

第18回特定機能病院及び 地域医療支援病院のあり方 に関する検討会	資料 2
令和元年 6月26日	

地域医療支援病院の見直しについて

第15回特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会 でいただいた主なご意見

- ・ 設立の趣旨から考えて、地域医療支援病院は一定の役割を終えたのではないか。
- ・ 地域医療支援病院は、地域医療構想の中で抜本的にあり方を議論するべきではないか。
- ・ 地域医療支援病院の4つの要件・機能を一体的に評価する必要があるのか。個別に診療報酬で評価した方がよいのではないか。
- ・ 地域医療支援病院は、地域医療構想の中でどういう役割をしていくのかということを一度立ち止まって考えるべきではないか。
- ・ 在宅療養の後方支援は、全ての地域医療支援病院が実施すべきとされてはいないのではないか。
- ・ 今、一番重要なのは、地域で高齢者が増えていく中で、地域の医療をどう守るかなのではないか。

第16回特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会 でいただいた主なご意見

- ・ 地域の実情に応じて、既存の要件も含めて、地域ごとに要件の幅を持たせてもよいのではないか。
- ・ 4つの機能をセットで評価する合理性はなく、個別に診療報酬で評価する方が適切なのではないか。
- ・ 同じような機能を果たしていても、地域の状況によって、地域医療支援病院になれる場合となれない場合があり、不合理ではないか。
- ・ 単に調整会議の協議に追加機能を委ねるというのはばらつきが生じてしまうのではないか。
- ・ 在宅医療や訪問看護の支援も、考えるべきではないか。

第17回特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会 でいただいた主なご意見

- ・ 医師少数区域等を支援する機能について、地域医療支援病院でない公立病院、公的医療機関に義務付けられていないにも関わらず、民間も含めて全ての地域医療支援病院の義務とするのは、地域医療構想等における議論と整合性がとれていないのではないか。
- ・ 在宅医療や訪問看護の支援を、地域ごとの独自要件の例示として示すべきではないか。
- ・ 地域ごとの機能を国が例示として示すことは、都道府県に例示として受け取られず、義務付けとして受け取られるため、適切ではない。
- ・ 地域医療支援病院が支援する地域は、病院が所在する二次医療圏が想定されるが、医師少数区域等を支援する機能を要件化した場合、離れた地域も支援することとなり、「地域」の範囲が不明確になってしまうのではないか。
- ・ 更新制や、総合診療の質を確保する仕組みを検討していただきたい。
- ・ 地域によっては、他の病院がすでに医師派遣を実施している場合もあり、医師派遣等を全ての地域医療支援病院の責務とすることは適切ではない。
- ・ 医師偏在対策や地域医療構想が進む中、大幅に要件を変えてしまうのは混乱を生むのではないか。

參考資料

二次医療圏別の地域医療支援病院の施設数 ①

医療圏名	数	医療圏名	数	医療圏名	数	医療圏名	数	医療圏名	数
全国 全体	607	仙南	1	県北	1	区中央部	4	医療圏名	数
南渡島	2	仙台	9	県西	3	区南部	3	南加賀	
南檜山		大崎・栗原	1	宇都宮	3	区西南部	6	石川中央	3
北渡島檜山		石巻・登米・気仙沼	1	県東	1	区西部	3	能登中部	
札幌	7	大館・鹿角		県南	2	区西北部	3	能登北部	
後志		北秋田		両毛	2	区東北部	2	福井・坂井	4
南空知		能代・山本	1	前橋	4	区東部	3	奥越	
中空知		秋田周辺	1	渋川	1	西多摩	1	丹南	
北空知		由利本荘・にかほ		伊勢崎	2	南多摩	4	嶺南	
西胆振		大仙・仙北		高崎・安中	2	北多摩西部	3	中北	
東胆振		横手		藤岡	1	北多摩南部	4	峡東	
日高		湯沢・雄勝		富岡		北多摩北部	3	峡南	
北海道 (14)	2	村山	2	吾妻		島しょ		富士・東部	
上川中部		最上		沼田		川崎北部	2	佐久	1
上川北部		置賜	1	桐生	1	川崎南部	3	上小	1
富良野		庄内	2	太田・館林	2	横須賀・三浦	3	諏訪	1
留萌		県北	3	南部	2	湘南東部	2	上伊那	1
宗谷		県中	3	南西部	1	湘南西部	3	飯伊	1
北網	1	県南		東部	1	県央	3	木曾	
遠紋		相双		さいたま	4	相模原	2	松本	4
十勝	1	いわき	2	県央	2	県西	1	大北	
釧路	1	会津・南会津	1	川越比企	1	横浜	16	長野	3
根室		水戸	4	西部	2	下越	1	北信	
津軽地域		日立	1	利根	3	新潟	3	岐阜	6
青森県 (5)	3	常陸太田・ひたちなか	2	北部	2	県央	1	西濃	1
八戸地域	3	鹿行		秩父		中越	1	中濃	1
青森地域	2	土浦	2	千葉	4	魚沼		東濃	1
西北五地域		つくば	2	東葛南部	5	上越	2	飛騨	1
上十三地域		取手・竜ヶ崎	3	東葛北部	2	佐渡		賀茂	
下北地域		筑西・下妻		印旛	2	新川	1	熱海伊東	1
盛岡	2	古河・坂東	3	香取海匝	1	富山	3	駿東田方	2
岩手中部	1			山武長生夷隅	1	高岡	2	富士	2
胆江	1			安房	1			静岡	6
両磐	1			君津	1			志太榛原	3
気仙				市原	2			中東遠	2
釜石								西部	6
宮古									
久慈									
二戸									

