

# 医療提供体制について

(地域医療構想、医療従事者の働き方改革、医師偏在対策)

厚生労働省医政局

# 2040年の医療提供体制を見据えた3つの改革

2040年に向けて新たな課題に対応するため、**I.地域医療構想の実現に向けた取組**、**II.医療従事者の働き方改革**、**III.医師偏在対策**を三位一体で推進し、総合的な医療提供体制改革を実施

## I.医療施設の最適配置の実現と連携

(地域医療構想の実現：2025年まで)

- ① 全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針の合意形成
- ② 具体的対応方針の検証と地域医療構想の実現に向けた更なる取組

一体的に推進

## II.医師・医療従事者の働き方改革

(医師の時間外労働に対する  
上限規制：2024年～)

- ① 医療機関における労働時間管理の適正化とマネジメント改革
- ② 上手な医療のかかり方に向けた普及・啓発と患者・家族への支援

## III.実効性のある医師偏在対策

(偏在是正の目標年：2036年)

- ① 地域及び診療科の医師偏在対策
- ② 総合診療専門医の確保等のプライマリ・ケアへの対応

# 地域医療構想

## 地域医療構想の実現に向けた公立公的医療機関の機能の見直しについて

地域医療構想：団塊の世代が75歳となる2025年に向けて、地域ごとの人口構成の変化に対応した地域の病床機能の転換（主に急性期から回復期（リハビリ、地域包括ケア等））を目指すもの。

昨年度末までに行ったこと

公立・公的医療機関等に対して、民間病院では担えない役割に重点化するよう要請



現状追認のケースが多く、2025年のあるべき医療機能・病床必要量に合致していない（急性期が過剰で回復期が不足）

骨太の方針2019（抜粋）

全ての公立・公的医療機関等に係る具体的対応方針について、診療実績データの分析を行い、具体的対応方針の内容が、民間医療機関では担えない機能に重点化され、2025年において達成すべき医療機能の再編、病床数等の適正化に沿ったものとなるよう、重点対象区域の設定を通じて国による助言や集中的な支援を行うとともに、適切な基準を新たに設定した上で原則として2019年度中（※）に対応方針の見直しを求める。 ※医療機関の再編統合を伴う場合については、遅くとも2020年秋ごろまで。

## 今回行うこと

厚生労働省がデータ分析を実施。急性期機能等について「低実績な病院」又は「診療領域が類似かつ地理的に近接する病院のある病院」を明らかにし、2025年の各公立・公的医療機関等の医療機能に関する対応方針の再検証を要請。

⇒9/26(木)に対象公立・公的医療機関名を公表。

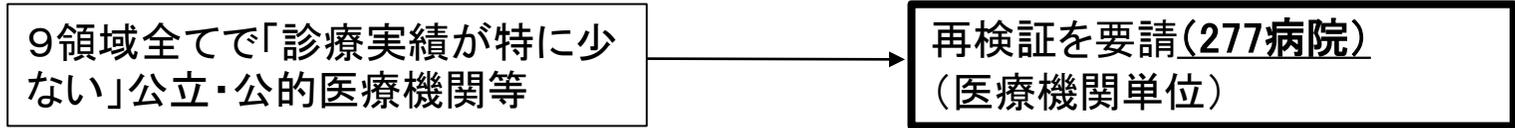
⇒再編統合(ダウンサイジング、機能分化・連携等を含む)を伴う場合は2020年9月、伴わない場合は2020年3月までに対応方針を要提出

