

医師確保計画を通じた 医師偏在対策の全体像について

医師確保計画を通じた医師偏在対策について

背景

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

医師の偏在の状況把握

医師偏在指標の算出

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

医師偏在指標で考慮すべき「5要素」

- ・ 医療需要（ニーズ）及び将来の人口・人口構成の変化
- ・ 患者の流入等
- ・ へき地等の地理的条件
- ・ 医師の性別・年齢分布
- ・ 医師偏在の種別（区域、診療科、入院／外来）

医師多数区域・医師少数区域の設定

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



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

『医師確保計画』（＝医療計画に記載する「医師の確保に関する事項」）の策定

医師の確保の方針

（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

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

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

確保すべき医師の数の目標（目標医師数）

（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

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

3年*ごとに、都道府県において計画を見直し(PDCAサイクルの実施)

西暦	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
医療計画	第7次						第8次					
医師確保計画	指標設計(国)	計画策定(県)	第7次				第8次(前期)		第8次(後期)			

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

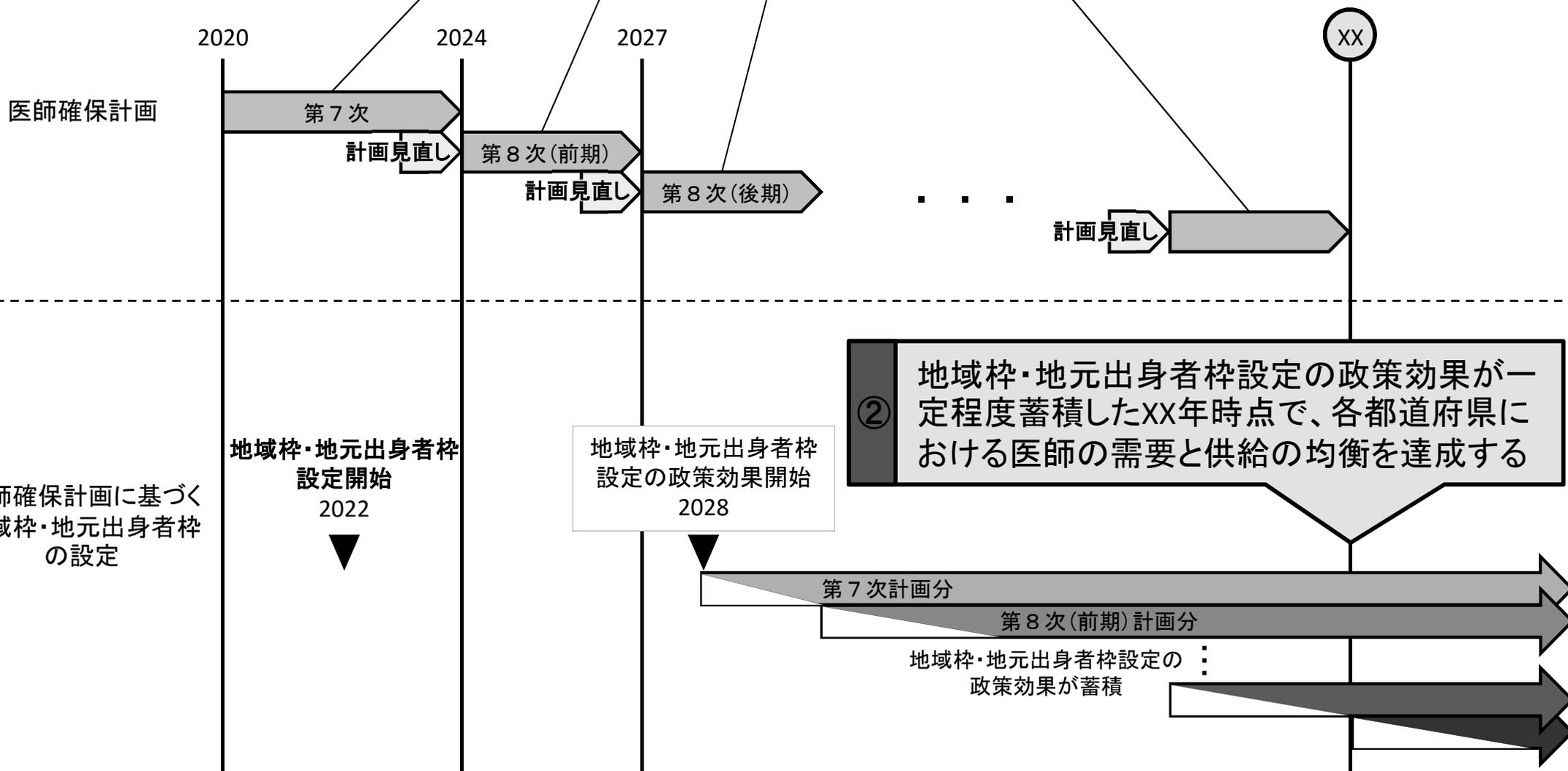
都道府県による医師の配置調整のイメージ



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



②

地域枠・地元出身者枠設定の政策効果が一定程度蓄積したXX年時点で、各都道府県における医師の需要と供給の均衡を達成する

第7次計画分

第8次(前期)計画分

地域枠・地元出身者枠設定の
政策効果が蓄積

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

■ 改正法の施行後、医師偏在指標を活用した医師偏在対策として、主に以下のものが実施されることとなる。

医師確保計画における目標医師数の設定

都道府県は、三次医療圏・二次医療圏単位で、医師偏在指標を踏まえた医師の確保数の目標(目標医師数)の設定が義務付けられている

医師少数区域、医師多数区域の設定

都道府県は、二次医療圏単位で、医師偏在指標に関する基準に従い、医師少数区域・医師多数区域の設定ができることとされている

都道府県内での医師の派遣調整

都道府県は、地域医療支援事務として、都道府県内の医師少数区域等における医療機関をはじめ、医師確保が必要な医療機関で適切に医師が確保されることを目的とした医師の派遣調整を行うこととされている

キャリア形成プログラムの策定

都道府県は、地域医療支援事務として、都道府県内の医師少数区域等における医師の確保と、当該区域に派遣される医師のキャリア形成の機会の確保を目的としたキャリア形成プログラムの策定を行うこととされている

医療機関の勤務環境の改善支援

都道府県は、医師少数区域等に派遣される医師が勤務することとなる医療機関の勤務環境の改善の重要性に留意し、医師派遣と連携した勤務環境改善支援を行うこととされている

地域医療への知見を有する医師の大臣認定

厚生労働大臣は、医師少数区域等における一定の勤務経験を通じた地域医療への知見を有する医師を認定することとされている

臨床研修病院の定員設定

都道府県知事は、医師少数区域等における医師数の状況に配慮した上で、都道府県内の臨床研修病院ごとの研修医の定員を定めることとされている

大学医学部における地域枠・地元枠の設定

都道府県は、医師偏在指標によって示される当該都道府県の医師の多寡を踏まえ、大学に対し、医学部における地域枠・地元枠の設定・増加の要請を行うことができることとなる

政策上必要な医師偏在指標の骨格

医療従事者の需給に関する検討会
第22回 医師需給分科会(平成30年9月28日)
資料2-1(抜粋・一部改変)

活用される場面	指標の設定単位	指標の設定時点
医師確保計画における 目標医師数の設定	二次医療圏	現在時点
	三次医療圏	現在時点
医師少数区域、 医師多数区域の設定	二次医療圏	現在時点
大学医学部における 地域枠・地元枠の設定	三次医療圏	将来時点*

* このまま追加的な医師偏在対策を講じなかった場合(現在の医師供給のトレンドが継続した場合)における医師数の偏在を表す指標
※将来時点をどこに設定するかについて、今後検討が必要

医師偏在指標の導入

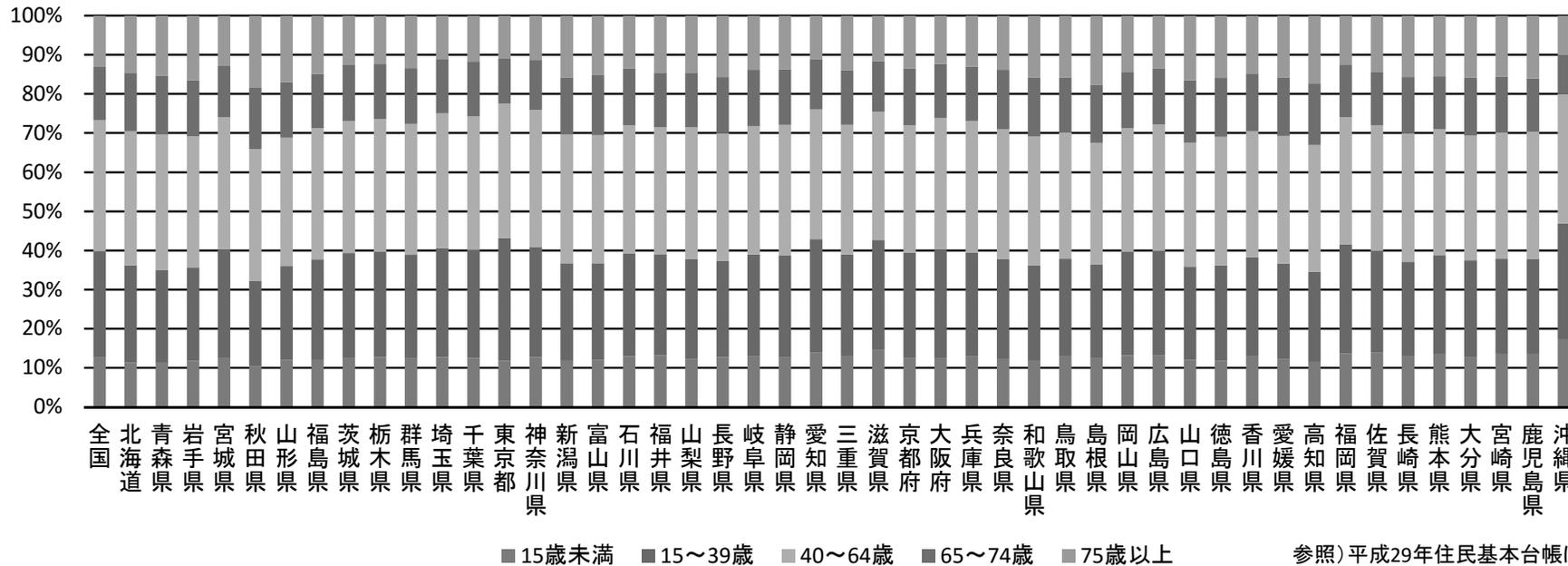
1-1. 医療需要（ニーズ）及び将来の人口・人口構成の変化について（1）一年齢構成

医療従事者の需給に関する検討会
 第22回 医師需給分科会（平成30年9月28日）
 資料2-1（抜粋・一部改変）

■ 地域によって、人口構成が異なる。

➤ 65歳以上人口の割合が最大の秋田県と、最小の沖縄県では、14ポイントの差がある。

都道府県別人口構成（年齢階級別）



65歳以上の人口の割合		
1位	秋田県	34.1%
2位	高知県	33.1%
3位	島根県	32.6%
45位	愛知県	24.0%
46位	東京都	22.5%
47位	沖縄県	20.1%

