

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

平成31年3月22日  
医療従事者の需給に関する検討会  
医師需給分科会

目次

1. はじめに	2
2. 医師偏在対策の枠組みの全体像と検討事項の整理	2
3. 検討事項の検討に当たり留意すべき事項	
(1) 地域医療構想	5
(2) 医師の働き方改革	5
4. 検討結果	
(1) 医師偏在指標	5
(2) 医師偏在是正の目標年について	9
(3) 医師少数区域等／医師多数区域等	10
(4) 医師確保計画	11
(5) 医学部における地域枠・地元出身者枠の設定	19
(6) 診療科ごとの将来必要な医師数の見通しの明確化	23
(7) 産科・小児科における医師偏在対策	26
(8) 地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応	31
(9) 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	38
5. マクロの需給推計との関係	41
(参考) 別添資料一覧	

## 1. はじめに

- 医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会（以下「分科会」という。）は、平成 29 年（2017 年）12 月に第 2 次中間取りまとめを行い、医師偏在対策の基本的な考え方及び具体的な医師偏在対策について、法改正が必要な事項を含めて事項の整理を行った。
- 第 2 次中間取りまとめを踏まえ、平成 30 年（2018 年）3 月に「医療法及び医師法の一部を改正する法律案」が第 196 回国会に提出され、同年 7 月に成立した。
- 改正法は医師偏在対策の枠組みを定めるものであり、国会審議においても
  - ・医師偏在指標を定めるに当たっては、地域住民の年齢構成の推移、患者の流出入の状況、昼夜人口の変化など、地域の実情やニーズを適切に反映する客観的なデータを用いて検討を行うこと
  - ・医師偏在対策は大学医学部における医師養成段階から実施すべきものであることから、厚生労働省と文部科学省が連携して具体的施策を検討し、実施することといった附帯決議がなされたように、施行に当たっては、医師偏在対策の実効性確保のための具体的な運用を国において明確に定める必要がある。
- 第 4 次中間取りまとめは、主な法改正事項の施行期日である平成 31 年（2019 年）4 月を控える中、医師偏在指標の算出方法、医師少数区域の定め方、医師確保計画の方針や諸制度の設計の詳細といった検討事項について検討を深めたうえで、取りまとめを行うものである。

## 2. 医師偏在対策の枠組みの全体像と検討事項の整理

### (1) 医師偏在指標

- これまで、医師の偏在を測る代理指標として、人口 10 万人対医師数が用いられてきたが、地域の医療ニーズに合致した効果的な医師偏在対策の実施のためには、医師偏在の度合いを適切に示す指標が必要であり、医療法上も「医師の数に関する指標」を算定することとされている。
- 今回の取りまとめにおいては、医師偏在の度合いを適切に示す指標として定められる医師偏在指標の算出方法を定めることとする。

### (2) 医師確保計画

- 都道府県における医師確保対策の実施体制の強化に向け、医療法上、医師確保計画として以下の事項を医療計画に盛り込むこととされている。
  - ①都道府県内における医師の確保方針
  - ②医師偏在指標に基づく医師確保の目標
  - ③目標の達成に向けた施策内容

- ① 都道府県内における医師の確保方針
- 都道府県内における医師の確保方針に関しては、医療法上、都道府県が医師偏在の度合い等に応じて二次医療圏ごとに医師少数区域及び医師多数区域を定めることとされており、その基準を定める必要がある。
  
- また、医師少数区域又は医師多数区域の分類によって、医師の確保方針は当然異なるものであることから、近隣の都道府県との関係も含め、医療圏が置かれた状況を分類し、その分類に応じた医師の確保方針を定める必要がある。
  
- ② 医師偏在指標に基づく医師確保の目標  
医師偏在指標に基づく医師確保の目標として、目標医師数の算定方法を定める必要がある。
  
- ③ 目標の達成に向けた施策内容  
目標医師数の達成に向けては、都道府県の置かれた状況に応じ、都道府県が主体となって施策を企画すべきであるが、今回の取りまとめにおいて具体例の例示等を行うことにより、実効的な医師確保対策の実施をサポートする。
  
- (3) 医師養成過程を通じた地域における医師確保
- 医師養成過程を通じた取組として挙げられる
  - ①医学部における地域枠・地元出身者枠の設定の要請
  - ②都道府県による臨床研修病院の指定・定員設定
  - ③専門研修における行政の役割の明確化については、医療法又は医師法にその枠組みが盛り込まれたところである。
  
- ① 医学部における地域枠・地元出身者枠の設定の要請  
医学部における地域枠・地元出身者枠の設定については、将来の医師の多寡によってその必要性が左右されることから、整理を行うとともに、将来の医師必要数を踏まえた枠数の設定方法を具体的に定める必要がある。
  
- ② 都道府県による臨床研修病院の指定・定員設定  
都道府県による臨床研修病院の指定・定員設定は、都道府県の医師確保の方針に沿った臨床研修体制の構築がなされることを目的としたものであり、方針の決定は都道府県に委ねられている。運用に当たっての詳細な制度設計については、別途、医道審議会医師分科会医師臨床研修部会において審議が行われている。
  
- ③ 専門研修における行政の役割の明確化  
専門研修における行政の役割の明確化については、既に施行されており、医道審

議会医師分科会医師専門研修部会において審議が行われ、昨年10月に厚生労働大臣より大都市圏のシーリングの継続と厳密な運用、専門医制度新整備指針の遵守等の意見が日本専門医機構等に対し提出されるなど、地域医療確保のための取組が実施されている。

- なお、法改正事項ではないが、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については、診療科偏在是正の観点からも早急な検討が求められる。このため、その算出に当たっての考え方等についても今回の取りまとめにおいて定めることとする。

#### (4) 地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

- 外来医療機能については、医療法に基づき、協議の場を設け、
  - ①外来医療に係る医療提供体制の状況に関する事項
  - ②病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進に関する事項
  - ③グループ診療の推進に関する事項
  - ④医療機器等の効率的な活用に関する事項について協議を行い、その結果を取りまとめ公表することとされている。
- 外来医療に係る医療提供体制の状況については、医師偏在と同様に、その多寡を客観的に把握する指標が存在しなかった。このため、外来医療に係る偏在指標を策定する必要があり、今回の取りまとめにおいてその算出方法を定めることとする。
- また、当該指標のほか、新たに開業しようとしている医療関係者等が自主的な経営判断を行うに当たっての有益な情報について検討を深めるとともに、協議の場の具体的な設計も定める必要がある。
- さらに、医療機器等の効率的な活用に当たっても、具体的な有効活用策の提示や、その必要度を把握するための指標の検討等を行う必要がある。

#### (5) 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の創設

- 医師が医師少数区域で勤務することを後押しするため、医療法において、医師少数区域等における勤務経験を厚生労働大臣が認定する仕組みを設けたところであるが、第2次中間取りまとめにおいて、認定に必要な勤務期間については医師偏在指標を設定する際に併せて検討を行うべきとされており、必要な検討を行ったうえで、本中間取りまとめにおいて定める必要がある。
- また、認定医師を一定の医療機関の管理者として評価する仕組みについては、まずは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とすることを第2次中間取りまとめにおいて定めたところであるが、その他具体的運用の詳細について

定める必要がある。

### 3. 検討事項の検討に当たり留意すべき事項

#### (1) 地域医療構想

- 2025年の地域医療構想の実現に向け、現在、公立・公的医療機関等について具体的対応方針の策定が進められているところである。これに伴い、医療機関の統合・再編等が進展することが見込まれる。地域でどの程度医師確保を行うべきかについては、こうした医療機関の統合・再編等の方針によっても左右されることから、具体的な医師確保対策を実施するに当たってはこの点に留意する必要がある。

#### (2) 医師の働き方改革

- 現在、厚生労働省に設置された「医師の働き方改革に関する検討会」において、医師の働き方改革の方策について議論が進められているが、医師に対する時間外労働規制については、2024年度から適用される予定である。
- 医師の働き方改革の実現に向け、各地域において医師を確保することは2024年度までの喫緊の課題であり、今回の取りまとめを踏まえた医師確保対策の早急な着手が必要となる。
- 特に、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について暫定的に高い労働時間上限水準を設定する案が検討されているところであるが、この水準の達成についても現状の病院勤務医の勤務時間を短縮する必要があることから、当該医療機関における労働時間短縮に向けた取組等に加え、医師少数区域等に属する当該医療機関については、特に集中的に医師の確保を行うなど、本年3月までに得られる医師の働き方改革の結論を踏まえた対応が求められる。
- なお、医師需給推計に関しては、医師の働き方改革の結論を踏まえ、再度推計を行うこととなる。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は、この新たな推計に基づくマクロ医師需給方針との適切な整合が図られるべきである。

### 4. 検討結果

#### (1) 医師偏在指標

第2次中間取りまとめにおいては、地域ごとの医師の多寡を全国ベースで客観的に比較・評価可能な、医師偏在を示す指標を設定することとしており、当該指標を医師偏在指標と呼称することとする。医師偏在指標の設定に当たっては、医療ニーズ、人口・人口構成とその変化、医師偏在の単位（区域、診療科、入院／外来）、患者の流入、医師の性・年齢、へき地や離島等の地理的条件等を考慮することとしている。

- ① 医療ニーズ及び人口・人口構成とその変化

地域によって、人口の年齢構成や男女比率が異なるが、年齢や性別によって受療率は異なる。この違いは人口 10 万人対医師数では考慮できていないため、指標の算出に当たっては、地域ごとの医療ニーズを、地域ごとの人口構成の違いを踏まえ、性・年齢階級別の受療率を用いて調整することとする。

(参考) 性年齢階級別受療率を用いた、各地域の医療需要の計算方法

$$\text{地域ごとの医療需要} = \frac{\text{地域ごとの人口}}{10 \text{ 万人}} \times \text{地域ごとの標準化受療率比 (※1)}$$

$$(\text{※1}) \text{ 地域ごとの標準化受療率比} = \frac{\text{地域ごとの期待受療率 (※2)}}{\text{全国受療率}}$$

(※2) 地域ごとの期待受療率

$$= \frac{[0-5 \text{ 歳男性}] \text{地域ごとの人口} \times [0-5 \text{ 歳男性}] \text{受療率} + [0-5 \text{ 歳女性}] \text{地域ごとの人口} \times [0-5 \text{ 歳女性}] \text{受療率} + \dots + [80 \text{ 歳以上女性}] \text{地域ごとの人口} \times [80 \text{ 歳以上女性}] \text{受療率}}{\text{地域ごとの人口}}$$

