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

医療法及び医師法の一部を改正する法律（平成30年法律第79号）の概要

改正の趣旨

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

改正の概要

1．医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設【医療法】

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

2．都道府県における医師確保対策の実施体制の強化【医療法】

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

3．医師養成過程を通じた医師確保対策の充実【医師法、医療法】

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

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

4．地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応【医療法】

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

5．その他【医療法等】

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

施行期日

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

医療法及び医師法の一部を改正する法律の施行スケジュール

公布

	施行日	30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度	36年度	37年度
主要事項のスケジュール									
医療提供体制 ・地域医療構想 ・第７次医療計画		第７次医療計画		骨太の方針2017に基づく見直し時期（※）				第８次医療計画	
三師調査結果公表			H31.12公表（H30年調査）		H33.12公表（H32年調査）		H35.12公表（H34年調査）		H37.12公表（H36年調査）
主な改正内容									
新たな医師の認定制度の創設	H32.4.1施行			認定制度の開始					
医師確保計画の策定	H31.4.1施行	指標策定	医師確保計画策定作業	医師確保計画に基づく医師偏在対策の実施					
地域医療対策協議会の役割の明確化等	公布日施行	医師確保について協議する場							
地域医療支援事務の追加	公布日施行	事務の追加						H36.4.1（改正法の施行日から５年後）を目途に検討を加える	
外来医療機能の可視化／協議会における方針策定	H31.4.1施行		計画策定作業	計画に基づく取組の実施					
都道府県知事から大学に対する地域枠／地元枠増加の要請	H31.4.1施行		地域枠／地元枠の要請の開始						
都道府県への臨床研修病院指定権限付与	H32.4.1施行			新制度に基づく臨床研修病院・募集定員の指定					
国から専門医機構等に対する医師の研修機会確保に係る要請／国・都道府県に対する専門研修に係る事前協議	公布日施行	要請／事前協議の開始							
新規開設等の許可申請に対する知事権限の追加	公布日施行	新たな知事権限の運用開始							

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

医師需給分科会 第４次中間取りまとめの概要①

2019年３月22日取りまとめ

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。

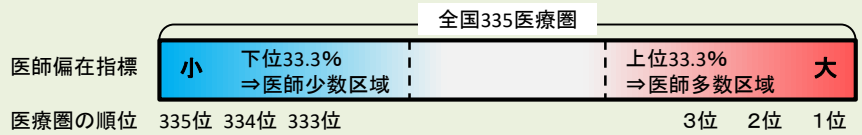
○ 医師確保計画

- **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	目標
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。	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

（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。

医師確保計画を通じた医師偏在対策について

医師確保計画を通じた医師偏在対策について

医療従事者の需給に関する検討会
第23回　医師需給分科会（平成30年10月24日）
資料1（抜粋・一部改変）

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

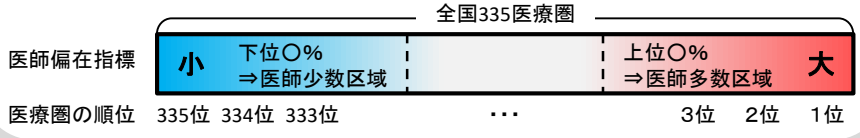
三次医療圏・二次医療圏ごとに、**医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成等を踏まえた**医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

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）

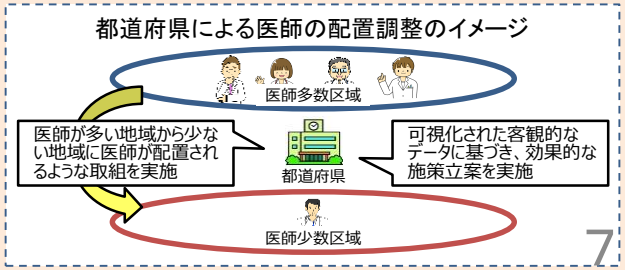
（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

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。

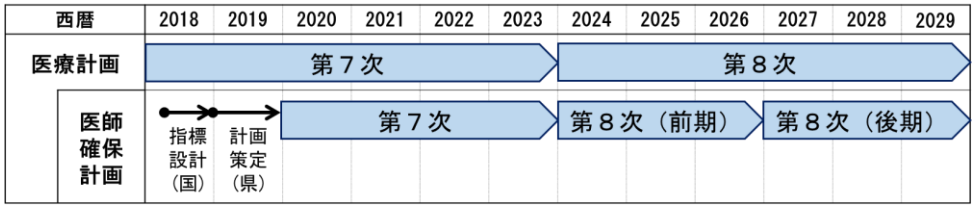
目標医師数を達成するための施策

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）

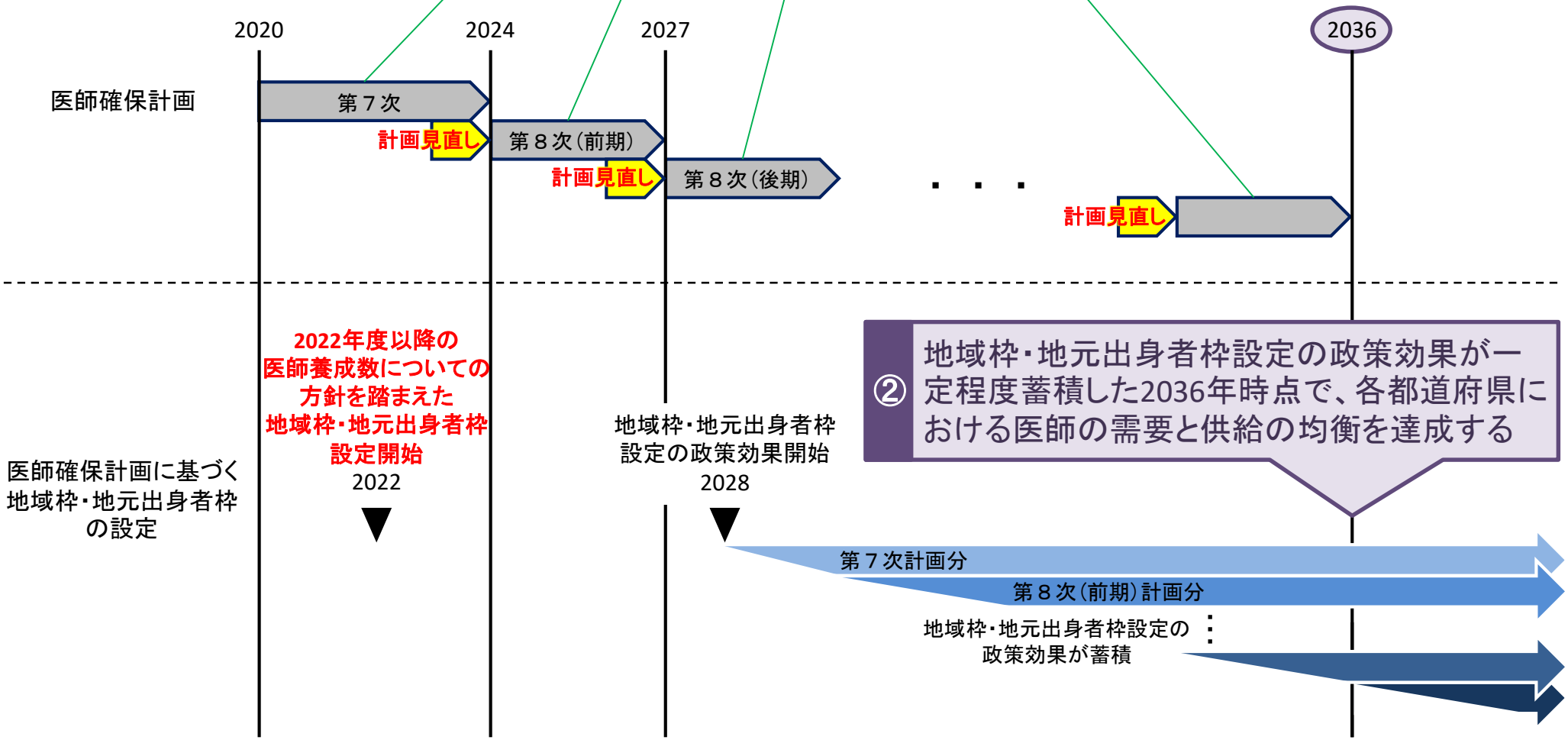


＊2020年度からの最初の医師確保計画のみ4年（医療計画全体の見直し時期と合わせるため）

医師確保計画を通じた医師偏在の解消

医療従事者の需給に関する検討会
第23回　医師需給分科会（平成30年10月24日）
資料3－1（抜粋・一部改変）

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2036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

※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

医師偏在指標及び外来医師偏在指標の算出式について

Ⅰ　医師偏在指標の算出式

- 医師数は、性別ごとに20歳代、30歳代・・・60歳代、70歳以上に区分して、平均労働時間の違いを用いて調整する。
- 従来の人口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。

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

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

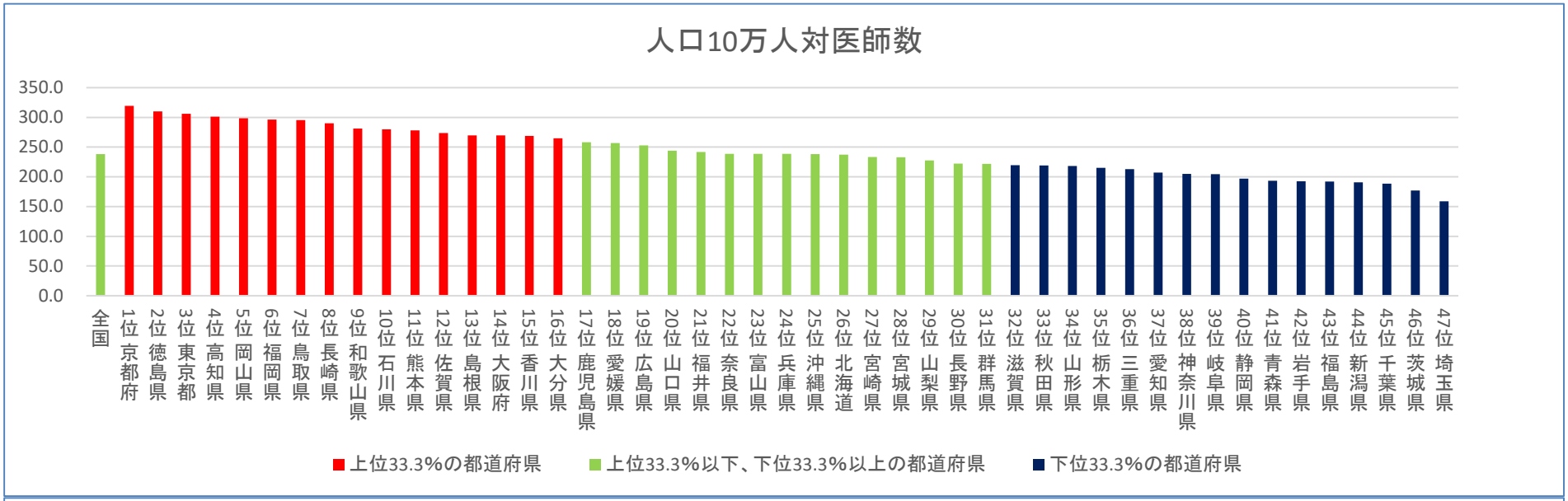
$$\text{地域の標準化受療率比(※１)} = \text{地域の期待受療率} \div \text{全国の期待受療率（※２）}$$

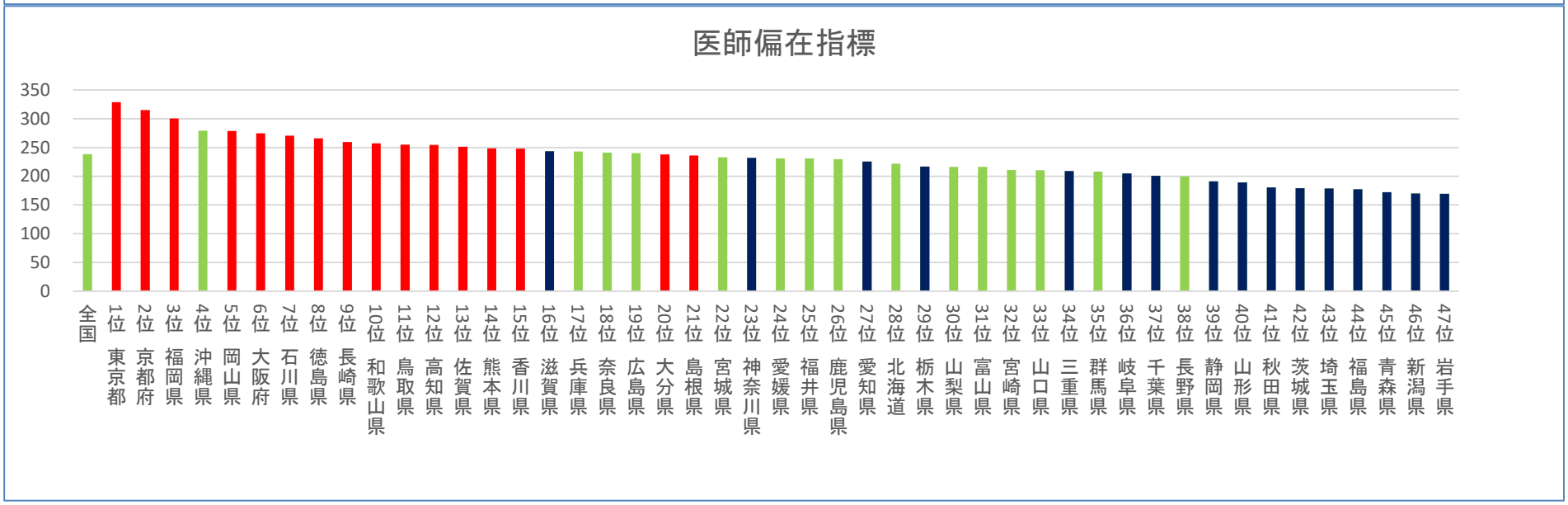
$$\text{地域の期待受療率(※２)} = \frac{\Sigma\text{（全国の性年齢階級別受療率×地域の性年齢階級別人口）}}{\text{地域の人口}}$$

