

これまでの医師偏在対策について

第35回医師需給分科会(8/31)における主なご意見について

医療従事者の需給に関する検討会
第36回 医師需給分科会
令和2年11月18日 資料1 一部改変

- 地方の立場としては、令和4年度の臨時定員の設定方法について、現在、新型コロナウイルス感染対応のため様々な保健衛生業務が停滞していることもあり、暫定的に令和2・3年度と同様の方法で行っていただけるのはありがたい。
- 元来、臨時定員はいずれ削減を行うという取り扱いであり、臨時定員を減少させつつ地域枠を維持するのであれば、恒久定員の中に組み込んでいかなければならないのは、当然のことではないか。
- 地域枠が、偏在問題を解決していくための大きな手段であることを踏まえ、恒久定員内に地域枠を設定するということは、医師の需給問題、地域の偏在問題を考えていく上では、妥当であることから、現行の方針通り進めていくべきではないか。
- 令和4年度の恒久定員枠内に設置する地域枠の数については、令和5年度以降の地域枠等の議論に対する影響が考えられるため、令和5年度以降の地域枠等の議論を並行して行うべきではないか。
- 恒久定員枠内への地域枠の設置方法は、医師確保計画に基づき、都道府県が自ら将来的な医師確保の計画を立てる必要があるため、都道府県は、地対協で、各大学と、今後の地域枠のあり方をよく協議をしていただくというのが原則であるのではないか。
- 偏在対策を行う前提のもと、総医師数を抑えていくことであることから、偏在対策がどの程度進行したのかという検証を行いながら地域枠についての議論を進めていくのが良いではないか。

医師の需給と医師養成課程における偏在対策について議論する場の整理

医療従事者の需給に関する検討会
第34回 医師需給分科会
令和2年3月12日 資料1 一部改変

医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会

総合的な医師の需給バランス・偏在対策の在り方を議論する。

地域枠の設定（地域・診療科偏在対策）

地域枠の設定数、地域枠の在り方

臨床研修制度における地域偏在対策

臨床研修定員の配置による偏在是正の在り方

専門医制度における地域・診療科偏在対策

診療科別・都道府県別・必要医師数の算出

総合診療医の在り方、必要数について検討

医道審議会 医師分科会

臨床研修部会

- ・具体的な都道府県別定員の設定による偏在是正
- ・医師のプライマリケア能力向上のための研修制度の検討

専門研修部会

- ・地域医療提供体制確保の観点から専門研修の在り方に対する検討
- ・検討結果を踏まえた採用数上限（シーリング）等に関する日本専門医機構および各学会への意見・要請

日本専門医機構

専門研修の内容を検討、専門医シーリングの検討・実施

都道府県

地域医療対策協議会で協議の上、都道府県知事が地域枠の設定を大学へ要請する。

地域医療対策協議会において、臨床研修病院の指定、各病院の臨床研修定員の設定を行う。

地域医療対策協議会において、各都道府県における専門研修について議論し、厚生労働大臣に意見を提出する。

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）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。）

長期的には医師供給が需要を上回ると考えられるが、地域偏在や診療科偏在に引き続き対応する必要があることから、医師養成過程の様々な段階で医師の地域偏在・診療科偏在対策を進めている。

医師養成
課程

学部
教育

大学医学部 — 地域枠の設定（地域・診療科偏在対策）

医師需給分科会

- 大学が特定の地域や診療科で診療を行うことを条件とした選抜枠を設け、都道府県が学生に対して奨学金を貸与する仕組みで、都道府県の指定する区域で一定の年限従事することにより返還免除される（一部例外あり）

- 将来的に医師供給量過剰とならないように、令和5年（2023年）からの地域枠に係る医学部定員の設定・奨学金貸与について検討中

<都道府県→大学への設置要請の流れ>

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

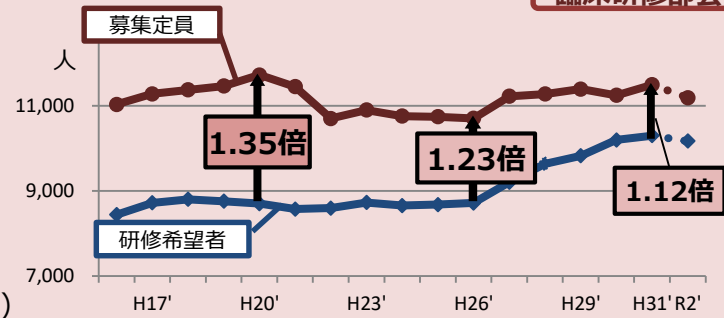
臨床研修 — 臨床研修制度における地域偏在対策

臨床研修部会

- 都道府県別採用枠上限数の設定
- 全国の研修希望者に対する募集定員の倍率を縮小

- 医師少数区域へ配慮した都道府県ごとの定員設定方法への変更
- 地域医療重点プログラムの新設（2022年～）

※臨床研修病院の指定、募集定員の設定権限を都道府県へ移譲する（2020年4月～）



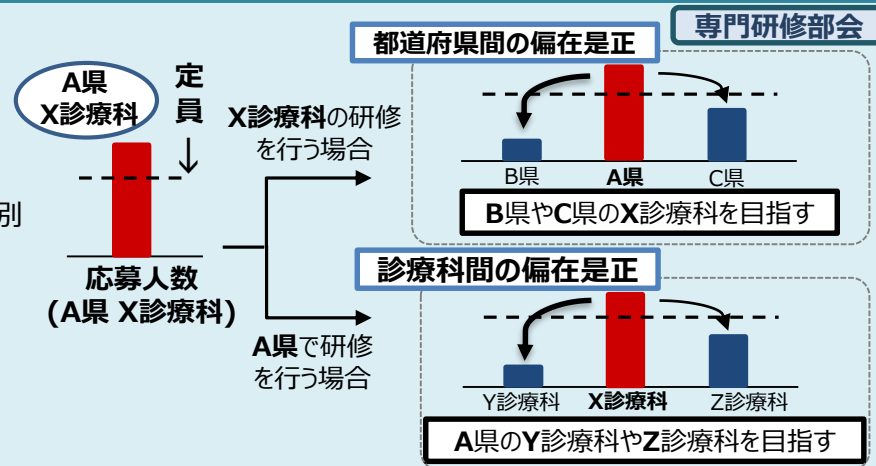
専門研修 — 専門医制度における地域・診療科偏在対策

専門研修部会

- 日本専門医機構が、都道府県別・診療科別採用上限数を設定（シーリング）

※5大都市を対象としたシーリング→厚生労働省が算出した都道府県別・診療科別必要医師数に基づいたシーリングへ変更されている（2020年度研修～）

- 医師法の規定により、都道府県の意見を踏まえ、厚生労働大臣から日本専門医機構等に意見・要請を実施
- 2022年度に向けては、日本専門医機構において検討中



平成18年度からの医学部臨時定員増に係る方針

- ① **「新医師確保総合対策」**（平成18年8月31日 4大臣※合意→地域医療に関する関係省庁連絡会議決定）に基づき、**平成20～29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10名（加えて自治医科大学も10名）までの暫定的な増員
※ 4大臣：総務大臣、財務大臣、文科大臣、厚労大臣
- ② **「緊急医師確保対策」**（平成19年5月31日政府・与党決定）に基づき、原則**平成21～29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
- ③ **「経済財政改革の基本方針2009」**（平成21年6月23日閣議決定）及び**「新成長戦略」**（平成22年6月18日閣議決定）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22～31年度までの間**、地域枠による都道府県ごとに毎年原則10名までの暫定的な増員等
- ④ **「経済財政運営と改革の基本方針2018」**（平成30年6月15日閣議決定）
2020年度、2021年度については、2019年度の医学部定員を超えない範囲で、その必要性を慎重に精査しつつ、暫定的に現状の医学部定員を概ね維持する。**2022年度以降については、定期的に医師需給推計を行った上で、働き方改革や医師偏在の状況等に配慮しつつ、将来的な医学部定員の減員に向け、医師養成数の方針について検討する。**
- ⑤ **「経済財政運営と改革の基本方針2019」**（令和元年6月21日閣議決定）
医師偏在指標を活用し、臨床研修や専門研修を含む医師のキャリアパスも踏まえた実効性のある地域及び診療科の医師偏在対策を推進する。**2022年度以降の医学部定員について、定期的に医師需給推計を行った上で、医学部定員の減員に向け、医師養成数の方針について検討する。**