## 分析イメージ

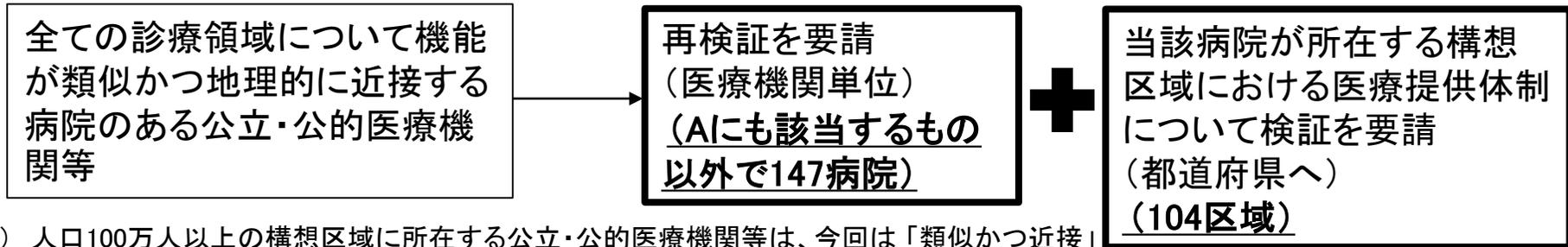
※全国の公立公的医療機関数:約1,600

※全国の構想区域:339

### A)「診療実績が特に少ない」の分析(がん・心疾患等の9領域)

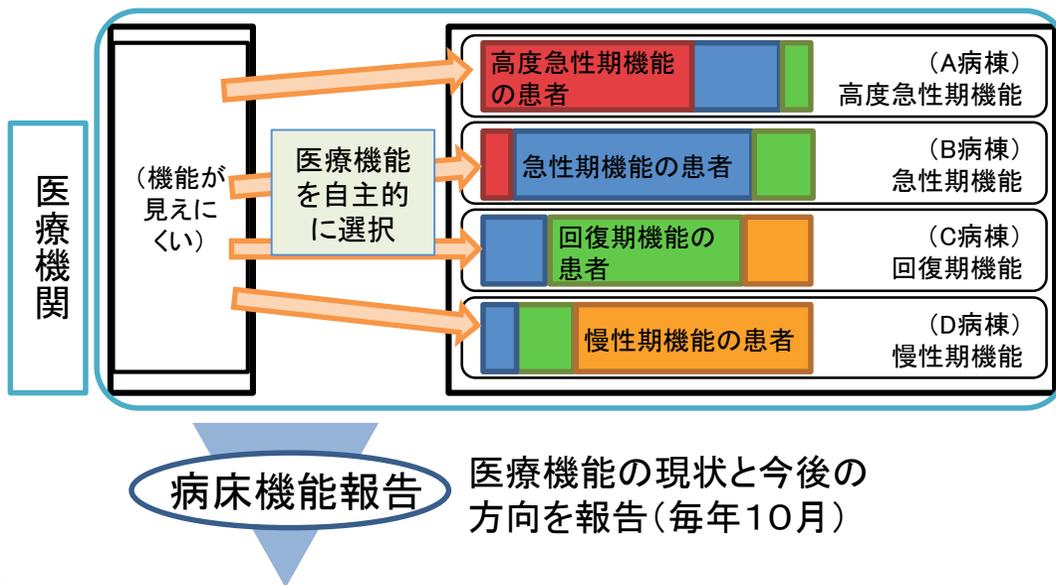


### B)「類似かつ近接」の分析(がん・心疾患等の6領域(災害・へき地・医師派遣除く))



注) 人口100万人以上の構想区域に所在する公立・公的医療機関等は、今回は「類似かつ近接」に係る再検証は要請せず、今後、必要な検討を行うこととする。ただし、分析結果は公表する。

- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。
- 「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。平成28年度中に全都道府県で策定済み。  
※ 「地域医療構想」は、二次医療圏単位での策定が原則。



## （「地域医療構想」の内容）

### 1. 2025年の医療需要と病床の必要量

- ・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と病床の必要量を推計
- ・在宅医療等の医療需要を推計
- ・都道府県内の構想区域（二次医療圏が基本）単位で推計

