

へき地の医療提供体制について

第13回 全国へき地医療支援機構等連絡会議（2023.12.22）

厚生労働省医政局地域医療計画課
医師確保等地域医療対策室
外来・在宅医療対策室

- (1) へき地医療計画策定のポイント**
- (2) 医師確保に関する事項**
- (3) 訪問看護の好事例紹介**

(1) へき地医療計画策定のポイント

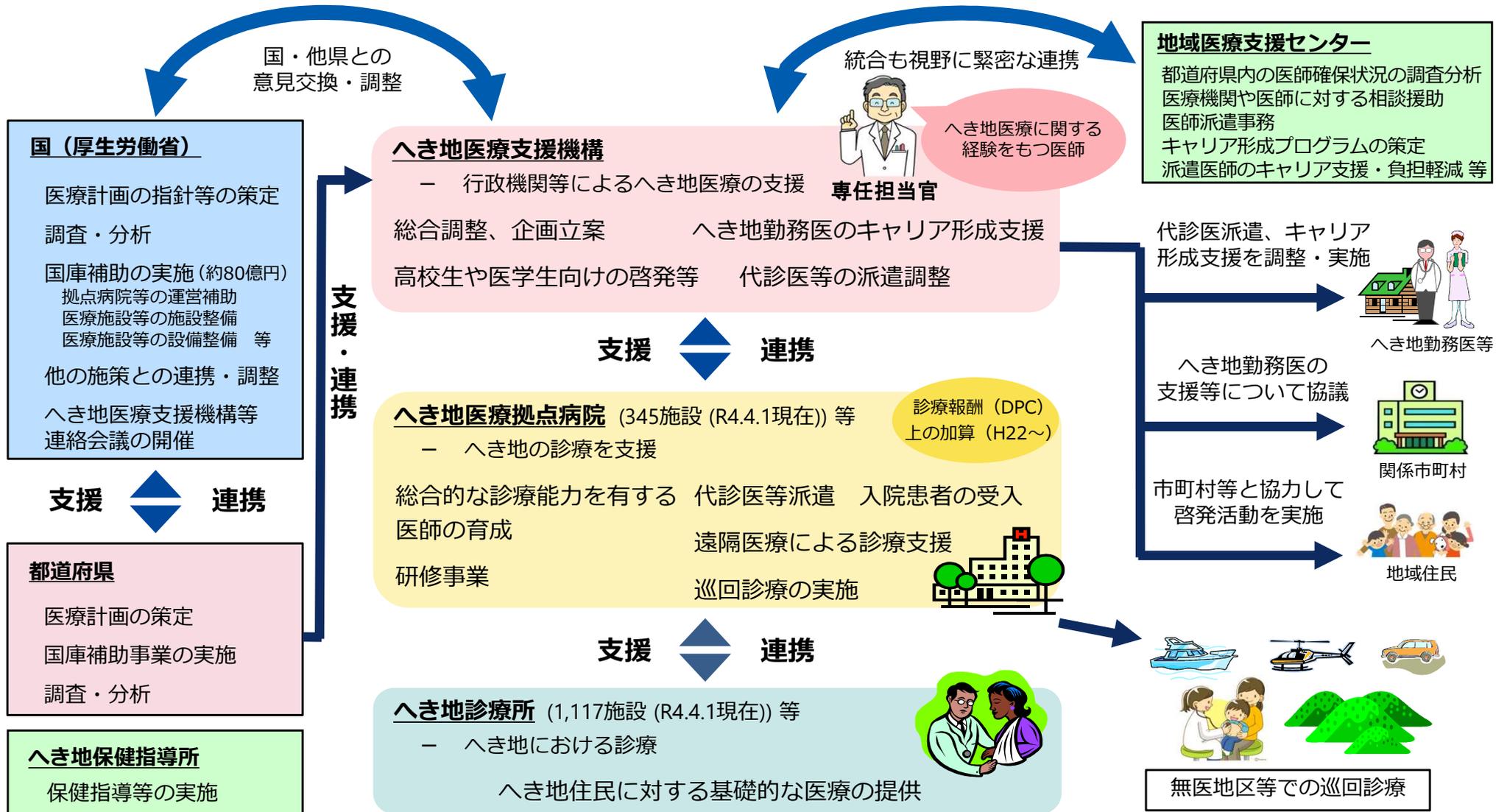
- **遠隔医療の活用**
- **主要3事業の評価**
- **へき地医療支援機構と地域医療支援センターの連携**

(2) 医師確保に関する事項

(3) 訪問看護の好事例紹介

へき地における医療の体系図

へき地医療支援機構を中心に、行政、へき地で勤務する医師、へき地医療に協力する施設・機関、そしてへき地の住民がそれぞれ連携・協力し、かつ他の都道府県の先進事例にも学びながら、効果的・効率的で持続可能性のあるへき地への医療提供体制の構築を行う。



へき地の医療体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

概要

- へき地における医師の確保については、引き続きへき地の医療計画と医師確保計画を連動して進める。
- へき地における医療人材の効率的な活用や有事対応の観点から、国は自治体におけるオンライン診療を含む遠隔医療の活用について支援を行う。
- へき地医療拠点病院の主要3事業（へき地への巡回診療、医師派遣、代診医派遣）の実績向上に向けて、巡回診療・代診医派遣について、人員不足等地域の実情に応じてオンライン診療の活用が可能であることを示し、へき地の医療の確保を図るための取り組みを着実に進める。

へき地で勤務する医師の確保

- へき地医療支援機構は、医師確保計画とへき地の医療計画を連携させるために、地域枠医師等の派遣を計画する地域医療支援センターと引き続き緊密な連携や一体化を進めることとする。



へき地医療拠点病院の事業

【遠隔医療の活用】

- 都道府県においてオンライン診療を含む遠隔医療を活用したへき地医療の支援を行うよう、へき地の医療体制構築に係る指針で示すとともに、遠隔医療に関する補助金による支援や、好事例の紹介等による技術的支援を行う。

【主要3事業の評価】

- オンライン診療を活用して行った巡回診療・代診医派遣についても、主要3事業の実績に含めることを明確化する。但し、全ての巡回診療等をオンライン診療に切り替えるものではなく、人員不足等地域の実情に応じて、オンライン診療で代用できるものとする。