二次医療圏別の地域医療支援病院の施設数 ②

医療圏名	数
海部	1
尾張東部	1
尾張西部	2
尾張北部	2
知多半島	2
西三河北部	2
西三河南部西	2
西三河南部東	1
東三河北部	
東三河南部	1
名古屋・尾張中部	11
北勢	5
(15) 三重県	
中勢伊賀	4
南勢志摩	6
東紀州	
大津	2
湖南	3
甲賀	1
東近江	1
湖東	1
湖北	2
湖西	1
丹後	0
京都府(15)	
中丹	2
南丹	1
京都・乙訓	9
山城北	2
山城南	1
豊能	5
三島	3
大阪府(36)	
北河内	3
中河内	3
南河内	1
堺市	5
泉州	3
大阪市	13

医療圏名	数
神戸	12
東播磨	5
北播磨	2
但馬	2
丹波	1
淡路	1
阪神	8
播磨姫路	5
奈良	1
東和	1
西和	1
中和	
南和	1
和歌山	2
那賀	
橋本	
有田	
御坊	1
田辺	1
新宮	1
(6) 鳥取県	
東部	3
中部	1
西部	2
島根県(6)	
島根	
雲南	
出雲	
大田	1
浜田	1
益田	2
隠岐	
岡山県(12)	
県南東部	10
県南西部	1
高梁・新見	
真庭	
津山・英田	1

医療圏名	数
広島	5
広島西	2
呉	4
広島中央	1
尾三	3
福山・府中	3
備北	1
岩国	2
柳井	1
周南	2
山口・防府	3
宇部・小野田	2
下関	4
長門	
萩	
徳島県(7)	
東部	4
南部	2
西部	1
(6) 香川県	
小豆	
東部	3
西部	3
愛媛県(3)	
宇摩	
新居浜・西条	
今治	
松山	2
八幡浜・大洲	1
宇和島	
高知県(3)	
安芸	
中央	3
高幡	
幡多	

医療圏名	数
福岡・糸島	11
柏屋	1
宗像	1
筑紫	3
朝倉	1
久留米	4
八女・筑後	2
有明	1
飯塚	1
直方・鞍手	
田川	1
北九州	11
京築	1
中部	2
東部	1
北部	1
宮崎県(8)	
宮崎東諸県	3
都城北諸県	2
延岡西臼杵	1
日南串間	1
西諸	1
西都児湯	
日向入郷	
鹿児島	5
南薩	2
川薩	1
出水	2
姶良・伊佐	1
曾於	1
肝属	2
熊毛	1
奄美	1
北部	2
中部	3
鹿児島県(15)	
南部	5
宮古	
八重山	

地域医療支援病院制度の概要

趣旨

- 患者に身近な地域で医療が提供されることが望ましいという観点から、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を行い、かかりつけ医等への支援を通じて地域医療の確保を図る病院として、平成9年の医療法改正において創設(都道府県知事が個別に承認)。

※承認を受けている病院(平成30年12月現在) ... 607

主な機能

- 紹介患者に対する医療の提供(かかりつけ医等への患者の逆紹介も含む)
- 医療機器の共同利用の実施
- 救急医療の提供
- 地域の医療従事者に対する研修の実施

承認要件

- 開設主体:原則として国、都道府県、市町村、社会医療法人、医療法人等
- 紹介患者中心の医療を提供していること
 - ① 紹介率80%を上回っていること
 - ② 紹介率が65%を超え、かつ、逆紹介率が40%を超えること
 - ③ 紹介率が50%を超え、かつ、逆紹介率が70%を超えること
- 救急医療を提供する能力を有すること
- 建物、設備、機器等を地域の医師等が利用できる体制を確保していること
- 地域医療従事者に対する研修を行っていること
- 原則として200床以上の病床、及び地域医療支援病院としてふさわしい施設を有すること 等

