

第21回地域医療構 想に関するWG	資料
令和元年5月16日 (2019年)	1

平成31年4月24日	第66回社会保障審議会医療部会	資料1-1
------------	-----------------	-------

医療提供体制の改革について

2040年を展望した医療提供体制の改革について（イメージ）

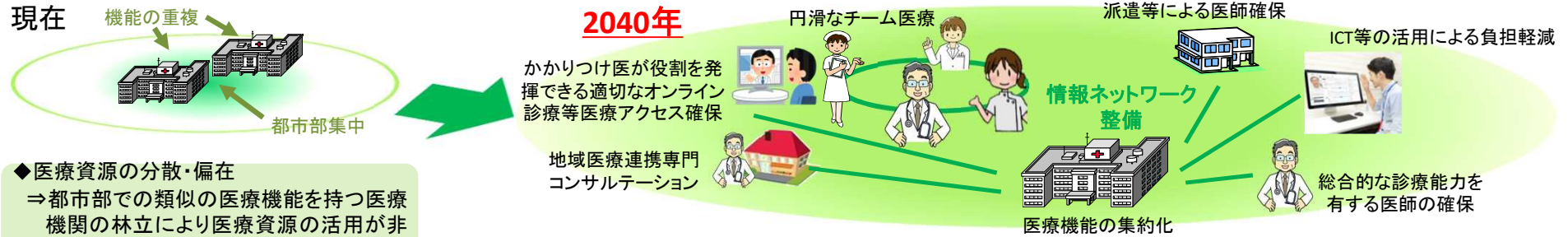
平成31年4月24日

第66回社会保障審議会医療部会

資料1-1

- 医療提供体制の改革については2025年を目指した地域医療構想の実現等に取り組んでいるが、2025年以降も少子高齢化の進展が見込まれ、さらに人口減に伴う医療人材の不足、医療従事者の働き方改革といった新たな課題への対応も必要。
- 2040年の医療提供体制の展望を見据えた対応を整理し、地域医療構想の実現等だけでなく、医師・医療従事者の働き方改革の推進、実効性のある医師偏在対策の着実な推進が必要。

2040年の医療提供体制（医療ニーズに応じたヒト、モノの配置）



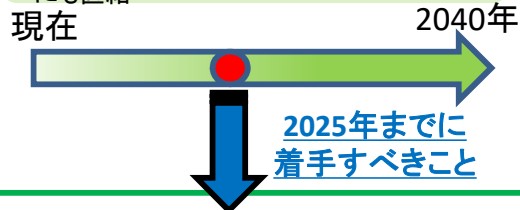
- ◆医療資源の分散・偏在
⇒都市部での類似の医療機能を持つ医療機関の林立により医療資源の活用が非効率に
⇒医師の少ない地域での医療提供量の不足・医師の過剰な負担
- ◆疲弊した医療現場は医療安全への不安にも直結

どこにいても必要な医療を最適な形で

- ・限られた医療資源の配置の最適化（医療従事者、病床、医療機器）
⇒医療計画に「地域医療構想」「医師確保計画」が盛り込まれ、総合的な医療提供体制改革が可能に
- ・かかりつけ医が役割を發揮するための医療情報ネットワークの整備による、地域医療連携や適切なオンライン診療の実施

医師・医療従事者の働き方改革で、より質が高く安全で効率的な医療へ

- ・人員配置の最適化やICT等の技術を活用したチーム医療の推進と業務の効率化
- ・医療の質や安全の確保に資する医療従事者の健康確保や負担軽減
- ・業務の移管や共同化（タスク・シフティング、タスク・シェアリング）の浸透



2040年を展望した2025年までに着手すべきこと

地域医療構想の実現等

- ①全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針の合意形成
- ②合意形成された具体的対応方針の検証と地域医療構想の実現に向けた更なる対策
- ③かかりつけ医が役割を發揮できるための医療情報ネットワークの構築や適切なオンライン診療等を推進するための適切なルール整備 等

三位一体で推進

医師・医療従事者の働き方改革の推進

- ①医師の労働時間管理の徹底
- ②医療機関内のマネジメント改革（管理者・医師の意識改革、業務の移管や共同化（タスク・シフティングやタスク・シェアリング）、ICT等の技術を活用した効率化 等）
- ③医師偏在対策による地域における医療従事者等の確保（地域偏在と診療科偏在の是正）
- ④地域医療提供体制における機能分化・連携、集約化・重点化の推進（これを推進するための医療情報の整理・共有化を含む）⇒**地域医療構想の実現**

実効性のある医師偏在対策の着実な推進

- ①**地域医療構想**や2040年の医療提供体制の展望と整合した**医師偏在対策**の施行
 - ・医師偏在指標に基づく医師確保計画の策定と必要な施策の推進
 - ・将来の医療ニーズに応じた地域枠の設定・拡充
 - ・地域ごとに異なる人口構成の変化等に対応した将来の診療科別必要医師数を都道府県ごとに算出
- ②総合的な診療能力を有する医師の確保等のプライマリ・ケアへの対応

地域医療構想の進捗等について

地域医療構想の実現に向けたこれまでの取組について

平成31年
4月24日

第66回社会保障
審議会医療部会

資料
1-2

1. これまでの取り組み

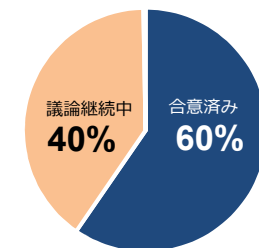
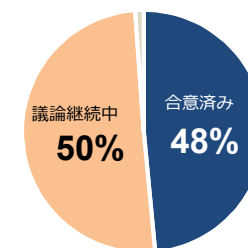
- 全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針の合意形成

- 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に要請した。
- 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」においてはそれぞれ、
 - 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が挙げられている。
- 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。**

公立・公的医療機関等に関する議論の状況
平成30年12月末

新公立病院改革
プラン対象病院

公的医療機関等2025
プラン対象病院



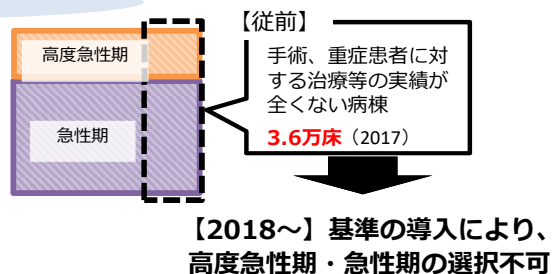
(病床ベース)

※平成31年3月末のデータは集計中

地域医療構想の実現のための推進策

○ 病床機能報告における定量的基準の導入

- 2018年10月からの病床機能報告において診療実績に着目した報告がなされるよう定量的基準を明確化し、**実績のない高度急性期・急性期病棟を適正化**



○ 2018年6月より地域医療構想アドバイザーを任命

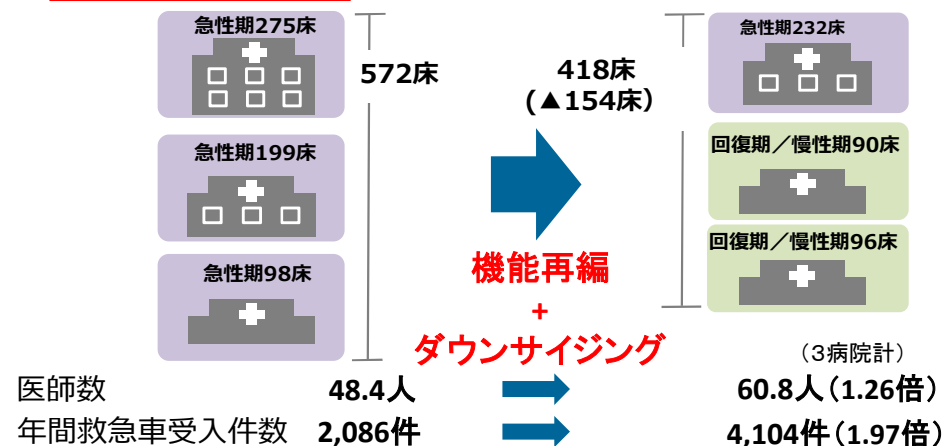
- ・ 調整会議における議論の支援、ファシリテート
- ・ 都道府県が行うデータ分析の支援 等

(36都道府県、79名(平成31年3月))

○ 2018年6月より都道府県単位の地域医療構想調整会議の設置

機能分化連携のイメージ (奈良県南和構想区域)

- 医療機能が低下している3つの救急病院を1つの救急病院(急性期)と2つの回復期/慢性期病院に**再編し、ダウンサイジング**
- 機能集約化により医師一人当たりの救急受入件数が増え、**地域全体の医療機能の強化、効率化**が促進された



- 2019年年央までに各医療機関の診療実績データを分析し、公立・公的医療機関等の役割が当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか、合意された具体的対応方針を検証し、地域医療構想の実現に必要な協議を促進。

2. 今後の取り組み

- 合意形成された具体的対応方針の検証と構想の実現に向けた更なる対策

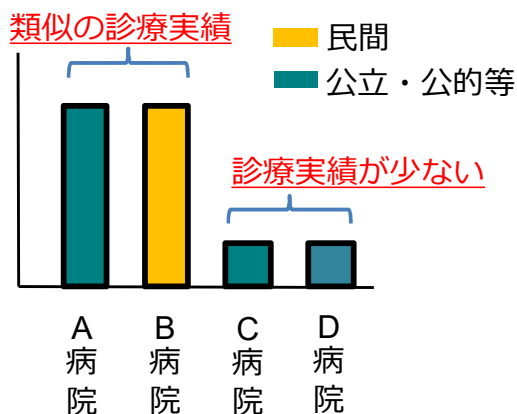
- 今後、2019年年央までに、全ての医療機関の診療実績データ分析を完了し、「**代替可能性がある**」または「**診療実績が少ない**」と位置付けられた**公立・公的医療機関等**に対して、構想区域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえつつ、**医師の働き方改革の方向性**も加味して、**当該医療機能の他の医療機関への統合や他の病院との再編統合**について、地域医療構想調整会議で協議し改めて合意を得るように要請する予定。

分析内容

- ① 分析項目ごとに診療実績等の一定の指標を設定し、当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか分析する。
重点化が不十分な場合、他の医療機関による代替可能性があるとする。
A 各分析項目について、構想区域内に、一定数以上の診療実績を有する医療機関が2つ以上あり、かつ、お互いの所在地が近接している。
B 各分析項目について、診療実績が特に少ない。
- ② 医療機関の所在地や、他の医療機関との位置関係を確認するなど、地理的条件も勘案する。

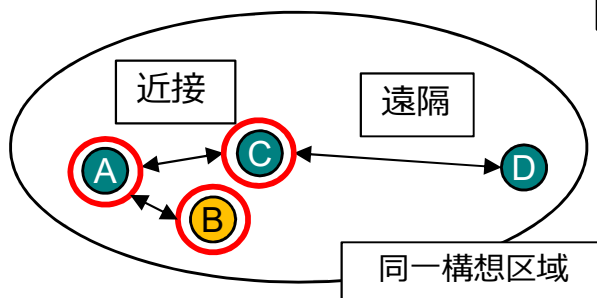
分析のイメージ

- ① 診療実績の**データ分析**
(領域等 (例：がん、救急等) ごと)



- ② 地理的条件の**確認**

類似の診療実績がある場合又は診療実績が少ない場合のうち、**近接**している場合を確認



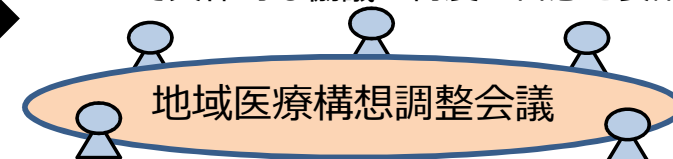
①及び②により「**代替可能性あり**」とされた公立・公的医療機関等

- ③ 分析結果を踏まえた地域医療構想調整会議における**検証**

医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえ、**医師の働き方改革の方向性**も加味して、

- **代替可能性のある機能の他の医療機関への統合**
- **病院の再編統合**

について具体的な協議・再度の合意を要請



A 構想区域の例

平成31年
4月24日

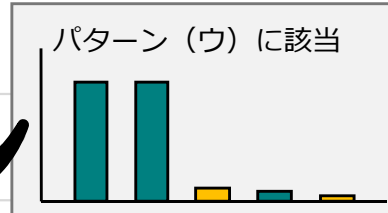
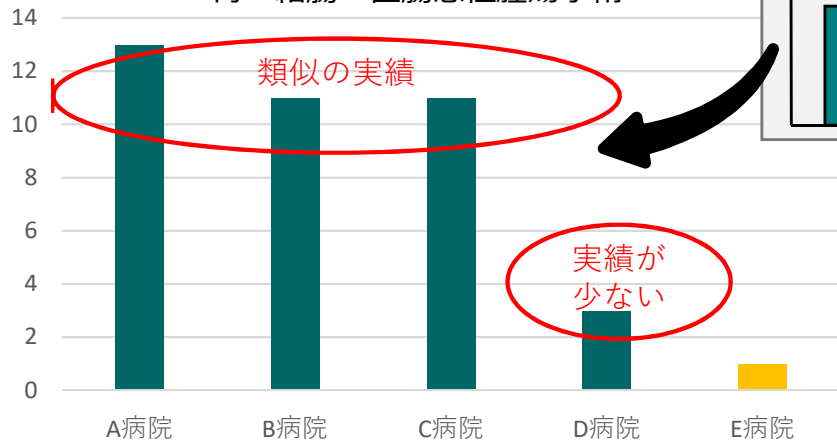
第66回社会保障
審議会医療部会

資料
1-2

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

■ 手術実績

胃・結腸・直腸悪性腫瘍手術



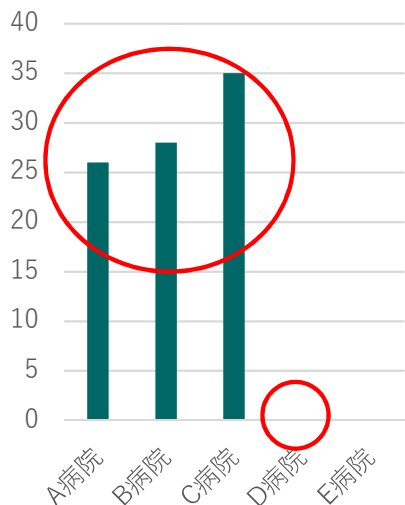
■ 基本情報

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

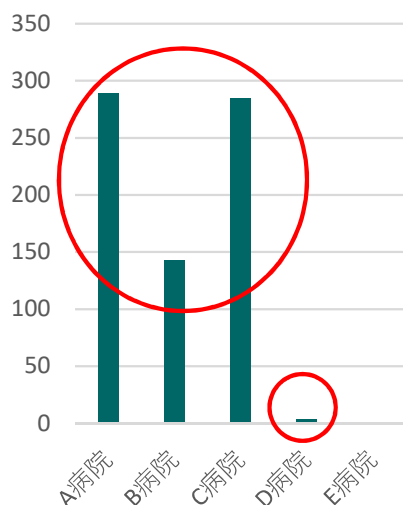
病床利用率 (※4)		医療施設従事医師数 (※5)	流入入院患者割合 (※6)	流出入院患者割合 (※6)
一般病床	療養病床			
76	92	697	32	32

