

医師の偏在に関するこれまでの取組み

1. 地域主体の保健医療の再編

「保健医療2035」提言書

6. 2035年のビジョンを実現するためのアクション

(1)「リーン・ヘルスケア ～保健医療の価値を高める」

ii) 地域主体の保健医療に再編する

① 地域における保健医療のガバナンスを強化する

② 地域のデータとニーズに応じて保健・医療・介護サービスを確保する

6. 2035年のビジョンを実現するためのアクション

(1)「リーン・ヘルスケア ～保健医療の価値を高める」

ii) 地域主体の保健医療に再編する

[具体的なアクションの例]

① 地域における保健医療のガバナンスを強化する

- ・ 地域包括ケアシステムの実現にあたっては、地域のことは、地域で主体的に決めていくことが重要である。地域の状況やニーズに応じた保健医療を計画するために、行政、医療従事者、保険者(被用者保険・国民健康保険)、シビル・ソサエティーや住民による、制度横断的な地域独自の意思決定の場を構築する。

⇒【P.6～9 地域における主体的な医師偏在の取組み】

- ・ 地域包括ケアに対応するために、他の専門職との連携・調整に優れたマネジメント能力を持った専門人材の育成や総合的な資格創設(医療・看護・介護・リハビリ含めた対応が可能な職種)の検討を進め、人材不足の解消とニーズにあった雇用の創出を図る。

- ・ 地域医療構想の実現とそれによる病床の再編等を進めるに当たっては、自治体の政策立案・遂行能力の向上が不可欠であり、首長のリーダーシップのもと、保健医療政策人材の育成、確保等を行う。特に、リソースの不足、ニーズの増大が見込まれる中で、全ての自治体に全てを揃えようとする発想から脱却し、自治体間での資源の共有、分担を推進する。
- ・ 地域主体という名の国から地方への単なる「丸投げ」は厳につつしみ、国として必要な支援、助言や法規制などの責任を全うすべきである。国は、基礎的なサービスについては責任を持って支援・促進するとともに、地方が自律するための体制の整備（インセンティブや規制の在り方を含む構造改革）を進めていく。
 - ⇒【P.6～9 地域における主体的な医師偏在の取組み】
 - ⇒【P.50～56 医師偏在是正のための誘導策】

6. 2035年のビジョンを実現するためのアクション

(1)「リーン・ヘルスケア ～保健医療の価値を高める」

ii) 地域主体の保健医療に再編する

[具体的なアクションの例]

②地域のデータとニーズに応じて保健・医療・介護サービスを確保する

- ・ 都道府県は「医療資源のニーズと配置の適切性の検証」を進める観点から、保健医療関連の突合データを用いて患者の受診状況等を把握・分析するとともに、医療機関はICTを活用し臨床情報を体系的に把握し、医療の質向上を図る。これにより、更なる病床と病院機能の再編等を進める。
- ・ マクロ・ミクロレベルでの地域差に関する総合的な要因分析をさらに進め、都道府県の責とすべき運営上の課題とそうでない課題を精査する。都道府県の努力の違いに起因する要素については、都道府県がその責任(財政的な負担)を担う仕組みを導入する。一方、都道府県には、市町村の努力を支援するための財政的インセンティブを設計する権限を持たせる。介護保険についても要介護認定率などのばらつきにより、給付費の地域差が生じており、地域差を縮小させるための仕組みを導入する。

- ・ 診療報酬については、例えば、地域ごとのサービス目標量を設定し、不足している場合の加算、過剰な場合の減算を行うなど、サービス提供の量に応じて点数を変動させる仕組みの導入を検討する。 都道府県において医療費をより適正化できる手段を強化するため、例えば、将来的には、医療費適正化計画において推計した伸びを上回る形で医療費が伸びる都道府県においては、診療報酬の一部（例えば、加算の算定要件の強化など）を都道府県が主体的に決定することとする。 ⇒【P.50～56 医師偏在是正のための誘導策】
- ・ また、2050年には、現在の居住地域の6割の地域で人口が半減、うち2割が無居住化する趨勢を踏まえると、遠隔地でも必要なサービスや見守り等ができる遠隔医療のためのICT基盤や教育システムの整備を今から開始する。 さらに、急速に進む人口減少に対応するため、地域包括ケアシステムと新たなまちづくりの融合や司令塔となるプラットフォームの構築を促進する。 ⇒【P.10～13 遠隔診療】
- ・ さらに、将来的に、仮に医師の偏在等が続く場合においては、保険医の配置・定数の設定や、自由開業・自由標榜の見直しを含めて検討を行い、プロフェッショナルとしての医師のキャリアプランを踏まえつつ、地域住民のニーズに応じて、地域や診療科の偏在の是正のための資源の適正配置を行うことも必要となる。
⇒【P.14～20 医師偏在是正のための資源の適正配置】

地域における主体的な医師偏在の取組み

現状

- 都道府県は、管内の医師確保・定着に重要な医師養成に、ほとんど関与できず

医学部 → 大学

- ・ 医学部定員を設定・学生選抜
※都道府県:「地域枠」(地域診療を要件とした奨学金の設定)のみ

臨床研修 → 厚生労働大臣

- ・ 臨床研修病院の指定、研修医の定員設定

専門研修 → 日本専門医機構(現在は各学会)

- ・ 専門医・研修プログラム(研修内容・研修施設群・研修医定員)の認定

- 都道府県は、都道府県内の主要な医療機関等を中心に構成する地域医療対策協議会の協議を経て医師確保対策を実施(法定)

地域医療対策協議会のメンバー (医療法に規定)

- ・ 特定機能病院
- ・ 地域医療支援病院
- ・ 公的医療機関
- ・ 臨床研修病院
- ・ 診療に関する学識経験者の団体
- ・ 大学等の医療従事者養成機関
- ・ 社会医療法人
- ・ 国立病院機構
- ・ 地域医療機能推進機構
- ・ 地域の医療関係者団体
- ・ 関係市町村
- ・ 地域住民を代表する団体

課題

- 都道府県が主体的に医師養成過程に関与できる仕組みが必要

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

都道府県に役割を求める際には、国、日本専門医機構、都道府県及び関係機関の役割や権限を法令等で明確に規定すること。

- 医師養成過程を含め、医師確保対策には管内の医療機関の協力・合意形成が不可欠

➡ 管内の医療機関が主体的に役割分担・協議し、医師確保を実施する仕組みが必要

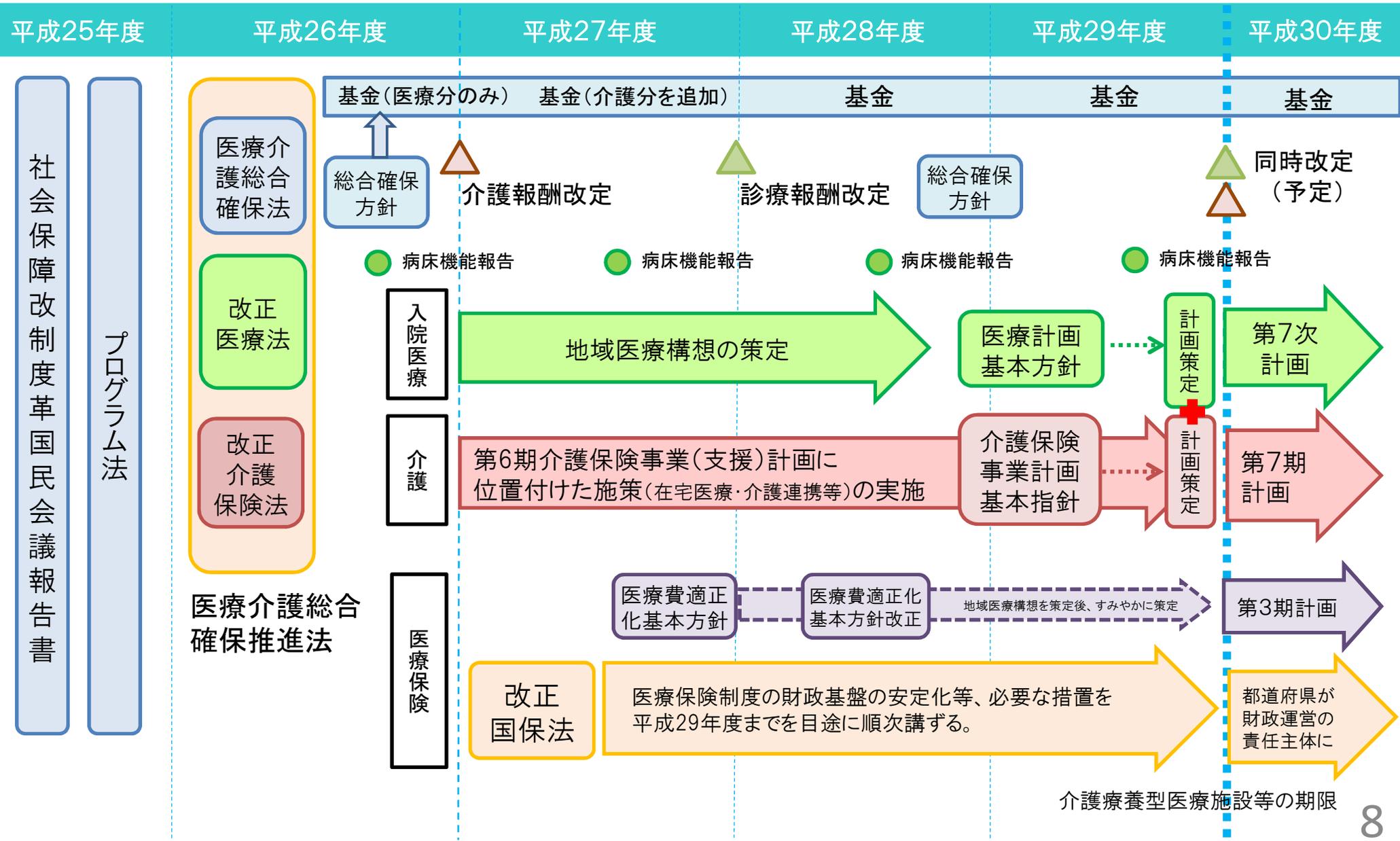
現在、都道府県によっては、地域医療対策協議会が開催・活用されず

地域医療対策協議会の開催回数(平成25年4月～平成28年8月)

開催回数	0	1	2	3	4	5	6以上
都道府県数	6	3	1	10	5	3	19

医療と介護の一体改革に係る主な取組のイメージ

効率的かつ質の高い医療・介護提供体制の確保に向け、都道府県が主体的に取り組む体制が構築されつつある。



平成25年8月6日 社会保障制度改革国民会議

「社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～」

今般の国民会議の議論を通じて、医療の在り方を地域ごとに考えていく必要性が改めて確認された。このため、本年6月の閣議決定「経済財政運営と改革の基本方針」にも示されたとおり、地域ごとの実情に応じた医療提供体制を再構築することが求められる。

このような状況の下、医療計画の策定者である都道府県が、これまで以上に地域の医療提供体制に係る責任を積極的かつ主体的に果たすことができるよう、マンパワーの確保を含む都道府県の権限・役割の拡大が具体的に検討されて然るべきである。また、医療提供体制の整備については、医療保険の各保険者等の関係者の意見も聞きながら、進めていくことが望ましい。

遠隔診療

遠隔診療の要件

- ・ 対面診療が原則
- ・ 患者の要請
- ・ 対面診療に代替しうる有用な情報
- ・ 対面診療と適切に組み合わせ

➡ 初診や、通知で例示されていない診療であっても、遠隔診療は可能と明確化
(平成27年8月)

診療報酬上の評価

- ・ 遠隔画像診断等、D to Dの評価はかつてより実施
- ・ 以下の項目について、平成28年度診療報酬改定で新たに評価

- ➡
- ・ 遠隔モニタリング技術を用いた指導管理
 - ・ 診療情報提供書への画像等の添付書類を電子的に送受・共有

過疎地等で身近に専門の医療等を受診することができない患者も、遠隔診療により、良質な診療にアクセスできる可能性

しかし

- 遠隔診療に関する臨床研究が少なく、有用性や安全性について、エビデンスの収集が不十分
- 有用性・安全性のエビデンスの下で、医療現場での遠隔診療普及のための支援が必要
- 今後の遠隔診療の進展に応じ、遠隔診療が実施可能な範囲について、更なる明確化が必要

1. 保健医療分野におけるICTの活用と本提言の考え方

(3) ICTを保健医療分野で活用する意義

（保健医療分野でICTを活用する意義）

○ こうした保健医療分野における大量で複雑な事象について、現場の保健医療専門職、研究機関、民間企業、行政・保険者、そして患者・国民が、ICTを活用することで、それぞれの持つ力を最大限に発揮し、新たな価値を生み出していくことが期待できる。

