

千葉県保健医療計画の 一部改定について (医師の確保に関する事項)

令和元年9月5日

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

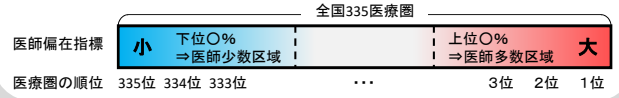
三次医療圏・二次医療圏ごとに、**医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成等を踏まえた**医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

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
- ・医師偏在の種類（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。

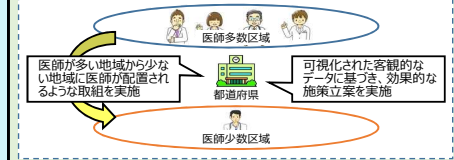
- （例）
- ・大学医学部の地域枠を15人増員する
 - ・地域医療対策協議会で、医師多数区域のA医療圏から医師少数区域のB医療圏へ10人の医師を派遣する調整を行う等

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)



*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



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

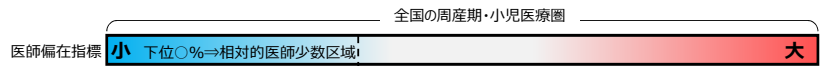
三次医療圏・周産期・小児医療圏ごとに、**産科・小児科における医師の偏在の状況を客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや、医師の性年齢構成等を踏まえた**産科・小児科における医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

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
- ・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

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る医療圏の見直し等
- ・医療圏の見直しや医療圏を越えた連携による医療圏の機能分化・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

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0%）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

千葉県保健医療計画の一部改定について(抜粋)

(千葉県医療審議会 令和元年度第1回総会 資料1-1)

○ 計画改定に当たっての基本的な考え方

- 一部改定部分の計画期間は、令和2年度から令和5年度までの4年間とします。
- 現行の二次保健医療圏及び患者流出入の状況をもとに、必要な対策等を検討します。
- 関係法令並びに「医師確保計画策定ガイドライン」を踏まえるものとします。

H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度	
現行保健医療計画												
在宅医療など		中間見直し	在宅医療など									
	改定作業	医師確保 外来医療										
					改定作業	次期保健医療計画						
						中間見直し		医師確保 外来医療 在宅医療など			医師確保 外来医療 在宅医療など	

○ 医師の確保に関する事項

- 医療法及び「医師確保計画策定ガイドライン」を踏まえ、次の事項を定めます。
 - ア 医師少数区域及び医師多数区域の指定
 - イ 二次医療圏及び全県における医師確保の方針
 - ウ 二次医療圏及び全県における確保すべき医師の数の目標
 - エ ウの目標の達成に向けた医師の確保に関する施策
- 産科・小児科については、医師全体の確保に関する事項とは別に、産科及び小児科に限定した医師の確保に関する事項についても定めます。

検討に当たっての留意事項

医療提供体制の整備については、大学や医師会、地域の中核病院等との連携が重要

➡ 医療計画に沿って行われる医師確保対策について、大学や医師会、地域の中核病院等は協力して支援を行うことが医療法(第30条の27)に規定されている

医師確保計画は、都道府県が、県や二次医療圏の医療提供体制の整備を目的として策定するもの

➡ 個別の医療機関の医師確保について検討するものではない

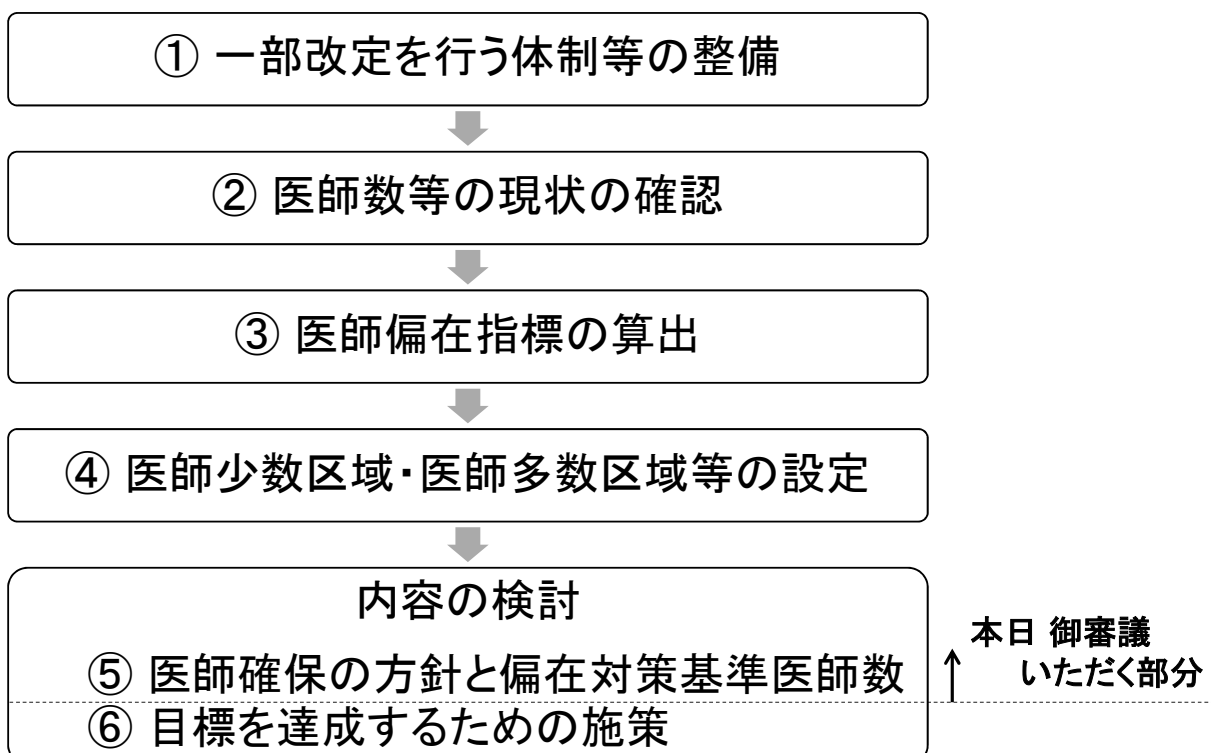
検討に当たっての留意事項

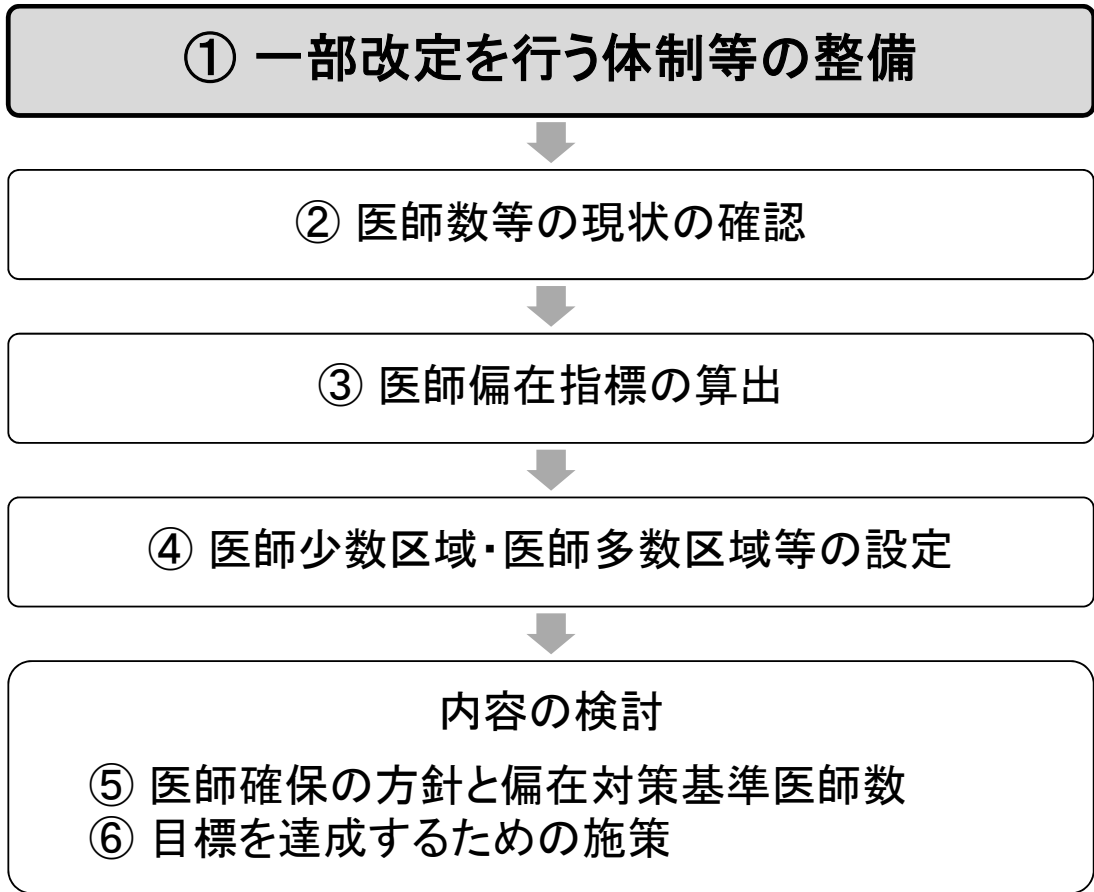
「外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項」を、新たに保健医療計画へ追加

➡ 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項については、地域保健医療部会で検討

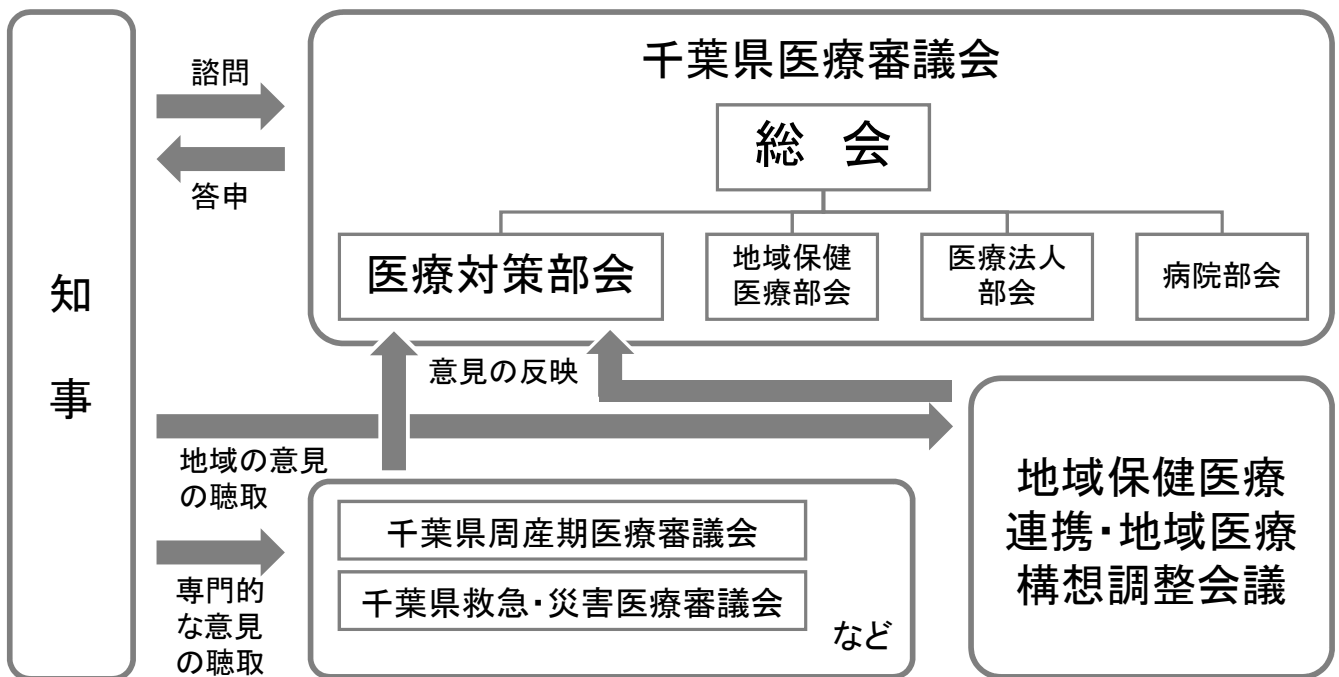
- (例)
- ・夜間や休日等における地域の初期救急医療について
 - ・在宅医療について
 - ・産業医、学校医、予防接種等の公衆衛生について

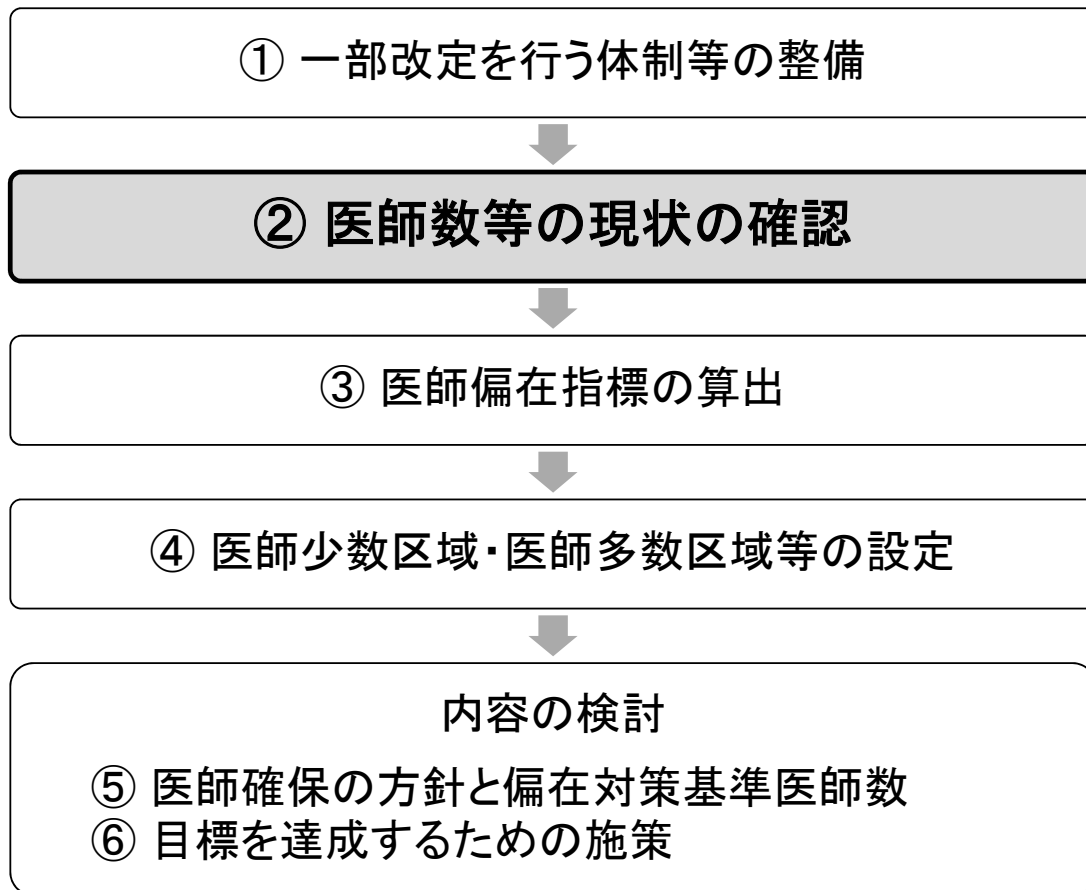
検討のフロー(イメージ)