### 2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例）

- 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等

- 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

都道府県  
医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

# 病床機能ごとの病床数の推移

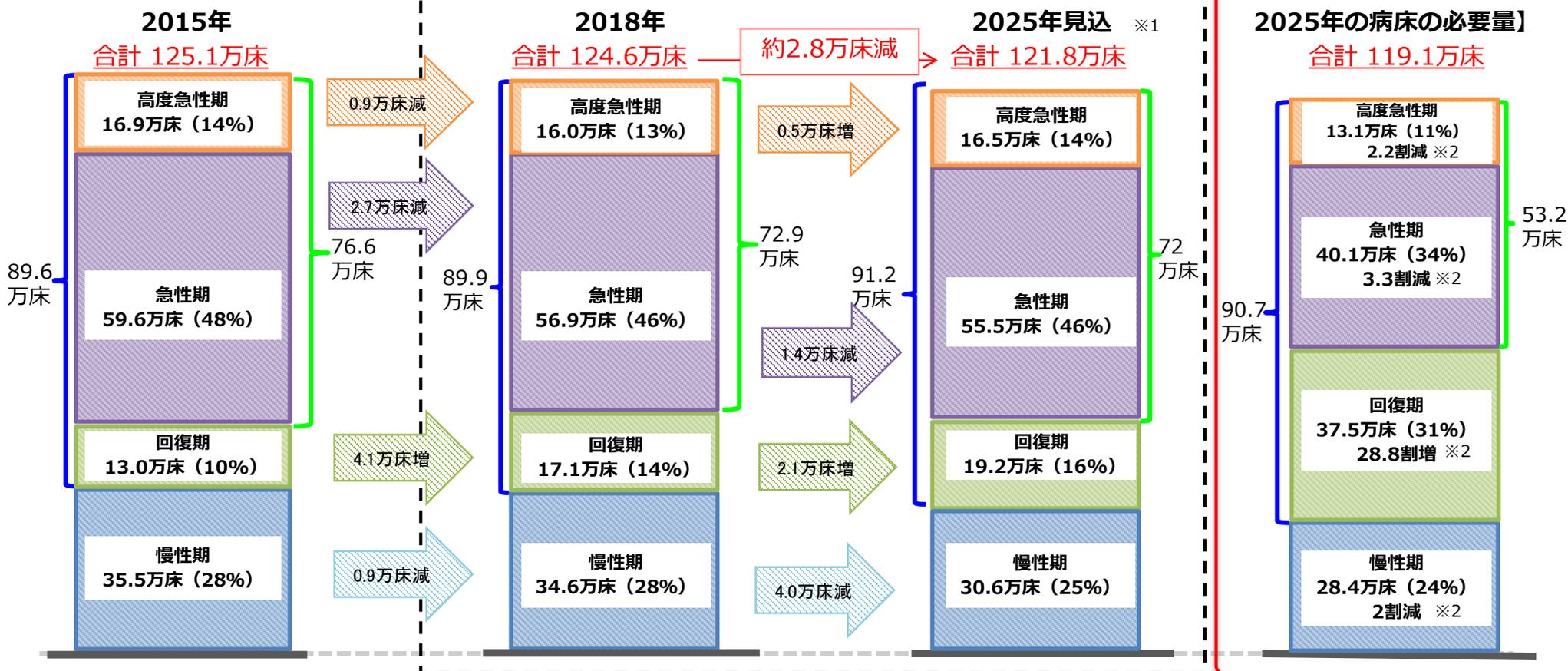
参考

- 2025年見込の病床数※<sup>1</sup>は**121.8万床**となっており、2015年に比べ、**3.3万床減少する見込み**だが、地域医療構想における2025年の病床の必要量と比べ未だ**2.7万床**開きがある。（同期間に、高度急性期+急性期は**4.6万床減少**、慢性期は**4.9万床減少**の見込み）
- 2025年見込の高度急性期及び急性期の病床数※<sup>1</sup>の合計は**72万床**であり、地域医療構想における2025年の病床の必要量と比べ**18.8万床**開きがある。一方で回復期については**18.3万床**不足しており、「急性期」からの転換を進める必要がある。

