

社会 保 障 審 議 会 関 係 法 令 ・ 規 則

○厚生労働省設置法（平成十一年法律第九十七号）（抄）

（社会保障審議会）

（社会保障審議会）

第七条 社会保障審議会は、次に掲げる事務をつかさどる。

- 一 厚生労働大臣の諮問に応じて社会保障に関する重要事項を調査審議すること。
- 二 厚生労働大臣又は関係各大臣の諮問に応じて人口問題に関する重要事項を調査審議すること。
- 三 前二号に規定する重要事項に関し、厚生労働大臣又は関係行政機関に意見を述べること。

四 医療法（昭和二十三年法律第二百五号）、児童福祉法（昭和二十二年法律第百六十四号）、社会福祉法（昭和二十六年法律第四十五号）、身体障害者福祉法（昭和二十四年法律第二百八十三号）、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和二十五年法律第二百二十三号）、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成十五年法律第百十号）、介護保険法（平成九年法律第二百二十三号）、介護保険法施行法（平成九年法律第二百二十四号）、健康保険法（大正十一年法律第七十号）、船員保険法（昭和十四年法律第七十三号）、健康保険法等の一部を改正する法律（昭和五十九年法律第七十七号）及び日本年金機構法（平成十九年法律第百九号）の規定によりその権限に属させられた事項を処理すること。

2 前項に定めるもののほか、社会保障審議会の組織、所掌事務及び委員その他の職員その他社会保障審議会に関し必要な事項については、政令で定める。

○社会保障審議会令（平成十二年政令第二百八十二号）

（組織）

第一条 社会保障審議会（以下「審議会」という。）は、委員三十人以内で組織する。

2 審議会に、特別の事項を調査審議させるため必要があるときは、臨時委員を置くことができる。3 審議会に、専門の事項を調査させるため必要があるときは、専門委員を置くことができる。

（委員等の任命）

第二条 委員及び臨時委員は、学識経験のある者のうちから、厚生労働大臣が任命する。

2 専門委員は、当該専門の事項に関し学識経験のある者のうちから、厚生労働大臣が任命する。

(委員の任期等)

第三条 委員の任期は、二年とする。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

2 委員は、再任されることができる。

3 臨時委員は、その者の任命に係る当該特別の事項に関する調査審議が終了したときは、解任されるものとする。

4 専門委員は、その者の任命に係る当該専門の事項に関する調査が終了したときは、解任されるものとする。

5 委員、臨時委員及び専門委員は、非常勤とする。

(会長)

第四条 審議会に会長を置き、委員の互選により選任する。2 会長は、会務を総理し、審議会を代表する。3 会長に事故があるときは、あらかじめその指名する委員が、その職務を代理する。

(分科会)

第五条 審議会に、次の表の上欄に掲げる分科会を置き、これらの分科会の所掌事務は、審議会の所掌事務のうち、それぞれ同表の下欄に掲げるとおりとする。

名称	所掌事務
統計分科会	統計の総合的企画、調査及び研究、統計の改善及び整備並びに統計の知識の普及及び指導に関する事項を調査審議すること。
医療分科会	医療法(昭和二十三年法律第二百五号)の規定によりその権限に属させられた事項を処理すること。
福祉文化分科会	児童福祉法(昭和二十二年法律第百六十四号)、身体障害者福祉法(昭和二十四年法律第二百八十三号)及び社会福祉法(昭和二十六年法律第四十五号)第二百五条の規定によりその権限に属させられた事項を処理すること。

介護給付費分科会	介護保険法(平成九年法律第二百二十三号)及び介護保険法施行法(平成九年法律第二百二十四号)の規定によりその権限に属させられた事項を処理すること。
医療保険保険料率分科会	健康保険法(大正十一年法律第七十号)、船員保険法(昭和十四年法律第七十三号)及び健康保険法等の一部を改正する法律(昭和五十九年法律第七十七号)の規定によりその権限に属させられた事項を処理すること。

- 2 前項の表の上欄に掲げる分科会に属すべき委員、臨時委員及び専門委員は、厚生労働大臣が指名する。
- 3 分科会に分科会長を置き、当該分科会に属する委員の互選により選任する。
- 4 分科会長は、当該分科会の事務を掌理する。
- 5 分科会長に事故があるときは、当該分科会に属する委員又は臨時委員のうちから分科会長があらかじめ指名する者が、その職務を代理する。
- 6 審議会は、その定めるところにより、分科会の議決をもって審議会の議決とすることができる。

(部会)

第六条 審議会及び分科会は、その定めるところにより、部会を置くことができる。

- 2 部会に属すべき委員、臨時委員及び専門委員は、会長(分科会に置かれる部会にあっては、分科会長)が指名する。
- 3 部会に部会長を置き、当該部会に属する委員の互選により選任する。
- 4 部会長は、当該部会の事務を掌理する。
- 5 部会長に事故があるときは、当該部会に属する委員又は臨時委員のうちから部会長があらかじめ指名する者が、その職務を代理する。
- 6 審議会(分科会に置かれる部会にあっては、分科会。以下この項において同じ。)は、その定めるところにより、部会の議決をもって審議会の議決とすることができる。

(幹事)

第七条 審議会に、幹事を置く。

- 2 幹事は、関係行政機関の職員のうちから、厚生労働大臣が任命する。
- 3 幹事は、審議会の所掌事務について、委員を補佐する。
- 4 幹事は、非常勤とする。

(議事)

第八条 審議会は、委員及び議事に関係のある臨時委員の三分の一以上が出席しなければ、会議を開き、議決することができない。

2 審議会の議事は、委員及び議事に関係のある臨時委員で会議に出席したものの過半数で決し、可否同数のときは、会長の決するところによる。

3 前二項の規定は、分科会及び部会の議事に準用する。

(資料の提出等の要求)

第九条 審議会は、その所掌事務を遂行するため必要があると認めるときは、関係行政機関の長に対し、資料の提出、意見の表明、説明その他必要な協力を求めることができる。

(庶務)

第十条 審議会の庶務は、厚生労働省政策統括官において総括し、及び処理する。ただし、次の各号に掲げる分科会に係るものについては、それぞれ当該各号に定める課において処理する。

- 一 統計分科会 厚生労働省大臣官房統計情報部企画課
- 二 医療分科会 厚生労働省医政局総務課
- 三 福祉文化分科会 厚生労働省雇用均等・児童家庭局育成環境課
- 四 介護給付費分科会 厚生労働省老健局老人保健課
- 五 医療保険保険料率分科会 厚生労働省保険局総務課

(雑則)

第十一条 この政令に定めるもののほか、議事の手続その他審議会の運営に関し必要な事項は、会長が審議会に諮って定める。

附 則

1 この政令は、内閣法の一部を改正する法律（平成十一年法律第八十八号）の施行の日（平成十三年一月六日）から施行する。

2 平成十三年三月三十一日までの間は、第五条第一項中「厚生年金保険法（昭和二十九年法律第百十五号）及び国民年金法（昭和三十四年法律第百四十一号）」とあるのは、「国民年金法等の一部を改正する法律（平成十二年法律第十八号）」とする。

○社会保障審議会運営規則（平成十三年一月三十日社会保障審議会決定）

社会保障審議会令（平成十二年政令第二百八十二号）第十一条の規定に基づき、この規則を制定する。

（会議）

第一条 社会保障審議会（以下「審議会」という。）は、会長が召集する。

2 会長は、審議会を召集しようとするときは、あらかじめ、期日、場所及び議題を委員並びに議事に関係のある臨時委員及び専門委員に通知するものとする。

3 前項の議事に関係のある臨時委員の範囲は、会長の決するところによる。 4 会長は、議長として審議会の議事を整理する。

（審議会の部会の設置）

第二条 会長は、必要があると認めるときは、審議会に諮って部会（分科会に置かれる部会を除く。以下本条から第四条までにおいて同じ。）を設置することができる。

2 会長は、必要があると認めるときは、二以上の部会を合同して調査審議させることができる。

（諮問の付議）

第三条 会長は、厚生労働大臣又は関係各大臣の諮問を受けたときは、当該諮問を分科会又は部会に付議することができる。

（分科会及び部会の議決）

第四条 分科会及び部会の議決は、会長の同意を得て、審議会の議決とすることができる。

（会議の公開）

第五条 審議会の会議は公開とする。ただし、会長は、公開することにより公平かつ中立な審議に著しい支障を及ぼすおそれがあると認めるときその他正当な理由があると認めるときは、会議を非公開とすることができる。

2 会長は、会議における秩序の維持のため、傍聴人の退場を命ずるなど必要な措置をとることができる。

（議事録）

第六条 議事録における議事は、次の事項を含め、議事録に記載するものとする。

一 会議の日時及び場所

二 出席した委員、臨時委員及び専門委員の氏名

三 議事となった事項

- 2 議事録は公開とする。ただし、会長は、公開することにより公平かつ中立な審議に著しい支障を及ぼすおそれがあると認めるときその他正当な理由があると認めるときは、議事録の全部又は一部を非公開とすることができる。
- 3 前項の規定により議事録の全部又は一部を非公開とする場合には、会長は、非公開とした部分について議事要旨を作成し、これを公開するものとする。

(分科会の部会の設置等)

第七条 分科会長は、必要があると認めるときは、分科会に諮って部会を設置することができる。

- 2 分科会長は、第三条の規定による付議を受けたときは、当該付議を前項の部会に付議することができる。
- 3 第一項の部会の議決は、分科会長の同意を得て、分科会の議決とすることができる。
- 4 分科会長は、必要があると認めるときは、二以上の部会を合同して調査審議させることができる。

(委員会の設置)

第八条 分科会長又は部会長は、必要があると認めるときは、それぞれ分科会又は部会に諮って委員会を設置することができる。

(準用規定)

第九条 第一条、第五条及び第六条の規定は、分科会及び部会に準用する。この場合において、第一条、第五条及び第六条中「会長」とあるのは、分科会にあつては「分科会長」、部会にあつては「部会長」と、第一条中「委員」とあるのは、分科会にあつては「当該分科会に属する委員」、部会にあつては「当該部会に属する委員」と、「議事に関係のある臨時委員及び専門委員」とあるのは、分科会にあつては、「当該分科会に属する臨時委員及び専門委員であつて議事に関係のある者」、部会にあつては「当該部会に属する臨時委員及び専門委員であつて議事に関係のある者」と読み替えるものとする。

(雑則)

第十条 この規則に定めるもののほか、審議会、分科会又は部会の運営に必要な事項は、それぞれ会長、分科会長又は部会長が定める。

一般病床の機能分化の推進についての整理

平成 24 年 6 月 15 日

急性期医療に関する作業グループ

1. 基本的な考え方

- 今後の本格的な少子高齢社会を見据え、医療資源を効果的かつ効率的に活用し、急性期から亜急性期、回復期、療養、在宅に至るまでの流れを構築するため、一般病床について機能分化を進めていくことが必要である。
- 地域において、それぞれの医療機関の一般病床が担っている医療機能(急性期、亜急性期、回復期など)の情報を把握し、分析する。その情報をもとに、地域全体として、必要な医療機能がバランスよく提供される体制を構築していく仕組みを医療法令上の制度として設ける。

この仕組みを通じて、それぞれの医療機関は、他の医療機関と必要な連携をしつつ自ら担う機能や今後の方向性を自主的に選択することにより、地域のニーズに応じた効果的な医療提供に努める。
- これにより、急性期医療から亜急性期、回復期等の医療について、それぞれのニーズに見合った病床が明らかとなり、その医療の機能に見合った医療資源の効果的かつ効率的な配置が促される。その結果、急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしいより良質な医療サービスを受けることができることにつながる。

将来に向けて、急性期医療から亜急性期、回復期等の医療について、それぞれの機能に応じた資源投入により体制を強化し、入院医療全体について機能強化を図る。
- こうした仕組みを通じて、それぞれの医療機関が担っている機能が住民・患者の視点に立ってわかりやすく示されることにより、住民や患者が医療機関の機能を適切に理解しつつ利用していくことにつながる。

2. 医療機能及び病床機能を報告する仕組み

(医療機関が担っている医療機能を自主的に選択し、報告する仕組み)

- 各医療機関（診療所を含む。）が、その有する病床において担っている医療機能を自主的に選択し、その医療機能について、都道府県に報告する仕組みを設ける。その際、医療機能情報提供制度を活用することを検討する。

※ 報告は、病棟単位を基本とする。

(報告すべき内容)

- 各医療機関は、急性期、亜急性期、回復期その他主として担っている医療機能の内容を報告する。
- 報告する医療機能毎に、提供している医療の機能や特性、人的な体制、構造設備などの病床機能についても併せて報告する。報告を求める各医療機能の考え方や具体的な内容については、医療提供者や利用者の意見も踏まえながら、医療部会の下に設ける検討の場において、別途検討を進める。

(報告とその内容の閲覧、都道府県による公表について)

- 各医療機関は、定期的に、都道府県に報告するとともに、報告した事項について、当該医療機関において閲覧に供するなど患者や住民にわかりやすく提供する。
- 都道府県は、各医療機関からの報告の内容について、患者、住民にわかりやすい形で公表する。

3. 地域において均衡のとれた機能分化と連携を推進していくための方策

- 地域において急性期、亜急性期、回復期等の医療を提供する病床などが、地域の医療ニーズに対応してバランスよく配置されることにより、地域全体として適切な機能分化と連携を推進し、地域医療の充実を図る。
- 具体的には、都道府県は報告の仕組みを通じて地域の各医療機関が担っている医療機能の現状を把握する。こうした現状や高齢化の進展を含む地域の将来的な医療ニーズの見通しを踏まえながら、医療提供者等の主体的な関与の下で、新たに医療計画において、今後のその地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを地域ごとに策定する。
- ※ 国において、予め、都道府県に報告された医療機能に係る情報を分析し、地域において均衡のとれた医療機能を適切に推進するための地域医療のビジョンに関するガイドラインの作成等を医療提供者や利用者の意見も踏まえ、検討。その際、医療資源の限られた地域等について、地域の実情に応じた配慮も併せて検討。
- ※ 上記のビジョンの策定については、医療機関からの情報を踏まえ行うものであることや都道府県の準備期間を考慮し、次々回の医療計画の策定の中で検討。
- 国は、各地域の病床機能の現状を把握、分析し、地域の実態も踏まえ、医療法における医療機能の登録制など位置づけのあり方や病床区分の見直しについて今後検討を行う。

4. 国や都道府県、医療機関、患者・住民等の役割について

- 機能分化を推進するに当たっての基本的考え方や、国や都道府県、医療機関、患者・住民等の役割について、医療法に位置づける。

医療分野の「雇用の質」向上プロジェクトチーム報告 【ポイント】

- 医療機関等の責任者などがスタッフと協力して、「雇用の質」向上に取り組むための自主的な勤務環境改善活動を促進するシステム（「雇用の質」向上マネジメントシステム）を構築する
- 行政は、施策の縦割りを超え、幅広い関連施策を総動員して医療機関等の取組をバックアップ

各医療機関等の取組み

「雇用の質」向上マネジメントシステム

現状の評価

課題の抽出

改善方針の決定



医療機関等の責任者やスタッフが集まり協議

項目	現状・課題	改善方針
..

