

資料 5

資料 3

# 「医師確保計画」について

# 医療法及び医師法の一部を改正する法律（2018年7月改正）の概要

## 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. 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

### 2. 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

### 3. 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

### 4. 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

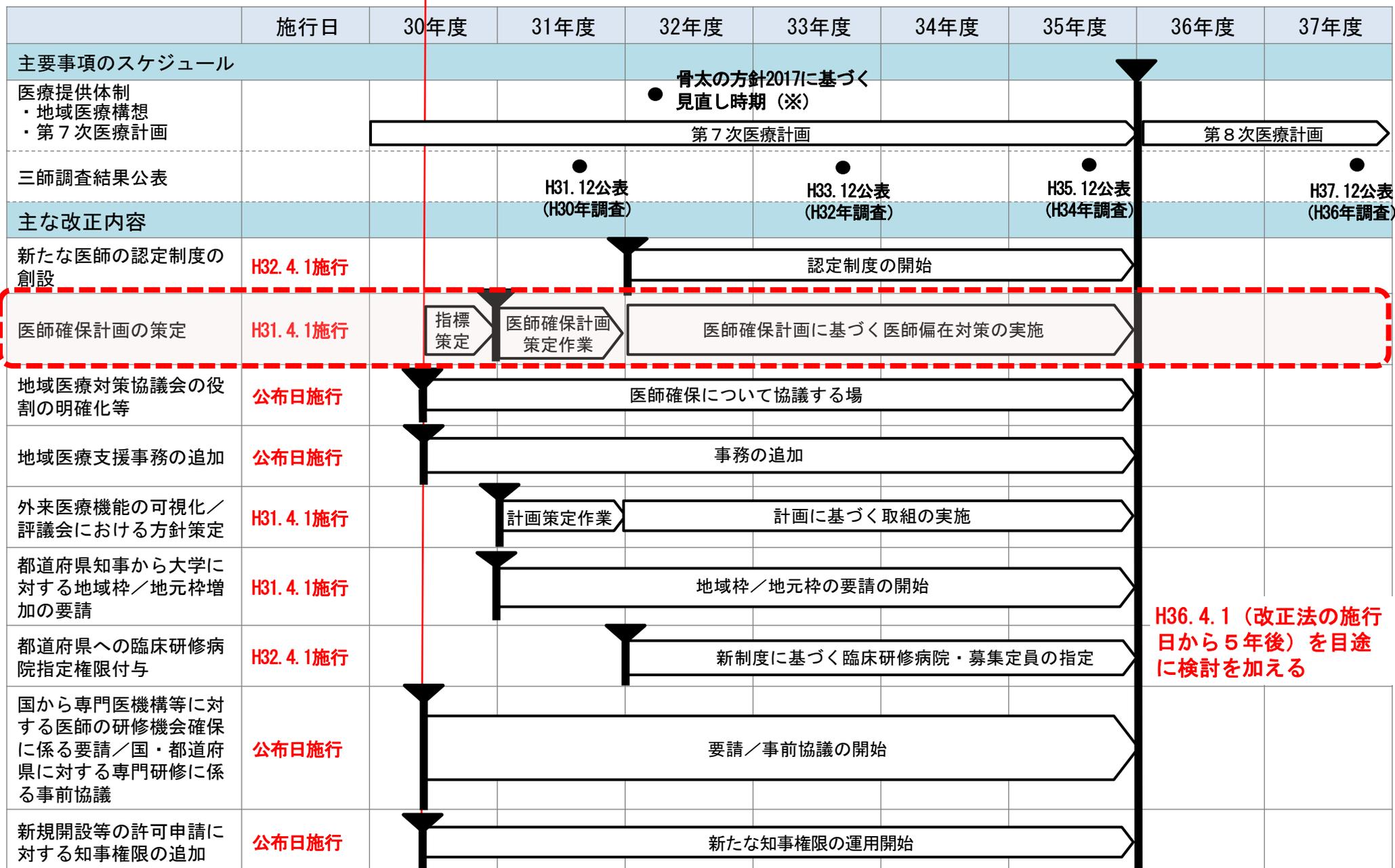
### 5. その他【医療法等】

- ・ 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。)

# 公布 医師偏在対策法の施行スケジュール



H36.4.1(改正法の施行日から5年後)を目途に検討を加える

※経済・財政再生計画改革工程表 2017改定版(抄) 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年央までに必要な措置を講ずる。

# 県内二次医療圏の基礎データ

二次医療圏名	人口(人) ※1	高齢化率(%) ※2	平成30年1月1日の 人口を100%とした 将来人口の推移 ※3		面積 (平方km) ※4	入院患者 流出入率 (%) ※5
			2023年	2036年		
全国	127,707,259	27%	97%	90%	377,974	0.0%
滋賀県	1,419,635	25%	99%	94%	4,017	-4.1%
大津	342,460	26%	100%	96%	465	6.7%
湖南	335,569	21%	104%	105%	256	0.0%
甲賀	146,332	25%	96%	87%	552	-7.1%
東近江	230,686	26%	96%	89%	728	9.1%
湖東	156,190	25%	100%	96%	392	-23.1%
湖北	158,770	28%	93%	83%	931	-23.1%
湖西	49,628	33%	92%	77%	693	-50.0%

※1、※2 住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数(平成30年1月1日現在)

※3 日本の地域別将来推計人口(平成30年(2018)推計)「国立社会保障・人口問題研究所」

※4 全国都道府県市区町村別面積調(平成30年10月1日現在)

※5 平成29年患者調査(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－当該地域内に居住する病院の推計入院患者数)

# 滋賀県内の病院一覧(57病院)

(凡例)

- ★救命救急センター
- 地域医療支援病院
- 特定機能病院
- 総合周産期母子医療センター
- 地域周産期母子医療センター

## <湖西二次保健医療圏域: 3病院>

- ・高島市民病院(210床) □
- ・マキノ病院(120床)
- ・今津病院(80床)

## <湖北二次保健医療圏域: 4病院>

- ・市立長浜病院(600床) □
- ・長浜赤十字病院(504床) ★□●
- ・セフィロト病院(179床)
- ・湖北病院(153床)

## <湖東二次保健医療圏域: 4病院>

- ・彦根市立病院(438床) □
- ・彦根中央病院(346床)
- ・豊郷病院(338床)
- ・友仁山崎病院(157床)

## <東近江二次保健医療圏域: 11病院>

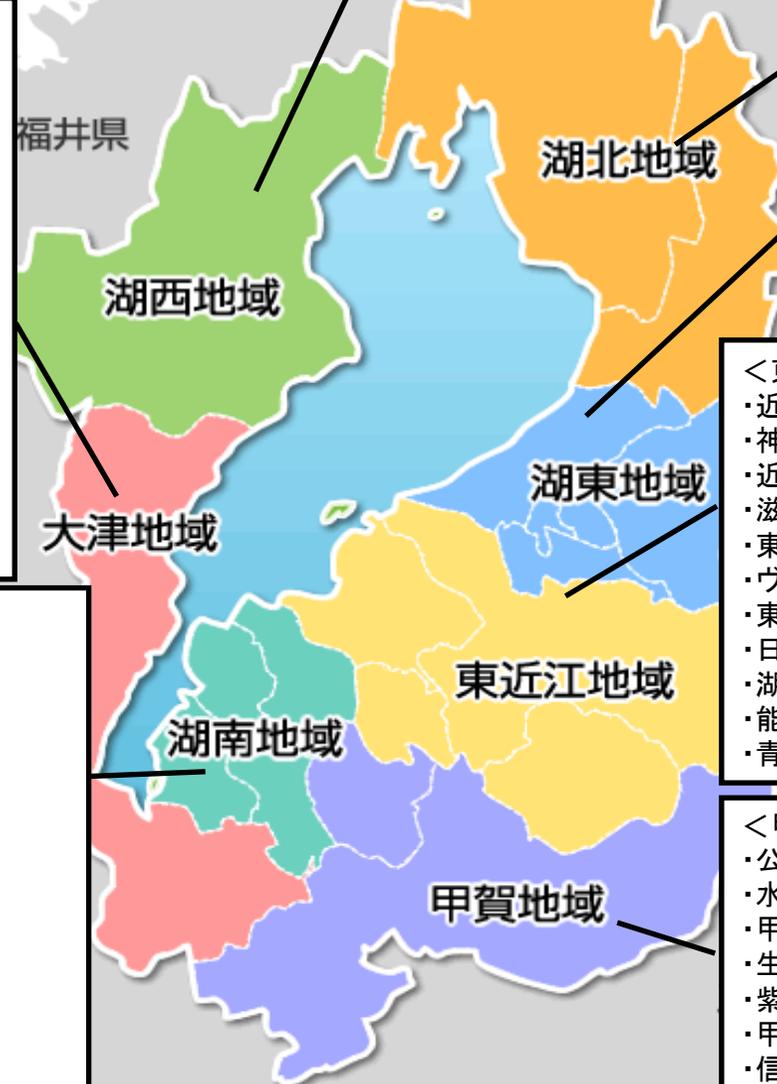
- ・近江八幡市立総合医療センター(407床) ★□●
- ・神崎中央病院(400床)
- ・近江温泉病院(352床)
- ・滋賀八幡病院(350床)
- ・東近江総合医療センター(320床) □
- ・ヴォーリズ記念病院(168床)
- ・東近江敬愛病院(154床)
- ・日野記念病院(150床)
- ・湖東記念病院(129床)
- ・能登川病院(102床)
- ・青葉病院(98床)

## <湖南二次保健医療圏域: 13病院>

- ・草津総合病院(719床) □
- ・滋賀県立総合病院(535床) □
- ・済生会滋賀県病院(393床) ★□
- ・近江草津徳洲会病院(199床)
- ・済生会守山市民病院(199床)
- ・野洲病院(199床)
- ・びわこ学園医療福祉センター野洲(143床)
- ・南草津病院(137床)
- ・滋賀県立精神医療センター(123床)
- ・びわこ学園医療福祉センター草津(122床)
- ・湖南病院(116床)
- ・滋賀県立小児保健医療センター(100床)
- ・南草津野村病院(38床)

## <甲賀二次保健医療圏域: 7病院>

- ・公立甲賀病院(413床) □
- ・水口病院(407床)
- ・甲南病院(199床)
- ・生田病院(199床)
- ・紫香楽病院(180床)
- ・甲西リハビリ病院(100床)
- ・信楽中央病院(40床)



岐阜県

福井県

# 滋賀県の医師数等

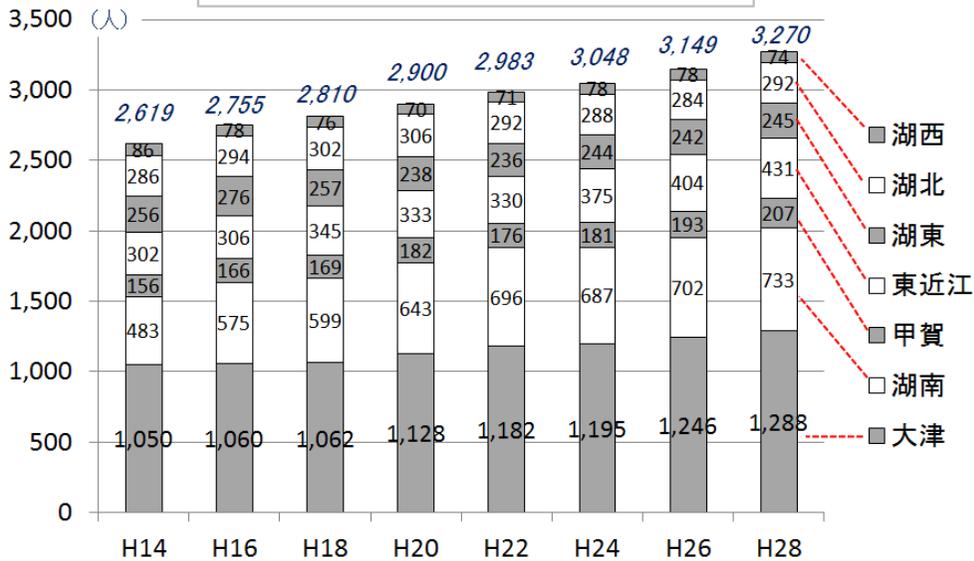
## 医師数（人口10万人対）

（出典：医師・歯科医師・薬剤師調査）

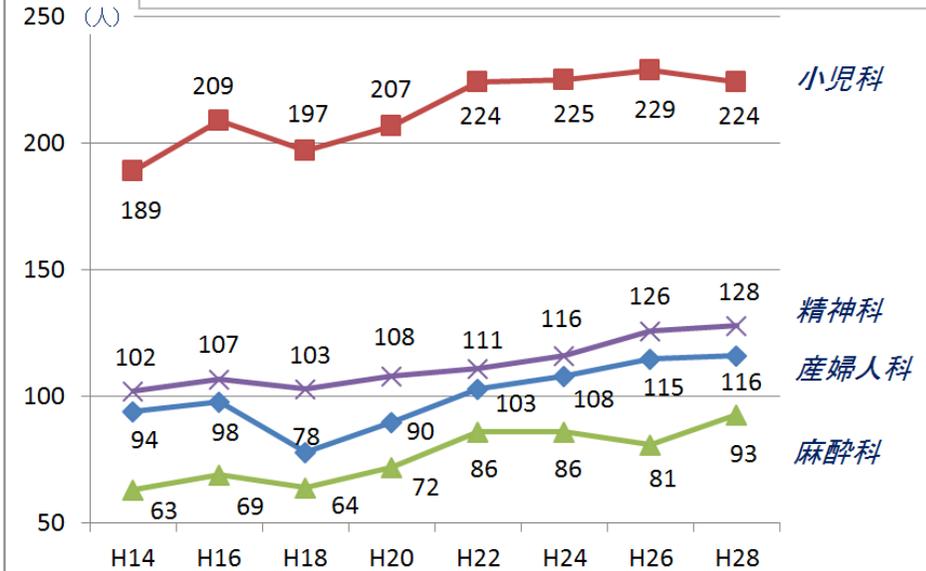
平成28年 医師数	全国	滋賀県	二次医療圏域別						
			大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西
人口10万人対 医師数（人）	251.7	231.4 (全国34位)	377.7	217.5	142.8	188.2	157.1	187.2	151.0
医師総数（人）	319,480	3,270	1,288	733	207	431	245	292	74

## 医師数の経年変化（二次医療圏域別・診療科別）

＜県内の圏域別医師数の推移＞



＜県内の診療科別の医療機関勤務医師数の推移＞



1. 人口構成（性・年齢構成）の違いを反映できていない
2. 患者の流出入等を反映できていない
3. へき地等の地理的条件を反映できていない
4. 医師の性別・年齢分布について反映できていない
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