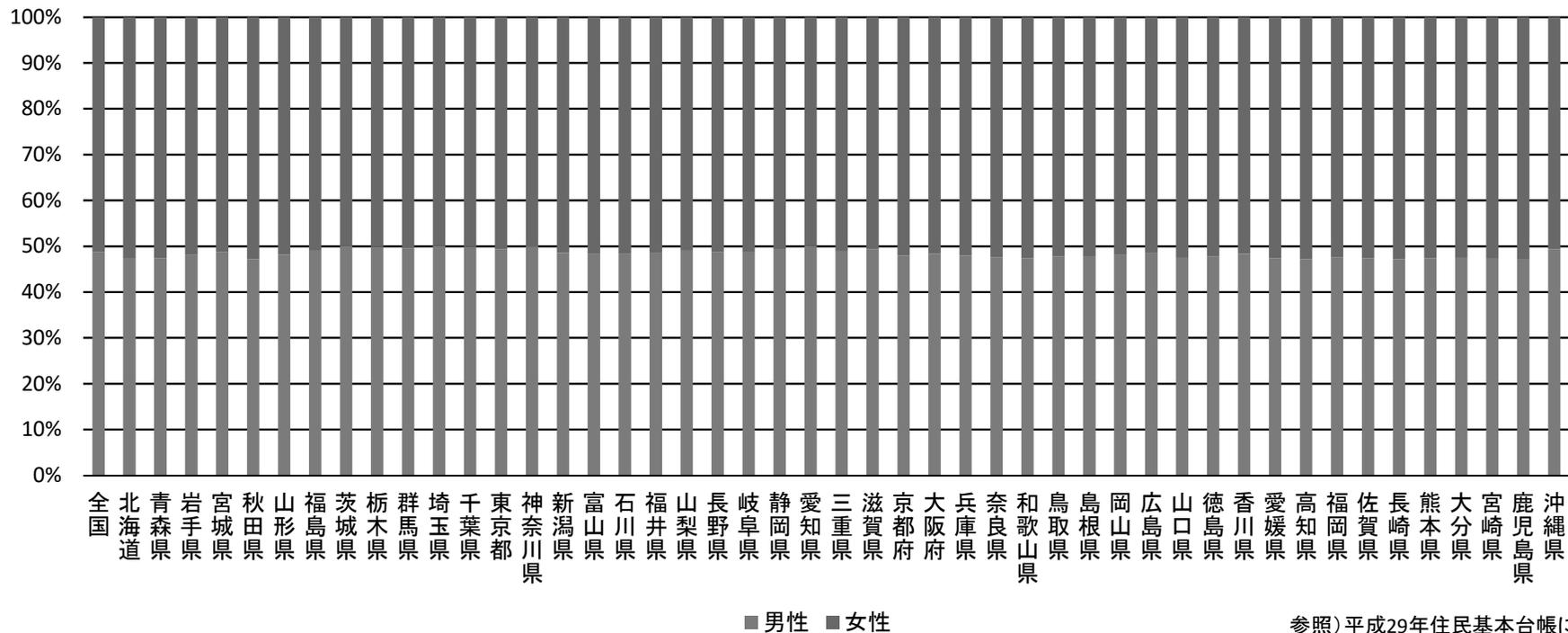
参照) 平成29年住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査

1-1. 医療需要（ニーズ）及び将来の人口・人口構成の変化について（2）-性別構成

■ 地域によって、男女の比率が異なる。

➤ 女性比率が最大の鹿児島県と、最小の愛知県では、3ポイントの差がある。

都道府県別人口構成(性別)



女性比率		
1位	鹿児島県	52.93%
2位	長崎県	52.88%
3位	秋田県	52.85%
45位	茨城県	49.93%
46位	埼玉県	49.90%
47位	愛知県	49.88%

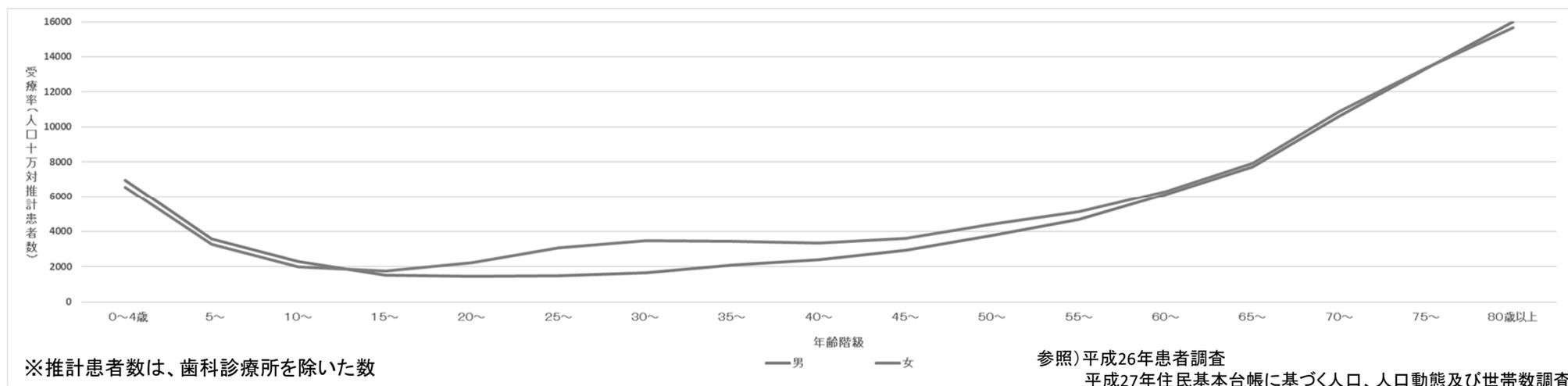
参照)平成29年住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査

1-1. 医療需要（ニーズ）及び将来の人口・人口構成の変化について（3）一年齢ごとの受療率

■ 年齢や性別によって、受療率が異なる。

- 15歳未満の小児と、高齢者は受療率が比較的高い。
- 20代から30代にかけては、女性の受療率が比較的高い。

受療率（性年齢階級別）



1 - 2. 患者の流出入等について①-昼間と夜間の人口差について (1)

- 昼間人口と夜間人口が大きく異なる都道府県が存在する。
- 昼間人口は夜間人口と比べて、最も増加する東京都で約240万人増、最も減少する埼玉県で約81万人減となる。

夜間人口(※1)と昼間人口(※2)の比較(都道府県別)

都道府県名	夜間人口 (2015年)	昼間人口 (2015年)	差分 (昼-夜)
全国	127,094,745	127,094,745	0
北海道	5,381,733	5,378,786	△ 2,947
青森県	1,308,265	1,306,283	△ 1,982
岩手県	1,279,594	1,276,705	△ 2,889
宮城県	2,333,899	2,339,786	5,887
秋田県	1,023,119	1,020,642	△ 2,477
山形県	1,123,891	1,120,365	△ 3,526
福島県	1,914,039	1,917,815	3,776
茨城県	2,916,976	2,842,851	△ 74,125
栃木県	1,974,255	1,955,198	△ 19,057
群馬県	1,973,115	1,969,764	△ 3,351
埼玉県	7,266,534	6,456,452	△ 810,082
千葉県	6,222,666	5,582,241	△ 640,425
東京都	13,515,271	15,920,405	2,405,134
神奈川県	9,126,214	8,322,926	△ 803,288
新潟県	2,304,264	2,302,236	△ 2,028
富山県	1,066,328	1,063,834	△ 2,494
石川県	1,154,008	1,156,536	2,528
福井県	786,740	786,736	△ 4
山梨県	834,930	828,495	△ 6,435
長野県	2,098,804	2,094,051	△ 4,753
岐阜県	2,031,903	1,952,630	△ 79,273
静岡県	3,700,305	3,692,336	△ 7,969
愛知県	7,483,128	7,586,294	103,166

都道府県名	夜間人口 (2015年)	昼間人口 (2015年)	差分 (昼-夜)
三重県	1,815,865	1,784,775	△ 31,090
滋賀県	1,412,916	1,363,716	△ 49,200
京都府	2,610,353	2,656,353	46,000
大阪府	8,839,469	9,224,306	384,837
兵庫県	5,534,800	5,294,074	△ 240,726
奈良県	1,364,316	1,228,426	△ 135,890
和歌山県	963,579	946,387	△ 17,192
鳥取県	573,441	572,678	△ 763
島根県	694,352	694,770	418
岡山県	1,921,525	1,921,822	297
広島県	2,843,990	2,850,087	6,097
山口県	1,404,729	1,399,109	△ 5,620
徳島県	755,733	752,919	△ 2,814
香川県	976,263	978,511	2,248
愛媛県	1,385,262	1,385,392	130
高知県	728,276	727,644	△ 632
福岡県	5,101,556	5,105,438	3,882
佐賀県	832,832	834,871	2,039
長崎県	1,377,187	1,374,210	△ 2,977
熊本県	1,786,170	1,777,292	△ 8,878
大分県	1,166,338	1,165,668	△ 670
宮崎県	1,104,069	1,103,434	△ 635
鹿児島県	1,648,177	1,646,386	△ 1,791
沖縄県	1,433,566	1,433,110	△ 456

昼間人口が夜間人口に比べて

- : 10%以上増加
- : 3%以上10%未満増加
- : 3%以上10%未満減少
- : 10%以上減少

※1 夜間人口: 調査時に当該地域に常住している人口
 ※2 昼間人口: 当該地域の夜間人口から他の地域へ通勤・通学している者を減じ、他の地域から通勤・通学に来ている者を加えた人口

1 - 2. 患者の流出入等について①-昼間と夜間の人口差について (2)

■ 昼間人口10万人対医師数は夜間人口10万人対医師数と比べて、最も増加する奈良県で約27ポイント増、最も減少する東京都で約46ポイント減となる。

夜間人口(※1) 10万人対医師数と昼間人口(※2) 10万人対医師数の比較(都道府県別)

都道府県名	10万人対医師数	
	夜間人口(2015年) 当たり	昼間人口(2015年) 当たり
全国	239.8	239.8
北海道	237.0	237.1
青森県	195.9	196.2
岩手県	192.1	192.5
宮城県	231.5	231.0
秋田県	220.6	221.1
山形県	217.4	218.1
福島県	194.4	194.0
茨城県	179.6	184.3
栃木県	217.0	219.2
群馬県	224.5	224.9
埼玉県	160.6	180.7
千葉県	190.3	212.2
東京都	306.7	260.3
神奈川県	205.8	225.7
新潟県	190.3	190.5
富山県	240.6	241.2
石川県	279.9	279.3
福井県	244.3	244.3
山梨県	230.4	232.2
長野県	225.1	225.6
岐阜県	207.8	216.3
静岡県	200.1	200.5
愛知県	208.4	205.6

都道府県名	10万人対医師数	
	夜間人口(2015年) 当たり	昼間人口(2015年) 当たり
三重県	216.1	219.9
滋賀県	220.9	228.9
京都府	314.2	308.8
大阪府	270.2	258.9
兵庫県	241.8	252.8
奈良県	241.7	268.4
和歌山県	287.3	292.5
鳥取県	296.3	296.7
島根県	270.6	270.4
岡山県	299.3	299.3
広島県	254.0	253.5
山口県	244.6	245.6
徳島県	313.5	314.6
香川県	274.8	274.2
愛媛県	260.5	260.5
高知県	302.9	303.2
福岡県	297.7	297.5
佐賀県	275.2	274.5
長崎県	293.5	294.1
熊本県	280.0	281.4
大分県	267.1	267.2
宮崎県	236.7	236.8
鹿児島県	261.1	261.4
沖縄県	244.0	244.1

昼間人口10万人対医師数が
夜間人口10万人対医師数に比べて

- : 10%以上増加
- : 3%以上10%未満増加
- : 3%以上10%未満減少
- : 10%以上減少

※1 夜間人口: 調査時に当該地域に常住している人口
 ※2 昼間人口: 当該地域の夜間人口から他の地域へ通勤・通学している者を減じ、他の地域から通勤・通学に来ている者を加えた人口

