ・医療需要(ニーズ)・人口構成の違い等
- ・へき地等の地理的条件
- ・患者の流出入等
- ・医師の性別・年齢分布

相対的医師少数区域の設定

全国の周産期・小児医療圏の産科・小児科における医師偏在指標の値を一律に比較し、下位の一定の割合を相対的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。
※労働環境に鑑みて、産科・小児科医師は相対的に少なくない地域等においても不足している可能性があることから、相対的多数区域は設定しない。



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』の策定

医師の確保の方針

(三次医療圏、周産期・小児医療圏ごとに策定)

医師偏在指標の大小を踏まえ、医療圏の見直し等も含め地域ごとの医師確保の方針を策定。

- ・医療圏の見直しや医療圏を越えた連携によってもなお相対的医師少数区域の場合は、医師の派遣調整により医師を確保する方針とする。等

偏在対策基準医師数

(三次医療圏、周産期・小児医療圏ごとに策定)

計画終了時点の医師偏在指標が、計画開始時点の「相対的医師少数三次医療圏」、「相対的医師少数区域」の基準値（下位33.3%）に達することとなる医師数を「偏在対策基準医師数」と設定。

偏在対策基準医師数を踏まえた施策

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

- ・産科又は小児科の相対的医師少数区域の勤務環境を改善する。
- ・周産期医療又は小児医療に係る協議会の意見を踏まえ、地域医療対策協議会で、相対的医師少数区域内の重点化の対象となった医療機関へ医師を派遣する調整を行う等

(施策の具体的例)

① 医療提供体制等の見直しのための施策

- ・医療圏の統合を含む周産期医療圏又は小児医療圏の見直し。
- ・医療提供体制を効率化するための再編統合を含む集約化・重点化。
- ・病診連携の推進や、重点化された医療機関等から居住地に近い医療機関への外来患者の逆紹介の推進等による医療機関の機能分化・連携。
- ・地域の医療機関の情報共有の推進。
- ・医療機関までのアクセスに時間がかかる地域住民へ受診可能な医療機関の案内、地域の実情に関する適切な周知等の支援。

② 医師の派遣調整

- ・地域医療対策協議会における、都道府県と大学、医師会等の連携。
- ・医療機関の実績や、地域における小児人口、分娩数と見合った数の医師数となるような派遣先の医療機関の選定。
- ・派遣先の医療機関を医療圏ごとに重点化。医師派遣の重点化対象医療機関の医師の時間外労働の短縮のための対策。

③ 産科・小児科医師の勤務環境を改善するための施策

- ・相対的医師少数区域に勤務する産科・小児科医師が、研修、リフレッシュ等のために十分な休暇を取ることができるよう、代診医の確保。
- ・産科・小児科において比較的多い女性医師にも対応した勤務環境改善等の支援。
- ・産科・小児科医師でなくても担うことのできる業務についての、タスクシェアやタスクシフト。

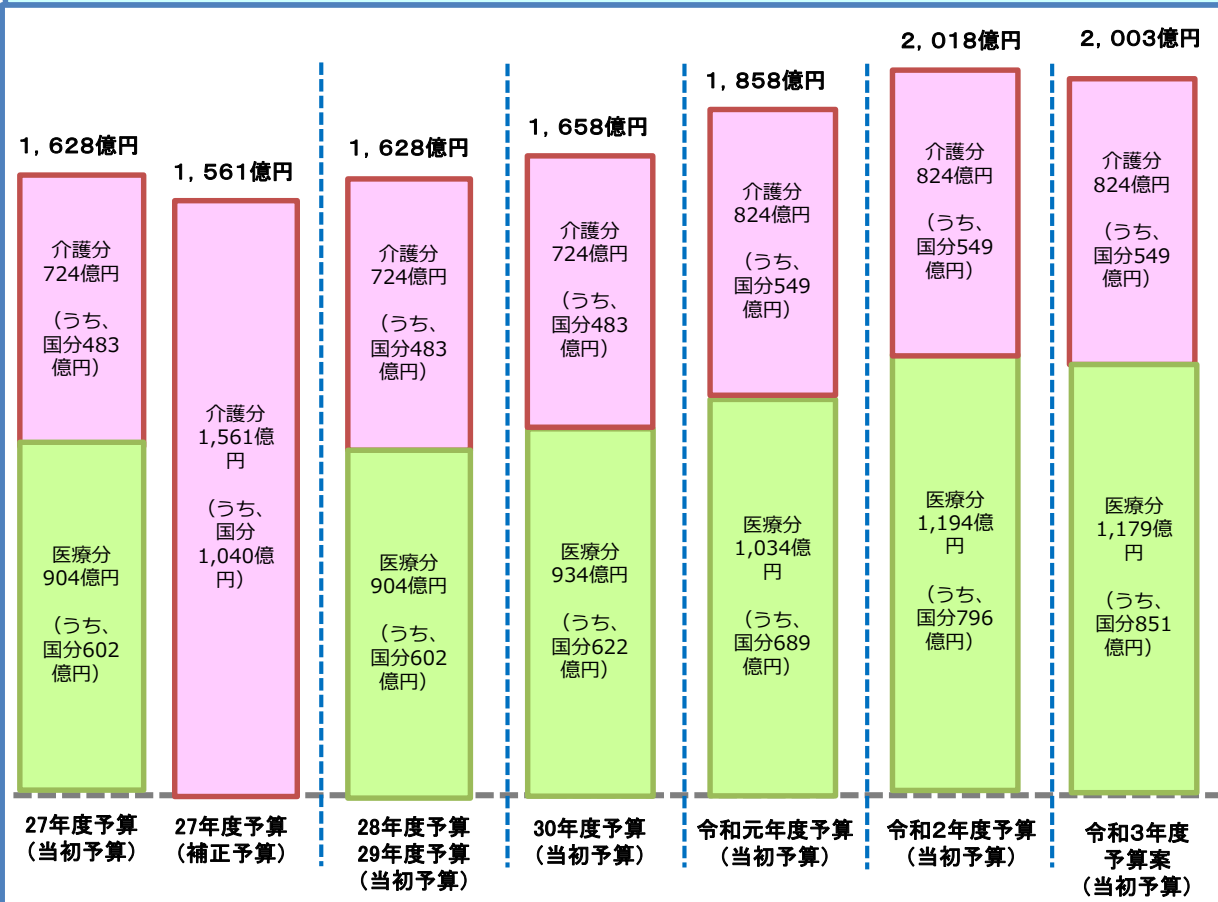
④ 産科・小児科医師の養成数を増やすための施策

- ・医学生に対する必要な情報提供や円滑な情報交換、専攻医の確保に必要な情報提供、指導体制を含む環境整備、離職防止。
- ・小児科医師の中でも確保に留意を要する新生児医療を担う医師について、小児科専攻医を養成する医療機関において、新生児科（NICU）研修等の必修化の検討。
- ・産科・小児科医師におけるキャリア形成プログラムの充実化。

地域医療介護総合確保基金の令和3年度予算案について

- 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。
- 地域医療介護総合確保基金の令和3年度予算(案)は、公費ベースで2,003億円(医療分1,179億円(うち、国分851億円)、介護分824億円(うち、国分549億円))を計上

地域医療介護総合確保基金の予算



地域医療介護総合確保基金の対象事業

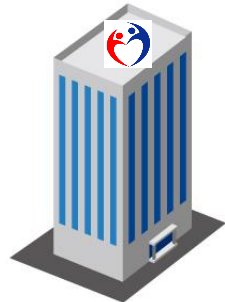
- 1-1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- 1-2 地域医療構想の達成に向けた病床数又は病床の機能の変更に関する事業
- 2 居宅等における医療の提供に関する事業
- 3 介護施設等の整備に関する事業 (地域密着型サービス等)
- 4 医療従事者の確保に関する事業
- 5 介護従事者の確保に関する事業
- 6 勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

※基金の対象事業は、平成26年度は医療を対象として1-1、2、4を、平成27年度以降は介護を含めて全ての事業としている。

医師少数区域等で勤務した医師を認定する制度について

- 医師少数区域等における勤務の促進のため、医師少数区域等に一定期間勤務し、その中で医師少数区域等における医療の提供のために必要な業務を行った者を厚生労働大臣が認定する。

認定に必要な勤務期間や業務内容



厚生労働省

申請に基づき、**厚生労働大臣が**
医師少数区域等における医療に
関する経験を**認定**

申請

認定

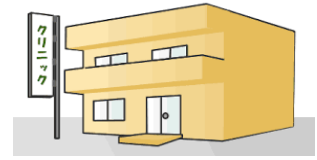


医師

医師少数区域等における
6か月以上※1の勤務※2

※1 医師免許取得後10年以内の場合は、
原則として連続して勤務（妊娠・出産等による
中断は可）するが、10年目以降の場合
は、断続的な勤務の積算も可。

※2 認定の対象となるのは、2020年度以降の
勤務とする。（臨床研修中の期間を除く。）



医師少数区域等の医療機関

【申請内容】

- 勤務した医療機関名と所在地
 - 勤務した期間
 - 業務内容等
- 申請の際には、医師少数区域等での医師の勤務状況に対する認定制度の影響を測るため、認定の対象となる勤務の直前の勤務地等についても申告する。

＜認定に必要な業務＞

- (1) 個々の患者の生活背景を考慮し、幅広い病態に対応する継続的な診療や保健指導（患者の専門的な医療機関への受診の必要性の判断を含む。）
 - ・ 地域の患者への継続的な診療
 - ・ 診療時間外の患者の急変時の対応
 - ・ 在宅医療
- (2) 他の医療機関や、介護・福祉事業者等との連携
 - ・ 地域ケア会議や退院カンファレンス等への参加
- (3) 地域住民に対する健康診査や保健指導等の地域保健活動
 - ・ 健康診査や保健指導等の実施

認定医師等に対するインセンティブ

① 一定の病院の管理者としての評価

- ・ 地域医療支援病院のうち医師派遣・環境整備機能を有する病院※の管理者は、認定医師でなければならないこととする。（2020年度以降に臨床研修を開始した医師を管理者とする場合に限る。）

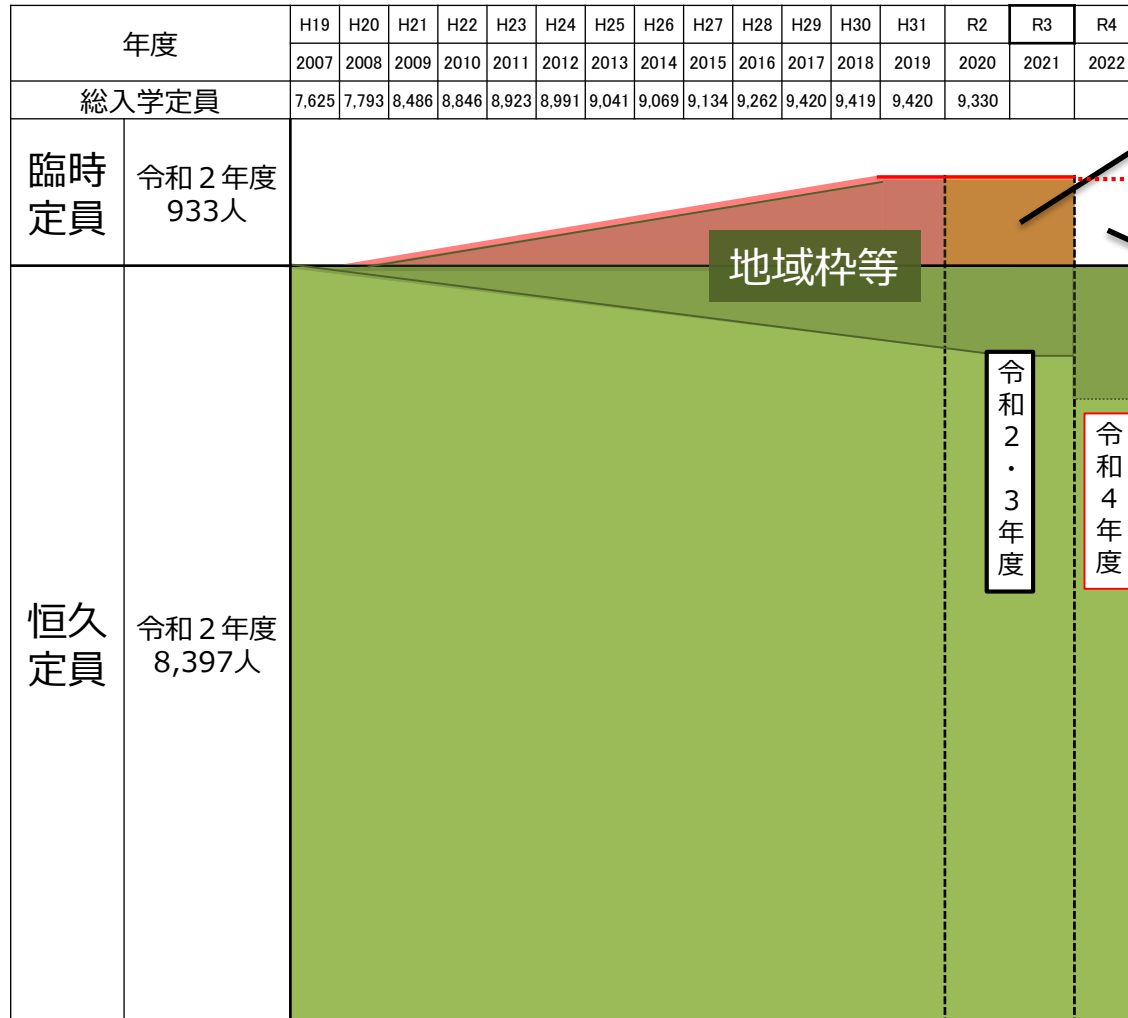
※管理者要件に認定医師であることを加える病院の範囲については、施行後の認定制度の普及状況等を踏まえ見直しの必要性について検討する。

② 認定医師に対する経済的インセンティブ

- ・ 認定を取得した医師が医師少数区域等で診療を実施する際の医療レベルの向上や取得している資格等の維持に係る経費（研修受講料、旅費等）について支援を行う。

令和4年度以降の医師養成数について

医療従事者の需給に関する検討会
第35回 医師需給分科会
令和2年8月31日 資料2



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

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



令和4年度の医師養成数の方針

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

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

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

例1) 一般枠100名+地域枠20名 → $(100 \times 0.4) + (20 \times 0.9) = 58$ 名

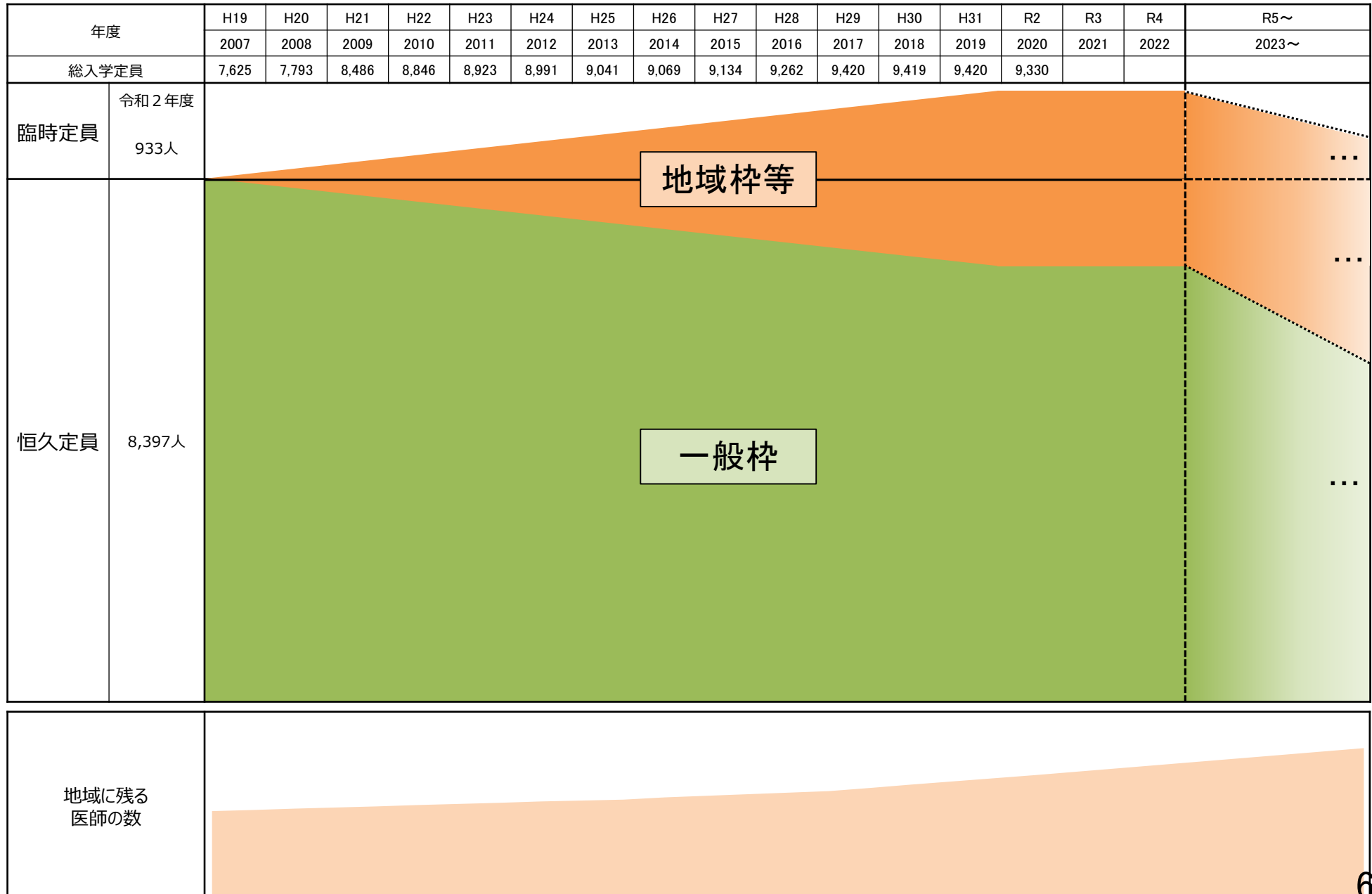
例2) 一般枠50名+地域枠70名 → $(50 \times 0.4) + (70 \times 0.9) = 83$ 名

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

令和5年度以降の医師養成数について（イメージ）

医療従事者の需給に関する検討会
第36回 医師需給分科会
令和2年11月18日 資料1

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



臨床研修病院の募集定員設定について

○ これまで、国が臨床研修病院ごとの定員を定めていたが、今後、国は都道府県ごとの定員を定め、都道府県が病院ごとの定員を定めることにより、地方の研修医が増加する等のメリットがある。

※ 都道府県が定員を定める際、あらかじめ厚生労働省に情報提供する仕組みを法定。

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

都道府県間の定員調整

募集定員枠の全国的な圧縮(募集定員倍率の圧縮)

→定員充足している都市部の研修医数が減少

➔ **地域の定員数が増加**

募集定員倍率(実績と予定)

16年度 1.31倍



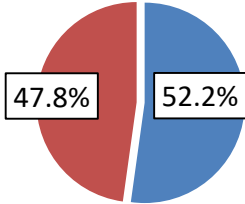
29年度 1.16倍



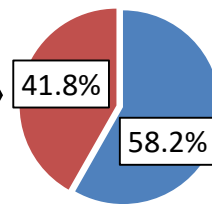
37年度 1.05倍

研修医の採用数の変化(実績)

平成16年度



平成29年度



■その他の道県
■6都府県

※6都府県:東京都、神奈川県、愛知県、京都府、大阪府、福岡県

② 定員算定方法の変更

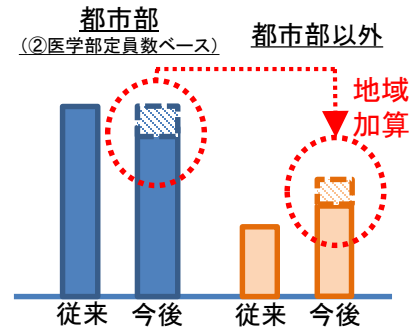
従来

①都道府県人口 又は ②医学部定員数 をベース
→②医学部定員数の多い都府県(東京等)が有利

今後

医学部定員数をベースとした臨床研修医定員を圧縮
→圧縮分を地域に加算

➔ **地域の定員数が増加**



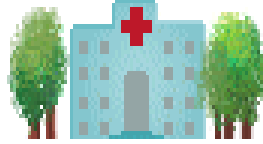
都道府県内の定員調整

国による募集定員の設定(現行)

県内病院(例)



A病院 (都市部)
定員 20
マッチ者数 17



B病院 (地方部)
定員 2
マッチ者数 2

実情にあった定員数の設定

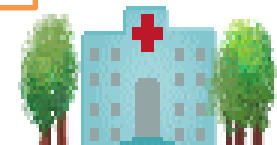
地域で働きたい医学生がマッチできない

都道府県による募集定員の設定

県内病院(例)



A病院 (都市部)
定員 17(↓)
マッチ者数 17



B病院 (地方部)
定員 5(↑)
マッチ者数 4(↑)

地域の研修医が増加

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

背景

- 平成16年度に新たな医師臨床研修制度が導入されて以降、研修医が特定の地域に集中しやすい状況にあるとの指摘がされていた。
- 平成22年度から都道府県別の募集定員上限を設けられ、平成27年度の研修からは全国の募集定員の合計を研修希望者数に徐々に近づける目標設定をすることで、研修医の都市部への集中が是正されるよう取り組みが行われていた。

今回の見直しに至る経緯

- 令和3年度からの定員の算出については、平成30年の医師臨床研修部会報告書において、医学部入学定員による募集定員の算定に当たっては一定の上限を設けること、地理的条件等の加算を増加させること等により、全体として大都市圏の都府県の募集定員を圧縮し、それ以外の道県の募集定員を確保することとされた。
- さらに、令和元年11月の医師需給分科会で、臨床研修内定者数の傾向から現行の定員配置の方法では、偏在是正効果が弱まっている事が指摘されたことを受け、平成30年の医師臨床研修部会報告書とりまとめ後に医師偏在指標等のより精緻な指標が公表されたこと等を考慮し、令和2年1月の医師臨床研修部会において、下記の計算方法の見直しが決定された。

令和3年度研修からの都道府県ごとの定員の算出方法

■ 全国の募集定員上限

$$\text{研修希望者数} \times 1.09^{※1} + \text{前年度の定員上限と募集定員の差分} \times 4/5^{※2}$$

■ 各都道府県の募集定員上限

①人口分布

都道府県の人口/全国の総人口

②医師養成状況

医学部の入学定員/全国の医学部入学定員

研修医総数を①と②の多い方の割合で按分

③地域枠による加算

$$\text{奨学金貸与者数} \times 1.09^{※1}$$

※1 令和7年までに段階的に1.05まで縮小

※2 令和7年までに段階的に縮小・廃止

倍率の外側での加算を縮小し、厳格な定員管理を可能とする

④地理的条件等の加算

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

採用実績による加算を廃止し、新規に導入

より精緻な指標による加算に変更

人口分布による算出の1.2倍を限度とする

前年度採用数+5 から変更

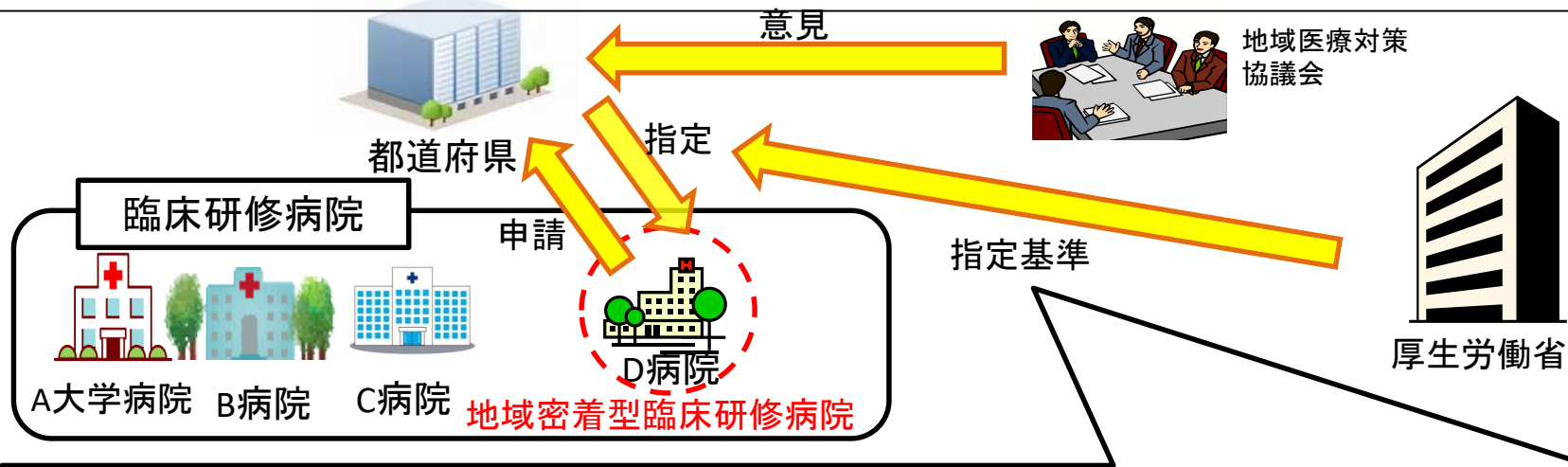
⑤激変緩和(前年度の採用数保障)