新型コロナウイルス感染拡大の影響

当初、大学医学部の定員設定に向けた準備期間を十分にとる観点から、2020年4月までを目途に、医師需給推計の結果を踏まえ、2022年以降の医師養成数の方針を示す予定としていた。しかし、新型コロナウイルスの感染拡大の影響により、2020年4月までの間に十分な議論を行うことができなかった。

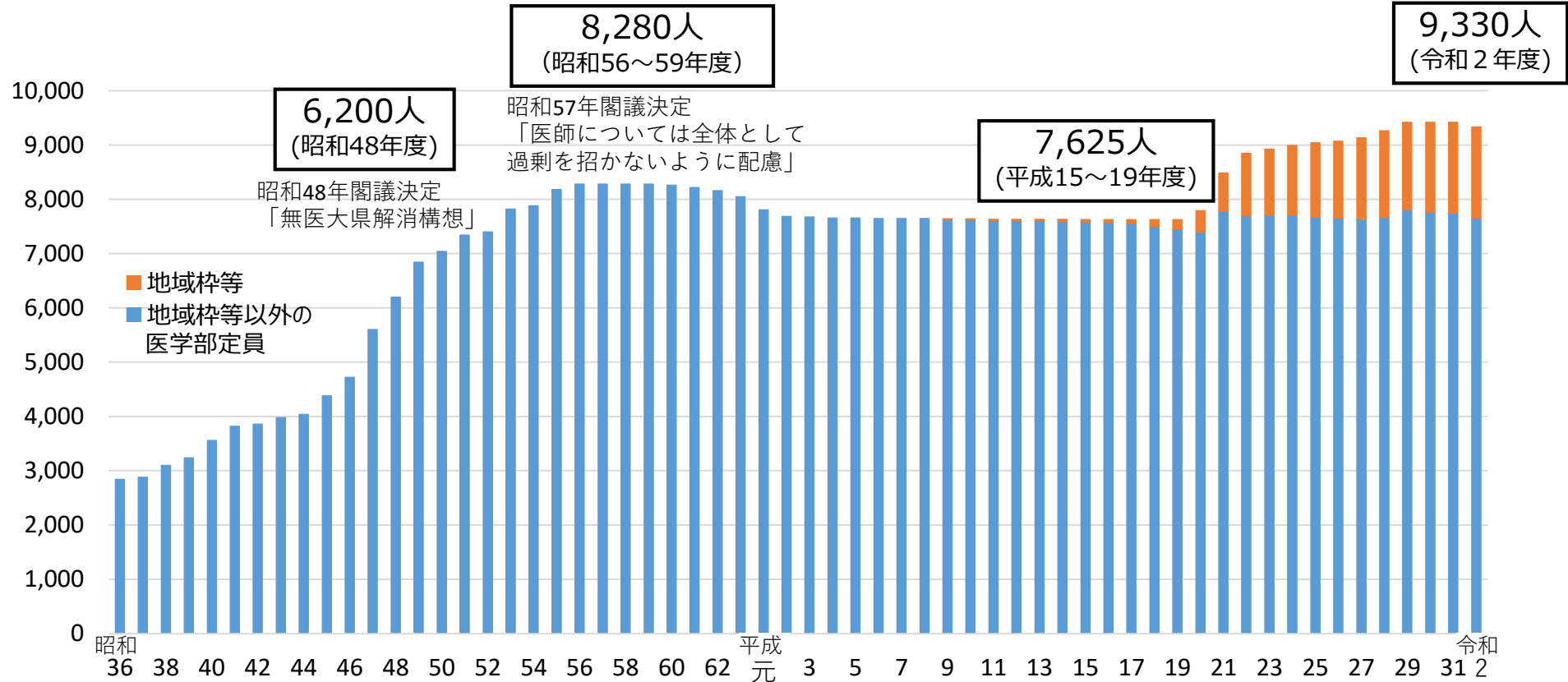
医学部入学定員と地域枠の年次推移

- 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等*の数・割合も、増加してきている。

(平成19年度183人(2.4%)→令和2年1679人(18.2%))

・地域枠等* : 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、地元出身者を選抜する枠や大学とその関連病院に勤務することを目的とした枠も含む。奨学金貸与の有無を問わない。

(人)



	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H31	R2
医学部定員	7625	7793	8486	8846	8923	8991	9041	9069	9134	9262	9420	9419	9420	9330
地域枠等以外の医学部定員	7452	7395	7780	7697	7709	7713	7670	7649	7628	7667	7807	7757	7745	7651
地域枠等	173	398	706	1149	1214	1278	1371	1420	1506	1595	1613	1662	1675	1679
地域枠等の割合	2.3%	5.2%	8.4%	13.2%	13.8%	14.4%	15.4%	15.9%	16.7%	17.5%	17.3%	17.9%	18.0%	18.2%

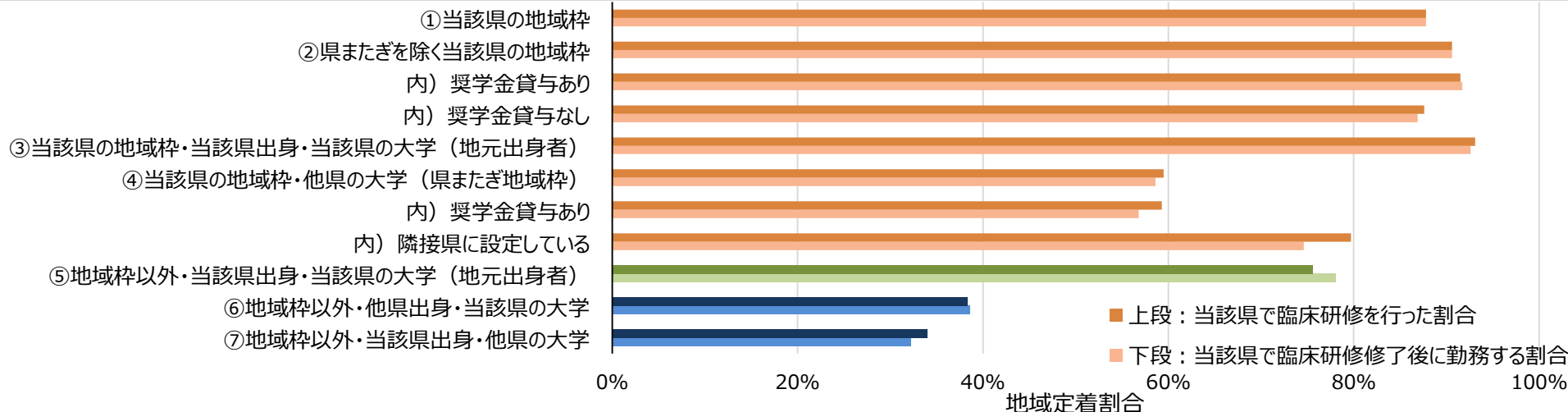
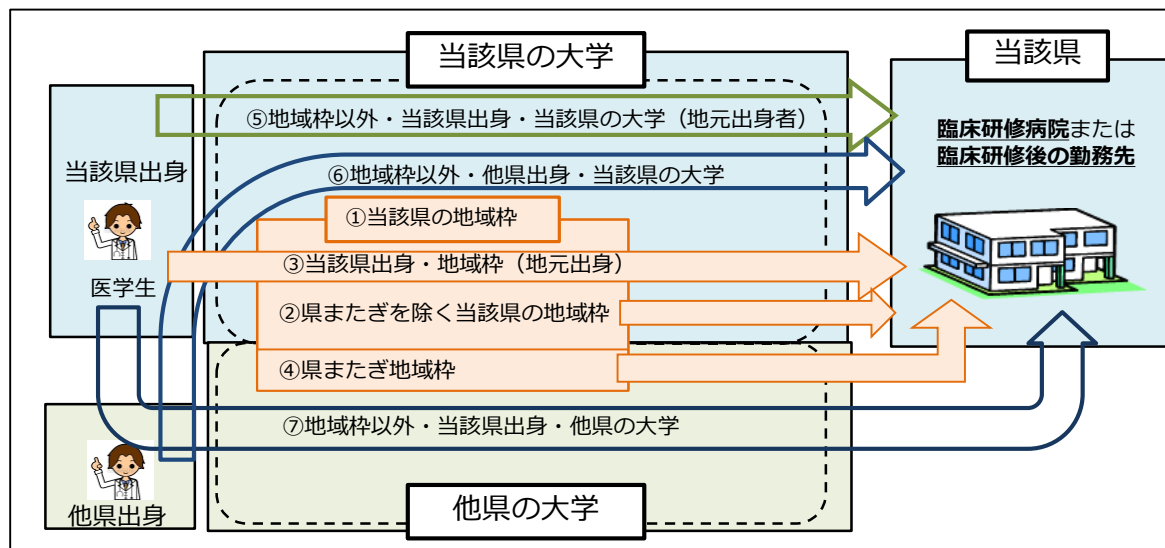
※自治医科大学は、設立の趣旨に鑑み地域枠等からは除く。

