

徳島県医師確保計画

（最終案）

徳 島 県

徳島県医師確保計画 目次

第1	基本的事項	
1	計画策定の趣旨	1
2	計画の性格	1
3	計画の期間	1
第2	本県における医師の現状	
1	人口10万人あたり医師数	2
2	地域偏在の状況	4
3	高齢化の状況	5
4	診療科偏在の状況	1 2
5	内科の状況	1 4
6	将来の人口推計と医療需要の推計	1 5
第3	医師偏在指標・医師多数区域・医師少数区域	
1	医師偏在指標	1 8
2	医師少数区域・医師多数区域の設定	2 0
3	医師少数スポット	2 1
第4	医師確保の方針	
1	県	2 3
2	東部	2 4
3	南部	2 4
4	西部	2 5
5	医師少数スポット	2 5
第5	確保すべき医師の数の目標	
1	厚生労働省による目標医師数の定義	2 6
2	確保すべき医師の数の目標	2 8
第6	医師確保のための施策	
1	医師を確保するための体制の整備	3 0
2	医師の養成	3 3
3	医師の派遣調整	4 1
4	キャリア形成プログラム	4 5
5	医師の働き方改革を踏まえた医師確保対策と連携した 勤務環境改善支援	4 9
6	その他の施策	5 2

第7	地域枠・地元出身枠の設定	
1	医学部における地域枠・地元出身枠について	5 4
2	本県地域枠について	5 5
3	今後の地域枠の設置及び必要数	5 8
4	地域枠の選抜方式	5 9
5	地域枠の見直し	5 9
第8	産科・小児科における医師確保計画	
1	本県の周産期医療体制及び小児医療体制について	6 2
2	本県における産科医師・小児科医師の現状	6 4
3	産科・小児科における医師偏在指標	7 4
4	相対的医師少数区域の設定	7 6
5	産科における医師確保の方針	7 9
6	小児科における医師確保の方針	8 0
7	偏在対策基準医師数	8 1
8	医師確保のための施策	8 2
第9	評価	8 5

第1 基本的事項

1 計画策定の趣旨

- 医師の偏在は、地域間、診療科間のそれぞれにおいて、長きにわたり課題として認識されながら、現時点においても解消されないどころか、その格差が広がっている地域や分野さえある。
- 国は、平成20年度（2008年度）以降、地域枠を中心とした全国的な医師数の増加等を行ってきたが、医師偏在対策の十分な効果が得られておらず、地域や診療科といったミクロの領域での医師不足の解消につながっていない。
- 本県においては、これまで、へき地等の医療提供体制を確保するための施策に取り組んできたところであるが、医療従事者の都市部への集中による「地域偏在」及び小児科・産科・外科などの特定の診療科における医師不足である「診療科偏在」に加え、「医師の高齢化」が深刻となるなど、全国比人口あたりの医師数が多いとされている本県においても、多くの診療科で地域の医師不足の状況は、年々深刻さを増している。
- 今般、医療法及び医師法が改正され、地域間の医師偏在の解消等を通じ、地域における医療提供体制を確保するため、医療計画における医師の確保に関する事項の策定が規定された。
- 本県においても、今後、本計画の取組を通じて、医師の地域偏在と診療科偏在の解消に努め、地域医療構想や働き方改革の取組も踏まえながら、地域における医療提供体制の確保に努める。

2 計画の性格

医療法第30条の4の規定に基づく医療計画の一部

3 計画の期間

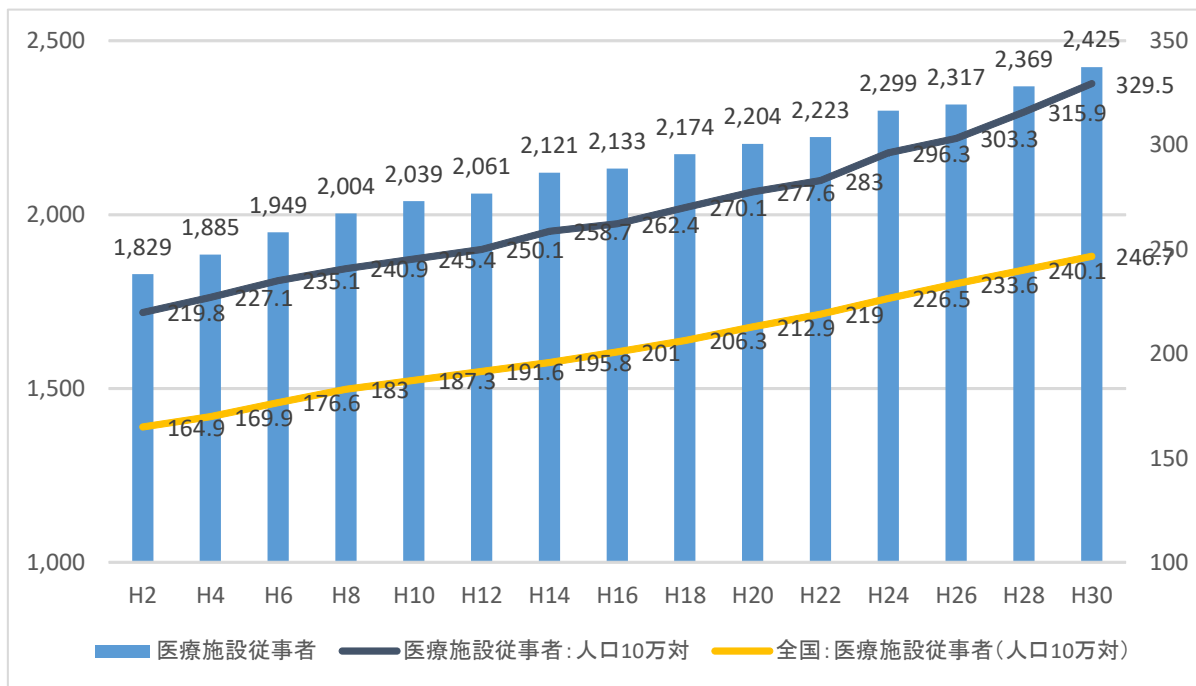
令和2年(2020年)4月1日から令和6年(2024年)3月31日までの4年間

第2 本県における医師の現状

1 人口10万人あたり医師数

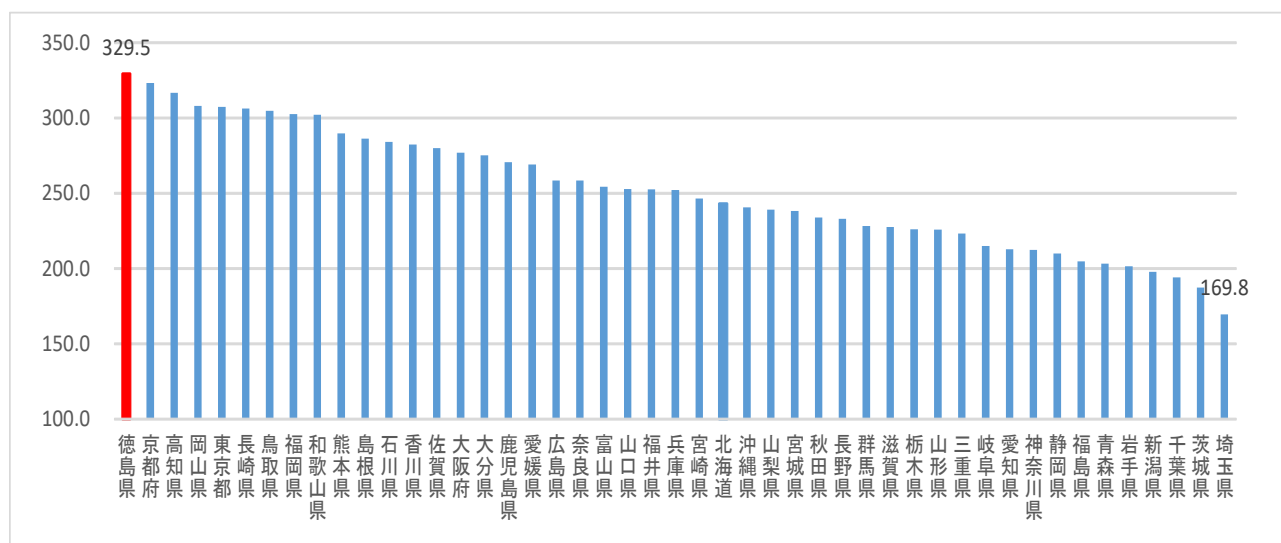
- 本県における医療施設に従事する医師数は、平成14年の2,121人から平成30年の2,425人へと増加基調で推移し、平成30年の人口10万対医師数は329.5人と、全国平均である246.7人を大幅に上回る全国第1位の水準である。

■ 本県の医療施設従事医師数の年次推移



資料：厚生労働省「H30医師・歯科医師・薬剤師統計」

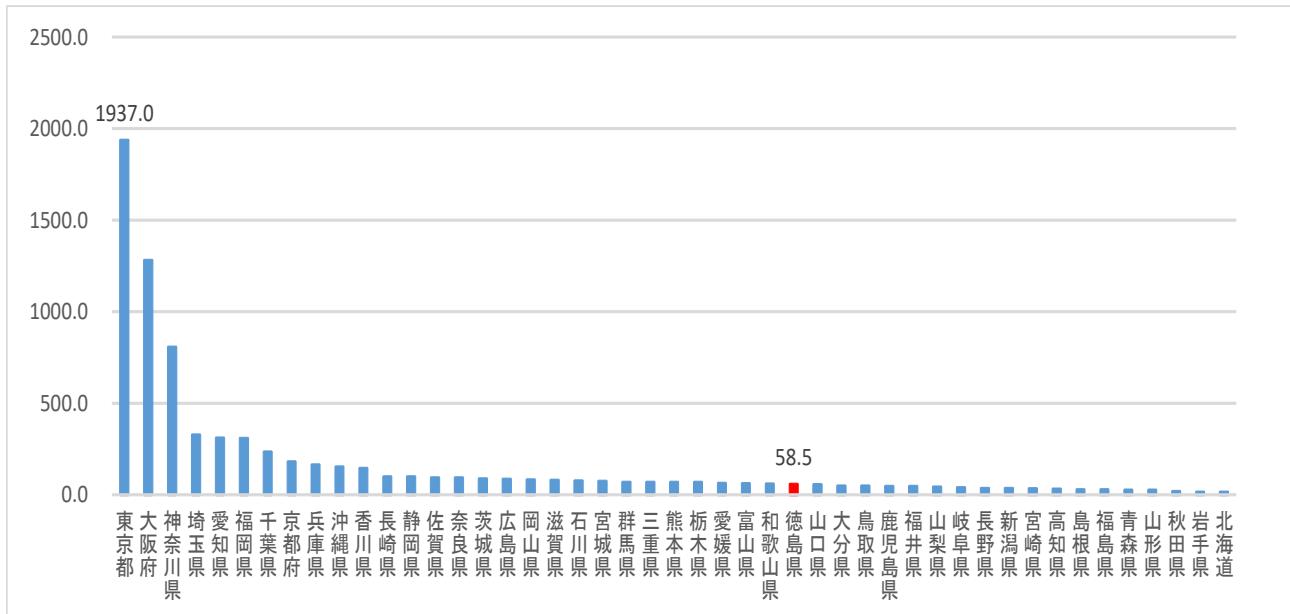
■ 都道府県別医療施設従事医師数（人口10万対）



資料：厚生労働省「H30医師・歯科医師・薬剤師統計」

- しかし、人口あたりの医師数が多いとされる本県においても、面積100km²あたり医師数は58.5人と全国第29位の水準となっており、医師へのアクセスのしやすさという側面から考えた場合、全国平均の82.5人より低い状況となっている。

■ 都道府県別医療施設従事医師数（面積100km²あたり）



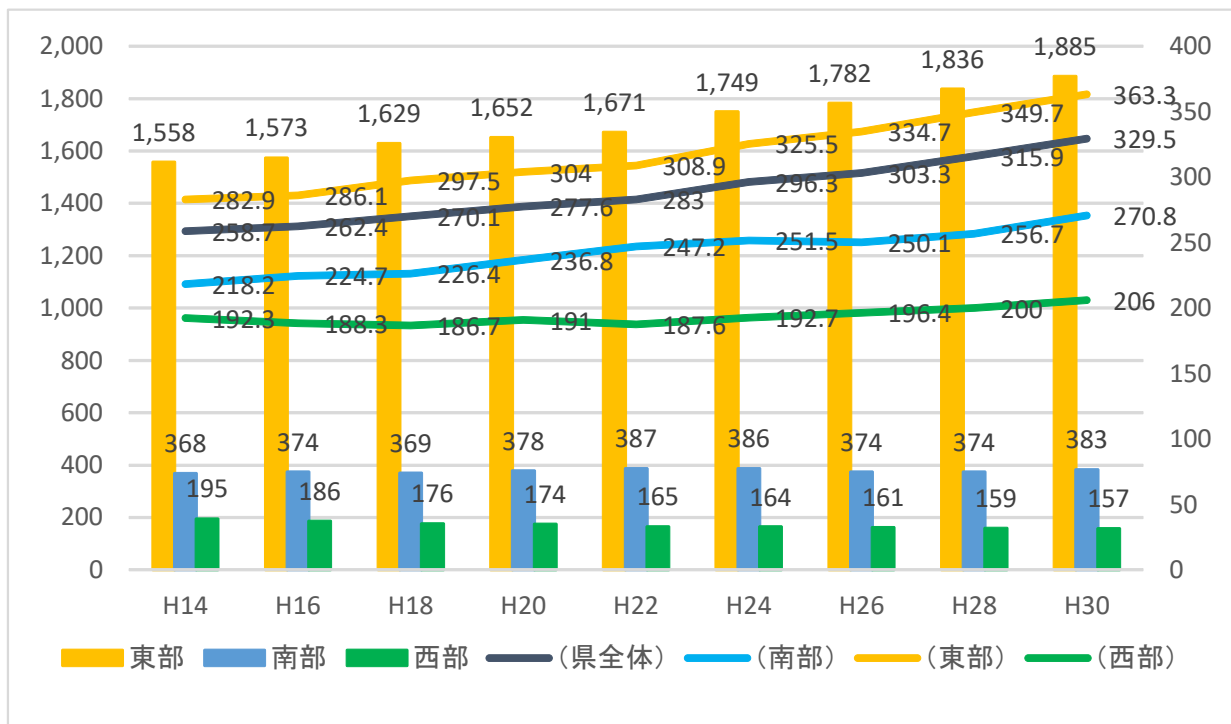
資料：厚生労働省「H30医師・歯科医師・薬剤師統計」
面積は国土地理院「全国都道府県市区町村別面積調」

2 地域偏在の状況

- 医療施設に従事する医師数の圏域ごとの分布をみると、東部圏域は増加しているが、南部圏域はほぼ横ばい、西部圏域は減少している。

東部圏域には全体の77.7%が集中しており、人口10万対の医師数でも、東部が363.3人であるのに対し、南部が270.8人、西部が206.0人と大きな格差があり、医師の「地域偏在」が顕著となっている。

■ 圏域ごとの医療施設従事医師数の推移



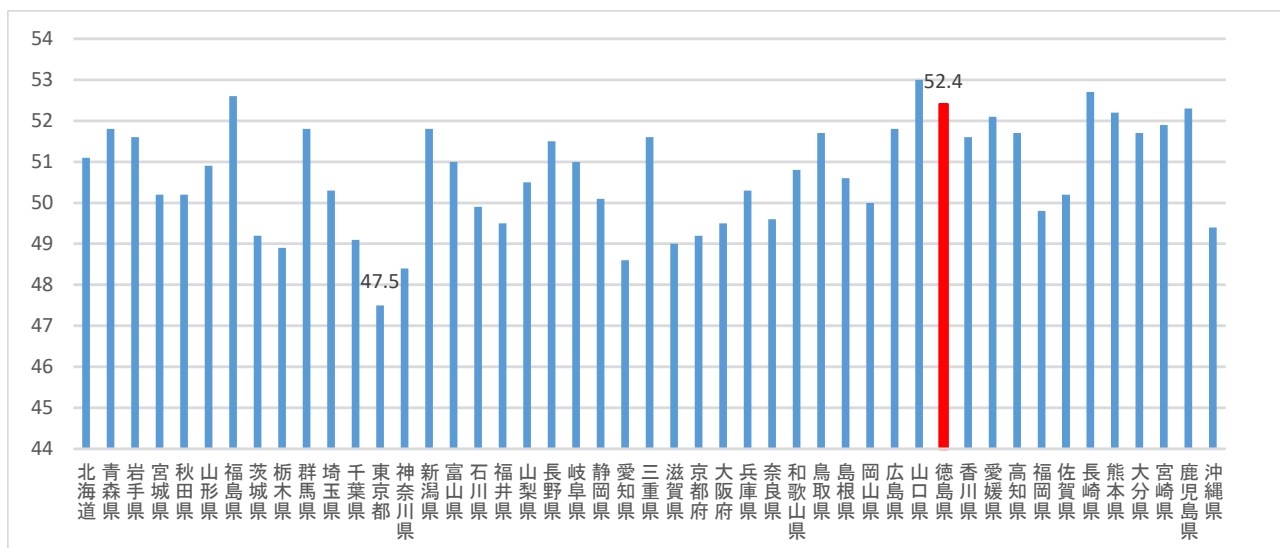
資料：厚生労働省「H30医師・歯科医師・薬剤師統計」

- また、面積100km²あたりの医師数で見ると、東部が185.4人であるのに対し、南部が22.2人、西部が11.2人と極めて大きな格差があり、医療へのアクセスのしやすさに関する「地域偏在」が顕著となっている。

