

医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会  
中間取りまとめ

平成28年6月3日

医療従事者の需給に関する検討会  
医師需給分科会1 はじめに

○ 医療従事者の需給に関する検討会（以下「検討会」という。）は、今後、高齢社会が一層進む中で、人口構造の変化や地域の実情に応じた医療提供体制を構築するため、地域医療構想との整合性の確保や地域間偏在等の観点を踏まえ、医療従事者の需給を見通し、医療従事者の確保策、地域偏在対策等について検討することとして開催された。

○ 検討会の下での医師需給分科会（以下「分科会」という。）においては、平成20・21年度からの医学部定員の暫定増が平成29年度に終了することから、この取扱い等について早急に検討することとして、昨年12月から計6回にわたり開催され、将来の医師需給推計（全国レベル）、当面の医学部定員、医師偏在対策等について検討を重ね、この度中間取りまとめを行った。

○ これまで1,637名の医学部定員の増員を行うことにより、全国的な医師数の増加を図るとともに、医師が勤務地や診療科を自由に選択するという自主性を尊重した地域偏在対策を講じてきたが、地域における医師不足は解消していない。また、医師の養成は中期の期間を要することや、医学部の進学者が増加すれば、他の領域の人材不足等を招くおそれがあるとの指摘等を踏まえれば、今後、医師の地域偏在対策の議論を進めていくことが特に重要である。

2 これまでの医学部定員について

○ 医学部定員については、昭和48年に閣議決定された「無医大県解消構想」の推進等により、その増加が図られ、医学部定員が8,280人であった昭和58年には「人口10万対150人」の医師数が達成された。その後、昭和61年の「将来の医師需給に関する検討委員会最終意見」において、将来の医師過剰が見込まれたことを踏まえて医学部定員を削減し、平成15年以降の数年間、7,625人で維持された。

○ 平成17年には、特定の分野（特定の地域、診療科等）における医師不足を指摘する声の強まりを受け、「医師の需給に関する検討会」が設置された。その報告書においては、

(1) 医学部定員に関しては、

① 平成34年（2022年）に需要と供給が均衡し、マクロ的には必要な医師数は供給されるが、これは短期的・中期的に、あるいは地域や診療科と言ったミクロの

領域での需要が自然に満たされることを意味するものではない

- ② 既に地域において医師の地域定着策について種々の施策を講じているにもかかわらず人口に比して医学部定員が少ないために未だ医師が不足している県の大学医学部に対して、さらに実効性のある地域定着策の実施を前提として定員の暫定的な調整を検討する必要があるとされ、

(2) 医師の偏在については、

- ① 病院・診療所等の施設や小児科・産婦人科等の診療科における医師の勤務環境、医師数の現状等を踏まえ、医師数は全国的に増加しているものの、地域間の医師配置の格差は必ずしも減少に向かつておらず、
- ② 地域に必要な医師確保の調整を行うシステムの構築が急務であり、併せて医療機能の分化・連携、医療事故の究明を行う制度、チーム医療体制の整備、医師の業務の効率化等の医師の偏在を是正するための効果的な施策を講じていくことが必要とされた。

○ その後、医学部定員については、

- ・ 「新医師確保総合対策」（平成 18 年地域医療に関する関係省庁連絡会議決定）に基づき、平成 20 年度から平成 29 年度までの間、医師不足が特に深刻と認められる 10 県について、各県で 10 名（加えて自治医科大学も 10 名）までの暫定的な増員が、
  - ・ 「緊急医師確保対策」（平成 19 年政府・与党決定）に基づき、原則平成 21 年度から平成 29 年度までの間、医師確保が必要な地域や診療科に医師を確保・配置するため、都府県ごとに 5 名まで（北海道は 15 名まで）の暫定的な増員等が、
    - ・ 「経済財政改革の基本方針 2009」（平成 21 年閣議決定）及び「新成長戦略」（平成 22 年閣議決定）に基づき、平成 21 年度から都道府県が策定することとされた地域医療再生計画等に基づき、平成 22 年度から平成 31 年度までの間、地域医療に従事する明確な意思をもった学生に奨学金を貸与し、大学が地域定着を図ろうとする場合の医学部定員について、都道府県ごとに毎年原則 10 名までの暫定的な増員等が認められた。

