第13回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会
平成３１年４月２５日
資料1

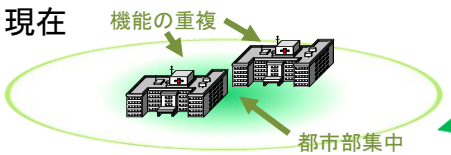
社会保障審議会第66回医療部会
（平成31年4月24日）資料

最近の医療提供体制の改革について

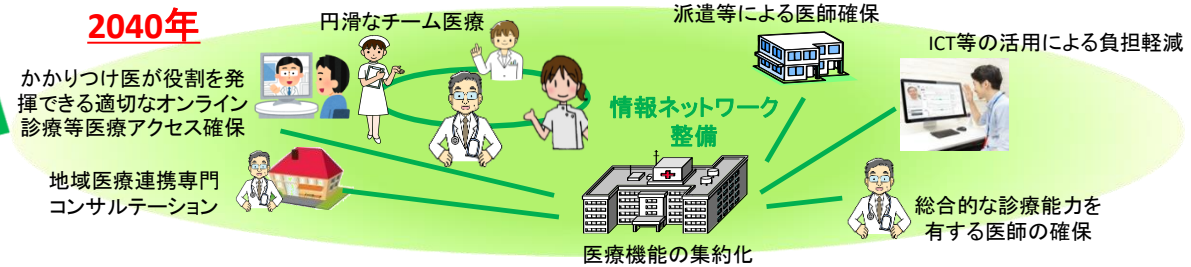
2040年を展望した医療提供体制の改革について（イメージ）

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

2040年の医療提供体制（医療ニーズに応じたヒト、モノの配置）



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



現在 → 2040年

2025年までに着手すべきこと

どこにいても必要な医療を最適な形で

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

医師・医療従事者の働き方改革で、より質が高く安全で効率的な医療へ

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

2040年を展望した2025年までに着手すべきこと

地域医療構想の実現等

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

三位一体で推進

医師・医療従事者の働き方改革の推進

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

実効性のある医師偏在対策の着実な推進

①地域医療構想や2040年の医療提供体制の展望と整合した医師偏在対策の施行
- 医師偏在指標に基づく医師確保計画の策定と必要な施策の推進
- 将来の医療ニーズに応じた地域枠の設定・拡充
- 地域ごとに異なる人口構成の変化等に対応した将来の診療科別必要医師数を都道府県ごとに算出

②　総合的な診療能力を有する医師の確保等のプライマリ・ケアへの対応

2040年を展望した医療提供体制の改革について

経済財政一体改革推進委員会
第30 回社会保障ワーキンググループ
（平成31年３月28日）資料１（抜粋）

マクロの状況

需要面：高齢化に伴う医療需要の当面の増加と、人口減少による将来的な減少・散在化
疾病構造の変化、高齢化による複合疾患ニーズの発生

供給面：人口減少による従事者確保困難
ＩＣＴ活用による情報ネットワークの整備、ＡＩ等の技術革新

人口減少社会において、医療提供体制をどのように最適化させていくか

医療提供体制の構成要素・施策の進展状況

病床機能／外来医療機能

（これまで）

＜病床機能＞
- 医療機関の自主的選択が基本
  ⇒医療機能の重複・非効率の原因
- 地域医療構想【2016年度～】

＜外来医療機能＞
- 自由開業制等による診療所偏在等

（現在～2024／2025～2040～）

＜病床機能＞
- 地域医療構想の実現（具体的対応方針の検証と更なる対応の検討）

＜外来医療機能＞
- 地域ごとの協議の場の設定等を通じた、機能分化・連携の推進【2019年度～】

従事者確保／勤務環境改善　等

＜従事者確保＞
- 自由標榜制・自由開業制が基本⇒医師偏在の一因
- 地域枠の設定【2008年度～】

＜勤務環境改善＞
- 勤務環境改善の努力義務、都道府県による支援【2016年度～】

＜医療法人制度＞
- 地域医療連携推進法人制度の創設【2017年度～】

2018年医療法・医師法改正

＜従事者確保＞
- 新しい医師偏在対策（全国統一指標による医師少数区域の設定、当該区域への医師派遣、将来ニーズに応じた地域枠設定、地域医療に配慮した専門医制度の運用等）【2018年度～順次】
- 総合診療専門医の養成　【2018年度～】