3 高齢化の状況

- 医療施設に従事する医師の平均年齢は、本県では52.4歳となっており、全国平均の49.9歳と比べて2.5歳高く、全国第4位の水準である。

■ 都道府県別医療施設従事医師の平均年齢

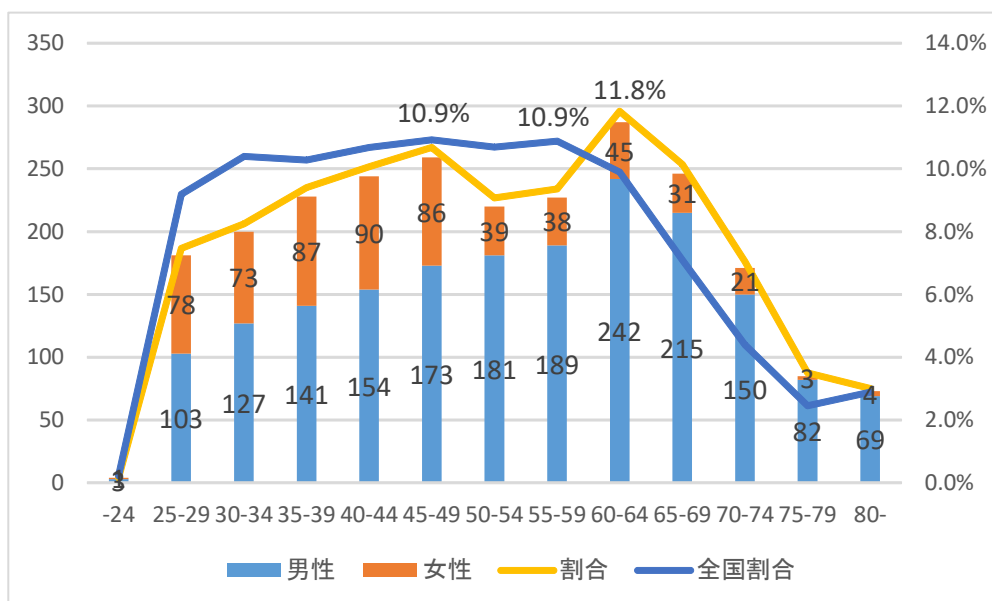


資料：厚生労働省「H30医師・歯科医師・薬剤師統計」

- 平成30年の医療施設従事医師の性・年齢階級別の構成比をみると、年齢構成別では、全国で最も医師数の多い年齢階層が40歳代で21.6%であるのに対し、本県では60歳代が22.0%と高くなっている。

- 性別構成比をみると、本県では、男性75.4%、女性24.6%となっており、女性医師の比率が全国平均の21.9%に比べ高くなっている。

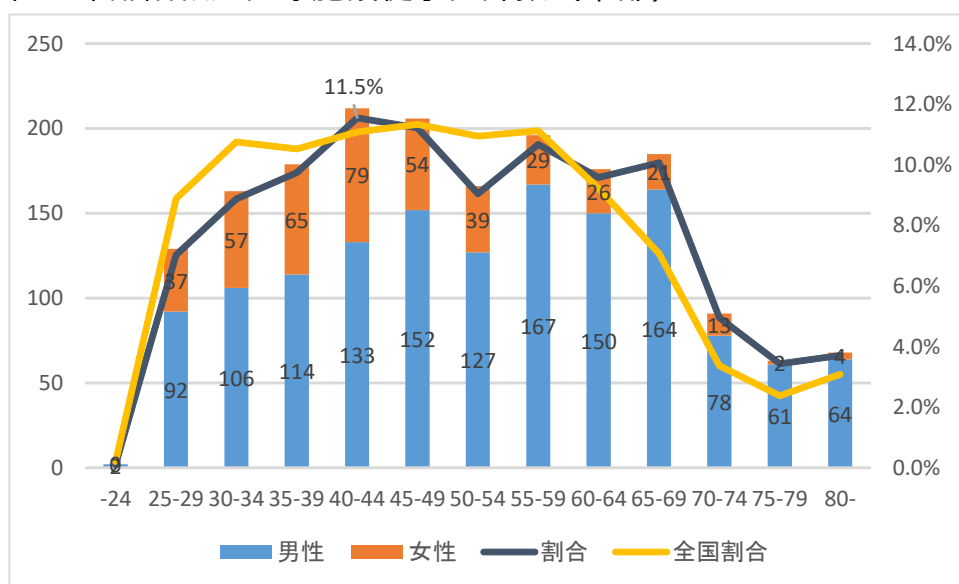
特に、30歳代及び40歳代の女性医師の比率については、全国平均を大きく上回っている。



資料：厚生労働省「H30医師・歯科医師・薬剤師統計」

- 次に記載する、各圏域ごとの性・年齢階級別、病院・診療所別の医療施設従事医師の状況は、平成30年時点のデータがないことから、平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査の結果による。
- 各圏域ごとにみると、東部圏域では、医療施設従事医師は1,836人であり、県全体の77.5%が集中している。
- 年齢階級別医師数は、40歳から44歳が最も多く、圏域全体の11.5%であり、次いで45歳から49歳の11.2%、55歳から59歳の10.7%となっている。
65歳以上は407人、22.2%であり、全国の15.9%と比べると6.3ポイント高くなっており、東部圏域の医師の高齢化は深刻な状況である。
- また、東部圏域の女性医師数は426人であり、圏域全体の23.2%となっている。年齢階級別では、40歳から44歳が最も多い79人であり、40歳未満の女性医師数は159人、圏域の同年齢階級医師数の33.6%となっており、女性医師の割合が高い。

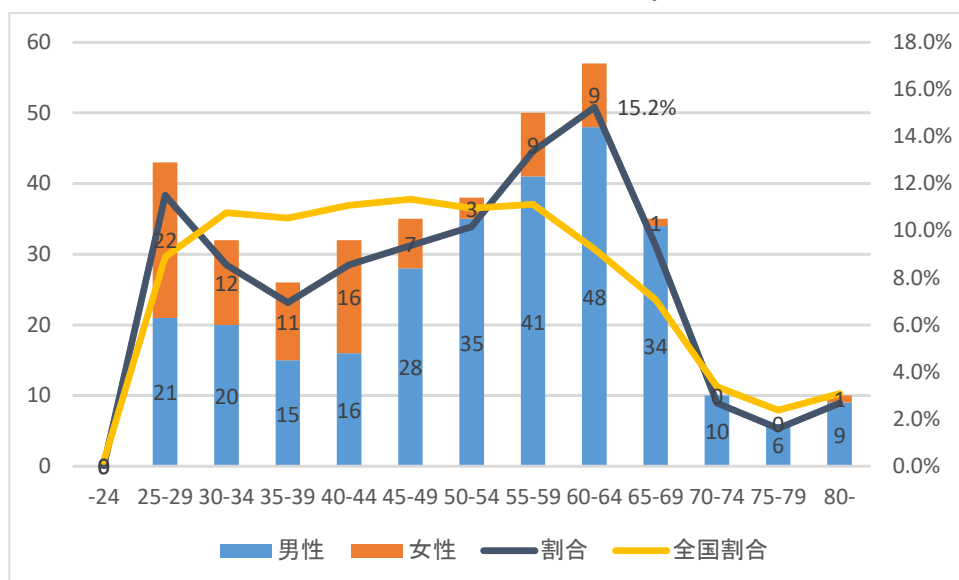
■ 性・年齢階級別医療施設従事医師数（東部）



資料：厚生労働省「H28医師・歯科医師・薬剤師調査」

- 南部圏域では、医療施設従事医師は374人、県全体の15.8%となっている。
- 年齢階級別医師数は、60歳から64歳が最も多く、圏域全体の15.2%であり、次いで55歳から59歳の13.4%、25歳から29歳の11.5%となっている。
65歳以上は61人、16.3%であり、全国の15.9%と比べると0.4ポイント高くなっており、南部圏域の医師の高齢化は深刻な状況である。
- また、南部圏域の女性医師数は91人であり、圏域全体の24.3%となっている。年齢階級別では、25歳から29歳が最も多い22人であり、40歳未満の女性医師数は45人、圏域の同年齢階級医師数の44.6%となっており、女性医師の割合が高い。

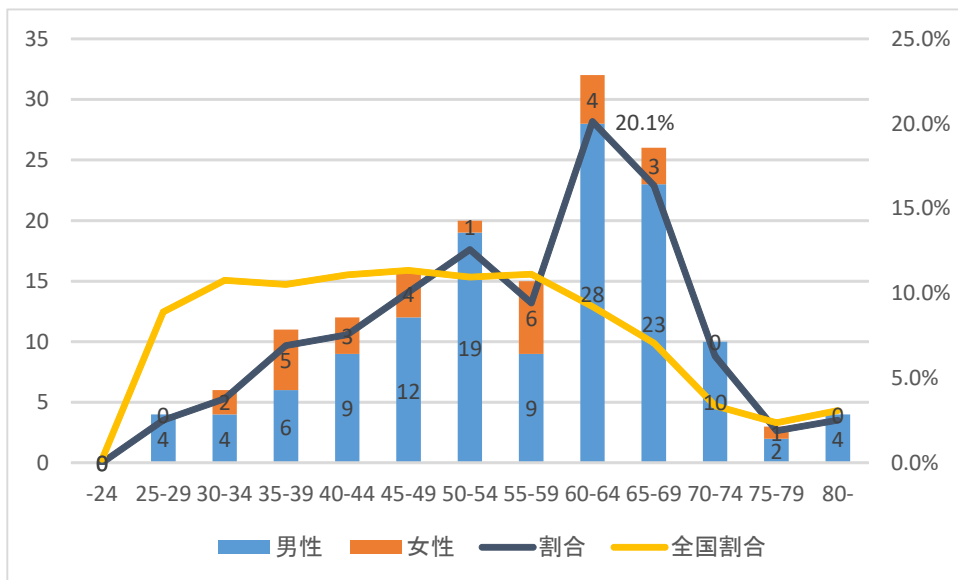
■ 性・年齢階級別医療施設従事医師数（南部）



資料：厚生労働省「H28医師・歯科医師・薬剤師調査」

- 西部圏域では、医療施設従事医師は159人、県全体の6.7%となっている。
- 年齢階級別医師数は、60歳から64歳が最も多く、圏域全体の20.1%であり、次いで65歳から69歳の16.4%、50歳から54歳の12.6%となっている。
65歳以上は43人、27.0%であり、全国の15.9%と比べると11.9ポイント高くなっており、西部圏域の医師の高齢化は深刻な状況である。
- また、西部圏域の女性医師数は29人であり、圏域全体の18.2%となっている。年齢階級別では、55歳から59歳が最も多い6人であり、40歳未満の女性医師数は7人、圏域の同年齢階級医師数の33.3%となっている。

■ 性・年齢階級別医療施設従事医師数（西部）

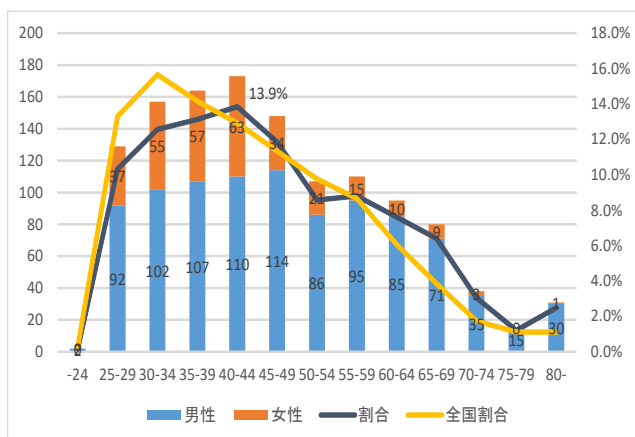


資料：厚生労働省「H28医師・歯科医師・薬剤師調査」

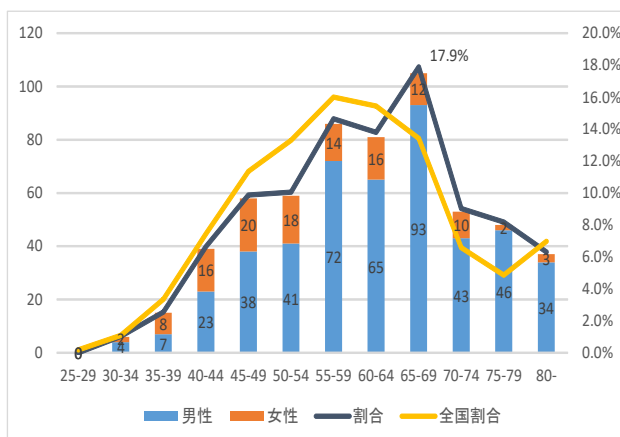
- 医療施設に従事する医師の平均年齢の年次推移をみると、病院、診療所ともに上昇傾向が続いており、医師の高齢化の進行は、本県にとって深刻な課題となっている。
- 平成28年の平均年齢は、病院では本県は47.5歳と全国平均の44.5歳を上回っている。診療所についても、本県は61.4歳と全国平均の59.6歳を上回っている。
- 各圏域ごとにみると、東部圏域では、病院医師は1,249人、診療所医師は587人であり、県全体の病院医師の77.6%、診療所医師の77.2%が集中している。
- 病院の年齢階級別医師数は、40歳から44歳が最も多く、圏域全体の13.9%であり、次いで35歳から39歳の13.1%、30歳から34歳の12.6%となっている。
65歳以上は164人、13.1%であり、全国の7.8%と比べると5.3ポイント高くなっており、病院医師の高齢化は深刻な状況である。
- 診療所の年齢階級別医師数は、65歳から69歳が最も多く、圏域全体の17.9%となっており、全国の同階級割合の13.4%と比べると、4.5ポイント高くなっている。
また、全国の最も多い年齢階級は55歳から59歳の16.0%であり、東部圏域は年齢構成のピークが2階級高く、差が約2ポイント高くなっている。
さらに、65歳以上が243人と4割を越えており、診療所医師の高齢化は深刻な状況である。

■ 性・年齢階級別・病院・診療所別医師数（東部）

【病院】



【診療所】



資料：厚生労働省「H28医師・歯科医師・薬剤師調査」

○ 南部圏域では、病院医師は265人、診療所医師は109人であり、県全体の病院医師の16.5%、診療所医師の14.3%となっている。

○ 病院の年齢階級別医師数は、25歳から29歳が最も多く、圏域全体の15.8%であり、次いで55歳から59歳の13.2%、60歳から64歳の12.5%となっている。

65歳以上は23人、8.7%であり、全国の7.8%と比べると0.9ポイント高くなっており、病院医師の高齢化は進んでいる状況である。

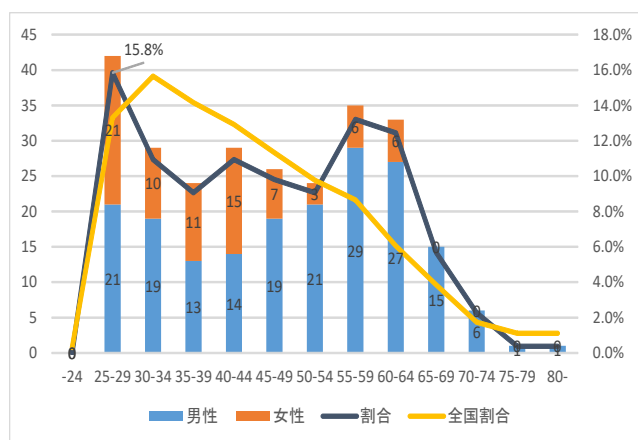
○ 診療所の年齢階級別医師数は、60歳から64歳が最も多く、圏域全体の22.0%となっており、全国の同階級割合の15.4%と比べると、6.6ポイント高くなっている。

また、全国の最も多い年齢階級は55歳から59歳の16.0%であり、南部圏域は年齢構成のピークが1階級高く、差が6ポイント高くなっている。

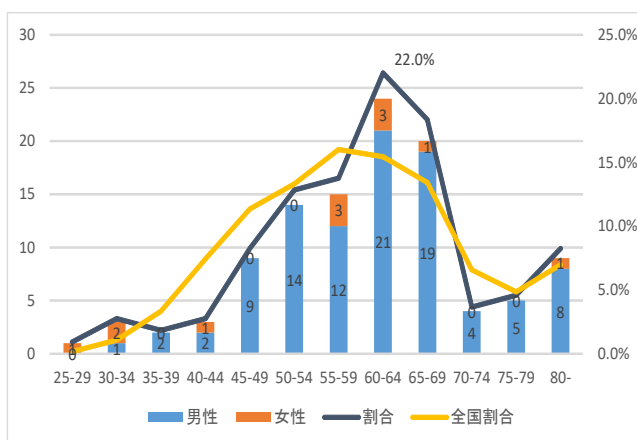
さらに、65歳以上が38人と34.8%となっており、診療所医師の高齢化は深刻な状況である。

