

将来の医師の多寡による医師の確保の方針及び地域枠 産科・小児科における医師確保計画 医師確保計画の効果の測定・評価

次期医師確保計画の策定にあたり検討が必要な項目

R4.5.11 第4回ワーキンググループ

- 医師偏在指標

R4.6.16 第5回ワーキンググループ

- 医師少数区域・医師少数スポット
- 医師の確保の方針
- 目標医師数

R4.8.10 第6回ワーキンググループ

- 将来の医師の多寡による医師の確保の方針及び地域枠
- 産科・小児科における医師確保計画
- 医師確保計画の効果の測定・評価

目次

1. 将来の医師の多寡による医師の確保の方針及び地域枠 ……P. 4
2. 産科・小児科における医師確保計画 ……P. 10
3. 医師確保計画の効果の測定・評価 ……P. 21
4. その他 ……P. 29

1. 将来の医師の多寡による医師の確保の方針 及び地域枠

地域枠及び地元出身者枠の概要

(1) 地域枠及び地元出身者枠の概要

- 大学が、卒後に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、他の入学者と区別して選抜を行う仕組み。(一般入学者から募集する等の方法も一部あり)
- 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し、令和元年度には9,420人に達した。令和2年度以降については、全体として令和元年の医学部総定員を超えない範囲で、臨時定員増員の申請を認めている。

現在の枠組みの概要 (令和4年～)

※臨時定員の設置にあたっては、地域枠の定義を満たしている必要がある

都道府県と大学が連携した枠

地域枠

- ① 地元出身者もしくは全国より選抜
- ② 別枠方式で選抜
- ③ 従事要件あり 等

地元出身者枠

- ① 地元出身者より選抜
- ② 選抜方法は問わない
- ③ 従事要件は問わない 等

大学独自枠

- ① 対象は問わない
- ② 選抜方法は問わない
- ③ 従事要件は問わない 等

<ある大学における地域枠等の設置イメージ>

100人

20人

収容定員の種別

恒久定員

臨時定員

地域枠等の種別

大学独自枠

一般枠

地元出身者枠

地域枠

70人

5人

15人

30人

(2) 地域枠及び地元出身者枠の要請権限

- 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及び地元出身者枠の設定・拡充の要請権限が創設された。



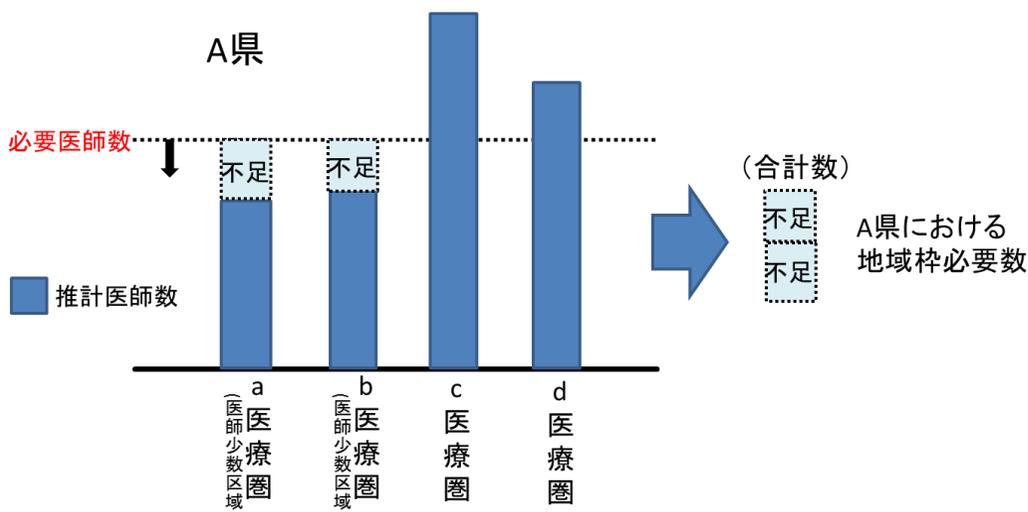
医師確保計画ガイドラインにおいて、地域枠及び地元出身者枠設定の考え方等について具体的に記載

現ガイドラインにおける必要医師数と地域枠等の関係

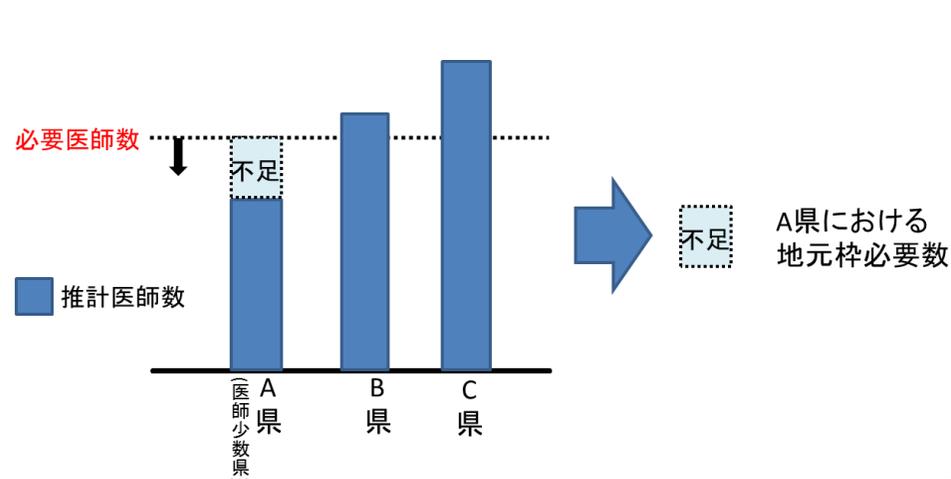
国が定めている定義（医師確保計画策定ガイドライン）

- 都道府県知事から大学に対して、**地域枠**の創設又は増員を要請できる場合については、当該都道府県内に将来時点における推計医師数が必要医師数に満たない二次医療圏等がある場合とし、当該都道府県における二次医療圏ごとの将来時点における医師不足数の合計数を満たすために必要な年間不足養成数を上限として、必要な地域枠数を地域医療対策協議会の協議を経た上で、要請できることとする。
- 都道府県知事から大学に対して、**地元出身者枠**の創設又は増員を要請できる場合については、当該都道府県が、将来時点における推計医師数が必要医師数に満たない都道府県である場合とし、当該都道府県における医師不足数分を満たすために必要な年間不足養成数を上限として、必要な地元出身者枠数を地域医療対策協議会の協議を経た上で、当該都道府県の大学に要請できることとする。
- 今後、将来の必要医師数に応じて都道府県内の大学医学部における恒久定員の枠内において、地域枠等の設置・増員等を進めていくことが必要であるが、仮に恒久定員の5割程度の地域枠等を設置しても必要な地域枠等の確保が不十分である場合について、都道府県は、地域医療対策協議会の協議を経た上で、地域枠の設置を要件とする臨時定員の設置等を要請できることとする。
- ただし、医師多数都道府県内に存在する医師少数区域については、当該都道府県以外からの医師の確保を行わないこととする。

<地域枠の要請イメージ>



<地元出身者枠の要請イメージ>



都道府県が恒久定員内に設置する地域枠及び地元出身者枠（R3）

恒久定員合計：都道府県内の大学医学部における恒久定員の合計

恒久定員内地域枠：都道府県内の大学医学部恒久定員における、当該都道府県の地域枠数（当該都道府県の従事要件がある枠）

恒久定員内地元出身者枠：都道府県内の大学医学部恒久定員における、当該都道府県ので元出身者枠数（従事要件がない枠）

都道府県名	恒久定員 合計	恒久定員内地域枠		恒久定員内 地元出身者枠
		全体	うち、地元出身 の出願要件あり	
北海道	312	7 (2%)	7	67 (21%)
青森	105	35 (33%)	20	0 (0%)
岩手	95	0 (0%)	0	0 (0%)
宮城	205	63 (31%)	0	0 (0%)
秋田	100	0(0%)	0	0 (0%)
山形	105	0 (0%)	0	0 (0%)
福島	85	0 (0%)	0	0 (0%)
茨城	103	0 (0%)	0	0 (0%)
栃木	110	0 (0%)	0	0 (0%)
群馬	105	0 (0%)	0	0 (0%)
埼玉	110	0 (0%)	0	0 (0%)
千葉	240	5 (2%)	0	0 (0%)
東京	1,404	0 (0%)	0	0 (0%)
神奈川	414	27 (7%)	10	0 (0%)
新潟	105	0 (0%)	0	0 (0%)
富山	100	0 (0%)	0	0 (0%)
石川	212	0 (0%)	0	0 (0%)
福井	105	0 (0%)	0	0 (0%)
山梨	105	15 (14%)	15	0 (0%)
長野	105	0 (0%)	0	0 (0%)
岐阜	85	3 (4%)	3	0 (0%)
静岡	105	0 (0%)	0	0 (0%)
愛知	410	0 (0%)	0	0 (0%)
三重	105	15 (14%)	15	0 (0%)

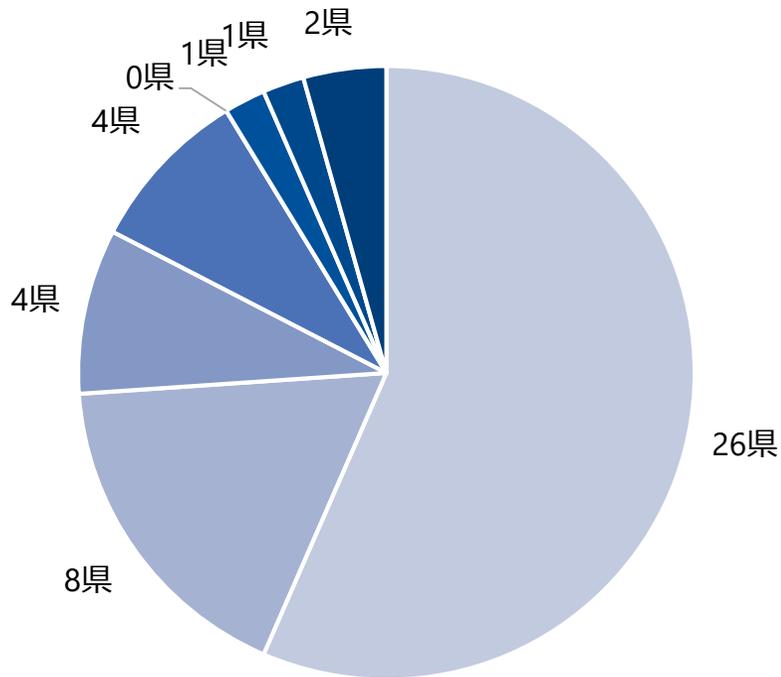
都道府県名	恒久定員 合計	恒久定員内地域枠		恒久定員内 地元出身者枠
		全体	うち、地元出身 の出願要件あり	
滋賀	105	6 (6%)	6	0 (0%)
京都	207	2 (1%)	2	0 (0%)
大阪	510	0 (0%)	0	0 (0%)
兵庫	213	3 (1%)	0	0 (0%)
奈良	100	0 (0%)	0	25 (25%)
和歌山	90	20 (22%)	0	0 (0%)
鳥取	85	7 (8%)	5	0 (0%)
島根	100	14 (14%)	14	0 (0%)
岡山	215	0 (0%)	0	0 (0%)
広島	105	5 (5%)	5	0 (0%)
山口	100	28 (28%)	28	0 (0%)
徳島	100	0 (0%)	0	0 (0%)
香川	100	0 (0%)	0	0 (0%)
愛媛	100	5 (5%)	5	0 (0%)
高知	100	10 (10%)	5	0 (0%)
福岡	430	0 (0%)	0	0 (0%)
佐賀	98	0 (0%)	0	18 (18%)
長崎	100	0 (0%)	0	0 (0%)
熊本	105	0 (0%)	0	0 (0%)
大分	100	3 (3%)	3	0 (0%)
宮崎	100	15 (15%)	15	0 (0%)
鹿児島	100	0 (0%)	0	0 (0%)
沖縄	105	5 (5%)	5	0 (0%)