参照)
 平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査
 平成27年国勢調査

1 - 2. 患者の流出入等について②-患者の流出入について（1）

（参考）地域医療構想における患者流出入の考え方

○地域医療構想策定ガイドライン（一部抜粋・要約）

- 構想区域の医療需要は、患者の住所地を使用する。
- 都道府県間において患者流出入が大きい場合は、当該構想区域内の医療機関で入院医療を行う患者数について、調整を行う。少なくとも、2025年の医療需要に対し、患者の流出入が20%又は1,000人を超える場合は、調整のための協議を行う。
- 都道府県間で供給数の増減を調整する場合には、都道府県内の関係部局や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。また、自都道府県内の構想区域間の供給数の増減を調整する場合も同様に、医療関係者や市町村の意見を踏まえ、自都道府県の考え方をまとめる。
- 以上の考え方を踏まえ、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、当該構想区域の医療機関で入院医療を行う患者数を調整し、将来のあるべき医療提供体制を踏まえ、丁寧かつ十分な協議を行い、医療機関で入院医療を行う推定患者数を確定する。

1 - 2. 患者の流出入等について② - 患者の流出入について (2)

■ 患者の受療行動は患者住所地以外の地域でも見られ、都道府県間で患者の流出入が発生している。

- 都道府県間流入率は最大で東京都の10.7% (患者流入：医療施設住所地外の患者による受診)
- 都道府県間流出率は最大で埼玉県の10.4% (患者流出：患者住所地外の医療機関への受診)

都道府県間の患者総数の流入率・流出率

	患者総数 (患者住所地)	推計流入患者数	推計流出患者数	総数	
	(千人)			流入率(%)	流出率(%)
全国	8557.2	270.6	270.6	3.2	3.2
北海道	349.7	0.7	1.1	0.2	0.3
青森県	91.2	1.4	0.9	1.5	1.0
岩手県	85.1	1.6	1.8	1.9	2.1
宮城県	152.7	2.4	1.7	1.5	1.1
秋田県	69.1	0.9	0.7	1.3	1.0
山形県	83.6	0.7	0.8	0.8	1.0
福島県	126.0	2.3	2.6	1.8	2.1
茨城県	180.1	6.5	10.5	3.6	5.8
栃木県	124.6	5.4	3.5	4.2	2.8
群馬県	126.2	4.8	2.8	3.7	2.2
埼玉県	412.4	14.2	42.9	3.6	10.4
千葉県	349.9	10.6	25.7	3.1	7.3
東京都	861.6	101.2	31.7	10.7	3.7
神奈川県	585.0	14.8	39.4	2.6	6.7
新潟県	154.6	0.8	0.9	0.5	0.6
富山県	67.7	0.9	0.9	1.3	1.3
石川県	72.0	1.0	0.7	1.4	1.0
福井県	50.3	0.4	0.7	0.8	1.4
山梨県	54.0	1.4	1.9	2.6	3.5
長野県	128.4	1.2	1.8	0.9	1.4
岐阜県	139.5	2.6	4.0	1.9	2.9
静岡県	222.8	3.3	3.7	1.5	1.7
愛知県	473.4	9.5	4.5	2.0	1.0

	患者総数 (患者住所地)	推計流入患者数	推計流出患者数	総数	
	(千人)			流入率(%)	流出率(%)
三重県	136.7	2.1	5.8	1.6	4.2
滋賀県	84.1	1.5	2.9	1.8	3.4
京都府	158.6	6.9	5.6	4.3	3.5
大阪府	615.5	20.5	13.3	3.2	2.2
兵庫県	386.9	8.4	13.3	2.2	3.4
奈良県	87.3	3.3	6.8	3.9	7.8
和歌山県	74.8	2.3	2.3	3.0	3.1
鳥取県	41.2	1.9	0.6	4.4	1.5
島根県	51.6	0.9	1.9	1.8	3.7
岡山県	130.1	2.8	2.3	2.1	1.8
広島県	210.4	3.9	2.5	1.8	1.2
山口県	116.1	1.3	2.2	1.1	1.9
徳島県	60.8	0.9	0.7	1.5	1.2
香川県	76.8	1.0	1.1	1.3	1.4
愛媛県	110.7	0.8	1.4	0.7	1.3
高知県	60.8	0.3	0.7	0.5	1.2
福岡県	374.5	8.5	6.6	2.2	1.8
佐賀県	70.7	3.7	3.4	5.2	4.8
長崎県	115.5	1.1	1.9	0.9	1.6
熊本県	149.5	3.1	2.4	2.1	1.6
大分県	84.9	2.4	2.5	2.8	2.9
宮崎県	82.5	2.3	1.7	2.7	2.1
鹿児島県	138.8	1.3	3.0	0.9	2.2
沖縄県	78.4	0.4	0.5	0.5	0.6

■ : 流入率・流出率が10%以上

流入率 = $\frac{\text{当該地域外に居住する入院患者数} + \text{当該地域外に居住する外来患者数}}{\text{当該地域内の医療施設における入院患者数} + \text{当該地域内の医療施設における外来患者数}}$
 流出率 = $\frac{\text{当該地域外の医療施設で入院した患者数} + \text{当該地域外の医療施設を外来受診した患者数}}{\text{当該地域内に居住する外来患者数} + \text{当該地域内に居住する入院患者数}}$

参照) 平成26年患者調査

1-3. へき地等の地理的条件について（1）

へき地の考え方

○ 無医地区、準無医地区などのへき地保健医療対策を実施することが必要とされている地域

無医地区・準無医地区について

○ 無医地区（全国637ヶ所※1）

- ・ 第3次へき地保健医療計画が策定された昭和33年に規定されたもの
- ・ 原則として医療機関※2のない地域で、当該地域の中心的な場所を起点としておおむね半径4kmの区域※3内に人口50人以上が居住している地域であって、かつ容易に医療機関を利用することができない※4地区

○ 準無医地区（全国420ヶ所※1）

- ・ 第7次へき地保健医療計画が策定された平成3年に規定されたもの
- ・ 無医地区ではないが、これに準じて医療の確保が必要と各都道府県が判断し※5、厚生労働大臣に協議し適当と認められた地区

※1 平成26年9月30日時点

※2 病院及び一般診療所をいい、へき地診療所等で定期的の開診されている場合を含む。
(1) 診療日の多少に関わらず、定期的に開催していれば無医地区とはならない。
(2) 診療所はあるが、医師の不在等の理由から「休止届」がなされている場合は無医地区として取扱う。

※3 地図上空間距離を原則とするが、その圏域に存在する集落間が山、谷、海などにより断絶されている場合は分割して差し支えない。

※4 下記における交通事情が次の状況にある場合をいう。

- (1) 地区の住民が医療機関まで行くために利用できる定期交通機関がない場合
- (2) 地区の住民が医療機関まで行くために利用できる定期交通機関はあるが、1日3往復以下であるか、または4往復以上であるが、これを利用して医療機関まで行くために必要な時間（徒歩が必要である場合は徒歩に必要な時間を含む。）が1時間をこえる場合
- (3) ただし、上記(1)または(2)に該当する場合であっても、タクシー、自家用車（船）の普及状況、医師の往診の状況等により、受診することが容易であると認められる場合を除く。

※5 無医地区の定義には該当しないが、無医地区として取り扱うべき特殊事情として次に掲げる要件のいずれかに該当する場合に、無医地区に準じる地区として適当と認められる地区であるか判断する。

- (1) 半径4km地区内の人口が50人未満で、かつ、山、谷、海などで断絶されていて、容易に医療機関を利用することができないため、巡回診療が必要である。
- (2) 半径4km地区内に医療機関はあるが診療日数が少ない（概ね3日以下）、又は診療時間が短い（概ね4時間以下）ため、巡回診療等が必要である。
- (3) 半径4km地区内に医療機関はあるが眼科、耳鼻咽喉科などの特定の診療科目がないため、特定診療科についての巡回診療等が必要である。
- (4) 地区の住民が医療機関まで行くために利用できる定期交通機関があり、かつ、1日4往復以上あり、また、所要時間が1時間未満であるが、運行している時間帯が朝夕に集中していて、住民が医療機関を利用することに不便なため、巡回診療等が必要である。
- (5) 豪雪地帯等において冬期間は定期交通機関が運行されない、又は極端に運行数が少なくなり、住民が不安感を持つため、巡回診療等が必要である。

<へき地診療所>

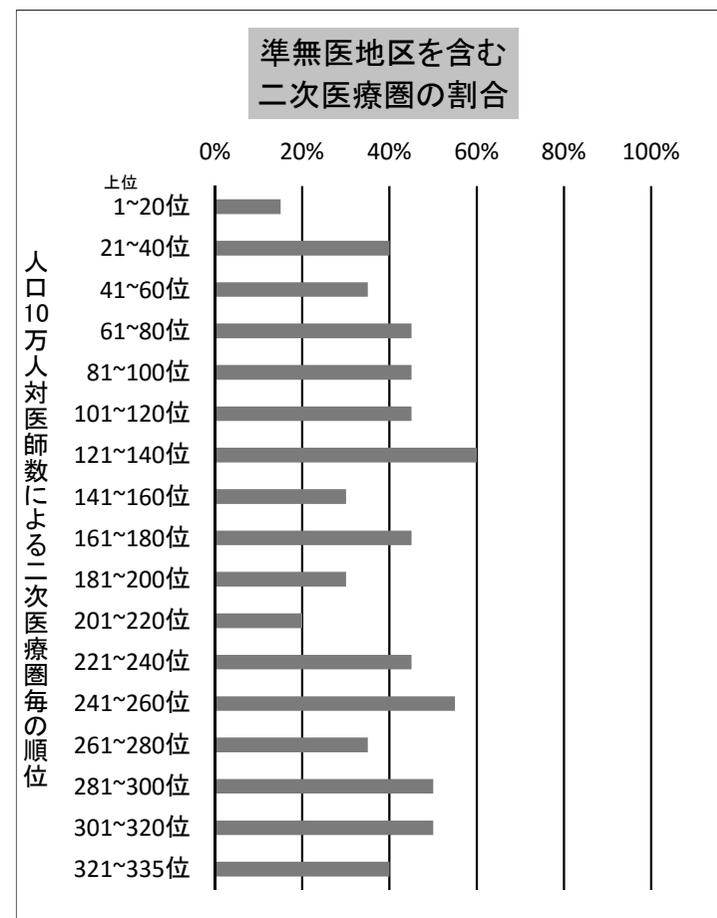
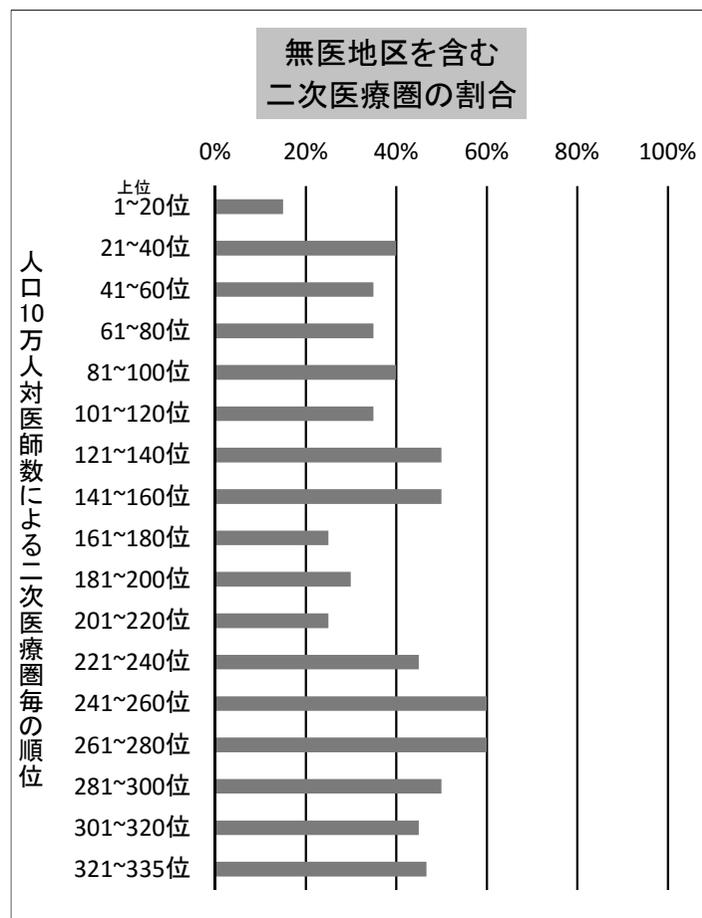
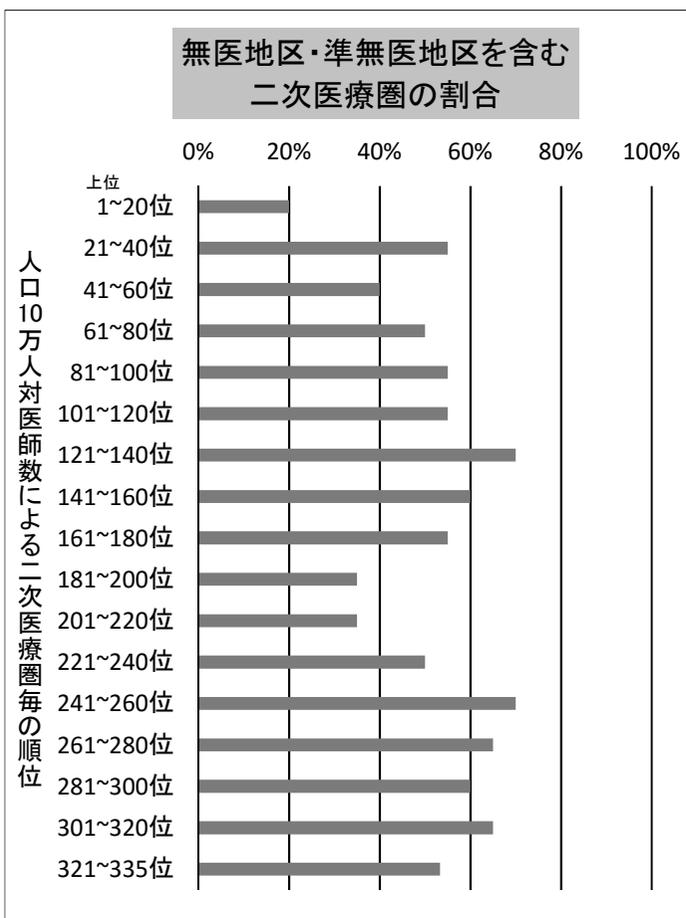
交通条件及び自然的、経済的、社会的条件に恵まれない山間地、離島その他の地域のうち医療の確保が困難である無医地区及び準無医地区において、地域住民の医療を確保することを目的として、都道府県、市町村等が設置する診療所。設置すると当該地域は、無医地区または準無医地区ではなくなる。