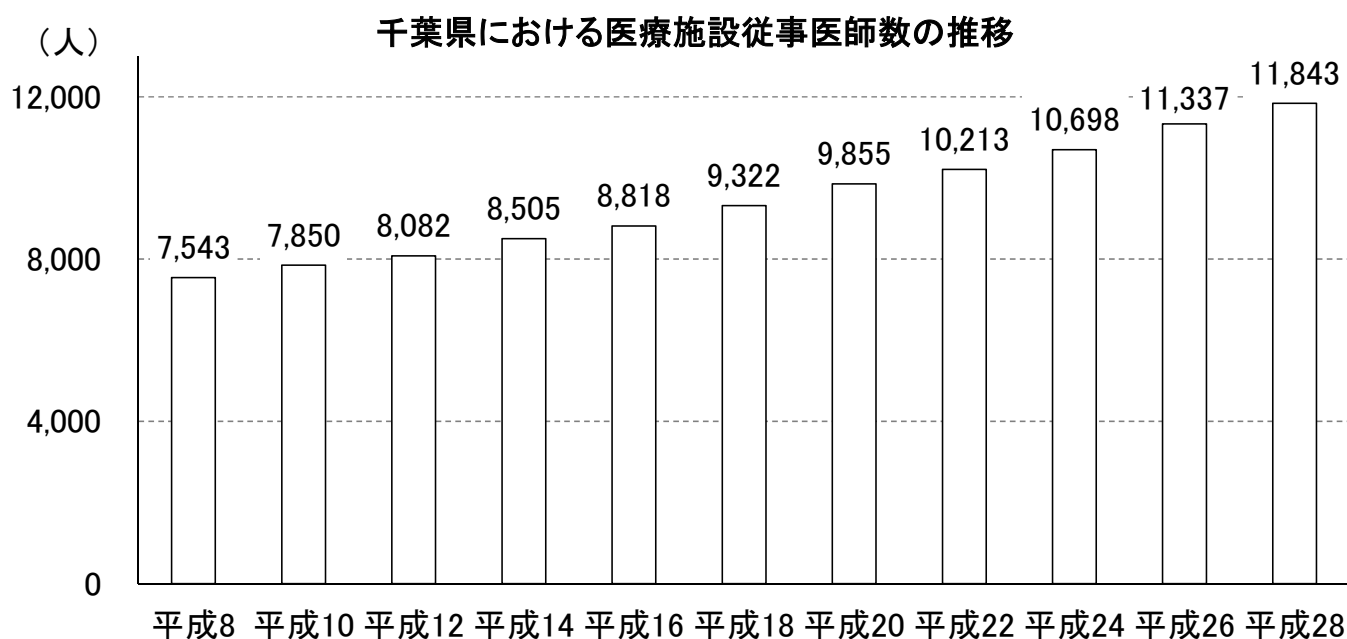
①一部改定を行う体制等の整備





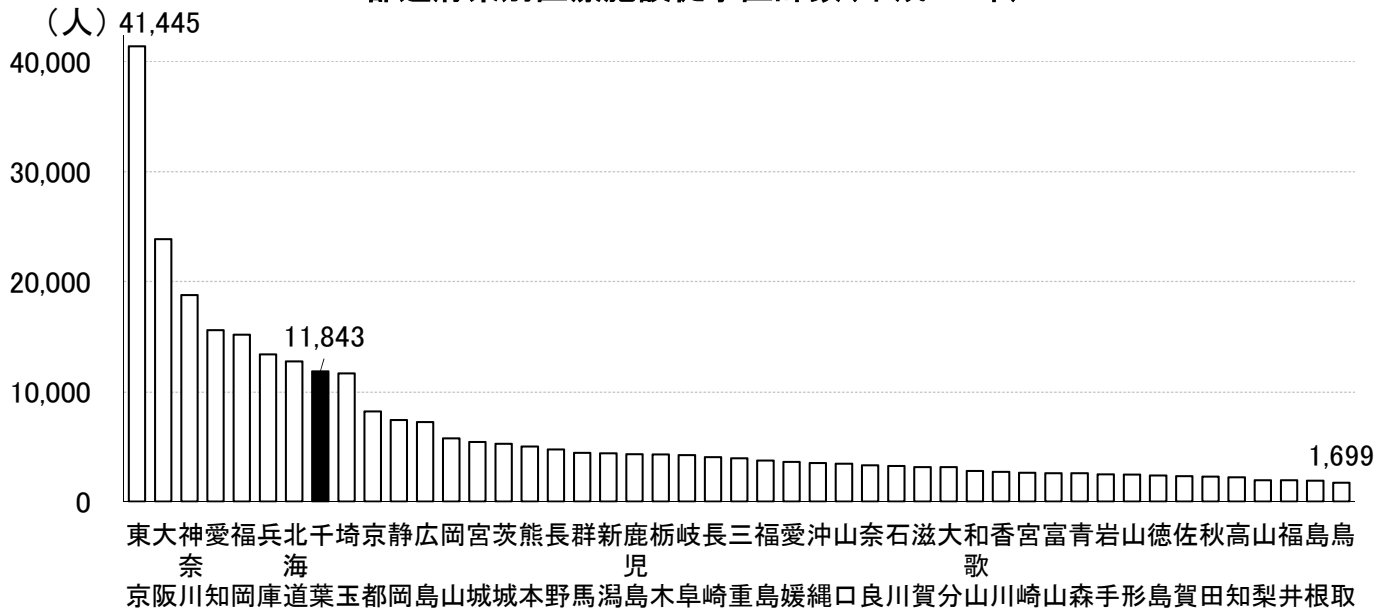
② 医師数等の現状の確認

本県における医療施設従事医師数は増加傾向にあり、平成28年末現在では11,843人となっています。



本県における医療施設従事医師数は、多い順に全国第8位です。

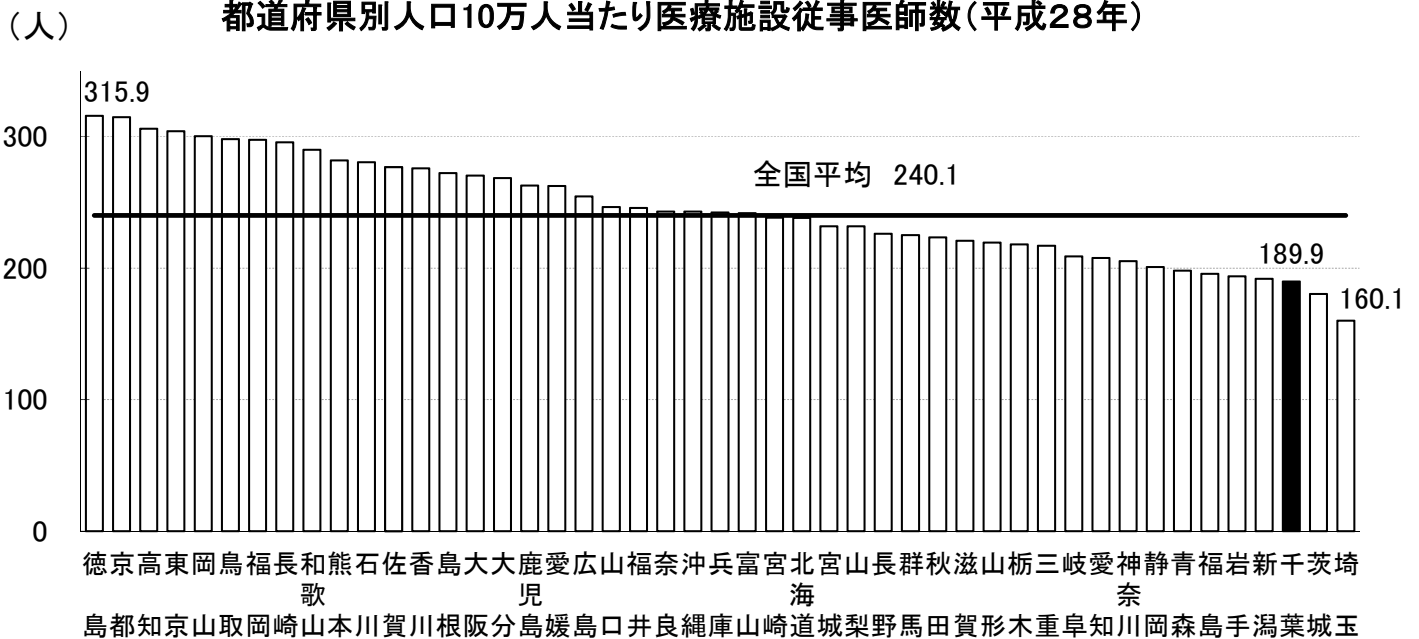
都道府県別医療施設従事医師数(平成28年)



出典:「平成28年 医師・歯科医師・薬剤師調査」(厚生労働省)

人口10万人当たりの医療施設従事医師数は、多い順に全国第45位です。

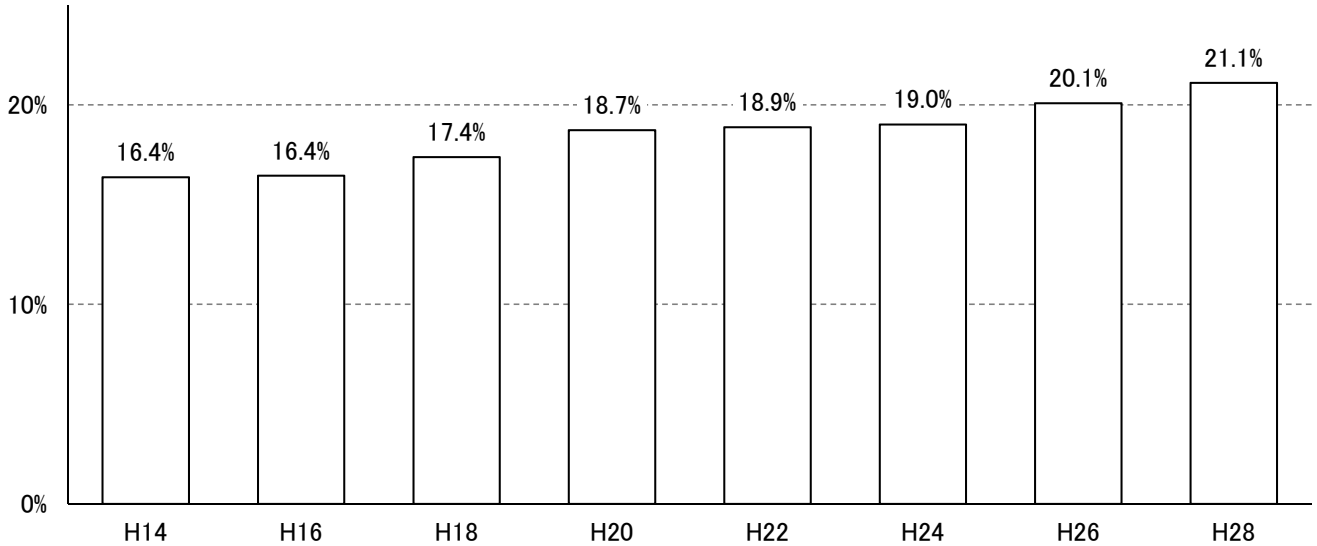
都道府県別人口10万人当たり医療施設従事医師数(平成28年)



出典:「平成28年 医師・歯科医師・薬剤師調査」(厚生労働省)

本県の医療施設従事医師数に占める女性医師の割合は増加傾向にあり、平成28年末現在では21.1%です。

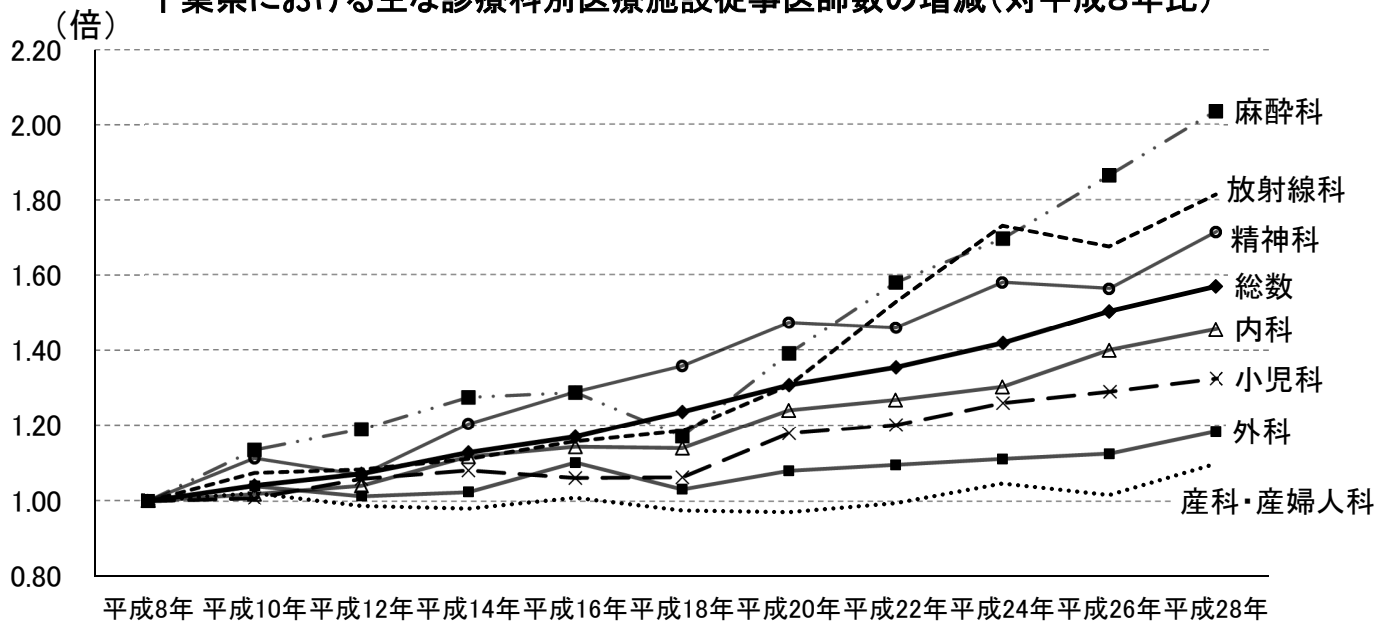
千葉県における医療施設従事医師数に占める女性医師の割合の推移



出典:「医師・歯科医師・薬剤師調査」(厚生労働省)

医師数の増減状況は、診療科別に差がみられます。

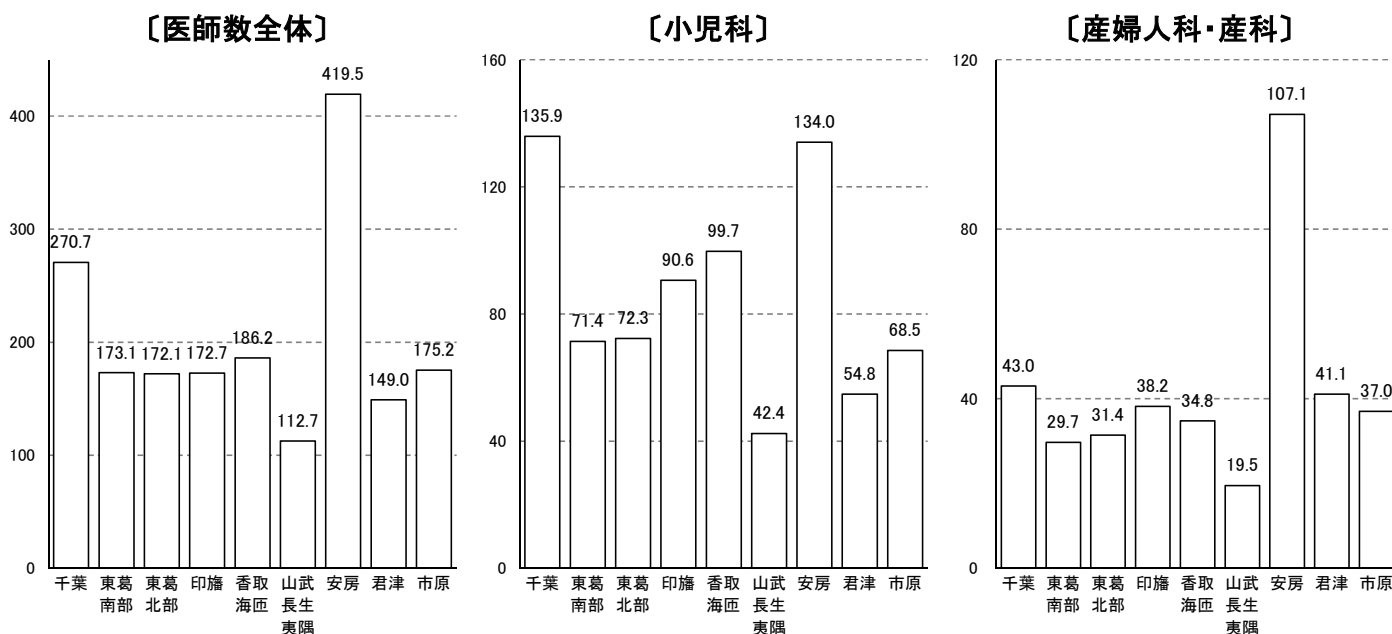
千葉県における主な診療科別医療施設従事医師数の増減(対平成8年比)



出典:「平成28年 医師・歯科医師・薬剤師調査」(厚生労働省)

人口10万人当たり医療施設従事医師数を二次保健医療圏間で比較すると、差がみられます。

二次保健医療圏別人口10万人当たり医療施設従事医師数(平成28年)



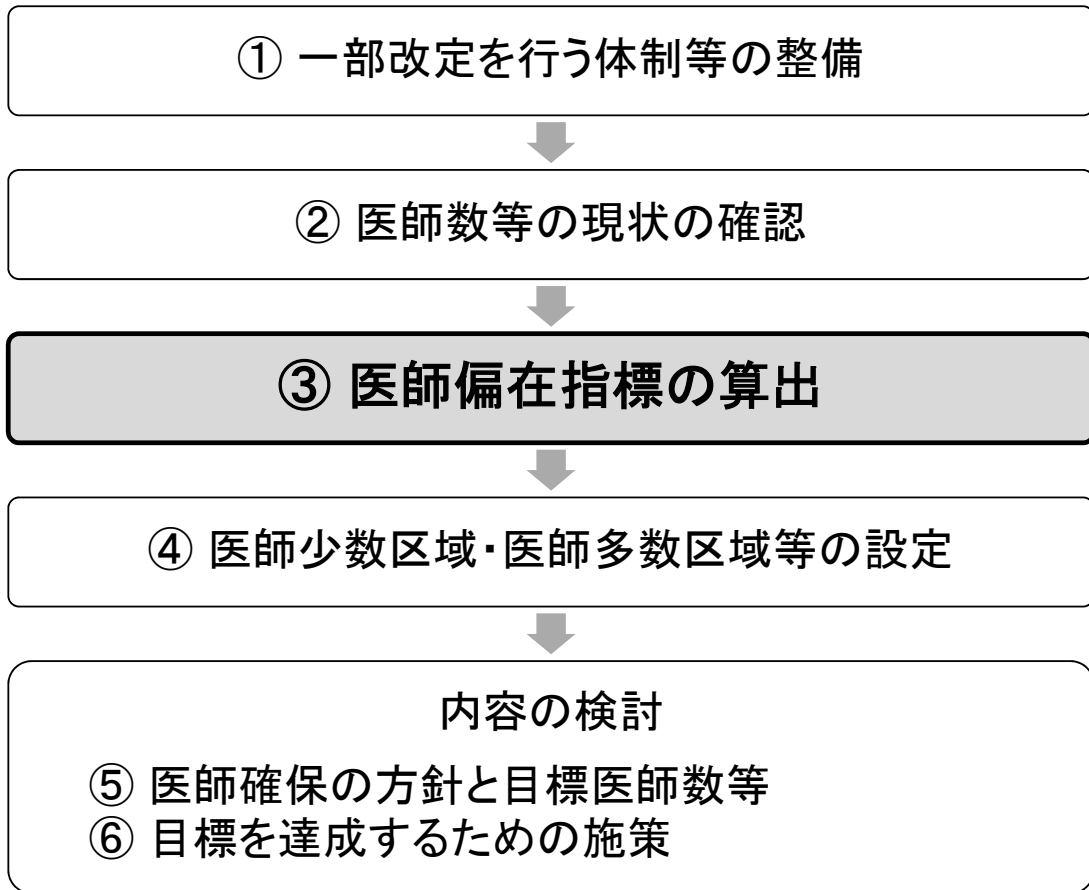
出典:「平成28年 医師・歯科医師・薬剤師調査」(厚生労働省)

臨床研修や専門研修に係る施設数・定員数や、規模の大きな病院の配置状況には、二次保健医療圏ごとに差がみられます。

二次保健医療圏別研修病院等の状況

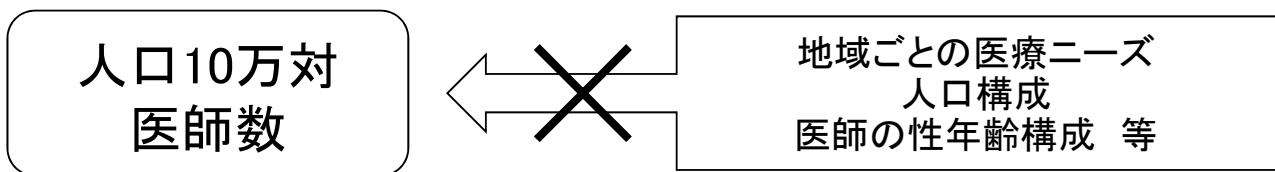
医療圏	臨床研修		専門研修		400床以上の病院数
	施設数	募集定員数	基幹施設数	募集定員数	
千葉	7	101	10	276	4
東葛南部	12	133	10	137	9
東葛北部	8	100	6	55	6
印旛	4	52	4	75	5
香取海匝	1	31	1	46	1
山武長生夷隅	0	0	2	2	1
安房	1	28	3	65	1
君津	1	14	2	11	2
市原	2	18	3	19	2

施設数は令和元年4月現在。募集定員数は、平成31年度から研修を開始する研修医(専攻医)の募集定員数。



③ 医師偏在指標の算出

③-1 医師偏在指標とは



▶ 医師数の多寡を統一的・客観的に把握するための「ものさし」としての役割を十分に果たせない



医師偏在指標 人口10万対医師数をベースに、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て設定

▶ 都道府県・二次医療圏ごとの医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す指標

- 種類**
- 医師偏在指標（医師全体）
 - 産科医師偏在指標
 - 小児科医師偏在指標

- 注意点**
- 一定の仮定を置いて算出していること
 - 入手できるデータに限界があること

➡ **あくまで相対的な偏在の状況を表すもの数値を絶対的な基準として取り扱うことや機械的な運用を行うことのないよう十分に留意する必要がある**

2-2. 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。
- 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

