

新たな医療の在り方を踏まえた 医師・看護師等の働き方ビジョン検討会報告書

医師偏在対策関係部分について

ビジョン検討会 座長 渋谷 健司

「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」

- ◆ 新たな時代にふさわしい医療提供体制の構築に向けた道筋を描き、基本哲学となる保健医療・介護のビジョンの確立に向け、「**新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会**」を平成28年10月に設置
- ◆ 日本の医療を取り巻く環境は、今後、多死社会の到来、ICTやAIの発展、地域包括ケアの推進、地域医療構想を踏まえた病床機能の分化など大きな変化に直面。こうした変化を踏まえ、従来からの発想や手法を超えて、「**我が国が目指す新たな医療の在り方**」と、この在り方を踏まえた「**医師・看護師等の新しい働き方・確保の在り方**」を検討

構成員

◎：座長

井元 清哉	東京大学医科学研究所ヘルスインテリジェンスセンター教授
尾身 茂	独立行政法人地域医療機能推進機構理事長
熊谷 雅美	恩賜財団済生会横浜市東部病院 看護部長
◎ 渋谷 健司	東京大学大学院 医学系研究科国際保健政策学教室教授
庄子 育子	日経BP社医療局編集委員・日経ビジネス編集委員
鈴木 英敬	三重県知事
永井 康德	医療法人ゆうの森理事長
中島 由美子	医療法人恒貴会 訪問看護ステーション愛美園所長
裴 英洙	ハイズ株式会社 代表取締役社長
星 北斗	公益財団法人 星総合病院理事長
堀田 聡子	国際医療福祉大学大学院教授
松田 晋哉	産業医科大学医学部 公衆衛生学教室教授
丸山 泉	日本プライマリ・ケア連合学会理事長
宮田 裕章	慶應義塾大学医学部 医療政策・管理学教室教授
武藤 真祐	医療法人社団鉄祐会理事長・祐ホームクリニック院長
山内 英子	聖路加国際病院 乳腺外科部長・ブレストセンター長

本検討会に期待される成果

- ◆ 今後の医療の在り方、これを踏まえた医療従事者の働き方に関する「**基本哲学**」、これからの医療政策の「**背骨**」となるもの
- ◆ 新たな時代にふさわしい**医療・介護従事者の需給推計の在り方の起点**
- ◆ **医療・介護従事者の確保の具体的な方策**などにつながるもの

検討のスケジュール

- ◆ 第1回 新たな医療の在り方について（自由討議）
- ◆ 第2回 今後の検討の全体構造について
- ◆ 第3・4回 構成員によるプレゼンテーション
- ◆ 第5・6回 中間的な議論の整理に向けた検討
- ◆ 第7回 中間的な議論の整理（平成28年12月22日）
- ◆ 第8・9回 関係団体等からのヒアリング
- ◆ 第10~12回 参考人からのヒアリング
構成員によるプレゼンテーション
- ◆ 第13・14回 とりまとめに向けた検討
- ◆ 第15回 報告書とりまとめ（平成29年4月6日）

※ **医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する大規模な全国調査**（研究班代表者：井元構成員）を実施し、議論に提供された。

なぜ働き方ビジョンが必要か？

- 2016年6月の「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会」の中間的取りまとめの際に、必要な医師・看護職員数を検討する際の前提として「我が国が目指す医療の在り方」と、その在り方を踏まえた上で「医師・看護職員等の新しい働き方・確保の在り方」を検討するとされた趣旨にも応えるものであった。
- 本検討会では、新たな医療の在り方、そしてそれを踏まえた医療従事者の働き方について検討するに当たり、現実には起きている変化（需要側の変化、供給側の変化、テクノロジーの変化等）をファクトとして丁寧に拾い上げ、正視することから議論を始めた。
- 医療現場においては、モチベーションに欠ける待遇や雇用条件、不十分なマネジメント、限られたリソースの下、患者への十分な価値を生み出すことが困難なサービス提供モデルが構造的に存在している。そのために、医療を取り巻く環境が大きく変化する中で、それらに対応しようとする負荷が、かえって医療従事者の負担増に転嫁されるおそれもある。
- ビジョン検討会では、あらかじめ厚生労働省が提示した論点について解決策を机上で議論するのではなく、構成メンバーが、最初にイシュー（課題）を設定し仮説を立て、その仮説を検証するためのファクトを集めた。その後、構成メンバーが具体的施策を検討し報告書も執筆した。

新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方 ビジョン検討会

- これからの医療政策の「背骨」となるもの
- 医療を取り巻く構造的変化に対応
- ファクト・ベースでの議論：実態調査の活用
- 「働き方の変革」、「需給・偏在対策」、「医療・介護の連携の深化」、そして、「住民・患者のヘルスケア意識の向上」を一体的に検討

1. 働き方実態調査

新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会報告書

3. 働き方実態調査の実施と活用

「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」の概要

調査対象

1. 全国の医療施設に勤務する医師(病床規模等により層化無作為抽出した医療施設に勤務する医師)を対象とした。また、医療施設に対しても調査を実施。(調査実施日:平成28年12月8日(木)~14日(水))
2. 調査対象数は全国の医師約10万人と、初めての大規模全国調査。(回収数:15,677人)

調査項目

1. 出身地・出身医学部所在地・家族構成・収入等、医師の属性
2. 医師の勤務実態を詳細に把握するためのタイムスタディ
3. 他職種との役割分担やキャリア意識等の将来の働き方
4. 将来の勤務地に関する意向等の医師偏在対策

調査について

- 医師調査票：約10万人を調査対象として配布
- 医療施設票：12,035 施設に配布
 - 病院：2,331 件
- 回収数
 - 医師調査票：15,677 件
 - 医療施設票： 3,126 件

勤務時間(性別・年代別・勤務形態別)

- 勤務時間(「診療」+「診療外」)は、年代が上がるにつれて減少する。
- 20代の勤務医(常勤)の勤務時間は、週平均55時間程度。これに当直・オンコールの待機時間が加わる。

平均値(時間)

	男性	勤務医(常勤)		勤務医(非常勤)	
		診療+診療外	当直・オンコール	診療+診療外	当直・オンコール
このうち、待機時間は約16時間					
20代		57.3	18.8	55.8	14.2
30代		56.4	18.7	54.2	16.5
40代		55.2	17.1	45.5	8.6
50代		51.8	13.8	37.6	8.9
60代		45.5	8.0	30.3	5.0
	女性				
このうち、待機時間は約12時間					
20代		53.5	13.0	54.5	12.7
30代		45.2	10.7	36.7	4.9
40代		41.4	9.0	25.3	1.0
50代		44.2	7.8	25.5	1.8
60代		39.3	3.4	25.9	1.3

※表中の診療+診療外には、当直・オンコール中に行った診療・診療外の時間も含む

診療科別勤務時間(勤務医(常勤))