(地域枠等及び地域枠等を要件とした臨時定員の人数について、文部科学省医学教育課調べ)

地域枠・地域枠以外の地域定着割合

医療従事者の需給に関する検討会
第35回 医師需給分科会
令和2年8月31日 資料2 一部改変

- 医学部卒業後の医師定着割合を比較すると、地域枠以外の医師の地域定着割合は低い。
- 地域枠以外であっても、当該県出身かつ当該県の大学出身の場合、医師の地域定着割合は比較的高い。

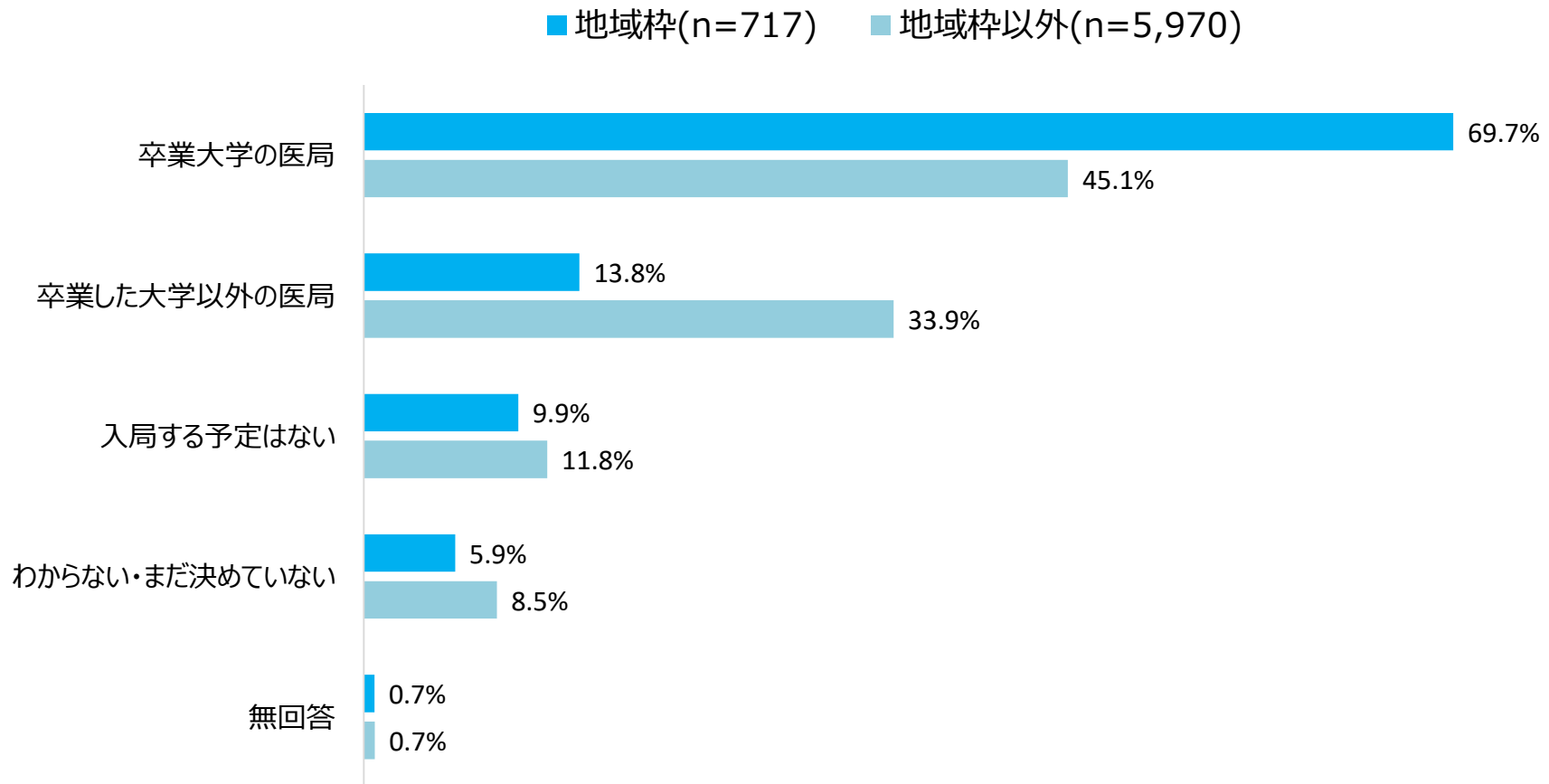


※ 出身地又は大学が海外の場合及び当該項目について無回答の場合は除外。
 ※ 出身地：高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県。
 ※ 県またぎ地域枠：出身大学の所在地以外の都道府県（当該県）における勤務義務がある地域枠。
 ※ 防衛医科大学及び産業医科大学は除外。自治医科大学については県またぎ地域枠についてのみ除外。

出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成29～31年）厚生労働省調べ

臨床研修修了後の大学の医局への入局予定 (地域枠・地域枠以外の入学者別)

