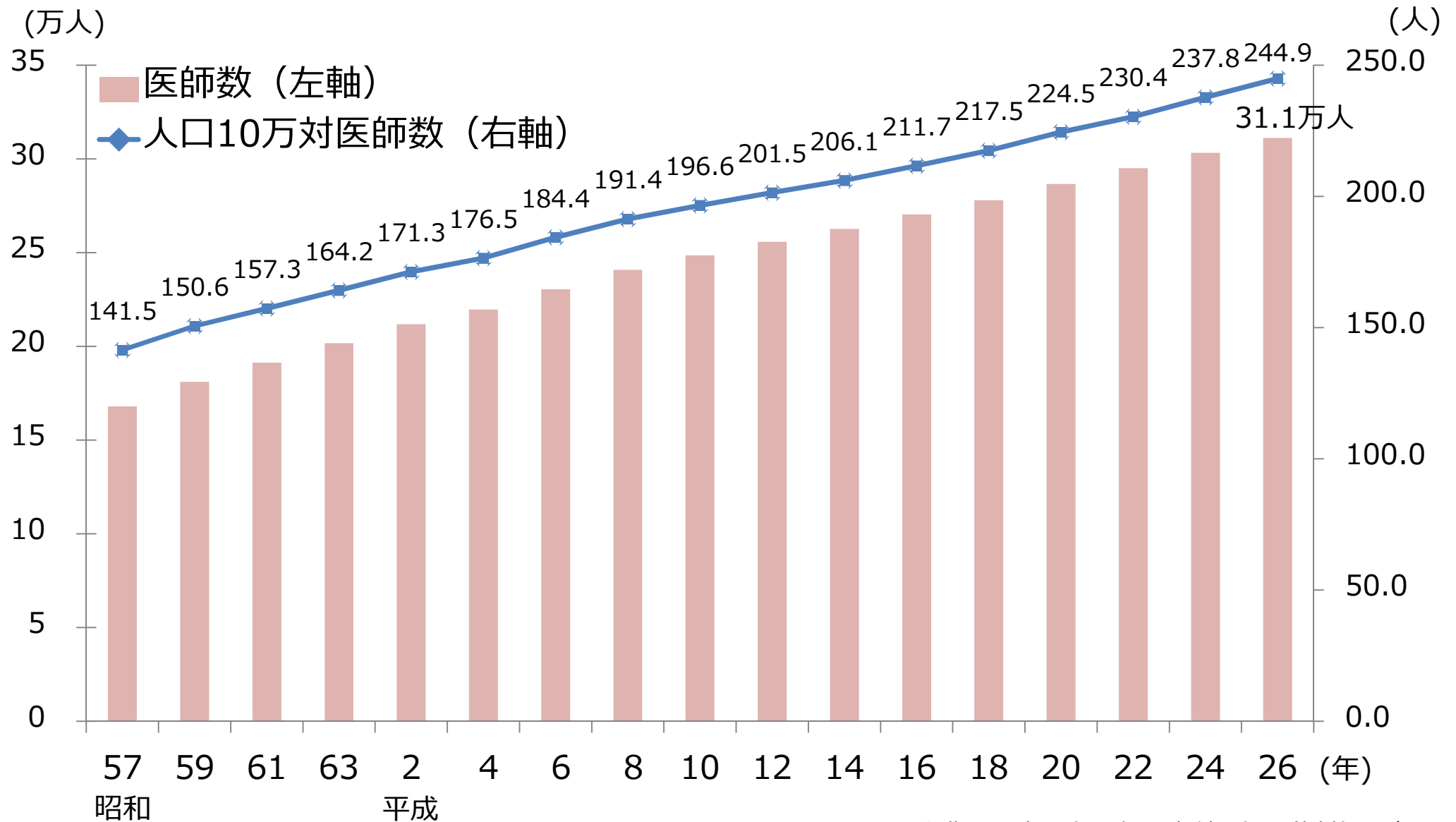


## 2. 医師偏在対策

# **(1). 医師偏在をとりまく現状**

# 人口10万対医師数の年次推移

- 近年、死亡等を除いても、医師数は4,000人程度、毎年増加している。  
(医師数) 平成16年 27.0万人 → 平成26年 31.1万人 ※医療施設に従事する医師数は 29.7万人



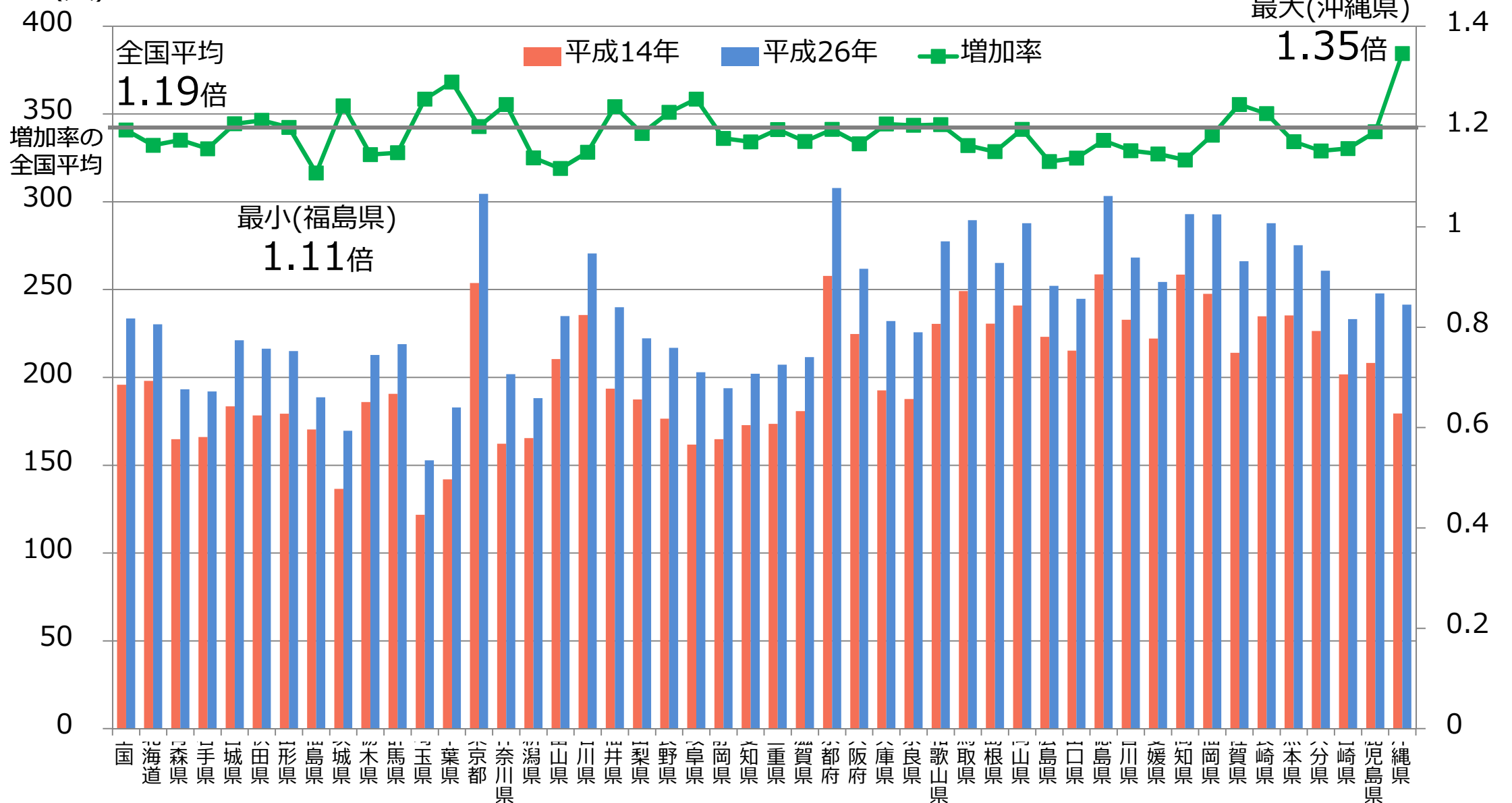
# 平成14年・26年の都道府県別人口10万対医師数とその増加率

人口10万対医師数

(人)

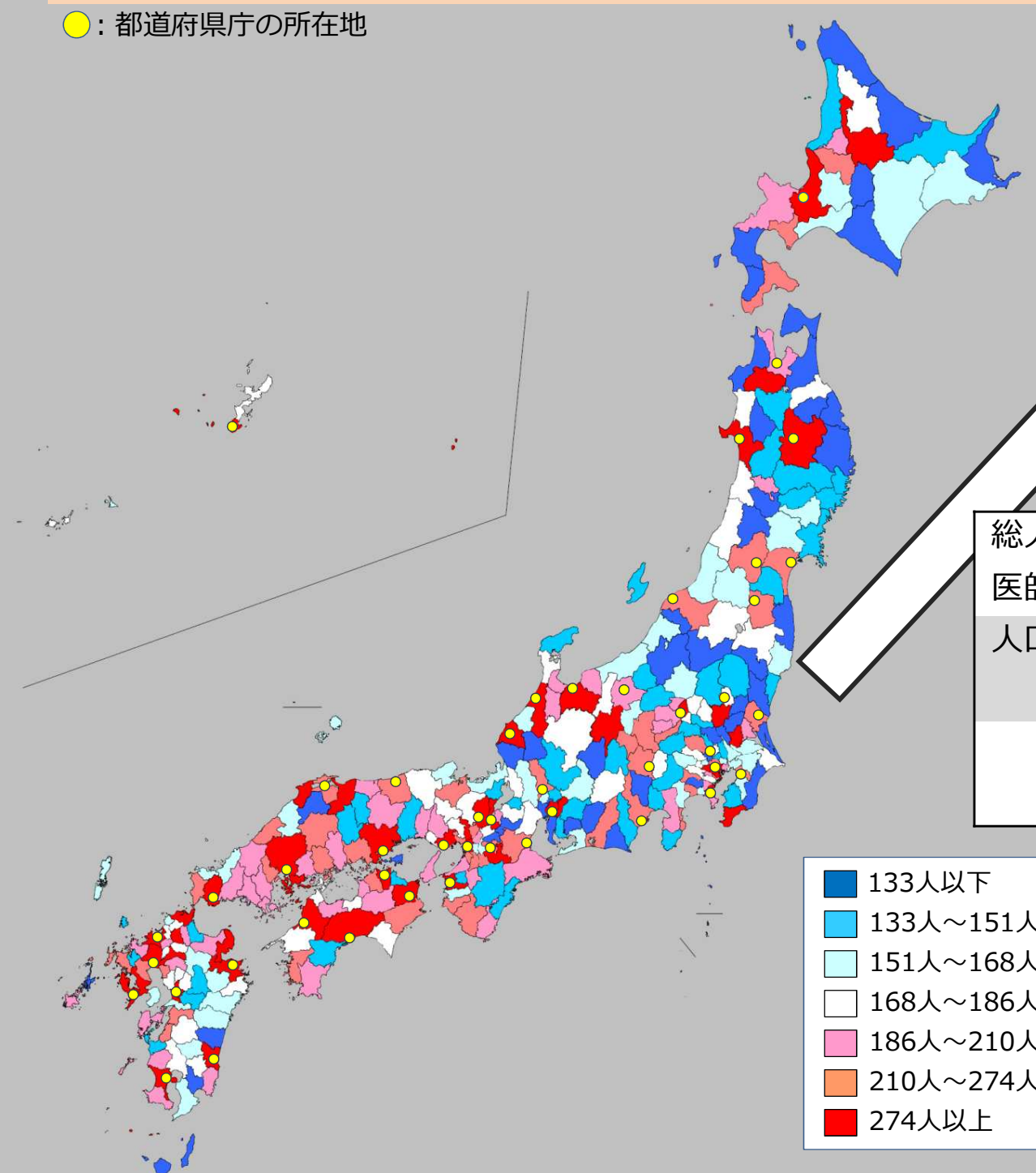
増加率

(倍)

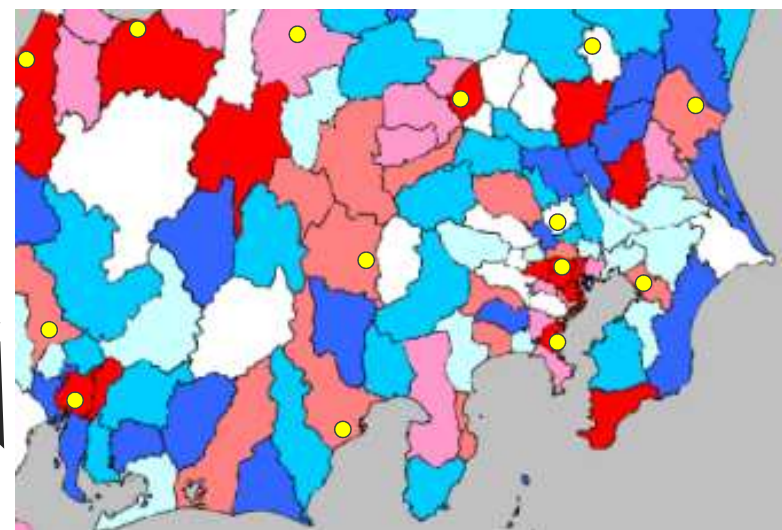


# 二次医療圏ごとの人口10万対医師数（平成26年）

●：都道府県庁の所在地



拡大



|               |                           |
|---------------|---------------------------|
| 総人口（全国）       | 128,226,483人              |
| 医師数（全国）       | 296,845人                  |
| 人口10万対医師数（全国） | （中央値）176.8人<br>（平均）231.5人 |

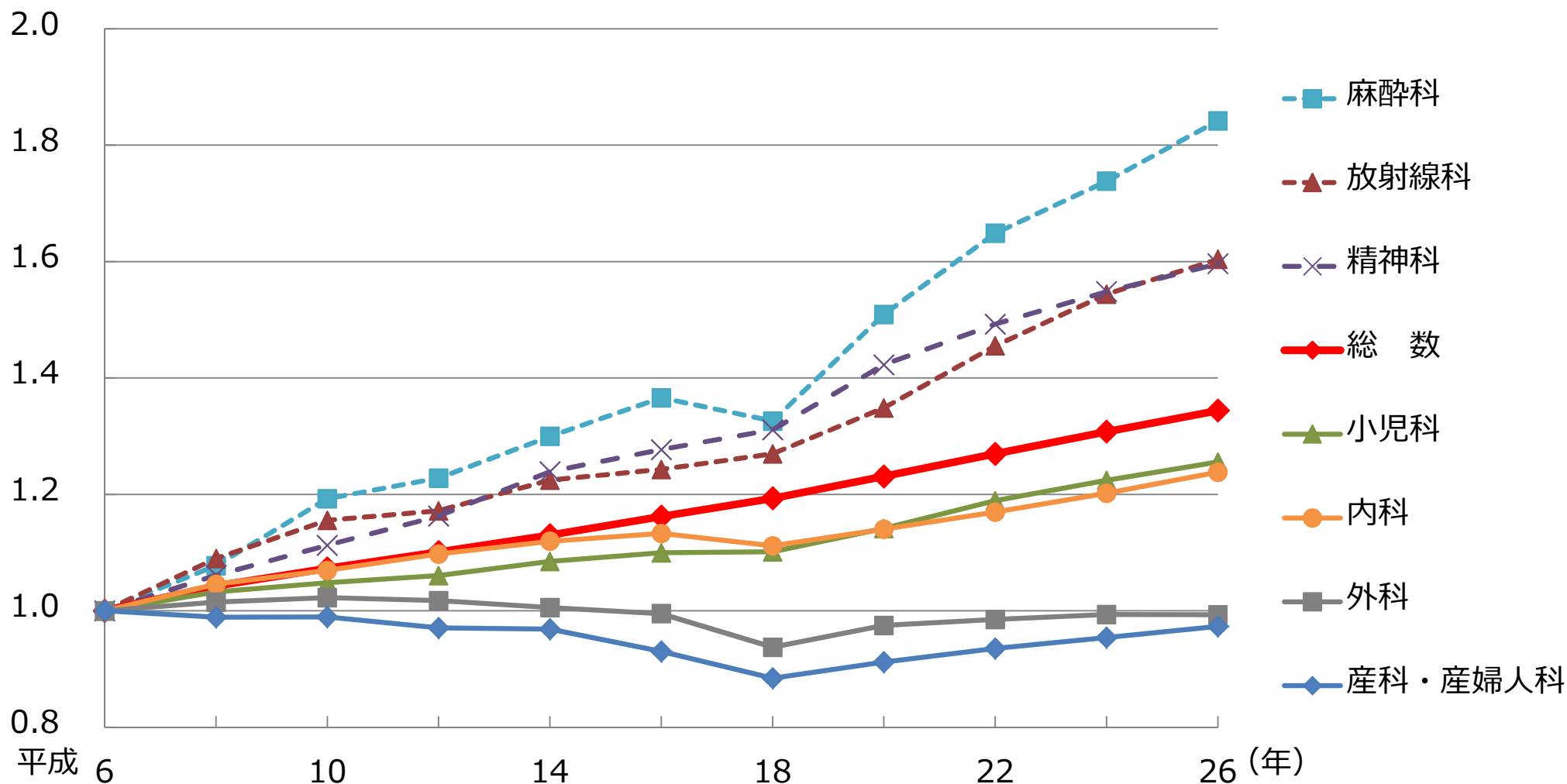
（平成27年1月1日住民基本台帳・  
平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査）

※医師数：医療施設（病院・診療所）に従事する医師数

|   |             |
|---|-------------|
| ■ | 133人以下      |
| ■ | 133人～151人以下 |
| ■ | 151人～168人以下 |
| ■ | 168人～186人以下 |
| ■ | 186人～210人以下 |
| ■ | 210人～274人以下 |
| ■ | 274人以上      |

# 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

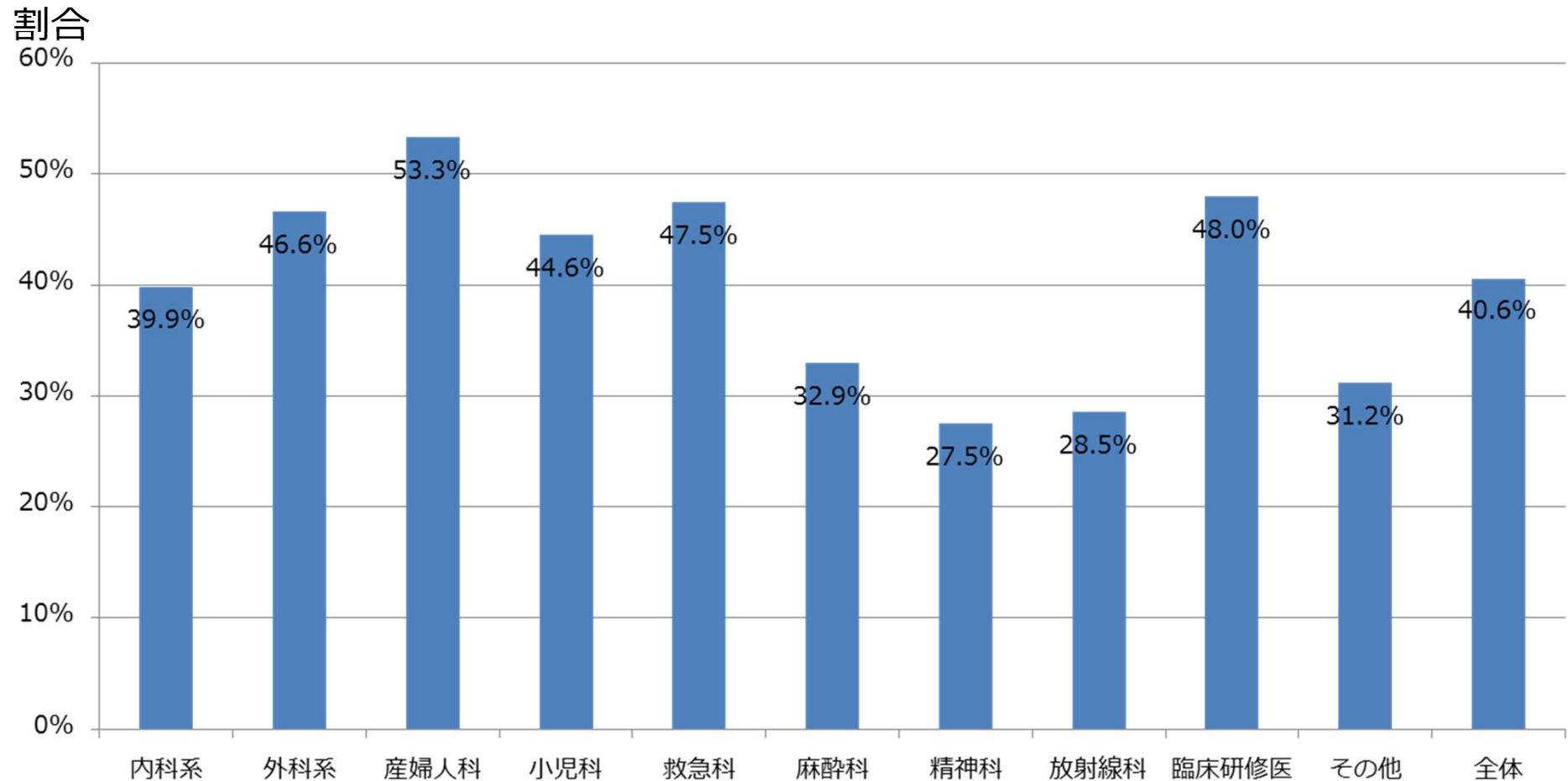
※外科・・・（平成6～18年）外科、呼吸器外科、心臓血管外科、気管食道科、こう門科、小児外科  
 （平成20～26年）外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

※平成18年調査から「研修医」という項目が新設された

出典：平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査

# 週当たり勤務時間60時間以上の病院常勤医師の診療科別割合

- 診療科別週当たり勤務時間60時間以上の割合でみると、診療科間で2倍近くの差が生じる。
- 診療科別週当たり勤務時間60時間以上の割合は、産婦人科で約53%、臨床研修医48%、救急科約48%、外科系約47%と半数程度である。



※ 病院勤務の常勤医師のみ

※ 診療時間：外来診療、入院診療、在宅診療に従事した時間。 診療外時間：教育、研究・自己研修、会議・管理業務等に従事した時間。 待機時間：当直の時間（通常の勤務時間とは別に、院内に待機して応急患者に対して診療等の対応を行う時間。実際に患者に対して診療等の対応を行った時間は診療時間にあたる。）のうち診療時間及び診療外時間以外の時間。 勤務時間：診療時間、診療外時間、待機時間の合計（オンコールの待機時間は勤務時間から除外した。オンコールは、通常の勤務時間とは別に、院外に待機して応急患者に対して診療等の対応を行うこと）。

※ 「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

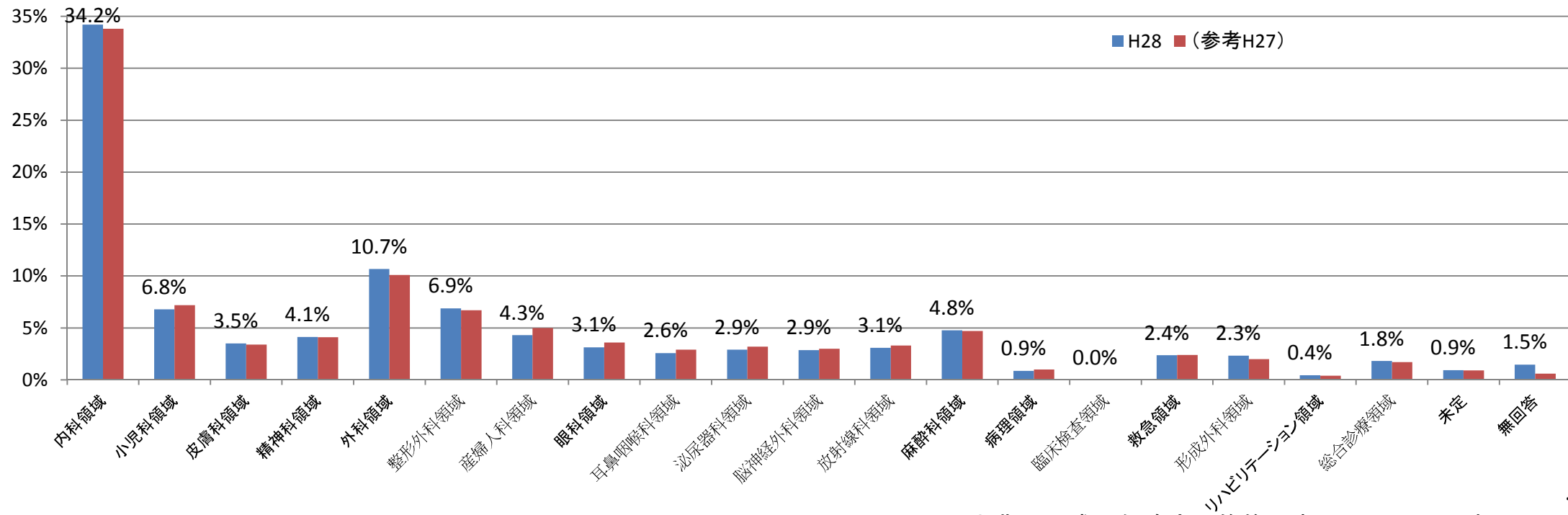
# 専門医資格の取得希望

○男女ともに9割以上が専門医資格の取得を希望している。

## 専門医資格の取得希望(性別・年齢別)

|                | 男性    | 女性    | 不詳    | 合計    | 20代   | 30代   | 40代以上 | 不詳    | 合計    | (参考H27) |
|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|
| はい             | 92.6% | 92.9% | 91.2% | 92.6% | 93.6% | 89.2% | 82.9% | 88.8% | 92.6% | 91%     |
| いいえ            | 1.4%  | 0.6%  | 0.9%  | 1.2%  | 0.9%  | 2.2%  | 7.3%  | 0.5%  | 1.2%  | 1%      |
| わからない・まだ決めていない | 3.5%  | 3.7%  | 3.7%  | 3.6%  | 3.1%  | 5.5%  | 9.8%  | 5.1%  | 3.6%  | 5%      |
| 無回答            | 2.5%  | 2.7%  | 4.2%  | 2.6%  | 2.5%  | 3.1%  | 0.0%  | 5.6%  | 2.6%  | 3%      |