○ 具体的には、

・ 保健医療の現場では、遠隔診療などにより、専門の医師がいない地域でも良質な保健医療サービスを提供したりすることで、医療の質や生産性の向上、保健医療専門職の負担軽減・働き方の合理化などが図られる

3. ICTを活用した「次世代型保健医療システム」への3つのパラダイムシフト

(3)「ひらく」:「たこつぼ化」から「安全かつ開かれた利用」へ

(3)－2「データ利活用プラットフォーム」(仮称)の整備

(産官学と現場が一体となった研究開発を実用化につなげる取組の支援)

○ イノベーションの促進や、保健医療の質の向上を図る観点から、制度を持続可能とするとともに、費用対効果を検証しつつ、診療報酬等による適切な評価を行っていくことは重要である。

AIやIoT等のICTを活用した診療支援や遠隔診療、ロボット等の技術革新、臨床現場が主体となった保健医療の質の把握・向上に向けた取組について、しっかりとした効果・安全性のエビデンスの下で、積極的に位置付けることにより、現場をサポートしつつ、保健医療の質の向上と効率化の双方を達成していく。

○森下委員 厚労省さんをお願いしたいのは、今回、実際に遠隔診療を頑張っていたいただいて、オーケーになったというので、既に新聞等でも出ていますように、新しいベンチャービジネスが起きてきている。これは放っておくと、規制の波の中に潰れていったり、あるいはやり過ぎて問題が起きたりするので、うまく厚労省さんがホワイトゾーン、いわゆるグレーゾーンを無くして行って、ビジネスをさせてあげなければいけないと思うのです。そうすることが、結果的に言うと、将来の遠隔診療が進んでいって、過疎地を含めて、患者さんがみんなハッピーになっていく。そういうことにつながるようなビジネスを起こしてほしいという話なので、個別の技術を産業化につなげてほしいと言ったつもりではないということは、是非理解していただきたいと思います。

○大田議長代理 診療報酬について、遠隔診療というのは、この時代においては、患者の利便性を高める、診療の機会を増やす、非常に重要なツールです。かつてと状況はかなり変わってきたと思いますので、これを前向きに位置づけるということで、診療報酬上の扱いもお願いできればと思います。

医師偏在是正のための資源の適正配置

平成27年11月18日 全国自治体病院協議会等「要望書」

医師の地域偏在、診療科を解消するために、需給調整に必要な開業規制と診療科ごとの医師数規制について導入を検討し、専門医師数の制限や一定期間医師不足地域への勤務の義務付けなどを講じ、医療提供体制の均てん化施策を早急に実行すること。

平成27年12月2日 日本医師会・全国医学部長病院長会議
「医師の地域・診療科偏在解消の緊急提言」

一定期間、医師不足地域で勤務した経験があることを病院・診療所の管理者の要件とする。
医師不足地域や勤務期間および卒後年数上限(たとえば卒業後何年までに一定期間)は、「地域医療支援センター」と都道府県行政、地域医師会、大学で協議し調整して指定する。医師不足地域は、へき地等に限定せず、地域・診療科偏在の実態を踏まえて、その時々で判断する。
またこれを実現するためにも、「医師キャリア支援センター」が医師のキャリア形成支援を一体として行っていく。これまでのようにへき地等での医師確保対策として独立して行うものではない。

平成28年7月 全国知事会
「平成29年度国の施策並びに予算に関する提案・要望(社会保障関係)」

地域及び診療科における医師偏在や全国的に深刻な状況に陥っている医師不足の抜本的改善を図るため、地域及び診療科における必要な医師数を明確にした上で、医師養成の在り方等について早急に見直し、医師不足地域における一定期間の診療を義務付けるなど、医師確保対策を強力に推進すること。

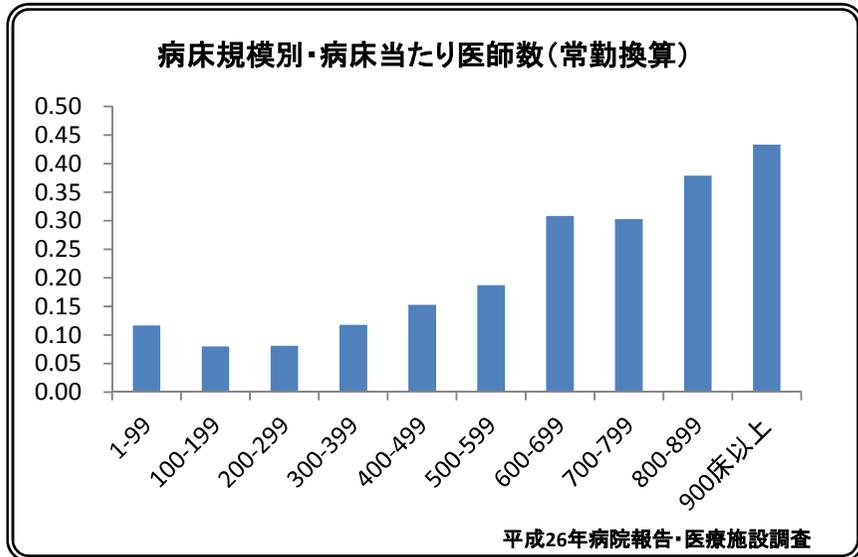
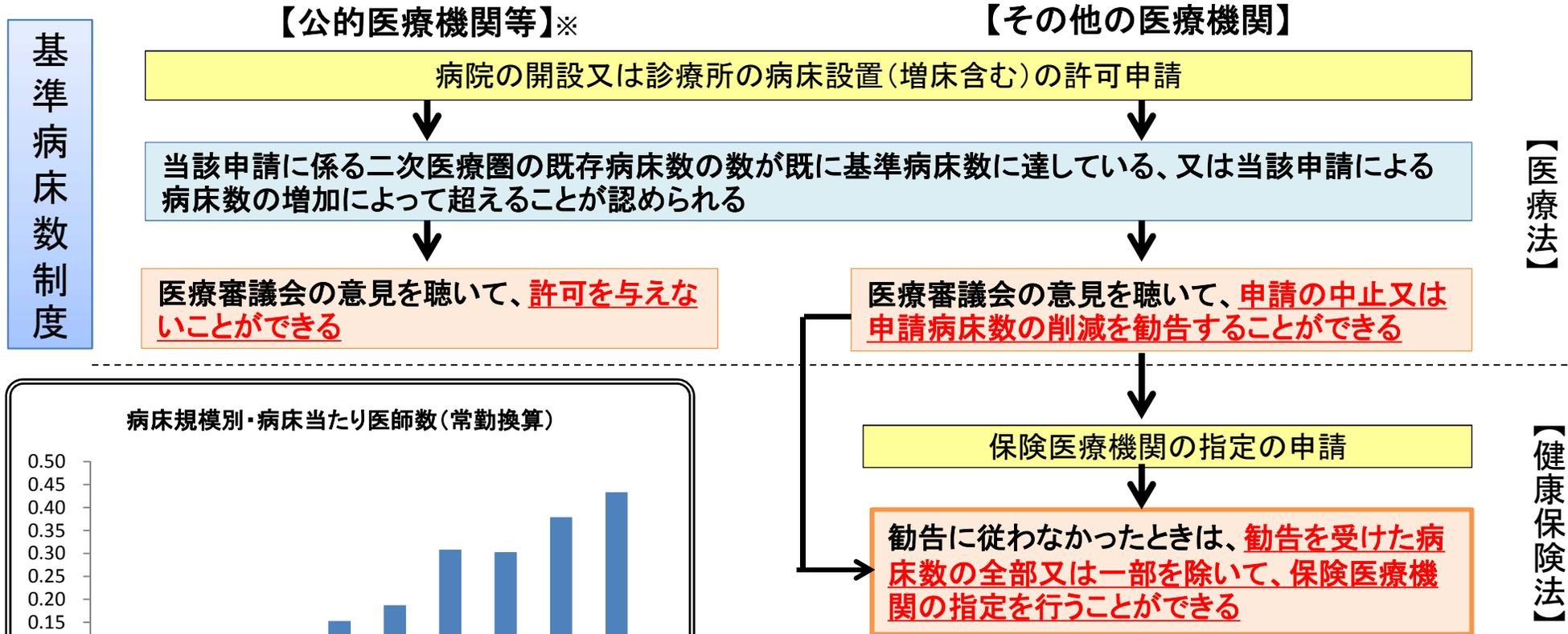
平成28年10月 NPO「全世代」私案「医師の地理的偏在の解消に向けて」

- 保険医登録の条件、あるいは、「保険医療機関」の責任者になるための条件として、専門研修を終えた後の一定の時期に、深刻な「医師不足地域」において一定期間勤務することを求めることとする。
- 「医師不足地域」については、(中略)、都道府県地域医療構想圏(二次医療圏)ごとの医師数、医療ニーズなどをもとに全医療圏をA、B、C(Cが最も深刻)の3種に区分する。都道府県は、これに加え、島嶼や過疎地域に限定した特殊地域Sを設ける。(後略)
- その上で、保険医登録を全国共通に一本化し、保険医登録証を一種登録証と二種登録証に区分する。
- 一種登録証については医師免許取得時に全員に授与する。
- 二種登録証については、臨床研修終了後の勤務実績によって授与する。勤務実績として、次のような設定を考える。

地域医療構想圏A	新規の保険医登録の実績にならない
地域医療構想圏B	2年の勤務実績により二種登録証を授与
地域医療構想圏C	1年の勤務実績により二種登録証を授与
特殊地域(島嶼等)S	6か月の勤務実績により二種登録証を授与
- 一種登録証、二種登録証についての効力・定義については、以下の2つの選択肢があり得る。(後略)
 - ① 選択肢A: 一種登録証のままでも、通常の保険診療を継続的に行うことができる。ただし二種登録証を保持しない者は、「保険医療機関」の責任者にはなれない。
 - ② 選択肢B: 二種登録証を保持しない者が、「保険医療機関」の責任者にはなれない点では、選択肢Aと同じである。違いは、一種登録証のままで保険診療をできる期間を例えば10年と規定する。従って、一種登録証の更新が必要となってくる。

基準病床数制度における病院開設等の制限

- **病院・有床診療所**については、**基準病床数制度**を通じた**一定の偏在解消策**が存在。
- 病院・有床診療所の1床当たり従事医師数は、病床規模別に一定割合で増加しており、**病床数が間接的に医師数に影響を与えている**と考えられる。



※ 公的医療機関等：医療法第31条に定める公的医療機関(都道府県、市町村その他厚生労働大臣の定める者(地方独立行政法人、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連合会等)の開設する医療機関)及び医療法第7条の2第1項2号から8号に掲げる者(共済組合、健康保険組合、地域医療機能推進機構等)が開設する医療機関

基準病床数制度について

目的

病床の整備について、病床過剰地域(※)から非過剰地域へ誘導することを通じて、病床の地域的偏在を是正し、全国的に一定水準以上の医療を確保

※既存病床数が基準病床数(地域で必要とされる病床数)を超える地域

仕組み

○ 基準病床数を、全国統一の算定式により算定

※一般病床・療養病床は、二次医療圏ごとの性別・年齢階級別人口、病床利用率等から計算

精神病床は、都道府県の年齢階級別人口、1年以上継続して入院している割合、病床利用率等から計算

結核病床は、都道府県において結核の予防等を図るため必要な数を知事が定めている

感染症病床は、都道府県の特定感染症指定医療機関等の感染症病床の合計数を基準に知事が定めている



○ 既存病床数が基準病床数を超える地域(病床過剰地域)では、公的医療機関等の開設・増床を許可しないことができる

病床数の算定に関する例外措置

① 救急医療のための病床や治験のための病床など、更なる整備が必要となる一定の病床については、病床過剰地域であっても整備することができる特例を設定

② 一般住民に対する医療を行わない等の一定の病床は既存病床数に算定しない(病床数の補正)

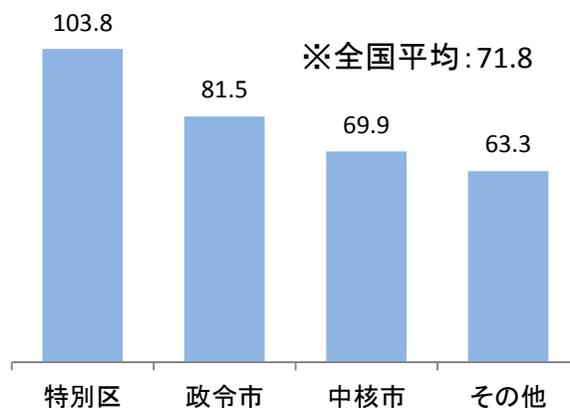
無床診療所に関する現状

- **無床診療所の従事医師数**は、病院・診療所の**約1/3**。
- 無床診療所は**都市部に開設が偏る傾向**があるが、病院・有床診療所と異なり、**偏在解消策はない**。