○ 救急科、外科、臨床研修医は勤務時間(「診療」+「診療外」)が特に長い傾向がある。

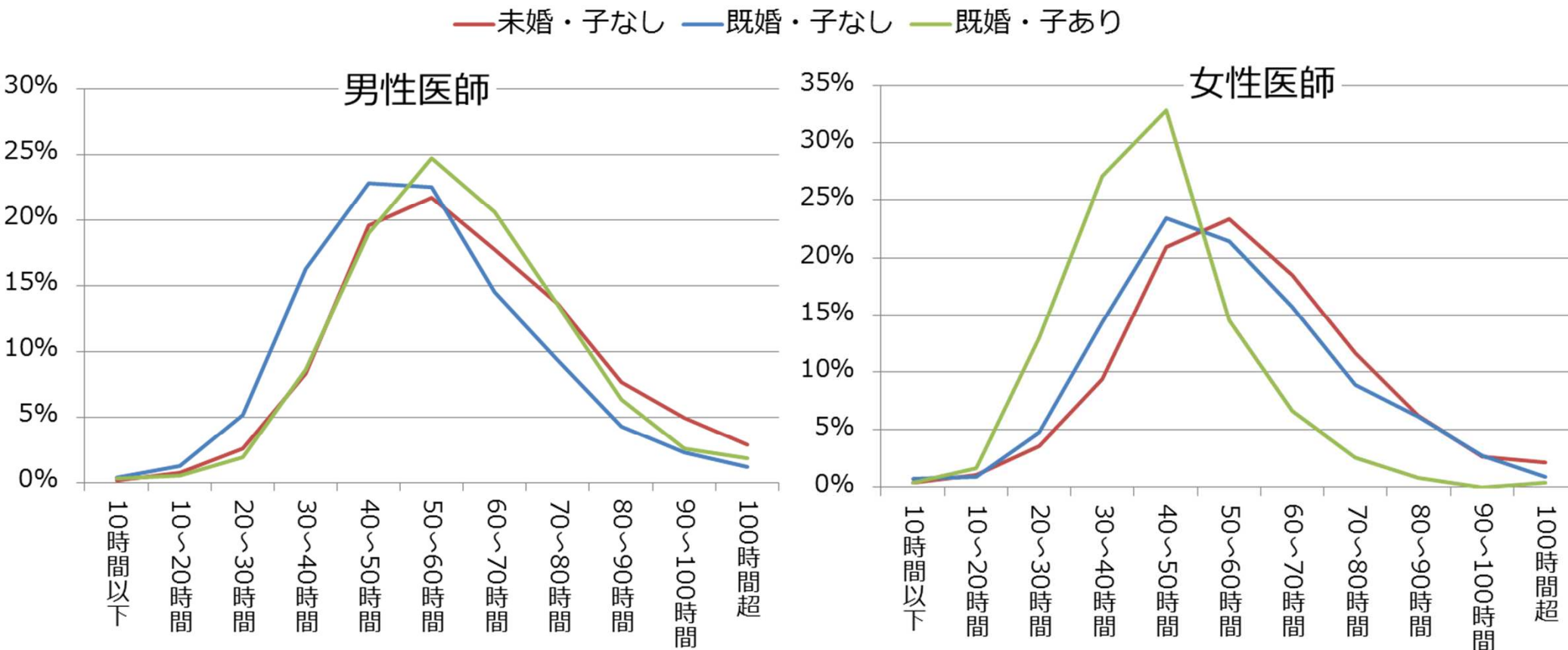
診療科	診療+診療外	当直・オンコール
内科系	51.7	12.6
外科系	54.7	16.5
産婦人科	50.6	22.8
小児科	50.2	16.0
救急科	55.9	18.4
麻酔科	49.1	16.7
精神科	43.6	11.9
放射線科	51.9	10.2
臨床研修医	53.7	13.5

(時間)

※表中の診療+診療外には、当直・オンコール中に行った診療・診療外の時間も含む

病院常勤勤務医の週当たり勤務時間 家族構成別

○ 子どもがいる場合は、いない場合と比較して、既婚の女性の常勤勤務医は勤務時間(診療時間+診療外時間+当直の待機時間)が短くなる傾向がある一方、既婚の男性の常勤勤務医は勤務時間が長くなる傾向がある。

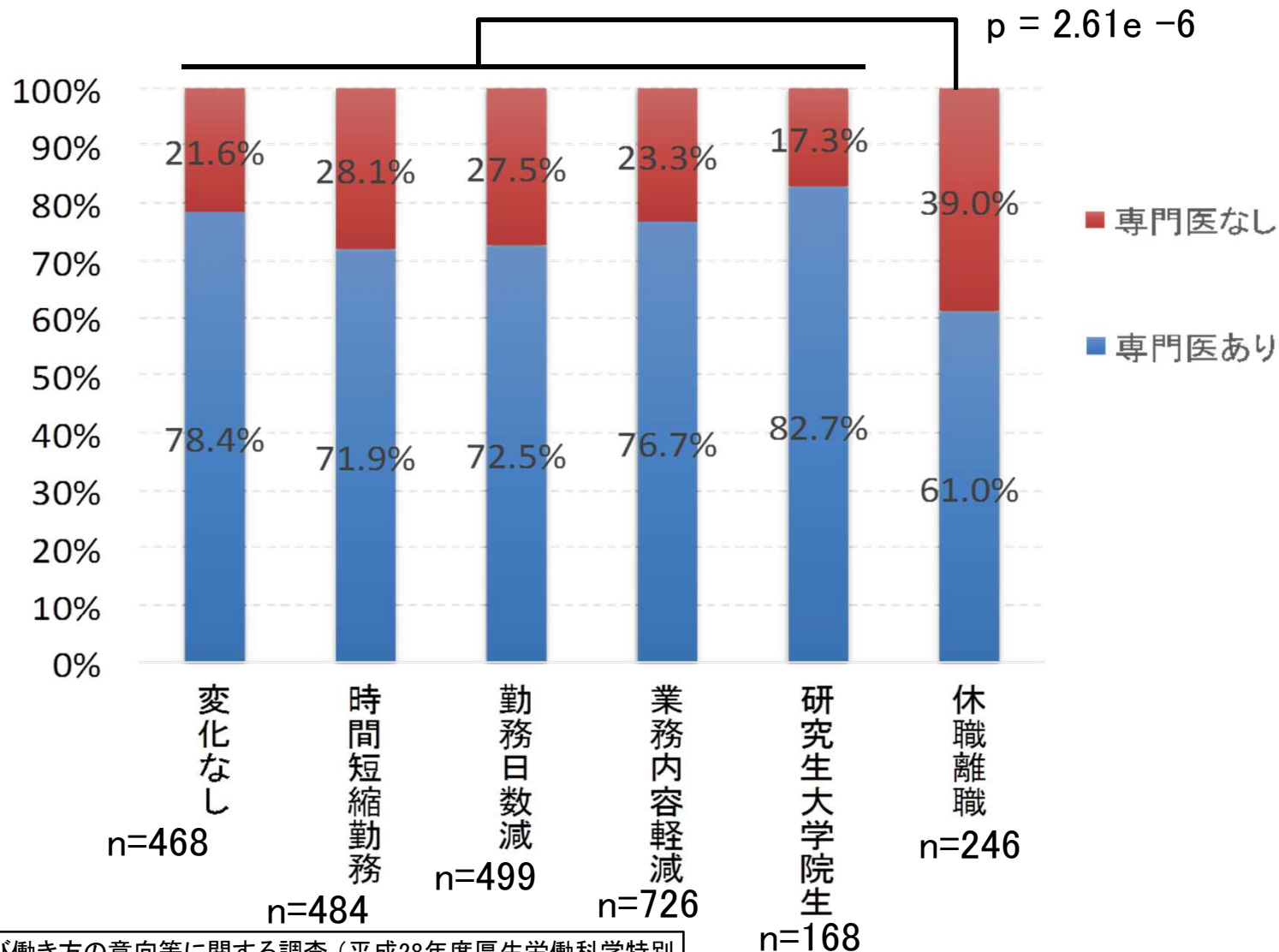


※ 本資料では、当直の待機時間は勤務時間に含め、オンコールの待機時間は勤務時間から除外した。なお、当直の待機時間には、労働基準法上の労働時間に該当するものと該当しないものの両方が含まれていると考えられる。

「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

育児中の勤務形態と専門医取得(女性)

