

# 持続可能な働き方改革の推進について

～具体的な方向性に向けてのヒント～

2024（令和6）年9月4日

公益社団法人 日本医業経営コンサルタント協会  
飯田 恵司

【今回のテーマ】

現在だけでなく、将来にわたって・・・

## 持続可能な働き方改革の推進について

### ～具体的な取組に向けたヒント～

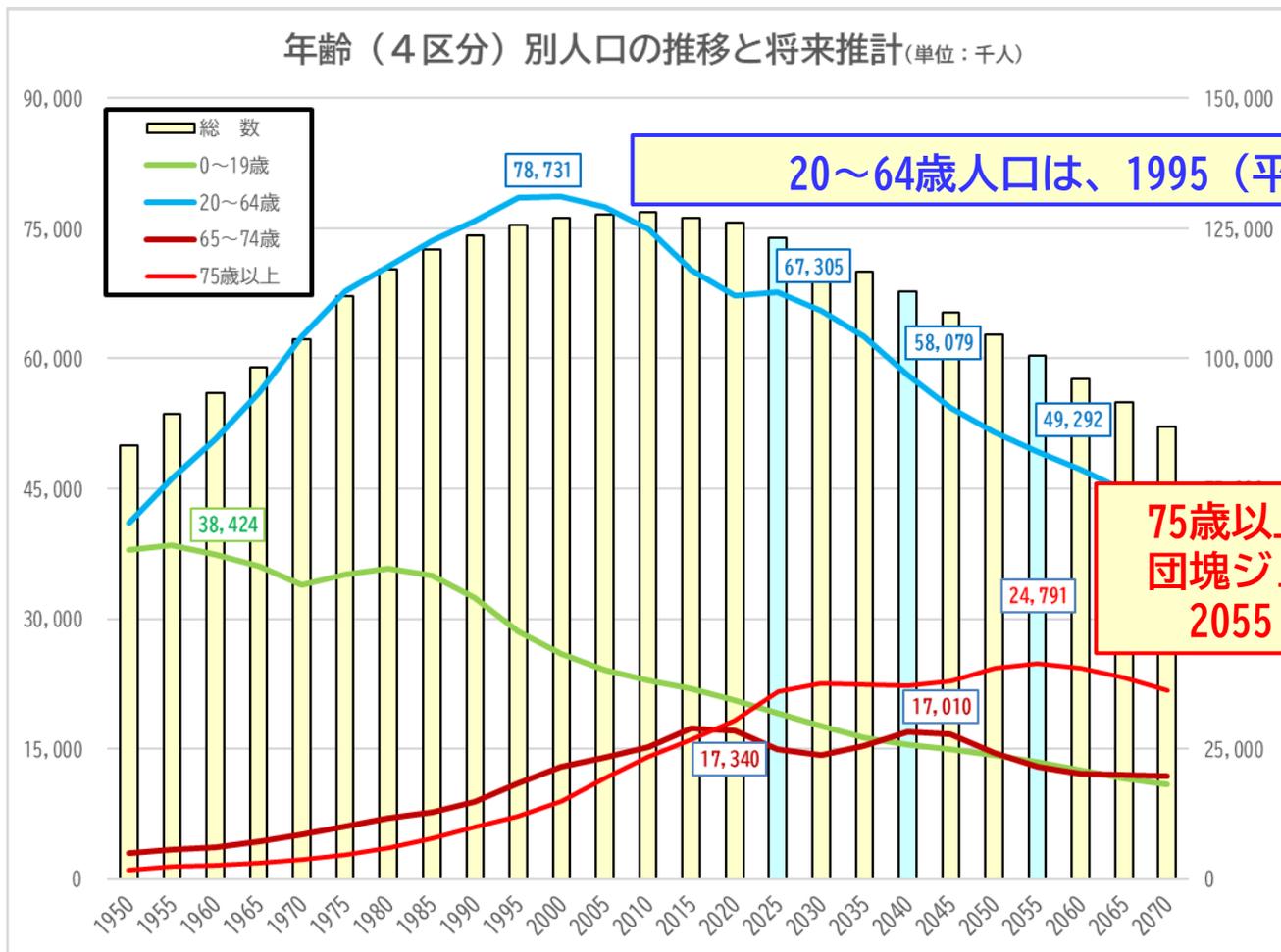
- 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組
  - ・ 人材確保
  - ・ 賃上げ
- 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための
  - ・ 勤務環境の改善
  - ・ タスク・シェアリング／タスク・シフティング
  - ・ チーム医療の推進
- 業務の効率化に資する
  - ・ ICTの利活用の推進
  - ・ その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組

# I 医療・介護・福祉をとりまく環境

# I 医療・介護・福祉をとりまく環境

## ① 日本における人口の変動（年齢（4区分））

20～64歳人口は、1995（平成7）年の78,731千人をピークに減少しております。  
65～74歳人口は、ほぼ横ばいから減少傾向であります。  
75歳以上人口は、2055（令和37）年の24,791千人がピークになると推計されております。



20～64歳人口は、1995（平成7）年以降減少

医療介護人材の不足

75歳以上（後期高齢者）人口は  
団塊ジュニアが75歳以上になる  
2055（令和37）年まで増加

救急搬送数の増加

総務省統計局『国勢調査報告』および国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口』（令和5年推計）[出生中位(死亡中位)]推計値  
「表2-9 年齢（4区分）別人口の推移と将来推計：1920～2070年」より作成。各年10月1日現在。1947～70年は沖縄県を含まない。