■ 性・年齢階級別・病院・診療所別医師数（南部）

【病院】



【診療所】

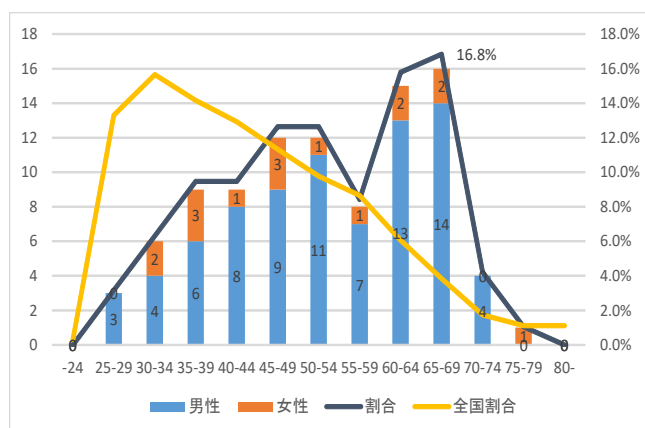


資料：厚生労働省「H28医師・歯科医師・薬剤師調査」

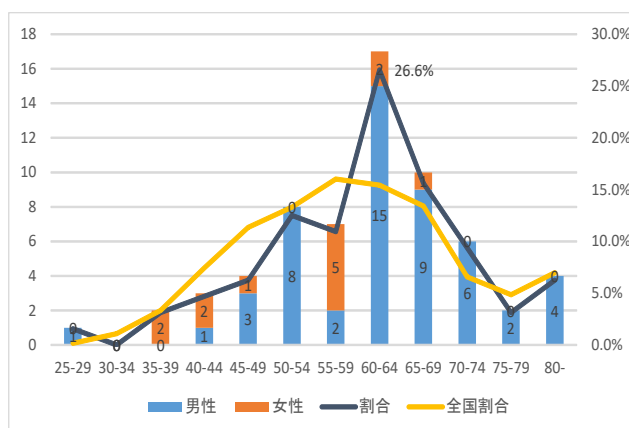
- 西部圏域では、病院医師は95人、診療所医師は64人であり、県全体の病院医師の5.9%、診療所医師の8.4%となっている。
- 病院の年齢階級別医師数は、65歳から69歳が最も多く、圏域全体の16.8%であり、次いで60歳から64歳の15.8%となっている。
65歳以上は21人、22.1%であり、全国の7.8%と比べると14.3ポイント高くなっており、西部圏域の病院医師の高齢化は深刻な状況である。
- 診療所の年齢階級別医師数は、60歳から64歳が最も多く、圏域全体の26.6%となっており、全国の同階級割合の15.4%と比べると、10ポイント以上高くなっている。
また、全国の最も多い年齢階級は55歳から59歳の16.0%であり、西部圏域は年齢構成のピークが1階級高く、差が10ポイント以上高くなっている。
さらに、65歳以上が22人と34.4%となっており、診療所医師の高齢化は深刻な状況である。

■ 性・年齢階級別・病院・診療所別医師数（西部）

【病院】



【診療所】



資料：厚生労働省「H28医師・歯科医師・薬剤師調査」

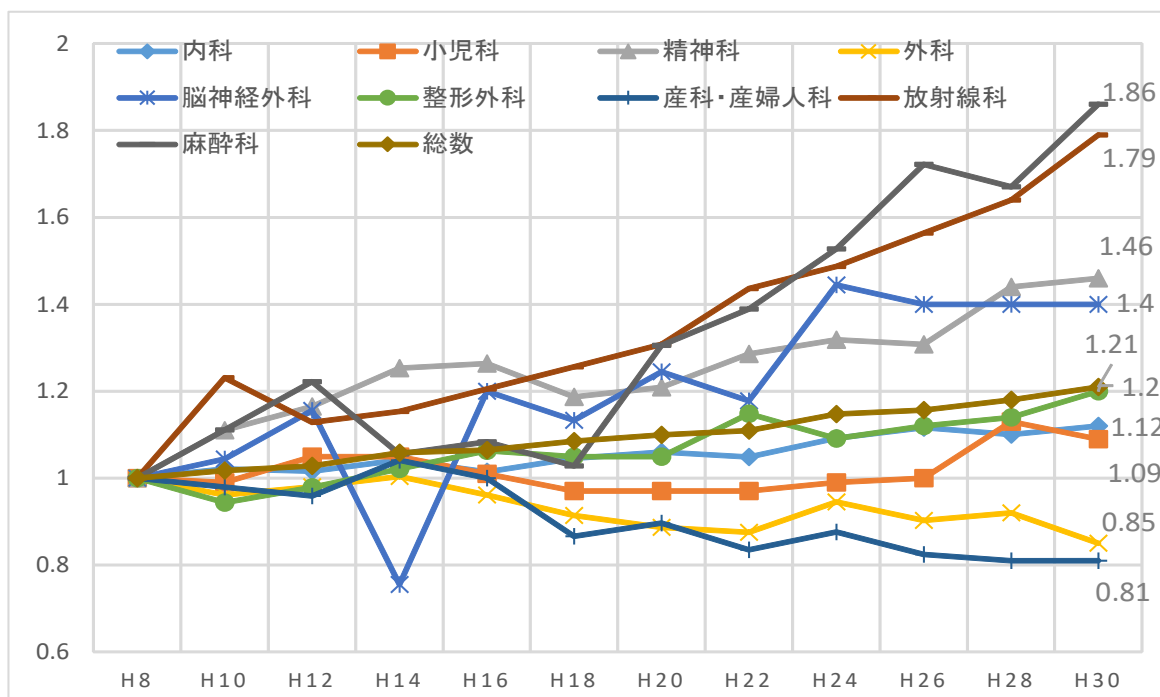
4 診療科偏在の状況

- 医療施設に従事する医師数については、平成8年の2,004人から平成30年の2,425人へと421人・21.0%の増となっているが、主たる診療科別でみると、放射線科や麻酔科で高い伸びを示す一方、外科と産科・産婦人科で大きく減少している。

■主たる診療科別医療施設従事医師数

	H8	H30	増減数	増減率
総数	2,004	2,425	421	+21.0%
内科 ^{*1}	878	983	105	+12.0%
小児科	101	110	9	+ 8.9%
精神科	91	133	42	+46.2%
外科 ^{*2}	256	217	▲39	▲15.2%
脳神経外科	45	63	18	+40.0%
整形外科	142	170	28	+19.7%
産科・産婦人科	97	79	▲18	▲18.6%
放射線科	39	70	31	+79.5%
麻酔科	36	67	31	+86.1%

■主たる診療科別医療施設従事医師の年次推移（平成8年を1.0とした場合）



資料：厚生労働省「H30医師・歯科医師・薬剤師統計」

*1内科：内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科

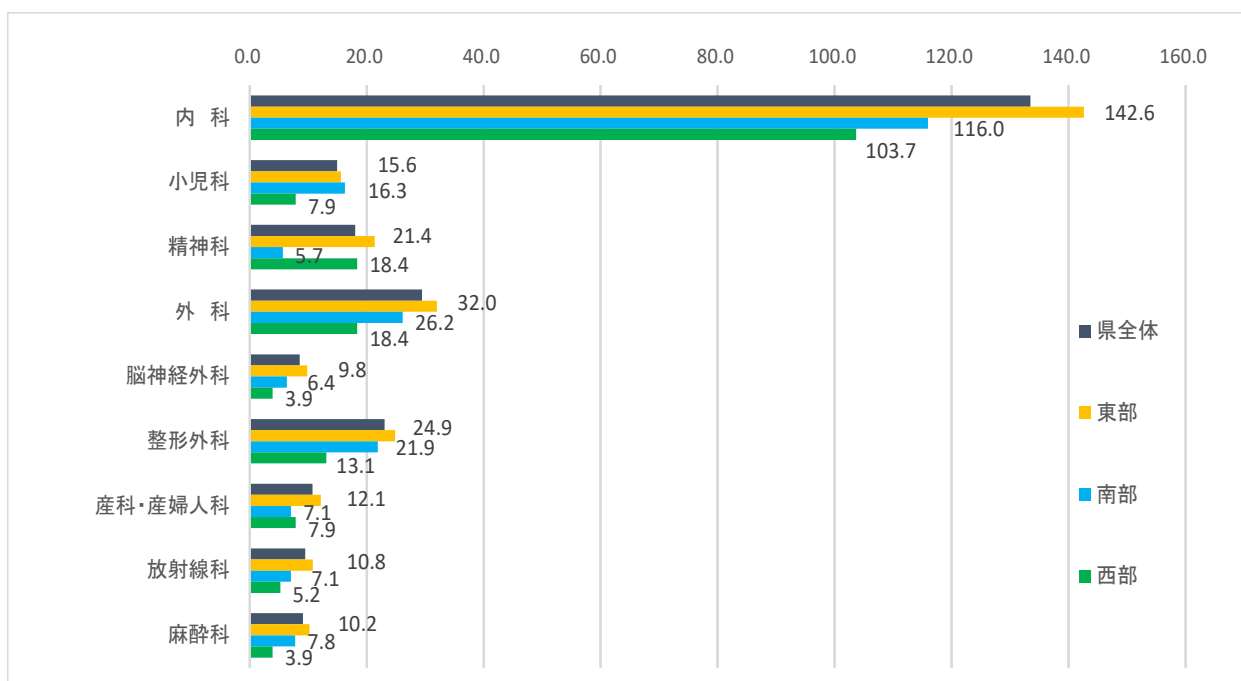
*2外科：外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

- 医療圏ごとに主たる診療科別の医療施設従事医師数（人口10万対）をみると、南部の精神科、産科・産婦人科、西部の小児科、外科、脳神経外科、整形外科、放射線科、麻酔科で医師の偏在が顕著となっている。

■ 主たる診療科別医療施設従事医師数（実数・人口10万対）

	実数			人口10万対			県全体1.00とした場合		
	東部	南部	西部	東部	南部	西部	東部	南部	西部
内科	740	164	79	142.6	116.0	103.7	1.07	0.87	0.78
小児科	81	23	6	15.6	16.3	7.9	1.05	1.09	0.53
精神科	111	8	14	21.4	5.7	18.4	1.18	0.31	1.02
外科	166	37	14	32.0	26.2	18.4	1.09	0.89	0.62
脳神経外科	51	9	3	9.8	6.4	3.9	1.15	0.74	0.46
整形外科	129	31	10	24.9	21.9	13.1	1.08	0.95	0.57
産科・産婦人科	63	10	6	12.1	7.1	7.9	1.13	0.66	0.73
放射線科	56	10	4	10.8	7.1	5.2	1.14	0.74	0.55
麻酔科	53	11	3	10.2	7.8	3.9	1.12	0.85	0.43

■ 医療圏ごとの主たる診療科別医療施設従事医師数（人口10万対）

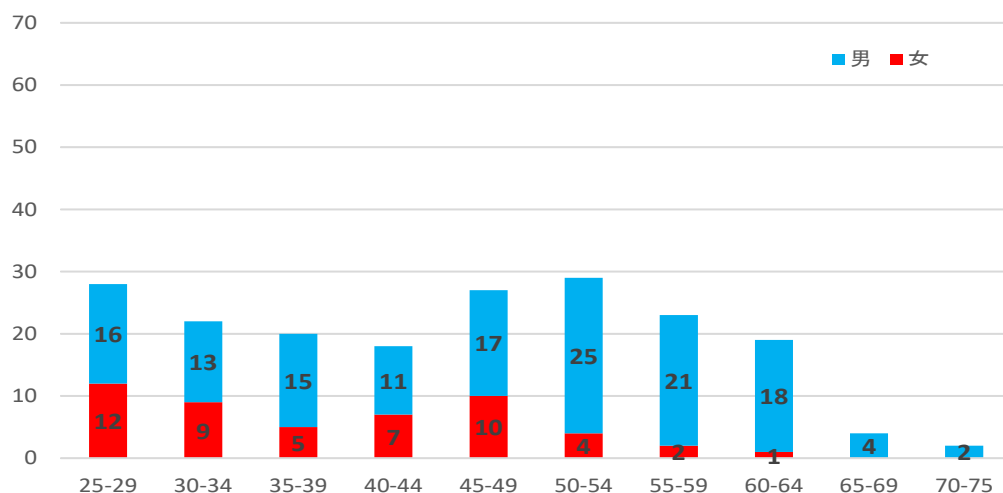


資料：厚生労働省「H30医師・歯科医師・薬剤師統計」

5 内科の状況

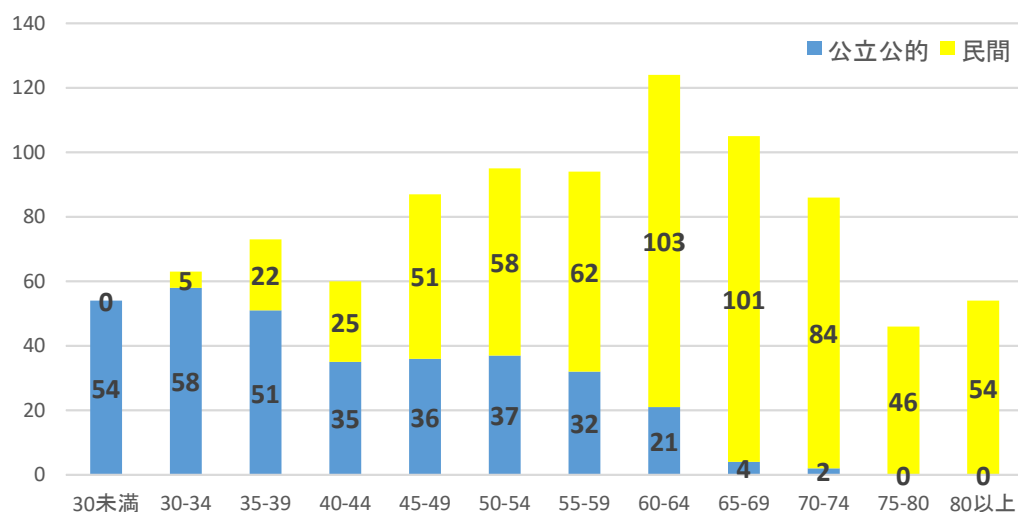
- 県内の公立・公的病院における常勤医師（大学で基礎研究・教育のみに従事する医師は除く）を調査した結果、内科の性・年齢階級別医師数は330人、平均年齢41.9歳、女性割合25.8%となっている。このうち、大学病院を除いた内科医師数は192人、平均年齢45.0歳、女性割合26.0%であり、地域医療の中心的な役割を担っている。

■ 公立・公的病院常勤医師調査結果（内科・大学除く）



- 県医師会の会員データを加え、県内の年齢階級別内科医師数をみると、内科医師は県全体で941人、うち65歳以上は291人、30.9%となっている。
- 本県は医師が多いとされているが、高齢の民間医師が多い状況が明らかとなり、また、40歳から44歳までの初期臨床研修制度の開始による影響を受けた年代の医師が少ないことや、公立・公的病院の医師数が増えていないことなど、医師の確保を推進しなければ、地域医療に重大な影響を与える恐れがある。

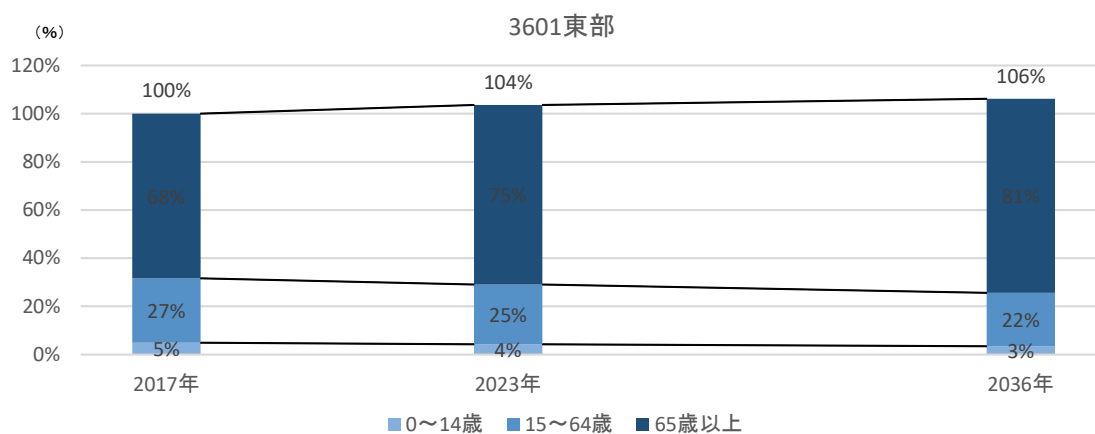
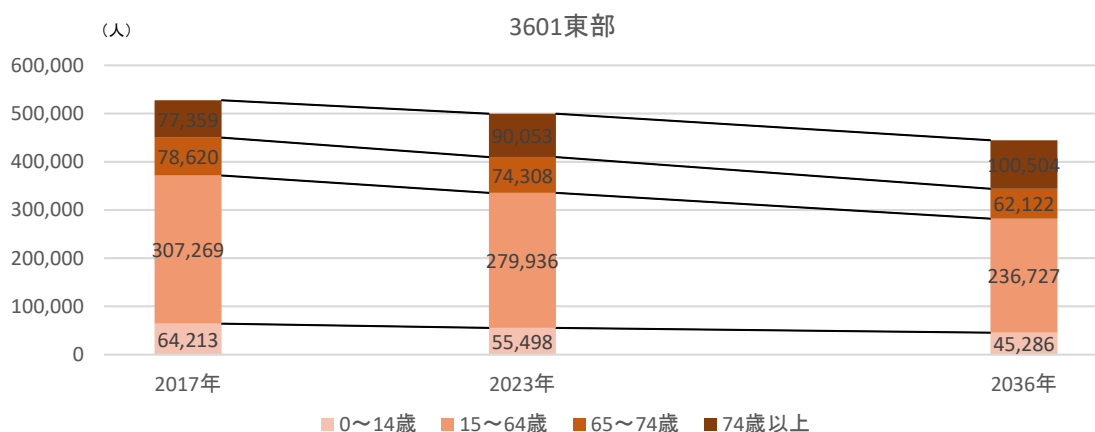
■ 公立・公的病院及び民間の内科医師の状況