## 専門医資格を取得したいと思っている診療領域(資格取得希望者単数回答(n=5,589))



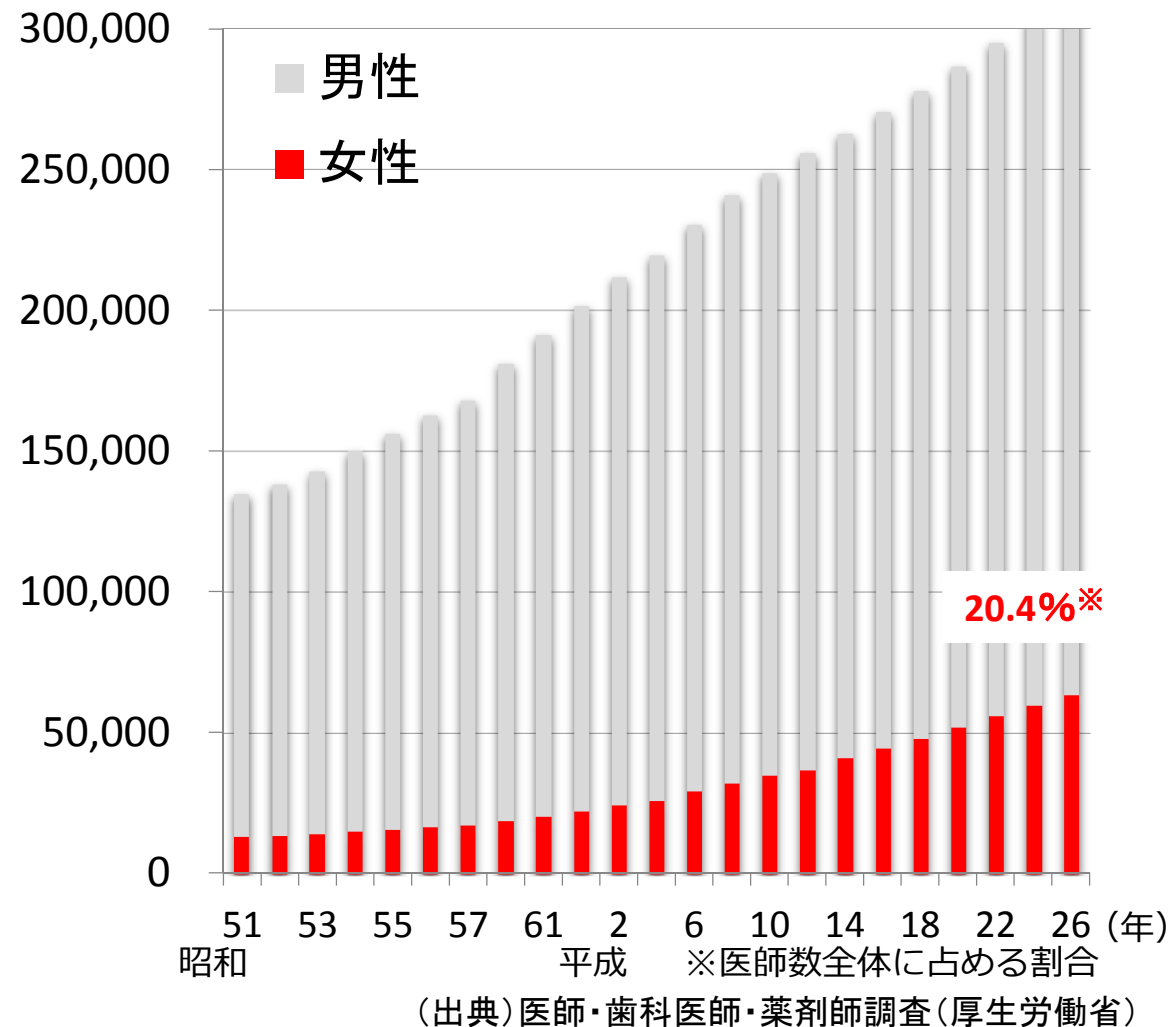
(出典) 平成28年臨床研修修了者アンケート調査



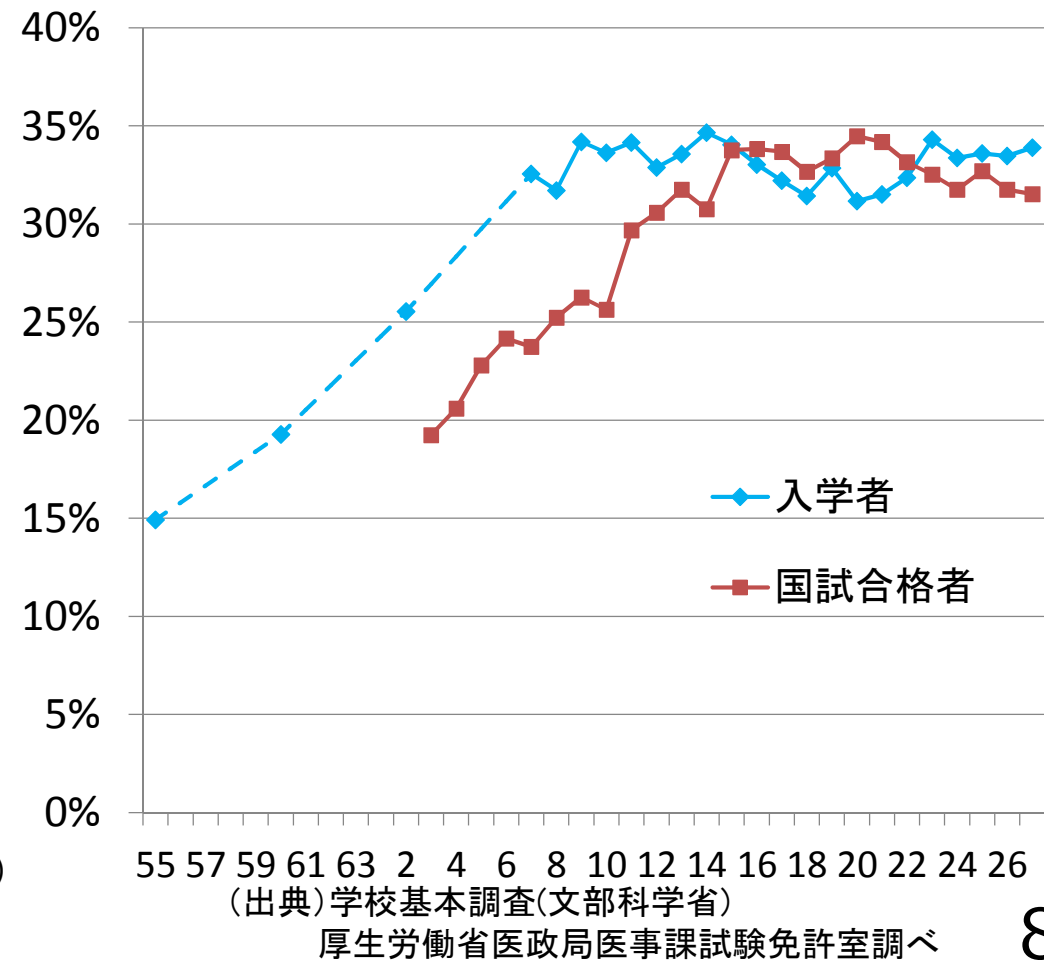
# 女性医師の年次推移

- 全医師数に占める女性医師の割合は増加傾向にあり、平成26年時点で20.4%を占める。
- 近年、若年層における女性医師は増加しており、医学部入学者に占める女性の割合は約3分の1となっている。

女性医師数の推移

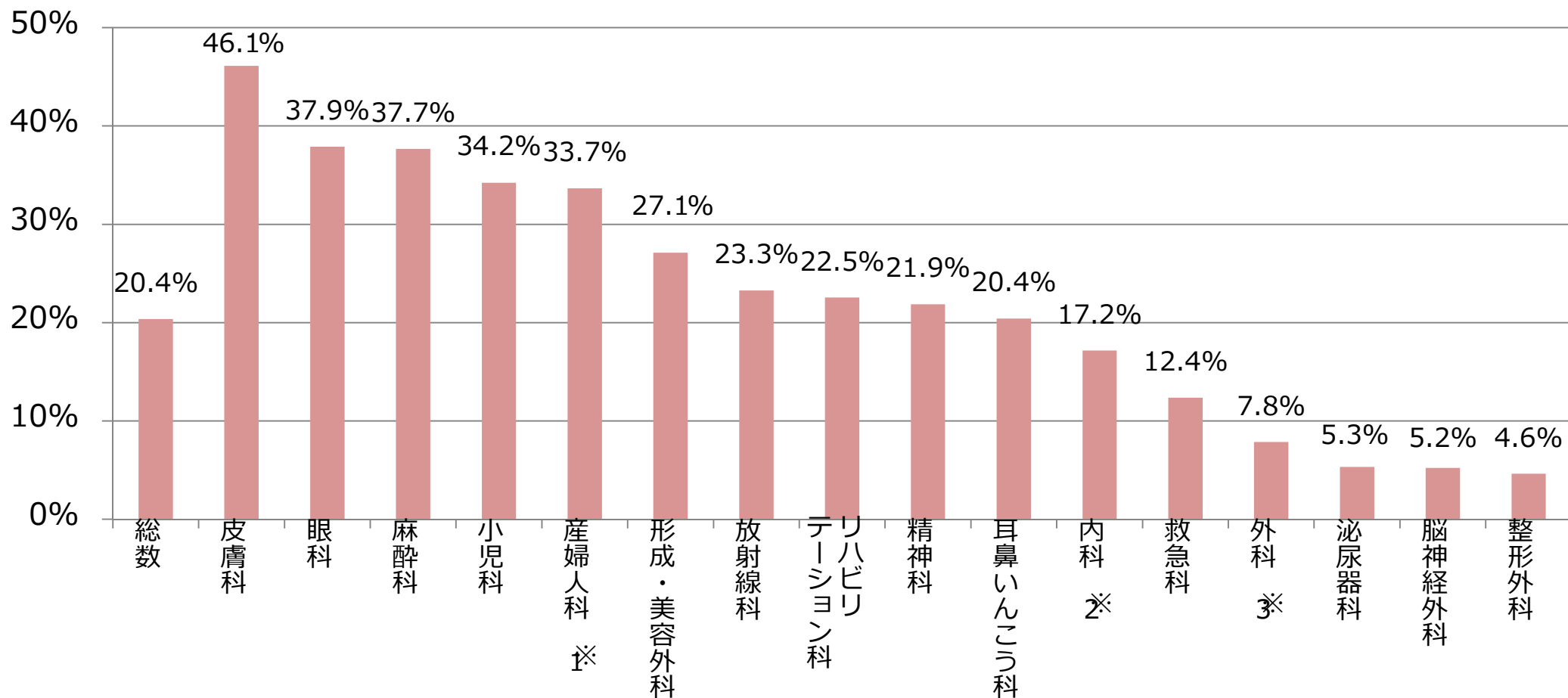


医学部入学者・国家試験合格者数に占める女性の割合



## 診療科別 女性医師の割合

- 医療施設従事医師数の女性割合は20.4%であり、平成24年の19.6%と比べて増加している。
- 皮膚科や小児科、産婦人科といった診療科では女性医師の占める割合は高いが、外科や脳神経外科などの診療科では低い。



※1・・・産婦人科、産科、婦人科

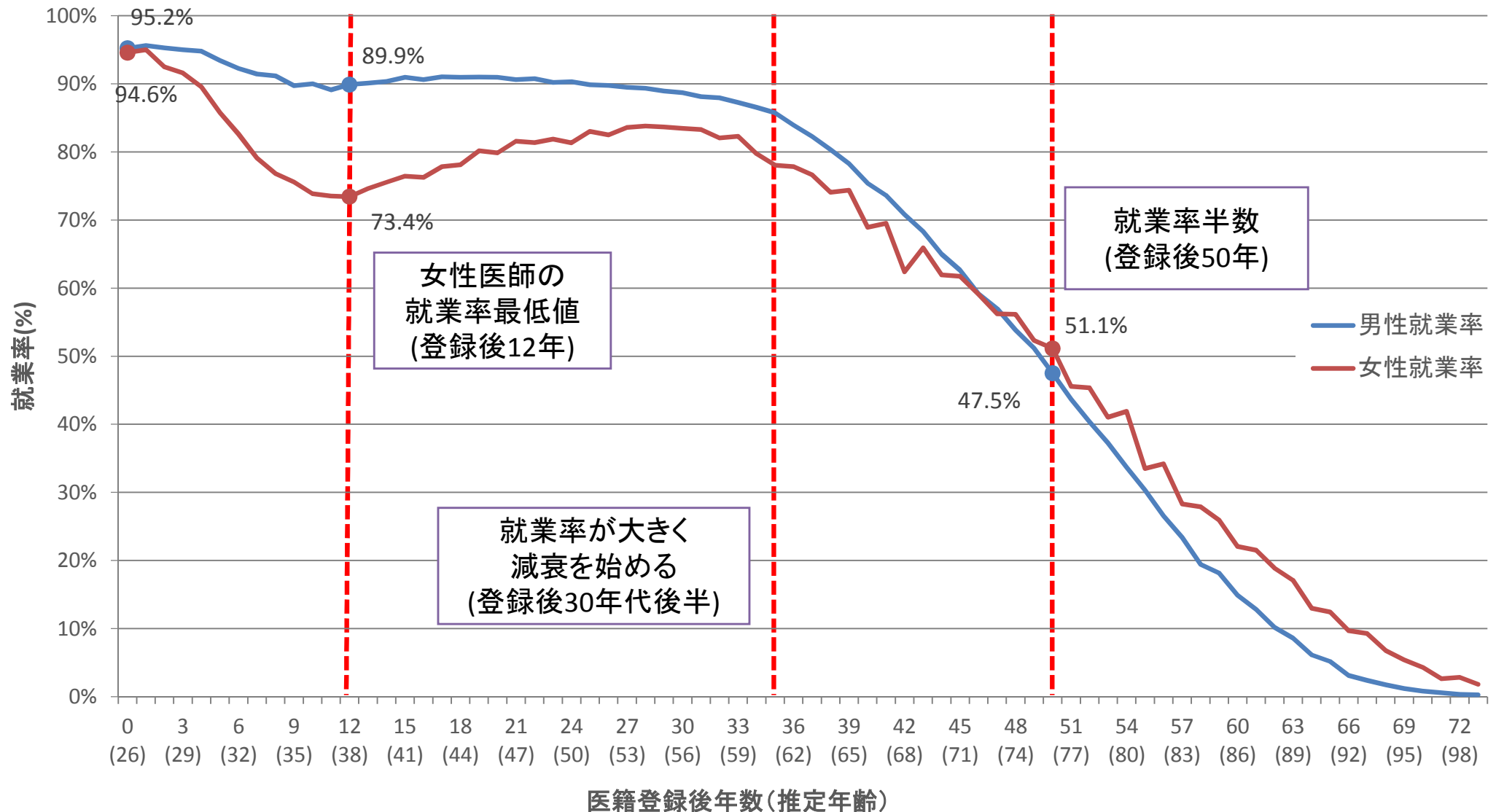
※2・・・内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科

※3・・・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

出典：平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査

# 医籍登録後年数別の就業率

女性医師の就業率の推移は、M字カーブの曲線になる。

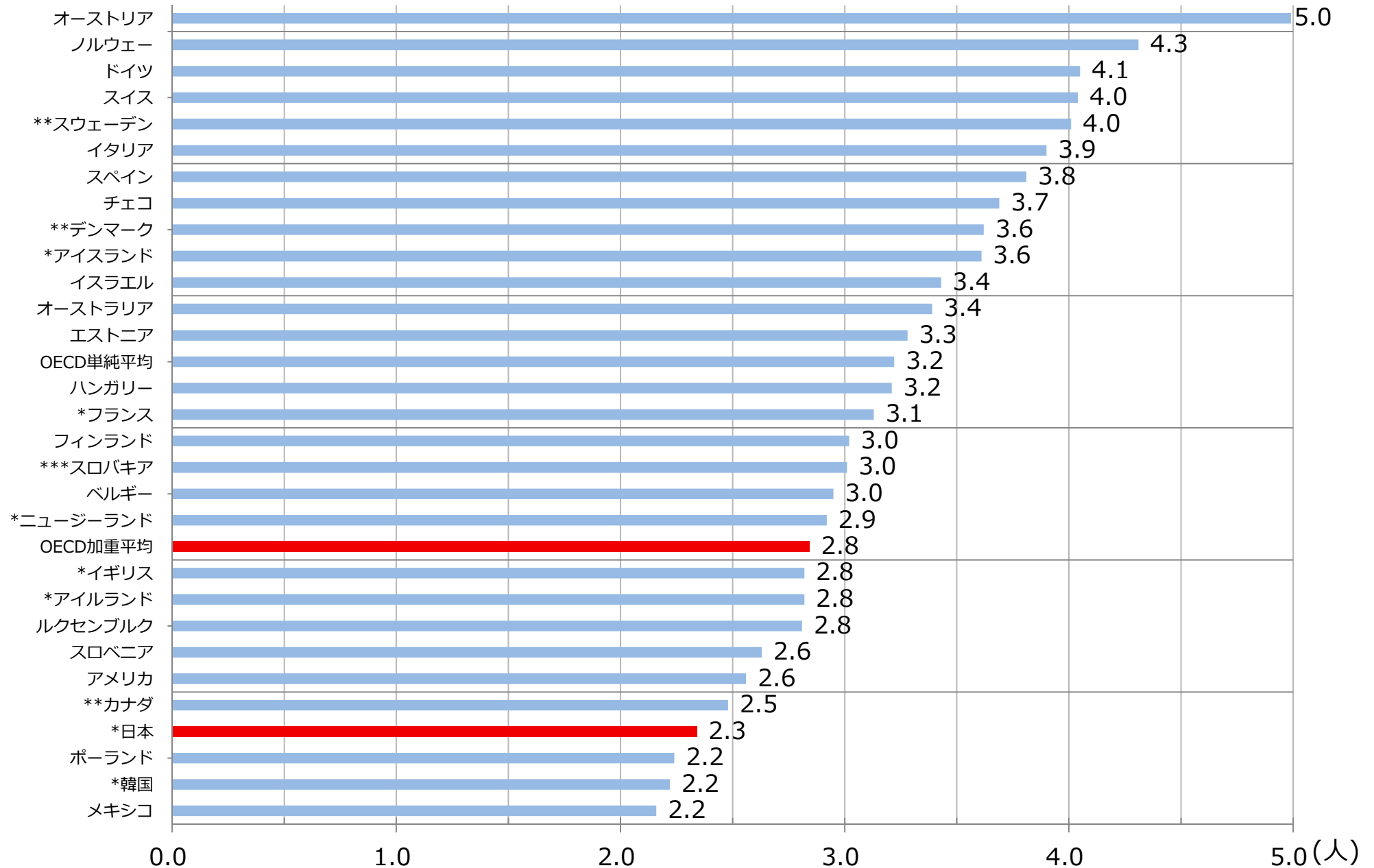


※2004年～2014年の医師・歯科医師・薬剤師調査（医師届出票）および厚生労働省から提供された医籍登録データを利用して作成

※推定年齢は医籍登録後年数が0年の届出票の満年齢(12月末時点)の平均値が26.8歳であることを考慮し設定

出典：医療従事者の需給に関する検討会 第4回医師需給分科会 資料より

# OECD加盟国の人口1,000人当たり臨床医数 OECD Health Statistics 2015



注1 「OECD単純平均」とは、各国の人口1,000人当たり医師数の合計を国数で除した値。

注2 「OECD加重平均」とは、加盟国の全医師数を加盟国の全人口（各国における医師数掲載年と同一年の人口）で除した数に1,000を乗じた値。

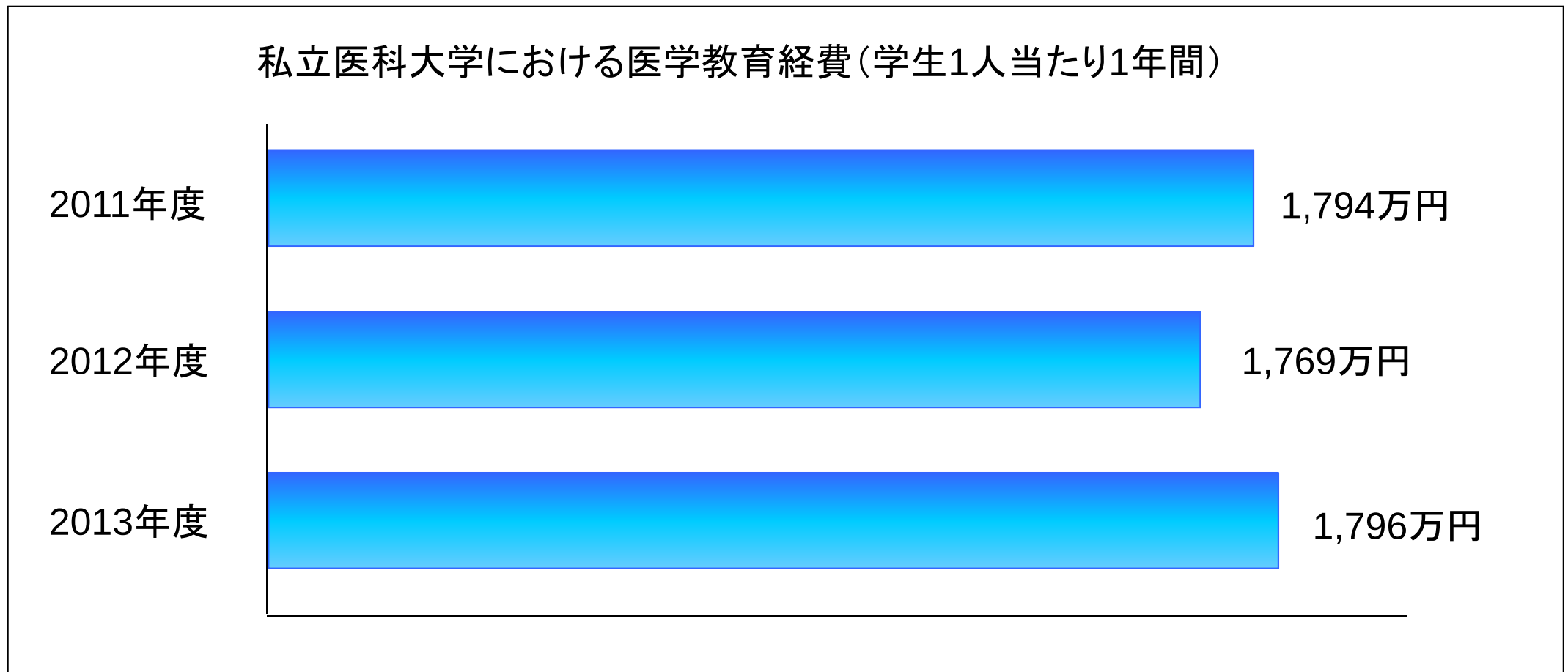
注3 \*の国は2014年のデータ、\*\*の国は2012年のデータ、\*\*\*の国は2007年のデータ、それ以外は2013年のデータ。

注4 オーストラリア、フィンランド、イギリス、アイルランド、カナダは推計値。

出典：OECD Health Statistics 2015、平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査

## 医師1人当たり養成費

日本私立医科大学協会の調査によると、2013年度における私立医科大学の医学教育経費は1人当たり年間約1,800万円とされており、医師1人当たりの養成費用は**医学部6年間で約1億円**に達する。



\*出所: 日本私立医科大学協会「医学教育経費の理解のために」2014年11月 (<http://www.idaikyo.or.jp/zaisei/igaku26.11.pdf>)

## **（２）これまでの医師確保対策等**

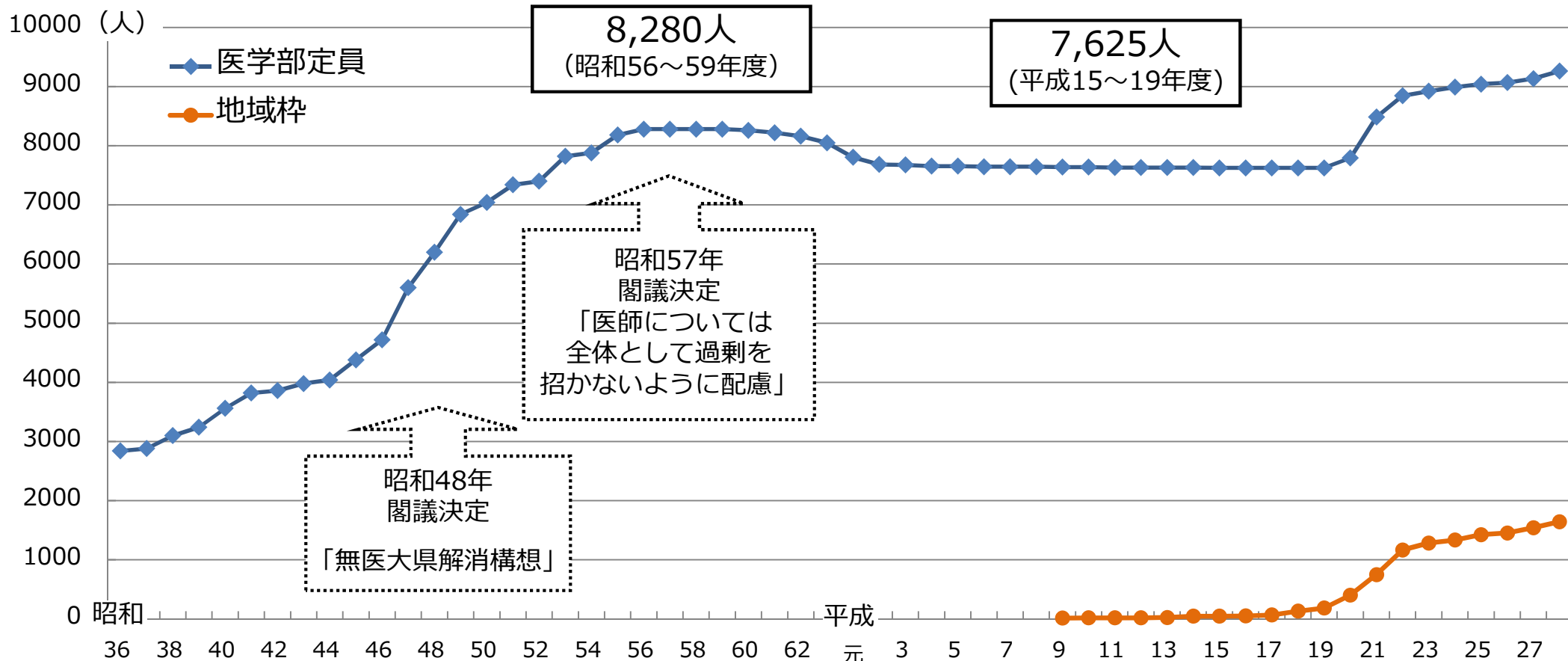
## **( 2 ) ー① 医学部定員の臨時増**

# 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28年1617人(17.5%))

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   |
|--------|------|------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 医学部定員  | 7625 | 7625 | 7625 | 7793 | 8486 | 8846  | 8923  | 8991  | 9041  | 9069  | 9134  | 9262  |
| 地域枠    | 64   | 129  | 183  | 403  | 749  | 1141  | 1257  | 1309  | 1400  | 1427  | 1525  | 1617  |
| 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% |