働き方改革

＜勤務環境改善＞
- 従事者の時間外労働規制（罰則付き・労働基準法）【コメディカル2019年度～、医師2024年度～】
  ⇒今後、規制遵守に向けた方策を検討する必要
- 従事者間の役割分担（タスク・シフティング等）

マンパワーの供給制約を前提に、個々の医療機関において各視点を統合し、提供する医療機能を再度検討・選択していく必要

ﾌﾟﾛﾌｪｯｼｮﾅﾙｵｰﾄﾉﾐｰを尊重しつつ、各施策をばらばらに実施してきた

- ◆ 医療機関は地域医療の担い手として、当該地域の地域医療提供体制の状況への配意が求められる
- ◆ 都道府県も提供体制全体を俯瞰し、必要な機能・従事者の適正な働き方の調和が図られているか等を確認していく必要

地域医療構想の実現に向けたこれまでの取組について

社会保障審議会第66回医療部会
（平成31年4月24日）資料１－２（抜粋）

１．これまでの取り組み
- 全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針の合意形成

○　これまで、2017年度、2018年度の２年間を集中的な検討機関とし、**公立・公的医療機関等においては地域の民間医療機関では担うことのできない医療機能に重点化**するよう医療機能を見直し、これを達成するための再編統合の議論を進めるように要請した。

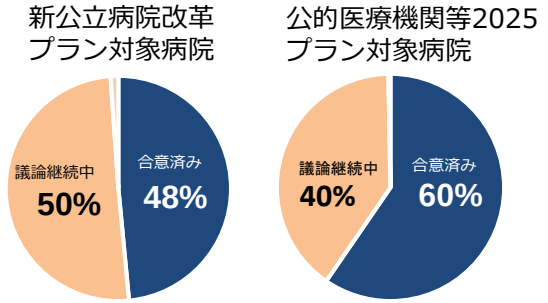
○　公立・公的医療機関等でなければ担えない機能として、「新公立病院改革ガイドライン」や「経済財政運営と改革の基本方針2018」においてはそれぞれ、

ア　高度急性期・急性期機能や不採算部門、過疎地等の医療提供等
イ　山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供
ウ　救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供
エ　県立がんセンター、県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供
オ　研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能

が挙げられている。

○　2018年度末までに**全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針が地域医療構想調整会議で合意されるよう取組を推進。**

公立・公的医療機関等に関する議論の状況
平成30年12月末

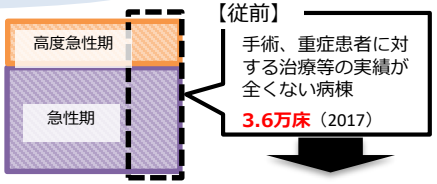


（病床ベース）

地域医療構想の実現のための推進策

○　**病床機能報告における定量的基準の導入**

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



【2018～】基準の導入により、高度急性期・急性期の選択不可

○　**2018年６月より地域医療構想アドバイザーを任命**

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

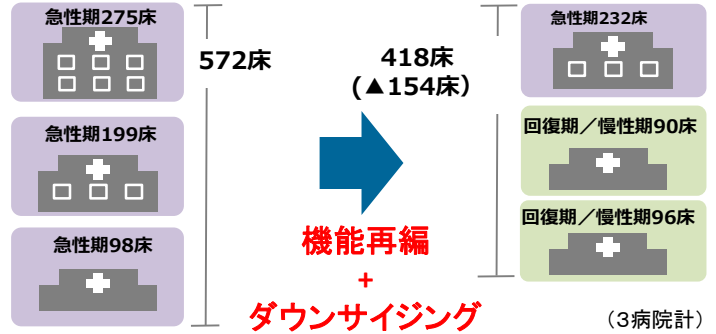
（36都道府県、79名（平成31年３月））

○　**2018年６月より都道府県単位の地域医療構想調整会議の設置**

機能分化連携のイメージ（奈良県南和構想区域）

■　医療機能が低下している３つの救急病院を１つの救急病院（急性期）と２つの回復期／慢性期病院に**再編**し、**ダウンサイジング**

■　機能集約化により医師一人当たりの救急受入件数が増え、**地域全体の医療機能の強化、効率化**が促進された



地域医療構想の実現に向けたさらなる取組について

社会保障審議会第66回医療部会
（平成31年4月24日）資料１－２（抜粋）

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

２．今後の取り組み
- 合意形成された具体的対応方針の検証と構想の実現に向けた更なる対策

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

分析内容

①　分析項目ごとに診療実績等の一定の指標を設定し、当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか分析する。
重点化が不十分な場合、他の医療機関による代替可能性があるとする。