○ このような医学部定員の増員により、平成 28 年度には過去最高の 9,262 人の医学部定員となっている。

- また、このような大幅な医学部定員の増員が医師の地域定着につながるよう、医師が勤務地や診療科を自由に選択するという自主性を尊重しつつ、医師のインセンティブ付け等を推進することで医師偏在対策を実施してきた。具体的には、
  - ・ 平成 20 年度以降、累次の診療報酬改定において、小児・産科に対する評価の拡充や、病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善を目的とした項目の新設
  - ・ 平成 22 年からは、「チーム医療推進会議」において、医師の負担軽減等を目的

として、医療関係職種の業務範囲の見直しの検討

- ・平成22年度からは、地域医療に従事する明確な意思を持った学生に奨学金を貸与（再掲）
- ・平成23年度からは、都道府県が責任を持って医師の地域偏在の解消に取り組むための地域医療支援センターの設置等が行われてきた。

- また、平成26年の医療介護総合確保推進法の成立により、
  - ① 地域医療介護総合確保基金を都道府県に設け、医療従事者の確保にも活用可能とし、
  - ② 平成23年度から予算事業として行われてきた地域医療支援センターを医療法に位置づけ、都道府県が、医師の確保に関し、病院又は診療所の開設者等に協力を要請できる権限を同法上明確化する
  - ③ 都道府県に医療勤務環境改善センターを設置し、医療機関がPDCAサイクルを活用して計画的に医療従事者の勤務環境改善に取り組むこと等を支援する等の直接的に医師確保に資する制度改革が行われたほか、
  - ④ 看護師が特定行為を手順書により行うことができるよう特定行為研修制度を新設するとともに、診療放射線技師等その他の医療関係職種の業務範囲を拡大する
  - ⑤ 医療事故に係る調査の仕組みを医療法に位置づける等の制度改革が行われたところである。

○ このように、この間、様々な政策を用いて、1,637名の医学部定員の増員が行われるとともに、併せて医師偏在対策が講じられたことにより、例えば小児科医師数は漸増するとともに、産婦人科医師数は平成18年以降増加に転じるなど一定の改善がみられたが、地域における医師不足の指摘は引き続き強いものがある。医学部定員の増員により医師数の全国的な増加を図ったとしても、医師の偏在対策が十分図られなければ、地域の医師不足の解消にはつなげられていない。

○ 平成29年度には、新医師確保総合対策・緊急医師確保対策に基づく平成20・21年度からの医学部定員の臨時増の期限を迎える。医師の養成は中長期の期間を要するものであり、医学部定員の増加は将来的には医師過剰を来す可能性を踏まえれば、さらに強力な医師偏在対策について議論を行い、その上で医学部定員の今後の在り方について方向性を決める必要がある。

### 3 将来の医師需給推計（全国レベル）について

○ 今回の医師需給推計（全国レベル）は、先に述べた新医師確保総合対策・緊急医師確保対策に基づく平成20・21年度からの医学部定員増の臨時増の取扱いについて、早急に結論を得るに当たり、全国レベルでの医師の需給動向を踏まえた検討を行う必要があるため、限られた時間の中で、一定の前提を置いて推計を行ったものである。

