

## 医師確保計画策定ガイドライン 新旧対照表

(傍線部分は改正部分)

改 正 後	現 行
<p>[目次]</p> <p>1. 序文 (略)</p> <p><u>1-6. 医師確保計画における記載事項</u> (略)</p> <p>2. ~4. (略)</p> <p>5. 医師確保計画 (略)</p> <p>5-4. 目標医師数を達成するための施策 (略)</p> <p>5-4-4. <u>医師の働き方改革を踏まえた医師確保対策と連携した勤務環境改善支援及び子育て医師等支援</u> (略)</p> <p>6. 医学部における地域枠・地元出身者枠の設定・取組等 6-1. <u>地域枠・地元出身者枠の設定・取組</u>の考え方 (略)</p>	<p>[目次]</p> <p>1. 序文 (略)</p> <p>(新規)</p> <p>(略)</p> <p>2. ~4. (略)</p> <p>5. 医師確保計画 (略)</p> <p>5-4. 目標医師数を達成するための施策 (略)</p> <p>5-4-4. 医師の働き方改革を踏まえた医師確保対策と連携した勤務環境改善支援 (略)</p> <p>6. 医学部における地域枠・地元出身者枠の設定 6-1. 地域枠・地元出身者枠の設定の考え方 (略)</p>
<p>1. 序文</p> <p>1-1. 医師確保計画を通じた医師偏在対策の必要性と方向性 (略)</p> <p>○ 改正法に基づき、全国ベースで三次医療圏ごと及び二次医療圏ごとの医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価した指標（以下「医師偏在指標」という。）が算定され、都道府県において、<u>2019年度中に医療計画の中に新たに「医師確保計画」として三次医療圏間及び二次医療圏間の偏在是正による医師確保対策等を定め、2020年度から当該計画に基づく取組が行われている。</u></p>	<p>1. 序文</p> <p>1-1. 医師確保計画を通じた医師偏在対策の必要性と方向性 (略)</p> <p>○ 改正法に基づき、<u>今後、</u>全国ベースで三次医療圏ごと及び二次医療圏ごとの医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価した指標（以下「医師偏在指標」という。）が算定され、都道府県においては、<u>三次医療圏間及び二次医療圏間の偏在是正による医師確保対策等を、医療計画の中に新たに「医師確保計画」として2019年度中に策定することが求められる。</u></p>

<p>(削除)</p> <p>○ 3年ごとに医師確保計画の実施・達成を積み重ね、その結果、2036年までに医師偏在是正を達成することを医師確保計画の長期的な目標とし、都道府県は、本ガイドラインで示す医師確保計画の考え方等を参考に、地域の実情に応じた実効性ある医師確保計画の策定に努められたい。</p> <p><sup>1</sup> 医師確保計画においては、「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会 第5次中間取りまとめ」における、将来の医師需給推計（以下「マクロ需給推計」という。）に基づき、2036年時点において全国の医師数が全国の医師需要に一致する場合の医師偏在指標の値（全国値）を算出し、医療圏ごとに、医師偏在指標が全国値と等しい値になることを、医師偏在是正の目標とする。</p> <p>○ なお、<u>2024年4月より開始する医師に対する時間外・休日労働時間の上限規制を踏まえ、医師の働き方改革と地域医療提供体制を両立させることが重要であることから、各病院又は診療所における医師の働き方改革に関する取組を推進するだけでなく、地域医療構想に関する取組及び医師確保の取組を一体的に推進するための体制整備等の必要性についても留意願いたい。</u></p> <p>1-2. 医師確保計画の全体像 (略)</p> <p>○ 医師偏在指標は、エビデンスに基づき、<u>人口10万対医師数よりも医師の偏在の状況をより適切に反映するものとして、医師偏在対策の推進において活用されるものである。しかしながら、医師偏在指標の算定に当たっては、一定</u></p>	<p>○ <u>これまで、地域ごとの医師数の比較には人口10万人対医師数が一般的に用いられてきたが、これは医師数の多寡を統一的・客観的に把握するための「ものさし」としての役割を十分に果たしておらず、データに基づいた医師偏在対策を行うことが困難であったが、今後は新たに算定した医師偏在指標に基づき医師少数区域・医師多数区域等を設定し、医師少数区域等においていかに医師を確保するかについて集中的な検討が可能となる。</u></p> <p>○ 3年ごと（最初の計画は4年ごと）に医師確保計画の実施・達成を積み重ね、その結果、2036年までに医師偏在是正を達成することを医師確保計画の長期的な目標とし、都道府県は、本ガイドラインで示す医師確保計画の考え方や構造を参考に、地域の実情に応じた実効性ある医師確保計画の策定に努められたい。</p> <p><sup>1</sup> 医師確保計画においては、「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会 第3次中間取りまとめ」における、将来の医師需給推計（以下「マクロ需給推計」という。）に基づき、2036年時点において全国の医師数が全国の医師需要に一致する場合の医師偏在指標の値（全国値）を算出し、医療圏ごとに、医師偏在指標が全国値と等しい値になることを、医師偏在是正の目標とする。</p> <p>○ なお、<u>地域医療構想、医師の働き方改革と医師偏在対策は密接な関連があるものであり、三位一体として、統合的に議論を進めることが重要であることから、都道府県におかれては、三位一体で検討を進めるための体制整備等の必要性についても留意願いたい。</u></p> <p>1-2. 医師確保計画の全体像 (略)</p> <p>○ <u>今回算定する医師偏在指標は、エビデンスに基づき、これまでよりも医師の偏在の状況をより適切に反映するものとして、医師偏在対策の推進において活用されるものである。しかしながら、医師偏在指標の算定に当たっては、</u></p>
---	--

の仮定が必要であり、また、入手できるデータの限界などにより指標の算定式に必ずしも全ての医師偏在の状況を表しうる要素を盛り込んでいるものではない。このため、医師偏在指標の活用に当たっては、医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまでも相対的な偏在の状況を表すものであるという性質を十分に理解した上で、数値を絶対的な基準として取り扱うことや機械的な運用を行うことのないよう十分に留意する必要がある。また、医師偏在指標の活用に当たっては、地域医療構想の推進や医師の働き方改革も踏まえた一体的な議論が重要であることから、地域の実情に合わせた医療提供体制の維持を十分に考慮すること。

- なお、三次医療圏ごとの医師偏在指標に基づいて都道府県単位でも医師少数都道府県や医師多数都道府県を設定し、医師確保の方針、目標医師数及び施策を定めることとする。その策定は、医師確保計画等が都道府県による企画の下、都道府県単位で設置された医療審議会や地域医療対策協議会での協議を経て定められるものであることを踏まえ、都道府県単位で行うものとする。

(略)

### 1-3. 医師確保計画の策定に当たっての留意事項

#### (1) 医療計画におけるその他の記載事項との関係

- 医師確保計画は、医療計画の一部であることから、その策定に当たっては、へき地の医療、周産期医療、小児医療等を含む医療計画との整合性に留意する必要がある。
- 医師確保計画とへき地の医療計画を連動させるため、地域医療支援センターとへき地医療支援機構の統合も視野に、へき地に所在する医療機関への派遣を含めたキャリア形成プログラムの策定など、へき地も含め地域で一体的な医師確保を実施することとする。

#### (2) 地域医療構想との関係

- 2025年の地域医療構想の実現に向け、第8次医療計画(2024年度～2029年

一定の仮定が必要であり、また、入手できるデータの限界などにより指標の算定式に必ずしも全ての医師偏在の状況を表しうる要素を盛り込んでいるものではない。このため、医師偏在指標の活用に当たっては、医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまでも相対的な偏在の状況を表すものであるという性質を十分に理解した上で、数値を絶対的な基準として取り扱うことや機械的な運用を行うことのないよう十分に留意する必要がある。

- なお、三次医療圏ごとの医師偏在指標に基づいて都道府県単位でも医師少数都道府県や医師多数都道府県を設定し、医師確保の方針、目標医師数及び施策を定めることとする。その際、医師確保計画等が都道府県による企画の下、都道府県単位で設置された医療審議会や地域医療対策協議会での協議を経て定められるものであることを踏まえ、運用上、都道府県単位で定めることとする。

(略)

### 1-3. 医師確保計画の策定に当たっての留意事項

#### (新規)

(新規)

#### (1) 地域医療構想との関係

- 2025年の地域医療構想の実現に向け、現在、公立・公的医療機関等につい

度)の策定作業と併せて、2022年度及び2023年度において、地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しが行われているところである。地域でどの程度医師確保を行うべきかについては、こうした医療機関の再編・統合等の方針によっても左右されることから、医師確保計画の策定に当たってはこの点に留意する必要がある。

(略)

### (3) 医師の働き方改革との関係

- 労働基準法(昭和22年法律第49号)に基づく診療に従事する医師に対する時間外・休日労働時間の上限規制が、2024年4月から適用される。医師の労働時間の短縮のためには、個別の医療機関における取組だけでなく、地域医療提供体制全体として、医師確保の取組を進めることが求められる。このため、「医師の労働時間短縮等に関する指針」(令和4年厚生労働省告示第7号)等を踏まえ、各医療機関における医師の勤務環境の改善と地域全体における医師確保対策を一体的に推進していくことが必要となる。

(削除)

### (4) (略)

#### 1-4. 医師確保計画の策定スケジュール

- 2024年度から始まる第8次医療計画における医師確保計画(以下「第8次(前期・後期)医師確保計画」という。)の策定スケジュールのイメージは次のとおりである。

て具体的対応方針の策定が進められているところである。これに伴い、医療機関の統合・再編等が進展することが見込まれる。地域でどの程度医師確保を行うべきかについては、こうした医療機関の統合・再編等の方針によっても左右されることから、医師確保計画の策定に当たってはこの点に留意する必要がある。

(略)

### (2) 医師の働き方改革との関係

- 労働基準法(昭和22年法律第49号)に基づく診療に従事する医師に対する時間外労働規制については、2024年度から適用される予定である。医師の労働時間の短縮のためには、個別の医療機関内での取組だけでなく、地域医療提供体制全体としても、医師の確保を行うことが重要である。このため、「医師の働き方改革に関する検討会 報告書」(平成31年3月28日 医師の働き方改革に関する検討会)を踏まえた医師確保対策の早急な着手が必要となる。
- 特に、同報告書においては、地域医療提供体制の観点から必須とされる機能を果たすために、やむなく長時間労働となる医療機関について暫定的に高い労働時間上限水準を設定することとされているが、この水準の達成に向け現状の病院勤務医の勤務時間を短縮する必要があることから、当該医療機関における労働時間短縮に向けた取組等に加え、医師少数区域等に属する当該医療機関については、特に集中的に医師の確保を行うなど、同報告書に取りまとめられた医師の働き方改革の結論を踏まえた対応が求められる。

### (3) (略)

#### 1-4. 医師確保計画の策定スケジュール

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

時期		時期	
2022 年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>厚生労働省が医師偏在指標（暫定値）を算出</li> <li>※暫定値では、2022 年現在の二次医療圏を前提とした医師偏在指標の計算を行い、上位及び下位 33.3%の基準となる指標の閾値を確定</li> </ul>	2019 年 4～6 月末	<ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県間での患者流出入の調整を実施</li> </ul>
2023 年	<ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県が第 8 次医療計画策定に当たり二次医療圏、周産期医療圏及び小児医療圏の見直しを検討</li> <li>都道府県において、二次医療圏等の見直しを行う場合、見直し後の二次医療圏等間における患者の流出入を厚生労働省に報告（二次医療圏等の見直しを行わない場合は、暫定値を確定値とする）</li> </ul>	2019 年 7 月頃	<ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県間の調整を踏まえ、厚生労働省が医師偏在指標（患者流出入の調整後）を算出</li> </ul>
9 月まで	<ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県の報告を踏まえ、厚生労働省において、当該見直しが行われる二次医療圏の医師偏在指標（確定値）を算定</li> <li>都道府県は、当該確定値と 2022 年度に確定された閾値を比較して、医師多数区域・医師少数区域の判断を行う</li> </ul>	2019 年度中	<ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県が地域医療対策協議会との共有、都道府県医療審議会への意見聴取を経て、医師確保計画を策定・公表</li> <li>厚生労働省が都道府県向けの医師確保計画策定研修会等を随時実施</li> </ul>
報告後順次	<ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県が地域医療対策協議会との共有、都道府県医療審議会への意見聴取を経て、医師確保計画を策定・公表</li> <li>厚生労働省が都道府県向けの医師確保計画策定研修会等を随時実施</li> </ul>	2020 年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県において、医師確保計画に基づく医師偏在対策開始</li> </ul>
3 月まで	<ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県において、第 8 次（前期）医師確保計画に基づく医師偏在対策開始</li> </ul>	2022 年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>国が第 8 次（前期）医師確保計画策定に向けた、医師確保計画見直しについての指針を作成、公表予定</li> </ul>
2024 年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>国が第 8 次（後期）医師確保計画策定に向けた、医師確保計画見直しについての指針を作成、公表予定</li> </ul>	2023 年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県が第 8 次（前期）医師確保計画を策定・公表</li> </ul>
2025 年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県が第 8 次（後期）医師確保計画を策定・公表</li> </ul>	2024 年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県において、第 8 次（前期）医師確保計画に基づく医師偏在対策開始</li> </ul>
2026 年度			

