

# 佐賀県医師修学資金貸与事業の見直し（案）について

---

佐賀県健康福祉部医務課  
令和元年10月

# 佐賀県医師修学資金等貸与事業

- 佐賀県医師修学資金等貸与条例（平成17年佐賀県条例第34号）に基づき、医学部生等に修学資金を貸与することで、医師が不足している診療科の医師を確保するもの
- 当初、小児科医の確保を目的としていたが、産科（平18追加）、麻酔科（平19追加）、救急科（平19追加）を加え、現在に至る
- 本県の貸与事業の特徴は、診療科間の偏在是正を行う仕組み（都道府県の大多数は、地域間の偏在是正の観点から、医師が不足している地域の医師を確保する仕組み）

目的	県内の医師の不足する地域の医療機関等に、将来、 <u>小児科等の医師として勤務しようとする者</u> に対し、修学資金等を貸与することによって、地域において必要な医師の育成及び確保を図る ※ 病院の <u>小児科・救急科・麻酔科</u> 、病院・診療所の <u>産科</u>	
必要勤務期間	貸与を受けた期間の2分の3（1.5倍）	
対象者	大学生（大学の医学を履修する過程に在学する者）	
貸与額	年額122万8千円以内（ただし1年次のみ年額151万円）	
貸与期間	正規の修学期間内（単年度ごとに申請が必要）	
募集する人員	佐賀大学佐賀県推薦枠 2名 ※優先貸与 佐賀大学推薦入試Ⅱ佐賀県枠 5名（定員23名のうち）※貸与可能 長崎大学推薦入試C佐賀県枠 2名 ※貸与前提 その他（一般枠等） 予算の範囲内 ※任意	
貸与者の状況 (2018年)	医学部学生 : 33名 臨床研修医 : 9名 業務従事者 : 27名 返還・変換予定 : 2名	[留意点] ◆ 佐賀大学の令和2年度入学定員については、厚生労働省の査定を受けた結果、3名減となる103名となる見込み。 ◆ 文科・厚労両省の方針を踏まえ、佐賀県推薦枠を4名（貸与前提）、佐賀県枠を18名、その他の定員と合わせて計103名とすることで佐賀大学から文科省に定員申請中

# 佐賀県医師修学資金貸与者の推移（平成30年度実績）

○佐賀県医師修学資金貸与者の推移

（単位：人）

	H17 2005	H18 2006	H19 2007	H20 2008	H21 2009	H22 2010	H23 2011	H24 2012	H25 2013	H26 2014	H27 2015	H28 2016	H29 2017	H30 2018
(a)医学部 1年生	一般枠			2	2	7	3	6	8	5	4	4	3	6
	佐大県推薦枠			2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	佐大地域枠					5	1	3	4	3		1	1	2
	長大地域枠							1	2		2	1		2
(b)医学部 2～6年生	一般枠	4	6	6	5	8	11	19	18	20	26	28	27	27
	佐大県推薦枠	4	6	6	5	6	7	8	4	1	1		1	1
	佐大地域枠					2	4	6	8	10	10	10	10	10
	長大地域枠							5	6	9	13	16	12	11
(c)指定医療機関で の臨床研修医	一般枠		1	4	6	7	6	8	5	8	8	7	9	9
	佐大県推薦枠		1	4	6	7	6	8	5	8	6	4	2	2
	佐大地域枠									2	3	4	5	4
	長大地域枠											3	5	3
(d)指定医療機関で の業務従事者	小児科			2	6	12	18	18	24	21	24	29	25	23
	産科				2	4	6	6	7	8	6	8	7	5
	救急科			2	3	4	7	7	8	5	6	5	3	3
	麻酔科					2	3	4	5	3	5	5	6	6
	一時中断等			1	2	2	2	1	4	5	5	7	4	6
(e)返還・返還予定				1	1	1	1	1	1			3		
(f)返還免除者	小児科								4	2	2	6	5	
	産科								1	1		2	3	
	救急科												1	
	麻酔科								2		1	2	1	
(g)当該年度までの貸与者延べ人数	4	7	12	20	31	45	52	58	67	75	82	88	93	

※(g)=(a)+(b)+(c)+(d)+(e)の累計+(f)の累計

※参考	返還・返還予定者累計	11
	返還免除者累計	19

※ 必要勤務期間は、貸与者の貸与年数により異なる。

# 自治医科大学卒業医師・医師修学資金貸与医師の義務期間中の状況

▶ 自治医科大学卒業医師（義務期間は卒後9年間）及び医師修学資金貸与医師（義務期間は卒後11年間）の令和元年10月時点での専門及び勤務先医療機関の状況は以下のとおり。

	人数	専門（専攻医含む）	勤務先医療機関
自治医科大学卒業医師	19名	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 内科 5名</li> <li>・ 小児科 2名</li> <li>・ 外科 3名</li> <li>・ 整形外科 2名</li> <li>・ 麻酔科 1名</li> <li>・ 救急科 2名</li> <li>・ その他 1名</li> <li>・ 臨床研修医 3名</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 佐賀大学医学部附属病院 3(1)名</li> <li>・ 佐賀県医療センター好生館 4(2)名</li> <li>・ 唐津赤十字病院 4名</li> <li>・ 伊万里有田共立病院 2名</li> <li>・ 国立病院機構嬉野医療センター 2名</li> <li>・ 唐津市（離島診療所） 4名</li> </ul> <p>※人数の（）内は臨床研修医（内数）</p>
医師修学資金貸与医師	42名 佐大41名 長大1名	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 小児科 8名</li> <li>・ 産婦人科 10名</li> <li>・ 麻酔科 9名</li> <li>・ 救急科 6名</li> <li>・ 臨床研修医 9名</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 佐賀大学医学部附属病院 11(3)名</li> <li>・ 佐賀県医療センター好生館 7(3)名</li> <li>・ 唐津赤十字病院 2名</li> <li>・ 国立病院機構佐賀病院 5(1)名</li> <li>・ 国立病院機構嬉野医療センター 2(2)名</li> <li>・ 一時中断等 6名</li> <li>・ 確認手続中 9名</li> </ul> <p>※人数の（）内は臨床研修医（内数）</p>

# 佐賀県医師修学資金貸与制度の見直しの背景

- これまで、佐賀県民のニーズがありながらも、医師が不足していることで県民ニーズを満たしていないと考えられる診療科（小児科、産科、救急科及び麻酔科）に従事する医師を確保するため、佐賀県医師修学資金貸与条例を制定し、運用してきた。
- しかし、制度の創設から10年以上が経過し、医療需要等の状況が著しく変化していることから、制度の趣旨も含めた抜本の見直しが必要な状況。

## 地域医療構想

- 団塊の世代が全員後期高齢者となる2025年を念頭に、病床の機能区分ごとに医療需要と病床の必要量を推計し、将来の医療提供体制の構築に向けた施策の方向性を示す「地域医療構想」が進行中。
- 佐賀県全体を見ると、第7次佐賀県保健医療計画地域医療構想フェイズ2においては、特に、高度急性期の需要に対応することが求められている。

## 医師の働き方改革

- 医師の時間外労働に対する上限規制が2024年度以降開始され、2036年以降完全実施される。
- また、追加的健康確保措置として、勤務間インターバルも導入される。

## 高度な専門医の増加

- 2018年度から新専門医制度が運用されるなど、医療の著しい進歩と医師の専門分化が一層進んでいる。
- 高度な専門医が増加する一方、特定の臓器や疾患等に限定することなく幅広い視野で患者を診る医師も必要となっているのではないかと。

## 医療法・医師法の改正

- 2018年の医療法・医師法改正に伴い、
  - ・ 医師偏在指標に基づく医師少数区域等が設定され、地域間偏在に対応する必要があること（佐賀県は医師多数県となり、医師少数区域も1・2か所程度となる見込み）
  - ・ 本人の希望に配慮したキャリア形成プログラムの策定が義務付けられたことなどに対応する必要がある。

# 佐賀県医師修学資金見直しの3つの視点

➤ 状況変化を踏まえ、医師修学資金を見直すに当たっては、以下の3つの視点から検討してはどうか。

## 視点1

- **高度急性期機能の需要増加に対処するための医師の養成**
- ✓ 佐賀県の地域医療構想において今後必要とされる高度急性期機能を担う診療科の医師を養成する必要があるのではないか。また、医師の働き方改革を踏まえ、全国的にも長時間労働の傾向がある診療科の専門医を特に養成する必要があるのではないか。  
(小児科、外科、産婦人科、脳神経外科、麻酔科及び救急科の専門医)

## 視点2

- **総合的な診療能力を有する医師の養成**
- ✓ 医療技術が進歩し、高度に専門化した医師が増加していることを踏まえ、患者の全体像が診れる患者を選ばない医師や、患者だけでなく家族や地域も診る医師を養成する必要があるのではないか。  
(総合内科及び総合診療の専門医)

## 視点3

- **総合的な診療経験のある専門医の養成**
- ✓ 本人のキャリア意欲を考慮し全ての専門医の取得を容認しつつも、総合的な診療経験を経た上で、専門性を高め、総合的な能力のある専門医を養成することとしてはどうか。  
(将来的に、地域枠医師には医療機関や地域におけるリーダー的存在となることを期待)

# 佐賀県医師修学資金と連動したキャリア形成プログラム（イメージ）（1）

## （A）高度急性期対応専門医養成コース

- 地域医療構想における高度急性期機能の増加に対応するため、特定の診療科の専門医を養成
- 対象となる専門医は、小児科・外科・産婦人科・脳神経外科・麻酔科・救急科の専門医
- 高度急性期病院等の専門医の確保を推進

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
臨床研修 2年		専門研修 3年 ※麻酔科は4年			県内にて専門的能力を向上・発揮 6年 ※能力開発に資する場合は、例外的に県外・海外勤務も容認（義務外） ※県内医療機関から医師の派遣要請について地対協等の協議を経て派遣					

### （主な論点）

- ① 高度急性期機能を担う内科医の存在をどのように捉えるべきか。また、その他の診療科でも担う事例があるか。
- ② 現行の仕組みにおいても高度急性期機能を担う医療機関への配置が基本となるが、他にどのような医療機関が想定されるか。（専門研修プログラムの連携施設や、専門医取得後の派遣先として適当か。）
- ③ 通常の専門研修プログラムで、高度急性期機能に対応できる医師が養成できるのか。（特別な内容にする必要があるのか）
- ④ サブスペシャルティの取得（今後のサブスペ連動研修も踏まえて）を考慮すれば、研修期間が延長されるが、地域の医療機関を連携施設としながら育成することは可能か。
- ⑤ 派遣調整に当たっては、地域医療構想に沿ったものであるか地区別の分科会を活用し協議したのち、地対協において決定が行われた場合、派遣することとしてはどうか。

# 佐賀県医師修学資金と連動したキャリア形成プログラム（イメージ）（2）

## （B）総合的な診療能力を有する専門医養成コース

- 総合的な診療能力を身に着けた医師を養成
- 対象となる診療科は、総合内科や総合診療の専門医
- 高度急性期を担う医療機関や地域において中核的な役割を果たしている二次医療機関における病院総合医の確保、地域において必要な家庭医の確保を推進

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
臨床研修 2年		専門研修 3年			県内にて専門的能力を向上・発揮 6年 ※能力開発に資する場合は、例外的に県外・海外勤務も容認（義務外） ※県内医療機関から医師の派遣要請について地对協等の協議を経て派遣					

### （主な論点）

- ① 専門研修プログラムの連携施設や専門医取得後の派遣先として適当な医療機関はどのような医療機関か。
- ② サブスペシャリティの取得（今後のサブスペ連動研修も踏まえて）を考慮すれば、研修期間が延長されるが、地域の医療機関を連携施設としながら育成することは可能か。
- ③ 派遣調整に当たっては、地域医療構想に沿ったものであるか地区別の分科会を活用し協議したのち、地对協において決定が行われた場合、派遣することとしてはどうか。

# 佐賀県医師修学資金と連動したキャリア形成プログラム（イメージ）（3）

## （C）総合的な診療経験のある専門医養成コース

- 総合的な診療経験を経た上で専門性を持つ医師を養成（全ての診療科が対象）
- 専門研修期間は、専門研修を優先しつつも義務期間から除外
- 専門に迷う医師、総合的な診療を深めてから専門医を取得したい医師、転科希望の医師のニーズにも対応しつつ、医師が不足している医療機関や地域の医師の確保を推進