文部科学省調べ（他県の大学に設置している恒久定員内地域枠・地元出身者枠等を除く。）7

都道府県が恒久定員内に設置した地域枠等の実態（R3）

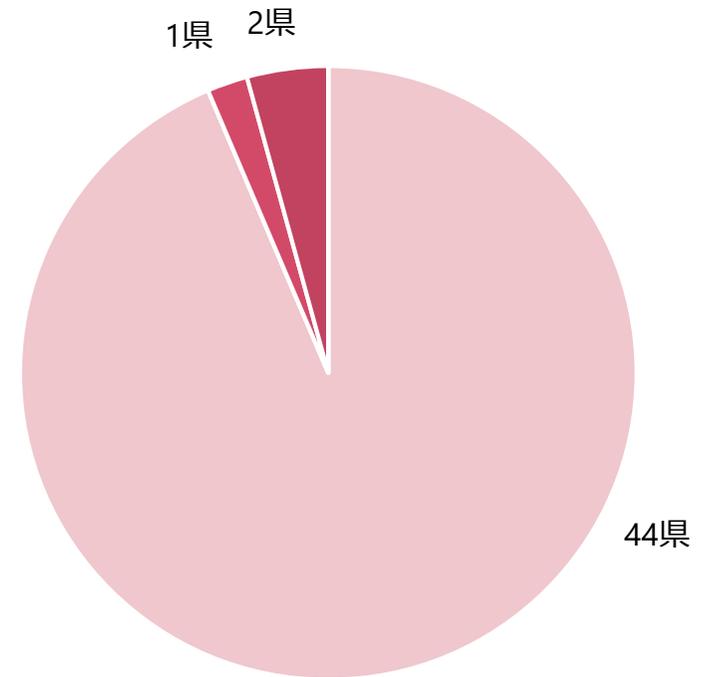
- 恒久定員内に地域枠を設置していない県は26県、地元出身者枠（従事要件なし）を設置していない県は44県。
- ほとんどの都道府県において恒久定員内の地域枠等の設置割合は30%未満だった。

恒久定員内地域枠設置状況



■ 0% ■ <5% ■ <10% ■ <15%
■ <20% ■ <25% ■ <30% ■ 30%~

恒久定員内地元出身者枠設置状況



■ 0% ■ <20% ■ <25%

※44県中16県は、恒久定員内地域枠に地元出身の出願要件を設けている。

地域枠等の取組に関する論点

(論点)

- 医学部恒久定員内の地域枠等については、
 - 都道府県が臨時定員の設置等を大学に要請する場合には、恒久定員の5割程度の地域枠等を設置しても必要な地域枠等の確保が不十分であることが前提として想定されていること、
 - 現在の恒久定員内の地域枠等の設置状況、
 - 医師需給分科会第5次中間とりまとめにおいて、「安定した運用の観点からは、恒久定員内で措置することが望ましく、自治体や大学の考えを十分に踏まえながら、各都道府県の医学部定員内に必要な数の地域枠を確保し、地域における医師の確保を図ることが重要である。」とされていること、を踏まえ、設置を促進するためにはどのような取組が必要か。
特に、医師不足都道府県においては、都道府県内に定着する医師数の増加の観点から、恒久定員内に設置するのは、地域枠に加え、地域枠と比較して都道府県が柔軟に運用できる地元出身者枠も活用することが考えられるのではないかと。
- 都道府県に所在する大学に地域枠や地元出身者枠を設置し、医師確保を行う場合、医師の育成や配置方法の検討において、大学と都道府県が連携して行うことが重要と考えられるが、具体的にどのような取組が効果的か。
- 都道府県外の大学に地域枠を設置し、医師確保を行う場合、地域枠学生が卒後地域に定着するためにはどのような取組が効果的か。例えば、卒前段階から、地域枠学生に対するキャリア形成支援を行う等の取組が重要ではないか。

2. 産科・小児科における医師確保計画

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

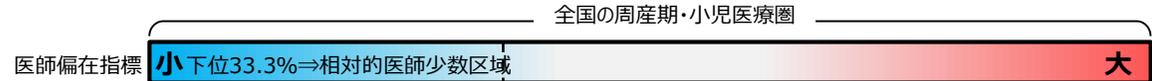
三次医療圏・周産期・小児医療圏ごとに、**産科・小児科における医師の偏在の状況を客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや、医師の性年齢構成等を踏まえた**産科・小児科における医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

医師偏在指標で考慮すべき要素

- ・医療需要(ニーズ)・人口構成の違い等
- ・へき地等の地理的条件
- ・患者の流出入等
- ・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ってもな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実化。

産科医師偏在指標・小児科医師偏在指標

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

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

(※) 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

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

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

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

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

産科医師偏在指標に用いる医師について

現行の医師確保計画策定ガイドライン要旨

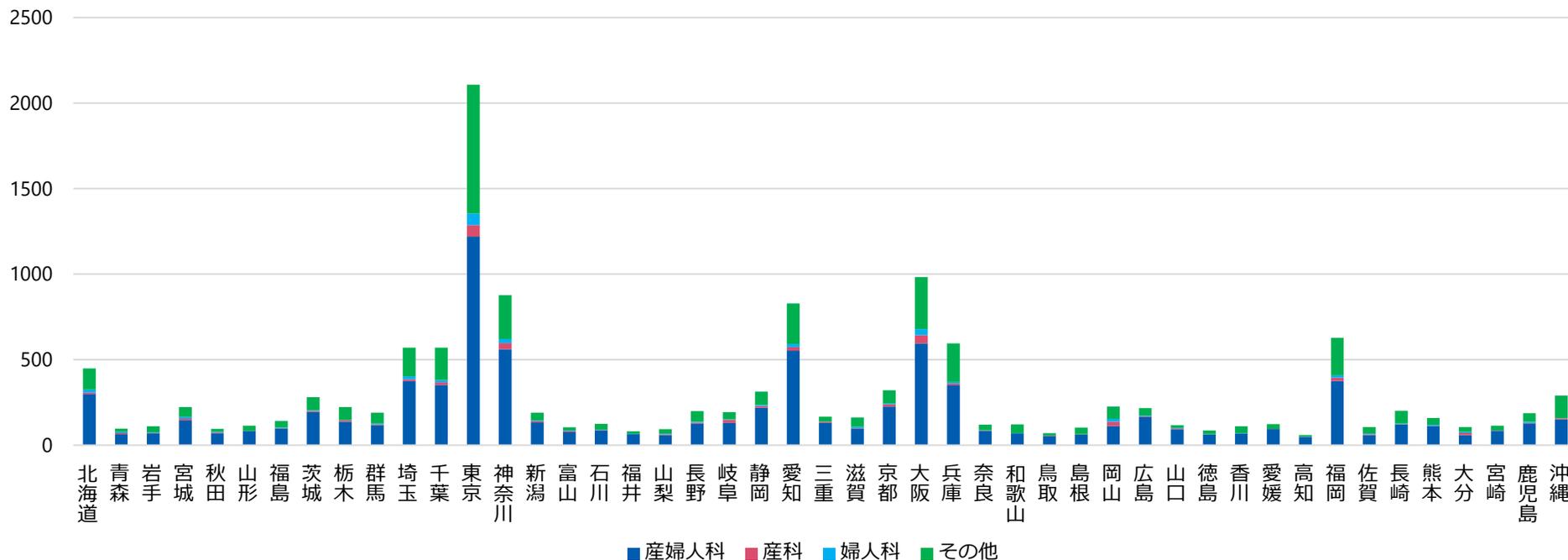
産科医師偏在指標における留意点

- 産科医師偏在指標に用いる医師については、当該指標が政策医療の観点からも特に必要が高い周産期医療における産科医師の確保を目的としていることから、実際に分娩を取り扱う産科医師とすることが望ましい。しかし、平成30年時点で性・年齢階級別の分娩を取り扱う産科医師の数を把握している調査はない。



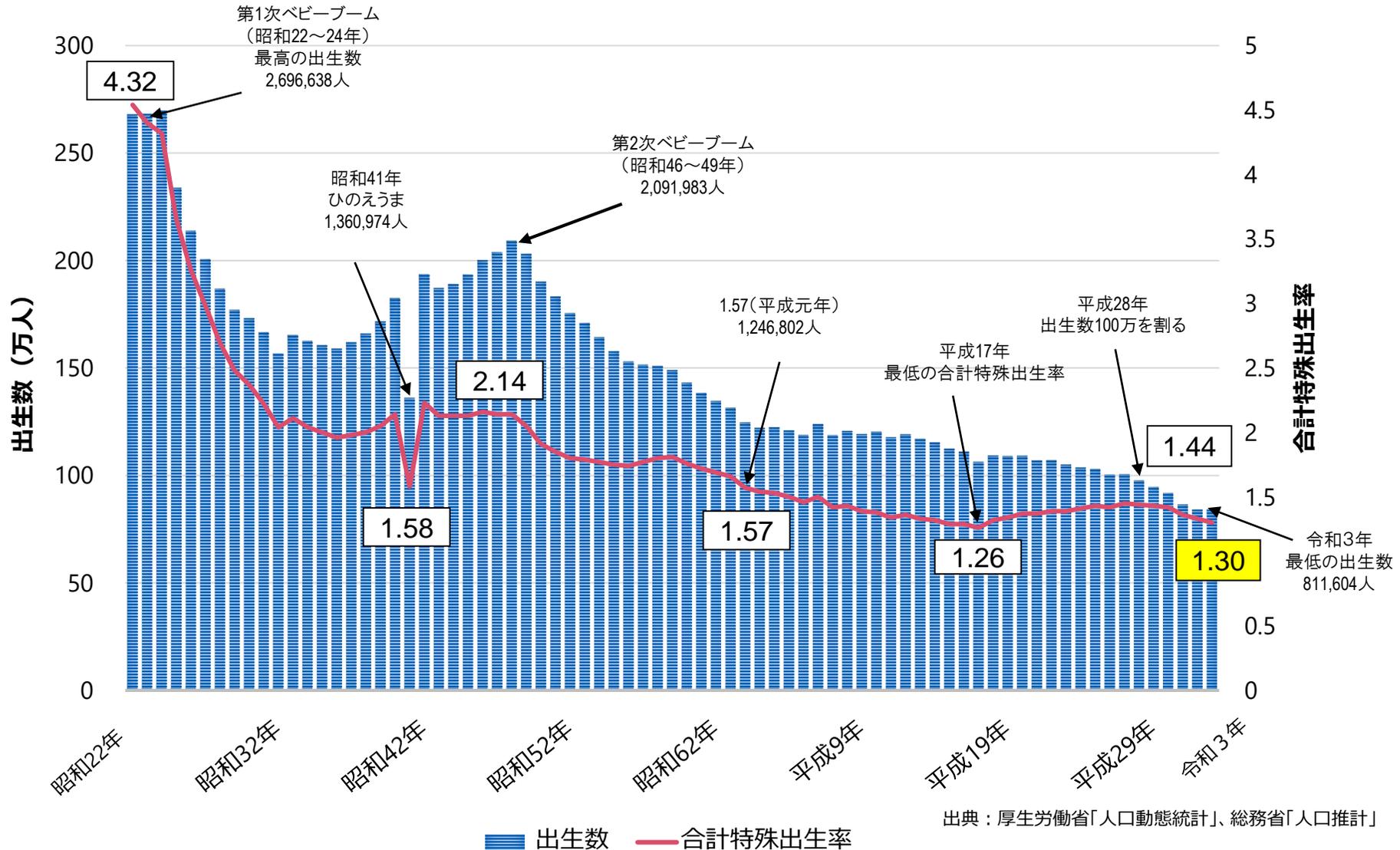
- 平成30年三師統計より、過去2年間に分娩を取り扱った医師を把握出来るようになったことから、今後産科医師偏在指標の算出においては、現行の「産科・産婦人科医師数」を「実際に分娩を取り扱う産科医師」と変更し、第8次前期医師確保計画における医師偏在指標の算出においては、令和2年三師統計において過去2年以内に分娩の取扱いありと回答した医師（13534人）のうち、日常的に分娩を取り扱っていると考えられる産婦人科・産科・婦人科を主たる診療科と回答した医師（9396人）とする。