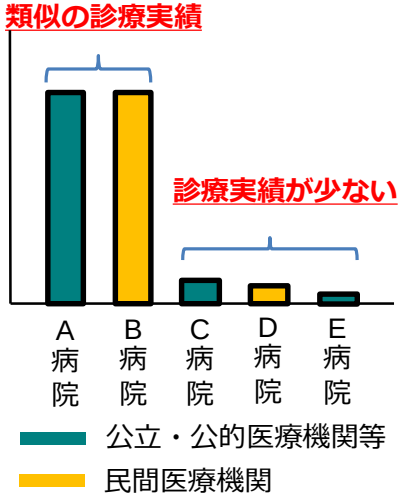
A　各分析項目について、構想区域内に、一定数以上の診療実績を有する医療機関が２つ以上あり、かつ、お互いの所在地が近接している。

B　各分析項目について、診療実績が特に少ない。

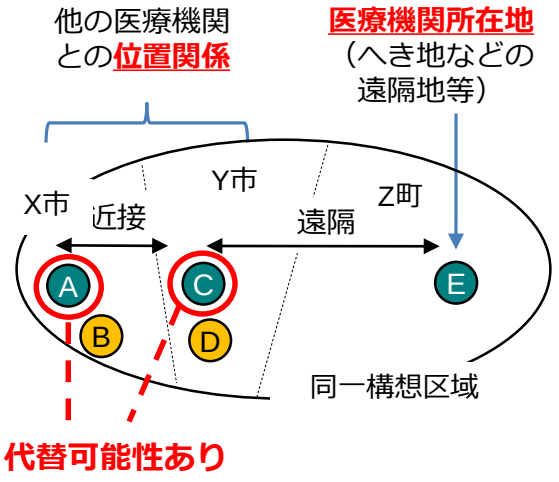
②　医療機関の所在地や、他の医療機関との位置関係を確認するなど、地理的条件も勘案する。

分析のイメージ

①診療実績のデータ分析



②地理的条件の確認



「代替可能性がある」または「病院全体の再編統合の検討の必要」と位置付けられた公立・公的医療機関等

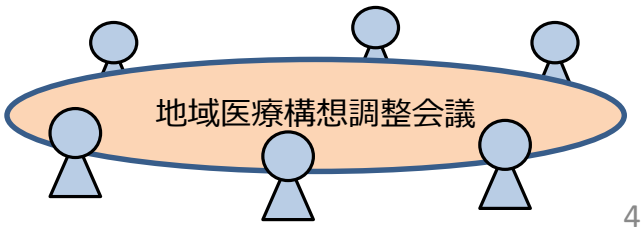
③分析結果を踏まえた地域医療構想調整会議における検証

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

○　**代替可能性のある機能の他の医療機関への統合**

○　**病院の再編統合**

について具体的な協議・再度の合意を要請



医師の働き方改革に関する検討会　報告書の概要

社会保障審議会第66回医療部会
（平成31年4月24日）資料１－４

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

１．医師の働き方改革に当たっての基本的な考え方

医師の働き方改革を進める基本認識

□ 我が国の医療は、医師の自己犠牲的な長時間労働により支えられており危機的な状況。昼夜を問わず患者への対応を求められうる仕事で、他職種と比較しても抜きん出た長時間労働の実態。

□ 健康への影響や過労死の懸念、仕事と生活の調和への関心の高まり、女性医師割合の上昇等も踏まえ、改革を進める必要。

□ 医師の長時間労働の背景には、個々の医療機関における業務・組織のマネジメントの課題のみならず、医師の需給や偏在、医師の養成のあり方、地域医療提供体制における機能分化・連携が不十分な地域の存在、国民の医療のかかり方等の様々な課題が存在。これらに関連する各施策と医師の働き方改革が総合的に進められるべきであり、規制内容を遵守できる条件整備の観点からも推進する必要。