2027 年度	・都道府県において、第 8 次（後期）医師確保計画に基づき医師偏在対策開始
---------	---------------------------------------

※都道府県は、第 8 次医療計画策定の際に先行して二次医療圏の見直しについて議論し、見直す場合は 9 月までに厚生労働省に報告することとしているが、この報告までの期間を短縮することで、厚生労働省が早期に医師偏在指標を算定し、都道府県に提供することが可能となる。このため、見直しの結果を可能な限り速やかに報告すること。

1-5. 医師確保計画の策定手続のイメージ

**医師偏在指標の算定**

・都道府県において患者の流出入の調整を行う

1-6. 医師確保計画における記載事項

- 医師確保計画には、医療法第 30 条の 4 第 2 項第 11 号に基づき、次の事項を記載する必要がある。
  - ・ 都道府県及び二次医療圏ごとの医師の確保の方針
  - ・ 都道府県及び二次医療圏ごとの確保すべき医師の数の目標（目標医師数）
  - ・ 目標医師数を達成するための施策
- 医師確保計画に、地域枠等の設置による長期的な医師確保の施策を記載する場合は、その根拠として、将来時点（2036 年）における医師数との関係を記載することが望ましい。
- また、第 7 次医療計画における医師確保計画（2020～2023 年度）策定時の医師確保計画策定ガイドラインを踏まえ、第 8 次（前期）医師確保計画（2024～2026 年度）には、第 7 次医師確保計画に係る評価結果を記載すること。

2. 医師確保計画の策定を行う体制等の整備

2027 年度	・都道府県において、第 8 次（後期）医師確保計画に基づき医師偏在対策開始
---------	---------------------------------------

※都道府県は、第 8 次医療計画策定の際に先行して二次医療圏の見直しについて議論し、見直す場合は 9 月までに厚生労働省に報告することとしているが、この報告までの期間を短縮することで、厚生労働省が早期に医師偏在指標を算定し、都道府県に提供することが可能となる。このため、見直しの結果を可能な限り速やかに報告すること。

1-5. 医師確保計画の策定手続のイメージ

**医師偏在指標の算出**

・都道府県において患者の流出入の調整を行う

（新規）

2. 医師確保計画の策定を行う体制等の整備

(略)

<sup>2</sup> 都道府県医療審議会（医療法第 72 条）

(略)

- 策定された医師確保計画は、遅滞なく厚生労働大臣に提出するとともに、その内容を公示することとする。その際、住民にその内容を周知することが重要であることから、都道府県の広報誌やホームページ等による公表や、プレスリリース等によるマスコミへの周知など、幅広い世代に行き渡るような様々な手段を用いて公表方法を工夫することが必要である。医療法上に位置づけられた医師確保対策は、公表によりその透明性が確保されることを通じて実効性が高まるものであることから、その趣旨を踏まえ積極的な公表を行っていただくとともに、住民も含めた地域全体での医療提供体制の在り方に関する議論を行っていただきたい。
- 策定された医師確保計画に基づく施策の実施等に当たっては、「地域医療対策協議会運営指針について」（平成 30 年 7 月 25 日付け医政発 0725 第 15 号厚生労働省医政局長通知）別添「地域医療対策協議会運営指針」、「キャリア形成プログラム運用指針について」（平成 30 年 7 月 25 日付け医政発 0725 第 17 号厚生労働省医政局長通知）別添「キャリア形成プログラム運用指針」についても参照すること。

(略)

- 以上のことを踏まえ、医師確保計画の策定及び医師確保計画に基づく施策の実施に必要な情報（データ）を別添資料に示す。例えば、医師確保の状況を把握するための基礎的な情報として、
  - ・ (略)
  - ・ 目標医師数等に関する情報
  - ・ 必要医師数に関する情報
  - ・ 将来時点の医師供給数に関する情報

(略)

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

(略)

- 策定された医師確保計画は、遅滞なく厚生労働大臣に提出するとともに、その内容を公示することとする。その際、住民にその内容を周知することが重要であることから、都道府県の広報誌やホームページ等による公表や、プレスリリース等によるマスコミへの周知など、幅広い世代に行き渡るような様々な手段を用いて公表方法を工夫することが必要である。今般、医療法上に位置づけられた医師確保対策は、公表によりその透明性が確保されることを通じて実効性が高まるものであることから、その趣旨を踏まえ積極的な公表を行っていただくとともに、住民も含めた地域全体での医療提供体制の在り方に関する議論を行っていただきたい。
- 策定された医師確保計画に基づく施策の実施等に当たっては、「地域医療対策協議会運営指針について」（平成 30 年 7 月 25 日付け医政発 0725 第 15 号厚生労働省医政局長通知）別添「地域医療対策協議会運営指針」、「キャリア形成プログラム運用指針について」（平成 30 年 7 月 25 日付け医政発 0725 第 17 号厚生労働省医政局長通知）別添「キャリア形成プログラム運用指針」についても参照すること。なお、改正法の 2019 年 4 月 1 日施行に伴い、2020 年度以降、地域医療対策協議会の在り方等も見直されることとなる。この内容については、今後、別途通知する予定である。

(略)

- 以上のことを踏まえ、医師確保計画の策定及び医師確保計画に基づく施策の実施に必要な情報（データ）を別添資料に示す。例えば、医師確保の状況を把握するための基礎的な情報として、
  - ・ (略)
  - ・ 目標医師数に関する情報

(新規)

(新規)

等を示すこととする。

### 3. 医師偏在指標

#### 3-1. 現在時点の医師偏在指標

##### (1) 考え方

- 全国ベースで医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価する指標として、次の「5要素」を考慮した医師偏在指標を設定することとしている。

(略)

##### (2) 医師偏在指標の作成手続

- 厚生労働省は、医師偏在指標の計算方法及び、患者数の流入・流出に基づく増減を一定程度反映した医師偏在指標を都道府県に提供する。
- 都道府県間及び二次医療圏間の患者の流入・流出の状況については、厚生労働省から現状に関するデータの提供を行い、都道府県が、必要に応じて都道府県間、都道府県内で医師偏在指標への見込み方について調整を行うこととする。都道府県は、無床診療所における外来患者数、病院・有床診療所における入院患者数に関する調整後の都道府県間及び二次医療圏間における患者の流入・流出数を、厚生労働省に報告することとする。その情報を基に、再度、厚生労働省が医師偏在指標を算定し、公表することとする。
- 都道府県間で患者数の流入・流出に基づく増減を調整する場合には、都道府県の企画部局（地方自治法（昭和22年法律第67号）に基づく総合計画を所管する部局）や介護部局（介護保険法（平成9年法律第123号）に基づく介護保険事業支援計画を所管する部局）、医療関係者の意見を踏まえ、自都道府県の考え方をまとめること。また、自都道府県内の二次医療圏間の患者数の増減

等を示すこととする。追って、将来の医師数や、必要医師数に関する情報等についても今後厚生労働省から提供予定である。

### 3. 医師偏在指標

#### 3-1. 現在時点の医師偏在指標

##### (1) 考え方

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

(略)

##### (2) 医師偏在指標の作成手続

- 厚生労働省は、医師偏在指標の計算方法及び、患者数の流入・流出に基づく増減を一定程度反映した暫定的な医師偏在指標を公表・都道府県に提供する。
- 都道府県間及び二次医療圏間の患者の流入・流出の状況については、厚生労働省から現状に関するデータの提供を行い、都道府県が、必要に応じて都道府県間、都道府県内で医師偏在指標への見込み方について調整を行うこととする。都道府県は、無床診療所における外来患者数、病院・有床診療所における入院患者数に関する調整後の都道府県間及び二次医療圏間における患者の流入・流出数を、2019年6月末までに厚生労働省に報告することとする。その情報を基に、再度、厚生労働省が医師偏在指標を算定し、確定することとする。
- 都道府県間で患者数の流入・流出に基づく増減を調整する場合には、都道府県の企画部局（地方自治法（昭和22年法律第67号）の総合計画を所管する部局）や介護部局（介護保険法（平成9年法律第123号）の介護保険事業支援計画を所管する部局）、医療関係者の意見を踏まえ、自都道府県の考え方をまとめること。また、自都道府県内の二次医療圏間の患者数の増減を調整する場

を調整する場合も同様に、医療関係者や市区町村の意見を踏まえ、自都道府県の考え方をまとめることとする。

(略)

### (3) 医師偏在指標の設計

- 医師偏在指標を、次のように設計する。

(略)

$$(\ast 1) \text{標準化医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数}^{\ast 2} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

<sup>2</sup> 性年齢階級別の医師数は、医師届出票に記載されている主たる従事先と従たる従事先が所在する二次医療圏が異なる場合は、主たる従事先では 0.8 人、従たる従事先では 0.2 人として算定する。

(略)

- また、医師偏在指標とあわせて、地域の実情に応じた施策を検討する際に活用することができるよう、二次医療圏ごとの病院医師偏在指標及び診療所医師偏在指標を算定し、参考資料として都道府県に提示することとする。これらの指標も医師偏在指標と同様に一定の仮定をもとに、入手可能なデータを用いて算定したものであり、これらの指標の活用にあたっては、あくまでも相対的な偏在の状況を表すものであるという性質を十分理解した上で、数値を絶対的な充足状況として参考とすることのないように十分に留意することとする。

- なお、三師統計については、オンライン提出の仕組みを導入することで、結果を早期に公表できるよう検討を進める。また、国は、既存の他統計との連携も含め、三師統計の更なる充実化を図ることとする。

### 3-2. 将来時点の医師偏在指標

(略)

- 将来時点の医師偏在指標については、現在時点の医師偏在指標と同様の手

合も同様に、医療関係者や市区町村の意見を踏まえ、自都道府県の考え方をまとめることとする。

(略)

### (3) 医師偏在指標の設計

- 医師偏在指標を、次のように設計する。

(略)

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

(新規)

(略)

(新規)

(新規)

### 3-2. 将来時点の医師偏在指標

(略)

- 将来時点の医師偏在指標については、現在時点の医師偏在指標と同様の手

続により都道府県による調整を行うものとする。

#### 4. 医師少数区域・医師多数区域の設定

##### 4-1. 医師少数区域・医師多数区域の設定についての考え方

(略)

- 医師少数区域及び医師少数都道府県)は、医師偏在指標の下位一定割合に属する医療圏及び都道府県として定義することとし、その具体的な割合は、2036年度に医師偏在是正が達成されるよう定めるべきである。
- 医師偏在是正の進め方としては、医師確保計画の1計画期間(医師確保計画の見直しまでの期間(3年間)をいう。以下同じ。)ごとに、医師少数区域に属する二次医療圏又は医師少数都道府県に属する都道府県がこれを脱することを繰り返すことを基本とすることとする。
- 医師偏在指標の下位一定割合を各計画期間で一定とすれば、2020年度からの5計画期間で全ての都道府県が2036年度に医療ニーズを満たすためには、医師偏在指標の下位3分の1程度を医師少数区域及び医師少数都道府県とすることが必要であると導出される。このため、医師偏在指標の下位33.3%を医師少数区域及び医師少数都道府県の設定の基準とする。

