

医師偏在対策について

愛知県医師会調査室担当理事

大輪 芳裕



医師偏在対策がなぜ必要か

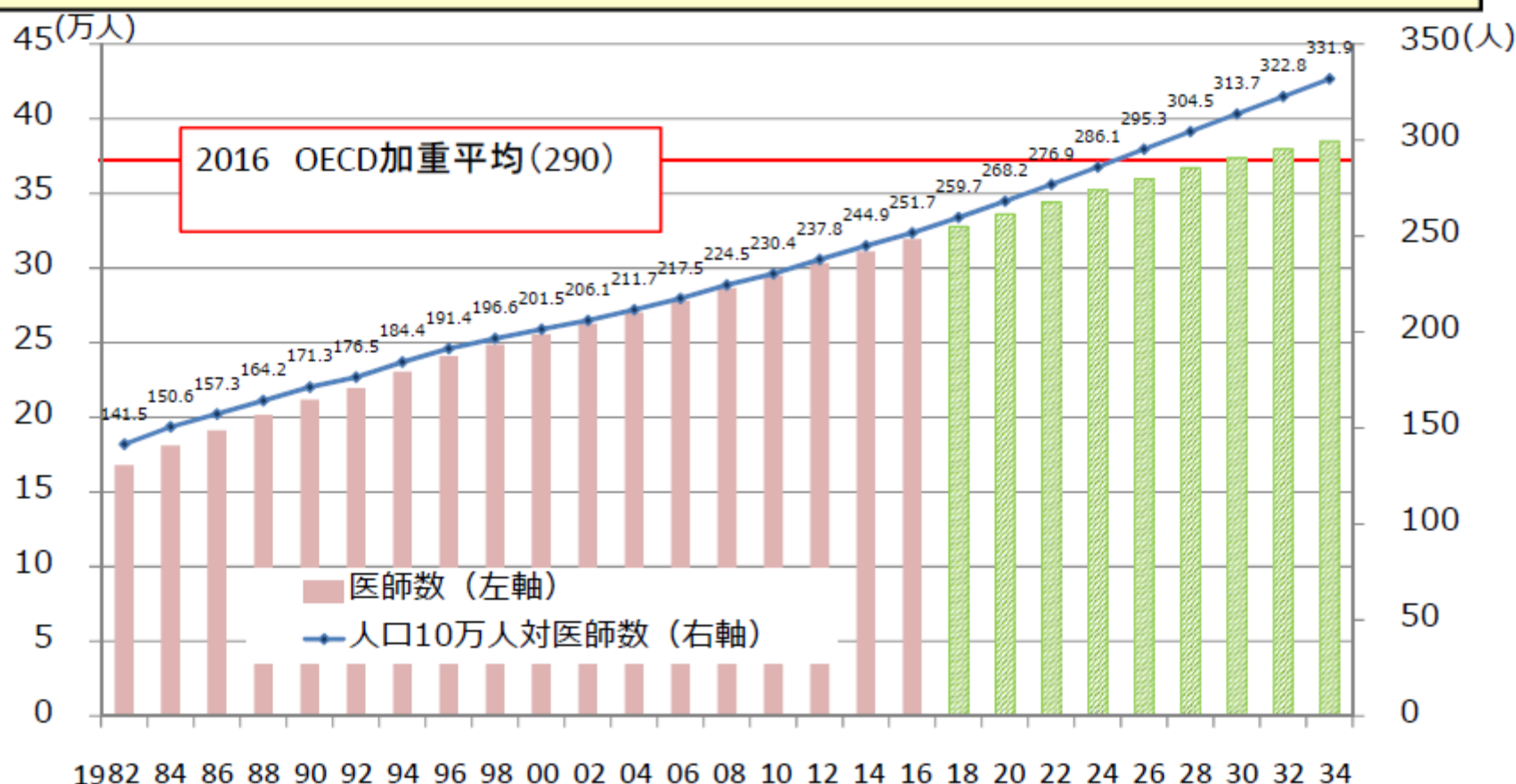
中間取りまとめにおける医師偏在対策のポイント

平成28年9月15日 第7回
医師需給分科会 資料

- 平成18年の「医師の需給に関する検討会」において、
 - ・ 平成34年に需要と供給が均衡し、マクロ的には必要な医師数は供給されるが、これは短期的・中期的に、あるいは地域や診療科と言ったミクロの領域での需要が自然に満たされることを意味しない
 - ・ 医師の養成は中長期の期間を要するものであるが、医師数の地域間格差は必ずしも減少に向かっておらず、未だ医師が不足している県の大学医学部に対して、さらに実効性のある地域定着策の実施を前提として定員の暫定的な調整を検討する必要があるとされた。
- これを踏まえ、医師確保が必要な地域や診療科への従事を要件とする「地域枠」を中心に、平成20年度以降、医学部定員の暫定増等により1,637名の増員が図られ、平成28年度には、過去最高の9,262人の定員となった。
- また、医師の地域定着につながるよう、医師が勤務地や診療科を自由に選択するという自主性を尊重しつつ、キャリア支援、業務負担軽減等のインセンティブ付け等を推進する対策を実施してきた。
 - 【例】
 - ・ 診療報酬による小児・産科の評価、病院勤務医の負担軽減・処遇改善（平成20年～）
 - ・ 地域医療支援センターの設置（平成23年度から予算事業で実施、平成26年10月から法定化）
 - ・ 医療勤務環境改善支援センターの設置（平成26年10月～）
 - ・ 医療関係職種の業務範囲の見直し（看護師の特定行為研修制度）（平成27年10月～）等
- これにより、小児科や産婦人科の医師数の増加など、一定の改善が見られたが、地域の医師不足の指摘は根強い。
- 医学部定員の増加による医師数の全国的な増加を図ったとしても、医師の偏在対策が十分図られなければ、地域の医師不足の解消にはつながらない。
- このため、自主性を尊重した対策だけでなく、一定の規制を含めた対策を行っていく観点から、さらに強力な医師偏在対策について議論し、年内のとりまとめを目指す。

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をおいて、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）

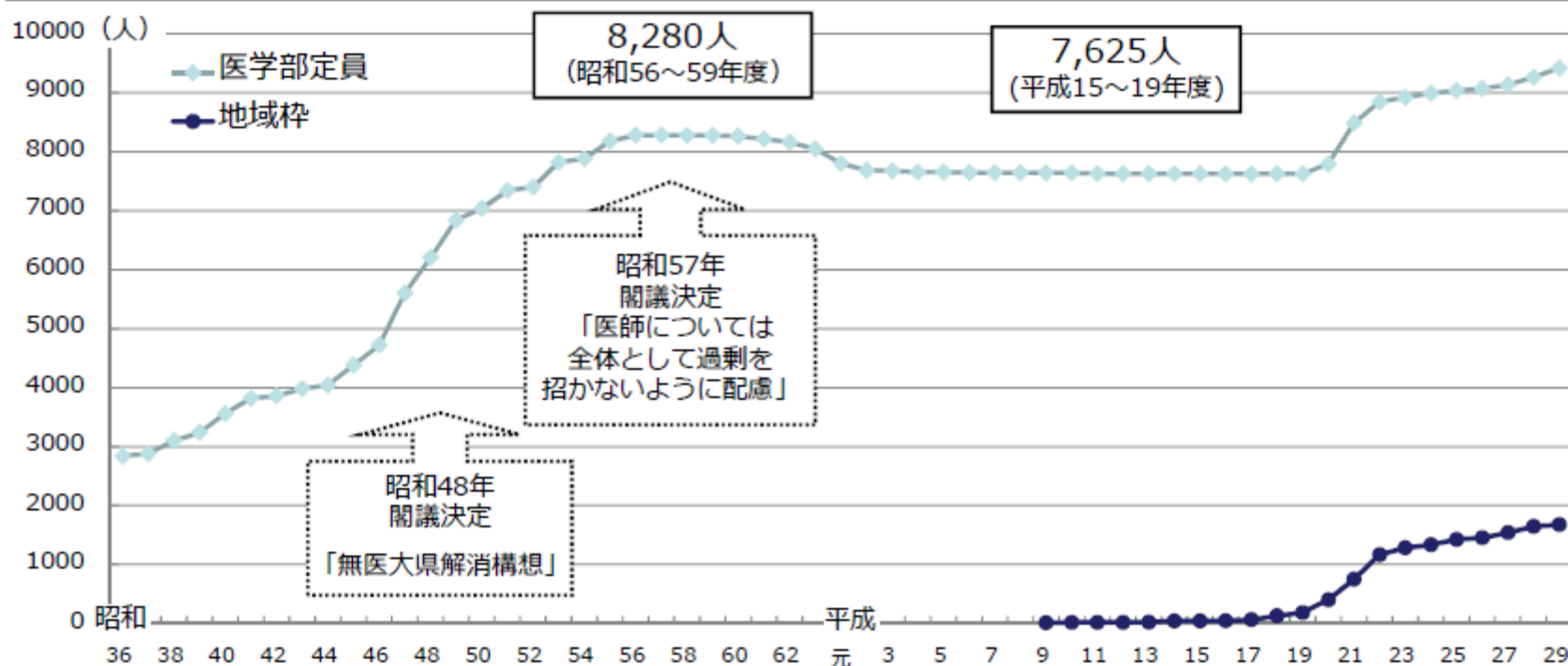
医学部入学定員と地域枠の年次推移

○ 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1676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。



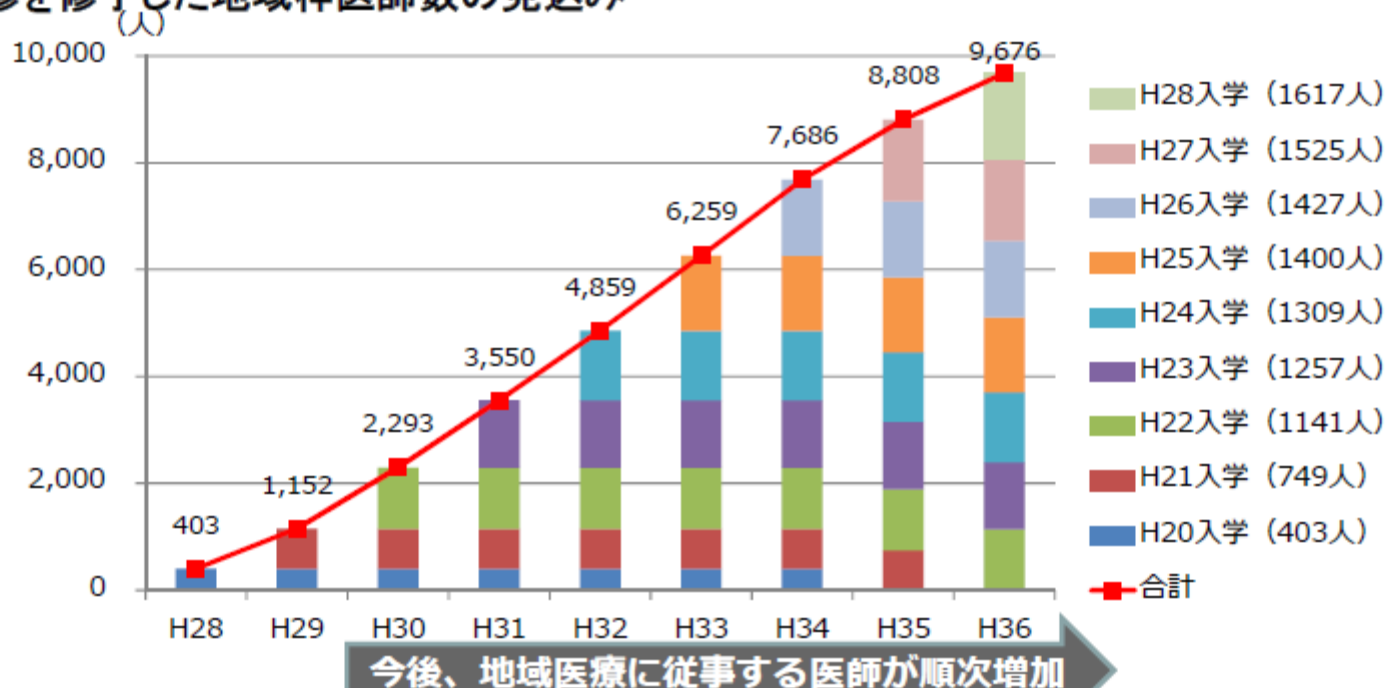
	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29
医学部定員	7625	7625	7625	7793	8486	8846	8923	8991	9041	9069	9134	9262	9420
地域枠	64	129	183	403	749	1141	1257	1309	1400	1427	1525	1617	1676
地域枠の割合	0.8%	1.7%	2.4%	5.2%	8.8%	12.9%	14.1%	14.6%	15.5%	15.7%	16.7%	17.5%	17.8%

