

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における検討状況について（医師確保計画）

1. 検討体制

第8次医療計画の策定に向けた検討体制

令和3年6月18日
第8次医療計画等に関する検討会資料（一部改）

- 第8次医療計画の策定に向け、「第8次医療計画等に関する検討会」を立ち上げて検討。
- 現行の医療計画における課題等を踏まえ、特に集中的な検討が必要な項目については、本検討会の下に、以下の4つのワーキンググループを立ち上げて議論。
- 新興感染症等への対応に関し、感染症対策（予防計画）に関する検討の場と密に連携する観点から、双方の検討会・検討の場の構成員が合同で議論を行う機会を設定。

第8次医療計画等に関する検討会

- 医療計画の作成指針（新興感染症等への対応を含む5疾病6事業・在宅医療等）
- 医師確保計画、外来医療計画、地域医療構想 等

※具体的には以下について検討する

- ・医療計画の総論（医療圏、基準病床数等）について検討
- ・各検討の場、WGの検討を踏まえ、5疾病6事業・在宅医療等について総合的に検討
- ・各WGの検討を踏まえ、地域医療構想、医師確保計画、外来医療計画について総合的に検討

※医師確保計画及び外来医療計画については、これまで「医師需給分科会」で議論してきており、次期計画の策定に向けた議論については、本検討会で議論。

【新興感染症等】

感染症対策（予防計画）に関する検討の場 等

連携

【5疾病】

各疾病に関する検討の場 等

報告

地域医療構想及び医師確保計画に関するWG

- 以下に関する詳細な検討
- ・医師の適正配置の観点を含めた医療機能の分化・連携に関する推進方針
- ・地域医療構想ガイドライン
- ・医師確保計画ガイドライン 等

外来機能報告等に関するWG

- 以下に関する詳細な検討
- ・医療資源を重点的に活用する外来
- ・外来機能報告
- ・地域における協議の場
- ・医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関 等

在宅医療及び医療・介護連携に関するWG

- 以下に関する詳細な検討
- ・在宅医療の推進
- ・医療・介護連携の推進 等

救急・災害医療提供体制等に関するWG

- 以下に関する詳細な検討
- ・第8次医療計画の策定に向けた救急医療提供体制の在り方
- ・第8次医療計画の策定に向けた災害医療提供体制の在り方 等

* へき地医療、周産期医療、小児医療については、第7次医療計画の策定に向けた検討時と同様、それぞれ、以下の場で専門的な検討を行った上で、「第8次医療計画等に関する検討会」に報告し、協議を進める予定。

・へき地医療

厚生労働科学研究の研究班

・周産期医療、小児医療

有識者の意見交換

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

<目的>

- 今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するため、地域医療構想及び医師確保計画を通じて、病床の機能の分化・連携の取組と、地域の医療ニーズに応じた医師の適正な配置を一体的に進めていく必要がある。
- 本ワーキンググループは、地域医療構想の推進及び令和6年度からの次期医師確保計画の策定に向けて必要な事項について検討することを目的に開催するものである。

<構成員>

- | | |
|-------|---------------------|
| 伊藤伸一 | 一般社団法人日本医療法人協会会長代行 |
| 猪口雄二 | 公益社団法人日本医師会副会長 |
| 今村知明 | 奈良県立医科大学教授 |
| 大屋祐輔 | 一般社団法人全国医学部長病院長会議理事 |
| ○尾形裕也 | 九州大学名誉教授 |
| 岡留健一郎 | 一般社団法人日本病院会副会長 |
| 小熊豊 | 公益社団法人全国自治体病院協議会会長 |
| 織田正道 | 公益社団法人全日本病院協会副会長 |
| 幸野庄司 | 健康保険組合連合会参与 |
| 櫻木章司 | 公益社団法人日本精神科病院協会常務理事 |
| 野原勝 | 全国衛生部長会 |

(○：座長)

<これまでの医師確保計画に関する主な検討内容>

- | | |
|-------|---|
| 第4回WG | 医師確保計画を通じた医師偏在対策について |
| 第5回WG | 医師少数区域・医師少数スポット、医師の確保の方針及び目標医師数について |
| 第6回WG | 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・評価について |

第8次医療計画に向けた取組（全体イメージ）

令和3年6月18日
第8次医療計画等に関する検討会資料（一部改）

		医療計画	新興感染症	地域医療構想	医師確保計画	外来医療計画
R3 [2021]	4～6月	医療部会（6/3）				
	7～9月	第8次医療計画等に関する検討会 開催			地域医療構想及び医師確保計画に関するWG開催	外来機能報告等に関するWG開催
	10～12月					外来機能報告等に関する取りまとめ
	1～3月	<ul style="list-style-type: none"> 総論（医療圏、基準病床数等） 各論（5疾病、6事業、在宅等） について各検討会等での議論の報告	感染症対策に関する検討の場と連携しつつ議論	地域医療構想の推進	ガイドライン改正に向けた検討	ガイドライン改正に向けた検討
R4 [2022]	4～6月					
	7～9月					
	10～12月	報告書取りまとめ（基本方針改正、医療計画作成指針等の改正等）			報告書取りまとめ（ガイドライン改正等）	報告書取りまとめ（ガイドライン改正等）
	1～3月	基本方針改正（告示） 医療計画作成指針等の改正（通知）			ガイドライン改正（通知）	ガイドライン改正（通知）
R5[2023]	第8次医療計画策定				次期医師確保計画策定	次期外来医療計画策定
R6[2024]	第8次医療計画開始				次期医師確保計画開始	次期外来医療計画開始
R7[2025]						

国

都道府県

医師養成課程における取組

【大学医学部】

- 中長期的な観点から、医師の需要・供給推計に基づき、**全国の医師養成数**を検討
- **地域枠**（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）の医学部における活用方針を検討

【臨床研修】

- 全国の研修希望者に対する**募集定員の倍率を縮小**するとともに、都道府県別に、**臨床研修医の採用枠の上限数**を設定
- その際、都市部や複数医学部を有する地域について、上限数を圧縮するとともに、医師少数地域に配慮した定員設定を行い、**地域偏在を是正**

【専門研修】

- 日本専門医機構において、将来の必要医師数の推計を踏まえた都道府県別・診療科別の**専攻医の採用上限数（シーリング）**を設定することで、**地域・診療科偏在を是正**（産科・小児科等の特に確保が必要な診療科や、地域枠医師等についてはシーリング対象外）

各都道府県の取組

【医師確保計画】

- 医師偏在指標により医師偏在の状況を把握
計画期間の終了時点で確保すべき目標医師数を設定

<具体的な施策>

● 大学と連携した地域枠の設定

● 地域医療対策協議会・地域医療支援センター

- ・ 地域医療対策協議会は、**医師確保対策の方針**（医師養成、医師の派遣調整等）について協議
- ・ 地域医療支援センターは、**地域医療対策協議会の協議結果に基づき、医師確保対策の事務**（医師派遣事務、派遣される医師のキャリア支援・負担軽減、勤務環境改善支援センターとの連携等）を実施

● キャリア形成プログラム（地域枠医師等）

- ・ 「**医師不足地域の医師確保**」と「**派遣される医師の能力開発・向上**」の両立を目的としたプログラム

● 認定医師制度の活用

- ・ **医師少数区域等に一定期間勤務した医師を厚労大臣が認定する制度を活用し、医師不足地域の医師を確保**

医師の働き方改革

地域の医療を支えている勤務医が、安心して働き続けられる環境を整備することが重要であることから、都道府県・医療勤務環境改善支援センター等による医療機関への支援を通じて、適切な労務管理や労働時間短縮などの医師の働き方改革を推進。具体的には、

- 地域医療の確保のためにやむを得ず長時間労働を行う医師について、医療機関における医師の労働時間短縮計画の作成や健康確保措置等を通じて、労働時間短縮及び健康確保を推進
- 出産・育児・介護などのライフイベントを経験する医師が、仕事と家庭を両立できるよう勤務環境の改善を推進

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

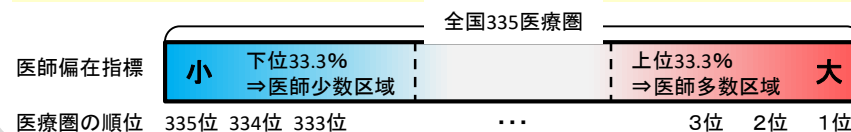
三次医療圏・二次医療圏ごとに、**医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成等を踏まえた**医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

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
- ・ 医師偏在の種別（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、上位の一定の割合を医師多数区域、下位の一定の割合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。

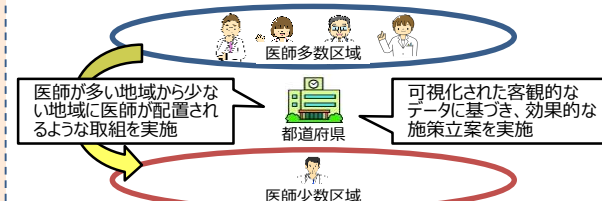
- （例）
- ・ 大学医学部の地域枠を15人増員する
 - ・ 地域医療対策協議会で、医師多数区域のA医療圏から医師少数区域のB医療圏へ10人の医師を派遣する調整を行う 等