■ 手術以外の診療実績

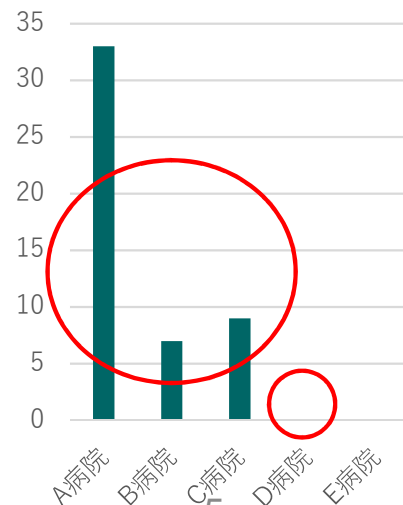
経皮的冠動脈形成術



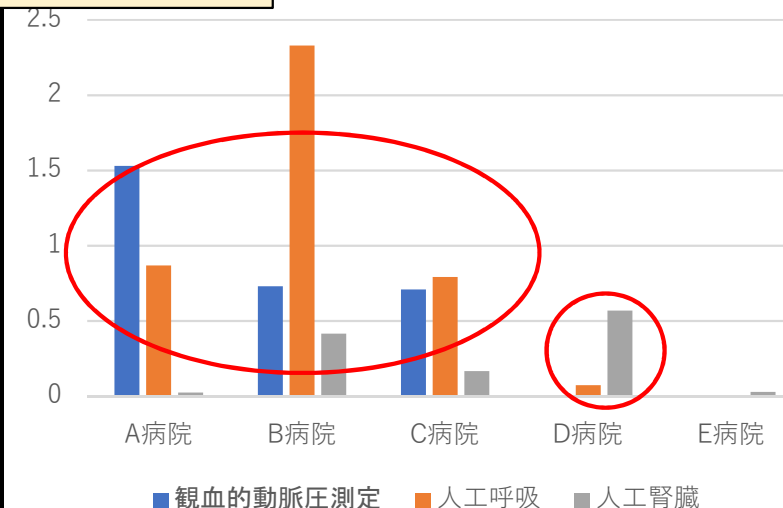
化学療法



放射線治療



■ 患者像



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

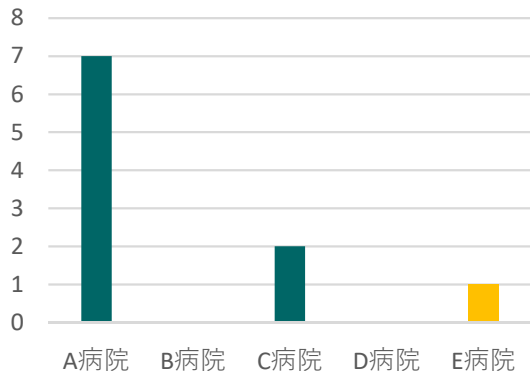
(参考) A構想区域の医療機関の診療実績

平成31年
4月24日

第66回社会保
険審議会医療部会

資料
1-2

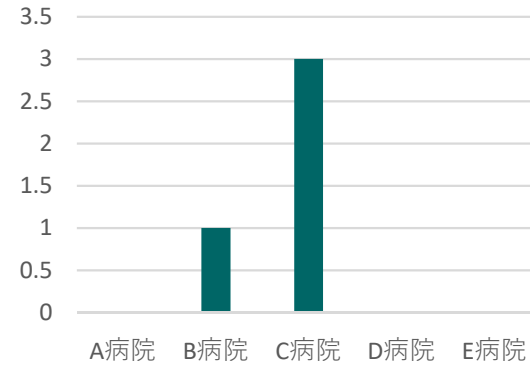
乳腺悪性腫瘍手術



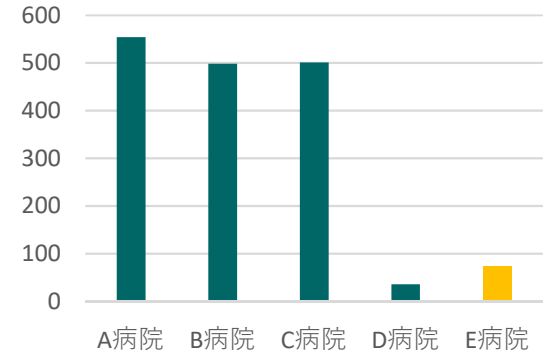
冠動脈バイパス手術



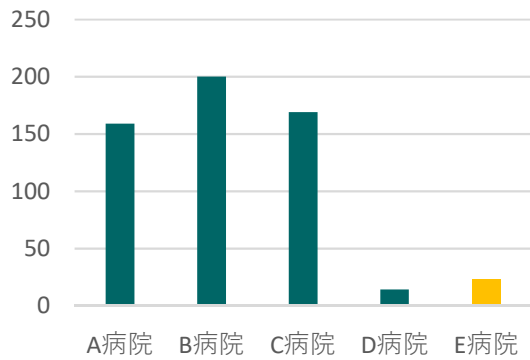
脳動脈瘤クリッピング術



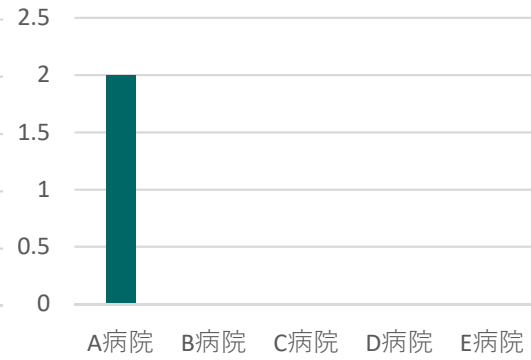
手術 総数



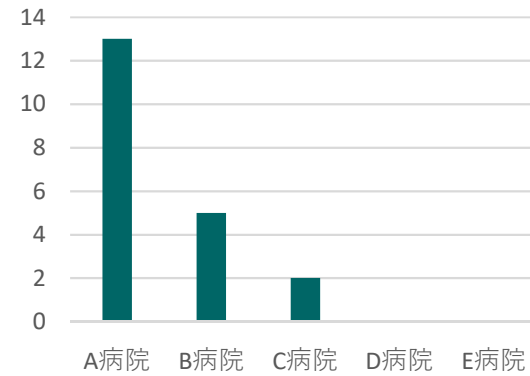
全身麻酔の手術



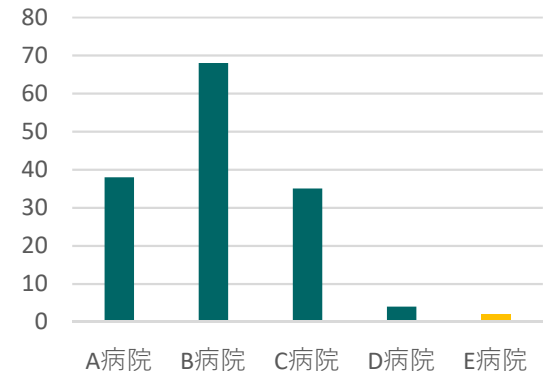
人工心肺を用いた手術



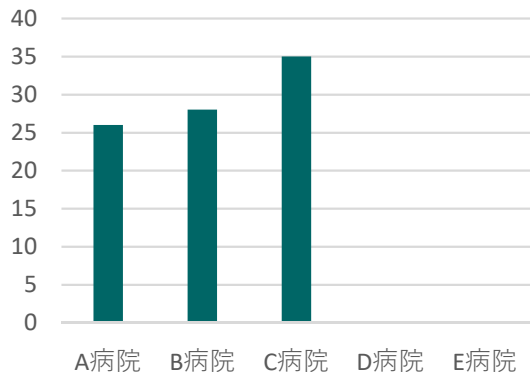
胸腔鏡下手術



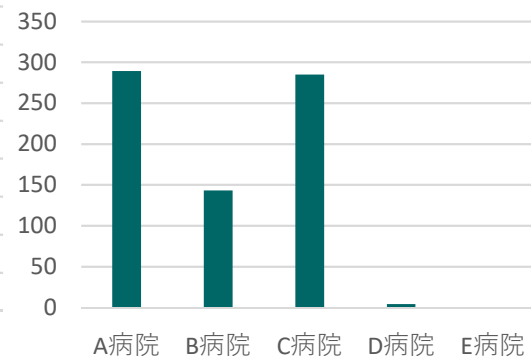
腹腔鏡下手術



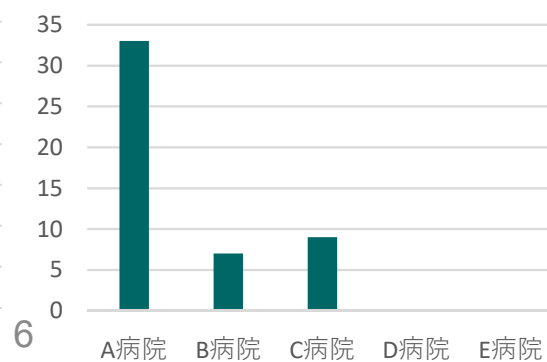
経皮的冠動脈形成術



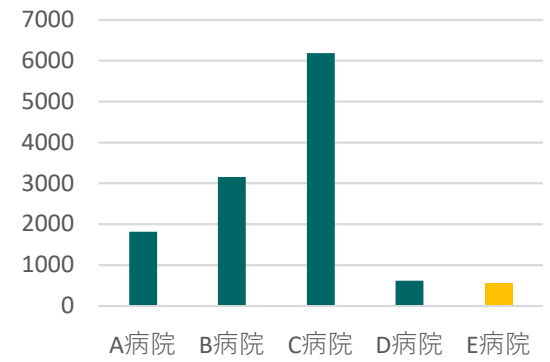
化学療法



放射線治療



救急車の受入件数



B構想区域の例

平成31年
4月24日

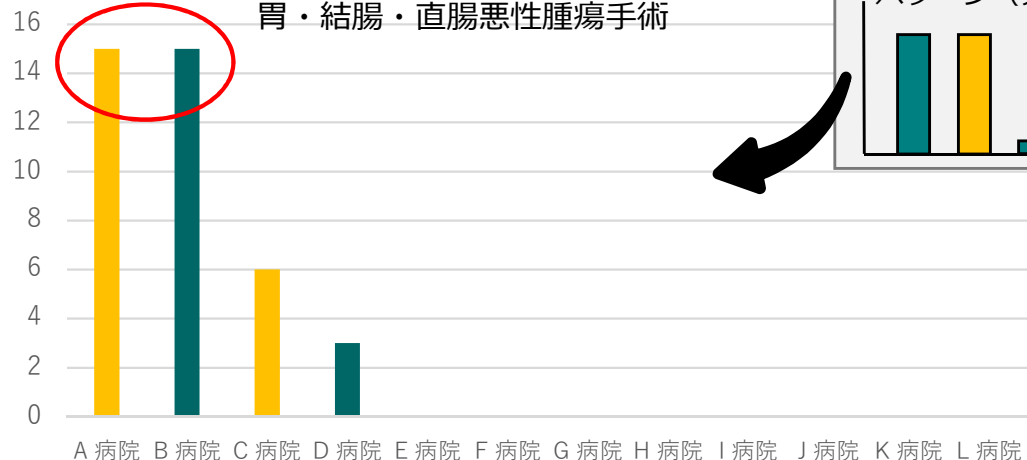
第66回社会保障
審議会医療部会

資料
1-2

- 主要な手術の実績をみると、一定数の実績のある公・民の病院が各1ヶ所程度存在。（パターン（ア）に該当）
- 手術以外の実績や患者像をみると、B病院に固有の役割はみられない。

■手術実績

胃・結腸・直腸悪性腫瘍手術



■基本情報

人口 （※2）	高齢化率 （※2）	一般病院数 （※3）	有床診 （※3）	病床数計 （※3）
212,000	29.8	12	9	2,678

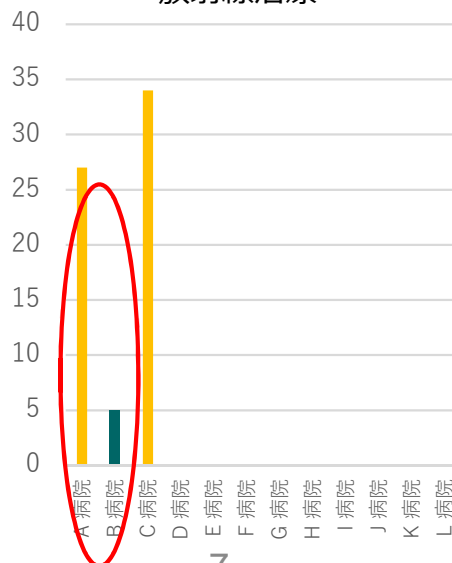
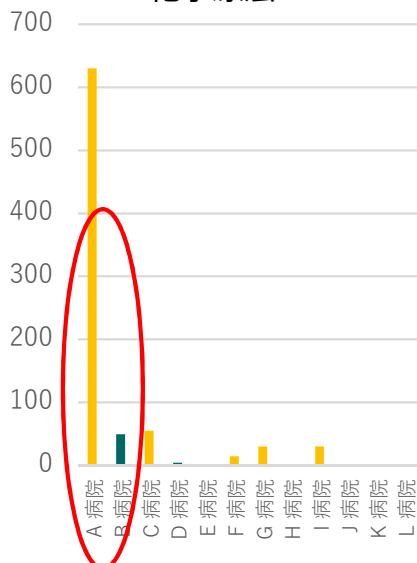
病床利用率（※4）		医療施設従事医師数 （※5）	流入入院患者割合 （※6）	流出入院患者割合 （※6）
一般病床	療養病床			
72.7	80.5	563	-	-

■手術以外の診療実績

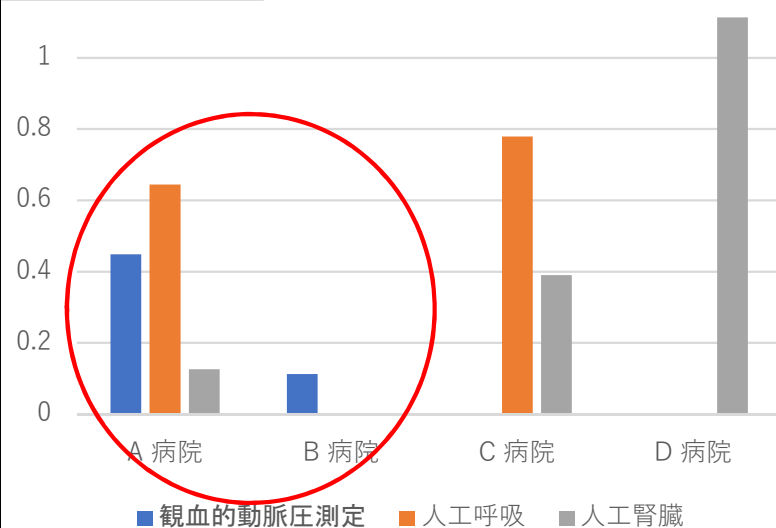
経皮的冠動脈形成術

化学療法

放射線治療



■患者像



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

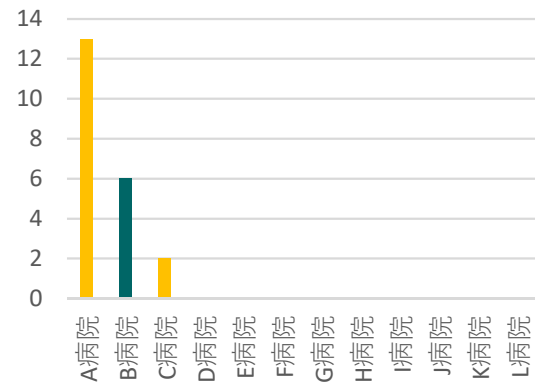
(参考) B構想区域の医療機関の診療実績

平成31年
4月24日

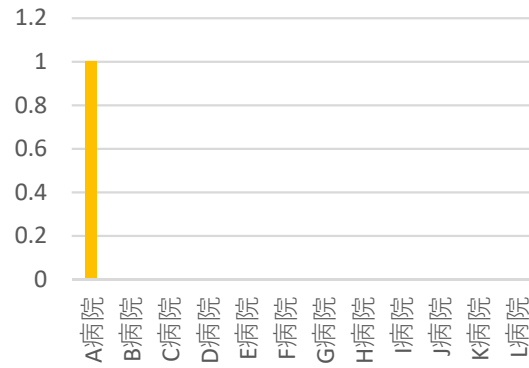
第66回社会保障
審議会医療部会

資料
1-2

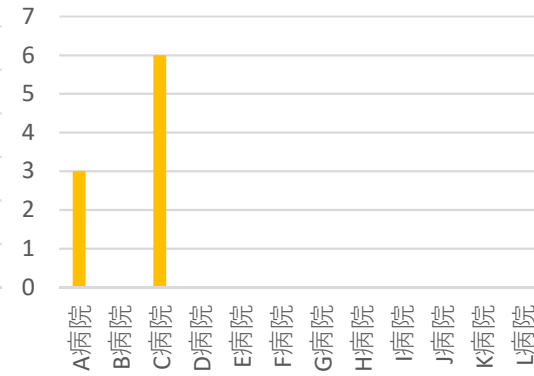
乳腺悪性腫瘍手術



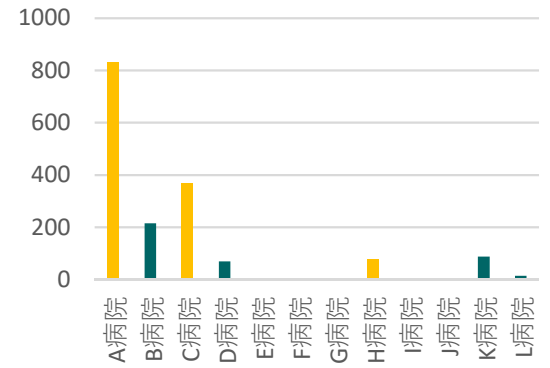
冠動脈バイパス手術



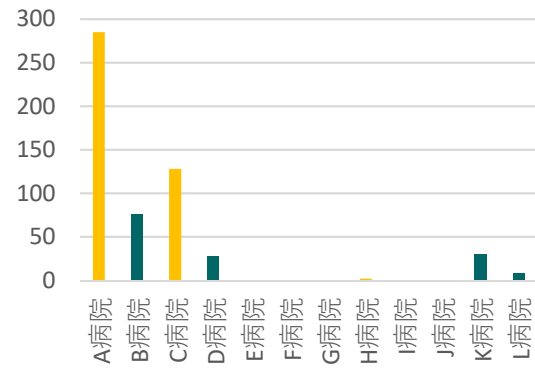
脳動脈瘤クリッピング術



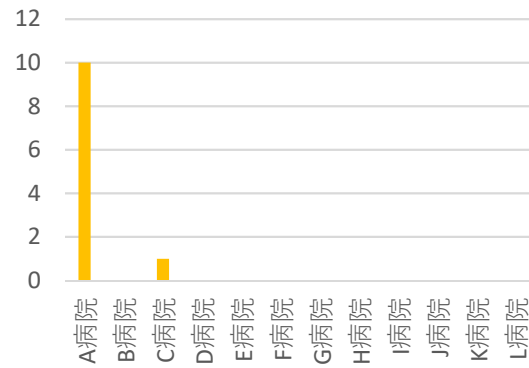
手術 総数



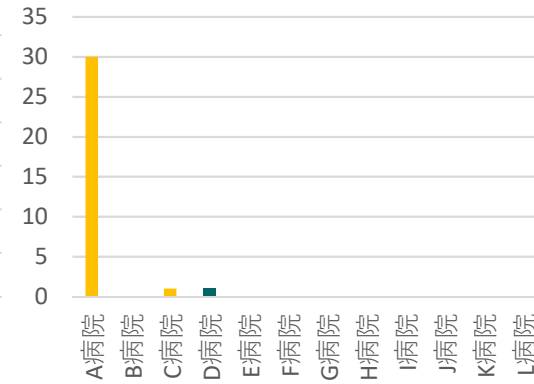
全身麻酔の手術



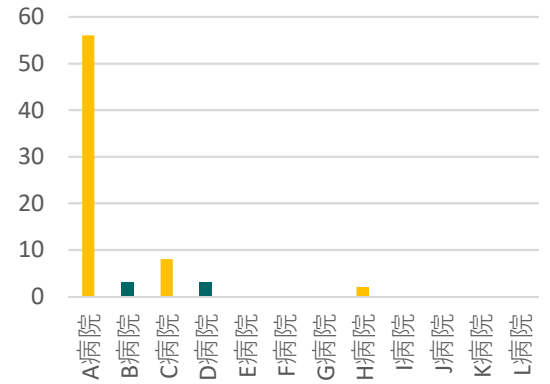
人工心肺を用いた手術



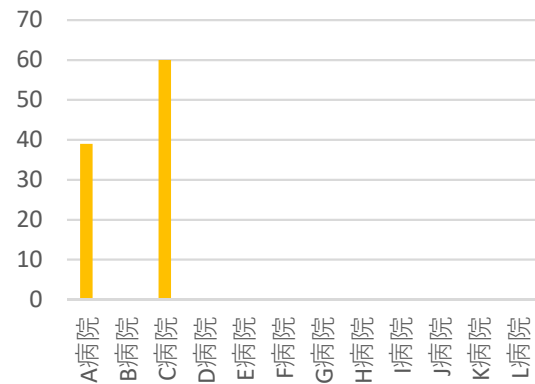
胸腔鏡下手術



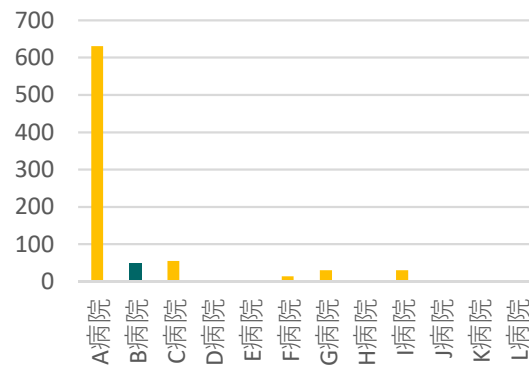
腹腔鏡下手術



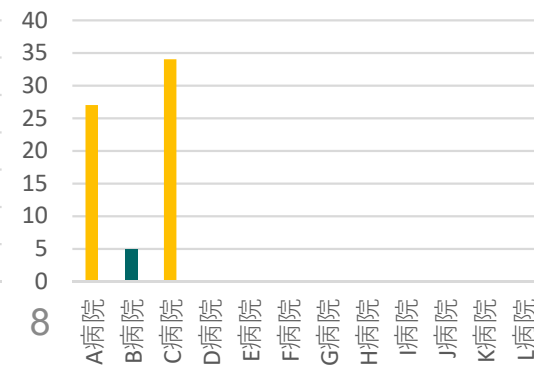
経皮的冠動脈形成術



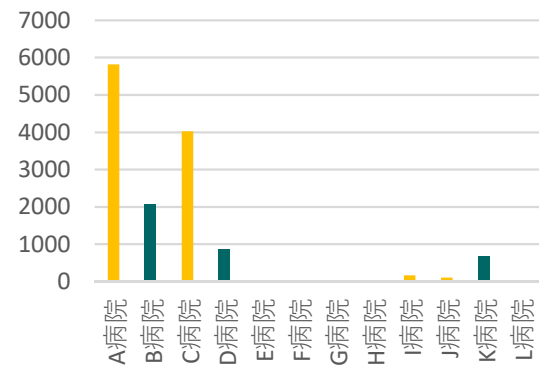
化学療法



放射線治療



救急車の受入件数



医師の働き方改革に関する検討会 報告書の概要

医師の働き方改革に関する検討会 報告書の概要

平成31年
4月24日

第66回社会保障
審議会医療部会

資料1-4

- 医師の働き方改革に関する検討会（座長：岩村正彦東京大学大学院法学政治学研究科教授）において、医師の時間外労働規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等についてとりまとめを行った（平成31年3月28日）。

1. 医師の働き方改革に当たっての基本的な考え方

医師の働き方改革を進める基本認識

- 我が国の医療は、医師の自己犠牲的な長時間労働により支えられており危機的な状況。昼夜を問わず患者への対応を求められる仕事で、他職種と比較しても抜きん出た長時間労働の実態。
- 健康への影響や過労死の懸念、仕事と生活の調和への関心の高まり、女性医師割合の上昇等も踏まえ、改革を進める必要。
- 医師の長時間労働の背景には、個々の医療機関における業務・組織のマネジメントの課題のみならず、医師の需給や偏在、医師の養成のあり方、地域医療提供体制における機能分化・連携が不十分な地域の存在、国民の医療のかかり方等の様々な課題が存在。これらに関連する各施策と医師の働き方改革が総合的に進められるべきであり、規制内容を遵守できる条件整備の観点からも推進する必要がある。

2. 働き方改革の議論を契機とした、今後目指していく医療提供の姿

- 労働時間管理の適正化が必要。その際、宿日直許可基準における夜間に従事する業務の例示等の現代化、医師の研鑽の労働時間の取扱いについての考え方等を示す必要。
- 医師の労働時間短縮のために、医療機関のマネジメント改革（意識改革、チーム医療の推進（特定行為研修制度のパッケージ化等）、ICT等による効率化）、地域医療提供体制における機能分化・連携の医師働き方改革の推

医師の診療業務の特殊性

（応召義務について）

- 医療機関としては労働基準法等の関係法令を遵守した上で医師等が適切に業務遂行できる体制・環境整備を行う必要。応召義務を理由に、違法な診療指示等に従うなど、際限のない長時間労働を求められていると解することは正当ではない。

（医師の診療業務の特殊性）

- 公共性（国民の生命を守るものであり、国民の求める日常的なアクセス、質等の確保が必要）
- 不確実性（疾病発生が予見不可能である等）
- 高度の専門性（業務独占、養成に約10年要する）
- 技術革新と水準向上（新しい診断・治療法の追求と活用・普及の両方が必要）

進、上手な医療のかかり方の周知を全体として徹底して取り組んでいく必要。また、働き方と保育環境等の面から、医師が働きやすい勤務環境の整備が重要。

- 個々の医療機関に対するノウハウ提供も含めた実効的な支援策、第三者の立場からの助言等が重要。
- 上手な医療のかかり方を広めるための懇談会でとりまとめた方策を国が速やかに具体的施策として実行。

時間外労働の上限規制の構成 ※具体的な内容はP 4・5

診療従事勤務医の時間外労働の上限水準として、脳・心臓疾患の労災認定基準を考慮した(A)水準を設定。このほかに、2つの水準を設定。

- 地域医療提供体制の確保の観点（①2024年時点ではまだ約1万人の需給ギャップが存在し、さらに医師偏在解消の目標は2036年、②医療計画に基づき改革に取り組む必要性、③医療ニーズへの影響に配慮した段階的改革の必要性）から、やむを得ず(A)水準を超えざるを得ない場合を想定し、地域医療確保暫定特例水準（(B)水準）を設定。

※「臨時的な必要がある場合」の1年あたり延長することができる時間数の上限（1,860時間）については、過重労働を懸念する声があがっており、本検討会においても、医師の健康確保や労働時間短縮を求める立場から賛同できないとの意見があった。

- 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として、その機能については具体的に以下のとおり。

◆「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

以上について、時間外労働の実態も踏まえると、あわせて約1,500程度と見込まれる。

◆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

- ①臨床研修医・専門研修中の医師の研鑽意欲に応じて一定期間集中的に知識・手技を身につけられるようにすること、②高度な技能を有する医師を育成する必要がある分野において新しい診断・治療法の活用・普及等が図られるようにすること、が必要であり、集中的技能向上水準（(C)－1水準（①に対応）、(C)－2水準（②に対応））を設定。

(B) 水準

医療機関機能、労働時間短縮の取組等の国が定める客観的要件を踏まえ都道府県が対象医療機関を特定⇒特定された機能にかかる業務につき(A)水準超での36協定が可能に。新たに設ける「評価機能」が医療機関ごとの長時間労働の実態や取組状況の分析・評価を実施。結果を医療機関・都道府県に通知・住民に公表し、当該医療機関と地域医療提供体制の双方から労働時間短縮に向けて取り組む。

(C) - 1
水準
(研修医)