	主要3事業 (年間合計12回以上実施)	必須事業 (主要3事業または遠隔医療を年間1回以上実施)	(参考)			
			巡回診療 (年12回以上)	医師派遣 (年12回以上)	代診医派遣 (年12回以上)	遠隔医療 (年1回以上)
実施施設数	256(74.2%)	303(87.8%)	88(25.5%)	134(38.8%)	55(15.9%)	115(33.3%)
未実施施設数	89(25.8%)	42(12.2%)	257(74.5%)	211(61.2%)	290(84.1%)	230(66.7%)
計			345*1			

*1 令和4年度現況調査によるへき地医療拠点病院の数。

へき地におけるICT関係予算について

1 ハード面

へき地・離島診療支援システム設備整備事業

令和5年度予算額

医療施設等設備整備費補助金 **20.7** 億円の内数

(事業内容) へき地・離島における診療支援に必要な画像伝送・受信システム、テレビ会議システム及び附属機器等の購入費を支援する。

(対象経費) へき地・離島における診療支援に必要な画像伝送・受信システム、テレビ会議システム及び附属機器等の購入費

(対象施設) 支援側医療機関(へき地医療拠点病院等)
依頼側医療機関(へき地診療所等)

(基準額) 7,857千円 (補助率) 1/2

2 ソフト面

へき地診療所運営事業(へき地・離島診療支援システム)

令和5年度予算額

医療施設運営費等補助金(へき地診療所運営事業) **8.6** 億円の内数

(事業内容) 情報通信機器等の導入及び維持運営に必要な経費を支援する。

(対象経費) 情報通信機器等の導入及び維持運営に必要な経費

(基準額) (1)ファクシミリ 37,290円×稼働月数(導入初年度は45,450円加算)
(2)情報通信機器等 297,430円×稼働月数

(補助率) 公立・公的・民間・独法2/3 沖縄県3/4

へき地医療拠点病院運営事業

ア) へき地医療拠点病院診療支援システム

イ) へき地・離島診療支援システム

令和5年度予算額

医療施設運営費等補助金(へき地医療拠点病院運営事業) **3.7** 億円の内数

(事業内容) 情報通信機器等の導入及び維持運営に必要な経費を支援する。

(対象経費) 情報通信機器等の導入及び維持運営に必要な経費

(基準額) ア) (912,810円+76,420円)×稼働月数
イ) (456,400円+38,210円×導入へき地診療所数)
×稼働月数

(補助率) 1/2

へき地診療所等

へき地医療拠点病院等



へき地医療拠点病院の主要3事業及び必須事業の実績

令和4年7月27日第11回
第8次医療計画等
に関する検討会 資料1一部改

- へき地医療拠点病院が特に取り組むこととされている事業であるへき地診療所等への医師派遣、代診医派遣、巡回診療を合わせて「主要3事業」と呼ぶ。
- また、主要3事業と、情報通信技術（ICT）を活用した遠隔医療を合わせて「必須事業」と呼ぶ。
- 令和3年度に主要3事業の取組を年12回以上実施したへき地医療拠点病院は、全体の74.2%。

うち、オンライン診療を実施している
医療機関は18病院（5.2%）

へき地医療拠点病院の主要3事業及び必須事業の実施状況（令和3年度）

	主要3事業 (年間合計12回以上実施)	必須事業 (主要3事業または遠隔医療 を年間1回以上実施)	(参考)			
			巡回診療 (年12回以上)	医師派遣 (年12回以上)	代診医派遣 (年12回以上)	遠隔医療 (年1回以上)
実施施設数	256(74.2%)	303(87.8%)	88(25.5%)	134(38.8%)	55(15.9%)	115(33.3%)
未実施施設数	89(25.8%)	42(12.2%)	257(74.5%)	211(61.2%)	290(84.1%)	230(66.7%)
計			345※1			

(参考)平成29年度実績

	主要3事業 (年間合計12回以上実施)	必須事業 (主要3事業または遠隔医療 を年間1回以上実施)	(参考)			
			巡回診療 (年12回以上)	医師派遣 (年12回以上)	代診医派遣 (年12回以上)	遠隔医療 (年1回以上)
実施施設数	206(65.2%)	266(84.2%)	82(25.9%)	107(33.9%)	47(14.9%)	94(29.7%)
未実施施設数	110(34.8%)	50(15.8%)	234(74.1%)	209(66.1%)	269(85.1%)	222(70.3%)
計			316※2			

※1 令和4年度現況調査によるへき地医療拠点病院の数。

※2 平成30年度現況調査によるへき地医療拠点病院の数から、平成30年4月1日に指定されたへき地医療拠点病院を除いた数。

オンライン診療の活用例

ケース 1, 2

毎月第1月曜日に、A病院から離島のB診療所にて巡回診療を実施していた場合



ケース1

荒天時等で離島への定期便が出ず、巡回診療が実施できない月が生じていた。

- 対面実施できなかった月の別の日を振替日として、B診療所にてオンライン診療（巡回診療の代用）を実施。
→ 年間12回の実績を維持することが可能となる。

	1月	2月	3月	4月	...
対面	●	●	×	●	...

↓

	1月	2月	3月	4月	...
対面	●	●	×	●	...
オン診			●		...

ケース2

生活習慣病患者への継続した管理を行うために、診察の頻度を高くすることを検討している。

- 対面診療は継続して実施しつつ、隔月でオンライン診療を追加実施。
→ 医学管理の継続性の向上／実績の向上

	1月	2月	3月	4月	...
対面	●	●	●	●	...

↓

	1月	2月	3月	4月	...
対面	●	●	●	●	...
オン診		●		●	...

ケース 3

人員不足により、C病院からD診療所へ代診医派遣が2ヶ月に1回の実施となっていた場合



- 従前の代診医派遣を行いつつ、2ヶ月に1回オンライン診療（代診医派遣の代用）を実施。
→ 年間6回（従前の代診医派遣） + 6回（オンライン診療を活用した代診医派遣）の計12回の実績となる。

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	...
対面	●		●		●		...



	1月	2月	3月	4月	5月	6月	...
対面	●		●		●		...
オン診		●		●		●	...

