

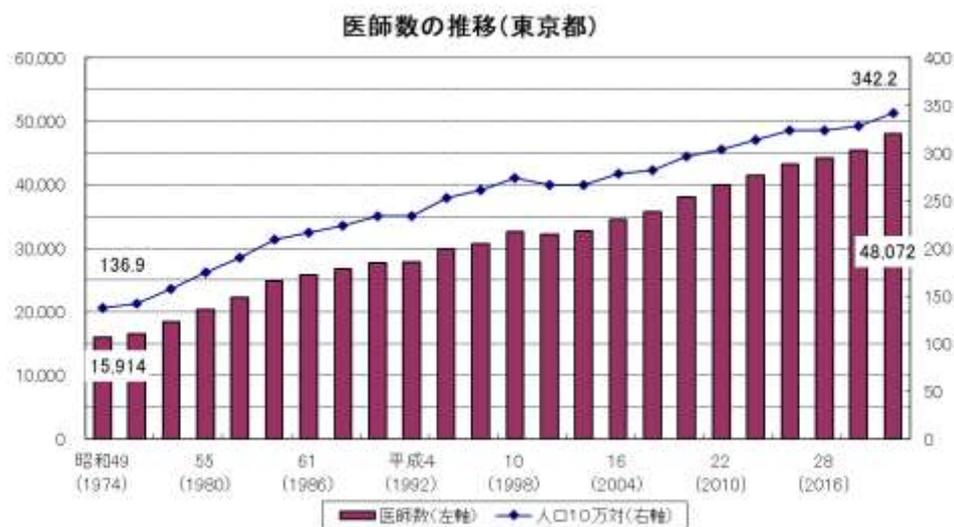
第 3 節 「保健医療を担う人材の確保と資質の向上」

現状とこれまでの取組

1 医師

<現状>

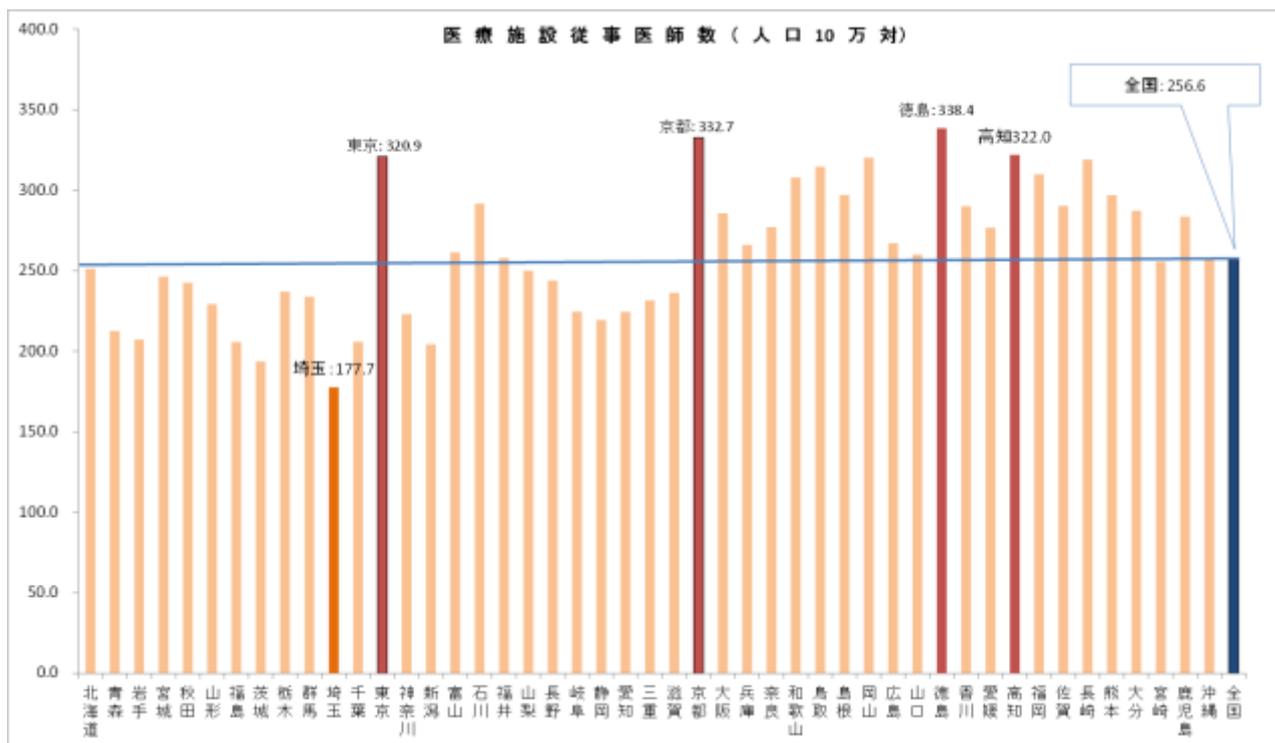
○都内医師数は、48,072 人、人口 10 万人当たり 342.2 人であり総数は増えてい
ます。