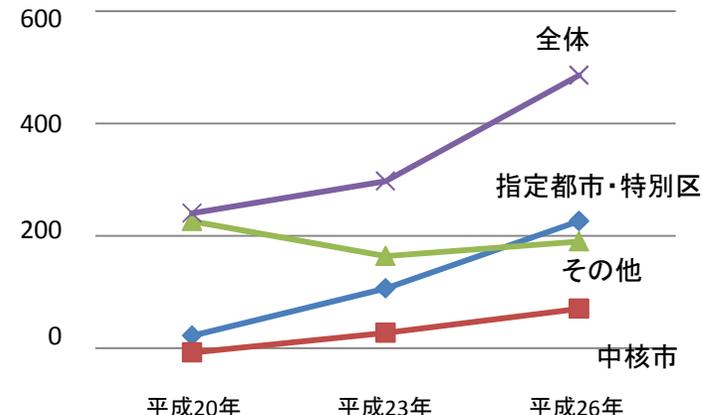
医療施設別の施設数・医師数（常勤換算）

	施設数	医師数
病院	8,493 (8%)	204,700 (61%)
有床診療所	8,355 (8%)	15,605 (5%)
無床診療所	92,106 (84%)	115,074 (34%)

人口10万対無床診療所数



診療所の純増数の推移（開設一廃止）



二次医療圏別の人口10万対無床診療所数

（上位5二次医療圏）

二次医療圏	都道府県	無床診療所数
区中央部	東京	248.8
大阪市	大阪	123.1
区西南部	東京	119.1
益田	島根	114.3
区西部	東京	113.5

（下位5二次医療圏）

二次医療圏	都道府県	無床診療所数
鹿行	茨城	37.1
熊毛	鹿児島	36.2
相双	福島	35.2
遠紋	北海道	32.9
根室	北海道	26.5

2. 次世代型の保健医療人材

「保健医療2035」提言書

7. 2035年のビジョンを達成するためのインフラ

(4) 次世代型の保健医療人材

7. 2035年のビジョンを達成するためのインフラ

(4) 次世代型の保健医療人材

- ・ あらゆる医療機関において医師をはじめとする医療従事者が、常に良い保健医療の提供に邁進できるよう、ゆとりを持った労働環境で医療従事者による医療の提供を可能とする必要がある。また、保健医療システムがその役割を十分果たせるよう、技術の進歩や時代の要請の変化を捉えた医療従事者像、医療像を常に検討し、その実現に向けて人材育成のあり方も更新し続ける必要がある。

- ・ 今後、医師の配置、勤務体系の在り方を見直すとともに、技術進歩の活用などにより、医師の業務が生産性の高い業務に集中できるようにすべきである。例えば、複数の疾患を有する患者を総合的に診ること、予防、公衆衛生、コミュニケーション、マネージメントに関する能力を有する医師の養成や、国家試験のあり方、医学部教育の見直し、チーム医療の更なる拡大、病院の専門医から地域のかかりつけ医に転職時の再教育システムなどにより、医師一人当たりの生産性を高めることが考えられる。この際、MOOCなどICTの活用を含め医師をはじめとする医療従事者の教育を効率的・効果的に進め、医療従事者が働きやすい環境づくりや女性医師の活躍モデルの構築などを図る。

⇒【P.26～29 総合診療専門医】

⇒【P.30～35 チーム医療】

⇒【P.36～40 勤務環境改善】

⇒【P.41～44 女性医師の働き方】

- ・ 公衆衛生大学院の増設等、特に地域での医療政策を主導できる人材の育成とキャリアアップを図る仕組みを創設する。また、医療機関の経営については、医学的な臨床やデータサイエンスのみならず、リーダーシップなどについても高めていくことが求められており、経営学や公衆衛生等の学際的な教育課程を今後充実させていかなければならない。

⇒【P.45～49 都道府県における計画的な医師確保】

- ・ それぞれの地域においては、医師の高齢化や地域偏在などに伴い、不足する診療科及び診療内容について精査する必要がある。医療計画の策定責任者である都道府県は、その精査する過程で、総合診療を含め、不足している診療科別の地域医師確保計画を策定し、対策を講じるべきである。具体的には、過当競争の診療科から不足する診療科に転科を促すための支援策を策定する。例えば、奨学金や強化型研修プログラム等により、医師の配置、診療科への誘導等をできるようにすることが考えられる。臨床研修や専門研修に当たっても、偏在を是正する観点を組み込んだ方策を講じるべきである。

⇒【P.45～49 都道府県における計画的な医師確保】

⇒【P.50～56 医師偏在是正のための誘導策】

⇒【P.57～72 医師養成課程】

- ・ 地域において病院の機能分化等を行っていく中で、専門医と総合的な診療を行うかかりつけ医の連携強化や有機的なネットワークの構築を図っていくことが必要である。こうした機能分化は、自治体の枠を超えて自治体間での機能分化することも積極的に推進する必要がある。
- ・ また、へき地の小規模医療機関においては、最先端の医療技術や医療の知識に触れることが難しいため、へき地の小規模医療機関においても、常に臨床と研究の両方の側面から、リサーチマインドをもって研鑽し続けることができる体制を構築する必要がある。このため、地域基盤型リサーチネットワークの構築や治験ネットワークの拡大など、地域の医師が最先端の教育、研究、臨床にアプローチできる環境を作る。

⇒【P.50～56 医師偏在是正のための誘導策】

総合診療専門医

現状

課題

- 臨床研修を修了した医師の94%が専門医資格の取得を希望
- 専門医資格が細分化し、例えば内科専門医は、13の専門内科に分かれる
- 高齢化等に伴い個別の臓器や疾患を超えた多様な問題を抱える患者が増加

- 複数疾患を抱える高齢患者の増加や、医療技術の複雑化、専門化に対応するため、総合的な診療を行う医師が必要
- 総合診療医の養成は医師の地方定着に寄与する※ものの、総合診療医の専門性を評価して養成する仕組みがない

※ 総合性の高い診療科を選択した医師は、就業地として地方・へき地を選ぶ傾向がある。

↑
医師の卒後のキャリア

専門医研修
(サブスペシャリティ領域)

集中治療
脊椎脊髄外科
手外科
放射線診断
放射線治療
頭頸部がん
生殖医療
婦人科腫瘍
周産期
小児血液・がん
小児神経
小児循環器
小児外科
心臓血管外科
呼吸器外科
消化器外科
リウマチ
神経内科
老年病
感染症
アレルギー
肝臓
腎臓
糖尿病
内分泌代謝
血液
呼吸器
循環器
消化器病

専門医研修
(基本領域は3~5年間)

テーシヨン科
リハビリ
形成外科
救急科
臨床検査
病理
麻酔科
放射線科
脳神経外科
泌尿器科
耳鼻咽喉科
眼科
産婦人科
整形外科
外科
精神科
皮膚科
小児科
内科

総合診療

臨床研修
(2年間)

一般的な診療に対応するための基本的な診療能力の修得

総合診療医の地方への定着

松本政俊他「エビデンスに基づく地域医療教育-文献レビューと政策への適用-」(『医療と社会』2012年)で用いられている論文を引用。

- 総合性の高い診療科を選択した医師は、就業地として地方・へき地を選ぶ傾向がある^{1, 2)}。
- 米国の家庭医は非家庭医に比べてへき地勤務率が50%以上高い³⁾。
- 日本でも、内科、外科、小児科、全科など総合性の高い科の医師は、それ以外の医師に比べ、へき地勤務率が30%程度高い⁴⁾。

1) Brooks RG, et al. (2002) “The Roles of Nature and Nurture in the Recruitment and Retention of Primary Care Physicians in Rural Areas : A Review of the Literature,” *Academic Medicine*. 77(8): 790-798.

2) Seifer SD, et al. (1995) “Graduate Medical Education and Physician Practice Location. Implications for Physician Workforce Policy,” *Journal of American Medical Association*. 274(9) : 685-691.

3) Ricketts TC (1999) *Rural Health in the United States*. New York: Oxford University Press.

4) Inoue K, et al. (2009) “Transition of Physician Distribution (1980-2002) in Japan and Factors Predicting Future Rural Practice,” *Rural and Remote Health*. 9(2) : 1070.

総合的な診療能力の必要性

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



総合診療専門医を新たに位置づけ

総合診療医：総合的な診療能力を有する医師

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

総合診療専門医：総合診療医の専門医としての名称

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

総合診療専門医の養成

研修プログラム※（3年間以上）

- **総合診療専門研修（18ヶ月以上）**
 - ・ 診療所・中小病院（6ヶ月以上）
 - ・ 病院総合診療部門（6ヶ月以上）
- **必須領域別研修（12ヶ月以上）**
 - ・ 内科（6ヶ月以上）
 - ・ 小児科（3ヶ月以上）
 - ・ 救急科（3ヶ月以上）
- **その他領域別研修**
 - ・ 外科、整形外科、産婦人科、精神科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科等の研修

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

チーム医療

現状

- ・ 生産年齢人口の減少、今後の医療・介護ニーズの増大
→ **効率的医療・介護人材の活用**が必要
- ・ **医師の勤務負担の軽減**
→ 医療安全確保

等の観点から、次のような取組みを実施

医療介護総合確保推進法改正 (平成26年)

- ・ 在宅医療等の推進を図っていくための **特定行為に係る看護師の研修制度**の創設
- ・ 各医療関係職種の業務範囲・業務実施体制の見直し

介護職員によるたんの吸引等 (平成24年)

- ・ 介護の現場等におけるニーズを踏まえ、**介護職員等によるたんの吸引等**の実施のための制度を創設

診療報酬における評価

- ・ チーム医療推進の観点から、多職種による連携を評価

課題

- ・ チーム医療等を推進し、医師の業務負担が減少 → 地域医療確保に寄与
- ・ 医療現場以外の医療ニーズの増大 (介護現場、医療的ケア児への対応等)

➡ 現場で効率的、効果的なサービス提供が進むよう、**実態等を踏まえた上で、より一層の業務範囲の見直しが必要**

➡ 特定行為研修(27年10月施行)について、2025年までに**10万人養成の目標達成のため、研修機関の整備等の研修体制のさらなる拡充が必要**

※研修機関数:28機関(28年11月現在)

※28年度修了見込み者数:419名(定員ベース)

➡ 介護職員によるたんの吸引等については、**基金の活用等により研修機会の確保に引き続き努める必要**

チーム医療の推進

医療の高度化・複雑化が進む中で、質が高く安全な医療を提供するため、「チーム医療」を推進し、各医療従事者が高い専門性を発揮しつつ、業務を分担しながら互いに連携することにより、患者の状態に応じた適切な医療を提供していきます。

医療従事者の業務の範囲及び業務の実施体制の見直し

特定行為を行う看護師の研修制度の創設

- ・ 診療の補助のうち一定の行為を「特定行為」として明確化
- ・ 医師・歯科医師が作成する手順書により特定行為を行う看護師の研修制度を創設

診療放射線技師の業務範囲及び業務実施体制の見直し

- ・ 放射線の照射等に関連する行為(造影剤の血管内投与等)を業務範囲に追加
- ・ 病院又は診療所以外の場所で、健康診断として胸部X線撮影を行う場合には、医師・歯科医師の立会いを不要とする

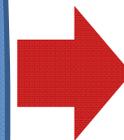
臨床検査技師の業務範囲の見直し

- ・ 検査のための検体採取(鼻腔拭い液による検体採取等)を業務範囲に追加

歯科衛生士の業務実施体制の見直し

- ・ 歯科衛生士が予防処置を実施する際には、歯科医師の指導の下に行うこととし、「直接の」指導までは要しないこととする

各医療従事者が専門性を発揮しつつ連携



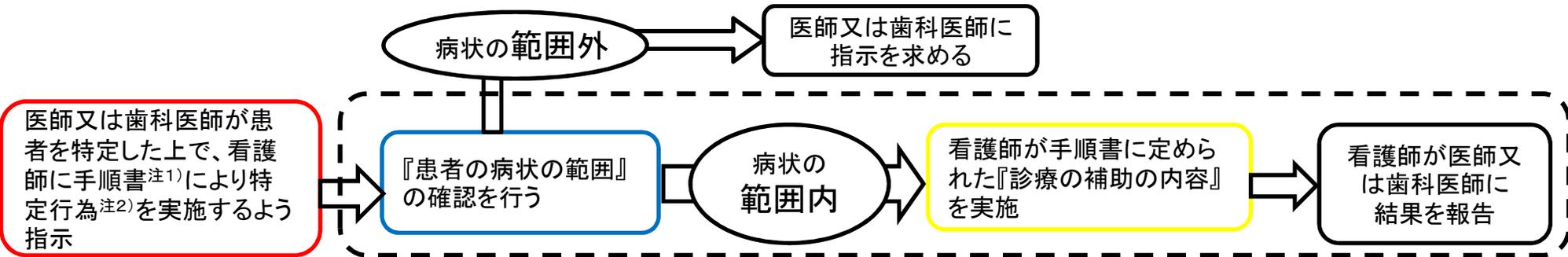
患者の状態に応じた適切な医療を提供

特定行為に係る看護師の研修制度の概要

制度創設の趣旨

○2025年に向けて、在宅医療等の推進を図るためには、医師又は歯科医師の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助を行う看護師を計画的に養成し、確保していく必要がある。