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

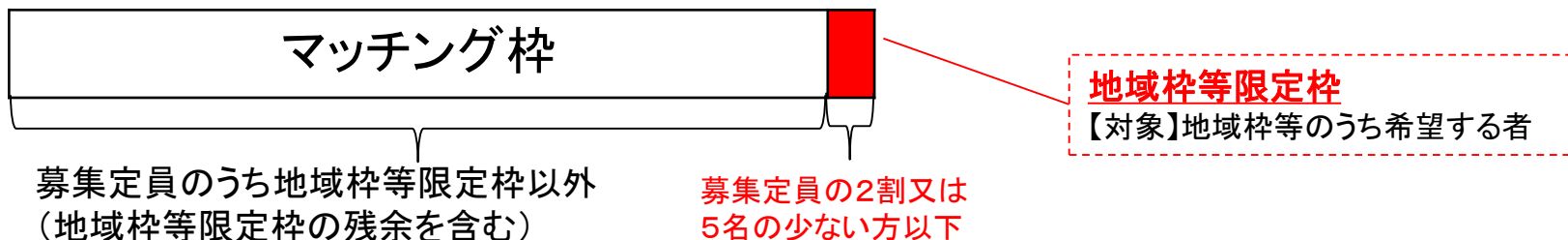
- ※3 それぞれに一定の係数をかけた値を加算
- ※4 残りの定数に 都道府県の医師少数区域の人口/全国の人口 をかけた数を加算
- ※5 さらに残った数を、都道府県間の医師偏在状況に応じて按分

地域医療重点プログラム

- 現行では、地域枠等の学生とそれ以外の者が同時にマッチングを実施するため、**地域枠等の学生が、従事要件が課せられた地域での希望病院にマッチできない可能性がある。**
- 平成30年の医師臨床研修部会報告書を踏まえ、**令和4年度より、地域枠等の学生に対して、一般のマッチングに先行して選考を行う、地域医療重点プログラムを設ける。**



- ・ 地域医療に従事することを重視する研修医を対象とした研修プログラム(以下「**地域医療重点プログラム**」という。)を設けることができること。
- ・ **医師少数区域における地域医療の研修期間が12週以上**であり、臨床研修終了後も総合的な診療の研修が受けられる体制であること、**地域医療の実践について指導できる指導医が配置されること。**
- ・ 地域医療重点プログラムの研修医の募集及び採用の決定は、**当該病院の募集定員の2割又は5名の少ない方の定員分は、当該都道府県において臨床研修期間中に従事要件等が課されている者を対象として、医師臨床研修マッチング協議会が実施する医師臨床研修マッチング前に行うことができること。**
- ・ 当該都道府県内の地域枠等限定選考できる募集定員の合計は、**当該都道府県において臨床研修中に従事要件等が課されている者の2割以内**とすること。
(省令施行通知(平成31年3月29日医政発0329第23号)※地域密着型臨床研修病院の関係部分より)



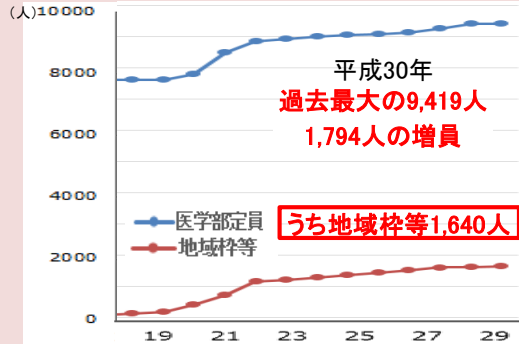
参考資料

医師偏在対策の必要性

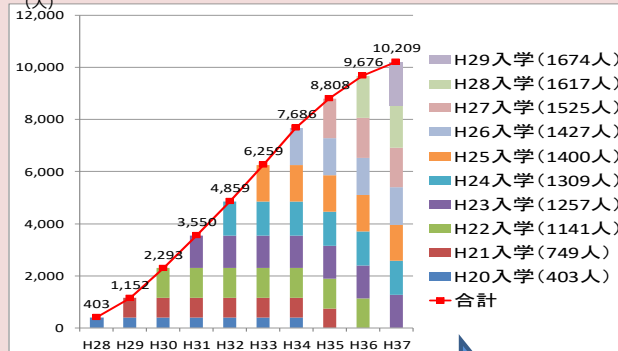
対策の必要性

- 平成20年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、平成28年以降地域医療に従事し始めており、こうした**医師の配置調整が喫緊の課題**。

(A) 医学部入学定員の年次推移



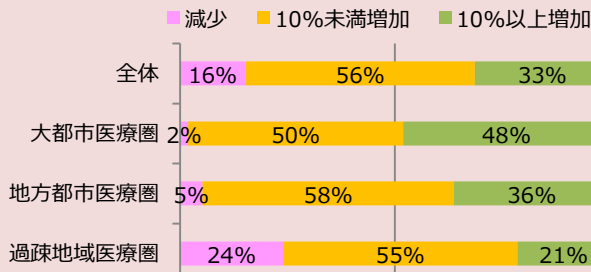
臨床研修を修了した地域枠医師数の見込み



今後、地域医療に従事する医師が順次増加

- 地域偏在・診療科偏在については、平成20年以降の医学部定員の増加以降、むしろ**格差が広がっており、その解消が急務**。

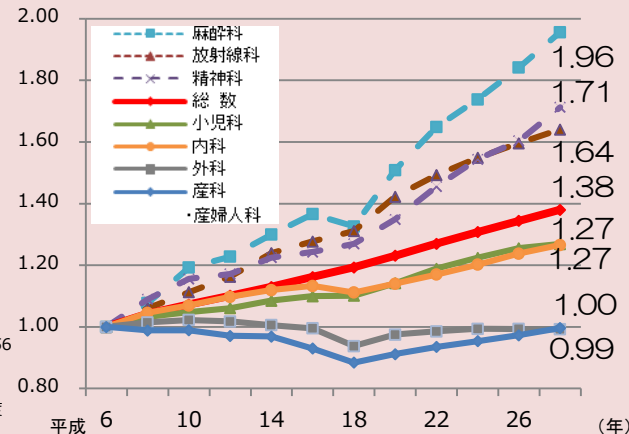
二次医療圏ごとにみた人口10万対医療施設 従事医師数の増減(平成20年→平成26年)



(※) 我が国全体では、平成20年から平成26年にかけて約10%増加(212.32人→233.56人)。二次医療圏については、平成26年(2014年)時点のもの(全344圏域)

- ・大都市医療圏(52圏域)：人口100万人以上又は人口密度2,000人/㎢以上
- ・地方都市医療圏(171圏域)：人口20万人以上又は人口10~20万人かつ人口密度200人/㎢以上
- ・過疎地域医療圏(121圏域)：大都市医療圏にも地方都市医療圏にも属さない医療圏

診療科別医師数の推移(平成6年:1.0)



対策の方向性

① 医師の少ない地域での勤務を促す環境整備

- 医師個人を後押しする仕組み
- 医療機関に対するインセンティブ
- 医師と医療機関の適切なマッチング

② 都道府県における体制整備

- 医師確保に関する施策立案機能の強化
- 医師養成過程への関与の法定化
- 関係機関と一体となった体制の整備

③ 外来医療機能の偏在・不足等への対応

- 外来医療機能に関する情報の可視化
- 新規開業者等への情報提供
- 外来医療に関する協議の場の設置

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。）

医療法及び医師法の一部を改正する法律の施行スケジュール

公布

	施行日	H30年度	H31/R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	
主要事項のスケジュール										
医療提供体制 ・地域医療構想 ・第7次医療計画		● 骨太の方針2017に基づく見直し時期(※)								
		第7次医療計画						第8次医療計画		
三師調査結果公表			● R1. 12公表 (H30年調査)		● R3. 12公表 (R2年調査)		● R5. 12公表 (R4年調査)		● R7. 12公表 (R6年調査)	
主な改正内容										
新たな医師の認定制度の創設	R2. 4. 1施行			認定制度の開始						
医師確保計画の策定	H31. 4. 1施行	指標策定	医師確保計画策定作業	医師確保計画に基づく医師偏在対策の実施						
地域医療対策協議会の役割の明確化等	公布日施行	医師確保について協議する場								
地域医療支援事務の追加	公布日施行	事務の追加								
外来医療機能の可視化／協議会における方針策定	H31. 4. 1施行		計画策定作業	計画に基づく取組の実施						
都道府県知事から大学に対する地域枠／地元枠増加の要請	H31. 4. 1施行		地域枠／地元枠の要請の開始							
都道府県への臨床研修病院指定権限付与	R2. 4. 1施行			新制度に基づく臨床研修病院・募集定員の指定						
国から専門医機構等に対する医師の研修機会確保に係る要請／国・都道府県に対する専門研修に係る事前協議	公布日施行	要請／事前協議の開始								
新規開設等の許可申請に対する知事権限の追加	公布日施行	新たな知事権限の運用開始								

R6. 4. 1（改正法の施行日から5年後）を目途に検討を加える

※経済・財政再生計画改革工程表 2017改定版(抄) 都道府県の体制・権限の在り方について、地域医療構想調整会議の議論の進捗、2014年の法律改正で新たに設けた権限の行使状況等を勘案した上で、関係審議会等において検討し、結論。検討の結果に基づいて2020年央までに必要な措置を講ずる。

医師養成
課程

入学
時点

臨床
研修

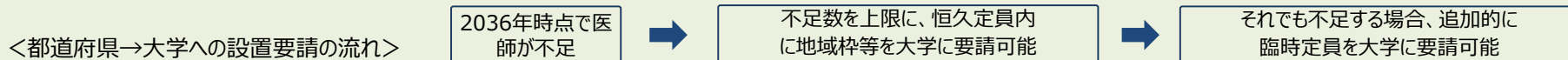
専門
研修

長期的には医師供給が需要を上回ると考えられるが、地域偏在や診療科偏在に引き続き対応する必要があることから、医師養成過程の様々な段階で医師の地域偏在・診療科偏在対策を進めている。

大学医学部 – 地域枠の設定 (地域・診療科偏在対策)

医師需給分科会

- 大学が特定の地域や診療科で診療を行うことを条件とした選抜枠を設け、都道府県が学生に対して奨学金を貸与する仕組みで、都道府県の指定する区域で一定の年限従事することにより返還免除される (一部例外あり)
- 将来的に医師供給量過剰とならないように、令和5年 (2023年) からの地域枠に係る医学部定員の設定・奨学金貸与について検討中

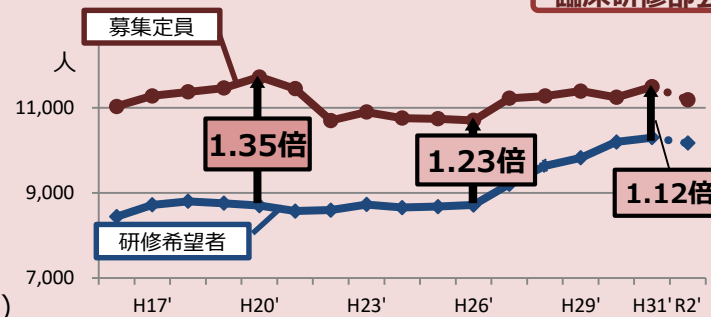


臨床研修 – 臨床研修制度における地域偏在対策

臨床研修部会

- 都道府県別採用枠上限数の設定
- 全国の研修希望者に対する募集定員の倍率を縮小
- 医師少数区域へ配慮した都道府県ごとの定員設定方法への変更
- 地域医療重点プログラムの新設 (2022年～)

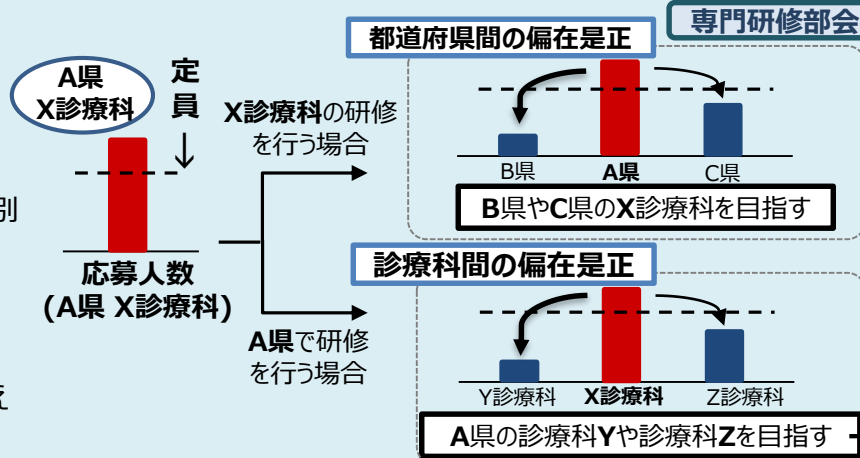
※臨床研修病院の指定、募集定員の設定権限を都道府県へ移譲する (2020年4月～)



専門研修 – 専門医制度における地域・診療科偏在対策

専門研修部会

- 日本専門医機構が、都道府県別・診療科別採用上限数を設定 (シーリング)
※5大都市を対象としたシーリング→厚生労働省が算出した都道府県別・診療科別必要医師数に基づいたシーリングへ変更されている (2020年度研修～)
- 医師法の規定により、都道府県の意見を踏まえ、厚生労働大臣から日本専門医機構等に意見・要請を実施
- 2021年度に向けては、日本専門医機構において各学会・自治体を交え検討中



従来の専門医制度

わが国においてはこれまで、医師の専門性に係る評価・認定については、**各領域の学会が自律的に独自の方針**で専門医制度を設け、運用してきた。

<従来の専門医制度における課題>

- しかし、専門医制度を運用する**学会が乱立**して認定基準が統一されておらず、**専門医の質の担保に懸念**がある。
- また、臨床に従事する**医師の地域偏在・診療科偏在は進んでおり**、その是正については近年の医療をめぐる重要な課題であり、専門医の在り方を検討する際にも、偏在の視点への配慮が欠かせない。



新たな専門医制度

- 中立的な第三者機関(**日本専門医機構**)を設立し、専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を統一的事業を行うこととされ(「専門医の在り方に関する検討会」平成25年)、臨床における専門的な診療能力を養成する事を目的とした**新専門医制度が平成30年より開始**された。
- 新専門医制度においては、**研修の質の担保**とともに、**地域偏在と診療科偏在についても制度内で配慮**されるべきとされ、専攻医の採用数に上限(シーリング)が設けられ、より効果的な偏在是正のための制度運用の見直しが続けられている。

※平成30年度の医師法改正において、日本専門医機構や学会に対して厚生労働大臣から意見・要請を行える規定が盛り込まれた。

新専門医制度の採用数上限設定(シーリング)にかかる経緯

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

(2018年度開始専攻医)

- 日本専門医機構により、**五大都市(東京都、神奈川県、愛知県、大阪府、福岡県)**について、各診療科(外科、産婦人科、病理、臨床検査および総合診療科以外)のシーリング数として過去5年間の採用数の平均が設定された。

(2019年度開始専攻医)

- 引き続き五都府県に2018年度と同様のシーリングを実施。ただし、2018年度専攻医が東京都に集中したことを受け、東京都のシーリング数を5%削減した。

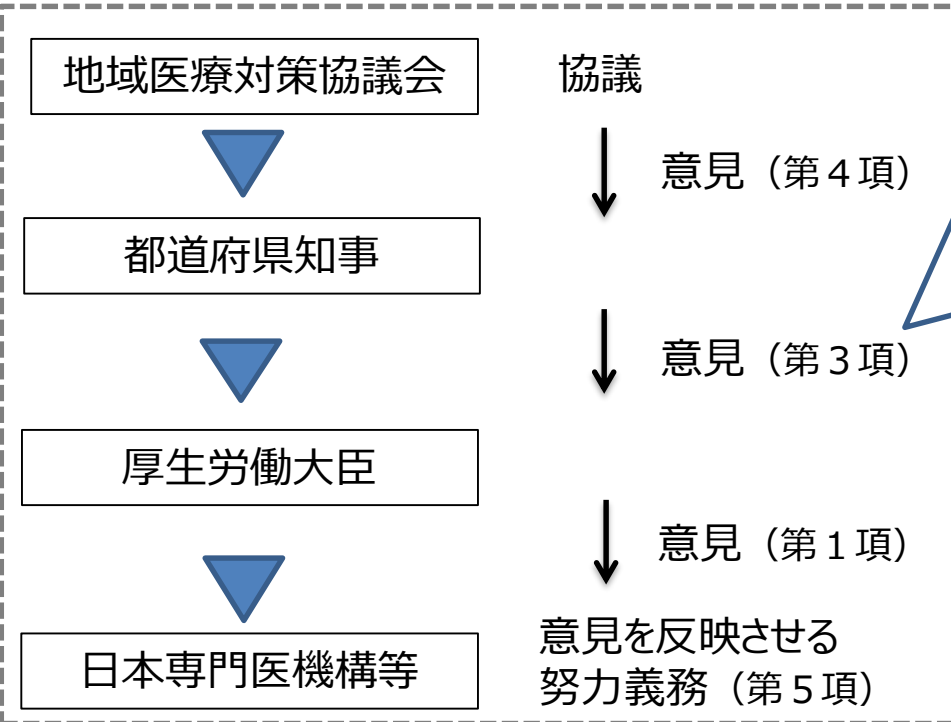
(2020年度開始専攻医)

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

(2021年度開始専攻医)

- 日本専門医機構がシーリングを検討するための協議体を設置し、各学会や都道府県からのヒアリング等を踏まえ検討がなされ、2020年3月27日の日本専門医機構の理事会において、2021年度のシーリング(案)が承認された。
- 上記のシーリング案について、**9月17日の医道審議会医師専門研修部会で審議**が行われ、**シーリング案に微修正を加える内容の厚生労働大臣からの意見・要請案が概ね了承**され、11月4日より専攻医の募集が開始された。

医師法 16条の10



医師法第16条の10 医学医術に関する学術団体その他の厚生労働省令で定める団体は、医師の研修に関する計画を定め、又は変更しようとするとき（当該計画に基づき研修を実施することにより、医療提供体制の確保に重大な影響を与える場合として厚生労働省令で定める場合に限る。）は、あらかじめ、厚生労働大臣の意見を聴かなければならない。

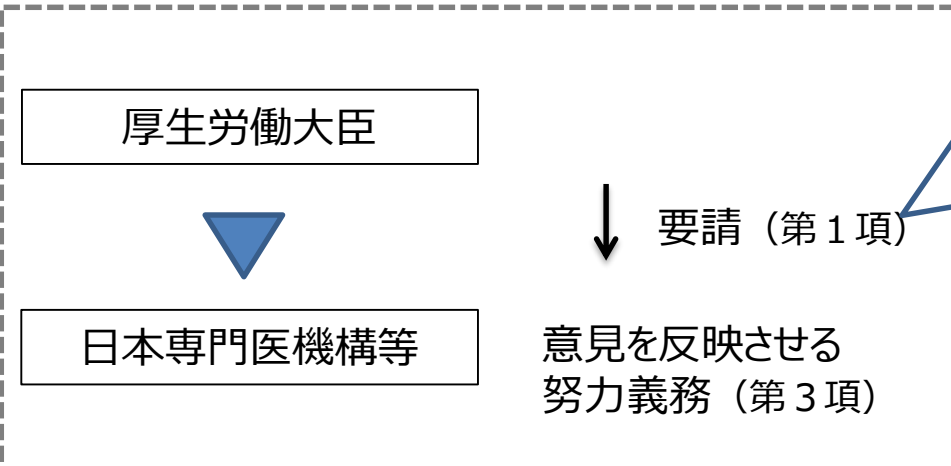
2 (略)

3 厚生労働大臣は、第一項の規定により意見を述べるときは、あらかじめ、関係都道府県知事の意見を聴かなければならない。

4 都道府県知事は、前項の規定により意見を述べるときは、あらかじめ、地域医療対策協議会の意見を聴かなければならない。

5 第一項の厚生労働省令で定める団体は、同項の規定により厚生労働大臣の意見を聴いたときは、同項に規定する医師の研修に関する計画の内容に当該意見を反映させるよう努めなければならない。

医師法 16条の11



医師法第16条の11 厚生労働大臣は、医師が医療に関する最新の知見及び技能に関する研修を受ける機会を確保できるようにするため特に必要があると認めるときは、当該研修を行い、又は行おうとする医学医術に関する学術団体その他の厚生労働省令で定める団体に対し、当該研修の実施に関し、必要な措置の実施を要請することができる。

2 (略)

3 第一項の厚生労働省令で定める団体は、同項の規定により、厚生労働大臣から研修の実施に関し、必要な措置の実施を要請されたときは、当該要請に応じるよう努めなければならない。

(2) 看護職員確保対策について

看護職員確保対策の推進

領域・地域別偏在の調整

- 今般の看護職員需給推計では、一部の都道府県において看護職員総数が充足されるところも生じているが、そのような場合でも領域別の需給バランスをみると、医療機関では充足していても訪問看護や介護保険施設においては不足であったり、より小規模単位の地域でみれば、へき地をはじめ一部の地域で看護職員が不足する状況が分かる。
- 看護職員確保策については、従来の看護職員の総数不足への対応策に加え、これからは看護職員の領域別、地域別偏在の調整についても具体的な対策が必要となり、各都道府県においては、これを踏まえた政策を進めていくことが重要な課題といえる。

領域別

- 領域別偏在については、高齢化の進展や地域医療構想による病床の機能分化・連携に伴い、今後、訪問看護や介護分野における看護ニーズが大きく増加することが見込まれ、訪問看護に就業するためには経験が必要との懸念が根強く、新卒看護師等が訪問看護へ就業する選択肢はまだ確立されていない。また、看護職員は年齢階級が上がるにつれ、訪問看護事業所や介護保険施設等へ転職する者も現れるが、想像と現実のギャップ等から早期に離職する者が多いという問題があり、そうしたギャップを解消する施策が必要である。
- 具体的な施策は以下のとおり。
 - ・ 病院等で働く看護師等が、多様なキャリアを選択できるよう訪問看護事業所や介護保険施設等での研修の実施、看護管理者に対する多様な背景を持つ看護職員の活用に関する研修の推進 [再掲:新規養成]
 - ・ 「地域に必要な看護職の確保推進事業」を全国に展開するための、事業の実施支援、好事例の分析、情報共有の促進 [再掲:復職支援] 等

地域別

- 地域別偏在については、平成29年度より都道府県ナースセンターが軸となり、都道府県や医師会、病院団体等と連携のうえ地域の实情に応じてより対象領域を絞った確保策を計画・展開する「地域に必要な看護職の確保推進事業」が実施され、一定の成果も得られている。本分科会では、山間や離島など看護職員確保・定着が困難な地域における支援策についても検討する必要があることが指摘された。
- 具体的な施策は以下のとおり。
 - ・ 「地域に必要な看護職の確保推進事業」を全国に展開するための、事業の実施支援、好事例の分析、情報共有の促進 等
- 都道府県労働局や経済産業局その他関連機関と連携した都道府県の看護行政も重要となる。

中央ナースセンターの機能強化

○中央ナースセンター事業

令和3年度予算案: 230百万円 (令和2年度予算額: 230百万円)

補助先: 中央ナースセンター指定機関(公益社団法人日本看護協会)・補助率: 定額

現状と課題

- 2025年の地域医療構想の実現に向けて、今後の看護職員確保策はこれまで取り組まれてきた看護職員の総数不足への対応策だけでなく、看護職員の地域偏在や、病棟から訪問看護・介護領域への移行の必要性といった領域偏在が課題であることが、昨年11月に公表された看護職員需給分科会中間とりまとめにて明らかになった。
- これらの課題は地域の実情に応じてそれぞれ異なることから、都道府県ナースセンターが看護職員確保の軸としての役割を果たせるよう、その機能を強化する必要がある。
- さらに、地域においては人口減少も社会問題となっており看護職員の人材確保においても厳しい状況の中、今般の新型コロナウイルス感染症対策の対応において、プラチナ・ナース(定年退職前後の看護職員)の活用は重要な役割を担ったケースもあることから、これからの看護職員確保策の1つとして、プラチナ・ナース(定年退職前後の看護職員)の活用が重要となる。

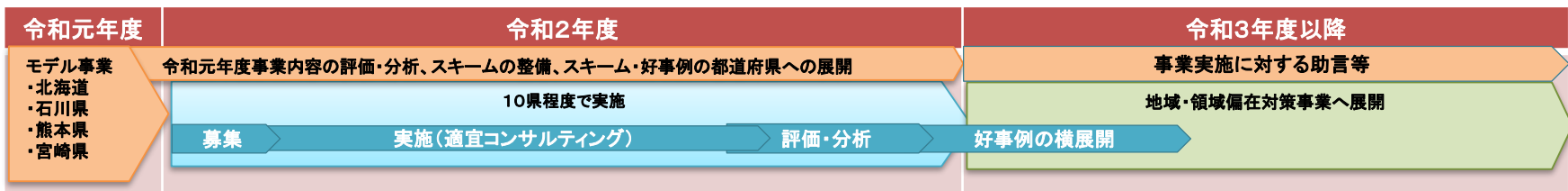
地域に必要な看護職員の調整機関としての役割と復職支援の強化へ

機能強化の内容

○「地域に必要な看護職員確保推進事業」※の推進

※都道府県ナースセンターが地方自治体や病院団体等と連携のうえ、看護職員確保策について地域の実情に応じた課題と対策を検討し取り組むもの。

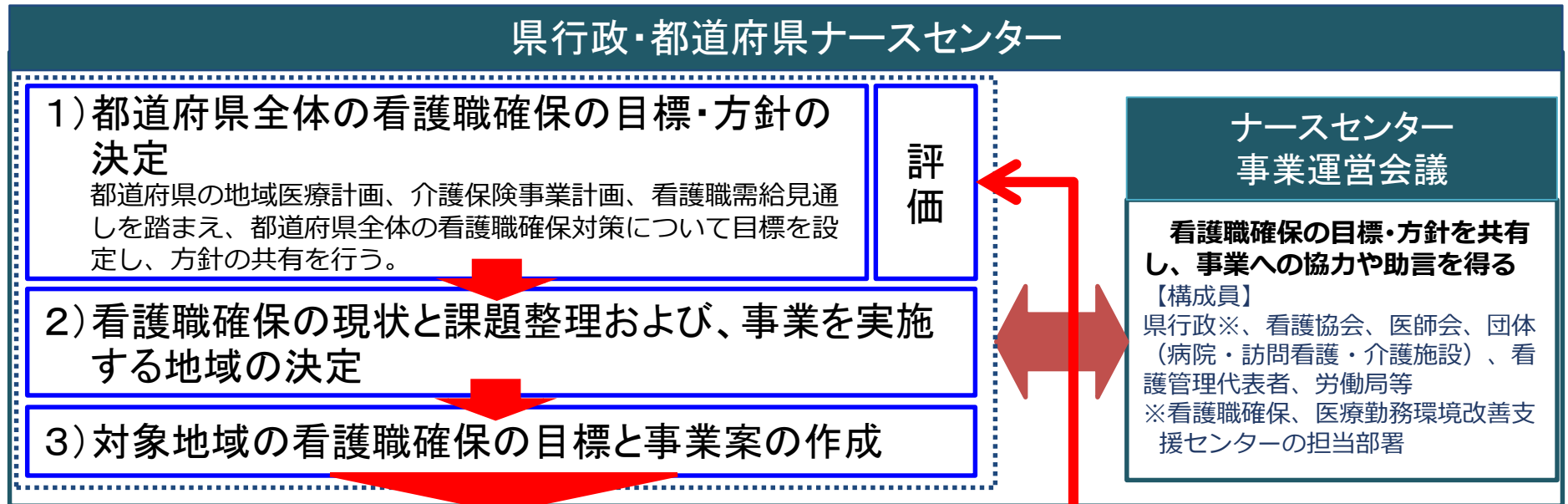
- 1) 地域偏在対策
 - ・ スキームの確立と展開
 - ・ プラチナ・ナースの活用
- 2) 領域偏在対策
 - ・ 訪問看護や介護施設等における看護職員確保に係る事業



