第8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 1 0 月 1 2 E

医師確保計画に関する事項について

本日の検討内容

1.	医師少数人ホットについて	···P3
2.	目標医師数について	₽6
3.	地域枠及び地元出身者枠について	P14
4.	産科・小児科の医師確保計画について	···P21
5.	医師確保計画の効果の測定・評価について	···P25
6.	その他について	₽32

1. 医師少数スポットについて

医師少数区域・医師少数スポット、医師の確保の方針

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

4 年 6 月 1 6

資料1 改変

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 取り扱うことができるものとする。」と記載している。

—— 全国335医療圏 — 医師偏在指標:小 ← → 医師偏在指標:大 33 3% 33.3% 医師少数区域 医師多数区域

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
- 設定した医療圏は76(23%)区域
- 医師少数スポットの総数は313地域(令和2年)

く医師の確保の方針> 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

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

:他の医師多数区域からの医師の確保を行う :他の医師多数県からの医師の確保ができる 医師少数県

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

- ① 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)
- ② 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)
- ③ 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

見直しの方向性

これまでに本ワーキングに提示した論点

- 医師少数スポットについては、現在のガイドラインでは、「二次医療圏より小さい単位での地域」との記載のみで 具体的な設定区域の記載がない。局所的に医師が少ない地域として定めるとの趣旨を踏まえ、原則として市区町村 単位で設定することとしてはどうか。また、へき地や離島等においては、必要に応じて市区町村よりも小さい地区 単位の設定も可能とすることにしてはどうか。あわせて、医師少数スポットを市区町村単位で設定しない場合、医 師確保計画に設定の理由を明記することにしてはどうか。
- 医師確保計画を策定する際は、これまで設定していた医師少数スポットについて、医師確保の状況等を踏まえ、設定 定箇所の見直しを行うことにしてはどうか。

これまでに本ワーキングでいただいた主なご意見

- 医師少数スポットの設定について、都道府県が任意の基準で設定しているため、一定の設定基準が必要ではないか。
- 市町村単位で設定することは賛成だが、人口の少ない市町村では、医師1人の配置により大きく人口対医師数が変動するため、設定基準を策定する場合は留意が必要である。

見直しの方向性

- 医師少数スポットは、原則として市区町村単位で設定し、へき地や離島等においては、必要に応じて市区町村よりも小さい地区単位の設定も可能とし、医師少数スポットの設定の理由を医師確保計画に明記することにする。
- 都道府県の医師少数スポットに対する施策により、どの程度医師が確保されているか現状を把握できていないため、現時点では一定の基準の設定は困難であるが、 今年度から厚生労働省において、医師少数スポット等の医師確保の実態について把握することとしており、結果を分析することにより設定基準を検討してはどうか。

2. 目標医師数について

和 4 年 6 月 1 6 日

が足めている足我(カイトフィフ)

- 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。

目標医師数(計画終了時) = <u>下位1/3の医師偏在指標(計画開始時)</u> × 推計人口(計画終了時、10万人単位)

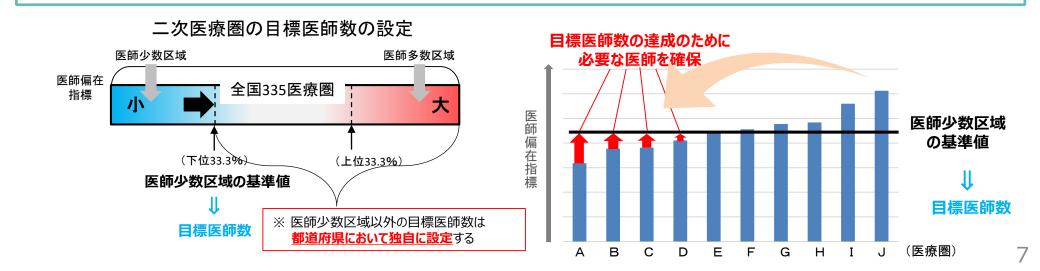
× 地域の標準化受療率比(計画終了時)

- ・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

医師偏在指標(計画開始時) =

標準化医師数(計画開始時)

地域の人口(計画開始時、10万人単位)×地域の標準化受療率比(計画開始時)



医師少数区域の目標医師数に関する状況(課題)

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

令 和 4 年 6 月 1 6 日

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、<u>目標医師数※1</u>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<u>減少</u>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

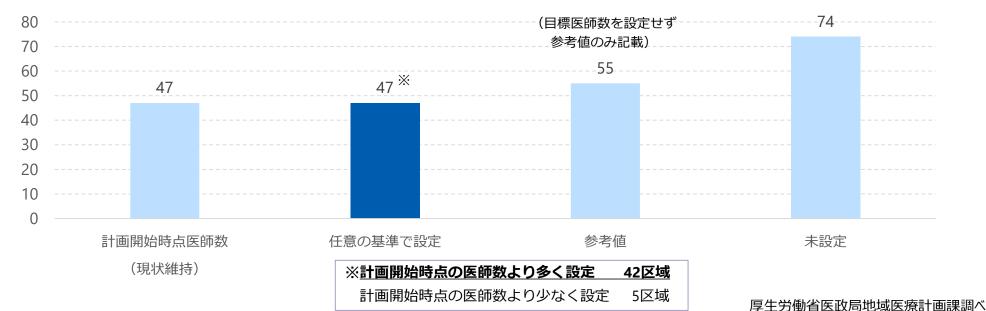
第5回地域医療構想及び医師確保計画に 関 する D-+2 グ グ ル -2

資料1

令 和 4 年 6 月 1 6 日

- <u>医師多数区域と中程度区域の目標医師数</u>は、<mark>都道府県において独自に設定</mark>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)



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。

9

これまでの論点と主なご意見

これまでに本ワーキングに提示した論点

- 医師少数区域において、医師確保計画開始時に既に目標医師数を達成している場合は、将来時点で必要となる医師数を踏まえながら、地域の実情に応じて、目標医師数は計画開始時点の医師数を上回らない範囲で設定することを可能としてはどうか。
- 医師少数区域以外の二次医療圏においては、これまで目標医師数は都道府県が独自に設定することとしていたため、医師数を増加させる目標設定も認められ、本来医師の確保を図るべき医師少数区域の医師確保対策が十分に実施できない可能性があるため、医師の地域偏在の解消を図る観点からも、目標医師数は計画開始時点の医師数を上回らない範囲で設定してはどうか。

これまでに本ワーキングでいただいた主なご意見

- 少数区域以外の区域においてもある程度一定の計算式を用いて目標医師数を設定するべきではないか。
- 目標医師数の設定において、例えば都市部における今後の医療需要の増加を見込む必要があるのではないか。

二次医療圏における目標医師数の設定について

(注) 現医師確保計画における医師数等を用いて分析したもの

●医師少数区域の場合

医師少数区域における目標医師数は、「計画開始時点の医師数」と「計画終了時点で現在の医師偏在指標の下位1/3に達するのに必要な医師数」を比較して設定

計画開始時点の医師数

計画終了時点で現在の医師偏在指標の下位1/3に達するのに必要な医師数

⇒目標医師数は、**下位1/3に達するのに必要な医師数** (58医療圏) 計画開始時点の医師数

計画終了時点で現在の医師偏在指標の下位1/3に達するのに必要な医師数

⇒目標医師数は、**計画開始時点の医師数以下** (54医療圏)

●医師少数区域以外の場合

医師少数区域以外における目標医師数は、高齢化や人口増加等に伴い医療需要が増加しても現状の医療提供体制が維持できるよう、「計画開始時点の医師数」と新たに国が参考として示す「計画終了時点において計画開始時点の医師偏在指標を維持するための医師数」を比較して設定

計画開始時点の医師数

計画終了時点において計画開始時点の医師偏在指標を維持するための医師数

⇒目標医師数は、**計画開始時点の医師数以下** (179医療圏) 計画開始時点の医師数

計画終了時点において計画開始時点の医師偏在指標を 維持するための医師数

⇒目標医師数は、**計画開始時点の医師偏在指標を維持する** ための医師数以下 (44医療圏*)