※患者流出入は、流出入発生後のデータ（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）

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。

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

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

(※) 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

出典：医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会(H31.3.22開催)

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。

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

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

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

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

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実態を踏まえ、都道府県間調整を行うこととする。

出典：医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会(H31.3.22開催)

③-2 医師偏在指標の算出方法

- 現行の二次保健医療圏及び患者流出入の状況をもとに算出する。
- 具体的な数値は、厚生労働省が算定し、確定する。

➡ 国からの提供が遅れていることから、本日は、6月に提供された暫定値をもとに、考え方を中心に協議願います

2 計画改定に当たっての基本的な考え方

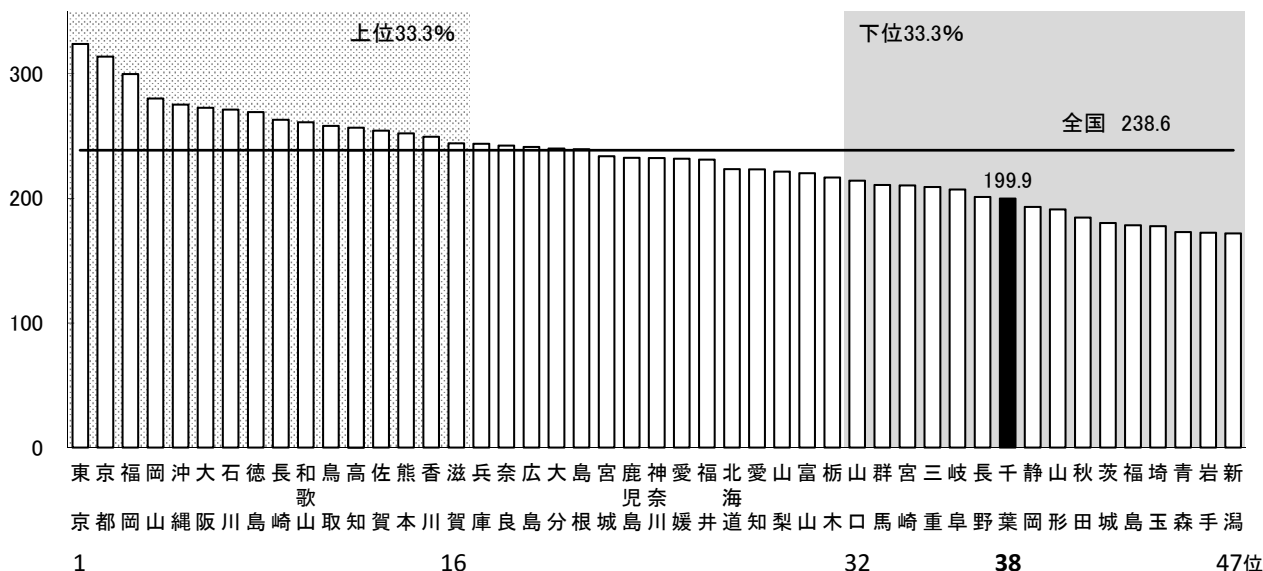
(4) 現行の二次保健医療圏及び患者流出入をもとに、必要な対策等を検討します。

(令和元年度第1回千葉県医療審議会資料から引用)

③-3 医師偏在指標の算出結果

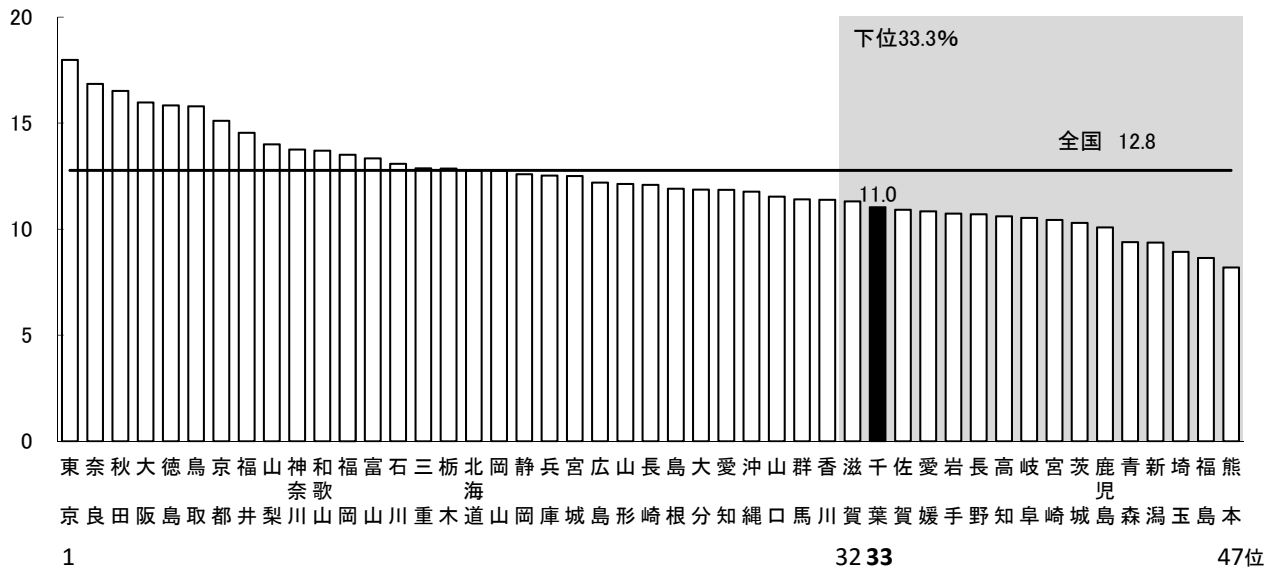
ア 都道府県間比較 (ア)全体

暫定値であり、今後示される確定値とは異なる場合があります。



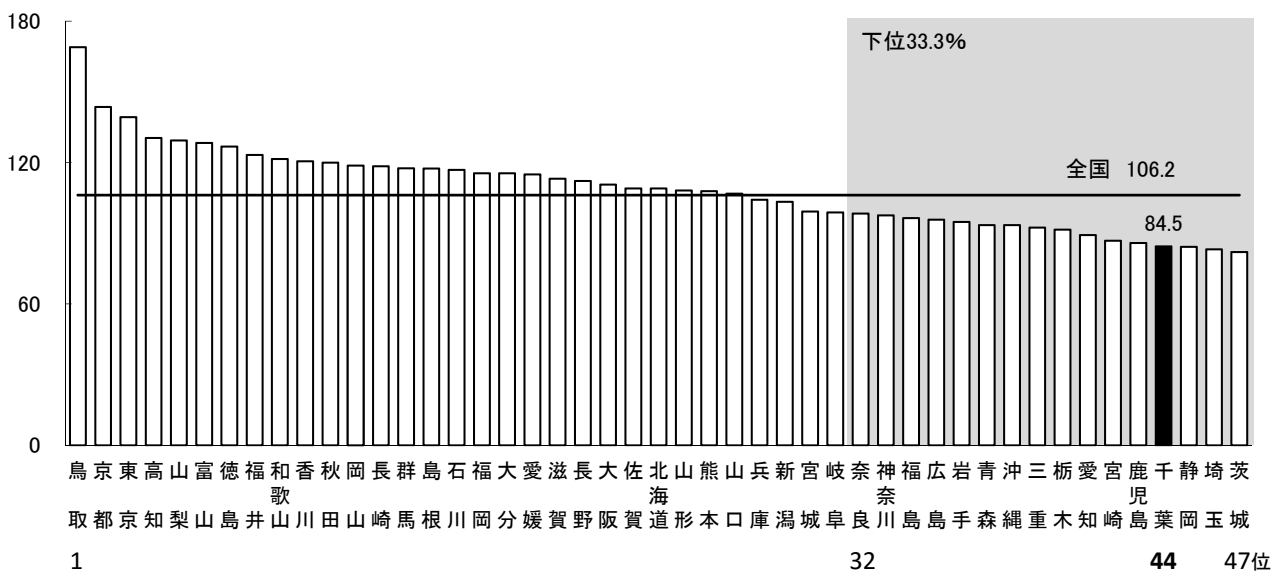
(イ) 産科

暫定値であり、今後示される確定値とは異なる場合があります。



(ウ) 小児科

暫定値であり、今後示される確定値とは異なる場合があります。

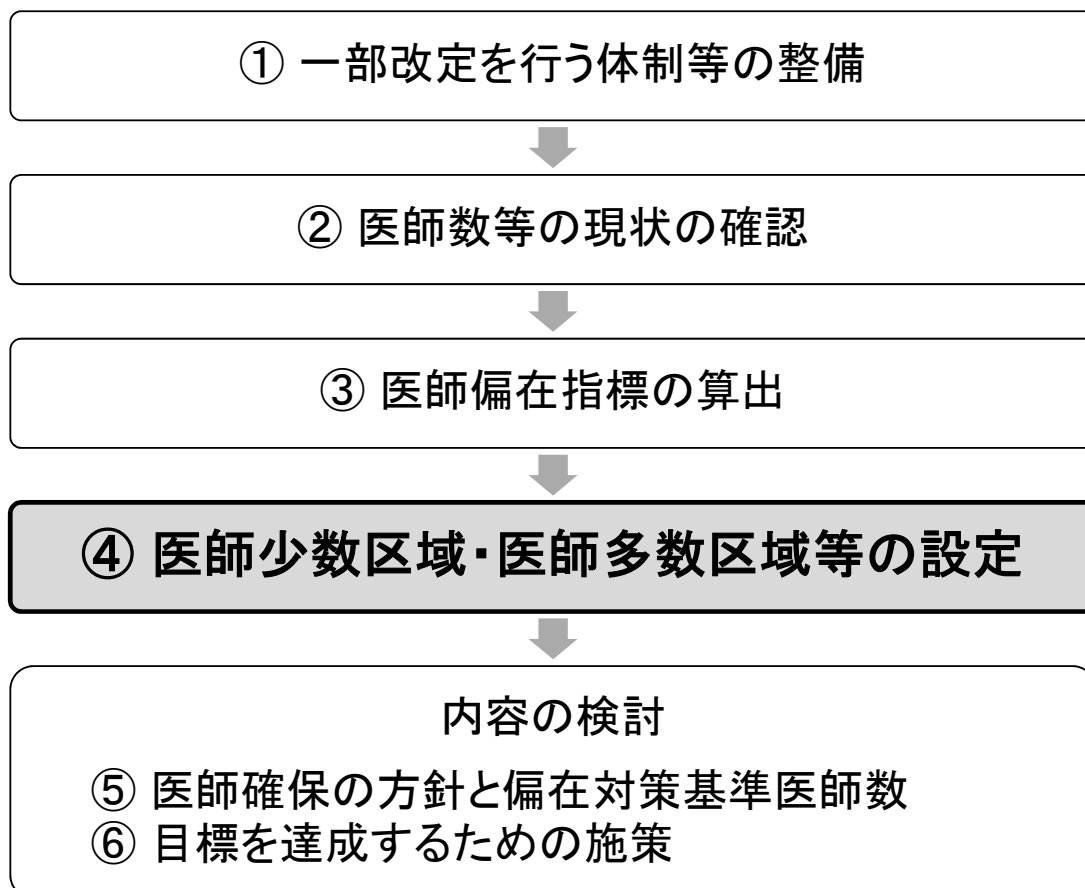


イ 県内二次保健医療圏の状況

暫定値であり、今後示される確定値とは異なる場合があります。

		二次保健医療圏									(参考)	
		千葉	東葛南部	東葛北部	印旛	香取海匠	山武長生夷隅	安房	君津	市原	千葉県	全国
医師偏在指標	全体	267.7	192.2	192.7	181.3	176.9	119.3	267.4	161.0	192.9	199.9	238.6
	(順位)	(52)	(132)	(129)	(162)	(176)	(320)	(53)	(226)	(127)		
	産科	14.1	9.9	9.1	12.0	9.4	10.7	21.6	11.2	11.4	11.0	12.8
	(順位)	(81)	(167)	(197)	(116)	(185)	(147)	(22)	(134)	(129)		
	小児科	110.5	70.6	71.9	94.2	116.1	63.6	127.9	52.8	89.4	84.5	106.2
(順位)	(97)	(264)	(260)	(177)	(78)	(286)	(45)	(298)	(190)			

「全体」は、335医療圏中112位以上が上位33.3%、224位以下が下位33.3%。「産科」は、284周産期医療圏中192位以下が下位33.3%。「小児科」は、311小児医療圏中208位以下が下位33.3%。



④ 区域等の設定

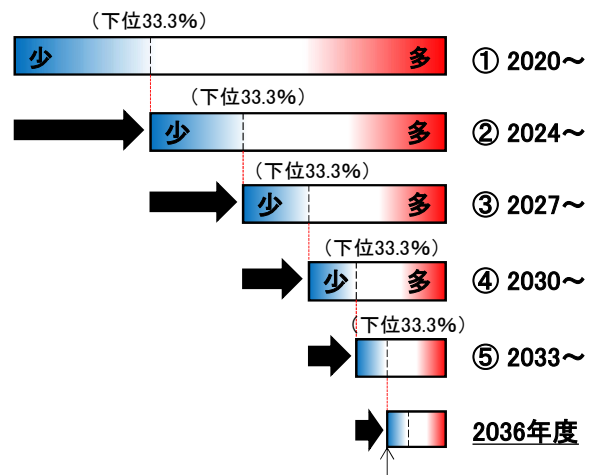
④-1 区域の設定についての考え方

- 医師偏在の状況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
- 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、これらの区域に加えて、厚生労働省は、医師少数都道府県及び医師多数都道府県も同時に設定

(「医師確保計画策定ガイドライン」から抜粋)

- 5計画期間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程度を医師少数区域及び医師少数都道府県とすることが必要

(「医師確保計画策定ガイドライン」抜粋)



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

医師偏在指標の下位33.3%



医師少数区域 / 医師少数都道府県

医師偏在指標の上位33.3%



医師多数区域 / 医師多数都道府県

- 産科・小児科については、(中略)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、呼称を「相対的医師少数都道府県」及び「相対的医師少数区域」とする
- 相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域については、画一的に医師の確保を図るべき医療圏と考えるのではなく、当該医療圏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医療圏として考えるものとする
- 相対的に(医師が)少なくない医療圏等においても、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、(中略)産科・小児科においては医師多数都道府県や医師多数区域は設けない

(「医師確保計画策定ガイドライン」から抜粋)

④-2 区域の設定

ア 都道府県単位

医師偏在指標は暫定値であり、今後示される確定値とは異なる場合があります。

区分	医師偏在指標 (順位)	上位 33.3%	下位 33.3%	結果
全体	199.9(38位)		○	医師少数都道府県
産科	11.0(33位)		○	相対的医師少数 都道府県
小児科	84.5(44位)		○	相対的医師少数 都道府県

イ 二次保健医療圏単位 (ア)全体

医師偏在指標は暫定値であり、今後示される確定値とは異なる場合があります。

圏域	指標 (順位)	上位 33.3%	下位 33.3%	区域	圏域	指標 (順位)	上位 33.3%	下位 33.3%	区域
千葉	267.7 (52位)	○		医師多数 区域	山武長 生夷隅	119.3 (320位)		○	医師少数 区域
東葛南 部	192.2 (132位)				安房	267.4 (53位)	○		医師多数 区域
東葛北 部	192.7 (129位)				君津	161.0 (226位)		○	医師少数 区域
印旛	181.3 (162位)				市原	192.9 (127位)			
香取海 匝	176.9 (176位)								

* 112位以上が上位33.3%、224位以下が下位33.3%に該当。

産科

(イ)産科

医師偏在指標は暫定値であり、今後示される確定値とは異なる場合があります。

圏域	指標 (順位)	下位 33.3%	区域	圏域	指標 (順位)	下位 33.3%	区域
千葉	14.1 (81位)			山武長 生夷隅	10.7 (147位)		
東葛南 部	9.9 (167位)			安房	21.6 (22位)		
東葛北 部	9.1 (197位)	○	相対的医師少数区 域	君津	11.2 (134位)		
印旛	12.0 (116位)			市原	11.4 (129位)		
香取海 匝	9.4 (185位)						

* 192位以下が下位33.3%に該当。

(ウ)小児科

医師偏在指標は暫定値であり、今後示される確定値とは異なる場合があります。

圏域	指標 (順位)	下位 33.3%	区域	圏域	指標 (順位)	下位 33.3%	区域
千葉	110.5 (97位)			山武長 生夷隅	63.6 (286位)	○	相対的医師少数区 域
東葛南 部	70.6 (264位)	○	相対的医師少数区 域	安房	127.9 (45位)		
東葛北 部	71.9 (260位)	○	相対的医師少数区 域	君津	52.8 (298位)	○	相対的医師少数区 域
印旛	94.2 (177位)			市原	89.4 (190位)		
香取海 匝	116.1 (78位)						

* 208位以下が下位33.3%に該当。

④-3 医師少数スポット

- 都道府県においては、必要に応じて二次医療圏よりも小さい単位の地域での施策を検討することができるものとし、局所的に医師が少ない地域を「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ができるものとする。

(「医師確保計画策定ガイドライン」から抜粋)

問 医師少数スポットの具体的な設定基準や目安はありますか。

答 医師少数スポットは元々、無医地区や島しょ、半島等の医師が少なくかつ医療機関へのアクセスに大きな制限がある地区を想定して設けたものである。その背景を踏まえて設定いただきたい。そのため、特定の医療機関を医師少数スポットと設定することも、厚生労働省としては想定していない。

(「医師確保計画策定ガイドラインに関する疑義照会」から抜粋)

本県における医師少数スポットについて

- 本県内には、無医地区等のへき地が存在しないこと
- 本県内には、医療機関へのアクセスに大きな制限のある地域が認められないこと



(案) 医師少数スポットを設定しない

① 一部改定を行う体制等の整備



② 医師数等の現状の確認



③ 医師偏在指標の算出



④ 医師少数区域・医師多数区域等の設定



内容の検討

⑤ 医師確保の方針と偏在対策基準医師数

⑥ 目標を達成するための施策

⑤ 医師確保の方針と偏在対策基準医師数

⑤-1 偏在対策基準医師数^{※1}

定義

計画期間終了時点において、各医療圏で確保しておくべき医師の総数 ≠ 理想とする医師数

区域等		設定の考え方(国ガイドライン)	
医師少数都道府県		計画開始時の下位33.3%の基準を脱するために要する具体的な医師の数	
二次医療圏	医師少数区域	同上 ^{※2}	9医療圏分の合計値 ≤ 県全体の偏在対策基準 医師数
	どちらでもない区域	県において 独自に設定 ^{※3}	
	医師多数区域		

※1 国ガイドラインでは「目標医師数」。

※2 将来の人口減少などの影響により、医師少数区域の現時点の医師数が偏在対策基準医師数(目標医師数)を上回っている場合は、医師数を維持することを目標とする。(国疑義照会)

