

医師偏在対策について

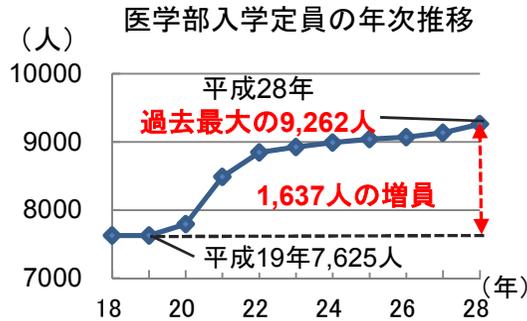
平成30年2月9日
厚生労働省医政局

1 医師偏在対策の必要性

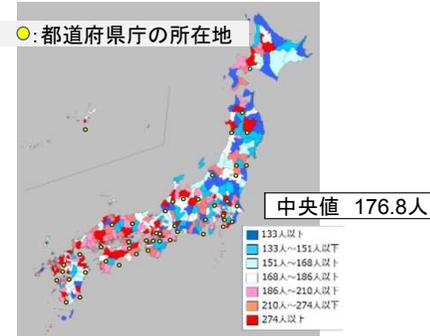
医師偏在対策の必要性

1. 現状

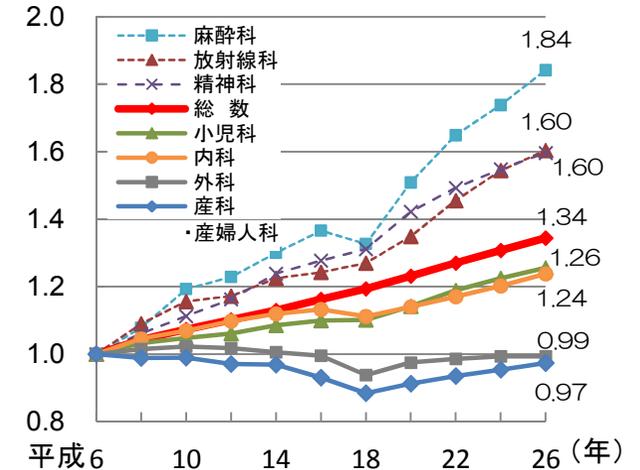
- 平成20年度以降、**医学部定員を大幅に増員**
- しかし、**医師の地域偏在・診療科偏在は解消されておらず**、地域・診療科によっては「医師不足」との指摘



二次医療圏ごとの人口10万対医師数 (平成26年)



診療科別医師数の推移 (平成6年: 1.0)



2. 対策の必要性

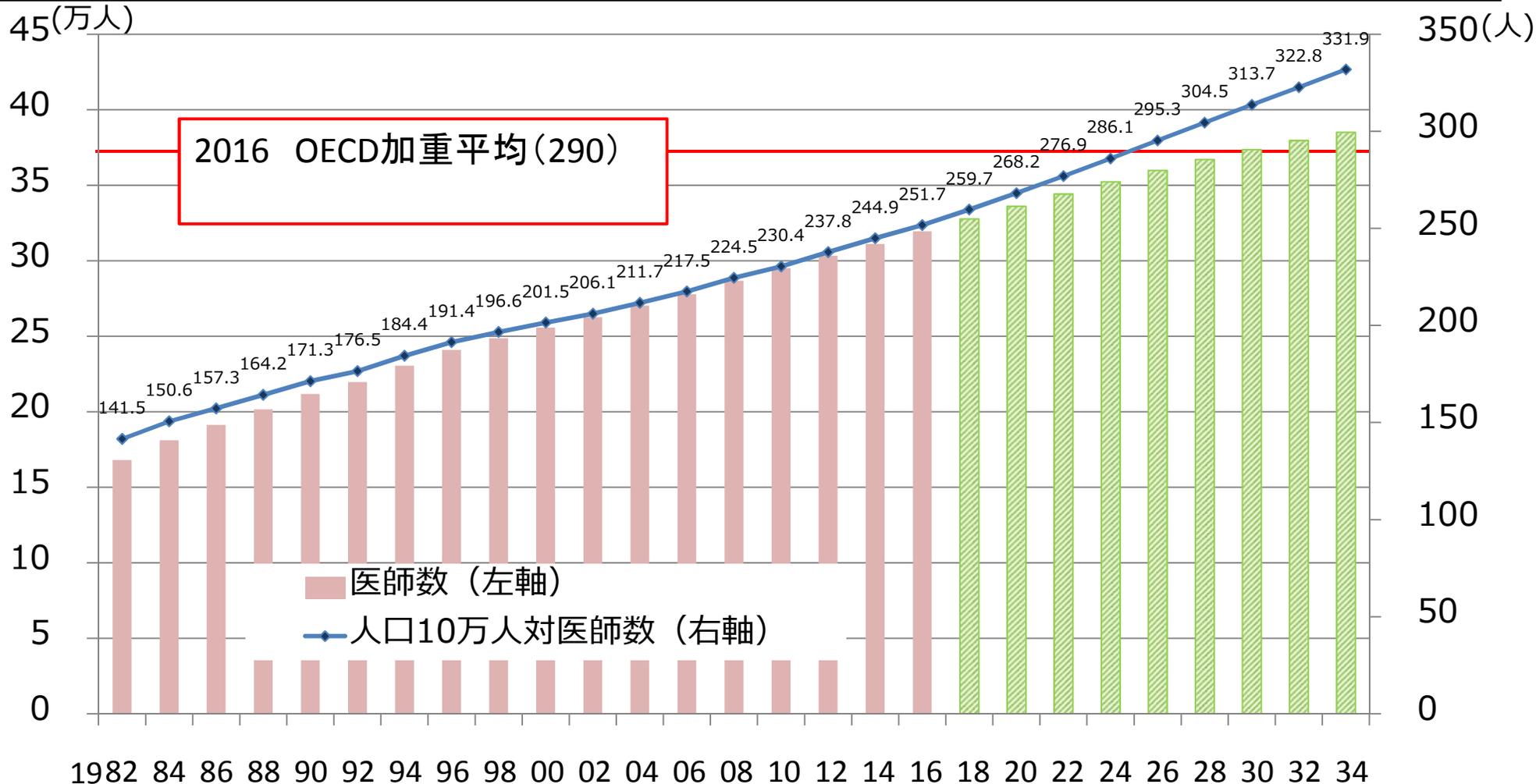
- 病院団体・自治体等からの早急かつ抜本的な地域偏在・診療科偏在対策の要望
- 平成30年度から診療科ごとの専門医を養成する制度が開始
- 医師偏在対策は医師の働き方改革の前提
- 医師の養成には10年以上必要
- 「税と社会保障の一体改革」において残された課題の一つ

3. 医師偏在解消への主な課題

- ① 医師の地域偏在・診療科偏在を統一的に測る「**ものさし**」が必要
- ② 医師確保対策について、**都道府県**が主体的・実効的に対策を行うことができる**体制を整える**ことが必要
- ③ 医師**養成段階**における医師の**地域定着策**の充実が必要
- ④ 地域での**外来医療機能の偏在等を是正**する仕組みが必要
- ⑤ 医師が少ない地域での勤務を促す**インセンティブを高める対策**を講じることが重要
- ⑥ その他検討事項 (地域医療支援病院等の在り方の検討)

人口10万対医師数の年次推移（将来推計）

○ 現在の医学部定員数が維持された場合、平成37年（2025年）頃人口10万人対医師数がOECD加重平均(290)に達する見込み（2016 OECD statistics）。



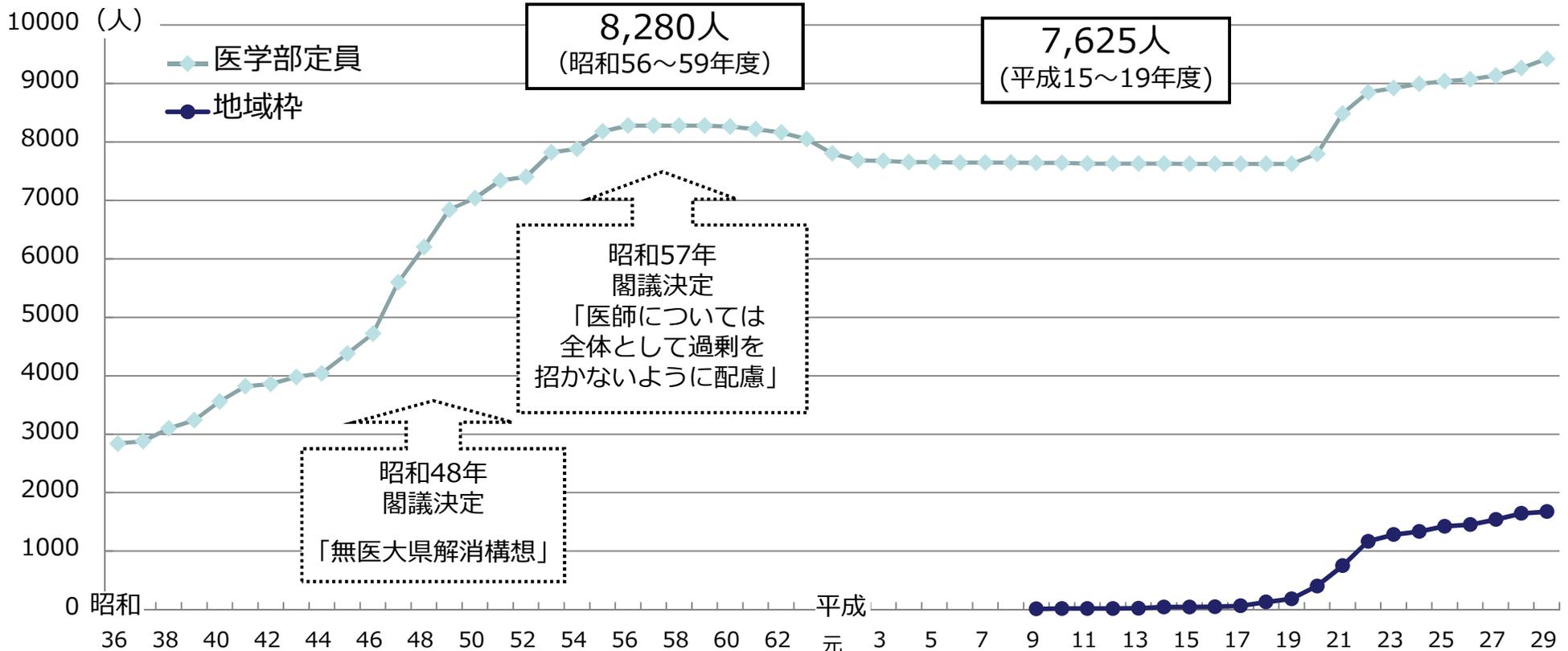
※ 2018年（平成30年）以降は、平成14年～平成24年の三師調査及び医籍登録データによる登録後年数別の生残率に基づき、全国医学部定員が平成29年度と同程度を維持する等の仮定において、平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査による医師数を発射台として将来の医師数を推計
 ※ 将来人口については、日本の将来推計人口（平成29年推計）（国立社会保障・人口問題研究所）

医学部入学定員と地域枠の年次推移

- 平成20年度以降、**医学部の入学定員**を**過去最大規模**まで増員。
- 医学部定員に占める**地域枠***の数・割合も、**増加**してきている。

(平成19年度183人 (2.4%) →平成29年1676人 (17.8%))

地域枠* : 地域医療に従事する医師を養成することを主たる目的とした学生を選抜する枠であり、奨学金の有無を問わない。



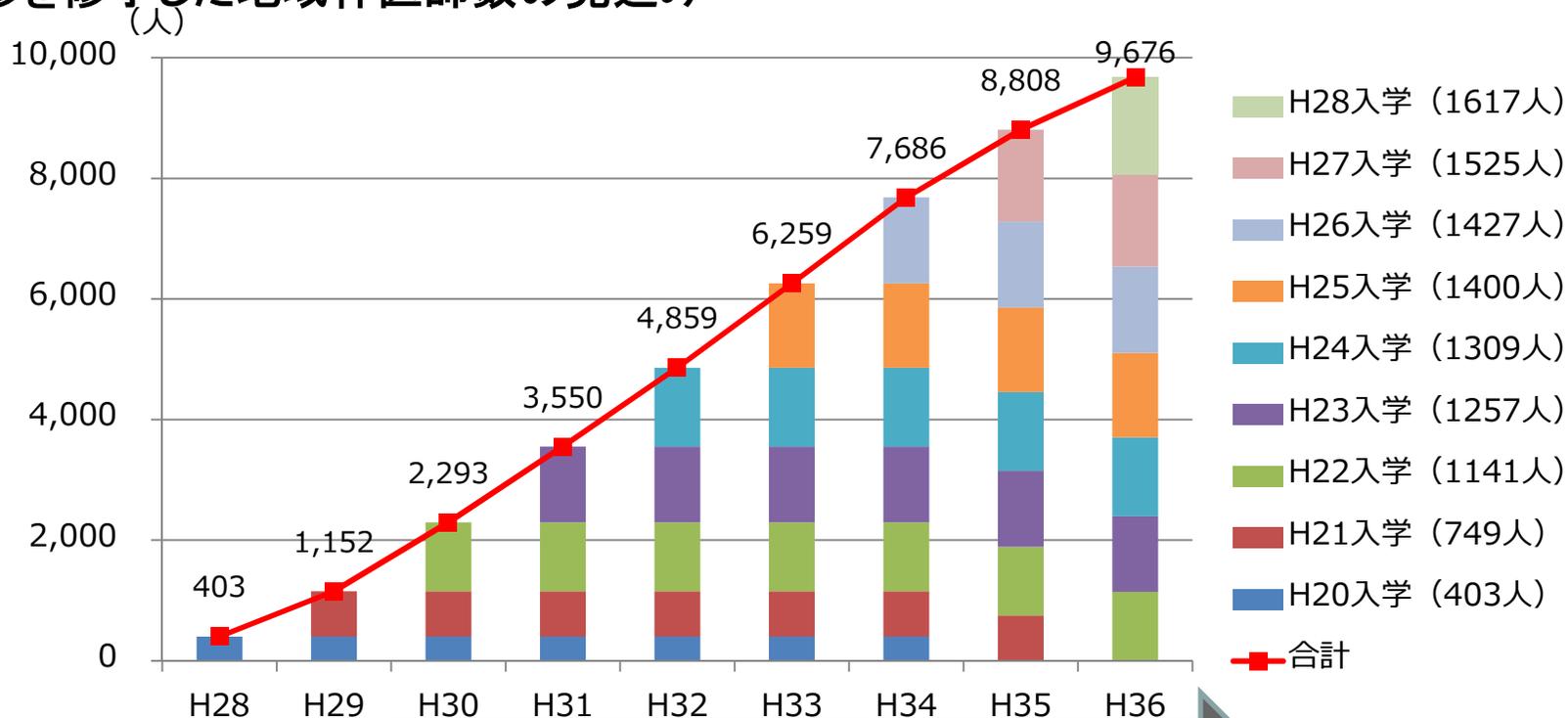
	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29
医学部定員	7625	7625	7625	7793	8486	8846	8923	8991	9041	9069	9134	9262	9420
地域枠	64	129	183	403	749	1141	1257	1309	1400	1427	1525	1617	1676
地域枠の割合	0.8%	1.7%	2.4%	5.2%	8.8%	12.9%	14.1%	14.6%	15.5%	15.7%	16.7%	17.5%	17.8%

地域枠の人数については、文部科学省医学教育課調べ

臨床研修を修了した地域枠医師数の見込み

- 平成20年度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順次卒業し、臨床研修を終え、地域医療に従事し始めている。
- 今後、こうした地域枠医師が順次臨床研修を終え、地域医療に従事する医師が増加することに伴い、地域医療支援センターの派遣調整の対象となる医師の増加が見込まれる。

臨床研修を修了した地域枠医師数の見込み



今後、地域医療に従事する医師が順次増加

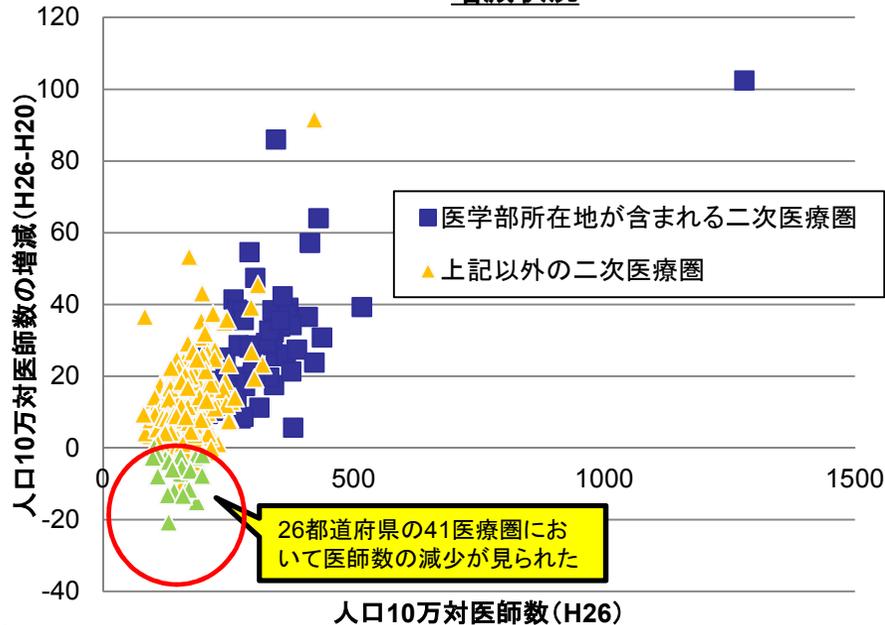
※ 地域枠（地域医療に従事する医師を養成することを主たる目的とした学生を選抜する枠であり、奨学金の有無を問わない。）の人数については、文部科学省医学教育課調べ。

全体の数には様々な条件による地域枠の医師数が含まれているが、ここでは一律に、卒業後9年目まで地域医療に従事する義務があると仮定し、義務年限終了以後は累積人数から除外して、単純に累積医師数を見込んだ。また、留年・中途離脱等は考慮していない。

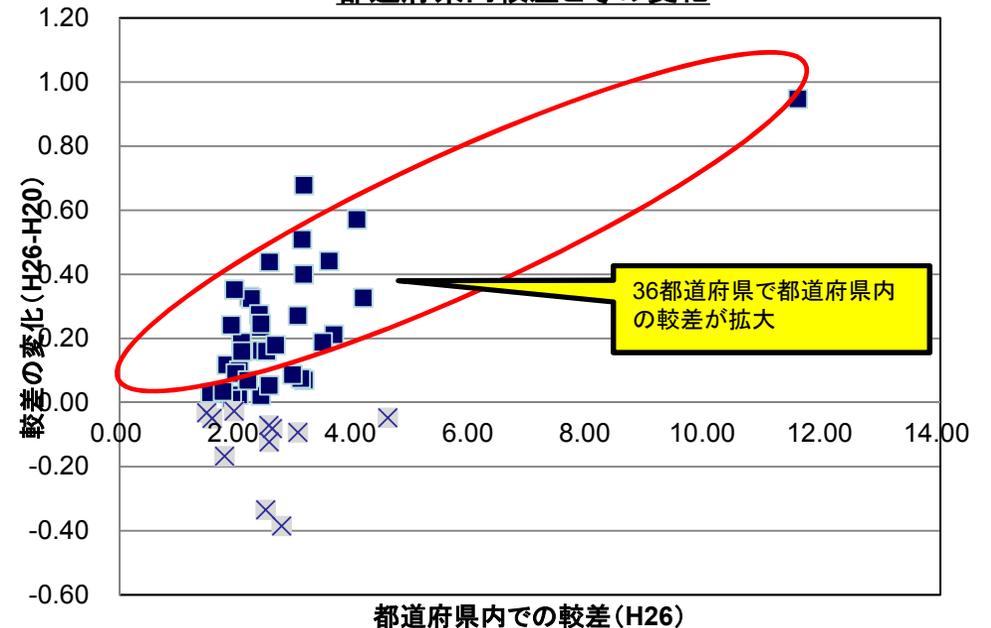
医師の地域偏在の状況（平成20-26年度）

- 全国の二次医療圏における医師数の動向に関し、二次医療圏別人口10万対医療施設従事医師数を平成20年と26年で比較したところ、**47都道府県の349医療圏中26都道府県の41医療圏**において医師数の減少がみられたのに対し、301医療圏では、特に医学部所在地が含まれる二次医療圏において医師数の増加がみられた（左グラフ）。
- また、このような状況を踏まえ、二次医療圏別人口10万対医療施設従事医師数を都道府県ごとに平成20年と26年で比較したところ、**47都道府県中36都道府県において医師数の較差（最大値／最小値）が拡大**している（右グラフ）。
- このように、都道府県内の医師の偏在は拡大しており、依然として解消されていない。