（ケース1：先行して総合的な診療を経験）

1	2	3	4	義務期間外	5	6	7	8	9	10	11
臨床研修 2年	<u>高度急性期病院・地域の中核的病院派遣 2年(P)</u>		専門研修 3～5年	県内にて専門的能力を向上・発揮 7年 ※能力開発に資する場合は、例外的に県外・海外勤務も容認（義務外） ※県内医療機関から医師の派遣要請について地対協等の協議を経て派遣							

（ケース2：専門医取得後総合的な診療を経験）

1	2	義務期間外	3	4	5	6	7	8	9	10	11
臨床研修 2年	専門研修 3～5年	<u>高度急性期病院・地域の中核的病院派遣 2年(P)</u>		県内にて専門的能力を向上・発揮 7年 ※能力開発に資する場合は、例外的に県外・海外勤務も容認（義務外） ※県内医療機関から医師の派遣要請について地対協等の協議を経て派遣							

### （主な論点）

- ① 将来的に病院勤務医を希望する医師については病院を中心としたローテーションとし、開業医など地域に根差した医療を志す医師は地域の医療機関をローテーションすることとしてはどうか。
- ② 総合的な診療能力を身に着けることができる場として、初期救急の現場等が考えられるが、どのような場が望ましいか。また、専門研修プログラムにおいても、そのような機会が付与される場合もあるのではないか。

# 佐賀県医師修学資金貸与条例改正に当たっての論点①

## 1) 地域医療対策協議会における派遣対象医師とするための方法

地域医療対策協議会において派遣調整を行う場合、既に医師修学資金を貸与している医師とのキャリア形成プログラムの策定と同意手続が必要。

現行の医師修学資金貸与条例を適用する場合は、個別同意が必要とし、条例改正後の規定を適用する者については、キャリア形成プログラムの同意条件とした条例とし、地対協の派遣対象医師としてはどうか。

(課題点)

従前の診療科を選択する場合、不利益不遡及の原則から、派遣調整の同意を含むキャリア形成プログラムを当然に適用することは困難ではないか。(任意の依頼となるが、何らかの追加メリットを講じるか。)

## 2) 医師の派遣調整の方法

地域医療対策協議会において派遣調整を行う前に、地域医療構想調整会議の分科会において、地域医療構想上、必要な医師の派遣要請なのか協議してはどうか。

(課題点)

地域医療構想と趣旨が異なるべき地医療等については、分科会を経ずに地対協で直接協議する仕組みとするか。

## 3) 義務年限の取扱い

自治医大卒医師や他県等の修学資金貸与医師の一般的な義務期間は、臨床研修を含めて9年。これは、地域間偏在を是正することを目的としており、特定の地域へ派遣することを義務とするもの。

本県の医師修学資金制度は、専門医の取得とその能力発揮を念頭に置き、臨床研修を含めて11年間としているが、これを9年間とするか。

(課題点)

医師修学資金の貸与を学部生の途中で辞退する者がいたため、義務年限を短縮化すれば、臨床研修及び専門研修の期間のみで義務年限を終えてしまうケースが生じる。

例) 1～4年生の期間中の貸与に留まっている場合(4年×1.5=義務年限6年)

臨床研修2年・専門研修3年で派遣調整が可能となるのが1年に留まる

### 4) 個人情報の取扱い

医師就学資金貸与医師を特定する個人情報については、関係者間（医局、勤務先医療機関、地対協等）で共有できていない。このため、条例上、個人情報を収集・提供することを定めることや、本人から情報提供の同意書を取得してはどうか。

### 5) 卒前教育の強化としての研修義務化

医師の地域間偏在問題解決のための欧米のエビデンスを踏まえ、卒前教育の一環として、地域医療の体験をさせるため、研修を義務化してはどうか。（卒前教育の関係上、関係大学等と要調整）

### 6) 専門研修プログラムにおける都道府県別診療科別シーリングの枠外の取扱い

医師修学資金を貸与することで、シーリングの枠外とすることが可能とされているが、極めて短い期間（例えば1年間）の貸与に留まる貸与医師もシーリングの枠外として取り扱うことについて、どのように考えるか。

# 参 考 资 料

---

# 佐賀県の医療施設の公・民比率及び1病院当たりの規模

- 佐賀県保健医療計画（第7次）においては、「地域医療構想をはじめ、循環器系疾患や救命救急など県内の医療連携体制を構築するためには、民間医療機関が占める割合が高く、1病院当たりの規模が小さいという佐賀県の特徴を踏まえた検討が重要」とされている。

病院開設者の構成

		総数	開設者別					
			国	公的	社会保険関係団体	医療法人	個人	その他
全 国	病院数	8,442	327	1,213	53	5,754	240	855
	構成比	100.0	3.9	14.4	0.6	68.2	2.8	10.1
佐 賀	病院数	107	7	10		79	6	5
	構成比	100.0	6.5	9.3		73.8	5.6	4.7

➤ 医療法人と個人79.4%（全国71.0%）

病院病床の開設者別構成

		総数	開設者別					
			国	公的	社会保険関係団体	医療法人	個人	その他
全 国	病床数	1,561,005	129,185	317,827	16,006	863,183	24,196	210,608
	構成比	100.0	8.3	20.4	1.0	55.3	1.6	13.5
佐 賀	病床数	14,990	2,546	1,631		9,723	589	501
	構成比	100.0	17.0	10.9		64.9	3.9	3.3

➤ 医療法人と個人68.8%（全国56.9%）

一般病院の規模

	総数	規模別									
		20～29床	30～39	40～49	50～99	100～149	150～199	200～299	300～399	400～499	500床以上
全 国	7380	118	303	495	2075	1244	1085	794	556	324	386
	構成比	100.0	1.6	4.1	28.1	16.9	14.7	10.8	7.5	4.4	5.2
佐 賀	93	4	4	10	33	13	16	6	2	2	3
	構成比	100.0	4.3	4.3	35.5	14.0	17.2	6.5	2.2	2.2	3.2

➤ 100床未満の病院が54.9%（全国40.5%）

## 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

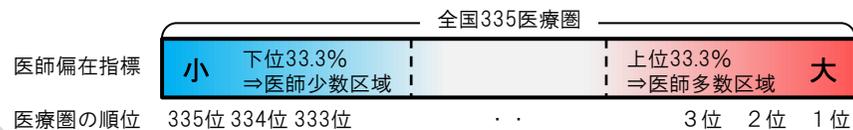
三次医療圏・二次医療圏ごとに、**医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成等を踏まえた**医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

#### 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
- ・ 医師偏在の種類（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33.3%を医師多数区域、下位の33.3%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

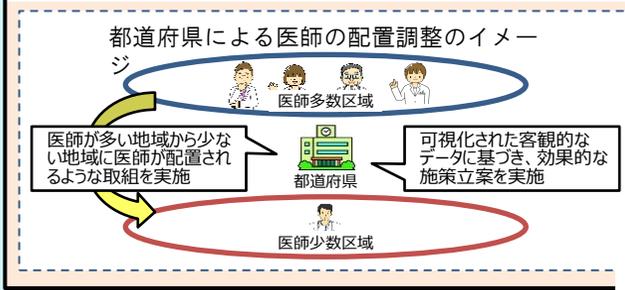
医師の確保の方針を踏まえ、目標医師数を達成するための具体的な施策を策定する。

- （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）

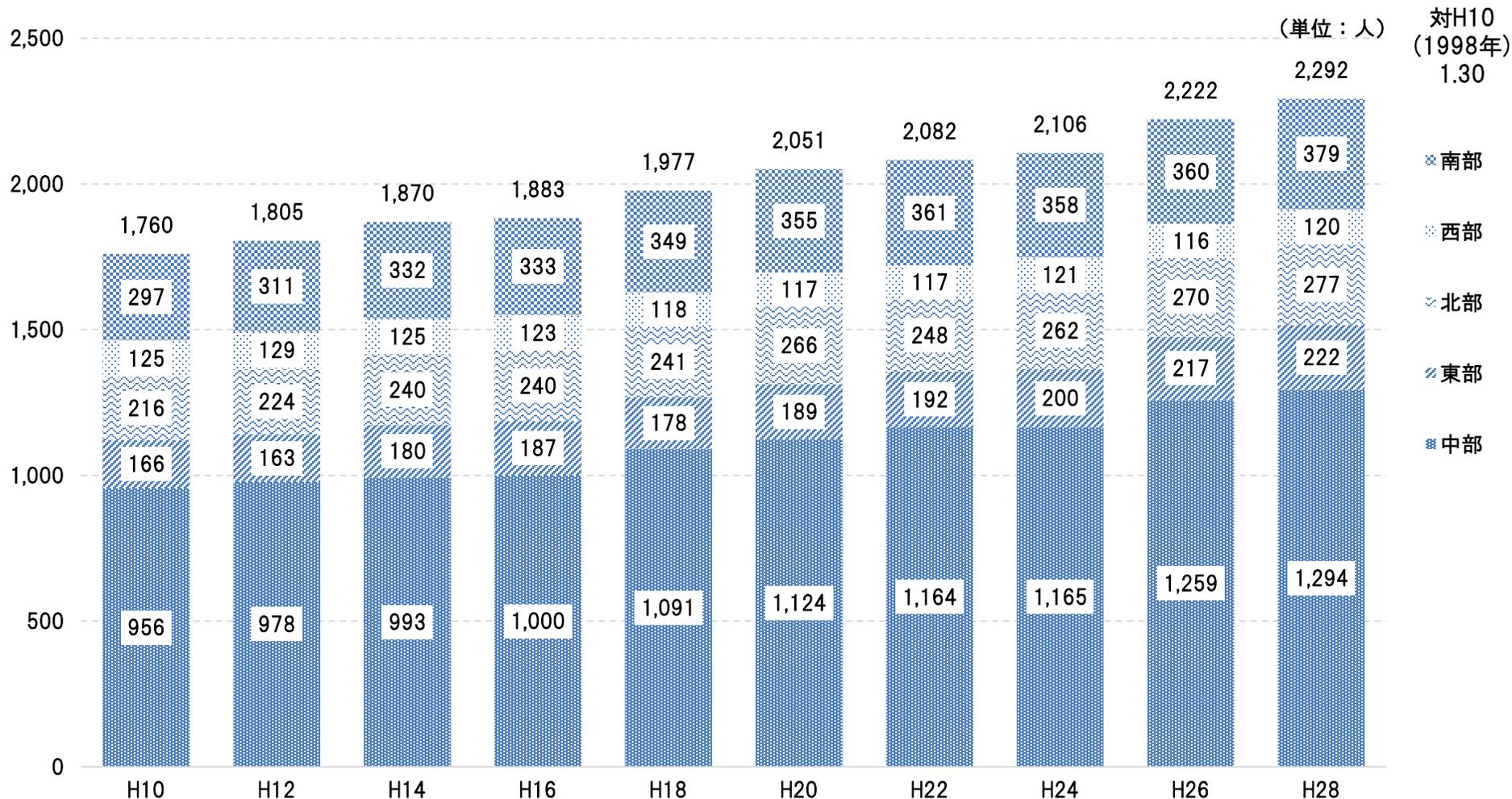
西暦	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
医療計画	第7次						第8次					
医師確保計画	指標設計(国)	計画策定(県)	第7次				第8次(前期)		第8次(後期)			

