

医師偏在対策について



厚生労働省

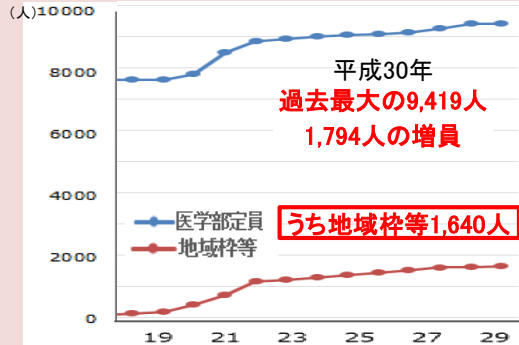
医政局

医師偏在対策の必要性

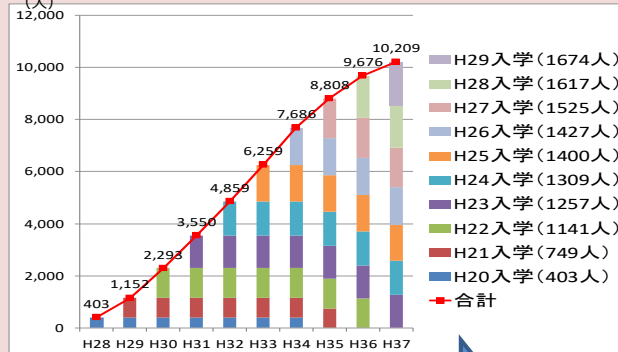
対策の必要性

- 平成20年以降の医学部の臨時定員増等による地域枠での入学者が、平成28年以降地域医療に従事し始めており、こうした**医師の配置調整が喫緊の課題**。

(Ⅱ) 医学部入学定員の年次推移

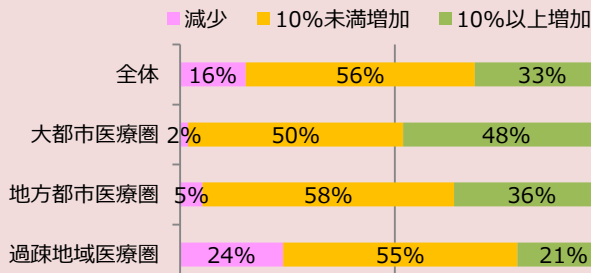


臨床研修を修了した地域枠医師数の見込み



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

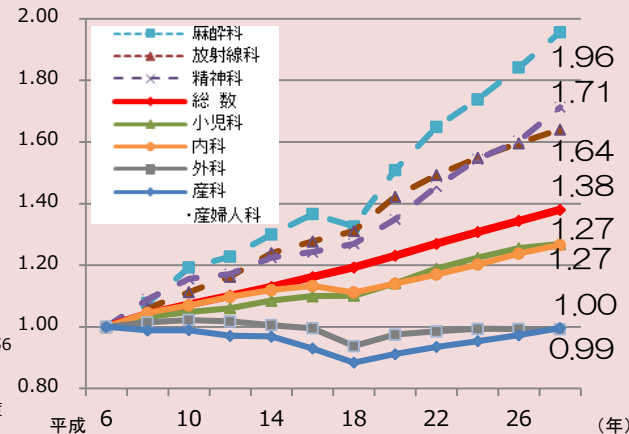
二次医療圏ごとにみた人口10万対医療施設 従事医師数の増減(平成20年→平成26年)



(※) 我が国全体では、平成20年から平成26年にかけて約10%増加(212.32人→233.56人)。二次医療圏については、平成26年(2014年)時点のもの(全344圏域)

- ・大都市医療圏(52圏域)：人口100万人以上又は人口密度2,000人/㎢以上
- ・地方都市医療圏(171圏域)：人口20万人以上又は人口10~20万人かつ人口密度200人/㎢以上
- ・過疎地域医療圏(121圏域)：大都市医療圏にも地方都市医療圏にも属さない医療圏

診療科別医師数の推移(平成6年:1.0)



対策の方向性

① 医師の少ない地域での勤務を促す環境整備

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

② 都道府県における体制整備

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

③ 外来医療機能の偏在・不足等への対応

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

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）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. 医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設【医療法】

医師少数区域等における一定期間の勤務経験を通じた地域医療への知見を有する医師を厚生労働大臣が評価・認定する制度の創設や、当該認定を受けた医師を一定の病院の管理者として評価する仕組みの創設

2. 都道府県における医師確保対策の実施体制の強化【医療法】

都道府県においてPDCAサイクルに基づく実効的な医師確保対策を進めるための「医師確保計画」の策定、都道府県と大学、医師会等が必ず連携すること等を目的とした「地域医療対策協議会」の機能強化、効果的な医師の配置調整等のための地域医療支援事務の見直し 等

3. 医師養成過程を通じた医師確保対策の充実【医師法、医療法】

医師確保計画との整合性の確保の観点から医師養成過程を次のとおり見直し、各過程における医師確保対策を充実

- ・ 医学部：都道府県知事から大学に対する地域枠・地元出身入学者枠の設定・拡充の要請権限の創設
- ・ 臨床研修：臨床研修病院の指定、研修医の募集定員の設定権限の国から都道府県への移譲
- ・ 専門研修：国から日本専門医機構等に対し、必要な研修機会を確保するよう要請する権限の創設
都道府県の意見を聴いた上で、国から日本専門医機構等に対し、地域医療の観点から必要な措置の実施を意見する仕組みの創設 等

