

島根県医師確保計画・外来医療計画 の策定等に係る研修会

(令和元年5月23日開催)

厚生労働省医政局地域医療計画課

課長 鈴木 健彦 氏 講演資料(抜粋)

2

医療法及び医師法の一部を改正する法律（平成30年法律第79号）の概要

改正の趣旨

地域間の医師偏在の解消等を通じ、地域における医療提供体制を確保するため、都道府県の医療計画における医師の確保に関する事項の策定、臨床研修病院の指定権限及び研修医定員の決定権限の都道府県への移譲等の措置を講ずる。

改正の概要

1. 医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設【医療法】

医師少数区域等における一定期間の勤務経験を通じた地域医療への知見を有する医師を厚生労働大臣が評価・認定する制度の創設や、当該認定を受けた医師を一定の病院の管理者として評価する仕組みの創設

2. 都道府県における医師確保対策の実施体制の強化【医療法】

都道府県においてPDCAサイクルに基づく実効的な医師確保対策を進めるための「医師確保計画」の策定、都道府県と大学、医師会等が必ず連携すること等を目的とした「地域医療対策協議会」の機能強化、効果的な医師の配置調整等のための地域医療支援事務の見直し 等

3. 医師養成過程を通じた医師確保対策の充実【医師法、医療法】

医師確保計画との整合性の確保の観点から医師養成過程を次のとおり見直し、各過程における医師確保対策を充実

- ・ 医学部：都道府県知事から大学に対する地域枠・地元出身入学者枠の設定・拡充の要請権限の創設
- ・ 臨床研修：臨床研修病院の指定、研修医の募集定員の設定権限の国から都道府県への移譲
- ・ 専門研修：国から日本専門医機構等に対し、必要な研修機会を確保するよう要請する権限の創設
都道府県の意見を聴いた上で、国から日本専門医機構等に対し、地域医療の観点から必要な措置の実施を意見する仕組みの創設 等

4. 地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応【医療法】

外来医療機能の偏在・不足等の情報を可視化するため、二次医療圏を基本とする区域ごとに外来医療関係者による協議の場を設け、夜間救急体制の連携構築など地域における外来医療機関間の機能分化・連携の方針と併せて協議・公表する仕組みの創設

5. その他【医療法等】

- ・ 地域医療構想の達成を図るための、医療機関の開設や増床に係る都道府県知事の権限の追加
- ・ 健康保険法等について所要の規定の整備 等

施行期日

2019年4月1日。(ただし、2のうち地域医療対策協議会及び地域医療支援事務に係る事項、3のうち専門研修に係る事項並びに5の事項は公布日、1の事項及び3のうち臨床研修に係る事項は2020年4月1日から施行。)

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				● 見直し時期(※)					
				第7次医療計画				第8次医療計画	
三師調査結果公表			● 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								
				認定制度の開始					
医師確保計画の策定	H31.4.1施行	指標策定	医師確保計画策定作業						
				医師確保計画に基づく医師偏在対策の実施					
地域医療対策協議会の役割の明確化等	公布日施行			医師確保について協議する場					
地域医療支援事務の追加	公布日施行			事務の追加					
外来医療機能の可視化/協議会における方針策定	H31.4.1施行		計画策定作業						
				計画に基づく取組の実施					
								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	
都道府県知事から大学に対する地域枠/地元枠増加の要請	H31.4.1施行			地域枠/地元枠の要請の開始					
都道府県への臨床研修病院指定権限付与	H32.4.1施行			新制度に基づく臨床研修病院・募集定員の指定					
国から専門医機構等に対する医師の研修機会確保に係る要請/国・都道府県に対する専門研修に係る事前協議	公布日施行			要請/事前協議の開始					
新規開設等の許可申請に対する知事権限の追加	公布日施行			新たな知事権限の運用開始					