- 本推計に当たっては、2025年のあるべき入院医療の姿である地域医療構想において、病床の機能区分ごとに医療需要の推計が行われていることや、「保健医療 2035」（平成27年「保健医療 2035」策定懇談会策定）において、医師が常に良い保健医療の提供に邁進できるよう、ゆとりを持った労働環境で医療の提供を可能とする必要があるとの記載があること等を踏まえ、推計を行っている。
- しかし、かかりつけ医の普及等を踏まえた外来医療の姿、将来の女性の働き方や医師の高齢化が医師需給に与える影響について、今回の前提となった限られたデータでは、実態を十分に把握することができなかった。
- 国民のニーズに応え得る、安心・安全な医療を国民へ提供するには、まずは将来の男性・女性いずれの医師についても年齢構成等の変化を適切に見通す中で、医師の働き方・勤務状況等の実態について、より精度の高い推計を行い、将来、あるべき医療提供体制とそこにおける医師の新しい働き方を示すビジョンを策定した上で、必要な医師数を推計するプロセスが必要である。
- そこで本年度、医師の働き方・勤務状況等の現状を正しく把握するために、新たな全国調査を行うこととした。さらに、本調査では、女性医師をはじめとする医師の働き方改革を含めた意向等に関する調査等も併せて行い、本年中に各都道府県が策定する地域医療構想やあるべき医療の姿を踏まえ、「新たな医療の在り方を踏まえた医師の働き方ビジョン（仮称）」を策定し、その上で必要な医師数を検討する。
- なお、本調査の実施に際しては、人口統計などの専門家の知見を十分踏まえて、調査及び分析等を行い、科学的に判断することとする。
- なお、今回行った推計の主な前提は、次のとおりである。
  - ① 地域医療構想を踏まえ、高度急性期、急性期、回復期、慢性期といった病床の機能区分ごとに、それぞれに必要な医師数を見込むこと
  - ② 医師の勤務時間について、「保健医療 2035」における医師の勤務時間改善等の記載を踏まえ、医師の労働時間の縮減度合いについて、現在の勤務医の労働時間（56.6時間）が高度急性期・急性期において適正化され、上位推計では他の病院・診療所と同レベル、中位推計では他の病院・診療所との労働時間の差が50%縮小、下位推計では他の病院・診療所との労働時間の差が25%縮小することを見込むこと
  - ③ 臨床以外に従事する医師については、「保健医療 2035」において国際分野、行政分野等で一層医師が活躍する旨の記載を踏まえ、国際分野においては、平成32年を目途に国際的組織に500人の登録を目指し、その後も2040年に向けて20%以上増加、行政機関においては定員を充足した上で更に20%の増加、製薬業界においては今後の医療技術の進歩などを踏まえ、世界に通用する創薬を行うための医師の増加を見込むこと

(1) 需要推計について

- 医師の需要推計においては、医師の労働時間の縮減度合い等の仮定を3パターンに分けて計算しており、
  - ・ 最も医師の需要が大きくなると仮定した上位推計においては、平成37年(2025年)には31.4万人に、平成52年(2040年)には31.5万人まで
  - ・ 一定程度医師の需要が大きくなると仮定した中位推計においては、平成37年(2025年)及び平成52年(2040年)には29.9万人に
  - ・ 最も医師の需要が小さくなると仮定した下位推計においては、平成37年(2025年)及び平成52年(2040年)には29.2万人に増加すると推計された。

○ 前述の地域医療構想を踏まえた将来推計で対応できない医師需要については、次の前提で推計を行った。

- ・ 入院医療(精神病床)については、患者調査の受療率、将来人口の構成等を踏まえ、一定の幅を持って算出
- ・ 外来医療(訪問して行う診療を含む。)については、レセプトデータに基づく受療率、将来人口の構成等を踏まえ、一定の幅を持って算出
- ・ 介護老人保健施設における医療については、介護給付費実態調査に基づく入所率に将来人口構成を反映して算出

(2) 供給推計について

○ 医師の供給推計については、平成27年(2015年)では27.4万人であるものが、平成37年(2025年)には30.3万人に、平成52年(2040年)には33.3万人まで増加すると推計された。

○ 具体的には、今後の医学部定員を、平成28年度の9,262人で一定として仮定し、過去10年分の国家試験合格률、再受験率、医籍登録率、三師調査届出率、性年齢別就業率等のデータに基づいて、平成52年(2040年)までの値を算出した。

○ また、分科会における参考人の意見も踏まえ、30~50代の男性医師の仕事量を一人当たり医師の仕事量の基準として設定し、女性医師は育児等を勘案してその0.8、60歳以上の高齢医師はその0.8、研修医は1年目・2年目それぞれその0.3・0.5として見込んだ。

