

第 1 2 回 医 療 計 画 の 見 直 し 会 等 に 関 する 検 討 会	資 料 3
平 成 3 0 年 1 月 2 2 日	

# 救命救急センターにおける 充実段階評価の見直しについて

# 救命救急センターの充実段階評価

## 【背景】

- 昭和52年「救急医療対策の整備事業について」にて、初期、第二次、第三次救急医療体制が発足し、「救急医療対策事業実施要綱」により、救命救急センターの整備が開始された。
- 平成9年「救急医療体制基本問題検討会」にて、「既存の救命救急センターを再評価し、その機能を強化する」との提言を受け、平成11年より全体のレベルアップを図ることを目的として救命救急センターの充実段階評価が開始された。
- 平成20年「救急医療の今後のあり方に関する検討会」を経て、平成22年に充実段階評価を改正した。
- 平成25年「救急医療体制等のあり方に関する検討会」にて、救命救急センターの適正な評価のために、充実段階評価をより充実したものにする必要があるとの方向性が示された。

## 【目的】

個々の救命救急センターの機能の強化、質の向上を促し、もって全国の救急医療体制の強化を図る。

【施策への反映状況】以下の2点について用いられている。

### 医療提供体制推進事業費補助金

救命救急センター運営事業の交付算定基準額の算出に当たって、以下の率を乗じる。

A評価：100%  
B評価：90%  
C評価：80%

### 診療報酬点数

#### A300 救命救急入院料(1日につき)

- 1 救命救急入院料1 7,623～9,869点
- 2 救命救急入院料2 9,046～11,393点
- 3 救命救急入院料3 7,623～9,869点  
※広範囲熱傷特定集中治療管理料 8,030点～9,869点
- 4 救命救急入院料4 9,046～11,393点  
※広範囲熱傷特定集中治療管理料 8,030点～11,393点

※ 救命救急入院料1～4のいずれも救命救急センターを有していることが要件となっている。

#### <充実段階評価に係る加算>

- 充実段階評価 A評価  
⇒ 1日につき1,000点を加算
- 充実段階評価 B評価  
⇒ 1日につき 500点を加算

# 充実段階評価の見直しに係る論点

平成28年度「医療計画の見直し等に関する検討会」資料（第6回 平成28年11月9日）

## 【見直しの方向性】

いわゆる出口問題等に対応する観点から、救急医療に係る医療提供者の機能と役割を明確にしつつ、地域包括ケアシステムの構築に向け、より地域で連携したきめ細やかな取り組みを進める。

## 【具体的な内容】

方向性を踏まえ、救急医療提供体制については、以下のように見直してはどうか。

（救急医療機関等の機能の充実）

救命救急センターの充実段階評価を見直し、地域連携の観点をより取り入れる。併せて、救急医療機関について、数年間受入実績がない場合には、都道府県による指定の見直しを検討する。



## 見直しに係る論点

### 1. 充実段階評価の項目の見直しについて

日本救急医学会と厚生労働科学研究「救急医療提供体制の推進に関する研究(研究代表者:山本保博)」とが合同で作成した、充実段階評価の見直し案を用いてはどうか。

### 2. 充実段階評価の評価区分の見直しについて

新たにS評価を創設し、S評価、A評価、B評価、C評価の4段階の評価とし、見直し後は改善を求めるべく段階的に評価基準を引き上げてはどうか。

# 1. 充実段階評価の項目の見直しについて①

ストラクチャーを中心とした評価体系から、プロセスも含めた評価体系へと見直すこととしてはどうか。また地域連携の観点等を追加してはどうか。

## 【現行】

### ➤ ストラクチャーを中心とした評価体系

- (1) 重篤患者の診療
  - ・受入応需の記録
  - ・受入れた重篤患者数
  - ・搬送受入専用電話の設置
  - ・疾病の種類によらない受入体制
- (2) 地域の救急医療体制への支援
  - ・メディカルコントロール専用電話の設置と記録
- (3) 救急医療の教育
  - ・臨床研修医の受入人数
- (4) 災害医療対策
  - ・災害拠点病院の認定
  - ・DMAT指定医療機関



## 【見直し案】

### ➤ プロセスも含めた評価体系へと見直し

- (1) 重篤患者の診療
  - ・受入応需の公表と改善に向けた検討
  - ・地域貢献度(地域内の重篤患者受入率)
  - ・転院調整を行う者の配置を是正項目に追加
  - ・緊急手術の受入を是正項目に追加
- (2) 地域の救急医療への支援
  - ・現場への医師の派遣(ドクターカー等)
  - ・地域の関係機関との連携
- (3) 救急医療の教育
  - ・専攻医の受入
  - ・医療従事者への教育
- (4) 災害医療対策
  - ・BCPの策定
  - ・院内及び都道府県等での災害訓練

# 1. 充実段階評価の項目の見直しについて②

新しい充実段階評価(案)

評価項目:45項目(100点)、是正を要する項目:20項目

赤字部分が新規追加または細分化した項目。

オレンジ塗り 是正を要する項目

1	専従医師数
2	1のうち、救急科専門医数
3	3.1 休日及び夜間帯における医師数
3	3.2 休日及び夜間帯における救急専従医師数
4	救命救急センター長の要件
5	転院及び転棟の調整を行う者の配置
6	診療データの登録制度への参加と自己評価
7	7.1 年間に受け入れた重篤患者数(来院時)(別表)
7	7.2 地域貢献度
8	救命救急センターに対する消防機関からの搬送受入要請への対応状況の記録及び改善への取組
9	救急外来のトリアージ機能
10	電子的診療台帳の整備等
11	内因性疾患への診療体制
12	外因性疾患への診療体制
13	精神科医による診療体制
14	小児(外)科医による診療体制
15	産(婦人)科医による診療体制
16	医師事務作業補助者の有無
17	薬剤師の配置
18	臨床工学技士の配置
19	医師及び医療関係職と事務職員等との役割分担
20	CT・MRI検査の体制
21	手術室の体制
22	救命救急センターの機能及び診療体制等に関する会議
23	第三者による医療機能の評価
24	休日及び夜間勤務の適正化