地域枠の人数については、文部科学省医学教育課調べ（平成28年度については現在集計中）



# 地域の医師確保を目的とした都道府県地域枠（概要）

○【地域枠】（平成22年度より都道府県の地域医療再生計画等に位置付けた医学部定員増）

〈1〉大学医学部が設定する「地域医療等に従事する明確な意思をもった学生の選抜枠」

〈2〉都道府県が設定する奨学金の受給が要件

※入試時に選抜枠を設定せず、入学後に学生を選抜する場合もあり

※学生の出身地にとらわれず、全国から募集する場合もあり

## 奨学金の例

※貸与額及び返還免除要件については、各都道府県がその実情に応じて、独自に設定。

## 1. 貸与額

○月額10～15万円

※入学金等や授業料など別途支給の場合あり

○6年間で概ね1200万円前後

※私立大学医学生等には、別途加算の場合あり

（参考）全学部平均の学生の生活費（授業料含む）は

国公立大学で約140万/年、私立大学で約200万/年

出典（独）日本学生支援機構 学生生活調査（平成20年度）

## 2. 返還免除要件

○医師免許取得後、下記のような条件で医師として貸与期間の概ね1.5倍（9年間）の期間従事した場合、奨学金の返還が免除される。

1. 都道府県内の特定の地域や医療機関

（公的病院、都道府県立病院、市町村立病院、へき地診療所等）

2. 指定された特定の診療科（産婦人科・小児科等の医師不足診療科）

医学教育（6年間）

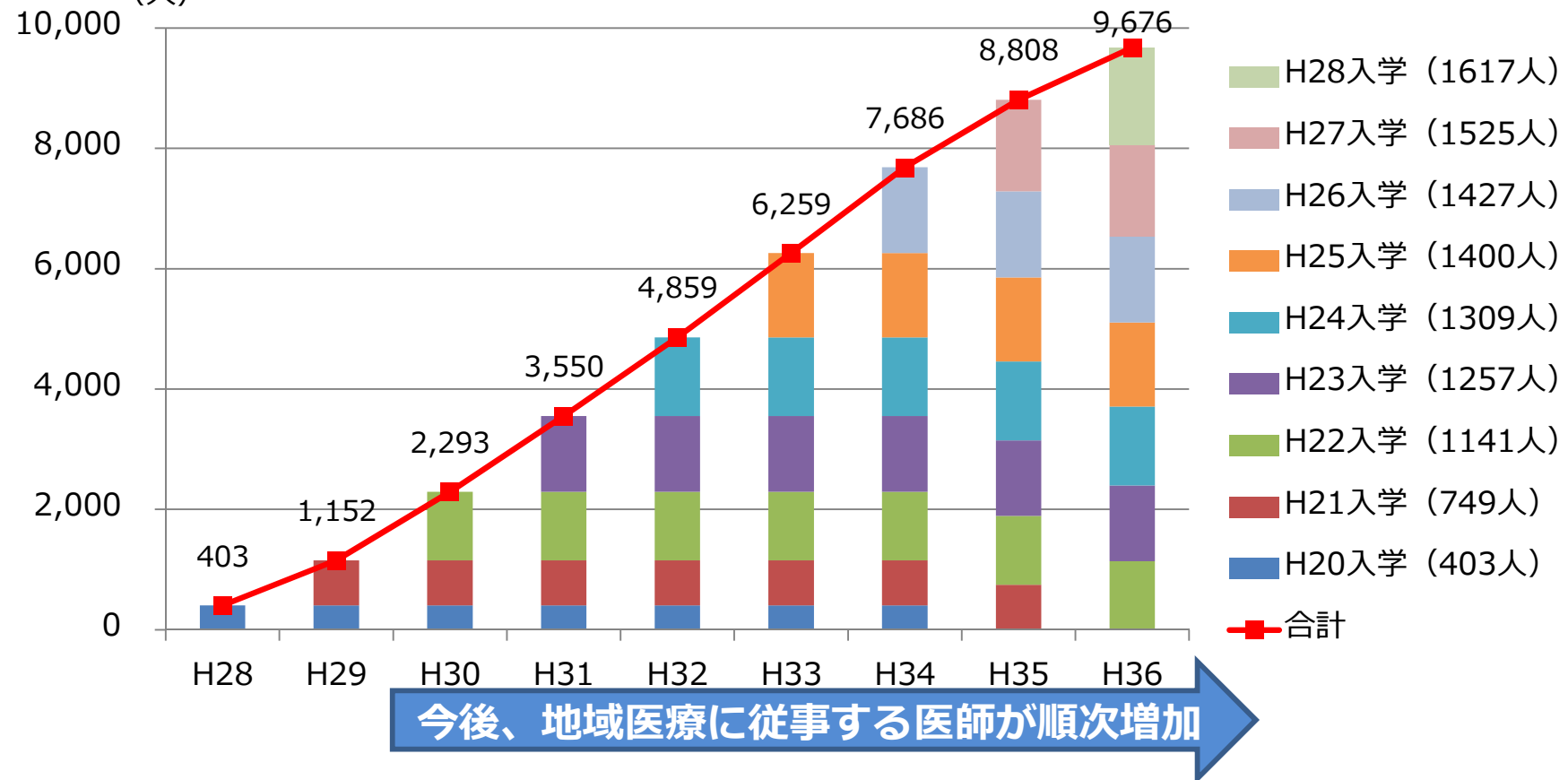
平成28年度以降、新たな  
医師として地域医療等へ貢献：

- ・平成22年度地域枠入学定員（313名）→平成28年に卒業見込み
- ・平成23年度地域枠入学定員（372名）→平成29年に卒業見込み
- ・平成24年度地域枠入学定員（437名）→平成30年に卒業見込み
- ・平成25年度地域枠入学定員（476名）→平成31年に卒業見込み
- ・平成26年度地域枠入学定員（500名）→平成32年に卒業見込み
- ・平成27年度地域枠入学定員（564名）→平成33年に卒業見込み
- ・平成28年度地域枠入学定員（592名）→平成34年に卒業見込み

## 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



※ 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。

## **（２）－②都道府県における医師確保対策**

# 医療計画における「医療従事者の確保に関する事項」について

- 都道府県(地方公共団体)は、国とともに、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の確保に努めることについて責務を負っている(医療法第1条の3)。
- この責務を果たす一つの方策として、都道府県は医療計画を策定し、これに基づいて都道府県における地域の医療提供体制の確保を行うこととされている。
- 医療計画は、全国的には医療資源の総量は一定の水準を満たすものの、地域偏在が大きいこと、機能分担・連携が不十分であることから、都道府県が定期的な計画を作成し、効率的医療提供体制を構築することを目的として、昭和60年の第1次医療法改正により導入された。
- 医療計画においては、「医療従事者の確保に関する事項」についても定めることとされており、医療計画の制度創設当初は任意記載事項であったところ、平成9年の第3次医療法改正において必須記載事項へと改正された。

## 医師確保に係る現行の医療計画の規定

### 医療法(抄)

第三十条の四 都道府県は、基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るための計画(以下「医療計画」という。)を定めるものとする。

2 医療計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

一～九 (略)

十 **医療従事者の確保に関する事項**

十一～十四 (略)

3～13 (略)

14 都道府県は、**医療計画を定め、又は第三十条の六の規定により医療計画を変更しようとするときは、あらかじめ、都道府県医療審議会、市町村(救急業務を処理する地方自治法(昭和二十二年法律第六十七号)第二百八十四条第一項の一部事務組合及び広域連合を含む。)及び高齢者の医療の確保に関する法律(昭和五十七年法律第八十号)第一百五十七条の二第一項の保険者協議会の意見を聴かなければならない。**

15 (略)

※都道府県医療審議会の構成

医療法施行令(抄)

第五条の十七 委員は、医師、歯科医師、薬剤師、医療を受ける立場にある者及び学識経験のある者のうちから、都道府県知事が任命する。

2・3 (略)

## 医療計画における「医療従事者の確保に関する事項」において 実際に記載されている事項

各都道府県の医療計画では、医療従事者の確保に関する事項の記述について、概ね次のような記載がされている。

### ① 現状の把握と分析

- 多くの都道府県で、人口10万対医師数などの具体的な数値を用いた分析を行い、二次医療圏ごとの現状把握に努めている。その分析においては、都道府県内の推移や全国値との比較など、詳細に行っているものが多い。
- 一方、現状値の記載にとどまるものや、課題事項の列挙のみを行っているものもある。

### ② 課題の抽出と目標の設定

- 目標設定については、診療科ごとの具体的な医師数を記載しているものもある。
- 一方、「増加を目指す」、「全国順位の向上」などの定性的な記載や、記載のないものまで、ばらつきが見られる。

### ③ 目標を達成するための施策

- 具体的な目標設定がなされている都道府県においては、これを達成するための施策も具体的かつ詳細となっているものが多い。
- 一方、全体としては、既存の施策名を列挙する記載にとどまる都道府県が多い。

# 地域医療対策協議会について

## 設置の経緯

地域医療対策協議会は、平成16年の関係省庁会議の報告書に基づき、医師確保を行うための具体的施策を協議する場として都道府県に設置され、平成18年の医療法改正において、医師だけでなく医療従事者全体の確保（及びこれに必要な医療の確保）を図るための方策（＝地域医療対策）について議論する場として法制化された。

## 医療法（抄）

第三十条の二十三 都道府県は、次に掲げる者の管理者その他の関係者との協議の場を設け、これらの者の協力を得て、救急医療等確保事業に係る医療従事者の確保その他当該都道府県において必要とされる医療の確保に関する事項に関し必要な施策を定め、これを公表しなければならない。

## 構成メンバー

次に掲げる者の管理者その他の関係者

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



# 地域医療対策協議会の開催実績

- 地域医療対策協議会は、そもそも開催されていない県もあるなど、十分に活用されていない。

## 開催回数 (平成24年4月～平成29年3月)

※平成29年7月厚生労働省調査

| 回 数   | 0                                             | 1   | 2 | 3           | 4          | 5以上                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------|-----------------------------------------------|-----|---|-------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 都道府県名 | 青森県<br>山形県<br>新潟県<br>山梨県<br>香川県<br>福岡県<br>佐賀県 | 奈良県 | — | 滋賀県<br>和歌山県 | 埼玉県<br>大分県 | 千葉県<br><br>北海道<br>茨城県<br>富山県<br>静岡県<br>兵庫県<br>山口県<br>熊本県<br>岩手県<br>栃木県<br>石川県<br>愛知県<br>鳥取県<br>徳島県<br>宮崎県<br>宮城県<br>群馬県<br>福井県<br>三重県<br>島根県<br>愛媛県<br>鹿児島県<br>秋田県<br>東京都<br>長野県<br>京都府<br>岡山県<br>高知県<br>沖縄県<br>福島県<br>神奈川県<br>岐阜県<br>大阪府<br>広島県<br>長崎県 |

## 主な議題

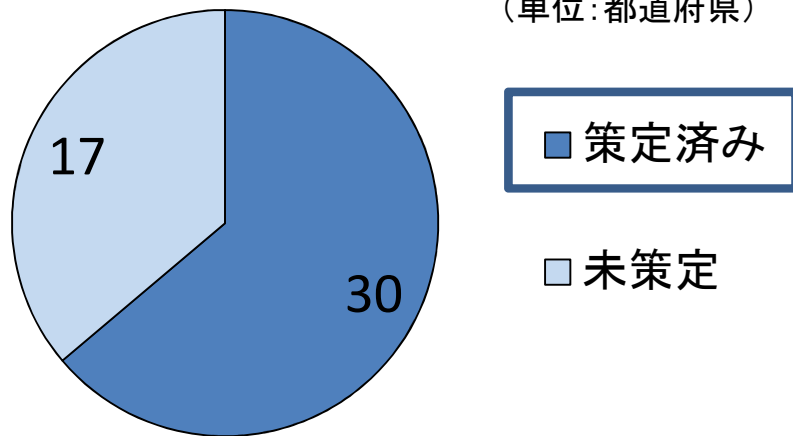
- 地域医療介護総合確保基金について  
地域医療介護総合確保基金事業の都道府県計画、事業実績報告、地域医療構想
- 医師確保対策について  
医師不足・偏在改善計画の進捗状況、医師確保の現状と今後の対策、地域枠医師の配置方針、医療計画、臨床研修医の配分
- 地域医療支援センターについて  
地域医療支援センターの事業計画、事業実施状況
- 新たな専門医の仕組みについて  
制度概要、最近の動向、調整方針、プログラムの申請状況
- 修学資金制度について  
制度改正、実施状況、地域枠医師のキャリアパス等支援内容

## 地域医療対策の策定・見直しの状況

- 17の都道府県では、地域医療対策が策定されていない。
- 地域医療対策を策定している都道府県であっても、毎年見直しをしているところは12のみで、半数以上の都道府県において、過去2年間、対策の見直しが行われていない。

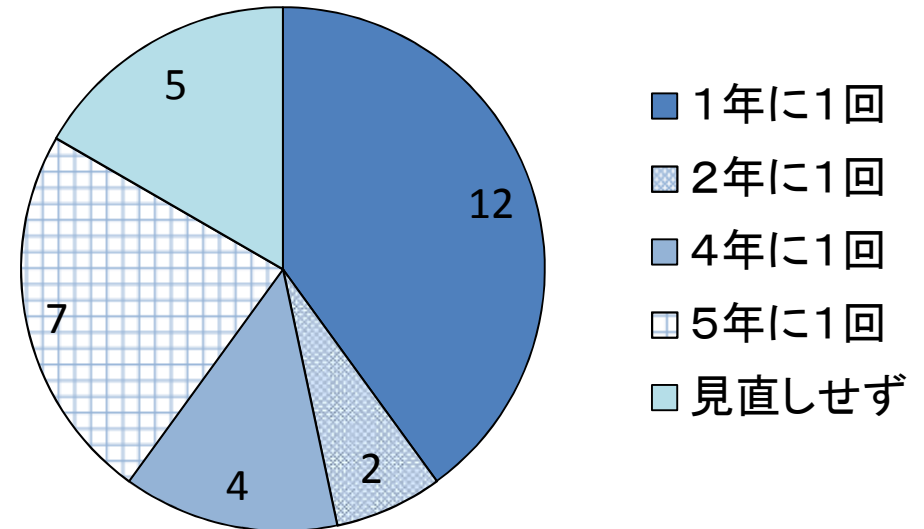
### 地域医療対策の策定状況

(単位: 都道府県)



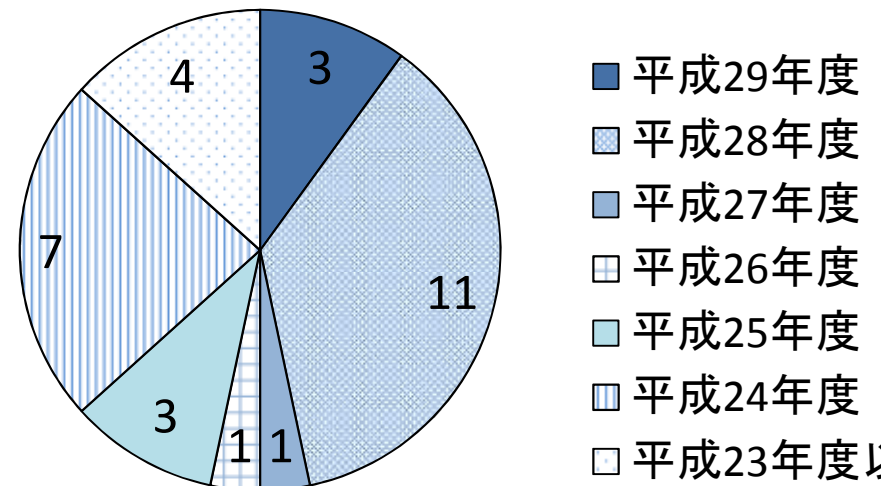
### 地域医療対策の見直し頻度

(単位: 都道府県)



### 地域医療対策の直近の見直し時期

(単位: 都道府県)





# 地域医療支援センター運営事業

平成26年度以降、地域医療介護総合確保基金を活用して実施

医師の地域偏在（都市部への医師の集中）の背景

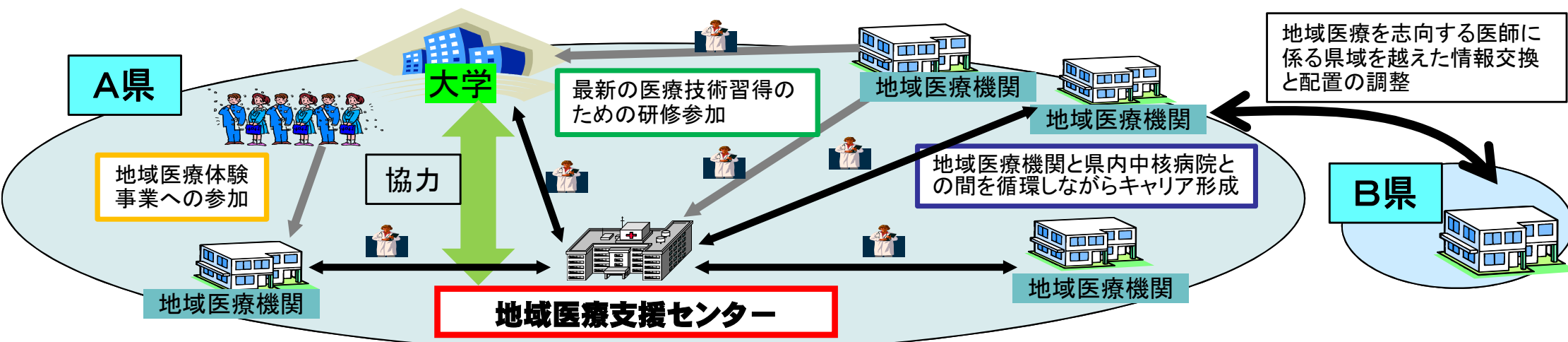
➤ 高度・専門医療への志向、都市部の病院に戻れなくなるのではないかという将来への不安 等

## 地域医療支援センターの目的と体制

- 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コントロールタワーの確立。
- 地域枠医師や地域医療支援センター自らが確保した医師などを活用しながら、キャリア形成支援と一体的に、地域の医師不足病院の医師確保を支援。
- 専任の実働部隊として、喫緊の課題である医師の地域偏在解消に取り組む。

・ 人員体制：専任医師2名、専従事務職員3名

・ 設置場所：都道府県庁、〇〇大学病院、都道府県立病院 等



## 地域医療支援センターの役割

- 都道府県内の医師不足の状況を個々の病院レベルで分析し、優先的に支援すべき医療機関を判断。医師のキャリア形成上の不安を解消しながら、大学などの関係者と地域医療対策協議会などにおいて調整の上、地域の医師不足病院の医師確保を支援。
- 医師を受入れる医療機関に対し、医師が意欲を持って着任可能な環境作りを指導・支援。また、公的補助金決定にも参画。

## 運営委員会

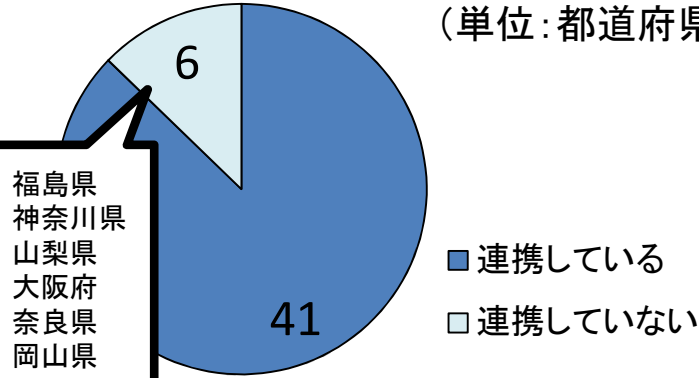
- 地域の医療関係者が参画しセンターの運営方針等を検討する場
- 構成  
大学、関係医療機関、医師会、市町村、保健所等の代表者等

- 平成28年4月現在、すべての都道府県に地域医療支援センターが設置されている。  
（設置場所：都道府県庁（21都道府県）、大学病院（9県）、都道府県庁及び大学病院（13県）、その他（4府県）（平成28年7月時点））
- 平成23年度以降、都道府県合計4,530名の医師を各都道府県内の医療機関へあつせん・派遣をするなどの実績を上げている。（平成28年7月時点）

# 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)



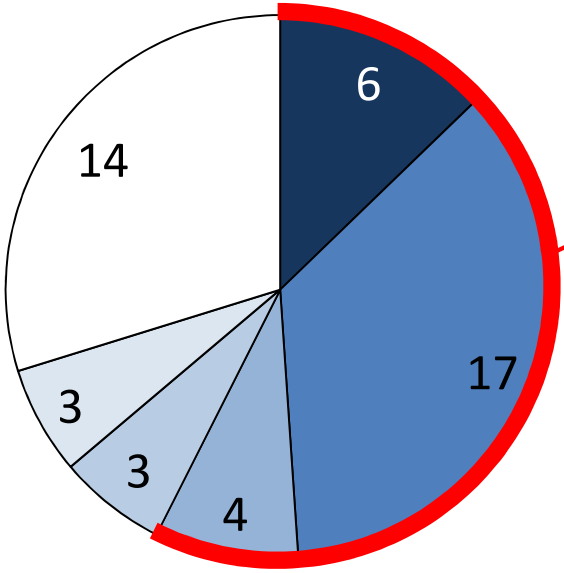
- 都道府県によっては、地域医療支援センターと大学医局の連携が行われていないところがある。
- 地域医療支援センターの業務を大学(医学部・付属病院)に委託している場合でも、修学資金貸与医師の派遣先の調整やキャリア形成プログラムの策定において、都道府県の意見が反映されない場合がある。

※平成29年7月厚生労働省調査

## 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<br>(全27県中)                 | 4              | 21<br>(全27県中)                 |
| 業務の一部を大学に委託    | 17    | 14                       | 宮城県 山形県<br>福井県 山梨県<br>三重県 長崎県 | 15             | 宮城県 山形県<br>山梨県 三重県<br>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<br>(全20県中)                 | 2              | 17<br>(全20県中)                 |
| 業務の一部を大学以外に委託  | 3     | 2                        |                               | 3              |                               |
| 都道府県直営         | 14    | 13                       | 千葉県 大阪府<br>福岡県                | 12             | 大阪府 福岡県<br>佐賀県                |

## 地域医療支援センターの業務の委託状況



(単位: 都道府県)

# 地域医療支援センターによる修学資金貸与者の派遣調整の実績について

(派遣先医療機関の設置主体者別、平成27年4月～29年7月実績)

○ 直近3力年の実績では、公立医療機関への派遣が多くなっている。

## 公立医療機関

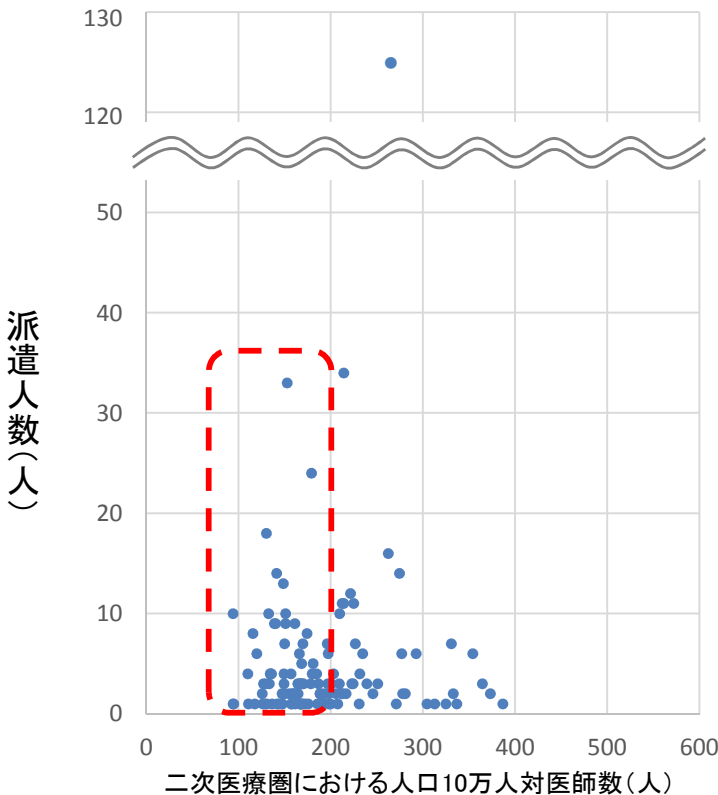
人口10万人対医師数200人未満医療圏への派遣実績は**83医療圏、356人**  
(全体では124医療圏、693人)

## 公的医療機関(公立医療機関を除く)

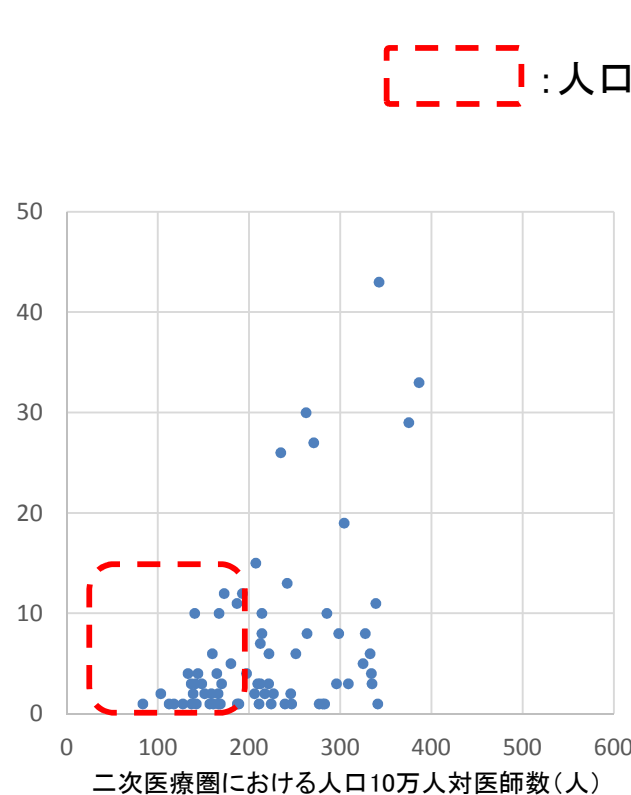
人口10万人対医師数200人未満医療圏への派遣実績は**32医療圏、116人**  
(全体では73医療圏、485人)