(略)

##### 4-2. 医師少数スポット

(略)

- 医師少数スポットは、原則として市区町村単位で設定し、へき地や離島等においては、必要に応じて市区町村よりも小さい地区単位の設定も可能であるものとする。なお、医師少数スポットを設定した場合は、その設定の理由を

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

#### 4. 医師少数区域・医師多数区域の設定

##### 4-1. 医師少数区域・医師多数区域の設定についての考え方

(略)

- 医師少数区域及び医師少数都道府県)は、医師偏在指標の下位一定割合に属する医療圏として定義することとし、その具体的な割合は、2036年度に医師偏在是正が達成されるよう定めるべきである。
- 医師偏在是正の進め方としては、医師確保計画の1計画期間(医師確保計画の見直し(3年ごと)までの期間をいう。以下同じ。)ごとに、医師少数区域に属する二次医療圏又は医師少数都道府県に属する都道府県がこれを脱することを繰り返すことを基本とすることとする。
- 医師偏在指標の下位一定割合を各計画期間で一定とすれば、5計画期間で全ての都道府県が2036年度に医療ニーズを満たすためには、医師偏在指標の下位3分の1程度を医師少数区域及び医師少数都道府県とすることが必要であると導出される。このため、医師偏在指標の下位33.3%を医師少数区域及び医師少数都道府県の設定の基準とする。

(略)

##### 4-2. 医師少数スポット

(略)

(新規)

<p><u>医師確保計画に明記することとする。</u></p> <p>(略)</p> <p>○ <u>なお、医師少数スポットは、局所的に医師が少ない地域を設定するものであるため、二次医療圏全体や医療機関を設定することは適切ではない。</u></p> <p>○ <u>第8次(前期)医師確保計画を策定する際は、これまで設定していた医師少数スポットについて、医師確保の状況等を踏まえ、設定の見直しを行うこと。</u></p> <p>5. 医師確保計画</p> <p>5-1. 計画に基づく対策の必要性</p> <p>○ <u>改正法の成立前まで、都道府県は医療計画において医師の確保に関する事項については「医療従事者の確保に関する事項」の一部として定めてきたところではあるが、医師の確保に関する事項の有無や内容の充実の度合いに都道府県間で差異があり、PDCA サイクルに基づく医師確保対策の検証が十分になされていないなど、都道府県によっては実効的に医師確保対策が講じられているとは言いがたい状況であった。改正法により、地域ごとの医師の多寡について全国ベースで統一的・客観的に比較・評価可能な医師偏在指標を導入し、各都道府県が医師の確保に関する事項を特出しして医療計画に定めることで、PDCA サイクルに基づく目標設定・取組・取組の評価・改善が可能になると考えられる。このため、都道府県は、医師偏在指標に基づく医師確保の方針、確保すべき目標医師数、目標の達成に向けた施策内容、という一連の<u>内容</u>を、医療計画の中で「医師確保計画」として定めることとする。</u></p> <p>○ <u>医師確保計画においては、計画期間の終期まで(2023年度中に都道府県が策定することとされている医師確保計画であれば2026年度末まで)に取り組むべき医師の確保に関する内容及び「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会 第4次中間取りまとめ」において医師偏在是正の目標年とされた2036年までに取り組むべき医師の確保に関する内容を定める必要がある。</u></p> <p>○ 医師確保計画において定められる都道府県が行う対策は、地域枠医師等のキャリア形成プログラムの適用を受ける医師に関する事項が中心になるもの</p>	<p>(略)</p> <p>(新規)</p> <p>(新規)</p> <p>5. 医師確保計画</p> <p>5-1. 計画に基づく対策の必要性</p> <p>○ <u>これまで、都道府県は医療計画において医師の確保に関する事項については「医療従事者の確保に関する事項」の一部として定めてきたところではあるが、医師の確保に関する事項の有無や内容の充実の度合いに都道府県間で差があり、PDCA サイクルに基づく医師確保対策の検証が十分になされていないなど、都道府県によっては実効的に医師確保対策が講じられているとは言いがたい状況であった。改正法により、地域ごとの医師の多寡について全国ベースで統一的・客観的に比較・評価可能な医師偏在指標を導入し、各都道府県が医師の確保に関する事項を特出しして<u>医師確保対策について医療計画に定めることで、PDCA サイクルに基づく目標設定・取組・取組の評価・改善が可能になると考えられる。このため、都道府県は、医師偏在指標に基づく医師確保の方針、確保すべき目標医師数、目標の達成に向けた施策内容、という一連の<u>方策</u>を、医療計画の中で特に「医師確保計画」として定めることとする。</u></u></p> <p>(新規)</p> <p>○ 医師確保計画において定められる都道府県が行う対策は、地域枠医師等のキャリア形成プログラムの適用を受ける医師に関する事項が中心になるもの</p>
--	---

と考えられる。しかし、キャリア形成プログラムの適用を受ける医師以外についても、医師確保計画が都道府県内の関係者の合意の上で策定されていることを勘案し、都道府県内の大学や医師会、医療機関等が可能な限り医師確保計画に沿った対応を行うことが望まれることから、都道府県は、適切な関与を行うこと。

- また、都道府県は、医師確保計画の策定及び施策の実施に当たっては、医師確保計画が二次医療圏単位での医療提供体制の確保を目的としており、個別の医療機関の求めのみに応じて医師を充足させることを目的としているわけではないことに留意しなければならない。
- 個別の医療機関については、引き続き、各地域医療構想調整会議において、地域医療構想に係る医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを協議する中で、医療機関の機能と役割について議論が行われているところであるが、その議論の結果に沿って地域において必要とされる医療が過不足なく提供されるよう医師の確保がなされなければならない。地域医療構想調整会議においては、各医療機関について現在の機能を所与のものとして、医療機関が地域の実情に応じて良質かつ効率的な医療提供体制に資する機能と役割を担うこととなるよう十分な議論を行うとともに、都道府県においては当該議論に基づく地域の医療機関の機能等を踏まえた医師の確保策を講じる必要がある。
- 「医師の労働時間短縮等に関する指針」において示されているとおり、医師の勤務環境の改善は、医師の偏在の解消を含む医療提供体制の改革と一体的に進めなければ本質的な解消を図ることはできない。医師の長時間労働解消のためにも地域医療構想調整会議等の場で議論を踏まえた医療機関ごとの担うべき機能に即して医師の確保を行い、地域における医療資源の効率的な配置を進めていく必要がある。
- このように、都道府県においては、地域医療構想、医師の働き方改革と医師偏在対策を一体的に捉えた上で、統合的に議論を進めることが重要となる。

(略)

と考えられる。しかし、キャリア形成プログラムの適用を受ける医師以外についても、都道府県内の大学や医師会、医療機関等は、医師確保計画が都道府県内の関係者の合意の上で策定されていることを勘案し、可能な限り医師確保計画に沿った対応が望まれることから、都道府県は適切な関与を行うこと。

- 医師確保計画は、二次医療圏単位での医療提供体制の確保を目的としており、個別の医療機関の求めのみに応じて医師を充足させることを目的としているわけではないことに留意して、都道府県は医師確保計画を策定しなければならない。
- 個別の医療機関については、現在、各地域医療構想調整会議において、公立・公的医療機関等でなければ担えない機能に重点化が図られているか等をはじめとした医療機関の機能と役割について議論が行われているところであるが、その議論の結果に沿って地域において必要とされる医療が過不足なく提供されるよう医師の確保がなされなければならない。この目的を達成するためにも、地域医療構想調整会議においては、各医療機関について現在の機能を所与のものとして、医療機関が地域の実情と比べて必要以上の機能と役割を担うことがないよう十分な議論を行う必要がある。
- 「医師の働き方改革に関する検討会 報告書」においてとりまとめられているように、医師の勤務環境の改善には、医療機関の機能分化・連携を通じた医療機能の集約化による、質が高く効率的な医療提供体制の構築が必須である。質が高く効率的な医療提供体制を構築するために、前述のように医療機関ごとの機能分化・連携の方針について地域医療構想調整会議等の場で議論を行う必要がある、議論の結果結論を得た医療機関ごとの担うべき機能に即して医師の確保を行わなければならない。
- このように、都道府県においては、地域医療構想、医師の働き方改革と医師偏在対策を三位一体として捉えた上で、統合的に議論を進めることが重要となる。

(略)

<p>(削除)</p> <p>5-2. 医師確保の方針</p> <p>5-2-1. 方針の考え方</p> <p>○ 医師偏在指標の値を用いて全国の医療圏を一律に比較することで医師多数都道府県、医師多数区域、医師少数都道府県、医師少数区域を設定し、<u>全ての都道府県、二次医療圏</u>について目標医師数を定めることとする。</p> <p>○ さらに<u>都道府県、二次医療圏</u>ごとに医師確保の方針を定めることとする。例えば、医師多数都道府県、医師多数区域において現時点以上の医師確保対策を行う方針が定められないことがないよう、医療圏の状況に応じて医師確保の方針を定める必要がある。医療圏ごとの医師確保の方針については、一定の類型化の下、後述のように定めることとする。</p> <p>5-2-2. 医師確保の方針の具体的な内容</p> <p>○ 医師確保の方針についての基本的な考え方は次のとおり。</p> <p>(略)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現時点で医師確保が必要であるのか、現時点では医師が確保できているが、<u>2036年時点</u>には医師の確保が必要となるのかなどの時間軸による状況の差異によって、採るべき医師確保の対策に係る方針が異なる場合があることから、時間軸によっても場合分けした上で医師確保の方針を定めることとする。</li> </ul> <p>○ 現在時点と<u>2036年時点</u>のそれぞれにおける医師確保の方針は次のとおりとする。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現在時点の医師の不足に対しては、短期的な施策による対応を行うこととし、長期的な施策では対応しないこととする。</li> </ul>	<p>○ <u>医師確保計画においては、計画期間の終期まで（2019年度中に都道府県が策定することとされている医師確保計画であれば2023年度末まで）に取り組むべき医師の確保に関する内容及び「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会 第4次中間取りまとめ」において医師偏在是正の目標年とされた2036年までに取り組むべき医師の確保に関する内容を定める必要がある。</u></p> <p>5-2. 医師確保の方針</p> <p>5-2-1. 方針の考え方</p> <p>○ 医師偏在指標の値を用いて全国の医療圏を一律に比較することで医師多数都道府県、医師多数区域、医師少数都道府県、医師少数区域を設定し、<u>それぞれの区域</u>について目標医師数を定めることとする。</p> <p>○ さらに医療圏ごとに医師確保の方針を定めることとする。例えば、医師多数都道府県、医師多数区域において現時点以上の医師確保対策を行う方針が定められないことがないよう、医療圏の状況に応じて医師確保の方針を定める必要がある。医療圏ごとの医師確保の方針については、一定の類型化の下、後述のように定めることとする。</p> <p>5-2-2. 医師確保の方針の具体的な内容</p> <p>○ 医師確保の方針についての基本的な考え方は次のとおり。</p> <p>(略)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現時点で医師確保が必要であるのか、現時点では医師が確保できているが、<u>将来的</u>には医師の確保が必要となるのかなどの時間軸による状況の差異によって、採るべき医師確保の対策に係る方針が異なる場合があることから、時間軸によっても場合分けした上で医師確保の方針を定めることとする。</li> </ul> <p>○ 現在時点と<u>将来時点</u>のそれぞれにおける医師確保の方針は次のとおりとする。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現在時点の医師の不足に対しては、短期的な施策による対応を行うこととし、長期的な施策では対応しないこととする。</li> </ul>
---	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>2036年時点</u>の医師の不足に対しては、短期的な施策と長期的な施策を組み合わせて対応することとする。</li> </ul> <p>○ これらの基本的な考え方に沿って、次のとおり医師確保の方針を定めることとする。</p> <p>i) ～ iii) (略)</p> <p>5-2-3. 留意事項</p> <p>○ 医師多数都道府県において、これまで他の都道府県に対し医師の派遣を要請してきた経緯があり、その医師派遣が廃止されることで、地域医療への影響が大きい場合等について、他の都道府県に対する医師の派遣の要請をただちに廃止することまでを求めることはしないが、<u>これまで以上に重点的に都道府県外からの医師の確保のための取組を行うことは適当ではなく、将来的には、都道府県外からの医師の確保のための取組の在り方について、関係都道府県における医療提供体制の状況も踏まえ、見直しに向けた検討を行う必要がある。</u></p> <p>○ <u>なお、より高度又は専門的な医療の提供を担う特定機能病院や、地域における医療の確保のために必要な支援をする役割を担う地域医療支援病院等については、地域で必要な医療を提供するための医師を確保する必要があることから、これらの病院が存在する医療圏は、医師偏在指標が大きい傾向があるが、医師偏在対策を実施するに当たっては、当該地域全体の医療機関毎の医師の配置状況を考慮した検討が必要である。</u></p> <p>5-2-4. (略)</p> <p>5-3. 目標医師数</p> <p>5-3-1. 目標医師数</p> <p>(i) 考え方</p> <p>○ 3年間の計画期間中に医師少数区域及び医師少数都道府県が計画期間開始時の下位 33.3%の基準を脱する（すなわち、その基準に達する）ために要す</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>将来時点</u>の医師の不足に対しては、短期的な施策と長期的な施策を組み合わせて対応することとする。</li> </ul> <p>○ これらの基本的な考え方に沿って、次のとおり医師確保の方針を定めることとする。</p> <p>i) ～ iii) (略)</p> <p>5-2-3. 留意事項</p> <p>○ 医師多数都道府県において、これまで他の都道府県に対し医師の派遣を要請してきた経緯があり、その医師派遣が廃止されることで、地域医療への影響が大きい場合等について、他の都道府県に対する医師の派遣の要請をただちに廃止することまでを求めることはしないが、<u>現時点以上に重点的に都道府県外からの医師の確保のための取組を行うことは適当ではなく、将来的には、都道府県外からの医師の確保のための取組の在り方について、関係都道府県における医療提供体制の状況も踏まえ、見直しに向けた検討を行う必要がある。</u></p> <p>(新規)</p> <p>5-2-4. (略)</p> <p>5-3. 目標医師数</p> <p>5-3-1. 目標医師数</p> <p>(i) 考え方</p> <p>○ 3年間 <u>(2020年度から開始される医師確保計画については4年間)</u> の計画期間中に医師少数区域及び医師少数都道府県が計画期間開始時の下位 33.3%</p>
---	---