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。

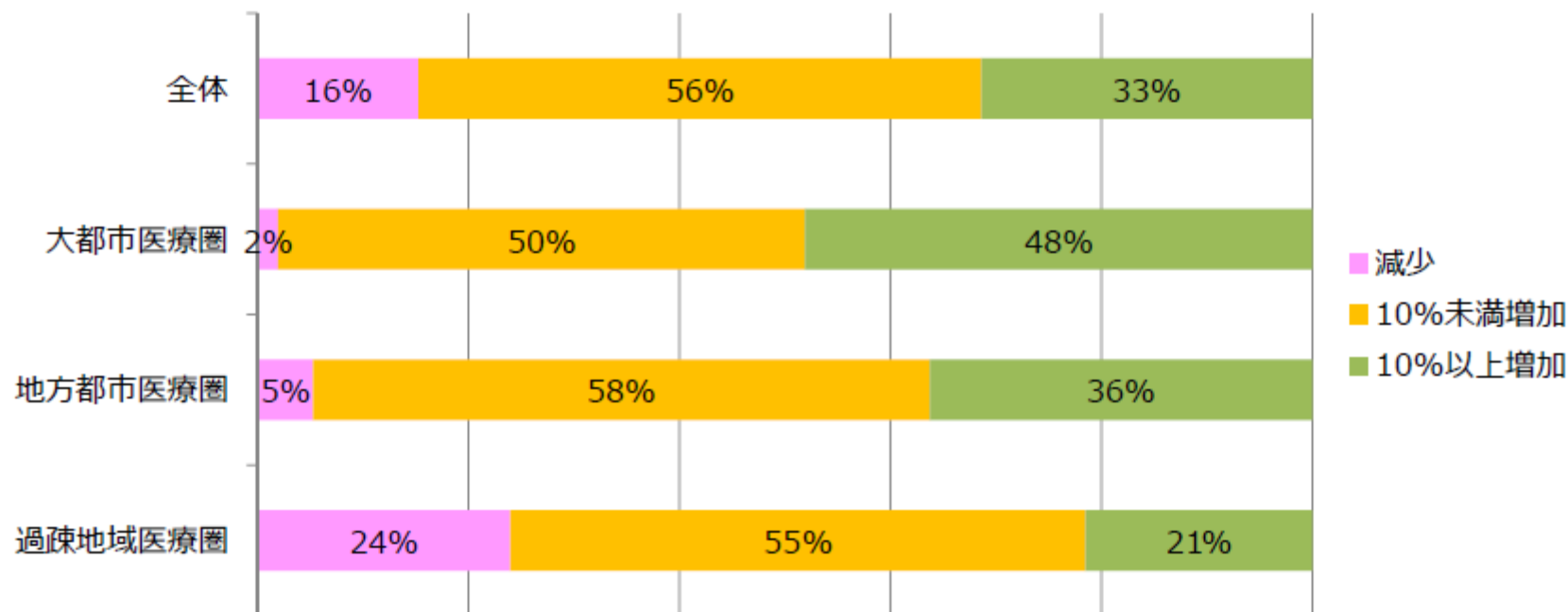
臨床研修を修了した地域枠医師数の見込み



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

二次医療圏ごとに見た人口10万人対医療施設従事医師数の増減（2008年→2014年）

- 2008年から2014年にかけて、我が国全体の人口10万人対医療施設従事医師数は10%増加している（212.32人→233.56人）が、人口等で2次医療圏を分類すると、その増減に大きく違いが生じている。
- 特に、過疎地域医療圏においては、24%が減少しているのに対し、21%の医療圏でしか全国平均以上に増加していない。



【備考】

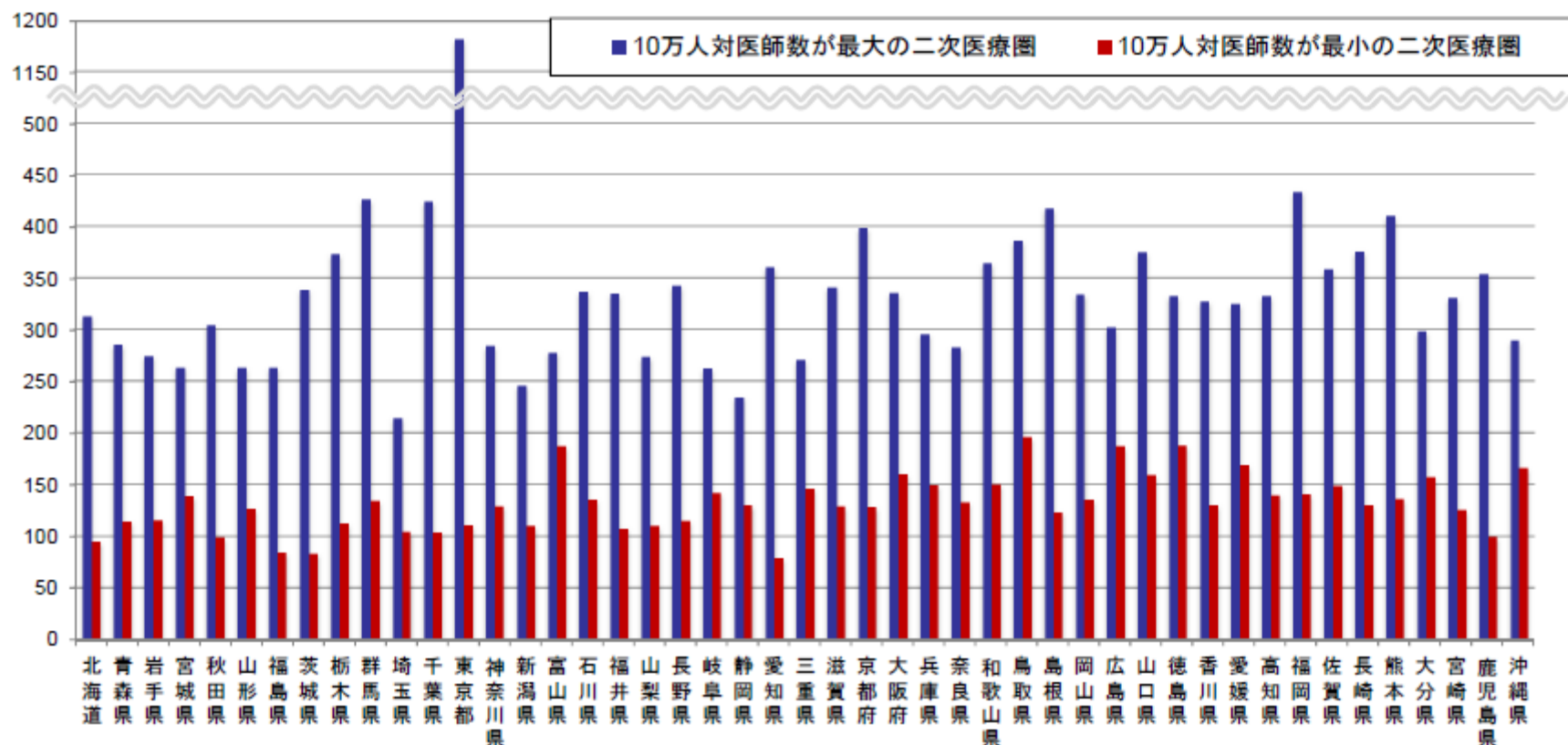
大都市医療圏（52圏域）：人口100万人以上又は人口密度2,000人/㎢以上
 地方都市医療圏（171圏域）：人口20万人以上又は人口10～20万人かつ人口密度200人/㎢以上
 過疎地域医療圏（121圏域）：大都市医療圏にも地方都市医療圏にも属さない医療圏
 ※ 2次医療圏については、2014年時点のもの（全344圏域）