## ② 患者の流出入

- 昼間人口と夜間人口は、地域差はあるものの、比較すると増減が見られる。しかしながら、人口 10 万人対医師数は夜間人口（住所地ベース）を元に算出しており、昼間に所在する地域での受療行動は考慮できていない。外来医療については、現実の受療行動に関するデータを参考の上で、患者の流出入を反映することを基本とする。
- また、患者の受療行動は、県境を越えた入院など、昼夜の移動以外の理由によっても患者住所地以外の地域でも見られる。しかしながら、人口 10 万人対医師数は、患者住所地ベースで算出しており、このような患者の流出入も考慮できていない。当該流出入については、その受療行動を受け入れるのか、それとも医療提供体制の調整により是正していくのか、都道府県間等での調整が必要な事項であり、入院医療については地域医療構想における推計方法を参考に、患者住所地を元に医療需要を算出し、流出入についての実態も情報提供した上で、都道府県間等の調整を行うことにより、患者の流出入を反映することを基本とする。

## ③ へき地等の地理的条件について

- 医師確保対策は、二次医療圏ごとに設定された医師少数区域を基本としつつも、地域の医療ニーズに応じたきめ細かい対応を図るため、二次医療圏よりも小さい区

域での柔軟な対応を可能とすることが適当である。しかし、二次医療圏ごとの医師偏在指標での比較ではきめ細かい対応は不可能である。このため、局所的に医師が少ない場所を、都道府県知事が「医師少数スポット」として定め、医師少数区域と同様に取り扱うこととする。すなわち、医師偏在指標の変数として取り扱うことはしない。

○ 医師少数スポットを都道府県が定めるに当たっては、当該スポットで既に実施されている巡回診療等の取組によってもなお医師が不足しているか等、既存の取組を加味したうえで、さらなる対策が必要か否かについて地域医療対策協議会等における十分な議論を踏まえたものとする必要がある。このため、現在の無医地区／準無医地区等の設定を優先させる必要は無く、実情を優先させて定めることが望ましい。

○ なお、医師少数スポット等における局所的な医師確保に当たっては、常勤医師派遣という選択だけではなく、複数医師での多様な連携による派遣システムや巡回診療等の体制整備、遠隔医療の活用を検討するなど、実情に応じた柔軟な運用により医療ニーズを充足していくことが適切である。

#### ④ 医師の性別・年齢分布について

地域によって、医師の年齢構成や男女比率が異なるが、年齢や性別によって医師の平均労働時間は異なる。今後、性別等によらず働きやすい環境整備を進めていくが、現時点においては、医師偏在指標の算出に当たっては、地域ごとの性・年齢階級別医師数を、性・年齢階級別の平均労働時間によって重み付けを行うこととする。

#### ⑤ 医師偏在の単位（区域、診療科、入院／外来）

##### i) 区域

三次医療圏及び二次医療圏それぞれごとに算出することとする。しかし、三次医療圏については、施策を盛り込んだ医師確保計画等が都道府県による企画の下、都道府県単位で設置された医療審議会や地域医療対策協議会での協議を経て定められるものであることを踏まえ、運用上は都道府県単位で算出することとする。

##### ii) 入院／外来

外来診療の多くを担う診療所の地域偏在が存在しており、外来医療機能については医師偏在指標と分離して指標を設けるべきであるが、「(8) 地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応」の一環として検討を行うこととする。

##### iii) 診療科

○ 診療科別の医師偏在については、基本的対応として、まずは診療科と疾病・診療行為との対応を整理する必要があり、検討のための時間を要する。

- しかしながら、特に周産期医療、小児医療は、医療計画上、政策的に医療の確保を図るべきものとして位置づけられており、一方で産科・産婦人科、小児科の医師数は、医師全体に比べ増加割合が少なく、労働時間も長時間となる傾向にあることから、地域偏在に早急に対応する必要がある。また、一定の前提の下、診療科と疾病・診療行為との対応を現時点で整理することが可能である。

こうした観点から、暫定的に、産科、小児科について診療科別医師偏在指標を示し、地域偏在是正に向けた対応等を行うこととする。

産科、小児科の診療科別医師偏在指標の考え方や、産科医師、小児科医師の地域偏在是正に向けた対応等については、「(7) 産科・小児科における医師偏在対策」に詳述する。

- 以上、①～⑤の「5要素」を考慮した医師偏在指標について、要約すれば、

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数 (※1)}}{\frac{\text{地域の人口}}{10 \text{ 万}} \times \text{地域の標準化受療率比 (※2)}}$$

$$(\text{※1}) \text{標準化医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$(\text{※2}) \text{地域の標準化受療率比} = \frac{\text{地域の期待受療率 (※3)}}{\text{全国の期待受療率}}$$

$$(\text{※3}) \text{地域の期待受療率} = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

となる。

- なお、患者の流出入に関しては、都道府県間等の調整が必要となることから、調整前の指標を都道府県に提供し、都道府県ごとに流出入を加味した指標を算出し、国において取りまとめることとする。
- また、医師偏在指標は医師確保計画と同様に3年（初年度は4年）ごとに見直していくこととする。その際は、都道府県の医師確保計画の策定スケジュールに間に合うよう、適切な時期に算出するべきである。
- 以上の医師偏在指標は、足下時点の医師偏在の度合いを示すものとして導き出されるものであるが、長期的な施策である地域枠や地元出身者枠の設定については将来時点の医師偏在指標を明らかにすることにより、方針を決定していくべきである。この



ため、新たな地域枠の設置などの追加的な医師確保対策を講じなかった場合を仮定して医師の供給推計を行った将来時点の医師の偏在を示す指標を、都道府県ごとに定める必要がある。

- 将来時点の医師偏在指標の算出方法は、原則として足下時点の医師偏在指標と同様の算出方法を用いることとする。しかしながら、以下の点については修正を加えることとする。
  - ・人口構成（性・年齢構成）は経時変化を反映することとする
  - ・患者流出入については、都道府県間での調整の上で経時変化を見込むこととする
  - ・医師数については、都道府県ごとの医師供給推計の値を用いることとする

(2) 医師偏在是正の目標年について

- 医師確保対策は、地域医療支援センターによる医師派遣調整などの短期施策と、地域枠の設定などの長期施策とを地域の実情に応じて適切に組み合わせて施行するべきであるが、医師偏在是正の目標年を定めないことには具体的な計画を設計することは困難である。

- まず、「医師偏在是正」が達成された状態は、全ての都道府県において医療ニーズを満たす医師が確保されている状態として定義することとし、全ての都道府県の医師偏在指標が一致することまでを求めるものではない。

- 続いて、目標年の設定に当たっては、以下の点に留意する必要がある。
  - ・今後、地域枠・地元出身者枠の増員等が行われるが、その効果が十分に出る時点に設定する必要があること
  - ・将来のある時点を境に医療ニーズが減少傾向になることや、遠い将来になればなる程推計の誤差が大きくなることから、余りに遠い将来の時点に設定することは適切でないこと
  - ・医療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を望ましいこと

- まず、地域枠や地元出身者枠の設定に関しては、都道府県知事が大学に対して地域枠等の増員等を要請できる仕組みの施行に伴う地域枠・地元出身者枠の増員等が開始するのが 2022 年度であり、2022 年度の入学者が医師となり現場で診療を開始するのは 2028 年度となる。このため、目標年は少なくとも 2028 年度以降とすることが必須である。

- また、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き地域枠・地元出身者枠が設定された後に入学した医師で満たされるのは、2036 年度以降となることから、目標年は地域枠の効果が最大化

される 2036 年度以降とすることが望ましい。

- さらに、第 3 次中間取りまとめにおける医師需給推計においては、医師需要は 2030 年頃に最大化すると推計されており、また、将来推計の誤差を拡大させないよう、目標年は 2030 年からあまり乖離しない時期に設定することが望ましい。
- 以上の条件と、医療計画の目標設定との整合性を考え合わせると、第 9 次医療計画の終了時点（2035 年度末）の医師確保の状況の把握を行う 2036 年度を、医師偏在是正の目標年とすることが適切である。よって、将来時点の医師偏在指標については、2036 年度における医師偏在指標の推計値を充てることとする。

### (3) 医師少数区域等／医師多数区域等

- 各都道府県において、医師偏在の度合い等に応じた実効的な医師確保対策を進められるよう、医師偏在指標を用いて医師少数区域及び医師多数区域を設定し、具体的な医師確保対策に結びつけて実行できることとすべきであり、医療法上も二次医療圏ごとに医師少数区域及び医師多数区域を定めることとされている。
- ここで、医師少数区域及び医師多数区域は二次医療圏単位における分類を指すものであるが、都道府県間の医師偏在の是正に向け、都道府県間の医師偏在の度合いを可視化するための医師少数三次医療圏（都道府県）及び医師多数三次医療圏（都道府県）も同時に定めるべきである。
- 医師少数区域又は医師少数三次医療圏（都道府県）は、医師偏在指標の下位一定割合に属する医療圏として定義することとし、その具体的な割合は、目標年である 2036 年度に医師偏在是正が達成されるよう定めるべきである。
- 医師偏在是正の目標は、2036 年度に全ての都道府県において医療ニーズを満たす医師が確保されていることである。2036 年度までには、医師確保計画の計画サイクルが 5 回繰り返され、この間に医師偏在是正が達成されることが必要である。
- 医師偏在是正の進め方としては、医師確保計画の 1 サイクルごとに、医師少数区域又は医師少数三次医療圏（都道府県）に属する二次医療圏又は都道府県がこれを脱することを繰り返すことを基本とすることとし、医師偏在指標の下位一定割合を各サイクルで一定とすれば、5 サイクルで全ての都道府県が 2036 年度に医療ニーズを満たすためには、医師偏在指標の下位 3 分の 1 程度を医師少数三次医療圏（都道府県）とすることが必要であると導出される。このため、医師偏在指標の下位 33.3%を「医師少数三次医療圏」の水準とすることとする。

また、「医師多数三次医療圏」の設定に当たっては、医師確保対策遂行上の需給バランスの観点から、上位 33.3%とすることが適切である。

また、二次医療圏と都道府県とで少数区域／多数区域に関して異なる基準を用いることは、例えば医師少数三次医療圏（都道府県）内に医師少数区域が存在しないケースが多数発生するなど、二次医療圏と都道府県との間のバランスを失することにもつながりかねないことから、基準については一致させることとし、下位 33.3%を「医師少数区域」、上位 33.3%を「医師多数区域」とすることが適切である。