る具体的な医師の数を、目標医師数として設定する。

(略)

- また、追加で確保が必要な医師数の算出に当たっては、既に実施されている医師派遣等の実績を織り込んだものとなるよう、都道府県において適切に医師派遣等の実態把握をする必要がある。例えば、A医療圏にある大学に籍を置いたまま、B医療圏にある病院に週に一回派遣されて診療を行っている医師が7名いる場合、派遣された医師が医師届出票に従たる従事先を明記していれば医師偏在指標に反映されるものの、三師統計による把握には限界があり、また記載がない場合は、医師偏在指標上はA医療圏に常に7人の医師がいるものとされるため、B医療圏の医師偏在指標には反映されていないが実態としては1人分B医療圏において医師が確保されていることになる。このような場合、医師偏在指標の修正を行う必要はないが、医師偏在指標を補う形で、医師1名分の医師偏在対策が既に行われているとみなし、都道府県は、B医療圏において追加で確保すべき医師数の数を1人分減じた上で、医師確保対策の検討を行うこととする。
- なお、目標医師数の設定に当たっては、地域で必要とされる医療が提供される必要があることから、医療提供体制の維持を考慮することとする。

(ii) 都道府県

(略)

- 医師少数都道府県以外は、目標医師数を既に達成しているものとして取り扱うが、前述のとおり、これは既存の医師確保の施策を速やかに廃止することを求める趣旨ではなく、新たに医師確保対策を立案することを抑制する趣旨であることを踏まえ、以下に記載する自県の二次医療圏の設定上限数の合計が都道府県の計画開始時の医師数を上回る場合は、二次医療圏の目標医師数の合計が都道府県の計画開始時の医師数を上回らない範囲で、二次医療圏の目標医師数を設定する。

の基準を脱する(すなわち、その基準に達する)ために要する具体的な医師の数を、目標医師数として設定する。

(略)

- また、追加で確保が必要な医師数の算出に当たっては、既に実施されている医師派遣等の実績を織り込んだものとなるよう、都道府県において適切に医師派遣等の実態把握をする必要がある。例えば、A医療圏にある大学に籍を置いたまま、B医療圏にある病院に週に一回派遣されて診療を行っている医師が7名いる場合、医師偏在指標上はA医療圏に常に7人の医師がいるものとされるため、B医療圏の医師偏在指標には反映されていないが実態としては1人分B医療圏において医師が確保されていることになる。このような場合、医師偏在指標の修正を行う必要はないが、医師偏在指標を補う形で、医師1名分の医師偏在対策が既に行われているとみなし、都道府県は、B医療圏において追加で確保すべき医師数の数を1人分減じた上で、医師確保対策の検討を行うこととする。

(新規)

(ii) 都道府県

(略)

- なお、医師少数都道府県以外は、目標医師数を既に達成しているものとして取り扱うこととする。ただし、前述のとおり、これは既存の医師確保の施策を速やかに廃止することを求める趣旨ではなく、新たに医師確保対策を立案することを抑制する趣旨である。

<p>(iii) 二次医療圏</p> <p>○ 医師少数区域の目標医師数は、計画期間終了時の医師偏在指標の値が、計画期間開始時の全二次医療圏の医師偏在指標について下位 33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数と定義する。<u>ただし、計画期間開始時に既に下位 33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師数を達成している場合は、医師の地域偏在の解消を図る観点から、原則として、目標医師数は計画開始時の医師数を設定上限数とする。</u></p> <p>○ <u>医師少数区域以外の二次医療圏における目標医師数は、原則として、計画開始時の医師数を設定上限数とする。ただし、今後の医療需要の増加が見込まれる地域では、厚生労働省が参考として提示する「計画終了時に計画開始時の医師偏在指標を維持するための医師数」を踏まえ、その数を設定上限数とする。</u></p> <p>5-3-2. 将来時点における必要医師数と医師供給推計 (略) (削除)</p> <p>(略)</p> <p>5-3-3. (略)</p> <p>5-4. 目標医師数を達成するための施策 5-4-1. 施策の考え方 (略)</p> <p>○ 都道府県は、都道府県ごと、二次医療圏ごとに定めた医師確保の方針に基づき、これらの施策のうちから適切な施策を組み合わせる行うこととなる。</p>	<p>(iii) 二次医療圏</p> <p>○ 医師少数区域の目標医師数は、計画期間終了時の医師偏在指標の値が、計画期間開始時の全二次医療圏の医師偏在指標について下位 33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数と定義する。</p> <p>○ <u>都道府県内の医師確保の方針は、地域医療構想における方針等も含め、都道府県において地域の実情を踏まえて設定すべき事項であることから、医師少数区域以外の二次医療圏における目標医師数については、都道府県において独自に設定することとする。なお、厚生労働省は、これらの二次医療圏における目標医師数の参考値として、各二次医療圏の医師偏在指標が計画期間開始時の全二次医療圏の医師偏在指標の平均値に達する値である医師数を提示する。</u></p> <p>5-3-2. 将来時点における必要医師数と医師供給推計 (略)</p> <p>○ <u>なお、地域枠の設置を要件とした臨時定員部分等の医師供給数の推計については、医師の動向が異なることから、上記算出方法とは区別して推計を行うこととする。</u></p> <p>(略)</p> <p>5-3-3. (略)</p> <p>5-4. 目標医師数を達成するための施策 5-4-1. 施策の考え方 (略)</p> <p>○ 都道府県は、都道府県ごと、二次医療圏ごとに定めた医師確保の方針に基づき、これらの施策のうちから適切な施策を組み合わせる行うこととなる。</p>
--	---

例えば、医師確保の方針を短期的な施策により医師を増加させることと設定した場合は、目標医師数を達成するための施策として医師少数区域への医師の派遣調整や、医師少数区域等での勤務を含むキャリア形成プログラムの策定及び運営等の短期的に効果が得られる施策を定めることとなる。一方で、2036年時点における必要医師数と医師供給推計の医師数のギャップのうち、短期的な対策では埋まらない必要医師数については長期的な対策が必要であり、具体的には大学医学部に対する地域枠・地元出身者枠の設置の要請等の施策を定めることとなる。

(略)

- まず、二次医療圏単位の医師確保対策について検討する際には、現在の二次医療圏が適切に設定されているかについて確認することが必要である。二次医療圏は、本来一般病床及び療養病床の入院医療を提供する一体の区域として設定されるべきものであるため、「既設の二次医療圏が、入院に係る医療を提供する一体の圏域として成り立っていない場合は、その見直しについて検討すること。その際には、圏域内の人口規模が患者の受療動向に大きな影響を与えていることから、人口規模や、当該圏域への患者の流入及び当該圏域からの患者の流出の実態等を踏まえて検討すること」が必要であり、具体的には「人口規模が20万人未満であり、かつ、二次医療圏内の病院の療養病床及び一般病床の推計流入入院患者割合（以下「流入患者割合」という。）が20%未満、推計流出院患者割合（以下「流出患者割合」という。）が20%以上となっている既設の二次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられるため、設定の見直しについて検討すること」が必要である<sup>13</sup>。現在設定されている全国の二次医療圏については、人口規模、面積や基幹病院へのアクセスに大きな差があり、大幅な入院患者の流出入がみられる二次医療圏など、一体の圏域として成立していないと考えられるものも依然として存在している。そのような二次医療圏については、他の二次医療圏で受診している患者が相当数いる実情を踏まえ、二次医療圏の再編・統合を検討することが適当である。

例えば、医師確保の方針を短期的な施策により医師を増加させることと設定した場合は、目標医師数を達成するための施策として医師少数区域への医師の派遣調整や、医師少数区域等での勤務を含むキャリア形成プログラムの策定及び運営等の短期的に効果が得られる施策を定めることとなる。一方で、2036年時点における必要医師数と医師供給推計の医師数のギャップのうち、短期的な対策では埋まらない必要医師数については長期的な対策が必要であり、具体的には大学医学部に対する地域枠・地元出身者枠の増員の要請等の施策を定めることとなる。

(略)

- まず、二次医療圏単位の医師確保対策について検討する際には、現在の二次医療圏が適切に設定されているかについて確認することが必要である。二次医療圏は、本来一般病床及び療養病床の入院医療を提供する一体の区域として設定されるべきものであるため、「既設の二次医療圏が、入院に係る医療を提供する一体の圏域として成り立っていない場合は、その見直しについて検討すること。その際には、圏域内の人口規模が患者の受療動向に大きな影響を与えていることから、人口規模や、当該圏域への患者の流入及び当該圏域からの患者の流出の実態等を踏まえて見直しを検討すること」が必要であり、具体的には「人口規模が20万人未満であり、かつ、二次医療圏内の病院の療養病床及び一般病床の推計流入入院患者割合（以下「流入患者割合」という。）が20%未満、推計流出院患者割合（以下「流出患者割合」という。）が20%以上となっている既設の二次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられるため、設定の見直しについて検討すること」が必要である<sup>14</sup>。現在設定されている全国の二次医療圏については、人口規模、面積や基幹病院へのアクセスに大きな差があり、大幅な入院患者の流出入がみられる二次医療圏など、一体の圏域として成立していないと考えられるものも依然として存在している。そのような二次医療圏については、他の二次医療圏で受診している患者が相当数いる実情を踏まえ、二次医療圏の再編・統合を検討することが適当である。