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（旧：医師・歯科医師・薬剤師調査）」

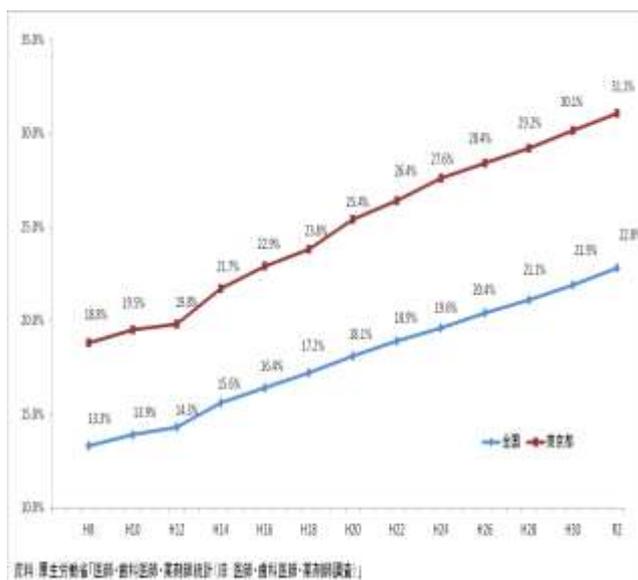
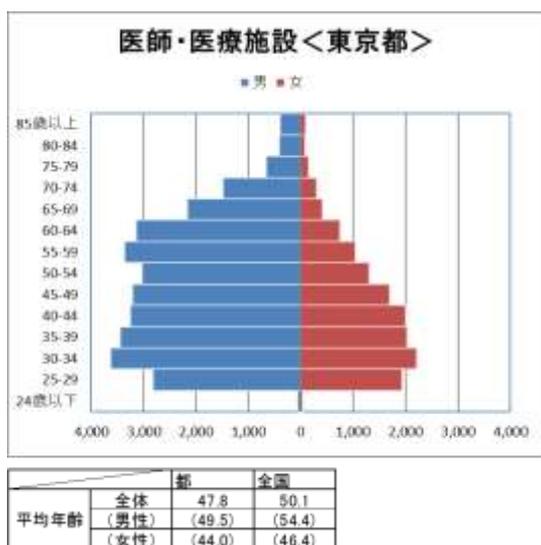
○また、都内で医療施設に従事している医師数は、45,078 人、人口 10 万人当
り 320.9 人であり、全国平均の 256.6 人を大きく上回っています。

※本案は現時点の案であり、今後修正の可能性あります。



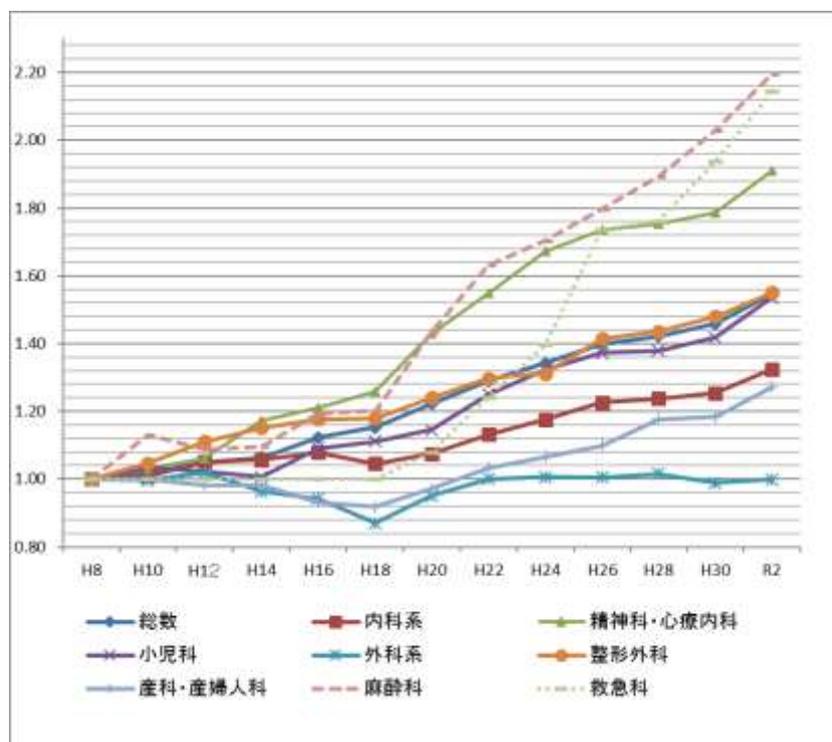
○年齢分布では、30代の医師の割合が大きく、平均年齢も全国と比較して低くなっています（全国：50.1歳、東京都：47.8歳）。

