

第6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	参考資料
令和4年8月10日	1

地域枠及び産科・小児科における医師確保計画について

必要医師数と将来の医師の多寡による医師の確保の方針

国が定めている定義（医師確保計画策定ガイドライン）

- 2036年までに医師偏在の是正を達成することを医師確保計画の長期的な目標としており、「各都道府県において、今後の地域枠や地元出身者枠を設定するに当たり、その根拠として必要となる将来時点において確保が必要な医師数を、必要医師数」として定義している。
- 加えて、「必要医師数の具体的な算出方法は、マクロ需給推計に基づき、将来時点（2036年）において全国の医師数が全国の医師需要に一致する場合の医師偏在指標の値（全国値）を算出し、厚生労働省において、医療圏ごとに、医師偏在指標がこの全国値と等しい値になる医師数を必要医師数として示すこととする」と記載している。

$$\text{必要医師数(2036年)} = \text{全国の医師需要に一致する場合の医師偏在指標(2036年)} \times \text{地域の推計人口(2036年、10万人単位)} \times \text{地域の標準化受療率比(2036年)}$$

$$\text{全国の医師需要に一致する場合の医師偏在指標(2036年)} = \frac{\text{医師マクロ需給推計による2036年に必要な医師数}}{\text{全国の推計人口(2036年、10万人単位)}}$$

※2036年の推計人口及び標準化受療率比の算出にあたっては、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」を用いる

＜現在・将来時点における医師の確保の方針＞ 同ガイドラインでは、基本的な考え方として以下のとおり記載している

- 現在時点の医師の不足に対しては、短期的な施策による対応を行うこととし、長期的な施策では対応しないこととする。
- 将来時点の医師の不足に対しては、短期的な施策と長期的な施策を組み合わせ対応することとする。**

長期的な施策：大学医学部に対する地域枠・地元出身者枠の増員等の要請により対応

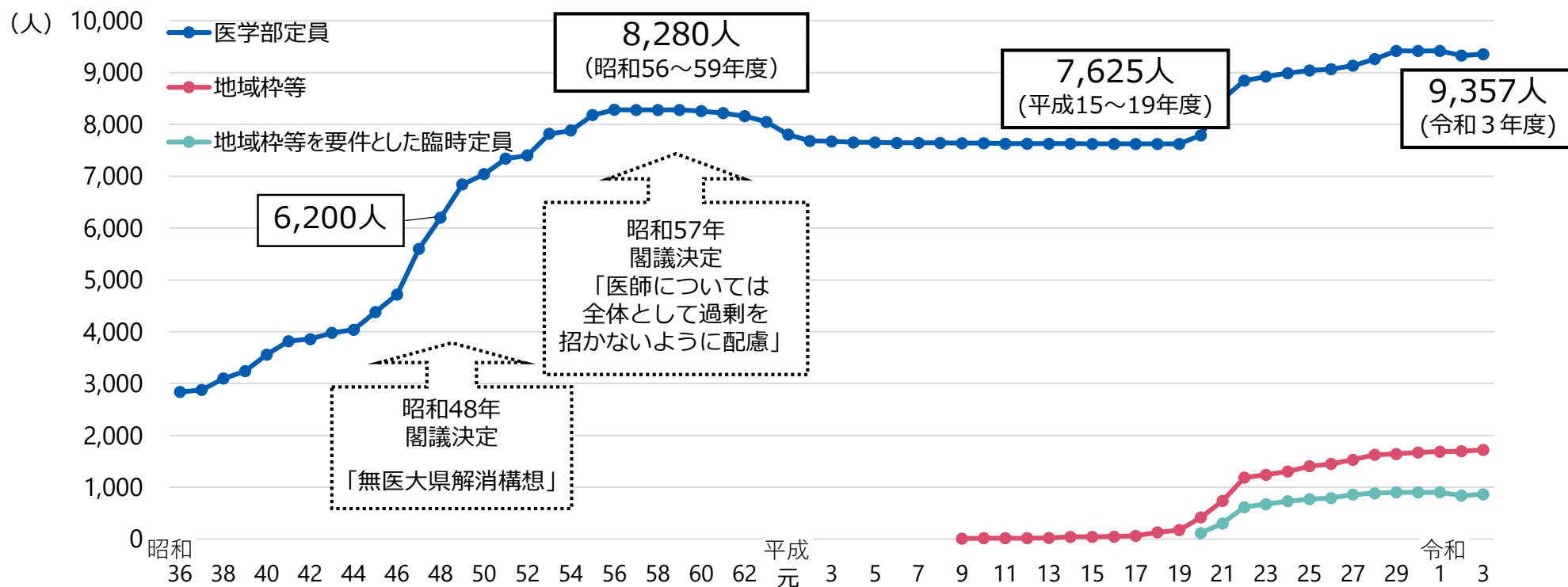
短期的な施策：医師派遣や定着促進などの養成以外の施策で対応

地域枠臨時定員の推移

都道府県	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度	H30年度	R 1 年度	R 2 年度	R 3 年度	R 4 年度
	都道府県 合計	都道府県 合計	都道府県 合計	都道府県 合計	都道府県 合計	都道府県 合計	都道府県 合計	都道府県 合計	都道府県 合計	都道府県 合計	都道府県 合計	都道府県 合計	都道府県 合計	都道府県 合計	都道府県 合計
北海道	5	15	25	25	25	25	25	25	25	25	20	20	8	8	8
青森県	10	15	20	20	20	22	27	27	27	27	27	27	27	27	27
岩手県	10	15	25	25	25	28	28	28	28	28	28	28	30	30	30
宮城県	0	5	12	13	18	28	28	28	28	28	28	28	7	7	7
秋田県	10	15	22	25	25	25	27	29	29	29	29	29	29	29	29
山形県	10	15	20	20	20	20	20	20	20	20	15	15	0	8	8
福島県	15	15	22	27	43	48	48	48	48	48	48	48	48	48	47
茨城県	0	5	12	17	20	24	33	39	47	47	47	47	45	45	53
栃木県	0	0	5	5	8	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
群馬県	0	5	12	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
埼玉県	0	0	5	10	10	10	14	15	19	24	27	28	30	30	33
千葉県	0	5	12	20	23	23	23	32	33	33	34	34	34	34	34
東京都	0	5	15	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	20
神奈川県	0	5	10	10	18	18	20	20	20	20	20	20	20	20	20
新潟県	10	15	22	22	22	24	24	24	24	24	24	24	26	33	53
富山県	0	5	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
石川県	0	5	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
福井県	0	5	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
山梨県	10	15	22	22	22	22	24	24	24	24	24	24	24	24	24
長野県	5	5	10	12	12	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
岐阜県	10	15	22	22	22	22	22	25	25	25	25	25	25	25	25
静岡県	0	5	15	15	15	15	15	25	31	41	49	49	52	62	65
愛知県	0	5	10	10	15	15	15	25	32	32	32	32	32	32	32
三重県	10	15	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
滋賀県	0	5	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	5	5	5
京都府	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
大阪府	0	0	5	5	5	5	5	15	15	15	15	15	15	15	15
兵庫県	0	2	9	11	14	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
奈良県	5	5	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
和歌山県	5	5	15	15	20	20	20	20	20	20	20	20	12	12	12
鳥取県	0	5	15	17	19	19	19	19	19	19	19	19	18	18	18
島根県	0	5	12	16	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
岡山県	0	5	9	9	9	9	9	9	9	9	6	6	4	4	4
広島県	0	5	12	12	12	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
山口県	0	5	13	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
徳島県	0	5	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
香川県	0	5	12	12	13	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
愛媛県	0	5	12	12	12	12	12	15	15	15	15	15	15	15	15
高知県	0	5	12	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
福岡県	0	0	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
佐賀県	0	2	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	6	6	6
長崎県	0	5	11	12	12	12	12	17	19	22	22	22	20	20	22
熊本県	0	5	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	5	5	5
大分県	0	5	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
宮崎県	0	5	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	2
鹿児島県	0	5	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	18	18	18
沖縄県	0	2	7	7	7	7	7	12	12	12	12	12	12	12	12
合計	118	304	617	676	731	770	794	858	886	904	903	904	840	865	885

医学部入学定員と地域枠の年次推移

- 平成20年度以降、医学部の入学定員を過去最大規模まで増員。
 - 医学部定員に占める地域枠等*の数・割合も、増加してきている。（平成19年度173人（2.3%）→令和3年1723人（18.7%））
- ※地域枠等：地域医療に従事する医師を養成することを主たる目的とした学生を選抜する枠