二次医療圏別人口10万対医療施設従事医師数の増減状況



二次医療圏別人口10万対医療施設従事医師数の都道府県内較差とその変化

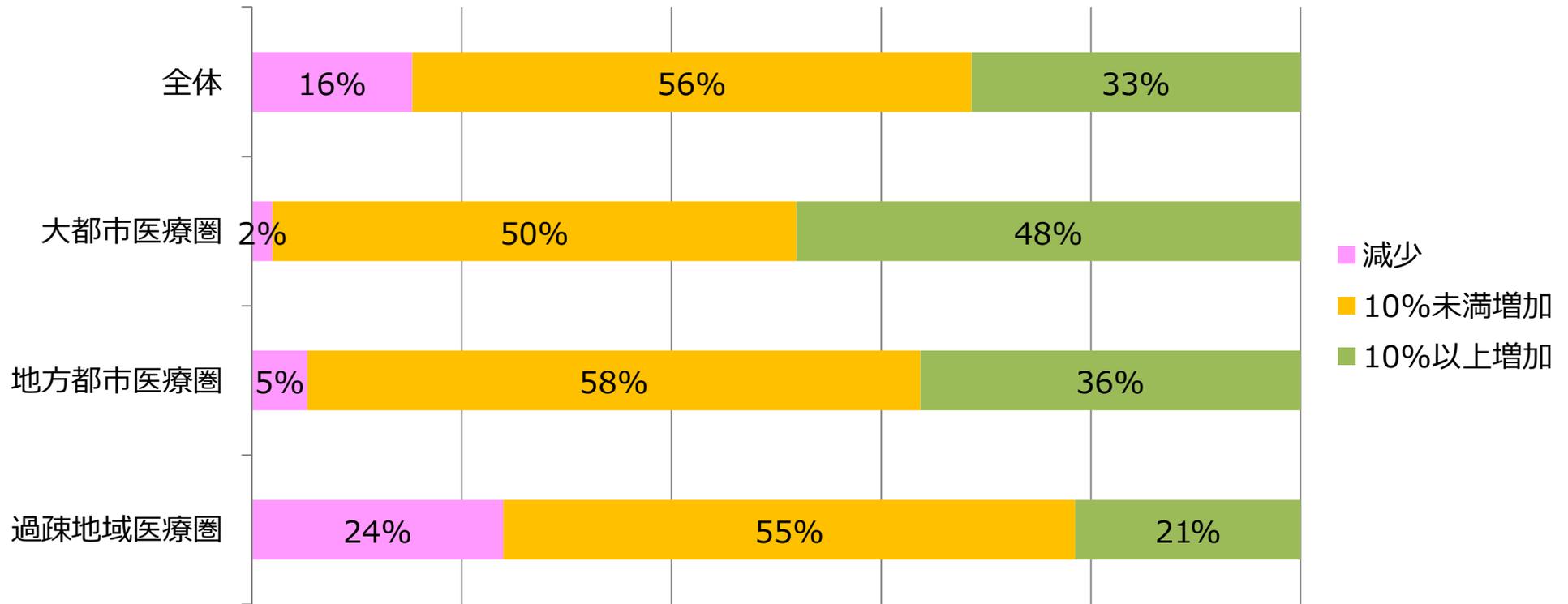


(注)

- 1 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」及び総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」を基に当省が作成した。
- 2 「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」については、平成25年3月31日現在の調査から調査対象に外国人が含まれることとなったが、人口10万対医療施設従事医師数について経年比較を行うため、日本人のみを集計対象とした。
- 3 平成20年と24年との比較において、この間に二次医療圏の設定の見直しが行われている場合には、25年3月31日現在の二次医療圏（349医療圏）に合わせて医師数及び人口を再集計している。

二次医療圏ごとに見た人口10万人対医療施設従事医師数の増減（2008年→2014年）

- 2008年から2014年にかけて、我が国全体の人口10万人対医療施設従事医師数は10%増加している（212.32人→233.56人）が、人口等で2次医療圏を分類すると、その増減に大きく違いが生じている。
- 特に、過疎地域医療圏においては、24%が減少しているのに対し、21%の医療圏でしか全国平均以上に増加していない。



【備考】

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／km²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／km²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

※ 2次医療圏については、2014年時点のもの（全344圏域）

【出典】

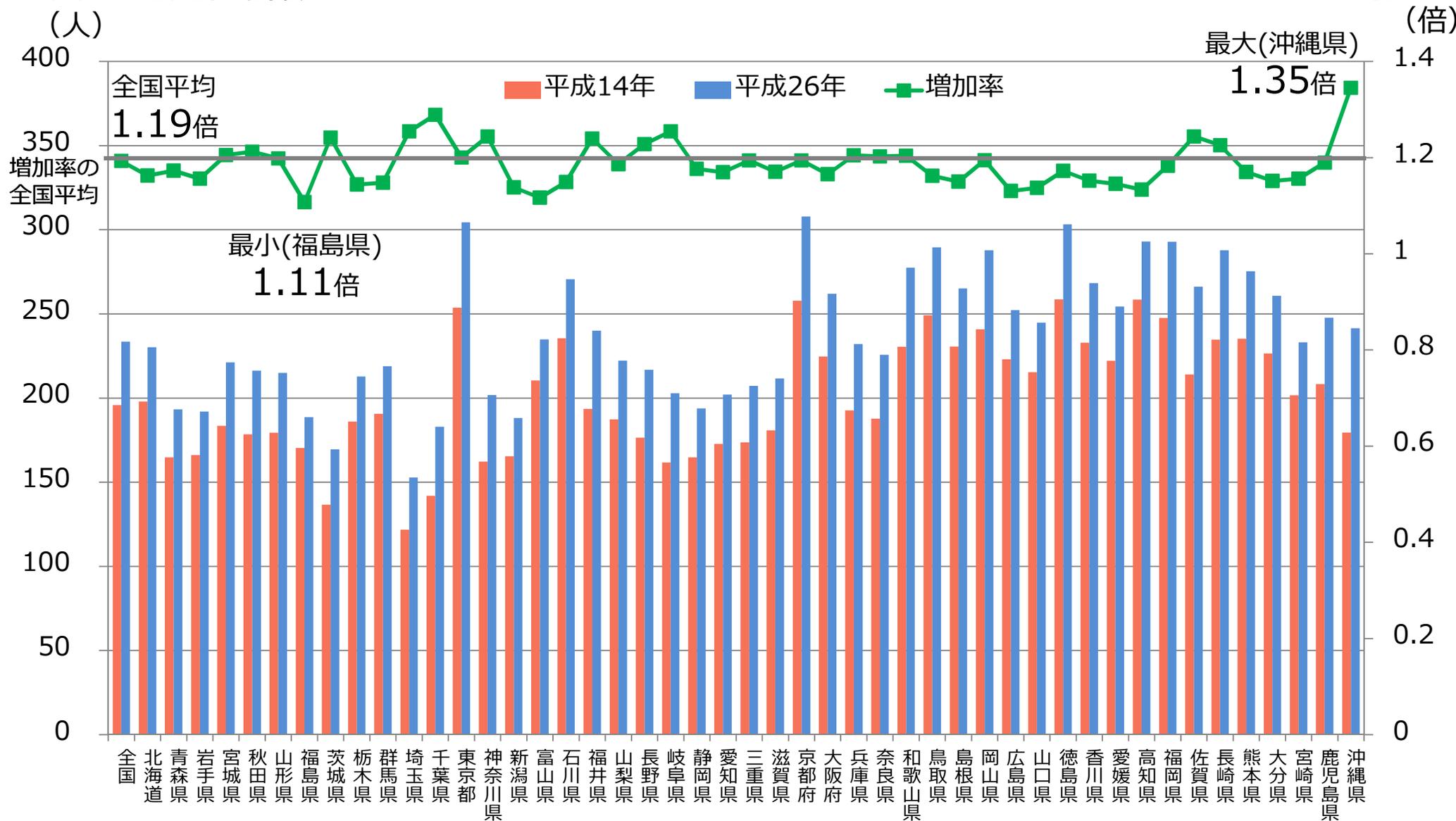
医師数：医師・歯科医師・薬剤師調査

人口、人口密度：国勢調査

平成14年・26年の都道府県別人口10万対医師数とその増加率

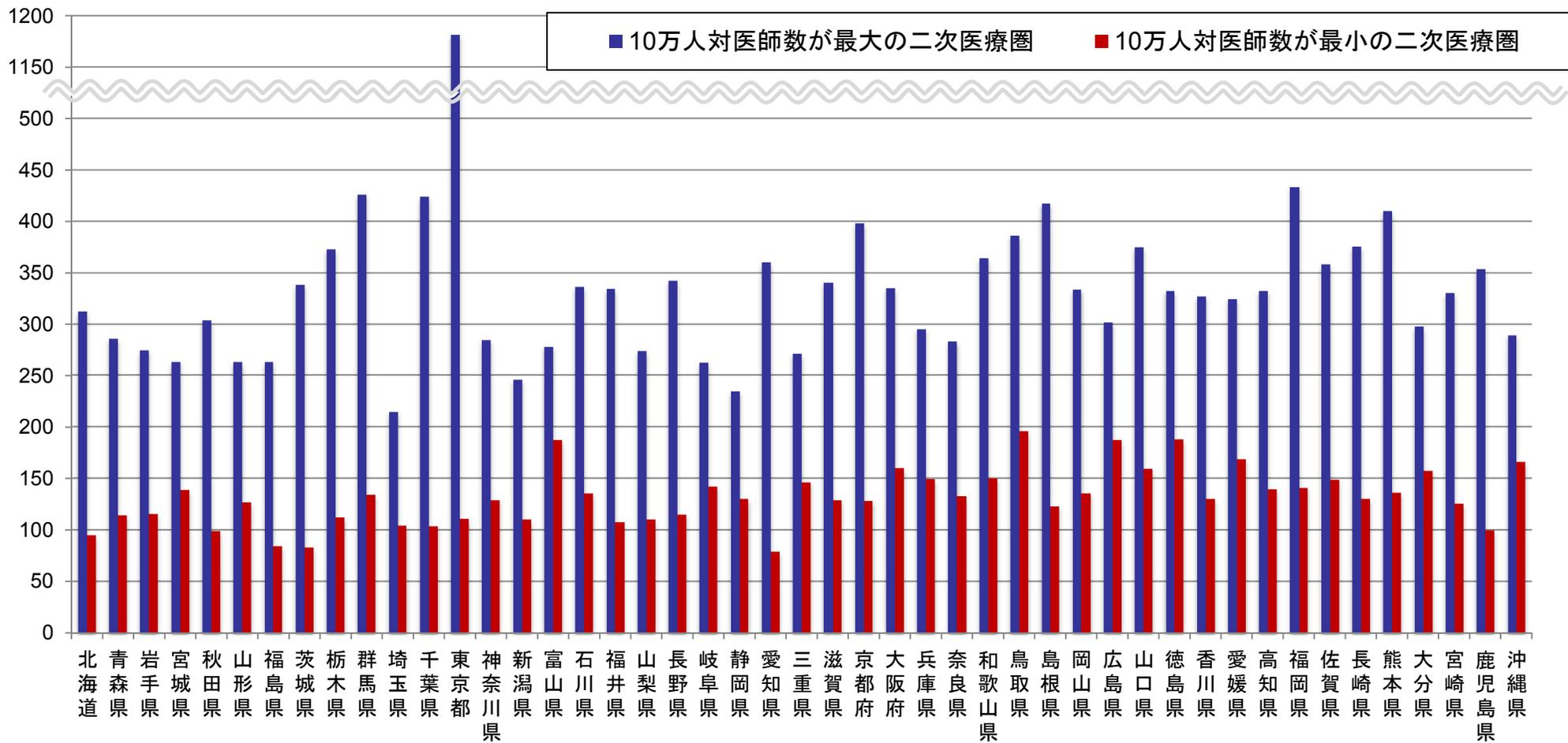
人口10万対医師数

増加率



人口10万人当たり医師数が最大・最小の二次医療圏の比較

○人口10万人当たり医師数が最大・最小の二次医療圏を都道府県別に比較した場合、医師が比較的多い西日本を含め、全国的に地域間の偏在があることがわかる。



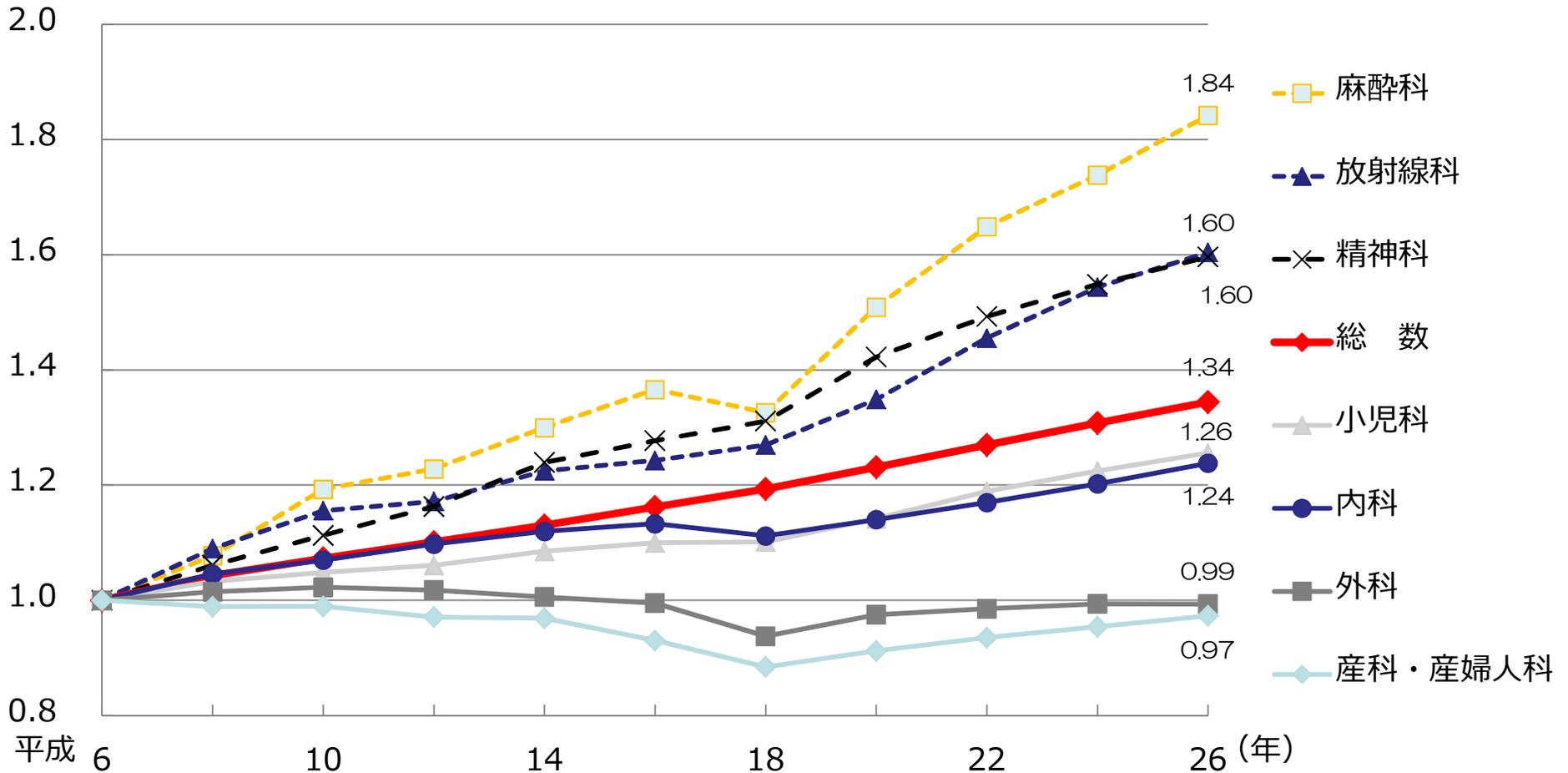
出典:「平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査」(厚生労働省)[平成26年12月31日現在]

備考:医師数は、医療施設に従事している医師数

市町村別の人口は、便宜上、「平成27年1月1日住民基本台帳」を用いた。

診療科別医師数の推移（平成6年を1.0とした場合）

- 多くの診療科で医師は増加傾向にある。
- 減少傾向にあった産婦人科・外科においても、増加傾向に転じている。



※内科・・・（平成8～18年）内科、呼吸器科、循環器科、消化器科（胃腸科）、神経内科、アレルギー科、リウマチ科、心療内科
 （平成20～26年）内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科
 ※外科・・・（平成6～18年）外科、呼吸器外科、心臓血管外科、気管食道科、こう門科、小児外科
 （平成20～26年）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、肛門外科、小児外科
 ※平成18年調査から「研修医」という項目が新設された

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) 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。

(専門医の養成・認定・更新)

- 専門医の認定は、経歴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年度を目途に19基本領域の養成を一斉に開始予定。

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

新たな専門医の仕組みの経緯

平成25年4月	厚労省	「専門医の在り方に関する検討会報告書」取りまとめ
平成26年5月	機構	一般社団法人日本専門医機構設立
平成28年2月～		地域医療の関係者から、医師偏在の懸念が示される
6月7日	日医 ・四病協	「新たな専門医の仕組みへの懸念について」 ※専門医機構及び基本領域学会に対する要望書 <ul style="list-style-type: none"> ・一度立ち止まり、地域医療、公衆衛生、地方自治、患者・国民の代表による幅広い視点を加えた検討の場を新たに設置 ・新たな検討の場で、医師及び研修医の偏在が深刻化しないかどうか集中的に精査
6月7日	大臣談話	「要望書の趣旨を理解するとともに、専門医機構と学会が、地域医療関係者や自治体等の意見を真摯に受け止め、なお一層の取組をすることを強く期待。」
6月27日	機構	社員総会を開催し、新理事を選出 → 学会中心の体制から、地方自治体、患者・国民の代表など、幅広い関係者の体制に
7月20日	機構	「専門医研修プログラムと地域医療にかかわる新たな検討委員会」(精査の場)を開催 <ul style="list-style-type: none"> ・平成29年度は新プログラムを認定せず、平成30年度を目途に一斉に開始
11月18日	日医	「要望書」 ※専門医機構に対する要望書(新たな整備指針に関する要望)
12月16日	機構	社員総会を開催し、「専門医制度新整備指針」を決定 <ul style="list-style-type: none"> ・基幹研修施設の基準を、原則、大学病院以外の医療機関も認定される水準とする ・機構は、研修プログラムの認定に際し、都道府県協議会に事前協議 ・妊娠、出産、育児等の理由による研修中断に柔軟に対応 等
平成29年3月17日	機構	理事会を開催し、新整備指針の運用細則および補足説明を決定
4月12日	市長会	「国民不在の新専門医制度を危惧し、拙速に進めることに反対する緊急要望」 ※厚生労働大臣に対する要望書(2月に全国医系市長会から厚生労働大臣に対して同趣旨の要望あり)
4月24日	厚労省	第1回「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」開催
6月2日	機構	理事会を開催し、「専門医制度新整備指針(第二版)」を決定
7月7日	機構	理事会を開催し、新整備指針の運用細則の修正を決定
8月2日	大臣談話	「新たな専門医制度」に対する厚生労働大臣談話を公表
8月～9月	機構	研修プログラムの認定に際し、各都道府県協議会と協議
10月10日	機構	平成30年度の研修開始に向け、専攻医の仮登録開始

今後の予定(案) ※平成30年4月研修開始(予定)

「新たな専門医制度」に対する厚生労働大臣談話（平成29年8月2日）

国民の求める医療ニーズは、「量」から「質」へと大きく転換しています。こうした中、若手医師が安心して専門研修を受け、生涯にわたって研鑽を続け、医療の質の向上を図るには、国際的な水準を担保し、世界にも評価される専門医を養成する制度の確立・運営が喫緊の課題です。

こうした中、新たな専門医制度の構築に当たっては、平成29年度の養成開始を目指し、日本専門医機構において準備が進められてきました。しかし、昨年6月に日本医師会及び四病院団体協議会から、新たな制度が施行されることにより地域医療の現場に大きな混乱をもたらす等の懸念があるため、一度立ち止まって、集中的な精査を早急に行うこと等が要望され、私からも、改めて地域医療を担う医療関係者や地方自治体など、幅広い方々からの要望やご意見を真摯に受け止め、なお一層の取組をされることを求めました。

これを受け、日本専門医機構におかれては、地域医療関係者や地方自治体を加えた体制を整備するなど、ガバナンスの抜本的見直しを図ってこられました。また、厚生労働省においては、本年4月に「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」を設置し、専門医制度の在り方について、全国知事会や全国市長会、病院団体など地域医療関係者の方々が加わった場で意見交換を行って頂きました。

日本専門医機構においては、こうした議論の積み重ねを踏まえ、専門医の取得は義務ではなく医師として自律的な取組として位置付けられるものであることや、研修の中心は大学病院のみではなく症例の豊富な地域の中核病院等も含むことの明確化、女性医師等の多様な働き方に配慮したカリキュラム制の設置などを専門医制度新整備指針等に明記され、新たな制度の施行により地域医療に影響を与えないような配慮がなされていると理解しております。

他方、来年度より実施する新たな専門医制度は、プログラム制の導入など、これまでに無い新たな仕組みであり、
○実際の専攻医の応募の結果、各診療科の指導医や専攻医が基幹病院に集中することで地域医療に悪影響が生じるのではないかと、
○専攻医がその意思に反し、望んでいる地域、内容での研修を行えなくなるのではないかと
などの懸念を完全に払拭するには至っておりません。

新たな仕組みの開始に当たっては、こうした懸念に真摯に向き合い、都道府県、市町村、医師会、大学、病院団体等からなる都道府県協議会等地域医療関係者と十分に協議が行われたうえで、運用の中で問題があれば速やかに是正が行われる必要があると考えています。

具体的には、日本専門医機構及び各関係学会に対し、学会ごとの応募状況及び専攻医の配属状況を厚生労働省に報告いただくことを求めます。厚生労働省においては、新たな専門医制度が地域医療に影響を与えていないかどうか、領域ごとに確認をすることとしたいと考えております。