6 将来の人口推計と医療需要の推計

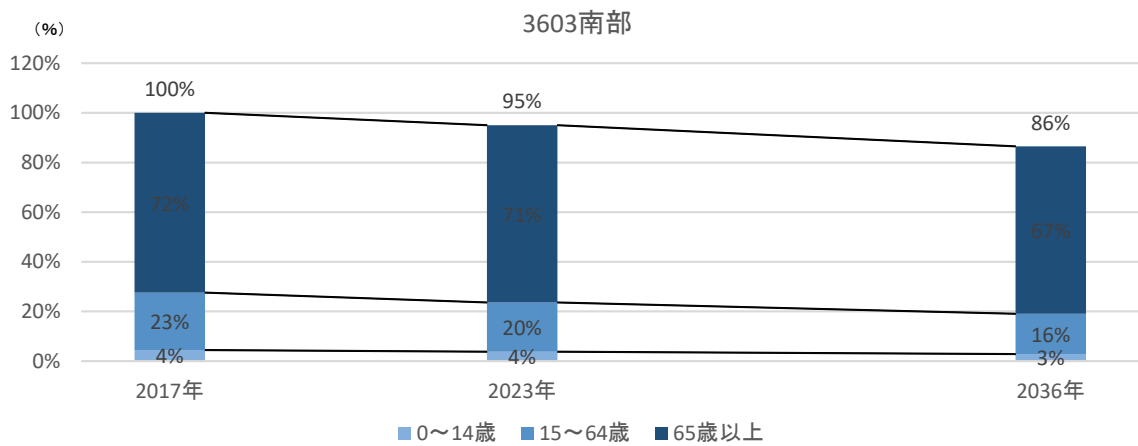
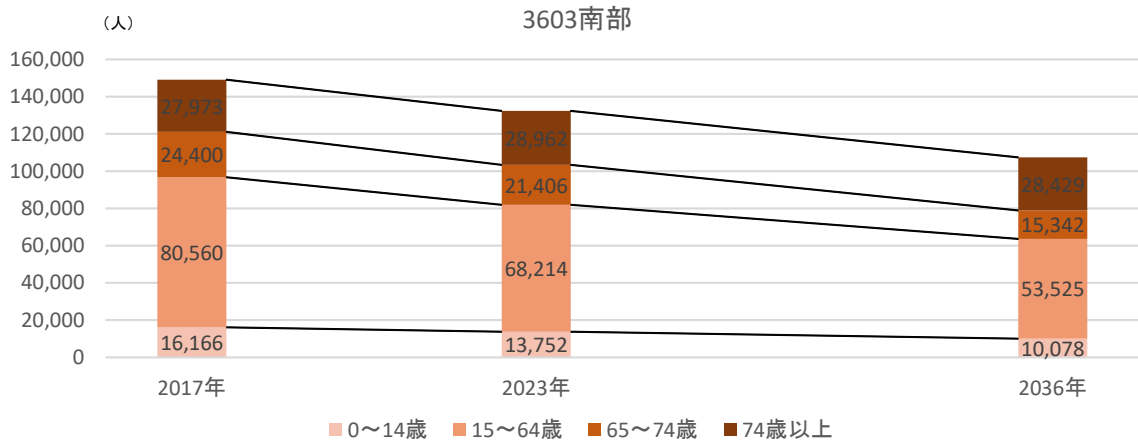
- 少子高齢化が進む中で急速に医療需要の変化が予想されることから、地域の将来の人口推計と医療需要の推計について検討することも必要である。
- 各圏域ごとの将来の人口推計と医療需要の推計をみると、東部圏域では、総人口は減少するが、2023年には医療需要が2017年の104%、2036年には106%になると推計されている。

■ 将来の人口推計と医療需要の推計（東部）



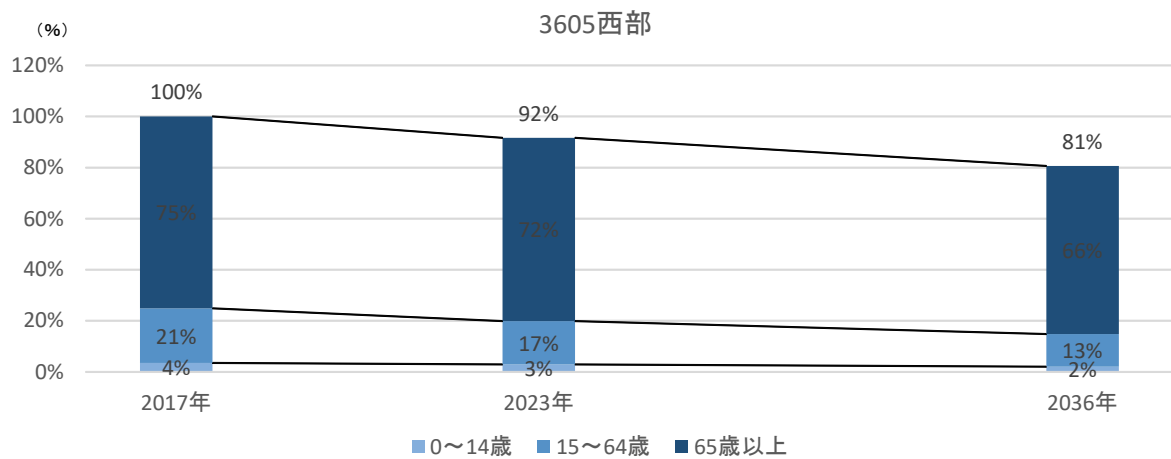
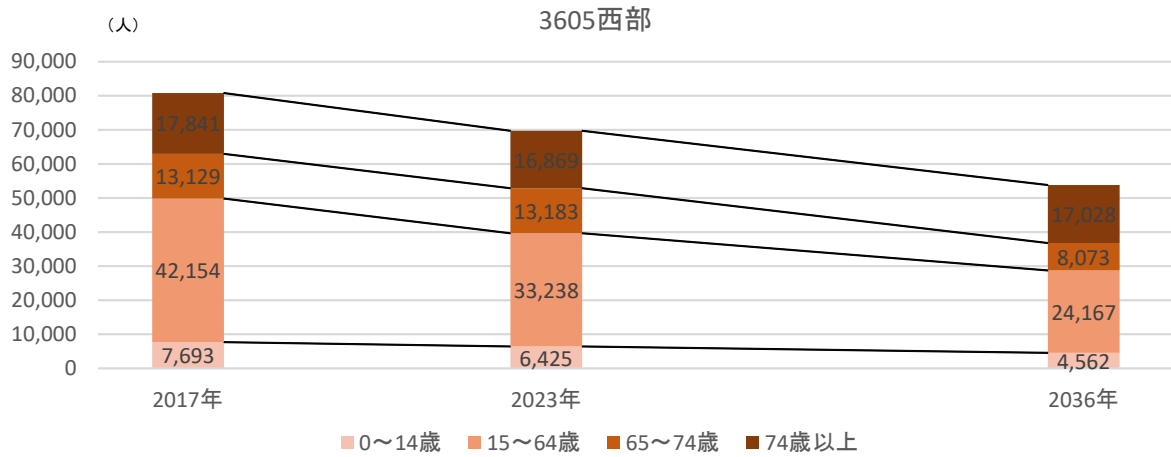
- 南部圏域では、総人口、医療需要ともに減少し、2023年には医療需要が2017年の95%、2036年には86%になると推計されている。

■ 将来の人口推計と医療需要の推計（南部）



- 西部圏域では、総人口、医療需要ともに減少し、2023年には医療需要が2017年の92%、2036年には81%になると推計されている。

■ 将来の人口推計と医療需要の推計（西部）



第3 医師偏在指標・医師多数区域・医師少数区域

1 医師偏在指標

- これまで、地域ごとの医師数の比較には、人口10万人対医師数が一般的に用いられてきたが、これは地域ごとの医療ニーズや人口構成等を反映しておらず、医師数の多寡を統一的・客観的に把握するための「ものさし」としての役割を十分に果たしていなかった。
- このため、厚生労働省は、全国ベースで医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価する指標として、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」を設計した。

■ 医師偏在指標の計算式

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

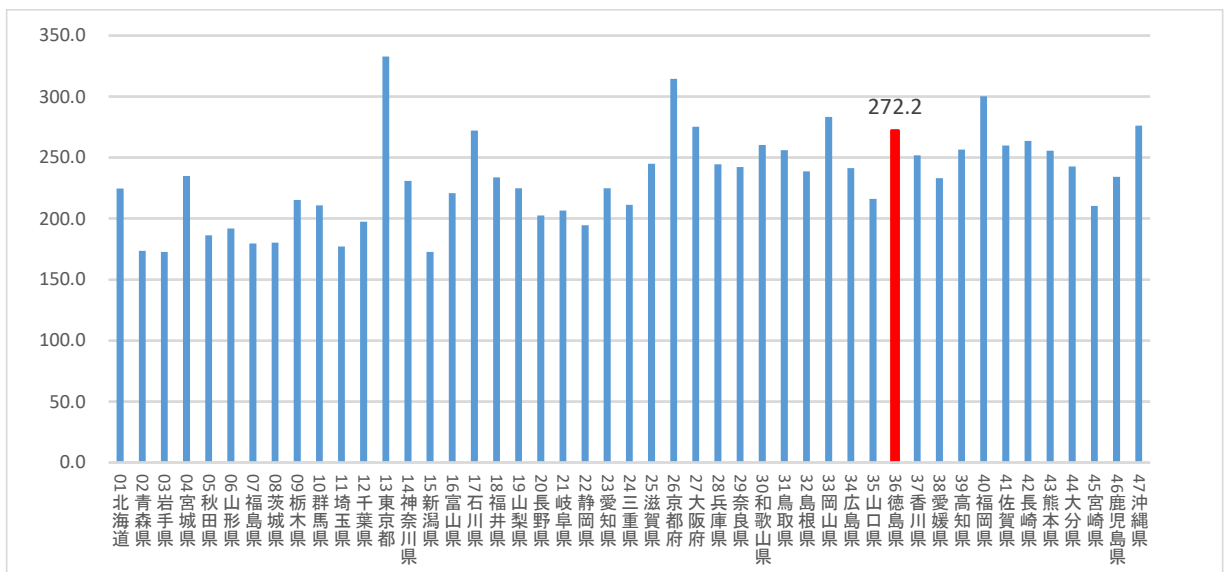
(1) 現時点の医師偏在指標

- 厚生労働省から提供された現時点の医師偏在指標は次のとおりである。

■ 医師偏在指標

- ・ 県 272.2 (8位・医師多数県) (全国平均239.8)
- ・ 東部 318.5 (27位・多数区域)
- ・ 南部 206.5 (97位・多数区域)
- ・ 西部 141.8 (283位・少数区域)

■ 都道府県単位の医師偏在指標



(2) 将来時点の医師偏在指標

- 現在時点の医師偏在指標とは別に、新たな地域枠の設置等の追加的な医師確保対策を講じなかった場合を想定した医師の供給推計を用いて、将来時点（2036年時点）の医師の偏在を示す指標を算出する。

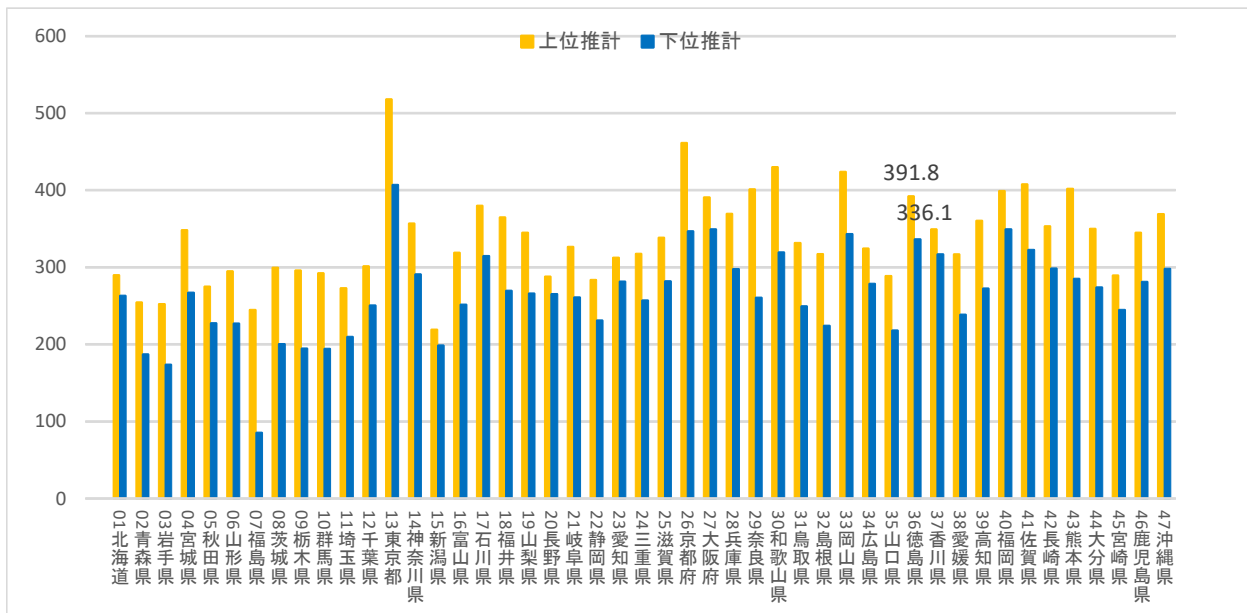
■ 将来時点（2036年時点）の医師偏在指標の計算式

$$\text{将来時点の医師偏在指標（上位・下位）（2036年）} \\ = \frac{\text{マクロ医師供給推計（上位・下位）（2036年）}}{\left(\text{（推計人口（2036年）（10万人）} \times \text{地域の標準化受療率比（2036年）} \right)}$$

- 厚生労働省から提供された将来時点の医師偏在指標は次のとおりである。

■ 将来時点の医師偏在指標			
	上位推計	下位推計	
・ 県	391.8	336.1	(全国平均319.3)
・ 東部	427.6	366.8	
・ 南部	336.7	288.8	
・ 西部	248.3	213.0	