	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3
医学部定員	7625	7793	8486	8846	8923	8991	9041	9069	9134	9262	9420	9419	9420	9330	9357
医学部定員（自治医科大学を除く）	7525	7683	8373	8733	8810	8868	8918	8946	9011	9139	9297	9296	9297	9207	9234
地域枠等	173	418	736	1186	1242	1304	1406	1450	1531	1627	1645	1674	1687	1695	1723
地域枠等の割合	2.3%	5.4%	8.8%	13.6%	14.1%	14.7%	15.8%	16.2%	17.0%	17.8%	17.7%	18.0%	18.1%	18.4%	18.7%
地域枠等を要件とした臨時定員	0	118	304	617	676	731	770	794	858	886	904	903	904	840	865
地域枠等を要件とした臨時定員の割合	0%	1.5%	3.6%	7.1%	7.7%	8.2%	8.6%	8.9%	9.5%	9.7%	9.7%	9.7%	9.7%	9.1%	9.4%

※自治医科大学は、設立の趣旨に鑑み地域枠等からは除く。

（地域枠等及び地域枠等を要件とした臨時定員の人数について、令和4年文部科学省医学教育課調べ）

医学部臨時定員増に係る経緯について

平成18年度（2006年）からの医学部臨時定員増に係る方針

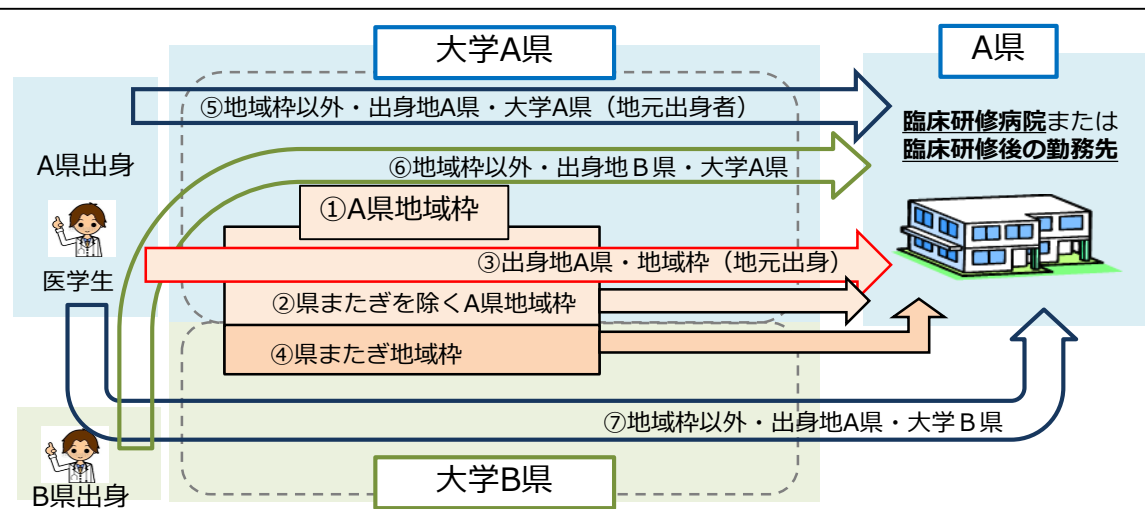
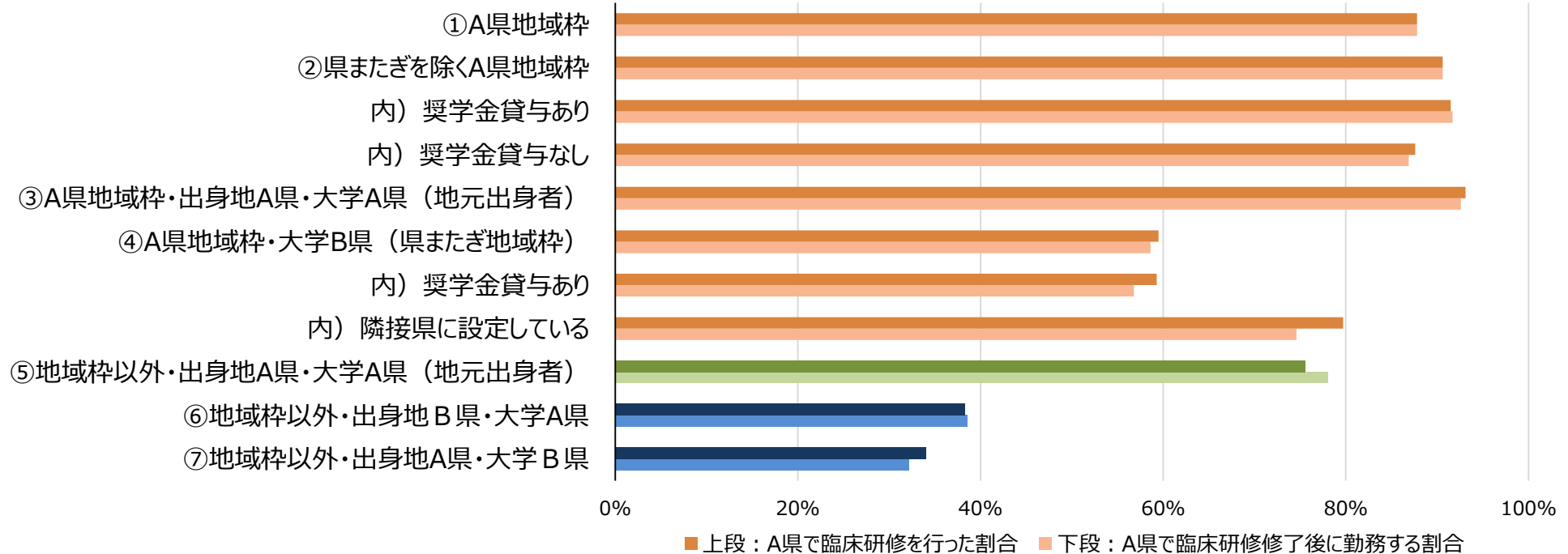
- 以下の閣議決定等に基づき、平成20年度以降、医学部臨時定員を暫定的に増員する取組が実施されたが、平成31年に全ての臨時定員の設置期限を迎えることとなっていた。
 - ・ **「新医師確保総合対策」**（平成18年8月31日 4大臣※合意） ※ 4大臣：総務大臣、財務大臣、文科大臣、厚労大臣
 - ・ **「緊急医師確保対策」**（平成19年5月31日政府・与党決定）
 - ・ **「経済財政改革の基本方針2009」**（平成21年6月23日閣議決定）
 - ・ **「新成長戦略」**（平成22年6月18日閣議決定）
- **「経済財政運営と改革の基本方針2018」**（平成30年6月15日閣議決定）
2020年度、2021年度については、2019年度の医学部定員を超えない範囲で、その必要性を慎重に精査しつつ、暫定的に現状の医学部定員を概ね維持する。2022年度以降については、定期的に医師需給推計を行った上で、働き方改革や医師偏在の状況等に配慮しつつ、将来的な医学部定員の減員に向け、医師養成数の方針について検討する。
- **「経済財政運営と改革の基本方針2019」**（令和元年6月21日閣議決定）
医師偏在指標を活用し、臨床研修や専門研修を含む医師のキャリアパスも踏まえた実効性のある地域及び診療科の医師偏在対策を推進する。2022年度以降の医学部定員について、定期的に医師需給推計を行った上で、医学部定員の減員に向け、医師養成数の方針について検討する。

令和4年度（2022年）以降の医学部臨時定員に係る方針

- 令和4年度の医学部臨時定員については、新型コロナウイルスの感染拡大の影響により、当初令和4年度以降の医師養成数の方針を示すこととしていた令和2年4月までの間に十分な議論を行うことができなかったことから、**暫定的に令和2・3年度と同様の方法で設定することとした。**
- 令和5年度の医学部臨時定員については、**歯学部振替枠を除き令和4年度と同様の方法で設定することとし、歯学部振替枠は廃止したうえで、地域の医師確保・診療科偏在対策に有用な範囲に限って、地域枠臨時定員として活用することとした。**