【出典】

医師数：医師・歯科医師・薬剤師調査
 人口、人口密度：国勢調査

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。



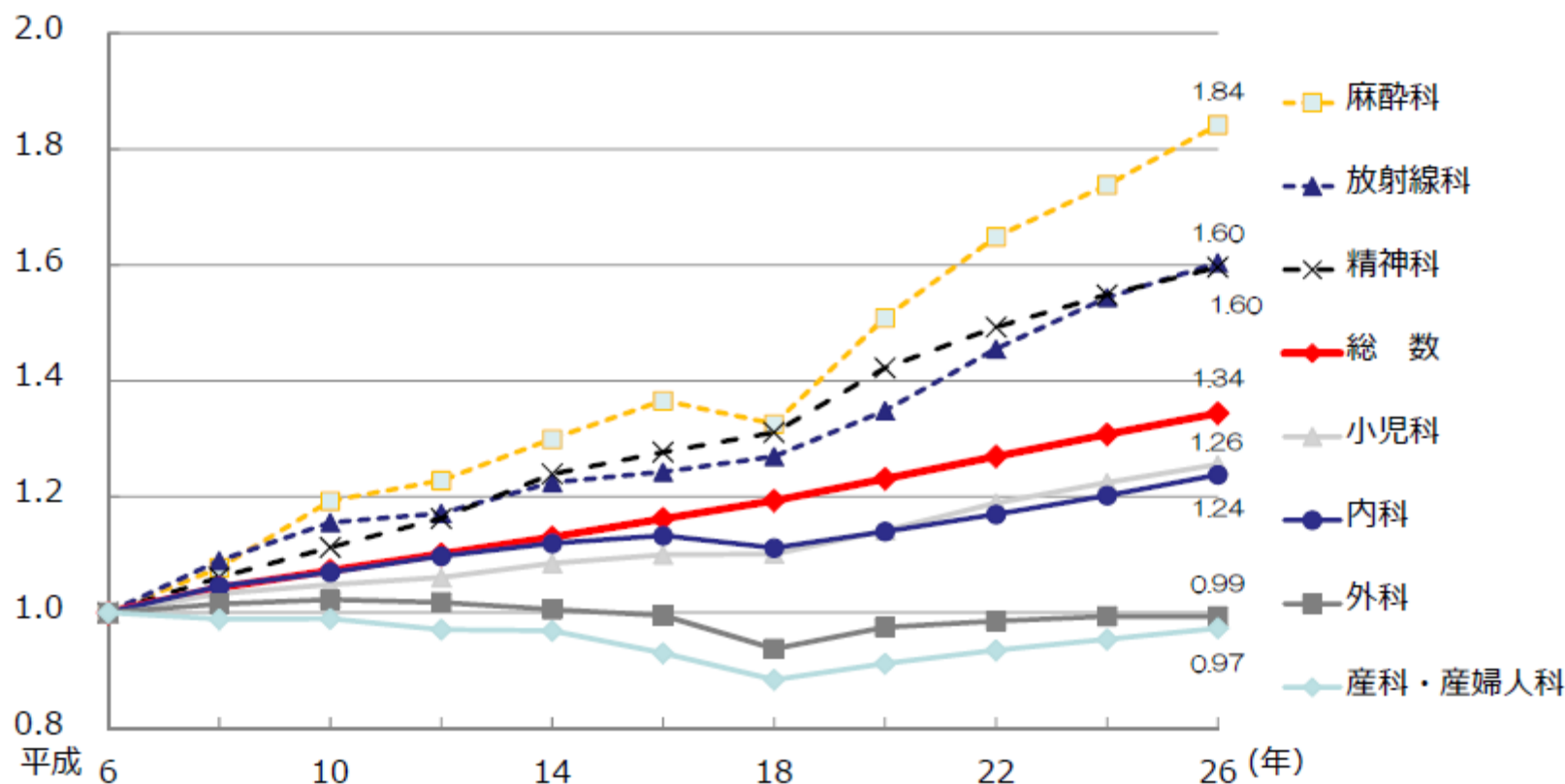
出典:「平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査」(厚生労働省)[平成26年12月31日現在]

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27年1月1日住民基本台帳」を用いた。

診療科別医師数の推移（平成6年を1.0とした場合）

- 多くの診療科で医師は増加傾向にある。
- 減少傾向にあった産婦人科・外科においても、増加傾向に転じている。



※内科・・・（平成8～18年）内科、呼吸器科、循環器科、消化器科（胃腸科）、神経内科、アレルギー科、リウマチ科、心療内科
 （平成20～26年）内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科
 ※外科・・・（平成6～18年）外科、呼吸器外科、心臓血管外科、気管食道科、こう門科、小児外科
 （平成20～26年）外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科
 ※平成18年調査から「研修医」という項目が新設された

出典：平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査

小括

○ 国は医師が勤務地や診療科を自由に選択するという自主性(医師のプロフェッショナルオートノミー)を尊重し、インセンティブ付け等を推進する対策を実施してきた。

○しかし、医師数の全国的な増加を図っても地域の医師不足は根強く、医師の偏在対策が十分図られなければ、地域の医師不足の解消はできないという結論に至った。

○そこで、偏在対策の方向性として自主性を尊重した対策だけでなく、一定の規制も含めた強力な医師偏在対策が必要と判断した。

**2017年12月医師需給分科会第2次中間とりまとめを経て、
2018年3月医療法及び医師法の一部改正を国会へ**



医療法及び医師法の一部改正 (医師偏在対策) の概要

医師法、医療法の一部を改正する法律案 (一部の規定を除き施行期日2019.4.1)

改正の趣旨

医師偏在を解消して、地域における医療提供体制を確保する。

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】
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】
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】
4. 地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応【医療法】
5. 地域医療構想の実現を図るための知事権限の追加【医療法】

医療法及び医師法の一部を改正する法律案のポイント

現状と課題

- 平成20年以降の医学部臨時定員増による地域枠での入学者が、平成28年以降診療に従事。
- 地域の医師偏在是正のため、地域枠医師等が、
 - ・医師不足地域等での医療提供を積極的に選択できる環境整備とともに、
 - ・医師の希望等を踏まえたキャリア形成支援が必要。

- 一部都道府県の医師確保対策の体制が不十分。
 - ・地域医療対策協議会未開催
 - ・医師派遣時、都道府県・大学間の連携が不十分
- 都道府県が医師確保対策を主体的に実施できる体制を構築する必要。

- 医学部段階・臨床研修段階を通じ、医師は自らが研鑽した地域に定着する傾向。
- 新専門医制度が平成30年4月から開始。新制度開始後も、医師のキャリアや地域医療への配慮が継続される仕組みが必要。

- 外来医療について、
 - ・無床診療所の開設状況が都市部に偏在
 - ・医療機関間の連携の取組が地域状況に依存
- 外来機能情報の可視化・地域での機能分化・連携方針を協議する枠組みが必要。

- 地域医療構想の推進を促す仕組みが必要。

法案の概要

1. 医師少数区域等で勤務した医師の評価制度創設

- ー医師少数区域等での勤務経験を厚生労働大臣が評価する認定制度を創設
- ー認定医師のみを地域医療支援病院等の一定の医療機関の管理者とする

2. 都道府県における医師確保対策の実施体制整備

- ー都道府県事務に、キャリア形成プログラム策定、医師少数区域への医師派遣等を追加
- ー「医師確保計画」の策定や、大学・医師会・主要医療機関等を構成員とする地域医療対策協議会での具体的医師確保対策の協議を追加

3. 医師養成過程を通じた医師確保対策の実施

- 医学部…都道府県知事から大学に対する地域枠・地元出身者枠の創設・増加の要請
- 臨床研修…厚生労働大臣から都道府県知事に臨床研修病院の指定・定員設定権限を委譲
- 専門研修…日本専門医機構等に対する、専門研修実施に必要な措置実施に関する厚生労働大臣の要請規定、意見聴取規定等を追加

4. 地域での外来医療機能の不足・偏在等への対応

- ー地域ごとに外来医療提供体制の情報を可視化し、不足・偏在等への対応を協議する場の設置、協議結果の公表を追加

5. 地域医療構想推進のための都道府県知事権限追加

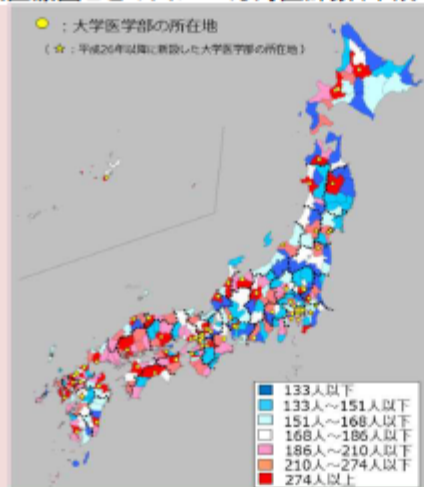
医師偏在指標の導入

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10万人対医師数（平成26年）

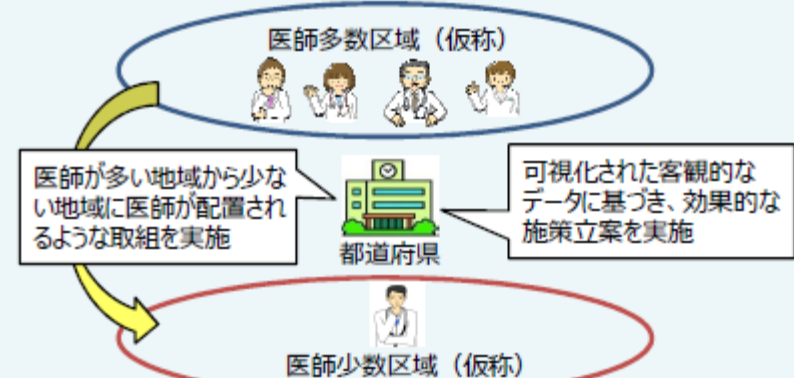


制度改革案

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。



長野県の医師偏在の状況

○地理の概要



長野県

● 県庁所在地 ● 新幹線 ● 高速道路
● JR ● 国道

0 12.5 25 km

○各二次医療圏の基礎データ

二次医療圏名	人口(人) (住民基本台帳に基 づく人口、人口動態 及び世帯数(平成27 年1月1日現在))	高齢化率(%) (住民基本台帳に基 づく人口、人口動態 及び世帯数(平成27 年1月1日現在))	面積 (平方km:平成 26年全道調査時 調査用市町村別面 積表)	病院数	一般診療所数 (平成26年医療 施設数調査)	医師数 (平成26年 三診調査)	流入患者割合 (%) (平成26年 患者調査)	流出患者割合 (%) (平成26年 患者調査)
全体	2,148,503	28.8	13,562	131	1,561	4,573	2.5	2.5
佐久	212,760	28.5	1,571	14	146	472	15.8	15.8
上小	202,498	28.4	905	16	120	306	23.8	15.8
諏訪	203,423	29.7	716	13	145	432	16.7	11.8
上伊那	188,519	28.5	1,348	10	133	253	8.3	26.7
飯伊	167,920	31.0	1,929	10	134	307	6.7	12.5
木曽	29,620	38.3	1,546	1	19	34	0.0	66.7
松本	432,112	27.0	1,869	27	363	1,480	22.2	10.3
大北	62,004	32.3	1,110	2	51	113	20.0	42.9
長野	556,446	28.3	1,558	35	392	1,038	12.5	9.3
北信	93,201	31.1	1,009	3	58	138	28.6	50.0

【流入患者割合】

当該地域内の医療施設で受療した当該地域外に居住する病院の推計入院患者数÷当該地域内の医療施設で受療した病院の推計入院患者数

【流出患者割合】

当該地域外の医療施設で受療した当該地域内に居住する病院の推計入院患者数÷当該地域内に居住する病院の推計入院患者数

○医師偏在の状況



※医師数は、医師・歯科医師・薬剤師調査における「医療施設に従事する医師数」を計上

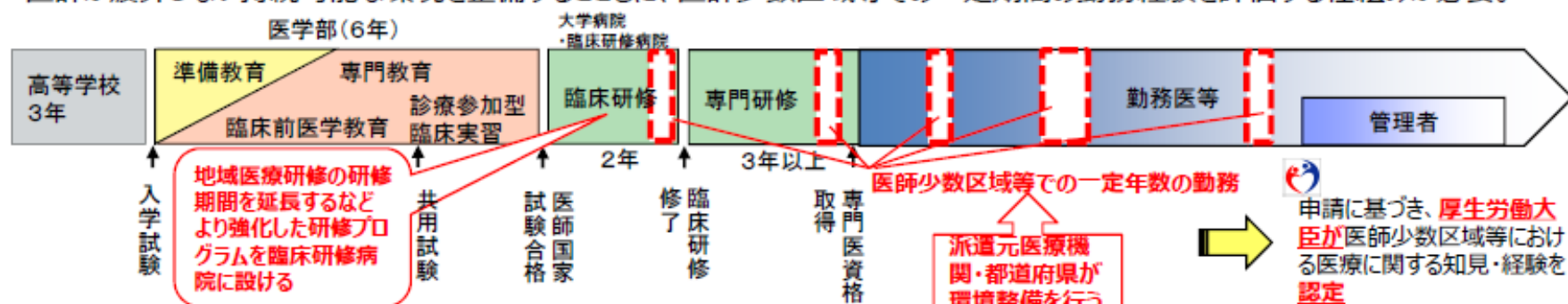
1、医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度 【医療法】(平成32年4月1日施行)