○また、女性医師の占める比率は年々高くなっており、都では31.1%と、全国の22.8%と比較しても高い割合となっています。



※本案は現時点の案であり、今後修正の可能性があります。

- 都内の医師数は、総数では増加が続いている一方、産科・産婦人科、小児科等は、全体の伸び率と比較すると依然として低い状況であり、診療科によって状況が異なります。また、保健所等で、公衆衛生、予防医学の視点に立って地域住民の健康を支える公衆衛生医師の安定的な確保についても課題となっています。



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計(旧：医師・歯科医師・薬剤師調査)」
【内科系】平成18年まで：内科、呼吸器科、消化器科(胃腸科)、循環器科、リウマチ科、神経科、神経内科。平成20年から：内科、呼吸器科、消化器内科(胃腸内科)、循環器科、リウマチ科、腎臓内科、神経内科、糖尿病内科(代謝内科)、血液内科
【外科系】平成18年まで：外科、呼吸器外科、気管食道科。平成20年から：外科、呼吸器外科、気管食道科、乳腺外科、消化器外科(胃腸外科)、肛門外科

(※上記グラフは、平成8年を1とした際の伸び率を示している。)

- 平成30年の医療法の一部改正を踏まえ、都は令和2年3月に「東京都医師確保計画」を策定しました。医師確保計画は、医師の地域偏在の解消を図ることを目的とし、全国ベースで医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価した「医師偏在指標」を用いて、地域における医師確保の方策を定めるものです。

東京都は、三次医療圏間では、全国1位の医師多数都道府県(医師偏在指標に基づき三次医療圏を順位付けした際に、上位1/3に該当する医療圏)となっていますが、二次医療圏間では、西多摩・南多摩・島しょ圏域が医師少数区域(医師偏在指標に基づき全国の二次医療圏を順位付けした際に、下位1/3に該当する区域。)となっています。

なお、産科・小児科医師偏在指標においては、相対的医師少数都道府県及び相対的医師少数区域の設定はありません。

※本案は現時点の案であり、今後修正の可能性があります。

- 令和6年4月から医師に対する時間外・休日労働の上限規制が適用され、勤務医の健康を確保するためのルール（面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバルの確保など）が導入されます。
- 医師の時間外・休日労働の上限については、原則年 960 時間（A水準）、地域の医療提供体制の確保のために暫定的に認められる水準（連携B・B水準）及び集中的に技能を向上させるために必要な水準（C水準）として、年 1,860 時間の上限時間数が設定されます。

<これまでの取組>

- 都はこれまで、東京都地域医療対策協議会において都内の医療施設に従事する医師確保策等について協議を行い、東京都地域医療支援センターを中心として、東京都の特性に合った総合的な医師確保対策を推進してきました。

（1）東京都地域医療対策協議会

- 東京都地域医療対策協議会では、都内の医療施設に従事する医師確保策等について地域の医療機関や関係団体などと協議を行っています。

（2）東京都地域医療支援センター

- 東京都の特性に合った総合的な医師確保対策を推進するため、「東京都地域医療支援センター」を設置し、医師不足の地域や診療科における医師の育成・確保に取り組んでいます。
- 東京都地域医療医師奨学金の被貸与者が医師不足の医療分野で地域医療に携わる医師として定着していけるよう、地域医療の理解を深めるための研修、就業支援、へき地医療に携わる医師のキャリア形成支援などを行っています。
- 医師確保に関する施策について、東京都へき地医療支援機構や東京都勤務環境改善支援センター等と連携して展開し、医師不足の地域や診療科における医師確保に向けて取り組んでいます。

※本案は現時点の案であり、今後修正の可能性があります。



(3) 医師の育成・確保・地域偏在是正に関する主な取組

① 東京都地域医療医師奨学金

- 医師確保が困難な、小児医療・周産期医療・救急医療・へき地医療に将来医師として従事する意思がある学生に奨学金を貸与するとともに、卒前・卒後における各種研修等の実施や、公衆衛生・法医学分野への研修も可能とする等、医師の多様なキャリア形成支援にも取り組むことにより、都内の医師確保が必要な地域や診療科等の医師の確保を図っています。

② 東京都地域医療支援ドクター

- 地域医療の支援に意欲を持ち、医師経験5年以上の即戦力となる医師を都職員として採用し、多摩・島しょ地域の医師不足が深刻な市町村公立病院等に一定期間派遣し、地域の医療体制の確保を支援しています。