\* 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）



# 佐賀県の医療施設従事医師数の推移（平成10年以降）

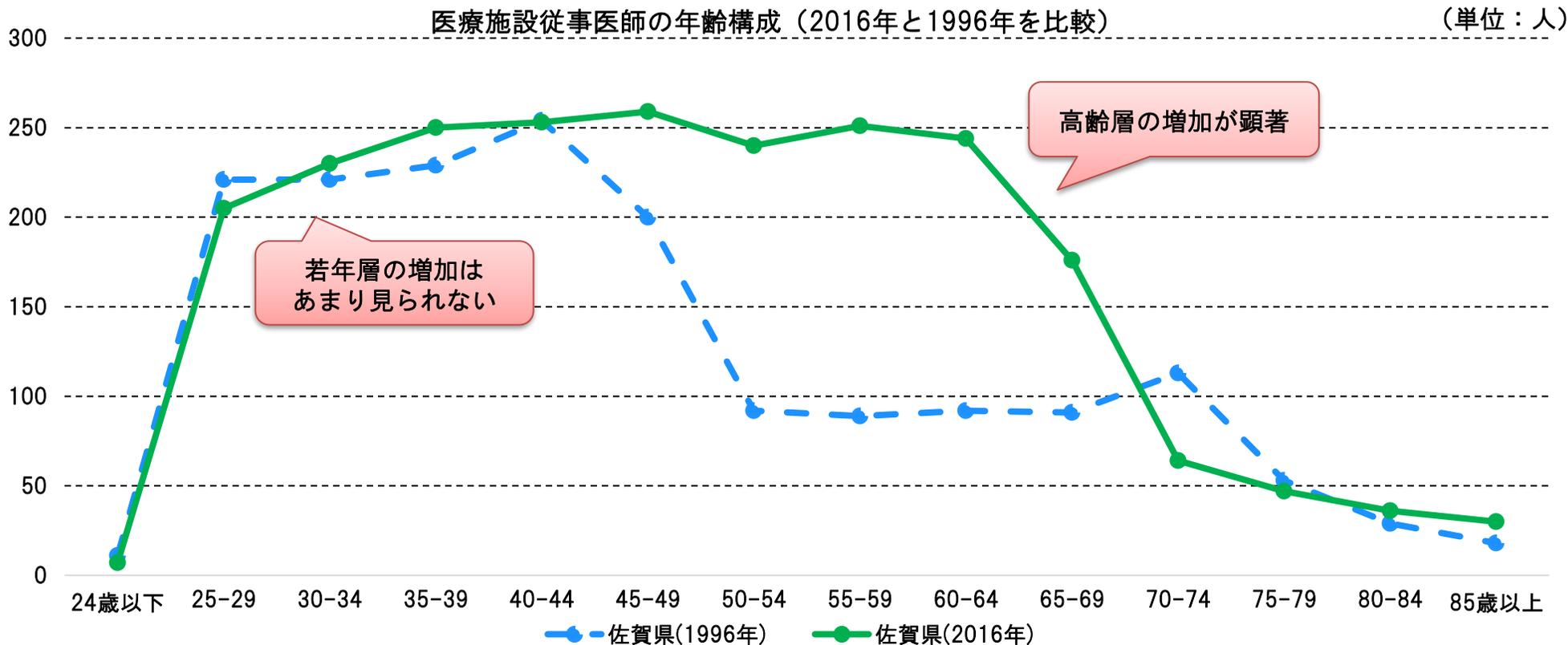
- 佐賀県の医療施設に従事している医師は、平成10年以降一貫して増加している。（H10→H28 +532人・1.30）
- 中部医療圏（佐賀市、多久市、小城市、神埼市及び吉野ヶ里町）が最も医師数が多く、次いで南部医療圏（武雄市、鹿島市、嬉野市、大町町、白石町、江北町及び太良町）、北部医療圏（唐津市及び玄海町）、東部医療圏（鳥栖市、基山町、上峰町及びみやき町）、西部医療圏（伊万里市及び有田町）の順と多くなっている。



※厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」を加工

# 佐賀県の医療施設従事医師の年齢階層の状況（1996年・2016年比較）

- 佐賀県の医療施設に従事する医師を過去と比較し、年齢階層別にみると、1996年から2016年の20年間で579人増加しており、年齢構成を見ると、40代後半から60代前半が大幅に増加している。
- 1996年には20代後半から40代前半まで横ばいとなっていたが、2016年には20代後半から60代前半まで横ばいの年齢構成となっている。



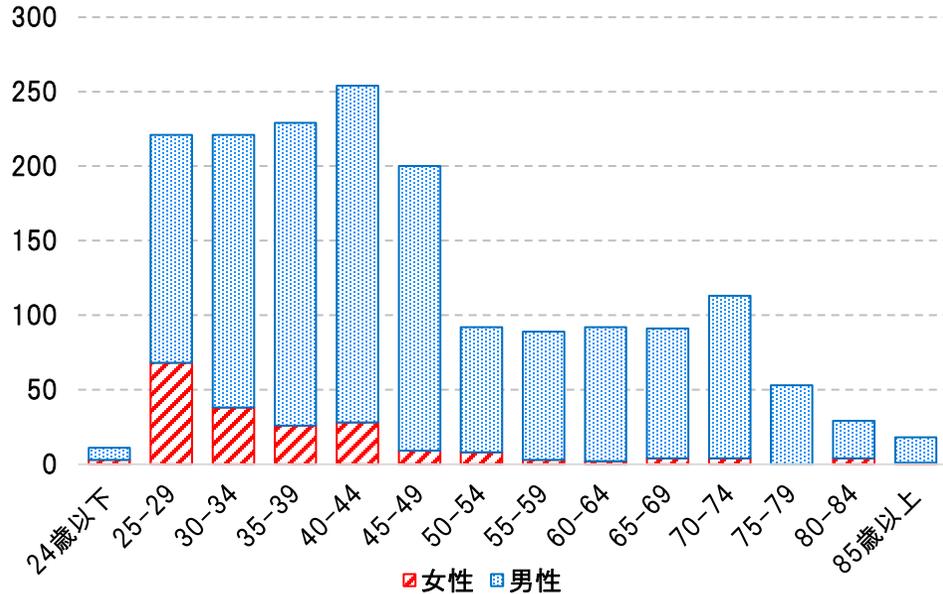
	24歳以下	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85歳以上	合計
1996年	11	221	221	229	254	<u>200</u>	<u>92</u>	<u>89</u>	<u>92</u>	<u>91</u>	113	53	29	18	1,713
2016年	7	205	230	250	253	<u>259</u>	<u>240</u>	<u>251</u>	<u>244</u>	<u>176</u>	64	47	36	30	2,292

※厚生労働省「平成8年医師・歯科医師・薬剤師調査」及び「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」を加工

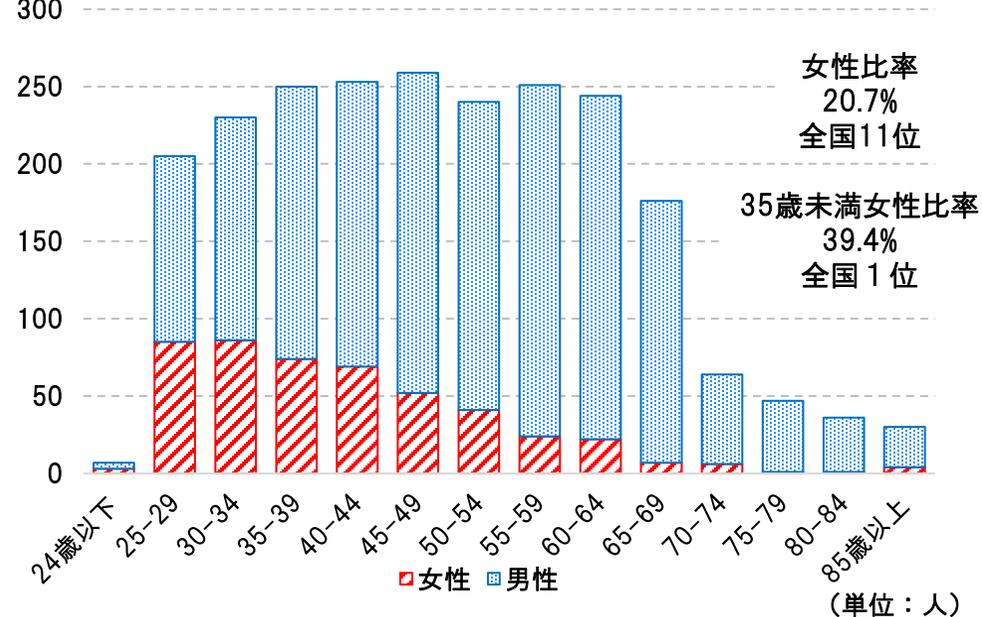
# 佐賀県の医療施設従事医師の男女別年齢階層の状況（1996年・2016年比較）

- 佐賀県の医療施設に従事する医師を男女別に見ると、1996年から2016年の20年間で、男性は302人、女性は277人それぞれ増加している。
- 年齢階層ごとにみると、女性医師の割合は年々増加傾向にある。

1996年の医療施設従事医師の年齢階層 (単位：人)



2016年の医療施設従事医師の年齢階層 (単位：人)



(単位：人)

1996年	24以下	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85以上	合計
男性	8	153	183	203	226	191	84	86	90	87	109	53	25	17	1,515
女性	3	68	38	26	28	9	8	3	2	4	4	0	4	1	198

(単位：人)

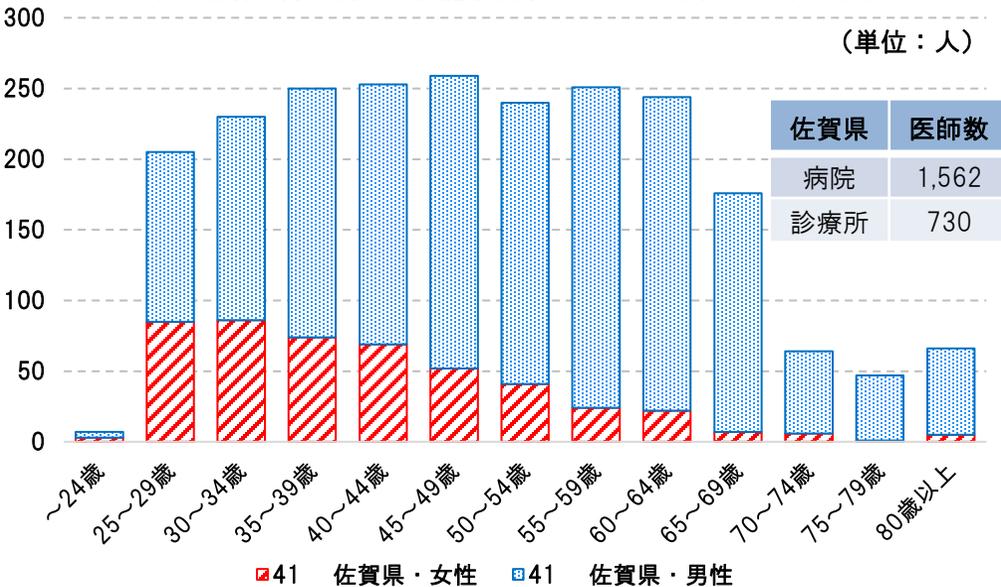
2016年	24以下	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85以上	合計
男性	4	120	144	176	184	207	199	227	222	169	58	46	35	26	1,817
女性	3	85	86	74	69	52	41	24	22	7	6	1	1	4	475

※厚生労働省「平成8年医師・歯科医師・薬剤師調査」及び「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」を加工

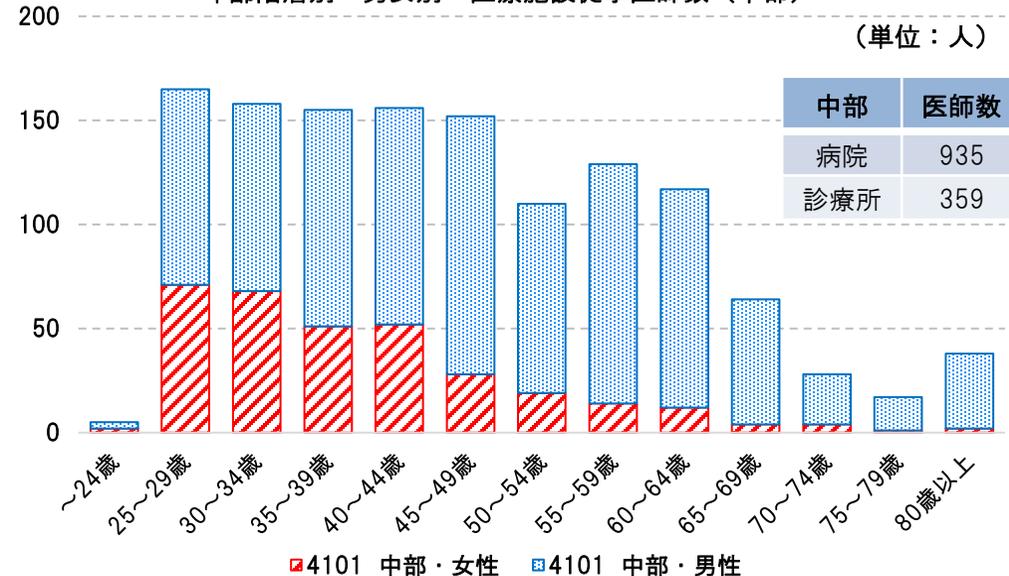
# 佐賀県の二次医療圏における医療施設従事医師の年齢階層の状況（2016年）

➤ 中部医療圏には若年層が多く存在しており、女性の比率が高い。

（再掲） 年齢階層別・男女別・医療施設従事医師数（佐賀県・三次医療圏）



年齢階層別・男女別・医療施設従事医師数（中部）



佐賀県	医師数
病院	1,562
診療所	730

中部	医師数
病院	935
診療所	359

## ○佐賀県・三次医療圏

	24以下	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80以上	合計
男性	4	120	144	176	184	207	199	227	222	169	58	46	61	1817
女性	3	85	86	74	69	52	41	24	22	7	6	1	5	475
計	7	205	230	250	253	259	240	251	244	176	64	47	66	2292