地域枠入学者は地域枠以外の入学者に比べ、臨床研修修了後に卒業大学の医局に入局する割合が高い。

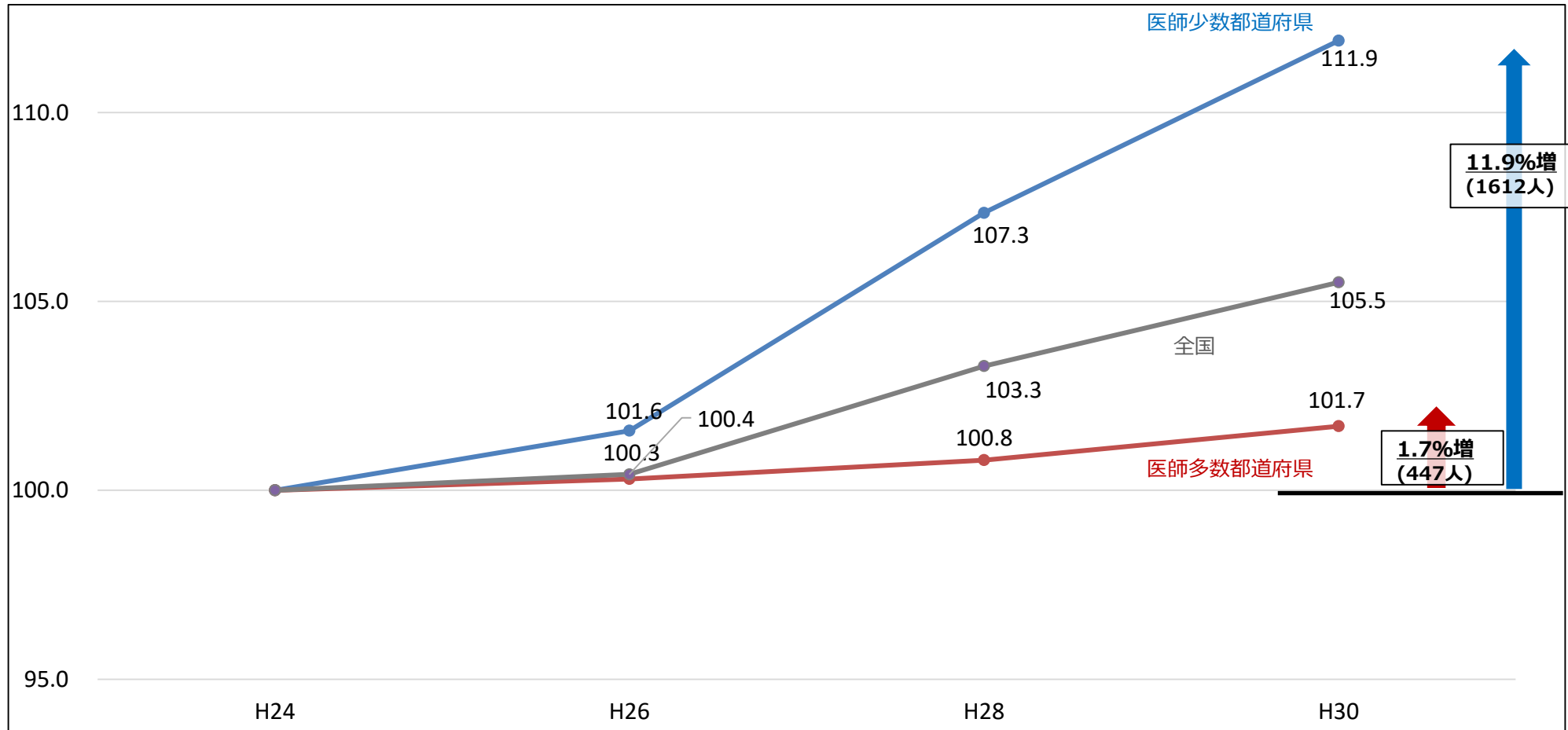


出典：平成31年臨床研修アンケート

35歳未満の医療施設従事医師数推移（平成24年を100とした場合）

医療従事者の需給に関する検討会 第36回 医師需給分科会
令和2年11月18日 資料1 一部改変

- 平成20年からの臨時定員（地域枠）の増員による地域偏在是正効果は、平成26年より顕在化する。
- 平成26年の前後で比較すると、医師少数都道府県の若手の医師数は、医師多数都道府県と比較し、大きく伸びている。



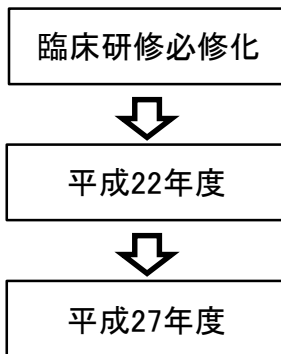
※ 医師多数都道府県：医師偏在指標の上位33.3%の都道府県
 医師少数都道府県：医師偏在指標の下位33.3%の都道府県
 医師少数・多数以外都道府県：医師偏在指標の上位・下位33.3%以外の都道府県

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

臨床研修医の募集定員倍率

第31回医師需給分科会
令和元年11月27日
一部改変

- 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、令和2年度には約1.1倍まで、令和7年度には約1.05倍まで縮小させる。

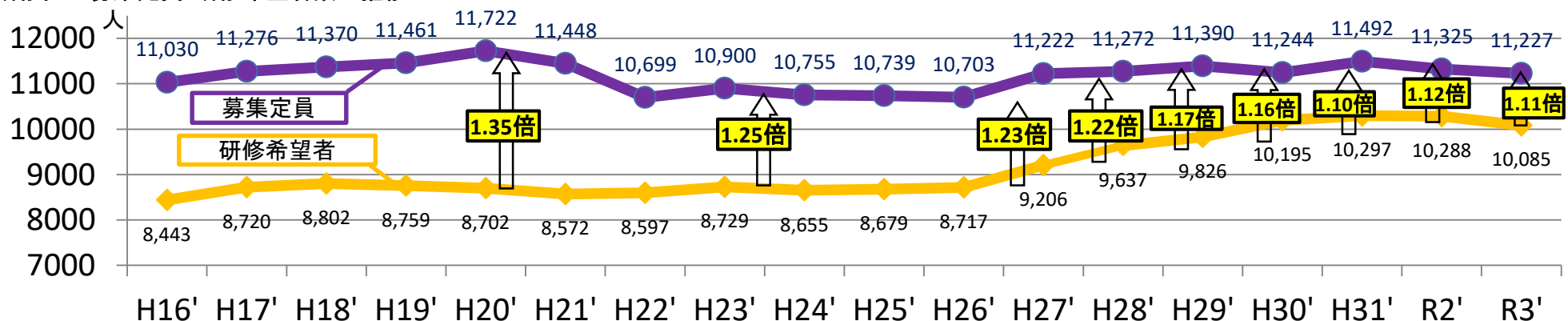


- ・ 研修医の募集定員には、全国の定数管理や地域別の偏在調整が行われず
- ・ 全国の募集定員の総数が研修希望者の1.3倍を超える規模まで拡大
- ・ 都道府県の募集定員について上限設定
- ・ 平成27年度の約1.2倍から、令和2年度の約1.1倍、令和7年度の約1.05倍まで縮小させる

全国の臨床研修募集定員数
= 全国の臨床研修希望者数

臨床研修医の募集定員倍率
(平成27年度 約1.2倍)

