

課題と取組の方向性

1 医師

<課題 1> 医師確保計画に基づく医師確保対策

- 国から示された医師偏在指標における医師全体の偏在指標については、東京都は全国1位の医師多数都道府県となっていますが、二次保健医療圏単位では、西多摩・南多摩・島しょの三圏域が医師少数区域であり、引き続き、二次保健医療圏間の偏在是正が課題となっています。

医師全体における医師偏在指標と目標医師数⁸

圏域名	医師偏在指標	目標医師数 (2026年) (人)
東京都	353.9	28,381
区中央部	789.8	2,470
区南部	380.4	1,516
区西南部	413.7	2,121
区西部	569.1	1,940
区西北部	295.8	3,125
区東北部	216.4	1,806
区東部	307.6	1,657
西多摩	138.1	864
南多摩	164.6	2,821
北多摩西部	254.4	890
北多摩南部	312.5	1,850
北多摩北部	196.4	1,247
島しょ	131.6	34

- 産科における分娩取扱医師偏在指標については、全国平均の 10.5 に対し、東京都は 14.3 であり、都道府県では一番高い数値となっていますが、区東北部 8.0、区東部 9.7、多摩 10.3 と全国平均より低い区域もあります。
- 小児科における医師偏在指標については、全国平均 115.1 に対し、東京都は 150.4 であり、都道府県の中では鳥取県、京都府に次いで3番目に高い数値となっています。

⁸ 目標医師数：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下位1/3（33.3%）の基準を脱する（すなわち、その基準に達する）ために要する具体的な医師の数。医師少数区域及び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されています。

- 都内の小児医療圏では、島しょ圏域を除き、全国平均値を上回る指標となっています。

都道府県単位の分娩取扱医師偏在指標（上位10位）

順位	都道府県名	分娩取扱医師 偏在指標
	全国	10.5
1	東京都	14.3
2	京都府	13.9
3	鳥取県	13.5
4	秋田県	12.8
5	福井県	12.7
6	奈良県	12.5
7	徳島県	12.4
8	山梨県	12.2
9	大阪府	11.8
10	沖縄県	11.6

周産期医療圏単位の分娩取扱医師偏在指標

順位	圏域名	分娩取扱医師 偏在指標
1	島しょ	89.9
5	区中央部	32.6
13	区西部	19.1
15	区南部	18.0
80	区西北部	11.4
81	区西南部	11.3
97	多摩	10.3
112	区東部	9.7
167	区東北部	8.0

※周産期医療圏の数は全国で258圏域

都道府県単位の小児科医師偏在指標（上位10位）

順位	都道府県名	小児科医師 偏在指標
	全国	115.1
1	鳥取県	171.0
2	京都府	152.7
3	東京都	150.4
4	高知県	134.4
5	和歌山県	130.4
6	長崎県	128.5
7	秋田県	127.9
8	徳島県	127.7
9	山梨県	127.3
10	富山県	125.9