地域医療支援病院制度発足の経緯

- 地域医療支援病院制度は、地域で必要な医療を確保し、地域の医療機関の連携等を図る観点から、かかりつけ医等を支援する医療機関として、平成9年の第三次医療法改正において創設された。

今後の医療体制の在り方について(意見具申)(平成8年4月25日 医療審議会)

II 医療施設機能の体系化

1. 患者のニーズに応じた医療機関の在り方

(6) 地域医療の充実・支援を行う医療機関の在り方

- 地域の診療所や中小病院は、地域における医療の中心的な提供主体としてプライマリケアを担っているところで
あるが、地域で必要な医療を確保し、地域の医療機関の連携等を図る観点から、かかりつけ医等を支援する医療機
関の位置付けを検討することが必要である。このような医療機関としては、一定規模の病床を有し、救急医療の実
施や在宅医療の支援、施設・設備の開放等を行うとともに、地域の医師等医療関係者に対する研修、医療機関に対
する情報提供等の機能を持つことが適当である。また、がん等の単一の機能を有する病院であっても、地域の医療
機関と連携して、必要な医療の確保に寄与する場合には、地域の医療を支援する医療機関として位置付けていくこ
とが適当であろう。なお、これらの医療機関は紹介患者を積極的に受け入れていくことが期待される。

かかりつけ医の定義と機能(日本医師会・四病院団体協議会)

「かかりつけ医」とは(定義)

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

「かかりつけ医機能」

- かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。
- 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

出典:「医療提供体制のあり方」日本医師会・四病院団体協議会合同提言(平成25年8月8日)

「地域医療構想の進め方について」※のポイント

地域医療構想調整会議の協議事項

※ 平成30年2月7日付け医政地発0207第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知

【個別の医療機関ごとの具体的対応方針の決定への対応】

- 都道府県は、毎年度、地域医療構想調整会議において合意した具体的対応方針をとりまとめること。

具体的対応方針のとりまとめには、以下の内容を含むこと。

- ① 2025年を見据えた構想区域において担うべき医療機関としての役割
- ② 2025年に持つべき医療機能ごとの病床数

⇒平成30年度以降の地域医療介護総合確保基金の配分に当たっては、具体的対応方針のとりまとめの進捗状況を考慮する。

- 公立病院、公的医療機関等は、「新公立病院改革プラン」「公的医療機関等2025プラン」を策定し、平成29年度中に協議すること。
⇒協議の際は、構想区域の医療需要や現状の病床稼働率、民間医療機関との役割分担などを踏まえ公立病院、公的病院でなければ担えない分野へ重点化されているかどうかについて確認すること。

- その他の医療機関のうち、担うべき役割を大きく変更する病院などは、今後の事業計画を策定し、速やかに協議すること。
- 上記以外の医療機関は、遅くとも平成30年度末までに協議すること。

【その他】

- 都道府県は、以下の医療機関に対し、地域医療構想調整会議へ出席し、必要な説明を行うよう求めること。
 - ・病床が全て稼働していない病棟を有する医療機関
 - ・新たな病床を整備する予定の医療機関
 - ・開設者を変更する医療機関