ガイドラインなどを参考に改善計画を策定

Plan

計画策定

Do

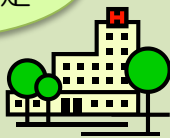
取組の実施

定期的な評価

Check

更なる改善

Act



行政による医療機関への支援

マンパワー確保の支援

- ①医療スタッフ相互・補助職等の連携の推進
チーム医療の推進や補助職の活用を、経営面と労務管理面の双方から支援
- ②公的職業紹介における看護職員のマッチング機能の強化
ナースセンターの機能強化と、ハローワークとの事業連携の推進
- ③短時間正社員制度の活用促進
医療機関等へのアドバイザー支援や情報提供などによる活用促進

ワンストップの外部専門家チーム支援

都道府県労働局に配置しているアドバイザー（医療労働専門相談員など）をはじめとする関係機関、関係団体の連携を強化し、将来的に、地域の医療機関等に対するワンストップの相談支援体制の構築に向けて取り組む

活用できるデータベース構築

医療機関等の先進的な好事例を幅広く収集・整理し、個々の医療機関等の課題に応じて、活用できるデータベースを構築



医療分野の「雇用の質」向上プロジェクトチーム報告 【概要】

1. 医療分野の「雇用の質」向上の必要性

人口減少、若い世代の職業意識の変化、医療ニーズの多様化に加え、医師等の偏在などを背景として医療機関等による医療スタッフの確保が困難な中、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、医療分野の勤務環境の改善により、医療に携わる人材の定着・育成を図ることが必要不可欠であり、特に、長時間労働や当直、夜勤・交代制勤務など厳しい勤務環境にある医師や看護職員等が健康で安心して働くことができる環境整備が喫緊の課題となっている。

2. 取組の基本方針

- (1) 幅広い医療スタッフが「連携」して、医療機関全体で「雇用の質」の向上に取り組むこと。
- (2) 旧来の職場習慣の「あたりまえ」を再考し、医療機関各診療科、各職種のトップとスタッフが、多様なアイデアや取組を「連携」させて改善を進めること。
- (3) 経営基盤の弱い中小を含む医療機関経営に役立つ改善策を、幅広い専門家や地域の関係者などが「連携」して多様なアイデアを集結させること。
- (4) 縦割りになりがちな行政による支援策について、医療機関等のニーズに応えられるよう「連携」させて活用すること。
- (5) 中央レベルのみならず、地域レベルでも、医師会・病院団体、看護協会など医療関係団体と密接な「連携」を図った取組を進めること。

3. 目指す姿

各医療機関等が、幅広い医療スタッフと協力し、自らの医療機関等の勤務環境の現状を確認し、取り組むべき改善事項を決定し、実施するという自主的な勤務環境改善活動を促進するシステム（「雇用の質」向上マネジメントシステム）の構築・普及を図るとともに、医療機関等の活動への支援策を講ずる。

4. 「目指す姿」実現に向けた当面の取組方針と具体策

(1) 「雇用の質」向上マネジメントシステム（仮称）に向けて

平成 25 年 1 月より、医療分野や労務管理等の専門知識を有する有識者から成る研究班を立ち上げ、「雇用の質」向上マネジメントシステムの具体化に向けた調査研究・検討をスタート。

(2) 医療機関支援の具体的メニュー

① マンパワー確保の支援

i) 医療スタッフ相互・補助職等の連携の推進

チーム医療の推進や補助職の活用により医療スタッフの業務負担の軽減を図るため、都道府県労働局に配置している医療機関向けのアドバイザー（医療労働専門相談員など）や経営の専門家である医業経営コンサルタント等が連携し、経営面、労務管理面の双方からワンストップでアドバイスする相談支援体制を構築する。

ii) 公的職業紹介機関における看護職員のマッチング機能の強化

看護職員の確保に苦勞している医療経営者や、看護職員資格を有する求職者からの公的な職業紹介機能の強化を求める声を踏まえ、ナースセンターのマッチング機能強化や、システムや提供サービスの改善に向けた検討を開始するとともに、ハローワークとの連携・協働による看護職員の人材確保に向けたモデル事業を実施する。

iii) 短時間正社員制度の活用促進

医療機関等での短時間正社員制度の活用促進に向け、都道府県労働局に配置している医療機関向けのアドバイザー（医療労働専門相談員など）による支援や、短時間正社員制度導入支援ナビを活用した情報提供を行う。また、短時間正社員制度の導入に当たり、医療機関等のニーズに応じた各種助成金などを活用する。

iv) 薬剤師会の求人・求職機能の強化

薬剤師会が行っている求人・求職事業について、周知などにより活用促進を図るとともに、関係団体のホームページを活用して、就業経験を持つ即戦力人材の再就業を促進する。

② ワンストップの外部専門家チーム支援

医療機関等の勤務環境改善に関わる各種の相談支援制度や公的な支援（補助）制度について、各医療機関等のニーズを踏まえた活用を図るため、都道府県労働局に配置しているアドバイザー（医療労働専門相談員など）をはじめとする関係機関、関係団体の連携を強化し、将来的に、地域の医療機関等に対するワンストップの相談体制構築に向けて取り組む。

③ 活用できるデータベース構築

医療機関等の勤務環境の改善に関する好事例を幅広く収集・整理した上で、個々の医療機関等の課題に応じて活用できるデータベースを構築する。具体的には、中小の医療機関等での活用などにも配慮し、具体的な取組のプロセスをわかりやすく紹介したサイトを立ち上げる。

（3）「医療分野の雇用の質」の専門的人材育成

① 労働時間管理者等の育成

医療機関全体で「雇用の質」向上に取り組むため、看護師長等を対象に都道府県レベルで開催されている研修会に、院長、理事長、事務局長や管理職候補の者への参加を呼びかけ、労務管理の重要性を理解してもらうとともに、経営支援の観点も踏まえ、日本医業経営コンサルタント協会等と連携した研修を開催するなど充実強化を図る。

② 医療労働専門相談員等の育成

医療労働専門相談員等を育成するため、「医療に関する知識」についての重点的な研修を実施するとともに、医療労働専門相談員等が地域の医療機関等のパートナーとして幅広く活用されるようその周知を行う。また、医療機関支援のワンストップの相談体制構築に向けた連携マニュアルを作成する。

（4）地域レベルのネットワーク推進

企画委員会を、幅広い関係者の参画の下、地域の共通課題を持ち込むプラットフォームとして機能させるため、中央レベルにおいても、医療関係団体との協力関係の連携強化を図るとともに、厚生労働省ホームページに開設したサイトを活用するなどして、全国の企画委員会の取組状況を広く情報提供する。

医療分野の「雇用の質」向上 プロジェクトチーム報告

平成25年2月

厚生労働省

【目次】

1	医療分野の「雇用の質」向上の必要性	2
2	取組の基本方針	5
3	目指す姿	6
4	「目指す姿」実現に向けた当面の取組方針と具体策	7
	(1) 「雇用の質」向上マネジメントシステム（仮称）に向けて	7
	(2) 医療機関支援の具体的メニュー	8
	① マンパワー確保の支援	9
	i) 医療スタッフ相互・補助職等の連携の推進	9
	ii) 公的職業紹介機関における看護職員のマッチング機能の強化	10
	iii) 短時間正社員制度の活用促進	13
	iv) 薬剤師会の求人・求職機能の強化	15
	② ワンストップの外部専門家チーム支援〔ワンストップ化・チーム支援〕	16
	③ 活用できるデータベース構築	18
	(3) 「医療分野の雇用の質」の専門的人材育成	20
	① 労働時間管理者等の育成	20
	② 医療労働専門相談員等の育成	21
	(4) 地域レベルのネットワーク推進	21
5	さまざまな「連携」した取組の推進に向けて	22
6	工程表	24
7	参考資料	28

1 医療分野の「雇用の質」向上の必要性

- 日本の人口が減少局面を迎え、若い世代の職業意識も変化し、医療ニーズも多様化するとともに、医師等の偏在などを背景として医療機関等による医療スタッフの確保が困難な状況が生じる中、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、医療分野の勤務環境を改善することにより、医療に携わる人材の定着・育成を図ることが不可欠である。特に、医師や看護職員など医療スタッフについては、その大部分が患者の生命や健康に関わる専門資格職で占められ、また、入院患者や救急患者への対応など心身の緊張を伴う長時間労働や当直、夜勤・交代制勤務などその厳しい勤務環境が指摘されるなど、医療スタッフが健康で安心して働くことができる環境整備は喫緊の課題である。

※ 医師数、看護職員数、薬剤師数について

・医師数 295,049人

(平成22年厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」)

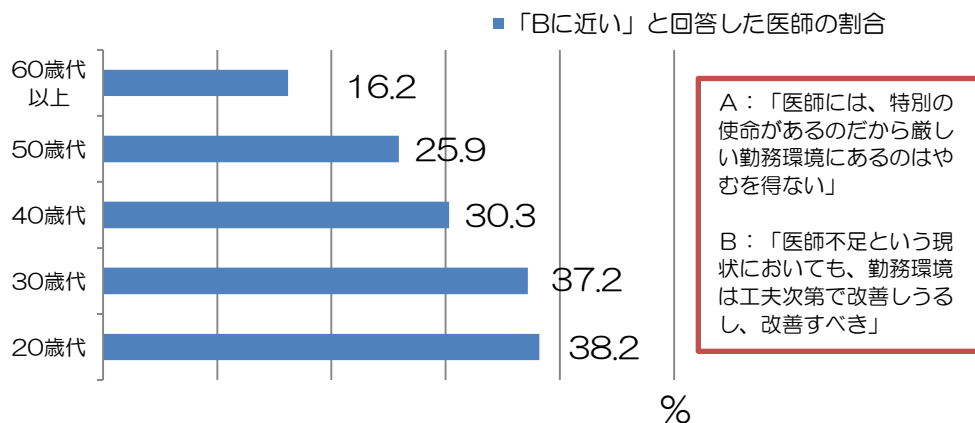
・看護職員数 1,495,572人

(平成23年厚生労働省医政局看護課調べ)

・薬剤師数 276,517人

(平成22年厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」)

勤務環境の改善に対する認識

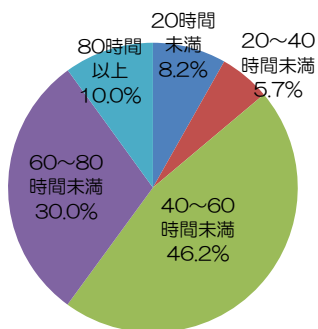


平成24年独立行政法人労働政策研究・研修機構「勤務医の就労実態と意識に関する調査」

○ 医師（勤務医）の労働時間、宿直に関するデータ

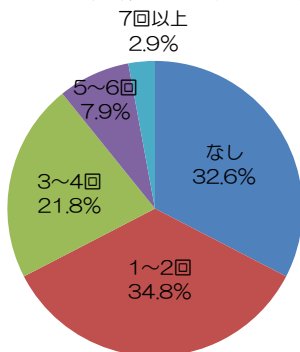
（平成24年独立行政法人労働政策研究・研修機構「勤務医の就労実態と意識に関する調査」）

週当たりの全労働時間

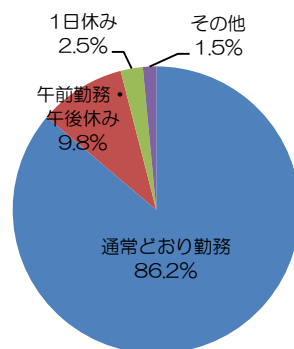


平均：53.2時間

主たる勤務先での宿直回数



宿直翌日の勤務体制

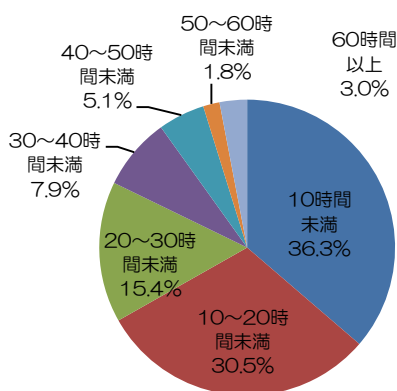


※宿直がある者を対象に集計

○ 看護職員の労働時間、夜勤に関するデータ

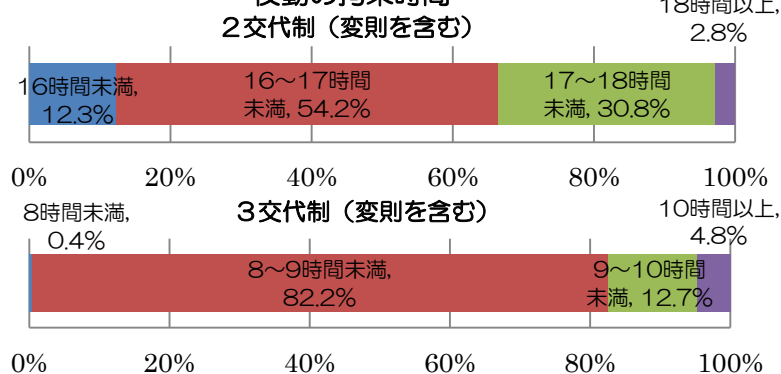
（平成22年日本看護協会「病院看護職の夜勤・交代制勤務等実態調査」）

時間外労働時間数

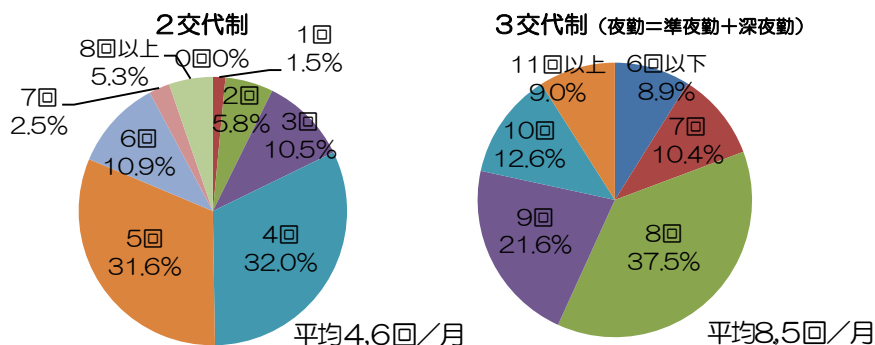


平均16.8時間/月

夜勤の拘束時間



月当たり夜勤時間



平均4.6回/月

平均8.5回/月

○ しかしながら、労働条件の最低基準を定める労働基準法の遵守を求め

るだけでは、当直や、夜勤・交代制勤務などの勤務環境改善のために必

要十分な対応は困難である。すなわち、こうした問題は、医師、看護職員などの勤務のあり方、安心して働き続けられる職場環境整備、更には、その背景にある医療機関等のマネジメントの改善論議を抜きにして、取り締まりのみで解決するものではない。また、子どもを持った医師や看護職員などが育児休業や短時間勤務制度等を取得しながら、安心して働き続けられる職場環境の整備なども重要である。

- これまでも、こうした課題について、省内関係部局により議論が重ねられており、看護分野を中心に実際が取組が進みつつある。各都道府県労働局が中心となり、医療機関等の労務管理の責任者に対する研修会を開催するなどの施策が講じられ、各地域の医療関係者と連携した活動がスタートしているが、個々の医療機関等のニーズを踏まえた具体的な「雇用の質」向上のためのシステム化には至っていない。

※ 研修会の実績（平成23年度）

44都道府県が実施し、全国で延べ66回開催。参加者数は、延べ7,000人超。

- 一方、日本医師会は「勤務医の健康支援に関するプロジェクト」を発足させ、また、全国医師会勤務医部会連絡協議会が「勤務医として、男性、女性の別なく、仕事と生活の調和がとれる労働環境の整備」などを求める「愛媛宣言」を行った。日本看護協会でも、看護職員の過酷な労働状況等を踏まえ、「看護職の夜勤・交代制勤務に関するガイドライン」の取りまとめに向けた検討が進められている。

- こうした中、平成24年10月には、厚生労働省内の「医療分野の雇用の質」向上を目指した事務レベルの検討の場であるプロジェクトチー

ム（大谷厚生労働審議官を統括とし、医政局、労働基準局、職業安定局、雇用均等・児童家庭局、保険局の局長・関係課長を構成員）をスタートさせた。

- このプロジェクトチームでは、プロジェクトチームの下でワーキングチームを開催するなどして、医療機関全体の「雇用の質」向上につながる具体策について検討し、その結果、平成25年以降の取組の基本方針と具体策を次のとおり取りまとめた。
- 今後、医療関係者と共通認識を持ち、密接な連携を図りながら、「縦割り」を超えた政策連携を図った取組を推進していく。

2 取組の基本方針

- 「医療サービスの質」や医療安全の確保を図りながら、地域で信頼される医療機関であるためには、「良質な人材の確保と定着」が不可欠であり、そのためには人材が定着し、その現場で成長していくための基盤となる雇用の質の向上に取り組んでいく必要がある。このため、募集・採用、労務管理、医療経営、両立支援など様々な局面で、医療機関等の実情に応じた支援が効果的に提供されるよう、多面的で重層的な「連携」を念頭に置いた取組を進めることにする。