※3 厚労省は、これらの二次医療圏における参考値として、各二次医療圏の医師偏在指標が計画期間開始時の全二次医療圏の医師偏在指標の平均値に達する値である医師数を提示する。

千葉県における偏在対策基準医師数(医師全体)設定の考え方(案)

協議事項

区域等		設定の考え方(案)	
県全体 (医師少数県)		①	計画開始時の下位33.3%の基準を脱するために要する医師数。
二次保健医療圏	医師少数区域	②	計画開始時の下位33.3%の基準を脱するために要する医師数。
		③	ただし、②の医師数が現状の医師数を下回る場合は、計画終了時点において、計画期間開始時の全国の二次医療圏の医師偏在指標の平均値に達する値である医師数。
	どちらでもない区域	④	現状の医師数の維持を目指す。
		⑤	ただし、④の医師数が、計画期間開始時の全国の二次医療圏の医師偏在指標の平均値に達する値である医師数を下回る場合は、計画終了時点において、当該平均値に達する値である医師数。
	医師多数区域	⑥	現状の医師数の維持を目指す。

偏在対策基準医師数（医師全体・案）

（単位：人）

区域等	区分	考え方	偏在対策 基準医師数 (a)	H28医師数		計画終了時点で 計画開始時点の 下位33.3% を脱する医師数 (c)	計画終了時点で 計画開始時の全 国の二次医療圏 の平均値に達す る医師数(d)
				(b)	(a-b)		
千葉県	少数	①	12,912	11,843	1,069	12,912	
千葉	多数	⑥	2,637	2,637	0	1,696	1,968
東葛南部		⑤	3,117	3,038	79	2,667	3,117
東葛北部		⑤	2,417	2,363	54	2,071	2,417
印旛		⑤	1,350	1,255	95	1,145	1,350
香取海匝		⑤	592	529	63	434	592
山武長生夷隅	少数	②	598	496	102	598	797
安房	多数	⑥	545	545	0	316	402
君津	少数	③	603	491	112	477	603
市原		④	489	489	0	401	487
(参考)医療圏計			12,348	11,843	505	9,806	11,733

H28医師数は、「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」(厚生労働省)による医療施設従事医師数。

産科

小児科

産科・小児科の場合

- 計画期間終了時(2023年度末)の産科・小児科における医師偏在指標が、計画期間開始時の相対的医師少数区域の基準値(下位33.3%)を脱することとなる医師数
- 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

(「医師確保計画策定ガイドライン」から抜粋)

医師偏在指標（暫定値）に基づく偏在対策基準医師数等であり、
医師偏在指標の確定に伴い、数値が変更されることがあります。

産科

偏在対策基準医師数(産科)

区域等	区分	偏在対策基準医師数	(参考)H28医師数
千葉県	相対的医師少数	413人	459人
千葉		54人	90人
東葛南部		97人	120人
東葛北部	相対的医師少数	84人	92人
印旛		35人	57人
香取海匝		14人	17人
山武長生夷隅		10人	15人
安房		8人	22人
君津		18人	26人
市原		14人	20人
(参考)医療圏計		334人	459人

H28医師数は、「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」(厚生労働省)による医療施設従事医師数のうち、主たる診療科を「産婦人科」又は「産科」と回答した医師の数。

医師偏在指標（暫定値）に基づく偏在対策基準医師数等であり、
医師偏在指標の確定に伴い、数値が変更されることがあります。

小児科

偏在対策基準医師数(小児科)

区域等	区分	偏在対策基準医師数	(参考)H28医師数
千葉県	相対的医師少数	676人	654人
千葉		121人	167人
東葛南部	相対的医師少数	178人	165人
東葛北部	相対的医師少数	131人	127人
印旛		72人	85人
香取海匝		19人	29人
山武長生夷隅	相対的医師少数	20人	19人
安房		11人	17人
君津	相対的医師少数	30人	22人
市原		19人	23人
(参考)医療圏計		601人	654人

H28医師数は、「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」(厚生労働省)による医療施設従事医師数のうち、主たる診療科を「小児科」と回答した医師の数。

⑤-2 医師確保の方針

医師確保の方針(ガイドライン)

偏在是正の観点から、医師の少ない地域は、医師の多い地域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上で医師確保の方針を定める。

	医師少数	どちらでもない	医師多数
都道府県	<ul style="list-style-type: none"> 医師の増加を基本方針とする 医師多数都道府県からの医師の確保ができる 	<ul style="list-style-type: none"> 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都道府県からの医師の確保ができる 	<ul style="list-style-type: none"> 当該都道府県外からの医師の確保は行わない 不足していると考えられる診療科に特化して確保する方針等は可能
医療圏	<ul style="list-style-type: none"> 医師の増加を基本方針とする 医師少数区域以外からの医師の確保ができる 	<ul style="list-style-type: none"> 必要に応じて、医師多数区域の水準に至るまでは、医師多数区域からの医師の確保を行える 	<ul style="list-style-type: none"> 他の二次医療圏からの医師の確保は行わない 不足していると考えられる診療科に特化して確保する方針等は可能

医師確保の方針(ガイドライン)

時間軸によっても場合分けした上で医師確保の方針を定める。

現時点の医師の不足	<ul style="list-style-type: none"> 短期的な施策による対応を行う 長期的な施策では対応しない
将来時点の医師の不足	<ul style="list-style-type: none"> 短期的な施策と長期的な施策を組み合わせ対応する

施策の具体例

短期的施策

- 県内医師の派遣調整
- 医師の勤務環境改善支援
- 若手医師に向けた研修プログラム等の情報発信

長期的施策

- 医学部地域枠の設定
- 医学部生向け地域医療実習



将来時点での過不足を国において推計

将来時点における必要医師数

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、厚生労働省において、医療圏ごとに、医師偏在指標がこの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。

将来時点の医師供給数

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。

医師偏在指標（暫定値）に基づく偏在対策基準医師数等であり、医師偏在指標の確定に伴い、数値が変更されることがあります。

将来の医師供給数については、暫定値も提供されていません。

現時点と将来時点における医師の不足の見通し

（単位：人）

区域等	現時点の差 【a-b】	現在の医師数 (2016年)【a】	偏在対策 基準医師数 (2023年)【b】	将来時点の差 (2036年)【c-d】	将来の 医師供給数 【c】	必要医師数 【d】
千葉県	▲ 1,069	11,843	12,912			12,215
千葉	0	2,637	2,637			1,641
東葛南部	▲ 79	3,038	3,117			2,594
東葛北部	▲ 54	2,363	2,417			2,002
印旛	▲ 95	1,255	1,350			1,112
香取海匝	▲ 63	529	592			357
山武長生夷隅	▲ 102	496	598			523
安房	0	545	545			261
君津	▲ 112	491	603			438
市原	0	489	489			360

本県における医師確保の方針の 基本的な考え方(医師全体・案)

協議事項

	医師少数区域	どちらでもない区域	医師多数区域
方向性	医師数の増加 (少数区域以外からの確保を含む)	医師数の増加 (全国平均水準に達している場合は現状の医師数の維持) (医師多数区域からの医師の確保を含む)	現状の医師数の維持
手法	将来時点の不足の見通しも踏まえつつ、長期的施策と短期的施策を組み合わせ、積極的に取り組む	長期的施策と短期的施策を組み合わせる	短期的施策を中心に取り組む
	長期的施策である医師修学資金貸付制度の活用については、現行制度との継続性や受給者のキャリア形成に留意しつつ、別途検討する(⇒議事(2))		
	産科、小児科等特に不足の見込まれる分野に配慮した施策の実施		
その他	医療サービスの生産性向上 県民の受療行動の適正化		

医師確保の方針(ガイドライン)

産科・小児科

- 医師派遣等の医師偏在対策を実施するに当たり、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、特定機能病院等における医師の配置状況等を踏まえた検討を行う
- 新生児医療を担う医師の配置の方向性について、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
- 将来の見通しについて検討することも必要であるが、産科・小児科医師偏在指標は暫定的な指標として取り扱うことを踏まえ、計画終了時点である、2023年の医療需要の推計も参考としながら、対策を講じる

(「医師確保計画策定ガイドライン」をもとに作成)

医師確保の方針(ガイドライン)

産科・小児科

相対的医師少数区域	左記以外の区域
<ul style="list-style-type: none"> • 相対的に少なくない医療圏においても不足している可能性があることを踏まえ、医師派遣のみにより地域偏在の解消を目指すことは適当ではない • 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連携によって、地域偏在の解消を図ることを検討する • 上記によっても解消されない場合は、医師を増やす(確保することによって医師の地域偏在の解消を図る • この際、医師の勤務環境やキャリアパスについて留意が必要 • 医療機関の再編統合を含む集約化等の医療提供体制を効率化する施策等を適宜組み合わせる • 養成数を増加させること等の長期的な施策についても適宜組み合わせる 	<ul style="list-style-type: none"> • 当該医療圏における医療提供体制の状況を鑑みたうえで、医師を増やす方針を定めることも可能とする

- 千葉県は、産科・小児科とも「相対的医師少数都道府県」であり、県全体で産科医・小児科医の確保や周産期医療・小児医療の提供体制確保に取り組む必要がある。
- 産科・小児科とも、従来から効率的な医療提供体制や医療圏を越えた連携体制の構築に取り組んできた。

➡ 9医療圏が連携し、県全体として周産期及び小児医療提供体制の確保と、産科医・小児科医の確保に取り組む必要があるのではないか。

特に、医療提供体制については、関係する審議会で検討いただくこととしてはどうか。

医師確保の方針(案)

産科

小児科

協議事項

千葉県・9医療圏共通

効率的な医療提供体制の確立

- 医療連携体制の充実

産科医・小児科医の増加

- 県内医師の定着促進
- 医学部臨時定員増・地域枠の活用等の長期的施策の実施
- 医師派遣、勤務環境改善支援等の短期的施策の実施

医療サービスの生産性向上

- 多施設連携、多職種連携・タスクシフト等の促進

県民の受療行動の適正化

- 適切な受療行動の促進

※今後、関係する審議会の意見を伺い、必要に応じて見直しを行う。

医師需給調査検討事業

概要

産科、小児科及び救急分野の医師配置の実態を調査し、医師配置モデルや医師確保策について検討し、計画改定の参考資料を得る。

業務委託先 千葉大学医学部附属病院

調査の実施

①調査対象

分娩取扱病院・診療所、小児科を標榜する病院・有床診療所、救急告示病院・診療所

②主な調査項目

対応件数(患者数、救急者受入件数)、医師の属性・勤務形態・派遣元、時間外の対応体制 等

調査期間 9月中を予定

関係する医療機関の皆様におかれましては、御協力くださいますようお願いいたします。

今後のスケジュール(予定)

10月～	地域保健医療・地域医療構想調整会議 (地域の医療関係者からの意見聴取)
11月 ～12月	周産期医療審議会 (専門的な意見の聴取) 第2回医療対策部会 (医師確保対策についての検討)
令和2年 1月	第3回医療対策部会 ※地域保健医療部会と合同開催 (試案についての検討)
2月	三師会、市町村、保険者協議会からの意見聴取 パブリックコメントの実施
3月	医療審議会総会 (改定案についての審議、答申) 計画改定
4月	告示

H28 医師数(現状値)

平均値に達する医師数

下位 1/3 を脱する医師数

千葉県における偏在対策基準医師数設定の考え方

偏在対策基準医師数として設定する医師数

全県・医療圏	全県	千葉	東葛南部	東葛北部	印旛	香取海匝	山武長生夷隅	安房	君津	市原
区域	少数県	多数区域	どちらでもない	どちらでもない	どちらでもない	どちらでもない	少数区域	多数区域	少数区域	どちらでもない
設定の考え方	下位 1/3 脱出	現状維持	平均値目指す	平均値目指す	平均値目指す	平均値目指す	下位 1/3 脱出	現状維持	平均値目指す	現状維持
偏在指標 上位3分の1		2637						545		
平均値に達する値		1968	3117	2417	1350	592	797	402	603	487
下位 1/3 を脱する値	12912	1696	2667	2071	1145	434	598	316	477	401
偏在指標 下位3分の1	11843						496		491	

医師確保計画策定ガイドライン

〔目次〕

1. 序文

- 1-1. 医師確保計画を通じた医師偏在対策の必要性と方向性
- 1-2. 医師確保計画の全体像
- 1-3. 医師確保計画の策定に当たっての留意事項
- 1-4. 医師確保計画の策定スケジュール
- 1-5. 医師確保計画の策定手続のイメージ

2. 医師確保計画の策定を行う体制等の整備

3. 医師偏在指標

- 3-1. 現在時点の医師偏在指標
- 3-2. 将来時点の医師偏在指標

4. 医師少数区域・医師多数区域の設定

- 4-1. 医師少数区域・医師多数区域の設定についての考え方
- 4-2. 医師少数スポット

5. 医師確保計画

- 5-1. 計画に基づく対策の必要性
- 5-2. 医師確保の方針
 - 5-2-1. 方針の考え方
 - 5-2-2. 医師確保の方針の具体的な内容
 - 5-2-3. 留意事項
 - 5-2-4. 具体的な事例
- 5-3. 目標医師数
 - 5-3-1. 目標医師数
 - 5-3-2. 将来時点における必要医師数
 - 5-3-3. 留意事項
- 5-4. 目標医師数を達成するための施策
 - 5-4-1. 施策の考え方
 - 5-4-2. 医師の派遣調整

- 5-4-3. キャリア形成プログラム
- 5-4-4. 医師の働き方改革を踏まえた医師確保対策と連携した勤務環境改善支援
- 5-4-5. 地域医療介護総合確保基金の活用
- 5-4-6. その他の施策

6. 医学部における地域枠・地元出身者枠の設定

- 6-1. 地域枠・地元出身者枠の設定の考え方
- 6-2. 各都道府県において必要な地域枠・地元出身者枠の数について
- 6-3. 地域枠の選抜方式等について

7. 産科・小児科における医師確保計画

- 7-1. 産科・小児科における医師偏在指標及び医師偏在対策の基本的な考え方
- 7-2. 産科・小児科における医師偏在指標の設計
 - 7-2-1. 産科における医師偏在指標の設計
 - 7-2-2. 小児科における医師偏在指標の設計
 - 7-2-3. 指標の作成手続
- 7-3. 相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域の設定
- 7-4. 産科・小児科における医師確保計画の策定
 - 7-4-1. 産科・小児科における医師確保計画の考え方
 - 7-4-2. 産科・小児科における医師確保の方針
 - 7-4-3. 産科・小児科における偏在対策基準医師数
 - 7-4-4. 産科・小児科における偏在対策基準医師数を踏まえた施策

8. 医師確保計画の効果の測定・評価

1. 序文

1-1. 医師確保計画を通じた医師偏在対策の必要性と方向性

- 医師の偏在は、地域間、診療科間のそれぞれにおいて、長きにわたり課題として認識されながら、現時点においても解消が図られていない。平成 20 年度（2008 年度）以降、地域枠を中心とした全国的な医師数の増加等を行ってきたが、医師偏在対策が十分図られなければ、地域や診療科といったミクロの領域での医師不足の解消にはつながらない。
- このため、医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会において、早急に対応する必要のある実効的な医師偏在対策について、法改正が必要な事項も含め検討を行い、平成 29 年（2017 年）12 月に第 2 次中間取りまとめを公表した。平成 30 年（2018 年）3 月には、第 2 次中間取りまとめで示された具体的な医師偏在対策について、「医療法及び医師法の一部を改正する法律案」を第 196 回通常国会に提出し、同年 7 月に成立した（以下「改正法」という。）。
- 改正法に基づき、今後、全国ベースで三次医療圏ごと及び二次医療圏ごとの医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価した指標（以下「医師偏在指標」という。）が算定され、都道府県においては、三次医療圏間及び二次医療圏間の偏在是正による医師確保対策等を、医療計画の中に新たに「医師確保計画」として 2019 年度中に策定することが求められる。
- これまで、地域ごとの医師数の比較には人口 10 万人対医師数が一般的に用いられてきたが、これは医師数の多寡を統一的・客観的に把握するための「ものさし」としての役割を十分に果たしておらず、データに基づいた医師偏在対策を行うことが困難であったが、今後は新たに算定した医師偏在指標に基づき医師少数区域・医師多数区域等を設定し、医師少数区域等においていかに医師を確保するかについて集中的な検討が可能となる。
- 3 年ごと（最初の計画は 4 年ごと）に医師確保計画の実施・達成を積み重ね、その結果、2036 年までに医師偏在是正を達成すること¹を医師確保計画の長期的な目標と

¹ 医師確保計画においては、「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会 第 3 次中間取りまとめ」における、将来の医師需給推計（以下「マクロ需給推計」という。）に基づき、2036 年時点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

し、都道府県は、本ガイドラインで示す医師確保計画の考え方や構造を参考に、地域の実情に応じた実効性ある医師確保計画の策定に努められたい。

- なお、地域医療構想、医師の働き方改革と医師偏在対策は密接な関連があるものであり、三位一体として、統合的に議論を進めることが重要であることから、都道府県におかれては、三位一体で検討を進めるための体制整備等の必要性についても留意願いたい。

1－2. 医師確保計画の全体像

- 厚生労働省が示す医師偏在指標の計算式・計算結果に基づき、都道府県において医師偏在指標を定め、この医師偏在指標に基づき、二次医療圏のうちから医師少数区域・医師多数区域を設定する。
- 都道府県内の医師少数区域・医師多数区域の状況によって、都道府県内の調整により医師確保を図る必要があるか、他の都道府県からの医師確保も必要となるかが異なるため、二次医療圏ごとに医師確保の方針について定めたい。具体的な目標医師数を設定する。
- 目標医師数を達成するために必要な施策についても、具体的に医師確保計画に盛り込む必要がある。都道府県内の大学の状況などにより採るべき施策に地域差が生じることから、地域医療対策協議会においてよく協議されたい。なお、本ガイドラインに記載した具体的方策の例示も参考にされたい。
- 今回算定する医師偏在指標は、エビデンスに基づき、これまでよりも医師の偏在の状況をより適切に反映するものとして、医師偏在対策の推進において活用されるものである。しかしながら、医師偏在指標の算定に当たっては、一定の仮定が必要であり、また、入手できるデータの限界などにより指標の算定式に必ずしも全ての医師偏在の状況を表しうる要素を盛り込んでいるものではない。このため、医師偏在指標の活用にあたっては、医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまでも相対的な偏在の状況を表すものであるという性質を十分に理解した上で、数値を絶対的な基準として取り扱うことや機械的な運用を行うことのないよう十分に留意する必要がある。
- なお、三次医療圏ごとの医師偏在指標に基づいて都道府県単位でも医師少数都道府

標の値（全国値）を算出し、医療圏ごとに、医師偏在指標が全国値と等しい値になることを、医師偏在是正の目標とする。

県や医師多数都道府県を設定し、医師確保の方針、目標医師数及び施策を定めることとする。その際、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、都道府県単位で定めることとする。