4. 地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応【医療法】

外来医療機能の偏在・不足等の情報を可視化するため、二次医療圏を基本とする区域ごとに外来医療関係者による協議の場を設け、夜間救急体制の連携構築など地域における外来医療機関間の機能分化・連携の方針と併せて協議・公表する仕組みの創設

5. その他【医療法等】

- ・ 地域医療構想の達成を図るための、医療機関の開設や増床に係る都道府県知事の権限の追加
- ・ 健康保険法等について所要の規定の整備 等

施行期日

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

長期的には医師供給が需要を上回ると考えられるが、地域偏在や診療科偏在に引き続き対応する必要があることから、医師養成過程の様々な段階で医師の地域偏在・診療科偏在対策を進めている。

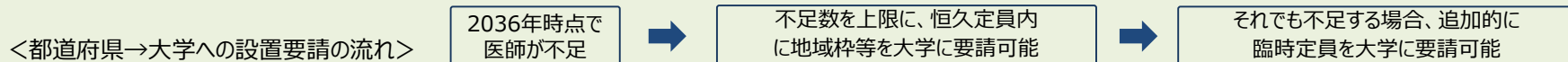
医師養成
課程

入学
時点

大学医学部 – 地域枠の設置 (地域・診療科偏在対策)

医師需給分科会

- 大学が特定の地域や診療科で診療を行うことを条件とした選抜枠を設け、都道府県が学生に対して奨学金を貸与する仕組みで、都道府県の指定する区域で一定の年限従事することにより返還免除される (一部例外あり)
- 将来的に医師供給量過剰とならないように、令和4年 (2022年) からの地域枠に係る医学部定員の設定・奨学金貸与について検討中



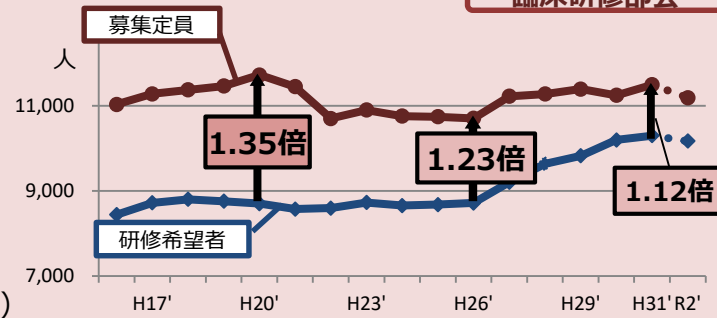
臨床
研修

臨床研修 – 臨床研修制度における地域偏在対策

臨床研修部会

- 都道府県別採用枠上限数の設定
- 全国の研修希望者に対する募集定員の倍率を縮小
- 医師少数区域へ配慮した都道府県ごとの定員設定方法を検討中
- 地域医療重点プログラムの新設 (2022年～)

※臨床研修病院の指定、募集定員の設定権限を都道府県へ移譲する (2020年4月～)



専門
研修

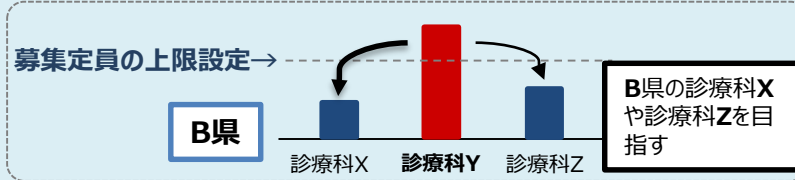
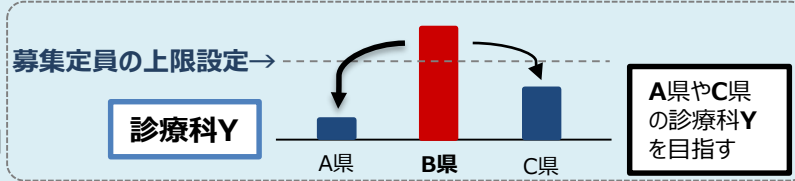
専門研修 – 専門医制度における地域・診療科偏在対策

専門研修部会

- 日本専門医機構が、都道府県別・診療科別採用上限数を設定 (シーリング)

※5大都市を対象としたシーリング→厚生労働省が算出した都道府県別・診療科別必要医師数に基づいたシーリングへ変更されている (2020年度研修～)

- 医師法の規定により、都道府県の意見を踏まえ、厚生労働大臣から日本専門医機構等に意見・要請を実施
- 2021年度に向けては、日本専門医機構において各学会・自治体を交え検討中



都道府県が主体的・実効的に医師偏在対策を講じることができる体制整備

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統合的に、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、医師会等の管内の関係者と連携して医師偏在対策を進めていくことができる体制を構築する必要。