令和2年三師統計において「過去2年以内に分娩の取扱いあり」と回答した医師の内訳



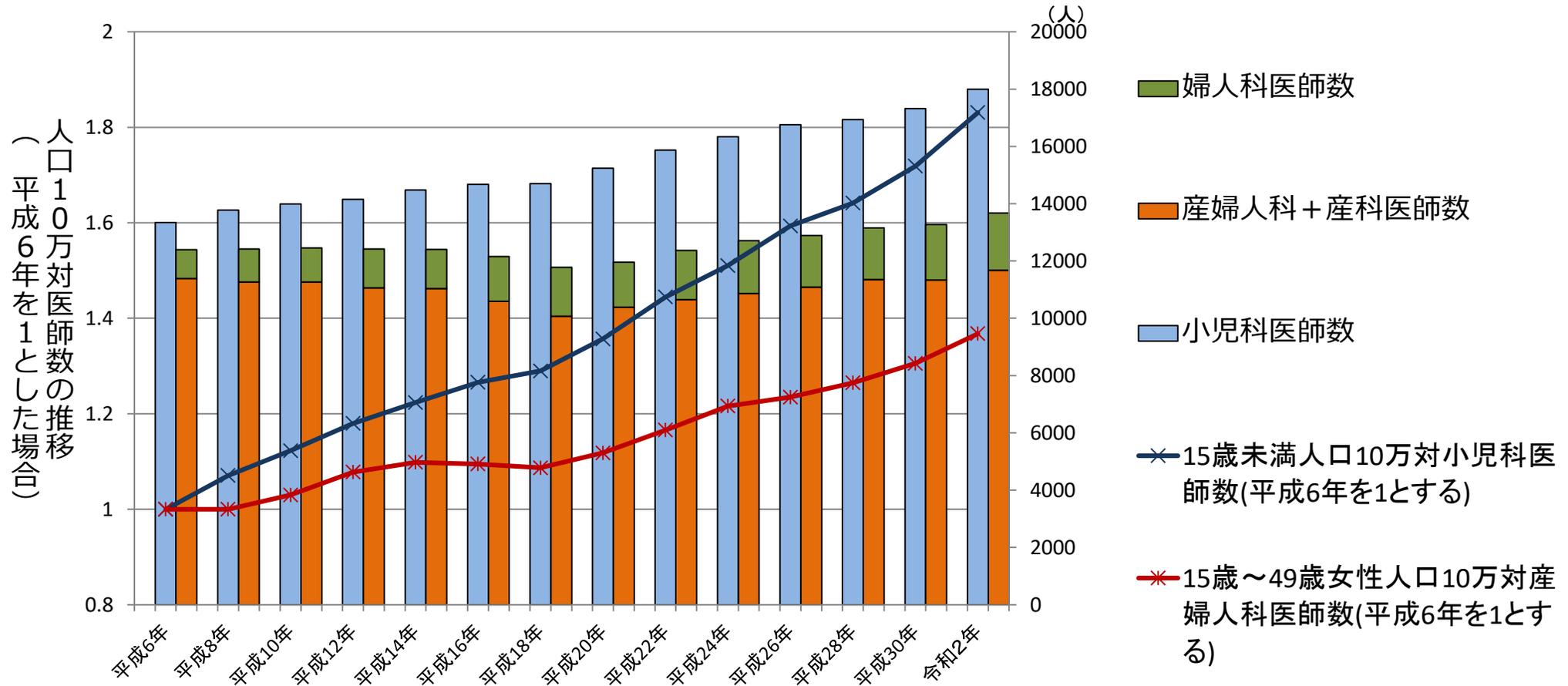
合計特殊出生率の年次推移

- 出生数は、平成28年に100万人を下回り、令和3年には過去最少の811,604人であった。
- 合計特殊出生率は平成17年に1.26を底としてやや持ち直し、平成27年には1.45まで回復したが、その後再度減少傾向となり令和3年は1.30まで低下した。



産科・産婦人科、小児科医師数の変化

- 15歳未満人口に対する小児科医師数と、15-49歳女性人口に対する産科・産婦人科医師数は令和2年には過去最大となっている。
- 医師数は平成6年を1とすると、令和2年の小児科医師数は1.34倍、産科・産婦人科医師数は1.01倍に留まっている。

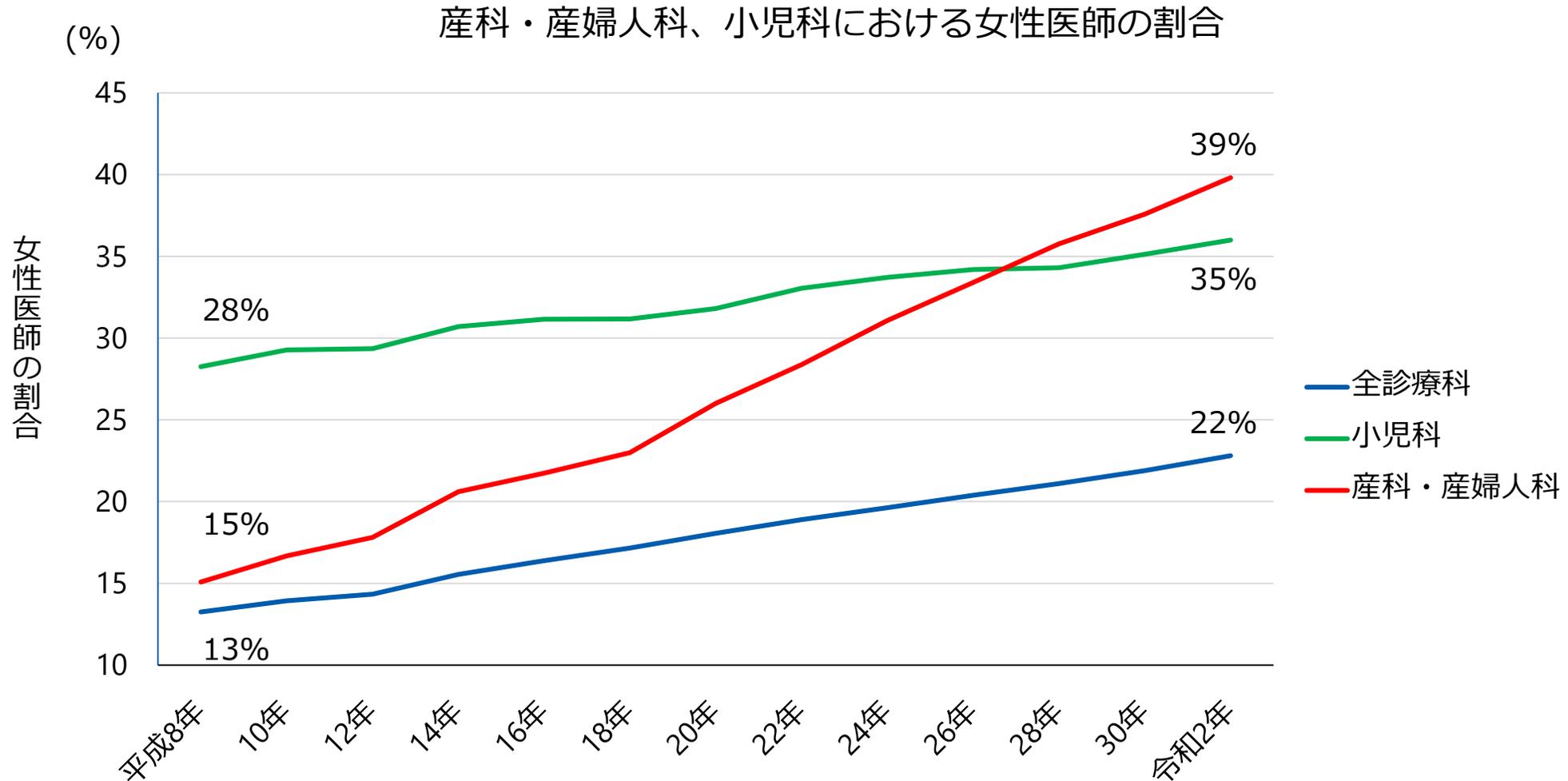


(注) 各年の人口は、総務省統計局発表の10月1日現在推計人口を、平成12・22年については、国勢調査を用いた

(注) 平成18年に「臨床研修医」という項目が新設された

産科・産婦人科、小児科における女性医師の割合

- 女性医師の割合については継続して上昇しており、産科・産婦人科、小児科は全診療科の平均を上回っている。
- 特に産科・産婦人科において伸びが大きく、令和2年には39%に達している。