地域医療構想調整会議での個別の医療機関の取組状況の共有

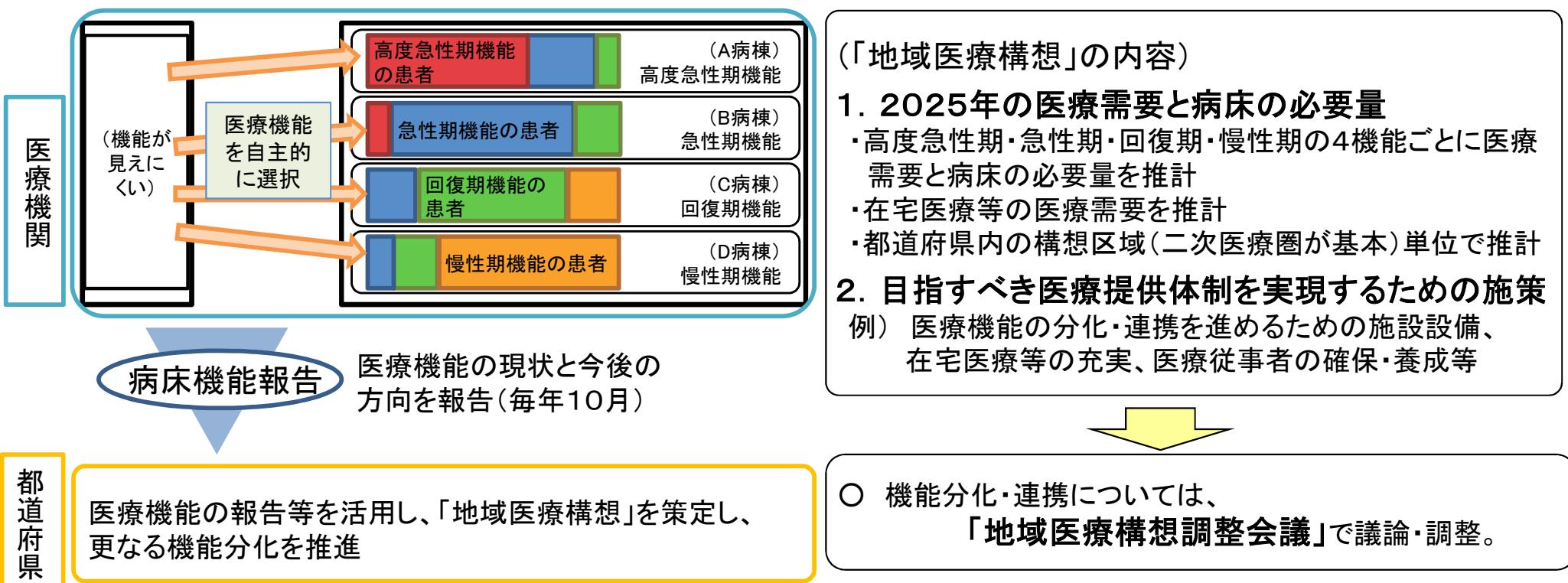
- 都道府県は、個別の医療機関ごと(病棟ごと)に、以下の内容を提示すること。
 - ①医療機能や診療実績
 - ②地域医療介護総合確保基金を含む各種補助金等の活用状況
 - ③公立病院・公的病院等について、病床稼働率、紹介・逆紹介率、救急対応状況、医師数、経営に関する情報など

地域医療構想調整会議の運営

- 都道府県は、構想区域の実情を踏まえながら、年間スケジュールを計画し、年4回は地域医療構想調整会議を実施すること。
- 医療機関同士の意見交換や個別相談などの場を組合せながら、より多くの医療機関の主体的な参画が得られるよう進めること。

地域医療構想について

- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。
- 「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。平成28年度中に全都道府県で策定済み。
※ 「地域医療構想」は、二次医療圏単位での策定が原則。



医療法の規定

第30条の14 都道府県は、構想区域その他の当該都道府県の知事が適當と認める区域ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者との協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ、医療計画において定める将来の病床数の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議を行うものとする。

2 関係者は、前項の規定に基づき都道府県が行う協議に参加するよう都道府県から求めがあつた場合には、これに協力するよう努めるとともに、当該協議の場において関係者間の協議が調つた事項については、その実施に協力するよう努めなければならない。

地域医療構想調整会議の協議事項

【個別の医療機関ごとの具体的対応方針の決定への対応】

「地域医療構想の進め方について」(平成30年2月7日付け医政地発0207第1号
厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)より

- 都道府県は、毎年度、地域医療構想調整会議において合意した具体的対応方針をとりまとめること。
 - 〔具体的対応方針のとりまとめには、以下の内容を含むこと。
 - ① 2025年を見据えた構想区域において担うべき医療機関としての役割
 - ② 2025年に持つべき医療機能ごとの病床数〕
- 公立病院、公的医療機関等は、「新公立病院改革プラン」「公的医療機関等2025プラン」を策定し、平成29年度中に協議すること。
- 他の医療機関のうち、担うべき役割を大きく変更する病院などは、今後の事業計画を策定し、速やかに協議すること。
- 上記以外の医療機関は、遅くとも平成30年度末までに協議すること。

【その他】

- 都道府県は、以下の医療機関に対し、地域医療構想調整会議へ出席し、必要な説明を行うよう求めること。
 - ・病床が全て稼働していない病棟を有する医療機関
 - ・新たな病床を整備する予定の医療機関
 - ・開設者を変更する医療機関