- なお、今回定めた上位／下位の水準である 33.3%の値については、医師少数区域や医師多数区域等の範囲が無闇に増減しないよう、今後一定としていくことが望ましいが、医師偏在対策の効果も踏まえつつ、医師確保計画の見直しのサイクルと併せて適宜水準の見直しが必要か点検を行うべきである。

#### (4) 医師確保計画

- 各都道府県において定量的な現状分析に基づく実効的な医師確保対策が進められるよう、医療計画において「医師確保計画」を定め、3年（初年度は4年）ごとにその内容を見直していくこととしており、医療法上もその策定の枠組みが設けられたところである。

- 「医師確保計画」の内容については、

- ① 都道府県内における医師の確保方針
- ② 医師偏在の度合いに応じた医師確保の目標
- ③ 目標の達成に向けた施策内容

を医療法上定めることとしており、各事項の具体的内容について定める必要がある。

- ① 都道府県内における医師の確保方針

- 医師偏在指標に基づき、医師少数区域、医師多数区域又はいずれにも該当しない区域に分類されることとなるが、全ての区域で医師増が目標に掲げられるというようなことがないよう、分類に応じて異なる医師確保の方針を定める必要がある。医療圏ごとの方針については、国で一定の類型化の下、具体的に示すことにより、全国で足並みの揃った対策が行われるよう誘導していくべきであり、当該方針を今回の取りまとめにおいて定めることとする。

- 医師の確保方針についての基本的な考え方としては、以下の通りとする。

- ・ 医師少数三次医療圏（都道府県）／医師少数区域に関しては、医師を増やすことを基本とする
- ・ 偏在是正の観点から、医師の少ないところは、医師の多いところから医師の確保を図ることが望ましく、医師の多寡の状況について場合分けをしたうえで医師確保方針を定めることとする。例えば、医師多数三次医療圏（都道府県）内の医師少数区域に、当該医師多数三次医療圏（都道府県）外から医師の派遣を募るといった方針とならないようにする必要がある。

- ・「今すぐに医師確保が必要である」、「今は医師が確保できているが、将来的には医師が必要となる」といった時間軸による差異によって、採るべき対策が異なる場合があることから、時間軸についても場合分けしたうえで医師確保方針を定めることとする。
- こうした基本的な考え方に沿って、以下の通り類型化のうえ方針を定めることとする。
- i) 都道府県
- 基本的な医師確保方針は以下のとおりとする
    - ・医師少数三次医療圏（都道府県）は、医師多数三次医療圏（都道府県）からの医師の確保を行えることとする
    - ・医師少数でも多数でもない都道府県は、都道府県内に医師少数区域が存在する場合には、必要に応じて医師多数三次医療圏（都道府県）からの医師の確保ができることとする
    - ・医師多数三次医療圏（都道府県）は、他の都道府県からの医師の確保は行わないこととする
  - 現在時点と将来時点のそれぞれにおける医師確保方針は以下のとおりとする
    - ・現在時点の医師の不足に対しては、短期的な施策による対応を行うこととし、長期的な施策では対応しないこととする
    - ・将来時点の医師の不足に対しては、短期的な施策と長期的な施策を組み合わせることで対応を行うこととする
- ii) 二次医療圏
- 基本的な医師確保方針は以下のとおりとする
    - ・医師少数区域は、医師多数区域からの医師の確保を行えることとする
    - ・医師少数でも多数でもない二次医療圏は、必要に応じて医師多数区域からの医師の確保を行えることとする
    - ・医師多数区域は、他の二次医療圏からの医師の確保は行わないこととする
  - 現在時点と将来時点のそれぞれにおける医師確保方針は以下のとおりとする
    - ・現在時点の医師の不足に対しては、短期的な施策による対応を行うこととし、長期的な施策では対応しないこととする
    - ・将来時点の医師の不足に対しては、短期的な施策と長期的な施策を組み合わせることで対応を行うこととする
  - 二次医療圏の医師確保方針については、各医療圏に担わせる医療機能分化・連携や、医療機能の集約化などに係る地域医療構想の方針、交通網の整備状況等を

加味したうえで、機械的に算出された医師偏在指標上は医師少数区域に該当する二次医療圏であっても医師少数区域に指定しない等の医療の実情に合わせた適切な判断を可能とするべきである。ただし、医師少数区域の基準に合致しない二次医療圏を医師少数区域として設定することや、医師多数区域の基準に合致する二次医療圏を医師多数区域としない、との判断はできないこととする。

その際、医師少数三次医療圏（都道府県）においては、二次医療圏の医師の確保の方針を踏まえて、合計が都道府県の目標医師数を超えないように、二次医療圏の目標医師数を設定することとする。

医師少数三次医療圏（都道府県）以外においては、二次医療圏の医師の確保の方針を踏まえて、合計が都道府県の現在医師数を超えないように、二次医療圏の目標医師数を設定することとする。

- ② 医師偏在の度合いに応じた医師確保の目標
- 3年間（初年度は4年間）の計画期間中に医師少数区域及び医師少数三次医療圏（都道府県）がその時の医師偏在指標の下位 33.3%の水準を脱するためには、そのために要する具体的な医師の数を定める必要があり、これを目標医師数として定義する。医療法上も目標医師数の設定が義務付けられている。
- 目標医師数は、計画期間終了時点において、医療圏で確保しておくべき医師総数を表すものであり、当該医療圏の計画終了時点の医師偏在指標が足下時点の下位 33.3%に相当する医師偏在指標に一致するために必要な医師総数として算出される。医師確保対策によって追加で確保が必要な医師数は、目標医師数と現在の医師数との差分となる。
- また、追加で確保が必要な医師数の算出に当たっては、既に実施されている医師派遣等の実績を織り込んだものとなるよう、都道府県において適切に医師派遣等の実態把握をする必要がある。
- i) 都道府県
  - 医師少数三次医療圏（都道府県）の目標医師数の算定方法は、計画終了時点の医師偏在指標の値が、計画開始時点の医師偏在指標の下位 33.3%に達することとなる医師数を目標医師数とすることとして定義する。
  - なお、医師少数三次医療圏（都道府県）以外は、目標を既に達成済みとの取り扱いとし、追加的な医師確保のための対策を行わないこととする。
- ii) 二次医療圏
  - 医師少数区域の目標医師数の算定方法は、計画終了時点の医師偏在指標の値が、計画開始時点の医師偏在指標の下位 33.3%に達することとなる医師数を目標医師

数とすることとして定義する。

- 都道府県内の医師偏在是正の方針は、地域医療構想の方針等も踏まえる必要があることから、一定程度都道府県に委ねるべきであり、医師少数区域以外の目標医師数の算定については、各都道府県が独自に目標を設定することとする。なお、国は、参考値として医師偏在指標が全国平均値と等しい値になる医師数を提示することとする。
- ③ 将来時点における必要医師数
  - 医療法上に根拠規定は設けられていないが、地域枠や地元出身者枠を設定するに当たり、その設定数の根拠とするための、将来時点において確保が必要な医師数を算出する必要がある。これを必要医師数として定義し、その算出方法をここに定めることとする。
  - 将来時点における必要医師数は、2036年度において、各二次医療圏及び都道府県の医師偏在指標が医師需要（ニーズ）の全国平均値と等しい値になる場合の医師数として定義する。
  - その具体的な算出方法は、第3次中間取りまとめにおける医師需要推計に基づき、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、国において、医療圏ごとに、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して示すこととする。
  - この必要医師数は、将来時点において、医療圏で確保しておくべき医師総数を表すものであり、地域枠等の設定によって追加で確保が必要な医師数は、必要医師数と将来時点の医師供給数との差分のうち、短期施策で対応しない部分となる。
  - 国が将来時点の医師供給数を算定するに当たっては、各医療圏の性・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<sup>1</sup>を行うことを基本的な考え方とする。

その際、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、不確実性が存在することから、複数回の調査の実績を用いた推計を行うこととする。
  - なお、地域枠の設置を要件とした臨時定員部分等の医師供給数の推計については、

---

<sup>1</sup> 性・医籍登録後年数別の医師数について、マクロの供給推計と各都道府県の医師数の合計値が一致するよう調整

医師の動向が異なることから、上記算出方法とは区別して推計<sup>2</sup>を行うこととする。

④ 目標の達成に向けた施策内容

○ 目標医師数の達成のために必要な施策については、各都道府県の状況に応じそれぞれが定めるべきものであるが、実効性ある医師確保対策の策定をサポートするために、今回の取りまとめにおいて具体例を示すこととする。

○ なお、今回の医師偏在対策の実施主体は主に都道府県となるが、国においても、今後、よりプライマリ・ケアや地域医療についての知識及び技能を持つ医師が求められることを踏まえ、

・文部科学省は、厚生労働省との連携の下、医学教育モデル・コア・カリキュラムにおけるプライマリ・ケアや地域教育に関する内容の充実を図るとともに、大学に対して、各大学のカリキュラムにおけるプライマリ・ケア等の教育の充実を要請するほか、

・医師国家試験においてもプライマリ・ケア等をより重視していく

・地域における先進的な取組を都道府県間で共有する

などの対応や、医師少数区域等が医師確保のための取組を行う際に地域医療介護確保総合基金を十分に配分するといった財政的な支援など、地域で医師確保対策を行う上で有益となる取組を速やかに行っていくべきである。

○ 大学カリキュラムにおける地域医療教育の実施の際には、「地域の医師は地域で育てる」という考え方にに基づき、地域の医療関係者の協力を得て、地域医療を支えることの意義や魅力を伝えることが必要である。

○ 加えて、医師確保対策の進捗が芳しくない都道府県をはじめとして都道府県に対するフォローも必要であり、国においては、都道府県における医師確保計画の策定状況やその後の進捗状況について把握し、適宜、医師確保計画に関する都道府県職員を含めた関係者への研修の実施、人事上の配慮、情報の提供を行うほか、必要に応じて技術的助言を行う等の対応を行うべきである。具体的には、好事例の都道府県間での情報共有や都道府県の医療政策担当人材の育成支援などにも必要に応じて取り組むこととする。

○ また、地域住民に対して、医療のかかり方に関する啓発を行っていくことも、限られた医師で医療を提供していくうえで重要である。医療法では、「国民は、良質かつ適切な医療の効率的な提供に資するよう、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携の重要性についての理解を深め、医療提供施設の機能に応じ、医療に関