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ため）

都道府県による医師の配置調整のイメージ



2. 検討状況

次期医師確保計画の策定にあたり検討が必要な項目

- ① 医師偏在指標
- ② 医師少数区域・医師少数スポット
- ③ 医師の確保の方針
- ④ 目標医師数
- ⑤ 将来の医師の多寡による医師の確保の方針及び地域枠
- ⑥ 産科・小児科における医師確保計画
- ⑦ 医師確保計画の効果の測定・評価
- ⑧ その他

① 医師偏在指標

※R4.5.11 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

医師偏在指標は、医師偏在対策の推進において活用されるものであるが、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したうえで、活用する必要がある。

- 医師数は、性別ごとに20歳代、30歳代・・・60歳代、70歳以上に区分して平均労働時間の違いを用いて調整する。
- 従来の人口10万人対医師数をベースに、地域ごとに性年齢階級による受療率の違いを調整する。

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数}}{\text{地域の人口} \div 10\text{万} \times \text{地域の標準化受療率比} (\times 1)}$$

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

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

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

(出典) 性年齢階級別医師数：平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査

平均労働時間：「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（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」研究班）

性年齢階級別受療率：平成29年患者調査 及び 平成27年住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査

人口：平成29年住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査

※患者流入は、流入発生後のデータ（診療行為発生地ベース）を分母で用いることにより、加味している（平成29年患者調査より）

現在の医師偏在指標に対して、これまでに都道府県等からいただいている主な要望は以下のとおり

- 医師偏在指標は診療科別に算定することが望ましい。
- 医療機関までのアクセス時間などの地理的条件や診療科の偏在等の地域の実情を反映してはどうか。
- 離島の地理的事情を偏在指標に反映してはどうか。
- 医師偏在指標の受療率の計算には都道府県別受療率を採用してはどうか。
- 大学病院等に勤務する医師が他の医療機関へ非常勤医師として派遣されていることを加味してはどうか。
- 臨床研修医は労働力を差し引いて式に反映してはどうか。

- 令和3年度厚生労働科学研究「医師確保計画を踏まえた効果的な医師偏在対策の推進についての政策研究」の一環として、医師偏在指標検討小委員会を設置し、当該委員会において、医師偏在指標の「概念」の評価と整理について議論を行った

- 研究班
研究課題名：「医師確保計画を踏まえた効果的な医師偏在対策の推進についての政策研究」
研究代表者：小池 創一（自治医科大学 地域医療学センター 地域医療政策部門 教授）
研究分担者：小谷 和彦（自治医科大学 地域医療学センター 地域医療学部門 教授）
松本 正俊（広島大学大学院医系科学研究科 地域医療システム学講座 教授）
岡崎 研太郎（名古屋大学大学院医学系研究科 地域医療教育学講座 特任准教授）
片岡 仁美（岡山大学病院 ダイバーシティ推進センター 教授）

- 医師偏在指標検討小委員会（2021.8～12において3回開催）
石川 光一（国際医療福祉大学 公衆衛生学 教授）
今村 知明（奈良医科大学 公衆衛生学 教授）
小池 創一（自治医科大学 地域医療学センター 教授）
名越 究（島根大学 環境保健医学講座 教授）
藤森 研司（東北大学 医療管理学 教授）
村松 圭司（産業医科大学 公衆衛生学講座 准教授）
吉村 健佑（千葉大学次世代医療構想センター 特任教授）
※オブザーバー 厚生労働省
※事務局 三菱総合研究所

具体的な医師偏在指標の改善に向けた提案

（診療科の取扱）

- 診療科別偏在指標については、産科・小児科以外に拡張するのは現時点では難しいのではないかと。
- 検討に際しては、「診療科別医師数の将来推計」との整合も必要となる。

（地理的条件の取扱）

- 医師偏在指標という一つの指標で表現することは、技術的に難しく、複数の次元を一つの指標に盛り込むと、かえって指標の解釈が難しくなる側面もある。
- 地理的な医師の状況は往診に係る時間など局所では必要な情報であるが、大局的に行う場合には人口だけ加味していればよいのではないかと。

（流出入・受療率の考え方）

- 流出入の補正は現状通り反映する方針でいいのではないかと。
- 受療率は、「医療の提供を均していく」という思想を踏まえると、全国受療率が適しているのではないかと。

（医療需要の時点の考え方）

- 令和2年度は、入院・入院外ともに医療需要の減少が大きい。また、月によっても減少幅にばらつきがある。令和2年以前の方がバイアスは少ないのではないかと。
- 現時点では、評価が定まっていない令和2年度ではなく、平成29年度医療需要の方が妥当ではないかと。

- ② 医師少数区域・医師少数スポット
- ③ 医師の確保の方針
- ④ 目標医師数

※R4.6.16 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

医師少数区域・医師少数スポット、医師の確保の方針

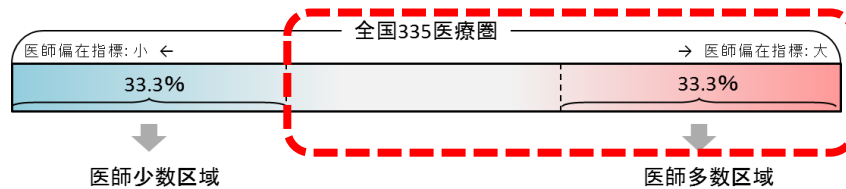
R4.6.16 第5回地域医療構想及び
医師確保計画に関するWG 資料1

国が定めている定義

- 医療法では、各種医師確保対策の対象として、「医師の確保を特に図るべき区域」という概念を設けている。

医師の確保を特に図るべき区域 = 医師少数区域 + 医師少数スポット

- 医師確保計画策定ガイドラインでは、「各都道府県において、医師偏在の状況等に応じた実効的な医師確保対策を進められるよう、医師偏在指標を用いて医師少数区域及び医師多数区域を設定し、これらの区域分類に応じて具体的な医師確保対策を実施することとする。医師少数区域及び医師多数区域は二次医療圏単位における分類を指すものであるが、都道府県間の医師偏在の是正に向け、これらの区域に加えて、厚生労働省は、医師少数都道府県及び医師多数都道府県も同時に設定することとする。」と記載している。
- 同ガイドラインでは、「都道府県においては、必要に応じて二次医療圏よりも小さい単位の地域での施策を検討することができるものとし、局所的に医師が少ない地域を「医師少数スポット」として定め、医師少数区域と同様に扱うことができるものとする。」と記載している。



医師少数区域以外から医師少数スポットを設定

- 設定した都道府県は26 (55%) 府県
- 医師少数スポットの総数は313地域 (令和2年)

<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

医師少数区域	: 他の医師多数区域からの医師の確保を行う	医師少数県	: 他の医師多数県からの医師の確保ができる
医師中程度区域	: 必要に応じて、他の医師多数区域からの医師の確保ができる	医師中程度県	: 医師少数区域が存在する場合には、必要に応じて、他の医師多数県からの医師の確保ができる
医師多数区域	: 二次医療圏外からの医師の確保を行わない	医師多数県	: 他の都道府県からの医師の確保を行わない

医師少数区域・医師少数スポットに対する既存の施策

- キャリア形成プログラム
(地域枠医師等が対象期間の9年間以上のうち4年間以上を医師の確保を特に図るべき区域等の医療機関で就業)
- 医師少数区域経験認定医師制度
(医師少数区域等で6ヶ月以上の勤務した医師を認定しインセンティブを付与)
- 地域医療介護総合確保基金の都道府県への配分の配慮 等

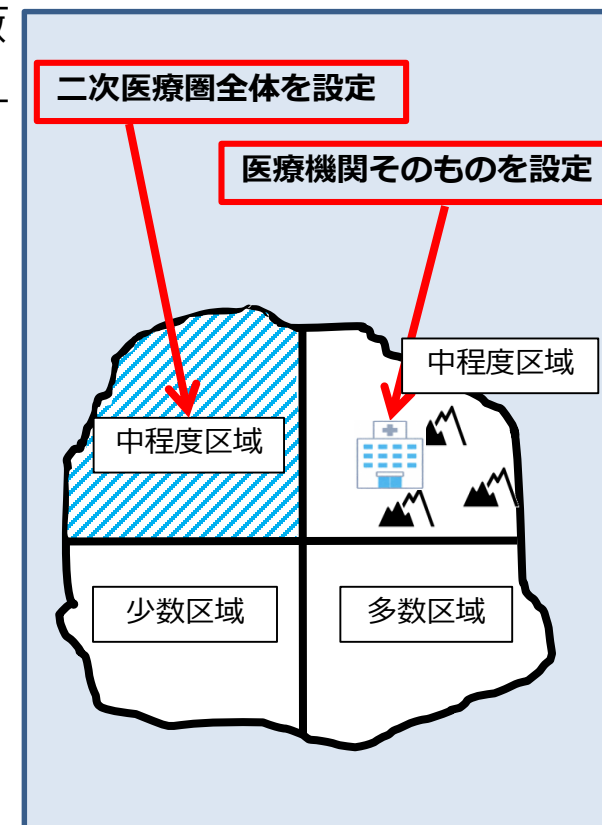
厚生労働科学研究による医師少数スポットの実態（課題①）

R4.6.16 第5回地域医療構想及び医師確保計画に関するWG 資料1

- 医師少数スポットにおいて、最も多く設定された地域の単位は市町村全域であった（103地域、33%）
- 医師少数スポットの中には、二次医療圏を構成する市町村をすべて医師少数スポットに設定している例や、医療機関そのものを医師少数スポットとして設定している例があった。