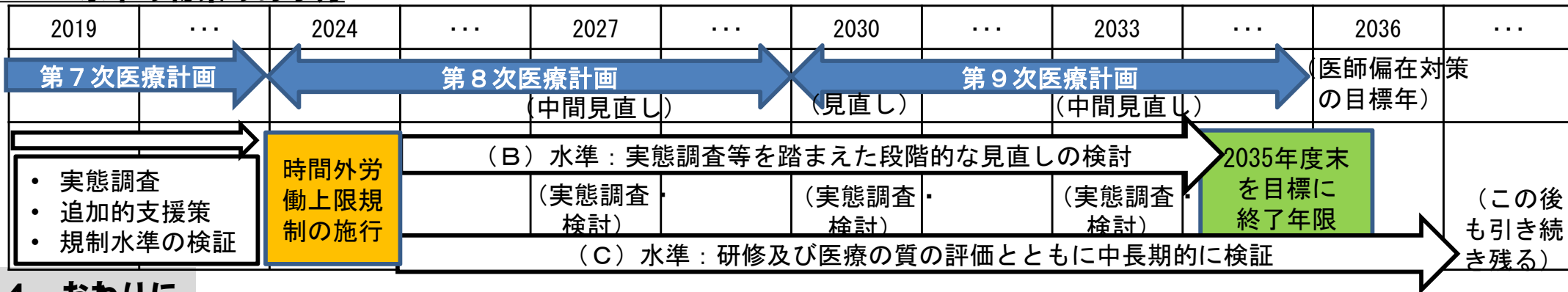
臨床研修・専門研修プログラムにおいて想定最大時間外労働(実績)を明示。これが(A)水準を超える医療機関を都道府県が特定(※超えない場合は(A)水準の適用)⇒「臨床研修・専門研修に係る業務」につき(A)水準超での36協定が可能に。医師は明示時間数を踏まえ自らプログラムを選択・応募。

(C) - 2
水準
(高度特定技能)

高度技能育成を要する分野を審査組織(※高度な医学的見地からの審査を行う)が特定。必要な設備・体制を整備している医療機関を都道府県が特定⇒「高度特定技能育成に係る業務」につき(A)水準超での36協定が可能に。医師が自由な意欲により計画を作成し、審査組織の個別承認を経たのちに実際の適用となる。

※現在、一般労働者の副業・兼業に係る労働時間管理の取扱いについては「副業・兼業の場合の労働時間管理の在り方に関する検討会」において検討されている。このため、兼業(複数勤務)を行う医師に対する労働時間管理等の在り方については、改めて検討。

B・C水準の将来のあり方



4. おわりに

- とりまとめ内容の制度化・実施の際には、追加的健康確保措置が実効性をもって運用され、医師の健康を確実に担保するとともに、(B)水準の解消等に向けて労働時間短縮を着実に推進することが最重要。
- 個々の医療機関が労働時間短縮・医師の健康確保を進めた上で、労使で十分に話し合い、時間外労働について36協定を締結することが重要。さらに、地域医療確保のためにも、医療機関に対する実効的な支援等について確実に実行に移していけるよう、厚生労働省を始めとした行政の速やかな具体的対応を強く求める。
- 医師と国民が受ける医療の双方を社会全体で守っていくと強く決意する。

医師の時間外労働規制について①

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 (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 (例外あり)
 ※いずれも休日労働含む

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

A : 診療従事勤務医に2024年度以降適用される水準

B : 地域医療確保暫定特例水準 (医療機関を特定)

C-1 **C-2**
 集中的技能向上水準 (医療機関を特定)

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

将来 (暫定特例水準の解消 (=2035年度末) 後)

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。

月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置 (いわゆるドクターストップ)

【追加的健康確保措置】

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)

※初期研修医については連続勤務時間制限を強化して徹底 (代償休息不要)

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

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

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

※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取組を講ずる。

医師の時間外労働規制について②

平成31年4月24日

第66回社会保障審議会医療部会

資料1-4

(A) 水準

(B) 水準

(C) 水準

縮36協 結定 で る時 間 数 の 上 限	①通常の時間外労働（休日労働を含まない）	月45時間以下・年360時間以下	
	②「臨時的な必要がある場合」 （休日労働を含む）	月100時間未満（ただし下表の面接指導等を行った場合には例外あり）	
		年960時間以下	年1,860時間以下
③36協定によっても超えられない時間外労働の上限時間（休日労働を含む）		月100時間未満（例外につき同上）	
		年960時間以下	年1,860時間以下
適正な労務管理（労働時間管理等）		一般労働者と同様の義務（労働基準法、労働安全衛生法）	
医師労働時間短縮計画の作成によるPDCAの実施		現行どおり （勤務環境改善の努力義務）	義務
追 加 的 健 康 確 保 措 置	連続勤務時間制限28時間※1（宿日直許可なしの場合）	努力義務 （②が年720時間等を超える場合のみ）	義務
	勤務間インターバル9時間		
	面接指導（睡眠・疲労の状況の確認を含む）・必要に応じ就業上の措置（就業制限、配慮、禁止）	時間外労働が月100時間以上となる場合は義務 （月100時間以上となる前に実施※3）	

※さらに、時間外労働月155時間超の場合には労働時間短縮の措置を講ずる。

- 追加的健康確保措置については医事法制・医療政策における義務付け、実施状況確認等を行う方向で検討（36協定にも記載）。面接指導については労働安全衛生法上の義務付けがある面接指導としても位置づける方向で検討。

※1 (C) - 1水準が適用される初期研修医の連続勤務時間制限については、28時間ではなく1日ごとに確実に疲労回復させるため15時間（その後の勤務間インターバル9時間）又は24時間（同24時間）とする。

※2 長時間の手術や急患の対応等のやむを得ない事情によって例外的に実施できなかった場合には、代償休息によることも可能（(C) - 1水準が適用される初期研修医を除く）。

※3 時間外労働実績が月80時間超となった段階で睡眠及び疲労の状況についての確認を行い、(A)水準適用対象者の場合は疲労の蓄積が確認された者について、(B)・(C)水準適用対象者の場合は全ての者について、時間外労働が月100時間以上となる前に面接指導を実施。

平成31年
4月24日

第66回社会保障
審議会医療部会

参考資料
1-3

医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会第4次中間取りまとめ

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

平成31年
4月24日

第66回社会保障
審議会医療部会

参考資料
1-3

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

平成31年
4月24日

第66回社会保障
審議会医療部会

参考資料
1-3

公布

施行日	30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度	36年度	37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（※）				
三師調査結果公表			● H31. 12公表 (H30年調査)		● H33. 12公表 (H32年調査)		● H35. 12公表 (H34年調査)	● H37. 12公表 (H36年調査)
主な改正内容								
新たな医師の認定制度の創設	H32. 4. 1施行							
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					
地域医療対策協議会の役割の明確化等	公布日施行							
地域医療支援事務の追加	公布日施行							
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							
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							
都道府県への臨床研修病院指定権限付与	H32. 4. 1施行							
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							
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							

● 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

● H31. 12公表
(H30年調査)

● H33. 12公表
(H32年調査)

● H35. 12公表
(H34年調査)

● H37. 12公表
(H36年調査)

認定制度の開始

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

医師確保について協議する場

事務の追加

計画策定作業

計画に基づく取組の実施

地域枠／地元枠の要請の開始

新制度に基づく臨床研修病院・募集定員の指定

要請／事前協議の開始

新たな知事権限の運用開始

H36. 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。

経緯

- 平成30年通常国会において「医療法及び医師法の一部を改正する法律」が成立し、今後の医師偏在対策の基本的な枠組みが定められた。
- 改正法の施行に当たって、医師偏在対策の実効性確保のための具体的な制度設計について医師需給分科会において検討を行い、その内容を取りまとめたもの。

(1) 都道府県における医師偏在対策の実施体制の強化

- **医師偏在指標**
 - ・ 全国ベースで医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価可能な指標の算定。
 - ▶ ①医療ニーズ及び人口・人口構成とその変化、②患者の流出入、③地理的条件、④医師の性別・年齢分布、⑤医師偏在の単位の**5要素を考慮した医師偏在指標**を設計。
- **医師少数区域／医師多数区域**
 - ・ メリハリのある医師確保対策を行うための、医師が少ない地域、多い地域の明確化。
 - ▶ 医師偏在指標に基づき、全国の二次医療圏の**上位33.3%を医師多数区域、下位33.3%を医師少数区域と設定**。医師少数区域には重点的な医師確保対策を行う。
 - ▶ 局所的に医師が少ない場所を、「**医師少数スポット**」として、重点的な医師確保対策の対象とする。
- **医師確保計画**
 - ・ 都道府県が主体的・実効的に医師確保対策を行うための計画の策定。
 - ▶ 定量的な現状分析に基づいて計画を定め、3年（初回のみ4年）ごとにその内容を見直す**PDCAサイクルを実施することで、医師確保対策の実効性を強化**。
 - ▶ 地域枠の効果等を踏まえ、**2036年を長期的な医師偏在是正の目標年**とする。
 - ▶ 医師確保計画には、①都道府県内における医師確保の方針、②確保すべき医師数の目標（目標医師数）、③目標の達成に向けた施策内容、を定める。
 - ▶ 医師の確保方針として、医師多数区域等は他の地域からの医師の確保は行わない等とする。
 - ▶ 医師の派遣調整等の短期的な対策と、地域枠の増員等の長期的な対策を組み合わせる医師偏在是正を目指す。
 - ▶ 医師確保対策について協議を行う、**地域医療対策協議会**の意見を反映することが必要。

医師偏在指標の算定

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数}}{\text{地域の人口} \div 10\text{万} \times \text{地域の標準化受療率比}}$$

医師少数区域／医師多数区域の設定

全国335医療圏

医師偏在指標	小	下位33.3% ⇒医師少数区域	上位33.3% ⇒医師多数区域	大
医療圏の順位	335位	334位	333位	3位 2位 1位

医師確保計画の策定

方針 医師偏在指標の大小、将来の需給推計から地域ごとの医師確保の方針を定める。	目標 医師少数区域の水準を脱するために必要な医師数を目標医師数として定める。
施策 医師の派遣調整、キャリア形成プログラムの策定・運用、医学部における地域枠・地元出身者枠の設定、医師確保対策と連携した勤務環境改善支援等の対策を定める。	

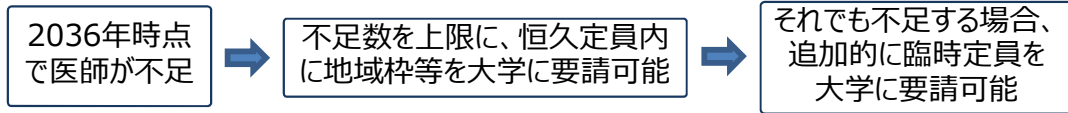
3年（初回のみ4年）ごとに見直し、PDCAサイクルに基づき実効性を高める

- **産科・小児科における医師偏在対策**
 - ・ 産科・小児科について、暫定的に診療科別の医師偏在指標を示す。
 - ▶ 産科においては分娩数、小児科においては年少人口に基づいた指標を提示。**診療科間の医師偏在を是正するものではないこと**に留意が必要。
 - ・ 相対的医師少数区域の設定を行う。
 - ▶ 産科・小児科は、その労働環境に鑑みると、産科医師又は小児科医師が相対的に少なくない地域等においても医師が不足している可能性があるため、**医師多数区域は設けず**、また下位33.3%に該当する地域を「**相対的医師少数区域**」と呼称することとする。
 - ・ 産科・小児科に限定した医師確保計画を策定する。
 - ▶ **医療圏の見直しや医療圏を越えた地域間の連携、機能の集約化・重点化、医師の時間外労働の短縮に向けた取組等について**の検討を行うとともに、産科医師及び小児科医師の総数を確保するための施策や医師の派遣調整等についても検討を行う。

(2) 医師養成過程を通じた地域における医師確保

医学部

- 医学部における地域枠・地元出身者枠の設定
 - ・ 2008年度以降、地域枠設置を要件とした臨時定員の増員が行われてきた。
 - ・ 改正法により、都道府県知事は、大学に対して地域への定着率の高い地域枠や地元出身者枠の設置・増設の要請が可能。
 - ・ **2022年度以降の臨時定員数は今後設定することとされているため、地域枠や地元出身者枠の大学への要請数等について検討が必要。**
 - ▶ 地域枠・地元出身者枠については、**2036年度時点の医師不足数を上限**として大学に要請できることとする。
 - ▶ 地域枠は、一般枠とは別枠で募集定員の設定・選抜を行う「**別枠方式**」により選抜する。
 - ▶ 全体として**マクロの供給量が過剰にならないよう留意が必要**。



専門研修等

- 診療科ごとの将来必要な医師数の見通しの明確化
 - ・ **診療科ごとの将来必要な医師数の見通しについて、国全体・都道府県ごとに提示。**
- ```

 graph LR
 A[診療科と疾病・診療行為の対応関係を整理] -- "人口動態・疾病構造変化を考慮" --> B[将来の診療科ごとの医師の需要の変化を推計]

```
- ・ **期待される効果**
    - ▶ 医師が**適切に診療科を選択することで、診療科偏在の是正につながる**こと
    - ▶ 各都道府県において地域枠医師による適切な診療科選択に資する取組が行われること
    - ▶ 専門医制度におけるシーリング設定等のエビデンスとして活用されること等が期待される。

## (3) 地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

- 外来医療機能の不足・偏在等への対応
  - ・ 無床診療所が都市部に偏っており、外来医療機能の偏在の可視化が必要。
    - ▶ **外来医師偏在指標**を算定し、上位33.3%の二次医療圏を**外来医師多数区域**と設定。
    - ▶ 外来医師多数区域についての情報や開業に当たって参考となるデータを、**新規開業希望者等へ情報提供**。
  - ・ 地域で不足する外来医療機能についての議論の実施。
    - ▶ 外来医師多数区域においては、**新規開業希望者に、不足する外来医療機能を担うように求める**。
    - ▶ その実効性の担保のために、**協議の場を設置**（地域医療構想調整会議を活用可能。）。開業届出様式に、不足する外来医療機能を担うことに対する合意欄を設け、協議の場で確認する等の対応を行う。
- 医療機器の効率的な活用等について
  - ・ 医療機器の配置状況には地域差があり、その可視化が必要。
    - ▶ 地域ごとの**医療機器の配置状況を指標化**し、可視化。
  - ・ 医療機器の効率的活用のための協議の実施。
    - ▶ 医療機器を購入する医療機関は、医療機器の**共同利用計画**を作成し、協議の場で定期的に確認を行う。

## (4) 医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進

- ▶ **医師少数区域等において6ヶ月以上勤務**し、その中で医師少数区域等における医療の提供に必要な業務を行った医師を厚生労働大臣が認定する。
- ▶ 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以外の医師に管理させる場合等を除く。
- ▶ 認定制度の実効性を高めるようなインセンティブについて引き続き検討。

## 地域医療構想と医師の働き方改革との関連

○ **地域医療構想**  
 地域における医師の確保は、医療機関の統合・再編等の方針によって左右されることから、医師確保対策を実施するに当たっては、地域医療構想の推進に係る医療機関ごとの具体的対応方針に留意することが必要。

○ **医師の働き方改革**  
 マクロ医師需給推計は、医師の働き方改革の内容を踏まえ、再度推計を行うこととする。この新たな推計を踏まえて、医師養成数の増減を伴う長期的な医師偏在対策について検討を行う。  
 また、2024年度から、医師に対する時間外労働規制が適用される。医師の働き方改革の実現に向け、地域において医師を確保することは喫緊の課題であり、医師確保対策の早急な着手が必要。

**地域医療構想と医師の働き方改革と医師偏在対策は三位一体で進めることが重要である。**

平成31年  
4月24日

第66回社会保障  
審議会医療部会

参考資料  
1-3

# 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

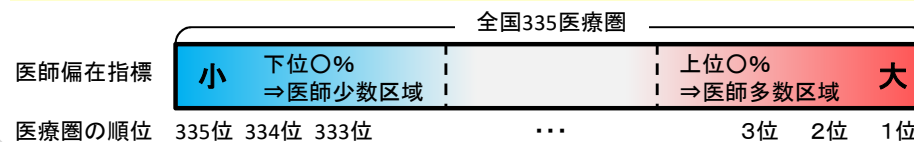
三次医療圏・二次医療圏ごとに、**医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成等を踏まえた**医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

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
- ・ 患者の流入等
- ・ へき地等の地理的条件
- ・ 医師の性別・年齢分布
- ・ 医師偏在の種別（区域、診療科、入院／外来）

### 医師多数区域・医師少数区域の設定

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



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

## 『医師確保計画』（＝医療計画に記載する「医師の確保に関する事項」）の策定

### 医師の確保の方針

（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

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

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

### 確保すべき医師の数の目標（目標医師数）

（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

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

### 目標医師数を達成するための施策

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

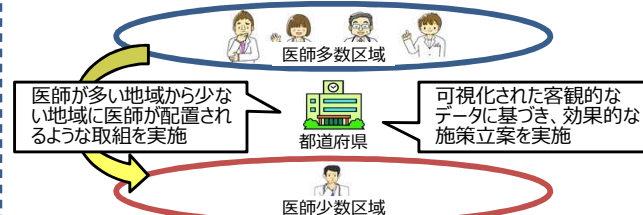
- （例）
- ・ 大学医学部の地域枠を15人増員する
  - ・ 地域医療対策協議会で、医師多数区域のA医療圏から医師少数区域のB医療圏へ10人の医師を派遣する調整を行う 等

## 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) |      |      |      |

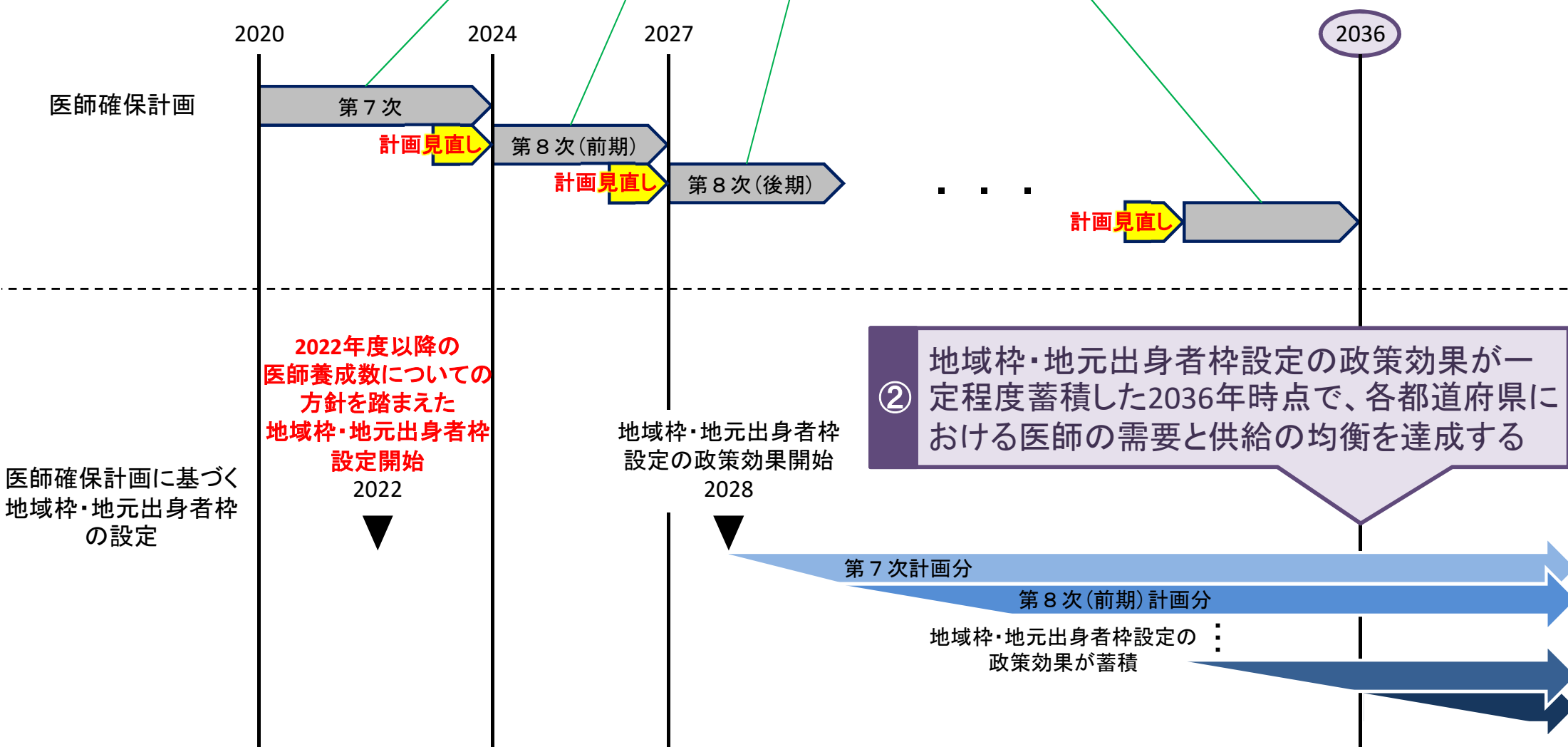
\* 2020年度からの最初の医師確保計画のみ4年（医療計画全体の見直し時期と合わせるため）

### 都道府県による医師の配置調整のイメージ



①

三次医療圏間、二次医療圏間の医師偏在の喫緊の課題について、  
医師確保計画の各計画期間ごとに効果検証・課題把握と対応策の立案を行い、  
早期に効果を発揮する医師偏在対策(短期的な対策)により偏在を是正



※医師需給の均衡を達成した後の医師需要も踏まえた地域枠・地元出身者枠の設定を行う

|                |                     |             |
|----------------|---------------------|-------------|
| 平成31年<br>4月24日 | 第66回社会保障<br>審議会医療部会 | 参考資料<br>1-3 |
|----------------|---------------------|-------------|

# 医師偏在指標及び外来医師偏在指標の算出式について



# I 医師偏在指標の算出式

平成31年  
4月24日

第66回社会保障  
審議会医療部会

参考資料  
1-3

- 医師数は、性別ごとに20歳代、30歳代・・・60歳代、70歳以上に区分して、平均労働時間の違いを用いて調整する。
- 従来の人口10万人対医師数をベースに、地域ごとに性年齢階級による受療率の違いを調整する。

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数}}{\text{地域の人口} \div 10\text{万} \times \text{地域の標準化受療率比} (\ast 1)}$$

$$\text{標準化医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$\text{地域の標準化受療率比} (\ast 1) = \text{地域の期待受療率} \div \text{全国の期待受療率} (\ast 2)$$

$$\text{地域の期待受療率} (\ast 2) = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