25	救命救急センターを設置する病院の年間受入救急車搬送人員
26	救命救急センターを設置する病院に対する消防機関からの搬送受入要請への対応状況の記録及び改善への取組
27	院内急変への診療体制
28	脳死判定及び臓器・組織提供のための整備等
29	救急医療領域の人生の最終段階における医療の整備
30	救急医療領域の虐待に関する整備
31	地域の救急搬送
32	地域の関係機関との連携
33	都道府県メディカルコントロール協議会又は地域メディカルコントロール協議会等への関与又は参画
34	救急医療情報システムへの関与
35	ウツタイン様式調査への協力状況
36	メディカルコントロール体制への関与
37	37.1 救急救命士の挿管実習および薬剤投与実習の受入状況
37	37.2 救急救命士の病院実習受入状況
38	臨床研修医の受入状況
39	専攻医の受入状況
40	医療従事者への教育
41	災害に関する教育
42	災害に関する計画の策定

<評価基準>(案)

一定の水準に達していない	→0~1点
適切に行われている	→2点
秀でている	→3点以上

## 2. 充実段階評価の評価区分の見直しについて①

新たにS評価を創設し、S評価、A評価、B評価、C評価の4段階の評価としてはどうか。

### 【現行の評価区分】

是正を要する項目(点数)		
A	B	C
B, C以外	22点以上 2年間継続	22点以上 3年間継続



### 【評価区分】(見直し案)

		是正を要する項目(項目数)			
		a評価 0	a評価 1~4	b評価 5~8	c評価 9~20
評価点	s評価 90-100	S	A	B	
	a評価 72~89	A	A	B	C
	b評価 36~71	A	A	B	C
	c評価 0~35	A	A	B	C

#### 是正を要する項目

- ・ 試行調査を踏まえ、9項目以上をC評価とする。
- ・ S評価は0項目、A評価とB評価はその中間を基準とする。

#### 評価点

- ・ S評価の基準は、全項目2点(適切に行われている)である90点とする。

### 【平成29年 試行調査に基づく結果】

S:11(3.8%)、A:241(84.8%)、B:30(10.5%)、C:2(0.7%)

### <評価区分>(案)

S評価:秀でている

A評価:適切に行われている

B評価:一定の水準に達している

C評価:一定の水準に達していない

## 2. 充実段階評価の評価区分の見直しについて②

見直し後は改善を求めるべく段階的に評価基準を引き上げてはどうか。

### 是正を要する項目

- 救命救急センターの基本的な体制整備に係る指標であり、是正に向けた不断の取り組みを求めるべく、段階的に基準を引き上げてはどうか。

経年基準変更(案): 年2ずつ引き上げ

	a評価	b評価	c評価
平成30年	0~4	5~8	9~20
平成31年	0~2	3~6	7~20
平成32年	0~1	2~4	5~20

### 評価点

- 全項目2点(適切に行われている)であれば90点であり、その後の改善に向けた不断の取り組みを求めるべく、90点から段階的に基準を引き上げてはどうか。

#### <点数別項目数>

評価項目: 45項目(100点)

- 0点: 45項目(全項目)
- 1点: 18項目
- 2点: 45項目(全項目)**
- 3点: 8項目
- 4点: 2項目

全項目2点=90点  
各項目1もしくは2点=72点

#### <評価点での基準>(案)

- s評価: 秀でている**  
90点以上(各項目で適切に行われている)
- a評価: 適切に行われている  
72点以上(各項目で改善に向けた取り組みを行い評価されている)
- b評価: 一定の水準に達している  
36点以上(a評価の基準の半分)
- c評価: 一定の水準に達していない  
b評価の基準未滿

全項目2点=90点を基準  
年2点ずつ引き上げ

経年基準変更(案)

	s評価
平成30年	90-100
平成31年	92-100
平成32年	94-100

⋮

# 參考資料

# 救命救急センターについて

(疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について(平成29年3月31日付医政指発0331第3号)抜粋)  
(救急医療対策事業実施要綱(平成29年3月27日付一部改正医政発0327第38号)抜粋)

## 概要

- ・都道府県の医療計画に基づき、都道府県知事により指定
- ・24時間365日、救急搬送の受け入れに応じること
- ・傷病者の状態に応じた適切な情報や救急医療を提供すること

## 医療機関に求められる事項

- ・脳卒中、急性心筋梗塞、重症外傷等の患者や、複数の診療科にわたる重篤な救急患者を、広域災害も含めて24時間365日必ず受け入れる事が可能であること
- ・集中治療室(ICU)、心臓病専門病室(CCU)、脳卒中専門病室(SCU)等を備え、常時、重篤な患者に対し高度な治療が可能なこと
- ・救急医療について相当の知識及び経験を有する医師が常時診療に従事していること(救急科専門医等)
- ・必要に応じ、ドクターヘリ、ドクターカーを用いた救命救急医療を提供すること
- ・実施基準の円滑な運用・改善及び都道府県又は地域メディカルコントロール体制の充実に当たり積極的な役割を果たすこと
- ・医師、看護師等の医療従事者に対し、必要な研修を行う体制を有し、研修等を通じて、地域の救命救急医療の充実強化に協力していること
- ・都道府県又は地域メディカルコントロール協議会に医師を参加させるとともに、救急救命士の気管挿管・薬剤投与等の病院実習や、就業前研修、再教育などに協力していること
- ・DMAT派遣機能を持つ等により、災害に備えて積極的な役割を果たすこと
- ・救命救急にかかる病床の確保のため、一般病棟の病床を含め、医療機関全体としてベッド調整を行う等の院内の連携がとられていること