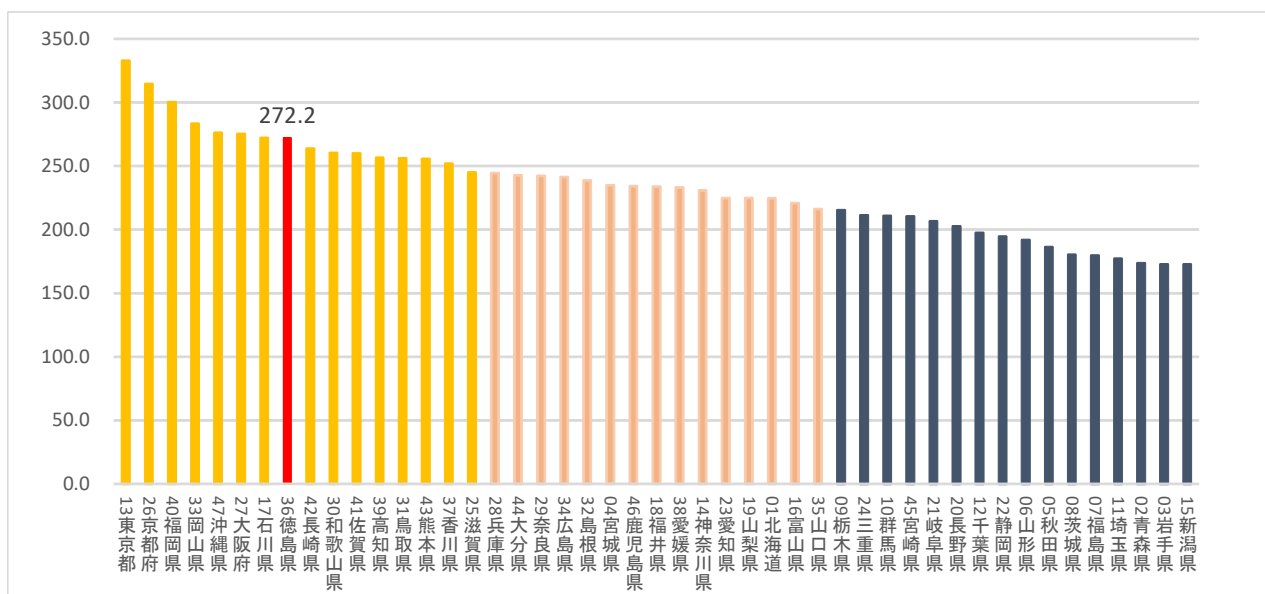
■ 都道府県単位の将来時点の医師偏在指標



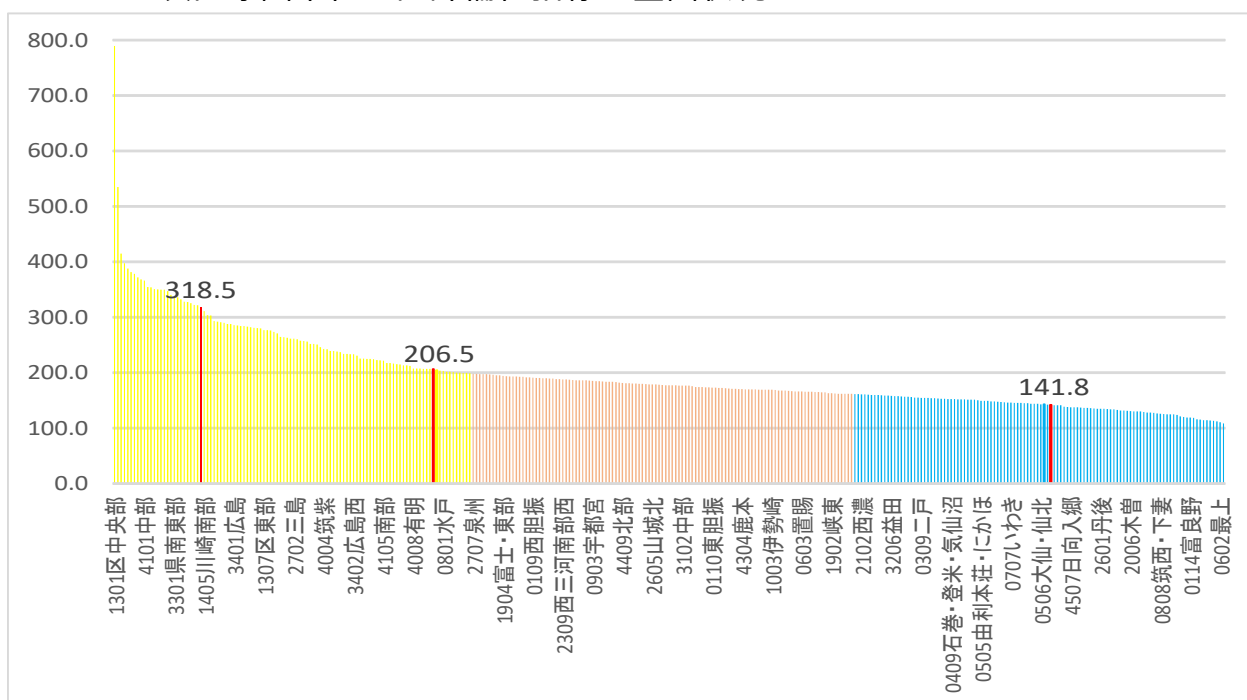
2 医師少数区域・医師多数区域の設定

- 全国の二次医療圏の医師偏在指標の値を一律に比較し、上位の33.3%を医師多数区域、下位の33.3%を医師少数区域として設定する。
- また、都道府県間の医師偏在の是正に向け、二次医療圏に加え、厚生労働省は医師多数都道府県及び医師少数都道府県を設定する。
- これにより、本県においては、県が医師多数県、東部圏域及び南部圏域が医師多数区域、西部圏域が医師少数区域となる。

■ 都道府県単位の医師偏在指標の全国状況



■ 2次医療圏単位の医師偏在指標の全国状況



3 医師少数スポット

- 医師確保計画は、二次医療圏ごとに設定された医師少数区域及び医師少数都道府県の医師の確保を重点的に推進するものであるが、実際の医師偏在対策の実施に当たっては、より細かい地域の医療ニーズに応じた対策も必要となる。
- このため、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こととされた。
- ただし、医師少数スポットの設定は、慎重に行う必要があるとされ、既に当該地域で提供すべき医療に対して必要な医師を確保できている地域を設定することは適切ではないとされている。
- 一方、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されている。
- このことから、本県においては、本計画に定めるキャリア形成プランに沿って地域枠医師等を計画的に派遣しなければ、継続的な医師の確保が困難となる医療機関がある地域を医師少数スポットの設定の基本的な考え方とする。
- 本県における医師少数スポットの設定の考え方は、次のとおりとする。

医師少数区域に設定されていない圏域における、

- ・ 過疎地域に指定されている市町村であって、医師の配置やキャリア形成の観点から地域枠医師等の配置が可能な病院（3群病院）又はへき地診療所が所在する市町村
- ・ へき地診療所が所在する離島

を医師少数スポットに設定する。

- これにより、本県が設定する医師少数スポットは次のとおりとする。

- 1 勝浦町
- 2 上勝町
- 3 那賀町
- 4 美波町
- 5 牟岐町
- 6 海陽町
- 7 阿南市伊島町

【参考】医師偏在指標について

- 医師偏在指標は、地域ごとの医師の多寡を全国ベースで客観的に比較・評価可能な、医師偏在を示す指標として、人口10万対医師数をベースに、①医療需要（ニーズ）及び将来の人口・人口構成の変化、②患者の流出入等、③医師の性別・年齢分布、④医師偏在の種別（区域、診療科、入院／外来）、⑤へき地や離島等の地理的条件の5要素を考慮し、次の計算式により設計されている。

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数 (※1)}}{\frac{\text{地域の人口}}{10 \text{ 万}} \times \text{地域の標準化受療率比 (※2)}}$$

$$\text{(※1)標準化医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$\text{(※2)地域の標準化受療率比} = \frac{\text{地域の期待受療率 (※3)}}{\text{全国の期待受療率}}$$

$$\text{(※3)地域の期待受療率} = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

- ①医療ニーズ及び人口・人口構成の変化：地域によって、人口の年齢構成や男女比率が異なるが、年齢や性別によって受療率は異なる。この違いは人口10万人対医師数では考慮できていないため、地域ごとの医療ニーズを、地域ごとの人口構成の違いを踏まえ、性・年齢階級別の受療率を用いて調整する。
- ②患者の流出入：人口10万人対医師数は、夜間人口（住所地ベース）を元に算出しており、昼間に所在する地域での受療行動は考慮できておらず、また、圏域を超えた入院など、昼夜の移動以外の理由によらない患者の流出入も考慮できていないことから、当該流出入については都道府県間の調整を踏まえ、地域の期待受療率の算出において調整する。
- ③医師の性別・年齢分布：地域によって、医師の年齢構成や男女比率は異なるが、年齢や性別によって医師の平均労働時間は異なることから、地域ごとの性・年齢階級別医師数を、性・年齢階級別の平均労働時間によって重み付けを行う。
- ④医師偏在の種別（区域、診療科、入院／外来）：それぞれの種別ごとに算出する。
- ⑤へき地や離島等の地理的条件：二次医療圏よりも小さい区域での地域の医療ニーズに応じたきめ細かい柔軟な対応を可能とするため、都道府県知事が医師少数スポットを設定できることとされた。
- このように、医師偏在指標は、従来的人口10万人対医師数よりも実態を反映したものであるが、指標の算出法には地理的条件（アクセシビリティ、面積など）が全く含まれていないことから、面積当たりの医師数が全国平均以下となる本県においては、算出された数値は依然として地域の医師不足の実感とは乖離している。
- 厚生労働省は、あくまで一つの仮定に基づいて機械的に算出されたこの医師偏在指標をベースとして、目標医師数の設定や地域枠（臨時定員）の可否にまで活用しようとしているが、当該指標自体に課題があることから、医師偏在指標をベースとした種々の制度改正については改善を要すると考えられる。

第4 医師確保の方針

- 医師偏在指標、将来の需給推計などを踏まえ、県及び二次医療圏ごとの医師確保の方針を策定する。

1 県

(1) 短期的な方針

- 本県は、現時点の医師偏在指標上、医師多数県であることから、全国的な医師偏在是正の観点から、本県以外からの医師の確保は行わないこととされている。
- ただし、これまでの既存の施策による医師の確保の速やかな是正を求めるものではないともされている。
- このため、初期臨床研修医及び専攻医の確保など、県内での医師の養成・確保に一層取り組み、医師少数区域等への派遣に努める。
- あわせて、地域医療構想の実現や医師の勤務環境改善による働き方改革への対応を進める。

(2) 長期的な方針

- 将来の県内における医師の地域偏在や診療科偏在の解消の程度、年齢構成の是正の状況、勤務医の確保の状況などを見極めつつ、必要に応じて地域枠の見直しを行うなど、県内での医師の養成・確保に一層取り組む。

2 東部

(1) 短期的な方針

- 東部医療圏は、現在時点の医師偏在指標上、医師多数区域であることから、南部圏域や西部圏域からの医師の確保は行わず、圏域内での医師の養成・確保に努める。
- 医師少数区域や医師少数スポットへの医師派遣を行う。

(2) 長期的な方針

- 将来の圏域内における医師の地域偏在や診療科偏在の解消の程度、年齢構成の是正の状況、勤務医の確保の状況などを見極めつつ、必要に応じて地域枠の見直しを行うなど、圏域内での医師の養成・確保に努める。
- 医師少数区域や医師少数スポットへの医師派遣を行う。

3 南部

(1) 短期的な方針

- 南部医療圏は、現在時点の医師偏在指標上、医師多数区域であることから、東部圏域や西部圏域からの医師の確保は行わず、圏域内での医師の養成・確保に努める。
- ただし、圏域内の医師少数スポットについては、東部圏域からの医師派遣等による医師の確保を行う。
- 圏域内の医師少数スポットへの医師派遣を行う。

(2) 長期的な方針

- 将来の圏域内における医師の地域偏在や診療科偏在の解消の程度、年齢構成の是正の状況、勤務医の確保の状況などを見極めつつ、必要に応じて地域枠の見直しを行うなど、圏域内での医師の養成・確保に努める。
- ただし、圏域内の医師少数スポットについては、東部圏域からの医師派遣等による医師の確保を行う。
- 圏域内の医師少数スポットへの医師派遣を行う。

4 西部

(1) 短期的な方針

- 西部医療圏は、現時点の医師偏在指標上、医師少数区域であることから、医師多数区域の水準に至るまで、東部医療圏からの医師派遣等により、医師の確保を行う。

(2) 長期的な方針

- 将来の圏域内における医師の地域偏在や診療科偏在の解消の程度、年齢構成の是正の状況、勤務医の確保の状況などを見極めつつ、医師多数区域の水準に至るまで、東部医療圏からの医師派遣により、医師の確保を行う。

5 医師少数スポット

(1) 短期的な方針

- 医師多数区域である東部医療圏や南部医療圏からの医師派遣又は近隣の拠点病院からの医師派遣により、医師の確保を行う。

(2) 長期的な方針

- 将来の区域内における医師の地域偏在や診療科偏在の解消の程度、年齢構成の是正の状況、勤務医の確保の状況などを見極めつつ、医師多数区域からの医師派遣又は近隣の拠点病院からの医師派遣による医師の確保を行う。

第5 確保すべき医師の数の目標

1 厚生労働省による目標医師数の定義

(1) 目標医師数

- 計画期間中に医師少数区域及び医師少数都道府県が計画期間開始時の下位33.3%の基準を脱するために要する具体的な医師の数を、目標医師数として設定する。
- また、医師少数区域以外の二次医療圏における目標医師数については、県において独自に設定することとされている。

■ 目標医師数の計算式

$$\text{目標医師数} = \text{医師偏在指標下位33.3パーセンタイル指標値（2019年）} \\ \times \text{地域の推定人口（2023年）} \times \text{地域の標準化受療率比（2023年）}$$

- 厚生労働省から提供された目標医師数は、次のとおりである。

■ 2023年の目標医師数

	目標医師数	標準化医師数 ^{*1}	医療施設従事医師数
県	1,672	2,301.6	2,369
東部	858	1,785.1	1,836
南部	251	368.0	374
西部	142	148.4	159

※標準化医師数、医療施設従事医師数は2016年時点

*1性年齢階級別医師数に性年齢階級別の平均労働時間で調整したもの

(2) 全国平均値に至るための医師数

- 厚生労働省からは、医師少数区域以外の二次医療圏における目標医師数の参考値として、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が示されている。

■ 地域の全国平均値に至るための医師数（参考値）の計算式

地域の全国平均値に至るための医師数（2023年）

= 医師偏在指標全国平均値（2019年）

×地域の推定人口（2023年）×地域の標準化受療率比（2023年）

- 厚生労働省から提供された地域の全国平均値に至るための医師数（参考値）は、次のとおりである。

■ 2023年の地域の全国平均値に至るための医師数

	参考医師数	標準化医師数	医療施設従事医師数
東部	1,273	1,785.1	1,836
南部	372	368.0	374
西部	211	148.4	159

※標準化医師数、医療施設従事医師数は2016年時点

2 確保すべき医師の数の目標

(1) 基本的な考え方

- 厚生労働省から提供された目標医師数及び全国平均値に至るための参考医師数は、地域の医療ニーズを積み上げた確保すべき医師数ではない。
- 提供された数値だけを見れば、県及び各圏域のいずれにおいても目標とするべき医師数を上回っているが、地域における個別の医療機関の状況や病院勤務医の状況を勘案すると、厳しい状況であることは明らかである。
- また、医師偏在指標を始めとするこれらの「医師数」は、開業医師や勤務医師の区別がないことや、大学病院・大学で臨床に従事する比率が低い医師も一律に含まれていることなど、従事する業務内容の差異を勘案しないまま、確保すべき医師の目標数として、いたずらに定量的に設定することは妥当ではないと考える。
- したがって、県としては、本計画で定めた医師確保の方針に従い、地域医療総合対策協議会における関係機関が一体となった取組等を通じて、地域における医師偏在の解消を目指すことを目標とする。

(2) 確保すべき医師の数についての検討

- なお、ガイドラインに従い、確保すべき医師の数の目標を検討すると次のとおりである。
- ① 県
 - 医師少数都道府県以外は、目標医師数を既に達成しているものとして取り扱うこととされている。
 - 厚生労働省から提供された本県における2023年の目標医師数は1,672人であるが、標準化医師数(2,301.6人)も医療施設従事医師数(2,369人)もともに既に当該医師数を上回っていることから、目標とする医師数は設定しない。

② 東部

- 医師少数区域以外の二次医療圏における目標医師数については、都道府県において独自に設定することとされている。
- 厚生労働省から提供された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を参考とする。
- 2023年の東部圏域の全国平均値に至るための医師数は1,273人であるが、東部圏域においては、標準化医師数（1785.1人）も医療施設従事医師数（1,836人）もともに既に当該参考医師数を上回っていることから、目標とする医師数は設定しない。

③ 南部

- 医師少数区域以外の二次医療圏における目標医師数については、都道府県において独自に設定することとされている。
- 厚生労働省から提供された医師偏在指標の全国平均値に達する値である医師数を参考とする。
- 2023年の南部圏域の全国平均値に至るための医師数は372人であるが、南部圏域においては、標準化医師数（368.0人）は372人を下回るものの、医療施設従事医師数（374人）が既に当該参考医師数を上回っていることから、目標とする医師数は設定しない。

④ 西部

- 医師少数区域における目標とする医師数は、厚生労働省から提供される目標医師数（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数）とされている。
- 厚生労働省から提供された西部圏域における2023年の目標医師数は142人であるが、標準化医師数（148.4人）も医療施設従事医師数（159人）もともに既に当該医師数を上回っていることから、目標とする医師数は設定しない。

第6 医師確保のための施策

1 医師を確保するための体制の整備

(1) 地域医療総合対策協議会の役割

- 地域医療総合対策協議会は、医療法第30条の23の規定に基づき、本県における医師確保対策の具体的な実施に係る関係者間の協議・調整を行う場であり、医師確保計画に記載された医師確保対策を具体的に実施するに当たっての協議・調整を行う。
- 県は、地域医療総合対策協議会で協議が調った事項に基づき、その内容に沿って、医師派遣に関する事務等の地域医療支援事務を実施する。

(2) 徳島県地域医療総合対策協議会における協議項目

- 地域医療総合対策協議会においては、医師の確保を図るために必要な次に掲げる事項について協議を行う。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">① キャリア形成プログラムに関する事項② 医師の派遣に関する事項③ キャリア形成プログラムに基づき医師の確保を特に図るべき区域^{*1}に派遣された医師の能力の開発及び向上に関する継続的な援助に関する事項④ 医師の確保を特に図るべき区域に派遣された医師の負担の軽減のための措置に関する事項⑤ 医師の確保を特に図るべき区域における医師の確保のために大学と県とが連携して行う取組に関する事項⑥ 医師法の規定によりその権限に属させられた事項⑦ その他医師の確保を図るために必要な事項 |
|--|

① キャリア形成プログラムに関する事項

- 地域における医師の確保のためには、県内で医師の確保を特に図るべき区域に適切に医師が派遣されることと、派遣される医師の能力開発・向上の機会の両立が重要である。
- このため、「医師少数区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」の両立を目的としたキャリア形成プログラムについて協議する。

*1医師の確保を特に図るべき区域とは、県が定めた医師少数区域及び医師少数スポットを指す

② 医師の派遣に関する事項

- 地域における医師の確保のためには、県内で医師の確保を特に図るべき区域における医療機関をはじめ、医師確保が必要な医療機関に適切に医師が派遣されることが必要である。
- このため、地域医療総合対策協議会において、県内の各医療機関の診療科ごとに、医師を派遣する必要性を慎重に検討した上で、派遣期間及び人数を協議する。

③ キャリア形成プログラムに基づき医師の確保を特に図るべき区域に派遣された医師の能力の開発及び向上に関する継続的な援助に関する事項

- キャリア形成プログラムが医師確保と派遣される医師のキャリア形成の両立を目的としたものであることを踏まえ、キャリア形成プログラムに基づき医師の確保を特に図るべき区域に派遣された医師が、派遣期間中も十分な能力開発・向上を図ることができるよう、関係者の協力の下、必要な援助を行う。