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

医師確保計画の全体像

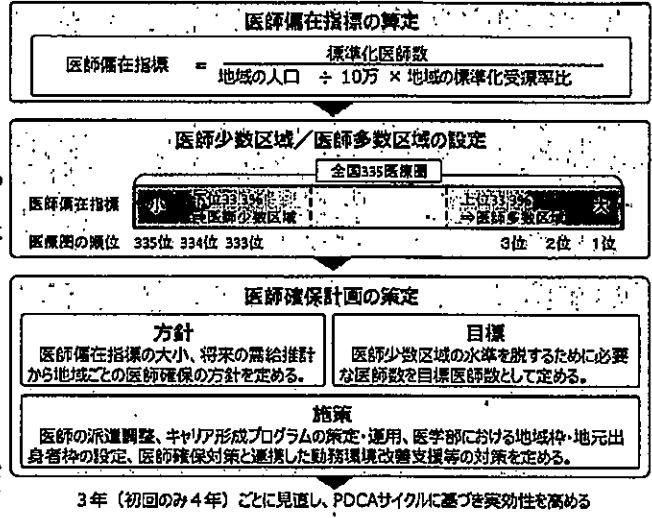
～医師需給分科会 第4次中間取りまとめ～

医師需給分科会 第4次中間取りまとめの概要① 2019年3月22日取りまとめ

- 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。

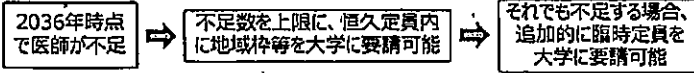


- **産科・小児科における医師偏在対策**
 - ・ 産科・小児科について、暫定的に診療科別の医師偏在指標を示す。
 - ▶ 産科においては分娩数、小児科においては年少人口に基づいた指標を提示。診療科間の医師偏在を是正するものではないことに留意が必要。
 - ・ 相対的医師少数区域の設定を行う。
 - ▶ 産科・小児科は、その労働環境に鑑みると、産科医師又は小児科医師が相対的に少なくない地域等においても医師が不足している可能性があるため、医師多数区域は設けず、また下位33.3%に該当する地域を「相対的医師少数区域」と呼称することとする。
 - ・ 産科・小児科に限定した医師確保計画を策定する。
 - ▶ 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。

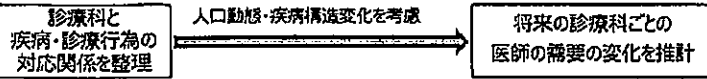
医師需給分科会 第4次中間取りまとめの概要②

(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直しについて、国全体・都道府県ごとに提示。



- ・ 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
 - ▶ 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な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。

① 都道府県における医師偏在対策の実施体制の強化

医師確保計画を通じた医師偏在対策について

人口10万人対医師数は、医師の偏在の状況を十分に反映した指標となっていない。
 都道府県が主体的・実効的に医師確保対策を行うことができる体制が十分に整っていない。

医師の偏在の状況把握

医師偏在指標の算出

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

医師偏在指標で考慮すべき「5要素」

- 医療需要（ニーズ）及び将来の人口・人口構成の変化
- 患者の流出等
- 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』（当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。

- 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）

目標医師数を達成するための施策

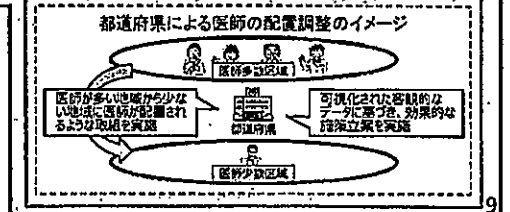
医師の確保の方針を踏まえ、目標医師数を達成するための具体的な施策を策定する。

- 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査を行う

3年*ごとに、都道府県において計画を見直し(PDCAサイクルの実施)

年度	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	第7次			第8次(前期)			第8次(後期)					
	指標設計(国)	計画策定(県)										