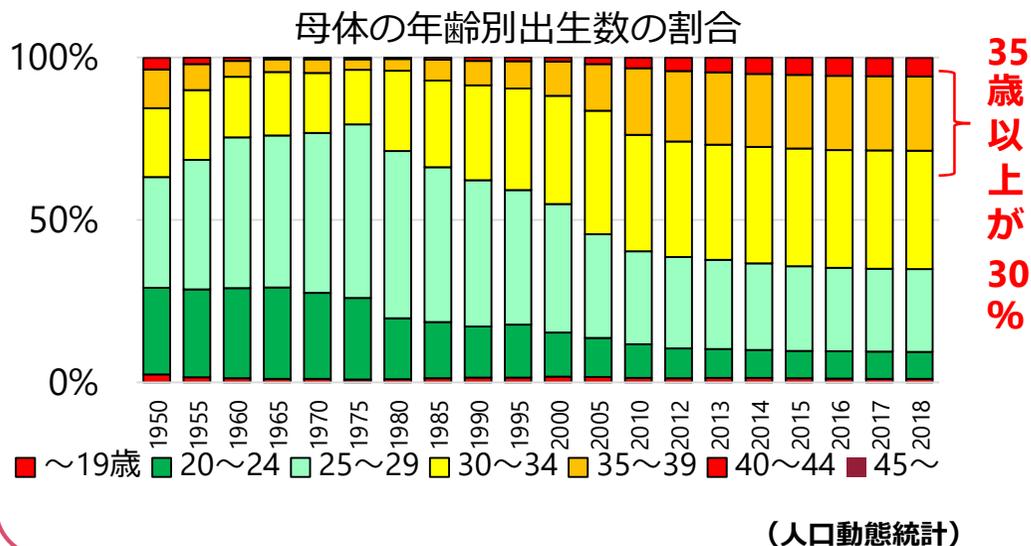


周産期医療の現状

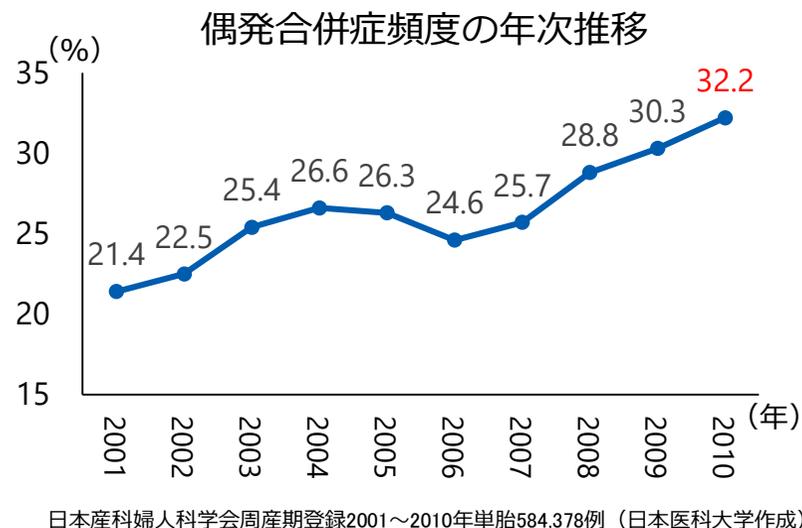
第11回第8次医療計画
等に関する検討会
令和4年7月27日

参考資料
4
改変

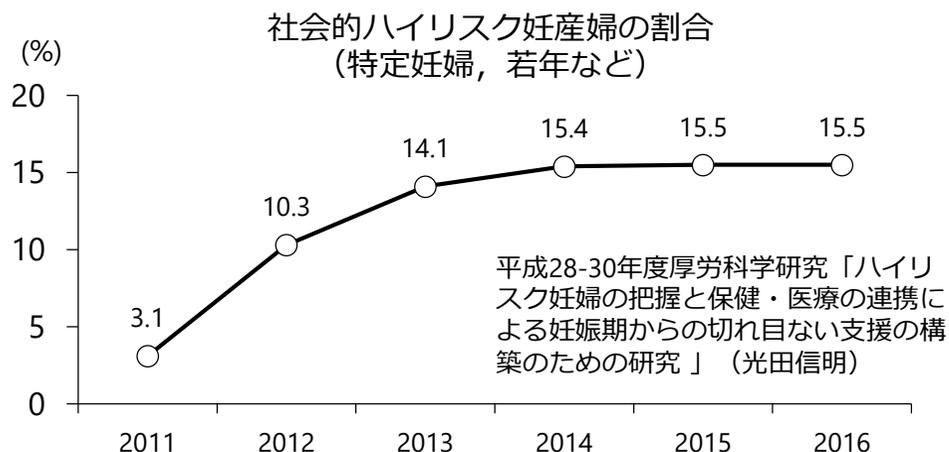
① 高齢出産の増加



② 妊娠における偶発合併症の増加



③ 社会的ハイリスク妊産婦*の増加



*社会的ハイリスク妊産婦とは、特定妊婦等の妊娠中から家庭環境におけるハイリスク要因を有する妊婦のこと。具体的には不安定な就労等収入基盤が安定しないことや、家族構成が複雑であること等。

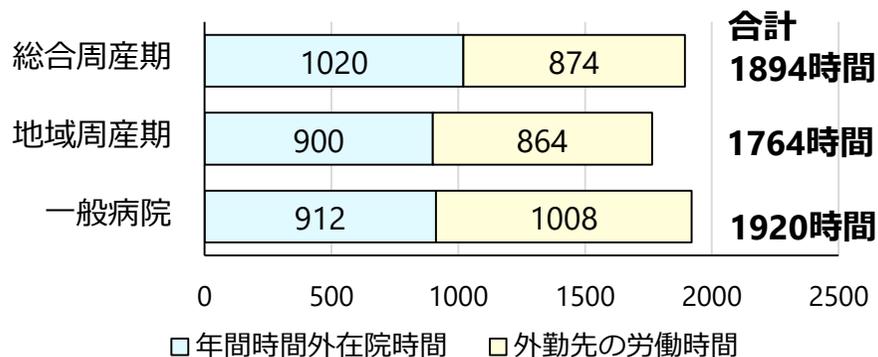
産婦人科医師の勤務状況

第11回第8次医療計画
等に関する検討会
令和4年7月27日

参考資料
4
改変

- 産科医師の平均時間外在院時間は長時間である。
- 周産期母子医療センター及び一般病院について、時間外在院時間がB・C基準を超えている施設が1割強あり、超えていない施設と比較して医師数が少ない傾向である。

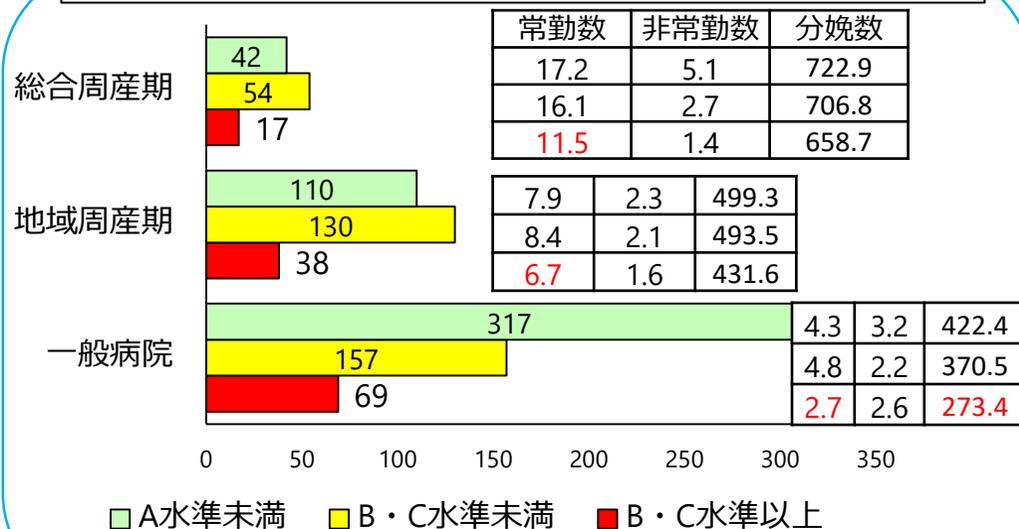
産科医師の平均時間外在院時間



非常勤医師を雇用している施設 (%)



平均年間時間外在院時間ごとの施設数, 医師数, 分娩数



日本産婦人科医会施設情報調査2021
日本産婦人科医会勤務医部会調査2021

新生児医療に関わる医師数と労働時間

NICU勤務医師の実態

当直医1名を置くためには、最低8名の医師が必要

総合周産期NICUであれば16名以上※、
地域周産期NICUであれば8名以上
※NICUの病床が16床以上である場合には、24時間
体制で新生児医療を担当する複数の医師が勤務し
ていることが望ましい。（周産期医療の体制構築
に係る指針より）

日本の新生児医療は3600名の医師が 支えている

総合周産期母子医療センター 1057名
地域周産期母子医療センター 1431名

総合 平均 **8.24人** 地域 平均 **5.96人**

新生児医療提供体制・医師勤務状況調査結果報告
日本新生児成育医学会雑誌 33(3): 60-78, 2021

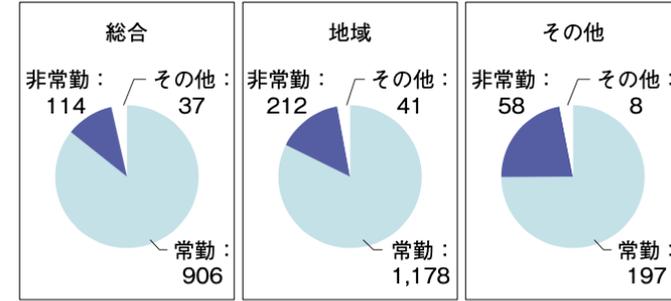


図16 総合・地域・その他別の回答施設の医師数合計

周産期母子医療センターの常勤医師の職種 (総合周産期母子医療センターの76%、地域周産期母子医療センターの44%が回答)

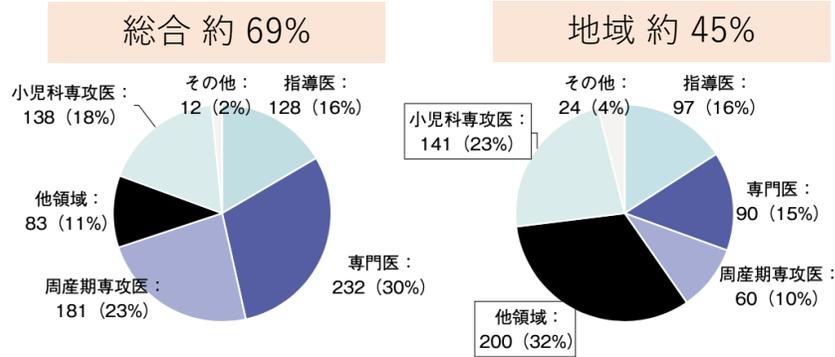


図21 回答常勤医の医師職種割合

総合周産期の医師の7割は新生児専門医関連、
小児科専攻医や他領域の医師も多い
地域周産期では医師の4割が新生児専門医関連、
小児科専攻医や他領域の医師が多くを占める

新生児医療は新生児専門の医師だけでは提供できない

新生児医療を 担当する医師 の勤務時間

新生児医療に従事
する医師の65%が
週50時間以上働い
ている

全医師の週あたりの総労働時間

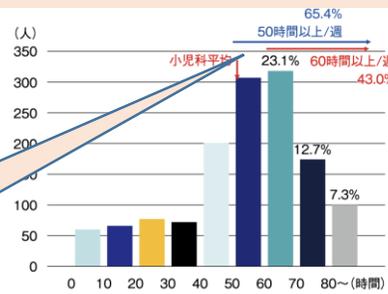


図30 全医師の週あたり総勤務時間の分布 (時間/週)
所定労働時間帯の外勤時間も含む。休憩・自己研鑽時間を除く。

全医師の4週あたりの総時間外労働時間

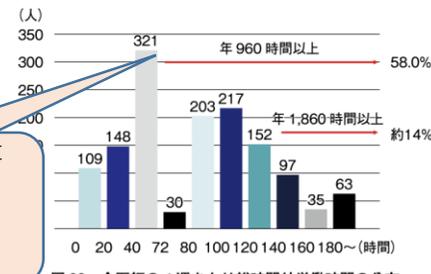


図38 全医師の4週あたり総時間外労働時間の分布

新生児医療に従事
する医師の58%が
年間960時間以上
働いている

論点

本ワーキンググループで御議論いただきたい論点は以下のとおり

- 平成30年の産科医師偏在指標算出時には実際に分娩を取り扱っている医師を用いる事が望ましいという議論がされたが、当時は分娩を取り扱う医師数の把握ができていなかったため、三師調査による産科医師・産婦人科医師数で代用することとなった。今般、平成30年三師統計より、分娩取扱い医師数を把握出来るようになったことから、次期医師確保計画においては、産科医師偏在指標の算出において分娩取扱い医師数を用いて指標の精緻化を図ってはどうか。
- 小児科医師、産科・産婦人科医師の医師確保計画に関しては、周産期医療に携わる医師の時間外労働が長時間である割合が高いことを踏まえると、出生数が減少している中でも、医師の派遣調整や勤務環境の改善（タスクシェアやタスクシフト）、地域枠等による養成を図る取組をすすめてはどうか。

※医療圏の統合・見直しや集約化・重点化などの医療提供体制の見直しに関しては、第8次医療計画等に関する検討会において議論を行っている。

3. 医師確保計画の効果の測定・評価

医師確保計画の効果の測定・評価

国が定めている定義(ガイドライン)