④ 医師の確保を特に図るべき区域に派遣された医師の負担の軽減のための措置に関する事項

- 医師の確保を特に図るべき区域に派遣された医師の負担軽減のため、交代医師の派遣や、グループ診療のあっせん、テレカンファレンスや遠隔画像診断等の遠隔診療の支援等の措置の実施体制について協議を行う。

⑤ 医師の確保を特に図るべき区域における医師の確保のために大学と県とが連携して行う取組に関する事項

- 地域枠及び地元出身者枠の設定に関する事項について協議する。

⑥ 医師法の規定によりその権限に属させられた事項

- 臨床研修病院の指定や県内の臨床研修病院ごとの研修医の定員の設定に関する事項について協議する。
- 日本専門医機構等に対する専門研修に対する意見陳述に関する事項について協議する。

⑦ その他医師の確保を図るために必要な事項

- 地域医療介護総合確保基金の事業計画等について協議する。

(3) 関係者の責務

- 法第30条の24及び第30条の27の規定に基づき、地域医療総合対策協議会の構成員及び医療従事者は、地域医療総合対策協議会において協議が調った事項等の実施に協力するよう努めるとともに、県知事からの要請に応じ、医師確保対策に協力するよう努めなければならない。

2 医師の養成

(1) 徳島大学医学部の状況

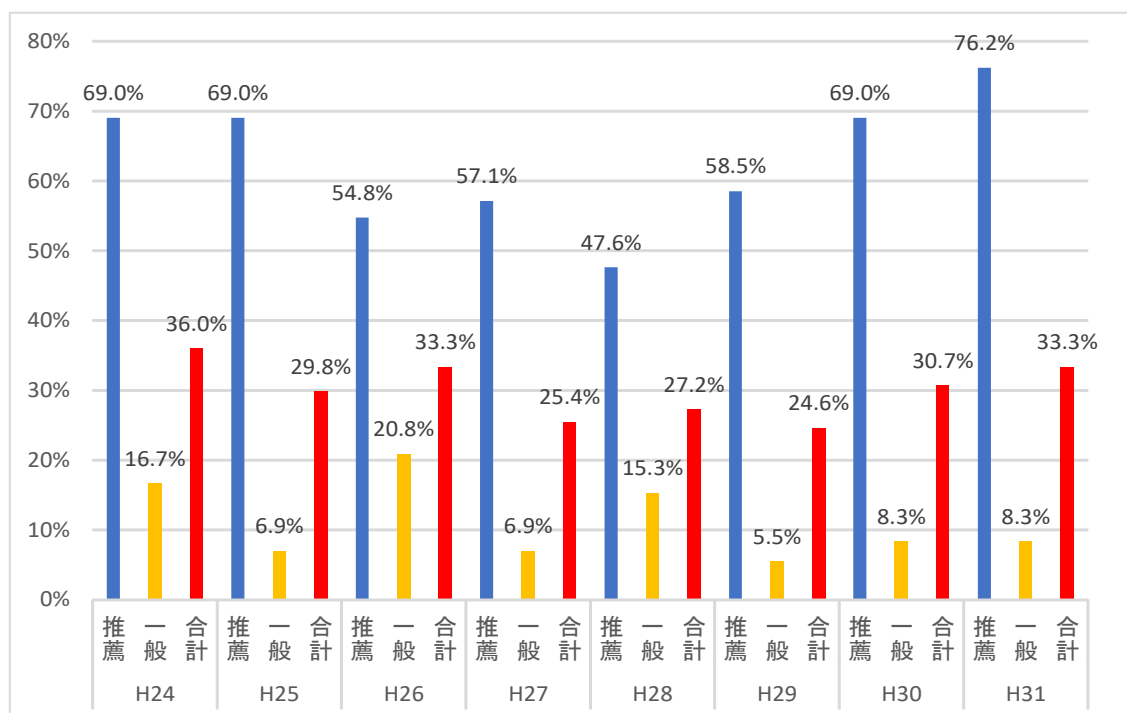
- 徳島大学医学部の定員は、平成23年度以降、114人（恒久定員100人、臨時定員14人）である。
- 平成24年度からの入学者数に占める本県出身者の状況をみると、8年間平均で、推薦入試（地域枠含む）では62.7%、一般入試では11.1%であり、一般入試における県内出身者の割合が極めて低い状況となっている。
- また、実数では8年間平均で34.3人、定員に対して30.0%となっているが、県内出身者が卒業後も県内の医療機関で勤務する割合が高いことから、県内出身者の入学者数の増加が重要である。

■ 徳島大学医学部における本県出身者の状況

入学年度	H24		H25		H26		H27		H28		H29		H30		H31	
	入学者	うち県内	入学者	うち県内	入学者	うち県内	入学者	うち県内	入学者	うち県内	入学者	うち県内	入学者	うち県内	入学者	うち県内
推薦入試	42	29	42	29	42	23	42	24	42	20	41	24	42	29	42	32
一般入試	72	12	72	5	72	15	72	5	72	11	73	4	72	6	72	6
合計	114	41	114	34	114	38	114	29	114	31	114	28	114	35	114	38
県内率	36.0%		29.8%		33.3%		25.4%		27.2%		24.6%		30.7%		33.3%	

※推薦入試の県内合格者には地域枠を含む

■ 徳島大学医学部の本県出身者割合の年次推移（推薦・一般・合計別）



- 医師多数県である本県においては、本県以外からの医師確保が困難であることから、引き続き地域枠の設定の維持に努めるなど、卒業後も県内の医療機関で勤務する割合が高い県内出身者の確保に努める。

(2) 臨床研修

- 平成16年度から「新医師臨床研修制度」が開始され、診療に従事しようとする医師は、2年以上の臨床研修が必修化された。
- 新医師臨床研修制度の開始により、全国的に研修医の大学離れが進行し、大学医局による医師派遣機能の低下や医師の都市部への集中が顕著になり、医師の地域偏在が加速した。
- このため、本県では、平成21年度から県、県医師会、地域医療支援センター、臨床研修病院が「臨床研修連絡協議会」を組織し、研修医確保に向けて一体的に取り組んでいるところである。
- 県内の基幹型臨床研修病院は、次の9病院である。
- 各研修病院の臨床研修医（1年目）の採用状況をみると、平成21年から平成31年の11年間で、県全体で平均52.7人となっている。

■ 県内の臨床研修病院における臨床研修医（1年目）の採用状況

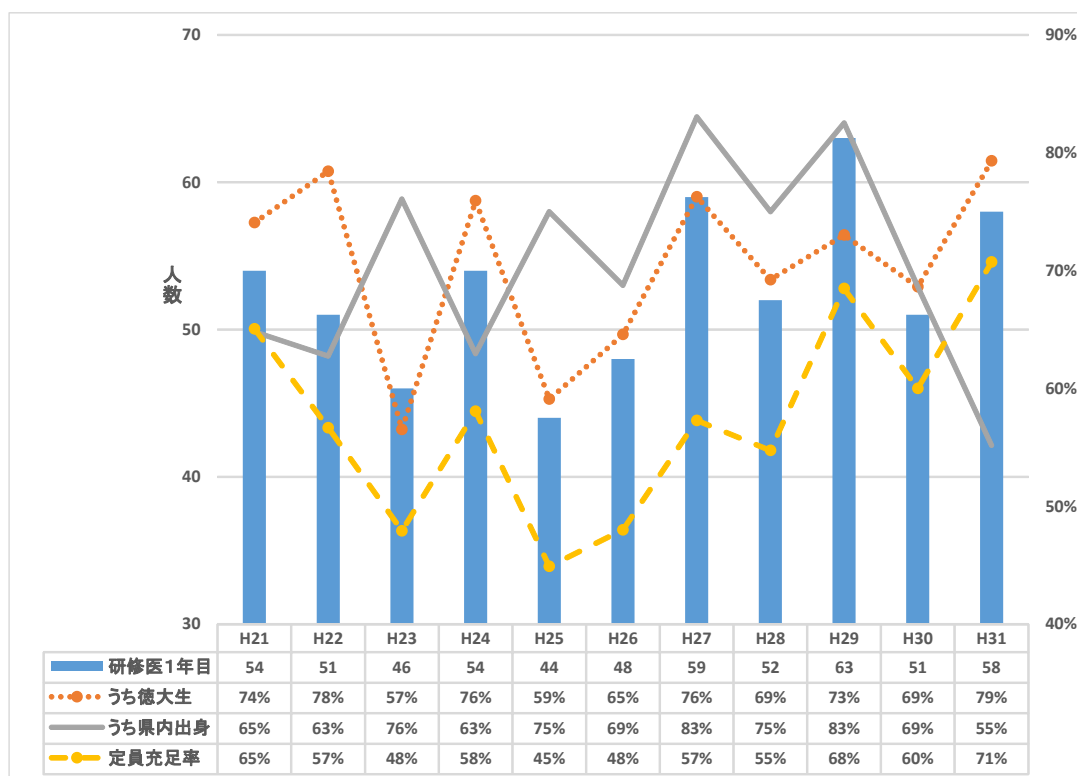
	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H31	平均
徳島大学病院	31	32	27	37	16	24	27	21	26	23	22	26.0
県立中央病院	5	3	2	3	12	10	13	11	12	13	13	8.8
徳島市民病院	3	3	3	1	3	5	2	2	5	0	9	3.3
徳島県鳴門病院	0	2	1	1	2	1	4	5	4	3	0	2.1
徳島健生病院	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0.5
吉野川医療センター	0	0	1	0	0	1	1	0	4	0	4	1.0
徳島赤十字病院	12	9	11	11	11	7	12	12	11	11	9	10.5
阿南医療センター	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0.5
県立三好病院										0	1	0.5
合計	54	51	46	54	44	48	59	52	63	51	58	52.7

※医療機関名は現在の名称。阿南医療センターは阿南共栄病院の実績

※県立三好病院は平成30年から基幹型臨床研修病院

- 県内で臨床研修を行う臨床研修医（1年目）のうち、平成21年から平成31年の11年間で、県内全体の定員充足率は平均57.4%、徳島大学出身者の割合は平均70.5%、県内高校出身者の割合は平均70.4%となっている。

■ 県内の臨床研修医（1年目）における徳島大学出身者及び県内高校出身者の状況



- 臨床研修医の確保については、本県は医師多数県とされていることから、今後は、主に徳島大学医学部を卒業した臨床研修医及び本県出身の臨床研修医の確保を積極的に進めることとし、引き続き臨床研修医の確保に努める。
- 臨床研修連絡協議会は、徳島大学医学部生のリクルートの取組を強化し、地域医療総合対策協議会に臨床研修医の採用・育成についての取組状況を随時報告することとする。
- 平成30年の医師法改正により、医師養成課程を通じた医師確保対策の充実が図られ、その一環として、臨床研修においても、2020年4月より、国から都道府県に臨床研修病院の指定や研修医定員の設定に関する権限の移譲等が行われた。
- これらの権限移譲により、県においては、地域医療総合対策協議会の審議のもと、臨床研修病院の指定や、医師少数区域等に配慮した臨床研修医の定員設定など、地域の実情に応じたきめ細やかな医師偏在対策を実施する。

(3) 専門研修

①専門医制度について

- これまで、医師の専門性に係る評価・認定については、各領域の学会が自律的に独自の方針で専門医制度を設け、運用してきた。
- しかし、専門医制度を運用する学会が乱立して認定基準が統一されておらず、専門医の質の担保に懸念があることや、専門医として有すべき能力について医師と国民との間に捉え方のギャップがあるなど専門医制度が国民にとってわかりやすい仕組みになっていないこと、また、臨床に従事する医師の地域偏在・診療科偏在が進んでおり、その是正は重要な課題であることから、専門医の在り方が検討されてきた。
- このため、中立的な第三者機関（日本専門医機構）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こととされ、臨床における専門的な診療能力を養成することを目的とした新専門医制度が平成29年度から開始予定であったが、都道府県ほか多くの関係者からの不備の指摘を受け、執行部体制も変更され、1年遅れの平成30年度より開始された。
- また、新専門医制度においては、地域偏在と診療科偏在について制度内で配慮されるべきとされ、開始当初の2年間は5都府県の各診療科（外科、産婦人科、病理、診療検査及び総合診療科以外）で専攻医の採用数に上限が設けられたが、令和2年度からについては、突然、専攻医シーリング方針の変更方針が示され、混乱をきたした。

②本県における専門研修について

- 専門研修は、医師法に基づく義務である初期臨床研修とは異なり、その参加は任意であるものの、初期臨床研修を終えた医師の9割以上が参加を希望している。
- そのため、参加を希望する専門研修プログラムが県内に十分整備されていることは、初期臨床研修終了後の医師の本県定着に影響がある。
- 専門研修プログラム終了後は、県内での勤務などの義務はないが、初期臨床研修を終えた都道府県に、その後も勤務する傾向が強いことを考えると、専門研修プログラムにおいても同様の影響があると推測される。
- 本県では、これまで、地域医療支援センターを中心に、専門研修プログラムの内容や研修関連施設の状況に関する情報共有・協議を行い、専攻医の確保に努めてきた。

- 本県の専門研修プログラムの登録状況をみると、平成21年から平成31年の11年間で、県全体で平均57.4人となっており、内科の19.8人が最多であるが、医師不足が顕著な外科では5.0人、産婦人科で2.5人となっている。

■本県における専門研修プログラム登録状況

	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H31	平均
内科	16	18	19	25	26	16	12	18	25	19	24	19.8
小児科	1	4	3	2	3	3	2	2	2	0	2	2.2
皮膚科	3	0	1	2	1	2	4	4	1	0	1	1.7
精神科	2	4	2	6	1	3	3	2	1	4	1	2.6
外科	8	5	4	4	2	8	6	6	3	5	4	5.0
整形外科	3	6	3	3	3	4	3	3	6	3	2	3.5
産婦人科	2	2	2	5	4	4	1	3	1	1	2	2.5
眼科	2	1	3	0	1	1	3	1	3	0	2	1.5
耳鼻咽喉科	0	1	5	5	1	0	4	0	4	3	2	2.3
泌尿器科	1	1	5	5	3	3	1	5	4	2	1	2.8
脳神経外科	3	2	1	3	1	2	0	1	3	2	2	1.8
放射線科	2	3	1	3	3	5	3	2	3	4	4	3.0
麻酔科	2	4	2	2	3	1	3	4	4	6	6	3.4
病理	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	4	0.6
臨床検査	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
救急科	0	2	0	0	2	0	0	1	1	3	5	1.3
形成外科	2	1	1	1	2	1	1	2	1	3	1	1.5
リハビリ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0.3
総合診療科	0	0	0	2	3	3	1	2	2	3	1	1.5
合計	47	54	53	68	59	56	47	56	66	60	65	57.4

③専門医養成に係る県の役割について

- 平成30年度の医師法改正により、日本専門医機構や学会に対し、厚生労働大臣から意見・要請を行える規定が盛り込まれ、県は、地域医療総合対策協議会の意見を聴いた上で、厚生労働大臣に意見を提出することとされている。
- 地域医療総合対策協議会では、キャリア形成プログラムの運用において、各診療科別の専門研修プログラム定員配置が適切なものであるかどうか、また、各研修プログラムが県内の医師確保対策や偏在対策に資するものとなっているかどうか等について、協議する。

④専門医養成に係る大学等の役割について

- 各診療科の専門研修プログラムを作成するプログラム責任者は、次の点に特に留意してプログラムを作成しなければならない。
 - i) 各診療科別のプログラムごとの定員配置が医師少数区域等に配慮すること
 - ii) 各プログラムの連携施設が、地域偏在・診療科偏在の対策に資するものであること
- 各診療科のプログラムをみると、県内の地域偏在・診療科偏在が厳しい状況の中、県内での専門研修期間が短くなってしまっているものも見受けられるが、本県は医師多数県とされていることから、県内での医師の養成・確保にこれまで以上に努める必要がある。
- このため、偏在是正のためにも、各プログラム責任者は協力して、「医師少数区域における医師の確保」と「医師の能力開発・向上の機会の確保」のバランスを考慮しながら、魅力あるプログラムの作成と専攻医確保に努める必要がある。

■本県における2020年度専門研修プログラム

	希望定員数	うち県外研修を含む定員数	県外研修先
内科	48	30	香川, 愛媛, 高知, 大阪, 兵庫, 岡山
小児科	8	5	香川, 高知
皮膚科	5	3	
精神科	8	3	香川
外科	23	5	愛媛, 高知
整形外科	14	7	香川, 愛媛, 高知
産婦人科	8	8	香川, 愛媛, 高知, 北海道, 和歌山
眼科	4	1	香川
耳鼻咽喉科	6	4	香川, 高知
泌尿器科	8	6	香川, 愛媛, 高知, 佐賀
脳神経外科	1	0	
放射線科	5	0	
麻酔科	13	7	香川, 高知, 静岡
病理	4	1	兵庫
臨床検査	2	0	
救急科	6	1	北海道
形成外科	4	4	香川, 愛媛, 高知
リハビリ	4	0	
総合診療科	10	0	

※日本専門医機構から厚生労働省に提示された専門研修プログラムに基づき整理
 (R1.8.8事務連絡により厚生労働省から都道府県へ情報提供)

