

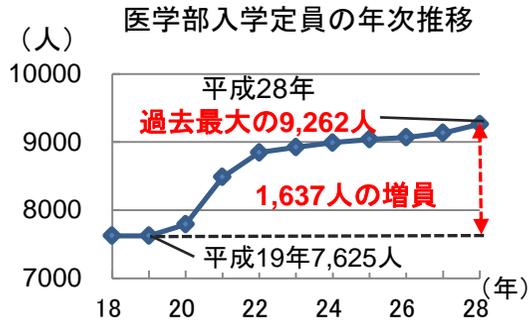
第 1 2 回 医 療 計 画 の 見 直 し 会 等 に 関 する 検 討 会	資 料 4-2
平 成 3 0 年 1 月 2 2 日	

医師偏在対策について

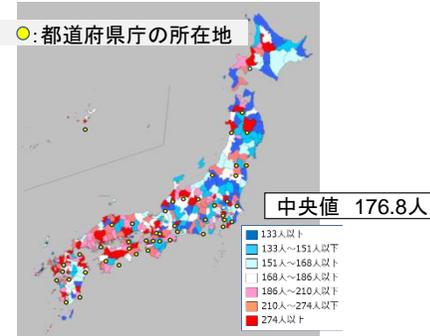
医師偏在対策の必要性

1. 現状

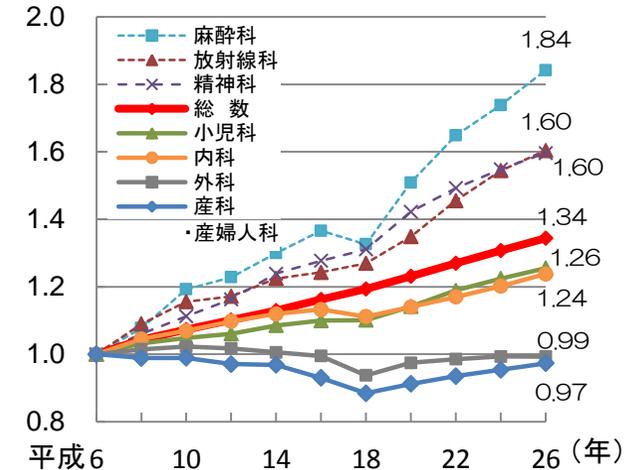
- 平成20年度以降、**医学部定員を大幅に増員**
- しかし、**医師の地域偏在・診療科偏在は解消されておらず**、地域・診療科によっては「医師不足」との指摘



二次医療圏ごとの人口10万対医師数(平成26年)



診療科別医師数の推移(平成6年:1.0)



2. 対策の必要性

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

3. 医師偏在解消への主な課題

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

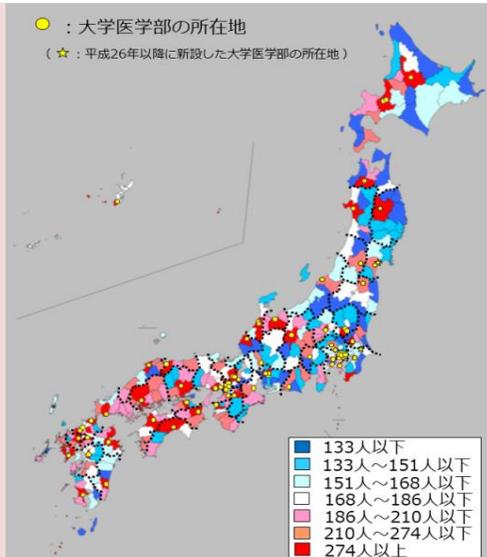
医師偏在指標の導入

現状

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

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

二次医療圏ごとの人口10万対医師数（平成26年）

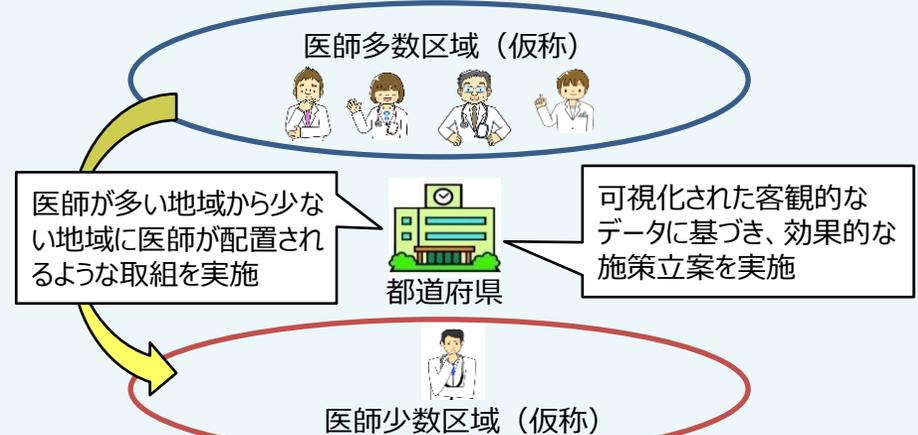


制度改正案

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

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

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



制度改正案

- 都道府県の策定する医師確保計画の実効性を確保するため、地域ごとの医師の多寡を全国ベースで客観的に比較・評価可能な、医師偏在の度合いを示す指標を設定する。
- 医師偏在の度合いを示す指標の設定に当たっては、次に掲げる要素を考慮する。
 - ・ 医療ニーズ
 - ・ 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・年齢
 - ・ へき地や離島等の地理的条件 等

制度改正案

- 医師偏在の度合いを示す指標を設定することによって、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となる。
- 医師確保計画における医師偏在是正の目標達成のためには、医師派遣等の各施策と結び付けて、医師が多い地域から少ない地域に医師が配置されるような取組を実施していくことが必要である。
 - ※ただし、医師偏在の度合いに応じて、医療需要（ニーズ）に比して医師が多いと評価された場合であっても、政策医療等の観点から、地域に一定数の医師を確保する必要がある場合等については、配慮することが必要。
- このため、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）」及び「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付けて実行できることとする。

※医師少数区域・医師多数区域と関連づける医師確保対策等のイメージ

- ・ 地域医療支援センターによる医師多数地域から医師少数区域への医師派遣へのあっせん
- ・ 地域医療支援センターにおけるキャリア形成プログラム作成に当たっての医師少数区域への配慮
- ・ 医師少数区域での診療を一定期間義務付ける地域枠の設定
- ・ 医学部の地域診療実習の医師少数区域での実施
- ・ 臨床研修の地域医療研修の医師少数区域での実施
- ・ 医師少数区域に対する優先的財政支援（例：医師少数区域における産科開設の施設整備補助等）

都道府県における医師確保対策実施体制の強化

現状

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

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

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

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

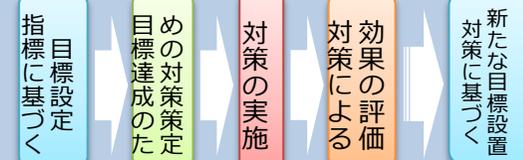
制度改革案

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

① 医師確保計画の策定

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

PDCAサイクルの下で進捗管理



② 地域医療対策協議会の機能強化



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



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



地域医療対策協議会

協議に基づいた事務の実施



地域医療支援センター

③ 地域医療支援事務の見直し

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

現状・課題

- 医療計画における「医療従事者の確保に関する事項」は、都道府県によって記載内容にばらつきがあり、必ずしも十分な現状分析・目標設定に基づく具体的な対策の策定がなされていない。
- 地域医療対策は、医療法上、医療計画における「医療従事者の確保に関する事項」において定める内容との関係性が十分に整理されておらず、また、そもそも地域医療対策を策定していない都道府県も存在するなど、都道府県によっては、実効的な地域医療対策を策定することができていない。
- 医療計画における「医療従事者の確保に関する事項」や地域医療対策では、都道府県内の医師の偏在状況を地域ごとに評価できる仕組みが存在せず、対策の実施効果の評価や、それに基づく対策の見直しといったPDCAサイクルに基づく実効性の確保が十分になされていない。