地域医療構想調整会議における議論の状況

■調整会議の開催状況

4~6月	7~9月	10~12月	1~3月	計
101回 (91区域)	366回 (275区域)	355回 (240区域)	505回 (323区域)	1327回

■病床機能報告の報告率

	6月末	9月末	12月末	3月末
病院	94.4%	96.5%	96.7%	96.8%
有床診療所	84.5%	87.6%	87.7%	87.8%

■非稼働病棟の病床数

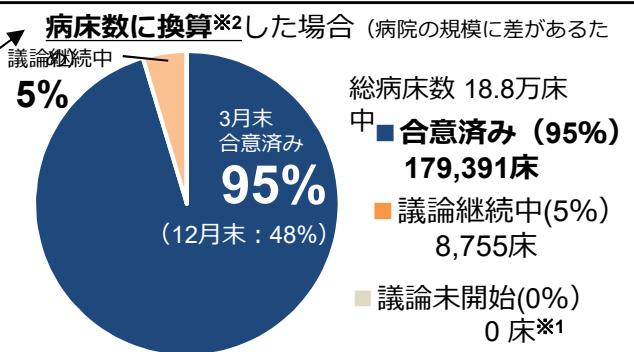
	総数	方針の議論実施 (議論中含む)
病院	16,753床	14,836床(89%)
有床診療所	9,109床	5,778床(63%)

■具体的な医療機関名を挙げた議論の状況 (2019年3月末時点)

新公立病院改革プラン対象病院

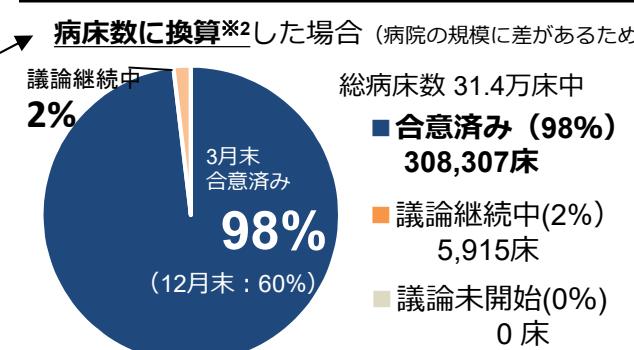
	12月末	3月末
対象病院数	823	823
うち合意済み	347	771
うち議論継続中	464	51
うち議論未開始	12	1 ^{※1}

※1 福島県の帰宅困難区域内に立地する公立病院で議論ができない状況(病床数については0で処理。)。



公的医療機関等 2025 プラン対象病院

	12月末	3月末
対象病院数	829	829
うち合意済み	486	810
うち議論継続中	337	19
うち議論未開始	6	0

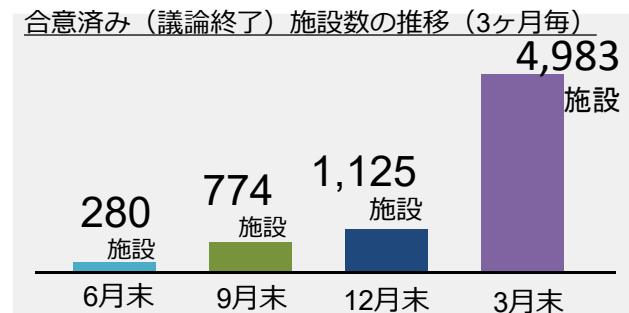


その他の医療機関

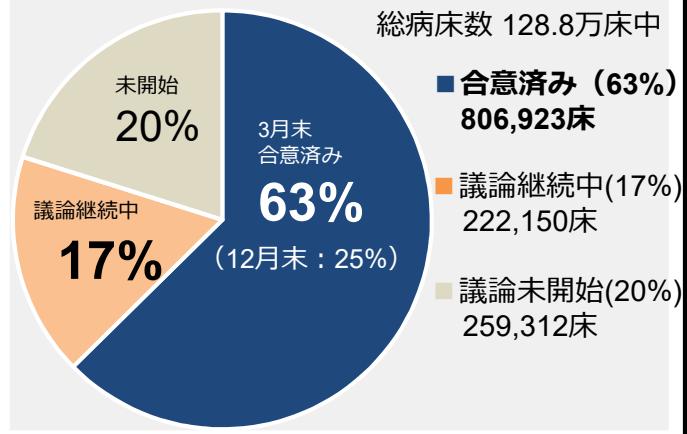
対象	5,660病院	6,736診療所
うち合意済み	2,228病院	1,174診療所
うち議論継続中	1,576病院	2,159診療所

※2 病床数への換算には、2017年病床機能報告における2017年7月現在の病床数を用いた。
(未報告医療機関の病床数は含まれていない。)