地域枠・地域枠以外の地域定着割合

医学部卒業後の医師定着割合を比較すると、地域枠以外の医師の地域定着割合は非常に低い。



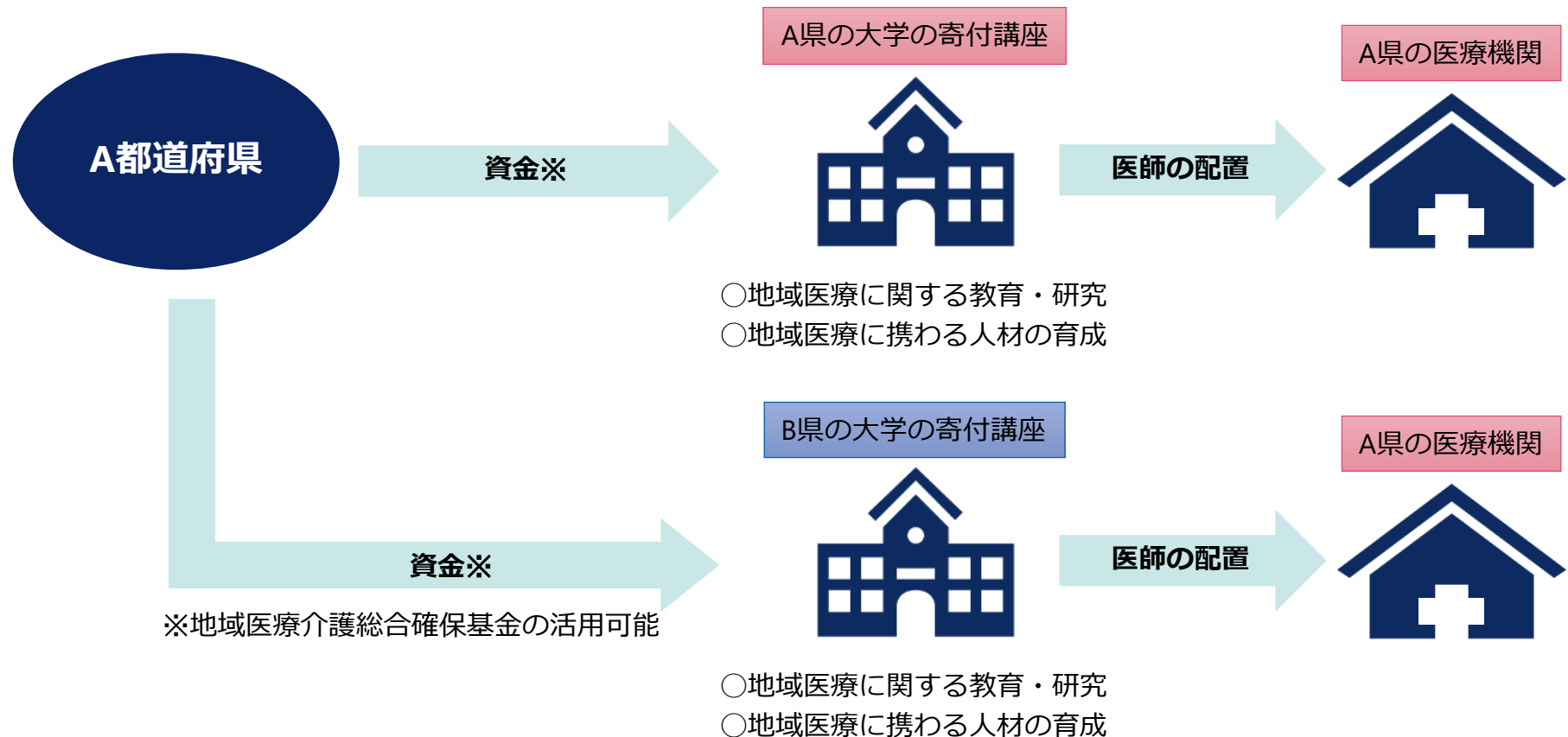
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成29～31年）厚生労働省調べ

- ※ A県は任意の都道府県。B県はA県以外の都道府県。
- ※ 出身地又は大学が海外の場合及び当該項目について無回答の場合は除外。
- ※ 出身地：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。
- ※ 県またぎ地域枠：出身大学の所在地以外の都道府県（A県）における勤務義務がある地域枠。
- ※ 防衛医科大学及び産業医科大学は除外。自治医科大学については県またぎ地域枠についてのみ除外。

都道府県等が設置する寄付講座について

- 大学や研究機関において、都道府県等からの資金を財源に開設される講座で、地域医療に関する研究や、地域医療に携わる人材の育成とともに、地域での人材確保に役立てる目的で開設されるケースがある。
- 一般的には、産学連携を趣旨として、研究・教育活動を目的として民間企業や企業団体からの寄付金で開設されることが多く、2004年の国立大学の法人化以降設置が進められている。

＜寄付講座の設置イメージ＞



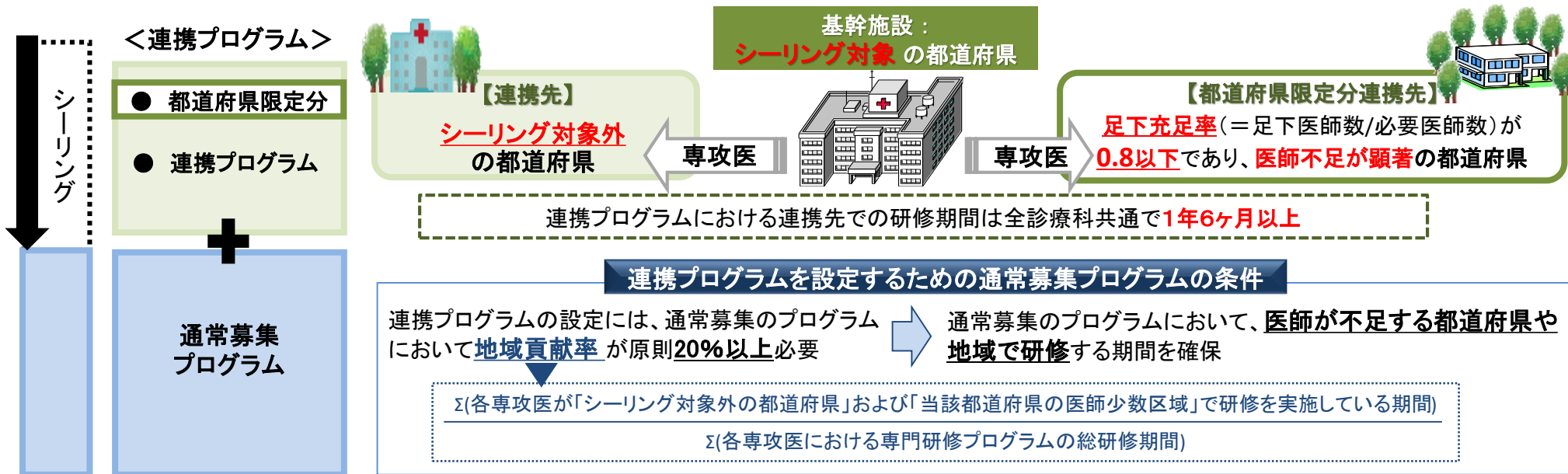
専門研修における連携プログラム

連携プログラムの概要

基幹施設がシーリング対象の都道府県において、一定の条件の下、通常のプログラムに加え、シーリング対象外の都道府県において1年6ヵ月以上研修を行うプログラム(連携プログラム)を策定できるとされている。

＜見込まれる効果＞

- ① 基幹施設としては十分な研修体制を整備できない都道府県において、研修プログラムの一貫として勤務する専攻医が増加する。
- ② 連携プログラムを設置する前提条件を満たすため、通常プログラムにおける医師が比較的少ない都道府県や地域での研修期間が長くなる。
- ③ 多様な地域での経験を積んだ専門医が多く養成され、医師の質の向上にもつながり得る。



連携プログラムの計算方法

- **連携(地域研修)プログラム採用数＝**
 (過去3年の平均採用数－2024年の必要医師数を達成するための年間養成数) ×

20%	: (専攻医充足率※1 ≤ 100%の診療科の場合)
15%	: (100% < 専攻医充足率 ≤ 150%の診療科の場合)
10%	: (専攻医充足率 > 150%の診療科の場合)