医師少数スポットに設定された地域の区分（n=313）

令和2年	医師少数スポット数 n (%)
市町村全域 （うち、二次医療圏全体の市区町村を設定している地域は2カ所）	103 (32.9)
旧市町村単位	25 (8.0)
地区単位	30 (9.6)
医療機関を中心とした地域 （うち、医療機関そのものを設定している地域は14カ所）	43 (13.7)
島全域	24 (7.7)
市全体から一部地域を除いた地域	2 (0.6)
公民館地区（※1）	45 (14.4)
日常生活圏域（※2）	25 (8.0)
辺地地域の中心から半径8.7kmの範囲	14 (4.5)
2次医療圏の一部地域	2 (0.6)



※1 公民館の設置及び運営に関する基準（平成15年6月6日 文部科学省告示第112号）

※2 介護保険法 第117条第2項第1号

国が定めている定義（ガイドライン）

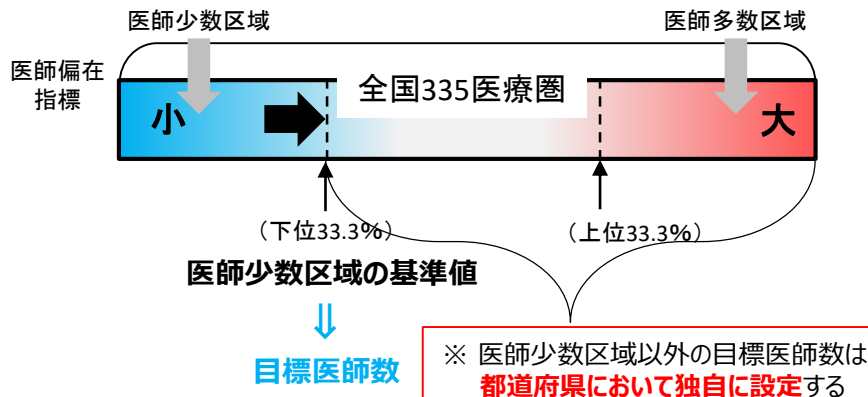
- 計画終了時点の医師偏在指標の値が、計画開始時点の医師少数都道府県及び医師少数区域の基準値（下位33.3%）に達することとなる医師数を目標医師数に設定する。
- 二次医療圏単位での目標医師数は、計画終了時点において、各医療圏で確保しておくべき医師の総数であり、目標医師数と計画開始時の医師数との差が、追加的に確保が必要な医師の総数。

$$\text{目標医師数(計画終了時)} = \text{下位1/3の医師偏在指標(計画開始時)} \times \text{推計人口(計画終了時、10万人単位)} \times \text{地域の標準化受療率比(計画終了時)}$$

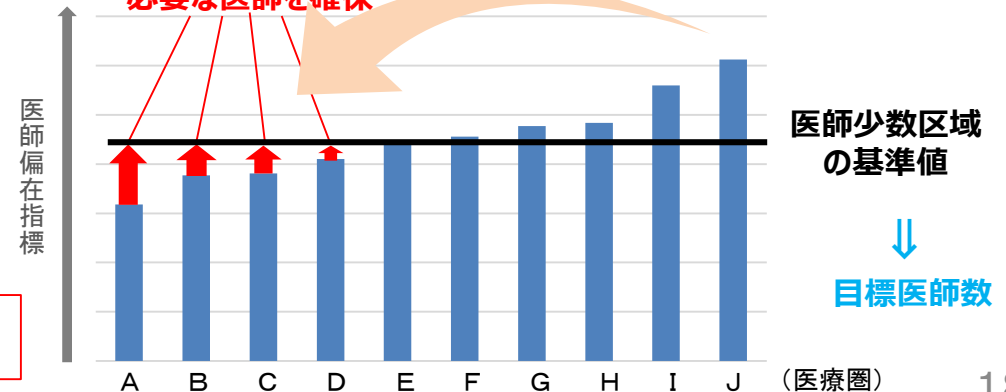
- 医師少数区域を脱する医師偏在指標を基準とし、計画終了時にその基準に達するために必要な医師数を「目標医師数」として算出
- 計画終了時の推計人口及び地域の標準化受療率比の算出にあたっては、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」を用いる

$$\text{医師偏在指標(計画開始時)} = \frac{\text{標準化医師数(計画開始時)}}{\text{地域の人口(計画開始時、10万人単位)} \times \text{地域の標準化受療率比(計画開始時)}}$$

二次医療圏の目標医師数の設定



目標医師数の達成のために 必要な医師を確保



医師少数区域の目標医師数に関する状況（課題②）

R4.6.16 第5回地域医療構想及び
医師確保計画に関するWG 資料1

- 医師少数区域（112区域）のうち、54区域において、人口減少に伴う医療需要の減少により、**目標医師数^{※1}が計画開始時点の医師数^{※2}を下回っていた。**

※1 2023年の計画終了時点の医師偏在指標が計画開始時点の下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数。

※2 都道府県が医師確保計画の策定にあたり参考とした医師数（2016年の医師・歯科医師・薬剤師調査）。

計画開始時点において目標医師数**未達成**
(計画開始時点の医師数 < 目標医師数)

58の医師少数区域

計画開始時点の医師数では医師偏在指標が下位33.3%に達しないため、
医師少数区域と判定

計画開始時点の医師数

目標医師数達成のために
追加的に確保が必要な医師数

人口の変化に伴う医療需要の増減により、計画終了年までに
同一の医師偏在指標を達するのに必要な医師数が増減

計画終了時点で現在の医師偏在指標下位33.3%に達するのに
必要な医師数 = **目標医師数**

計画開始時点において目標医師数**達成済**
(計画開始時点の医師数 > 目標医師数)

54の医師少数区域

計画開始時点の医師数では医師偏在指標が下位33.3%に達しないため、
医師少数区域と判定

計画開始時点の医師数

人口の変化に伴う医療需要の**減少**により、計画終了年までに
同一の医師偏在指標を達するのに必要な医師数が**減少**

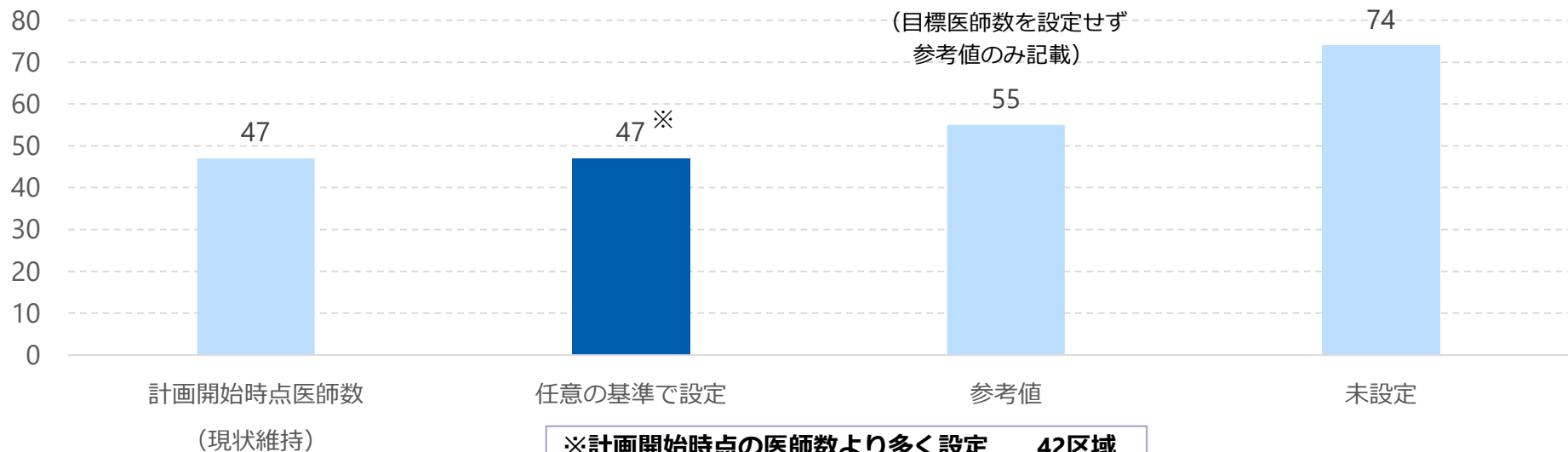
目標医師数

医師少数区域以外の目標医師数に関する状況（課題③）

R4.6.16 第5回地域医療構想及び
医師確保計画に関するWG 資料1

- 医師多数区域と中程度区域の目標医師数は、**都道府県において独自に設定**することになっている。
- 医師多数区域・中程度区域においては、未設定の区域や任意の基準で設定している区域が多く、任意の基準で設定している区域では、**計画開始時点の医師数より多い目標設定を行っている区域が多かった。**