## ○中部医療圏

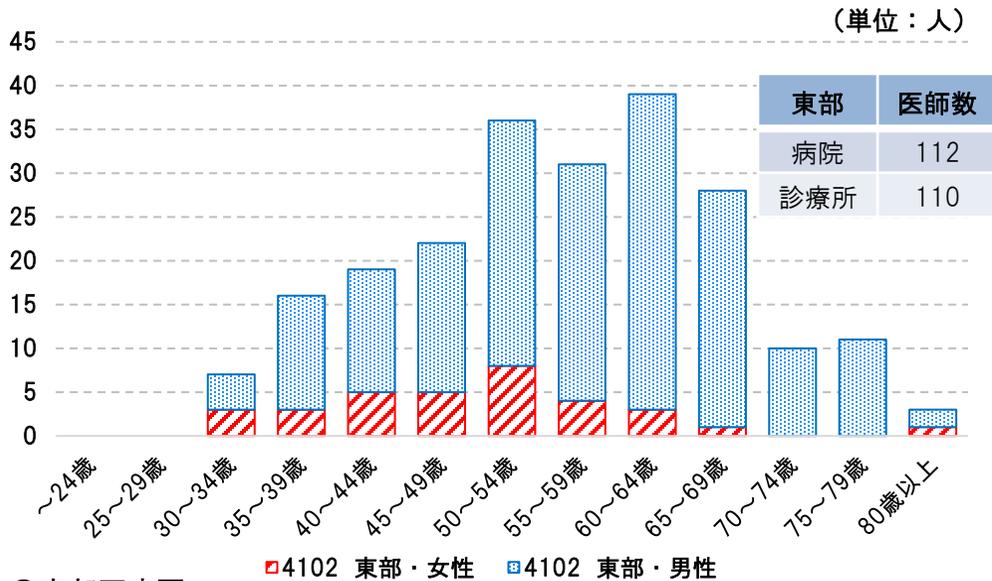
中部	24以下	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80以上	合計
男性	3	94	90	104	104	124	91	115	105	60	24	16	36	966
女性	2	71	68	51	52	28	19	14	12	4	4	1	2	328
計	5	165	158	155	156	152	110	129	117	64	28	17	38	1294

出典：医師偏在指標作成支援データ集（2016年医師・歯科医師・薬剤師調査）

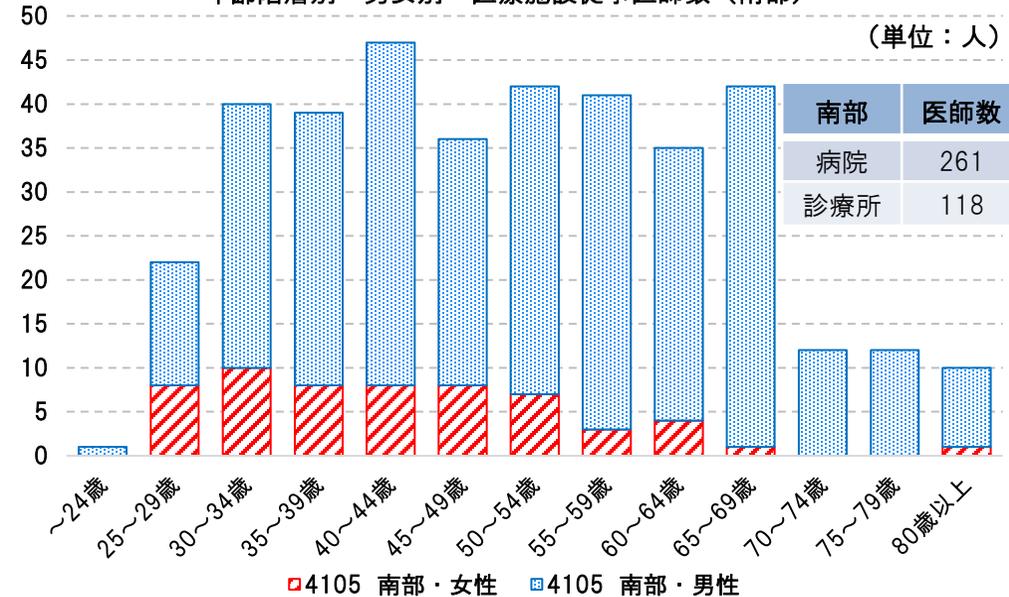
# 佐賀県の二次医療圏における医療施設従事医師の年齢階層の状況（2016年）

- 東部医療圏は、若年層は少ないものの、高齢層になるにつれ多くなる。
- 南部医療圏は、それぞれの年齢階層に概ね同程度の医師が存在している。

年齢階層別・男女別・医療施設従事医師数（東部）



年齢階層別・男女別・医療施設従事医師数（南部）



## ○東部医療圏

	24以下	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80以上	合計
男性	0	0	4	13	14	17	28	27	36	27	10	11	2	189
女性	0	0	3	3	5	5	8	4	3	1	0	0	1	33
計	0	0	7	16	19	22	36	31	39	28	10	11	3	222

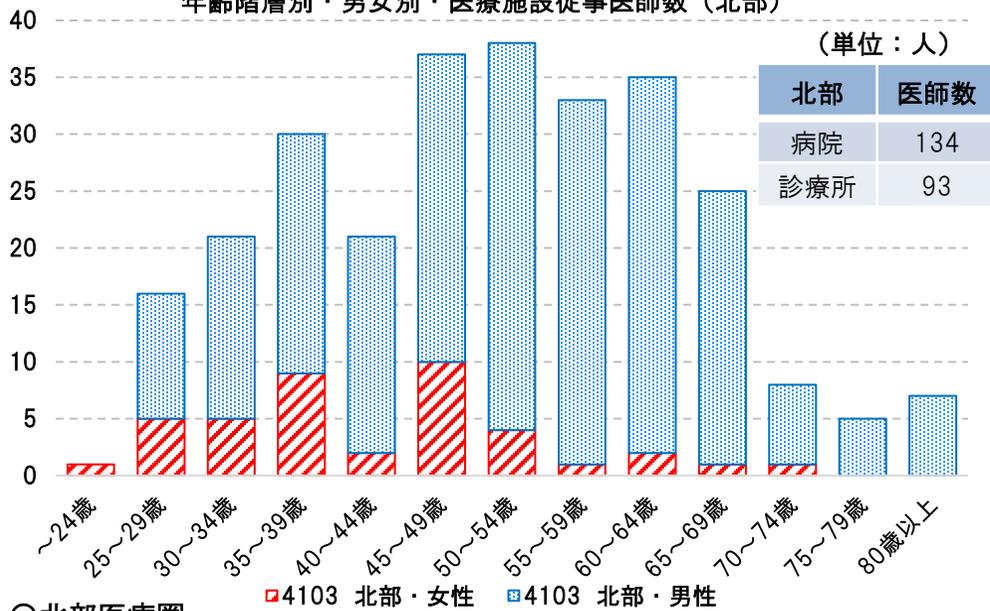
## ○南部医療圏

中部	24以下	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80以上	合計
男性	1	14	30	31	39	28	35	38	31	41	12	12	9	321
女性	0	8	10	8	8	8	7	3	4	1	0	0	1	58
計	1	22	40	39	47	36	42	41	35	42	12	12	10	379

