



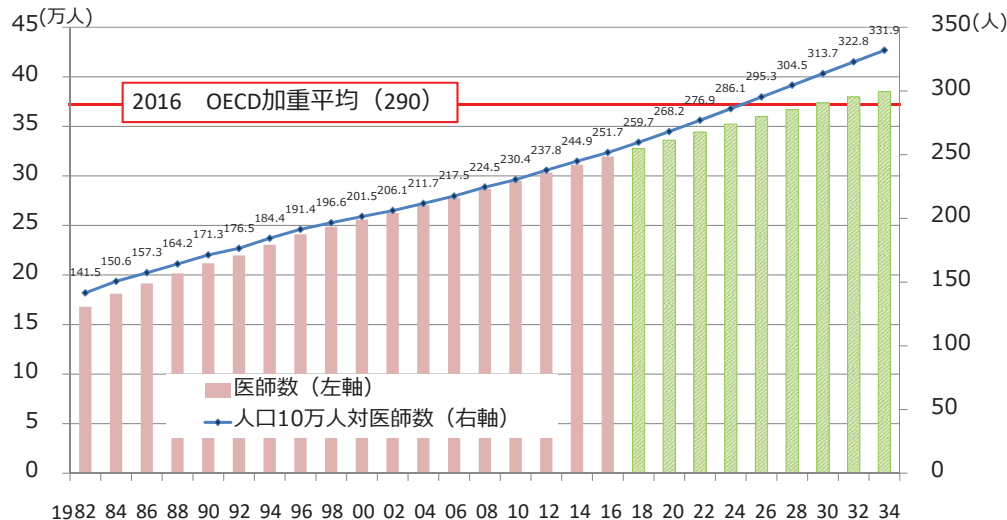
医療法・医師法改正後に期待される地对協の役割

厚生労働省 医政局地域医療計画課
課長 鈴木 健彦

医師の養成等に関する現状

人口10万対医師数の年次推移（将来推計）

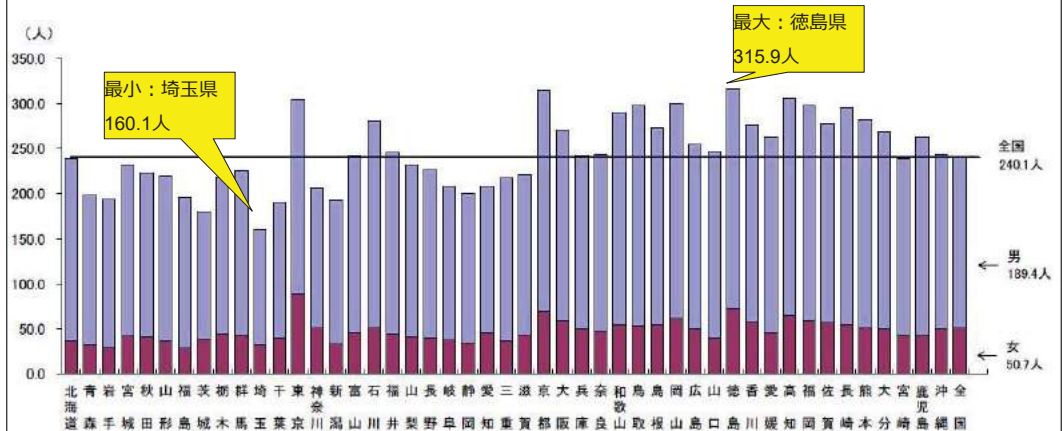
- 現在の医学部定員数が維持された場合、平成37年（2025年）頃人口10万人対医師数がOECD加重平均(290)に達する見込み（2016 OECD statistics）。



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

都道府県（従業地）別にみた医療施設に従事する人口10万対医師数

- 平成28年度の医療施設に従事する人口10万対医師数の全国平均は240.1人で、前回の平成26年度（233.6人）に比べ6.5人増加している。
- これを都道府県（従業地）別にみると、徳島県が315.9人と最も多く、次いで京都府314.9人、高知県306.0人となっており、埼玉県が160.1人と最も少なく、次いで、茨城県180.4人、千葉県189.9人となっている。



（出典）平成28年（2016年）医師・歯科医師・薬剤師調査

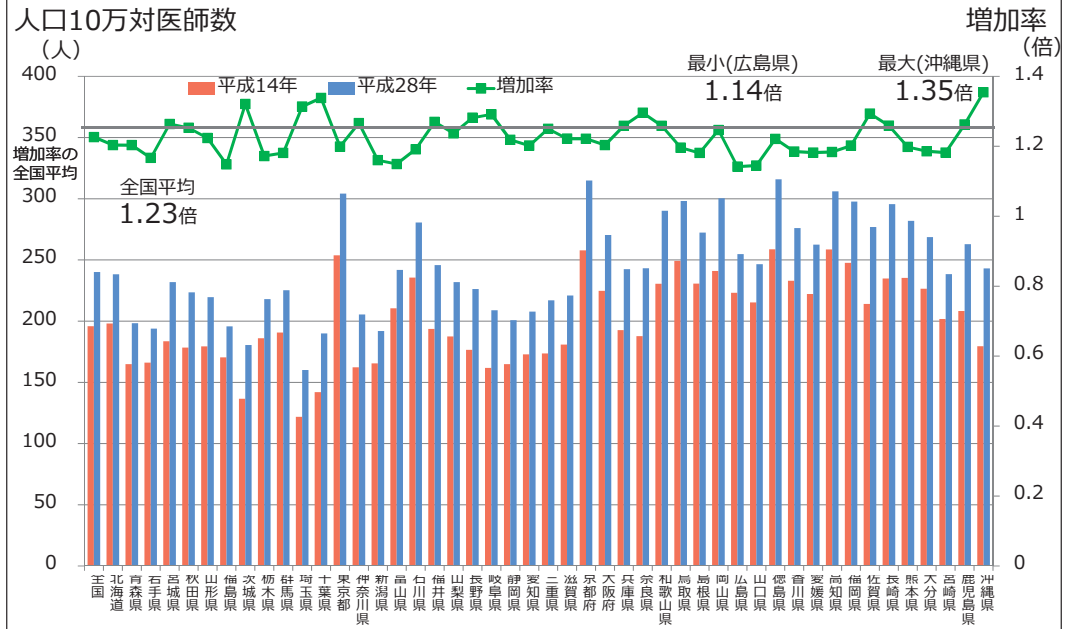
都道府県（従業地）別にみた医療施設に従事する人口10万対医師数

都道府県	順位	医療施設に従事者(人)		都道府県	順位	医療施設に従事者(人)	
		男	女			男	女
全 国	—	240.1	189.4	三 重	36	217.0	180.9
北 海 道	27	238.3	202.2	滋 賀	33	220.9	178.0
青 森	41	198.2	166.0	京 都	2	314.9	245.8
岩 手	43	193.8	163.8	大 阪	15	270.4	210.7
宮 城	28	231.9	189.8	兵 庫	24	242.4	192.2
秋 田	32	223.5	182.2	大 分	22	243.1	195.0
山 形	34	219.5	182.5	和 歌 山	9	290.1	235.1
福 島	42	195.7	166.6	鳥 取	6	298.1	244.2
茨 城	46	180.4	142.2	島 根	14	272.3	217.5
栃 木	35	218.0	173.5	山 口	5	300.4	238.5
群 馬	31	225.2	181.5	広 島	19	254.6	205.0
埼 玉	47	160.1	127.5	山 口	20	246.5	206.2
千 葉	45	189.9	149.8	徳 島	1	315.9	243.1
東 京	4	304.2	215.3	香 川	13	276.0	218.5
神 奈 川	39	205.4	154.7	愛 媛	18	262.5	216.8
新 潟	44	191.9	158.7	香 知	3	306.0	241.6
富 山	25	241.8	196.4	福 岡	7	297.6	238.6
石 川	11	280.6	229.9	佐 賀	12	276.8	219.4
福 井	21	245.8	201.3	長 崎	8	295.7	241.0
山 梨	29	231.8	191.1	大 分	10	281.9	230.9
長 野	30	226.2	186.0	大 分	16	268.5	219.1
岐 阜	37	208.9	171.3	宮 崎	26	238.4	195.2
静 岡	40	200.8	166.3	鹿 児 島	17	262.9	219.7
愛 知	38	207.7	161.9	沖 縄	23	243.1	193.3

都道府県	順位	医療施設に従事者(人)		都道府県	順位	医療施設に従事者(人)	
		男	女			男	女
全 国	—	240.1	189.4	兵 庫	24	242.4	192.2
徳 島	1	315.9	243.1	富 山	25	241.8	196.4
滋 賀	2	314.9	245.8	宮 崎	27	238.4	195.2
高 知	3	306.0	241.6	北 海 道	27	238.3	202.2
東 京	4	304.2	215.3	香 知	28	231.9	189.8
山 梨	5	300.4	238.5	山 梨	29	231.8	191.1
鳥 取	6	298.1	244.2	長 野	30	226.2	186.0
福 岡	7	297.6	238.6	群 馬	31	225.2	181.5
長 崎	8	295.7	241.0	秋 田	32	223.5	182.2
和 歌 山	9	290.1	235.1	滋 賀	33	220.9	178.0
熊 本	10	281.9	230.9	山 形	34	219.5	182.5
石 川	11	280.6	229.9	鳥 取	35	218.0	173.5
佐 賀	12	276.8	219.4	三 重	36	217.0	180.9
香 川	13	276.0	218.5	岐 阜	37	208.9	171.3
島 根	14	272.3	216.8	愛 媛	38	207.7	161.9
大 阪	15	270.4	210.7	神 奈 川	39	205.4	154.7
大 分	16	268.5	219.1	静 岡	40	200.8	166.3
鹿 児 島	17	262.9	219.7	青 森	41	198.2	166.0
愛 媛	18	262.5	216.8	福 島	42	195.7	166.6
山 口	19	254.6	205.0	岩 手	43	193.8	163.8
山 口	20	246.5	206.2	新 潟	44	191.9	158.7
福 井	21	245.8	201.3	千 葉	45	189.9	149.8
奈 良	22	243.1	195.0	茨 城	46	180.4	142.2
沖 縄	23	243.1	193.3	埼 玉	47	160.1	127.5

出典：「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）〔平成28年12月31日現在〕
備考：医師数は、医療施設に従事している医師数

平成14年・28年の都道府県別人口10万対医師数とその増加率



備考：医師数は、医療施設に従事している医師数

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査

平成14年・28年の都道府県別人口10万対医師数とその増加率

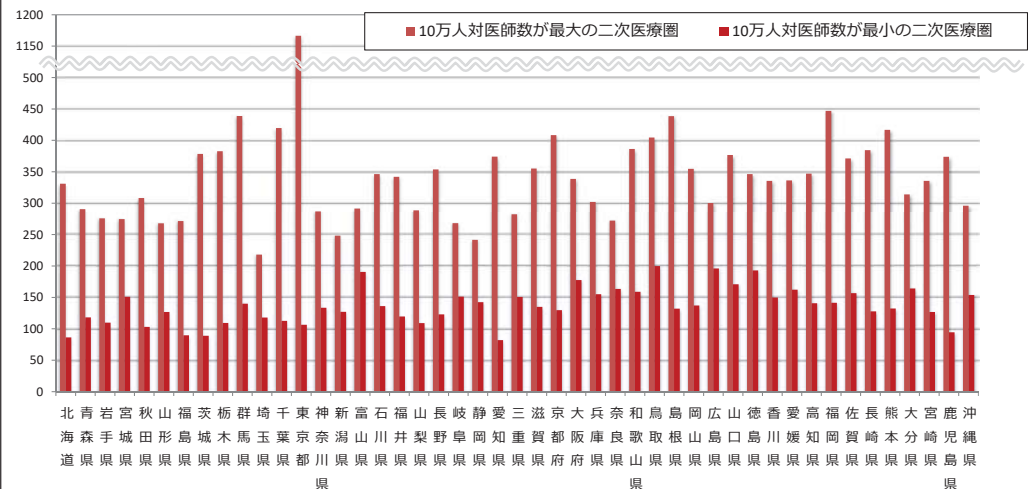
	(人)				増加率	増加率順	(人)				増加率	増加率順
	平成14年(02)	平成28年(16)	差引き	増加率			平成14年(02)	平成28年(16)	差引き	増加率		
全 国	195.8	240.1	44.3	23%	—	三 重	173.6	217.0	43.4	25%	17位	
北 海 道	198.0	238.3	40.3	20%	25位	滋 賀	180.8	220.9	40.1	22%	21位	
青 森	164.8	198.2	33.4	20%	27位	京 都	257.8	314.9	57.1	22%	22位	
岩 手	166.1	193.8	27.7	17%	42位	大 阪	224.7	270.4	45.7	20%	26位	
宮 城	183.5	231.9	48.4	26%	11位	兵 庫	192.6	242.4	49.8	26%	15位	
秋 田	178.4	223.5	45.1	25%	16位	奈 良	187.7	243.1	55.4	30%	5位	
山 形	179.4	219.5	40.1	22%	20位	和 歌 山	230.5	290.1	59.6	26%	14位	
福 島	170.4	195.7	25.3	15%	45位	鳥 取	249.2	298.1	48.9	20%	32位	
茨 城	136.6	180.4	43.8	32%	3位	島 根	230.6	272.3	41.7	18%	40位	
栃 木	186.0	218.0	32.0	17%	41位	岡 山	240.9	300.4	59.5	25%	18位	
群 馬	190.7	225.2	34.5	18%	39位	広 島	223.1	254.6	31.5	14%	47位	
埼 玉	121.8	160.1	38.3	31%	4位	山 口	215.3	246.5	31.2	14%	46位	
千 葉	141.9	189.9	48.0	34%	2位	徳 島	258.7	315.9	57.2	22%	23位	
東 京	253.7	304.2	50.5	20%	30位	香 川	232.9	276.0	43.1	19%	35位	
神 奈 川	162.2	205.4	43.2	27%	10位	愛 媛	222.1	262.5	40.4	18%	38位	
新 潟	165.4	191.9	26.5	16%	43位	高 知	258.5	306.0	47.5	18%	36位	
富 山	210.4	241.8	31.4	15%	44位	福 岡	247.6	297.6	50.0	20%	29位	
石 川	235.5	280.6	45.1	19%	33位	佐 賀	214.0	276.8	62.8	29%	6位	
福 井	193.6	245.8	52.2	27%	9位	長 崎	234.8	295.7	60.9	26%	13位	
山 梨	187.4	231.8	44.4	24%	19位	熊 本	235.3	281.9	46.6	20%	31位	
長 野	176.5	226.2	49.7	28%	8位	大 分	226.5	268.5	42.0	19%	34位	
岐 阜	161.7	208.9	47.2	29%	7位	宮 崎	201.7	238.4	36.7	18%	37位	
静 岡	164.8	200.8	36.0	22%	24位	鹿 児 島	208.3	262.9	54.6	26%	12位	
愛 知	172.8	207.7	34.9	20%	28位	沖 縄	179.5	243.1	63.6	35%	1位	

備考：医師数は、医療施設に従事している医師数

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査

人口10万人当たり医師数が最大・最小の二次医療圏の比較

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



出典：「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）〔平成28年12月31日現在〕

備考：医師数は、医療施設に従事している医師数

市町村別の人口は、便宜上、「平成29年1月1日住民基本台帳」を用いた。

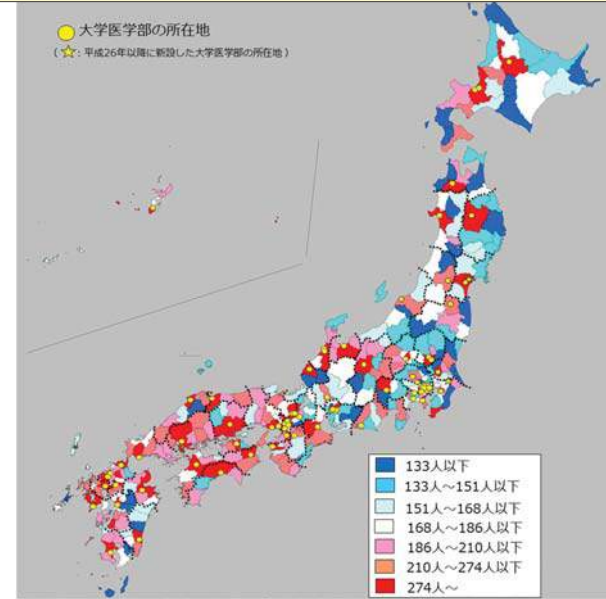
人口10万人対医師数が最大・最小の二次医療圏の比較

各都道府県最大医療圏 (人)				各都道府県最小医療圏 (人)			
医療圏	人口10万対医師数	最大医療圏の多い順	医療圏	人口10万対医師数	最小医療圏の少ない順		
北海道	330.9	28位	北海道	86.2	2位		
青森県	290.5	35位	青森県	118.0	13位		
岩手県	275.8	39位	岩手県	109.7	10位		
宮城県	274.5	40位	宮城県	150.8	33位		
秋田県	308.1	30位	秋田県	102.9	8位		
山形県	267.7	44位	山形県	126.8	17位		
福島県	271.4	42位	福島県	89.7	4位		
茨城県	378.3	12位	茨城県	88.7	3位		
栃木県	382.6	11位	栃木県	109.3	9位		
群馬県	438.8	3位	群馬県	139.8	27位		
埼玉県	218.0	47位	埼玉県	117.7	12位		
千葉県	419.5	5位	千葉県	112.7	11位		
東京都	1166.4	1位	東京都	106.4	7位		
神奈川県	286.8	37位	神奈川県	133.5	23位		
新潟県	248.1	45位	新潟県	127.0	18位		
富山県	291.3	34位	富山県	190.3	44位		
石川県	346.1	22位	石川県	136.2	25位		
福井県	341.8	23位	福井県	119.6	14位		
山梨県	288.4	36位	山梨県	109.1	8位		
長野県	353.6	19位	長野県	122.9	15位		
岐阜県	268.1	43位	岐阜県	151.3	34位		
静岡県	241.5	46位	静岡県	142.3	30位		
愛知県	373.9	14位	愛知県	82.0	1位		
三重県	282.3	38位	三重県	150.7	32位		

出典：「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）〔平成28年12月31日現在〕
備考：医師数は、医療施設に従事している医師数
市町村別の人口は、便宜上、「平成29年1月1日住民基本台帳」を用いた。

二次医療圏ごとの人口10万対医師数（平成28年）

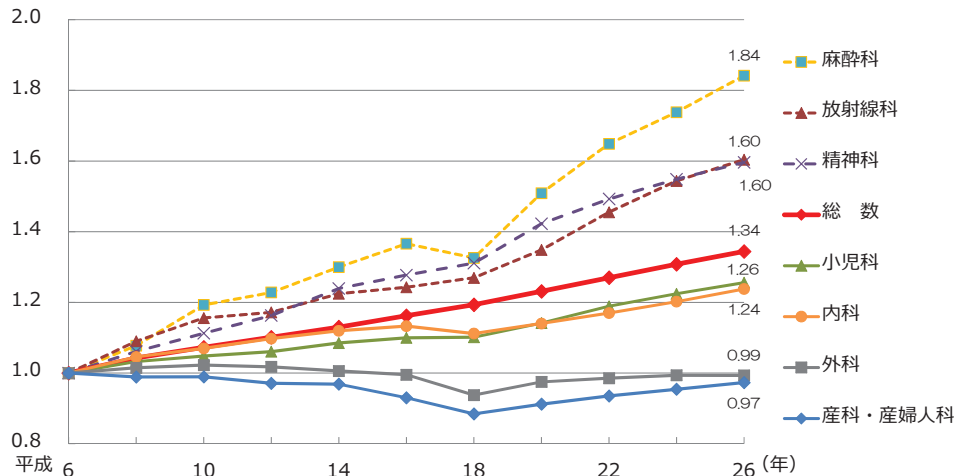
○ 大学医学部の所在地に医師が多く、「西高東低」の傾向にある。
人口10万対医師数（全国）（中央値）182.3人（平均）238.3人



(出典) 平成29年1月1日住民基本台帳・平成28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

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。



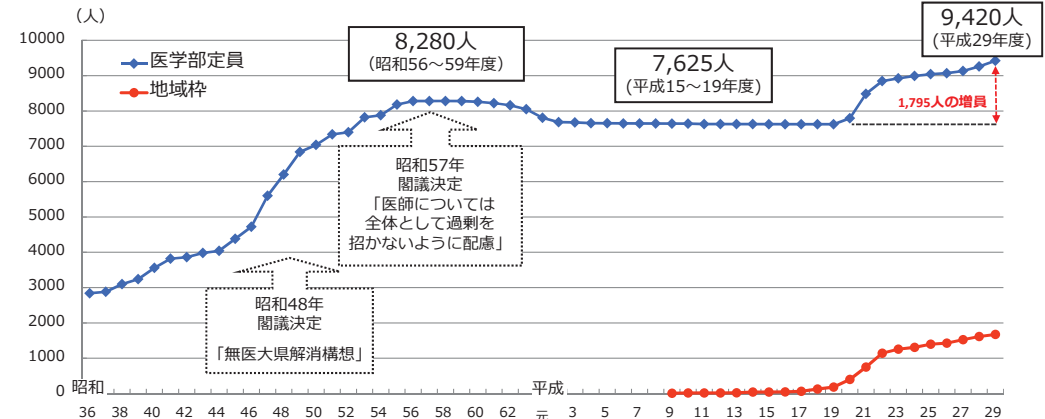
※内科・・・（平成8～18年）内科、呼吸器科、循環器科、消化器科（胃腸科）、神経内科、アレルギー科、リウマチ科、心療内科（平成20～26年）内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科
※外科・・・（平成6～18年）外科、呼吸器外科、心臓血管外科、気管食道科、小児外科（平成20～26年）外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

※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

医学部入学定員と地域枠の年次推移

○ 平成20年度以降、医学部の入学定員を過去最大規模まで増員。
○ 医学部定員に占める地域枠*の数・割合も、増加してきている。
（平成19年度183人（2.4%）→平成29年1674人（17.8%））
地域枠*：地域医療に従事する医師を養成することを主たる目的とした学生を選抜する枠であり、奨学金の有無を問わない。