 現在、47都道府県、288カ所が指定されている (平成29年4月1日時点)

# 救命救急センターの充実段階評価の見直し①

平成25年度 「救急医療体制等のあり方に関する検討会」報告書（平成26年2月）

## 【現状・課題】

- ・救命救急センターの評価結果(平成24年度)(厚生労働省医政局指導課)では、専従医師数、年間受入重篤患者数など施設間に大きな差がみられ、「すべての重篤な救急患者を24時間体制で必ず受け入れる体制」といった本来の機能を果たせていない施設も見受けられる。
- ・救命救急センターの充実段階評価が、運営や結果を十分に評価したものとなっていない。

## 【方向性】

- ・救命救急センターの適正な評価のために、厚生労働省で実施する充実段階評価をより充実したものにする必要がある。具体的には、地域における役割機能の評価や第三者による評価の導入を検討すべきである。

平成26-27年度

- ・厚生労働省科学研究「救急医療体制の推進に関する研究」
- ・日本救急医学会 診療の質評価指標に関する委員会

課題の抽出と検討(平成27年10月)

平成28年度

平成28年度 「医療計画の見直し等に関する検討会」資料（第6回 平成28年11月9日）

第6回で議論され、とりまとめを行った(平成28年12月26日)

日本救急医学会診療の質評価指標に関する委員会  
厚生労働省科学研究山本班坂本分担研究 合同会議(平成28年12月23日)

新充実度評価案の検討結果について、意見交換と修正を行った

平成29年度

従来評価の実施(平成28年度実績)

# 救命救急センターの充実段階評価（現行）

## 【前回の段取り】

平成20年「救急医療の今後のあり方検討会」を経て、平成22年に充実度段階評価を改正した。

## 【主な項目】

○ ストラクチャーを中心とした評価

例) 受入応需の記録の整備、受入重篤患者数、搬送受入専用電話の設置、メディカルコントロール専用電話の設置と記録の整備 等

【評価区分】 是正を要する項目の合計点を基に、A、B、Cに評価

- 2年間継続して22点以上 ⇒ B評価
- 3年間継続して22点以上 ⇒ C評価
- B評価とC評価以外はA評価

\* 22点: 試行調査で「是正を要する項目」の合計点の最高値であった43点の半分から、基準とした。

\* 「是正を要する項目」の改善には時間を要することを勘案して、  
「2年以上22点以上である施設」をB評価、「3年以上22点以上である施設」をC評価とした。

【現状】すべての施設がA評価となった。

	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年
A評価	221	231	244	257	265	269	278	284
B評価		4	0	0	0	1	1	0
C評価			2	2	1	1	0	0
	221	235	246	259	266	271	279	284

# 救命救急センターの充実段階評価（現行）

評価項目：37項目（101点）、是正を要する項目：16項目（70点）

**オレンジ塗り** 是正を要する項目

番号	評価項目
1	専従医師数
2	1に占める救急科専門医数
3	休日及び夜間帯における医師数
4	救命救急センター長の要件
5	転院・転棟の調整を行う者の配置
6	診療データの登録制度への参加と自己評価
7	消防機関から搬送受入要請を受ける救命救急センターの電話等の状況
8	感染症の管理について
9	医療事故防止への対応
10	年間に受け入れた重篤患者数（来院時）（別表）
11	消防機関から救命救急センターに対する搬送受入要請への対応状況の記録と改善への取組
12	疾病の種類によらない受入れ
13	救急外来のトリアージ機能
14	電子的診療台帳の整備等
15	循環器疾患への診療体制
16	脳神経疾患への診療体制
17	整形外科医による外傷診療体制
18	精神科医による診療体制
19	小児（外）科医による診療体制
20	産（婦人）科医による診療体制
21	医師事務作業補助者の有無
22	CT・MRI検査の体制
23	手術室の体制

24	救命救急センターの機能評価・診療体制等に関する会議
25	第三者による医療機能の評価
26	医師の負担軽減に資する計画の策定等
27	休日及び夜間勤務の適正化
28	救命救急センターを設置する病院の年間受入救急車搬送人員
29	消防機関から救命救急センターを設置する病院に対する搬送受入要請への対応状況の記録と改善への取組
30	都道府県メディカルコントロール（MC）協議会又は地域MC協議会等への関与、参画
31	救急医療情報システムへの関与
32	ウツタイン様式調査への協力状況
33	救急救命士に対するMC体制への関与
34	救急救命士の病院実習受入状況
35	臨床研修医の受入状況
36	災害拠点病院の認定
37	DMAT指定医療機関

## 【評価方法】

- 是正を要する項目の合計点を基に、A、B、Cに評価
- 是正を要する項目が、2年間継続して22点以上 ⇒ B評価、3年間継続して22点以上 ⇒ C評価
- B評価とC評価以外はA評価

**医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会**  
**第2次中間取りまとめ**

平成29年12月21日  
医療従事者の需給に関する検討会  
医師需給分科会

## 1. はじめに

- 医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会（以下「分科会」という。）は、昨年6月に第1次の中間取りまとめを行い、医師偏在対策については、分科会の構成員の意見、関係団体の提言等を踏まえ、集中的に検討を深めるべき事項を整理した。
- この検討事項には、全国的な医師数の増加を図ったとしても、医師偏在対策が十分図られなければ、地域や診療科といったミクロの領域での医師不足の解消にはつながらないとの考えの下、「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た対策だけでなく、一定の規制を含めた対策」も掲げられている。
- 本年9月以降、その実現に当たっての課題、法制的な問題等について精力的に検討され、かつての医師偏在対策においては議論されなかった事項も含めて論点等が明らかにされたことは、本分科会の大きな成果である。また、医師養成過程を通じた医師の地域定着策の有効性に着目したことや、入院・外来を分けて偏在の議論を行ったこと等は、これまでの医師偏在対策の議論とは一線を画すものである。
- 第2次中間取りまとめは、以上のような検討の成果として、早急に対応する必要がある実効的な医師偏在対策について、法改正が必要な事項も含め、取りまとめを行うものである。