制度改正案

- 各都道府県において定量的な現状分析に基づく実効的な医師確保対策が進められるよう、医療計画において、
 - ・ 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という一連の方策を記載することを、明確に法律上に位置付ける。
- 医療計画におけるこの医師確保に関する事項を、運用上「医師確保計画」と呼称する。
- 医師確保計画に医師偏在対策を記載することとなることに併せ、各種計画の位置付けの明確化や行政事務の簡素化の観点から、地域医療対策は医師確保計画の中に組み込むものとして、発展的に解消する。

医師確保計画の具体的な内容

- 医師確保計画を、都道府県内の医師偏在是正の実効的な対策とするために、具体的な内容として、以下の点を盛り込む。

①都道府県内における医師の確保方針

- ・ 医師偏在の是正のためには、まず、都道府県内の二次医療圏・診療科別医師数、医療施設・医師配置状況、人口や医療需要（ニーズ）の変化等の分析を踏まえ、あるべき医師確保の方針を定める。

(例) A県における医師確保方針

県内の医師が少ない地域に対し、大学からの優先的な医師派遣や、若手医師への指導体制の強化、当該地域における医学生向けの地域医療実習の実施等、重点的な医師確保対策を行う。

二次医療圏	人口10万人対 医師数
a医療圏	147.9
b医療圏	160.8
c医療圏	192.5
d医療圏	328.0

医師数:少
(病院によっては、眼科・皮膚科等の常勤医が配置されていない)

医師数:多
(県庁、大学所在地)

a医療圏に対する重点的な医師確保対策

医学生向けの
地域医療実習を実施

指導医・臨床研修医
に対する研修会等、
指導体制を強化

大学からの優先的な
医師の派遣を実施

医師確保計画の具体的な内容（続き）

②都道府県内において確保すべき医師数の目標

- ・ PDCAサイクルに基づく実効性の確保のために、医師偏在の度合いを示した上で、①で設定した医師の確保方針に基づき、医師確保計画の期間内に都道府県内において確保すべき医師数の目標を設定する。

③目標の達成に向けた医師の派遣その他の医師の確保に関する施策

- ・ ②で設定した医師数の目標を達成するための対策として、医師が少ない地域等に対する医師派遣の在り方、医師養成課程を通じた医師の地域定着策等の医師確保対策を定める。

医師確保計画の計画期間

- 新たに医療計画に記載することとする「医師確保計画」は、
 - ・ 医師の確保は地域住民の医療アクセス等に関わる喫緊の課題であり、状況の変化に応じ柔軟に対応する必要があること
 - ・ 医師確保計画の中に、医師の派遣に関する事等、短期的な医師確保対策の方針についても定めることとなっており、これらの対策は医師の偏在状況の変化に応じて、短期的に見直していく必要があること
- から、計画の期間を3年とし、3年ごとに医師偏在の度合いに基づくPDCAサイクルを回して、その内容を見直していくこととする。

医療計画の記載が不十分と考えられる都道府県の例

A県

現状分析	<ul style="list-style-type: none"> ・医師数(人口10万人当たり)●●人(全国●位・平成22年) ・5疾病5事業の現状の課題の分析 	<ul style="list-style-type: none"> ・これまでの取組の列記
目標	<ul style="list-style-type: none"> ・医師臨床研修マッチング数の向上(全国平均を目標) 	<ul style="list-style-type: none"> ・Uターン医師の還流(毎年度5名確保)
対策	<<策定済の基本方針に基づく取組の推進>> <ul style="list-style-type: none"> ・女性医師の就労環境の整備 ・地域医療支援センターが教育機関と連携して行う医師のキャリア形成支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師の定着促進のための効果的な対策の実施

B県

現状分析	<ul style="list-style-type: none"> ・医師数(人口10万人当たり)●●人(全国●位・平成22年) ・診療科や地域間の医師偏在、産婦人科医不足、大学病院の負担軽減、女性医師支援、無医地区の解消、研修医の確保 	
目標	<ul style="list-style-type: none"> ・明確な目標設定なし 	
対策	<<主な取組>> <ul style="list-style-type: none"> ・修学資金貸付制度の運用 ・地域枠の設置 ・女性医師の就労環境整備 	<ul style="list-style-type: none"> ・臨床研修医確保のための説明会の実施等 ・医師登録制度による情報発信 ・自治医科大学における地域医療担当者の継続的養成
		<ul style="list-style-type: none"> ・医師の資質向上のための研修 ・地域医療支援センターにおける総合的な支援

C県

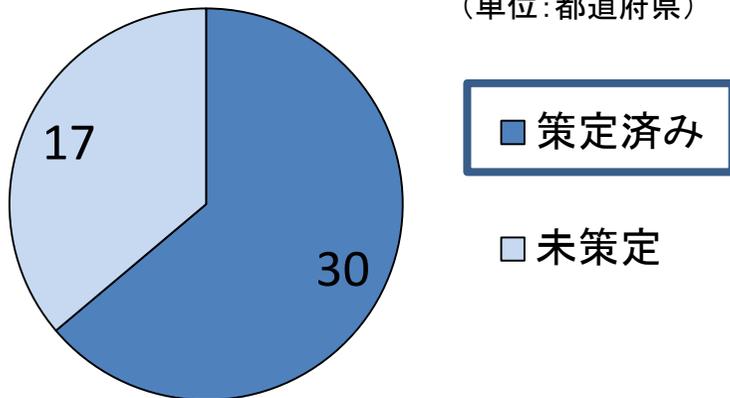
現状分析	<ul style="list-style-type: none"> ・医師数(人口10万人当たり)●●人(全国●位・平成22年) 	
目標	<ul style="list-style-type: none"> ・医師数(人口10万人当たり)全国順位を向上(平成28年) 	
対策	<<主な取組>> <ul style="list-style-type: none"> ・産科・小児科・救急などを担当する医師の確保促進 ・医師の養成方策の検討や定着の支援 ・開業医の支援による病院勤務医の負担軽減 ・女性医師に対する就業支援策の推進 	<ul style="list-style-type: none"> ・保健・医療・福祉従事者の養成と社会人を対象とした教育の強化 ・医師等の充足状況の調査・分析 ・就業を希望する医師等の情報や医療機関の求人情報の提供 ・医師等に対するキャリア形成の支援 ・本県出身医学生への支援 等

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。

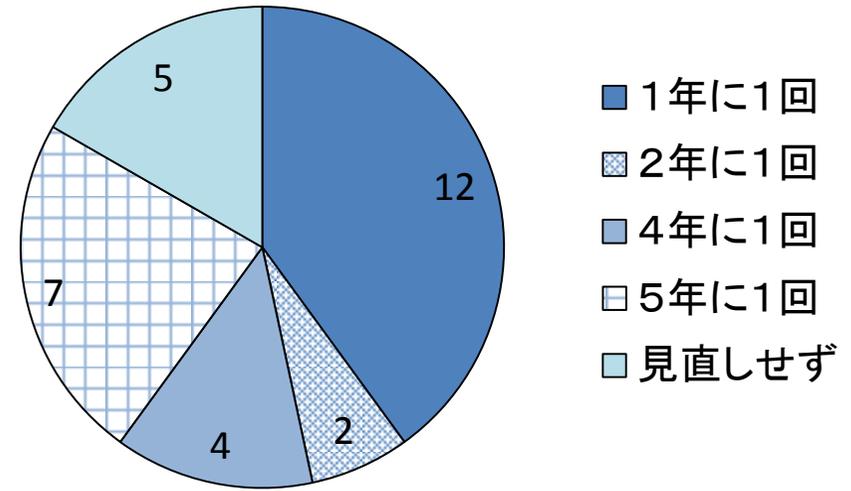
地域医療対策の策定状況

(単位:都道府県)



