

### 第3節「保健医療を担う人材の確保と資質の向上」

（目指す方向性）

○ 高齢化の進展、医療の高度化・専門化、患者を取り巻く社会環境の変化等に伴い、在宅療養を含む医療需要の一層の増加・多様化が見込まれる中で、都民ニーズに応えるため、各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮し、安全で良質な医療を持続的に提供できるよう、東京の特性を踏まえ保健医療を担う人材の確保と資質の向上を図ります。

現代の医療においては、急性期、回復期、慢性期、在宅療養という流れの中で、医師、歯科医師、薬剤師、看護師をはじめとする様々な専門職が、それぞれの専門性を発揮し、相互に連携することにより、安全で質の高い医療サービスを提供する必要があります。

医療の高度化・専門化や、保健医療に関するニーズの多様化などに対応するとともに、生産年齢人口の減少に伴う保健医療を担う人材の確保や、令和6年4月から適用される医師に対する時間外・休日労働の上限規制をはじめとする医師の働き方改革への対応が求められています。安定したサービスを提供していくためには、保健医療従事者の確保と資質の向上、勤務環境の改善に取り組むことが重要な課題となっています。

この節では保健医療従事者の確保及び資質の向上について主なものを記載し、それぞれの事業等における人材の確保・資質向上については、それぞれの事業等の中で詳細に記述していきます。

## 現状とこれまでの取組

### 1 医師

<現状>

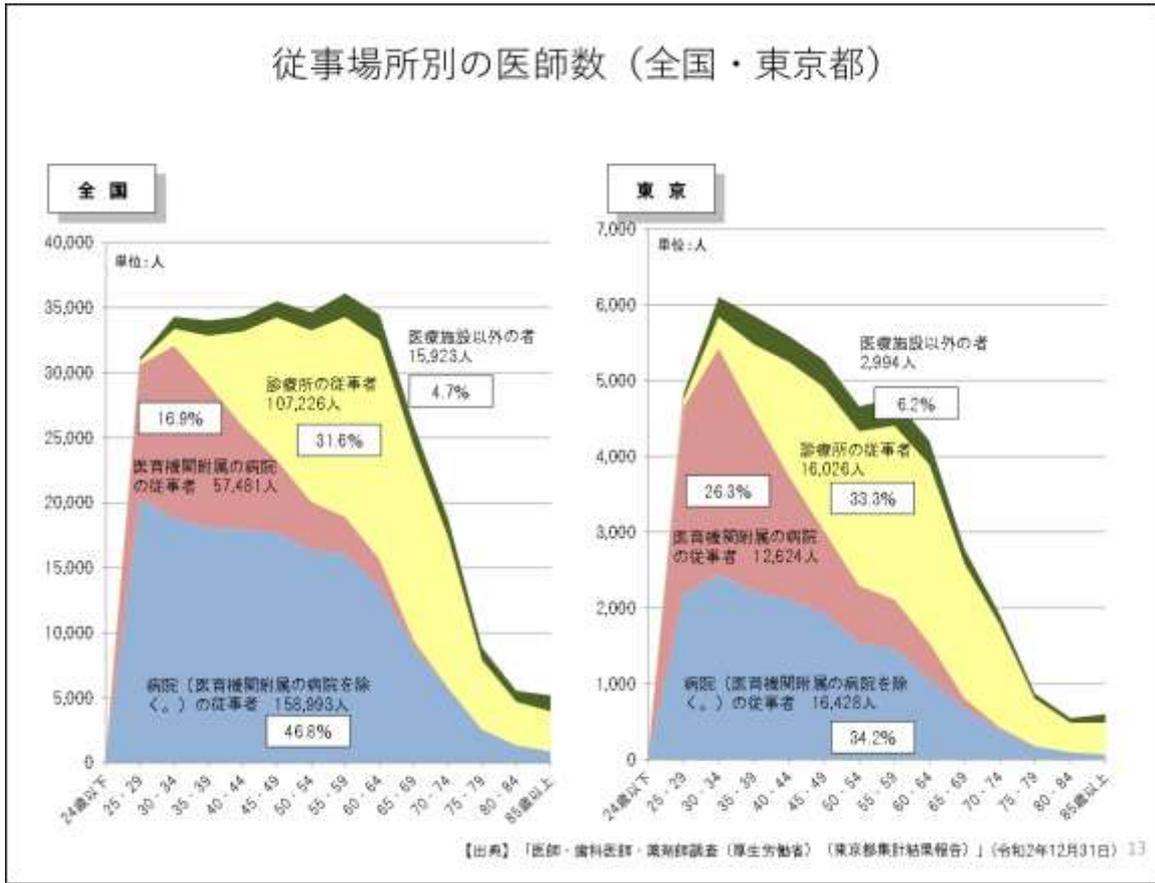
○都内医師数は、48,072人、人口10万人当たり342.2人であり総数は増えていきます。