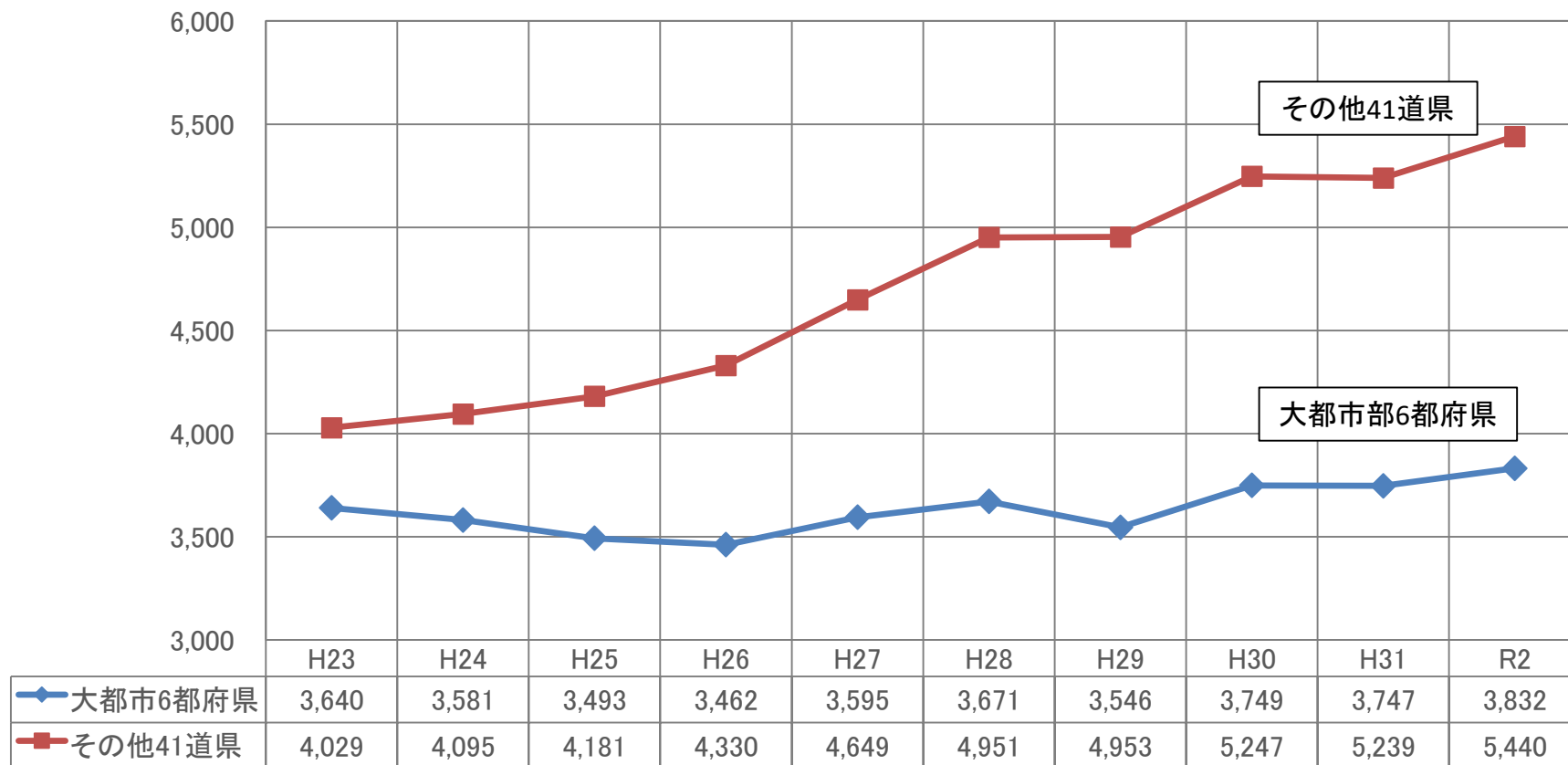
研修医の募集定員・研修希望者数の推移



臨床研修医の採用実績について

大都市部6都府県（東京、神奈川、愛知、京都、大阪、福岡）とその他41道県の採用数を比較すると、後者の採用実績が大きく増加。

採用者数の推移



令和3年度からの臨床研修医募集における都道府県別の募集定員上限の見直しについて

背景

- 平成16年度に新たな医師臨床研修制度が導入されて以降、研修医が特定の地域に集中しやすい状況にあるとの指摘がされていた。
- 平成22年度から都道府県別の募集定員の上限を設けられ、平成27年度の研修からは全国の募集定員の合計を研修希望者数に徐々に近づける目標設定をすることで、研修医の都市部への集中が是正されるよう取り組みが行われていた。

今回の見直しに至る経緯

- 令和3年度からの定員の算出については、平成30年の医師臨床研修部会報告書において、医学部入学定員による募集定員の算定に当たっては一定の上限を設けること、地理的条件等の加算を増加させること等により、全体として大都市圏の都府県の募集定員を圧縮し、それ以外の道県の募集定員を確保することとされた。
- さらに、令和元年11月の医師需給分科会で、臨床研修内定者数の傾向から現行の定員配置の方法では、偏在是正効果が弱まっている事が指摘されたことを受け、平成30年の医師臨床研修部会報告書とりまとめ後に医師偏在指標等のより精緻な指標が公表されたこと等を考慮し、令和2年1月の医師臨床研修部会において、下記の計算方法の見直しが決定された。

令和3年度研修からの都道府県ごとの定員の算出方法

■全国の募集定員上限

研修希望者数 × 1.09^{※1} + 前年度の定員上限と募集定員の差分 × 4/5^{※2}

※1 令和7年までに段階的に1.05まで縮小
※2 令和7年までに段階的に縮小・廃止

■各都道府県の募集定員上限

①人口分布

都道府県の人口/全国の総人口

②医師養成状況

医学部の入学定員/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

③地域枠による加算

奨学金貸与者数 × 1.09^{※1}

倍率の外側での加算を縮小し、
厳格な定員管理を可能とする

採用実績による加算を廃止し、
新規に導入

④地理的条件等の加算

- (1)100kmあたり医師数^{※3}
- (2)離島の人口^{※3}
- (3)医師少数区域の人口^{※4}
- (4)都道府県間の医師偏在状況^{※5}

より精緻な指標による加算に変更

⑤激変緩和(前年度の採用数保障)

前年度採用数+5 から変更

①～④の合計が前年度の採用実績に満たない場合、前年度採用数を当該都道府県の上限とする

※3 それぞれに一定の係数をかけた値を加算
※4 残りの定数に 都道府県の医師少数区域の人口/全国の人口 をかけた数を加算
※5 さらに残った数を、都道府県間の医師偏在状況に応じて按分

新専門医制度の採用数上限設定(シーリング)にかかる経緯

2018年度より開始された新専門医制度では、下記の通り採用数の上限設定(シーリング)が設定されている。

(2018年度開始専攻医)

- 日本専門医機構により、五大都市(東京都、神奈川県、愛知県、大阪府、福岡県)について、各診療科(外科、産婦人科、病理、臨床検査および総合診療科以外)のシーリング数として過去5年間の採用数の平均が設定された。

(2019年度開始専攻医)

- 引き続き五都府県に2018年度と同様のシーリングを実施。ただし、2018年度専攻医が東京都に集中したことを受け、東京都のシーリング数を5%削減した。

(2020年度開始専攻医)

- 厚生労働大臣からの意見・要請を踏まえ、日本専門医機構が、厚生労働省の発表した都道府県診療科別必要医師数を基に、各都道府県別診療科の必要医師数に達している診療科に対して、一定のシーリングを設定し、募集を行った。

(2021年度開始専攻医)

- 日本専門医機構がシーリングを検討するための協議体を設置し、各学会や都道府県からのヒアリング等を踏まえ検討がなされ、2020年度と同様の考え方に基づき、一部修正を加えたシーリングを設定した。

必要医師数と2021年度専攻医募集におけるシーリングの考え方

日本専門医機構資料一部引用

必要医師数の 計算方法

(厚生労働省試算)

2018年 都道府県別 各診療科 医師数 (平成30年医師・歯科医師・薬剤師統計)

①	内科	小児科	...	形成外科	リハビリテーション科
北海道	4944	631		101	108
青森県	937	130		16	12
岩手県	926	142		24	18

①→②：性年齢階級別勤務時間比を掛け、診療科別に性年齢構成を調整した仕事量を算出

②→③：診療科別に週60時間以上の勤務時間が削減された場合の医師数を計算

③→④：診療科別の推計患者数を用いて必要医師数を計算（各診療科の対応表等に将来人口推計を用いて診療科ごとの将来の患者数を推計）

⑤、⑥：診療科別の生残率などを考慮し、将来時点の必要医師数が満たされるよう年間必要養成数を算出

	2018年	2024年	2030年	2036年	必要養成数に係る推計			
	② 2018年医師数（仕事量）	③ 必要医師数（勤務時間調整後）	④ 必要医師数（勤務時間補正後）	必要医師数（勤務時間補正後）	⑤ 維持するための年間養成数を	⑥ 達成するための必要医師数を	達成するための年間養成数を	達成するための必要医師数を
北海道	4,824	5,614	5,820	5,913	5,845	106	253	190
青森県	899	1,435	1,446	1,424	1,383	21	102	61

2021年度専攻医におけるシーリングの基本的な考え方

2018年度、2019年度においては、過去5年間の採用数の平均を用い、5大都市のみにシーリングの設定を行ったが、2020年度においては、必要医師数および必要養成数を基に根拠ある新しいシーリングの考え方を導入を厚生労働省は提案し、日本専門医機構がシーリング案をまとめた。日本専門医機構は、2021年度についても2020年度と同様の考え方に基づいたシーリング案をまとめた。

シーリングの対象

- 「2018年医師数」が「2018年の必要医師数」および「2024年の必要医師数」と同数あるいは上回る都道府県別診療科
- 例外として、外科・産婦人科・病理・臨床検査・救急・総合診療科の6診療科はシーリングの対象外とする