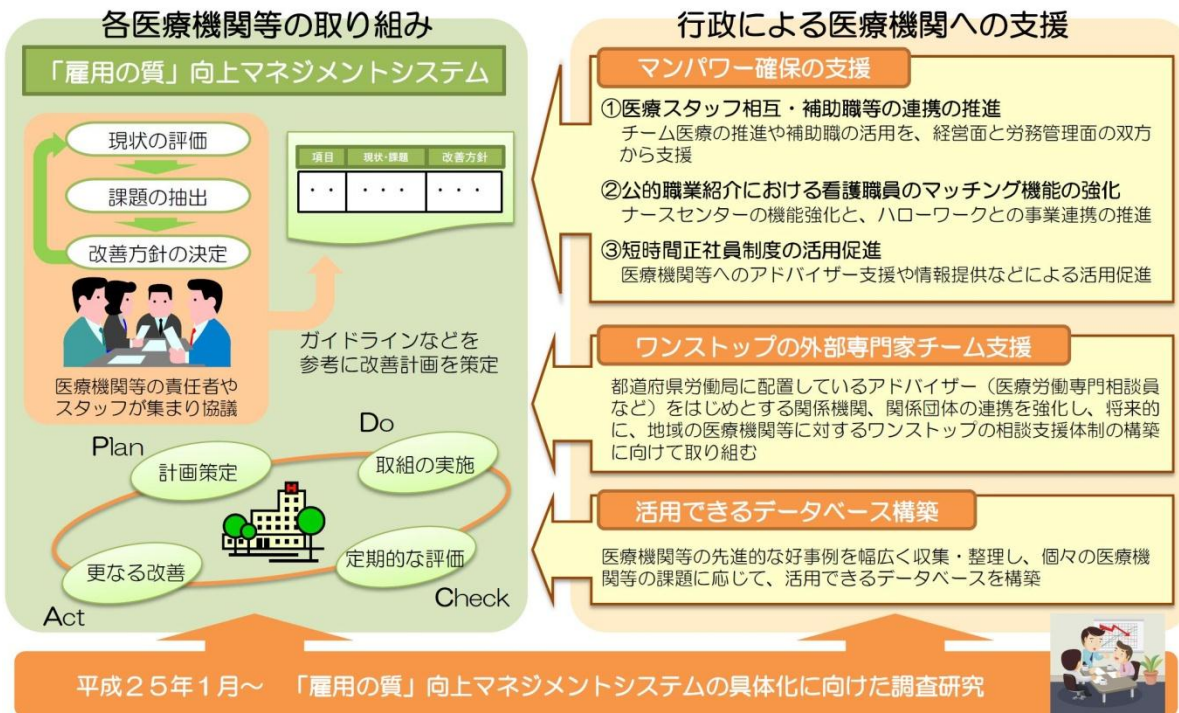
〔基本方針 一多面的・重層的な「連携」一〕

- (1) 医療機関等の医師、看護職員のみならず、薬剤師など幅広い医療スタッフが「連携」して、医療機関を挙げ、特定の職種に限らず医療機関全体で雇用の質の向上に取り組むこと。

- (2) 子どもを持つ医療スタッフなどの仕事と家庭の両立の推進はもとより就業者全体のワークライフバランスの視点も踏まえ、旧来の職場習慣の「あたりまえ」を再考し、医療機関各診療科、各職種のトップとスタッフが、多様なアイデアや取組を「連携」させて改善を進めること。
- (3) 経営基盤の弱い中小を含む医療機関経営に役立つ改善策を、幅広い専門家や地域の関係者などが「連携」して多様なアイデアを結集させること。
- (4) 縦割りになりがちな行政による支援策について、医療機関等のニーズに応えられるよう「連携」させて活用すること。
- (5) 中央レベルのみならず、地域レベルでも、医師会・病院団体、看護協会など医療関係団体と密接な「連携」を図った取組を進めること。

3 目指す姿

- 医療機関等の「雇用の質」向上を図るためには、各医療機関等の関係者が、「医療スタッフの安全と健康は、患者の安全と健康を守る」という基本認識の下、自らの医療機関等の勤務環境の現状を確認し、その現状に合わせて取り組むべき改善事項を決定し、着実に、かつ、無理なく実施していくことが必要となる。
- このため、各医療機関等が、医師、看護職員、薬剤師などの幅広い医療スタッフの協力の下、一連の過程を定めて継続的に行う自主的な勤務環境改善活動を促進するシステムを構築し、普及を図るとともに、そうした各医療機関等の活動への支援策を講ずる。



○ こうした取組を効果的に推進するためには、経営面（コスト管理、収入の確保など医業経営全般）、技術面（人材配置、労務管理、各種支援制度の活用などの専門知識）の両面からの適切な医療機関支援が不可欠である。今後、取組の具体化に当たり、医療関係団体と密接な連携を図り、意見交換を重ねながら、施策の縦割りを超え、幅広い関連施策を総動員して、各医療機関等の取組をバックアップする。

4 「目指す姿」実現に向けた当面の取組方針と具体策

（1）「雇用の質」向上マネジメントシステム（仮称）に向けて

○ マネジメントシステムについては、次の視点を基にした仕組みを構築することとする。

- ・ トップの改善方針に基づき、医療機関全体の組織的な取組とす

ること

- ・ 明文化・記録化により、勤務環境改善活動の確実で効果的な実施
- ・ 計画（P）－実施（D）－評価（C）－改善（A）のPDCAサイクル
- ・ 各医療機関等の従前からの活動実績をベースに、それぞれの医療機関等の実情に合わせた取組を行うこと

○ こうした総合的なシステム構築を目指し、平成25年1月より、医療分野や労務管理などの専門知識を有する有識者から成る研究班を立ち上げ、その具体化に向けた調査研究・検討をスタートさせた。

○ この調査研究においては、

- ・ 日本医師会や日本看護協会における勤務環境改善のための検討成果との連携を図ること
- ・ 労働時間、休暇、安全衛生面、仕事と家庭の両立など「働きやすい環境整備」に関する事項について、個々の医療機関等の判断により適切な改善が図られるような項目と取組の方向などに関するガイドラインを策定すること

などを目指すことにする。

※ 労働時間について、時間外労働の削減、勤務間隔の確保のあり方、年次有給休暇取得の促進など、海外事例や他産業なども参考に検討

（2）医療機関支援の具体的メニュー

○ 各医療機関等がそれぞれの課題を踏まえて策定した「改善計画」を実現するためには、看護職員などのマンパワーの確保、労務管理や経営、医療雇用関連の制度などの専門的なアドバイスなど、各医療機関

等のニーズに応じた、さまざまな支援が必要となる。

① マンパワー確保の支援

当直、夜勤など労務負担を軽減するためには、実質的に医療機関等のスタッフを増強させる支援策が不可欠となる。そのため、具体的に次の方策を講ずる。

i) 医療スタッフ相互・補助職等の連携の推進

【課題】

- 医師、看護職員、薬剤師などの業務負担の軽減を図るためには、多様な医療スタッフが相互に連携し、業務分担を図る「チーム医療」の推進や補助職（いわゆる医療クラークや看護補助者）の活用が重要である。このため、これまでも診療報酬において、こうした取組に対する評価の充実が図られており、労務管理、診療報酬制度の施設基準などを勘案したコスト・収入面の判断などの複雑な経営判断が求められることから、事務的な体制が弱い病院などについては、医療機関等の実態にマッチした活用への支援が必要な場合もある。

【対応の方向】

- 医療機関等の状況を踏まえ、医療機関等のニーズと経営方針にマッチした勤務環境改善の方策の支援を行うため、経営面、労務管理面の双方からワンストップでアドバイスする相談支援体制を構築する。具体的には、各都道府県労働局に配置している医療機関向けのアドバイザー（「医療労働専門相談員」など）などの地域の関係機関が、医療機関等の規模や機能などの実態を踏まえ、多様な医療スタッフの人員配置や業務分担の見直しなどの労務管理の改善策や必

要となるコストについて、医療機関等の担当者からの相談を受けるワンストップ相談窓口となる。その際、医療従事者以外の補助職等を活用した業務分担や連携を行うことで医師や看護職員などの負担軽減を図ることを推進するよう助言し、必要に応じて、経営改善に向けた方策や、専門知識を有する医業経営コンサルタントと連携し、支援を行う。

- このため、質の高い医業経営コンサルタントとの連携を図る観点から、こうした専門家の全国団体である日本医業経営コンサルタント協会に協力を求めるとともに、各地域の医療関係団体と連携し、経営の専門家である医業経営コンサルタントによる医療機関支援を図る。
- 平成25年1月からスタートさせた勤務環境改善のためのマネジメントシステム構築を目指した調査研究の中で、すでに補助職を導入している医療機関等にヒアリング調査を行い、どのような環境整備を図る必要があるのか、また、具体的なノウハウの分析・検討を実施し、上記のアドバイザー支援の材料となる事例・情報の整理を行う。

ii) 公的職業紹介機関における看護職員のマッチング機能の強化

【課題】

- 医療経営者からは、看護職員の確保に苦労しており、公的な職業紹介機能の強化を求める声が強い。また、看護職員資格を有する求職者からも、自らの求職希望にきめ細かく応えとともに、安心して利用できる公的な就職支援機能の強化が期待されている。

- こうした中、公的職業紹介機関である各都道府県の看護協会が実施するナースセンターやハローワークでは、各々一定の就職実績を挙げているものの、必ずしも地域において両者が密接に連携した上で看護職員の確保が行われている現状にはなく、医療機関等の声や看護職員の期待には十分に答えきれていない状況であり、公的職業紹介機関における看護職員のマッチング機能の連携強化を図る必要がある。

※ 看護職員の年間就職実績（平成23年度）

ナースセンター 約1.2万人

ハローワーク 約5.1万人

- 特に、ナースセンターの運営方法について、
 - ・ 現在の登録システムが煩雑である
 - ・ ナースセンターの就業相談員が求職者である看護職員の就労に向けた相談ニーズに必ずしも十分に答えきれていないなどの課題が指摘されており、紹介実績についても、減少傾向にある。
- また、近年では、職業紹介事業者を利用して看護職員を確保する医療機関等も増加傾向にある。職業紹介事業者の多くは、医療機関等のニーズや求職中の看護職員の声をきめ細かく把握し、適切なマッチングを行っているものの、中には、職業紹介事業者として適切に事業を行っていないのではないかと疑われる事業者もあり、そのような場合、医療機関側も誰に相談してよいか分からないといった声がある。

【参考】

- 「病院の人材確保・養成に関するアンケート調査」（日本病院会 平成 23 年）をみても、専門医師を中心とする医師の不足を訴える病院が 76.8%、看護師の不足を訴える病院が 73.6%に上がっており、全体の 51.3%の病院が「医師等人材斡旋業者を今まで利用したことがある」としている。また、約 5 割の病院で、斡旋されたスタッフの「技術・技能」や「勤務環境」について「不満である」又は「当たり外れが激しい」とされている。

【対応の方向】

ア) ナースセンターの機能強化

- ナースセンターのマッチング機能強化を図るためには、研修機能、相談機能、医療機関等の主体的な勤務環境改善の支援など看護協会が持つ機能の相互連携、病院を始めとした外部の関連機関等と連携した支援、幅広く看護職員を登録する仕組みづくりなど、ナースセンターの総合力の強化を図っていく必要がある。
- また、ナースセンターのシステムやその提供サービスについては、求人側の医療機関等、求職者である看護職員の双方のニーズ調査を行い、十分にその結果を分析・検証した上で、システムや提供サービスの改善に向けた検討を開始する。

イ) ナースセンターとハローワークの連携

- ナースセンターは、看護職員自身によるきめ細かで専門的な就労支援などの強みを有するものの、ハローワークと比較すると、認知度や情報量は劣っている。一方、ハローワークについては、認知度と全国ネットワーク・情報量等を活かし、看護職員に対する職業紹介を行うとともに、全国の主要なハローワークに設置す

る「福祉人材コーナー」において、医療分野を含めたマッチング支援に取り組んでいるものの、求人・求職側双方の個々の相談ニーズに十分に対応できる体制とまでは至っていないという課題がある。

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

〔連携モデルの具体的内容〕

- ・ 求職及び求人の登録様式の一元化
 - ・ 求職者情報及び求人情報の可能な範囲での共有
 - ・ ナースセンター就業相談員によるハローワークの相談窓口を活用した定期的な巡回相談の実施
 - ・ 人材確保に係る緊急性が高い医療機関等を対象とした面接会など個別あっせんの強化
- なお、職業紹介事業者を利用する医療機関等が、不適切な職業紹介事業者について「誰に相談してよいか分からない」という点については、都道府県労働局を相談窓口として積極的に活用できる旨を改めて周知する。

iii) 短時間正社員制度の活用促進

- 個人のニーズが多様化する中、医師、看護職員、薬剤師など医療スタッフにとっても、働き方を選択できる時代となっている。こうした中、短時間正社員制度の導入により、育児期などフルタイムによる勤

務が難しい時期であっても、正規職員としての処遇で働けることなどにより、マンパワー増強を図る。

なお、女性医師の離職防止や復職支援のための施策の一つとして、短時間正社員制度を活用することも考えられる。

【課題】

- 短時間正社員制度を新たに導入する際、次のような点が、医療機関等、特に中小の医療機関等での導入の支障となっている。
 - ・ 人件費上昇などの経済的負担や、就業規則や医療機関固有の職員管理ルールなど現行システム見直しなどの運用面の事務負担がかかる。
 - ・ 通常勤務と異なり、シフトの組み方の工夫、賃金制度の見直しなどの勤務環境整備を図ることが必要となる。

【対応の方向】

ア) 各医療機関等へのアドバイザー支援・情報提供

- 各都道府県労働局に配置している医療機関向けのアドバイザー（「医療労働専門相談員」など）が、短時間正社員制度導入マニュアルなどを活用し、個々の医療機関等のニーズを踏まえた具体的なアドバイス（短時間正社員制度導入の就業規則のひながた提示、賃金や評価方法を決める際の留意点など）を実施する。
- 今後、各都道府県労働局に配置しているアドバイザーのほか、地域の医療関係団体にも労務管理などのアドバイザー配置を進めることにより、多様な主体からの専門的支援が受けられる体制整備を図る。

- このほか、インターネットを活用した「短時間正社員制度導入支援ナビ」を活用し、医療機関等についても、わかりやすい導入支援の情報提供を行う。

イ) 短時間正社員導入の前提となる環境整備の支援

- 平成25年1月からスタートさせた勤務環境改善のためのマネジメントシステム構築を目指した調査研究の中で、すでに短時間正社員制度を導入している医療機関等にヒアリング調査を行い、医療現場固有の課題を把握した上でどのような環境整備を図る必要があるのか、また、医療現場に特化した具体的なノウハウの分析・検討を実施し、ア) のアドバイザー支援の材料となる事例・情報の整理を行う。

ウ) 短時間正社員導入インセンティブ方策の活用

- 短時間正社員制度の導入に当たり、医療機関等のニーズに応じて、次のような施策を活用する。
 - ・ 短時間正社員制度を導入し、実際に適用した事業主に対し助成金を支給
 - ・ 短時間正規雇用など多様な勤務形態の導入の検討や準備に必要な経費にかかる財政支援
 - ・ 短時間正規雇用などの多様な勤務形態についての啓発や導入に関する研修などに必要な経費にかかる財政支援

iv) 薬剤師会の求人・求職機能の強化

- 薬剤師会が行っている求人・求職事業についても、その知名度向上に向け周知をするなどして活用促進を図る。

- また、短時間就業に関する求人・求職情報を関係団体のホームページに掲載するとともに、離職後一定期間が経過した者を対象とした再研修事業を推進することにより、就業経験を持つ即戦力人材の再就業を促進する。

② ワンストップの外部専門家チーム支援〔ワンストップ化・チーム支援〕

【課題】

- 医療・雇用などに関する各種相談員・コンサルタントなどは、例えば、労務管理、看護職員確保、労働安全衛生など、それぞれの設置目的に沿って縦割りで活動している。
- 同じく、保育環境の整備を含め、各種の職場環境整備への公的支援（補助）制度が存在するものの、制度が縦割りであり、その申請窓口も都道府県労働局・都道府県などまちまちであって、必ずしも、各医療機関等のニーズに応じた十分な活用が図られていない。

【対応の方向】

- 医療機関等の勤務環境改善に関わる各種の相談支援制度や公的な支援（補助）制度につき、各医療機関等のニーズを踏まえた活用を図るため、都道府県労働局に配置しているアドバイザー（「医療労働専門相談員」など）をはじめとする関係機関、関係団体の連携を強化し、将来的に、地域の医療機関等に対するワンストップの相談体制構築に向けて取り組む。
- 具体的には、医療機関等のニーズに応じ、
 - ・ 次に掲げる相談支援・アドバイザー機能が連携・協働した支援

- ・ 各医療機関等のニーズにあった各種支援（補助）制度のアドバイス

などを行えるよう、各都道府県ごとに連携を図ることを目指し、平成25年度に連携マニュアルの策定など、その準備に着手する。

- また、医療機関等に対する支援機能強化を図るため、地域の医療関係団体への労務管理の専門家の配置の支援についても検討する。

〔連携が想定される相談支援・アドバイザー機能の例〕

- ・ 医療労働専門相談員（都道府県労働局）
- ・ ナースセンター就業相談員（都道府県看護協会ナースセンター）
- ・ 雇用均等指導員等（都道府県労働局）
- ・ ハローワークのアドバイザー（ハローワーク）
- ・ メンタルヘルス対策支援センター相談員（同センター）
- ・ 女性医師支援相談窓口の相談員（都道府県など）
- ・ 次世代育成支援対策推進法に基づく次世代育成支援対策推進センター（商工会議所など）