対策のコンセプト

(1) 医師確保に関する施策立案機能の強化

○医師偏在指標の導入

- ・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。
- ・医師偏在指標を用いて、都道府県知事が医師偏在の度合いに応じて、都道府県内の「医師少数区域」「医師多数区域」を指定し、**具体的な医師確保対策に結びつけて実行**できるようにする。

○「医師確保計画」の策定

- ・医師偏在指標に基づき、地域ごとに医師確保の目標／目標達成のための対策を策定し、PDCAサイクルの下で進捗管理を行う。

(2) 医師養成過程への関与の法定化

【医学部】

- ・医師が少ない都道府県の知事が、大学に対し、**入学枠に地域枠・地元出身者枠の設定・増員を要請**

【臨床研修】

- ・**臨床研修病院の指定・定員設定権限**を国から**都道府県に移譲**

【専門研修】

- ・**都道府県**の意見を聴いた上で国が地域医療の観点から、**日本専門医機構等に対して意見を述べる仕組み**を法定

(3) 関係機関と一体となった体制の整備

○地域医療対策協議会の機能強化

- ・具体的な医師確保対策の実施を担う医療機関を中心に**構成員を再構成**。
- ・都道府県・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・研修医の定員等を決定**。

○地域医療支援事務の見直し

- ・地域医療支援事務の実効性を強化するため、**必ず大学医学部・大学病院との連携の下に**実施されるよう、地域医療対策協議会における協議に基づいて実施。

參考資料

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

・供給推計 今後の医学部定員を平成30年度の9,419人として推計。

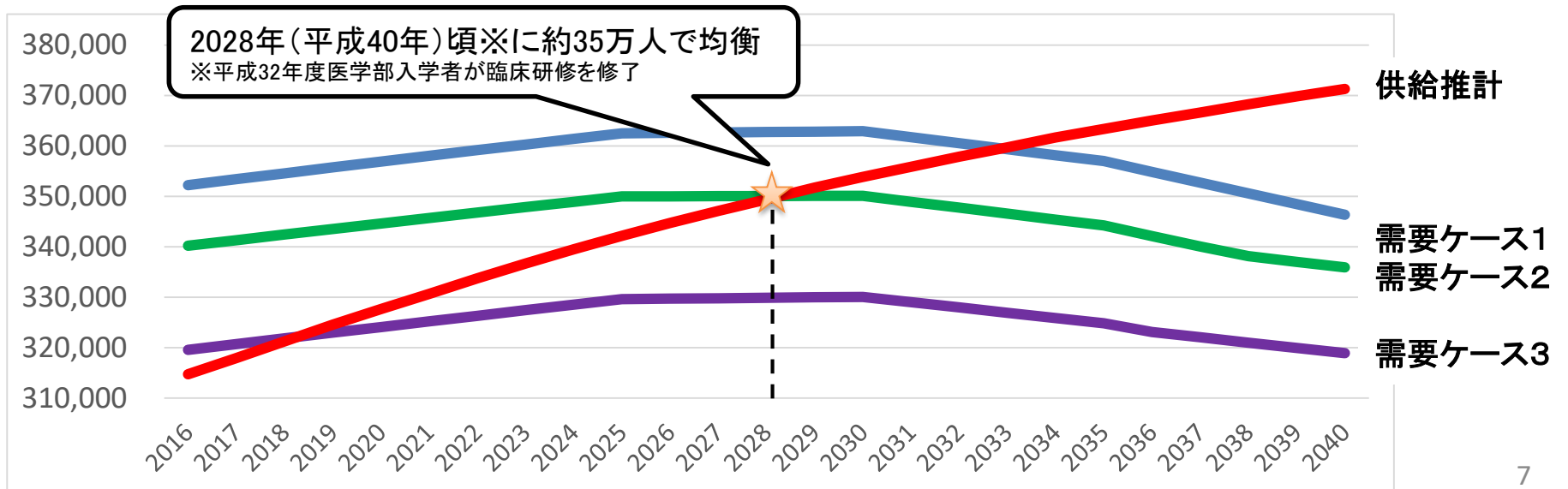
※1 勤務時間を考慮して、全体の平均勤務時間と性年齢階級別の勤務時間の比を仕事率とした

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

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

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

(人)



大学医学部 – 地域枠の設定（地域・診療科偏在対策）

（１）地域枠等の概要

大学が特定の地域や診療科で診療を行うことを条件とした選抜枠を設け、都道府県が学生に対して奨学金を貸与する仕組みで、都道府県の指定する区域で一定の年限従事することにより返還免除される（一部例外あり）