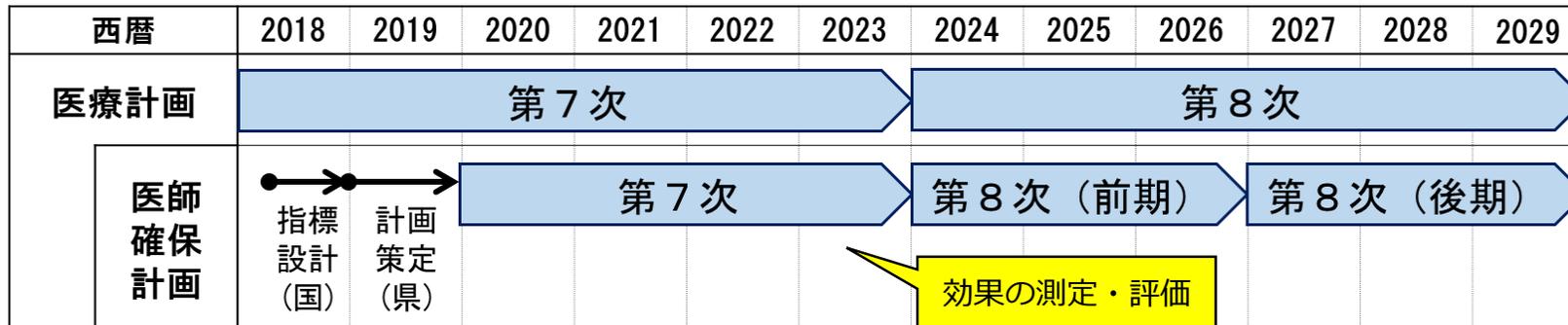
- ガイドラインでは、医師確保計画の見直しは、「活用可能な最新データを用いて見直し時における医師偏在指標を算出した上で、計画期間開始時の医師偏在指標と、目標医師数から算出される医師偏在指標上の目標値とを比較して、特に医師少数区域における医師の確保の進捗状況を判定すること」としている。



最新データによる医師偏在指標（第7次医師確保計画終了時における医師偏在指標の見込みを算出）と、第7次医師確保計画の目標医師数を達成した場合の医師偏在指標との比較

- ガイドラインでは、都道府県は評価を行う際に、以下の状況等の把握が必要とされている。
 - 都道府県外からの医師の受入状況及び都道府県外への医師の派遣状況の把握
 - 地域枠医師の義務履行率、定着率及び派遣先等の把握
 - 非常勤医師の派遣等の取組に関して医療機関等から聞き取り調査を行う等、既存の統計調査では把握が困難な事項について可能な限り把握

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)



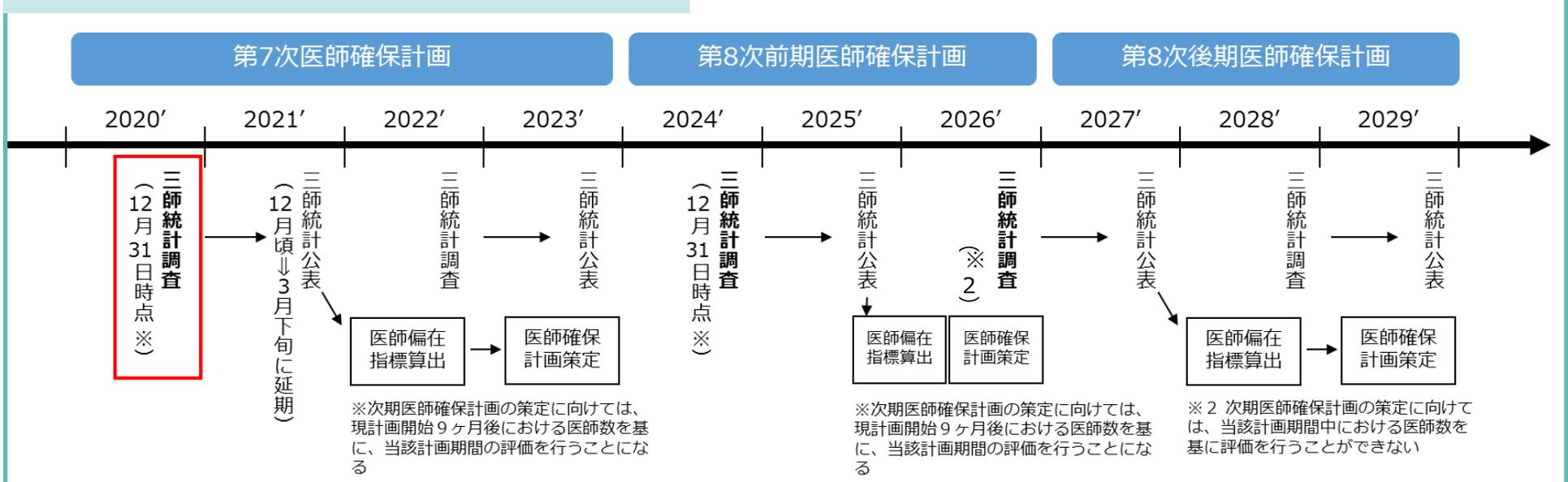
* 2020年度からの最初の医師確保計画のみ4年(医療計画全体の見直し時期と合わせるため)

医師確保計画の効果の測定・評価の課題 ①

課題

- 医師確保計画の効果の測定に用いる「活用可能な最新データ」が、医師確保計画開始9ヶ月後である2020年（令和2年）12月末時点の医師数のデータとなるため、今期の都道府県の医師確保の施策の効果を十分に測定しているとはいえない。
- ※ 医師偏在指標の医師数に用いる三師統計は2年毎に12月末時点の医師数を調査し、翌年12月頃に公表となるため、都道府県が第8次前期医師確保計画を策定する2023年度（令和5年度）までに直近のデータである2022年三師統計に基づく医師偏在指標は提示ができない（以下の図参照）。
- 目標医師数を設定していなかった都道府県、二次医療圏は、最新データによる医師偏在指標との比較により医師の確保の進捗状況を判定することができない。
- 効果の測定・評価にあたっては、計画終了時の医師偏在指標の見込みを算出する必要があるが、二次医療圏毎の精緻な医師偏在指標の算出が困難である。

医師確保計画と三師統計のスケジュール

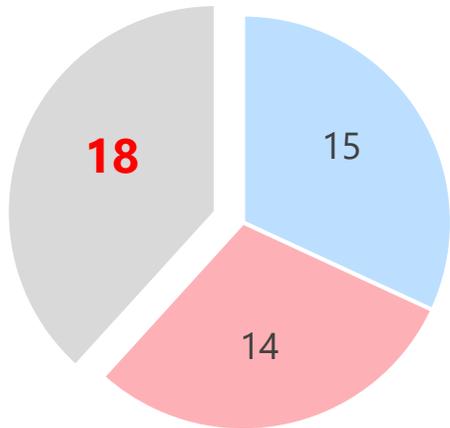


医師確保計画の効果の測定・評価の課題 ②

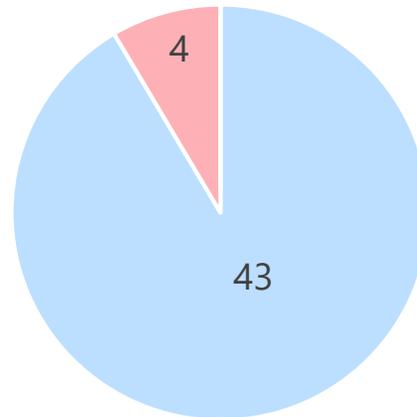
課題

- 県外からの医師の受入及び県外への医師の派遣、非常勤医師の派遣等に関する医療機関等からの聞き取りによる把握は、「把握する予定なし」が最も多かった。（それぞれ 18県（38%）、20県（43%））

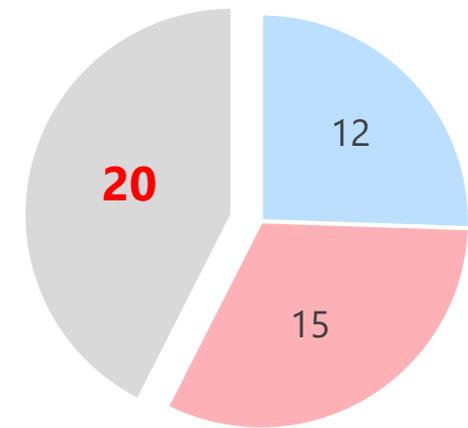
① 県外からの医師の受入及び
県外への医師の派遣の把握



② 地域枠医師の義務履行率
定着率及び派遣先等の把握



③ 非常勤医師の派遣等に関する
医療機関等から聞き取り調査



■ 把握している

■ 令和5年度に把握する予定

■ 把握する予定なし

①についての把握する予定なしの主な理由

- 把握方法がわからない
- 一部は把握しているが、全体のデータがない
- 各病院に聞かなければならない

③についての把握する予定なしの主な理由

- 把握が難しい
- 一部は把握しているが、全体のデータがない
- 聞く時期のポイントによっても違うと思われる

医師数の推計

- ・三師統計は2年毎に実施され、また結果の公表までに約1年を要する。このため、厚生労働科学研究において、三師統計を実施しない年の医師数の推計が可能であるか検討を行った。
- ・研究班で検討した推計ロジックを用いて、2018（平成30）・2020（令和2）年三師統計の結果を、それぞれ前2回の統計結果から推計された数値とで検証を行ったところ、特に2020年の推計値の誤差が大きく、当該ロジックによる推計医師数の活用には慎重な検討が必要とされた。

平成30年推計結果と実際の届出数との比較

都道府県	H30推計値	H30届出 医師数	H30推計－ H30届出	H30推計／ H30届出
北海道	13,519	13,425	94	1.01
青森県	2,706	2,712	-6	1.00
岩手県	2,635	2,673	-38	0.99
宮城県	5,902	5,792	110	1.02
秋田県	2,394	2,413	-19	0.99
山形県	2,579	2,614	-35	0.99
福島県	4,000	3,993	7	1.00
茨城県	5,733	5,682	51	1.01
栃木県	4,551	4,592	-41	0.99
群馬県	4,687	4,654	33	1.01
埼玉県	13,071	12,928	143	1.01
千葉県	12,834	12,586	248	1.02
東京都	45,789	45,392	397	1.01
神奈川県	20,202	20,254	-52	1.00
新潟県	4,761	4,727	34	1.01
富山県	2,785	2,808	-23	0.99
石川県	3,487	3,430	57	1.02
福井県	2,034	2,057	-23	0.99
山梨県	2,046	2,016	30	1.01
長野県	5,062	5,035	27	1.01
岐阜県	4,486	4,416	70	1.02
静岡県	7,937	7,948	-11	1.00
愛知県	16,893	16,894	-1	1.00
三重県	4,169	4,159	10	1.00

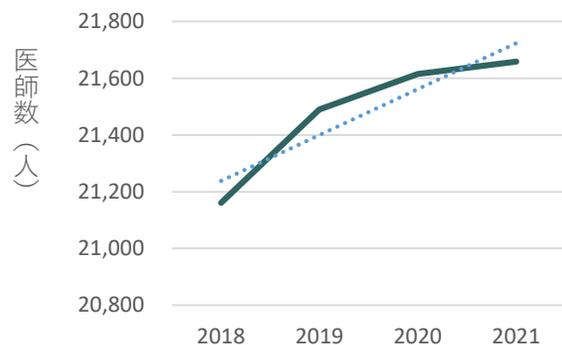
令和2年推計結果と実際の届出数との比較

都道府県	R2推計値	R2届出 医師数	R2推計－ R2届出	R2推計／ R2届出
北海道	13,543	13,731	-188	0.99
青森県	2,718	2,773	-55	0.98
岩手県	2,700	2,700	0	1.00
宮城県	5,949	5,950	-1	1.00
秋田県	2,402	2,444	-42	0.98
山形県	2,607	2,608	-1	1.00
福島県	4,085	3,958	127	1.03
茨城県	5,848	5,838	10	1.00
栃木県	4,670	4,773	-103	0.98
群馬県	4,674	4,735	-61	0.99
埼玉県	13,621	13,604	17	1.00
千葉県	13,112	13,396	-284	0.98
東京都	47,183	48,072	-889	0.98
神奈川県	21,026	21,377	-351	0.98
新潟県	4,780	4,803	-23	1.00
富山県	2,871	2,832	39	1.01
石川県	3,469	3,486	-17	1.00
福井県	2,080	2,074	6	1.00
山梨県	2,082	2,101	-19	0.99
長野県	5,074	5,217	-143	0.97
岐阜県	4,514	4,580	-66	0.99
静岡県	8,105	8,271	-166	0.98
愛知県	17,493	17,842	-349	0.98
三重県	4,209	4,298	-89	0.98

