

医療従事者の需給に関する検討会
第10回 医師需給分科会 議事次第

日時：平成29年6月15日（木）

15時00分～17時00分

場所：厚生労働省専用第22会議室（18階）

○ 開会

○ 議題

早期に実行可能な医師偏在対策について

○ 閉会

資料1 早期に実行可能な医師偏在対策について

資料2 第10回医師需給分科会への意見（山口構成員提出資料）

資料3 地域枠医師の配置についての意見書（神野構成員提出資料）

参考資料 医師の需給に関する基礎資料

早期に実行可能な 医師偏在対策について

今後の医師確保対策の検討スケジュール予定

検討場所	平成29年			平成30年
	2 四半期	3 四半期	4 四半期	1 四半期
医師の働き方改革	働き方改革実行計画を踏まえた検討の場 ○労働時間短縮策等の検討 ○時間外労働規制の検討			中間整理 引き続き検討
医師偏在対策・需給推計	○地域医療支援センターの強化等 ・キャリア形成プログラムについて ・へき地における医師確保について ・若手医師へのアプローチについて ・医師の勤務負担軽減について	早期に実行可能な偏在対策を整理 ○抜本的な医師偏在対策	法案提出を視野にとりまとめ	○医師需給推計 ※平成32年度以降の医学部定員の取扱いについて判断するためには、周知期間を含め平成30年春頃までに医師需給推計の結論を得る必要がある。
医師養成課程	○地域医療に求められる専門医制度の在り方の検討 ・専門医取得は義務ではない ・地域医療従事者や女性医師等への配慮 ・研修の中心は大学のみではなく地域の中核病院等 専門医新整備指針の改定 学会ごとの対応状況の確認			○卒前・卒後の一貫した医師養成の在り方の検討 ○医師養成の制度における地域医療への配慮の検討

医療計画について

- 都道府県が、国の定める基本方針に即し、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定するもの。
- 医療資源の地域的偏在の是正と医療施設の連携を推進するため、昭和60年の医療法改正により導入され、都道府県の二次医療圏ごとの病床数の設定、病院の整備目標、医療従事者の確保等を記載。平成18年の医療法改正により、疾病・事業ごとの医療連携体制について記載されることとなり、平成26年の医療法改正により「地域医療構想」が記載されることとなった。

医療計画における主な記載事項

○ 医療圏の設定

- ・ 病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分。

三次医療圏

都道府県の区域を単位として設定。
ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、複数の区域又は都道府県をまたがる区域を設定することができる。



特殊な医療を提供

- ・ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入・流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

二次医療圏

一体の区域として病院等における入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮する。

- ・ 地理的条件等の自然的条件
- ・ 日常生活の需要の充足状況
- ・ 交通事情 等



一般の入院に係る医療を提供

○ 地域医療構想

- ・ 2025年の、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能ごとの医療需要と必要病床数、在宅医療等の医療需要を推計。

○ 5疾病・5事業(※)及び在宅医療に関する事項

※ 5疾病…5つの疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患)。

5事業…5つの事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む。))。

- ・ 疾病又は事業ごとの医療資源・医療連携等に関する現状を把握し、課題の抽出、数値目標の設定、医療連携体制の構築のための具体的な施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う(PDCAサイクルの推進)。

○ 基準病床数の算定

○ 医療の安全の確保

○ 医療従事者の確保

- ・ 地域医療支援センターにおいて実施する事業等による医師、看護師等の確保。

- (1) キャリア形成プログラムについて
- (2) へき地における医師確保について
- (3) 若手医師へのアプローチについて
- (4) 医師の勤務負担軽減について

- (1) キャリア形成プログラムについて
- (2) へき地における医師確保について
- (3) 若手医師へのアプローチについて
- (4) 医師の勤務負担軽減について

地域医療支援センター運営事業

平成26年度以降、地域医療介護総合確保基金を活用して実施

地域医療支援センターの目的と体制

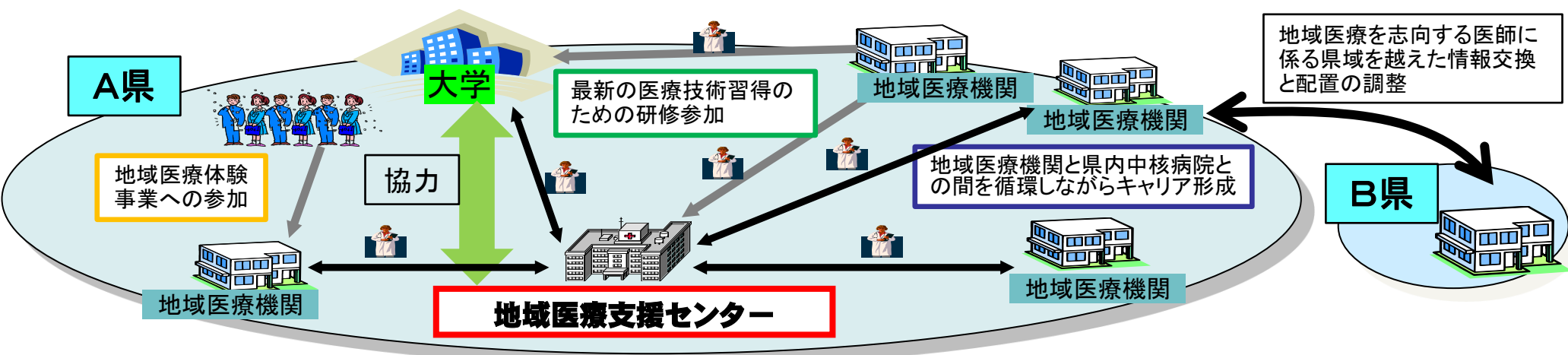
医師の地域偏在（都市部への医師の集中）の背景

➤ 高度・専門医療への志向、都市部の病院に戻れなくなるのではないかという将来への不安 等

- 都道府県が責任を持って医師の地域偏在の解消に取り組むコントロールタワーの確立。
- 地域枠医師や地域医療支援センター自らが確保した医師などを活用しながら、キャリア形成支援と一体的に、地域の医師不足病院の医師確保を支援。
- 専任の実働部隊として、喫緊の課題である医師の地域偏在解消に取り組む。

・ 人員体制：専任医師2名、専従事務職員3名

・ 設置場所：都道府県庁、〇〇大学病院、都道府県立病院 等



地域医療支援センターの役割

- 都道府県内の医師不足の状況を個々の病院レベルで分析し、優先的に支援すべき医療機関を判断。医師のキャリア形成上の不安を解消しながら、大学などの関係者と地域医療対策協議会などにおいて調整の上、地域の医師不足病院の医師確保を支援。
- 医師を受入れる医療機関に対し、医師が意欲を持って着任可能な環境作りを指導・支援。また、公的補助金決定にも参画。

運営委員会

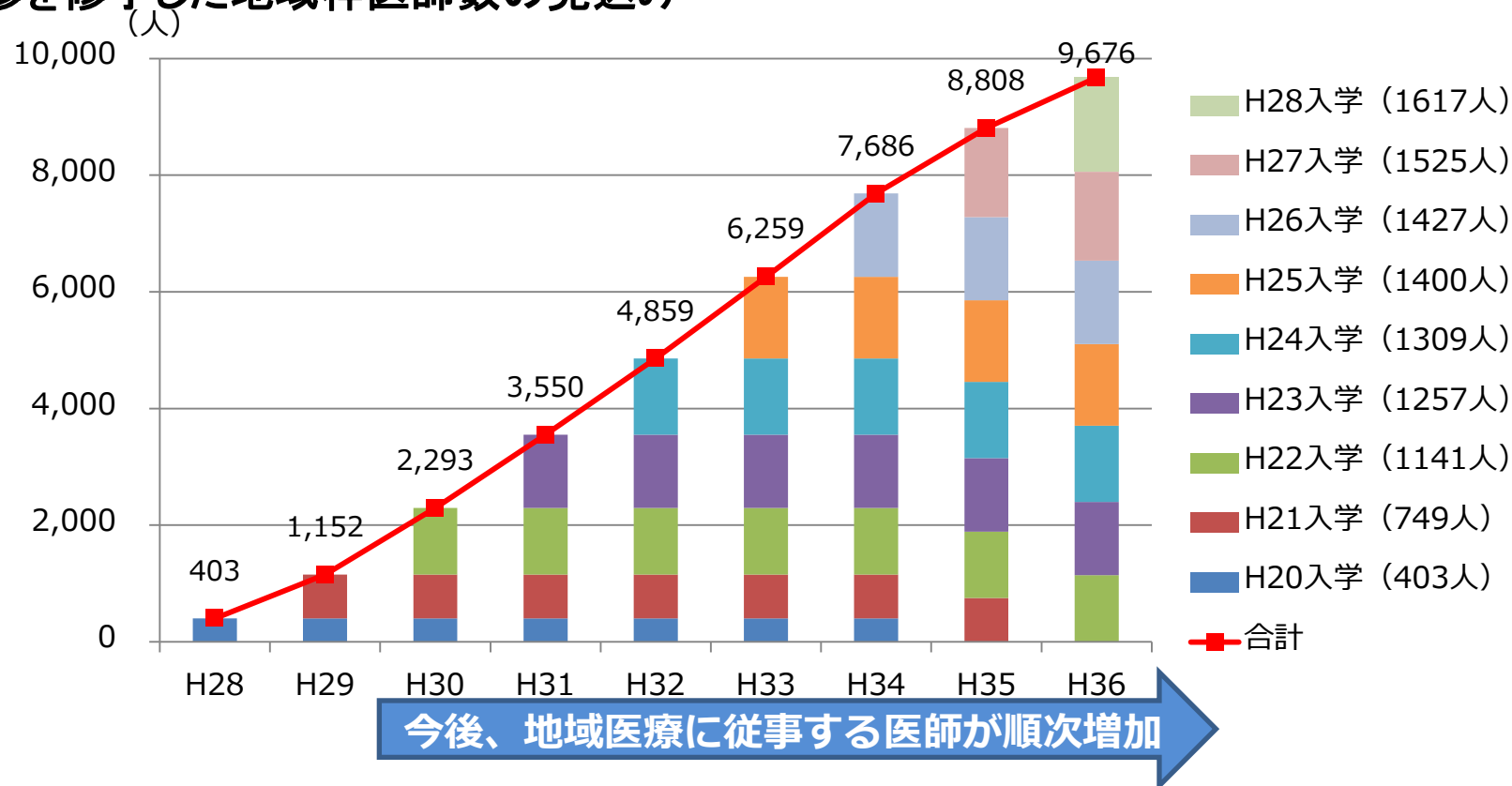
- 地域の医療関係者が参画しセンターの運営方針等を検討する場
- 構成
大学、関係医療機関、医師会、市町村、保健所等の代表者等

- 平成28年4月現在、すべての都道府県に地域医療支援センターが設置されている。
(設置場所: 都道府県庁(21都道府県)、大学病院(9県)、都道府県庁及び大学病院(13県)、その他(4府県)(平成28年7月時点))
- 平成23年度以降、都道府県合計4,530名の医師を各都道府県内の医療機関へあつせん・派遣をするなどの実績を上げている。(平成28年7月時点)

臨床研修を修了した地域枠医師数の見込み

- 平成20年度以降の医学部の臨時定員増等による地域枠での入学者が順次卒業し、臨床研修を終え、地域医療に従事し始めている。
- 今後、こうした地域枠医師が順次臨床研修を終え、地域医療に従事する医師が増加することに伴い、地域医療支援センターの派遣調整の対象となる医師の増加が見込まれる。

臨床研修を修了した地域枠医師数の見込み

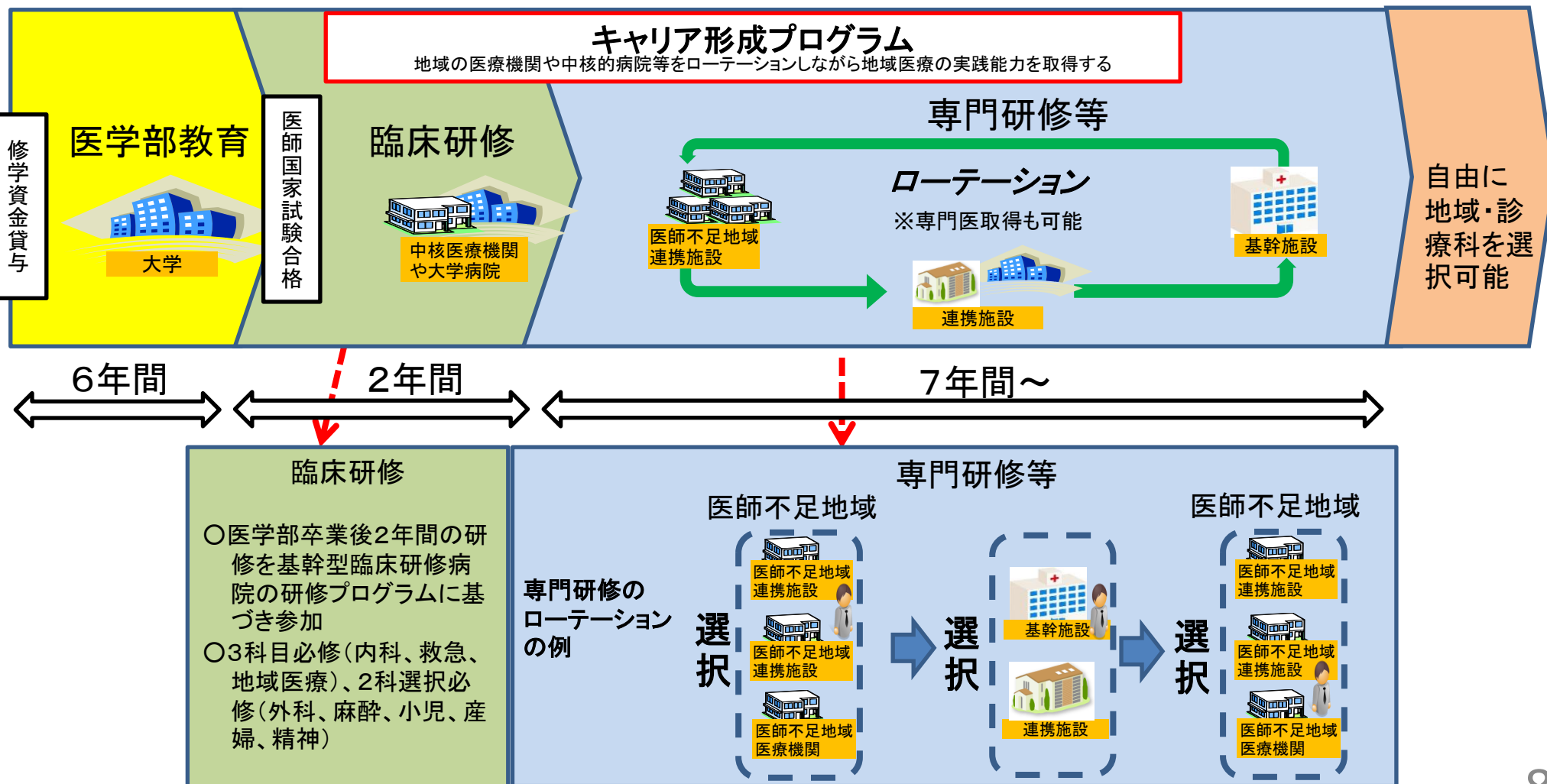


※ 地域枠（地域医療に従事する医師を養成することを主たる目的とした学生を選抜する枠であり、奨学金の有無を問わない。）の人数については、文部科学省医学教育課調べ。

全体の数には様々な条件による地域枠の医師数が含まれているが、ここでは一律に、卒業後9年目まで地域医療に従事する義務があると仮定し、義務年限終了以後は累積人数から除外して、単純に累積医師数を見込んだ。また、留年・中途離脱等は考慮していない。

キャリア形成プログラムについて

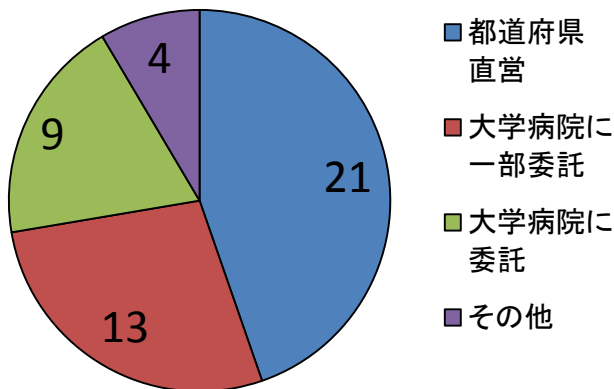
- キャリア形成プログラムとは、主に地域枠医師を対象に、地域医療に従事する医師のキャリア形成上の不安解消、医師不足地域・診療科の解消を目的として、都道府県（地域医療支援センター等）が主体となり策定された医師の就業プログラムをいう。