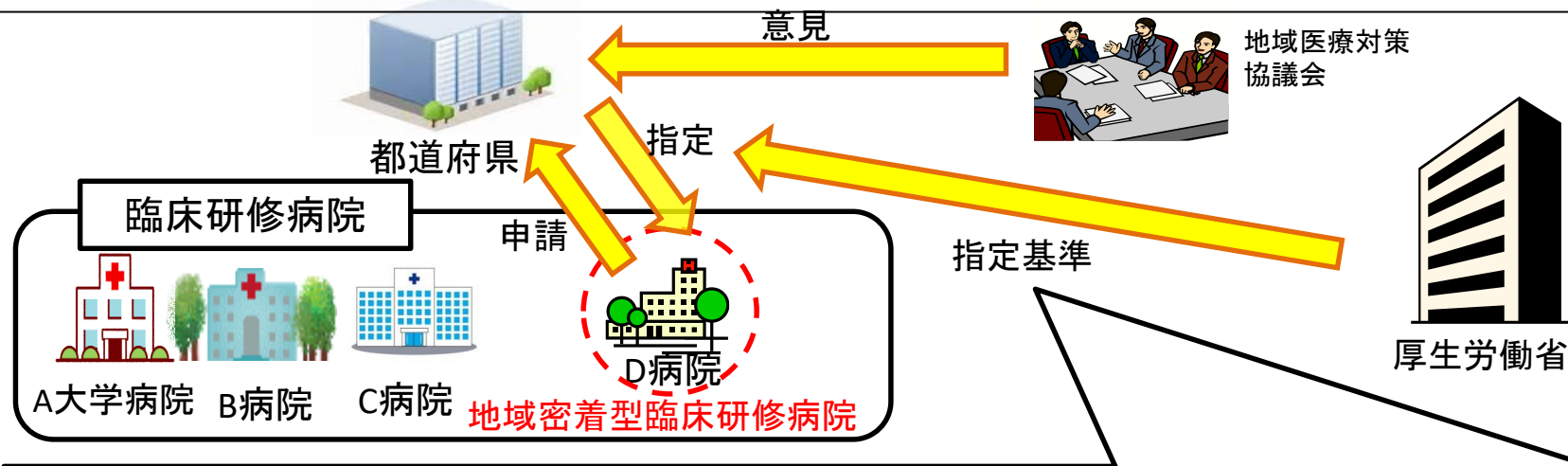
● **都道府県限定分＝上記連携(地域研修)プログラムのうちの5%分**

【連携(地域研修プログラム)の実績】		
	連携プログラム	うち都道府県限定分
2020年	271	67
2021年	388	145

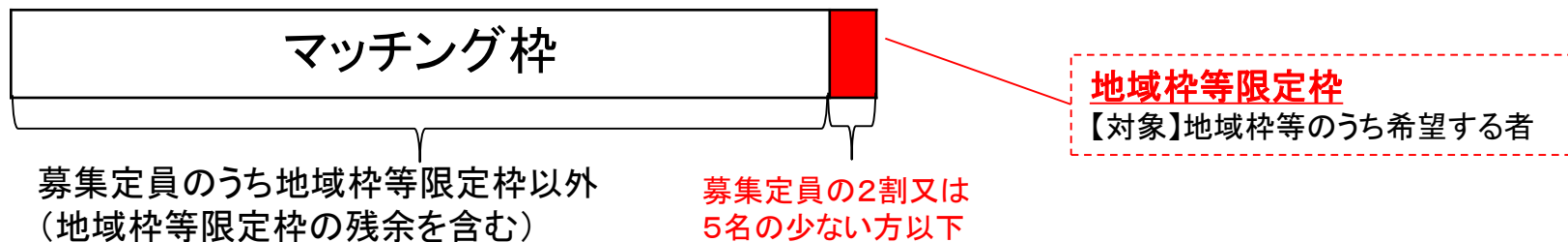
$$\text{※1 診療科の専攻医充足率} = \frac{\text{過去3年の専攻医採用数の平均}}{\text{2024年の必要医師数を達成するための年間養成数} \times \text{補正項※2}}$$
$$\text{※2 補正項} = \frac{\text{過去3年の平均数の全診療科合計}}{\text{年間養成数の全診療科合計}}$$

地域医療重点プログラム

- 現行では、地域枠等の学生とそれ以外の者が同時にマッチングを実施するため、地域枠等の学生が、従事要件が課せられた地域での希望病院にマッチできない可能性がある。
- 平成30年の医師臨床研修部会報告書を踏まえ、令和4年度より、地域枠等の学生に対して、一般のマッチングに先行して選考を行う、地域医療重点プログラムを設ける。



- ・ 地域医療に従事することを重視する研修医を対象とした研修プログラム（以下「地域医療重点プログラム」という。）を設けることができること。
- ・ 医師少数区域における地域医療の研修期間が12週以上であり、臨床研修終了後も総合的な診療の研修が受けられる体制であること、地域医療の実践について指導できる指導医が配置されること。
- ・ 地域医療重点プログラムの研修医の募集及び採用の決定は、当該病院の募集定員の2割又は5名の少ない方の定員分は、当該都道府県において臨床研修期間中に従事要件等が課されている者を対象として、医師臨床研修マッチング協議会が実施する医師臨床研修マッチング前に行うことができること。
- ・ 当該都道府県内の地域枠等限定選考できる募集定員の合計は、当該都道府県において臨床研修中に従事要件等が課されている者の2割以内とすること。
(省令施行通知(平成31年3月29日医政発0329第23号)※地域密着型臨床研修病院の関係部分より)