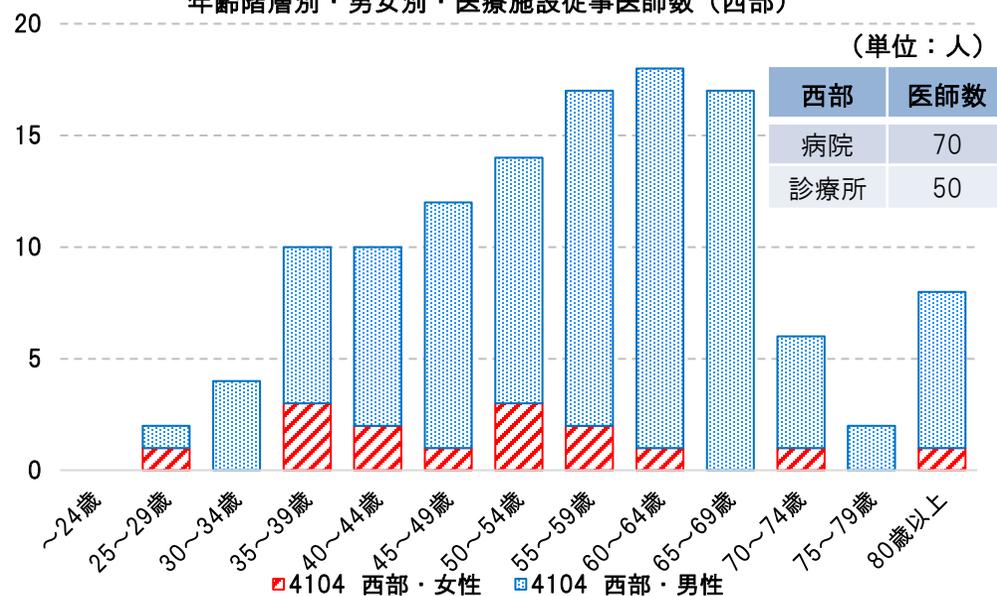
# 佐賀県の二次医療圏における医療施設従事医師の年齢階層の状況（2016年）

- 北部医療圏は、若年層は少ないものの、中堅・高齢層が多い。
- 西部医療圏は、若年層は少ないものの、高齢層になるにつれ多くなる。

年齢階層別・男女別・医療施設従事医師数（北部）



年齢階層別・男女別・医療施設従事医師数（西部）



○北部医療圏

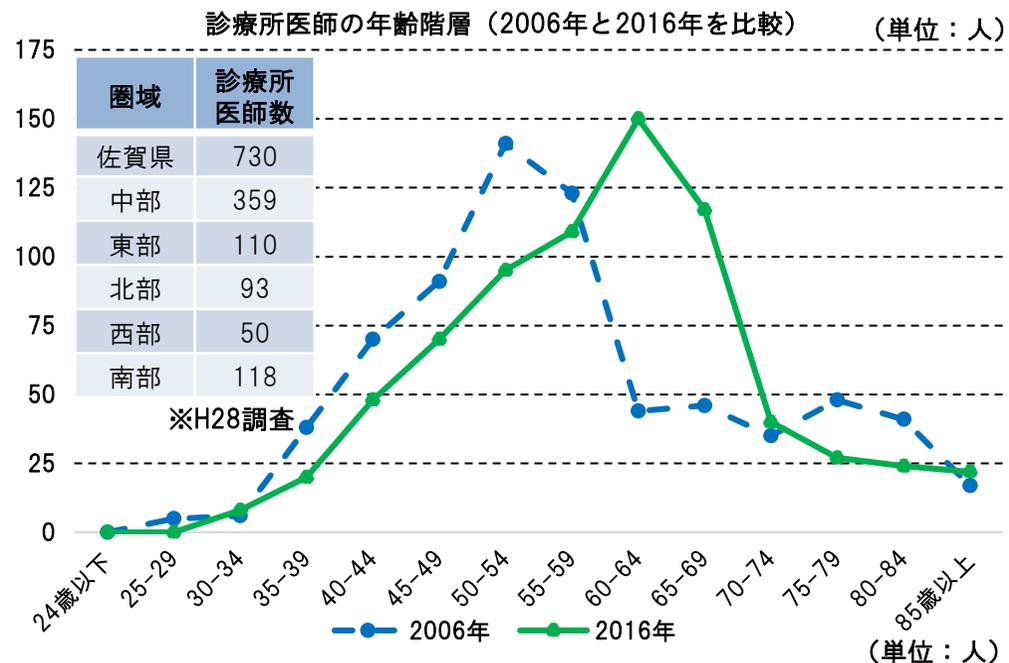
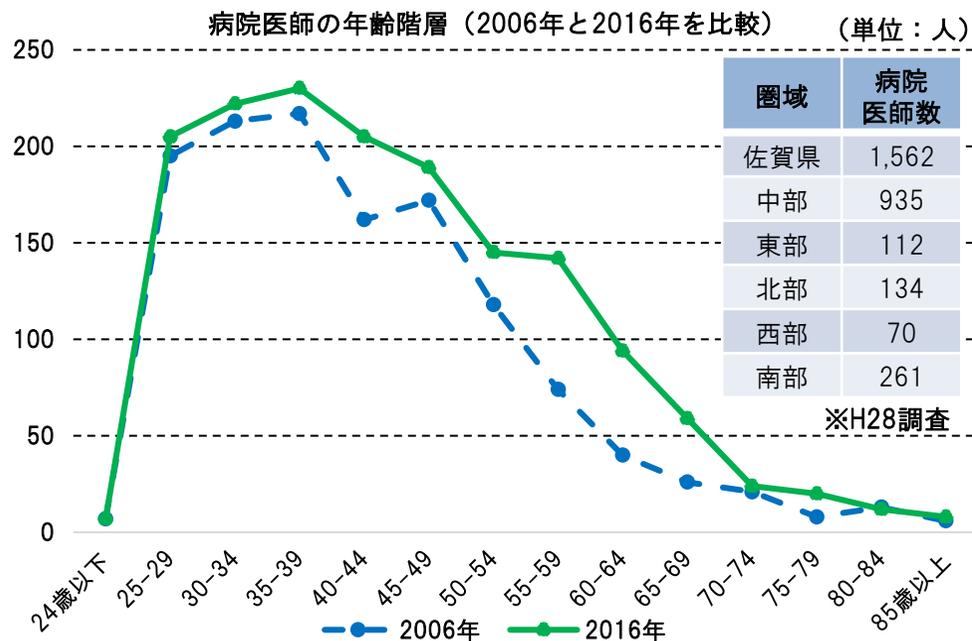
	24以下	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80以上	合計
男性	0	11	16	21	19	27	34	32	33	24	7	5	7	236
女性	1	5	5	9	2	10	4	1	2	1	1	0	0	41
計	1	16	21	30	21	37	38	33	35	25	8	5	7	277

○西部医療圏

中部	24以下	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80以上	合計
男性	0	1	4	7	8	11	11	15	17	17	5	2	7	105
女性	0	1	0	3	2	1	3	2	1	0	1	0	1	15
計	0	2	4	10	10	12	14	17	18	17	6	2	8	120

# 佐賀県の医療施設従事医師の病院・診療所別年齢階層の状況（2006年・2016年）

- 医療施設従事医師を病院と診療所ごとに2006年と2016年を比較すると、病院にて診療に従事する医師は、290人増加しており、診療所にて診療に従事する医師も、25人増加している。
- 病院従事医師は、いずれの年齢階層も増加している一方、診療所従事医師は、総数はあまり変わらず、高齢化が進行している。



病院	24歳以下	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85歳以上	合計
2006	7	195	213	217	162	172	118	74	40	26	21	8	13	6	1,272
2016	7	205	222	230	205	189	145	142	94	59	24	20	12	8	1,562

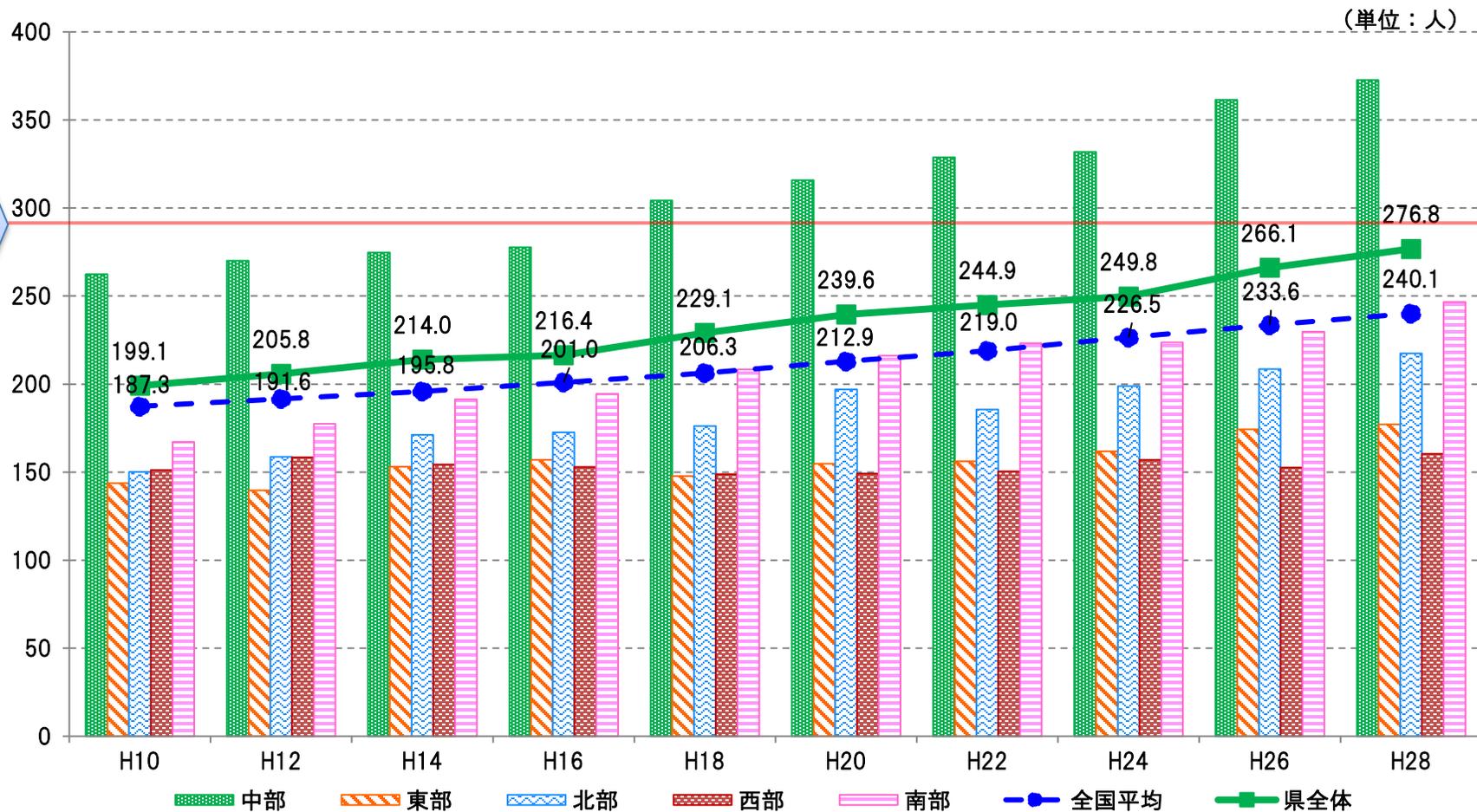
診療所	24歳以下	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85歳以上	合計
2006	0	5	6	38	70	91	141	123	44	46	35	48	41	17	705
2016	0	0	8	20	48	70	95	109	150	117	40	27	24	22	730

※厚生労働省「平成18年医師・歯科医師・薬剤師調査」及び「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」を加工

# 佐賀県の人口10万対医師数の推移（平成10年以降）

- 県全体での人口10万対医師数（医療施設従事医師）は、全国平均を上回っているが、二次医療圏ごとにばらつきがある。
- 厚労省の推計では、現在の医学部定員が維持された場合、平成37年（2025年）頃全国の人口10万人対医師数がOECD加重平均（290人；2016年）に達する見込みとされている。

※今後、「①人口構成（性・年齢構成）の違い、②二次医療圏単位での患者の流入、③へき地等の地理的条件、④医師の性別・年齢分布、⑤入院・外来など機能ごとの偏在及び診療科別の医師の偏在」について考慮した「医師偏在指標」が導入される。



# 医療法における医師偏在指標について

- 医師偏在指標は、全国ベースで医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価する指標として設定。
- この指標は、①医療ニーズ及び人口・人口構成とその変化、②医師偏在の種別（医療圏等の区域、診療科、入院／外来）、③患者の流出入等、④医師の性別・年齢分布、⑤へき地等の地理的条件の「5要素」が考慮されている。（医療法改正に伴い令和元年度から導入）
- 算定の結果、全医療圏の上位3割が「医師多数区域」、下位3割が「医師少数区域」となる。

## ○医療施設従事医師数

病院・診療所に従事している医師数。老健施設、医育機関の研究、行政機関業務に従事している医師や無職の医師は除く。

## ○労働時間調整係数

性別・年齢階級別に平均労働時間が異なることを踏まえ、労働時間で重みづけをするもの。

ex) 若年層の医師等が多数存在すれば係数が上昇し、指標の上昇に寄与

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数} \left( = \text{医療施設従事医師数} \times \text{労働時間調整係数} \right)}{\text{地域の人口} (10\text{万人}) \times \text{地域の標準化受療率比}(\ast 1)}$$

## ○標準化受療率比（地域の期待受療率）

性別・年齢階級別に受療率が異なることを踏まえ、受療率の重みづけをするもの。また、地域間の患者の流出入についても加味するもの。

ex) 受療率が高い高齢層の人口が多い場合や、他の医療圏からの患者流入が多い場合、標準化受療率比が上昇し、指標の低下に寄与

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

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

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

## 医師偏在指標の留意点

- 医師偏在指標は、人口10万人対医師数に、5要素（①医療需要（ニーズ）及び人口・人口構成とそ  
の変化、②医師偏在の単位（医療圏等の区域、診療科、入院／外来）、③患者の流出入、④医師の  
性・年齢、⑤へき地や離島等の地理的条件等）を考慮した指標
- しかしながら、「医師確保計画策定ガイドライン」において、  
「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」  
とされている。
- 算定式に盛り込まれていないデータとしては、以下の項目が考えられる。

- ✓ 医師数は、医師・歯科医師・薬剤師調査の医療施設勤務従事医師を基礎としているが、指標  
においては、
  - ・ 全ての診療科の医師を対象に算定されていること  
（産科・小児科以外の診療科別の医師偏在指標は、今後算定予定）
  - ・ 「開業医」と「勤務医」の区別はされていないこと
  - ・ 届出がなされていない医師についてはカウントされていないこと  
などに留意が必要であること
- ✓ 医師の流出入のデータ（医師の派遣、巡回診療、掛け持ち勤務等）は反映されていないこと
- ✓ 患者流出入のデータは患者調査が用いられているが、NDBデータとは差異があること

非公表

非公表

# 医師偏在指標における患者流出入率の算出方法について

- 入院患者の流出率・流入率については、厚生労働省のガイドライン上、「患者調査における病院の入院患者の流出入数の情報」とされ、「データ上の制限があることに留意」とされている。一方、厚生労働省の「疑義照会」において、他の都道府県と調整することを前提としてNDBデータを活用しても構わない旨、見解が示されている。
- 患者調査とNDBデータは以下のような相違点があると考えられるが、年間を通じた患者受療状況を把握するには、患者調査の調査対象となった抽出された医療機関における1日単位のデータである患者調査ではなく、算定項目の他の項目と同様、NDBデータを用いた方が、より妥当な数値を算出できるものと考えられる。
- しかしながら、他県と調整する時間的余裕がないことから、厚労省提供の「患者調査」の数値のまま厚生労働省あて報告したい。

## ○患者流出入データの比較

	平成29年患者調査	平成29年度版医療計画作成支援データブック DISK1-2 (NDBデータ)
調査対象	抽出した医療機関における入院患者数	国保、退職国保及び後期高齢者のNDBデータにおける入院患者レセプト (注) 入院基本料の合計値を算出
調査対象期間	平成29年10月17日(火)～19日(木)の3日間のうち病院ごとに指定した1日	平成27年4月から平成28年3月診療分のレセプト
特徴	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 比較的新しい調査結果を活用できる</li> <li>✓ 小規模な医療圏では抽出医療機関が少なく、データ数が少なくなることで、流出入割合の変動が大きくなる</li> <li>✓ データが二次医療圏ごとに既に集計されており計算が容易</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 通年のレセプトデータを活用することで年間の受療状況が把握できる</li> <li>✓ 厚労省のデータが提供されるのを待つ必要があり、比較的古いデータを利用することとなる</li> <li>✓ 入院基本料ごとにデータを集計する必要があるため計算が煩雑</li> </ul>