※44医療圏の内訳:多数区域35区域、中程度区域9区域

これらの区域では計画開始時の偏在指標を維持するための医師数を上限として設定することも可能となるが、都道府県単位で医師が増加しないよう 調整する(次項)

目標医師数の設定例

(注) 現医師確保計画における医師数等を用いて分析したもの

都道府県	区分	計画開始時点 の医師数	下位1/3に達する ための医師数
X県	中程度県	3,297	2,838

医師少数県以外は、目標医師数を既に達成しているものとして 取り扱う(現医師確保計画策定ガイドライン)

X県の各二次医療圏

医療圏	区分	計画開始時点 の医師数	下位1/3に達する ための医師数	偏在指標を維持 するための医師数	設定上限数
A医療圏	多数区域	919	618	894	919
B医療圏	多数区域	563	331	527	563
C医療圏	中程度区域	655	517	629	655
D医療圏	多数区域	1,038	601	1,056	1,056
E医療圏	多数区域	122	75	100	122
小計					3,315

目標医師数
919以下
563以下
655以下
1,056以下
122以下
3,297以下

設定例: A医療圏の目標医師数は、計画終了時に919人を越えないものとする X県の目標医師数は、二次医療圏の合計が3,297人を越えないものとする

- 二次医療圏の設定上限数の積み上げが、都道府県の現医師数を上回る場合は、都道府県の計画開始時点の医師数を超えない範囲で二次医療圏の目標医師数を設定する。
- ・ これは都道府県内において、各医療圏に医師を均すという考え方に基づいている。

見直しの方向性

見直しの方向性

- 医師確保計画開始時に既に下位1/3に達するのに必要な医師数を達成している二次医療圏は、医師の地域偏在の解消を図る観点から、原則として、目標医師数は「計画開始時点の医師数」*1を上回らない範囲で設定する。
- ただし、今後の医療需要の増加が見込まれる地域では、新たに国が都道府県に示す「計画終了時に計画開始時点の 医師偏在指標を維持するために必要な医師数」※2を踏まえ、都道府県はその数を上回らない範囲で目標医師数を 設定してはどうか。
- - (注) 医師少数県おいては、都道府県における下位1/3に達するための医師数に一致するよう、各二次医療圏の目標医師数を設定する
- ※1 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(2020年三師統計による医師数を想定)。
- ※2 2026年度の計画終了時点における医師偏在指標が、計画開始時点の医師偏在指標を維持するために必要な医師の総数。

3. 地域枠及び地元出身者枠について

地域枠及び地元出身者枠の概要

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

令 和 4 年 8 月 1 0 E

地域枠

30人(うち20人は臨時定員による)

資料1 一部改

(1)地域枠及び地元出身者枠の概要

現在の枠組みの概要(令和4年~)

- 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。

※1) 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

地元出身者枠

15人



(2) 地域枠及び地元出身者枠の要請権限

一般枠

70人

○ 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。



地域枠等の種別

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

5人

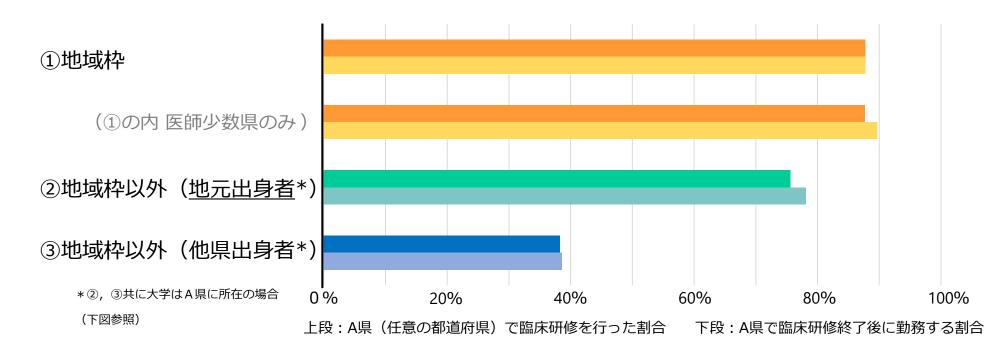
地域枠・地域枠以外の地域定着割合の比較

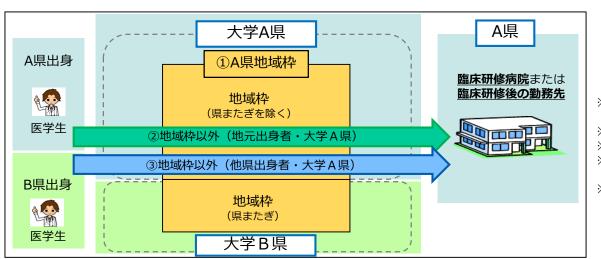
医療従事者の需給に関する検討会 第 3 5 回 医 師 需 給 分 科 会

令 和 2 年 8 月 3 1 日

資料2

医学部卒業後の医師定着割合を比較すると、地域枠及び地元出身者の医師の地域定着割合が高い。





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。(特定の一つの都道府県のデータはなく、全ての都道府県のデータから算出。)
- ※ 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。

地域枠及び地元出身者枠数について(R3)

第 6 回地域医療構想及び医師確保計画に 関 す 5 ワ - キ ン グ グ ル - プ

· 和 4 年 8 月 1 0 日

一部改変

資料1

都道府県	恒久定員.			恒久定員内	臨時定員
名	合計	全体	うち、地元 出身要件あり	地元出身者 枠	〈地域枠〉
北海道	312	7 (2%)	7	67 (21%)	8 (8)
青森	106	36 (34%)	20	0 (0%)	27 (27)
岩手	94	1 (1%)	0	0 (0%)	30 (25)
宮城	180	63 (35%)	0	0 (0%)	7 (7)
秋田	103	3 (3%)	2	0 (0%)	29 (24)
山形	106	1 (1%)	0	0 (0%)	8 (8)
福島	86	1 (1%)	0	0 (0%)	48
茨城	107	3 (3%)	3	1 (1%)	45 (35)
栃木	110	0 (0%)	0	0 (0%)	10
群馬	105	0 (0%)	0	0 (0%)	18 (18)
埼 <u>玉</u>	110	0 (0%)	0	0 (0%)	30
千葉	240	5 (2%)	0	0 (0%)	34
東京	1,400	0 (0%)	0	0 (0%)	25 (25)
神奈川	414	27 (7%)	10	0 (0%)	20 (19)
新潟	105	0 (0%)	0	0 (0%)	33 (27)
富山	100	0 (0%)	0	0 (0%)	12 (10)
石川	212	0 (0%)	0	0 (0%)	10 (10)
福井	105	0 (0%)	0	0 (0%)	10 (5)
山梨	105	15 (14%)	15	0 (0%)	24 (24)
長野	105	0 (0%)	0	0 (0%)	17 (15)
岐阜	85	3 (4%)	3	0 (0%)	25 (25)
静岡	105	0 (0%)	0	0 (0%)	62
愛知	410	0 (0%)	0	0 (0%)	32 (32)
三重	105	15 (14%)	15	0 (0%)	20 (20)

柳送 京周 恒久 京号 恒久定員内地域枠 恒久定員内 暗吐京号					
都道府県	恒久定員	但久疋貝		恒久定員内 地元出身者	臨時定員
名	合計	全体	うち、地元 出身要件あり	地儿山另 有 枠	〈地域枠〉
滋賀	105	6 (6%)	6	0 (0%)	5
京都	207	2 (1%)	2	0 (0%)	5 (5)
大阪	510	0 (0%)	0	0 (0%)	15
兵庫	213	3 (1%)	0	0 (0%)	16 (14)
奈良	100	0 (0%)	0	25 (25%)	15
和歌山	90	20 (22%)	0	0 (0%)	12 (10)
鳥取	85	7 (8%)	5	0 (0%)	18 (6)
島根	100	14 (14%)	14	0 (0%)	17 (5)
岡山	215	0 (0%)	0	0 (0%)	4 (4)
広島	105	5 (5%)	5	0 (0%)	15 (15)
山口	100	28 (28%)	28	0 (0%)	15 (15)
徳島	100	0 (0%)	0	0 (0%)	12 (12)
香川	100	0 (0%)	0	0 (0%)	14 (14)
愛媛	100	5 (5%)	5	0 (0%)	15 (15)
高知	100	10 (10%)	5	0 (0%)	15 (15)
福岡	430	0 (0%)	0	0 (0%)	5 (5)
佐賀	98	0 (0%)	0	18 (18%)	6 (2)
長崎	100	0 (0%)	0	0 (0%)	20 (16)
熊本	105	0 (0%)	0	0 (0%)	5 (5)
大分	100	3 (3%)	3	0 (0%)	10 (10)
宮崎	100	15 (15%)	15	0 (0%)	12 (12)
鹿児島	100	0 (0%)	0	0 (0%)	18 (18)
沖縄	105	5 (5%)	5	0 (0%)	12 (12)