全ての医療機関 計



3月末時点における議論の状況 (病床数に換算した場合)



医政局地域医療計画課調べ (精査中)

医療法及び医師法の一部を改正する法律の概要

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、医師会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

都道府県の意見を聴いた上で、国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

2019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2020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(平成30年法律第79号)より抜粋

第10条第3項(平成32年4月施行)

医師の確保を特に図るべき区域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、その病院が医業をなすものである場合又は医業及び歯科医業を併せ行うものであつて主として医業を行うものである場合は、臨床研修等修了医師であつて第五条の二第一項の認定を受けたものに、これを管理させなければならない。ただし、地域における医療の提供に影響を与える場合その他の厚生労働省令で定める場合は、臨床研修等修了医師であつて当該認定を受けていないものに、これを管理させることができる。

医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会

第2次中間取りまとめより抜粋

4. 具体的な医師偏在対策

(4) 医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進

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

○ 医師個人に対するインセンティブのみならず、医師派遣要請に応じて医師を送り出す医療機関、認定医師によって質の高いプライマリ・ケア等が提供される医療機関等、認定制度の実効性を高める医療機関について、税制、補助金、診療報酬上の評価等の対応について検討し、必要な経済的インセンティブが得られる仕組みを構築すべきである。

○ 特に、医師派遣等の機能を発揮する医療機関の評価の検討に当たり、地域医療を支援する立場にある地域医療支援病院については、医師派遣機能や、プライマリ・ケアの研修・指導体制の確保などその環境整備に一定の機能を果たすものについて評価を行うこととし、その役割、機能、評価の在り方等を含めて、別途検討すべきである。

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

○ 医療機関の管理者には、財務・労務管理といった経営能力のみならず、地域への貢献まで含めた幅広いマネジメント能力が求められる。このため、認定医師の医師少数区域等における勤務経験を評価し、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である。

○ この対象となる医療機関については、まずは地域の医療機関と連携しながら地域医療を支えるという制度上の目的を有する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である。また、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である。

経緯

- 平成30年通常国会において「医療法及び医師法の一部を改正する法律」が成立し、今後の医師偏在対策の基本的な枠組みが定められた。
- 改正法の施行に当たって、医師偏在対策の実効性確保のための具体的な制度設計について医師需給分科会において検討を行い、その内容を取りまとめたもの。

(1) 都道府県における医師偏在対策の実施体制の強化

○ 医師偏在指標

- ・ 全国ベースで医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価可能な指標の算定。
 - ▶ ①医療ニーズ及び人口・人口構成とその変化、②患者の流入入、③地理的条件、④医師の性別・年齢分布、⑤医師偏在の単位の **5要素を考慮した医師偏在指標**を設計。

医師偏在指標の算定

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

○ 医師少数区域／医師多数区域

- ・ メリハリのある医師確保対策を行うための、医師が少ない地域、多い地域の明確化。
 - ▶ 医師偏在指標に基づき、全国の二次医療圏の **上位33.3%を医師多数区域、下位33.3%を医師少数区域と設定**。医師少数区域には重点的な医師確保対策を行う。
 - ▶ 局所的に医師が少ない場所を、「**医師少数スポット**」として、重点的な医師確保対策の対象とする。

医師少数区域／医師多数区域の設定

全国335医療圏		
医師偏在指標	下位33.3% ⇒医師少数区域	上位33.3% ⇒医師多数区域
医療圏の順位	335位 334位 333位	3位 2位 1位

○ 医師確保計画

- ・ 都道府県が主体的・実効的に医師確保対策を行うための計画の策定。
 - ▶ 定量的な現状分析に基づいて計画を定め、3年（初回のみ4年）ごとにその内容を見直す **PDCAサイクルを実施することで、医師確保対策の実効性を強化**。
 - ▶ 地域枠の効果等を踏まえ、**2036年を長期的な医師偏在是正の目標年**とする。
 - ▶ 医師確保計画には、①都道府県内における医師確保の方針、②確保すべき医師数の目標（目標医師数）、③目標の達成に向けた施策内容、を定める。
 - ▶ 医師の確保方針として、医師多数区域等は他の地域からの医師の確保は行わない等とする。
 - ▶ 医師の派遣調整等の短期的な対策と、地域枠の増員等の長期的な対策を組み合わせて医師偏在是正を目指す。
 - ▶ 医師確保対策について協議を行う、**地域医療対策協議会**の意見を反映することが必要。