③ へき地勤務医師の確保

- 東京都へき地医療対策協議会による派遣計画の策定、自治医科大学卒業医師の育成及び派遣、へき地専門医療確保事業等を実施し、へき地勤務医師の安定的な確保を図っています。

④ 公衆衛生医師の確保・育成・定着に関する取組

- 公衆衛生医師の確保については、医学部講義や医学生の保健所実習の継続的な受け入れ、公衆衛生医師の役割や魅力に関する広報の強化等、様々な取組を実施しています。

※本案は現時点の案であり、今後修正の可能性あります。

- 公衆衛生医師の育成・定着については、公衆衛生医師の専門医制度（社会医学系専門医制度「TOKYO プログラム」）の運用や定期的な意見交換、勤務条件等の処遇改善などを実施しています。テレワークを活用した多様な働き方や、産育休や学術休職制度の活用を積極的に支援しています。
- (4) 医師の働き方改革への対応、勤務環境改善に向けた取組
- 東京都医療勤務環境改善支援センターにおける相談支援や、医療機関が実施する、チーム医療推進の取組、医師の労働時間短縮のための体制整備の取組等への支援を行うことにより、医療機関の勤務環境改善を促進し、医師の働き方改革の取組を支援しています。
 - 地域医療体制の確保のため時間外・休日労働が年間 960 時間を超えることがやむを得ない医師が勤務している医療機関を特定労務管理対象機関、いわゆる特例水準の対象となる医療機関として指定しています。

※本案は現時点の案であり、今後修正の可能性があります。

課題と取組の方向性

<課題 1> 医師確保計画に基づく医師確保対策

- 令和5年度に新たに国から示された医師偏在指標においても、医師全体の偏在指標においては、東京都は医師多数都道府県（全国1位）、二次医療圏単位では、西多摩・南多摩・島しょ圏域が医師少数区域（全国の二次医療圏を上から順位付けした際に、下位1/3に該当。）であり、引き続き、当該三圏域における医師の地域偏在の是正が課題となっています。
- また、産科・小児科における医師偏在指標においても、東京都は相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域の設定はありませんが、周産期・小児医療を取り巻く状況に鑑み、引き続き、産科・小児科医師を安定的に確保していくことが必要となっています。

●医師全体の医師偏在指標

| 都道府県名 (圏域名) | 医師偏在指標 (再計算値) | 順位(※) | 設定区分 | A：標準化医師数 (2022年) (人) | B：下位1/3に達するための 目標医師数(2026年) (人) | B - A |
|----------------|------------------|-------|----------|-------------------------|------------------------------------|--------|
| 東京都 | 353.9 | 1 | 医師多数都道府県 | 44,801 | 28,381 | 16,420 |
| 区中央部 | 789.8 | 1 | 医師多数区域 | 10,716 | 2,470 | 8,246 |
| 区西部 | 569.1 | 2 | 医師多数区域 | 6,174 | 1,940 | 4,234 |
| 区西南部 | 413.7 | 3 | 医師多数区域 | 4,808 | 2,121 | 2,687 |
| 区南部 | 380.4 | 8 | 医師多数区域 | 3,308 | 1,516 | 1,792 |
| 北多摩南部 | 312.5 | 32 | 医師多数区域 | 3,278 | 1,850 | 1,428 |
| 区東部 | 307.6 | 35 | 医師多数区域 | 3,053 | 1,657 | 1,396 |
| 区西北部 | 295.8 | 42 | 医師多数区域 | 5,047 | 3,125 | 1,922 |
| 北多摩西部 | 254.4 | 70 | 医師多数区域 | 1,326 | 890 | 436 |
| 区東北部 | 216.4 | 116 | | 2,402 | 1,806 | 596 |
| 北多摩北部 | 196.4 | 176 | | 1,418 | 1,247 | 171 |
| 南多摩 | 164.6 | 257 | 医師少数区域 | 2,568 | 2,821 | △ 253 |
| 西多摩 | 138.1 | 317 | 医師少数区域 | 675 | 864 | △ 189 |
| 島しょ | 131.6 | 324 | 医師少数区域 | 29 | 34 | △ 5 |