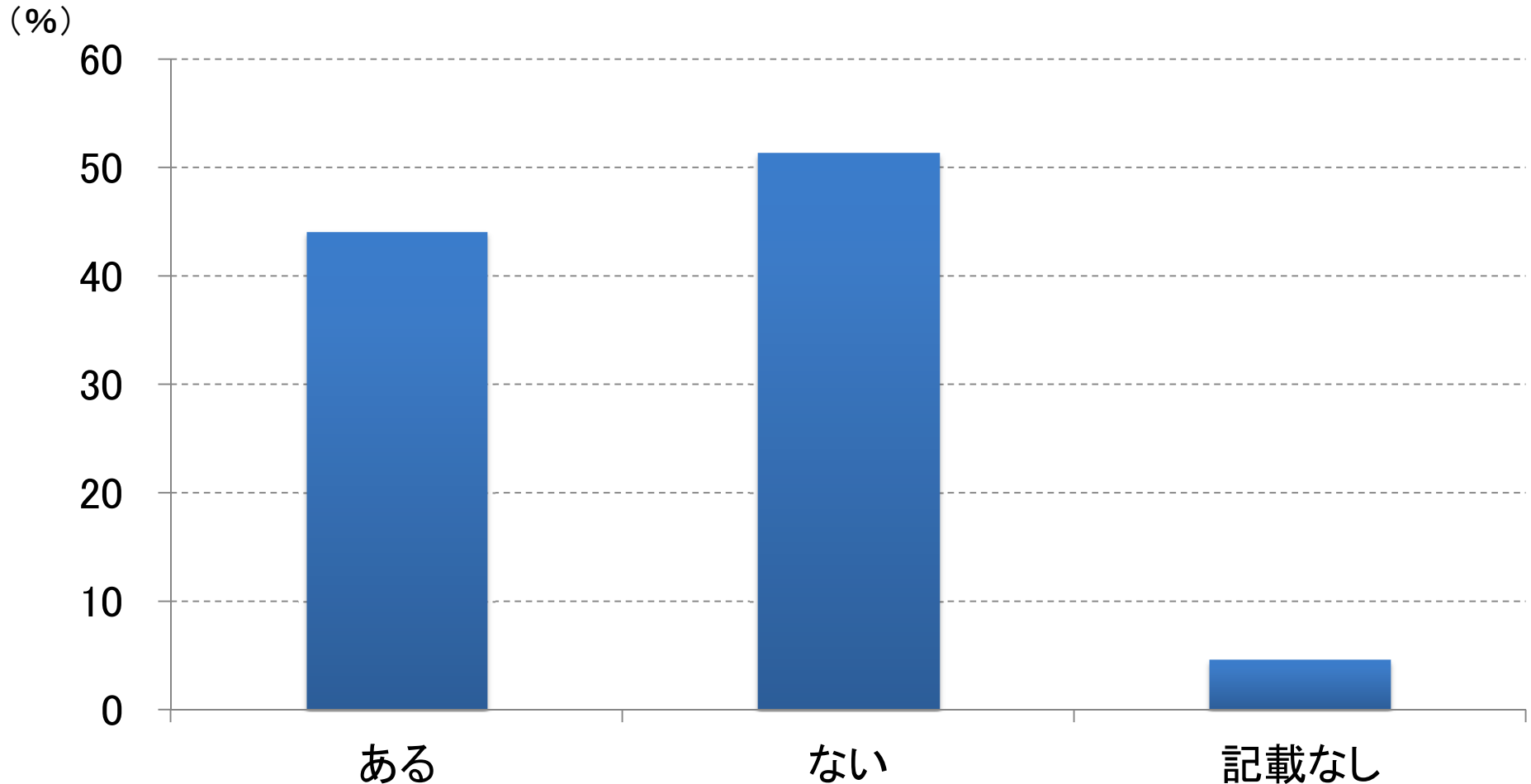
○ 育児中、休職・離職した女性医師は、他の勤務形態を取った女性医師と比較して、専門医資格の取得率が有意に低い。



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)