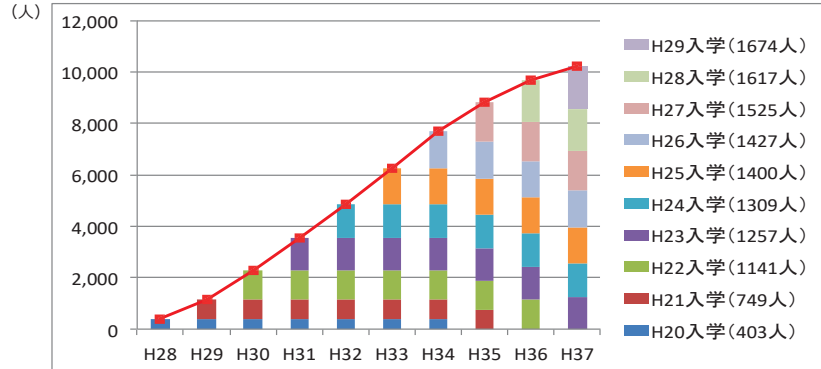
	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29
医学部定員	7625	7625	7625	7793	8486	8846	8923	8991	9041	9069	9134	9262	9420
地域枠	64	129	183	403	749	1141	1257	1309	1400	1427	1525	1617	1674
地域枠の割合	0.8%	1.7%	2.4%	5.2%	8.8%	12.9%	14.1%	14.6%	15.5%	15.7%	16.7%	17.5%	17.8%

地域枠の人数については、文部科学省医学教育課調べ

臨床研修を修了した地域枠医師数の見込み

- 平成20年度以降の医学部の臨時定員増等による地域枠での入学者が順次卒業し、臨床研修を終え、地域医療に従事し始めている。
- 今後、こうした地域枠医師が順次臨床研修を終え、地域医療に従事する医師が増加することに伴い、地域医療支援センターの派遣調整の対象となる医師の増加が見込まれる。

臨床研修を修了した地域枠医師数の見込み



今後、地域医療に従事する医師が順次増加

※ 地域枠（地域医療に従事する医師を養成することを主たる目的とした学生を選抜する枠であり、奨学金の有無を問わない。）の人数については、文部科学省医学教育課調べ。全体の数には様々な条件による地域枠の医師数が含まれているが、ここでは一律に、卒業後9年目まで地域医療に従事する義務があると仮定し、義務年限終了後は累積人数から除外して、単純に累積医師数を見込んだ。また、留年・中途離脱等は考慮していない。

医師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 (2007)	H20 (2008)	H21 (2009)	H22 (2010)	H23 (2011)	H24 (2012)	H25 (2013)	H26 (2014)	H27 (2015)	H28 (2016)	H29 (2017)	H30 (2018)	H31 (2019)	H32 (2020)	H33 (2021)
臨時定員	7,625	7,793	8,486	8,846	8,923	8,991	9,041	9,069	9,134	9,262					
恒久定員															
合計	7,625	7,793	8,486	8,846	8,923	8,991	9,041	9,069	9,134	9,262					

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

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

※ ①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。

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）

- 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」
- 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140万円/年、私立大学で約200万円/年

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。
 - 都道府県内の特定の地域や医療機関（公的病院、民間病院、へき地診療所等）
 - 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）
 - 返還の場合は、利息を支払う

○地域医療介護総合確保基金等を活用した奨学金の貸与見込者数2491人、貸与見込額約54億円（平成28年度） 出典 厚生労働省調べ

平成28年度以降、新たな医師として地域医療等へ貢献

地域枠の導入状況（都道府県別）

- 平成29年入学定員のうち、地域枠募集定員は1,674人。
- 全ての都道府県に地域枠が設置されている。

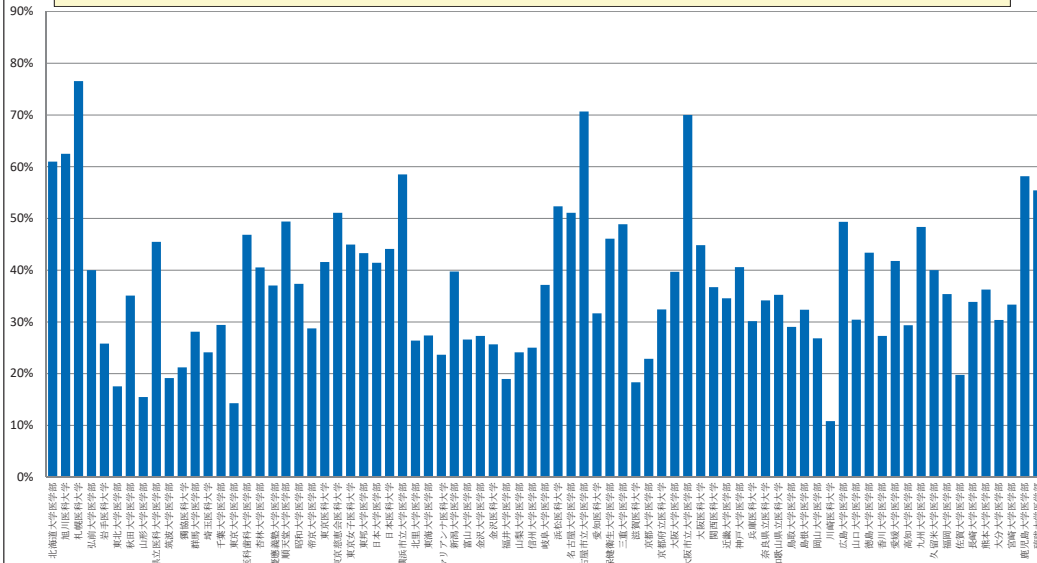
都道府県	H29入学定員	うち地域枠募集定員	都道府県	H29入学定員	うち地域枠募集定員
北海道	344	162	滋賀県	117	28
青森県	132	67	京都府	214	7
岩手県	130	28	大阪府	549	72
宮城県	235	88	兵庫県	229	23
秋田県	129	34	奈良県	115	38
山形県	125	33	和歌山県	100	36
福島県	130	77	鳥取県	110	32
茨城県	140	36	島根県	112	25
栃木県	243	20	岡山県	246	48
群馬県	123	18	広島県	120	20
埼玉県	128	17	山口県	117	33
千葉県	262	20	徳島県	114	17
東京都	1506	111	香川県	114	24
神奈川県	442	54	愛媛県	115	20
新潟県	127	22	高知県	115	25
富山県	110	25	福岡県	441	30
石川県	227	17	佐賀県	106	26
福井県	115	15	長崎県	125	34
山梨県	125	50	熊本県	115	10
長野県	120	20	大分県	110	13
岐阜県	110	30	宮崎県	110	20
静岡県	120	25	鹿児島県	117	20
愛知県	444	52	沖縄県	117	17
三重県	125	35	合計	9,420	1674

※1 「都道府県」は、当該大学が所在する都道府県を指す。

※2 「地域枠募集定員」には、当該大学が所在する都道府県以外の都道府県が修学資金を貸与する地域枠が含まれる。

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。



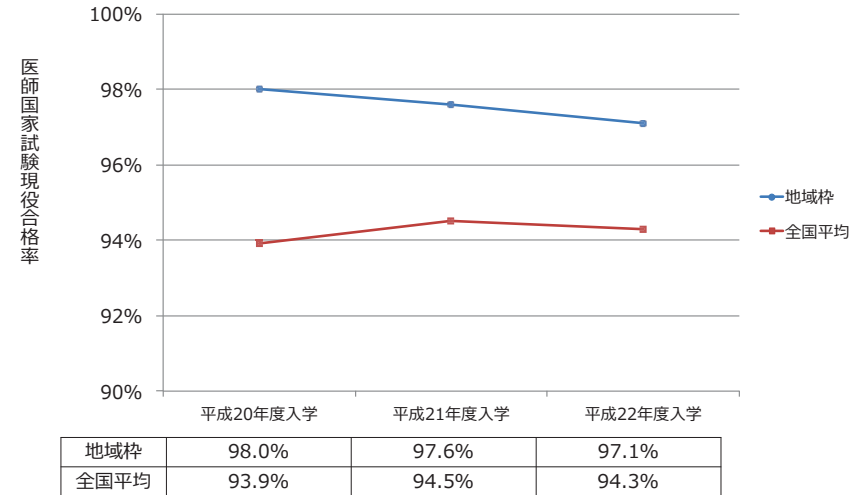
※地元：高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県

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 17

地域枠の医師国家試験現役合格率

○ 平成20～22年度医学部入学生の医師国家試験現役合格率については、地域枠学生は全国平均と比べ、その色はない。

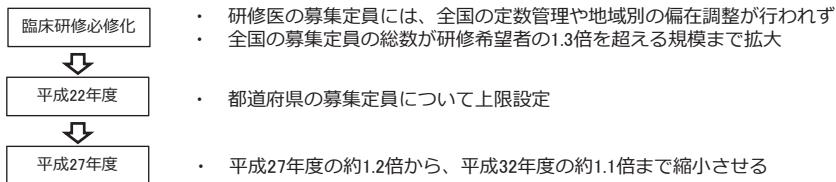
※平成20年度入学生は平成26年3月、平成21年度入学生は平成27年3月、平成22年度入学生は平成28年3月に卒業見込み。



出典：平成28年度地域枠入学制度と地域医療支援センターの実情に関する調査報告（平成29年3月 一般社団法人 全国医学部長病院長会議） 18

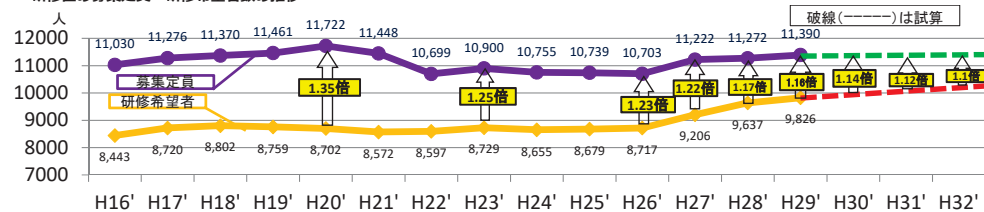
臨床研修医の募集定員倍率

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



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

研修医の募集定員・研修希望者数の推移



19

平成29年度研修医の採用実績<6都府県とその他の道県>

○ 臨床研修医の採用実績の割合について、平成22年度からの都道府県別の募集定員上限設定後、

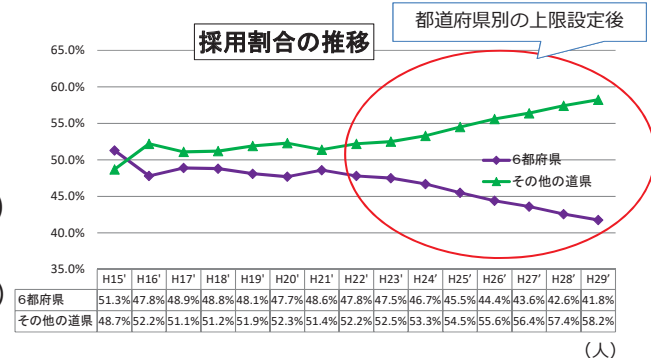
- ・ **大都市部のある6都府県（東京・神奈川・愛知・京都・大阪・福岡）では減少傾向**にあり、
- ・ **その他の道県では増加傾向**にある。

6都府県以外の採用実績の割合

27年度 56.4%

28年度 57.4% (+1.0%)

29年度 58.2% (+0.8%)



	H15'	H16'	H17'	H18'	H19'	H20'	H21'	H22'	H23'	H24'	H25'	H26'	H27'	H28'	H29'
6都府県	4,193	3,526	3,680	3,766	3,640	3,689	3,715	3,585	3,643	3,584	3,493	3,462	3,595	3,671	3,546
その他の道県	3,973	3,846	3,846	3,951	3,920	4,046	3,929	3,921	4,029	4,095	4,181	4,330	4,649	4,951	4,943
合計	8,166	7,372	7,526	7,717	7,560	7,735	7,644	7,506	7,672	7,679	7,674	7,792	8,244	8,622	8,489

平成29年7月13日公表 20

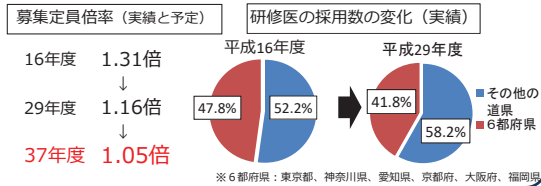
臨床研修病院の募集定員設定について

- これまで、国が臨床研修病院ごとの定員を定めていたが、今後、国は都道府県ごとの定員を定め、都道府県が病院ごとの定員を定めることにより、地方の研修医が増加する等のメリットがある。
 - ※ 都道府県が定員を定める際、あらかじめ厚生労働省に情報提供する仕組みを法定。
 - ※ 公私にかかわらず地域医療への配慮がなされるよう、都道府県が定員を定める際は地対協の意見を聴くことを法定化。

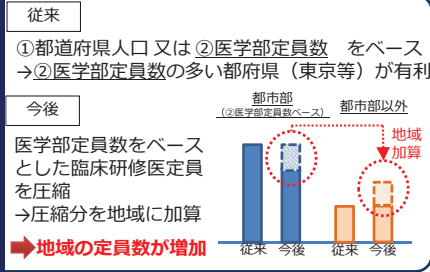
都道府県間の定員調整

①募集定員倍率の圧縮

募集定員枠の全国的な圧縮（募集定員倍率の圧縮）
→定員充足している都市部の研修医数が減少
→**地域の定員数が増加**



②定員算定方法の変更



都道府県内の定員調整

国による募集定員の設定（現行）

県内病院（例）



実情にあった定員数の設定

都道府県による募集定員の設定

県内病院（例）



地域で働きたい医学生がマッチできない

地域の研修医が増加

医師需給分科会 第2次中間取りまとめの概要①

今回話すべき医師偏在対策の基本的考え方

2017年12月21日取りまとめ

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

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

具体的な医師偏在対策

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

① 都道府県における医師確保対策の実施対策の強化

①「医師確保計画」の策定

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

②地域医療対策協議会の実効性確保

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

③効果的な医師派遣等の実施に向けた見直し

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

② 医師養成過程を通じた地域における医師確保

①医学部

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

②臨床研修

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

③専門研修

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

医師の需給推計について

医療従事者の需給に関する検討会
第19回 医師需給分科会（平成30年4月12日）
資料1（仮称・改）

- 医師需給は、労働時間を週60時間程度に制限する等の仮定をおく「**需要ケース2**」において、**平成32年度医学部入学者が臨床研修を修了すると想定される2028年（平成40年）頃に均衡**すると推計される。

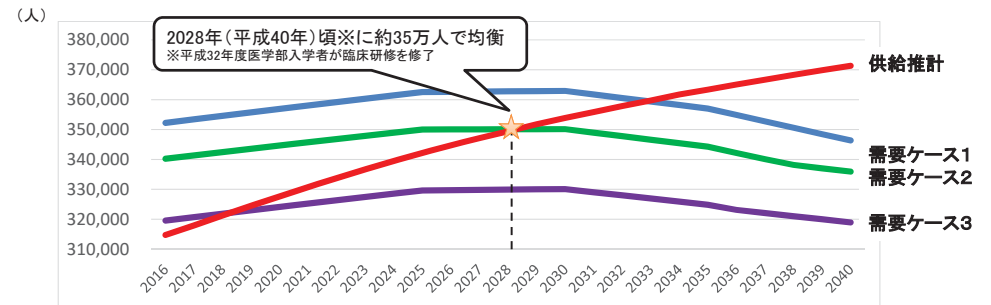
・供給推計 今後の医学部定員を平成30年度の9,419人として推計。

※1 勤務時間を考慮して、全体の平均勤務時間と性年齢階級別の勤務時間の比を仕事率とした

・需要推計 分科会において了承の得られた仮定に基づき、以下の通り、一定の幅を持って推計を行った。

- ・ケース1（労働時間を週55時間に制限等≒月平均60時間の時間外・休日労働に相当）
- ・ケース2（労働時間を週60時間に制限等≒月平均80時間の時間外・休日労働に相当）
- ・ケース3（労働時間を週80時間に制限等≒月平均160時間の時間外・休日労働に相当）

※2 医師の働き方改革等を踏まえた需要の変化についても、一定の幅を持って推計を行った



22

医師需給分科会 第2次中間取りまとめの概要②

③ 地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

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

④ 医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進（つづき）

- ② 医師派遣を支える医療機関等に対する**経済的インセンティブ**等
 - ・医師派遣要請に応じて医師を送り出す**医療機関等について、経済的インセンティブ**が得られる仕組みを構築すべき。
 - ・地域医療支援病院については、その役割、機能、評価の在り方を含め、別途検討すべき。
 - ・地域医療支援センターにおいて、マッチング機能を担うこととするべき。
 - ・認定制度の創設を踏まえ、都道府県を越えての医師派遣を調整する仕組みについても、厚生労働省において検討を進めるべき。
- ③ 認定医師に対する一定の医療機関の管理者としての評価
 - ・認定医師であることを**一定の医療機関の管理者に求められる基準**の一つとするべき
 - ・対象となる医療機関については、**まずは地域医療支援病院のうち、医師派遣・環境整備機能を有する病院**とし、今後、具体的な医療機関の在り方について検討すべき。
 - ・管理者として評価を行うのは、施行日以降に臨床研修を開始した認定医師に限るものとするべき。
 - ・管理者として必要なマネジメント能力、その研修の実施等について、別途検討を進めるべき。

④ 医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進

① 医師個人に対する環境整備・インセンティブ

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

将来に向けた課題

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

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

- ① 専門研修における診療科ごとの都道府県別定員設定
- ② 認定医師に対する一定の医療機関の管理者としての評価
- ③ 無床診療所の開設に対する新たな制度上の枠組みの導入

② 都道府県における医療行政能力の向上のための取組の必要性

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

24

地域医療対策協議会と 地域医療支援センターの現状

地域医療対策協議会と地域医療支援センター（現在の位置付け）

地域医療対策協議会

● 設置の経緯

- 平成16年の「地域医療に関する関係省庁会議」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。
- 平成18年の医療法改正において、地域医療対策（医療従事者の確保策と、都道府県において必要な医療の確保策）を議論する場として法定化。

● 構成員

都道府県、大学、医師会、主要医療機関等（構成員数は都道府県により7～31と異なる）

● 現行制度における役割

地域医療対策を協議する場

現状

- 開催状況（平成24～28年度の5年間）
 - 5回以上（年1回以上）：34都道府県
 - 1～4回（年1回未満）：6都道府県
 - 0回（開催せず）：7都道府県

地域医療支援センター

● 設置の経緯

- 平成23年、都道府県が医師確保関係事務を行うための機関として、予算事業で開始（平成26年度から地域医療介護総合確保基金を活用）。
- 平成26年の医療法改正において、都道府県事務として、医師の派遣調整、キャリア相談など**医師確保関係事務**（地域医療支援事務）を行うことが法定され、地域医療支援センターはそのための**事務の実施拠点**として位置付けられた。
- 平成28年4月までに、全ての都道府県に設置。

● 地域医療支援センター運営委員会

- 国の実施要綱に基づき、大学、関係医療機関、医師会、市町村、保健所等の代表者等により構成される運営委員会を設置し、地域医療支援センターの運営方針を協議。

● 現行制度における役割

- 法律：都道府県内の医師確保状況の調査分析、医療機関や医師に対する相談援助等
- 通知・予算：キャリア形成プログラムの策定（地域枠医師が対象）、医師派遣のあっせん・調整

現状

- キャリア形成プログラムの策定状況
13の都道府県で未策定
- 医師の派遣調整実績
全都道府県計：6,095名
（各都道府県のセンター設置から平成29年7月までの累計）
※県別の実績は3～約450名と様々
※地域枠医師の派遣状況（直近3か年）
 - 公立医療機関：693人（57.4%）
 - 公的医療機関：485人（40.1%）
 - 民間医療機関：30人（2.5%）
- 大学との連携状況
16の都道府県で大学との連携が不十分
（大学と都道府県が調整なく医師の派遣先の決定を行っている等）

地域医療対策協議会について

医療従事者の確保に関する検討会
第12回 医師確保分科会（平成29年10月11日）
資料1より抜粋

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

地域医療対策協議会の開催実績

医療従事者の確保に関する検討会
第12回 医師確保分科会（平成29年10月11日）
資料1より抜粋

○ 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 新潟県 香川県 佐賀県	山形県 山梨県 福岡県	奈良県	-	滋賀県 和歌山県	埼玉県 千葉県 大分県	北海道 岩手県 宮城県 秋田県 福島県 茨城県 栃木県 群馬県 東京都 神奈川県 石川県 福井県 長野県 岐阜県 愛知県 三重県 京都府 大阪府 兵庫県 鳥取県 島根県 岡山県 山口県 徳島県 愛媛県 高知県 熊本県 宮崎県 鹿児島県 沖縄県

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

地域医療対策協議会を開催しない理由について

医療従事者の需給に関する検討会
第12回 医師需給分科会(平成29年10月11日)
資料1より抜粋

○ 平成24年度以降、地域医療対策協議会を開催していない都道府県からは、開催しない主な理由として以下のものが挙げられている。

(開催していない理由(主なもの))

- ・ 地域医療対策協議会の全構成員による全体会議は開催していないが、医療計画の推進、医師確保、救急医療等の個別のテーマについて、地域医療対策協議会の構成員のうち関係の深い者をメンバーとしてそれぞれ年数回の会議を開催し、具体的な対策を検討している。
- ・ 地域医療対策協議会の構成員が他の会議体と重複しており、当該他の会議体で医師確保に関する議題を議論しているため、地域医療対策協議会を開催する必要性が乏しい。
- ・ 医師確保対策について、同種の内容を議論する会議を複数開催し、出席団体の幹部級をその都度集めることで、団体との関係性が悪化することを懸念している。
- ・ 地域医療対策協議会の構成員が多く、開催したくとも日程調整が困難であり、結果的に開催できていない。