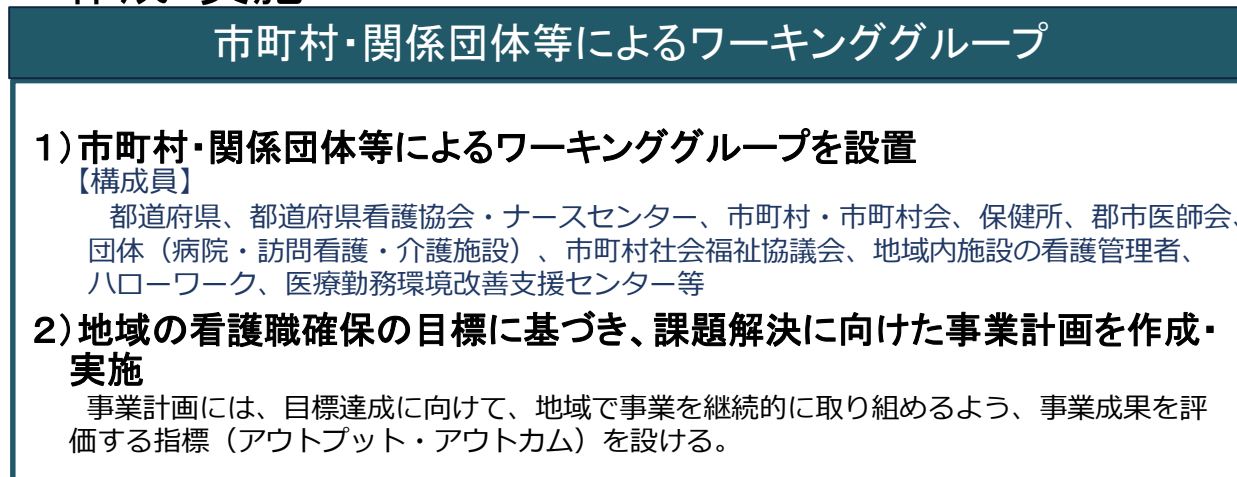
地域に必要な看護職の確保推進事業 実施スキーム

※ 中央ナースセンター作成資料

1. 都道府県全体の看護職確保の目標・方針と対象地域の決定



2. 対象地域の看護職確保の目標に基づく事業計画の作成・実施



参考資料

医療従事者の需給に関する検討会 看護職員需給分科会
中間とりまとめ(概要)抜粋

これまでの経緯

- 看護職員の需給については、看護職員確保の基本的な資料として、概ね5年ごとにこれまで7回(第7次需給推計:平成23~27年度)にわたり、病院等への全数調査により把握した数字を積み上げる方法により策定されてきた。この点、「経済財政運営と改革の基本方針2015」(平成27年6月30日閣議決定)において、「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から踏まえた医師・看護職員等の需給について、検討する」とされたことを受け、従来の積み上げ方式ではなく、医師の需給推計方法との整合性を図りつつ、将来の医療需要を踏まえた推計方法を検討することとされた。
- 「医療従事者の需給に関する検討会 看護職員需給分科会」(以下「本分科会」という)は、平成28年3月の設置以来、医療従事者の働き方の見直しの影響について考慮しつつ、医師の需給推計方法との整合性を確保する観点から必要とされた中断を経て、地域医療構想に基づく需給推計方法のあり方を検討してきた。また同時に、看護職員確保策についても議論を進めてきた。

新たな看護職員需給推計の策定方法

- 国(厚生労働省)は、次の基本方針に基づく推計手法を策定した。

- ①現在の病床数・患者数及び看護職員数をもとに、医療需要(病床数又は患者数)あたり看護職員数を設定。
- ②医療需要については、
 - ・ 一般病床及び療養病床: 都道府県の地域医療構想における2025年の病床数の必要量
 - ・ 介護保険サービス: 介護保険事業計画におけるサービス見込み量
 - ※訪問看護事業所(医療保険分)は現利用者数・将来推計人口等から推計
 - ・ 地域医療構想で医療需要が示されていない領域(精神病床、無床診、保健所、学校養成所等): 一定の仮定を置いた推計

- 都道府県は、国が定めた推計ツールを用いて看護職員の需要推計を試算。供給については、現就業者数や新・再就業者見通し、離職率の動向を踏まえ、都道府県が推計した。
- 国は都道府県が算定した各推計値を集約し、これに i)短時間勤務者の増加に伴う常勤換算対実人員の比率を加味し、ii)ワークライフバランスの実現を前提に看護職員の労働環境の変化に対応した3通りの幅を持たせた係数処理を行うことで、3つのシナリオ(後述)として全体推計をとりまとめた。

※ 将来の医療需要への影響を客観的に考慮することができるものは推計に反映することを基本的考え方とし、審議会、検討会等において検討中のため結論が出ていないものや、内容が決まっているものであっても、現時点ではその影響が不明であるものについては、推計に反映することは困難であるため、今回の推計に反映せず、今後、推計に用いるエビデンスを得てから検討することとされた。

看護職員の需給推計結果(全国単位)

- 2025年における需要推計に関しては、都道府県からの報告では180万人となった。これに、ワークライフバランスの充実に前提に看護職員の超過勤務時間や有給休暇の取得日数など勤務環境改善について、看護職員の労働環境の変化に対応して幅を持たせた3とおりのシナリオを設けて推計したところ、**188万人～202万人**となった。
- 2025年における供給推計に関しては**175～182万人**程度と見込まれる(次項参照)。
- 2025年における需給ギャップについては、前提として仮定したワーク・ライフ・バランスの充実度合いにより大きく左右されることに留意が必要である。
- 今般の推計は、地域医療構想の実現を前提とした推計値であり、実現度合いにより、看護職員の必要数は変化する可能性がある。
- 今般の推計は、地域医療構想の実現を前提とした全国共通の推計方法として画一的な算定であり、個々の都道府県の実情を綿密に反映できているわけではないことに留意。

【シナリオ設定条件】

	シナリオ①	シナリオ②	シナリオ③
超過勤務	10時間以内	10時間以内	0時間
有給休暇	5日以上	10日以上	20日以上

シナリオ1: 就業中の全ての看護職員において、1ヶ月における超過勤務時間が10時間以内、1年あたりの有給取得5日以上が達成された場合

シナリオ2: 就業中の全ての看護職員において、1ヶ月における超過勤務時間が10時間以内、1年あたりの有給取得10日以上が達成された場合

シナリオ3: 就業中の全ての看護職員において、1ヶ月における超過勤務時間なし、1年あたりの有給取得20日以上が達成された場合

(実人員 単位:人)

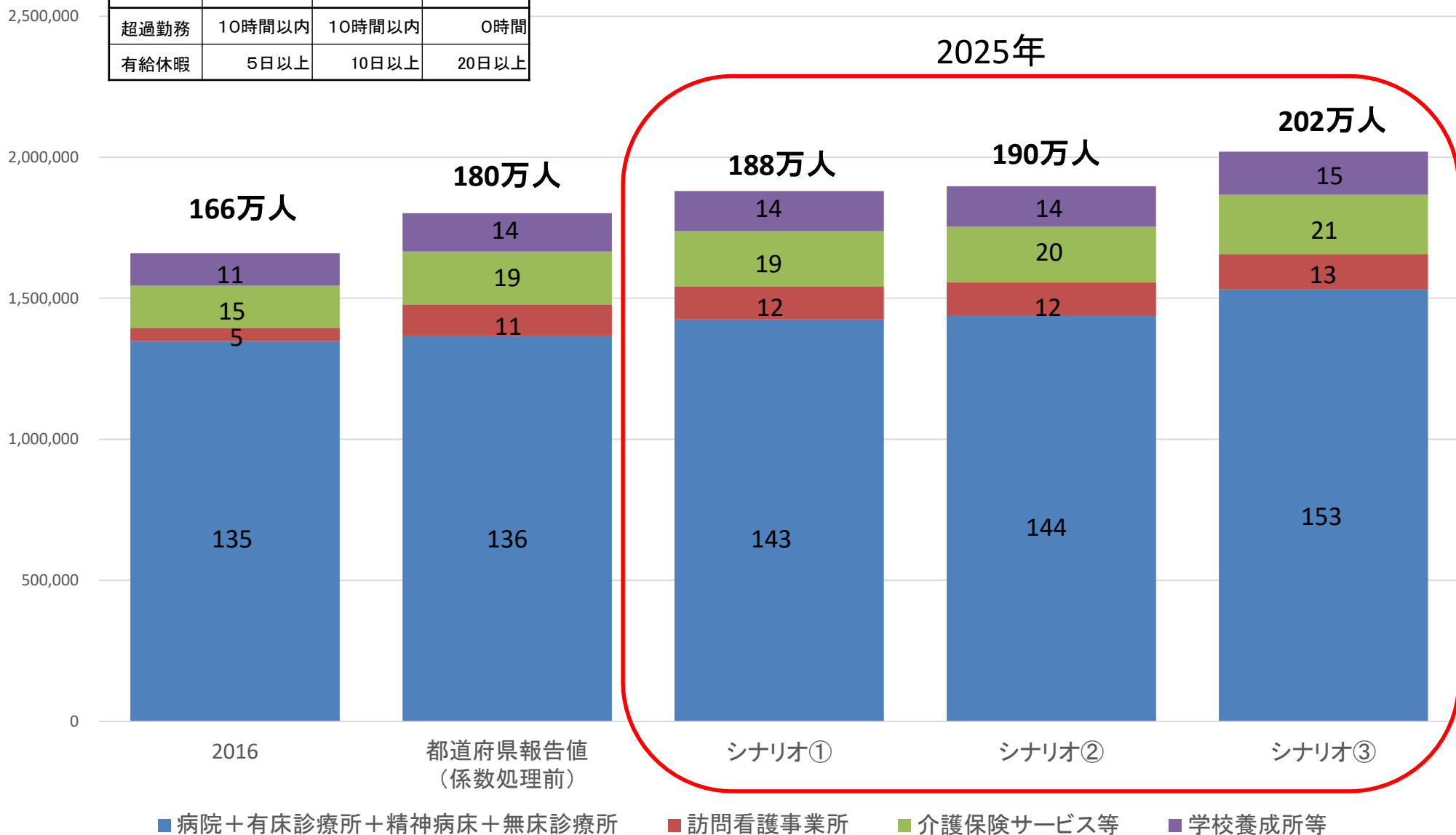
	平成28年 ※1	令和7年(2025)年				
		都道府県報告値 (係数等処理前)	シナリオ①	シナリオ②	シナリオ③	
需要推計	1,660,071	1,801,633	1,880,682	1,897,561	2,019,773	
病院+有床診療所	1,346,366	972,849	1,015,301	1,024,413	1,090,390	
精神病床関連		132,052	137,904	139,142	148,103	
(内訳) 精神病床		93,387	97,526	98,401	104,739	
精神病床からの基盤整備		38,664	40,378	40,741	43,364	
無床診療所		299,224	312,395	315,199	335,499	
訪問看護事業所		46,977	112,558	117,502	118,556	126,192
(内訳) 医療保険		/	26,523	27,691	27,939	29,739
介護保険			47,370	49,433	49,877	53,089
精神病床からの基盤整備			38,664	40,378	40,741	43,364
介護保険サービス等			149,683	187,413	195,692	197,448
学校養成所等	117,045	136,201	142,266	143,543	152,788	
供給推計	/	1,746,664	1,746,664 ～1,819,466	1,746,664 ～1,819,466	1,746,664 ～1,819,466	

※1 平成28年は看護職員就業者数(厚生労働省医政局看護課調べ)

※2 精神病床からの基盤整備は精神病床関連と訪問看護事業所の両方に計上している。

【シナリオ設定条件】

	シナリオ①	シナリオ②	シナリオ③
超過勤務	10時間以内	10時間以内	0時間
有給休暇	5日以上	10日以上	20日以上

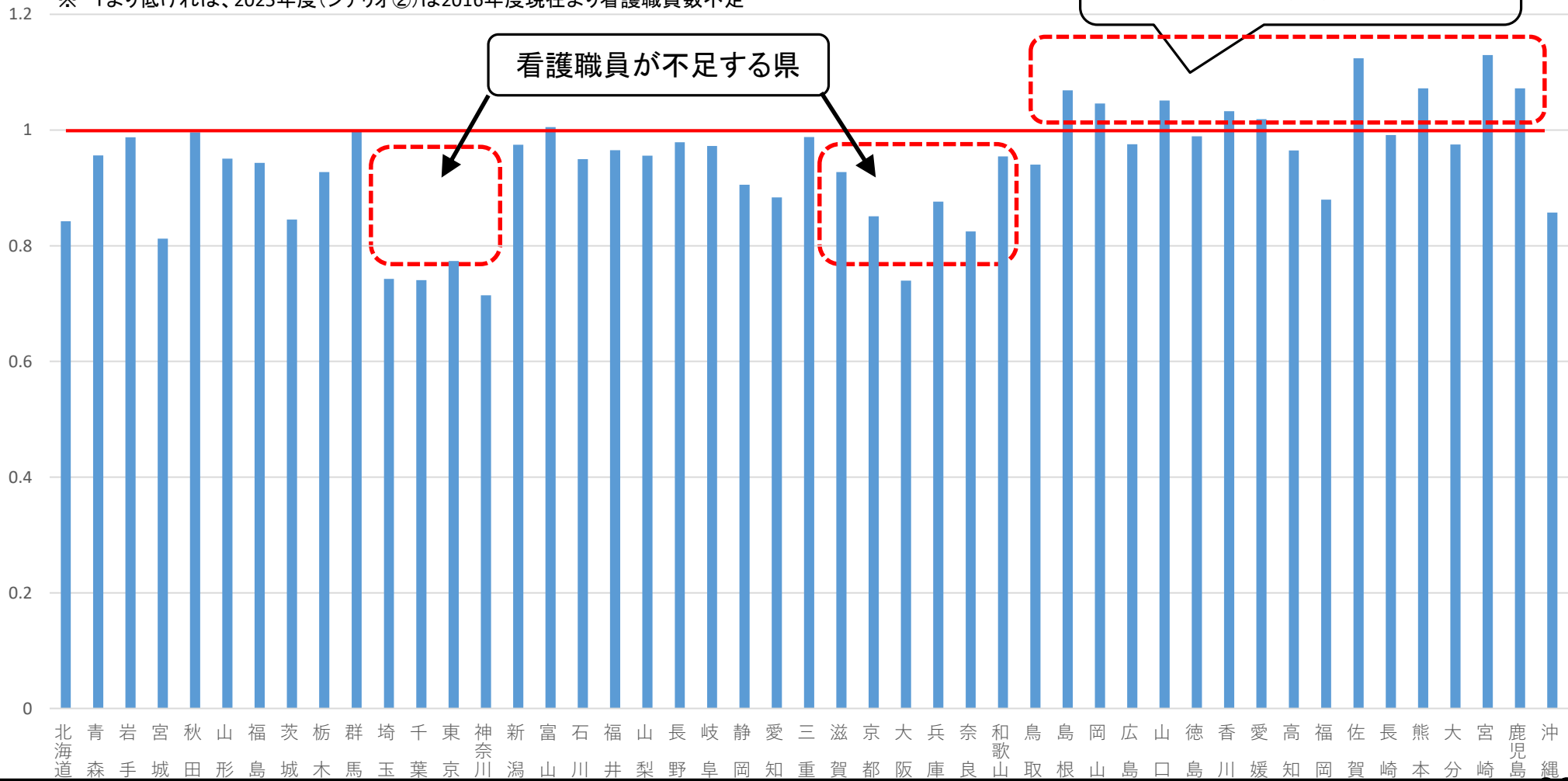


看護職員の需給推計結果(都道府県別)

- 都道府県別でみた場合、都心部や東北地方では依然として都道府県内全体として看護職員需要数が供給のそれを上回り、看護職員不足となる一方で、一部の都道府県において2016年時点のその県における看護職員総数より需要数が少ない推計結果となる場所も生じている。

【各都道府県別の2016年度と2025年度(シナリオ②)の比較(2016年度/2025年度(シナリオ②))】

※ 1より低ければ、2025年度(シナリオ②)は2016年度現在より看護職員数不足



二次医療圏単位のシミュレーションの具体例 (2025年に看護職員総数が充足されると推計された県)

※看護需給分科会の議論に資するよう、看護課において、地域医療構想上将来の必要病床数と足下の病床数のギャップが大きい県から、二次医療圏単位の看護職の分布を試みにシミュレーションしたもの

例：A県の場合

- A県における、地域医療構想に基づく2025年度に必要な病床数は、2015年度と比し約6千床減であり、2025年度の必要看護職員数は、全体では供給が需要を上回っている。
- しかし、医療分野においては、f、hにおいて需要>供給、在宅・介護分野においては、bを除き需要>供給となっている。
- 例えば、二次医療圏aからf、hの病院等や介護施設への看護職員移行を促進させることなどが今後の課題として挙げられる。

【A県における二次医療圏ごと(一部)の機能別需要推計】

※ マイナスは需要<供給、プラスは需要>供給

	2016①				2025②				差 (②-①)			
	医療	在宅・介護	その他	計	医療	在宅・介護	その他	計	医療	在宅・介護	その他	計
二次医療圏a	12,671	1,614	1,012	15,297	9,978	1,989	1,219	13,186	-2,693	375	207	-2,111
二次医療圏b	2,497	461	202	3,160	1,801	451	215	2,467	-696	-10	13	-693
二次医療圏c	1,674	328	176	2,178	1,501	375	200	2,076	-173	47	24	-102
二次医療圏d	1,062	254	127	1,443	890	275	142	1,307	-172	21	15	-136
二次医療圏e	3,752	558	355	4,665	3,087	628	419	4,134	-665	70	64	-531
二次医療圏f	735	268	121	1,124	759	282	131	1,172	24	14	10	48
二次医療圏g	2,473	462	234	3,169	1,898	511	262	2,671	-575	49	28	-498
二次医療圏h	416	121	64	601	559	135	69	763	143	14	5	162
二次医療圏i	1,568	314	164	2,046	1,379	344	179	1,902	-189	30	15	-144

※ 医療分野とは病院、有床診療所、精神病床、無床診療所、在宅・介護分野とは訪問看護事業所、介護保険サービス等、その他とは学校養成所等。

二次医療圏単位のシミュレーションの具体例(2025年においても看護職員総数が不足すると推計された県)

※看護需給分科会の議論に資するよう、看護課において、地域医療構想上将来の必要病床数が足下の病床数に比しと増となる県から、二次医療圏単位の看護職の分布を試みにシミュレーションしたもの

例：B県の場合

- B県における、地域医療構想に基づく2025年度に必要な病床数は、2015年度と比し約6千5百床増であり、2025年度は相当な看護職員の確保が求められる。
- 県全体のみならず、医療分野、在宅・介護分野、その他分野のすべてで、需要が供給を上回る。

【B県における二次医療圏ごと(一部)の機能別需要推計】

※ マイナスは需要<供給、プラスは需要>供給

	2016 ①				2025 ②				差(② - ①)			
	医療	在宅・介護	その他	計	医療	在宅・介護	その他	計	医療	在宅・介護	その他	計
二次医療圏a	4,671	843	644	6,158	6,649	1,407	836	8,892	1,978	564	192	2,734
二次医療圏b	4,356	754	581	5,691	5,955	1,325	741	8,021	1,599	571	160	2,330
二次医療圏c	7,527	1,230	933	9,690	10,414	2,248	1,168	13,830	2,887	1,018	235	4,140
二次医療圏d	9,117	1,489	1,034	11,640	10,338	2,622	1,343	14,303	1,221	1,133	309	2,663
二次医療圏e	4,130	621	433	5,184	4,389	1,109	525	6,023	259	488	92	839
二次医療圏f	7,436	950	655	9,041	8,385	1,633	797	10,815	949	683	142	1,774
二次医療圏g	6,839	1,005	637	8,481	8,330	1,842	761	10,933	1,491	837	124	2,452
二次医療圏h	4,730	827	530	6,087	5,498	1,324	620	7,442	768	497	90	1,355
二次医療圏i	4,159	727	417	5,303	4,213	1,089	490	5,792	54	362	73	489
二次医療圏j	602	185	82	869	704	238	89	1,031	102	53	7	162

※ 医療分野とは病院、有床診療所、精神病床、無床診療所、在宅・介護分野とは訪問看護事業所、介護保険サービス等、その他とは学校養成所等。

看護職員確保対策の推進

新規養成・復職支援・定着促進

- 新規養成において、人々の療養の場が多様化し地域包括ケアが推進されるなかで、病院以外にも在宅医療や介護保険サービス等、さまざまな場面で看護のニーズが拡大しており、地域における看護の理解を深めるための教育や実習の強化、新規養成時からの多様なキャリアデザインに関する教育、支援を実施していくことが重要。
- 復職支援において、資格管理・届出制度の改善とともに、ナースセンターの役割として、今後は離職者の再就業支援に限らず、休職者への復職支援やプラチナ・ナースの就業支援等、人材養成・キャリア支援機関として、さらには在宅医療や介護保険サービス等の人材確保・定着に向けた支援等に向け、その機能の拡充、強化を目指すことが望ましいと考えられる。
- 定着促進において、短時間正職員制度など多様な働き方の導入、夜勤従事者の負担軽減、医療現場におけるハラスメントへの対応など、すべての看護職員が安心して働き続けられる職場環境の整備を進めていくことが非常に重要である。その際、個々のスタッフの多様な働き方に対応した業務の効率化やタスクシフト等を効果的に進めていくため、現場の看護管理者が果たす役割が重要であり、看護管理者のマネジメント能力向上と負担軽減を図る支援が必要である。また、医師から看護職員へのタスク・シフティングやタスクシェアリングを進められており、看護職員がより専門性を発揮できるよう、専門職支援人材としての看護補助者の活用促進が重要である。
- 具体的施策は以下のとおり。

【新規養成】

- ・ 学生時代から地域のなかでさまざまな施設において職場体験が可能となるようなインターンシップなどの支援
- ・ 多様なキャリアパスについて、学生や教員の理解を深めるため、平成29年度の「看護職員の多様なキャリアパス周知事業」により厚生労働省ホームページ内に作成した「看護職のキャリアと働き方支援サイト」や、中央ナースセンターが運営する「看護職の多様なキャリアと働き方応援サイト ナースストリート」の周知、活用の促進 等

【復職支援】

- ・ ナースセンター・ハローワーク連携事業による看護職員確保の更なる推進に向けた、都道府県労働局及びハローワーク、ナースセンターへの好事例の周知
- ・ 相談の質を高めるため、ナースセンター相談員がキャリアコンサルティングの専門知識や技術を習得するための支援 等

【定着促進】

- ・ 医療勤務環境改善支援センターにおける医療機関への支援。労働時間・勤務環境改善等に関して得られた研究成果や方策等が、医療勤務環境改善マネジメントシステムによるPDCAサイクルの実践に活かされる体制づくり等の促進
- ・ 交替制勤務の看護職員に適した勤務間インターバル制度など、労働時間・勤務環境改善に関する研究
- ・ 医療施設における暴力・ハラスメントの実態調査の実施と課題の明確化
- ・ 看護補助者との協働のあり方、活用、夜勤への対応などに関する看護管理者、看護職員への研修の推進 等

看護職員確保対策の推進

領域・地域別偏在の調整

- 今般の看護職員需給推計では、一部の都道府県において看護職員総数が充足されるところも生じているが、そのような場合でも領域別の需給バランスをみると、医療機関では充足していても訪問看護や介護保険施設においては不足であったり、より小規模単位の地域でみれば、へき地をはじめ一部の地域で看護職員が不足する状況が分かる。
- 看護職員確保策については、従来の看護職員の総数不足への対応策に加え、これからは看護職員の領域別、地域別偏在の調整についても具体的な対策が必要となり、各都道府県においては、これを踏まえた政策を進めていくことが重要な課題といえる。

領域別

- 領域別偏在については、高齢化の進展や地域医療構想による病床の機能分化・連携に伴い、今後、訪問看護や介護分野における看護ニーズが大きく増加することが見込まれ、訪問看護に就業するためには経験が必要との懸念が根強く、新卒看護師等が訪問看護へ就業する選択肢はまだ確立されていない。また、看護職員は年齢階級が上がるにつれ、訪問看護事業所や介護保険施設等へ転職する者も現れるが、想像と現実のギャップ等から早期に離職する者が多いという問題があり、そうしたギャップを解消する施策が必要である。
- 具体的な施策は以下のとおり。
 - ・ 病院等で働く看護師等が、多様なキャリアを選択できるよう訪問看護事業所や介護保険施設等での研修の実施、看護管理者に対する多様な背景を持つ看護職員の活用に関する研修の推進 [再掲:新規養成]
 - ・ 「地域に必要な看護職の確保推進事業」を全国に展開するための、事業の実施支援、好事例の分析、情報共有の促進 [再掲:復職支援] 等