## 2. 医師偏在対策が求められる背景

### (1) 医師偏在等の現状と是正の必要性

- 医師の偏在は、地域間・診療科間のそれぞれにおいて、長きにわたり課題として認識されながら、現時点においても解消が図られていない。
- 平成28年の医師・歯科医師・薬剤師調査によると、都道府県ごとの人口10万人対医師数について、最大の徳島県（315.9人）と最小の埼玉県（160.1人）では2倍程度の開きがある。さらに二次医療圏ごとに人口10万人対医師数をみた場合には、34の都道府県において、最大と最小の医師数が2倍以上開いている現状にある。
- 診療科偏在についても、長時間労働が常態化<sup>1</sup>している外科や産婦人科については、

<sup>1</sup> 週当たり労働時間について、外科が平均57.44時間、産婦人科が平均55.29時間となっている。（独立

平成6年以降、医師数全体の増加に比してその増加幅は小さい一方、精神科や放射線科等の診療科では、大きく増加している<sup>2</sup>。

- このような医師偏在の是正のため、これまでも、第1次中間取りまとめで述べられたような累次の対策が講じられてきた。平成18年の「医師の需給に関する検討会」報告書等を踏まえ、医学部定員の増員が図られるとともに、この増員が医師の地域定着につながるよう、「地域枠」の推進や、都道府県における地域医療支援センターの設置、地域医療介護総合確保基金を通じた医師確保等の対策が講じられている。
- しかし、第1次中間取りまとめにあるように、いくら全国的な医師数を増やしても、実効的な医師偏在対策が講じられなければ、地域における医師不足の解消にはつながっていかない<sup>3</sup>。
- また、医師偏在対策を実効性がある形で進めるに当たっては、医師の少ない地域で診療に従事する医師が疲弊することなく、持続可能な仕組みを構築することが重要である。昨年の調査<sup>4</sup>によれば、医師が地方で勤務する意思がない理由として、全年代を通じて「希望する内容の仕事ができないこと」や「労働環境に不安があること」が高い割合で挙げられており、20代では「専門医の取得に不安があること」という意見も多い。
- 本来医師が少ない地域での勤務も、学びが多く、医師としての充実感を得られるものであることを踏まえると、仕事内容や労働環境、キャリアパスなどの観点を含めて、医師が医師の少ない地域での勤務を不安と感じる原因となる障壁を取り除く環境整備や、医師が少ない地域での勤務を促すインセンティブを高める対策を講じること重要である。
- また、女性医師<sup>5</sup>は、出産、育児等を見据えた勤務形態やキャリア選択を余儀なくされ、一定の地域・診療科への集中が起きている現状にある。女性医師が出産、育児等のライフイベントに左右されずにキャリア構築ができる環境を整備することで、女性医師が望むキャリア形成を確保しながら、医師偏在是正にも寄与するような環境を作っていくことが重要である。

---

行政法人労働政策研究・研修機構「勤務医の就労実態と意識に関する調査」（平成24年）

<sup>2</sup> 外科においては、平成6年に28,223人であったものが平成26年には28,043人に微減、産婦人科においては、平成6年12,396人であったものが平成26年には12,888人に微増しているが、その数にはほとんど変化がない。

<sup>3</sup> 医療界からも、平成27年12月に日本医師会・全国医学部長病院長会議の合同委員会において「医師の地域・診療科偏在解消の緊急提言」が示された。具体的な偏在対策案とともに、「課題解決のためには、医師自らが新たな規制をかけられることも受け入れなければならない」と現状に対する強い危機感が示されている。

<sup>4</sup> 平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」

<sup>5</sup> 近年、医学生に占める女子医学生の割合は、3割強に達している。

## (2) 新専門医制度

- 新専門医制度については、「専門医の在り方に関する検討会報告書」（平成 25 年 4 月）に基づき、平成 29 年 4 月からの開始に向けて準備が進められていたが、都市部の大学病院等に研修医等が集中するのではないかなど、地域医療関係者や地方自治体から、地域偏在がさらに助長するとの懸念が示されたことを踏まえ、その制度開始が 1 年延期された。
- 本年 4 月に厚生労働省に設置された「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」では、新専門医制度について、医師のキャリアや地域医療に配慮した研修制度とすることについて検討され、日本専門医機構に対して必要な対応の要請がなされた。
- 現在、日本専門医機構はこの要請を踏まえた対応を行っているが、医師のキャリアや地域医療に対する配慮が平成 30 年度以降も継続的になされるよう、安定した仕組みを整えておく必要がある。

## (3) 医師の働き方改革

- 本年 3 月に決定された「働き方改革実行計画」（平成 29 年 3 月働き方改革実現会議決定）を踏まえ、現在厚生労働省に設置された「医師の働き方改革に関する検討会」において、医師の働き方改革の方策について議論が進められている。
- この検討会では、平成 29 年 3 月から 2 年を目途として、医師に対する時間外労働規制の具体的な在り方をはじめ、医療機関のマネジメント能力の向上、医師から他の医療従事者等へのタスクシフティング（業務の移管）・タスクシェアリング（業務の共同化）など様々な対策について検討し、結論を得ることとされている。
- 医師に対する時間外労働規制については、改正法の施行から 5 年後に適用されることとなるが、施行に際し、医療現場に混乱なく、医療ニーズがあるにもかかわらず医師が不足している地域に必要な医師数が確保されるようにするためには、早急に実効性ある医師偏在対策が講じられることが前提となる。