# I 医療・介護・福祉をとりまく環境

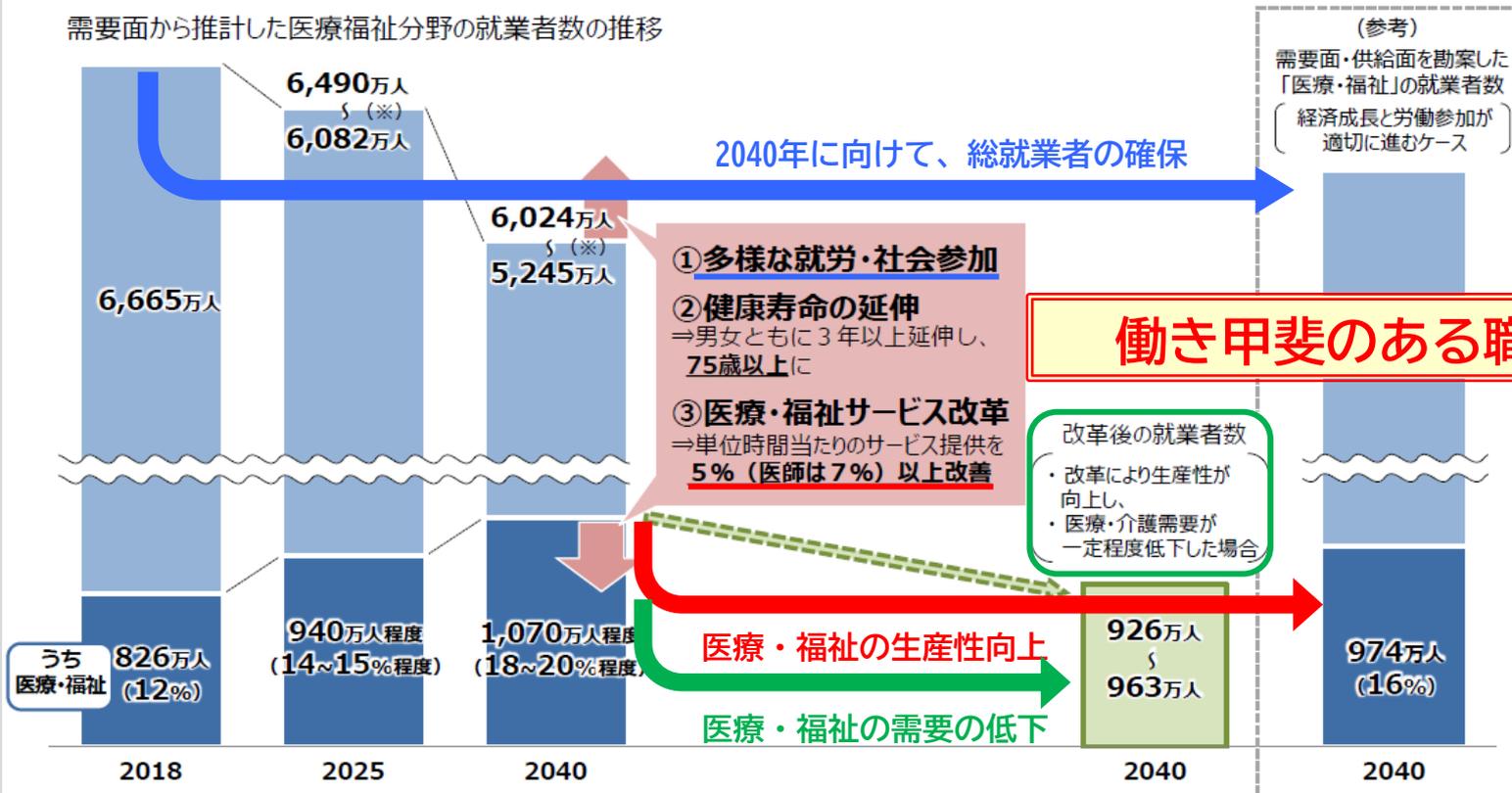
## ② 医療・福祉職種の就業者の不足

総就業者が減少する中で、**就業者の5人に1人を医療・福祉職種**にするためには・・・

### マンパワー① 2025年以降、人材確保がますます課題となる

○2040年には就業者数が大きく減少する中で、医療・福祉職種の人材は現在より多く必要となる。

需要面から推計した医療福祉分野の就業者数の推移



※総就業者数は独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」（2019年3月）による。  
総就業者数のうち、下の数値は経済成長と労働参加が進まないケース、上の数値は進むケースを記載。  
※2018年度の医療・福祉の就業者数は推計値である。

# I 医療・介護・福祉をとりまく環境

## ③ 外国人職員の活用（介護報酬改定における外国人職員の受入指針の改正）

看護及び介護分野における当該3か国人看護師等の受入指針は、令和6年4月1日に改正

外国人インターンシップで海外の優秀な人材の確保も他分野では始まっている

フィリピン

インドネシア

ベトナム

一定条件下で、技能実習中でも配置人員として算定可能  
(技能実習制度も今後変わります)

「技能実習制度」が廃止され、「育成就労制度」になると  
「介護施設」で「介護福祉士」になった方が  
「医療機関」の「看護補助者」に転職可能？

# I 医療・介護・福祉をとりまく環境

## ④ 医療DX(Digital Transformation) 【ヒトからデジタル機器へのタスク・シフティング】

デジタル化によって、患者情報（診療情報）の共有をはじめとして、仕事の仕方を変えることが必要

=経済産業省の「DX推進ガイドライン」におけるDXの定義=

企業（医療機関・介護施設）がビジネス（医療）環境の激しい変化に対応し、データ（診療情報等）とデジタル技術（情報通信機器や遠隔診療技術）を活用して、顧客（患者・利用者・その家族）や社会のニーズ（地域医療計画等）を基に、製品やサービス（医療介護サービス）、ビジネスモデル（新たな高齢者への医療介護サービス提供の仕組み）を革新するとともに、業務そのものや、組織、プロセス、企業文化・風土を革新し、競争上の優位性を確立すること。

### 令和6年度診療報酬改定における医療DXに係る全体像

第4回 全国医療情報プラットフォームの全体像

➤ 医療DX推進体制整備加算により、マイナ保険証利用により得られる薬剤情報等を診察室等でも活用できる体制を整備するとともに、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスの整備、マイナ保険証の利用率を要件とし、医療DXを推進する体制を評価する。（電子処方箋等は経過措置あり）

(新) 医療情報取得加算 初診3/1点 再診2/1点 (3月に1回) (新) 医療DX推進体制整備加算 8点、6点(歯科)、4点(調剤) 調剤3/1点 (6月に1回)

- 医療DX推進の体制に関する事項等について、見やすい場所、ウェブサイト等に提示していること。
- 一定程度(●%)以上のマイナ保険証の利用実績(R6.10~)等

電子処方箋システム (体制整備加算では R7年3月まで経過措置)

電子カルテ情報共有サービス (体制整備加算では R7年9月まで経過措置)

救急現場への導入を要件化 急性期充実体制加算・総合入院体制加算・救命救急入院料 (救急時医療情報閲覧機能の評価)

訪問した医療関係者のモバイル端末で読み込み

居室同意取得型 Webサービス

(新) 在宅医療DX情報活用加算 10点  
(新) 訪問看護医療DX情報活用加算 5点  
(新) 在宅医療DX情報活用加算(歯科) 8点

※ 答申書附帯意見 令和6年12月2日から現行の健康保険証の発行が終了することを踏まえ、令和6年度早期より、医療情報取得加算による適切な情報に基づく診療の在り方について見直しを検討を行うとともに、医療DX推進体制整備加算について、今後のマイナンバーカードの利用実態及びその活用状況を把握し、適切な要件設定に向けた検討を行うこと。

37

# ヒトとAIが共生した患者スタッフに優しいAIホスピタル

**病棟**

NTTデータ

- ・回診
- ・インフォード
- ・コンセント (IC)

音声同時変換

**救急外来**

TXP-Medical

救急患者情報共有

ソフトウェア・サービス

持参薬画像識別

安心、信頼 効率、理解

AIによる、新しい方向性コミュニケーション  
NEW face to face

HITACHI

入院時IC

日本ユニシス

麻酔IC

**取り組み全体像**

外来

35 手術室

効果：記録時間約2分/患者  
月1,300件 = 43時間

効果：事務 40時間/月  
看護 9時間/月

# I 医療・介護・福祉をとりまく環境

## ⑤ 医療DX(Digital Transformation) 事例-2 (バーチャルホスピタル：順天堂大学)



# I 医療・介護・福祉をとりまく環境

## ⑥ 海外の主なバーチャルホスピタルの取組事例（日本政策投資銀行資料）

事例番号	①	②		③
名称	Global Med (米)	Mercy Virtual Care Center (米)	Intermountain Healthcare(米)	Digital Health Village (フィンランド)
設立	2002年	2013年	2018年	2018年
運営 機関	IT企業	医療機関		国
設立 趣旨	ケアの格差のない 社会の実現	サービスが不十分なエリアの医療アクセス向上		デジタル技術による 健康・医療・介護サービスの革命
対象 領域	医療			健康・医療・介護
提供 体制	デジタル活用サポート	専門病院	病院内に 専門チーム設置	仮想的に専門家が集結
	—	300名程度 (施設内のみ)	500名超 (提供先を含む)	2,000名
提供先	専門家が不足している 地方病院、診療所	地方病院、診療所、患者(在宅)		健康な人も含めた全ての国民
主な バーチャル ケア	<ul style="list-style-type: none"> <li>約100カ国で提供</li> <li>Telemedicine Stations (デバイスとビデオ会議システムが一体化したデバイス)</li> <li>Wall Doc (壁に取り付ける検査ステーション)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><u>vICU</u></li> <li><u>vStroke</u> (脳卒中サポート)</li> <li><u>vホスピタリスト</u> (リアルタイムの評価、検査・治療)</li> <li><u>vEngagement</u> (慢性疾患サポート)ほか</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Connect Care Pro (35の遠隔医療プログラム)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><u>仮想ハブ</u>: (健康な人向け)相談サービス。リハビリ、がんなど32のハブ。匿名利用できるAIチャットボット機能あり</li> <li><u>デジタルケア管理プログラム</u>: (患者向け)300程度のプログラム。デジタルサービス用の「My Path」アカウントで利用。モニタリング機器を利用した健康相談、治療段階ごとに画像やビデオを活用するセルフケアを提供</li> <li><u>デジタルヘルスビレッジPRO</u>: (専門家向け)電子コーチング、日常業務のオンラインサポート</li> </ul>