【2015年度病床機能報告】

【2018年度病床機能報告（2019年5月時点暫定値）】

【地域医療構想における2025年の病床の必要量】



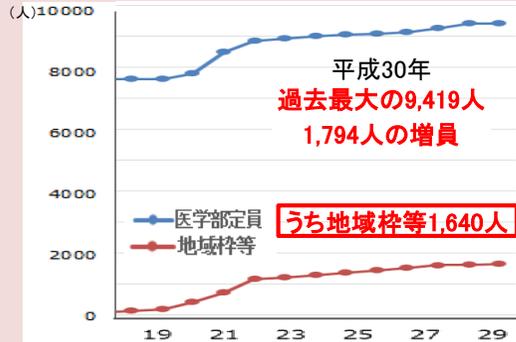
# 医師偏在対策

# 医師偏在対策の必要性

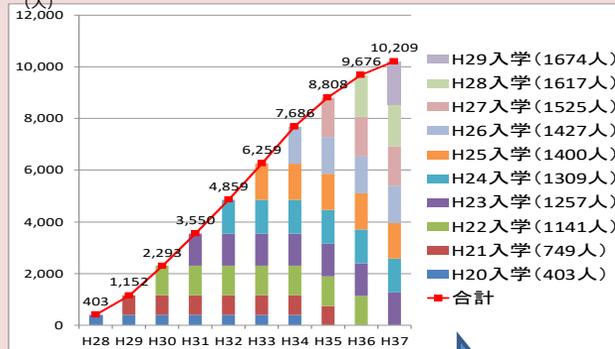
## 対策の必要性

- 平成20年以降の医学部の臨時定員増等による地域枠での入学者が、平成28年以降地域医療に従事し始めており、こうした**医師の配置調整が喫緊の課題**。

### (Ⅱ) 医学部入学定員の年次推移

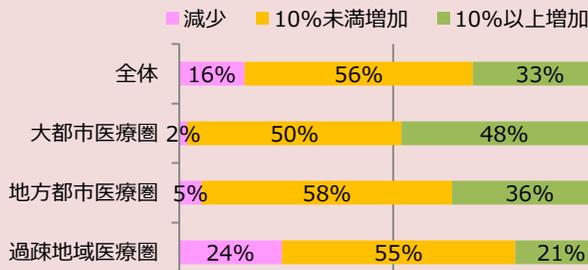


### 臨床研修を修了した地域枠医師数の見込み



- 地域偏在・診療科偏在については、平成20年以降の医学部定員の増加以降、むしろ**格差が広がっており、その解消が急務**。

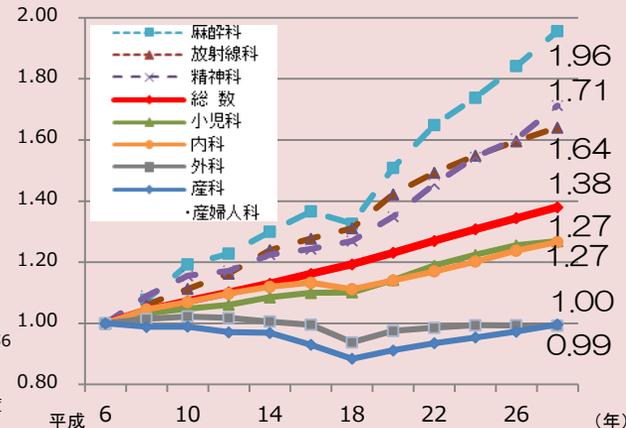
### 二次医療圏ごとにみた人口10万対医療施設 従事医師数の増減(平成20年→平成26年)



(※) 我が国全体では、平成20年から平成26年にかけて約10%増加(212.32人→233.56人)。二次医療圏については、平成26年(2014年)時点のもの(全344圏域)

- ・大都市医療圏(52圏域)：人口100万人以上又は人口密度2,000人/㎢以上
- ・地方都市医療圏(171圏域)：人口20万人以上又は人口10~20万人かつ人口密度200人/㎢以上
- ・過疎地域医療圏(121圏域)：大都市医療圏にも地方都市医療圏にも属さない医療圏

### 診療科別医師数の推移(平成6年:1.0)



## 対策の方向性

### ① 医師の少ない地域での勤務を促す環境整備

- 医師個人を後押しする仕組み
- 医療機関に対するインセンティブ
- 医師と医療機関の適切なマッチング

### ② 都道府県における体制整備

- 医師確保に関する施策立案機能の強化
- 医師養成過程への関与の法定化
- 関係機関と一体となった体制の整備

### ③ 外来医療機能の偏在・不足等への対応

- 外来医療機能に関する情報の可視化
- 新規開業者等への情報提供
- 外来医療に関する協議の場の設置

# 医師養成課程を通じた医師偏在対策の今後のスケジュール (P)

医師養成課程

入学時点

学部教育

臨床研修

専門研修

開業時

2018年度

2019年度

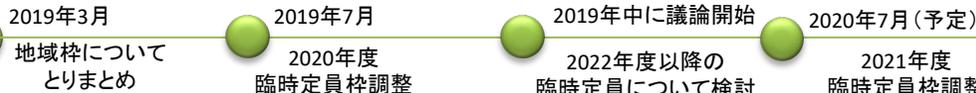
2020年度

2021年度

## 医師需給分科会

### 地域枠医師の設定

偏在指標に基づいた知事から大学に対する地域枠・地元出身者枠の設定・拡充の要請



## 医師分科会

### 共用試験とStudent Doctorの公的化等を通じたシームレスな医師養成

共用試験とStudent Doctorを公的化により参加型臨床実習を促進



## 臨床研修部会

### 臨床研修における偏在対策

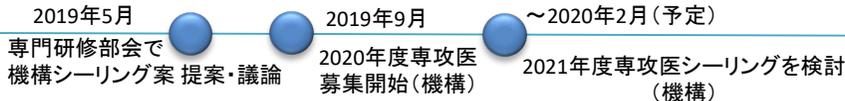
①臨床研修病院の指定、募集定員の設定権限の都道府県への移譲、医師少数区域への配慮、②地域密着型プログラム



## 専門研修部会

### 専門医機構等への意見・要請

シーリング等による地域偏在・診療科偏在対策



## 医師需給分科会

### 医師少数区域等で勤務した医師の認定制度

医師少数区域等における一定期間の勤務経験を厚生労働大臣が評価・認定する制度の創設・運用



### 医師確保計画の策定

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



### 外来機能の不足・偏在等への対応

外来医療に係る偏在指標の策定と外来医療機能に関する協議の場の設置



# 新たな専門医に関する仕組みについて (専門医の在り方に関する検討会(高久史磨座長)報告書 概要)

H25.4.22

## 趣旨

医師の質の一層の向上及び医師の偏在是正を図ることを目的として検討会を開催。

## 現状

- |             |                                    |
|-------------|------------------------------------|
| <専門医の質>     | 各学会が独自に運用。学会の認定基準の統一性、専門医の質の担保に懸念。 |
| <求められる専門医像> | 専門医としての能力について医師と国民との間に捉え方のギャップ。    |
| <地域医療との関係>  | 医師の地域偏在・診療科偏在は近年の医療を巡る重要な課題。       |