(※) 二次医療圏は全部で335圏域

●産科における医師偏在指標

| 都道府県名 (周産期医療 圏域名) | 分娩取扱医師 偏在指標 (再計算値) | 順位(※1) | 設定区分 | A：標準化分娩取扱医師数 (2022年) (人) | B：産科偏在対策 基準医師数(2026年) (※2) | B - A |
|-------------------------|--------------------------|--------|------|-----------------------------|-------------------------------|-------|
| 東京都 | 14.3 | 3 | | 1,328 | 781.7 | 546 |
| 島しょ | 89.9 | 1 | | 2 | 0.1 | 2 |
| 区中央部 | 32.6 | 5 | | 357 | 78.0 | 279 |
| 区西部 | 19.1 | 14 | | 173 | 59.0 | 114 |
| 区南部 | 18.0 | 16 | | 99 | 38.2 | 61 |
| 区西北部 | 11.4 | 84 | | 133 | 81.6 | 51 |
| 区西南部 | 11.3 | 85 | | 122 | 68.6 | 53 |
| 多摩 | 10.3 | 103 | | 284 | 181.4 | 103 |
| 区東部 | 9.7 | 118 | | 98 | 70.7 | 27 |
| 区東北部 | 8.0 | 174 | | 59 | 49.0 | 10 |

(※1) 周産期医療圏は全部で278圏域

(※2) 産科偏在対策基準医師数：相対的医師少数区域の基準値（下位1/3）に達することとなる医師数

※本案は現時点の案であり、今後修正の可能性があります。

●小児科における医師偏在指標

| 都道府県名 (小児医療 圏域名) | 小児科医師 偏在指標 (再計算値) | 順位(※1) | 設定区分 | A：標準化小児科医師数 (2022年) (人) | B：小児科偏在対策 基準医師数(2026年)(※2) | B - A |
|------------------------|-------------------------|--------|------|----------------------------|-------------------------------|-------|
| 東京都 | 150.4 | 3 | | 2,533 | 1697.6 | 835 |
| 区西南 | 181.5 | 7 | | 847 | 388.1 | 459 |
| 区東 | 177.7 | 10 | | 598 | 298.8 | 299 |
| 多摩 | 127.3 | 76 | | 663 | 434.9 | 228 |
| 区北 | 116.8 | 110 | | 424 | 318.7 | 105 |
| 島しょ | 113.3 | 122 | | 2 | 1.4 | 1 |

(※1) 小児医療圏は全部で307圏域

(※2) 小児科偏在対策基準医師数：相対的医師少数区域の基準値(下位1/3)に達することとなる医師数

(取組1-1) 総合的な医師確保対策の推進

- 東京都の特性に合った総合的な医師確保対策を推進するため、東京都地域医療対策協議会において地域の医療機関や関係団体等と協議を行い、東京都地域医療支援センターが中心となって、医師不足の地域や診療科における医師の確保・育成に取り組んでいきます。

(取組1-2) 医師偏在の解消に向けた取組の実施

- 東京都地域医療医師奨学金：奨学金医師の活用により、都内の医師確保が必要な地域や診療科等の医師確保を行います。また、奨学金医師の義務年限終了も見据え、大学と密に連携し、より一層卒前教育・卒後サポートに取り組んでいきます。
- 東京都地域医療支援ドクター事業：多摩・島しょ地域の医師不足が深刻な市町村公立病院等に医師を一定期間派遣し、地域の医療提供体制の確保を支援します。
- へき地勤務医師の確保：東京都へき地医療対策協議会による派遣計画の策定、自治医科大学卒業医師の育成及び派遣、へき地専門医療確保事業等を実施し、へき地勤務医師の安定的な確保を図ります。
- 自治医科大学：東京都枠で入学した学生(2~3人/年)に対し、在学中から東京都のへき地医療の理解を深める研修を実施する等、へき地勤務を行う総合医の養成を行い、卒業後は東京都のへき地医療機関に派遣します。

<課題2> 地域の実情に応じた医師の育成・確保

- 東京都は医師多数都道府県とされており、都外から医師を確保することや、新たに医師確保対策を立案することが抑制されています。また、初期臨床研修医募集定員上限の削減や、特定の診療科における専攻医採用数のシーリングが設定される等、依然として医師確保において厳しい状況に置かれています。
- 都内人口の増加や高齢化の進展等による医療需要の変化が今後予想されており、医師の働き方改革も踏まえた上で、東京の実情に応じた医師の育成・確保を行っていく必要があります。

(取組2) 地域の実情に応じた医師の育成・確保に関する取組

特に医師の確保が困難な診療科(救急・小児・周産期(産科・産婦人科)の医師を中心に確実に育成・確保していくことや、公衆衛生医師の安定的な確保や育成等、都の実情に応じた取組を進めていきます。

○ 東京都地域医療医師奨学金《再掲》:

奨学金医師の活用により、都内の医師確保が必要な地域や診療科等の医師確保を行います。また、奨学金医師の義務年限終了後も見据え、大学と密に連携し、より一層卒前教育・卒後サポートに取り組んでいきます。

○ 臨床研修医・専攻医の育成:

国や医療機関と相互に連携を図りながら協力して医師を育成していきます。臨床研修制度及び専門医制度の適切な運用が図られるよう国等へ要望します。東京医師アカデミーにおいて高い専門性を有する医師を育成していきます。

○ 総合診療体制の強化:

都立病院の臨床現場を活用して、都独自の総合診療医の育成プログラムを作成し、人材育成を行うとともに、育成した人材を地域に輩出し、都における総合診療体制を充実・強化していきます。

○ 公衆衛生医師の安定的な確保・育成:

都における公衆衛生医師の役割のPRを積極的に行い、より一層の確保につなげていくため、医学生が公衆衛生医師の業務を理解する機会の提供や、様々な媒体を活用した多面的な広報やオンラインも含む採用活動などの取組を行っていきます。

健康危機にも十分対応可能な公衆衛生医師の育成を図るとともに、社会医学系専門医制度「TOKYOプログラム」の円滑な運用や多様な働き方改革のより一層の支援など、指導・サポート体制の充実を進め、勤務しやすい体制を整備していきます。

○ 東京都感染症医療支援ドクター事業《再掲》:

感染症医療・疫学の専門家を目指す医師を都の常勤医師として採用、感染症指定医療機関や保健所等の行政機関において専門研修等を実施し、育成していきます。

※本案は現時点の案であり、今後修正の可能性あります。

<課題3> 医師の働き方改革への対応、勤務環境改善

- すべての医療機関において、兼業・副業先を含めた医師の労働時間の把握を行い、健康確保と労働時間の短縮に計画的に取り組む必要があります。
- 特定労務管理対象医療機関においては、医師労働時間短縮計画に基づき、段階的に労働時間の短縮を図ることが求められます。
- 医師の働き方改革を踏まえ、子育て等の様々な事情を抱える医師が就業を継続し、又は、一度離職しても復職しやすい環境を整備することも必要です。

(取組3) 医師の働き方改革への対応、勤務環境改善に向けた取組

- 医療機関の働き方改革に関する取組状況を把握するとともに、医師の労働時間短縮や、働きやすい職場環境に向けた医療機関の取組を支援するため、東京都医療勤務環境改善支援センターにおいて、労務管理・医業経営アドバイザーによる相談対応や助言などを行っていきます。
- タスク・シフト/シェア等によるチーム医療を推進し、医師の負担軽減、離職防止、復職、定着を図る勤務環境の整備に向けた医療機関の取組を支援していきます。

評価指標

| 取組 | 指標名 | 現状 | 目標値 |
|----------------|---|-------------------------------------|------------------------|
| 取組1-1 取組1-2 | 医師少数区域（西多摩・南多摩・島しょ）における医師偏在指標 | 西多摩 138.1 南多摩 164.6 島しょ 131.6 | 上げる (参考：179.4以上(※)) |
| 取組1-1 取組1-2 | へき地町村が必要とする医師充足率（へき地町村の医師派遣要請に対する充足率）《再掲》 | 100% | 100% |
| 取組2 | 東京都地域枠医師の離脱率 | 2.0% | 下げる |

(※) 現在国から示されている医師偏在指標において、医師少数区域以外の区域の医師偏在指標は179.4以上となっている。

コラム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 」

- 医師の偏在は、地域間、診療科間のそれぞれにおいて、長きにわたり課題として認識されながら、現時点においても解消が図られていません。平成 20 年度以降、地域枠を中心とした全国的な医師数の増加等が行われてきましたが、医師偏在対策が十分図られなければ、地域や診療科といったミクロの領域での医師不足の解消にはつながりません。
- このため、医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会において、早急に対応する必要がある実効的な医師偏在対策について、法改正が必要な事項も含め検討が行われ、平成 30 年には医療法が改正されました。
- 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、令和元年度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、令和 2 年度から当該計画に基づく取組が行われています。
- 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、令和 18 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、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ることが求められています。

（出典：厚生労働省「医師確保計画策定ガイドライン～第 8 次（前期）～」(令和 5 年 3 月)）

コラム② 「 医師偏在指標、医師少数区域及び医師多数区域の設定 」

○ 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ましたが、これは地域ごとの医療ニーズの人口構成などを反映しておらず、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ませんでした。

○ 国は、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」を算定しました。

「5要素」とは

① 医療需要（ニーズ）及び人口・人口構成とその変化

地域ごとの医療ニーズを、地域ごとの人口構成の違いを踏まえ、性・年齢階級別の受療率を用いて調整する。

② 患者の流出入等

外来医療について、現実の受療行動に関するデータを参考の上で、患者の流出入を反映することを基本とする。

入院医療については、地域医療構想における推計方法を参考に、患者住所地を元に医療需要を算出し、流出入についての実態も情報提供した上で、都道府県間等の調整を行うことで、患者の流出入を反映することを基本とする。