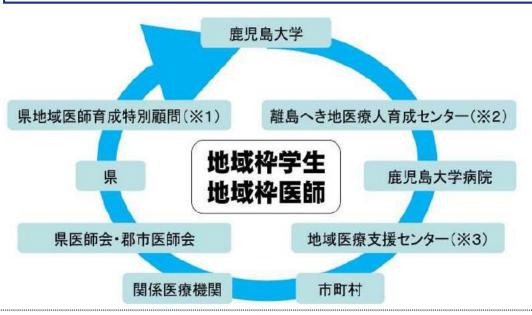
※臨時定員の括弧内は地元出身要件ありの定員

恒久定員内地域枠:当該都道府県での従事要件がある恒久定員(一部地元出身要件あり。) 恒久定員内地元出身者枠:当該都道府県での従事要件はないが、地元出身要件がある恒久定員 臨時定員(地域枠):当該都道府県での従事要件がある臨時定員(一部地元出身要件あり。)

文部科学省調べ(他県の大学に設置している地域枠・地元出身者枠の数を含む。) (※なお、東北医科薬科大学(所在地:宮城県)の恒久定員内地域枠のうち、東北5県いずれかの県の修学資金制度に申込むことが条件の20枠は本表に含まない。)

県と大学等との連携例①

鹿児島県ついては、離島・医師少数区域等に地域枠医師を派遣するにあたり、<u>県内に所在する大学を</u>はじめ関係機関と連携して、地域枠学生・地域枠医師のキャリア形成等のサポートを行っている。



※1 県地域医師育成特別顧問

地域枠にきめ細やかに対応するため,<u>県の非常勤職員として設置</u>(前鹿児島大学病院長)

※2離島へき地医療人育成センター

全国の医学生,大学院生,離島医療を志す医師に対して,教育プログラムを作成し,実習・研修を通じて,人的資源の質と量を高めることを目的。鹿児島大学大学院に設置

※3 地域医療支援センター

<u>県内の各医療機関からの医師派遣に対する鹿児島大学病院の総合相談窓口</u>。医師派遣の 調整等、<u>地域医療に従事する医師に対する教育等の支援及び地域医療を担う医師の養</u> <u>成・確保</u>を行う。鹿児島大学病院に設置

⇒ <u>地域枠学生・医師のキャリアコーディネーター(</u>医師)を※2,3に配置

鹿児島県のキャリア支援等

<入学前>

- 県内高校、予備校に地域枠制度のガイドブックを送付
- <u>県が、大学主催のオープンキャンパスに参加</u>し、高校生 及び保護者に対して制度を説明

〈在学中〉

● 学年毎にきめ細やかな取組を実施

離島・へき地医療実習(1,2年生,夏季休業中5日間)

県外家庭医療学夏期セミナー(4,5年生)

市町村長や郡市医師会との意見交換会(各地域の地域枠医学生全員、3地区/年開催)

<卒業後>

- 今後のキャリアパスに関する<u>個別面談</u>(臨床研修医2年目以上)
- 義務勤務終了者に対し知事名の感謝状の授与

など

※なお、新型コロナウイルス感染症対策のため、一時中断している内容もあり。

→ これまでの地域枠入学者227名のうち、225名が地域枠学生・医師として就学・勤務

(平成21年度以降一年次枠。令和4年4月1日時点、鹿児島県集計)

県と大学等との連携例②(医師少数県)

新潟県(医師少数県)については、大学と連携し、県内外の地域枠学生・医師に対する育成支援を 行っている。

	卒前	卒後	
キャリア形成支援	 県のキャリアコーディネーター(医師)が、県内外の大学の地域枠学生に対し、毎年個別面談を実施 県内外の地域枠設定大学にメンターを設置し、学業・生活等を支援 各学年の段階に応じ、新潟県内の医療・地域医療・生活等を知ってもらうため地域医療実習(夏季実習)を実施 低学年の段階から新潟の医療や生活等を知ってもらうための県内病院見学ツアー(1泊2日)を毎年実施・診療科選択のキャリアパス説明会を開催 県のキャリアコーディネーター(医師)が地域枠設定大学と連携し、地域医療等に係る講義などを実施等 	 県のキャリアコーディネーター(医師)が地域枠医師と毎年個別面談を行い、キャリア形成支援や生活相談等を実施 専門医資格の取得に関する相談・支援 医師のキャリアアップや生活等に配慮して配置先を決定等 	
支援の仕組み	 新潟大学に地域医療支援センター分室を設置(地域枠学生に対するキャリア形成を支援) 新潟大学に寄附講座を設置(医学部教員による支援の仕組みの構築) 地域枠設定大学と県による地域枠に係る協定を締結し、県と大学が連携してキャリア形成等を支援等 		



これまでの地域枠採用者249名のうち、247名が地域枠学生・医師として就学・勤務

見直しの方向性

これまでに本ワーキングに提示した論点

- 医学部恒久定員内の地域枠等の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。
- 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。

これまでに本ワーキングでいただいた主なご意見

- 地域枠の設定にあたっては都道府県の人口や必要な診療科も考慮する必要があり、大学と都道府県の連携が重要。
- 大学と都道府県が協議したうえで、どの程度地域枠等を恒久定員内に設置するか決めるべき。
- 都道府県や大学等は連携し、地域枠入学者に対し、学生時代から、自治体の地域医療の状況やキャリアアップ支援の制度説明等を行い、従事予定の都道府県と地域枠学生の密なコミュニケーションを取ることが重要。

見直しの方向性

- 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が求められてきた中、安定した医師確保を行うため、都道府県は、積極的に恒久定員内への地域枠や地元出身者枠の設置について、大学と調整を行うこととしてはどうか。
- 特に医師少数県においては、自県内大学への積極的な地域枠の設置に加えて、地元出身者を対象として他県の大学にも地域 枠を設置し、卒前からキャリア形成に関する支援を行うことで、医師確保を促進してはどうか。
- 都道府県、大学、関係機関が連携して、キャリアコーディネーター等を活用しながら、キャリア形成卒前支援プランを通して学生時代から地域医療に従事・貢献する医師としての姿勢等を涵養し、各都道府県・大学等における地域医療を担う医師養成の観点から有効な取組について、情報共有を行う機会を定期的に設けることとしてはどうか。
- 都道府県は、大学及び地域の医療機関等と連携し、医師少数区域等における医師確保が必要な診療科や医師数に加え、医師のキャリア形成の視点から医療機関の指導体制等についても十分に把握した上で、地域医療対策協議会で協議を行い地域枠の医師の配置を検討することで、地域枠の医師がキャリア形成をしつつ地域医療に従事しやすい仕組みを構築することとしてはどうか。

20

4. 産科・小児科の医師確保計画について

産科医師偏在指標·小児科医師偏在指標

産科医師偏在指標 = 標準化産科·産婦人科医師数

分娩件数 (※) ÷ 1000件

標準化産科・産婦人科医師数 = ∑性年齢階級別医師数× 性年齢階級別平均労働時間 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

小児科における医師偏在指標 = -------標準化小児科医師数

地域の年少人口 ÷ 10万 × 地域の標準化受療率比(※1)