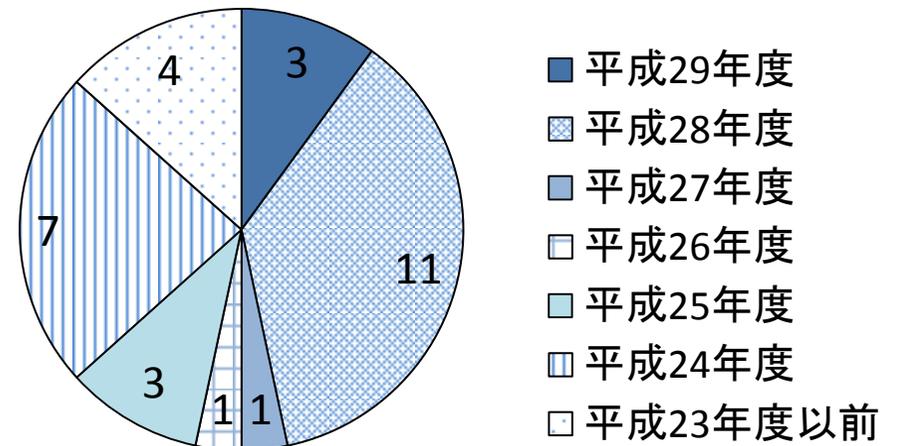
地域医療対策の見直し頻度

(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)

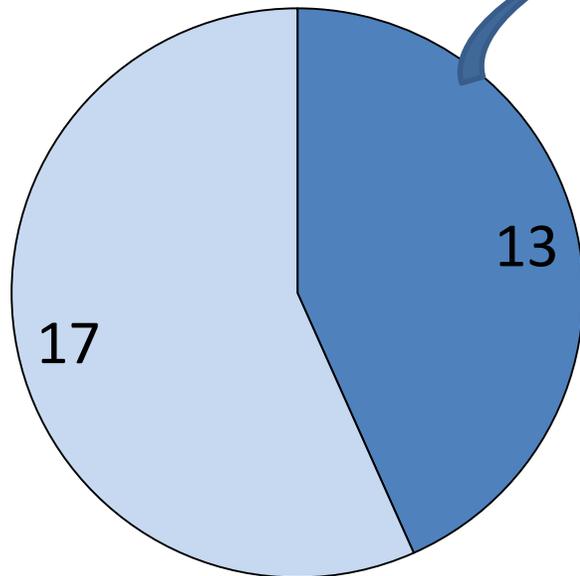


地域医療対策の策定内容

- 地域医療対策を定めている30都道府県うち、個別の対策を定めているのは13である。このうち、現状分析が行われているものは5つ、目標設定がされているものは2つの都道府県にとどまる。
- 個別に地域医療対策を策定していない17の都道府県では、医療計画等の既存の計画の抜粋をもって地域医療対策としている都道府県が13、地域医療介護総合確保基金の計画や予算事業の説明資料のみをもって地域医療対策としている都道府県が4となっている。

地域医療対策の内容

(単位:都道府県)



■ 地域医療対策として定めたもの

□ 医療計画や地域医療介護総合確保基金の計画、
予算事業の説明資料等を活用し定めたもの

都道府県	名称	策定年月
北海道	「北海道の医師確保対策について」	H29.3
岩手県	「岩手県医師確保対策アクションプラン」	H17.3
秋田県	「医師不足・偏在改善計画」	H24.11
茨城県	「地域医療対策協議会における決定事項」	H22.3
埼玉県	「埼玉県総合医局機構 各委員会における検討予定事項」	H29.6
千葉県	「医師の総数を増加させる方策について」	H26.8
東京都	「東京都地域医療対策協議会」	H19.6
福井県	「福井県の医師確保対策」	H21.2
静岡県	「静岡県の医療の確保のための施策の提言」	H21.2
京都府	「京都府における医師確保対策」	H19.1
島根県	「島根県地域医療支援計画」	H15.3
岡山県	「第4回 地域医療を担う医師を地域で育てるためのワークショップ」報告書	H28.10
高知県	「日本一の長寿県構想」	H21.3

現状・課題

- 都道府県によっては、
 - ・ 地域医療対策協議会の構成員が多岐に渡り、必ずしも医師確保に直接関係のない者も含まれ、効率的な会議の運営・調整が困難になっていること
 - ・ 医師確保に関する同様の議題を議論する会議体が複数存在していること等から、地域医療対策協議会の開催頻度が低い状況にある（未開催の県も存在する）。
- 都道府県によっては、医師確保に関する各会議体間の連携が乏しく、類似の重複した検討が行われている場合がある。



制度改正案

- 地域医療対策協議会については、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り、関係者が協議・調整を行う協議機関と位置付ける。
- これに伴い、地域医療対策協議会の構成員について見直しを行い、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するよう、都道府県に対して改組することを促す。
- 併せて、地域医療対策協議会以外の医師確保に関する各種会議体（へき地医療支援機構、専門医協議会）については、議論や構成員の重複を避けるために、その機能を地域医療対策協議会に移管し、原則として廃止する。
- ただし、都道府県によって特別の事情がある場合には、それらの会議体を地域医療対策協議会のワーキンググループなどとして存続させることも可能とする。

都道府県における新たな医師確保対策実施体制のイメージ

平成29年10月11日
第12回医師需給分科会
資料1より抜粋(一部改変)

都道府県医療審議会

役割

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

構成員

医師、歯科医師、薬剤師、患者代表及び学識経験者

【医師確保計画】

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

具体的な実施方法等
の協議・調整

地域医療対策協議会

役割

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

構成員

医師確保対策上、主要な役割を果たす関係者

協議事項
(例)

医師派遣等

医師派遣の具体的な実施方法

へき地の医師確保のための具体的な調整

医師養成関係

地域枠・地元枠の具体的な設定

臨床研修施設の定員に関する調整

専門医の配置に関する調整

医師確保対策の推進に
関するその他の会議体

⇒機能を移管

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

地域医療
支援センター
運営委員会

へき地医療
支援機構
運営委員会

専門医協議会

医師確保計画の記載事項と地域医療対策協議会の協議事項のイメージ

平成29年10月11日
第12回医師需給分科会
資料1より抜粋(一部改変)

医師確保計画の記載事項

【医師派遣】

地域ごとに派遣が必要な医師の人数の決定

【医学部】

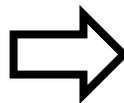
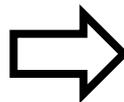
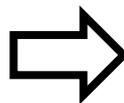
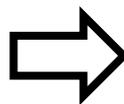
医育大学における地域枠、地元枠の設定目標の決定

【臨床研修】

臨床研修病院の指定、臨床研修病院ごとの定員設定に当たっての方針の決定

【専門研修】

専門研修基幹病院の認定、専門研修基幹病院ごとの定員設定に当たっての地域医療への配慮の意見の決定



地域医療対策協議会の協議事項

医師派遣の具体的な実施方法の調整
(どの病院からどのような医師を何人派遣するか等)

地域枠、地元枠の具体的な人数の調整
(どの大学に何人の枠を設定するか等)

具体的な指定病院や定員数の調整
(どの地域のどの病院を臨床研修病院に指定するか、何人の定員枠を設定するか等)

具体的な認定病院や定員数の調整
(どの地域のどの病院を専門研修基幹病院に認定するか、何人の定員枠を設定するか等)

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
- 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