その結果、万が一、新たな専門医制度によって地域医療に影響を与える懸念が生じた場合には、「国民に対し良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制」を確保する医療法上の国の責務に基づき、厚生労働省からも日本専門医機構及び各関係学会に対して実効性ある対応を求めることといたします。

新たな専門医制度が、日本の医療をより一層質の高いものとする新たな礎となり、地域の方々にとって最良の医療が提供される体制の構築を目指すことが必要です。そのためには、日本専門医機構及び各関係学会が協力し合い、様々な意見に耳を傾け、厚生労働省や都道府県などとも協議しながら、新たな専門医制度が地域医療や医師のキャリアプランに配慮した¹³ものとなることを強く期待します。

(時間外労働の上限規制)

週40時間を超えて労働可能となる時間外労働の限度を、原則として、月45時間、かつ、年360時間とし、違反には以下の特例の場合を除いて罰則を課す。特例として、臨時的な特別の事情がある場合として、労使が合意して労使協定を結ぶ場合においても、上回ることができない時間外労働時間を年720時間(=月平均60時間)とする。かつ、年720時間以内において、一時的に事務量が増加する場合について、最低限、上回ることをできない上限を設ける。

この上限について、①2か月、3か月、4か月、5か月、6か月の平均で、いずれにおいても、休日労働を含んで、80時間以内を満たさなければならないとする。②単月では、休日労働を含んで100時間未満を満たさなければならないとする。③加えて、時間外労働の限度の原則は、月45時間、かつ、年360時間であることに鑑み、これを上回る特例の適用は、年半分を上回らないよう、年6回を上限とする。

他方、労使が上限値までの協定締結を回避する努力が求められる点で合意したことと鑑み、さらに可能な限り労働時間の延長を短くするため、新たに労働基準法に指針を定める規定を設けることとし、行政官庁は、当該指針に関し、使用者及び労働組合等に対し、必要な助言・指導を行えるようにする。

(現行の適用除外等の取扱)

現行制度で適用除外となっているものの取り扱いについては、働く人の視点に立って働き方改革を進める方向性を共有したうえで、実態を踏まえて対応の在り方を検討する必要がある。

(中略)

医師については、時間外労働規制の対象とするが、医師法に基づく応召義務等の特殊性を踏まえた対応が必要である。具体的には、改正法の施行期日の5年後を目途に規制を適用することとし、医療界の参加の下で検討の場を設け、質の高い新たな医療と医療現場の新たな働き方の実現を目指し、2年後を目途に規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得る。

(後略)

「医師の働き方改革に関する検討会」について

- ◆ 働き方改革実行計画(平成29年3月28日働き方改革実現会議決定)においては、長時間労働の是正のため、労働基準法を改正し、罰則付きの時間外労働の上限規制をはじめ法律で導入する方向性が示されている。
- ◆ この中で、医師については、医師法(昭和23年法律第201号)に基づく応召義務等の特殊性を踏まえた対応が必要であることから、時間外労働規制の対象とするものの、改正法の施行期日の5年後を目途に規制を適用することとし、具体的には、医療界の参加の下で検討の場を設け、2年後を目途に規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得るとされた。これを踏まえ、本検討会を開催するものである。

構成員

(計24名) (※五十音順)

赤星 昂己	東京医科歯科大学医学部附属病院 救命救急センター救急医
荒木 尚志	東京大学大学院法学政治学研究科教授
市川 朝洋	公益社団法人日本医師会常任理事
猪俣 武範	順天堂大学附属病院医師
今村 聡	公益社団法人日本医師会女性医師支援センター長
◎岩村 正彦	東京大学大学院法学政治学研究科教授
戎 初代	東京ベイ・浦安市川医療センター集中ケア認定看護師
岡留 健一郎	福岡県済生会福岡総合病院名誉院長
片岡 仁美	岡山大学医療人キャリアセンターMUSCATセンター長
工藤 豊	保健医療福祉労働組合協議会事務局次長
黒澤 一	東北大学環境・安全推進センター教授
渋谷 健司	東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学教室教授
島田 陽一	早稲田大学法学学術院教授
鶴田 憲一	全国衛生部長会会長
遠野 千尋	岩手県立久慈病院副院長
豊田 郁子	特定非営利法人架け橋理事長
中島 由美子	医療法人恒貴会 訪問看護ステーション愛美園所長
斐 英洙	ハイズ株式会社代表取締役社長
馬場 武彦	社会医療法人ペガサス理事長
福島 通子	塩原公認会計士事務所特定社会保険労務士
三島 千明	青葉アーバンクリニック総合診療医
村上 陽子	日本労働組合総連合会総合労働局長
森本 正宏	全日本自治団体労働組合総合労働局長
山本 修一	千葉大学医学部附属病院院長

◎:座長
15

本検討会の検討事項

- (1) 新たな医師の働き方を踏まえた医師に対する時間外労働規制の具体的な在り方
- (2) 医師の勤務環境改善策
- (3) その他

検討のスケジュール

- ◆ 第1回(平成29年8月2日) 医師の働き方改革について
 - ◆ 第2回(平成29年9月21日) 労働時間法制等について
 - ◆ 第3回(平成29年10月23日) 医師の勤務実態について
 - ◆ 第4回(平成29年11月10日) 勤務環境改善策について
 - ◆ 第5回(平成29年12月22日) 勤務医の健康確保等について
- ※ 今後も定期的に検討会を開催し、平成30年の年明けを目途に中間整理を行う予定。

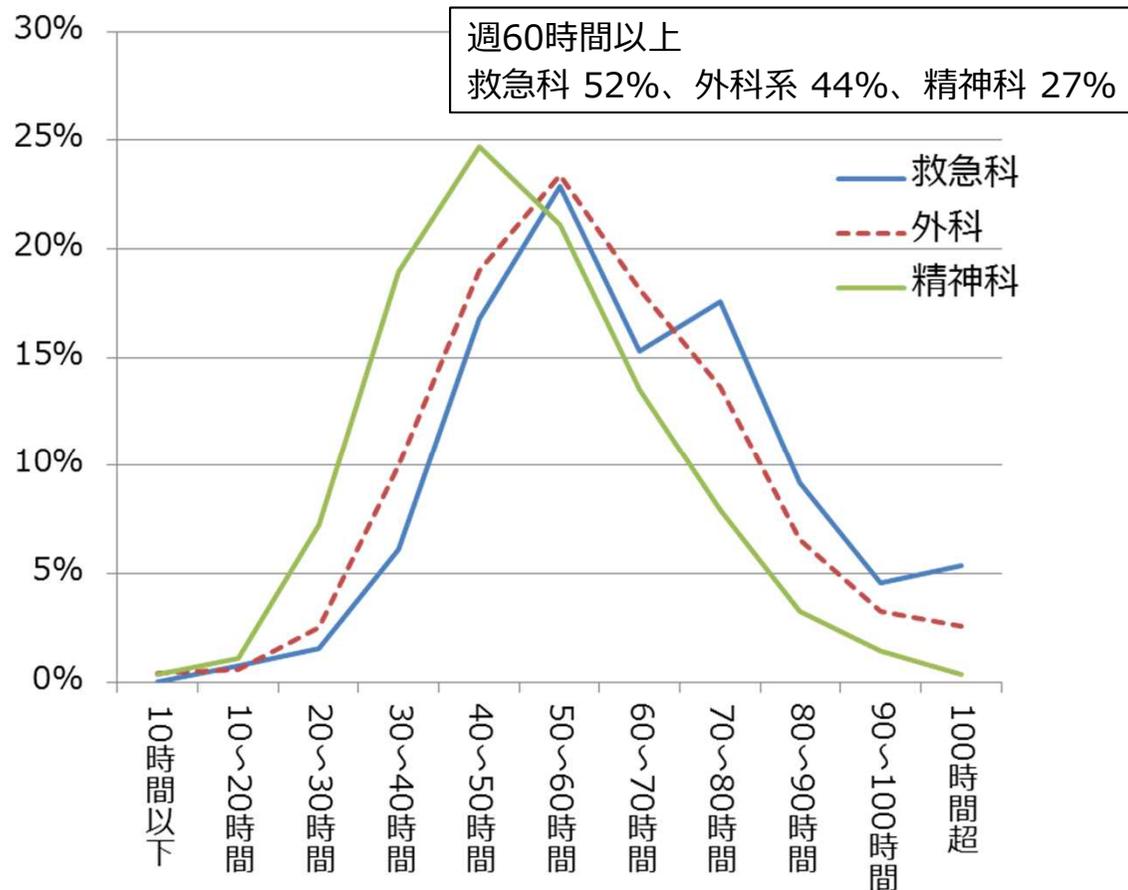
参考:働き方改革実行計画(抜粋)

医師については、時間外労働規制の対象とするが、医師法に基づく応召義務等の特殊性を踏まえた対応が必要である。具体的には、改正法の施行期日の5年後を目途に規制を適用することとし、医療界の参加の下で検討の場を設け、質の高い新たな医療と医療現場の新たな働き方の実現を目指し、2年後を目途に規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得る。

病院常勤勤務医の診療科別の週当たり勤務時間

- 病院常勤勤務医の週当たり勤務時間（診療＋診療外＋当直の待機時間）が60時間以上の割合は、平均の勤務時間が相対的に長い救急科・外科系はそれぞれ52%・44%、平均の勤務時間が相対的に短い精神科であっても27%。

週当たり勤務時間	病院常勤勤務医
内科系	56時間16分
外科系	59時間28分
産婦人科	59時間22分
小児科	56時間49分
救急科	63時間54分
麻酔科	53時間21分
精神科	50時間45分
放射線科	52時間36分
臨床研修医	60時間55分
全診療科平均	56時間28分



※ 本資料では、当直の待機時間は勤務時間を含め、オンコールの待機時間は勤務時間から除外した。なお、当直の待機時間には、労働基準法上の労働時間に該当するものと該当しないものの両方が含まれていると考えられる。

「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）結果を基に医政局医事課で作成

(参考)

○ 社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～
(平成25年8月6日 社会保障制度改革国民会議)

第2部 社会保障4分野の改革

Ⅱ 医療・介護分野の改革

2 医療・介護サービスの提供体制改革

(2) 都道府県の役割強化と国民健康保険の保険者の都道府県移行

今般の国民会議の議論を通じて、医療の在り方を地域ごとに考えていく必要性が改めて確認された。このため、本年6月の閣議決定「経済財政運営と改革の基本方針」にも示されたとおり、地域ごとの実情に応じた医療提供体制を再構築することが求められる。

このような状況の下、医療計画の策定者である都道府県が、これまで以上に地域の医療提供体制に係る責任を積極的かつ主体的に果たすことができるよう、マンパワーの確保を含む都道府県の権限・役割の拡大が具体的に検討されて然るべきである。また、医療提供体制の整備については、医療保険の各保険者等の関係者の意見も聞きながら、進めていくことが望ましい。

医師需給分科会 第2次中間取りまとめの概要①

平成29年12月21日取りまとめ

今回講ずべき医師偏在対策の基本的考え方

今回取りまとめるべき医師偏在対策は、次の(1)から(4)までのような基本的な考え方に基づくものとする必要がある。

- (1) 医師偏在対策に有効な客観的データの整備
- (2) 都道府県が主体的・実効的に医師偏在対策を講じることができる体制の整備
- (3) 医師養成過程を通じた医師確保対策の充実
- (4) 医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進

具体的な医師偏在対策

基本的考え方に基づき、様々な立場の関係者から一定の合意が得られる範囲で取りまとめたもの。

(1) 都道府県における医師確保対策の実施対策の強化

①「医師確保計画」の策定

- 「医師確保計画」において、i)都道府県内における医師の確保方針、ii)医師偏在の度合いに応じた医師確保の目標、iii)目標の達成に向けた施策内容までの一連の方策を記載することを明確に法律上に位置づけるべき。(3年ごとに見直し)
- 医師偏在の度合いを示す指標**を設定すべき。
- 都道府県知事が、医師偏在の度合い等に応じて、「**医師少数区域(仮称)**」及び「**医師多数区域(仮称)**」を設定し、具体的な医師確保対策に結び付けて実行できることとすべき。

②地域医療対策協議会の実効性確保

- 地域医療対策協議会については、その**役割を明確化し、実効性を高める**ため、医師確保計画において定められた各種対策を具体的に実施するに当たって、関係者が協議・調整を行う協議機関と位置付けるべき。
- 構成員についても見直しを行い、改組を促すべき。

③効果的な医師派遣等の実施に向けた見直し

- 地域医療支援事務の**実効性を強化するための見直し**を行うべき。(大学医学部・大学病院との連携の下での実施、キャリア形成プログラムの策定徹底等)
- 医師情報データベースを早急に構築すべき。
- 医療勤務環境改善支援センターは、**地域医療支援センターと連携**することを法律上明記すべき。

(2) 医師養成過程を通じた地域における医師確保

①医学部

- 医師が少ない都道府県の知事が、管内の大学に対し、入学枠に**地元出身者枠の設定・増員を要請**することができる制度を法律上設けるべき。
- 医師が少ない都道府県において、**医師が多い都道府県の大学医学部にも、地域枠を設定**することができるようにすべき。

②臨床研修

- 臨床研修病院の指定及び募集定員の設定**は、都道府県が、地域医療対策協議会の意見を聴いた上で行うことができるようにすべき。
- 地域枠等の医師に対する臨床研修の選考については、一般のマッチングとは分けて実施することとすべき。
- 臨床研修医の募集定員上限は段階的に圧縮し、都道府県ごとの募集定員上限の算定方式については、改善を図るべき。

③専門研修

- 新専門医制度については、日本専門医機構等が国や地方自治体からの意見を踏まえる仕組みが担保されるよう、**国や都道府県から日本専門医機構等に対する要請等**の事項を法定すべき。
- 人口動態や疾病構造の変化を考慮した**診療科ごとに将来必要な医師数の見直し**を、国が情報提供すべき。

医師需給分科会 第2次中間取りまとめの概要②

(3) 地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

- ・ **外来医療機能の偏在・不足等の情報**を、新たに開業しようとしている医療関係者等が自主的な経営判断を行うに当たっての有益な情報として、**可視化**すべき。
- ・ 可視化する情報の内容について地域の医療関係者等と事前に協議等を行うこととすべき。
- ・ 充実が必要な外来機能や充足している外来機能に関する**外来医療機関間での機能分化・連携の方針等についても、併せて協議**を行い、地域ごとに方針決定できるようにするべき。(協議には、地域医療構想調整会議も活用)

(4) 医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進

① 医師個人に対する環境整備・インセンティブ

- ・ 医師が医師の少ない地域で勤務を行うに当たり、**不安を解消するための環境整備**を行うべき。(代診医派遣に対する支援、医師間の遠隔相談・診療等に対する支援、プライマリ・ケアの研修・指導体制の確保、医療機関等の兼任管理等)
- ・ 環境整備と併せて、医師少数区域等に所在する医療機関に一定期間以上勤務した医師を、**厚生労働大臣が認定する制度を創設**するべき。(必要な勤務期間、名称、普及方法等は別途検討)
- ・ 認定対象は、あらゆる世代のすべての医師とすべき。
- ・ 認定医師であることを広告可能事項に追加すべき。

(4) 医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進 (つづき)

② 医師派遣を支える医療機関等に対する経済的インセンティブ等

- ・ 医師派遣要請に応じて医師を送り出す**医療機関等について、経済的インセンティブ**が得られる仕組みを構築すべき。
- ・ 地域医療支援病院については、その役割、機能、評価の在り方等を含めて、別途検討すべき。
- ・ 地域医療支援センターにおいて、マッチング機能を担うこととすべき。
- ・ 認定制度の創設を踏まえ、都道府県を越えての医師派遣を調整する仕組みについても、厚生労働省において検討を進めるべき。

③ 認定医師に対する一定の医療機関の管理者としての評価

- ・ 認定医師であることを**一定の医療機関の管理者に求められる基準**の一つとすべき
- ・ 対象となる医療機関については、**まずは地域医療支援病院のうち、医師派遣・環境整備機能を有する病院**とし、今後、具体的な医療機関の在り方について検討すべき。
- ・ 管理者として評価を行うのは、施行日以降に臨床研修を開始した認定医師に限るものとすべき。
- ・ 管理者として必要なマネジメント能力、その研修の実施等について、別途検討を進めるべき。

将来に向けた課題

(1) 今回の医師偏在対策の効果の検証を踏まえた継続的な議論の必要性 (更なる議論が必要なもの)

- ・ 今回の医師偏在対策については、できるだけ速やかに施行し、施行後も速やかに、かつ定期的にその効果の検証を行うべき。
- ・ 検証の結果、十分な効果が生じていない場合には、下記①から③を含めて、更なる医師偏在対策について、早急に検討されるべき。

① 専門研修における診療科ごとの都道府県別定員設定

② 認定医師に対する一定の医療機関の管理者としての評価

③ 無床診療所の開設に対する新たな制度上の枠組みの導入

(2) 都道府県における医療行政能力の向上のための取組の必要性

- ・ 厚生労働省において、都道府県の人材育成が進むような適切な対応を検討すべき。

2 具体的な医師偏在対策

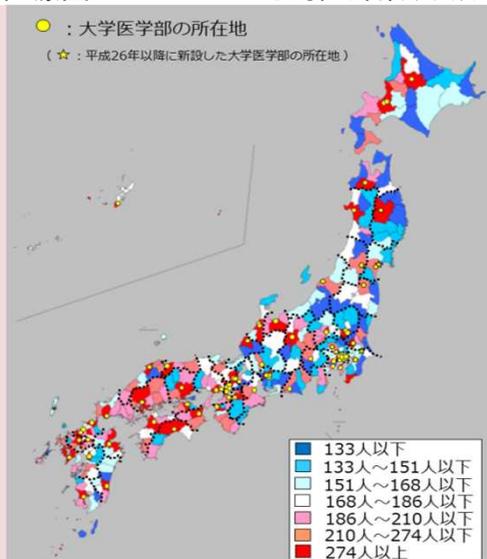
医師偏在指標の導入

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26年）

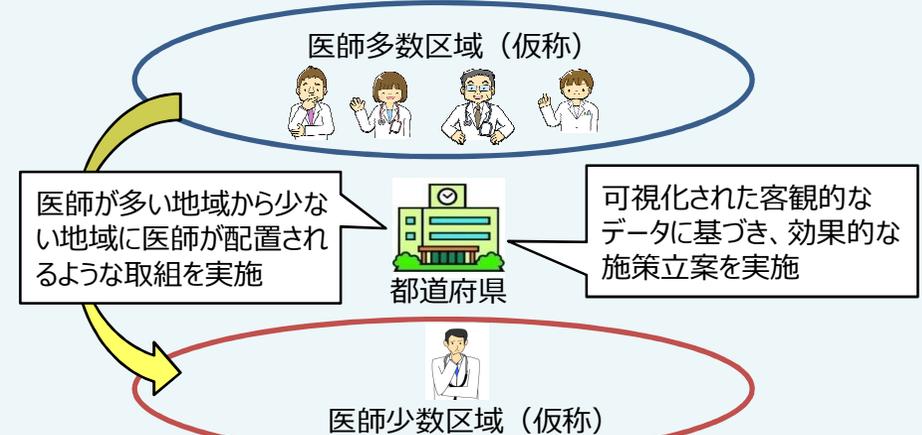


制度改正案

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

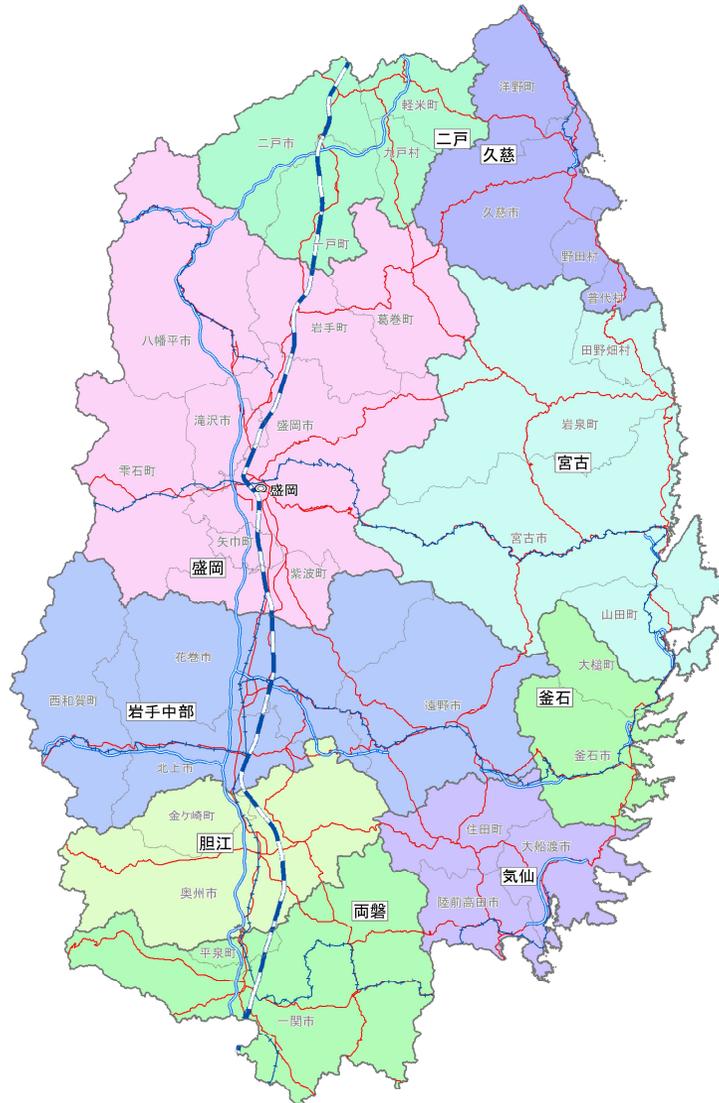
- 医師偏在の度合いを示すことによって、都道府県内で医師が多い地域と少ない地域が**可視化**されることになる。
- 都道府県知事が、医師偏在の度合い等に応じて、都道府県内の「医師少数区域（仮称）」と「医師多数区域（仮称）」を指定し、具体的な医師確保対策に結びつけて実行できるようになる。