*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）



医師偏在指標の算出式

- ・ 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。

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

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

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

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

(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）

10

へき地等の地理的条件～「医師少数スポット」の考え方

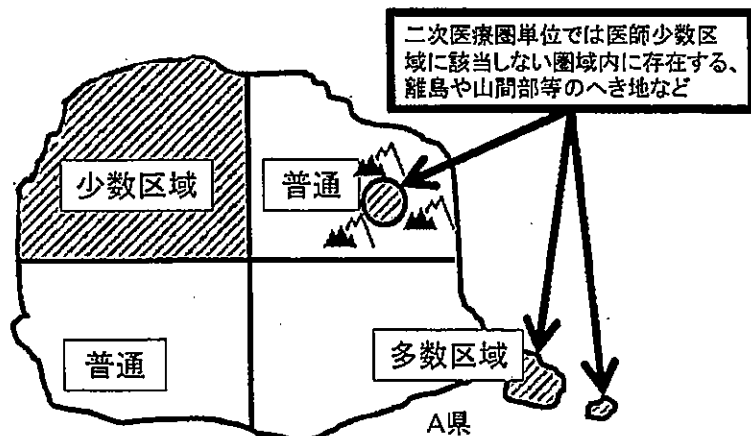
- 医師確保対策は、二次医療圏ごとに設定された医師少数区域を基本としつつも、実際の対策の実施に当たっては、地域の医療ニーズに応じたきめ細かい対応を図るため、二次医療圏よりも小さい区域での柔軟な対策を可能とすることが適当である。
- このため、法律上、各種医師確保対策の対象として、「医師の確保を特に図るべき区域」という概念を設けている。

$$\text{医師の確保を特に図るべき区域} = \text{医師少数区域} + \text{その他厚生労働省令で定める区域}$$

医師少数
スポット

- 医師少数区域以外の医師の確保を特に図るべき区域については、二次医療圏よりも小さい区域とし、都道府県が地域の実情に応じて設定できるよう、都道府県内の医師少数区域以外の二次医療圏に存在する無医地区、準無医地区（へき地診療所を設置し、定義上、無医地区又は準無医地区ではなくなった地域も含む。）に加え、都道府県知事が厚生労働大臣に協議の上で定める地域としてはどうか。

「医師の確保を特に図るべき区域」のイメージ



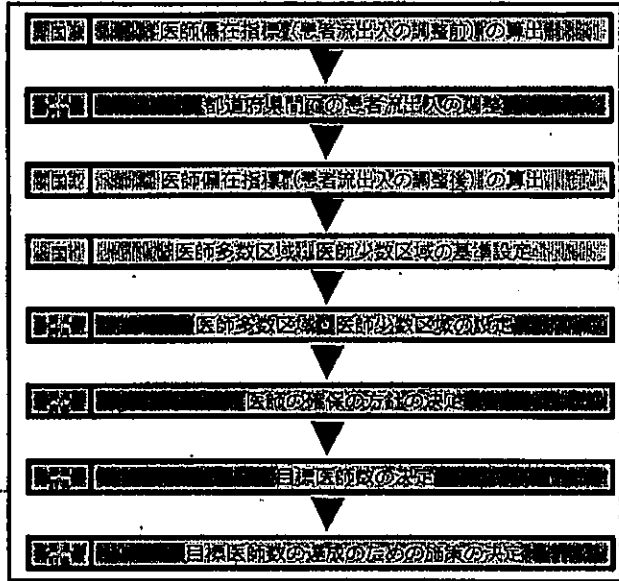
・ 医療法（昭和23年法律第205号）（抄）（平成31年4月1日施行）

- 第十二条（略）
 2（略）
 一 医師の確保を特に図るべき区域（第三十条の四第六項に規定する区域その他厚生労働省令で定める区域をいう。以下同じ。）内に開設する診療所を管理しようとする場合
 二～五（略）
- 第三十条の二十三（略）
 2 前項の規定により地域医療対策協議会において協議を行う事項は、次に掲げる事項とする。
 一 医師の確保を特に図るべき区域における医師の確保に資するとともに、医師の確保を特に図るべき区域に派遣される医師の能力の開発及び向上を図ることを目的とするものとして厚生労働省令で定める計画に関する事項
 二 医師の派遣に関する事項
 三 第一号に規定する計画に基づき医師の確保を特に図るべき区域に派遣された医師の能力の開発及び向上に関する継続的な援助に関する事項
 四 医師の確保を特に図るべき区域に派遣された医師の負担の軽減のための措置に関する事項
 五 医師の確保を特に図るべき区域における医師の確保のために大学と都道府県とが連携して行う文部科学省令・厚生労働省令で定める取組に関する事項
 六（略）
 七 その他医療計画において定める医師の確保に関する事項
 3・4（略）