標準化小児科医師数 = ∑性年齢階級別医師数×性年齢階級別平均労働時間 全医師の平均労働時間

地域の標準化受療率比(※1) = 地域の期待受療率(※2) ÷ 全国の期待受療率

地域の期待受療率(※2) = <u>Σ(全国の性年齢階級別受療率×地域の性年齢階級別年少人口)</u> 地域の年少人口

見直しの方向性

これまでに本ワーキングに提示した論点

• 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。

これまでに本ワーキングでいただいた主なご意見

• 今後産科医師偏在指標の算出において、算出式に用いる「産科・産婦人科医師数」を「分娩取扱医師数」に変更することは適切であると考えられるが、算出式の項目の名称自体の変更もできないか。



見直しの方向性

- 産科の医師偏在指標は、実際に分娩を取り扱う産科医師とすることが望ましため、算出に用いる医師数は、現行の「産科・産婦人科医師数」を「分娩取扱医師」と変更し、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を用いる。また、名称を産科医師偏在指標から分娩取扱医師偏在指標と変更する。
- 分娩取扱医師偏在指標・小児科医師偏在指標も医師偏在指標と同様に、三師統計で異なる医療圏の従たる従事先 を記載している医師については、その状況を加味し、主たる従事先では0.8人、従たる従事先では0.2人として算 出する。

分娩取扱医師偏在指標(仮称)

分娩取扱医師偏在指標 = 標準化分娩取扱医師数 (※1) 分娩件数 (※2)÷ 1000件

 $(\times 1)$

- ○分娩取扱医師数 = 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 のうち、産婦人科・産科・婦人科を主たる診療科と回答した医師
- ○標準化分娩取扱医師数 = ∑性年齢階級別医師数×性年齢階級別平均労働時間 全医師の平均労働時間

(※2) 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

5. 医師確保計画の効果の測定・評価について

医師確保計画の効果の測定・評価の課題

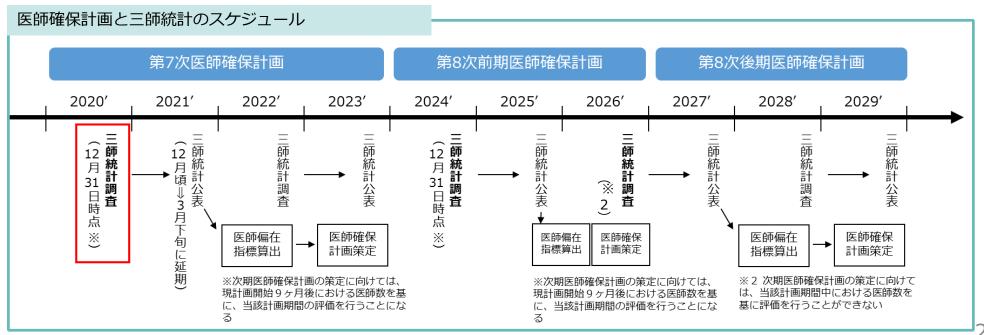
第6回地域医療構想及び医師確保計画に 関 する ワーキンググループ

5 和 4 年 8 月 1 0 日

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。



病床機能報告による医師数の把握(

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

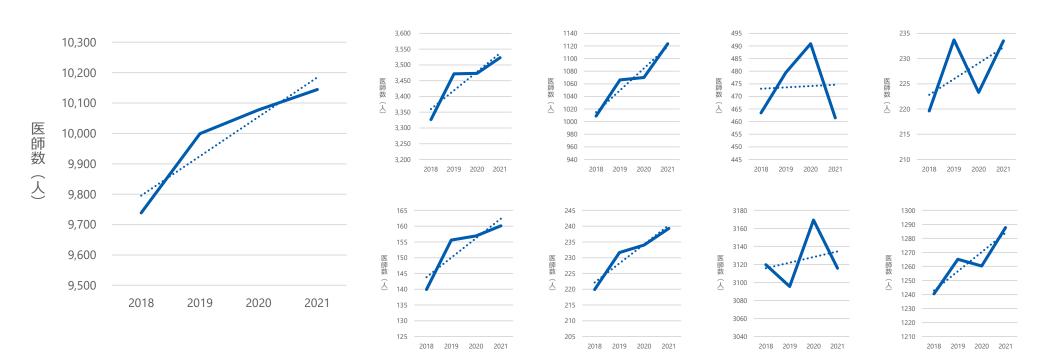
和 4 年 8 月 1 0 日

資料1

- ・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。

これまでの論点と主なご意見

これまでに本ワーキングに提示した論点

• 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、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を評価することとしてはどうか。

これまでに本ワーキングでいただいた主なご意見

- 三師統計が2年に1回の調査で、結果が出るまで時間がかかる中で、病床機能報告を参考とするのは、ある程度目的 を絞れば有用であるが、偏在指標算出に使用する医師数とは異なるものであることに留意が必要。
- 三師統計の結果をICT等を駆使してもっと早く公表できないのか。また、三師統計により、どのような医師がどのような医療機関で従事しているかが分かるような分析を可能にすべき。

従来

- 医師、歯科医師及び薬剤師は、2年ごとに、業務従事状況等の届出(三師届)を行うこととされている(全ての者に届出義務)。また、 業務に従事する看護職(保健師、助産師、看護師、准看護師)、歯科衛生士及び歯科技工士も、2年ごとに、業務従事状況等の届出(業務 従事者届)を行うこととされている(業務従事者に届出義務)。
- 三師届・業務従事者届の届出は、従来は、主に紙による届出のみとされていたが、医療機関・医療従事者・地方自治体の事務負担の軽減 を図るため、「令和3年の地方からの提案等に関する対応方針」(令和3年12月21日閣議決定)に基づき、令和4年度(令和4年12月31 日時点の状況報告)から、三師届・業務従事者届のオンラインによる届出を可能とする。
 - ※ 三師届のオンライン届出については、関連法案(地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律案)が先の通常国会で成立。

三師届

:医師、歯科医師、薬剤師

業務従事者届

:看護職(保健師・助産師・看護師・准看護師)、歯科衛牛十、歯科技丁十

三師届

- ✔ 届出は主に紙媒体で、医療機関等に勤務する医師等については医療機関等でとりまとめの上、手交 又は郵送により保健所等に提出(医療機関等に勤務していない医師等は自ら提出)。
- ✓ 都道府県を経由して国に届出。

業務従事者届

- ✓ 届出は主に紙媒体で、医療機関等でとりまとめの上、手交又は郵送により保健所等に提出。
- ✔ 都道府県に届出。



医療従事者届出システムの運用開始(令和4年度)

三師届

- ✔ 医療機関等に勤務する医師等について、医療機関等でとりまとめの上、オンライン届出が可能にな る。
- ✓ オンライン届出の場合は、都道府県経由は不要になり、オンラインにより国に直接届出。
 - ※ 引き続き、紙による届出も可能。紙での届出の場合は、従来と同様の手続・事務となる。
 - ※ 医療機関等に勤務していない医師等の三師届については、令和4年度は紙による届出のみであり、 マイナンバー制度の活用に伴って、令和6年度からオンライン届出を可能にする予定。
- ✓ 医療機関等でとりまとめの上、オンライン届出が可能になる。
- ✓ オンライン届出の場合も、都道府県に対して届出。医療従事者届出システムの運用開始によって、 都道府県は、システムを通じた衛生行政報告例の様式に基づくデータ集計等が可能になる。
- ※ 引き続き、紙による届出も可能。紙での届出の場合は、従来と同様の手続・事務となる。





業務従事者届

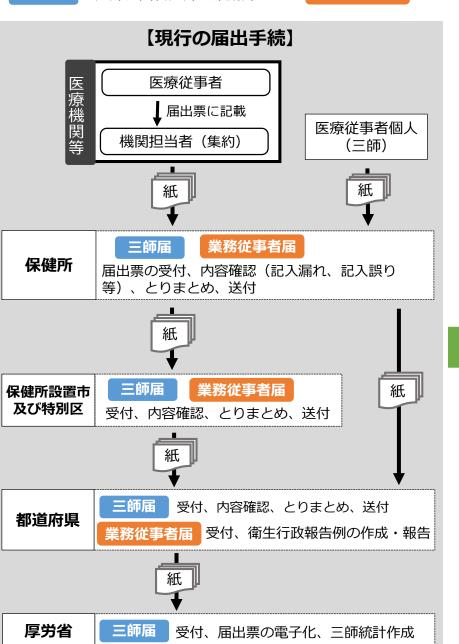
三師届・業務従事者届のオンライン届出の仕組み(令和4年度)