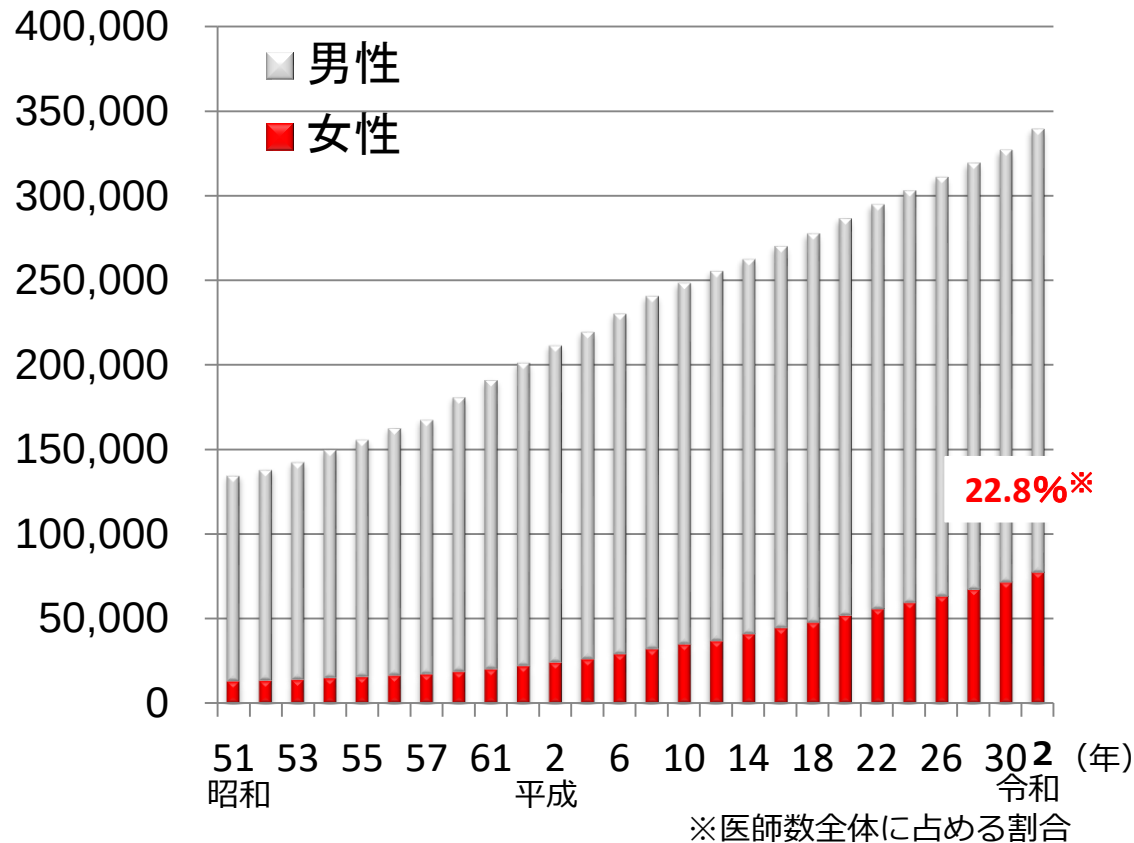


女性医師の年次推移

○全医師数に占める女性医師の割合は増加傾向にあり、令和2年時点で22.8%を占める。

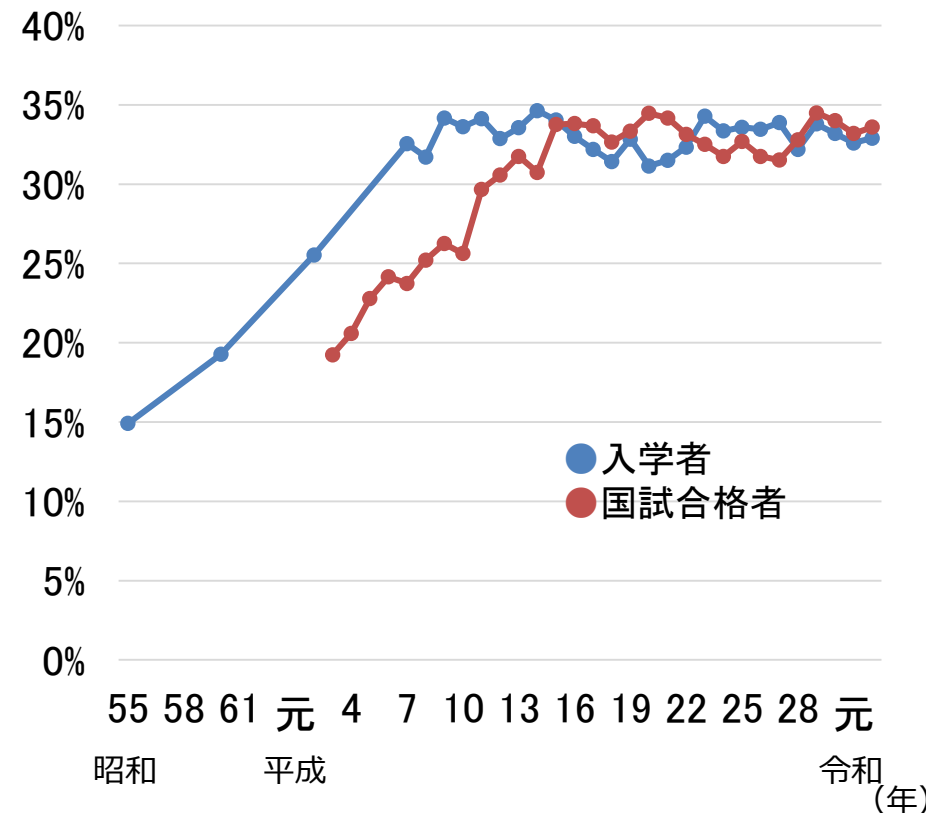
○近年、若年層における女性医師は増加しており、医学部入学者に占める女性の割合は約3分の1となっている。

女性医師数の推移



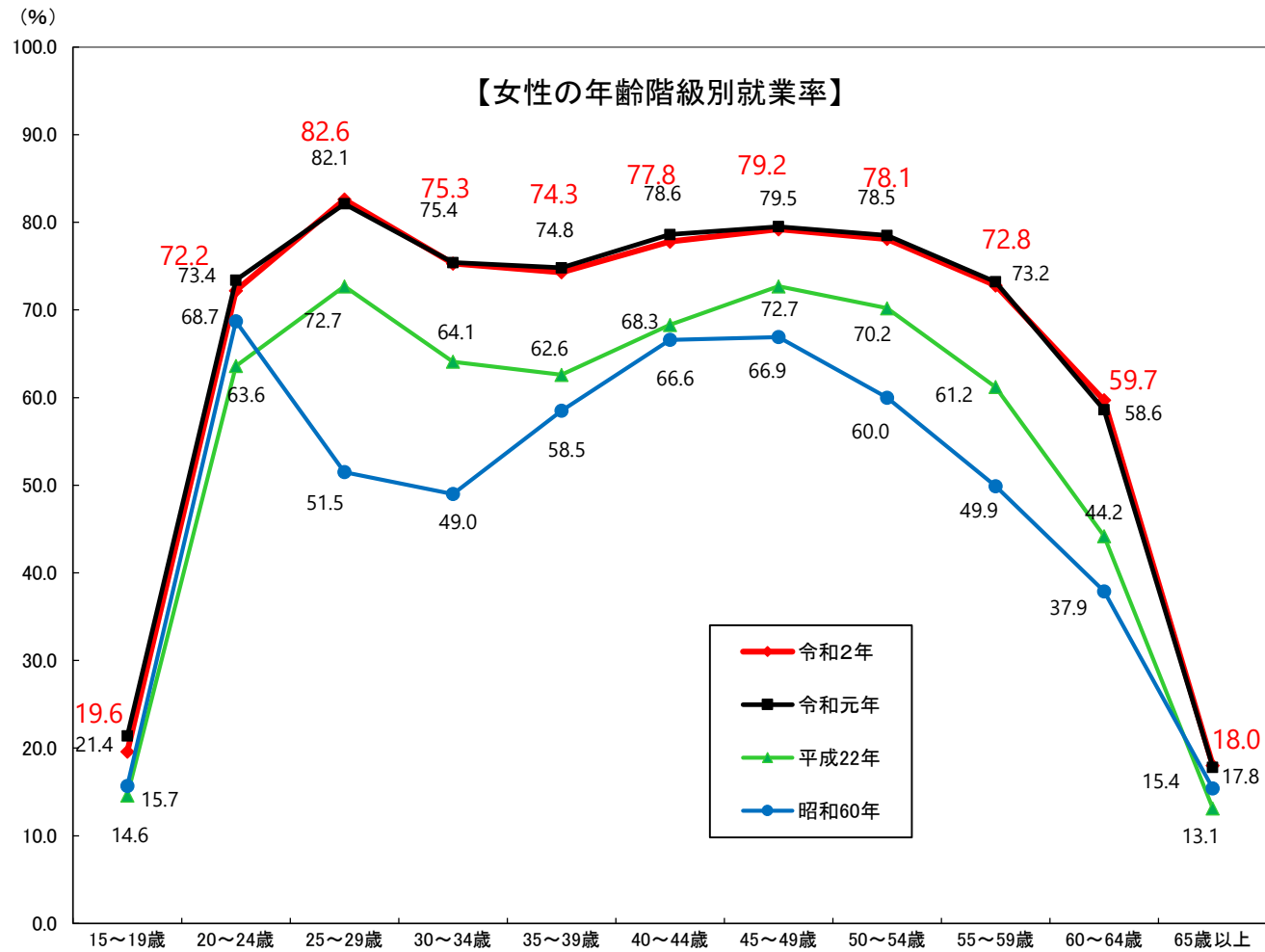
(出典) 医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)(昭和57年まで毎年、以降は2年ごとに実施)

医学部入学者・国家試験合格者数に占める女性の割合



(出典) 学校基本調査(文部科学省)
厚生労働省医政局医事課試験免許室調べ

女性の年齢階級別就業率



資料出所：総務省「令和2年労働力調査」

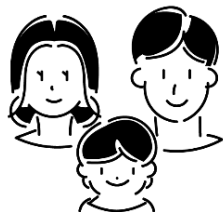
現状・課題

- 医学部生の約3分の1が女性になるなど、近年、医師の女性割合が高まっているが、出産・育児等によりキャリアを中断せざるを得ない場合があり、特に女性医師の割合が多い診療科（内科、小児科、産婦人科等）において、ライフイベントとキャリアの両立が課題となっている。
- 2024年度からの医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始に向け、医師の働き方改革を進め、子育てを契機とした離職を防止するためには、産休・育休後の復職支援体制、復職後の多様なキャリアパスの設定などの環境整備に加え、子育てを女性だけの問題とせず、男性の育休取得も含めた医療機関内の意識改革を進めることが重要である。

事業概要

- 子育て中の医師が希望に応じて就業継続・復職が可能な環境の整備を進めるため、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対して、地域の医療機関に普及可能な支援策のモデルの構築や、シンポジウム等の普及・啓発等のための必要経費を補助する。

新たに就職又は再就職する
子育て世代医師



③復職率等
の実績公表



①キャリアと家庭を両立出
来ような取組を実施する
ために必要な経費を支援

②事業成果等の実績報告

厚生労働省



具体的な補助対象（例）

- 復職支援
 - ・ e-ラーニングの導入による子育て世代の都合に合わせた学習が可能な環境の整備
 - ・ シミュレーターを用いた実技練習
- キャリア形成支援
 - ・ 子育てと並行した研究活動・学位取得の支援（託児付き自習室の設置）
 - ・ 幅広い年代が参加可能な交流会の開催や、メンター制度の導入
- 普及啓発支援
 - ・ 地域の医療機関との共同フォーラム開催による周囲への啓発活動

周産期医療体制

- 総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターは、平成29年度までに全都道府県に配置されている。

第11回第8次医療計画等に関する検討会

資料
1

令和4年7月27日

総合周産期母子医療センター：112箇所

- リスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療
- 周産期医療システムの中核としての地域の周産期医療施設との連携
- 周産期医療情報センター