# 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。

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

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

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

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

(注) 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。

## 【例】

- 医師の年齢構成が若い（労働時間が長い） → 医師数（分子）が増
- 人口が少ない、高齢化率が低い（受療が少ない） → 患者数（分母）が減



医師偏在指標  
は大きくなる

# 医師偏在指標(暫定)による都道府県順位

厚生労働省「医師偏在指標作成支援データ集(R1.6.5)」

※平成31年2月に公表された医師偏在指標に使用しているデータのうち、患者調査の新しい数値(平成31年3月発表)を反映し、公表時に反映できていなかった都道府県内の二次医療圏間の患者流出入に関する情報を用いて再計算。

※医師偏在指標は7月の都道府県間・二次医療圏間の患者流出入調整終了後に確定

## 医師多数区域

順位	都道府県	医師偏在指標
	全国	238.6
1位	東京都	324.0
2位	京都府	313.8
3位	福岡県	299.7
4位	岡山県	280.2
5位	沖縄県	275.3
6位	大阪府	272.7
7位	石川県	271.3
8位	徳島県	269.3
9位	長崎県	263.1
10位	和歌山県	261.0
11位	鳥取県	258.2
12位	高知県	256.7
13位	佐賀県	254.3
14位	熊本県	252.2
15位	香川県	249.5
16位	滋賀県	244.3



## 医師少数区域

順位	都道府県	医師偏在指標
17位	兵庫県	243.8
18位	奈良県	242.5
19位	広島県	241.3
20位	大分県	240.0
21位	島根県	239.5
22位	宮城県	233.9
23位	鹿児島県	232.6
24位	神奈川県	232.5
25位	愛媛県	231.9
26位	福井県	231.1
27位	北海道	223.4
28位	愛知県	223.3
29位	山梨県	221.6
30位	富山県	220.2
31位	栃木県	216.7

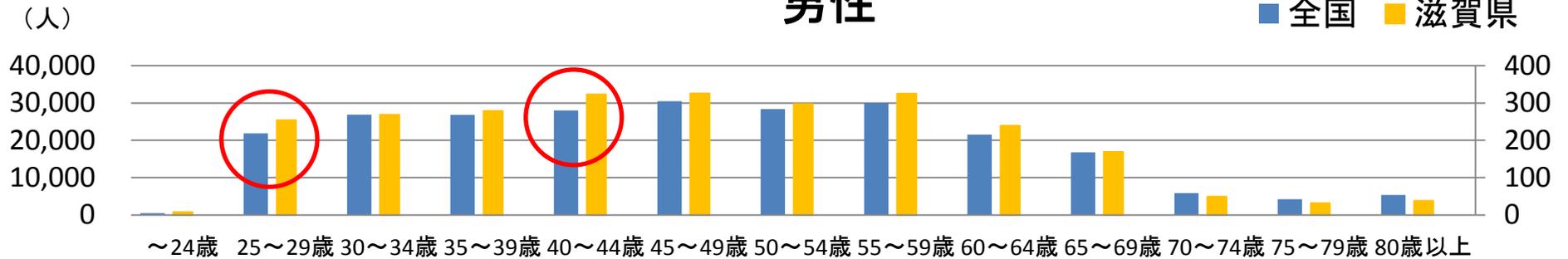
順位	都道府県	医師偏在指標
32位	山口県	214.2
33位	群馬県	210.7
34位	宮崎県	210.3
35位	三重県	209.1
36位	岐阜県	207.1
37位	長野県	201.1
38位	千葉県	199.9
39位	静岡県	193.1
40位	山形県	191.1
41位	秋田県	184.6
42位	茨城県	180.2
43位	福島県	178.4
44位	埼玉県	177.7
45位	青森県	172.9
46位	岩手県	172.4
47位	新潟県	171.9

人口10万人対医師数では全国34位

# 男女別年齢構成の比較(標準化医師数)

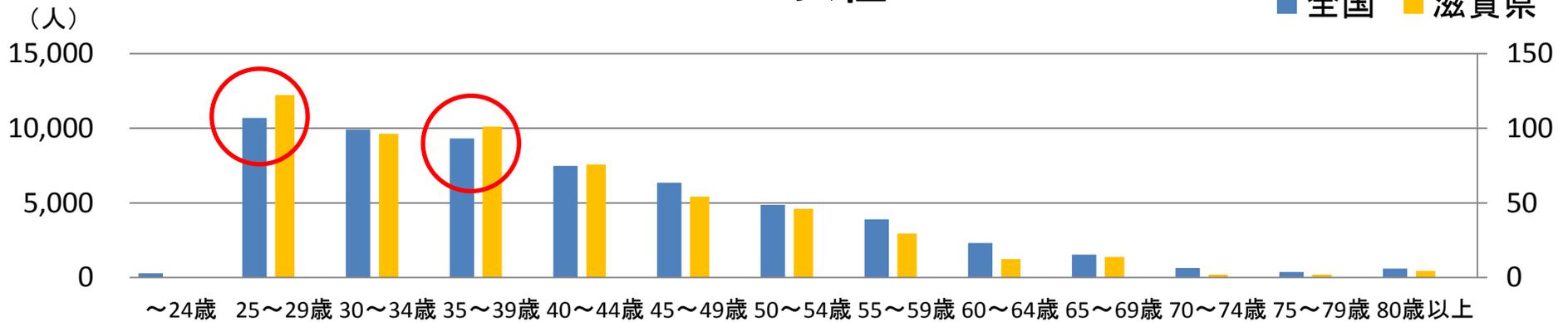
厚生労働省「医師偏在指標作成支援データ集(R1.6.5)」

## 男性



年齢別の労働時間調整係数	~24歳	25~29歳	30~34歳	35~39歳	40~44歳	45~49歳	50~54歳	55~59歳	60~64歳	65~69歳	70~74歳	75~79歳	80歳以上
	1.233	1.233	1.206	1.206	1.130	1.130	1.020	1.020	0.858	0.858	0.635	0.635	0.635

## 女性



年齢別の労働時間調整係数	~24歳	25~29歳	30~34歳	35~39歳	40~44歳	45~49歳	50~54歳	55~59歳	60~64歳	65~69歳	70~74歳	75~79歳	80歳以上
	1.143	1.143	0.944	0.944	0.832	0.832	0.868	0.868	0.765	0.765	0.621	0.621	0.621

# 労働時間調整係数の都道府県順位

厚生労働省「医師偏在指標作成支援データ集(R1.6.5)」

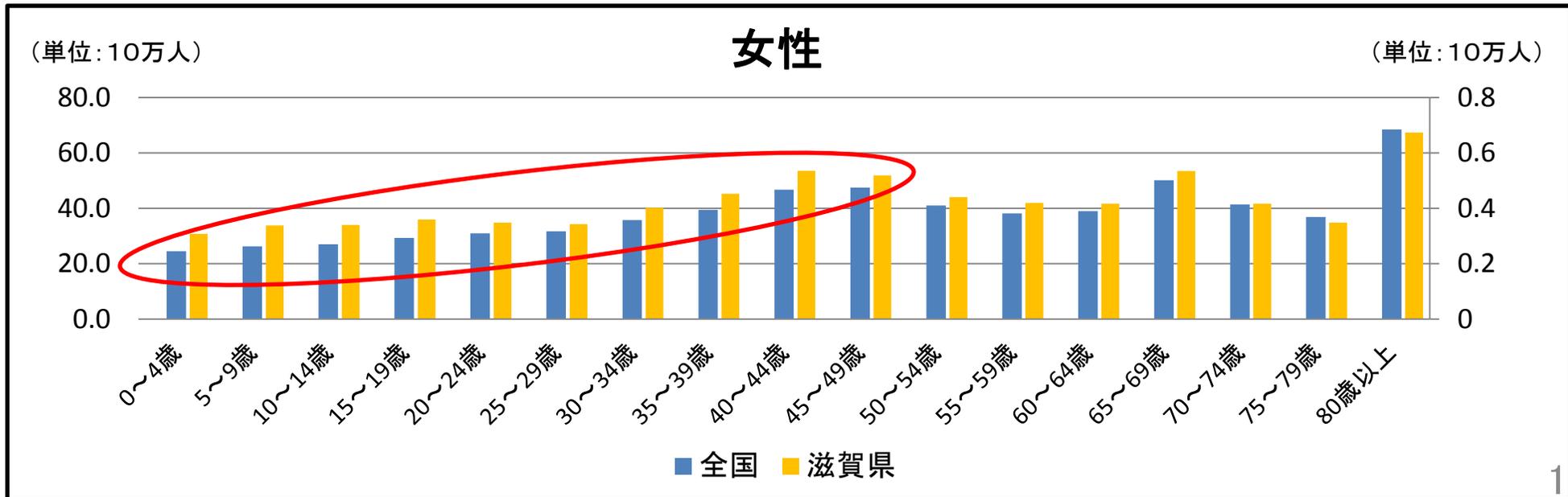
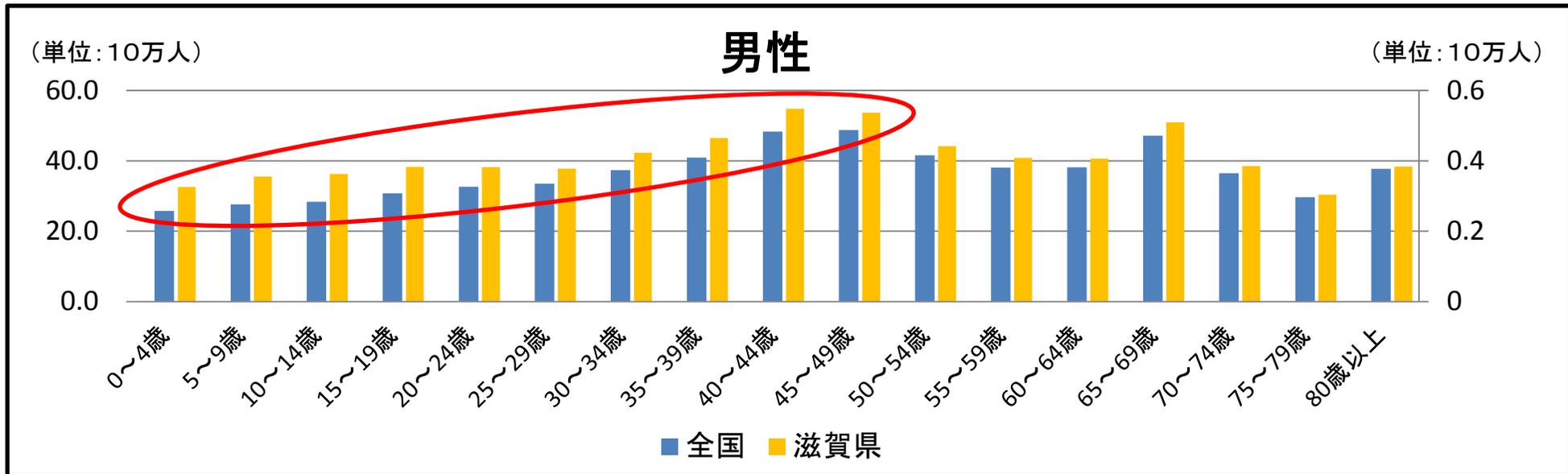
順位	都道府県	労働時間係数
	全国	1.000
1位	沖縄県	1.016
2位	滋賀県	1.015
3位	神奈川県	1.011
4位	愛知県	1.011
5位	栃木県	1.010
6位	千葉県	1.008
7位	東京都	1.008
8位	静岡県	1.006
9位	福岡県	1.006
10位	京都府	1.006
11位	奈良県	1.005
12位	山梨県	1.005
13位	福井県	1.004
14位	秋田県	1.004
15位	宮城県	1.004
16位	石川県	1.003

順位	都道府県	労働時間係数
16位	茨城県	1.003
16位	大阪府	1.003
19位	北海道	1.002
20位	佐賀県	1.001
21位	兵庫県	0.998
21位	山形県	0.998
21位	埼玉県	0.998
24位	岡山県	0.996
25位	岐阜県	0.995
26位	島根県	0.994
27位	岩手県	0.992
27位	富山県	0.992
29位	和歌山県	0.991
30位	長野県	0.990
31位	宮崎県	0.989

順位	都道府県	労働時間係数
32位	大分県	0.988
33位	三重県	0.987
34位	新潟県	0.986
34位	青森県	0.986
36位	鳥取県	0.985
36位	群馬県	0.985
38位	愛媛県	0.984
38位	広島県	0.984
40位	香川県	0.984
41位	鹿児島県	0.983
41位	高知県	0.983
43位	熊本県	0.980
44位	福島県	0.979
45位	山口県	0.976
46位	長崎県	0.971
47位	徳島県	0.967

# 男女別年齢構成の比較(人口)

厚生労働省「医師偏在指標作成支援データ集(R1.6.5)」



# 標準化受療率比の都道府県順位

厚生労働省「医師偏在指標作成支援データ集(R1.6.5)」

順位	都道府県	標準化受療率比
	全国	1.000
1位	沖縄県	0.877
2位	埼玉県	0.890
3位	神奈川県	0.891
4位	滋賀県	0.913
5位	愛知県	0.935
6位	東京都	0.946
7位	千葉県	0.949
8位	兵庫県	0.980
9位	茨城県	0.988
9位	岐阜県	0.988
11位	大阪府	0.992
12位	福岡県	0.993
13位	奈良県	0.996
14位	宮城県	1.003
15位	栃木県	1.006
16位	三重県	1.010

順位	都道府県	標準化受療率比
17位	京都府	1.026
18位	静岡県	1.030
19位	広島県	1.034
20位	石川県	1.038
21位	山梨県	1.040
21位	群馬県	1.040
23位	福井県	1.056
24位	岡山県	1.064
24位	福島県	1.064
26位	香川県	1.065
27位	北海道	1.071
28位	和歌山県	1.078
29位	富山県	1.080
30位	佐賀県	1.082
30位	長崎県	1.082

順位	都道府県	標準化受療率比
32位	熊本県	1.086
33位	大分県	1.096
34位	鹿児島県	1.099
34位	愛媛県	1.099
36位	長野県	1.100
37位	新潟県	1.103
38位	宮崎県	1.105
39位	青森県	1.117
40位	岩手県	1.119
41位	山口県	1.121
42位	徳島県	1.123
43位	島根県	1.128
44位	鳥取県	1.135
45位	山形県	1.152
46位	高知県	1.165
47位	秋田県	1.209

# 滋賀県内の圏域別の状況(暫定)

厚生労働省「医師偏在指標作成支援データ集(R1.6.5)」

※平成31年2月に公表された医師偏在指標に使用しているデータのうち、患者調査の新しい数値(平成31年3月発表)を反映し、公表時に反映できていなかった都道府県内の二次医療圏間の患者流出入に関する情報を用いて再計算。