## 民間医療機関等

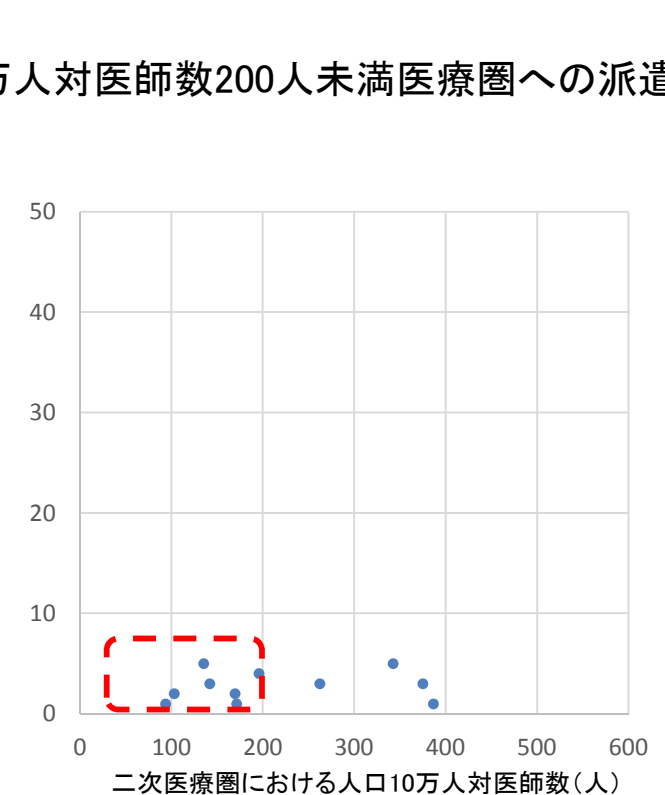
人口10万人対医師数200人未満医療圏への派遣実績は**7医療圏、18人**  
(全体では11医療圏、30人)



(参考)へき地医療機関に占める公立施設数  
へき地拠点病院 164/313施設(52.4%)



(参考)へき地医療機関に占める公的施設数  
へき地拠点病院 37/313施設(11.8%)



(参考)へき地医療機関に占める民間等施設数  
へき地拠点病院 112/313施設(35.8%)  
※うち、社会医療法人 16施設

# キャリア形成プログラムについて

(「地域医療介護総合確保基金を活用した医師修学資金貸与事業の取扱いについて」(平成29年2月14日医政地発0214第1号・医政医発0214第1号)より抜粋)

## 1. 定義

地域医療に従事する医師のキャリア形成上の不安解消、医師不足地域・診療科の解消を目的として、都道府県(地域医療支援センター等)が主体となり策定された医師の就業に係るプログラム。

## 2. 留意事項

プログラムの策定に当たっては、キャリア形成の当事者である医学生及び医師、並びに医師確保等に関わる地域の関係者が加わって策定することが必要。

また、プログラムは医師不足地域・診療科の解消等を図る観点から、都道府県医療審議会や地域医療対策協議会等の医療計画に関係する会議等(都道府県議会における条例制定のための審議を含む。)において、就業義務年限のうち最低限何年間どの地域や診療科で勤務するなどの医師のローテーションに係る配置方針を決めた上で、当該方針を踏まえて具体的に策定することが必要。

## 3. 記載すべき内容

- ・プログラム全体の就業義務年限
  - ・就業先となる地域や、医療機関の規模等ごとにグループ化された医療機関群(具体的な地域や医療機関名を含む。)
  - ・医療機関群ごとの就業期間
  - ・取得可能な専門医等の資格や習得可能な知識・技術(上部消化管内視鏡等)
  - ・出産・子育て期間は就業義務年限を中断することができる等の配慮事項
- など必要な情報が明示され、明示された選択肢の中から対象者が具体的な就業先等を選択できるもの



## 参考 地域特別枠卒業者の基本ローテーション

● 6年間修学資金の貸与を受けた場合 → 9年間の場合の業務従事期間

|            |                   |   |            |   |   |   |   |   |   |
|------------|-------------------|---|------------|---|---|---|---|---|---|
|            | 業務従事期間（最長9年間）     |   |            |   |   |   |   |   |   |
| 年 数        | 1                 | 2 | 3          | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| ローテーション病院群 | 1・2群<br>臨床研修      |   | 1・2・3群     |   |   |   |   |   |   |
|            |                   |   | 3群の病院を最低1年 |   |   |   |   |   |   |
|            | 9年間のうち、3群の病院を最低3年 |   |            |   |   |   |   |   |   |

※ 3～6年目に3群の病院を最低1年勤務かつ  
9年間のうち、3群の病院を最低3年間勤務。

### 【徳島県内の公的医療機関等】

1群病院：県立中央病院，徳島市民病院，徳島赤十字病院，徳島県鳴門病院，  
吉野川医療センター，阿南 中央病院，阿南共栄病院，阿波病院

2群病院：徳島大学病院

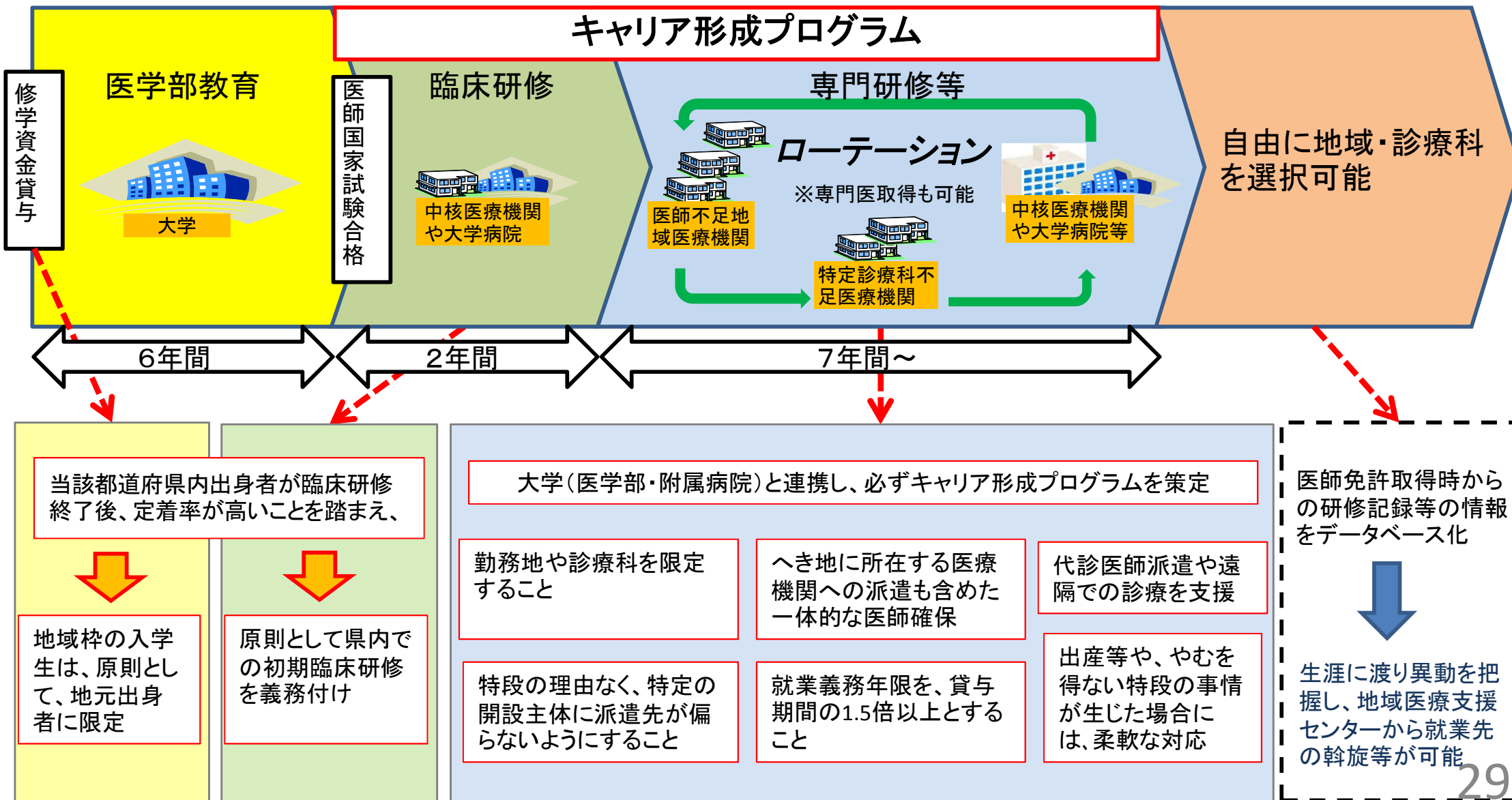
3群病院：県立海部病院，県立三好病院，つるぎ町立半田病院

- ・業務を最長で**3年間中断**し、国内外での留学・研修等が可能
- ・下記条件を満たし、知事が特別に認めた場合はさらに**4年間の中断**が可能
  - ①自身の医学的知識・能力の向上に役立つ進学等であること
  - ②加算期間中の研修計画等県が別に定める様式を提出すること
  - ③最低**1年間の3群勤務**をしていること

# キャリア形成プログラム等を通じた医師偏在対策

- 第7次医療計画(H30～35年度)から、地域医療介護総合確保基金を活用した医師修学資金貸与やキャリア形成プログラム等について、以下のような改善を促進。

(※)「医療計画について」の一部改正について(平成29年7月31日付け厚生労働省医政局長通知)

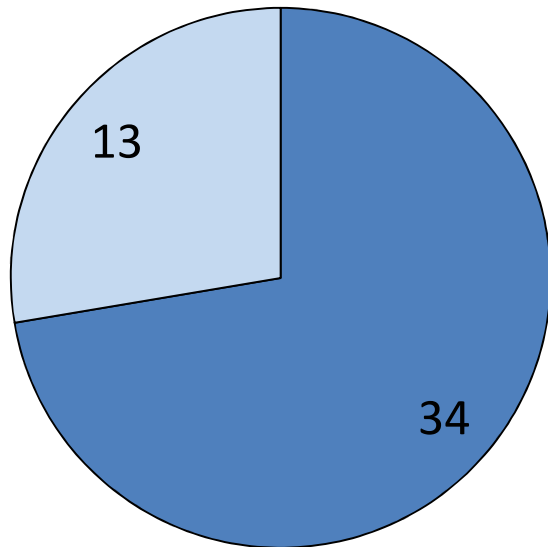


# キャリア形成プログラムの策定状況

- 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。

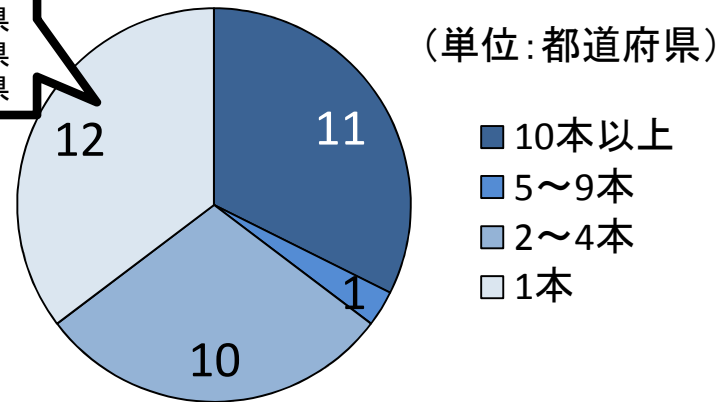
## 主に地域枠医師を対象とした キャリア形成プログラムの策定状況 (単位: 都道府県)

- キャリア形成プログラムを策定済
- 未策定



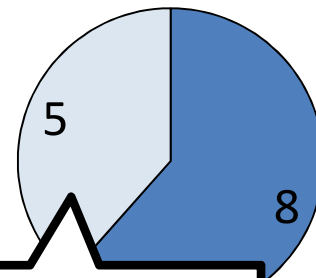
## 策定済みの都道府県の キャリア形成プログラム策定本数 (単位: 都道府県)

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



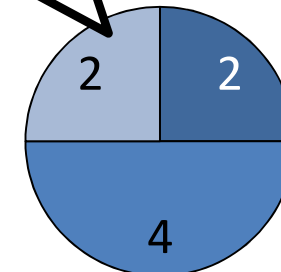
## 未策定の都道府県の 今後の策定見込み (単位: 都道府県)

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)

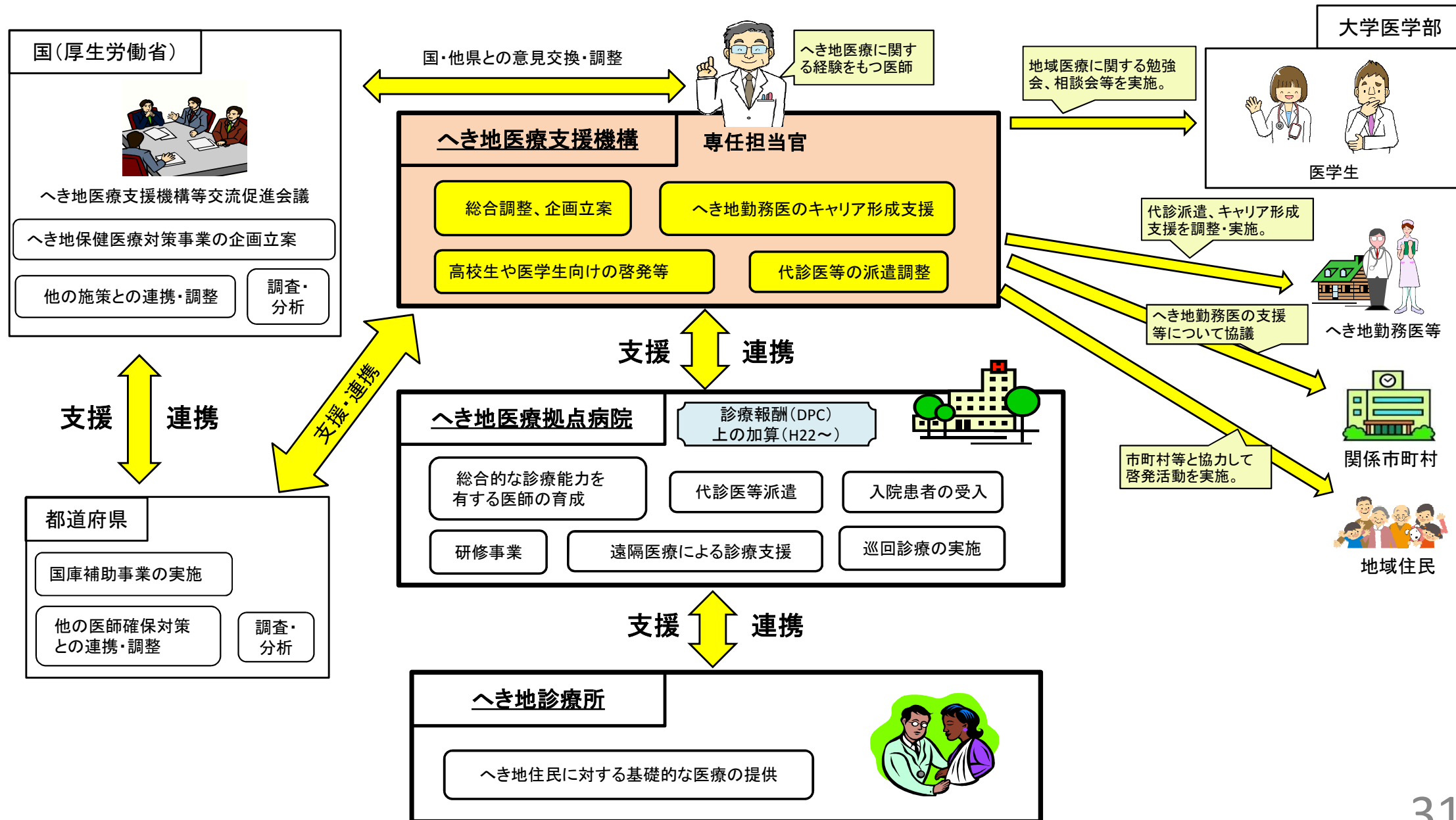
埼玉県 山梨県





# へき地医療支援機構について

へき地診療所等からの代診医の派遣要請等広域的なへき地医療支援事業の企画・調整等を行い、へき地医療対策の各種事業を円滑かつ効率的に実施することを目的とし、各都道府県単位で設置。



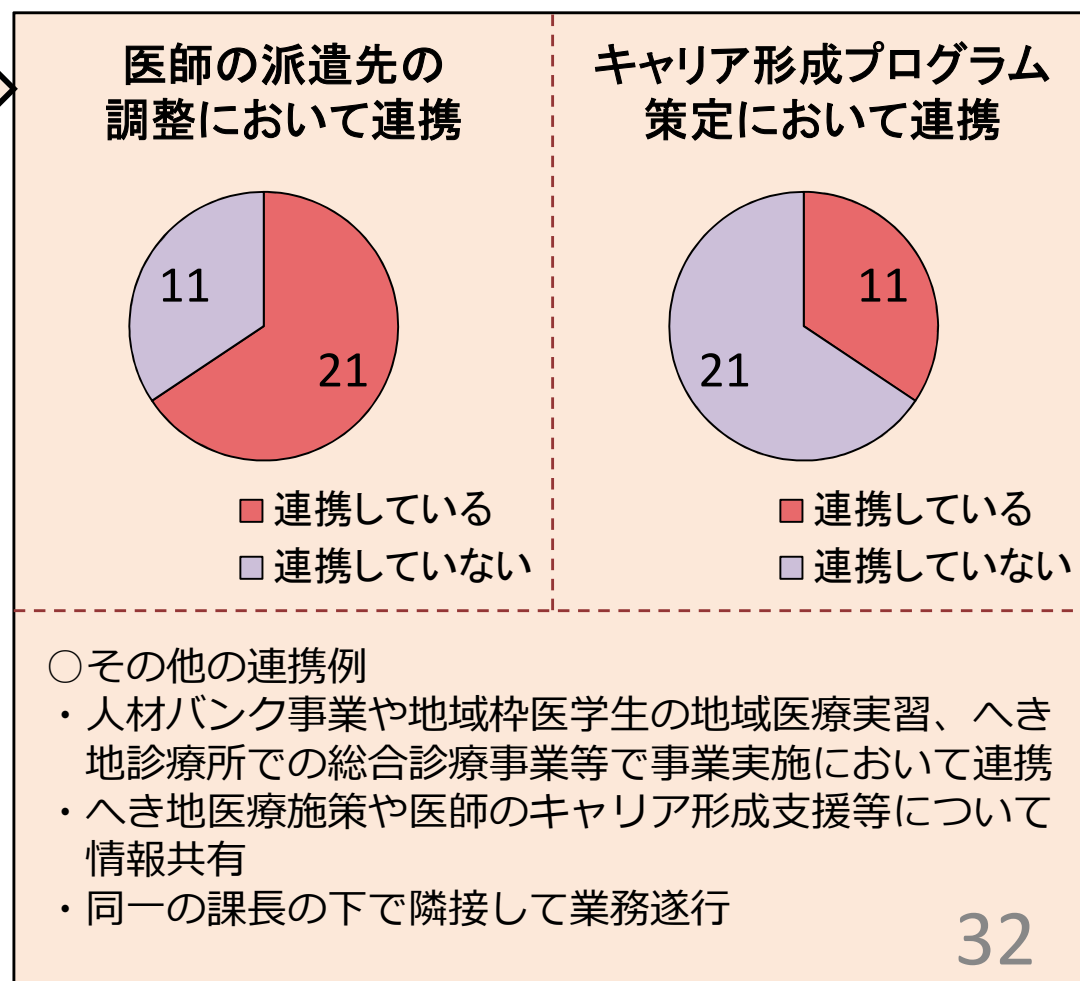
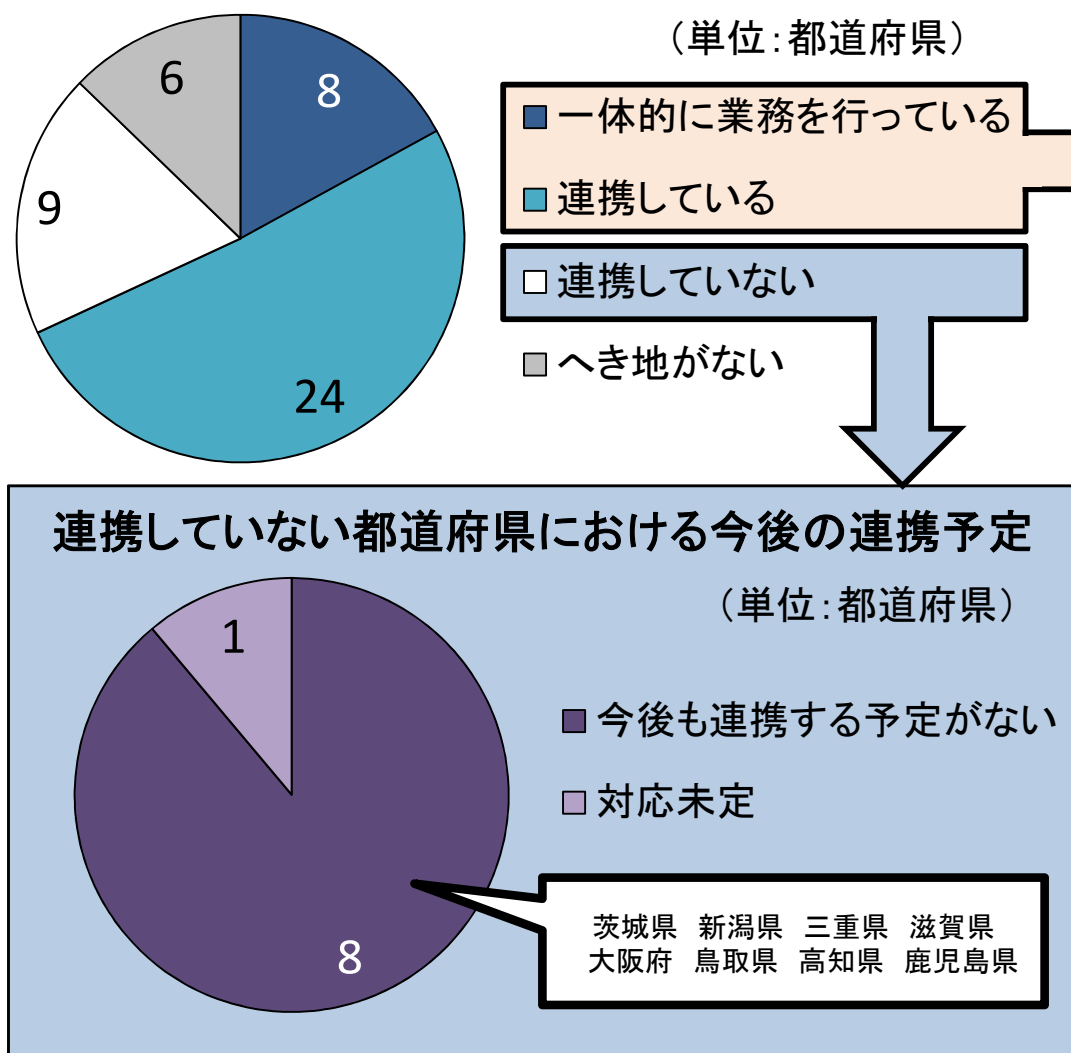


# 地域医療支援センターとへき地医療支援機構の連携状況

- 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



# 医療勤務環境改善支援センターについて

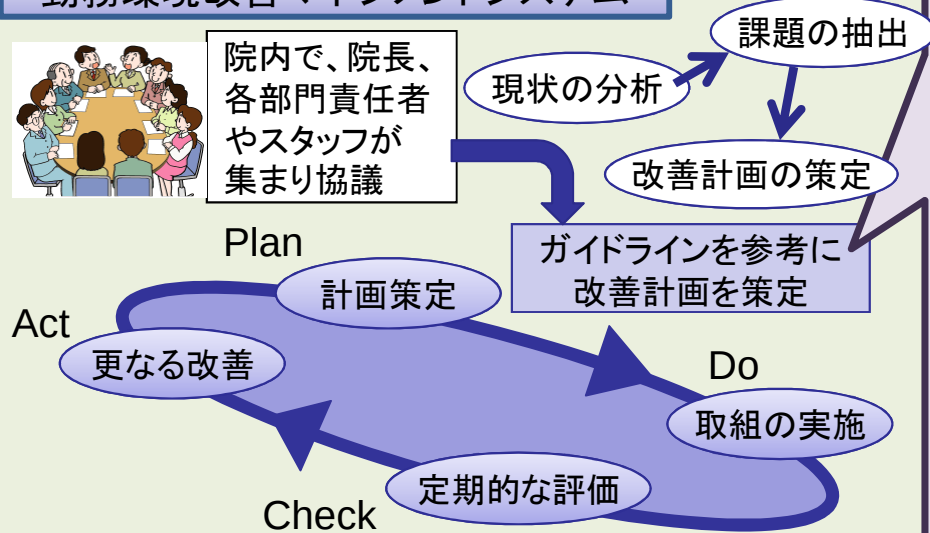
- 都道府県は、医療従事者の勤務環境の改善を促進するため、「医療勤務環境改善支援センター」を設置し、個別の医療機関における勤務環境改善の取組を支援している。

## 勤務環境改善に取り組む医療機関

### 勤務環境改善マネジメントシステム



院内で、院長、各部門責任者やスタッフが集まり協議



#### ➤ 医療勤務環境改善マネジメントシステムに関する指針（厚労省告示）

#### ➤ 勤務環境改善マネジメントシステム導入の手引き（厚労省研究班）

##### 「医療従事者の働き方・休み方の改善」の取組例

- ✓ 多職種の役割分担・連携、チーム医療の推進
- ✓ 医師事務作業補助者や看護補助者の配置
- ✓ 勤務シフトの工夫、休暇取得の促進 など

##### 「働きやすさ確保のための環境整備」の取組例

- ✓ 院内保育所・休憩スペース等の整備
- ✓ 短時間正職員制度の導入
- ✓ 子育て中・介護中の者に対する残業の免除
- ✓ 暴力・ハラスメントへの組織的対応
- ✓ 医療スタッフのキャリア形成の支援 など