## 新たな仕組みの概要

### (基本的な考え方)

- 国民の視点に立った上で、育成される側のキャリア形成支援の視点も重視して構築。
- プロフェッショナルオートノミー（専門家による自律性）を基盤として設計。

### (中立的な第三者機関)

- 中立的な第三者機関を設立し、専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を統一的に行う。

※ 平成26年5月7日、一般社団法人 日本専門医機構が設立

### (専門医の養成・認定・更新)

- 専門医の認定は、経験症例数等の活動実績を要件とする。
- 広告制度(医師の専門性に関する資格名等の広告)を見直し、基本的に、第三者機関が認定する専門医を広告可能とする。

### (総合診療専門医)

- 「総合診療専門医」を基本領域の専門医の一つとして加える。

### (地域医療との関係)

- 専門医の養成は、第三者機関に認定された養成プログラムに基づき、大学病院等の基幹病院と地域の協力病院等(診療所を含む)が**病院群**を構成して実施。

### (スケジュール)

- 新たな専門医の養成は、平成29年度を目安に開始\*。研修期間は、例えば3年間を基本とし、各領域の実情に応じ設定。

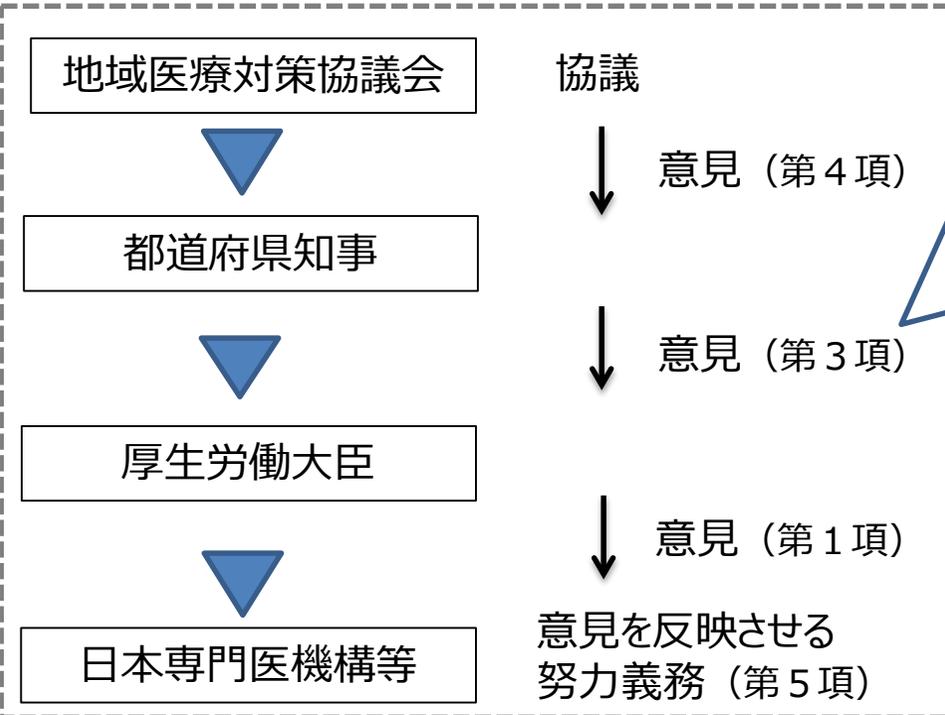
※ 平成30年度から、一定の地域医療への配慮を行ったうえ、19基本領域の養成を一斉に開始

## 期待される効果

○専門医の質の一層の向上(良質な医療の提供)

○医療提供体制の改善

## 医師法 16条の8



医師法第16条の8 医学医術に関する学術団体その他の厚生労働省令で定める団体は、医師の研修に関する計画を定め、又は変更しようとするとき（当該計画に基づき研修を実施することにより、医療提供体制の確保に重大な影響を与える場合として厚生労働省令で定める場合に限る。）は、あらかじめ、厚生労働大臣の意見を聴かなければならない。