- また、日本専門医機構から示された本県の各診療科のプログラムは、地域枠医師や自治医大卒医師などキャリア形成プログラム適用医師が選択可能なプログラムになるよう調整を進めているが、さらにカリキュラム制の迅速かつ適切な運用の検討が必要である。
- 各診療領域のプログラム責任者は、地域枠医師や自治医大卒医師が無理なく専門研修をすることができ、定員も可能な限り多く確保できるよう、地域枠医師等の配置が可能な病院（3群病院）を含んだ地域貢献率が高いプログラムを作成するなど、プログラムの柔軟かつ積極的な見直しを図る必要がある。
- 今後は、地域医療総合対策協議会において、各診療科の専門研修プログラムの全ての研修先医療機関の審査が行える体制を整えるべきである。
- 地域医療支援センターの代表者は、地域医療総合対策協議会において、全ての診療領域のプログラムが県内の医師少数区域等への診療科偏在の解消に資するものとなっていることの説明を行うこととする。

⑤専攻医の確保に向けて

- 引き続き専攻医の確保に努める。
- なお、本県は医師多数県とされていることから、本県以外からの医師の確保は行えないこととされているため、今後は、県内で初期臨床研修を終えた専攻医の確保を積極的に進めることとし、地域医療支援センターは臨床研修連絡協議会と協力し、責任を持って地域医療を担う専攻医のリクルートに努める。
- 地域医療支援センターの代表者は、地域医療総合対策協議会において、専攻医の採用・育成についての取組状況を定期的に報告し、その意見を踏まえ、取組の改善を図っていくこととする。

【参考】専門医養成シーリングについて

- 新専門医制度では、地域偏在と診療科偏在の是正に向け、専攻医の採用数に上限が設けられており、2018年度は、五大都市（東京都、神奈川県、愛知県、大阪府、福岡県）において各診療科（外科、産婦人科、病理、診療検査及び総合診療科以外）で過去5年間の採用数の平均をシーリング数として設定された。また、2019年度は、引き続き五都府県へのシーリングに加え、東京都に関しては、2018年度の専攻医が東京都に集中したことを受け、シーリング数が5%削減された。
- しかし、これまでのシーリングでは、東京都への集中を是正できていない実態や、大都市圏においても医師偏在指標上、医師が多数ではない県（神奈川県、愛知県）がシーリングの対象に含まれており、地域偏在に対して有効な仕組みとなっていないこと、また、一律のシーリングが設定されたことから、診療科偏在を是正する仕組みとなっていないことが明らかとなった。
- さらに、厚生労働省の調査により、診療科別週当たり勤務時間60時間以上の割合が診療科間で2倍近くの差が生じていることが明らかとなり、働き方改革の観点からも都道府県・診療科ごとに必要な医師を確保することが急務とされた。
- このため、将来人口推計、傷病別患者数推計、疾患別診療科シェア、各診療別勤務時間等のデータに基づき、2018年度に厚生労働省が計算した「都道府県・診療科別の必要医師数及び必要養成医師数を根拠とした新しいシーリング」の考え方を導入することが、令和元年5月14日の医道審議会医師専門研修部会で了承された。
- しかし、新たな専門医養成定員のシーリング方法は、一定の仮定を置いた上で機械的に算出された「必要医師数」を基に設計されているが、その算出方法の詳細が明らかにされていないことに加え、算出された「必要医師数」についても、地域医療の実態と乖離したものであり、大きな問題がある。
 - ・ 高齢医師などは、夜勤を担えないことも多いため、労働の質を考慮していない必要医師数では、本県の救急医療等を維持することが困難であること
 - ・ 地方は、人口密度が低く、かつ、交通機関が不便な地域が多いため、アクセス面を考慮していない必要医師数では、本県のへき地医療等を維持することが困難であること
 - ・ 開業医と勤務医が混在した平均勤務時間によって、仕事量を調整することで、開業医が多い本県においては、現時点の医師数が過大に評価されていることが想定され、結果として算出される年間養成数では、本県の医療体制を維持していくことが困難であること
- 専門医養成定員のシーリングは、大都市部への偏在、診療科偏在の改善のためには必要であるが、地域医療の実態と乖離したシーリングを行う場合、地域医療への悪影響が懸念される。
 - ・ 全体の医師偏在を主に若手医師の数で調整すれば、即座に中堅医師への負担の集中が起り、離職につながるなどの可能性が否定できない
 - ・ 本県のように医師の実人数が少ない県に対してシーリングを適用した場合、サブスペシャリティのうち、専門医養成ができない領域が生じる
- 各都道府県からの意見を受け、2020年度の専攻医募集については、地域枠医師や自治医大卒医師がシーリングの別枠として取り扱うこととされるなど一定の改善はみられたものの、その根幹の見直しはなされておらず十分ではないことから、2021年度以降の専攻医募集に向けた議論については、注意が必要である。

3 医師の派遣調整

- 地域医療総合対策協議会において派遣調整を行う対象となる医師は、地域枠医師や自治医科大学卒業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が基本となる。
- 地域医療総合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。
- 特に、本県は医師多数県とされており、医師多数区域とされた東部や南部にある医療機関は、医師少数区域や医師少数スポットへの医師の派遣等の支援に努めなければならない。
- また、派遣される医師の能力の開発及び向上を図るには、当該医師が派遣される医療機関における指導医の確保が重要であることに留意し、地域医療総合対策協議会において、大学との調整を行う。
- 南部圏域と西部圏域に対しては、徳島大学病院等は、県が指定する拠点病院に、地域枠医師等の若手医師を指導する医師（15～20年目の医師）の派遣を行うこと。
- 派遣先医療機関は、キャリア形成プログラムと整合的なものとなるよう選定し、地域医療総合対策協議会で決定する。

(1) 大学の責務

- 地域医療総合対策協議会における医師派遣のみでは医師少数区域等において十分な医師の確保ができない場合等には、多くの医師を派遣している大学病院等の医療機関に対して、地域医療総合対策協議会における医師の派遣調整の対象とならない医師も医師少数区域等へ派遣するよう促す必要がある。
- 地域医療総合対策協議会の大学代表者の委員は、事前に各教室の医師の派遣の方針に関する意見を集約した上で地域医療総合対策協議会における議論に臨まなければならない。
- 大学の各教室やその他の医師の派遣を行っている医療機関等は、これまでの派遣先医療機関にとらわれることなく、地域医療総合対策協議会で定められた医師の派遣の方針に沿って医師の派遣調整を行うことが求められる。

(2) 徳島県地域医療支援センターの役割

- 地域偏在による医師不足を解消し、地域医療の安定的な確保を図るため、平成23年11月1日に県医師会等関係機関との連携による「徳島県地域医療支援センター」を「総合メディカルゾーン」に設置し、その運営業務を徳島大学に委託している。
- 地域医療支援センターは、引き続き、地域医療を担う医師のキャリア形成支援や医師の配置調整、地域医療に係る総合相談、情報発信など、本県における総合的な医師確保対策に取り組む。

(3) 徳島県地域医療支援機構の役割

- 本県では、徳島県医療審議会医療対策部会からの「医師不足を解消するための具体的な施策の企画・調整及び実施を行う機関を設置すべき。」との提言を受け、平成13年度からへき地支援等の事業を行ってきた「徳島県へき地医療支援機構」を改組し、平成18年2月に「徳島県地域医療支援機構」を設置した。
- 徳島県地域医療支援機構においては、引き続き、これまでのへき地医療拠点病院に対する医師派遣の要請等の取組みに加え、徳島県地域医療支援センターと連携し、医師確保に関する新たな施策の検討・見直しに取り組み、医師の確保と地域における適正な配置に資する取組の充実を図る。

(4) 地域医療支援病院の役割

- 地域医療支援病院は、患者に身近な地域で医療が提供されることが望ましいとの観点から、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等地域で必要とされる様々な取組を通じて、かかりつけ医を支援する能力を備え、地域医療の確保を図る病院として相応しい構造設備等を有するものについて、知事が承認している病院である。
- 本県では、全ての保健医療圏に、7病院が整備されている。

■ 地域医療支援病院の状況（H30地域医療支援病院業務報告）

		病床数	紹介率	逆紹介率	救急車により 搬送された患者数
東部	県立中央病院	460	85.8%	190.2%	5,192
	徳島市民病院	335	84.5%	86.7%	2,646
	徳島県鳴門病院	307	78.2%	99.6%	2,205
	吉野川医療センター	290	76.5%	79.8%	3,034
南部	徳島赤十字病院	405	86.3%	132.0%	5,306
	阿南医療センター	229	50.9%	96.2%	252
西部	県立三好病院	220	49.0%	86.0%	1,938

※阿南医療センターについては阿南中央病院の数値

- 地域医療支援病院には、地域医療を支援する病院として、医師の少ない地域を支援する機能が求められている。
- 厚生労働省の「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」は、令和元年8月23日、「特定機能病院及び地域医療支援病院の見直しに関する議論の整理」をとりまとめ、「地域医療支援病院の基本的な役割として、医師の少ない地域を支援することも加えるべき」、「地域ごとに地域医療支援病院に求められる機能が異なることを踏まえ、都道府県知事の権限により、地域の実情に応じて要件を追加できることとすべき」、「地域における議論の中で、当該地域医療支援病院が医師の少ない地域を支援するべきとされる場合には、その具体的内容をその地域医療支援病院の責務とするべき」とした。
- 本県においても、地域医療支援病院の承認要件に関する厚生労働省の動向を注視しながら、地域医療支援病院の承認要件の追加等について検討する必要がある。

(5) へき地医療拠点病院の責務

- へき地医療拠点病院は、へき地における住民の医療の確保を図るため、へき地診療所等への代診医等の派遣、へき地医療従事者に対する研修等の診療支援事業等が実施可能な病院を、県知事が「へき地医療拠点病院」として指定する。
- 本県においては、令和元年12月1日現在、県内の7病院をへき地医療拠点病院に指定している。

■ へき地医療拠点病院の状況（H30へき地現況調査）

		病床数	常勤 医師数	へき地支援 業務従事 常勤医師数	支援 診療 所数	派遣 実施 回数	派遣 延べ 日数
東部	県立中央病院	460	148	5	7	384	340.5
南部	徳島赤十字病院	405	161	6	1	44	44
	勝浦病院	60	4	4	1	50	50
	上那賀病院	40	4	4	2	196	147
	県立海部病院	110	8	3	1	54	54
西部	半田病院	120	14	1	1	12	12
	県立三好病院	220	23	2	1	48	48

- 医師少数区域等へ医師を派遣するためには、へき地医療拠点病院の指導医を確保し、育成のための環境が整っていることが重要であることから、へき地医療拠点病院の責務として、へき地医療を担う医師を支援する指導医の確保に努める。

(6) 社会医療法人との連携

- 特に地域で必要な公益性の高い医療を担う社会医療法人の力を活用し、へき地医療の充実に努める。

(7) 徳島県医師会との連携

- 医師の「地域偏在」が大きな課題となっている本県の状況を踏まえ、応援診療の実施等に大きな役割を果たしている県医師会との協力関係のさらなる強化に取り組み、県医師会との協定（「地域における医療体制の確保と支援に関する基本協定」（H21.6締結））に基づく、有志の医師によるへき地診療所等への応援診療について、ベテランドクターの診療支援強化に努める。

4 キャリア形成プログラム

- 県は、「医師少数区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」の両立を目的として、地域医療支援センターや地域医療総合対策協議会の意見を踏まえ、キャリア形成プログラムを策定し、公表する。

(1) キャリア形成プログラムの内容

- キャリア形成プログラムは、次に掲げる者を対象とする。
 - ① 県が修学資金を貸与した地域枠医師
 - ② 修学資金が貸与されていない地域枠医師
 - ③ 自治医科大学を卒業した医師
 - ④ その他キャリア形成プログラムの適用を希望する医師
- 県は、①③④に対し、その者の同意を得て、キャリア形成プログラムを適用する。また、②に対し、その者の同意を得て、キャリア形成プログラムを適用するよう努める。
- キャリア形成プログラムは、県とキャリア形成プログラムの適用を受ける医師の間で締結される契約であり、対象医師は、これを満了するよう真摯に努力しなければならない。
- 県は、①②④に対し、徳島県医師修学資金貸与制度のしおりを作成し、適用されるキャリア形成プログラムの内容を示すこととする。なお、③については、自治医科大学が定める規定及び県が定める規定並びに基本ローテーションをキャリア形成プログラムの内容とする。

(2) キャリア形成プログラムのコース

- 県は、キャリア形成プログラムが対象医師の希望に対応したものとなるよう努める。
- 各診療科別のコースについては、専門医の研修プログラムと整合的なものとし、取得可能な専門医等の資格や取得可能な知識・技術を明示する。
- 県は、地域医療総合対策協議会における協議に基づき、本県において必要とされる診療科を中心にコースを設定する。
- 特に、政策的に確保が必要な診療科（救急科、小児科、産科、総合診療科等）については、県、大学及び地域医療支援センターは、コースを設定するだけでなく、学生時代から継続的な働きかけを行う等の方法により、当該コースを選択する対象医師の数を増やす取組を行い、必要な医師数が確保されるよう努める。

■基本ローテーション（地域特別枠医師）

地域特別枠基本ローテーション(※)

年数	1	2	3	4	5	6	7	8	9
勤務する医療機関	知事が定める臨床研修病院		知事が定める1・2・3群の医療機関(常勤勤務)及びへき地診療所(診療支援)						
従事する業務	臨床研修		勤務する医療機関において臨床業務に従事 ただし、3群病院で3年以上業務に従事すること						

(※)詳細については、徳島県医師研修学資金貸与制度のしおりで示す。

■基本ローテーション（自治医科大学卒医師）

自治医基本ローテーション(※1)

年数	1	2	3	4	5	6	7	8	9
勤務する医療機関	県立中央病院		へき地医療拠点病院(海部・三好)		へき地診療所等		後期研修(※2)	へき地診療所等	
従事する業務	臨床研修		臨床業務に従事				研修	臨床業務に従事	

(※1)県が指定する医療機関で勤務すること

ただし、やむを得ないと県が判断する事情が生じた場合は、この基本ローテーションによらない勤務も可

(※2)後期研修は7年目以外の希望する年に取得することは可

また、後期研修を2年以上希望する場合は、1年間を除いた期間は全て義務外とし、県立中央病院での研修に限り可

(3) キャリア形成プログラムの対象期間

- キャリア形成プログラムの各コースの対象期間（医師が当該コースに基づいて医療機関等に派遣される期間を通算したものをいう。）は、原則として、9年間とする。
- また、厚生労働省の「キャリア形成プログラムの運用指針」においては、医師の確保を特に図るべき区域等の医療機関における就業期間を4年以上とする等、当該地域等における医師の確保を十分に図るために必要な期間設定を行うこととされている。
- さらに、後述する「今後の地域枠の在り方について」においても、議論のたたき台として、「義務年限9年の場合、医師少数区域等に4年以上勤務すること」が示されている。
- このため、令和3年度以降の入学者については、医師の確保を特に図るべき区域等の医療機関における就業期間を4年以上とすることを検討する。

(4) キャリア形成プログラムの対象医療機関等

- 医師は、臨床研修を行った都道府県に臨床研修後も定着する割合が高いという傾向を踏まえ、臨床研修（２年間）については、県内の臨床研修病院において行う。
- 臨床研修終了後の対象期間（原則７年間）についても、原則として、県内の医療機関において就業する。
- キャリア形成プログラムの各コースにおいて就業先とされる医療機関等の設定に当たっては、医師の確保を特に図るべき区域における医師の確保と、対象医師の能力の開発・向上の両立というキャリア形成プログラムの目的が達成されるよう留意する。
- 派遣対象医療機関については、規模別、地域別等の種別に応じて医療機関群を次のとおり設定する。加えて、県が指定するべき地診療所も派遣対象医療機関とする。

	東部	南部	西部
1 群	県立中央病院 徳島市民病院 徳島県鳴門病院 吉野川医療センター 阿波病院 東徳島医療センター 徳島病院	徳島赤十字病院 徳島赤十字ひのみね総合療育センター 阿南医療センター	
2 群	徳島大学病院		
3 群		県立海部病院 勝浦病院 上那賀病院 美波病院 海南病院	県立三好病院 半田病院 三野病院

(5) キャリア形成プログラムの対象期間の一時中断等

- キャリア形成プログラムは、出産、育児等のライフイベントや、海外留学等のキャリア形成上の希望に配慮するため、対象期間の一時中断を可能とする。

(6) キャリア形成プログラムに基づく派遣調整

- 各対象医師に適用されるコースの中で、実際に当該対象医師が派遣される医療機関を決定する際には、本人の希望を最大限尊重しつつ、地域医療総合対策協議会において協議する。
- キャリア形成プログラムに基づく医師派遣と、大学による医師派遣の整合性を確保するため、県は、対象医師の派遣計画案を、前年度の11月末までを目安に地域医療総合対策協議会に提示し、協議及び必要な調整を行った上で、地域医療総合対策協議会において派遣計画を決定する。

(7) 修学資金の貸与

- 県が、卒業後、一定期間にわたって県内の指定された医療機関において就業することを返還免除要件として貸与する修学資金の利率は、地域で就労する医師を確保するという地域枠の本来の趣旨に照らし、適切な金利を設定する。
- 県が貸与する地域枠修学資金に係る義務年限は、原則として、学部卒業後9年間又は貸与期間の1.5倍の期間とする。
- 県が修学資金を貸与した地域特別枠医師については、地域の実情に合わせて、県内で不足している診療領域に限る等、不足している分野の解消に資するキャリア形成プログラムを選択するものとする。
- キャリア形成プログラムが、「医師少数区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」という効果を十分に発揮するためには、「一定期間、確実に医師少数区域等に派遣されること」、「医師少数区域等においても十分な指導体制が構築されること」が必要となる。
- また、医師少数区域等での診療義務を果たす以上、事実上、一定の範囲の診療領域に従事することが求められる。そのため、地域枠の学生が卒業後当該地域において不足する一定の診療領域に従事できるよう、地域の実情に合わせてキャリア形成プログラムを検討する。