※医師偏在指標は7月の都道府県間・二次医療圏間の患者流出入調整終了後に確定

圏域名	医師偏在指標	全国順位 (335二次医療圏中)	区分	備考
大津	379.8	6位	医師『多数』区域	医師:年齢構成が若く、人数も多い 人口:人数は多いが、年齢構成が若い
湖南	242.9	69位	医師『多数』区域	医師:人数が多い 人口:人数が多いが、年齢構成が若い
甲賀	149.7	257位	医師『少数』区域	医師:年齢構成が高く、人数が少ない 人口:人数が少なく、年齢構成が高い
東近江	179.8	164位		
湖東	175.3	180位		
湖北	213.1	92位	医師『多数』区域	医師:年齢構成が若い 人口:人数が少ない
湖西	193.7	126位		



医師少数区域

医師多数区域

# 医師確保計画を通じた医師偏在対策について

## 背景

- ・ 人口10万人対医師数は、医師の偏在の状況を十分に反映した指標となっていない。
- ・ 都道府県が主体的・実効的に医師確保対策を行うことができる体制が十分に整っていない。

## 医師の偏在の状況把握

### 医師偏在指標の算出

三次医療圏・二次医療圏ごとに、**医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成等を踏まえた**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「5要素」

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

### 医師多数区域・医師少数区域の設定

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、上位の一定の割合を医師多数区域、下位の一定の割合を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。



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』（＝医療計画に記載する「医師の確保に関する事項」）の策定

### 医師の確保の方針

（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

医師偏在指標の大小、将来の需給推計などを踏まえ、地域ごとの医師確保の方針を策定。

- （例）
- ・ 短期的に医師が不足する地域では、医師が多い地域から医師を派遣し、医師を短期的に増やす方針とする
  - ・ 中長期的に医師が不足する地域では、地域枠・地元出身者枠の増員によって医師を増やす方針とする等

### 確保すべき医師の数の目標（目標医師数）

（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

医師確保計画策定時に、3年間の計画期間の終了時点で確保すべき目標医師数を、医師偏在指標を踏まえて算出する。

### 目標医師数を達成するための施策

医師の確保の方針を踏まえ、目標医師数を達成するための具体的な施策を策定する。

- （例）
- ・ 大学医学部の地域枠を15人増員する
  - ・ 地域医療対策協議会で、医師多数区域のA医療圏から医師少数区域のB医療圏へ10人の医師を派遣する調整を行う等

## 3年\*ごとに、都道府県において計画を見直し（PDCAサイクルの実施）

西暦	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
医療計画	第7次						第8次					
医師確保計画	指標設計(国)	計画策定(県)	第7次				第8次(前期)		第8次(後期)			

\* 2020年度からの最初の医師確保計画のみ4年（医療計画全体の見直し時期と合わせるため）

### 都道府県による医師の配置調整のイメージ



# 「滋賀県地域医療対策協議会」の再編と機能強化(1)

## 1 懇話会から附属機関に変更

○平成30年度中に、県が設置する医師確保に直接関係する各種会議体(地域医療対策協議会、臨床研修病院等連絡協議会、専門研修プログラム協議会など)について、「地域医療対策協議会」に一本化。

○国から県に権限移譲される臨床研修病院の指定等について知事の諮問に応じ意見を述べることになるなど、大幅に機能強化が図られたことから、これまでの懇話会から新たに地方自治法上の附属機関として位置づけ。



平成31年2月県議会で「医療法施行条例の一部を改正する条例」が議決

## 2 附属機関としての「滋賀県地域医療対策協議会」の概要

### (1) 委員(案)

「医療法で規定された者」「県職員」「その他知事が適当と認める者」の25人以内(任期:2年)

### (2) 協議事項 → 「医師確保計画」の実施に必要な事項を協議

#### ① 医師の派遣調整

・地域枠医師や自治医大卒業医師などの各医療機関への派遣に係る調整(大学医局とも調整)。

#### ② キャリア形成プログラム

・派遣医師の就業義務年限期間におけるキャリアパスや取得可能な資格・技能を示すプログラムについて協議。

#### ③ 派遣医師の負担軽減策

・交代医師の派遣やグループ診療、遠隔診療の支援体制等を協議。

#### ④ 派遣医師への継続的なキャリア支援

・大学病院等での手術参加や、最新の医学知識・技術の情報提供等の支援策を協議。

#### ⑤ 専門研修制度の運用確認、日本専門医機構等への改善意見

・専門研修制度が地域医療に重大な影響を与えていないかの確認や改善措置等を協議し、知事の諮問に応じて専門研修を統括する日本専門医機構等に対する意見を陳述。(意見のルートは、地域医療対策協議会→知事→厚生労働大臣→日本専門医機構等)

#### ⑥ 大学の地域枠・地元出身者枠の設置・増加の要請

・大学の地域枠や地元出身者枠の設置・増加の必要性等を協議。

#### ⑦ 臨床研修病院の指定、臨床研修医の募集定員の設定

・臨床研修病院の指定や臨床研修医の募集定員の設定について、知事の諮問に応じて意見を陳述。

### 【医療法で規定された者】

- ① 特定機能病院
- ② 地域医療支援病院
- ③ 公立・公的医療機関
- ④ 臨床研修病院
- ⑤ 民間病院
- ⑥ 診療に関する学識経験者の団体
- ⑦ 大学その他の医療従事者の養成に係る機関
- ⑧ 社会医療法人
- ⑨ (独)国立病院機構
- ⑩ (独)地域医療機能推進機構
- ⑪ 地域の医療関係団体
- ⑫ 関係市町村
- ⑬ 地域住民を代表する団体

# 「滋賀県地域医療対策協議会」の再編と機能強化(2)

## 医師確保に係る会議体の関係・機関の関係

### <医療審議会>

- ・医療提供体制の確保に関する重要事項(医療計画等)を調査・審議



### <地域医療対策協議会>

- ・医師確保計画(医療計画の一部)に基づき、医師確保対策に必要な事項について協議・調整・意見陳述



### <地域医療支援センター>

- ・地域医療対策協議会で協議が整った事項に基づき、具体の業務を実施。

※本県は、滋賀医大と共同で「滋賀県医師キャリアサポートセンター」を設置



議論の整合を図る

### <地域医療構想調整会議>

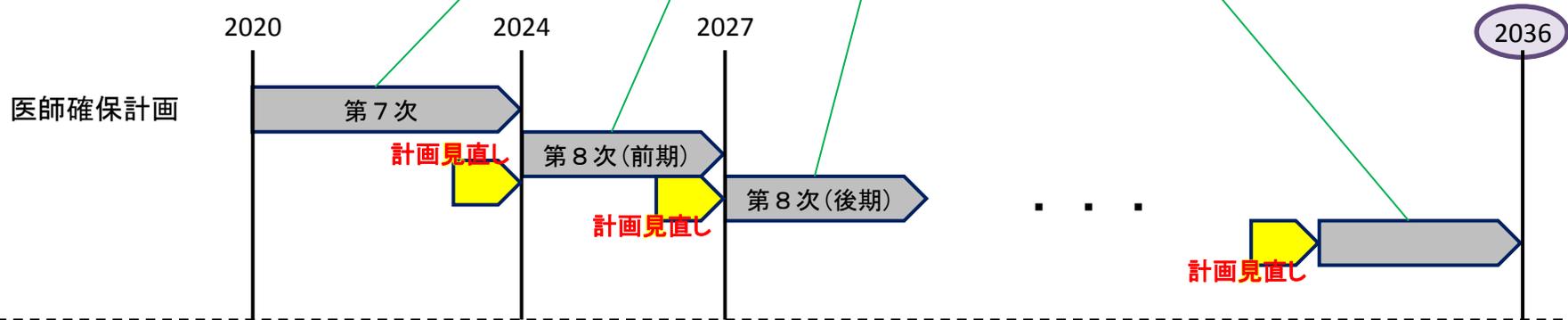
連携



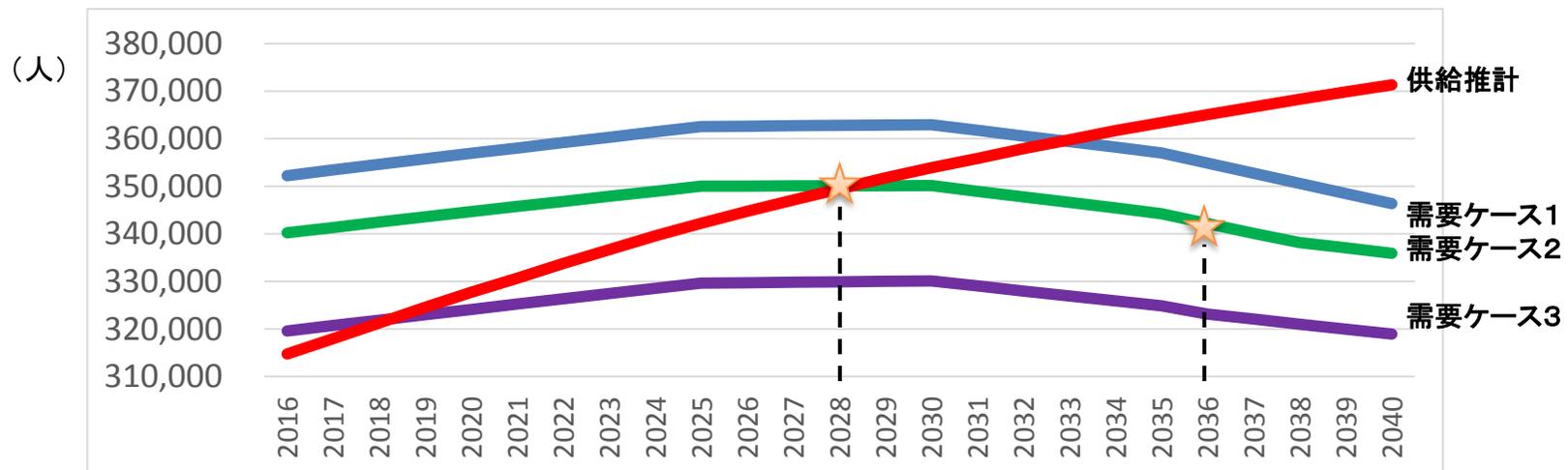
### <勤務環境改善支援センター>

# 医師確保計画を通じた医師偏在の解消

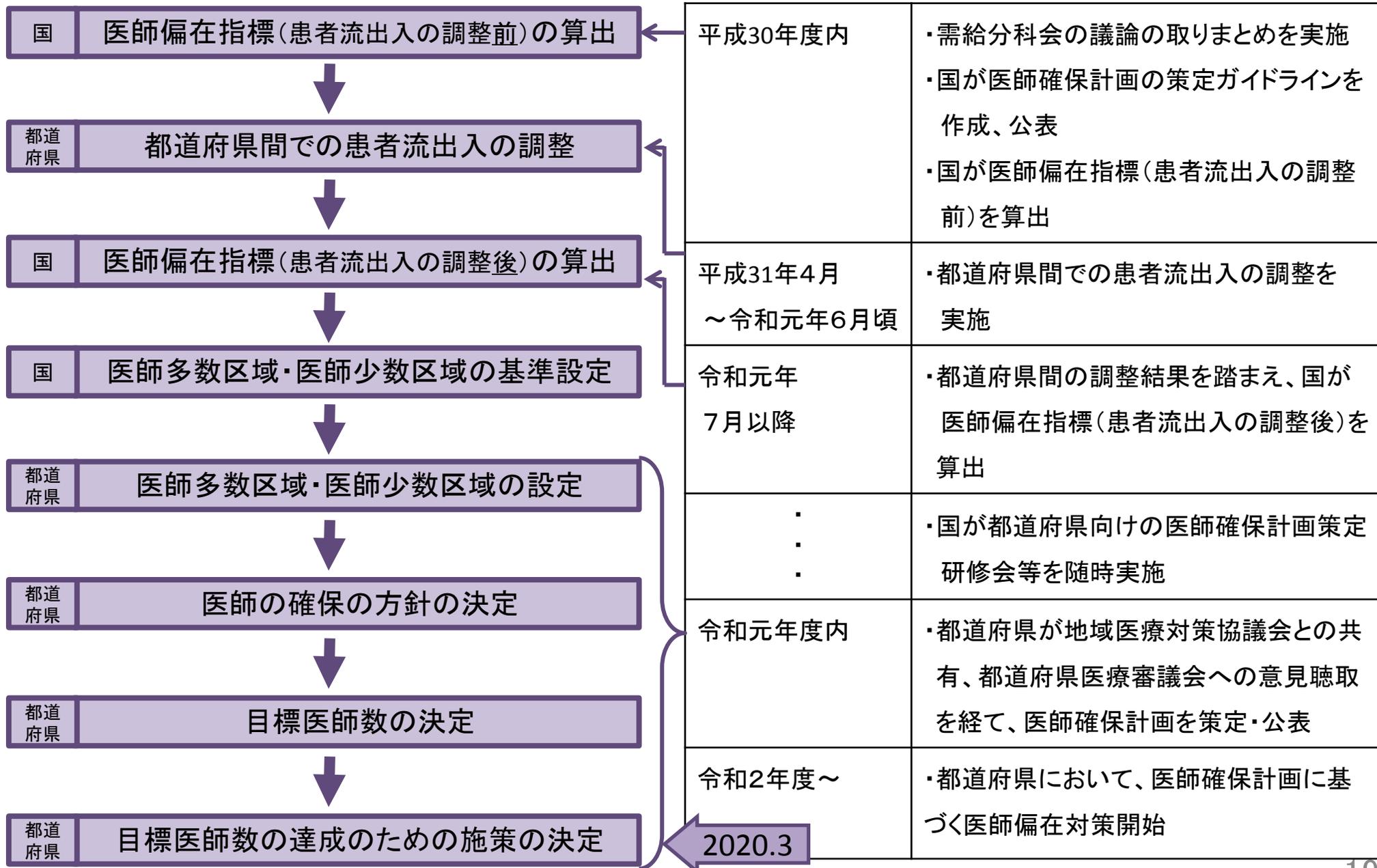
三次医療圏間、二次医療圏間の医師偏在の喫緊の課題について、医師確保計画の各計画期間ごとに効果検証・課題把握と対応策の立案を行い、早期に効果を発揮する医師偏在対策(短期的な対策)により偏在を是正



- 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年度医学部入学生が臨床研修を修了すると想定される2028年(令和10年)頃に均衡すると推計される。
- 政策効果が一定程度蓄積した2036年時点で、各都道府県における医師の需要と供給の均衡を達成する。