※ 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。



岩手県の医師偏在の状況

○地理の概要



○各二次医療圏の基礎データ

二次医療圏名	人口(人) (住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数(平成27年1月1日現在))	高齢化率(%) (住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数(平成27年1月1日現在))	面積 (平方km:平成26年全国都道府県市区町村別面積調)	病院数 (平成26年医療施設調査)	一般診療所数 (平成26年医療施設調査)	医師数 (平成26年三師調査)	流入患者割合(%) (平成26年患者調査)	流出患者割合(%) (平成26年患者調査)
全体	1,300,963	29.4	15,275	91	902	2,465	4.3	4.3
盛岡	477,742	25.3	3,642	39	368	1,312	24.6	3.9
岩手中部	228,912	29.3	2,763	13	168	323	17.6	30.0
胆江	138,570	30.9	1,173	9	98	206	14.3	14.3
両磐	132,461	32.2	1,320	10	87	200	16.7	23.1
気仙	65,325	34.5	889	3	39	98	20.0	42.9
釜石	48,988	34.9	641	5	27	72	12.5	22.2
宮古	87,474	34.4	2,671	5	49	101	10.0	25.0
久慈	62,619	30.4	1,077	4	31	75	0.0	28.6
二戸	58,872	34.0	1,100	3	35	78	20.0	42.9

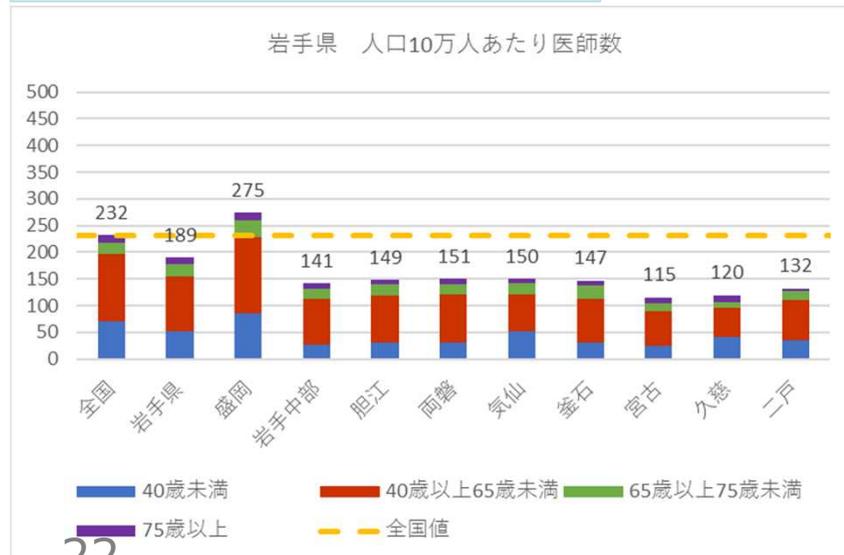
【流入患者割合】

当該地域内の医療施設で受療した当該地域外に居住する病院の推計入院患者数÷当該地域内の医療施設で受療した病院の推計入院患者数

【流出患者割合】

当該地域外の医療施設で受療した当該地域内に居住する病院の推計入院患者数÷当該地域内に居住する病院の推計入院患者数

○医師偏在の状況



※医師数は、医師・歯科医師・薬剤師調査における「医療施設に従事する医師数」を計上

岩手県

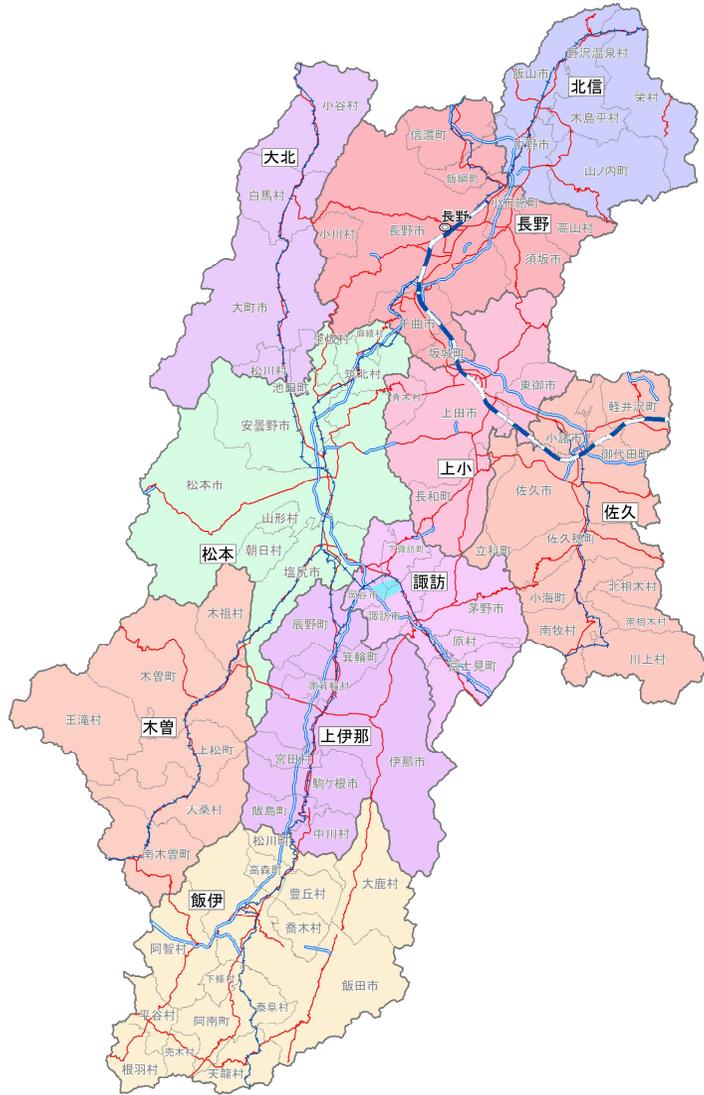
○ 県庁所在地
 新幹線
 高速道路
 JR
 国道

0 12.5 25 km



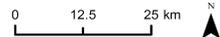
長野県の医師偏在の状況

○地理の概要



長野県

○ 県庁所在地 新幹線 高速道路
 JR 国道



○各二次医療圏の基礎データ

二次医療圏名	人口(人) (住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数(平成27年1月1日現在))	高齢化率(%) (住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数(平成27年1月1日現在))	面積 (平方km:平成26年全国都道府県市区町村別面積調)	病院数 (平成26年医療施設調査)	一般診療所数 (平成26年医療施設調査)	医師数 (平成26年三師調査)	流入患者割合(%) (平成26年患者調査)	流出患者割合(%) (平成26年患者調査)
全体	2,148,503	28.8	13,562	131	1,561	4,573	2.5	2.5
佐久	212,760	28.5	1,571	14	146	472	15.8	15.8
上小	202,498	28.4	905	16	120	306	23.8	15.8
諏訪	203,423	29.7	716	13	145	432	16.7	11.8
上伊那	188,519	28.5	1,348	10	133	253	8.3	26.7
飯伊	167,920	31.0	1,929	10	134	307	6.7	12.5
木曽	29,620	38.3	1,546	1	19	34	0.0	66.7
松本	432,112	27.0	1,869	27	363	1,480	22.2	10.3
大北	62,004	32.3	1,110	2	51	113	20.0	42.9
長野	556,446	28.3	1,558	35	392	1,038	12.5	9.3
北信	93,201	31.1	1,009	3	58	138	28.6	50.0

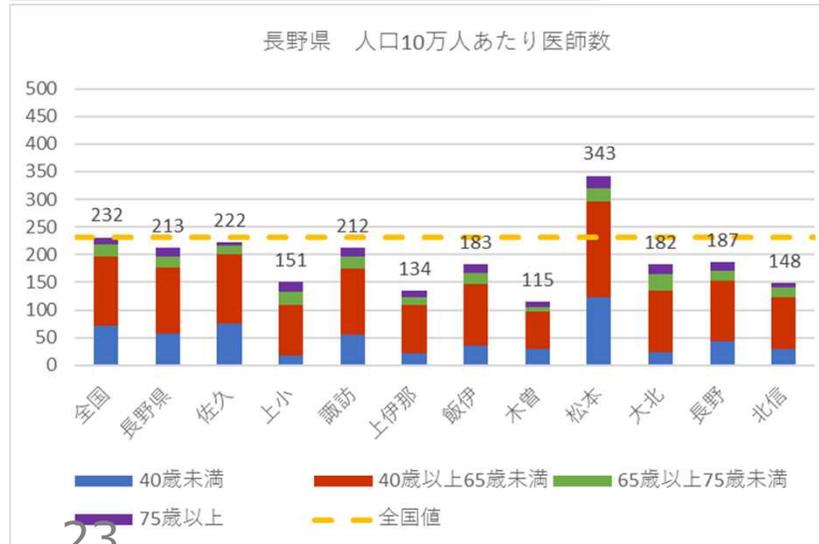
【流入患者割合】

当該地域内の医療施設で受療した当該地域外に居住する病院の推計入院患者数÷当該地域内の医療施設で受療した病院の推計入院患者数

【流出患者割合】

当該地域外の医療施設で受療した当該地域内に居住する病院の推計入院患者数÷当該地域内に居住する病院の推計入院患者数

○医師偏在の状況



※医師数は、医師・歯科医師・薬剤師調査における「医療施設に従事する医師数」を計上

都道府県における医師確保対策実施体制の整備

現状

- 医療計画における医師確保関連の記載が都道府県ごとにバラバラで、法定の「**地域医療対策**」（医師確保対策）も**17県で未策定**。
- 都道府県・大学・医師会・主要な医療機関等で構成される「**地域医療対策協議会**」は、**7県で未開催**（過去5年）

回数	0	1	2	3	4	5以上
都道府県数	7 青森県 山形県 新潟県 山梨県 香川県 福岡県 佐賀県	1	-	2	3	34

- 都道府県によっては、医師確保に関する**各種会議体が乱立**。
- 地域枠等の**医師派遣について、大学と都道府県が連携できていない**。

医師確保対策について、都道府県が主体的・実効的に対策を行うことができる体制が整っていない。

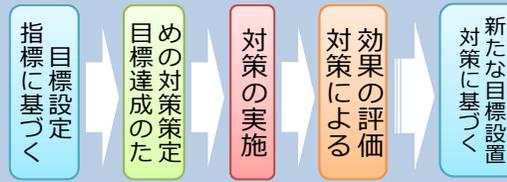
制度改正案

都道府県が、大学等の管内の関係者と連携して医師偏在対策を進めていくことができる体制を構築する。

① 医師確保計画の策定

- 以下の内容を「医師確保計画」として、法律上位置付け。（3年ごとに見直し）
 - ・ 都道府県内における医師の確保方針
 - ・ 医師偏在の度合いに応じた医師確保の目標
 - ・ 目標の達成に向けた施策内容

PDCAサイクルの下で進捗管理



② 地域医療対策協議会の機能強化



- ・ 具体的な医師確保対策の実施を担う医療機関を中心に**構成員を再構成**
- ・ 都道府県内の医師確保関係**会議を整理・統合**



都道府県・大学・医師会・主要医療機関等が合意の上、医師派遣方針、研修施設・研修医の定員等を決定



地域医療対策協議会

協議に基づいた事務の実施



地域医療支援センター

③ 地域医療支援事務の見直し

- 都道府県が行う地域医療支援事務（地域医療支援センターの事務）の実効性を強化。
 - ・ **必ず大学医学部・大学病院との連携**の下で実施
 - ・ 理由なく公立病院・公的病院などに派遣先が偏らないようにする
 - ・ 地域医療構想との整合性確保
 - ・ **地域枠の医師**について、都道府県主体での派遣方針決定
 - ・ キャリア形成プログラムの策定を徹底
 - ・ 派遣医師の負担軽減のための援助の実施

都道府県における新たな医師確保対策実施体制のイメージ

都道府県医療審議会

役割

医療法の規定により権限に属する事項や、都道府県知事の諮問に応じて当該都道府県における医療提供体制の確保に関する重要事項を調査、審議

構成員

医師、歯科医師、薬剤師、患者代表及び学識経験者

【医師確保計画】

- 都道府県内における医師の確保方針
- 都道府県内において確保すべき医師数の目標
- 目標の達成に向けた各種施策
 - ・医師が少ない地域に対する医師派遣の在り方
 - ・医師養成課程(医学部、臨床研修、専門研修)を通じた医師の地域定着策 等

具体的な実施方法等
の協議・調整

地域医療対策協議会

役割

都道府県が具体的な医師確保対策等を実施するに当たり、その実効性を高めるための「協議の場」

構成員

医師確保対策上、主要な役割を果たす関係者

協議事項
(例)

医師派遣等

医師派遣の具体的な実施方法

へき地の医師確保のための具体的な調整

医師養成関係

地域枠・地元枠の具体的な設定

臨床研修施設の定員に関する調整

専門医の配置に関する調整

医師確保対策の推進に
関するその他の会議体

⇒機能を移管

※特別な事情がある場合には、
ワーキンググループとして
存続させることも可能

地域医療
支援センター
運営委員会

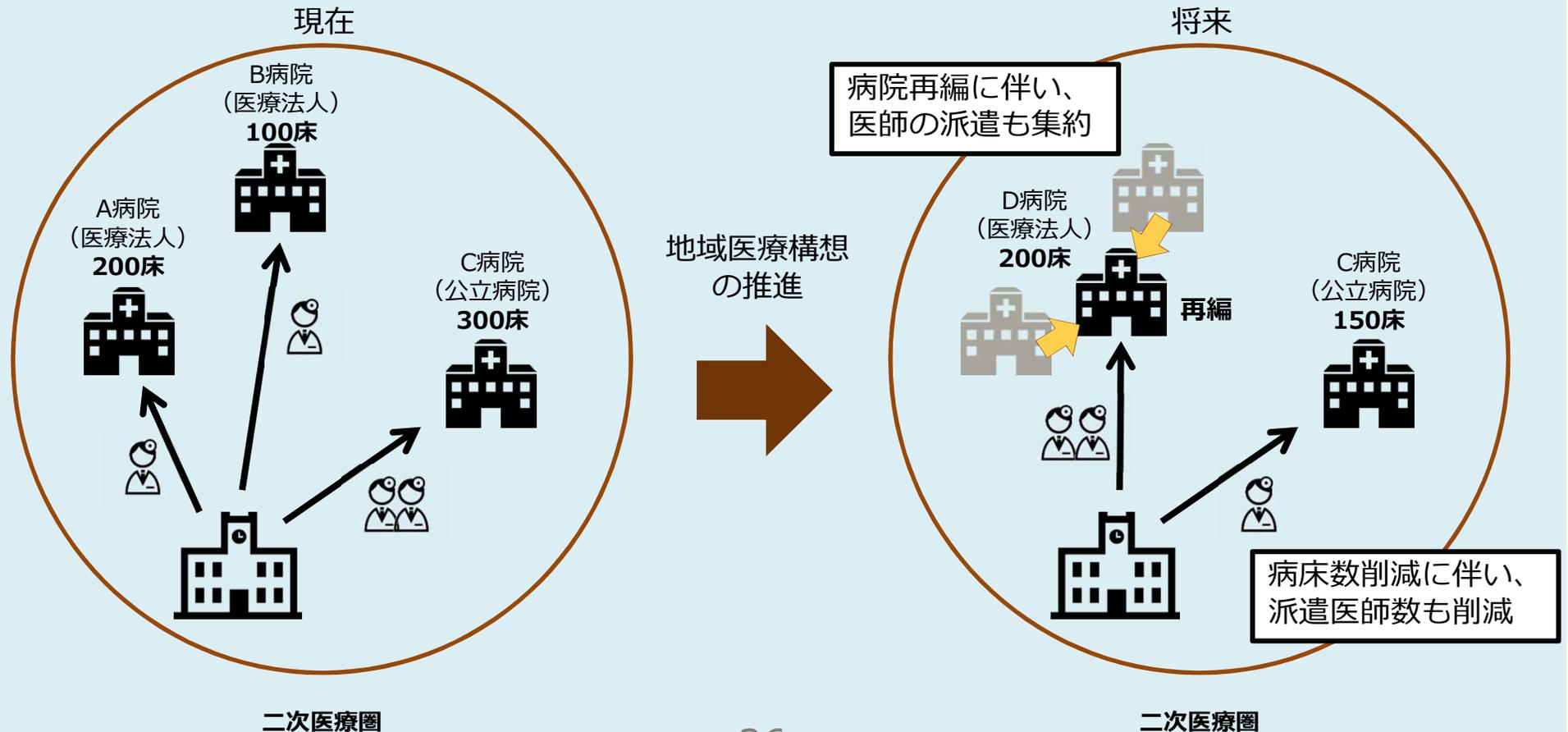
へき地医療
支援機構
運営委員会

専門医協議会

地域医療構想との関係

- 今後、地域医療構想に基づく医療機能の分化・連携が進むことを踏まえ、地域医療支援センターによる医師の派遣についても、これと整合的に行うことが必要である。

【地域医療構想と統合的な医師派遣のイメージ】



南和地域の広域医療提供体制の再構築

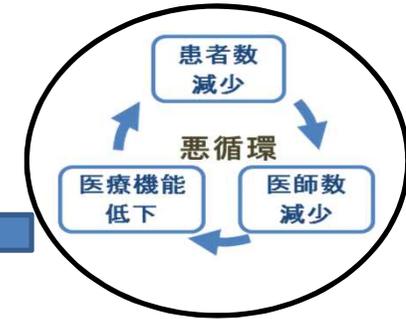
発想の契機

- ・町立大淀病院
- ・県立五條病院
- ・国保吉野病院

3つの公立病院(急性期)がそれぞれ医療を提供

連携内容

医療機能が低下している3つの公立病院を、1つの救急病院(急性期)と2つの地域医療センター(回復期・療養期)に役割分担し、医療提供体制を再構築



12市町村とともに、県が構成員として参加する全国でも珍しい一部事務組合で3病院の建設、改修、運営を実施

南和広域医療企業団

回復期・慢性期

吉野病院
改修 (H28年4月)



急性期・回復期

南奈良総合医療センター
新設 (H28年4月)

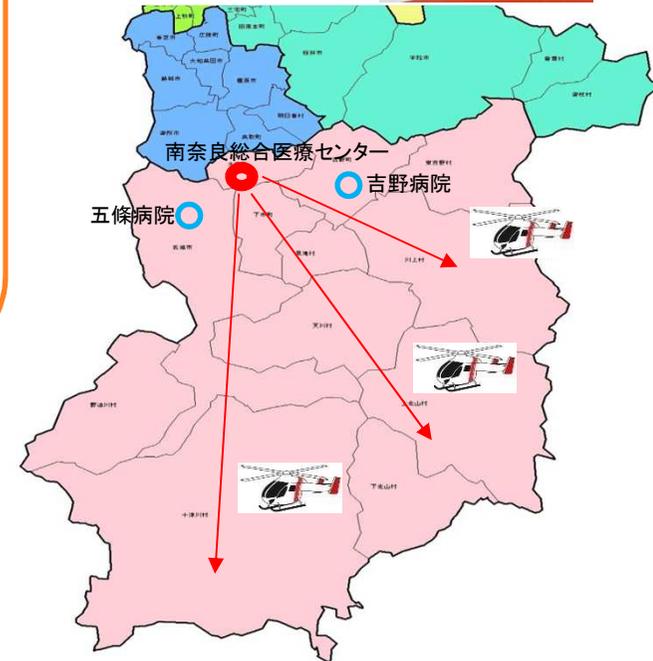
回復期・慢性期

五條病院
改修 (H29年4月)



連携

H29.3ドクターヘリ
運用開始



連携の成果

- ・急性期から慢性期まで**切れ目の無い医療提供体制を構築**
- ・救急搬送受入数 計 5.7件→**11.2件/日** (H28年度実績)
- ・病床利用率 65.0%→**88.8%** (H28年度実績)
- ・**へき地診療所との連携強化**
(医療情報ネットワークで結び、病院の予約や検査結果の相互利用)

南和地域の医療提供体制の再構築、ドクターヘリの運用により、救急医療、へき地医療、災害医療等が充実

南和地域の病院再編による医師確保への効果

再編前

3病院の医師数
(常勤換算)
※全て急性期病院

五條病院 25.7人
大淀病院 13.0人
吉野病院 9.7人
(計 48.4人)

(参考)

南和医療圏
人口 78,116人
(2015年)
医師数 107人
(2014年)
人口10万人あたり医師数
137人
(2014年)



再編後

集約化のメリット

3病院の医師数
(H29.4.1現在)

(急性期中心)
南奈良総合医療センター
_____ 58.2人

(回復期・慢性期中心)
吉野病院
_____ 5.8人

五條病院
_____ 3.0人

(計 67.0人)

集約化による急性期機能の向上

3病院の医師数計
48.4人 ⇒ 60.8人 (H28.4月時点)
(1.26倍)