- また、医師全体の医師確保計画とは別に、産科及び小児科に限定した医師確保計画についても定めることとする。

1－3. 医師確保計画の策定に当たっての留意事項

(1) 地域医療構想との関係

- 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、医師確保計画の策定に当たってはこの点に留意する必要がある。
- 医師確保計画は、都道府県が、二次医療圏の医療提供体制の整備を目的として策定するものである。個別の医療機関の医師の確保については、地域医療構想調整会議等において議論された、医療機関ごとの機能分化・連携の方針等を踏まえ、地域における医療提供体制の向上に資する形で地域医療構想と整合的に行われるよう留意しなければならない。

(2) 医師の働き方改革との関係

- 労働基準法（昭和22年法律第49号）に基づく診療に従事する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。医師の労働時間の短縮のためには、個別の医療機関内での取組だけでなく、地域医療提供体制全体としても、医師の確保を行うことが重要である。このため、「医師の働き方改革に関する検討会報告書」（平成31年3月28日 医師の働き方改革に関する検討会）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、同報告書においては、地域医療提供体制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こととされているが、この水準の達成に向け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、同報告書に取りまとめられた医師の働き方改革の結論を踏まえた対応が求められる。

(3) 大学や医師会等との連携

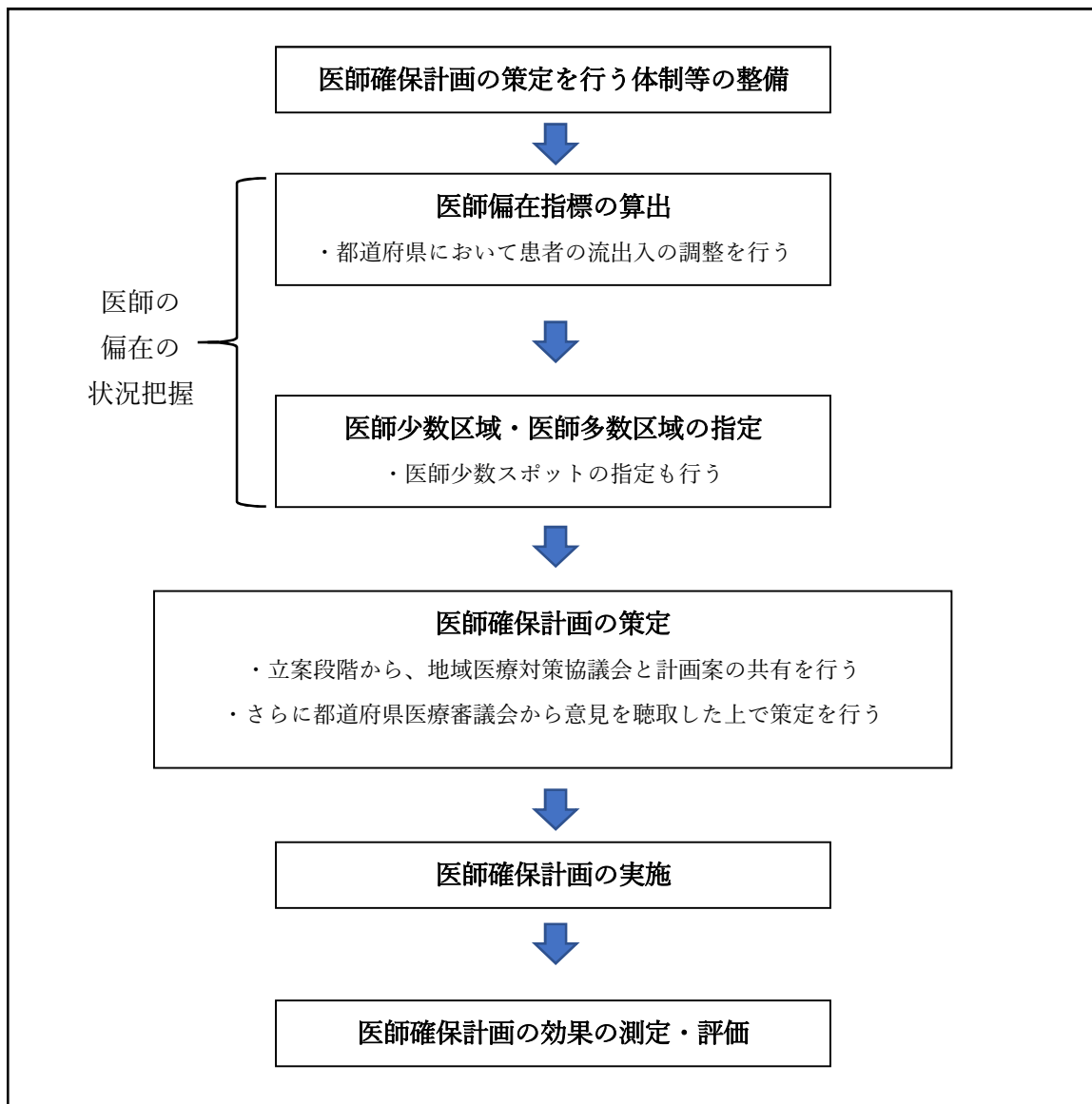
- 地域における医療提供体制の整備については、大学や医師会、地域の中核病院等との連携が重要であり、都道府県はこれらの関係者と、地域医療対策協議会等の場で合意を得た上で医師確保計画を策定しなければならない。また、策定された医師確保計画に沿って行われる医師確保対策について、大学や医師会、地域の中核病院等は協力して支援を行うことが医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 30 条の 27 に規定されている。

1-4. 医師確保計画の策定スケジュール

- 2020 年度から始まる最初の医師確保計画の策定スケジュールのイメージは次のとおりである。

時期	
2019 年 4～6 月末	・ 都道府県間での患者流出入の調整を実施
2019 年 7 月頃	・ 都道府県間の調整を踏まえ、厚生労働省が医師偏在指標（患者流出入の調整後）を算出
2019 年度中	・ 都道府県が地域医療対策協議会との共有、都道府県医療審議会への意見聴取を経て、医師確保計画を策定・公表 ・ 厚生労働省が都道府県向けの医師確保計画策定研修会等を随時実施
2020 年度	・ 都道府県において、医師確保計画に基づく医師偏在対策開始
2022 年度	・ 国が第 8 次（前期）医師確保計画策定に向けた、医師確保計画見直しについての指針を作成、公表予定
2023 年度	・ 都道府県が第 8 次（前期）医師確保計画を策定・公表
2024 年度	・ 都道府県において、第 8 次（前期）医師確保計画に基づく医師偏在対策開始

1-5. 医師確保計画の策定手続のイメージ



2. 医師確保計画の策定を行う体制等の整備

- 医師確保計画は医療計画の一部であることから、その策定に当たっては、医師会等の診療又は調剤に関する学識経験者の団体の意見を聴くとともに、都道府県医療審議会²、市町村及び保険者協議会³の意見を聴く必要がある⁴。
- また、医師確保計画の策定段階から地域の医療関係者、保険者及び患者・住民の意見を聴く必要があることから、都道府県においては、パブリックコメントやヒアリング等の手法により、患者・住民の意見を反映する手続をとることが望ましい。なお、医療審議会での協議に先立ち、医師確保計画策定後を見据えて、医療従事者の確保を図るための方策について検討を行う場として都道府県ごとに設置されている地域医療対策協議会の意見を反映することも必要である。
- 現行の医療計画の策定プロセスと同様に、医師確保計画の策定に当たっても、都道府県医療審議会の下に専門部会やワーキンググループ等を設置して集中的に検討することが考えられるが、そのメンバーについては、代表性を考慮するとともに、偏りがないようにすることが必要である。
- 策定された医師確保計画は、遅滞なく厚生労働大臣に提出するとともに、その内容を公示することとする⁵。その際、住民にその内容を周知することが重要であることから、都道府県の広報誌やホームページ等による公表や、プレスリリース等によるマスコミへの周知など、幅広い世代に行き渡るような様々な手段を用いて公表方法を工夫することが必要である。今般、医療法上に位置づけられた医師確保対策は、公表によりその透明性が確保されることを通じて実効性が高まるものであることから、その趣旨を踏まえ積極的な公表を行っていただくとともに、住民も含めた地域全体での医療提供体制の在り方に関する議論を行っていただきたい。

²都道府県医療審議会（医療法第 72 条）※平成 31 年 4 月 1 日時点の医療法。以下同じ。

都道府県知事の諮問に応じ、当該都道府県における医療を提供する体制の確保に関する重要事項を調査審議するため都道府県に置かれる審議会

³保険者協議会（高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）第 157 条の 2 第 1 項

医療保険の加入者の高齢期における健康の保持のために必要な事業の推進並びに高齢者医療制度の円滑な運営及び当該運営への協力のため、保険者及び後期高齢者医療広域連合が、共同して都道府県ごとに組織する協議会

⁴ 医療法第 30 条の 4 第 16 項及び第 17 項。

⁵ 医療法第 30 条の 4 第 18 項。

- 策定された医師確保計画に基づく施策の実施等に当たっては、「地域医療対策協議会運営指針について」（平成30年7月25日付け医政発0725第15号厚生労働省医政局長通知）別添「地域医療対策協議会運営指針」、「キャリア形成プログラム運用指針について」（平成30年7月25日付け医政発0725第17号厚生労働省医政局長通知）別添「キャリア形成プログラム運用指針」についても参照すること。なお、改正法の2019年4月1日施行に伴い、2020年度以降、地域医療対策協議会の在り方等も見直されることとなる。この内容については、今後、別途通知する予定である。
- 医師確保計画に基づく施策の実施に向けて、大学や医療機関、地域の医療関係者間の自主的な取組や協議を促進するためには、共通認識の形成に資する情報の整備・提供が必要となる。また、こうした情報について丁寧な説明を行うことにより、患者・住民、医療機関及び行政の間の情報格差をなくすよう努めるべきである。
- 医師確保計画策定の基礎となる情報（データ）は、厚生労働省において一元的に整備して都道府県に提供（技術的支援）することとするが、都道府県が、厚生労働省から提供するデータを補完するための独自の調査等を行うことは差し支えない。
- また、大学や医療機関等が有効なデータを保有している場合もあり、そのようなデータも適宜活用いただきたい。
- 以上のことを踏まえ、医師確保計画の策定及び医師確保計画に基づく施策の実施に必要な情報（データ）を別添資料に示す。例えば、医師確保の状況を把握するための基礎的な情報として、
 - ・ 現在の医師数に関する情報
 - ・ 現在の人口に関する情報
 - ・ 将来の人口に関する情報
 - ・ 医師偏在指標に関する情報
 - ・ 目標医師数に関する情報等を示すこととする。追って、将来の医師数や、必要医師数に関する情報等についても今後厚生労働省から提供予定である。

3. 医師偏在指標

3-1. 現在時点の医師偏在指標

(1) 考え方

- これまで、地域ごとの医師数の比較には人口 10 万人対医師数が一般的に用いられてきたが、これは地域ごとの医療ニーズや人口構成等を反映しておらず、医師数の多寡を統一的・客観的に把握するための「ものさし」としての役割を十分に果たしていなかった。このため、全国ベースで医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価する指標として次の「5 要素」を考慮した医師偏在指標を設定することとした。
 - ・ 医療需要（ニーズ）及び人口・人口構成とその変化
 - ・ 患者の流出入等
 - ・ 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）

(2) 医師偏在指標の作成手続

- 厚生労働省は、医師偏在指標の計算方法及び、患者数の流出入に基づく増減を一定程度反映した暫定的な医師偏在指標を公表・都道府県に提供する⁶。
- 都道府県間及び二次医療圏間の患者の流出入の状況については、厚生労働省から現状に関するデータの提供⁷を行い、都道府県が、必要に応じて都道府県間、都道府県内で医師偏在指標への見込み方について調整を行うこととする。都道府県は、無床診療所における外来患者数、病院・有床診療所における入院患者数に関する調整後の都道府県間及び二次医療圏間における患者の流出入数を、2019 年 6 月末までに厚生労働省に報告することとする。その情報を基に、再度、厚生労働省が医師偏在指標を算定し、確定することとする。
- 都道府県間で患者数の流出入に基づく増減を調整する場合には、都道府県の企画部

⁶ 厚生労働省が提供する、患者の流出入を一定程度反映した医師偏在指標は、外来患者の流出入数については、昼間人口と夜間人口の比を用いて推計したものを、入院患者の流出入数については、患者調査における病院の入院における患者住所地に基づいた患者数と医療機関所在地に基づいた患者数から推計したものをを用いている。

⁷ 無床診療所の外来患者の流出入数に関しては、NDB のデータのうち、国民健康保険の被保険者の受療動向から、全人口の受療動向を推測したものである。入院患者の流出入数に関しては、患者調査における病院の入院患者の流出入数の情報を用いている。それぞれにデータ上の制限があることに留意が必要である。

局（地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）の総合計画を所管する部局）や介護部局（介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）の介護保険事業支援計画を所管する部局）、医療関係者の意見を踏まえ、自都道府県の考え方をまとめること。また、自都道府県内の二次医療圏間の患者数の増減を調整する場合も同様に、医療関係者や市区町村の意見を踏まえ、自都道府県の考え方をまとめることとする。

- これらの考え方を踏まえ、都道府県は、関係する都道府県や都道府県内の医療関係者との間で患者数の増減を調整することとする。なお、調整に当たっては、丁寧かつ十分な協議を行い、特に都道府県間の調整においては、通常の議事録の作成に加え、合意を確認できる書面を作成するなどして、取りまとめておくことが適当である。
- 患者数の増減の調整についての協議において、合意が得られない場合については、患者の流出入の状況を全て見込むこと⁸を基本とする。

（3）医師偏在指標の設計

- 医師偏在指標を、次のように設計する。

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

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

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

⁸ 患者の流出入の状況を全て見込むとは、医療施設所在地に基づく患者数を用いて検討を行うことを意味する。すなわち、実際に他の圏域へ流出している患者数、他の圏域から流入している患者数を全て流出・流入しているものと見込むことを意味する。

(※3)地域の期待受療率＝

$$\frac{\Sigma (\text{全国の性年齢階級別調整受療率}^9 (\text{※4}) \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

(※4)全国の性年齢階級別調整受療率

$$= \text{無床診療所医療医師需要度}(\text{※5}) \times \text{全国の無床診療所受療率} \\ + \text{全国の入院受療率}$$

$$(\text{※5}) \text{無床診療所医療医師需要度} = \frac{\frac{\text{マクロ需給推計における外来医師需要}^{10}}{\text{全国の無床診療所外来患者数} (\text{※6})}}{\frac{\text{マクロ需給推計における入院医師需要}^{11}}{\text{全国の入院患者数}}}$$

(※6)全国の無床診療所外来患者数

$$= \text{全国の外来患者数}$$

$$\times \frac{\text{初診・再診・在宅医療算定回数} [\text{無床診療所}]}{\text{初診・再診・在宅医療算定回数} [\text{有床診療所・無床診療所}]}$$

- さらに、患者の流出入に基づく増減を反映するために、(※4) 全国の性年齢階級別調整受療率を、次のように修正を加えて計算を行うこととする。都道府県においては、この無床診療所及び入院患者における流入数及び流出数について、患者流出入のある都道府県間及び都道府県内の二次医療圏間で調整の上、厚生労働省に報告することとする。

⁹ 性年齢階級別の受療率を算出する際に、入院受療率と外来受療率を同一の基準で比較するために、マクロ需給推計に基づいて無床診療所における外来患者と、病院及び有床診療所における入院患者それぞれの一人当たりが発生する需要の比を、無床診療所医療医師需要度として用いることとした。この無床診療所医療医師需要度を乗じた無床診療所受療率と入院受療率の合計を、性年齢階級別調整受療率として、性年齢階級ごとの医療需要を表す指標として用いることとする。

¹⁰ マクロ需給推計における外来医師需要は、無床診療所における外来医療需要の推計を行っている。

¹¹ マクロ需給推計における入院医師需要は、病院及び有床診療所における入院医療需要の推計を行っているものであるが、病院及び有床診療所における外来医療需要においては、入院需要の一部として推計している。

性年齢階級別調整受療率(流出入反映)

$$\begin{aligned} &= \text{無床診療所医療医師需要度} \times \text{全国の無床診療所受療率} \\ &\quad \times \text{無床診療所患者流出入調整係数} \quad (\text{※7}) \\ &+ \text{全国の入院受療率} \times \text{入院患者流出入調整係数} \quad (\text{※8}) \end{aligned}$$

(※7)無床診療所患者流出入調整係数

$$= \frac{\text{無床診療所患者数(患者住所地)} + \text{無床診療所患者流入数} - \text{無床診療所患者流出数}}{\text{無床診療所患者数(患者住所地)}}$$

(※8)入院患者流出入調整係数

$$= \frac{\text{入院患者数(患者住所地)} + \text{入院患者流入数} - \text{入院患者流出数}}{\text{入院患者数(患者住所地)}}$$

3-2. 将来時点の医師偏在指標

- 3-1で述べた現在時点の医師偏在指標とは別に、新たな地域枠の設置等の追加的な医師確保対策を講じなかった場合を仮定した医師の供給推計を用いて、将来時点の医師の偏在を示す指標を算定することとする。

- 将来時点の医師偏在指標については、現在時点の医師偏在指標と同様の手続により都道府県による調整を行うものとし、現在時点の医師偏在指標が確定した際に、これと併せて厚生労働省が公表することとする。なお、将来時点における患者の流出入の状況について、現在時点の患者の流出入の状況とは異なるものを使用する場合は、関係する都道府県と協議の上で設定を行い、2019年6月末までに報告すること。

4. 医師少数区域・医師多数区域の設定

4-1. 医師少数区域・医師多数区域の設定についての考え方

- 各都道府県において、医師偏在の状況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、これらの区域分類に応じて具体的な医師確保対策を実施することとする。
- 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、これらの区域に加えて、厚生労働省は、医師少数都道府県及び医師多数都道府県も同時に設定することとする。
- 医師少数区域及び医師少数都道府県)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、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。
- 医師偏在是正の進め方としては、医師確保計画の1計画期間(医師確保計画の見直し(3年ごと)までの期間をいう。以下同じ。)ごとに、医師少数区域に属する二次医療圏又は医師少数都道府県に属する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する。
- 医師偏在指標の下位一定割合を各計画期間で一定とすれば、5計画期間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程度を医師少数区域及び医師少数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%を医師少数区域及び医師少数都道府県の設定の基準とする。
- また、医師多数区域及び医師多数都道府県の設定の基準は、医師確保対策の遂行上の需給バランスの観点から、医師偏在指標の上位33.3%とする。
- ただし、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、近隣の二次医療圏の医療機関において当該二次医療圏の住民の医療を提供することと企図しているような場合が想定される。そのような二次医療圏において、限られた医療資源を効率的に活用するためには、近隣の二次医療圏に医療資源を集約することが望ましいと考えられる。本来、そのような二次医療圏は二次医療圏として設定するべきではなく、二次医療圏の設定を見直すことが適切と考えられるが、二次医療圏の見直し