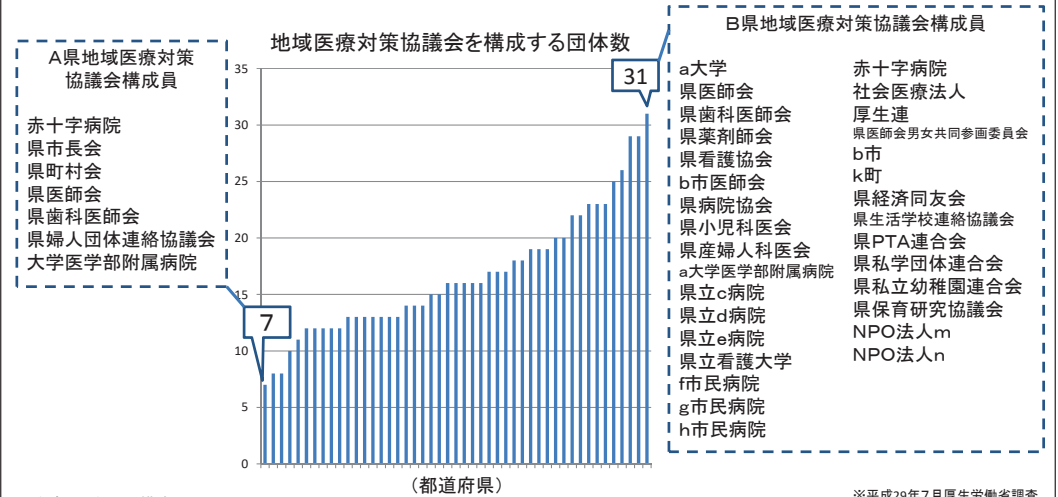


- ・ 効率的な議論を行うことができるよう、地域医療対策協議会の改組が必要。
- ・ 医師確保に関連する内容を扱う各種会議体について、整理・統合が必要。

地域医療対策協議会の構成員の状況

医療従事者の需給に関する検討会
第12回 医師需給分科会(平成29年10月11日)
資料1より抜粋

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



地域医療対策の推進に関する各種会議体の設置根拠

医療従事者の需給に関する検討会
第12回 医師需給分科会(平成29年10月11日)
資料1より抜粋

○医師確保に直接的に関係する会議体

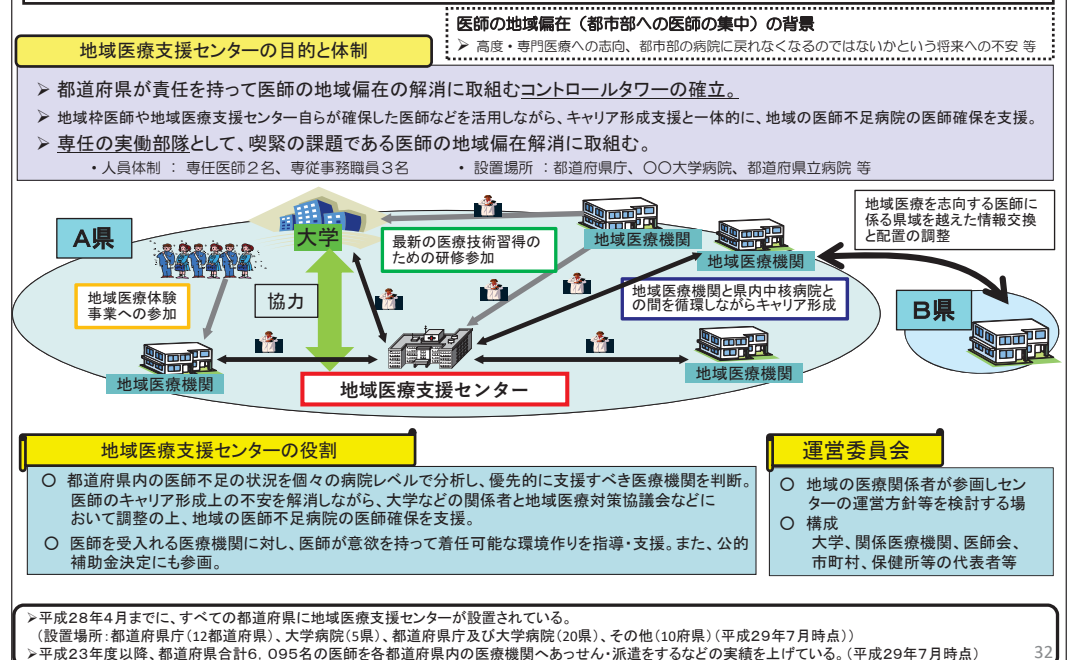
会議体	設置根拠	参照条文
都道府県医療審議会	法定	医療法 第71条の2 この法律の規定によりその権限に属させられた事項を調査審議するほか、都道府県知事の諮問に応じ、当該都道府県における医療を提供する体制の確保に関する重要事項を調査審議するため、都道府県に、都道府県医療審議会を置く。
地域医療対策協議会	法定	医療法第30条の23第1項 都道府県は、次に掲げる者の管理者その他の関係者との協議の場を設け、これらの者の協力を得て、救急医療等確保事業に係る医療従事者の確保その他当該都道府県において必要とされる医療の確保に関する事項に関し必要な施策を定め、これを公表しなければならない。(各号略)
地域医療支援センター	都道府県事務(努力義務)として法定	医療法第30条の25第1項 都道府県は、地域医療対策を踏まえ、地域において必要とされる医療を確保するため、次に掲げる事務を実施するよう努めるものとする。(各号略)
へき地医療支援機構	予算要綱	-
新たな専門医の仕組みにおける都道府県協議会	通知	-

○医師確保に間接的に関係する会議体

地域医療構想調整会議	法定	医療法第30条の14第1項 都道府県は、構想区域その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域(第三十条の十六第一項において「構想区域等」という。)ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者(以下この条において「関係者」という。)との協議の場(第三十条の二十三第一項を除き、以下「協議の場」という。)を設け、関係者との連携を図りつつ、医療計画において定める将来の病床数の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議を行うものとする。
医療勤務環境改善支援センター	都道府県事務(努力義務)として法定	医療法第30条の21第1項 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、次に掲げる事務を実施するよう努めるものとする。(各号略)

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



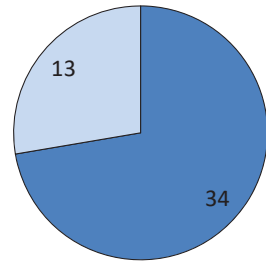
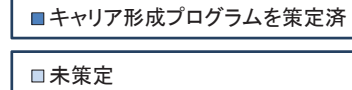
キャリア形成プログラムの策定状況

医療従事者の需給に関する検討会
第12回 医師需給分科会(平成29年10月11日)
資料1より抜粋

- 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

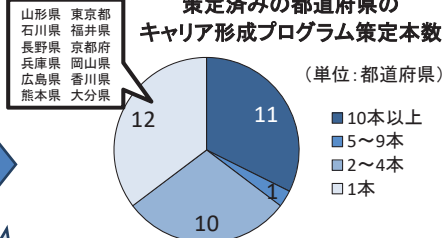
(単位: 都道府県)



※平成29年7月厚生労働省調査

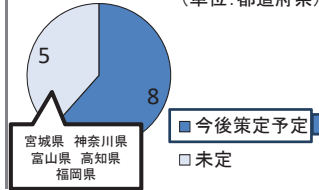
策定済みの都道府県の キャリア形成プログラム策定本数

(単位: 都道府県)



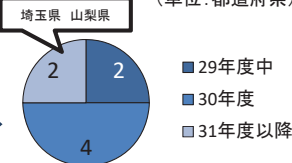
未策定の都道府県の 今後の策定見込み

(単位: 都道府県)



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)



33

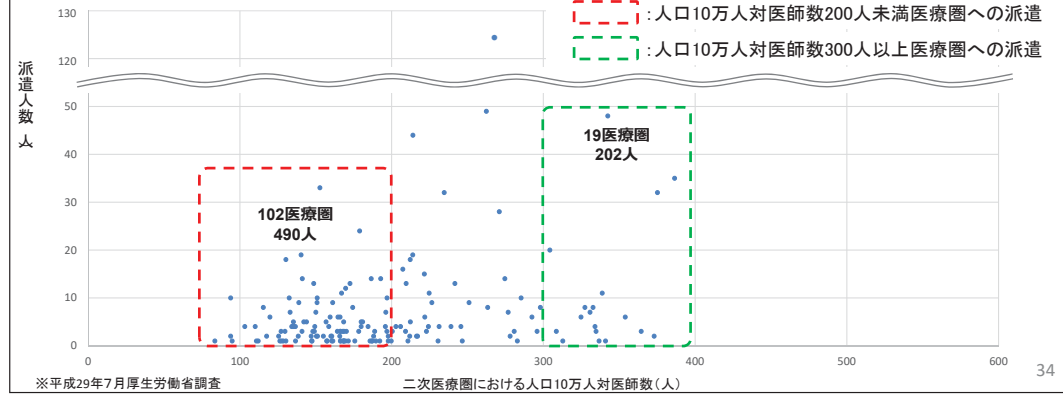
地域医療支援センターによる修学資金貸与者の派遣調整の実績について

(全体、平成27年4月～29年7月実績)

医療従事者の需給に関する検討会
第12回 医師需給分科会(平成29年10月11日)
資料1より抜粋

- 平成27年4月以降、修学資金貸与者が派遣されたのは全国162の二次医療圏で計1,208人。
- このうち、相対的に医師が少ない二次医療圏(人口10万人対医師数が200人未満)に派遣されたのは、102医療圏で490人。
- 一方、人口対医師数が200人以上の二次医療圏に派遣されたのは60医療圏で718人、人口対医師数が300人以上の二次医療圏に派遣されたのは19医療圏で202人と、相対的に医師が多い地域への派遣も実施されている。
(※人口10万人対医師数の全国平均は233.6人(平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査))

全体(公立医療機関+公的医療機関+民間医療機関等)



※平成29年7月厚生労働省調査

二次医療圏における人口10万人対医師数(人)

34

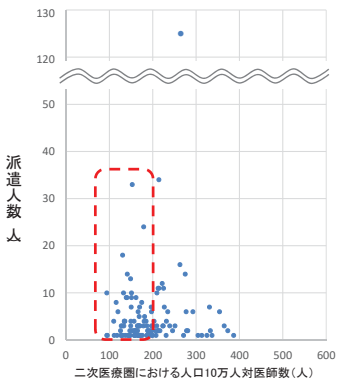
地域医療支援センターによる修学資金貸与者の派遣調整の実績について

(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)

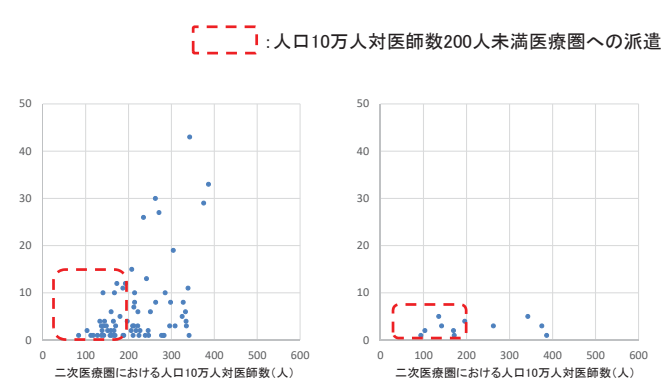
医療従事者の需給に関する検討会
第12回 医師需給分科会(平成29年10月11日)
資料1より抜粋

- 直近3年間の実績では、公立医療機関への派遣が多くなっている。

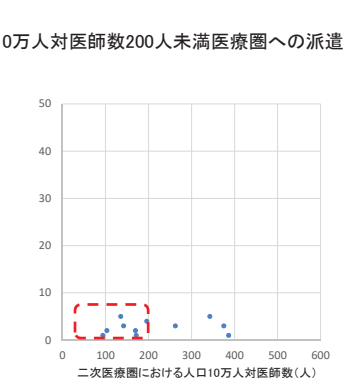
公立医療機関	公的医療機関(公立医療機関を除く)	民間医療機関等
人口10万人対医師数200人未満医療圏への派遣実績は 83医療圏、356人 (全体では124医療圏、693人)	人口10万人対医師数200人未満医療圏への派遣実績は 32医療圏、116人 (全体では73医療圏、485人)	人口10万人対医師数200人未満医療圏への派遣実績は 7医療圏、18人 (全体では11医療圏、30人)



(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

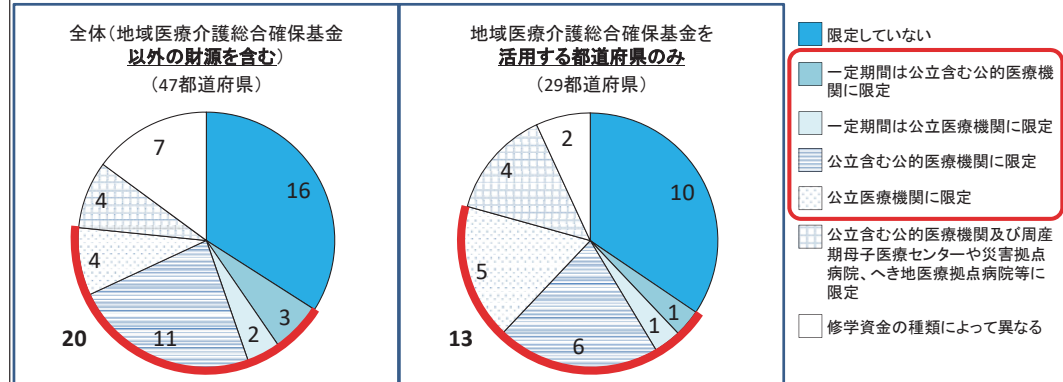
※平成29年7月厚生労働省調査

35

修学資金の貸与条件(勤務先医療機関の開設主体)

医療従事者の需給に関する検討会
第12回 医師需給分科会(平成29年10月11日)
資料1より抜粋

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



【公的・公立医療機関に限定する理由】

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

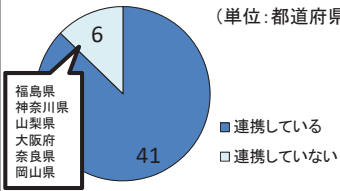
36

地域医療支援センターと大学医局の連携状況

医療従事者の需給に関する検討会
第12回 医師需給分科会(平成29年10月11日)
資料1より抜粋

地域医療支援センターと大学医局の連携状況

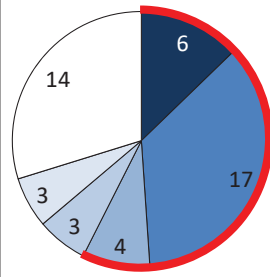
(単位:都道府県)



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

※平成29年7月厚生労働省調査

地域医療支援センターの業務の委託状況



(単位:都道府県)

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

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

37

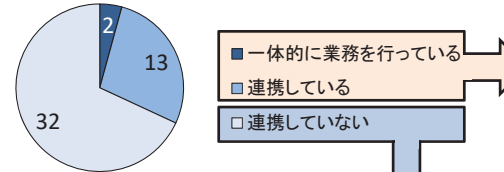
地域医療支援センターと医療勤務環境改善支援センターの連携状況

医療従事者の需給に関する検討会
第12回 医師需給分科会(平成29年10月11日)
資料1より抜粋

- 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。

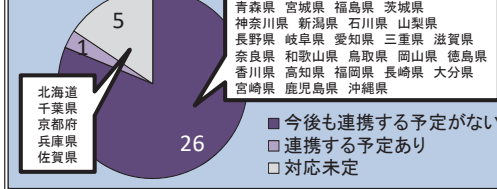
地域医療支援センターと医療勤務環境改善支援センターの連携状況

(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

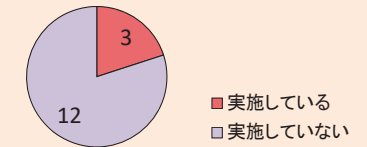
(単位:都道府県)



38

連携して医師の派遣先の勤務環境改善を実施

※平成29年7月厚生労働省調査



○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

38

医療法及び医師法の一部を改正する法律について

医師偏在対策の必要性

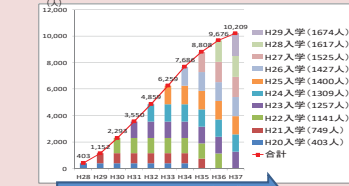
対策の必要性

- 平成20年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、平成28年以降地域医療に従事し始めており、こうした**医師の配置調整が喫緊の課題**。

(A) 医学部入学定員の年次推移

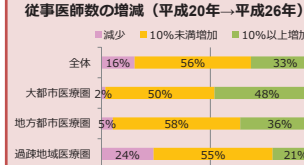


臨床研修を修了した地域枠医師数の見込み

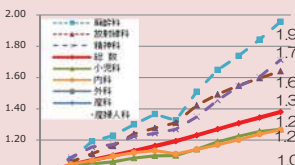


- 地域偏在・診療科偏在については、平成20年以降の医学部定員の増加以降、むしろ**格差が広がっており、その解消が急務**。

二次医療圏ごとにみた人口10万対医療施設従事医師数の増減(平成20年→平成26年)



診療科別医師数の推移(平成6年:1.0)



(※) 我が国全体では、平成20年と平成26年における人口増加(212.32人→233.56人)、二次医療圏については、平成26年(2014年)時点のもの(全344圏域)
・大都市医療圏(52圏域):人口100万人以上又は人口密度2,000人/㎢以上
・地方都市医療圏(171圏域):人口20万人以上又は人口10~20万人かつ人口密度200人/㎢以上
・過疎地域医療圏(121圏域):大都市医療圏にも地方都市医療圏にも属さない医療圏

対策の方向性

①医師の少ない地域での勤務を促す環境整備

- 医師個人を後押しする仕組み
- 医療機関に対するインセンティブ
- 医師と医療機関の適切なマッチング

②都道府県における体制整備

- 医師確保に関する施策立案機能の強化
- 医師養成過程への関与の法定化
- 関係機関と一体となった体制の整備

③外来医療機能の偏在・不足等への対応

- 外来医療機能に関する情報の可視化
- 新規開業者等への情報提供
- 外来医療に関する協議の場の設置

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

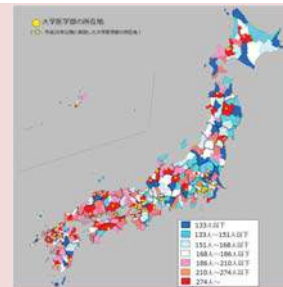
2019年4月1日。（ただし、2のうち地域医療対策協議会及び地域医療支援事務に係る事項、3のうち専門研修に係る事項並びに5の事項は公布日、1の事項及び3のうち臨床研修に係る事項は2020年4月1日から施行。）

現状

- 現在、地域ごとの医師数の比較には人口10万人対医師数が一般的に用いられているが、以下のような要素が考慮されておらず、医師の地域偏在・診療科偏在を統一的に測る「**ものさしにはなっていない。**」

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

二次医療圏ごとの人口10万対医師数（平成28年）

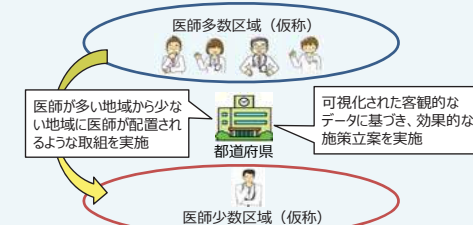


制度改正後

現在・将来人口を踏まえた医療ニーズに基づき、地域ごと、診療科ごと、入院外来ごとの医師の多寡を**統一的・客観的に把握できる、医師偏在の度合いを示す指標**を導入

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

※ ただし、医師偏在の度合いに応じ、医療ニーズに比して医師が多いと評価された地域であっても、救急・小児・産科医療など政策医療等の観点から、地域に一定の医師を確保する必要がある場合には、配慮することが必要。



現状

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

回数	0	1	2	3	4	5以上
都道府県数	7	1	-	2	3	34

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

医師確保対策について、都道府県が主体的・実効的に対策を行うことができる体制が十分に整っていない。

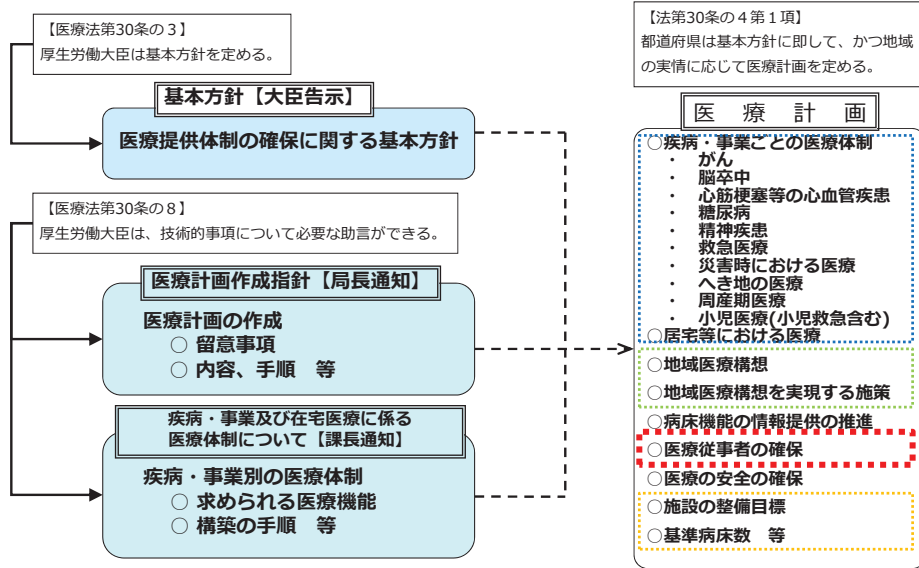
制度改正後

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。**

1. 医師確保計画の策定
 - 以下の内容を「医師確保計画」として、法律上位置付け。（3年ごとに見直し）
 - ・ 都道府県内における医師の確保方針
 - ・ 医師偏在の度合いに応じた医師確保の目標
 - ・ 目標の達成に向けた施策内容
2. 地域医療対策協議会の機能強化
 - ・ 具体的な医師確保対策の実施を担う医療機関を中心に**構成員を再構成**
 - ・ 都道府県内の医師確保関係会議を**整理・統合**
3. 地域医療支援事務の見直し
 - 都道府県が行う地域医療支援事務（地域医療支援センターの事務）の実効性を強化。
 - ・ **必ず大学医学部・大学病院との連携**の下で実施
 - ・ 理由なく公立病院・公的病院などに派遣先が偏らないようにする
 - ・ 地域医療構想との整合性確保
 - ・ **地域枠の医師**について、都道府県主体での派遣方針決定
 - ・ キヤリア形成プログラムの策定を徹底
 - ・ 派遣医師の負担軽減のための援助の実施

医師確保計画を通じた医師偏在対策の全体像について

医療計画の策定に係る指針等の全体像について



医師確保計画について (各論)

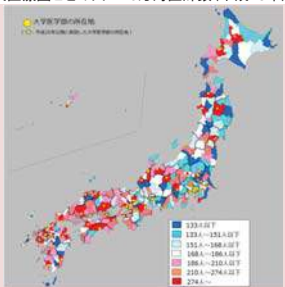
① 医師偏在指標の設定

医師偏在指標の導入

現状

- 現在、地域ごとの医師数の比較には人口10万人対医師数が一般的に用いられているが、以下のような要素が考慮されておらず、医師の地域偏在・診療科偏在を統一的に測る「ものさし」にはなっていない。
- ・ 医療需要（ニーズ）
- ・ 将来の人口・人口構成の変化
- ・ 医師偏在の単位（区域、診療科、入院/外来）
- ・ 患者の流出入
- ・ 医師の性別・年齢分布
- ・ へき地や離島等の地理的条件