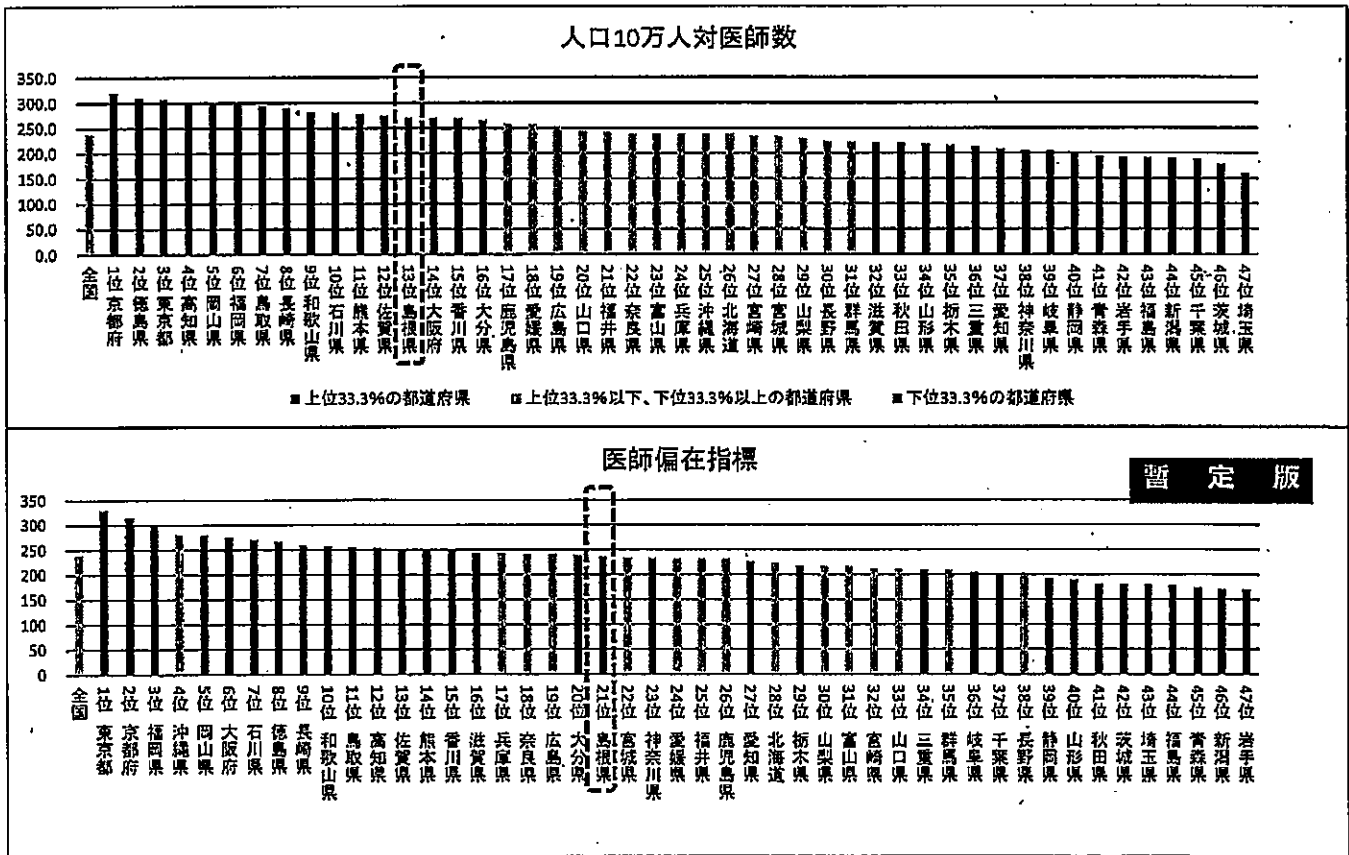
11

「患者の流出入」の考え方

- 流出入が起きていない都道府県との調整は不要であるが、流出入が起きている都道府県とは、無床診療所外来患者もしくは入院患者の流出入が1000人を超える場合、調整が必要である。
(小児科に係る医師偏在指標については、100人単位)
- なお、無床診療所外来患者および、入院患者の流出入が1000人未満の都道府県間においては、その流出入の調整を行う必要はない。
- 都道府県間の調整においては、厚生労働省から提供のデータ以外の数値を用いる場合は、関係都道府県間で調整を行っていただきたい。都道府県内に関しても、厚生労働省から提供のデータ以外の数値を用いる場合は、都道府県内の関係者の同意の上で患者の流出入の調整を行う必要あり。
- 都道府県間での患者流出入の調整について「合意が得られない場合については、実際には患者の受療動向として、患者の流出入が起きているわけであり、患者の流入のある二次医療圏においてはその分多くの医療ニーズへの対応を行っているという状況があり、その受療動向が短期間で大きく変化することも考えにくいことから、基本的には患者の流出入の状況を全て見込む。
- 今後、各都道府県間で調整、及び県内の二次医療圏間で調整された流出入データを基に再計算を行い、偏在指標を確定させる。