等

〔職場環境整備のための支援制度の例〕

- ・ 院内保育所の設置費、運営費に係る財政支援
- ・ 医療機関等での看護補助者の活用に関する研修に必要な経費に係る財政支援
- ・ 医療機関等の勤務環境の改善のための相談窓口の設置やアドバイザー派遣に必要な経費に係る財政支援
- ・ 一定の勤務間隔の確保など労働時間等の改善・向上を目指す団

- 体が行うセミナー開催や巡回指導などの取組に対する助成金
- ・ 救急医や産科医等の処遇改善を図る医療機関等に対する財政支援
 - ・ 次世代育成支援対策推進法に基づく一般事業主行動計画の策定・届出・公表制度
 - ・ 上記計画に定めた目標を達成するなどの一定の要件を満たした企業は、「子育てサポート企業」として認定され、次世代認定マーク（くるみん）の利用が可能となる制度及び認定企業への税制措置制度
 - ・ 従業員の職業生活と家庭生活との両立支援に取り組む事業主などを支援する「両立支援助成金」制度

等

③ 活用できるデータベース構築

【課題】

- 医療機関等が勤務環境の改善に取り組む際には、他の医療機関等の取組事例を参考にすることが有効だが、
 - ・ ワークライフバランスや安全衛生など分野ごとの事例集は多く存在する一方で、医療機関等に特化した事例集はほとんどなく、体系化されていない
 - ・ 取組後の成果・効果を紹介した事例集は多くあるが、そこに至るまでのプロセスが紹介されていない
- といった課題があり、医療機関等の取組に真に有効な事例情報が整理、活用されていない状況にある。

【対応の方向】

- 医療機関等の勤務環境の改善に関する好事例を幅広く収集・整理したうえで、個々の医療機関等の課題に応じて、活用できるデータベースを構築する。
- 具体的には、中小の医療機関等での活用などにも配慮し、医療機関等の規模別、かつ、課題別（短時間正社員制度の導入や院内保育所の設置など）に、具体的な取組のプロセスをわかりやすく紹介した、「多くの医療機関等で活用できる」事例を検索できるサイトを立ち上げることとし、平成25年1月からスタートした研究事業なども活用して準備を進める。
- 将来的には、「情報の正確性や質」を確保するという前提で、各医療機関等が、勤務環境改善に関する取組を直接サイトに掲載することなどを通じて、医療機関同士の情報共有を可能とすることや、個々の医療機関等が勤務環境改善に取り組む際に参考とした事例を評価することなどを検討し、より実効性の高い参考事例を検索できるサイトとして発展させることも考えられる。こうしたサイトが整備されれば、医療機関等への就職を希望する求職者の円滑な入職にも有効であると考えられる。
- なお、データベースの構築に当たっては、勤務環境改善に資する既存の各種サイト・事例集との連携のあり方についても検討する。

〔各種サイト・事例集の例〕

- ・ 「医療従事者の勤務環境改善等に向けた取組事例」
- ・ 働く女性の母性健康管理に関する情報提供・メール相談を内容とする母性健康管理支援サイト

- ・ 両立支援に関する情報を一元化した両立支援総合サイト「両立支援のひろば」
- ・ 中小企業における両立支援推進のためのアイデア集
- ・ 「短時間正社員制度導入支援ナビ」

等

(3) 「医療分野の雇用の質」の専門的人材育成

- 医療分野の「雇用の質」向上の取組を推進するためには、労働時間管理者等として医療機関等で中心的な役割を果たす人材や医療労働専門相談員の育成・資質向上と、その取組をワンストップで支援する体制の構築が必要不可欠である。

① 労働時間管理者等の育成

【課題】

- 医療機関等の「雇用の質」向上に取り組むためには、これまでのように看護部長や看護師長等に対するアプローチだけでは不十分であり、経営者の立場にある院長、理事長、事務局長等や、将来、管理職になり得る立場にある者に対して、労務管理の重要性を理解してもらい、医療機関全体で「雇用の質」向上に継続的に取り組むための素地を作る必要がある。

【対応の方向】

- 看護師長等を対象に都道府県レベルで開催されている研修会について、院長、理事長などのトップ、事務局長等の事務部門スタッフや、管理職候補の者に対する研修会への参加を広く呼びかけ、雇用管理の重要性を啓発するとともに、経営支援の観点からの補助事業のメニューを活用するなどして、日本医業経営コンサルタント協

会等と連携した研修を開催するなど充実強化を図る。

② 医療労働専門相談員等の育成

【課題】

- 医療機関等に対する助言や支援を行うために必要となる知識（医療制度や診療報酬制度と労働法規や労務管理のノウハウなど）の習得方法が確立されておらず、かつ、既に配置している医療労働専門相談員等の活動が医療機関等に十分認識されていないことから、支援の機会が少なくノウハウが蓄積されない状況にある。

【対応の方向】

- 医療労働専門相談員等に対し、特に「医療に関する知識」についての重点的な研修を実施し、「医療についての知識を有する労務管理の専門家」の育成を図る。併せて、将来的に、医療機関支援のワンストップの相談支援体制の構築に向け、その準備のため、医療労働専門相談員等をはじめとする関係団体、関係機関の連携を強化するとともに、平成25年度に、医療機関支援に資する各種公的制度や助成制度などの概要や窓口など必要な知識を習得するための連携マニュアルを作成する。
- また、医療関係団体等の協力も得ながら、医療労働専門相談員等が地域の医療機関等のパートナーとして幅広く活用されるようその周知を行う。

（４）地域レベルのネットワーク推進

【課題】

- 各都道府県労働局が事務局となって開催する地域レベルのネッ

トワークの場である「企画委員会」については、研修会の企画などの議論は行われているものの、地域の医療機関等のニーズに応じた支援の構想実現に向けて、活発な議論が十分展開されているとは、必ずしもいえない面もある。

【対応の方向】

- 企画委員会については、医療関係者はもとより、幅広い地域の関係者の参画の下、地域の個々の医療機関等だけでは解決できない地域の共通課題を持ち込むプラットフォームとして機能させる必要がある。そのため、医療労働専門相談員などが、地域の各医療機関等の課題を、地域の医療関係団体などと連携して協議課題を設定するなどの機能を果たせるようその役割を強化する。
- こうした地域レベルのネットワーク強化に向け、中央レベルにおいても、医療関係団体との協力関係の連携強化を図るとともに、厚生労働省ホームページに開設した医療従事者の雇用の質の向上に関するサイトを活用するなどして、全国の各企画委員会に関する好事例などを含め、その取組状況について広く情報提供をする。
- また、企画委員会については、例えば、部会のような形で実務者レベルでの協議の場づくりを行うなど、地域の実情に応じた柔軟な運用を図るよう工夫する。

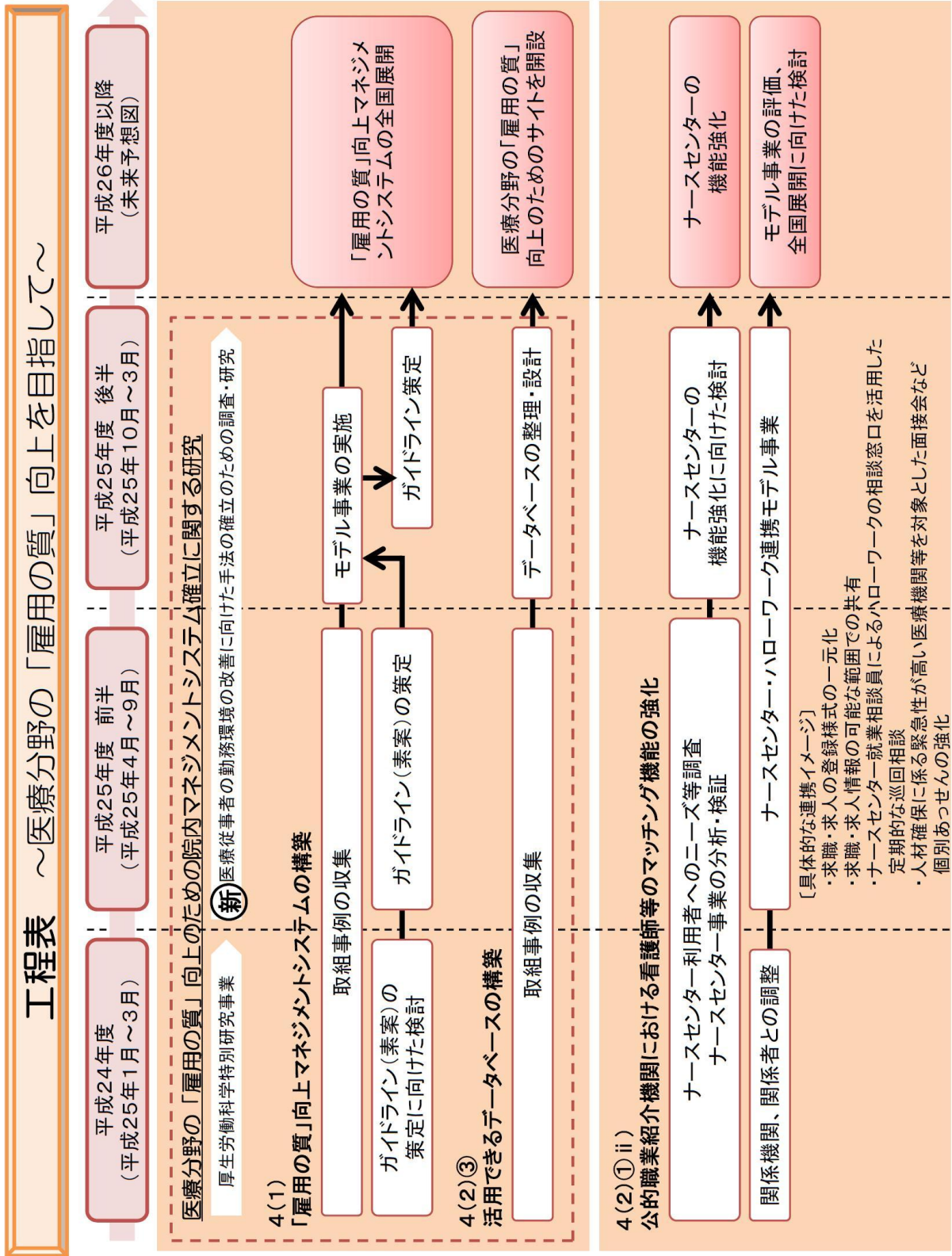
5 さまざまな「連携」した取組の推進に向けて

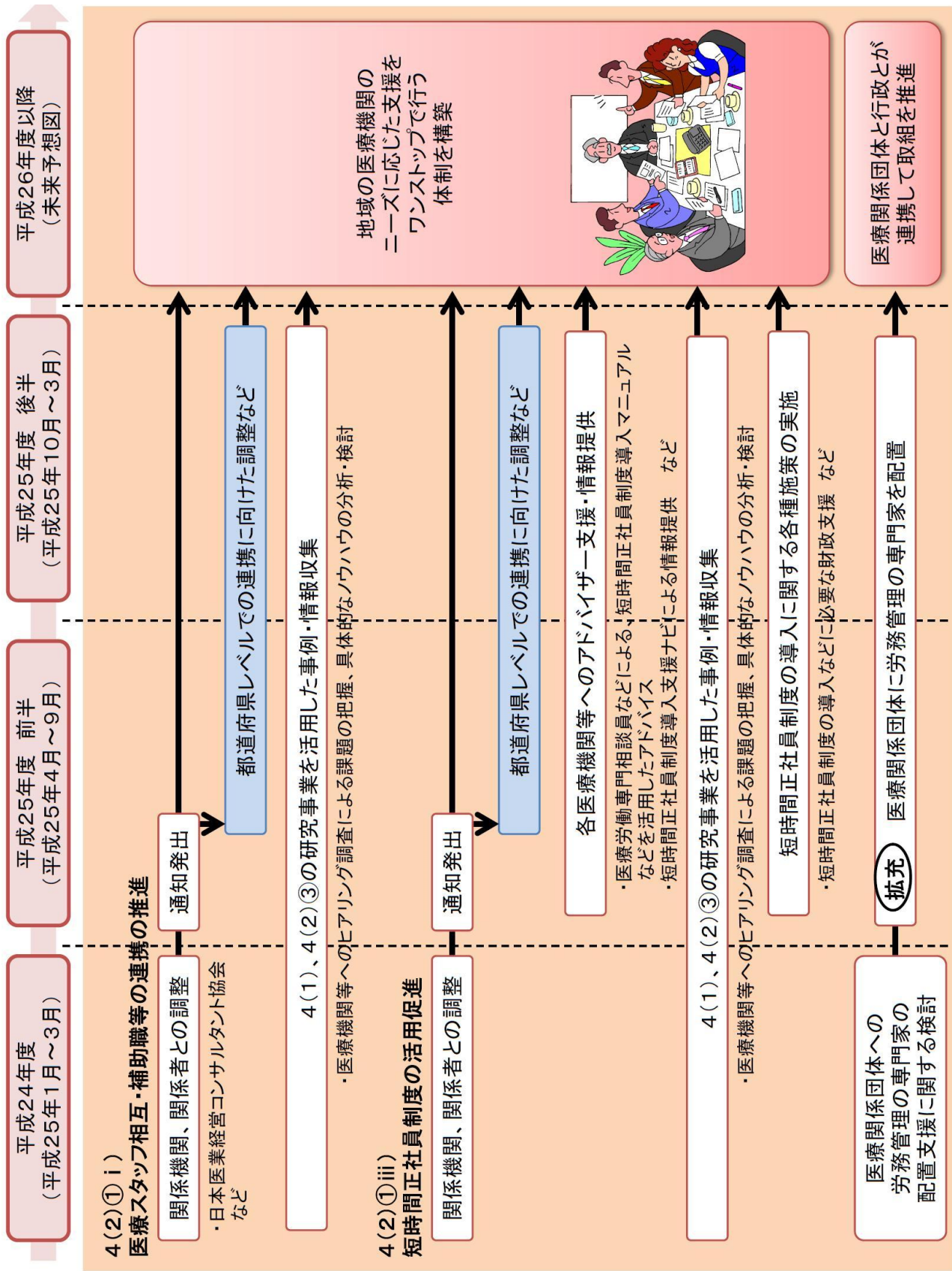
- 医療機関等の勤務環境の改善を、真に実効性のある形で進めるため

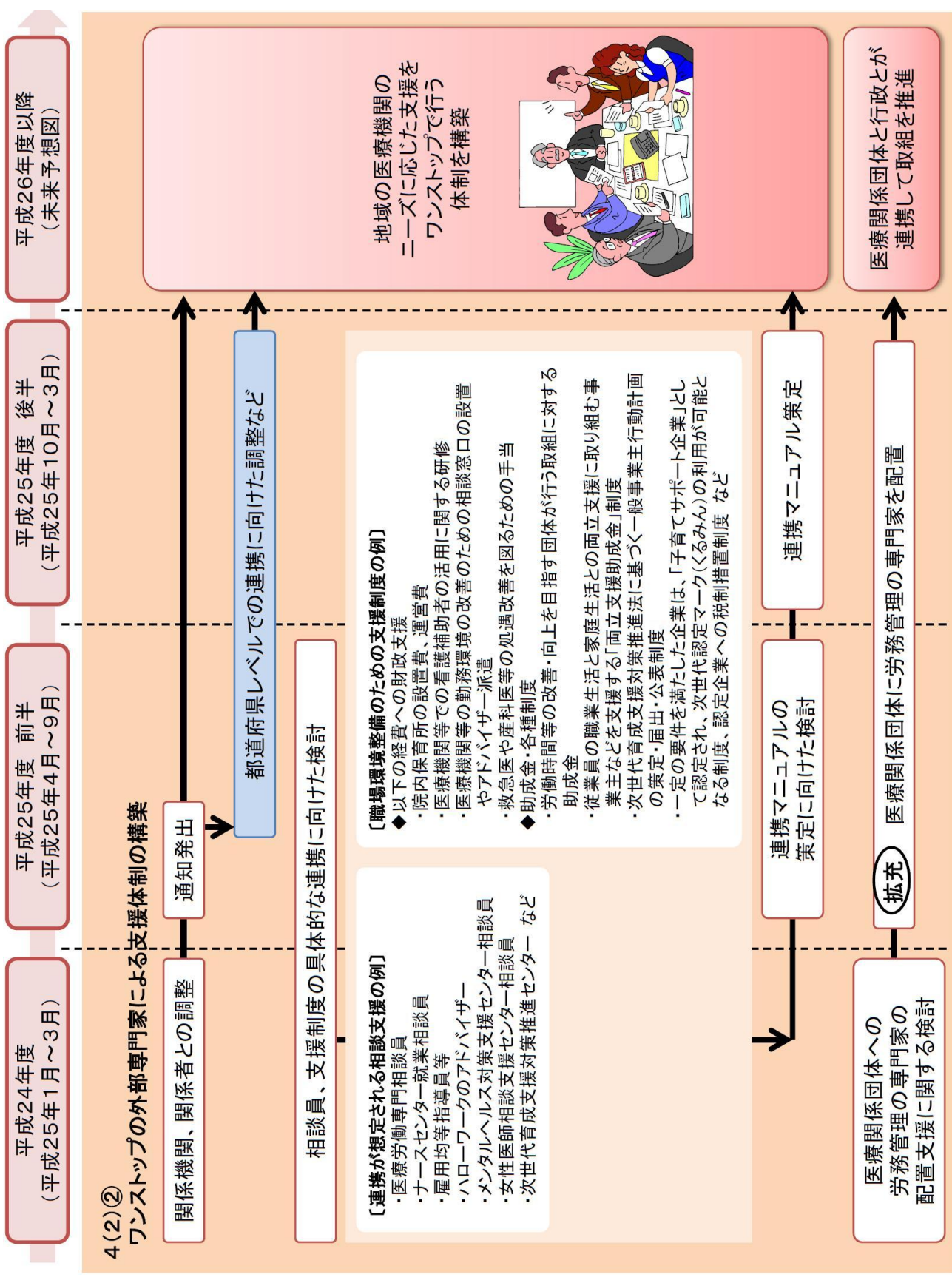
には、行政、教育、医療機関等の管理者、現場のスタッフはもとより、その支援を行う外部のさまざまな専門家など多様な関係者が共通の目標を持ちながら「連携」することが重要である。