③ へき地等の地理的条件

医師確保対策は、二次医療圏ごとに設定した区域を基本としつつも、地域の医療ニーズに応じたきめ細かい対応を図るため、二次医療圏よりも小さい区域での柔軟な対応を可能とする「医師少数スポット」を定めることが可能。

④ 医師の性別・年齢分布

年齢や性別によって医師の平均労働時間が異なるため、地域ごとの性・年齢階級別医師数を、性・年齢階級別の平均労働時間によって重み付けを行う。

⑤ 医師偏在の種別（区域、入院／外来、診療科）

i) 区域

都道府県（三次医療圏）ごと及び二次医療圏ごとにそれぞれ算出する。

ii) 入院／外来

外来医療の多くを担う診療所には地域偏在があるため、外来医療機能については医師偏在指標と分離して指標を設け、「外来医療計画」で検討する。

iii) 診療科

診療科別の医師偏在については、診療科と疾病・診療行為との対応を整理する必要があり、検討のための時間を要する。

しかしながら周産期医療、小児医療は医療計画、医療の確保を図るべきものと位置づけられており、一方で産科・産婦人科、小児科の医師数は医師全体に比べ増加割合が少なく、労働時間も長時間となる傾向にあることから、診療科別医師偏在指標を示し、地域偏在是正に向けた対応等を行うこととする。

「医師偏在指標」は上記5要素を考慮し、以下の計算式となる。

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数 (※1)}}{\frac{\text{地域の人口}}{10万}} \times \text{地域の標準化受療率比 (※2)}$$

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

$$\text{(※2) 地域の標準化受療率比} = \frac{\text{地域の期待受療率 (※3)}}{\text{全国の期待受療率}}$$

$$\text{(※3) 地域の期待受療率} = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別調整受療率 (※4)} \times \text{地域の性年齢別人口})}{\text{地域の人口}}$$

$$\begin{aligned} \text{(※4) 性年齢階級別調整受療率} \\ = & \text{無床診療所医療医師需要度 (※5)} \times \text{全国の無床診療所受療率} \\ & \times \text{無床診療所患者流出入調整係数 (※6)} \\ & - \text{全国の入院受療率} \times \text{入院患者流出入調整係数 (※7)} \end{aligned}$$

$$\text{(※5) 無床診療所医療医師需要度} = \frac{\frac{\text{マクロ需要推計における外来医師需要}}{\text{全国の無床診療所外来患者数 (※8)}}}{\frac{\text{マクロ需給推計における入院医師需要}}{\text{全国の入院患者数}}}$$

$$\text{(※6) 無床診療所患者流出入調整係数} = \frac{\text{無床診療所患者数 (患者住所地)} + \text{無床診療所患者流入数} - \text{無床診療所患者流出数}}{\text{無床診療所患者数 (患者住所地)}}$$

※本案は現時点の案であり、今後修正の可能性があります。

(※7) 入院患者流出調整係数

$$= \frac{\text{入院患者数 (患者住所地)} + \text{入院患者流入数} - \text{入院患者流出数}}{\text{入院患者数 (患者住所地)}}$$

(※8) 全国の無床診療所外来患者数

=全国の外来患者数

$$\times \frac{\text{初診・再診・在宅医療算定回数 [無床診療所]}}{\text{初診・再診・在宅医療算定回数 [有床診療所・無床診療所]}}$$

※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（産科における医師偏在指標においては周産期医療圏、小児科における医師偏在指標においては小児医療圏）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人として算定することとされている。

○ 医師少数区域（医師少数都道府県）の設定

医師偏在指標の下位一定割合に属する医療圏とし、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、下位3分の1程度を医師少数区域（医師少数都道府県）とする必要があると導出され、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基準とする。

○ 医師多数区域（医師多数都道府県）の設定

医師確保対策の遂行上の需給バランスの観点から、医師偏在指標の上位33.3%を医師多数区域及び医師多数都道府県の設定基準とする。

（出典：厚生労働省「医師確保計画策定ガイドライン～第8次（前期）～」(令和5年3月)）

コラム③ 「産科・小児科における医師偏在指標、 相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域の設定」

- 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こととなっています。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、実態としては医師が多施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ります。
- また、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とされています。

「産科における医師偏在指標」

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

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

- ※ 医療需要については、「里帰り出産」等の妊婦の流出入の実態を踏まえた「医療施設調査」における「分娩数」を用います。
- ※ 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）を用います。また、今回の第8次（前期）医師確保計画から算定方法を変更したことから、指標の名称が「産科医師偏在指標」から「分娩取扱医師偏在指標」に変更されています。
- ※ 医師の性別・年齢別分布については、医師全体の性・年齢階級別労働時間を用いて調整することとします。
- ※ 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します。