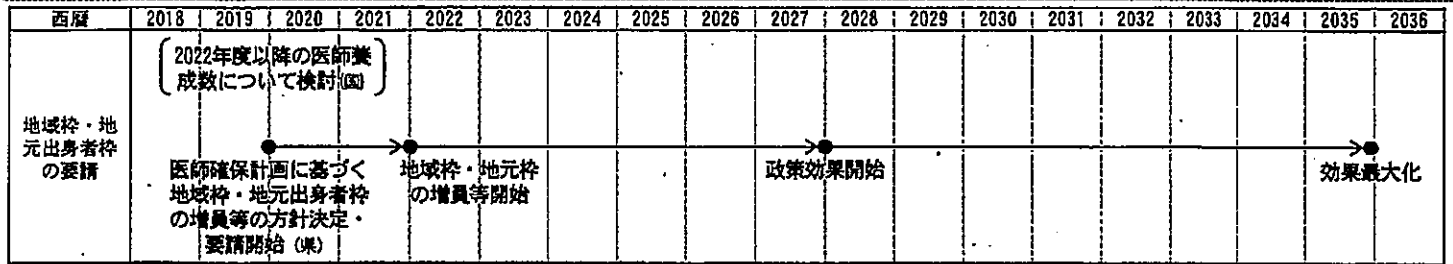
流出入を考慮した三次医療圏ごとの医師偏在指標



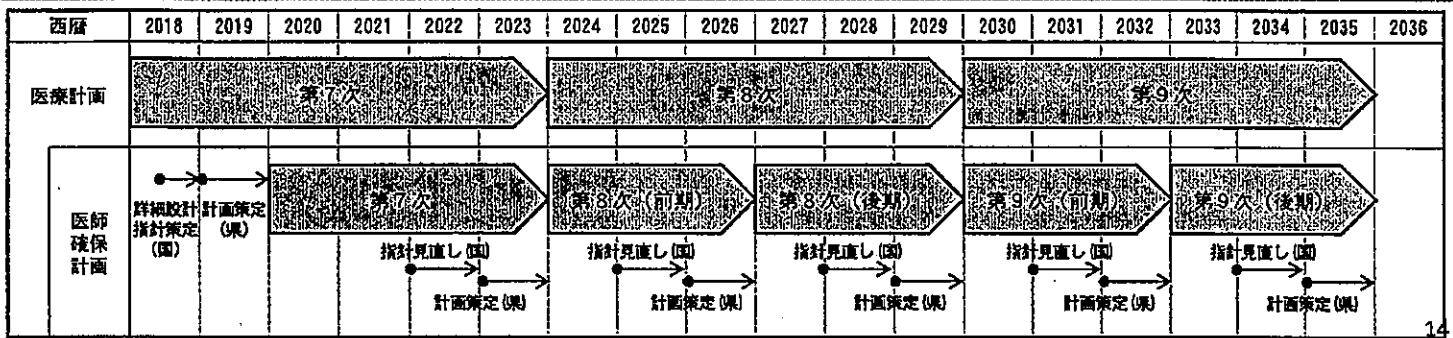
※国) ・平成28年度医師・歯科医師・薬剤師調査 ・平成26年度患者調査 ・「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」(平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」) 12