小児医療圏単位の小児科医師偏在指標

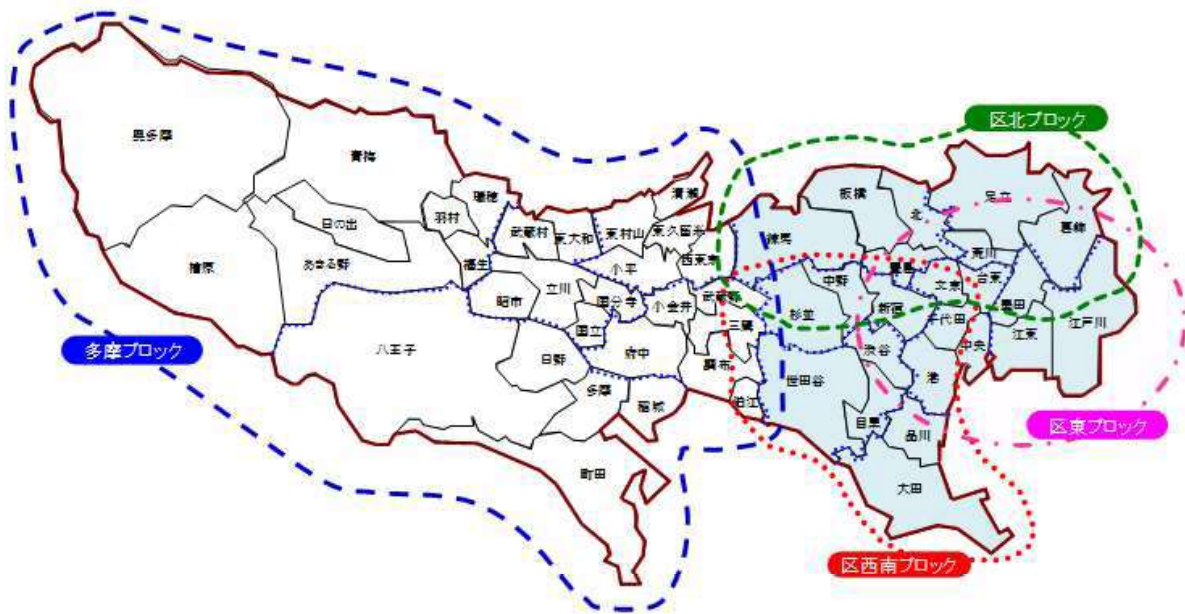
順位	圏域名	小児科医師 偏在指標
7	区西南	181.5
10	区東	177.7
77	多摩	127.3
110	区北	116.8
122	島しょ	113.3

※小児医療圏の数は全国で303圏域

周産期医療圏(島しょを除く)



小児医療圏(島しょを除く)



- 東京都は相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域⁹の設定はありませんが、周産期・小児医療については、政策医療の観点等から、引き続き、産科医師（分娩取扱医師）・小児科医師を安定的に確保していくことが必要です。

（取組 1－1）総合的な医師確保対策の推進

- 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

- 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により、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。
- 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。

<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、初期臨床研修医の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に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。
- また、周産期・小児医療においては、出生数が減少する一方で、ハイリスク妊産婦やNICUに入院する児は増加している状況であり、救急医療においては、新型コロナの感染拡大の影響等により、東京ルール事案に該当する救急搬送患者の発生割合は、増加傾向が続いている等、医療分野ごとに課題があります。

⁹ 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 1 / 3（33.3%）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」と設定することとされています。

なお、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等の理由から、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。

- 高齢化に伴う医療需要の増大や、医療技術の高度化・専門化、医師の働き方改革による影響も踏まえた上で、今後も都民の医療ニーズに添えていくため、東京の実情に添じた医師の育成や資質の向上を図り、真に必要な医師の確保を目指していきます。

(取組2) 地域の実情に添じた医師の育成・確保に関する取組

- 国や大学、医療機関、関係団体と連携し、出産・育児等のライフイベントにも配慮しながら、東京の実情に添じた医師の育成や資質の向上に向けた取組をより一層進めていきます。
- 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。《再掲》
- 国や医療機関と相互に連携を図りながら、協力して臨床研修医・専攻医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提案要求します。
- 自治医科大学に対して運営経費等の一部を負担する等、へき地勤務を行う総合医を養成していきます。
- 東京医師アカデミー¹⁰において、地域の医療機関と連携して高い専門性と総合診療能力を有する医師を育成し、地域の医師確保に貢献していきます。
- 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・育成について、都における公衆衛生医師の役割を積極的にPRし、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。

¹⁰ 東京医師アカデミーの取組：都立病院において、専門研修カリキュラムの整備や豊富な臨床例の活用、複数の都立病院の連携による研修等の多角的な取組により、総合診療能力を有する専門医の育成を推進しています。

- また、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「T O K Y Oプログラム」の円滑な運用や多様な働き方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により、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し、感染症指定医療機関や保健所等の行政機関における専門研修等を通じ、都の感染症対策を支える医師を育成していきます。
 <<再掲>>