(3) 需給推計について

- (1)・(2)より、将来の医師需給推計(全国レベル)は、
  - ・ 上位の需要推計の場合、平成45年(2033年)頃に約32万人で医師需給が均衡し、平成52年(2040年)には医師供給が約1.8万人過剰
  - ・ 中位の需要推計の場合、平成36年(2024年)頃に約30万人で医師需給が均衡し、平成52年(2040年)には医師供給が約3.4万人過剰

- ・ 下位の需要推計の場合、平成 30 年 (2018 年) 頃に約 28 万人で医師需給が均衡し、平成 52 年 (2040 年) には医師供給が約 4.1 万人過剰となる見込まれた。

○ なお、平成 18 年に行った医師需給推計と比較すると、平成 18 年のものでは平成 34 年 (2022 年) に医師需給が均衡すると推計されていたが、今回の推計においては、医師需要を大きく見込んでいることから、中位推計にあつては約 2 年、上位推計にあつては約 11 年、均衡点が後ろ倒しとなることとなった。

#### 4 医師偏在対策について

医師偏在対策については、医師が勤務地や診療科を自由に選択するという自主性を尊重した対策だけでなく、一定の規制を含めた対策を行つていく観点から、「保健医療 2035」、分科会における各構成員の意見、関係団体の提言等を踏まえ、次の事項について検討を深めることとした。これらの事項について、実施に当たつての課題、法制的な課題、関係者の意見等を踏まえ、年末に向けて具体的に検討を進め、取りまとめを行うこととする。

##### (1) 医学部

- ① いわゆる地域枠のこれまでの効果について、地元出身者の定着率も含め検証を行い、卒業後の地域定着がより見込まれるような地域枠の在り方について検討する。
- ② 医学教育において、地域医療の向上への貢献に関してより早期の動機付けを図る。

##### (2) 臨床研修

- ① 臨床研修の質等に配慮しつつ、臨床研修希望者に対する募集定員数の倍率のなお一層の縮小を検討する。  
また、都道府県別の募集定員の設定に当たっては、医師不足地域等に、より配慮する。
- ② 臨床研修制度において、募集定員の配分等に対する都道府県の権限を一層強化する。
- ③ 臨床研修が出身大学の地域で行われることを促す仕組みについて検討する。

##### (3) 専門医

- ① 国、都道府県等の関係者が調整を行おうとしても、現在は適切な権限行使や役割分担の枠組みがないことから、地域における調整等に関する権限を明確化する等の対応を検討する。
- ② 専攻医の募集定員については、診療領域ごとに、地域の人口、症例数等に応じた地域ごとの枠を設定することを検討する。

##### (4) 医療計画による医師確保対策の強化

- ① 都道府県が策定する医療計画において、医師数が不足する特定の診療科・地域等

について、確保すべき医師数の目標値を設定し、専門医等の定員の調整を行えるようにする。

② 将来的に、仮に医師の偏在等が続く場合には、十分ある診療科の診療所の開設については、保険医の配置・定数の設定や、自由開業・自由標榜の見直しを含めて検討する。

(5) 医師の勤務状況等のデータベース化

医籍登録番号、三師調査等の既存の仕組みの活用も念頭に置きつつ、医師の勤務状況等を把握するためのデータベース化について検討する。

(6) 地域医療支援センターの機能強化

各都道府県の地域医療支援センターについて、所在地の医育機関との連携を講じた上で、医学部入学から生涯にわたって医師のキャリア形成・異動を把握し、医師のキャリア形成支援、配置調整ができるよう、その機能を強化する。