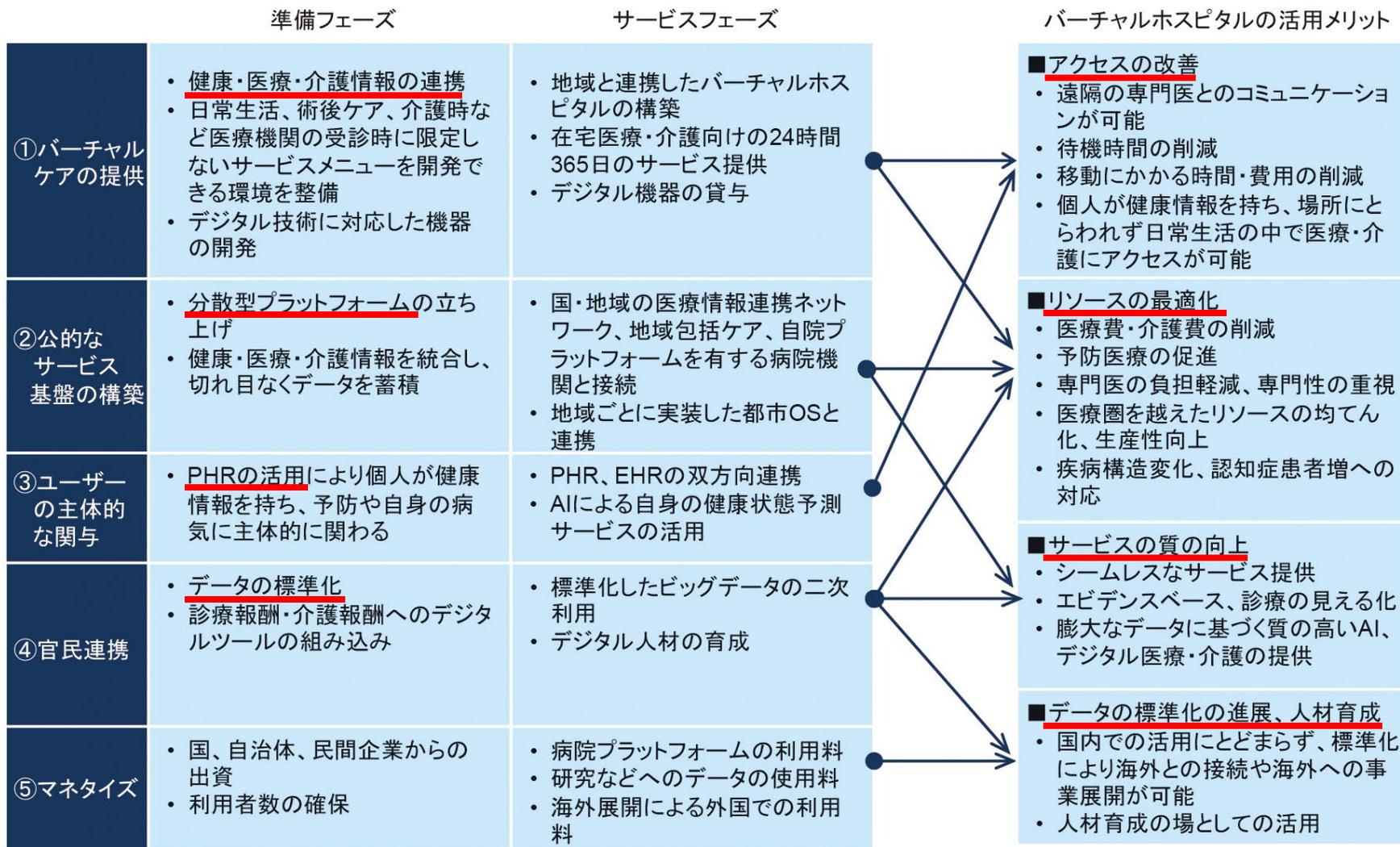
# I 医療・介護・福祉をとりまく環境

## 【参考】 令和6年度診療報酬改定で点数化された日本版vICU

	ICU1 or 2	ICU3 or 4	ICU5 or 6 (新設)
広範囲熱傷特定集中治療室管理料	7日以内 14,406 点 8日以上 12,828 点 8～60日まで 13,028 点	7日以内 9,890 点 8日以上 8,307 点 8～60日まで 8,507 点	7日以内 8,890 点 8日以上 7,307 点 8～60日まで 7,507 点
医師の配置	<ul style="list-style-type: none"> <li>専任の医師が常時<b>治療室内</b>に勤務 (特定集中治療の経験を5年以上有する医師が2名以上)</li> <li>専任の医師は、宿日直を行う医師<b>不可</b></li> <li>広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤医師が保険医療機関内勤務の場合、ICU2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>専任の医師が常時<b>治療室内</b>に勤務</li> <li>専任の医師は、宿日直を行う医師<b>不可</b></li> <li>広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤医師が保険医療機関内勤務の場合、ICU4</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>専任の医師が常時<b>保険医療機関内</b>に勤務</li> <li>専任の医師は、宿日直を行う医師で<b>可能</b></li> <li>広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤医師が保険医療機関内勤務の場合、ICU6</li> </ul>
看護師の配置	<p style="text-align: center;">常時 2 : 1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>集中治療を必要とする看護の経験5年以上、かつ適切な研修を修了した専任の常勤看護師を<b>治療室内に週20時間以上</b>配置</li> </ul>	—	<ul style="list-style-type: none"> <li>集中治療を必要とする看護の経験5年以上、かつ適切な研修を修了した専任の常勤看護師を<b>治療室内に週20時間以上</b>配置</li> </ul>
臨床工学技士の配置	<ul style="list-style-type: none"> <li>専任の臨床工学技士が常時院内勤務</li> </ul>	—	—
治療室の面積	1床あたり <b>20 m<sup>2</sup></b>	—	1床あたり <b>15 m<sup>2</sup></b>
	※ ICU1 or 3 or 5 : 新生児用は1床あたり 9 m <sup>2</sup>		
重症度、医療・看護必要度	ICU用必要度IIの基準を満たす患者： <b>8割以上</b>	—	ICU用必要度IIの基準を満たす患者： <b>7割以上</b>
重傷者の受入れ	<ul style="list-style-type: none"> <li>入室日の<b>S O F Aスコア5</b>以上の患者：1割以上</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入室日の<b>S O F Aスコア3</b>以上の患者：1割以上</li> </ul>	—
特定集中治療室遠隔支援加算	(支援側医療機関)	—	(被支援側医療機関) 980 点
	※ 支援側医療機関は、特に夜間帯等に、被支援側医療機関のICUの患者生体状態等を遠隔ICU技術により補助、必要時の処置等について専門的な立場から助言		

# I 医療・介護・福祉をとりまく環境

## ⑦ 日本版バーチャルホスピタルに向けての5つのポイント（日本政策投資銀行資料）



# I 医療・介護・福祉をとりまく環境

## ⑧ 滋賀県における今までの取り組み（びわ湖あさがおネット）



**びわ湖あさがおネット**  
Biwako Asagao Net

### ICTがつなぐ、あなたの医療と介護

組織
県民の皆様へ
参加施設向け
ダウンロード

ご連絡はメールでお願いします  
[contact@biwako-asagao.ne.jp](mailto:contact@biwako-asagao.ne.jp)  
 お問い合わせ：平日9:00～17:00

About

### びわ湖あさがおネットとは？

びわ湖あさがおネットは、ICT技術を用いて、安全に診療情報や在宅療養支援情報を関係機関で共有することにより、より良い医療・在宅療養サービスを提供するための仕組みです。