非公表

非公表

非公表

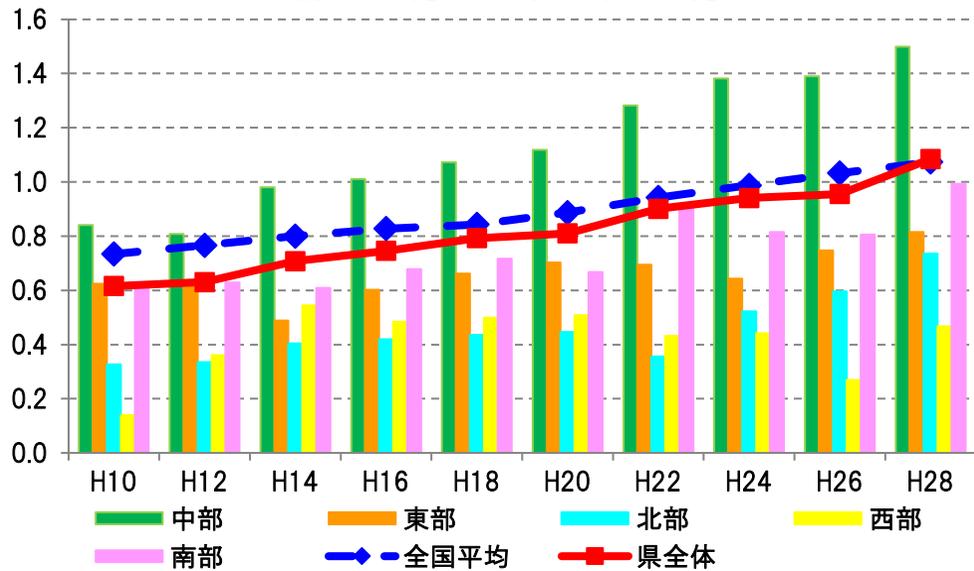
非公表

非公表

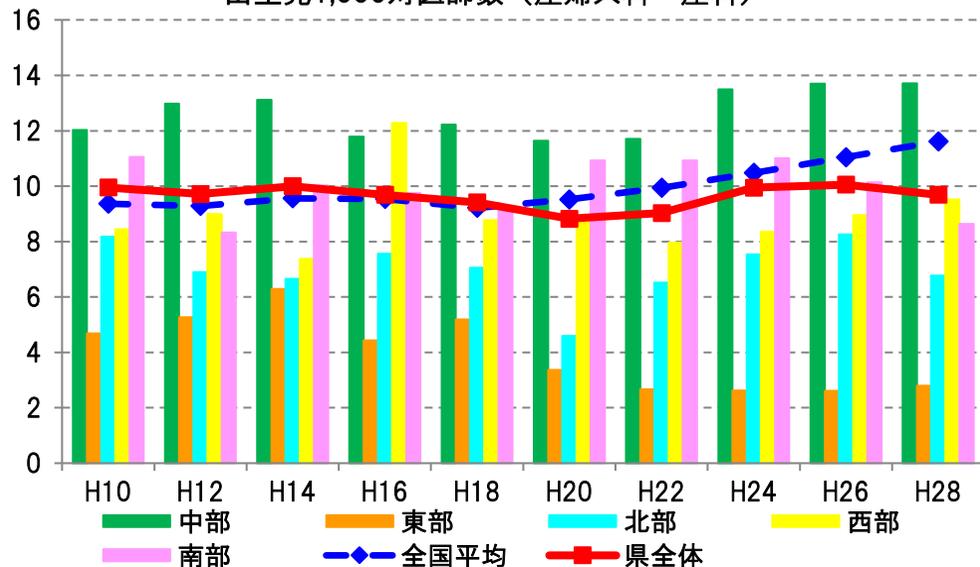
# 佐賀県の医療施設従事医師の主たる診療科別医師数の推移①

※厚生労働省「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」から抽出

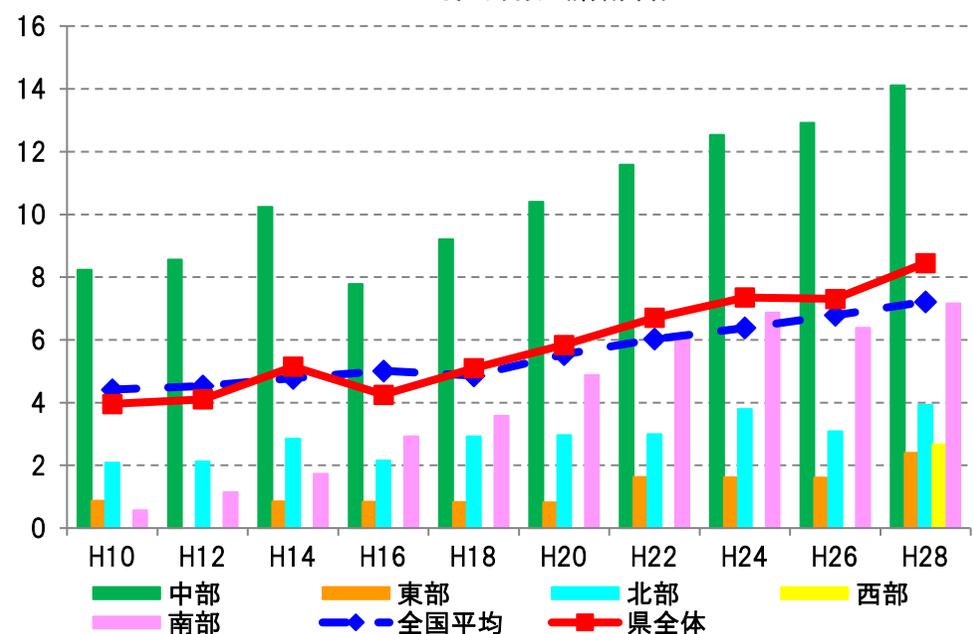
### 15歳未満小児1,000対医師数（小児科）



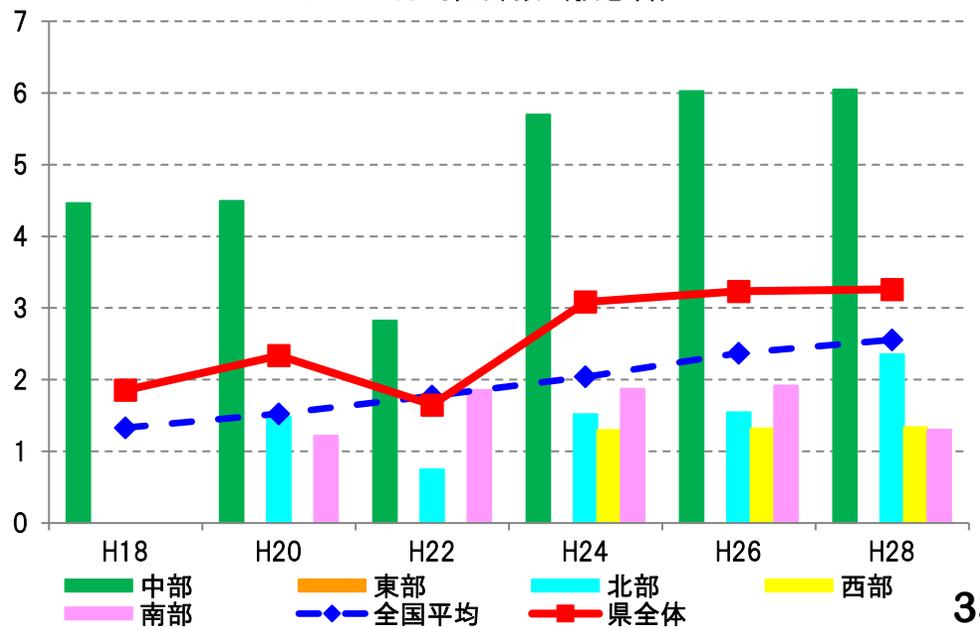
### 出生児1,000対医師数（産婦人科・産科）



### 人口10万対医師数（麻酔科）



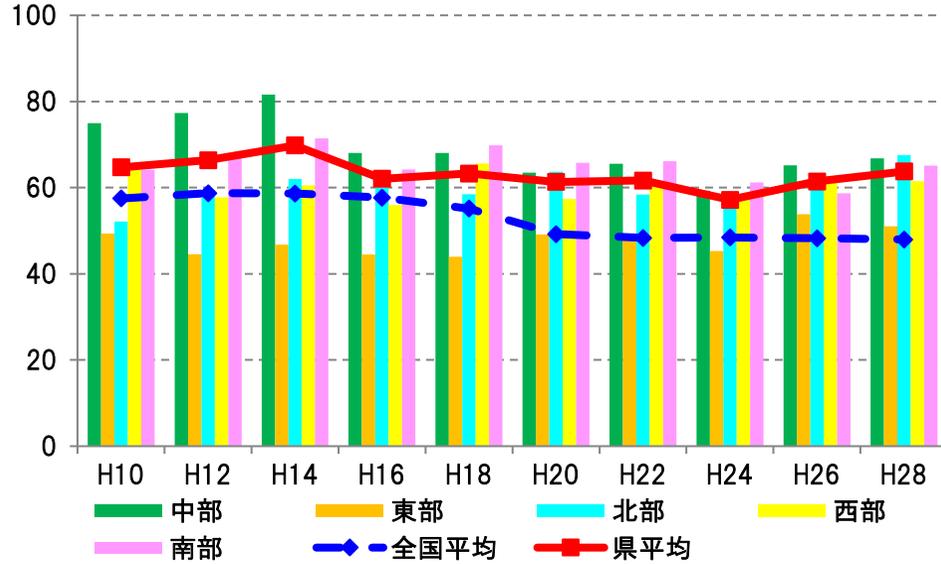
### 人口10万対医師数（救急科）



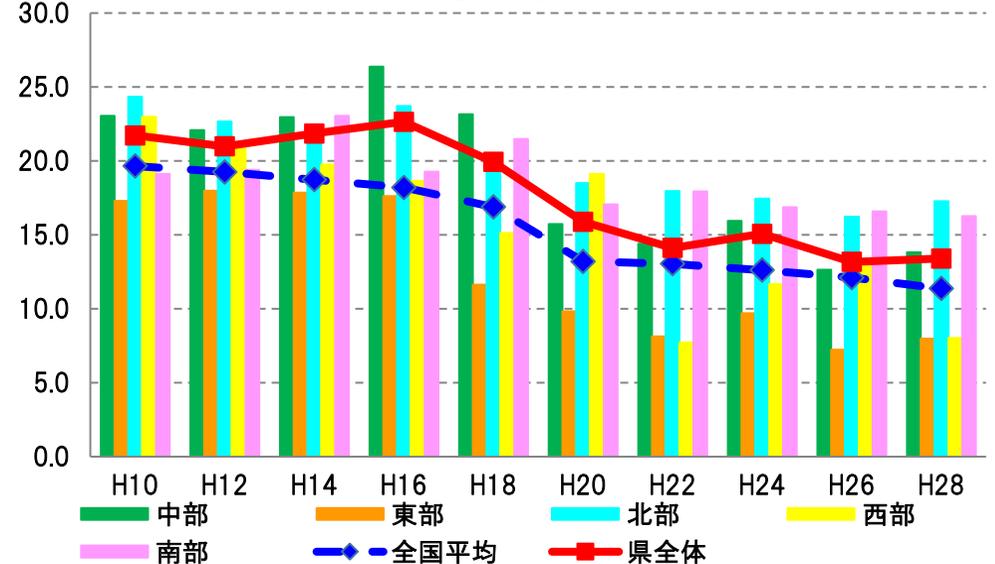
# 佐賀県の医療施設従事医師の主たる診療科別医師数の推移②

※厚生労働省「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」から抽出

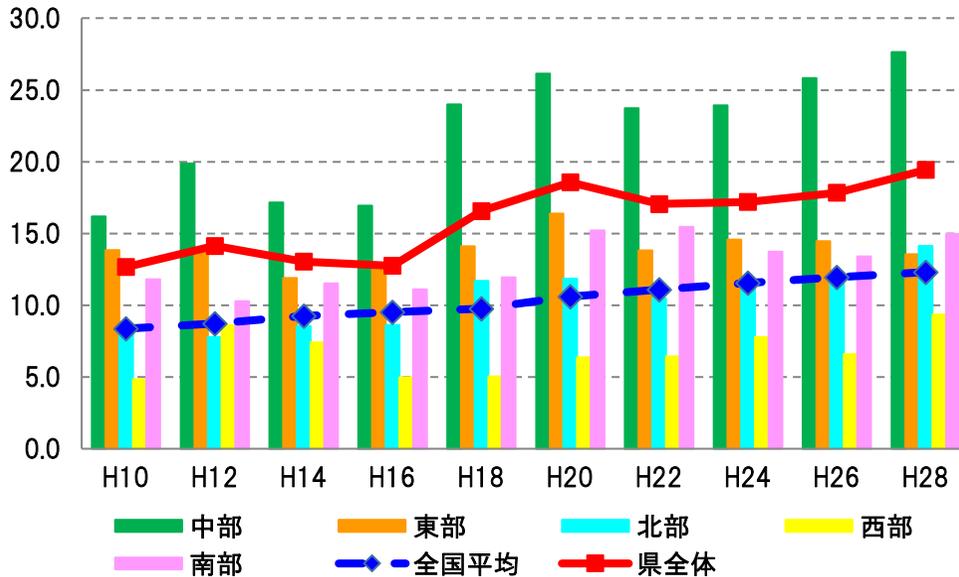
### 人口10万人対医師数（内科）



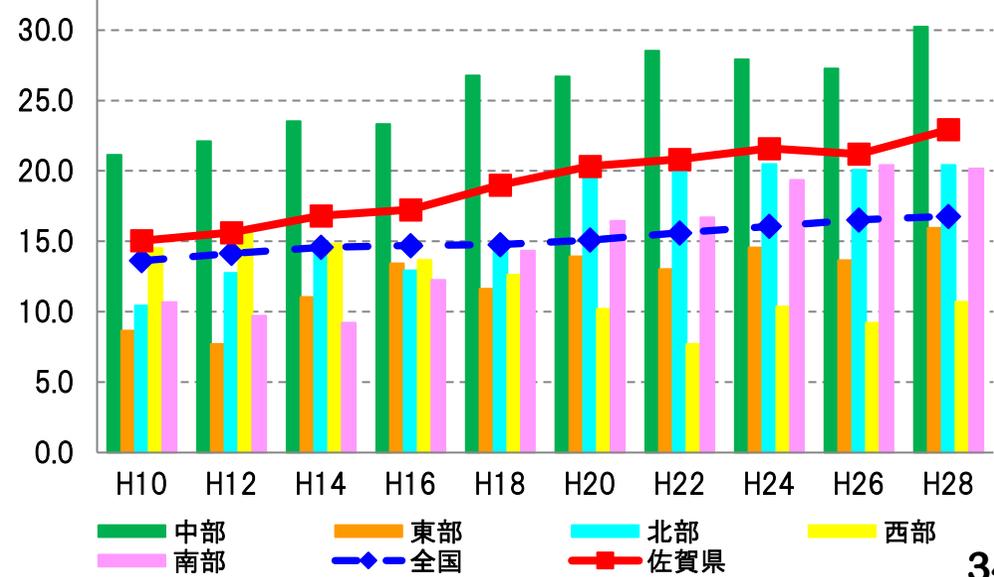
### 人口10万対医師数（外科）



### 人口10万対医師数（精神科）



### 人口10万対医師数（整形外科）



# 佐賀県の医療施設従事医師の医師数の推移①〔内科系・外科系〕

内科系

	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	対1998
内科	572	582	610	540	546	525	524	482	513	528	0.92
消化器内科(胃腸内科)	70	77	64	73	76	76	77	80	84	93	1.33
循環器内科	41	38	40	54	67	59	63	72	76	81	1.98
呼吸器内科	15	21	20	33	26	20	37	38	33	37	2.47
神経内科	8	15	16	20	16	17	25	26	29	34	4.25
腎臓内科						14	24	21	31	27	-
糖尿病内科(代謝内科)						9	13	23	23	25	-
血液内科						10	16	19	23	25	-
リウマチ科	2	5	6	5	9	6	8	8	15	11	5.50
心療内科	3	2	1	6	3	2	2	1	1	2	-
感染症内科						2	3	4	6	3	0.67
アレルギー科	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	-
総計	711	740	758	731	743	740	792	774	834	866	1.22



外科系

	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	対1998
外科	192	184	191	197	172	136	120	127	110	111	0.58
消化器外科(胃腸外科)						37	50	49	43	46	-
心臓血管外科	21	26	23	21	21	27	20	18	25	24	1.14
呼吸器外科	5	3	5	3	3	3	7	10	12	11	2.20
乳腺外科						3	5	4	7	7	-
小児外科	3	0	2	2	1	7	5	4	5	5	1.67
肛門外科						3	3	4	2	4	-
気管食道外科						0	0	0	0	0	-