※総合周産期母子医療センター
原則として3次医療圏に1か所整備

母体・新生児搬送

地域周産期母子医療センター：296箇所

- 周産期に係る比較的高度な医療行為
- 24時間体制での周産期救急医療

療養・療育支援

- 周産期医療施設を退院した障害児等が療養・療育できる体制の提供
- 在宅で療養・療育している児の家族に対する支援

母体・新生児搬送
オープンシステム等による連携

※地域周産期母子医療センター
総合周産期母子医療センター1か所に対し数か所整備

主に低リスク分娩を扱う医療機関（一般病院、診療所、助産所）

- 正常分娩を含めた低リスク妊娠、分娩および正常新生児への対応
(助産所は正常な経過の妊娠、分娩および新生児のみ対応)
- 妊婦健診を含めた分娩前後の診療
- 他医療機関との連携によるリスクの低い帝王切開術の対応

分娩のリスク

時間の流れ

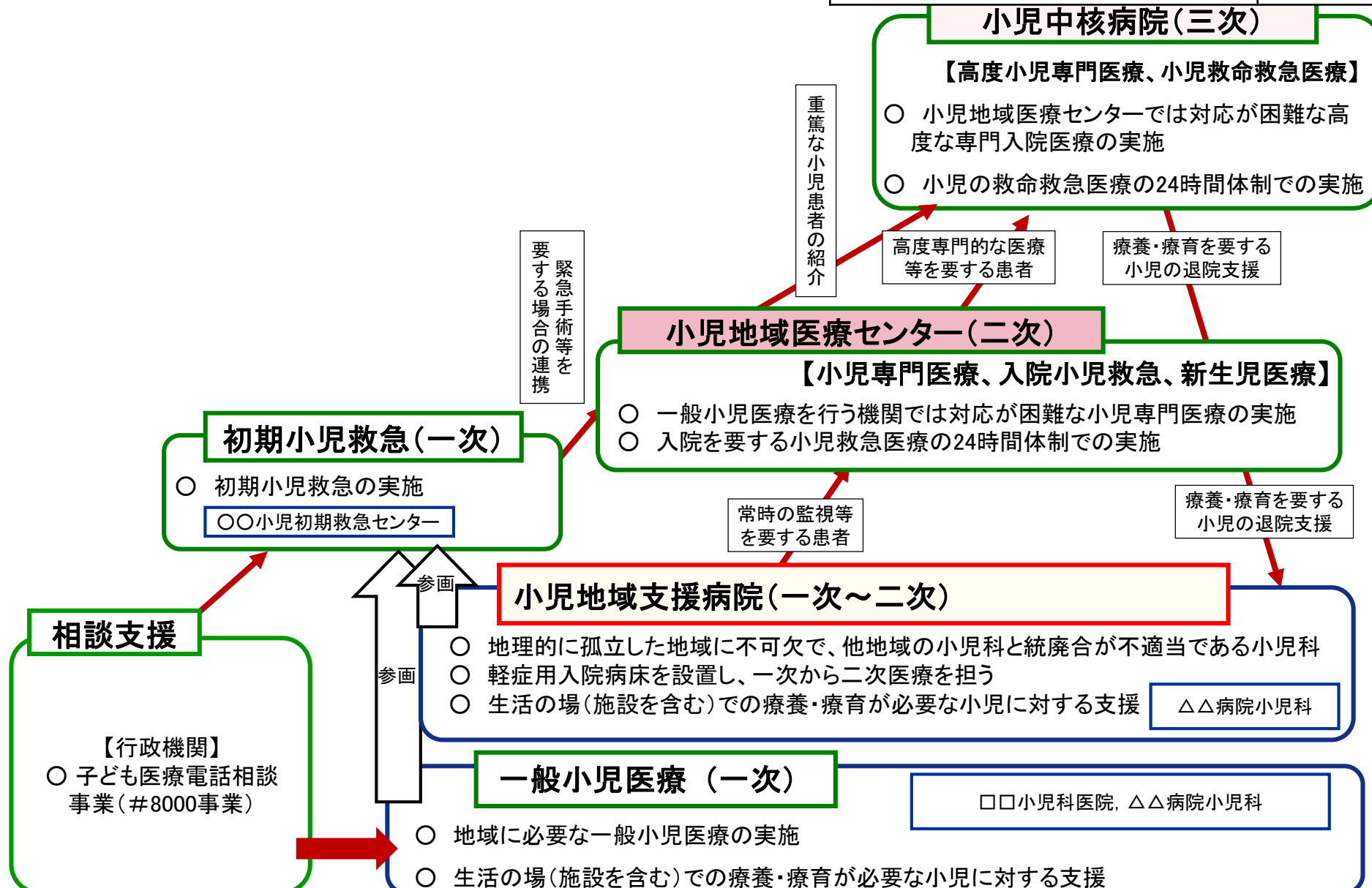
小児医療の体制

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

資料
1

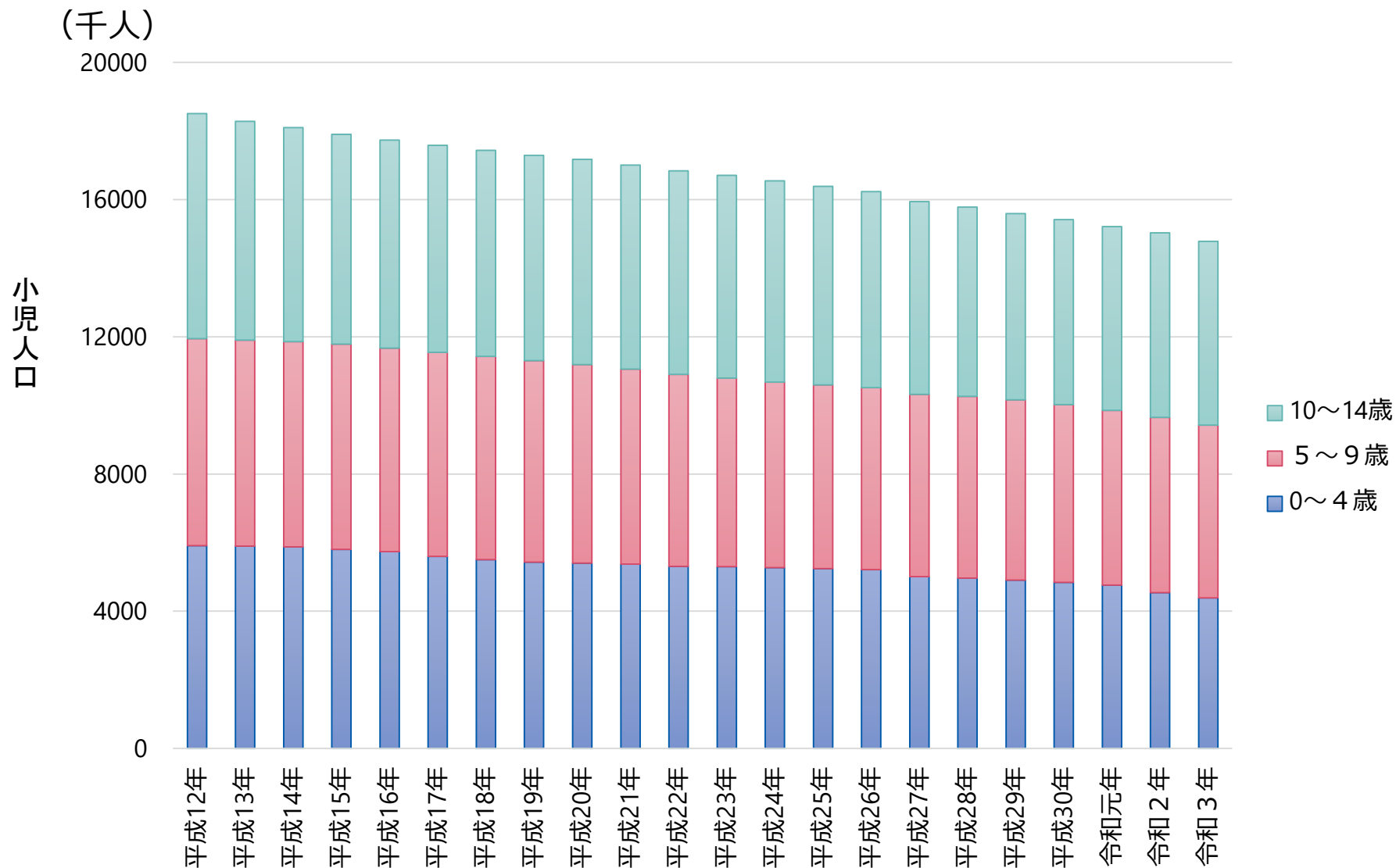
医療機能（重症度）



時間の流れ

小児人口の年次推移

- 0歳～14歳人口は年々減少している。



周産期医療の勉強会で御議論いただいている主な論点

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

資料
1
改変

○医療機能の明確化及び圏域の設定

- ・無産科周産期医療圏への対応と周産期医療圏の見直し

○周産期医療に関する協議会

- ・周産期医療に係る人材育成
- ・新興感染症まん延時の周産期医療

○医療の質の向上と安全性の確保

- ・ハイリスク妊産婦への対応
- ・分娩医療機関までのアクセス確保
- ・NICUの集約化・重点化
- ・周産期医療機能の集約化・重点化
- ・院内助産、助産師外来の活用推進
- ・分娩を取り扱っていない産婦人科医療機関や助産所との連携（オープンシステム・セミオープンシステムの推進）