（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）

流出入を考慮した三次医療圏ごとの医師偏在指標

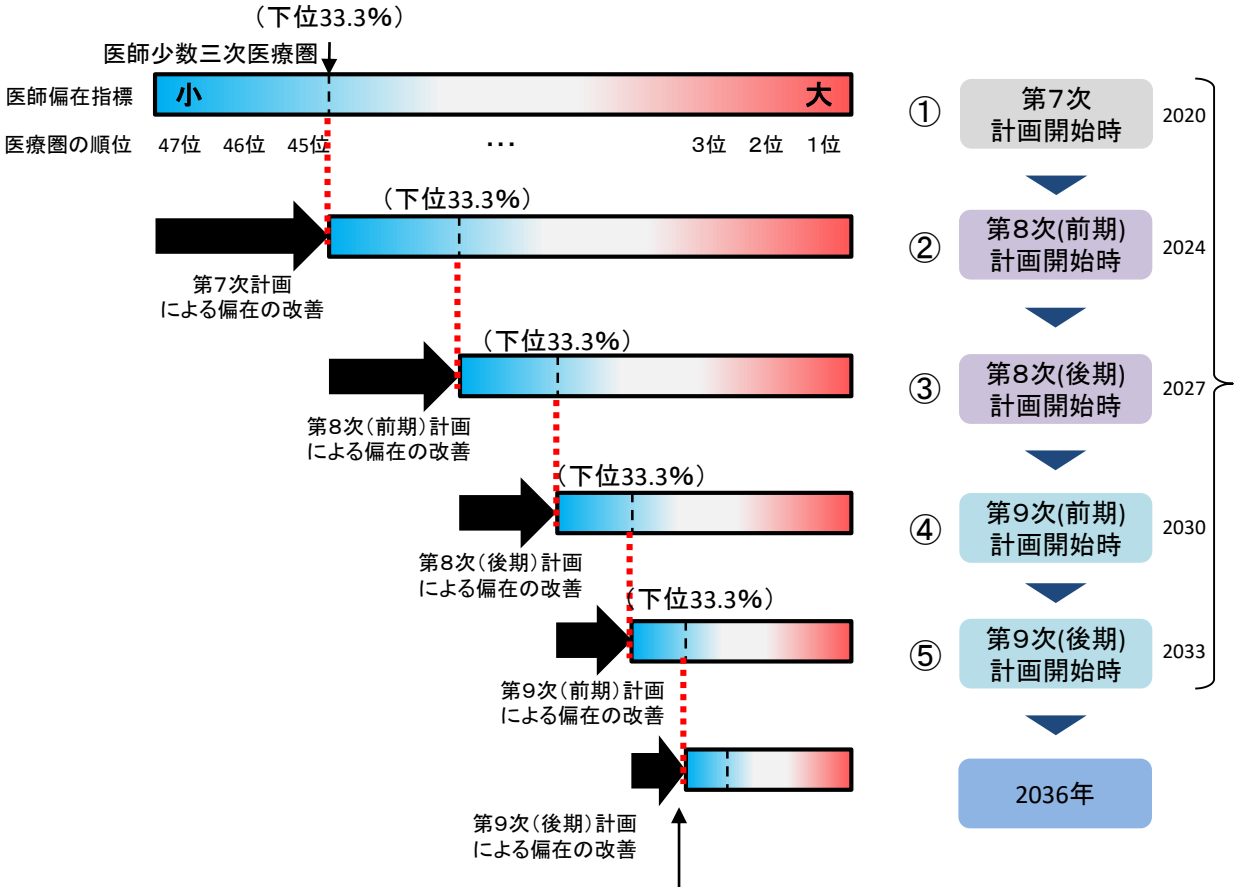




参照）
・平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査
・平成29年住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査
・平成26年患者調査
・平成27年国勢調査
・「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）

医師少数区域等の基準の設定

- 医師少数三次医療圏の基準を定めるに当たりどのように考えたらよいか。
  - ➢ 最も医師偏在指標が小さい三次医療圏においても、2036年に、医療需要を満たすだけの医師を確保することを目標として、医師少数三次医療圏の基準を定めることとしてはどうか。



□ 第7次～第9次（後期）までの5次の計画期間を通じて、段階的に偏在を解消し、2036年時点（第9次（後期）医師確保計画の計画終了時点）においては、最も医師偏在指標が小さい三次医療圏においても医療需要を満たすことを目標とする。

↓

□ 各医師確保計画において、同じ割合（※）の三次医療圏が医師少数三次医療圏に該当するとし、各計画期間終了時に、医師少数三次医療圏の基準に達するとの目標を達成すると仮定し、5次の計画期間分のシミュレーションを行った。

□ この割合（※）を33.3%とすることで、2036年に上記の目標を達成する水準となることが確認された。

↓

◆ このため、**医師少数三次医療圏の基準値を下位33.3%としてはどうか。**

- 医師少数区域、多数区域（二次医療圏単位）及び医師多数三次医療圏についても、施策の整合性の観点から、同様の値（下位／上位33.3%）を基準値としてはどうか。

設定時点について　－　まとめ

- 将来時点の医師偏在指標について、時点をいつと設定するか。
  - ➢ 将来の医師偏在指標は大学医学部における地域枠・地元出身者枠の要請に用いるため、今後地域枠・地元出身者枠の増員等を行った際にその効果が十分に出る時点に設定する必要があると考えられる。
    - ■ 医師確保計画に基づき、2022年度以降の地域枠・地元出身者枠の増員等の要請を行う場合、2028年度から政策効果が出始めることとなる。
    - ■ 地域枠の義務年限を９年間とすると、義務年限期間中の地域枠医師が、2022年度以降の医師確保計画に基づく地域枠・地元出身者枠設定後に入学した医師で満たされるのは、2036年度以降となる。
  - ➢ 将来のある時点を境に医療需要が減少傾向となること、また将来推計の誤差が大きくなることから、余りに遠い時点に設定することは適当でないと考えられる。
  - ➢ 医療計画や医師確保計画の目標設定との整合性の観点から、これらの計画の計画期間の終了時点と合わせることが望ましいと考えられる。
    - ■ 医療計画は６年ごとに見直すこととされている。
    - ■ 医師確保計画は第７次計画は４年、第８次（前期）計画以後は３年ごとに見直すこととされている。

▼

  - ➢ <u>これらを踏まえ、第９次（後期）医師確保計画の終了時点（2035年度末）の医師確保の状況の把握（※）を行う2036年を、将来時点の医師偏在指標の設定時点としてはどうか。</u>

（※医師・歯科医師・薬剤師調査による）

医師少数区域での医師確保に向けたサポート体制の構築

医師少数区域での医師確保に向けたサポート体制の構築

医師の派遣調整　キャリア形成プログラム　医師の大臣認定　臨床研修における定員・倍率調整

医師少数区域での勤務

医師少数区域

医師少数区域に対して、より充実したサポート体制を構築

国による支援	都道府県による支援	医療機関／大学による支援

研鑽を積める体制整備

- 地域でも専門研修を受けられるよう、都市部に限らない専門研修の研修施設の整備について日本専門医機構等へ要請（国）
- 医師の希望する知識習得・技能向上に配慮したキャリア形成プログラムの策定（都道府県）
- 寄付講座の開設や指導医の確保などによる充実した研修体制の推進（都道府県、医療機関／大学）

子育てしながら働ける環境整備

- 柔軟な働き方を可能とするグループ診療の整備、代診医確保等の推進（都道府県）
- 院内保育所の整備（医療機関）

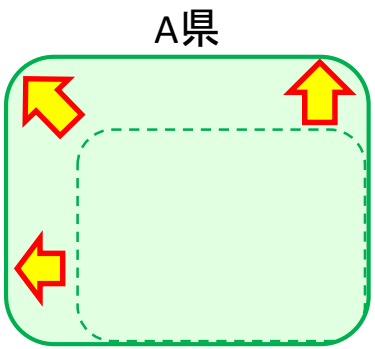
医療機関の勤務環境の改善支援

- 医師派遣と連携し、勤務環境改善支援センターが勤務環境改善支援を実施（都道府県）
  （例：チーム医療の推進、医師事務作業補助者の配置　等）

地域医療介護総合確保基金等を充実させ上記施策を財政面から支援（国／都道府県）

今後の医師偏在対策（イメージ）

A県の医師を増やす施策



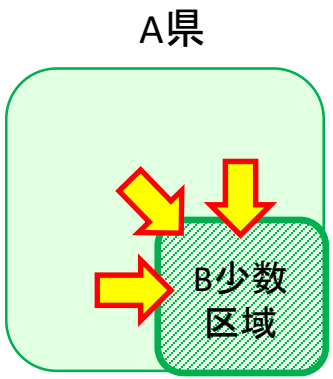
都道府県等の医師の多寡に応じた地域枠等の設定（県内の医師そのものを増やす）

- 医師の少ない都道府県に医師を充足させる地域枠等を設定

医師少数区域に配慮した臨床研修病院の定員設定（県外から医師を集め、定着促進）

- 医師多数区域のみに臨床研修医師が集中することのないよう、
  - 国が都道府県別の定員を設定する際に、医師少数区域の多い都道府県に重点的に定員を設定

県内のB少数区域に医師を集める施策



医師少数区域への医師の優先派遣（県内調整）

- 地域枠医師等の就業義務年限中（9年間）は、キャリア形成プログラムを策定しローテートを実施。ローテートに医師不足区域を組み込むため、B区域に医師が行くこととなる
- 医師の派遣方針を、大学や医師会、医療機関等で構成する地域医療対策協議会で協議し、協議結果を公表。医師不足区域や協議内容が住民等に対して可視化されているので、派遣方針が偏在是正に沿ったものとなる。

大臣認定を希望する医師（県内だけでなく県外からも医師を集めるもの）

- 医師少数区域等で一定期間勤務した医師を、厚生労働大臣が認定。地域医療支援病院（一部）の管理者になる際、認定が評価事項となる。（経済的インセンティブについては今後検討）

医師少数区域に配慮した臨床研修病院の定員設定（県内だけでなく県外からも医師を集めるもの）

- 医師多数区域のみに臨床研修医師が集中することのないよう、
  - 都道府県が、各医療機関の研修力には配慮しつつも、医師少数区域に配慮した定員設定を実施

重点的な勤務環境改善支援

- 医療法上、地域医療支援センターと医療勤務環境改善支援センターとの連携規定が設けられ、医師不足区域に重点的な勤務環境改善支援を実施

医学部における地域枠・地元出身者枠の設定について

設定時点について　－　地域枠・地元出身者枠の増員等の要請について

医療従事者の需給に関する検討会
第23回　医師需給分科会（平成30年10月24日）資料・一部改変

- 今後、医師の働き方改革に関する議論等を踏まえ、2022年度以降の医師養成数について検討を行う予定であるが、これと整合的になるよう地域枠・地元出身者枠の設定を行うことが必要である。
- 医師確保計画に基づき、2022年度以降の地域枠・地元出身者枠の増員等の要請を行う場合、2028年度から政策効果が出始めることとなる。
- 地域枠の義務年限を９年間とすると、義務年限期間中の地域枠医師が、2022年度以降の医師確保計画に基づく地域枠・地元出身者枠設定後に入学した医師で満たされるのは、2036年度以降となる。

（年度）

西暦	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036
地域枠・地元出身者枠の要請	2022年度以降の医師養成数について検討(国) 2022年度以降の医師養成数についての方針を踏まえた医師確保計画に基づく地域枠・地元出身者枠の増員等の方針決定・要請開始（県）				地域枠・地元枠の増員等開始					政策効果開始								効果最大化	

将来時点の必要医師数について

医療従事者の需給に関する検討会
第23回　医師需給分科会（平成30年10月24日）資料・一部改変

○　医師需給は、労働時間を週60時間程度に制限する等の仮定をおく「需要ケース2」において、**平成32年度医学部入学者が臨床研修を修了すると想定される2028年（平成40年）頃に均衡**すると推計される。