---

<sup>2</sup> 臨時定員に係る医師数の供給推計については、調査に基づく実際の充足率及び離脱率を踏まえた供給推計を行い、各都道府県の全体の供給推計から除外した。

する選択を適切に行い、医療を適切に受けるよう努めなければならない<sup>3</sup>と、国民の責務が規定されているところである。

- 国においても、上手な医療のかかり方のための必要な情報提供や電話相談事業の実施・拡充等により、国民の適切な選択をサポートする取組を積極的に進めていくべきであり、また、今後も医療の質を維持し続けるために、一定の医療機能の集約・連携が必要となることへの理解を求めていくべきである。
- 特に、今後人口減少が進み、医師の働き方改革も行っていく中、常勤医を配置するとの発想だけでなく、非常勤医師の巡回診療や医師交代勤務等の多様な働き方を認め、支援することが必要となる。こうした、質を維持したまま医療提供体制の効率化を図る、人口減少社会に合わせたコンパクトな医療提供体制の構築を進めるとともに、地域住民に対しても啓発を行っていくべきである。
- さらに、医師少数区域等において医療を提供している医療機関が、継続して医療を提供できるよう、医師少数区域等において、医業承継時の相続税等の負担軽減などにより、医療機関を継ぐ医師を応援する仕組みを設けることも求められる。

i) 都道府県内での医師の派遣調整

- 今般の医療法改正により、地域医療支援センターが行う地域医療支援事務として、医師確保計画の策定、医師の派遣調整及びキャリア形成プログラムの策定等が新たに位置づけられることとなり、同時に地域医療支援センターの権限も強化されることとなった。
- 医師の派遣調整に当たっては、医師確保計画に定めた二次医療圏ごとの目標医師数を達成するために必要な派遣数を明示したうえで、そのために必要な具体的な派遣方策について大学等も構成員として定められている地域医療対策協議会において協議を行い、協議の結果を明確に住民に対して公表するなど、エビデンスに基づいた協議やプロセスの透明化を進めることにより実効性を確保していくことが重要である。

---

<sup>3</sup> 当該規定は、平成 26 年 6 月に成立した「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」により盛り込まれたもの。平成 25 年 8 月に公表された「社会保障制度改革国民会議報告書」においては、「医療改革は、提供側と利用者側が一体となって実現されるものである。患者のニーズに見合った医療を提供するためには、医療機関に対する資源配分に濃淡をつけざるを得ず、しかし、そこで構築される新しい提供体制は、利用者である患者が大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない。さらにこれまで、ともすれば「いつでも、好きなところで」と極めて広く解釈されることもあったフリーアクセスを、今や疲弊おびただしい医療現場を守るためにも「必要な時に必要な医療にアクセスできる」という意味に理解していく必要がある。そして、この意味でのフリーアクセスを守るためには、緩やかなゲートキーパー機能を備えた「かかりつけ医」の普及は必須であり、そのためには、まず医療を利用するすべての国民の協力と、「望ましい医療」に対する国民の意識の変化が必要となる。」とある。



その際、地域枠医師だけでないあらゆる医師派遣について、都道府県内の派遣状況の把握や適切なサポートを可能とするため、地域医療支援センターが関与することが重要である。

- また、既に大学等による地域への医師派遣が行われている場合、指標には当該派遣結果が反映されていないことがあり得るが、今後の取組で当該派遣も盛り込み、評価対象とすることにより、医師確保計画に組み込むことが適切である。
- さらに、医師の派遣元となる医療機関への支援も有効であると考えられることから、国や都道府県において財政支援等の方策を検討するべきである。

## ii) キャリア形成プログラムの策定・運用

- キャリア形成プログラムの策定・運用に当たっては、都道府県職員又は地域医療支援センター職員を専任として選抜し、個々の地域枠等の学生と顔の見える関係を構築し、学生の頃からフォローするとともに、複数コースの設定や留学の選択肢の設定など、キャリア形成の当事者の意見を踏まえた個別プログラムを策定し、必要に応じ見直しを図っていくことが重要である。
- また、セミナーやオリエンテーションの開催などにより地域医療や職業選択について考える機会を提供し、対象者の納得感を向上させ脱落しないプログラムとしていくことも有効であると考えられる。同時に、地域実習プログラム等の内容充実、その内容の適切な広報・伝達やブランディング等により、学生からみた地域枠等の魅力をさらに増すための施策も重要である。
- さらに、
  - ・ 夏期休暇中の地域実習プログラム等を通じ、学生に地域社会において医師が果たす役割を学ぶ機会を提供する
  - ・ 学生と様々な現場で活躍する医師との対話の機会を設け、キャリアの多様性について意識させる
  - ・ 学生や若手医師同士が、互いのキャリア設計等について議論する機会を提供する等の医学部生段階におけるキャリア形成支援の取組も具体例として挙げられる。
- なお、地域枠の離脱防止に関しては、キャリア形成プログラムを満了することを修学資金の返還免除要件とし、離脱した場合には適切な金利を設定するなどの取組が必要である。

## iii) 都道府県間の偏在是正

- 都道府県間の医師偏在是正に当たっては、認定の取得等を目的とした医師少数

三次医療圏（都道府県）で勤務してもよいと考える医師と、都道府県とをいかにマッチングしていくかが重要となる。今後、国において、個別医師のこれまでのキャリア等が可視化された全国データベースを構築し、地域医療支援センターが当該データベースを活用することによる医師のリクルートを可能とするべきである。

- また、若手医師向けのイベントや、先進的な研修プログラムなど、大学医学部と連携しながら意欲ある医師が集まるような仕組みを構築することも有効であると考えられる。その周知に際してはソーシャル・ネットワーク・サービス（SNS）の活用も1つの選択肢として挙げられる。

#### iv) 医学部における地域枠・地元出身者枠の設定

- 将来時点の必要医師数の確保に向けて、一定程度は医師派遣等の短期施策の継続により対応し、一定程度は地域枠・地元出身者枠の増員等の要請により対応することとなる。よって、地域枠・地元出身者枠の設定についても医師確保計画に盛り込むべきものとなるが、その設定に当たっての考え方については「(5) 医学部における地域枠・地元出身者枠の設定」において詳述する。

#### v) 医師確保対策と連携した勤務環境改善支援

- 改正法により、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相互連携規定が設けられたところであるが、医師少数区域等で勤務する医師や派遣された医師に対しては、医師事務作業補助者の確保やタスクシフトの推進等により、集中的に負担軽減措置を講ずることにより、医師少数区域等での働きやすい環境整備に努めることとする。

#### ⑤ 医師確保計画の策定プロセス

医師確保計画に基づく具体的な医師確保対策については、地域医療対策協議会において実施に必要な事項の協議を行い、協議が調った事項に基づき対策を講じることとされている。医師確保対策の実効性を確保するためには、具体的な対策について協議する地域医療対策協議会の構成員が、医師確保計画の立案段階から関与する必要があることから、医師確保計画の策定に当たっては、地域医療対策協議会に計画案の共有を行うこととする。

#### ⑥ 医師確保計画の効果測定・評価

- 医師確保計画に定める目標医師数は、医師少数区域以外の二次医療圏を除き、計画終了時点における医師偏在指標の値を基に設定される。このため、医師確保計画の効果については、計画終了時点における医師偏在指標の値の見込みを算出し、これに基づいて測定・評価することとする。

○ 計画終了時点の医師偏在指標の算出に当たっては、各種調査等の時期等により左右されるが、調査・集計手法については今後検討を加えることとする。

○ 医師確保計画の効果測定・評価の結果については、地域医療対策協議会において協議を行い、次期医師確保計画の策定・見直しに反映させるとともに、評価結果を次期医師確保計画に記載することとする。このため、計画終了時点における医師偏在指標の値の見込みについては、当該見直しに間に合うよう算出する必要がある。

#### (5) 医学部における地域枠・地元出身者枠の設定

○ 医学部における地域枠・地元出身者枠の設置・増員については、医療法上、都道府県知事から大学に対して、地対協の協議を経たうえで、要請できることとされている。

○ これは、地域枠出身者や地元出身者の定着率が高いという国内のデータや、海外においても、地方で教育された地方出身の医学生は、卒業後、地元に着する確率が高いということが示されていること（homecoming salmon 仮説）、WHO ガイドラインにおいても、地元出身者のための入学枠がエビデンスに基づいた医療従事者確保策として示されていること等を踏まえたものである。

#### ① 地域枠等の状況について

○ 平成 20 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が、一般の医療法改正の附帯決議において、地域枠の医師の定着の観点から、地域枠と地域枠以外の入学枠を峻別した上で募集を促す対応が必要であるとの指摘があった。

○ このため、厚生労働省において、文部科学省の協力の下、臨時定員の増員を開始した平成 20 年度以降はじめて、都道府県に対する実態調査が実施・公表された。一般枠とは別枠の募集定員を設ける「別枠方式」では、募集数の 95% に奨学金貸与実績があるのに対して、一般枠等と共通で選抜し、選抜の事前又は事後に地域枠学生を募集する「手挙げ方式」では、奨学金貸与実績は募集数の 69% にとどまっていた。

○ 全体としては、地域枠の一定程度（16%）が充足しておらず、一部の大学では、充足していない地域枠を一般枠として流用していたという実態が明らかとなった。

○ これらを踏まえ、文部科学省及び厚生労働省において、平成 32 年度以降については、

- ・臨時定員に係る地域枠は、「別枠方式」しか認めないこととし、その旨を各都道府県及び各大学に通知すること

- ・臨時定員に係る地域枠の学生を確保できていない場合については、原則、当該定員について、臨時定員の増員申請を認めないこと

等の対応が行われた。

- 臨時定員増に係る地域枠が地域の医師確保等に早急に対応するために認められてきたものであることを踏まえれば、こうした制度の趣旨に反した運用が行われてきたことは極めて遺憾である。文部科学省及び厚生労働省は、今後、地域枠の実態を継続的に把握・公表し、不適切な運用がなされないことがないよう、必要な対応を進めて行くべきである。
  
- ② 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ついて
  - i) 地域枠・地元出身者枠の考え方について
    - 地域枠については、県内の特定の地域での診療義務を課すことができることから、都道府県内において二次医療圏間の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もある。また、臨時定員の増員等と組み合わせた地域枠については、医師の少ない都道府県において医師を充足させ、都道府県間の偏在を是正する機能があると考えられる。
  
    - 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るものの、特定の地域等での診療義務があるものではないため、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、都道府県間の偏在を是正する機能が認められる。
  