地域別

- 地域別偏在については、平成29年度より都道府県ナースセンターが軸となり、都道府県や医師会、病院団体等と連携のうえ地域の实情に応じてより対象領域を絞った確保策を計画・展開する「地域に必要な看護職の確保推進事業」が実施され、一定の成果も得られている。本分科会では、山間や離島など看護職員確保・定着が困難な地域における支援策についても検討する必要があることが指摘された。
- 具体的な施策は以下のとおり。
 - ・ 「地域に必要な看護職の確保推進事業」を全国に展開するための、事業の実施支援、好事例の分析、情報共有の促進 等
- 都道府県労働局や経済産業局その他関連機関と連携した都道府県の看護行政も重要となる。

今般の看護職員需給推計の位置づけに係る留意事項について

今般の看護職員需給推計は、骨太の方針に基づき、地域医療構想の実現を前提とした状態での看護職員の需給の在り方を示す内容であることから、推計値の取り扱いや今後の各都道府県における確保策の取り進めについて、以下の点を留意する必要がある。

- 令和元年時点で、全ての都道府県においてナースセンターにおける看護職員の求人倍率1.0を下回る県が1つもなく、足下の看護職員不足の対応は目下、地域を問わない課題であること。
- 令和7(2025)年における実際の看護職員の需給は、確保策の成果のみならず、地域医療構想の実現に係る進捗度合いに少なからぬ影響を受けること。
- 令和7(2025)年の看護職員需給推計値について、都道府県によっては看護職員が充足しているようにみえるところもあるが、そのようなところにおいても確保策が不要とはならない。看護職員の地域別、領域別偏在など検討すべき重要な問題がある。今回の需給推計の結果は、都道府県がそれぞれ看護職員確保策に係る問題について、丁寧な議論を行っていくための素材として活用されることが望まれるものである。
- 訪問看護事業所の需要推計については、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に伴う基盤整備量(利用者数)の目標をもとに看護職員の需要を推計し、便宜上、訪問看護により対応するものと仮定したものであること。

今後の方向について

今回、中間とりまとめとして一定のとりまとめを行うのは、看護現場の取り巻く諸課題に対し現時点で得られている知見に基づいた機動的な取組を進めていく重要性ゆえである。看護職員確保策の観点からは、これまで指摘されてきた看護職員の総数不足への対応策だけでなく、看護職員の領域別、地域別偏在の調整について具体的な対策を検討する必要性が明らかになった。今後、都道府県においては、医療計画の見直しの機会等において、地域包括ケアの推進や働き方改革等、看護職員を取り巻く環境の変化と地域の実情を踏まえた施策を推進することが期待される。国においても、本分科会の検討内容を踏まえ、今後制度面や財政面を含め全国的に必要とされる環境整備に引き続き取り組んでいくことを求める。

看護職員確保に関する支援

看護職員確保に向けた施策の柱

- 看護職員の確保策については、「新規養成」「復職支援」「定着促進」の3本柱の推進に加え、地域の実情に合わせた地域・領域別偏在の調整を行う。

【新規養成】

【復職支援】

【定着促進】

(1) 看護学生の学習環境の整備等による新規養成

- ・看護学生に学習しやすい環境を提供するため、看護師等養成所の整備や運営に対する補助を実施。
- ・看護関係資格の取得を目指す社会人経験者が、厚生労働大臣が専門的・実践的な教育訓練として指定した講座（専門実践教育訓練）を受講した場合の給付の実施。

(2) 看護職員の復職支援の強化（看護師等人材確保促進法改正 平成27年10月1日施行）

- ・看護師等免許保持者について一定の情報の届出制度を創設し、離職者の把握を徹底。
- ・都道府県ナースセンターが、離職後も一定のつながりを確保し、ライフサイクル等を踏まえて適切なタイミングで復職研修等の必要な支援を実施。

(3) 勤務環境の改善を通じた定着促進

- ・看護職員を含めた医療従事者全体の勤務環境を改善するため、医療機関による自主的な勤務環境改善の取組を促進し、都道府県医療勤務環境改善支援センターが医療機関の取組を支援。（医療法改正 平成26年10月1日施行）
- ・院内保育所の運営・施設整備や仮眠室・カンファレンスルーム等の新設・拡張など、勤務環境改善に対する支援を実施。

【地域・領域別偏在の調整】

- ・「地域に必要な看護職の確保推進事業」を全国に展開するための、事業の実施支援、好事例の分析、情報共有の促進。

中央・都道府県ナースセンター（事業概要）

○中央ナースセンター（人材確保法第20条）：1か所【各都道府県ナースセンターの中央機関】

- ①都道府県ナースセンターの業務に関する啓発活動
- ②都道府県ナースセンターの業務について、連絡調整、指導その他の援助
- ③都道府県ナースセンターの業務に関する情報及び資料を収集し、都道府県ナースセンターその他の関係者に対し提供
- ④2以上の都道府県の区域における看護に関する啓発活動
- ⑤その他都道府県ナースセンターの健全な発展及び看護師等の確保を図るために必要な業務

○都道府県ナースセンター（人材確保法第14条）：47か所【看護職員確保対策の拠点として無料職業紹介などの事業を行う機関】

各都道府県の看護職員確保対策の拠点として、

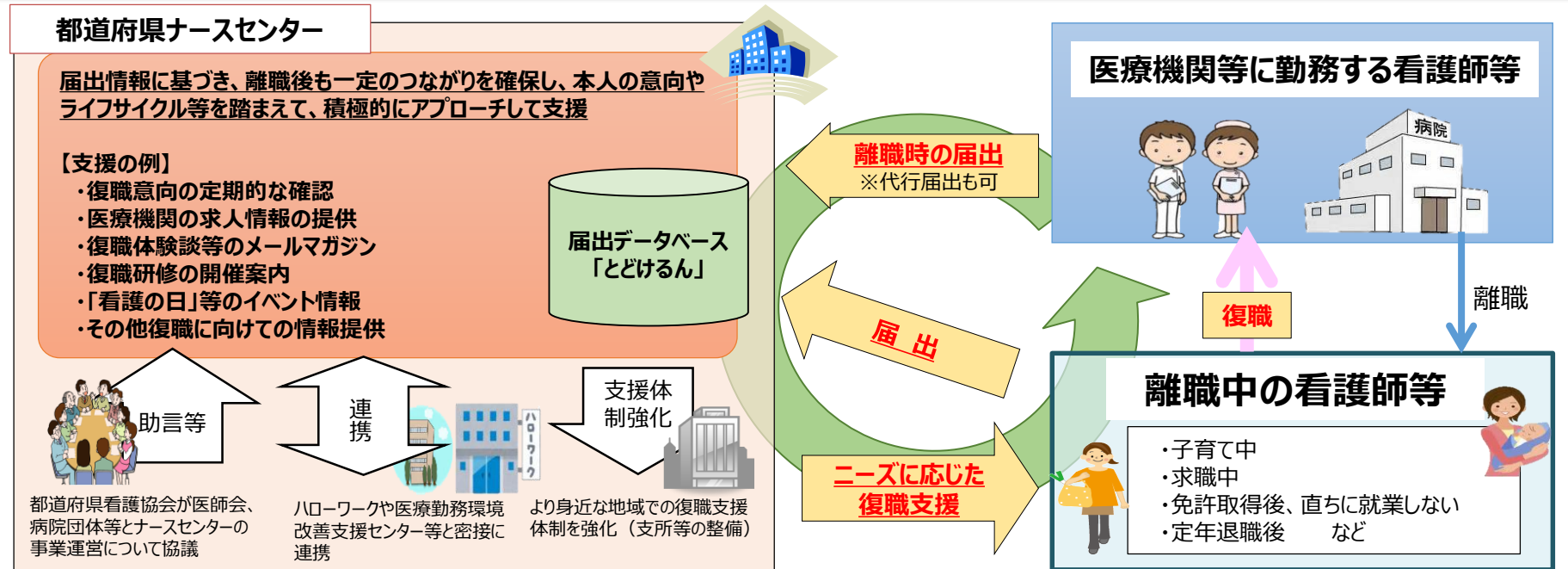
- ①近年の少子化傾向から若年労働力人口の減少を踏まえ、潜在看護職員の就業促進を行うナースバンク事業
- ②高齢社会の到来に対応するための訪問看護支援事業（訪問看護師養成講習会等）
- ③看護対策の基盤となる「看護の心」の普及に関する事業

※平成10年度 運営費を一般財源化

ナースセンターによる看護職員の復職支援の強化

都道府県ナースセンターによる看護職員の復職支援を強化するため、看護師等人材確保促進法を改正（平成27年10月1日施行）

- 看護師等免許保持者による届出制度の創設** - 看護職員が病院等を離職した際などに、連絡先等を都道府県ナースセンターへ届出する（努力義務）
- ナースセンターの機能強化** - 復職に関する情報提供など「求職者」になる前の段階から総合的な支援、就職あっせんと復職研修の一体的実施などニーズに合ったきめ細やかな対応
 - 事業運営について地域の医療関係団体が協議、ハローワーク等と密接な連携、支所等の整備による復職支援体制の強化



4 医師・医療従事者の 働き方改革の推進について

医師の働き方改革に関する 医療機関の取組の支援

【2024年4月からの医師の時間外・休日労働上限規制の開始に向けた制度改正について】

- 医師の働き方改革については、「医師の働き方改革に関する検討会」「医師の働き方改革の推進に関する検討会」「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会」において、議論を行ってきた。2024年4月の医師の時間外・休日労働の上限規制適用開始に向けて、各検討会のこれまでの議論を踏まえた関連法案を次期通常国会に提出する予定である。

【P96-106】

【都道府県にお願いしたいこと】

- 医師の過重労働を無くし、医療の質・安全を担保するためにも、医療機関に対し、医師の働き方改革の必要性を周知し、労務管理面等の支援を行い、医師の労働時間短縮を推進するとともに、医療機関単独での取組では働き方改革が困難な場合においては、地域の医療提供体制のあり方、医療機関間の機能分化・連携のあり方、医療のかかり方を含めて、都道府県がリーダーシップを発揮し、医療機関や地域住民を巻き込みながら対応策を検討していくことが必要。
- 管下の医療機関の状況の把握を、病院に勤務する医師の労務管理に関するアンケート調査のフォローアップとして、医療勤務環境改善支援センターに依頼させていただいているが、そのフォローアップ結果を地域医療構想担当や医師派遣担当含めて都道府県内で共有し、支援が必要な医療機関(年の時間外・休日労働が960時間超の医師のいる医療機関)を把握し、当該医療機関に適用される水準(A水準／連携B水準／B水準／C水準)の想定を立てて、効果的な支援・対策の実施に繋げていただきたい。

- 「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会」において、今後特に推奨する事項等がとりまとまったところ。今後、医療機関に対する周知を予定しており、また、タスク・シフティング等医療勤務環境改善推進事業等の好事例を集め、周知する取組も令和3年度から新たに開始することとしている。周知への御協力と、医療機関の勤務環境改善支援の際の活用を是非お願いしたい。【P107】

- 医療勤務環境改善支援センターについては、2024年度に向けて、医療機関における労務管理の適正化を進めていただくように相談支援を行っていただいているが、2021年度以降は取組の一層の強化をお願いしたい。センターの取組を支援するべく、令和3年度政府予算案においては、医療労務管理アドバイザーによる医師労働時間短縮計画の策定支援や、医療機関への年間を通じた支援により継続的な勤務環境改善の取組の開始・定着を図る取組を可能とする費用を計上しており、これらに対応した研修事業等も実施する予定である。直営／委託問わず、医療勤務環境改善支援センターの活動の一層の活性化をお願いする。【P108-109】

- 令和3年度政府予算案では、引き続き地域医療介護総合確保基金区分6において、勤務医の労働時間短縮のための体制整備に関する総合的な取組を促すための財源を確保している。都道府県におかれては、区分6に該当する医療機関に対し、引き続き医療関係団体等とも連携し活用して長時間労働の改善に向け取り組んでいただけるよう周知していただきたい。区分1～5と合わせて、3月目処に要望書を作成していただくことになる方向。なお、例年、3月中旬頃より国から都道府県に対し基金事業のヒアリングを実施しているが、新型コロナウイルス感染症の感染状況が不透明なため、ヒアリング等の予定については改めてお示しすることとしたい。地域医療を確保するため、医師の働き方改革に向けて支援が必要な医療機関に対する財政支援を確実に行っていただくようお願いする。【P110】

- また、令和3年度税制改正において、医師及び医療従事者の労働時間短縮に資する機器等の特別償却制度が2年間延長されたので、医療機関でICT機器を導入するにあたって活用いただくよう、制度の周知等を引き続きお願いしたい。【P111】
- 医療のかかり方に関する認識の変容のため、令和元年度から厚生労働省として11月を「上手な医療のかかり方月間」としてキャンペーンを行っているが、都道府県においては国や既に取り組を行っている自治体における医療のかかり方への取組も参考にしつつ、医療現場が危機的状況であることを住民の方に共有するとともに、#8000・#7119の相談ダイヤルの周知や地域医療を守るための取組の推進・横展開等、上手な医療のかかり方に資する取組の推進をお願いする。【P112】

【2023年度以降の動き(予定)】

次期通常国会に提出予定の関連法案が成立した暁には、以下の事項に対応いただくことが見込まれる。

(2023年度)

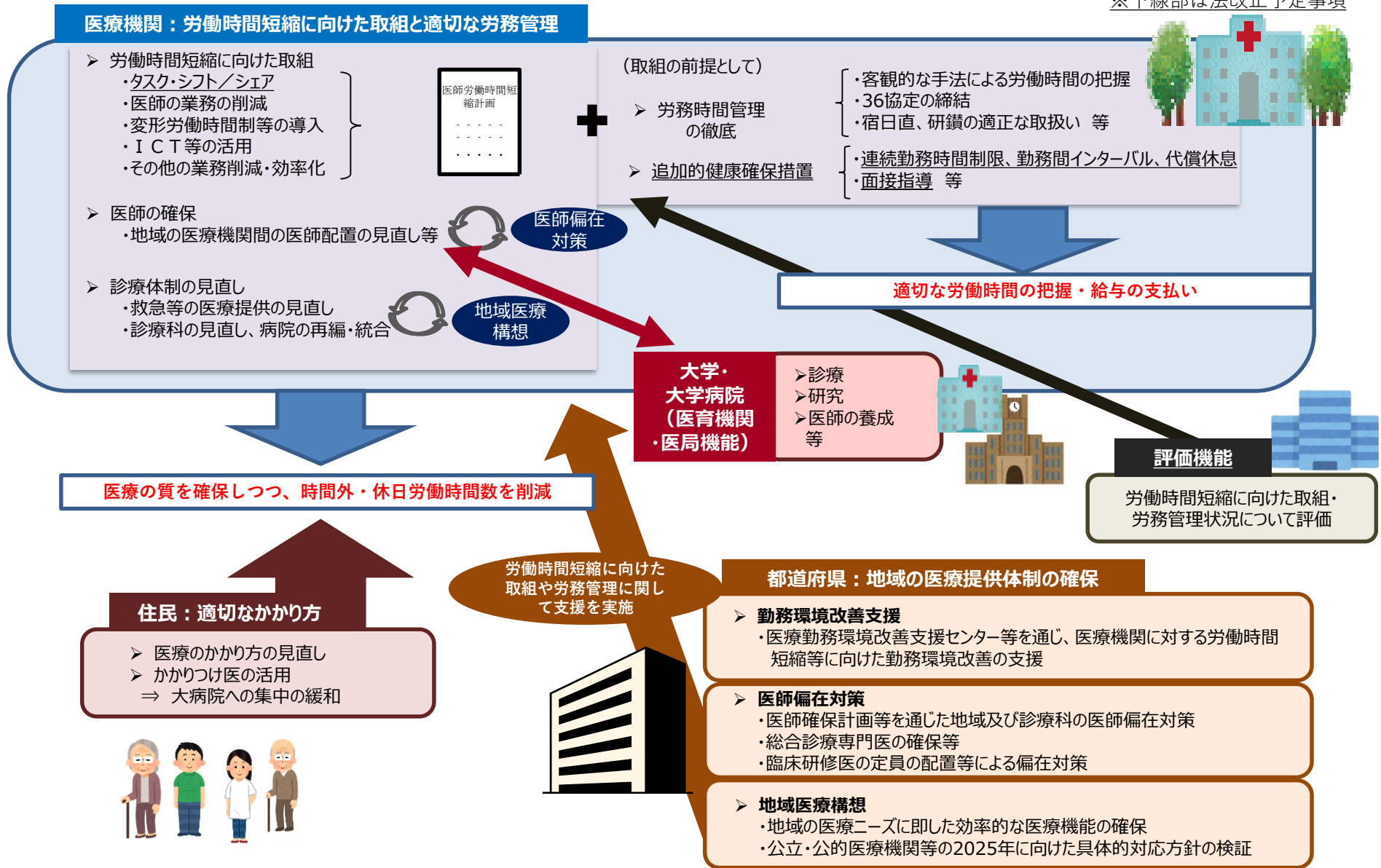
- 地域医療確保暫定特例水準(B水準・連携B水準)又は集中的技能向上水準(C水準)が適用される医療機関について、それぞれの要件を満たすものの指定手続を行っていただくとともに、B水準対象医療機関に対しては、医師の労働時間の短縮のための重点支援(医療機関における労務管理等の支援、医療機関間の機能分化等の支援ほか)を実施していただく。

(2024年度以降)

- B水準対象医療機関に対する重点支援を継続するとともに、診療従事勤務医に2024年度以降適用される水準(A水準)、B水準・連携B水準及びC水準が適用される医師を雇用する医療機関の管理者が医師に対して行う追加的健康確保措置の実施状況の確認、指導等を実施していただく。

医師の働き方改革の全体像

※下線部は法改正予定事項



「医師の働き方改革の推進に関する検討会」について

- ◆ 医師に対しては、2024年4月から時間外労働の上限規制が適用される。その規制の具体的内容等について検討してきた「医師の働き方改革に関する検討会」において、労働基準法体系において定める上限規制と医事法制・医療政策における対応を組み合わせ、医師の診療業務の特殊性を踏まえた働き方改革を推進していくことを内容とする報告書がとりまとめられた。
- ◆ これを受け、当該報告書において引き続き検討することとされた事項について、有識者の参集を得て具体的検討を行う。

構成員

(計16名) (※五十音順)

家保 英隆	高知県健康政策部副部長
今村 聡	公益社団法人日本医師会女性医師支援センター長
◎ 遠藤 久夫	学習院大学経済学部教授
岡留 健一郎	福岡県済生会福岡総合病院名誉院長
片岡 仁美	岡山大学病院ダイバーシティ推進センター教授
城守 国斗	公益社団法人日本医師会常任理事
島崎 謙治	国際医療福祉大学大学院教授
島田 陽一	早稲田大学法学部教授
鈴木 幸雄	横浜市立大学産婦人科助教
堤 明純	北里大学医学部教授
仁平 章	日本労働組合総連合会総合政策推進局長
(※令和2年3月に、村上 陽子 日本労働組合総連合会総合労働局長と交代)	
馬場 武彦	社会医療法人ペガサス理事長
水島 郁子	大阪大学大学院高等司法研究科教授
森 正樹	日本医学会副会長(九州大学大学院消化器・総合外科教授)
森本 正宏	全日本自治団体労働組合総合労働局長
山本 修一	千葉大学副学長・千葉大学大学院医学研究院眼科学教授

◎: 座長

本検討会の検討事項

- (1) 医師の時間外労働の上限規制に関して、医事法制・医療政策における措置を要する事項
 - ・ 地域医療確保暫定特例水準及び集中的技能向上水準の対象医療機関の特定にかかる枠組み
 - ・ 追加的健康確保措置の義務化及び履行確保にかかる枠組み
 - ・ 医師労働時間短縮計画、評価機能にかかる枠組み 等
- (2) 医師の時間外労働の実態把握
- (3) その他

検討のスケジュール

- ◆ 第1回 (令和元年7月5日) 医事法制・医療政策における措置を要する事項等について
- ◆ 第2回 (令和元年9月2日) 追加的健康確保措置の履行確保の枠組み・医師労働時間短縮計画及び評価機能のあり方について
- ◆ 第3回 (令和元年10月2日) 地域医療確保暫定特例水準及び集中的技能向上水準の指定の枠組みについて
- ◆ 第4回 (令和元年11月6日) 評価機能について
- ◆ 第5回 (令和元年12月2日) 評価機能について
- ◆ 第6回 (令和元年12月26日) これまでの議論のまとめについて
- ◆ 第7回 (令和2年3月11日) 医師の働き方改革について
- ◆ 第8回 (令和2年8月28日) 医師労働時間短縮計画策定ガイドライン、医師の実態調査及び地域医療への影響調査について 等
- ◆ 第9回 (令和2年9月30日) 副業・兼業を行う医師の地域医療確保暫定特例水準適用、医師の労働時間短縮等に関する大臣指針について 等
- ◆ 第10回 (令和2年11月18日) これまでの議論のまとめについて
- ◆ 第11回 (令和2年12月14日) 中間とりまとめ(案)について

医師の時間外労働規制について

一般則

- 【時間外労働の上限】
- (例外)
 - ・年720時間
 - ・複数月平均80時間 (休日労働含む)
 - ・月100時間未満 (休日労働含む)
 - 年間6か月まで

- (原則)
- 1か月45時間
 - 1年360時間

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

年960時間 / 月100時間未満 (例外あり) ※いずれも休日労働含む

A : 診療従事勤務医に2024年度以降適用される水準

連携B
例水準
(医療機関を指定)

B
地域医療確保暫定特

C-1
集中的技能向上水準
(医療機関を指定)

C-2

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

将来
(暫定特例水準の解消 (= 2035年度末を目標) 後)

将来に向けて縮減方向

年960時間 / 月100時間 (例外あり) ※いずれも休日労働含む

A

C-1

C-2

※この(原則)については医師も同様。

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

月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

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

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

※臨床研修医については連続勤務時間制限を強化して徹底

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

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

※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的措置を講ずる。

2024年4月までの見通し

医師についての時間外労働の上限規制の適用開始（改正労働基準法の施行）

2019年度 2020年度 2021年度 2022年度 2023年度 2024年度

なるべく多くが(A)水準の者のみの医療機関となるような取組、支援策が必要

時短計画策定の推奨・義務化・PDCA

※計画策定の義務化は、遅くとも2021年度～

評価機能による第三者評価

※評価機能による第三者評価開始は、遅くとも2022年度～

（取組状況を踏まえて）

臨床研修・専門研修プログラム
における時間外労働時間数の明
示（義務化）

※義務化開始年限は、今後、臨床研修部会等において検討。

審査組織による(C)-2対象
医療機関の個別審査

※審査組織による個別審査開始は、遅くとも2022年度～

都道府県
による指定
の実施

（医療機関か
らの申請方
式を想定）

A水準の者のみ
の医療機関

B水準
連携B水準
C-1水準
C-2水準

の指定を受けた
医療機関

※指定を受けた医療機関の医師全員が当然に各水準の適用対象となるわけではない

B・連携B・C医療機関の義務
・ B・連携B・C水準適用者への追加的健康確保措置
・ 時短計画、評価受審等 ⁷

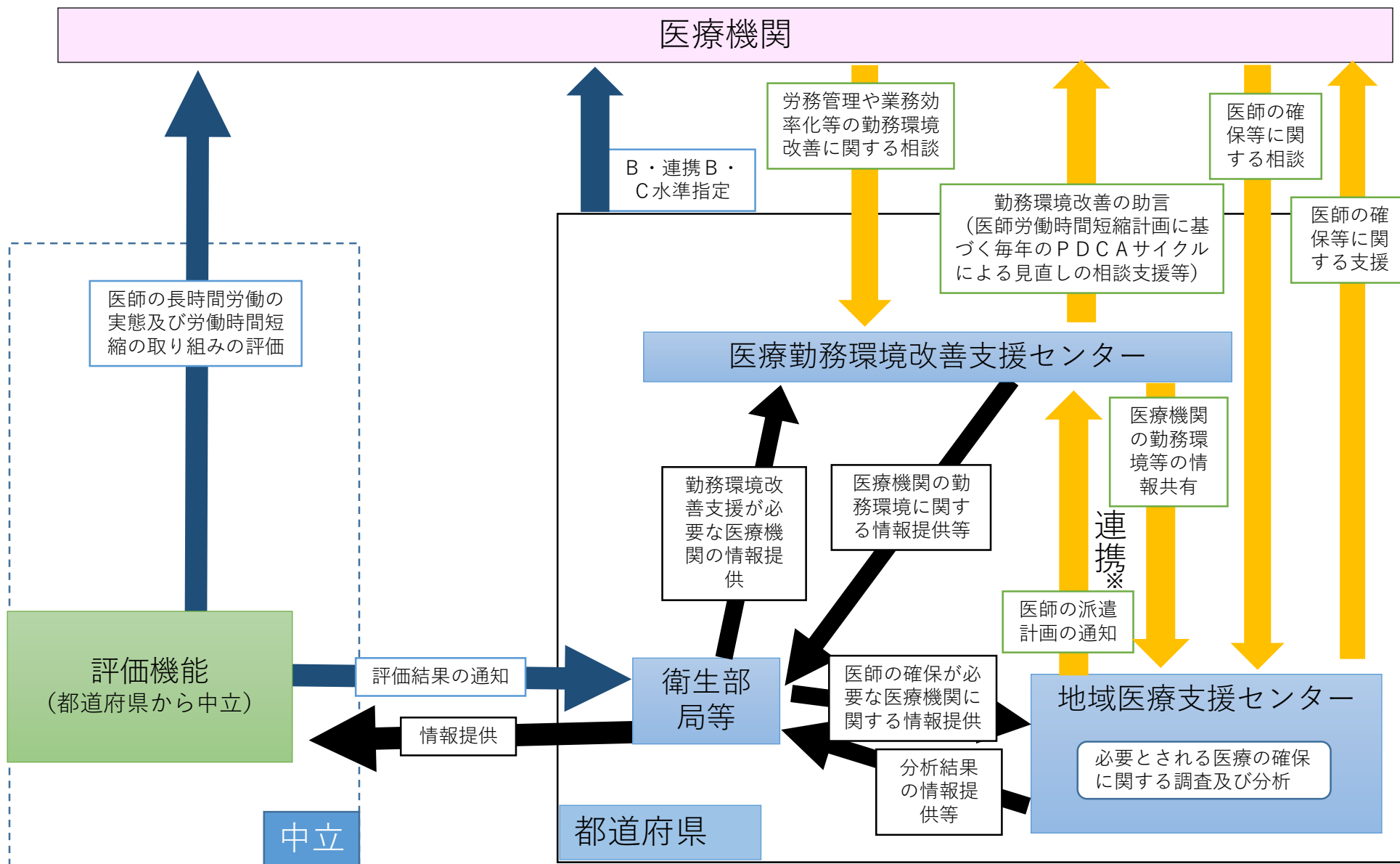
医療機関（医療機能、勤務実態（時間外労働時間数）等は様々）

労務管理の適正化・タスクシフト／シェアの推進

B・連携B・C水準の指定に係る労働時間の確認に関する各機関の役割

	B水準・連携B水準	C-1水準		C-2水準
		臨床研修	専門研修	
都道府県				
年次報告（医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令第12条）、 実地調査	—	前年度の労働時間の実績とその年の想定労働時間数に乖離が見られた場合、必要に応じて実地調査を行い、改善を求める。	—	—
研修医募集	—	各プログラムは、労働時間の実績を明示することとし、それらに乖離が見られた場合、理由を確認し必要に応じて改善を求める。	—	—
B・連携B・C水準指定	医師労働時間短縮計画に記載された時間外・休日労働の実績及び 都道府県医療審議会等 の意見を踏まえ、960時間超えがやむを得ないことを確認。	医師労働時間短縮計画に記載された時間外・休日労働の実績及び 都道府県医療審議会 及び 地域医療対策協議会等 の意見を踏まえ、960時間超えがやむを得ないことを確認。 ※「研修の効率化」と「適正な労務管理」については、 同計画 及び 評価機能 による評価結果により確認。	医師労働時間短縮計画に記載された時間外・休日労働の実績及び 都道府県医療審議会 及び 地域医療対策協議会等 の意見を踏まえ、960時間超えがやむを得ないことを確認。	
立入検査 （医療法第25条第1項）	B・連携B・C水準対象医療機関が時間外・休日労働時間数に応じた面接指導、勤務間インターバル等の追加的健康確保措置を適切に実施しているか否かを年1回確認し、必要に応じて指導、改善命令を行う。			
各学会、日本専門医機構				
専攻医募集	—	—	各プログラムは、労働時間の実績と想定労働時間数を明示することとし、それらに乖離が見られた場合、理由を確認し必要に応じて改善を求める。	—
評価機能	B・連携B・C水準対象医療機関の時間外・休日労働時間数、労務管理、労働時間短縮に向けた取組状況（研修の効率化を含む。）について評価。短縮していない場合には、短縮に向けた追加的な対応が取られていることを確認。			
審査組織	—	—	—	医療機関の教育研修環境及び医師が作成する特定高度技能育成計画の内容から、高度技能の医師の育成が可能であり、技能習得・維持に相当程度の従事が必要であることを審査。