# 医師確保計画の策定プロセス・スケジュール



# 患者流出入の調整について

## 【国が示している基準】

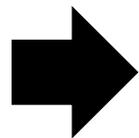
- ・無床診療所外来患者もしくは入院患者の流出入が1,000人／日を超える都道府県とは調整が必要。(小児科は100人／日)

## 【都道府県間の患者流出入(全体100人未満、小児科10人未満切り捨て)】

R1.4.26厚生労働省データ提供

(単位:人)

		医師全体				小児科	
		岐阜県	三重県	京都府	大阪府	京都府	大阪府
県外への流出	入院	100	0	700	100	20	0
	無床診療所	100	0	600	100	20	10
県外からの流入	入院	0	100	200	100	0	0
	無床診療所	0	100	200	0	20	0



基準値以上の患者流出入のある都道府県が無い場合、患者流出入の調整は行わないこととする。

## ①医師確保の方針

- ・医師偏在指標の大小、将来の需給推計などを踏まえ、地域ごとの医師確保の方針を、三次医療圏・二次医療圏ごとに決定。

## ②確保すべき医師の数の目標（目標医師数）

- ・医師確保計画策定時に、計画期間の終了時点で確保すべき目標医師数を医師偏在指標を踏まえて算出。

## ③医師確保にかかる具体的施策

- ・医師の確保の方針を踏まえ、目標医師数を達成するための具体的な長期的・短期的施策を策定。  
※医師派遣調整、キャリア形成プログラム運用方針、地域枠の設定 等

## ④産科・小児科にかかる診療科別医師確保計画

- ・産科、小児科にかかる医師確保の方針、目標医師数、具体的施策の策定

# ①医師確保の方針

# 三次医療圏の医師の多寡の状況による医師の確保の方針の違い

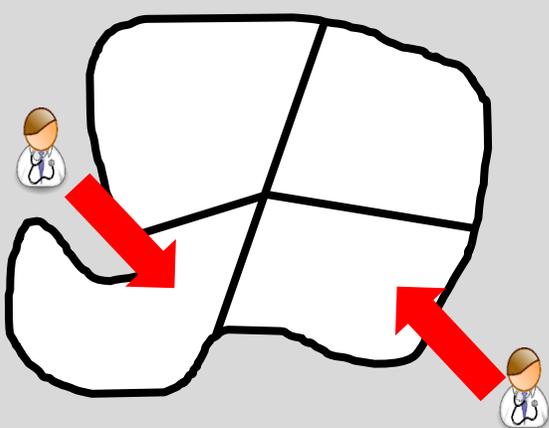
- 医師**少数**三次医療圏 : 他の医師多数三次医療圏からの医師の確保を行う。
- 医師**中程度**三次医療圏 : 必要に応じて、他の医師多数三次医療圏からの医師の確保ができる。
- 医師**多数**三次医療圏 : 他の三次医療圏からの医師の確保を行わない。

医師**少数**三次医療圏  
A県

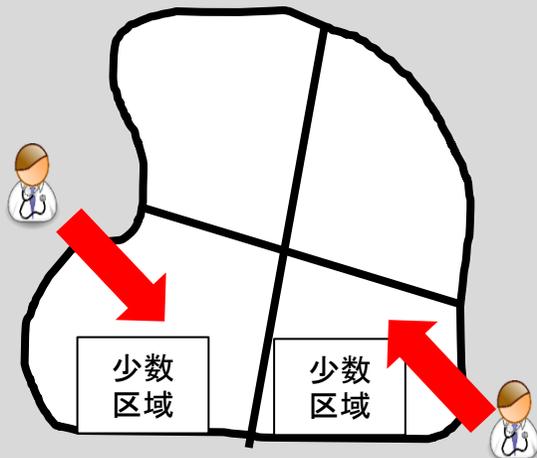
医師**中程度**三次医療圏  
B県

医師**多数**三次医療圏  
C県

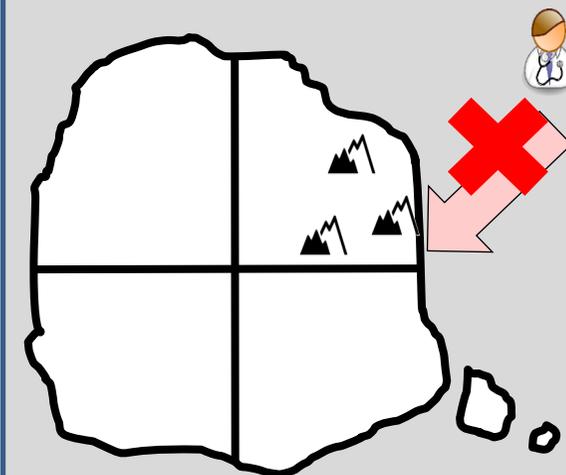
他の医師多数三次医療圏からの医師の確保を行う



必要に応じて、医師少数区域に対しては他の医師多数三次医療圏からの医師の確保ができる



他の三次医療圏からの医師の確保を行わない。



## 三次医療圏外からの医師の確保（まとめ）

		医師少数三次医療圏	医師中程度三次医療圏	医師多数三次医療圏
医師少数区域	有り	可能	可能	不可
	無し	—	可能 (医師少数地区がある場合(後述))	

# 現在時点と将来時点のそれぞれにおける医師の多寡の状況への対応(三次医療圏)

- **現在時点**の医師数の多寡の状況に対しては、**短期的な施策**を用いて対応を行う。
- **将来時点**の医師数の多寡の状況に対しては、**短期的な施策と長期的な施策を組み合わせ**て対応を行う。

## 地域の状況(D県)

現在時点では医師少数三次医療圏に該当するが、将来時点には医師中程度三次医療圏となる。



- 医師を増やす方針
- 短期的な施策を用いる方針
- **長期的な施策は用いない**

## 地域の状況(E県)

現在時点では医師少数三次医療圏に該当し、将来時点でも医師少数三次医療圏となる。



- 医師を増やす方針
- 短期的な施策を用いる方針
- **長期的な施策を用いる方針**

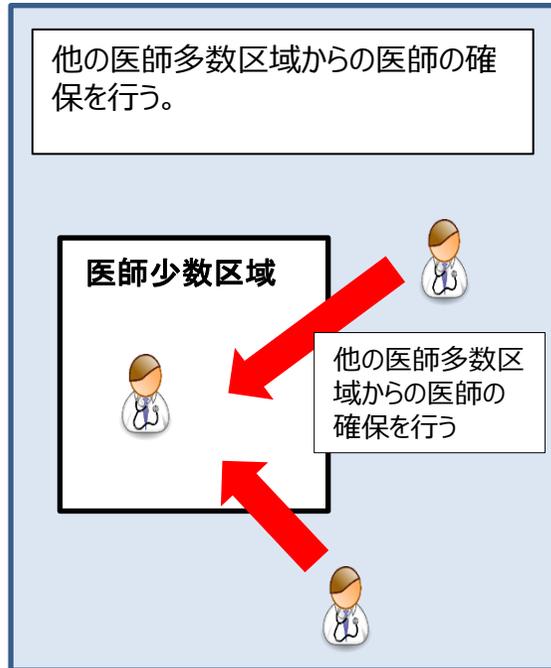
## 三次医療圏の医師の確保の方針

		現在時点	
		医師少数三次医療圏	医師多数／中程度三次医療圏
将来時点	医師少数三次医療圏	短期的な施策 長期的な施策	長期的な施策
	医師多数／中程度三次医療圏	短期的な施策	-

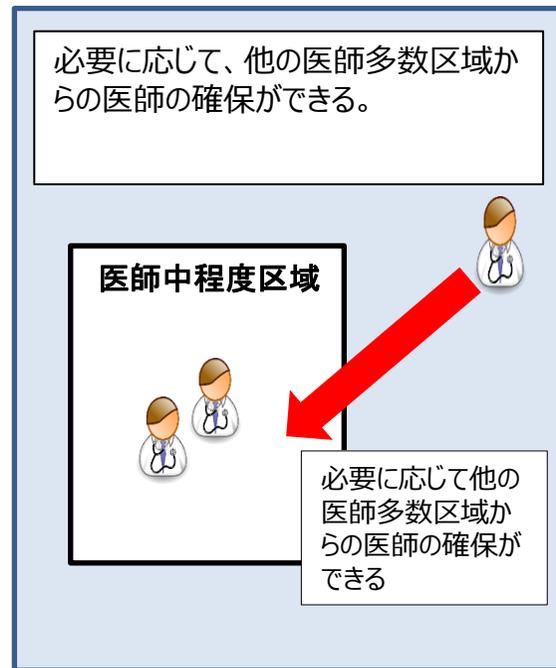
# 二次医療圏の医師の多寡の状況による医師の確保の方針の違い

- 医師**少数**区域 : 他の医師多数区域からの医師の確保を行う。
- 医師**中程度**区域 : 必要に応じて、他の医師多数区域からの医師の確保ができる。
- 医師**多数**区域 : 二次医療圏外からの医師の確保を行わない。

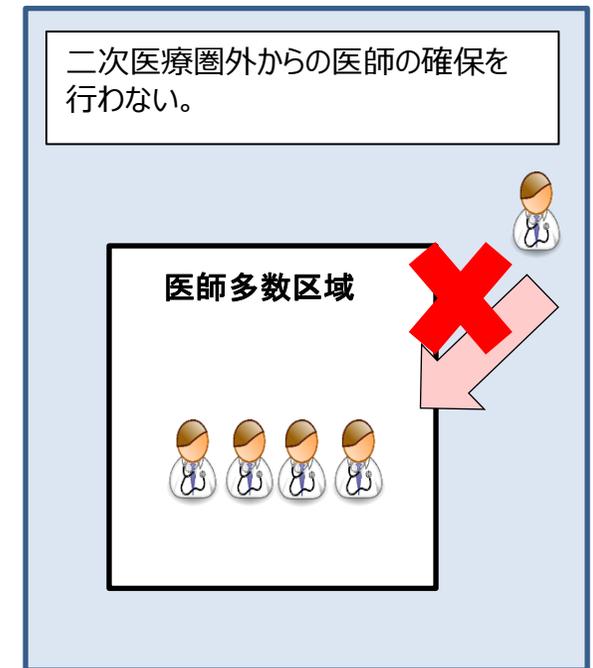
## 医師**少数**区域 (二次医療圏)



## 医師**中程度**区域 (二次医療圏)



## 医師**多数**区域 (二次医療圏)



- 二次医療圏外からの医師の確保 (まとめ)

	医師少数区域	医師中程度区域	医師多数区域
	可能 (甲賀)	必要に応じて可能 (東近江、湖東、湖西)	不可 (大津、湖南、湖北)

# 現在時点と将来時点のそれぞれにおける医師の多寡の状況への対応（二次医療圏）

- **現在時点**の医師数の多寡の状況に対しては、**短期的な施策**を用いて対応を行う。
- **将来時点**の医師数の多寡の状況に対しては、**短期的な施策と長期的な施策を組み合わせ**て対応を行う。

## 地域の状況（D県）

現在時点では医師少数三次区域に該当するが、将来時点には医師中程度区域となる。



- 医師を増やす方針
- 短期的な施策を用いる方針
- **長期的な施策は用いない**

## 地域の状況（E県）

現在時点では医師少数区域に該当し、将来時点でも医師少数区域となる。



- 医師を増やす方針
- 短期的な施策を用いる方針
- **長期的な施策を用いる方針**

## 二次医療圏の医師の確保の方針

		現在時点	
		医師少数区域	医師多数／中程度区域
将来時点	医師少数区域	短期的な施策 長期的な施策	長期的な施策
	医師多数／中程度区域	短期的な施策	-

# 「医師の確保を特に図るべき区域」「その他厚生労働省令で定める区域」について

- 医師少数区域以外の医師の確保を特に図るべき区域を、「**医師少数スポット**」と呼ぶこととする。  
※ 医師が少ない地区があったとしても、地域の医療提供体制の状況を勘案して「医師少数スポット」を定めないことも可能

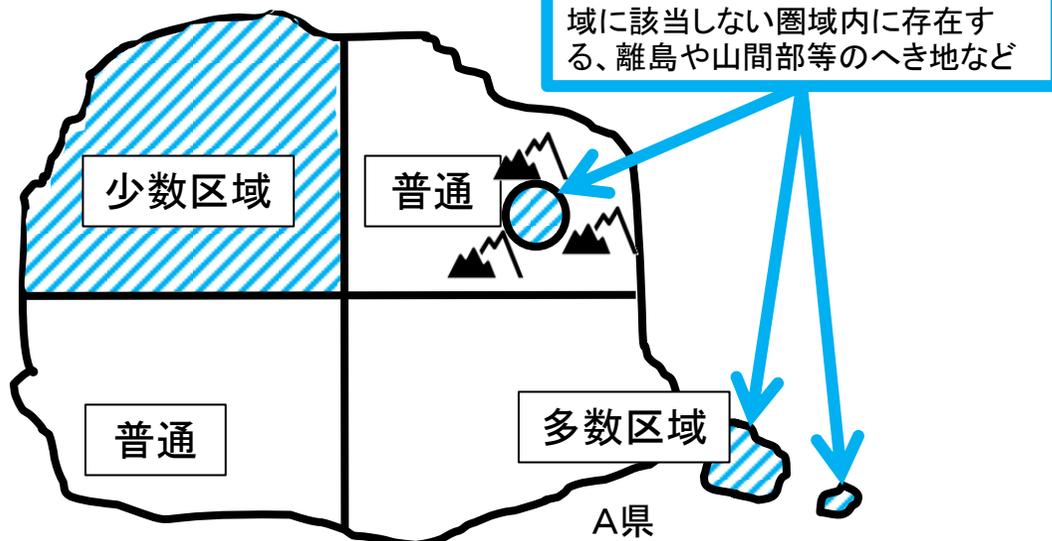
- 医師確保対策は、二次医療圏ごとに設定された医師少数区域を基本としつつも、実際の対策の実施に当たっては、地域の医療ニーズに応じたきめ細かい対応を図るため、二次医療圏よりも小さい区域での柔軟な対策を可能とすることが適当である。
- このため、法律上、各種医師確保対策の対象として、「医師の確保を特に図るべき区域」という概念を設けている。

医師の確保を特に図るべき区域 = 医師少数区域 + その他厚生労働省令で定める区域（医師少数スポット）

- 医師少数区域以外の医師の確保を特に図るべき区域（医師少数スポット）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。