特定行為に係る研修の対象となる場合



医師又は歯科医師が患者を特定した上で、看護師に手順書^{注1)}により特定行為^{注2)}を実施するよう指示

『患者の病状の範囲』の確認を行う

病状の範囲内

看護師が手順書に定められた『診療の補助の内容』を実施

看護師が医師又は歯科医師に結果を報告

病状の範囲外

医師又は歯科医師に指示を求める

注1) 手順書: 医師又は歯科医師が看護師に診療の補助を行わせるためにその指示として作成する文書。看護師に診療の補助を行わせる『患者の病状の範囲』及び『診療の補助の内容』その他の事項が定められている。

注2) 特定行為: 診療の補助であって、看護師が手順書により行う場合には、実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされるもの。

指定研修機関数 (平成28年8月4日現在)

○28機関

※内訳: 大学院7、大学・短大4、大学病院4、病院10、団体3

平成27年度特定行為研修修了者数

○259名

※平成27年度の特定行為研修修了者は共通科目の各科目又は区分別科目の時間数の全部又は一部の履修の免除を受けた者である。

介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度について

趣旨

介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員等について、一定の条件の下にたんの吸引等の医行為の実施を認めるもの。

実施可能な行為

- ・口腔内の喀痰吸引
- ・鼻腔内の喀痰吸引
- ・気管カニューレ内部の喀痰吸引
- ・胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
- ・経鼻経管栄養

実施可能な者

- 介護福祉士
- 介護福祉士以外の介護職員等
- ☆一定の研修を修了した者を都道府県知事が認定

※認定証の交付件数

8,399人 (H25.4)  38,235人 (H26.4)

登録研修機関

- たんの吸引等の研修を行う機関を都道府県知事に登録
- 登録の要件
 - ☆基本研修、実地研修を行うこと
 - ☆医師・看護師その他の者を講師として研修業務に従事
- 都道府県が登録研修機関に対し指導監督を実施

※登録研修機関数 222カ所 (H25.4)  445カ所 (H26.4)

(注)このほか、各都道府県が研修を実施。

登録事業者

- たんの吸引等の業務を行う事業所を都道府県知事に登録
- 登録の要件
 - ☆医師、看護職員等の医療関係者との連携の確保
 - ☆記録の整備その他安全かつ適正に実施するための措置
- 登録事業者の指導監督に必要な届出、報告徴収等を規定

<対象となる施設・事業所等の例>

- ・介護関係施設(特別養護老人ホーム、老人保健施設、グループホーム、有料老人ホーム、通所介護、短期入所生活介護等)
- ・障害者支援施設等(通所施設及びケアホーム等)
- ・在宅(訪問介護、重度訪問介護(移動中や外出先を含む)等)
- ・特別支援学校

介護関係施設・事業所	障害者・児関係施設・事業所	その他	計
10,565 (8,390)	2,583 (1,971)	268 (208)	13,416 (10,569)

※平成26年4月現在。()内は、平成25年4月現在の事業者数

チーム医療の推進に係る近年の診療報酬改定について

- チーム医療の推進については、診療報酬改定における「重点課題」等に位置付け、多職種を活用するチーム医療について、評価の引上げや加算の創設等、充実を図っている。
- 特に、平成28年度診療報酬改定では、地域包括ケアシステムと医療機能の分化・強化、連携を推進する観点から、多職種の活用によるチーム医療の評価を充実した。

平成24年度改定

重点課題「④ 病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療の促進」

(主な改定項目)

- 一般病棟における精神科リエゾンの評価「精神科リエゾンチーム加算」の新設
- 専門性の高い医師・看護師等のチームによる臓器移植後臓器移植後等の医学管理に対する評価
- 外来緩和ケアチームの評価「外来緩和ケア管理料」の新設
- 「病棟薬剤師業務実施加算」の新設 / 周術期における口腔機能の管理の評価

平成26年度改定

重点課題(1)医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等 ウ「チーム医療の推進に引き続き取り組むべき」

(主な改定項目)

- 在宅の精神科重症患者について、24時間体制の多職種チームによる医療提供を評価
- 医療資源の少ない地域において、チーム医療等に係る診療報酬について、対象範囲の拡大・専従要件の緩和を実施
- 病棟薬剤業務実施加算の充実 / 「歯科医療機関連携加算」の新設

平成28年度改定

地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点「イ チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取組等を通じた医療従事者の負担軽減・人材確保」

(主な改定項目)

- 特定集中治療室等における薬剤師配置を評価 「病棟薬剤業務実施加算2」の新設
- 歯科医師と連携した場合の栄養サポートチームの評価 「歯科医師連携加算」の新設
- 周術期口腔機能管理等における医科歯科連携の推進 「周術期口腔機能管理後手術加算」の引上げ

勤務環境改善

現状

課題

医療勤務環境改善支援センター(平成26年～)

- 医療機関の勤務環境改善への支援、支援拠点の設置に関する都道府県の努力義務を法定化
- 現在45都道府県で設置済み(未設置2県)
- 支援センターの認知度、支援内容(支援力)は都道府県ごとにバラつき

- 全都道府県で、各地域の実情に応じた支援が必要
- 各支援センターによる管下の医療機関の支援ニーズの的確な把握、それを踏まえた支援力の向上
- 医療機関に直接の支援を行うアドバイザーの支援力の向上

勤務環境改善の取組状況

- ほとんどの病院が何らかの取組みを実施
- 「重要な課題ではない」とする施設も1割弱
- 小規模病院や精神病床・療養病床が多い病院では取組みが不十分

- 経営陣の理解を得るため、セミナーなどにより意識啓発をした上で、報酬上の評価などにより勤務環境改善への取組コストを軽減

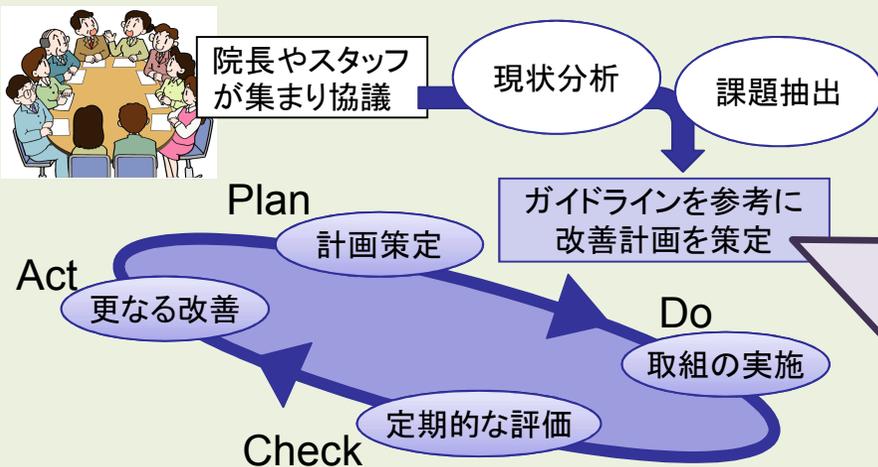
		調査数	重要な課題である	重要な課題ではない
全体		547	92.1	7.9
R2. 開設主体	国・公的	251	95.6	4.4
	国・公的以外	296	89.2	10.8
RQ3.許可病床数	20-99床	119	82.4	17.6
	100-199床	160	93.8	6.3
	200-399床	138	92.8	7.2
	400床以上	130	98.5	1.5
RQ3.1.最も多い病床	一般病床	389	92.8	7.2
	精神病床	50	92.0	8.0
	療養病床	96	88.5	11.5
Q3.3.最も多い病床の医療機能	高度急性期	48	100.0	-
	急性期	287	92.3	7.7
	回復期	35	91.4	8.6
	慢性期	118	88.1	11.9

医療従事者の勤務環境改善の促進

- 医療従事者の離職防止や医療安全の確保等を図るため、改正医療法（平成26年10月1日施行）に基づき、
- 医療機関がPDCAサイクルを活用して医療従事者の勤務環境改善に取り組む仕組み（勤務環境改善マネジメントシステム）を創設。
 - 医療機関への専門的な支援を行う体制（医療勤務環境改善支援センター）を各都道府県で整備。（センターの運営には「地域医療介護総合確保基金」を活用）

勤務環境改善に取り組む医療機関

勤務環境改善マネジメントシステム



- 医療勤務環境改善マネジメントシステムに関する指針（厚労省告示）
- 勤務環境改善マネジメントシステム導入の手引き（厚労省研究班）

<取組例>

- ✓ 多職種の役割分担・連携、チーム医療の推進
- ✓ 医師事務作業補助者や看護補助者の配置
- ✓ 勤務シフトの工夫、休暇取得の促進
- ✓ 院内保育所・休憩スペース等の整備
- ✓ 暴力・ハラスメントへの組織的対応 など

マネジメントシステムの普及、相談対応等

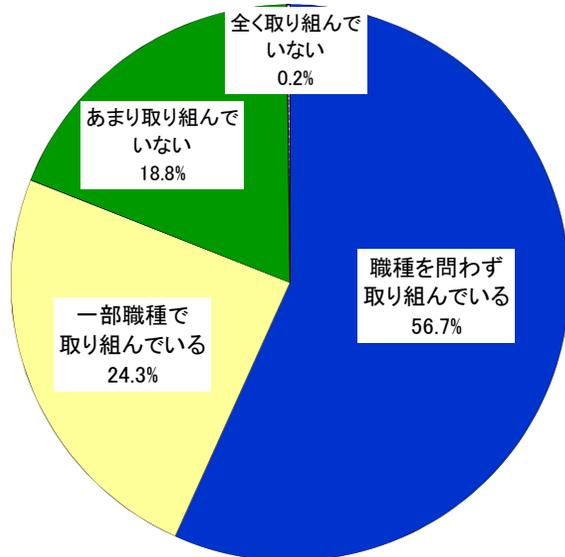


都道府県 医療勤務環境改善支援センター

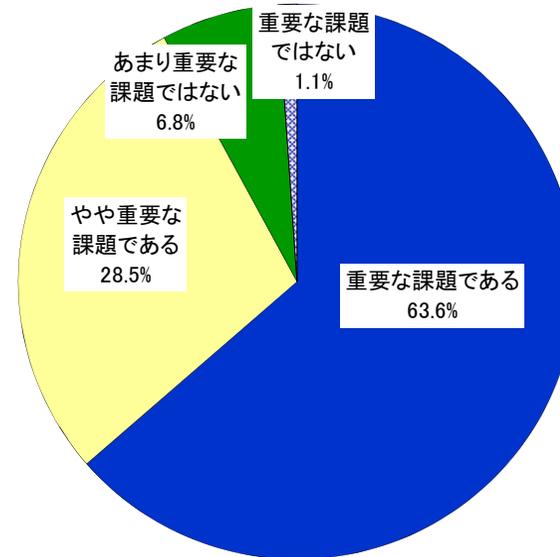
- 医療労務管理アドバイザー（社会保険労務士等）
医業経営アドバイザー（医業経営コンサルタント等）
- センター運営協議会（都道府県、都道府県労働局、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、社会保険労務士会、医業経営コンサルタント協会等）

病院における勤務環境改善に対する認識・取組状況

医療従事者の勤務環境改善に関する取組状況 [n=548]



医療従事者の勤務環境改善に関する現状認識 [n=547]



		職種を問わず取り組んでいる	一部職種で取り組んでいる	あまり取り組んでいない	全く取り組んでいない
全体		56.8	24.3	18.8	0.2
許可病床数	20-99床	45.4	21.8	32.8	—
	100-199床	52.5	28.8	18.1	0.6
	200-399床	59.7	20.9	19.4	—
	400床以上	69.2	24.6	6.2	—
最も多い病床	一般病床	60.3	24.4	15.4	—
	精神病床	50.0	24.0	26.0	—
	療養病床	45.8	24.0	29.2	1.0