都道府県の医師確保計画に記載されている医師多数区域と中程度区域における目標医師数の設定（n=223）



厚生労働省医政局地域医療計画課調べ

都道府県が目標医師数の設定に用いた任意の基準

- 医師中程度区域において、医師多数区域の基準に達する医師数
- 医師偏在指標の全国中央値に達するための医師数
- 医師偏在指標の全国平均値に達するための医師数 ※2
- 都道府県の目標医師数を超えない範囲で調整した医師数 等

※2 厚生労働省が目標医師数の参考値として提示する、各二次医療圏の医師偏在指標が計画期間開始時の全二次医療圏の医師偏在指標の平均値に達する値である医師数。

⑤ 将来の医師の多寡による医師の確保の方針及び地域枠

※R4.8.10 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

(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

一般枠

大学独自枠

地元出身者枠

地域枠

70人

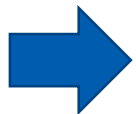
5人

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

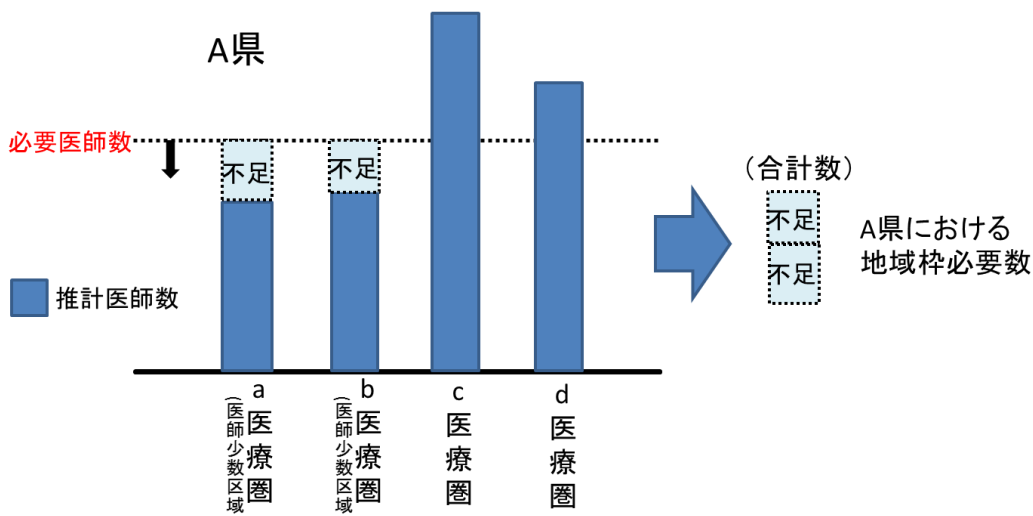
現ガイドラインにおける必要医師数と地域枠等の関係

国が定めている定義（医師確保計画策定ガイドライン）

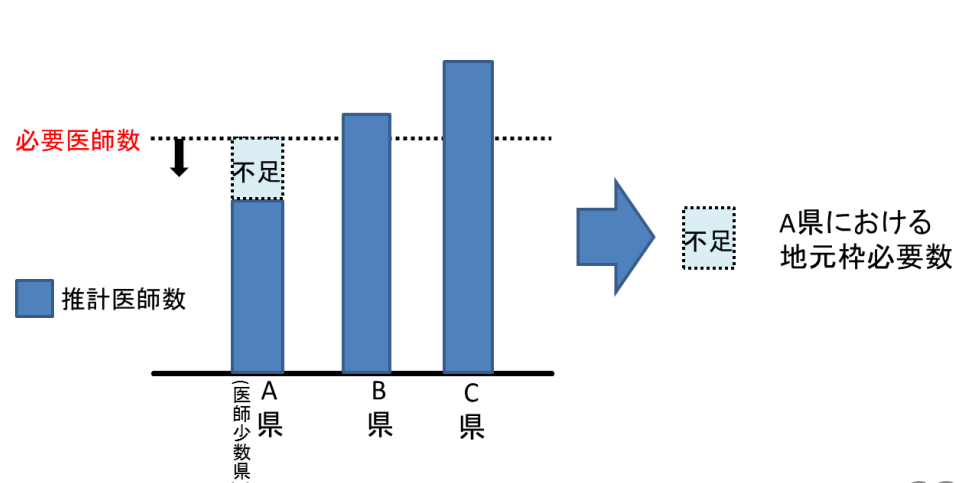
R4.8.10 第6回地域医療構想及び
医師確保計画に関するWG 資料1

- 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）

R4.8.10 第6回地域医療構想及び
医師確保計画に関するWG 資料1

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、当該都道府県の人元出身者枠数（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%)

⑥ 産科・小児科における医師確保計画

※R4.8.10 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

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

令和4年8月10日 第6回地域医療構想・医師確保計画に関するWG資料(一部改)

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

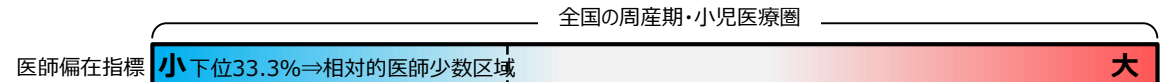
三次医療圏・周産期・小児医療圏ごとに、**産科・小児科における医師の偏在の状況を客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや、医師の性年齢構成等を踏まえた**産科・小児科における医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

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
- ・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