医師確保計画の策定

方針	目標
医師偏在指標の大小、将来の需給推計から地域ごとの医師確保の方針を定める。	医師少数区域の水準を脱するために必要な医師数を目標医師数として定める。
施策	
医師の派遣調整、キャリア形成プログラムの策定・運用、医学部における地域枠・地元出身者枠の設定、医師確保対策と連携した勤務環境改善支援等の対策を定める。	

3年（初回のみ4年）ごとに見直し、PDCAサイクルに基づき実効性を高める

○ 産科・小児科における医師偏在対策

- ・ 産科・小児科について、暫定的に 診療科別の医師偏在指標を示す。
- ・ 相対的医師少数区域の設定を行う。
- ・ 産科・小児科に限定した 医師確保計画を策定する。
- ▶ 産科においては分娩数、小児科においては年少人口に基づいた指標を提示。**診療科間の医師偏在を是正するものではないことに留意が必要**。
- ▶ 産科・小児科は、その労働環境に鑑みると、産科医師又は小児科医師が相対的に少くない地域等においても医師が不足している可能性があるため、**医師多数区域は設けず**、また下位33.3%に該当する地域を**「相対的医師少数区域」と呼称することとする**。
- ▶ **医療圏の見直しや医療圏を越えた地域間の連携、機能の集約化・重点化、医師の時間外労働の短縮に向けた取組等についての検討を行う**とともに、産科医師及び小児科医師の総数を確保するための施策や医師の派遣調整等についても検討を行う。

医師需給分科会 第4次中間取りまとめの概要②

(2) 医師養成過程を通じた地域における医師確保

医学部

○ 医学部における地域枠・地元出身者枠の設定

- 2008年度以降、地域枠設置を要件とした臨時定員の増員が行われてきた。
- 改正法により、都道府県知事は、大学に対して地域への定着率の高い地域枠や地元出身者枠の設置・増設の要請が可能。
- 2022年度以降の臨時定員数は今後設定することとされているため、地域枠や地元出身者枠の大学への要請数等について検討が必要。

- ▶ 地域枠・地元出身者枠については、**2036年度時点の医師不足数を上限**として大学に要請できることとする。
- ▶ 地域枠は、一般枠とは別枠で募集定員の設定・選抜を行う**「別枠方式」**により選抜する。
- ▶ 全体として**マクロの供給量が過剰にならないよう留意が必要**。

2036年時点
で医師が不足

→ 不足数を上限に、恒久定員内
に地域枠等を大学に要請可能

→ それでも不足する場合、
追加的に臨時定員を
大学に要請可能

専門研修等

○ 診療科ごとの将来必要な医師数の見通しの明確化

・ 診療科ごとの将来必要な医師数の見通しについて、国全体・都道府県ごとに提示。

診療科と
疾病・診療行為の
対応関係を整理

人口動態・疾病構造変化を考慮

将来の診療科ごとの
医師の需要の変化を推計

・ 期待される効果

- ▶ 医師が**適切に診療科を選択することで、診療科偏在の是正につながること**
 - ▶ 各都道府県において地域枠医師による適切な診療科選択に資する取組が行われること
 - ▶ 専門医制度におけるシーリング設定等のエビデンスとして活用されること
- 等が期待される。

地域医療構想と医師の働き方改革との関連

○ 地域医療構想

地域における医師の確保は、医療機関の統合・再編等の方針によって左右されることから、医師確保対策を実施するに当たっては、地域医療構想の推進に係る医療機関ごとの具体的対応方針に留意することが必要。

地域医療構想と医師の働き方改革と医師偏在対策は三位一体で進めることが重要である。

(3) 地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

○ 外来医療機能の不足・偏在等への対応

- 無床診療所が都市部に偏っており、外来医療機能の偏在の可視化が必要。
 - ▶ **外来医師偏在指標**を算定し、上位33.3%の二次医療圏を**外来医師多数区域**と設定。
 - ▶ 外来医師多数区域についての情報や開業に当たって参考となるデータを、**新規開業希望者等へ情報提供**。
- 地域で不足する外来医療機能についての議論の実施。
 - ▶ 外来医師多数区域においては、**新規開業希望者に、不足する外来医療機能を担うように求める**。
 - ▶ その実効性の担保のために、**協議の場を設置**（地域医療構想調整会議を活用可能。）開業届出様式に、不足する外来医療機能を担うことに対する合意欄を設け、協議の場で確認する等の対応を行う。

○ 医療機器の効率的な活用等について

- 医療機器の配置状況には地域差があり、その可視化が必要。
 - ▶ 地域ごとの**医療機器の配置状況を指標化**し、可視化。
- 医療機器の効率的活用のための協議の実施。
 - ▶ 医療機器を購入する医療機関は、医療機器の**共同利用計画を作成**し、協議の場で定期的に確認を行う。