1-3. へき地等の地理的条件について（2）

■ 無医地区、準無医地区を含む二次医療圏であっても、人口10万人対医師数にばらつきがある。

□ 無医地区・準無医地区が存在する二次医療圏の割合について、人口10万人対医師数を踏まえてヒストグラムを作成すると、次のようになる。

- 二次医療圏を、人口10万人対医師数の多い順に20個ずつグループ化（321～335位は15個）。
- 各グループに含まれる二次医療圏のうち、無医地区・準無医地区を1つ以上有する二次医療圏の割合を表示。



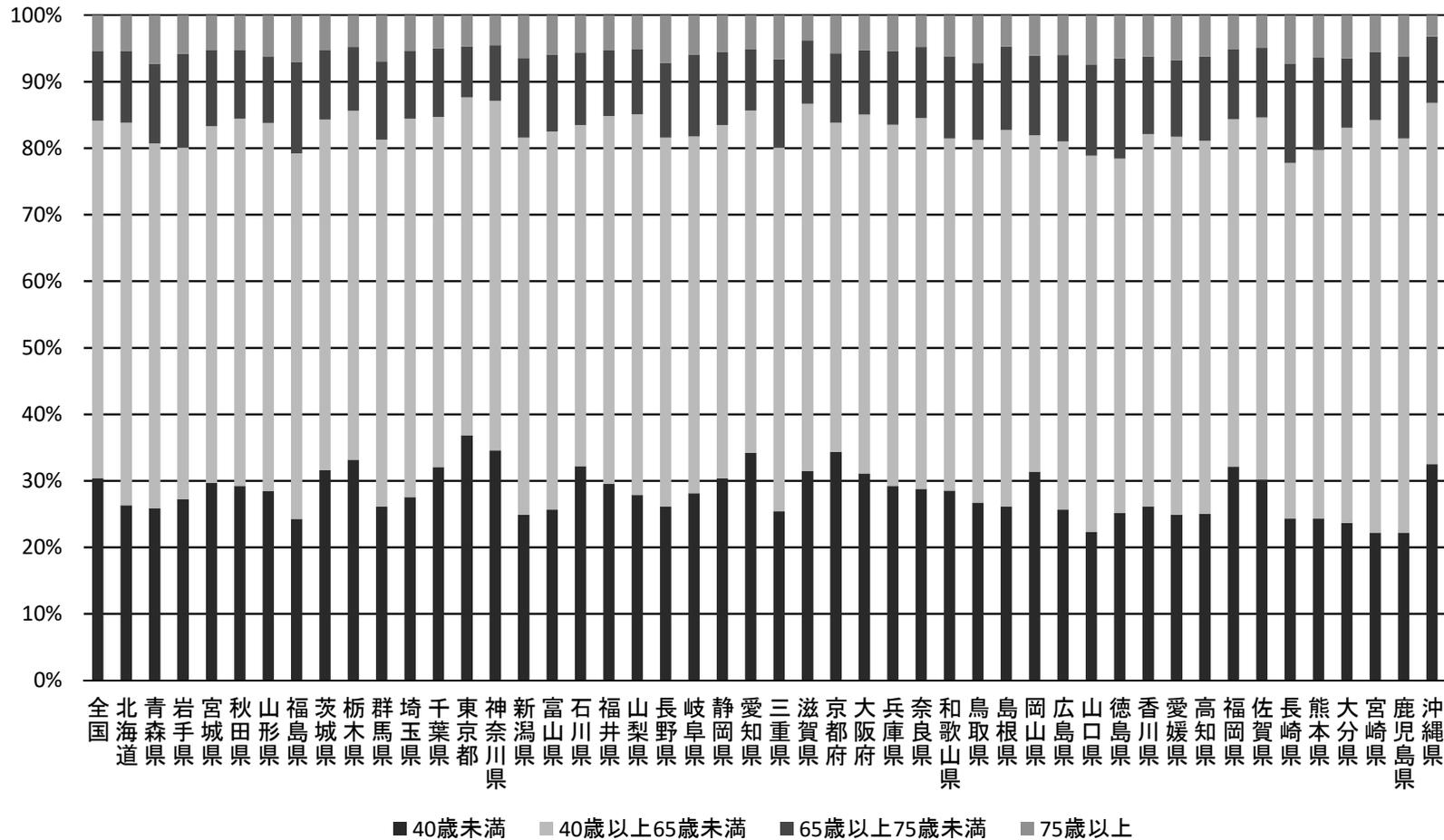
参照)
平成26年度無医地区等調査
平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査
平成29年住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査

1-4. 医師の性別・年齢分布について (1)

■ 地域によって医師の年齢分布が異なる。

➤ 65歳以上の医師の割合が最も高い長崎県と、最も低い東京都では約10ポイントの差がある。

都道府県別医師人口構成(年齢階級別)



65歳以上の医師の割合		
1位	長崎県	22.2%
2位	徳島県	21.6%
3位	山口県	21.1%

45位	沖縄県	13.2%
46位	神奈川県	12.9%
47位	東京都	12.4%

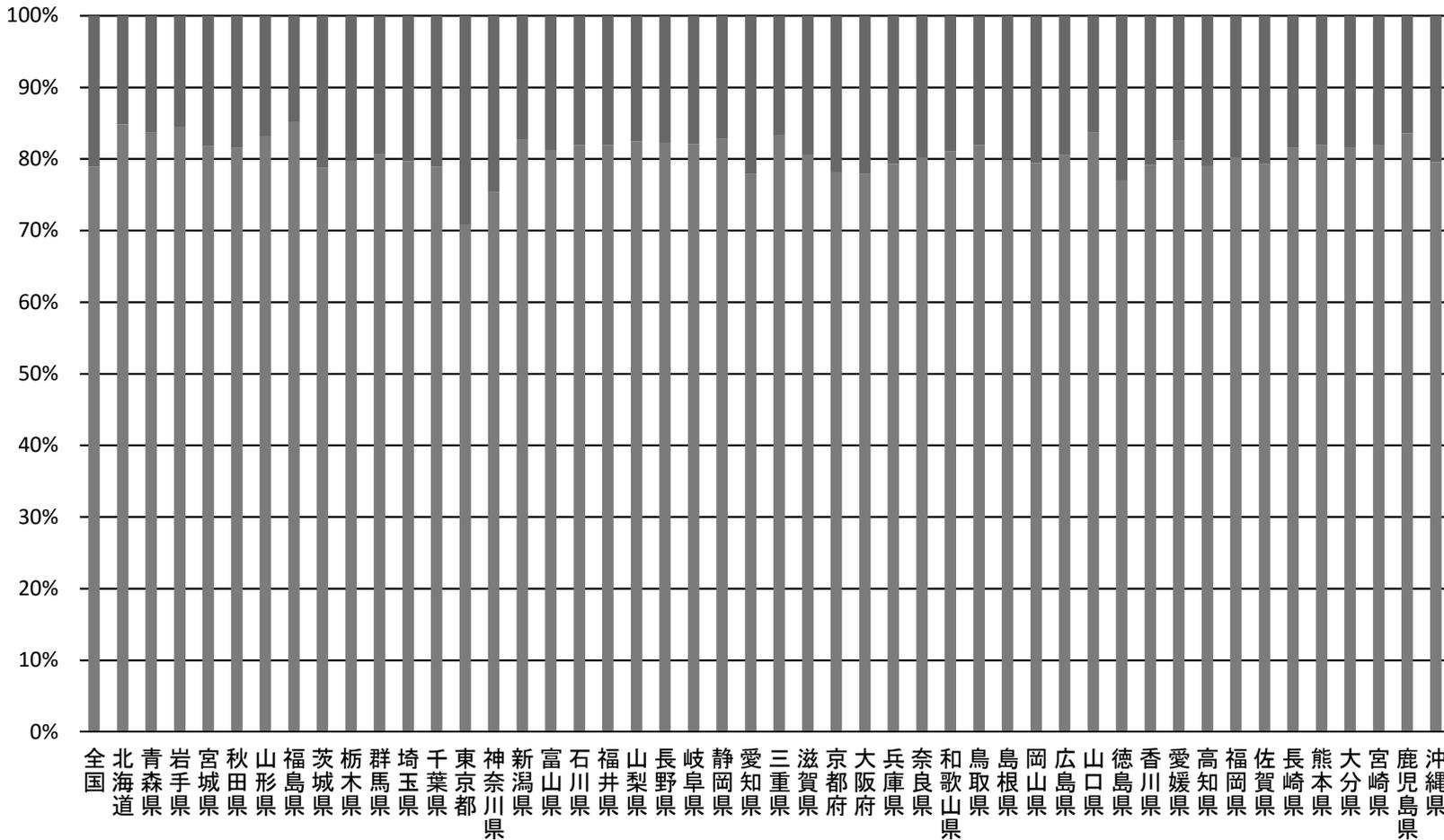
参照) 平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査