・供給推計　今後の医学部定員を平成30年度の9,419人として推計。

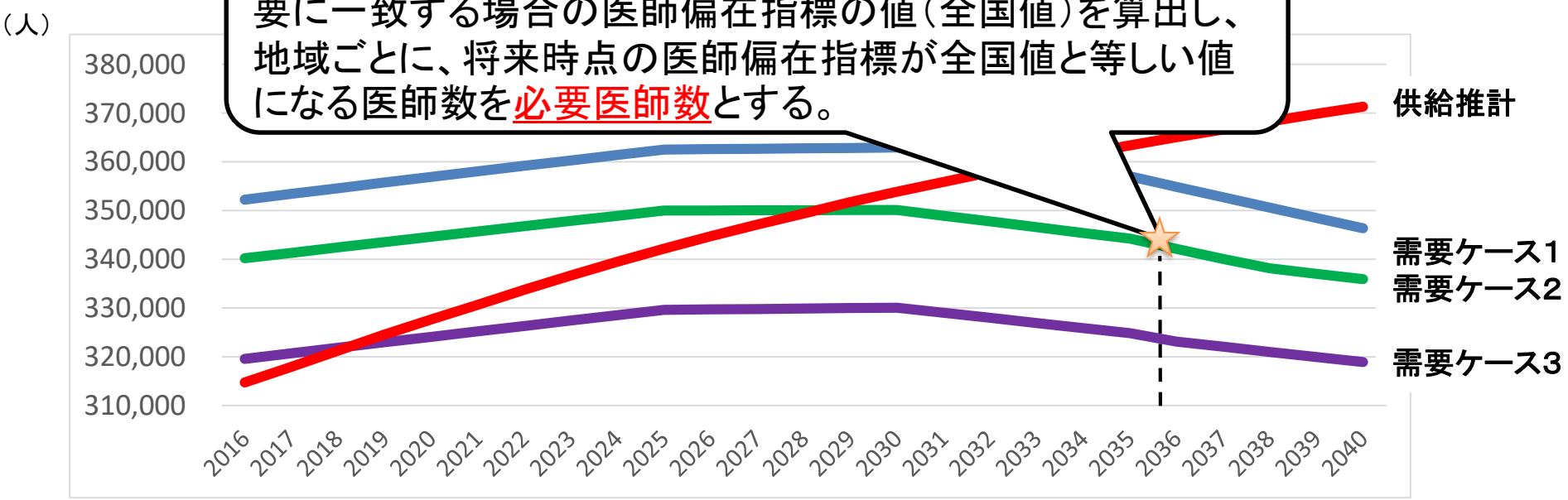
※1　勤務時間を考慮して、全体の平均勤務時間と性年齢階級別の勤務時間の比を仕事率とした

・需要推計　分科会において了承の得られた仮定に基づき、以下の通り、一定の幅を持って推計を行った。

・ケース1（労働時間を週55時間に制限等≒月平均60時間の時間外・休日労働に相当）
・ケース2（労働時間を週60時間に制限等≒月平均80時間の時間外・休日労働に相当）
・ケース3（労働時間を週80時間に制限等≒月平均160時間の時間外・休日労働に相当）

※2　医師の働き方改革等を踏まえた需要の変化についても、一定の幅を持って推計を行った

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、地域ごとに、将来時点の医師偏在指標が全国値と等しい値になる医師数を必要医師数とする。



（参考）　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。

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

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

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

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

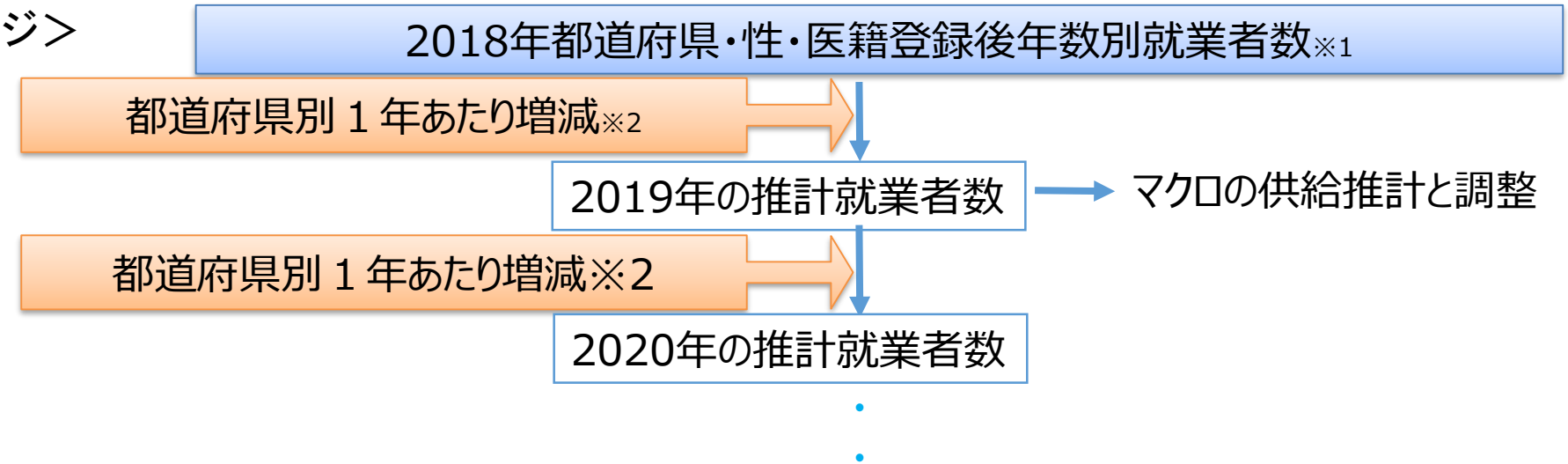
注）患者の流出入に関しては、患者住所地を基準に流出入実態を踏まえ、都道府県間調整を行うこととする。
へき地などの地理的条件については、「医師の確保を特に図るべき区域」として、一定の考え方の下で考慮することとする。

医師供給推計について

論点

- 都道府県別の供給推計については、各都道府県の性・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をすることとしつつ、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してはどうか。
- 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、不確実性があることから、複数回の調査を用いた実績ベースの値を用いて、幅を持って推計してはどうか。
- 以上の考え方をベースとしつつ、地域枠の設置を要件とした臨時定員部分等の医師の推計については、別途区別して推計を行うこととしてはどうか。

＜イメージ＞



※1 足元の就業者については、医師・歯科医師・薬剤師調査（以下「三師調査」という。）の実績値を用いることとし、医籍登録後１年目の就業者については、※2の都道府県別の増減に用いる期間における平均値を用いてはどうか。
※2 増減については、「三師調査」が２年間隔であることから、１年あたりの増減は２年あたりの増減の２分の１であると仮定することとしてはどうか。
※3 二次医療圏ごとの供給推計については、母集団が小さく、同様の考え方で直接推計することは困難であるため、現在時点の各都道府県内に占める医師数のシェアが、将来時点においても、同様であると仮定して推計することとしてはどうか。

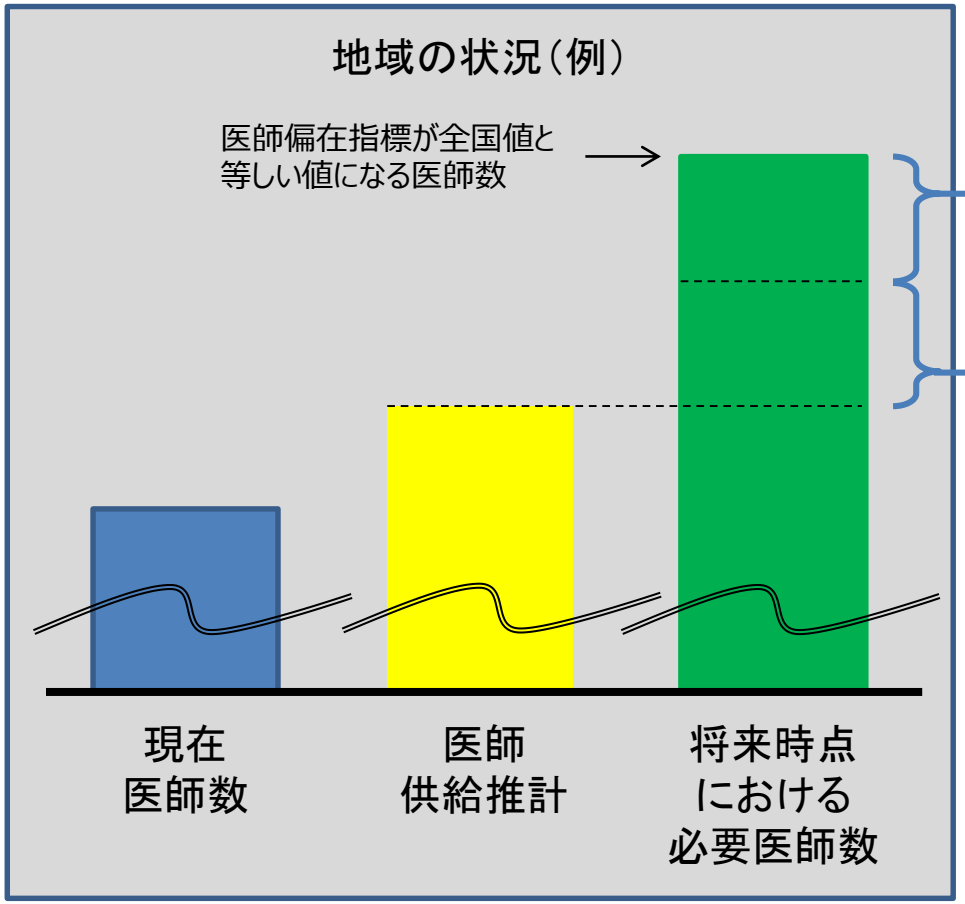
将来時点における必要医師数を達成するための対策について

医療従事者の需給に関する検討会
第23回　医師需給分科会（平成30年10月24日）資料・一部改変

論点

- 地域ごとの将来時点における必要医師数と、医師供給推計とのギャップを解消するために、どのような対策が考えられるか。

地域ごとの将来時点における必要医師数を達成するための対策のイメージ



将来時点における必要医師数と医師供給推計のギャップのうち、一定程度は、大学医学部に対する地域枠・地元出身者枠の増員等の要請により対応する。

将来時点における必要医師数と医師供給推計のギャップのうち、一定程度は、医師派遣や定着促進などの養成以外の施策で対応する。

地域枠・地元出身者枠の考え方について

医療従事者の需給に関する検討会
第23回　医師需給分科会（平成30年10月24日）資料

現状

○ 地域枠については、県内の特定の地域での診療義務があることから、各都道府県内における二次医療圏間の地域偏在を調整する機能があるとともに、特定の診療科での診療義務がある場合には、診療科間の偏在を調整する機能がある。また、臨時定員の増員等と組み合わせたものについては、都道府県間での偏在を調整する機能がある。

○ 地元出身者枠については、当該大学の所在地である都道府県内に、長期間にわたり8割程度の定着が見込まれているが、特定の地域等での診療義務があるものではないため、直接的には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、むしろ、都道府県間の偏在を調整する機能がある。

論点

○ 地域枠と地元出身者枠は、それぞれ機能が異なることから、地域医療対策協議会の協議を経た上で、都道府県知事から大学に対して、地域枠又は地元出身者枠の創設又は増加を要請できる場合、その要請の内容については、地域枠と地元出身者枠について、別に整理する必要があるのではないか。

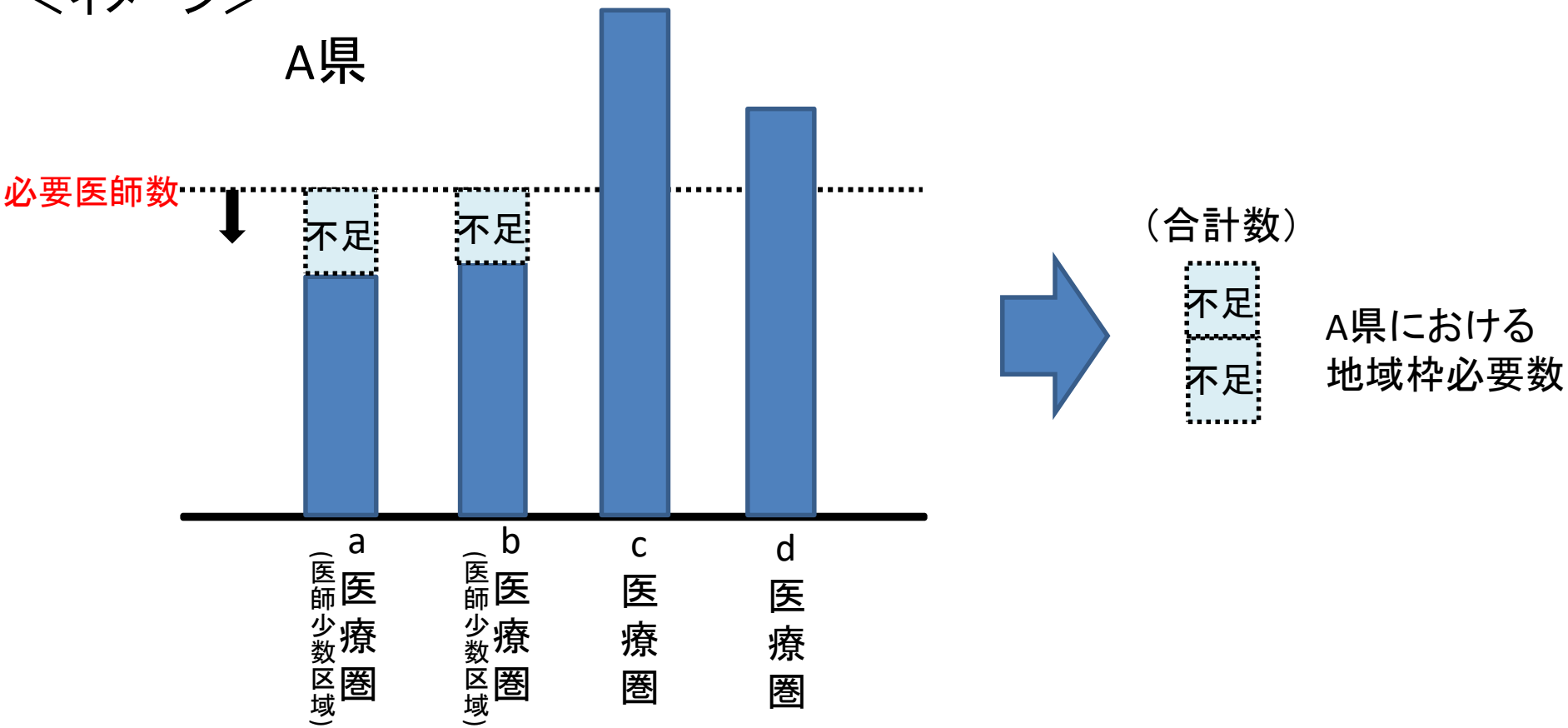
地域枠の創設又は増加の要請について（案）

医療従事者の需給に関する検討会
第23回　医師需給分科会（平成30年10月24日）資料を改変

対応（案）

○　地域枠の機能を踏まえると、都道府県知事から大学に対して、地域枠の創設又は増加を要請できる場合については、当該都道府県内に<u>将来時点における医師数が必要医師数に満たない医療圏</u>がある場合とし、<u>当該都道府県における医師不足分の合計数を必要な地域枠数</u>として、地域医療対策協議会の協議を経た上で、要請できることとしてはどうか。