医師の診療業務の特殊性

（応召義務について）

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

（医師の診療業務の特殊性）

□ 公共性（国民の生命を守るものであり、国民の求める日常的なアクセス、質等の確保が必要）

□ 不確実性（疾病発生が予見不可能である等）

□ 高度の専門性（業務独占、養成に約10年要する）

□ 技術革新と水準向上（新しい診断・治療法の追求と活用・普及の両方が必要）

２．働き方改革の議論を契機とした、今後目指していく医療提供の姿

□ 労働時間管理の適正化が必要。その際、宿日直許可基準における夜間に従事する業務の例示等の現代化、医師の研鑽の労働時間の取扱いについての考え方等を示す必要。

□ 医師の労働時間短縮のために、医療機関のマネジメント改革（意識改革、チーム医療の推進（特定行為研修制度のパッケージ化等）、ＩＣＴ等による効率化）、地域医療提供体制における機能分化・連携や医師偏在対策の推進、上手な医療のかかり方の周知を全体として徹底して取り組んでいく必要。また、働き方と保育環境等の面から、医師が働きやすい勤務環境の整備が重要。

□ 個々の医療機関に対するノウハウ提供も含めた実効的な支援策、第三者の立場からの助言等が重要。

□ 上手な医療のかかり方を広めるための懇談会でとりまとめた方策を国が速やかに具体的施策として実行。

３．医師の働き方に関する制度上の論点

時間外労働の上限規制の構成　※具体的な内容はＰ４・５

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

- 地域医療提供体制の確保の観点（①2024年時点ではまだ約１万人の需給ギャップが存在し、さらに医師偏在解消の目標は2036年、②医療計画に基づき改革に取り組む必要性、③医療ニーズへの影響に配慮した段階的改革の必要性）から、やむを得ず（Ａ）水準を超えざるを得ない場合を想定し、地域医療確保暫定特例水準（（Ｂ）水準）を設定。
  ※「臨時的な必要がある場合」の１年あたり延長することができる時間数の上限（1,860時間）については、過重労働を懸念する声があがっており、本検討会においても、医師の健康確保や労働時間短縮を求める立場から賛同できないとの意見があった。
- 地域医療の観点から必須とされる機能を果たすためにやむなく長時間労働となる医療機関として、その機能については具体的に以下のとおり。

◆「救急医療提供体制及び在宅医療提供体制のうち、特に予見不可能で緊急性の高い医療ニーズに対応するために整備しているもの」・「政策的に医療の確保が必要であるとして都道府県医療計画において計画的な確保を図っている「５疾病・５事業」」双方の観点から、

ⅰ　三次救急医療機関
ⅱ　二次救急医療機関　かつ　「年間救急車受入台数1,000台以上又は年間での夜間・休日・時間外入院件数500件以上」　かつ「医療計画において５疾病５事業の確保のために必要な役割を担うと位置付けられた医療機関」
ⅲ　在宅医療において特に積極的な役割を担う医療機関
ⅳ　公共性と不確実性が強く働くものとして、都道府県知事が地域医療の確保のために必要と認める医療機関
（例）精神科救急に対応する医療機関（特に患者が集中するもの）、小児救急のみを提供する医療機関、へき地において中核的な役割を果たす医療機関

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

◆特に専門的な知識・技術や高度かつ継続的な疾病治療・管理が求められ、代替することが困難な医療を提供する医療機関
（例）高度のがん治療、移植医療等極めて高度な手術・病棟管理、児童精神科等