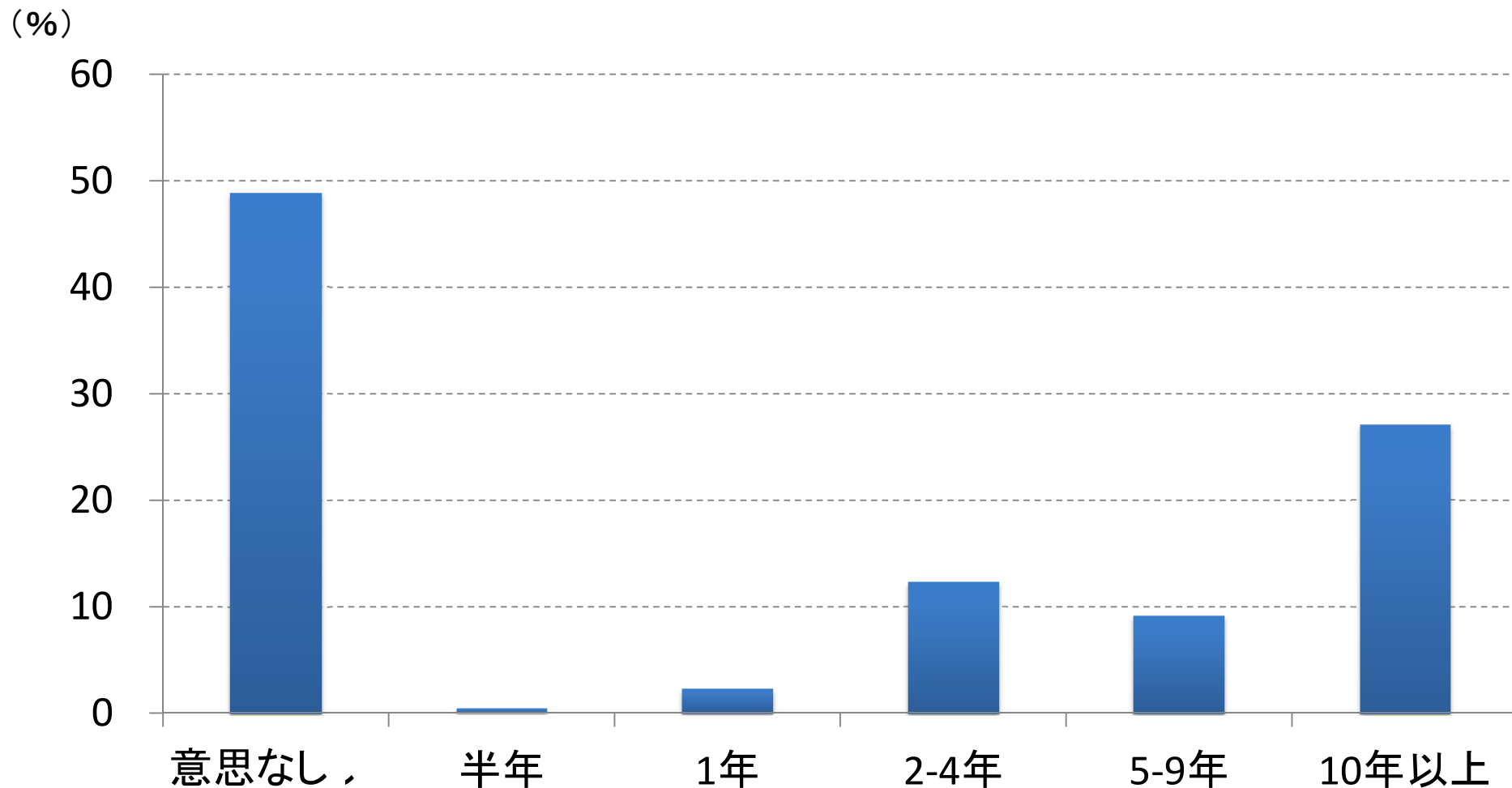
東京都23区及び政令指定都市、県庁所在地等の都市部以外 で勤務する意思

○ 医師の44%が、今後、地方（東京都23区及び政令指定都市、県庁所在地等の都市部以外）で勤務する意思がある。



地方で何年勤務する意思があるか（50代以下勤務医）

○ 50代以下の勤務医のうち約半数が、今後、地方で勤務する意思がある。その期間については、半年や1年を希望する割合は低く、10年以上を希望する割合は30%近い。



地方で何年勤務する意思があるか（勤務医のみ、年代別）

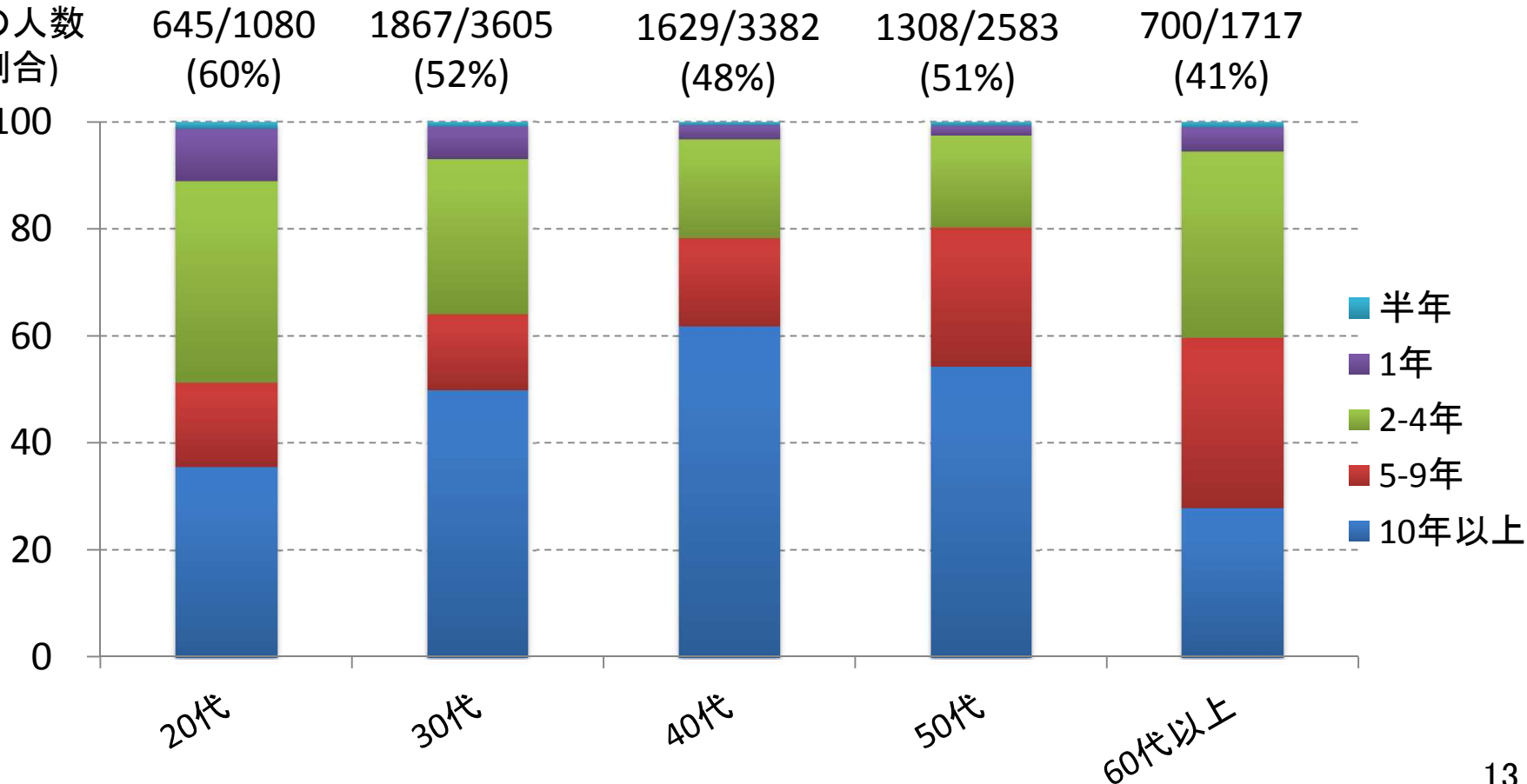
- 20代の勤務医のうち、60%が地方で勤務する意思があると回答。
- 地方で勤務する意思がある医師は、20代は2～4年を希望する割合が多く、30代以上は10年以上を希望する割合が高くなる。

意思ありと

回答した人数/

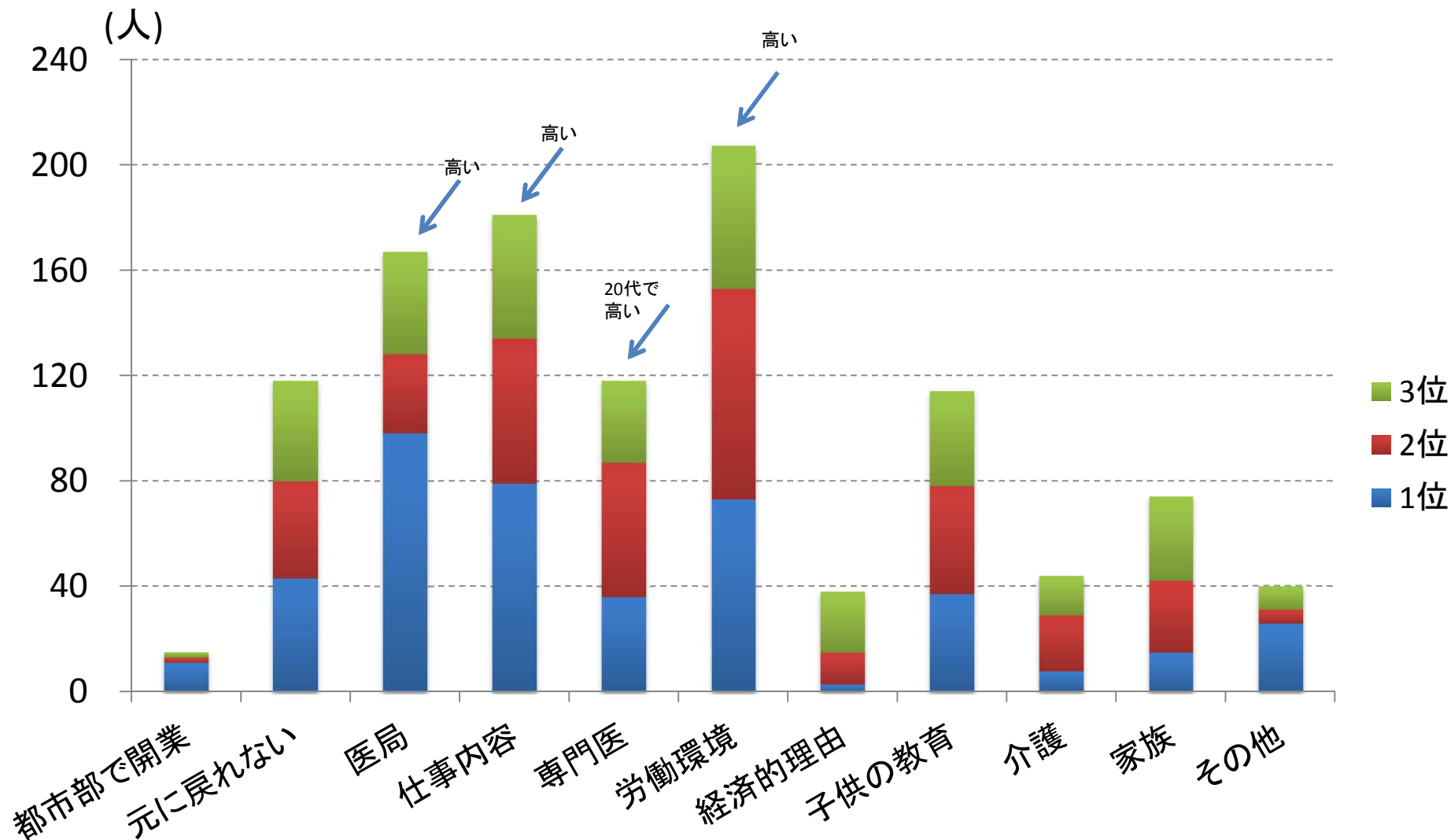
各年代全体の人数
(意思ありの割合)