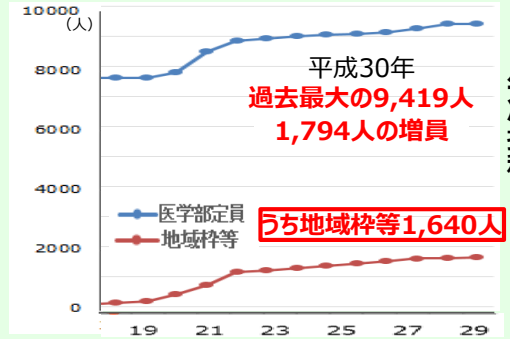
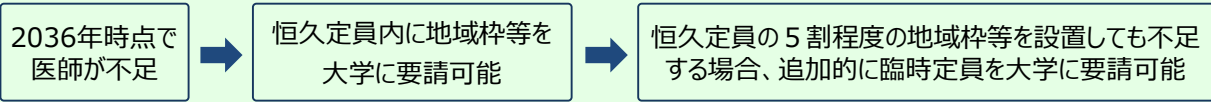
- ・県内の特定の地域での診療義務があることから、都道府県内における二次医療圏間の地域偏在を調整する機能がある。
- ・特定の診療科での診療義務がある場合、診療科間の偏在を調整する機能がある。
- ・臨時定員の増員等との組合せにより、都道府県間での偏在を調整する機能がある。

（２）地域枠等の必要数

将来時点の地域枠等の必要数については、2036年時点の医師供給推計（上位実績ベース）数が需要推計（必要医師数）を下回っている場合について、その差を医師不足数として、地域枠等の必要数を算出する。

（３）地域枠等の要請権限

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、都道府県知事から大学に対する地域枠等の設定・拡充の要請権限が創設。



医学部入学生定員の
年次推移

※一部の地域で医師の不足が深刻化している状況を踏まえ、平成20年度以降、地域枠等を中心に医学部定員数を暫定的に増加



今後の方針

H30需給推計結果

医師の需要と供給は、2028年には全国レベルで需給が均衡、2036年には3万人程度供給が需要を上回る見込み。

【2020年度、2021年度】

暫定的な需給推計結果を踏まえ、**2019年度の医学部定員を超えない**範囲で、地域枠を要件とした臨時定員の必要性を慎重に精査している。

【2022年度以降の医師養成数について】

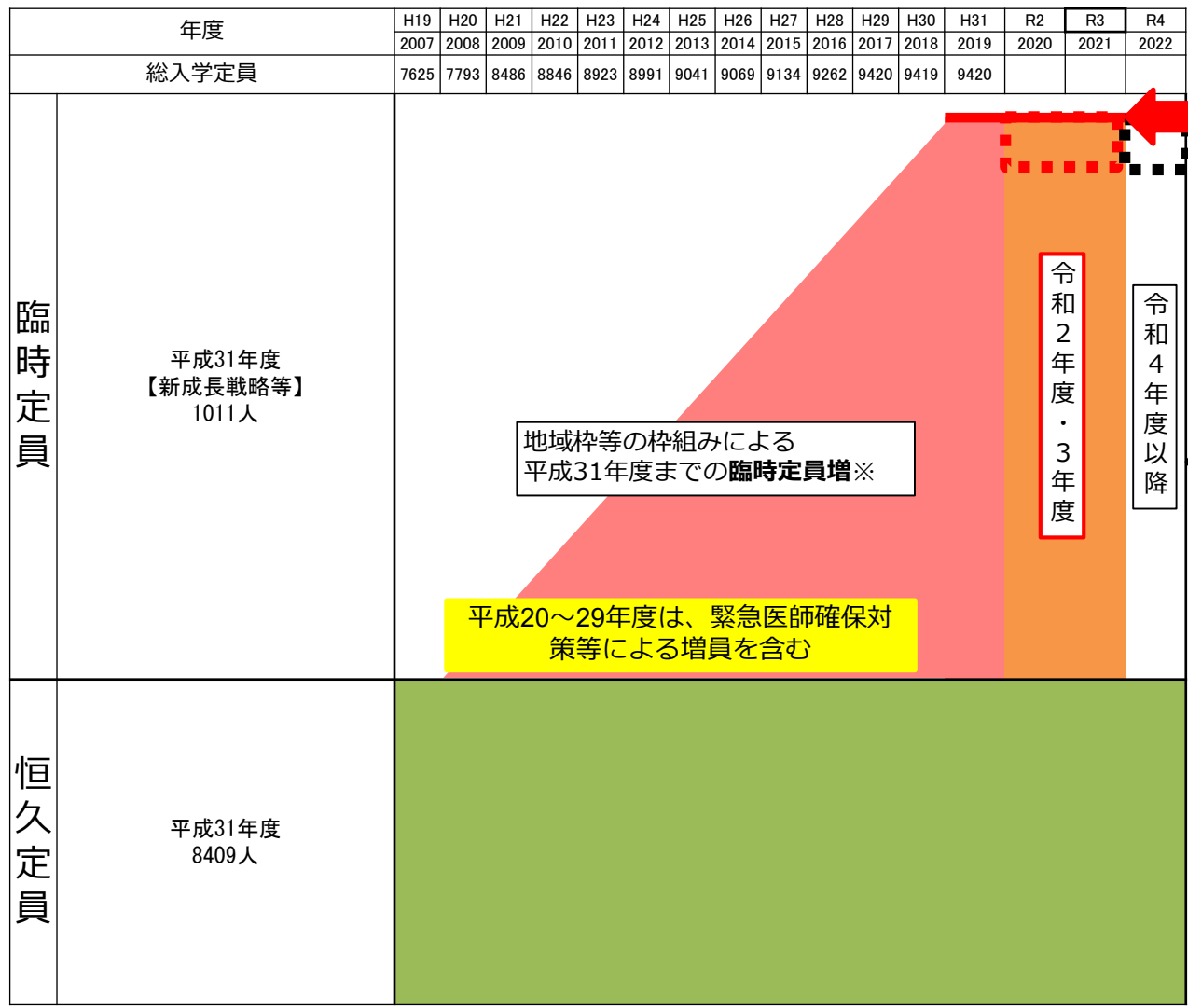
「医師の働き方改革に関する検討会 報告書」でとりまとめられた医師の働き方改革に関する結論、医師偏在対策の状況等を踏まえ、再度、医師の需給推計を行った上で検討を行う。