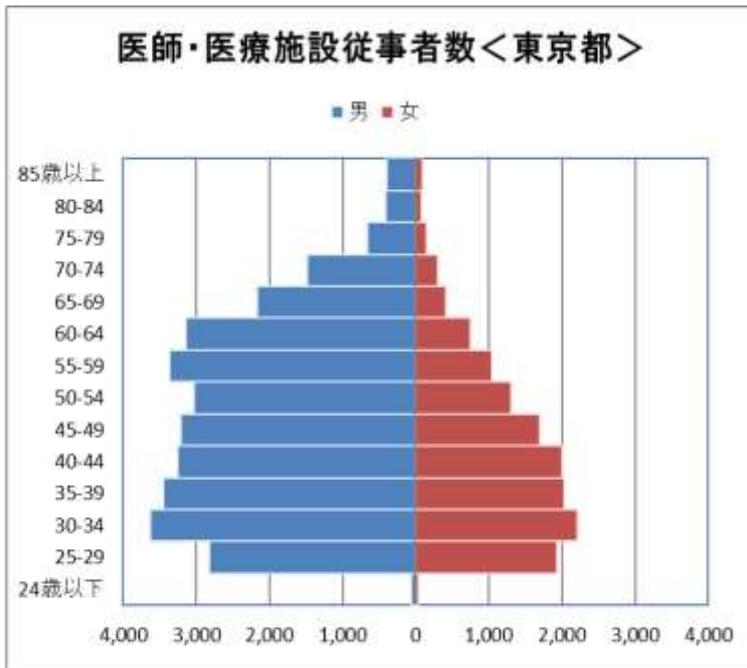
資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（旧：医師・歯科医師・薬剤師調査）」

- 従事場所別で見ると、全国と比較して医育機関附属病院の従事者の割合が高くなっています。
- 都内には、13医科大学・大学医学部が所在し、東京で多くの医師を育成するとともに、東京で育成した医師は、医育機関附属病院等から他県へ派遣され、全国で活躍しています。