<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。
- 医師の健康確保と地域医療提供体制の安定的な確保を図るためには、都民の理解と協力を得ることも重要です。
- また、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

- 地域医療提供体制への影響や、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、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により、医師の労働時間短縮やハラスメント対策等、働きやすい職場環境に向けた医療機関のニーズに応じた様々な取組を支援していきます。
- 働きやすく働きがいのある職場づくりに向けて、タスク・シフト/シェア等によるチーム医療の推進やデジタル技術の活用等により、医師を始めとする医療従事者の負担軽減を図るとともに、復職や離職防止、定着促進につながる勤務環境の改善に取り組む医療機関を支援していきます。
- 都民の理解に基づく上手な医療のかかり方の促進のため、国が実施する医師の働き方改革への理解と協力に関する啓発活動の周知・広報を行います。

2 歯科医師

- 口腔内細菌が糖尿病や虚血性心疾患の悪化に関与するなど、歯科疾患と全身疾患との関係が指摘されており、医師や看護師など多職種との連携を強化していく必要があります。
- また、在宅歯科医療や障害者歯科医療に取り組む歯科医師の更なる確保が必要です。

(取組)

- 周術期の口腔機能管理が口腔内合併症を予防することや、糖尿病や心疾患等の全身の健康と歯周病が深い関わりがあることなどを踏まえ、医科歯科連携の推進に取り組んでいきます。
- 障害者が身近な地域で歯と口腔の健康づくりの支援を受けられるよう、人材育成を実施していきます。
- 在宅療養患者の口腔ケアや摂食嚥下^{えんげ}機能支援などについての研修会を引き続き実施し、在宅歯科医療に取り組む歯科医師を確保していきます。

3 薬剤師

(1) 地域の実情に応じた薬剤師確保対策

- 国が定めた薬剤師偏在指標によると、東京都全体は全国一位の薬剤師多数都道府県となっていますが、次の二次保健医療圏は薬剤師少数区域となっています。
病院薬剤師の少数区域：区東北部圏域、南多摩圏域、西多摩圏域、島しょ圏域
薬局薬剤師の少数区域：島しょ圏域
- 薬剤師の従事先には業態及び地域の偏在があり、一部地域では、病院薬剤師が不足しており、特に中小病院・療養型施設にその傾向がみられることから、そうした施設の薬剤師確保の取組を支援していく必要があります。
- 島しょ圏域は、病院薬剤師・薬局薬剤師ともに少数区域となっており、地域のニーズに応じた薬剤師確保の取組を支援していく必要があります。

(取組)

- 病院薬剤師の魅力を発信する就職相談セミナーを開催するなど、関係団体等と連携し、中小病院・療養型施設や薬剤師少数区域に所在する病院における薬剤師確保を支援します。
- 島しょ圏域における薬剤師の確保に向け、島しょ圏域の町村及び関係団体と連携して採用活動の支援に取り組みます。

(2) 薬剤師の育成

- 高齢者人口の増加に伴い、慢性疾患を有する患者や複数の医療機関を受診し、多種類の薬剤を継続的に服用する患者が増加することが見込まれることから、そうした患者の健康状態の把握や服薬管理について、適切な対応が求められています。
- また、在宅療養の需要は今後とも増加することが見込まれ、地域包括ケアシステムの中で薬局と薬剤師がその専門性を生かし、医師、看護師等の他職種と連携して在宅療養患者を支援していく必要があります。

(取組)

- 患者の服薬情報を一元的・継続的に把握し、服薬状況の確認、薬剤の管理や服薬方法の指導を行うなどの服薬管理を行い、患者を支援するとともに、服薬等に関する説明と患者からの相談への対応を丁寧に行う、患者から信頼されるかかりつけ薬剤師の育成を進めます。
- 在宅療養患者に対する調剤・訪問指導や医療機関と連携した入退院支援等を行うための知識や技能等を身に付け、地域の薬剤師間や多職種間、医療機関との間で連携して患者を支えられるかかりつけ薬剤師を育成します。