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。

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

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

(※) 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

R4.8.10 第6回地域医療構想及び
医師確保計画に関するWG 資料1

現行の医師確保計画策定ガイドライン要旨

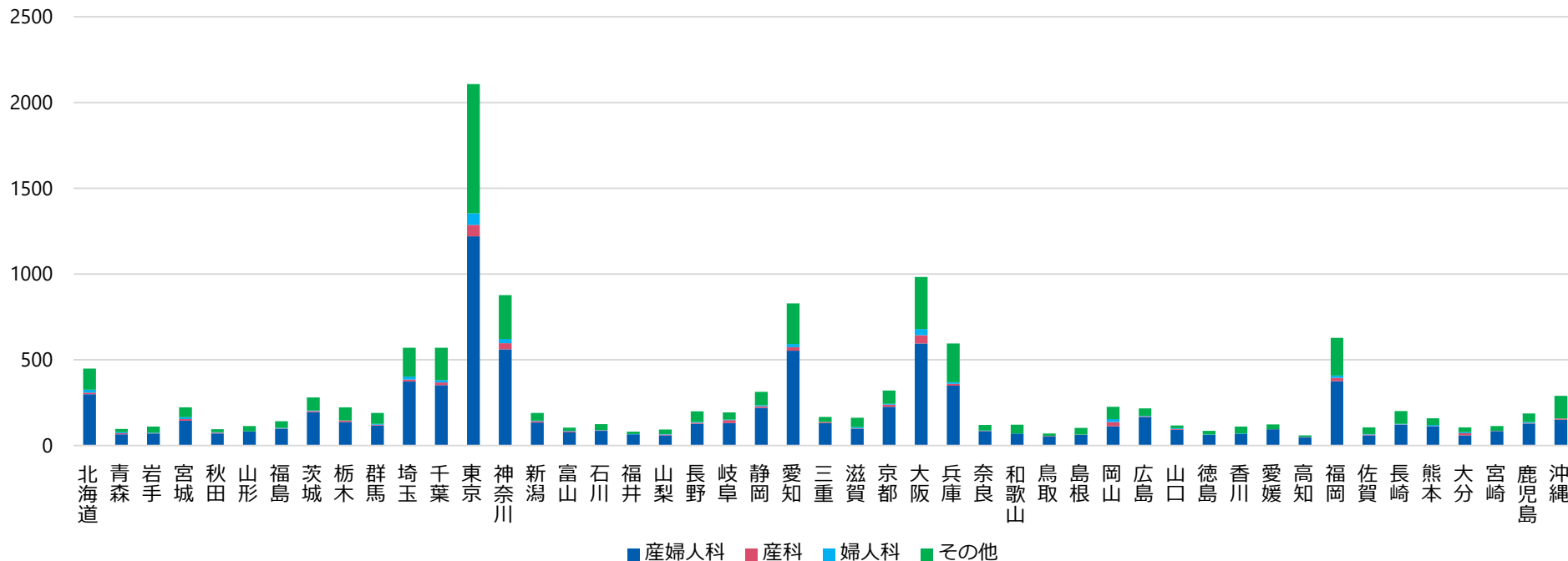
産科医師偏在指標における留意点

- 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。



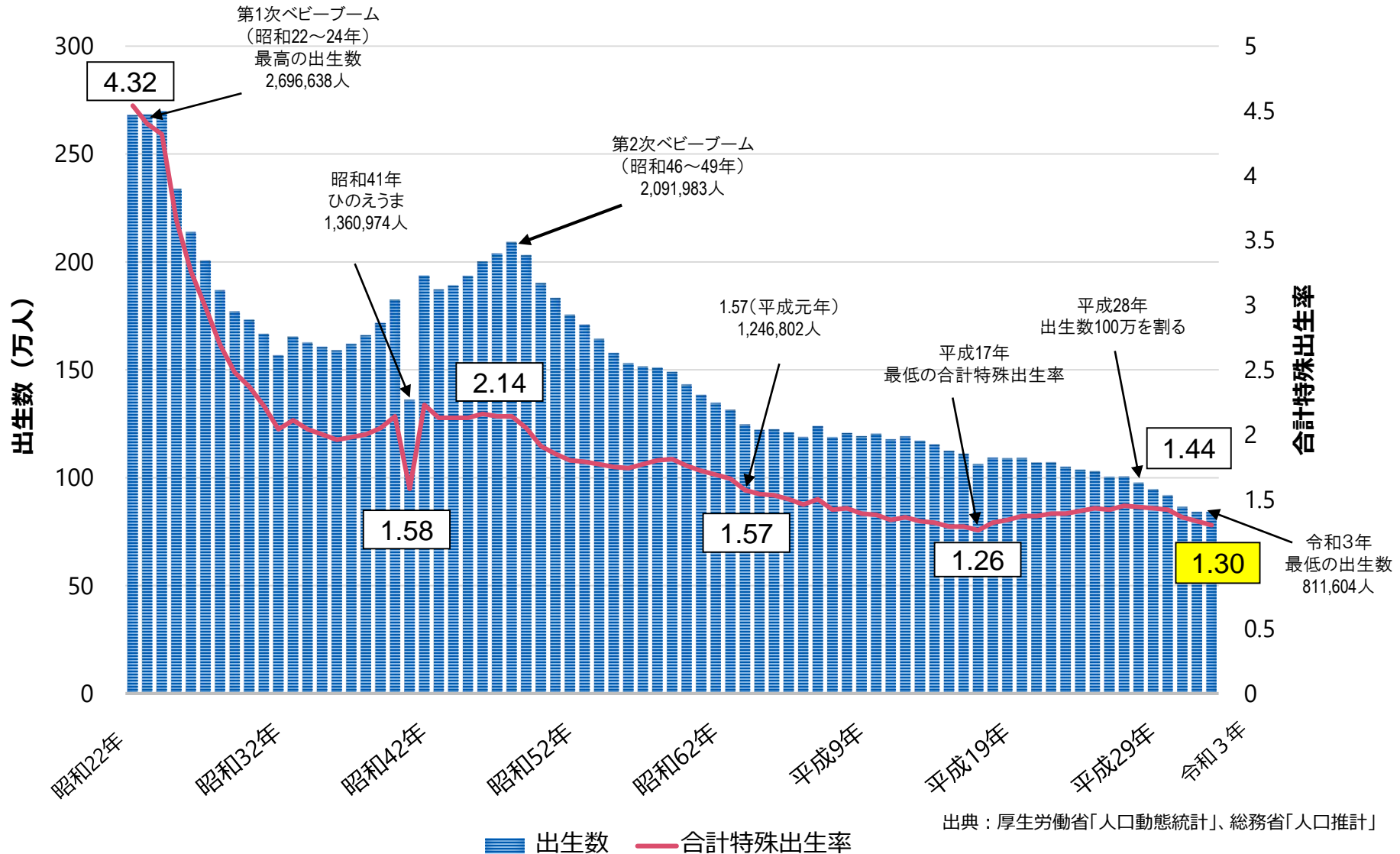
- 平成30年三師統計より、過去2年間に分娩を取り扱った医師を把握出来るようになったことから、今後産科医師偏在指標の算出においては、現行の「産科・産婦人科医師数」を「実際に分娩を取り扱う産科医師」と変更し、第8次前期医師確保計画における医師偏在指標の算出においては、令和2年三師統計において過去2年以内に分娩の取扱いありと回答した医師（13534人）のうち、日常的に分娩を取り扱っていると考えられる産婦人科・産科・婦人科を主たる診療科と回答した医師（9396人）とする。