※ 平成27年度厚生労働省委託事業「医療分野の勤務環境改善マネジメントシステムに基づく医療機関の取組に対する支援の充実を図るための調査・研究」事業内で実施した病院アンケート調査より

医療勤務環境改善の取組みと成果の事例

1. 医療法人偕行会 名古屋共立病院他の取組み

主たる医療機能の特徴: 急性期医療、回復期医療、慢性期医療
職員総数: 2,347名 病床数: 4病院の合計456床(一般336床、療養120床)

キャリア・スキルアップ支援

- ・研修期間の給与保証
- ・研修受講費の法人負担

院内保育園の充実

- ・24時間保育、病児保育
- ・当直の場合は保育料無料

成果

- ・ **離職率の低下(看護職員)**
H25' 13.9% → H27'(中間) 9.5%

2. 学校法人藤田学園 藤田保健衛生大学病院の取組み

主たる医療機能の特徴: 高度急性期機能
職員総数: 2,875名 病床数: 1,435床(一般1,384床、精神51床)

育児短時間勤務の導入、 夜勤専従者の導入

キャリア支援

施設内保育園の設置 (病児保育)

看護業務の負担軽減

- ・パートナーシップ・ナーシング・システム(PNS)への変更
- ・看護補助者の業務拡大
- ・他職種との連携強化

成果

- ・ **勤務継続年数が延び、ベテラン看護師が増加(「看護の質」向上)**
H23' 6.7年 → H26' 6.9年
- ・ **既婚率が増加**
H23' 31.0% → H26' 33.8%

3. 社会医療法人ペガサス 馬場記念病院の取組み

主たる医療機能の特徴: 急性期機能 職員総数: 600名
病床数: 一般300床

メンター制度

- ・先輩職員1名に対し、新入職員6名~7名を1グループとして構成研修期間の給与保証
- ・状況に応じ、メンタルサポートセンターと協力し対応

職員サポートセンターの設置

- ・人事・庶務・厚生・健康保険組合を集約

メンタルサポートセンター

- ・臨床心理士によるカウンセリング
- ・健診センターや人事担当等の代表者による面談

成果

- ・ **1年目職員の離職率低下**
H16' ~H17' 平均 24.2% →
H18' ~H27' 平均 9.2%
- ・ **平成24年度では1年目職員の離職率0%を達成**

女性医師の働き方

現状

課題

女性医師の割合

全医師数に占める女性医師割合 = 約20%

しかし 医学部入学者の女性割合 = 約3分の1

➡ 将来的に女性医師数は増加の見込み

女性医師のM字カーブ

○ 女性医師の就業率

- ➔ 医学部卒業後、経年的に減少傾向
- ➔ 卒後12年(約38歳)で最低(73.4%)
- ➔ 再び卒後30年(約56歳)頃まで上昇

国の支援策

- 就職を希望する女性医師に対する医療機関や再研修先の紹介を実施する「女性医師支援センター事業」等を実施

女性医師は出産や育児等により離職

- ➡
 - ・ 女性医師を含めた医療従事者が働きやすい環境づくり
 - ・ 女性医師の活躍モデルの構築

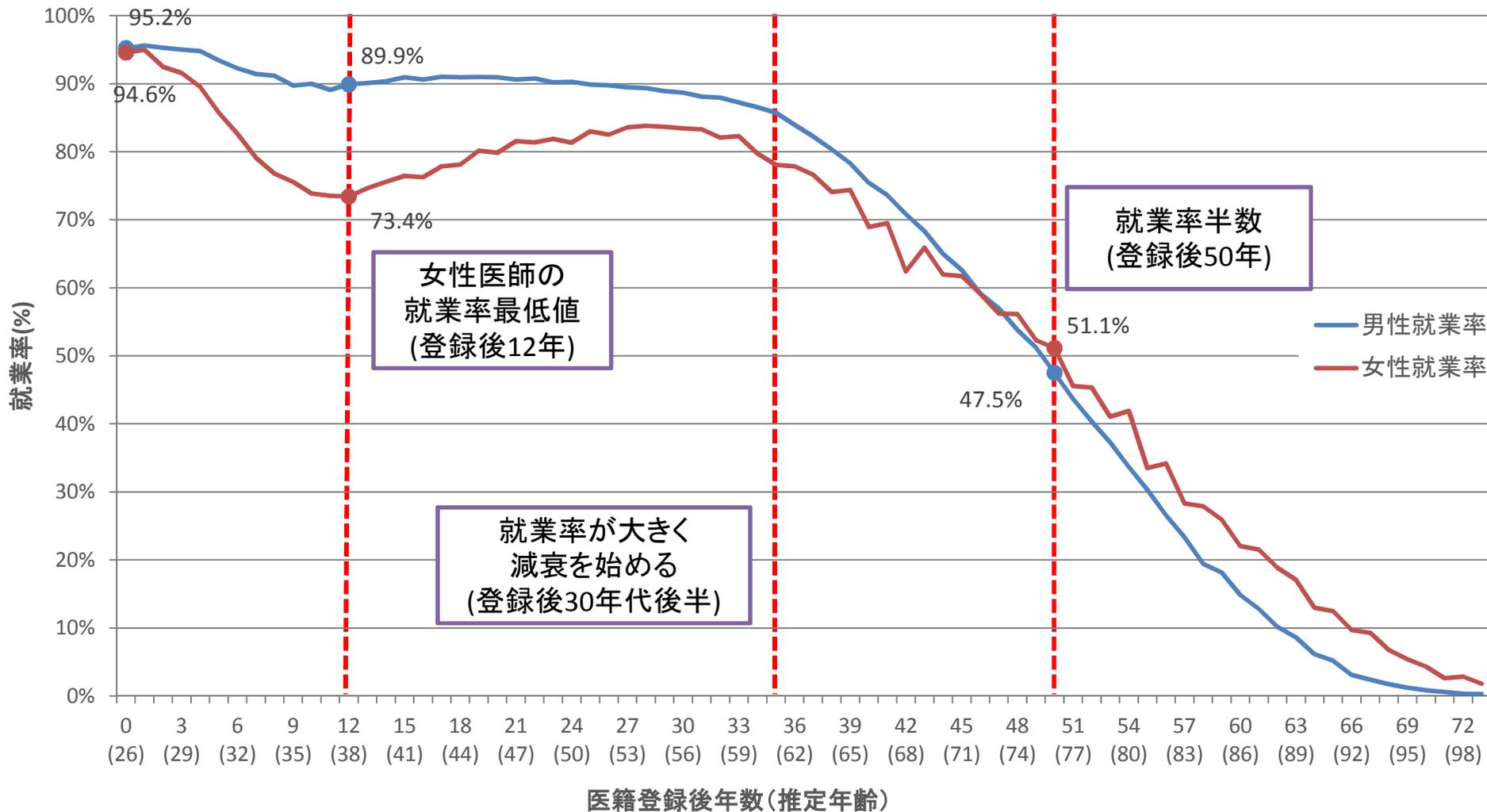
等を進めることで、地域の医師確保にも寄与

再就職率・復職率が高くなるよう、復職支援メニューを再検討し、有効な施策に重点化すべきとの指摘 (平成28年行政事業レビュー)

➡ この他にも、女性医師の働き方を改善できる有効な対策が必要

医籍登録後年数別の就業率

女性医師の就業率の推移は、M字カーブの曲線になる。



※2004年～2014年の医師・歯科医師・薬剤師調査（医師届出票）および厚生労働省から提供された医籍登録データを利用して作成
 ※推定年齢は医籍登録後年数が0年の届出票の満年齢(12月末時点)の平均値が26.8歳であることを考慮し設定

女性医師支援に係る主な取組

女性医師等就労支援事業 地域医療介護総合確保基金で実施可

- 各都道府県において女性医師支援に係る取組を実施
 - 大学病院や医師会等において相談窓口を設置 (平成26年度 窓口設置数 39件)
 - 復職のための研修を実施する医療機関への補助
 - 勤務環境改善の取組を実施する医療機関への補助 等

女性医師キャリア支援モデル普及推進事業 平成28年度予算 20,454千円 (20,608千円)

- 女性医師支援の先駆的な取組を行う医療機関を「女性医師キャリア支援モデル推進医療機関」として位置づけ、地域の医療機関に普及可能な支援策のモデルの構築や、シンポジウム等の普及・啓発のための必要経費を補助。
- 平成27年度実施機関：岡山大学、名古屋大学
平成28年度実施機関：東京女子医科大学、久留米大学

<女性医師支援に資する先駆的な取組例>

- ・女性医師等に対するキャリア教育
- ・復職支援(Eラーニング、シミュレーターを用いた実技練習等)
- ・育児支援(院内保育所の利用促進等)
- ・勤務環境改善(ワークシェアリング等)

女性医師支援センター事業 平成28年度予算 164,255千円 (164,340千円)

- (公社)日本医師会に委託し、次のような取組等を実施
 - 女性医師の就業等に係る実情把握調査の実施 (平成21年度～28年度 延べ 4回実施)
 - 就職を希望する女性医師に対する医療機関や再研修先の紹介 (平成27年度 就業成立件数 47件)
 - 学会等におけるブース出展やシンポジウムの開催 (平成27年度 実績 18回)
 - 都道府県医師会等において病院管理者や医学生、研修医に対する女性医師のキャリア形成や勤務環境改善に関連する講習会・講演会の開催 (平成27年度 講習会開催件数 98件)
 - 全国の大学医学部や各医学会の女性医師支援や男女共同参画の担当者に対する「大学医学部・医学生女性医師支援担当者連絡会」の開催 (平成27年度 参加者数 134人)
 - 講習会等への託児サービス併設補助 (平成27年度 利用児数 延べ307人)

都道府県における計画的な医師確保

医療計画

「医療従事者の確保に関する事項」について定める旨のみ法定



- 現状分析・目標・対策の記載は都道府県ごとにバラバラ

記載が不十分な県

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

このような県では、PDCAサイクルに基づく計画の運用がなされていない

- 都道府県が実施できる実効的な医師偏在解消のツールが少ない
- 地域で医療政策を主導できる人材不足

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



次のような対策が必要

- ・ 地域ごとの医師の多寡を把握し、対策につなげる仕組み
- ・ 都道府県が、管内の医師偏在を解消できる手法の導入

- 地域で医療政策を主導できる人材の養成・確保が必要

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

目標の設定

A県

指標名	現状値	目標値	備考
医療施設従事医師数 (人口10万対)	182.6人 (平成22年)	200.0人 (平成29年)	医師・歯科医師・薬剤師調査
病院勤務の常勤医師数 (人口10万対)	83.4人 (平成24年)	109.0人 (平成29年)	医育機関の附属病院を除く。
○○医療圏	68.1人 (平成24年)	89.1人 (平成29年)	※必要医師数実態調査の結果を踏まえて目標を設定。
△△医療圏	
▽▽医療圏	
病院勤務の常勤 小児科医師数	106人 (平成24年度)	130人 (平成29年度)	※病院への調査結果を踏まえて目標を設定。
産科・産婦人科医師数 (出生千対)	8.0人 (平成22年度)	10.5人 (平成29年度)	医師・歯科医師・薬剤師調査

B県

《指標》

臨床研修医の採用実績

目標値 1500人
(平成24年度～平成28年度累計)

《参考指標》

現状値

目標値

医師数(人口10万人当たり)

●●人(全国●位・平成22年) → 全国順位を向上(平成28年)

※ 診療科ごとの記載なし

施策・主な取組

○ 医師の絶対数の不足を解消するため、C大学において段階的に行われている医学部の入学定員増に合わせて創設・拡充している「緊急医師確保修学資金」により、C大学医学部生の県内定着を図るとともに、D大学及びE大学の医学部生を対象とする「地域医療医師確保修学資金」により、県外大学医学部卒業生の県内定着を図ります。

併せて、地域医療支援センターにおいて、県及び市町村等の修学資金修学生等に対して、C大学や当該市町村等と連携しながら、学生の時からの相談支援や、医師一人ひとりの経験や専門性に応じたキャリア構築が行えるよう、地域で勤務していても知識習得や技術向上を図ることができる研修機会の提供、多様なロールモデルの紹介を行うなど、キャリア形成を一元的に支援し、県内定着を促進することで、医師の確保を図ります。

○ 「地域で医師を育てる」視点を持って、C大学医学部生を始めとする医学部生に対して、地域医療の現場見学や地域住民との交流を行う地域医療の体験研修等を通じて、地域の魅力を積極的に伝えていきます。

《主な取組》

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
 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

...など

※具体的な内容についての記載なし

地方自治体における医師職員数

- 設置主体別では、人口あたりの定員・現員数は、特に中核市において少ない。
- 地域ブロック別では、人口あたりの定員・現員数は、北海道、九州沖縄において多く、東北、東海北陸で少ない。また、医師数に占める割合は、東京、東海北陸で少ない。