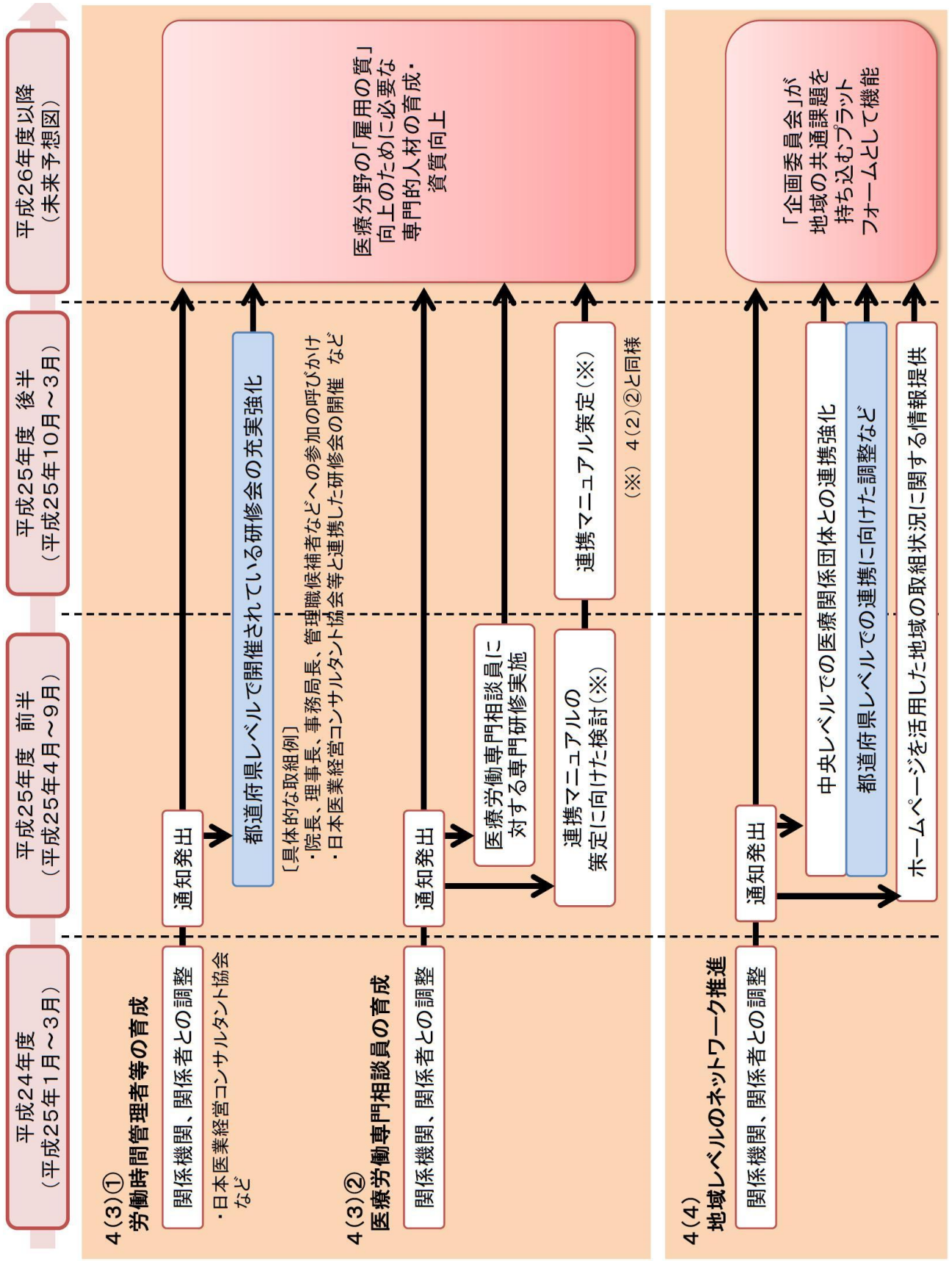
- また、こうした様々な関係者が「医療スタッフの安全と健康は、患者の安全と健康を守る」という認識を広く共有し、人材の育成を含めた各々の取組に当たっていく必要がある。
- そのため、今後、この報告を具体化していくに当たっては、幅広く関係者と意見交換をし、目標を共有し、そのアイデアを取り込みながら、着実に取り組むこととする。

6 工程表









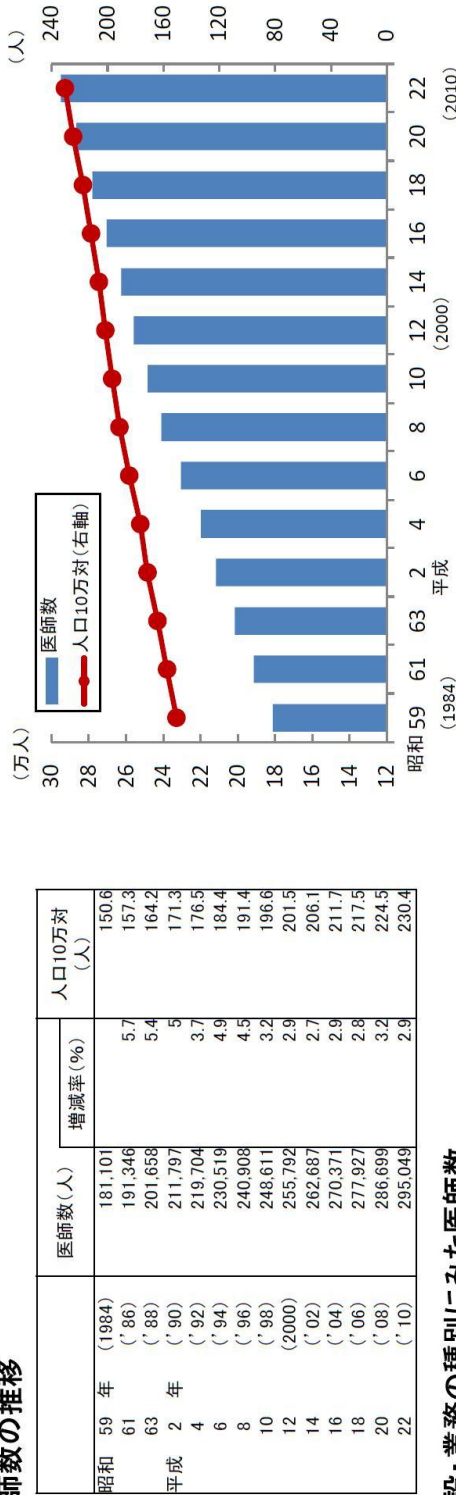
7 参考資料

【プロジェクトチームメンバー】

統括	おおたに 大谷	やすお 泰夫	厚生労働審議官
主査	はら 原	のりひさ 徳壽	医政局長
//	なかの 中野	まさゆき 雅之	労働基準局長
副主査	おかざき 岡崎	じゅんいち 淳一	職業安定局長
//	いしい 石井	あつこ 淳子	雇用均等・児童家庭局長
//	きくら 木倉	よしゆき 敬之	保険局長
	よしおか 吉岡	てつを	医政局 総務課長
	かじお 梶尾	まさひろ 雅宏	医政局 指導課長
	たはら 田原	かつし 克志	医政局 医事課長
	いわさわ 岩澤	かずこ 和子	医政局 看護課長
	むらやま 村山	まこと 誠	労働基準局 労働条件政策課長
	いとう 伊藤	まさし 正史	職業安定局 首席職業指導官
	なかい 中井	まさゆき 雅之	雇用均等・児童家庭局 職業家庭両立課長
	たなか 田中	さちこ 佐智子	雇用均等・児童家庭局 短時間・在宅労働課長
	うつのみや 宇都宮	おさむ 啓	保険局 医療課長

医師数について

1 医師数の推移



2 施設・業務の種別に応じた医師数

	平成22年 (2010)		平成20年 (2008)		対前回		人口10万人(人)	
	医師数(人)	構成割合 (%)	医師数(人)	構成割合 (%)	増減数 (人)	増減率 (%)	平成22年 (2010)	平成20年 (2008)
総数	295,049	100.0	286,699	100.0	8,350	2.9	230.4	224.5
医療施設の従事者	280,431	95.0	271,897	95.0	8,534	3.1	219.0	212.9
病院の従事者	180,966	61.3	174,266	61.3	6,700	3.8	141.3	136.5
病院(医療機関附属の病院を除く)の開設者又は法人の代表者	5,430	1.8	5,398	1.8	32	0.6	4.2	4.2
病院(医療機関附属の病院を除く)の勤務者	126,979	43.0	122,305	43.0	4,674	3.8	99.2	95.8
医療機関附属の病院の勤務者	48,557	16.5	46,563	16.5	1,994	4.3	37.9	36.5
臨床系の教官または教員	25,862	8.8	24,252	8.8	1,610	6.6	20.2	19.0
臨床系の勤務医又は大学院生	22,695	7.7	22,311	7.7	384	1.7	17.7	17.5
診療所の従事者	99,465	33.7	97,631	33.7	1,834	1.9	77.7	76.5
診療所の開設者又は法人の代表者	72,566	24.6	71,913	24.6	653	0.9	56.7	56.3
診療所の勤務者	26,899	9.1	25,718	9.1	1,181	4.6	21.0	20.1
介護老人保健施設の従事者	3,117	1.1	3,095	1.1	22	0.7	2.4	2.4
介護老人保健施設の開設者又は法人の代表者	333	0.1	330	0.1	3	0.9	0.3	0.3
介護老人保健施設の勤務者	2,784	0.9	2,765	0.9	19	0.7	2.2	2.2
医療施設・介護老人保健施設以外の従事者	8,790	3.0	8,923	3.0	-133	-1.5	6.9	7.0
医療機関の臨床系以外の勤務者又は大学院生	3,679	1.2	3,695	1.2	-16	-0.4	2.9	2.9
医療機関以外の教育機関又は研究機関の勤務者	1,586	0.5	1,528	0.5	58	3.8	1.2	1.2
行政機関・産業医・保健衛生業務の従事者	3,525	1.2	3,700	1.2	-175	-4.7	2.8	2.9
行政機関の従事者	1,669	0.6	1,743	0.6	-74	-4.2	1.3	1.4
産業医	941	0.3	889	0.3	52	5.8	0.7	0.7
保健衛生業務の従事者	915	0.3	1,068	0.3	-153	-14.3	0.7	0.8
その他の者	2,707	0.9	2,771	0.9	-64	-2.3	2.1	2.2
その他の業務の従事者	621	0.2	628	0.2	-7	-1.1	0.5	0.5
無職の者	2,086	0.7	2,143	0.7	-57	-2.7	1.6	1.7

資料出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」(平成22年)

注：1)「総数」には、「施設・業務の種別」の不詳を含む。
 2)「保健衛生業務の従事者」とは、「行政機関の従事者」「産業医」以外の保健衛生業務の従事者(社会保険診療報酬支払基金、血液センター、生命保険会社(嘱託医)等の保健衛生業務に従事している者)である。

医療施設における開設者別の医師数について

1 病院の医師数(常勤換算)

総数	国		公的医療機関					社会保 険関係 団体	公益 法人	医療 法人	その他の 法人	会社	個人	
	総数	厚生労 働省	その他	総数	都道府 県	市町村	地方独 立行政 法人							その他
								5,898.5 (3.3%)	8,736.9 (4.9%)	57,030.0 (31.9%)	26,218.6 (14.7%)	2,200.6 (1.2%)	2,165.2 (1.2%)	

2 一般診療所の医師数(常勤換算)

総数	国		公的医療機関						社会保 険関係 団体	公益 法人	医療 法人	その他 の法人	会社	個人
	総数	厚生労 働省	その他	総数	都道府 県	市区町 村	地方独 立行政 法人	その他						
医師								774.2 (0.6%)	2832 (2.4%)	54,011.1 (45.1%)	42,766.8 (3.6%)	1878.4 (1.6%)	51,686 (43.1%)	
常勤								429	1,449	43,023	1,837	1,008	46,732	
非常勤								345.2	1,383	10,988.1	24,399.8	870.4	49,544	

資料出所: 厚生労働省「医療施設調査」(平成23年)

注) 宮城県、石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県の全域を除いた数値である。

看護職員就業者数の推移(H18～H23年)

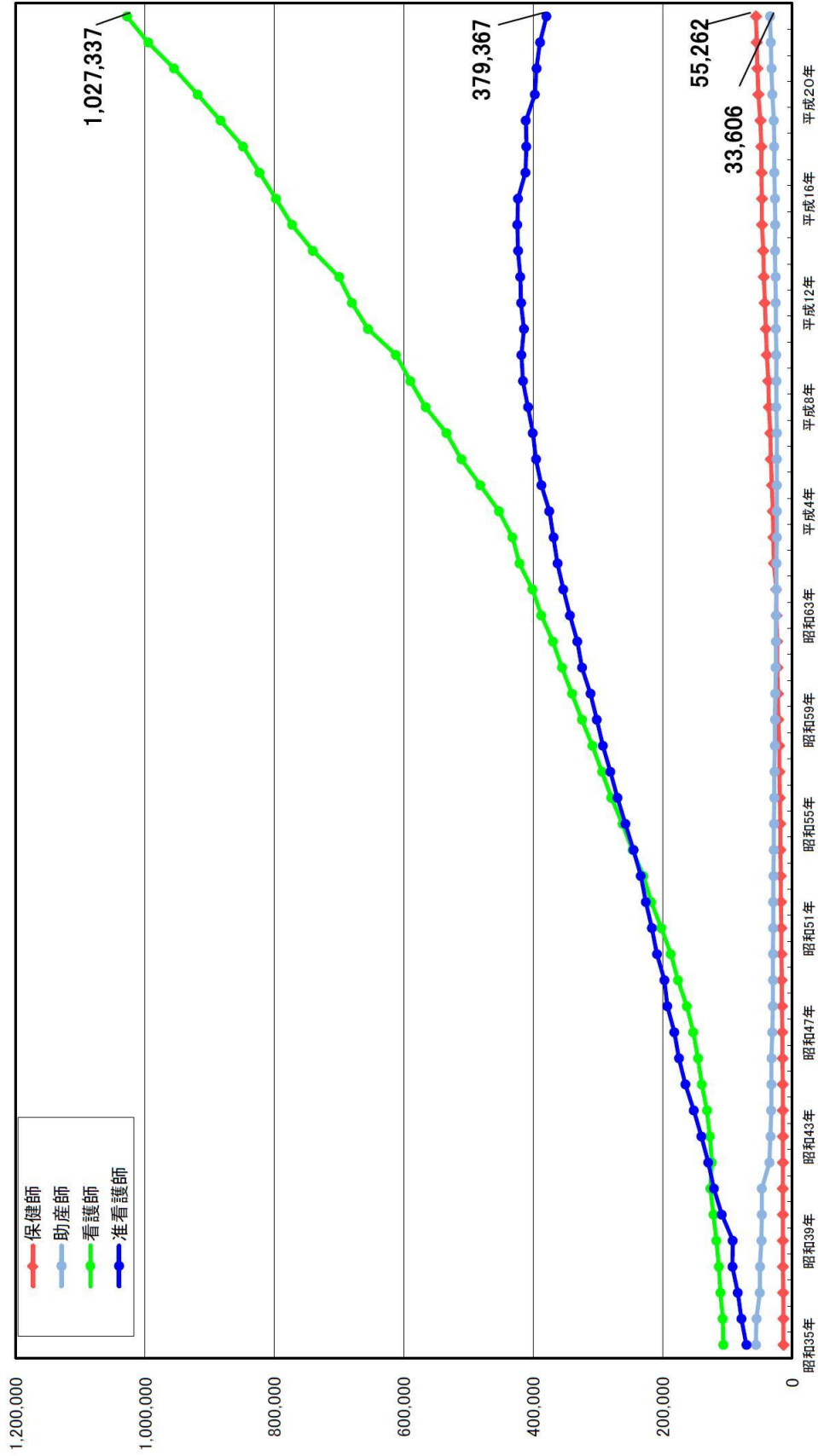
看護職員就業者数(年次別、就業場所別)