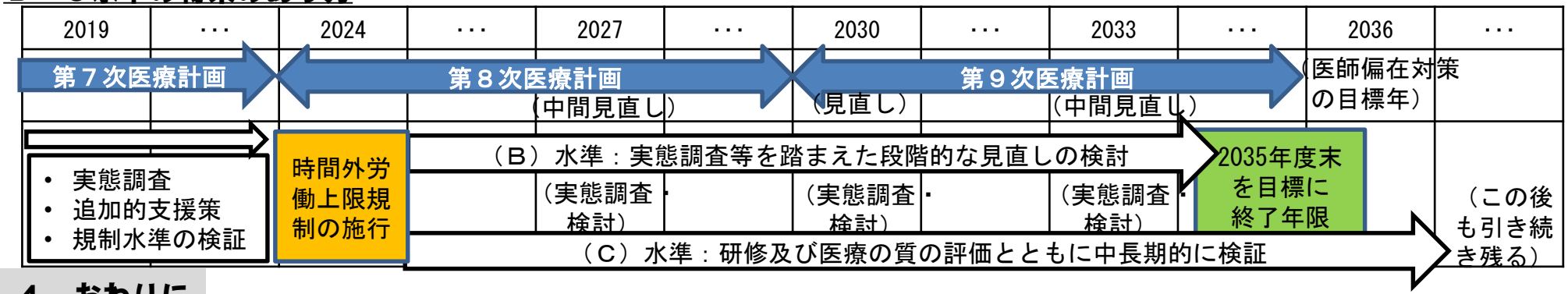
- ①臨床研修医・専門研修中の医師の研鑽意欲に応えて一定期間集中的に知識・手技を身につけられるようにすること、②高度な技能を有する医師を育成する必要がある分野において新しい診断・治療法の活用・普及等が図られるようにすること、が必要であり、集中的技能向上水準（（Ｃ）－１水準（①に対応）、（Ｃ）－２水準（②に対応））を設定。

Ｂ・Ｃ水準の適用の対象、手順等

（Ｂ）水準	医療機関機能、労働時間短縮の取組等の国が定める客観的要件を踏まえ都道府県が対象医療機関を特定⇒特定された機能にかかる業務につき（Ａ）水準超での３６協定が可能に。新たに設ける「評価機能」が医療機関ごとの長時間労働の実態や取組状況の分析・評価を実施。結果を医療機関・都道府県に通知・住民に公表し、当該医療機関と地域医療提供体制の双方から労働時間短縮に向けて取り組む。
（Ｃ）－１水準（研修医）	臨床研修・専門研修プログラムにおいて想定最大時間外労働（実績）を明示。これが（Ａ）水準を超える医療機関を都道府県が特定（※超えない場合は（Ａ）水準の適用）⇒「臨床研修・専門研修に係る業務」につき（Ａ）水準超での３６協定が可能に。医師は明示時間数を踏まえ自らプログラムを選択・応募。
（Ｃ）－２水準（高度特定技能）	高度技能育成を要する分野を審査組織（※高度な医学的見地からの審査を行う）が特定。必要な設備・体制を整備している医療機関を都道府県が特定⇒「高度特定技能育成に係る業務」につき（Ａ）水準超での３６協定が可能に。医師が自由な意欲により計画を作成し、審査組織の個別承認を経たのちに実際の適用となる。