○ 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

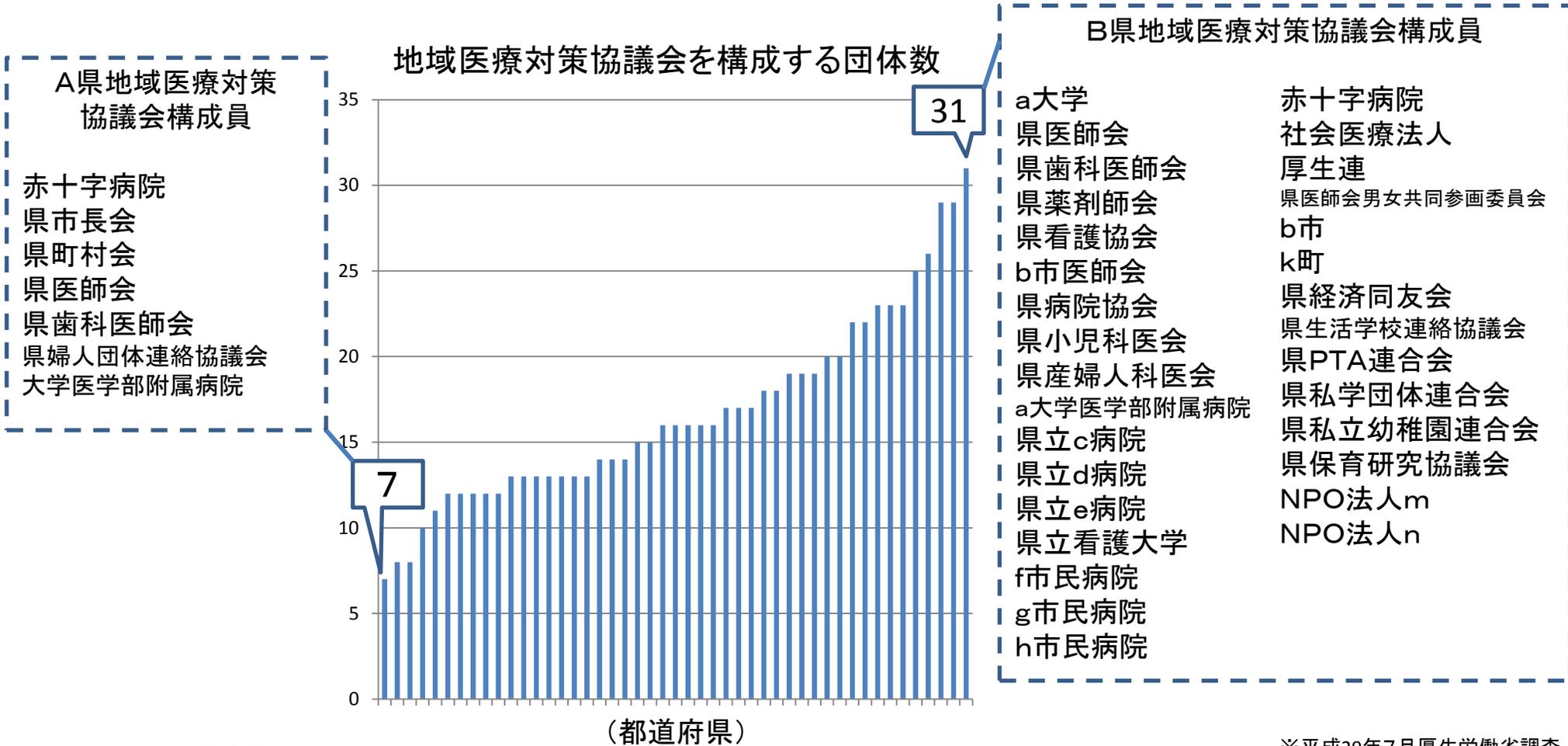
回数	0	1	2	3	4	5以上
都道府県名	青森県 新潟県 香川県 佐賀県 山形県 山梨県 福岡県	奈良県	—	滋賀県 和歌山県	埼玉県 千葉県	北海道 茨城県 富山県 静岡県 兵庫県 山口県 熊本県 岩手県 栃木県 石川県 愛知県 鳥取県 徳島県 宮崎県 宮城県 群馬県 福井県 三重県 島根県 愛媛県 鹿児島県 秋田県 東京都 長野県 京都府 岡山県 高知県 沖縄県 福島県 神奈川県 岐阜県 大阪府 広島県 長崎県

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

地域医療対策協議会の構成員の状況

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



(参考: 法令上の構成員)

※平成29年7月厚生労働省調査

○次に掲げる者の管理者その他の関係者

- ・特定機能病院 ・地域医療支援病院 ・公的医療機関 ・臨床研修病院 ・診療に関する学識経験者の団体
- ・大学その他の医療従事者の養成に関する機関 ・社会医療法人 ・独立行政法人国立病院機構
- ・独立行政法人地域医療機能推進機構 ・地域の医療関係団体 7 関係市町村 ・地域住民を代表する団体

現状・課題

- 都道府県によっては、地域医療支援センターと大学医学部・大学病院の連携が十分に行われていない。
- キャリア形成プログラムが未策定である都道府県や、策定内容が不十分な都道府県が存在する。
- 修学資金貸与医師が、公立病院・公的病院などに偏って派遣されている等、医師派遣の方針の整理が必要。
- 地域医療構想の推進と医師派遣の方針の関係が未整理。

制度改正案

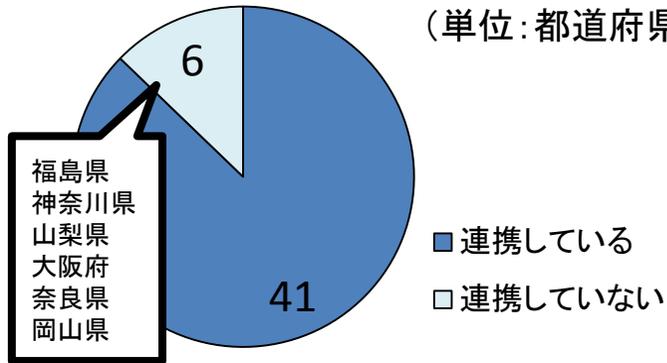


- 今後、地域医療支援センターが派遣調整を行う地域枠等の医師の数が増加することを踏まえれば、都道府県の行う地域医療支援事務の実効性を強化することが必要である。
- このため、以下のような見直しを行う。
 - ・ 都道府県が地域医療支援事務を行うに当たって、必ず大学医学部・大学病院との連携の下に行われるよう、地域医療対策協議会における協議に基づいて実施
 - ・ 特に、医師の派遣先の決定に当たって、地域医療対策協議会での協議を経ることにより、理由なく公立病院・公的病院などに派遣先が偏らないようにする、地域医療構想との整合性を確保するなど、医師派遣の方針を整理・明確化
 - ・ さらに、今後増加する地域枠の医師については、地域医療対策協議会での協議を経て、都道府県主体で派遣方針を決定することを明確化
 - ・ 全ての都道府県でキャリア形成プログラムを策定することを徹底
 - ・ 派遣医師の負担軽減のための援助（適切な休暇取得や能力開発等が可能な労働条件の確保等）を地域医療支援事務において行うことを明確化

地域医療支援センターと大学医局の連携状況

地域医療支援センターと大学医局の連携状況

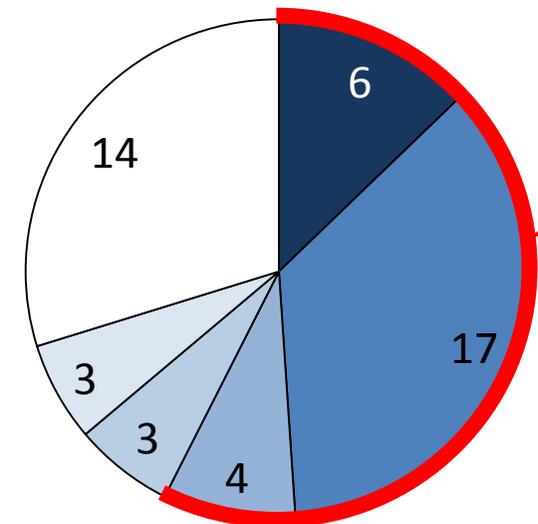
(単位: 都道府県)