評価機能、医療勤務環境改善支援センター、地域医療支援センターの連携



← : 医療法に既に定められた連携
 ← : 新たな連携案
 ← : その他の連携
 ※医療法第30条の21第4項、第30条の25第5項に基づく連携

「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会」について

- ◆ 医師に対して時間外労働の上限規制が適用される2024年4月に向けて、労働時間の短縮を着実に推進していくことが重要である。「医師の働き方改革に関する検討会 報告書」では、労働時間短縮を強力に進めていくための具体的方向性の一つとしてタスク・シフティング/シェアリングがあげられた。
- ◆ 現行制度の下でのタスク・シフティングを最大限推進しつつ、多くの医療専門職種それぞれが自らの能力を活かし、より能動的に対応できる仕組みを整えていくため、関係職能団体等30団体からヒアリングを行った。
- ◆ ヒアリング内容を踏まえて、タスク・シフト/シェアの具体的な検討を有識者の参集を得て行う。

構成員

(計13名) (※五十音順)

- | | |
|---------|----------------------------|
| 青木 郁香 | 公益社団法人日本臨床工学技士会事務局業務部長 |
| 秋山 智弥 | 岩手医科大学看護学部特任教授 |
| 猪口 雄二 | 公益社団法人全日本病院協会会長 |
| 今村 聡 | 公益社団法人日本医師会女性医師支援センター長 |
| 釜范 敏 | 公益社団法人日本医師会常任理事 |
| 木澤 晃代 | 日本大学病院看護部長 |
| ○ 権丈 善一 | 慶應義塾大学商学部教授 |
| 齋藤 訓子 | 公益社団法人日本看護協会副会長 |
| 永井 康徳 | 医療法人ゆうの森理事長たんぼクリニック |
| ◎ 永井 良三 | 自治医科大学学長 |
| 根岸 千晴 | 埼玉県済生会川口総合病院副院長(麻醉科主任部長兼務) |
| 斐 英洙 | ハイズ株式会社代表取締役 |
| 馬場 秀夫 | 熊本大学大学院生命科学研究部消化器外科学講座教授 |

◎ : 座長、○ : 座長代理

本検討会の検討事項

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

検討のスケジュール

- ◆ 第1回(令和元年10月23日)
 - ・医師の働き方を進めるためのタスク・シフト/シェアについて
- ◆ 第2回(令和元年11月8日)
 - ・整理した項目の進め方について
 - ・現行制度上実施できない業務について
- ◆ 第3回(令和元年11月20日)
 - ・現行制度上実施できる業務、明確に示されていない業務について
- ◆ 第4回(令和元年12月25日)
 - ・タスク・シフト/シェアした場合の業務の安全性等について
- ◆ 第5回(令和2年1月20日)
 - ・業務範囲の見直しに伴う教育・研修について
 - ・タスク・シフト/シェアを推進するためには法令改正が必要な業務について
- ◆ 第6回(令和2年2月19日)
 - ・タスク・シフト/シェアを推進するためには法令改正が必要な業務について
 - ・現行制度上実施可能な業務の推進について
 - ・「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」における救急救命士の検討の状況について(報告)
- ◆ 第7回(令和2年12月11日)
 - ・救急救命士の資質活用に向けた環境の整備に関する議論の整理について(報告)
 - ・議論の整理(案)について

法令改正を行いタスク・シフト/シェアを推進するもの

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

静脈路の確保とそれに関連する業務 <診療放射線技師・臨床検査技師・臨床工学技士>

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

診療放射線技師

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

省令事項
省令事項
省令事項
法律事項

臨床検査技師

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

省令事項
省令事項
省令事項
政令事項
政令事項
法律事項
法律事項

臨床工学技士

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

政令事項
法律事項
法律事項

救急救命士

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

法律事項

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

特に推進するもの<職種別まとめ>

◆ 特に推進するものの考え方（次の5項目を目安に、職種ごとに示す）

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

職種に関わりなく特に推進するもの

※ []内に記載する数字は、別添2に職種別で示す「現行制度の下で実施可能な業務」の番号

説明と同意 <職種ごとの専門性に応じて実施>	各種書類の下書き・仮作成 <職種ごとの専門性に応じて実施>
看護師[7,22]診療放射線技師[1]臨床検査技師[4]薬剤師[6]理学療法士[1]作業療法士[1]言語聴覚士[1]医師事務作業補助者[4,5]看護補助者	臨床検査技師[2] 理学療法士[1] 作業療法士[1] 言語聴覚士[1] 医師事務作業補助者[2]
診察前の予診・問診 <職種ごとの専門性に応じて実施>	患者の誘導 <誘導元/誘導先での処置内容に応じて役割分担>
看護師[20] 医師事務作業補助者[3]	看護補助者 診療放射線技師[6] 臨床工学技士[7] 救急救命士[2]

職種ごとに推進するもの

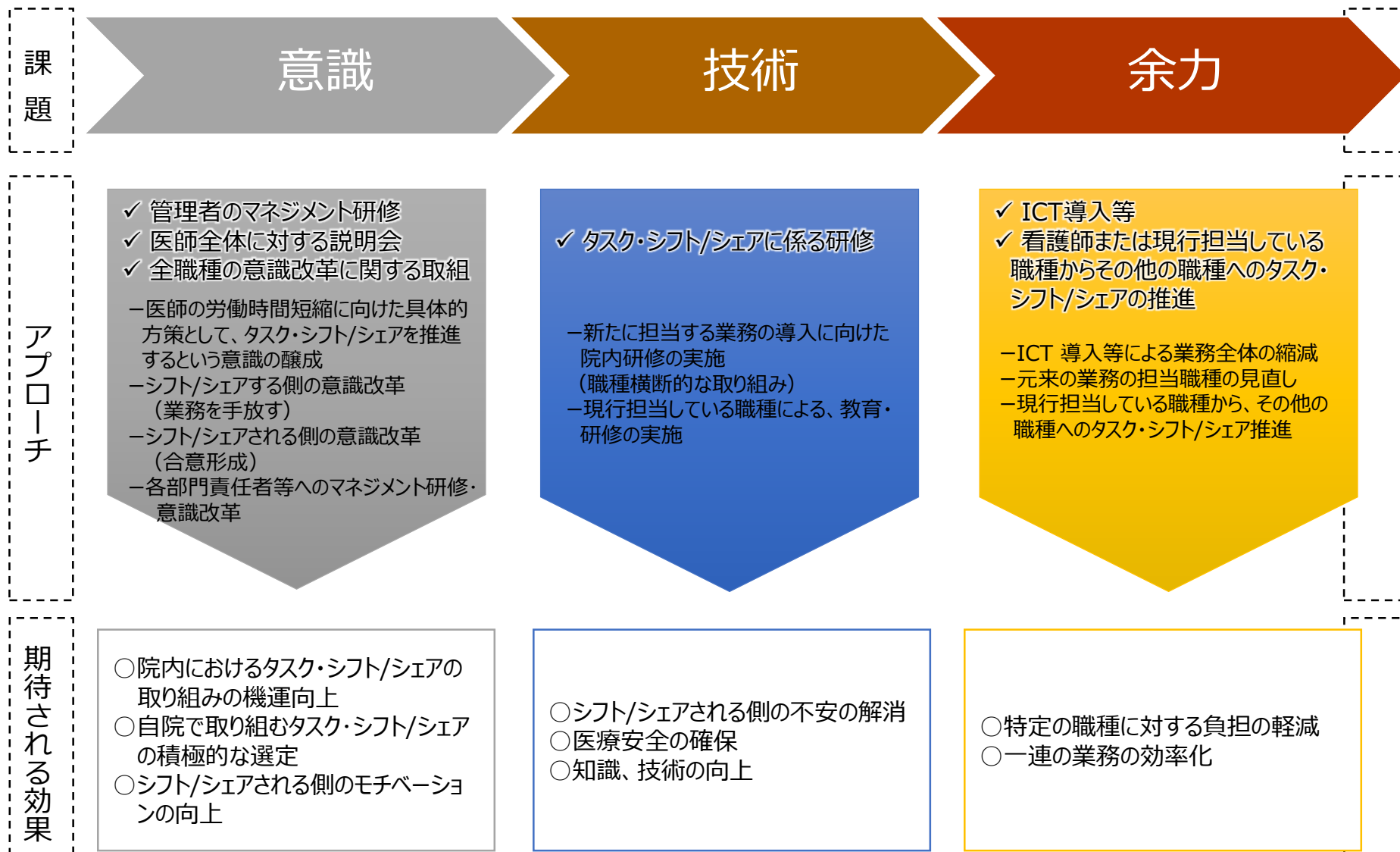
<p>助産師</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 助産師外来・院内助産（低リスク妊婦の健診・分娩管理、妊産婦の保健指導）[1,2] 	<p>看護師</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 特定行為（38行為21区分）[1] ○ 予め特定された患者に対し、事前に取り決めたプロトコルに沿って、医師が事前に指示した薬剤の投与、採血・検査の実施[2,3] ○ 救急外来において、医師が予め患者の範囲を示して、事前の指示や事前に取り決めたプロトコルに基づき、血液検査オーダー入力・採血・検査の実施[4] ○ 画像下治療(IVR)/血管造影検査等各種検査・治療における介助[5] ○ 注射、ワクチン接種、静脈採血（静脈路からの採血を含む）、静脈路確保・抜去及び止血、末梢留置型中心静脈カテーテルの抜去及び止血、動脈ラインからの採血、動脈ラインの抜去及び止血[6,9,10~13] ○ 尿道カテーテル留置[18]
<p>薬剤師</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 手術室・病棟等における薬剤の払い出し、手術後残薬回収、薬剤の調製等、薬剤の管理に関する業務[1,2] ○ 事前に取り決めたプロトコルに沿って、処方された薬剤の変更[3] <投与量・投与方法・投与期間・剤形・含有規格等> ○ 効果・副作用の発現状況や服薬状況の確認等を踏まえた服薬指導、処方提案、処方支援[5,7,8] 	<p>臨床検査技師</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 心臓・血管カテーテル検査、治療における直接侵襲を伴わない検査装置の操作[1] <超音波検査や心電図検査、血管内の血圧の観察・測定等> ○ 病棟・外来における採血業務（血液培養を含む検体採取）[18]
<p>診療放射線技師</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 血管造影・画像下治療(IVR)における医師の指示の下、画像を得るためカテーテル及びガイドワイヤー等の位置を医師と協働して調整する操作[2] ○ 医師の事前指示に基づく、撮影部位の確認・追加撮影オーダー[8] <検査で認められた所見について、客観的な結果を確認し、医師に報告> 	<p>医師事務作業補助者 ※※</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 医師の具体的指示の下、診療録等の代行入力[1]
<p>臨床工学技士</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 手術室、内視鏡室、心臓・血管カテーテル室等での清潔野における器械出し[1] <器材や診療材料等> ○ 医師の具体的指示の下、全身麻酔装置の操作や人工心肺装置を操作して行う血液、補液及び薬剤の投与量の設定等[2,8] 	

※※ ここでいう医師事務作業補助者とは、「医師の指示で事務作業の補助を行う業務に従事する者」を指し、診療報酬上の加算がとれているか否かは問わない¹²

具体的な普及・推進策について

タスク・シフト/シェアに関する3つの課題に対するアプローチ

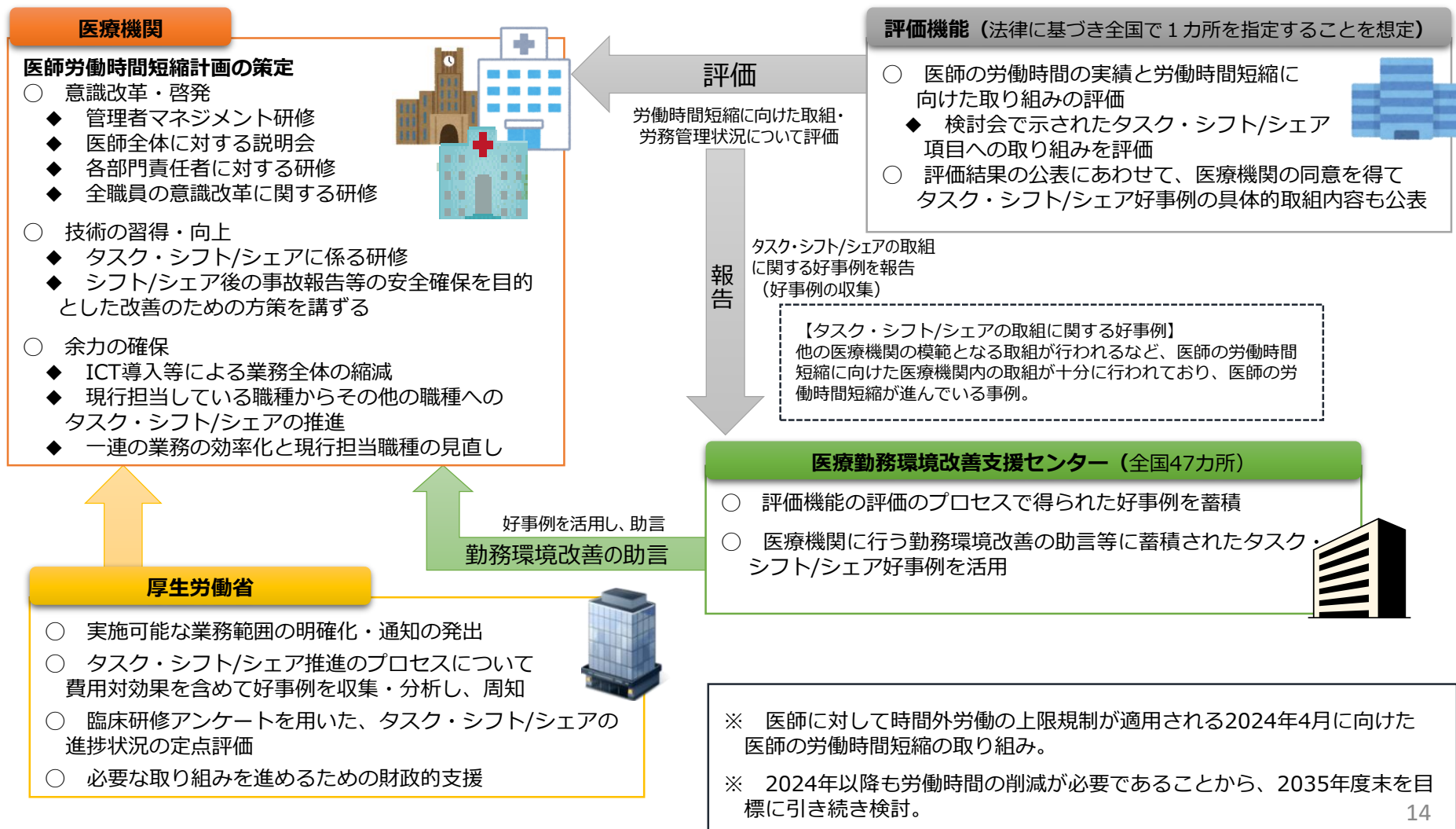
第3回検討会（令和元年11月20日）表構成員提出資料
（参考資料1-1）を踏まえ事務局にて作成



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

タスク・シフト/シェアの具体的な普及・推進策

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



医療勤務環境改善好事例普及展開事業

令和3年度予算案
9,822千円(新規)

【課題】

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

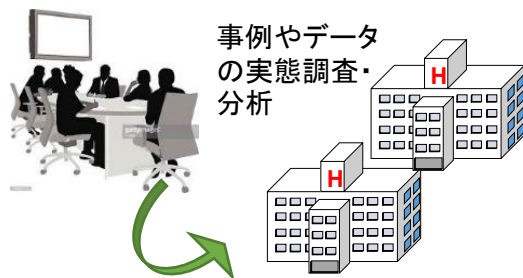
(事業内容)

以下の取り組みを実施し、医療機関における勤務環境改善や労働時間短縮に係る取組を後押しする。

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

①先進的な取組の収集・詳細分析

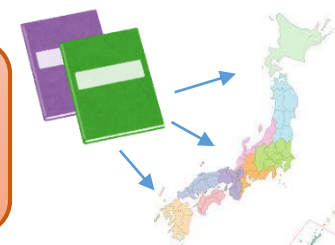
令和2年度までに補助を行った先など、勤務環境改善や労働時間短縮に係る取り組みを実施した医療機関へヒアリング等を行い、詳細な実態調査・分析を実施



好事例のとりまとめ & 普及促進

②好事例のとりまとめ・周知活動

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



③好事例の普及促進のための研修会を実施



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

医療従事者の勤務環境改善に取り組む医療機関への支援体制の構築（平成26年10月1日施行）

【事業イメージ（全体像）】

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

都道府県 医療勤務環境改善支援センター

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

医療労務管理支援事業

（医療労務管理アドバイザー等の配置）

○労務管理面でのアドバイザー等の配置

社会保険労務士、
医業経営コンサル
タントなど

一
体
的
な
支
援

医業経営アドバイザー

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

地域医療介護総合確
保基金対象事業

労働基準局予算

都道府県労働局が執行

令和3年度予算案 労働保険特別会計6.2(5.2)億円

都道府県
労働局

※ 地域の関係団体と連携した支援

医師会・歯科医師会・薬剤師会・看護協会・病院協会・
社会保険労務士会・医業経営コンサルタント協会等

マネジメントシステム
の普及・導入支援、
相談対応、情報提供等

医政局予算

都道府県衛生主管部局

令和3年度予算案 地域医療介護総合確保基金
公費1179億円（1194億円）の内数

勤務環境改善に取り組む医療機関

勤務環境改善マネジメントシステム



院内で、院長、
各部門責任者や
スタッフが集ま
り協議

ガイドラインを参
考に 改善計画を
策定

課題の抽出

改善計画の策定

現状の分析

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

医療従事者の確保・定着に向けた勤務環境改善のための取組

国民が将来にわたり質の高い医療サービスを受けるためには、長時間労働など厳しい勤務環境におかれている医療従事者の勤務環境の整備が喫緊の課題であることから、労務管理支援など、医療機関の勤務環境改善に向けた主体的な取組に対する支援の充実を図ることにより、医療従事者全体の勤務環境の改善に向けた取組の充実につなげる。

令和3年度予算案 755,053 (672,650) 千円

医療労務管理支援事業

623,756(516,209)千円

全国47都道府県の医療勤務環境改善支援センターに社会保険労務士などの労務管理の専門家（医療労務管理アドバイザー）を配置（※）し、医療機関からの各種相談に応じるとともに、医療機関の求めに応じ、医療労務管理アドバイザーを派遣し、上限規制の適用に向けた時短計画の策定支援、各都道府県において勤務環境改善の効果的な推進策を検討するための特別支援の実施など、医療従事者の勤務環境改善に向けた取組を支援する。

また、医療従事者の働き方改革に向けて、研修やセミナーなどを通じた法や制度の周知を図る。



勤務環境改善に向けた調査研究事業

49,477(39,507)千円

医療従事者の勤務環境改善に資するため、以下の取組を行う。

- ・ 有識者による検討委員会の設置
- ・ 医療機関の勤務環境改善にかかる事例収集
- ・ 特別支援のためのスキルアップ研修の実施及び特別支援のタイアップ事業
- ・ 医療機関の労働実態（時間外労働、夜勤、連続勤務等）を把握するため、全医療機関を対象とした実態調査



マネジメントシステムの普及促進等事業

57,967(93,081)千円

勤務環境改善に関する好事例、国による支援施策、医療機関が自主的に勤務環境の改善に取り組む際に活用できる支援ツールなどを掲載したHP（いきいき働く医療機関サポートWeb）を運営する。

また、医療勤務環境改善マネジメントシステムの普及・啓発のためのセミナーの開催、周知用リーフレットの作成・配布、インターネット広告等による周知を行う。

さらに、勤務環境改善に取組み、成果を上げた医療機関の事例を収集し、動画等を作成・配信する。

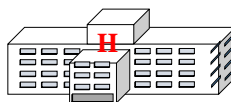
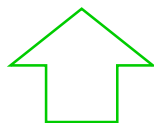


勤務医の働き方改革を推進するため、地域医療介護総合確保基金を活用し、以下の財政的支援を行う。
⇒**地域医療の確保を目的として都道府県が医療機関向け補助を実施**

地域医療勤務環境改善体制整備事業

補助の対象となる医療機関

地域医療において特別な役割があり、かつ過酷な勤務環境となっていると都道府県知事が認める医療機関。
（補助に当たっては客観的要件を設定）



連続勤務時間制限・勤務間インターバル、面接指導などに取り組み、かつ、時短計画を定めるなどを条件に交付する。



医師の労働時間短縮に向けた総合的な取組の実施

医療機関において医師の労働時間短縮のための計画を策定し、勤務環境改善のための体制整備として次のような取組を総合的に実施

- ・勤務間インターバルや連続勤務時間制限の適切な設定
- ・当直明けの勤務負担の緩和
- ・複数主治医制の導入
- ・女性医師等に対する短時間勤務等多様で柔軟な働き方を推進
- ・タスク・シフティング、タスク・シェアリングの推進
- ・これらに類する医師の業務見直しによる労働時間短縮に向けた取組



支援



補助対象経費

上記の総合的な取組に要する経費をパッケージとして補助する。

1. 大綱の概要

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

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

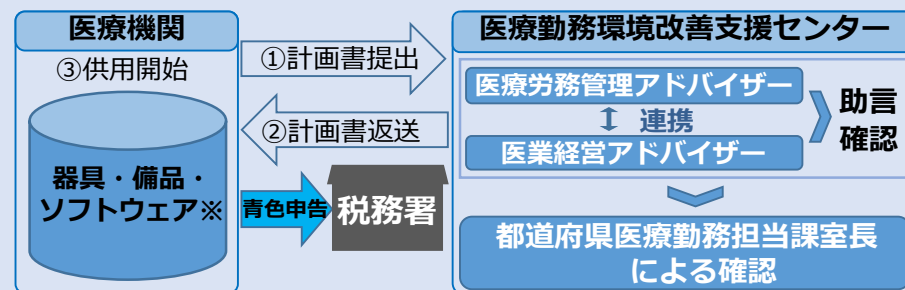
2. 制度の内容

① 医師及びその他の医療従事者の労働時間短縮に資する機器等の特別償却制度

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

【対象設備】 医療機関が、医療勤務環境改善支援センターの助言の下に作成した医師労働時間削減計画に基づき取得した器具・備品(医療用機器を含む)、ソフトウェアのうち一定の規模(30万円以上)のもの

【特別償却割合】 取得価格の15%



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

② 地域医療構想の実現のための病床再編等の促進のための特別償却制度

地域医療構想の実現のため、民間病院等が地域医療構想調整会議において合意された具体的対応方針に基づき病床の再編等を行った場合に取得する建物等に関する特別償却制度の期限を2年延長する。

【対象設備】 病床の再編等のために取得又は建設(改修のための工事によるものを含む)をした病院用等の建物及びその附属設備(既存の建物を廃止し新たに建設する場合・病床の機能区分の増加を伴う改修(増築、改築、修繕又は模様替)の場合)

【特別償却割合】 取得価格の8%

③ 高額な医療用機器に係る特別償却制度

取得価格500万円以上の高額な医療用機器に関する特別償却制度について、高度な医療の提供という観点から対象機器の見直しを行うとともに、配置の効率化又は共同利用を特に図る必要がある特定の医療用機器(CT・MRI)の配置効率化等を促す仕組みを講じた上で、期限を2年延長する。