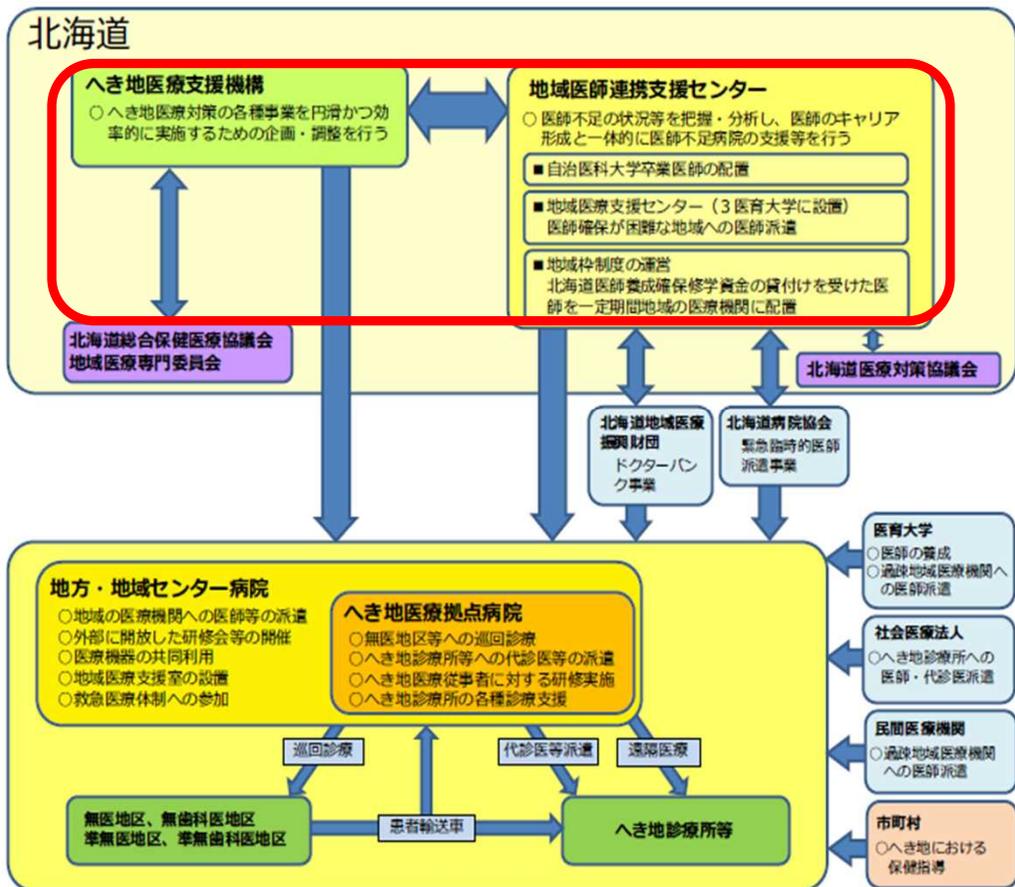
主要3事業の実績要件を満たし、へき地医療拠点病院の数値目標を達成。

医師確保計画との連動の例（都道府県の計画例）

北海道

北海道へき地医療支援機構について、北海道地域医師連携支援センターとのより緊密な連携を進め、へき地医療体制の確保に向けた総合的な企画・調整を行います。

へき地医療連携体制



（出典）北海道医療計画（平成30年度～令和5年度）

<http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/cis/iryokeikaku/aratanairyokeikaku.html>

広島県

拠点病院やへき地診療所をはじめ、広島大学、医療関係団体等の関係機関で構成し、本県のへき地医療対策の推進組織である「へき地医療支援機構」において、各種取組の進捗管理を行うとともに、各地域の実情や医療支援体制等の実態把握・分析等を行い、効果的な施策推進を図ります。

「へき地医療支援機構」事務局を、地域医療支援センターが併せて担い、へき地医療対策と医師確保対策を一体的な推進体制の下で、緊密に連携して進めることで、へき地等の医療提供体制の確保を図ります。

（出典）広島県保健医療計画（第7次）

<https://www.pref.hiroshima.lg.jp/soshiki/64/hokeniryokeikaku-7.html>

兵庫県

地域医療支援センターにおいて、地域医療活性化センターと連携しながら、平成30年度以降に増加するへき地等勤務医師を適切に配置するとともに、地域医療支援医師県採用制度による医師の採用・派遣を行い、医師の地域偏在や診療科偏在（産科・小児科・救急科等）の解消を進めていく。

（出典）兵庫県保健医療計画（平成30年改定）（一部改）

<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf15/keikaku2018.html>

※ へき地医療支援機構を設置している40都道府県のうち、32道県が既に一体化もしくは連携をしており、2県が一体化もしくは連携を進める予定があると回答（令和4年度現況調査）。

(1) へき地医療計画策定のポイント

(2) 医師確保に関する事項

- 概要（ステークホルダー、施策分類）
- 医師確保計画、目標医師数
- 具体的な施策

(3) 訪問看護の好事例紹介

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・互選、女性割合に配慮 等

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
- ・ 臨床研修病院の指定
- ・ 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
- ・ 専門研修の研修施設・定員 等