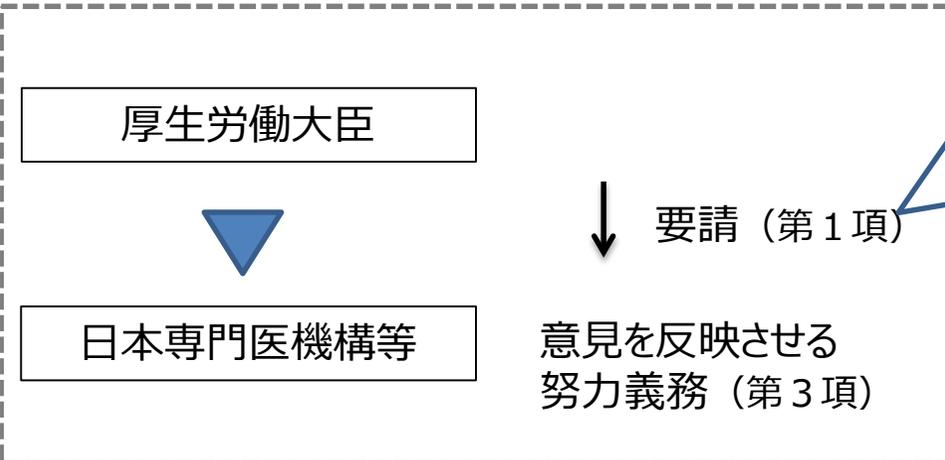
2 (略)

3 厚生労働大臣は、第一項の規定により意見を述べるときは、あらかじめ、関係都道府県知事の意見を聴かなければならない。

4 都道府県知事は、前項の規定により意見を述べるときは、あらかじめ、地域医療対策協議会の意見を聴かなければならない。

5 第一項の厚生労働省令で定める団体は、同項の規定により厚生労働大臣の意見を聴いたときは、同項に規定する医師の研修に関する計画の内容に当該意見を反映させるよう努めなければならない。

## 医師法 16条の9



医師法第16条の9 厚生労働大臣は、医師が医療に関する最新の知見及び技能に関する研修を受ける機会を確保できるようにするため特に必要があると認めるときは、当該研修を行い、又は行おうとする医学医術に関する学術団体その他の厚生労働省令で定める団体に対し、当該研修の実施に関し、必要な措置の実施を要請することができる。

2 (略)

3 第一項の厚生労働省令で定める団体は、同項の規定により、厚生労働大臣から研修の実施に関し、必要な措置の実施を要請されたときは、当該要請に応じるよう努めなければならない。 11

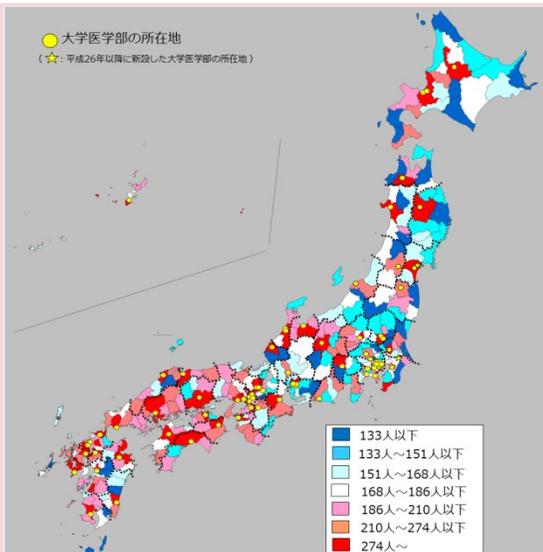
# 医師偏在指標の導入

## 現状

○ 現在、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いるが、以下のような要素が考慮されておらず、医師の地域偏在・診療科偏在を統一的に測る「ものさし」にはなっていない。

- 医療需要（ニーズ）
- 将来の人口・人口構成の変化
- 医師偏在の単位（区域、診療科、入院／外来）
- 患者の流出入
- 医師の性別・年齢分布
- へき地や離島等の地理的条件

二次医療圏ごとの人口10万対医師数（平成28年）

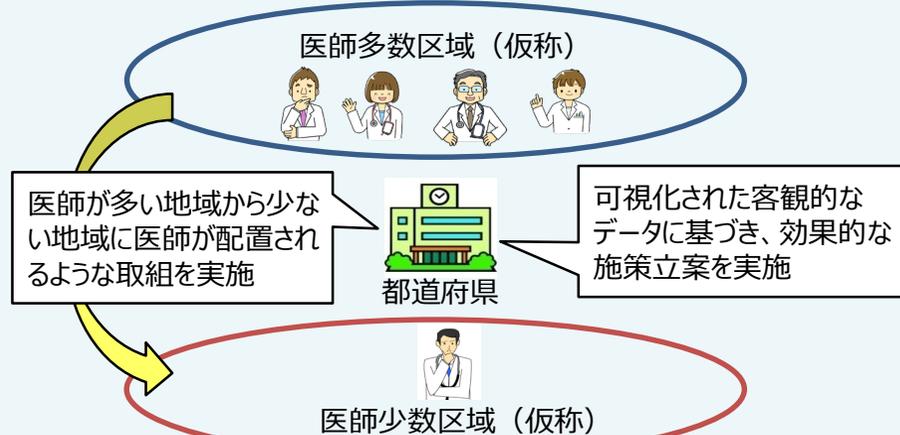


## 制度改正案

現在・将来人口を踏まえた医療ニーズに基づき、地域ごと、診療科ごと、入院外来ごとの医師の多寡を統一的・客観的に把握できる、医師偏在の度合いを示す指標を導入

- 医師偏在の度合いを示すことによって、都道府県内で医師が多い地域と少ない地域が**可視化**されることになる。
- 都道府県知事が、医師偏在の度合い等に応じて、都道府県内の「医師少数区域（仮称）」と「医師多数区域（仮称）」を指定し、具体的な医師確保対策に結びつけて実行できるようになる。