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

【特別償却割合】 取得価格の12%

參考資料

地域医療確保暫定特例水準の対象となる医療機関の要件

地域医療確保暫定特例水準（B・連携B水準）の対象となる医療機関の要件のうち、地域医療の観点から必須とされる機能を果たすためにやむなく長時間労働となる医療機関であることの詳細は、以下のとおり。

B水準対象医療機関

【医療機能】

- ◆「救急医療提供体制及び在宅医療提供体制のうち、特に予見不可能で緊急性の高い医療ニーズに対応するために整備しているもの」・「政策的に医療の確保が必要であるとして都道府県医療計画において計画的な確保を図っている「5疾病・5事業」」双方の観点から、
 - i 三次救急医療機関
 - ii 二次救急医療機関 かつ 「年間救急車受入台数1,000台以上又は年間での夜間・休日・時間外入院件数500件以上」 かつ 「医療計画において5疾病5事業の確保のために必要な役割を担うと位置付けられた医療機関」
 - iii 在宅医療において特に積極的な役割を担う医療機関
 - iv 公共性と不確実性が強く働くものとして、都道府県知事が地域医療の確保のために必要と認める医療機関
(例) 精神科救急に対応する医療機関（特に患者が集中するもの）、小児救急のみを提供する医療機関、へき地において中核的な役割を果たす医療機関
- ◆特に専門的な知識・技術や高度かつ継続的な疾病治療・管理が求められ、代替することが困難な医療を提供する医療機関
(例) 高度のがん治療、移植医療等極めて高度な手術・病棟管理、児童精神科等

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

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

連携B水準対象医療機関

【医療機能】

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

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

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

※なお、当該医療機関内で医師のどの業務がやむなく長時間労働となるのかについては、36協定締結時に特定する。したがって、当該医療機関に所属する全ての医師の業務が当然に該当するわけではなく、医療機関は、当該医療機関が地域医療確保暫定特例水準の対象医療機関として特定される事由となった「必須とされる機能」を果たすために必要な業務が、当該医療機関における地域医療確保暫定特例水準の対象業務とされていることについて、合理的に説明できる必要がある。

B・連携B・C水準の指定に当たっての基本的な流れ

医療機関

医師労働時間短縮
計画の作成

- 毎年PDCAサイクルで見直し

評価機能による評価

- 労働時間の実績と労働時間短縮に向けた取組状況を評価
- 評価受審後、必要に応じて追加的な対応

B・連携B・C
水準の指定申請

- B・連携B・C水準の対象となる医療機能、プログラム／カリキュラムに限定して指定

36協定の
締結

- B・C水準の対象業務・人数を特定

業務開始

- 追加的健康確保措置の実施
- 労働時間短縮に向けた取組

評価受審

評価結果の通知

評価機能

評価結果の通知

評価結果に応じて
計画の再提出

指定申請

評価結果及び追加的な対応に係る確認を踏まえて指定

評価結果を踏まえて、多様な支援の提供（医療機関内のマネジメント支援、医師確保、地域医療提供体制の機能分化・連携等により支援）

• 引き続きの支援（追加的健康確保措置の実施、労働時間短縮に向けた取組への支援）

• 立入検査による追加的健康確保措置の実施確認

計画の提出
（必要に応じて事前に相談）
※年1回の提出

都道府県（勤務環境改善支援センター含む）

意見を聴取 ↓ ↑ 意見

都道府県医療審議会*

C-2水準の対象医療機関としての36協定の締結に当たっては、C-2水準の対象医療機関としての都道府県の指定のほか、審査組織による審査（医療機関の教育研修環境、医師個人の特定高度技能研修計画の内容）が必要。

※実質的な議論は、医療審議会に設けられた分科会や地域医療対策協議会等の適切な場において行うことを想定。

※C-1水準の指定に当たっては地域医療対策協議会において協議。

5 オンライン診療について

- オンライン診療の恒久化へ向けた指針の改定を令和3年秋目途に行う
- 当面は時限的・特例的措置を着実に実施する

- オンライン診療については、安全性と信頼性をベースに、初診も含めて原則解禁する方向で検討を進めている。【P118】
- 初診からのオンライン診療の実施にあたっては、
 - ・ 緊急時に速やかに処置や治療に繋げることや、
 - ・ 症状が遷延する場合において重大な疾患の見落とし防止を図るため、適切に対面診療と組み合わせることが必要であるとの認識の下、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の改定に向け「オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」にて検討を進めているところ。【P119】
- また、安全性・信頼性を担保しつつ、適切なオンライン診療の普及を推進するために、初診については、
 - ・ 受診歴があることを原則とした上で、
 - ・ 受診歴がなくとも診療情報提供書などにより必要な情報が得られる場合には診療を認める方向で検討を進めている。
- 検討のスケジュールについては、新型コロナウイルス感染症が拡大している状況も踏まえ、現在の時限的・特例的措置を着実に実施しながら、初診の取扱い等も含めた恒久化の内容について、専門的な観点も含めて丁寧に検討を行い、令和3年夏を目途にその骨格を取りまとめた上で、同年秋を目途に指針を改定する予定である。【P120】

今後のオンライン診療の検討にあたっての考え方

第11回オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会

資料1
(一部編集)

令和2年11月2日

○新型コロナウイルス流行以降の時限的措置

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



○今後のオンライン診療のあり方の検討

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

初診のオンライン診療を適切に実施するための安全性・信頼性について

(1) 安全性・信頼性の担保の基本としての医師・患者関係

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

(2) 安全性・信頼性を十分確保するための更なるルール

その上で、安全性・信頼性を十分確保する観点から、以下のルールの下で初診オンライン診療を実施することとして検討してはどうか。 ※「初診」とは、新たな症状等に対する診察を行うこと。

<① 安全性に関するルール>

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

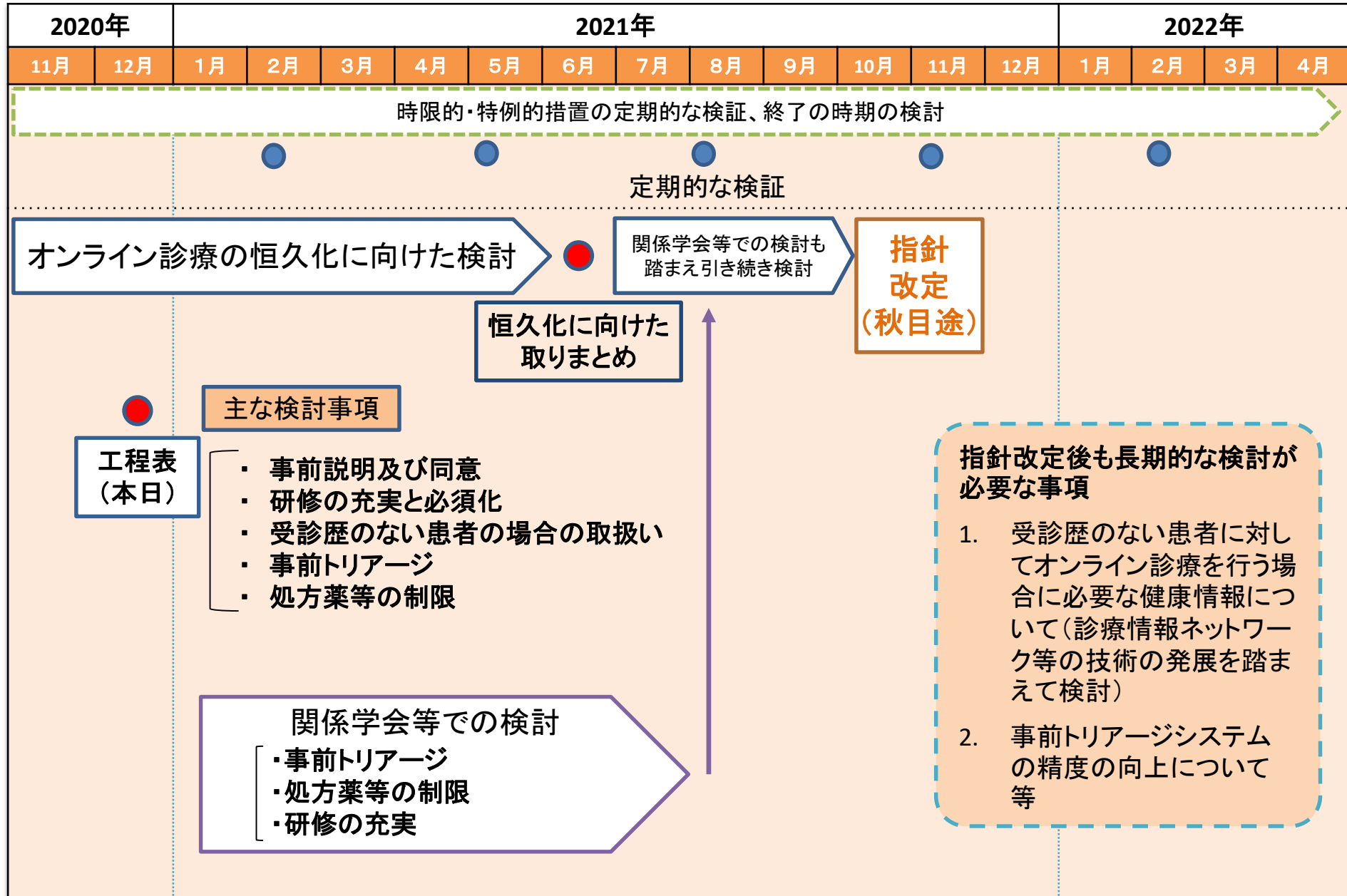
<② 信頼性に関するルール>

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

<③ 安全性・信頼性双方に関するルール>

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

今後のオンライン診療に関する検討のスケジュール(案)



6 個別の政策課題

(1) 外国人患者の受入れ環境整備について

自治体による外国人患者受入環境整備

- 今や我が国人口の50人に1人は在留外国人であり、外国人患者が安心して医療機関を受診できる環境を整備するためには、自治体と医療機関等が連携し、各地域の実情に応じた体制整備を行う必要がある。
- 厚生労働省では、令和3年度(2021年)予算案にて引き続き、都道府県による協議会の設置、医療機関からの外国人患者に係る相談を受け付けるワンストップ窓口の設置・運用に係る経費等を計上しているので、是非御活用いただきたい。【P124】
- また、医療機関に対しても多言語化支援や医療コーディネーター養成研修等を実施している。臨時的措置として、新型コロナウイルス感染症患者に対応する医療機関等に対しては、多言語の電話通訳サービスを無料で提供中であるので、併せて周知いただきたい。【P125】
- 東京オリンピック・パラリンピックについても、引き続きホストタウンを含め各自治体は、厚生労働省の支援も活用して外国人患者受入体制整備をしっかりと進めていただきたい。

注) 計数はそれぞれ四捨五入しているため、合計が一致しない場合がある。
カッコ内は令和2年度予算額。

都道府県向け支援

地域の外国人患者受入体制整備等を協議する場の設置 1.7億円(1.7億円)

- 都道府県に地域の課題の協議等を行う業界分野横断的な関係者による協議会を設置し、実態の把握・分析や受入医療機関の整備方針の協議、リスト作成と関係者への周知、地域の課題の協議等を行う【補助】

医療機関の外国人対応に資するワンストップ窓口の設置 2.4億円(2.4億円)

- 都道府県に、医療機関等から寄せられる外国人対応に関する日常的な相談から複雑な課題にも対応できるワンストップ型の相談窓口を設置する【補助】

医療機関の外国人対応に資する夜間休日ワンストップ窓口 2.2億円(2.2億円)

- 都道府県におけるワンストップ窓口の機能を補完するため、国において夜間・休日における医療機関からの相談に対する相談窓口を設置する【委託】

団体契約を通じた電話医療通訳の利用促進事業 0.5億円(0.5億円)

- 電話医療通訳の団体契約を通じて、医療機関における電話医療通訳の利用を促進【補助】※5団体程度

医療機関向け支援

希少言語に対応した遠隔通訳サービス 2.2億円(2.2億円)

- 民間サービスが少なく、通訳の確保が困難な希少言語について、医療機関向けの遠隔通訳サービスを提供【委託】

医療コーディネーター等養成研修 0.7億円(0.7億円)

- 医療機関の外国人患者受入対応能力向上のため、医療コーディネーター等の養成研修等を実施【委託】

医療通訳者・医療コーディネーター配置等支援事業 0.5億円(0.5億円)

- 外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関への医療通訳者等の配置や、当該医療機関の体制整備を支援するための情報提供や助言を実施【補助】※10箇所程度



外国人患者に係る医療提供体制構築に係る主要支援策一覧

都道府県向けの支援

外国人対応
マニュアル

地方自治体のための外国人患者受入環境整備に関するマニュアル
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/newpage_00005.html

医療機関向けの支援

外国人患者の受入れのための医療機関向けマニュアル
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000173230_00003.html

ワンストップ
相談窓口

平日の設置主体は【都道府県】

医療機関における外国人対応に資するワンストップ窓口
設置・運営事業（補助金）

〔補助先〕 都道府県
〔補助率〕 1 / 2
〔対象経費〕 医療機関等から寄せられる相談に対応できる都道府県窓口の人件費、通信費等

夜間・休日の設置主体は【厚生労働省】

医療機関における外国人対応に資する夜間・休日ワンストップ窓口事業
（委託事業）

〔事業期間〕 令和3年3月31日まで
平日17時から翌朝9時まで土日及び祝日は24時間
〔利用対象〕 全国の医療機関（歯科医療機関を含む）
〔利用料金〕 無料 <https://emergency.co.jp/onestop/>

外国人患者に係る相談を、医療機関等から受け付けるワンストップ型相談窓口の提供

協議会

地域の課題の協議等を行う分野横断的な関係者による協議会の設置・運用

〔補助先〕 都道府県 〔補助率〕 1 / 2 〔対象経費〕 諸謝金、協議に必要な調査経費等

多言語対応
支援

多言語の情報発信に資する掲示板等の設備整備

医療機関における新型コロナウイルス感染症の外国人患者受入れのための設備整備事業【新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金】

〔参考資料〕
令和2年6月16日厚生労働省医政局長・健康局長通知「新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業の実施について」の別紙「新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業実施要綱」等

ピンク色はコロナ対応のための臨時的措置

多言語説明資料等

診療申込書、医療費請求書、診療科毎の問診票等、英語・中国語・韓国語・ポルトガル語・スペイン語のひな形

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/kokusai/setsumei-ml.html

希少言語に対応した電話通訳サービス事業

〔対応言語〕 タイ語、マレー・インドネシア語、タミル語、ベトナム語、フランス語、ヒンディー語、イタリア語、ロシア語、ネパール語、アラビア語、タガログ語、ミャンマー語

〔事業期間〕 令和3年3月31日まで（24時間対応） 〔利用対象〕 全国の医療機関（歯科医療機関含む）

〔利用料金〕 最初の5分間は1,500円、以降1分あたり500円

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/newpage_00002.html

医療機関等における新型コロナウイルス感染症対応に資する電話医療通訳サービス事業

〔対応言語〕 英語、中国語、韓国語、スペイン語、ポルトガル語、ベトナム語、フランス語

〔利用対象〕 新型コロナ感染症患者及びその疑い患者の診療を行う医療機関

〔事業期間〕 令和2年6月15日～当面の間（24時間対応） 〔利用料金〕 無料

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/newpage_00006.html

その他

外国人向けにLINE、HPで新型コロナウイルス感染症対応に必要な情報を複数言語で提供 https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_33166.html

令和2年度第三次補正予算案【新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金】にて、外国人患者受入医療機関等に対し、宗教・文化対応等を含む受入れに必要な費用の支援を計上。

※この他、【医療通訳者・外国人患者受入医療コーディネーター配置等支援事業】 【外国人患者受入れ医療コーディネーター研修】 【外国人患者受入れに資する医療機関認証制度等推進事業】等を実施。

参考資料

新型コロナウイルス緊急包括支援交付金の増額（病床や宿泊療養施設等の確保）

事業目的

（これまでに一次補正1,490億円、二次補正1兆6,279億円、9/15予備費9,169億円を措置）（令和2年度第三次補正予算案：1兆1,763億円）

- 新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金を増額し、引き続き、都道府県が地域の実情に応じて行う、重点医療機関等の病床確保や宿泊療養施設の確保、**外国人対応の充実などを支援し**、医療提供体制等の強化を図る。

【実施主体】 都道府県（市区町村事業は間接補助）

【補助率】 国10/10

事業内容

- 病床確保及び宿泊療養施設確保
 - ・ 新型コロナウイルス患者を受け入れる病床の確保
 - ・ 重点医療機関（新型コロナウイルス患者専用の病院や病棟を設定する医療機関）の病床の確保
 - ・ 宿泊療養施設の確保、自宅療養者のフォローアップ
- その他の事業
 - ・ 受診・相談センターなど地方自治体における新型コロナウイルス感染症に関する相談窓口の設置
 - ・ 新型コロナウイルス患者の入院医療機関における医療従事者の宿泊施設確保、消毒等の支援
 - ・ 新型コロナウイルス患者の入院医療機関における人工呼吸器、体外式膜型人工肺(ECMO)、個人防護具、簡易陰圧装置、簡易病室等の設備整備
 - ・ 帰国者・接触者外来等におけるHEPAフィルター付き空気清浄機、HEPAフィルター付きパーテーション、個人防護具、簡易ベッド、簡易診療室等の設備整備
 - ・ 地方衛生研究所、民間検査機関等におけるPCR検査機器等の整備
 - ・ 感染症対策に係る専門家の派遣、専門家等の下で現場での活動を行うための情報共有や意見交換等
 - ・ 重点医療機関（新型コロナウイルス感染症患者専用の病院や病棟を設定する医療機関）等が行う高度医療向け設備の整備
 - ・ 新型コロナウイルス重症患者に対応できる医師、看護師等の入院医療機関への派遣
 - ・ DMAT・DPAT等の医療チームの派遣
 - ・ 医師等が感染した場合の代替医師等の確保
 - ・ 患者搬送コーディネーター配置、広域患者搬送体制、ドクターヘリ等による搬送体制の整備
 - ・ 新型コロナウイルス対応に伴う救急医療等地域医療体制の継続支援、休業等となった医療機関等の再開等支援
 - ・ **外国人が医療機関を適切に受診できる環境の整備**
 - ・ **新型コロナウイルス患者受入医療機関等における宗教・文化対応等を含む外国人患者の受入れのための支援**

夜間・休日ワンストップ窓口サービスの概要

日本エマージェンシーアシスタンス株式会社は、医療機関の外国人患者対応支援に係る都道府県の取組を補完するため、厚生労働省より「医療機関における外国人対応に資する夜間・休日ワンストップ窓口事業」を受託いたしました。本件に関しまして、以下の通りご案内いたします。

外国人対応に関する課題が発生した際に、医療機関関係者様に対し、助言や情報提供をする窓口です。

- 利用可能時間： 平日17時から翌9時まで、土日祝日24時間
- 電話番号： **03-6371-0057**（通話料は利用者負担となります）
- 利用方法： ①コールセンターに、都道府県名、医療機関名（またはその他機関名）、所属部署、電話口の方のお名前をオペレーターにお伝えください。
②お困りの事項についてお話しください。

※なお、患者様等個人からの相談はお受けしておりません。

- 窓口開設時期：2020年4月1日（水）17：00から
2021年3月31日（水）9：00まで

新型コロナウイルス感染症対応に資する電話医療通訳サービス事業

厚生労働省委託事業

厚生労働省では、「新型コロナウイルス感染症対応」のための「遠隔通訳サービス」を提供しています

電話通訳サービスのご案内

新型コロナウイルス感染症患者及びその疑い患者の診療を行う医療機関(感染症指定医療機関や帰国者・接触者外来を設置している医療機関等)の外国人対応を支援するため、緊急的な措置として主要な言語の電話医療通訳サービスを提供します。

サービス内容

- ・ご来院の外国人患者とスピーカーフォンによるハンズフリー通話での通訳
- ・外国人患者からの問い合わせ入電や発信における3者間通訳サービス

※3者間通訳サービスの詳細は、ご利用の手順をご確認ください。

通訳サービス専用番号: 050-3138-4567

(対象医療機関専用ダイヤルのため一般の方からのお電話はお受けしていません)

サービス提供対象者	① 帰国者・接触者外来(地域・外来検査センターを含む)を設置している医療機関 ② 発熱患者等の診療または検査可能な医療機関として指定される医療機関(診療・検査医療機関) ③ 感染症指定医療機関 ④ 新型コロナウイルス感染症重点医療機関 ⑤ 上記以外で外国人の新型コロナウイルス感染症の入院患者を受け入れている医療機関 ⑥ 新型コロナウイルス感染症疑い患者受入協力医療機関 等
利用場面	対象機関における新型コロナウイルス感染症の外国人患者及びその疑いのある外国人への対応
対応言語	英語、中国語、韓国語、スペイン語、ポルトガル語、ベトナム語、フランス語 ※ベトナム語、フランス語の対応は、2020年12月7日8時30分からの開始となります。
対応期間	2020年6月15日～当面の間 24時間体制 ※2020年11月28日までの予定でしたが、期間を延長しました。
利用料金	無料。ただし、通話料は利用者負担となります。

問い合わせ先

厚生労働省 新型コロナウイルス感染症対応に資する電話医療通訳サービス事業 運営事務局
TEL:06-6398-0561(平日9:00~18:00) FAX:06-6398-0562 E-mail:mhlw@mnp-spd.co.jp
※時間外の緊急問い合わせ先TEL:050-3138-5671
〒532-0003 大阪市淀川区宮原3-4-30 ニッセイ新大阪ビル15階 株式会社エム・アール・ピー内
※本サービスは厚生労働省委託を受けて、株式会社エム・アール・ピー(通訳業者:メディアフォン株式会社)が提供します。

ご利用の手順

- ①外国人患者さんに「言語確認シート」を見せて、言語の確認をして下さい。
- ②通訳サービスの専用番号にお電話ください。
感染防止のためスピーカーを活用したハンズフリーでのご利用をお勧めいたします。

通訳サービス専用番号:050-3138-4567

- ③言語選択のアナウンスが流れますので、該当する言語を電話機のボタンで選んで下さい。

1. 英語 2. 中国語 3. 韓国語 4. ポルトガル語 5. スペイン語
6. 3者間通話のご利用・事前予約・言語がわからない場合等※
7. ベトナム語、8. フランス語

ベトナム語、フランス語の対応は、2020年12月7日8時30分からの開始となります。

※「3者間通話」:患者さんやご家族などと通話する際に、通訳者を入れてお話しをすることができます。医療機関の交換台などが3者間の電話にする機能がある場合は、患者さんとの通話に追加する形で、本サービス番号までお電話ください。医療機関の電話機に3者間にする機能がない場合は、折り返し先電話番号を患者さんから聞き取った上(※)で一度電話を切り、本サービスまでお電話ください。言語選択で6番を選択し、患者さんの電話番号をお伝えいただければ、通訳者と患者さんにお電話をおつなぎし、3者間通話ができるようになります。

※:相手の電話番号の聞き取り例文 “We call you back, phone number please.”