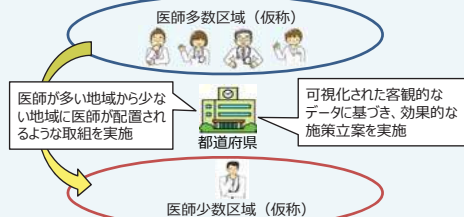
二次医療圏ごとの人口10万対医師数（平成28年）



制度改革案

現在・将来人口を踏まえた医療ニーズに基づき、地域ごと、診療科ごと、入院外来ごとの医師の多寡を**統一的・客観的に把握できる、医師偏在の度合いを示す指標**を導入

- 医師偏在の度合いを示すことによって、都道府県内で医師が多い地域と少ない地域が**可視化**されることになる。
 - 都道府県知事が、医師偏在の度合い等に応じて、都道府県内の「医師少数区域（仮称）」と「医師多数区域（仮称）」を指定し、具体的な医師確保対策に結びつけて実行できるようになる。
- ※ ただし、医師偏在の度合いに応じ、医療ニーズに比して医師が多いと評価された地域であっても、救急・小児・産科医療など政策医療等の観点から、地域に一定の医師を確保する必要がある場合については、配慮することが必要。



医師偏在に係る指標の課題の整理

人口10万人対医師数における課題	医師偏在指標における対応
1-1. 人口構成（性・年齢構成）の違いを反映できていない	地域ごとの医療需要について、人口構成の違いを踏まえ、受療率を用いて性年齢調整を行ったものを用いてはどうか。
1-2. 患者の流出入等を反映できていない	昼間人口と夜間人口のそれぞれを用い、実態に応じた一定の重み付けを行ったものを用いてはどうか。 患者の流出入に関しては、患者住所地を基準に流出入実態を踏まえ、都道府県間調整を行うこととしてはどうか。
1-3. へき地等の地理的条件を反映できていない	法律上、医師確保対策の対象とされている「医師の確保を特に図るべき区域」に、医師少数区域以外の二次医療圏に存在する無医地区、準無医地区（へき地診療所設置済み地区を含む。）も一定の考え方の下、含めることを検討してはどうか
1-4. 医師の性別・年齢分布について反映できていない	医師の性・年齢階級別の平均労働時間で重み付けを行ったものを用いてはどうか。
1-5. 入院外来別の機能ごとの偏在の状況、診療科別の医師の偏在の状況を反映できていない	入院外来別の医師偏在については、外来医療機能の不足・偏在等への対応について検討する際に併せて検討することとしてはどうか。 診療科別の医師偏在については、喫緊の対応として小児科と産科についての指標を暫定的に作成してはどうか。

医師偏在指標の算出式

- 医師数は、性別ごとに20歳代、30歳代・・・60歳代、70歳以上に区分して、平均労働時間の違いを用いて調整する。
- 従来的人口10万人対医師数をベースに、地域ごとに性年齢階級による受療率の違いを調整する。

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数}}{\text{地域の人口} \div 10\text{万} \times \text{地域の標準化受療率比}(\ast 1)}$$

$$\text{標準化医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$\text{地域の標準化受療率比}(\ast 1) = \frac{\text{地域の期待受療率}}{\text{全国の期待受療率}(\ast 2)}$$

$$\text{地域の期待受療率}(\ast 2) = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

(出典) 性年齢階級別医師数：平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査
 平均労働時間：「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)
 性年齢階級別受療率：平成26年患者調査 及び 平成27年住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査
 人口：平成29年住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査
 ※患者流出は、流出発生後のデータ(診療行為発生地ベース)を分母で用いることにより、加味している(平成26年患者調査より)

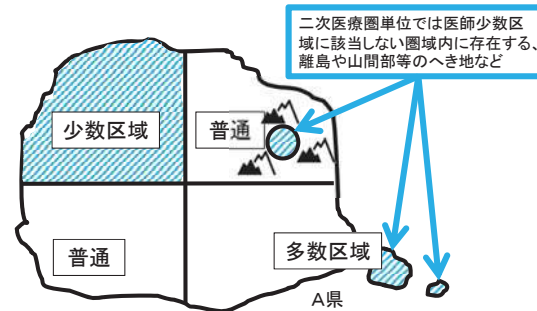
医師少数区域以外の医師の確保を特に図るべき区域について

- 医師確保対策は、二次医療圏ごとに設定された医師少数区域を基本としつつも、実際の対策の実施に当たっては、地域の医療ニーズに応じたきめ細かい対応を図るため、二次医療圏よりも小さい区域での柔軟な対策を可能とすることが適当である。
- このため、法律上、各種医師確保対策の対象として、「医師の確保を特に図るべき区域」という概念を設けている。

$$\text{医師の確保を特に図るべき区域} = \text{医師少数区域} + \text{その他厚生労働省令で定める区域}$$

- 医師少数区域以外の医師の確保を特に図るべき区域については、二次医療圏よりも小さい区域とし、都道府県が地域の実情に応じて設定できるよう、都道府県内の医師少数区域以外の二次医療圏に存在する無医地区、準無医地区(へき地診療所を設置し、定義上、無医地区又は準無医地区ではなくなった地域も含む。)に加え、都道府県知事が厚生労働大臣に協議の上で定める地域としてはどうか。

「医師の確保を特に図るべき区域」のイメージ

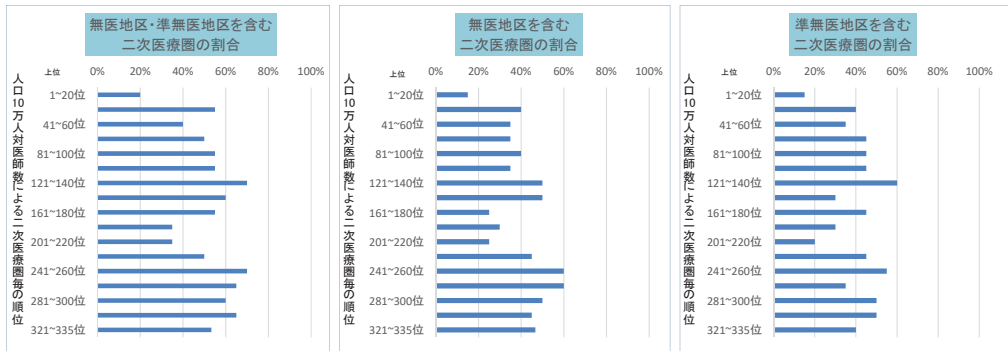


・医療法(昭和23年法律第205号)(抄)(平成31年4月1日施行)

- 第十二条(略)
 2(略)
 一 医師の確保を特に図るべき区域(第三十条の四第六項に規定する区域その他厚生労働省令で定める区域をいう。以下同じ。)内に開設する診療所を管理しようとする場合
 二～五(略)
- 第三十条の二十三(略)
 2 前項の規定により地域医療対策協議会において協議を行う事項は、次に掲げる事項とする。
 一 医師の確保を特に図るべき区域における医師の確保に資するとともに、医師の確保を特に図るべき区域に派遣される医師の能力の開発及び向上を図ること
 二 医師の派遣に関する事項
 三 第一号に規定する計画に基づき、医師の確保を特に図るべき区域に派遣された医師の能力の開発及び向上に関する継続的な援助に関する事項
 四 医師の確保を特に図るべき区域に派遣された医師の負担の軽減のための措置に関する事項
 五 医師の確保を特に図るべき区域における医師の確保のために大学と都道府県とが連携して行う文部科学省令・厚生労働省令で定める取組に関する事項
 六(略)
 七 その他医療計画において定める医師の確保に関する事項
 3・4(略)

へき地等の地理的条件について

- 無医地区、準無医地区を含む二次医療圏であっても、人口10万人対医師数にばらつきがある。
- 無医地区・準無医地区が存在する二次医療圏の割合について、人口10万人対医師数を踏まえてヒストグラムを作成すると、次のようになる。
 - 二次医療圏を、人口10万人対医師数の多い順に20個ずつグループ化(321~335位は15個)。
 - 各グループに含まれる二次医療圏のうち、無医地区・準無医地区を1つ以上有する二次医療圏の割合を表示。



参照) 平成26年度無医地区等調査
 平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査
 平成29年住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査

- 無医地区(全国637ヶ所※1)
 - 第3次へき地保健医療計画が策定された昭和33年に規定されたもの
 - 原則として医療機関のない地域で、当該地域の中心的な場所を起点としておおむね半径4kmの区域内に人口50人以上が居住している地域であって、かつ容易に医療機関を利用することができない地区
- 準無医地区(全国420ヶ所※1)
 - 第7次へき地保健医療計画が策定された平成3年に規定されたもの
 - 無医地区ではないが、これに準じて医療の確保が必要と各都道府県が判断し、厚生労働大臣に協議し適当と認めた地区

※1：平成26年9月30日時点

医師確保計画について(各論) ② 将来の医師偏在指標の設定

将来時点の医師偏在指標の要素について

- 将来時点の医師偏在指標についても、現在時点の医師偏在指標と同様の考え方をを用いることとしてはどうか。
- ただし、一部の要素については、現在時点の医師偏在指標の考え方の修正が必要ではないか。

人口10万人対医師数における課題	将来時点の医師偏在指標における対応
1. 人口構成（性・年齢構成）の違いを反映できていない	現在時点の医師偏在指標と同様の考え方をを用いてはどうか。ただし、 人口構成等の経時変化を反映 することとしてはどうか。
2. 患者の流入等を出入等を反映できていない	現在時点の医師偏在指標と同様の考え方をを用いてはどうか。ただし、患者の流入等に関して、都道府県間での調整の上で経時変化を見込むこともできることとしてはどうか。
3. へき地等の地理的条件を反映できていない	現在時点の医師偏在指標と同様の考え方をを用いてはどうか。
4. 医師の性別・年齢分布について反映できていない	現在時点の医師偏在指標と同様の考え方をを用いてはどうか。ただし、 医師数については、医師供給推計の値を用いる こととしてはどうか。
5. 入院、外来などの機能ごとの偏在の状況、診療科別の医師の偏在の状況を反映できていない	現在時点の医師偏在指標と同様の考え方をを用いてはどうか。

将来時点の医師偏在指標について

- 医師数は、性別ごとに20歳代、30歳代・・・60歳代、70歳以上に区分して、平均労働時間の違いを用いて調整する。
- 従来の人口10万人対医師数をベースに、地域ごとに性年齢階級による受療率の違いを調整する。

$$\text{将来時点の医師偏在指標} = \frac{\text{将来時点の地域の標準化医師数}}{\text{将来時点の地域の人口} \div 10\text{万} \times \text{将来時点の地域の標準化受療率比} (\times 1)}$$

$$\text{標準化医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

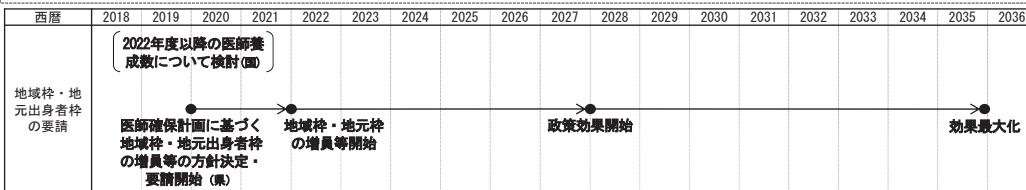
$$\text{地域の標準化受療率比} (\times 1) = \frac{\text{地域の期待受療率}}{\text{全国の期待受療率}} (\times 2)$$

$$\text{地域の期待受療率} (\times 2) = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

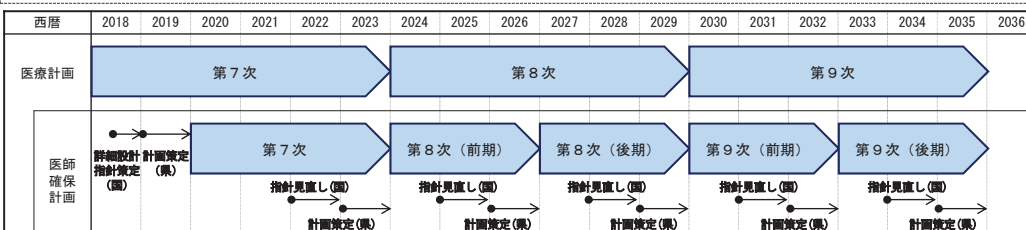
注) 患者の流入に関しては、患者住所地を基準に流入実態を踏まえ、都道府県間調整を行うこととする。
へき地などの地理的条件については、「医師の確保を特に図るべき区域」として、一定の考え方の下で考慮することとする。

設定時点について - 医師養成と医療計画（医師確保計画）

- 今後、医師の働き方改革に関する議論等を踏まえ、2022年度以降の医師養成数について検討を行う予定であるが、これと整合的になるよう地域枠・地元出身者枠の設定を行う必要がある。
- 医師確保計画に基づき、2022年度以降の地域枠・地元出身者枠の増員等の要請を行う場合、2028年度から政策効果が始まることとなる。
- 地域枠の義務年限を9年間とすると、義務年限期間中の地域枠医師が、2022年度以降の医師確保計画に基づく地域枠・地元出身者枠設定後に入学した医師で満たされるのは、2036年度以降となる。



- 医療計画は6年ごとに見直すこととされている。
- 医師確保計画は第7次計画は4年、第8次（前期）計画以後は3年ごとに見直すこととされている。

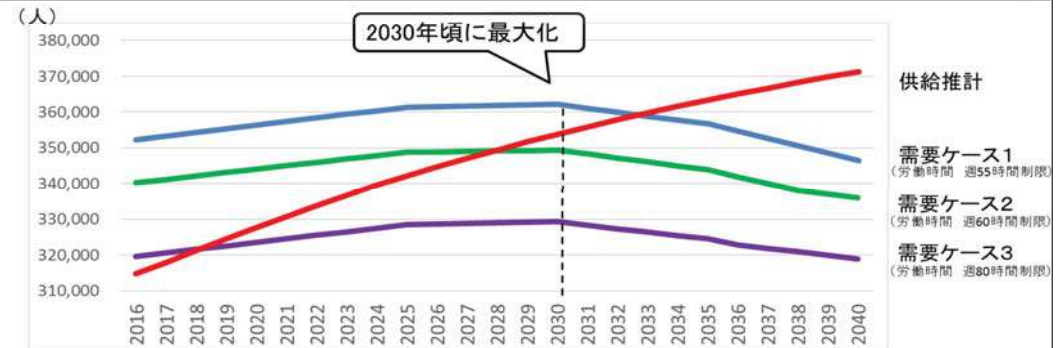


設定時点について - 医療需要について

医療従事者の需給に関する検討会
第19回 医師需給分科会（平成30年4月12日）
資料1（抜粋・一部改変）

- 医師需給分科会第三次中間取りまとめにおける、医師需給推計において、医師需要は2030年頃に最大化すると推計されている。

- 供給推計 今後の医学部定員を平成30年度の9,419人として推計。
※1 勤務時間を考慮して、全体の平均勤務時間と性年齢階級の勤務時間の比を仕事率とした
- 需要推計 分科会において了承の得られた仮定に基づき、以下の通り、一定の幅を持って推計を行った。
 - ・ケース1（労働時間を週55時間に制限等≒月平均60時間の時間外・休日労働に相当）
 - ・ケース2（労働時間を週60時間に制限等≒月平均80時間の時間外・休日労働に相当）
 - ・ケース3（労働時間を週80時間に制限等≒月平均160時間の時間外・休日労働に相当）
 ※2 医師の働き方改革等を踏まえた需要の変化についても、一定の幅を持って推計を行った



設定時点について - まとめ

- 将来時点の医師偏在指標について、時点をいつと設定するか。
 - 将来の医師偏在指標は大学医学部における地域枠・地元出身者枠の要請に用いるため、今後地域枠・地元出身者枠の増員等を行った際にその効果が十分に出る時点で設定する必要があると考えられる。
 - 医師確保計画に基づき、2022年度以降の地域枠・地元出身者枠の増員等の要請を行う場合、2028年度から政策効果が出始めることとなる。
 - 地域枠の義務年限を9年間とすると、義務年限期間中の地域枠医師が、2022年度以降の医師確保計画に基づく地域枠・地元出身者枠設定後に入学した医師で満たされるのは、2036年度以降となる。
 - 将来のある時点を境に医療需要が減少傾向となること、また将来推計の誤差が大きくなることから、余りに遠い時点で設定することは適当でないと考えられる。
 - 医療計画や医師確保計画の目標設定との整合性の観点から、これらの計画の計画期間の終了時点と合わせることが望ましいと考えられる。
 - 医療計画は6年ごとに見直すこととされている。
 - 医師確保計画は第7次計画は4年、第8次（前期）計画以後は3年ごとに見直すこととされている。
- これらを踏まえ、第9次（後期）医師確保計画の終了時点（2035年度末）の医師確保の状況の把握（※）を行う2036年を、将来時点の医師偏在指標の設定時点としてどうか。

（※医師・歯科医師・薬剤師調査による）

57

医師確保計画について（各論）

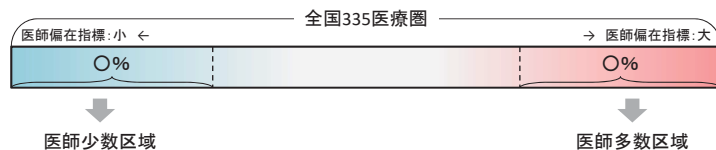
③ 医師少数区域・医師多数区域の設定

58

医師少数区域及び医師多数区域の設定について

- 医療法上、都道府県は、二次医療圏単位で、医師偏在指標に関する基準に従い、医師少数区域・医師多数区域の設定ができることとされている。
 - ・ 医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4
 - 6 都道府県は、第二項第十一号に掲げる事項を定めるに当たっては、提供される医療の種別として厚生労働省令で定めるものごとに、同号ロに規定する指標（※医師偏在指標）に関し厚生労働省令で定める基準に従い、医師の数が少ないと認められる同項第十四号に規定する区域（※二次医療圏）を定めることができる。
 - 7 都道府県は、第二項第十一号に掲げる事項を定めるに当たっては、提供される医療の種別として厚生労働省令で定めるものごとに、同号ロに規定する指標（※医師偏在指標）に関し厚生労働省令で定める基準に従い、医師の数が多く認められる同項第十四号に規定する区域（※二次医療圏）を定めることができる。

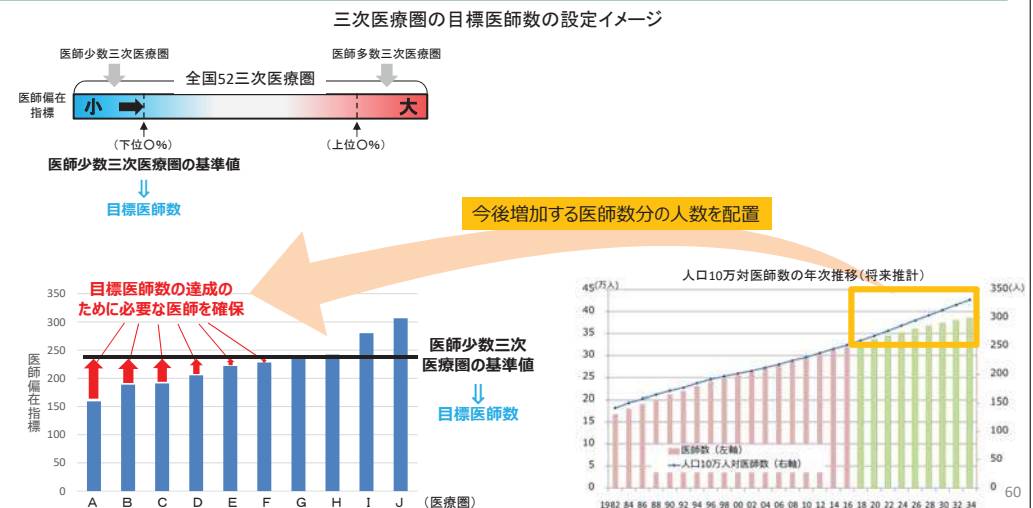
- 医師少数区域・医師多数区域の設定に用いる、医師偏在指標に関する基準をどのように定めるか。
 - 全国の335二次医療圏の医師偏在指標の値を一律に比較し、上位〇%を医師多数区域、下位〇%を医師少数区域とするかどうか。
 - 基準を定めるに当たっては、例えば、固定値を用いる、標準偏差を用いるなどの方法が考えられ、医師少数区域・医師多数区域に関する各施策の詳細について検討した上で、それらを踏まえて議論することが適当ではないか。



59

三次医療圏の目標医師数の設定イメージ

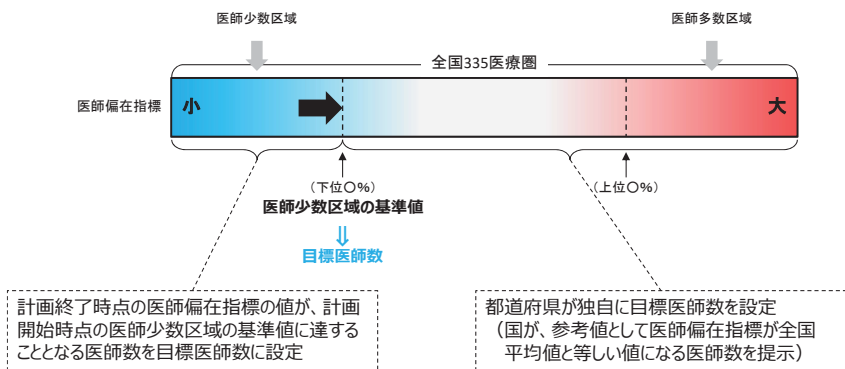
- 計画終了時点の医師偏在指標の値が、計画開始時点の医師少数三次医療圏の基準値（下位〇%）に達することとなる医師数を目標医師数に設定することとしてどうか。
 - 計画開始時点で基準値を下回る三次医療圏：医師確保が必要
 - 計画開始時点で基準値を上回る三次医療圏：目標を達成済