(単位：人)

年次	総数	保健所	市町村	病院	診療所	助産所	介護老人保健施設	訪問看護ステーション	社会福祉施設	介護老人福祉施設	居宅サービス等	事業所	看護師等学校養成所・研究機関	その他
18年	1,333,045	8,534	32,702	831,921	290,929	1,646	35,963	27,307	15,641	25,505	33,923	7,613	13,637	7,724
19年	1,370,264	8,381	33,311	851,912	297,040	1,636	37,995	28,494	16,354	27,348	37,695	8,294	13,859	7,945
20年	1,397,333	8,108	33,480	869,648	299,468	1,742	38,741	27,662	18,541	28,806	35,826	10,857	14,792	9,662
21年	1,433,772	7,932	34,393	892,003	304,247	1,720	39,796	28,082	19,502	30,179	38,866	11,411	15,228	10,413
22年	1,470,421	8,502	34,723	911,400	309,296	1,926	41,367	30,301	20,590	32,231	42,946	11,251	15,943	9,945
23年	1,495,572	8,393	35,171	927,289	309,954	2,004	42,736	30,903	21,958	33,920	44,395	11,750	16,294	10,805

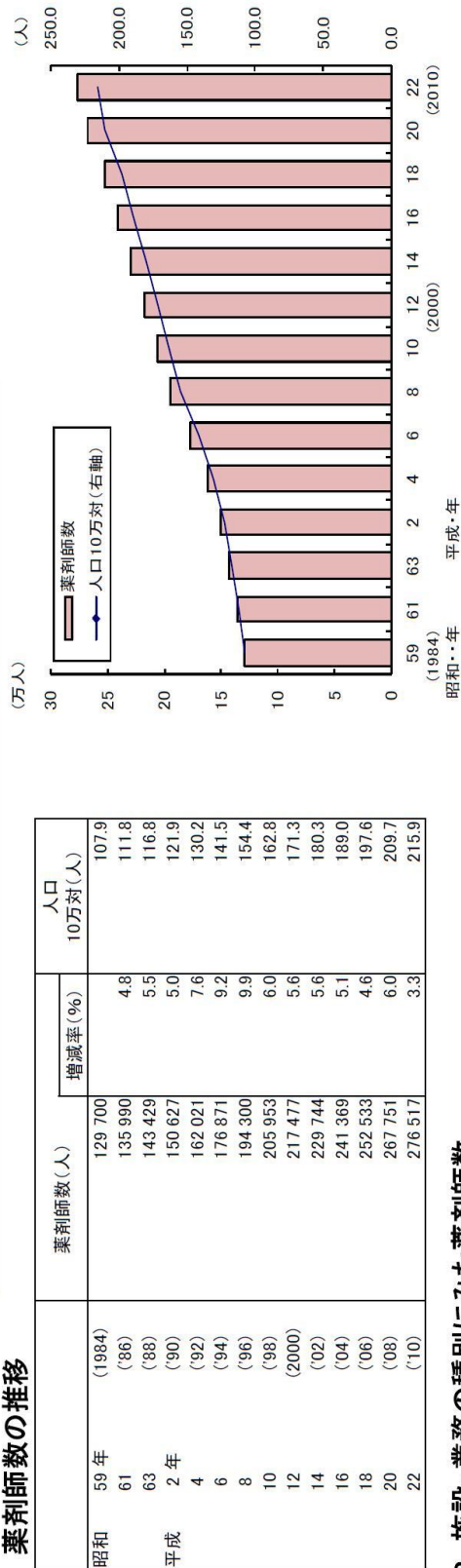
看護職員就業者数の推移

看護職員全体 1,495,572人(平成23年)



薬剤師数について

1 薬剤師数の推移



2 施設・業務の種別に応じた薬剤師数

施設・業務の種別	平成22年(2010)		平成20年(2008)		対前回		人口10万対(人)	
	薬剤師数(人)	構成割合(%)	薬剤師数(人)	増減数(人)	増減率(%)	平成22年(2010)	平成20年(2008)	
総数 1)	276,517	100.0	267,751	8,766	3.3	215.9	209.7	
男	108,068	39.1	104,578	3,490	3.3	84.4	81.9	
女	168,449	60.9	163,173	5,276	3.2	131.5	127.8	
薬局の従事者	145,603	52.7	135,716	9,887	7.3	113.7	106.3	
薬局の開設者又は法人の代表者	18,884	6.8	19,288	△ 404	△ 2.1	14.7	15.1	
薬局の勤務者	126,719	45.8	116,428	10,291	8.8	99.0	91.2	
病院・診療所の従事者	52,013	18.8	50,336	1,677	3.3	40.6	39.4	
病院・診療所で調剤業務に従事する者	49,211	17.8	47,754	1,457	3.1	38.4	37.4	
病院・診療所で検査業務に従事する者	159	0.1	168	△ 9	△ 5.4	0.1	0.1	
病院・診療所でその他の業務に従事する者	2,643	1.0	2,414	229	9.5	2.1	1.9	
大学の従事者	7,538	2.7	9,276	△ 1,738	△ 18.7	5.9	7.3	
大学の勤務者(研究・教育)	4,580	1.7	4,409	171	3.9	3.6	3.5	
大学院生又は研究生	2,958	1.1	4,867	△ 1,909	△ 39.2	2.3	3.8	
医薬品関係企業の従事者	47,256	17.1	47,643	△ 387	△ 0.8	36.9	37.3	
医薬品製造販売業・製造業(研究・開発、営業、その他)に従事する者 2)	31,916	11.5	30,900	1,016	3.3	24.9	24.2	
医薬品販売業(薬種商を含む)に従事するもの 3)	15,340	5.5	16,743	△ 1,403	△ 8.4	12.0	13.1	
衛生行政機関又は保健衛生施設の従事者	6,303	2.3	6,280	23	0.4	4.9	4.9	
その他の者	17,780	6.4	18,476	△ 696	△ 3.8	13.9	14.5	
その他の業務の従事者	6,066	2.2	6,162	△ 96	△ 1.6	4.7	4.8	
無職の者	11,714	4.2	12,314	△ 600	△ 4.9	9.1	9.6	

資料出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」(平成23年)

注：1) 「総数」には、「施設・業務の種別」の不詳を含む。
 2) 製薬会社(その研究所を含む)、血液センター等
 医薬品の製造販売業又は製造業に従事する者。
 3) 医薬品の店舗販売業、配剤販売業、卸売販売業、薬種商等に従事する者。

特定行為に係る看護師の研修制度について

平成25年3月29日
チーム医療推進会議

本推進会議においては、「チーム医療の推進に関する検討会」の報告書（平成22年3月）を受け、平成22年5月から、チーム医療の一環として、看護師が医師又は歯科医師の包括的な指示の下、診療の補助を行う場合の仕組みのあり方について19回にわたり議論を重ねてきた。また、その仕組みの前提となる、診療の補助における特定行為の内容、研修のあり方等については、チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループにおいて31回にわたり議論を重ねてきた。

この間、平成23年12月には、

- ・ 看護師が現在行っている高度な知識・判断が必要とされる行為の中には、診療の補助に含まれるか否かが明確でないものが存在すること
 - ・ これらの行為を実施するに当たっては、医療安全の観点から、教育を付加することが必要であること
- について、本推進会議として意見が一致したところである。

その後、本制度案の具体的内容について検討する過程において、「チーム医療の推進に関する検討会」の報告書の内容やこれまでの本推進会議における意見を踏まえ、本制度を創設するに当たっての基本的考え方についても整理しつつ議論を重ねた。

その過程においては、個々の行為について絶対的医行為か診療の補助の範囲かについて各委員の間でも意見の相違があることが明らかとなった。本推進会議の委員の大勢は、そのような意見の相違を踏まえ、本制度の確立が、チーム医療の推進を図り、医療安全の確保にも資するという考え方の下、別添の「特定行為に係る看護師の研修制度（案）」について、概ね妥当との意見であった。

日本医師会代表の委員からは、チーム医療の推進、医療安全の確保の観点から、多くの問題点があるとして、現行の案には反対との意見があった。

また、日本看護系大学協議会代表の委員からは、特定行為の内容、研修制度のあり方について十分に審議の上、制度化を判断すべきとの意見があった。

厚生労働省においては、本報告書を踏まえ、特定行為に係る看護師の研修制度の実現に向けて、課題の更なる検討、調整を進められたい。

また、本制度の施行までの間における具体的内容の検討に当たっては、研修を修了した看護師に対する医療現場のニーズも踏まえながら、特定行為の内容及びその領域、それに応じた研修の枠組み、実施方法等が審議会において十分に審議されるべきである。

特定行為に係る看護師の研修制度（案）

- 医師又は歯科医師の指示の下、診療の補助のうち、実践的な理解力、思考力及び判断力を要し、かつ高度な専門知識及び技能をもって行う必要のある行為（以下「特定行為」という。）について、保助看法において明確化する。
- なお、特定行為の具体的な内容については、省令等で定める。
- ※ 特定行為の規定方法は限定列举方式とする。また、その追加・改廃については、医師、歯科医師、看護師等の専門家が参画する常設の審議の場を設置し、そこで検討した上で決定する。
- 医師又は歯科医師の指示の下、看護師が特定行為を実施する場合に、以下のような研修を受けることを制度化する。
- ・ 医師又は歯科医師の指示の下、プロトコール（プロトコールの対象となる患者及び病態の範囲、特定行為を実施するに際しての確認事項及び行為の内容、医師への連絡体制など厚生労働省令で定める事項が定められているもの）に基づき、特定行為を行おうとする看護師は、厚生労働大臣が指定する研修機関において、厚生労働省令で定める基準に適合する研修（以下「指定研修」という。）の受講を義務づける。
 - ・ 指定研修の受講が義務づけられない、特定行為を行う看護師については、医療安全の観点から、保助看法上の資質の向上に係る努力義務として、特定行為の実施に係る研修を受けることを追加する。
- ※ 既存の看護師であっても、プロトコールに基づき特定行為を行おうとする場合は指定研修を受けなければならなくなることから、制度施行後、一定期間内に研修を受けなければならないこととするといった経過措置を設ける。
- ※ 特定行為が追加された場合であって、かつ、当該内容が研修の教育内容も変更する必要がある場合にあっては、当該内容に係る追加の研修義務が生じる。
- 厚生労働大臣は、研修機関の指定を行う場合には、審議会の意見を聴かなければならない。
- ※ 審議会は、医師、歯科医師、看護師等の専門家により組織する。
- 特定行為に応じた研修の枠組み（教育内容、単位等）については、指定研修機関の指定基準として省令等で定める。
- ※ 指定基準の内容は、審議会で検討した上で決定する。
- 厚生労働大臣は、指定研修を修了した看護師からの申請により、当該研修を修了した旨を看護師籍に登録するとともに、登録証を交付する。
- ※ 指定研修機関における研修を修了したことの看護師籍への登録は、あくまで研修を修了したことを確認するためのものであって、国家資格を新たに創設するものではない。

特定行為に係る看護師の研修制度の創設に当たって

診療の補助のうち特定行為に係る研修制度の創設に当たっては、以下の考え方を基本として、その制度化が行われるべきである。

1. 医師又は歯科医師の指示の下で、診療の補助のうち特定行為を行う看護師について研修制度を構築することは、チーム医療の推進を図り、医療安全の確保にも資するものであり、国民のニーズに適った医療提供体制を構築することにつながるものである。
2. 本制度は、医師又は歯科医師の指示を受けずに医行為又は歯科医行為を行う看護師の創設に結びつけるものではない。
3. 本制度の指定研修を修了した看護師が、他の看護師や他の医療関係職種に対して診療の補助に関する指示を行うことは不適切であり、指示を行うのはあくまで医師又は歯科医師である。
4. 本制度を導入した場合でも以下の点に変わりはない。
 - ・ 看護師が絶対的医行為又は絶対的歯科医行為を行うことは違法であり、看護師が医師又は歯科医師の指示なく診療の補助（応急の手当等を除く）を行うことは違法である。
 - ・ 看護師は、医師又は歯科医師の指示の下であれば、診療の補助の範囲内において医行為又は歯科医行為を行うことは可能である。
 - ・ 患者の病態や看護師の能力を勘案し、
 - ① 医師又は歯科医師が直接対応するか
 - ② どのような指示により看護師に診療の補助を行わせるかの判断は医師又は歯科医師が行う。
5. 看護師は、本制度の導入にかかわらず、療養上の世話及び診療の補助について、その専門性の向上や資質の向上に努めるものである。

特定行為に係る看護師の研修制度（案）に対する日本医師会の意見

1. 日進月歩の医療現場にあって、特定行為を法令で定めることは現実的ではなく、チーム医療を阻害するおそれがある。
2. 医師の指示の内容は、患者の病態、診療の補助の内容、看護師の業務経験等によって判断されるものであり、医療現場において医師の指示を「包括的指示」と「具体的指示」に明確に区別することは困難である。
3. 技術的あるいは判断の難易度が高い行為については、医師の具体的な指示を受けて行うことが医療安全上望ましいものであり、研修を受けて実施することは今まで通り当然のことである。
4. 看護業務検討ワーキンググループにおいて取りまとめられた「診療の補助における特定行為（案）」の中には、特定行為に限らず一般の診療の補助行為にもリスクの高い行為が含まれており、医療安全の観点から、これらも医師の具体的な指示を受けて行うべきである。
5. それぞれの現場が必要とする領域や行為によって様々な内容の研修が想定されるものであり、その修了を看護師籍に登録すべき必要性はなく、研修施設が修了証を発行することで足りる。
6. チーム医療の原点は、国家資格で認められた各職種の業務の質の向上に尽きる。医師のメディカルコントロールの下に、医療安全を確保することが重要である。

第 2 9 回 社 会 保 障 審 議 会 医 療 部 会	参 考 資 料 5
平 成 2 5 年 6 月 2 0 日	

専門医の在り方に関する検討会 報告書

平成 2 5 年 4 月 2 2 日

目 次

はじめに	1
1. 検討にあたっての視点	1
2. 求められる専門医像について	2
3. 専門医の質の一層の向上について	2
(1) 基本的な考え方	2
(2) 専門医の位置づけについて	2
(3) 専門医に関する情報の在り方について	3
(4) 専門医の認定機関について	3
(5) 専門医の領域について	4
(6) 専門医の養成・認定・更新について	5
(7) 学会認定専門医の移行措置について	6
4. 総合診療専門医について	7
(1) 総合的な診療能力を有する医師の必要性等について	7
(2) 総合診療専門医の位置づけについて	7
(3) 総合診療専門医の養成について	7
5. 専門医の養成と地域医療との関係について	8
(1) 医療提供体制における専門医について	8
(2) 専門医の養成数について	9
6. 医師養成に関する他制度との関係について	9
おわりに	10
構成員名簿	11
検討経緯	12