(7) 都道府県が国・関係機関等に協力を求める仕組みの構築

都道府県が、国・関係機関等に必要対策を求めることができる枠組みについて検討する。

(8) 管理者の要件

特定地域・診療科で一定期間診療に従事することを、臨床研修病院、地域医療支援病院、診療所等の管理者の要件とすることを検討する。

(9) フリーランス医師への対応

医師の資格や専門性が有する公益性を踏まえ、いわゆるフリーランス医師や多額の紹介料・給料を要する者への対応について検討する。

(10) 医療事業の継続に関する税制

地域の医療機関の事業の承継に関し、中小企業と同様、事業承継に当たった際の優遇税制について検討する。

(11) 女性医師の支援

病院における柔軟な勤務形態の採用等、妊娠・子育て中の女性医師の就労継続・復職支援に資する取組を推進する。

(12) ICT等技術革新に対応した医療提供の推進

医師が業務を効率的に行うことができるよう、ICT等の技術革新を活用した医療提供を推進する。

(13) チーム医療の推進

医師が業務を効率的に行い、質の高い医療を提供できるよう、各医療スタッフの役割分担を見直し、チーム医療を推進する。

- (14) サービス受益者に係る対策  
医療機関の詳しい診療内容や「かかりつけ医」について、住民等への情報提供を推進する。

## 5 当面の医師養成数の基本的方針について

- 医師養成のためには、医学部6年間、臨床研修2年間、現状多くの医師が受けている専門研修3～5年間と10数年程度必要となる。このため、3で述べた今回の医師需給推計における中位推計の場合に、あと約8年で医師需給が全国的に均衡することを踏まえ、既に現時点で将来的な供給過剰が見込まれることとなる。

- 今後、4のような強力な医師偏在対策の検討を行っていくことを踏まえ、当面の医師養成数の基本的方針については、次のとおりとする。

- (1) 平成29年度までで終了する医学部定員の暫定増の取扱いについて  
「新医師確保総合対策」及び「緊急医師確保対策」に基づき、平成20・21年度に開始され、平成29年度で終了する医学部定員増の暫定措置については、次のようなことを踏まえ、当面延長する。

- これらの措置が、医師不足が特に深刻な都道府県や、医師確保が必要とされる地域・診療科を対象として設けられた仕組みであること
- 平成20年度の制度開始時の入学生がこの3月で臨床研修を終えたばかりであり、その効果についてまだ十分な検証を行うことができないこと

- (2) 平成29年度から平成31年度までの医学部定員の追加増員の取扱いについて  
「新成長戦略」に基づき医学部定員の暫定増については、平成29年度から平成31年度までの間、平成22年度から平成28年度までと同様に、各都道府県及び各大学が毎年医学部定員を追加増員できるが、この3年間に追加増員を行うとした場合は、中位推計ではあと8年で全国レベルの医師需給が均衡するとされる中でなお医学部定員を増員することとなることから、各都道府県からの追加増員の要望に対しては、これが本当に必要な増員であるかどうかについて、慎重に精査していく。

- (3) 平成32年度以降の医師養成数について  
平成32年度以降の医師養成数については、今回の医師需給推計の結果や、これまでの医学部定員の暫定増の効果、今回の見直しによる医師偏在対策の効果等について可能な限り早期に検証を行い、「経済財政改革の基本方針2009」及び「新成長戦略」に基づく平成22年度から平成31年度までの医学部定員の暫定増の取扱いも含め、結論を得ることとする。



## 新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会

## 中間的な議論の整理

平成 28 年 12 月 22 日

## 1. 問題意識

現在の我が国の医療・介護は、人口・社会経済の変化に十分に対応しきれず、「現場従事者の負担とモラール(士気)」に過度に依存して成り立っている。

- 医療現場では、過重労働や超過勤務が恒常化し、医療の質や安全性も脅かされることが懸念されている。
- 疾病構造の変化や多死社会・人口減少といった構造的変化に対応した専門分野の確立及び医療従事者の育成や働き方への対応が急務である。しかし、医療財政や提供体制の改革が進む一方、従事者がプロフェッショナルとしての誇りを持ち、将来の見通しの利くキャリア設計ができる環境が十分に整備されているとはいえない。
- それらを表象する課題として、僻地における医師の不足や診療科偏在が存在し、都市部でも、例えば、夜間救急を専門外の少ない医師で日々対応しているといった状況が散見される。
- 他方で、患者からすれば、速いスピードで、多様化・複雑化するニーズに応え、真に価値ある医療を提供できているか、費用対効果(生産性)の高いサービス提供となっているかの疑問が生じている。これらに的確に応えなければ、国民の理解とそれに基づく負担に依拠する社会保障の基盤である医療・介護の存立そのものが危ぶまれる。
- 今こそ、新たな医療・介護の在り方とそれを踏まえた医療従事者の働き方に関する基本哲学及びビジョンが必要である。本検討会は、この基本哲学及びビジョンを描き出し、今後の医療従事者の需給の推計の考え方や医師の確保等に関する具体的施策に反映していくことを目的としている。
- また、その前提として、医師の働き方・勤務状況や意向等に関する全国調査を初めて実施し、医療現場からのエビデンスを議論に反映させることとする。