    - 地域枠と地元出身者枠のこうした機能の違いを踏まえ、都道府県知事から大学に対する地域枠又は地元出身者枠の創設又は増員の要請に係る内容については、地域枠と地元出身者枠について、それぞれ別に整理することとする。
  
  - ii) 地域枠の創設又は増員の要請について
    - 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員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推計医師数が必要医師数に満たない二次医療圏等がある場合とし、当該都道府県における二次医療圏ごとの将来時点における医師不足数の合計数を上限として、必要な地域枠数を地域医療対策協議会の協議を経た上で、要請できることとする。
  
    - また、地域枠の定着等の実態調査の結果等を踏まえ、一般枠の選抜に先立って選抜を行う等、選抜の実施時期が一般枠の選抜と別であり、地域医療に対する意思を評価する等地域枠のために独自の選抜手法を実施しているような場合については、地域枠を地元出身者に限定する施策の例外とすることも考えられる。
  
  - iii) 地元出身者枠等の創設又は増員の要請について
    - 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

者枠の創設又は増員を要請できる場合については、当該都道府県が、将来時点における推計医師数が必要医師数に満たない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数を上限として、必要な地元出身者枠数を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する。

- なお、地元出身者枠のみでは、医師不足数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の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に所在する大学における都道府県をまたいだ地域枠の創設又は増員を要請できることとする<sup>4</sup>。

#### iv) 地域枠の選抜方式等について

- 地域枠の充足率、離脱率の現状を踏まえると、手上げ方式の地域枠は、全体として、最終的に地域での診療義務を全うする人数が設定枠数の6割程度となると推定される。一方、別枠方式による選抜であれば、9割程度が最終的に診療義務を全うすると推定される。
- 都道府県知事は、地域枠の学生・医師を確実に確保することができるよう、地域医療対策協議会の協議を経た上で、原則、大学に対して、特定の地域における診療義務のある別枠方式による地域枠を要請することとする。
- また、各都道府県・各二次医療圏における特定の地域における診療義務を果たす以上、事実上、一定の範囲の診療領域に派遣されることが求められる。このため、各都道府県においては、地域枠の学生が卒業後、当該地域において不足する一定の診療領域に従事する仕組みについて、具体的に検討していくことが適切である。
- 要請を受けて設置された地域枠について、実際に特定の地域等において診療義務を果たす際には、医学部生と都道府県等との認識のギャップを避けるため、診療領域についても、都道府県別診療科別の必要医師数等を踏まえた一定の制限が課されることについて、地域枠の選抜の際に明示しておくべきである。

なお、できるだけ医師の柔軟なキャリア形成を認める観点から、当該制限につ

---

<sup>4</sup> 地域枠等の増員等の要請については、現状において、既に複数の大学で恒久定員の5割程度以上の地域枠等が設置されている実績があること、今後、将来の必要医師数に応じて恒久定員内の地域枠等の設置・増員等を進めていくこと等を踏まえると、将来の必要医師数を踏まえ、仮に恒久定員の5割程度の地域枠等を設置しても不十分である場合について、都道府県は、地域医療対策協議会の協議を経た上で、地域枠の設置を要件とする臨時定員の設置等を要請できることとする。なお、将来の必要医師数を達成するために必要であるが、大学の状況等により、恒久定員の5割程度の地域枠の設置を要請しない場合については、大学等からの医師派遣等、これに代替する医師偏在対策の実施等について、地域医療対策協議会において協議し、合意を得ることが適当である。また、地域医療対策協議会の協議等に基づき、例えば、すべての恒久定員を地域枠とする等、恒久定員の5割程度を超える地域枠を設置することも可能である。

いては、地域の実情も踏まえ、できるかぎり限定的なものとするべきである。

v) 地域枠等の必要数の算出等について

○ 将来時点の必要医師数については、4(4)③に記載の通り算出することになるが、地域枠の医師数の将来推計については、以下の通りとする。

- ・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う。また、必要医師数の算出にあたっては、これを除いた値を用いる。
- ・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が前提となるため、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する。

○ 将来時点の地域枠等の必要数については、2036年度時点の医師供給推計（上位実績ベース）数が需要推計（必要医師数）を下回っている場合について、その差を医師不足数として、地域枠等の必要数を算出することとする。その際、供給推計（上位実績ベース）が実現するよう、都道府県においては、医師派遣や定着促進策などの施策を継続して行う必要があることに留意が必要である。

○ 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。

○ また、将来時点の医師供給推計（下位実績ベース）は、過去の都道府県の医師の増減実績を最小に見積もっても達成できる医師数であると考えられることから、これが需要推計（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提示する。

③ 将来時点の地域枠等の必要数等と臨時定員との関係について

○ 第3次中間取りまとめにおいては、

- ・平成32年度（2020年度）・平成33年度（2021年度）の医師養成数の方針については、暫定的に現状の医学部定員を概ね維持しつつ、医師偏在対策及び労働時間の短縮に向けた取組等を進めることとし、医学部定員の暫定増に関する各都道府県及び各大学からの要望に対しては、平成31年度（2019年度）の医学部定員を超えない範囲で、その必要性を慎重に精査していく。
- ・平成34年度（2022年度）以降の医師養成数については、医師の働き方改革に関する検討会の結論、医師偏在対策の状況等を踏まえ、再度、医師の需給推計を行った上で検討を行う。

こととされている。

- このため、2021年度に現在認可されているすべての臨時定員が期限を迎える。従って、今後の2022年度以降の医師養成数についての議論については、既存の臨時定員に関わらず、医師の働き方改革に関する検討会の結論や今回取りまとめた医師偏在対策の方針等を踏まえて、新たに議論を行うことになる。その際に、以下のような場合を含め検討していく必要がある。
  - ・将来時点における医師が多数の都道府県であって、医師が少数の二次医療圏のある場合において、地域枠の必要数が、当該都道府県内の大学医学部における恒久定員の一定割合を超えている場合、その超過分について、地域枠設置を要件とした臨時定員による措置等を認めるかどうか
  - ・将来時点における医師が多数の都道府県において、都道府県単位での養成過剰数を踏まえた、当該都道府県に係る地域枠設置を要件とした臨時定員及び恒久定員の取扱い
  - ・医師が多数である都道府県でも医師が少数である都道府県でもない場合において、当該都道府県に係る地域枠設置を要件とした臨時定員の取扱い

#### (6) 診療科ごとの将来必要な医師数の見通しの明確化

- ① 第2次中間取りまとめにおける議論について
  - 現在、医師数は継続的に増加している一方、その増分は一部の診療科に集中しており、診療科ごとの労働時間には大きな差が存在している。一方、現行では、診療科別の医師のニーズは不明確であり、医師は臨床研修修了後に自主的に主たる診療科を選択しているという状況である。
  - また、新専門医制度においても、現時点で、診療科偏在の是正策は組み込まれておらず、医師は臨床研修修了後に自主的に主たる診療科を選択している状況である。
  - こうした状況を踏まえ、第2次中間取りまとめにおいては、「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。」と記載している。
  - また、第2次中間取りまとめには、「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」との意見が記載されている。
- ② 診療科ごとの将来必要な医師数の見通しの明確化にあたっての具体的な手順

- 当面の対応として、i. 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、診療科と疾病・診療行為の対応表を作成し、ii. 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することとする。
- また、将来の課題として、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こととする。
- 診療科ごとの将来必要な医師数の見通し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があり、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た。
  - i) 診療科と疾病・診療行為の対応表について
 

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を用いて、専門医制度における基本 18 診療領域<sup>5</sup>と疾病等との対応表を作成<sup>6</sup>した。
  - ii) 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
    - 将来必要な医師数の見通しの推計にあたって、まず、診療科ごとの現在の医師数<sup>7</sup>から、それぞれの診療科における勤務時間を踏まえ、医師の働き方改革による時間外労働規制の結果必要となると考えられる現時点における必要医師数を算出した。
    - 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<sup>8</sup>を行った。

<sup>5</sup> 基本 19 診療領域から総合診療専門医を除く 18 診療領域。なお、一部の診療領域については、DPC データにおける対応表を使わずに計算した（後述）。

<sup>6</sup> 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。

<sup>7</sup> 医師・歯科医師・薬剤師調査における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。

<sup>8</sup> 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



- iii) 将来の診療科ごとの必要医師数を踏まえた必要養成数の算出について
- 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、医師の9割以上が専門研修を行っていることを踏まえ、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
    - ・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や、医師確保計画等のスケジュールを踏まえ、2024年、2030年及び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。
- ③ 都道府県ごとの診療科ごとの将来必要な医師数・養成数の見通しについて
- 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することで、各都道府県別の将来必要な医師数の見通しを算出し、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。
- ④ 都道府県別診療科ごとの将来必要な医師数・養成数の見通しに係る課題等について
- 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<sup>9</sup>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<sup>10</sup>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。

---

及び行動の障害」と必要医師数の変化が比例するものとした。

<sup>9</sup> 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採用数にシーリング（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。

<sup>10</sup> 総合診療、救急、ICU・病棟管理領域等を想定。

⑤ 将来に向けた検討事項について

- 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。

- 今回診療科ごとに将来必要な医師数の見通しを算出したが、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、総合診療や救急科等総合的な診療の領域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なければならない。また、今回用いたデータに加え様々な資料を用い、より精緻に計算するべきとの意見があった。

- 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。

- 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、都道府県別の適正な医師数のあり方について、早急に検討を加えていくべきである。

(7) 産科・小児科における医師偏在対策

- 政策医療の観点、医師の長時間労働となる傾向、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、産科・小児科においては、暫定的に医師偏在指標を示し、地域偏在対策に関する検討を行う。ただし、当該指標は、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する必要がある。

- 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り、引き続き産科医師及び小児科医師の総数を確保するための施策を行うとともに、医師派遣以外の施策についても検討する必要がある。加えて、現在検討中である「医師の働き方改革に関する検討会」において今後取りまとめられる、医師の労務管理、時間外労働の短縮に向けた取組等についても考慮する必要がある。

- なお、この項においては、二次医療圏と同一である場合も含め周産期医療の提供体制に係る圏域を「周産期医療圏」、小児医療の提供体制に係る圏域を「小児医療圏」と

呼称することとする。

① 医師偏在指標

i) 産科

○ 医師全体の偏在指標と異なる点は、

- ・医療需要として、妊婦の流出入の実態を踏まえた分娩数を用いることとする
  - ・医師数としては、産科医師数と産婦人科医師数の合計値を用いること
  - ・三次医療圏ごと、周産期医療圏ごとに算出すること
- が挙げられ、その結果として得られる算定式は以下のとおりとなる。