- ・医師少数区域での一定期間の勤務経験と地域医療への知見を有する医師を厚労大臣が評価・認定する制度の創設
- ・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

医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設について

基本的な考え方

- 医師の少ない地域での勤務を促すため、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、医師の少ない地域で医師が疲弊しない持続可能な環境を整備するとともに、医師少数区域等での一定期間の勤務経験を評価する仕組みが必要。



※ 医療機関に対するインセンティブも別途検討

法案の内容 (いずれも医療法改正)

<認定医師>

- ① 「医師少数区域」等*における医療の提供に関する一定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認定できることとする。(平成32年4月1日施行)

<一定の病院の管理者としての評価>

- ② 「医師少数区域」等における医療の確保のために必要な支援を行う病院その他の厚生労働省令で定める病院の開設者は、①の認定を受けた医師等に管理させなければならないこととする。(平成32年4月1日施行※)

※ 施行日以降に選任する管理者にのみ適用。

*「医師少数区域」については、「2. 都道府県における医師確保対策の実施体制の整備について」の法案の内容の②にあるとおり、国が定める「医師偏在指標」に基づき、都道府県が「医師少数区域」又は「医師多数区域」を定めることができる。また、医師少数区域の医療機関における勤務と同等の経験が得られたと認められる者の範囲等を今後検討。

<医療機関の複数管理要件の明確化>

- ③ 病院等の管理者は、都道府県知事の許可を受けた場合は、「医師少数区域」等に開設する他の診療所等を管理することができることとする。(公布日施行)

認定医師（医療機関の管理者）になるためには（施行まであと2年）

医師少数地域でどのくらい勤務する？

- 赴任先の病院には迷惑な駆け込みや押しかけでの短期赴任
- 医師少数区域の病院が混乱

管理者要件となる病院は？

- 今のところ地域医療支援病院といわれているが
- 厚生省令で定めるとあるため
- 厚労省の意向で対象は拡げられる（例えば無床診療所まで）
- 新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会の議論
全ての保険医療機関の責任者となるため短期期間医師不足地域への勤務が必要

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】(平成31年4月1日施行)

- ・都道府県においてPDCAサイクルに基づく医師確保対策を進めるための「**医師確保計画**」の策定
- ・都道府県と大学医局等が必ず連携することを目的とした「**地域医療対策協議会**」の機能強化
- ・医師の配置調整等のための**地域医療支援事務の見直し**

都道府県における医師確保対策の実施体制の整備について

基本的な考え方

- 都道府県が、地域の医療ニーズを踏まえて、地域医療構想等の地域の医療政策と整合的に、医師確保対策を主体的に実施することができるような仕組みとしていく必要。
- 特に、今後臨床研修を終える地域枠の医師が増加し、医師派遣等において都道府県の役割が増加することも踏まえ、都道府県が**大学等の管内の関係者と連携して医師偏在対策を進めていくことができる体制を構築**する必要。



地域医療対策協議会

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



法案の内容 (いずれも医療法改正)

<医師確保計画の策定>

- ① 医療計画において、二次医療圏ごとに、新たに国が定める「医師偏在指標」を踏まえた**医師の確保数の目標・対策を含む「医師確保計画」を策定**する。(平成31年4月1日施行)
※ 都道府県は、「医師偏在指標」を踏まえて「医師少数区域」又は「医師多数区域」を設定。

<地域医療対策協議会の機能強化>

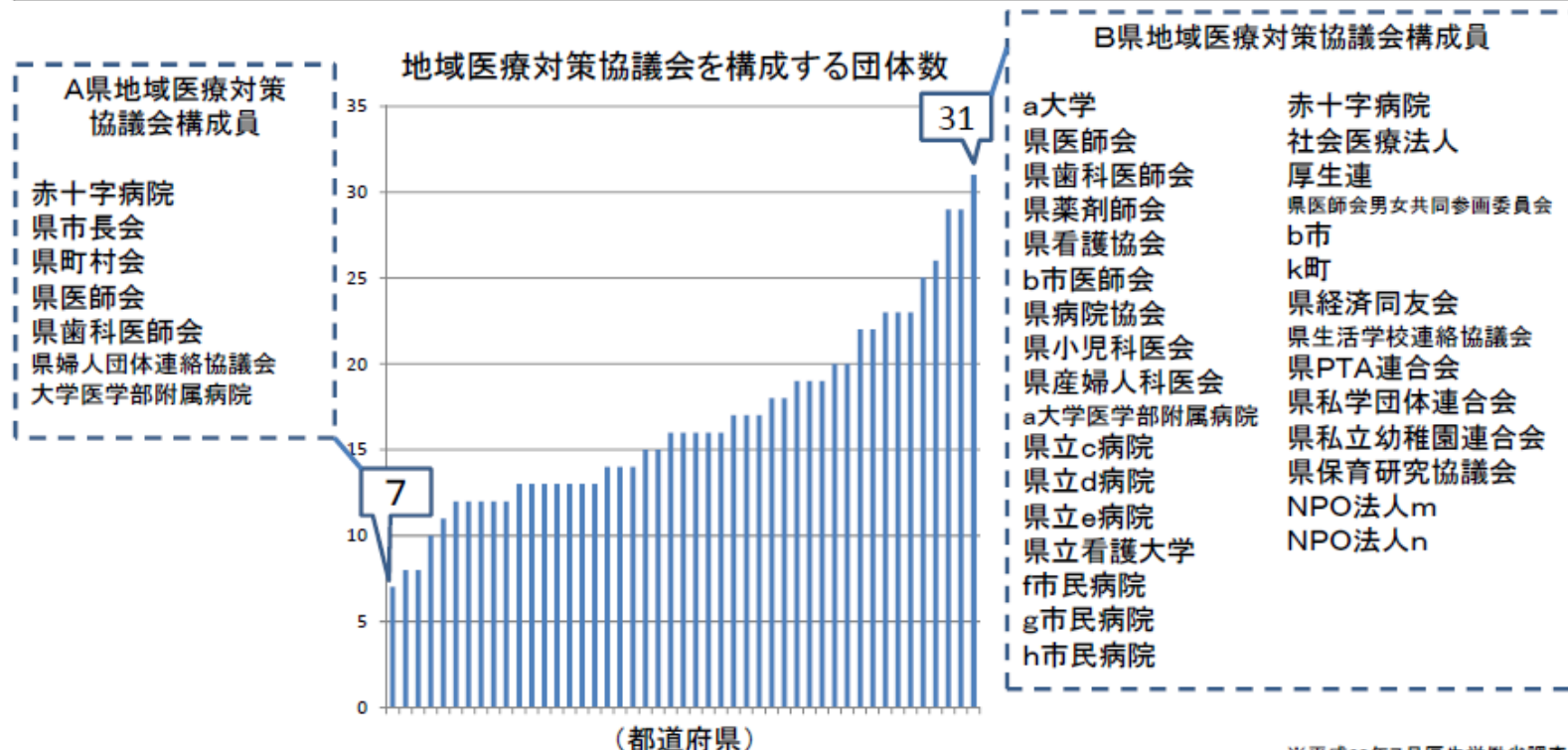
- ② **地域医療対策協議会は、「医師確保計画」の実施について必要な協議を行う**こととする。(公布日施行)

<地域医療支援事務等の見直し>

- ③ 都道府県は、大学、医師会、主要医療機関等を構成員とする**地域医療対策協議会の協議を踏まえ、地域医療支援事務を行う**こととする。また、**地域医療支援事務の内容に、キャリア形成プログラムの策定や、「医師少数区域」への医師の派遣等の事務を追加**する。(公布日施行)
- ④ 都道府県の地域医療支援事務と医療勤務環境改善支援事務の実施に当たり、相互に連携を図らなければならない旨を定める。(公布日施行)

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。



※平成29年7月厚生労働省調査

(参考:法令上の構成員)

○次に掲げる者の管理者その他の関係者

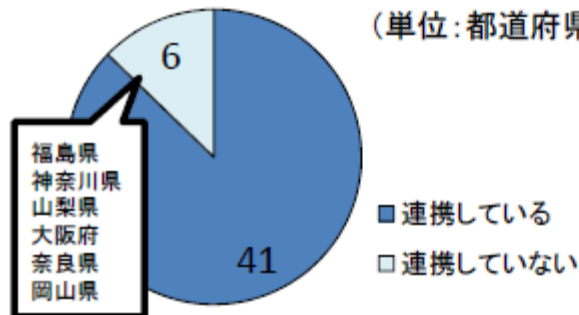
- ・特定機能病院 ・地域医療支援病院 ・公的医療機関 ・臨床研修病院 ・診療に関する学識経験者の団体
- ・大学その他の医療従事者の養成に関する機関 ・社会医療法人 ・独立行政法人国立病院機構
- ・独立行政法人地域医療機能推進機構 ・地域の医療関係団体 ・関係市町村 ・地域住民を代表する団体

構成員を都道府県、大学、医師会、医療関係者に改組する

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

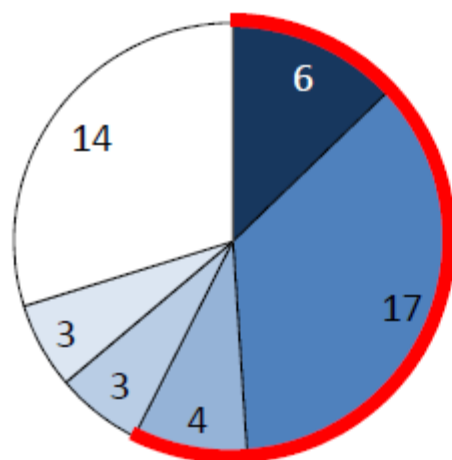
(単位:都道府県)



- 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



(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		3	
都道府県直営	4	13	千葉県 大阪府 福岡県	12	大阪府 福岡県 佐賀県