マネジメントシステムの普及（研修会等）・導入支援、勤務環境改善に関する相談対応、情報提供等



都道府県 医療勤務環境改善支援センター

- 医療労務管理アドバイザー（社会保険労務士等）と  
医業経営アドバイザー（医業経営コンサルタント等）が  
連携して医療機関を支援

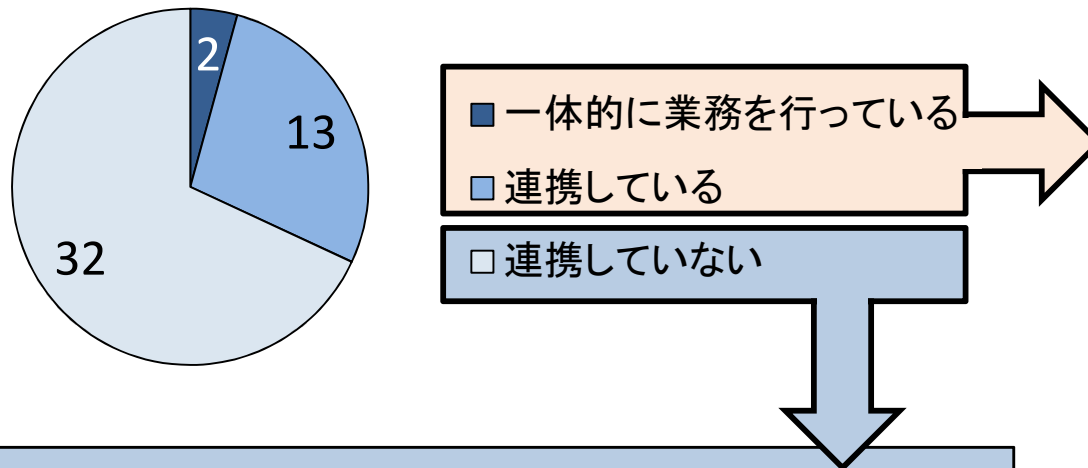
- センターの運営協議会等を通じ、地域の関係機関・団体  
（都道府県、都道府県労働局、医師会、歯科医師会、  
薬剤師会、看護協会、病院団体、社会保険労務士会、医業  
経営コンサルタント協会等）が連携して医療機関を支援

# 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

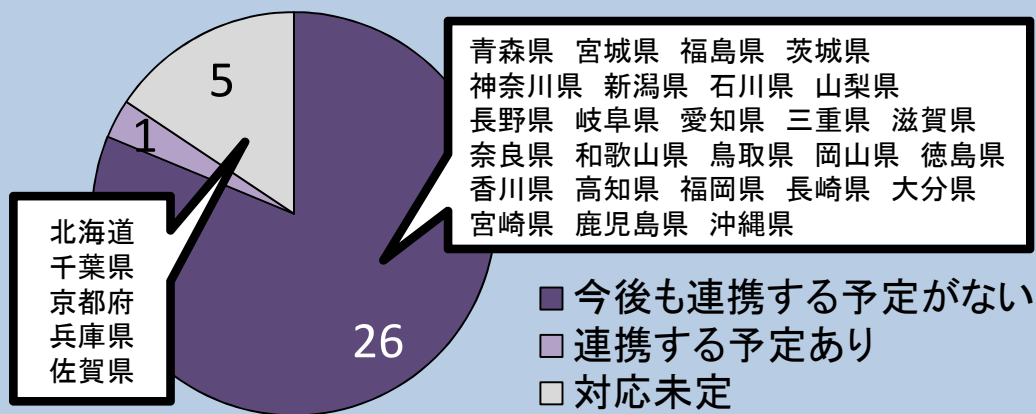
- 地域医療支援センターと医療勤務環境改善支援センターがそもそも連携していない都道府県が多く存在する。

※平成29年7月厚生労働省調査

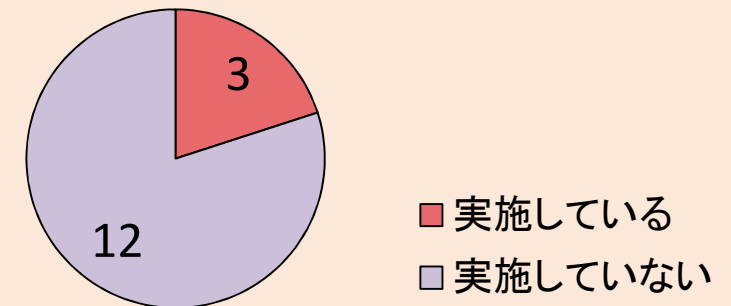
## 地域医療支援センターと医療勤務環境改善支援センターの連携状況 (単位: 都道府県)



## 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)



## 連携して医師の派遣先の勤務環境改善を実施

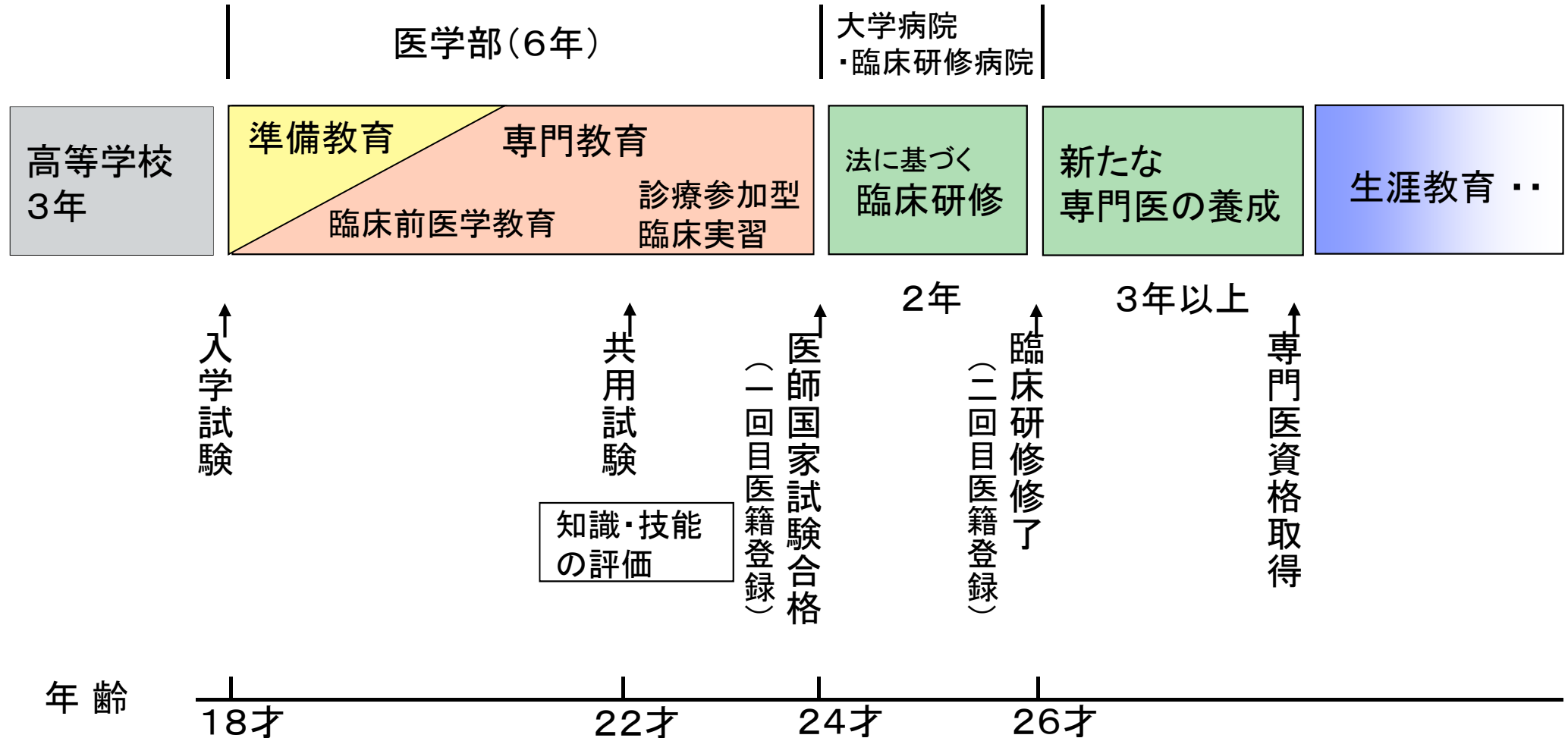


## ○その他の連携例

- ・ 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

## **( 2 ) ー③ 医師養成過程における 医師確保対策**

# 医師養成過程の概要



**( 2 ) — ③ — i    医学部**

## 地域枠と地域枠以外の地元出身者の定着割合

- 地域枠の入学者と、地域枠以外の地元出身者（大学と出身地が同じ都道府県の者）において、臨床研修修了後に出身大学と同じ都道府県に勤務する割合が高い。

地域枠\*：地域医療等に従事する明確な意思をもった学生の選抜枠であり、奨学金の有無を問わない。

|                      | 臨床研修を行った<br>主たる都道府県 |     | 臨床研修修了後に<br>勤務する都道府県 |     |
|----------------------|---------------------|-----|----------------------|-----|
|                      | A県/卒業生              |     | A県/卒業生               |     |
|                      | 人数                  | 割合  | 人数                   | 割合  |
| A県地域枠※1              | 418/504             | 83% | 404/504              | 80% |
| 地域枠以外・<br>出身地A県・大学A県 | 1452/1871           | 78% | 1461/1871            | 78% |
| 地域枠以外・<br>出身地B県・大学A県 | 1483/3707           | 40% | 1418/3707            | 38% |

※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。

※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。

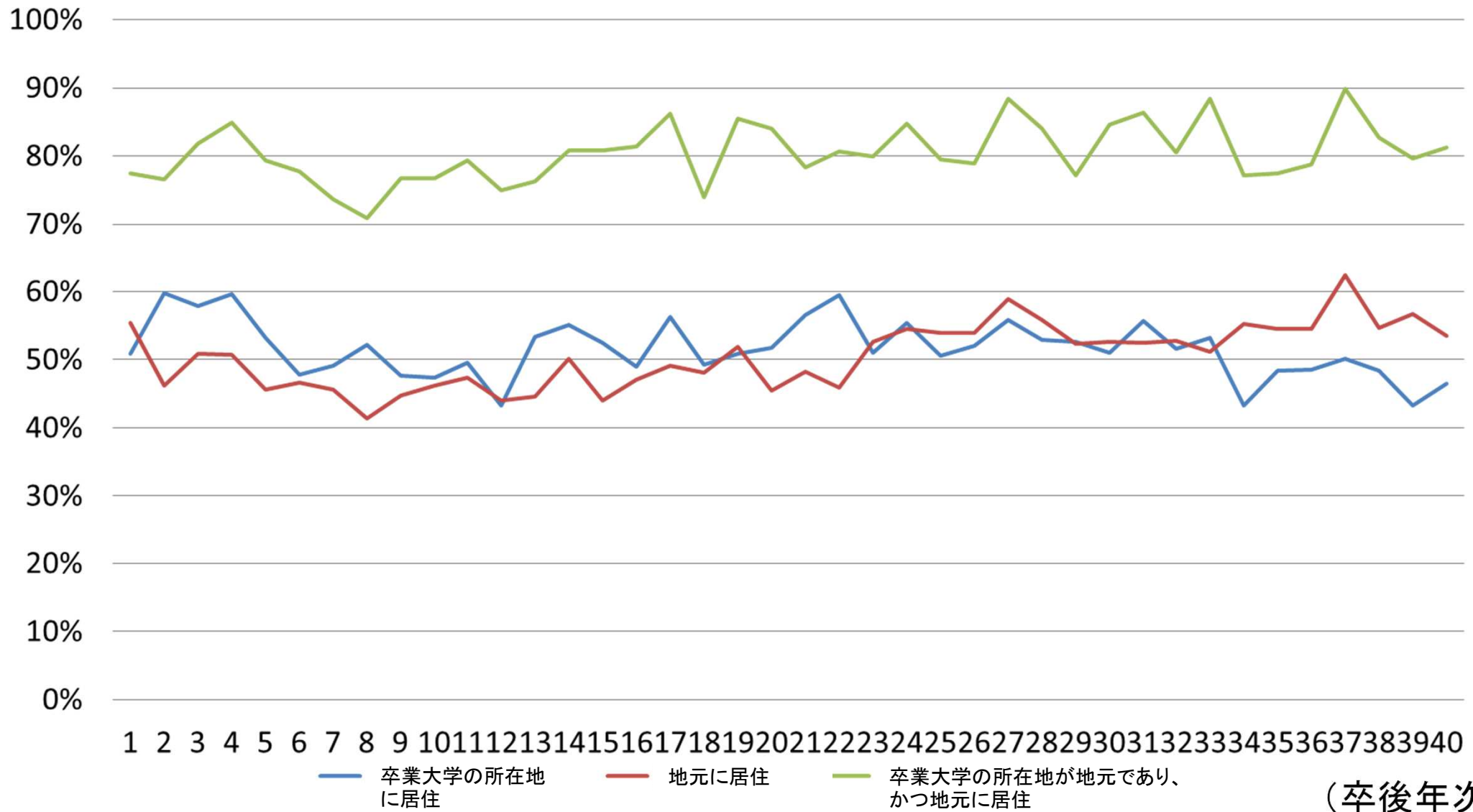
※3 防衛医科大学及び産業医科大学は除外。自治医科大学については地域枠についてのみ除外。

※4 A県は任意の都道府県。B県はA県以外の都道府県。



## 地元都道府県への定着率

- 地元の大学へ進学した場合、8割程度の医師が卒後40年目まで継続的に地元に住居している。
- 「卒業大学と関係なく地元に住居している医師」及び「地元と関係なく卒業大学所在の都道府県に住居している医師」は、それぞれ卒後40年目まで継続的に50パーセント前後で推移する。

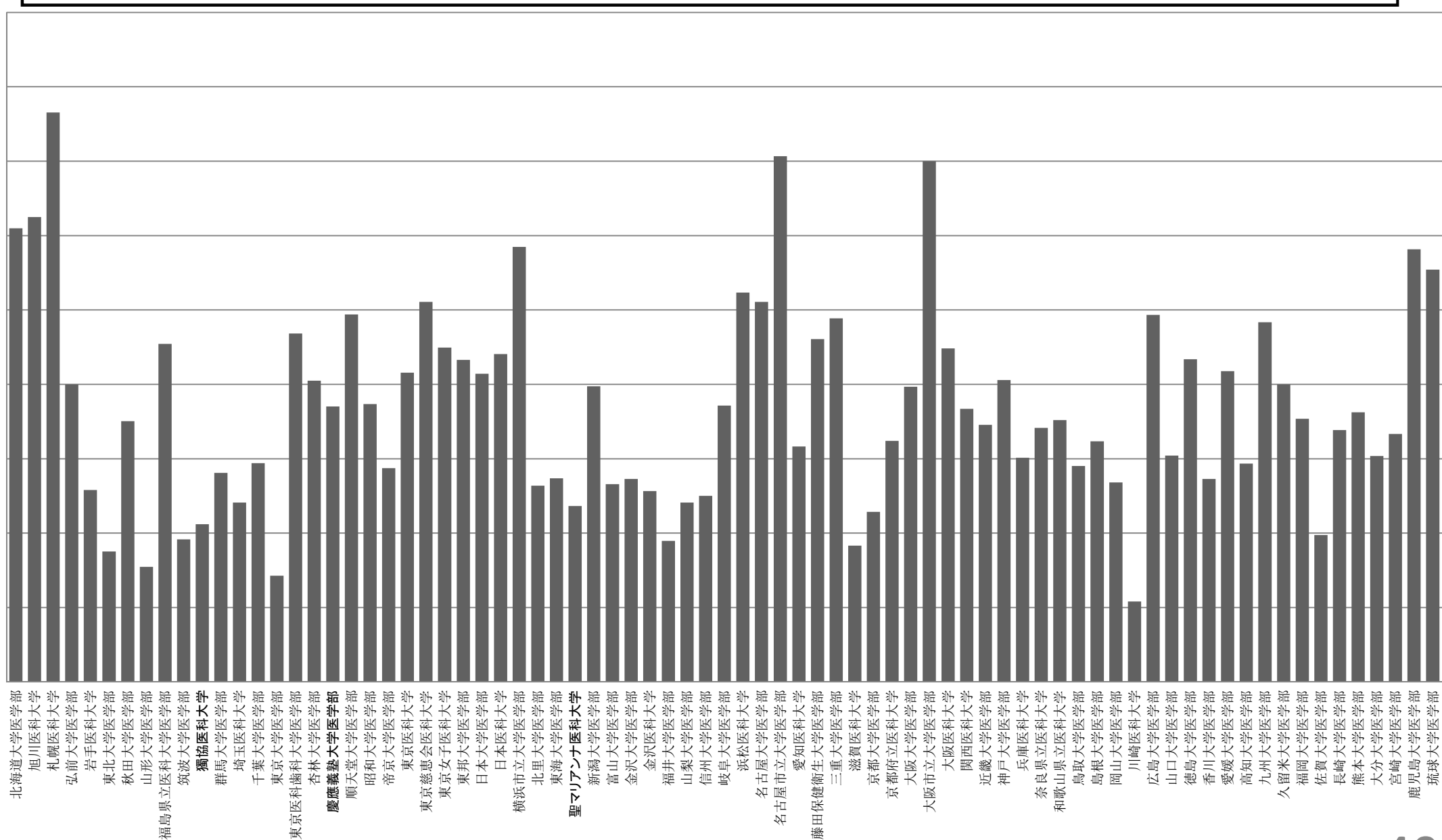


※ 地元：高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県。

出典：「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

# 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

出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成29年）厚生労働省調べ

## **( 2 ) — ③ — ii    臨床研修**

# 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年度から都道府県別の研修医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年度に向けて約1.1倍まで縮小させる。

臨床研修必修化



平成22年度



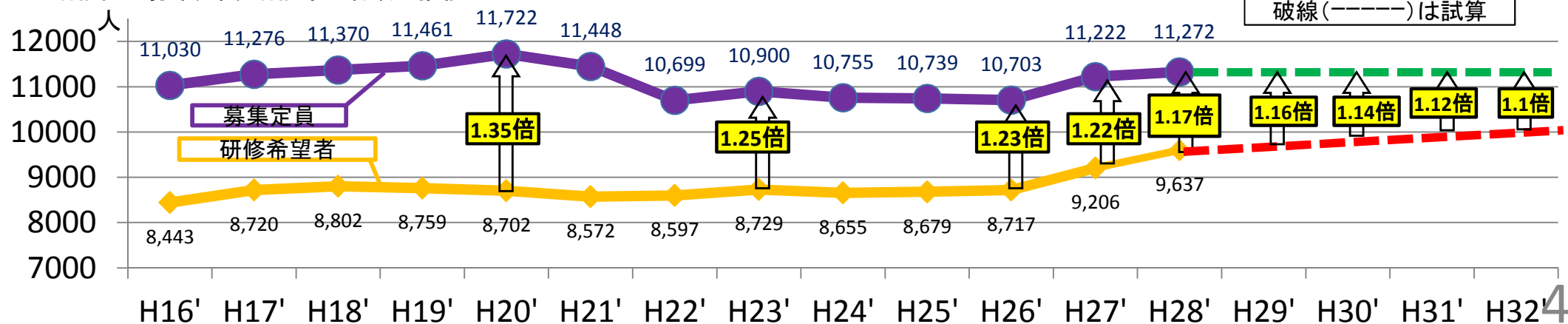
平成27年度

- ・ 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

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

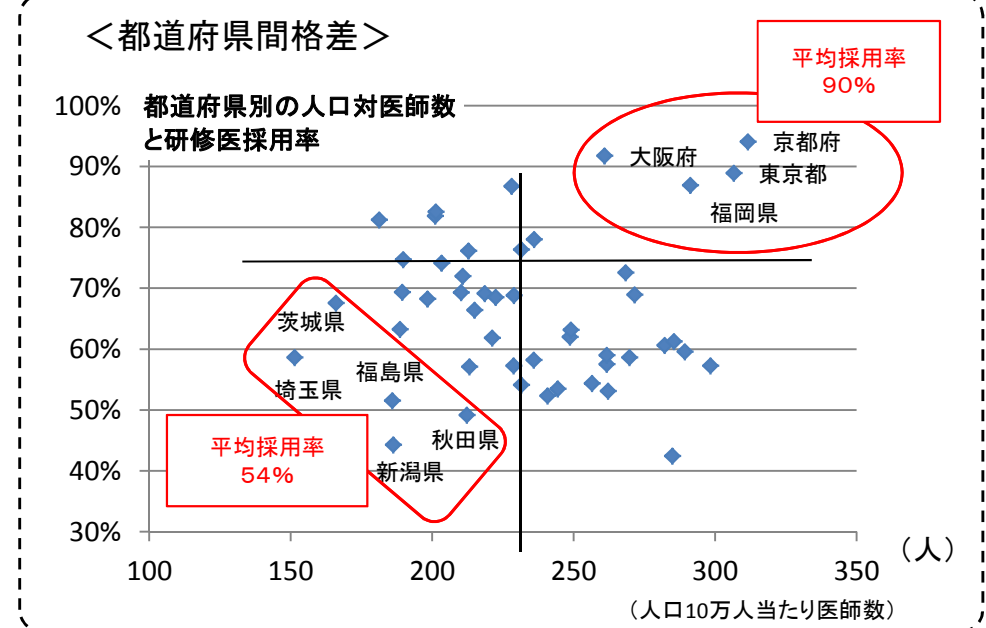
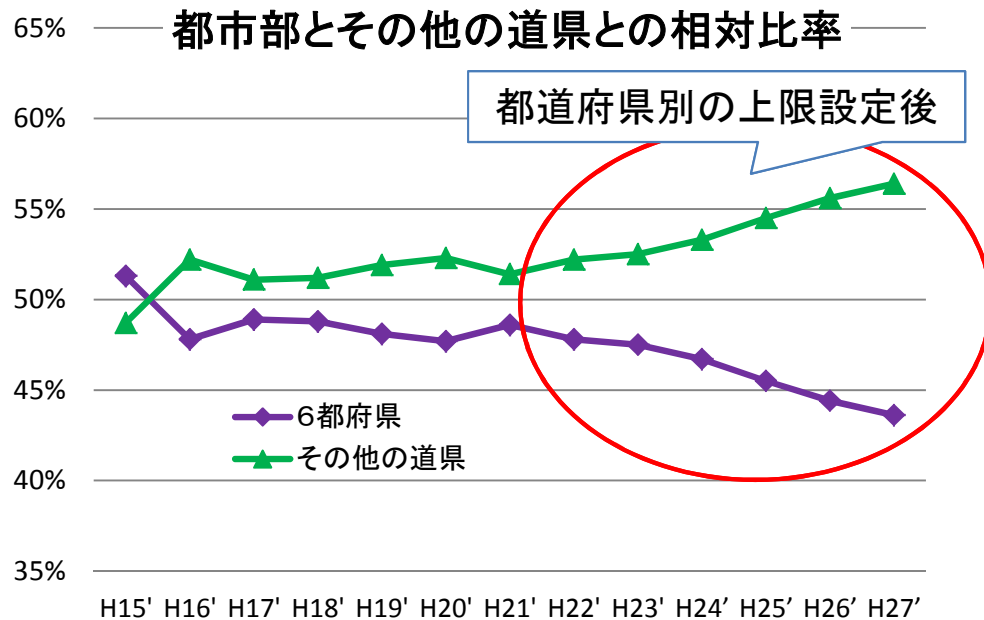


# 研修医の採用実績＜6都府県とその他の道県、医師数と採用率＞

- **研修医採用実績**における、大都市部（6都府県）とその他の道県との相対比率
  - ・ **大都市部**のある6都府県（東京・神奈川・愛知・京都・大阪・福岡）の比率：**減少傾向**
  - ・ **その他の道県**の比率：**増加傾向**
- 人口当たり医師数と研修医採用率※との関係
 

※ 研修医採用率＝採用実績／募集定員

  - ・ 人口当たり医師数が多く研修医採用率も高い4都府県： 平均採用率が90%
  - ・ 人口当たり医師数が少なく研修医採用率も少ない5県： 平均採用率は54% ➡ **研修医の確保に困難**



|        | H15'  | H16'  | H17'  | H18'  | H19'  | H20'  | H21'  | H22'  | H23'  | H24'  | H25'  | H26'  | H27'  |
|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 6都府県   | 51.3% | 47.8% | 48.9% | 48.8% | 48.1% | 47.7% | 48.6% | 47.8% | 47.5% | 46.7% | 45.5% | 44.4% | 43.6% |
| その他の道県 | 48.7% | 52.2% | 51.1% | 51.2% | 51.9% | 52.3% | 51.4% | 52.2% | 52.5% | 53.3% | 54.5% | 55.6% | 56.4% |

# 都道府県別の募集定員上限

## 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

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

## ③地理的条件等の加算

- (a) 面積当たり医師数(100km<sup>2</sup>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