＜イメージ＞



地元出身者枠の創設又は増加の要請について（案）

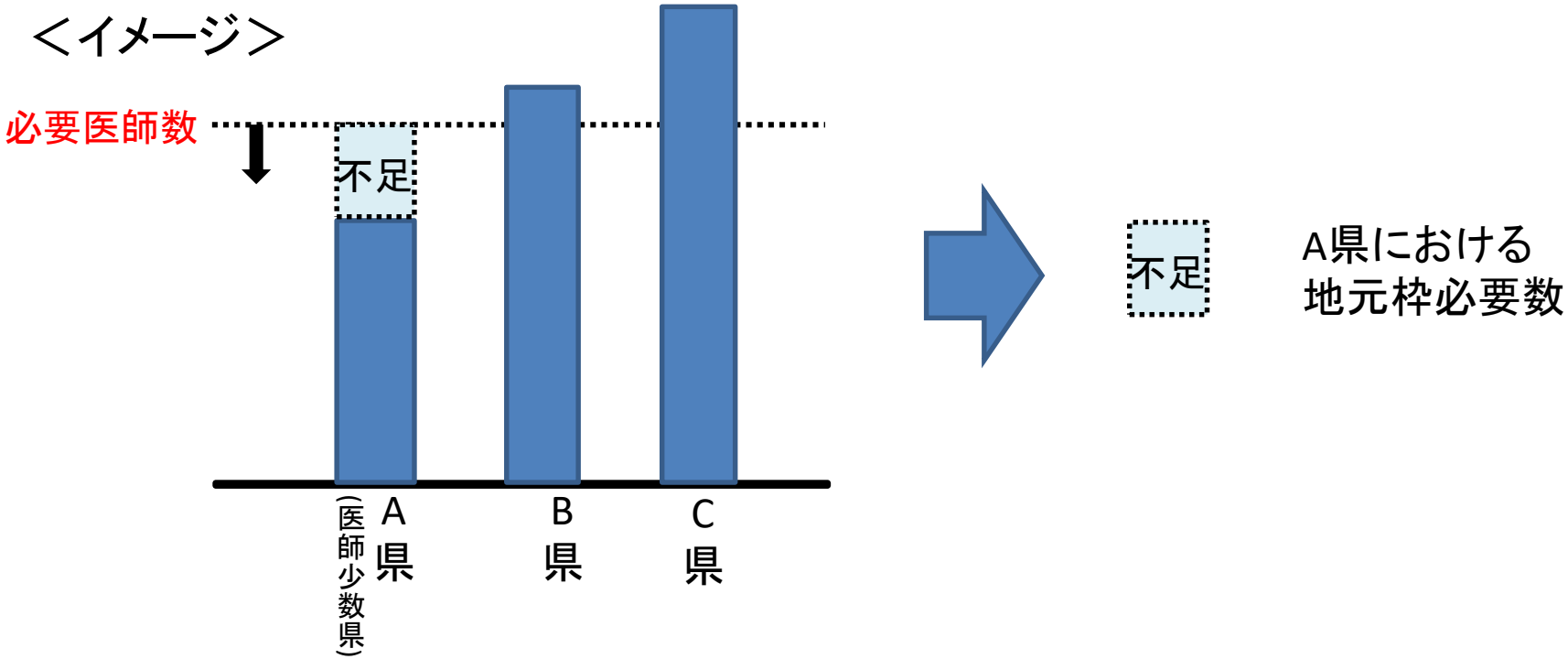
医療従事者の需給に関する検討会
第23回　医師需給分科会（平成30年10月24日）資料を改変

対応（案）

○ 地元出身者枠の機能を踏まえると、都道府県知事から大学に対して、地元出身者枠の創設又は増加を要請できる場合については、当該都道府県が、将来時点における医師数が必要医師数を下回る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分を必要な地元出身者枠数として、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してはどうか。

○ なお、上記地元出身者枠数のみでは、医師不足分を満たすことができない場合については、地域医療対策協議会の協議を経た上で、県内の大学の地域枠設置を要件とした臨時定員の増員及び医師多数都道府県の大学の県またぎ地域枠の創設又は増加を要請できることとしてはどうか。

＜イメージ＞



都道府県の要請権限について（イメージ）

医療従事者の需給に関する検討会
第27回　医師需給分科会（平成31年1月30日）資料　一部改変

	医師が少数の県	医師が少数の県以外
医師が少数の二次医療圏のある県	○地域枠の設置・増員の要請 ○地元出身者枠の設置・増員の要請 ○地域枠（臨時定員）の設置・増員の要請	○地域枠の設置・増員の要請 ×地元出身者枠の設置・増員の要請 ×地域枠（臨時定員）の設置・増員の要請
医師が少数の二次医療圏のない県	該当なし	×地域枠の設置・増員の要請 ×地元出身者枠の設置・増員の要請 ×地域枠（臨時定員）の設置・増員の要請

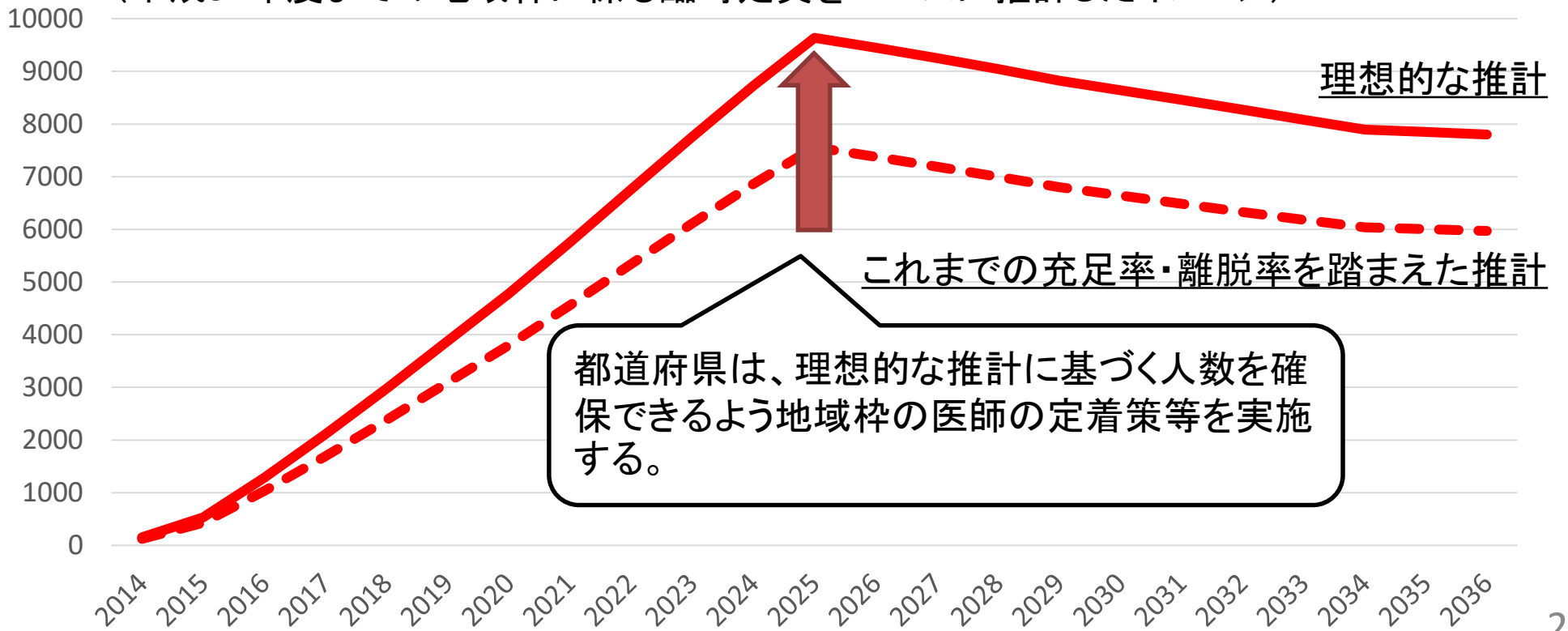
地域枠の医師数に係る推計について（案）

医療従事者の需給に関する検討会
第23回　医師需給分科会（平成30年10月24日）資料

○　地域枠の医師数部分の供給推計については、９年間の義務年限の期間については平成30年度地域枠等履行状況等調査に基づく充足率及び離脱率を用いて、マクロの医師供給推計と同様の推計を行ってはどうか。また、必要医師数の算出にあたっては、これを除いた推計を用いてはどうか。

○　一方、将来時点の地域枠の必要数の算出にあたっては、都道府県等における定着策等を十分に実施することを前提となるため、９年間の義務年限の期間が終了するまでは、充足率100%・離脱率０%とした理想的な推計を行うこととしてはどうか。

（平成31年度までの地域枠に係る臨時定員をベースに推計したイメージ）

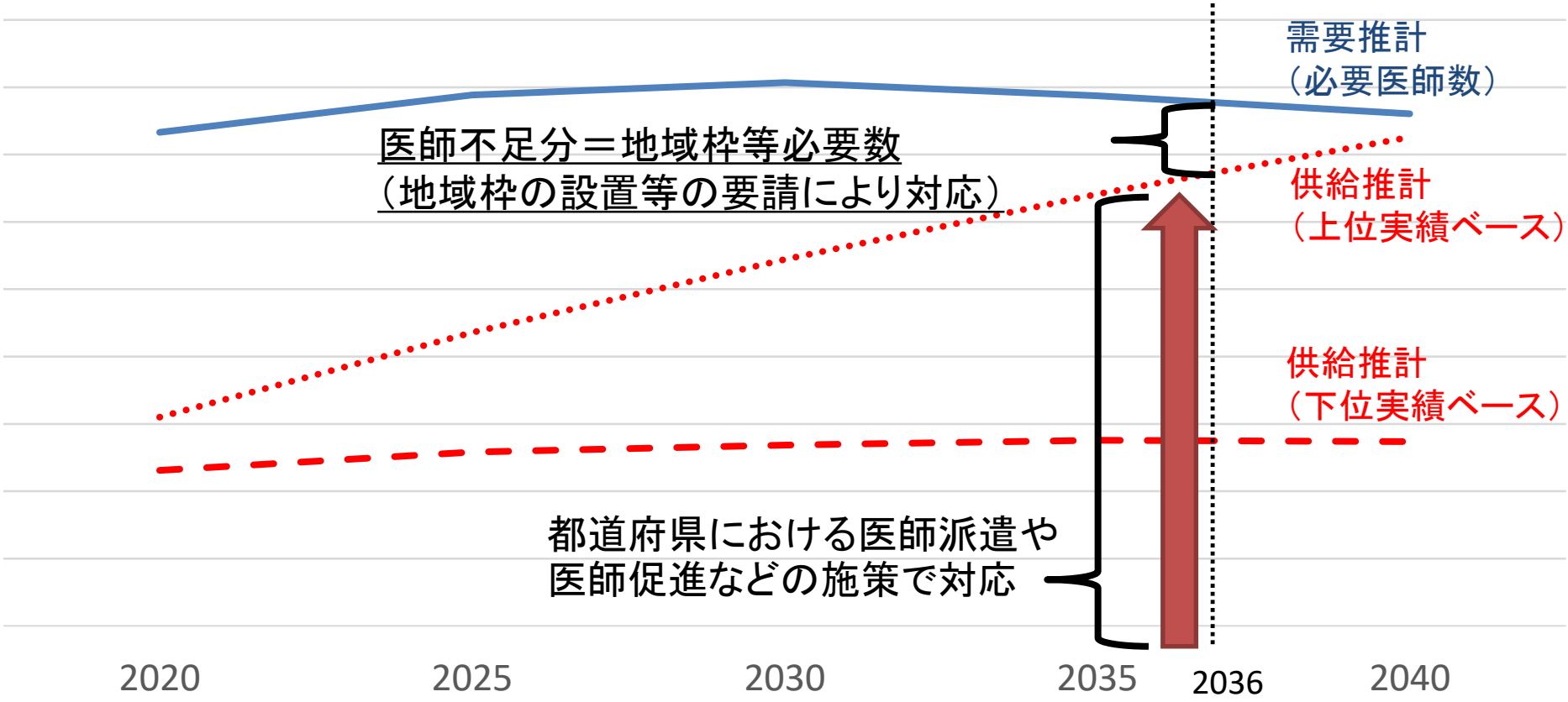


将来時点の地域枠等の必要数の算出について（案）

医療従事者の需給に関する検討会
第23回　医師需給分科会（平成30年10月24日）資料

○　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（上位実績ベースの推計）数が需要推計（必要医師数）を下回っている場合について、その差を医師不足分として、地域枠等の必要数を算出することとしてはどうか。