1 - 4. 医師の性別・年齢分布について (2)

■ 地域によって医師の男女比が異なる。

➤ 医師の女性割合が最も高い東京都と、最も低い福島県では約15ポイントの差がある。

都道府県別医師人口構成(性別) ■ 男性 ■ 女性



女性比率		
1位	東京都	29.2%
2位	神奈川県	24.7%
3位	徳島県	23.0%
45位	岩手県	15.5%
46位	北海道	15.2%
47位	福島県	14.9%

参照) 平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査

1 - 4. 医師の性別・年齢分布について (3)

- 性別や年齢によって医師の平均労働時間に差がある。

「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」における、性別、年齢階級ごとの医師の平均労働時間

	性・年齢階級別の週当たり平均勤務時間 (単位: 時間)	
	男性	女性
20歳代	64:03	59:23
30歳代	62:40	49:04
40歳代	58:43	43:14
50歳代	52:59	45:05
60歳代	44:33	39:43
70歳代以上	34:23	32:24

※ 医師全体の週当たり平均勤務時間は51:42

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

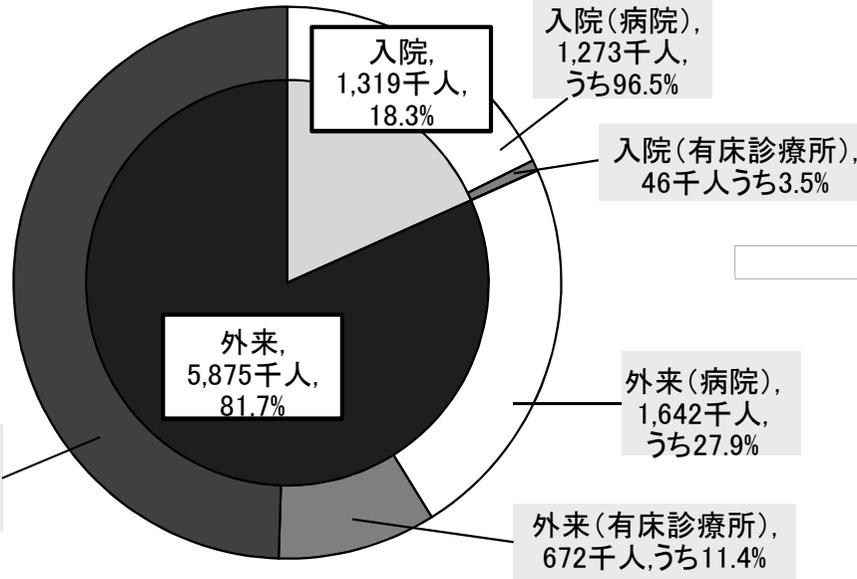
※ 勤務時間: 診療時間(外来診療、入院診療、在宅診療に従事した時間。)、診療外時間(教育、研究・自己研修、会議・管理業務等に従事した時間。)、待機時間(待機時間: 当直の時間(通常の勤務時間とは別に、院内に待機して応急患者に対して診療等の対応を行う時間。実際に患者に対して診療等の対応を行った時間は診療時間にあたる。))のうち診療時間及び診療外時間以外の時間。)の合計(オンコールの待機時間は勤務時間から除外した。オンコールは、通常の勤務時間とは別に、院外に待機して応急患者に対して診療等の対応を行うこと)。

1-5. 医師偏在の種別について①-入院外来別の医師偏在について(1)

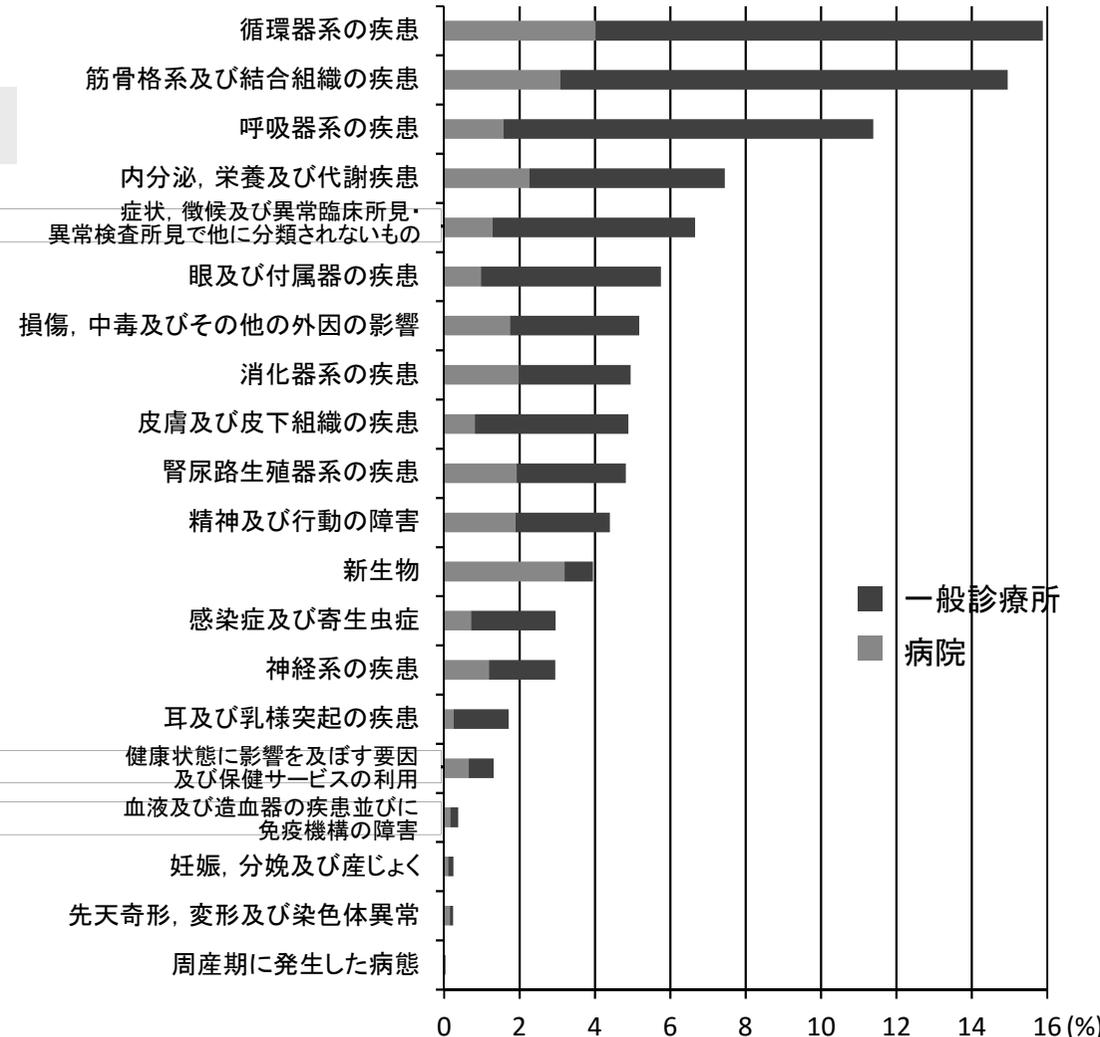
医療従事者の需給に関する検討会
第14回 医師需給分科会(平成29年11月8日)
資料2(抜粋・一部改変)

○ 外来患者数は、入院患者数と外来患者数の合計の約8割で、そのうち無床診療所を受診する者が約6割を占める。

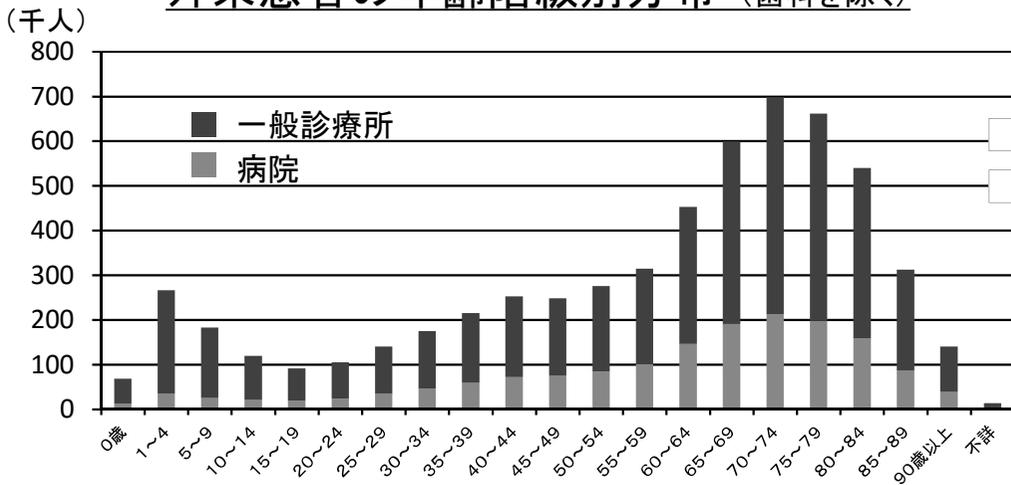
入院／外来患者の施設別割合 (歯科を除く)



外来患者の傷病別割合 (歯科を除く)



外来患者の年齢階級別分布 (歯科を除く)



参照) 平成26年患者調査

1-5. 医師偏在の種別について①-入院外来別の医師偏在について(2)

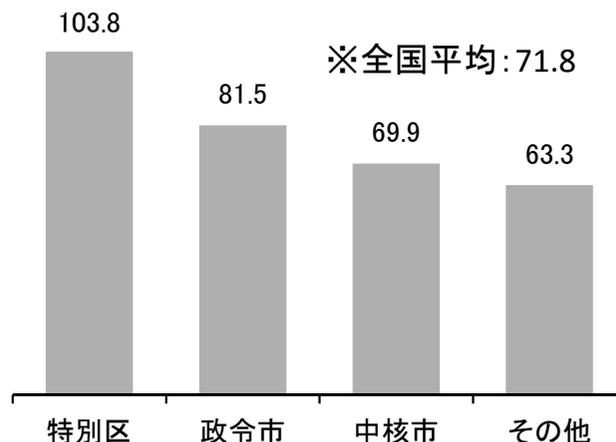
医療従事者の需給に関する検討会
第14回 医師需給分科会(平成29年11月8日)
資料2(抜粋・一部改変)

- 無床診療所の医師数は、病院・診療所の約1/3。
- 無床診療所は都市部に開設が偏る傾向がある。

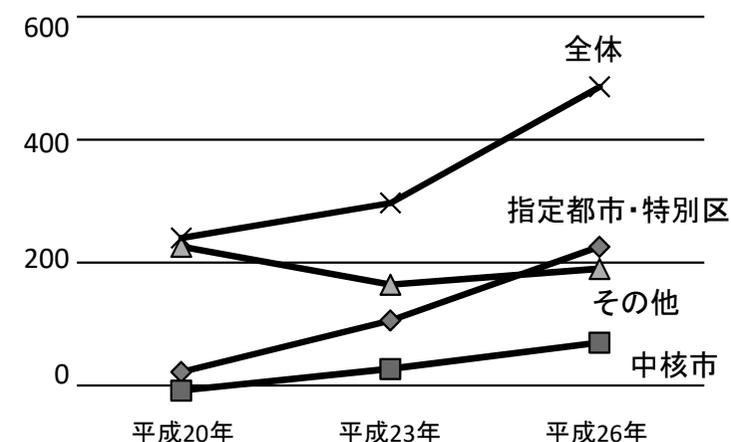
医療施設別の施設数・医師数 (常勤換算)

	施設数	医師数
病院	8,493 (8%)	204,700 (61%)
有床診療所	8,355 (8%)	15,605 (5%)
無床診療所	92,106 (84%)	115,074 (34%)