※ ただし、医師偏在の度合いに応じ、医療ニーズに比して医師が多いと評価された地域であっても、救急・小児・産科医療など政策医療等の観点から、地域に一定の医師を確保する必要がある場合については、配慮することが必要。



# 医師の働き方改革

## 1週間の労働時間が週60時間を超える雇用者の割合

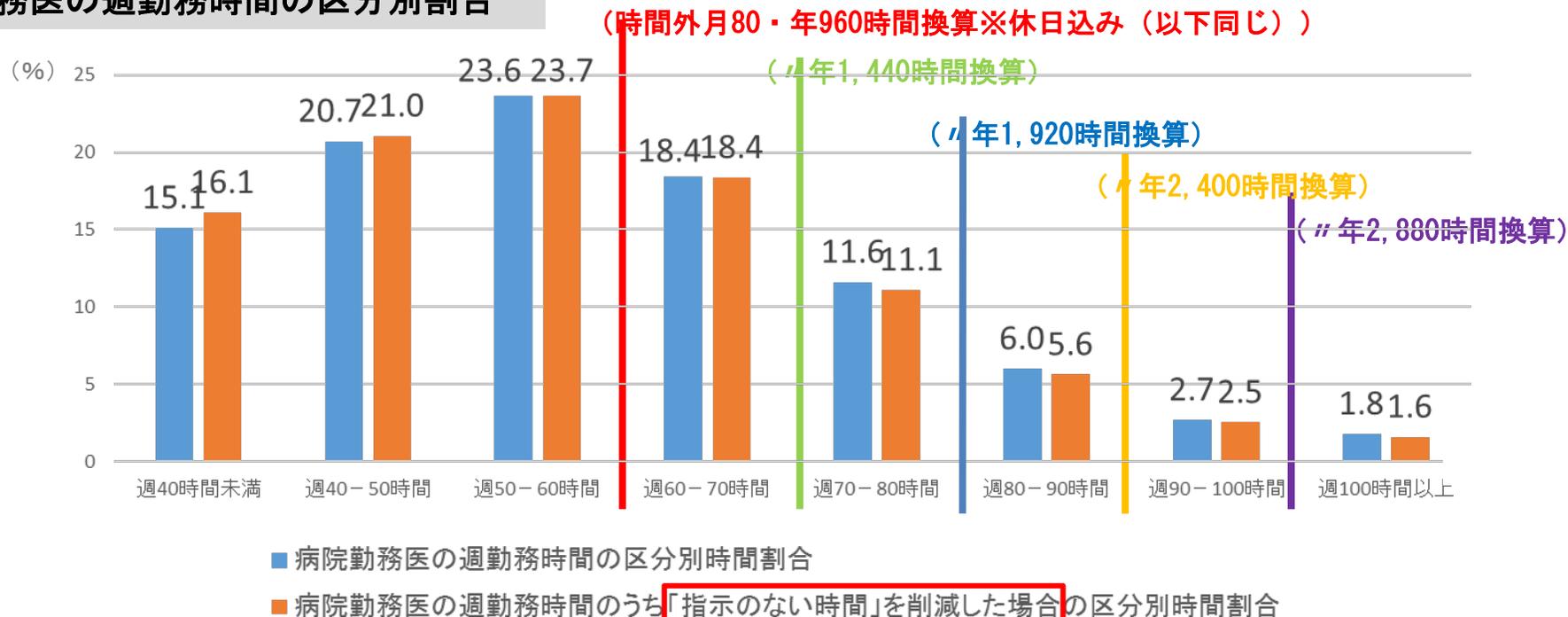
すべての雇用者(年間就業日数200日以上・正規職員)について、1週間の労働時間の実績を見ると、60時間を超える者が、雇用者全体の11.8%となっている。

これを職種別に見ると、**医師(37.5%)が最も高い割合**となっている。(次いで、自動車運転従事者(37.3%))