4 看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）

養成・定着・再就業対策等を着実に実施することにより、看護人材の効果的・安定的な確保等のための施策を推進するとともに、看護職員の資質及び専門性の向上に取り組んでいきます。

<課題1> 養成対策

- 少子化の進展による若年人口の減少により、今後の養成数の大幅な拡大は困難です。養成した看護職員の都内への就業を促進する必要があります。
- 今後需要の増大が見込まれる在宅分野での看護職員を確保する必要があります。

(取組1) 看護需要に対応した養成の促進

- 看護職を目指す人材を確実に確保するため、中高生等への働きかけや多様な人材の確保に向けた取組を推進していきます。
- 都立看護専門学校の運営や修学資金貸与などの取組により、看護師等学校養成所卒業者の都内への新規就業を促進していきます。
- 在宅医療需要の増大に対応するため、看護職員の在宅分野への就業を促進していきます。

<課題2> 定着対策

- 結婚、妊娠・出産、子育て、介護などライフステージに応じて働き続けられる環境の整備が必要です。
- 少子高齢化の進展により現役世代が減少していく中で、定年を迎える看護職員の就業を促進していくことが重要です。
- また、医療技術の高度化や専門化等に対応できる看護職員の育成が必要です。特定行為研修修了者など専門性の高い看護職員については、高度な知識・技術の発揮のほか、タスク・シフト/シェアによるチーム医療推進の効果も期待されています。

(取組2-1) ライフステージに応じた支援策の充実

- ライフステージに応じて看護職員が働き続けられるよう、多様なニーズに対応した働き方を支援するとともに、勤務環境改善の促進を図ります。
- 新人期・中堅期・ベテラン期など、経験に応じたサポート体制の充実を図ります。
- 定年を迎える看護職員が退職後もキャリアを継続できるよう、定年退職前からその後のライフプランを支援します。

(取組2-2) 看護職員の資質・専門性の向上

- 各専門分野や課題等に対応した研修の充実等を図り、スキルアップ・キャリアアップを望む看護職員を支援します。また、特定行為研修修了者その他専門性の高い看護職員の養成等を支援します。

<課題3>再就業対策

- 再就業する際に希望する雇用形態は、非常勤や短時間勤務が過半数を占めるなど、多様な就業機会の確保が求められています。また、定年退職後も働く意欲のある看護職員の就業を促進していくことが重要です。
- 復職が進まない要因に看護の知識や技術への不安などがあるため、不安を軽減させるための取組が必要です。

(取組3) 復職しやすい環境の整備

- 多様なニーズに応じた就業を支援することにより、離職した看護職員の復職を促進していきます。
- 潜在看護職の再就業への不安を軽減するため、復職に向けた研修や実技体験、就職相談会などを実施していきます。
- 定年を迎える看護職員が退職後もキャリアを継続できるよう、定年退職前からその後のライフプランを支援します。(再掲)

<課題4>訪問看護を担う人材

- 医療的ケアが必要な要介護高齢者等の増加等、訪問看護へのニーズは、今後も、増加が見込まれています。
- 訪問看護ステーションは、小規模事業所が多く、訪問看護師の教育体制の充実や、勤務環境向上を図ること等に対して、小規模事業所では限界があります。

(取組4) 訪問看護師の人材確保等に向けた支援

- 訪問看護サービスの安定的供給のため、訪問看護師の人材確保・定着・育成のための取組や訪問看護ステーションの運営・多機能化等のための支援を実施していきます。
- また、訪問看護ステーションの管理者等に対して、ステーション運営の基礎実務や経営の安定化、人材育成体制の整備等についての研修を実施していきます。

5 保健医療従事者（医師、歯科医師、薬剤師、看護職員を除く。）

(1) リハビリテーション従事者

- 理学療法士等の養成施設の定員増加に伴い、国家資格取得者が増加傾向にあります。このため、理学療法士等の資質向上が必要となっています。
- 在宅療養の需要が増えることが見込まれていることから、訪問リハビリテー