総計	221	213	221	223	197	216	210	216	204	208	0.94



# 佐賀県の医療施設従事医師の医師数の推移②〔その他の診療科〕

		1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	対1998
産科 産婦人科	産婦人科	84	77	75	74	65	68	64	70	68	62	0.74
	産科	3	8	7	2	7	1	5	4	4	4	1.33
	総計	87	85	82	76	72	69	69	74	72	66	0.76
救急科		2006	2008	2010	2012	2014	2016	対2006				
	救急科		20	14	26	27	27	-				
	救命救急	16						-				
	総計	16	20	14	26	27	27	1.69				
小児科 麻酔科		1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	対1998
	小児科	93	93	98	100	103	103	112	114	113	124	1.33
	麻酔科	35	36	45	37	44	50	57	62	61	70	2.00
その他		1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	対1998
	整形外科	133	137	147	150	164	174	177	182	177	190	1.43
	臨床研修医					99	105	102	90	133	112	-
	脳神経外科	42	41	43	45	42	45	48	52	56	63	1.50
	皮膚科	52	59	54	56	60	63	68	63	62	62	1.19
	泌尿器科	43	45	46	48	46	50	52	56	53	54	1.26
	放射線科	40	42	49	46	47	44	45	45	53	52	1.30
	病理診断科					7	6	6	5	8	16	-
	形成外科	3	4	6	10	9	9	10	9	15	14	4.67
	美容外科	0	0	0	1	1	4	2	2	2	-	



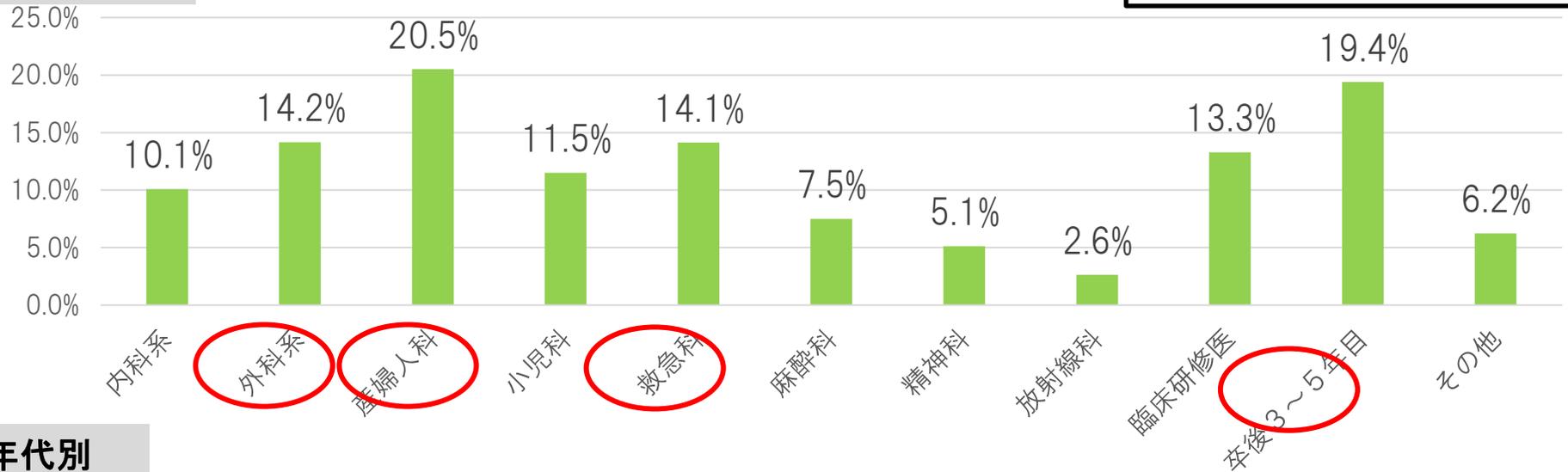
※厚生労働省「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」から抽出

# 超過勤務時間が年1860時間ラインを超える医師の割合

厚生労働省資料

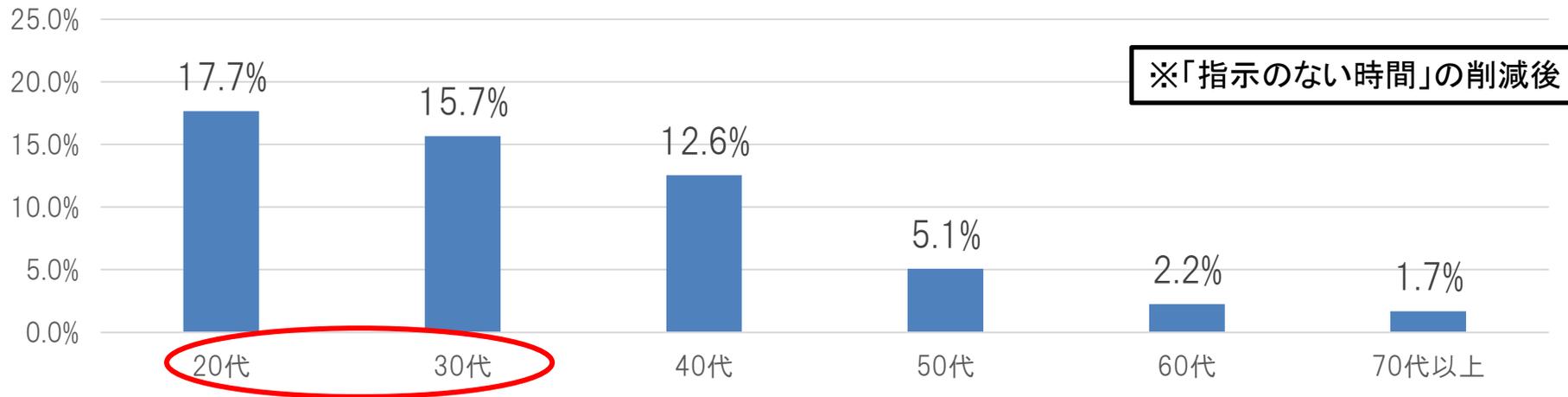
## 1. 診療科別

※「指示のない時間」の削減後



## 2. 年代別

※「指示のない時間」の削減後



※1 平成29年度厚生労働行政推進調査事業費「病院勤務医の勤務実態に関する調査研究」研究班の集計結果から、「診療外時間」（教育、研究、学習、研修等）における上司等からの指示（黙示的な指示を含む。）がない時間（調査票に「指示無」を記入）が4.4%であることを踏まえ、「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」における個票の診療外時間より「指示のない時間」を削減した。

※2 「卒後3~5年目」に含まれる医師については、「臨床研修医」以外の各診療科に含まれる医師と重複。

# 医師の時間外労働規制について

厚生労働省資料

## 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時間未満 (例外あり)  
※いずれも休日労働含む

年1,860時間／月100時間未満 (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時間未満 (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