(出典) 性年齢階級別医師数：平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査

平均労働時間：「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）

性年齢階級別受療率：平成26年患者調査 及び 平成27年住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査

人口：平成29年住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査

※患者流入は、流入発生後のデータ（診療行為発生地ベース）を分母で用いることにより、加味している（平成26年患者調査より）

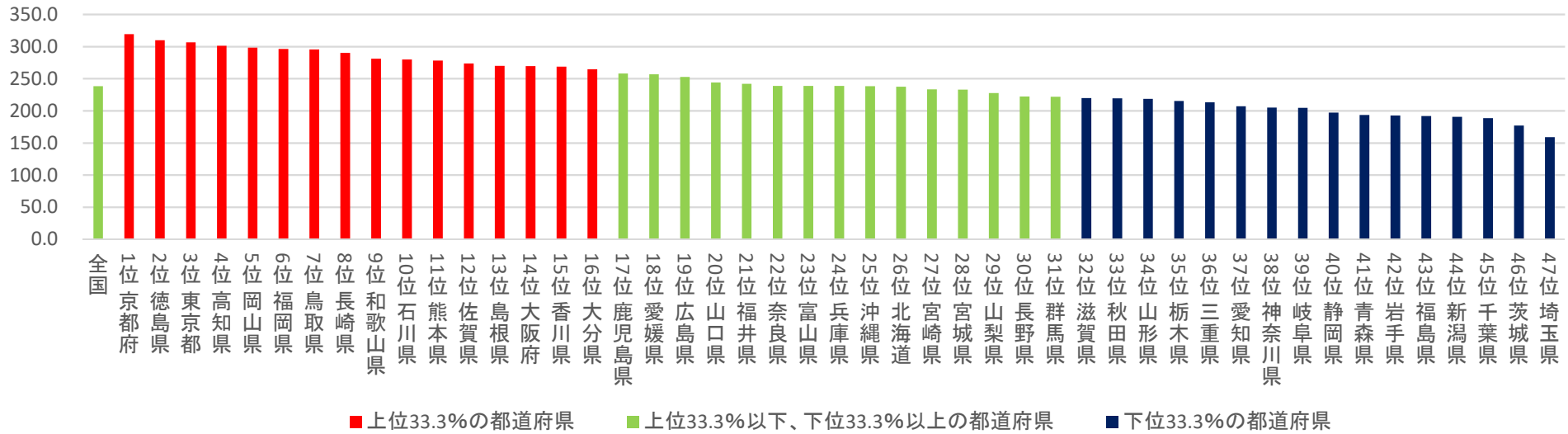
# 流出入を考慮した三次医療圏ごとの医師偏在指標

平成31年  
4月24日

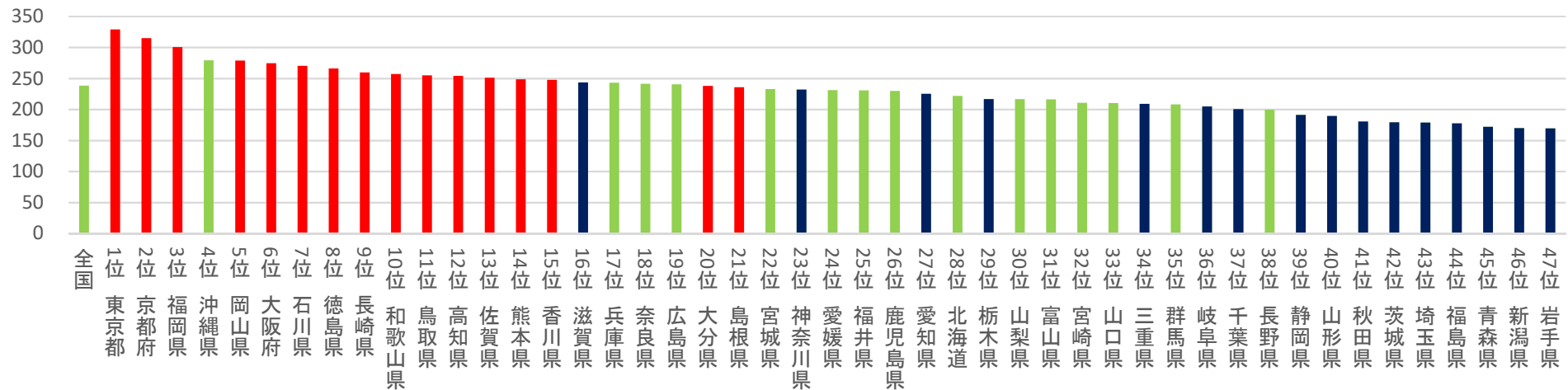
第66回社会保障  
審議会医療部会

参考資料  
1-3

人口10万人対医師数



医師偏在指標



参照) ・平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査 ・平成29年住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査 ・平成26年患者調査 ・平成27年国勢調査25 ・「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」(平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班)

# 医師少数区域等の基準の設定

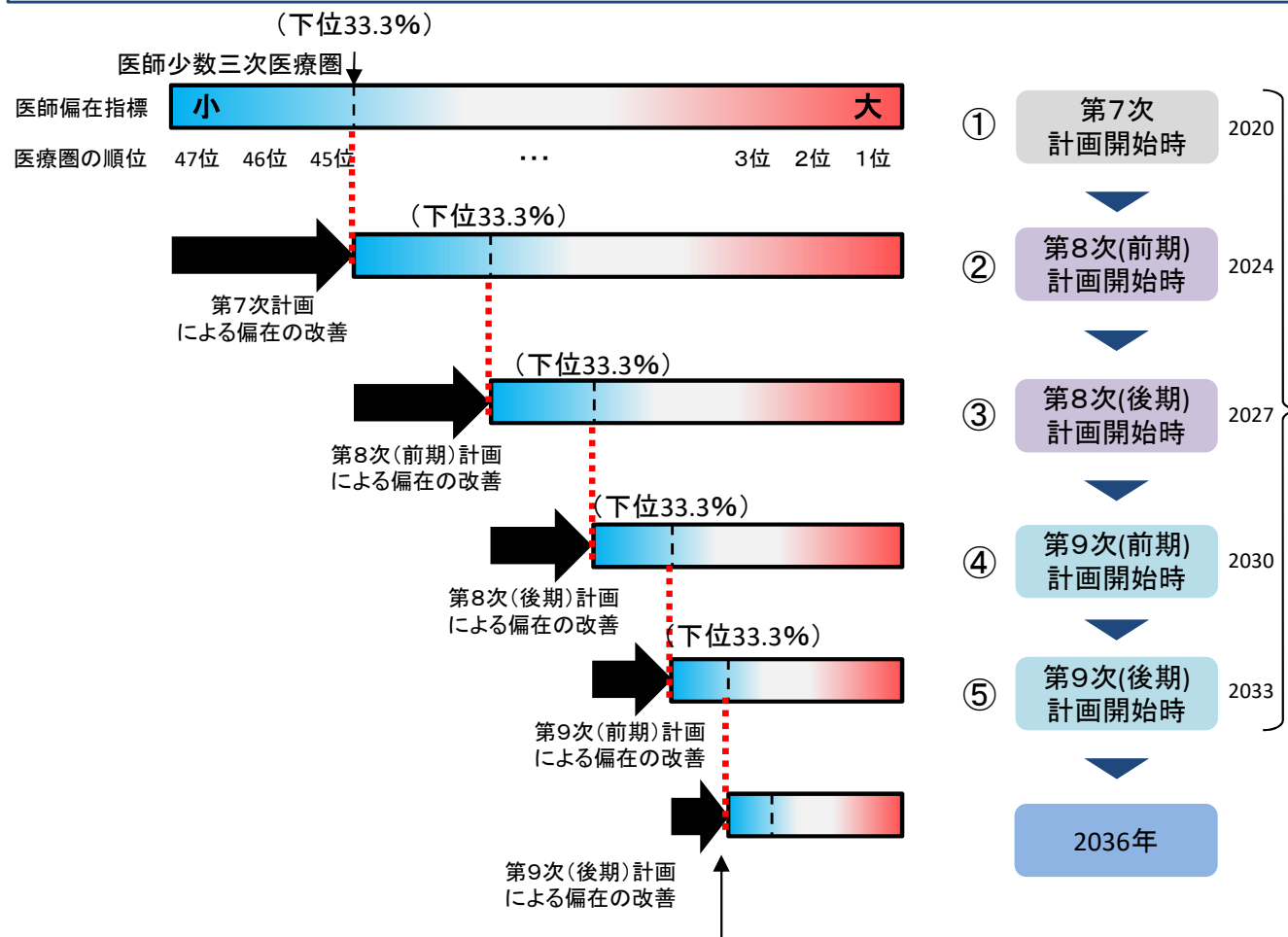
平成31年  
4月24日

第66回社会保障  
審議会医療部会

参考資料  
1-3

• 医師少数三次医療圏の基準を定めるに当たりどのように考えたらよいか。

- 最も医師偏在指標が小さい三次医療圏においても、2036年に、医療需要を満たすだけの医師を確保することを目標として、医師少数三次医療圏の基準を定めることとしてはどうか。



2036年時点における医師の需要を  
満たすために必要となる医師偏在指標の水準


□ 第7次～第9次(後期)までの5次の計画期間を通じて、段階的に偏在を解消し、2036年時点(第9次(後期)医師確保計画の計画終了時点)においては、最も医師偏在指標が小さい三次医療圏においても医療需要を満たすことを目標とする。

□ 各医師確保計画において、同じ割合(※)の三次医療圏が医師少数三次医療圏に該当するとし、各計画期間終了時に、医師少数三次医療圏の基準に達するとの目標を達成すると仮定し、5次の計画期間分のシミュレーションを行った。

□ この割合(※)を33.3%とすることで、2036年に上記の目標を達成する水準となることが確認された。

◆ このため、医師少数三次医療圏の基準値を下位33.3%としてはどうか。

- 医師少数区域、多数区域(二次医療圏単位)及び医師多数三次医療圏についても、施策の整合性の観点から、同様の値(下位/上位33.3%)を基準値としてはどうか。

- 将来時点の医師偏在指標について、時点をいつと設定するか。
    - 将来の医師偏在指標は大学医学部における地域枠・地元出身者枠の要請に用いるため、今後地域枠・地元出身者枠の増員等を行った際にその効果が十分に出る時点に設定する必要があると考えられる。
      - 医師確保計画に基づき、2022年度以降の地域枠・地元出身者枠の増員等の要請を行う場合、2028年度から政策効果が出始めることとなる。
      - 地域枠の義務年限を9年間とすると、義務年限期間中の地域枠医師が、2022年度以降の医師確保計画に基づく地域枠・地元出身者枠設定後に入学した医師で満たされるのは、2036年度以降となる。
    - 将来のある時点を境に医療需要が減少傾向となること、また将来推計の誤差が大きくなることから、余りに遠い時点に設定することは適当でないと考えられる。
    - 医療計画や医師確保計画の目標設定との整合性の観点から、これらの計画の計画期間の終了時点と合わせることが望ましいと考えられる。
      - 医療計画は6年ごとに見直すこととされている。
      - 医師確保計画は第7次計画は4年、第8次（前期）計画以後は3年ごとに見直すこととされている。
- 
- これらを踏まえ、第9次（後期）医師確保計画の終了時点（2035年度末）の医師確保の状況の把握（※）を行う2036年を、将来時点の医師偏在指標の設定時点としてはどうか。

（※医師・歯科医師・薬剤師調査による）

平成31年  
4月24日

第66回社会保障  
審議会医療部会

参考資料  
1-3

# 医師少数区域での医師確保に向けたサポート体制の構築

医師の派遣調整

キャリア形成プログラム

医師の大臣認定

臨床研修における定員・倍率調整

医師少数区域での勤務



医師少数区域

医師少数区域に対して、より充実したサポート体制を構築

国による支援

都道府県による支援

医療機関／大学による支援

## 研鑽を積める体制整備

- 地域でも専門研修を受けられるよう、都市部に限らない専門研修の研修施設の整備について日本専門医機構等へ要請(国)
- 医師の希望する知識習得・技能向上に配慮したキャリア形成プログラムの策定(都道府県)
- 寄付講座の開設や指導医の確保などによる充実した研修体制の推進(都道府県、医療機関／大学)

## 子育てしながら働ける環境整備

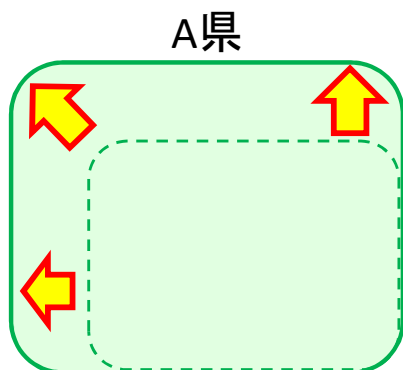
- 柔軟な働き方を可能とするグループ診療の整備、代診医確保等の推進(都道府県)
- 院内保育所の整備(医療機関)

## 医療機関の勤務環境の改善支援

- 医師派遣と連携し、勤務環境改善支援センターが勤務環境改善支援を実施(都道府県)  
(例:チーム医療の推進、医師事務作業補助者の配置 等)

地域医療介護総合確保基金等を充実させ上記施策を財政面から支援(国／都道府県)

## A県の医師を増やす施策



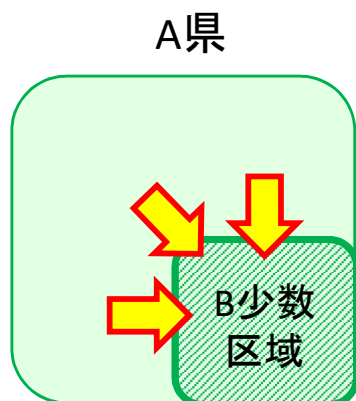
## 都道府県等の医師の多寡に応じた地域枠等の設定(県内の医師そのものを増やす)

- 医師の少ない都道府県に医師を充足させる地域枠等を設定

## 医師少数区域に配慮した臨床研修病院の定員設定(県外から医師を集め、定着促進)

- 医師多数区域のみに臨床研修医師が集中することのないよう、
  - ・ 国が都道府県別の定員を設定する際に、医師少数区域の多い都道府県に重点的に定員を設定

## 県内のB少数区域に医師を集める施策



## 医師少数区域への医師の優先派遣(県内調整)

- 地域枠医師等の就業義務年限中(9年間)は、キャリア形成プログラムを策定しローテートを実施。ローテートに医師不足区域を組み込むため、B区域に医師が行くこととなる
- 医師の派遣方針を、大学や医師会、医療機関等で構成する地域医療対策協議会で協議し、協議結果を公表。医師不足区域や協議内容が住民等に対して可視化されているので、派遣方針が偏在是正に沿ったものとなる。

## 大臣認定を希望する医師(県内だけでなく県外からも医師を集めるもの)

- 医師少数区域等で一定期間勤務した医師を、厚生労働大臣が認定。地域医療支援病院(一部)の管理者になる際、認定が評価事項となる。(経済的インセンティブについては今後検討)

## 医師少数区域に配慮した臨床研修病院の定員設定(県内だけでなく県外からも医師を集めるもの)

- 医師多数区域のみに臨床研修医師が集中することのないよう、
  - ・ 都道府県が、各医療機関の研修力には配慮しつつも、医師少数区域に配慮した定員設定を実施

## 重点的な勤務環境改善支援

- 医療法上、地域医療支援センターと医療勤務環境改善支援センターとの連携規定が設けられ、医師不足区域に重点的な勤務環境改善支援を実施

平成31年  
4月24日

第66回社会保障  
審議会医療部会

参考資料  
1-3

## 医学部における地域枠・地元出身者枠の設定について

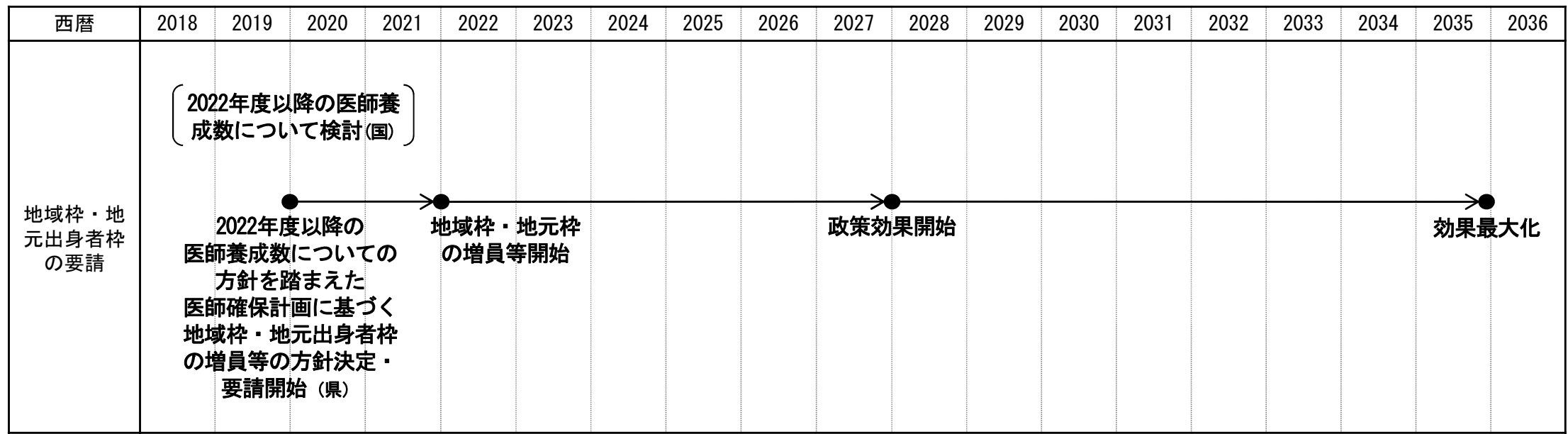


# 設定時点について - 地域枠・地元出身者枠の増員等の要請について

|                |                     |             |
|----------------|---------------------|-------------|
| 平成31年<br>4月24日 | 第66回社会保障<br>審議会医療部会 | 参考資料<br>1-3 |
|----------------|---------------------|-------------|

- 今後、医師の働き方改革に関する議論等を踏まえ、2022年度以降の医師養成数について検討を行う予定であるが、これと整合的になるよう地域枠・地元出身者枠の設定を行うことが必要である。
- 医師確保計画に基づき、2022年度以降の地域枠・地元出身者枠の増員等の要請を行う場合、2028年度から政策効果が出始めることとなる。
- 地域枠の義務年限を9年間とすると、義務年限期間中の地域枠医師が、2022年度以降の医師確保計画に基づく地域枠・地元出身者枠設定後に入学した医師で満たされるのは、2036年度以降となる。

(年度)



# 将来時点の必要医師数について

平成31年  
4月24日

第66回社会保障  
審議会医療部会

参考資料  
1-3

○ 医師需給は、労働時間を週60時間程度に制限する等の仮定をおく「需要ケース2」において、平成32年度医学部入学者が臨床研修を修了すると想定される2028年(平成40年)頃に均衡すると推計される。

・供給推計 今後の医学部定員を平成30年度の9,419人として推計。

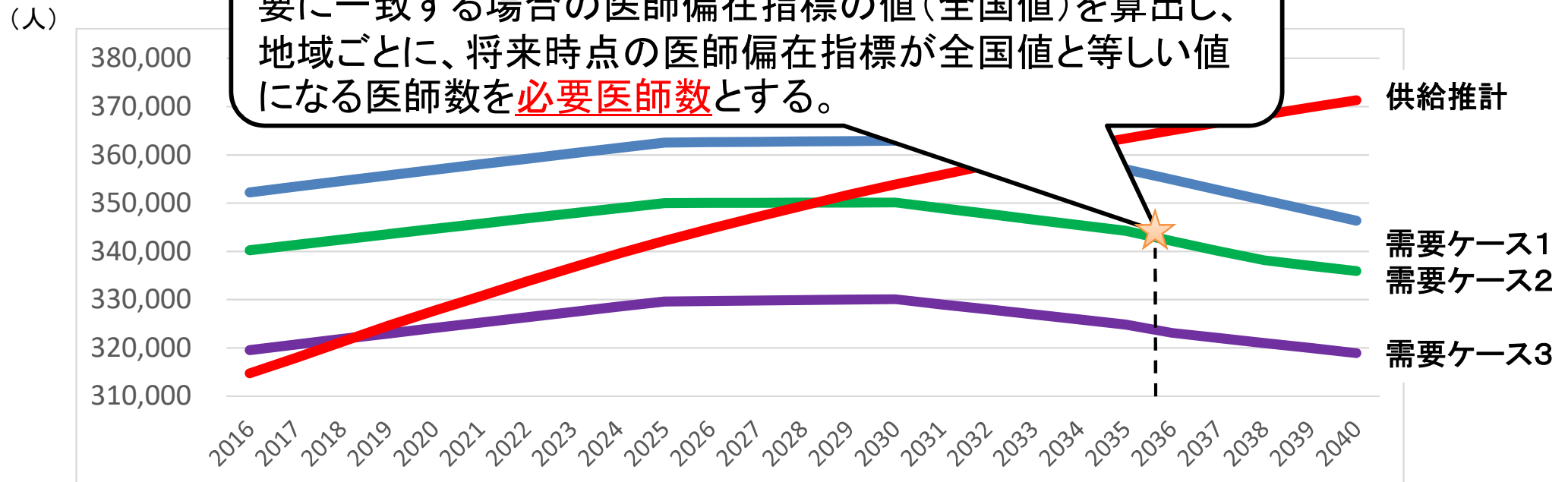
※1 勤務時間を考慮して、全体の平均勤務時間と性年齢階級別の勤務時間の比を仕事率とした

・需要推計 分科会において了承の得られた仮定に基づき、以下の通り、一定の幅を持って推計を行った。

- ・ケース1(労働時間を週55時間に制限等≒月平均60時間の時間外・休日労働に相当)
- ・ケース2(労働時間を週60時間に制限等≒月平均80時間の時間外・休日労働に相当)
- ・ケース3(労働時間を週80時間に制限等≒月平均160時間の時間外・休日労働に相当)