(%) 100



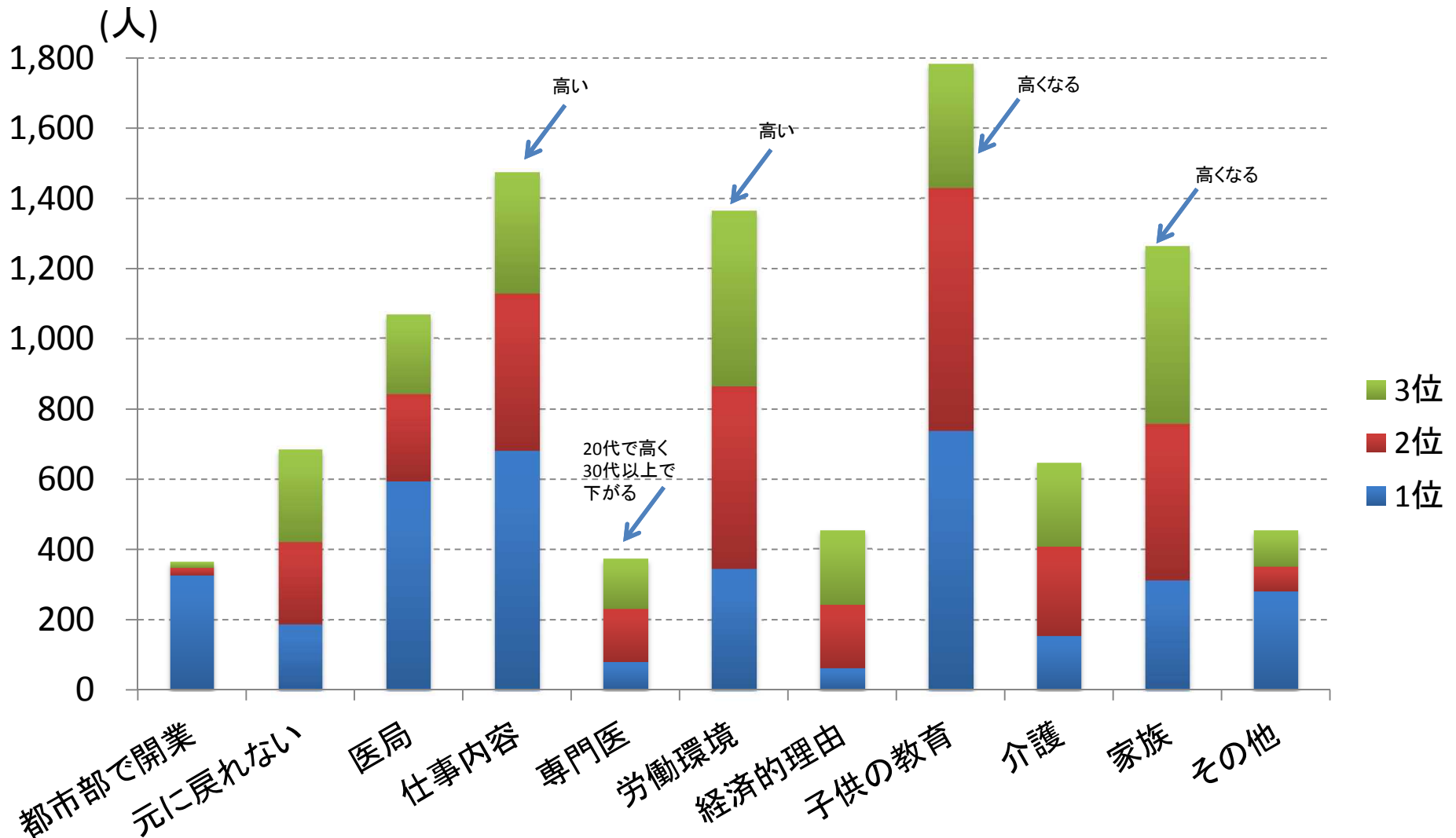
地方で勤務する意思がない理由(20代)

○ 20代医師で地方で勤務する意思がない理由の上位は、労働環境への不安、希望する内容の仕事ができないこと、医局の人事のため選択の余地がないこと。また、専門医の取得に不安があることもこの世代に特徴的な上位の理由。



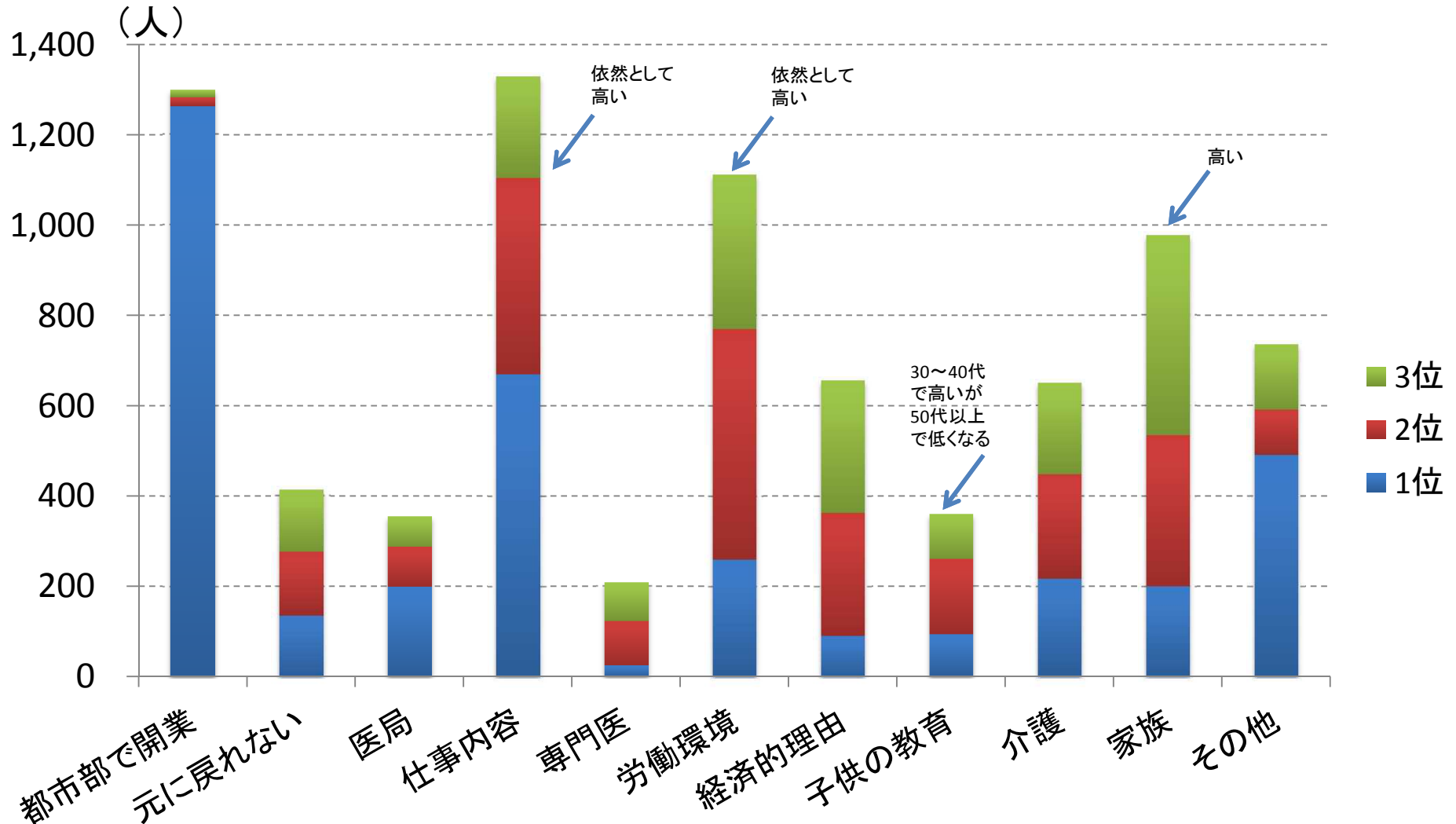
地方で勤務する意思がない理由(30・40代)

○ 30・40代医師で地方で勤務する意思がない理由の上位は、子供の教育環境が整っていないことや家族の理解が得られないこと。また、希望する内容の仕事ができないこと、労働環境への不安は依然として上位の理由だが、専門医の取得への不安は理由として少ない。