## 「医師の確保を特に図るべき区域」のイメージ

二次医療圏単位では医師少数区域に該当しない圏域内に存在する、離島や山間部等のへき地など



・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）

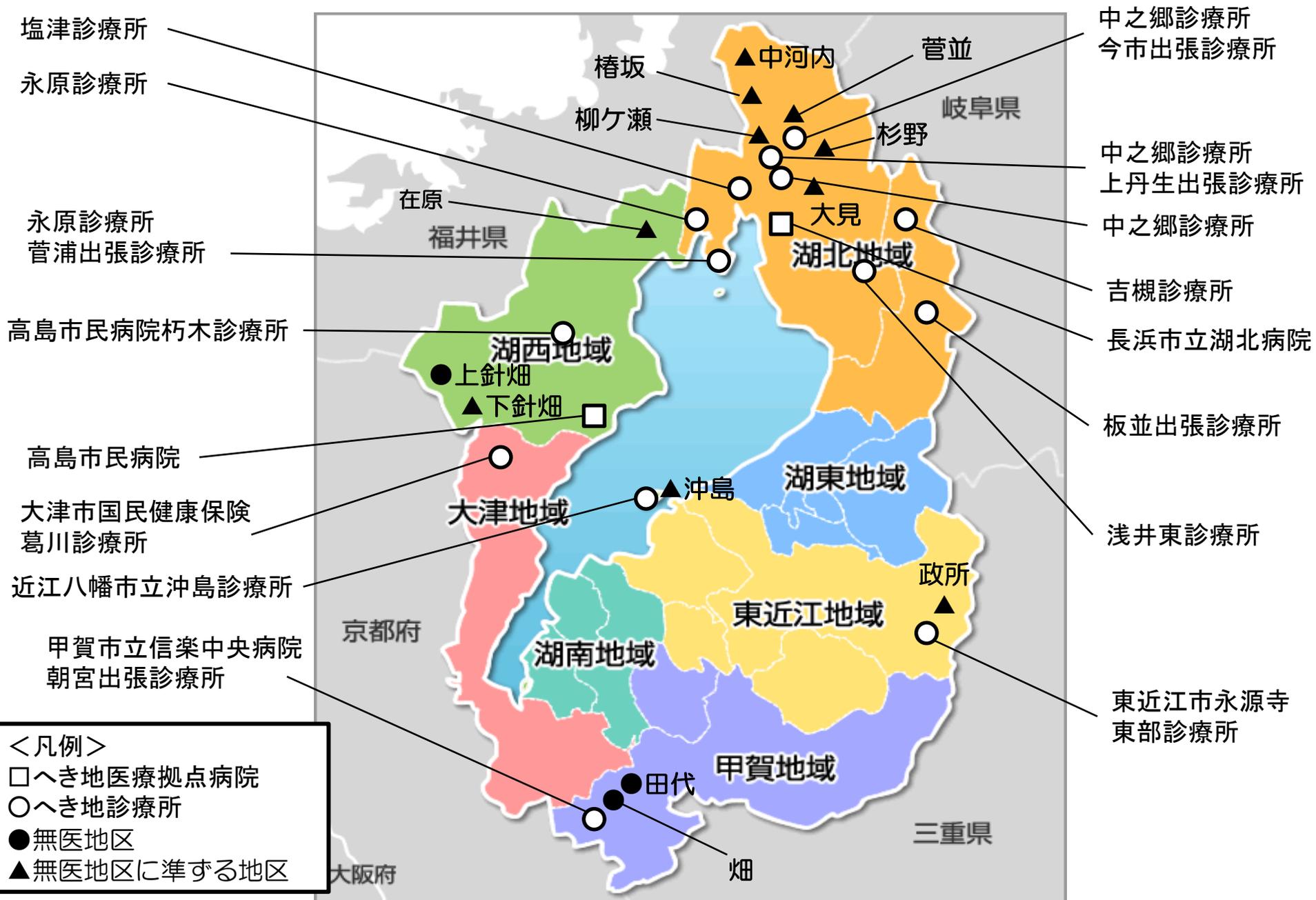
第三十条の二十三（略）

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を目的とするものとして厚生労働省令で定める計画に関する事項
- 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）

# 滋賀県内のへき地保健医療現況図



# 本県における医師確保の方針

## 三次医療圏

- 本県は「**医師多数県**」となる見込み。
  - ⇒ 他都道府県からの医師確保ができない。
    - ※ただし、既存の施策による医師確保の速やかな是正は求められない。
- 少なくとも現在の医師数を維持できるよう、確保・定着を図る。

## 二次医療圏

- 甲賀圏域のみ「**医師少数区域**」となる見込み。
  - ⇒ 甲賀圏域へ優先的に医師派遣を行うなど、医師の確保を図る。
- ~~その他の圏域についても、地域の実情に応じて医師確保を図る。~~

## ②確保すべき医師の数の目標 (目標医師数)

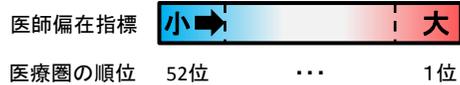
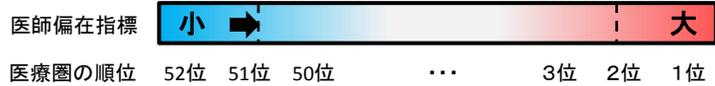
# 目標医師数の基本的な考え方

- 目標医師数を次のように設定する。

## 三次医療圏

(下位33.3%)

(上位33.3%)



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33.3%)に達することとなる医師数を目標医師数に設定

第7次計画

- 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

第8次(前期)計画

⋮

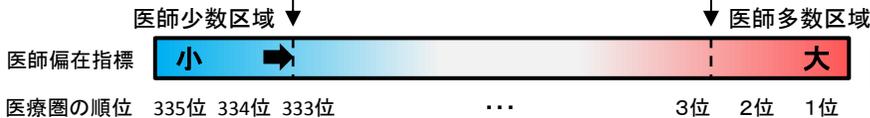
第〇次計画

複数の計画期間を通じて、段階的に偏在の解消を図る

## 二次医療圏

(下位33.3%)

(上位33.3%)



医師少数区域 : 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33.3%)に達することとなる医師数を目標医師数に設定

第7次計画

その他の区域 : 都道府県が独自に目標を設定  
(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)

第8次(前期)計画

⋮

第〇次計画

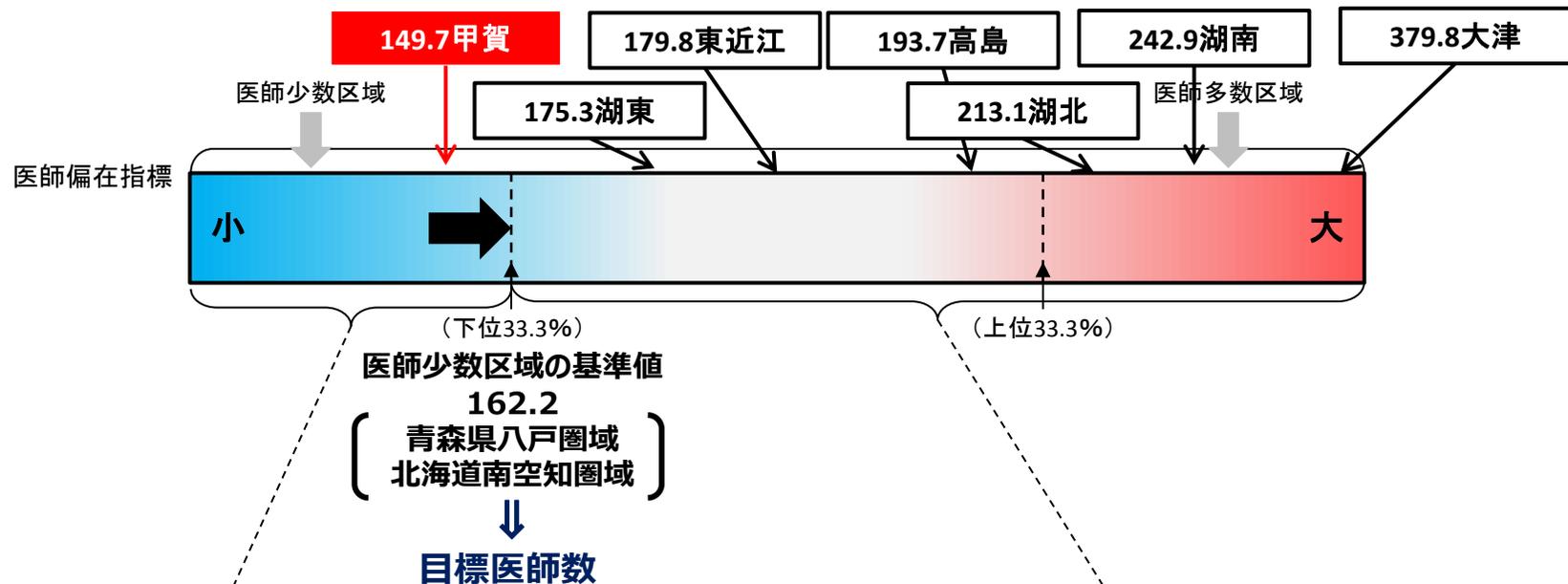
複数の計画期間を通じて、段階的に偏在の解消を図る

# 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33.3%）に達することとなる医師数を目標医師数に設定する。
- 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。  
（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。）

## 二次医療圏の目標医師数の設定イメージ

全国335医療圏



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に達することとなる医師数を目標医師数に設定

都道府県が独自に目標医師数を設定  
（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）

# 本県における目標医師数の設定

(単位:人)

圏域名	現在の標準化医師数(A)	2023年の目標医師数(B)	差引(B-A)
滋賀県	3,121	2,725	△396
大津	1,271	546.9	△724.1
湖南	691	470.5	△220.5
甲賀	197	204.6	7.6
東近江	424	367.6	△56.4
湖東	221	198.8	△22.2
湖北	291	203.2	△87.8
高島	72	55.7	△16.3

## 三次医療圏

○目標医師数は達成済みであるため、現状の医師数を維持

## 二次医療圏

○甲賀圏域のみ目標医師数未達成

⇒ 甲賀圏域に優先的に医師派遣を行うなど、医師の確保を図る。

○医師少数区域以外の二次医療圏の目標医師数は都道府県で独自に設定することができる。

⇒ 地域の実情に応じた目標医師数の設定を検討する(各二次医療圏域の合計 ≤ 現在の県の医師総数)。

## ③医師確保にかかる具体的施策

# 医師偏在指標を活用した医師偏在対策

■ 医師偏在指標を活用した医師偏在対策として、主に以下を実施。

医師確保計画における目標医師数の設定

都道府県は、三次医療圏・二次医療圏単位で、医師偏在指標を踏まえた医師の確保数の目標(目標医師数)の設定が義務付けられている

医師少数区域、医師多数区域の設定

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

(1) キャリア形成プログラムの策定

都道府県は、地域医療支援事務として、都道府県内の医師少数区域等における医師の確保と、当該区域に派遣される医師のキャリア形成の機会の確保を目的としたキャリア形成プログラムの策定を行うこととされている

(2) 都道府県内での医師の派遣調整

都道府県は、地域医療支援事務として、都道府県内の医師少数区域等における医療機関をはじめ、医師確保が必要な医療機関で適切に医師が確保されることを目的とした医師の派遣調整を行うこととされている

(3) 医療機関の勤務環境の改善支援

都道府県は、医師少数区域等に派遣される医師が勤務することとなる医療機関の勤務環境の改善の重要性に留意し、医師派遣と連携した勤務環境改善支援を行うこととされている

(4) 地域医療への知見を有する医師の大臣認定

厚生労働大臣は、医師少数区域等におけ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認定することとされている

(5) 臨床研修病院の定員設定

都道府県知事は、医師少数区域等における医師数の状況に配慮した上で、都道府県内の臨床研修病院ごとの研修医の定員を定めることとされている

(6) 大学医学部における地域枠・地元枠の設定

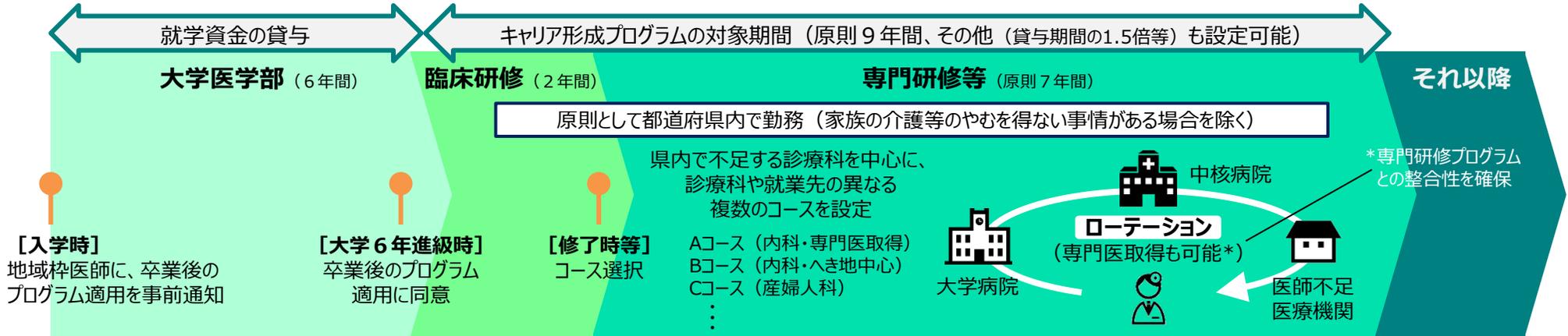
都道府県は、医師偏在指標によって示される当該都道府県の医師の多寡を踏まえ、大学に対し、医学部における地域枠・地元枠の設定・増加の要請を行うことができることとなる

# (1) 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されている。

※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に基づくキャリア形成のイメージ＞



## ＜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、学部生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



## (2) 都道府県での医師の派遣調整

### <滋賀県が実施している医学生向け修学資金制度>

#### ①滋賀県医師養成奨学金

【貸付対象】 滋賀医科大学医学部に在籍している者(学士編入者含む)

【義務年限】 9年間(学士編入者は7年)

義務年限のうち6年目以降は知事が指定する医療機関で勤務

#### ②滋賀県医学生修学資金

【貸付対象】 本県出身の全国の大学医学部在籍者(H29新規貸与者までは出身地制限無)

【義務年限】 6年間(H29新規貸与者までは5年間)