シーリング数

「2018年、2019年、2020年の平均採用数」から

（「2018年、2019年、2020年の平均採用数」－「2024年の必要医師数を達成するための年間養成数」）×20% を除いた数とする

※実際は、日本専門医機構が激変緩和策として、連携プログラムなどをシーリング数の外枠で設けている

2020年専攻医募集 都道府県別一覧表

都道府県 (※1)	2019年 採用実績	2020年 応募者 (※2)	2020年 採用者	増減率
1 北海道	317	309	305	-3.8%
2 青森県	72	68	68	-5.6%
3 岩手県	65	74	71	9.2%
4 宮城県	142	172	172	21.1%
5 秋田県	49	56	55	12.2%
6 山形県	66	58	57	-13.6%
7 福島県	76	87	87	14.5%
8 茨城県	142	135	134	-5.6%
9 栃木県	121	122	122	0.8%
10 群馬県	78	85	84	7.7%
11 埼玉県	256	351	343	34.0%
12 千葉県	332	382	381	14.8%
13 東京都	1770	1827	1783	0.7%
14 神奈川県	516	553	546	5.8%
15 新潟県	95	124	123	29.5%
16 富山県	53	52	52	-1.9%
17 石川県	122	117	113	-7.4%
18 福井県	50	57	57	14.0%
19 山梨県	57	53	53	-7.0%
20 長野県	109	124	124	13.8%
21 岐阜県	85	111	111	30.6%
22 静岡県	150	174	173	15.3%
23 愛知県	476	524	520	9.2%
24 三重県	94	102	102	8.5%

	2019年 採用実績	2020年 応募者	2020年 採用者	増減率
25 滋賀県	89	88	87	-2.2%
26 京都府	269	260	260	-3.3%
27 大阪府	652	702	683	4.8%
28 兵庫県	381	456	454	19.2%
29 奈良県	97	115	115	18.6%
30 和歌山県	67	90	90	34.3%
31 鳥取県	55	54	53	-3.6%
32 島根県	44	46	46	4.5%
33 岡山県	221	244	243	10.0%
34 広島県	141	147	145	2.8%
35 山口県	46	59	59	28.3%
36 徳島県	65	50	48	-26.2%
37 香川県	59	37	37	-37.3%
38 愛媛県	65	85	85	30.8%
39 高知県	36	44	44	22.2%
40 福岡県	444	450	424	-4.5%
41 佐賀県	53	53	53	0.0%
42 長崎県	111	87	87	-21.6%
43 熊本県	122	113	113	-7.4%
44 大分県	61	58	58	-4.9%
45 宮崎県	52	45	45	-13.5%
46 鹿児島県	107	106	105	-1.9%
47 沖縄県	85	113	112	31.8%
計	8615	9219	9082	5.4%

※1 赤字は2020年の採用数の伸びが全国平均(5.4%)以上の増加率の都道府県

※2 一次募集～最終調整期間までのうち、最後に応募した都道府県でカウント

2020年専攻医募集 診療科別一覧表

	内科	小児科	皮膚科	精神科	外科	整形外科	産婦人科	眼科	耳鼻 咽喉科	泌尿器科
2018採用数	2670	573	271	441	805	552	441	328	267	274
2019採用数	2794	548	321	465	826	514	436	334	282	255
2020採用数	2923	565	304	517	829	671	476	344	266	323

	脳神経 外科	放射線科	麻酔科	病理	臨床検査	救急科	形成外科	リハビリ 科	総合診療
2018採用数	224	260	495	114	6	267	163	75	184
2019採用数	252	234	489	118	19	286	193	69	180
2020採用数	247	247	455	102	14	279	215	83	222

※赤字は2020年の採用数が2019年から増加した診療科

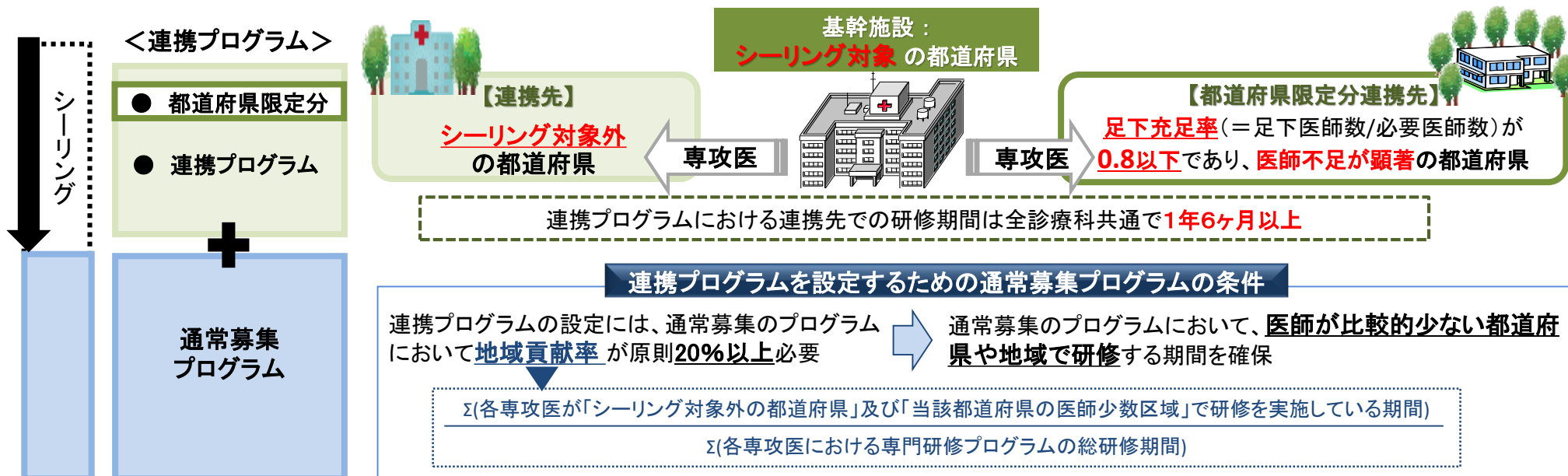
専門研修における連携プログラム

連携プログラムの概要

基幹施設がシーリング対象の都道府県において、一定の条件の下、通常のプログラムに加え、シーリング対象外の都道府県において1年6ヵ月以上研修を行うプログラム(連携プログラム)を策定できるとされている。

＜見込まれる効果＞

- ① 基幹施設としては十分な研修体制を整備できない都道府県において、研修プログラムの一貫として勤務する専攻医が増加する。
- ② 連携プログラムを設置する前提条件を満たすため、通常プログラムにおける医師が比較的少ない都道府県や地域での研修期間が長くなる。
- ③ 多様な地域での経験を積んだ専門医が多く養成され、医師の質の向上にもつながり得る。



連携プログラムの計算方法

- **連携(地域研修)プログラム採用数 =**
(過去3年の平均採用数 - 2024年の必要医師数を達成するための年間養成数) ×

- 20% : (専攻医充足率^{※1} ≤ 100%の診療科の場合)
- 15% : (100% < 専攻医充足率 ≤ 150%の診療科の場合)
- 10% : (専攻医充足率 > 150%の診療科の場合)

- **都道府県限定分 = 上記連携(地域研修)プログラムのうちの5%分**

【2020年度の連携(地域研修プログラム)の実績】

シーリング対象となった都道府県別診療科は77

・そのうち、連携(地域研修)プログラムを設定した都道府県別診療科は41

・そのうち、都道府県限定分を設定した都道府県診療科は29

※1 診療科の専攻医充足率 = $\frac{\text{過去3年の専攻医採用数の平均}}{\text{2024年の必要医師数を達成するための年間養成数} \times \text{補正項}^{※2}}$

※2 補正項 = $\frac{\text{過去3年の平均数の全診療科合計}}{\text{年間養成数の全診療科合計}}$

臨床研修

(令和元年度第2回医道審議会医師分科会医師臨床研修部会資料(R1/7/3)より抜粋)