- ④コーディネーターあるいは通訳者に繋がります。

1. 施設名 2. 診療科あるいは部署 3. お名前をお伝えください。

※コーディネーター:「お電話ありがとうございます。新型コロナウイルス感染症対応に資する電話医療通訳サービスでございます。」

ご担当者様: 「××病院 △△科の〇〇です。..語の通訳をお願いします。」

- ⑤コーディネーターから通訳者に代わりましたら、通訳者に患者さんに伝えたい内容をお話ください。

※コーディネーター:「かしこまりました。それでは..語通訳に繋がります。」

通訳者: 「お待たせしました..語通訳です。」

ご担当者様: 「患者さんに〜〜〜と伝えてください。」

通訳者: 「かしこまりました。通訳しますので、患者さんに受話器をお渡しく下さい。」

- ⑥お話しいただいた内容を患者さんに通訳します。

※スピーカーフォンによるハンズフリー通話は、机の上などにスマートフォンやタブレット等を置いて、ご利用ください。感染防護や端末の消毒など、適切な感染防止措置の上でご利用ください。



注意事項

- ①通訳は逐次通訳です(同時通訳はございません)。お一人ずつ交互に、なるべく短い文章でお話してください。
- ②通訳者は発話された言葉を訳します。自ら説明はできません。通訳者が理解できない単語や曖昧さが残る文章があった場合はお調べしたり、お尋ねする場合があります。
- ③通訳を利用する日時が決まっている場合は事前にお知らせいただくとよりスムーズにご利用いただけます。その際、患者さんへの説明文書等がありましたら事前に共有いただくと通訳精度向上・時間短縮となります。

希少言語に対応した遠隔通訳サービス事業

厚生労働省委託事業

厚生労働省では「希少言語に対応した遠隔通訳サービス」を提供します

電話通訳サービスのご案内

本サービスは医療機関であれば、どなたでも申込可能です。

平成30年の訪日外国人は3,119万人と引き続き増加している中、外国人患者が安心して日本の医療機関を受診できる体制を整備することが重要であり、厚生労働省では、医療通訳者の医療機関への配置などへの財政支援を実施してきました。

しかし、使用頻度が少ない言語、いわゆる希少言語については、費用対効果の面から医療機関が通訳サービス提供事業者と常時契約するのは困難な場合があると考えられ、また、通訳者の数の確保等の課題もあって指摘されています。このような状況から、希少言語に関する通訳サービスは、主要な言語とは異なり、民間事業者による安定的なサービスが行き届かない可能性も考えられます。

本事業では、民間サービスが少なく、通訳者の確保が困難な希少言語に対して、行政が遠隔通訳サービスを提供することを目的として、「希少言語に対応した遠隔通訳サービス事業」を実施し、外国人患者の受入環境の更なる充実を目指すものです。

※ 新型コロナウイルス関連の患者さんの対応時にも利用いただけます。

サービス内容

- ・ご来院の外国人患者とスピーカーフォンによるハンズフリー通話での通訳
- ・外国人患者からの問い合わせ入電や発信における3者間通訳サービス ※3者間通訳サービスの詳細は、ご利用の手順をご確認ください。

サービス提供対象者	全国の医療機関(サービスの利用には登録が必要)
対応言語	タイ語、マレー・インドネシア語、タミル語、ベトナム語、フランス語、ヒンディー語、イタリア語、ロシア語、ネパール語、アラビア語、タガログ語、ミャンマー語
対応期間	2020年6月12日～2021年3月31日 24時間体制
利用料金	通訳は最初の5分間は1,500円、以降1分あたり500円(通話料は利用者負担)

電話通訳サービスのご案内(ご利用の手順)

①外国人患者さんに「言語確認シート」を見せて、言語の確認をして下さい。

②通訳サービスの専用番号にお電話ください。

通訳サービス専用番号は事前登録後にお知らせします(登録は無料です)

③言語選択のアナウンスが流れますので、該当する言語を電話機のボタンで選んで下さい。

1. ベトナム語 2. タイ語 3. ネパール語 4. ミャンマー語 5. ロシア語
6. その他言語(言語が分からない場合や3者間通話の場合も6番を選んでください)

※「3者間通話」:患者さんやご家族などと通話する際に、通訳者を入れてお話しをすることができます。医療機関の交換台などが3者間の電話にする機能がある場合は、患者さんとの通話に追加する形で、本サービス番号までお電話ください。医療機関の電話機に3者間にする機能がない場合は、折り返し先電話番号を患者さんから聞き取った上で一度電話を切り、本サービスまでお電話ください。言語選択で6番を選択し、患者さんの電話番号をお伝えいただければ、通訳者と患者さんにお電話をおつなぎし、3者間通話ができるようにいたします。

④コーディネーターあるいは通訳者につながります。

1. 施設名 2. 診療科あるいは部署 3. お名前 4. 通訳言語 をお伝えください。

※コーディネーター:「お電話ありがとうございます。厚生労働省委託事業希少言語に対応した遠隔通訳サービスでございます。」
ご担当者様:「××病院 △△科の〇〇です。..語の通訳をお願いします。」
コーディネーター:「かしこまりました。それでは..語通訳につなぎます。」

⑤通訳者に患者さんに伝えたい内容をお話ください。

※通訳者 :「お待たせしました。..語通訳です。」
ご担当者様 :「患者さんに~~~~と伝えてください。」
通訳者 :「かしこまりました。通訳しますので、患者さんに受話器をお渡しください。」

⑥お話をいただいた内容を患者さんに通訳します。

※スピーカーフォンによるハンズフリー通話は、机の上などにスマートフォンやタブレット等を置いて、ご利用ください。感染防護や端末の消毒など、適切な感染防止措置の上でご使用ください。



サービス申込後、専用番号をお知らせします

こちらの電話番号は登録された医療機関様のみ公開しております。一般の方からのお電話はお受けできませんのでお取り扱いにはご注意ください。

注意事項

- ① 通訳は逐次通訳です(同時通訳ではございません)。お一人ずつ交互に、なるべく短い文章でお話してください。
- ② 通訳者は発話された言葉を訳します。自ら説明はできません。通訳者が理解できない単語や曖昧さが残る文章があった場合はお調べしたり、お尋ねする場合があります。
- ③ 通訳を利用する日時が決まっている場合は事前にお知らせいただくことよりスムーズにご利用いただけます。その際、患者さんへの説明文書等がありましたら事前に共有いただくと通訳精度向上・時間短縮となります。

外国人患者受入れ医療コーディネーター養成研修事業

参考：昨年度の募集案内。今年度も2021年2～3月頃にオンラインにて実施予定

厚生労働省委託事業

「外国人患者受入れ医療コーディネーター養成研修」開催のご案内

院内外において、外国人患者を安全かつ円滑に受け入れるための調整役を行う外国人患者受入れコーディネーターの養成を目的とした研修を東京と大阪で開催します。

本研修では、外国人患者を受け入れに係る基礎知識や院内の体制整備について、具体的な事例を踏まえて研修を実施いたします。

尚、本研修は会場研修へご参加前に、【e-ラーニング】を受講していただく必要があります。

研修開催概要

開催地	東京・大阪
開催期間	東京 2020年2月14日(金)～15日(土) 2日間 大阪 2020年2月21日(金)～22日(土) 2日間 1日目)10:00～17:00(受付開始 9:30) 2日目)9:30～17:00
申込締切	東京 2020年2月6日(木)17:00 締め切り 大阪 2020年2月13日(金)17:00 締め切り
セミナー内容	<ul style="list-style-type: none"> ■e-ラーニング(事前学習)※約6時間 ■講義・事例検討グループワーク ■施設見学 【学べる内容】 <ul style="list-style-type: none"> ・外国人患者受け入れに係る基礎知識 ・医療の基礎知識 ・医療事務の基礎知識 ・医療倫理と行動規範 ・外国人患者の文化的および社会的背景 ・外国人患者とのコミュニケーション ・感染対策等に係る自己管理 ・外国人受け入れの院内体制整備 ・人材育成及び院内教育 ・外国人受け入れに係る院外機関との連携 ・未収金対策 等
定員	各エリア 50名 (1医療機関から2名程度でお願いいたします) ※定員になり次第締め切りとなります。
参加費	無料
対象	・外国人患者を受入れる拠点的な医療機関(以下、拠点的な医療機関)に勤務する又は今年度中に勤務(派遣契約による勤務等を含む)が決まっている職員

	※カテゴリ1(外国人患者のうち入院を要する救急患者に対応する病院)、カテゴリ2(外国人患者の受入可能な医療機関)のいずれも参加可能ですが、カテゴリ1からの参加を優先します。
修了条件	原則、e-ラーニングを含むすべての研修を修了していることが条件となります。 研修終了後に本研修の修了証明として、修了証を発行します。
研修当日の持ち物	・筆記用具 ・本人確認ができるもの(職員証 または 名刺2枚) ※ テキストは当日配布します。
注意事項	・会場研修へご参加前に【e-ラーニング】を必ず受講してください。 ・当研修へのお申込は、参加者お一人ずつお願いいたします。 ・お申込時、メールアドレスは必須となります。事前学習として、e-ラーニング視聴用のIDとパスワードを事務局よりご登録メールアドレス宛にお送りします。

よくある質問

Q: 研修参加には語学力が必要ですか。

A: 語学力は問いません。

Q: 研修参加者の職種は問いますか？

A: 職種は問いません。

Q: 自分の医療機関が「拠点的な医療機関」かどうかはどのようにすればわかりますか？

各医療機関の拠点的な医療機関への選定状況については、厚生労働省が公開している「外国人患者を受け入れる医療機関の情報を取りまとめたリスト」の一覧表(エクセル)をご確認ください。

※厚生労働省 Web ページ「外国人患者を受け入れる医療機関の情報を取りまとめたリスト」について:

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05774.html

Q: 参加費は無料ですが、それ以外の費用は掛かりますか？

A: 飲食費・旅費交通費は実費となります。宿泊が必要な場合は各自でご準備ください。

Q: 複数名を一括で申し込む事はできますか？

A: お申し込みは、参加者お一人ずつお願いいたします。

Q: 研修に申し込みをしましたが、e-ラーニング視聴用のIDとパスワードが届きません。

A: お申し込みからご連絡まで【2営業日】お待ちください。2営業日を過ぎても連絡が無い場合は、下記のお問い合わせ窓口まで、メール 又は お電話でご連絡ください。

(2) 産科医療補償制度の 補償対象基準等の一部見直しについて

産科医療補償制度の補償対象基準等の一部見直しについて

- 産科医療補償制度については、一般審査および個別審査に基づき、補償対象となる脳性麻痺児の判定を行っていたが、低酸素状況を要件としている個別審査基準について医学的に不合理な点があるとの指摘を受け、「産科医療補償制度の見直しに関する検討会」における議論の結果、低酸素状況を要件としている個別審査基準を廃止して一般審査に統合し、「在胎週数が28週以上であること。」が基準となった。【P134】
- また、保険料については、制度運営に要する費用の見直し等を行った結果、出産一時金によって負担する額が現行の16,000円から12,000円に引き下げられることとなった。（差額の4,000円については、医療保険部会での議論を経て、妊婦への給付に充てられることとなった。）
- 改定後の基準については2022年1月1日以降に出生した児より適用される。（2015年～2021年までに出生した児については、補償申請を行う時期が2022年1月以降であっても現行の基準が適用される。）各都道府県におかれては、出生年に応じた基準の周知のための御協力（管下分娩機関への周知等）をお願いしたい。

産科医療補償制度の補償対象基準等の一部見直しについて

- 産科医療補償制度は、分娩に関連して発症した重度脳性麻痺児とその家族の経済的負担を速やかに補償するとともに、脳性麻痺発症の原因分析を行い、同じような事例の再発防止に資する情報を提供することなどにより、紛争の防止・早期解決や産科医療の質の向上を図ることを目的に2009年1月より創設され、2015年に制度改定が行われ、（公財）日本医療機能評価機構が運営している。
- 本制度の実績を通じて、補償対象基準の個別審査において補償対象外とされた事案の多くで分娩に関連する事象が認められる等医学的な不合理が明らかとなり、補償対象基準の見直しと本制度の実績について検証を行う場として、評価機構の下に、医療関係団体、患者団体、保険者等の関係者からなる「産科医療補償制度の見直しに関する検討会」が2020年9月に設置され、検証・検討を行った。その結果を踏まえ、2020年12月に報告書がとりまとめられた。

○現行基準の課題

- ・在胎週数28週～32週又は出生体重1400g未満の場合は個別審査となるが、個別審査で補償対象外とされた児の約99%が、医学的には「分娩に関連して発症した脳性麻痺」と考えられる事案であり、個別審査の見直しが必要であった。
- ・これらは、胎児心拍数モニター等で感知できる範囲に限界があること、および個別審査は一定の低酸素状況を基準としているので、低酸素状況以外の状態で「分娩に関連して発症した脳性麻痺」は補償対象外となることが主な理由と考えられる。
- ・28週～32週の早産児については、個別審査の対象としているが、近年の周産期医療の進歩により、医学的には「未熟性による脳性麻痺」ではなくなり、また、実際の医療現場においては、成熟児と同じような医療が行われている。

○見直し内容

- ・補償対象基準は低酸素状況を要件としている個別審査を廃止し、一般審査に統合する。

<補償対象範囲>

- ・以下の3つの基準をすべて満たすものを補償対象とする。
 - （補償対象基準）： 在胎週数が28週以上であること（32週から繰り上げるとともに体重基準及び個別審査基準を廃止）
 - （除外基準）： 先天異常や新生児期要因によらない脳性麻痺であること（変更無し）
 - （重症度基準）： 身体障害者手帳1・2級相当の脳性麻痺であること（変更無し）

<適用時期>

- ・2022年1月以降の分娩より適用

<補償対象者数の目安>

- ・年間455人（推定区間380人～549人）

<保険料水準>

- ・2.2万円（掛金1.2万円 / 返還保険料（剰余金）充当額1.0万円）
※現行は2.4万円（掛金1.6万円/返還保険料（剰余金）充当額0.8万円）

参考資料

産科医療補償制度のご案内

産科医療補償制度とは

分娩に関連して発症した重度脳性まひのお子様とご家族の経済的負担を速やかに補償するとともに、原因分析を行い、同じような事例の再発防止に資する情報を提供することなどにより、紛争の防止・早期解決および産科医療の質の向上を図ることを目的とした制度です。本制度の加入分娩機関で出産し、所定の基準を満たした場合に補償対象と認定され、補償金が支払われます。なお、本制度の運営には、出産時に保険者から支給される出産育児一時金等の一部が掛金として財源に充てられています。

補償対象

この制度に加入している分娩機関の管理下で2015年1月以降に出生し、以下の①～③の基準をすべて満たすお子様が補償対象となります。

- ① 在胎週数32週以上で出生体重1,400g以上、または在胎週数28週以上で所定の要件
- ② 先天性や新生児期の要因によらない脳性まひ
- ③ 身体障害者手帳1・2級相当の脳性まひ

※生後6ヶ月未満で亡くなられた場合は、補償対象となりません。

- ◎先天性や新生児期の要因がある場合であっても、脳性まひの主な原因であることが明らかでない場合は、補償対象となります。
- ◎補償対象の認定は、制度専用の診断書および診断基準によって行います。身体障害者手帳の認定基準で認定するものではありません。

補償内容

補償対象となった場合、準備一時金と補償分割金をあわせ総額3,000万円が支払われます。

看護・介護を行うための経費整備のために

看護・介護費用として、毎年定期的に給付

準備一時金 **600** 万円



補償分割金 総額 **2,400** 万円
(年間120万円を20回)

補償申請期間

補償申請できる期間は、お子様の満1歳の誕生日から満5歳の誕生日までです。ただし、極めて重症であって、診断が可能となる場合は、生後6ヶ月から補償申請を行うことができます。

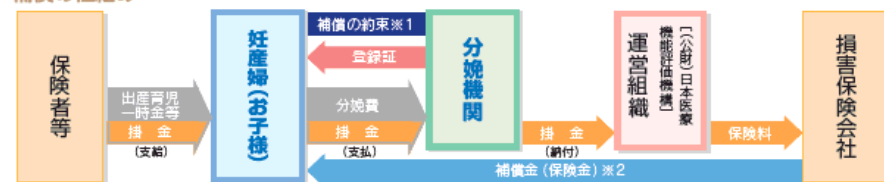
妊産婦の皆様へのお願い

- ◎この制度に加入している分娩機関では、妊産婦の皆様はこの制度の対象となることを示す「登録証」を交付します。必要事項を必ずご記入いただきますよう、お願いいたします。(裏面に補償約款が印字されています)
- ◎「登録証」(妊産婦用(控))は、母子健康手帳にはさみ込むなどして、出産後5年間は大切に保管してください。



制度の概要

補償の仕組み



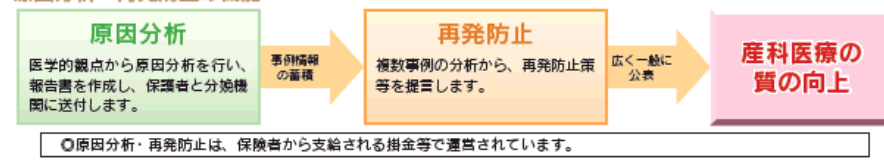
※1: 運営組織が定めた標準補償約款を使用して補償の約束をします。

※2: 運営組織にて補償対象と認定されますと、運営組織が加入分娩機関の代わりに保険会社に保険金を請求し、保険金が補償金として支払われます。

◎この制度は分娩機関が加入する制度です。

◎加入分娩機関で出産された場合(22週以降の分娩)には、保険者から支給される出産育児一時金等に掛金相当額が加算されます。補償に向けた掛金は分娩機関が納付します。

原因分析・再発防止の機能



◎原因分析・再発防止は、保険者から支給される掛金等で運営されています。

その他注意事項

- ◎2014年12月31日までに出生したお子様と2015年1月1日以降に出生したお子様では補償対象となる基準が異なります。
- ◎分娩機関から損害賠償金が支払われる場合、補償金と損害賠償金を二重に受け取ることはできません。

補償対象となる基準の詳細や補償申請にかかる具体的な手続きなどについては、出産した分娩機関または下記お問い合わせ先までご連絡ください。

お問い合わせ先

産科医療補償制度専用コールセンター

☎ 0120-330-637

受付時間: 午前9時～午後5時(土日祝・年末年始を除く)

産科医療補償制度ホームページ

産科医療

検索

<http://www.sanka-hp.jcqh.or.jp/>



(3) 災害関係について

有床診療所の情報把握について

- これまでも厚生労働省としては、災害時の医療機関の情報提供を都道府県に求めており、病院に関しては早期に報告いただいております、感謝申し上げます。
- 一方で、有床診療所の状況把握（被災状況、入院患者状況、必要な支援内容等（EMISの入力項目参照））に関しては、都道府県によっては時間がかかる場合があります。このため、平時においても有床診療所の情報のリスト化や、連絡方法の確認等を進めていただきたい。【P140-141】

EMISへの医療機関(病院、有床診療所等)の登録について

- 医療機関の被災状況を早期に把握することは、その病院への適切な支援を早期に行う観点から重要である。厚生労働省では、災害時の病院の情報収集として、EMISを用いており、都道府県に対して全病院の登録を依頼している(※)が、その登録率は未だ100%でなく(令和2年8月時点:99%)、改めて登録の徹底をお願いしたい。【P143-147】
- また、全国の有床診療所に関しても、病院と同様に災害時に入院患者等への対応が発生することから、その状況を早期に把握することが重要である。昨年度のEMIS改修において、医療機関のカテゴリーに有床診療所を設けたことから、都道府県におかれては、EMISへの有床診療所の登録を進めていただきたい。【P143-147】
- また、近年の災害において、訪問診療等の在宅医療を提供する医療機関の被災状況がわからず、在宅人工呼吸療法患者や在宅酸素療法患者等の在宅療養支援診療所等を通じた安否確認に時間を要したことから、都道府県においてもEMISに当該医療機関を登録し、その被災状況について把握していくことを検討していただけないか。なお、毎月、地方厚生(支)局から都道府県に対し、届出受理医療機関名簿を整理の上、当該医療機関の一覧を情報提供しており、適宜ご活用いただきたい。【P148】

※ 医政発0321第2号平成24年3月21日「災害時における医療体制の充実強化について」

災害時における医療体制の充実強化について

平成7年の阪神・淡路大震災を契機として進めてきた、

- ・ 災害拠点病院の整備
- ・ 広域災害・救急医療情報システム（Emergency Medical Information System：EMIS）の整備、
- ・ 災害派遣医療チーム（Disaster Medical Assistance Team：DMAT）の養成 等

を行ってきたが、厚生労働省は、東日本大震災での対応において、明らかになった課題について、「災害医療等のあり方に関する検討会」を開催し、平成23年10月に取りまとめられた報告書の趣旨を踏まえ、

「災害時における初期救急医療体制の充実強化について」（平成8年5月10日健政発第451号厚生省健康政策局長通知）で示していた災害医療対策の方向性について修正を加え、

「災害時における医療体制の充実強化について」（平成24年3月21日医政発0321第2号厚生労働省医政局長通知）を発出した。



検討会での主な指摘事項

災害拠点病院に関して：施設の耐震性、EMISによる情報発信、食料、飲料水等の備蓄、DMAT等の医療チームを受け入れる体制整備等が必要であること

災害時の医療提供体制に関して：日本医師会災害医療チーム（Japan Medical Association Team：JMAT）をはじめ、大学病院、日本赤十字社、国立病院機構等の医療関係団体から派遣される医療チーム等の派遣調整を行う体制や関係者間での情報の共有が必要であること

通知内容

1. 地方防災会議等への医療関係者の参加の促進
2. 災害時に備えた応援協定の締結
 - (1) 広域応援体制の整備
 - (2) 自律的応援体制の整備
 - (3) 医薬品等の確保体制の整備
3. 広域災害・救急医療情報システム（EMIS）の整備
4. 災害拠点病院の整備
5. 災害医療に係る保健所機能の強化
6. 災害医療に関する普及啓発、研修、訓練の実施
7. 病院災害対策マニュアルの作成等
8. 災害時における関係機関との連携
9. 災害時における死体検案体制の整備

災害時における医療体制の充実強化について

医政発 0321 第 2 号
平成 24 年 3 月 21 日

抜粋

各都道府県知事
各政令市市長 殿
各特別区区长

厚生労働省医政局長

災害時における医療体制の充実強化について

災害医療体制については、平成 7 年の阪神・淡路大震災を契機として、災害拠点病院の整備、広域災害・救急医療情報システム（Emergency Medical Information System：EMIS）の整備、災害派遣医療チーム（Disaster Medical Assistance Team：DMAT）の養成等を行ってきたが、今般発生した東日本大震災での対応において、これまで整備してきた体制等について、課題が明らかになったところである。

これらの課題について、被災地を含めた災害医療関係の有識者が検討する場として「災害医療等のあり方に関する検討会」を開催し、報告書が別添のとおり取りまとめられた。

同報告書では、今後の災害医療等のあり方の方向性として、災害拠点病院に関しては、施設の耐震性、EMISによる情報発信、食料、飲料水等の備蓄、DMAT等の医療チームを受け入れる体制整備等が必要であること、災害時の医療提供体制に関しては、日本医師会災害医療チーム（Japan Medical Association Team：JMAT）をはじめ、大学病院、日本赤十字社、国立病院機構、日本病院会、全日本病院協会、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本看護協会等の医療関係団体から派遣される医療チーム等の派遣調整を行う体制や関係者間での情報の共有が必要であること等が指摘されている。

同報告書の趣旨を踏まえ、下記の事業を積極的に推進することにより、特に災害時における医療体制の充実強化を図らねばならない。

なお、同検討会にオブザーバーとして参加した内閣府（防災担当）、消防庁においても本通知の趣旨をご承知いただいているところですので申し添える。

本通知は平成 24 年 4 月 1 日より適用する。なお、「災害時における初期救急医療体制の充実強化について」（平成 8 年 5 月 10 日健政発第 451 号厚生省健康政策局長通知）については、平成 24 年 4 月 1 日付で廃止する。

1. 地方防災会議等への医療関係者の参加の促進

防災計画上の医療活動が災害時に真に機能するために、都道府県、政令市及び特別区が設置する地域防災会議、若しくは災害医療対策関連の協議会等に医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等の医療関係団体の代表、救急医療の専門家等を参加させることが適当であることから、その参加を促進すること。

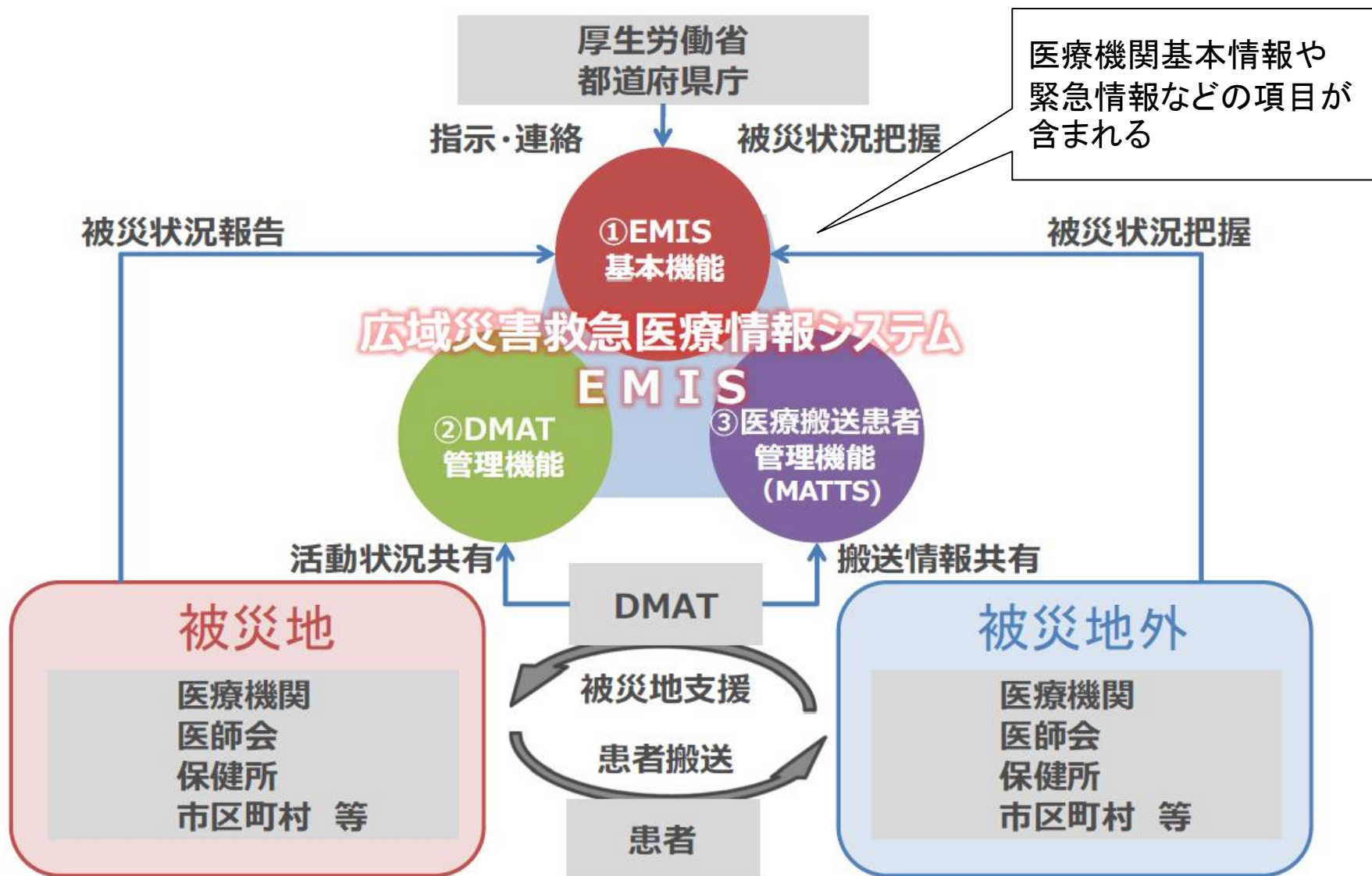
また、都道府県は、救護班（医療チーム）の派遣調整等を行うために、災害対策本部の下に派遣調整本部を迅速に設置できるよう事前に計画を策定すること。その上で、都道府県は、災害拠点病院、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等の関係機関と連携して、災害対策本部の立ち上げ訓練を行うとともに、派遣調整本部の設置手順、コーディネート機能を十分発揮できるか、DMAT 都道府県調整本部との連携、派遣調整本部における具体的な作業内容などについて確認しておくこと。また、空路参集した DMAT に必要な物資の提供や移動手段の確保を行う体制を整備しておくことが望ましい。

（中略）

3. 広域災害・救急医療情報システム（EMIS）の整備

都道府県は、災害時に医療機関の稼働状況、医師・看護師等スタッフの状況、ライフラインの確保、医薬品等の備蓄状況等、災害医療に係る総合的な情報収集及び提供を行われたいこと。このため、災害時に医療機関の状況を把握する手段である広域災害・救急医療情報システム（EMIS）の導入に努めるとともに、全病院に対して登録（パスワードの付与）を促すこと。また、登録した各機関においては、災害時に迅速で確実な情報の入力を行うため、EMIS へ情報を入力する複数の担当者を定め、入力内容や操作などの研修・訓練を定期的に行うことが必要であること。さらに、災害拠点病院においては、通信回線が途絶えた際の EMIS への入力も考慮して、衛星回線インターネットが利用できる環境の整備をすることが必要であること。