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事項に基づいて行う

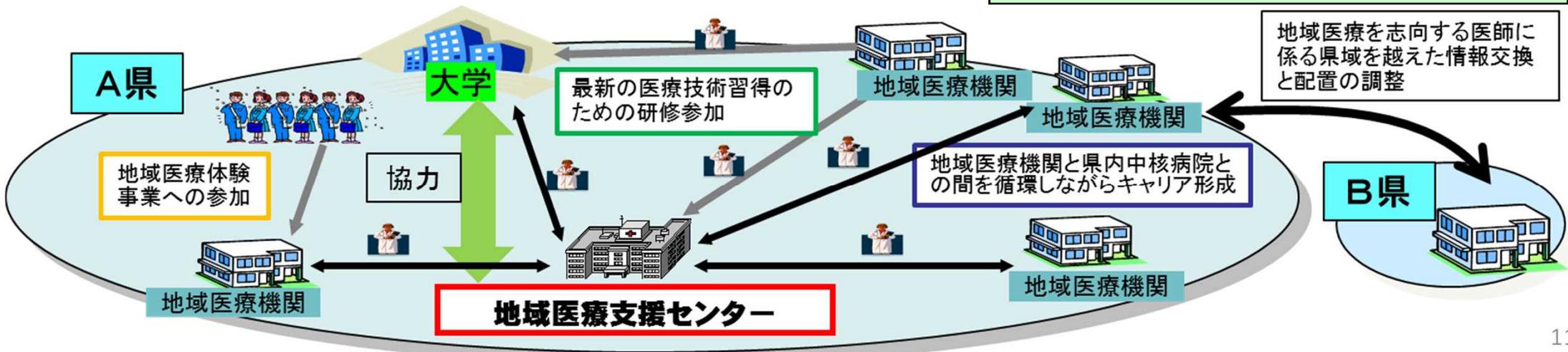
地域医療支援センター

(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 等

※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



医師養成過程における取組

【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、**臨床研修医の募集定員上限数**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、都道府県ごとに設置された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、

- 医療機関における医師労働時間短縮計画の作成や追加的健康確保措置等を通じて、労働時間短縮及び健康確保を行う
- 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

医師確保計画を通じた医師偏在対策について

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。

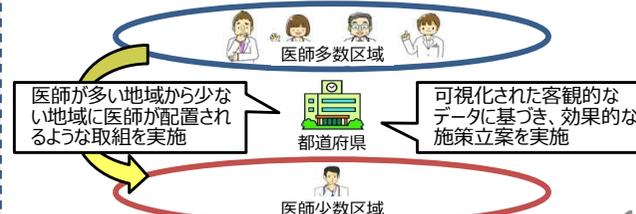
- （例）
- ・ 大学医学部の地域枠を15人増員する
 - ・ 地域医療対策協議会で、医師多数区域のA医療圏から医師少数区域のB医療圏へ10人の医師を派遣する調整を行う 等

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



目標医師数

国が定めている定義（ガイドライン）

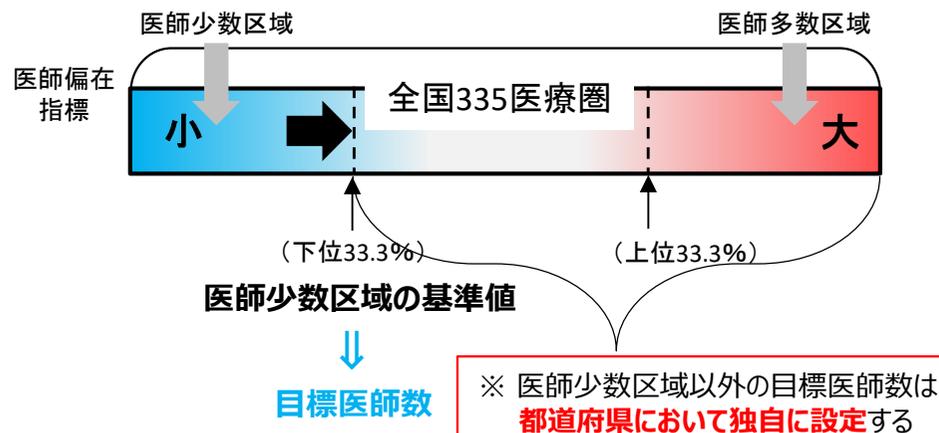
- 計画終了時点の医師偏在指標の値が、計画開始時点の医師少数都道府県及び医師少数区域の基準値（下位33.3%）に達することとなる医師数を目標医師数に設定する。
- 二次医療圏単位での目標医師数は、計画終了時点において、各医療圏で確保しておくべき医師の総数であり、目標医師数と計画開始時の医師数との差が、追加的に確保が必要な医師の総数。

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

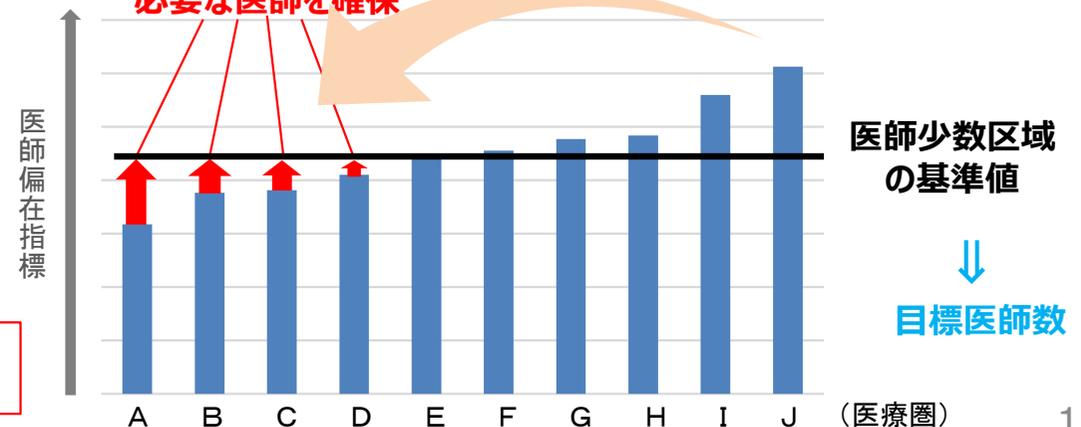
- 医師少数区域を脱する医師偏在指標を基準とし、計画終了時にその基準に達するために必要な医師数を「目標医師数」として算出
- 計画終了時の推計人口及び地域の標準化受療率比の算出にあたっては、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」を用いる

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

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



次期医師確保計画における医師少数区域・医師少数スポットに関する考え方

<医師確保計画策定ガイドライン 第8次（前期）より抜粋>

4. 医師少数区域・医師多数区域の設定

4-1. 医師少数区域・医師多数区域の設定についての考え方

- 医師偏在指標の下位一定割合を各計画期間で一定とすれば、2020年度からの5計画期間で全ての都道府県が2036年度に医療ニーズを満たすためには、医師偏在指標の下位3分の1程度を医師少数区域及び医師少数都道府県とすることが必要であると導出される。このため、**医師偏在指標の下位33.3%を医師少数区域及び医師少数都道府県の設定の基準とする。**
- ただし、医師偏在指標上は医師少数区域に該当する二次医療圏であっても、近隣の二次医療圏の医療機関において当該二次医療圏の住民の医療を提供することと企図しているような場合が想定される。そのような二次医療圏において、限られた医療資源を効率的に活用するためには、近隣の二次医療圏に医療資源を集約することが望ましいと考えられる。本来、そのような二次医療圏は二次医療圏として設定すべきではなく、二次医療圏の設定を見直すことが適切と考えられるが、二次医療圏の見直しが困難な場合については、そのような二次医療圏を医師少数区域として設定せず、重点的な医師確保対策の対象としないことも可能である。
- なお、医師偏在指標上、**医師少数区域に該当しない二次医療圏を医師少数区域として設定すること等は認められない。**