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

※平成29年7月厚生労働省調査

地域医療支援センターの業務の委託状況



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

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

(単位: 都道府県)

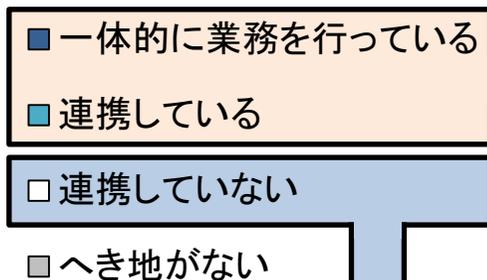
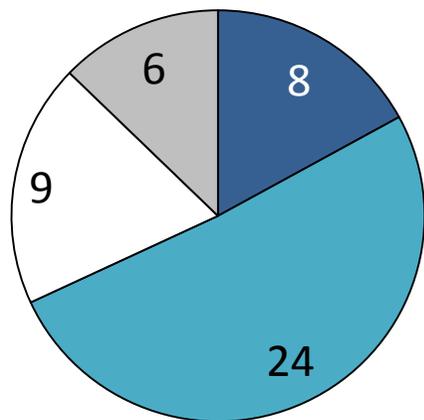
地域医療支援センターとへき地医療支援機構の連携状況

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

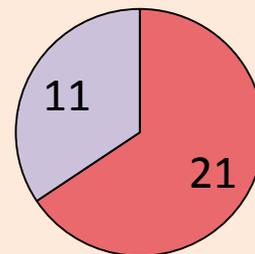
地域医療支援センターとへき地医療支援機構の連携状況

※平成29年7月厚生労働省調査

(単位: 都道府県)

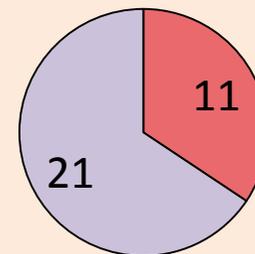


医師の派遣先の調整において連携



■ 連携している
□ 連携していない

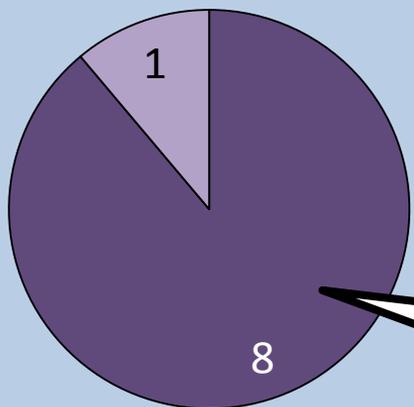
キャリア形成プログラム策定において連携



■ 連携している
□ 連携していない

連携していない都道府県における今後の連携予定

(単位: 都道府県)



■ 今後も連携する予定がない
□ 対応未定

茨城県 新潟県 三重県 滋賀県
大阪府 鳥取県 高知県 鹿児島県

○ その他の連携例

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

キャリア形成プログラムの策定状況

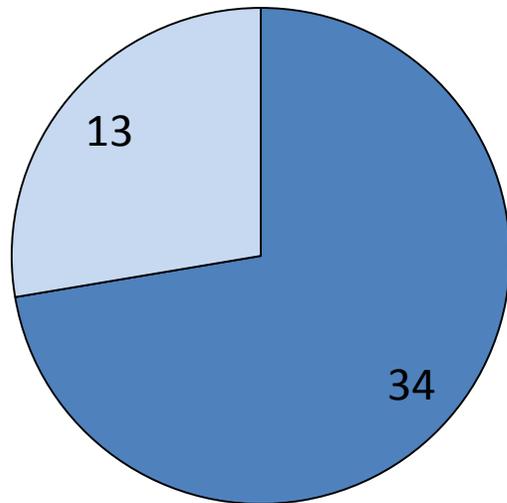
- キャリア形成プログラムを未策定の都道府県が13あり、そのうち5県では今後の策定予定が未定、2県では策定予定が平成31年度以降となっている。
- キャリア形成プログラムを策定している都道府県でも、策定本数が1本のみである都道府県が12存在する。

主に地域枠医師を対象とした キャリア形成プログラムの策定状況

(単位: 都道府県)

■ キャリア形成プログラムを策定済

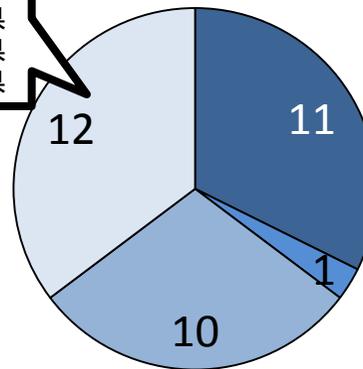
□ 未策定



策定済みの都道府県の キャリア形成プログラム策定本数

(単位: 都道府県)

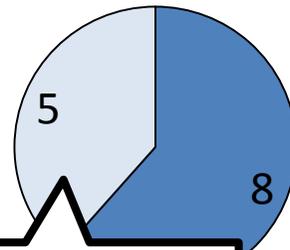
山形県 東京都
石川県 福井県
長野県 京都府
兵庫県 岡山県
広島県 香川県
熊本県 大分県



■ 10本以上
■ 5～9本
■ 2～4本
■ 1本

未策定の都道府県の 今後の策定見込み

(単位: 都道府県)



宮城県 神奈川県
富山県 高知県
福岡県

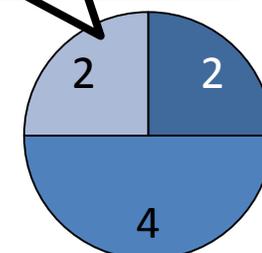
■ 今後策定予定

□ 未定

今後策定予定のキャリア形成 プログラム適用予定年度

(単位: 都道府県)