人口10万対無床診療所数



診療所の純増数の推移(開設-廃止)



二次医療圏別の人口10万対無床診療所数

(上位5二次医療圏)

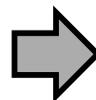
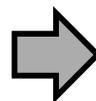
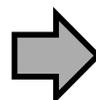
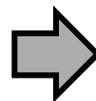
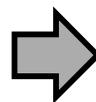
二次医療圏	都道府県	無床診療所数
区中央部	東京	248.8
大阪市	大阪	123.1
区西南部	東京	119.1
益田	島根	114.3
区西部	東京	113.5

(下位5二次医療圏)

二次医療圏	都道府県	無床診療所数
鹿行	茨城	37.1
熊毛	鹿児島	36.2
相双	福島	35.2
遠紋	北海道	32.9
根室	北海道	26.5

2-1. 課題の整理

人口10万人対医師数における課題
1-1. 人口構成（性・年齢構成）の違いを反映できていない
1-2. 患者の流出入等を反映できていない
1-3. へき地等の地理的条件を反映できていない
1-4. 医師の性別・年齢分布について反映できていない
1-5. 入院、外来などの機能ごとの偏在の状況、診療科別の医師の偏在の状況を反映できていない



医師偏在指標における対応
地域ごとの医療需要について、人口構成の違いを踏まえ、受療率を用いて性年齢調整を行ったものを用いてはどうか。
昼間人口と夜間人口のそれぞれを用い、実態に応じた一定の重み付けを行ったものを用いてはどうか。 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してはどうか。
法律上、医師確保対策の対象とされている「医師の確保を特に図るべき区域」に、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（へき地診療所設置済み地区を含む。）も一定の考え方の下、含めることを検討してはどうか
医師の性・年齢階級別の平均労働時間で重み付けを行ったものを用いてはどうか。
入院外来別の医師偏在については、外来医療機能の不足・偏在等への対応について検討する際に併せて検討することとしてはどうか。 診療科別の医師偏在については、喫緊の対応として小児科と産科についての指標を暫定的に作成してはどうか。

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。

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

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

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

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

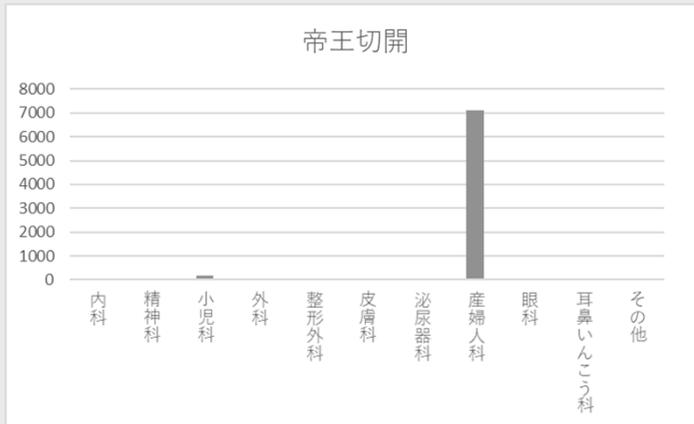
産科・小児科の 医師偏在指標について

産科医師偏在指標について - 診療行為との紐付け

- 診療科と診療行為の紐付けが一定程度明確な診療科と、紐付けが困難な診療科が存在する。
- 産科については、紐付けが一定程度明確である。

産科の場合（例：帝王切開）

※診療所における外来レセプトに関して、平成29年度の5月の1ヶ月間の間に、各診療科を主に標榜している診療所が、どの診療行為、加算を算定しているかを示したもの



診療所で実施された帝王切開術のうち、93.6%が産婦人科を標榜している診療所で実施されている。

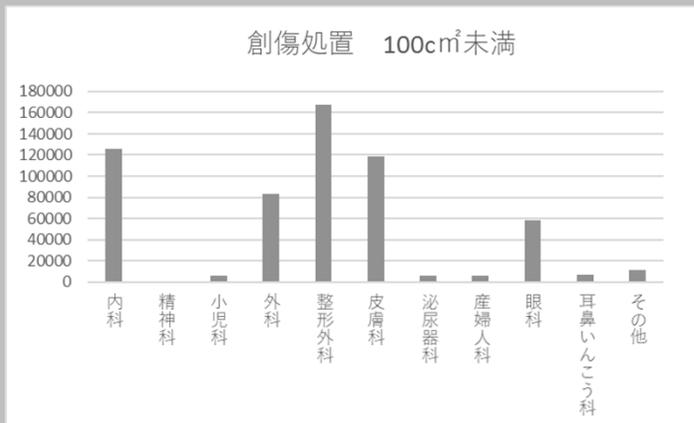


診療行為と診療科の紐付けが比較的明確であるため、診療科ごとの医療需要が一定程度明確に算出可能である。

参照)平成29年 社会医療診療行為別統計

他の診療科の場合（例：創傷処置）

※診療所における外来レセプトに関して、平成29年度の5月の1ヶ月間の間に、各診療科を主に標榜している診療所が、どの診療行為、加算を算定しているかを示したもの



診療所で施行された創傷処置(100cm²未満)のうち、21.2%が内科、14.1%が外科、28.4%が整形外科、20.1%が皮膚科、9.9%が眼科を標榜している診療所で施行されている。



診療行為と診療科の紐付けが困難である。

参照)平成29年 社会医療診療行為別統計

産科医師偏在指標の基本的考え方について

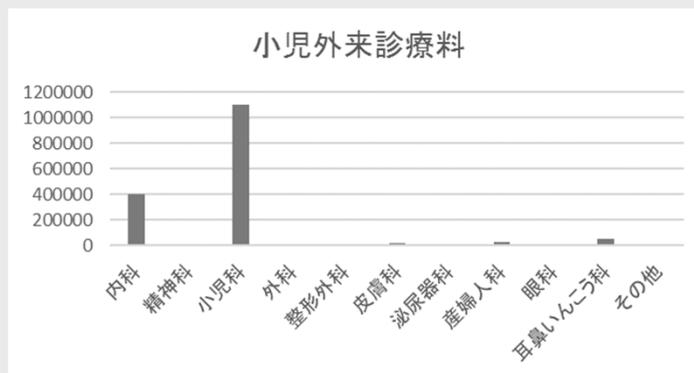
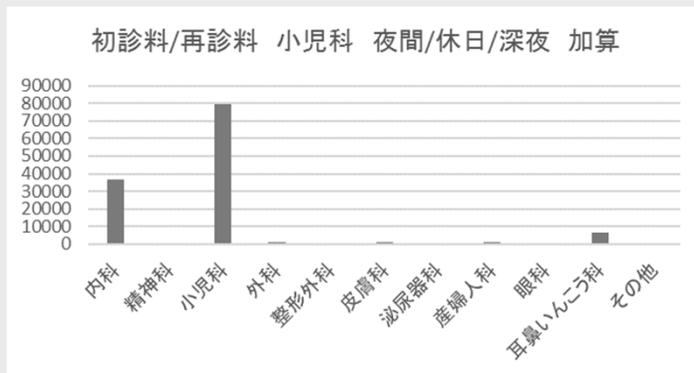
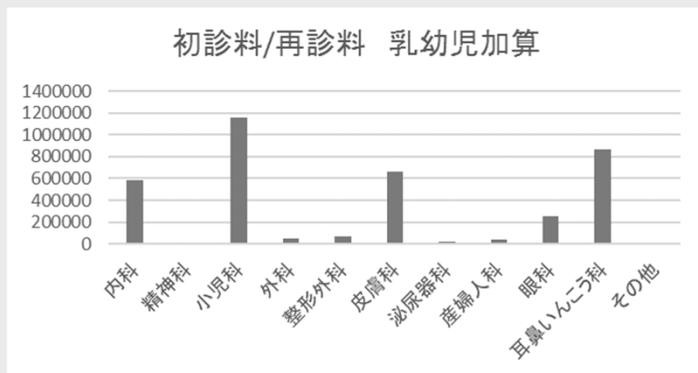
- 産科の医療需要については、地域毎に15歳–49歳女性人口あたりの分娩数が異なることから、地域ごとの15歳–49歳女性人口あたり分娩件数を基準として考えてはどうか。
- 産科医師の性・年齢構成等の地域差についても、性・年齢等によって平均労働時間等が異なると考えられることから、これらによる重み付けを行ってはどうか。

小児科医師偏在指標について - 診療行為との紐付け

- 診療科と診療行為の紐付けが比較的明確な診療科と、紐付けが困難な診療科が存在する。
- 小児科については、一定の仮定の下に紐付けが可能ではないか。

小児科の場合

※診療所における外来レセプトに関して、平成29年度の5月の1ヶ月間の間に、各診療科を主に標榜している診療所が、どの診療行為、加算を算定しているかを示したもの



参照)平成29年 社会医療診療行為別統計

15歳未満の小児の診療に関しては、小児科医だけではなく、内科医や皮膚科医、耳鼻科医なども一定程度、医療を提供している。

一方、医療需要の総数は、15歳未満の小児の受療率から把握可能ではないか。

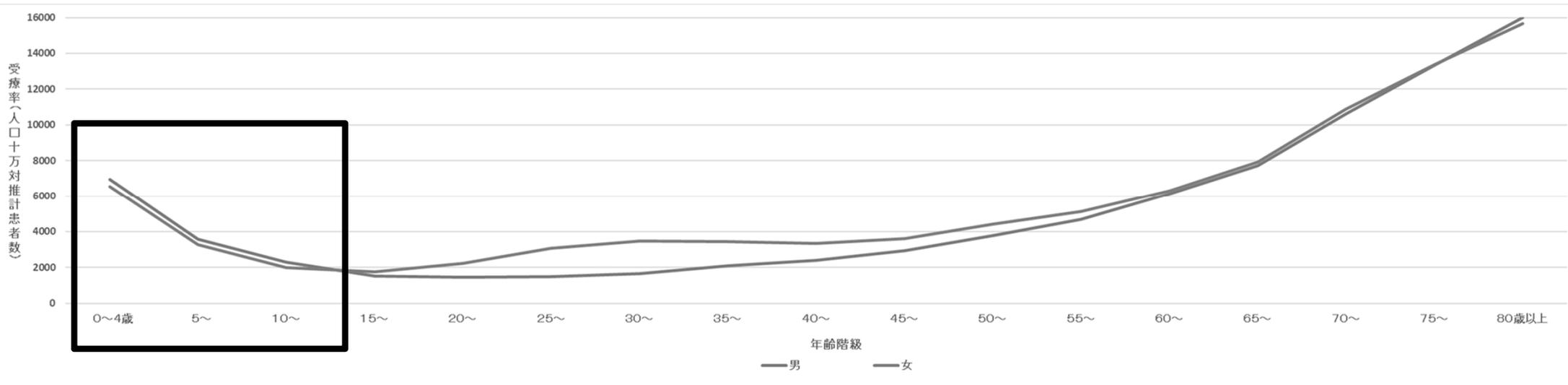


15歳未満の小児人口を基本として、小児科医が対応している頻度が一定であると仮定することにより、暫定的に医療需要を算出することが可能ではないか。

小児科医師偏在指標について - 年齢ごとの受療率

■ 年齢や性別によって、受療率が異なる。

➤ 15歳未満の小児の中でも、0～4歳の受療率が高い。



※推計患者数は、歯科診療所を除いた数

参照)平成26年患者調査
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

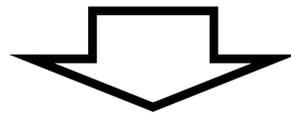
小児科医師偏在指標の基本的考え方について

- 小児科の医療需要については、年齢ごとの受療率の違いを踏まえ、15歳未満の人口を元に、地域ごとに性年齢調整を行ったものを用いてはどうか。
- 小児の診療は小児科医に限らず、内科医や耳鼻いんこう科医等によって診療されているため、医療需要の一定割合について小児科医が対応しているものと考えてはどうか。
- 小児科医の性・年齢構成等の地域差についても、性・年齢等によって平均労働時間等が異なると考えられることから、これらによる重み付けを行ってはどうか。