4-2. 医師少数スポット

令和5年3月31日付け改正で新規

- **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であるものとする。**なお、医師少数スポットを設定した場合は、**その設定の理由を医師確保計画に明記することとする。**
- ただし、医師少数スポットを設定するに当たり、多くの地域が医師少数スポットとして設定され、真に医師の確保が必要な地域において十分な医師が確保できないという状況は改正法の趣旨を没却するものであるため、医師少数スポットの設定は慎重に行う必要がある。そのため、**既に巡回診療の取組が行われており、地域の医療ニーズに対して安定して医療が提供されている地域や、病院が存在しない地域などで明らかに必要な医療を他の区域の医療機関でカバーしている場合等、既に当該地域で提供すべき医療に対して必要な数の医師を確保できている地域を医師少数スポットとして設定することは適切ではない。**
- また、**現在、無医地区・準無医地区として設定されている地域等を無条件に医師少数スポットとして設定することも、同様の理由から適切ではない**と考えられ、医師少数スポットはあくまで当該地域の実情に基づいて設定しなければならないものである。一方で、へき地診療所を設置することで無医地区・準無医地区に該当していない地域でも、当該へき地診療所における継続的な医師の確保が困難である場合であって他の地域の医療機関へのアクセスが制限されている地域などについては、必要に応じて医師少数スポットとして設定することが適切であると考えられる。
- なお、医師少数スポットは、局所的に医師が少ない地域を設定するものであるため、**二次医療圏全体や医療機関を設定することは適切ではない。**

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
- 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）

＜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

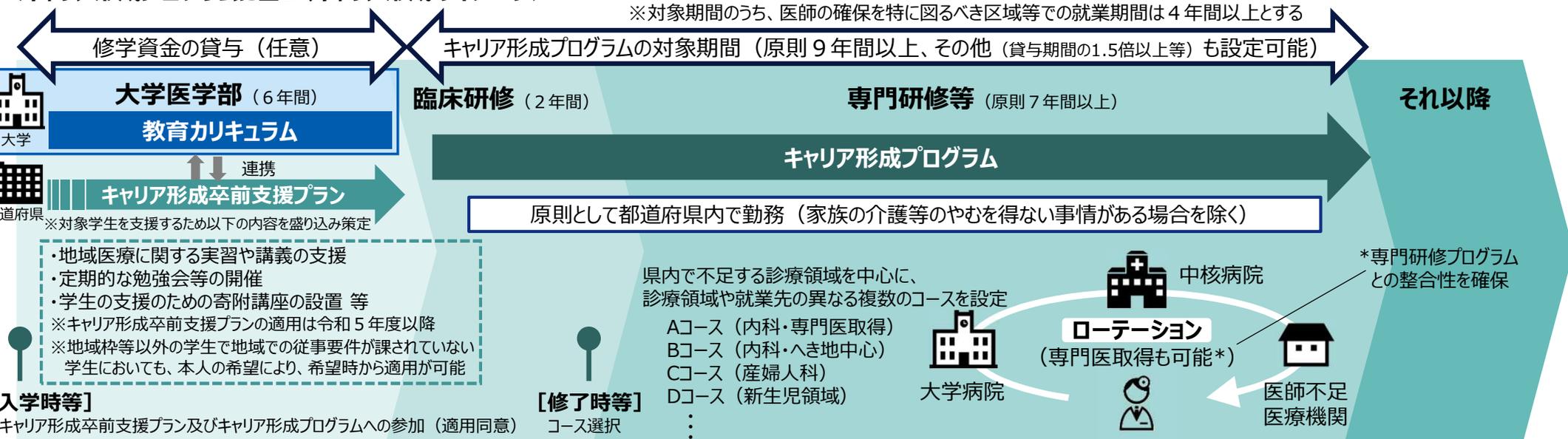
- キャリア形成プログラム
(地域枠医師等が対象期間の9年間以上のうち4年間以上を医師の確保を特に図るべき区域等の医療機関で就業)
- 医師少数区域経験認定医師制度
(医師少数区域等で6ヶ月以上の勤務した医師を認定しインセンティブを付与)
- 地域医療介護総合確保基金の都道府県への配分の配慮 等

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に基づくキャリア形成のイメージ>



<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)