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

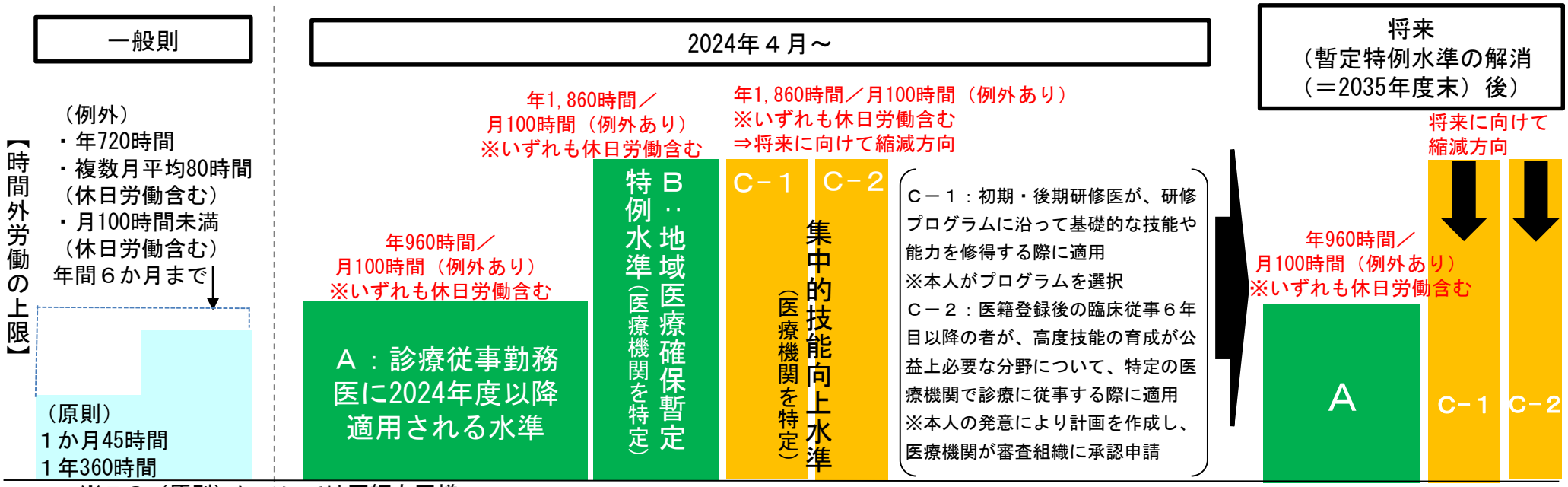
Ｂ・Ｃ水準の将来のあり方



４．おわりに

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

医師の時間外労働規制について①



※この（原則）については医師も同様。

【追加的健康確保措置】

月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置（いわゆるﾄﾞｸﾀｰｽﾄｯﾌﾟ）

- **連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル９時間の確保・代償休息のセット（努力義務）**
  ※実際に定める３６協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。
- **連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル９時間の確保・代償休息のセット（義務）**
- **連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル９時間の確保・代償休息のセット（義務）**
  ※初期研修医については連続勤務時間制限を強化して徹底（代償休息不要）
- **連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル９時間の確保・代償休息のセット（努力義務）**
  ※実際に定める３６協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。
- **連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル９時間の確保・代償休息のセット（義務）**

※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的取組を講ずる。

医師の時間外労働規制について②

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

※さらに、時間外労働月155時間超の場合には労働時間短縮の措置を講ずる。

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

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

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

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

医師需給分科会 第４次中間取りまとめの概要①

社会保障審議会第66回医療部会
（平成31年4月24日）資料１－５（抜粋）

2019年３月22日取りまとめ

経緯

○ **平成30年通常国会において「医療法及び医師法の一部を改正する法律」が成立し、今後の医師偏在対策の基本的な枠組みが定められた。**

○ **改正法の施行に当たって、医師偏在対策の実効性確保のための具体的な制度設計について医師需給分科会において検討を行い、その内容を取りまとめたもの。**

（１） 都道府県における医師偏在対策の実施体制の強化

○ 医師偏在指標

- **全国ベースで医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価可能な指標の算定。**
  - ▶ ①医療ニーズ及び人口・人口構成とその変化、②患者の流出入、③地理的条件、④医師の性別・年齢分布、⑤医師偏在の単位の**５要素を考慮した医師偏在指標**を設計。

○ 医師少数区域／医師多数区域

- **メリハリのある医師確保対策を行うための、医師が少ない地域、多い地域の明確化。**
  - ▶ 医師偏在指標に基づき、全国の二次医療圏の**上位33.3%を医師多数区域、下位33.3%を医師少数区域と設定。医師少数区域には重点的な医師確保対策を行う**。
  - ▶ 局所的に医師が少ない場所を、**「医師少数スポット」**として、重点的な医師確保対策の対象とする。