○医師の働き方改革への対応

- ・周産期医療機能の集約化・重点化（再掲）
- ・院内助産、助産師外来の活用推進（再掲）

○産科混合病棟のあり方

○医療的ケア児への支援

等

小児医療の勉強会で御議論いただいている主な論点

第11回第8次医療計画等に関する検討会

資料
1
改変

令和4年7月27日

○医療機能の明確化及び圏域の設定

- ・小児医療圏と小児救急医療圏の一本化
- ・小児医療機能の分類と設定

○小児医療に関する協議会

- ・協議会への参加が望ましい人材
- ・移行期医療や外因性疾患への対応
- ・新興感染症まん延時の小児医療体制

○医療の質の向上と安全性の確保

- ・小児医療機能の集約化・重点化
- ・NICUの集約化・重点化
- ・ICTの活用

○医師の働き方改革への対応

- ・小児医療機能の集約化・重点化（再掲）
- ・ICTの活用（再掲）

○医療的ケア児への支援

- ・退院支援やレスパイトの受入

○子ども医療電話相談事業（#8000）の取組状況

等

周産期医療の集約化・重点化に向けた取り組み①

(無産科周産期医療圏)

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

資料
1

- 医療の質の向上と安全性の確保のため、周産期医療の集約化・重点化が進んでいる。
- これに伴い、産婦人科医・産科医が不在の周産期医療圏※¹または分娩取扱施設が存在しない周産期医療圏※²が、北海道4圏域、福井県1圏域、愛知県1圏域、高知県1圏域の合計7つ※³存在しているが、各都道府県において、周産期医療を提供するための取組をおこなっている。

無産科周産期医療圏が存在する4道県の対策

- | | |
|-----|---|
| 北海道 | 北海道大学産婦人科学教室が中心として立ち上げた法人（WIND）から、当該医療圏に所在する医療機関への医師派遣 |
| 福井県 | 直接的な支援ではないが、産科医師の確保に取組み、無産科周産期医療圏内で健診を行っている医療機関と分娩取扱施設との連携の強化 |
| 愛知県 | 直接的な支援ではないが、分娩を取り扱う医師や助産師への分娩手当の助成や地域枠において産科を選択した医師への修学資金の加算 |
| 高知県 | 総合周産期母子医療センターと地域周産期母子医療センターを整備、充実することで、人的・物的資源等の集約化・重点化を図っている。産科医・小児科医の確保対策として、産科医・小児科医への補助金のほか、産科・小児科を志望する学生に向けた奨学金の貸与 |

※1 分娩取扱施設は存在し、その常勤換算医師数はゼロではない（日替わりで出張医師が来るなど）ただし、その施設に登録している医師ではないため、三師統計ではゼロとなる。

※2 産婦人科医師はいるが、分娩取扱施設がない。婦人科診療や妊婦健診などに従事。

※3 令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計、令和2年医療施設調査

周産期医療の集約化・重点化に向けた取り組み②

(タスク・シフト/シェア)

第11回第8次医療計画等に関する検討会

資料
1

令和4年7月27日

背景と目的

- 妊産婦の妊娠・出産・育児に対する多様なニーズ ● 医師不足・分娩施設の減少への対応 ● 働き方改革(医師の時間外労働の上限規制)

妊婦の多様なニーズに応え、地域における安全・安心・快適なお産の場を確保するとともに、産科病院・産科診療所において助産師を積極的に活用し、正常産を助産師が担うことで産科医師の負担軽減する。「助産師の専門性の積極的な活用」により、タスク・シフト/シェアを推進する。

役割分担

平成19年12月28日付け医政局長通知「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」

- 医師でなくても対応可能な業務を医師が行っていることが病院勤務医の厳しい勤務環境の要因。
このため、医師でなくても対応可能な業務例を下記のとおり整理。

➤助産師

- ① 正常分娩における助産師の活用
- ② 妊産婦健診や相談における助産師の活用
- ③ 病院内で医師・助産師が連携する仕組みの導入(院内助産所・助産師外来)

医療チーム

平成22年3月23日「チーム医療の推進に関する検討会」報告書

➤助産師

- 周産期医療の場面において、過重労働等による産科医不足が指摘される一方で、助産師は、正常分娩であれば自ら責任を持って助産を行うことができることから、産科医との連携・協力・役割分担を進めつつ、その専門性をさらに活用することが期待される。

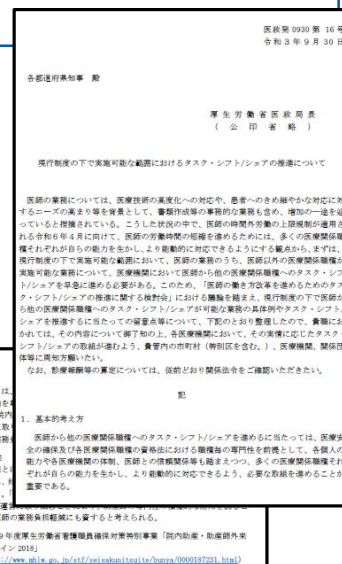
タスク・シフト/シェア

平成3年9月30日付け医政局長通知

「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について」

- 医師の時間外労働の上限規制が適用される令和6年4月に向けて、医師の労働時間の短縮を進めるため、検討会での議論等を踏まえ、まずは、現行制度の下で実施可能な範囲において、医療機関において医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアを推進するよう、その留意点等について通知を发出。
- 医療機関全体でタスク・シフト/シェアの取組の機運が向上するよう、管理者及び医療従事者全体の意識改革・啓発に取り組むことが求められるとともに、医療安全を確保しつつ、タスク・シフト/シェアを受ける側の医療関係職種の知識・技能が担保されるよう、教育・研修の実施や人材確保等に取り組む必要。
- 特に、産科医療機関においては、産科医師の負担軽減を目的とした、**院内助産や助産師外来の開設・運営などによる「助産師の専門性の積極的な活用」を図ることが必要。**

➤助産師 ①院内助産所 ②助産師外来



周産期医療の集約化・重点化に向けた取り組み③ (オープンシステム・セミオープンシステム)

第11回第8次医療計画等に関する検討会

資料
1
改変

令和4年7月27日

- オープンシステム・セミオープンシステムでは、分娩を取り扱わない医療機関と分娩取扱医療機関が役割分担をすることで、地域の周産期医療体制を構築している。
- 令和2年度には、全国で157の周産期母子医療センター等の産科医療機関がオープンシステム・セミオープンシステムを利用して妊産婦への対応を行っている。

<背景>

- ・ 医師不足・分娩施設の重点化・集約化への対応
- ・ 周産期母子医療センターの負担軽減
- ・ 妊産婦の妊娠・出産・育児に対する多様なニーズ



<目的>

妊婦の多様なニーズに応え、地域における安全・安心・快適なお産の場を確保する。

- ・ 地域の産科診療所を積極的に活用する。 ・ 妊婦健診は地域で行い、分娩は他の医療機関で行う。
- ・ 産科医師の負担を軽減する。
- ・ 健診施設が夜間休日で休みであっても、緊急時は24時間対応の分娩予定医療機関で対応する。

【オープンシステム】

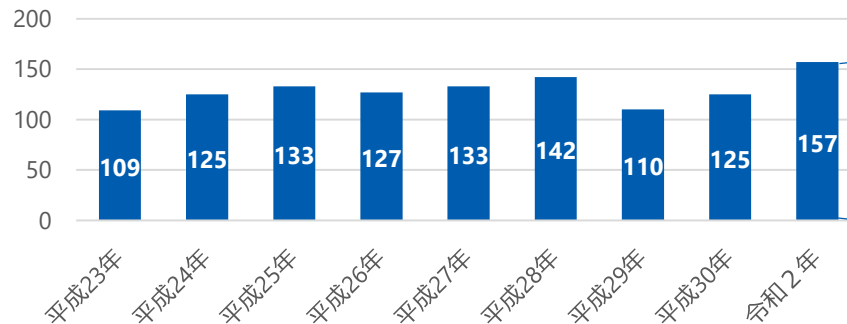
地元で健診を担当した医師・助産師が分娩時に連絡を受け、連携病院（周産期母子医療センター等）に出向き、出産に対応する。