※2 医師の働き方改革等を踏まえた需要の変化についても、一定の幅を持って推計を行った

将来時点(2036年)において全国の医師数が全国の医師需要に一致する場合の医師偏在指標の値(全国値)を算出し、地域ごとに、将来時点の医師偏在指標が全国値と等しい値になる医師数を**必要医師数**とする。



- 医師数は、性別ごとに20歳代、30歳代・・・60歳代、70歳以上に区分して、平均労働時間の違いを用いて調整する。
- 従来的人口10万人対医師数をベースに、地域ごとに性年齢階級による受療率の違いを調整する。

$$\text{将来時点の医師偏在指標} = \frac{\text{将来時点の地域の標準化医師数}}{\text{将来時点の地域の人口} \div 10\text{万} \times \text{将来時点の地域の標準化受療率比} (\times 1)}$$

$$\text{標準化医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$\text{地域の標準化受療率比} (\times 1) = \text{地域の期待受療率} \div \text{全国の期待受療率} (\times 2)$$

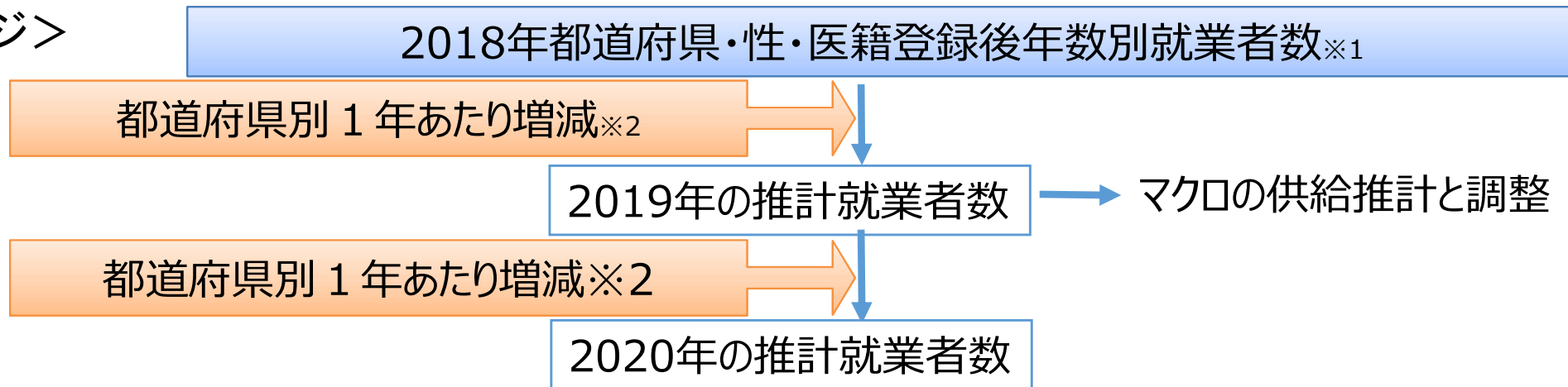
$$\text{地域の期待受療率} (\times 2) = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

注) 患者の流出入に関しては、患者住所地を基準に流出入実態を踏まえ、都道府県間調整を行うこととする。  
へき地などの地理的条件については、「医師の確保を特に図るべき区域」として、一定の考え方の下で考慮することとする。

## 論点

- 都道府県別の供給推計については、各都道府県の性・医籍登録後年数別の就業者の増減が、将来も継続するものとして推計をすることとしつつ、都道府県別の供給推計が、マクロの供給推計と整合するよう必要な調整を行うことを基本的な考え方としてはどうか。
- 都道府県別の就業者の増減は、医師の流出入の変化により大きな影響を受けると考えられ、不確実性があることから、複数回の調査を用いた実績ベースの値を用いて、幅を持って推計してはどうか。
- 以上の考え方をベースとしつつ、地域枠の設置を要件とした臨時定員部分等の医師の推計については、別途区別して推計を行うこととしてはどうか。

## <イメージ>



※1 足元の就業者については、医師・歯科医師・薬剤師調査（以下「三師調査」という。）の実績値を用いることとし、医籍登録後1年目の就業者については、※2の都道府県別の増減に用いる期間における平均値を用いてはどうか。

※2 増減については、「三師調査」が2年間隔であることから、1年あたりの増減は2年あたりの増減の2分の1であると仮定することとしてはどうか。

※3 二次医療圏ごとの供給推計については、母集団が小さく、同様の考え方で直接推計することは困難であるため、現時点の各都道府県内に占める医師数のシェアが、将来時点においても、同様であると仮定して推計することとしてはどうか。

# 将来時点における必要医師数を達成するための対策について

平成31年  
4月24日

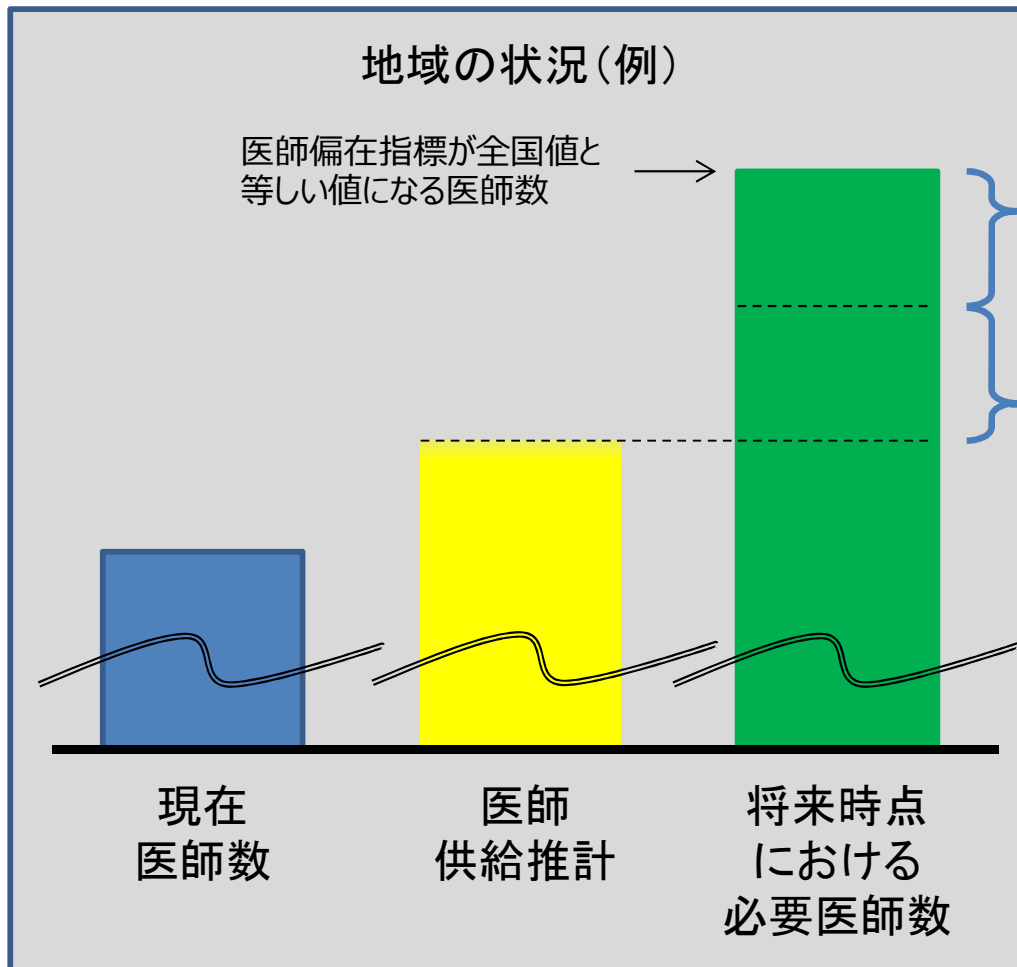
第66回社会保障  
審議会医療部会

参考資料  
1-3

## 論点

- 地域ごとの将来時点における必要医師数と、医師供給推計とのギャップを解消するために、どのような対策が考えられるか。

## 地域ごとの将来時点における必要医師数を達成するための対策のイメージ



将来時点における必要医師数と医師供給推計のギャップのうち、一定程度は、大学医学部に対する地域枠・地元出身者枠の増員等の要請により対応する。

将来時点における必要医師数と医師供給推計のギャップのうち、一定程度は、医師派遣や定着促進などの養成以外の施策で対応する。

## 現状

- 地域枠については、県内の特定の地域での診療義務があることから、各都道府県内における二次医療圏間の地域偏在を調整する機能があるとともに、特定の診療科での診療義務がある場合には、診療科間の偏在を調整する機能がある。また、臨時定員の増員等と組み合わせたものについては、都道府県間での偏在を調整する機能がある。
- 地元出身者枠については、当該大学の所在地である都道府県内に、長期間にわたり8割程度の定着が見込まれているが、特定の地域等での診療義務があるものではないため、直接的には都道府県内における二次医療圏間の偏在調整の機能はなく、むしろ、都道府県間の偏在を調整する機能がある。



## 論点

- 地域枠と地元出身者枠は、それぞれ機能が異なることから、地域医療対策協議会の協議を経た上で、都道府県知事から大学に対して、地域枠又は地元出身者枠の創設又は増加を要請できる場合、その要請の内容については、地域枠と地元出身者枠について、別に整理する必要があるのではないか。

# 地域枠の創設又は増加の要請について(案)

平成31年  
4月24日

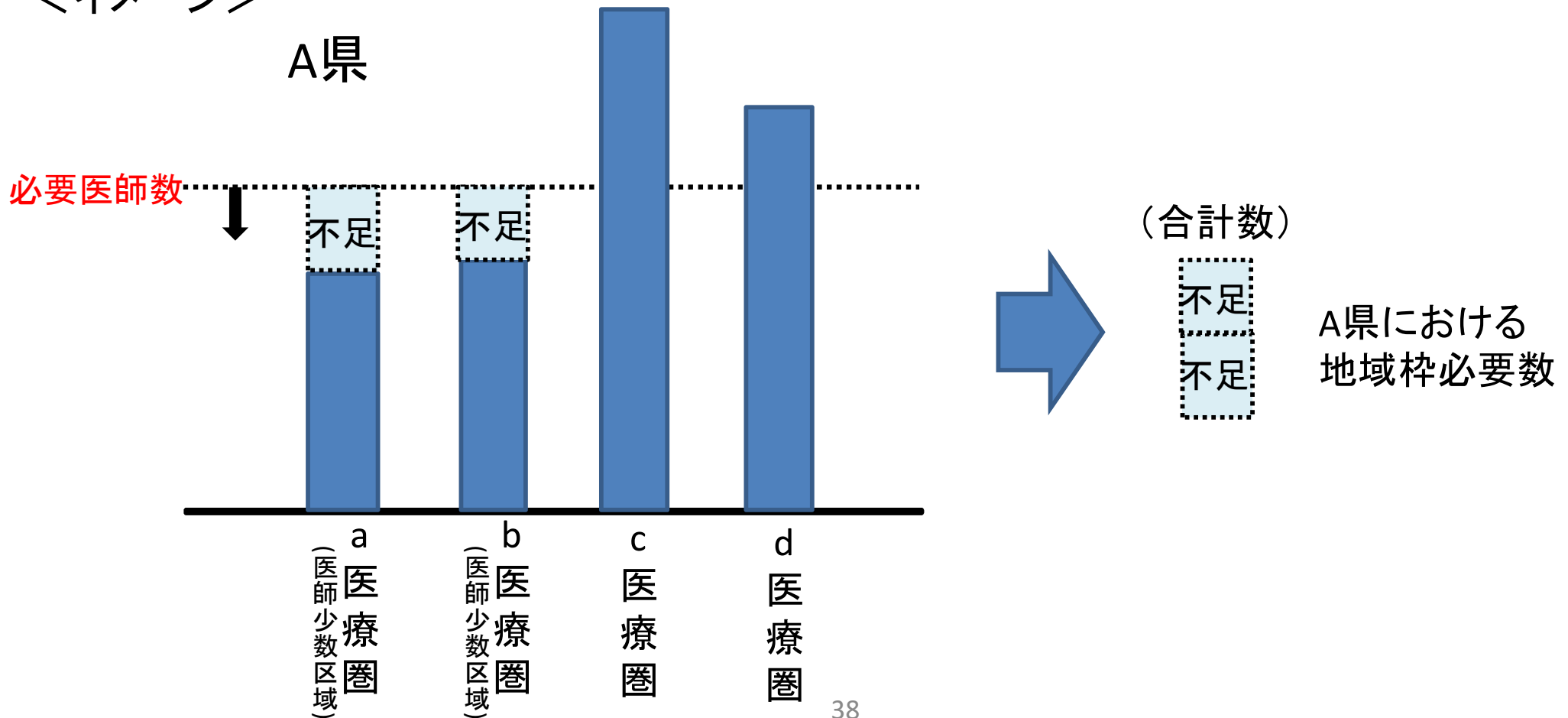
第66回社会保障  
審議会医療部会

参考資料  
1-3

## 対応(案)

- 地域枠の機能を踏まえると、都道府県知事から大学に対して、地域枠の創設又は増加を要請できる場合については、当該都道府県内に将来時点における医師数が必要医師数に満たない医療圏がある場合とし、当該都道府県における医師不足分の合計数を必要な地域枠数として、地域医療対策協議会の協議を経た上で、要請できることとしてはどうか。

### <イメージ>



# 地元出身者枠の創設又は増加の要請について(案)

平成31年  
4月24日

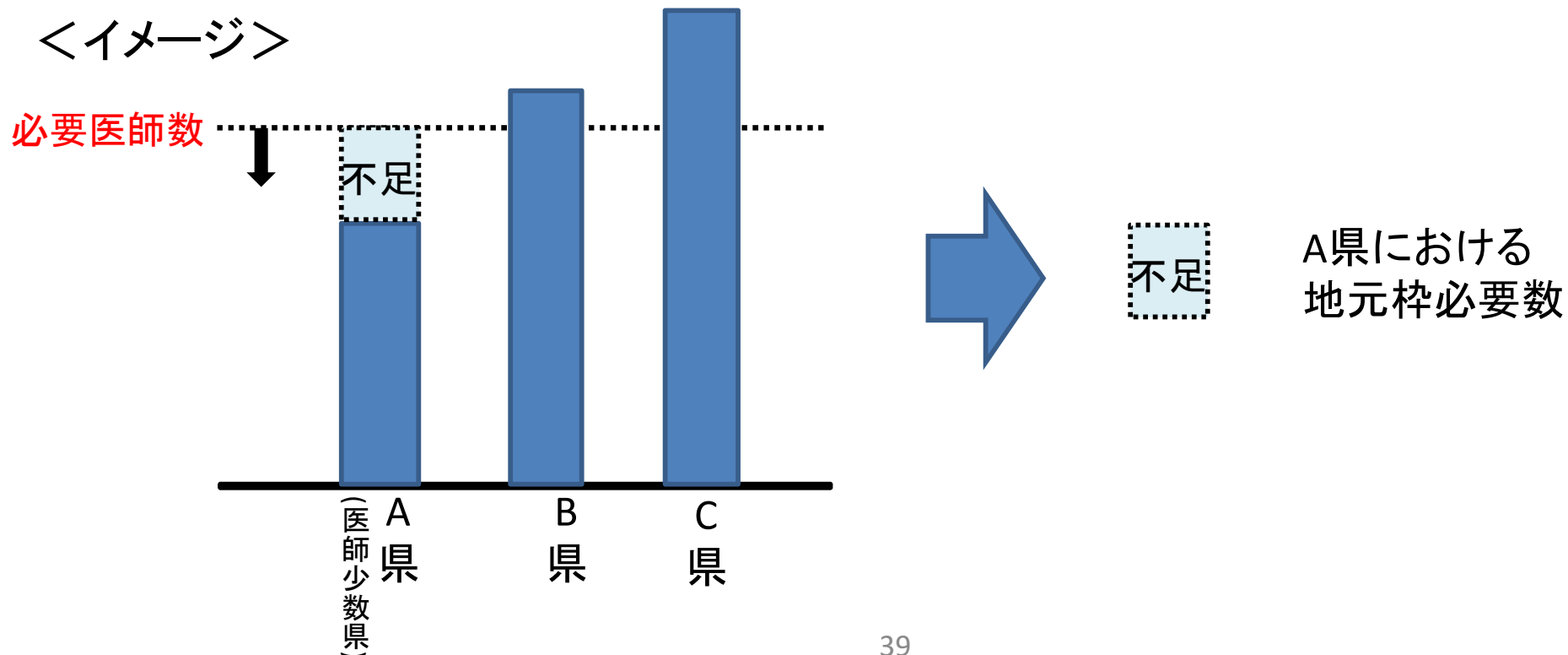
第66回社会保障  
審議会医療部会

参考資料  
1-3

## 対応(案)

- 地元出身者枠の機能を踏まえると、都道府県知事から大学に対して、地元出身者枠の創設又は増加を要請できる場合については、当該都道府県が、将来時点における医師数が必要医師数を下回る都道府県である場合とし、当該都道府県における医師不足分を必要な地元出身者枠数として、地域医療対策協議会の協議を経た上で、当該都道府県内の大学に要請できることとしてはどうか。
- なお、上記地元出身者枠数のみでは、医師不足分を満たすことができない場合については、地域医療対策協議会の協議を経た上で、県内の大学の地域枠設置を要件とした臨時定員の増員及び医師多数都道府県の大学の県またぎ地域枠の創設又は増加を要請できることとしてはどうか。

### <イメージ>





# 都道府県の要請権限について(イメージ)

平成31年  
4月24日

第66回社会保障  
審議会医療部会

参考資料  
1-3

|                 | 医師が少数の県                                                                                                                | 医師が少数の県以外                                                                                                                 |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 医師が少数の二次医療圏のある県 | <ul style="list-style-type: none"> <li>○地域枠の設置・増員の要請</li> <li>○地元出身者枠の設置・増員の要請</li> <li>○地域枠(臨時定員)の設置・増員の要請</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○地域枠の設置・増員の要請</li> <li>× 地元出身者枠の設置・増員の要請</li> <li>× 地域枠(臨時定員)の設置・増員の要請</li> </ul>  |
| 医師が少数の二次医療圏のない県 | 該当なし                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>× 地域枠の設置・増員の要請</li> <li>× 地元出身者枠の設置・増員の要請</li> <li>× 地域枠(臨時定員)の設置・増員の要請</li> </ul> |

# 地域枠の医師数に係る推計について(案)

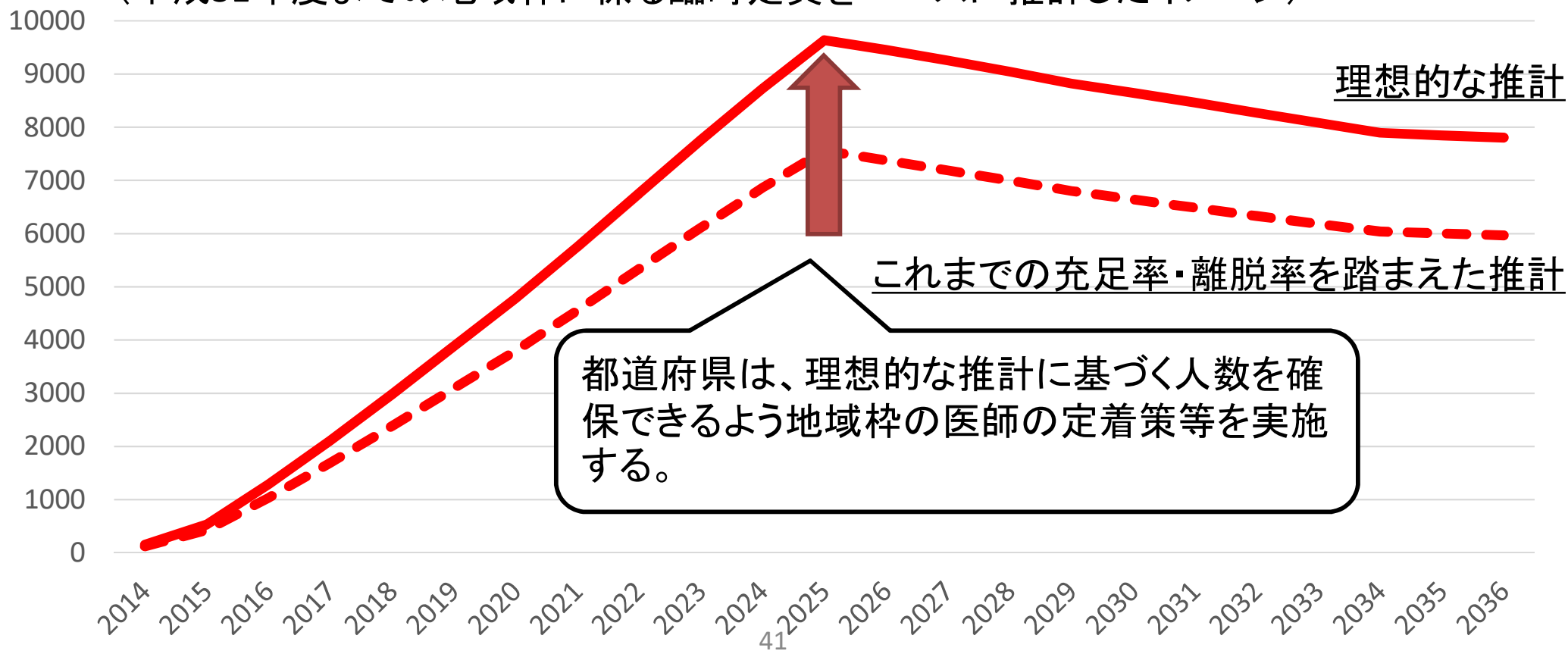
平成31年  
4月24日

第66回社会保障  
審議会医療部会

参考資料1-3

- 地域枠の医師数部分の供給推計については、9年間の義務年限の期間については平成30年度地域枠等履行状況等調査に基づく充足率及び離脱率を用いて、マクロの医師供給推計と同様の推計を行ってはどうか。また、必要医師数の算出にあたっては、これを除いた推計を用いてはどうか。
- 一方、将来時点の地域枠の必要数の算出にあたっては、都道府県等における定着策等を十分に実施することを前提となるため、9年間の義務年限の期間が終了するまでは、充足率100%・離脱率0%とした理想的な推計を行うこととしてはどうか。