<p><sup>13</sup> 「医療計画について」(令和5年3月31日付け医政発0331第16号厚生労働省医政局長通知)</p> <p>(略)</p> <p>○ <u>都道府県は、第8次医療計画策定の際に二次医療圏の見直しについて先行して議論し、二次医療圏を見直す場合は先んじて国へ報告することとする。</u></p> <p>○ <u>また、診療科間の医師偏在は、地域間の医師偏在と併せて引き続き対応が必要である。都道府県においては、必要な施策を検討するに当たっては、既に公表されている三師統計の診療科別医師数を参考にすることが考えられる。</u></p> <p><u>※ 三師統計のデータは、政府統計ポータルサイトである「e-Stat」より入手可能。</u></p> <p>5-4-2. 医師の派遣調整</p> <p>○ 医師の派遣調整の対象となる医師は、基本的には地域医療対策協議会において医師の派遣調整を行う対象となる医師、すなわち「地域枠等医師を中心とした、キャリア形成プログラムの適用を受ける医師」<sup>14</sup>とする。しかし、都道府県は、地域医療対策協議会における派遣調整の対象とならない医師の派遣についても各都道府県や二次医療圏の医師確保の方針に沿ったものとなるよう、多くの医師を派遣している大学や、大学病院等の医療機関に対して医師確保における現状の課題と対策を共有しなければならない。</p> <p>(略)</p> <p><sup>14</sup> 地域医療対策協議会運営指針</p> <p>○ 医師派遣については、都道府県が、医師派遣を必要としている医師少数区域等の医療機関と、医師派遣が可能な県内の医療機関を十分把握していない場合もあることから、例えば、地域医療支援センターは医師確保が必要な診療科・医師数や、派遣元医療機関の候補を調査し、医師派遣に必要な情報を正</p>	<p><sup>12</sup> 「医療計画について」(平成29年3月31日付け医政発0331第57号厚生労働省医政局長通知)</p> <p>(略)</p> <p>(新規)</p> <p>(新規)</p> <p>5-4-2. 医師の派遣調整</p> <p>○ 医師の派遣調整の対象となる医師は、基本的には地域医療対策協議会において医師の派遣調整を行う対象となる医師、すなわち「地域枠医師を中心とした、キャリア形成プログラムの適用を受ける医師」<sup>13</sup>とする。しかし、都道府県は、地域医療対策協議会における派遣調整の対象とならない医師の派遣についても各都道府県や二次医療圏の医師確保の方針に沿ったものとなるよう、多くの医師を派遣している大学や、大学病院等の医療機関に対して医師確保における現状の課題と対策を共有しなければならない。</p> <p>(略)</p> <p><sup>13</sup> 「地域医療対策協議会運営指針について」(平成30年7月25日付け医政発0725第15号厚生労働省医政局長通知)別添「<u>地域医療対策協議会運営指針</u>」</p> <p>(新規)</p>
--	---

確に把握すること。

(略)

- 厚生労働省としても、都道府県が、適切に都道府県を超えて医師少数区域や医師少数都道府県への医師の派遣が調整できるよう、地域医療介護総合確保基金等による必要な支援を行う。

#### 5-4-3. キャリア形成プログラム

- 都道府県は、「医師少数区域等における医師の確保」と「医師不足地域に派遣される医師の能力開発・向上の機会の確保」の両立を目的としてキャリア形成プログラムを策定すること。  
なお、キャリア形成プログラムの運用に係る詳細については、キャリア形成プログラム運用指針によること。

キャリア形成プログラムにおいて、医師少数区域等の医療機関における就業期間を定めること。ただし、都道府県の実情に合わせて、キャリア形成プログラムの内容を都道府県内で不足している診療領域に限る等、不足している分野の解消に資するプログラムを設計すること。

- キャリア形成プログラムが、「医師少数区域等における医師の確保」と「医師不足地域に派遣される医師の能力開発・向上の機会の確保」という効果を十分に発揮するためには、
  - ・ 一定期間、確実に医師少数区域等に派遣されること
  - ・ 医師少数区域等においても十分な指導体制が構築されることが必要となる。これらの点を満たすためには、大学医学部や専門研修プログラムを作成する医療機関等との十分な合意形成が必要である。また、医師少数区域等での診療義務を果たす以上、事実上、一定の範囲の診療領域に従事することが求められる場合がある。そのため、各都道府県においては、大学医学部や各地域の医療機関等と連携して、必要な診療領域とその医師数、指導体制等について十分に把握した上で、地域枠の学生が卒業後、当該地域にお

(略)

- 厚生労働省としても、都道府県が、適切に都道府県を超えて医師少数区域や医師少数三次医療圏への医師の派遣が調整できるよう、必要な支援を行う。

#### 5-4-3. キャリア形成プログラム

- 都道府県は、「医師少数区域における医師の確保」と「医師不足地域に派遣される医師の能力開発・向上の機会の確保」の両立を目的としてキャリア形成プログラムを策定すること。  
なお、キャリア形成プログラムの運用に係る詳細については、「キャリア形成プログラム運用指針について」(平成30年7月25日付け医政発0725第17号厚生労働省医政局長通知)別添「キャリア形成プログラム運用指針」によること。

キャリア形成プログラムにおいて、医師少数区域等の医療機関における就業期間を定めること。ただし、都道府県の実情に合わせて、キャリア形成プログラムを都道府県内で不足している診療領域に限る等、不足している分野の解消に資するプログラムを設計すること。

- キャリア形成プログラムが、「医師少数区域における医師の確保」と「医師不足地域に派遣される医師の能力開発・向上の機会の確保」という効果を十分に発揮するためには、
  - ・ 一定期間、確実に医師少数区域等に派遣されること
  - ・ 医師少数区域等においても十分な指導体制が構築されることが必要となる。これらの点を満たすためには、大学医学部や専門研修プログラムを作成する医療機関等との十分な合意形成が必要である。また、医師少数区域等での診療義務を果たす以上、事実上、一定の範囲の診療領域に従事することが求められる場合がある。そのため、各都道府県においては、地域枠の学生が卒業後、当該地域において不足する一定の診療領域に従事できるよう、地域の实情に合わせてキャリア形成プログラムを検討することが必要で

いて不足する一定の診療領域に従事できるよう、地域の実情に合わせてキャリア形成プログラムを検討することが必要である。

- プログラムの対象となる者（以下「対象者」という。）の地域定着支援のためには、対象者の納得感の向上と主体的なキャリア形成のための支援及びプログラム終了前の離脱の防止策が重要と考えられる。

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

- ・ 都道府県は、医学部生段階から地域医療や職業選択について考える機会として、キャリア形成卒前支援プラン<sup>15</sup>を対象者に提供し、適切なコース選択を支援する。

<sup>15</sup> 各大学で実施している医学部の教育カリキュラムを基盤としつつ、地域医療へ貢献する意思を有する学生に対し、地域医療や将来の職業選択に対する意識の涵養を図り、対象学生が学生の期間を通じて、地域医療に貢献するキャリアを描けるように支援をすることを目的として、都道府県が大学の協力も得つつ策定した計画案により地域医療対策協議会において協議の調った事項に基づき策定する計画。

(略)

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

(略)

- 厚生労働省では、2023年度より、都道府県におけるキャリア形成プログラ

ある。

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

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

- ・ 都道府県は、医学部生段階から地域医療や職業選択について考える機会を対象者に提供し、適切なコース選択を支援する。

(略)

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

(略)

(新規)

ムの円滑な運用のため、キャリア形成プログラムの効果的な運用方法に係る調査や各都道府県のキャリアコーディネーターを対象とした統一的な対応マニュアルの作成を実施するとともに、全国のキャリアコーディネーター等からの相談受付や研修の実施等を通じて、地域枠医師等のキャリア形成プログラムへの定着を促進する取組に対して支援を行うこととしている。都道府県においては、こうした事業も活用しながら、キャリア形成プログラムを効果的に運用すること。

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

- 医師少数区域等における勤務を促進するに当たっては、医師少数区域等の医療機関における勤務環境の改善が必須である。都道府県は、医師の労働時間短縮等に関する指針も踏まえ、医師少数区域の医療機関において、医師事務作業補助者の確保やタスク・シフト/シェアの推進等による医師に対する負担の集中の軽減等、勤務医が健康を確保しながら働くことができる勤務環境の整備に向けた取組が進むよう、都道府県は、環境整備に努めること。
- 各医療機関は都道府県と連携の上、医師少数区域等において勤務する医師の休養や、勤務する医師が研修等へ参加するための交代医師の確保に努めること。具体的には、円滑な交代医師の確保のために、医師少数区域以外の区域で勤務する地域枠等医師や地域枠等医師が勤務する医療機関等に対して、交代医師が必要となった際の協力が得られるよう事前に同意を得ておくことが望ましい。
- 医学部入学者に占める女性の割合が増加する中、女性医師就業率は子育て世代において低下が見られており、地域において医師確保を進めていく上では、子育て世代の医師に対する取組は性別問わず重要であると考えられる。妊娠・子育て中に、医師が必要とする支援策は、個々の医師により異なり、時短勤務等の柔軟な勤務体制の整備、院内保育・病児保育施設・放課後児童クラブやベビーシッターの活用等のニーズに応じたきめ細やかな取組を行うことが求められる。これらの支援については、単一の医療機関の取組だけではな

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

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

く、地域の医療関係者、都道府県、市区町村等の地域の関係者が連携し、地域の実情に応じて取組むとともに、医師が利用しやすい環境整備とその周知が重要である。なお、これらの取組については、妊娠中の医師や子育てを行う医師に限らず、介護を行う医師に対しても同様の配慮や環境整備が必要である。

- 子育て等の様々な理由で臨床業務を離れ、臨床業務への再就業に不安を抱える医師のための復職研修や就労環境改善等の取組を通じ、再就業を促進することとする。

(略)

#### 5-4-5. 地域医療介護総合確保基金の活用

- 地域医療介護総合確保基金については、これまでも地域医療対策協議会・地域医療支援センターの運営、修学資金の貸与、大学への寄附講座の設置による医師派遣及び派遣元の医療機関の逸失利益の補填など医療従事者の確保のために活用されてきたが、限りある財源を有効に活用するためにも、医師少数都道府県や医師少数区域等における医師の確保に重点的に用いられるべきである。
- 今後、医師多数都道府県においては、例えば、全国的に不足していると考えられる産科医師や小児科医師の確保の目的を除いて新規に地域医療介護総合確保基金を活用した修学資金貸与等の取組を行うことは適切ではない。したがって、医師多数都道府県においては、今後入学予定の医学生に対する修学資金の貸与については地域医療介護総合確保基金以外の財源を用いることが望ましい。

(略)

#### 5-4-6. その他の施策

- 医療法第30条の23に基づき地域医療対策協議会において協議を行う事項、及び医療法第30条の25に基づき都道府県（地域医療支援センター）が行う地域医療支援事務は、医師確保計画に記載された事項の実施に必要な事項とされていることを踏まえ、医師確保計画には、過不足ない内容を記載する必

(新規)

(略)

#### 5-4-5. 地域医療介護総合確保基金の活用

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

(略)

#### 5-4-6. その他の施策

- 医療法第30条の23 及び第30条の25において、地域医療対策協議会において協議を行う事項、また都道府県（地域医療支援センター）が行う地域医療支援事務は、医師確保計画に記載された事項の実施に必要な事項とされていることを踏まえ、医師確保計画には、過不足ない内容を記載する必要がある。

要がある。

(略)

○ 医師派遣については、医師派遣を必要としている医師少数区域等の医療機関や、医師派遣が可能な県内の医療機関を都道府県が十分把握していない場合もあることから、例えば、地域医療支援センターは医療勤務環境改善支援センターと連携を図りつつ、医師確保が必要な診療科・医師数や、派遣元医療機関の候補を調査し、医師派遣に必要な情報を正確に把握することとする。

○ さらに、地域に定着する医師の確保の観点から、地元出身の医師の養成を目的とした中高生を対象とする医療セミナーの開催や、地域医療を担う医師を増やすことを目的とした医学部生を対象とする地域医療実習の拡充及び支援等の施策の検討を行うこと。また、地域枠を中心とした、都道府県における就業に一定の関心を持つ医学部生や若手医師が大学、所属医療機関を超えて情報共有や意見交換を行うことのできるプラットフォームを整備することも有用であると考えられる。

(略)

○ 各医療圏において、医療計画に定める医療提供体制を構築するために必要な医師を確保する上で、都道府県内外の大学医学部に対して、寄附講座を設置することも有用な施策である。寄附講座の設置に当たっては、若手医師等にとって魅力ある講師の選定や、医師の具体的な派遣人数、派遣期間等についても事前に取り決めておくことが必要であるとともに、専門研修における連携プログラム等の取組と組み合わせて実施することが有効であると考えられる。なお、都道府県外の大学医学部に対して寄附講座を設置するにあたっては、事前に都道府県内の医師派遣等の調整を実施することや、当該寄附講座の情報について、必要に応じ、都道府県内の大学医学部とも共有することが重要である。