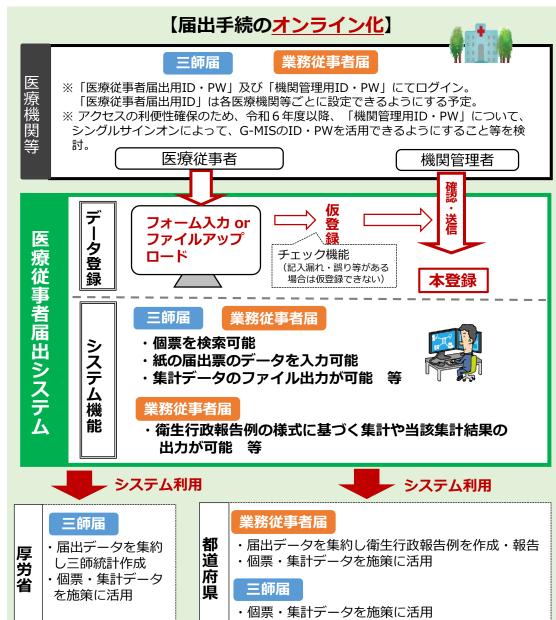
第90回社会保障審議会医療部会 資料 令 和 4 年 9 月 5 日 2

三師届 : 医師、歯科医師、薬剤師

業務従事者届

:看護職(保健師・助産師・看護師・准看護師)、歯科衛生士、歯科技工士





※オンライン届出を行わない医療機関等の医療従事者及び医療機関等に勤務しない医療従事者個人は、 紙による現行の届出手続となる。

見直しの方向性

見直しの方向性

- 第8次医師確保計画に記載する第7次医師確保計画の効果の測定・評価については、算出が困難である計画終了時の医師偏在指標の見込みとの比較ではなく、病床機能報告等※の都道府県が活用可能なデータを参考として評価する。
- 三師統計については、オンライン提出の仕組みを導入することで、結果を早期に公表できるよう検討を進める。 また、既存の他統計との連携も含め、三師統計の更なる充実化を図ることとしてはどうか。

※ 偏在指標算出に用いる三師統計と異なることに留意が必要

6. その他について

資料1改変

和 4 年 8 月 1 0 日

医師確保計画策定ガイドラインにおける記載

- **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、<u>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</u>。また、<u>医師多数都道府県や医師多数</u> 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(135名)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。

資料1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

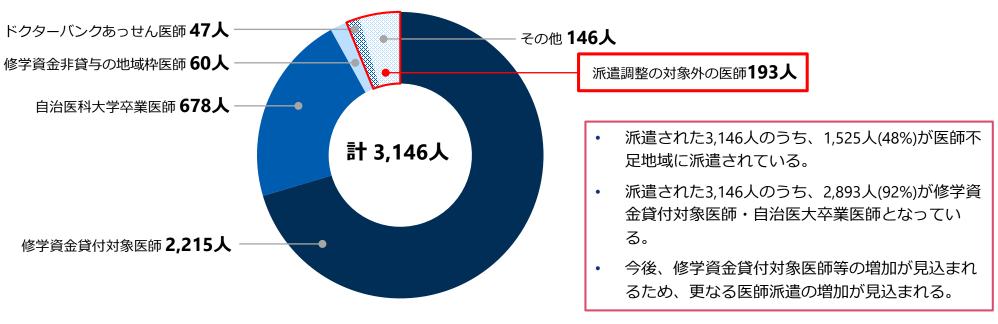
地域医療対策協議会における医師派遣実績

	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



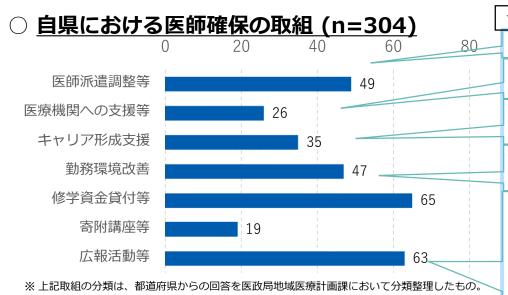
都道府県における医師確保・派遣のための具体的取組①

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

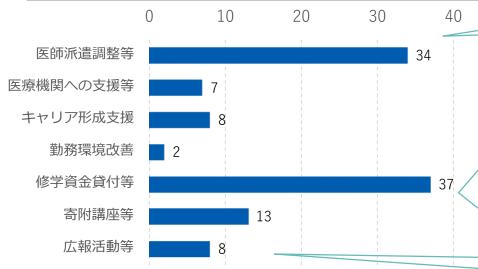
令 和 4 年 6 月 1 6 |

※ 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)
 - 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

○ <u>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)</u>



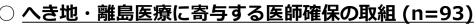
- 医師少数区域等の医療機関に医師派遣する医療機関に助成
- ・県内の医療機関等に勤務しようとする医学生を対象に、修学資金を貸与し、県内の指定医療機関で一定期間勤務した場合に貸付金の返済を免除
- 学部5、6年生に修学資金を貸与し、県内の医師少数区域での臨床研修を希望する者には貸与額を増額
- 医師確保が困難な区域内にある医療機関において常勤医として勤務 した者で、県内の大学院医学研究科で修学しようとする者に対し、入 学金及び授業料の助成を行う
- ・ 特別養成枠入学者に対して奨学金を貸与し、卒業後に県職員として 採用後、奨学金貸与期間の1.5倍に相当する期間、県の人事により医 師の確保が困難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

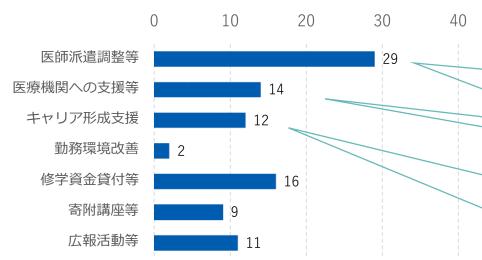
※ 上記取組の分類は、都道府県からの回答を医政局地域医療計画課において分類整理したもの。

35

都道府県における医師確保・派遣のための具体的取組②

※ 全都道府県一建で行っている事業(地域医療が制な議会・地域医療支援やンターの運営、自治医大卒業生の病院所能 等)、切除、

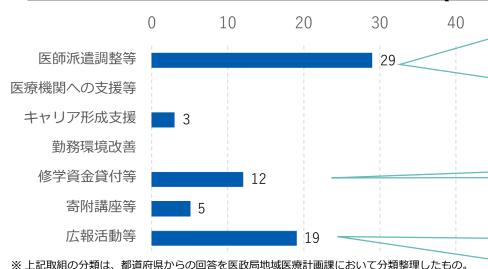




※ 上記取組の分類は、都道府県からの回答を医政局地域医療計画課において分類整理したもの。

- 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

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

36

資料1

見直しの方向性

これまでに本ワーキングに提示した論点

- 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。

これまでに本ワーキングでいただいた主なご意見

- 大学病院等が医師派遣を行う場合、体制が整って派遣する場合の他に、医療機関の緊急的な要請に対して、派遣元として県内外の複数の病院と調整して派遣する場合等があり、医師派遣の実態を把握できるようにするべき。
- 寄附講座は引き続き基金を活用するとともに、実績についても把握すべき。また、国は実効性のある都道府県間の 偏在是正策を進めるべき。例えば、医師少数区域経験認定医師制度等を活用することが考えられないか。