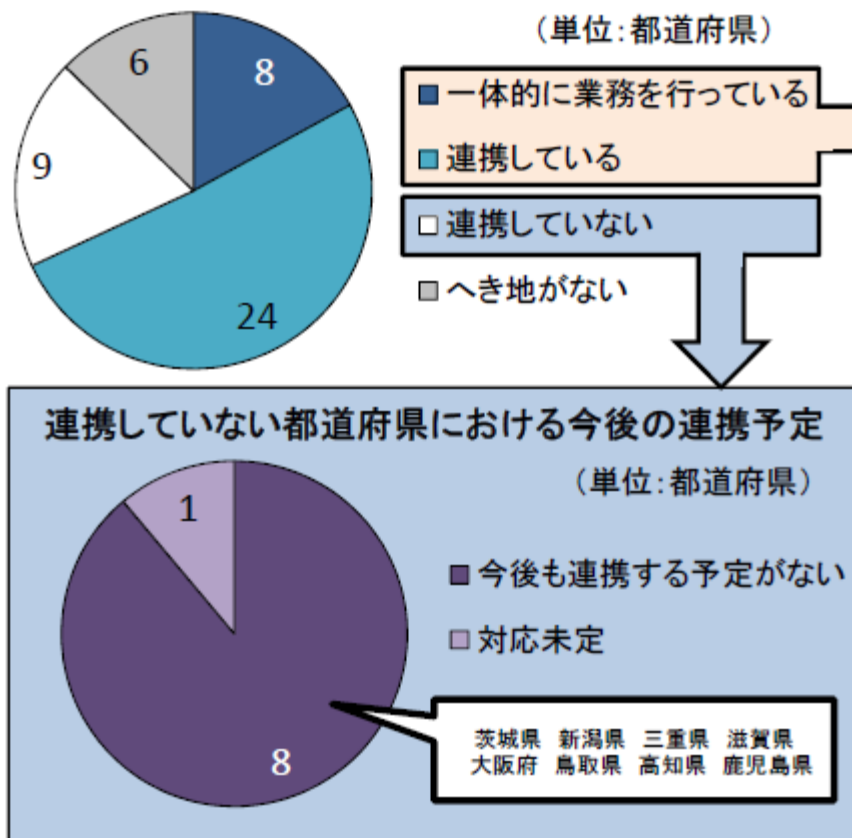
地域医療支援センターとへき地医療支援機構の連携状況

- 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。

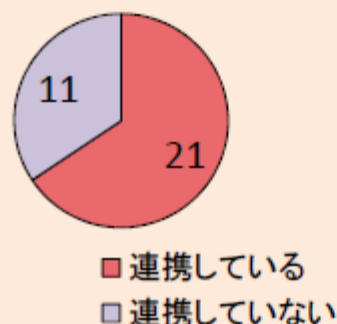
地域医療支援センターとへき地医療支援機構の連携状況

※平成29年7月厚生労働省調査

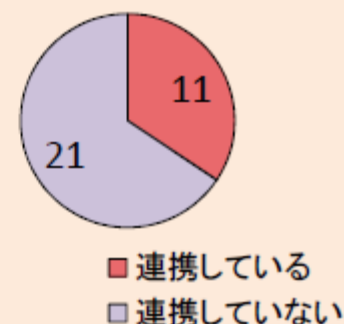
(単位:都道府県)



医師の派遣先の調整において連携



キャリア形成プログラム策定において連携

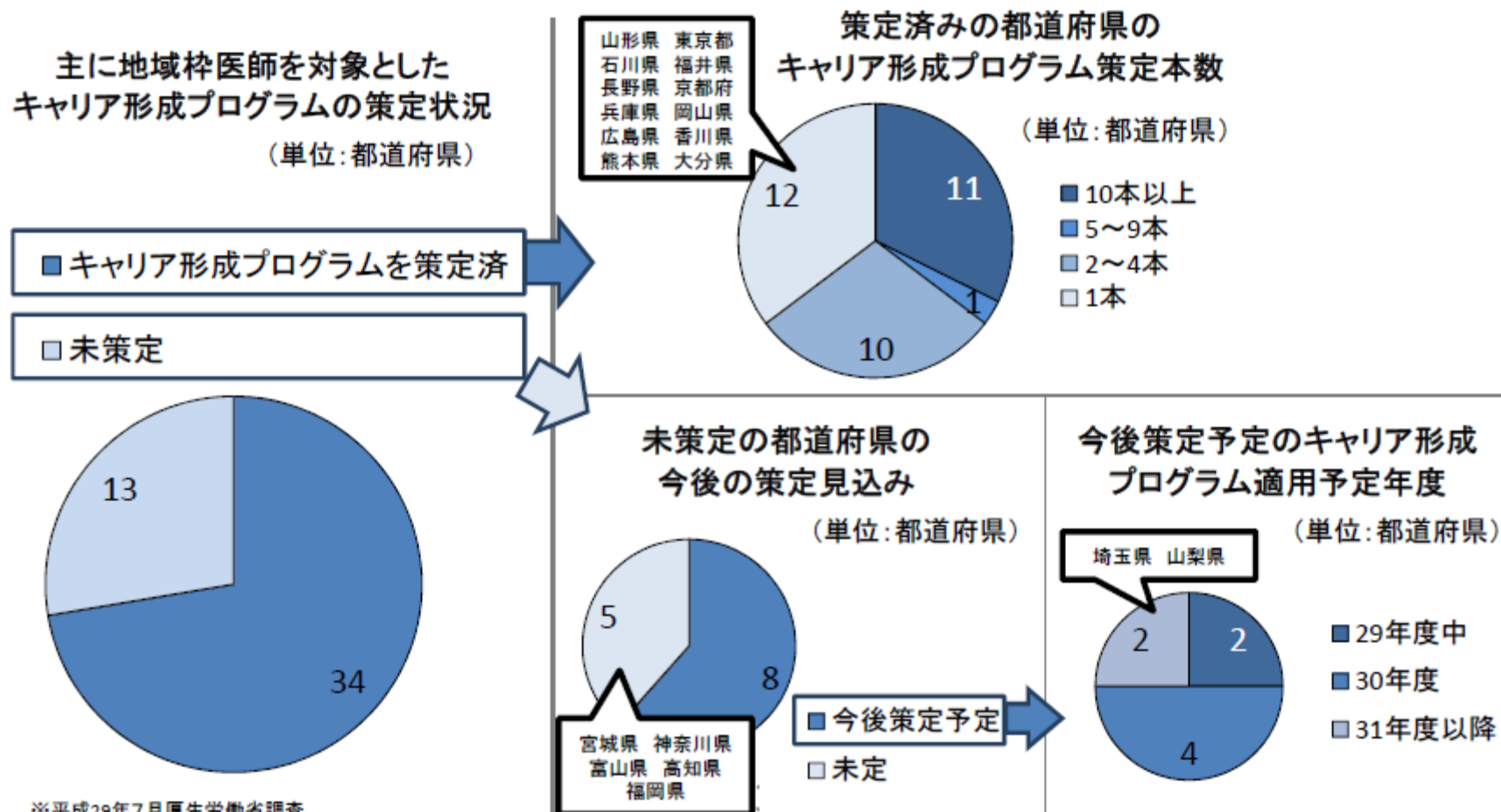


○その他の連携例

- ・人材バンク事業や地域枠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

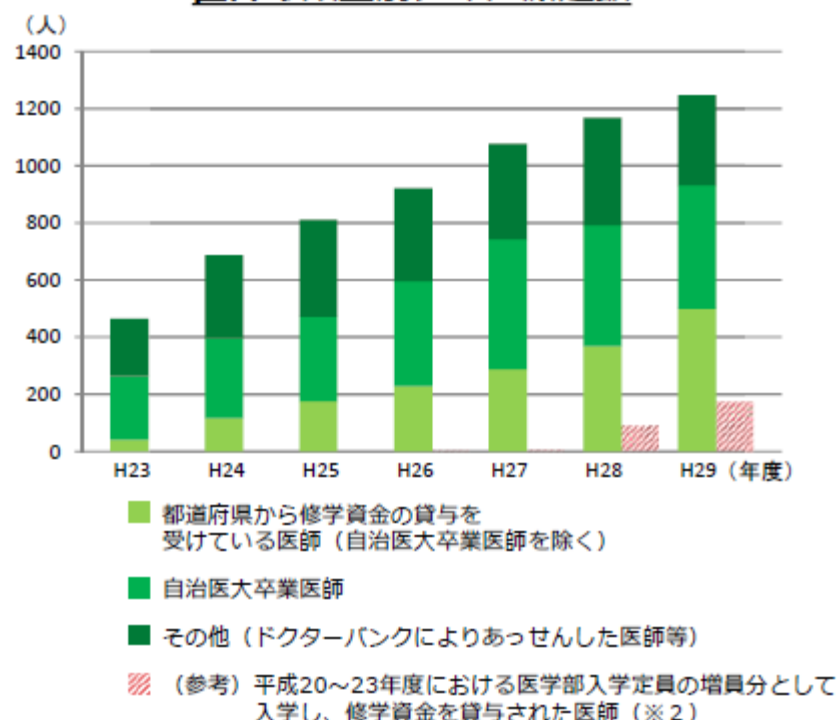
- キャリア形成プログラムを未策定の都道府県が13あり、そのうち5県では今後の策定予定が未定、2県では策定予定が平成31年度以降となっている。
- キャリア形成プログラムを策定している都道府県でも、策定本数が1本のみである都道府県が12存在する。