多いほうの割合で按分  
研修医総数を①と②の

+

募集定員倍率に  
影響されない

募集定員倍率を下げると  
調整枠が減少

都道府県別の基礎数

+

都道府県の調整枠  
※

都道府県別の募集定員上限

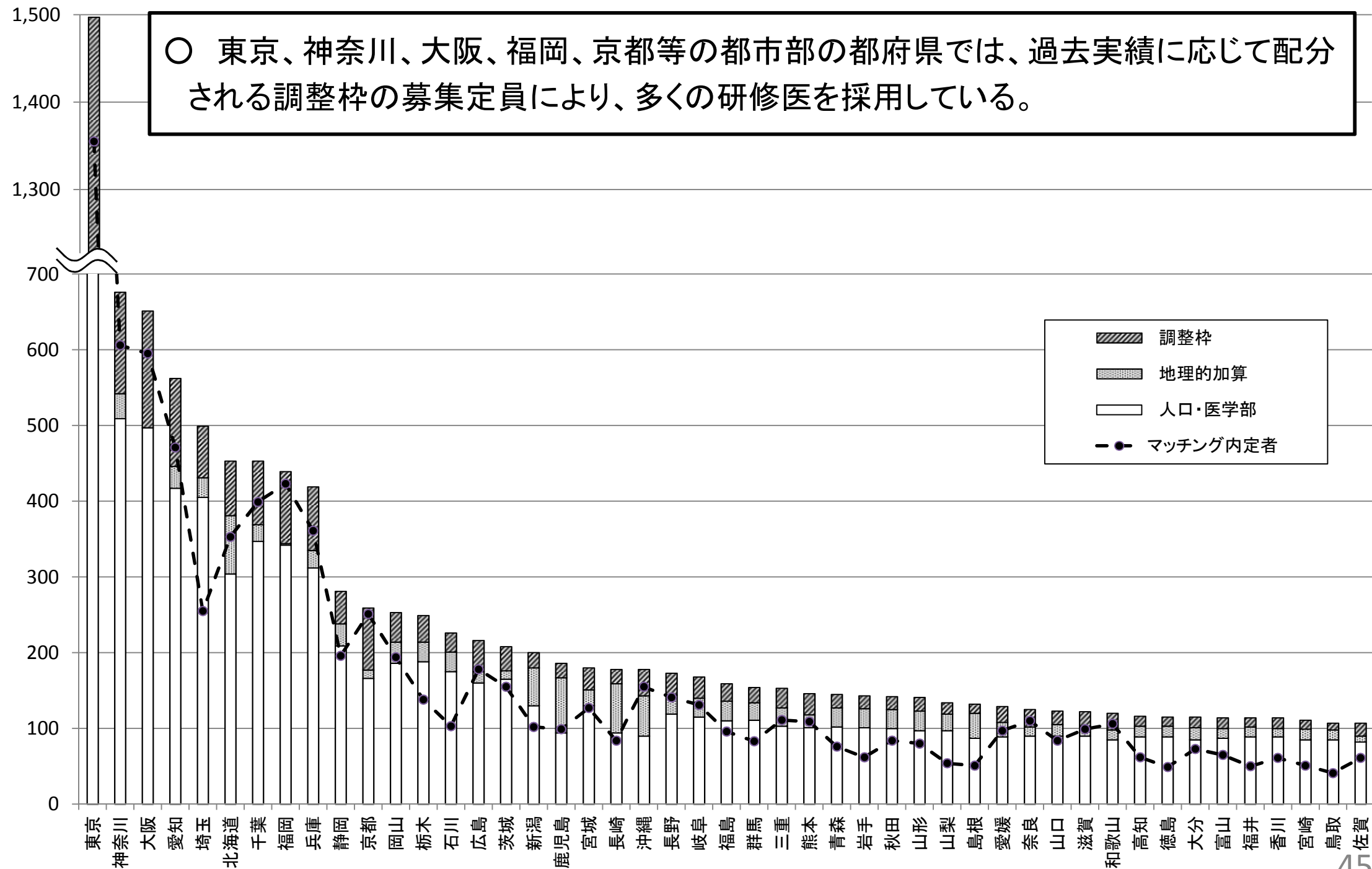
※ 都道府県の調整枠は、全国の募集定員上限※<sup>1</sup>と都道府県別基礎数の合計との差を各県の採用実績で按分

※<sup>1</sup> 全国の募集定員上限 = 研修希望者数 × 募集定員倍率※<sup>2</sup> (H28 : 1.18倍)

※<sup>2</sup> 募集定員倍率は、平成32年度までに約1.1倍まで縮小

# 都道府県別の募集定員と採用実績（平成28年度）

○ 東京、神奈川、大阪、福岡、京都等の都市部の都府県では、過去実績に応じて配分される調整枠の募集定員により、多くの研修医を採用している。





## 大学が所在する都道府県で臨床研修を行ったときの定着割合

- 初期臨床研修を出身大学と同じ都道府県で実施した場合、臨床研修修了後、大学と同じ都道府県で勤務する割合が高い（85％）。一方、初期臨床研修を出身大学と異なる都道府県で実施した場合、研修修了後、大学と異なる都道府県で勤務する割合が高い（84％）。

|     |      | 臨床研修修了後に勤務する都道府県 |     |       |     |
|-----|------|------------------|-----|-------|-----|
|     |      | A 県              |     | A 県以外 |     |
| 大学  | 臨床研修 | 人数               | 割合  | 人数    | 割合  |
| A 県 | A 県  | 5164             | 85% | 938   | 15% |
| A 県 | B 県  | 905              | 16% | 4677  | 84% |

- ※ 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。  
 ※ 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。  
 ※ 3 A 県は任意の都道府県。B 県はA 県以外の都道府県。

## 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、臨床研修修了後、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%）。

|     |    |      | 臨床研修修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>

|     |    |      | 臨床研修修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。（C県はB県と一致する場合も含む）

# 医師臨床研修費等補助金

平成30年度概算要求額 7,982,246千円  
(7,572,175千円)

## 【趣 旨】

- 地域において必要な医療を提供できる体制を整備するとともに、臨床研修の円滑な実施を図るため、研修を行う病院に必要な支援を行う。

## 【平成30年度要求のポイント】

- ※ 地元出身医師の定着を図っている医療機関に対して採用のインセンティブを強化
- ※ へき地における医師確保及び医師不足とされる診療科の医師確保の支援

## 【補助内容】

### 1. 教育指導経費

- ・指導医経費
- ・**地元研修医採用等加算**
- ・剖検経費
- ・プログラム責任者等経費
- ・研修管理委員会等経費
- ・へき地診療所等研修支援経費(対象施設数増:へき地における医師確保対策)
- ・産科・小児科研修推進経費(宿日直費増額:医師不足診療科における医師確保対策)

平成29年度からメニュー化  
(趣旨:研修医の地元定着対策)

医師不足地域に所在する病院に採用された者であって、同一都道府県内の医学部の卒業者、義務教育の修了者又は高等学校の卒業者を対象とし、指導医経費に加算する。

### 2. 地域協議会経費

【補助先】 公私立の大学附属病院及び臨床研修病院(厚生労働大臣指定)等

【補助率】 定額

## 【期待される効果】

地域において安心・信頼してかけられる医療の構築に資する。

- ※ 地元出身医師は、臨床研修修了後、同一都道府県に勤務する割合が高いことから、地域の医師確保に貢献
- ※ へき地離島及び産科、小児科における医師確保が促進

## **( 2 ) — ③ — iii 專門研修**

# 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<br>・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<br><div> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・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</li> </ul> </div> |
| 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<br>→ 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<br><div> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> </ul> </div>                                                                      |
| 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<br><div> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・妊娠、出産、育児等の理由による研修中断に柔軟に対応 等</li> </ul> </div>    |
| 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(高久史麿座長) 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、経験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

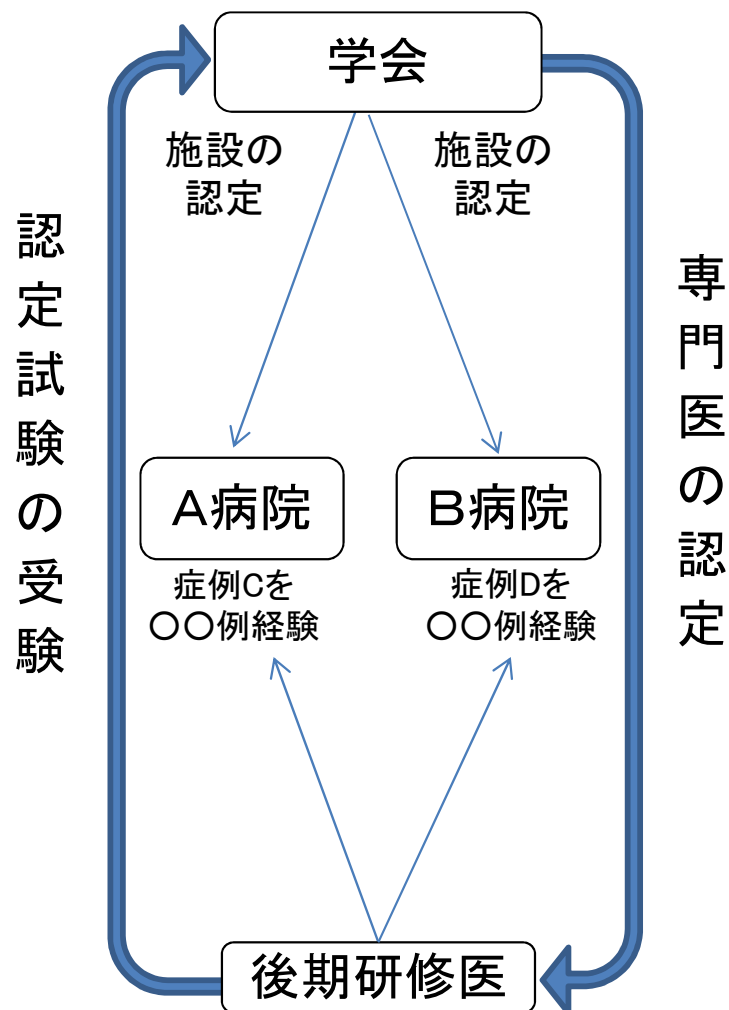


# 従来の専門医認定と新たな専門医認定の比較(イメージ)

## 従来の専門医認定(カリキュラム制)

学会が、一定の基準を満たす病院を研修施設として認定し、研修医は個別の研修施設を選択して研修

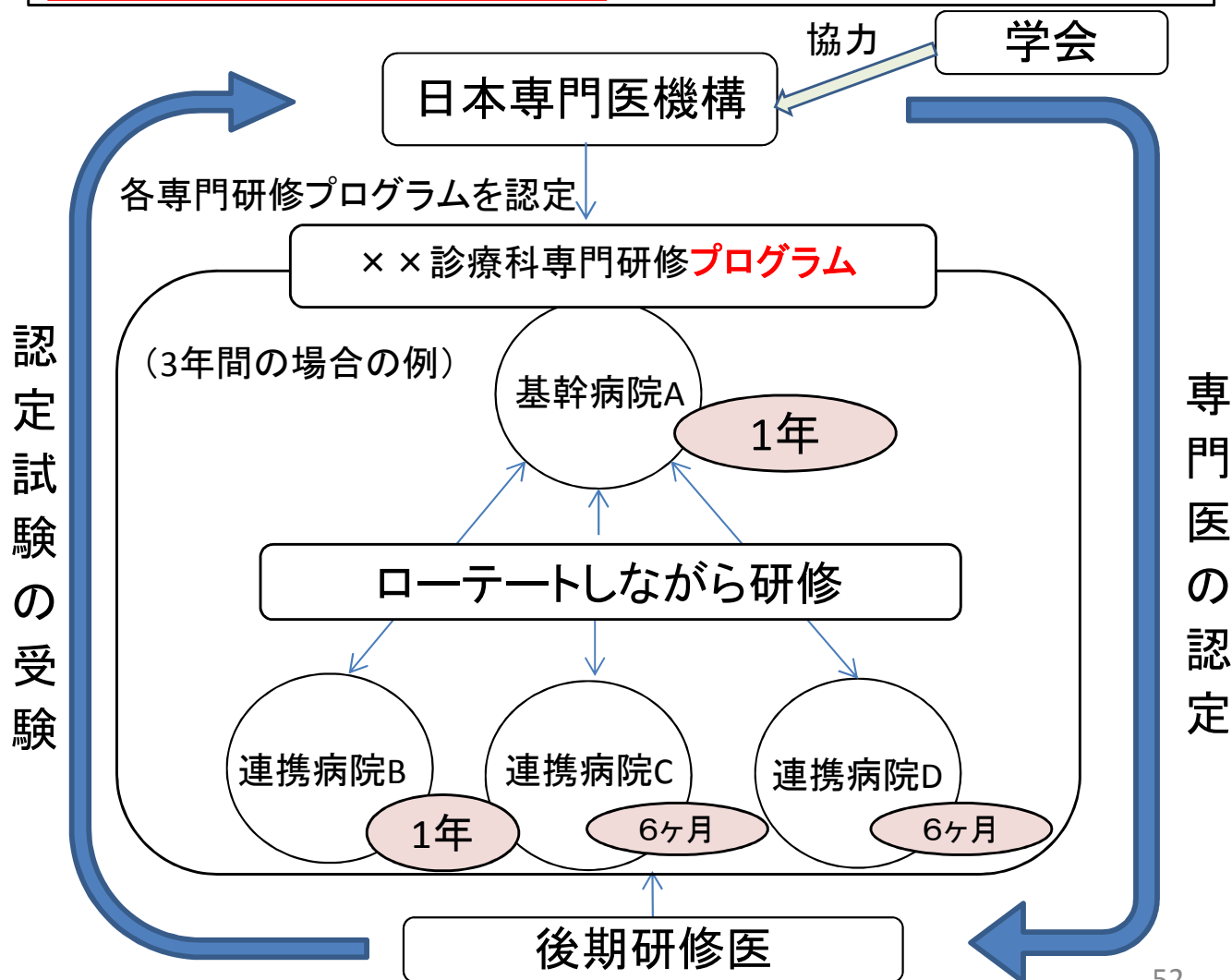
【受験資格】症例Cを〇〇例、症例Dを〇〇例経験したこと等 (研修期間や研修病院に制限はない)



## 新たな専門医認定(プログラム制)

日本専門医機構が、指導医数、症例数、研究業績等の基準を満たす研修プログラムを認定し、研修医は基幹施設・連携病院をローテートして研修

【受験資格】プログラムに基づき、症例を経験しながら研修施設をローテートすること等 (研修期間や研修病院が設定されている)





### 平成28年6月7日 日本医師会・四病院団体協議会要望書 ※ 専門医機構及び基本領域学会宛て

地域医療、公衆衛生、地方自治さらには患者・国民の代表による幅広い視点も大幅に加えて早急に検討する場を設け、その検討結果を尊重すること。その際いわゆるプロフェッショナルオートノミー（専門家による自律性）は尊重されるべきである。

プログラム作成や地域医療に配慮した病院群の設定等を行うに当たっては、それぞれの地域において都道府県、医師会、大学、病院団体等の関係者が協議、連携し、都道府県の協議会において了解を得ること。

日本専門医機構のガバナンスシステム等、組織の在り方については、医療を受ける患者の視点に立って専門医の仕組みの再構築を目指すという原点に立ち返り、医師の地域的偏在の解消に向けて寄与するなど地域医療に十分配慮すべきであり、そのためにも、地域医療を担う医療関係者や医療を受ける患者の意見が十分に反映され、議論の透明性や説明責任が確保されるようなガバナンス構造とする等、日常的な運営の在り方を含め、抜本的に見直すこと。

### 平成28年7月21日 全国知事会社会保障常任委員会 「新たな専門医制度に対する要望」

新たな制度には、国が主体的に関与するとともに、都道府県に役割を求める際には、国、日本専門医機構、都道府県及び関係機関の役割や権限を法令等で明確に規定すること。

## 専門研修に関する関係者の要望②

| 日本医師会要望(概要)<br>(平成28年11月18日)                                                                                                               | 対応の内容<br>(平成29年4月24日現在)                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 基幹施設の基準は、都道府県ごとに、大学病院以外の医療機関も認定される基準とすること。                                                                                              | ● 原則、大学病院以外の医療機関も認定される水準とする。<br>※専攻医の多い診療科(内科、外科、小児、産婦、救急、精神、整形麻酔)では、都道府県ごとに、大学病院以外の基幹施設を置く基準                                                                 |
| 2. 従来、専門医を養成していた医療機関が希望する場合は、連携施設となれること。                                                                                                   | ● 従来、専門医を養成していた医療機関が希望する場合は、基幹施設の承認のもと連携施設となれる。                                                                                                               |
| 3. 専攻医のローテートは、原則として、6ヵ月未満で所属が変わらないこと。                                                                                                      | ● 原則として、基幹施設での研修は6ヵ月以上とし、連携施設での研修は3ヵ月未満とならないように努める。                                                                                                           |
| 4. 都市部のプログラムは、原則として、募集定員が過去3年間の専攻医の採用実績平均を超えないこと。                                                                                          | ● 都市部への集中を防ぐため、都市部の研修プログラムの定員等についてルールを定める。<br>※5都府県(東京、神奈川、愛知、大阪、福岡)では、原則として、募集定員が過去3年間の採用実績の平均を超えない                                                          |
| 5. 専攻医の採用は、基幹施設だけではなく、連携施設でも行えること。                                                                                                         | ● 基幹施設、連携施設、関連施設等で専攻医の採用が可能。                                                                                                                                  |
| 6. プログラムの認定は、各都道府県協議会において、医師会、大学、病院団体等の地域医療関係者の了解を得ること。                                                                                    | ● 機構は、研修プログラムを承認するに際し、行政、医師会、大学、病院団体からなる各都道府県協議会と事前に協議し決定する。                                                                                                  |
| 7. 研修期間については、妊娠、出産、育児等の理由により中断することができ、かつ、6ヶ月までの中断であれば、残りの期間に必要な症例等を埋め合わせることで研修を延長しないですむこと。また、6ヶ月以上の中断の後研修に復帰した場合でも、中断前の研修実績は、引き続き有効とされること。 | ● 特定の理由(海外への留学、妊娠・出産・育児など)で専門研修が困難な場合は、中断することができる。<br>● 6ヶ月までの中断であれば、残りの期間に必要な症例等を埋め合わせることで、研修期間の延長を要しない。<br>● また、6か月以上の中断の後研修に復帰した場合でも、中断前の研修実績は、引き続き有効とされる。 |

## 専門研修に関する関係者の要望③

### ○ 全国市長会会長代理 松浦正人 平成29年4月12日

#### 「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」 （抜粋）

##### 2. 地方創生に逆行する危険と医師偏在の助長

- 大学病院や大病院の所在地以外の地域は医師不足が助長

##### 5. 若手医師たちに義務的に医局生活を強いる理不尽

- 初期研修修了後に地域医療に従事している医師達を基幹施設に引き上げることにより、地域医療にとって重大な支障を来す

##### 6. 専門職自律という国民不在の議論

- 自治体の長や、国・地方議員による検証を度外視して制度設計を進めることには大いに問題がある。立ち止まって考え直すべき。

### ○ 奈良県知事 荒井正吾 平成29年4月24日

#### 「今後の医師養成の在り方と地域医療の確保に関する意見」 （抜粋）

##### 1. 基本的な考え方について

専門医制度を導入するに当たり、制度の設計・運営の内容次第で、地域医療の確保に多大な影響が生じうる可能性がある場合は、医師偏在への対策を含めた地域医療の確保に関する観点から、公の介入が必要になるものと考えます。

本検討会の専門医制度の主要なテーマは、プロフェッショナル・オートノミーの領域に属する医師の資質の向上と、行政が責任を負うべき地域医療の確保について、どのように知恵を出して両立を図るかという点にあると考えます。

##### 2. 地域医療の確保に関する懸念について

都道府県内の偏在に関して、整備指針によれば、専門医機構は、研修プログラムの認定にあたり、地域医療の影響の観点について、都道府県に協議することとなっていますが、ひとたび研修プログラムが認定された後には、専門研修基幹施設に、医師の配置を委ねることとなります。

専門医制度がプロフェッショナル・オートノミーに立脚する限りは、地域の医師偏在に主体的な責任を持てるものとは考え難く、その場合は、国と地方公共団体がしっかりと関与し、医師偏在の懸念を払拭すべきと考えます。

そのような観点から、専門医機構又は専門研修基幹施設が、専門研修連携施設の医師配置の状況を含め、研修プログラムの運用状況を各都道府県協議会に報告し、地域医療の確保の動向について情報を共有し、必要に応じ、各都道府県が地域医療の確保の観点からの意見を申し述べることができるものとするなど、継続的に地域医療の確保が可能となる仕組みとするべきと考えます。

# 今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会

## 1. 開催趣旨

現在、医学教育モデル・コア・カリキュラムが改訂され、卒前段階の臨床実習を一層充実することが予定されている。また、平成16年度の臨床研修必修化が地域医療に大きな影響を与えたと指摘される一方で、専門研修についても医師偏在の懸念が地域医療関係者より示され、研修開始が1年延期され、現在、平成30年度の研修開始に向けて、標準的な医療を行う専門医の研修方法が日本専門医機構において検討されている。

これらの新しい研修制度において、卒前・卒後の一貫した医師養成や、地域の医師確保など地域医療に十分配慮される仕組みとすることが重要である。

こうした観点から、今後の医師養成の在り方と地域医療について検討するため、本検討会を開催する。

## 2. 検討課題

- ・ 地域医療に求められる専門医制度の在り方
- ・ 卒前・卒後の一貫した医師養成の在り方
- ・ 医師養成の制度における地域医療への配慮

## 3. 構成員（◎座長、○副座長）

|        |                         |       |                                 |
|--------|-------------------------|-------|---------------------------------|
| 荒井 正吾  | 奈良県知事                   | 奈良 信雄 | 日本医学教育評価機構理事、順天堂大学特任教授          |
| 新井 一   | 一般社団法人全国医学部長病院長会議会長     | 南学 正臣 | 東京大学医学部腎臓・内分泌内科教授               |
| 今村 聡   | 公益社団法人日本医師会副会長          | 邊見 公雄 | 公益社団法人全国自治体病院協議会会長              |
| ◎遠藤 久夫 | 国立社会保障・人口問題研究所所長        | 堀 真奈美 | 東海大学教養学部人間環境学科教授                |
| 押淵 徹   | 公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会会長 | 森 隆夫  | 公益社団法人日本精神科病院協会常務理事             |
| 尾身 茂   | 独立行政法人地域医療機能推進機構理事長     | 山内 英子 | 聖路加国際病院副院長・ブレストセンター長<br>・乳腺外科部長 |
| 加納 繁照  | 一般社団法人日本医療法人協会会長        | 山口 育子 | 認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長     |
| ○桐野 高明 | 東京大学名誉教授                | 吉村 博邦 | 一般社団法人日本専門医機構理事長                |
| 渋谷 健司  | 東京大学大学院国際保健政策学教授        |       |                                 |
| 立谷 秀清  | 相馬市長、全国市長会副会長           |       |                                 |

## 4. スケジュール

平成29年4月より開催



# 「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」 が対応を求めた主な内容と日本専門医機構の対応

## 対応を求めた主な内容

※第1回、第2回及び第3回検討会で、日本専門医機構に対応を求めた

- 専門医の取得は義務ではなく自発的な自己研さんとして位置付けられるものであることの明確化
- 地域医療従事者や女性医師等のライフイベントに配慮したカリキュラム制の設置等柔軟な研修制度の設置
- 研修の中心は大学病院のみでなく、地域の中核病院等であること
- 都道府県協議会が意見を提出した場合には、研修プログラムを改善すること

## 日本専門医機構の対応

※日本専門医機構が専門医制度新整備指針及び運用細則を改正

- 専門医はすべての医師が取得しなければならないものではなく、医師として自律的な取組として位置付けられることを明確化
- 出産や育児、介護、留学等相当の合理的理由がある医師等は研修カリキュラム制による専門研修等柔軟な対応を行い、研修に関する相談窓口を設置すること
- 幅広い疾患の症例が豊富な市中病院を重要な研修拠点とすること、連携病院で採用した医師は専攻医の希望があった場合、できる限り長期間連携病院で研修できるようにすること
- 都道府県協議会が意見を提出した場合には、機構が関係学会と調整を行い、研修プログラムを改善すること

# 「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。

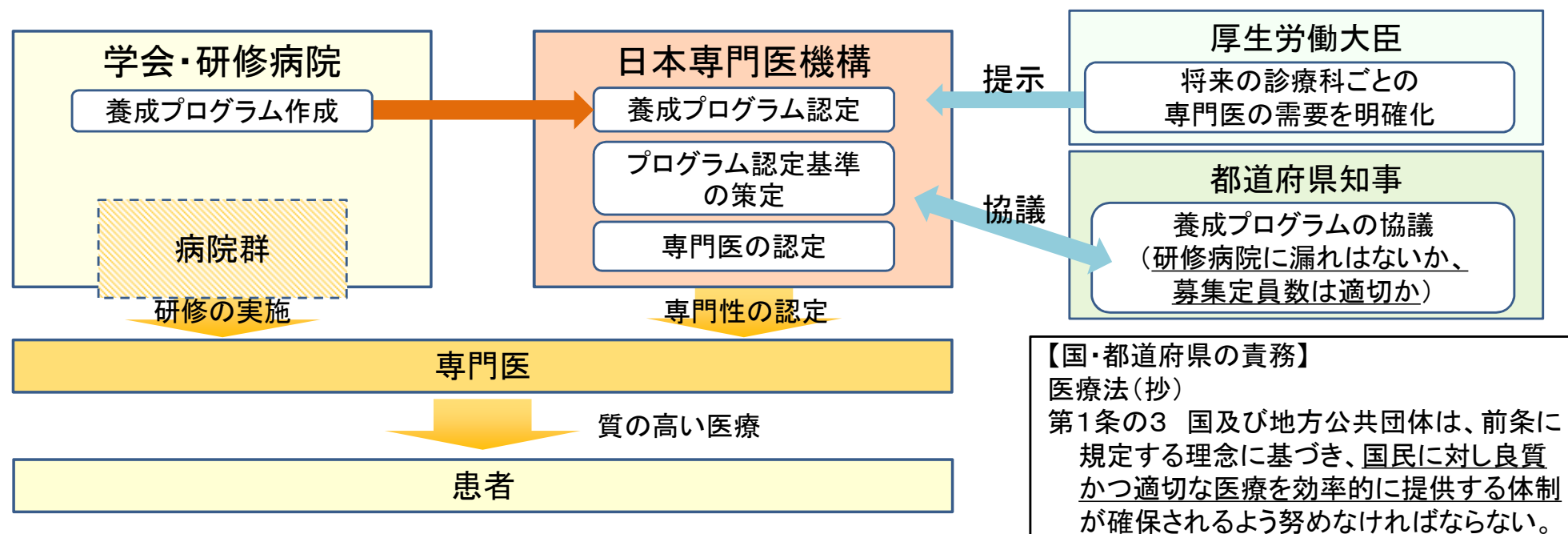
具体的には、日本専門医機構及び各関係学会に対し、学会ごとの応募状況及び専攻医の配属状況を厚生労働省に報告いただくことを求めます。  
厚生労働省においては、新たな専門医制度が地域医療に影響を与えていないかどうか、領域ごとに確認をすることとしたいと考えております。