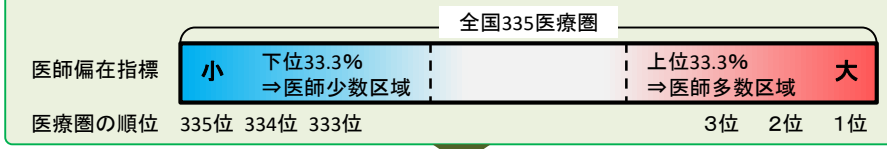
○ 医師確保計画

- **都道府県が主体的・実効的に医師確保対策を行うための計画の策定。**
  - ▶ 定量的な現状分析に基づいて計画を定め、３年（初回のみ４年）ごとにその内容を見直す**PDCAサイクルを実施することで、医師確保対策の実効性を強化**。
  - ▶ 地域枠の効果等を踏まえ、**2036年を長期的な医師偏在是正の目標年**とする。
  - ▶ 医師確保計画には、①都道府県内における医師確保の方針、②確保すべき医師数の目標（目標医師数）、③目標の達成に向けた施策内容、を定める。
  - ▶ 医師の確保方針として、医師多数区域等は他の地域からの医師の確保は行わない等とする。
  - ▶ 医師の派遣調整等の短期的な対策と、地域枠の増員等の長期的な対策を組み合わせて医師偏在是正を目指す。
  - ▶ 医師確保対策について協議を行う、**地域医療対策協議会**の意見を反映することが必要。

医師偏在指標の算定

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

医師少数区域／医師多数区域の設定



医師確保計画の策定

方針
医師偏在指標の大小、将来の需給推計から地域ごとの医師確保の方針を定める。

目標
医師少数区域の水準を脱するために必要な医師数を目標医師数として定める。

施策
医師の派遣調整、キャリア形成プログラムの策定・運用、医学部における地域枠・地元出身者枠の設定、医師確保対策と連携した勤務環境改善支援等の対策を定める。

３年（初回のみ４年）ごとに見直し、PDCAサイクルに基づき実効性を高める

⋮

○ 産科・小児科における医師偏在対策

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

医師需給分科会 第４次中間取りまとめの概要②

社会保障審議会第66回医療部会
（平成31年4月24日）資料１－５（抜粋）

（２） 医師養成過程を通じた地域における医師確保

医学部

○ 医学部における地域枠・地元出身者枠の設定

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

2036年時点で医師が不足 ⇒ 不足数を上限に、恒久定員内に地域枠等を大学に要請可能 ⇒ それでも不足する場合、追加的に臨時定員を大学に要請可能

専門研修等

○ 診療科ごとの将来必要な医師数の見通しの明確化

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

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

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

  等が期待される。

（３） 地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

○ 外来医療機能の不足・偏在等への対応

- **無床診療所が都市部に偏っており、外来医療機能の偏在の可視化が必要。**
  - ▶ **外来医師偏在指標**を算定し、上位33.3%の二次医療圏を**外来医師多数区域**と設定。
  - ▶ 外来医師多数区域についての情報や開業に当たって参考となるデータを、**新規開業希望者等へ情報提供**。
- **地域で不足する外来医療機能についての議論の実施。**
  - ▶ 外来医師多数区域においては、**新規開業希望者に、不足する外来医療機能を担うように求める**。
  - ▶ その実効性の担保のために、**協議の場を設置**（地域医療構想調整会議を活用可能。）。開業届出様式に、不足する外来医療機能を担うことに対する合意欄を設け、協議の場で確認する等の対応を行う。

○ 医療機器の効率的な活用等について

- **医療機器の配置状況には地域差があり、その可視化が必要。**
  - ▶ 地域ごとの**医療機器の配置状況を指標化**し、可視化。
- **医療機器の効率的活用のための協議の実施。**
  - ▶ 医療機器を購入する医療機関は、医療機器の**共同利用計画を作成**し、協議の場で定期的に確認を行う。

（４） 医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進

- ▶ **医師少数区域等において６ヶ月以上勤務**し、その中で医師少数区域等における医療の提供に必要な業務を行った医師を厚生労働大臣が認定する。
- ▶ 地域医療支援病院のうち、医師派遣・環境整備機能を有する病院の管理者は認定医師でなければならないこととする。
  ※2020年度以降に臨床研修を開始した医師以外の医師に管理させる場合等を除く。
- ▶ 認定制度の実効性を高めるようなインセンティブについて引き続き検討。

地域医療構想と医師の働き方改革との関連

○ 地域医療構想

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

○ 医師の働き方改革

マクロ医師需給推計は、医師の働き方改革の内容を踏まえ、再度推計を行うこととする。この新たな推計を踏まえて、医師養成数の増減を伴う長期的な医師偏在対策について検討を行う。

また、2024年度から、医師に対する時間外労働規制が適用される。医師の働き方改革の実現に向け、地域において医師を確保することは喫緊の課題であり、医師確保対策の早急な着手が必要。

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