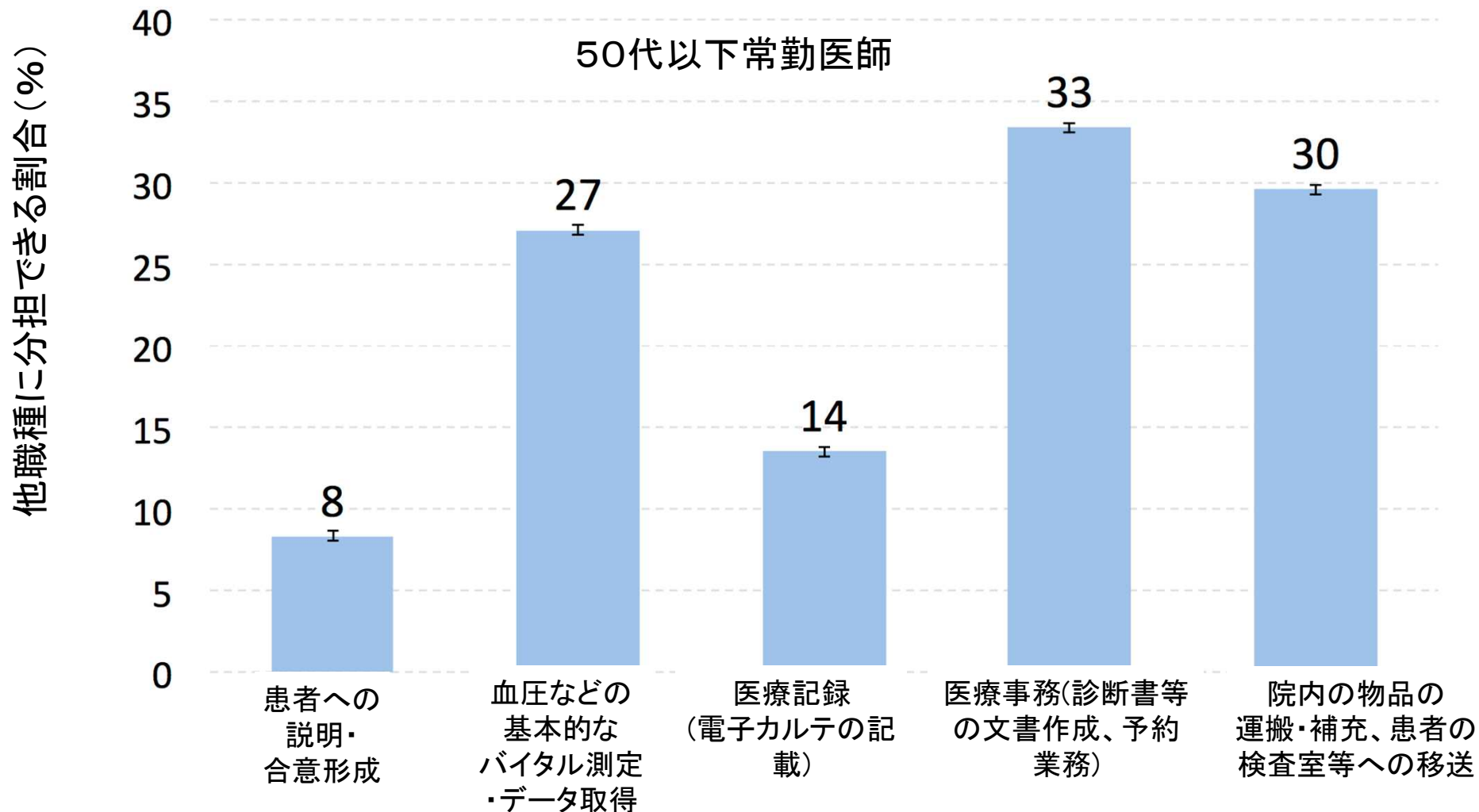
地方で勤務する意思がない理由(50代以上)

○ 50代以上の医師で地方で勤務する意思がない理由として、希望する内容の仕事ができないこと、労働環境への不安、家族の理解が得られないことは依然として上位。一方、子供の教育環境が整っていないことは理由として少ない。



他職種（看護師や事務職員等のコメディカル職種）に分担できるスキルとその割合（％）

○1日で5つの業務に費やした平均約 240 分のうち、20%弱（約47分）が他業種に分担可能



まとめ：医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査

1. 多くの医師で過重労働や超過勤務。
2. 家事・育児負担のジェンダーバイアスが存在。
3. 44%の医師が地方勤務の意思ありと回答。10年以上勤務の希望は50%以上に上る。
4. 地方勤務の意思がない理由は、「労働環境への不安」の他、20代は専門医等の資格取得の困難、30～40代は子供の教育環境など。

3. 働き方実態調査の実施と活用

- 地方勤務の意思については、勤務の意思ありとの回答が44%であった。これは若い医師ほど高い傾向にあり、20代では60%である。意思ありと回答した医師では、10年以上勤務の希望は50%以上に上るが、年代によりその意向は変化する。
- 地方勤務の期間については、20代の若い医師では2～4年の希望が最も多く、年齢を重ねるに連れて、5～9年や10年以上の長期間勤務の割合が高くなる傾向にある。一方、半年や1年の短期の希望はどの年代でも少ない。
- 地方勤務をする意思がない理由については、年代によって変化するが、「労働環境への不安」、「希望する内容の仕事が出来ない」の2つは、どの年代にも共通の障壁となっており、医師の負担を減らし、経験を積むことができる環境の構築が重要であると考えられる。
- それらに加え、20代の若い世代では、「医局の人事により選択の余地が無いため」、「専門医等の資格取得が困難であるため」の2つが特徴的な障壁となっている。30～40代になると「子供の教育環境が整っていないため」という理由が高くなる。

2. 新たなパラダイムと実現すべきビジョン： 医師等の需給・偏在対策の在り方

新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会報告書

4. 新たなパラダイムと実現すべきビジョン

4. 新たなパラダイムと実現すべきビジョン

4) 医師等の需給・偏在対策の在り方

- 従来からの医師等の需給・偏在に関する議論は、ともすれば、行政単位等の地理的区分に基づいた外形的な従事者数や施設等をどう配置するかという点に重点が置かれていた。
- そもそも、「医師不足」については、人口当たり医師数が他と比べて多い県や地域であっても個別の医療機関では医師確保が要望されたり、過疎化の進行が著しい地域でも現状を維持するための医師確保が求められたりすることがある。
- 人口減少が進み、労働力制約の高まる我が国で、「医師不足」の定義と判断基準が曖昧若しくは機械的なままでは、真の課題解決にはつながらない。
- また、これまでは、国が厳格に全国の医師養成数を管理する一方、臓器別診療科に基づく大学医局や学会が、それぞれに独立した方針の下、各地域で各診療科の医師確保・養成を行ってきた。このため、地域のニーズや診療科のバランスを十分に考慮した総合的な需給調整が困難であった。

4. 新たなパラダイムと実現すべきビジョン(続き)

4) 医師等の需給・偏在対策の在り方

- しかし、今後は、「住民・患者にとって必要な機能を地域ごとにどう確保するか」という点に着目したものとすべきである。つまり、単純に「全国に保健医療の物的・人的資源を外形的に均てん化する」、「人材養成数を増やすことで労働力を確保する」、「不足する地域に強制的に人材を振り向ける」という発想に頼るべきではない。
- これからは、いかに医療・介護の質と従事者個々人の意欲と能力を引き出し、生産性と付加価値を高めて、国民の求める保健医療サービスの価値を提供していくかという方向性を重視すべきである。
- 医師偏在についても、働き方実態調査等によれば、(条件が合えば)「地方での勤務を希望する」との趣旨の回答をした者が相当程度存在することが明らかになった。これは、多くの医師は、潜在的には地方での勤務に魅力を感じ、キャリア形成や生活への支障を来たす要素が除かれれば、地方で従事する可能性が多く秘められていることを意味する。
- したがって、こうした個々の医師の能動的・主体的な意向を重視し、モチベーションを引き出す方策を、それぞれの地域において、住民、医療機関、行政等が中心となって講じていくべきである。このような真摯かつ地道な努力を最大化することなく、「規制的手段によって強制的に医療従事者を誘導・配置すれば足りる」、「へき地等に『当てがう』」との発想に依存すべきではない。また、相談支援体制や経済的インセンティブを外形的に整備することで足りるとすべきではない。

3. ビジョンの方向性と具体的方策

新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会報告書

5. ビジョンの方向性と具体的方策

実現すべきビジョン

目指すべき方向性



- ①それぞれの医療・介護従事者が持つ力量を最大限に発揮できる環境
- ②住民・患者のニーズ等に併せて多様なサービスを設計・創造するモデルの確立
- ③ 医療・介護従事者の役割や機能が、急速な時代の変化に適応し、進化できるシステム