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

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

○ 将来推計については、産科医師偏在指標は暫定的な指標であり、比較的短期間の推計を行うこととする。また、地域ごとの分娩数の将来推計が存在しない状況を踏まえて、代替指標として、地域ごとの0-4歳人口の将来推計と現時点の0-4歳人口との比を用いて、第7次医師確保計画の終了時点である2023年の地域ごとの分娩数の推計を行うこととする。

ii) 小児科

○ 医師全体の偏在指標と異なる点は、

- ・医療需要として、15歳未満の年少人口を用いることとする
- ・医師数としては、小児科医師数を用いること
- ・三次医療圏ごと、小児医療圏ごとに算出すること

が挙げられ、その結果として得られる算定式は以下のとおりとなる。

$$\text{小児医師偏在指標} = \frac{\text{標準化小児科医師数 (※1)}}{\frac{\text{地域の年少人口}}{10 \text{ 万}} \times \text{地域の標準化受療率比 (※2)}}$$

$$(\ast 1) \text{標準化小児科医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$(\ast 2) \text{地域の標準化受療率比} = \frac{\text{地域の期待受療率} (\ast 3)}{\text{全国の期待受療率}}$$

$$(\ast 3) \text{地域の期待受療率} = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別受療率} \times \text{地域の性年齢階級別年少人口})}{\text{地域の年少人口}}$$

○ 将来推計については、小児科医師偏在指標は暫定的な指標であり、比較的短期間の推計として、第7次医師確保計画の終了時点である2023年の年少人口を算出し、性・年齢階級別の受療率を用いて調整し、地域ごとの医療需要の推計を行うこととする。

## ② 相対的医師少数区域等

○ 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、産科医師又は小児科医師が不足している可能性があることに加え、これまでに医療圏を越えた地域間の連携が進められてきた状況に鑑み、産科・小児科における「医師多数三次医療圏」や「医師多数区域」等となった地域は産科医師又は小児科医師を確保することができない地域であるとの誤解を招かないようにするとともに、相対的な医師の多寡を表す分類であることを理解しやすくするため、

- ・医師多数区域や医師多数三次医療圏は設けないこととする。
- ・呼称を「相対的医師少数区域」及び「相対的医師少数三次医療圏」とする。

○ また、その基準は、新たな医師偏在指標の活用方法を参考に、下位33.3%に設定することとする。

○ なお、相対的医師少数区域等については、画一的に医師の確保を図るべき区域と考えるのではなく、当該区域内において産科医師又は小児科医師が少ないことを踏まえ、周産期医療又は小児医療の提供体制の整備について特に配慮が必要な区域として考える。

## ③ 医師確保計画の策定

○ 産科・小児科の医師確保計画については、産科・小児科のそれぞれごとに、都道府県ごと、周産期医療圏又は小児医療圏ごとに定めることとする。

○ 医師確保計画を策定する際は、大学、医師会等との連携が重要である。また、医師偏在指標では表すことのできない重症度や新生児医療を担う医師の配置状況等に

についても配慮することができるよう、地域医療対策協議会の意見とともに、周産期医療又は小児医医療に係る協議会等の意見も聴取した上で、各地域における周産期医療又は小児医療の提供体制についての検討と併せて協議を行うことが適当である。

- なお、産科・小児科の医師偏在指標を用いて一層の取り組みを検討するに当たり、都道府県の参考となるような情報として、医療機関の種類ごとの、現在の医師の配置状況や分娩数・患者数といった実績についても、指標と合わせて厚生労働省から提供する。

#### i) 医師確保の方針

##### ア 相対的医師少数区域等

- 産科・小児科においては、これまで、医療圏の見直し、医療圏を越えた連携、再編統合を含む集約化等を行ってきたことから、こうした取組により医師の地域偏在への対応を図ることをまずは検討することとする。
- こうした取組によってもなお医師供給が不足する場合は、医師の派遣調整や専攻医の確保等により、地域偏在の解消を行うことを可能とする。この際、医師の勤務環境やキャリアパスについて特に配慮する必要がある。
- なお、産科医師又は小児科医師の養成数を増加させる等の長期的な施策を適宜組み合わせることとする。

##### イ 相対的医師少数区域等以外

- 産科医師又は小児科医師が不足している可能性もあることから、医療提供体制を鑑みた上で、医師を増やす方針を採ることも可能とする。

##### ウ その他個別に検討すべき事項

- 重症度、新生児医療について
  - ・ 周産期母子医療センター、小児中核病院、小児地域医療センター、特定機能病院等は、より高度又は専門的な医療の提供を担っており、そのような医療機関の存在する地域は、医師偏在指標で表されるよりも必要な医師数が多い可能性がある。
  - ・ なお、総合周産期母子医療センター等において、産婦人科医師は産科における医師偏在指標の需要には含まれていない分娩以外の産婦人科医療にも従事しており、さらにそれらの患者の重症度が高いことにも留意する必要がある。
  - ・ また、新生児に対する医療については、主に小児科医師が担っているが、小児医療体制のみではなく、周産期医療体制においても機能することが期待されている。新生児に対して高度・専門的な医療を提供する体制について

は、地域の実情に応じて重点化・機能分化が進められており、三次医療圏単位で整備されている場合があるため、小児医療圏又は周産期医療圏ごとの小児科における医師偏在指標を活用することでは、必ずしも新生児医療を担う医師の確保ができない。

- ・ このため、医師派遣等の医師偏在対策を講ずるに当たり、個々の周産期母子医療センター、小児中核病院、小児地域医療センター、特定機能病院等の配置状況等を踏まえた検討を行うとともに、新生児医療を担う医師の配置状況等について、各都道府県における周産期医療又は小児医療に係る協議会等の意見を聴取した上で検討することとする。

## ii) 偏在対策基準医師数

- 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区域等の基準値（下位 33.3%）に達することとなる医師数を偏在対策基準医師数と設定することとする。
- ただし、これまで医療圏を越えた地域間の連携や医療圏の見直し等が進められている中で、医療圏間の患者等流出入が発生している現状を踏まえて、偏在対策基準医師数を設定することとする。
- なお、偏在対策基準医師数は、医療需要に応じて機械的に算出される数値であり、確保すべき医師数の目標ではないことに留意が必要である。

## iii) 具体的な施策

ア 相対的医師少数区域においては、外来医療と入院医療の機能分化・連携に留意しつつ、必要に応じて、医療圏の見直しや医療圏を越えた地域間の連携によって、医師の地域偏在の解消を図ることを検討するべきである。

イ 相対的医師少数区域においては、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・重点化について、これまでの取組を継続・発展させ、関係者の協力の下で実施していくことが望ましい。なお、集約化に当たって、廃止される医療機関に対しても必要に応じて支援を行うべきである。

医療提供体制の集約化・重点化に伴い、病診連携や、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等による適切な役割分担を推進し、産科医師及び小児科医師の負担を軽減することも重要である。

なお、集約化・重点化の検討に当たっては、医師の働き方改革を見据え、勤務環境の改善に一層取り組むことが求められる。

ウ 集約化・重点化等に伴い、医療機関までのアクセス時間が増大する住民に対しては、受診可能な医療機関の案内及び地域の実情に関する適切な周知を行うとともに、その他必要な支援を検討するべきである。その際、容態の急変等に備え、医療機関間の情報共有の推進を行う必要がある。

エ アからウに掲げる対策を行ったうえで、なお十分な医療提供がなされない場合には、医師の派遣調整を行う。派遣先の医療機関の選定に当たっては、分娩数の実績や地域の年少人口を踏まえ、見合った医師数となるよう派遣を行うこと。また、少数の医師のみで昼夜問わず分娩を取り扱うことや、小児医療の提供を行うことで、過酷な労働環境とならないよう、派遣先の医療機関を重点化するとともに、医師の時間外労働の短縮のための対策も行うこと。

オ 勤務環境の改善に向け、医師が研修や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、代診医の確保や、女性医師にも対応した支援を行う。

さらに、タスクシェアやタスクシフトを一層進めるため、院内助産等、他の医療従事者の活用を行っていくべきである。

カ 産科医師及び小児科医師を増やすために、医学生に対する必要な情報提供や円滑な情報交換等を行うとともに、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等を行う。

また、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は、小児科専攻医を養成する医療機関において、新生児科（NICU）研修等の必修化を検討する。

キ 地域で勤務する産科医師及び小児科医師が専門的な技術・知識を獲得し、適切な臨床経験を積むことができるよう、キャリア形成プログラムの充実化を行う。その際、専らへき地等の診療に偏ったローテーション等が行われないように配慮する等、キャリア形成と地域における診療従事のバランスが考慮されるべきである。

- 具体的な取組例を別添資料に示す。今後、全国での先進事例を整理するとともに、有効な事例は適宜横展開を行う等、さらなる施策の充実に向けた検討を行う必要がある。

#### (8) 地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

- 外来医療機能については、第2次中間取りまとめにおいて、
  - ・地域で中心的に外来医療を担う無床診療所の開設状況が都市部に偏っている
  - ・診療所における診療科の専門分化が進んでいる
  - ・救急医療提供体制の構築、グループ診療の実施、放射線装置の共同利用等の医療機関の連携の取組が、地域で個々の医療機関の自主的な取組に委ねられている等の状況にあるとの認識の下、外来医療機能の偏在等の可視化や、外来医療機能に関する協議体の設置等の枠組みを示したところである。

##### ① 外来医療機能に関する情報の可視化

- 無床診療所の都市部集中に伴う外来医療機能の偏在に対しては、地域ごとの外来医療機能に関する適切なデータを可視化し、開業に当たっての有益な情報として提供することで、個々の医師の行動変容を促し、偏在是正につなげていくことを基本

的な考え方としている。

- 外来医療機能の偏在等の可視化に当たっては、外来医療のサービスの提供主体は医師であることから、医師数に基づく指標を算出することとし、医師偏在指標と同様に「5要素」を加味した人口10万人対診療所医師数を用いることとする。当該指標を「外来医師偏在指標」として定義する。

なお、ほとんどの診療所が1人の医師によって運営されており、診療所数と診療所の医師数は1：1に近い傾向にあることから、外来医師偏在指標は診療所の偏在の代理指標としても使用可能であると考えられる。

i) 医療ニーズ及び将来の人口・人口構成の変化

地域によって、人口の年齢構成や男女比率が異なるが、年齢や性別によって外来受療率は異なる。これらの違いは人口10万人対診療所医師数では考慮できていないため、指標の算出に当たっては、地域ごとの医療ニーズを、地域ごとの人口構成の違いを踏まえ、性・年齢階級別の外来受療率を用いて調整することとする。