## 2. 目指すべき基本哲学

既存の制度やサービスの目的を実現するために医療従事者に資格を付与し、配置することに重きを置く発想を転換し、それぞれの地域や職場において、いかに個々の医療従事者の多様な働き方やキャリアを実現するかが、我が国の今後の医療サービスや社会システム全体の持続可能性を左右するとの発想に立つ。

- その根幹に据えるべき基本哲学は以下の通りである。
  - ① 医療従事者を貴重な社会の資産ととらえ、その様々な可能性が最大限に発揮できる環境を目指す。
  - ② 均一化・規格化されたサービスを大量に提供する(「プッシュ型」\*)モデルから脱却し、住民・患者の能動的な関与とニーズに併せてサービスを設計し、創造する(「プル型」†)モデルの確立を目指す。
  - ③ 医療従事者の役割や機能が、加速する社会的・経済的・技術的な時代の変化に柔軟かつ迅速に適応し、進化できるシステムを目指す。

○ その実現のためには、以下のようなパラダイムの転換を図ることが必要である。

今まで	これから
組織・職種の高エラルキーと縦割り構造	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者を中心としたフラットな協働</li> <li>・ 所属の枠を超えた協働によるパフォーマンスと統合能力の向上</li> <li>・ 自己犠牲を伴う伝統的な労働慣行の是正</li> </ul>
患者像をパターン化したサービス提供	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者・家族やその地域社会の多様性・複雑性に対応した創造的なサービスのデザイン</li> </ul>
トップダウンによるリソース配分の決定とコントロール	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域と住民が主体となり、ニーズと費用対効果を判断しながら設計</li> </ul>
限られた情報や固定化した仮定を前提とした需給予測と供給体制の整備	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 人口構成・疾病構造・技術進歩・医療従事者のマインド・患者の価値観の変化等を需給(量と質)の中・長期的見通しや供給体制に的確に反映</li> </ul>
「医療」は専ら疾病の治療・回復を担う存在	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療は、保健・介護・福祉と連携しながら、予防・治療から看取りに至る生活・人生を支援</li> <li>・ 地域の発展的なまちづくり、経済活動を支える基盤</li> </ul>

### 3. 目指すべきビジョン

本検討会では、4つの論点＝「地域で市民と患者の生活を支える」、「専門性の追求と人生の選択の両立」、「生産性と質の向上」、「経済活力(イノベーション・国際化)への貢献」に基づき、政治学や従来の価値観のみに左右されないワケクトベースでの議論を行い、次の3つのビジョンを提案する。

- ① 地域が主導して、医療・介護と生活を支える
- 個々の地域での疾病構造(生活習慣病等)や介護ニーズは多様であり、地域ごとに実現すべき住民と患者の「価値」は様々である。このため、地域医療構想を踏まえ、地域(都道府県等

\* 「プッシュ型」:供給側から需要側に働きかけて、サービス等を提供

† 「プル型」:需要側発信によるニーズの求めに対して、供給側が合致したサービス等を提供

の自治体)が中心となり、リソースたる医師や看護師等の医療従事者の需給や偏在対策を決定する。

○ 国は、そのために必要な権限を委譲し、人材育成や必要な財政的支援、ミニマムスタンダードの設定やマクロ的な資源調達、都道府県間の資源配分の適正化、全国的に必要な調査・分析等という形で支援を行う。