患者ごとの情報共有により、切れ目のない医療・在宅療養サービスを受けることができます。

より良い滋賀の医療・在宅療養支援サービスの提供を目指し、取り組みを進めてまいります。

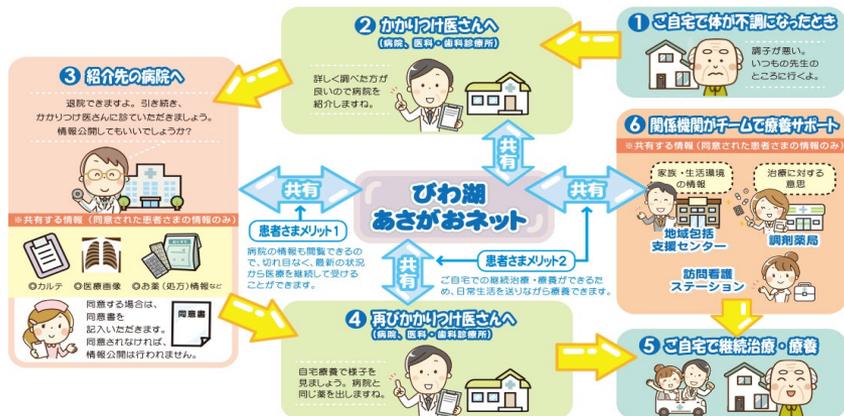


参加施設



情報開示項目一覧

### ご自宅から再び自宅まで、地域が一体となって患者さまをサポートします。



<b>【2024（令和6）年7月3日現在】</b>	
医療情報開示	268施設
医療情報閲覧	450施設
在宅医療	148施設
利用参加者	5,397名
同意患者数	123,543名

# I 医療・介護・福祉をとりまく環境

## ⑨ 滋賀県における今までの取り組み（びわ湖あさがおネット・情報開示項目一覧）

分類	項目	情報提供施設名										
		大津・湖西						湖南				
		大津赤十字病院	市立大津市民病院	地域医療機能推進機構滋賀病院	滋賀医科大学医学部附属病院	琵琶湖中央リハビリテーション病院	高島市民病院	滋賀県立総合病院	滋賀県立小児保健医療センター	済生会滋賀県病院	淡海医療センター	済生会守山市民病院
患者基本属性情報	基本情報	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	アレルギー	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
カルテ情報	病名	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○
	医師記録											
	看護記録											
	退院サマリ	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	看護サマリ	○	○		○	○	○	○	○			
	経過表							○	○	○		
	手術レポート				○			○			○	
	リハビリレポート				○						○	
文書情報	文書情報	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
オーダー情報	予約	○	○		○		○					
	処方	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	注射	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	検体検査	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○
	細菌検査	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○
	病理検査	○	○		○		○					
	放射線検査	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○
	内視鏡検査	○	○	○	○		○	○				
	生理検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	リハビリ	○			○	○	○					
	手術	○	○		○		○					
	入退院			○	○			○	○	○	○	○
	食事				○							○
担当医情報				○					○	○		
検査結果レポートなど	検体検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	細菌検査	○	○		○		○		○	○	○	○
	病理レポート	○	○		○		○	○			○	○
	放射線画像	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○
	放射線レポート	○	○	○	○		○	○	○		○	○
	内視鏡画像	○					○	○		○		
	内視鏡レポート	○	○	○	○		○	○		○	○	
	エコー画像	○		○		○	○	○		○		
	エコーレポート	○	○	○	○		○	○			○	○
	生理検査結果	○					○	○		○		○注1
生理検査レポート	○	○		○		○	○	○	○	○	○注1	

## II 具体的な取組に向けたヒント

## II 具体的な取組に向けたヒント

### ①-1 患者への協力要請（パンフレット・ポスターの活用）

厚生労働省の「医師の働き方改革」に関する特設サイト（2023（令和5）年12月1日（金）公開）に、ポスター、リーフレットなどの広報物を公開されております。

これらを活用しながら患者及びその家族等への丁寧な説明と協力をお願いしてください。



## II 具体的な取組に向けたヒント

### ①-2 患者への協力要請（特にご協力を得ていただきたいこと）

#### 【患者やご家族のみなさまにご理解、ご協力していただきたいこと】

患者の医療のかかり方は医師の働き方に大きな影響を与えます。医師の働き方改革を進めるためには、医療機関や医療従事者だけでなく、患者を含めて、関係者が一丸となって取り組んでいくことが大切です。

#### ・診療時間内での受診にご協力をお願いします。

医療機関では、医師の働き方改革の取組の一環として、患者さんやご家族への病状説明を診療時間内に実施することや、外来診療の受付時間を短縮するといった取組も始まっています。

日頃から決められた診療時間内での受診にご協力ください。

特に、病状、検査、手術の説明を受けるといった場合はより一層のご協力をお願いします。

#### ・“いつもの先生”以外の医療スタッフ対応にご理解をお願いします。

##### タスク・シフト/シェア

医師の担っていた業務のうち、可能なものを他の医療スタッフに任せたり（シフト）、分担したり（シェア）するといった取組も始まっています。

例えば、患者さんへの疾患の説明、検査、病棟における服薬指導、医師の指示に基づく治療対応や術後の管理などについて、**医師以外の様々な医療スタッフが担う**ことがあります。

##### 複数主治医制

患者さんの治療を行う医師がチームを組み、1人の患者さんに複数の主治医が対応するといった取組も始まっています。

この場合、例えば、担当する患者さんへの対応を**複数の主治医が時間帯によって分担**することがあります。

## II 具体的な取組に向けたヒント

### ② (ヒトからヒトへの) タスク・シフティング

給与をベースアップするのだから、「主として医療に従事する職員」に医師（歯科医師）のどのような作業を代行できるか考えよう！！（主として医療に従事する職員の間での作業代行を考えよう！！）

#### 外来・在宅ベースアップ評価料(I)の新設【施設基準】

##### 主として医療に従事する職員（対象職員）

薬剤師	言語聴覚士	臨床工学技士	はり師、きゆう師
保健師	義肢装具士	管理栄養士	柔道整復師
助産師	歯科衛生士	栄養士	公認心理師
看護師	歯科技工士	精神保健福祉士	診療情報管理士
准看護師	歯科業務補助者	社会福祉士	医師事務作業補助者
看護補助者	診療放射線技師	介護福祉士	その他医療に従事する職員 (医師及び歯科医師を除く。)
理学療法士	診療エックス線技師	保育士	
作業療法士	臨床検査技師	救急救命士	
視能訓練士	衛生検査技師	あん摩マッサージ指圧師、	

●歯科医師でなくても歯科衛生士だけで  
できることもあります



●医師事務作業補助者の評価や業務内容は  
定期的に見直すことが必要  
3年以上（医療内容を理解している）の  
職員を増やしてください

●採血や注射や点滴等の看護師ができる作業は、  
研修医に任せないで看護師に任せましょう



●看護師の仕事が増える分、  
看護補助者がサポートしてください  
3年以上の職員を増やしてください  
<介護福祉士がベスト>

●薬剤師も調剤ではなく、  
患者さんとの直接対応してください（新卒から病棟研修）



## II 具体的な取組に向けたヒント

### ③-1 (ヒトからデジタル機器への) タスク・シフティング

「取り組み事例」は、運営運用（ソフト）であるが、その運営運用には、施設設備（ハード）が必要



いきいき働く医療機関サポートWeb

# いきさぽ

#### <取り組み事例の紹介>

#### I. 働き方・休み方改善

- 労働時間管理
- 勤務負担軽減

#### II. 職員の健康支援

- 健康管理
- 労働安全

#### III. 働きやすさ確保のための環境整備

- 仕事と子育て・介護等の両立支援
- 職員のいじめ・ハラスメント等対策
- 風土・環境整備
- 人材の定着化

#### IV. 働きがいの向上

- キャリア形成支援
- 休業後のキャリア形成支援

- 出勤簿（紙）に押印      手作業 で出勤管理
- タームカード（紙）打刻      手作業 で出勤管理
- ICカード打刻      自動集計で出勤管理
- 顔認証打刻      自動集計で出勤管理
- 映像による自動打刻      自動集計で出勤管理