キャリア形成プログラム策定状況

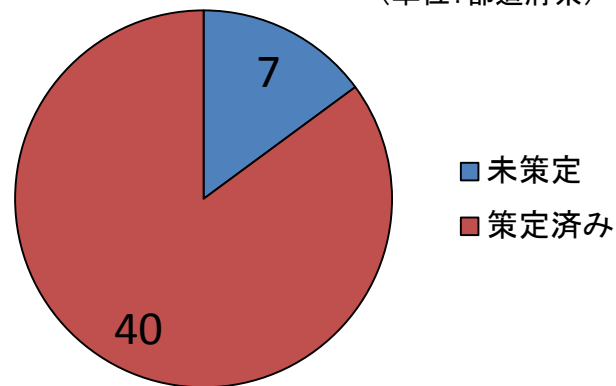
- キャリア形成プログラムについて、未策定の都道府県が7ある。
- また、策定していたとしても、大学医局との十分な連携の下で策定していない都道府県が7ある。

地域医療支援センターの委託先
(単位: 都道府県)



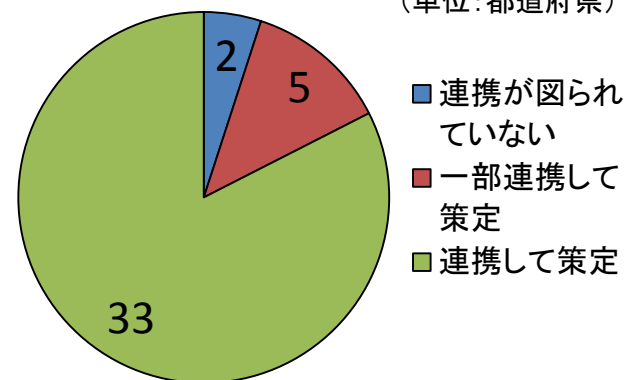
平成28年7月厚生労働省調査

キャリア形成プログラムの策定状況
(単位: 都道府県)



平成29年5月厚生労働省調査

策定に当たっての都道府県と大学医局の連携状況
(単位: 都道府県)



平成29年5月厚生労働省調査

【大学医局と連携が図られていない例】

- ・県内基幹病院や県医師会等の団体の協力を得て策定しているが、大学医局の協力は得ていない。

【大学医局と一部連携している例】

- ・医局に属している者については医局の協力を得てプログラムを策定、それ以外の者については地域医療支援センターにおいてプログラムを策定。
- ・一部の診療科の専門研修プログラムについては、大学医局の協力を得て策定。

【大学医局と連携している例】

- ・地域医療対策協議会で「キャリア形成プログラムに関する基本的な考え方」について協議し、都道府県の意向と大学医局の意見も踏まえた上で、策定。

地域枠と地元出身者の定着割合

- 地域枠の入学者よりも、地元出身者（大学と出身地が同じ都道府県の者）の方が、臨床研修修了後、大学と同じ都道府県に勤務する割合が高い（78%）。

地域枠：地域医療等に従事する明確な意思をもった学生の選抜枠であり、奨学金の有無を問わない。

- 修学資金貸与者を地元出身者に限定していない都道府県が多く、都道府県外出身者が一定数存在する。

			臨床研修修了後に勤務する都道府県			
			A県		A県以外	
			人数	割合	人数	割合
地域枠 か否か	地域枠で入学（大学A県）		348	68%	167	32%
	地域枠ではない（大学A県）		5,625	51%	5,359	49%
地元出身 か否か	出身地A県	大学A県	3,101	78%	872	22%
	出身地B県	大学A県	2,926	38%	4,685	62%

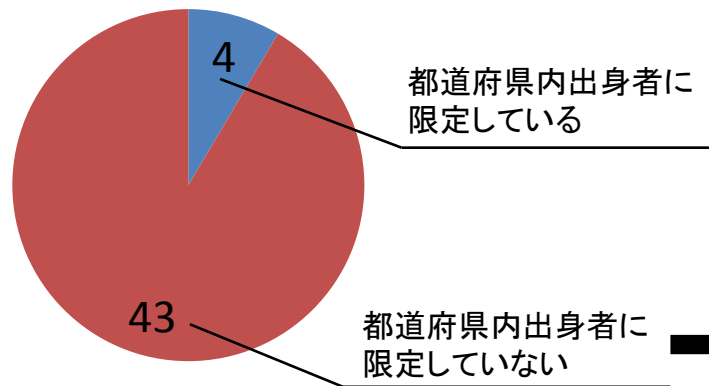
※1 出身地又は大学が海外の場合及び当該項目について無回答の場合は除外。

※2 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。

※3 A県は任意の都道府県。B県はA県以外の都道府県。

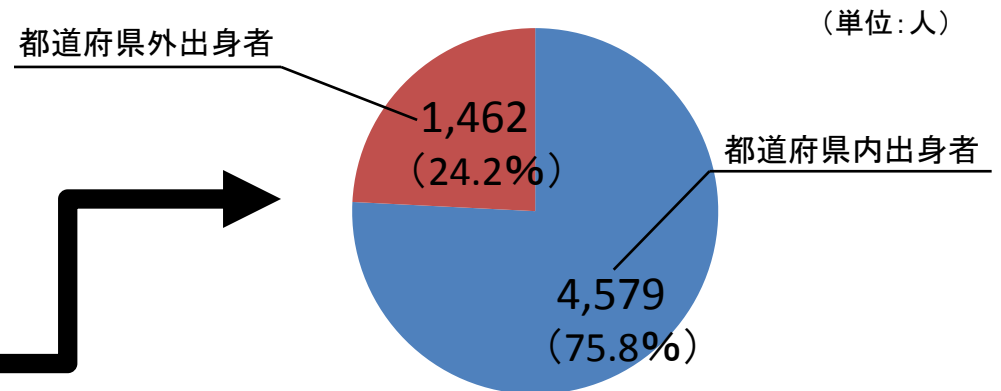
出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成27・28年）厚生労働省調べ

修学資金貸与事業における対象者の地元出身者限定の有無
（単位：都道府県）



平成28年9月厚生労働省調査

修学資金貸与事業の対象者数の内訳（地元出身者に限定していない43都道府県）
（単位：人）



平成28年9月厚生労働省調査

(参考) 地域枠の導入状況 (大学別一覧) 1 / 2

- 79大学中、地域枠を設定しているのは71大学（90%）。このうち、地元出身枠を設定しているのは46大学（65%）。
- 大学が導入している地域枠のうち、地元出身枠は約48%（＝783/1617）。

都道府県	区分	大学名	H28年度 入学定員	うち地域枠	うち
				募集人員	地元出身枠
北海道	国立	旭川医科大学	122	72	55
		(うち2年次編入学)	10	5	5
北海道	公立	札幌医科大学	110	90	35
青森県	国立	弘前大学	132	67	55
		(うち2年次編入学)	20	5	5
岩手県	私立	岩手医科大学	130	28	15
宮城県	国立	東北大学	135	33	0
宮城県	私立	東北医科薬科大学	100	55	0
秋田県	国立	秋田大学	129	34	19
山形県	国立	山形大学	125	8	8
福島県	公立	福島県立医科大学	130	60	8
茨城県	国立	筑波大学	140	36	26
栃木県	私立	獨協医科大学	120	20	10
群馬県	国立	群馬大学	123	18	0
		(うち2年次編入学)	15	2	0
埼玉県	私立	埼玉医科大学	127	16	0
千葉県	国立	千葉大学	122	20	0
東京都	国立	東京医科歯科大学	106	4	0
東京都	私立	杏林大学	117	12	10
東京都	私立	順天堂大学	130	19	10

都道府県	区分	大学名	H28年度 入学定員	うち地域枠	うち
				募集人員	地元出身枠
東京都	私立	昭和大学	110	12	0
東京都	私立	帝京大学	120	14	0
東京都	私立	東京医科大学	120	10	0
東京都	私立	東京慈恵会医科大学	110	10	5
東京都	私立	東邦大学	115	5	0
東京都	私立	日本大学	120	10	0
東京都	私立	日本医科大学	116	6	0
神奈川県	公立	横浜市立大学	90	30	5
神奈川県	私立	北里大学	119	10	0
神奈川県	私立	聖マリアンナ医科大学	115	5	0
神奈川県	私立	東海大学	118	17	0
新潟県	国立	新潟大学	127	17	17
富山県	国立	富山大学	110	25	15
石川県	国立	金沢大学	117	12	0
石川県	私立	金沢医科大学	110	10	5
福井県	国立	福井大学	115	15	5
山梨県	国立	山梨大学	125	40	35
長野県	国立	信州大学	120	20	20
岐阜県	国立	岐阜大学	110	30	28
静岡県	国立	浜松医科大学	120	25	5
		(うち2年次編入学)	5	5	5

(参考) 地域枠の導入状況 (大学別一覧) 2 / 2

都道府県	区分	大学名	H28年度 入学定員		
				うち地域枠 募集人員	うち 地元出身枠
愛知県	国立	名古屋大学	112	5	0
愛知県	公立	名古屋市立大学	97	27	7
愛知県	私立	愛知医科大学	115	10	0
愛知県	私立	藤田保健衛生大学	120	10	0
三重県	国立	三重大学	125	35	30
滋賀県	国立	滋賀医科大学	117	28	18
		(うち2年次編入学)	17	7	5
京都府	公立	京都府立医科大学	107	7	7
大阪府	公立	大阪市立大学	95	15	0
大阪府	私立	大阪医科大学	112	22	0
大阪府	私立	関西医科大学	117	15	0
大阪府	私立	近畿大学	115	20	0
兵庫県	国立	神戸大学	117	10	10
兵庫県	私立	兵庫医科大学	112	13	0
奈良県	公立	奈良県立医科大学	115	38	25
和歌山県	公立	和歌山県立医科大学	100	36	10
鳥取県	国立	鳥取大学	110	32	10
島根県	国立	島根大学	112	25	13
		(うち3年次編入学)	10	3	3
岡山県	国立	岡山大学	120	17	7
		(うち2年次編入学)	5	5	0

都道府県	区分	大学名	H28年度 入学定員		
				うち地域枠 募集人員	うち 地元出身枠
岡山県	私立	川崎医科大学	120	30	20
広島県	国立	広島大学	120	20	18
山口県	国立	山口大学	117	33	18
		(うち2年次編入学)	10	3	3
徳島県	国立	徳島大学	114	17	17
香川県	国立	香川大学	114	24	19
愛媛県	国立	愛媛大学	115	20	20
高知県	国立	高知大学	115	25	15
福岡県	私立	久留米大学	115	20	0
福岡県	私立	福岡大学	110	10	10
佐賀県	国立	佐賀大学	106	26	23
長崎県	国立	長崎大学	123	32	23
		(うち2年次編入学)	5	5	0
熊本県	国立	熊本大学	115	10	5
大分県	国立	大分大学	110	13	13
宮崎県	国立	宮崎大学	110	20	20
鹿児島県	国立	鹿児島大学	117	20	17
		(うち2年次編入学)	10	3	0
沖縄県	国立	琉球大学	117	17	17
計		71大学	8,261	1,617	783
		(うち2年次編入学)	97	40	23
		(うち3年次編入学)	10	3	3

※ 1 自治医科大学は大学の目的に鑑み除外。 ※ 2 私立大学は入学定員ではなく、募集人員を記載。

※ 3 地域枠には、地元出身者のための地域枠に加え、出身地にとらわれず将来地域医療に従事する意思を有する者を対象とした入学枠や入試時に特別枠は設定していないが、地域医療に資する奨学金と連動している枠数を含む。(「〇〇人程度」「〇〇人以内」を含む)

※ 4 地元出身枠には、大学の位置する都道府県出身者、大学の位置する都道府県及び近隣の都道府県の出身者、特定の地域(へき地)出身者を応募資格としているものを含む。

地域枠募集人員：文部科学省医学教育課調べ

地元出身枠：文部科学省平成28年度委託事業「地域医療に従事する医師の確保・養成のための調査・研究」を参考に作成

出身都道府県で臨床研修を行ったときの定着割合

- 出身地の大学に進学し、その後、同じ都道府県で臨床研修を行った場合、臨床研修修了後、出身地の都道府県で勤務する割合が最も高い(90%)。出身地以外の大学に進学した場合であっても、臨床研修を出身地と同じ都道府県で実施した場合、臨床研修修了後、出身地の都道府県で勤務する割合は高い(79%)。
- 出身地の大学に進学しても、臨床研修を別の都道府県で行うと、臨床研修修了後、出身地で勤務する割合は低い(36%)。
- このような中、初期臨床研修を県内に限定していない都道府県が17ある。

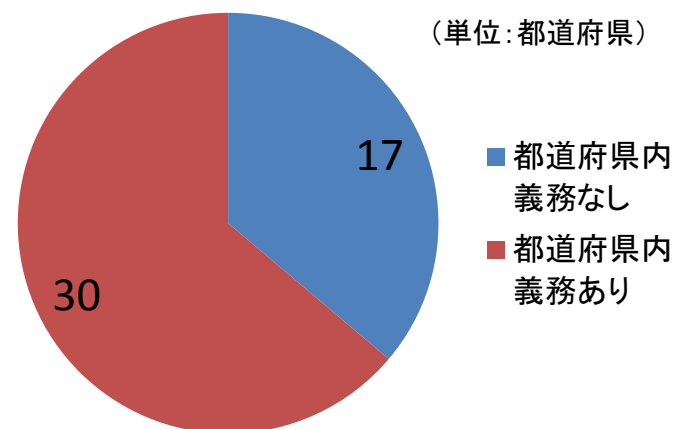
			臨床研修修了後に勤務する都道府県			
			A県		A県以外	
出身地	大学	臨床研修	人数	割合	人数	割合
A県	A県	A県	2,776	90%	304	10%
A県	A県	B県	321	36%	567	64%
A県	B県	A県	2,001	79%	543	21%
A県	B県	C県	474	9%	4,578	91%

<参考>

			臨床研修修了後に勤務する都道府県			
			A県		A県以外	
出身地	大学	臨床研修	人数	割合	人数	割合
B県	A県	A県	2,347	79%	617	21%

- ※1 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。
 ※2 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。
 ※3 A県は任意の都道府県。B県、C県はA県以外の都道府県。(C県はB県と一致する場合も含む)

修学資金貸与事業における初期臨床研修の都道府県内限定の有無



平成28年9月厚生労働省調査

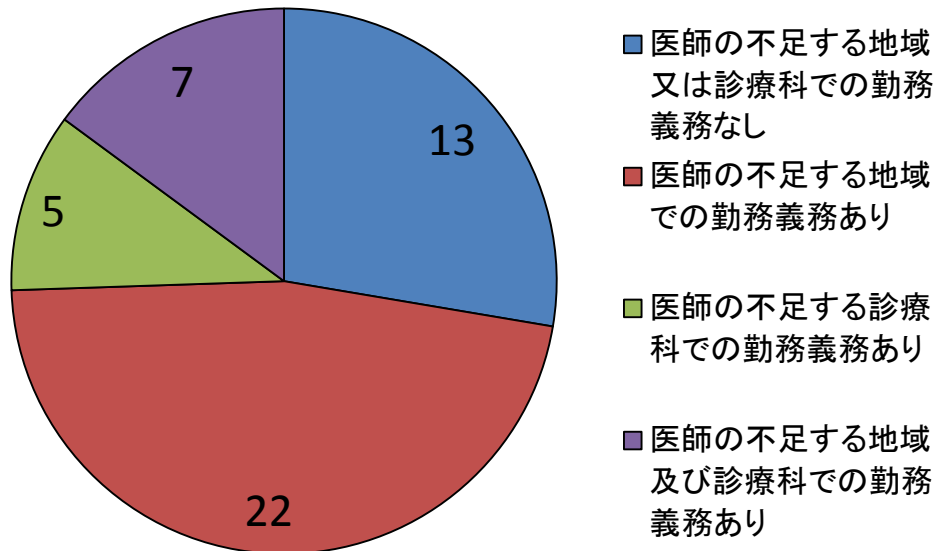
勤務地・診療科の限定及び就業義務年限

- 修学資金貸与事業において、医師の不足する地域又は診療科での勤務を義務づけていない都道府県が13ある。
- また、修学資金貸与事業において設定している就業義務年限は、都道府県によって4年間から9年以上まで差がある。