## (4) 都道府県を主体とする医療政策の実施体制の構築

- 平成 30 年度は、地域医療構想を含む医療計画の策定、国民健康保険の財政運営主体の都道府県化等がなされることとなっており、それ以降都道府県が管内の医療政策において中心的な役割を果たす体制が構築される。
- これらは、「社会保障制度改革国民会議報告書」<sup>6</sup>（平成 25 年社会保障制度改革国

<sup>6</sup> 本報告書においては、人口動態ひいては医療・介護需要のピークの時期や程度が大きく異なり、医療・介護資源の現状の地域差も大きい実態を踏まえ、「これまで以上に地域の医療提供体制に係る責任を積

民会議)に基づく措置であるが、本報告書においては、「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」、高齢化の進展により更に変化する地域ごとの医療ニーズと医療提供体制のミスマッチを解消するために、「データによる制御機構をもって医療ニーズと提供体制のマッチングを図るシステム」を確立すべきとの指摘もなされている。

- 今後、医師偏在対策を進めていくに当たっても、都道府県が、医師偏在に関する客観的で有効なデータに基づき、他の医療政策と整合的かつ主体的に医師偏在対策を講じることができる仕組みとしていく必要がある。

### **3. 今回講ずべき医師偏在対策の基本的な考え方**

今回取りまとめるべき医師偏在対策は、次の(1)から(4)までのような基本的な考え方に基づくものとする必要がある。

#### (1) 医師偏在対策に有効な客観的データの整備

- 医師偏在対策に有効な客観的なデータの可視化を通じて、医療ニーズに合致した効果的な医師偏在対策を実施することができるようにするとともに、PDCAサイクルを通じて、都道府県が実施した医師偏在対策の効果を検証し、対策の改善が行われるような環境整備を図っていく必要がある。
- また、地域医療構想の推進に当たっては、地域ごとの医療ニーズに関するデータが整備されているが、外来においても、地域ごとの適切なデータを可視化し、開業に当たっての有益な情報として提供することで、個々の医師の行動変容を促し、偏在是正につなげていく必要がある。

#### (2) 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の構築

- 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がある。
- 特に、今後臨床研修を終える地域卒の医師が増加し、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がある。

---

極め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」との指摘や、「医療政策に対して国の力がさほど強くない日本の状況に鑑み、データの可視化を通じた客観的データに基づく政策、つまりは、医療消費の格差を招来する市場の力でもなく、提供体制側の創意工夫を阻害するおそれがある政府の力でもないものとして、データによる制御機構をもって医療ニーズと提供体制のマッチングを図るシステムの確立を要請する声が上がっている」との指摘がなされている。

(3) 医師養成過程を通じた医師確保対策の充実

- 医学部、臨床研修、専門研修を通じ、医師は自らが研さんを積んだ土地に定着するとのデータも踏まえ、医師養成過程を通じた医師偏在対策を講じる必要がある。また、女性医師をはじめとした若手医師が望むキャリアパスを整備することは、地域での診療を促すインセンティブとなり、医師偏在の是正にもつながる。

(4) 医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進

- 医師の地域偏在の解消は、医師個人の自己犠牲や努力のみによって解決されるものではなく、都道府県、大学病院・大学医学部、医療関係団体、地域医療を支える医療機関、住民などの様々な関係者による実効的で持続可能な仕組みを構築することが不可欠である。決して、若手の医師のみが、その意思に反して、強制的に医師の少ない地域に行かされるような仕組みであってはならない。
- このため、過酷な勤務環境やキャリア形成に資することのない仕事内容の改善等、医師が医師の少ない地域での勤務において不安を感じる原因となる障壁を除去し、医師の少ない地域での勤務が医師個人のインセンティブとなる環境整備を進めるとともに、医師派遣を支える医療機関等へのインセンティブ付けや、医師派遣に当たって医師と医療機関とを適切にマッチングする仕組みも必要である。

#### 4. 具体的な医師偏在対策

(1) 都道府県における医師確保対策の実施体制の強化

① 「医師確保計画」の策定

- 各都道府県において定量的な現状分析に基づく実効的な医師確保対策が進められるよう、医療計画において、「医療従事者の確保に関する事項」から医師の確保に関する事項を抜き出し、次の i) から iii) までの一連の方策を記載することを明確に法律上に位置付けるべきである。

i) 都道府県内における医師の確保方針

医師偏在の是正のため、都道府県内の二次医療圏・診療科別医師数、医療施設・医師配置状況、人口や医療ニーズの変化等の分析を踏まえ、あるべき医師確保の方針を定める。

ii) 医師偏在の度合いに応じた医師確保の目標

P D C A サイクルに基づく実効性の確保のため、医師偏在の度合いを示す指標を踏まえ、i) で設定した医師の確保方針に基づき、医師確保計画の期間内に都道府県内において確保すべき医師数の目標を設定する。