(4) 医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進

- ▶ **医師少数区域等において6ヶ月以上勤務**し、その中で医師少数区域等における医療の提供に必要な業務を行った医師を厚生労働大臣が認定する。
- ▶ 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の管理者は認定医師でなければならないこととする。
※2020年度以降に臨床研修を開始した医師以外の医師に管理させる場合等を除く。
- ▶ 認定制度の実効性を高めるようなインセンティブについて引き続き検討。

○ 医師の働き方改革

マクロ医師需給推計は、医師の働き方改革の内容を踏まえ、再度推計を行うこととする。この新たな推計を踏まえて、医師養成数の増減を伴う長期的な医師偏在対策について検討を行う。
また、2024年度から、医師に対する時間外労働規制が適用される。医師の働き方改革の実現に向け、地域において医師を確保することは喫緊の課題であり、医師確保対策の早急な着手が必要。

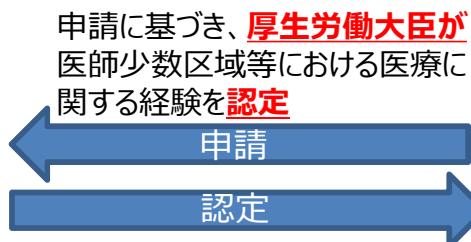
医師少数区域等で勤務した医師を認定する制度について

- 医師少数区域等における勤務の促進のため、医師少数区域等に一定期間勤務し、その中で医師少数区域等における医療の提供のために必要な業務を行った者を厚生労働大臣が認定する。

認定に必要な勤務期間や業務内容



厚生労働省



医師



医師少数区域等の医療機関

医師少数区域等における 6ヶ月以上※1の勤務※2

※1 医師免許取得後10年以内の場合は、原則として連続して勤務（妊娠・出産等による中断は可）するが、10年目以降の場合は、断続的な勤務の積算も可。

※2 認定の対象となるのは、2020年度以降の勤務とする。（臨床研修中の期間を除く。）

【申請内容】

- 勤務した医療機関名と所在地
- 勤務した期間
- 業務内容等

➤ 申請の際には、医師少数区域等での医師の勤務状況に対する認定制度の影響を測るために、認定の対象となる勤務の直前の勤務地等についても申告する。

- ＜認定に必要な業務＞
- (1)個々の患者の生活背景を考慮し、幅広い病態に対応する継続的な診療や保健指導（患者の専門的な医療機関への受診の必要性の判断を含む。）
 - ・ 地域の患者への継続的な診療
 - ・ 診療時間外の患者の急変時の対応
 - ・ 在宅医療
 - (2)他の医療機関や、介護・福祉事業者等との連携
 - ・ 地域ケア会議や退院カンファレンス等への参加
 - (3)地域住民に対する健康診査や保健指導等の地域保健活動
 - ・ 健康診査や保健指導等の実施

認定医師等に対するインセンティブ

①一定の病院の管理者としての評価

- ・ 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※の管理者は、認定医師でなければならないこととする。（2020年度以降に臨床研修を開始した医師を管理者とする場合に限る。）

※管理者要件に認定医師であることを加える病院の範囲については、施行後の認定制度の普及状況等を踏まえ見直しの必要性について検討する。

②認定医師や医療機関に対する経済的インセンティブ

- ・ 認定医師個人や、認定医師によって質の高いプライマリ・ケアが提供される医療機関等に対する経済的インセンティブの設定について検討を行う。

診療報酬による評価について

A204 地域医療支援病院入院診療加算(入院初日) 1,000点

注 地域医療支援病院である保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。)のうち、地域医療支援病院入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、入院初日に限り所定点数に加算する。

※ 平成10年度診療報酬改定において「地域医療支援病院入院診療料」(入院料)として新設。
平成18年度診療報酬改定において、現行の評価に見直し。

診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(抄)

(平成28年3月4日付け保医発0304第3号厚生労働省保険局医療課長・厚生労働省保険局歯科医療管理官通知)

(1) 地域医療支援病院入院診療加算は、地域医療支援病院における紹介患者に対する医療提供、病床や高額医療機器等の共同利用、24時間救急医療の提供等を評価するものであり、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

(2) (1)にかかわらず入院初日に病棟単位で行うべき特定入院料以外の特定入院料を算定した場合については、入院基本料の入院期間の計算により一連の入院期間とされる期間中に特定入院料を算定しなくなった日(当該日が退院日の場合は、退院日)において1回に限り算定する。