※自治医科大学における就業義務年限は貸与期間の1.5倍（貸与期間6年の場合9年間）。

修学資金貸与事業における勤務地・診療科の限定の有無

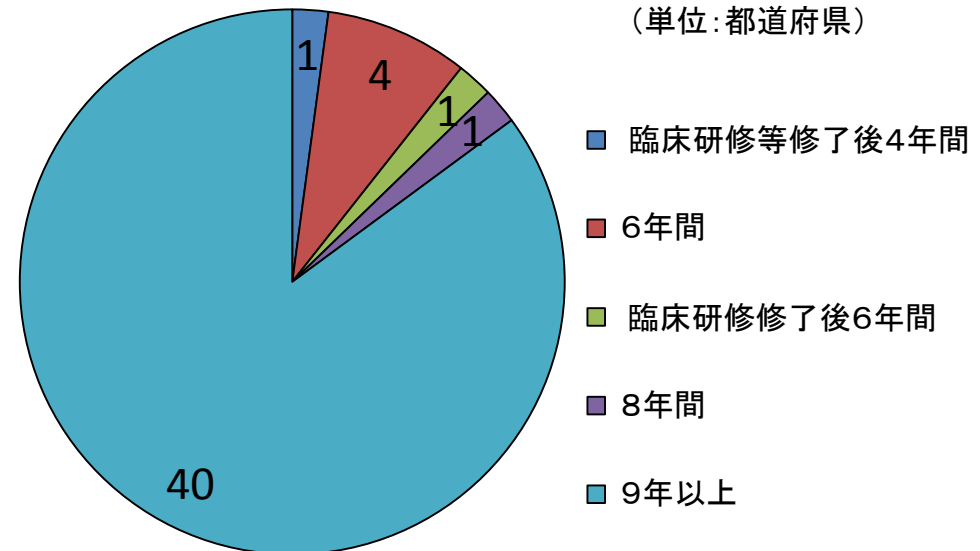
（単位：都道府県）



平成28年9月厚生労働省調査

修学資金貸与事業による就業義務年限の設定状況【貸与期間6年の場合】

（単位：都道府県）



平成28年9月厚生労働省調査

地域医療支援センターによる派遣調整の実績について (派遣先医療機関の設置主体者別、平成23年4月～28年7月実績)

○ これまでの実績では、公立医療機関への派遣が多くなっている。

公立医療機関

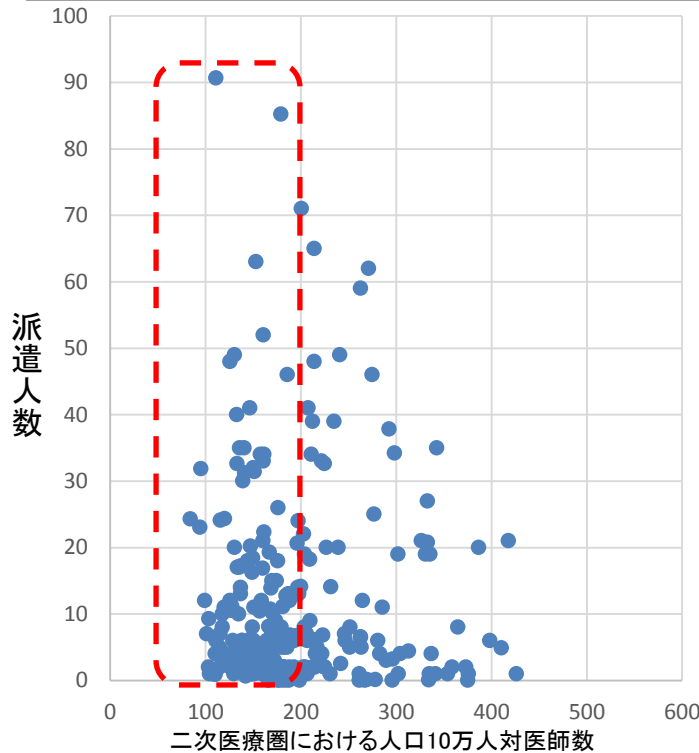
人口10万人対医師数200人未満医療圏への派遣実績は**153医療圏、1,923人**
(全体では235医療圏3,301人)

公的医療機関（公立医療機関を除く）

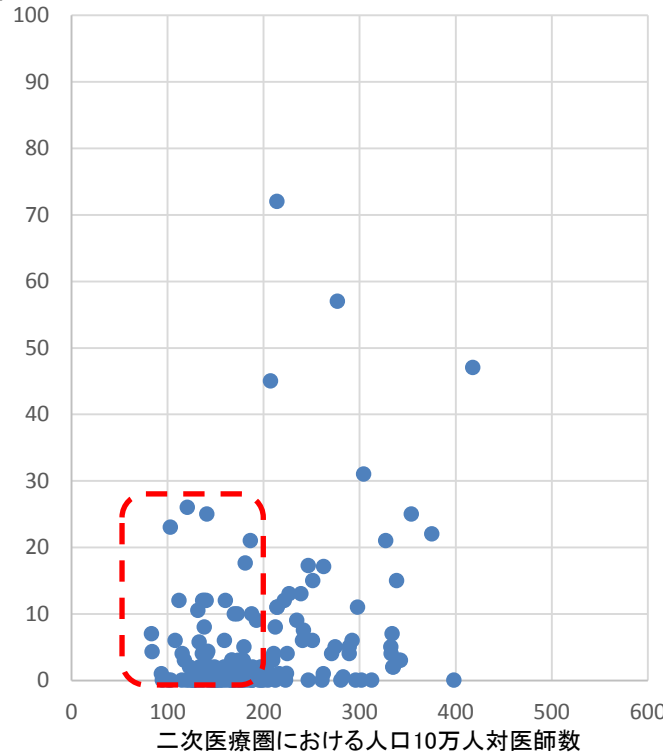
人口10万人対医師数200人未満医療圏への派遣実績は**54医療圏、327人**
(全体では98医療圏、887人)

民間医療機関等

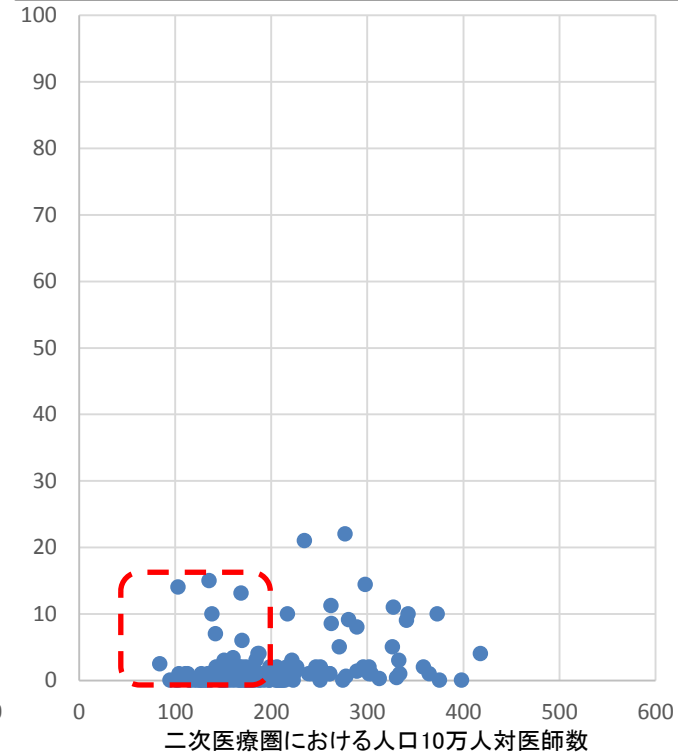
人口10万人対医師数200人未満医療圏への派遣実績は**51医療圏、131人**
(全体では91医療圏、325人)



(参考)へき地医療機関に占める公立施設数
へき地拠点病院 164/313施設(52.4%)



(参考)へき地医療機関に占める公的施設数
へき地拠点病院 37/313施設(11.8%)

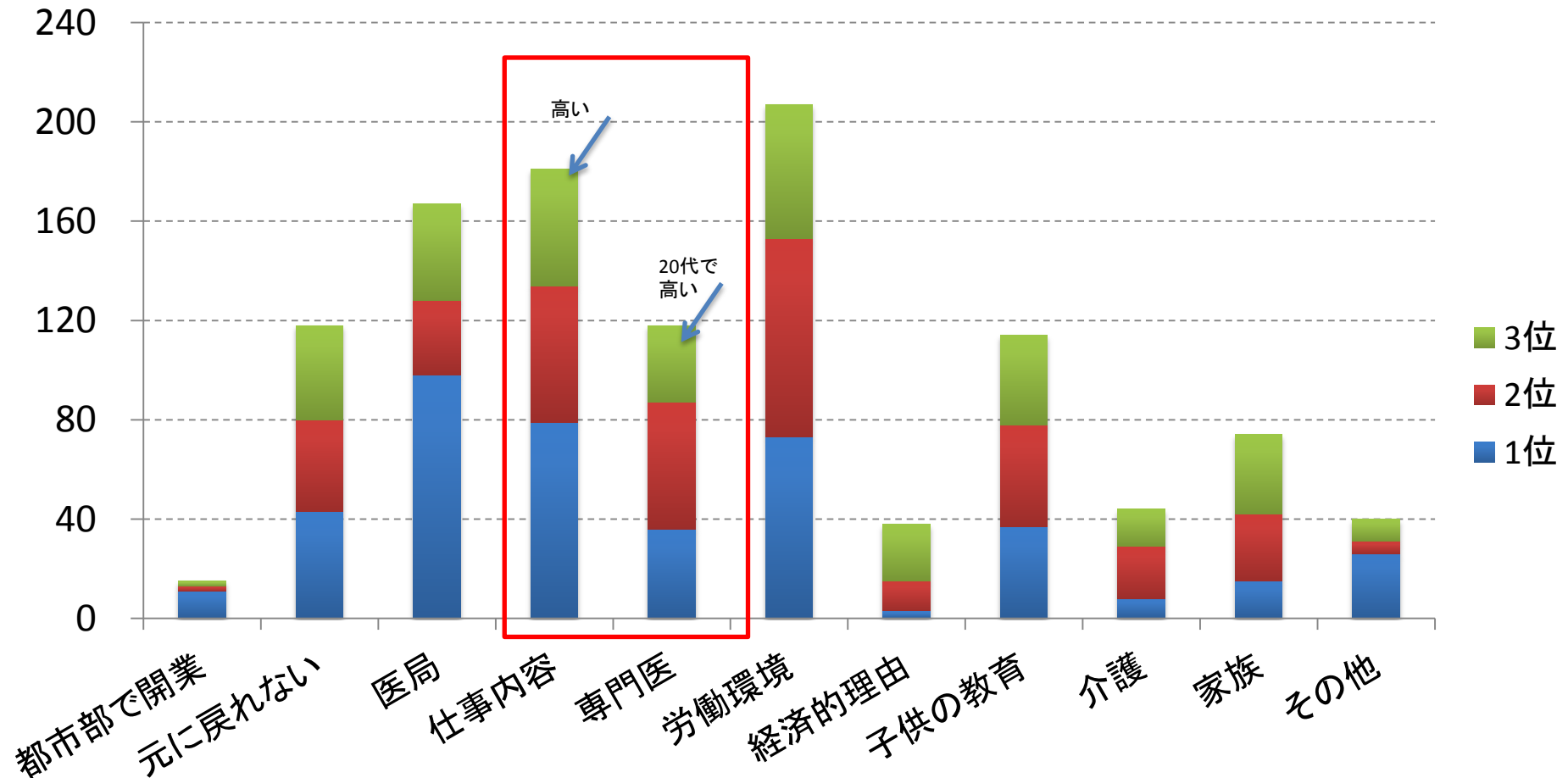


(参考)へき地医療機関に占める民間等施設数
へき地拠点病院 112/313施設(35.8%)
※うち、社会医療法人 16施設

地方勤務に対する医師の意向と仕事内容及び専門医の取得について

- キャリア形成プログラムの主な参加者は、医学部卒業後の若手医師を想定しているが、20代医師が地方で勤務する意思がない理由の上位には、「希望する内容の仕事ができないため」や「専門医等の資格取得が困難であるため」が挙げられている。

地方で勤務する意思がない理由(20代)



(出典) 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)

新たな専門医に関する仕組みについて（専門医の在り方に関する検討会（高久史磨座長） 概要）

H25.4.22

趣旨

医師の質の一層の向上及び医師の偏在是正を図ることを目的として検討会を開催。

現状

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">＜専門医の質＞＜求められる専門医像＞＜地域医療との関係＞ | <p>各学会が独自に運用。学会の認定基準の統一性、専門医の質の担保に懸念。</p> <p>専門医としての能力について医師と国民との間に捉え方のギャップ。</p> <p>医師の地域偏在・診療科偏在は近年の医療を巡る重要な課題。</p> |
|--|--|

新たな仕組みの概要

（基本的な考え方）

- 国民の視点に立った上で、育成される側のキャリア形成支援の視点も重視して構築。
- プロフェッショナルオートノミー（専門家による自律性）を基盤として設計。

（中立的な第三者機関）

- 中立的な第三者機関を設立し、専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を統一的に行う。

（専門医の養成・認定・更新）

- 専門医の認定は、経験症例数等の活動実績を要件とする。
- 広告制度（医師の専門性に関する資格名等の広告）を見直し、基本的に、第三者機関が認定する専門医を広告可能とする。

（総合診療専門医）

- 「総合診療専門医」を基本領域の専門医の一つとして加える。

（地域医療との関係）

- 専門医の養成は、第三者機関に認定された養成プログラムに基づき、大学病院等の基幹病院と地域の協力病院等（診療所を含む）が**病院群**を構成して実施。

（スケジュール）

- 新たな専門医の養成は、平成29年度を目安に開始*。研修期間は、例えば3年間を基本とし、各領域の実情に応じ設定。
- ※ 平成30年度を目途に19基本領域の養成を一斉に開始予定。

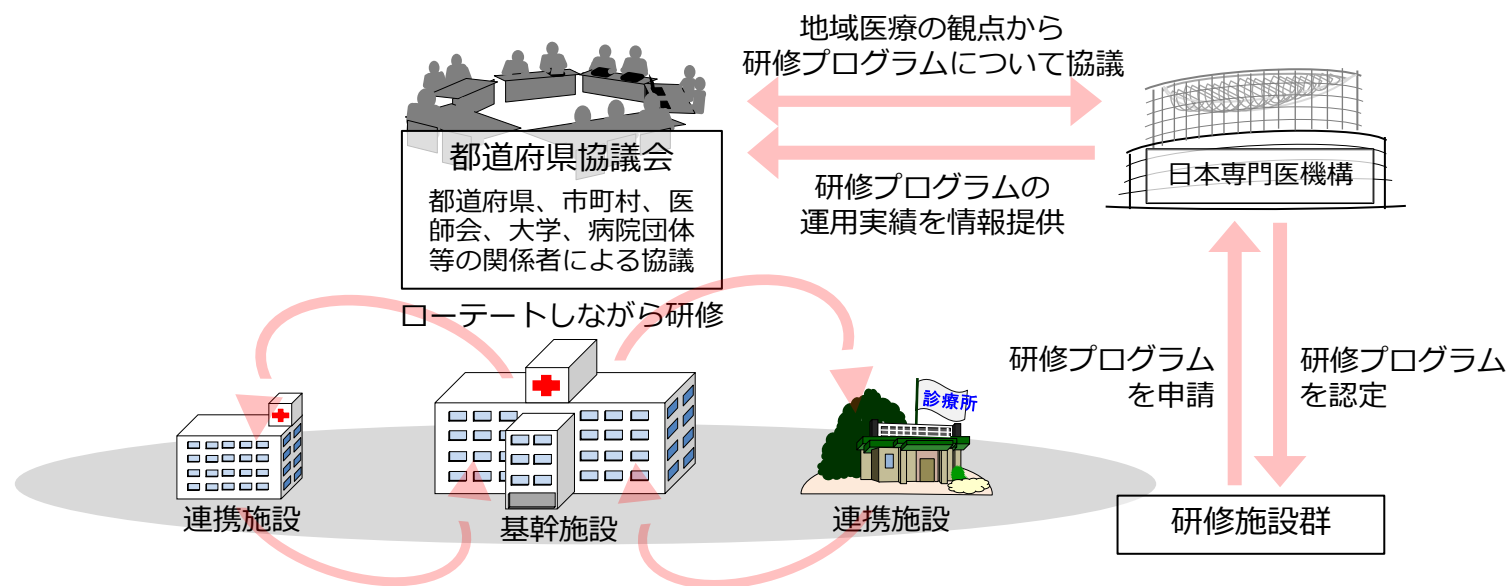
期待される効果

○専門医の質の一層の向上（良質な医療の提供）

○医療提供体制の改善

新たな専門医の仕組みにおける都道府県協議会について

- 新たな専門医の仕組みについては、地域医療へ与える影響への懸念を踏まえ、養成開始を1年延期し、平成30年度からの開始に向けて、日本専門医機構において準備中である。
- 今後、各都道府県に設置される協議会が、地域医療確保の観点から必要な施設が漏れていないか等、研修プログラムについて日本専門医機構と協議することとなっている。