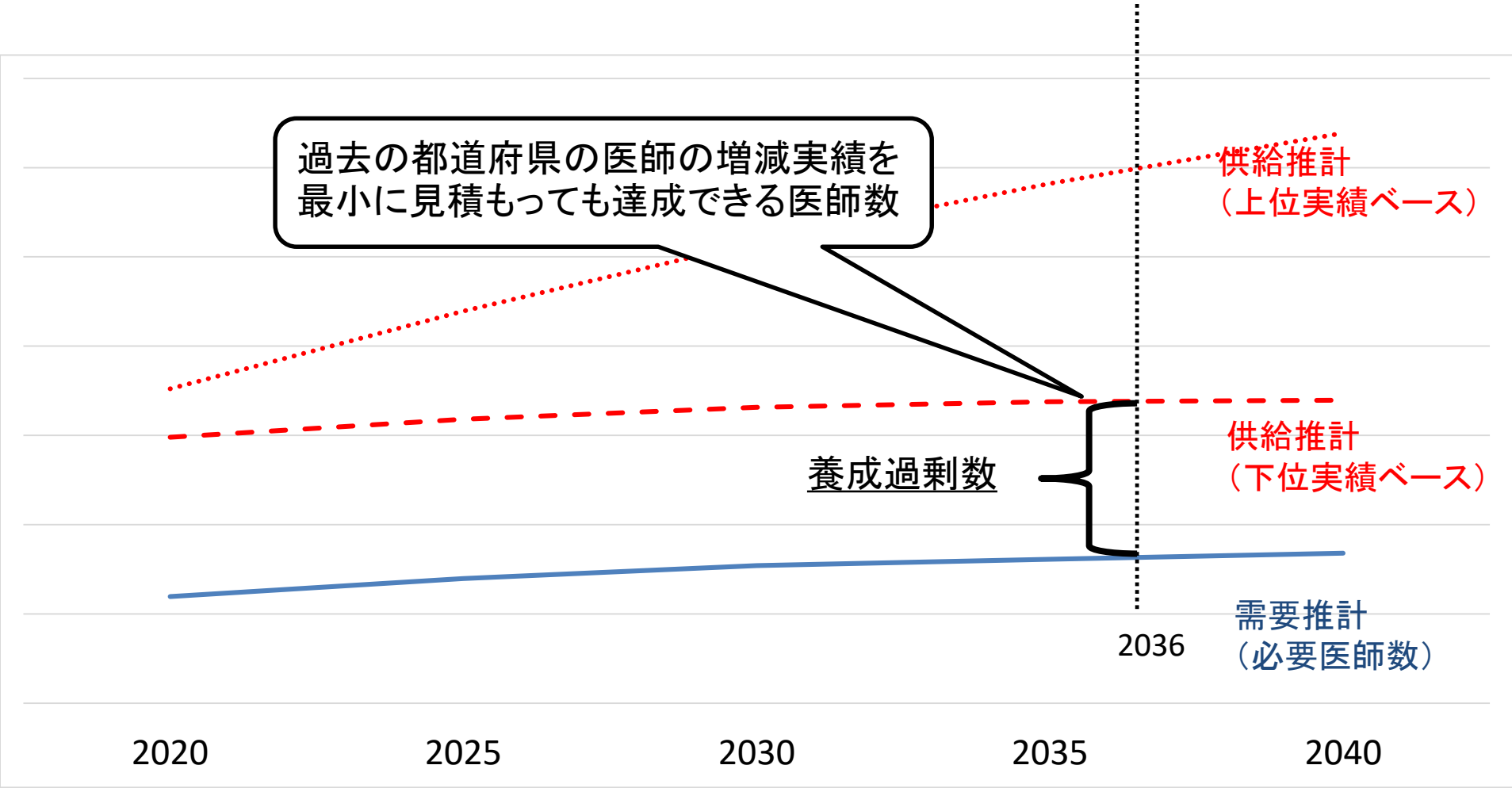
○　なお、二次医療圏における必要医師数については、目標医師数と同様、都道府県における医師の確保の方針を踏まえて、合計が都道府県の必要医師数を超えないように、二次医療圏の必要医師数を設定することが前提となる。



将来時点における医師数が必要医師数を上回る場合について（案）

医療従事者の需給に関する検討会
第23回　医師需給分科会（平成30年10月24日）資料

○　将来時点の医師供給推計（下位実績ベースの推計）が需要推計（必要医師数）を上回っている場合については、その差を養成過剰数としてはどうか。



地域枠等に係る都道府県の要請権限と2022年度以降の臨時定員との関係について（イメージ）

医療従事者の需給に関する検討会
第28回　医師需給分科会（平成31年2月18日）参考資料3

（2022年度以降）	医師が少数の県	医師が多数・少数でない都道府県	医師が多数の県
臨時定員	・県の不足医師数に応じて地域枠の増員等を要請（県をまたいだ地域枠を含む）※ ・県の養成不足数以上の現行の定員数の取扱いは、今後、マクロ医師需給推計を踏まえ検討	・現行の定員数の取扱いは、今後、マクロ医師需給推計を踏まえ検討	・県の養成過剰数を踏まえ、現行の定員数の取扱いは、今後、マクロ医師需給推計を踏まえ検討
恒久定員	・県の不足医師数に応じて地元出身者枠の増員等を要請※		・県の養成過剰数を踏まえ、今後、現行の定員数について、マクロ医師需給推計を踏まえ検討
	（・県内に医師が少数の二次医療圏がある場合、地域枠の増員等を要請※）		

※　恒久定員内の地域枠等の増員等の要請については、現状の恒久定員内の設置割合を踏まえると、最大でも半数程度までと想定。これを超える地域枠等の増員等の要請については、恒久定員の枠外での対応が必要。

地域枠※の導入状況（大学別一覧）

医療従事者の需給に関する検討会
第28回　医師需給分科会（平成31年2月18日）参考資料3

都道府県名	区分	大　学　名	H29 入学定員	うち地域枠募集人員（H30臨時定員）	
北海道	国立	旭川医科大学	122人	（12人）	72人
		（うち2年次編入学）	10人		5人
北海道	公立	札幌医科大学	110人	（8人）	90人
青森県	国立	弘前大学	132人	（27人）	67人
		（うち2年次編入学）	20人		5人
岩手県	私立	岩手医科大学	130人	（28人）	28人
宮城県	国立	東北大学	135人	（28人）	33人
宮城県	私立	東北医科薬科大学	100人		55人
秋田県	国立	秋田大学	129人	（29人）	34人
山形県	国立	山形大学	125人	（15人）	33人
福島県	公立	福島県立医科大学	130人	（45人）	77人
茨城県	国立	筑波大学	140人	（36人）	36人
栃木県	私立	獨協医科大学	120人	（10人）	20人
群馬県	国立	群馬大学	123人	（18人）	18人
		（うち2年次編入学）	15人		2人
埼玉県	私立	埼玉医科大学	128人	（18人）	17人
千葉県	国立	千葉大学	122人	（15人）	20人
東京都	国立	東京医科歯科大学	106人	（4人）	4人
東京都	私立	杏林大学	117人	（12人）	12人
東京都	私立	順天堂大学	137人	（29人）	26人
東京都	私立	昭和大学	110人		12人
東京都	私立	帝京大学	120人	（9人）	14人
東京都	私立	東京医科大学	120人	（7人）	10人
東京都	私立	東京慈恵会医科大学	110人	（5人）	10人
東京都	私立	東邦大学	115人	（5人）	5人
東京都	私立	日本大学	120人		10人
東京都	私立	日本医科大学	118人	（11人）	8人
神奈川県	公立	横浜市立大学	90人	（5人）	30人
神奈川県	私立	北里大学	119人	（9人）	11人
神奈川県	私立	聖マリアンナ医科大学	115人	（5人）	5人
神奈川県	私立	東海大学	118人	（8人）	8人
新潟県	国立	新潟大学	127人	（22人）	22人
富山県	国立	富山大学	110人	（10人）	25人
石川県	国立	金沢大学	117人	（12人）	12人
石川県	私立	金沢医科大学	110人		5人
福井県	国立	福井大学	115人	（10人）	15人
山梨県	国立	山梨大学	125人	（20人）	50人
長野県	国立	信州大学	120人	（15人）	20人
岐阜県	国立	岐阜大学	110人	（25人）	30人
静岡県	国立	浜松医科大学	120人	（15人）	25人
		（うち2年次編入学）	5人		5人
愛知県	国立	名古屋大学	112人	（5人）	5人
愛知県	公立	名古屋市立大学	97人	（7人）	27人
愛知県	私立	愛知医科大学	115人	（10人）	10人
愛知県	私立	藤田保健衛生大学	120人	（10人）	10人
三重県	国立	三重大学	125人	（20人）	35人
滋賀県	国立	滋賀医科大学	117人	（10人）	28人
		（うち2年次編入学）	17人		7人
京都府	公立	京都府立医科大学	107人	（5人）	7人
大阪府	公立	大阪市立大学	95人	（5人）	15人
大阪府	私立	大阪医科大学	112人	（2人）	22人
大阪府	私立	関西医科大学	117人	（10人）	15人
大阪府	私立	近畿大学	115人	（20人）	20人
兵庫県	国立	神戸大学	117人	（10人）	10人
兵庫県	私立	兵庫医科大学	112人	（2人）	13人
奈良県	公立	奈良県立医科大学	115人	（13人）	38人
和歌山県	公立	和歌山県立医科大学	100人	（10人）	36人
鳥取県	国立	鳥取大学	110人	（25人）	32人
島根県	国立	島根大学	112人	（12人）	25人
		（うち3年次編入学）	10人		3人
岡山県	国立	岡山大学	120人	（9人）	12人
岡山県	私立	川崎医科大学	126人	（16人）	36人
広島県	国立	広島大学	120人	（15人）	20人
山口県	国立	山口大学	117人	（15人）	33人
		（うち2年次編入学）	10人		3人
徳島県	国立	徳島大学	114人	（12人）	17人
香川県	国立	香川大学	114人	（14人）	24人
愛媛県	国立	愛媛大学	115人	（15人）	20人
高知県	国立	高知大学	115人	（15人）	25人
福岡県	私立	久留米大学	115人	（5人）	20人
福岡県	私立	福岡大学	110人		10人
佐賀県	国立	佐賀大学	106人	（8人）	26人
長崎県	国立	長崎大学	125人	（19人）	34人
		（うち2年次編入学）	5人		5人
熊本県	国立	熊本大学	115人	（10人）	10人
大分県	国立	大分大学	110人	（10人）	13人
宮崎県	国立	宮崎大学	110人	（10人）	20人
鹿児島県	国立	鹿児島大学	117人	（15人）	20人
		（うち2年次編入学）	10人		3人
沖縄県	国立	琉球大学	117人	（12人）	17人
計		71大学	8,279人	（903人）	1,674人
		（うち2年次編入学）			35人
		（うち3年次編入学）			3人