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ものとなることを強く期待します。

# プロフェッショナル・オートノミーとの関係について

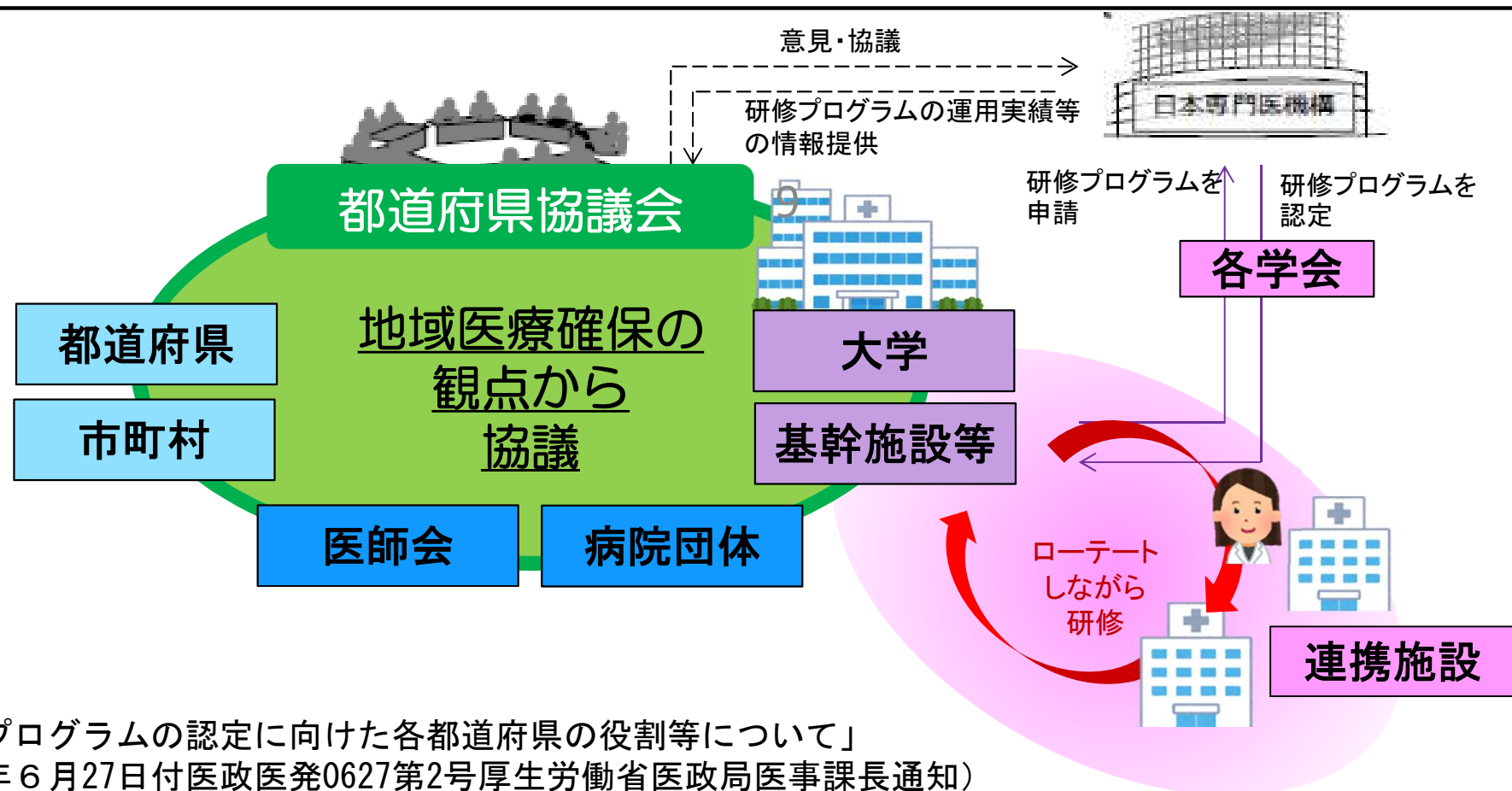
- 専門研修におけるプロフェッショナル・オートノミーとは、専門医の在り方に関する検討会報告書(平成25年4月22日)によれば「専門家による自律性」とされており、医師が自ら専門医の制度の設計や運営を行うことを指すと考えられる。
- 地域医療確保の観点から、行政が関与することは、このプロフェッショナル・オートノミーに反していないと考えられる。
  - 医療関係団体及び学会に有識者も加えた日本専門医機構において制度設計し、制度が運営される(※)。  
※日本専門医機構が、養成プログラムの認定や認定基準の策定、専門医認定を実施
  - 医療法上、医療提供体制の確保に責任を持つ国や都道府県は、あくまでも地域医療確保の観点から意見を述べる。





# 新たな専門医の仕組みにおける都道府県協議会について

- 新たな専門医の仕組みについては、地域医療へ与える影響への懸念を踏まえ、養成開始を1年延期し、平成30年度からの開始に向けて、日本専門医機構において準備中である。
- 新たな専門医の仕組みの実施に当たって、医師が偏在することなく専門医の質を高める体制が構築されるよう、各都道府県に設置される協議会において、地域医療確保の観点から、関係者間で協議を行う。
- 都道府県協議会は、プログラムの認定に当たって、地域医療提供体制を現状より悪化させることがないか協議し、日本専門医機構が調整を行う。また、プログラム認定後も、運用実績を踏まえて協議し、日本専門医機構が調整を行い、必要な改善を図る。



(参考) 「専門研修プログラムの認定に向けた各都道府県の役割等について」  
(平成29年6月27日付医政医発0627第2号厚生労働省医政局医事課長通知)  
「専門医制度新整備指針(第二版)」(平成29年6月)

## <背景>

- 現在、地域の病院や診療所の医師が、かかりつけ医として地域医療を支えている。
- 今後の急速な高齢化に伴い、複数疾患を有する高齢者等にとっては、複数の従来の領域別専門医による診療よりも総合的な診療能力を有する医師による診療の方が適切な場合もあること等から、総合的な診療能力を有する医師の専門性を評価し、新たな専門医の仕組みに位置づけることが適当。



- 総合的な診療能力を有する医師を「総合診療医」とする。
  - ※ 日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等について、わが国の医療提供体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供。
- 専門医としての名称は「**総合診療専門医**」とする。
  - ※ 領域別専門医が「深さ」が特徴であるのに対し、総合診療専門医は「扱う問題の広さと多様性」が特徴。
  - ※ 「地域を診る医師」としての視点も重要であり、他の領域別専門医や他職種と連携して、多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供することが期待される。

## 総合的な診療能力の必要性

- 高齢化に伴い、特定の臓器や疾患を超えた多様な問題を抱える患者が増加。
- これらの患者には、複数の領域別専門医による診察よりも、一人の総合的な診療能力を有する医師による診察のほうが適切な場合がある。



## 総合診療専門医を新たに位置づけ

### 総合診療医：総合的な診療能力を有する医師

- ※ 日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等について、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供。

### 総合診療専門医：総合診療医の専門医としての名称

- ※ 新たな専門医の一つとして基本領域に加える。
- ※ 「地域を診る医師」としての視点も重要。  
他の領域別専門医や他職種と連携して、多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供することが期待される。

## 総合診療専門医の養成

### 研修プログラム※（3年間以上）

#### ○ 総合診療専門研修（18ヶ月以上）

- ・ 診療所・中小病院（6ヶ月以上）
- ・ 病院総合診療部門（6ヶ月以上）

#### ○ 必須領域別研修（12ヶ月以上）

- ・ 内科（6ヶ月以上）
- ・ 小児科（3ヶ月以上）
- ・ 救急科（3ヶ月以上）

#### ○ その他領域別研修

- ・ 外科、整形外科、産婦人科、精神科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科等の研修

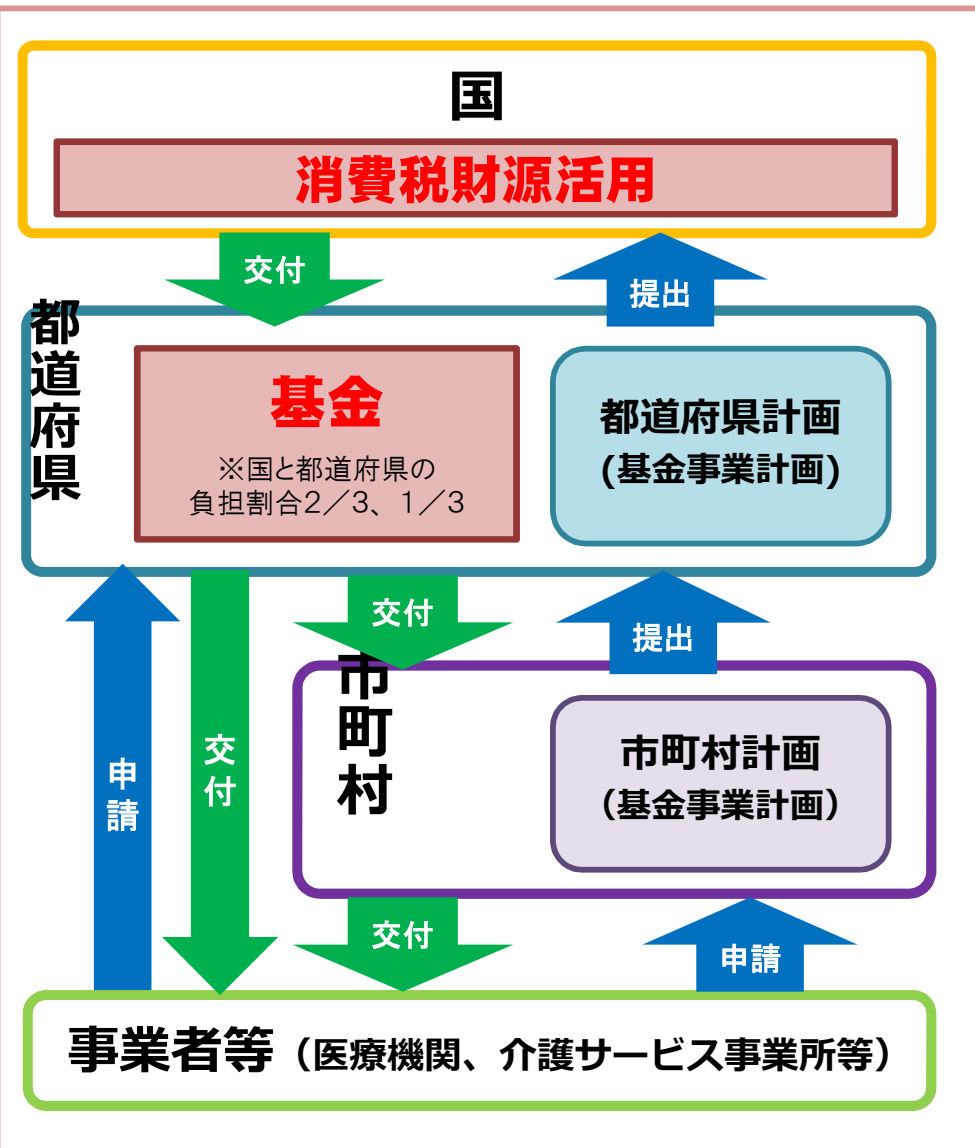
※ 日本専門医機構  
総合診療専門研修プログラム整備基準  
(平成28年2月29日改訂版)

## **( 2 ) ー④ インセンティブ**

# 地域医療介護総合確保基金

平成29年度政府予算:公費で1,628億円  
(医療分 904億円、介護分 724億円)

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
- このため、平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度(地域医療介護総合確保基金)を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



## 都道府県計画及び市町村計画（基金事業計画）

- 基金に関する基本的事項
  - ・公正かつ透明なプロセスの確保(関係者の意見を反映させる仕組みの整備)
  - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
  - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
- 都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項  
医療介護総合確保区域の設定※1 / 目標と計画期間(原則1年間) / 事業の内容、費用の額等 / 事業の評価方法※2
  - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏域を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏域を念頭に設定。
  - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施  
国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用
- 都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成

## 地域医療介護総合確保基金の対象事業

- 1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- 2 居宅等における医療の提供に関する事業
- 3 介護施設等の整備に関する事業(地域密着型サービス等)
- 4 医療従事者の確保に関する事業
- 5 介護従事者の確保に関する事業

## 救急勤務医支援事業（補助金の事業としては25年度まで、26年度以降は地域医療介護総合確保基金を活用）

第二次救急医療機関に勤務する救急医の処遇改善を図るため、休日・夜間において救急勤務医手当（宿日直手当や超過勤務手当とは別）を支給する。

- （対象経費） 勤務医に対する手当（救急勤務医手当）
- （補助先） 都道府県（間接補助先：厚生労働大臣が認める者）
- （補助率） 1/3（負担割合：国1/3、都道府県2/3以内、市町村2/3以内、事業主2/3以内）
- （創設年度） 平成21年度
- （実施都道府県数） 5都道府県

## 産科医等確保支援事業（補助金の事業としては25年度まで、26年度以降は地域医療介護総合確保基金を活用）

産科医等の処遇を改善しその確保を図るため、分娩手当等を支給する分娩取扱機関に対して財政支援を行う。

- （対象経費） 産科医等に対する手当（分娩取扱手当）
- （補助先） 都道府県（間接補助先：市町村、厚生労働大臣が認める者※）  
※高額な分娩費用を得ている分娩取扱機関を除く。
- （補助率） 1/3（負担割合：国1/3、都道府県2/3以内、市町村2/3以内、事業主2/3以内）
- （創設年度） 平成21年度
- （実施都道府県数） 46都道府県

## 新生児医療担当医確保支援事業（補助金の事業としては25年度まで、26年度以降は地域医療介護総合確保基金を活用）

過酷な勤務状況にある新生児医療担当医の処遇を改善するため、出生後NICUへ入室する新生児を担当する医師へ手当を支給する医療機関に対し財政支援を行う。

- （対象経費） 出生後NICUに入る新生児を担当する医師に対する手当
- （補助先） 都道府県（間接補助先：市町村、その他厚生労働大臣が認める者）
- （補助率） 1/3（負担割合：国1/3、都道府県2/3以内、市町村2/3以内、事業主2/3以内）
- （創設年度） 平成22年度
- （実施都道府県数） 31都道府県

### **（３） 最近の検討経緯等**



# 医師偏在対策についての議論の流れについて

## 平成27年6月「経済財政運営と改革の基本方針2015」（抜粋）

「人口構造の変化や地域の実情に応じた医療提供体制の構築に資するよう、地域医療構想との整合性の確保や地域間偏在 等の是正などの観点を踏まえた医師・看護職員等の需給について、検討する。」

## 平成27年12月「医療従事者の需給に関する検討会」

### 平成28年6月 医師需給分科会中間取りまとめ(抜粋)

「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  
がっていかない。」

「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っていく観点から、「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、(中略)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。」

「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。」

(「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」開催のため中断)

## 平成28年10月「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」

### 平成29年4月 報告書(抜粋)

「医師偏在についても、働き方実態調査等によれば、(条件が合えば)「地方での勤務を希望する」との趣旨の回答をした者が相当程度存在することが明らかになった。これは、多くの医師は、潜在的には地方での勤務に魅力を感じ、キャリア形成や生活への支障を来たす要素が除かれれば、地方で従事する可能性が多く秘められていることを意味する。(中略)規制的手段によって強制的に医療従事者を誘導・配置すれば足りる」、「へき地等に『当てがう』との発想に依存すべきではない。」

「敢えて医師数を増やす必要がない環境を作り上げていくことが重要と考える。」

「医師－医師間で行うグループ診療や、医師－他職種間等で行うタスク・シフティング(業務の移管)／タスク・シェアリング(業務の共同化)を、これまでの「チーム医療」を発展させる形で有効活用すべきである。」

## 平成29年4月「医療従事者の需給に関する検討会」 再開

平成29年6月 早期に実行可能な医師偏在対策について

平成29年9月13日「医師需給分科会」において医師偏在対策の本格的議論開始予定

## 経済財政運営と改革の基本方針2017～人材への投資を通じた生産性向上～(平成29年6月9日)(抜粋)

「増員してきた医学部定員について、医師需給の見通しを踏まえて精査を行う。また、全体としての医師数増加が地域における医師の確保につながり全ての国民が必要な医療が受けられるよう、(中略)抜本的な地域偏在・診療科偏在対策を検討する。」

## 1. 目的

「医療従事者の需給に関する検討会」の設置と合わせて、同検討会に「医師需給分科会」を設置し、医師の需給推計に基づく今後の医学部定員の在り方について検討するとともに、医師の地域偏在・診療科偏在の是正策についても併せて検討する。

## 2. 検討事項

- ・ 医師の需給推計について
- ・ 医学部定員の在り方について（平成29年度・平成31年度に終了する暫定的な医学部定員増の在り方を含む）
- ・ 医師の地域偏在・診療科偏在の是正策について

## 3. 構成員（○は座長）

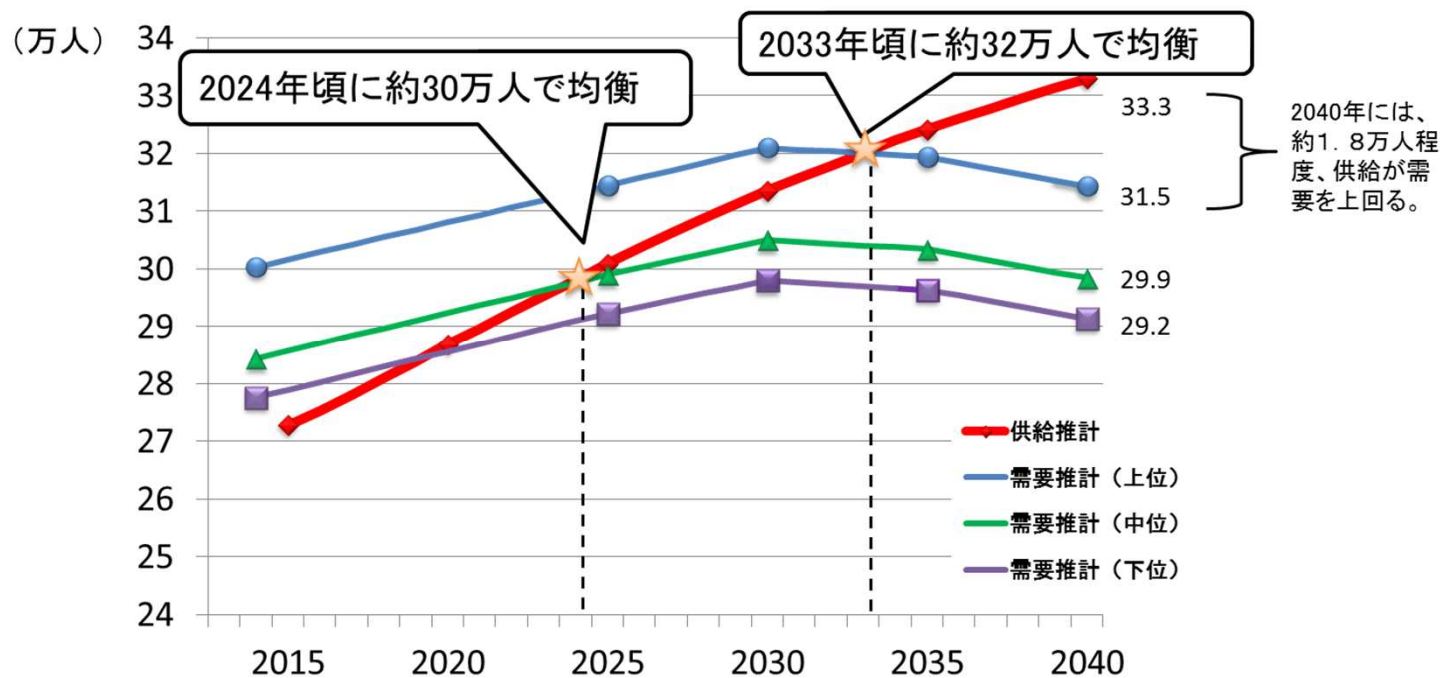
- |                                 |                                    |
|---------------------------------|------------------------------------|
| 新井 一（全国医学部長病院長会議会長）             | 斐 英洙（ハイズ株式会社 代表取締役社長）              |
| 今村 聡（日本医師会副会長）                  | 羽鳥 裕（日本医師会常任理事）                    |
| 戎 初代（東京ベイ・浦安市川医療センター集中ケア認定看護師）  | 平川 淳一（日本精神科病院協会常務理事）               |
| 小川 彰（岩手医科大学理事長）                 | 平川 博之（全国老人保健施設協会副会長）               |
| ○ 片峰 茂（長崎大学学長）                  | 福井 次矢（聖路加国際大学学長）                   |
| 神野 正博（全日本病院協会副会長）               | 堀之内 秀仁（国立がん研究センター中央病院 呼吸器内科病棟医長）   |
| 北村 聖（国際医療福祉大学医学部長）              | 本田 麻由美（読売新聞東京本社医療ネットワーク事務局次長）      |
| 権丈 善一（慶應義塾大学商学部教授）              | 松田 晋哉（産業医科大学医学部教授）                 |
| 鶴田 憲一（全国衛生部長会会長）                | 森田 朗（津田塾大学総合政策学部教授）                |
| 永井 康德（医療法人ゆうの森理事長）              | 山内 英子（聖路加国際病院副院長）                  |
| 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） | 山口 育子（認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長） |
|                                 | （※オブザーバー：文部科学省高等教育局医学教育課長）         |

## 4. スケジュール

- ・ 平成27年12月10日 第1回開催
- ・ 平成28年6月3日 中間取りまとめ
- ・ 平成29年4月20日 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報告書について  
医師偏在対策の今後の検討の進め方について

# 医師の需給推計の結果について（暫定）

- 本推計は、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ために行った暫定的な推計であり、今後、全国調査等を行った上で、より精緻な推計を行う。
- 需要推計においては、
  - ① 地域医療構想を踏まえて、高度急性期、急性期、回復期、慢性期といった病床の区分ごとに、必要医師数を見込む
  - ② 国際保健分野、製薬業界、大学の基礎研究等の臨床以外に従事する医師数について、世界最多水準や今後の増加を十分に見込む
  - ③ 医師の勤務時間の短縮を見込む  
など、精緻に推計。
- ※1 国際保健分野（2025年；現状の約2倍、2040年；さらに20%増）、製薬業界（2025年；世界最多水準（対人口比）、2040年；さらに20%増）、大学の基礎研究（2025年；20%増）等
- ※2 上位推計では、高度急性期・急性期に従事する医師の労働時間（56.6時間）が、他の病院・診療所と同レベルの45.7時間まで改善すると見込んで推計。（中位推計では他の病院・診療所との労働時間の差が50%、下位推計では25%縮小するとして推計）
- 供給推計においては、今後の医学部定員については、平成28年度の9,262人が維持されるとして推計。
- ※3 女性医師、高齢医師、研修医については、それぞれ働き方等を考慮し、30～50歳代の男性医師を1とした場合に、女性医師0.8、高齢医師0.8、研修医1年目0.3、研修医2年目0.5として推計



# 医師需給分科会中間取りまとめにおける当面の医学部定員の基本的方針

| 年度                                    | H19<br>(2007) | H20<br>(2008) | H21<br>(2009) | H22<br>(2010) | H23<br>(2011) | H24<br>(2012) | H25<br>(2013) | H26<br>(2014) | H27<br>(2015) | H28<br>(2016) | H29<br>(2017) | H30<br>(2018) | H31<br>(2019) | H32<br>(2020) | H33<br>(2021) |
|---------------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 総入学定員                                 | 7,625         | 7,793         | 8,486         | 8,846         | 8,923         | 8,991         | 9,041         | 9,069         | 9,134         | 9,262         |               |               |               |               |               |
| 平成31年度増員                              |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |
| 平成30年度増員                              |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |
| 平成29年度増員                              |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |
| 平成28年度増員【新成長戦略】<br>28人                |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |
| 平成27年度増員【新成長戦略】<br>65人                |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |
| 平成26年度増員【新成長戦略】<br>28人                |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |
| 平成25年度増員【新成長戦略】<br>50人                |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |
| 平成24年度増員【新成長戦略】<br>68人                |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |
| 平成23年度増員【新成長戦略】<br>77人                |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |
| 平成22年度増員<br>【経済財政改革の基本方針2009】<br>360人 |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |
| 平成21年度増員<br>【緊急医師確保対策】<br>国公立大学 189人  |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |
| 平成20年度増員<br>【緊急医師確保対策】<br>公立大学 23人    |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |
| 平成20年度増員<br>【新医師確保総合対策】<br>105人       |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |
| 平成21年度増員<br>【経済財政改革の基本方針2008】<br>504人 |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |
| 平成20年度増員【緊急医師確保対策】<br>40人             |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |
| 平成19年度定員<br>7,625人                    |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |
| 平成28年度医学部新設<br>100人 東北医科薬科大学          |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |

臨時定員

恒久定員

①地域枠、②研究医枠、③歯学部振替枠  
の3つの枠組みによる、平成31年度までの臨時定員増  
※平成28年度時点①592人、②40人、③44人

医師確保が必要な地域や診療科に医師を確保・配置するための、  
平成29年度までの臨時定員増  
※都府県ごとに最大5人まで、北海道は15人まで

医師不足県（青森、岩手、秋田、山形、福島、新潟、山梨、長野、岐阜、三重）  
及び自治医科大学における、平成29年度までの臨時定員増 ※最大10人まで

①大学が医師不足が深刻な地域や診療科の医師を確保するための実効ある取組（地域医療貢献策）を講ずることを前提とした恒久定員増  
②歯科医師養成過程を有する私立大学が、歯科医師養成過程の入学定員を平成10年度比で10%を超えて削減する場合、教育上支障のない範囲での当該削減数分の恒久定員増

医師養成総数が少ない県（神奈川、和歌山）における恒久定員増 ※各県20人まで

平成29年度から31年度までの追加増員

→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

平成20・21年度から29年度までの暫定増

→当面延長する

9,262

平成32年度以降の医師養成数

→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、平成22年度から31年度までの暫定増の取扱いも含め、結論を得る

※【】内の閣議決定等に基づき、医学部入学定員の増員を行ってきた。



# 医師偏在対策のポイント

- 平成18年の「医師の需給に関する検討会」において、
  - ・ 平成34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しない
  - ・ 医師の養成は中長期の期間を要するものであるが、医師数の地域間格差は必ずしも減少に向かっておらず、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た。
- これを踏まえ、医師確保が必要な地域や診療科への従事を要件とする「地域枠」を中心に、平成20年度以降、医学部定員の暫定増等により1,637名の増員が図られ、平成28年度には、過去最高の9,262人の定員となった。
- また、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、キャリア支援、業務負担軽減等のインセンティブ付け等を推進する対策を実施してきた。
  - 【例】
    - ・ 診療報酬による小児・産科の評価、病院勤務医の負担軽減・処遇改善（平成20年～）
    - ・ 地域医療支援センターの設置（平成23年度から予算事業で実施、平成26年10月から法定化）
    - ・ 医療勤務環境改善支援センターの設置（平成26年10月～）
    - ・ 医療関係職種の業務範囲の見直し（看護師の特定行為研修制度）（平成27年10月～）等
- これにより、小児科や産婦人科の医師数の増加など、一定の改善が見られたが、地域の医師不足の指摘は根強い。
- 医学部定員の増加による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がらない。
- このため、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っていく観点から、さらに強力な医師偏在対策について議論を進める。

# 「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会」の中間取りまとめに掲げられた医師偏在対策一覧

以下の事項は「医療従事者の需給に関する検討会」における構成員の意見、関係団体からの提言、保健医療2035等の提案を取りまとめたものである。

## 1. 医師の配置に係る対策(直接的な対策)

### (1) 医学部

○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**の在り方を検討  
○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づけ

### (2) 臨床研修

○臨床研修の質等に配慮しつつ、臨床研修希望者に対する**募集定員倍率のなお一層の縮小**を検討  
○都道府県別の募集定員の設定に当たり、医師不足地域等により配慮  
○募集定員の配分等に対する**都道府県の権限を一層強化**  
○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