- 県や大学に十分に確認することなく、**県や大学が地域枠離脱を妥当と評価していない研修希望者を採用決定した臨床研修病院に対して**、臨床研修部会でヒアリングを行った上で、規定に則り**医師臨床研修費補助金の減額等を行うこと**について、どう考えるか。(➡ 令和元年度より開始した。)
- 上記補助金の減額等に加えて、募集定員の減員(※)又は臨床研修病院の指定の取消しを行うことについて、どう考えるか。(➡ 今後検討予定。)

※ 改正医師法(平成30年法律第79号)に基づき、令和2年度からは各臨床研修病院の募集定員設定は都道府県が行うことになるが、例えば、国が都道府県毎の募集定員の上限設定の際に、他県の地域枠の研修希望者を採用した臨床研修病院の所在する都道府県の定員上限を減員する、などの対応が考えられる。

専門研修

(厚生労働大臣から日本専門医機構への意見及び要請(H30/10/16)より抜粋)

- 地域枠医師が、各都道府県内の専門研修プログラムに優先的に採用され、**他の都道府県の基幹病院による採用を制限される等の仕組みを整えること。**

(厚生労働大臣から日本専門医機構への意見及び要請(R2/10/5)より抜粋)

- 今後、都道府県の同意を得ずに地域枠を離脱し、専門研修を開始した者については、原則、日本専門医機構の専門医の認定を行わないこと。認定する場合も、都道府県の上乗を得ること。(➡ 日本専門医機構が実施。)

地域枠医師への対応についての意見・要請

大臣から日本専門医機構への意見・要請及び機構からの回答(令和2年10月)

○今後、都道府県の同意を得ずに地域枠を離脱し、専門研修を開始した者については、原則、日本専門医機構の専門医の認定を行わないこと。認定する場合も、都道府県の上承を得ること。

【回答】

都道府県の同意を得ずに地域枠を離脱し、専門研修を開始した専攻医への取り扱いについては、基本領域学会との協議し、原則、日本専門医機構の専門医の認定をおこないません。認定する場合も都道府県の上承を得られた場合に限ることといたします。

○採用プロセス及び研修開始後において、専攻医が都道府県の同意を得ずに地域枠から離脱をしていないことを都道府県に確認すること。

【回答】

日本専門医機構のプログラムシステムに登録された専攻医について、都道府県の同意を得ずに離脱したものがいないことを都道府県に確認をいたします。

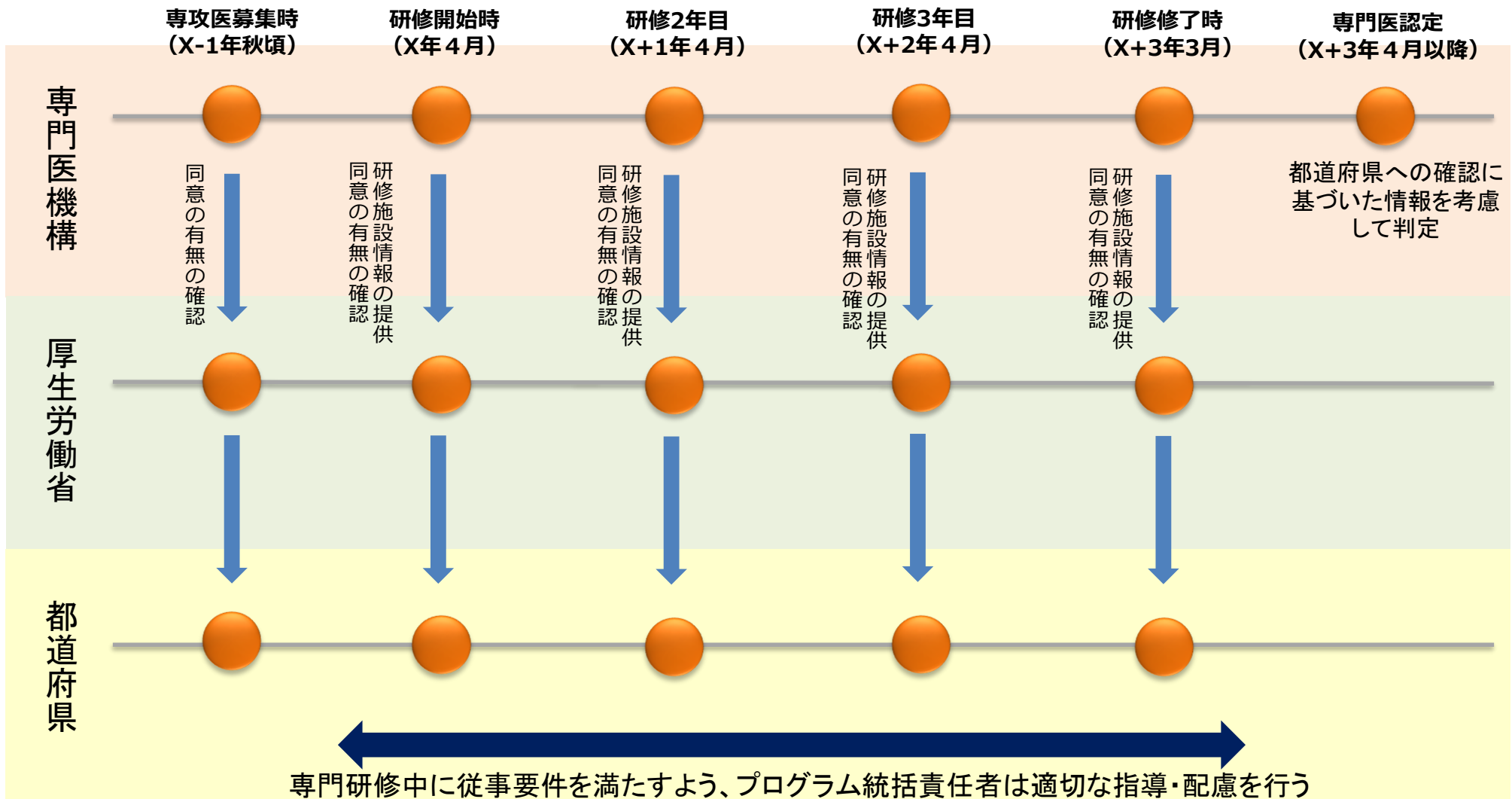
○研修開始後に都道府県の同意を得ていないことが判明した場合は、専門研修中に従事要件を満たした研修を行うよう、プログラム統括責任者が指導し、ローテーションにおいても変更することを含め配慮するよう努めること。

【回答】

研修開始後に都道府県の同意を得ていないことが判明した場合につきましては、プログラム統括責任者と専攻医に対し、従事要件を満たした研修を行うよう、当機構からも働きかけをさせていただきたいと思っております。

従事要件の確認のイメージ(案)

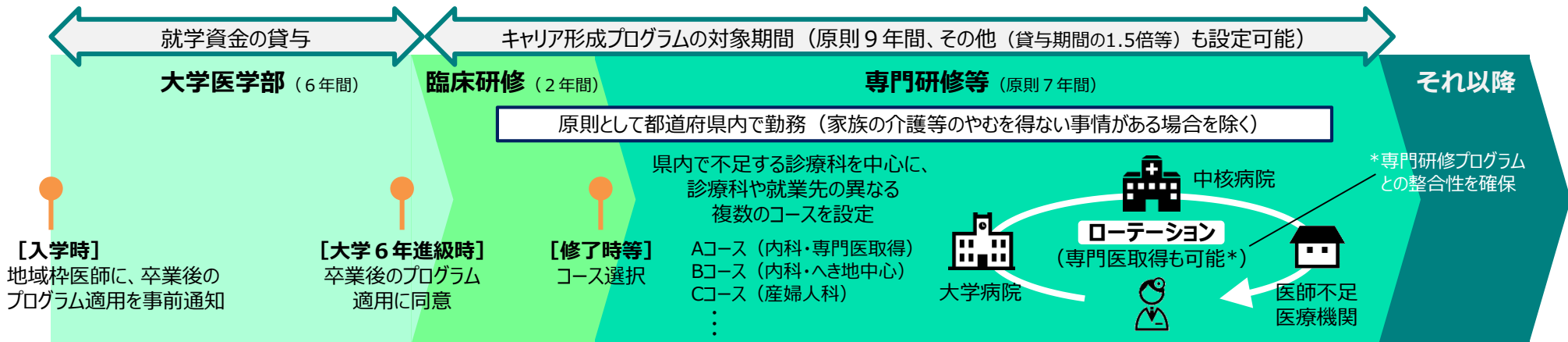
令和2年度 第2回
医師専門研修部会 資料3
令和2年7月17日



都道府県は、地域医療対策協議会において協議が調った事項に基づき、「医師不足地域における医師の確保」と「医師不足地域に派遣される医師の能力開発・向上の機会の確保」の両立を目的とするキャリア形成プログラムを策定することとされている。