	定員数						現員数						人口	人口10万人あたり定員数	人口10万人あたり現員数
	計	本庁	保健所	地方衛生研究所	精神保健福祉センター	その他	計	本庁	保健所	地方衛生研究所	精神保健福祉センター	その他			
都道府県	746	132	424	28	48	28	659	141	401	20	58	39	71,666,541	1.0	0.9
指定都市	294	35	166	6	28	47	272	33	159	8	28	44	27,267,952	1.1	1.0
中核市	75	3	64	0	0	6	94	6	84	0	0	4	18,780,796	0.4	0.5
その他政令市	17	3	14	0	0	0	19	3	16	0	0	0	1,408,596	1.2	1.3
特別区	112	14	70	0	0	17	80	8	57	0	0	7	9,102,598	1.2	0.9
全国	1244	187	738	34	76	98	1124	191	717	28	86	94	128,226,483	1.0	0.9

	定員数						現員数						人口	人口10万人あたり定員数	人口10万人あたり現員数	全医師数	医師数対定員数	医師数対現員数
	計	本庁	保健所	地方衛生研究所	精神保健福祉センター	その他	計	本庁	保健所	地方衛生研究所	精神保健福祉センター	その他						
北海道	90	8	53	4	5	20	60	10	35	1	2	12	5,431,658	1.7	1.1	12,987	0.69%	0.46%
東北	59	5	43	2	7	2	64	7	45	2	9	1	9,145,132	0.6	0.7	19,481	0.30%	0.33%
東京	166	34	99	4	0	18	126	27	81	2	0	8	13,297,585	1.2	0.9	43,297	0.38%	0.29%
関東甲信越	289	30	149	7	16	11	265	35	170	9	28	23	35,015,551	0.8	0.8	67,760	0.43%	0.39%
東海北陸	126	18	87	5	10	6	103	19	71	3	7	3	17,469,233	0.7	0.6	37,556	0.34%	0.27%
近畿	206	42	110	4	16	20	205	38	128	4	14	21	21,710,738	0.9	0.9	57,360	0.36%	0.36%
中国四国	98	16	50	4	8	10	123	23	69	4	13	14	11,485,596	0.9	1.1	31,700	0.31%	0.39%
九州沖縄	210	34	147	4	14	11	178	32	118	3	13	12	14,670,990	1.4	1.2	41,064	0.51%	0.43%
全国	1244	187	738	34	76	98	1124	191	717	28	86	94	128,226,483	1.0	0.9	311,205	0.40%	0.36%

定員・現員数：全国保健所長会ウェブサイトより(平成26年4月1日現在)
 医師数：平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査
 人口：住民基本台帳人口(平成27年1月1日)

都道府県の保健医療政策担当者への研修

- 主要な保健医療政策については、政策ごとに、国において都道府県の保健医療担当者への研修等を実施し、都道府県における政策の円滑な推進を図っている。

例： 地域医療計画策定研修会（平成28年度）

目的	都道府県の担当者が、講義、ケースディスカッション、グループワーク等を通じて、地域医療構想の策定・実現のための支援や、次期医療計画策定に向けた手法を習得する
対象	地域医療構想・医療計画の策定を担う都道府県担当者（各都道府県から1名）
日時	前期： 平成28年7月20日（水）～7月22日（金） 中期： 平成28年10月12日（水）～10月14日（金） 後期： 平成28年1月18日（水）～1月20日（金）
場所	国立保健医療科学院（埼玉県和光市）
内容（例）	講義：「将来推計の方法論と地域の多様性に配慮した分析」（石川ベンジャミン光一） ケースディスカッション：「地域医療構想」（裴英珠ほか2名）

医師偏在是正のための誘導策

現状

課題

地域医療支援センター（平成23年度～）

- 都道府県が責任を持って医師偏在を行うコントロールタワーとして機能
- 大学病院等と連携し、医師不足地域等に派遣される「地域枠」の医師等のキャリアプラン作成、派遣先の紹介・調整等を実施

- 次のような点について強化・改善が必要

- ・ 活用できる医師情報が限定
- ・ 医師派遣についての都道府県内の統一的な方針が不在

➡ キャリア支援、派遣調整業務が不十分

- ・ 具体的なキャリアモデルを示していない
- ・ 現場の若手医師の意見反映の機会がない
- ・ へき地派遣に当たってへき地医療支援機構と連携が不十分

➡ 派遣対象者が将来のキャリア形成に不安

手当、診療報酬等

- 地域医療介護総合確保基金
 - ・ 救急、産科等の不足する診療科の医師に手当を支給
- 診療報酬
 - ・ 小児、産科等の不足する診療科に重点的に評価

- 不足する地域・診療科での医療を担う医師等へのインセンティブとして、より偏在是正に効果的な誘導・支援策が必要。

地域医療支援センターの目的と体制

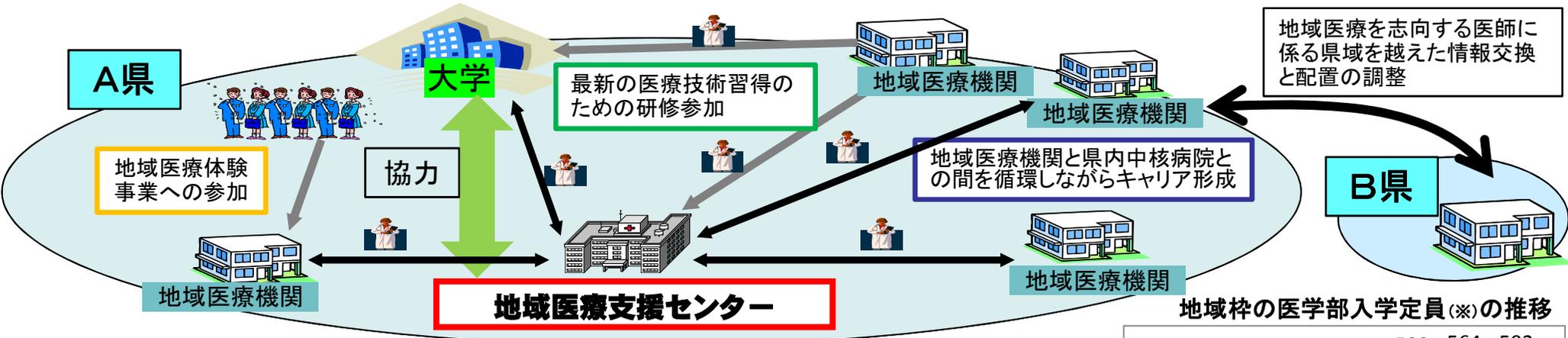
- 都道府県が責任を持って医師の地域偏在の解消に取り組むコントロールタワーの確立。
- 地域枠医師や地域医療支援センター自らが確保した医師などを活用しながら、キャリア形成支援と一体的に、地域の医師不足病院の医師確保を支援。
- 専任の実働部隊として、喫緊の課題である医師の地域偏在解消に取り組む。

・人員体制：専任医師2名、専従事務職員3名

・設置場所：都道府県庁、〇〇大学病院、都道府県立病院等

医師の地域偏在（都市部への医師の集中）の背景

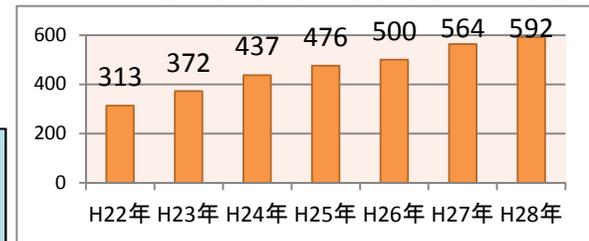
- 高度・専門医療への志向、都市部の病院に戻れなくなるのではないかという将来への不安等



地域医療支援センターの役割

- 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。

地域枠の医学部入学定員(※)の推移



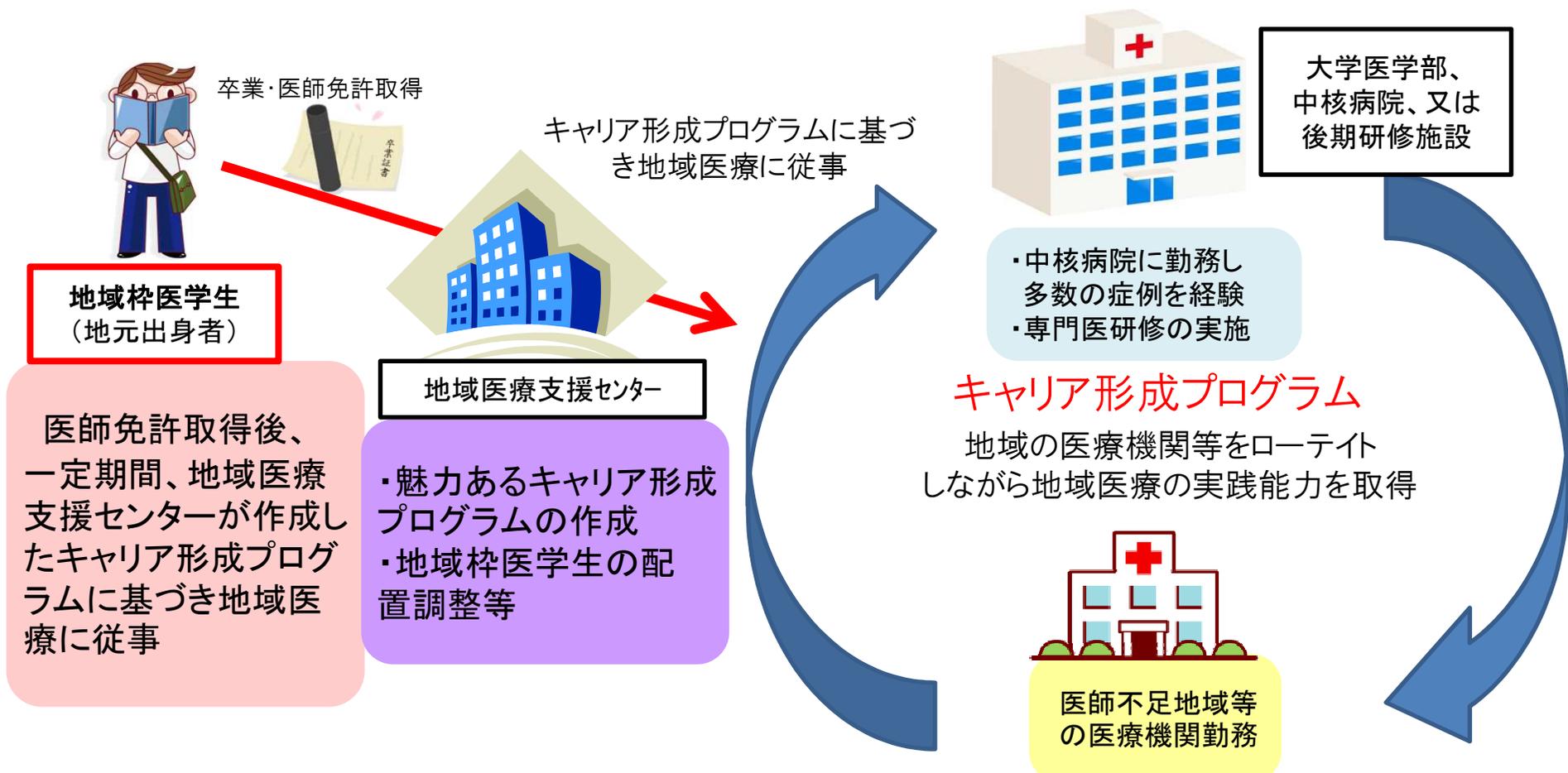
(※) 平成22年度以降、「経済財政改革の基本方針2009」(平成21年閣議決定)及び「新成長戦略」(平成22年閣議決定)に基づき、暫定的な定員増として認められた地域枠であり、このほか、既存の定員等を活用し都道府県と大学が独自に設定した地域枠もある。

- 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。
- 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)

