

令和6年度第3回
三重県地域医療対策協議会
令和6年12月17日

資料2

医師偏在是正対策（総合的な対策のパッケージ等） 及び広域連携プログラムの状況について

1. 医師偏在是正対策（総合的な対策のパッケージ等）について
2. 広域連携プログラムの状況について

医師偏在是正対策（総合的な対策のパッケージ等） 及び広域連携プログラムの状況について

1. 医師偏在是正対策（総合的な対策のパッケージ等）について
2. 広域連携プログラムの状況について

「経済財政運営と改革の基本方針2024」(令和6年6月21日閣議決定)【抜粋】

第3章 中長期的に持続可能な経済社会の実現～「経済・財政新生計画」～

3. 主要分野ごとの基本方針と重要課題

(1) 全世代型社会保障の構築

(医療・介護サービスの提供体制等)

(略)

医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在の是正を図るため、医師確保計画を深化させるとともに、医師養成過程での地域枠の活用、大学病院からの医師の派遣、総合的な診療能力を有する医師の育成、リカレント教育の実施等の必要な人材を確保するための取組、経済的インセンティブによる偏在是正、医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の大幅な拡大等の規制的手法を組み合わせた取組の実施など、総合的な対策のパッケージを2024年末までに策定する。あわせて、2026年度の医学部定員の上限については2024年度の医学部定員を超えない範囲で設定するとともに、今後の医師の需給状況を踏まえつつ、2027年度以降の医学部定員の適正化の検討を速やかに行う。

(略)

(太字、下線は加筆)

医師偏在是正に向けた総合的な対策

少子高齢化が進展する中、持続可能な医療提供体制の構築に向け、地域間・診療科間の医師偏在の是正を総合的に推進する。

➤ ①医師確保計画の深化・②医師の確保・育成・③実効的な医師配置を柱として、2024年末までに総合的な対策のパッケージを策定し、これらを組み合わせた医師偏在是正に係る取組を推進する。

<総合的な対策パッケージの骨子案>

対策	2024年度	2025年度	2026年度	2027年度
①医師確保計画の深化	◆人口や医療アクセス状況等を踏まえ、都道府県における医師偏在の是正プランの策定、国における重点的な支援対象区域の選定。	「第8次医師確保計画(後期)ガイドライン」策定	「第8次医師確保計画(後期)」策定	「第8次医師確保計画(後期)」開始
②医師の確保・育成	◆医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の大幅な拡大、外来医師多数区域の都道府県知事の権限強化、保険医制度における取扱い等の規制的手法を検討。	必要に応じて 法令改正		改正法令 施行
	◆臨床研修の広域連携型プログラムの制度化。	各医療機関でプログラム作成、研修医の募集・採用	プログラム開始	
	◆中堅以降医師等の総合的な診療能力等に係るリカレント教育について、R7年度予算要求。	リカレント教育事業開始		
◆医師多数県の臨時定員地域枠の医師少数県への振替を検討。	医師少数県の臨時定員地域枠の拡充			
③実効的な医師配置	◆地域医療介護総合確保基金等による重点的な支援区域の医療機関や処遇改善のための経済的インセンティブ、当該区域への医師派遣等を行う中核的な病院への支援、全国的なマッチング機能の支援等を検討。	地域医療介護総合確保基金等による財政措置		
	◆大学病院との連携パートナーシップについて、都道府県・大学病院にヒアリング等を行い、対応を検討。	都道府県・大学病院と協議、パートナーシップのプランの内容整理	「第8次医師確保計画(後期)」にプランを反映	プラン開始