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

年960時間／  
月100時間未満 (例外あり)  
※いずれも休日労働含む

A

C-1

C-2

## 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)

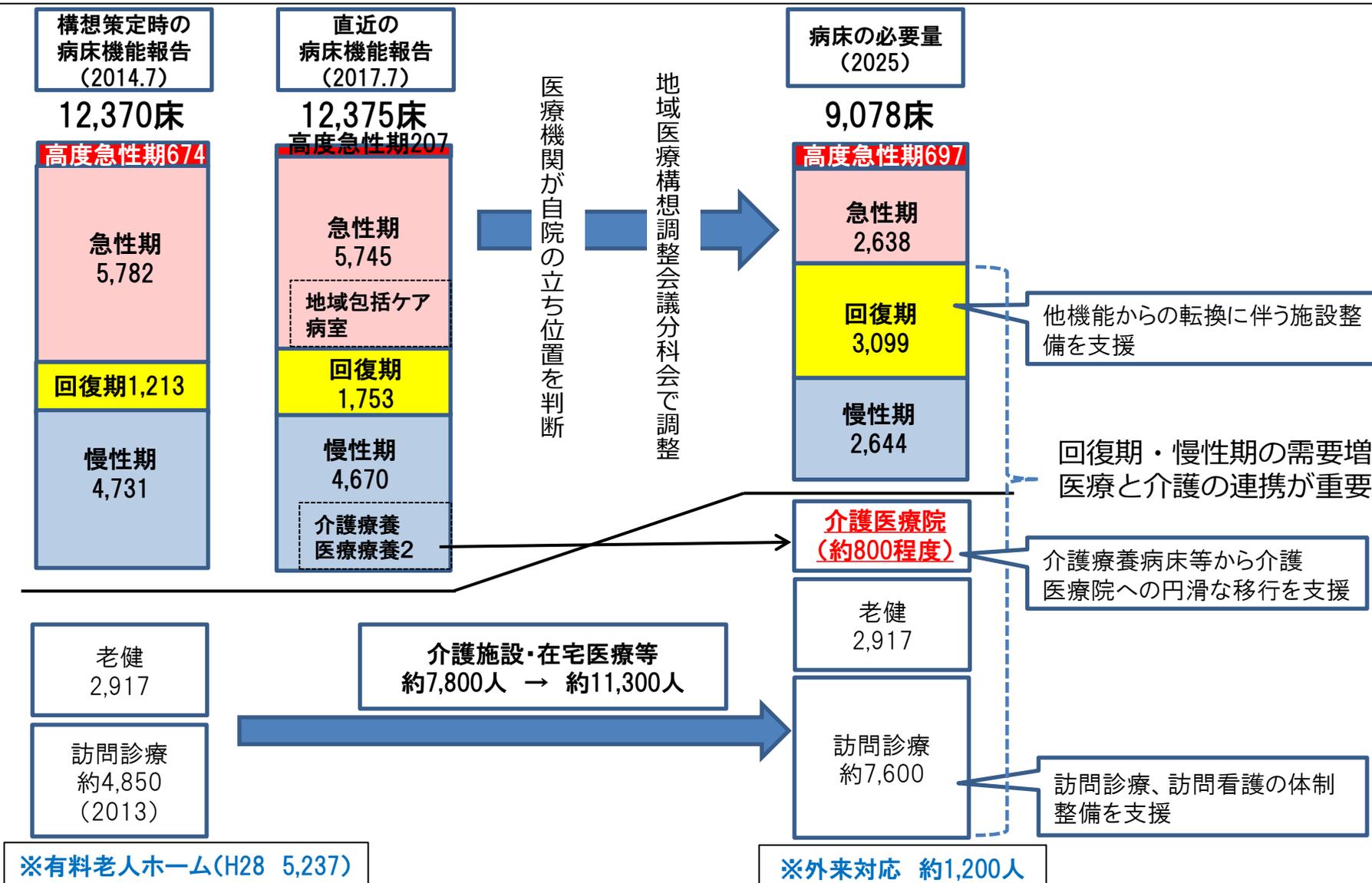
※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

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。

# 佐賀県地域医療構想の必要病床のイメージ（平成29年病床機能報告反映後）

- 佐賀県地域医療構想で、人口構造の変化とNDBデータ等から将来の医療需要を見通し、必要病床数を推計
- 2025年における「効率的で質の高い医療提供体制」に向けて、急性期等から回復期への病床機能の転換、「介護医療院」を含む在宅医療等の基盤整備を、地域医療構想調整会議等で合意形成を図り、推進
- 「病院完結型」から「地域完結型」に向け、医療・介護の連携、必要となる人材を確保する取り組みを推進



病床機能報告病院棟票（うち高度急性期に対応している主とする診療科）〔平成30年7月時点〕

医療機関名	算定項目	主とする診療科		
佐賀大学医学部附属病院	特定集中治療室管理料2	脳神経外科	腎臓内科	内科
佐賀大学医学部附属病院	救命救急入院料3	救急科		
佐賀大学医学部附属病院	新生児特定集中治療室管理料1	小児科		
佐賀大学医学部附属病院	救命救急入院料4	救急科		
独立行政法人国立病院機構佐賀病院	総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児）	産婦人科		
独立行政法人国立病院機構佐賀病院	総合周産期特定集中治療室管理料（新生児）	小児科		
独立行政法人国立病院機構佐賀病院	新生児治療回復室入院医療管理料	小児科		
佐賀県医療センター好生館	救命救急入院料3	内科	脳神経外科	救急科
佐賀県医療センター好生館	特定集中治療室管理料2	心臓血管外科	呼吸器外科	外科
佐賀県医療センター好生館	新生児特定集中治療室管理料2	小児科		
医療法人ひらまつ病院	ハイケアユニット入院医療費管理料1	内科	呼吸器内科	外科
医療法人如水会 今村病院	ハイケアユニット入院医療費管理料1	循環器内科	外科	脳神経外科
唐津赤十字病院	救命救急入院料3	内科	外科	脳神経外科
新武雄病院	特定集中治療室管理料3	脳神経外科	外科	
新武雄病院	ハイケアユニット入院医療費管理料1	脳神経外科	呼吸器内科	外科
独立行政法人国立病院機構嬉野医療センター	救命救急入院料1	救急科		
独立行政法人国立病院機構嬉野医療センター	特定集中治療室管理料3	循環器内科	心臓血管外科	
独立行政法人国立病院機構嬉野医療センター	特定集中治療室管理料3	外科		
独立行政法人国立病院機構嬉野医療センター	救命救急入院料1	救急科		

～ 地域医療の現状を踏まえつつ、医師本人のキャリア形成にも配慮する。～

## 1 人事基本原則

### 【基本パターン】

臨床研修  
(2年)

離島・へき地  
(3年)

後期研修  
(2年)

公的病院  
(2年)

## 2 当面の取扱い

- ① 離島・へき地診療所が4か所の間は、卒後4～5年目の2年間を離島・へき地勤務とする。
  - ② 卒後3年目は唐津日赤において離島・へき地に備えた研修勤務。公的医療機関勤務として扱う。
  - ③ 新専門医プログラムについては、卒後6～9年目で参加できるように人事配置上配慮する。
  - ④ 不足診療科専攻については、離島の体制が確保されていることを前提に、離島へき地勤務から外す。
- ※ただし、各医療機関の要望、人員の都合等で、以上の取扱いができない場合もある。

### 【基本パターン】

- ・ 3年目に唐津赤十字病院勤務。離島診療に必要なスキルを習得する。
- ・ 離島・へき地勤務は2年。

臨床研修  
(2年)

- ・ 1年目 佐大病院
- ・ 2年目 好生館

公的  
(1年)

- ・ 唐津日赤勤務
- ・ 離島前の研修

離島・へき地  
(2年)

- ・ 離島診療所の所長
- ・ 離島・へき地は現状4か所のため2年勤務
- ・ 週1日は島外での研修（専門）可能

後期研修  
(2年)

- ・ 希望する科の専門研修
- ・ 佐大病院、好生館、唐津日赤等

公的病院  
(2年)

- ・ 市町立医療機関、好生館、唐津日赤、済生会、NHO
- ・ 可能な限り、本人が希望する科で勤務できるよう配慮

臨床研修

不足診療科のみに従事

### 【不足診療科対策】

- ・ 県内で不足する診療科（小児科、産科、救急科、麻酔科）は、離島勤務を外す。
- ※ただし離島の体制が確保されていることが前提。

- 医療法（昭和23年法律第205号）第30条の23第2項及び同法第30条の25第1項第5号に規定される「キャリア形成プログラム」について、厚生労働省は、「キャリア形成プログラム運用指針」（平成30年7月25日付け厚生労働省医政局長通知）を发出しており、概要は以下のとおり。

## 地域枠

- 地域枠とは以下の概念を包括したもの
- ① 平成20年度以降の臨時定員増に伴い各大学に設定された、卒業後に一定期間、都道府県内で医師として就業する契約を当該都道府県と締結し、都道府県から修学資金の貸与を受けることを要件とした定員枠
- ② 都道府県が独自に設定した、卒業後に一定期間、都道府県内で医師として就業する契約を当該都道府県と締結することを要件とした定員枠（修学資金の貸与の有無を問わない）
- ③ 市町村、大学等が独自に設定した、卒業後に一定期間、都道府県内（より限定的に、当該市町村内や大学等とされている場合も含む。）で医師として就業する契約を当該市町村、大学等と締結することを要件とした定員枠（修学資金の貸与の有無を問わない）
- 入学者の選抜時点で、当該定員枠について一般枠等とは別の選抜枠を設定することが適切

## 対象者

- 都道府県が修学資金を貸与した地域枠医師
- 市町村、大学等が修学資金を貸与した地域枠医師
- 修学資金が貸与されていない地域枠医師
- 自治医科大学を卒業した医師
- その他キャリア形成プログラムを適用する医師

## コース

- 診療科や就業先となる医療機関等の種別ごとに複数設置
- 特定診療科での就業が修学資金の貸与要件となっている場合、当該コースを必ず設定
- 取得可能な専門医等の資格や取得可能な知識・技術を明示

## 対象期間

- 医療機関等に派遣される期間を通算した対象期間は原則9年間
- 就業期間を4年間以上等、当該地域の医師確保に資する期間
- ※ 医師が不足している地域は、医師偏在指標の導入に伴う医師少数区域等の設定

## 対象医療機関等

- 臨床研修（2年間）は原則当該都道府県内
- 臨床研修後（原則7年間）も原則当該都道府県内
- 不足地域の医師確保と、対象医師の能力の開発・向上と両立
- 地域医療構想における機能分化・連携の方針と整合的なものとなるように留意
- 医師の養成に当たって一定規模以上の中核病院等で経験を積む必要があり、地域診療の従事を要さない場合もあるため、診療科の特性に応じた柔軟が必要

## 対象期間の一時中断等

- 出産、育児等のライフイベントや、海外留学等のキャリア形成上の希望に配慮するため、一時中断が可能とされていること
- 個々の就業形態について、プログラムの対象期間にどの程度含めるのか、一時中断として取り扱うのか、事前に公表
- 一時中断は、中断事由が解消するまでの間認められるもので、県は理由書の提出や面談により、中断事由の継続を確認（全ての対象医師との面談等の機会を設ける）
- 一時中断事由が虚偽である場合、違約金を科す

## プログラム適用

- 平成31年度以降に大学医学部地域枠入学者に対し、キャリア形成プログラムが適用されることの事前通知、6学年進級時にプログラム適用の同意、臨床研修終了時を目安にコース選択
- 学生の職業選択に対する主体的意識の涵養を図る
- 各コースの選択状況を公表
- 派遣医療機関の決定は、地域医療対策協議会にて協議
- 派遣計画案は、前年度11月末までを目安に地域医療対策協議会に提示し決定
- 公立・公的医療機関に集中することがないようにすること

## プログラム策定手続

- 地域医療対策協議会において協議（変更する場合も同様）
- プログラム策定に当たって、対象医師・対象予定学生の意見を聴取
- 対象医師・対象予定学生に意見聴取する旨通知。説明会の開催等により意見を述べる環境を整備し、意見の内容を公表
- 毎年度9月末までを目安にプログラム内容を交渉

## 医師修学資金

- 地域で就労する医師を確保するという地域枠の趣旨に照らし、適切な金利を設定
- 義務年限は、原則9年間又は貸与期間の1.5倍
- キャリア形成プログラムの満了が返還免除要件
- これらの要件を満たした上で、都道府県出身者に貸与する場合、地域医療介護総合確保基金の活用が可能

## 適正な運用の確保

- 国は運用状況を毎年度フォローアップし、必要に応じて県に改善を求める
- （平成32年度に入学する学生からは）キャリア形成プログラムの満了率を考慮し、地域医療介護総合確保基金の配分を査定。この場合、離脱理由等の状況を総合的に考慮
- 臨時定員増に係る入学定員に見合った修学資金の貸与ができていない場合、地域医療介護総合確保基金の配分において査定