iii) 目標の達成に向けた施策内容

ii) で設定した医師数の目標を達成するための対策として、医師が少ない地域等に対する医師派遣の在り方、医師養成過程を通じた医師の地域定着策等の

医師確保対策を定める。

- また、これを運用上「医師確保計画」と呼称することとし、計画の期間を3年として、3年ごとにその内容を見直していくべきである。なお、医師確保計画に医師偏在対策を記載することとなることに併せ、地域医療対策は医師確保計画の中に組み込むものとして、発展的に解消することとする。
  - さらに、都道府県の策定する医師確保計画の実効性を確保するため、地域ごとの医師の多寡を全国ベースで客観的に比較・評価可能な、医師偏在の度合いを示す指標<sup>7</sup>を設定すべきである。これと併せ、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）」及び「医師多数区域（仮称）」を設定し、具体的な医師確保対策に結び付けて実行できることとすべきである。
  - 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、地域に一定数の医師を確保する必要がある場合等については、配慮することが必要である。
- ② 地域医療対策協議会の実効性確保
- 地域医療対策協議会については、その役割を明確化し、実効性を高めるため、医師確保計画において定められた各種対策を具体的に実施するに当たって、関係者が協議・調整を行う協議機関と位置付けるべきである。これに伴い、都道府県において、その構成員について見直しを行い、具体的な医師確保対策の実施を担う医療機関を中心に再構成するよう、改組を促すべきである。
  - 併せて、地域医療対策協議会以外の医師確保に関する各種会議体（地域医療支援センター運営協議会、へき地医療支援機構、専門医協議会等）については、議論や構成員の重複を避けるために、その機能を地域医療対策協議会に移管し、原則として廃止すべきである。ただし、都道府県によって特別の事情がある場合には、これらの会議体を地域医療対策協議会のワーキンググループなどとして存続する等の柔軟な取扱いも可能とすべきである。
- ③ 効果的な医師派遣等の実施に向けた見直し
- 都道府県の行う地域医療支援事務（地域医療支援センターの事務）の実効性を強化するため、次のような見直しを行うべきである。
    - ・ 地域医療支援事務が、必ず大学医学部・大学病院との連携の下に行われるよう、地域医療対策協議会における協議に基づいて実施する

---

<sup>7</sup> この指標の設定に当たっては、医療ニーズ、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）、患者の流入・流出、医師の性・年齢、へき地や離島等の地理的条件等を考慮することとする。

- ・ 理由なく公立病院・公的病院などに派遣先が偏らないようにする、地域医療構想との整合性を確保するなど、地域医療対策協議会において医師派遣の方針を整理・明確化する
  - ・ 今後増加する都道府県からの修学資金貸与医師を中心とした地域枠の医師については、地域医療対策協議会での協議を経て、都道府県主体で派遣方針を決定する
  - ・ 全ての都道府県でキャリア形成プログラムを策定することを徹底する。策定に当たっては、女性医師をはじめとした若手医師の希望やライフイベントに配慮されたものとする
  - ・ 医師派遣の調整や、派遣医師の負担軽減のための援助（適切な休暇取得や能力開発等が可能な労働条件の確保等）を、地域医療支援事務において行う
- また、地域医療支援事務に、より実効性を持たせるため、現在厚生労働省において整備を進めている医師情報データベースを早急に構築すべきである。
- 併せて、医療勤務環境改善支援センターは、医師少数区域等の医療機関に派遣される医師の労働環境への不安等を解消するため、派遣先の医療機関の勤務環境の改善の重要性に特に留意して運営するものとし、地域医療支援センターと連携することを法律上明記すべきである。

## (2) 医師養成過程を通じた地域における医師確保

### ① 医学部

- 出身地<sup>8</sup>と大学の所在地が同じ都道府県であれば、卒後長期にわたって高い地元定着率があることを踏まえ、医師が少ない都道府県の知事が、管内の大学を含めた地域医療対策協議会の意見を聴いた上で、管内の大学に対し、入学枠に地元出身者枠の設定・増員を要請することができる制度を法律上設けるべきである。併せて、地域枠ではない地元出身者枠の医師についても、地域医療支援センターが積極的にキャリア形成プログラムの策定等の支援を行うべきである。
- また、都道府県をまたいだ地域枠<sup>9</sup>の医師についても、高い地域定着率があることを踏まえ、医師が少ない都道府県において、その都道府県内の医学部の定員では十分な地元出身者枠・地域枠を確保できない場合には、医師が多い都道府県の大学医学部にも、地域枠を設定することができるようにすべきである。

<sup>8</sup> 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として定義

<sup>9</sup> 人口に比して管内の医学部定員が少ない等の理由により、当該都道府県ではなく、他の都道府県に所在する大学医学部に設定される地域枠

## ② 臨床研修

### i) 都道府県による臨床研修病院の指定・定員設定等

- 地域の実情を踏まえた臨床研修病院の指定・定員設定が適切になされるよう、国から都道府県に権限を移管し、大学病院を含めた臨床研修病院の指定及び募集定員の設定は、都道府県が、地域医療対策協議会の意見を聴いた上で行うことができるようにすべきである。ただし、臨床研修の質を担保する観点から、国がその指定基準を定めるべきである。
- また、研修医が、臨床研修終了後に出身地や出身大学の都道府県<sup>10</sup>に定着することを促すため、地域枠等の医師に対する臨床研修の選考については、地域枠の一定割合を上限としつつ、一般のマッチングとは分けて実施することとすべきである。なお、臨床研修病院ごとの選考枠については、地域医療対策協議会の意見を聴いた上で、個別に判断することとすべきである。

### ii) 募集定員算定方式の見直し

- 臨床研修医の募集定員上限については、臨床研修医の都市部への集中を引き続き更に抑制していくために、平成 37 年度に 1.05 倍となるよう段階的に圧縮していくべきである。
- また、都道府県ごとの募集定員上限の算定方式については、医学部入学定員で按分している都道府県において、人口分布で按分した場合の定員に比べてより定員の設定が多くなることもあり、その結果として募集定員に対する採用率が低いところが多くなることを踏まえ、
  - ・ 医学部入学定員による募集定員の増加に一定の上限を設ける
  - ・ 医師が少ない地域等へ配慮する観点から、地理的条件等の加算を増加させるといった改善を図るべきである。