医師偏在是正に向けた総合的な対策パッケージの骨子案の主な論点

主な論点

- ① 医師確保計画の実効性
 - 都道府県が医師偏在是正に主体的に取り組み、国は都道府県をサポートする仕組みを検討すべきではないか。
 - ② 医師の確保・養成
 - 医師少数区域等での勤務を後押しするため、医学生・若手医師の地域への理解・意識を涵養し、地域での活躍を推進するとともに、臨床研修の広域連携型プログラムの制度化、医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の大幅な拡大を検討すべきではないか。
 - 外来医師多数区域における新規開業希望者に対する医療機能の要請等の現行の仕組みをより実効力のあるものとする等の規制的手法について、医療法等における位置づけを含めて検討すべきではないか。
 - 保険医制度の中で、保険診療の質を高めつつ医師の偏在是正に向けて、どのような方策が考えられるか検討すべきではないか。
 - 地域の医療需要や働き方改革推進の観点から、より一層の対応が必要な診療科の医師について、インセンティブを高める方策についてどのように考えるか。
 - 医師少数区域等で勤務することも念頭に、中堅以降医師等の総合的な診療能力等に係るリカレント教育を推進すべきではないか。
 - 医師養成過程や診療報酬を通じた対策についても、医師偏在是正の観点から検討すべきではないか。
- ※ なお、骨太方針2024においては「今後の医師の需給状況を踏まえつつ、2027年度以降の医学部定員の適正化の検討を速やかに行う。」とされている。
- ③ 実効的な医師配置
 - 新たに選定する重点的な支援対象区域（都道府県において医師偏在対策に重点的に取り組む支援対象区域）における開業・承継の支援や、経済的インセンティブを含め、医師の勤務意欲につながる方策について検討すべきではないか。
 - 新たに選定する重点的な支援対象区域に医師派遣等を行う大学病院等の中核的な病院への支援や、全国的なマッチング機能の支援等を検討すべきではないか。
 - ④ 実施に向けて
 - ①～③の取組を推進していく上で、規制的手法はもとより、経済的インセンティブとして、どのような対応が必要か。経済的インセンティブによる偏在是正を進めるにあたっては、国や地方のほか、保険者等からの協力を得るなど、あらゆる方策を検討すべきではないか。
 - ①～③の取組を国、地方、医療関係者、保険者等がどのように協力して実施していくべきか。

医師偏在是正プラン・重点医師偏在対策支援区域について（案）

骨子案

人口や医療アクセス状況等を踏まえ、都道府県における医師偏在の是正プランの策定、国における重点的な支援対象区域の選定。

（主な論点）9/5厚生労働省医師偏在対策推進本部

- ・ 都道府県が医師偏在是正に主体的に取り組み、国は都道府県をサポートする仕組みを検討すべきではないか。

I 現状・課題

- ・ 都道府県は、医師偏在指標や医師需給推計等を踏まえ、医師確保計画（都道府県・二次医療圏ごとに、医師の確保の方針、目標医師数、具体的な施策等）を策定し、3年ごとに計画の見直しを行っている。
- ・ 第7次医師確保計画（令和2～5年度）では、当該計画期間中に医師偏在指標が下位1/3である医師少数県や医師少数区域が当該下位1/3基準値に達することを目標としていたところ、医師少数県16県のうち6県（38%）が、医師少数区域105区域のうち43区域（41%）が目標を達成しているが、依然として一部の地域では地域偏在が解消されていない。
- ・ 地域医療構想や働き方改革を推進するとともに、医師確保計画に基づく取組の更なる実効性を確保する必要がある。

II 取組の方向性案

- ・ 早急に医師確保を要する地域について、へき地保健医療対策にも取り組んでいるが、へき地でなくても、人口規模、地理的条件、今後の人口動態等から、医療機関の維持が困難な地域もあり、まず早急に取り組む地域の対策として、優先的かつ重点的に対策を進める区域を「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」として設定することについて、どのように考えるか。
※「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」は、医師偏在指標とともに、可住地面積あたりの医師数、住民の医療機関へのアクセス状況、医師の高齢化の状況等も考慮して設定
- ・ 都道府県の医師確保計画において、「医師偏在是正プラン(仮称)」を策定し、「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」、対象医療機関、必要医師数を具体的に示すことについて、どのように考えるか。その際、「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」については、国において、一定の基準を設けた上で、都道府県と調整して、選定することについて、どのように考えるか。