(参考)「専門医制度新整備指針」(平成29年6月)(抄)

Ⅱ. 専門医育成 3. 専門研修プログラム制における専門研修プログラムの詳細 ⑦専門研修プログラムの審査・認定について
・ 専門研修プログラムの認定に際しては、地域分布に配慮を行うため、機構は、各領域の研修プログラムを承認するに際して、都道府県、市町村、医師会、大学、病院団体等からなる各都道府県協議会と事前に協議し決定する。

Ⅳ. 専門研修プログラムの検証と認定(更新を含む) 1. 専門研修プログラムの申請と認定 ② 認定の流れ iii. 機構での審査
研修プログラム認定後も、機構は、各都道府県協議会からの求めに応じ、専攻医の登録状況や連携施設等の医師配置の状況を含む研修プログラムの運用実績を当該基本領域学会と協議ののち情報提供する。各都道府県協議会は、地域医療の確保の観点から必要があれば意見を提出し、それを受けて、機構は、研修プログラムを各都道府県協議会と協議し、関係学会と調整を行い、必要な改善を行うべきものとする。

(参考)新たな専門医の仕組みの経緯

平成25年4月	厚労省	「専門医の在り方に関する検討会報告書」取りまとめ
平成26年5月	機 構	一般社団法人日本専門医機構設立
平成26～27年	機 構	専門医制度整備指針及び(領域ごとの)プログラム認定基準の策定、申請されたプログラムの審査等
平成28年2月～		地域医療の関係者から、医師偏在の懸念が示される
6月7日	日医 ・四病協	「新たな専門医の仕組みへの懸念について」 ※専門医機構及び基本領域学会に対する要望書 ・一度立ち止まり、地域医療、公衆衛生、地方自治、患者・国民の代表による幅広い視点を加えた検討の場を新たに設置 ・新たな検討の場で、医師及び研修医の偏在が深刻化しないかどうか集中的に精査
6月7日	大臣談話	「要望書の趣旨を理解するとともに、専門医機構と学会が、地域医療関係者や自治体等の意見を真摯に受け止め、なお一層の取組をすることを強く期待。」
6月27日	機 構	社員総会を開催し、新理事を選出 → 学会中心の体制から、地方自治体、患者・国民の代表など、幅広い関係者の体制に
7月20日	機 構	「専門医研修プログラムと地域医療にかかわる新たな検討委員会」(精査の場)を開催 ・平成29年度は新プログラムを認定せず、平成30年度を目途に一斉に開始
7月25日	機 構	社員総会を開催し、施行開始を1年間延期することを正式に決定。
12月16日	機 構	社員総会を開催し、「専門医制度新整備指針」を決定 ・基幹研修施設の基準を、原則、大学病院以外の医療機関も認定される水準とする ・機構は、研修プログラムの認定に際し、都道府県協議会に事前協議 ・妊娠、出産、育児等の理由による研修中断に柔軟に対応 等
平成29年2月15日	機 構	総合診療専門医に関する委員会を開催し、研修プログラムの内容等を議論
2月17日 3月17日	機 構	理事会を開催し、新整備指針の運用細則および補足説明を議論 → 3月21日よりパブリックコメント開始
4月24日	厚労省	「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」開催

- (予定)○ 今後、運用細則を策定するとともに、作成されたプログラム認定基準が新整備指針に沿っているかチェック
- 機構は、研修プログラムの認定に際し、各都道府県協議会と事前に協議

(参考) キャリア形成プログラム（徳島県の例）

地域特別枠卒業者の基本ローテーション

●6年間修学資金の貸与を受けた場合 → 9年間の場合の業務従事期間

	業務従事期間（最長９年間）								
年 数	1	2	3	4	5	6	7	8	9
ローテーション病院群	１・２群 臨床研修	１・２・３群							
		３群の病院を最低１年							
	９年間のうち、３群の病院を最低３年								

※3～6年目に3群の病院を最低1年勤務かつ
9年間のうち、3群の病院を最低3年間勤務

【徳島県内の公的医療機関等】

1 群病院： 県立中央病院，徳島市民病院，徳島赤十字病院，徳島県鳴門病院，
吉野川医療センター，阿南 中央病院，阿南共栄病院，阿波病院
2 群病院： 徳島大学病院
3 群病院： 県立海部病院，県立三好病院，つるぎ町立半田病院

- ・業務を最長で**3年間中断**し、国内外での留学・研修等が可能
- ・下記条件を満たし、知事が特別に認めた場合はさらに**4年間の中断**が可能
 - ①自身の医学的知識・能力の向上に役立つ進学等であること
 - ②加算期間中の研修計画等県が別に定める様式を提出すること
 - ③最低**1年間の3群勤務**をしていること

◆地域枠医学生とのランチタイムミーティング(知事、医学部長、総合診療医学分野教授の出席)
地域特別枠医学生(修学資金貸与) 1年生、6年生それぞれと。



地域医療支援センター基幹型 専門医研修プログラムの構築

キャリア形成と一体となった医師の適正配置により、
徳島の医療を牽引する医療リーダーを養成

- ・全52コース
- ・基本領域とサブスペシャリティを網羅
- ・徳島大学医学部教授、徳島大学病院診療科長がコース責任者
- ・地域特別枠※卒業者等に対応
- ・現在は新専門医制度に対応したプログラムを構築中

※地域別別枠・・・徳島県から修学資金の貸与を受けている者

徳島県地域医療支援センター [研修プログラム検索システムをホームページにアップ](#)
Takahima Community Medical Support Center

[センター紹介](#)
[活動報告](#)
[キャリア形成支援](#)
[プログラム検索](#)
[徳島の区画](#)
[地域特の方へ](#)

地域医療支援センター 基幹型専門医研修プログラム Program

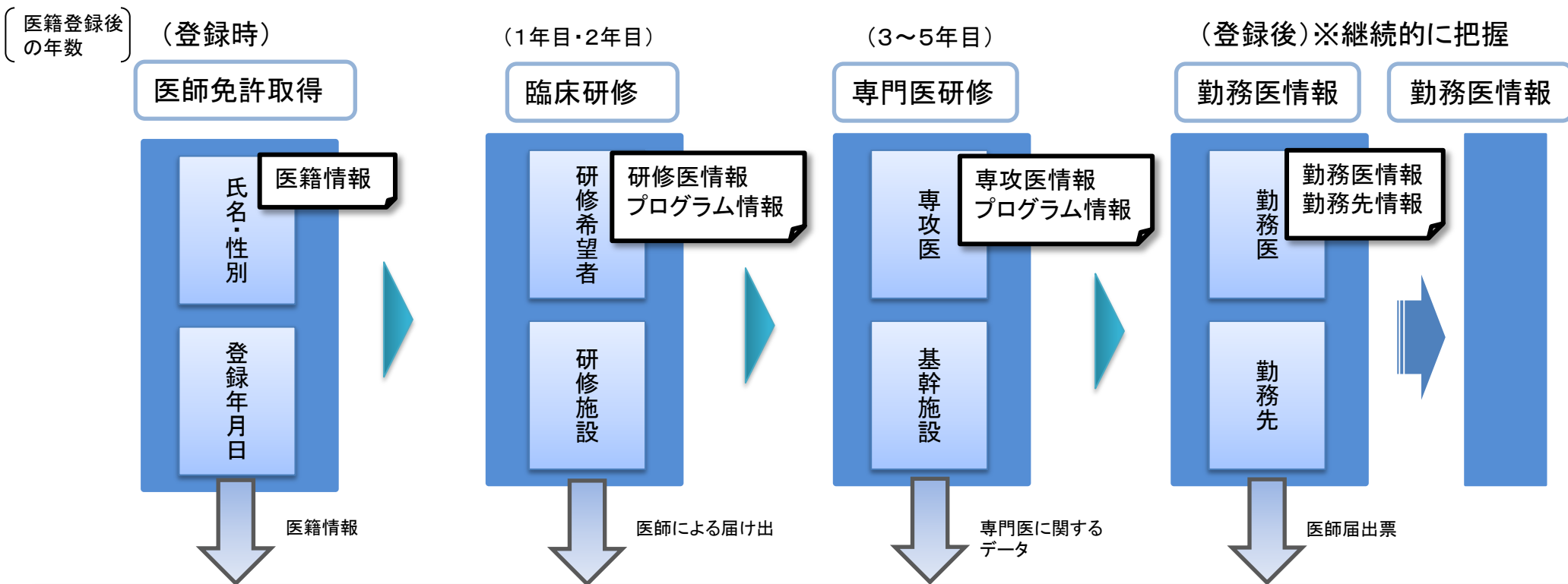
※ここに表示している区画編制以外も平権可能なので当センターに相談してください。

医療機関のグループ 1期 2期 3期

コース名	研修を行う 医療機関	研修を行う 診療科目	期間 (年)	取得できる専門 科目	コア 能力
プライマリ・ケアコース	徳島県立中央病院	総合診療科	2年以 上	家庭医療専門、内科専門 (追加研修により取得可能)	詳しく はこちら
	徳島市総合病院	内科			
	徳島市十字病院	総合診療科			
	徳島県専門病院	内科			
	岡豊村診療院	内科			
	徳島大学病院	内科			
	徳島県立海部病院	総合診療科			
	徳島県立三好病院	内科			
	つるぎ町立中央病院	総合診療科			

医師の地域的な適正配置のためのデータベース化事業

- 平成29年度予算事業として、医師の配置状況についての新たなデータベースを作成。今後、このデータベースから把握できる詳細な医師の配置状況等を、都道府県の医師確保に活用できるようになる予定。



- ・ 都道府県が偏在対策（研修医の募集定員調整、卒後の異動情報の活用等）を行うため、必要なデータを収集。
- ・ データ収集は都道府県又は国で行い、各都道府県が活用。

医師の情報（出身大学、研修先、勤務先等）、各研修プログラムの情報（施設、定員等）

医師の地域的な適正配置のためのデータベース（概要）

- 医籍情報、医師届出票、専門医情報を統合して、都道府県が医師確保に活用可能なデータベースを構築。
 - 各データに共通する項目（医籍登録番号など）で医師ごとの情報を紐付けし、医師の異動・キャリアパスの経年的な追跡が可能 ⇒ 都道府県における医師養成の方針決定に活用
 - 都道府県内の診療科ごとの医師の分布の詳細な分析が可能 ⇒ 都道府県の医師確保に活用

	医籍情報	医師届出票	専門医情報
主な データ項目	氏名、性別・生年月日、医籍登録番号・登録年月日		
	医師国家試験合格年月日		
	臨床研修に関する事項（※１）		
			専門医に関する事項（※２）
		主たる従事先	
		従たる従事先（※３）	
		就業形態（常勤、非常勤）（※３）	
		主たる業務内容（臨床、研究など）	
		診療科名	
備考		取得している専門性資格名等	
		出身大学医学部（※３）	
		医師法に基づき２年ごとに届け出されており、経年的なデータの入手が可能	今後、新たな専門医の仕組みの開始に伴い、データを収集・整理

← 各データに共通する項目

※１ 臨床研修に関する事項：臨床研修プログラム名、病院施設名、研修開始年月日、研修修了年月日など。

※２ 専門医に関する事項：専門研修プログラム名、機関誌説明、連携施設名、専門取得年月日、最新更新年月日など。

※３ 平成28年12月より届け出事項に追加しており、現在届け出データを集計中。

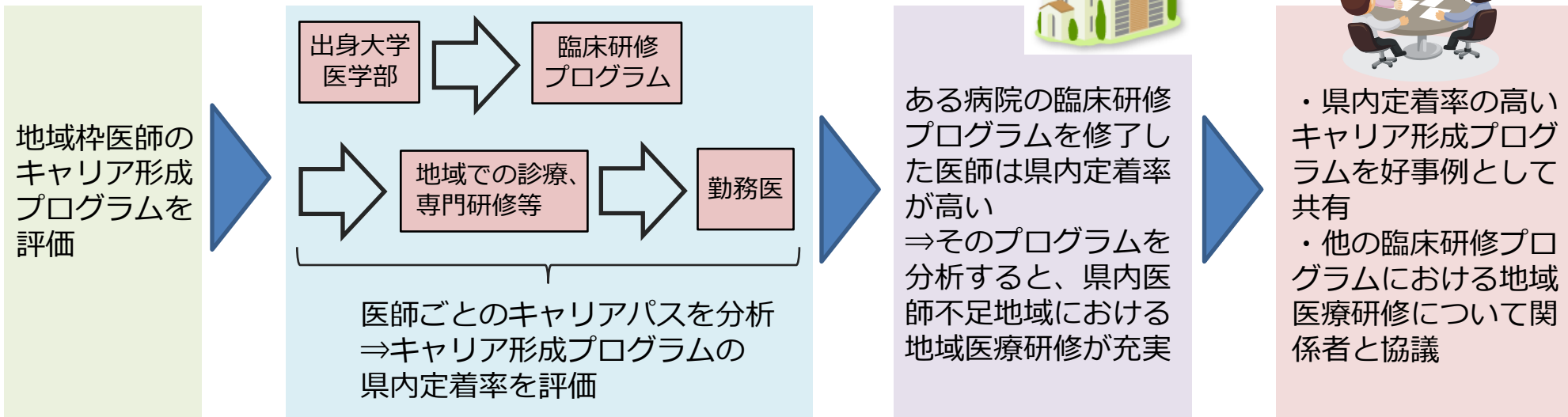
(参考) 医師届出票を活用して得られるデータ

	調査年				
	平成28年	平成26年	平成24年	平成22年	平成8～20年
氏名、医籍登録番号など					
氏名	○	×	×	×	×
性別・生年月日	○	○	○	○	○
医籍登録番号・登録年月日	○	○	○	○	○
住所 (都道府県・指定都市・中核市のみ)	○	○	○	○	○
従事先など					
従事施設・業務の種別	○	○	○	○	○
主たる従事先の名称	○	○	○	×	×
主たる従事先の所在地 (市区町村符号)	○	○	○	○	○
主たる業務内容	○	○	○	○	○
就業形態（常勤、非常勤）	○				
休業の取得	○				
従たる従事先の所在地 (市区町村符号)	○				
診療科、専門性資格、出身大学					
診療科名	○	○	○	○	○
取得している専門性資格名等	○	○	○	○	
出身大学医学部	○				

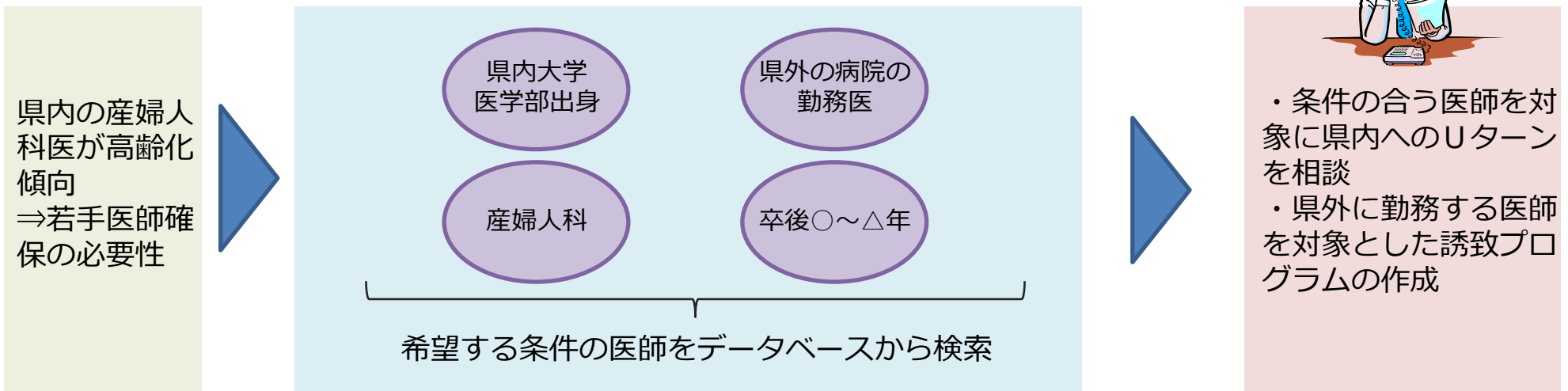
○：データあり ×：届け出項目には含まれるが、入力データなし 空欄：届け出項目に含まれない