見直しの方向性

- 医師派遣については、都道府県が、医師派遣を必要としている医師少数区域等の医療機関と、医師派遣が可能な県内の医療機関を十分把握していない場合もあることから、例えば、地域医療支援センターは医師確保が必要な診療科・医師数や、派遣元医療機関の候補を調査し、医師派遣に必要な情報を正確に把握することとしてはどうか。
- 自県内の大学への寄附講座の設置や、都道府県が基金を活用して派遣元の医療機関の逸失利益を補填する取組については、これまで一部の都道府県において行われてきたが、各都道府県はそれらの取組を参考にしつつ、医師少数区域等の医師確保を推進することとしてはどうか。
- また、これらの取組を行ってもなお、自都道府県内で十分な医師の確保ができない場合には、県外の大学に寄附講座を設置するなどし、都道府県は県外からも医師の派遣調整を行うこととしてはどうか。
- 都道府県は、派遣医師が医師少数区域経験認定医師を取得可能になるよう配慮することや、専門医制度の連携プログラム、寄附講座等による医師派遣といった既存の施策を組み合わせることを通じて、医師派遣を進めることとしてはどうか。
- こういった取組の中で参考となるものについては、医師確保ガイドラインにおいて好事例として周知してはどうか。

37

資料1改変

和 4 年 8 月 1 0 日

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、<u>仕事と、出産・子育てを両立できる働き</u> **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、<u>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</u>、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、<u>仕事と出産・子育でを両立できる働きやすい環境を整備</u>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。

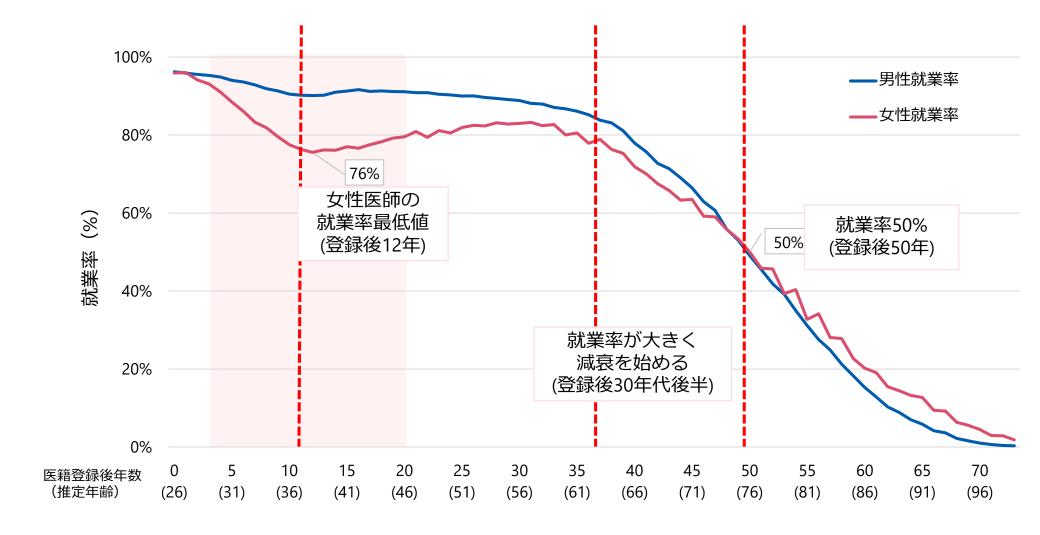
子育て支援・女性医師の就業率の現状

• 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。

第6回地域医療構想及び医師確保計画に

資料1





^{※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

見直しの方向性

これまでに本ワーキングに提示した論点

- 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。

これまでに本ワーキングでいただいた主なご意見

- 院内保育は大きな医療機関しか実施していないので、中小の医療機関の医師が利用できる保育施設を地域に充実させるべき。
- 子育て後の年齢の女性就業率の戻りが悪いため、臨床業務を離れていた医師が臨床業務に復帰しやすいように、知識・手技を取り戻す取組ができるのではないか。

見直しの方向性

- 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おり、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ことから、子育て支援(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活用等)については、市区町村とも連携し、産科及び小児科だけに限らず全科において、地域の実情に応じて取組むことを明記してはどうか。
- 子育て等の様々な理由で臨床業務を離れ、臨床業務への再就業に不安を抱える医師のための復職研修や就労環境改善等の取組を通じ、再就業を促進することとしてはどうか。

参考資料

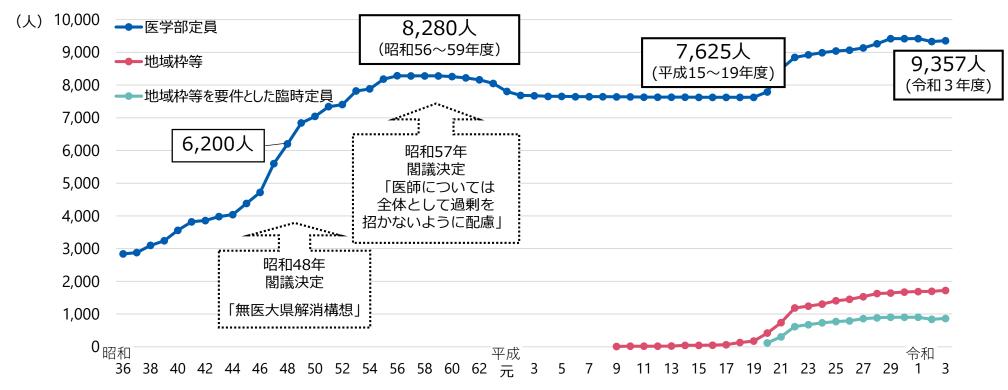
医学部入学定員と地域枠の年次推移

第6回地域医療構想及び医師確保計画(関 す る ワ ー キ ン グ グ ル ー 🧦

和 / 年 8 日 1 0

参考資料

- 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%

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。

キャリア形成プログラムについて

都道府県は、地域医療対策協議会において協議が調った事項に基づき、「医師不足地域における医師の確保」と「医師不足地域に派遣される 医師の能力開発・向上の機会の確保」の両立を目的とするキャリア形成プログラムを策定することとされている

※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)により地域医療支援事務として医療法に明記。キャリア形成プログラムの詳細については、医療法施行規則(省令)及びキャリア形成プログラム運用指針(通知)に規定



<キャリア形成プログラムの対象者>

- 地域枠を卒業した医師
- 地域での従事要件がある地元出身者枠を卒業した医師
- 自治医科大学卒業医師(平成30年度入学者までは任意適用)
- その他プログラムの適用を希望する医師
- ※キャリア形成プログラムの適用に同意した学生に対しては、修学資金の貸与に地域医療介護総合確保基金の活用が可能

<キャリア形成プログラムに基づく医師派遣>

大学等による医師派遣との整合性を確保するため、地域医療対策協議会で派遣計画案を協議

- ※地域医療構想における機能分化・連携の方針との整合性を確保する
- ※理由なく公立・公的医療機関に偏らないようにする
- ※都道府県は、医師偏在対策と対象医師のキャリア形成の両立を円滑に推進するため、各地域の医師偏在の状況や対象医師の希望を勘案しつつ、就業先について、大学等の専門医の研修プログラム責任者等との調整を行うとともに、対象学生の支援を行う人材(キャリアコーディネーター)を配置する
- ※都道府県は、対象医師から満足度等も含む意見聴取を定期的に実施し、勤務環境改善・負担軽減を図る

対象者の地域定着促進のための方策

<対象者の納得感の向上と主体的なキャリア形成の支援>

- 都道府県は、対象者の希望に対応したプログラムとなるよう努め、診療科や就業先の 異なる複数のコースを設定する
- 都道府県は、コースの設定・見直しに当たって、**対象者からの意見を聴き、その内容を公表し反映するよう努める**
- 出産、育児等のライフイベントや、大学院進学・海外留学等の希望に配慮するため、プログラムの一時中断を可能とする(中断可能事由は都道府県が設定)

<プログラム満了前の離脱の防止>

- キャリア形成プログラムは都道府県と対象者との契約関係であり、対象者は満了するよう真摯に努力しなければならないことを通知で明示
- 一時中断中は、中断事由が継続していることを定期的な面談等により確認 (中断事由 が虚偽の場合は、契約違反となる)
- 都道府県は、キャリア形成プログラムを満了することを、修学資金の返還免除要件とする(家族の介護等のやむを得ない事情がある場合を除く)