（注）「医師確保計画策定ガイドライン～第8次（前期）～」(令和5年3月31日厚生労働省医政局地域医療計画課長等通知)（抜粋）

医師偏在指標は、エビデンスに基づき、人口10万対医師数よりも医師の偏在の状況をより適切に反映するものとして、医師偏在対策の推進において活用されるものである。しかしながら、医師偏在指標の算定に当たっては、一定の仮定が必要であり、また、入手できるデータの限界などにより、指標の算定式に必ずしも全ての医師偏在の状況を表しうる要素を盛り込んでいるものではない。このため、医師偏在指標の活用にあたっては、医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまでも相対的な偏在の状況を表すものであるという性質を十分に理解した上で、数値を絶対的な基準として取り扱うことや機械的な運用を行うことのないよう十分に留意する必要がある。また、医師偏在指標の活用にあたっては、地域医療構想の推進や医師の働き方改革も踏まえた一体的な議論が重要であることから、地域の実情に合わせた医療提供体制の維持を十分に考慮すること。

医師偏在是正対策（総合的な対策のパッケージ等） 及び広域連携プログラムの状況について

1. 医師偏在是正対策（総合的な対策のパッケージ等）について
2. 広域連携プログラムの状況について

広域連携型プログラムの概要①

医師多数県の基幹型病院（連携元病院）に採用された研修医が、医師多数県における研修を中心としつつ、医師少数県等の臨床研修病院（連携先病院）においても一定期間研修するプログラム

地域における研修機会の充実に

－医師少数区域など地域の医療現場を経験できる機会を充実

複数の医療現場の魅力・特性を生かした充実した研修が可能に

－異なる医療現場を経験できる、地域における医療現場を経験できるなど

研修医のキャリアの選択肢に

－異なる環境で医療に従事する中で、研修医の将来のキャリア検討の選択肢や自分の特性に気づく契機になる

全国の臨床研修ネットワークの形成に

－異なる地域の臨床研修に関するネットワークが形成され知見の共有等につながる

以上に加え、本プログラムを通じて地域における医療へのキャリアの選択肢が広がるなど、**医師偏在対策に資する**

参考①：大学病院で臨床研修を行った研修医が、病院（プログラム）を選んだ理由として、いわゆる「たすきがけプログラム」が上位に挙がる

臨床研修を行った病院（プログラム）を選んだ理由（臨床研修修了者アンケート） 研修先：大学病院

	令和2年3月修了者	令和3年3月修了者	令和4年3月修了者
第1位	出身大学である（37.9%）	臨床研修のプログラムが充実（36.2%）	臨床研修のプログラムが充実（35.7%）
第2位	臨床研修のプログラムが充実（34.4%）	出身大学である（35.2%）	出身大学である（32.5%）
第3位	「たすきがけプログラム」があったから（27.7%）	「たすきがけプログラム」があったから（29.1%）	「たすきがけプログラム」があったから（26.0%）

参考②：臨床研修医の中でも長期の地域での研修を希望する者が一定数存在する

臨床研修修了者（令和3年度修了）アンケートにおいて、地域医療研修の期間が「短かった」と回答した者：約15%

広域連携型プログラムの概要②

1. 対象区域

- ・連携元区域：**医師多数県のうち募集定員上限に占める採用率が全国平均以上の都道府県**（但し、地理的事情などの特殊事情を有する沖縄県は除く。）（以下「医師多数県」という）
- ・連携先区域：**医師少数県のうち募集定員上限に占める採用率が全国平均以下の都道府県**
医師中程度県のうち募集定員上限に占める採用率が全国平均以下の都道府県の医師少数区域連携元区域に該当する医師多数県の医師少数区域（対象人数の一部）
（以下「医師少数県等」という）