● 地域枠修学資金貸与事業

【事業概要】

・都道府県の医師確保対策を強力に推進するため、地域医療支援センターのキャリア形成プログラムと連携した地域枠医学生に対する修学資金の貸与事業の経費を支援する。



医師免許取得後、一定期間、地域医療支援センターが作成したキャリア形成プログラムに基づき地域医療に従事

・魅力あるキャリア形成プログラムの作成
・地域枠医学生の配置調整等

※ 将来的には、医療計画に記載される医師不足地域、診療科に限定する。

参考 地域特別卒業者の基本ローテーション

● 6年間修学資金の貸与を受けた場合 → 9年間の場合の業務従事期間

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

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

【徳島県内の公的医療機関等】

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

2群病院：徳島大学病院

3群病院：県立海部病院，県立三好病院，つるぎ町立半田病院

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

小児医療・周産期医療に係る近年の診療報酬改定について

- 小児医療・周産期医療については、診療報酬改定における「重点課題」等に位置付け、評価の引上げや各種の小児加算の創設、対象範囲の拡大など充実を図ってきている。
- 特に、平成28年度診療報酬改定では、小児のかかりつけ医療を評価するとともに、重症な小児への医療を充実する観点から、診療報酬の充実を図った。

平成24年度改定

重点課題「救急・周産期医療の推進」

(主な改定項目)

- 小児特定集中治療室管理料の新設 / 特定集中治療室管理料小児加算の評価の引上げ
- 救急医療管理加算の小児加算の新設 / ハイリスク妊産婦共同管理料・ハイリスク妊娠管理加算の評価の引上げ
- がん性疼痛緩和指導料・緩和ケア診療加算の小児加算新設

平成26年度改定

充実が求められる分野を適切に評価していく視点「救急医療、小児医療、周産期医療の推進について」

(主な改定項目)

- 新生児の退院調整に係る評価を充実「新生児特定集中治療室退院調整加算3」等の新設
- 小児科外来診療料の包括範囲の見直し

平成28年度改定

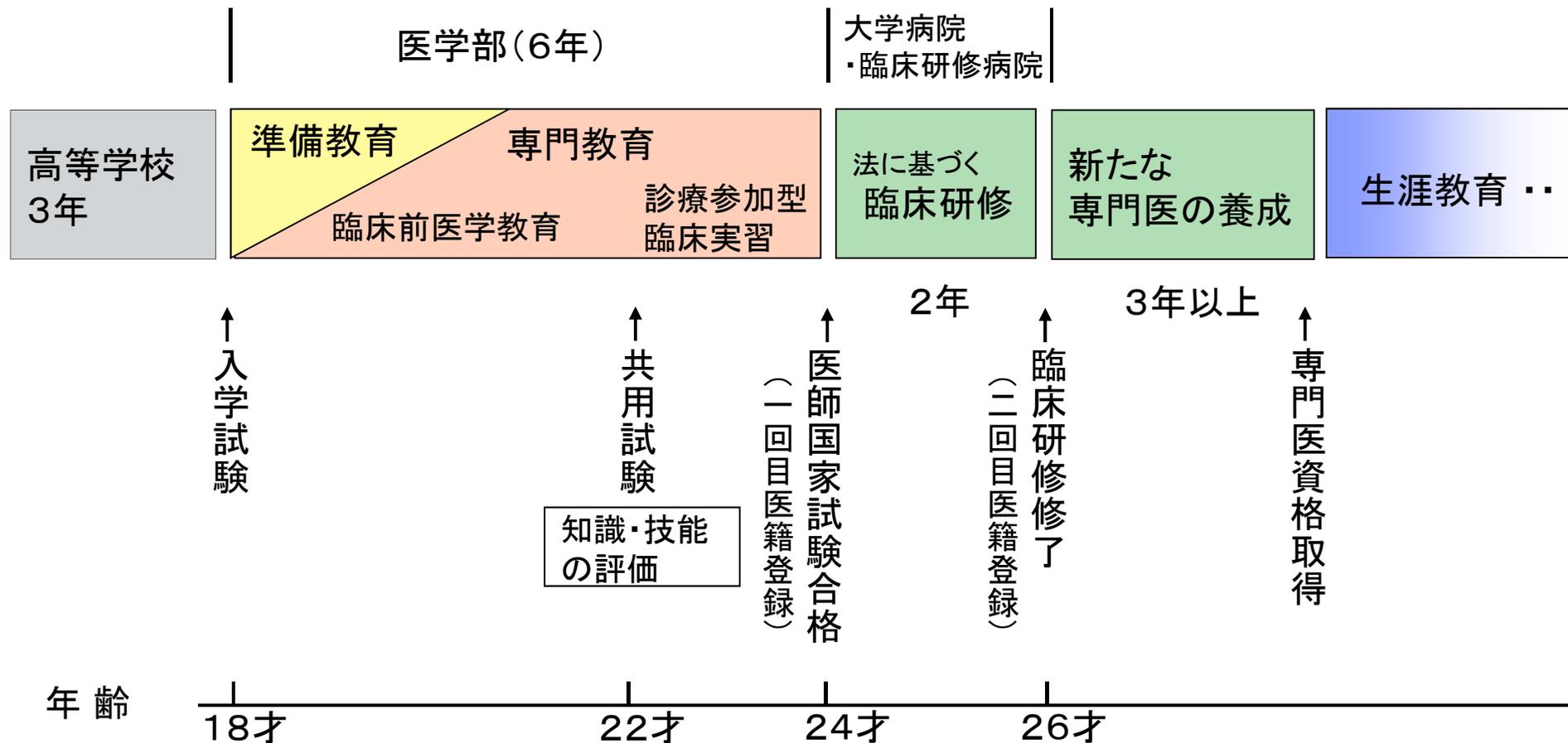
重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点「小児医療、周産期医療の充実、高齢者の増加を踏まえた救急医療の充実」

(主な改定項目)

- 小児外来医療において継続的かつ全人的な医療を評価「小児かかりつけ診療料」の新設
- 機能強化型在宅支援診療所や機能強化型訪問看護ステーションの要件に、重症な小児への在宅医療の提供を追加
- 小児がん拠点病院加算の新設
- 重症な新生児等を受け入れ、体制が充実している医療機関を評価「小児入院医療管理料重症児受入体制加算」の新設
- 生体検査、処置及び放射線治療等の小児加算の評価の充実

醫師養成過程

医師養成過程の概要



①医学部

現状

- 平成20年度以降、医学部定員を過去最大規模まで増員
- このうち、医師の地域への定着を目的として、大学医学部の入学枠として「地域枠」が設定

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

※ 地域枠

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

課題

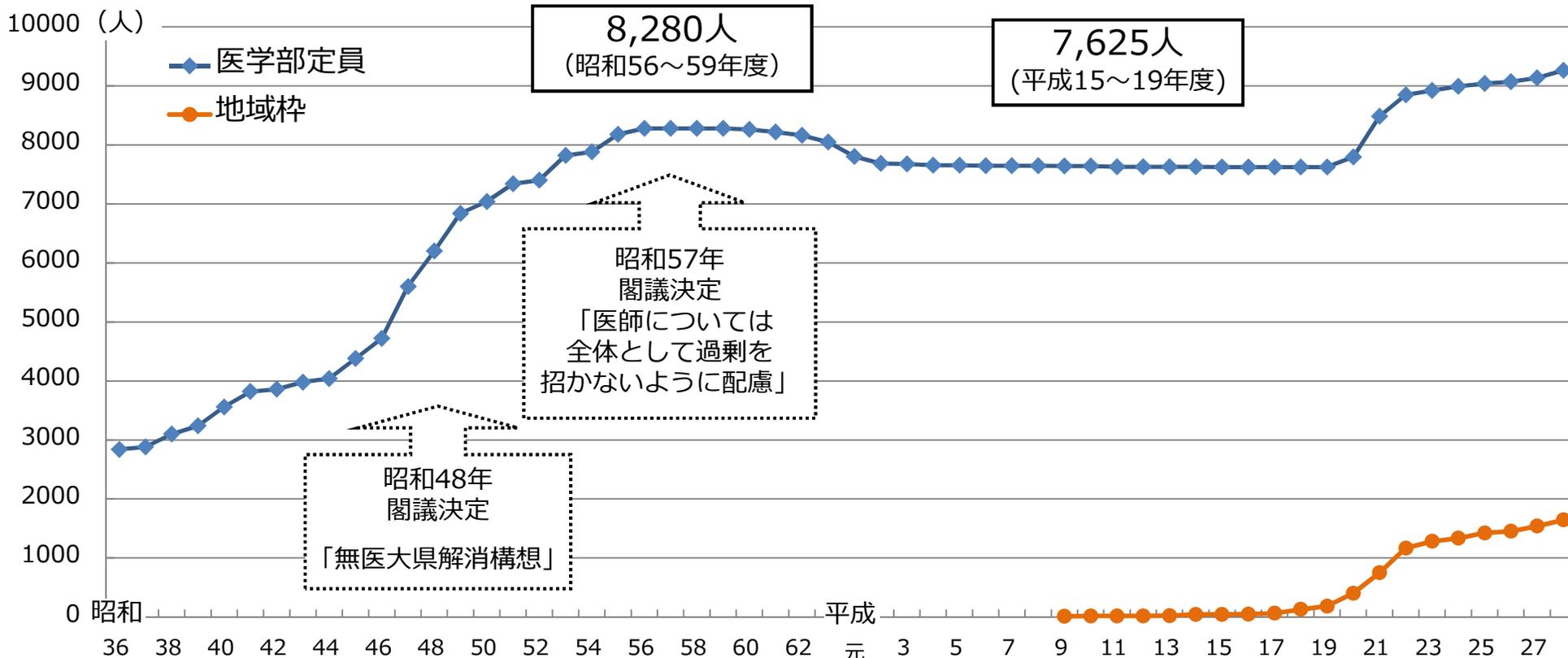
- 「地域枠」よりも地元出身者の方が、臨床研修修了後、出身大学の都道府県に残る割合が高い
- 地元枠は「地域枠」の半数程度

医学部入学定員と地域枠の年次推移

- 平成20年度以降、**医学部の入学定員を過去最大規模**まで増員。
- 医学部定員に占める**地域枠***の数・割合も、**増加**してきている。

(平成19年度183人 (2.4%) →平成28年1617人 (17.5%))

地域枠*：地域医療に従事する医師を養成することを主たる目的とした学生を選抜する枠であり、奨学金の有無を問わない。



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

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

地域枠と地元出身者の定着割合

- 地域枠の入学者よりも、地元出身者（大学と出身地が同じ都道府県の者）の方が、臨床研修修了後、大学と同じ都道府県に勤務する割合が高い（78%）。

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

			臨床研修修了後に勤務する都道府県			
			A県		A県以外	
			人数	割合	人数	割合
地域枠	地域枠で入学（大学A県）		348	68%	167	32%
	地域枠ではない（大学A県）		5625	51%	5359	49%
出身地	出身地A県	大学A県	3101	78%	872	22%
	出身地B県	大学A県	2926	38%	4685	62%

- 地域枠の入学者であるかどうかによらず、地元出身者（大学と出身地が同じ都道府県の者）の方が、臨床研修修了後、大学と同じ都道府県に勤務する割合が高い。

			臨床研修修了後に勤務する都道府県			
			A県		A県以外	
			人数	割合	人数	割合
地域枠で入学	出身地A県	大学A県	282	85%	49	15%
	出身地B県	大学A県	63	35%	116	65%
地域枠ではない	出身地A県	大学A県	2766	77%	810	23%
	出身地B県	大学A県	2810	39%	4479	61%

※1 出身地又は大学が海外の場合及び当該項目について無回答の場合は除外。

※2 出身地：高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県。

※3 A県は任意の都道府県。B県はA県以外の都道府県。

出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成27・28年）厚生労働省調べ

②臨床研修

現状

課題

臨床研修制度

幅広い診療能力の習得等を目的として、卒後2年間の臨床研修が必修化（平成16年度～）

研修医の募集定員

厚生労働大臣が毎年定員を設定

→ 都市部への研修の集中抑制のため、

$$\frac{\text{全国の募集定員}}{\text{全国の研修希望者}}$$
 を毎年圧縮

研修医の地域定着

出身地・出身大学と異なる地域で臨床研修を行う医師が一定程度存在

→ 臨床研修の際に出身県以外に出ると、出身県への定着率が大きく低下

- 地域の実態を踏まえた臨床研修医の配置を行うための、都道府県の関与が少ない
- 人口対医師数と研修医採用が共に少ない県があるなど、依然として都道府県間の格差が存在
- 臨床研修修了後における、出身地や出身大学の都道府県への定着を図る必要