埼玉県 山梨県

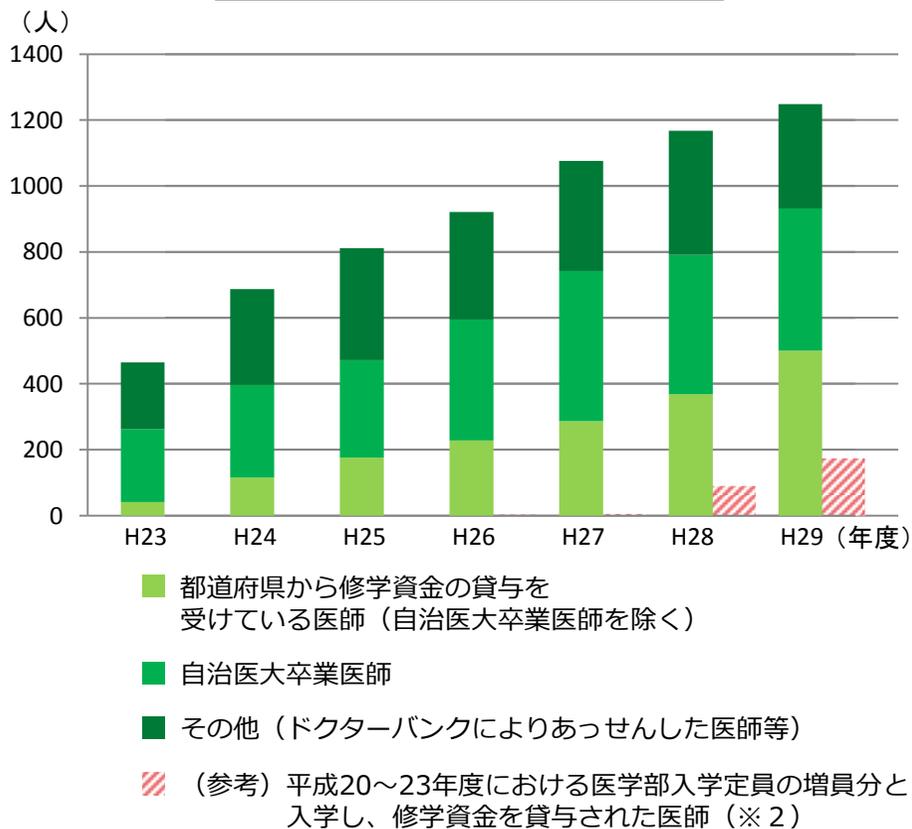


■ 29年度中
■ 30年度
■ 31年度以降

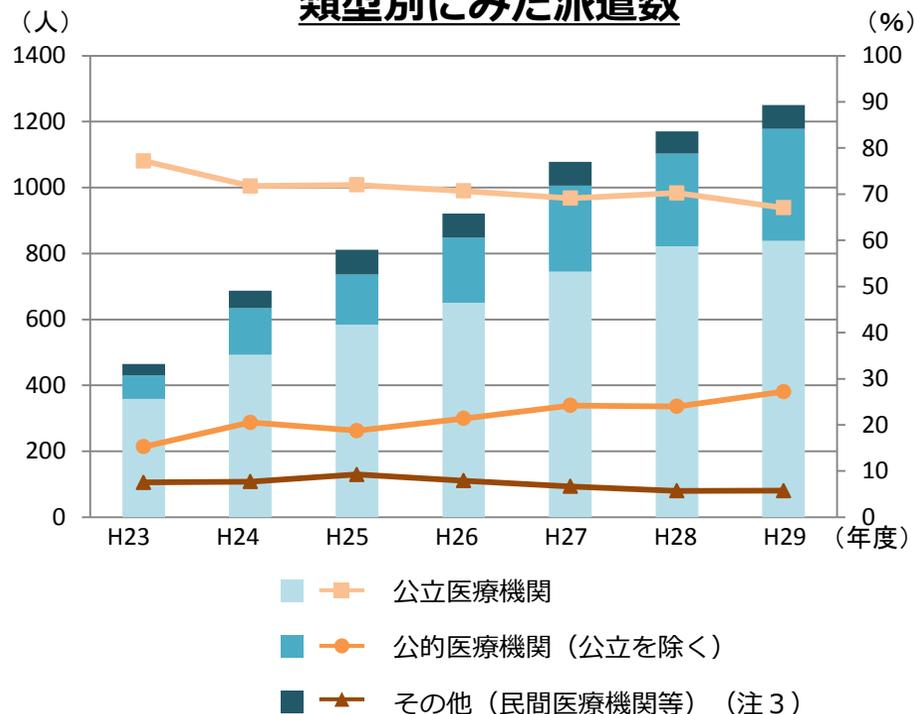
都道府県による医師の派遣調整の実績について

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

医師の類型別にみた派遣数



派遣先医療機関の類型別にみた派遣数



※折れ線グラフ（右軸）は当該年度の派遣実績に占める各類型の割合

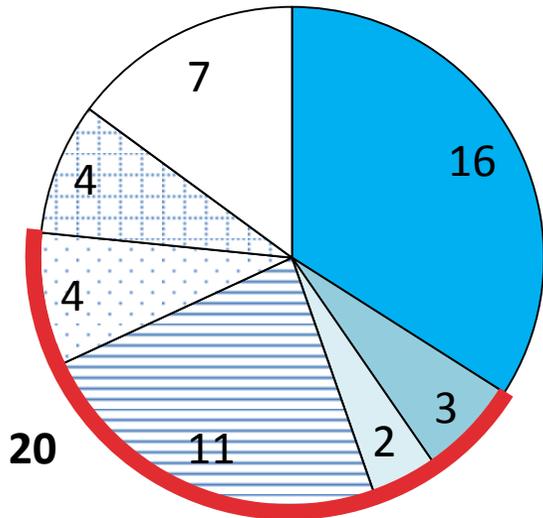
- ※1 当該年度に前年度と同一の医療機関に派遣されている者については、当該年度の派遣医師数には計上していない。
- ※2 当該年度に義務年限中の義務履行として勤務している者のうち、当該年度とその前年度の主たる勤務先が異なる者を、都道府県による派遣調整が行われたとみなして計上したもの。