医師の地域的な適正配置のためのデータベースの活用（イメージ）

活用例① キャリア形成プログラムの分析



活用例② 都道府県に縁のある医師の確保



キャリア形成プログラムについての論点①

- 今後、地域医療支援センターが派遣調整を行うことができる地域枠医師が増えることが見込まれる中、医師が不足する地域の医療機関へのより実効的な医師の派遣や、地域枠医師のキャリア形成上の不安を解消するため、地域医療支援センターの強化が必要である。
- キャリア形成プログラム等に関する都道府県への調査においては、次のような点が明らかとなった。
 - ① キャリア形成プログラムを策定していない都道府県がある。
 - ② キャリア形成プログラムの策定に当たり、各都道府県内における大学(医学部・付属病院)と十分連携が図られていない都道府県がある。
 - ③ 地域枠の修学資金貸与事業対象者の要件として、出身都道府県の要件や、臨床研修実施都道府県の要件が課されていない都道府県がある。
 - ④ 修学資金貸与事業において、勤務地や診療科を限定していない都道府県がある。
 - ⑤ 修学資金貸与事業における就業義務年限は、都道府県によって、4年間から9年間以上まで差がある。
 - ⑥ 地域医療支援センターの派遣実績として、公立医療機関への派遣が多い。

キャリア形成プログラムについての論点②

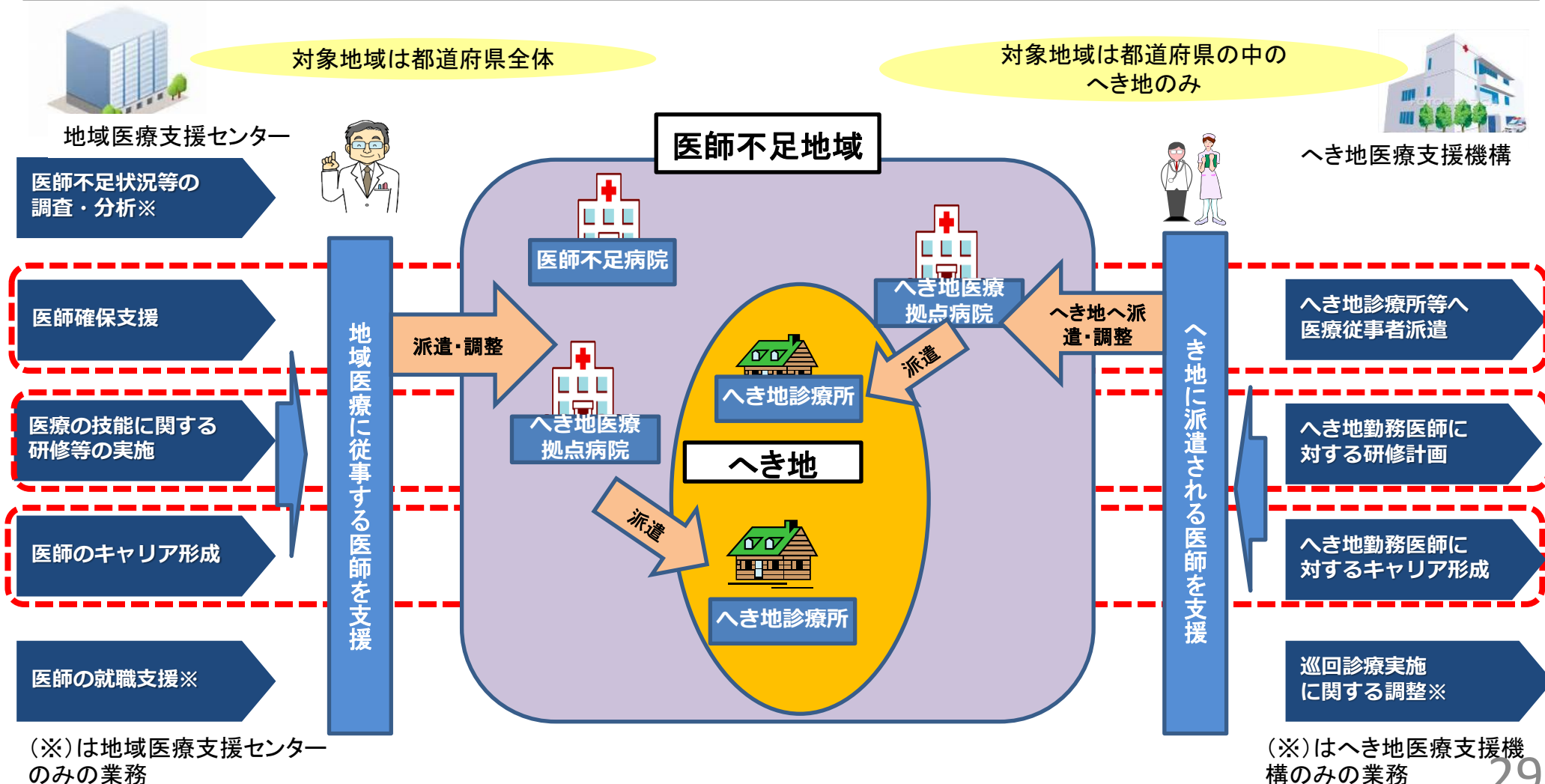
- このため、地域医療介護総合確保基金を活用した医師修学資金貸与事業について既に一部改善を促している次のような点について、基金を活用しない場合も含め、一層の改善が図られるよう、都道府県に促すこととしてはどうか。
- ① 地域枠医師の増加等に対応できるよう、全都道府県において、キャリア形成プログラムを必ず策定すること。
 - ② 医師のキャリア形成に関する知見を得たり、重複派遣の防止など医師確保の観点から大学(医学部・付属病院)による派遣と整合的な派遣を実施したりすることができるよう、地域医療支援センターがキャリア形成プログラムを策定する際には、大学(医学部・付属病院)と十分連携すること。
 - ③ 大学所在都道府県の出身者や、大学所在都道府県における臨床研修修了者は、臨床研修修了後、その都道府県に定着する割合が高いことから、原則として、地域枠の入学生は地元出身者に限定するとともに、大学所在都道府県において臨床研修を受けることとするよう、キャリア形成プログラムに位置づけること。
 - ④ 医師が不足する地域や診療科における医師を確保するという医学部臨時定員増の本来の趣旨に鑑み、キャリア形成プログラムにおいて、勤務地や診療科を限定すること。
 - ⑤ 修学資金貸与事業における就業義務年限について、対象者間のバラつきを全国では正するため、同様の枠組みである自治医科大学と同程度の就業義務年限とすること。その前提で、キャリア形成プログラムを策定すること。
 - ⑥ 地域枠医師の増加等を踏まえ、特段の理由なく、特定の開設主体に派遣先が偏らないようなキャリア形成プログラムとすること。
 - ⑦ ①～⑥について、出産、育児等、医学部入学時点では想定されなかったやむを得ない事情が発生した場合には、都道府県が、キャリア形成プログラムの内容の変更等について、柔軟に対応できるようにすること。

- 「希望する内容の仕事ができない」「専門医等の資格取得が困難」といった若手医師の地方勤務への不安を解消するため、若手医師にとって、より仕事内容や専門医の取得に配慮されたキャリア形成プログラムとする必要があるのではないか。
- 今後、作成予定の、詳細な医師の配置状況が把握できる新たなデータベースを活用し、都道府県の医師確保に活用すべきではないか。
例えば、キャリア形成プログラムを活用した医師の県内定着率等から、キャリア形成プログラムの改善等に役立てることができるのではないか。

- (1) キャリア形成プログラムについて
- (2) へき地における医師確保について**
- (3) 若手医師へのアプローチについて
- (4) 医師の勤務負担軽減について

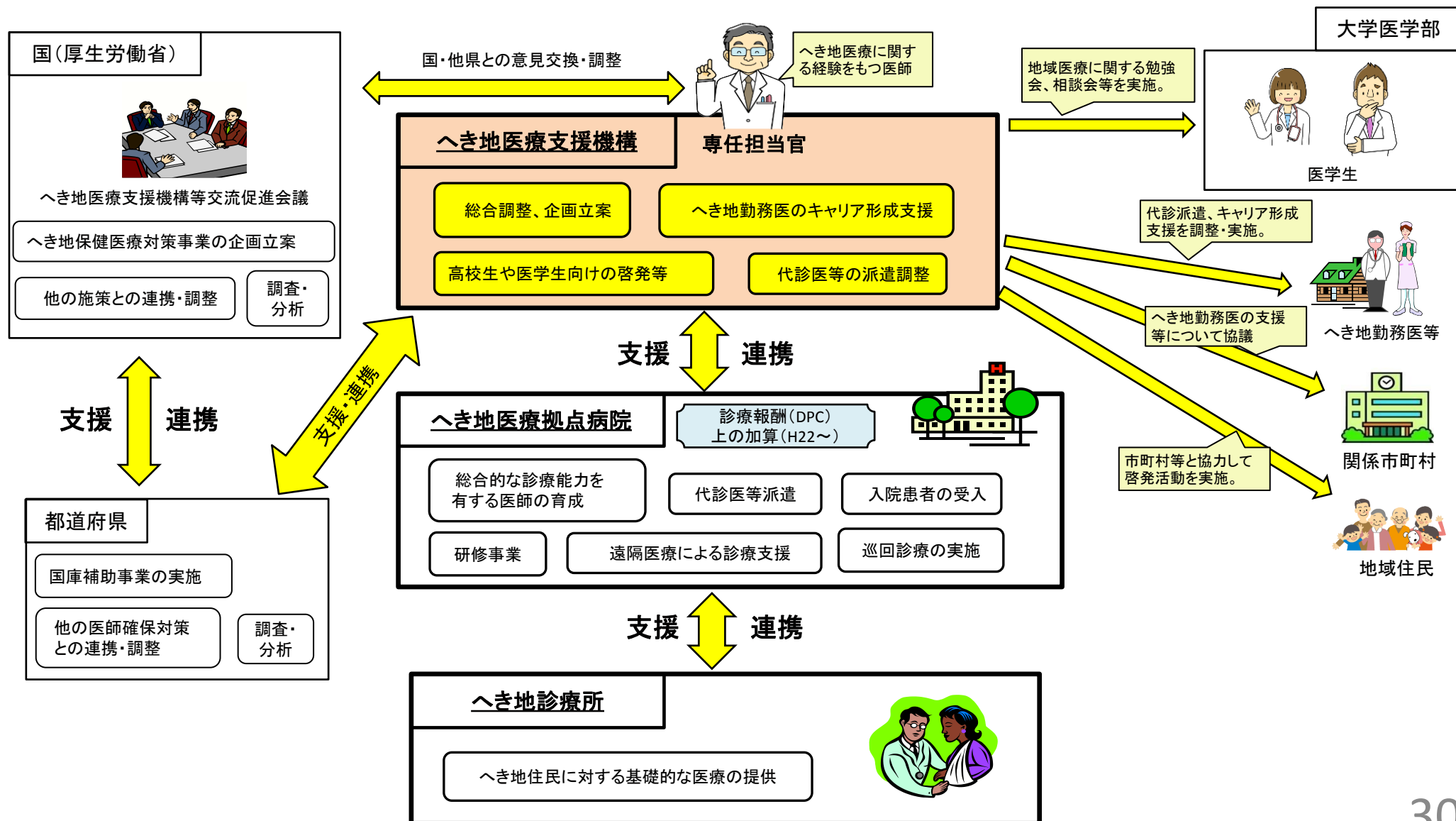
へき地における医師確保について

- 都道府県には、都道府県全体の医師確保を図る地域医療支援センターと、へき地に特化した医師確保を図るへき地医療支援機構が設置されている。
- これらは、医師の派遣調整等の機能が一部重複しているが、それぞれの方針で医師の派遣調整等を行うなど、連携が図られていない都道府県がある。



へき地医療支援機構について

へき地診療所等からの代診医の派遣要請等広域的なへき地医療支援事業の企画・調整等を行い、へき地医療対策の各種事業を円滑かつ効率的に実施することを目的とし、各都道府県単位で設置。



地域医療支援センターとへき地医療支援機構について

- 都道府県によっては、地域医療支援センターとへき地医療支援機構を既に統合して、一体的に業務を実施している例もある。

設置状況

組織	主体(委託先)	運営費	備考
地域医療支援センター	都道府県(大学に委託9、大学に一部業務を委託13、その他4)	地域医療介護総合確保基金	主に地域枠医師、ドクターバンクが対象
へき地医療支援機構	都道府県(病院等に委託11)	医療施設等施設整備費補助金等	主に自治医科大学出身医師が対象

※現在、地域医療支援センターとへき地医療支援機構が統合しているのは3県(青森県、山形県、愛知県)

統合している3県の意見

- ・医師のキャリア形成とへき地医療(へき地勤務義務)の両方に配慮した医師の配置調整が可能となる。
- ・専門医制度等のキャリア形成等について一緒に検討することができる。
- ・地域医療政策の一体的推進、意思決定の迅速化、会議事務の煩雑さの回避が図られる。

※統合が難しいという都道府県の意見

- ・地域医療支援センターとへき地医療支援機構の運営主体が異なっているため、どちらか一方が双方の業務を担うとすればへき地医療支援が手薄になる懸念がある。
 - ・へき地医療支援機構においては、県の人事権の範疇で代診医派遣やドクタープールを行っているが、統合することになった場合に、この業務を地域医療支援センターに担わせるためには業務命令系統等で業務遂行が困難になる。
- (注)地域医療支援センターの設置箇所:大学、へき地医療支援機構の設置箇所:県庁(県内病院に委託)

(参考) 地域医療支援センターとへき地医療支援機構の業務体制①

都道府県		地域医療支援センター		へき地医療支援機構	
		人員体制	設置先	人員体制	設置先
1	北海道	専任医師1名、専従職員3名	直営	専任医師1名、兼任職員3名	直営
2	青森県	専任医師2名、専従職員7名	直営	専任医師2名、専従職員7名	直営
3	岩手県	専任医師3名、専従職員1名	直営	専任医師1名	直営
4	宮城県	専任医師1名、専従職員3名	直営	専任医師1名、兼任職員5名	直営
5	秋田県	専任医師2名、専従職員3名	一部委託(秋田大学)	専任医師1名	直営
6	山形県	専任医師1名、専従職員5名	直営	専任医師1名、兼任職員5名	直営
7	福島県	専任医師1名、専従職員4名	委託(福島県立医科大学)	兼任職員2名	直営
8	茨城県	専任医師3名、専従職員11名	直営	専任医師1名、兼任職員39名	委託(茨城県立病院)
9	栃木県	専任医師1名、専従職員2名	直営	専任医師1名、兼任職員2名	直営
10	群馬県	専任医師2名、専従職員3名	一部委託(群馬大学)	専任医師1名、兼任職員1名	直営
11	埼玉県	専任医師2名、専従職員4名	直営	※未設置	—
12	千葉県	専任医師1名、専従職員4名	一部委託(千葉大学)	※未設置	—
13	東京都	専任医師1名、専従職員3名	直営	専任医師1名、専従職員5名	直営
14	神奈川県	兼任医師1名、兼任職員3名	直営	※未設置	—
15	新潟県	専任医師2名、専従職員3名	一部委託(新潟大学)	専任医師1名	直営
16	富山県	専従職員2名	直営	専任医師1名、兼任職員4名	直営
17	石川県	専任医師1名、専従職員1名	直営	専任医師1名	直営
18	福井県	専任医師4名、専従職員2名	一部委託(福井大学)	専任医師2名、兼任職員2名	委託(福井県立病院)
19	山梨県	専任医師1名、専従職員1名	一部委託(山梨大学)	※未設置	—
20	長野県	専任医師2名、専従職員2名	一部委託(信州大学等)	※未設置	—
21	岐阜県	専任医師2名、専従職員2名	委託(岐阜大学)	専任医師2名、兼任職員1名	直営
22	静岡県	専任医師3名、専従職員3名	直営	専任医師1名、兼任職員2名	委託(静岡県立総合病院)
23	愛知県	専任医師3名、専従職員8名	直営	専任医師1名、専従職員2名	直営(地域医療支援センターの一部)
24	三重県	専任医師3名、専従職員3名	一部委託(三重大学)	専任医師2名	直営