ションや通所リハビリテーションを担う人材の育成が必要です。

(取組)

- 地域リハビリテーション支援センターにおいて研修等を実施し、理学療法士等の技術の向上支援を行っていきます。
- 訪問看護ステーションに従事する理学療法士等に対する知識や技術の向上と介護支援専門員などの他職種の理解と連携に関する研修を実施していきます。

(2) 歯科衛生士

- 適切な歯の健康づくりや口腔ケアが行えるよう、引き続き、資質の向上や、人材確保のため再就業等への支援を行っていく必要があります。

(取組)

- 業務を行う上で必要となる歯科予防措置に関する知識や、再就業に向けた知識や技術等に関する講習会などを行っていきます。

(3) 介護人材

① 介護職員

- 令和22年(2040年)に向け、介護ニーズはますます増加していくことが見込まれており、これまで以上に介護人材の確保・定着・育成の取組を進めていく必要があります。

(取組)

- 介護の仕事の魅力を発信していくとともに、資格取得支援や職場体験、宿舍借り上げ支援、デジタル機器や次世代介護機器の導入支援など、介護人材の確保・定着・育成に向け、総合的な取組を進めていきます。
- こうした取組に加え、令和22年(2040年)に向けて、介護の仕事をよく知らない層を含む幅広い層への働きかけを強化していくとともに、介護現場の生産性向上といったさらなる職場環境の改善や、外国人介護従事者の積極的な受入れ等の取組を拡充していきます。

② 介護支援専門員

- 高齢者の在宅生活を支えるためには、多様なサービス主体が連携して高齢者を支援できるよう、医療職をはじめとする多職種と連携しながら介護支援専門員が中核的役割を担い、利用者の自立支援に資するケアマネジメントを適切に行うことが重要です。

- 都内で実務に従事する介護支援専門員は、令和元年度をピークに横這いで推移しており、年齢構成の高齢化も進んでいます。また、都内居宅介護支援事業所への調査において、人材不足のため新規利用を制限しているとの回答が4割を超えています。今後、介護サービスの需要拡大が見込まれることも踏まえ、介護支援専門員の確保や定着のための取組を行うことが重要です。

(取組)

- 基礎的及び専門的な研修を通じて、高齢者の在宅生活を支える上で中核的な役割を担う介護支援専門員及び主任介護支援専門員の資質の向上を図ります。
- また、介護支援専門員の確保や定着を促進するため、法定研修受講料への補助を行い、研修受講に係る費用負担を軽減するほか、居宅介護支援事業所の管理者を対象に、所属の介護支援専門員の育成等のための手法を養う内容の研修を実施します。

(4) 医療社会事業従事者

- 医療機能の分化、在宅療養への移行が進む中、退院支援を担う人材の養成が課題となっています。

(取組)

- 退院支援・退院調整に必要な知識及び技術に関する研修を実施し、退院支援業務に従事する人材の確保・育成を図っていきます。

(5) 多様な専門職種

- 医療技術の高度化や専門化、保健医療ニーズの多様化に伴い、資質の向上が必要となっています。

(取組)

- 職能団体等と連携し、それぞれの職種に対応した研修や講演会等を行い、資質の向上を図っていきます。

6 医療機関従事者の勤務環境改善への取組の推進

- 医師を始めとする医療従事者の働き方改革は、医療機関における働きやすく働きがいのある職場づくりに向けて、タスク・シフト/シェアの推進など組織的な取組がより一層求められています。
- 健康で安心して働くことができる勤務環境の実現は、働く意欲や満足度を高め、医療従事者の確保や安全で質の高い医療を提供することにも繋がります。

(取組)