○ これまで、休日・夜間の宿日直を担うために地域の医療機関に医師が派遣されてきたが、医師の働き方改革を踏まえ、大学病院だけでなく大学病院以外の医療機関の医師も、これまで以上に地域の医療を支えるためにこれらの業務に従事することも想定される。都道府県は、そのような状況も考慮しな

(略)

(新規)

○ 特に、地域に定着する医師の確保の観点から、地元出身の医師の養成を目的とした中高生を対象とする医療セミナーの開催や、地域医療を担う医師を増やすことを目的とした医学部生を対象とする地域医療実習の拡充及び支援等の施策の検討を行うこと。また、地域枠を中心とした、都道府県における就業に一定の関心を持つ医学部生や若手医師が大学、所属医療機関を超えて情報共有や意見交換を行うことのできるプラットフォームを整備することも有用であると考えられる。

(略)

○ 都道府県内外の大学医学部に対して、寄附講座を設置することも有用な施策である。寄附講座の設置に当たっては、若手医師等にとって魅力ある講師の選定や、講師となる医師の具体的な派遣人数についても事前に取り決めておくことが必要である。

(新規)

がら、各都道府県は、自都道府県内に所在する大学への寄附講座の設置や、基金による派遣元の医療機関の逸失利益の補填等のこれまで一部の都道府県において行われてきた取組を参考にしつつ、医師少数区域等の医師確保を促進することとする。特に医師少数都道府県において、それらの取組を行ってもなお、自都道府県内で十分な医師の確保ができない場合には、自都道府県外に所在する大学に寄附講座を設置するなど、県外からの医師の派遣調整を行うこととする。

- 都道府県は、派遣医師が医師少数区域経験認定医師の認定を受けられるよう配慮することや、専門医制度の連携プログラム、寄附講座等による医師派遣といった既存の施策を組み合わせることを通じて、医師派遣を促進することとする。

(略)

(削除)

(略)

## 6. 医学部における地域枠・地元出身者枠の設定・取組等

### 6-1. 地域枠・地元出身者枠の設定・取組の考え方

- 安定した医師確保を行うため、都道府県は、積極的に恒久定員内への地域枠や地元出身者枠の設置について大学と調整を行うとともに、医師の育成や配置方法について、大学と連携してキャリア形成を支援しつつ、地域枠等の医師が地域医療に従事する仕組みを構築することが重要である。

- 医学部定員の減員に向け、医師養成数の方針について検討が求められてきた中、安定した医師確保を行うため、都道府県は、大学の恒久定員内に、地域枠に加え、柔軟に運用できる地元出身者枠を設置することについて、積極的に大学と調整を行うこととする。特に医師少数都道府県においては、自都道府県内に所在する大学への積極的な地域枠の設置に加えて、地元出身者を対

(新規)

(略)

- 厚生労働省が提供する個別医師のこれまでのキャリア等が可視化された全国データベースを活用して、自都道府県に縁のある医師のリクルートに努めること。

(略)

## 6. 医学部における地域枠・地元出身者枠の設定

### 6-1. 地域枠・地元出身者枠の設定の考え方

(新規)

(新規)

象として他県に所在する大学にも地域枠を設置し、卒前からキャリア形成に関する支援を行うことで医師確保を促進する。

(略)

- また、地域ごとの医師の需給推計から算出された、都道府県ごとの地域枠等の必要数等を踏まえて、今後大学医学部に対し、地域枠・地元出身者枠の要請を行うこと。なお、都道府県ごとの地域枠等の必要数について、暫定的に厚生労働省において算出したものを提示することとしており、医師確保計画全体の策定に先立って、特に地域枠等の設置・増員等について、大学医学部との協議を開始することが必要である。

(略)

- 都道府県、大学、関係機関が連携して、キャリアコーディネーター等を活用しながら、キャリア形成卒前支援プランを通して学生時代から地域医療に従事・貢献する医師としての姿勢等を涵養し、各都道府県・大学等における地域医療を担う医師養成の観点から有効な取組について、情報共有を行う機会を定期的に設けることとする。
- 都道府県は、大学及び地域の医療機関等と連携し、医師少数区域等における医師確保が必要な診療科や医師数に加え、医師のキャリア形成の視点から医療機関の指導体制等についても十分に把握した上で、地域医療対策協議会で協議を行い地域枠の医師の配置を検討することで、地域枠の医師がキャリア形成をしつつ地域医療に従事しやすい仕組みを構築することとする。
- なお、令和7年度以降の医学部臨時定員については、「第8次医療計画等に関する検討会」等における議論の状況を踏まえ、改めて検討するとされていることに留意が必要である。

(略)

- また、地域ごとの医師の需給推計から算出された、都道府県ごとの地域枠等の必要数を別途厚生労働省から提供予定である。その数値等を踏まえて、今後大学医学部に対し、地域枠・地元出身者枠の要請を行うこと。なお、都道府県ごとの地域枠等の必要数について、暫定的に厚生労働省において算出したものを提示することとしており、医師確保計画全体の策定に先立って、特に地域枠等の設置・増員等について、大学医学部との協議を開始することが必要である。

(略)

(新規)

(新規)

- なお、
  - ・ 平成32年度(2020年度)・平成33年度(2021年度)の医師養成数の方針については、暫定的に現状の医学部定員を概ね維持しつつ、医師偏在対策及び労働時間の短縮に向けた取組等を進めることとし、医学部定員の暫定増に関する各都道府県及び各大学からの要望に対しては、平成31年度(2019年度)の医学部定員を超えない範囲で、その必要性を慎重に精査していくこと。
  - ・ 平成34年度(2022年度)以降の医師養成数については、「医師の働き方

<p>6-2. 各都道府県において必要な地域枠・地元出身者枠の数について (略)</p> <p>○ その際には、<u>特に医師少数都道府県は、将来の医師多数都道府県に所在する大学医学部における都道府県をまたいだ地域枠の創設又は増員を要請することもできる。本取組を行う場合には、医学部卒業後の勤務を円滑に行うために、卒前段階から、当該医師多数都道府県の大学医学部とも連携しながら、地域枠学生に対するキャリア形成支援を行う等の取組が重要である。</u></p> <p>(略)</p> <p>6-3. 地域枠の選抜方式等について (略)</p> <p>○ なお、できるだけ医師の柔軟なキャリア形成を認める観点から、当該制限については、地域の実情も踏まえ、<u>可能な限り限定的なものとするべきである。</u></p> <p>7. 産科・小児科における医師確保計画</p> <p>7-1. 産科・小児科における医師偏在指標及び医師偏在対策の基本的な考え方</p> <p>○ 産科・小児科については、政策医療の観点、医師の長時間労働となる傾向、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、産科・小児科における医師偏在指標を示し、産科・小児科における地域偏在対策に関する検討を行う。ただし、当該指標は、診療科間の医師偏在を是正するものではないこと、また、偏在指標の値が大きい医療圏においても、<u>実態としては医師が多施</u></p>	<p><u>改革に関する検討会 報告書」でとりまとめられた医師の働き方改革に関する結論、医師偏在対策の状況等を踏まえ、再度、医師の需給推計を行った上で検討を行うこと。</u></p> <p>とされていることに留意が必要である。</p> <p>6-2. 各都道府県において必要な地域枠・地元出身者枠の数について (略)</p> <p>○ その際には、将来の医師多数都道府県に所在する大学医学部における都道府県をまたいだ地域枠の創設又は増員を要請することもできる。</p> <p>(略)</p> <p>6-3. 地域枠の選抜方式等について (略)</p> <p>○ なお、できるだけ医師の柔軟なキャリア形成を認める観点から、当該制限については、地域の実情も踏まえ、<u>できるかぎり限定的なものとするべきである。</u></p> <p>7. 産科・小児科における医師確保計画</p> <p>7-1. 産科・小児科における医師偏在指標及び医師偏在対策の基本的な考え方</p> <p>○ 産科・小児科については、政策医療の観点、医師の長時間労働となる傾向、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、<u>暫定的に産科・小児科における医師偏在指標を示し、産科・小児科における地域偏在対策に関する検討を行う。</u>ただし、当該指標は、診療科間の医師偏在を是正するものではないことに留意する必要がある。</p>
---	---

設に分散して一施設毎の医師数が少ない場合もあること等に留意する必要がある。

- 産科・小児科については、産科医師又は小児科医師が相対的に少なくない医療圏においても、その労働環境を踏まえれば、医師が不足している可能性があり、引き続き産科医師及び小児科医師の総数を確保するための施策を行うとともに、医師派遣以外の施策についても検討する必要がある。また、産科医師及び小児科医師の配置等を検討するに当たって産科・小児科における医師偏在指標を用いる際には、前述した留意点に十分な配慮を行うとともに、産科・小児科の全国における医師養成数の検討には用いないことが適当である。加えて、医師の労働時間短縮等に関する指針を踏まえ、医師の労務管理、時間外労働の短縮に向けた取組等についても考慮する必要がある。

(略)

## 7-2. 産科・小児科における医師偏在指標の設計

### 7-2-1. 産科における医師偏在指標の設計

#### (1) 考え方

(略)

- 医師供給については、「医師・歯科医師・薬剤師統計」における「過去2年以内に分娩の取扱いあり」と回答した医師のうち、日常的に分娩を取り扱っていると考えられる産婦人科・産科・婦人科を主たる診療科と回答した医師数(分娩取扱医師数)を用いることとする。また、算定方法を変更したことから、指標の名称を「産科医師偏在指標」から「分娩取扱医師偏在指標」に変更する。

(略)

- 医師偏在指標については、三次医療圏ごと、周産期医療圏ごとに算定することとする。ただし、三次医療圏については、医師確保計画等が都道府県により作成されること及び都道府県単位で設置された医療審議会や地域医療対策協議会での協議を経て定められるものであることを踏まえ、運用上は都道府県単位で算定することとする。

- 産科・小児科については、産科医師又は小児科医師が相対的に少なくない医療圏においても、その労働環境を踏まえれば、医師が不足している可能性があり、引き続き産科医師及び小児科医師の総数を確保するための施策を行うとともに、医師派遣以外の施策についても検討する必要がある。また、産科医師及び小児科医師の配置等を検討するに当たって産科・小児科における医師偏在指標を用いる際には、十分な配慮を行うとともに、産科・小児科の全国における医師養成数の検討には用いないことが適当である。加えて、「医師の働き方改革に関する検討会 報告書」を踏まえ、医師の労務管理、時間外労働の短縮に向けた取組等についても考慮する必要がある。

(略)

## 7-2. 産科・小児科における医師偏在指標の設計

### 7-2-1. 産科における医師偏在指標の設計

#### (1) 考え方

(略)

- 医師供給については、「医師・歯科医師・薬剤師調査」における「産科医師数」と「産婦人科医師数」の合計値を用いることとする。

(略)

- 医師偏在指標については、三次医療圏ごと、周産期医療圏ごとに算出することとする。ただし、三次医療圏については、医師確保計画等が都道府県により作成されること及び都道府県単位で設置された医療審議会や地域医療対策協議会での協議を経て定められるものであることを踏まえ、運用上は都道府県単位で算出することとする。

(2) 指標の設計

(1) の考え方に基づく算定式は次のとおり。

$$\text{分娩取扱医師偏在指標} = \frac{\text{標準化分娩取扱医師数 (※)}}{\text{分娩件数} \div 1000 \text{ 件}}$$

$$\begin{aligned} \text{(※)標準化分娩取扱医師数} &= \sum \text{性年齢階級別医師数}^{16} \\ &\times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}} \end{aligned}$$

<sup>16</sup> 性年齢階級別の医師数は、医師届出票に記載されている主たる従事先と従たる従事先が所在する周産期医療圏が異なる場合は、主たる従事先では 0.8 人、従たる従事先では 0.2 人として算出する。

(削除)

(2) 指標の設計

(1) の考え方に基づく算定式は次のとおり。

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

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

(新規)