(平成31年度までの地域枠に係る臨時定員をベースに推計したイメージ)



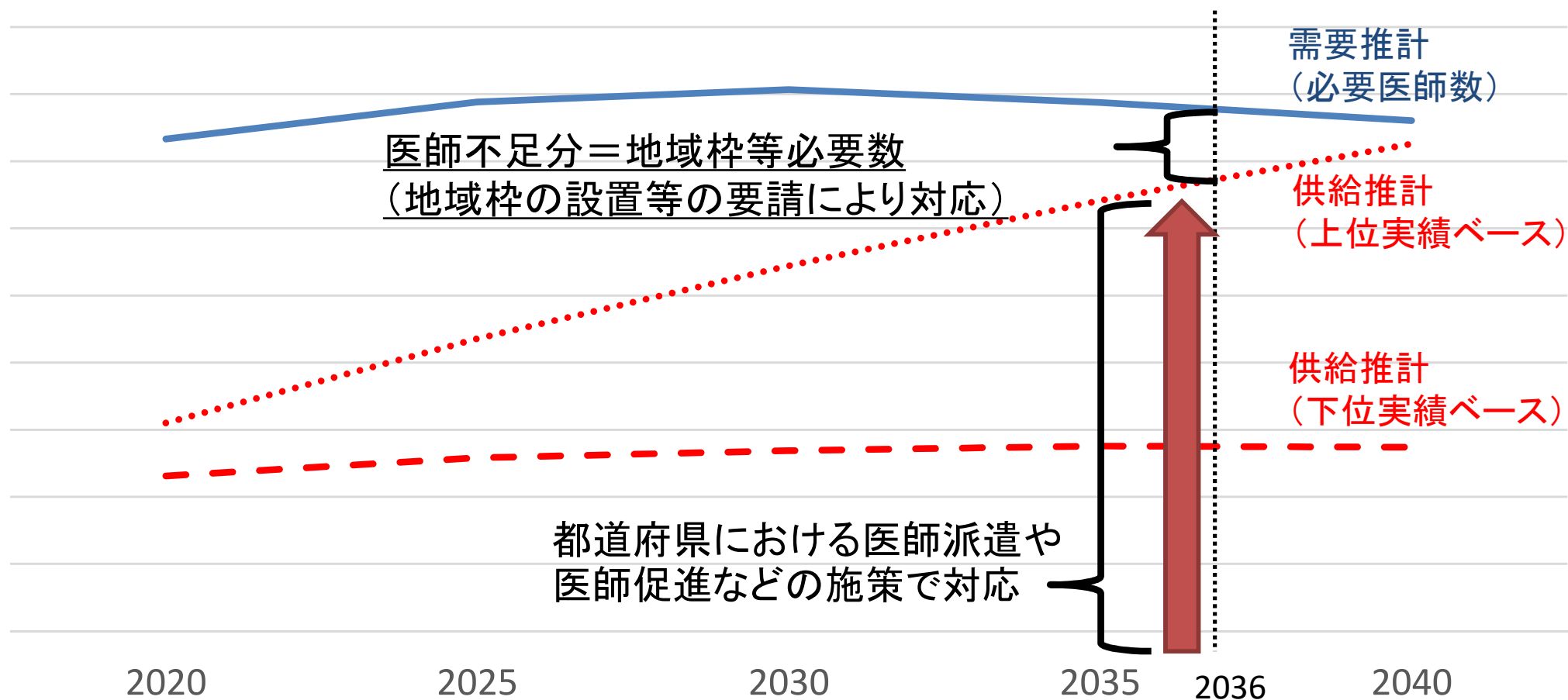
# 将来時点の地域枠等の必要数の算出について(案)

平成31年  
4月24日

第66回社会保障  
審議会医療部会

参考資料  
1-3

- 将来時点の地域枠等の必要数については、2036年時点の医師供給推計（上位実績ベースの推計）数が需要推計（必要医師数）を下回っている場合について、その差を医師不足分として、地域枠等の必要数を算出することとしてはどうか。
- なお、二次医療圏における必要医師数については、目標医師数と同様、都道府県における医師の確保の方針を踏まえて、合計が都道府県の必要医師数を超えないように、二次医療圏の必要医師数を設定することが前提となる。



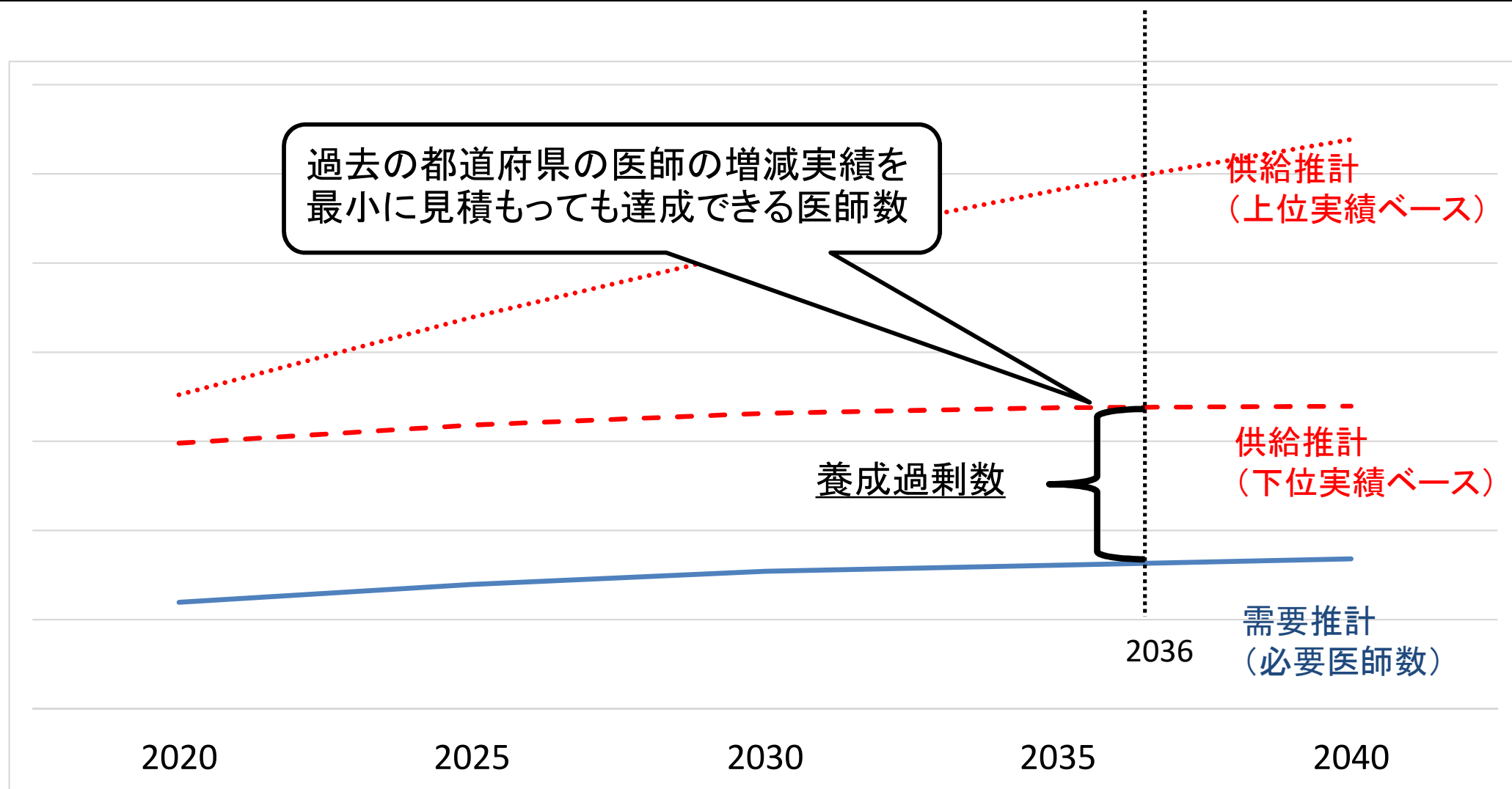
# 将来時点における医師数が必要医師数を上回る場合について(案)

平成31年  
4月24日

第66回社会保障  
審議会医療部会

参考資料  
1-3

- 将来時点の医師供給推計（下位実績ベースの推計）が需要推計（必要医師数）を上回っている場合については、その差を養成過剰数としてはどうか。



地域枠等に係る都道府県の要請権限と2022年度以降の臨時定員との関係について(イメージ)

平成31年4月24日

第66回社会保障審議会医療部会

参考資料1-3

| (2022年度以降) | 医師が少数の県                                                                                                                                           | 医師が多数・少数でない都道府県                                                                   | 医師が多数の県                                                                                                                                       |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 臨時定員       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・県の不足医師数に応じて地域枠の増員等を要請(県をまたいだ地域枠を含む)※</li> <li>・<u>県の養成不足数以上の</u>現行の定員数の取扱いは、今後、マクロ医師需給推計を踏まえ検討</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・現行の定員数の取扱いは、今後、マクロ医師需給推計を踏まえ検討</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>県の養成過剰数を踏まえ、</u>現行の定員数の取扱いは、今後、マクロ医師需給推計を踏まえ検討</li> </ul>                                          |
| 恒久定員       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・県の不足医師数に応じて地元出身者枠の増員等を要請※</li> </ul>                                                                      |                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>県の養成過剰数を踏まえ、</u>今後、現行の定員数について、マクロ医師需給推計を踏まえ検討</li> </ul> <p>(・県内に医師が少数の二次医療圏がある場合、地域枠の増員等を要請※)</p> |

※ 恒久定員内の地域枠等の増員等の要請については、現状の恒久定員内の設置割合を踏まえると、最大でも半数程度までと想定。これを超える地域枠等の増員等の要請については、恒久定員の枠外での対応が必要。

# 地域枠<sup>\*</sup>の導入状況(大学別一覧)

平成31年  
4月24日

第66回社会保障  
審議会医療部会

参考資料  
1-3

| 都道府県名 | 区分 | 大学名        | H29<br>入学定員 | うち地域枠募集人員<br>(H30臨時定員) |
|-------|----|------------|-------------|------------------------|
| 北海道   | 国立 | 旭川医科大学     | 122人        | (12人) 72人              |
|       |    | (うち2年次編入学) | 10人         | 5人                     |
| 北海道   | 公立 | 札幌医科大学     | 110人        | (8人) 90人               |
| 青森県   | 国立 | 弘前大学       | 132人        | (27人) 67人              |
|       |    | (うち2年次編入学) | 20人         | 5人                     |
| 岩手県   | 私立 | 岩手医科大学     | 130人        | (28人) 28人              |
| 宮城県   | 国立 | 東北大学       | 135人        | (28人) 33人              |
| 宮城県   | 私立 | 東北医科薬科大学   | 100人        | 55人                    |
| 秋田県   | 国立 | 秋田大学       | 129人        | (29人) 34人              |
| 山形県   | 国立 | 山形大学       | 125人        | (15人) 33人              |
| 福島県   | 公立 | 福島県立医科大学   | 130人        | (45人) 77人              |
| 茨城県   | 国立 | 筑波大学       | 140人        | (36人) 36人              |
| 栃木県   | 私立 | 獨協医科大学     | 120人        | (10人) 20人              |
| 群馬県   | 国立 | 群馬大学       | 123人        | (18人) 18人              |
|       |    | (うち2年次編入学) | 15人         | 2人                     |
| 埼玉県   | 私立 | 埼玉医科大学     | 128人        | (18人) 17人              |
| 千葉県   | 国立 | 千葉大学       | 122人        | (15人) 20人              |
| 東京都   | 国立 | 東京医科歯科大学   | 106人        | (4人) 4人                |
| 東京都   | 私立 | 杏林大学       | 117人        | (12人) 12人              |
| 東京都   | 私立 | 順天堂大学      | 137人        | (29人) 26人              |
| 東京都   | 私立 | 昭和大学       | 110人        | 12人                    |
| 東京都   | 私立 | 帝京大学       | 120人        | (9人) 14人               |
| 東京都   | 私立 | 東京医科大学     | 120人        | (7人) 10人               |
| 東京都   | 私立 | 東京慈恵会医科大学  | 110人        | (5人) 10人               |
| 東京都   | 私立 | 東邦大学       | 115人        | (5人) 5人                |
| 東京都   | 私立 | 日本大学       | 120人        | 10人                    |
| 東京都   | 私立 | 日本医科大学     | 118人        | (11人) 8人               |
| 神奈川県  | 公立 | 横浜市立大学     | 90人         | (5人) 30人               |
| 神奈川県  | 私立 | 北里大学       | 119人        | (9人) 11人               |
| 神奈川県  | 私立 | 聖マリアンナ医科大学 | 115人        | (5人) 5人                |
| 神奈川県  | 私立 | 東海大学       | 118人        | (8人) 8人                |
| 新潟県   | 国立 | 新潟大学       | 127人        | (22人) 22人              |
| 富山県   | 国立 | 富山大学       | 110人        | (10人) 25人              |
| 石川県   | 国立 | 金沢大学       | 117人        | (12人) 12人              |
| 石川県   | 私立 | 金沢医科大学     | 110人        | 5人                     |
| 福井県   | 国立 | 福井大学       | 115人        | (10人) 15人              |
| 山梨県   | 国立 | 山梨大学       | 125人        | (20人) 50人              |
| 長野県   | 国立 | 信州大学       | 120人        | (15人) 20人              |
| 岐阜県   | 国立 | 岐阜大学       | 110人        | (25人) 30人              |
| 静岡県   | 国立 | 浜松医科大学     | 120人        | (15人) 25人              |
|       |    | (うち2年次編入学) | 5人          | 5人                     |
| 愛知県   | 国立 | 名古屋大学      | 112人        | (5人) 5人                |
| 愛知県   | 公立 | 名古屋市立大学    | 97人         | (7人) 27人               |
| 愛知県   | 私立 | 愛知医科大学     | 115人        | (10人) 10人              |

※自治医科大学については3名、栃木県の地域枠設置を要件とした臨時定員あり。

| 都道府県名 | 区分         | 大学名        | H29<br>入学定員 | うち地域枠募集人員<br>(H30臨時定員) |
|-------|------------|------------|-------------|------------------------|
| 愛知県   | 私立         | 藤田保健衛生大学   | 120人        | (10人) 10人              |
| 三重県   | 国立         | 三重大学       | 125人        | (20人) 35人              |
| 滋賀県   | 国立         | 滋賀医科大学     | 117人        | (10人) 28人              |
|       |            | (うち2年次編入学) | 17人         | 7人                     |
| 京都府   | 公立         | 京都府立医科大学   | 107人        | (5人) 7人                |
| 大阪府   | 公立         | 大阪市立大学     | 95人         | (5人) 15人               |
| 大阪府   | 私立         | 大阪医科大学     | 112人        | (2人) 22人               |
| 大阪府   | 私立         | 関西医科大学     | 117人        | (10人) 15人              |
| 大阪府   | 私立         | 近畿大学       | 115人        | (20人) 20人              |
| 兵庫県   | 国立         | 神戸大学       | 117人        | (10人) 10人              |
| 兵庫県   | 私立         | 兵庫医科大学     | 112人        | (2人) 13人               |
| 奈良県   | 公立         | 奈良県立医科大学   | 115人        | (13人) 38人              |
| 和歌山県  | 公立         | 和歌山県立医科大学  | 100人        | (10人) 36人              |
| 鳥取県   | 国立         | 鳥取大学       | 110人        | (25人) 32人              |
| 島根県   | 国立         | 島根大学       | 112人        | (12人) 25人              |
|       |            | (うち3年次編入学) | 10人         | 3人                     |
| 岡山県   | 国立         | 岡山大学       | 120人        | (9人) 12人               |
| 岡山県   | 私立         | 川崎医科大学     | 126人        | (16人) 36人              |
| 広島県   | 国立         | 広島大学       | 120人        | (15人) 20人              |
| 山口県   | 国立         | 山口大学       | 117人        | (15人) 33人              |
|       |            | (うち2年次編入学) | 10人         | 3人                     |
| 徳島県   | 国立         | 徳島大学       | 114人        | (12人) 17人              |
| 香川県   | 国立         | 香川大学       | 114人        | (14人) 24人              |
| 愛媛県   | 国立         | 愛媛大学       | 115人        | (15人) 20人              |
| 高知県   | 国立         | 高知大学       | 115人        | (15人) 25人              |
| 福岡県   | 私立         | 久留米大学      | 115人        | (5人) 20人               |
| 福岡県   | 私立         | 福岡大学       | 110人        | 10人                    |
| 佐賀県   | 国立         | 佐賀大学       | 106人        | (8人) 26人               |
| 長崎県   | 国立         | 長崎大学       | 125人        | (19人) 34人              |
|       |            | (うち2年次編入学) | 5人          | 5人                     |
| 熊本県   | 国立         | 熊本大学       | 115人        | (10人) 10人              |
| 大分県   | 国立         | 大分大学       | 110人        | (10人) 13人              |
| 宮崎県   | 国立         | 宮崎大学       | 110人        | (10人) 20人              |
| 鹿児島県  | 国立         | 鹿児島大学      | 117人        | (15人) 20人              |
|       |            | (うち2年次編入学) | 10人         | 3人                     |
| 沖縄県   | 国立         | 琉球大学       | 117人        | (12人) 17人              |
| 計     | 71大学       |            | 8,279人      | (903人) 1,674人          |
|       | (うち2年次編入学) |            |             | 35人                    |
|       | (うち3年次編入学) |            |             | 3人                     |

注1)私立大学は入学定員でなく、募集人員を記載。

※「地域枠」とは、将来、地域医療に従事しようとする意志をもつ学生を選抜するための様々な枠の総称であり、将来、地域医療に従事することを条件とする都道府県の奨学金貸与枠と連動した選抜枠や、都道府県の奨学金貸与枠とは連動しないが、将来、地域医療に従事しようとする意思を持つ者を対象とした入学者選抜枠等をいう(「〇〇人程度」「〇〇人以内」を含む)。文部科学省医学教育課調べ

平成31年  
4月24日

第66回社会保障  
審議会医療部会

参考資料  
1-3

# 診療科ごとの将来必要な医師数の見通しの明確化

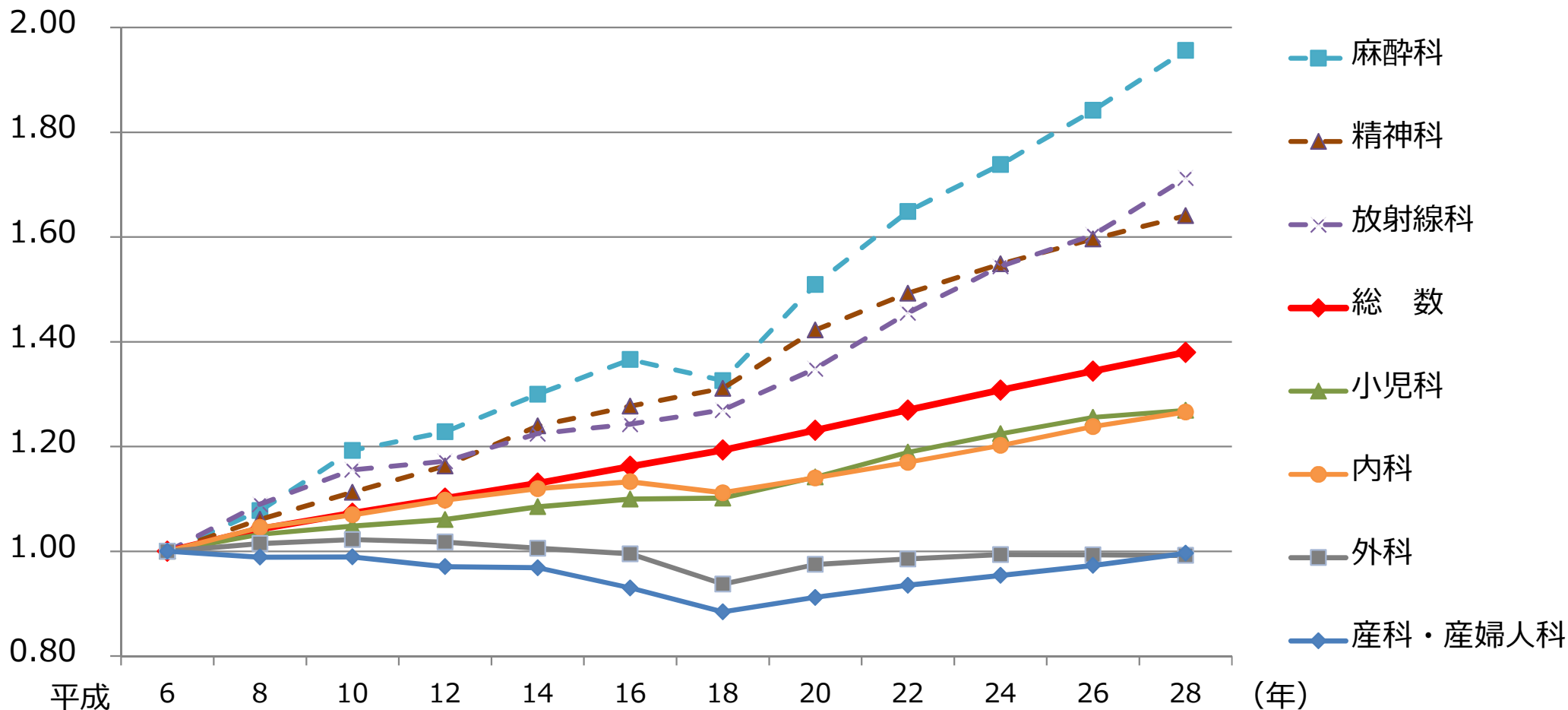
# 診療科別医師数の推移（平成6年を1.0とした場合）

平成31年  
4月24日

第66回社会保障  
審議会医療部会

参考資料  
1-3

- 多くの診療科で医師は増加傾向にある。
- 減少傾向にあった産婦人科・外科においても、増加傾向に転じている。



※内科・・・（平成8～18年）内科、呼吸器科、循環器科、消化器科（胃腸科）、神経内科、アレルギー科、リウマチ科、心療内科  
 （平成20～28年）内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科