- 地域医療提供体制への影響や、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、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により、医師の労働時間短縮やハラスメント対策等、働きやすい職場環境に向けた医療機関のニーズに応じた様々な取組を支援していきます。《再掲》
- 働きやすく働きがいのある職場づくりに向けて、タスク・シフト/シェア等によるチーム医療の推進やデジタル技術の活用等により、医師を始めとする医療従事者の負担軽減を図るとともに、復職や離職防止、定着促進につながる勤務環境の改善に取り組む医療機関を支援していきます。《再掲》

評価指標

取組	指標名	現状	目標値
(医師) 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 (令和5年度)	上げる (参考:179.4以上 ¹¹)
(医師) 取組1-1 取組1-2	へき地町村が必要とする医師充足率《再掲》	100% (令和5年4月1日現在)	100%を維持
(医師) 取組2	東京都地域枠医師の離脱率	2.0% ¹² (令和5年度)	下げる
(看護職員) 取組1 取組2-1 取組3 取組4	看護職員数	145,776人 (令和4年末)	増やす
(看護職員) 取組2-2	特定行為研修修了者数の就業者数	738人 (令和4年末)	2,738人

¹¹ 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。

¹² 離脱者累計数7名/貸与者累計数343名

医師確保計画を通じた医師偏在対策の必要性と方向性

～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）～

- 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図られてきましたが、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、全国ベースで三次保健医療圏ごと及び二次保健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」として三次保健医療圏間及び二次保健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。

医師偏在指標、分娩取扱医師偏在指標、小児科医師偏在指標

～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）～

- 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、二次保健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、二次保健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」を定めることができる。

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、診療科、入院／外来）

i) 区域

都道府県（三次保健医療圏）ごと及び二次保健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、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する。

○医師全体における医師偏在指標の計算式

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数}(\ast 1)}{\frac{\text{地域の人口}}{10\text{万人}} \times \text{地域の標準化受療率比}(\ast 2)}$$

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

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

○分娩取扱医師偏在指標の計算式

$$\text{分娩取扱医師偏在指標} = \frac{\text{標準化分娩取扱医師数(※)}}{\text{分娩件数} \div 1,000\text{件}}$$

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

○小児科医師偏在指標の計算式

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

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

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

(備考) 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（分娩取扱医師偏在指標においては周産期医療圏、小児科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ます。

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

薬剤師確保計画ガイドラインに基づく薬剤師偏在指標等

- 薬剤師偏在指標は、都道府県や二次医療圏などの個々の地域における、薬剤師の必要業務時間（需要）に対する、薬剤師の実際の労働時間（供給）の比率を指標としており、次の「3要素」を考慮し設定されています。
- ・薬剤師の勤務形態・性別・年齢分布
 - ・薬剤師業務に係る医療需要（ニーズ）
 - ・薬剤師業務の種別（病院、薬局）

薬剤師確保計画ガイドラインに基づく薬剤師偏在指標の算定式

病院薬剤師偏在指標 =

調整薬剤師労働時間（病院）（※1）÷病院薬剤師の推計業務量（※3）

（※1）調整薬剤師労働時間（病院） =

Σ （勤務形態別性別年齢階級別病院薬剤師数×病院薬剤師の勤務形態別性別年齢階級別労働時間）÷調整係数（病院）（※2）

（※2）調整係数（病院） =

全薬剤師（病院）の労働時間（中央値）÷全薬剤師（病院+薬局）の平均的な労働時間※
※病院薬剤師と薬局薬剤師それぞれの労働時間（中央値）の加重平均

（※3）病院薬剤師の推計業務量 =

入院患者に関する業務時間（調剤・病棟業務等）（※4）+外来患者に関する業務時間（調剤・服薬指導業務等）（※5）+その他の業務時間（管理業務等）（※6）

（※4）入院患者に関する業務量（調剤・病棟業務等） =

Σ （地域の性・年齢階級別人口 × 性・年齢階級別にみた入院受療率（全国値））×入院患者流出入調整係数×入院患者1人当たりの労働時間

（※5）外来患者に関する業務量（調剤・服薬指導業務等） =

Σ （地域の性・年齢階級別人口 × 性・年齢階級別の人口1人当たりの院内投薬対象数（全国値））×（全国の院内投薬対象数（日本薬剤師会公表値ベース）の合計÷全国の院内投薬対象数（NDBベース）の合計）×入院患者流出入調整係数（※）×院内処方1件当たりの薬剤師（病院）の労働時間