設定時点について - 医師養成と医療計画（医師確保計画）

- 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。



- 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。



設定時点について - まとめ

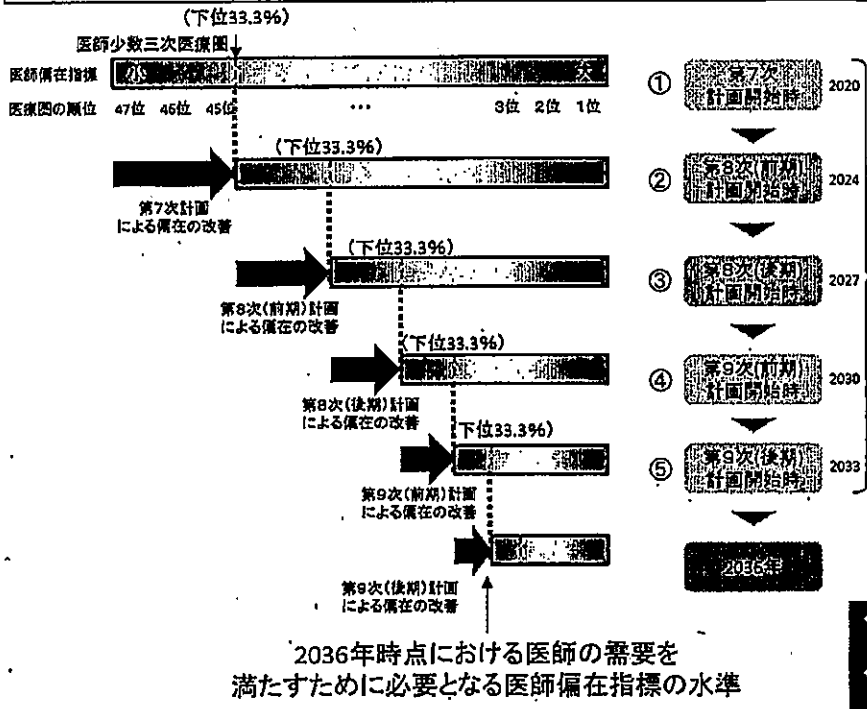
- 将来時点の医師偏在指標について、時点をいつと設定するか。
 - 将来の医師偏在指標は大学医学部における地域枠・地元出身者枠の要請に用いるため、今後地域枠・地元出身者枠の増員等を行った際にその効果が十分に出る時点に設定する必要があると考えられる。
 - 医師確保計画に基づき、2022年度以降の地域枠・地元出身者枠の増員等の要請を行う場合、2028年度から政策効果が出始めることとなる。
 - 地域枠の義務年限を9年間とすると、義務年限期間中の地域枠医師が、2022年度以降の医師確保計画に基づく地域枠・地元出身者枠設定後に入学した医師で満たされるのは、2036年度以降となる。
 - 将来のある時点を超えて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)