ビジョンの方向性と具体的方策

1 能力と意欲を最大限発揮できるキャリアと働き方をフル・サポートする

- 個々の医療機関の人材・労務マネジメント体制の確立と支援等
 - ・育児・介護を行う医療従事者への短時間勤務等の柔軟かつ多様な勤務態勢の導入など
- 女性医師支援の重点的な強化
 - ・好事例の収集・共有、相談機能の整備など
- 地域医療支援センター及び医療勤務環境改善支援センターの実効性の向上
 - ・認知度や機能の向上など
- 医師の柔軟なキャリア選択と専門性の追求を両立できる研修の在り方
 - ・キャリア、働き方に応じた柔軟な研さん機会の提供
- 看護師のキャリアの複線化・多様化
 - ・養成カリキュラムの見直しなど
- 医療・介護の潜在スキルのシェアリング促進
 - ・人材不足地域への看護師の派遣など

2 地域の主導により、医療・介護人材を育み、住民の生活を支える

地域におけるリソース・マネジメント

- 都道府県による人的資源マネジメントの基盤づくり
 - ・住民・患者にとって必要な医療の機能を都道府県が中心となり確保
 - 都道府県における主体的な医師偏在是正の取り組みの促進
 - ・都道府県が主体的に地域の医師養成に関与
 - 外来医療の最適化に向けた枠組みの構築
 - ・都道府県ごとに外来医療の協議体制を設置
 - 都道府県における医療行政能力の強化
 - ・保健医療人材を都道府県庁内に育成・確保
- #### 地域を支えるプライマリ・ケアの構築
- 保健医療の基盤としてのプライマリ・ケアの確立
 - ・かかりつけ医などが、日常の診療を担い、専門診療の紹介等を行うことを検討
 - 地域包括ケアの基盤を支える人材養成と連携・統合
 - 住民とともに地域の健康・街づくりを支える医療・介護
 - ・医療・介護をはじめとした生活上の相談支援を行う場の設置推進

3 高い生産性と付加価値を生み出す

- タスク・シフティング(業務の移管)／タスク・シェアリング(業務の共同化)の推進
 - ・医療従事者の役割分担の見直し
- 医科歯科連携・歯科予防の推進等
 - ・歯科検診の充実など
- 薬剤師の生産性と付加価値の向上
 - ・薬剤師の業務の効率化の推進
- フィジシャン・アシスタント(PA)の創設等
 - ・簡単な診断や処方、術後管理等ができるPAの資格創設を選択肢として検討
- テクノロジーの積極的活用・推進
- 保健医療や介護情報基盤の構築と活用
 - ・保健医療・介護情報基盤を整備
- 遠隔医療の推進等
- 「科学的に裏付けられた介護」の具現化
 - ・介護サービスの質の評価の構築
- 介護保険内・保険外サービスの柔軟な組合せと価格の柔軟化の推進

提言の実現に向けて

- 現場で懸命に取り組む医療従事者に未来展望を拓くメッセージとして広く伝える
- 関係審議会等で検討を行い、実現の見通しを明らかにする(※)

※ 厚労省内に「実行推進本部」を設置

⇒5～10年程度の工程表を作成、政府方針に位置づけ、進捗管理。

5. ビジョンの方向性と具体的方策

1 能力と意欲を最大限発揮できるキャリアと働き方のフル・サポート

③ 地域医療支援センター及び医療勤務環境改善支援センターの実効性の向上

- 各都道府県の地域医療支援センター及び医療勤務環境改善支援センターは、医学生や医師等の医療従事者に十分認知されているとは言いがたく、その活動内容や関与にも改善の余地が大きい。制度趣旨に即した実効性を向上させるために、まず、認知度を把握し、より利用しやすい機関となるように認知度向上や広報のマーケティングの強化を図るとともに、その機能を再検証すべきである。
- 例えば、地域医療支援センターは、大学病院等と連携し、基幹病院において経験できる症例の種別・平均数やキャリア・トラックの典型例を提示すること等をはじめ、医学生や若い医師が、主体的に自らのキャリアを考えやすい環境をつくること等が期待される。その際、全国一律の事業内容として各地域の実情に応じた創意工夫を損なうことのないよう、事業としての柔軟性や使いやすさを向上させることも重要である。

5. ビジョンの方向性と具体的方策

1 能力と意欲を最大限発揮できるキャリアと働き方のフル・サポート

④ 医師の柔軟なキャリア選択と専門性の追求を両立できる研修の在り方

- 専門医制度においては、診療科ごとの足並みをそろえることに加え、国際標準に見合った医療の質を確保するのに必要な教育プログラムが構築されているか。特に、年数や職歴、熱意といった要素だけではなく、客観的に質が担保されるような研修体制の確保が行われているか。
- 専門医制度は、各地域で最適化された医師確保・配置や機能連携において必要な役割を果たすことができているか。各地域における診療科ごとの専門医の適正数、適正配置が、病院間の機能連携・役割分担などに関する地域医療の方向性と整合性が図られているか。これらの点を踏まえ、大学病院のみならず都道府県をはじめ各ステークホルダーとの連携によって、専門医の教育プログラムが構築されているか。
- これからの地域医療におけるプライマリ・ケアを確立するため、総合診療専門医の育成により一層注力すべきではないか。また、患者が身近な環境で安心した医療を受けることができるよう、総合診療専門医は、診断及び診療の能力だけでなく、地域のお他職種とのネットワークの中でハブとしての役割を發揮する能力を形成することができるか。

5. ビジョンの方向性と具体的方策

1 能力と意欲を最大限発揮できるキャリアと働き方のフル・サポート

④ 医師の柔軟なキャリア選択と専門性の追求を両立できる研修の在り方(続き)

- まず、プライマリ・ケア分野では、日常的に多職種との関わり、介護等との連携の中で患者のケアに向き合うことから、大学や市中の大病院だけでなく、小規模医療機関での研修が有効である。また、高度な医療の分野でも、医師が研修段階に応じて技術と知見を向上できるよう、様々な患者を診ることができる市中病院も重要な研修拠点とし、必ずしも十分な経験を積むことができない場合がある大学病院に研修先が偏らないよう注意すべきである
- 加えて、出産・育児・介護等が、研修受講やキャリアの確立の妨げとならないよう、一定期間内に研修を集中して修了する、一定のインターバルの後に再度研修受講ができる等の柔軟な選択肢を準備する必要がある
- こうしたことから、大学病院や都市部の病院のみに研修機関を集約させるのではなく、症例の豊富な地方部の中核的な病院、さらには教育を重視する小規模医療機関も重要な研修機関とし、また、キャリアや家庭事情、働き方等に応じて柔軟に研さんの機会を得られるよう、個別の養成制度において対応することが重要である
- 若手医師が安心して専門研修を受け、生涯にわたって資質の向上を図るには、国際的水準を担保し、評価される専門医制度の確立・運営が喫緊の課題である。

5. ビジョンの方向性と具体的方策

2 地域の主導により、医療・介護人材を育み、住民の生活を支える

(1) 地域におけるリソース・マネジメント

① 都道府県による人的資源マネジメントの基盤づくり

- 地域によって人口構成や疾病構造、社会資源等は様々なことから、地域ごとの医療・介護の将来ニーズを予測し必要な医療資源整備・確保のグランド・デザインを描き、主体的に取り組むを進めることが基本である。
- 特に、単に地域ごとの施設数・人員の「数」を揃えるという発想に依らず、住民・患者にとって必要な「機能」をどう確保するかという観点が必要である。このため、医療・介護を通じたリソース・マネジメントを推進するためにも、医療計画と介護保険事業計画策定に当たっては、都道府県・市町村の緊密な連携が図られる必要がある。
- その際、患者の医療へのアクセスの観点から、必要な医療機能を(ア)身近で広範な医療と(イ)高度な医療とに分ける必要がある。(ア)身近で広範な医療を担う機能については、容易にアクセスできるプライマリ・ケアの確保、情報技術の活用やチーム医療の推進、人材育成・配置等により確保していく、(イ)高度な医療の機能については、必ずしも緊急性が高くないものについて、医療機関の機能の集約・拠点化とパフォーマンスのモニタリング・向上等により確保していくという考え方が出発点となる。