キャリア形成プログラム等運用支援事業

令和5年度予算額 50百万円（一）※（）内は前年度当初予算額

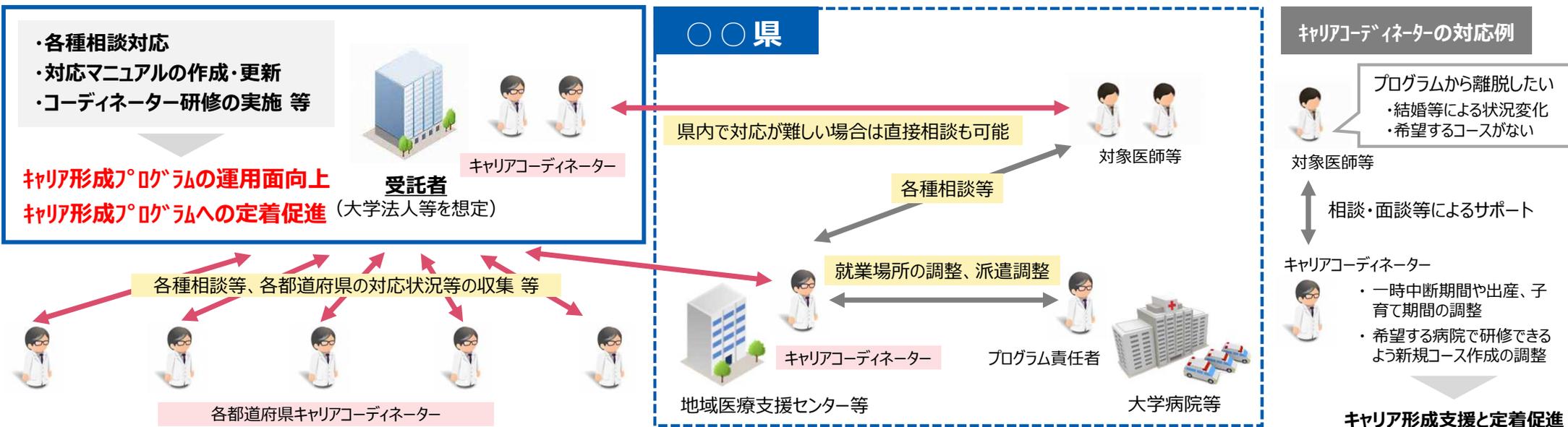
1 背景

- 令和3年12月の「キャリア形成プログラム運用指針」の改正に伴い、各都道府県では、令和4年度から地域枠・従事要件のある地元出身者・自治医科大学卒業・その他希望する者（以下、対象医師）について、対象医師と大学等の専門医の研修プログラム責任者等との派遣先に関する調整や対象医師への支援を行う「キャリアコーディネーター」を配置している。令和5年度からは、キャリアコーディネーターの業務において、将来キャリア形成プログラムの適用を受けることについて同意を得られた学生（以下対象学生）に対する「キャリア形成卒前支援プラン」に基づく取組への支援が新たに加わっている。
- このため、キャリアコーディネーターがフォローすべき対象者が拡大していることに加えて、近年、修学資金を貸与された学生が増加していることもあり、これまで以上にキャリア形成プログラムの運用面における質の向上が求められており、対象医師・対象学生（以下、対象医師等）のキャリア形成プログラム等への定着を促進する観点からも、引き続き、キャリアコーディネーターの質の向上及び対応策の標準化などを図る必要がある。

2 事業の概要・スキーム

各都道府県のキャリアコーディネーターの対応状況を集積し、統一的な対応マニュアルを作成・更新するとともに、全国のキャリアコーディネーター等からの相談受付やキャリアコーディネーターの質向上のための研修の実施等を通じて、キャリア形成プログラムの運用面を向上させることを目的とし、対象医師等のキャリア形成プログラムへの定着促進への支援を行う。

- 実施主体：委託事業（大学法人等への委託を想定）



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、**厚生労働大臣が**
医師少数区域等における医療に
関する経験を**認定**

申請

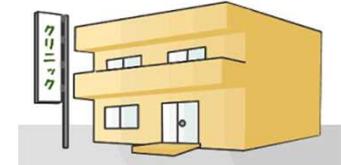
認定



医師

医師少数区域等における
6か月以上※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

【申請内容】

- 勤務した医療機関名と所在地
 - 勤務した期間
 - 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。

<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。）

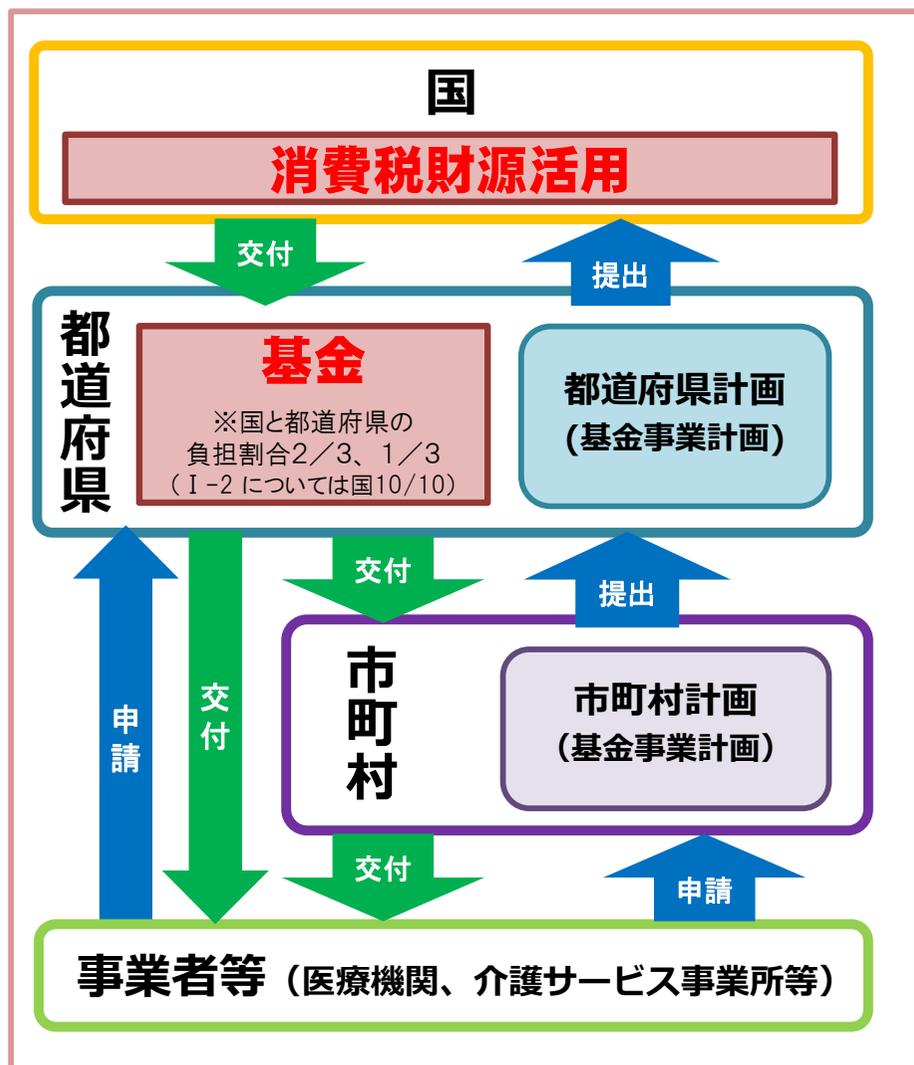
② 認定医師に対する経済的インセンティブ

- ・ 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。

地域医療介護総合確保基金

令和5年度予算額:公費で1,763億円
(医療分 1,029億円、介護分 734億円)