※「専任医師」は当該組織での勤務が主であるが、医療機関等で診療等を行うことも可能

※「専従」は当該組織で専ら勤務する場合

※「兼任」は他の業務も兼務で行う場合

(参考) 地域医療支援センターとへき地医療支援機構の業務体制②

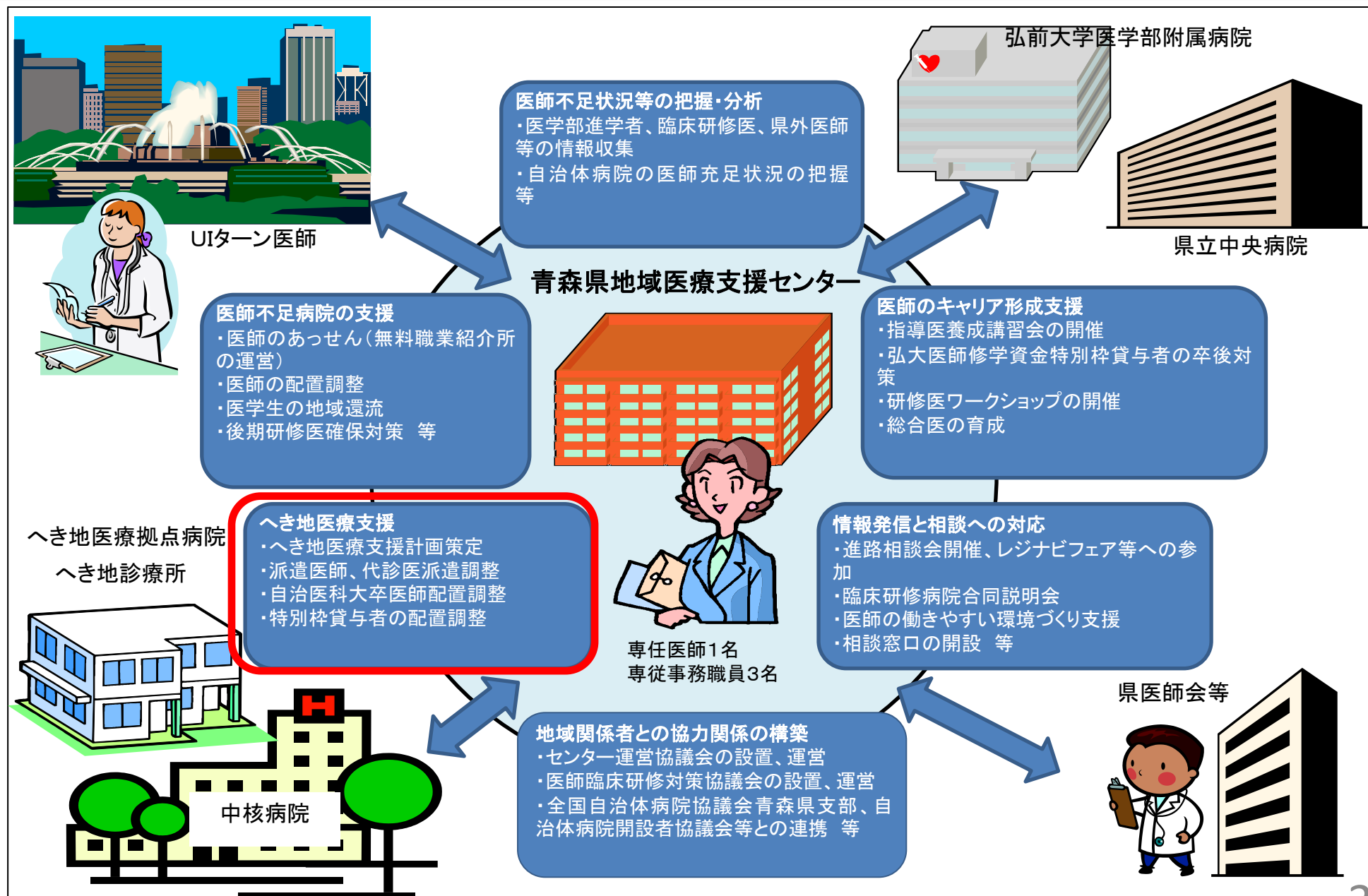
都道府県		地域医療支援センター		へき地医療支援機構	
		人員体制	設置先	人員体制	設置先
25	滋賀県	専任医師1名、専従職員3名	一部委託(滋賀医科大学)	専任医師2名、兼任職員6名	委託(長浜市立湖北病院)
26	京都府	専任医師2名、専従職員3名	直営	兼任職員1名	委託(京都府立医科大学附属北部医療センター)
27	大阪府	専任医師1名、専従職員4名	委託((地独)大阪府立病院機構)	※未設置	—
28	兵庫県	専任医師2名、専従職員4名	直営	専任医師1名、兼任職員8名	直営
29	奈良県	専任医師1名、専従職員1名	一部委託(奈良県立医科大学)	専任医師1名、兼任職員1名	委託(H28.4～南奈良総合医療センター)
30	和歌山県	専任医師2名、専従職員5名	委託(和歌山県立医科大学)	専任医師1名、専従職員2名	直営
31	鳥取県	専任医師1名、専従職員1名	一部委託(鳥取大学)	専任医師1名	直営
32	島根県	専任医師9名、専従職員6名	委託((一財)しまね地域医療支援センター)	専任医師1名、専従職員5名	直営
33	岡山県	専任医師2名、専従職員4名	直営	専任医師1名、専従職員1名	委託(岡山済生会総合病院)
34	広島県	専任医師1名、専従職員8名	委託((公財)広島県地域保健医療推進機構)	専任医師1名、兼任職員3名	委託((公財)広島県地域保健医療推進機構)
35	山口県	専任医師2名、専従職員3名	一部委託(山口大学)	専任医師1名、専従職員5名	直営
36	徳島県	専任医師1名、専従職員2名	委託(徳島大学)	専任医師1名、専従職員1名	直営
37	香川県	専任医師1名、専従職員3名	直営	専任医師1名、専従職員1名	委託(香川県立中央調印)
38	愛媛県	専任医師2名、専従職員3名	委託(愛媛大学)	専任医師2名、兼任職員12名	委託(愛媛県立中央病院)
39	高知県	専任医師2名、専従職員2名	委託(高知医療再生機構・高知大学)	専任医師1名、兼任職員2名	直営
40	福岡県	専任医師2名、専従職員2名	直営	専任医師1名、兼任職員1名	直営
41	佐賀県	専任医師1名、専従職員1名	直営	※未設置	—
42	長崎県	専任医師2名、専従職員3名	委託(長崎大学)	専任医師1名、兼任職員4名	一部委託(NHO長崎医療センター)
43	熊本県	専任医師2名、専従職員4名	一部委託(熊本大学)	専任医師1名、兼任職員6名	直営
44	大分県	専任医師2名、専従職員3名	委託(大分大学)	専従職員5名	直営
45	宮崎県	専任医師3名、専従職員3名	直営	専任医師1名、兼任職員11名	直営
46	鹿児島県	専任医師1名、専従職員2名	委託(鹿児島大学)	専任医師1名、兼任職員11名	直営
47	沖縄県	専任医師1名、専従職員3名	委託(琉球大学)	専任医師1名、兼任職員2名	委託((公財)地域医療振興協会)
備考		・平成28年7月厚労省調査		・平成29年6月厚労省調査 ・へき地医療支援機構が未設置の理由は、へき地がない等によるもの	

※「専任医師」は当該組織での勤務が主であるが、医療機関等で診療等を行うことも可能

※「専従」は当該組織で専ら勤務する場合

※「兼任」は他の業務も兼務で行う場合

(参考) 地域医療支援センターとへき地医療支援機構とを統合している青森県の例



へき地での診療を含むキャリア形成プログラムについて

- 地域医療支援センターとへき地医療支援機構が統合していない都道府県でも、両者が連携して、へき地を含めたキャリア形成プログラムを策定しているところもある。

地域医療支援センターとへき地医療支援機構が連携しキャリア形成を行っている例

(参考)しまね地域医療支援センターのキャリア形成支援 概要

県の奨学金の貸与を受けた医師や地域枠出身の医師、地域医療を志す医師が島根県に軸足を置きながらキャリアアップできるよう支援



若手医師

登録

支援

しまね地域医療
支援センター

医師会

医療
機関

県

島根
大学

市町村

しまね地域医療支援センターにおいて、本人との面談や、県(へき地医療支援機構含む)や医療機関、医師会といった関係者と調整を実施「キャリアアップ」「地域枠・奨学金等の義務的勤務」を両立するキャリアプランの作成を支援!

★キャリアプログラム(例)

本人の希望を尊重した研修・海外研修(高度・最先端の医療技術を習得)

	1年目	2年目	3年目	4年目	5年目	6年目	7年目	8年目	9年目	10年目
研修施設	初期臨床研修		後期研修(3～5年)						県外病院	地域病院 (地域診療所)
	県内病院	地域病院 (出身地)	大学病院		地域病院		大規模病院			
資格等	←				【認定医取得】			←	【専門医取得】	

地域の期待・現状把握

幅広い診療能力を養成

指導的な立場で後輩を育成

高度な医療、多様な症例などを経験する専門研修

※地域病院にへき地拠点病院やへき地診療所を含む

- 現状では、地域医療支援センターとへき地医療支援機構とで派遣調整等の連携が行われていない都道府県がある。
- 統一的・効果的な医師派遣調整を可能とし、事務の重複を排除するため、地域医療支援センターとへき地医療支援機構の統合も視野に、へき地も含めた一体的な医師確保を行うことについて、どのように考えるか。
また、一体的に医師確保を行うに当たっては、へき地を含めたキャリア形成プログラムを策定するべきではないか。
- 地域医療支援センターとへき地医療支援機構の統合が直ちには困難である場合には、少なくとも、キャリア形成プログラムの策定や派遣調整等に当たって十分な連携を図るべきではないか。

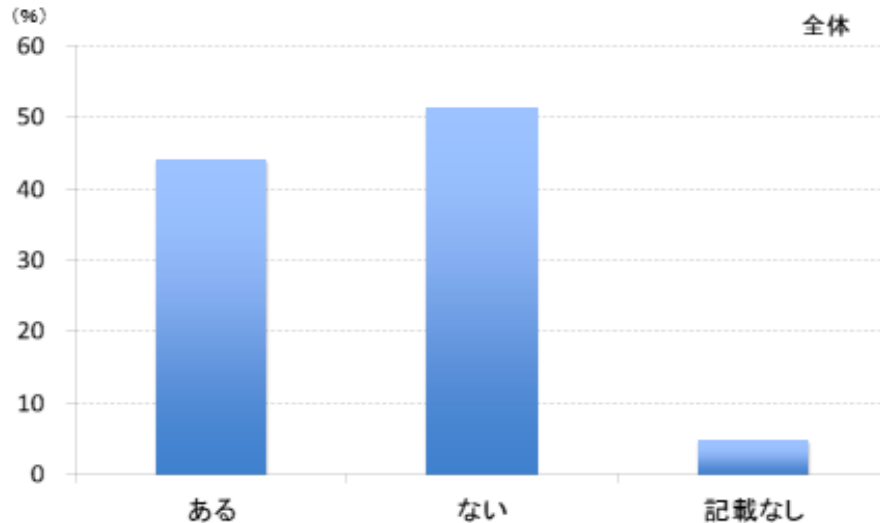
- (1) キャリア形成プログラムについて
- (2) へき地における医師確保について
- (3) 若手医師へのアプローチについて**
- (4) 医師の勤務負担軽減について

地方勤務に対する医師の意向について

○ 地方勤務の意思がある医師が半数弱。特に、若手医師ほど地方勤務の意思がある傾向。

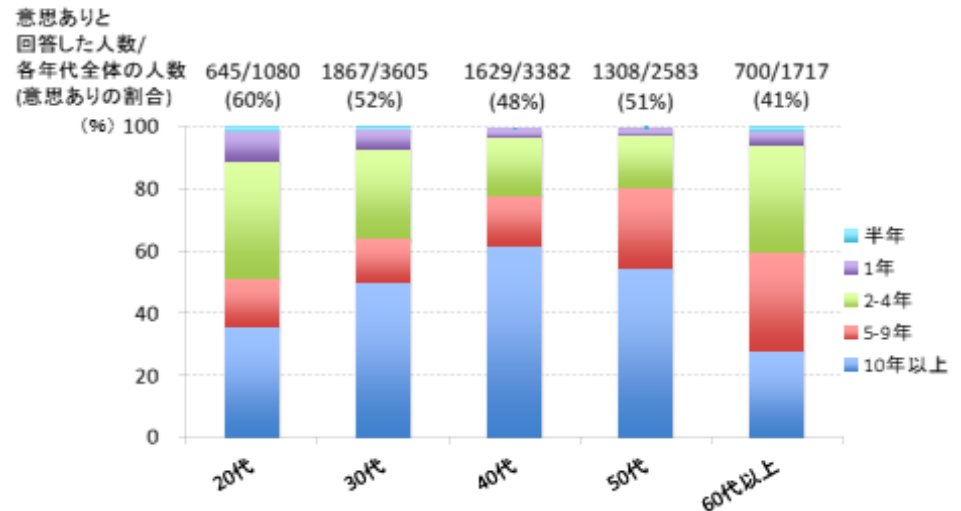
東京都23区及び政令指定都市、 県庁所在地等の都市部以外で勤務する意思

○ 医師の44%が、今後、地方（東京都23区及び政令指定都市、県庁所在地等の都市部以外）で勤務する意思がある。



地方で何年勤務する意思があるか (勤務医のみ、年代別)

○ 20代の勤務医のうち、60%が地方で勤務する意思があると回答。
○ 地方で勤務する意思がある医師は、20代は2～4年を希望する割合が多く、30代以上は10年以上を希望する割合が高くなる。



➤ 地方勤務の意思がない理由

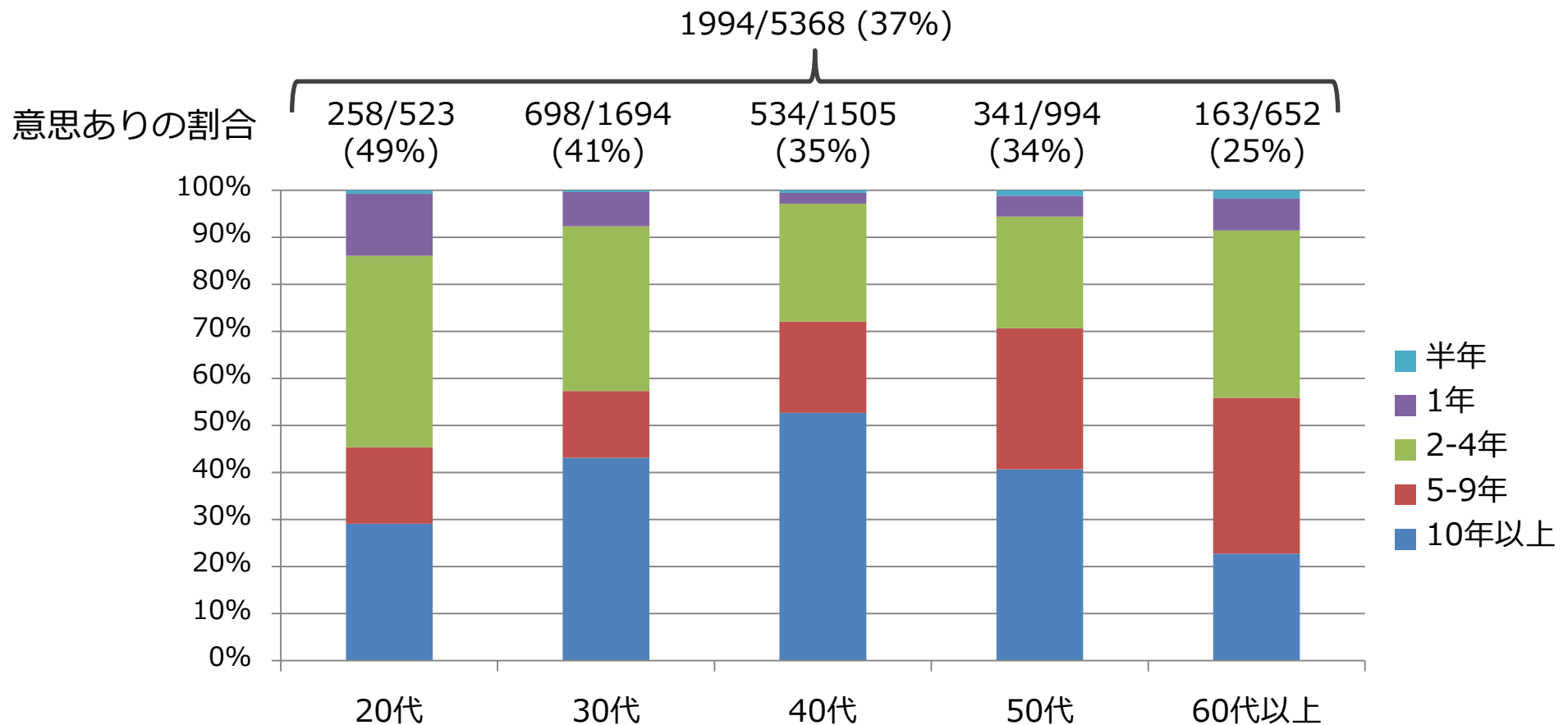
- ✓ どの年代にも共通:「労働環境への不安」、「希望する内容の仕事が出来ない」
- ✓ 20代: 医局の人事により選択の余地が無い、専門医等の資格取得が困難、が高い
- ✓ 30・40代: 子供の教育環境、が高い