(3) 産科医師偏在指標における留意点

産科医師偏在指標に用いる医師については、当該指標が、政策医療の観点からも特に必要性が高い周産期医療における産科医師の確保を目的としていることから、実際に分娩を取り扱う産科医師とすることが望ましい。しかし、現時点で性・年齢階級別の分娩を取り扱う産科医師の数を把握している調査はない。

(平成 30 年以降の「医師・歯科医師・薬剤師調査」においては分娩取扱の有無が分かる予定である。) 一方で、厚生労働省が実施する「医療施設調査」及び日本産婦人科医会が実施する「施設情報調査」においては、性・年齢階級別ではないものの分娩取扱い医師数を調査している。

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

(削除)

### 7-2-2. 小児科における医師偏在指標の設計

#### (1) 考え方

(略)

- 医師供給については、「医師・歯科医師・薬剤師統計」における「小児科医師数」を用いる。

(略)

- 医師偏在指標については、三次医療圏ごと、小児医療圏ごとに算定する。ただし、三次医療圏については、医師確保計画等が都道府県により作成され、都道府県単位で設置された医療審議会や地域医療対策協議会での協議を経て定められるものであることを踏まえ、運用上は都道府県単位で算定することとする。

査」のうち常勤の医師数の比を、「医師・歯科医師・薬剤師調査」の常勤及び非常勤の医師数(性・年齢階級別労働時間の調整後)に乗じたもの。)等についても参考として提供するので、産科における医師確保計画を通じた医師偏在対策について検討する際はこちらも参考とされたい。

表1. 産科・産婦人科医師数に係る各調査の比較

調査名	医師・歯科医師・ 薬剤師調査	医療施設調査	日本産婦人科医会 施設情報調査
調査の時点	2016年12月31日 現在	2017年10月1日 現在	2018年1月1日 現在
分娩取り扱いの 有無	×	○	○
人数	実人数	常勤換算	実人数
住所地	主たる従事先	医療施設所在地	医療施設所在地
性年齢階級	○	×	×

### 7-2-2. 小児科における医師偏在指標の設計

#### (1) 考え方

(略)

- 医師供給については、「医師・歯科医師・薬剤師調査」における「小児科医師数」を用いる。

(略)

- 医師偏在指標については、三次医療圏ごと、小児医療圏ごとに算出する。ただし、三次医療圏については、医師確保計画等が都道府県により作成され、都道府県単位で設置された医療審議会や地域医療対策協議会での協議を経て定められるものであることを踏まえ、運用上は都道府県単位で算出することとする。

(2) 指標の設計

(1) の考え方に基づく算定式は次のとおり。

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

$$\begin{aligned} \text{(※1)標準化小児科医師数} &= \sum \text{性年齢階級別医師数}^{17} \\ &\times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}} \end{aligned}$$

<sup>17</sup> 性年齢階級別の医師数は、医師届出票に記載されている主たる従事先と従たる従事先が所在する小児医療圏が異なる場合は、主たる従事先では 0.8 人、従たる従事先では 0.2 人として算出する。

(略)

7-2-3. 指標の作成手続

○ 厚生労働省は、都道府県に対し、産科及び小児科の医師偏在指標の計算方法に加え、分娩取扱医師偏在指標と患者数の流入出に基づく増減を一定程度反映した小児科医師偏在指標を提供する。

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

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

7-3. (略)

(2) 指標の設計

(1) の考え方に基づく算定式は次のとおり。

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

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

(新規)

(略)

7-2-3. 指標の作成手続

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

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

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

7-3. (略)

<p>7-4. 産科・小児科における医師確保計画の策定</p> <p>7-4-1. 産科・小児科における医師確保計画の考え方</p> <p>○ 産科・小児科の医師確保計画については、産科・小児科のそれぞれについて都道府県ごと及び周産期医療圏又は小児医療圏ごとに定めることとする。</p> <p>○ まずは、7-3に記したとおり産科・小児科の医師偏在指標の値を全国一律に比較した上で相対的医師少数区域を設定することで医師の偏在の状況を把握する。さらに、医療圏ごとに、産科・小児科における医師偏在指標の大小、将来推計等を踏まえ、7-4-4の施策を基本とし、具体的な取組例(表1)も参考としつつ、医師確保計画と同様に見直しまでの期間(以下「計画期間」という。)においてどのように産科・小児科における医師偏在対策に取り組むかについて方針を定めることとする。また、必要に応じて確保する産科・小児科医師数についても定めることができる。</p> <p>(略)</p> <p>○ 産科・小児科における医師確保計画は、3年ごとに見直すこととし、見直しに当たっては産科・小児科における医師確保の方針と施策の妥当性を都道府県において吟味し、課題を抽出した上で次回の産科・小児科における医師確保計画を作成する。</p> <p>(略)</p> <p>○ なお、産科・小児科の医師偏在指標を用いた一層の取り組みを検討するに当たり、都道府県の参考となる情報として、医療機関の種別ごとの現在の医師の配置状況や分娩数等の実績についても、産科・小児科の医師偏在指標と併せて厚生労働省から提供するので、参考とされたい。</p> <p>7-4-2. 産科・小児科における医師確保の方針</p> <p>(1) 考え方</p> <p>i) 相対的医師少数区域等</p> <p>ア～イ (略)</p> <p>ウ 産科医師又は小児科医師の養成数を増加させること等の長期的な施</p>	<p>7-4. 産科・小児科における医師確保計画の策定</p> <p>7-4-1. 産科・小児科における医師確保計画の考え方</p> <p>○ 産科・小児科の医師確保計画については、産科・小児科のそれぞれについて都道府県ごと、<u>周産期医療圏又は小児医療圏</u>ごとに定めることとする。</p> <p>○ まずは、7-3に記したとおり産科・小児科の医師偏在指標の値を全国一律に比較した上で相対的医師少数区域を設定することで医師の偏在の状況を把握する。さらに、医療圏ごとに、産科・小児科における医師偏在指標の大小、将来推計等を踏まえ、7-4-4の施策を基本とし、具体的な取組例(表2)も参考としつつ、医師確保計画と同様に見直しまでの期間(以下「計画期間」という。)においてどのように産科・小児科における医師偏在対策に取り組むかについて方針を定めることとする。また、必要に応じて確保する産科・小児科医師数についても定めることができる。</p> <p>(略)</p> <p>○ 産科・小児科における医師確保計画は、3年(2019年度中に作成される<u>医師確保計画については4年</u>)ごとに見直すこととし、見直しに当たっては産科・小児科における医師確保の方針と施策の妥当性を都道府県において吟味し、課題を抽出した上で次回の産科・小児科における医師確保計画を作成する。</p> <p>(略)</p> <p>○ なお、産科・小児科の医師偏在指標を用いた一層の取り組みを検討するに当たり、都道府県の参考となる情報として、医療機関の種別ごとの現在の医師の配置状況や分娩数等の実績についても、産科・小児科の医師偏在指標と<u>合わせて</u>厚生労働省から提供するので、参考とされたい。</p> <p>7-4-2. 産科・小児科における医師確保の方針</p> <p>(1) 考え方</p> <p>i) 相対的医師少数区域等</p> <p>ア～イ (略)</p> <p>ウ <u>また</u>、産科医師又は小児科医師の養成数を増加させること等の長期</p>
---	---

<p>策についても適宜組み合わせる実施することとする。</p> <p>ii) 相対的医師少数区域等以外の<u>区域</u> (略)</p> <p>(2) その他個別に検討すべき事項</p> <p>○ 患者の重症度、新生児医療について (略)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ なお、総合周産期母子医療センター等において、産婦人科医師は産科医師偏在指標の需要には含まれていない分娩以外の産婦人科医療にも従事していることに留意する必要がある。さらに、それらの産婦人科医療を受ける患者の重症度は概ね高いことにも留意し、<u>実際に必要な医師数を検討する必要がある。</u></li> <li>・ また、新生児に対する医療については、主に小児科医師が担っており、<u>小児科医師は小児医療提供体制の観点だけではなく、周産期医療提供体制の観点からも機能することが期待されている。</u>新生児に対して高度・専門的な医療を提供する体制については、地域の実情に応じて重点化・機能分化が進められており、三次医療圏（都道府県）単位で整備されている場合があるため、小児医療圏又は周産期医療圏ごとの小児科医師偏在指標のみに基づく施策を実施しては必ずしも新生児医療を担う医師の確保ができない。 (略)</li> </ul> <p>(3) 将来推計について</p> <p>周産期医療・小児科医療ともに、少子高齢化が進む中で急速に医療需要の変化が予想される分野であり、将来の見通しについて検討することも必要である。<u>厚生労働省が提供する第8次（前期）医師確保計画の計画終了時点である、2026年の医療需要の推計も参考としながら、産科・小児科における医師偏在対策を講じることとする。</u></p>	<p>的な施策についても適宜組み合わせる実施することとする。</p> <p>ii) 相対的医師少数区域等以外 (略)</p> <p>(2) その他個別に検討すべき事項</p> <p>○ 患者の重症度、新生児医療について (略)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ なお、総合周産期母子医療センター等において、産婦人科医師は産科医師偏在指標の需要には含まれていない分娩以外の産婦人科医療にも従事していることに留意する必要がある。さらに、それらの産婦人科医療を受ける患者の重症度は概ね高いことにも留意する必要がある。</li> <li>・ また、新生児に対する医療については、主に小児科医師が担っているが、<u>小児医療提供体制の観点だけではなく、周産期医療提供体制の観点からも機能することが期待されている。</u>新生児に対して高度・専門的な医療を提供する体制については、地域の実情に応じて重点化・機能分化が進められており、三次医療圏（都道府県）単位で整備されている場合があるため、小児医療圏又は周産期医療圏ごとの小児科医師偏在指標のみに基づく施策を実施しては必ずしも新生児医療を担う医師の確保ができない。 (略)</li> </ul> <p>(3) 将来推計について</p> <p>周産期医療・小児科医療ともに、少子高齢化が進む中で急速に医療需要の変化が予想される分野であり、将来の見通しについて検討することも必要である。<u>ただし、今回定めることとする産科・小児科医師偏在指標は暫定的な指標として取り扱うことを踏まえ、比較的短期間の推計として、第7次医療計画における医師確保計画の計画終了時点である、2023年の医療需要の推計も参考としな</u></p>
--	--

<p>i) 産科 産科については、現時点で医療圏ごとの分娩数の将来推計は存在しない。そのため、代替指標として、医療圏ごとの0-4歳人口の将来推計と現時点の0-4歳人口との比を用いて、<u>2026</u>年における医療圏ごとの分娩数の推計を行うこととする。</p> <p>ii) 小児科 小児科については、医療圏ごとの将来人口推計から、<u>2026</u>年の年少人口を算出し、性・年齢階級別の受療率を用いて調整した上で、医療圏ごとの医療需要の推計を行うこととする。</p> <p>7-4-3. (略)</p> <p>7-4-4. 産科・小児科における偏在対策基準医師数を踏まえた施策 (1) (略)</p> <p>(2) 施策の内容 ① 周産期医療・小児医療の提供体制等の見直しのための施策 ア 医療圏の統合を含む周産期医療圏又は小児医療圏の見直し 産科医師又は小児科医師が相対的に少なくない医療圏においても、その労働環境を鑑みれば産科医師又は小児科医師が不足している可能性があることを踏まえ、相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域について相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域以外の医療圏からの医師派遣のみで医師の地域偏在の解消を目指すことは適当ではない。 したがって、都道府県（特に相対的医師少数都道府県である都道府県）においては、まずは、医療圏の見直しや医療圏を越えた地域間の</p>	<p>がら、産科・小児科における医師偏在対策を講じることとする。</p> <p>i) 産科 産科については、現時点で医療圏ごとの分娩数の将来推計は存在しない。そのため、代替指標として、医療圏ごとの0-4歳人口の将来推計と現時点の0-4歳人口との比を用いて、<u>2023</u>年における医療圏ごとの分娩数の推計を行うこととする。</p> <p>ii) 小児科 小児科については、医療圏ごとの将来人口推計から、<u>2023</u>年の年少人口を算出し、性・年齢階級別の受療率を用いて調整した上で、医療圏ごとの医療需要の推計を行うこととする。</p> <p>7-4-3. (略)</p> <p>7-4-4. 産科・小児科における偏在対策基準医師数を踏まえた施策 (1) (略)</p> <p>(2) 施策の内容 ① 周産期医療・小児医療の提供体制等の見直しのための施策 ア 医療圏の統合を含む周産期医療圏又は小児医療圏の見直し 産科医師又は小児科医師が相対的に少なくない医療圏においても、その労働環境を鑑みれば産科医師又は小児科医師が不足している可能性があることを踏まえ、相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域について相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域以外の医療圏からの医師派遣のみで医師の地域偏在の解消を目指すことは適当ではない。 したがって、都道府県（特に相対的医師少数都道府県である都道府県）においては、まずは、医療圏の見直しや医療圏を越えた地域間の</p>
---	--