はじめに

- 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。
 - ※ 現在の専門医制度では、学会が専門医認定を受けるために必要な基準を作成し、医師免許取得後の一定の経験等を評価し、主に試験による能力確認を行って専門医を認定している。
- 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、専門医として有すべき能力について医師と国民との間に捉え方のギャップがあるなど、現在の専門医制度は国民にとって分かりやすい仕組みになっていないと考えられる。
- また、医師の地域偏在・診療科偏在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。
- 今後、患者から信頼される医療を確立していくためには、専門医の質の一層の向上や医師の診療における適切な連携を進めるべきであり、現在の専門医制度を見直す必要がある。
- このため、改めて国民の視点に立った上で、医師の質の一層の向上及び医師の偏在是正を図ることを目的として、厚生労働省として本検討会を開催し、本検討会において専門医の在り方に関して幅広く検討を行うこととなった。
- 本検討会は、平成23年10月に第1回の会合を開催し、以降、関係者からのヒアリング等を参考に活発な意見交換を重ね、同24年8月には、それまでの議論を中間的に取りまとめたところであるが、その後、引き続き議論すべき項目等について議論を深め、今般、以下のとおり報告書を取りまとめたものである。

1. 検討にあたっての視点

- 専門医の在り方を議論するにあたっては、専門医を「患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師」として考えるべきである。
- 新たな専門医の仕組みについて議論するにあたっては、これから臨床研修を修了し、専門医の資格を取得しようとする若い医師をどのように育てるかという育成する側の視点のみならず、育成される側のキャリア形成の視点も踏まえて考えるべきである。
- 新たな専門医の仕組みについては、専門医の質を高め、良質な医療が提供されることを目的として構築すべきである。そのような仕組みを通じて専門医を含めた医師の偏在が是正される効果が期待される。

2. 求められる専門医像について

- 専門医とは「神の手を持つ医師」や「スーパードクター」を意味するのではなく、例えば、「それぞれの診療領域における適切な教育を受けて十分な知識・経験を持ち、患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師」と定義することが適当である。
- 「専門医」に類似する名称として、学会等が認定する資格名である「認定医」^{※1}や、医療法にもとづき厚生労働大臣の標榜許可を受けた診療科についての「標榜医」^{※2}等が挙げられる。
 - ※1 「認定医」には、現在、「認定内科医」等がある。
 - ※2 「標榜医」としては、現在、麻酔科のみが許可されている。
- 「専門医」と「認定医」との関係については、今後、新たな専門医の仕組みの構築の中で、関係学会等との連携のもと、国民にとって分かりやすい形で統一的に整理していく必要がある。
- 「標榜医」の在り方については、麻酔科専門医の養成状況等を踏まえつつ、今後、検討を行うことが考えられる。

3. 専門医の質の一層の向上について

(1) 基本的な考え方

- 専門医制度を持つ学会が乱立して、制度の統一性、専門医の質の担保に懸念を生じる専門医制度も出現するようになった結果、現在の学会主導の専門医制度は患者の受診行動に必ずしも有用な制度になっていないため、質が担保された専門医を学会から独立した中立的な第三者機関で認定する新たな仕組みが必要である。

(2) 専門医の位置づけについて

- 新たな専門医の仕組みは、プロフェッショナルオートノミー(専門家による自律性)を基盤として、設計されるべきである。
- 新たな専門医の仕組みにおいて、養成プログラムを充実させることにより、①医師の診療レベルが向上すること、②医師が習得した知識・技能・態度について認定を受けて開示できること、その結果、③患者が医療機関を受診するにあたって医師の専門性を確認できること、などの意義がある。
- 広告が可能な医師の専門性に関する資格名等[※]については、新たな専門医の仕組みの構築に併せて見直すことが必要である。
 - ※ 現在、研修体制、試験制度等に関する一定の外形的な基準(厚生労働省告示に規定)を満たす団体が認定する専門医について、広告することが可能となっている。

- 専門医の広告に関しては、患者の適切な選択に資する観点から、今後、第三者機関において、専門医の認定基準やサブスペシャリティ領域の範囲等を明確にした上で、基本的に、同機関が認定する専門医を広告可能とすべきである。
- 第三者機関以外の学会等が認定する資格名（厚生労働省告示に規定する外形的な基準を満たす学会認定の専門医を含む。）の広告の取扱いについては、今後、引き続き検討する必要がある。その際、第三者機関が認定する専門医と学会等が認定する資格名との間に、名称等において何らかの区別を設けることが必要である。
- わが国における専門医の領域は概ね診療科に応じて設定されているため、新たな仕組みのもとでの専門医について、標榜科*と関連させることも将来的には考えるべきである。
 - ※ 現在、診療科名については、政省令に定められたものについて、原則として自由に標榜することが可能となっている。
- 新しい専門医の仕組みについては、新たな専門医の認定・更新状況等を踏まえつつ、将来的には、関係制度等への位置づけを検討することが望ましい。

（３）専門医に関する情報の在り方について

- 専門医は単なる個人の能力認定という面だけではなく、その領域の診療を担う社会的責任という面もあることから、専門医のキャリアや認定・更新基準など専門医に関する情報を国民に分かりやすく示すなどの仕組みが必要である。
- 専門医に関する専門性の高い情報は、医師が必要に応じて他の領域の専門医や高次医療機関の専門医を円滑に患者に紹介できるような医師間のネットワークで活用できるようにすべきである。
- 第三者機関において、専門医の質や分布等を把握するため、専門医及び専攻医*に関する情報の収集・管理等を円滑に行うことが重要であり、そのためのデータベースの構築が必要である。
 - ※ 臨床研修修了後に、専門医を取得するための研修を行っている医師
- データベースは、医療提供体制の現状把握に必要不可欠であり、国や都道府県においても基礎資料として活用することも考えられるため、その構築に対する国の支援が必要である。

（４）専門医の認定機関について

- 専門医の認定は、第三者機関が学会との密接な連携のもとで行うべきであり、そのような第三者機関を速やかに設立すべきである。このため、医療関係者や国民の代表等からなる準備組織を設ける必要がある。

- 中立的な第三者機関は、医療の質の保証を目的として、プロフェッショナルオートノミーにもとづき医師養成の仕組みをコントロールすることを使命とし、医療を受ける患者の視点に立って新たな専門医の仕組みを運用すべきである。
- 中立的な第三者機関は、以下のとおり運営すべきである。
 - ① 専門医の認定と養成プログラムの評価・認定の2つの機能を担うとともに、その際の専門医の認定・更新基準や養成プログラム※・研修施設の基準の作成も第三者機関で統一的事を行うこと。
 - ※ 個別の養成プログラムは、基準を踏まえ、各研修施設が作成することとなる。
 - ② 専門医の質の一層の向上に資するよう、各領域が満たすべき到達目標、経験症例数、指導体制等について共通の指針を作成し、この指針に沿って各領域の専門医の認定・更新基準や養成プログラム・研修施設の基準を作成すること。
 - ③ 専門医の認定部門と養成プログラムの評価・認定部門のもとに、各領域の専門委員会を設け、それぞれの領域の学会等の協力を得て運営すること。
 - ④ 専門医の認定や基準の作成はプロフェッショナルオートノミーを基盤として行うとともに、情報公開や実施体制等の制度全般について国民の視点やニーズを反映するため、運営に国民の代表が参画できるような仕組みとし、組織の透明性と専門医の養成プロセスの標準化を図り、説明責任を果たせるような体制とすること。
 - ⑤ 専門医に係るデータの把握を継続的に行って公表するとともに、当該データを踏まえ、諸外国とも比較しながら、専門医の質を確保する視点から専門医の認定・更新基準等について継続的な見直しを行いつつ、望ましい専門医の在り方について検討を行うこと。

(5) 専門医の領域について

- 基本的な診療領域を専門医制度の基本領域として、この基本領域の専門医^{※1}を取得した上でサブスペシャリティ領域の専門医^{※2}を取得するような二段階制の仕組みを基本とすべきである。

※1 基本領域の専門医の例（現在、日本専門医制評価・認定機構が認定している18領域）

- | | | |
|-----------|------------|----------------|
| • 総合内科専門医 | • 小児科専門医 | • 皮膚科専門医 |
| • 精神科専門医 | • 外科専門医 | • 整形外科専門医 |
| • 産婦人科専門医 | • 眼科専門医 | • 耳鼻咽喉科専門医 |
| • 泌尿器科専門医 | • 脳神経外科専門医 | • 放射線科専門医 |
| • 麻酔科専門医 | • 病理専門医 | • 臨床検査専門医 |
| • 救急科専門医 | • 形成外科専門医 | • リハビリテーション専門医 |

※2 サブスペシャリティ領域の専門医の例（現在、日本専門医制評価・認定機構が認定しているもの）

- 循環器専門医 • 血液専門医 • 腎臓専門医 • 消化器外科専門医 等

- 専門医の定義や位置づけに鑑み、医師は基本領域のいずれかの専門医を取得することを基本とすることが適当である。
- 専門医の領域については、国民が医師の専門性をどこまで理解できるのかを踏まえ、名称も含め、国民から見て分かりやすいものとする必要がある。
- 専門医の認定については、個別学会単位で認定する仕組みではなく、診療領域単位の認定にすべきである。
- 基本領域の専門医の一つとして、総合的な診療能力を有する医師を加えるべきである。
- 基本領域よりも専門性の高いサブスペシャリティ領域については、基本的には、①その領域の患者数や専門医数等を踏まえ、日常的に診療現場で十分に確立し得る診療領域単位であること、②基本領域との間に一定の関連があること、③専門医の認定や更新が、十分な活動実績や適切な研修体制の確保を要件としてなされること、などを前提として設定することが適当である。
- ただし、例外的な取扱いとして、特殊な技能や診療領域等に関するより専門分化した領域をサブスペシャリティ領域として設定する場合は、第三者機関において、今後、その基準を明確にした上で、検討する必要がある。

(6) 専門医の養成・認定・更新について

- 専門医が、患者から信頼される標準的な医療を提供するために、その認定については、経験症例数等の活動実績を基本的な要件とすることが必要である。このため、専門医の養成プログラムの基準は、どのような専門医を養成するのかという目標を明確にした上で、そのために必要な指導医数や経験症例数等を踏まえて作成することが重要である。
- 専門医資格の更新についても、専門医の資格取得後も生涯にわたって標準的な医療を提供するという視点から、現在、一部の学会認定の専門医制度において手術経験数や症例数、eラーニングを含めた学習などを要件としていることを踏まえ、専門医としての活動実績を基本的な要件とすべきである。
- 1人の医師が複数の基本領域の認定・更新を受けることについては、原則として複数の認定・更新を念頭に置いた制度設計は行わないこととしつつ、自助努力により複数領域の認定・更新基準を満たすのであれば、許容することが考えられる。ただし、このことが安易なものとならないよう、各領域の活動実績を要件とする適切な認定・更新基準が必要である。

- 専門医の認定・更新にあたっては、医の倫理や医療安全、地域医療、医療制度等についても問題意識を持つような医師を育てる視点が重要であり、日本医師会生涯教育制度などを活用することも考えられる。また、各領域の専門性に加えて、卒後2年間の臨床研修で求められている到達目標である、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できる基本的な診療能力（以下「基本診療能力」という。）を維持し、向上させるという視点も必要である。
- 新たな専門医の仕組みが若い医師や国民に評価され、専門医の取得や更新が促進されるようにすることが必要である。
- 多様な医師を養成するニーズに応えられるよう、専門医の養成の過程において、例えば、研修の目標や内容を維持した上で、養成プログラムの期間の延長により研究志向の医師を養成する内容を盛り込むことも検討すべきである。また、男女を問わず、出産・育児・介護等と専門医の取得・更新とが両立できるような仕組みとするとともに、養成プログラム・研修施設の基準等についても、キャリア形成に配慮することが望ましい。
- 新たな専門医の養成は、今後、第三者機関における認定基準等の作成や、各研修施設における養成プログラムの作成を経て、平成29年度を目安に開始することが考えられる。研修期間については、例えば3年間を基本としつつ、各領域の状況に応じ設定されることが望ましい。

(7) 学会認定専門医の移行措置について

- 既存の学会認定の専門医から新たな第三者機関認定の専門医への移行については、専門医の質を担保する観点から、同機関が設定した領域について、同機関において適切な移行基準を作成することが必要である。
- 移行については、各学会認定の専門医の更新のタイミング等に合わせて、移行基準を満たす者から順次移行を可能とすることが適当である。その際、各学会が更新基準を見直し、第三者機関が作成する移行基準の水準とすることにより、円滑な移行に資することが期待される。
- 移行を開始する時期については、新たな専門医研修が開始される見込みの平成29年度から移行可能とすべきとする見方と、新たな仕組みのもとでの専門医研修が修了する見込みの平成32年度以降とすべきとする見方があり、今後、第三者機関において、新たに専門医を取得しようとする医師への事前の周知の必要性や、移行基準の作成状況等を踏まえ、速やかに検討する必要がある。

4. 総合診療専門医について

(1) 総合的な診療能力を有する医師の必要性等について

- 総合的な診療能力を有する医師（以下「総合診療医」という。）の必要性については、①特定の臓器や疾患に限定することなく幅広い視野で患者を診る医師が必要であること、②複数の疾患等の問題を抱える患者にとっては、複数の従来の領域別専門医による診療よりも総合的な診療能力を有する医師による診療の方が適切な場合もあること、③地域では、慢性疾患や心理社会的な問題に継続的なケアを必要としている患者が多いこと、④高齢化に伴い、特定の臓器や疾患を超えた多様な問題を抱える患者が今後も増えること、などの視点が挙げられる。
- 総合診療医には、日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等について、わが国の医療提供体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供することが求められる。

(2) 総合診療専門医の位置づけについて

- 現在、地域の病院や診療所の医師が、かかりつけ医として地域医療を支えている。今後の急速な高齢化等を踏まえると、健康にかかわる問題について適切な初期対応等を行う医師が必要となることから、総合的な診療能力を有する医師の専門性を評価し、新たな専門医の仕組みに位置づけることが適当である。
- 総合診療医の専門医としての名称は、「総合診療専門医」とすることが適当である。
- 総合診療専門医は、領域別専門医が「深さ」が特徴であるのに対し、「扱う問題の広さと多様性」が特徴であり、専門医の一つとして基本領域に加えるべきである。
- 総合診療専門医には、地域によって異なるニーズに的確に対応できる「地域を診る医師」としての視点も重要であり、他の領域別専門医や他職種と連携して、多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供することが期待される。

(3) 総合診療専門医の養成について

- 多くの若い医師が従来の領域別専門医志向を持っている中で、総合診療専門医が、若い医師や国民に評価されるよう、養成プログラムの一層の充実と国民への周知が必要である。
- 他の基本領域の専門医と異なり、臨床研修修了直後の医師が進むコースに加えて、他の領域から総合診療専門医への移行や、総合診療専門医から他の領域の専門医への移行を可能とするプログラムについても別に用意する必要がある。移行にあたってどのような追加研修を受ける必要があるか等については、今後の新たな専門医の仕組みの構築の中で引き続き議論する必要がある。

- 総合診療専門医の認定・更新基準や養成プログラム・研修施設の基準については、関連する諸学会や医師会等が協力して、第三者機関において作成すべきである。これらの基準は、日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等への対応能力が修得できる内容であることを基本とし、日本医師会生涯教育カリキュラムの活用を考慮しつつ、第三者機関において引き続き検討することが必要である。
- 養成プログラムの基本的な枠組みとしては、診療所や、中小病院、地域の中核病院における内科、小児科、救急等を組み合わせ、外来医療、入院医療、救急医療、在宅医療等を研修することが考えられる。
- 総合診療専門医の養成には、幅広い臨床能力を有する指導者も必要であり、地域で中核となって指導ができる医師を養成することも重要である。また、大学病院や大病院のみならず、地域の中小病院や診療所も含めて総合診療専門医の養成に取り組むべきであり、地域医療を支えているかかりつけ医等が指導医として関与することも必要であることから、医師会等の協力が必要である。
- 総合診療専門医を養成するためには、臨床実習などの卒前教育においても、それぞれの診療科を単にローテートするだけではなく、総合的な診療能力を養成するようにプログラムを構築し、地域の診療所や病院、介護福祉施設等の協力を得て実習を実施するとともに、頻度の高い疾病や全人的な医療の提供、患者の様々な訴えに向き合う姿勢などを学ぶことが必要である。
- 地域の病院では領域別専門医であっても総合的な診療が求められており、総合診療専門医と基本診療能力のある領域別専門医をバランス良く養成することが重要である。
- 総合診療専門医については、現段階で具体的に養成数を設定することは困難であるが、今後の高齢化や疾病構造の変化等を踏まえつつ、第三者機関において、今後、検討する必要がある。