三師統計では主たる従事先と従たる従事先について記載する項目があるが、複数の医療機関に勤務 する医師について、異なる二次医療圏へ派遣されている医師数は34,653人であった。

異なる二次医療圏へ派遣されている医師 34,653 人の内訳

主たる従事先・従たる従事先の勤務日数の記載があるもの 31,200人(90%)

511人(1.5%) 主たる従事先・従たる従事先の勤務日数の合計が7日を超過 \Rightarrow

2,942人(8.5%) 主たる従事先・従たる従事先の勤務日数が不明

主たる従事先・従たる従事先の勤務日数を用いた按分が可能な医師(31,200人)で比率を算出

主たる従事先の比率

- 平均值 0.805
- ・中央値 0.833
- ・最頻値 0.800

全体の代表値として比率の設定は可能

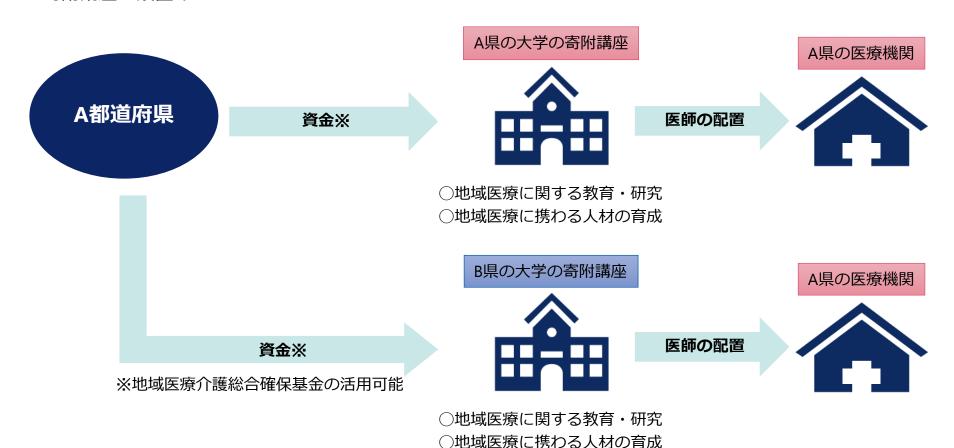
鵍鰞

主たる従事先・従たる従事先について

大学病院等に勤務する医師の実態を考慮するため、これまでの主たる従事先のみを考慮した医師数ではなく、三 師統計で従たる従事先を記載している医師については、その状況を加味し、主たる従事先では0.8人、従たる従事 先では0.2人として算出してはどうか。

- 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附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。

<寄附講座の設置イメージ>



地域医療対策協議会・地域医療支援センター 第4回地域医療構想及び医師確保計画に

資料1

平成30年医療法改正により、地域医療対策協議会の役割の明確化、協議プロセスの透明化を図るとともに、地域医療 支援センターとの関係や役割について明確化

地域医療対策協議会

(医師確保対策の具体的な実施に係る関係者間の協議・調整を行う場)

構成員

都道府県、大学、医師会、主要医療機関、民間医療機関 等

※ 議長は都道府県以外の第三者・万選、女性割合に配慮

役割

協議事項を法定

- ・ キャリア形成プログラムの内容 ・ 大学の地域枠・地元枠設定
- ・ 医師の派遣調整
- ・ 派遣医師のキャリア支援策 ・ 臨床研修医の定員設定
- ・ 派遣医師の負担軽減策
- ・ 臨床研修病院の指定
- ・ 専門研修の研修施設・定員

協議の 方法

- ・医師偏在指標に基づき協議
- ・大学・医師会等の構成員の合意が必要
- ・協議結果を公表

国の チェック ・ 医師派遣先(公的、民間の別)等の医師の派遣状況について定期的 に国がフォローアップ



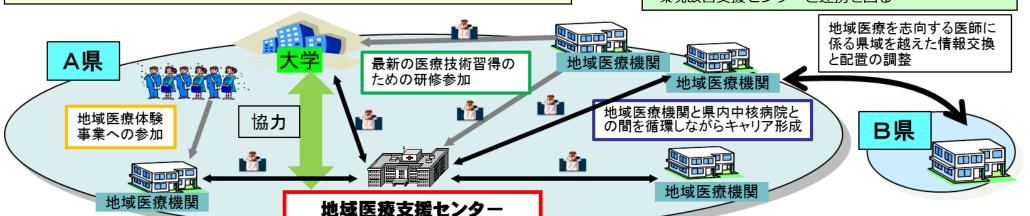
都道府県が実施する医師派遣等の対策は、 地域医療対策協議会において協議が調った

地域医療支援センター

(医師確保対策の事務の実施拠点)

法定 事務

- 都道府県内の医師確保状況の調査分析
- 医療機関や医師に対する相談援助
- 医師派遣事務
- キャリア形成プログラムの策定
- ・派遣医師のキャリア支援・負担軽減
- ※医療従事者の勤務環境改善については、医療勤務 環境改善支援センターと連携を図る



医師少数区域等で勤務した医師を認定する制度について

○ 医師少数区域等における勤務の促進のため、医師少数区域等に一定期間勤務し、その中で医師少数区域等に おける医療の提供のために必要な業務を行った者を厚生労働大臣が認定する。

認定に必要な勤務期間や業務内容



厚生労働省

申請に基づき、<mark>厚生労働大臣が</mark> 医師少数区域等における医療に 関する経験を<mark>認定</mark>

申請

認定

【申請内容】

- 勤務した医療機関名と所在地
- 〇 勤務した期間
- 〇 業務内容 等
- 申請の際には、医師少数区域等での 医師の勤務状況に対する認定制度の影響を測るため、認定の対象となる勤務の 直前の勤務地等についても申告する。



医師少数区域等における 6ヵ月以上*1の勤務*2

※1 医師免許取得後9年以上経過していない場合は、原則として連続した勤務(妊娠・出産等による中断は可)とするが、9年以上経過した場合は、断続的な勤務の積算も可。

※2 認定の対象となるのは、2020年度以降の 勤務とする。(臨床研修中の期間を除く。)



医師少数区域等の医療機関

<認定に必要な業務>

- (1)個々の患者の生活状況を考慮し、幅広い病態に対応する継続的な診療及び 保健指導(患者の専門的な医療機関への受診の必要性の判断を含む。)
 - 地域の患者への継続的な診療
 - 診療時間外の患者の急変時の対応
 - 在宅医療 等
- (2)他の医療機関や、介護・福祉事業者者等との連携
 - 地域ケア会議や退院カンファレンス等への参加 等
- (3)地域住民に対する健康診査や保健指導等の地域保健活動
 - 健康診査や保健指導等の実施 等

認定医師等に対するインセンティブ

①一定の病院の管理者としての評価

• 地域医療支援病院の管理者は、認定医師でなければならないこととする。 (2020年度以降に臨床研修を開始した医師を管理者とする場合に限る。)

②認定医師に対する経済的インセンティブ

• 認定を取得した医師が医師少数区域等で診療を実施する際の医療レベルの向上や取得している資格等の維持に係る経費(研修受講料、旅費等)について支援を行う。(令和4年10月1日現在300人が認定)

専門研修における連携プログラム

令和3年度第1回 医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会

令和3年9月17日

資料

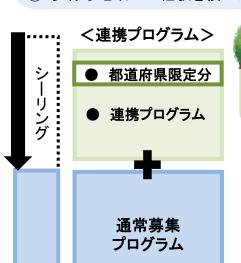
連携プログラムの概要

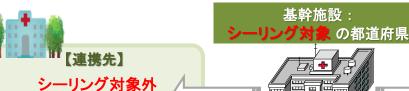
基幹施設がシーリング対象の都道府県において、一定の条件の下、通常のプログラムに加え、シーリング対象外の都道府県において1年6ヵ 月以上研修を行うプログラム(連携プログラム)を策定できることとされている。