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
- このため、平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度(地域医療介護総合確保基金)を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



都道府県計画及び市町村計画（基金事業計画）

- **基金に関する基本的事項**
 - ・公正かつ透明なプロセスの確保(関係者の意見を反映させる仕組みの整備)
 - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
 - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
- **都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項**
医療介護総合確保区域の設定※1 / 目標と計画期間(原則1年間) / 事業の内容、費用の額等 / 事業の評価方法※2
 - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏域を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏域を念頭に設定。
 - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施
国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用
- 都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成

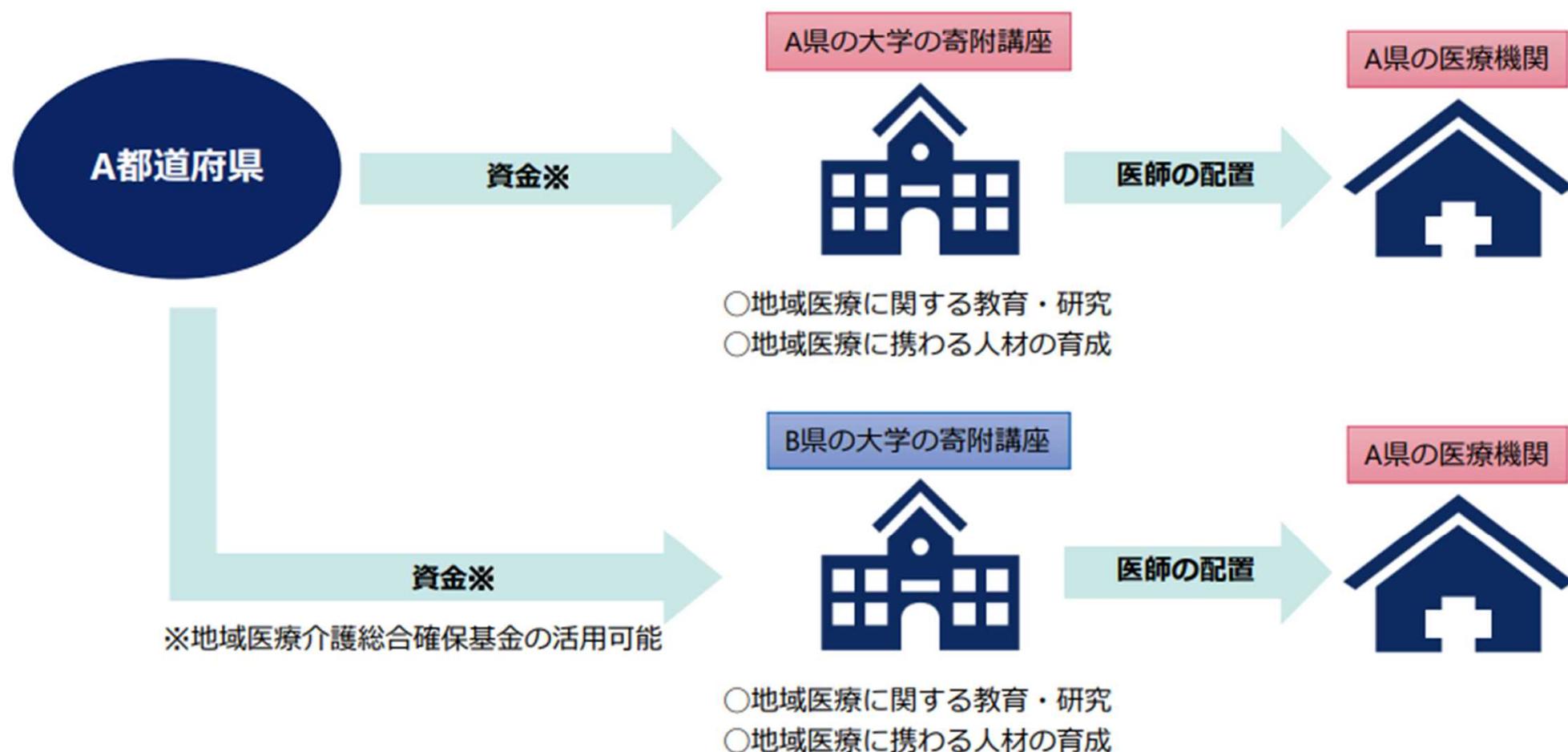
地域医療介護総合確保基金の対象事業

- I-1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- I-2 地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業
- II 居宅等における医療の提供に関する事業
- III 介護施設等の整備に関する事業(地域密着型サービス等)
- IV 医療従事者の確保に関する事業
- V 介護従事者の確保に関する事業
- 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

都道府県等が設置する寄附講座について

- 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>



(1) へき地医療計画策定のポイント

(2) 医師確保に関する事項

(3) 訪問看護の好事例紹介

- 在宅医療における情報通信機器等の活用
- 在宅サービス過疎地域における
訪問看護ステーションの一元管理

- 今後高齢化の進展に伴い、在宅医療のニーズは増加する一方で、マンパワーの制約があることを踏まえ、情報通信機器等の活用等も含めた、質の高い効果的・効率的な在宅医療の提供体制を進める必要がある。
- 在宅医療における情報通信機器等の活用の取組としては、対面診療の補完、医療過疎地における遠隔診療、多職種連携におけるネットワーク構築等がある。