自動集計で出勤管理  
自動集計で出勤管理  
自動集計で出勤管理

随時の状況確認が可能

人手で行っている作業を機械に任せられないか？

- ・ 紙伝票を入力する手間を省くには・・・
- ・ 使用した資材は自動で発注納品するには・・・
- ・
- ・
- ・
- ・

## II 具体的な取組に向けたヒント

### ③-2 (ヒトからデジタル機器への) タスク・シフティング (国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院)

国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院では、AIホスピタルとなって、人手による記録作業が減少、その分の時間を別業務に充てることが可能となり、本来業務に集中できる体制が構築されております。

「今まではこうだった・・・」ならば、「これからこう変える・・・」を選択しましょう。

病棟

NTTデータ



- ・回診
- ・インフォード
- ・コンセント (IC)

音声同時変換

音声で記録を作成 ⇒ 別の業務に時間が使える！



救急患者情報共有

ソフトウェア・サービス



持参薬画像識別

持参薬(物)は機械が認識 ⇒ 別の業務に時間が使える！

手書書類は最初からデータ ⇒ 別の業務に時間が使える！

HITACHI



入院時IC

外来

取り組み全体像

日本ユニシス



麻酔IC

35 手術室

本来業務の時間を確保

記録作業を楽することで  
一定時間でより多くの本来業務  
⇒モチベーションUP

## II 具体的な取組に向けたヒント

### ④ タスク・シェアリング

「**タスク・シフティング**」をするためには、**情報の共有「タスク・シェアリング」**が必須

患者・利用者に対する「現在及び過去の状態」を

- ・施設内の方には、「電子カルテシステム」の記載で共有
- ・施設外の方には、「電子カルテ情報共有システム（令和7年10月～）」で共有しましょう。

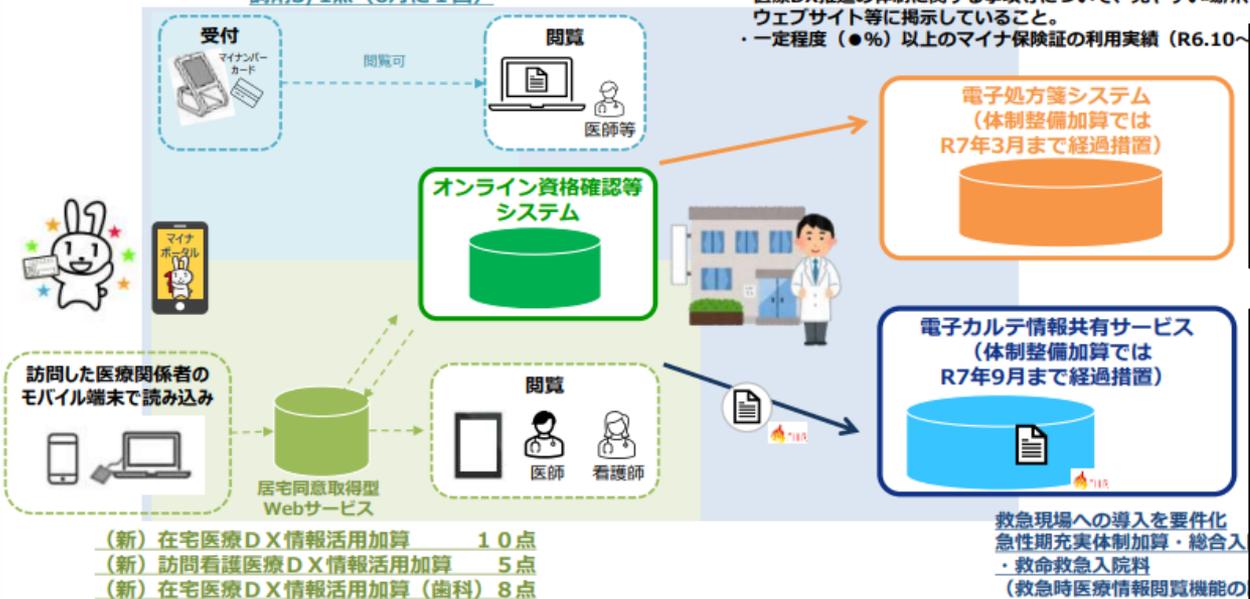
### 令和6年度診療報酬改定における医療DXに係る全体像

- 医療DX推進体制整備加算により、マイナ保険証利用により得られる薬剤情報等を診察室等でも活用できる体制整備するとともに、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスの整備、マイナ保険証の利用率を要件とした医療DXを推進する体制を評価する。（電子処方箋等は経過措置あり）

(新) 医療情報取得加算 初診3/1点 再診2/1点 (3月に1回)  
調剤3/1点 (6月に1回)

(新) 医療DX推進体制整備加算 8点、6点(歯科)、4点(調剤)

- ・医療DX推進の体制に関する事項等について、見やすい場所、ウェブサイト等に掲示していること。
- ・一定程度(●%)以上のマイナ保険証の利用実績(R6.10～)