※外来患者にかかる流出入調整係数の作成に資する情報が入手できなかったことから便宜的に入院患者流出入調整係数を使用した

（※6）その他の業務量（管理業務等） =

地域（都道府県・二次医療圏）別の病院数×1病院当たりの上記以外の業務（管理業務等）にかかる労働時間

薬局薬剤師偏在指標 =
調整薬剤師労働時間（薬局）（※7）÷ 薬局薬剤師の推計業務量（※9）

（※7）調整薬剤師労働時間（薬局） =
 Σ （勤務形態別性別年齢階級別薬局薬剤師数 × 薬局薬剤師の勤務形態別性別年齢階級別労働時間） ÷ 調整係数（薬局）（※8）

（※8）調整係数（薬局） =
全薬剤師（薬局）の労働時間（中央値） ÷ 全薬剤師（病院 + 薬局）の平均的な労働時間 ※
※病院薬剤師と薬局薬剤師それぞれの労働時間（中央値）の加重平均

（※9）薬局薬剤師の推計業務量 =
処方箋調剤関連業務にかかる業務量（※10） + フォローアップにかかる業務量（※11） + 在宅業務にかかる業務量（※12） + その他業務にかかる業務量（※13）

（※10）処方箋調剤関連業務にかかる業務量 =
 Σ （地域の性・年齢階級別人口 × 性・年齢階級別の人口1人当たりの院外投薬対象数（全国値）） × （全国の院外投薬対象数（日本薬剤師会公表値ベース）の合計 ÷ 全国の院外投薬対象数（NDBベース）の合計） × 処方箋1枚当たりの薬剤師（薬局）の労働時間

（※11）フォローアップにかかる業務量 =
 Σ （地域の性・年齢階級別人口 × 性・年齢階級別の人口1人当たりの院外投薬対象数（全国値）） × （全国の院外投薬対象数（日本薬剤師会公表値ベース）の合計 ÷ 全国の院外投薬対象数（NDBベース）の合計） × 処方箋1枚当たりのフォローアップ件数 × フォローアップ1件当たりの労働時間

（※12）在宅業務にかかる業務量 =
地域（都道府県・二次医療圏）別の薬局数 × 1薬局当たりの在宅業務実施件数 × （在宅業務1件当たりの移動時間 + 在宅業務1件当たりの対人業務時間）

（※13）その他業務にかかる業務量 =
地域（都道府県・二次医療圏）別の薬局数 × 1薬局当たりの上記以外の業務にかかる労働時間

地域別薬剤師偏在指標は、地域別の病院薬剤師偏在指標と薬局薬剤師偏在指標を算定する際に使用した調整薬剤師労働時間と推計業務量のそれぞれについて、病院分と薬局分を合算することにより地域別の調整薬剤師労働時間と推計業務量を算出した上で、地域別に調整薬剤師労働時間を推計業務量で除算することにより算出する。

- 目標偏在指標は、「病院・薬局における薬剤師の業務量」（需要）と「調整薬剤師労働時間」（供給）が等しくなる時の偏在指標、すなわち「1.0」と定義しています。

$$\text{目標偏在指標「1.0」} = \frac{\text{調整薬剤師労働時間}}{\text{病院・薬局の推計業務量}}$$

- 偏在指標の大きい区域順に並べ、目標偏在指標より偏在指標が高い二次保健医療圏・都道府県を「薬剤師多数区域」及び「薬剤師多数都道府県」と、目標偏在指標より偏在指標が低い二次保健医療圏のうち下位2分の1の二次保健医療圏・都道府県を「薬剤師少数区域」及び「薬剤師少数都道府県」と区域設定しています。