に対し

救急搬送受け入れ件数
2,086件 ⇒ 4,104件 (H28実績)
(1.97倍)

症例集積や研修機能の向上による若手医師への魅力向上

- ✓ 専門研修基幹施設(1領域)
総合診療科
- ✓ 専門研修連携施設(12領域)
内科、外科、小児科、整形外科、
救急科、脳神経外科、麻酔科、
皮膚科、病理、形成外科
放射線科、総合診療科
- ✓ 基幹型臨床研修指定病院の指定申請(H31年度の受入を目指す)

病院の役割の明確化による医局からの協力

- ✓ 医大医師配置センターから
3病院への派遣人数 (H28.4派遣)
- 要請人数 52人(25診療科)
- 派遣人数 51人(25診療科)

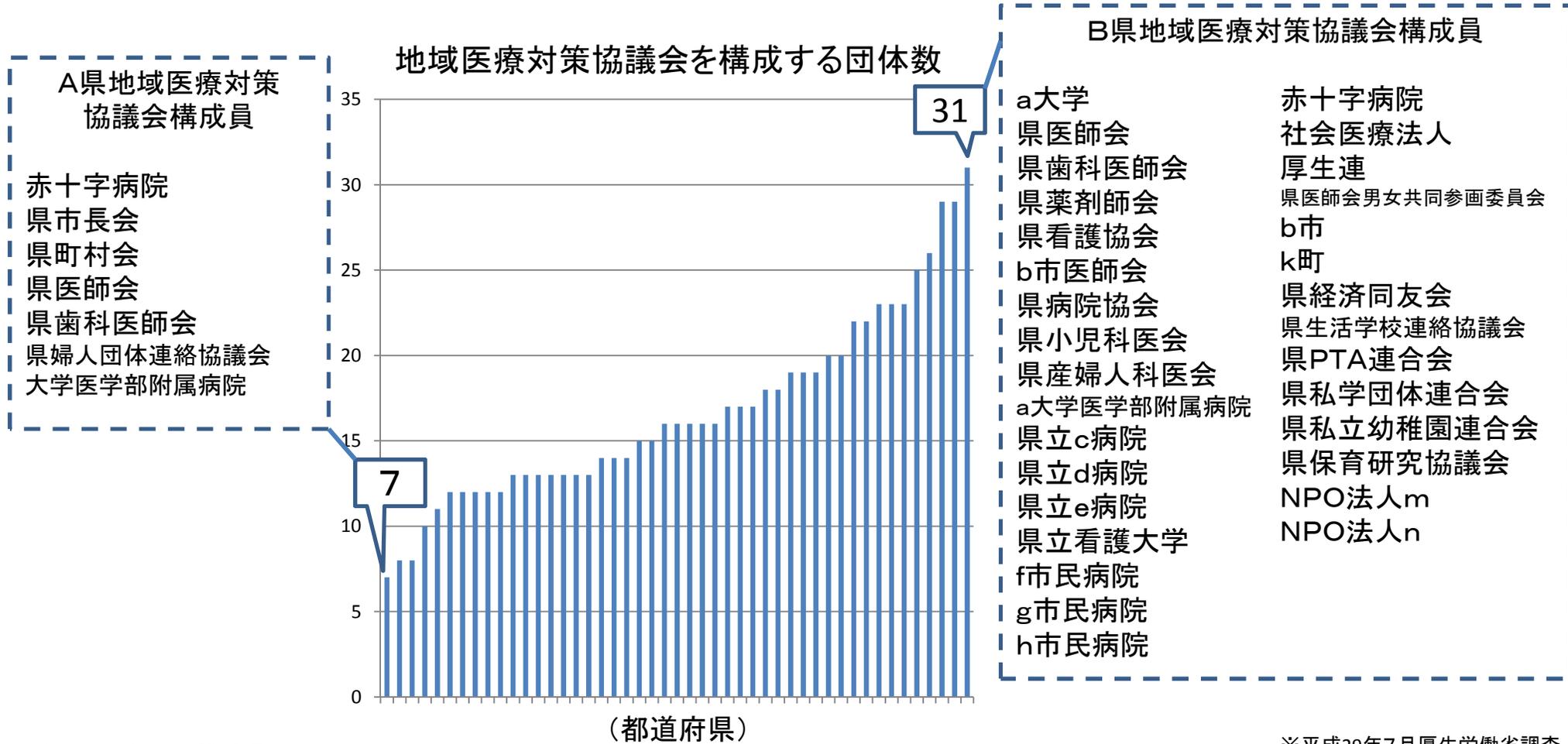
24時間365日の救急体制のために必要な医師数

スケールメリットによる診療科の増加・強化

- ✓ 再編後に開始した診療科
 - 産婦人科
 - 歯科口腔外科
 - 精神科
 - 救急科
- ✓ 小児科の機能強化
 - 南奈良総合医療センターに機能集約
 - 小児科救急輪番の充実
輪番日以外にも宿直対応、
 - 夕診、午後診も実施

地域医療対策協議会の構成員の状況

○ 地域医療対策協議会の構成員は、都道府県によって様々であり、多数の関係者によって構成されている県もある。



(参考: 法令上の構成員)

※平成29年7月厚生労働省調査

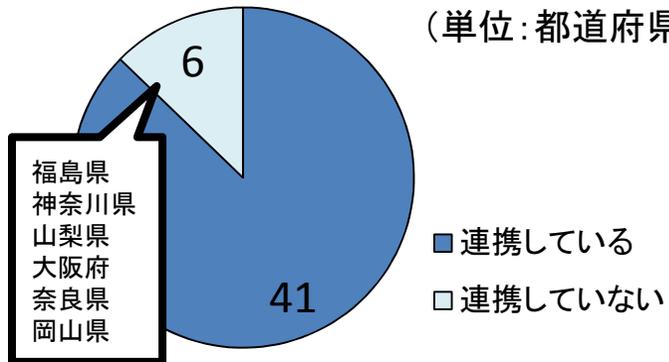
○次に掲げる者の管理者その他の関係者

- ・特定機能病院 ・地域医療支援病院 ・公的医療機関 ・臨床研修病院 ・診療に関する学識経験者の団体
- ・大学その他の医療従事者の養成に関する機関 ・社会医療法人 ・独立行政法人国立病院機構
- ・独立行政法人地域医療機能推進機構 ・地域の医療関係団体 ・関係市町村 ・地域住民を代表する団体

地域医療支援センターと大学医局の連携状況

地域医療支援センターと大学医局の連携状況

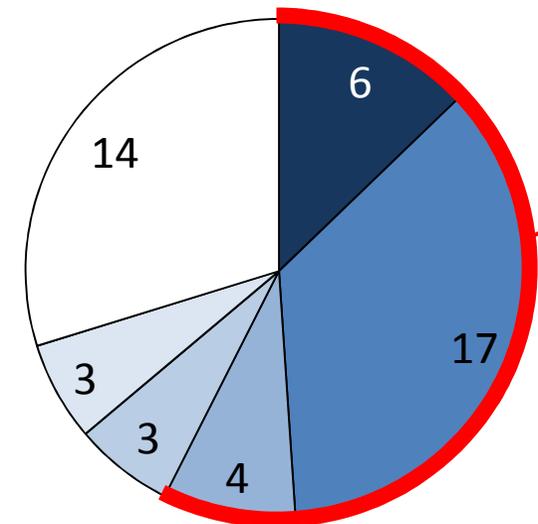
(単位: 都道府県)



- 都道府県によっては、地域医療支援センターと大学医局の連携が行われていないところがある。
- 地域医療支援センターの業務を大学(医学部・付属病院)に委託している場合でも、修学資金貸与医師の派遣先の調整やキャリア形成プログラムの策定において、都道府県の意見が反映されない場合がある。

※平成29年7月厚生労働省調査

地域医療支援センターの業務の委託状況



大学医局への都道府県の意見の反映状況 (ふきだし内の県名は反映されない都道府県名)

委託先等	都道府県数	大学医局への都道府県の意見が反映される都道府県数			
		修学資金貸与医師の派遣先の調整		キャリア形成プログラムの策定	
業務全体を大学に委託	6	4	21 (全27県中)	4	21 (全27県中)
業務の一部を大学に委託	17	14	宮城県 山形県 福井県 山梨県 三重県 長崎県	15	宮城県 山形県 山梨県 三重県 徳島県 宮崎県
業務を大学含む複数機関に委託	4	3		2	
業務全体を大学以外に委託	3	2	17 (全20県中)	2	17 (全20県中)
業務の一部を大学以外に委託	3	2	千葉県 大阪府 福岡県	3	大阪府 福岡県 佐賀県
都道府県直営	14	13		12	

(単位: 都道府県)

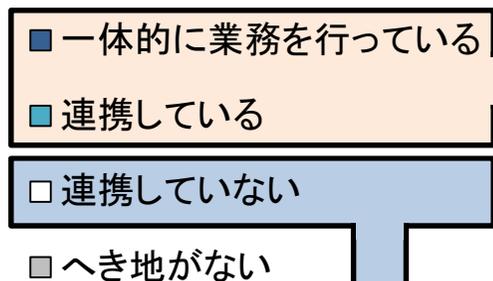
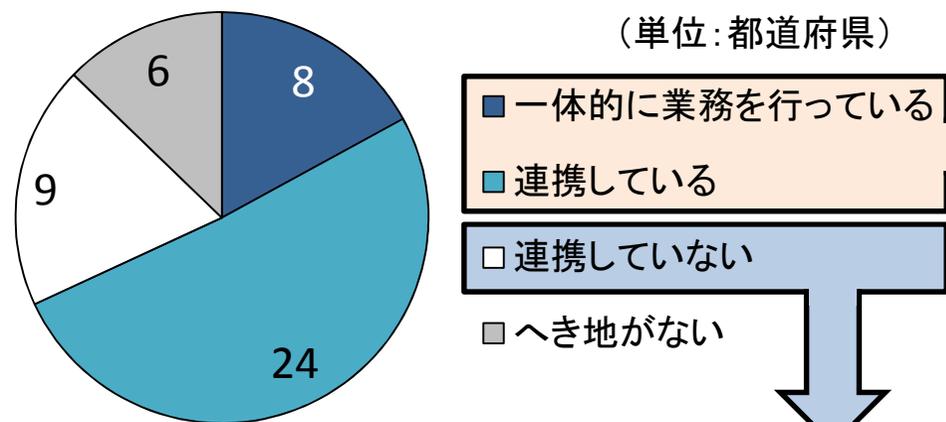
地域医療支援センターとへき地医療支援機構の連携状況

○ 地域医療支援センターとへき地医療支援機構が連携していないケースや、連携していても医師の派遣先の調整やキャリア形成プログラム策定などの実質的な連携が行われていないケースが多く存在する。

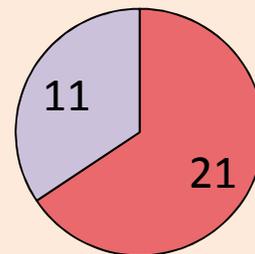
地域医療支援センターとへき地医療支援機構の連携状況

※平成29年7月厚生労働省調査

(単位: 都道府県)

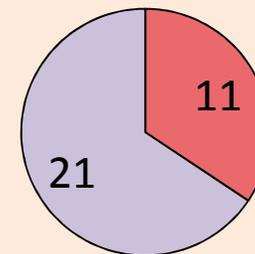


医師の派遣先の調整において連携



■ 連携している
□ 連携していない

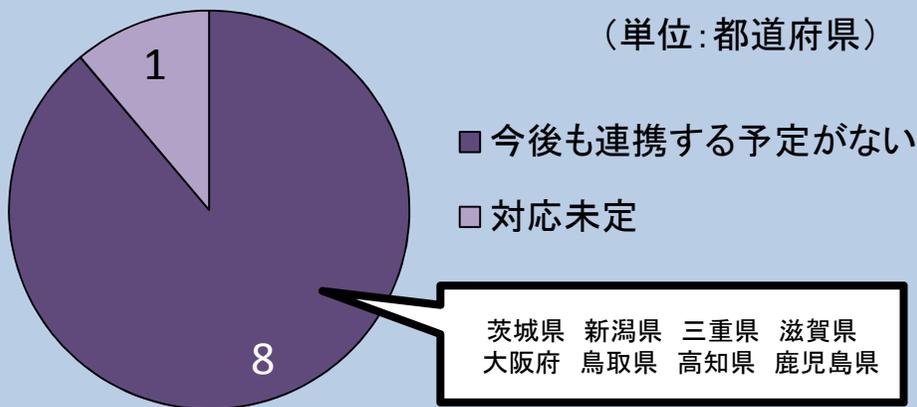
キャリア形成プログラム策定において連携



■ 連携している
□ 連携していない

連携していない都道府県における今後の連携予定

(単位: 都道府県)



■ 今後も連携する予定がない
□ 対応未定

茨城県 新潟県 三重県 滋賀県
大阪府 鳥取県 高知県 鹿児島県

○ その他の連携例

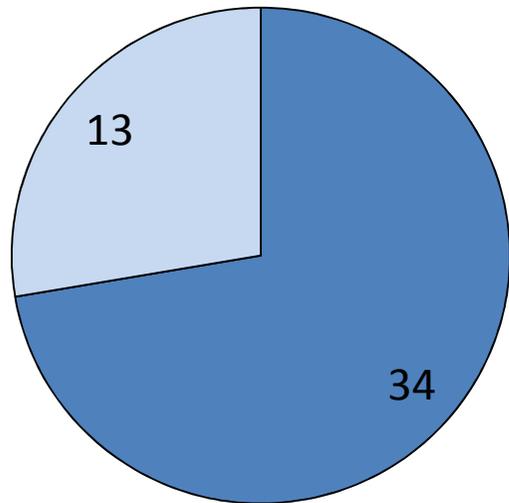
- ・ 人材バンク事業や地域枠医学生の地域医療実習、へき地診療所での総合診療事業等で事業実施において連携
- ・ へき地医療施策や医師のキャリア形成支援等について情報共有
- ・ 同一の課長の下で隣接して業務遂行

キャリア形成プログラムの策定状況

- キャリア形成プログラムを未策定の都道府県が13あり、そのうち5県では今後の策定予定が未定、2県では策定予定が平成31年度以降となっている。
- キャリア形成プログラムを策定している都道府県でも、策定本数が1本のみである都道府県が12存在する。

主に地域枠医師を対象とした キャリア形成プログラムの策定状況 (単位:都道府県)

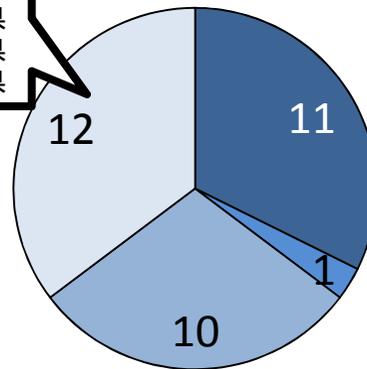
- キャリア形成プログラムを策定済
- 未策定



策定済みの都道府県の キャリア形成プログラム策定本数

(単位:都道府県)

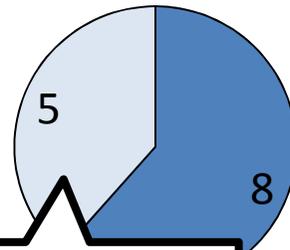
- 山形県 東京都
- 石川県 福井県
- 長野県 京都府
- 兵庫県 岡山県
- 広島県 香川県
- 熊本県 大分県



- 10本以上
- 5~9本
- 2~4本
- 1本

未策定の都道府県の 今後の策定見込み

(単位:都道府県)



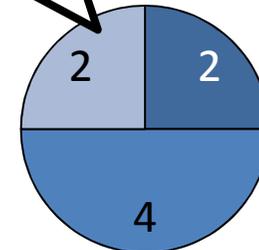
- 宮城県 神奈川県
- 富山県 高知県
- 福岡県

- 今後策定予定
- 未定

今後策定予定のキャリア形成 プログラム適用予定年度

(単位:都道府県)

- 埼玉県 山梨県

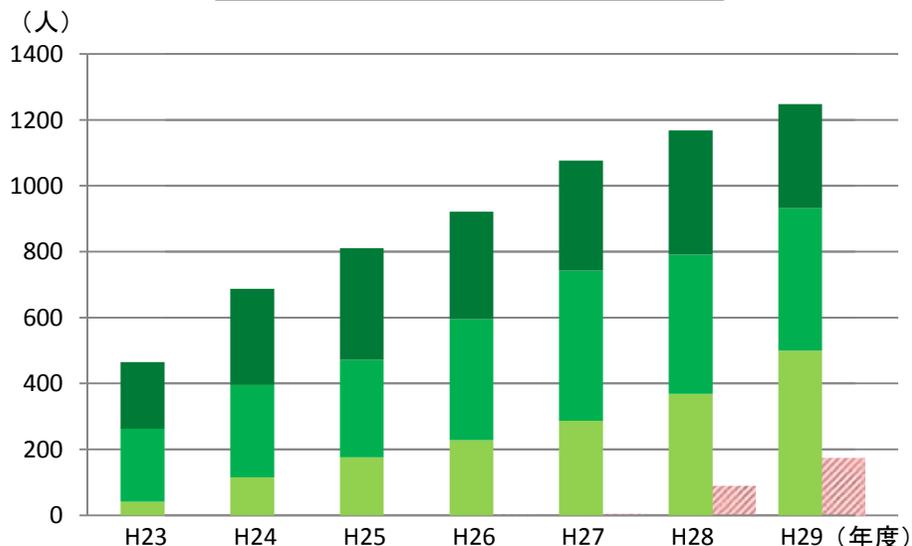


- 29年度中
- 30年度
- 31年度以降

都道府県による医師の派遣調整の実績について

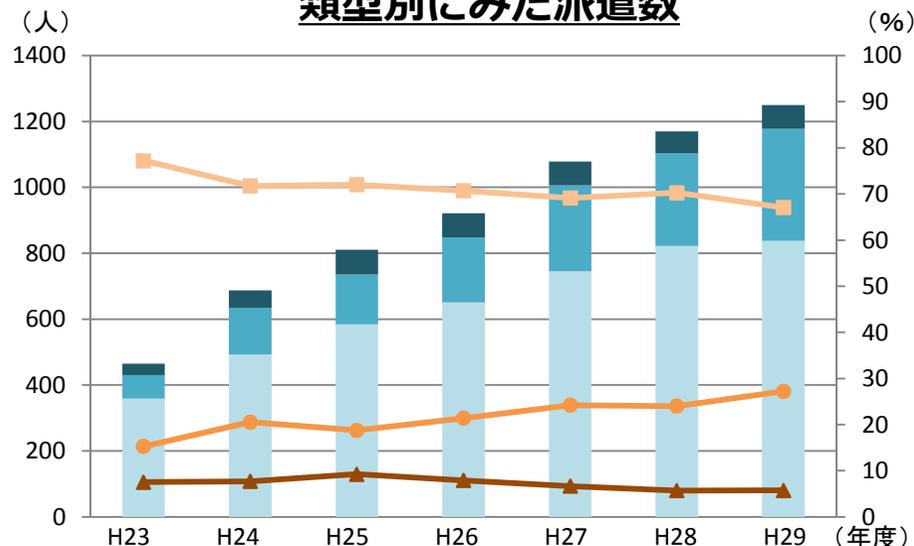
- 都道府県が派遣調整の主体となった派遣医師数（臨床研修医を除く）は増加しており、特に修学資金貸与対象医師の伸びが大きい（※1）。
- 派遣先医療機関の開設者別にみると、公立医療機関への派遣が約7割を占めている。

医師の類型別にみた派遣数



- 都道府県から修学資金の貸与を受けている医師（自治医大卒業医師を除く）
- 自治医大卒業医師
- その他（ドクターバンクによりあっせんした医師等）
- ▨ （参考）平成20～23年度における医学部入学定員の増員分として入学し、修学資金を貸与された医師（※2）

派遣先医療機関の類型別にみた派遣数



- 公立医療機関
- 公的医療機関（公立を除く）
- その他（民間医療機関等）（注3）

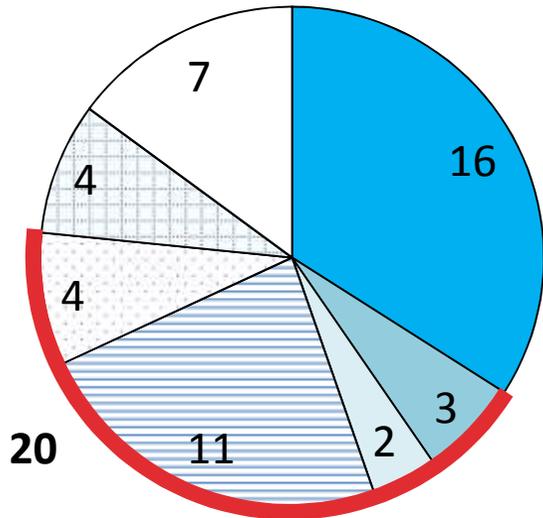
※折れ線グラフ（右軸）は当該年度の派遣実績に占める各類型の割合

- ※1 当該年度に前年度と同一の医療機関に派遣されている者については、当該年度の派遣医師数には計上していない。
- ※2 当該年度に義務年限中の義務履行として勤務している者のうち、当該年度とその前年度の主たる勤務先が異なる者を、都道府県による派遣調整が行われたとみなして計上したもの。