共通の記録情報をもとに、

- ・患者・利用者に対する
- ・タスク（治療や看護や介護）などの進め方を共有

当然ながら

- ・薬剤情報
- ・栄養状態
- ・リハビリテーション情報なども忘れずに

患者・利用者に対する各施設の役割を果たすために、

- ・施設外（医療機関）
- ・施設外（介護施設）なども相互に情報を共有

「**地域包括ケアシステム**」での**タスク・シェアリング**に繋がる

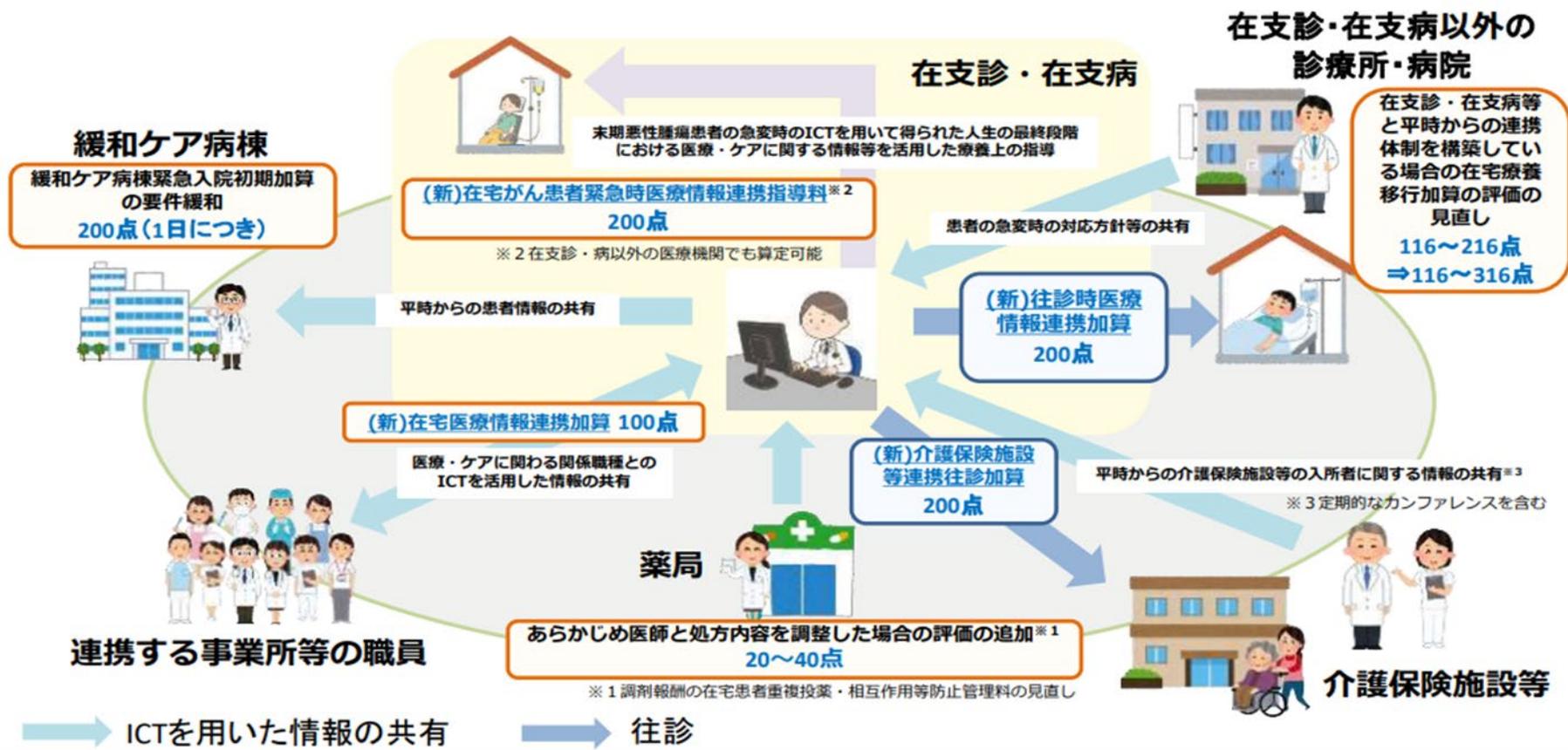
※答申書附帯意見 令和6年12月2日から現行の健康保険証の発行が終了することを踏まえ、令和6年度早期より、医療情報取得加算による適切な情報に基づき在り方について見直しの検討を行うとともに、医療DX推進体制整備加算について、今後のマイナンバーカードの利用実態及びその活用状況を把握し、適切に向けた検討を行うこと。

## II 具体的な取組に向けたヒント

### ⑤ 在宅医療（訪問）も地域包括ケアシステムのためにICTを用いた連携

# 在宅医療におけるICTを用いた連携の推進

- 在宅で療養を行っている患者等に対し、ICTを用いた連携体制の構築を通じて、質の高い在宅医療の提供を推進する観点から、医療・ケアに関わる関係職種がICTを利用して診療情報を共有・活用して実施した計画的な医学管理を行った場合の評価、患者の急変時等に、ICTを用いて関係職種間で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ、療養上必要な指導を行った場合の評価等を実施。



## II 具体的な取組に向けたヒント

### ⑥ 地域完結型の医療・介護提供体制の構築

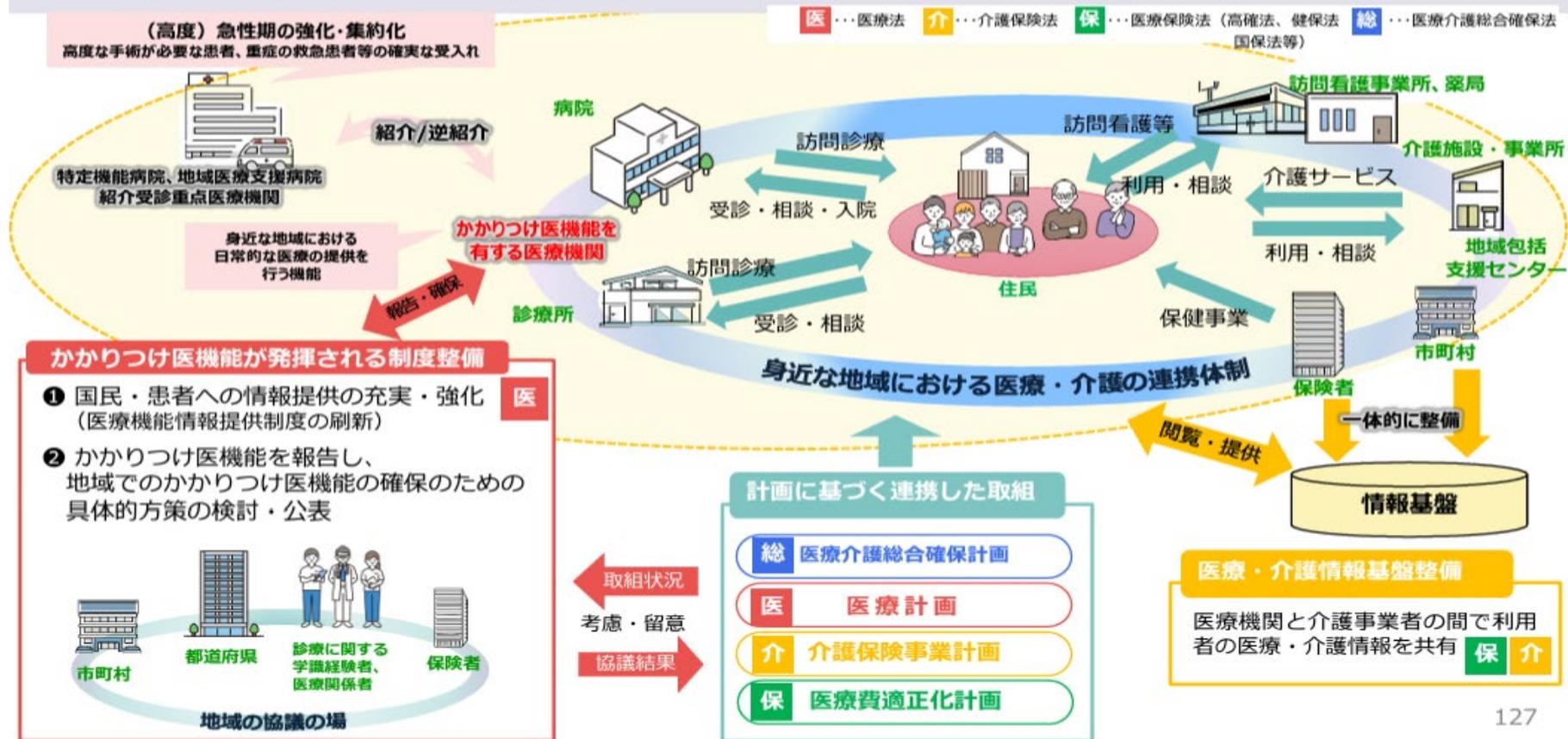
令和5年9月29日

第102回社会保障審議会医療部会

資料1

## 地域完結型の医療・介護提供体制の構築

在宅を中心に入院を繰り返し、最後は看取りを要する高齢者を支えるため、かかりつけ医機能が発揮される制度整備・各種計画との連携・情報基盤の整備により、かかりつけ医機能を有する医療機関を中心とした患者に身近な地域における医療・介護の水平的連携を進め、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築する。そのために、関係法律を一体的に改正する。



127

## II 具体的な取組に向けたヒント

### ⑩ 複数主治医制

「特定の医師」の仕事を「他の医師」に分散することによって、「特定の医師」への業務の集中を軽減することができ、そのためのひとつの方法として、「複数主治医制等のチーム制」の導入があります。