令和2年度以降の医師養成数について

医療従事者の需給に関する検討会
第28回 医師需給分科会・改

参考資料
3

平成31年2月18日



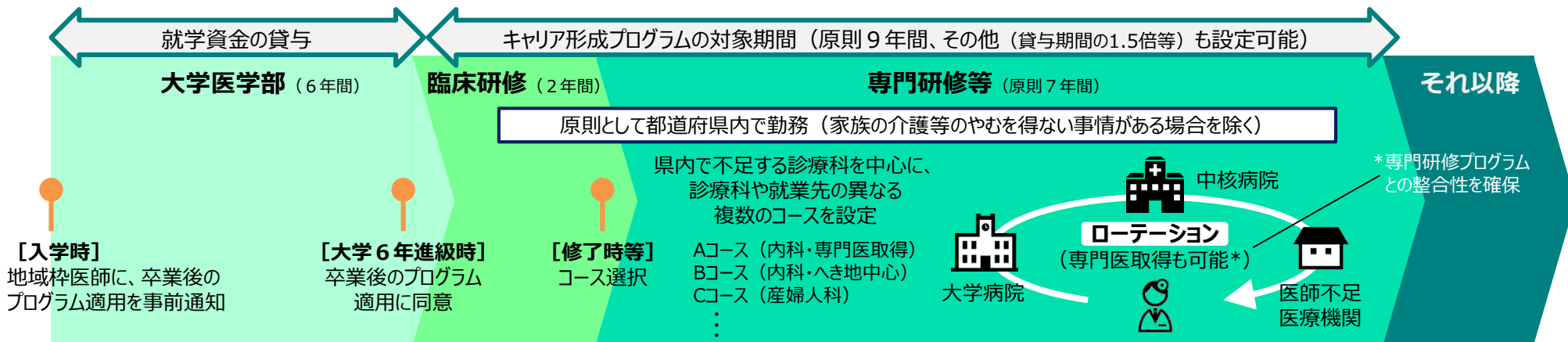
○令和2年度、令和3年度は、**暫定的に**現状の医学部定員を概ね維持しつつ、トータルとして**現状程度の医学部定員を超えない範囲で**、各都道府県や大学等とその必要性を踏まえ調整を行う。

○令和4年度以降については、医師の働き方改革に関する検討会※の結論等を踏まえ、再度検討を行うこととし、マクロの医師需給推計の前提となる医師偏在対策、勤務時間の適正化等について、再度、医師需給推計を行った上で医師養成数の方針等について見直す。

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

臨床研修にかかる都道府県知事の権限について（臨床研修病院の指定）

- 都道府県が格差是正を進めていくために、国が一定の基準等を示した上で、地域医療対策協議会の意見を聴き、**臨床研修病院の指定を都道府県が行う仕組みを構築**すべき。



厚生労働大臣の権限
臨床研修**病院の指定**

<メリット>

- ・地域医療に責任を有する都道府県が深く関与
- ・地域の実態を把握している**都道府県によりきめ細かい対応が可能**
- ・**都道府県が目指す医療提供体制の構築**が可能

<デメリット>

- ・臨床研修の**質のバラつき**が出る、有力な医療機関の意向が強く反映、特定の医療機関等が優遇などのおそれがある

権限移譲

臨床研修病院の指定

医道審議会

意見

厚生労働省

周知



医療機関

申請

都道府県

地域医療対策協議会

（大学、医師会、公的病院、民間病院 等）

意見



都道府県知事

指定



臨床研修病院

① 国が指定基準を定める

- ・年間入院患者数、指導医数、救急医療の提供、安全管理体制、患者の病歴に関する情報の適切な管理、患者からの相談に応じる体制 等

② 地域医療対策協議会の意見を反映

訪問調査等の見直しについて

- ・現行、国が実施主体として、個別の訪問調査等により、臨床研修病院の指定の継続や取消し等を判断している。
- ・臨床研修省令を整備し2020年度以降は、以下の調査(名称は、**実地調査に統一**)を行う。**実地調査の手続の詳細については、施行通知等に規定**
- ・また、国と都道府県の情報共有のため、臨床研修省令に、**都道府県知事及び厚生労働大臣が実地調査等を行った場合、その内容を通知する規定を整備**