※外科・・・（平成6～18年）外科、呼吸器外科、心臓血管外科、気管食道科、こう門科、小児外科  
 （平成20～28年）外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

※平成18年調査から「研修医」という項目が新設された



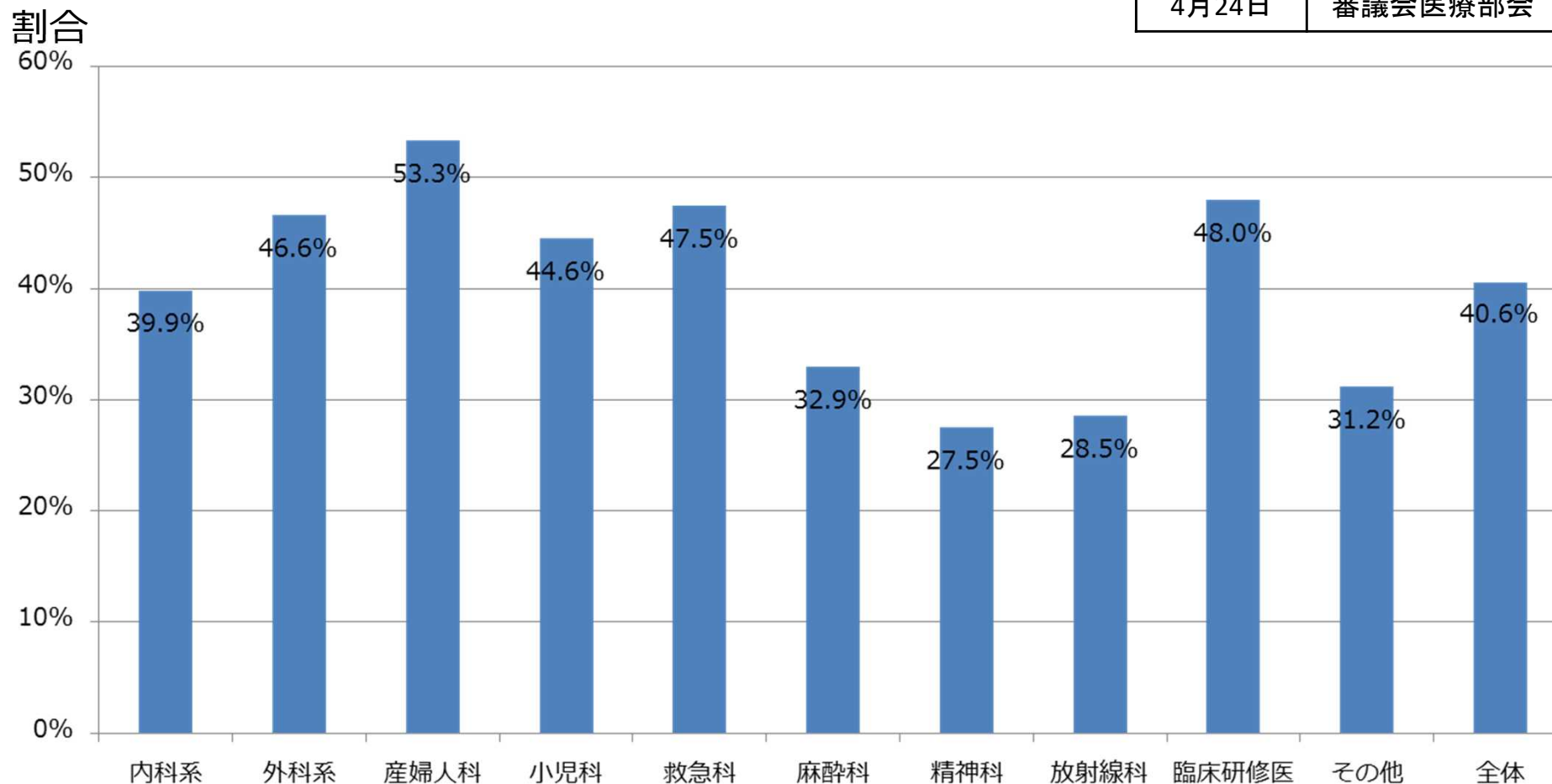
# 週当たり勤務時間60時間以上の病院常勤医師の診療科別割合

- 診療科別週当たり勤務時間60時間以上の割合で見ると、診療科間で2倍近くの差が生じる。
- 診療科別週当たり勤務時間60時間以上の割合は、産婦人科で約53%、臨床研修医48%、救急科約48%、外科系約47%と半数程度である。

平成31年  
4月24日

第66回社会保障  
審議会医療部会

参考資料  
1-3



※ 病院勤務の常勤医師のみ

※ 診療時間：外来診療、入院診療、在宅診療に従事した時間。 診療外時間：教育、研究・自己研修、会議・管理業務等に従事した時間。 待機時間：当直の時間（通常の勤務時間とは別に、院内に待機して応急患者に対して診療等の対応を行う時間。実際に患者に対して診療等の対応を行った時間は診療時間にあたる。）のうち診療時間及び診療外時間以外の時間。 勤務時間：診療時間、診療外時間、待機時間の合計（オンコールの待機時間は勤務時間から除外した。オンコールは、通常の勤務時間とは別に、院外に待機して応急患者に対して診療等の対応を行うこと）。

※ 「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）結果を基に医政局医事課で作成

# 専門研修の予定

平成31年  
4月24日

第66回社会保障  
審議会医療部会

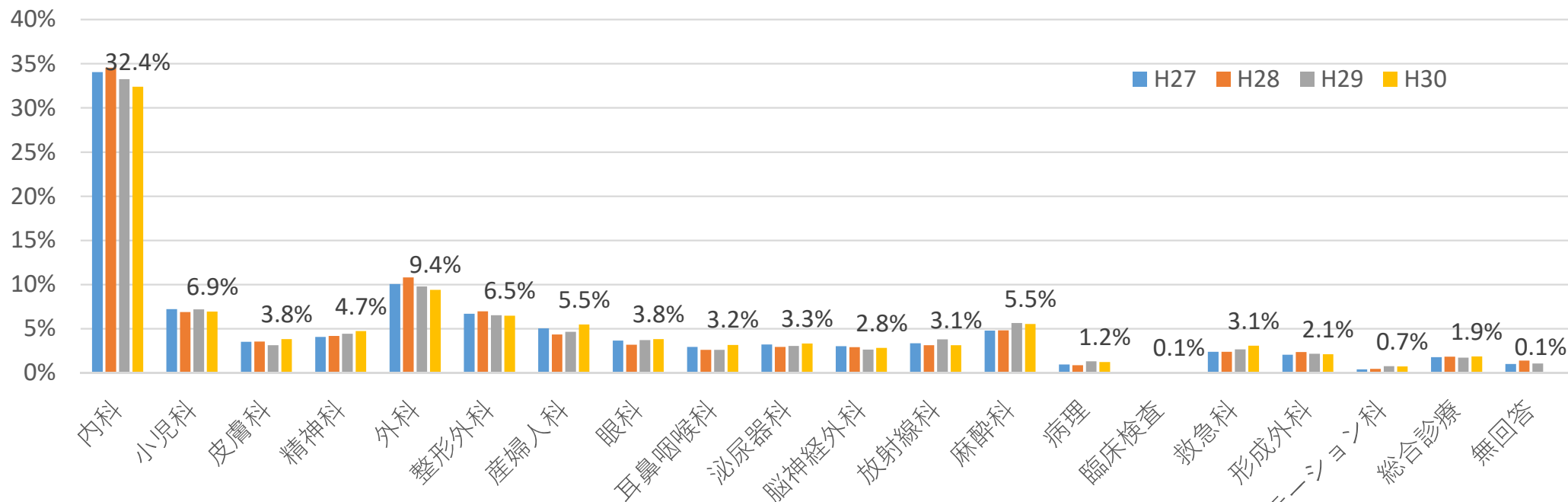
参考資料  
1-3

- 臨床研修終了後、9割以上が専門研修を行う予定である。
- 専門医取得を希望する診療科の傾向は、4年間あまり変わらない。

## 専門研修の予定(性別・年齢別)

| 専門研修を行う予定か          | 男性    | 女性    | 20代   | 30代   | 40代以上 | 合計    |
|---------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 行う                  | 89.9% | 90.7% | 90.9% | 88.2% | 79.8% | 90.3% |
| 来年は行わない・<br>行う予定がない | 3.9%  | 2.9%  | 3.3%  | 4.5%  | 7.1%  | 3.5%  |
| わからない・<br>まだ決めていない  | 3.1%  | 1.9%  | 2.3%  | 4.0%  | 10.7% | 2.7%  |
| 無回答                 | 3.0%  | 4.5%  | 3.5%  | 3.2%  | 2.4%  | 3.6%  |

## 専門研修を行う予定の診療領域



## 第2次中間取りまとめ(抜粋)

平成31年  
4月24日

第66回社会保障  
審議会医療部会

参考資料  
1-3

### 4. 具体的な医師偏在対策

#### (2) 医師養成過程を通じた地域における医師確保

##### ③ 専門研修

##### ii) 医療ニーズを踏まえた診療科ごとに必要な医師数の明確化

- 医師が、将来の診療科別の医療ニーズを見据え、適切に診療科を選択することで診療科偏在の是正につながるよう、人口動態や疾病構造の変化を考慮した診療科ごとに将来必要な医師数の見通しを、国全体・都道府県ごとに明確化し、国が情報提供すべきである。

### 5. 将来に向けた課題

#### (1) 今回の医師偏在対策の効果の検証を踏まえた継続的な議論の必要性

- (中略) 次の①から③までの対策については、今回の取りまとめの内容を、より進めたものとするべきか否かについて、更なる議論が必要である。

##### ① 専門研修における診療科ごとの都道府県別定員設定

##### ○ 新専門医制度については、

- ・ 診療科ごとに都道府県別の定員を設定し、臨床研修同様、マッチングの仕組みを導入することで、地域における診療科偏在を是正していくべき
- ・ 定員設定等の導入は時期尚早であり、まずは今回の対策の効果をみるべきとの意見があった。

# 将来の診療科ごとの医師の需要を明確化するための具体的な手順（案）

平成31年  
4月24日

第66回社会保障  
審議会医療部会

参考資料  
1-3

考慮すべき要素の例：

・医療ニーズ ・将来の人口・人口構成の変化 ・医師偏在の度合いを示す単位（区域、診療科、入院／外来） ・患者の流出入 ・医師の年齢分布 ・へき地や離島等の地理的条件 等

診療科ごとの医師の需要を決定する代表的な疾病・診療行為を抽出し、診療科と疾病・診療行為の対応表を作成



現状の医療の姿を前提とした人口動態・疾病構造変化を考慮した診療科ごとの医師の需要の変化を推計し、現時点で利用可能なデータを用いて、必要な補正を行なった将来の診療科ごとの医師の需要を推計



将来の医師等の働き方の変化や医療技術の進歩による需要の変化については、定量的なデータが得られた時点で、順次、需要推計に反映させる。

当面の対応

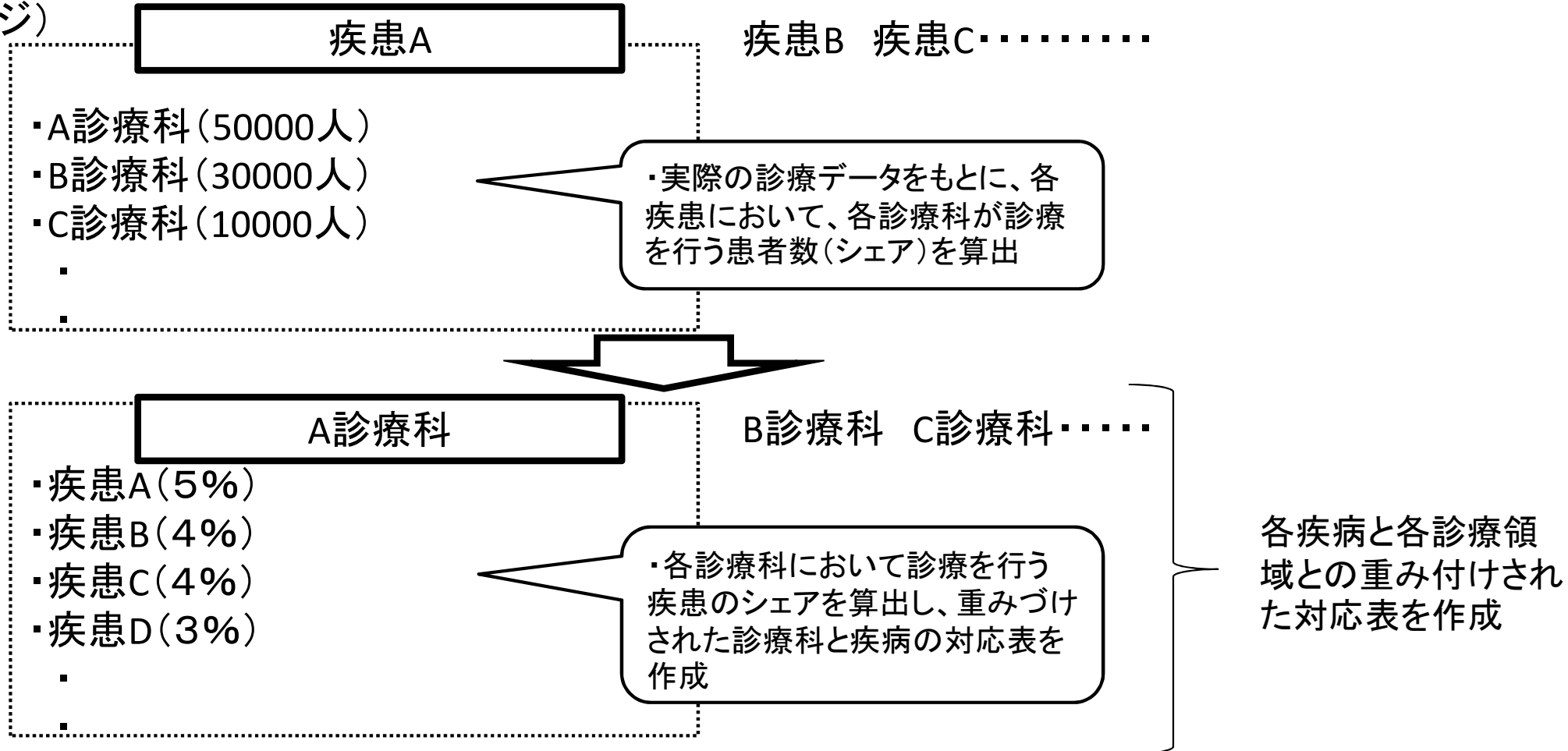
将来の課題

## 対応（案）

- 将来の診療科ごとの医師の需要の明確化にあたっては、診療科と疾病・診療行為の対応表等を作成するために必要なデータの整理等を行う必要であり、まずは、事務的に、こうした整理を行った上で、具体的な議論を行うこととしてはどうか。

○ 診療科と疾病等の対応表については、急性期領域における実際の診療データ※1を用いて、専門医制度における基本診療領域と疾病等との対応表※2を作成した。

(イメージ)



※1 厚生労働科学研究「保健医療介護現場の課題に即したビッグデータ解析を実践するための臨床疫学・統計・医療情報技術を磨く高度人材育成プログラムの開発と検証に関する研究」(研究代表者 東京大学 康永秀生)の研究結果(DPCデータから求めた69診療科×傷病分類(ICD-10)別の患者数)を用いて、厚生労働科学研究「ニーズに基づく専門医の養成に係る研究」(研究代表者 自治医科大学 小池創一)において、基本診療領域×傷病中分類(患者調査)別の患者数を算出した。

※2 放射線科、臨床検査、救急科、リハビリテーション科については、全診療科における患者数の変化、麻酔科、病理については、外科における患者数の変化、精神科については、患者調査における「精神及び行動の障害」を用いた。

# 診療科ごとの将来必要な医師数の見通しの推計について

平成31年  
4月24日

第66回社会保障  
審議会医療部会

参考資料1-3

- 将来必要な医師数の見通しの推計にあたって、まず、各診療科ごとの現在の医師数※1から、それぞれの診療科における勤務時間を踏まえ、労働時間規制等医師の働き方改革により必要になると考えられる現時点における必要医師数を算出※2した。
- 算出された現時点における必要医師数に対して、疾病と各診療領域との重み付けがなされた対応表に基づき、性年齢階級別の受療率等が一定であると仮定し、将来の人口動態の変化を踏まえた患者数の変化と必要医師数の変化が比例するものとして計算※3、4を行った。

(イメージ)

勤務時間の  
変化、診療科の差  
を踏まえ調整※2

将来の人口推計・疾病と各診療領  
域との重み付けされた対応表に基  
づく患者数の変化と比例して変化

現在の医師数※1  
(9000人)

↓  
(労働時間制限  
により1.11倍  
医師が必要)

現在の必要医師数※2  
(10000人)

(患者数10万人)

↓  
(患者数が1.1倍  
となるため、1.1倍  
医師が必要)

将来の必要医師数※3、4  
(11000人)

(患者数11万人)

※1 現在＝2016年医師数(仕事量)については、平成28年医師届出票における主たる診療科別医師数を基本診療領域に統合(主たる診療科について、内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科(胃腸内科)、腎臓内科、神経内科、糖尿病内科(代謝内科)、血液内科、アレルギー科、リウマチ科、感染症内科、心療内科については内科、外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科(胃腸外科)、肛門外科、小児外科については外科、産婦人科、産科、婦人科については産婦人科、形成外科、美容外科については形成外科として集計)したものを用い、性年齢階級別に第3次中間取りまとめにおけるマクロ供給推計の仕事率を掛け合わせた。

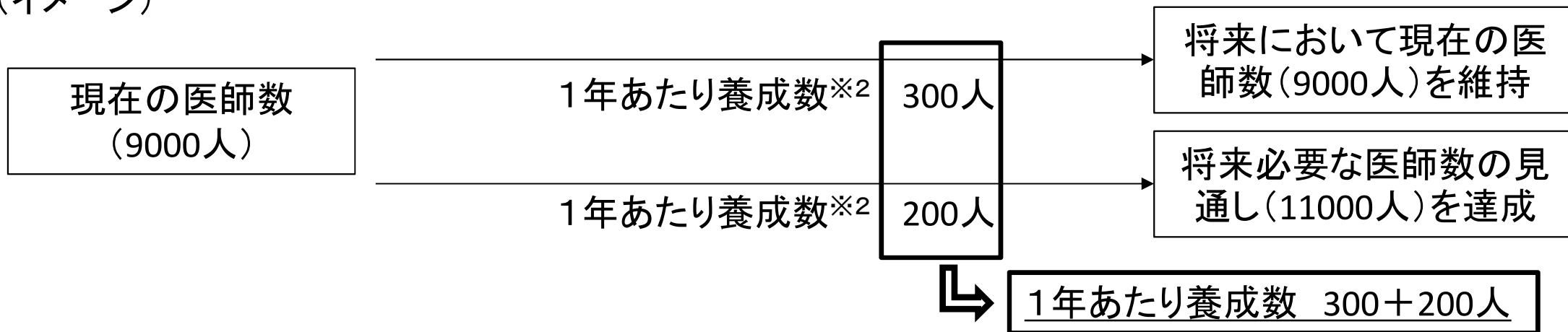
※2 現在＝2016年における必要医師数については、各診療科別勤務時間等(「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」(平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班)結果を基に医政局医事課で作成)及び第3次中間取りまとめにおける勤務時間を週60時間に制限する等の仮定をおくマクロ需要推計の推計値(需要ケース2)を用いて調整。

※3 2016年、2024年、2030年、2036年における必要医師数については、「診療科と疾病等の対応表」に基づき、性年齢階級別の人口推計及び平成26年患者調査に基づく受療率を踏まえ計算。

※4 全国の推計値については、第3次中間取りまとめにおけるマクロ需給推計の推計値と整合性をとるために調整。

- 将来の診療科別必要医師数について、実際に診療科選択に資するものにするためには、臨床研修修了後、9割以上が専門研修を行う予定であることを踏まえると、臨床研修修了時点の診療科別の1年あたり養成数を示すことが有用であり、諸外国における養成数の算出手法等を参考※1に、
  - ・ 現在の医師数を維持するために必要な1年あたり養成数※2
  - ・ 将来必要な医師数の見通しを達成するために追加で必要な1年あたり養成数※2
 を合計した数を診療科別の1年あたり養成数として算出することとした。
- また、医師の働き方改革に関する議論、医師確保計画等のスケジュールを踏まえ、2024年、2030年、2036年の3時点における将来必要な医師数の見通しを算出した上で、1年あたり養成数を算出することとした。

(イメージ)



※1 厚生労働科学研究「ニーズに基づく専門医の養成に係る研究」(研究代表者 自治医科大学 小池創一)における海外調査等をもとに整理。

※2 必要養成数の算出にあたっては、診療科別の生残率を用い、医師需給分科会「第3次中間取りまとめ」における供給推計の手法を用いた。

○ 都道府県ごとの診療科ごとの将来必要な医師数の見通しの算出に当たっては、将来時点における必要医師数の算出方法を踏まえ、全国における診療科ごとの将来必要な医師数の見通しをもとに各都道府県別の将来必要な医師数の見通しを算出<sup>※1</sup>し、各都道府県・各診療科別の現在の医師数をもとに、都道府県間における医師の流出入がないと仮定して、1年あたりの養成数の計算を行うこととした。