(参考) 外来医療の偏在指標における性・年齢階級別受療率を用いた各地域の外来医療需要の計算方法

$$\text{地域ごとの外来医療需要} = \frac{\text{地域ごとの人口}}{10 \text{ 万人}} \times \text{地域ごとの標準化外来受療率比} (\text{※1})$$

$$(\text{※1}) \text{ 地域ごとの標準化外来受療率比} = \frac{\text{地域ごとの期待外来受療率} (\text{※2})}{\text{全国の外来受療率}}$$

(※2) 地域ごとの期待外来受療率 =

$$\frac{[0-5 \text{ 歳男性}] \text{地域ごとの人口} \times [0-5 \text{ 歳男性}] \text{外来受療率} + [0-5 \text{ 歳女性}] \text{地域ごとの人口} \times [0-5 \text{ 歳女性}] \text{外来受療率} + \dots + [80 \text{ 歳以上女性}] \text{地域ごとの人口} \times [80 \text{ 歳以上女性}] \text{外来受療率}}{\text{地域ごとの人口}}$$

ii) 患者の流出入

- 患者の流出入について、外来医療については、時間内受診（日中）が多くを占めることから、昼間人口を基本としたものとする。

- ただし、医師偏在指標と同様、二次医療圏単位を含めた患者の地域ごとの流出入について、指標データの提供を受けた都道府県が調整を行うことも可能とする。その際、都道府県間等の調整を簡素化するため、医師偏在指標における都道府県間調整結果などの手法を用いることが望ましい。



- また、時間外診療に係るデータについても、都道府県が実態を把握できるよう、参考資料として提供することとする。

iii) へき地等の地理的条件について

今般の外来医療機能の偏在等の可視化に当たっては、主に診療所医師の多いところに対して情報提供を行うことにより行動変容を促していくことを想定しており、診療所医師が少ないと考えられるへき地等については考慮しないこととする。

iv) 医師の性別・年齢分布について

医師偏在指標と同様に、地域ごとの性・年齢階級別医師数を、性・年齢階級別の平均労働時間によって重み付けを行うこととする。

v) 医師偏在の単位（区域、診療科、病院／診療所）

ア 区域

- 外来医療需要の多くは二次医療圏内で完結していると考えられるが、
  - ・地域の外来医療提供体制の検討は、地域ごとの協議を踏まえて行われるべきであるが、これまで医療計画の基本的な単位は二次医療圏であり、医療提供体制の検討も二次医療圏単位で行われている。こうした状況との整合性を確保する必要があること
  - ・外来医療機能の偏在等を可視化する指標を算出するに当たっては、市区町村単位では必要なデータを必ずしも把握することができず、正確に評価することができないことといった観点も踏まえ、三次医療圏単位や市区町村単位で算出することはせず、二次医療圏単位で算出することとする。

- ただし、診療所や病院の所在等についても協議の参考にできるよう、市区町村単位ごとにマッピングを行ったデータ等を国から都道府県に提供するなど、市区町村単位の情報も活用できるようにすべきである。

イ 診療科

- 診療科別の医師偏在については、基本的対応として、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る、検討のための時間を要することから、当該検討結果を踏まえて改めて検討することとする。
- なお、プライマリ・ケアの患者の多い診療所においては、1つの疾病を複数の診療科が診ているケースも多く、また、総合診療専門医の養成が今年度から開始した状況も踏まえると、将来的に診療科別の検討を進めるに当たっては、このような診療所の特性を参考にしつつ幅を持った検討を行うべきである。

ウ 病院／診療所

外来医療機能の多くは診療所で提供されていることから、診療所医師数をベースとした指標を作成することを基本とする。

ただし、地域ごとに病院と診療所がどの程度対応しているか割合が異なることから、病院の状況も協議の材料として活用できるように、病院・診療所の対応割合も情報提供することとする。

- 以上、i～vの「5要素」を加味した外来医師偏在指標について、要約すれば、

外来医師偏在指標 =

$$\frac{\text{標準化診療所医師数 (※1)}}{\left(\frac{\text{地域の人口}}{10 \text{ 万}} \times \text{地域の標準化受療率比 (※2)}\right) \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合 (※4)}}$$

$$\text{(※1) 標準化診療所医師数} = \sum \text{性年齢階級別診療所医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別診療所医師の平均労働時間}}{\text{診療所医師の平均労働時間}}$$

$$\text{(※2) 地域の標準化外来受療率比} = \frac{\text{地域の外来期待受療率 (※3)}}{\text{全国の外来期待受療率}}$$

$$\text{(※3) 地域の外来期待受療率} = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別外来受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

$$\text{(※4) 地域の診療所の外来患者対応割合} = \frac{\text{地域の診療所の外来延べ患者数}}{\text{地域の診療所+病院の外来延べ患者数}}$$

となる。

- なお、患者の流出入に関しては、都道府県間等の調整が必要となる場合もあることから、調整前の指標を都道府県に提供し、都道府県ごとに流出入を加味した指標を算出し、国において取りまとめることとする。
- また、外来医師偏在指標は医師偏在指標や医師確保計画と同様に、少なくとも3年ごとに見直していくこととする。その際は、都道府県の医師確保計画の策定スケジュールに間に合うよう、適切な時期に算出するべきである。
- 加えて、新たな医師偏在指標の活用方法を参考に、上位33.3%を外来医師多数区

域と設定し、その他開業に当たって参考となるデータと併せて、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など、新規開業希望者等が容易にアクセスできる工夫を行うこととする。また、マッピング等のデータについてはできるかぎり頻繁に更新を行うなど、新規開業希望者等の判断の参考として用いられるための質の担保を行うべきである。

なお、開業の意思決定に参画するのは医師だけでなく、資金調達を担う金融機関等に対しても、こうした情報を伝えることは有効と考えられることから、国や都道府県において必要な通知等を行うべきである。

## ② 外来医療機能に関する協議

○ これまで、医療計画においては、疾病又は事業ごとの医療資源・医療連携等に関する現状の把握等のPDCAサイクルの推進の対象として、5疾病・5事業及び在宅医療を対象としてきた。

○ 今後は、地域において充実が必要な外来医療機能や充足している外来医療機能に関して、外来医療機能の機能分化・連携の方針等についても、外来医師偏在指標を踏まえながら地域ごとに協議を行い、方針決定することにより、PDCAサイクルを構築できるようにするべきである。

その際、外来医師偏在指標が下位の地域等においては、都市部の異なる医師が曜日ごとに勤務することや、グループ診療の活用等、多様な働き方を認めた具体的な連携のあり方等についても協議されるべきである。

○ また、外来医療機能の分化・連携を進め、限られた医療資源を有効に活用する観点からは、まずは、地域にどのような外来医療機能が不足しているか、地域ごとに議論を行う必要がある。

○ 近年、

- ・高齢者の救急搬送の件数が増加しており、特に軽症・中等症が多いこと
- ・訪問診療の件数が増加しており、在宅医療は地域医療構想の実現においても重要であること

等を踏まえ、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、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こととする。

○ また、新規開業希望者に対して必要な外来医療機能を担うよう求めたときの实效性を確保するため、以下の対応を行うこととする。

- ・開業届出様式を入手する機会を捉え、開業予定地域が外来医師多数区域に含まれることや、当該二次医療圏における外来医療機能の方針について情報提供し、届出様式に、地域で定める不足医療機能を担うことに合意する旨を記載する欄を設

け、協議の場で確認できるようにすることとする。

- ・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には、臨時の協議の場への出席要請を行うこととする。
- ・臨時の協議の場においては、構成員と新規開業者で協議する場を持ち、その協議結果を公表することとする。

○ なお、協議の場としては、原則として二次医療圏単位とし、地域医療構想調整会議を活用することも可能とするが、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を可能とする。

○ 開催頻度は、地域の定点的な現状と課題の把握、施策の検討等については年1回の開催を基本とし、臨時の協議の場については随時開催することを可能とする。協議の結果については公表することとする。

### ③ 将来に向けた検討事項について

○ 地域の外来医療機能の確保に当たっては、第2次中間取りまとめにおいても整理したとおり、今回の外来医師偏在指標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、施行後速やかに、かつ定期的に検証を行ったうえで、十分な効果が生じていない場合には、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・施策的な課題の整理を進めながら、検討を加えていくべきである。

○ なお、新たな制度上の仕組みを検討するに際しては、これまで「新規参入抑制による医療の質低下への懸念」が課題として挙げられていたが、地域包括ケアの推進等、診療所の外来医療については、全体として競争でなく、連携し、面として地域を支えていくという方向性も踏まえ、検討を進めるべきである。

○ また、新規開業希望者等に対する追加的な情報提供の内容については、多面的な協議が行われるよう、国及び都道府県において引き続き検討を進めていくべきである。

### ④ 医療機器の効率的な活用等について

○ 人口当たりの医療機器台数には地域差があり、医療機器ごとに地域差の状況は異なっている。今後、人口減少が見込まれる中、医療機器についても共同利用の推進等によって効率的に活用していくべきであり、情報の可視化や新規購入者への情報提供を有効に活用しながら、必要な協議を行っていく必要がある。

#### i) 医療機器の配置状況に関する情報の可視化

○ 地域の医療ニーズを踏まえ、地域ごとの医療機器の配置状況を医療機器の項目

<sup>11</sup>ごとに可視化する指標を作成することとする。

- その際、医療機器のニーズは、医療機器の項目ごとに、また、性・年齢ごとに大きな差があることから、医療機器の項目ごと、地域ごとに性・年齢構成を調整した人口当たり機器数を用いて指標を可視化する。具体的な算定式は以下のとおりとなる。

$$\text{調整人口当たり台数} = \frac{\text{地域の医療機器の台数}}{\frac{\text{地域の人口}}{10 \text{ 万}} \times \text{地域の標準化検査率比 (※1)}}$$

$$\text{(※1)地域の標準化検査率比} = \frac{\text{地域の性年齢調整人口当たり期待検査数 (外来 (※2))}}{\text{全国の人口当たり期待検査数 (外来)}}$$

$$\text{(※2)地域の人口当たり期待検査数} = \frac{\sum \left\{ \frac{\text{全国の性年齢階級別検査数 (外来)}}{\text{全国の性年齢階級別人口}} \times \text{地域の性年齢階級別人口} \right\}}{\text{地域の人口}}$$