将来の診療科ごとの 医師の需要の明確化について

現状と課題

- 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。
- また、新専門医制度においても、診療科偏在の是正策は組み込まれていない。
- 医師が、将来の診療科別の医療需要を見据えて、適切に診療科選択ができる情報提供の仕組みが必要。



対応

- 医師需給分科会第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。」とされた。

将来の診療科ごとの医師の需要を明確化するための具体的な手順（案）

医療従事者の需給に関する検討会
第13回 医師需給分科会

資料
(改)

平成29年10月25日

考慮すべき要素の例:

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

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



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



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

当面の対応

将来の課題

対応（案）



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

医師少数区域、医師多数区域の 設定等について

医師偏在指標を活用した医師偏在対策

■ 改正法の施行後、医師偏在指標を活用した医師偏在対策として、主に以下のものが実施されることとなる。

医師確保計画における目標医師数の設定

都道府県は、三次医療圏・二次医療圏単位で、医師偏在指標を踏まえた医師の確保数の目標(目標医師数)の設定が義務付けられている

医師少数区域、医師多数区域の設定

都道府県は、二次医療圏単位で、医師偏在指標に関する基準に従い、医師少数区域・医師多数区域の設定ができることとされている

都道府県内での医師の派遣調整

都道府県は、地域医療支援事務として、都道府県内の医師少数区域等における医療機関をはじめ、医師確保が必要な医療機関で適切に医師が確保されることを目的とした医師の派遣調整を行うこととされている

キャリア形成プログラムの策定

都道府県は、地域医療支援事務として、都道府県内の医師少数区域等における医師の確保と、当該区域に派遣される医師のキャリア形成の機会の確保を目的としたキャリア形成プログラムの策定を行うこととされている

医療機関の勤務環境の改善支援

都道府県は、医師少数区域等に派遣される医師が勤務することとなる医療機関の勤務環境の改善の重要性に留意し、医師派遣と連携した勤務環境改善支援を行うこととされている

地域医療への知見を有する医師の大臣認定

厚生労働大臣は、医師少数区域等における一定の勤務経験を通じた地域医療への知見を有する医師を認定することとされている

臨床研修病院の定員設定

都道府県知事は、医師少数区域等における医師数の状況に配慮した上で、都道府県内の臨床研修病院ごとの研修医の定員を定めることとされている

大学医学部における地域枠・地元枠の設定

都道府県は、医師偏在指標によって示される当該都道府県の医師の多寡を踏まえ、大学に対し、医学部における地域枠・地元枠の設定・増加の要請を行うことができることとなる

医師少数区域及び医師多数区域の設定について

□ 医療法上、都道府県は、二次医療圏単位で、医師偏在指標に関する基準に従い、医師少数区域・医師多数区域の設定ができるとされている。

・医療法（昭和23年法律第205号）
第30条の4

6 都道府県は、第二項第十一号に掲げる事項を定めるに当たっては、提供される医療の種別として厚生労働省令で定めるものごとに、同号ロに規定する指標（※医師偏在指標）に関し厚生労働省令で定める基準に従い、医師の数が少ないと認められる同項第十四号に規定する区域（※二次医療圏）を定めることができる。

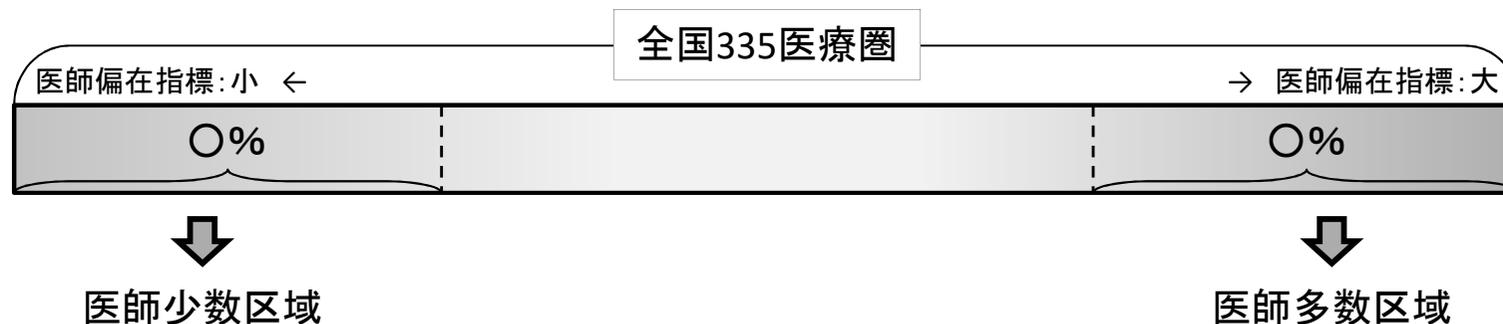
7 都道府県は、第二項第十一号に掲げる事項を定めるに当たっては、提供される医療の種別として厚生労働省令で定めるものごとに、同号ロに規定する指標（※医師偏在指標）に関し厚生労働省令で定める基準に従い、医師の数が多いと認められる同項第十四号に規定する区域（※二次医療圏）を定めることができる。



・ 医師少数区域・医師多数区域の設定に用いる、医師偏在指標に関する基準をどのように定めるか。

➤ 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、上位〇%を医師多数区域、下位〇%を医師少数区域とすることとしてはどうか。

➤ 基準を定めるに当たっては、例えば、固定値を用いる、標準偏差を用いるなどの方法が考えられ、医師少数区域・医師多数区域に関する各施策の詳細について検討した上で、それらを踏まえて議論することが適当ではないか。



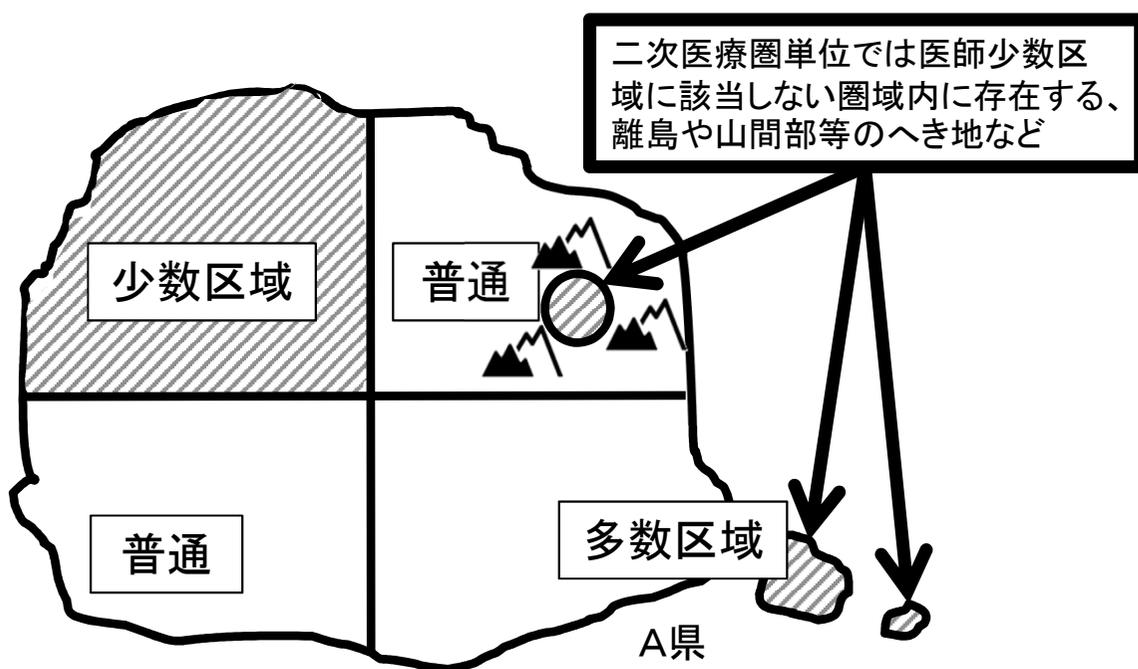
医師少数区域以外の医師の確保を特に図るべき区域について

- 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。

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

- 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

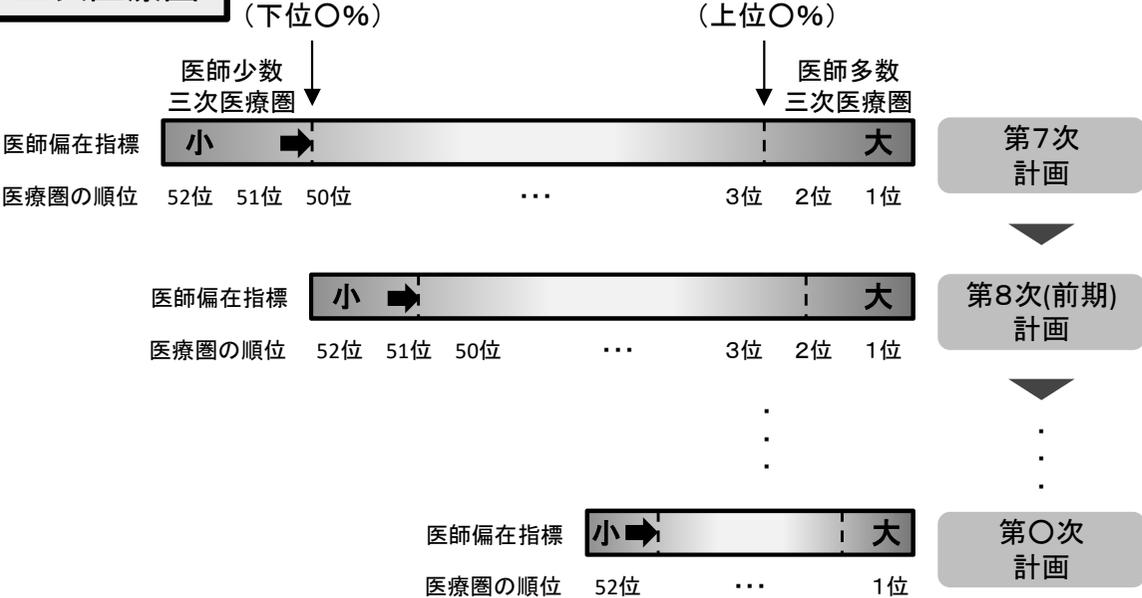
3・4（略）

目標医師数及び 目標医師数を達成するための施策について

目標医師数の基本的な考え方(案)