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分け



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。

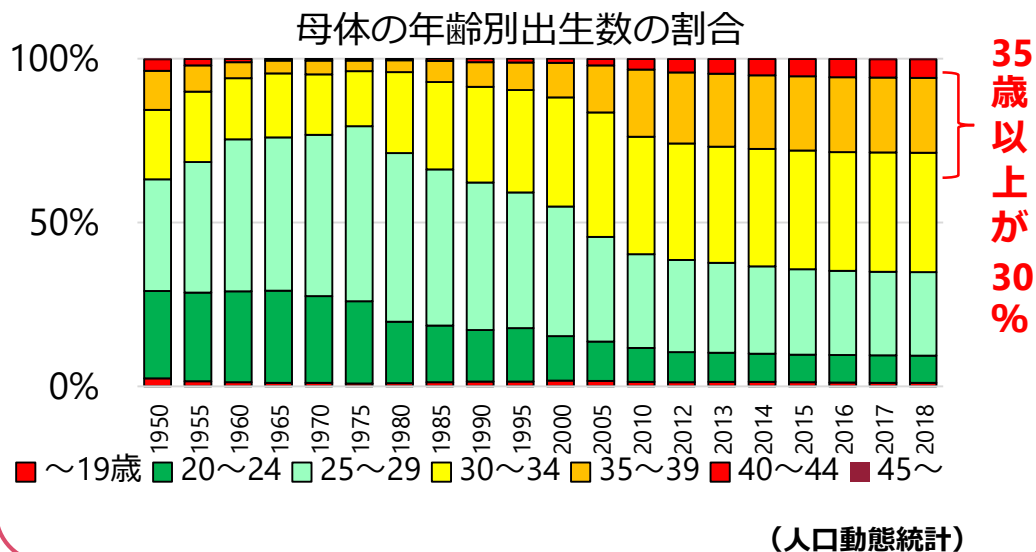


周産期医療の現状

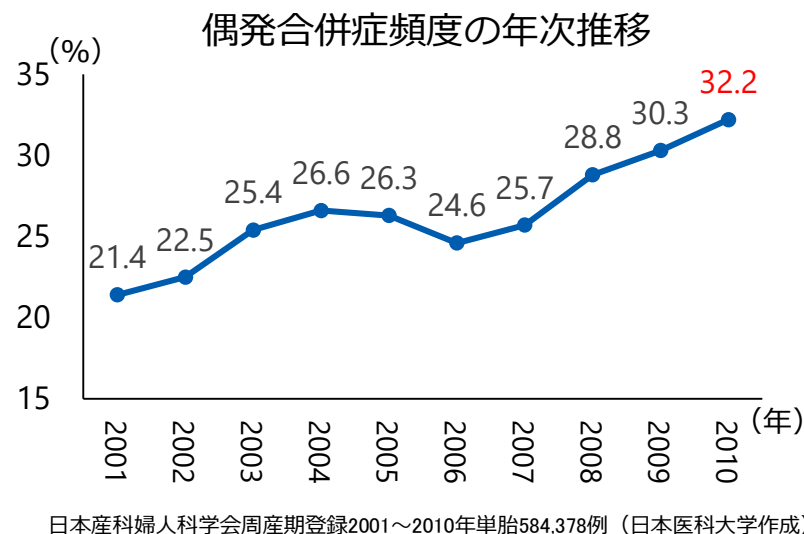
第11回第8次医療計画
等に関する検討会
令和4年7月27日

参考資料
4
改変

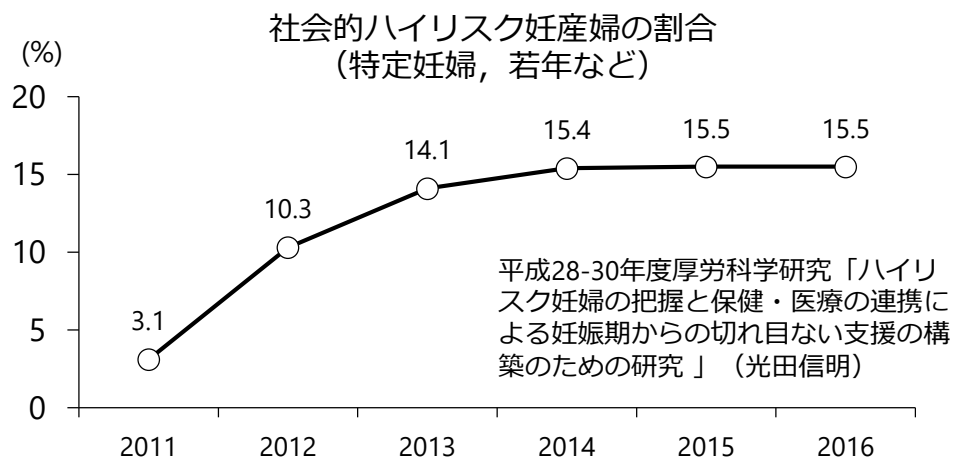
① 高齢出産の増加



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。

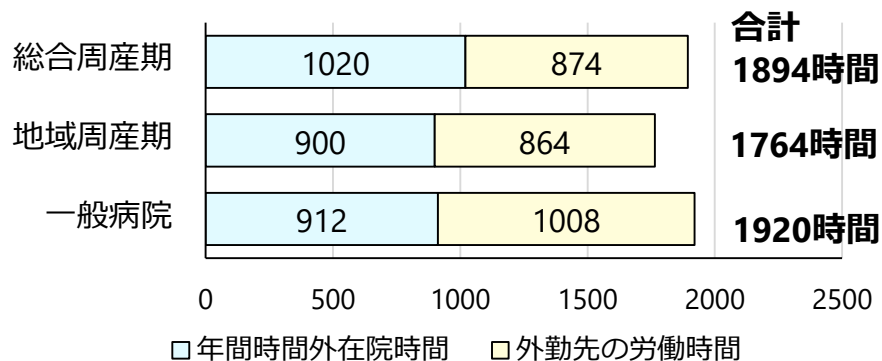
産婦人科医師の勤務状況

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

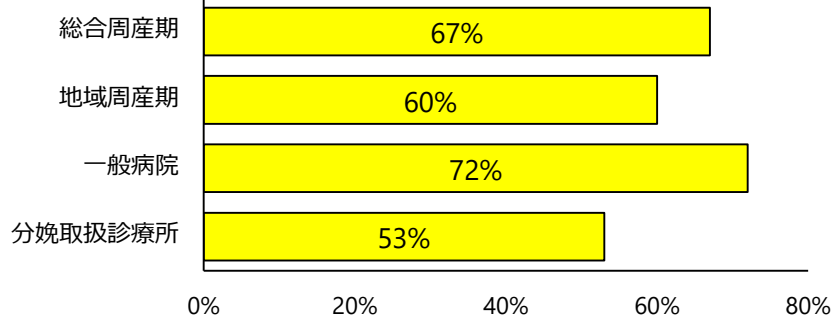
参考資料
4
改変

- 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。

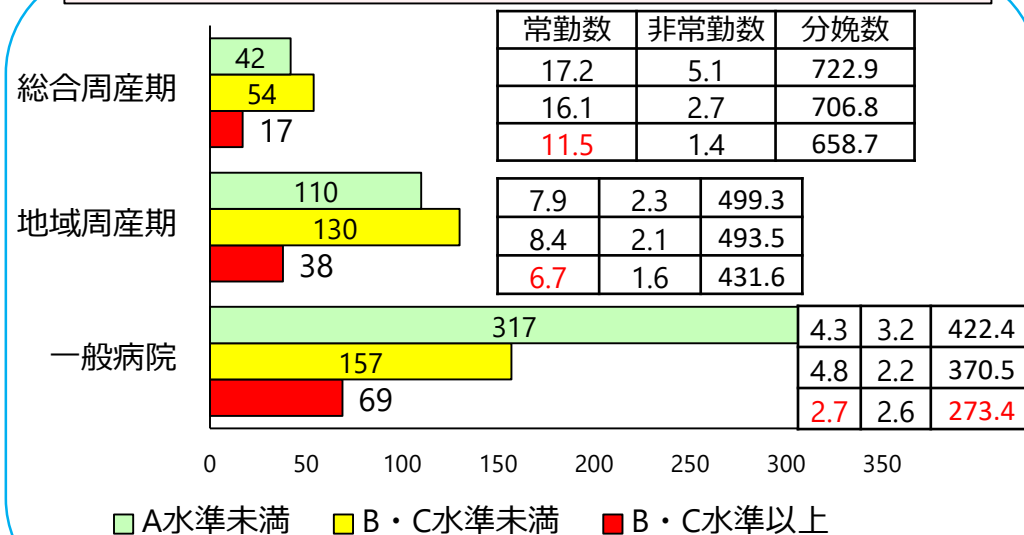
産科医師の平均時間外在院時間



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

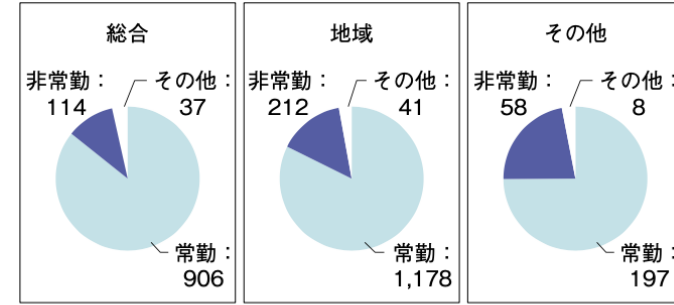


図16 総合・地域・その他別の回答施設の医師数合計

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)

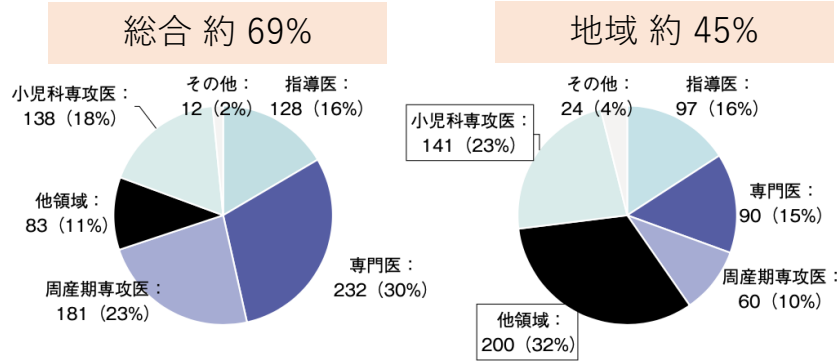


図21 回答常勤医の医師職種割合

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

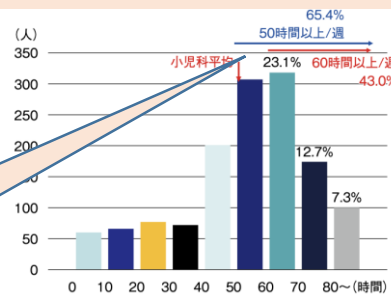


図30 全医師の週あたり総勤務時間の分布 (時間/週)
所定労働時間帯の外勤時間も含む。休憩・自己研鑽時間を除く。

全医師の4週あたりの総時間外労働時間

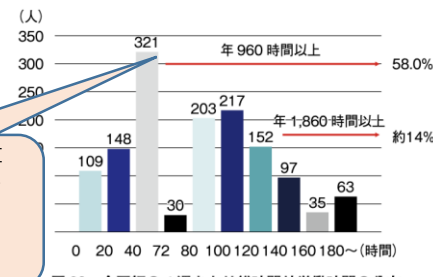


図38 全医師の4週あたり総時間外労働時間の分布

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

⑦ 医師確保計画の効果の測定・評価

※R4.8.10 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

国が定めている定義(ガイドライン)

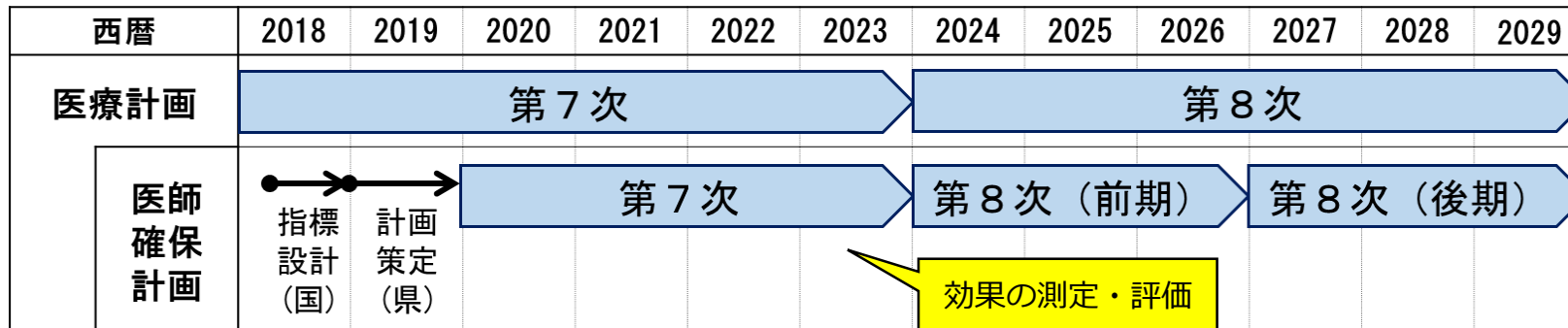
- ガイドラインでは、医師確保計画の見直しは、「活用可能な最新データを用いて見直し時における医師偏在指標を算出した上で、計画期間開始時の医師偏在指標と、目標医師数から算出される医師偏在指標上の目標値とを比較して、特に医師少数区域における医師の確保の進捗状況を判定すること」としている。