※対象区域は令和5年度の医師偏在指標等を用いて決定する。また、プログラムの継続実施の観点から当面の間は本プログラムの対象区域を固定するが、今後のプログラムの実施状況や指標の更新状況等を踏まえつつ対象区域の変更も並行して検討する。

※連携元区域に該当する医師多数県の医師少数区域について、人口30万人以上の二次医療圏は連携先区域から除く。

2. 対象病院

- ・連携元病院：医師多数県の基幹型病院
- ・連携先病院：医師少数県等の基幹型病院、協力型病院等

3. 対象人数

- ・医師多数県の募集定員上限の5%以上

※東京都：63名以上、京都府：13名以上、大阪府：32名以上、岡山県：10名以上、福岡県：21名以上

※連携先病院が連携元区域に該当する医師多数県の医師少数区域に所在する病院である場合には、募集定員上限の5%のうち2%（東京都：25人、京都府：5人、岡山県：4人、福岡県：8人）を限度とする。

※激変緩和措置適用都道府県はこれに激変緩和措置により加算された定員数の1/2を加えた数。但し、連携先病院の確保の観点から当初の間は本規定は適用しない。

※令和8年度の募集定員上限は、令和8年度の募集定員上限の5%を基本としつつ、令和8年度募集定員上限が令和7年度募集定員上限を上回る場合は、令和7年度募集定員上限の5%とすることも可とする。