「小児科における医師偏在指標」

$$\text{小児科医師偏在指標} = \frac{\text{標準化小児科医師数 (※1)}}{\text{地域の年少人口 (10万人)} \times \text{地域の標準化受療率比 (※2)}}$$

$$\text{(※1) 標準化小児科医師数} = \sum \text{性・年齢階級別医師数} \times \text{性年齢階級別労働時間比}$$

$$\text{(※2) 地域の標準化受療率比} = \frac{\text{地域の期待受療率 (※3)}}{\text{全国の期待受療率}}$$

$$\text{(※3) 地域の期待受療率} = \frac{\text{地域の入院医療需要} + \text{地域の無床診療所医療需要}}{\text{地域の年少人口 (10万人)}}$$

- ※ 医療需要については、15歳未満の人口を「年少人口」と定義し、医療圏ごとの小児の人口構成の違いを踏まえ、性・年齢階級別受療率を用いて年少人口を調整したものを用います。
- ※ 患者の流出入については、既存の調査の結果により把握可能な小児患者の流出入の実態を踏まえ、都道府県間調整を行います。
- ※ 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」を用います。
- ※ 医師の性別・年齢別分布については、医師全体の性・年齢階級別労働時間を用いて調整します。
- ※ 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こととします。

「相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域の設定」

- 産科・小児科については 都道府県ごと及び 周産期医療圏又は小児医療圏ごとの医師偏在指標の値を全国で比較し、医師偏在指標が下位一定割合に該当する医療圏を相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域と設定することとし、相対的な医師の多寡を表す分類であることを理解しやすくするため、呼称を「相対的医師少数都道府県」及び「相対的医師少数区域」とすることとされています。

- また、産科医師又は小児科医師が相対的に少なくない医療圏等においても、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に加え、これまでに医療圏を越えた地域間の連携が進められてきた状況に鑑み、仮に産科医師又は小児科医師が多いと認められる医療圏を設定すると当該医療圏は産科医師又は小児科医師の追加的な確保ができない医療圏であるとの誤解を招くおそれがあるため、産科・小児科においては医師多数都道府県や医師多数区域は設けないこととされています。
- 相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域を設定するための基準（下位一定割合）は、医師全体の医師偏在指標を参考に、下位 33.3%とすることとされています。
- なお、相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域については、画一的に医師の確保を図るべき医療圏と考えるのではなく、当該医療圏内において産科医師又は小児科医師が少ないことを踏まえ、周産期医療又は小児医療の提供体制の整備について特に配慮が必要な医療圏として考えるものとされています。

（出典：厚生労働省「医師確保計画策定ガイドライン～第8次（前期）～」(令和5年3月)）

コラム④ 「 医師の働き方改革とは 」

- 平成 31 年 4 月 1 日に施行された「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律」により、時間外労働の上限規制や労働時間の把握、勤務間インターバル制度が適用されています。医師については、医師法に基づく応召義務などの勤務の特殊性を踏まえた対応が必要であることから、法施行 5 年後に適用されることとなりました。
- この間、医師の働き方改革に関する検討会（全 22 回）、医師の働き方改革の推進に関する検討会（これまでに 17 回）の検討が行われました。令和 3 年 5 月に「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」が成立し、長時間労働の医師の労働時間短縮及び健康確保のための措置の整備等が規定され、令和 6 年 4 月から勤務医の時間外・休日労働の上規制が適用されることとなります。
- 令和 6 年 4 月以降、時間外・休日労働が年間 960 時間を超えることがやむを得ない医師が勤務している医療機関は、開設者の申請により、「特定労務管理対象機関」として都道府県知事の指定を受ける必要があります。

| 医療機関に適用する水準 | | 長時間労働が必要な理由 | 年の上限時間 |
|-------------|-------|---|---------------------------|
| A水準 | | 原則（一般労働者と同程度） | 960時間 |
| 特例水準 | B水準 | 地域医療の確保のため | 1,860時間 |
| | 連携B水準 | 地域医療の確保のため、他院に派遣する医師の労働時間を通算すると長時間労働となるため | 通算で1,860時間 (各院では960時間) |
| | C-1水準 | 臨床研修・専門研修医の研修のため | 1,860時間 |
| | C-2水準 | 長時間修練が必要な技能の習得のため | 1,860時間 |

医療機関

- ・勤務する医師が長時間労働となる医療機関は、医師労働時間短縮計画を作成
- ・健康確保措置（面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等）の実施等

都道府県

- ・地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関（特定労務管理対象機関）を知事が指定
- ・指定にあたっては、あらかじめ、都道府県医療審議会の意見を聴取