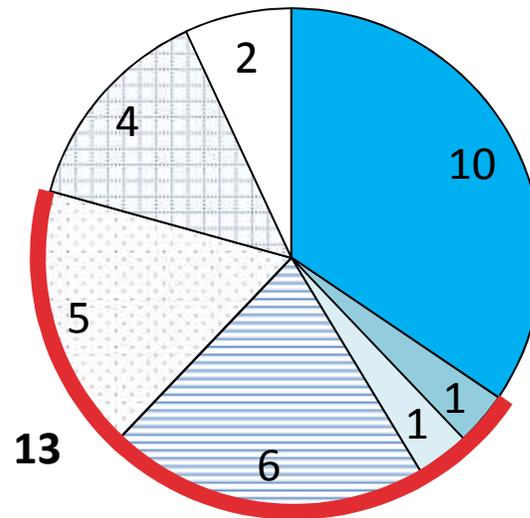
修学資金の貸与条件（勤務先医療機関の開設主体）

修学資金の貸与条件(就業義務年限における勤務先医療機関の開設主体) (単位:都道府県)

全体(地域医療介護総合確保基金
以外の財源を含む)
(47都道府県)



地域医療介護総合確保基金を
活用する都道府県のみ
(29都道府県)



- 限定していない
- 一定期間は公立含む公的医療機関に限定
- 一定期間は公立医療機関に限定
- 公立含む公的医療機関に限定
- 公立医療機関に限定
- 公立含む公的医療機関及び周産期母子医療センターや災害拠点病院、へき地医療拠点病院等に限定
- 修学資金の種類によって異なる

【公的・公立医療機関に限定する理由】

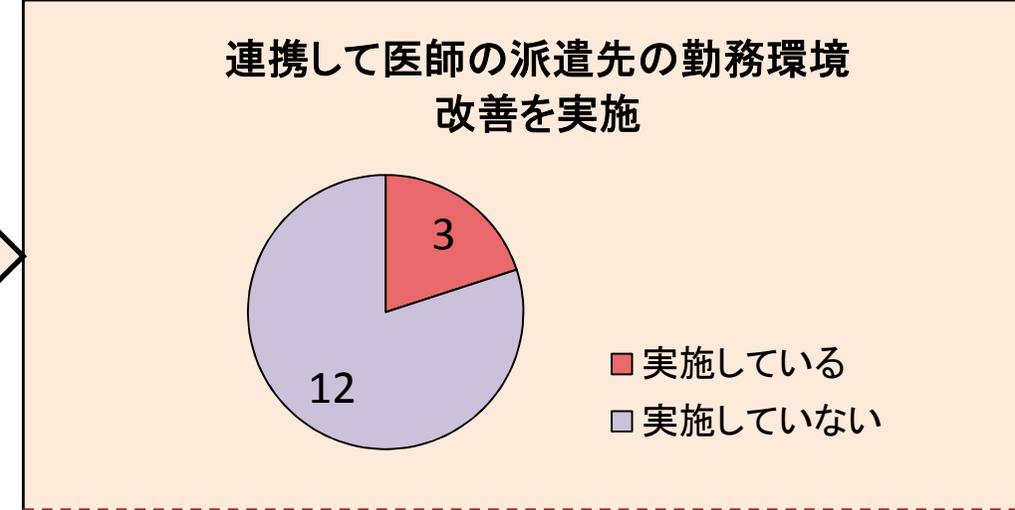
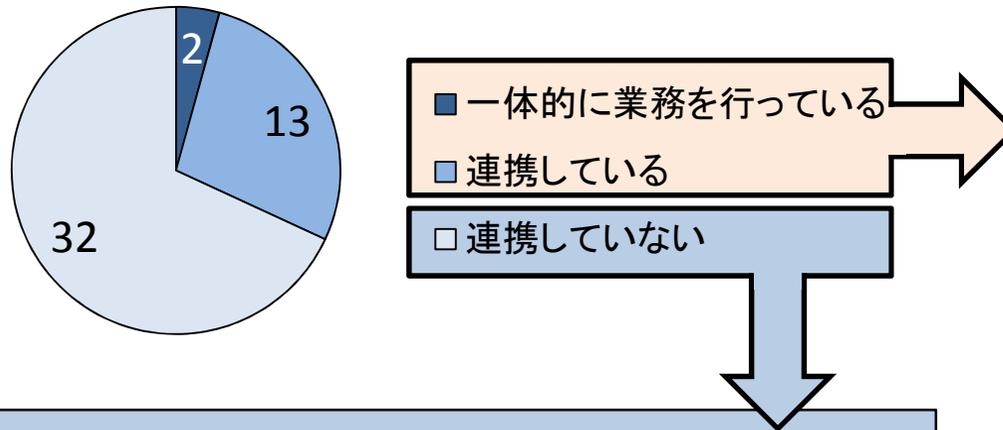
- ・修学資金の一部を市町村が負担しているため。
- ・公立医療機関が地域の救急医療等を担っており、医師確保の優先順位が高いため。
- ・公費によって養成する医師であり、公益目的で設置されている医療機関の医師不足解消や、地域(市町等)のニーズに応じて従事・貢献する医師の確保を最優先とするため。
- ・離島・へき地には公的医療機関しかないため。

地域医療支援センターと医療勤務環境改善支援センターの連携状況

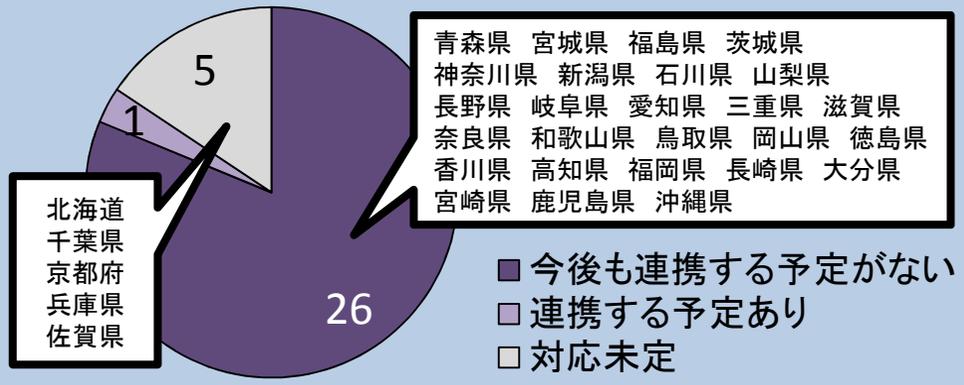
○ 地域医療支援センターと医療勤務環境改善支援センターがそもそも連携していない都道府県が多く存在する。

※平成29年7月厚生労働省調査

地域医療支援センターと医療勤務環境改善支援センターの連携状況 (単位: 都道府県)



連携していない都道府県における今後の連携予定 (単位: 都道府県)



- その他の連携例
- ・ 医療勤務環境改善支援センターの会議の事務局に地域医療支援センター（県）の職員が入り、情報共有
 - ・ 医療勤務環境改善支援センターの活動について地域医療支援センターに諮問
 - ・ 医師確保に取り組む医療機関に対し、医療勤務環境改善支援センターが実施する支援の内容について重点的な広報や、勤務環境改善をテーマとしたセミナーへ参加の呼びかけを実施
 - ・ 同一の課内で適宜情報共有を図りながら業務遂行

(参考) 地域枠の導入状況 (大学別一覧) 1 / 2

- 79大学中、地域枠を設定しているのは71大学 (90%)。このうち、地元出身枠を設定しているのは46大学 (65%)。
- 大学が導入している地域枠のうち、地元出身枠は約48% (= 783/1617)。

都道府県	区分	大学名	H28年度 入学定員	うち地域枠	
				募集人員	うち 地元出身枠
北海道	国立	旭川医科大学	122	72	55
		(うち2年次編入学)	10	5	5
北海道	公立	札幌医科大学	110	90	35
青森県	国立	弘前大学	132	67	55
		(うち2年次編入学)	20	5	5
岩手県	私立	岩手医科大学	130	28	15
宮城県	国立	東北大学	135	33	0
宮城県	私立	東北医科薬科大学	100	55	0
秋田県	国立	秋田大学	129	34	19
山形県	国立	山形大学	125	8	8
福島県	公立	福島県立医科大学	130	60	8
茨城県	国立	筑波大学	140	36	26
栃木県	私立	獨協医科大学	120	20	10
群馬県	国立	群馬大学	123	18	0
		(うち2年次編入学)	15	2	0
埼玉県	私立	埼玉医科大学	127	16	0
千葉県	国立	千葉大学	122	20	0
東京都	国立	東京医科歯科大学	106	4	0
		杏林大学	117	12	10
東京都	私立	順天堂大学	130	19	10

都道府県	区分	大学名	H28年度 入学定員	うち地域枠	
				募集人員	うち 地元出身枠
東京都	私立	昭和大学	110	12	0
東京都	私立	帝京大学	120	14	0
東京都	私立	東京医科大学	120	10	0
東京都	私立	東京慈恵会医科大学	110	10	5
東京都	私立	東邦大学	115	5	0
東京都	私立	日本大学	120	10	0
東京都	私立	日本医科大学	116	6	0
神奈川県	公立	横浜市立大学	90	30	5
神奈川県	私立	北里大学	119	10	0
神奈川県	私立	聖マリアンナ医科大学	115	5	0
神奈川県	私立	東海大学	118	17	0
新潟県	国立	新潟大学	127	17	17
富山県	国立	富山大学	110	25	15
石川県	国立	金沢大学	117	12	0
石川県	私立	金沢医科大学	110	10	5
福井県	国立	福井大学	115	15	5
山梨県	国立	山梨大学	125	40	35
長野県	国立	信州大学	120	20	20
岐阜県	国立	岐阜大学	110	30	28
静岡県	国立	浜松医科大学	120	25	5
		(うち2年次編入学)	5	5	5

(参考) 地域枠の導入状況 (大学別一覧) 2 / 2

都道府県	区分	大学名	H28年度 入学定員		
				うち地域枠 募集人員	うち 地元出身枠
愛知県	国立	名古屋大学	112	5	0
愛知県	公立	名古屋市立大学	97	27	7
愛知県	私立	愛知医科大学	115	10	0
愛知県	私立	藤田保健衛生大学	120	10	0
三重県	国立	三重大学	125	35	30
滋賀県	国立	滋賀医科大学	117	28	18
		(うち2年次編入学)	17	7	5
京都府	公立	京都府立医科大学	107	7	7
大阪府	公立	大阪市立大学	95	15	0
大阪府	私立	大阪医科大学	112	22	0
大阪府	私立	関西医科大学	117	15	0
大阪府	私立	近畿大学	115	20	0
兵庫県	国立	神戸大学	117	10	10
兵庫県	私立	兵庫医科大学	112	13	0
奈良県	公立	奈良県立医科大学	115	38	25
和歌山県	公立	和歌山県立医科大学	100	36	10
鳥取県	国立	鳥取大学	110	32	10
島根県	国立	島根大学	112	25	13
		(うち3年次編入学)	10	3	3
岡山県	国立	岡山大学	120	17	7
		(うち2年次編入学)	5	5	0

都道府県	区分	大学名	H28年度 入学定員		
				うち地域枠 募集人員	うち 地元出身枠
岡山県	私立	川崎医科大学	120	30	20
広島県	国立	広島大学	120	20	18
山口県	国立	山口大学	117	33	18
		(うち2年次編入学)	10	3	3
徳島県	国立	徳島大学	114	17	17
香川県	国立	香川大学	114	24	19
愛媛県	国立	愛媛大学	115	20	20
高知県	国立	高知大学	115	25	15
福岡県	私立	久留米大学	115	20	0
福岡県	私立	福岡大学	110	10	10
佐賀県	国立	佐賀大学	106	26	23
長崎県	国立	長崎大学	123	32	23
		(うち2年次編入学)	5	5	0
熊本県	国立	熊本大学	115	10	5
大分県	国立	大分大学	110	13	13
宮崎県	国立	宮崎大学	110	20	20
鹿児島県	国立	鹿児島大学	117	20	17
		(うち2年次編入学)	10	3	0
沖縄県	国立	琉球大学	117	17	17
計		71大学	8,261	1,617	783
		(うち2年次編入学)	97	40	23
		(うち3年次編入学)	10	3	3

- ※1 自治医科大学は大学の目的に鑑み除外。 ※2 私立大学は入学定員ではなく、募集人員を記載。
 ※3 地域枠には、地元出身者のための地域枠に加え、出身地にとらわれず将来地域医療に従事する意思を有する者を対象とした入学枠や入試時に特別枠は設定していないが、地域医療に資する奨学金と連動している枠数を含む。(「〇〇人程度」「〇〇人以内」を含む)
 ※4 地元出身枠には、大学の位置する都道府県出身者、大学の位置する都道府県及び近隣の都道府県の出身者、特定の地域(へき地)出身者を応募資格としているものを含む。

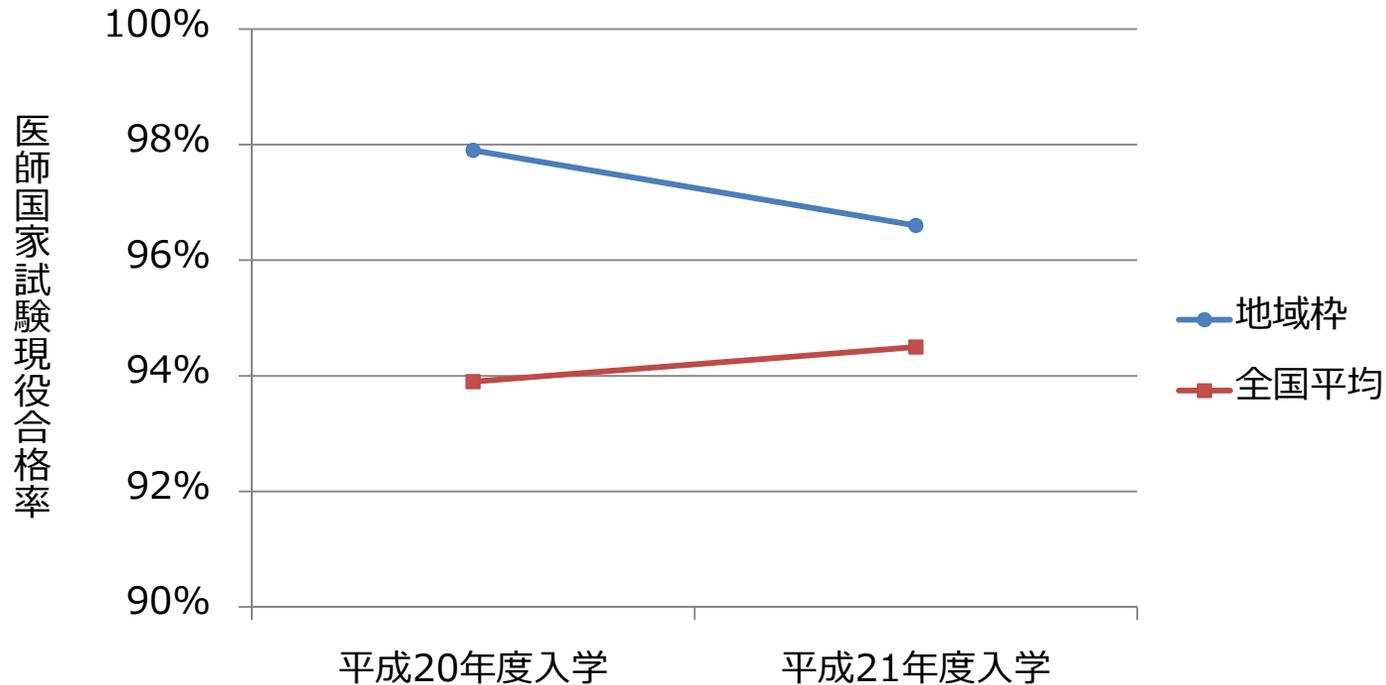
地域枠募集人員：文部科学省医学教育課調べ

地元出身枠：文部科学省平成28年度委託事業「地域医療に従事する医師の確保・養成のための調査・研究」を参考に作成

地域枠の医師国家試験現役合格率

○ 平成20・21年度医学部入学生の医師国家試験現役合格率については、地域枠学生は全国平均と比べ、その色はない。

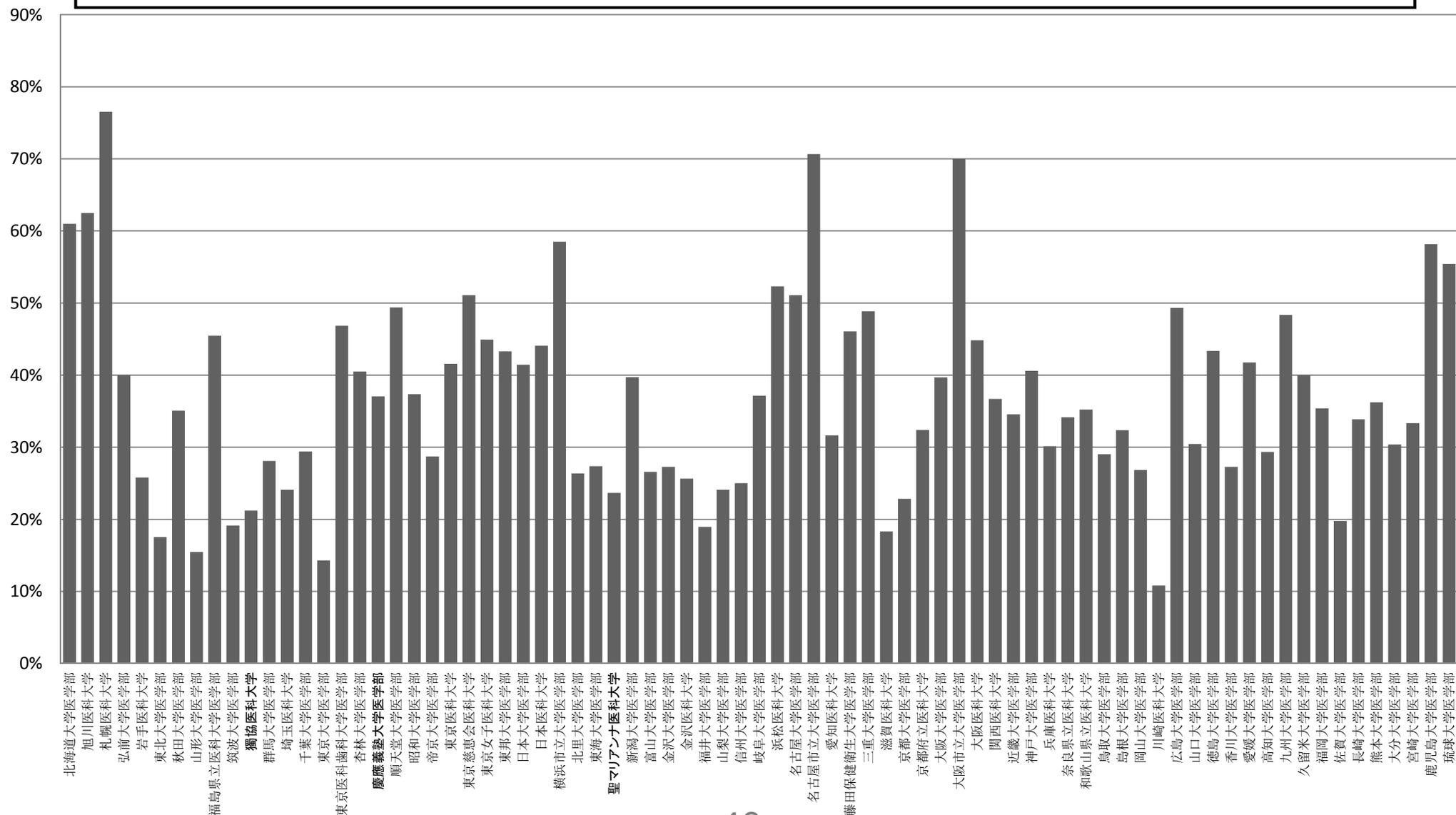
※平成20年度入学生は平成26年3月、平成21年度入学生は平成27年3月に卒業見込み。



	平成20年度入学	平成21年度入学
地域枠	97.9%	96.6%
全国平均	93.9%	94.5%

各医学部の地元出身者（地域枠を含む。）の割合

○ 全国の医学部における医学部生の地元出身者率をみると、10%程度から70%程度まで大学によって差がある。



※地元：高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県

出身都道府県で臨床研修を行ったときの定着割合

- 出身地の大学に進学し、その後、同じ都道府県で臨床研修を行った場合、臨床研修終了後、出身地の都道府県で勤務する割合が最も高い（90%）。出身地以外の大学に進学した場合であっても、臨床研修を出身地と同じ都道府県で実施した場合、臨床研修終了後、出身地の都道府県で勤務する割合は高い（79%）。
- 出身地の大学に進学しても、臨床研修を別の都道府県で行うと、臨床研修終了後、出身地で勤務する割合は低い（36%）。

			臨床研修終了後に勤務する都道府県			
			A県		A県以外	
出身地	大学	臨床研修	人数	割合	人数	割合
A県	A県	A県	2776	90%	304	10%
A県	A県	B県	321	36%	567	64%
A県	B県	A県	2001	79%	543	21%
A県	B県	C県	474	9%	4578	91%

<参考>

			臨床研修終了後に勤務する都道府県			
			A県		A県以外	
出身地	大学	臨床研修	人数	割合	人数	割合
B県	A県	A県	2347	79%	617	21%