※自治医科大学については3名、栃木県の地域枠設置を要件とした臨時定員あり。

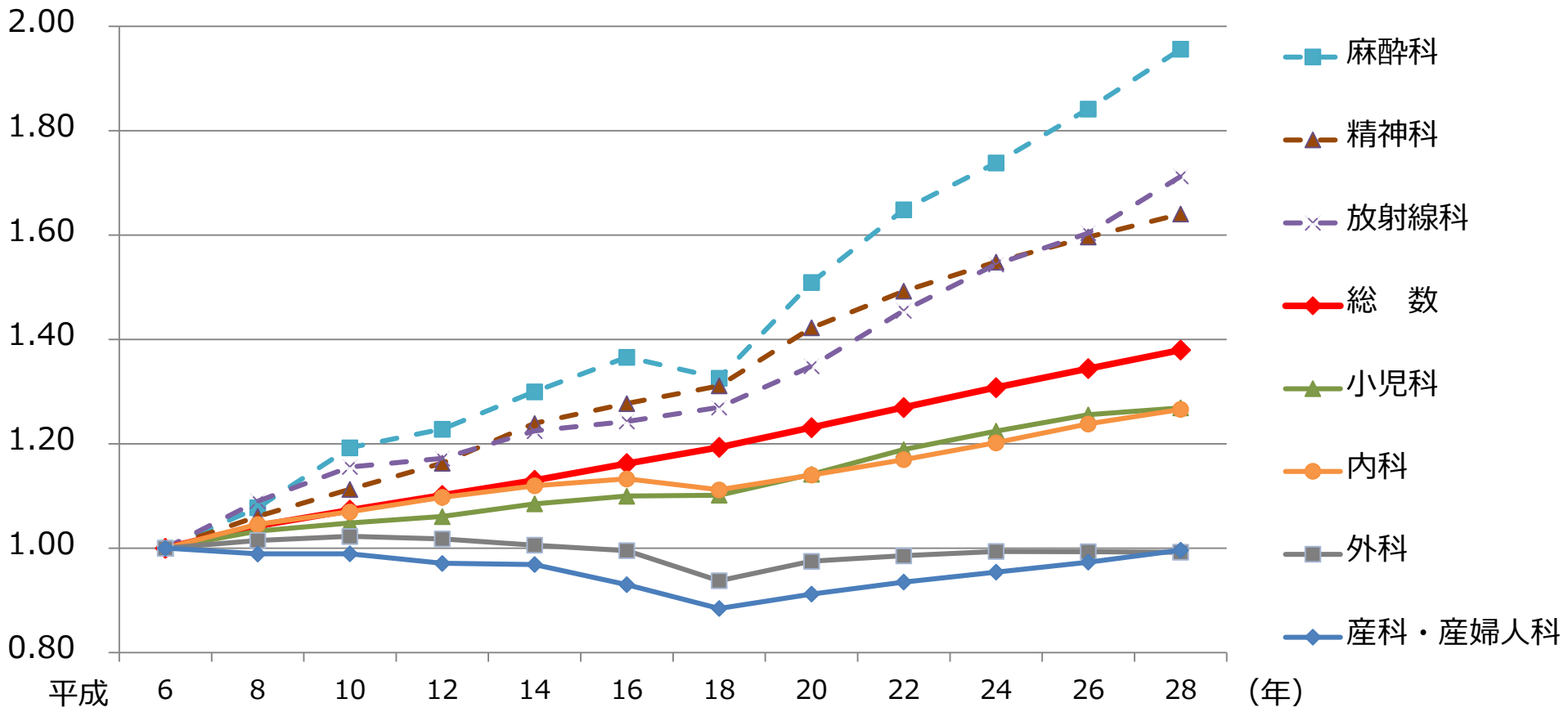
注1）私立大学は入学定員でなく、募集人員を記載。

※　「地域枠」とは、将来、地域医療に従事しようとする意志をもつ学生を選抜するための様々な枠の総称であり、将来、地域医療に従事することを条件とする都道府県の奨学金貸与枠と連動した選抜枠や、都道府県の奨学金貸与枠とは連動しないが、将来、地域医療に従事しようとする意思を持つ者を対象とした入学者選抜枠等をいう（「〇〇人程度」「〇〇人以内」を含む）。

診療科ごとの将来必要な医師数の見通しの明確化

診療科別医師数の推移（平成６年を1.0とした場合）

○　多くの診療科で医師は増加傾向にある。
○　減少傾向にあった産婦人科・外科においても、増加傾向に転じている。

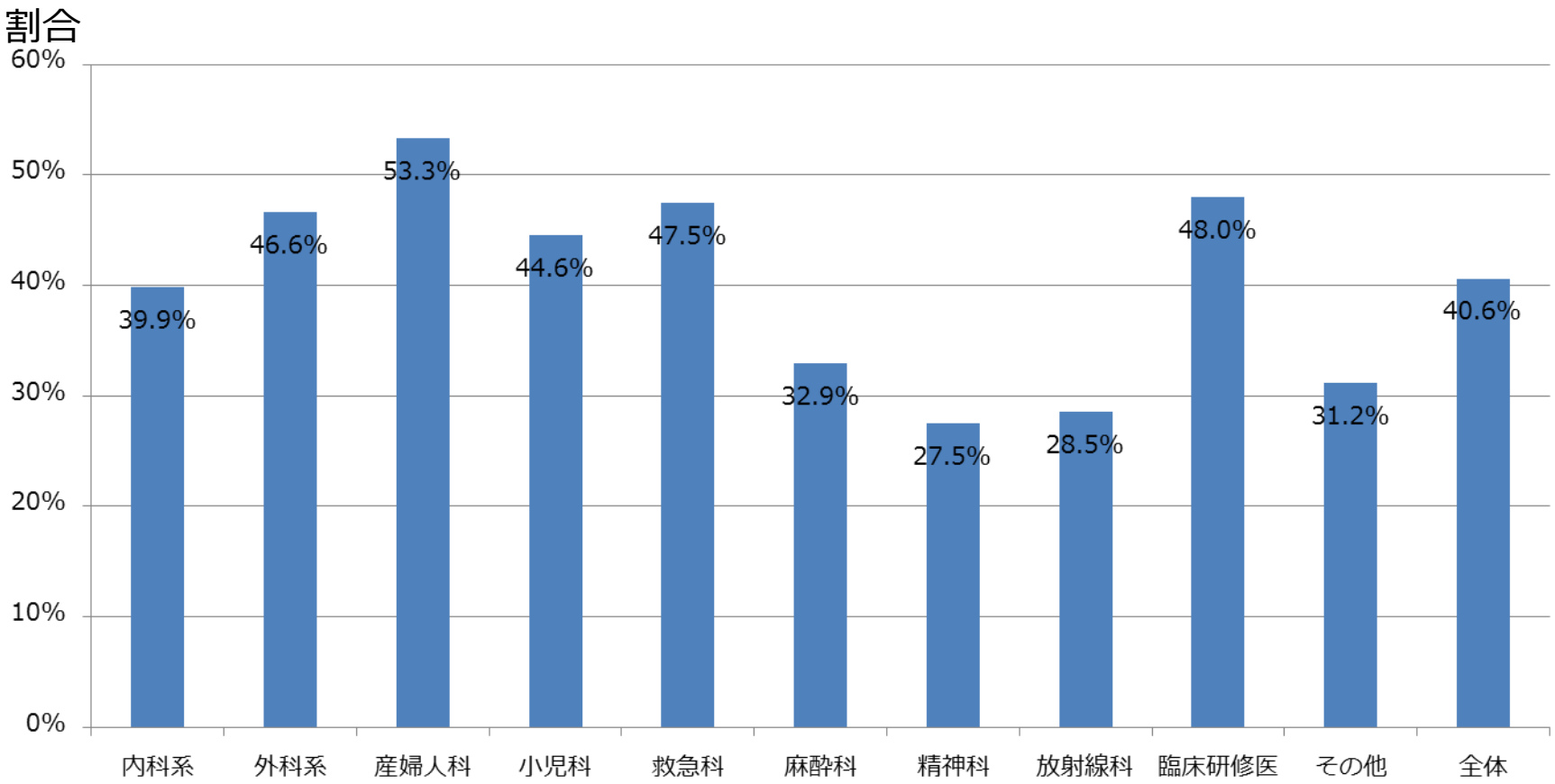


※内科　・・（平成８～18年）内科、呼吸器科、循環器科、消化器科（胃腸科）、神経内科、アレルギー科、リウマチ科、心療内科
（平成20～28年）内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科
※外科　・・（平成６～18年）外科、呼吸器外科、心臓血管外科、気管食道科、こう門科、小児外科
（平成20～28年）外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科
※平成18年調査から「研修医」という項目が新設された

出典：平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査

週当たり勤務時間60時間以上の病院常勤医師の診療科別割合

○診療科別週当たり勤務時間60時間以上の割合でみると、診療科間で２倍近くの差が生じる。
○診療科別週当たり勤務時間60時間以上の割合は、産婦人科で約53%、臨床研修医48%、救急科約48%、外科系約47%と半数程度である。



※　病院勤務の常勤医師のみ

※　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：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。　勤務時間：診療時間、診療外時間、待機時間の合計（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）。

※　「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

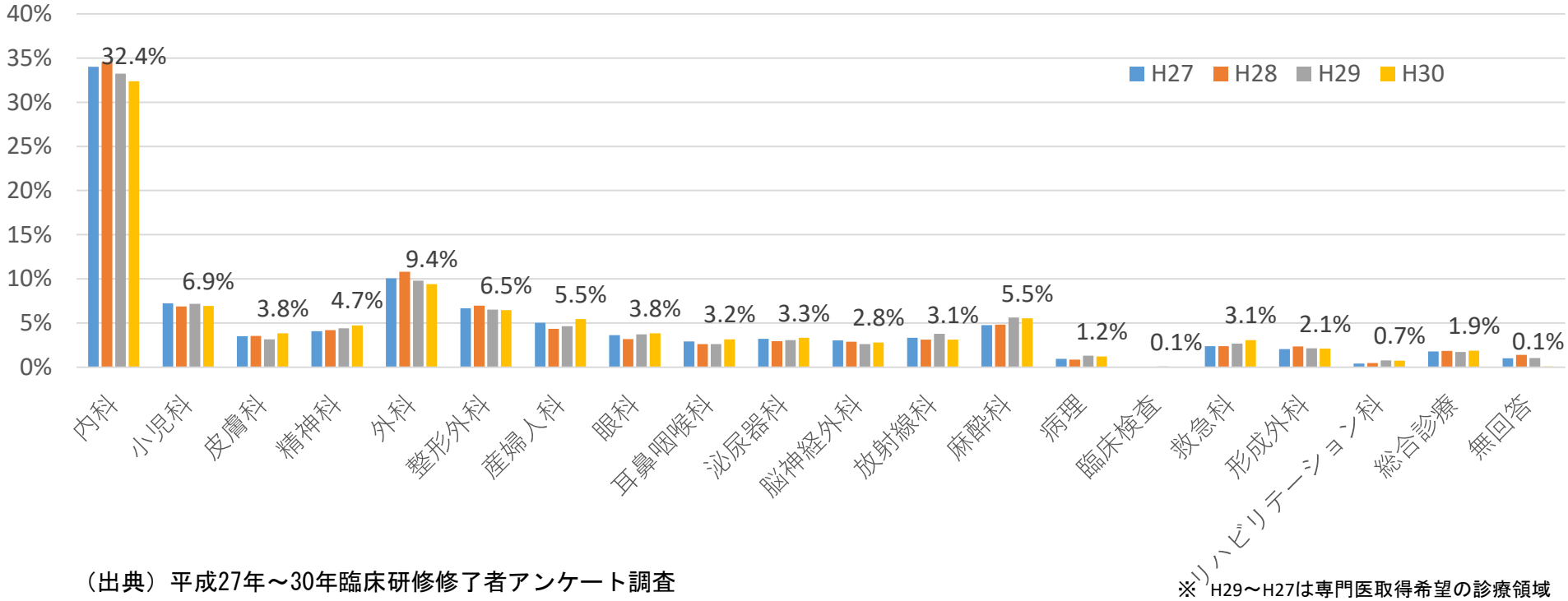
専門研修の予定

〇臨床研修終了後、9割以上が専門研修を行う予定である。
〇専門医取得を希望する診療科の傾向は、4年間あまり変わらない。

専門研修の予定（性別・年齢別）

専門研修を行う予定か	男性	女性	20代	30代	40代以上	合計
行う	89.9%	90.7%	90.9%	88.2%	79.8%	90.3%
来年は行わない・行う予定がない	3.9%	2.9%	3.3%	4.5%	7.1%	3.5%
わからない・まだ決めていない	3.1%	1.9%	2.3%	4.0%	10.7%	2.7%
無回答	3.0%	4.5%	3.5%	3.2%	2.4%	3.6%

専門研修を行う予定の診療領域



（出典）平成27年～30年臨床研修修了者アンケート調査

※ H29～H27は専門医取得希望の診療領域

第2次中間取りまとめ（抜粋）

4．具体的な医師偏在対策

(2) 医師養成過程を通じた地域における医師確保

③　専門研修

ⅱ）医療ニーズを踏まえた診療科ごとに必要な医師数の明確化

○　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。

5．将来に向けた課題

(1) 今回の医師偏在対策の効果の検証を踏まえた継続的な議論の必要性

○　（中略）次の①から③までの対策については、今回の取りまとめの内容を、より進めたものとすべきか否かについて、更なる議論が必要である。

①　専門研修における診療科ごとの都道府県別定員設定

○　新専門医制度については、

・　診療科ごとに都道府県別の定員を設定し、臨床研修同様、マッチングの仕組みを導入することで、地域における診療科偏在を是正していくべき

・　定員設定等の導入は時期尚早であり、まずは今回の対策の効果をみるべき

との意見があった。

将来の診療科ごとの医師の需要を明確化するにあたっての具体的な手順（案）

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。

診療科と疾病等の対応表について

○　診療科と疾病等の対応表については、急性期領域における実際の診療データ※1を用いて、専門医制度における基本診療領域と疾病等との対応表※2を作成した。

（イメージ）

疾患A

・A診療科（50000人）
・B診療科（30000人）
・C診療科（10000人）
・
・

疾患B　疾患C・・・・・・・・

・実際の診療データをもとに、各疾患において、各診療科が診療を行う患者数（シェア）を算出

A診療科

・疾患A（5%）
・疾患B（4%）
・疾患C（4%）
・疾患D（3%）
・
・

B診療科　C診療科・・・・・

・各診療科において診療を行う疾患のシェアを算出し、重みづけされた診療科と疾病の対応表を作成

各疾病と各診療領域との重み付けされた対応表を作成

※1　厚生労働科学研究「保健医療介護現場の課題に即したビッグデータ解析を実践するための臨床疫学・統計・医療情報技術を磨く高度人材育成プログラムの開発と検証に関する研究」（研究代表者　東京大学　康永秀生）の研究結果（DPCデータから求めた69診療科×傷病分類（ICD-10）別の患者数）を用いて、厚生労働科学研究「ニーズに基づく専門医の養成に係る研究」（研究代表者　自治医科大学　小池創一）において、基本診療領域×傷病中分類（患者調査）別の患者数を算出した。

※2　放射線科、臨床検査、救急科、リハビリテーション科については、全診療科における患者数の変化、麻酔科、病理については、外科における患者数の変化、精神科については、患者調査における「精神及び行動の障害」を用いた。