が困難な場合については、そのような二次医療圏を医師少数区域として設定せず、重点的な医師確保対策の対象としないことも可能である。

- なお、医師偏在指標上、医師少数区域に該当しない二次医療圏を医師少数区域として設定すること等は認められない。

4-2. 医師少数スポット

- 医師確保計画は、二次医療圏ごとに設定された医師少数区域及び医師少数都道府県の医師の確保を重点的に推進するものであるが、実際の医師偏在対策の実施に当たっては、より細かい地域の医療ニーズに応じた対策も必要となる場合がある。このため、都道府県においては、必要に応じて二次医療圏よりも小さい単位の地域での施策を検討することができるものとし、局所的に医師が少ない地域を「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ができるものとする。
- ただし、医師少数スポットを設定するに当たり、多くの地域が医師少数スポットとして設定され、真に医師の確保が必要な地域において十分な医師が確保できないという状況は改正法の趣旨を没却するものであるため、医師少数スポットの設定は慎重に行う必要がある。そのため、既に巡回診療の取組が行われており、地域の医療ニーズに対して安定して医療が提供されている地域や、病院が存在しない地域などで明らかに必要な医療を他の区域の医療機関でカバーしている場合等、既に当該地域で提供すべき医療に対して必要な数の医師を確保できている地域を医師少数スポットとして設定することは適切ではない。
- また、現在、無医地区・準無医地区として設定されている地域等を無条件に医師少数スポットとして設定することも、同様の理由から適切ではないと考えられ、医師少数スポットはあくまで当該地域の実情に基づいて設定しなければならないものである。一方で、へき地診療所を設置することで無医地区・準無医地区に該当していない地域でも、当該へき地診療所における継続的な医師の確保が困難である場合であって他の地域の医療機関へのアクセスが制限されている地域などについては、必要に応じて医師少数スポットとして設定することが適切であると考えられる。

5. 医師確保計画

5-1. 計画に基づく対策の必要性

- これまで、都道府県は医療計画において医師の確保に関する事項については「医療従事者の確保に関する事項」の一部として定めてきたところではあるが、医師の確保に関する事項の有無や内容の充実の度合いに都道府県間で差があり、PDCA サイクルに基づく医師確保対策の検証が十分になされていないなど、都道府県によっては実効的に医師確保対策が講じられているとは言いがたい状況であった。改正法により、地域ごとの医師の多寡について全国ベースで統一的・客観的に比較・評価可能な医師偏在指標を導入し、各都道府県が医師の確保に関する事項を特出しして医師確保対策について医療計画に定めることで、PDCA サイクルに基づく目標設定・取組・取組の評価・改善が可能になると考えられる。このため、都道府県は、医師偏在指標に基づく医師確保の方針、確保すべき目標医師数、目標の達成に向けた施策内容、という一連の方策を、医療計画の中で特に「医師確保計画」として定めることとする。
- 医師確保計画において定められる都道府県が行う対策は、地域枠医師等のキャリア形成プログラムの適用を受ける医師に関する事項が中心になるものと考えられる。しかし、キャリア形成プログラムの適用を受ける医師以外についても、都道府県内の大学や医師会、医療機関等は、医師確保計画が都道府県内の関係者の合意の上で策定されていることを勘案し、可能な限り医師確保計画に沿った対応が望まれることから、都道府県は適切な関与を行うこと。
- 医師確保計画は、二次医療圏単位での医療提供体制の確保を目的としており、個別の医療機関の求めのみに応じて医師を充足させることを目的としているわけではないことに留意して、都道府県は医師確保計画を策定しなければならない。
- 個別の医療機関については、現在、各地域医療構想調整会議において、公立・公的医療機関等でなければ担えない機能に重点化が図られているか等をはじめとした医療機関の機能と役割について議論が行われているところであるが、その議論の結果に沿って地域において必要とされる医療が過不足なく提供されるよう医師の確保がなされなければならない。この目的を達成するためにも、地域医療構想調整会議においては、各医療機関について現在の機能を所与のものとして、医療機関が地域の実情と比べて必要以上の機能と役割を担うことがないよう十分な議論を行う必要がある。
- 「医師の働き方改革に関する検討会 報告書」においてとりまとめられているよう

に、医師の勤務環境の改善には、医療機関の機能分化・連携を通じた医療機能の集約化による、質が高く効率的な医療提供体制の構築が必須である。質が高く効率的な医療提供体制を構築するために、前述のように医療機関ごとの機能分化・連携の方針について地域医療構想調整会議等の場で議論を行う必要があり、議論の結果結論を得た医療機関ごとの担うべき機能に即して医師の確保を行わなければならない。

- このように、都道府県においては、地域医療構想、医師の働き方改革と医師偏在対策を三位一体として捉えた上で、統合的に議論を進めることが重要となる。
- 地域医療介護総合確保基金については、これまでも医療従事者の確保のために活用されてきたが、限りある財源を有効に活用するためにも、医師少数都道府県や医師少数区域における医師の確保に重点的に用いるべきである。そのため、特に医師多数都道府県に該当する都道府県は、地域医療介護総合確保基金を用いた医師確保の取組に関して大幅な見直しを行うべきである。
- 医師確保計画においては、計画期間の終期まで（2019 年度中に都道府県が策定することとされている医師確保計画であれば 2023 年度末まで）に取り組むべき医師の確保に関する内容及び「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」において医師偏在是正の目標年とされた 2036 年までに取り組むべき医師の確保に関する内容を定める必要がある。

5－2．医師確保の方針

5－2－1．方針の考え方

- 医師偏在指標の値を用いて全国の医療圏を一律に比較することで医師多数都道府県、医師多数区域、医師少数都道府県、医師少数区域を設定し、それぞれの区域について目標医師数を定めることとする。
- さらに医療圏ごとに医師確保の方針を定めることとする。例えば、医師多数都道府県、医師多数区域において現時点以上の医師確保対策を行う方針が定められることがないよう、医療圏の状況に応じて医師確保の方針を定める必要がある。医療圏ごとの医師確保の方針については、一定の類型化の下、後述のように定めることとする。

5－2－2．医師確保の方針の具体的な内容

- 医師確保の方針についての基本的な考え方は次のとおり。
 - ・ 医師少数都道府県及び医師少数区域については、医師の増加を医師確保の方針の基本とする。
 - ・ 偏在是正の観点から、医師の少ない地域は、医師の多い地域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二次医療圏及び都道府県のそれぞれについて場合分けをした上で医師確保の方針を定めることとする。例えば、医師多数都道府県内の医師少数区域に、当該医師多数都道府県外から医師の派遣を募るような方針とならないようにする必要がある。
 - ・ 現時点で医師確保が必要であるのか、現時点では医師が確保できているが、将来的には医師の確保が必要となるのかなどの時間軸による状況の差異によって、採るべき医師確保の対策に係る方針が異なる場合があることから、時間軸によっても場合分けした上で医師確保の方針を定めることとする。

- 現在時点と将来時点のそれぞれにおける医師確保の方針は次のとおりとする。
 - ・ 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することとする。

- これらの基本的な考え方に沿って、次のとおり医師確保の方針を定めることとする。

i) 都道府県

- 都道府県における基本的な医師確保の方針は次のとおりとする。
 - ・ 医師少数都道府県については、医師の増加を医師確保の方針の基本とする。
 - ・ さらに、医師少数都道府県は、医師多数都道府県からの医師の確保ができることとする。
 - ・ 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。
 - ・ 医師多数都道府県は、当該都道府県以外からの医師の確保は行わないこととする。ただし、これまでの既存の施策による医師の確保の速やかな是正を求めるものではない。また、都道府県内の医師の充足状況や他の都道府県からの医師の流入状況等を勘案し、医師少数都道府県への医師派遣についても検討を行うこととする。特に、医師多数都道府県であり、かつ、医師少数区域を有さない都道府県であって、継続的に医師の数が増加している都道府県については、他の医師少数都道府県からの求めに応じた医師派遣等について、地域医療対策協議会の議題として必ず取り扱うなど全国的な医師偏在是正に対する協力をお願いしたい。なお、例えば、医師多数都

道府県であっても、当該都道府県内における産科医師又は小児科医師がその勤務環境等を鑑みて不足していると考えられる場合に産科医師又は小児科医師に特化して確保する方針とすることや、外来医師多数区域が多く存在するような都道府県においては特に、診療所が、地域で不足する医療機能を担うことができるよう、環境の整備を行う方針とする等、様々な形の医師の偏在に対して適切な医療提供体制を構築するために、医師確保方針を決定することが可能である。

ii) 二次医療圏

- 基本的な医師確保の方針は次のとおりとする。
 - ・ 医師少数区域については、医師の増加を医師確保の方針の基本とする。
 - ・ さらに、医師少数区域は、医師少数区域以外の二次医療圏からの医師の確保ができることとする。
 - ・ 医師少数でも多数でもない二次医療圏は、必要に応じて、医師多数区域の水準に至るまでは、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。これまでの既存の施策による医師の確保の速やかな是正を求めるものではないが、医師少数区域への医師派遣を行うことは求められる。なお、例えば、医師多数区域であっても、圏内における産科医師又は小児科医師が、その勤務環境等を鑑みて不足している場合、産科医師又は小児科医師に特化して確保する方針とすることや、外来医師多数区域においては特に、診療所が地域で不足する医療機能を担うことができるよう、環境の整備を行う方針とする等、様々な形の医師の偏在に対して、適切な医療提供体制を構築するための方針は採択可能である。
 - ・ ただし、医師多数都道府県内に存在する医師少数区域については、当該都道府県以外からの医師の確保を行わないこととする。

iii) 医師少数スポット

- 都道府県が設定した医師少数スポットについても、医師確保の方針を定めることとする。

- 医師少数都道府県以外の都道府県に存在する医師少数スポットについては、医師少数区域と同様に、他の都道府県からではなく、都道府県内の医師多数区域から医師の確保を行うこととする。医師少数都道府県内に存在する医師少数スポットについては自都道府県外からも医師を確保することを可能とする。

5-2-3. 留意事項

- 医師多数都道府県において、これまで他の都道府県に対し医師の派遣を要請してきた経緯があり、その医師派遣が廃止されることで、地域医療への影響が大きい場合等について、他の都道府県に対する医師の派遣の要請をただちに廃止することまでを求めることはしないが、現時点以上に重点的に都道府県外からの医師の確保のための取組を行うことは適当ではなく、将来的には、都道府県外からの医師の確保のための取組の在り方について、関係都道府県における医療提供体制の状況も踏まえ、見直しに向けた検討を行う必要がある。

5-2-4. 具体的な事例

- 現在時点では医師少数都道府県に該当するが、人口減少に伴い将来時点には医師少数でも多数でもない都道府県となることが想定される都道府県については、医師を確保するための短期的な施策のみ策定し、長期的な施策は用いない。
一方、現在時点では医師少数都道府県に該当し、かつ、将来時点でも医師少数都道府県になることが想定される都道府県については、短期的な施策に加えて長期的な施策を策定可能である。

5-3. 目標医師数

5-3-1. 目標医師数

(i) 考え方

- 3年間（2020年度から開始される医師確保計画については4年間）の計画期間中に医師少数区域及び医師少数都道府県が計画期間開始時の下位 33.3%の基準を脱する（すなわち、その基準に達する）ために要する具体的な医師の数を、目標医師数として設定する。
- 目標医師数は、計画期間終了時点において、各医療圏で確保しておくべき医師の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計画開始時点の下位 33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数と定義する。したがって、医師確保対策により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して表されることとなる。
- 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。例えば、A医療圏にある大学に籍を置いたまま、B医療圏に

ある病院に週に一回派遣されて診療を行っている医師が7名いる場合、医師偏在指標上はA医療圏に常に7人の医師がいるものとされるため、B医療圏の医師偏在指標には反映されていないが実態としては1人分B医療圏において医師が確保されていることになる。このような場合、医師偏在指標の修正を行う必要はないが、医師偏在指標を補う形で、医師1名分の医師偏在対策が既に行われているとみなし、都道府県は、B医療圏において追加で確保すべき医師数の数を1人分減じた上で、医師確保対策の検討を行うこととする。

(ii) 都道府県

- 医師少数都道府県の目標医師数は、計画期間終了時の医師偏在指標が、計画期間開始時の全都道府県の医師偏在指標について下位 33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数と定義する。
- なお、医師少数都道府県以外は、目標医師数を既に達成しているものとして取り扱うこととする。ただし、前述のとおり、これは既存の医師確保の施策を速やかに廃止することを求める趣旨ではなく、新たに医師確保対策を立案することを抑制する趣旨である。

(iii) 二次医療圏

- 医師少数区域の目標医師数は、計画期間終了時の医師偏在指標の値が、計画期間開始時の全二次医療圏の医師偏在指標について下位 33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数と定義する。
- 都道府県内の医師確保の方針は、地域医療構想における方針等も含め、都道府県において地域の実情を踏まえて設定すべき事項であることから、医師少数区域以外の二次医療圏における目標医師数については、都道府県において独自に設定することとする。なお、厚生労働省は、これらの二次医療圏における目標医師数の参考値として、各二次医療圏の医師偏在指標が計画期間開始時の全二次医療圏の医師偏在指標の平均値に達する値である医師数を提示する。

5-3-2. 将来時点における必要医師数と医師供給推計

- 各都道府県において、今後の地域枠や地元出身者枠を設定するに当たり、その根拠として必要となる将来時点において確保が必要な医師数を、必要医師数として定義する。

- 必要医師数の具体的な算出方法は、マクロ需給推計に基づき、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、厚生労働省において、医療圏ごとに、医師偏在指標がこの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。
- 将来時点の医師供給数を推計するに当たっては、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て幅を持っ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、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を行うこととする。
- 必要医師数と将来時点の医師供給数との差分は、短期施策と、地域枠等の設定による長期施策によって追加で確保が必要となる。

5-3-3. 留意事項

- 都道府県によっては、医師確保計画の計画期間中に目標医師数を達成することが非常に困難となる二次医療圏又は都道府県が存在することが想定される。そのような二次医療圏又は都道府県については、2036年までに医師需要を満たすだけの医師数（必要医師数）を確保することに主眼を置くことはやむを得ない。ただし、2036年よりも早期の段階で医療需要がピークを迎えるような二次医療圏又は都道府県においては、そのピークに向けて確保すべき医師数について必要医師数に加味できていないことになるため、必要医師数は足下の目標としては過小評価となっている可能性がある。そのような二次医療圏又は都道府県においては、直近の医療需要に基づいて算出される医師数である目標医師数の達成に努めることが重要である。

5-4. 目標医師数を達成するための施策

5-4-1. 施策の考え方

- 医師確保対策としては、

- ・ 都道府県内における医師の派遣調整
 - ・ キャリア形成プログラムの策定・運用
などの短期的に効果が得られる施策と、
 - ・ 医学部における地域枠・地元出身者枠の設定
などの医師確保の効果が得られるまでに時間のかかる、長期的な施策が存在する。
- 都道府県は、都道府県ごと、二次医療圏ごとに定めた医師確保の方針に基づき、これらの施策のうちから適切な施策を組み合わせる行うこととなる。例えば、医師確保の方針を短期的な施策により医師を増加させることと設定した場合は、目標医師数を達成するための施策として医師少数区域への医師の派遣調整や、医師少数区域等での勤務を含むキャリア形成プログラムの策定及び運営等の短期的に効果が得られる施策を定めることとなる。一方で、2036年時点における必要医師数と医師供給推計の医師数のギャップのうち、短期的な対策では埋まらない必要医師数については長期的な対策が必要であり、具体的には大学医学部に対する地域枠・地元出身者枠の増員の要請等の施策を定めることとなる。
- 都道府県ごとの医師確保対策については、一定程度共通の項目に基づき定めることで、施策の効果の測定や好事例の共有等を容易に実施することができるようになるため、次に掲げる項目については医師確保計画に定めることが望ましい。ただし、都道府県ごとの医師確保の方針と合致しない項目については、その旨を記載の上で、施策として必ずしも定める必要はない。
- まず、二次医療圏単位の医師確保対策について検討する際には、現在の二次医療圏が適切に設定されているかについて確認することが必要である。二次医療圏は、本来一般病床及び療養病床の入院医療を提供する一体の区域として設定されるべきものであるため、「既設の二次医療圏が、入院に係る医療を提供する一体の圏域として成り立っていない場合は、その見直しについて検討すること。その際には、圏域内の人口規模が患者の受療動向に大きな影響を与えていることから、人口規模や、当該圏域への患者の流入及び当該圏域からの患者の流出の実態等を踏まえて見直しを検討すること」が必要であり、具体的には「人口規模が20万人未満であり、かつ、二次医療圏内の病院の療養病床及び一般病床の推計流入入院患者割合（以下「流入患者割合」という。）が20%未満、推計流出入院患者割合（以下「流出患者割合」という。）が20%以上となっている既設の二次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられるため、設定の見直しについて検討するこ

と」が必要である¹²。現在設定されている全国の二次医療圏については、人口規模、面積や基幹病院へのアクセスに大きな差があり、大幅な入院患者の流出入がみられる二次医療圏など、一体の圏域として成立していないと考えられるものも依然として存在している。そのような二次医療圏については、他の二次医療圏で受診している患者が相当数いる実情を踏まえ、二次医療圏の再編・統合を検討することが適当である。

- なお、医師確保の観点から二次医療圏の見直しが必要であると認められる場合には、地域医療対策協議会から、都道府県医療審議会に対しその旨意見を述べることができる。

5-4-2. 医師の派遣調整

- 医師の派遣調整の対象となる医師は、基本的には地域医療対策協議会において医師の派遣調整を行う対象となる医師、すなわち「地域枠医師を中心とした、キャリア形成プログラムの適用を受ける医師」¹³とする。しかし、都道府県は、地域医療対策協議会における派遣調整の対象とならない医師の派遣についても各都道府県や二次医療圏の医師確保の方針に沿ったものとなるよう、多くの医師を派遣している大学や、大学病院等の医療機関に対して医師確保における現状の課題と対策を共有しなければならない。
- 特に医師多数都道府県や医師多数区域の医療機関においては、医師の地域偏在の解消という医師確保計画の趣旨を踏まえ、医師少数都道府県や医師少数区域への医師の派遣等の支援に努めること。また、医師多数都道府県や医師多数区域を含む都道府県については、そのような取組を推進する環境の整備を進めること。
- 派遣調整を行う医師の派遣先となる医療機関（以下「派遣先医療機関」という。）は、キャリア形成プログラムと整合的なものとなるよう選定するとする。選定に当たっては、二次医療圏単位の地域医療の確保のために必要最低限の医療機関に限ること。また、地域の医療ニーズに合わせて、巡回診療による医療の提供等、常勤医の派遣以外の取組による医師の確保も検討を行うこと。
- 派遣先医療機関は地域医療対策協議会において決定する。また、地域医療対策協議

¹² 「医療計画について」（平成 29 年 3 月 31 日付け医政発 0331 第 57 号厚生労働省医政局長通知）

¹³ 「地域医療対策協議会運営指針について」（平成 30 年 7 月 25 日付け医政発 0725 第 15 号厚生労働省医政局長通知）別添「地域医療対策協議会運営指針」