複数主治医制

⇒ 医師同時によるチーム医療体制

【国立大学病院長会議・2024（令和6）年3月1日】  
＜記者会見＞

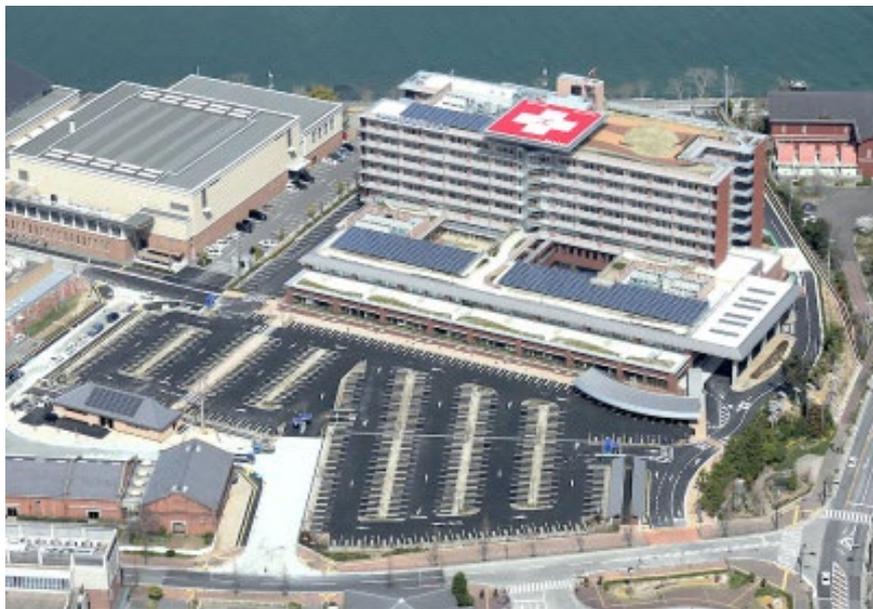
- ・「医療安全・質向上のための相互チェック」
- ・入院患者の診療体制で  
「全体の8割が複数主治医・チーム制」を導入
- ・「時間内に実施できるよう工夫している」  
カンファレンス：44%  
インフォームド・コンセント（IC）：83%

アンケート回答（2023（令和5）年8～12月）  
50の国公立大学と防衛医科大学校の1,407診療科



## II 具体的な取組に向けたヒント

### ⑩ 複数主治医制の事例（兵庫県立淡路医療センター（兵庫県洲本市））



病床数 377床

職員数 766名（医師138名、看護師485名他）

急性期 28科

#### 取組前の状況

- ・淡路島内で唯一の総合機能を有する医療機関
- ・救急、専門医療において大きな役割を分担
- ・昼夜を問わず幅広い診療領域や症例に対応

#### < 消化器内科 >

- ・消化器内科では内視鏡等の検査・処置や緊急入院が多い
- ・日勤帯以外（早朝等）での病棟回診、救急患者への対応、がん患者との面談等、医師の業務量が膨大
- ・離島であるため十分なマンパワーの確保が難しい
- ・休日・夜間勤務の常態化が課題

勤務環境改善に向けた好事例集（令和4年3月 令和3年度厚生労働省委託事業）

## II 具体的な取組に向けたヒント

### ⑩ 複数主治医制の事例（兵庫県立淡路医療センター（兵庫県洲本市））

#### 取組の内容

##### 〈複数主治医制＋休日当番制〉

消化器内科：入院患者1名に対して、指導医・専攻医・研修医の3名から成る主治医団を形成

- ・経験の異なる医師を主治医団とすることで、スムーズな診療や教育の実施が可能
- ・主治医団が同程度のスキルを持った集団となるため、患者間での診療の質が均一化
- ・3名体制のため、年休を取得しやすい
- ・ただし、担当患者数の増加及び治療方針の統一（常に主治医団が行動をともしないため）に注意が必要

救命救急センターでの診療等

- ・平日夜間は、指導医1名・専攻医1名
- ・休日は、指導医1名・専攻医2名
- ・申し送り票で患者情報を共有
- ・平日の年休取得や最低月2回の土日連続休暇が可能

##### 〈出番制（外来・検査・オンコールの役割分担）〉

外来・検査の他に「オンコール」の役割を設定し、日勤帯の診療の円滑化を図る

- ・オンコール担当は、定例のあらかじめ決められた業務を持たず、適宜状況に応じて、病棟への指示や臨時の薬剤処方、患者急変対応や日中の救急患者の対応等
- ・オンコール制の導入によって指示依頼等への迅速な対応が可能（ストレスを軽減）

##### 〈年休取得状況の管理〉

医療クラークが休暇取得予定表や年休消化表を作成し、年休を管理

- ・予定表の活用により、休暇を取得する医師が重複しないよう管理
- ・休暇取得実績が少ない医師に対しては月単位で指導

##### その他の取組

##### 〈遠隔読影の活用による在宅勤務導入〉

- 放射線科では、夜間休日の緊急対応のための遠隔読影を導入
- ・遠隔読影システムを発展させ、在宅勤務を導入（子育て中の放射線科医師が週2日在宅勤務）

#### 取組の効果

##### 〈時間外勤務の減少〉

- ・消化器内科スタッフ  
時間外勤務時間が年間 960時間以上のスタッフ0（2019年度）

##### 〈初期研修後の入局数の増加〉

- ・初期研修後の消化器内科への新規入局者数  
導入前（2010年～2015年）の1名  
導入後（2016年～2021年）は6名（増加）
- ・初期研修医に消化器内科の印象をヒアリングした結果「オン・オフのメリハリがあり楽しそう」

### Ⅲ 新たな地域医療構想の主な検討事項

### Ⅲ 新たな地域医療構想の主な検討事項

#### ① 前提条件と検討スケジュール

高齢者人口（65歳以上）が最大化（約4,000万人）する2040（令和22）年頃までを見据えた「医療提供体制の新たな設計図」（新地域医療構想（通称：ポスト地域医療構想））の検討が始まっている。

#### 【前提条件】

##### 2025（令和7）年以降

- ・ 高齢者人口そのものは大きく増えない（高止まりしたまま）
- ・ 85歳以上の高齢者比率が大きくなる（重度の要介護高齢者・認知症高齢者の比率が高まる）
- ・ 支え手となる生産年齢人口が急速に減少していく（医療・介護人財の確保が極めて困難になる）

##### 2040（令和22）年頃

- ・ 高齢者人口の最大化（65歳以上人口が約4,000万人）

#### 【検討スケジュール】

- |                 |   |                            |
|-----------------|---|----------------------------|
| 2024（令和6）年3月29日 | : | 新たな地域医療構想に関する検討の進め方（第1回）   |
| 2024（令和6）年4～5月  | : | 関係団体・有識者ヒアリング（第2～5回）       |
| 2024（令和6）年6月21日 | : | 新たな地域医療構想に関する論点の整理（第6回）    |
| 2024（令和6）年 夏～秋  | : | 中間とりまとめ                    |
| 2024（令和6）年 秋以降  | : | 議論                         |
| 2024（令和6）年 内    | : | 最終とりまとめ                    |
| 2025（令和7）年度     | : | 「ポスト地域医療構想」作成に向けたガイドラインの策定 |
| 2026（令和8）年度     | : | 各都道府県における「ポスト地域医療構想」の作成    |
| 2027（令和9）年度     | : | 「ポスト地域医療構想」に向けた医療提供体制改革    |
- <第8次医療計画（2024－29（令和6－10）年度中間見直し>

Ⅲ 新たな地域医療構想の主な検討事項  
 【参考】地域ごとに異なる医療・介護需要等の変化

医療・介護需要は、今後大きく変化していくと考えられている。この変化への対応が重要である。  
 新たな地域医療構想は、おおむね2025(令和7)～2040(令和22)年をめどに設定される方針である。

	入院患者数	外来患者数	在宅患者数	要介護認定率	死亡者数
2020(令和2)年	98医療圏ピーク	218医療圏ピーク	増加傾向 ・ ・	後期高齢者 急激に増加	増加傾向 ・
2025(令和7)年		全国ピーク	・ ・	後期高齢者 穏やかに増加	・ ・
2030(令和12)年		減少傾向 ・	・ ・	・ ・	・ ・
2035(令和17)年	236医療圏ピーク	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・
2040(令和22)年	全国ピーク	・ ・	237医療圏ピーク	後期高齢者ピーク 85歳以上がピーク	全国ピーク (年間 170万人)
2045(令和27)年	減少傾向 ・	・ ・	全国ピーク		
2050(令和32)年	65歳以上8割	65歳以上6割			
備考				医療と介護の複合 ニーズ <要介護認定率> 65～74歳 19% 75～84歳 32% 85歳以上 58%	増加傾向の死因 ・悪性新生物 ・心疾患・老衰 増加傾向の場所 ・自宅 ・介護施設等