診療科ごとの将来必要な医師数の見通しの推計について

○　将来必要な医師数の見通しの推計にあたって、まず、各診療科ごとの現在の医師数※1から、それぞれの診療科における勤務時間を踏まえ、労働時間規制等医師の働き方改革により必要になると考えられる現時点における必要医師数を算出※2した。

○　算出された現時点における必要医師数に対して、疾病と各診療領域との重み付けがなされた対応表に基づき、性年齢階級別の受療率等が一定であると仮定し、将来の人口動態の変化を踏まえた患者数の変化と必要医師数の変化が比例するものとして計算※3、4を行った。

（イメージ）

勤務時間の変化、診療科の差を踏まえ調整※2

将来の人口推計・疾病と各診療領域との重み付けされた対応表に基づく患者数の変化と比例して変化

現在の医師数※1
（9000人）

→（労働時間制限により1.11倍医師が必要）

現在の必要医師数※2
（10000人）
（患者数10万人）

→（患者数が1.1倍となるため、1.1倍医師が必要）

将来の必要医師数※3、4
（11000人）
（患者数11万人）

※1　現在＝2016年医師数（仕事量）については、平成28年医師届出票における主たる診療科別医師数を基本診療領域に統合（主たる診療科について、内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科(胃腸内科)、腎臓内科、神経内科、糖尿病内科(代謝内科)、血液内科、アレルギー科、リウマチ科、感染症内科、心療内科については内科、外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科(胃腸外科)、肛門外科、小児外科については外科、産婦人科、産科、婦人科については産婦人科、形成外科、美容外科については形成外科として集計）したものを用い、性年齢階級別に第３次中間取りまとめにおけるマクロ供給推計の仕事率を掛け合わせた。

※2　現在＝2016年における必要医師数については、各診療科別勤務時間等（「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）及び第３次中間取りまとめにおける勤務時間を週60時間に制限する等の仮定をおくマクロ需要推計の推計値（需要ケース2）を用いて調整。

※3　2016年、2024年、2030年、2036年における必要医師数については、「診療科と疾病等の対応表」に基づき、性年齢階級別の人口推計及び平成26年患者調査に基づく受療率を踏まえ計算。

※4　全国の推計値については、第３次中間取りまとめにおけるマクロ需給推計の推計値と整合性をとるために調整。

診療科ごとの将来必要な医師数の見通しを踏まえた年間養成数の算出について

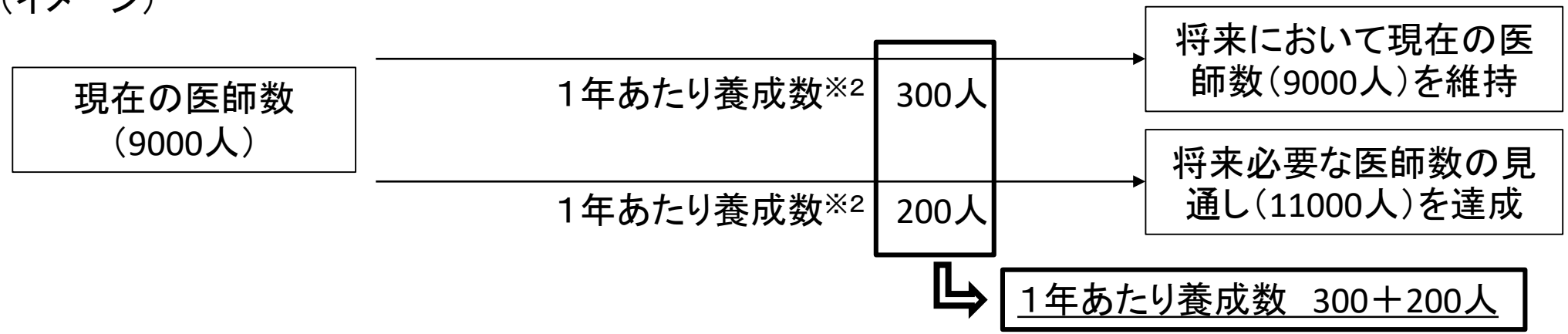
○　将来の診療科別必要医師数について、実際に診療科選択に資するものにするためには、臨床研修修了後、9割以上が専門研修を行う予定であることを踏まえると、臨床研修修了時点の診療科別の1年あたり養成数を示すことが有用であり、諸外国における養成数の算出手法等を参考※1に、

- 現在の医師数を維持するために必要な1年あたり養成数※2
- 将来必要な医師数の見通しを達成するために追加で必要な1年あたり養成数※2

を合計した数を診療科別の1年あたり養成数として算出することとした。

○　また、医師の働き方改革に関する議論、医師確保計画等のスケジュールを踏まえ、2024年、2030年、2036年の3時点における将来必要な医師数の見通しを算出した上で、1年あたり養成数を算出することとした。

（イメージ）



※1　厚生労働科学研究「ニーズに基づく専門医の養成に係る研究」（研究代表者　自治医科大学　小池創一）における海外調査等をもとに整理。
※2　必要養成数の算出にあたっては、診療科別の生残率を用い、医師需給分科会「第3次中間取りまとめ」における供給推計の手法を用いた。

都道府県ごとの診療科ごとの将来必要な医師数・養成数の見通しについて

○　都道府県ごとの診療科ごとの将来必要な医師数の見通しの算出に当たっては、将来時点における必要医師数の算出方法を踏まえ、全国における診療科ごとの将来必要な医師数の見通しをもとに各都道府県別の将来必要な医師数の見通しを算出※1し、各都道府県・各診療科別の現在の医師数をもとに、都道府県間における医師の流出入がないと仮定して、１年あたりの養成数の計算を行うこととした。

（イメージ）

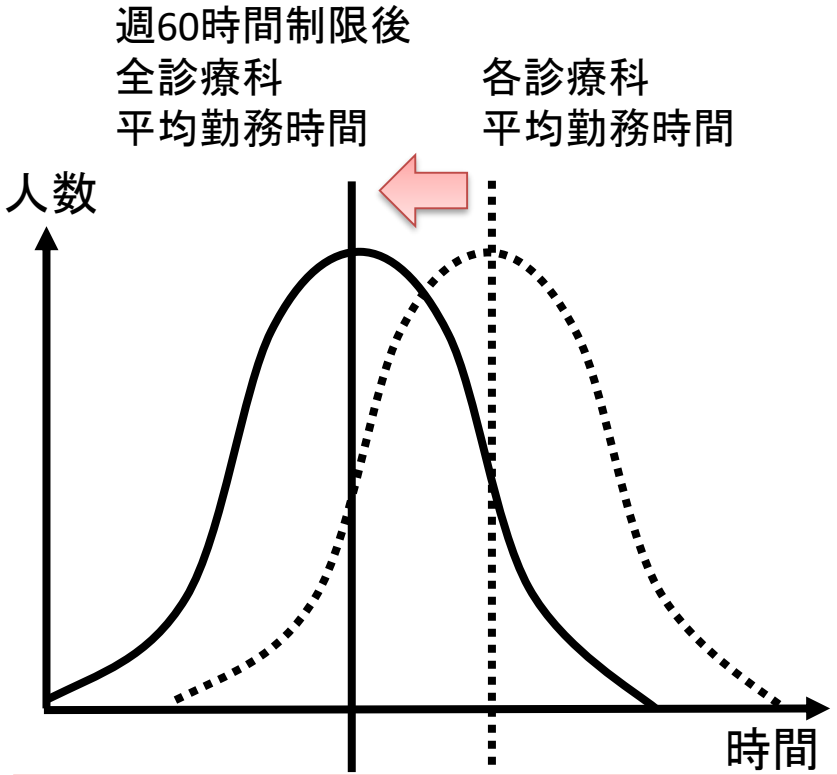
	a診療科 （必要医師数）	a診療科 （患者数）	・・・
全国	**10,000人**	200,000人（100%）	
A県	500人　5%	10,000人（5%）	
B県	300人　3%	6,000人（3%）	
・ ・ ・	・ ・ ・		

全国における将来必要な医師数の見通しを各都道府県に配分

※1　全国の性年齢階級別受療率と都道府県の性年齢階級別推計人口を用いて都道府県別診療科ごとの患者数を推計し、平成26年の患者数に基づく都道府県別診療科ごとの施設所在地ベースの患者数と患者住所地ベースの患者数の比が将来も一定であるものとして患者流出入後の患者数を計算した。

医師の働き方を踏まえた必要医師数の算出について（イメージ）

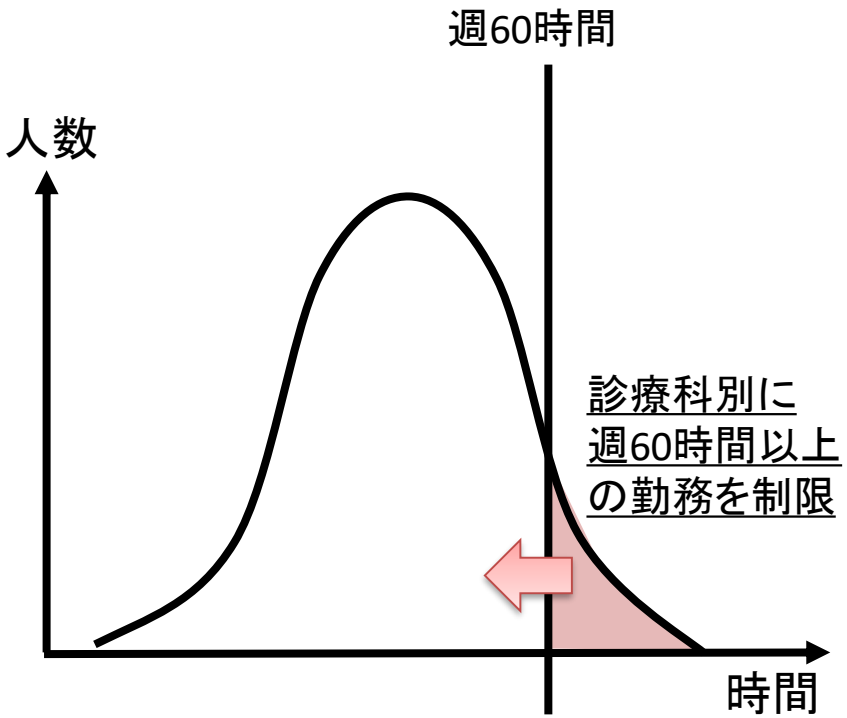
従前の事務局整理



各診療科の医師が、全診療科平均勤務時間まで勤務した場合の、必要医師数を算出

→　平均より勤務時間が長い診療科は医師が不足し、短い診療科は医師数が過剰となる

今回の整理



週60時間以上の勤務時間が削減された場合の、必要医師数を算出

→　週60時間を超える勤務時間がある診療科については、勤務時間削減分の医師が不足する

（参考）診療科別勤務時間等について

診療科	週当たり勤務時間	週60時間超過割合	超過者平均週勤務時間	勤務時間削減後仕事量
内科	51:18	30.1%	74:21	0.92
小児科	52:25	33.2%	74:21	0.91
皮膚科	43:53	18.4%	71:00	0.95
精神科	47:09	22.5%	72:26	0.94
外科	59:09	43.8%	77:47	0.87
整形外科	51:55	31.5%	73:11	0.92
産婦人科	53:41	37.6%	76:58	0.88
眼科	43:43	15.4%	71:34	0.96
耳鼻咽喉科	46:07	19.5%	71:55	0.95
泌尿器科	56:11	35.9%	75:40	0.90
脳神経外科	58:26	41.6%	78:50	0.87
放射線科	51:07	24.0%	70:39	0.95
麻酔科	52:26	30.0%	73:16	0.92
病理	55:02	37.8%	70:45	0.93
臨床検査	49:08	20.8%	79:06	0.92
救急科	62:30	48.6%	78:48	0.85
形成外科	52:30	28.6%	77:19	0.91
リハビリテーション科	47:46	19.2%	68:12	0.97

※　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）。

都道府県別診療科別の将来必要な医師数・養成数の見通しに係る課題について（案）

○　現状においては、医師の適切な診療科選択、各都道府県における医師偏在対策、専門医制度におけるシーリング※1等において、地域及び診療科偏在に対する十分なエビデンスに基づいた対応を行うことが難しい状況である。

○　今回の整理に基づき算出される将来必要な医師数・養成数の見通しの活用については、現状の各診療科の診療実態を反映したエビデンスに基づくものであり、地域及び診療科偏在対策への活用が期待されるが、推計の限界として、現状の各診療科の対象となる疾患等が将来維持されることを前提としたものであり、総合的な診療の領域※2の役割などについて別途検討を行う必要があることに留意しつつ、幅を持った検討を行う必要があるものである。

○　今後、将来必要な医師数の見通し等を踏まえ、

- 医師が、適切に診療科を選択することで診療科偏在の是正につながること
- 各都道府県において、県外からの適切な医師派遣調整等や地域枠医師が適切に診療科選択できるような取組を行っていくこと
- 専門医制度におけるシーリング設定等にあたり、エビデンスとして活用されること

等が期待されるのではないか。

※1　東京都、神奈川県、愛知県、大阪府、福岡県において、原則、各診療領域において、専攻医募集定員が過去5年間の平均選考医採用実績を超えないように定員設定にシーリング（これまでの医師の増減等を踏まえ、外科、産婦人科、病理、臨床検査、総合診療科は除外）を実施。