二次医療圏の目標医師数の設定イメージ

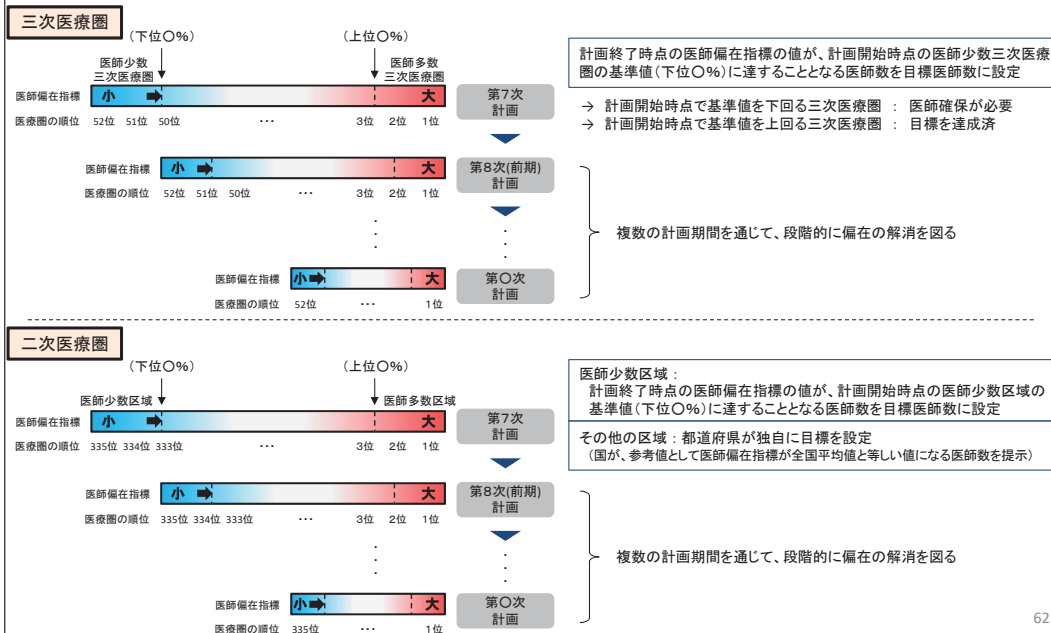
- 医師少数区域については、計画終了時点の医師偏在指標の値が、計画開始時点の医師少数区域の基準値（下位〇%）に達することとなる医師数を目標医師数に設定することとしてはどうか。
- その他の区域については、都道府県が独自に目標を設定することとしてはどうか。（国が、参考値として医師偏在指標が全国平均値と等しい値になる医師数を提示してはどうか。）

二次医療圏の目標医師数の設定イメージ



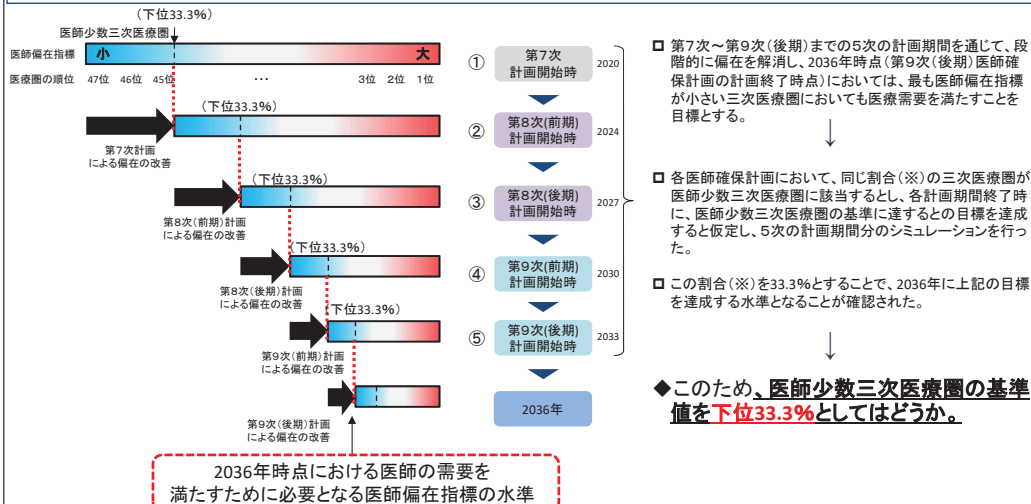
目標医師数の基本的な考え方(案)

- 目標医師数を次のように設定することとしてはどうか。



医師少数区域等の基準の設定

- 医師少数三次医療圏の基準を定めるに当たりどのように考えたらよいか。
 - 最も医師偏在指標が小さい三次医療圏においても、2036年に、医療需要を満たすだけの医師を確保することを目標として、医師少数三次医療圏の基準を定めることとしてはどうか。



- 医師少数区域、多数区域（二次医療圏単位）及び医師多数三次医療圏についても、施策の整合性の観点から、同様の値（下位/上位33.3%）を基準値としてはどうか。

医師確保計画について（各論）

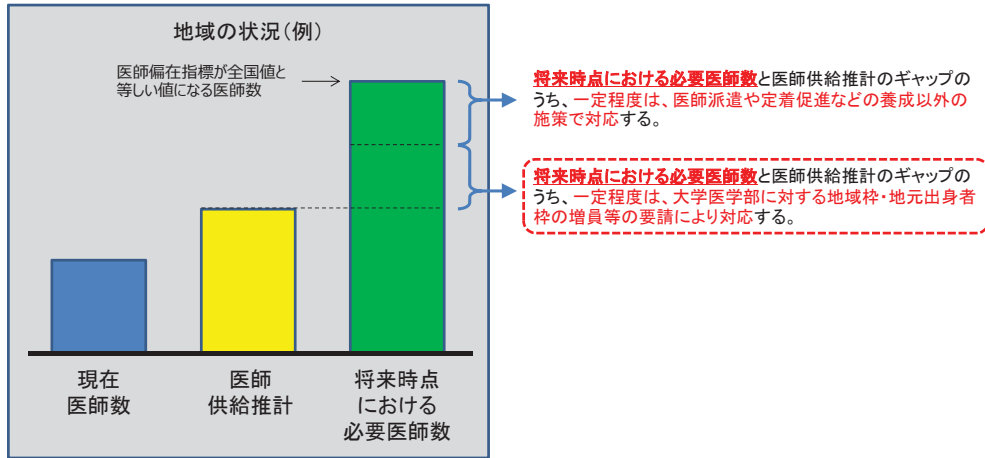
④大学の地域枠・地元出身枠の設定

将来時点における必要医師数を達成するための対策について

論点

- 地域ごとの将来時点における必要医師数と、医師供給推計とのギャップを解消するために、どのような対策が考えられるか。

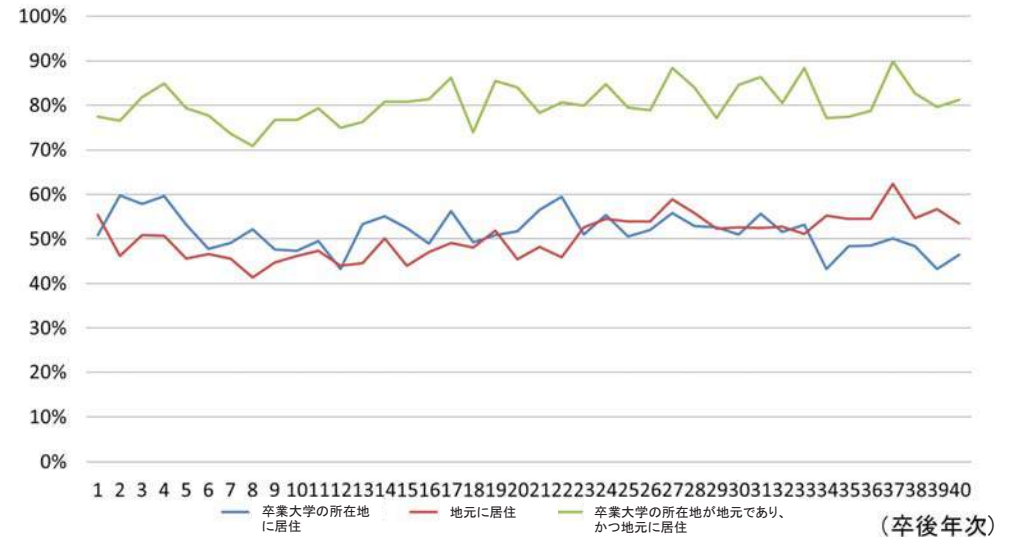
地域ごとの将来時点における必要医師数を達成するための対策のイメージ



65

地元都道府県への定着率

- 地元の大学へ進学した場合、8割程度の医師が卒業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、それぞれ卒業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

66

地域枠・地元出身者枠の考え方について

現状

- **地域枠**については、県内の特定の地域での診療義務があることから、各都道府県内における二次医療圏間の地域偏在を調整する機能があるとともに、特定の診療科での診療義務がある場合には、診療科間の偏在を調整する機能がある。
また、臨時定員の増員等と組み合わせたものについては、都道府県間での偏在を調整する機能がある。
- **地元出身者枠**については、当該大学の所在地である都道府県内に、長期間にわたり8割程度の定着が見込まれているが、特定の地域等での診療義務があるものではないため、直接的には都道府県内における二次医療圏間の偏在調整の機能はなく、むしろ、都道府県間の偏在を調整する機能がある。

論点

- 地域枠と地元出身者枠は、それぞれ機能が異なることから、地域医療対策協議会の協議を経た上で、都道府県知事から大学に対して、地域枠又は地元出身者枠の創設又は増加を要請できる場合、その要請の内容については、地域枠と地元出身者枠について、別に整理する必要があるのではないか。

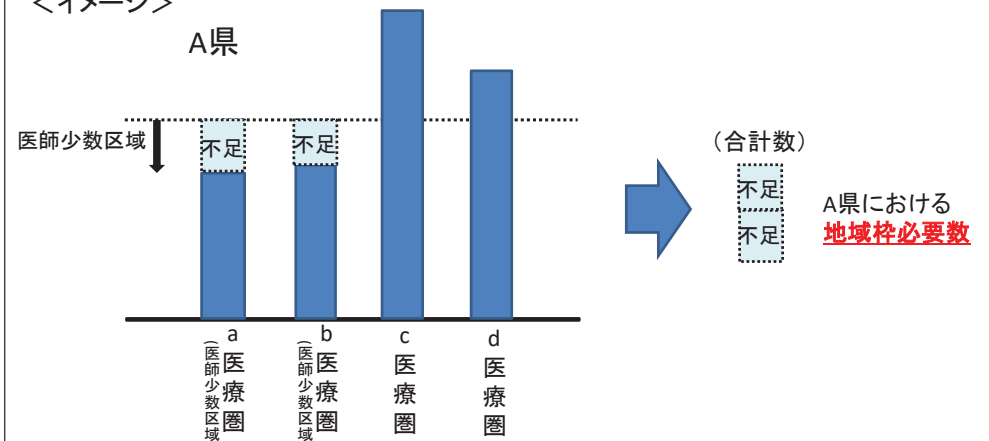
67

地域枠の創設又は増加の要請について(案)

対応(案)

- 地域枠の機能を踏まえると、都道府県知事から大学に対して、地域枠の創設又は増加を要請できる場合については、当該都道府県内に医師少数区域がある場合とし、当該医師少数区域における医師不足分の合計数を必要な**地域枠数**として、地域医療対策協議会の協議を経た上で、要請できることとしてはどうか。

<イメージ>



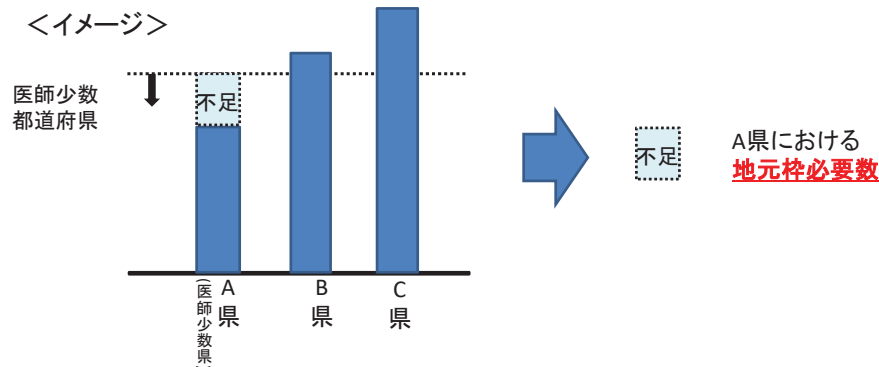
68

地元出身者枠の創設又は増加の要請について(案)

対応(案)

- 地元出身者枠の機能を踏まえると、都道府県知事から大学に対して、地元出身者枠の創設又は増加を要請できる場合については、当該都道府県が医師少数都道府県である場合とし、当該医師少数都道府県における医師不足分を必要な**地元出身者枠数**として、地域医療対策協議会の協議を経た上で、当該都道府県内の大学に要請を要請することとしてはどうか。
- なお、上記地元出身者枠数のみでは、医師不足分を満たすことができない場合については、地域医療対策協議会の協議を経た上で、**県内の大学の地域枠設置を要件とした臨時定員の増員及び医師多数都道府県の大学の県またぎ地域枠の創設又は増加を要請**できることとしてはどうか。

<イメージ>



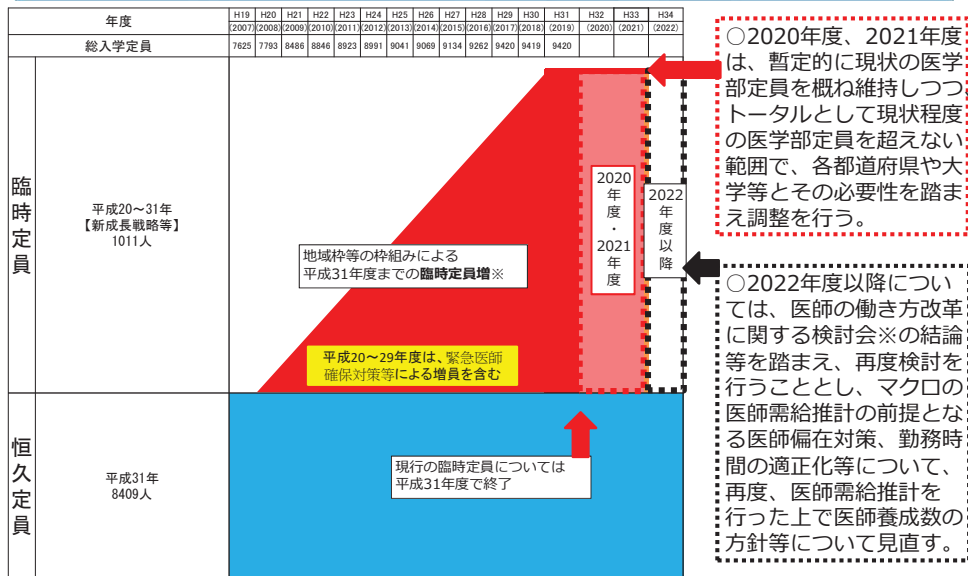
69

都道府県の要請権限について(イメージ)

	医師が少数の県	医師が少数の県以外
医師が少数の二次医療圏のある県	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域枠の設置・増員の要請 ○ 地元出身者枠の設置・増員の要請 ○ 地域枠(臨時定員)の設置・増員の要請 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域枠の設置・増員の要請 × 地元出身者枠の設置・増員の要請 × 地域枠(臨時定員)の設置・増員の要請
医師が少数の二次医療圏のない県	該当なし	<ul style="list-style-type: none"> × 地域枠の設置・増員の要請 × 地元出身者枠の設置・増員の要請 × 地域枠(臨時定員)の設置・増員の要請

70

平成32年度(2020年度)以降の医師養成数について(イメージ)



- ※1 【】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。地域枠に加え、研究医枠、歯学部振替枠を含む。
- ※2 平成29年度から31年度までの追加増員については、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
- ※3 中間取りまとめにおいては、「平成32年度以降の医師養成数については、今回の医師需給推計の結果や、これまでの医学部定員の暫定増の効果、今回の見直しによる医師偏在対策の効果等について可能な限り早期に検証を行い、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」とされていた。

71

地域枠等に係る都道府県の要請権限と2022年度以降の臨時定員との関係について(イメージ)

(2022年度以降)	医師が少数の県	医師が多数・少数でない都道府県	医師が多数の県
臨時定員	<ul style="list-style-type: none"> ・恒久定員内の対応で不十分である場合※、地域枠設置を要件とした臨時定員を要請(県をまたいだ地域枠を含む) 		
恒久定員	<ul style="list-style-type: none"> ・県の養成不足数以上の現行の定員数の取扱いは、今後、マクロ医師需給推計を踏まえ検討 	<ul style="list-style-type: none"> ・現行の定員数の取扱いは、今後、マクロ医師需給推計を踏まえ検討 	<ul style="list-style-type: none"> ・県の養成過剰数を踏まえ、現行の定員数の取扱いは、今後、マクロ医師需給推計を踏まえ検討

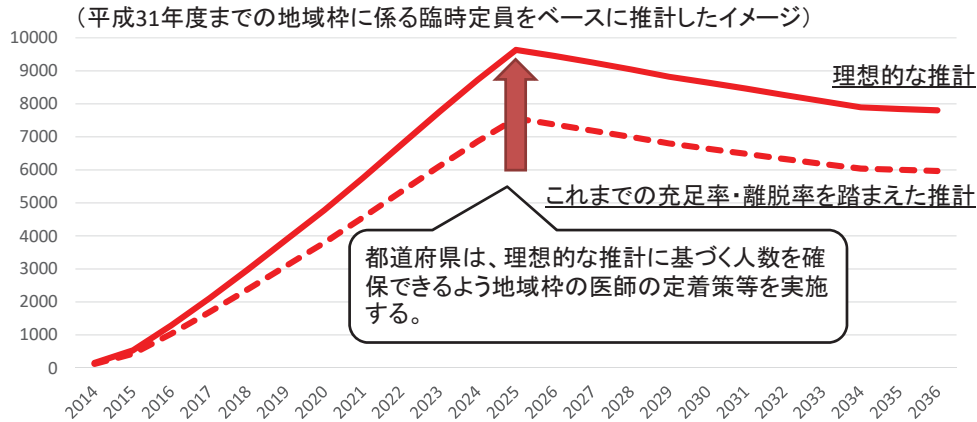
(・県内に医師が少数の二次医療圏がある場合、地域枠の増員等を要請※)

- ※ 恒久定員内の地域枠等の増員等の要請については、現状の恒久定員内の設置割合を踏まえると、最大半数程度までと想定。これを超える地域枠等の増員等の要請については、恒久定員の枠外での対応が必要。

72

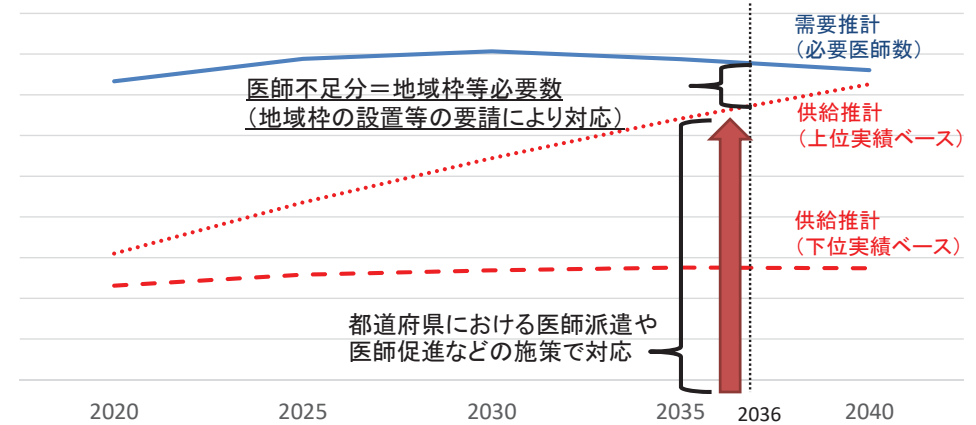
地域枠の医師数に係る推計について(案)

- 地域枠の医師数部分の供給推計については、9年間の義務年限の期間については平成30年度地域枠等履行状況等調査に基づく充足率及び離脱率を用いて、マクロの医師供給推計と同様の推計を行ってはどうか。また、必要医師数の算出にあたっては、これを除いた推計を用いてはどうか。
- 一方、将来時点の地域枠の必要数の算出にあたっては、都道府県等における定着策等を十分に実施することを前提となるため、9年間の義務年限の期間が終了するまでは、充足率100%・離脱率0%とした理想的な推計を行うこととしてはどうか。



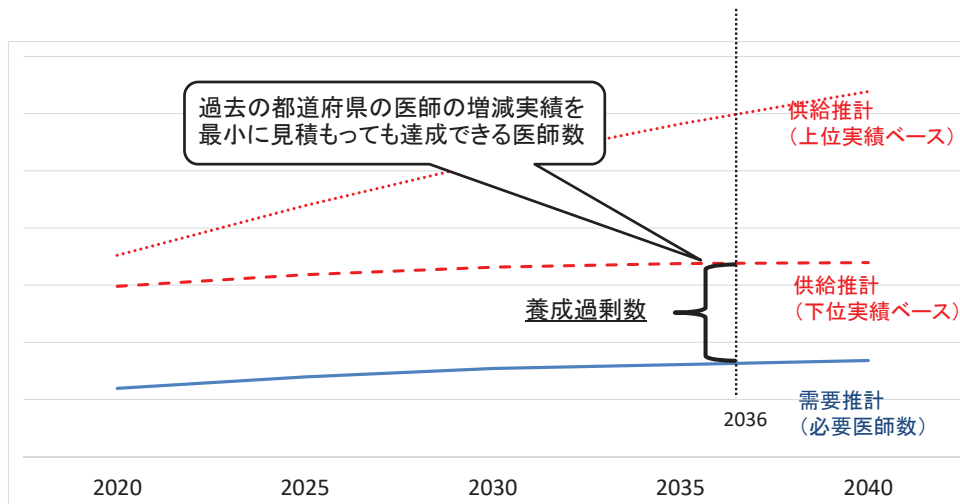
将来時点の地域枠等の必要数の算出について(案)

- 将来時点の地域枠等の必要数については、2036年時点の医師供給推計（上位実績ベースの推計）数が需要推計（必要医師数）を下回っている場合について、その差を医師不足分として、地域枠等の必要数を算出するとしてはどうか。
- なお、二次医療圏における必要医師数については、目標医師数と同様、都道府県における医師の確保の方針を踏まえて、合計が都道府県の必要医師数を超えないように、二次医療圏の必要医師数を設定することが前提となる。



将来時点における医師数が必要医師数を下回る場合について(案)