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)

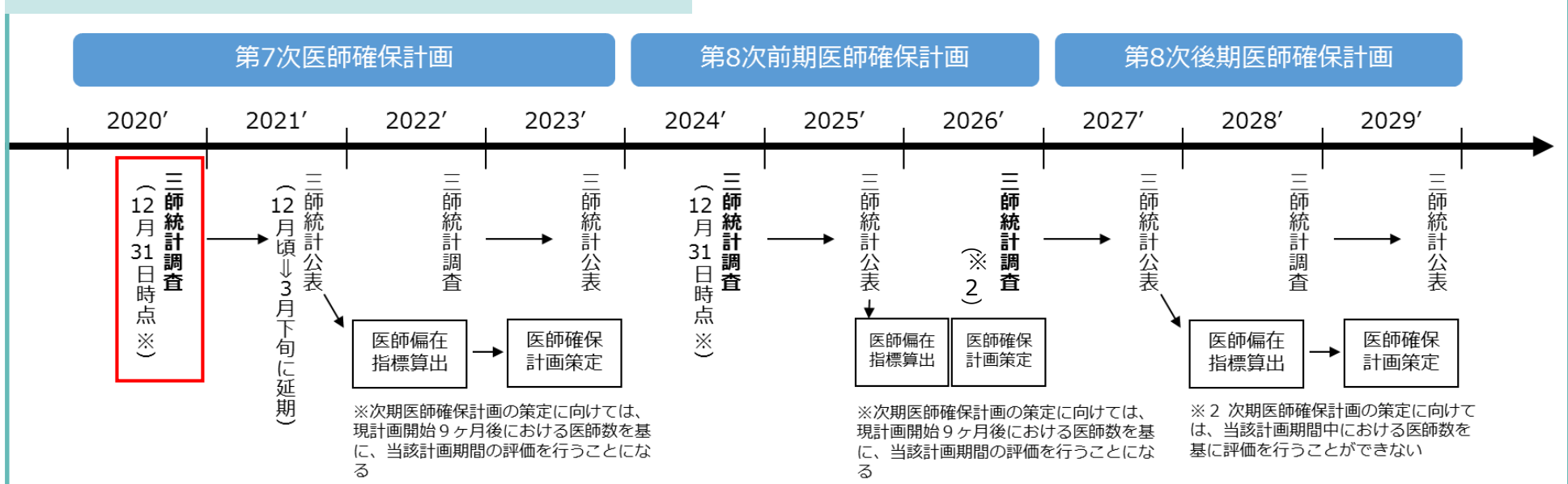
医師確保計画の効果の測定・評価の課題 ①

R4.8.10 第6回地域医療構想及び
医師確保計画に関するWG 資料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



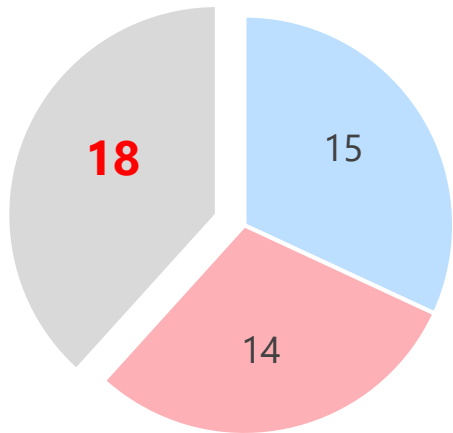
医師確保計画の効果の測定・評価の課題 ②

R4.8.10 第6回地域医療構想及び
医師確保計画に関するWG 資料1

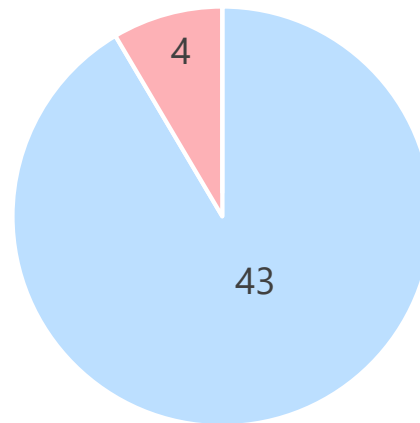
課題

- 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%））

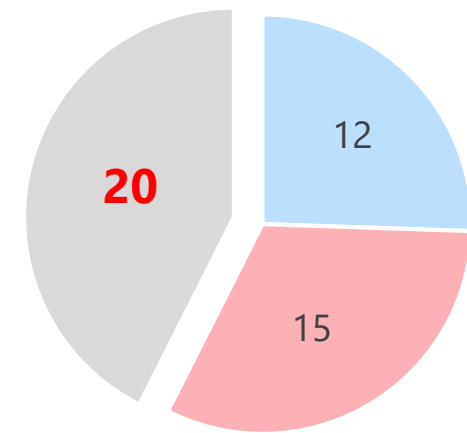
① 県外からの医師の受入及び
県外への医師の派遣の把握



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

- ・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

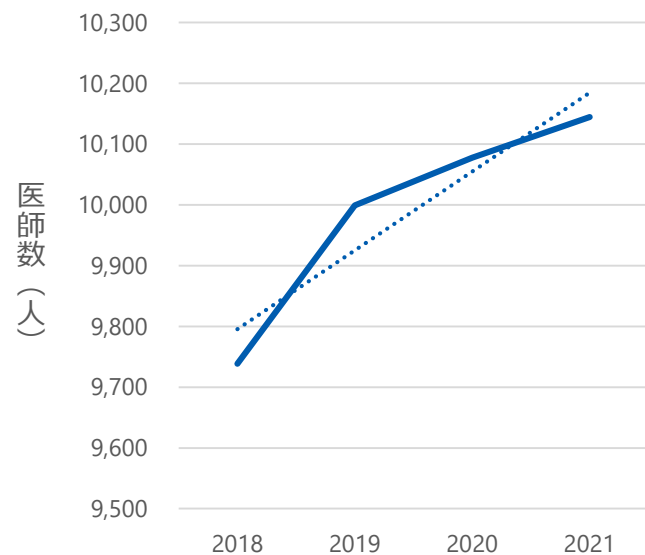
都道府県	R2推計値	R2届出 医師数	R2推計－ R2届出	R2推計／ R2届出
北海道	13,543	13,731	-188	0.99
青森県	2,718	2,773	-55	0.98
岩手県	2,700	2,700	0	1.00
宮城県	5,949	5,950	-1	1.00
秋田県	2,402	2,444	-42	0.98
山形県	2,607	2,608	-1	1.00
福島県	4,085	3,958	127	1.03
茨城県	5,848	5,838	10	1.00
栃木県	4,670	4,773	-103	0.98
群馬県	4,674	4,735	-61	0.99
埼玉県	13,621	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

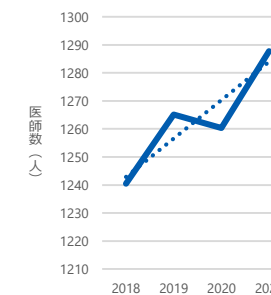
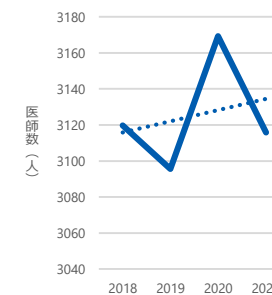
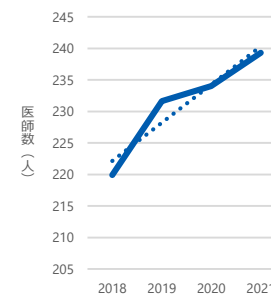
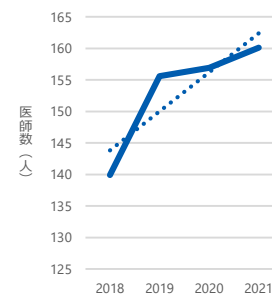
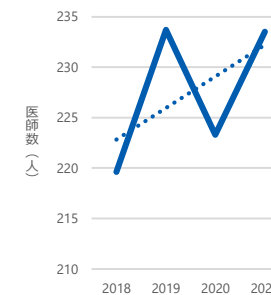
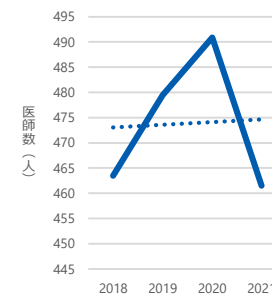
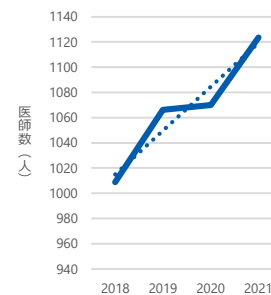
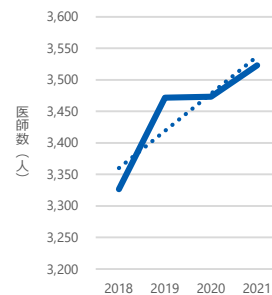
- ・ 病床機能報告のデータを用いることで、毎年度において、都道府県別・二次医療圏別に医師数の把握が可能。