※2　総合診療、救急、ICU・病棟管理領域等を想定。

今後の検討について（案）

○　今後、将来必要な医師数の見通し等を国が情報提供していくことにより、地域及び診療科偏在の是正につながることが期待される。

○　一方で、医師の働き方改革や医師の偏在の状況を踏まえると、診療科偏在対策は、待ったなしの状況であり、早急な是正が求められるものであるが、新しい専門医制度開始以降、開始前と比べ東京都等への専攻医の集中が進んでいるとのデータもある。

↓

○　今後、将来必要な医師数の見通しの算出方法等を適宜見直しながら、実際の診療科偏在の是正の状況や専門医制度を取り巻く状況等を踏まえ必要な検証を行い、十分な効果が生じていない場合には、診療科ごとに都道府県別の定員を設定する等、更なる医師偏在対策について、早急に検討を加えていくこととしてはどうか。

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

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

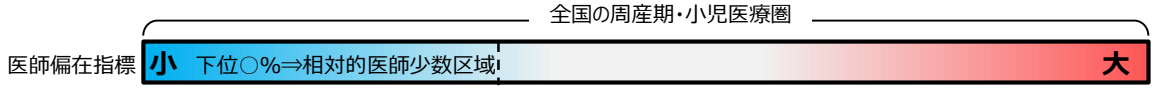
三次医療圏・周産期・小児医療圏ごとに、**産科・小児科における医師の偏在の状況を客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや、医師の性年齢構成等を踏まえた**産科・小児科における医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

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
- 患者の流出入等
- 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ってもなお相対的医師少数区域の場合は、医師の派遣調整により医師を確保する方針とする。等

偏在対策基準医師数
（三次医療圏、周産期・小児医療圏ごとに策定）

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○%）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。

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。

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

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

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

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

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。

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。

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

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

（※） 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

産科医師偏在指標における留意点

＜産科医師数の算出に「医師・歯科医師・薬剤師調査」を活用するにあたっての留意点＞

○　産科医師偏在指標に用いる医師については、実際に分娩を取り扱う医師とすることが望ましい。しかし、「医師・歯科医師・薬剤師調査」では、実際に分娩を取り扱っている医師数が分からない。

※　平成30年度調査以降は、分娩取扱の有無が把握可能

○　現時点では、性・年齢階級別に分娩を取り扱う医師の人数を把握している調査はない。

※厚生労働省「医療施設調査」、日本産婦人科医会「施設情報調査」では、性年齢階級別ではないが、分娩取扱医師の数を調査している。

＜対応＞

○　「医師・歯科医師・薬剤師調査」を用いた医師偏在指標に加え、日本産婦人科医会「施設情報調査」等を適宜活用・加工し、地域ごとの分娩を取り扱う医師数等の参考として都道府県に提供してはどうか。

＜産科・産婦人科医師数に係る各調査の比較＞

調査名	医師・歯科医師・薬剤師調査	医療施設調査	日本産婦人科医会 施設情報調査
調査の時点	2016年12月31日現在	2014年10月1日現在	2018年1月1日現在
分娩取り扱いの有無	×	○	○
人数	実人数	常勤換算	実人数
住所地	主たる従事先 （特別集計において従たる従事先を集計可能）	医療施設所在地	医療施設所在地
性年齢階級	○	×	×

地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

経緯

○ 外来医療については、無床診療所の開設状況が都市部に偏っていること、診療所における診療科の専門分化が進んでいること、救急医療提供体制の構築等の医療機関間の連携の取組が、個々の医療機関の自主的な取組に委ねられていること、等の状況にある。

○ それを踏まえ、「医療従事者の需給に関する検討会　医師需給分科会　第２次中間取りまとめ」において、**外来医療機能に関する情報の可視化**、**外来医療機能に関する協議の場の設置**等の枠組みが必要とされ、また、医療法上、医療計画において外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項（以下、**「外来医療計画」**）が追加されることとなった。

外来医療計画の全体像

外来医療機能に関する情報の可視化

○ 地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握を行うために、診療所の医師の多寡を**外来医師偏在指標**として可視化。

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

※ 医師偏在指標と同様、医療ニーズ及び人口・人口構成とその変化、患者の流出入、へき地などの地理的条件、医師の性別・年齢分布、医師偏在の単位の５要素を考慮して算定。

○ 外来医師偏在指標の上位33.3%に該当する二次医療圏を、**外来医師多数区域**と設定。

新規開業希望者等に対する情報提供

○ 外来医師偏在指標及び、外来医師多数区域である二次医療圏の情報を、医療機関のマッピングに関する情報等、開業に当たって参考となるデータと併せて公表し、**新規開業希望者等に情報提供**。

※ 都道府県のホームページに掲載するほか、様々な機会を捉えて周知する等、新規開業希望者等が容易に情報にアクセスできる工夫が必要。また、適宜更新を行う等、質の担保を行う必要もある。

※ 新規開業者の資金調達を担う金融機関等にも情報提供を行うことが有効と考えられる。

外来医療機能に関する協議及び協議を踏まえた取組

○ 地域ごとにどのような外来医療機能が不足しているか議論を行う、**協議の場を設置**。

※ 地域医療構想調整会議を活用することも可能。　※ 原則として二次医療圏ごとに協議の場を設置することとするが、必要に応じて市区町村単位等での議論が必要なものについては、別途ワーキンググループ等を設置することも可能。

○ **少なくとも外来医師多数区域においては、新規開業希望者に対して、協議の内容を踏まえて、在宅医療、初期救急（夜間・休日の診療）、公衆衛生（学校医、産業医、予防接種等）等の地域に必要とされる医療機能を担うよう求める。**

○ 外来医療計画の実効性を確保するための方策例

- 新規開業希望者が開業届出様式を入手する機会を捉え、地域における地域の外来医療機能の方針について情報提供
- **届出様式に、地域で定める不足医療機能を担うことへの合意欄を設け**、協議の場で確認
- 合意欄への記載が無いなど、**新規開業者が外来医療機能の方針に従わない場合、新規開業者に対し、臨時の協議の場への出席要請を行う**
- 臨時の協議の場において、構成員と新規開業者で行った**協議内容を公表**　等

今後の検討課題

○ 外来医療機能の偏在の可視化等による新規開業者の行動変容への影響について、検証を行っていく。

○ 十分な効果が得られない場合には、無床診療所の開設に対する新たな制度上の仕組みについて、法制的・施策的な課題を整理しつつ、検討が必要。

医療機器の効率的な活用等について

経緯

○ 「医療従事者の需給に関する検討会　医師需給分科会　第２次中間取りまとめ」において、**医療設備・機器等の共同利用等の、医療機関間での連携の方針等について協議を行い、地域ごとに方針決定すべきである**、とされ、医療法上も医療施設に備えた施設・設備の効率的な活用に関する事項について、協議の実施及び協議結果の公表を行うこととされた。

○ 今後、人口減少が見込まれる中、医療機器について共同利用の推進等によって効率的に活用していくべきであり、医療機器の共同利用のあり方等について、情報の可視化や新規購入者への情報提供を有効に活用しつつ、必要な協議を行う必要がある。

医療機器の効率的な活用のための対応

医療機器の配置状況に関する情報の可視化

○ 地域の医療ニーズを踏まえ、地域ごとの医療機器の配置状況を**医療機器の種類ごとに指標化**し、可視化。

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

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

医療機器の配置状況に関する情報提供

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

※ 医療機関の経営判断に資するような、医療機器の耐用年数や老朽化の状況等についても、適切な情報を提供できるよう検討。

医療機器の効率的活用のための協議

○ 医療機器の効率的活用のための**協議の場を設置**。
※ 基本的には、外来医療機能の協議の場を活用することが想定されるが、医療機器の協議のためのワーキンググループ等を設置することも可能。

○ 医療機器の種類ごとに**共同利用の方針について協議を行い、結果を公表**。
※ 共同利用については、画像診断が必要な患者を、医療機器を有する医療機関に対して患者情報とともに紹介する場合を含む。

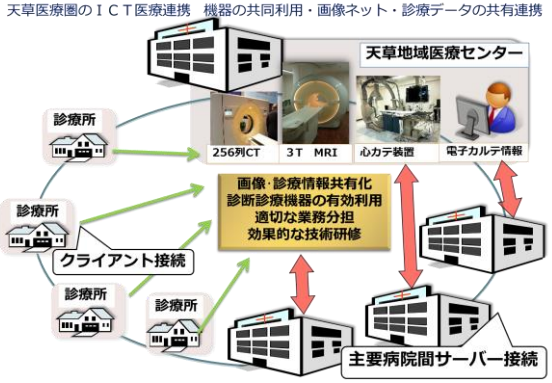
○ 共同利用の方針に従い、医療機関が医療機器を購入する場合や、当該機器の共同利用を新たに行う場合には、**共同利用に係る計画（以下、「共同利用計画」）を作成し、定期的に協議の場において確認**。

○ 協議に当たっては医療機器の効率的な活用という観点だけでなく、
・CT等放射線診断機器における医療被ばく
・診断の精度
・有効性
等の観点も踏まえ、適切に医療機器が使用されているかについて、検討が必要。

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

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

『あまくさメディカルネット』
天草医療圏のＩＣＴ医療連携　機器の共同利用・画像ネット・診療データの共有連携



天草地域医療センター
（医師会病院，210床）
天草中央総合病院
（JCHO，155床）
牛深市民病院
（天草市立病院，150 床）
上天草総合病院
（上天草市立病院，200床）
河浦病院
（天草市立病院，99床）
苓北医師会病院
（医師会病院，50床）
（五十音順）
２市１町に跨り，経営母体も異なる6施設

天草地域医療センター放射線部技師長　緒方隆昭氏より提供資料を改変

Ⅱ　外来医師偏在指標の算出式

○　外来医療については、診療所の担う役割が大きいため、診療所医師数を、新たな医師偏在指標と同様に性別ごとに20歳代、30歳代・・・60歳代、70歳以上に区分し、平均労働時間の違いを用いて調整する。

○　従来の人口10万人対医師数をベースに、地域ごとに性・年齢階級による外来受療率の違いを調整する。

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

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

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

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

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

（出典）性年齢階級別医師数：平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査
平均労働時間：「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）
外来受療率：第３回NDBオープンデータ（平成28年度診療分）、人口推計（平成28年10月１日現在）
性年齢階級別受療率：平成26年患者調査　及び 平成27年住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査
人口：平成29年住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査
外来延べ患者数：平成26年度医療施設静態調査※患者流出入は、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）

医療機器の地域毎の台数に関する指標の算出式

○ 医療機器の地域毎の台数に関する指標として、ニーズ（地域ごとの人口）に対する供給（医療施設調査に基づく地域ごとの医療機器の台数）をベースとして、性・年齢構成ごとに異なる検査数を加味するため、地域毎の性・年齢構成による調整をかけてはどうか。この際、医療施設調査で把握可能な医療機器を指標作成対象としてはどうか。

【医療機器ごとに下記の指標を計算し、可視化の際の参考とする】

- 人口十万人対医療機器台数をベースに、地域ごとの性・年齢階級による検査率の違いを調整する。

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

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

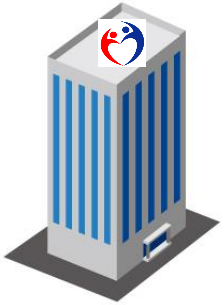
$$\text{地域の人口当たり期待検査数} = \frac{\Sigma\left\{\dfrac{\text{全国の性年齢階級別検査数（外来）}}{\text{全国の性年齢階級別人口}} \times \text{地域の性年齢階級別人口}\right\}}{\text{地域の人口}}$$

医師が少ない地域での勤務のインセンティブとなる認定制度

医師少数区域等で勤務した医師を認定する制度について

○ 医師少数区域等における勤務の促進のため、医師少数区域等に一定期間勤務し、その中で医師少数区域等における医療の提供のために必要な業務を行った者を厚生労働大臣が認定する。

認定に必要な勤務期間や業務内容



厚生労働省

申請に基づき、**厚生労働大臣が**医師少数区域等における医療に関する経験を**認定**

申請 →

← 認定

医師

医師少数区域等における6ヵ月以上※1の勤務※2 →

※1 医師免許取得後10年以内の場合は、原則として連続して勤務（妊娠・出産等による中断は可）するが、10年目以降の場合は、断続的な勤務の積算も可。

※2 認定の対象となるのは、2020年度以降の勤務とする。（臨床研修中の期間を除く。）

医師少数区域等の医療機関

【申請内容】

- ○ 勤務した医療機関名と所在地
- ○ 勤務した期間
- ○ 業務内容

等

➢ 申請の際には、医師少数区域等での医師の勤務状況に対する認定制度の影響を測るため、認定の対象となる勤務の直前の勤務地等についても申告する。

＜認定に必要な業務＞

(1)個々の患者の生活背景を考慮し、幅広い病態に対応する継続的な診療や保健指導（患者の専門的な医療機関への受診の必要性の判断を含む。）

- 地域の患者への継続的な診療
- 診療時間外の患者の急変時の対応
- 在宅医療

(2)他の医療機関や、介護・福祉事業者者等との連携

- 地域ケア会議や退院カンファレンス等への参加

(3)地域住民に対する健康診査や保健指導等の地域保健活動

- 健康診査や保健指導等の実施

認定医師等に対するインセンティブ

①一定の病院の管理者としての評価

- 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を管理者とする場合に限る。）

※管理者要件に認定医師であることを加える病院の範囲については、施行後の認定制度の普及状況等を踏まえ見直しの必要性について検討する。

②認定医師や医療機関に対する経済的インセンティブ

- 認定医師個人や、認定医師によって質の高いプライマリ・ケアが提供される医療機関等に対する経済的インセンティブの設定について検討を行う。