- 将来時点の医師供給推計（下位実績ベースの推計）が需要推計（必要医師数）を上回っている場合については、その差を養成過剰数としてはどうか。



医師確保計画について（各論）

⑤ 医師偏在指標のまとめ

試算結果：都道府県ごとの医師偏在指標（現在／将来）

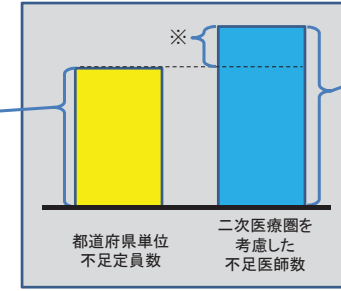
都道府県コード	医師偏在指標	現在時点				将来時点			
		少・多数	二次医療圏	二次医療圏	地域種	都道府県単位	二次医療圏を	二次医療圏を	地域種
	順位	三次医療圏	単位の	単位の	H31臨時定員	不足医師数	考慮した	考慮した	H31臨時定員
			少数区域	多数区域			不足医師数	不足医師数	
00	全国	238.3	112	335	906	5223	24480		
01	北海道	222.0	28	11	21	20	188	1406	
02	青森県	172.1	46 少数	3	6	27	439	684	
03	岩手県	169.3	47 少数	8	9	28	474	744	
04	宮城県	232.7	22	3	4	28	0	290	
05	秋田県	180.6	41 少数	6	8	29	204	479	
06	山形県	189.4	40 少数	1	4	15	0	262	
07	福島県	177.4	44 少数	2	6	48	804	990	
08	茨城県	179.3	42 少数	5	9	47	0	1402	
09	栃木県	216.7	29	3	6	13	0	959	
10	群馬県	208.2	35 少数	2	10	18	51	1110	
11	埼玉県	178.7	43 少数	4	10	27	1044	1563	
12	千葉県	200.5	37 少数	1	9	34	0	1112	
13	東京都	329.0	1 多数	1	13	25	0	929	
14	神奈川県	231.8	23	0	9	20	0	592	
15	新潟県	169.8	46 少数	5	7	24	1534	1540	
16	富山県	216.2	31	0	4	12	0	218	
17	石川県	270.4	7 多数	1	4	10	0	200	
18	福井県	230.9	25	2	4	10	0	276	
19	山梨県	216.4	30	2	4	24	0	224	
20	長野県	199.6	38 少数	4	10	17	87	773	
21	岐阜県	204.7	36 少数	0	5	25	0	316	
22	静岡県	191.1	39 少数	2	8	49	402	995	
23	愛知県	225.3	27	2	11	32	0	2250	
24	三重県	208.8	34 少数	2	4	20	0	203	
25	滋賀県	243.5	16 多数	2	7	10	0	284	
26	京都府	314.9	2 多数	2	6	5	0	202	
27	大阪府	274.4	6 多数	0	8	15	0	152	
28	兵庫県	243.0	17	0	8	16	0	20	
29	奈良県	241.1	18	1	5	15	0	0	
30	和歌山県	257.2	10 多数	1	7	20	0	99	
31	鳥取県	255.0	11 多数	0	3	19	0	152	
32	徳島県	235.9	21	3	7	17	0	191	
33	岡山県	278.8	5 多数	2	5	6	0	85	
34	広島県	240.4	19	0	7	15	0	277	
35	山口県	210.3	33 少数	3	8	15	88	469	
36	徳島県	265.9	8 多数	1	3	12	0	28	
37	香川県	247.8	15 多数	1	3	14	0	27	
38	愛媛県	231.0	24	2	6	15	0	368	
39	高知県	254.3	12 多数	2	4	15	0	130	
40	福岡県	300.5	3 多数	1	13	5	0	613	
41	佐賀県	251.3	13 多数	1	5	9	0	154	
42	長崎県	259.4	9 多数	5	8	22	0	186	
43	熊本県	248.5	14 多数	5	10	10	0	360	
44	大分県	238.0	20	3	6	10	0	161	
45	宮崎県	210.6	32 少数	4	7	12	8	469	
46	鹿児島県	229.8	26	3	9	15	0	455	
47	沖縄県	279.3	4 多数	0	5	12	0	81	

※医師少数区域、医師多数区域の線引きは、指標の下位3分の1、上位3分の1のラインで設定
※数字は精査中

（参考）「都道府県単位不足医師数」と「二次医療圏を考慮した不足医師数」の意味

両方不足している場合

都道府県間の医師ギャップを埋めるために必要な数。地域枠として臨時定員を増員することができる。



二次医療圏ごとの医師不足数を足上げた数であり、県レベルで医師が充足していても生じ得る。

※不足定員数とのギャップは、地域枠（恒久定員）や県またぎ地域枠等の創設によって対応を行うことができる。

二次医療圏を考慮した不足医師数のみ存在する場合

なし

都道府県単位不足定員数

都道府県単位不足定員数がない場合、二次医療圏を考慮した医師不足分は地域枠（恒久定員）の増員によって対応を行う。

医師確保計画について（各論）

⑥ 将来の診療科ごとの医師の需要の明確化

将来の診療科ごとの医師の需要の明確化について

医療従事者の需給に関する検討会
第22回 医師需給分科会（平成30年9月28日）
資料2-3（抜粋・一部改変）

現状と課題

- 現在、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しており、診療科ごとの労働時間には大きな差が存在している。
- 一方、現行では、診療科別の医師のニーズは不明確であり、医師は臨床研修修了後に自主的に主たる診療科を選択している。
- また、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。
- 医師が、将来の診療科別の医療需要を見据えて、適切に診療科選択ができる情報提供の仕組みが必要。



対応

- 医師需給分科会第2次中間取りまとめにおいては、「医師が、将来の診療科別の医療ニーズを見据え、適切に診療科を選択することで診療科偏在の是正につながるよう、人口動態や疾病構造の変化を考慮した診療科ごとに将来必要な医師数の見通しを、国全体・都道府県ごとに明確化し、国が情報提供すべきである。」とされた。

将来の診療科ごとの医師の需要を明確化するための具体的な手順（案）

医療従事者の需給に関する検討会
第13回 医師需給分科会
平成29年10月25日

資料
(改)

考慮すべき要素の例:

- ・医療ニーズ ・将来の人口・人口構成の変化 ・医師偏在の度合いを示す単位(区域、診療科、入院/外来) ・患者の流入・流出 ・医師の年齢分布 ・へき地や離島等の地理的条件 等

診療科ごとの医師の需要を決定する代表的な疾病・診療行為を抽出し、診療科と疾病・診療行為の対応表を作成

現状の医療の姿を前提とした人口動態・疾病構造変化を考慮した診療科ごとの医師の需要の変化を推計し、現時点で利用可能なデータを用いて、必要な補正を行なった将来の診療科ごとの医師の需要を推計

将来の医師等の働き方の変化や医療技術の進歩による需要の変化については、定量的なデータが得られた時点で、順次、需要推計に反映させる。

当面の対応

将来の課題

対応（案）

- 将来の診療科ごとの医師の需要の明確化にあたっては、診療科と疾病・診療行為の対応表等を作成するために必要なデータの整理等を行う必要であり、まずは、事務的に、こうした整理を行った上で、具体的な議論を行うこととしてはどうか。

小児科における医師偏在指標について

- ・ 医師数は、性別ごとに20歳代、30歳代・・・60歳代、70歳以上に区分して、平均労働時間の違いを用いて調整する。
- ・ 医療需要は、15才未満の年少人口に、地域ごとに性年齢階級による受療率の違いを調整する。

$$\text{小児科における医師偏在指標} = \frac{\text{標準化小児科医師数}}{\text{地域の年少人口} \div 10万 \times \text{地域の標準化受療率比} (\times 1)}$$

$$\text{標準化小児科医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$\text{地域の標準化受療率比} (\times 1) = \frac{\text{地域の期待受療率}}{\text{全国の期待受療率}} (\times 2)$$

$$\text{地域の期待受療率} (\times 2) = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別受療率} \times \text{地域の性年齢階級別年少人口})}{\text{地域の年少人口}}$$

注1) 「主たる診療科」が「小児科」ではない医師も、小児に対する医療を一定程度提供している場合がある。
注2) 患者の流入に関しては、患者住所地を基準に流入実態を踏まえ、都道府県間調整を行うこととする。

産科・小児科における医師確保計画を通じた医師偏在対策について

背景

- ・ 診療科別の医師偏在については、まずは診療科と疾病・診療行為との対応を明らかにする必要があり、検討のための時間を要する。
- ・ 一方、産科・小児科における医師偏在対策の検討は、政策医療の観点からも必要性が高く、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすい。

産科医師・小児科医師の偏在の状況把握

産科・小児科における医師偏在指標の算出

三次医療圏・周産期・小児医療圏ごとに、**産科・小児科における医師の偏在の状況を客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや、医師の性年齢構成等を踏まえた**産科・小児科における医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

- 医師偏在指標で考慮すべき要素
- ・ 医療需要(ニーズ) ・ 人口構成の違い等 ・ へき地等の地理的条件
 - ・ 患者の流入等 ・ 医師の性別・年齢分布

相対的医師少数区域の設定

全国の周産期・小児医療圏の産科・小児科における医師偏在指標の値を一律に比較し、下位の一定の割合を相対的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。
※労働環境に鑑みて、産科・小児科医師は相対的に少なくない地域等においても不足している可能性があることから、相対的多数区域は設定しない。



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』の策定

医師の確保の方針

(三次医療圏、周産期・小児医療圏ごとに策定)
医師偏在指標の大小を踏まえ、医療圏の見直し等も含め地域ごとの医師確保の方針を策定。
・ 医療圏の見直しや医療圏を越えた連携によってもなお相対的医師少数区域の場合は、医師の派遣調整により医師を確保する方針とする。等

偏在対策基準医師数

(三次医療圏、周産期・小児医療圏ごとに策定)
計画終了時点の医師偏在指標が、計画開始時点の「相対的医師少数区域」の基準値(下位○%)に達することとなる医師数を「偏在対策基準医師数」と設定。

偏在対策基準医師数を踏まえた施策

医師の確保の方針を踏まえ、偏在対策基準医師数を達成するための具体的な施策を策定する。
・ 産科又は小児科の相対的医師少数区域の勤務環境を改善する。
・ 周産期医療又は小児医療に係る協議会の意見を踏まえ、地域医療対策協議会で、相対的医師少数区域内の重点化の対象となった医療機関へ医師を派遣する調整を行う等

(施策の具体例)

- ① 医療提供体制等の見直しのための施策
・ 医療圏の統合を含む周産期医療圏又は小児医療圏の見直し、医療提供体制を効率化するための再編統合を含む集約化・重点化。
・ 病診連携の推進や、重点化された医療機関等から居住地に近い医療機関への外来患者の逆紹介の推進等による医療機関の機能分化・連携。
・ 地域の医療機関の情報共有の推進。
・ 医療機関までのアクセスに時間がかかる地域住民へ受診可能な医療機関の案内、地域の実情に関する適切な周知等の支援。
- ② 医師の派遣調整
・ 地域医療対策協議会における、都道府県と大学、医師会等の連携。
・ 医療機関の実績や、地域における小児人口、分娩数と見合えた数の医師数となるような派遣先の医療機関の選定。
・ 派遣先の医療機関を医療圏ごとに重点化、医師派遣の重点化対象医療機関の医師の時間外労働の短縮のための対策。
- ③ 産科・小児科医師の勤務環境を改善するための施策
・ 相対的医師少数区域に勤務する産科・小児科医師が、研修、リフレッシュ等のために十分な休暇を取ることができるよう、代診医の確保。
・ 産科・小児科において比較的多い女性医師にも対応した勤務環境改善等の支援。
・ 産科・小児科医師でなくても担うことのできる業務についての、タスクシェアやタスクシフト。
- ④ 産科・小児科医師の養成数を増やすための施策
・ 医学生に対する必要な情報提供や円滑な情報交換、専攻医の確保に必要な情報提供、指導体制を含む環境整備、難關易化。
・ 小児科医師の中でも確保に留意を要する新生児医療を担う医師について、小児科専攻医を養成する医療機関において、新生児科(NICU)研修等の必修化の検討。
・ 産科・小児科医師におけるキャリア形成プログラムの充実化。

産科における医師偏在指標について

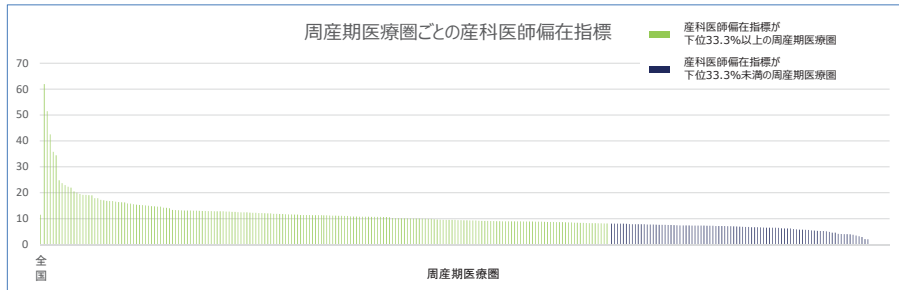
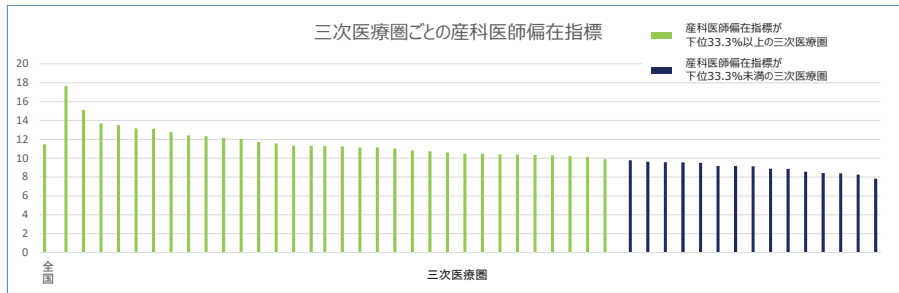
- ・ 医師数は、性別ごとに20歳代、30歳代・・・60歳代、70歳以上に区分して、平均労働時間の違いを用いて調整する。

$$\text{産科における医師偏在指標} = \frac{\text{標準化産科・産婦人科医師数}}{\text{分娩件数} (\times) \div 1000件}$$

$$\text{標準化産科・産婦人科医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

(※) 医療施設調査の分娩数は9月中の分娩数であることから、人口動態調査の年間出生数を用い調整

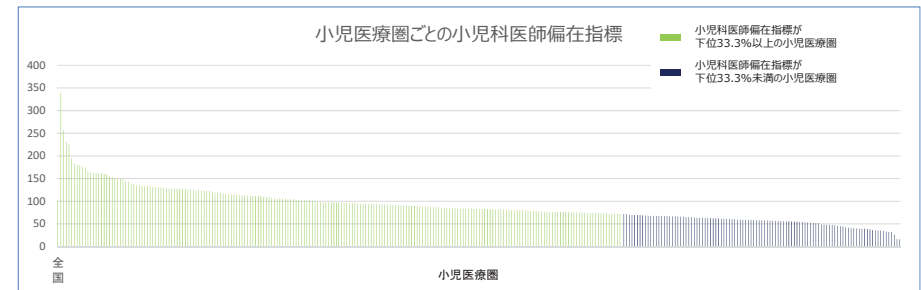
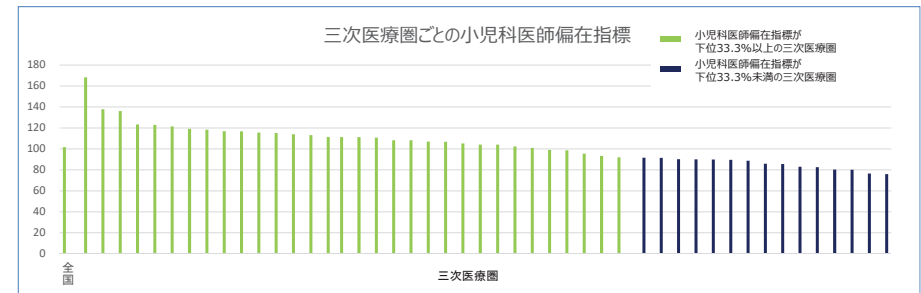
産科における医師偏在指標の計算結果(精査中)



※ 医師需給分科会における医師全体の偏在指標に関する議論を踏まえて、下位の一定の割合を決めるための基準値を33.3%と仮定した場合の計算結果。

参照)
・平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査
・平成29年住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査
・平成26年医療施設調査
「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

小児科における医師偏在指標の計算結果(精査中)



※ 医師需給分科会における医師全体の偏在指標に関する議論を踏まえて、下位の一定の割合を決めるための基準値を33.3%と仮定した場合の計算結果。
※ 流出人は反映していない。

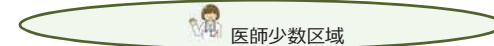
参照)
・平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査
・平成29年住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査
・平成26年患者調査
「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」(平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」)研究班

医師確保計画を通じた医師偏在対策 目標医師数を達成するための施策

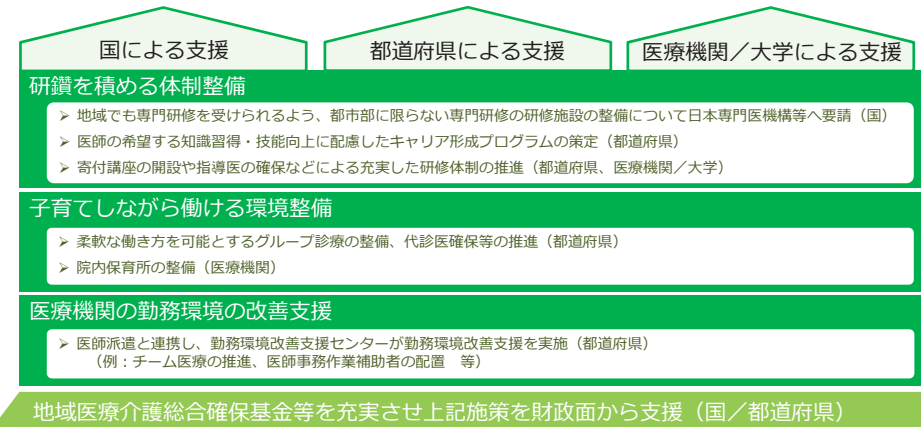
医師少数区域での医師確保に向けたサポート体制の構築

医師の派遣調整 キャリア形成プログラム 医師の大臣認定 臨床研修における定員・倍率調整

医師少数区域での勤務

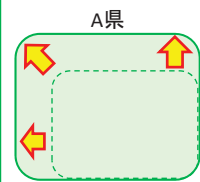


医師少数区域に対して、より充実したサポート体制を構築



今後の医師偏在対策(イメージ)

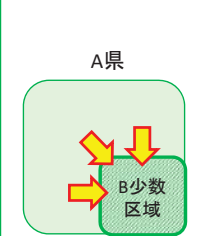
A県の医師を増やす施策



都道府県等の医師の多寡に応じた地域枠等の設定(県内の医師そのものを増やす)
 > 医師の少ない都道府県に医師を充足させる地域枠等を設定

医師少数区域に配慮した臨床研修病院の定員設定(県外から医師を集め、定着促進)
 > 医師多数区域のみに臨床研修医師が集中することのないよう、
 ・国が都道府県別の定員を設定する際に、医師少数区域の多い都道府県に重点的に定員を設定

県内のB少数区域に医師を集める施策



医師少数区域への医師の優先派遣(県内調整)

> 地域枠医師等の就業義務年限中(9年間)は、キャリア形成プログラムを策定しローテートを実施。ローテートに医師不足区域を組み込むため、B区域に医師が行くこととなる
 > 医師の派遣方針を、大学や医師会、医療機関等で構成する地域医療対策協議会で協議し、協議結果を公表。医師不足区域や協議内容が住民等に対して可視化されているので、派遣方針が偏在是正に沿ったものとなる。

大臣認定を希望する医師(県内だけでなく県外からも医師を集めるもの)

> 医師少数区域等で一定期間勤務した医師を、厚生労働大臣が認定。地域医療支援病院(一部の管理者になる際、認定が評価事項となる。(経済的インセンティブについては今後検討)

医師少数区域に配慮した臨床研修病院の定員設定(県内だけでなく県外からも医師を集めるもの)

> 医師多数区域のみに臨床研修医師が集中することのないよう、
 ・都道府県が、各医療機関の研修力には配慮しつつも、医師少数区域に配慮した定員設定を実施

重点的な勤務環境改善支援

> 医療法上、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との連携規定が設けられ、医師不足区域に重点的な勤務環境改善支援を実施

89

地域医療対策協議会と地域医療支援センターの関係性

現行：地域医療対策協議会の役割等が不明確
 地域医療支援センターとの関係・役割分担も不明確

見直し後：地域医療対策協議会の役割明確化・協議プロセスの透明化
 地域医療支援センターとの関係・役割の明確化

地域医療対策協議会	
構成員	都道府県、大学、医師会、主要医療機関等
役割	協議事項が具体化されていない(医療従事者の確保(地域医療対策)のみ)
協議の方法	具体的な協議の方法は定められていない
国のチェック	協議内容に対する国のチェックの仕組みなし

関係・役割分担が不明確

地域医療支援センター (医師確保対策の事務の実施拠点)	
法定事務	・都道府県内の医師確保状況の調査分析 ・医療機関や医師に対する相談援助
法定外事務	・医師派遣のあっせん・調整(通知・予算) ・キャリア形成プログラムの策定促進(通知・予算)等
協議の方法	運営委員会で協議(構成員、協議内容等が、地域医療対策協議会と重複)

改正法による見直し

地域医療対策協議会	
構成員	都道府県、大学、医師会、主要医療機関、民間医療機関等 ※ 議長は都道府県以外の第三者・互選、女性割合に配慮等
役割	協議事項を法定 ・キャリア形成プログラムの内容 ・大学の地域枠・地元枠設定 ・医師の派遣調整 ・臨床研修病院の指定 ・派遣医師のキャリア支援策 ・臨床研修医の定員設定 ・派遣医師の負担軽減策 ・専門研修の研修施設・定員等
協議の方法	・医師偏在指標に基づき協議 ・大学・医師会等の構成員の合意が必要 ・協議結果を公表 協議プロセスの透明化
国のチェック	・医師派遣先(公的、民間の別)等の医師の派遣状況について定期的に国がフォローアップ

都道府県が実施する医師派遣等の対策は、地域医療対策協議会において協議が属した事項に基づいて行う(法律に明記)

地域医療支援センター (医師確保対策の事務の実施拠点)	
法定事務	・都道府県内の医師確保状況の調査分析 ・医療機関や医師に対する相談援助 ・医師派遣事務 ・キャリア形成プログラムの策定 ・派遣医師のキャリア支援・負担軽減等
協議の方法	原則として、地域医療対策協議会に一任化(地域医療対策協議会のWG等として存置も可)