### (3) 専門医

○国・都道府県における適切な権限行使や役割分担の枠組みとして、**都道府県等の調整等に関する権限を明確化**する等の対応を検討  
○専攻医の募集定員について、**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の設定**を検討

### (4) 医療計画による医師確保対策の強化

○**医療計画**に、**医師不足の診療科・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に利用  
○将来的に医師偏在等が続く場合に、十分ある診療科の診療所の開設について、**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**

### (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

### (6) 地域医療支援センターの機能強化

○地域医療支援センターについて、所在地の医育機関と連携し、医学部入学から生涯にわたる医師のキャリア形成・異動を把握し、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

### (7) 都道府県から国等への対策の求め

○都道府県が、国、関係機関等に必要な対策を求めることができる枠組みの検討

### (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

### (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

### (10) 医療事業の承継税制

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

## 2. 医師の就労環境改善等に関する対策(間接的な対策)

### (1) 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の推進

### (2) 技術革新に対応した医療提供

○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

### (3) チーム医療

○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

### (4) 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

# 医師の地域偏在・診療科偏在の解消に向けた強力な取組の推進

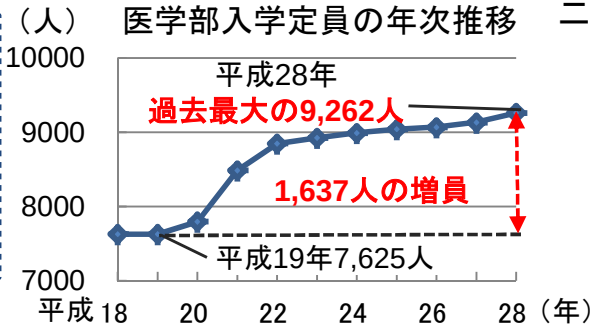
経済財政運営と改革の基本方針2015(平成27年6月30日)

平成28年5月11日第8回経済財政諮問会議 経済・財政再生  
計画に沿った社会保障改革の推進②(塩崎臨時議員提出資料)

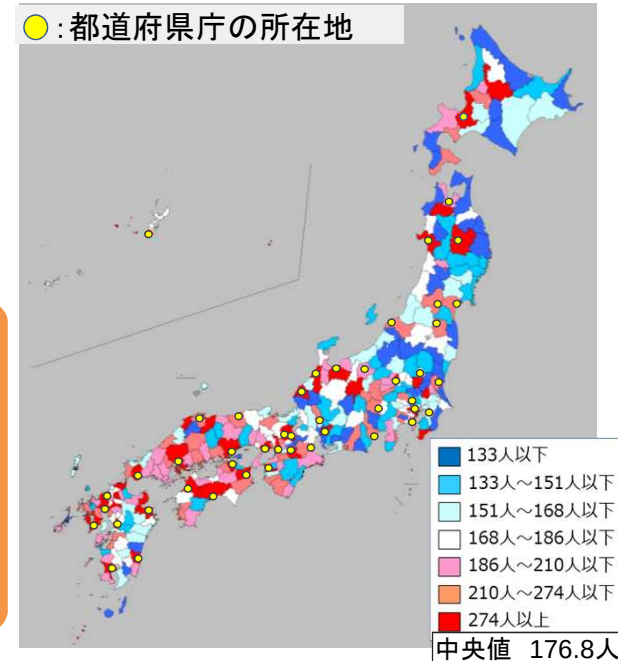
「人口構造の変化や地域の実情に応じた医療提供体制の構築に資するよう、地域医療構想との整合性の確保や地域間偏在等の是正などの観点を踏まえた医師・看護職員等の需給について、検討する。」

## 【現状・課題】

- 平成20年度以降、**医学部定員を大幅に増員**。
- しかし、未だに**医師の地域偏在・診療科偏在が解消されていない**との指摘。



二次医療圏ごとの人口10万対医師数(平成26年)



## 【対応の方向性】

### ＜従前の医師確保対策＞

医師の診療科・勤務地の**選択の自由を前提**

例) 診療報酬による小児・産科の評価

- ・ 地域医療支援センターによる医師不足病院への医師の斡旋等
- ・ 医療勤務環境改善支援センターの設置

- 医師に対する**規制を含めた地域偏在・診療科偏在の是正策**を検討。  
※年内に取りまとめ予定

## 今後検討を進める対策の例

### 医師養成課程の見直し

**医学部**: より**地域定着が見込まれる入学者枠**等の検討

**臨床研修**: 臨床研修の募集定員の配分に関する**都道府県権限の強化**、出身大学の地域での研修の促進

**専門医**: **地域ごと・診療科ごとの定員枠の設定** 等

### 都道府県の役割強化

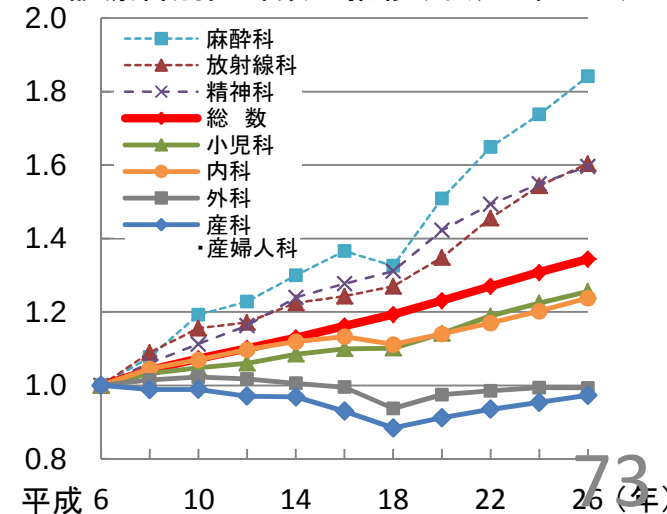
**医療計画**(※保健医療2035でも同様の提言あり):

- **不足する地域・診療科等で確保すべき医師の目標値を設定した医師確保計画**の策定
- **将来的に、医師の偏在等が続く場合に、保険医の配置・定数の設定等**を検討

**地域医療支援センター**: センター機能の抜本的強化

**管理者**: **特定地域・診療科での診療の従事を、診療所等の管理者要件**とすることを検討 等

診療科別医師数の推移(平成6年:1.0)





経済財政運営と改革の基本方針2016 ～600兆円経済への道筋～  
(平成28年6月2日) (抜粋)

医療従事者の需給の見通し、地域偏在対策等について検討を進め、  
本年内に取りまとめを行う。

特に医師については、地域医療構想等を踏まえ、実効性のある地域偏在・  
診療科偏在対策を検討する。

# 「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」

- ◆ 新たな時代にふさわしい医療提供体制の構築に向けた道筋を描き、基本哲学となる保健医療・介護のビジョンの確立に向け、「**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**」を平成28年10月に設置
- ◆ 日本の医療を取り巻く環境は、今後、多死社会の到来、ICTやAIの発展、地域包括ケアの推進、地域医療構想を踏まえた病床機能の分化など大きな変化に直面。こうした変化を踏まえ、従来からの発想や手法を超えて、「**我が国が目指す新たな医療の在り方**」と、この在り方を踏まえた「**医師・看護師等の新しい働き方・確保の在り方**」を検討

## 構成員

◎：座長

|         |                             |
|---------|-----------------------------|
| 井元 清哉   | 東京大学医科学研究所ヘルスインテリジェンスセンター教授 |
| 尾身 茂    | 独立行政法人地域医療機能推進機構理事長         |
| 熊谷 雅美   | 恩賜財団済生会横浜市東部病院 看護部長         |
| ◎ 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   |
| 庄子 育子   | 日経BP社医療局編集委員・日経ビジネス編集委員     |
| 鈴木 英敬   | 三重県知事                       |
| 永井 康德   | 医療法人ゆうの森理事長                 |
| 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     |
| 裴 英洙    | ハイズ株式会社 代表取締役社長             |
| 星 北斗    | 公益財団法人 星総合病院理事長             |
| 堀田 聰子   | 国際医療福祉大学大学院教授               |
| 松田 晋哉   | 産業医科大学医学部 公衆衛生学教室教授         |
| 丸山 泉    | 日本プライマリ・ケア連合学会理事長           |
| 宮田 裕章   | 慶應義塾大学医学部 医療政策・管理学教室教授      |
| 武藤 真祐   | 医療法人社団鉄祐会理事長・祐ホームクリニック院長    |
| 山内 英子   | 聖路加国際病院 乳腺外科部長・ブレストセンター長    |

## 本検討会に期待される成果

- ◆ 今後の医療の在り方、これを踏まえた医療従事者の働き方に関する「**基本哲学**」、これからの医療政策の「**背骨**」となるもの
- ◆ 新たな時代にふさわしい**医療・介護従事者の需給推計の在り方の起点**
- ◆ **医療・介護従事者の確保の具体的な方策**などにつながるもの

## 検討のスケジュール

- ◆ 第1回 新たな医療の在り方について（自由討議）
- ◆ 第2回 今後の検討の全体構造について
- ◆ 第3・4回 構成員によるプレゼンテーション
- ◆ 第5・6回 中間的な議論の整理に向けた検討
- ◆ 第7回 中間的な議論の整理（平成28年12月22日）
- ◆ 第8・9回 関係団体等からのヒアリング
- ◆ 第10～12回 参考人からのヒアリング  
構成員によるプレゼンテーション
- ◆ 第13・14回 とりまとめに向けた検討
- ◆ 第15回 報告書とりまとめ（平成29年4月6日）

※ **医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する大規模な全国調査**（研究班代表者：井元構成員）を実施し、議論に提供された。

経済財政運営と改革の基本方針2017 ～人材への投資を通じた生産性向上～  
(平成29年6月9日) (抜粋)

2008年度(平成20年度)以降臨時増員してきた医学部定員について、医師需給の見通しを踏まえて精査を行う。また、全体としての医師数増加が地域における医師の確保につながり全ての国民が必要な医療が受けられるよう、医師等の負担を軽減しつつ医療の質を確保するため、看護師の行う特定行為の範囲の拡大など十分な議論を行った上で、タスクシフティング(業務の移管)、タスクシェアリング(業務の共同化)を推進するとともに、複数医師によるグループ診療や遠隔診療支援等のへき地等に勤務する医師の柔軟な働き方を支援するなど抜本的な地域偏在・診療科偏在対策を検討する。

今後の医師確保対策の検討スケジュール予定

|             | 検討場所                    | 平成29年                                                                                                                                                                                                         |                                                               |                                      | 平成30年                                                                                             |
|-------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
|             |                         | 2 四半期                                                                                                                                                                                                         | 3 四半期                                                         | 4 四半期                                | 1 四半期                                                                                             |
| 医師の働き方改革    | 働き方改革実行計画を踏まえた検討の場合     | <div>○労働時間短縮策等の検討</div> <div>○時間外労働規制の検討</div> <div></div>                                                                                                                                                    |                                                               |                                      | <div>中間整理</div> <div>引き続き検討</div>                                                                 |
| 医師偏在対策・需給推計 | 医師需給分科会                 | <div>○地域医療支援センターの強化等</div> <div>・キャリア形成プログラムについて</div> <div>・へき地における医師確保について</div> <div>・若手医師へのアプローチについて</div> <div>・医師の勤務負担軽減について</div> <div></div>                                                          | <div>早期に実行可能な偏在対策を整理</div> <div>○抜本的な医師偏在対策</div> <div></div> | <div>法案提出を視野にとりまとめ</div> <div></div> | <div>○医師需給推計</div> <div>※平成32年度以降の医学部定員の取扱いについて判断するためには、周知期間を含め平成30年春頃までに医師需給推計の結論を得る必要がある。</div> |
| 医師養成課程      | 今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会 | <div>○地域医療に求められる専門医制度の在り方の検討</div> <div>・専門医取得は義務ではない</div> <div>・地域医療従事者や女性医師等への配慮</div> <div>・研修の中心は大学のみではなく地域の中核病院等</div> <div></div> <div>○卒前・卒後の一貫した医師養成の在り方の検討</div> <div>○医師養成の制度における地域医療への配慮の検討</div> |                                                               |                                      |                                                                                                   |
|             |                         | <div>専門医新整備指針の改定</div>                                                                                                                                                                                        | <div>学会ごとの対応状況の確認</div>                                       |                                      |                                                                                                   |

# 関係団体等の主張①

| 項目                     | 要望、提言など                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 都道府県主体の<br>医師確保対策      | <ul style="list-style-type: none"> <li>○<b>社会保障制度改革国民会議報告書</b>（平成25年8月） <ul style="list-style-type: none"> <li>・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、<u>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。</u></li> </ul> </li> <li>○<b>四国市議会議長会</b>（平成29年4月「地域の医師不足、偏在の解消要望に関する決議」） <ul style="list-style-type: none"> <li>・各都道府県が配置する医療対策協議会等において医師の需要調整を行えるような仕組みを構築するなど、有効な対策を実施するよう強く要望する。</li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 管理者要件等による<br>医師偏在対策    | <ul style="list-style-type: none"> <li>○<b>全国自治体病院協議会等要望</b>（平成27年11月） <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師の地域偏在、診療科を解消するために、需給調整に必要な開業規制と診療科ごとの医師数規制について導入を検討し、専門医師数の制限や<u>一定期間医師不足地域への勤務の義務付け</u>などを講じ、医療提供体制の均てん化施策を早急に実行すること。</li> </ul> </li> <li>○<b>全国自治体病院協議会等要望</b>（平成29年9月） <ul style="list-style-type: none"> <li>・病院又は診療所の管理者となるためには、<u>一定期間医師不足地域での勤務実績を条件とする。</u></li> </ul> </li> <li>○<b>日医・医学部長病院長会議提言</b>（平成27年12月「医師の地域・診療科偏在解消の緊急提言」） <ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>一定期間、医師不足地域で勤務した経験があることを病院・診療所の管理者の要件とする。</u></li> </ul> </li> <li>○<b>全国知事会要望</b>（平成28年7月「平成29年度国の施策並びに予算に関する提案・要望（社会保障関係）」） <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域及び診療科における医師偏在や全国的に深刻な状況に陥っている医師不足の抜本的改善を図るため、地域及び診療科における必要な医師数を明確にした上で、<u>医師養成の在り方等について早急に見直し、医師不足地域における一定期間の診療を義務付けるなど、医師確保対策を強力に推進すること。</u></li> </ul> </li> <li>○<b>NPO「全世代」私案</b>（平成28年9月「医師の地理的偏在の解消に向けて」）（参考） <ul style="list-style-type: none"> <li>・保険医登録の条件、あるいは、「<u>保険医療機関の責任者になるための条件として、専門研修を終えた後の一定の時期に、深刻な「医師不足地域」において一定期間勤務することを求めることとする。</u></li> </ul> </li> <li>○<b>宗谷地域要望</b>（平成28年7月）、<b>稚内市要望</b>（平成27年11月） <ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>医師不足地域での一定期間の勤務の義務付け</u>など医師派遣体制を構築し、地域医療の確保につながるよう改善を図ること。</li> </ul> </li> </ul> |
| 医師養成過程における<br>対策①（医学部） | <ul style="list-style-type: none"> <li>○<b>青森県要望</b>（平成28年8月） <ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>地域枠の運用について、卒業後、県内で一定期間勤務することを担保するための措置を講ずること。</u></li> </ul> </li> <li>○<b>全国町村会要望</b>（平成29年7月「平成30年度政府予算編成及び施策に関する要望」） <ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>地域医療を担う医師の養成と地域への定着をはかるための方策を講ずること</u></li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |



## 関係団体等の主張②

| 項目                  | 要望、提言など                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 医師養成過程における対策②(臨床研修) | <ul style="list-style-type: none"> <li>○<b>鹿児島県要望</b>（平成28年10月）<br/>・臨床研修制度について、<u>都市部集中の是正効果が地方の研修医数の増加に確実につながるような制度</u>とすること。</li> <li>○<b>青森県要望</b>（平成28年8月）<br/>・募集定員について、<u>医師不足の都道府県に多く割り振る傾斜配分とするなどの措置</u>を講ずること。</li> <li>○<b>兵庫県要望</b>（平成28年7月）<br/>・臨床研修病院の指定に当たって、<u>地域の実情が勘案される制度</u>に改めること。</li> <li>○<b>日医・医学部長病院長会議提言</b>（平成27年12月「医師の地域・診療科偏在解消の緊急提言」）<br/>・臨床研修は原則、<u>出身大学の地域</u>（出身大学の関連病院のある範囲を含む）で行う。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 医師養成過程における対策③(専門研修) | <ul style="list-style-type: none"> <li>○<b>全国衛生部長会要望</b>（平成28年3月「衛生行政の施策及び予算に関する重点要望書」）<br/>・専門医の診療科ごと、<u>地域ごとの医師の適正数や専門医等の認定基準の設定等</u>による診療科間、地域間の医師偏在の解消に努め（中略）ていただきたい。</li> <li>○<b>全国知事会要望</b>（平成28年7月「新たな専門医制度に対する要望」）<br/>・医師の<u>地域偏在及び診療科偏在を助長することのない仕組みを構築するために</u>、それぞれの地域の実情を踏まえた上で、<u>国と日本専門医機構、基本診療領域学会は、責任をもって、研修施設や定員の設定等を行うこと。</u></li> <li>○<b>日医・四病協要望</b>（平成28年6月「新たな専門医の仕組みへの懸念について」）<br/>・<u>プログラム作成や地域医療に配慮した病院群の設定等を行うに当たっては</u>、それぞれの地域において都道府県、医師会、大学、病院団体等の関係者が協議、連携し、<u>都道府県の協議会において了解を得ること。</u></li> <li>○<b>全国知事会要望</b>（平成28年7月「新たな専門医制度に対する要望」）<br/>・<u>都道府県に役割を求める際には</u>、国、日本専門医機構、都道府県及び関係機関の役割や<u>権限を法令等で明確に規定すること。</u></li> <li>○<b>JCHO尾身理事長提案</b>（平成28年7月「専門医制度についての提案」）<br/>・<u>各都道府県、あるいは2次医療圏毎に、「一定程度の幅を持った」各診療科別の専攻医「研修枠」を設定することが極めて重要である。</u></li> <li>○<b>奈良県知事要望</b>（平成29年4月「今後の医師養成の在り方と地域医療の確保に関する意見」）<br/>・研修プログラムの運用状況を各都道府県協議会に報告し、地域医療の確保の動向について情報を共有し、必要に応じ、<u>各都道府県が地域医療の確保の観点からの意見を申し述べるができるものとするなど、継続的に地域医療の確保が可能となる仕組みとするべきと考えます。</u></li> </ul> |



## **(4) 論点**

## 現状・課題

## 検討の方向性(案)

**現状** 医療計画には、「医療従事者の確保に関する事項」について定める旨のみ法定

➡ 現状分析・目標・対策の記載は都道府県ごとにバラバラ

記載が不十分な県

- ・ 現状分析：地域ごとの分析なし
- ・ 目標：記載なし、定性的
- ・ 対策：具体的ではない

PDCAサイクルに基づく計画の運用がなされず

**現状** 都道府県が実施できる実効的な医師偏在解消のツールが少ない

特に、都道府県は、管内の医師確保・定着に重要な医師養成への関与が小さい

医学部 ➡ 大学

- ・ 医学部定員設定・学生選抜

臨床研修 ➡ 厚生労働大臣

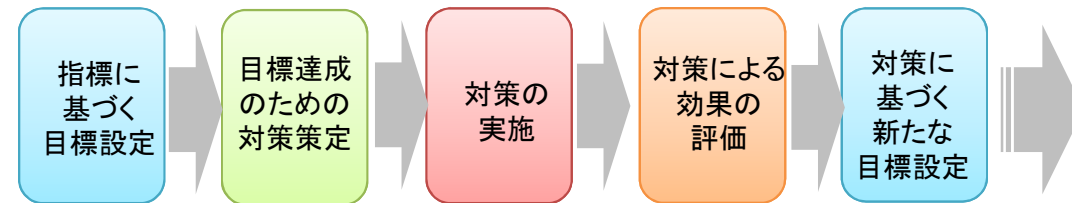
- ・ 臨床研修病院の指定、病院ごとの研修定員設定

専門研修 ➡ 日本専門医機構(現在は各学会)

- ・ 専門医・研修プログラム(研修施設群・研修定員等)認定

医師の多寡を把握できる指標の導入

○ 都道府県が、PDCAサイクルを通じて医師確保できる実効的な計画とする必要



全国ベースで比較可能な指標により、各地域ごとの医師の多寡を客観的に評価・位置付け

○ 医師が多い都道府県・地域ではなく、医師が不足する都道府県・地域で医師が重点的に確保されるような、実効的な医師偏在対策が必要

○ 中長期的な医師確保対策となりうる医師養成に都道府県が関与できる仕組みが必要

## 現状・課題

## 検討の方向性(案)

**現状** 都道府県は、都道府県内の主要な医療機関等を中心に構成する地域医療対策協議会の協議を経て、地域医療対策を実施することが法定

## 地域医療対策協議会のメンバー（医療法に規定）

- ・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
- ・大学等の医療従事者養成機関
- ・社会医療法人
- ・国立病院機構
- ・地域医療機能推進機構
- ・地域の医療関係者団体
- ・関係市町村
- ・地域住民を代表する団体

→ 現在、都道府県によっては、地域医療対策協議会が開催・活用されず（地域医療対策未策定：17県）

## 地域医療対策協議会の開催回数（平成24年4月～平成29年3月）

| 開催回数  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6以上 |
|-------|---|---|---|---|---|---|-----|
| 都道府県数 | 7 | 1 | 0 | 2 | 3 | 3 | 31  |

**現状** 都道府県には、地域医療対策協議会以外に、医師確保に関する協議会等が複数存在

（医師確保に直接関係するもの）

- ・地域医療支援センター運営委員会
- ・へき地保健医療支援対策に関する協議会
- ・専門医協議会

（医師確保に間接的に関係するもの）

- ・地域医療構想調整会議
- ・医療勤務環境改善支援センター

医師養成を含め、医師確保対策には管内の医療機関の協力・合意形成が不可欠

○ 計画的な医師確保対策の実効性を高めるためには、地域医療対策協議会を中心に、管内の医療機関が主体的に役割分担・協議する体制が必要

○ その上で、医師確保に関する協議会等について、関係性を整理・統合するとともに、関係政策と医師確保対策の整合性を確保

現状・課題

検討の方向性(案)

現状

- 平成20年度以降、医学部定員を過去最大規模まで増員
- 増員枠に、医師の地域への定着を目的とした「地域枠」が設定

|        | H19   | H28   |
|--------|-------|-------|
| 医学部定員  | 7,625 | 9,262 |
| 地域枠    | 183   | 1,617 |
| 地域枠の割合 | 2.4%  | 17.5% |

※ 地域枠

- ・ 地域医療や不足診療科等に従事する明確な意思をもった学生の選抜枠
- ・ 奨学金の有無や出身地域を問わない

しかし

- 地元県と別の県に「地域枠」で入学すると、臨床研修修了後、35%しか大学所在県に定着しない
- 地元枠(783)は「地域枠」(1,617)の半数程度

医学部に地元出身者の入学生が増えるような仕組みの工夫が必要

※ただし、相対的に医師不足でない都道府県や、人口に比して医学部定員が少ない都道府県における取扱い等については、一律ではない慎重な検討が必要

<参考データ：出身大学が所在する都道府県で勤務する割合>

|     | 枠あり | 枠なし |
|-----|-----|-----|
| 地域枠 | 68% | 51% |
| 地元枠 | 78% | 38% |

地元枠：大学所在地と出身地（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）が同じ都道府県であるケース

現状・課題

検討の方向性(案)

現状

臨床研修病院の指定・募集定員設定

○幅広い診療能力の習得等を目的として、卒後2年間の臨床研修を必修化

○臨床研修病院の指定、募集定員設定は厚労大臣が実施

→ 地域の医療提供体制の確保に大きな影響を及ぼす臨床研修病院の指定・募集定員設定に対し、地域医療に責任を有する都道府県の関与が限定的

○都市部への研修医の集中抑制のため、

全国の募集定員 を毎年圧縮  
全国の研修希望者数 (平成32年度に1.1倍)

研修医の地域定着

出身地・出身大学と異なる地域で臨床研修を行う医師が一定程度存在

しかし 臨床研修の際に出身県以外に出ると、出身県への定着率が大きく低下  
(90% → 36%)

都道府県が管内の臨床研修病院の指定・定員設定に主体的に関わり、格差是正を進める必要

臨床研修病院の募集定員をさらに圧縮していく必要

臨床研修修了後における、出身地や出身大学の都道府県への定着を図る必要

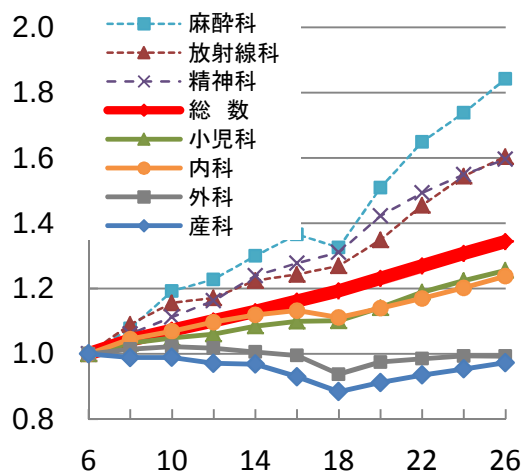
※ただし、相対的に医師不足でない都道府県や、人口に比して医学部定員が少ない都道府県における取扱い等については、一律ではない慎重な検討が必要

現状・課題

検討の方向性(案)

現状

- 専門研修については、これまで学会が独自に認定基準を設定し、医師が自由に診療科を選択  
⇒ 医師が診療科選択をするための情報は不足
- 医師数は継続的に増加している一方、その増分は一部の診療科に集中
- 診療科ごとの労働時間には大きな差が存在
- 新専門医制度においても、診療科偏在の是正策は組み込まれていない
- ⇒ 診療科ごとの専門医の需要が不明
- ⇒ 専門研修体制が地域医療に影響を与える場合にも、日本専門医機構が地方自治体からの意見を踏まえる仕組みが担保されていない



| 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 |

医師が、将来の診療科別の医療需給を見据えて、適切に診療科選択ができる情報提供の仕組みが必要

働き方改革の観点からも、診療科の偏在を是正する仕組みが必要

地域医療に大きな影響を与える専門研修が、これ以上偏在を助長しないような仕組みとすることが不可欠

専門研修体制構築に当たっては、

- 将来の診療科ごとの専門医の需要を明確化していくことが必要
- 法律上、地方自治体の意見を踏まえる仕組みとすることが必要