## ③ 専門研修

### i) 新専門医制度における行政の役割の明確化

- 新専門医制度については、日本専門医機構等が国や地方自治体からの意見を踏まえる仕組みが担保されるよう、次の事項を法定すべきである<sup>11</sup>。
  - ・ 出産、育児等に配慮すべき女性医師をはじめ、医師に対する研修の機会確保

<sup>10</sup> ある都道府県が、当該都道府県とは別の都道府県に所在する大学の医学部定員を活用して地域枠を設定するときは、当該大学が所在する都道府県ではなく、当該地域枠を設定する都道府県

<sup>11</sup> 本年 8 月の「「新たな専門医制度」に対する厚生労働大臣談話」においては、「都道府県、市町村、医師会、大学、病院団体等からなる都道府県協議会等地域医療関係者と十分に協議が行われたうえで、運用の中で問題があれば速やかに是正が行われる必要がある」「新たな専門医制度によって地域医療に影響を与える懸念が生じた場合には、「国民に対し良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制」を確保する医療法上の国の責務に基づき、厚生労働省からも日本専門医機構及び各関係学会に対して実効性ある対応を求める」との見解が示されている。

が十分でない場合には、国が、審議会の意見を踏まえ、必要な措置の実施について日本専門医機構等に対して要請することができることとする

- ・ 研修プログラムの認定前に、国や都道府県が、それぞれ審議会・地域医療対策協議会の意見を踏まえ、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について意見を述べるができることとする
- ・ 日本専門医機構等は、正当な理由があれば、これらの要請等への対応が免除される

ii) 医療ニーズを踏まえた診療科ごとに必要な医師数の明確化

- 医師が、将来の診療科別の医療ニーズを見据え、適切に診療科を選択することで診療科偏在の是正につながるよう、人口動態や疾病構造の変化を考慮した診療科ごとに将来必要な医師数の見通しを、国全体・都道府県ごとに明確化し、国が情報提供すべきである。

(3) 地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

- 外来医療については、

- ・ 地域で中心的に外来医療を担う無床診療所の開設状況が都市部に偏っている
- ・ 診療所における診療科の専門分化が進んでいる
- ・ 救急医療提供体制の構築、グループ診療の実施、放射線装置の共同利用等の医療機関の連携の取組が、地域で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にある。

- 今般、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となることを踏まえ、この情報を、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、可視化するべきである。

- その際、地域ごとの疾病の構造や患者の受療行動といった特性など、より詳細な付加情報等を加えたり、患者のプライバシーや経営情報等の機微に触れる情報を除いたりといった対応のために、可視化する情報の内容について地域の医療関係者等と事前に協議等を行うこととすべきである。

- 加えて、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、医療設備・機器等の共同利用等の、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での機能分化・連携の方針等についても、併せて協議を行い、地域ごとに方針決定できるようにするべきである。なお、この協議については、地域医療構想調整会議を活用することができることとすべきである。

#### (4) 医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進

##### ① 医師個人に対する環境整備・インセンティブ

##### i) 医師の少ない地域で勤務する医師が疲弊しない持続可能な環境の整備

- 医師が医師の少ない地域で勤務を行うに当たり、勤務環境や仕事内容、キャリア等に対する不安を解消するため、次のような措置を行うべきである。
  - ・ 医師の少ない地域で勤務を行う医師が、都市部に住みながらグループ診療などを通じて週に数回診療を行ったり、医師の少ない地域に住んで診療を行う場合でも定期的に休暇取得や中核病院での研さんを行ったりできるよう、交代で勤務する医師の派遣に対する支援を行う
  - ・ 医師の少ない地域で専門外の症例を取り扱う場合に、地域の中核病院等からの助言や患者の受入等に関して後方支援が受けられるよう、医師間の遠隔相談・診療等に対する支援を行う
  - ・ プライマリ・ケア等の地域医療を支える医学教育を充実するとともに、医師の少ない地域に勤務を行う医師に対する事前・派遣期間中のプライマリ・ケアの研修・指導体制を確保する
  - ・ 医師の少ない地域で勤務を行った後もキャリアに資する専門的な研さんが受けられるよう、また医師が将来のキャリアを見通し、出産、育児等のライフプランに応じて柔軟に研修が受けられるよう、都道府県や大学病院・医学部、地域医療を支援する立場の医療機関等が協力して中長期的なキャリア形成プログラムを作成し、このプログラムの下で医師派遣を実施する
  - ・ 医師が少ない地域でサテライトのような医療機関の管理が認められるよう、医師少数区域に開設する医療機関等の兼任管理が可能である旨を明確化する
  - ・ 医師の少ない地域を含め、出産、育児等に配慮すべき女性医師等が希望する勤務地で診療を行うことができるよう、育児休業明けの復職研修の実施や院内保育所の整備等に対する支援を行う

##### ii) 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の創設

- i)の環境整備と併せて、医師が医師の少ない地域で勤務するのを後押しするため、医師少数区域等に所在する医療機関であって都道府県知事が指定するものにおいて、一定期間以上勤務した医師を、当該医師の申請に基づき、厚生労働大臣が認定する制度を創設するべきである。
- 認定を受けられる対象は、若手・ベテランを問わずあらゆる世代のすべての医師と対象とすべきである。また、認定に必要な勤務期間については、医師偏在の度合いを示す指標を設定する際に、併せて検討を行うべきである。さらに、認定医師の名称や普及の方法等については、今後別途検討を行うべきである。
- このほか、この認定制度に関しては、次の仕組みを併せて講じるべきである。
  - ・ 認定を受けた医師（認定医師）であることを広告可能事項に追加

- ・ 医師派遣を支える医療機関等に対する経済的インセンティブ
- ・ 医師派遣に当たって医師と医療機関の間をマッチングする仕組み
- ・ 認定医師を一定の医療機関の管理者として評価