## 従事場所別の医師数（全国・東京都）

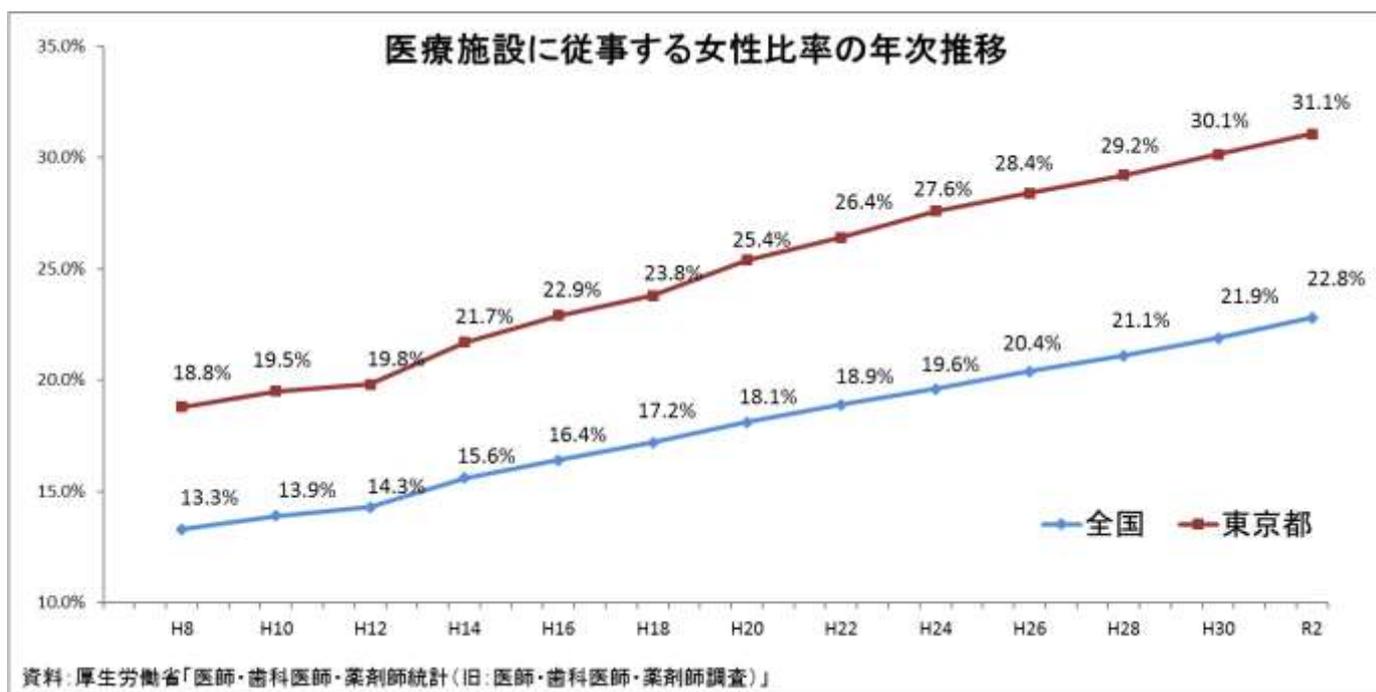


- 年齢分布では、30代の医師の割合が大きく、平均年齢も全国と比較して低くなっています（全国：50.1歳、東京都：47.8歳）。
- また、男女別では、女性の医師の割合が全国と比較して高い状況にあり、特に、若年層の女性の割合が高くなっています。



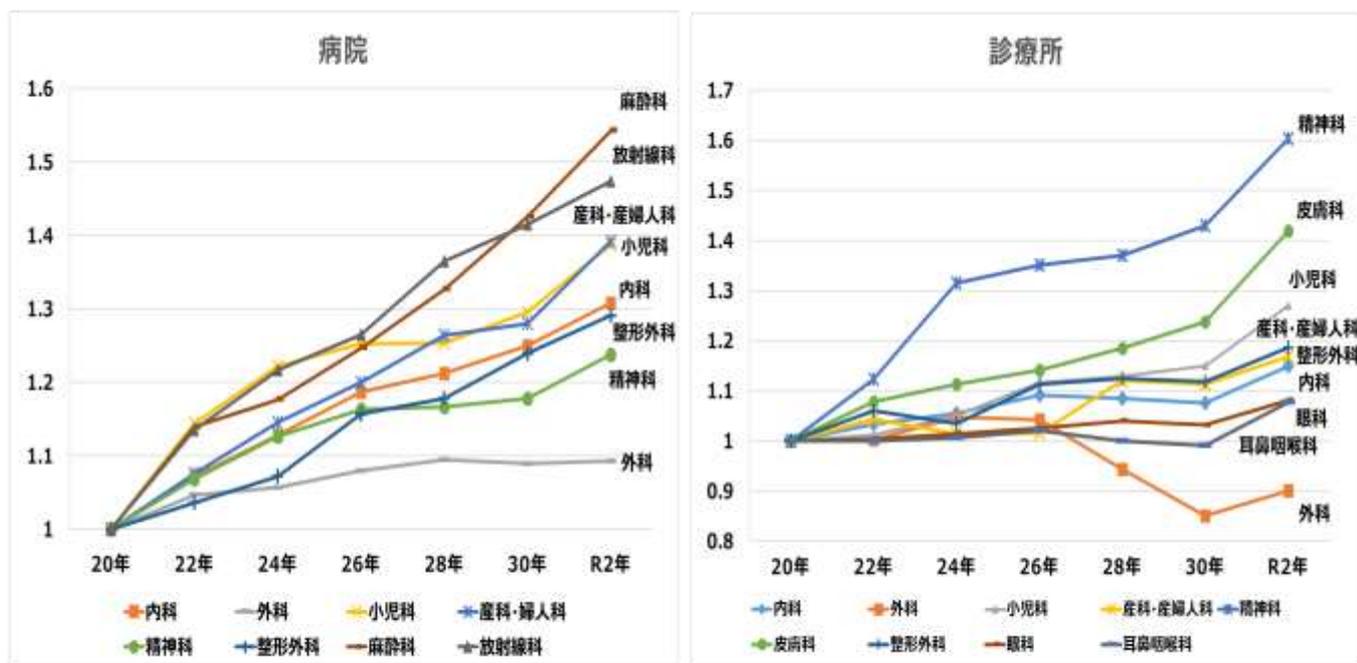
資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和2年）