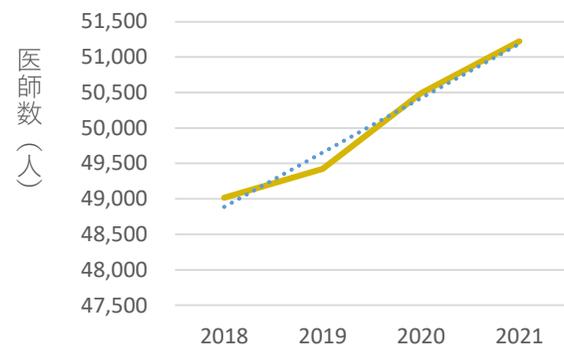
都道府県	R2推計値	R2届出 医師数	R2推計－ R2届出	R2推計／ R2届出
滋賀県	3,451	3,496	-45	0.99
京都府	9,030	9,156	-126	0.99
大阪府	26,172	26,431	-259	0.99
兵庫県	14,902	15,133	-231	0.98
奈良県	3,775	3,810	-35	0.99
和歌山県	2,947	2,941	6	1.00
鳥取県	1,824	1,871	-47	0.97
島根県	2,106	2,108	-2	1.00
岡山県	6,174	6,290	-116	0.98
広島県	7,679	7,805	-126	0.98
山口県	3,672	3,682	-10	1.00
徳島県	2,590	2,567	23	1.01
香川県	2,908	2,886	22	1.01
愛媛県	3,781	3,847	-66	0.98
高知県	2,335	2,305	30	1.01
福岡県	16,631	16,784	-153	0.99
佐賀県	2,428	2,445	-17	0.99
長崎県	4,353	4,399	-46	0.99
熊本県	5,380	5,415	-35	0.99
大分県	3,338	3,370	-32	0.99
宮崎県	2,849	2,879	-30	0.99
鹿児島県	4,637	4,653	-16	1.00
沖縄県	3,715	3,887	-172	0.96
計	335,495	339,623	-4,128	0.99

病床機能報告による医師数の把握①

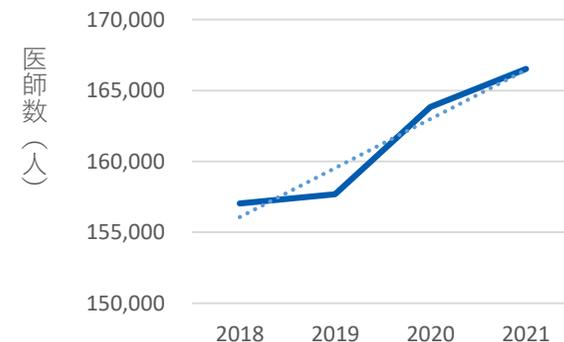
医師少数区域の医師数



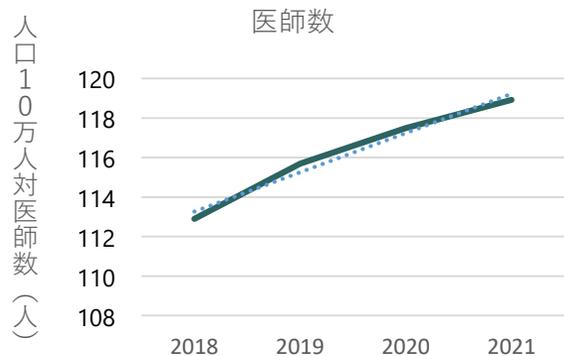
医師中程度区域の医師数



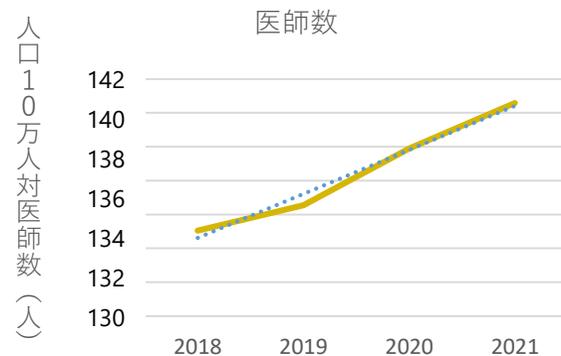
医師多数区域の医師数



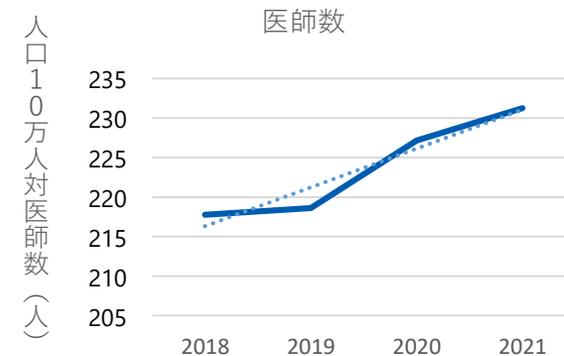
医師少数区域の人口10万人当たり



医師中程度区域の人口10万人当たり



医師多数区域の人口10万人当たり



(※) 病床機能報告は一般病床と療養病床を有する病院・有床診療所が報告対象であり、施設単位の医師数の二次医療圏毎の合計を活用。

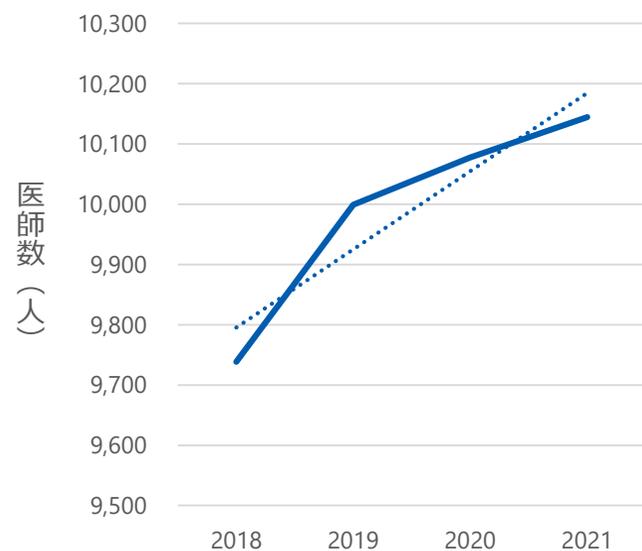
- 病床機能報告における医師数は、医師少数区域、中程度区域及び多数区域において増加している。
- 2020年と2021年は新型コロナウイルス感染症対策による影響を考慮する必要がある。

病床機能報告による医師数の把握②

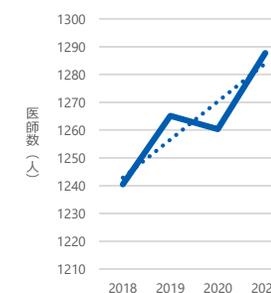
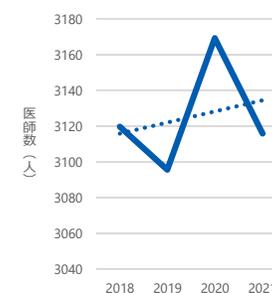
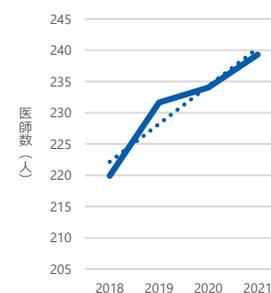
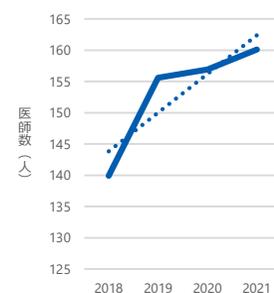
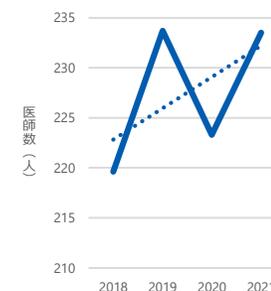
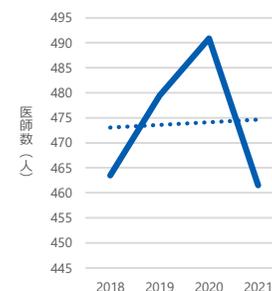
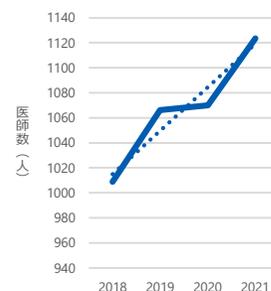
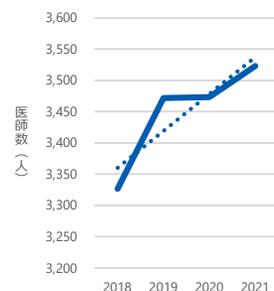
- ・病床機能報告のデータを用いることで、毎年度において、都道府県別・二次医療圏別に医師数の把握が可能。

● 病床機能報告を用いたX県における医師数の推移

都道府県別にみた医師数の変化



二次医療圏別にみた医師数の変化



(※) 病床機能報告は一般病床と療養病床を有する病院・有床診療所が報告対象であり、施設単位の医師数の二次医療圏毎の合計を活用。

論点

医師確保計画の効果の測定・評価の論点

- 第8次前期医師確保計画には第7次医師確保計画の評価結果を記載することとなるが、現ガイドラインを踏まえた効果の測定・評価では、計画終了時の医師偏在指標の見込みの算出が困難であることから、今後実施する医師確保計画の効果の測定・評価にあたっては、各都道府県の測定・評価方法の好事例を横展開することで具体的なデータの集約方法を周知し、病床機能報告等の都道府県が活用可能なデータや都道府県が把握することとされている事項を用いて、医師確保計画に記載してある各施策の効果の評価することとしてはどうか。

4. その他

医師確保に関する施策について

国が定めている定義（医師確保計画策定ガイドライン）

- 医師多数都道府県や医師多数区域の医療機関においては、医師の地域偏在の解消という医師確保計画の趣旨を踏まえ、医師少数都道府県や医師少数区域への医師の派遣等の支援に努めること。また、医師多数都道府県や医師多数区域を含む都道府県については、そのような取組を推進する環境の整備を進めること。
- 厚生労働省としても、都道府県が、適切に都道府県を超えて医師少数区域や医師少数三次医療圏への医師の派遣が調整できるよう、必要な支援を行う。
- 医師の派遣調整の対象となる医師は、基本的には地域医療対策協議会において医師の派遣調整を行う対象となる医師、すなわち「地域枠医師を中心とした、キャリア形成プログラムの適用を受ける医師」とする。しかし、都道府県は、地域医療対策協議会における派遣調整の対象とならない医師の派遣についても各都道府県や二次医療圏の医師確保の方針に沿ったものとなるよう、多くの医師を派遣している大学や、大学病院等の医療機関に対して医師確保における現状の課題と対策を共有しなければならない。
- 都道府県内外の大学医学部に対して、寄附講座を設置することも有用な施策である。

派遣調整の対象とならない医師の派遣に関する状況等

- 地域医療介護総合確保基金の区分IVにおいて、寄附講座を設置可能としており、当該基金を活用し12県において28講座が設置されている。
- 都道府県におけるドクターバンク事業によって、47名の医師が都道府県から派遣されている。

その他の医師確保に関する取組

- 専門研修において、令和2年度より「連携プログラム」を設置し、シーリング対象都道府県・診療科の研修プログラムにおいて、研修期間のうち1年6ヶ月以上シーリング対象外の都道府県で研修を行う取組が実施されている。