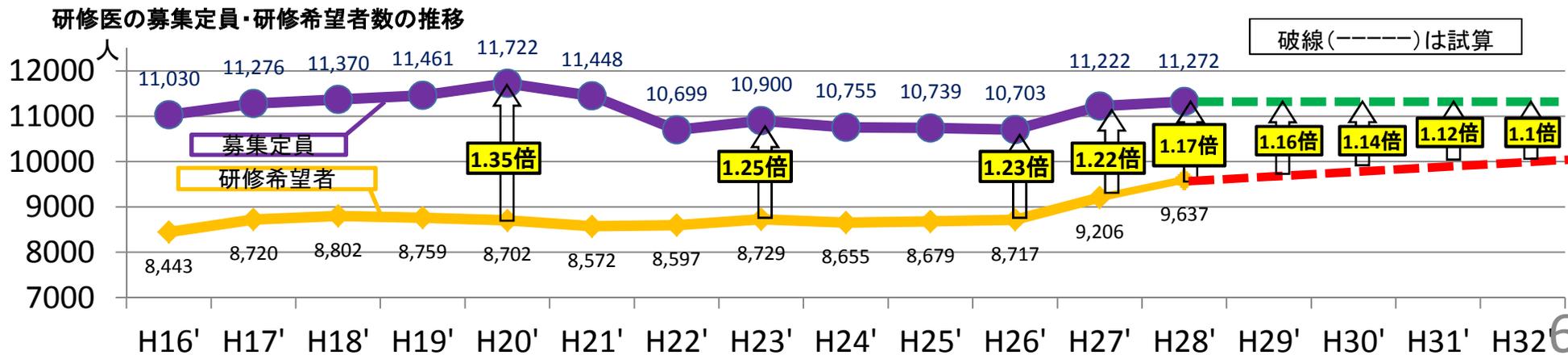
臨床研修医の募集定員倍率

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



- ・ 研修医の募集定員には、全国の定数管理や地域別の偏在調整が行われず
- ・ 全国の募集定員の総数が研修希望者の1.3倍を超える規模まで拡大
- ・ 都道府県の募集定員について上限設定
- ・ 平成27年度の約1.2倍から、平成32年度の約1.1倍まで縮小させる

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

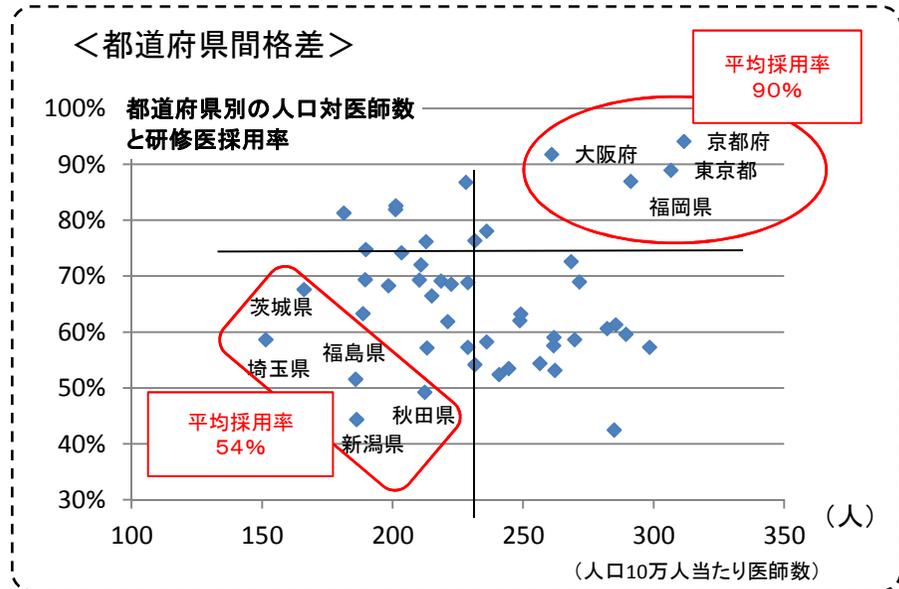
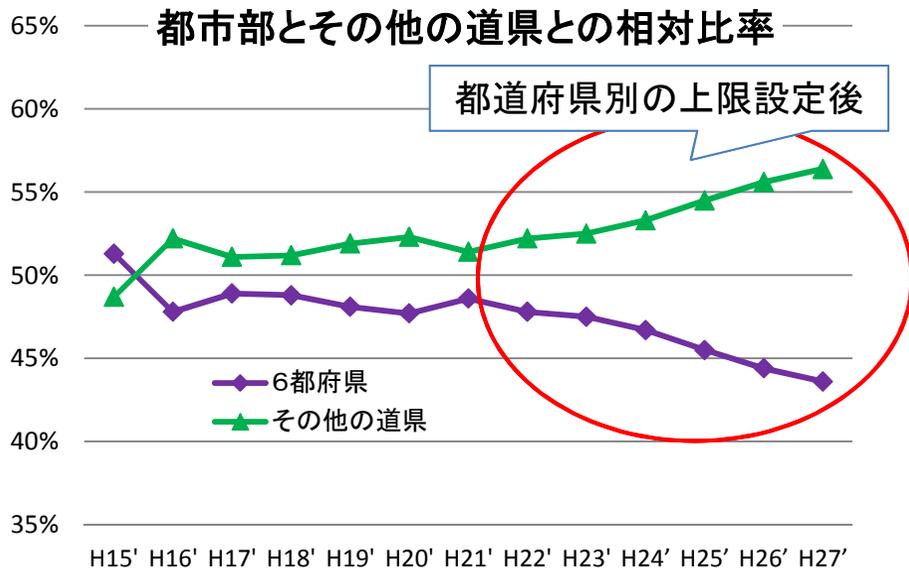


研修医の採用実績<6都府県とその他の道県、医師数と採用率>

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

※ 研修医採用率 = 採用実績 / 募集定員

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



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

出身都道府県で臨床研修を行ったときの定着割合

- 出身地の大学に進学し、その後、同じ都道府県で臨床研修を行った場合、臨床研修終了後、出身地の都道府県で勤務する割合が最も高い（90%）。出身地以外の大学に進学した場合であっても、臨床研修を出身地と同じ都道府県で実施した場合、臨床研修終了後、出身地の都道府県で勤務する割合は高い（79%）。
- 出身地の大学に進学しても、臨床研修を別の都道府県で行うと、臨床研修終了後、出身地で勤務する割合は低い（36%）。

			臨床研修終了後に勤務する都道府県			
			A県		A県以外	
出身地	大学	臨床研修	人数	割合	人数	割合
A県	A県	A県	2776	90%	304	10%
A県	A県	B県	321	36%	567	64%
A県	B県	A県	2001	79%	543	21%
A県	B県	C県	474	9%	4578	91%

<参考>

			臨床研修終了後に勤務する都道府県			
			A県		A県以外	
出身地	大学	臨床研修	人数	割合	人数	割合
B県	A県	A県	2347	79%	617	21%

※1 出身地又は大学が海外の場合及び当該項目について無回答の場合は除外。

出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成27・28年）

※2 出身地：高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県。

厚生労働省調べ

※3 A県は任意の都道府県。B県、C県はA県以外の都道府県。（C県はB県と一致する場合も含む）

③ 專門研修

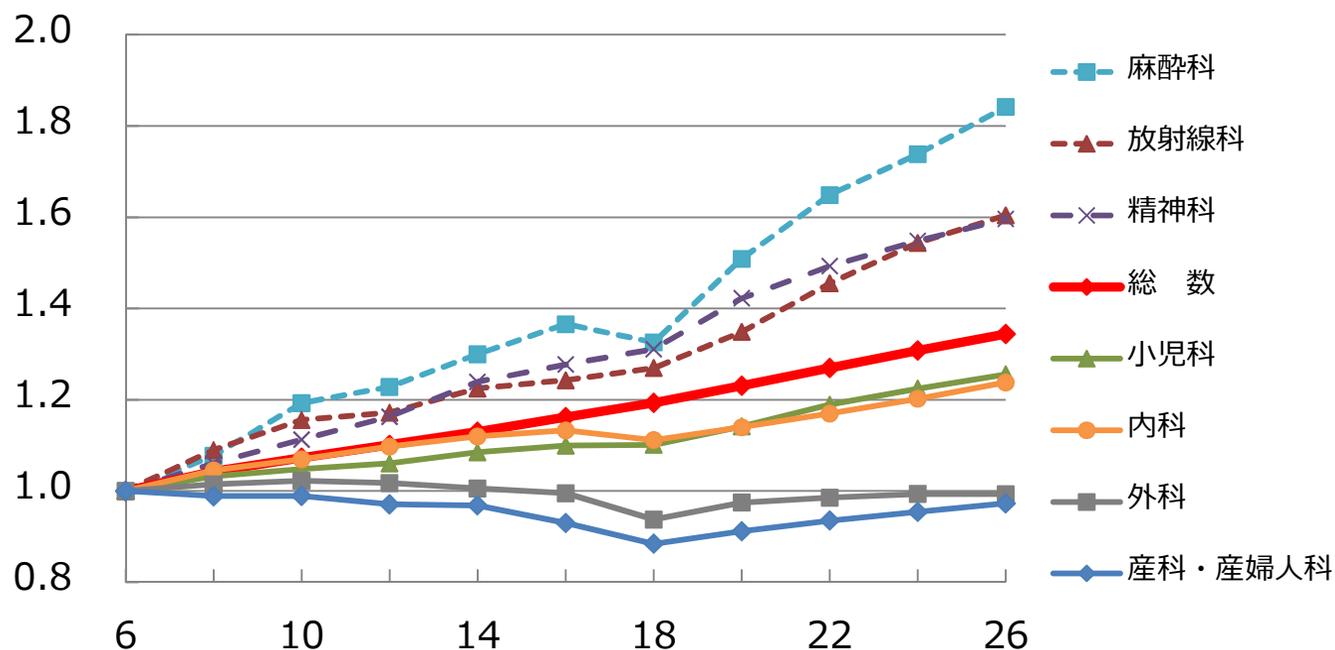
現状

- 新たな専門医の仕組みにおいて、診療科間、地域間の医師偏在の是正策は組み込まれていない。

課題

- 平成20年度から1,637名の医学部定員増を図ってきたが、医師の増加する診療科が一部の科に偏在しており、診療科間の偏在が解消されていない。

<参考データ:診療科別医師数の推移(平成6年を1.0とした場合)>



出典: 医師・歯科医師・薬剤師調査

平成28年3月 全国衛生部長会「衛生行政の施策及び予算に関する重点要望書」

「新たな専門医制度」において、人口10万対医療施設従事医師数や地域の人口、面積、症例数などの基準により、専門医の診療科ごと、地域ごとの医師の適正数や専門医等の認定基準の設定等による診療科間、地域間の医師偏在の解消に努め(中略)ていただきたい。

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

医師の地域偏在及び診療科偏在を助長することのない仕組みを構築するために、それぞれの地域の実情を踏まえた上で、国と日本専門医機構、基本診療領域学会は、責任をもって、研修施設や定員の設定等を行うこと。

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

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

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

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

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

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

新たな専門医の仕組みの経緯

平成23年 10月	厚労省	第1回専門医の在り方に関する検討会 →平成25年4月報告書取りまとめ
平成26年 5月	機 構	一般社団法人日本専門医機構設立
平成27年 7月～11月	機 構	「プログラム整備基準(18基本診療領域分)」公表 (各領域の基幹施設・連携施設の認定基準)
平成28年 2月18日	厚労省	第44回社会保障審議会医療部会 (地域偏在の懸念が示される)
3月31日	厚労省	<u>医事課長通知 (都道府県協議会における調整等を要請)</u>
6月7日	日医 ・四病協	「新たな専門医の仕組みへの懸念について」※専門医機構及び基本診療領域学会に対する要望書 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・一度立ち止まり、地域医療、公衆衛生、地方自治、患者・国民の代表による幅広い視点を加えた検討の場を新たに設置。 ・検討の場で、医師及び研修医の偏在が深刻化しないかどうか集中的に精査。 ・地域医療に配慮するため、病院群の設定等に当たり、都道府県協議会の了解を得る。 </div>
6月27日	機 構	社員総会を開催し、新理事を選出 → 学会中心の体制から、地方自治体、患者・国民の代表など、幅広い関係者の体制に
7月20日	機 構	「専門医研修プログラムと地域医療にかかわる新たな検討委員会」(精査の場)を開催 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・平成29年度は新プログラムを認定せず、平成30年度を目途に一斉に開始。 ・学会には、平成29年度は従来どおりの研修とするよう要請。プログラム制を行う学会に対しては、地域医療への配慮を要請。 </div>
10月5日	機 構	第2回精査の場で、平成29年度にプログラム制を行う6学会 [※] から、地域医療への配慮についてヒアリング <small>※ 小児科、整形外科、耳鼻咽喉科、病理、救急科、形成外科</small>

今後の予定	平成29年度にプログラム制を行う6学会	平成30年度の新プログラム制開始に向けた準備
	<ul style="list-style-type: none"> ・都道府県協議会への情報提供、改善要望の受付 ・専攻医の応募状況を踏まえた調整 	<ul style="list-style-type: none"> ・プログラム整備基準の見直し ・募集定員の検討 ・サブスペシャリティ領域の整理 等