### Ⅲ 新たな地域医療構想の主な検討事項

#### ② 新たな地域医療構想のキーワード

(1) 医療・介護連携の推進

(2) 地域医療構想調整『区域』の設定

(3) マンパワー（医療・介護人財）の確保 **（働き方改革）**

(4) 必要病床数等の設定

#### 【追加説明】

ポスト地域医療構想では、「入院医療だけでなく、外来、在宅、かかりつけ医機能、さらに医療・介護連携も加味した、地域の医療・介護提供体制改革」が目標

「早期に入院医療を終え、在宅生活に戻る」（患者のADL・QOL維持等）の実現のために「退院後の在宅医療、外来医療体制」、「介護サービスが必要となった場合の介護提供体制」を同時に整備

複雑な医療・介護ニーズを抱える高齢者が増える中で、各サービスを「統括管理」する「かかりつけ医機能」の充実

こうした点を踏まえて、「入院」だけでなく、総合的な「医療・介護提供体制」がポスト地域医療構想では求められる。

### Ⅲ 新たな地域医療構想の主な検討事項

#### ③ 2040（令和22）年：高齢者（65歳以上）の人口が最大化頃を見据えた医療提供体制のモデル検討

令和6年3月21日

第107回社会保障審議会医療部会

資料1

### 新たな地域医療構想の主な検討事項（案）

○ 新たな地域医療構想については、2040年頃を見据え、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大等に対応できるよう、**病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、地域の医療提供体制全体の地域医療構想として検討予定。**

※ 現状、課題、検討事項等についても、今後の検討会等で検討

#### 【現状】

- 各構想区域の2025年の病床の必要量について、**病床機能ごとに推計し**、都道府県が地域医療構想を策定。
- 各医療機関から都道府県に、**現在の病床機能と2025年の方向性等を報告。**
- 将来の病床の必要量を踏まえ、地域の関係者が**地域医療構想調整会議**（二次医療圏が多数）で協議。
- 都道府県は**地域医療介護総合確保基金**等を活用して支援。

など

#### 【主な課題】

- 2025年の**病床の必要量**に病床の合計・機能別とも近付いているが、**構想区域ごと・機能ごとに乖離。**
- 将来の病床の必要量を踏まえ、各構想区域で病床の機能分化・連携が議論されているが、**外来や在宅医療等を含めた、医療提供体制全体の議論が不十分。**
- 医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上が増大する中、**在宅を中心に入退院を繰り返し最後は看取りを要する高齢者を支える医療を提供する必要。**その際、**かかりつけ医機能の確保、在宅医療の強化、介護との連携強化等が必要。**
- 2040年までみると、都市部と過疎地等で、**地域ごとに人口変動の状況が異なる。**
- **生産年齢人口の減少等**がある中、**医師の働き方改革**を進めながら、地域に必要な医療提供体制を確保する必要。

など

#### 【主な検討事項（案）】

- 2040年頃を見据えた医療提供体制のモデル
  - ・ 地域の類型（都市部、過疎地等）ごとの医療需要の変化に対応する医療提供体制のモデル（医療DX、遠隔医療等の取組の反映）等
- **病床の機能分化・連携の更なる推進**
  - ・ 病床の将来推計：機能区分、推計方法、推計年等
  - ・ 病床必要量と基準病床数の関係
  - ・ 病床機能報告：機能区分、報告基準等
  - ・ 構想区域・調整会議：区域、構成員、進め方等
  - ・ 地域医療介護総合確保基金
  - ・ 都道府県の権限 等
- **地域における入院・外来・在宅等を含めた医療提供体制の議論**
  - ・ 入院・救急・外来・在宅・介護連携・人材確保等を含めた医療機関の役割分担・連携のあり方
  - ・ 将来推計：外来、在宅、看取り、医療従事者等
  - ・ 医療機関からの機能報告：機能区分、報告基準等
  - ・ 構想区域・調整会議：外来・在宅・介護連携等の議論を行う区域、構成員、進め方等
  - ・ 地域医療介護総合確保基金
  - ・ 都道府県の権限
  - ・ 介護保険事業等を担う市町村の役割 等

など 163

# Ⅲ 新たな地域医療構想の主な検討事項

## ③ 医師の働き方改革

新たな地域医療構想等の検討では、「医師の働き方改革」が「持続可能な医療提供体制」においても、重要な課題と位置付けられている。

### 医師の働き方改革

- これまでの我が国の医療は**医師の長時間労働**により支えられており、今後、医療ニーズの減少が進む中で、医師個人に対する負担がさらに増加することが予想される。
- こうした中、医師が健康に働き続けることのできる環境を整備することは、医師本人に**医療の質・安全**を確保すると同時に、**持続可能な医療提供体制**を維持していく上で重要
- **地域医療提供体制の改革**や、各職種専門性を活かして患者により質の高い医療を提供関における**医師の働き方改革**に取り組む必要がある。

<b>現状</b>	病院常勤勤務医の約4割が年960時間超、約1割が年1,860時間超の時間外・休日労働
<b>【医師の長時間労働】</b>	特に救急、産婦人科、外科や若手の医師は長時間の傾向が強い
<b>【労務管理が不十分】</b>	36協定が未締結や、客観的な時間管理が行われていない医療機関も存在
<b>【業務が医師に集中】</b>	患者への病状説明や血圧測定、記録作成なども医師が担当

<b>目指す姿</b>	労務管理の徹底、労働時間の短縮により医師の
	全ての医療専門職それぞれ能動的に対応
	質・安全が確保された医療

(新たな) 地域医療構想・  
【医療機関等各施設の役割分担に応じた体制】

(将来的な) 外来機能の明確化  
【生活習慣病等外来頻度減少・情報通信機器】

業務範囲の拡大・明確化  
【薬剤師・看護師・コメディカル・事務職（医師事務作業補助者）等】

#### 対策

長時間労働を生む構造的な問題への取組

**医療施設の最適配置の推進**  
(地域医療構想・外来機能の明確化)

**地域間・診療科間の医師偏在の是正**

国民の理解と協力に基づく**適切な受診の推進**

#### 医療機関内での医師の働き方改革の推進

適切な**労務管理の推進**

**タスクシフト/シェアの推進**  
(業務範囲の拡大・明確化)

→ 一部、法改正で対応

<行政による支援>

- ・医療勤務環境改善支援センターを通じた支援
- ・経営層の意識改革（講習会等）
- ・医師への周知啓発 等

#### 時間外労働の上限規制と健康確保措置の適用（2024.4～）

<p><b>地域医療等の確保</b></p> <p>医療機関が医師の労働時間短縮計画の案を作成</p> <p>評価センターが評価</p> <p>都道府県知事が指定</p> <p>医療機関が計画に基づく取組を実施</p>	医療機関に適用する水準	年の上限時間	面接指導	休息時間の確保	<p><b>医師の健康確保</b></p> <p style="text-align: center;"><b>面接指導</b></p> <p>健康状態を医師がチェック</p> <p style="text-align: center;"><b>休息時間の確保</b></p> <p>連続勤務時間制限と勤務間インターバル規制（または代償休息）</p>
	A（一般労働者と同程度）	<b>960時間</b>	<b>義務</b>	努力義務	
	連携B（医師を派遣する病院）	<b>1,860時間</b> ※2035年度末を目標に終了		義務	
	B（救急医療等）				
	C-1（臨床・専門研修）	<b>1,860時間</b>			
	C-2（高度技能の修得研修）				

法改正で対応