修学資金の貸与条件（勤務先医療機関の開設主体）

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

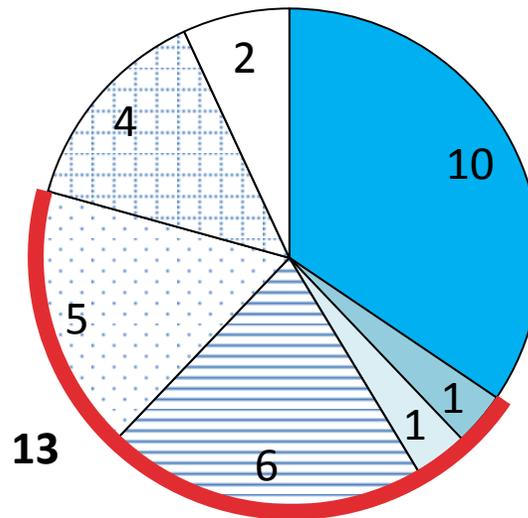
全体（地域医療介護総合確保基金
以外の財源を含む）

（47都道府県）



地域医療介護総合確保基金を
活用する都道府県のみ

（29都道府県）



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

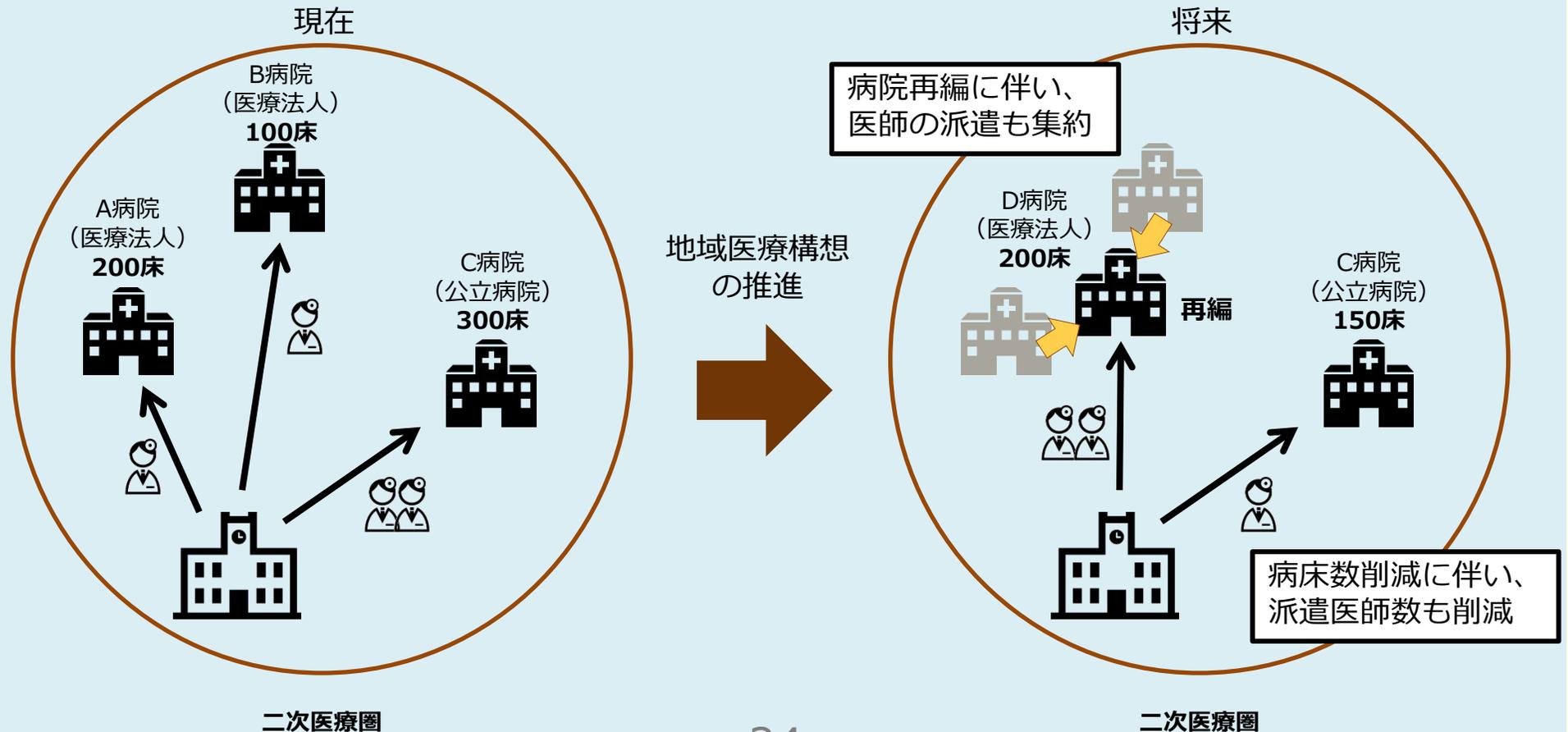
【公的・公立医療機関に限定する理由】

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

地域医療構想との関係

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

【地域医療構想と統合的な医師派遣のイメージ】



南和地域の広域医療提供体制の再構築

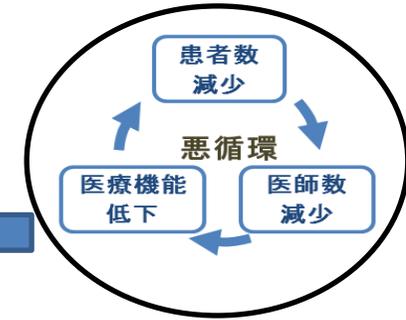
発想の契機

- ・町立大淀病院
- ・県立五條病院
- ・国保吉野病院

3つの公立病院(急性期)がそれぞれ医療を提供

連携内容

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



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

南和広域医療企業団

回復期・慢性期

吉野病院
改修 (H28年4月)



急性期・回復期

南奈良総合医療センター
新設 (H28年4月)

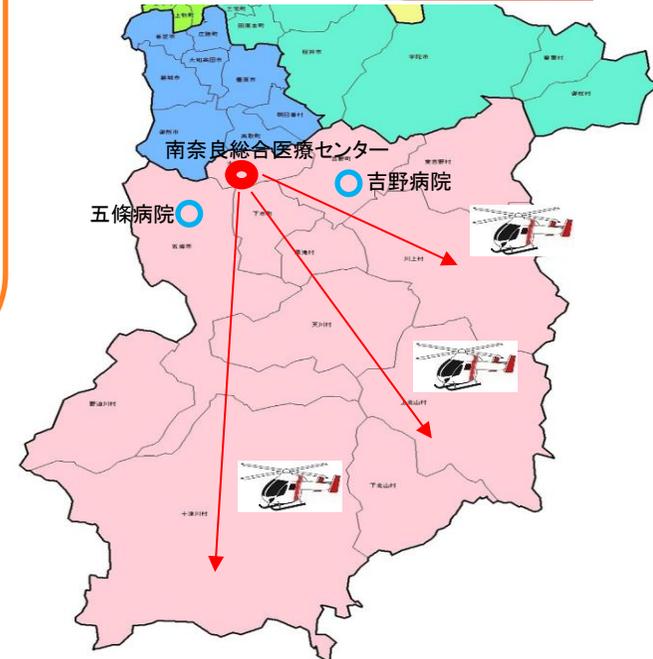
回復期・慢性期

五條病院
改修 (H29年4月)



連携

H29.3ドクターヘリ
運用開始



連携の成果

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

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

南和地域の病院再編による医師確保への効果

再編前

3病院の医師数
(常勤換算)
※全て急性期病院

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

(参考)

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



再編後

集約化のメリット

集約化による急性期機能の向上

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

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

症例集積や研修機能の向上による若手医師への魅力向上

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

病院の役割の明確化による医局からの協力

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

24時間365日の救急体制のため
に必要な医師数

スケールメリットによる診療科の増加・強化

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

3病院の医師数
(H29.4.1現在)

(急性期中心)

南奈良総合医療センター
_____ 58.2人

(回復期・慢性期中心)

吉野病院
_____ 5.8人

五條病院
_____ 3.0人

(計 67.0人)

現状・課題

- 平成28年度の厚生労働省の調査によると、「地方で勤務する意思がない理由」として、全世代を通じて「労働環境への不安」が掲げられており、医師の偏在解消のためには、へき地等の医師が少ない区域における勤務負担の軽減を行うことが必要である。
- しかしながら、現在、多くの都道府県では、医師の派遣調整を行う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が十分に行われていない。



制度改正案

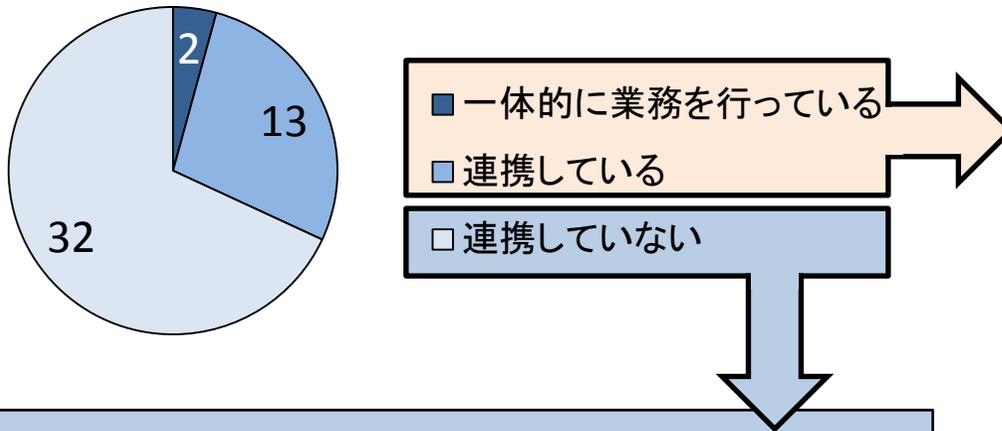
- 医療勤務環境改善支援センターは、「医師少数区域（仮称）」等へ派遣される医師の「労働環境への不安」を解消するため、派遣先の医療機関の勤務環境の改善の重要性に特に留意して運営するものとし、地域医療支援センターと連携することを法律上明記する。

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

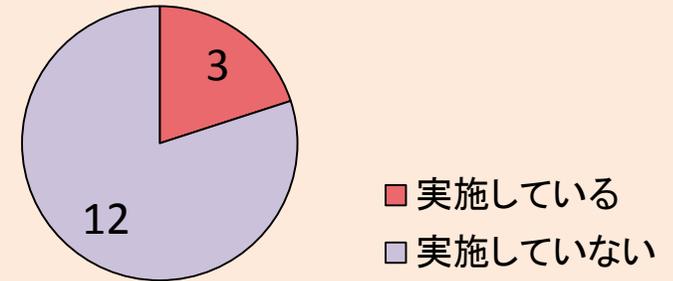
○ 地域医療支援センターと医療勤務環境改善支援センターがそもそも連携していない都道府県が多く存在する。