医師派遣の実績について

第4回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ

資料1

令和4年5月11日

改変

○ 地域医療対策協議会における医師派遣実績

※ 令和2年4月1日～令和3年3月31日までの期間における実績

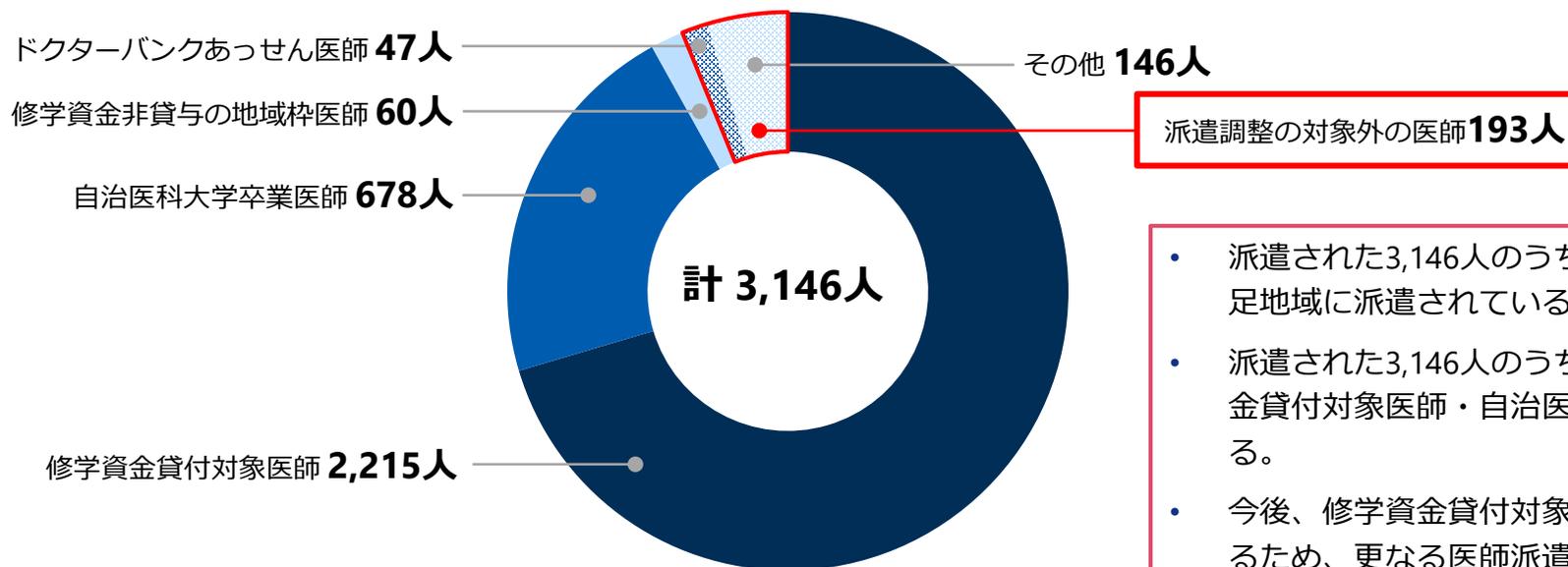
地域医療対策協議会における医師派遣実績

	医師不足地域への派遣	その他の地域への派遣	小計
常勤医師の派遣	1,475	1,582	3,057
非常勤医師の派遣	50	39	89
小計	1,525	1,621	3,146

修学資金貸付対象医師や自治医大卒業医師などのキャリア形成プログラム適用医師は、地域での従事期間である9年間のうち4年間は医師少数区域等で勤務することとされている

「医師不足地域」とは、医師少数区域等の都道府県において医師が不足していると認識している地域を指す

派遣された医師の類型



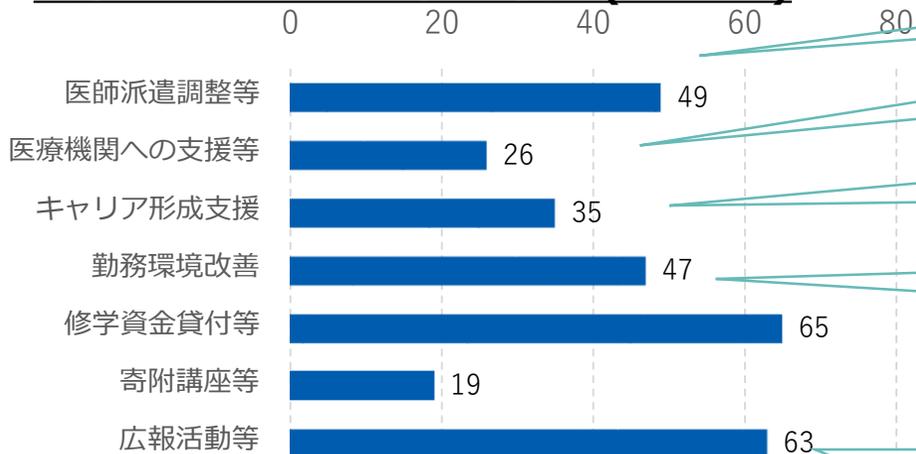
- 派遣された3,146人のうち、1,525人(48%)が医師不足地域に派遣されている。
- 派遣された3,146人のうち、2,893人(92%)が修学資金貸付対象医師・自治医大卒業医師となっている。
- 今後、修学資金貸付対象医師等の増加が見込まれるため、更なる医師派遣の増加が見込まれる。

都道府県における医師確保・派遣のための具体的取組 ①

※ 全都道府県一律で行っている事業（地域医療対策協議会・地域医療支援センターの運営、自治医大卒業生の病院派遣等）は除く。

令和4年4月に厚生労働省から都道府県に対し、医師確保の取組状況等について調査を実施（47都道府県からの回答を集計）

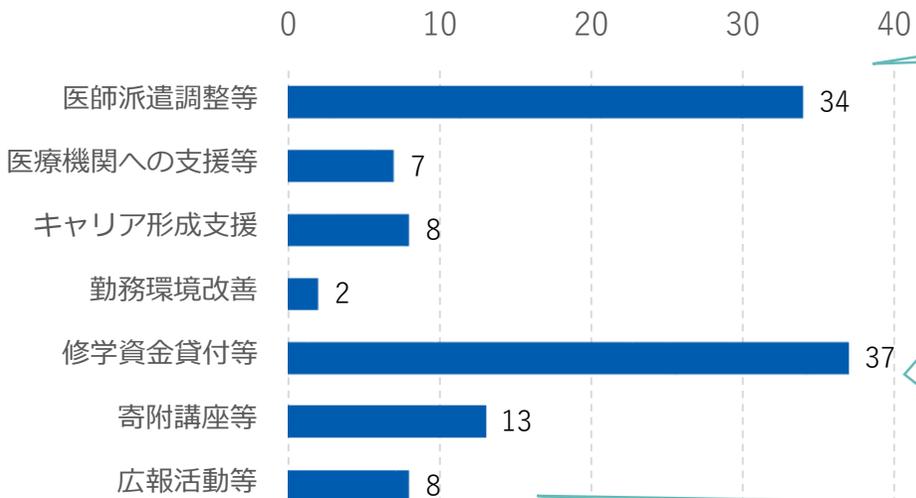
○ 自県における医師確保の取組 (n=304)



※ 上記取組の分類は、都道府県からの回答を医政局地域医療計画課において分類整理したもの。

- ・ 県内の病院等に勤務を希望する医師を登録し、紹介・斡旋を行う
- ・ 県内に従事する専攻医を確保するため、新たに指導医を招へいし、専攻医の研修環境の充実を図る病院等に対する助成
- ・ 魅力ある研修プログラムやキャリアパス支援の検討
- ・ 自治医科大出身医師等による総合診療セミナーの開催
- ・ 産科医、女性医師等の離職防止に向け、働き方改革を進める医療機関を支援
- ・ 初期臨床研修医が後期研修先を決める前までに、県内専門医研修基幹病院の魅力、医師不足診療科のやりがいを伝えるなど、県内地域医療へ誘導するための交流会を開催
- ・ 県内の臨床研修病院の紹介動画を作成し、県公式YouTubeチャンネル等に掲載し魅力をPR

○ 上記のうち医師少数区域等に寄与する医師確保の取組 (n=109)



※ 上記取組の分類は、都道府県からの回答を医政局地域医療計画課において分類整理したもの。

- ・ 医師少数区域等の医療機関に医師派遣する医療機関に助成
- ・ 県内の医療機関等に勤務しようとする医学生を対象に、修学資金を貸与し、県内の指定医療機関で一定期間勤務した場合に貸付金の返済を免除
- ・ 学部5、6年生に修学資金を貸与し、県内の医師少数区域での臨床研修を希望する者には貸与額を増額
- ・ 医師確保が困難な区域内にある医療機関において常勤医として勤務した者で、県内の大学院医学研究科で修学しようとする者に対し、入学金及び授業料の助成を行う
- ・ 特別養成枠入学者に対して奨学金を貸与し、卒業後に県職員として採用後、奨学金貸与期間の1.5倍に相当する期間、県の人事により医師の確保が困難な自治体立病院等に派遣
- ・ 大学に寄附講座を設置（医師少数区域等の医療機関へ医師を派遣、地域医療を目指す医師を育成・確保等）

都道府県における医師確保・派遣のための具体的取組②

第5回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ

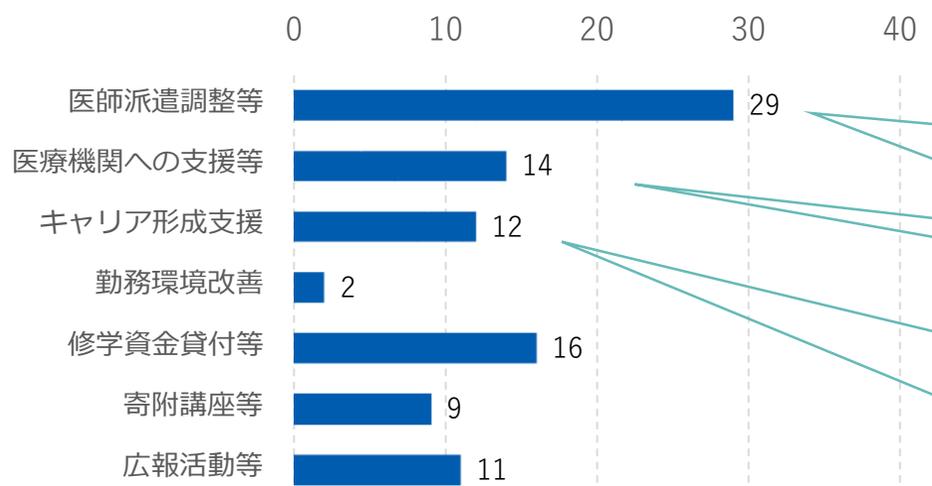
資料1

令和4年6月16日

※ 全都道府県一律で行っている事業（地域医療対策協議会・地域医療支援センターの運営、自治医大卒業生の病院派遣等）は除く。

○ へき地・離島医療に寄与する医師確保の取組 (n=93)