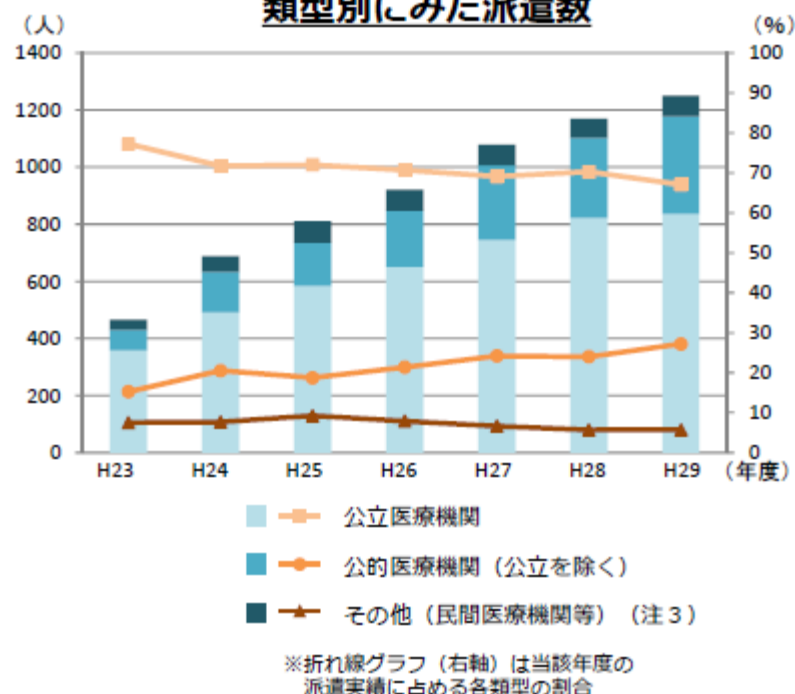
都道府県による医師の派遣調整の実績について

- 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



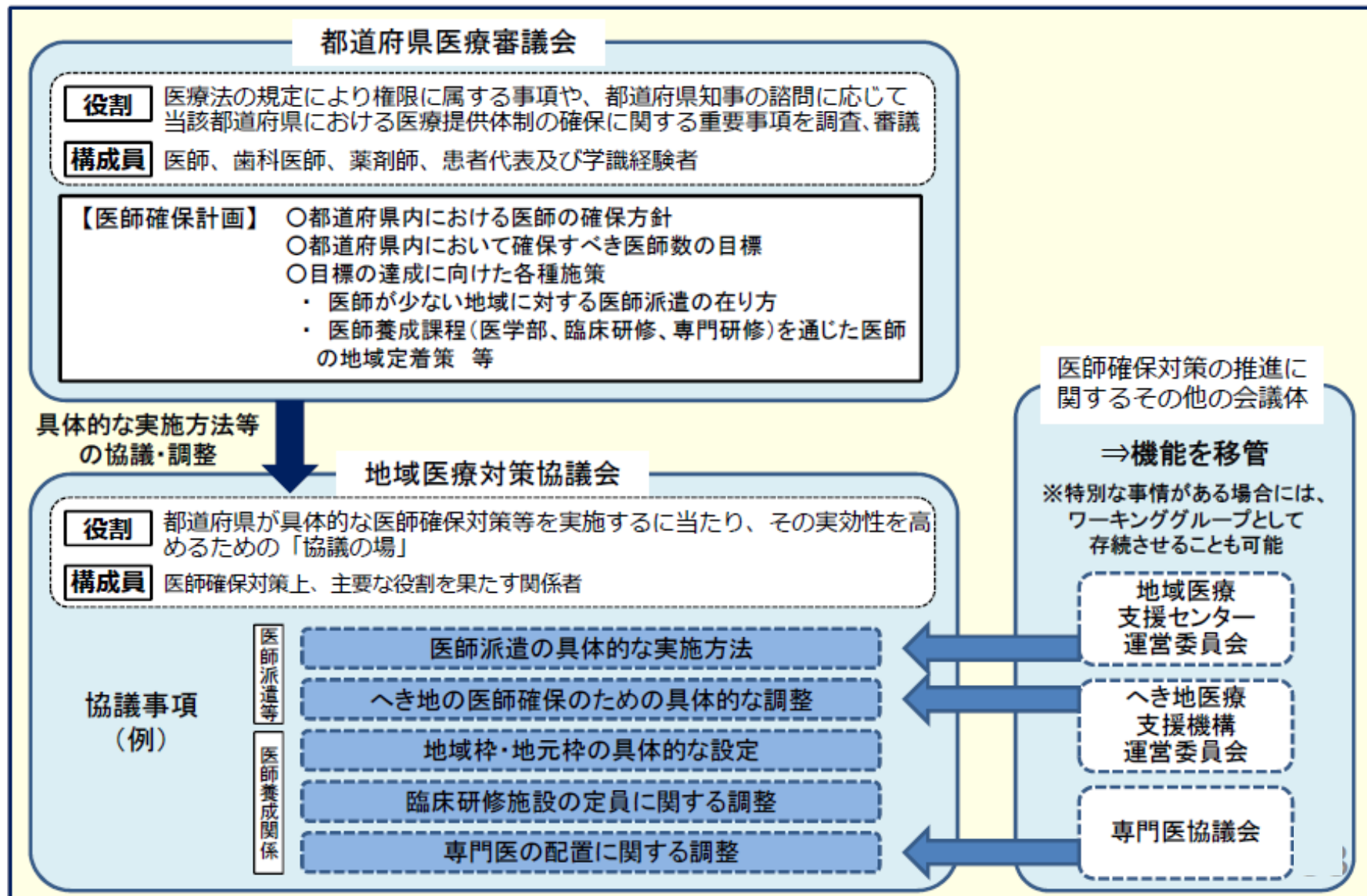
派遣先医療機関の類型別にみた派遣数



- ※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。

（平成29年7月厚生労働省調査）

考えられる連携のイメージ



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(平成31年度)(医療法)

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(平成32年度)(医師法)

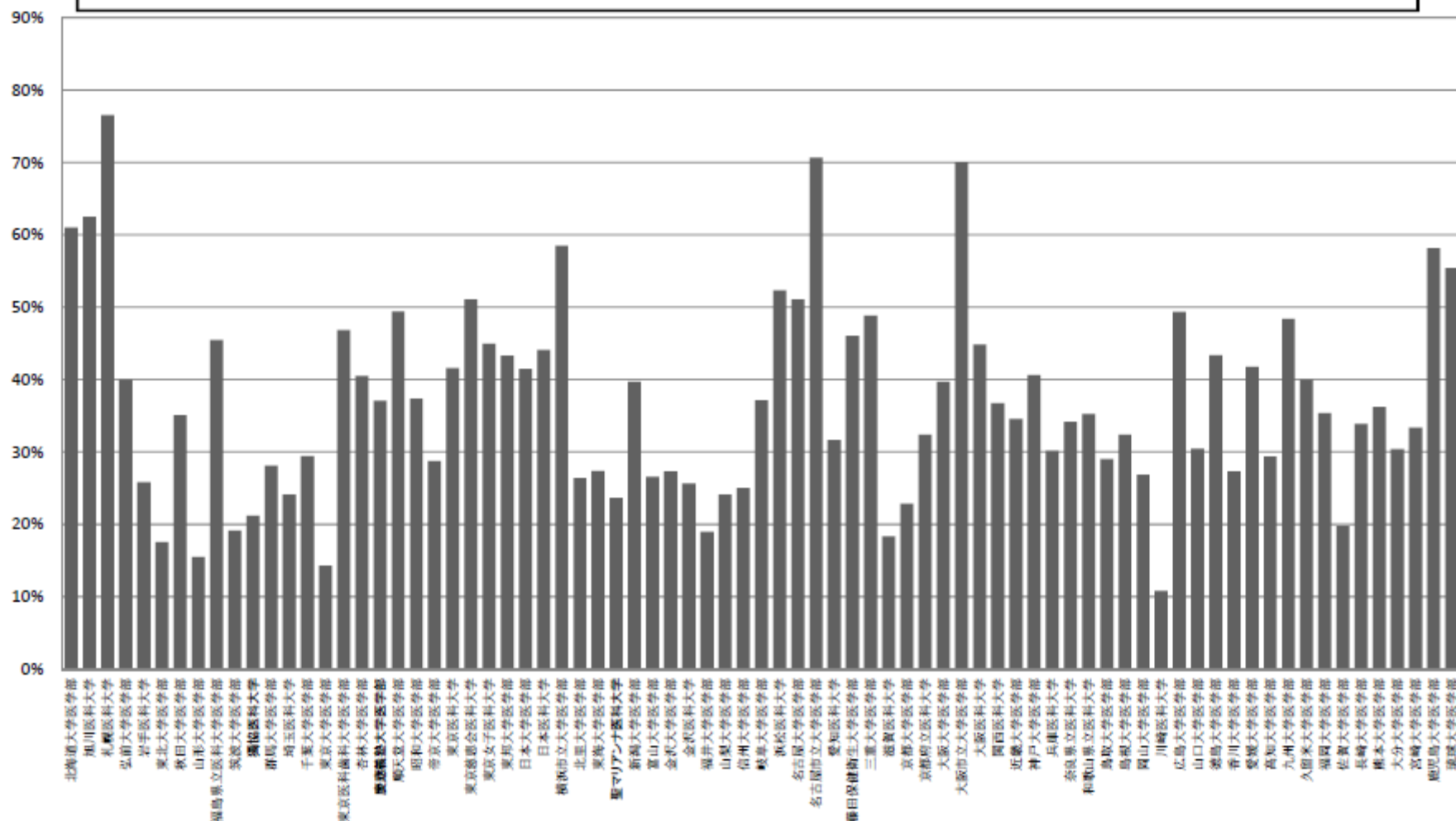
臨床研修病院の指定(厚生省令に基づく)、研修医の募集定員の設定
権限の国から都道府県への移譲

- ・専門研修(平成31年度)(医師法)

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
する権限の創設国及び都道府県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

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

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。（4県はB県と一致する場合も含む）

募集定員について

- 現行では、国が主に過去の受入募集等による設定を行っているため、地域の必要数と募集定員数にかい離がある場合がある。
- 地域の実情をより把握している都道府県が必要数に応じた募集定員を設定することで、地域で必要なマッチ者数を確保することが可能になる。

主に国による募集定員の設定(現行)

※一部都道府県による調整枠有り

県内病院(例)



A病院 (都市部)
定員 20
マッチ者数 20



B病院 (都市部)
定員 8
マッチ者数 6



C病院 (地方部)
定員 2
マッチ者数 2

必要数 15
(5名定員が多い)

必要数 8
(定員数は適正)
(A病院に流出)

必要数 5
(3名定員不足)

主に過去の受入実績等による設定のため、地域の必要数とかい離がある場合がある

都道府県による募集定員の設定(案)

県内病院(例)



A病院 (都市部)
定員 15(↓)
マッチ者数 15(↓)



B病院 (都市部)
定員 8
マッチ者数 8(↑)



C病院 (地方部)
定員 5(↑)
マッチ者数 5(↑)