義務年限のうち5・6年目(H29新規貸与者までは4・5年目)は知事が指定する医療機関で勤務



## 知事が指定する医療機関を地域医療対策協議会で協議

※知事指定病院で勤務予定の者(令和2年度) 8名

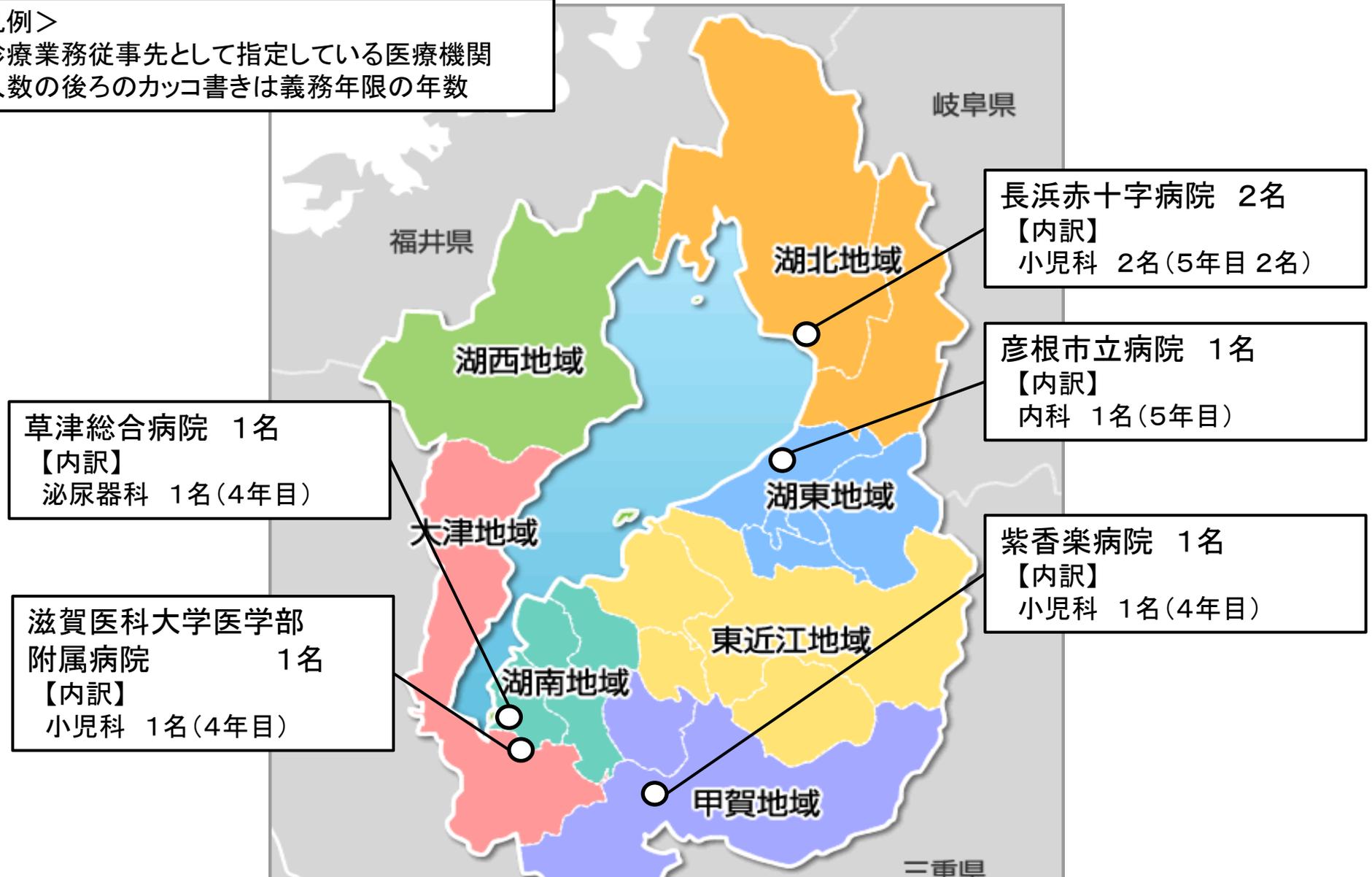
(滋賀県医師養成奨学金貸与者 3名、滋賀県医学生修学資金貸与者 5名)

# 本県が実施している修学資金貸与者の指定病院(R1.7.1現在)

<凡例>

○診療業務従事先として指定している医療機関

※人数の後ろのカッコ書きは義務年限の年数



※医師養成奨学金貸与者は令和2年度より指定医療機関での勤務開始

### (3) 医療機関の勤務環境の改善支援

医療介護総合確保推進法による医療法の改正により、都道府県が行うべき取組として位置付けられた「医療従事者の勤務環境の改善促進」のための拠点機能を果たす「滋賀県医療勤務環境改善支援センター」を平成26年に設置した。県内医療機関における医療従事者の勤務環境の改善に向けた取組を支援し、雇用の質の向上を図ることにより、医療従事者の離職防止、定着を促進する。

#### 滋賀県医療勤務環境改善支援センター

##### 拠点：滋賀県病院協会

###### 【業務】

- ◆医療機関の勤務環境にかかる実態把握
- ◆医療機関からの相談対応(医療労務管理アドバイザー、医業分野アドバイザー)
- ◆研修会・フォーラム等の開催
- ◆情報収集・提供 など

##### 運営協議会

###### 【構成団体】

- 滋賀県医師会、滋賀県歯科医師会、
- 滋賀県薬剤師会、滋賀県看護協会、
- 滋賀県病院協会、 滋賀県社会保険労務士会、
- 日本医業経営コンサルタント協会滋賀県支部、
- 滋賀労働局、滋賀県

支援・情報提供等

##### 医療機関

###### 勤務環境改善マネジメントシステム

- 働き方・休み方等(労働時間管理等)
- 医療スタッフの健康支援(労働安全衛生)
- 働きやすさ確保のための環境整備
- 働きがいの向上 など

連携

相談

支援

各種相談支援・  
アドバイザー機能

医師キャリア形成・女性医師相談窓口  
【医師キャリアサポートセンター】

ナースバンク・就業相談【ナースセンター】

雇用均等指導員等【滋賀労働局】

ハローワークアドバイザー【ハローワーク】

# 医師の時間外労働規制について

## 一般則

- 【時間外労働の上限】
- (例外)
    - ・年720時間
    - ・複数月平均80時間 (休日労働含む)
    - ・月100時間未満 (休日労働含む)
  - 年間6か月まで

- (原則)
  - 1か月45時間
  - 1年360時間

※この(原則)については医師も同様。

## 2024年4月～

年1,860時間／月100時間 (例外あり)  
※いずれも休日労働含む

年1,860時間／月100時間 (例外あり)  
※いずれも休日労働含む  
⇒将来に向けて縮減方向

年960時間／月100時間 (例外あり)  
※いずれも休日労働含む

A : 診療従事勤務  
医に2024年度以降  
適用される水準

B : 地域医療確保暫定  
特例水準 (医療機関を特定)

C-1 C-2  
集中的技能向上水準  
(医療機関を特定)

C-1 : 初期・後期研修医が、研修プログラムに沿って基礎的な技能や能力を修得する際に適用  
※本人がプログラムを選択  
C-2 : 医籍登録後の臨床従事6年目以降の者が、高度技能の育成が公益上必要な分野について、特定の医療機関で診療に従事する際に適用  
※本人の発意により計画を作成し、医療機関が審査組織に承認申請

年960時間／月100時間 (例外あり)  
※いずれも休日労働含む

A

C-1

C-2

将来  
(暫定特例水準の解消  
(=2035年度末)後)

将来に向けて縮減方向

## 月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置 (いわゆるドクターストップ)

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (義務)

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (義務)

※初期研修医については連続勤務時間制限を強化して徹底 (代償休息不要)

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (義務)

※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的取組を講ずる。41

## (4) 医師が少ない地域での勤務のインセンティブとなる認定制度

### 趣旨

医師少数区域等で勤務した医師を認定し、一定の病院(地域医療支援病院等)の管理者としての評価に加えて、その他医師個人に対するインセンティブや、認定医師によって質の高いプライマリ・ケア等が提供される医療機関等に対する税制、補助金、融資、診療報酬上の評価等の経済的インセンティブの設定を行う

### 要件

#### 【認定に必要な業務内容】

- ア 個々の患者の生活背景を考慮し、幅広い病態に対応する継続的な診療や保健指導に関するもの(患者の専門的な医療機関への受診の必要性の判断を含む)。
- イ 他の医療機関との連携や、患者の地域での生活を支援するための介護・福祉事業者等との連携に関するもの。
- ウ 地域住民に対する健康診査や保健指導等の地域保健活動に関するもの。

#### 【認定に必要な勤務期間】

必要な最低限の勤務期間は6カ月

#### 【認定の対象となる勤務時期】

都道府県の医療計画において医師少数区域等が定められる2020年度以降の医師少数区域等における勤務

※ 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の具体的な在り方については、別途検討がなされることとなっている。

# (5) 臨床研修にかかる都道府県への権限移譲

## 権限移譲の趣旨

- 医療法及び医師法の一部を改正する法律（平成30年第79号）の成立に伴い、令和2年(2020年)4月より、国から各都道府県に臨床研修病院の指定権限及び研修医定員の設定権限の移譲等がなされ、各都道府県は、これらの制度の活用を通じ、地域における医療提供体制を整備する取組が求められる。
- これらの権限移譲により、各都道府県においては、都道府県地域医療対策協議会の審議のもと、臨床研修病院の指定や、医師少数区域に配慮した定員の設定など、地域の実情に応じたきめ細かな医師偏在対策が可能となる。

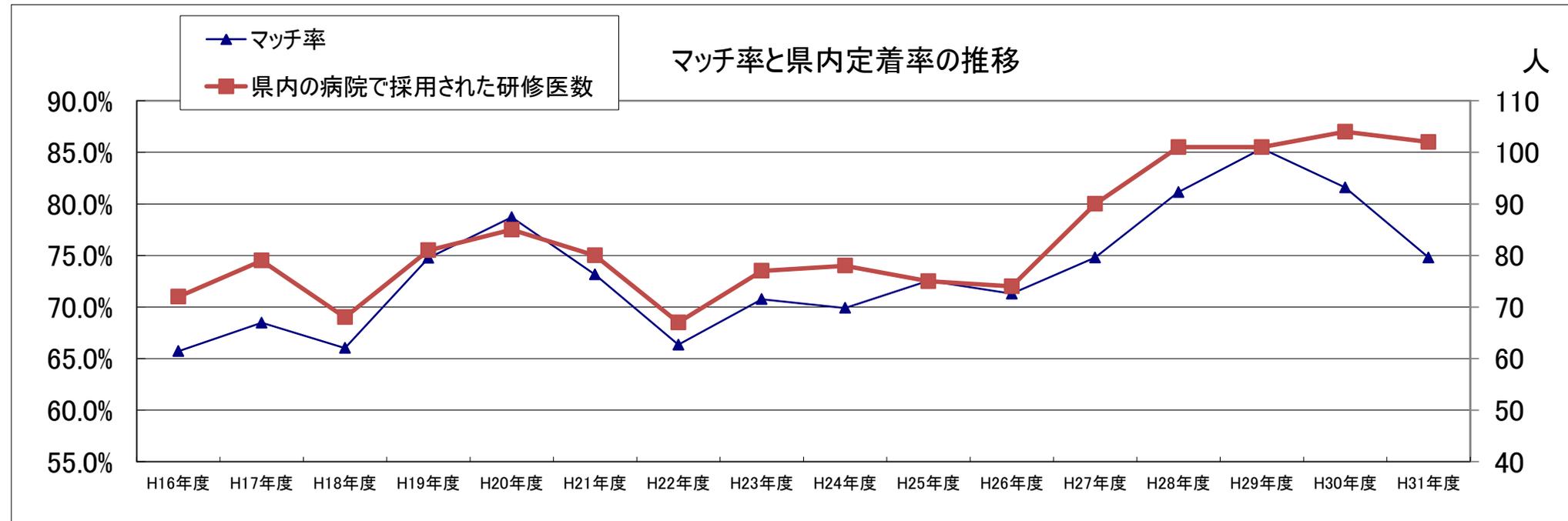
## 臨床研修制度に関する主な事務と分担

	国、地方厚生局 (考え方) 臨床研修制度の設計、研修の質の確保	都道府県 (考え方) 個別病院の指定、定員設定事務
臨床研修病院の指定、取消	○ (指定基準の策定) (※)	◎ (個別病院の指定)
臨床研修病院の定員設定	○ (都道府県上限の設定)	◎ (個別病院の定員設定)
年次報告の受理	— (※)	◎
研修プログラム変更等の受理	— (※)	◎
指定継続にかかる訪問調査	— (※)	◎
報告の徴収及び指示	◎	◎
研修医等からの相談対応	◎	○
都道府県間の調整	◎	—
臨床研修の質の観点からの調査	◎	—
補助金の執行	◎	—
臨床研修修了登録	◎	—

※必要に応じ国が地方自治体に対し地方自治法第245条の4に基づく技術的助言を行う。

# 滋賀県内の臨床研修医採用数の推移(H16～R1)

採用年度	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1
県内病院の当該年度の研修医募集定員	107	113	105	109	110	112	103	107	106	105	106	125	125	126	127	126
県内病院の当該年度の研修医マッチング採用定員	105	111	103	107	108	108	101	106	103	102	101	123	122	123	125	123
県内病院の当該年度のマッチ数	69	76	68	80	85	79	67	75	72	74	72	92	99	105	102	92
マッチ率	65.7%	68.5%	66.0%	74.8%	78.7%	73.1%	66.3%	70.8%	69.9%	72.5%	71.3%	74.8%	81.1%	85.4%	81.6%	74.8%
県内の病院で採用された研修医数	72	79	68	81	85	80	67	77	78	75	74	90	101	101	104	102