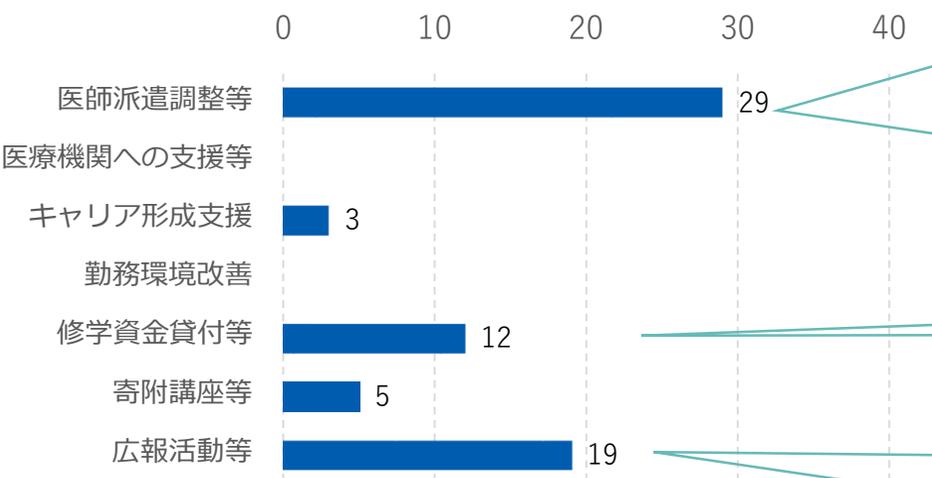
令和4年4月に厚生労働省から都道府県に対し、医師確保の取組状況等について調査を実施（47都道府県からの回答を集計）



- 医師不足の医療機関に医師を派遣する医療機関に対し、派遣に伴う逸失利益の一部を助成
- 義務年限終了後医師を引き続き県職員として雇用し、へき地へ派遣
- 県立病院に専攻医の養成を委託し、1年間の離島・へき地勤務を義務づけ
- へき地診療所等の医師の給与や手当への補助
- ICTを活用した5G環境での遠隔医療支援体制の構築
- 医師確保困難地域の公的病院において従事する常勤医師の研修・研究活動にかかる経費を助成する
- 離島・へき地での就業につなげるため、離島・へき地の医療現場を視察する際に要する経費の一部を支援
- 都市部の病院で専門医として医療に携わってきた40～50歳代の中堅医師の中で、離島での総合診療医を希望する医師に対し、勤務前の研修を支援するため、研修に必要な経費等の支援

※ 上記取組の分類は、都道府県からの回答を医政局地域医療計画課において分類整理したもの。

○ 他県からの県またぎによる医師確保の取組 (n=68)



- 医師が不足する地域の病院を支援するため、大学を拠点として県外からの医師の招へい
- 県外医師に対し県職員（医師）が直接訪問・面談することにより病院とのマッチングを実施
- 産婦人科等の医師不足の診療科の医師が県外から転入し、県内の自治体病院等で勤務する場合に奨励金を交付
- 人材紹介業者を活用して県外から医師招へいを図る場合の紹介手数料に対して補助
- 県外大学への地域枠の設置
- 全国の医学生を対象に県内臨床研修病院合同説明会を開催
- 県に縁のある著名な医療関係者を医療人材顧問として委嘱し、学会等で県の医療情報を発信、本県勤務を希望する医師をリサーチし県に紹介

※ 上記取組の分類は、都道府県からの回答を医政局地域医療計画課において分類整理したもの。

その他の医師確保の取組に関する論点

(論点)

- 医師の派遣調整の対象となる医師は地域枠医師が中心であるが、対象となる医師を確保するには時間を要するため、短期的に派遣対象となる医師を確保するための施策も活用することが重要ではないか。
例えば、基金を活用した寄附講座の活用や、県外からの医師の招聘を進めることが考えられるのではないか。
- その際、例えば、専門研修等における地域の医師確保に関する取組等、既存の対策との組み合わせも考えられるのではないか。

子育て支援について

医師確保計画策定ガイドラインにおける記載

- 医師少数区域における勤務を促進するに当たっては、医師少数区域の医療機関における勤務環境の改善が必須。
- 医師確保計画においては、勤務環境改善に向けた具体的な取組内容と、費用負担の在り方について記載することが望ましい。
- 産科及び小児科において比較的多い女性医師への支援。（例えば、時短勤務等の柔軟な勤務体制の整備、院内保育・病児保育施設・学童施設やベビーシッターの充実等。なお、女性医師に限らず、子育てや介護を行う医師へも同様の配慮が必要である。）（「産科・小児科における医師偏在対策の具体的な取組例」における記載）

働き方改革関連法案に対する附帯決議

【衆議院厚生労働委員会】

七 出産・育児期の女性医師をはじめとする子育て世代の医療従事者が、**仕事と、出産・子育てを両立できる働きやすい環境を整備する**とともに、就業の継続や復職に向けた支援策等の充実を図ること。

【参議院厚生労働委員会】

十五 医療機関における育児休業制度の規定状況、利用状況等について調査を実施し、臨床研修以降の研さん期間中の医師が育児休業を取得しやすくなるような方策の検討を含め、出産・育児期の女性医師を始めとする子育て世代の医療従事者が、**仕事と出産・子育てを両立できる働きやすい環境を整備**するとともに、就業の継続や復職に向けた支援策等の充実を図ること。

子育て支援・女性医師の就業率の現状

- 院内保育を実施している病院数は、近年増加傾向にあるものの、令和2年度の院内保育の状況について、「院内保育を実施している」施設は3,635施設（病院総数8,238の44.1%）となっている。（令和2年医療施設静態調査）
- 子育て世代の女性医師就業率は38歳頃で最低値となり、その後、復職により回復する。

医療機関における保育サービスの利用状況

- 院内保育を実施している病院数は、近年増加傾向にあるが、増加幅は減少傾向にある
- 院内保育を利用する医師・歯科医師は増加傾向にあるが、看護師・准看護師の利用率には及ばない

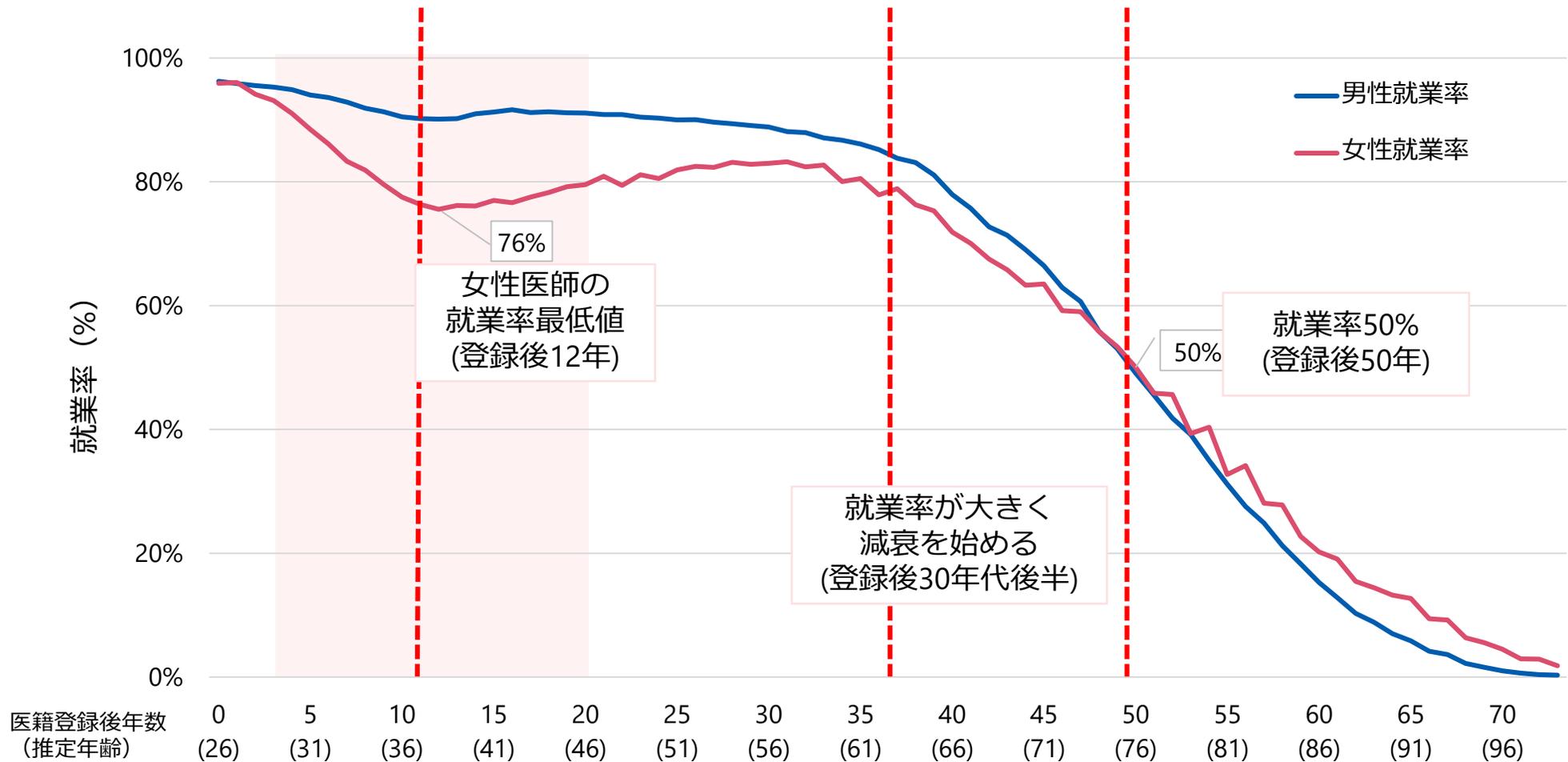
調査時点	病院総数	うち院内保育を実施している	保育施設の利用状況			
			院内の施設を利用	院外の施設を利用	夜間保育あり	病児保育あり
H23	8,605	3,259 (38.5)	2,368 (28.0)	907 (10.7)	1,688 (20.0)	557 (6.6)
H26	8,493	3,523 (41.5)	2,607 (30.7)	939 (11.1)	1,903 (22.4)	668 (7.9)
H29	8,412	3,685 (43.8)	2,783 (33.1)	930 (11.1)	1,947 (23.1)	783 (9.3)
R 2	8,238	3,635 (44.1)	2,692 (32.7)	966 (11.7)	1,897 (23.0)	856 (10.4)

※括弧内は病院総数に対するパーセント

調査時点	院内保育を実施している	保育施設の利用者				
		自施設の医師・歯科医師	自施設の看護師・准看護師	その他の自施設の職員	併設施設の職員	その他
H23	3,259	1,979 (60.7)	3,077 (94.4)	2,368 (72.7)	1,003 (30.8)	258 (7.9)
H26	3,523	2,373 (67.4)	3,372 (95.7)	2,802 (79.5)	1,191 (33.8)	286 (8.1)
H29	3,685	2,628 (71.3)	3,560 (96.6)	3,091 (83.9)	1,363 (37.0)	455 (12.3)
R 2	3,635	2,708 (74.5)	3,543 (97.5)	3,171 (87.2)	1,444 (39.7)	511 (14.1)

※括弧内は院内保育を実施する病院数に対するパーセント

医籍登録後年数別の就業率



※2008年～2018年の医師・歯科医師・薬剤師調査（医師届出票）および厚生労働省から提供された医籍登録データを利用して作成
 ※推定年齢は医籍登録後年数が0年の届出票の満年齢(12月末時点)の平均値が26.8歳であることを考慮し設定

子育て医師等への支援における課題及び論点

(論点)

- 医学部入学者に占める女性の割合が増加する中、女性医師就業率は子育て世代において低下していることから、子育て世代の医師に対する取組が重要であると考えられる。今後、どのような取組を進めていくことが重要か。例えば、産科及び小児科における子育て支援に関わる取組（時短勤務等の柔軟な勤務体制の整備、院内保育・病児保育施設・学童施設やベビーシッターの充実等）については、当該診療科に限らず、関係者の意識改革等を通じて、子育て世代の医師への取組として支援することが重要ではないか。
- また、医療機関が新たな取組を行う際に、子育て世代の医療職支援の先駆的な取組を行う医療機関に必要経費を補助する「子育て世代の医療職支援事業」を活用する場合、都道府県との関係を含め、どのようなことに留意すべきか。例えば、単一の医療機関の取組としてではなく、地域の関係者が連携することが有効ではないか。