医師少数区域等の基準の設定

・ 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。



□ 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。

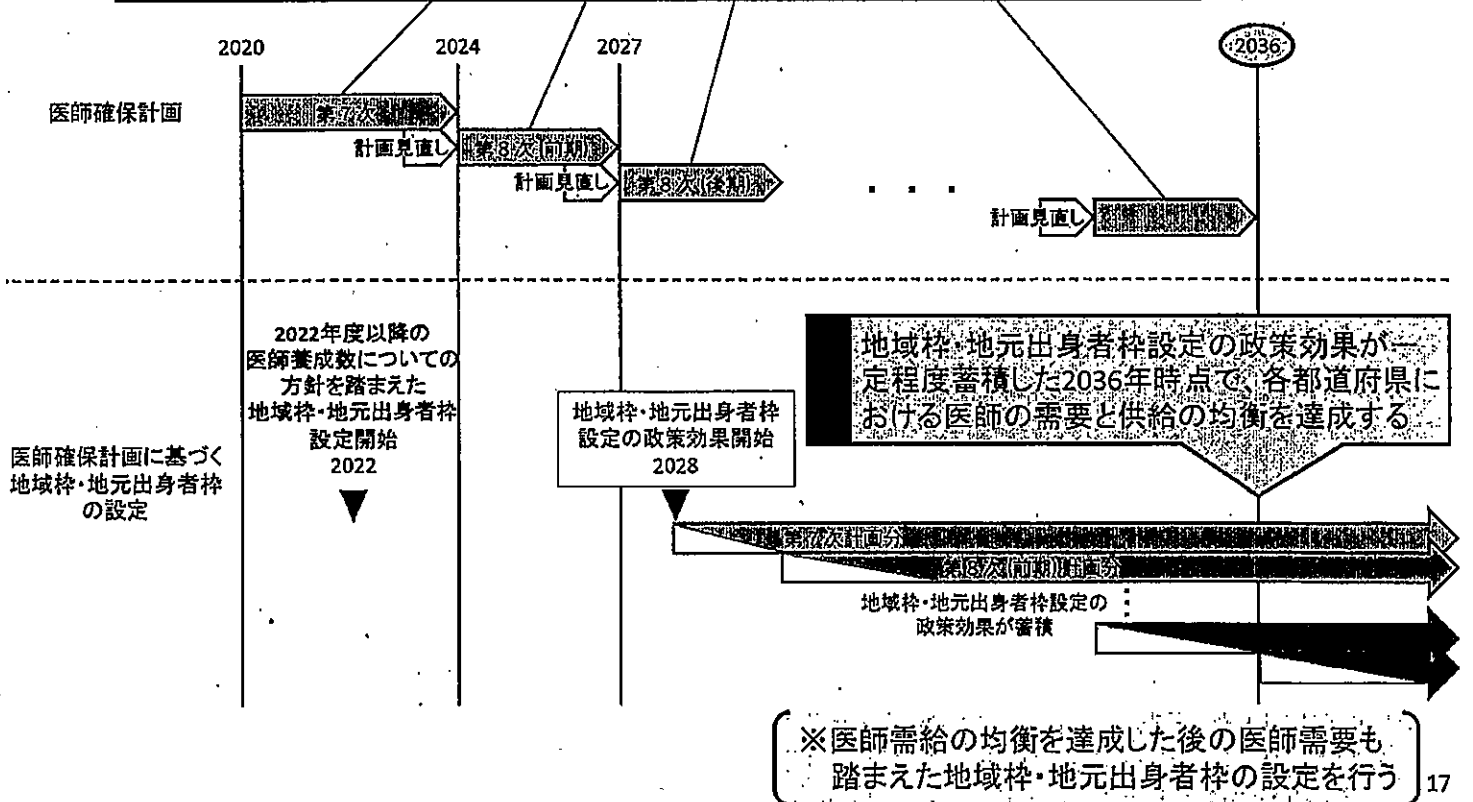
◆ このため、医師少数三次医療圏の基準値を下位33.3%としてはどうか。

- ◆ 医師少数区域の境目となる医師偏在指標は、1計画期間ごとに全都道府県の進捗状況に応じて変動
- ◆ それに伴い、確保すべき医師の目標数も進捗状況によって変動

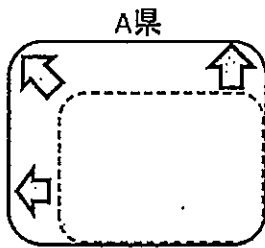
医師少数区域・多数区域(三次医療圏単位)及び医師多数三次医療圏において、施策の整合性の観点から、同様の値(下位/上位33.3%)を基準値としてはどうか。 16

医師確保計画を通じた医師偏在の解消

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



A県の医師を増やす施策



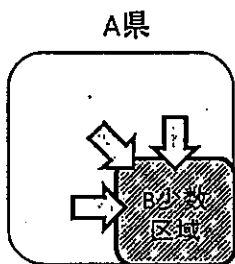
都道府県等の医師の多寡に応じた地域枠等の設定(県内の医師そのものを増やす)

- > 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

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属 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)

①-1 産科・小児科における医師偏在対策

産科・小児科における医師確保計画を通じた医師偏在対策について

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

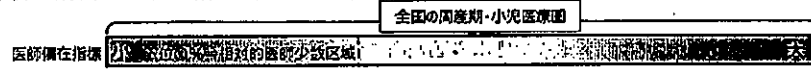
産科医師・小児科医師の偏在の状況把握

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

- 医師偏在指標で考慮すべき要素
- 医療需要(ニーズ)・人口構成の違い等
 - へき地等の地理的条件
 - 患者の流入等
 - 医師の性別・年齢分布

相対的医師少数区域の設定

全国の周産期・小児医療圏の産科・小児科における医師偏在指標の値を一律に比較し、下位の一定の割合を相対的医師少数区域とする基準を国が提示し、それに基づき都道府県が設定する。
※労働環境に鑑みて、産科・小児科医師は相対的に少なくない地域等においても不足している可能性があることから、相対的多数区域は設定しない。



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

「医師確保計画」の策定

医師の確保の方針 (三次医療圏・周産期・小児医療圏ごとに策定)