【在宅医療における情報通信機器等の活用例】

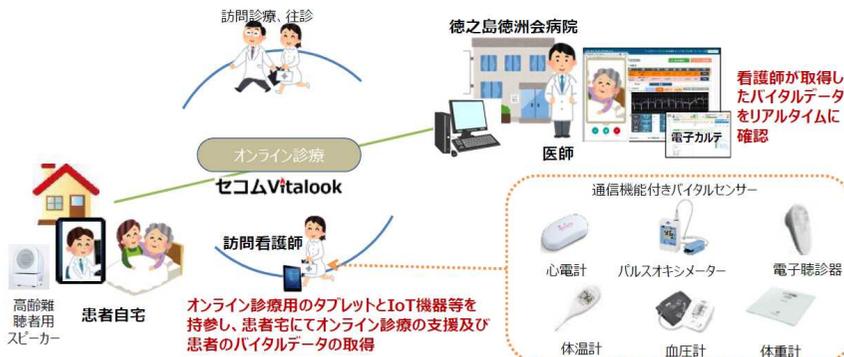
対面診療の補完としてのオンライン診療

- ・福岡県（福岡市）の医療機関では、在宅患者に対する医療提供体制の強化の一環として、訪問計画の一部にオンライン診療を組み込む事で、医師の訪問負担を軽減しつつ、在宅患者への診療頻度を高める取組を実施している。



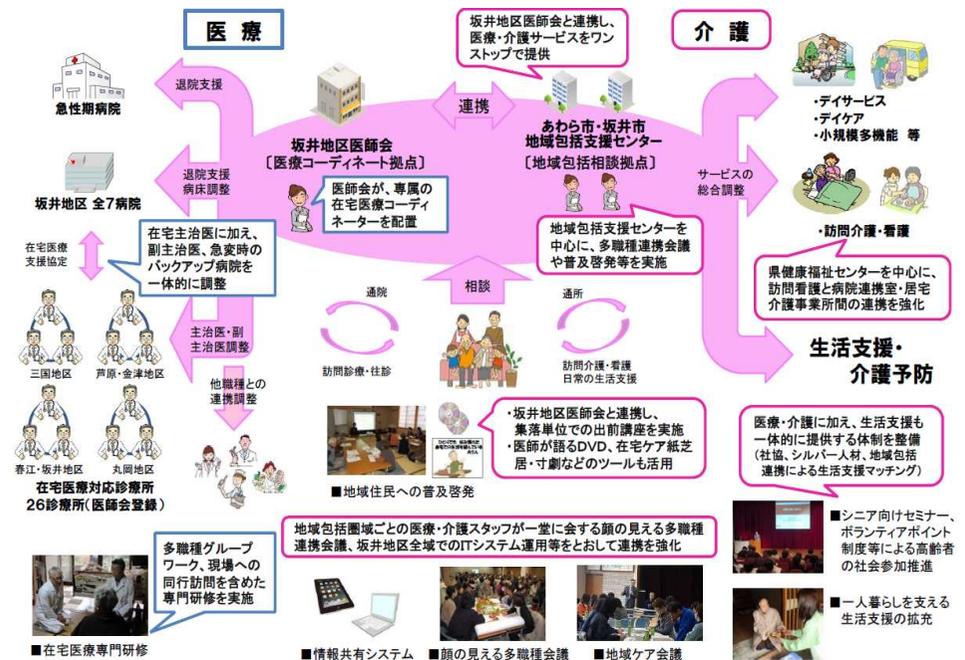
訪問看護等とも連携した遠隔地への医療提供

- ・徳之島（鹿児島県）における病院と自治体が連携し、遠隔医療支援プラットフォームを活用したモデルを構築する取組
- ・訪問看護が取得した患者のバイタルデータを用いて、医師がオンラインで診察・記録を行うことができる。



ネットワーク構築による病病連携・病診連携・多職種連携の構築

- ・福井県（坂井地区）では病院が持つ患者情報（退院・看護サマリ、検査結果、画像、処方、注射など）をシステムにより、診療所や訪問看護ステーション、介護施設等と共有できる体制を整備。
- ・「カナミックネットワークTRITRUS」を用いて、在宅医療関係者間 診療情報や日々の生活情報等を共有



【出典】平成29年度在宅医療連携モデル構築のための実態調査（厚生労働省医政局）

訪問看護のグループ化事例

社会医療法人孝仁会訪問看護ステーションはまなす（北海道釧路市）

- 労務管理や請求書業務の事務を2つのステーションで一元化することで、ステーションの閉鎖を回避できた事例。
- さらに、ICTの活用により、時間外勤務時間の削減、1日あたりの訪問件数の増加、在宅看取りの体制強化など、過疎地域が抱える課題に対応している。

1. 背景

- ◆ 訪問看護ステーション根室では、高齢化に伴う事務職員の退職によって経理・労務管理が困難となった。
- ◆ 経験に乏しい看護師が管理職を担わなくてはならない状況が発生し、新人管理者の業務負担が増加。

訪問看護ステーション根室の運営難による、地域の受け皿の消失の可能性



2. 取組内容

- ◆ 訪問看護ステーション根室のサテライト化
 - ・ 保健所や行政との調整、労務、経理を釧路で担い、**根室の常駐看護師を4名から2名に減員。**
 - ・ **管理者を釧路と根室の兼務体制に変更**（管理者は週に1回根室に出勤）
- ◆ ICTの活用
 - ・ **医療連携アプリの導入**
利用者ごとにアプリ上で関係職種のグループを作成し、チャット機能を使ってダイレクトに相談。
 - ・ **看護記録の電子化**
訪問先・車の中で各スタッフの端末から記録。過去分も含めてすべて電子保存。

3. 効果

◆ サテライト化による成果

- ① 事務職員と管理者の一元化により、**人件費が年間7,223,000円削減。**
- ② 訪問看護ステーション根室の**閉鎖を回避**

◆ ICT活用による成果

- ① 業務時間の短縮
看護記録の電子化、医療連携アプリの導入により、記録・連絡業務が簡略化。ステーションとの往復時間も削減され、**時間外業務が減少。**
 - ・ 年間432,000円削減
 - ・ 24時間オンコール対応の平易化
 - ・ 1日の訪問件数の増加
 - ・ 新規利用者の受け入れも可能に



- ② コロナ感染症対策の強化
看護記録の電子化とICT機器の導入により、**各種会議のオンライン化・密の防止・在宅勤務が可能に**
- ③ 在宅看取りの指示体制が強化
管理者が事業所（釧路市）にいながら、テレビ通話などを活用し、136km離れた根室市にいる訪問看護師へ指示を伝えることで、**看取り経験が少ない訪問看護師でも、在宅看取りを行うことができた。**

【出典】令和3年度厚生労働省補助事業 看護業務効率化先進事例収集・周知事業 報告書