必要数 15名
①定員減により
必要数に

必要数 8名
②A病院から流入

必要数 5名
③定員増により
A病院から流入

都道府県による現状を踏まえた
募集定員の調整

必要なマッチ者数を確保

医師養成過程における医師確保対策（医学部・臨床研修）

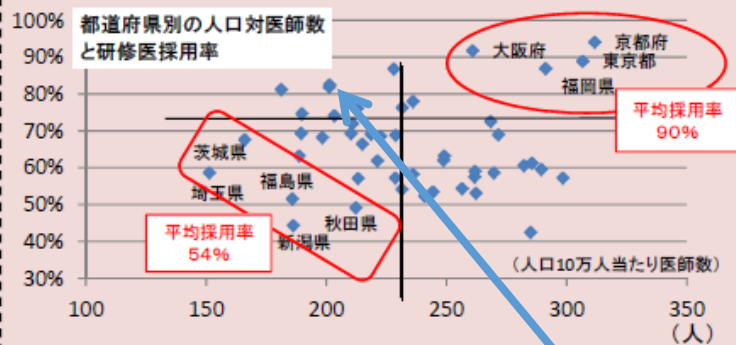
現 状

- 地元出身の入学者は、その都道府県への定着割合が高い（約80%）が、**地元出身者の入学を促す仕組みがない**。

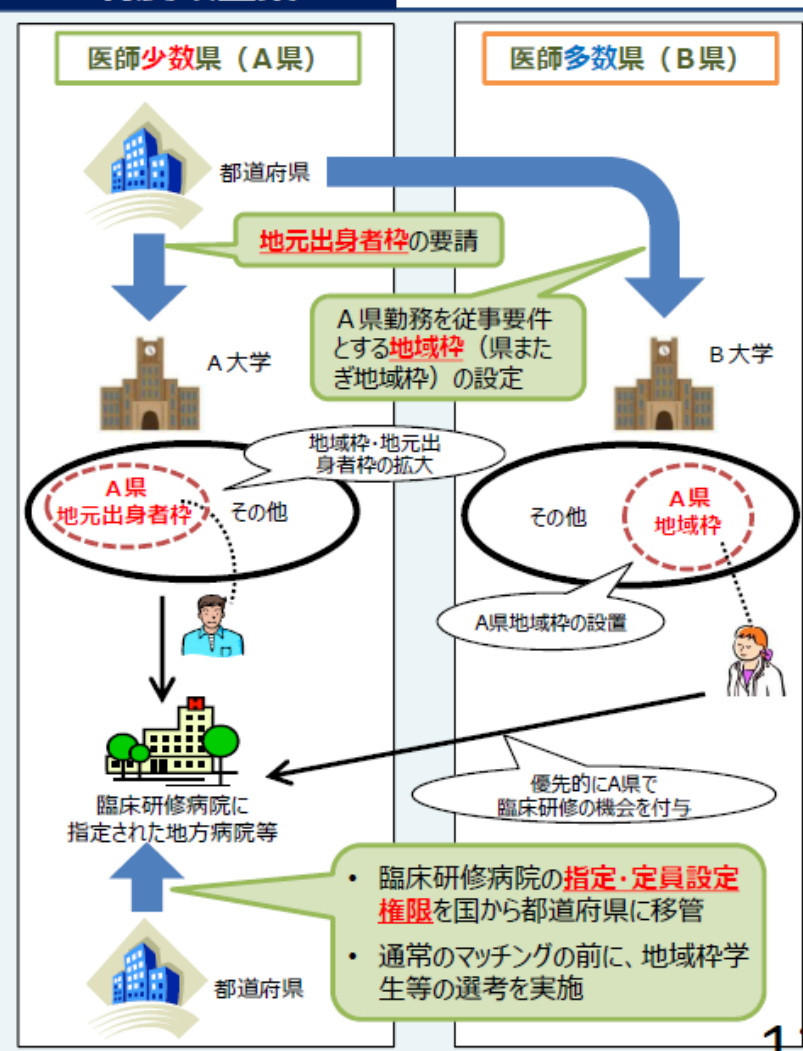
地域枠と地域枠以外の地元出身者の定着割合

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

- 臨床研修も、地元で行うことが定着に効果的（約90%定着）だが、**研修医が都市部に集中**。



制度改革案



愛知、神奈川はこのあたり。医師数が多いわけではない

**専門医の現状→多くはカリキュラム制、複数の専門医の取得や専門科目の変更可
開業時診療科自由標榜、専門医の広告可能、インセンティブなし**

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

対応を求めた主な内容

※第1回、第2回及び第3回検討会で、日本専門医機構に対応を求めた

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

日本専門医機構の対応

※日本専門医機構が専門医制度新整備指針及び運用細則を改正

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

平成30年度新専門医制度専攻医1次募集の結果

- ・東京一極集中
- ・内科、外科などの専攻医が減少

内科専攻医	1桁が2県、20人未満が計16県
外科専攻医	5人以下が14県、うち3県は1人
総合診療科専攻医	全国で153人、0人が11県
救急科専攻医	全国で234人、0人が7県

**この様な専攻医の偏在(診療科、地域)が毎年継続
→地域医療は崩壊**



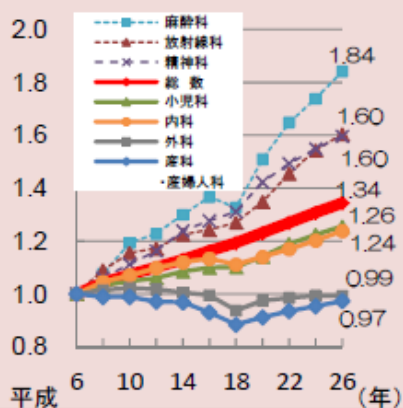
国や県が専門医機構へ意見が言える仕組みが必要(専門医自体の在り方は今後も検討が必要)

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)



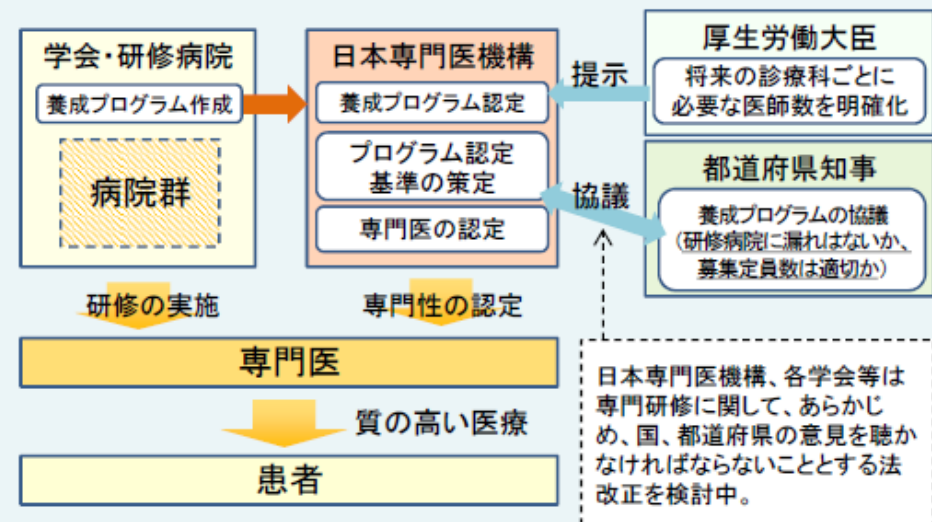
週当たり勤務時間	病院常勤勤務医
内科系	56時間16分
外科系	59時間28分
産婦人科	59時間22分
小児科	56時間49分
救急科	63時間54分
麻酔科	53時間21分
精神科	50時間45分
放射線科	52時間36分
臨床研修医	60時間55分
全診療科平均	56時間28分

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



4. 地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応 【医療法】(平成31年4月1日施行)

外来医療機能の偏在・不足等の情報を可視化するため、二次医療圏ごとに外来医療関係者による協議の場を設け、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

地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応について

基本的な考え方

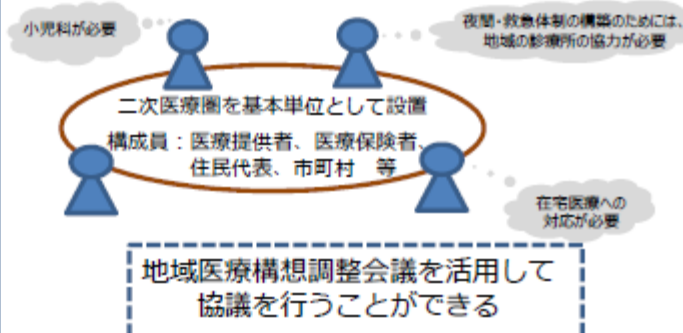
- 外来医療については、無床診療所の開設状況が都市部に偏っており、また、夜間救急連携等の医療機関間の連携の取組が、個々の医療機関の自主的な取組に委ねられている等の状況を踏まえる

(1) **外来医療機能に関する情報を可視化**し、

(2) その情報を新規開業者等へ情報提供するとともに、

(3) **地域の医療関係者等において外来医療機関間での機能分化・連携の方針等について協議**を行うことが必要。

外来医療に関する協議の場を設置



法案の内容（いずれも医療法改正）

<外来医療提供体制の確保>

- ① 医療計画に、**新たに外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項を記載**することとする。（平成31年4月1日施行）

<外来医療提供体制の協議の場>

- ② 都道府県知事は、二次医療圏ごとに**外来医療の提供体制に関する事項**（地域の外来医療機能の状況や、救急医療体制構築、グループ診療の推進、医療設備・機器等の共同利用等の方針）**について協議する場を設け**、協議を行い、その結果を取りまとめて公表するものとする。（平成31年4月1日施行）

無床診療所の開設に対する新たな制度上の枠組みに関する論点について

第14回医師需給分科会（平成29年11月8日）における構成員発言

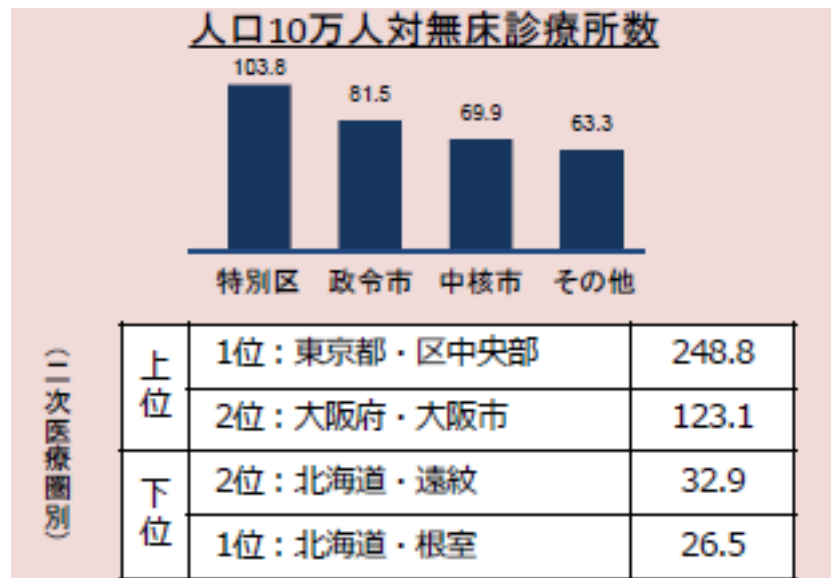
- ・ 今回、エビデンスに基づく外来医療機能の情報提供を行うことは大きな前進であり、まずはこれで経過観察すべき。開業制限については、規制的なニュアンスが新聞報道に出るだけで駆け込み開業を招きかねないことを考慮し、慎重に議論すべき。
- ・ これまでの医師偏在対策では偏在の問題は解決しておらず、強制力のある具体的な方策を提言することが必要。
- ・ 入院医療に基準病床制度があるのと同様に、外来医療にも医療審議会で開業の是非を判断する仕組みを設けるべき。開業自体は認め、保険医としての活動を制限することとすれば、営業の自由との関係はクリアできるのではないか。何らかの規制的な手法を導入しなければ、有効な偏在対策とはならない。
- ・ 今後、開業規制を行うのであれば、既得権益化を防ぐために、既存の外来医療の提供者の質の評価を行うことが併せて必要。



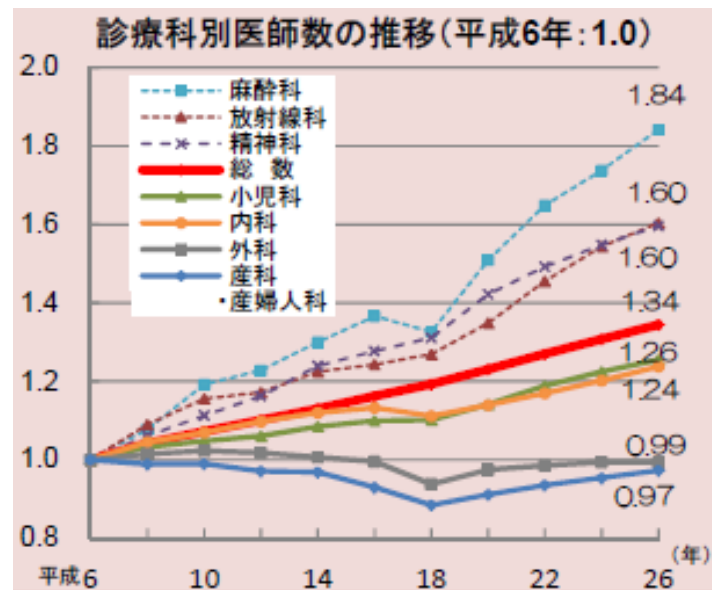
論点

- 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については、
 - ・ 医師偏在解消を進めるため、開業規制も含めた強制力のある手法を導入すべき、という意見がある一方、
 - ・ いわゆる「駆け込み開業」等の様々な課題があることから、規制的な手法を導入することについては慎重な検討が必要、という意見があった。
- これらの議論を踏まえ、無床診療所の開設に対する新たな制度上の枠組みを導入することについて、どのように考えるか。