- また、医療機器を有する医療機関をマッピングするほか、共同利用の状況などについても、必要に応じて情報提供し、新規開業者等が共同利用に参画しやすくなる環境づくりを行っていくべきである。

併せて、医療機関の経営判断に資するような、医療機器の耐用年数や老朽化の状況等についても、適切な情報を提供できるよう、必要な検討を進めていくべきである。

## ii) 医療機器の効率的活用のための協議

- 医療機関が医療機器を購入する場合には、当該機器の共同利用計画（共同利用については、画像診断が必要な患者を、医療機器を有する医療機関に対して患者情報とともに紹介する場合を含む）を作成し、定期的に協議の場において確認することとする。

協議の場については、外来医療機能の協議の場を活用することが想定されるが、医療機器の協議のためのワーキンググループ等を設置することも可能とする。

- なお、今後は、医療機器の効率的な活用という観点だけでなく、CT等放射線診

---

<sup>11</sup> CT（全てのマルチスライスCT及びマルチスライスCT以外のCT）、MRI（1.5テスラ未満、1.5テスラ以上3.0テスラ未満及び3.0テスラ以上のMRI）、PET（PET及びPET-CT）、放射線治療（リニアック及びガンマナイフ）並びにマンモグラフィに項目化してそれぞれ可視化。

断機器における医療被ばくの観点や、診断の精度や有効性の観点等も踏まえ、適切に医療機器が使用されているかについて、別途検討を進めていくべきである。

(9) 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の運用に当たっては、認定に必要な医師少数区域等における勤務期間、業務内容等の要件や、認定医師を管理者として評価する病院の範囲について定める必要がある。

① 認定のための要件について

○ 医療法において、本制度では医師少数区域等における医療の提供に関する知見を有するために必要な経験を有する医師を認定することとされており、認定の要件としては、単に医師少数区域等において一定期間勤務するだけではなく、勤務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うこととすることが適切である。

○ 認定の申請に当たっては、医師少数区域等における一定以上の勤務期間と、その間の勤務内容を証する書類を提出することとし、認定を受けた場合には当該医師の医籍に記録することとする。

○ 認定のための要件の具体的な内容としては、以下の事項についてそれぞれ議論を行った。

- i) 認定に必要な医師少数区域等における業務内容
- ii) 認定に必要な医師少数区域等における勤務期間
- iii) 認定の対象となる勤務時期

i) 認定に必要な医師少数区域等における業務内容

○ 医療資源の限られた地域におけるプライマリ・ケアの確保や、地域の患者の生活に対する継続的な支援、地域住民の健康の保持と増進の観点から、医師少数区域等における医師は、地域の患者に対して生活背景等を考慮した継続的な診療を行い、専門的な医療または介護が必要な場合や急変時等、様々な状況への対応を行うとともに、住民に対する地域保健活動を行うことが望ましい。

○ こうしたことから、認定に必要な業務は、以下の内容を含むものとする。

- ア 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に関するもの（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）。
- イ 他の医療機関との連携や、患者の地域での生活を支援するための介護・福祉事業者等との連携に関するもの。
- ウ 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に関するもの。

(ア～ウの具体的業務)

- ア) ・ 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
- イ) ・ 地域ケア会議や退院カンファレンス等への参加
- ウ) ・ 健康診査や保健指導等の実施

ii) 認定に必要な医師少数区域等における勤務期間

- 地域住民のニーズ等を踏まえると、これから医師少数区域等に勤務する医師は1年以上継続して勤務することが望ましいが、より多くの医師が多様なキャリアの中で本制度をきっかけとして医師少数区域等における医療を経験できるよう、認定に必要な最低限の勤務期間は6ヶ月とする。
- また、認定のための勤務期間においては、原則として同一の医療機関に週32時間以上（育児・介護休業法の規定に基づき短時間勤務を行っている場合は原則として週30時間以上）連続して勤務することとする。
- ただし、医師免許取得後10年目以降の医師は、その時点で実践的な臨床知識・技術を身につけている場合が多いと考えられ、これらの医師は医師少数区域等に所在する複数の医療機関において断続的な勤務をした場合であっても地域医療へ貢献し、その中で地域医療の提供に必要な知見を得ることが可能と考えられる。このため、医師免許取得後10年目以降の医師については、断続的な勤務日数の積算によって認定に必要な勤務期間（180日）に達した場合も認定の対象とする。
- なお、連続した期間の勤務によって認定を受けようとする場合において、妊娠・出産・育児・傷病等の理由により勤務を中断した場合は、中断前後の勤務期間を合算できることとする。

iii) 認定の対象となる勤務時期

- 医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進のためのものであることから、都道府県の医療計画において医師少数区域等が定められる2020年度以降の医師少数区域等における勤務を認定の対象とする。
  - また、臨床研修中の医師は、指導医による指導の下、複数の診療科を経験することが求められており、継続的な診療を行うことは想定されないため、臨床研修中の期間は認定のための勤務期間に含めないこととする。
- ② 認定取得の促進のための環境整備について
- 医師免許取得後3～9年目の医師は、本人の希望に応じた臨床能力の向上が必要

であることや、医師少数区域等で勤務する医師がその環境に早期から適応するためには、受け入れる医療機関・地域による配慮も重要であることから、医師少数区域等の所在する都道府県は、認定を希望する若手医師が医師少数区域等で勤務する環境整備のためのプログラムを策定することが望ましい。

③ 認定取得のためのインセンティブとしての管理者要件について

○ 認定取得に対するインセンティブの一つとして、医師少数区域等における医療の確保のために必要な支援を行う病院の管理者の要件に、認定医師であることを加えることとされている。

○ この対象となる病院については、第2次中間とりまとめに従い、施行の時点においては、まずは地域の医療機関と連携しながら地域医療を支えるという制度上の目的を有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とすることが適当であり、今後認定制度の効果について検証を行い、その結果を踏まえた見直しを検討していくべきである。

※ 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具体的な在り方については、別途検討がなされることとなっている。

○ なお、これらの病院の管理者に対して認定医師であることを求めるのは、施行日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り、以下の場合においては、例外的に認定医師でない者にも当該病院の管理を行わせることができることとする。

ア 2020年度以降に臨床研修を開始した医師以外の者に管理させる場合

イ 当該病院の管理者が急に不在となって当該病院内の後継者が認定を取得していない場合等、特別な事情がある場合

ただし、認定医師に対する一定の病院の管理者としての評価が認定取得のためのインセンティブとして適切に作用するためには、イの場合について必要以上に拡大的な解釈をするべきではない。当該病院の所在する都道府県は、イの場合として認定医師でない者に当該病院の管理を行わせる場合には、厚生労働省と協議の上で判断することが適切であり、厚生労働省はそのような事例が一定程度集積した場合には、イの場合についての限定的な解釈を示すべきである。

④ 将来に向けた検討事項について

i) 認定取得のためのインセンティブ

○ 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、医師少数区域等での勤務の促進策としての効果を高めるため、一定の病院の管理者としての評価に加えて、その他医師個人に対するインセンティブや、認定医師によって質の高いプライマリ・ケア等が提供される医療機関等に対する税制、補助金、融資、診療報酬上の評価等の経済的インセンティブの設定について検討を行う必要がある。



- また、都道府県等からの要請に応じて医師を医師少数区域等に派遣することにより、医師少数区域等への医師の配置を一定程度担い、認定制度の実効性を高めるような医療機関に対する経済的インセンティブの設定についても検討を行うべきである。

ii) 管理者要件に認定医師であることを加える病院の範囲

- 認定医師であることを管理者として評価する対象の病院については、施行の時点では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とするが、一方で、
  - ・対象病院が地域医療支援病院に限られれば、インセンティブが十分に働かず、効果が小さいため、実効性を高めるためには、大学病院等にも対象病院の範囲を拡大すべきという意見があり、対象病院の範囲については今後の重要な検討課題である。また、
  - ・一部の地域医療支援病院以外でも、地域医療への貢献を目指す病院・団体は、自主的に自院の管理者要件に認定医師であることを加えるべきという意見もあった。

- 認定制度が、医師少数区域等での勤務を促すための環境整備の一環として創設された趣旨を踏まえ、医師確保計画の目標達成に向けて、認定制度の普及が十分でないと考えられる場合には、対象病院の見直しの必要性について検討する必要がある。

iii) 認定制度の効果の検証

- 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、認定の申請者は、申請の際に、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こととする。
- こうした効果の検証は、2024年度から適用される第8次医師確保計画の開始以前に実施し、その結果を踏まえて第8次医師確保計画の策定を行うことが適切である。

## 5. マクロの需給推計との関係

- 今回の取りまとめは、平成28年6月に行った中間取りまとめで示した「医学部定員の増員により医師数の全国的な増加を図ったとしても、医師の偏在対策が十分図られなければ、地域の医師不足の解消にはつながっていかない」との考え方の下、具体的な医師偏在対策をまとめたものである。2022年度以降の医学部入学定員について検討を進めるため、2036年を目標年として対策を行っていくこととなる。

- 今後、医師需給推計を行うに当たっては、医師の働き方改革に関する検討結果だけでなく、2036年の偏在是正に必要な対策を行うために必要となる対策も同時に踏まえる必要がある。
- 医師の需給推計の結果によっては、近い将来に医師がマクロで過剰となる可能性もある。その際、地域枠設置を要件とする臨時定員をどのように取り扱うかが論点となるが、各都道府県が最大限医師確保対策を図ることを前提とした上で、地域枠の必要数が、各都道府県内の大学医学部における恒久定員の一定の割合を超えている場合、その超過分について、地域枠設置を要件とする臨時定員による措置等を検討していく必要があるが、マクロの供給量が過剰とならないよう留意が必要である。
- いずれにせよ、医師需給の議論を進めるためには、今回の取りまとめに基づいた医師偏在対策を実行に移していくことが前提であり、速やかな対策の実施が望まれる。

#### (参考) 別添資料

- ・別添資料1 医師偏在指標（暫定）
- ・別添資料2 将来時点（2036年時点）における不足医師数等（暫定）
- ・別添資料3 都道府県別診療科ごとの将来必要な医師数の見通し（暫定）
- ・別添資料4 産科・小児科における医師偏在対策 具体的な取組例
- ・別添資料5 産科における医師偏在指標（暫定）
- ・別添資料6 小児科における医師偏在指標（暫定）
- ・別添資料7 周産期医療圏・小児医療圏—市区町村対応表
- ・別添資料8 外来医師偏在指標（暫定）