○ 特に、地域においては、以下を優先的に実行する。

- ・ 地域での医療・介護ニーズや必要なランパワーやリソースの定量的な調査・分析を定期的に実施する
- ・ 地域での医師養成や医療資源配分の主導を、専ら大学医局のみに依存しないよう、ガバナンスと政策実行能力を早急に開発すべく具体的な施策(特に、地域医療を分析し、実効的な政策を推進できる社会医学やマネジメント能力に長けた人材の育成)を講ずる

○ これからは、従来の細分化された専門診療科による役割分担のみでは地域における多様なニーズに対応できない。そのために、国際的にそん色ない水準で我が国の医療の基本領域としてプライマリ・ケアを確立するとともに、医師のみならず、看護師や介護職等を含めたプライマリ・ケア人材の育成と確保を地域内の多様なリソース(大学、看護師等養成所等の養成施設や地域の医療機関等)を活用しながら行う。

○ これまでの取組みや安全性も踏まえつつ、看護師・薬剤師・介護人材等の業務範囲の拡大等による柔軟なタスク・シフティング及びタスク・シェアリングを推進する。さらに、急性期と在宅・介護の連携など、医療・介護の幅広い分野で職種横断的に活躍できる人材の育成や、非専門職であっても地域におけるケアやソーシャルワークへの参加が促される取組みを進める。

○ また、医療供給側のみならず、住民・患者も予防・治療に積極的に参画していくことができるよう、情報技術の活用やインセンティブ付与等の枠組みといった環境整備が必要である。人生の最終段階における医療を含め、患者や家族の意思が尊重される医療に近づくような環境整備を行う。

○ 地域ごとに様々な経路を辿る「まちのかたちの変化」に応じて、医療の持つべき機能や関連するインフラの整備の設計に能動的に関わり、「自然に健康になれる」「安心して子どもを産み育て、暮らし続けられる」まちづくりを実現していく。その場合、多様な地域の実情に応じた柔軟な医療提供・政策展開を可能とする規制の特例、関係者の能動的参加が行われる必要がある。

② 個人の能力と意欲を最大限発揮できるキャリアと働き方を実現する

○ 多様な生き方・働き方を阻害する制度的制約を取り除き、年齢・性別に依らず個々人の

能力と意欲に応じた選択肢を用意し、疲弊しない体制の下でやりがいをもって切磋琢磨できる環境の整備を推進する。このため、グループ診療、兼職、柔軟な派遣運用等のほか、医療機関の管理者の意識改革をはじめとした医療機関における人材マネジメントシステムの確立、勤務時間等の労働環境の見える化・改善、診療報酬をはじめとした制度的対応等の実践を行う。

○ 多くの若手・中堅医師の本質的な動機付けとなっていると考えられる「専門性の追求」を存分に行うことのできる環境を整備する。その際、大学医局や都市部に偏らないように、それぞれの専門領域に該当する症例の多い医療施設を、複数施設での組み合わせも含めて地域で柔軟に選択できるようにする。

○ 女性の医療従事者の出産・育児期間を含め、地域で医療従事者の多様なキャリアプランニングが両立できるように、医療従事者と医療機関等のマッチングを行うことができるシステムを地域の行政・関係団体・医療機関・住民等が一体となって構築する。

○ さらに、医学知識を軸としつつ、住民・患者中心のサービスデザイン、公衆衛生、住民啓発、まちづくり等への能動的関与を行うため、医療従事者の教育過程において、システム思考やリーダーシップ能力、マネジメント能力、コミュニケーション能力も強化する。

③ 高い生産性と付加価値を生み出す

○ 診療行為の内容と成果の見える化を強力に進め、エビデンスの蓄積・分析・活用によって更なる医学の進歩と知見の拡大・深化を促す。

○ 本来やるべき専門的な仕事に集中できる環境を実現するため、非専門的労働や情報技術で代替可能な業務を抽出して置き換えていくとともに、職種間での役割分担の不断の見直し、連携の強化等を進める。