<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。

の都道府県





専攻医

専攻医

【都道府県限定分連携先】

足下充足率(=足下医師数/必要医師数)が 0.8以下であり、医師不足が顕著の都道府県

連携プログラムにおける連携先での研修期間は全診療科共通で1年6ヶ月以上

連携プログラムを設定するための通常募集プログラムの条件

連携プログラムの設定には、通常募集のプログラム において**地域貢献率** が原則20%以上必要



通常募集のプログラムにおいて、**医師が不足する都道府県や** 地域で研修する期間を確保

Σ(各専攻医が「シーリング対象外の都道府県」および「当該都道府県の医師少数区域」で研修を実施している期間)

Σ(各専攻医における専門研修プログラムの総研修期間)

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)×

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 2021年

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)

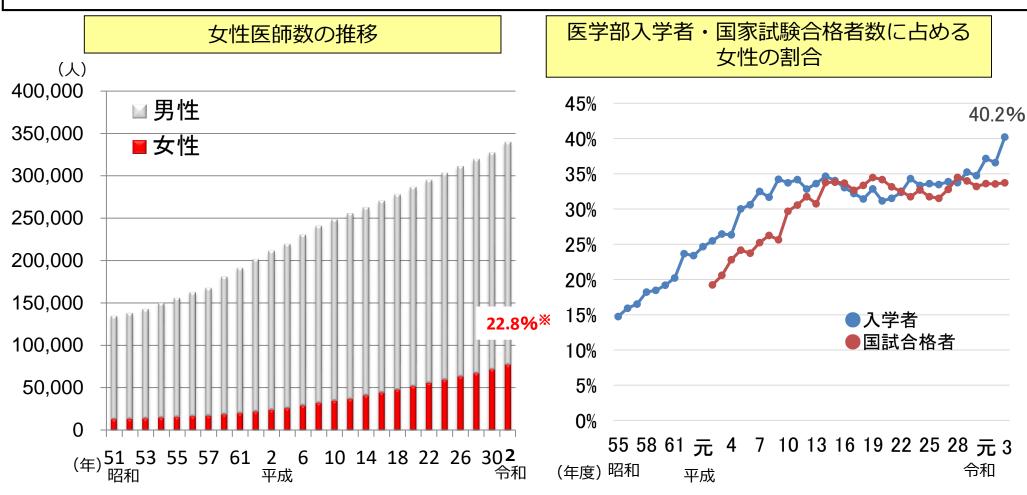
10% : (専攻医充足率 >150%の診療科の場合)

過去3年の専攻医採用数の平均 ※1 診療科の

専攻医充足率 2024年の必要医師数を達成するための年間養成数×補正項※2

過去3年の平均数の全診療科合計 ※2 補正項 = 年間養成数の全診療科合計

- ○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<u>22.8%</u>を占める。
- ○医学部入学者に占める女性の割合は、平成7年度あたりから約3分の1であったが、最近はさらに 増加し、令和3年度は40.2%である。



※医師数全体に占める割合

(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

医療機関における保育サービスの利用状況

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 ラ

資料1

令 和 4 年 8 月 1 0 日

- 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<u>にある</u>
- 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

		保育施設の利用者								
調査時点	院内保育を 実施している	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

地域医療介護総合確保基金 (医療分)の対象事業②

IV. 医療従事者の確保に関する事業

医師等の偏在の解消、医療機関の勤務環境の改善、チーム医療の推進等の事業に助成することにより、医師、看護師等の 地域に必要な質の高い医療従事者の確保・養成を推進する。

(医師確保対策)

- ・ 地域医療支援センターの運営
- ・ 医科・歯科連携に資する人材養成のための研修の実施
- ・ 卒業後に地域医療に従事する意思を有する医学生に対する修学資金の貸与
- ・ 産科・救急・小児等の不足している診療科の医師確保支援
- ・ 女性医師や歯科医師、薬剤師、歯科衛生士、歯科技工士の復職や再就業の支援 等

(看護職員等確保対策)

- ・ 新人看護職員・看護職員等の質の向上を図るための研修の実施
- ・ 看護職員が都道府県内に定着するための支援
- ・ 看護師等養成所の施設・設備整備、看護職員定着促進のための宿舎整備 等

(医療従事者の勤務環境改善対策)

- ・ 医療勤務環境改善支援センターの運営
- ・ 各医療機関の勤務環境改善や再就業促進の取組への支援
- ・ 電話による小児患者の相談体制や休日・夜間の小児救急医療体制の整備 等

VI. 勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

医師の労働時間短縮を図るため、労働時間短縮のための計画を策定し、勤務環境改善の体制整備に取り組む医療機関に対する助成を行う。

(労働時間短縮に向けた総合的な取組に対する財政支援)

- ・ 勤務間インターバルや連続勤務時間制限の適切な設定
- ・ 当直明けの勤務負担の緩和
- ・ 複数主治医制の導入
- ・ 女性医師等に対する短時間勤務等多様で柔軟な働き方を推進
- タスク・シフティング、タスク・シェアリングの推進 等

子育て世代の医療職支援事業(女性医療職等の働き方支援事業の拡充) 令和4年度予算 51,816千円 (51,816千円)

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

一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 来る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

厚牛労働省



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

女性医師支援センター事業

1.事業概要

※日本医師会への補助事業(H18~)



求職登録 ・相談 インターネット

紹介

女性医師バンク事業

女性医師等がライフステージに応じて働くことの できる柔軟な勤務形態の促進を図るため、 パートタイム勤務等の職業斡旋事業を実施

日本医師会 女性医師バンク

業務提携•業務連携

都道府県医師会のドクターバンク等

面談 成立

求人登録・紹介依頼
インターネット

令和4年度予算 140.629千円(140.629千円)

紹介

京人者 (医療機関)

再就業講習会事業

都道府県医師会において、病院管理者や女性医師、研修医等を対象に、女性医師が就 業継続できるよう、多様な女性医師像の提示 や就業環境改善等に関する講習会を実施



病児保育事業

1. 事業概要

数を上限)

子どもが病気の際に自宅での保育が困難な場合に、病院・保育所等において、病気の児童を一時的に保育することで、安心して子育てができる環境整備を 図る。

<事業類型>

(1) 病児対応型・病後児対応型

地域の病児・病後児について、病院・保育所等に付設された専用スペース等において看護師等が一時的に保育する事業。

(2) 体調不良児対応型

保育中の体調不良児について、一時的に預かるほか、保育 所入所児に対する保健的な対応や地域の子育て家庭や妊産婦 等に対する相談支援を実施する事業。

(3) 非施設型(訪問型)

地域の病児・病後児について、看護師等が保護者の**自宅へ 訪問**し、一時的に保育する事業。

く実施主体等>

実施主体:市町村(特別区を含む。)

補助率:国1/3(都道府県1/3、市町村1/3)

<令和4年度補助単価 (病児対応型1か所当たり年額)>

基本分単価:7,031,000円

加算分単価:1,000,000円 ~ 38,000,000円(※)

送迎対応看護師雇上費: 5,400,000円 送 迎 経 費: 3,634,000円

※ 年間延べ利用児童数50人 ~ 4,000人の加算分単価。延べ利用児童数が4,000人を超える場合は別途協議。

2. 実施か所数及び延べ利用児童数 (か所) 1,082,196 4000 1.002,925 (人) 585,276886,263₉ 1,008,712 498,264 1046 1255 1412 1586 1747 3000 524,688 449,415 2000 5 819 563 3 532 599 619 637 643 635 635 - 計3,582か所 487 非施設型 (訪問型) 573 1000 553 504 ■ 体調不良児対応型 803 896 985 1068 1147 1194 ■病後児対応型 698 620 ■病児対応型 H24 H25 H26 H27 H28 H29 H30 R1 R2 ※平成27年度までの延べ利用児童数は、「病児対応型」及び「病後児対応型」の合計 ※平成28年度からの延べ利用児童数は、「病児対応型」、「病後児対応型」、「体調不良児対応型」の合計 ※令和2年度においては、「病児対応型」、「病後児対応型」は、新型コロナウイルス感染症の状況等を勘案して想定される 各月の延べ利用児童数をもって当該月の延べ利用児童数とみなして差し支えないこととしている。(前年同月の延べ利用児童