※1 出身地又は大学が海外の場合及び当該項目について無回答の場合は除外。

出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成27・28年）

※2 出身地：高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県。

厚生労働省調べ

※3 A県は任意の都道府県。B県、C県はA県以外の都道府県。（A県はB県と一致する場合も含む）

臨床研修の募集定員について

- 現行では、国が主に過去の受入募集等による設定を行っているため、地域の必要数と募集定員数にかい離がある場合がある。
- 地域の実情をより把握している都道府県が必要数に応じた募集定員を設定することで、地域で必要なマッチ者数を確保することが可能になる。

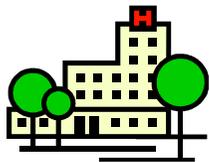
主に国による募集定員の設定(現行)

※一部都道府県による調整枠有り

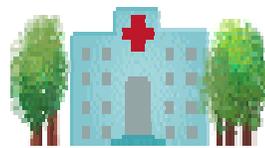
県内病院(例)



A病院 (都市部)
定員 20
マッチ者数 20



B病院 (都市部)
定員 8
マッチ者数 6



C病院 (地方部)
定員 2
マッチ者数 2

必要数 15
(5名定員が多い)

必要数 8
(定員数は適正)
(A病院に流出)

必要数 5
(3名定員不足)

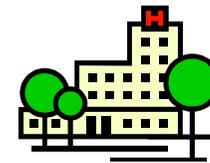
主に過去の受入実績等による設定のため、地域の必要数とかい離がある場合がある

都道府県による募集定員の設定(案)

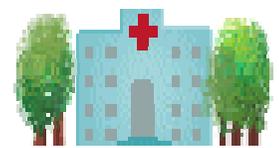
県内病院(例)



A病院 (都市部)
定員 15(↓)
マッチ者数 15(↓)



B病院 (都市部)
定員 8
マッチ者数 8(↑)



C病院(地方部)
定員 5(↑)
マッチ者数 5(↑)

必要数 15名
①定員減により
必要数に

必要数 8名
②A病院から流入

必要数 5名
③定員増により
A病院から流入

都道府県による現状を踏まえた
募集定員の調整

必要なマッチ者数を確保

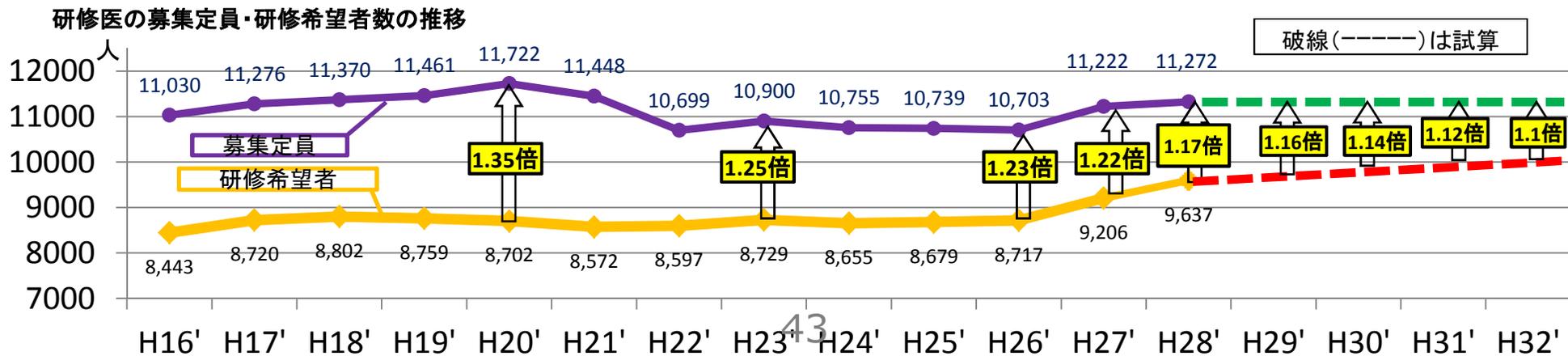
臨床研修医の募集定員倍率

- 臨床研修の必修化後、研修医の募集定員が研修希望者の1.3倍を超える規模まで拡大し、研修医が都市部に集中する傾向が続いた。平成22年度の研修から都道府県別の募集定員上限を設定し、平成27年度には1.22倍まで縮小。今後、**平成32年度までに約1.1倍まで縮小させる**。



- ・ 研修医の募集定員には、全国の定数管理や地域別の偏在調整が行われず
- ・ 全国の募集定員の総数が研修希望者の1.3倍を超える規模まで拡大
- ・ 都道府県の募集定員について上限設定
- ・ 平成27年度の約1.2倍から、平成32年度の約1.1倍まで縮小させる

$$\frac{\text{全国の臨床研修募集定員数}}{\text{全国の臨床研修希望者数}} = \text{臨床研修医の募集定員倍率 (平成27年度 約1.2倍)}$$



都道府県別の募集定員上限の計算方法のイメージ

①人口分布

$$\text{全国の研修医総数} \times \frac{\text{都道府県の人口}}{\text{日本の総人口}}$$

②医師養成状況

$$\text{全国の研修医総数} \times \frac{\text{医学部入学定員}}{\text{全国の医学部入学定員}}$$

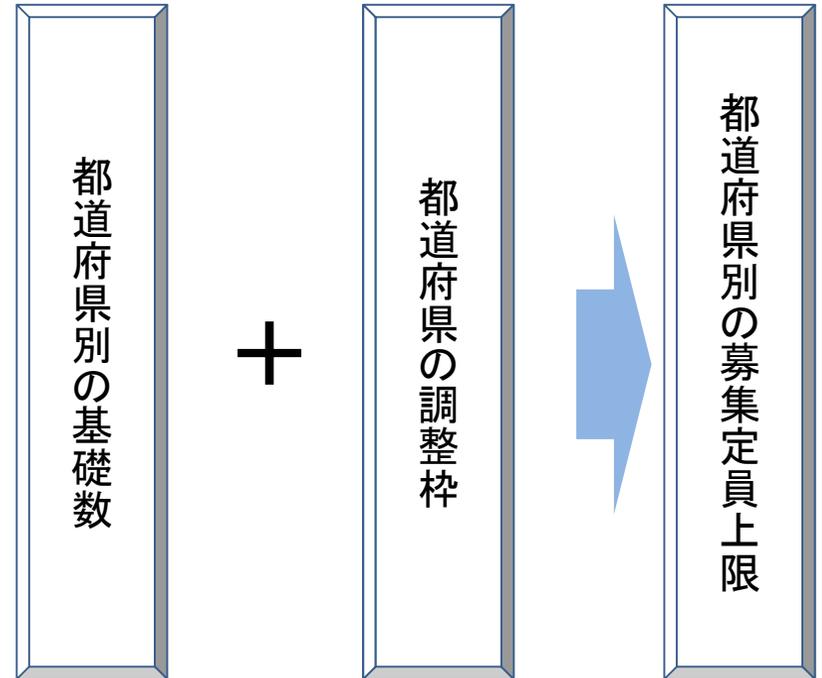
研修医総数を①と②の
多い方の割合で按分

(1) 医師養成状況による募集定員の増加については一定の上限を加える

③地理的条件等の加算

- (a) 面積当たり医師数(100km²当たり医師数)
- (b) 離島の人口
- (c) 高齢化率(65歳以上の割合)
- (d) 人口当たり医師数

(2) 医師不足地域等へ配慮する観点から、地理的条件等の加算を増加させる

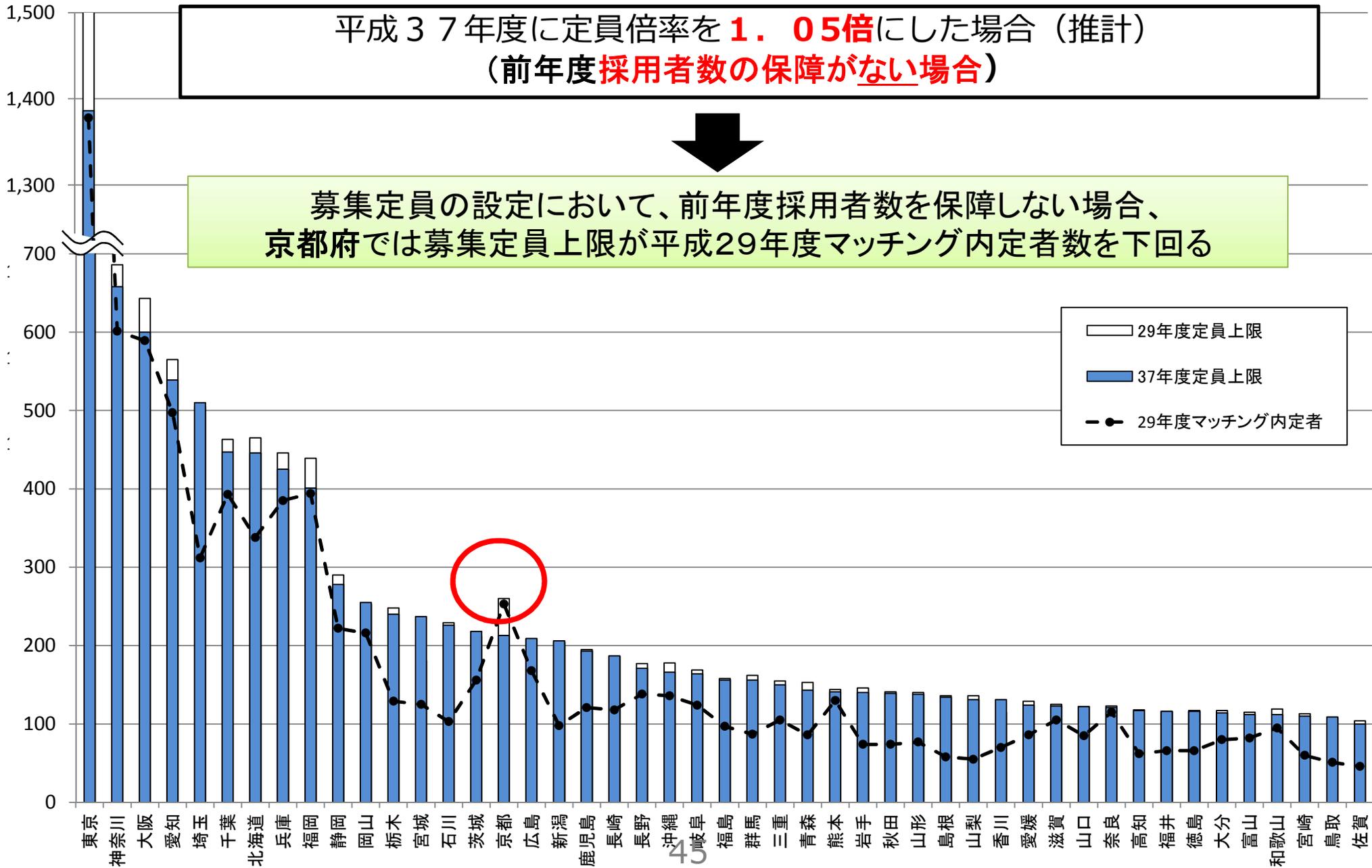


募集定員倍率を圧縮した場合の推計

平成37年度に定員倍率を **1.05倍**にした場合（推計）
 （前年度採用者数の保障がない場合）



募集定員の設定において、前年度採用者数を保障しない場合、
 京都府では募集定員上限が平成29年度マッチング内定者数を下回る

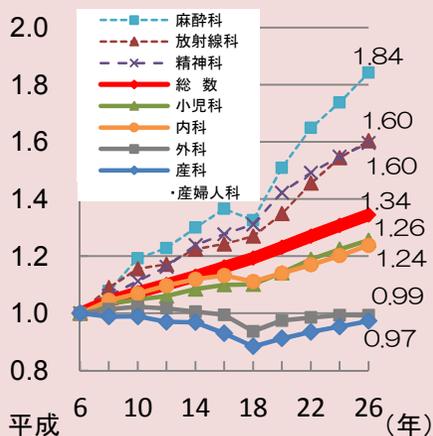


医師養成過程における医師確保対策（専門研修）

現状

- 新専門医制度について、女性医師をはじめとした**医師のキャリアや地域医療に対する配慮**が、今後、継続的になされるような、安定した仕組みが存在しない。
- 現在、医師数は年々増加している一方、その増分は**一部の診療科に偏っている**。また、診療科ごとで労働時間に大きな差が存在している。
- 診療科別の医師の必要数は不明確であり、医師は臨床研修修了後に**自主的に診療科を選択**している。
- 新専門医制度においても、診療科ごとの養成数を調整する仕組みは組み込まれていない。

診療科別医師数の推移(平成6年:1.0)



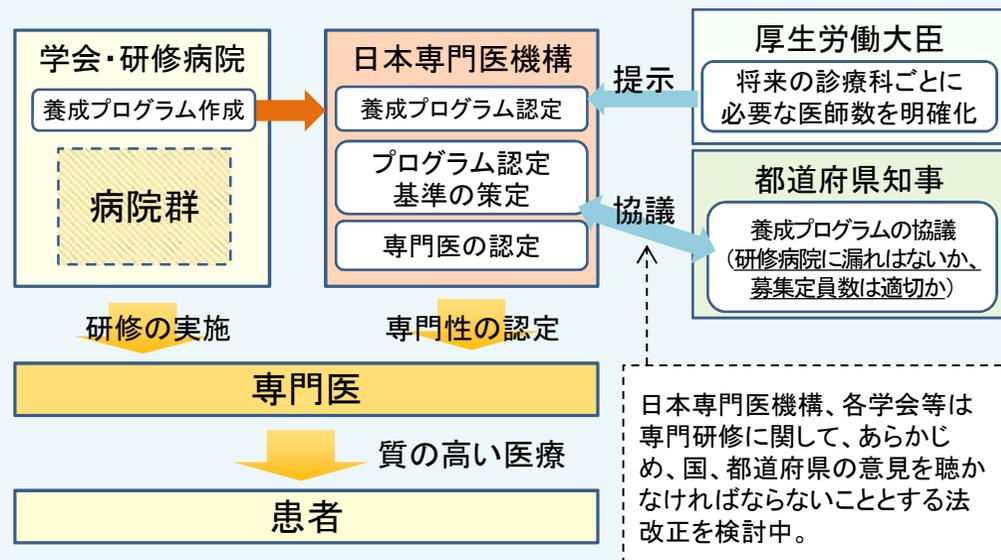
週当たり勤務時間	病院常勤勤務医
内科系	56時間16分
外科系	59時間28分
産婦人科	59時間22分
小児科	56時間49分
救急科	63時間54分
麻酔科	53時間21分
精神科	50時間45分
放射線科	52時間36分
臨床研修医	60時間55分
全診療科平均	56時間28分

制度改革案

- 将来の診療科ごとに必要な医師数を都道府県ごとに明確化し、国が情報提供

臨床研修修了後の適切な診療科選択に寄与し、診療科偏在の是正につながる。

- 新専門医制度において、国や都道府県が研修の機会確保や地域医療の観点から、日本専門医機構に対して意見を述べる仕組みを法定

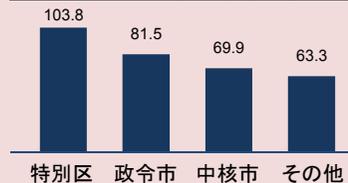


地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

現状

- 外来患者の約6割が受診する**無床診療所**は、**開設が都市部に偏っている**。
- また、地域における救急医療提供体制の構築、グループ診療の推進、放射線装置の共同利用等の**医療機関の連携の取組**が、個々の医療機関の**自主的な取組に委ねられている**。

人口10万人対無床診療所数



(二次医療圏別)

上位	1位：東京都・区中央部	248.8
	2位：大阪府・大阪市	123.1
下位	2位：北海道・遠紋	32.9
	1位：北海道・根室	26.5

制度改正案

外来医療に関する協議の場を設置



医師偏在の度合いを示す指標の導入

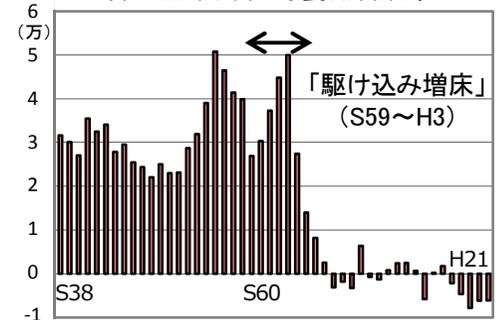
地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握が可能

- **外来医療機能に関する情報を可視化**するため、地域の関係者が**提供する情報の内容**（付加情報の追加、機微に触れる情報の削除等）**について協議**
- 救急医療提供体制の構築、グループ診療の推進、医療設備の共同利用等の、**地域における外来医療機関間の機能分化・連携の方針についても協議**

無床診療所の開業規制を行う場合の課題

- ・ **自由開業制との関係**（現行制度上、医師免許は開業免許と位置付けられており、憲法で保障された営業の自由との関係の整理が必要）
- ・ **国民皆保険との関係**（国民皆保険を採用する我が国においては、保険上の制限も実質上の開業制限）
- ・ **雇入れ規制の必要性**（開業規制を行うのであれば、雇入れ規制が必要であるが、これは事実上困難）
- ・ **新規参入抑制による医療の質低下への懸念**（新規参入がなくなれば、医療の質を改善・向上するインセンティブが低下する懸念）
- ・ **駆け込み開設への懸念**（病床規制を導入した際は、S59～H3 までの間に238,916床増床）

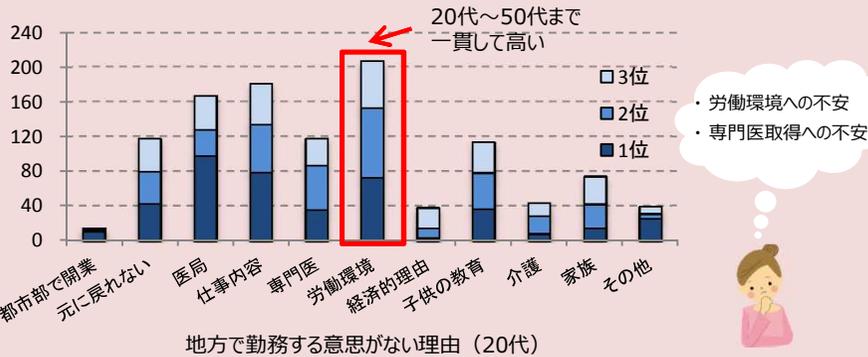
【参考】一般病床数の増加数の年次推移
(平成12年以降は療養病床含む)



医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進

現状

- 調査によれば、医師の44%が今後地方で勤務する意思があるにもかかわらず、**実際の勤務に結びついていない。**
- 医師が、医師の少ない地域における勤務に不安を感じる原因となる**障壁が存在**することがその要因。



制度改正案

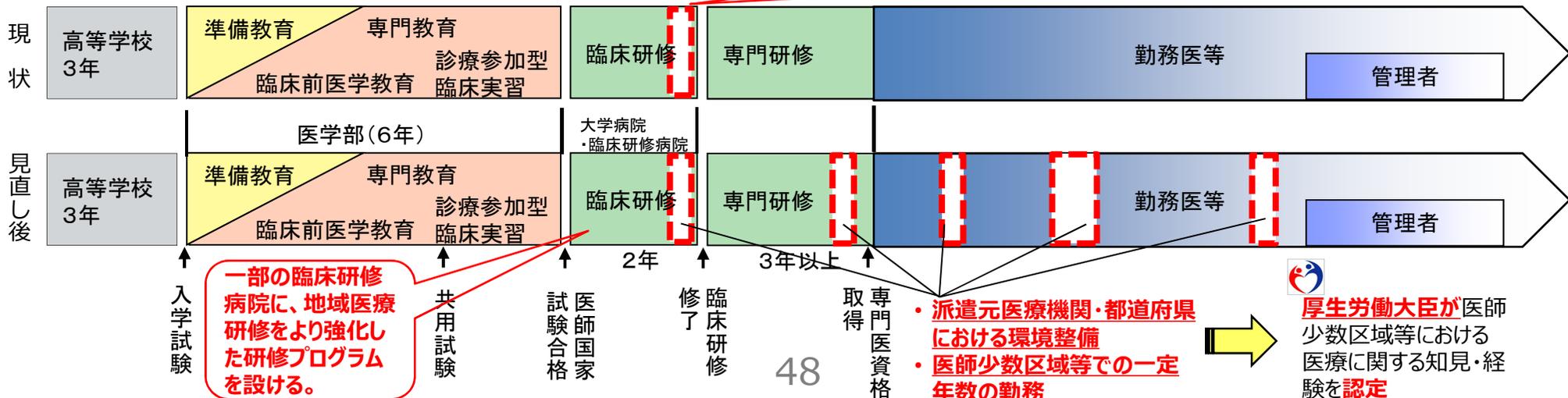
すべての希望する医師が、躊躇なく医師の少ない地域で勤務できる環境を整備する。

- 医師の少ない地域で勤務する医師が疲弊しない持続可能な**環境の整備** (交代医師派遣等)
- 医師少数区域等で一定期間診療した医師を、厚生労働大臣が**認定社会貢献医 (仮称)**として認定し、当該医師は、以下の制度の対象とする。

- ・ 広告可能事項
- ・ 経済的インセンティブの対象
- ・ 地域医療支援病院等の管理者として評価



- ・ 初期臨床研修時に地域医療研修があるのみ。
- ・ それ以降は、希望があっても地域で勤務する環境が整っていない。



医師の少ない地域での勤務を促す環境整備

基本的な考え方

- 医師の少ない地域での勤務を促すためには、医師個人の自己犠牲や負担のみに委ねるのではなく、都道府県、大学医局、地域の医療機関等の関係者の連携により、（１）医師個人を後押しする取組み、（２）医師の配置調整を支える医療機関へのインセンティブ、（３）医師・医療機関間の適切なマッチングの３つの環境整備を図ることが必要である。