現行

実施主体:国

①継続指定の訪問調査

2年連続入院患者数が3,000人を下回り、かつ、研修医が在籍している病院

②新規指定の訪問調査

基幹型臨床研修病院の指定を受けようとする病院のうち、入院患者3,000人を満たさないが、入院患者の数が年間2,700人以上であって、申し込みを行った病院

③継続指定の実地調査

指定基準を満たさなくなった、又は満たさなくなる恐れがある場合等の既指定の病院

④新規指定の実地調査

新規基幹型指定病院(※書面審査の上、必要と認めるもの)

2020年度以降

実施主体:都道府県

①継続指定の実地調査※

②新規指定の実地調査

③継続指定の実地調査(書面調査の結果、指定基準を満たしていないと疑いのある場合等※)

④新規指定の実地調査

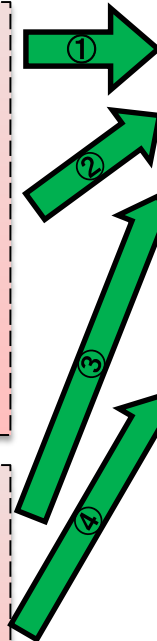
※4段階評価を実施(A、B+、B-、C)

B-と評価された病院については次回の調査において、続けてB-と評価された場合、原則、指定取消の対象

実施主体:国

⑤必要な実地調査

臨床研修の実施に関し特に必要があると認められる場合



臨床研修病院の募集定員設定について

○ これまで、国が臨床研修病院ごとの定員を定めていたが、今後、国は都道府県ごとの定員を定め、都道府県が病院ごとの定員を定めることにより、地方の研修医が増加する等のメリットがある。

※ 都道府県が定員を定める際、あらかじめ厚生労働省に情報提供する仕組みを法定。

※ 公私にかかわらず地域医療への配慮がなされるよう、都道府県が定員を定める際は地対協の意見を聴くことを法定化。

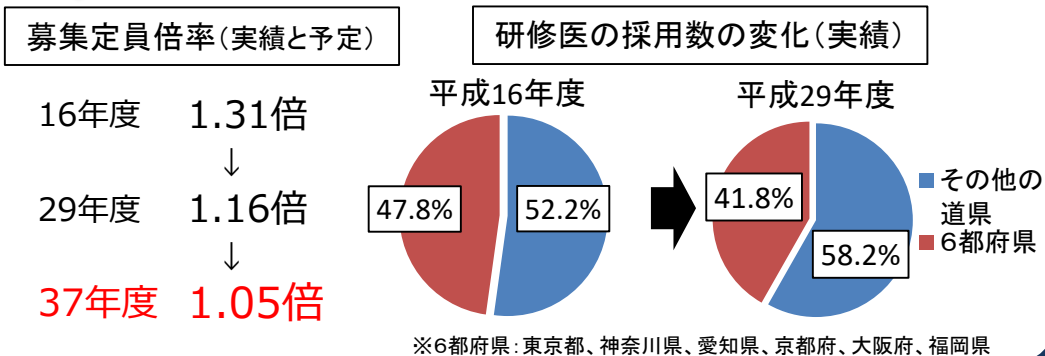
都道府県間の定員調整

① 募集定員倍率の圧縮

募集定員枠の全国的な圧縮(募集定員倍率の圧縮)

→定員充足している都市部の研修医数が減少

➔ **地域の定員数が増加**



② 定員算定方法の変更

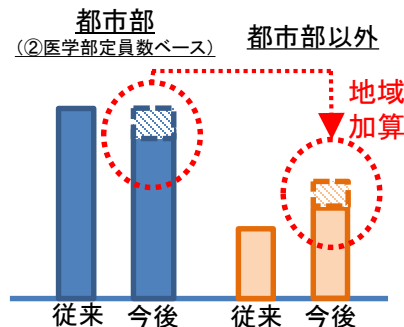
従来

①都道府県人口 又は ②医学部定員数 をベース
→②医学部定員数の多い都府県(東京等)が有利

今後

医学部定員数をベースとした臨床研修医定員を圧縮
→圧縮分を地域に加算

➔ **地域の定員数が増加**



都道府県内の定員調整

国による募集定員の設定(現行)

県内病院(例)



A病院 (都市部)
定員 20
マッチ者数 17



B病院 (地方部)
定員 2
マッチ者数 2

実情にあった定員数の設定

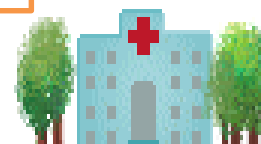
地域で働きたい医学生がマッチできない

都道府県による募集定員の設定

県内病院(例)



A病院 (都市部)
定員 17(↓)
マッチ者数 17



B病院 (地方部)
定員 5(↑)
マッチ者数 4(↑)