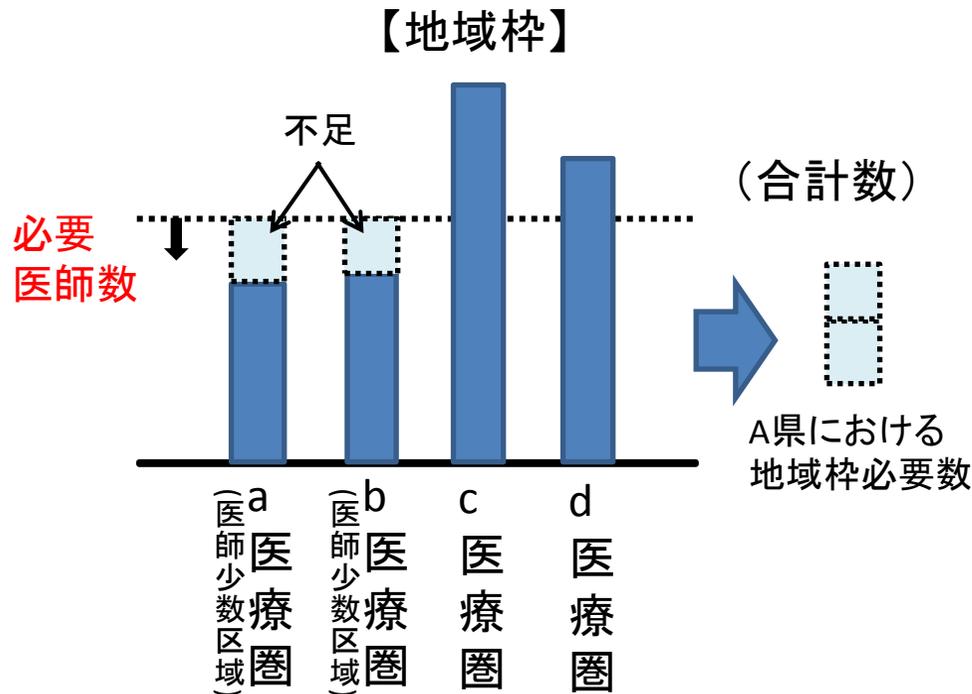


# 滋賀県内の基幹型臨床研修病院別のマッチ数・採用数(H30-R1)

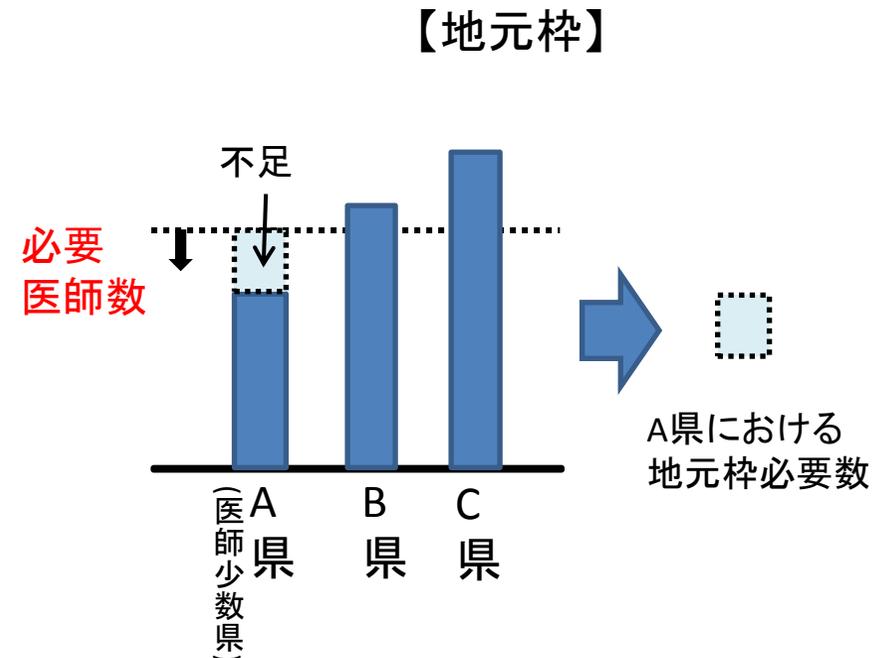
病 院 名	平成30年度						令和元年度						
	定員数 a'	マッチング 募集定員 b'	マッチング 結果 c'	マッチ率 d'=c'/b'	最終採用数 e'	定員充足率 f' = e' / a'	定員数 A	マッチング 募集定員 B	マッチング 結果 C	マッチ率 D=C/B	最終採用数 E	定員充足率 F=E/A	
大津市民病院	9	9	9	100.0%	9	100.0%	9	9	9	100.0%	9	100.0%	
大津赤十字病院	14	12	11	91.7%	13	92.9%	14	13	13	100.0%	13	92.9%	
滋賀医科大学 医学部附属病院	54	Aプログラム	40	20	63.0%	37	68.5%	50	32	20	64.6%	30	60.0%
		Bプログラム	4	4					4	1			
		Cプログラム	10	10					12	10			
済生会滋賀県病院	9	9	9	100.0%	9	100.0%	9	9	9	100.0%	9	100.0%	
滋賀県立総合病院	8	8	8	100.0%	8	100.0%	8	8	7	87.5%	8	100.0%	
長浜赤十字病院	4	4	4	100.0%	4	100.0%	4	4	4	100.0%	4	100.0%	
市立長浜病院	4	4	4	100.0%	3	75.0%	4	4	1	25.0%	4	100.0%	
公立甲賀病院	3	3	3	100.0%	2	66.7%	5	5	2	40.0%	2	40.0%	
彦根市立病院	3	3	2	66.7%	1	33.3%	3	3	3	100.0%	3	100.0%	
高島市民病院	2	2	1	50.0%	1	50.0%	2	2	2	100.0%	2	100.0%	
近江八幡市立総合医療センター	7	7	7	100.0%	7	100.0%	7	7	2	28.6%	7	100.0%	
草津総合病院	6	6	6	100.0%	6	100.0%	7	7	7	100.0%	7	100.0%	
東近江総合医療センター	4	4	4	100.0%	4	100.0%	4	4	2	50.0%	4	100.0%	
合計	127	125	102	81.6%	104	81.9%	126	123	92	74.8%	102	81.0%	

## (6) 大学医学部における地域枠・地元枠の設定

- 地域枠・・・当該都道府県内に将来時点における医師数が必要医師数に満たない医療圏がある場合に、当該都道府県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、当該都道府県内の大学に要請できる。
- 地元枠・・・当該都道府県が、将来時点における医師数が必要医師数を下回る都道府県である場合に、当該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できる



二次医療圏間の調整



三次医療圏間の調整

# 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"> <li>○地域枠の設置・増員の要請</li> <li>○地元出身者枠の設置・増員の要請</li> <li>○地域枠(臨時定員)の設置・増員の要請</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○地域枠の設置・増員の要請</li> <li>× 地元出身者枠の設置・増員の要請</li> <li>× 地域枠(臨時定員)の設置・増員の要請</li> </ul>
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"> <li>× 地域枠の設置・増員の要請</li> <li>× 地元出身者枠の設置・増員の要請</li> <li>× 地域枠(臨時定員)の設置・増員の要請</li> </ul>

# 滋賀医科大学に設定している奨学金貸与枠(地域枠)の現状

## ○滋賀医科大学医学部募集定員:117名(H24～)

総定員 A+B	通常枠 A	うち地元出身者枠		臨時増 B	研究医	うち地域枠	
		推薦	学士			一般	学士

**奨学金貸与枠(10名)**

## ○奨学金貸付実績(H21～)

		H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30
一般	定員	3	8	8	8	8	8	8	8	8	8
	実績	3	8	8	8	8	8	8	3	4	5
学士	定員	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	実績	2	2	2	2	2	2	2	0	0	0
合計	定員	5	10	10	10	10	10	10	10	10	10
	実績	5	10	10	10	10	10	10	3	4	5

※平成21年度の制度開始より入試時の成績順に希望者へ貸与してきたが、制度への理解が不十分であることにより離脱者が多かったため、平成28年度より成績順の貸与を中止し、面接による選抜を開始

**➡ 低迷している貸与実績を上げ、将来県内で診療業務に従事する医師の確保が課題**  
**※令和2年度より入学試験時に地域枠学生の選抜(別枠入試)を実施**

# 令和2年度の滋賀医科大学医学部入学者の選抜について

## ○滋賀医科大学医学部募集定員(R2～)

総定員 A+B	通常枠 A	うち本県出身者枠		臨時増 B	うち地域枠 (地域医療 枠)
		推薦	うち地域枠 (地元医療枠)		
110	105	15	6	5	5

奨学金貸与枠(11名)

### <昨年度からの変更点>

- 総定員を7名減員し、110名とする。
- 奨学金貸与枠は別枠の選抜試験を実施
- 臨時定員増 12 → 5 (△7)
  - ・研究医枠を廃止(2→0)。
  - ・奨学金貸与枠を5名減員(10→5)。一般入試枠に「地域医療枠」として5名分に奨学金貸与枠を設置。  
※臨時増であるため、延長要望が国に認められた場合に実施
- 恒久定員である通常枠に奨学金貸与枠を設定
  - ・推薦入試枠に「地元医療枠」として6名分の奨学金貸与枠を設置。本県出身者を対象に実施。
- 推薦入試の本県出身者枠を2名増員(13→15)

### 【本県出身者の定義】

- ①滋賀県内の高等学校を平成31年3月に卒業または令和2年3月卒業見込みの者
- ②本人又は父母、祖父母、未成年後見人のいずれかが、新たに入学する年度の4月1日の1年前の日より前から、引き続き滋賀県内に住所を有する者。

# ④ 産科・小児科にかかる 診療科別医師確保計画

# 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
- ・患者の流出入等
- ・へき地等の地理的条件
- ・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る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「相対的医師少数三次医療圏」、「相対的医師少数区域」の基準値(下位〇%)に達することとなる医師数を「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

## (施策の具体的例)

### 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、分娩数と見合っ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、離職防止。
- ・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

## 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。

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

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

(※) 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（暫定）

厚生労働省「医師偏在指標作成支援データ集(R1.6.5)」

※平成31年2月に公表された医師偏在指標に使用しているデータのうち、患者調査の新しい数値(平成31年3月発表)を反映し、公表時に反映できていなかった都道府県内の二次医療圏間の患者流出入に関する情報を用いて再計算。

※医師偏在指標は7月の都道府県間・二次医療圏間の患者流出入調整終了後に確定

下位33.3%

都道府県名	医師偏在指標	順位
全国	12.8	
東京都	18.0	1
奈良県	16.8	2
秋田県	16.5	3
大阪府	16.0	4
徳島県	15.8	5
鳥取県	15.8	6
京都府	15.1	7
福井県	14.5	8
山梨県	14.0	9
神奈川県	13.8	10
和歌山県	13.7	11
福岡県	13.5	12
富山県	13.3	13
石川県	13.1	14
三重県	12.9	15
栃木県	12.9	16
北海道	12.8	17
岡山県	12.8	18
静岡県	12.6	19
兵庫県	12.5	20
宮城県	12.5	21
広島県	12.2	22
山形県	12.1	23

都道府県名	医師偏在指標	順位
長崎県	12.1	24
島根県	11.9	25
大分県	11.9	26
愛知県	11.9	27
沖縄県	11.8	28
山口県	11.5	29
群馬県	11.4	30
香川県	11.4	31
滋賀県	11.3	32
千葉県	11.0	33
佐賀県	10.9	34
愛媛県	10.8	35
岩手県	10.7	36
長野県	10.7	37
高知県	10.6	38
岐阜県	10.5	39
宮崎県	10.4	40
茨城県	10.3	41
鹿児島県	10.1	42
青森県	9.4	43
新潟県	9.4	44
埼玉県	8.9	45
福島県	8.6	46
熊本県	8.2	47

人口10万人対  
医師数では  
全国39位

# 滋賀県内の圏域別の状況(産科・暫定)

厚生労働省「医師偏在指標作成支援データ集(R1.6.5)」

※平成31年2月に公表された医師偏在指標に使用しているデータのうち、患者調査の新しい数値(平成31年3月発表)を反映し、公表時に反映できていなかった都道府県内の二次医療圏間の患者流出入に関する情報を用いて再計算。

※医師偏在指標は7月の都道府県間・二次医療圏間の患者流出入調整終了後に確定

周産期医療圏名	医師偏在指標	全国順位 (284周産期医療圏中)	区分
大津・湖西	18.5	34位	
湖南・甲賀	9.3	191位	
東近江	8.7	208位	相対的 医師『少数』区域
湖東・湖北	7.4	241位	相対的 医師『少数』区域

## 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。

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

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

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

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

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する。

# 小児科における医師偏在指標（**暫定**）

厚生労働省「医師偏在指標作成支援データ集(R1.6.5)」

※平成31年2月に公表された医師偏在指標に使用しているデータのうち、患者調査の新しい数値(平成31年3月発表)を反映し、公表時に反映できていなかった都道府県内の二次医療圏間の患者流出入に関する情報を用いて再計算。

※医師偏在指標は7月の都道府県間・二次医療圏間の患者流出入調整終了後に確定

下位33.3%

都道府県名	医師偏在指標	順位
全国	106.2	
鳥取県	169.0	1
京都府	143.6	2
東京都	139.3	3
高知県	130.4	4
山梨県	129.4	5
富山県	128.3	6
徳島県	126.8	7
福井県	123.2	8
和歌山県	121.5	9
香川県	120.5	10
秋田県	119.9	11
岡山県	118.8	12
長崎県	118.5	13
群馬県	117.6	14
島根県	117.4	15
石川県	116.9	16
福岡県	115.5	17
大分県	115.4	18
愛媛県	114.9	19
<b>滋賀県</b>	<b>113.1</b>	<b>20</b>
長野県	112.2	21
大阪府	110.6	22
佐賀県	109.0	23

都道府県名	医師偏在指標	順位
北海道	109.0	24
山形県	108.1	25
熊本県	107.8	26
山口県	106.8	27
兵庫県	104.2	28
新潟県	103.3	29
宮城県	99.2	30
岐阜県	98.8	31
奈良県	98.3	32
神奈川県	97.6	33
福島県	96.4	34
広島県	95.8	35
岩手県	94.7	36
青森県	93.5	37
沖縄県	93.4	38
三重県	92.3	39
栃木県	91.6	40
愛知県	89.2	41
宮崎県	86.8	42
鹿児島県	85.9	43
千葉県	84.5	44
静岡県	84.2	45
埼玉県	83.1	46
茨城県	82.1	47

人口10万人対  
医師数では  
全国17位

# 滋賀県内の圏域別の状況(小児科・暫定)

厚生労働省「医師偏在指標作成支援データ集(R1.6.5)」

※平成31年2月に公表された医師偏在指標に使用しているデータのうち、患者調査の新しい数値(平成31年3月発表)を反映し、公表時に反映できていなかった都道府県内の二次医療圏間の患者流出入に関する情報を用いて再計算。

※医師偏在指標は7月の都道府県間・二次医療圏間の患者流出入調整終了後に確定

小児医療圏名	医師偏在指標	全国順位 (311小児医療圏中)	区 分
大津・湖西	166.9	15位	
湖南・甲賀	86.1	209位	相対的 医師『少数』区域
東近江	105.2	123位	
湖東・湖北	97.2	161位	