		都	全国
平均年齢	全体	47.8	50.1
	(男性)	(49.5)	(54.4)
	(女性)	(44.0)	(46.4)



- 診療科別で見ると、平成20年を基準とした増加率は異なっており、診療科によって状況は様々です。

都内の診療科別医師数の推移について（病院・診療所別）



出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

【内科】：内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科（胃腸内科）、腎臓内科、脳神経内科、糖尿病内科（代謝内科）、血液内科、アレルギー科、リウマチ科、感染症内科、心療内科

【外科】：外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科（胃腸外科）、肛門外科、小児外科

- 病院では、麻酔科や放射線科等で増加率が大きくなっており、診療所では、精神科や皮膚科等で増加率が大きくなっています。
- なお、増加率の比較は、各診療科（病院・診療所別）における絶対的な医師の充足状況や診療科間の偏在を示すものではありません。

- 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（※1）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。

【医療法に基づき定める計画記載事項】（医療法第 30 条の 4 第 2 項第 1 1 号）

- ・ 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

- 東京都は、医師偏在指標上、全国 1 位の医師多数都道府県（※2）となっていますが、都内二次医療圏では、西多摩・南多摩・島しょ圏域が医師少数区域（※3）となっています。
- 医師多数都道府県については、当該都道府県以外からの医師の確保は行わないこととする等、医師の確保に際して制約が課されていますが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大により医療提供体制が逼迫する等、都内の医師確保についても決して余裕のある状況ではありません。
- また、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。
- 医師の働き方改革の取組を推進するとともに、安全で良質な地域医療提供体制を維持していくことが求められています。

---

※1 地域偏在に加え、診療科間の医師偏在も長きに渡り課題となっており、引き続き対応が必要であるとされていますが、診療科間の医師偏在指標は国から示されていない状況です。

※2 医師多数（少数）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（下位）1/3（33.3%）に該当する都道府県

※3 医師少数（多数）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（上位）1/3（33.3%）に該当する医療圏