会における医師の派遣のみでは医師少数区域等において十分な医師の確保ができない場合等には、多くの医師を派遣している大学病院等の医療機関に対して、地域医療対策協議会における医師の派遣調整の対象とならない医師も医師少数区域等へ派遣するよう促す必要がある。

- 派遣先医療機関を円滑に決定するために、地域医療対策協議会の構成員である大学の代表者は、事前に各教室の医師の派遣の方針に関する意見を集約した上で地域医療対策協議会における議論に臨む必要がある。また、大学の各教室やその他の医師の派遣を行っている医療機関等は、これまでの派遣先医療機関にとらわれることなく、地域医療対策協議会で定められた医師の派遣の方針に沿って医師の派遣調整を行うことが求められる。
- 厚生労働省としても、都道府県が、適切に都道府県を超えて医師少数区域や医師少数三次医療圏への医師の派遣が調整できるよう、必要な支援を行う。

5-4-3. キャリア形成プログラム

- 都道府県は、「医師少数区域における医師の確保」と「医師不足地域に派遣される医師の能力開発・向上の機会の確保」の両立を目的としてキャリア形成プログラムを策定すること。
なお、キャリア形成プログラムの運用に係る詳細については、「キャリア形成プログラム運用指針について」（平成30年7月25日付け医政発0725第17号厚生労働省医政局長通知）別添「キャリア形成プログラム運用指針」によること。
キャリア形成プログラムにおいて、医師少数区域等の医療機関における就業期間を定めること。ただし、都道府県の実情に合わせて、キャリア形成プログラムを都道府県内で不足している診療領域に限る等、不足している分野の解消に資するプログラムを設計すること。
- キャリア形成プログラムが、「医師少数区域における医師の確保」と「医師不足地域に派遣される医師の能力開発・向上の機会の確保」という効果を十分に発揮するためには、
 - ・ 一定期間、確実に医師少数区域等に派遣されること
 - ・ 医師少数区域等においても十分な指導体制が構築されることが必要となる。これらの点を満たすためには、大学医学部や専門研修プログラムを作成する医療機関等との十分な合意形成が必要である。また、医師少数区域等での診療義務を果たす以上、事実上、一定の範囲の診療領域に従事することが求められる場合

がある。そのため、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できるよう、地域の実情に合わせてキャリア形成プログラムを検討することが必要である。

- プログラム対象者の地域定着支援のためには、対象者の納得感の向上と主体的なキャリア形成のための支援およびプログラム終了前の離脱の防止策が重要と考えられる。

対象者の納得感の向上と主体的なキャリア形成の支援のためには次の方策が必要である。

- ・ 都道府県は、医学部生段階から地域医療や職業選択について考える機会を対象者に提供し、適切なコース選択を支援する。
- ・ 都道府県は、対象者の希望に対応したプログラムとなるよう努め、診療科や就業先の異なる複数のコースを設定する。
- ・ 都道府県は、コースの設定・見直しに当たって、対象者からの意見を聴き、その内容を公表し反映するよう努める。
- ・ 出産、育児等のライフイベントや、海外留学等の希望に配慮するため、プログラムの一時中断を可能とする(中断可能事由は都道府県が設定)。
- ・ キャリア形成プログラムは都道府県と対象者との契約関係であり、対象者は満了するよう真摯に努力しなければならないことを通知で明示する。
- ・ 一時中断中は、中断事由が継続していることを定期的な面談等により確認する(中断事由が虚偽の場合は契約違反となる)。
- ・ 都道府県は、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する(家族の介護等やむを得ない事情がある場合を除く)。
- ・ 都道府県は、修学資金について適切な金利を設定する。

- また、都道府県は、キャリア形成プログラムの策定に当たっては、臨床研修修了後の医師が2020年4月1日以降に医療法第5条の2第1項に規定されることとなる認定を受けることを希望して医師少数区域等において勤務する場合に、本人の希望に応じた臨床能力の向上や医師少数区域等の環境への早期からの適応が可能となるよう、当該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に資するコースを設定すること。(※なお、2019年3月31日までに医師少数区域等で勤務した経験は、当該認定の判断の基礎となる勤務経験には算入しない点、誤解を生じることのないよう留意すること。)

- 医師確保計画においては、必ずしも全てのキャリア形成プログラムの詳細な内容を記載する必要はないが、キャリア形成プログラムの「医師少数区域における医師の確

保」と「医師不足地域に派遣される医師の能力開発・向上の機会の確保」という目的を踏まえ、都道府県としてキャリア形成プログラムを運用するに当たっての方針について定めること。具体的には、義務年限中の医師少数区域等における勤務期間、医師少数区域等における勤務期間以外の期間における勤務先に関する方針やキャリア形成に資する具体的な方策について記載することが望ましい。

5-4-4. 医師の働き方改革を踏まえた医師確保対策と連携した勤務環境改善支援

- 医師少数区域における勤務を促進するに当たっては、医師少数区域の医療機関における勤務環境の改善が必須である。「医師の働き方改革に関する検討会 報告書」の内容も踏まえ、医師少数区域の医療機関において、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る医師に対する負担の集中の軽減等、勤務医が健康を確保しながら働くことができる勤務環境の整備に向けた取組が進むよう、都道府県は、環境整備に努めること。
- 各医療機関は都道府県と連携の上、医師少数区域において勤務する医師の休養や、勤務する医師が研修等へ参加するための交代医師の確保に努めること。具体的には、円滑な交代医師の確保のために、医師少数区域以外の区域で勤務する地域枠医師や地域枠医師が勤務する医療機関等に対して、交代医師が必要となった際の協力が得られるよう事前に同意を得ておくことが望ましい。
- 上記の内容を踏まえて、医師確保計画においては、勤務環境改善に向けた具体的な取組内容と、費用負担の在り方について記載することが望ましい。

5-4-5. 地域医療介護総合確保基金の活用

- 地域医療介護総合確保基金については、これまでも医療従事者の確保の目的に活用されてきたが、限りある財源を有効に活用するためにも、医師少数都道府県や医師少数区域における医師の確保に重点的に用いられるべきである。
- 今後、医師都道府県においては、例えば、全国的に不足していると考えられる産科医師や小児科医師の確保の目的を除いて新規に地域医療介護総合確保基金を活用した修学資金貸与等の取組を行うことは適切ではない。したがって、医師多数三次医療圏においては、今後入学予定の医学生に対する修学資金の貸与については地域医療介

護総合確保基金以外の財源を用いることが望ましい。

- 医師多数都道府県における地域医療介護総合確保基金を活用した既存の取組については、今後も地域医療介護総合確保基金を活用可能ではあるが、その取組の規模や内容の見直しが必要となる。
- 地域医療介護総合確保基金を活用した取組について、医師少数区域における医師の確保に重点的に基金が活用されるよう、例えば医師少数区域における医師の確保に関して別に事業を検討するなど、地域医療介護総合確保基金の活用事業を工夫すること。

5-4-6. その他の施策

- 医療法第30条の23及び第30条の25において、地域医療対策協議会において協議を行う事項、また都道府県（地域医療支援センター）が行う地域医療支援事務は、医師確保計画に記載された事項の実施に必要な事項とされていることを踏まえ、医師確保計画には、過不足ない内容を記載する必要がある。
- 具体的には、地域医療の確保に関する調査分析や、医療関係者、医師等に対する必要な情報の提供、助言等の援助等の、都道府県が医療機関における医師の確保のために行う必要な支援に関する事項や、6. で詳述する医学部における地域枠・地元出身者枠の設定に関する事項、医師法（昭和23年法律第201号）において地域医療対策協議会で協議することとされた事項についても、記載する必要がある。
- 特に、地域に定着する医師の確保の観点から、地元出身の医師の養成を目的とした中高生を対象とする医療セミナーの開催や、地域医療を担う医師を増やすことを目的とした医学部生を対象とする地域医療実習の拡充及び支援等の施策の検討を行うこと。また、地域枠を中心とした、都道府県における就業に一定の関心を持つ医学部生や若手医師が大学、所属医療機関を超えて情報共有や意見交換を行うことのできるプラットフォームを整備することも有用であると考えられる。
- 各都道府県内の基幹型臨床研修病院と協力型臨床研修病院は、地域重点型プログラムなどを用いてより多くの研修医が医師少数区域における地域医療研修を行えるようにするのが望ましい。ただし、臨床研修病院の定員を増加する場合は、当該病院の指導体制の増強も併せて行わなければならない。
- 都道府県内外の大学医学部に対して、寄付講座を設置することも有用な施策である。

寄付講座の設置に当たっては、若手医師等にとって魅力ある講師の選定や、講師となる医師の具体的な派遣人数についても事前に取り決めておくことが必要である。

- 都道府県を越えて医師を確保するために、若手医師向けのイベントや先進的な研修プログラム等の、大学医学部と連携して医師少数区域等に勤務する意欲ある医師にアプローチできる仕組みの構築に努めること。また、そのような取組についてソーシャル・ネットワーク・サービス（SNS）を活用して周知することも有効であると考えられる。
- 厚生労働省が提供する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活用して、自都道府県に縁のある医師のリクルートに努めること。
- その他、地域の実情に合わせて必要な施策を定めていくことが望ましい。

6. 医学部における地域枠・地元出身者枠の設定

6-1. 地域枠・地元出身者枠の設定の考え方

- 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、地域医療対策協議会の協議を経た上で、要請できるとされている。
- 地域枠及び地元出身者枠については、別途、文部科学省及び厚生労働省から示す通知に基づき、地域医療対策協議会における協議を行い、大学医学部に要請を行い、設置・増員等を進めていくことが必要である。なお、当該通知に基づく対策とは別に、各都道府県内において、独自の医師偏在対策として、地域枠及び地元出身者枠の設置・増員等を進めることについて妨げるものではないことに留意が必要である。
- 地域枠については、都道府県内の特定の地域における診療義務を課すものであり、都道府県内における二次医療圏間の偏在を調整する機能があるとともに、特定の診療科における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。
- 一方、地元出身者枠については、これを設置する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ある。
- 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を進めていくことが重要である。
- また、地域ごとの医師の需給推計から算出された、都道府県ごとの地域枠等の必要数を別途厚生労働省から提供予定である。その数値等を踏まえて、今後大学医学部に対し、地域枠・地元出身者枠の要請を行うこと。なお、都道府県ごとの地域枠等の必要数について、暫定的に厚生労働省において算出したものを提示することとしており、医師確保計画全体の策定に先立って、特に地域枠等の設置・増員等について、大学医学部との協議を開始することが必要である。
- 特に地域枠医師に関しては、都道府県内の診療科間・地域間偏在の両方の解消に

資するキャリア形成プログラムを適用すること。また、都道府県内の状況に合わせて、地域枠医師が、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。その際には、「都道府県ごとの診療科別の将来必要な医師数の見通し」等を活用することが適当であるが、総合的な診療の領域（総合診療、救急、ICU・病棟管理等）を担う医師の役割については、別途検討を行うことが必要である。

- なお、
 - ・ 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こと。
 - ・ 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 報告書」でとりまとめられた医師の働き方改革に関する結論、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。とされていることに留意が必要である。

6-2. 各都道府県において必要な地域枠・地元出身者枠の数について

- 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満たすために必要な年間不足養成数を上限として、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。
- 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分を満たすために必要な年間不足養成数を上限として、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、地域枠は、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のみならず、地元出身者枠と同様に、都道府県間の偏在を是正する機能があることから、地元出身者枠の増員等は地域枠の増員等に代替される。その際、都道府県別の養成必要数（不足養成数）については、都道府県内への定着率を、一般枠 0.5、地元出身者枠 0.8、

地域枠1とし、不足養成数の3.3倍が地元出身者枠換算の必要数、2倍が恒久定員内の地域枠換算の必要数、1倍が地域枠設置を要件とする臨時定員換算の必要数となる。

- また、今後、将来の必要医師数に応じて都道府県内の大学医学部における恒久定員の枠内において、地域枠等の設置・増員等を進めていくことが必要であるが、仮に恒久定員の5割程度の地域枠等を設置しても必要な地域枠等の確保が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。
- その際には、将来の医師多数都道府県に所在する大学医学部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することもできる。
- なお、将来の必要医師数を達成するために地域枠等が必要であるにも関わらず、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、地域において不足する医師を確保するために大学等からの医師派遣等、これに代替する実効的な医師偏在対策の実施等について、地域医療対策協議会等の場で検討する必要がある。
- 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の設置を要請することも可能である。
- なお、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）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ものである。そのため、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。
- また、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ものであり、それに応じた地域枠の設置等の要請を行うことが必要である。

6-3. 地域枠の選抜方式等について

- 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の見通し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。

7. 産科・小児科における医師確保計画

7-1. 産科・小児科における医師偏在指標及び医師偏在対策の基本的な考え方

的な考え方

- 産科・小児科については、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、暫定的に産科・小児科における医師偏在指標を示し、産科・小児科における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・小児科については、産科医師又は小児科医師が相対的に少なくない医療圏においても、その労働環境を踏まえれば、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。また、産科医師及び小児科医師の配置等を検討するに当たって産科・小児科における医師偏在指標を用いる際には、十分な配慮を行うとともに、産科・小児科の全国における医師養成数の検討には用いないことが適当である。加えて、「医師の働き方改革に関する検討会 報告書」を踏まえ、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「7. 産科・小児科における医師確保計画」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。

7-2. 産科・小児科における医師偏在指標の設計

7-2-1. 産科における医師偏在指標の設計

(1) 考え方

- 医療需要については、「里帰り出産」等の妊婦の流出入の実態を踏まえた「医療施設調査」における「分娩数」を用いることとする。
- 患者の流出入については、妊婦の場合「里帰り出産」等の医療提供体制とは直接関係しない流出入があるが、現時点で妊婦の住所地と分娩が実際に行われた医療機関の所在地の両方を把握できる調査はない。このため、医療需要として、分

娩が実際に行われた医療機関の所在地が把握可能な「医療施設調査」における「分娩数」を用いており、都道府県間調整は不要である。

- 医師供給については、「医師・歯科医師・薬剤師調査」における「産科医師数」と「産婦人科医師数」の合計値を用いることとする。
- 医師の性別・年齢別分布については、医師全体の性・年齢階級別労働時間を用いて調整することとする。
- 医師偏在指標については、三次医療圏ごと、周産期医療圏ごとに算出することとする。ただし、三次医療圏については、医師確保計画等が都道府県により作成されること及び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。

(2) 指標の設計

(1) の考え方に基づく算定式は次のとおり。

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

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

(3) 産科医師偏在指標における留意点

産科医師偏在指標に用いる医師については、当該指標が、政策医療の観点からも特に必要性が高い周産期医療における産科医師の確保を目的としていることから、実際に分娩を取り扱う産科医師とすることが望ましい。しかし、現時点で性・年齢階級別の分娩を取り扱う産科医師の数を把握している調査はない。(平成30年以降の「医師・歯科医師・薬剤師調査」においては分娩取扱の有無が分かる予定である。)一方で、厚生労働省が実施する「医療施設調査」及び日本産婦人科医会が実施する「施設情報調査」においては、性・年齢階級別ではないものの分娩取扱い医師数を調査している。

このため、産科医師偏在指標は「医師・歯科医師・薬剤師調査」を用いて設定することとし、その上で「医師・歯科医師・薬剤師調査」により把握できない点を補完するために、日本産婦人科医会から提供された「施設情報調査」の結果等を適宜活用・加工し、医療圏ごとの分娩を取り扱う医師数(具体的には、「医師・歯科医

師・薬剤師調査」のうち常勤の医師数と日本産婦人科医会「施設情報調査」のうち常勤の医師数の比を、「医師・歯科医師・薬剤師調査」の常勤及び非常勤の医師数(性・年齢階級別労働時間の調整後)に乗じたもの。)等についても参考として提供する。産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検討する際はこちらも参考とされたい。

表1. 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	2017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	医療施設所在地	医療施設所在地
性年齢階級	○	×	×

7-2-2. 小児科における医師偏在指標の設計

(1) 考え方

- 医療需要については、15歳未満の人口を「年少人口」と定義し、医療圏ごとの小児の人口構成の違いを踏まえ、性・年齢階級別受療率を用いて年少人口を調整したものをを用いる。
- 患者の流出入については、既存の調査の結果により把握可能な小児患者の流出入の実態を踏まえ、都道府県間調整を行う。
- 医師供給については、「医師・歯科医師・薬剤師調査」における「小児科医師数」を用いる。
- 医師の性別・年齢別分布については、医師全体の性・年齢階級別労働時間を用いて調整する。
- 医師偏在指標については、三次医療圏ごと、小児医療圏ごとに算出する。ただし、三次医療圏については、医師確保計画等が都道府県により作成され、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。

(2) 指標の設計

(1) の考え方に基づく算定式は次のとおり。

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

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

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

(※3) 地域の期待受療率 =

$$\frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別調整受療率 (※4)} \times \text{地域の性年齢階級別年少人口})}{\text{地域の年少人口}}$$

(※4) 全国の性年齢階級別調整受療率

$$= \text{無床診療所医療医師需要度 (※5)} \times \text{全国の無床診療所受療率} \\ + \text{全国の入院受療率}$$

$$\text{(※5) 無床診療所医療医師需要度} = \frac{\frac{\text{マクロ需給推計における外来医師需要}^{14}}{\text{全国の無床診療所外来患者数 (※6)}}}{\frac{\text{マクロ需給推計における入院医師需要}^{15}}{\text{全国の入院患者数}}}$$

(※6) 全国の無床診療所外来患者数

$$= \text{全国の外来患者数} \\ \times \frac{\text{初診・再診・在宅医療算定回数 [無床診療所]}}{\text{初診・再診・在宅医療算定回数 [有床診療所・無床診療所]}}$$

¹⁴ マクロ需給推計における外来医師需要は、無床診療所における外来医療需要の推計を行っている。

¹⁵ マクロ需給推計における入院医師需要は、病院及び有床診療所における入院医療需要の推計を行っているものであるが、病院及び有床診療所における外来医療需要においては、入院需要の一部として推計されている。

- さらに、患者の流出入に基づく増減を反映するために（※4）、全国の性年齢階級別調整受療率を、次のように修正を加えて計算を行うこととする。都道府県においては、この無床診療所及び入院年少患者における流入数及び流出数について、年少者の患者流出入のある都道府県間及び都道府県内の二次医療圏間で調整の上、厚生労働省に報告することとする。

性年齢階級別調整受療率(流出入反映)

$$= \text{無床診療所医療医師需要度} \times \text{全国の無床診療所受療率} \\ \times \text{無床診療所年少患者流出入調整係数 (※7)} \\ + \text{全国の入院受療率} \times \text{入院年少患者流出入調整係数 (※8)}$$

(※7)無床診療所年少患者流出入調整係数

$$= \frac{\text{無床診療所年少患者数(患者住所地)} + \text{無床診療所年少患者流入数} - \text{無床診療所年少患者流出数}}{\text{無床診療所年少患者数 (患者住所地)}}$$

(※8)入院年少患者流出入調整係数

$$= \frac{\text{入院年少患者数(患者住所地)} + \text{入院年少患者流入数} - \text{入院年少患者流出数}}{\text{入院年少患者数 (患者住所地)}}$$