広域連携型プログラムの対象区域

1. 連携元区域（医師多数県）

医師多数県のうち募集定員上限に占める採用率が全国平均以上の都道府県（但し、地理的事情などの特殊事情を有する沖縄県は除く。）

東京都、大阪府、京都府、岡山県、福岡県

2. 連携先区域（医師少数県等）

① 医師少数県のうち募集定員上限に占める採用率が全国平均以下の都道府県

三重県の募集定員数：
22名

青森県、岩手県、秋田県、山形県、福島県、茨城県、群馬県、新潟県、長野県、岐阜県、**三重県**、山口県、宮崎県

② 医師中程度県のうち募集定員上限に占める採用率が全国平均以下の都道府県の医師少数区域

北海道、宮城県、福井県、島根県、大分県、鹿児島県の医師少数区域

※医師中程度県のうち募集定員上限に占める採用率が全国平均以下の都道府県の中で富山県、山梨県、広島県、愛媛県は医師少数区域がない。

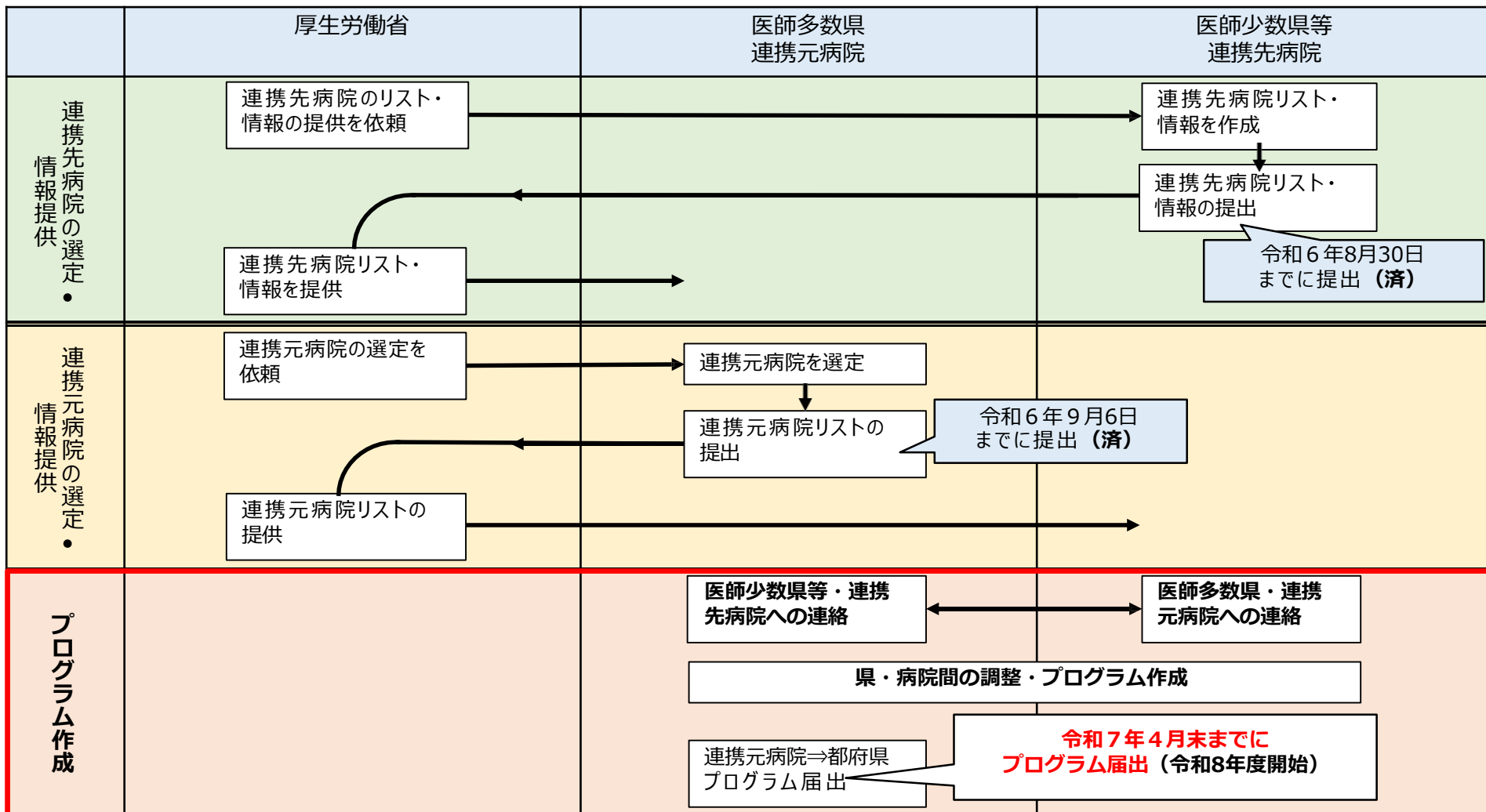
③ 連携元区域に該当する医師多数県の医師少数区域（対象人数の一部）

東京都、京都府、岡山県、福岡県の医師少数区域

※連携元区域に該当する医師多数県の医師少数区域について、人口30万人以上の二次医療圏は連携先区域から除く。
※連携先病院が連携元区域に該当する医師多数県の医師少数区域に所在する病院である場合には、募集定員上限の5%のうち2%（（東京都：25人、京都府：5人、岡山県：4人、福岡県：8人））を限度とする。