地域の研修医が増加

令和3年度臨床研修定員上限の計算方法(案)について

臨床研修部会
令和元年度第3回【資料1】
一部改変

■ 全国の募集定員上限(A) 赤字は令和3年度からの変更点

$$\text{研修希望者数} \times 1.09^{*1} + \text{前年度の定員上限と募集定員の差分} \times 4/5^{*2}$$

※1 令和7年までに段階的に1.05まで縮小
※2 令和7年までに段階的に縮小・廃止

■ 各都道府県の募集定員上限

B 人口分布

$$\text{全国の研修医総数(推計)} \times \frac{\text{都道府県の人口}}{\text{全国の総人口}}$$

C 医学部入学定員

$$\text{全国の研修医総数(推計)} \times \frac{\text{医学部入学定員}}{\text{全国の医学部入学定員}}$$

①基本となる数

$$\text{全国の研修医総数(推計)} \times \frac{\text{BとCの多い方}^*}{\text{BとCの多い方}^* \text{の全都道府県合計}}$$

* C(入学定員)を用いる場合、B(人口分布)の1.2倍を限度とする

③地理的条件等による加算

- (1)100kmあたり医師数※3
- (2)離島の人口※3
- (3)医師少数区域の人口※4
- (4)都道府県間の医師偏在状況※5

※3 それぞれに一定の係数をかけた値を加算
※4 残りの定数に 都道府県の医師少数区域の人口/全国の人口 をかけた数を加算
※5 さらに残った数を、都道府県間の医師偏在状況に応じて按分

②地域枠

$$+ \text{奨学金貸与者数} \times 1.09(\text{今回の目標倍率})$$

④激変緩和(前年度の採用数保障)

- ・ ①～③の合計が前年度の採用実績に満たない場合、前年度採用数を当該都道府県の上限とする
- ・ 上記により追加する定数については、他の都道府県の定数から $\frac{\text{各都道府県の(①～③の合計 - 前年度の採用実績)}}{\text{他の都道府県の(①～③の合計 - 前年度の採用実績)の合計}}$ に応じて減ずる

新専門医制度の採用数上限設定(シーリング)

(2018年度専攻医(1年目))

- 2018年度専攻医においては、日本専門医機構により、五大都市(東京都、神奈川県、愛知県、大阪府、福岡県)について、各診療科(外科、産婦人科、病理、臨床検査および総合診療科以外)のシーリング数として過去5年間の採用数の平均が設定された。

(2019年度専攻医(2年目))

- 2019年度専攻医は、引き続き五都府県に2018年度と同様のシーリングを実施。ただし、2018年度専攻医が東京都に集中したことを受け、東京都のシーリング数を5%削減した。

(2020年度専攻医(3年目))

- 2020年度専攻医募集に向けては、厚生労働省が2018年度に発表した都道府県別診療科必要医師数および養成数を基に、各都道府県別診療科の必要医師数に達している診療科に対して、一定のシーリングをかけることを厚労省が日本専門医機構に提案し、日本専門医機構が作成したシーリング案が5月14日医道審議会医師専門研修部会にて承認された。
- 上記のシーリング案について、都道府県の地域医療対策協議会において検討を行い、厚生労働大臣に意見を提出し、9月13日に厚生労働大臣から日本専門医機構に、必要な措置の実施を意見・要請した。
- それを踏まえ、日本専門医機構はシーリングの最終決定を行い、10月15日より専攻医の募集を開始した。

(2021年度専攻医(4年目))

- 日本専門医機構がシーリングを検討するための協議体を設置しており、各学会や都道府県からのヒヤリング等を踏まえ検討がなされる予定。

下記の場において、診療科別必要医師数について意見の集約、今後の方向性を検討している。

令和元年5月17日 知事会との意見交換会

令和元年6月7日 医療政策研修会

都道府県担当者向けの研修。

令和元年7月1日・9月11日 持続可能な社会保障制度の構築に向けた国と地方の意見交換会

国と47都道府県の意見交換。

令和元年8月～11月 日本専門医機構 2021年度専門医養成数に関する検討協議会

(厚生労働省はオブザーバーとして参加。)

自治体・学会を対象にヒアリングを実施。各回に下記団体が参加。

第1回 (8月1日)	脳神経外科、産婦人科、外科、小児科、精神科
第2回 (8月22日)	内科、皮膚科、整形外科、眼科
第3回 (9月5日)	救急、耳鼻科、放射線科、麻酔科、泌尿器科
第4回 (9月19日)	病理、臨床検査、形成外科、リハビリ科
第5回 (10月3日)	知事会、町村会
第6回 (11月7日)	全学会
第7回 (11月21日)	全学会

	医師・歯科医師・ 薬剤師調査	労働時間調査	患者調査	対応表
前回2019年計算	2016年	2016年 「医師の勤務実態及び働き方 の意向等に関する調査」	2014年	※1
今回2020年計算	2018年		2017年	