● 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。

⑧ その他

※R4.8.10 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

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

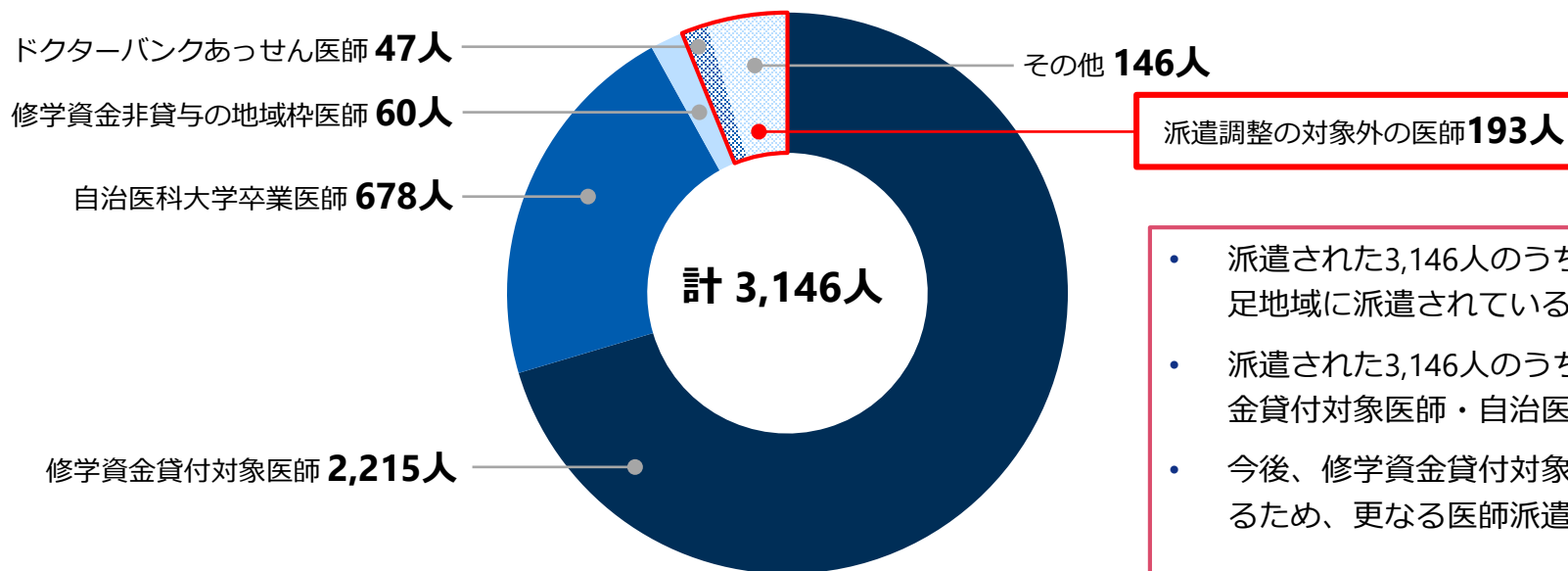
地域医療対策協議会における医師派遣実績

	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。

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

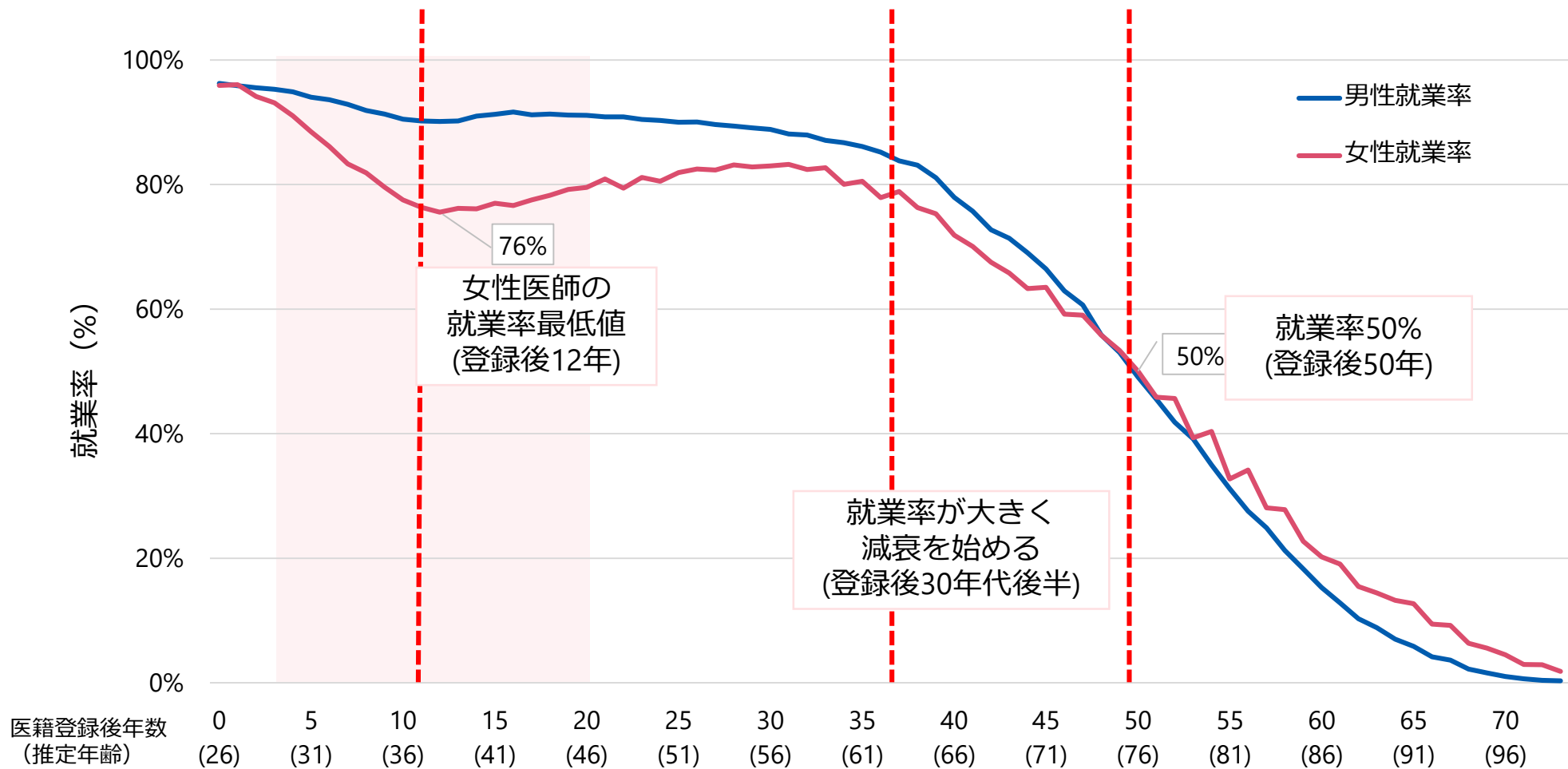
調査時点	病院総数	うち院内保育を実施している	院内の施設を利用	院外の施設を利用	夜間保育あり	病児保育あり
H23	8,605	3,259 (38.5)	2,368 (28.0)	907 (10.7)	1,688 (20.0)	557 (6.6)
H26	8,493	3,523 (41.5)	2,607 (30.7)	939 (11.1)	1,903 (22.4)	668 (7.9)
H29	8,412	3,685 (43.8)	2,783 (33.1)	930 (11.1)	1,947 (23.1)	783 (9.3)
R 2	8,238	3,635 (44.1)	2,692 (32.7)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

本WGで御検討いただいている主な論点

○医師偏在指標

- ・非常勤医師等で派遣されている実態について
- ・算出に用いる受療率について
- ・算出に用いる患者調査の調査年について

○医師少数スポット

- ・設定区域（設定単位、理由、見直し）について

○目標医師数

- ・すでに目標医師数を達成している医師少数区域について
- ・医師少数区域以外の目標医師数について

○将来の医師の多寡による医師の確保の方針及び地域枠

- ・医学部恒久定員内の地域枠について
- ・地元出身者枠の活用等について

○産科・小児科における医師確保計画

- ・産科医師偏在指標算出に用いる医師について
- ・出生率が低下する中での産科・小児科医師養成について

○医師確保計画の効果の測定・評価

- ・次期医師確保計画の効果の測定・評価について（病床機能報告等の利用）

○その他

- ・その他の医師確保の取組（医師の派遣調整、寄附講座等）
- ・子育て医師等への支援