90

地域医療対策協議会の構成員の見直しについて①

-見直しの対応方針-

・現在、都道府県によっては、地域医療対策協議会の構成員に、必ずしも医師確保対策を協議する上で必要でない者が含まれ、その運営効率や協議内容の実効性を損なっているとの指摘を踏まえて、地域医療対策協議会に関する今後の見直しが行われることとされたことから、**地域医療対策協議会の実効的かつ効率的な運営を確保するため、既存の構成員の必要性を精査し、権力人数を絞るよう見直しを行うこと。**ただし、例外として、既存の構成員のうち、慎重な精査の上で特別な事情により引き続き構成員とすることが必要と認められる者については、存続させることが可能である。

・**地域医療対策協議会の構成員の見直しについては、可能な限り早期に対応することとし、遅くとも平成30年度中に完了すること。**

-見直しの内容-

・地域医療対策協議会の構成員は、都道府県のほか、**原則として次に掲げる者の管理者その他の関係者を全て含むものとする。**

- | | | |
|----------------------|-------------------------|--------------------|
| ① 特定機能病院 | ⑥ 診療に関する学識経験者の団体 | ⑩ 独立行政法人国立病院機構 |
| ② 地域医療支援病院 | ⑦ 大学その他の医療従事者の養成に関係する機関 | ⑪ 独立行政法人地域医療機能推進機構 |
| ③ 公的医療機関(公立医療機関を含む。) | ⑧ 当該都道府県知事の認定を受けた社会医療法人 | ⑫ 地域の医療関係団体 |
| ④ 臨床研修病院 | | ⑬ 関係市町村 |
| ⑤ 民間病院 | | ⑭ 地域住民を代表する団体 |

・地域医療対策協議会の実効的かつ効率的な運営を確保するため、**構成員は必要性を精査し、権力人数を絞る必要がある。**このため、**特定の者が複数の構成員の要件を満たす場合は、兼務可能とする。**

・地域医療対策協議会における協議が、女性医師のライフイベント等に適切に配慮され、そのキャリア支援に資するものとなるよう、**構成員の一定数を女性とする。**

(次頁に続く)

91

地域医療対策協議会の構成員の見直しについて②

-見直しの内容(続き)-

・地域医療対策協議会における協議の内容が、公的医療機関と民間医療機関の双方の意見を踏まえ、都道府県内の実情を適切に反映したものとなるようにする。

民間病院に該当する構成員を選出するに当たっては、都道府県に民間病院の団体(公的医療機関と民間病院の双方を会員とする団体を含む。)が存在する場合には、当該団体に所属する民間病院の管理者その他の関係者を優先的に選出するものとする。具体的には、**全国組織を有する病院団体の支部に所属する民間病院等**が想定される。なお、例えば都道府県に公的医療機関と民間病院の双方を会員とする団体が存在し、当該団体の代表が公的医療機関であった場合に、当該代表を構成員に選出することによっては、民間病院に該当する構成員を選出したこととはならない。

・診療に関する学識経験者の団体としては、**都道府県の区域を単位として設立された医師会**が考えられる。

・大学その他の医療従事者の養成に関係する機関については、都道府県内の医育大学が想定されるが、**当該都道府県外の大学から当該都道府県内の医療機関等に医師の派遣がある場合には、当該大学も原則として構成員とする。**

ただし、県外の関係する大学全てを地域医療対策協議会の構成員とし、毎回の協議会に出席を求めることは、当該大学が遠方にある等の理由で、協議会の当日の出席を求めることが実務上困難である場合や、定足数等の関係から現実的でない場合も考えられる。このため、こうした場合における**柔軟な取扱いとして**、例えば、大学から医師派遣をする予定の医療機関の情報を事前に収集する、都道府県の医師派遣案を文書で送付し意見を求める等の方法を探ることで、これらの**調整を事前に適切に行うことができる場合には、例えば最も医師派遣の多い大学にのみ当日の出席を求め、その他の大学については協議事項について事前調整を行うことにより、当日の出席を免除する等、例外的に一部の大学を構成員としないことや、構成員である大学の協議会当日への出席を求めないこととして差し支えない。**

92

地域医療対策協議会の運営の見直しについて（構成員に関する事項以外）

－見直しの内容－

- 設置主体
 - ・ 地域医療対策協議会の設置主体は、都道府県とする。
- 議長の選出
 - ・ 地域医療対策協議会の議長は、構成員の互選により選出する。また、地域医療対策協議会の議長は、都道府県以外の者とする。
- 事務局
 - ・ 地域医療対策協議会の運営事務(事務局)は、医療法第30条の25第2項第7号に規定する地域医療支援事務の1つである。このため、地域医療対策協議会の事務局は、同条第3項の規定に基づき、都道府県以外の者に委託可能である。

医師確保に関する他の会議体の取扱いについて

－見直しの内容－

- ・ **現在、都道府県内に存在する地域医療対策協議会以外の医師確保に関する会議体**（へき地保健医療対策に関する協議会、専門医制度に関する都道府県協議会、地域医療支援センター運営委員会等）は、速やかに地域医療対策協議会に一本化する。
- ・ ただし、平成30年度中は、一本化に向けた移行期間として、これらの会議体が存続していき差し支えない。
- ・ 会議体の一本化に伴い、各会議体の構成員を地域医療対策協議会の構成員に追加することは、必要性を精査した上で最小限の範囲で認められるものである。
- ・ 会議体の一本化の例外として、例えばへき地への短期間の医師派遣について、実務的な調整を継続的に行う必要があるため、地域医療対策協議会の形で開催することが非効率であり、へき地診療所の管理者を含めた小規模の会議体で協議することが適当である場合等、医師確保に関する協議運営の効率化という今回の改正の趣旨を十分に踏まえた上で、なお既存の他の協議会の機能を、ワーキンググループとして存続させる特別の必要がある場合には、そのような取扱いを認める。
 - その際、親会議である地域医療対策協議会とワーキンググループとで、同一の内容について重複して協議したり、両者の構成員が重複していたりといった非効率な運営が行われることのないよう十分留意し、また、ワーキンググループにおける議論の結果をもって最終決定とすることは認められず、必ず、地域医療対策協議会において最終決定を行うこととする。
- ・ ワーキンググループを設置した場合は、国に対して報告すること。なお、国において、地域医療対策協議会及びワーキンググループの運営状況等についてのフォローアップを行うこととしている。

都道府県が行う医師の派遣調整について

地域医療対策協議会において派遣調整を行う対象となる医師(以下「協議対象医師」という。)は、地域枠医師(大学医学部において、卒業後に一定期間、都道府県内で医師として就業する意思を有するものとして選抜され、その旨の契約を都道府県等と締結した医師)を中心とした、キャリア形成プログラムの適用を受ける医師が基本となる。

地域における医師の確保のためには、地域医療対策協議会において医師の派遣調整を行うことにより、都道府県内で医師が不足している地域における医療機関をはじめ、医師確保が必要な医療機関に適切に医師が派遣されることが必要である。

- ➡ 都道府県による医師の派遣先の決定に当たっては、都道府県の政策的観点が一定程度反映されるよう、地域医療支援センターが作成した派遣計画案を基に、地域医療対策協議会で協議して派遣先を決定する。
- ➡ 地域医療対策協議会において、都道府県内の各医療機関の診療科ごとに、医師を派遣する必要性を慎重に検討した上で、派遣期間及び人数を協議することとする。ただし、個人情報保護の観点から、協議が調った事項として公表する内容は、各医療機関の診療科ごとの派遣期間及び人数とする。
- ➡ 大学からの医師派遣先でないことなどにより、必要とされる医師が確保できない医療機関に対して都道府県が協議対象医師を配置する等、都道府県による医師派遣と大学による医師派遣との整合性の確保を図るものとする。
- ➡ 医師派遣と地域医療構想の達成に向けた都道府県の具体的対応方針との整合性を確保し、救急医療、小児医療、周産期医療等の政策医療を地域で中心的に担うものとして地域医療構想調整会議で合意を得たもの等から協議対象医師が適切に配置されるようにする。
- ➡ 都道府県による協議対象医師の派遣先が、理由なく公立・公的医療機関に偏ることがないようにする。なお、この趣旨は、単に一律に公立・公的医療機関への派遣割合を下げることを目的とするのではなく、開設主体の別によらず、地域における各医療機関の医療機能に着目し、必要性に応じた医師派遣を行うことを目的とするものである。

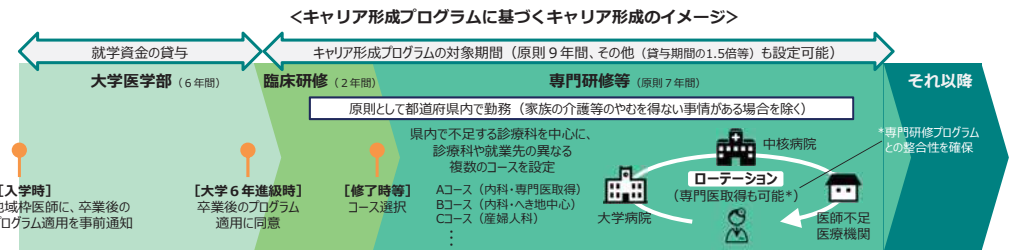
キャリア形成プログラムが医師確保と派遣される医師のキャリア形成の両立を目的としたものであることを踏まえ、協議対象医師の派遣先が、地域における医師の確保に資するという観点がありつつも、個々の協議対象医師のキャリア形成上の希望と整合的なものとなるよう、最大限配慮する。また、派遣される医師の能力の開発及び向上を図るには、当該医師が派遣される医療機関における指導医の確保が重要であることに留意し、地域医療対策協議会において、大学との調整を行うものとする。

都道府県による医師の派遣が理由なく公立・公的医療機関に偏っている等、都道府県による不適切な運営が認められた場合には、国は、翌年度の地域医療介護総合確保基金の配分において査定する。この都道府県による医師の派遣状況を踏まえた査定の際に当たっては、機械的に公立・公的医療機関への医師の派遣割合を反映させるのではなく、派遣の必要性に照らして妥当であるか否かを総合的に考慮する。

キャリア形成プログラムについて

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している。

※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

キャリア形成プログラムからの離脱防止について

- **キャリア形成プログラムは、都道府県とキャリア形成プログラムの適用を受ける医師（対象医師）の間で締結される契約であり、対象医師は、これを満了するよう真摯に努力しなければならない。**（通知で明示）
- **都道府県が地域枠修学資金を貸与した医師は、**家族の介護等のやむを得ない事情がある場合を除き、**キャリア形成プログラムを満了することを返還免除要件とする。**
- **一時中断事由が虚偽であることが判明した場合には、違約金を科した上で、**即時にキャリア形成プログラムに基づく就業を求める。なお、一時中断事由が虚偽であることが判明した後に、対象医師がキャリア形成プログラムから**離脱する場合には、違約金とは別に、**修学資金の貸与を受けていた場合はその額に応じて都道府県の定める額の**返還が必要**である。
- 都道府県は、対象期間中に年1回、都道府県担当者との面談を行う等、**対象医師本人のキャリアパスに関する希望を確認する手続を実施することとする。**
- 都道府県は、キャリア形成プログラムの既存のコースの内容や、新たに設定又は変更しようとするコースの案の内容について、**対象医師及び将来対象となることが見込まれる学生（対象予定学生）の意見を聴くものとする。**
都道府県は、意見聴取を開始する旨を対象医師及び対象予定学生に通知するとともに、必要に応じて、キャリア形成プログラムの内容や地域医療対策協議会における協議状況等に関する説明会を開催する等により、**対象医師及び対象予定学生が都道府県に意見を述べることでできる環境を整えるものとする。**
意見聴取は、キャリア形成プログラムの各コースについてそれぞれ行うものとする。
都道府県は、対象医師又は対象予定学生から意見を聴いたときは、当該意見を地域医療対策協議会に報告し、**キャリア形成プログラムの内容に反映させるよう努めるとともに、当該意見の内容を公表することとする。**
- 対象予定学生がキャリア形成プログラムの適用を受けることについて同意する際に適切な判断を行い、また対象医師が適切なコース選択を行えるよう、**都道府県は、大学を含む関係者の協力の下、夏季休暇中の地域実習プログラムを開催する等の方法により、大学の医学部の学生が地域社会と接する機会を提供し、学生の地域医療や将来の職業選択に対する主体的意識の涵養を図るものとする。**
- 都道府県の地域枠修学資金が地域医療介護総合確保基金を活用しているか否かを問わず、当該**地域枠修学資金を貸与した医師のキャリア形成プログラム満了率を、当該都道府県の翌年度の地域医療介護総合確保基金の配分の決定の際に考慮する。**その際、プログラムの満了率を機械的に配分額に反映させるのではなく、プログラムの内容や、離脱理由、都道府県による離脱防止の取組状況等を総合的に考慮するものとする。

97

学部生段階からのキャリア形成支援

- 医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第30条の33の13第9項
都道府県は、対象予定学生及び対象医師が、それぞれ第六項の同意〔※卒業後にキャリア形成プログラムの適用を受けることについての大学六年生進級時における同意〕及び第七項の選択〔※臨床研修修了時等におけるキャリア形成プログラムの具体的なコースの選択〕を適切に行うことができるよう、**法第三十条の二十三第一項各号に掲げる者〔※地域医療対策協議会の構成員〕の協力を得て、大学の医学部において医学を専攻する学生の将来の職業生活設計に関する意識の向上に資する取組を実施するものとする。**

- **キャリア形成プログラム運用指針（平成30年7月25日付け医政発0725第17号厚生労働省医政局長通知別添）4（2）エ**
対象予定学生がキャリア形成プログラムの適用を受けることについて同意する際に適切な判断を行い、また対象医師が適切なコース選択を行えるよう、**都道府県は、大学を含む関係者の協力の下、夏季休暇中の地域実習プログラムを開催する等の方法により、大学の医学部の学生が地域社会と接する機会を提供し、学生の地域医療や将来の職業選択に対する主体的意識の涵養を図るものとする。**

〔考えられる具体的な取組の例〕

- ・夏季休暇中の地域実習プログラム等を通じ、医学生に地域社会において医師が果たす役割を学ぶ機会を提供する
- ・医学生と様々な現場で活躍する医師との対話の機会を設け、キャリアの多様性について意識させる
- ・医学生や若手医師同士が、互いのキャリア設計等について議論する機会を提供する

※ これらの取組には、地域医療介護総合確保基金を活用可能

98

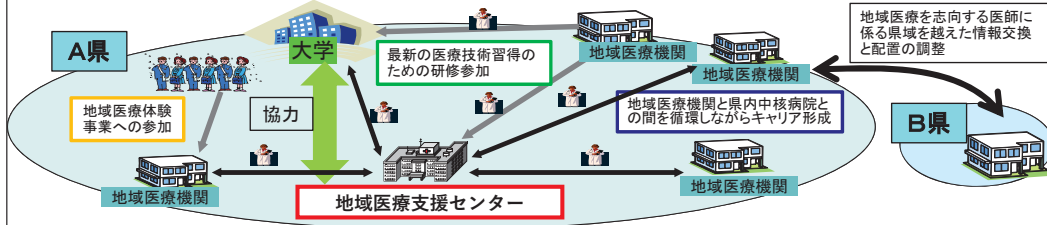
地域医療支援センター運営事業

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

地域医療支援センターの目的と体制

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などという将来への不安等

- ▶ 都道府県が責任を持って医師の地域偏在の解消に取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組む。
 ・人員体制：専任医師2名、専任事務職員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

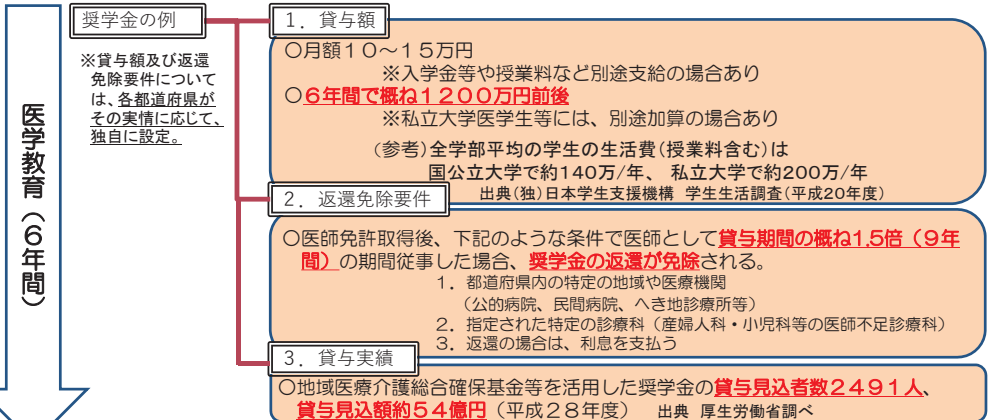
- ▶平成28年4月現在、すべての都道府県に地域医療支援センターが設置されている。
 （設置場所：都道府県庁（21都道府県）、大学病院（9県）、都道府県庁及び大学病院（13県）、その他（4府県）（平成28年7月時点））
- ▶平成23年度以降、都道府県合計4,530名の医師を各都道府県内の医療機関へあっせん・派遣をするなどの実績を上げている。（平成28年7月時点）

99

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



平成28年度以降、新たな医師として地域医療等へ貢献

100

地域枠の募集について

・衆議院厚生労働委員会 医療法及び医師法の一部を改正する法律案に対する附帯決議（平成30年7月13日）

十四、地域医療に志のある学生の入学を推進し、地域枠以外の医師を当該地域に確実に定着させる観点から、地域枠については、**地域枠以外の入学枠と峻別した上で学生の募集を促すことによって必要な地域枠学生の確保が確実になされるよう、厚生労働省と文部科学省が連携して大学及び都道府県に対して必要な対応を行うこと。**

○ 基本的な考え方をキャリア形成プログラム運用指針において明確化（文部科学省を通じて大学にも周知）

平成20年度以降の臨時定員増に伴う定員枠については、医師確保が必要な地域等に医師を配置・確保することを目的として措置されたものであり、地域医療に従事する明確な意思を有し、卒業後に地域に定着する可能性が高い学生を、当該定員枠を充足する人数分確実に確保することができるよう、**入学者の選抜の時点で、当該定員枠について一般枠等とは別の選抜枠を設定することが適切である。**

○ 次の内容を、文部科学省高等教育局長・厚生労働省医政局長の連名で大学に通知。

平成32年度以降の医学部入学定員に関しては、定員増員分に見合う数の修学資金の貸与を受けた地域枠の学生の確保の状況を踏まえて精査を行う予定である。

○ 次の内容を、文部科学省高等教育局長・厚生労働省医政局長の連名で都道府県に通知。

平成32年度に入学する学生からは、一般枠等とは別の選抜枠を設定しないことにより定員増員分に見合う数の修学資金の貸与を受けた地域枠の学生が確保できていない場合には、当該学生に貸与する修学資金に地域医療介護総合確保基金を活用しているか否かを問わず、翌年度の地域医療介護総合確保基金の配分において査定する。

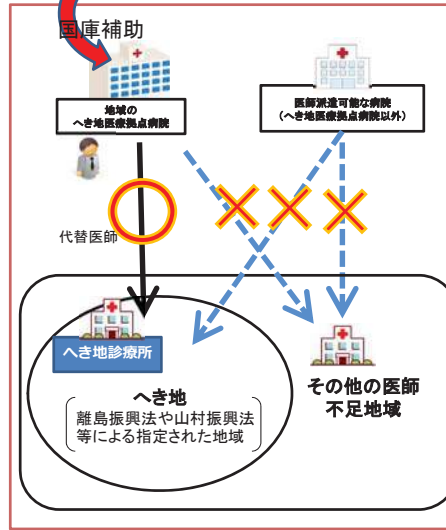
平成31年度に入学する学生に関しては、既に平成31年度の臨時定員増に係る入学定員について大学と都道府県の間で合意がなされている時期であることを考慮し、平成31年度の地域医療介護総合確保基金の配分において査定することまでは行わない。ただし、定員増員分に見合う数の修学資金の貸与を受けた地域枠の学生を確実に確保する努力を、平成31年3月までの間にどのように行うのかについて、都道府県は、大学と合意の上、本年8月31日までに厚生労働省医政局地域医療計画課まで様式自由により提出することとし、本記載内容及び後日行うその取組のフォローアップ調査の内容を踏まえて、平成32年度の地域医療介護総合確保基金の配分を査定する。

代替医師の派遣について

医療従事者の需給に関する検討会
第10回 医師需給分科会（平成29年6月15日）
資料1（抜粋）

○ 現行、へき地拠点病院からへき地診療所への代診医師派遣には派遣手当の支援があるが、支援はへき地に限られている。

【現行】 補助制度の概要：へき地診療所等へ代診医等を派遣するへき地医療拠点病院に対し、派遣1日につき61,000円の補助



平成29年度予算額

へき地医療拠点病院運営事業：515百万円の内数

補助制度の実績

平成23年度	平成27年度
22都道府県（75病院） 1,550日	21都道府県（69病院） 1,927日

代診医師派遣のメリットについての都道府県の意見

(A県)【平成27年度実績：11診療所に161回派遣】
・へき地に特定診療科に従事する医師がいない場合、特定診療科以外の代診医派遣を受けることで、へき地の医療提供体制の強化につながっている。
・へき地に従事する医師の病気休暇、大学病院での胃カメラ研修など自己研鑽のための研修への参加等、へき地に従事する医師の負担軽減につながっている。