(出典) 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)

東京都23区・政令指定都市・県庁所在地に勤務する勤務医の地方勤務する意思

- 東京都23区・政令指定都市・県庁所在地に勤務する20代の勤務医のうち、49%が地方で勤務する意思があると回答。
 - 地方で勤務する意思がある医師は、20代は2～4年間を希望する割合が多く、30代～50代は10年以上を希望する割合が高くなる。
- ※地方：東京都23区及び政令指定都市、県庁所在地等の都市部以外と定義

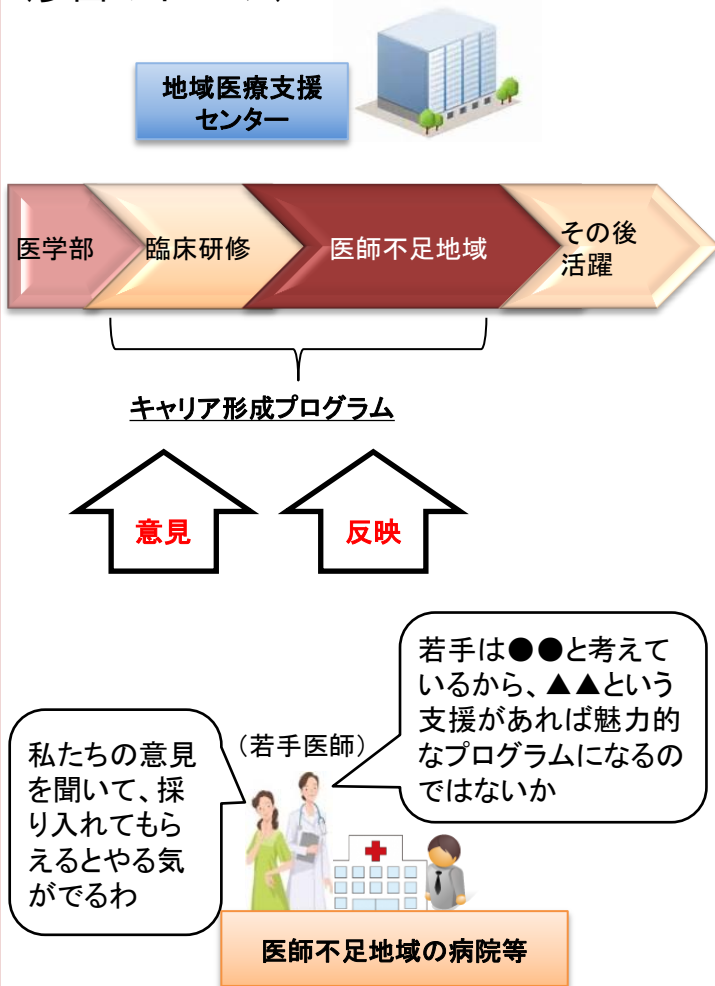


「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査結果」(平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班) を基に医政局医事課で作成

地域医療支援センターの取組に関する若手医師の参画について①

- キャリア形成プログラムを策定する際には、キャリア形成の当事者である、地域枠医師等の意見を聞くことを促している。

(参画のイメージ)



(高知県の事例) 高知県臨床研修連絡協議会

協議会を通じて、若手医師、医学生がキャリア形成プログラムに関与

高知県臨床研修連絡協議会

(目的)

高知県における研修医の確保、臨床研修の質の向上、病院間の募集定員の調整等を行うために設置

(構成)

高知県(医師確保・育成支援課)
高知県医師会
高知大学医学部附属病院
臨床研修病院(基幹型は全て参加)

※各病院からは臨床研修担当者だけでなく、研修医も多数参加

※また、大学医学部学生も複数名参加

※事務局は高知医療再生機構

(事業)

- ・指導医養成ワークショップの開催
- ・県外臨床研修合同セミナーへの参加
- ・県内臨床研修合同説明会の開催
- ・情報発信事業
- ・初期臨床研修の共通オリエンテーション等開催支援
- ・研修医らが企画する事業への支援

若手医師・医学生の意見(議事録より)

- ・研修プログラムがどのような意図で作られているのかが分かり、今後の研修に活かせる。
- ・他県の大学の実習では県内と被災地の病院を回って被災地実習、地域医療実習を行うことで、地域医療や被災地のボランティア、病院の実習ができて勉強になる。
- ・病院見学は随時受付けているが、まとめて受け入れるイベントがあるといい。学生が興味を持つ内容を考えてみたい。
- ・後期研修医を増やして盛り上げていきたい。高知県に残ることのメリットがもっとはっきりわかるとよい。専門医も取りやすいことをアピールできれば良いと思う。

地域医療支援センターの取組に関する若手医師の参画について②

- 若手医師向けのイベントについて、若手医師が自ら企画・開催したものを行政が支援し、SNS等も活用した周知を図り、多くの参加者を集めた例がある。

(高知県の事例)

- ・高知県地域医療支援センターがフェイスブックを活用し、若手医師向けポータルサイト「コーチレジ」を開設。
- ・若手医師自ら企画・開催するイベント情報など、研修中の若手医師の興味を引く情報を配信。
- ・例えば、若手医師向けのイベント「コーチフェス」では、平成24年以降、毎年100人程度が参加。

コーチレジ (フェイスブックポータルサイト)



- ・フォロワー 408人
- ・「いいね！」 415件
(平成29年6月13日現在)

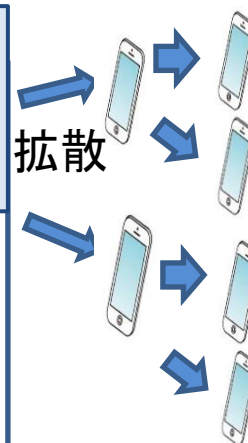
イベント情報を投稿

コーチフェス (投稿例)

県内研修医が企画し、研修医を中心に医学生や指導医、開業医等と共に学ぶイベント
(地域医療支援センターが支援)



- ・「いいね！」59人
- ・シェア 16件
(平成29年6月13日現在)



SNSは、友人等への拡散(シェア)が容易であり、特に若者の間で情報が広がりやすい

平成24年以降、毎年100人程度が参加

その他の投稿例

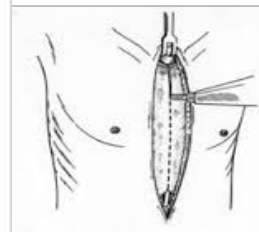
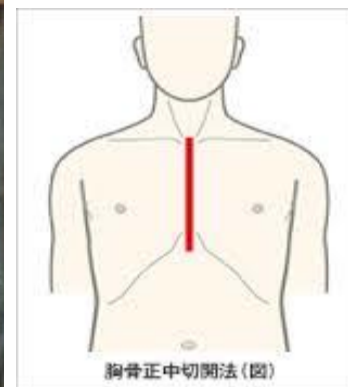
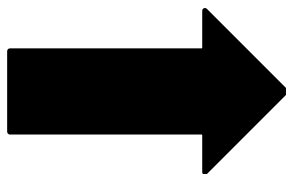
- ・レジデントクエスト:
2年目研修医が1年目研修医に対して有用な情報を伝授するための研修医企画(メンタルヘルス対策も行う)
- ・サマーキャンプ:
心エコー実践セミナー等の実技を中心に学ぶ、一泊二日で行うキャンプ

WIC-43

例②: 胸骨正中切開ティッシュ

ポケットティッシュのミシン部分を心臓血管外科手術の手術線に見立て、医師の好奇心を引きそうなデザインに変更することにより他のポケットティッシュとの差別化を図った。

↓ 以前のティッシュ



東京、大阪、福岡等で開催されている全国合同病院説明会において、複数病院の研修医やスタッフが単一のブースを構え、平成23年度以降、①見学助成金のビラや②胸骨正中切開ティッシュといった工夫されたツールを活用することで、ブース来場者数が増加。

(活動の結果)

- ・ブース来場者数: 平成22年度102人⇒平成27年度781人(約8倍)
※平成27年度のブース来場者の中で採用につながったのは18人
- ・病院見学者数: 平成22年度1人⇒平成28年度25人(約25倍)
- ・県内臨床研修マッチング数: 平成22年度50人⇒平成28年度66人約1.3倍



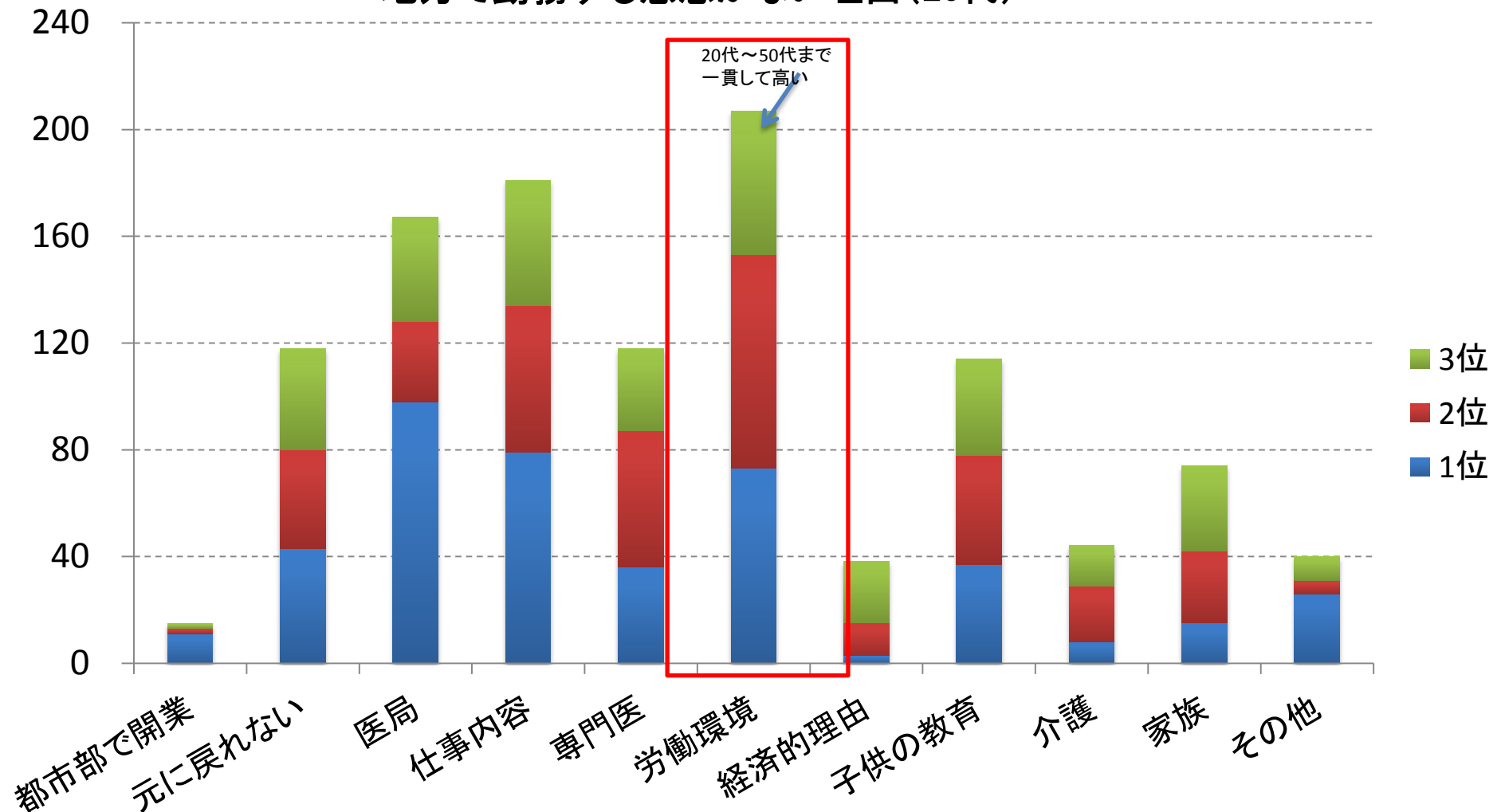
- キャリア形成プログラムの主な参加者は、医学部卒業後の若手医師を想定しており、また、若手医師ほど地方勤務の意思があるといった調査結果もある。
- 地域医療支援センターによる医師確保の実効性向上のため、SNS等を活用して若手医師の主体的な参画を促すなど様々な関わり方を可能にすることで、今以上に若手医師へのアプローチを強化することについて、どのように考えるか。

- (1) キャリア形成プログラムについて
- (2) へき地における医師確保について
- (3) 若手医師へのアプローチについて
- (4) 医師の勤務負担軽減について**

地方勤務に対する医師の意向と労働環境について

- 医師が地方で勤務する意思がない理由の上位に、「労働環境に不安があるため」が挙げられている。これは20代～50代まで一貫した傾向となっている。

地方で勤務する意思がない理由(20代)



(出典) 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)

医師が少ない地方の病院での医師の勤務スケジュール（イメージ）

- 医師の不足している病院では、少ない医師（1～2名で診療科を担当）で、平日昼間の診療、夜間当直、休日の日直等を行う必要があり、勤務負担が重い。
- 現行、へき地においては、代診医師の派遣が行われることがあるが、年数回など日数が限られており、自己研鑽や家族と過ごす時間を確保することもままならない場合がある。

医師2人での勤務イメージ

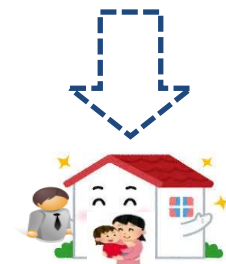


年数回、休暇を取る
日のみ代診医派遣

	月		火		水		木		金		土		日	
	診療	当直	診療	当直	診療	当直	診療	当直	診療	当直	日直	当直	日直	当直
医師A	○	○	○		○	○	○		○	○			○	○
医師B	○		○	○	○		○	○	○		○	○		

当直を交代で行うことになるが、翌日は
当直明け勤務となってしまうため、心身
への負担が大きい

大学医学部での研修や学会に出席ができず、自己研鑽の時間がとれない



家族と過ごす時間が
とれない

- 地域医療では医師偏在があるため呼び出しも多く十分な休日をとれない状況がつづくことが多い。偏在の解決、複数で担当するシステムが必要と思う。
- 地方の中山間地域に勤務していると、医師不足が深刻なのが分かる。都市部から希望で来る方もいるが、全科当直がきつくなり辞めていく方もいる。1人当直の際、基幹病院に相談できるシステム作りが重要と思う。近くの総合病院に夜間に相談してもいやがられることも少なくない。
- 地方都市の病院で、2人体制で呼吸器内科を担当している。オンコールは半分で15～16日。時間外の呼び出しやICUでの重症患者管理など、正直しんどい。大学医局は遠方で、ヘルプも少ない。
- 分娩施設ありの勤務医2人での産婦人科は過酷。3人体制を希望しているが、都市部に医師が集まり、地方の医師不足は大変。
- いわゆるへき地勤務をした経験があるが、365日24時間待機という目に見えない鎖でつながれ、体調を崩した。
- 地域の医師不足・看護師不足、診療科の偏りが深刻。特に若手の医師がいないため、一手に職務を引き受けなければならない。責任感だけで地域医療を担うのは、苦しい。
- 地方の病院では、人手も少なく学会等への参加も難しく、若手医師のモチベーションを保つのは難しい。
- 交通の不便な地域で勤務しているが、学会や講習会等は都会で開催されることがほとんどで、遠方に出向くのに時間や交通費がかかり大変不便を感じる。