※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）により地域医療支援事務として医療法に明記
キャリア形成プログラムの詳細については、医療法施行規則（省令）及びキャリア形成プログラム運用指針（通知）に規定

＜キャリア形成プログラムに基づくキャリア形成のイメージ＞



＜キャリア形成プログラムの対象者＞

- ・ 都道府県が修学資金を貸与した地域枠医師
- ・ それ以外の地域枠医師（任意適用）
- ・ 自治医科大学卒業医師（平成30年度入学者までは任意適用）
- ・ その他プログラムの適用を希望する医師

＜キャリア形成プログラムに基づく医師派遣＞

大学による医師派遣との整合性を確保するため、地域医療対策協議会で派遣計画案を協議

※地域医療構想における機能分化・連携の方針との整合性を確保する

※理由なく公立・公的医療機関に偏らないようにする

対象者の地域定着促進のための方策

＜対象者の納得感の向上と主体的なキャリア形成の支援＞

- ・ 都道府県は、学部生段階から地域医療や職業選択について考える機会を対象者に提供し、適切なコース選択を支援する
- ・ 都道府県は、対象者の希望に対応したプログラムとなるよう努め、診療科や就業先の異なる複数のコースを設定する
- ・ 都道府県は、コースの設定・見直しに当たって、対象者からの意見を聴き、その内容を公表し反映するよう努める
- ・ 出産、育児等のライフイベントや、海外留学等の希望に配慮するため、プログラムの一時中断を可能とする（中断可能事由は都道府県が設定）

＜プログラム満了前の離脱の防止＞

- ・ キャリア形成プログラムは都道府県と対象者との契約関係であり、対象者は満了するよう真摯に努力しなければならないことを通知で明示
- ・ 一時中断中は、中断事由が継続していることを定期的な面談等により確認（中断事由が虚偽の場合は、契約違反となる）
- ・ 都道府県は、キャリア形成プログラムを満了することを、修学資金の返還免除要件とする（家族の介護等のやむを得ない事情がある場合を除く）
- ・ 都道府県は、修学資金について適切な金利を設定する

医師確保計画を通じた医師偏在対策について

医療従事者の需給に関する検討会
第23回 医師需給分科会（平成30年10月24日）
資料1（抜粋・一部改変）

背景

- ・ 人口10万人対医師数は、医師の偏在の状況を十分に反映した指標となっていない。
- ・ 都道府県が主体的・実効的に医師確保対策を行うことができる体制が十分に整っていない。

医師の偏在の状況把握

医師偏在指標の算出

三次医療圏・二次医療圏ごとに、**医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成等を踏まえた**医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

医師偏在指標で考慮すべき「5要素」

- ・ 医療需要（ニーズ）及び将来の人口・人口構成の変化
- ・ 患者の流出入等
- ・ へき地等の地理的条件
- ・ 医師の性別・年齢分布
- ・ 医師偏在の種別（区域、診療科、入院／外来）

医師多数区域・医師少数区域の設定

全国の335二次医療圏の医師偏在指標の値を一律に比較し、上位の一定の割合を医師多数区域、下位の一定の割合を医師少数区域とする基準を国が提示し、それに基づき都道府県が設定する。



国は、都道府県に医師確保計画として以下の内容を策定するよう、ガイドラインを通知。

『医師確保計画』（＝医療計画に記載する「医師の確保に関する事項」）の策定

医師の確保の方針

（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

医師偏在指標の大小、将来の需給推計などを踏まえ、地域ごとの医師確保の方針を策定。

- （例）・ 短期的に医師が不足する地域では、医師が多い地域から医師を派遣し、医師を短期的に増やす方針とする
- ・ 中長期的に医師が不足する地域では、地域枠・地元出身者枠の増員によって医師を増やす方針とする等

確保すべき医師の数の目標（目標医師数）

（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

医師確保計画策定時に、3年間の計画期間の終了時点で確保すべき目標医師数を、医師偏在指標を踏まえて算出する。

目標医師数を達成するための施策

医師の確保の方針を踏まえ、目標医師数を達成するための具体的な施策を策定する。

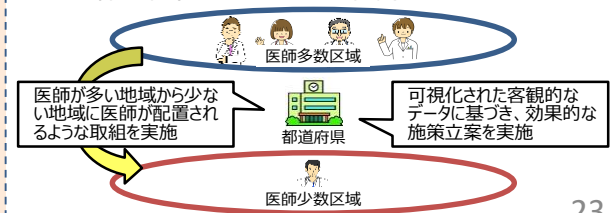
- （例）・ 大学医学部の地域枠を15人増員する
- ・ 地域医療対策協議会で、医師多数区域のA医療圏から医師少数区域のB医療圏へ10人の医師を派遣する調整を行う等

3年*ごとに、都道府県において計画を見直し（PDCAサイクルの実施）

西暦	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
医療計画	第7次						第8次					
医師確保計画	指標設計(国)	計画策定(県)	第7次				第8次(前期)		第8次(後期)			

* 2020年度からの最初の医師確保計画のみ4年（医療計画全体の見直し時期と合わせるため）

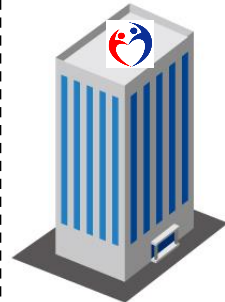
都道府県による医師の配置調整のイメージ



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

申請に基づき、**厚生労働大臣が**
医師少数区域等における医療に
関する経験を**認定**

申請

認定



医師

医師少数区域等における
6か月以上※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。）



医師少数区域等の医療機関

【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、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 認定医師に対する経済的インセンティブ

- ・ 認定を取得した医師が医師少数区域等で診療を実施する際の医療レベルの向上や取得している資格等の維持に係る経費（研修受講料、旅費等）について支援を行う。

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整備

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整合的に、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卒の医師が増加し、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、医師会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。

対策のコンセプト

(1) 医師確保に関する施策立案機能の強化

○医師偏在指標の導入

- ・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。
- ・医師偏在指標を用いて、都道府県知事が医師偏在の度合いに応じて、都道府県内の「医師少数区域（仮称）」「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する。

○「医師確保計画」の策定

- ・医師偏在指標に基づき、地域ごとに医師確保の目標／目標達成のための対策を策定し、PDCAサイクルの下で進捗管理を行う。

(2) 医師養成過程への関与の法定化

【医学部】

- ・医師が少ない都道府県の知事が、大学に対し、入学枠に地域卒・地元出身者枠の設定・増員を要請

【臨床研修】

- ・臨床研修病院の指定・定員設定権限を国から都道府県に移譲

【専門研修】

- ・都道府県の意見を聴いた上で国が地域医療の観点から、日本専門医機構等に対して意見を述べる仕組みを法定

(3) 関係機関と一体となった体制の整備

○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・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。

○地域医療支援事務の見直し

- ・地域医療支援事務の実効性を強化するため、必ず大学医学部・大学病院との連携の下に実施されるよう、地域医療対策協議会における協議に基づいて実施。

- 一連の医師偏在対策の中で、今後の地域枠医師の活用について、どのように考えるか。
- それ以外の医師偏在対策として、どのような対策を強化するべきと考えるか。