●都道府県別医師偏在指標

順位	都道府県名	医師偏在指標
1	東京都	353.9
2	京都府	326.7
3	福岡県	313.3
4	岡山県	299.6
5	沖縄県	292.1
6	徳島県	289.3
7	大阪府	288.6
8	長崎県	284.0
9	石川県	279.8
10	和歌山県	274.9
11	佐賀県	272.3
12	熊本県	271.0
13	鳥取県	270.4
14	奈良県	268.9
15	高知県	268.2
16	香川県	266.9
17	兵庫県	266.5
18	島根県	265.1
19	滋賀県	260.4
20	大分県	259.7
21	鹿児島県	254.8
22	広島県	254.2
23	神奈川県	247.5
24	宮城県	247.3
25	福井県	246.8
26	愛媛県	246.4
27	山梨県	240.8
28	愛知県	240.2
29	富山県	238.8
30	北海道	233.8
31	栃木県	230.5
32	山口県	228.0
33	宮崎県	227.0
34	三重県	225.6
35	岐阜県	221.5
36	長野県	219.9
37	群馬県	219.7
38	千葉県	213.0
39	静岡県	211.8
40	山形県	200.2
41	秋田県	199.4
42	埼玉県	196.8
43	茨城県	193.6
44	福島県	190.5
45	新潟県	184.7
46	青森県	184.3
47	岩手県	182.5

医師多数都道府県

医師少数都道府県

●二次医療圏別医師偏在指標

順位 (割愛有)	都道府県名	圏域名	医師偏在指標
1	東京都	区中央部	789.8
2	東京都	区西部	569.1
3	東京都	区西南部	413.7
4	福岡県	久留米	407.8
5	京都府	京都・乙訓	401.4
6	福岡県	福岡・糸島	399.0
7	島根県	出雲	393.2
8	東京都	区南部	380.4
9	滋賀県	大津	373.5
10	大阪府	大阪市	369.0
32	東京都	北多摩南部	312.5
35	東京都	区東部	307.6
42	東京都	区西北部	295.8
70	東京都	北多摩西部	254.4
112	滋賀県	湖北	217.6
113	和歌山県	橋本	217.2
114	香川県	西部	217.0
115	和歌山県	田辺	216.5
116	東京都	区東北部	216.4
176	東京都	北多摩北部	196.4
223	山梨県	峡東	179.7
224	栃木県	両毛	179.3
257	東京都	南多摩	164.6
317	東京都	西多摩	138.1
324	東京都	島しょ	131.6
325	北海道	宗谷	130.2
326	鹿児島県	熊毛	129.7
327	秋田県	大館・鹿角	129.1
328	島根県	雲南	128.5
329	青森県	西北五地域	126.3
330	福島県	いわき	123.2
331	山形県	最上	120.0
332	北海道	根室	116.6
333	北海道	北渡島檜山	112.6
334	香川県	小豆	109.0
335	岩手県	釜石	107.8

上位10位

医師多数区域

下位10位

医師少数区域

<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。



(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・公衆衛生分野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。
- 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。

## 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、東京都は全国1位の医師多数都道府県、二次医療圏単位では、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、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。

医師全体における医師偏在指標と目標医師数

圏域名	医師偏在指標	目標医師数 <sup>(※)</sup> (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10.6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。
- しかし、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番目となっています。
- 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。

※ 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	10.6
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
14	区西部	19.1
16	区南部	18.0
84	区西北部	11.4
85	区西南部	11.3
103	多摩	10.3
118	区東部	9.7
174	区東北部	8.0

※周産期医療圏の数は全国で278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
76	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307圏域

- 東京都は相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域<sup>(※)</sup>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となっています。

---

※ 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と比較し、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。

#### (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

- 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。
- 一方、各医療分野では多くの課題が山積しています。例えば、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、また、救急医療においては、新型コロナウイルス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。
- 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応えていくため、東京の実情に応じた医師の育成・資質の向上を図り、真に必要な医師数の確保を目指していきます。

(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

- 国や大学、医療機関、関係団体と連携し、東京の実情に応じた医師の育成・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要望します。
- 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において高い専門性を有する医師を育成していきます。
- 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。
- 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「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、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。《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、医師をはじめとする医療従事者の負担軽減を図り、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。
- 国が実施する医師の働き方改革への国民の理解と協力を得るための取組や、医療のわかり方に関する啓発活動の周知・広報を行います。

**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 (※1))
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% (※2)	下げる

※1：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。

※2：離脱者累計数 7 名 / 貸与者累計数 343 名（令和 5 年度時点）

## 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 」

～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。

## コラム② 「 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、診療科、入院／外来）

### 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、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

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

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

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

○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。

### コラム③ 「 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