対策のコンセプト

（１）医師個人を後押しする取組み

<考え方>

- 医師のキャリアの中で、医師の少ない地域での診療を魅力的な選択肢の1つとして提供し、「医師個人に対するインセンティブ」を推進することを通じて、医師の少ない地域での勤務を希望する医師を後押しする。

<具体的な対策>

○ 医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進

- ・ 医師の少ない地域での勤務にあたり障壁となっている事項を解消し、医師が疲弊しない持続可能な環境の整備
(例) グループ診療に資する交代医師派遣、医師間の遠隔相談支援

○ 医師の少ない地域での勤務を促すインセンティブの付与

- ・ 認定制度の創設、一定の医療機関の管理者としての評価

（２）医療機関に対するインセンティブ

<考え方>

- 医師配置の要請に応じて医師を送り出す医療機関をはじめ、医師の配置調整を支える医療機関にインセンティブを付与することで、医師の少ない地域で実際に勤務する医師の受け皿を確保する。

<具体的な対策>

○ 医師の配置調整を支える医療機関等に対する経済的インセンティブの付与

○ 地域医療支援病院等の在り方の検討

- ・ 医師の配置調整及び医師の少ない地域での勤務を促す環境整備に一定の機能を果たす地域医療支援病院等の役割・機能・評価の在り方について、別途検討

（３）医師と医療機関の適切なマッチング

<考え方>

- 医師の少ない地域で診療する医師・配置調整を行う医療機関・受け入れる医療機関の３者を適切に結びつける。

<具体的な対策>

○ 都道府県が行う地域医療支援センターの実効性強化

- ・ 医師派遣のマッチングを地域医療支援センターにおいて実施／都道府県を越えた調整の仕組みも検討

3 医療法及び医師法の一部を 改正する法律案の概要 (現在調整中のもの)

医療法及び医師法の一部を改正する法律案の概要

改正の趣旨

地域間の医師偏在の解消等を通じ、地域における医療提供体制を確保するため、都道府県の医療計画における医師の確保に関する事項の策定、臨床研修病院の指定権限及び研修医定員の決定権限の都道府県への移譲等の措置を講ずる。

改正の概要

1. 医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設【医療法】

医師少数区域等における一定期間の勤務経験を通じた地域医療への知見を有する医師を厚生労働大臣が評価・認定する制度の創設や、当該認定を受けた医師を一定の病院等の管理者として評価する仕組みの創設

2. 都道府県における医師確保対策の実施体制の強化【医療法】

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、都道府県と大学医局等が必ず連携すること等を目的とした「地域医療対策協議会」の機能強化、効果的な医師の配置調整等のための地域医療支援事務の見直し 等

3. 医師養成過程を通じた医師確保対策の充実【医師法、医療法】

医師確保計画との整合性の確保の観点から医師養成過程を次のとおり見直し、各過程における医師確保対策を充実

- ・ 医学部：都道府県知事から大学に対する地域枠・地元出身入学者枠の設定・拡充の要請権限の創設
- ・ 臨床研修：臨床研修病院の指定、研修医の募集定員の設定権限の国から都道府県への移譲
- ・ 専門研修：国から日本専門医機構等に対し、必要な研修機会を確保するよう要請する権限の創設
国及び都道府県から日本専門医機構等に対し、地域医療の観点から必要な措置の実施を意見する仕組みの創設 等

4. 地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応【医療法】

外来医療機能の偏在・不足等の情報を可視化するため、二次医療圏を基本とする区域ごとに外来医療関係者による協議の場を設け、夜間救急体制の連携構築など地域における外来医療機関間の機能分化・連携の方針と併せて協議・公表する仕組みの創設

5. その他【医療法等】

- ・ 地域医療構想の達成を図るための、医療機関の開設や増床に係る都道府県知事の権限の追加
- ・ 健康保険法等について所要の規定の整備 等

施行期日

平成31年4月1日。(ただし、2のうち地域医療対策協議会及び地域医療支援事務に係る事項、3のうち専門研修に係る事項並びに5の事項は公布日、1の事項及び3のうち臨床研修に係る事項は平成32年4月1日から施行。)

医療法及び医師法の一部を改正する法律案のポイント

現状と課題

- 平成20年以降の医学部臨時定員増による**地域枠での入学者**が、平成28年以降診療に従事。
- 地域の医師偏在是正のため、**地域枠医師等**が、
 - ・ **医師不足地域等での医療提供**を積極的に選択できる環境整備とともに、
 - ・ 医師の希望等を踏まえた**キャリア形成支援**が必要。
- 一部都道府県**の医師確保対策の**体制が不十分**。
 - ・ 地域医療対策協議会未開催
 - ・ 医師派遣時、都道府県・大学間の連携が不十分
- 都道府県**が**医師確保対策を主体的に実施**できる体制を構築する必要。
- 医学部段階・臨床研修段階**を通じ、医師は自らが研鑽した**地域に定着**する傾向。
- 新専門医制度**が平成30年4月から開始。新制度開始後も、医師のキャリアや**地域医療への配慮**が**継続される仕組み**が必要。
- 外来医療**について、
 - ・ 無床診療所の開設状況が都市部に偏在
 - ・ 医療機関間の連携の取組が地域状況に依存
- 外来機能情報の可視化・地域での機能分化・連携方針**を協議する枠組みが必要。
- 地域医療構想の推進を促す仕組み**が必要。

法案の概要

1. 医師少数区域等で勤務した医師の評価制度創設

- **医師少数区域等での勤務経験**を**厚生労働大臣**が評価する**認定制度**を創設
- **認定医師**のみを**地域医療支援病院等**の一定の医療機関の**管理者**とする

2. 都道府県における医師確保対策の実施体制整備

- **都道府県事務**に、**キャリア形成プログラム策定**、**医師少数区域への医師派遣等**を追加
- 「**医師確保計画**」の**策定**や、**大学・医師会・主要医療機関等**を構成員とする**地域医療対策協議会**での**具体的医師確保対策の協議**を追加

3. 医師養成過程を通じた医師確保対策の実施

- 医学部**…都道府県知事から大学に対する**地域枠・地元出身者枠の創設・増加の要請**
- 臨床研修**…厚生労働大臣から**都道府県知事**に**臨床研修病院の指定・定員設定権限**を委譲
- 専門研修**…**日本専門医機構等**に対する、専門研修実施に必要な措置実施に関する**厚生労働大臣の要請規定**、**意見聴取規定**等を追加

4. 地域での外来医療機能の不足・偏在等への対応

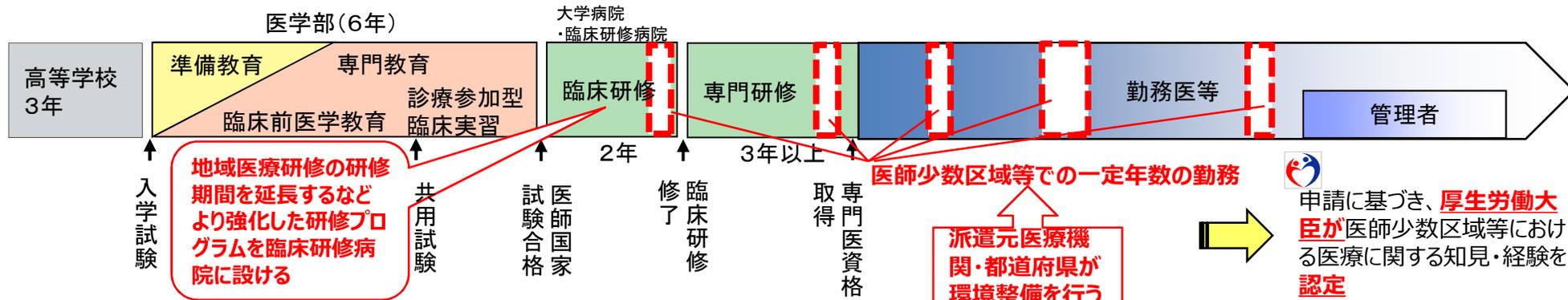
- 地域ごとに**外来医療提供体制の情報**を**可視化**し、不足・偏在等への対応を**協議する場の設置**、協議結果の**公表**を追加

5. 地域医療構想推進のための都道府県知事権限追加

1. 医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設について

基本的な考え方

- 医師の少ない地域での勤務を促すため、都道府県、大学医局、地域の医療機関等の関係者の連携により、医師の少ない地域で医師が疲弊しない持続可能な環境を整備するとともに、医師少数区域等での一定期間の勤務経験を評価する仕組みが必要。



※ 医療機関に対するインセンティブも別途検討

法案の内容（いずれも医療法改正）

<認定医師>

- ① 「医師少数区域」等*における医療の提供に関する一定の勤務経験を通じた地域医療への知見を有する医師を厚生労働大臣が認定できることとする。（平成32年4月1日施行）

<一定の病院の管理者としての評価>

- ② 「医師少数区域」等における医療の確保のために必要な支援を行う病院その他の厚生労働省令で定める病院の開設者は、①の認定を受けた医師等に管理させなければならないこととする。（平成32年4月1日施行*）

※ 施行日以降に選任する管理者にのみ適用。

*「医師少数区域」については、「2. 都道府県における医師確保対策の実施体制の整備について」の法案の内容の②にあるとおり、国が定める「医師偏在指標」に基づき、都道府県が「医師少数区域」又は「医師多数区域」を定めることができる。また、医師少数区域の医療機関における勤務と同等の経験が得られたと認められる者の範囲等を今後検討。

<医療機関の複数管理要件の明確化>

- ③ 病院等の管理者は、都道府県知事の許可を受けた場合は、「医師少数区域」等開設する他の診療所等を管理することができることとする。（公布日施行）

2. 都道府県における医師確保対策の実施体制の整備について

基本的な考え方

- 都道府県が、地域の医療ニーズを踏まえて、地域医療構想等の地域の医療政策と統合的に、医師確保対策を主体的に実施することができるような仕組みとしていく必要。
- 特に、今後臨床研修を終える地域枠の医師が増加し、医師派遣等において都道府県の役割が増加することも踏まえ、都道府県が**大学等の管内の関係者と連携して医師偏在対策を進めていくことができる体制を構築**する必要。



地域医療対策協議会

都道府県・大学・医師会・主要医療機関等が合意の上、医師派遣方針、研修施設・研修医の定員等を協議



法案の内容（いずれも医療法改正）

<医師確保計画の策定>

- ① 医療計画において、二次医療圏ごとに、新たに国が定める「医師偏在指標」を踏まえた**医師の確保数の目標・対策を含む「医師確保計画」を策定**する。（平成31年4月1日施行）
※ 都道府県は、「医師偏在指標」を踏まえて「医師少数区域」又は「医師多数区域」を設定。

<地域医療対策協議会の機能強化>

- ② **地域医療対策協議会は、「医師確保計画」の実施について必要な協議を行う**こととする。（公布日施行）

<地域医療支援事務等の見直し>

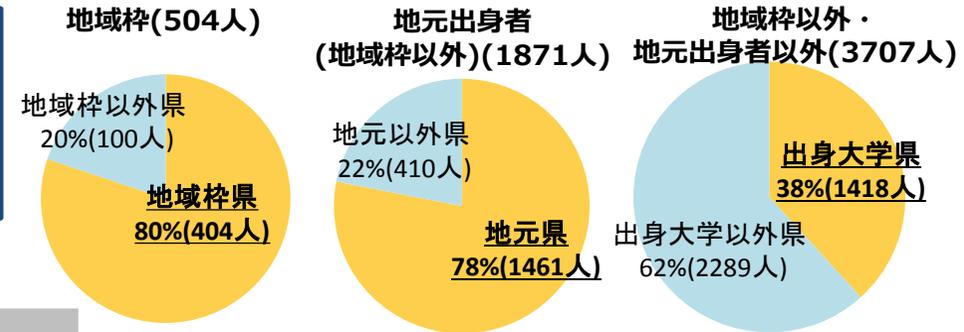
- ③ 都道府県は、大学、医師会、主要医療機関等を構成員とする**地域医療対策協議会の協議を踏まえ、地域医療支援事務を行う**こととする。また、**地域医療支援事務の内容に、キャリア形成プログラムの策定や、「医師少数区域」への医師の派遣等の事務を追加**する。（公布日施行）
- ④ 都道府県の地域医療支援事務と医療勤務環境改善支援事務の実施に当たり、相互に連携を図らなければならない旨を定める。（公布日施行）

3. 医師養成過程を通じた医師確保対策の充実について

基本的な考え方

- 医学部、臨床研修、専門研修を通じ、医師は自らが研さんを積んだ土地に定着するとのデータも踏まえ、**医師養成過程を通じた医師偏在対策を講じる**必要がある。

臨床研修修了後の勤務地



法案の内容（①については医療法、②～④については医師法改正）

<医学部関係の見直し>

- ① **都道府県知事から大学に対して地域枠又は地元出身者枠の創設又は増加を要請**できることとする。（平成31年4月1日施行）

<臨床研修関係の見直し>

- ② 法律及び臨床研修の実施に関する厚生労働省令に定める基準に基づいて、**都道府県知事が臨床研修病院を指定**することとする。（平成32年4月1日施行）
- ③ **都道府県知事は、**厚生労働大臣が定める都道府県ごとの研修医の定員の範囲内で、毎年度、厚生労働省令で定めるところにより、**都道府県の区域内に所在する臨床研修病院ごとの研修医の定員を定める**こととする。（平成32年4月1日施行）

<専門研修関係の見直し>

- ④ **厚生労働大臣は、**医師の研修機会確保のために特に必要があると認めるときは、研修を実施する日本専門医機構等に対し、当該**研修の実施に関し、必要な措置の実施を要請**できることとする。また、**日本専門医機構等は、医師の研修に関する計画が医療提供体制に重大な影響を与える場合には、あらかじめ厚生労働大臣及び都道府県知事の意見を聴かなければならない**こととする。（公布日施行）

4. 地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応について

基本的な考え方

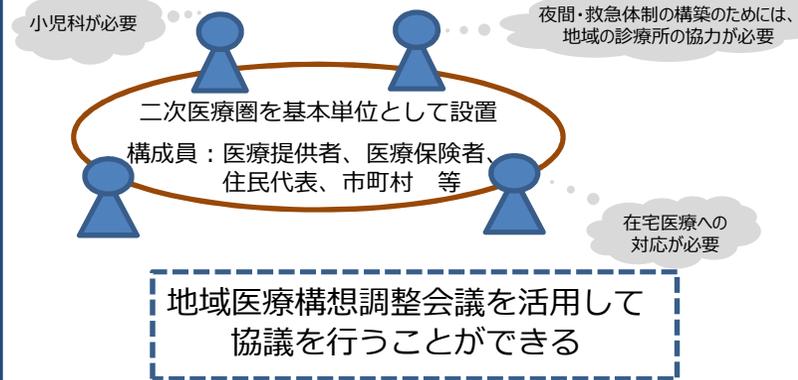
- 外来医療については、無床診療所の開設状況が都市部に偏っており、また、夜間救急連携等の医療機関間の連携の取組が、個々の医療機関の自主的な取組に委ねられている等の状況を踏まえる

(1) **外来医療機能に関する情報を可視化し、**

(2) その情報を新規開業者等へ情報提供するとともに、

(3) **地域の医療関係者等において外来医療機関間での機能分化・連携の方針等について協議を行うことが必要。**

外来医療に関する協議の場を設置



法案の内容（いずれも医療法改正）

<外来医療提供体制の確保>

- ① 医療計画に、**新たに外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項を記載**することとする。（平成31年4月1日施行）

<外来医療提供体制の協議の場>

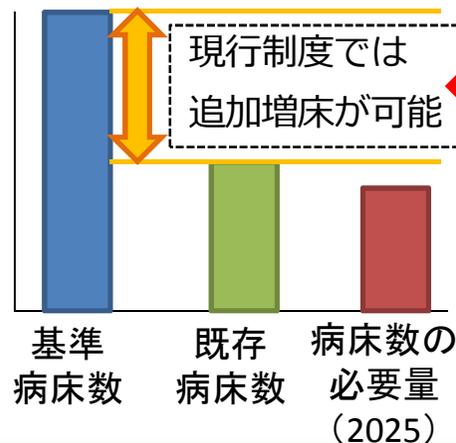
- ② 都道府県知事は、二次医療圏ごとに**外来医療の提供体制に関する事項**（地域の外来医療機能の状況や、救急医療体制構築、グループ診療の推進、医療設備・機器等の共同利用等の方針）**について協議する場を設け**、協議を行い、その結果を取りまとめて公表するものとする。（平成31年4月1日施行）

5. 地域医療構想の達成を図るための都道府県知事等の権限の追加について

現状

- 現在、都道府県知事に付与されている地域医療構想達成のための権限のみでは、人口の減少が進むこと等により、**将来の病床数の必要量が既存病床数を下回る場合に、申請の中止や申請病床数の削減を勧告などを行うことができない**状況にある。

追加的な整備が可能なケース



今後の対応

新規開設、増床等の申請

都道府県知事が許可を与えないこと（民間医療機関の場合には勧告）ができる

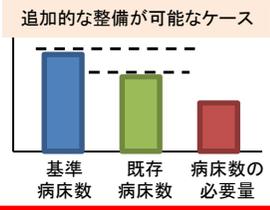
基本的な考え方

- 地域医療構想が全国で確実に達成されるよう、都道府県知事等の権限を追加し、構想区域において既存病床数が既に将来の病床数の必要量に達している場合には、当該構想区域に医療機関の新規開設、増床等の許可の申請があった場合に、必要な手続を経た上で、都道府県知事が所要の対応を図る等の対応を図ることが適当。

法案の内容（医療法・健康保険法改正）

地域医療構想を推進するため、構想区域において**既存病床数が既に将来の病床数の必要量に達している場合には、当該構想区域に医療機関の新規開設、増床等の許可の申請があっても、必要な手続を経た上で、都道府県知事が許可を与えないこと（民間医療機関の場合には勧告）ができる**こととし、勧告を受けた民間医療機関の病床については、厚生労働大臣が、保険医療機関の指定をしないことができる旨規定する。（公布日施行）

地域医療構想の推進のための都道府県知事の権限の追加



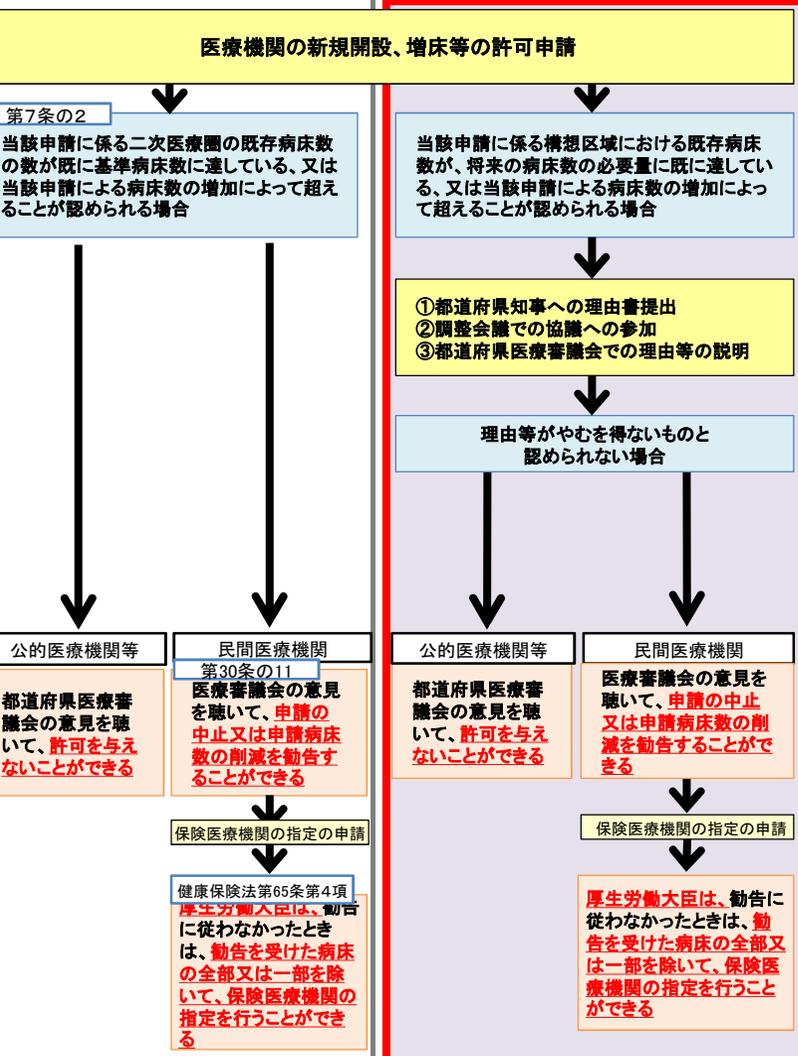
地域医療構想を推進するため、構想区域において既存病床数が既に将来の病床数の必要量に達している場合には、当該構想区域に医療機関の新規開設、増床等の許可の申請があっても、必要な手続を経た上で、都道府県知事が許可を与えないことができることとする等の対応を図る。

基準病床数制度

地域医療構想

【過剰な医療機能への転換の中止等】

【不足する医療機能への転換等の促進】



今回の制度改正による追加部分