※平成29年7月厚生労働省調査

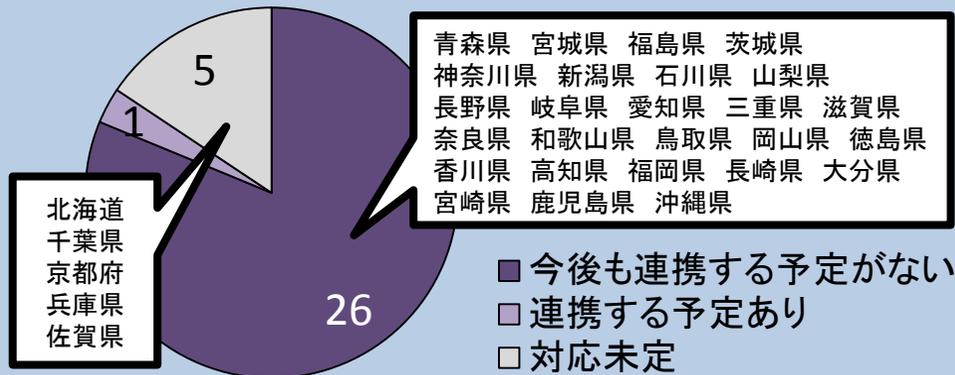
地域医療支援センターと医療勤務環境改善支援センターの連携状況 (単位: 都道府県)



連携して医師の派遣先の勤務環境改善を実施



連携していない都道府県における今後の連携予定 (単位: 都道府県)



○その他の連携例

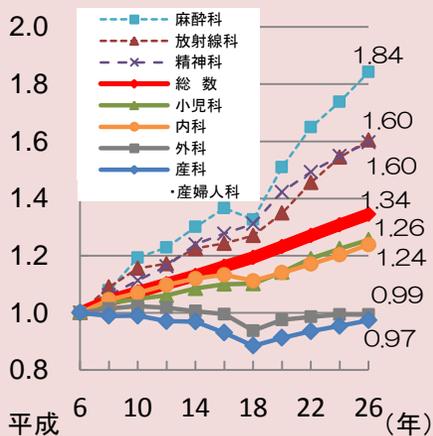
- ・ 医療勤務環境改善支援センターの会議の事務局に地域医療支援センター（県）の職員が入り、情報共有
- ・ 医療勤務環境改善支援センターの活動について地域医療支援センターに諮問
- ・ 医師確保に取り組む医療機関に対し、医療勤務環境改善支援センターが実施する支援の内容について重点的な広報や、勤務環境改善をテーマとしたセミナーへ参加の呼びかけを実施
- ・ 同一の課内で適宜情報共有を図りながら業務遂行

医師養成過程における医師確保対策（専門研修）

現状

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

診療科別医師数の推移(平成6年:1.0)



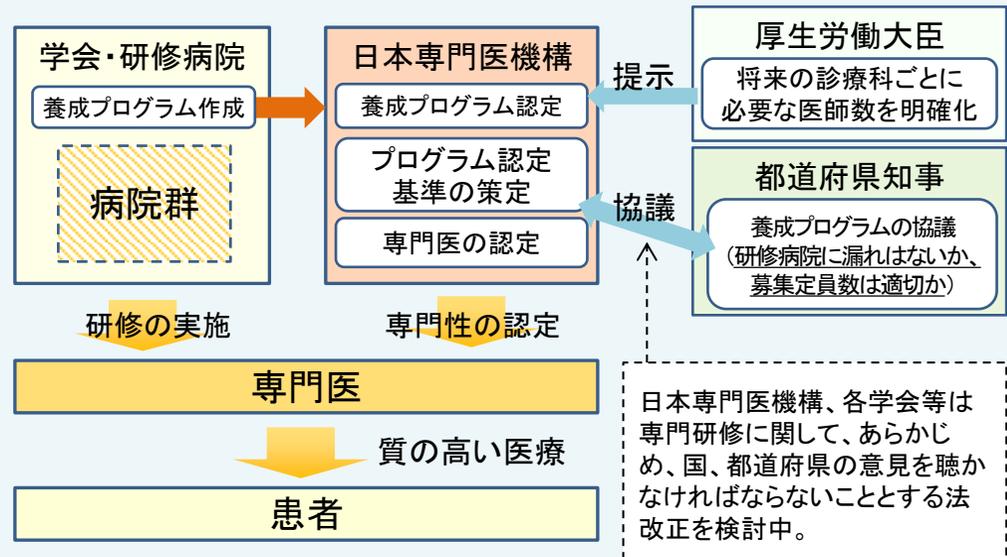
週当たり勤務時間	病院常勤勤務医
内科系	56時間16分
外科系	59時間28分
産婦人科	59時間22分
小児科	56時間49分
救急科	63時間54分
麻酔科	53時間21分
精神科	50時間45分
放射線科	52時間36分
臨床研修医	60時間55分
全診療科平均	56時間28分

制度改革案

- 将来の診療科ごとに必要な医師数を都道府県ごとに明確化し、国が情報提供

臨床研修修了後の適切な診療科選択に寄与し、診療科偏在の是正につながる。

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

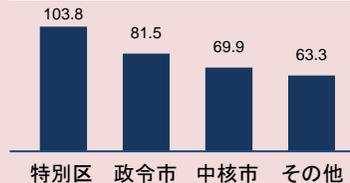


地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

現状

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

人口10万人対無床診療所数

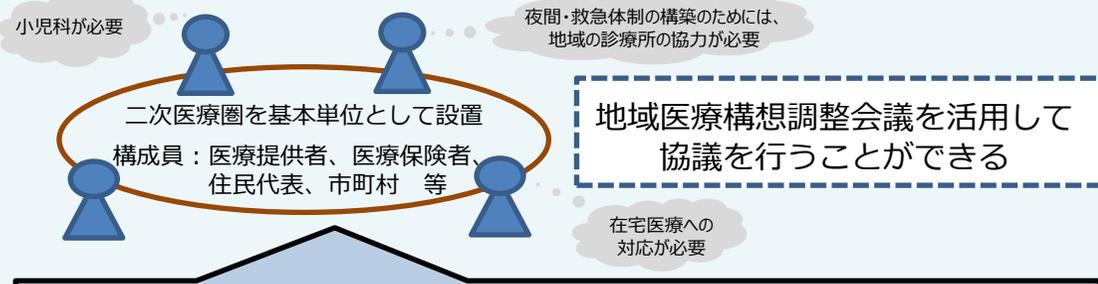


(二次医療圏別)

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

制度改正案

外来医療に関する協議の場を設置



医師偏在の度合いを示す指標の導入

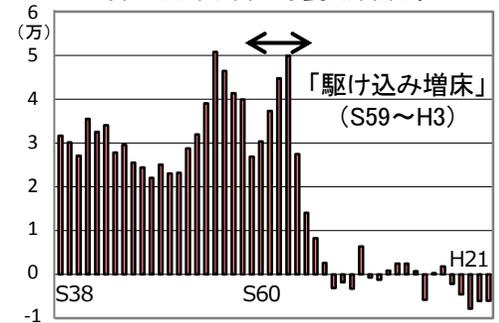
地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握が可能

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

無床診療所の開業規制を行う場合の課題

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

【参考】一般病床数の増加数の年次推移
(平成12年以降は療養病床含む)



医師の少ない地域での勤務を促す環境整備

基本的な考え方

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

対策のコンセプト

（１）医師個人を後押しする取組み

＜考え方＞

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

＜具体的な対策＞

- **医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進**
 - ・ 医師の少ない地域での勤務にあたり障壁となっている事項を解消し、医師が疲弊しない持続可能な環境の整備
(例) グループ診療に資する交代医師派遣、医師間の遠隔相談支援
- **医師の少ない地域での勤務を促すインセンティブの付与**
 - ・ 認定制度の創設、一定の医療機関の管理者としての評価

（２）医療機関に対するインセンティブ

＜考え方＞

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

＜具体的な対策＞

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

（３）医師と医療機関の適切なマッチング

＜考え方＞

- 医師の少ない地域で診療する医師・派遣する医療機関・受け入れる医療機関の３者を適切に結びつける。

＜具体的な対策＞

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