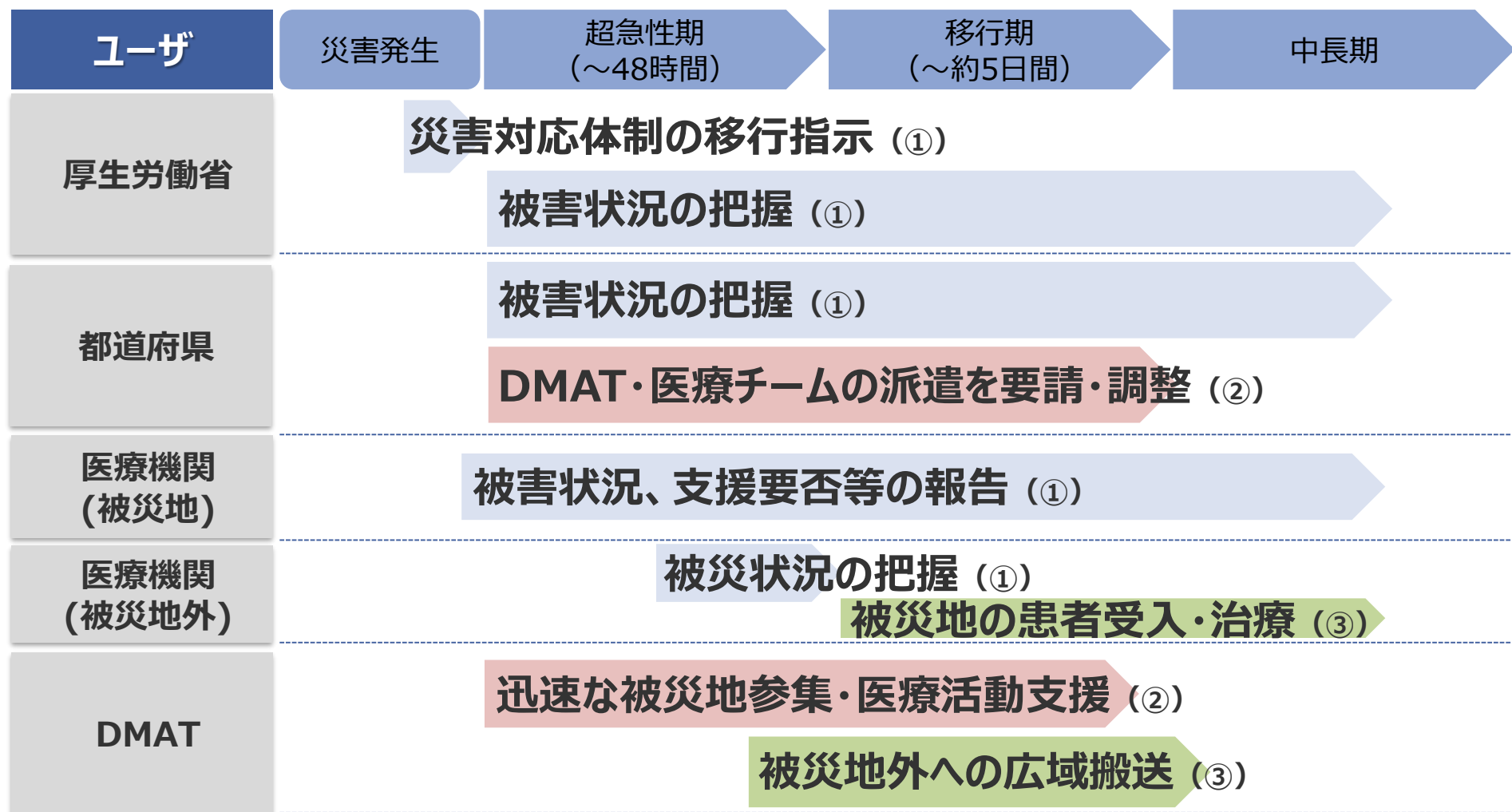
広域災害・救急医療情報システム(EMIS)の概要



- 【凡例】
- ▶ : ①EMIS基本機能
 - ▶ : ②DMAT管理機能
 - ▶ : ③医療搬送管理機能

災害時運用とEMIS

- 各ユーザはEMISの各機能を活用して災害時運用を行う



取り扱う情報

システム画面イメージ

緊急時入力情報

発災直後、医療機関から入力してもらう情報

建物・施設被害の有無
患者収容の可否
ライフラインの可否
その他

詳細入力情報

医療機関の状況がある程度把握できた頃に入力してもらう情報

医療機関の機能
手術受入可否
人工透析受入可否
受入実績（重症・中等症）
転送が必要な患者数（重症・中等症）
ライフライン状況
その他

医療機関名	代行入力	緊急時入力				詳細入力				更新日時
		患者の受け入れ状況	ライフライン	その他	手術患者受入不可	重症・中等症	広域搬送可	水道使用不可	電気使用不可	
X県										
△△地方										
X県X病院	緊急時入力	●	●	●	●	●	●	●	●	2006/10/10 11:00
X県X病院	緊急時入力	●	●	●	●	●	●	●	●	2006/10/10 11:00
X県X病院	緊急時入力	●	●	●	●	●	●	●	●	2006/11/10 11:00
X県X病院	緊急時入力	●	●	●	●	●	●	●	●	2006/10/10 11:00
小計						1000	1000	1000	1000	
△△地方										
X県X病院	緊急時入力	●	●	●	●	●	●	●	●	2006/10/10 11:00
X県X病院	緊急時入力	●	●	●	●	●	●	●	●	2006/10/10 11:00
X県X病院	緊急時入力	●	●	●	●	●	●	●	●	2006/10/10 11:00
小計						1000	1000	1000	1000	
合計						10000	10000	10000	10000	

患者受入が可能な医療機関(水色)

患者受入ができない医療機関(赤色)

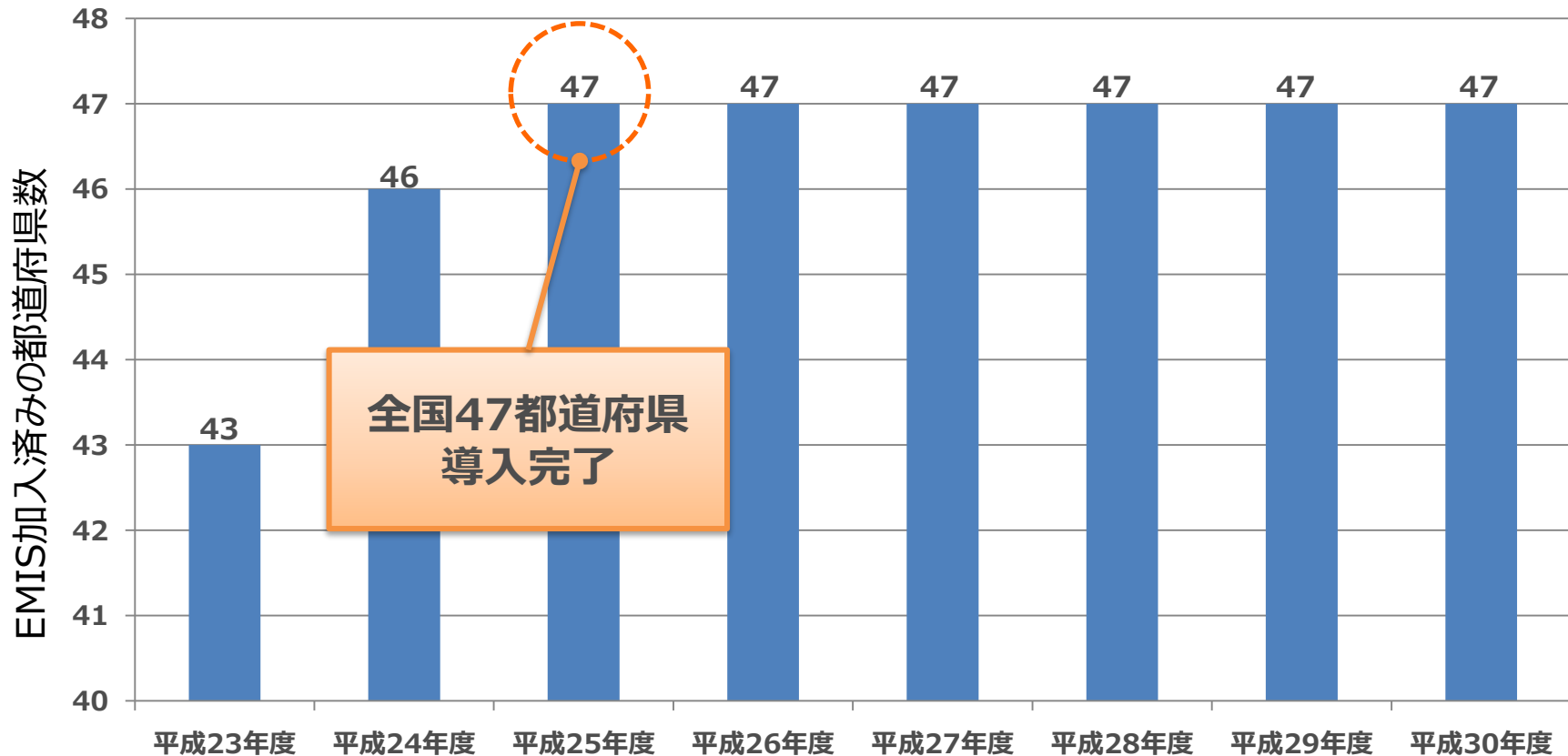
情報共有
・活用

【広域災害・救急医療情報システムの特徴】

- 医療機関と行政機関との情報共有ツール
- 共有する情報
(医療機関の被災状況、患者受入可否情報など)
⇒病院支援を必要とする医療機関が判明

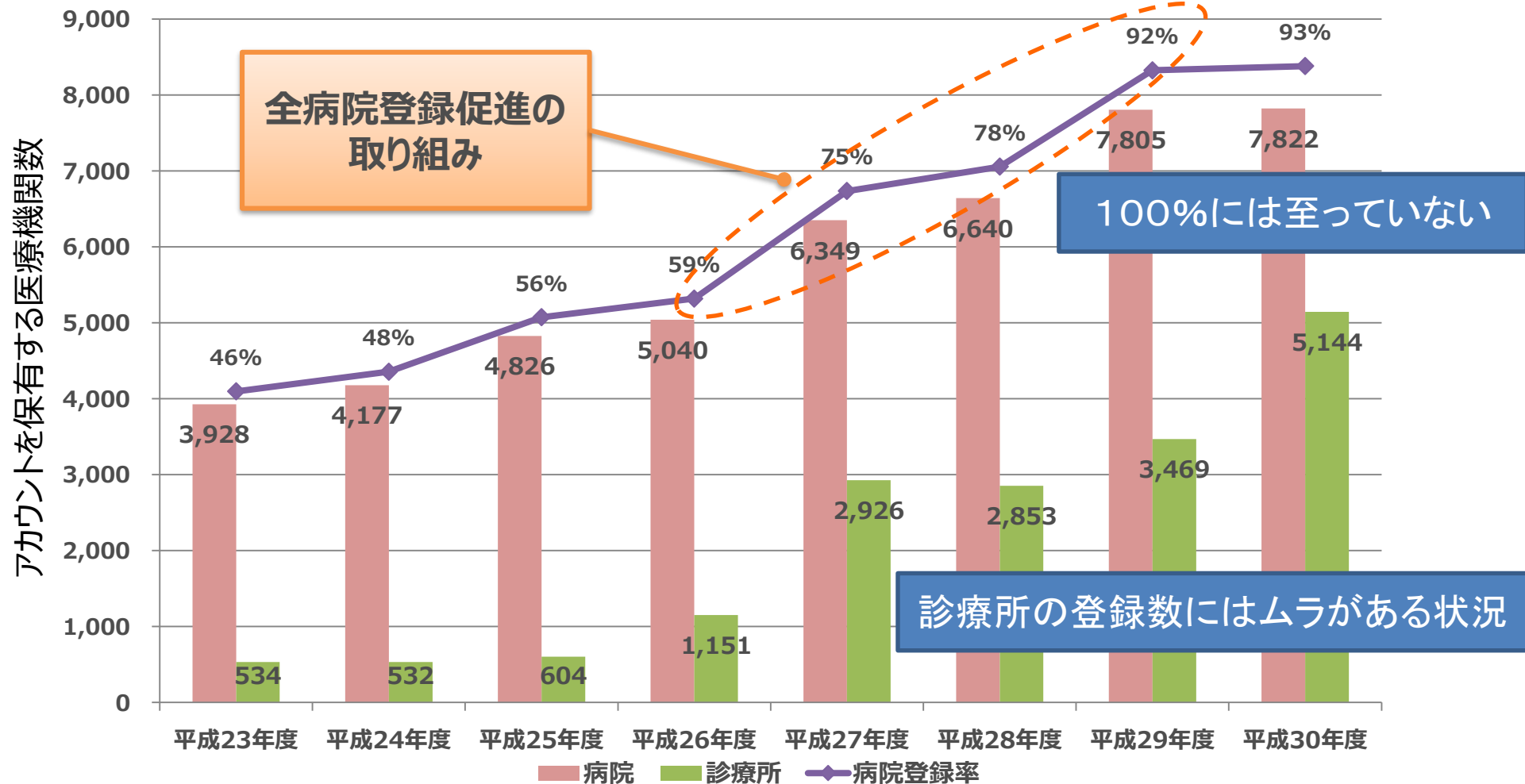
利用者数[1]: 都道府県

- 都道府県のEMIS加入状況は以下の通り。
- 平成25年度に全国47都道府県が加入完了



利用者数[2]: 医療機関

- アカウントを保有する病院、診療所数の推移は以下の通り。
- 平成30年4月時点の病院登録率は93%

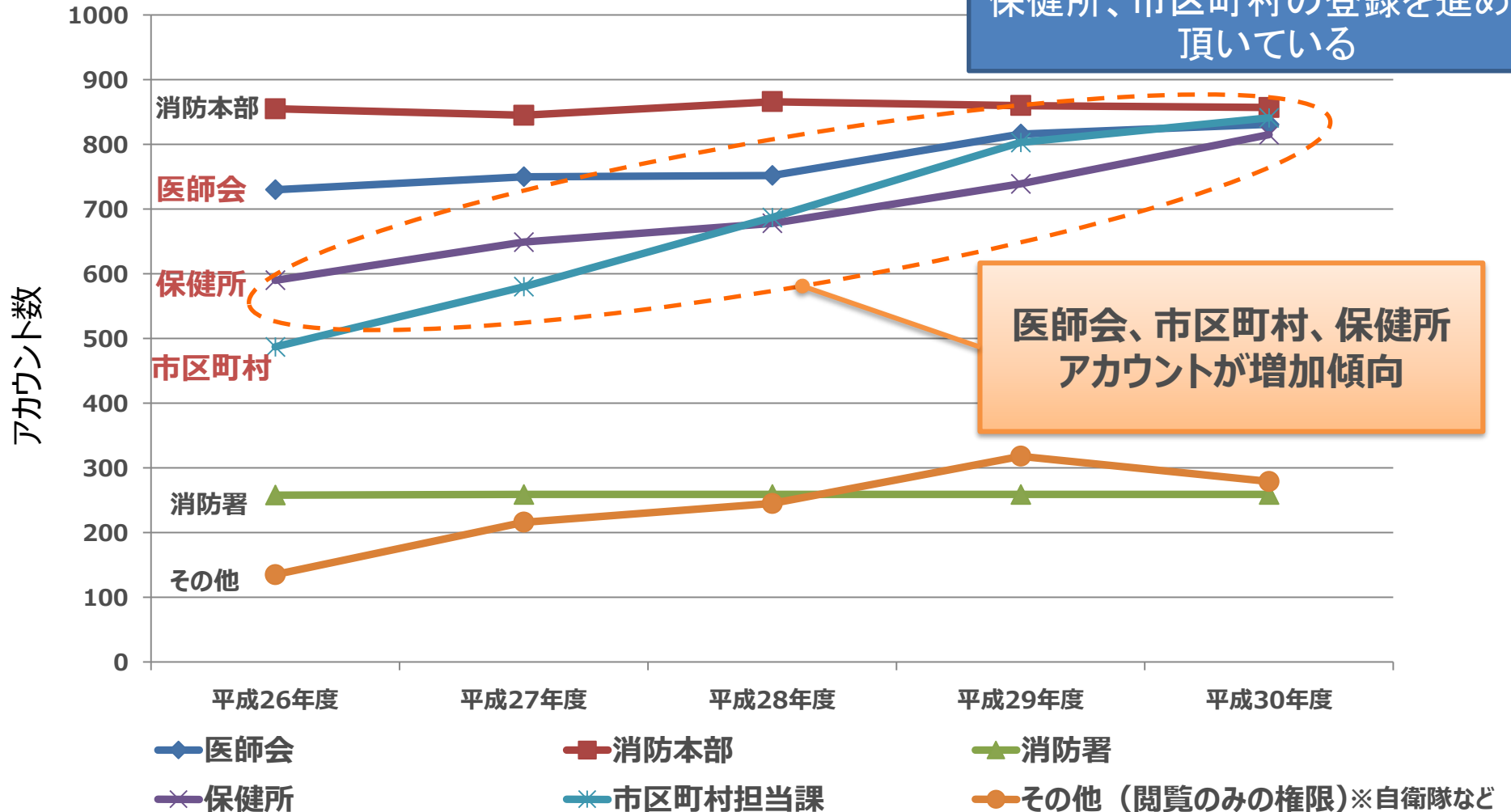


※ 病院登録率は厚生労働省「医療施設動態調査」の病院数を母数に算出

利用者数[3]:その他(消防、医師会等)

- 医療機関以外のアカウント数(※)の推移は以下の通り。
医師会、市区町村、保健所アカウントが増加傾向にある

※ 同一機関で多数のアカウントを保有している場合も件数に含む



EMISへの医療機関(病院、有床診療所等)の登録について

平成30年北海道胆振東部地震概要

- 発生日時:平成30年9月6日午前3時7分
- 震央地名:北海道胆振地方中東部(マグニチュード6.7、最大震度7)
- 大規模停電(ブラックアウト)発生時刻:同9月6日午前3時25分
- ブラックアウトから一定の供給量確保(概ね全域に供給できるまで):
同9月8日午前0時13分まで約45時間

在宅酸素療法患者及び在宅人工呼吸療法患者の安否確認状況等について

【医療機関に対する確認】

日時	対応
9/6 9時頃	○ 在宅人工呼吸療法を提供している在宅療養支援病院等72医療施設に対して、在宅人工呼吸療法患者及び在宅酸素療法患者の安否や問い合わせ状況、自施設での受け入れ人数や今後受け入れ可能人数、在宅人工呼吸療法の継続対応の可否、緊急性の高い必要物資等について電話確認を開始
同21時	○ 聞き取り済み57施設、未15施設 ※移送を要する事態の聴取なし(患者の安否について確認済であるのが34施設、把握していない又は確認中が23施設) ※停電中の場合は、自家発電機の有無及び残燃料等についても聞き取り
9/7	○ 聞き取り済み69施設、未3施設 ※停電中の場合は、電源車の要求の有無等についても聞き取り
9/8 17時	○ 全ての対象施設で確認終了 ※移送等の対応を必要とする患者情報の報告なし

※令和元年房総半島台風(台風第15号)においても、同様に安否確認等に時間を要した。

(4) 歯科疾患実態調査について

歯科疾患実態調査について

○令和3年度は歯科疾患実態調査の実施年度となっている。【P151】

○本調査は、「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項」等の基本計画の評価に活用することなどを目的に、5年周期で実施している。

○令和3年調査では、都道府県などの地域間における健康格差を評価する観点から、対象地区を拡大して計画しており、御協力・対応をお願いしたい。

○ 背景と目的

- ・歯科疾患実態調査は、昭和32年から平成23年までは6年毎に実施されていたが、「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項」（平成24年厚生労働省告示第438号）において、今後の調査期間を5年毎にする旨記載されたことを受け、前回平成28年実施分より実施周期が5年に変更され、次回調査を令和3年度に実施するものである。
- ・本調査は、わが国の歯科保健状況を把握し、「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項」や「健康日本21（第二次）」等の各基本計画の評価など、今後の歯科保健医療対策の推進に必要な基礎資料を得ることを目的とする。

○ 客体・抽出方法

平成28年調査においては、国民健康・栄養調査において設定される地区（平成22年国勢調査の調査区から層化無作為抽出された全国計475地区）からさらに抽出した150地区内の満1歳以上の世帯員を調査客体とした（ただし、熊本地震の影響により、熊本県の全域を除く）。

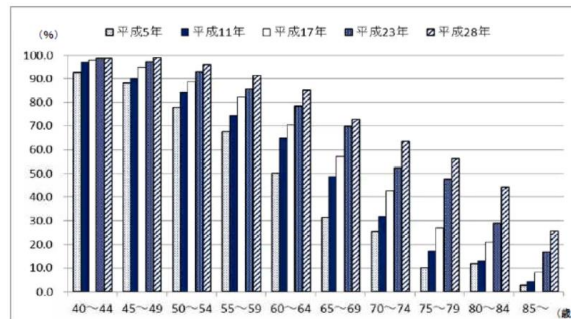
令和3年調査では、地域間における健康格差を評価する観点から、対象地区を拡大（475地区を想定）して実施する。

（参考）平成28年実績：調査客対数約19,000人、被調査者数6,278人（うち口腔内診査受診者3,820人）

平成23年実績：調査客対数約15,000人、被調査者数4,253人

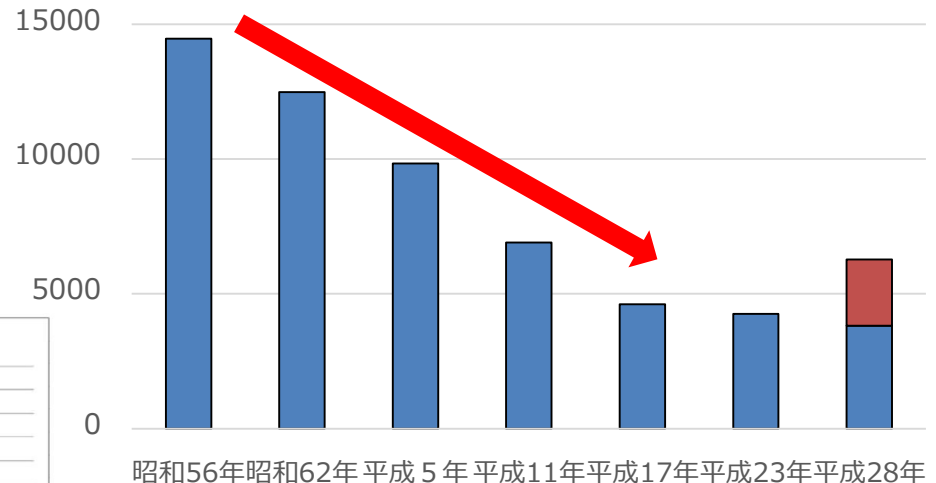
○ 報告を求める事項（平成28年調査実績）

- ① 性別
- ② 生年月日
- ③ 歯や口の状態
- ④ 歯を磨く頻度
- ⑤ 歯や口の清掃状況
- ⑥ フッ化物応用の経験の有無
- ⑦ 顎関節の異常
- ⑧ 歯の状況
- ⑨ 補綴の状況
- ⑩ 歯肉の状況
- ⑪ 歯列・咬合の状況



20本以上の歯を有する者の割合の年次推移（調査結果より）

被調査者数の推移



■ 被調査者数

(口腔内診査受診者)

■ 被調査者数

(質問紙のみ回答)

医政局 施策照会先一覧（厚生労働省代表電話 03-5253-1111）

施策事項(資料ページ)	所管課室	担当係	担当者	内線
1. 医療機関支援等について(P1~4, 6~8, 18, 20)	医療経営支援課	医療法人係	景山	2640
1. 医療機関支援等について(P5, 21)	医療経理室	決算第一係	根津	4189
1. 医療機関支援等について(P9~10, 15)	保険局医療課	包括医療推進係	吉井	3142
1. 医療機関支援等について(P11, 13, 22)	総務課	総務係	藤本、岩田	2517
1. 医療機関支援等について(P12)	看護課	就業支援専門官	片山	2599
1. 医療機関支援等について(P16, 17, 19, 23)	新型コロナウイルス感染症対策推進本部	総括班	—	03-3595-2305 (本部直通)
2. 医療計画・地域医療構想について(P24~26, 28~42)	地域医療計画課医師確保等地域医療対策室	計画係	板井	2661
2. 医療計画・地域医療構想について(P27, 43~52)	総務課	課長補佐	渡邊	2522
3. 医師偏在・医療人材の確保について(P53, 54, 56~60, 67~69)	地域医療計画課医師確保等地域医療対策室	医師確保対策専門官	牧野	4148
3. 医師偏在・医療人材の確保について(P54, 61~65, 70~73)	医事課	主査	佐野	4197
3. 医師偏在・医療人材の確保について(P55, 74~91)	看護課	就業支援専門官	片山	2599
4. 医師・医療従事者の働き方改革の推進について(P92~115)	医事課	課長補佐	西井	4408
5. オンライン診療について(P116~120)	医事課	企画係長	伴	4406
6. (1)外国人患者の受け入れ環境整備について(P122~131)	総務課医療国際展開推進室	室長補佐	隈丸	2678
6. (2)産科医療補償制度の補償対象基準等の一部見直しについて(P132~136)	総務課医療安全推進室	室長補佐	田川	4105
6. (3)災害関係について(P137~P148)	地域医療計画課救急周産期医療等対策室	災害医療係	乙部	2548
	地域医療計画課在宅医療推進室	在宅医療係	関	2662
6. (4)歯科疾患実態調査について(P149~151)	歯科保健課歯科口腔保健推進室	調整係	大平	2553