(3) 小児科医師偏在指標における留意点

小児については、小児科医師に限らず、内科医師や耳鼻咽喉科医師等により医療が提供されることもあるが、小児科医師以外の医師による小児医療の提供割合について、現時点では医療圏間で差があるか否かについて把握することが困難である。そのため、当該割合について医療圏間で差はないと仮定している。

7-2-3. 指標の作成手続

- 厚生労働省は、産科及び小児科の医師偏在指標の計算方法に加え、産科医師偏在指標と、小児科については患者数の流出入に基づく増減を反映する前の医療圏ごとの小児科医師偏在指標及び患者数の流出入に基づく増減を一定程度反映した小児科医師偏在指標を公表する。

都道府県においては、都道府県間及び都道府県内における小児科の患者の流出入数を、外来及び入院に関して都道府県間及び都道府県内において協議の上で決定する。

※ 協議のプロセスについては、「3. 医師偏在指標」の「3-1 (2) 指標の作成手続」(○頁)と同様とする。

7-3. 相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域の設定

- 産科・小児科については都道府県ごと及び周産期医療圏又は小児医療圏ごとの医師偏在指標の値を全国で比較し、医師偏在指標が下位一定割合に該当する医療圏を相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域と設定することとし、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、呼称を「相対的医師少数都道府県」及び「相対的医師少数区域」とする。
- また、産科医師又は小児科医師が相対的に少なくない医療圏等においても、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、仮に産科医師又は小児科医師が多いと認められる医療圏を設定すると当該医療圏は産科医師又は小児科医師の追加的な確保ができない医療圏であるとの誤解を招くおそれがあるため、産科・小児科においては医師多数都道府県や医師多数区域は設けないこととする。
- 相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域を設定するための基準(下位一定割合)は、医師全体の医師偏在指標を参考に、下位33.3%とする。
- なお、相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域については、画一的に医師の確保を図るべき医療圏と考えるのではなく、当該医療圏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医療圏として考えるものとする。

7-4. 産科・小児科における医師確保計画の策定

7-4-1. 産科・小児科における医師確保計画の考え方

- 産科・小児科の医師確保計画については、産科・小児科のそれぞれについて都道府県ごと、周産期医療圏又は小児医療圏ごとに定めることとする。
- まずは、7-3に記したとおり産科・小児科の医師偏在指標の値を全国一律に比較した上で相対的医師少数区域を設定することで医師の偏在の状況を把握する。さ

らに、医療圏ごとに、産科・小児科における医師偏在指標の大小、将来推計等を踏まえ、7-4-4の施策を基本とし、具体的な取組例（表2）も参考としつつ、医師確保計画と同様に見直しまでの期間（以下「計画期間」という。）においてどのように産科・小児科における医師偏在対策に取り組むかについて方針を定めることとする。また、必要に応じて確保する産科・小児科医師数についても定めることができる。

- 産科・小児科における医師確保計画については、産科医師又は小児科医師が相対的に少ない医療圏（相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域以外の医療圏）においても医師が不足している可能性があることから、相対的医師少数区域に限らず、全ての都道府県ごと及び周産期医療圏又は小児医療圏ごとに具体的な対応を盛り込んだ上で作成することとする。
- 産科・小児科における医師確保計画は、3年（2019年度中に作成される医師確保計画については4年）ごとに見直すこととし、見直しに当たっては産科・小児科における医師確保の方針と施策の妥当性を都道府県において吟味し、課題を抽出した上で次回の産科・小児科における医師確保計画を作成する。
- 産科・小児科におけ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、周産期医療及び小児医療に係る課題に対する対応について、適切に産科・小児科における医師確保計画へ反映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療に係る協議会等の意見も聴取するなど各医療圏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の機会に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た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情報として、医療機関の種別ごとの現在の医師の配置状況や分娩数等の実績についても、産科・小児科の医師偏在指標と合わせて厚生労働省から提供するので、参考とされたい。

7-4-2. 産科・小児科における医師確保の方針

(1) 考え方

i) 相対的医師少数区域等

- ア 産科医師又は小児科医師が相対的に少ない医療圏においても、その労働環境を鑑みれば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を

踏まえ、相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域について相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域以外の医療圏からの医師派遣のみにより産科・小児科医師の地域偏在の解消を目指すことは適当ではないと考えられる。また、産科・小児科においては、医療圏の見直し、医療圏を超えた連携、医療機関の再編統合を含む集約化等を行ってきたことから、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超えた連携によって、産科・小児科医師の地域偏在の解消を図ることを検討することとする。

イ アの対応によってもなお相対的医師少数であり、産科・小児科の医師偏在が解消されない場合は、医師を増やす（確保する）ことによって医師の地域偏在の解消を図ることとする。具体的な短期的な施策としては、医師の派遣調整や専攻医の確保等を行う。この際、医師の勤務環境やキャリアパスについて留意が必要である。なお、産科医師又は小児科医師が相対的に少なくない医療圏においても、その労働環境を鑑みれば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から、このような施策のみでは医師偏在は完全には解消されないことが想定される。したがって、医療機関の再編統合を含む集約化等の医療提供体制を効率化する施策等を適宜組み合わせる実施することとする。

ウ また、産科医師又は小児科医師の養成数を増加させること等の長期的な施策についても適宜組み合わせる実施することとする。

ii) 相対的医師少数区域等以外

産科医師又は小児科医師が相対的に少なくない医療圏においても、その労働環境に鑑みれば、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を踏まえ、当該医療圏における医療提供体制の状況を鑑みた上で、医師を増やす方針を定めることも可能とする。その際は、併せて i) のイ、ウと同様の対応を行うこととする。

(2) その他個別に検討すべき事項

○ 患者の重症度、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が存在する医療圏は、産科・小児科における医師偏在指標による医師数よりも実際に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いることに留意する必要がある。さらに、それらの産婦人科医療を受ける患者の重症度は概ね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、小児医療提供体制の観点だけでなく、周産期医療提供体制の観点から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（都道府県）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医師偏在指標のみに基づく施策を実施して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実施するに当たり、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、特定機能病院等における医師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の方向性等について、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。

(3) 将来推計について

周産期医療・小児科医療ともに、少子高齢化が進む中で急速に医療需要の変化が予想される分野であり、将来の見通しについて検討することも必要である。ただし、今回定めることとする産科・小児科医師偏在指標は暫定的な指標として取り扱うことを踏まえ、比較的短期間の推計として、第7次医療計画における医師確保計画の計画終了時点である、2023年の医療需要の推計も参考としながら、産科・小児科における医師偏在対策を講じることとする。

i) 産科

産科については、現時点で医療圏ごとの分娩数の将来推計は存在しない。そのため、代替指標として、医療圏ごとの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、2023年における医療圏ごとの分娩数の推計を行うこととする。

ii) 小児科

小児科については、医療圏ごとの将来人口推計から、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た上で、医療圏ごとの医療需要の推計を行うこととする。

7-4-3. 産科・小児科における偏在対策基準医師数

- 計画期間終了時の産科・小児科における医師偏在指標が、計画期間開始時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産科・小児科における偏在対策基準医師数として設定する。
- 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、医療圏間の患者等の流出入が発生している現状を踏まえた産科・小児科における偏在対策基準医師数を設定することとする。産科医師については、医療需要として「里帰り出産」等の流出入の実態を踏まえた「分娩数」を用いているため、妊婦の流出入に基づく増減の調整は不要である。小児科医師については、7-2-3の記載の通り、都道府県間及び都道府県内における小児科の患者の流出入に基づく増減を調整する。
- なお、産科・小児科における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。

7-4-4. 産科・小児科における偏在対策基準医師数を踏まえた施策

(1) 基本的考え方

- 産科医師又は小児科医師が相対的に少なくない医療圏においても、その労働環境に鑑みれば、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や産科・小児科における医師確保の方針を踏まえて、産科・小児科における医師確保のための施策を定めることとする。具体的には、周産期医療・小児医療の提供体制の見直しに関する施策、産科医師・小児科医師を増やすための施策等を組み合わせて定めることとする。また、各都道府県における地域医療構想に係る協議の際には、周産期医療提供体制及び小児医療提供体制に関する議論も行われることが適当である。
- 周産期医療・小児医療の提供体制の見直しに関する施策として、医療圏の見直し、医療圏を超えた地域間の連携の推進、医療機関の集約化・重点化について検討することが望ましい。
- 産科医師及び小児科医師を増やすための施策として、産科医師及び小児科医師の派遣調整、産科医師及び小児科医師の養成数の増加、産科医師及び小児科医師の勤務環境改善等について検討することが望ましい。
- なお、産科医師又は小児科医師が相対的に少なくない医療圏においても、その

労働環境を鑑みれば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を踏まえ、相対的医師少数都道府県や相対的医師少数区域ではない医療圏においても、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地域医療介護総合確保基金を活用することは引き続き可能とする。

(2) 施策の内容

① 周産期医療・小児医療の提供体制等の見直しのための施策

ア 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

産科医師又は小児科医師が相対的に少なくない医療圏においても、その労働環境を鑑みれば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を踏まえ、相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域について相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域以外の医療圏からの医師派遣のみで医師の地域偏在の解消を目指すことは適当ではない。

したがって、都道府県（特に相対的医師少数都道府県である都道府県）においては、まずは、医療圏の見直しや医療圏を越えた地域間の連携により産科・小児科における医師の地域偏在の解消を図ることを検討することとする。検討に当たっては、外来医療と入院医療の機能分化・連携に留意する。

イ 集約化・重点化

○ 産科・小児科については、これまで「公立病院を中心とし、地域の実情に応じて他の公的な病院等も対象」として、「医療資源の集約化・重点化を推進することが、住民への適切な医療の提供を確保するためには、当面の最も有効な方策と考えられる」¹⁶とされているように、医療資源の集約化・重点化を推進してきた。特に相対的医師少数区域においては、今後も、周産期医療・小児医療の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、関係者の協力の下で実施していくことが望ましい。なお、集約化にあたって、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。

○ 医療資源の集約化・重点化にともない、各医療機関における機能分化・連携が重要となる。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

¹⁶ 「小児科・産科における医療資源の集約化・重点化の推進について」（平成17年12月22日付け医政発第1222007号・雇児発第1222007号・総経第422号・17文科高第642号厚生労働省医政局長、厚生労働省雇用均等・児童家庭局長、総務省自治財政局長及び文部科学省高等教育局長連名通知）

び小児科医師の負担を軽減することとする。例えば、小児在宅医療等に係る連携の推進や診療所の活用を一層進めるための逆紹介の推進等が挙げられる。

- また、集約化・重点化を検討するに当たっては、「医師の働き方改革に関する検討会 報告書」を踏まえ、医師の時間外労働の短縮を見据えたものとし、特に重点化の対象となった医療機関においては、勤務環境の改善に一層取り組むことが求められる。

ウ 医療機関までのアクセスに時間がかかる地域への支援

- 医療機関の集約化・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べきである。その際、容態の急変等に備えて医療機関間の情報共有を推進する必要がある。

② 産科・小児科における医師の派遣調整

- ①に掲げる対策を行った上で、なお十分な医療提供がなされない場合には、産科・小児科における医師の派遣調整を行う。産科・小児科における医師の派遣調整に当たっては、「(1)基本的な考え方」を踏まえて実施するとともに、地域医療対策協議会において、都道府県と大学、医師会等が連携することが重要である。
- 派遣先の医療機関の選定に当たっては、当該医療機関における分娩数の実績や当該医療機関の医療圏における年少人口を踏まえて、分娩数と見合った数の産科医師数及び年少人口と見合った数の小児科医師数が確保されるように派遣を行うこと。また、少人数で昼夜問わず分娩の取扱いや小児医療の提供を行うような過酷な労働環境とならないよう、派遣先の医療機関は重点化するとともに、産科・小児科における医師の派遣を重点的に行うこととされた医療機関においては、特に産科・小児科における医師の時間外労働の短縮のための対策を行うこと。

③ 産科医師及び小児科医師の勤務環境を改善するための施策

- 産科医師及び小児科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勤務環境改善等の支援を行う。

- 産科医師又は小児科医師でなくても担うことのできる業務については、タスクシェアやタスクシフトを一層進める。例えば、院内助産等、他の医療従事者を活用することが挙げられる。タスクシェアやタスクシフトを進めるために、タスクシェアやタスクシフトを受けることができる医療従事者の確保、医療従事者に対する研修の充実等に努める。

④ 産科医師及び小児科医師の養成数を増やすための施策

ア 専攻医等の確保

- 専攻医の確保や離職防止を含む産科医師及び小児科医師の確保・保持のための施策を行う。特に、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その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。

イ 産科医師及び小児科医師におけるキャリア形成プログラムの充実化

- 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が求められるなどの偏ったローテーション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。また、キャリア形成のために必要なその他の支援を行う。

(3) 産科・小児科における医師偏在対策の具体的な取組例

具体的な取組例を表2に示しているので、産科・小児科における医師確保計画を作成する際の参考とされたい。

また、今後、厚生労働省は、都道府県担当者、各大学における産科・小児科の責任者等を対象とする研修会等において、全国の先進事例を整理し、有効な事例の共有等を行う機会を提供する。

表2. 産科・小児科における医師偏在対策の具体的な取組例

<p>① 医療提供体制等の見直しのための施策</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 集約化・重点化等によって、施設又は設備の整備、改修、解体等を要する医療機関に対する配慮。(例えば、重点化された医療機関における、新たな設備の拡充に伴う費用負担の軽減や、分娩の取扱いを中止し、セミオープンシステム等により妊婦健康診査や産後ケアを提供する施設に変更する際の、建物の改修や病床のダウンサイジングの支援等。) ○ 集約化・重点化等によって、医療機関までのアクセスに課題が生じた場合の移動手手段の確保、滞在等についての支援。 ○ 医療機関までのアクセスに時間がかかる地域への配慮。(例えば、小児への巡回診療などを医師全体のへき地保健医療対策とともに実施。また、ICTやIoTの活用、遠隔診療の活用等も併せて実施。) ○ 小児科医師以外の小児の休日・夜間診療への参画に対する支援。(例えば、地域の救急科医師、内科医師、総合診療科医師等を対象とした、家族への配慮を含む小児の診療に関する研修による、小児科以外の医師の小児の休日・夜間診療への参画の支援等。) ○ 小児の在宅医療に係る病診連携体制の運営支援。(例えば、医師に対する研修、患者の退院前調整や急変時の入院調整等を含む医療機関間の連携体制(会議等)の運営支援、小児を対象とする訪問看護ステーションと医療機関の医師との連携構築等に対する支援等。)
<p>② 医師の派遣調整</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 相対的医師少数区域へ勤務することに対するインセンティブ等の付与。(派遣元医療機関へ復帰後の職位等の保証、待遇改善等を含む。) ○ 地域での短期間勤務(例えば、1年程度。)による頻繁な移動や転居等に対する配慮。(宿舍整備や移動に対する支援等。) ○ 寄付講座の設置。 ○ 医師を派遣する側の医療機関に対する支援。(医師が少なくなることに対する配慮。) ○ 専攻医が相対的医師少数区域をローテーションすることに対する支援。(なお、全ての診療科において、医師少数区域での勤務を求めていくことも重要である。)

<p>③ 産科医師及び小児科医師の勤務環境を改善するための施策</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 余裕のあるシフト等を確保するための1医療機関につき複数医師の配置、チーム医療の推進、交代勤務制（日夜勤制）の導入、連続勤務の制限等。 ○ 産科及び小児科において比較的多い女性医師への支援。（例えば、時短勤務等の柔軟な勤務体制の整備、院内保育・病児保育施設・学童施設やベビーシッターの充実等。なお、女性医師に限らず、子育てや介護を行う医師へも同様の配慮が必要である。） ○ 院内助産の推進。（院内助産を活用し、助産師へのタスクシフトを推進することで、分娩取り扱い医療機関における産科医師の負担を軽減することができるものと考えられる。） ○ 医師の業務のタスクシフトを進めるために必要な、看護師、助産師、臨床心理士、事務補助等の人員の確保に対する支援。
<p>④ 産科医師及び小児科医師の養成数を増やすための施策</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医学生に対する積極的な情報提供、関係構築を実施し、診療科選択への動機付けを実施。 ○ 新生児医療については、小児科専攻医を養成する医療機関において、新生児科（NICU）研修等の必修化の検討。 ○ 研修実施に対するインセンティブ、診療科枠の制限をかけた医学生に対する修学資金貸与、指導医に対する支援、勤務環境改善等。

8. 医師確保計画の効果の測定・評価

- 医師確保計画のサイクルの中で、次期の医師確保計画に定める目標医師数は、医師確保計画の計画期間終了時における医師偏在指標の値を基に設定されるものである。このため、医師確保計画の効果については、計画終了時点で活用可能な最新データから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。
- 医師確保計画の見直しは、医師確保計画の計画期間中に着手することが必要となるが、その際は、活用可能な最新データを用いて見直し時における医師偏在指標を算出した上で、計画期間開始時の医師偏在指標と、目標医師数から算出される医師偏在指標上の目標値とを比較して、特に医師少数区域における医師の確保の進捗状況を判定すること。
- 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。このため次期医師確保計画の策定・見直しを行う前に、活用可能な最新データを用いて計画期間終了時における医師偏在指標の値の見込みを算出しておく必要がある。
- 都道府県は、非常勤医師の派遣等の取組に関して医療機関等から聞き取り調査を行う等、既存の統計調査では把握が困難な事項について可能な限り把握を行い、医師少数区域等における医師の確保の状況をできるだけ正確に評価できる体制を整備すること。
- 都道府県は計画終了時に、都道府県外からの医師の受入状況及び都道府県外への医師の派遣状況も把握を行い、計画作成時点と計画見直し時点での状況の変化を把握すること。
- 都道府県は計画終了時に、地域枠医師の定着率及び派遣先を把握し、義務履行率、定着率の改善が見られるか否か、医師少数区域等に定められた期間勤務しているか否か等について把握を行うこと。
- 医師確保計画の効果の測定結果を踏まえ、三次医療圏ごと、二次医療圏ごとに医師確保の状況等について比較を行い、課題を抽出すること。その上で、他の都道府県の取組等を参考にしながら適切な対策を行うこと。

- 医師確保計画が医療計画の一部であることを鑑み、次期医療計画の見直しの際には医療計画の指標として上記の項目を使用することを厚生労働省として今後検討する。
- 医療計画においては、その実効性を上げるために、その評価を行い、評価結果に基づき計画の内容を見直すことが重要であるとしている。特に、産科及び小児科における医師確保計画の内容については、医師全体における医師確保計画と同様に、その評価を行い、評価結果に基づき医療計画における周産期医療及び小児医療の確保に必要な事業に関する事項等と一体的に見直すことが望ましい。
- なお、本ガイドラインにおいて示した医師偏在指標等については、現時点で入手可能なデータに基づき検討することとなったが、今後、医師偏在対策に資するデータの整備状況等を踏まえて、厚生労働省は、医師偏在指標や医師偏在対策の指針の見直しを行う。