医師偏在対策 8：都道府県による人的資源マネジメントの基盤づくり（続き）

- まず、医療従事者が働く場である医療機関や病床の最適化を着実に進めることが重要である。現在各都道府県で策定されている地域医療構想に基づいて、医療機能の集約化や機能分化・連携を進めるとともに、それが一定程度進捗した後には、4機能別の病床数だけでなく、提供される専門医療の内容や、専門医、看護師の配置、高額医療機器の配置等についても、データ整備の進展と併せ、ニーズに適合した具体的な数値を設定し、その推移を検証する等の方策を講じることが考えられる。
- 特に、必ずしも緊急性を要しない高度医療に関しては、一層の専門医療機能の集約化を進める必要がある。これにより、医療従事者の集約も図られ、労働負担が軽減されるほか、数多くの多様な症例を経験できることにより、医療従事者のキャリア形成に寄与し、患者の価値の向上につながる。
- こうした中、都道府県は、地域医療構想の推進や日本専門医機構との専門研修プログラムの協議の場で、どのように医療機能を最適化するのかについて、主体的にマネジメントを行うことが求められる。その際、都道府県の果たすべき役割を補完するため、国がガイドライン等を示して支援することが考えられるが、中長期的に都道府県の主体性と能動性が十分に発展・発揮されるよう、その関与の内容と程度について、常に見直していくことが必要である。
- また、複数の医療機関が都道府県をまたいで存在する場合についても、患者の流出入状況を踏まえ、適切に集約化を進めることが求められる。また、これらの取組みを促進する診療報酬、地域医療介護総合確保基金等の活用が必要である。なお、このような取組みが、行政による医療資源の管理化・統制化につながり、地道な貢献をしてきた地域の医療機関と住民との信頼関係を損なうことのないよう、丁寧に取り組んでいくことが必要である。

5. ビジョンの方向性と具体的方策

2 地域の主導により、医療・介護人材を育み、住民の生活を支える

(1) 地域におけるリソース・マネジメント

② 都道府県における主体的な医師偏在是正の取組みの促進

- 若手医師を中心に、医師がへき地等の地方部で勤務することを躊躇するのは、診療・研修環境(質の高い教育環境、指導医の有無、心理的な孤独感等)と家族・子供の教育環境が大きな理由であると考えられる。
- へき地等の地方勤務に伴う負担や生活、キャリア等に与える支障を取り除くには、受入れ側地域の地方自治体、医療機関、そして住民が一体となって自助努力と健全な切磋琢磨、それを支える実効的な環境整備を最大限に行うことが肝要である。

医師偏在対策 10：都道府県における主体的な医師偏在是正の取組みの促進(続き)

- 現実に、各地域、各医療機関では、優れたリーダーシップの下、独創的な取組みやアイデアにより、いわゆる医師不足に的確に対応している例も多いことを見逃してはならない。また、このような地域の医師確保の取組みを補完するため、都道府県間の調整が必要なものについては、国の役割を含め、より広域的な調整の仕組みを検討すべきである。このため、地域の医療機関、大学、行政等が一体となって、以下のような措置を講じることが求められる。
 - 地域枠出身の医師がその都道府県内にあるへき地等に派遣されて地域診療義務を果たす場合や、医師が自主的にへき地等で一定期間地域診療に従事する場合等には、地域医療支援センターが、派遣医師と受入医療機関のマッチング支援、週3日は休暇・自己研さん等に充てられる週4日勤務制の導入、休日を確実に取得できるようにする休日代替医師の派遣、複数医師によるグループ診療、遠隔診療支援等の調整・あっせん等を行い、医療勤務環境改善支援センターと協力して、派遣される医師の勤務負担軽減を図る。
 - 地域医療支援センターは、派遣される若手の医師のキャリア上の不安を解消できるよう、大学医局等と協力したキャリア形成プログラムの作成等を通じてキャリア支援を行う。このほか、現在原則として医療機関の管理者は一つの医療機関しか管理者になることができない仕組みを、医師不足地域については複数か所認める等の措置を講じる。
 - 行政や地域の医療機関等との連携により、それぞれの地域での診療・研修環境としての魅力についての情報発信・広報のマーケティング活動を強化する。
- このような取組みを通じて、地域医療を担う医師が少ない場合であっても、多様な選択肢を確保し、個人の負担が過重とならずにその能力が最大限発揮される環境を目指すべきである。

医師偏在対策 11：都道府県における主体的な医師偏在是正の取組みの促進(続き)

- 医師養成の観点からは、医師がその出身地や研修地で将来勤務する傾向にあることを踏まえ、都道府県が、例えば、次のような措置により、主体的に地域の医師養成に関与することを検討すべきである。都道府県が大学医学部に対し、大学医学部入学者数に占める地元出身者枠の創設・拡大を要請することができる
 - 臨床研修については、各都道府県内の臨床研修病院の指定、研修定員の決定等の臨床研修に関する権限を国から都道府県に移管する(国は都道府県ごとの定員や臨床研修病院の指定基準の設定等を行う)
 - 専門研修については、日本専門医機構は、専門研修のプログラム(専門研修病院、研修定員等)の認定前に、都道府県に対し、地域医療確保の観点から協議を行う
 - 都道府県ごとの医療ニーズを踏まえて養成すべき診療科ごとの専門医の概数を定める
- その際、都道府県内における各診療科の専門医養成をどの施設でどの程度行うかについては、都道府県が主体的に決定を行うべきである。都道府県は医師確保のため都道府県に設置することが義務付けられている地域医療対策協議会において協議を行い、地域医療構想調整会議や③で後述する外来医療の協議体制等との整合性を確保することが重要である。
- このほか、診療科偏在についても、外科・産婦人科を選択する医師が過去に比べて減少傾向であることや、本来臨床研修はプライマリ・ケアの基礎を習得する研修であるという原則を踏まえ、必修科・選択科の在り方について検討する必要がある。

5. ビジョンの方向性と具体的方策

2 地域の主導により、医療・介護人材を育み、住民の生活を支える

(1) 地域におけるリソース・マネジメント

③ 外来医療の最適化に向けた枠組みの構築

- 地域医療において、患者・住民が最初にアクセスする外来医療、特にプライマリ・ケア機能を担うべき医療機関や医師は、貴重な社会的資本といえる。このような公共的な意義の高い医療機能については、より最適な形で立地・診療科選択ができ、量的・質的にその機能を十分に発揮できるようにすることが必要である。
- しかし、入院医療における基準病床のような供給体制の適正化に関する仕組みがないことも相まって、都市部や一部の診療科に資源が集中する傾向が見られる。
- このため、外来医療については、プライマリ・ケアを担う医師の研修を進め、人的資源を確保しつつ、次のような取組みを、可能なところから段階的に進めるべきである。
 - 都道府県ごとに、将来の外来医療の必要量に基づいた供給体制についての指針を策定する。具体的には、地域医療構想に外来医療の要素を加えることを含め、検討されることが望ましい。

- その際、診療科ごとの医師の配置状況をはじめとして、地域の外来機能の現状の供給体制をデータで把握する仕組みを導入し、その需給ギャップを把握可能とする。そして、都道府県内の一定の区域ごとに医療提供者、保険者、行政等による協議体制を構築し、医療ニーズ・資源の分析と必要な診療科の方向付け等を行うことが必要である。
- また、この過程では、グループ診療の推進や高額医療機器の共同利用、診療情報の共有、遠隔診療など情報技術の利活用、地域医療連携推進法人の活用等により、地域における連携や効率的な医療提供を行うことが重要である。このため、例えば、海外の制度も参考に、地域における効率的医療提供体制を構築し、診療報酬におけるアウトカム評価と医療費の定額払いを行うことによって、その地域の医療機関全体にメリットが生じるような医療保険制度の見直しを検討する。
- また、あるべき外来医療機能を実現するため、データに基づき、地域の医療ニーズ・資源と整合的ではないと考えられる医療機関の開設には、これを最適化する仕組みを導入することが必要である。なお、このような仕組みを導入する際には、アウトカム志向の指標の導入及び関連した診療情報の体系的な収集を行う必要がある。
- ただし、それぞれの地域で既存の外来医療機関が果たしてきた役割に十分配慮し、現場の創意工夫や競争を妨げない、地域主体によるものであることが必要である。同時に、自由標榜の仕組みについても、例えば日本専門医機構の認定する専門医と標榜とを関連付ける等、患者にとって分かりやすく、適切な選択に資する標榜の在り方を検討すべきである。