連携により産科・小児科における医師の地域偏在の解消を図ることを検討することとする。検討に当たっては、外来医療と入院医療の機能分化・連携に留意する。

なお、第8次医療計画策定の際は、都道府県は周産期医療圏・小児医療圏の見直しについて先行して議論し、当該医療圏を見直す場合は先んじて国へ報告することとする。

#### イ 集約化・重点化

- 産科・小児科については、これまで「公立病院を中心とし、地域の実情に応じて他の公的な病院等も対象」として、「医療資源の集約化・重点化を推進することが、住民への適切な医療の提供を確保するためには、当面の最も有効な方策と考えられる」とされているように、医療資源の集約化・重点化を推進してきた。特に相対的医師少数区域においては、今後も、周産期医療・小児医療の提供体制を効率化するための再編統合を含む集約化・重点化について、関係者の協力の下で実施していくことが望ましい。なお、集約化に当たって、廃止される医療機関に対しても必要に応じて支援を行うべきである。
- 医療資源の集約化・重点化に伴い、各医療機関における機能分化・連携が重要となる。病診連携や、重点化された医療機関等から居住地に近い医療機関への外来患者の逆紹介等による適切な役割分担を推進し、産科医師及び小児科医師の負担を軽減することとする。例えば、小児在宅医療等に係る連携の推進や診療所の活用を一層進めるための逆紹介の推進等が挙げられる。
- また、集約化・重点化を検討するに当たっては、医師の労働時間短縮等に関する指針を踏まえ、医師の時間外労働の短縮を見据えたものとし、特に重点化の対象となった医療機関においては、勤務環境の改善に一層取り組むことが求められる。
- 周産期及び小児医療に携わる医師の働き方改革を進めつつ、地域において必要な周産期及び小児医療を維持・確保するため、周産期医療

連携により産科・小児科における医師の地域偏在の解消を図ることを検討することとする。検討に当たっては、外来医療と入院医療の機能分化・連携に留意する。

#### イ 集約化・重点化

- 産科・小児科については、これまで「公立病院を中心とし、地域の実情に応じて他の公的な病院等も対象」として、「医療資源の集約化・重点化を推進することが、住民への適切な医療の提供を確保するためには、当面の最も有効な方策と考えられる」とされているように、医療資源の集約化・重点化を推進してきた。特に相対的医師少数区域においては、今後も、周産期医療・小児医療の提供体制を効率化するための再編統合を含む集約化・重点化について、関係者の協力の下で実施していくことが望ましい。なお、集約化にあたって、廃止される医療機関に対しても必要に応じて支援を行うべきである。
  - 医療資源の集約化・重点化にともない、各医療機関における機能分化・連携が重要となる。病診連携や、重点化された医療機関等から居住地に近い医療機関への外来患者の逆紹介等による適切な役割分担を推進し、産科医師及び小児科医師の負担を軽減することとする。例えば、小児在宅医療等に係る連携の推進や診療所の活用を一層進めるための逆紹介の推進等が挙げられる。
  - また、集約化・重点化を検討するに当たっては、「医師の働き方改革に関する検討会 報告書」を踏まえ、医師の時間外労働の短縮を見据えたものとし、特に重点化の対象となった医療機関においては、勤務環境の改善に一層取り組むことが求められる。
- (新規)

及び小児医療の医療計画や地域医療構想との整合性にも留意しながら、基幹施設を中心として医療機関・機能の集約化・重点化や産科及び小児科の医師偏在対策を検討する必要がある。

ウ 医療機関までのアクセスに時間がかかる地域への支援

- 医療機関の集約化・重点化等に伴い、医療機関までのアクセス時間が増大する住民に対しては、受診可能な医療機関の案内及び地域の実情に関する適切な周知を行うとともに、オンライン診療等、その他必要な支援を検討するべきである。オンライン診療について検討する際には、対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められることに留意する。また、容態の急変等に備えて医療機関間の情報共有を推進する必要がある。

② (略)

③ 産科医師及び小児科医師の勤務環境を改善するための施策  
(略)

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

④ 産科医師及び小児科医師の養成数を増やすための施策

ア 専攻医等の確保  
(略)

- また、当該都道府県における小児科専攻医の研修において、新生児科 (NICU) 研修等を実施するなど、小児科医師の中でもその確保に特に留意が必要な新生児医療を担う医師の養成について、研修プログラムを作成する基幹施設等の関係者と協議する。

イ (略)

ウ 医療機関までのアクセスに時間がかかる地域への支援

- 医療機関の集約化・重点化等に伴い、医療機関までのアクセス時間が増大する住民に対しては、受診可能な医療機関の案内及び地域の実情に関する適切な周知を行うとともに、その他必要な支援を検討するべきである。その際、容態の急変等に備えて医療機関間の情報共有を推進する必要がある。

② (略)

③ 産科医師及び小児科医師の勤務環境を改善するための施策  
(略)

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

④ 産科医師及び小児科医師の養成数を増やすための施策

ア 専攻医等の確保  
(略)

- また、小児科医師の中でもその確保に留意を要する新生児医療を担う医師については、小児科専攻医を養成する医療機関において、新生児科 (NICU) 研修等の必修化を検討する。

イ (略)

(3) 産科・小児科における医師偏在対策の具体的な取組例

具体的な取組例を表1に示しているので、産科・小児科における医師確保計画を作成する際の参考とされたい。

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

表1. 産科・小児科における医師偏在対策の具体的な取組例

① 医療提供体制等の見直しのための施策	○ <u>医療提供体制の見直しや医師確保に関して議論する場の設置。(周産期医療に関する協議会や小児医療に関する協議会等。構成員として、地域の自治体の長や職員、地域の医師会の代表、関係する病院の病院長、関係する科の部長、看護部長等を含む。)</u> (略)
② 医師の派遣調整	(略) ○ <u>寄附講座の設置。</u> (略)
③ 産科医師及び小児科医師の勤務環境を改善するための施策	○ <u>病院ごとの勤務環境を把握するため、病院ごとの産科医師数、小児科医師数等を把握。</u> (略) ○ 院内助産の推進。(院内助産を活用し、助産師へのタスク・シフト/シェアを推進することで、分娩取り扱い医療機関における産科医師の負担を軽減することができるものと考えられる。) ○ 医師の業務のタスク・シフト/シェアを進めるために必要な、看護師、助産師、臨床心理士、事務補助等の人員の確保に対する支援。
④ 産科医師及び小児	○ 医学生や臨床研修医に対する積極的な情報提

(3) 産科・小児科における医師偏在対策の具体的な取組例

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

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

表2. 産科・小児科における医師偏在対策の具体的な取組例

① 医療提供体制等の見直しのための施策	(新規)  (略)
② 医師の派遣調整	(略) ○ <u>寄付講座の設置。</u> (略)
③ 産科医師及び小児科医師の勤務環境を改善するための施策	(新規)  (略) ○ 院内助産の推進。(院内助産を活用し、助産師へのタスクシフトを推進することで、分娩取り扱い医療機関における産科医師の負担を軽減することができるものと考えられる。) ○ 医師の業務のタスクシフトを進めるために必要な、看護師、助産師、臨床心理士、事務補助等の人員の確保に対する支援。
④ 産科医師及び小児	○ 医学生に対する積極的な情報提供、関係構築を

<p>科医師の養成数を増やすための施策</p>	<p>供、関係構築を実施し、診療科選択への動機付けを実施。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>当該都道府県における小児科専攻医の研修において、新生児科（NICU）研修等を実施するなど、小児科医師の中でもその確保に特に留意が必要な新生児医療を担う医師の養成について、研修プログラムを作成する基幹施設等の関係者と協議。</u></li> <li>○ <u>産科・小児科を選択した専攻医の研修実施に対するインセンティブ（研修奨励金の支給等）、診療科枠の制限をかけた医学生に対する修学資金貸与、指導医に対する支援、勤務環境改善等。</u></li> <li>○ <u>修学資金を貸与された医師が産科・小児科を専攻する場合、地域の中核となる医療機関における長期研修の機会を特例的に提供。</u></li> </ul>	<p>科医師の養成数を増やすための施策</p>	<p>実施し、診療科選択への動機付けを実施。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>新生児医療については、小児科専攻医を養成する医療機関において、新生児科（NICU）研修等の必修化の検討。</u></li> <li>○ 研修実施に対するインセンティブ、診療科枠の制限をかけた医学生に対する修学資金貸与、指導医に対する支援、勤務環境改善等。</li> </ul> <p>（新規）</p>
<p>8. 医師確保計画の効果の測定・評価</p> <p>○ 医師確保計画のサイクルの中で、次期の医師確保計画に定める目標医師数は、医師確保計画の計画期間終了時における医師偏在指標の値を基に設定されるものである。このため、医師確保計画の効果については、計画終了時点で活用可能な最新データから医師偏在指標の値の見込みを算出し、これに基づいて測定・評価することが望ましいが、<u>医師偏在指標を算出するための三師統計が2年ごとであるなど計画終了時の医師偏在指標の値の見込みの算出は困難であることから、医師偏在指標ではなく、病床機能報告<sup>21</sup>等の都道府県が活用可能なデータを参考として医師確保計画の効果測定・評価することとする。</u></p> <p>※ 病床機能報告のデータは、厚生労働省ホームページより入手可能。  <a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055891.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055891.html</a></p>		<p>8. 医師確保計画の効果の測定・評価</p> <p>○ 医師確保計画のサイクルの中で、次期の医師確保計画に定める目標医師数は、医師確保計画の計画期間終了時における医師偏在指標の値を基に設定されるものである。このため、医師確保計画の効果については、計画終了時点で活用可能な最新データから医師偏在指標の値の見込みを算出し、これに基づいて測定・評価することとする。</p>	

<sup>21</sup> 病床機能報告は一般病床又は療養病床を有する病院及び診療所におけるデータであるため、三師統計とは異なる点に留意が必要である。

(削除)

- 医師確保計画の効果測定・評価の結果については、地域医療対策協議会において協議を行い、次期医師確保計画の策定・見直しに反映させるとともに、評価結果を次期医師確保計画に記載することとする。

(略)

- 医師確保計画の効果の測定結果を踏まえ、都道府県ごと、二次医療圏ごとに医師確保の状況等について比較を行い、課題を抽出すること。その上で、他の都道府県の取組等を参考にしながら適切な対策を行うこと。

(略)

(新規)

- 医師確保計画の見直しは、医師確保計画の計画期間中に着手することが必要となるが、その際は、活用可能な最新データを用いて見直し時における医師偏在指標を算出した上で、計画期間開始時の医師偏在指標と、目標医師数から算出される医師偏在指標上の目標値とを比較して、特に医師少数区域における医師の確保の進捗状況を判定すること。

- 医師確保計画の効果測定・評価の結果については、地域医療対策協議会において協議を行い、次期医師確保計画の策定・見直しに反映させるとともに、評価結果を次期医師確保計画に記載することとする。このため次期医師確保計画の策定・見直しを行う前に、活用可能な最新データを用いて計画期間終了時における医師偏在指標の値の見込みを算出しておく必要がある。

(略)

- 医師確保計画の効果の測定結果を踏まえ、三次医療圏ごと、二次医療圏ごとに医師確保の状況等について比較を行い、課題を抽出すること。その上で、他の都道府県の取組等を参考にしながら適切な対策を行うこと。

(略)