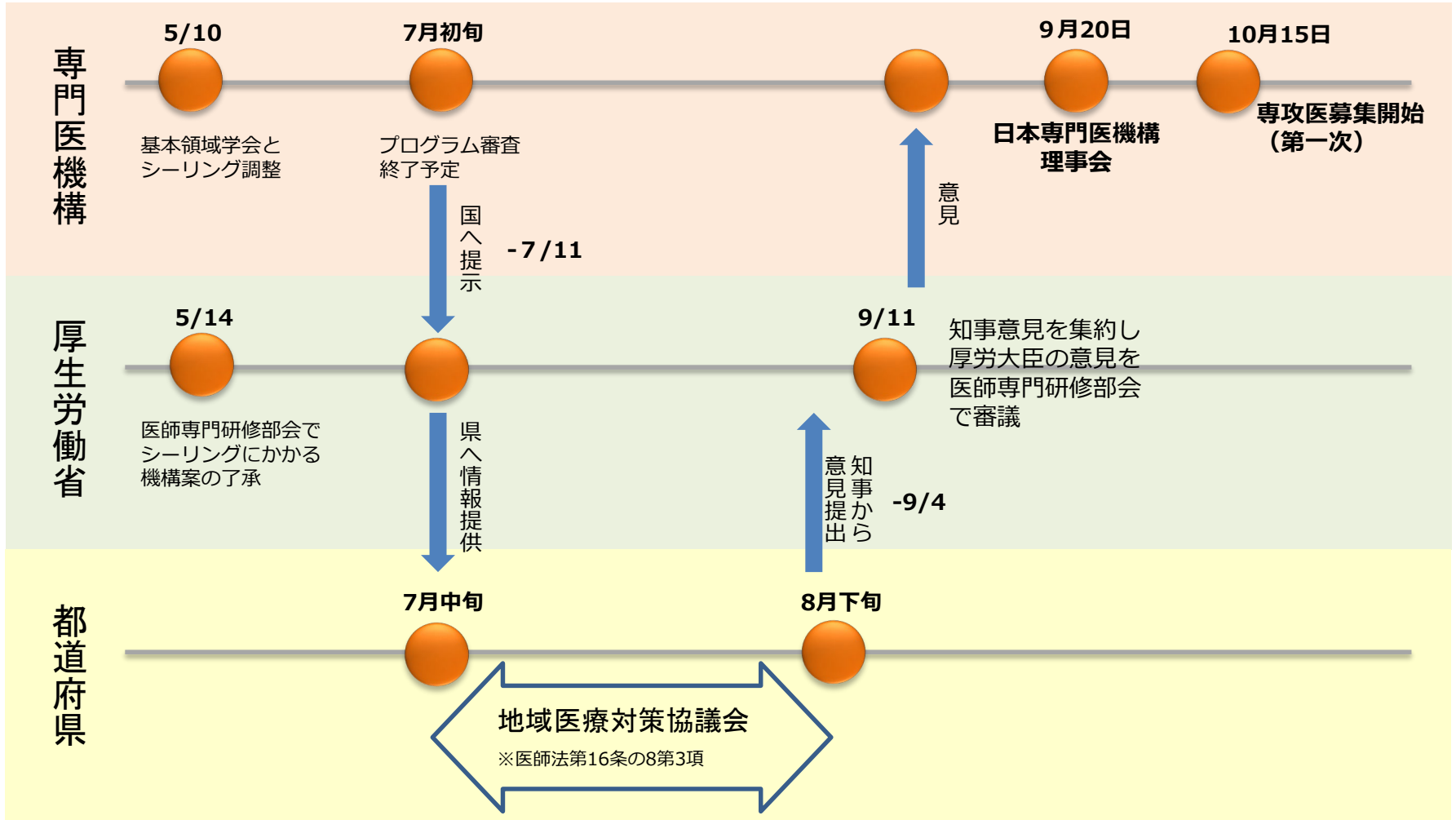
※1 厚生労働科学研究「保健医療介護現場の課題に即したビッグデータ解析を実践するための臨床疫学・統計・医療情報技術を磨く高度人材育成プログラムの開発と検証に関する研究」(研究代表者 東京大学 康永秀生)の研究結果(DPCデータ(2016年退院者データ)から求めた69診療科×傷病分類(ICD-10)別の患者数)を用いて、厚生労働科学研究「ニーズに基づく専門医の養成に係る研究」(研究代表者 自治医科大学 小池創一)において、基本診療領域×傷病中分類(患者調査)別の患者数を算出した。今回より、性年齢階級別の対応表としている。

(診療科と疾病等の対応表例) 循環器系の疾患 (脳梗塞)

脳神経外科	48%
内科	46%
リハビリテーション科	4%
外科	1%
救急科	1%
整形外科	0%
精神科	0%
泌尿器科	0%
小児科	0%
産婦人科	0%
耳鼻咽喉科	0%
麻酔科	0%
形成外科	0%
放射線科	0%
眼科	0%
皮膚科	0%

昨年の専攻医募集のスケジュール(シーリング)

2019年



医師確保計画を通じた医師偏在対策について

医療従事者の需給に関する検討会
第23回 医師需給分科会(平成30年10月24日)
資料1(抜粋・一部改変)

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

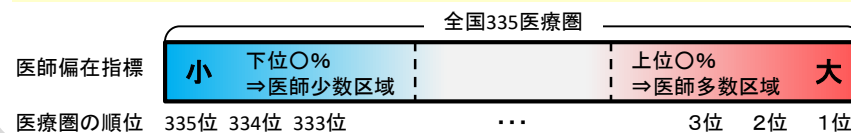
三次医療圏・二次医療圏ごとに、**医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成等を踏まえた**医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

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

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