○ また、AI、ビッグデータ等の新たな情報技術の活用等により、医療従事者の生産性の向上や医療の需給ギャップの是正を図るとともに、イノベーションを促す制度改善等を通じて、医療セクター全体が他産業と比較してもそん色ない生産性と質の向上の実現を図る。

○ 情報技術を活用した潜在労働力の有効活用や、医療以外の産業分野とのシナジー効果を活かした事業へと展開し、供給力の拡大と質の向上を図る。補助金等の公的財源のみに偏ったリソースの確保・運用ではなく、地域内で持続的に回り続ける事業開発を支援する。

○ さらに、情報技術等を活用した住民の主體的な健康管理への支援や情報提供によって、健全なヘルスリテラシーの普及啓発を促す。こうして医療の適切な利用を図り、真に必要な医療サービスに資源を集中させ、医療需要の発生を最適化する。

#### 4. ビジョンを踏まえた医師の需給・偏在対策についての考え方

従来からの医師等の需給と偏在に関する議論は、ともすれば、行政単位等の地理的区分に基づき、外形的な医師数等の所在状況に重点が置かれていた。しかし、今後は、住民・患者にとって必要な機能をどう確保するかという点に着目したものとすべきである。また、たとえ医師供給数が十分であっても、医師偏在が解消しなければ、地域・診療科の医師不足は根本的には解消しない。

○ 従来から指摘される偏在の発生は、個々の医師の意向と選択に基づく一種の調整作用の結果である側面と、大学医局等の人為的な資源配分の帰結である側面、地域の医師確保の取組みの差異による側面がある。これらを今後の医師が望むキャリアや働き方の実現と整合的に解決するには、概して個々の医師が感応しにくい経済的インセンティブや物理的な移転の強制的手段のみに依存することなく、地域が主体となって、医師の意欲と能力を喚起し、能動的な関わり方の結果として是正される方策を模索することが必要である。

○ この場合、(1) 身近で広範な医療の機能については、全国各地で容易にアクセスできるように、プライマリ・ケアの確保、情報技術の活用、チーム医療の推進、それらに必要な人材の重点的な育成や地域ごとの規制の特例等を進める、(2) 高度な医療の機能については、機能の集約と成果の見える化及びモニタリング、それらの情報公開等を進めることが重要である。

○ こうした観点から、偏在対策としては、まずは医師の意向や考え方を確実に把握・分析(10万人規模の働き方調査等)を十分に行った上で、医療の機能の存在状況の「見える化」を進める。

○ 特に、地域医療の確保の責任を都道府県等の地方自治体が主体性をもって的確に果たすために、地域のマネジメント機能を実質的に確立することが必要である。このため、都道府県等が主導し、大学医局、関係団体等のプロフェッショナルと協議しながら、効果的に取組を進められるよう、医師養成、確保にかかると制度的な環境整備を進める。

○ それに加えて、プライマリ・ケアのより一層の活用や専門職のワークライフバランスが十分に考慮されたグループ診療の推進等のサービス提供体制の強化を図ること、情報技術の活用を促進すること、診療報酬、基金等の経済的手法や規制的手法の効果を精査した上で活用することをどう組み合わせるべきかを検討する。

○ その際、一律な制度設計ではなく、なぜ偏在が発生しているのかについて地域や医療機関ごとに要因を精査し、都道府県等の地方自治体が地域の状況に応じて自律的にこれらの対策を組み合わせて活用できるようにする。また、各都道府県を越えた課題については、大学医局、関係団体等のプロフェッショナルと協力しつつ、地域相互の連携等により対応する。

国はそのために人的・財政的・制度的な支援策を講じることが重要である。また、働き方調査等も踏まえて、現行の医療機関におけるガバナンス、組織人事システムや労務管理等の実態と課題を把握・分析し、それらの改善を図ることが必要である。

#### 5. 今後の進め方

個々の医療従事者の意向や希望を十分に踏まえる必要があることから、①10万人規模で実施中の働き方調査の結果、②現場の医師・医療従事者(若手・国際を含む)の意見、③職能団体の意見、④都道府県や市町村の医療行政担当者や住民等からの意見を踏まえ、さらに議論を深める。