5. 専門医の養成と地域医療との関係について

(1) 医療提供体制における専門医について

- 医療提供体制全体の中で、医師の専門性の分布や地域分布について、グランドデザインを作ることが重要である。
- 国民のニーズに応え、かつ適切な医療を提供するためには、現在のフリーアクセスを前提としつつ、総合診療専門医や領域別専門医の所在を明らかにして、それぞれの特性を活かしたネットワークにより、適切な医療を受けられる体制を構築することが重要である。
- 新たな専門医の仕組みの構築にあたっては、少なくとも、現在以上に医師が偏在することのないよう、地域医療に十分配慮すべきである。

- 新たな専門医の仕組みにおいて、プロフェッショナルオートノミーを基盤として、地域の実情に応じて、研修病院群の設定や、専門医の養成プログラムの地域への配置の在り方などを工夫することが重要である。研修施設については、都道府県（地域医療支援センター等）と連携しつつ、指導体制等の研修の質を確保した上で、大学病院や地域の中核病院などの基幹病院と地域の協力病院等（診療所を含む。）が病院群を構成することが適当である。
- 研修施設が専門医の養成プログラムを作成するにあたっては、先進的な都道府県等の例を参考としつつ、国や都道府県、大学、地域の医師会等の関係者と十分に連携を図ることが期待されるとともに、初期診療が地域で幅広く求められる専門医の養成プログラムの中には、一定期間の地域医療に関する研修を取り入れることが必要である。また、いわゆる「地域枠」等をはじめ、地域医療に従事することを希望する医師が専門医となる環境を確保していく観点から、地域医療に配慮した病院群の設定や養成プログラムの作成等に対する公的な支援を行うことも考えられる。
- 専門医が地域に定着するよう、専門医の資格取得後も、都道府県や大学、地域の医師会等の関係者と研修施設等が連携し、キャリア形成支援を進めることが期待される。

(2) 専門医の養成数について

- 新たな専門医の仕組みの議論においては、専門医の質に加えて、専門医の数も重要な問題である。
- 専門医の養成数については、患者数や疾病頻度、各養成プログラムにおける研修体制等を踏まえて設定されることを基本とし、さらに、専門医及び専攻医の分布状況等に関するデータベース等を活用しつつ、地域の実情を総合的に勘案する必要がある。

6. 医師養成に関する他制度との関係について

- 新しい仕組みのもとで専門医が基本診療能力を維持し、向上させるためには、臨床研修における基本診療能力の養成とともに、卒前教育における医学教育モデル・コア・カリキュラムを踏まえた診療参加型臨床実習の充実等が重要である。
- 臨床研修制度については、平成27年度の研修医から適用することを念頭に、別途、制度の見直しが議論されているが、当該見直しにあたっては、新しい専門医の仕組みを踏まえつつ、臨床研修と専門医研修との連続性にも配慮することが必要である。
- 新たな専門医の仕組みは、基本的には、2年間の臨床研修修了後に専門医の養成プログラムが実施されることを前提として構築することが適当であるが、各専門領域の実情等を踏まえ、臨床研修における研修内容等を加味することも検討することが考えられる。

おわりに

- 今後、専門医の質が高まり、良質な医療が提供されるよう、本報告書をもとに、新たに設置される中立的な第三者機関が、関係者との連携のもと、新たな専門医の仕組みを推進することが求められる。また、このような仕組みを通じて医療提供体制が改善されることを期待したい。
- 専門医の在り方については、新たな仕組みの導入以降、プロフェッショナルオートノミーを基盤とした上で、専門医の質の一層の向上や医療提供体制の改善等の観点から、その進捗状況を見極めつつ、適宜、継続的な見直しを行っていくことが必要である。

専門医の在り方に関する検討会 構成員

平成 25 年 3 月 7 日現在

- 池田 康夫 (日本専門医制評価・認定機構理事長)
- 金澤 一郎 (国際医療福祉大学大学院長)
- 桐野 高明 (独立行政法人国立病院機構理事長)
- 小森 貴 (小森耳鼻咽喉科医院長) ※平成 24 年 4 月から構成員
- 今 明秀 (八戸市立市民病院副院長)
- ◎高久 史麿 (日本医学会長)
- 高杉 敬久 (博愛クリニック院長)
- 高山 佳洋 (大阪府健康医療部長)
- 富田 保志 (国立病院機構名古屋医療センター教育研修部長)
- 平林 勝政 (國學院大學法科大学院特任教授)
- 福井 次矢 (聖路加国際病院長)
- 藤本 晴枝 (NPO 法人地域医療を育てる会理事長)
- 松尾 清一 (名古屋大学医学部附属病院長)
- 三上 裕司 (東香里病院理事長) ※平成 24 年 3 月まで構成員
- 桃井 眞里子 (前自治医科大学小児科学教授)
- 森山 寛 (東京慈恵会医科大学附属病院長)
- 門田 守人 (がん研究会有明病院長)
- 山口 徹 (虎の門病院長)

◎印は座長

○印は座長代理

(五十音順)

専門医の在り方に関する検討会 検討経緯

第1回 平成23年10月13日

○ 自由討議

第2回 平成23年11月4日

○ ヒアリング

- ・ 日本専門医制評価・認定機構 理事長 池田 康夫委員
- ・ 日本内科学会 認定医制度担当理事 渡辺 毅先生
- ・ 日本外科学会 監事（外科関連専門医制度委員会委員長） 兼松 隆之先生

第3回 平成23年12月1日

○ ヒアリング

- ・ がん研究会 理事 土屋 了介先生
- ・ 日本産科婦人科学会 常務理事（専門医制度担当） 吉川 史隆先生
- ・ 日本救急医学会 専門医認定委員会委員長 遠藤 裕先生

第4回 平成24年1月11日

○ ヒアリング

- ・ 日本プライマリ・ケア連合学会 理事長 前沢 政次先生
- ・ 日本医師会 三上 裕司委員、高杉 敬久委員
- ・ 福井 次矢委員

第5回 平成24年2月16日

○ ヒアリング

- ・ 江別市立病院 副院長 阿部 昌彦先生
- ・ 一関市国民健康保険藤沢病院 院長 佐藤 元美先生
- ・ 高山 佳洋委員

第6回 平成24年3月8日

○ ヒアリング

- ・ 日本専門医制評価・認定機構 理事 八木 聰明先生
- ・ 藤本 晴枝委員

第7回 平成24年5月18日

- 「論点項目の素案」の検討
- ヒアリング
 - ・ 東京医科歯科大学 全国共同利用施設医歯学教育システム研究センター長 奈良 信雄先生
 - ・ 日本病理学会 理事長 深山 正久先生

第8回 平成24年6月15日

- 「論点項目の修正案」の検討
- ヒアリング
 - ・ 秋田大学医学部総合地域医療推進講座医学教育部 教授 長谷川 仁志先生
 - ・ 文部科学省高等教育局医学教育課

第9回 平成24年7月6日

- 「中間まとめ(案)」の検討

第10回 平成24年8月3日

- 「中間まとめ(案)」の検討

平成24年8月31日 「中間まとめ」とりまとめ 公表

第11回 平成24年9月7日

- 「引き続き議論が必要な課題」の検討

第12回 平成24年10月3日

- 「専門医の養成・認定・更新」等の検討

第13回 平成24年11月29日

- 「専門医の養成数や医療提供体制における専門医」等の検討

第14回 平成24年12月26日

- 「「総合医」「総合診療医」」等の検討

第15回 平成25年1月18日

- 「さらに議論が必要な論点」の検討

第16回 平成25年2月6日

- 「新たな専門医の仕組みにおける広告」の検討
- 「報告書(素案)」の検討

第17回 平成25年3月7日

- 「報告書(案)」の検討

「医療事故に係る調査の仕組み等に関する 基本的なあり方」について

平成 2 5 年 5 月 2 9 日

医療事故に係る調査の仕組み
等のあり方に関する検討部会

医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会では、平成 24 年 2 月 15 日より、医療関係者や医療事故被害者等からのヒアリングも重ねつつ 13 回にわたり議論を行った結果、別紙のとおり、「医療事故に係る調査の仕組み等に関する基本的なあり方」について、概ね意見が一致したところである。

厚生労働省においては、このとりまとめを踏まえ、必要な法案の提出など、早期に制度化を図るよう求める。

医療事故に係る調査の仕組み等に関する基本的なあり方

1. 調査の目的

- 原因究明及び再発防止を図り、これにより医療の安全と医療の質の向上を図る。

2. 調査の対象

- 診療行為に関連した死亡事例（行った医療又は管理に起因して患者が死亡した事例であり、行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事案の発生を予期しなかったものに限る。）
- 死亡事例以外については、段階的に拡大していく方向で検討する。

3. 調査の流れ

- 医療機関は、診療行為に関連した死亡事例（行った医療又は管理に起因して患者が死亡した事例であり、行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事案の発生を予期しなかったものに限る。）が発生した場合、まずは遺族に十分な説明を行い、第三者機関に届け出るとともに、必要に応じて第三者機関に助言を求めつつ、速やかに院内調査を行い、当該調査結果について第三者機関に報告する。（第三者機関から行政機関へ報告しない。）
- 院内調査の実施状況や結果に納得が得られなかった場合など、遺族又は医療機関から調査の申請があったものについて、第三者機関が調査を行う。

4. 院内調査のあり方について

- 診療行為に関連した死亡事例（行った医療又は管理に起因して患者が死亡した事例であり、行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事案の発生を予期しなかったものに限る。）が発生した場合、医療機関は院内に事故調査委員会を設置するものとする。その際、中立性・透明性・公正性・専

門性の観点から、原則として外部の医療の専門家の支援を受けることとし、必要に応じてその他の分野についても外部の支援を求めることとする。

- 外部の支援を円滑・迅速に受けられることができるよう、その支援や連絡・調整を行う主体として、都道府県医師会、医療関係団体、大学病院、学術団体等を「支援法人・組織」として予め登録する仕組みを設けることとする。
- 診療行為に関連した死亡事例(行った医療又は管理に起因して患者が死亡した事例であり、行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事案の発生を予期しなかったものに限る。)が発生した場合、医療機関は、遺族に対し、調査の方法(実施体制、解剖や死亡時画像診断の手続き等)を記載した書面を交付するとともに、死体の保存(遺族が拒否した場合を除く。)、関係書類等の保管を行うこととする。
- 院内調査の報告書は、遺族に十分説明の上、開示しなければならないものとし、院内調査の実施費用は医療機関の負担とする。なお、国は、医療機関が行う院内調査における解剖や死亡時画像診断に対する支援の充実を図るよう努めることとする。
- 上記の院内事故調査の手順については、第三者機関への届け出を含め、厚生労働省においてガイドラインを策定する。

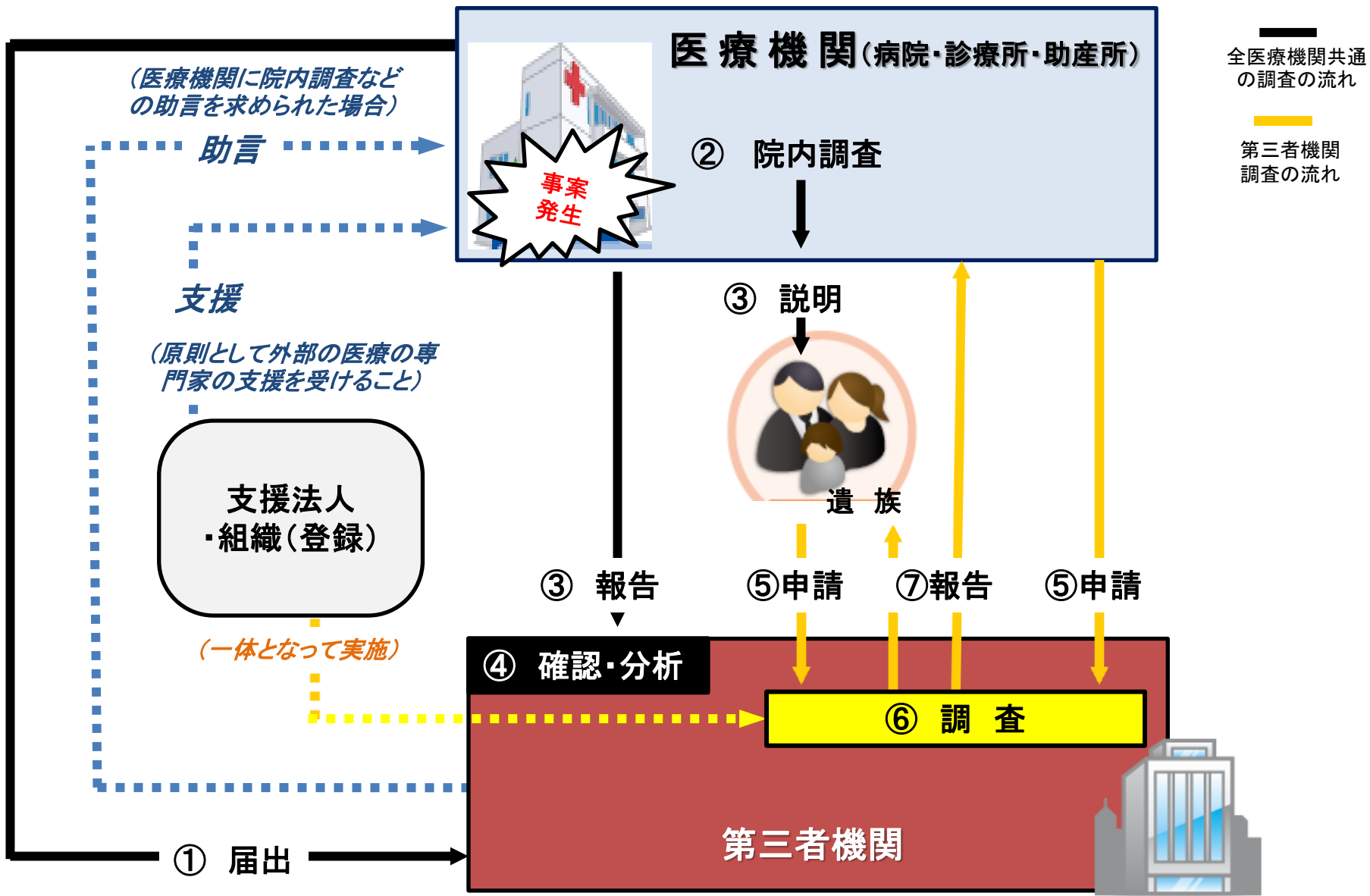
5. 第三者機関のあり方について

- 独立性・中立性・透明性・公正性・専門性を有する民間組織を設置する。
 - 第三者機関は以下の内容を業務とすることとする。
 - ① 医療機関からの求めに応じて行う院内調査の方法等に係る助言
 - ② 医療機関から報告のあった院内調査結果の報告書に係る確認・検証・分析
- ※ 当該確認・検証・分析は、医療事故の再発防止のために行われるものであって、医療事故に関わった医療関係職種の過失を認定するために行われるものではない。

- ③ 遺族又は医療機関からの求めに応じて行う医療事故に係る調査
 - ④ 医療事故の再発防止策に係る普及・啓発
 - ⑤ 支援法人・組織や医療機関において事故調査等に携わる者への研修
- 第三者機関は、全国に一つの機関とし、調査の実施に際しては、案件ごとに各都道府県の「支援法人・組織」と一体となって行うこととする。なお、調査に際しては、既に院内調査に関与している支援法人・組織と重複することがないようにすべきである。
- 医療機関は、第三者機関の調査に協力すべきものであることを位置付けた上で、仮に、医療機関の協力が得られず調査ができない状況が生じた場合には、その旨を報告書に記載し、公表することとする。
- 第三者機関が実施した医療事故に係る調査報告書は、遺族及び医療機関に交付することとする。
- 第三者機関が実施する調査は、医療事故の原因究明及び再発防止を図るものであるとともに、遺族又は医療機関からの申請に基づき行うものであることから、その費用については、学会・医療関係団体からの負担金や国からの補助金に加え、調査を申請した者（遺族や医療機関）からも負担を求めるものの、制度の趣旨を踏まえ、申請を妨げることとならないよう十分配慮しつつ、負担のあり方について検討することとする。
- 第三者機関からの警察への通報は行わない。（医師が検案をして異状があると認めたときは、従前どおり、医師法第 21 条に基づき、医師から所轄警察署へ届け出る。）

(参考)

医療事故調査制度における調査制度の仕組み



※ 第三者機関への調査の申請は、院内調査の結果が得られる前に行われる場合もある。