- 目標医師数を次のように設定することとしてはどうか。

三次医療圏

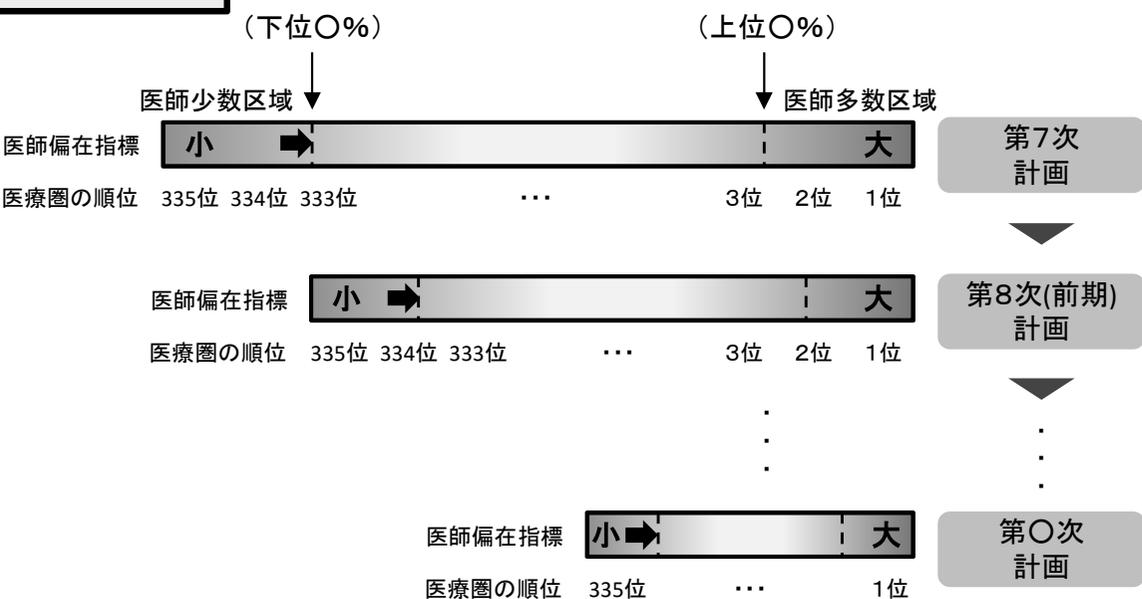


計画終了時点の医師偏在指標の値が、計画開始時点の医師少数三次医療圏の基準値(下位0%)に達することとなる医師数を目標医師数に設定

- 計画開始時点で基準値を下回る三次医療圏 : 医師確保が必要
- 計画開始時点で基準値を上回る三次医療圏 : 目標を達成済

複数の計画期間を通じて、段階的に偏在の解消を図る

二次医療圏



医師少数区域 : 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少数区域の基準値(下位0%)に達することとなる医師数を目標医師数に設定

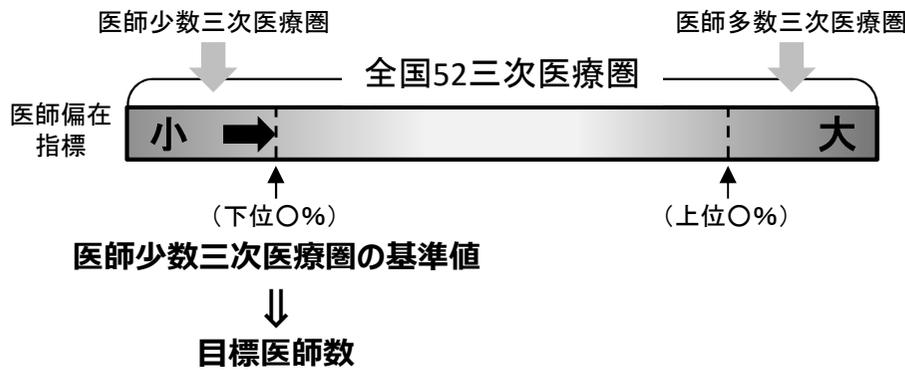
その他の区域 : 都道府県が独自に目標を設定 (国が、参考値として医師偏在指標が全国平均値と等しい値になる医師数を提示)

複数の計画期間を通じて、段階的に偏在の解消を図る

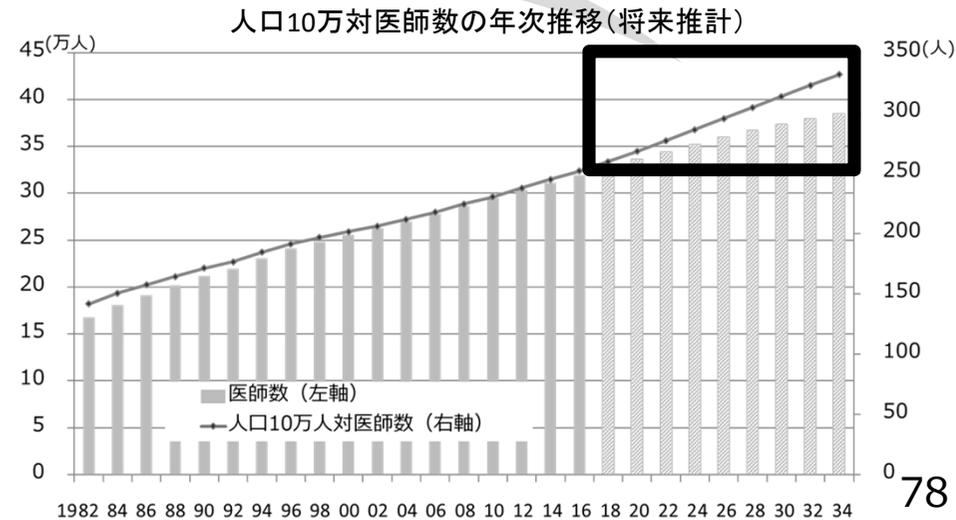
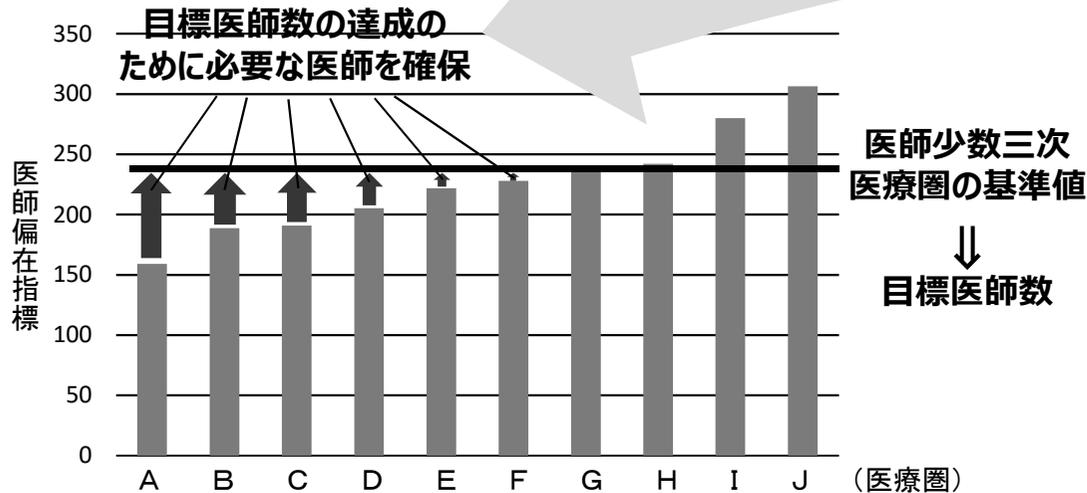
三次医療圏の目標医師数の設定イメージ

- 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少数三次医療圏の基準値（下位〇%）に達することとなる医師数を目標医師数に設定することとしてはどうか。
 - 計画開始時点で基準値を下回る三次医療圏：医師確保が必要
 - 計画開始時点で基準値を上回る三次医療圏：目標を達成済

三次医療圏の目標医師数の設定イメージ



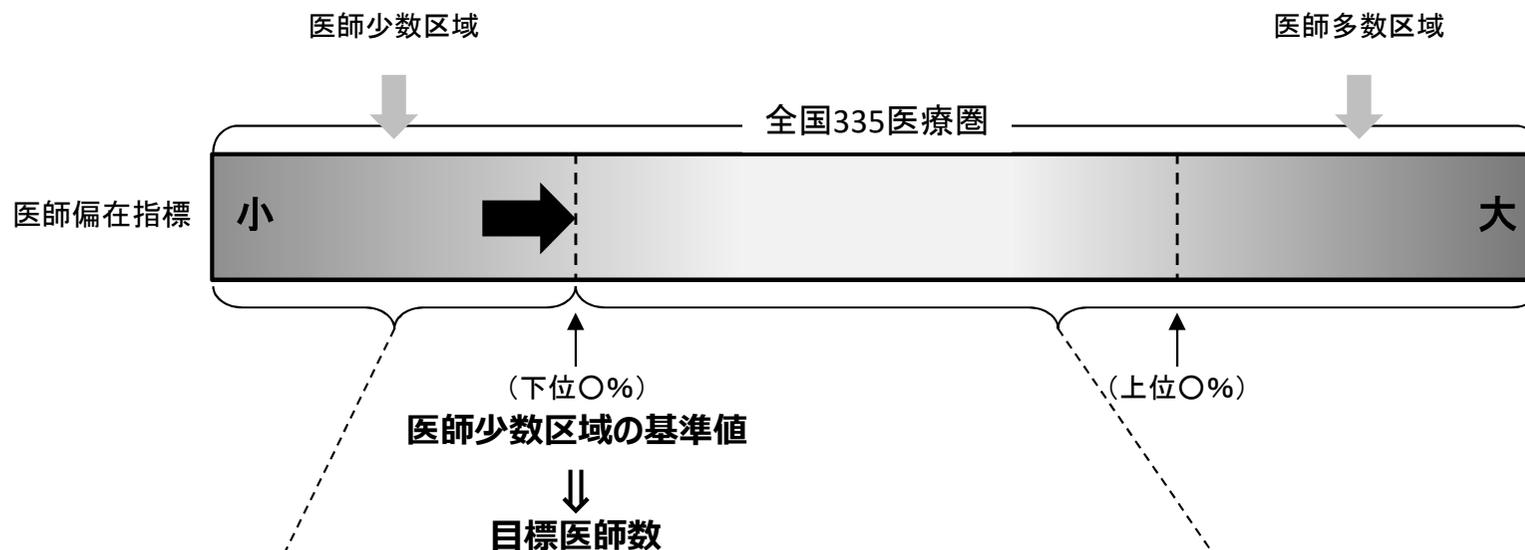
今後増加する医師数分の人数を配置



二次医療圏の目標医師数の設定イメージ

- 医師少数区域については、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少数区域の基準値（下位〇%）に達することとなる医師数を目標医師数に設定することとしてはどうか。
- その他の区域については、都道府県が独自に目標を設定することとしてはどうか。
（国が、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してはどうか。）

二次医療圏の目標医師数の設定イメージ



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少数区域の基準値に達することとなる医師数を目標医師数に設定

都道府県が独自に目標医師数を設定
（国が、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）

将来時点の医師偏在指標及び 将来時点における必要医師数について

将来時点の医師偏在指標について

将来時点の医師偏在指標の要素について

- 将来時点の医師偏在指標についても、現在時点の医師偏在指標と同様の考え方をを用いることとしてはどうか。
- ただし、一部の要素については、現在時点の医師偏在指標の考え方の修正が必要ではないか。

人口10万人対医師数における課題		将来時点の医師偏在指標における対応
1. 人口構成（性・年齢構成）の違いを反映できていない	➔	現在時点の医師偏在指標と同様の考え方をを用いてはどうか。 ただし、人口構成等の経時変化を反映することとしてはどうか。
2. 患者の流出入等を反映できていない	➔	現在時点の医師偏在指標と同様の考え方をを用いてはどうか。 ただし、患者の流出入に関して、都道府県間での調整の上で経時変化を見込むこともできることとしてはどうか。
3. へき地等の地理的条件を反映できていない	➔	現在時点の医師偏在指標と同様の考え方をを用いてはどうか。
4. 医師の性別・年齢分布について反映できていない	➔	現在時点の医師偏在指標と同様の考え方をを用いてはどうか。 ただし、医師数については、医師供給推計の値を用いることとしてはどうか。
5. 入院、外来などの機能ごとの偏在の状況、診療科別の医師の偏在の状況を反映できていない	➔	現在時点の医師偏在指標と同様の考え方をを用いてはどうか。

将来時点の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。
- 従来的人口10万人対医師数をベースに、地域ごとに性年齢階級による受療率の違いを調整する。

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

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

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

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

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