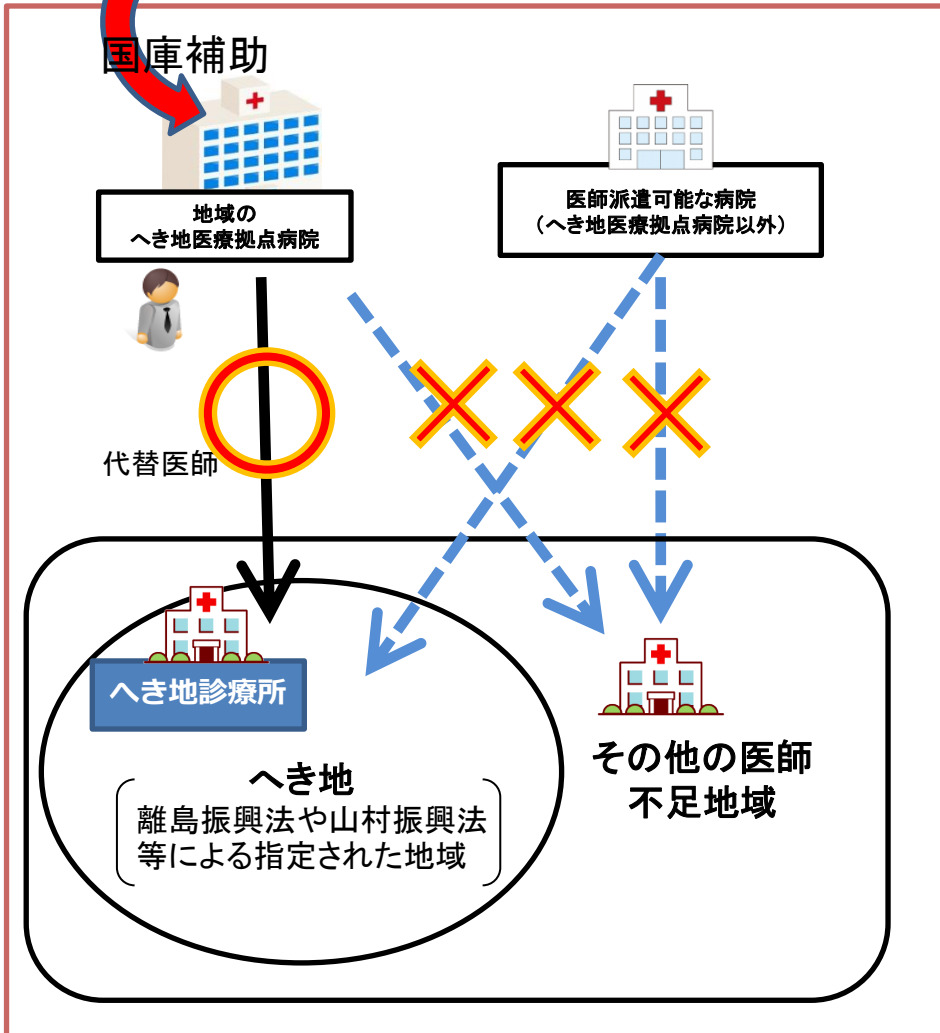
(出典)医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査の自由記載より一部改変

(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)

代替医師の派遣について

- 現行、へき地拠点病院からへき地診療所への代診医師派遣には派遣手当の支援があるが、支援はへき地に限られている。

【現行】  補助制度の概要：へき地診療所等へ代診医等を派遣するへき地医療拠点病院に対し、派遣1日につき61,000円の補助



平成29年度予算額

へき地医療拠点病院運営事業：515百万円の内数

補助制度の実績

平成23年度

22都道府県（75病院）
1,550日

平成27年度

21都道府県（69病院）
1,927日

代診医師派遣のメリットについての都道府県の意見

- （A県）【平成27年度実績：11診療所に161回派遣】
- ・へき地に特定診療科に従事する医師しかいない場合、特定診療科以外の代診医派遣を受けることで、へき地の医療提供体制の強化につながっている。
 - ・へき地に従事する医師の病気休暇、大学病院での胃カメラ研修など自己研鑽のための研修への参加等、へき地に従事する医師の負担軽減につながっている。

(参考) 高知県へき地医療情報ネットワークの活用事例 －多地点遠隔WEB会議－

- へき地診療所やへき地拠点病院等の医師が、テレビ電話を介して会議を行い、複数医師による症例検討等行うことにより、へき地における診療を支援。



へき地拠点病院

ネットワーク網



へき地診療所



多地点Web会議用

多地点Web会議用画面

Title: 医師用 room1

診療所 病院 病院 診療所 診療所

地診療所 診療所

設定 ユーザーリスト テキスト通信 記録制御

Web共有 ファイル共有 AP共有 白板

[Ctrl]押下で発言できます

Pause 保存 静止画

Talker(s): くらしおホール Listener(s):

接続中(直接接続)

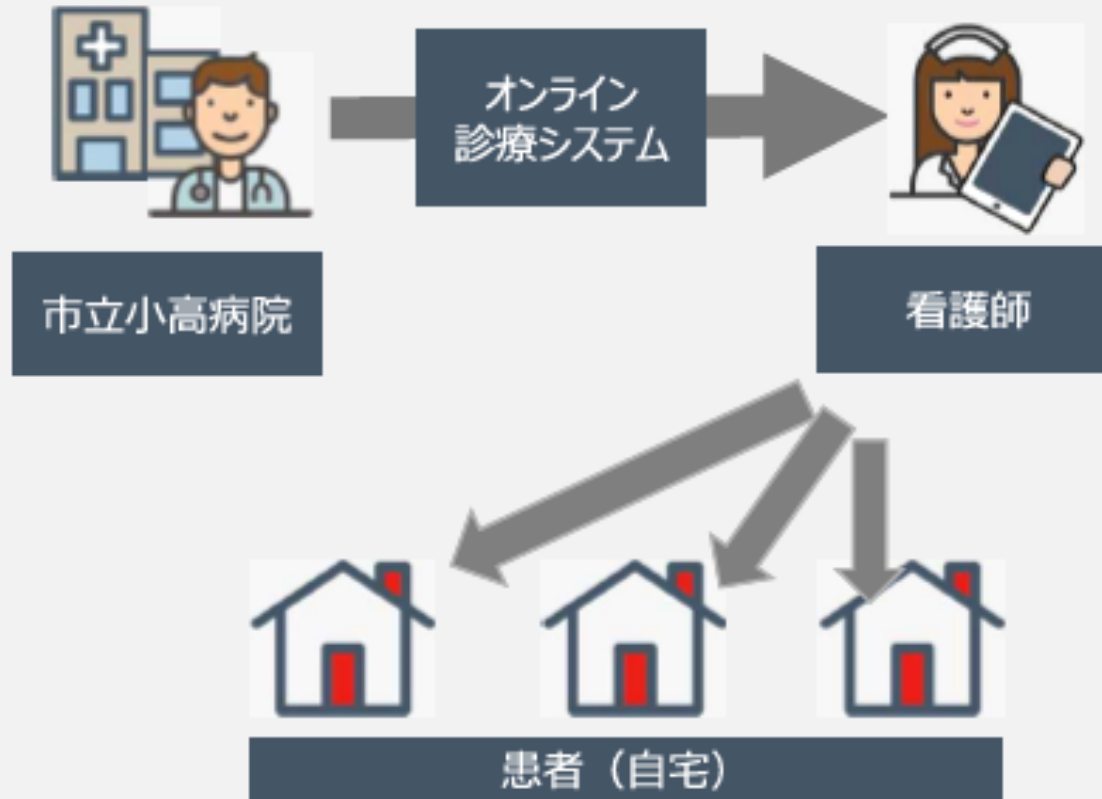
ページが表示されました

スタート MeetingPlaza 2D Client 無題 - ペイント

553 18:16

- へき地以外においても、遠隔での診療支援が活用され始めている。

遠隔診療（福島県南相馬市での取組）



期待される効果

- ・ 医師が患者宅に直接出向く訪問診療よりも時間を効率的に使え、より多くの患者を診察可能
- ・ 限られた医療リソースのなかで、定期的な医療的フォローの担保

医療勤務環境改善支援センターについて

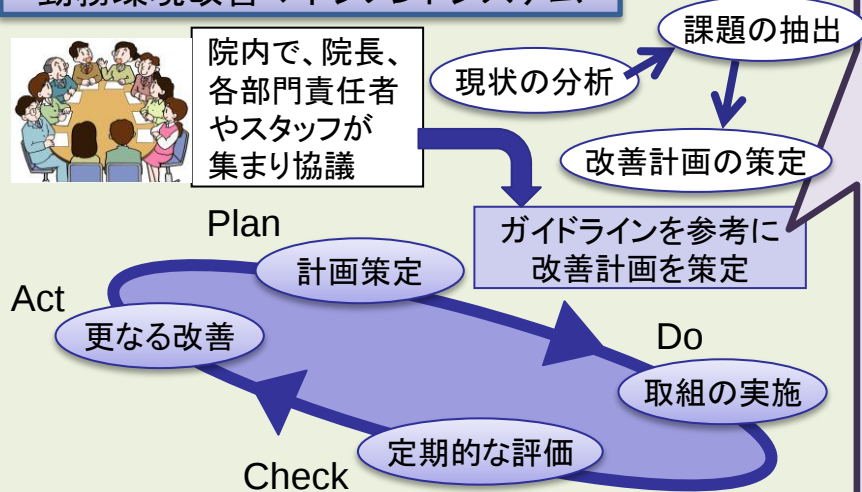
- 都道府県は、医療従事者の勤務環境の改善を促進するため、「医療勤務環境改善支援センター」を設置し、個別の医療機関における勤務環境改善の取組を支援している。
- 「地域医療支援センター」と「医療勤務環境改善支援センター」は、同じ都道府県が設置(委託も可)しているものであるが、現行、特に連携は図られていない。

勤務環境改善に取り組む医療機関

勤務環境改善マネジメントシステム



院内で、院長、各部門責任者やスタッフが集まり協議



- 医療勤務環境改善マネジメントシステムに関する指針 (厚労省告示)
- 勤務環境改善マネジメントシステム導入の手引き (厚労省研究班)

「医療従事者の働き方・休み方の改善」の取組例

- ✓ 多職種の役割分担・連携、チーム医療の推進
- ✓ 医師事務作業補助者や看護補助者の配置
- ✓ 勤務シフトの工夫、休暇取得の促進 など

「働きやすさ確保のための環境整備」の取組例

- ✓ 院内保育所・休憩スペース等の整備
- ✓ 短時間正職員制度の導入
- ✓ 子育て中・介護中の者に対する残業の免除
- ✓ 暴力・ハラスメントへの組織的対応
- ✓ 医療スタッフのキャリア形成の支援 など

マネジメントシステムの普及(研修会等)・導入支援、勤務環境改善に関する相談対応、情報提供等



都道府県 医療勤務環境改善支援センター

- 医療労務管理アドバイザー(社会保険労務士等)と医業経営アドバイザー(医業経営コンサルタント等)が連携して医療機関を支援
- センターの運営協議会等を通じ、地域の関係機関・団体(都道府県、都道府県労働局、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、社会保険労務士会、医業経営コンサルタント協会等)が連携して医療機関を支援

(参考) 医療勤務環境改善支援センターの業務体制 (平成28年度)

都道府県	設置形態 (委託先)	業務体制										備考
		事務担当職員		医療労務管理 アドバイザー		医療経営アドバイザー		その他		合計		
		うち専任者		うち常駐者		うち常駐者		うち専任者		うち専任者		
1 北海道	委託(医コン)	1	0	1	1	1	1	0	0	3	2	非固定： 医療機関からの依頼に応じてアドバイ ザーをスポット契約等するなど、人数を 固定しない対応 (合計人数において「+他」と表記)
2 青森県	直営	2	0	1	1	1	1	0	0	4	2	
3 岩手県	直営	5	1	1	1	非固定	0	0	0	6+他	2	
4 宮城県	委託	9	0	15	1	3	0	0	0	27	1	
5 秋田県	直営	3	1	1	0	1	0	0	0	5	1	
6 山形県	直営	0	0	5	0	非固定	0	0	0	5+他	0	
7 福島県	委託(県医師)	5	1	4	0	1	0	0	0	10	1	
8 茨城県	委託(県医師)	1	1	5	0	1	0	1	1	8	2	
9 栃木県	委託(県医師)	6	1	9	0	10	0	0	0	25	1	
10 群馬県	直営	1	0	1	1	1	0	0	0	3	1	
11 埼玉県	直営	1	0	非固定	0	非固定	0	0	0	1+他	0	
12 千葉県	直営	1	0	14	1	1	1	1	0	17	2	
13 東京都	直営	4	0	非固定	1	非固定	1	0	0	4+他	2	
14 神奈川県	直営	2	0	11	0	7	0	0	0	20	0	
15 新潟県	委託(県医師)	1	0	9	1	6	0	0	0	16	1	
16 富山県	直営	5	0	7	7	非固定	0	0	0	12+他	7	
17 石川県	直営	1	0	1	1	0	0	0	0	2	1	
18 福井県	委託(県医師)	1	0	1	1	非固定	0	0	0	2+他	1	
19 山梨県	直営	3	1	22	1	非固定	0	0	0	25+他	2	
20 長野県	直営	1	0	3	1	1	0	0	0	5	1	
21 岐阜県	直営	4	1	5	0	8	0	0	0	17	1	
22 静岡県	直営	1	0	8	1	8	0	0	0	17	1	
23 愛知県	委託(医コン)	1	0	4	0	7	2	0	0	12	2	
24 三重県	委託(県医師)	2	1	5	1	1	0	0	0	8	2	
25 滋賀県	委託(県病協)	2	1	46	0	非固定	0	0	0	48+他	1	
26 京都府	委託(私病協)	4	0	2	1	1	0	0	0	7	1	
27 大阪府	委託(私病協)	1	0	1	1	8	0	0	0	10	1	
28 兵庫県	直営	4	0	1	0	1	0	0	0	6	0	
29 奈良県	委託(県病協)	2	0	10	1	7	0	0	0	19	1	
30 和歌山県	委託(県病協)	2	1	9	1	4	0	0	0	15	2	
31 鳥取県	委託(県医師)	1	1	14	5	1	0	0	0	16	6	
32 島根県	直営	2	1	14	1	3	1	0	0	19	3	
33 岡山県	委託(県医師)	1	0	6	1	非固定	0	0	0	7+他	1	
34 広島県	直営	3	0	30	1	1	0	0	0	34	1	
35 山口県	直営	4	0	1	0	2	0	0	0	7	0	
36 徳島県	直営	3	0	11	1	1	0	0	0	15	1	
37 香川県	直営	3	0	30	1	非固定	0	0	0	33+他	1	
38 愛媛県	委託(医コン)	2	1	10	1	2	1	0	0	14	3	
39 高知県	委託(県機構)	3	0	5	0	2	0	0	0	10	0	
40 福岡県	直営	1	0	5	1	4	0	0	0	10	1	
41 佐賀県	委託(県医師)	2	0	14	0	1	0	0	0	17	0	
42 長崎県	直営	4	1	9	1	0	0	0	0	13	2	
43 熊本県	委託(県医師)	2	2	7	1	6	1	0	0	15	4	
44 大分県	委託(県医師)	3	2	6	1	24	0	0	0	33	3	
45 宮崎県	委託(県医師)	2	0	12	0	7	0	0	0	21	0	
46 鹿児島県	委託(医コン)	0	0	10	1	10	0	0	0	20	1	
47 沖縄県	委託(県医師)	1	1	13	1	非固定	0	0	0	14+他	2	

- 地方勤務の意思がある医師は一定数存在するが、労働環境がその障壁になっているといった調査結果もある。地域における医師確保のためには、そのような障壁を取り除くための医師の勤務負担軽減が必要ではないか。
- 今後、臨床研修を修了した地域枠医師がさらに増加し、地域医療支援センターが派遣調整を行うことができる医師の増加が見込まれる中、医師の不足している病院において、少数の医師が厳しい労働環境で勤務している状況を改善するため、
 - ・ へき地以外でも代診医師の支援を行う
 - ・ グループ診療を可能にするよう、同一の医療機関に同時に複数の医師を派遣したり、他の病院から代診医師を派遣するよう斡旋
 - ・ へき地以外でも遠隔での診療支援を行うなど、地域医療支援センターの派遣調整に当たって、医師の勤務負担軽減に配慮することについてどのように考えるか。
- 地域医療支援センターから派遣される場合以外についても、代診医師や遠隔での診療支援等により、医師の勤務負担軽減に配慮することについてどのように考えるか。
- 医師の不足している病院における勤務環境改善という観点で、地域医療支援センターと医療勤務環境改善支援センターが連携することについて、どのように考えるか。例えば、
 - ・ 派遣前：医療勤務環境改善支援センターが派遣候補となっている病院の勤務環境を確認、助言等
 - ・ 派遣後：地域医療支援センターが派遣医師から継続的に近況聴取し、勤務環境についての課題等を把握した場合は、医療勤務環境改善支援センターが勤務環境を再度確認、助言等といった連携が有効と考えられるのではないか。

勤務負担軽減後の医師の勤務スケジュール（イメージ）