② 医師派遣を支える医療機関等に対する経済的インセンティブ等

- 医師個人に対するインセンティブのみならず、医師派遣要請に応じて医師を送り出す医療機関、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、認定制度の実効性を高める医療機関について、税制、補助金、診療報酬上の評価等の対応について検討し、必要な経済的インセンティブが得られる仕組みを構築すべきである。
- 特に、医師派遣等の機能を発揮する医療機関の評価の検討に当たり、地域医療を支援する立場にある地域医療支援病院については、医師派遣機能や、プライマリ・ケアの研修・指導体制の確保などその環境整備に一定の機能を果たすものについて評価を行うこととし、その役割、機能、評価の在り方等を含めて、別途検討すべきである。
- また、(1)③で述べたように、地域医療対策協議会における医師派遣方針に基づき、医師派遣調整を行う地域医療支援センターにおいて、派遣される医師、医師派遣を行う医療機関、医師派遣を受け入れる医療機関の間のマッチング機能を担うこととすべきである。
- さらに、このようなマッチングの仕組みを設けるのであれば、医師少数区域のない都道府県があること等も想定されることから、都道府県を越えての医師派遣を調整する仕組みについても、厚生労働省において検討を進めるべきである。

③ 認定医師に対する一定の医療機関の管理者としての評価

- 医療機関の管理者には、財務・労務管理といった経営能力のみならず、地域への貢献まで含めた幅広いマネジメント能力が求められる。このため、認定医師の医師少数区域等における勤務経験を評価し、認定医師であることを一定の医療機関の管理者に求められる基準の一つとすべきである。
- この対象となる医療機関については、まずは地域の医療機関と連携しながら地域医療を支えるという制度上の目的を有する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とし、今後、具体的な医療機関の在り方について検討すべきである。また、管理者として評価を行うのは、施行日以降に臨床研修を開始した認定医師に限るものとすべきである。
- なお、医療機関の管理者として求められる素養は、地域診療の経験や理解に限ら

れないことから、管理者として必要なマネジメント能力、その研修の実施等について、別途検討を進めるべきである。

## 5. 将来に向けた課題

(1) 今回の医師偏在対策の効果の検証を踏まえた継続的な議論の必要性

- 4で掲げた医師偏在対策は、昨年6月の第1次中間取りまとめで検討課題とされた項目について、3で掲げる基本的考え方に基づき、様々な立場の関係者から一定の合意が得られる範囲で取りまとめたものである。しかし、次の①から③までの対策については、今回の取りまとめの内容を、より進めたものとするべきか否かについて、更なる議論が必要である。

① 専門研修における診療科ごとの都道府県別定員設定

- 新専門医制度については、
  - ・ 診療科ごとに都道府県別の定員を設定し、臨床研修同様、マッチングの仕組みを導入することで、地域における診療科偏在を是正していくべき
  - ・ 定員設定等の導入は時期尚早であり、まずは今回の対策の効果をみるべきとの意見があった。

② 認定医師に対する一定の医療機関の管理者としての評価

- 認定医師であることを地域医療支援病院等の管理者に求められる基準の一つとすることについては、
  - ・ 対象医療機関が地域医療支援病院に限られれば、インセンティブが十分に働かず、効果が小さいため、実効性を高めるためには、診療所を含めた他の医療機関も全て対象とすべき
  - ・ 対象医療機関の範囲を大幅に拡大すれば、医師が少ない地域での診療を実質的に義務化することになるため、まずは地域医療支援病院を対象に制度を始め、効果をみるべき
  - ・ 現状では医師自らの意に反して医師の少ない地域で診療することを促す仕組みとなるため、プライマリ・ケア等の地域医療を支える医学教育の充実や、地域による魅力の発信・医師を受け入れる環境の整備等を通じて、医師本人が医師の少ない地域での勤務を望む状況を作り上げることが、医師本人にとっても、その診療を受ける患者にとってもメリットとなるとの意見があった。

③ 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

- 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、
  - ・ 国民皆保険をとる我が国では、被保険者間の医療アクセスの公平性の確保を図るため、医療保険制度による対応も含めて、他の医療資源の偏在是正の仕組みも参考に、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べき

- ・ 憲法上の営業の自由との関係の整理や、駆け込み開設の懸念等、法制的・施策的な課題を全てクリアしなければ、そのような枠組みの実現は困難との意見があった。

○ しかしながら、現時点では、各対策の効果の検証がなされておらず、①から③までのいずれの意見にも、十分な根拠があるとは言いがたい。このため、今回の医師偏在対策については、できるだけ速やかに施行し、施行後も速やかに、かつ定期的にその効果の検証を行うべきである。検証の結果、十分な効果が生じていない場合には、特に地方の人口減少・高齢化が今後急速に進行することも踏まえ、上記①から③までで整理した論点を含めて、更なる医師偏在対策について、早急に検討されるべきである。

## (2) 都道府県における医療行政能力の向上のための取組の必要性

○ 今回の医師偏在対策により、都道府県は、医師確保計画を通じた都道府県内の医師確保対策の総合的・計画的実施を担うこととなり、地域医療支援センターを通じた医師派遣だけでなく、医師養成過程における協議等も含めて、都道府県が大きな責任と権限を得ることとなる。

○ 2で述べたとおり、地域医療構想の推進を始めとして、都道府県は地域の医療政策の中心となることが期待されているが、都道府県ごとに医療資源の配置や関係者の意見等の状況が異なることから、医療政策の推進の度合いに差があるとの意見がある。

○ このため、厚生労働省においては、都道府県がより実効的な医療政策を講じることができるよう、研修の実施や人事上の配慮等について、都道府県の人材育成が進むような適切な対応を検討すべきである。