外来医療機能の偏在対策への懸念



診療所が多い地域



増加している診療科

無床診療所の開設に対する開業規制

地域医療構想調整会議にて医療圏の診療所数が過剰と判断された場合
→病床規制のように新規開業の規制や、標榜診療科の制限がかかる

外来機能の偏在や不足をどう評価？

中小の病院、診療所の外来機能は多彩(複数標榜で専門外も診療、医師数一人or複数、医師年齢、性など)かかりつけ医機能の議論がない

無床診療所の開設に対する新たな制度上の枠組みに関する論点

- 無床診療所の開設に対する新たな制度上の枠組みを設ける場合には、例えば次のような法制的・政策的な課題を全てクリアしなければ、実現は困難である。

●自由開業制との関係

我が国においては、医療機関の自由開業制が原則とされている。無床診療所の開設に対する新たな制度上の枠組みを設けることが、憲法で保障された「営業の自由」との関係で許容され得るのかを整理する必要がある。

一方、国民皆保険において、保険料の支払い義務が課されている被保険者の平等な医療アクセス（法の下での平等）との関係の整理も必要となる。

●衛生規制としての医療法による新たな制度上の枠組み

医療法は「提供される医療の安全性の確保」、「（全国における）医療提供体制の確保」といった衛生規制であるため、過剰な医療資源の集中を防ぐために無床診療所の開設に対する新たな制度上の枠組みを医療法に設けることが許容され得るのかを整理する必要がある。

●新規参入と医療の質の関係

無床診療所の開設に対する新たな制度上の枠組みを設け、新規参入による開業が抑えられた場合には、既存の医療機関において医療の質を改善するインセンティブが低下するとの指摘がある。

●新制度導入前の駆け込み開設

無床診療所の開設に対する新たな制度上の枠組みを設けた場合、規制導入前にいわゆる「駆け込み開設」が生じる懸念がある。

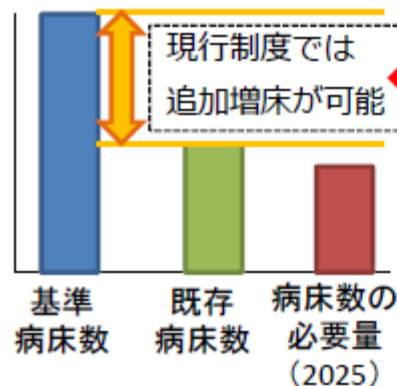
※昭和60年度の基準病床制度導入時にも、制度施行前に過剰な増床が行われた。

地域医療構想の達成を図るための都道府県知事等の権限の追加について

現 状

- 現在、都道府県知事に付与されている地域医療構想達成のための権限のみでは、人口の減少が進むこと等により、**将来の病床数の必要量が既存病床数を下回る場合に、申請の中止や申請病床数の削減を勧告などを行うことができない**状況にある。

追加的な整備が可能なケース



今後の対応

新規開設、増床等の申請

都道府県知事が許可を与えないこと（民間医療機関の場合には勧告）ができる

基本的な考え方

- 地域医療構想が全国で確実に達成されるよう、都道府県知事等の権限を追加し、構想区域において既存病床数が既に将来の病床数の必要量に達している場合には、当該構想区域に医療機関の新規開設、増床等の許可の申請があった場合に、必要な手続を経た上で、都道府県知事が所要の対応を図る等の対応を図ることが適当。

法案の内容（医療法・健康保険法改正）

地域医療構想を推進するため、構想区域において**既存病床数が既に将来の病床数の必要量に達している場合には、当該構想区域に医療機関の新規開設、増床等の許可の申請があっても、必要な手続を経た上で、都道府県知事が許可を与えないこと（民間医療機関の場合には勧告）ができる**こととし、勧告を受けた民間医療機関の病床については、厚生労働大臣が、保険医療機関の指定をしないことができる旨規定する。（公布日施行）

地域医療構想の推進のための都道府県知事の権限の追加

地域医療構想を推進するため、構想区域において既存病床数が既に将来の病床数の必要量に達している場合には、当該構想区域に医療機関の新規開設、増床等の許可の申請があっても、必要な手続を経た上で、都道府県知事が許可を与えないことができることとする等の対応を図る。

追加的な整備が可能なケース

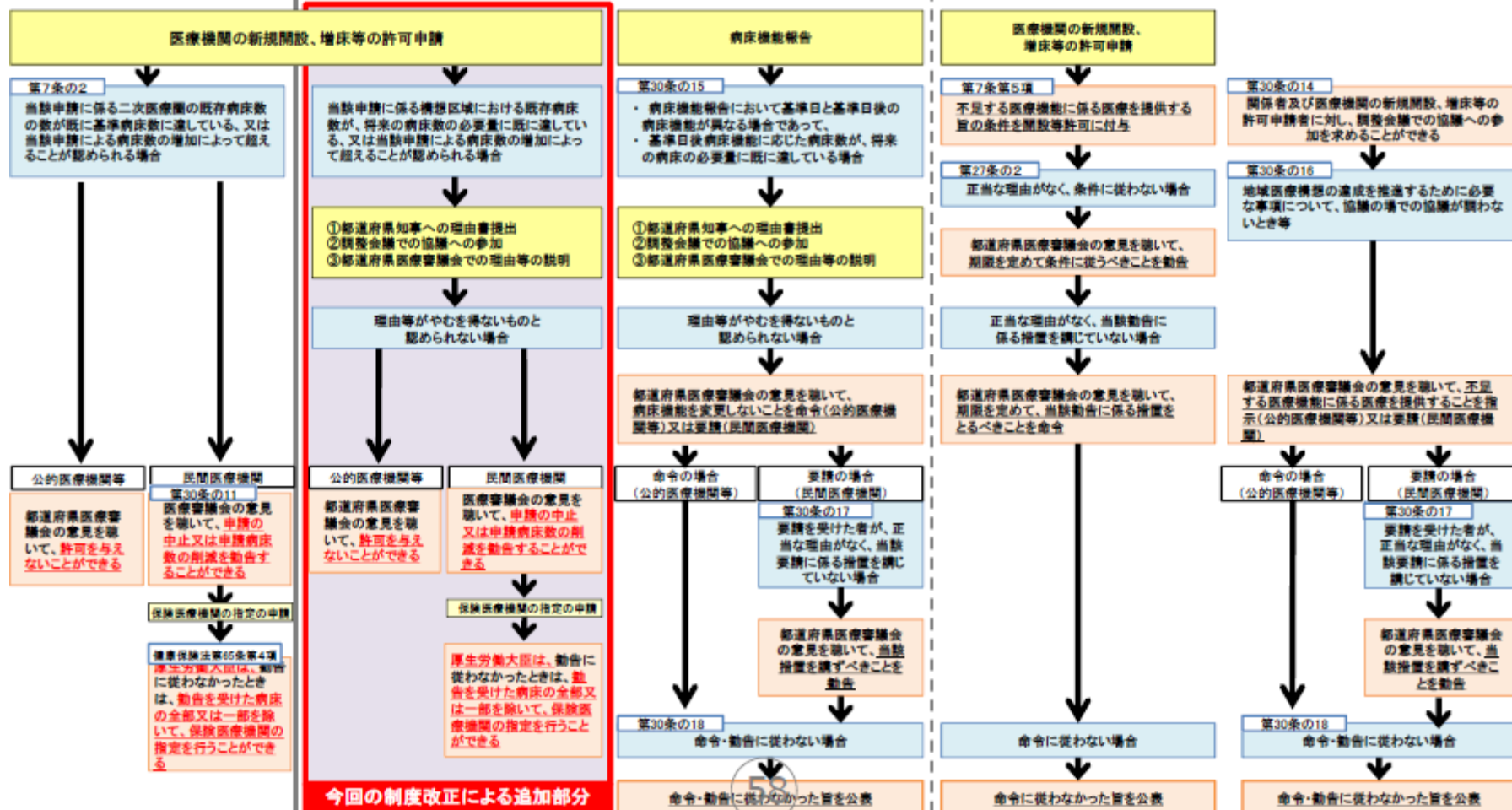


基準病床数制度

地域医療構想

【過剰な医療機能への転換の中止等】

【不足する医療機能への転換等の促進】



今回の制度改正による追加部分

考察

医師のプロフェッショナルオートノミーとは

医師専門職としての自律：患者診療に関して政府や行政機関等の外部による規制（他律）を受けないという自由を意味するとともに自ら実効性のある自己規律のシステムを構築しそれにしたがって行動してゆく自由をも意味している。

自己規律のシステムは私利的または内部保護的であってはならず、また、公平、合理的で、十分な透明性を備えていなければならない。

手塚一男（日本医師会参与、弁護士）「医師とプロフェッショナルオートノミー」より

4. 新たなパラダイムと実現すべきビジョン(続き)

4) 医師等の需給・偏在対策の在り方

- しかし、今後は、「住民・患者にとって必要な機能を地域ごとにどう確保するか」という点に着目したものとするべきである。つまり、単純に「全国に保健医療の物的・人的資源を外形的に均てん化する」、「人材養成数を増やすことで労働力を確保する」、「不足する地域に強制的に人材を振り向ける」という発想に頼るべきではない。
- これからは、いかに医療・介護の質と従事者個々人の意欲と能力を引き出し、生産性と付加価値を高めて、国民の求める保健医療サービスの価値を提供していくかという方向性を重視すべきである。
- 医師偏在についても、働き方実態調査等によれば、(条件が合えば)「地方での勤務を希望する」との趣旨の回答をした者が相当程度存在することが明らかになった。これは、多くの医師は、潜在的には地方での勤務に魅力を感じ、キャリア形成や生活への支障を来たす要素が除かれれば、地方で従事する可能性が多く秘められていることを意味する。
- したがって、こうした個々の医師の能動的・主体的な意向を重視し、モチベーションを引き出す方策を、それぞれの地域において、住民、医療機関、行政等が中心となって講じていくべきである。このような真摯かつ地道な努力を最大化することなく、「規制的手段によって強制的に医療従事者を誘導・配置すれば足りる」、「へき地等に『当てがう』」との発想に依存すべきではない。また、相談支援体制や経済的インセンティブを外形的に整備することで足りるとすべきではない。

プロフェッショナルオートノミーが発揮できれば

・地域医療対策協議会

医師偏在指標に基づく地域のニーズにあった医師確保対策
(医師確保数や初期研修医数、専門医数の設定)

過去の実績にこだわらない地域の実情にあった研修病院の募集定員
医師少数地域でも医師が働きやすいキャリア形成プログラム

・地域医療構想調整会議

地域での医療連携を前提とした外来医療機能や必要専門医数の可視化

・大学

隣の医師少数県の地域枠や自県の地元枠の学生数の適切な設定

・専門医機構

学会などの意向でなく地域の実情に合った適切な専攻医数の振り分け
地域医療従事者や女性医師のライフイベントに応じたカリキュラム

個々の医師の医師少数地域での勤務へのモチベーションを引き出す→医師偏在の解消

プロフェッショナルオートノミーが発揮できなければ

医師偏在の拡大→国の強制的な制限や規制

- ・医療機関の管理者要件の拡大

医師少数地域での勤務の必要な管理者が、省令で地域医療支援病院だけから公的病院、最後は保険医療機関全部へ拡大→実質的な医師少数地域での勤務の強制

- ・診療所の標榜診療科や開業地域の規制や制限

外来医療機能の可視化から病院の基準病床のように厳しく制限

結語

医師、医療機関、医療団体は、今こそプロフェッショナルオートノミーを発揮して国の行き過ぎた規制をとどまらせる必要がある。