(イメージ)

|    | a診療科<br>(必要医師数) | a診療科<br>(患者数)  | ... |
|----|-----------------|----------------|-----|
| 全国 | <b>10,000人</b>  | 200,000人(100%) |     |
| A県 | 500人            | 10,000人(5%)    |     |
| B県 | 300人            | 6,000人(3%)     |     |
| ・  | ・               |                |     |
| ・  | ・               |                |     |
| ・  | ・               |                |     |

→ 全国における将来必要な医師数の見通しを各都道府県に配分

※1 全国の性年齢階級別受療率と都道府県の性年齢階級別推計人口を用いて都道府県別診療科ごとの患者数を推計し、平成26年の患者数に基づく都道府県別診療科ごとの施設所在地ベースの患者数と患者住所地ベースの患者数の比が将来も一定であるものとして患者流出入後の患者数を計算した。



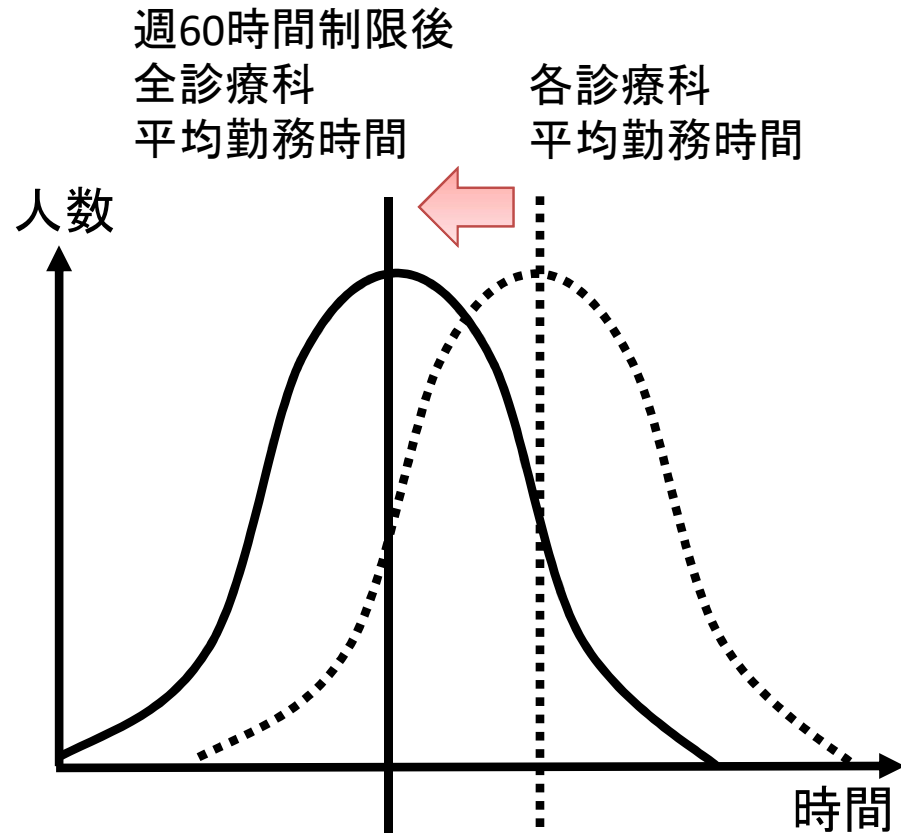
# 医師の働き方を踏まえた必要医師数の算出について(イメージ)

平成31年  
4月24日

第66回社会保障  
審議会医療部会

参考資料  
1-3

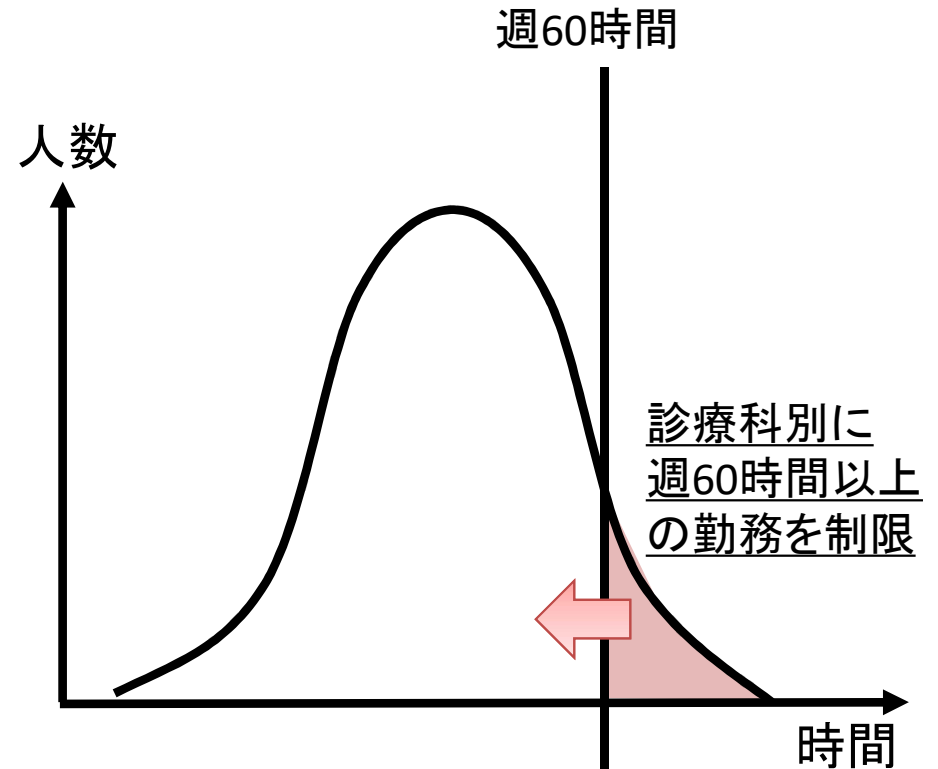
## 従前の事務局整理



各診療科の医師が、全診療科平均勤務時間まで勤務した場合の、必要医師数を算出

→ 平均より勤務時間が長い診療科は医師が不足し、短い診療科は医師数が過剰となる

## 今回の整理



週60時間以上の勤務時間が削減された場合の、必要医師数を算出

→ 週60時間を超える勤務時間がある診療科については、勤務時間削減分の医師が不足する

# (参考)診療科別勤務時間等について

平成31年  
4月24日

第66回社会保険  
審議会医療部会

参考資料  
1-3

| 診療科        | 週当たり勤務時間 | 週60時間超過割合 | 超過者平均週勤務時間 | 勤務時間削減後仕事量 |
|------------|----------|-----------|------------|------------|
| 内科         | 51:18    | 30.1%     | 74:21      | 0.92       |
| 小児科        | 52:25    | 33.2%     | 74:21      | 0.91       |
| 皮膚科        | 43:53    | 18.4%     | 71:00      | 0.95       |
| 精神科        | 47:09    | 22.5%     | 72:26      | 0.94       |
| 外科         | 59:09    | 43.8%     | 77:47      | 0.87       |
| 整形外科       | 51:55    | 31.5%     | 73:11      | 0.92       |
| 産婦人科       | 53:41    | 37.6%     | 76:58      | 0.88       |
| 眼科         | 43:43    | 15.4%     | 71:34      | 0.96       |
| 耳鼻咽喉科      | 46:07    | 19.5%     | 71:55      | 0.95       |
| 泌尿器科       | 56:11    | 35.9%     | 75:40      | 0.90       |
| 脳神経外科      | 58:26    | 41.6%     | 78:50      | 0.87       |
| 放射線科       | 51:07    | 24.0%     | 70:39      | 0.95       |
| 麻酔科        | 52:26    | 30.0%     | 73:16      | 0.92       |
| 病理         | 55:02    | 37.8%     | 70:45      | 0.93       |
| 臨床検査       | 49:08    | 20.8%     | 79:06      | 0.92       |
| 救急科        | 62:30    | 48.6%     | 78:48      | 0.85       |
| 形成外科       | 52:30    | 28.6%     | 77:19      | 0.91       |
| リハビリテーション科 | 47:46    | 19.2%     | 68:12      | 0.97       |

※ 医師全体の週当たり平均勤務時間は51:42

※ 「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）結果を基に医政局医事課で作成

※ 勤務時間：診療時間（外来診療、入院診療、在宅診療に従事した時間。）、診療外時間（教育、研究・自己研修、会議・管理業務等に従事した時間。）、待機時間（待機時間：当直の時間（通常の勤務時間とは別に、院内に待機して応急患者に対して診療等の対応を行う時間。実際に患者に対して診療等の対応を行った時間は診療時間にあたる。）のうち診療時間及び診療外時間以外の時間。）の合計（オンコールの待機時間は勤務時間から除外した。オンコールは、通常の勤務時間とは別に、院外に待機して応急患者に対して診療等の対応を行うこと）。

## 都道府県別診療科別の将来必要な医師数・養成数の見通しに係る課題について(案)

平成31年  
4月24日

第66回社会保障  
審議会医療部会

参考資料  
1-3

- 現状においては、医師の適切な診療科選択、各都道府県における医師偏在対策、専門医制度におけるシーリング※1等において、地域及び診療科偏在に対する十分なエビデンスに基づいた対応を行うことが難しい状況である。
- 今回の整理に基づき算出される将来必要な医師数・養成数の見通しの活用については、現状の各診療科の診療実態を反映したエビデンスに基づくものであり、地域及び診療科偏在対策への活用が期待されるが、推計の限界として、現状の各診療科の対象となる疾患等が将来維持されることを前提としたものであり、総合的な診療の領域※2の役割などについて別途検討を行う必要があることに留意しつつ、幅を持った検討を行う必要があるものである。
- 今後、将来必要な医師数の見通し等を踏まえ、
  - ・ 医師が、適切に診療科を選択することで診療科偏在の是正につながること
  - ・ 各都道府県において、県外からの適切な医師派遣調整等や地域枠医師が適切に診療科選択できるような取組を行っていくこと
  - ・ 専門医制度におけるシーリング設定等にあたり、エビデンスとして活用されること等が期待されるのではないか。

※1 東京都、神奈川県、愛知県、大阪府、福岡県において、原則、各診療領域において、専攻医募集定員が過去5年間の平均選考医採用実績を超えないように定員設定にシーリング(これまでの医師の増減等を踏まえ、外科、産婦人科、病理、臨床検査、総合診療科は除外)を実施。

※2 総合診療、救急、ICU・病棟管理領域等を想定。

## 今後の検討について(案)

平成31年  
4月24日

第66回社会保障  
審議会医療部会

参考資料  
1-3

- 今後、将来必要な医師数の見通し等を国が情報提供していくことにより、地域及び診療科偏在の是正につながることを期待される。
- 一方で、医師の働き方改革や医師の偏在の状況を踏まえると、診療科偏在対策は、待ったなしの状況であり、早急な是正が求められるものであるが、新しい専門医制度開始以降、開始前と比べ東京都等への専攻医の集中が進んでいるとのデータもある。



- 今後、将来必要な医師数の見通しの算出方法等を適宜見直しながら、実際の診療科偏在の是正の状況や専門医制度を取り巻く状況等を踏まえ必要な検証を行い、十分な効果が生じていない場合には、診療科ごとに都道府県別の定員を設定する等、更なる医師偏在対策について、早急に検討を加えていくこととしてはどうか。

平成31年  
4月24日

第66回社会保障  
審議会医療部会

参考資料  
1-3

# 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

# 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

平成31年4月24日

第66回社会保障審議会医療部会

参考資料1-3

## 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。

全国の周産期・小児医療圏

医師偏在指標

小 下位〇%⇒相対的医師少数区域

大

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(下位〇%)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。

- 医師数は、性別ごとに20歳代、30歳代・・・60歳代、70歳以上に区分して、平均労働時間の違いを用いて調整する。
- 医療需要は、15才未満の年少人口に、地域ごとに性年齢階級による受療率の違いを調整する。

$$\text{小児科における医師偏在指標} = \frac{\text{標準化小児科医師数}}{\text{地域の年少人口} \div 10\text{万} \times \text{地域の標準化受療率比} (\ast 1)}$$

$$\text{標準化小児科医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$\text{地域の標準化受療率比} (\ast 1) = \text{地域の期待受療率} \div \text{全国の期待受療率} (\ast 2)$$

$$\text{地域の期待受療率} (\ast 2) = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別受療率} \times \text{地域の性年齢階級別年少人口})}{\text{地域の年少人口}}$$

注1) 「主たる診療科」が「小児科」ではない医師も、小児に対する医療を一定程度提供している場合がある。

注2) 患者の流出入に関しては、患者住所地を基準に流出入実態を踏まえ、都道府県間調整を行うこととする。

- 医師数は、性別ごとに20歳代、30歳代・・・60歳代、70歳以上に区分して、平均労働時間の違いを用いて調整する。

$$\text{産科における医師偏在指標} = \frac{\text{標準化産科・産婦人科医師数}}{\text{分娩件数 (※)} \div 1000\text{件}}$$

$$\text{標準化産科・産婦人科医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

(※) 医療施設調査の分娩数は9月中の分娩数であることから、人口動態調査の年間出生数を用い調整



## ＜産科医師数の算出に「医師・歯科医師・薬剤師調査」を活用するにあたっての留意点＞

- 産科医師偏在指標に用いる医師については、実際に分娩を取り扱う医師とすることが望ましい。しかし、「医師・歯科医師・薬剤師調査」では、実際に分娩を取り扱っている医師数が分からない。
  - ※ 平成30年度調査以降は、分娩取扱の有無が把握可能
- 現時点では、性・年齢階級別に分娩を取り扱う医師の人数を把握している調査はない。
  - ※ 厚生労働省「医療施設調査」、日本産婦人科医会「施設情報調査」では、性年齢階級別ではないが、分娩取扱医師の数を調査している。



## ＜対応＞

- 「医師・歯科医師・薬剤師調査」を用いた医師偏在指標に加え、日本産婦人科医会「施設情報調査」等を適宜活用・加工し、地域ごとの分娩を取り扱う医師数等の参考として都道府県に提供してはどうか。

## ＜産科・産婦人科医師数に係る各調査の比較＞

| 調査名       | 医師・歯科医師・薬剤師調査                   | 医療施設調査       | 日本産婦人科医会<br>施設情報調査 |
|-----------|---------------------------------|--------------|--------------------|
| 調査の時点     | 2016年12月31日現在                   | 2014年10月1日現在 | 2018年1月1日現在        |
| 分娩取り扱いの有無 | ×                               | ○            | ○                  |
| 人数        | 実人数                             | 常勤換算         | 実人数                |
| 住所地       | 主たる従事先<br>(特別集計において従たる従事先を集計可能) | 医療施設所在地      | 医療施設所在地            |
| 性年齢階級     | ○                               | ×            | ×                  |

平成31年  
4月24日

第66回社会保障  
審議会医療部会

参考資料  
1-3

## 地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

# 地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

平成31年  
4月24日

第66回社会保障  
審議会医療部会

参考資料  
1-3

## 経緯

- 外来医療については、無床診療所の開設状況が都市部に偏っていること、診療所における診療科の専門分化が進んでいること、救急医療提供体制の構築等の医療機関間の連携の取組が、個々の医療機関の自主的な取組に委ねられていること、等の状況にある。
- それを踏まえ、「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会 第2次中間取りまとめ」において、**外来医療機能に関する情報の可視化、外来医療機能に関する協議の場の設置**等の枠組みが必要とされ、また、医療法上、医療計画において外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項（以下、「**外来医療計画**」）が追加されることとなった。

## 外来医療計画の全体像

### 外来医療機能に関する情報の可視化

- 地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握を行うために、診療所の医師の多寡を**外来医師偏在指標**として可視化。

$$\text{外来医師偏在指標} = \frac{\text{標準化診療所医師数}}{\left( \frac{\text{地域の人口}}{10万} \times \text{地域の標準化受療率比} \right) \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合}}$$

※ 医師偏在指標と同様、医療ニーズ及び人口・人口構成とその変化、患者の流入・流出、へき地などの地理的条件、医師の性別・年齢分布、医師偏在の単位の5要素を考慮して算定。

- 外来医師偏在指標の上位33.3%に該当する二次医療圏を、**外来医師多数区域**と設定。

### 新規開業希望者等に対する情報提供

- 外来医師偏在指標及び、外来医師多数区域である二次医療圏の情報を、医療機関のマッピングに関する情報等、開業に当たって参考となるデータと併せて公表し、**新規開業希望者等に情報提供**。

※ 都道府県のホームページに掲載するほか、様々な機会を捉えて周知する等、新規開業希望者等が容易に情報にアクセスできる工夫が必要。また、適宜更新を行う等、質の担保を行う必要もある。

※ 新規開業者の資金調達を担う金融機関等にも情報提供を行うことが有効と考えられる。

### 外来医療機能に関する協議及び協議を踏まえた取組

- 地域ごとにどのような外来医療機能が不足しているか議論を行う、**協議の場を設置**。  
※ 地域医療構想調整会議を活用することも可能。 ※ 原則として二次医療圏ごとに協議の場を設置することとするが、必要に応じて市区町村単位等での議論が必要なものについては、別途ワーキンググループ等を設置することも可能。
- **少なくとも外来医師多数区域においては、新規開業希望者に対して、協議の内容を踏まえて、在宅医療、初期救急（夜間・休日の診療）、公衆衛生（学校医、産業医、予防接種等）等の地域に必要とされる医療機能を担うよう求める。**

- 外来医療計画の実効性を確保するための方策例

- ・ 新規開業希望者が開業届出様式を入手する機会を捉え、地域における地域の外来医療機能の方針について情報提供
- ・ **届出様式に、地域で定める不足医療機能を担うことへの合意欄を設け、協議の場で確認**
- ・ 合意欄への記載が無いなど、**新規開業者が外来医療機能の方針に従わない場合、新規開業に対し、臨時の協議の場への出席要請を行う**
- ・ 臨時の協議の場において、構成員と新規開業者で行った**協議内容を公表** 等

## 今後の検討課題

- 外来医療機能の偏在の可視化等による新規開業者の行動変容への影響について、検証を行っていく。
- 十分な効果が得られない場合には、無床診療所の開設に対する新たな制度上の仕組みについて、法制的・施策的な課題を整理しつつ、検討が必要。



## Ⅱ 外来医師偏在指標の算出式

平成31年  
4月24日

第66回社会保障  
審議会医療部会

参考資料  
1-3

- 外来医療については、診療所の担う役割が大きいため、診療所医師数を、新たな医師偏在指標と同様に性別ごとに20歳代、30歳代・・・60歳代、70歳以上に区分し、平均労働時間の違いを用いて調整する。
- 従来の人口10万人対医師数をベースに、地域ごとに性・年齢階級による外来受療率の違いを調整する。

標準化診療所医師数

$$\text{外来医師偏在指標} = \frac{\text{標準化診療所医師数}}{\left( \frac{\text{地域の人口}}{10万} \times \text{地域の標準化受療率比}^{(\ast 1)} \right) \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合}^{(\ast 3)}}$$

$$\cdot \text{標準化診療所医師数} = \sum \text{性・年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性・年齢階級別平均労働時間}}{\text{全診療所医師の平均労働時間}}$$

$$\cdot \text{地域の標準化外来受療率比}^{(\ast 1)} = \frac{\text{地域の期待外来受療率}^{(\ast 2)}}{\text{全国の期待外来受療率}}$$

$$\cdot \text{地域の期待外来受療率}^{(\ast 2)} = \frac{\sum (\text{全国の性・年齢階級別外来受療率} \times \text{地域の性・年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

$$\cdot \text{地域の診療所の外来患者対応割合} = \frac{\text{地域の診療所の外来延べ患者数}}{\text{地域の診療所と病院の外来延べ患者数}}$$

(出典)性年齢階級別医師数：平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査

平均労働時間：「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）

外来受療率：第3回NDBオープンデータ（平成28年度診療分）、人口推計（平成28年10月1日現在）

性年齢階級別受療率：平成26年患者調査及び平成27年住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査

人口：平成29年住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査

外来延べ患者数：平成26年度医療施設静態調査※患者流出は、流出発生後のデータ（診療行為発生地ベース）を分母で用いることにより、加味している（平成26年患者調査より）

- 医療機器の地域毎の台数に関する指標として、ニーズ（地域ごとの人口）に対する供給（医療施設調査に基づく地域ごとの医療機器の台数）をベースとして、性・年齢構成ごとに異なる検査数を加味するため、地域毎の性・年齢構成による調整をかけたかどうか。この際、医療施設調査で把握可能な医療機器を指標作成対象としてはどうか。

【医療機器ごとに下記の指標を計算し、可視化の際の参考とする】

- 人口十万人対医療機器台数をベースに、地域ごとの性・年齢階級による検査率の違いを調整する。

$$\text{調整人口当たり台数} = \frac{\text{地域の医療機器の台数}}{\frac{\text{地域の人口}}{100,000}} \times \text{地域の標準化検査率比}$$

$$\text{地域の標準化検査率比} = \frac{\text{地域の性年齢調整人口当たり期待検査数（外来）}}{\text{全国の人口当たり期待検査数（外来）}}$$

$$\text{地域の人口当たり期待検査数} = \frac{\sum \left\{ \frac{\text{全国の性年齢階級別検査数（外来）}}{\text{全国の性年齢階級別人口}} \times \text{地域の性年齢階級別人口} \right\}}{\text{地域の人口}}$$

平成31年  
4月24日

第66回社会保障  
審議会医療部会

参考資料  
1-3

# 医師が少ない地域での勤務のインセンティブとなる認定制度

# 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。

平成31年  
4月24日

第66回社会保障  
審議会医療部会

参考資料  
1-3

## 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**



医師

## 医師少数区域等における 6カ月以上※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、  
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 認定医師や医療機関に対する経済的インセンティブ

- ・ 認定医師個人や、認定医師によって質の高いプライマリ・ケアが提供される医療機関等に対する経済的インセンティブの設定について検討を行う。