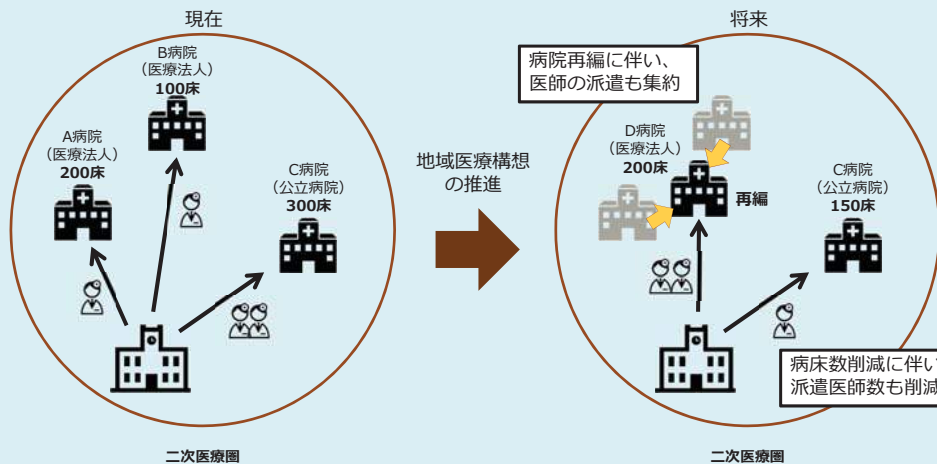
地域医療構想との整合性について

医療従事者の需給に関する検討会
第12回 医師需給分科会（平成29年10月11日）
資料1より抜粋

地域医療構想との関係

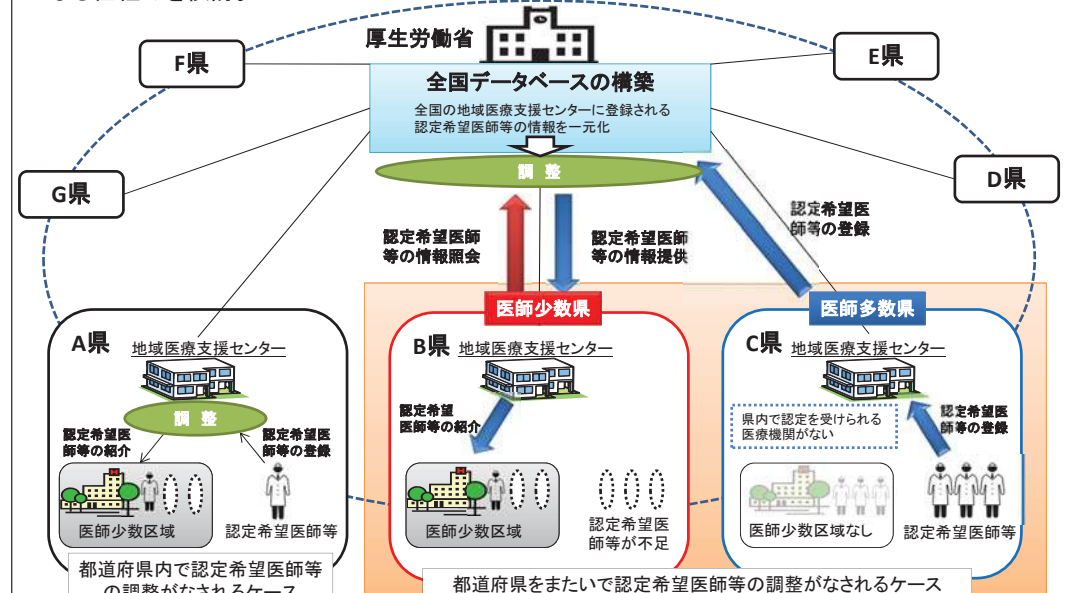
○ 今後、地域医療構想に基づく医療機能の分化・連携が進むことを踏まえ、地域医療支援センターによる医師の派遣についても、これと整合的に行うことが必要である。

【地域医療構想と整合的な医師派遣のイメージ】



全国的な医師調整のイメージ（案）

○ 新たな認定制度が創設されることを踏まえ、厚生労働省において、全国的な医師調整が可能となる仕組みを検討。

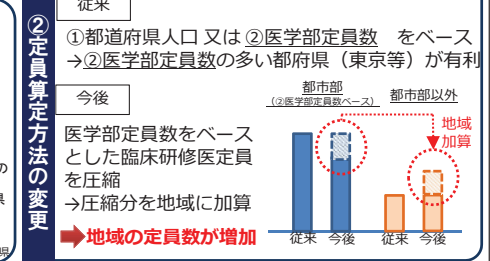
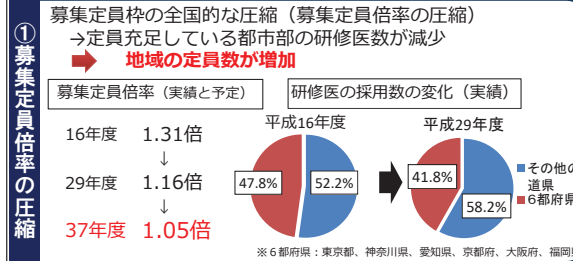


医師確保計画を通じた医師偏在対策 目標医師数を達成するための施策 (臨床研修病院の定員設定)

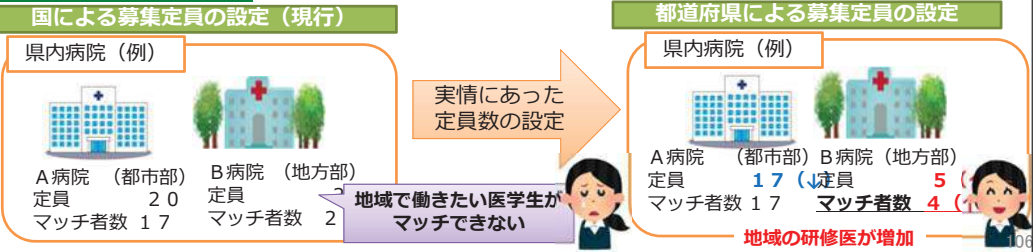
臨床研修病院の募集定員設定について

- これまで、国が臨床研修病院ごとの定員を定めていたが、今後、国は都道府県ごとの定員を定め、都道府県が病院ごとの定員を定めることにより、地方の研修医が増加する等のメリットがある。
- ※ 都道府県が定員を定める際、あらかじめ厚生労働省に情報提供する仕組みを法定。
- ※ 公私にかかわらず地域医療への配慮がなされるよう、都道府県が定員を定める際は地対協の意見を聴くことを法定化。

都道府県間の定員調整

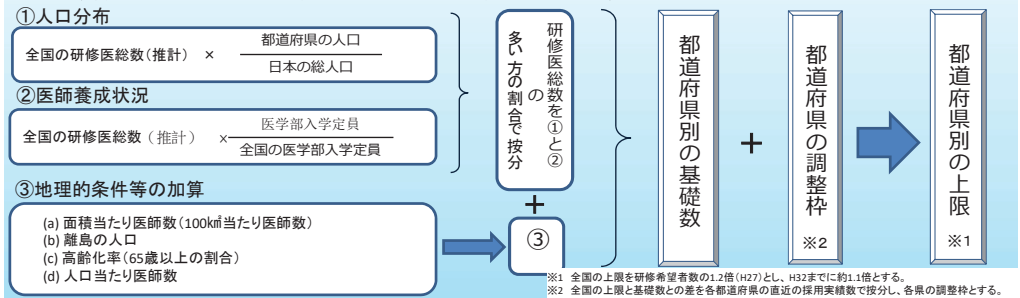


都道府県内の定員調整

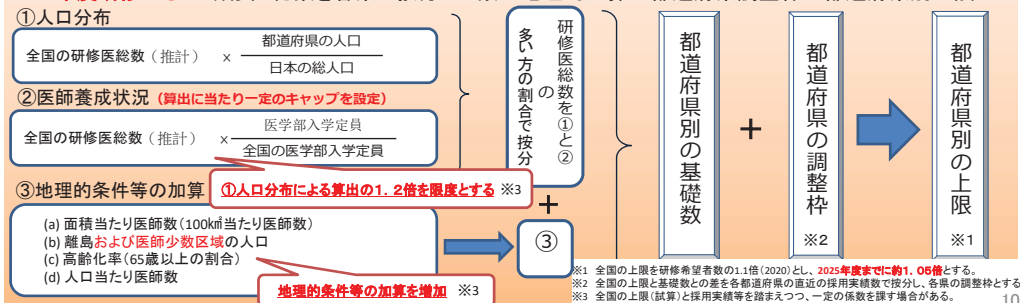


都道府県別の募集定員上限の見直しについて (臨床研修部会報告書 平成30年3月30日) 資料1-3

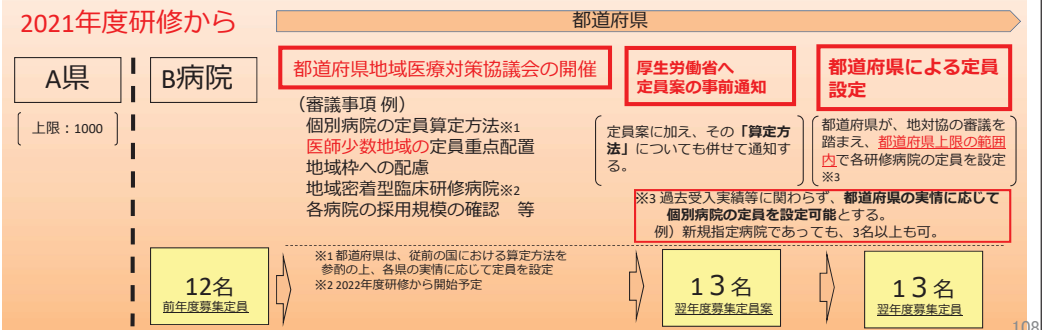
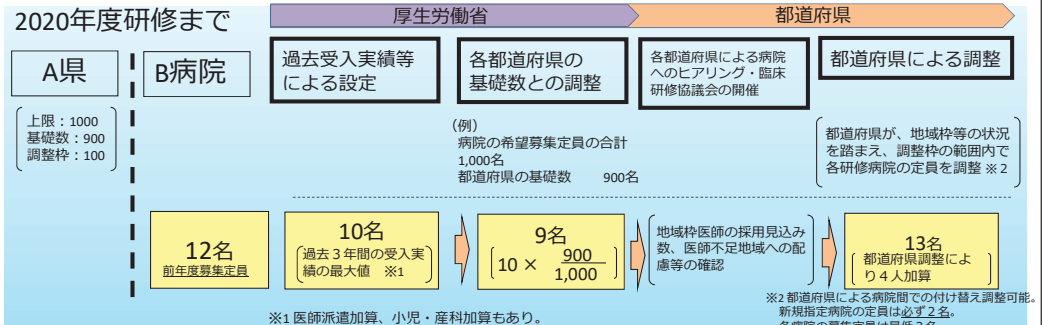
2020年度研修まで: 研修医総数を各県に按分した数+地理的加算+都道府県調整枠=都道府県別上限



2021年度研修から: 研修医総数を各県に按分した数+地理的加算+都道府県調整枠=都道府県別上限



各臨床研修病院における募集定員の設定について



臨床研修病院の定員設定に関する法令上の規定

医師法（昭和23年法律第201号）（抄）（2020年4月1日施行）

第十六条の三 厚生労働大臣は、毎年度、都道府県ごとの研修医（臨床研修病院（前条第一項に規定する都道府県知事の指定する病院をいう。第三項及び次条第一項において同じ。）において臨床研修を受ける医師をいう。以下この条及び第十六条の八において同じ。）の定員を定めるものとする。

- 2 (略)
- 3 都道府県知事は、第一項の規定により厚生労働大臣が定める都道府県ごとの研修医の定員の範囲内で、毎年度、当該都道府県の区域内に所在する臨床研修病院ごとの研修医の定員を定めるものとする。
- 4 都道府県知事は、前項の規定により研修医の定員を定めようとするときは、医療法第五条の二第一項に規定する医師の確保を特に図るべき区域における医師の数の状況に配慮しなければならない。
- 5 都道府県知事は、第三項の規定により研修医の定員を定めようとするときは、あらかじめ、その内容について厚生労働大臣に通知しなければならない。
- 6 都道府県知事は、前項の規定による通知をしようとするときは、あらかじめ、地域医療対策協議会の意見を聴かなければならない。
- 7 都道府県知事は、前項の規定により地域医療対策協議会の意見を聴いたときは、第三項の規定により研修医の定員を定めるに当たり、当該意見を反映させるよう努めなければならない。

医師法施行規則及び医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の一部を改正する省令案（抄）

（募集定員の通知）

- 第十六条 都道府県知事は、法第十六条の三第三項の規定により臨床研修病院ごとの研修医の定員を定めるときは、当該定員による臨床研修が行われる年度の前年度の四月三十日までに、その旨をそれぞれの臨床研修病院に通知しなければならない。
- 2 法第十六条の三第五項の規定により厚生労働大臣に対して通知する内容は、研修医の定員のほか、当該定員の算定方法を含むものとする。

地域密着型臨床研修病院における地域枠等限定選考について

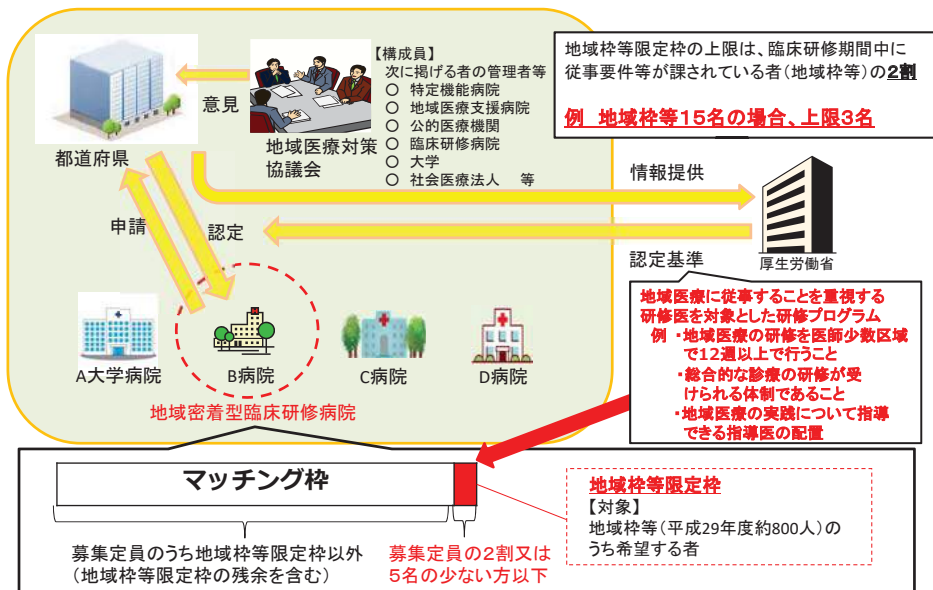
省令施行通知（案） ※地域密着型臨床研修病院の関係部分

5 臨床研修病院の指定の基準

都道府県知事は、基幹型臨床研修病院の指定を受けようとする病院の開設者から指定の申請があった場合において、当該病院が次に掲げる事項に適合していると認めるときでなければ、基幹型臨床研修病院の指定をしてはならないこと。

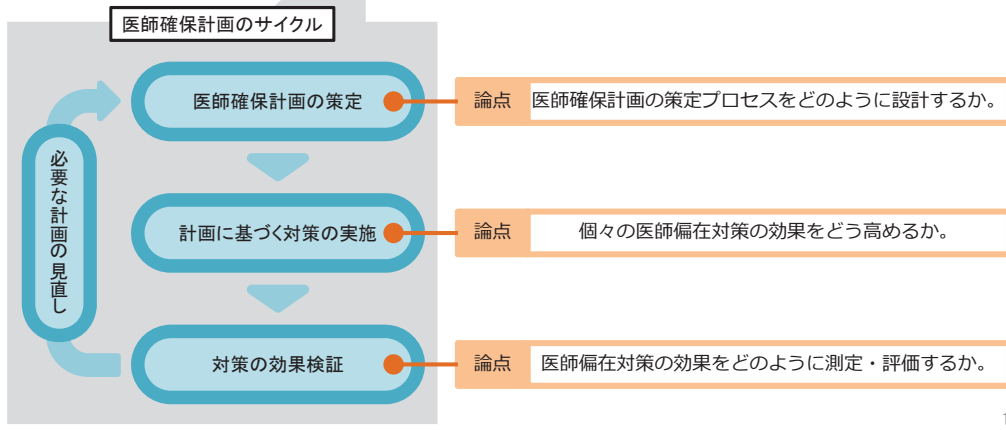
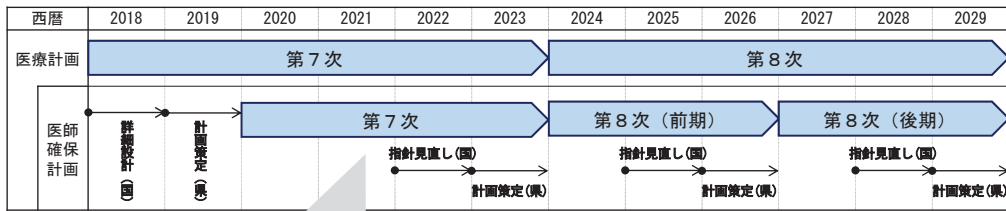
- ア 臨床研修省令第2条に規定する臨床研修の基本理念にのっとった研修プログラムを有していること。
- (イ) **都道府県知事が**次の手続きを行うことを条件に**認定した基幹型臨床研修病院（以下「地域密着型臨床研修病院」という。）**は、地域医療に従事することを重視する研修医を対象とした研修プログラム（以下「**地域医療重点プログラム**」という。）を設けることができること。
- ① 地域密着型臨床研修病院の認定を希望する基幹型臨床研修病院の開設者は、地域医療重点プログラムの研修を開始しようとする年度の前々年度の10月31日までに、申請書を当該病院の所在地を管轄する都道府県知事に提出すること。
 - ② 申請書には、当該病院の地域医療重点プログラムを添付すること。
 - ③ 都道府県知事は、①の申請が適当と認める場合、当該プログラムの研修医を募集する年度の前年度末までに地域医療対策協議会の意見を聴いた上で、当該病院を地域密着型臨床研修病院と認定すること。
 - ④ ③の認定に当たっては、当該病院の研修体制が充実していると認められること、**医師少数区域における地域医療の研修が12週以上であり、臨床研修終了後も総合的な診療の研修が受けられる体制であること、地域医療の実践について指導できる指導医が配置され、勤務体制上指導時間を十分に確保できること等が満たされていることを確認すること。**
 - ⑤ 地域医療重点プログラムの研修医の募集及び採用の決定は、当該病院の募集定員の2割又は5名の少ない方の定員分は、当該都道府県において臨床研修期間中に従事要件等が課されている者を対象として、**医師臨床研修マッチング協議会が実施する医師臨床研修マッチング前に行うこと（以下「地域枠等限定選考」という。）**ができること。
 - ⑥ ⑤の当該都道府県内の地域枠等限定選考できる募集定員の合計は、当該都道府県において臨床研修中に従事要件等が課されている者の2割以内とすること。
 - ⑦ 都道府県知事は、認定した地域密着型臨床研修病院が、前述④の基準に適合しなくなったときは、当該認定を取り消すことができること。
 - ⑧ 都道府県知事は、地域密着型臨床研修病院を認定したとき又は当該認定を取り消したときは、その旨を厚生労働大臣に通知すること。

地域密着型臨床研修病院における地域枠等限定選考（イメージ）



今後のスケジュール

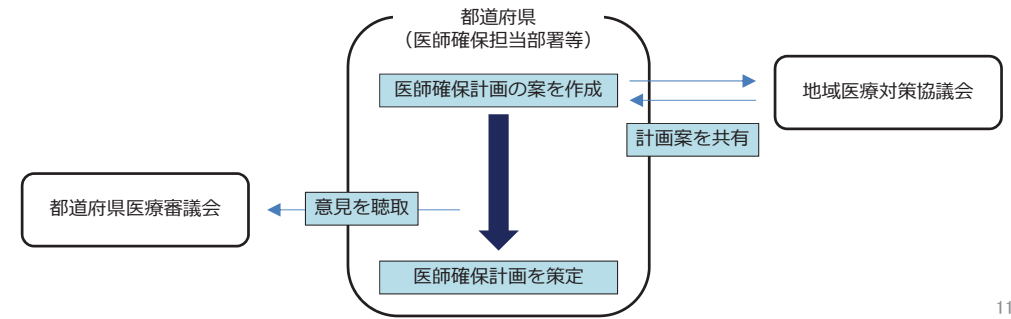
医師確保計画に基づく医師偏在対策のサイクル



医師確保計画策定時の地域医療対策協議会の役割について

論点

- 医師確保計画に基づく具体的な医師偏在対策については、地域医療対策協議会において実施に必要な事項の協議を行い、協議が調った事項に基づき対策を講じることとされている。
 - 医師偏在対策の実効性を確保するためには、具体的な対策について協議する地域医療対策協議会の構成員が、医師確保計画の立案段階から関与することが有用と考えられる。
 - このため、都道府県が医師確保計画を策定するに当たっては、地域医療対策協議会に計画案の共有を行うこととしてはどうか。



医師確保計画の策定スケジュール(イメージ)

平成32年度から始まる最初の医師確保計画の策定スケジュールのイメージは、次のとおり。

平成30年度内	<ul style="list-style-type: none"> 需給分科会の議論の取りまとめを実施 国が医師確保計画の策定ガイドラインを作成、公表 国が医師偏在指標（患者流出入の調整前）を算出
平成31年 4月～6月頃	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県間での患者流出入の調整を実施
平成31年 7月頃	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県間の調整結果を踏まえ、国が医師偏在指標（患者流出入の調整後）を算出
・	・
・	・
平成31年度内	<ul style="list-style-type: none"> 国が都道府県向けの医師確保計画策定研修会等を随時実施
平成31年度内	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県が地域医療対策協議会との共有、都道府県医療審議会への意見聴取を経て、医師確保計画を策定・公表
平成32年度～	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県において、医師確保計画に基づく医師偏在対策開始

医療法及び医師法の一部を改正する法律の施行スケジュール

主要事項のスケジュール	施行日	30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度	36年度	37年度
医療提供体制 ・地域医療構想 ・第7次医療計画				骨太の方針2017に基づく 見直し時期(※)					
三師調査結果公表			H31.12公表 (H30年調査)		H33.12公表 (H32年調査)		H35.12公表 (H34年調査)		H37.12公表 (H36年調査)
新たな医師の認定制度の創設	H32.4.1施行								
医師確保計画の策定	H31.4.1施行	指針策定	医師確保計画策定作業						
地域医療対策協議会の役割の明確化等	公布日施行								
地域医療支援事務の追加	公布日施行								
外来医療機能の可視化/協議会における方針策定	H31.4.1施行		計画策定作業						
都道府県知事から大学に対する地域枠/地元枠増加の要請	H31.4.1施行								
都道府県への臨床研修病院指定権限付与	H32.4.1施行								
国から専門医機構等に対する医師の研修機会確保に係る要請/国・都道府県に対する専門研修に係る事前協議	公布日施行								
新規開設等の許可申請に対する知事権限の追加	公布日施行								

※経済・財政再生計画改革工程表 2017(改定版) 都道府県の体制・権限の在り方について、地域医療構想調整会議の議論の進捗、2014年の法律改正で新たに設けた権限の行使状況等を勘案した上で、関係審議会等において検討し、結論。検討の結果に基づいて2020年までに必要な措置を講ずる。