	計	管理的職業従事者	専門的・技術的職業従事者	研究者	医師(歯科医師、獣医師を除く)	看護師(准看護師を含む)	教員	事務従事者	販売従事者	サービス職業従事者	生活衛生サービス職業従事者	飲食物調理従事者	保安職業従事者	農林漁業従事者	生産工程従事者	輸送・機械運転従事者	自動車運転従事者	建設・採掘従事者	運搬・清掃・包装等従事者	分類不能の職業
1週間の労働時間が60時間超の雇用者の割合	11.8%	12.5%	12.9%	6.6%	37.5%	4.5%	31.6%	6.2%	14.0%	13.4%	27.6%	27.2%	15.9%	15.2%	9.6%	28.9%	37.3%	15.3%	13.8%	13.7%

# 病院勤務医の週勤務時間の区分別割合

## 病院勤務医の週勤務時間の区分別割合



### <集計・推計の前提>

病院勤務医の週勤務時間	「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)結果をもとに医政局医療経営支援課で作成。病院勤務の常勤医師のみ。勤務時間は「診療時間」「診療外時間」「待機時間」の合計。
病院勤務医の週勤務時間のうち「指示のない時間」を削減した場合	「病院勤務医の勤務実態に関する研究」(平成29年度厚生労働行政推進調査事業費「病院勤務医の勤務実態に関する調査研究」研究班)の集計結果から、「診療外時間」(教育、研究、学習、研修等)における上司等からの指示(黙示的な指示を含む。)がない時間(調査票に「指示無」を記入)が4.4%であることを踏まえ、上記「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」における個票の診療外時間より削減した。

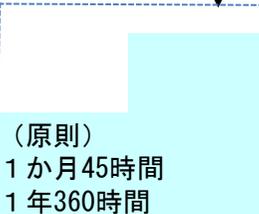
赤いグラフにおける分布の「上位10%」=年1,904時間

※1,860時間は、雇用管理の便宜上、12月で割り切れるきりのよい近似値としたもの。

# 医師の時間外労働規制について

## 一般則

- 【時間外労働の上限】
- (例外)
    - ・年720時間
    - ・複数月平均80時間 (休日労働含む)
    - ・月100時間未満 (休日労働含む)
  - 年間6か月まで



※この(原則)については医師も同様。

## 2024年4月～

年1,860時間／  
月100時間 (例外あり)  
※いずれも休日労働含む

年1,860時間／月100時間 (例外あり)  
※いずれも休日労働含む  
⇒将来に向けて縮減方向

年960時間／  
月100時間 (例外あり)  
※いずれも休日労働含む

**A : 診療従事勤務  
医に2024年度以降  
適用される水準**

**B : 地域医療確保暫定  
特例水準 (医療機関を特定)**

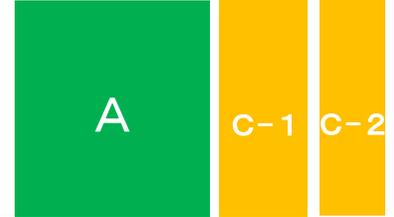
**C-1 C-2  
集中的技能向上水準  
(医療機関を特定)**

C-1 : 初期・後期研修医が、研修プログラムに沿って基礎的な技能や能力を修得する際に適用  
※本人がプログラムを選択  
C-2 : 医籍登録後の臨床従事6年目以降の者が、高度技能の育成が公益上必要な分野について、特定の医療機関で診療に従事する際に適用  
※本人の発意により計画を作成し、医療機関が審査組織に承認申請

## 将来 (暫定特例水準の解消 (=2035年度末) 後)

将来に向けて縮減方向

年960時間／  
月100時間 (例外あり)  
※いずれも休日労働含む



## 月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置 (いわゆるドクターストップ)

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (義務)

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (義務)

※初期研修医については連続勤務時間制限を強化して徹底 (代償休息不要)

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (義務)

※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的取組を講ずる。

【追加的健康確保措置】

# 医師の働き方改革の今後の進め方について(案)

○ 本年3月28日の「医師の働き方改革に関する検討会」とりまとめを受け、今後、以下のとおり検討を進める。

	医事法制における対応 (法改正事項)	時間外労働の上限規制 (労基法・省令)	タスク・シフティング関係
初夏	新検討会立ち上げ (7/5～) ※ 医療機関の労務管理調査の実施		団体ヒアリング (6/17～7/26)
夏 ～ 年末	新検討会制度素案の本格的 議論、とりまとめ ※ 医師の勤務実態についての調 査実施(9月上旬～年内)	※ 省令改正に伴う労働政 策審議会関連の対応は、 医事法制における対応 が完了した後であり、 今年度中は想定されな い。	タスクシフト検討会 ⇒ ヒアリング内容も踏ま えて立ち上げ、議論、と りまとめ
年 明 け ～	(議論の状況も踏まえ、必要に 応じ通常国会に関連法案提 出)		

# 2024年4月までの見通し(実施主体について)