医師偏在指標の大小を踏まえ、医療圏の見直し等も含め地域ごとの医師確保の方針を策定。
・医療圏の見直しや医療圏を越えた連携によってもなお相対的医師少数区域の場合は、医師の派遣調整により医師を確保する方針とする。等

偏在対策基準医師数 (三次医療圏・周産期・小児医療圏ごとに策定)

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。
- ・清診連携の推進や、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

小児科における医師偏在指標について

- ・ 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。

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

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

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

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

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突感を踏まえ、都道府県間調整を行うこととする。

22

産科における医師偏在指標について

- ・ 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。

$$\text{産科における医師偏在指標} = \frac{\text{標準化産科・産婦人科医師数}}{\text{分娩件数} (\ast) \div 1,000件}$$

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

(※) 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

23

＜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 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 (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	○	×	×

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

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・人口構成との変化、患者の搬出入、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、負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、協議の場を設ける。
※ 地域医療連携調整委員会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けることとするが、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）等の地域に必要な医療機能を担うよう求める。

○ 外来医療計画の实效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、新規開業者に対し、臨時的協議の場への出席要請を行う
- ・ 臨時的協議の場において、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。 26

外来医師偏在指標の算出式

- 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。

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

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

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

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

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

〔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※患者搬出入は、搬出入発生後のデータ（診療行為発生地ベース）を母体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）

医療機器の効率的な活用等について

- 経緯 ○ 「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、医療設備・機器等の共同利用等の、医療機関間での連携の方針等について協議を行い、地域ごとに方針決定すべきである、とされ、医療法上も医療施設に備えた施設・設備の効率的な活用に関する事項について、協議の実施及び協議結果の公表を行うこととされた。
- 今後、人口減少が見込まれる中、医療機器について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、医療機器の共同利用のあり方等について、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つつ、必要な協議を行う必要がある。

医療機器の効率的な活用のための対応

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種類ごとに指標化し、可視化。

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

※ CT、MRI、PET、放射線治療（リニアック及びガンマナイフ）、マンモグラフィに項目化してそれぞれ可視化。
※ 医療機器のニーズが性・年齢ごとに大きな差があることから、地域ごとの人口構成を踏まえて指標化。

医療機器の配置状況に関する情報提供

- 医療機器の配置状況に関する指標に加えて、医療機器を有する医療機関についてマッピングに関する情報や、共同利用の状況等について情報を公表。

※ 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検討。

医療機器の効率的活用のための協議

- 医療機器の効率的活用のための協議の場を設置。
※ 基本的には、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。
- 医療機器の種類ごとに共同利用の方針について協議を行い、結果を公表。
※ 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。
- 共同利用の方針に従い、医療機関が医療機器を購入する場合や、当該機器の共同利用を新たに行う場合には、共同利用に係る計画（以下、「共同利用計画」）を作成し、定期的に協議の場において確認。
- 協議に当たっては医療機器の効率的な活用という観点だけでなく、
・CT等放射線診断機器における医療被ばく
・診断の精度
・有効性
等の観点も踏まえ、適切に医療機器が使用されているかについて、検討が必要。

医療機器を二次医療圏内で効率的に共同利用している例「あまくさメディカルネット」

- 地域の医療機関をネットワークで繋ぐことにより、共同利用施設のCT、MRI等の医療機器を共同利用施設の医師と同じ感覚で使用可能。
- 天草医療圏に存する80診療所のうち61診療所（76.3%）が加入。
- 必要に応じて、共同利用施設の専門医と同じ画像を見ながら、治療方針等も相談可能。

【あまくさメディカルネット】
天草医療圏のCT放射線治療 画像の共同利用・医療ネットワーク・検査データの共有

天草地域医療センター放射線科技師長 越方隆昭氏より提供資料を改変

施設名	所在地
天草地域医療センター	天草市大字 210-83
天草中央総合病院	天草市大字 155-2
牛久保北病院	牛久保市大字 150-83
上天草総合病院	上天草市大字 200-2
天草西院	天草市大字 155-3
天草南総合病院	天草市大字 200-1
天草東院	天草市大字 155-2
天草南西院	天草市大字 155-2
天草南東院	天草市大字 155-2
天草南西院	天草市大字 155-2
天草南東院	天草市大字 155-2

医療機器の地域毎の台数に関する指標の算出式

- 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はどうか。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。

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

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

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