【セミオープンシステム】

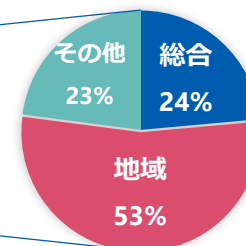
健診は地元で行い、分娩は連携病院で行う。出産には連携病院の医師、助産師が対応する。



(参考) オープンシステム・セミオープンシステムの基幹施設の数



施設の内訳



産科・小児科における医師確保の取組例

都道府県における医師確保・派遣のための具体的取組のうち、産科・小児科を抜粋

令和4年3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)

①医療提供体制等の見直しのための施策

- ・ 小児科・産婦人科の医師不足対策のため、県内の地域医療の状況に精通し、かつ、高度な医療を提供する大学医学部と連携し、安全で質が高く、効率的な医療提供体制を確保する。

②医師の派遣調整

- ・ 医師不足の診療科（小児科、産科、産婦人科）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する。
- ・ 大学病院等の小児科医等を医師確保の困難な地域の拠点病院等へ当直要員等として派遣する。
- ・ 市が実施する産婦人科医、助産師・看護師の派遣事業を支援することにより、保健医療圏における産科医療等の維持を図る。
- ・ 一部地域の診療科（脳神経外科、精神科、小児科）について、大学病院からの医師派遣による診療体制の構築を支援する。
- ・ 小児科、麻酔科、産婦人科について「地域病院サポートチーム」により代替要員の派遣等を行うことにより、地域の病院へ派遣された女性医師を支援する。

③産科・小児科医師の勤務環境を改善するための施策

- ・ 地域の中核的な病院や小児科・産婦人科に勤務する医師の診療技術の修得のため、国内外での研修費用（給与、旅費等）を助成する。
- ・ 産科医や分娩施設が不足している地域の医療機関の人件費等を助成する。
- ・ 産科院内保育所に対する運営費を補助し、女性医師の割合が高い産科医療現場の勤務環境を改善を図る。

④産科・小児科医師の養成数を増やすための施策

- ・ 将来の産科医療を担う医師の育成を図るため、処遇改善等に取り組む医療施設に対する助成を行う。
- ・ 地域枠学生等に対する修学資金の貸与、産科医又は小児科医を志す医学生向けの修学資金の貸与を行う。

都道府県の産科・小児科医師確保計画の具体例

滋賀県の取組

医療圏の集約化や医師の派遣調整、勤務環境の改善など行っている。

Ⅶ 産科・小児科の医師確保計画

産科				小児科			
周産期医療圏等名	医師偏在指標	全国順位	区分	小児医療圏等名	医師偏在指標	全国順位	区分
滋賀県	11.3	32位	『少数』	滋賀県	113.1	21位	
大津・湖西	18.5	28位		大津・湖西	167.3	10位	
湖南・甲賀	9.3	185位		湖南・甲賀	85.9	202位	
東近江	8.7	202位	『少数』	東近江	104.3	124位	
湖東・湖北	7.4	235位	『少数』	湖東・湖北	98.6	146位	

※ 県は、47都道府県中の順位(32位～47位が少数)

※ 周産期医療圏は、284医療圏中の順位(192位～284位が少数)

※ 小児医療圏は、307医療圏中の順位(206位～307位が少数)

○ 産科・小児科においては、医師が相対的に少なくない地域でも不足している可能性があること等から、多数区域はなく、少数区域のみ。

①医療提供体制の再構築等

【産科】

○ 4つの周産期医療圏の周産期母子医療センターに医師を集約化

○ 各周産期医療圏内の医療機関の役割分担を踏まえたネットワークの充実・強化による周産期医療を提供できる体制(びわこセーフチャイルドバースネットワーク)の整備

②医師の派遣調整

○ 周産期・小児医療圏の拠点となる病院への医師の派遣調整

③勤務環境の改善

- 他診療科より割合が高い女性医師への支援(復職研修の実施、院内保育所運営の支援等)
- 助産師外来・院内助産の推進等による助産師へのタスク・シフティング推進等
- 「小児救急電話相談事業#8000」の啓発等によるコンビニ受診の防止

④養成数の増加

○ 産科・小児科のキャリア形成プログラムの充実。医学生への意識啓発等。

【小児科】

○ 休日夜間の小児救急については、4つの小児医療圏内の救命救急センターに医師を集約化

○ 専門医以外の医師への小児救急医療に関する研修を実施

○ 医療的ケア児に対する在宅医療、子どもの心の問題や発達障害等に対応できる医師の育成等

大阪府の取組

モデル勤務表の作成や、分娩施設集約のシミュレーションを行っている。

図表 5-3-10 モデル勤務表

日・曜日	時間帯	医師A	医師B	医師C	医師D	医師E	医師F	医師G	医師H
1日 日	日 夜	日直 27 宿直	休	休	休	休	休	休	休
2日 月	日 夜	休	日直 27 宿直	日直 10 宿直	半日 5 宿直	半日 5 宿直	日直 10 宿直	日直 10 宿直	日直 10 宿直
3日 火	日 夜	日直 10 宿直	休	日直 27 宿直	日直 10 宿直	日直 10 宿直	半日 5 宿直	日直 10 宿直	日直 10 宿直
4日 水	日 夜	日直 10 宿直	日直 10 宿直	休	日直 27 宿直	日直 10 宿直	日直 10 宿直	半日 5 宿直	日直 10 宿直
5日 木	日 夜	半日 5 宿直	半日 5 宿直	日直 10 宿直	日直 10 宿直	日直 27 宿直	日直 10 宿直	日直 10 宿直	日直 10 宿直
6日 金	日 夜	日直 10 宿直	日直 10 宿直	半日 5 宿直	日直 10 宿直	休	日直 27 宿直	日直 10 宿直	日直 10 宿直
7日 土	日 夜	休	休	休	休	休	休	休	休
8日 日	日 夜	休	休	休	休	休	休	休	休
9日 月	日 夜	日直 27 宿直	休	休	休	休	休	休	休
10日 火	日 夜	休	日直 27 宿直	日直 10 宿直	半日 5 宿直	半日 5 宿直	日直 10 宿直	日直 10 宿直	日直 10 宿直
11日 水	日 夜	日直 10 宿直	休	日直 27 宿直	日直 10 宿直	日直 10 宿直	半日 5 宿直	日直 10 宿直	日直 10 宿直
12日 木	日 夜	半日 5 宿直	半日 5 宿直	日直 10 宿直	日直 10 宿直	日直 27 宿直	日直 10 宿直	日直 10 宿直	日直 10 宿直
13日 金	日 夜	日直 10 宿直	日直 10 宿直	半日 5 宿直	日直 10 宿直	休	日直 27 宿直	日直 10 宿直	日直 10 宿直

図表 5-3-12 必要となる医師数の変化の例(シミュレーションパターン1)

病院	医療機関の種別	現 在						必要当直数		
		分娩取扱件数						現在の類型		
		MFICU 病床数	NICU 病床数	正常分娩 数	選択帝王切開 数	緊急帝王切開 数	合計			
A	総合周産期	6	9	600	150	200	950	I	2	2 4
B	地域周産期	6	6	800	200	150	1,150	I	2	2 4
C			6	600	200	100	900	II	2	1 3
D				300	100	30	430	III	1	1 2
E				200	30	10	240	III	1	1 2
F				100	20	10	130	III	1	1 2
合計		12	21	2,600	700	500	3,800		9	8 17

病院	医療機関の種別	機 能 の 集 約 化 後						必要当直数		
		分娩取扱件数						集約後の類型		
		MFICU 病床数	NICU 病床数	正常分娩 数	選択帝王切開 数	緊急帝王切開 数	合計			
A	総合周産期	6	9	600	210	230	1,040	I	2	2 4
B	地域周産期	6	9	900	260	180	1,340	I	2	2 4
C			6	600	100	50	750	III	1	1 2
D				300	100	30	430	III	1	1 2
E				200	30	10	240	III	1	1 2
F				0	0	0	0	IV	1	0 1
合計		12	18	2,600	700	500	3,800		8	7 15

必要当直数の変化 △1 △1 △2