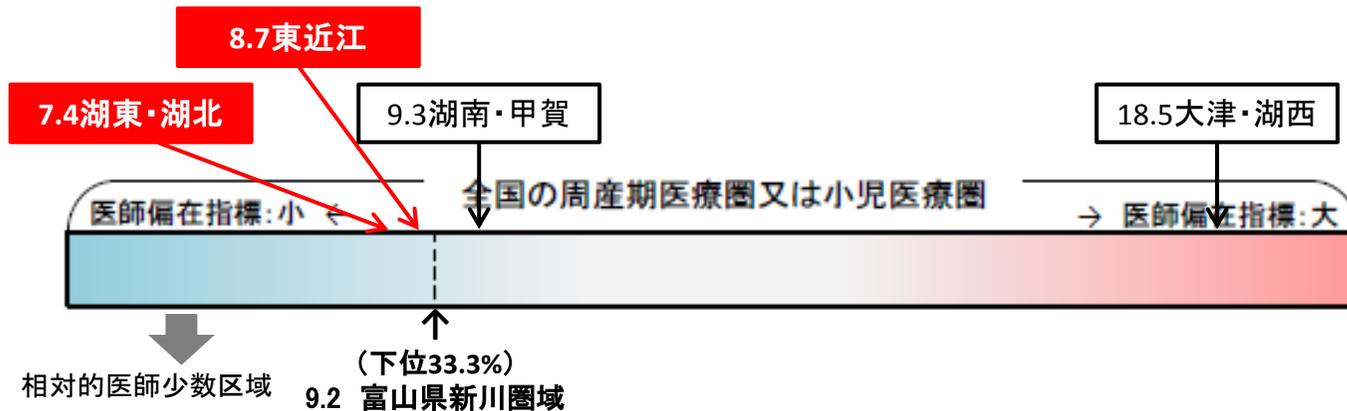
## 産科・小児科医師確保計画の策定（１） 医師の確保の方針（案）

- 医師の確保の方針は、三次医療圏ごと、周産期医療圏又は小児医療圏ごとに、産科・小児科のそれぞれに定めることとする。
  - 産科・小児科における医師確保計画を策定するに当たっては、大学、医師会等との連携が重要であり、各都道府県における地域医療対策協議会の意見とともに、周産期医療又は小児医療に係る協議会等の意見も聴取した上で、各地域における周産期医療及び小児医療の提供体制についての検討と併せて、産科・小児科における医師確保計画の検討を行うことが適当である。
  
- 相対的医師少数三次医療圏・相対的医師少数区域の場合
  - 労働環境に鑑みると、産科医師又は小児科医師が相対的に少ない地域等においても、産科医師又は小児科医師が不足している可能性があることを踏まえれば、相対的医師少数三次医療圏・相対的医師少数区域に対して相対的医師少数三次医療圏・相対的医師少数区域**以外**の地域からの医師派遣のみにより医師の地域偏在を解消することは、適当ではないと考えられる。
  - そのため、下記のように医師の確保の方針を定めることとしてはどうか。
    - ア) まず、**医療圏の見直しや医療圏を超えた連携**による対応を実施
    - イ) ア) によってもなお相対的少数である場合、**医師の派遣調整等の短期的な施策**による対応を実施
    - ウ) **産科医師又は小児科医師の養成数を増加させる等の長期的な施策**による対応を適宜組み合わせる
  
- 相対的医師少数三次医療圏・相対的医師少数区域**以外**の場合
  - ア) 労働環境に鑑みると、産科医師又は小児科医師が相対的に少ない地域等においても、産科医師又は小児科医師が不足している可能性があることを踏まえれば、医療提供体制を鑑みた上で、**医師を増やす方針**を採ることも可能とする。その際は、上記イ)、ウ)と同様の対応を行うこととする。

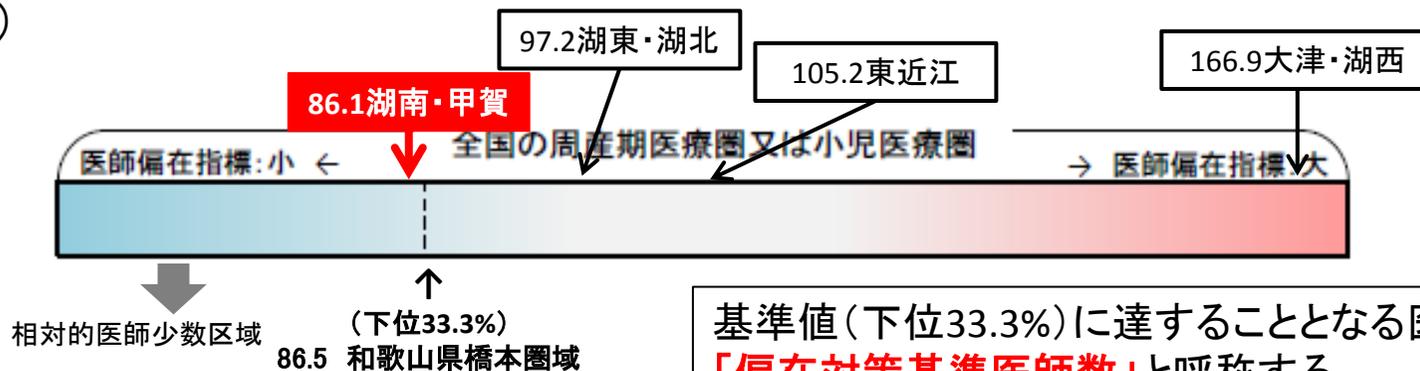
# 産科・小児科医師確保計画の策定（２） 偏在対策基準医師数（案）

- 医師確保計画終了時点の医師偏在指標の値が、計画開始時点の「相対的医師少数三次医療圏」、「相対的医師少数区域」の基準値（下位33.3%）に達することとなる医師数を「偏在対策基準医師数」と呼称する。
- この「偏在対策基準医師数」は、全国的に参加医師及び小児科医師が不足しているという状況の改善や、診療科偏在の解消に資するものではないことに留意が必要である。

（産科）



（小児科）



基準値（下位33.3%）に達することとなる医師数を「偏在対策基準医師数」と呼称する。

## □ 基本的考え方

- 産科・小児科については、産科医師及び小児科医師が全国において不足している状況に鑑み、医療提供体制の見直しに関する施策、産科医師・小児科医師を増やすための施策等を組み合わせることとする。

### ①医療提供体制等の見直しのための施策

- ア 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**
- 外来医療と入院医療の機能分化・連携に留意しつつ、必要に応じて、医療圏の見直しや医療圏を超えた地域間の連携を行う。
- イ 集約化・重点化※**
- 今後も、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・重点化について、関係者の協力の下で実施していくことが望ましい。
  - 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・連携が重要。
  - 集約化・重点化を検討するに当たっては、医師の時間外労働の短縮を見据えたものとする。
- ウ 医療機関までのアクセスに時間がかかる地域への支援**
- 受診可能な医療機関の案内及び地域の実情に関する適切な周知を行う。
  - 地域の医療機関間の情報共有の推進を行う。

### ②医師の派遣調整

- 「医師の確保の方針① 基本的な考え方」を踏まえて実施する。
- 地域医療対策協議会において、都道府県と大学、医師会等が連携することが重要である。
- 派遣先の医療機関における分娩数の実績や、地域における年少人口を踏まえ、それと見合った数の産科医師数又は小児科医師数となるように派遣を行う。
- 派遣先の医療機関を周産期医療圏又は小児医療圏ごとに重点化するとともに、医師の派遣の重点化の対象となった医療機関においては、特に医師の時間外労働の短縮のための対策を行う。

### ③産科医師及び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、代診医の確保に努める。
- 産科及び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を行う。
- 産科医師又は小児科医師でなくても担うことのできる業務については、タスクシェアやタスクシフトを一層進めるため、タスクシェアやタスクシフトを受けられる医療従事者の確保、研修等の充実等に努める。

### ④産科医師及び小児科医師の養成数を増やすための施策

- ア 専攻医等の確保**
- 専攻医の確保や離職防止を含む、産科医師及び小児科医師の確保・保持のための施策を行う。特に、医学生に対する必要な情報提供や円滑な情報交換等、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等を行う。
  - 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は、小児科専攻医を養成する医療機関において、新生児科(NICU)研修等の必修化を検討する。
- イ 産科医師及び小児科医師におけるキャリア形成プログラムの充実化**
- 地域で勤務する産科医師及び小児科医師が専門的な技術・知識を獲得し、適切な臨床経験を積むことができるよう、キャリア形成プログラムの充実化を行う。

※ 参考:「小児科・産科における医療資源の集約化・重点化の推進について」(平成17年12月22日付け医政発第1222007号・雇発第1222007号・総経第422号・17文科高第642号厚生労働省医政局長・厚生労働省雇用均等・児童家庭局長・総務省自治財政局長・文部科学省高等教育局長連名通知)。

# 「外来医療計画」について

# 地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応（課題と方針）

## 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、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と、（１）外来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である。

## 対策のコンセプト

### （１）外来医療機能に関する情報の可視化

- 医師偏在の度合いが指標により示されることにより、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になる。

### （２）新規開業者等への情報提供

- 可視化された情報を、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提供する。

### （３）外来医療に関する協議の場の設置

#### ○ 可視化する情報の内容の協議

・可視化する情報の内容について、より詳細な付加情報（地域ごとの疾病構造・患者の受療行動等）を加えたり、機微に触れる情報（患者のプライバシー・経営情報等）を除いたりといった対応のために、地域の医療関係者等が事前に協議を行い、より有益な情報とする。

#### ○ 地域での機能分化・連携方針等の協議

・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関間の機能分化・連携の方針等（救急医療提供体制の構築、グループ診療の推進、医療設備・機器等の共同利用等）について地域の医療関係者等と協議を行い、地域ごとに方針決定できるようにする。

上記の協議については、地域医療構想調整会議を活用することができる。

## 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

## 制度改革

### 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

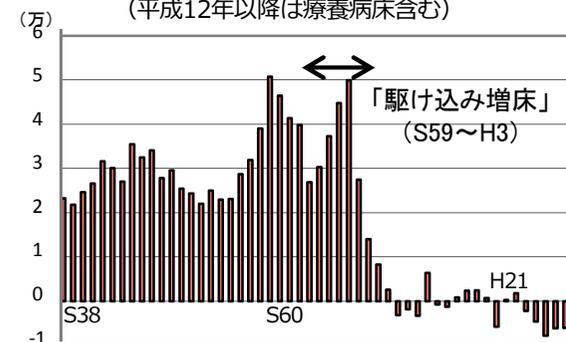
**地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等**の客観的な把握が可能

- **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）



# 外来医師多数区域の設定について

## 【論点】

- 外来医師偏在指標を元に、外来医師多数区域を設定し都道府県等に提供するに当たって、多数区域をどのように考えるか。

## <外来医師多数区域の基本的な考え方>

- 二次医療圏ごとに、外来医師偏在指標を集計し、
  - 上位33.3%を外来医師多数区域と設定し、都道府県等に情報提供を行うことで、新規開業者等における自主的な行動変容を促し、偏在是正につなげていくことが必要ではないか。

医療従事者の需給に関する検討会 第26回 医師需給分科会	資料 1-3
平成30年12月26日	

(外来医師偏在指標における外来医師多数区域の設定イメージ)



## 【対応】

- 外来医療の偏在指標については、「新たな医師偏在指標」を参考に、より外来医療の実態を踏まえた指標とするために①人口構成等、②昼夜間を含めた流出入、④医師偏在の種別、⑤医師の労働時間等を考慮したものとなっており、新たな医師偏在指標との関連が高い。
- そのため、外来医師偏在指標についても、新たな医師偏在指標と同様に上位33%を多数区域として設定してはどうか。

# 滋賀県内の圏域別の状況

第66回社会保障審議会医療部会  
(H31.4.24)

圏域名	外来医師偏在指標	全国順位 (335二次医療圏中)	区 分
大 津	125.1	34位	外来医師『多数』区域
湖 南	108.1	85位	外来医師『多数』区域
甲 賀	75.0	288位	
東近江	89.2	215位	
湖 東	93.6	185位	
湖 北	90.1	213位	
湖 西	82.1	244位	

# 外来医療計画において記載すべき内容

- ① 外来医師偏在指標を用いた外来医師多数区域の設定(可視化)
- ② 新規開業者への①等に関する情報提供
- ③ 外来医療に関する協議の場の設置
- ④ 医療機器の効率的な活用に係る計画



- ア 医療機器の配置状況に関する情報※
- イ 医療機器の保有状況等に関する情報※
- ウ 区域ごとの医療機器の種類ごとに共同利用の方針協議・決定
- エ 共同利用計画の記載事項とチェックのプロセス

※厚生労働省から医療機器に関する情報を各都道府県に提供する

# 滋賀県外来医療計画に関する検討方針(案)

## ①協議の場の設定について

○地域医療構想調整会議における協議を基本とする。

## ②協議の場において議論すべき内容について

○外来医師多数区域（大津、湖南）

→不足している外来医療機能について協議し、新規開業希望者に対して地域に必要とされる医療機能を担うよう求める。

不足する医療機能・・・在宅医療、初期救急、公衆衛生等

(診療科別の医師の偏在の課題については厚生労働省において議論中であることに留意が必要)

○外来医師多数区域以外（甲賀、東近江、湖東、湖北、湖西）

→不足している外来医療機能について大まかな方針について協議（確認）

# 滋賀県外来医療計画に関する検討方針(案)

## ③医療機器の共同利用の方針について

- 対象となる医療機器…CT、MRI、PET、放射線治療、マンモグラフィ
- 医療機器の効率的な利用に関する検討についても各圏域毎の地域医療構想調整会議を協議の場とし、医療機器の共同利用の方針および共同利用計画について協議を行い、結果をとりまとめ公表する。
- 共同利用の方針としては、医療機関が対象となる医療機器を購入する場合には、当該医療機器の共同利用にかかる計画を作成し、協議の場において確認を行うことを求める。
- 共同利用を行わない場合には、共同利用を行わない理由について協議の場で確認する。

→各圏域の共同利用計画については医療審議会においても共有する。

# ◎滋賀県保健医療計画一部改定(医師確保計画・外来医療計画) 検討スケジュール案

時 期	県全体				構想区域単位	
	滋賀県医療審議会(保健医療計画部会)		地域医療対策協議会		地域医療構想検討会議	
	会 議	審 議 内 容 等	会 議	協 議 内 容 等	会 議	協 議 内 容 等
7月	審議会① 【7/8】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・諮問</li> <li>・医師確保計画／外来医療計画の概要</li> <li>・計画検討の考え方 (検討区域、基本方針 等)</li> <li>・検討スケジュール</li> </ul>	協議会① 【7/23】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師確保計画の概要</li> <li>・検討スケジュール</li> </ul>		
9月～ 11月	部会①	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外来医療計画骨子</li> </ul>	協議会②	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師確保計画骨子</li> </ul>	調整会議① (県単位 調整会議)	外来医療計画意見照会 <ul style="list-style-type: none"> <li>・協議の場</li> <li>・不足する医療機能</li> <li>・医療機器の共同利用の方針</li> </ul>
12月	審議会②	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師確保計画／外来医療計画素案</li> </ul>				
1月	県民政策コメント・各関係団体への意見照会					
2月～ 3月	審議会③	<ul style="list-style-type: none"> <li>・県民政策コメント結果概要について</li> <li>・医師確保計画／外来医療計画最終案</li> <li>・答申</li> </ul>	協議会③	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師確保計画最終案</li> </ul>	調整会議②	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外来医療計画最終案</li> </ul>