※連携元区域に該当する医師多数県のうち、大阪府には医師少数区域がない。

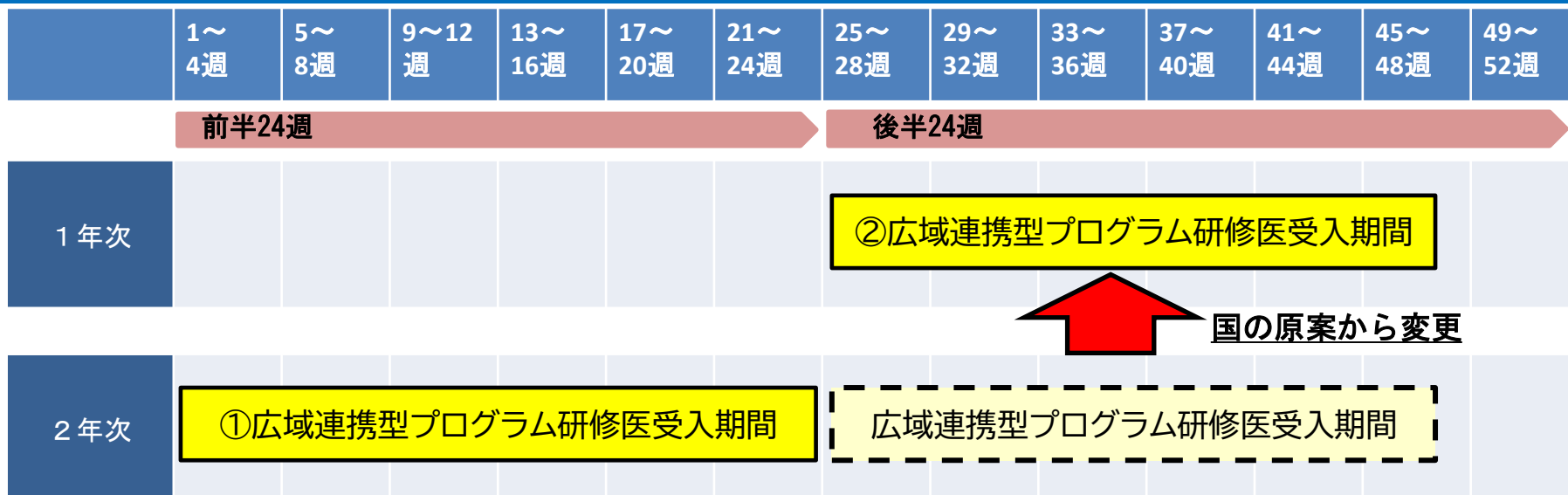
広域連携型プログラムの作成スケジュール



※病院間の連絡調整の前に医師多数県や医師少数県等で連絡調整を行うことも考えられる。

※上記流れに限らず、連携元病院が独自にリストにない連携先病院と連携することも可能。但し、当該連携先病院は、連携の状況を医師少数県等に連絡することとする。

三重県版 広域連携型プログラムモデル（案）



年度の前半は①(2年次)、後半は②(1年次)の受入れとすることに変更

変更のねらい・メリット

- 1年次後半、または、2年次前半は、今後専攻する診療科や専門研修先を検討している段階にあるため、この時期で受入れることで、三重県で専門研修を行う魅力等を伝えるきっかけとすることが可能。
- 24週の受入れを年2回実施することで、自院とは別の研修医枠としてローテーションを固定化することができる、宿舎等の確保の手間が省かれる等が期待できる。

課題

- 1年次後半での受入れを行う場合、必修診療科の研修を実施する可能性が高くなるため、通常プログラムで参加している県内研修医のローテーションに影響を及ぼす可能性がある。

第1回 医師派遣検討部会における委員等の意見（令和6年11月5日開催）

（委員）

- 広域連携型プログラムについて、プログラムの作成は連携元病院が行うという理解でいいか。また、連携先病院としての手続き等は何か必要か。

（委員・事務局）

- プログラムについては、連携元病院が作成する。プログラムを作成する過程で、連携先病院と調整等をしていただくとと思う。
- 手続き等は特にないが、連携が確定した場合、県に情報共有を行ってほしい。

（委員）

- 三重県に医師が来てくれればいいが、中々難しいのではないかと思う。本プログラムの運用により、逆に医師多数都道府県の研修医が増える結果にならないか。

（事務局）

- 連携元病院も定員の上限は変わらないため、そのような状況になることはないと思料する。

（委員）

- 広域連携プログラムにおける説明会の案内通知について、基幹型病院と協力型病院で異なっていた。通知方法等について、今後検討・改善してほしい。

（事務局）

- 県からは、協力型病院に対して改めて情報共有の連絡を行った。ご指摘の状況については、確認のうえ検討させていただきたい。