5 医師の働き方改革を踏まえた医師確保対策と連携した勤務環境改善支援

- 医師少数区域等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となる。
- 地域医療に従事する医師が、仕事と家庭の両立を実現し、安心して働くことができるよう、代診医の派遣機能の充実や院内保育所等の施設・設備の整備、地域住民への啓発活動などの「安心して働ける環境づくり」の取組を推進する。
- 医師少数区域等の医療機関において、医師事務作業補助者の確保やタスクシフトの推進等による医師に対する負担の集中の軽減等、勤務医が健康を確保しながら働くことができる勤務環境の整備に努める。

(1) 医師の働き方改革の概要

- 平成30年7月に時間外労働の上限規制の導入を柱とした「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律」（平成30年法律第71号）が成立し、平成31年4月以降順次施行され、医師に関しては令和6年4月から新たな時間外労働規制が適用される。
- 厚生労働省の「医師の働き方改革に関する検討会」において、医師の時間外労働規制の具体的な在り方が検討され、医療機関で患者に対する診療に従事する勤務医の時間外労働の上限水準が以下のとおり示された。

■ 令和6年4月から適用される勤務医の時間外労働の上限水準^{*1}

【A水準】

勤務医に適用される水準

⇒年間960時間以下／原則月100時間未満

【B水準】

地域医療の観点から必須とされる機能を果たすため、やむなく長時間労働となる場合の暫定的な特例水準

⇒年間1,860時間以下／原則月100時間未満

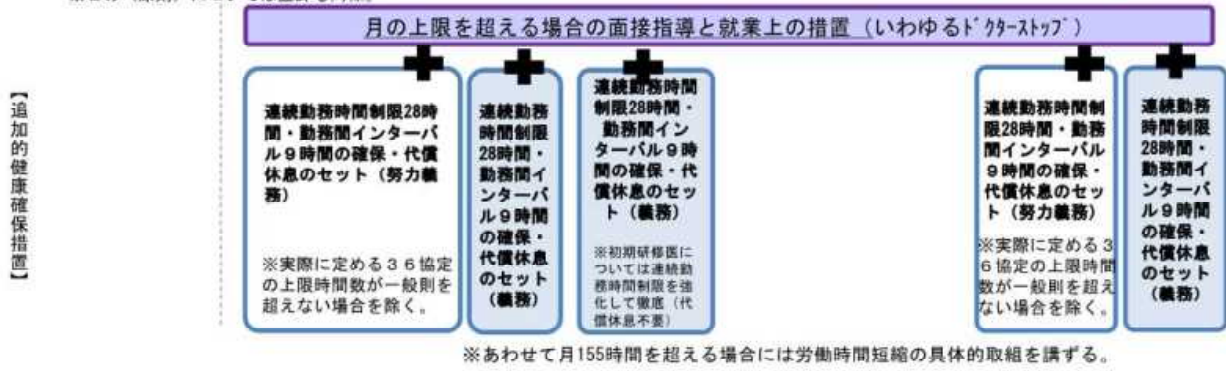
【C水準】

初期・後期研修医が研修プログラムに沿って基礎的な技能や能力を習得する際、又は、医籍登録後の臨床従事6年目以降の者が、高度技能の育成が公益上必要な分野について特定の医療機関で診療に従事する際に適用される集中的技能向上水準

⇒年間1,860時間以下／原則月100時間未満

*1各上限水準は、臨時的に限度時間を超えて労働させる必要がある場合につき延長して36協定で締結できる時間数の上限であり、通常的时间外労働につき延長できる時間数の上限は、医師についても一般労働者と同じ月45時間以下、年360時間以下

医師の時間外労働規制について①



医師の時間外労働規制について②

		(A) 水準	(B) 水準	(C) 水準
縮36協 結定 時数 でき	①通常の時間外労働(休日労働を含まない)	月45時間以下・年360時間以下		
	②「臨時的な必要がある場合」(休日労働を含む)	月100時間未満(ただし下表の面接指導等を行った場合には例外あり)		
③36協 定によ っても 超えら れない 時間外 労働の 上限時 間(休 日労働 を含む)	適正な労務管理(労働時間管理等)	年960時間以下	年1,860時間以下	
		月100時間未満(例外につき同上)		
医師労働時間短縮計画の作成によるPDCAの実施		現代どおり(勤務環境改善の努力義務)	義務	
追加的健康確保措置	連続勤務時間制限28時間※1(宿日直許可なしの場合)※2	努力義務(②が年720時間等を超える場合のみ)		義務
	勤務間インターバル9時間			
	面接指導(睡眠・疲労の状況の確認を含む)・必要に応じ就業上の措置(就業制限、配慮、禁止)	時間外労働が月100時間以上となる場合は義務(月100時間以上となる前に実施※3)		

※さらに、時間外労働月155時間超の場合には労働時間短縮の措置を講ずる。

- 追加的健康確保措置については医事法制・医療政策における義務付け、実施状況確認等を行う方向で検討(36協定にも記載)。面接指導については労働安全衛生法上の義務付けがある面接指導としても位置づける方向で検討。

※1 (C) - 1水準が適用される初期研修医の連続勤務時間制限については、28時間ではなく1日ごとに確実に疲労回復させるため15時間(その後の勤務間インターバル9時間)又は24時間(同24時間)とする。
 ※2 長時間の手術や急患の対応等のやむを得ない事情によって例外的に実施できなかった場合には、代償休息によることも可能(C) - 1水準が適用される初期研修医を除く。
 ※3 時間外労働実績が月80時間超となった段階で睡眠及び疲労の状況についての確認を行い、(A)水準適用対象者の場合は疲労の蓄積が確認された者について、(B)・(C)水準適用対象者の場合は全ての者について、時間外労働が月100時間以上となる前に面接指導を実施。

(2) 徳島県医療勤務環境改善支援センターの役割

- 本県では、平成26年10月に「徳島県医療勤務環境改善支援センター」を設置し、医師をはじめとした医療従事者の離職防止・定着対策に取り組む医療機関を支援している。
- 徳島県医療勤務環境改善支援センターにおいては、これまでの取組に加え、勤務医の時間外労働規制の適用に向け、医師の時間外労働短縮を図る医療機関の支援を行う。

(3) 医師の負担軽減のための行政の取組

- 特に長時間勤務となっている「救急医療の現場」では、医師の負担軽減のための具体的な取組が必要とされている。
- 比較的軽症な患者の「夜間・休日の受診」は、救急医療機関で働く医師の大きな負担となっていることから、本県では、統一的な救急電話相談窓口を設置し、普及啓発に努めることで、県民の安全安心を確保するとともに、救急医療機関の受診適正化による医師の負担軽減を図っている。

■ 救急電話相談窓口

・大人用	# 7 1 1 9
・こども用	# 8 0 0 0

- 今後も、効果的な運用や制度の普及に取り組み、相談体制のさらなる充実を図ることで、医師の勤務環境改善に努める。

6 その他の施策

(1) 地域医療介護総合確保基金の活用

- 地域医療介護総合確保基金については、医師少数区域等における医師の確保に重点的に用いる。
- 中でも、徳島大学への寄附講座の設置については、本県の地域医療を担う医師を確保するため、平成22年から県立海部病院を対象とする「総合診療医学分野」、「地域産婦人科診療部」など4講座でスタートしたが、平成30年4月には7講座まで拡大している。

■ 徳島大学への寄附講座の概要（令和元年度）

	設置講座	対象病院	R1寄附金額
1	総合診療医学分野	県立海部病院, 美波病院	39,000千円
2	地域産婦人科診療部	県立海部病院	34,000千円
3	ER・災害医療診療部	県立中央病院	28,000千円
4	地域外科診療部	県立三好病院, 半田病院	42,000千円
5	地域脳神経外科診療部	県立海部病院, 県立三好病院	28,000千円
6	麻酔科診療部	県立中央病院	27,000千円
7	地域小児科診療部	県立三好病院, 県立中央病院, 半田病院	38,000千円

- 寄附講座の設置により、海部・那賀モデルの推進や地域医療人材育成プログラムの推進が図られ、医師の地域偏在・診療科偏在の解消に大きな役割を果たしてきたところであるが、地域医療介護総合確保基金の使途として医師多数区域の医療機関への寄附の是非や、地域で不足している診療科への限定、あるいは寄附金額の大きさ等の観点から、見直しの必要がある。
- 寄附講座については、今後、現行のスキームにこだわらず、医師少数区域等における指導医確保を主眼とした配置診療科や寄附内容・金額の見直しなど、抜本的な見直しを行う。

(2) 地域医療に関する総合相談・情報発信

- 地域医療支援センターにキャリア形成に関する相談窓口を設置し、ホームページや広報誌を活用した情報発信に取り組み、地域医療に従事する医師の支援体制の充実を図る。

(3) 地域医療に関する調査・分析の実施

- 地域医療支援センターは、各医療機関における研修プログラムの実施状況等、地域医療に関する調査研究を実施し、今後の医師のキャリア形成支援や医師不足地域への医師のより効果的・効率的な配置調整等に活用する。

(4) 学生を対象とした地域医療への理解を深めるための取組

- 県内の高校生を対象とした「徳島大学医学部における体験授業」や「高校生地域医療現場体験ツアー」等の開催により、医療の道を志す高校生の意欲の醸成に努める。
- 全国の医学生を対象とし、県内の地域医療の現場で実地研修を行う「夏期地域医療研修」の開催等により、徳島の地域医療への理解の促進とその魅力の発信に取り組み、将来、地域医療を志す医師の養成を図る。

(5) 総合診療医の育成支援

- 平成22年度から徳島大学の「総合診療医学分野」において実施している、県立病院等をフィールドとした診療活動と地域医療確保に関する研究、さらには総合医の教育について、引き続き積極的な取組を継続する。

第7 地域枠・地元出身枠の設定

1 医学部における地域枠・地元出身枠について

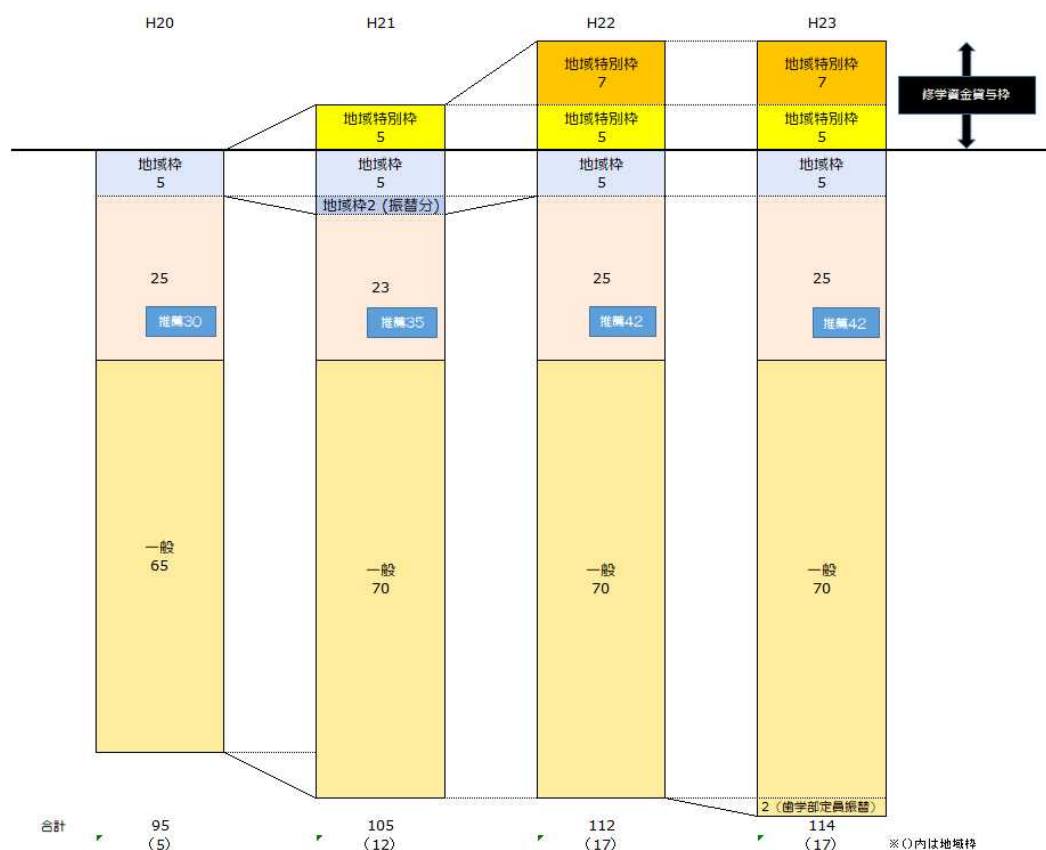
- 全国の医学部定員は、閣議決定（S57,H9）及び国の需給見通しに基づき、ピーク時（昭和57年）の8,280人より635人少ない7,625人まで抑制されてきたが、平成18年の「新医師確保総合対策」及び平成19年の「緊急医師確保対策」により入学定員が増員され、平成20年には168人増の7,793人まで増員された。
- また、「骨太の方針2008」において、医学部定員の削減方針が見直され、平成21年度入学定員は693人増の8,486人となり、さらに、「骨太の方針2009」に基づき平成22年度入学定員の緊急・臨時的な増員を認め、360人増の8,846人として、都道府県が奨学金を用意することを条件に「地域枠」^{*1}の定員増が可能となった。
- 平成23年度以降は同様の枠組みによる増員が行われ、平成31年度には医学部定員は全国で9,420人、うち地域枠は1,674人で全体の17.8%となっている。
- 地域枠については、都道府県内の特定の地域における診療義務を課すものであり、都道府県内における二次医療圏間の偏在を調整する機能があるとともに、特定の診療科がある場合には、診療科間の偏在を調整する機能もある。
- また、臨時定員の増員等と組み合わせた地域枠については、医師の少ない都道府県において医師を充足させ、都道府県間の偏在を是正する機能がある。
- 地元出身者枠については、県内に長期間にわたり8割程度の定着が見込まれるものの、特定の地域等での診療義務があるものではないため、県内における二次医療圏間の偏在調整の機能はなく、都道府県間の偏在を是正する機能がある。
- 今後の医学部定員に関し、厚生労働省は、2020年度・2021年度の医師養成数の方針について、暫定的に現状の医学部定員を概ね維持しつつ、医師偏在対策及び労働時間の短縮に向けた取組等を進めることとし、医学部定員の暫定増に関する各都道府県及び各大学からの要望に対しては、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するとしている。

*1「地域枠」とは、将来、地域医療に従事しようとする意志をもつ学生を選抜するための様々な枠の総称であり、将来、地域医療に従事することを条件とする都道府県の奨学金貸与枠と連動した選抜枠や、都道府県の奨学金貸与枠とは連動しないが、将来、地域医療に従事しようとする意志を持つ者を対象とした入学者選抜枠等をいう。

2 本県の地域枠について

- 徳島大学医学部の入学定員は、昭和57年の120人から平成20年には95人とされていたが、「骨太の方針2008」により平成21年度から地域枠制度が開始されたことに伴い、平成21年度入学定員を10人増の105人とし、12人の地域枠を設置した。
- さらに「骨太の方針2009」を受け、平成22年度入学者より地域枠を5人分拡大し、平成22年度入学定員を112人とした。
- また、平成23年度には歯学部定員を振り替え、医学部入学定員を2人増の114人として以降、この入学定員を維持している。
- 本県の地域枠には、県の修学資金の貸与により業務従事要件が課されている「地域特別枠」と、いわゆる地元出身者枠の「地域枠」の2種類があり、平成21年度に「地域特別枠」5人、「地域枠」7人でスタートしたが、平成22年度以降、「地域特別枠」12人、「地域枠」5人の定員を維持している。
- 令和2年度の入学定員は、地域特別枠は12人、地域枠は5人となっている。

■ 徳島大学医学部入学定員の推移



※H19,H20は医師修学資金貸与枠（地域枠制度以前）として、希望者に修学資金の貸与を実施

- 地域特別枠の学生は、在学中、修学資金の貸与を受けることで、卒業後、業務従事期間が課される。
- 業務従事期間においては、キャリア形成プログラムに基づき、県内の公的医療機関等を、基本ローテーションを前提に、修学資金貸与医師が業務従事期間終了までに自己の診療科の基本領域専門医試験の受験資格を取得できるよう診療科において検討し、地域医療支援センターにおいて調整の上、県が勤務医療機関を決定する。

■基本ローテーション

地域特別枠基本ローテーション(※)

年数	1	2	3	4	5	6	7	8	9
勤務する医療機関	知事が定める臨床研修病院		知事が定める1・2・3群の医療機関(常勤勤務)及びへき地診療所(診療支援)						
従事する業務	臨床研修		勤務する医療機関において臨床業務に従事 ただし、3群病院で3年以上業務に従事すること						

(※)詳細については、徳島県医師修学資金貸与制度のしおりで示す。

- キャリア形成プログラムに示されているように、地域特別枠医師は、9年間の業務従事期間（初期臨床研修の2年間を除くと7年間）の間に、3群病院での勤務に最低3年以上従事する必要がある。
- なお、「キャリア形成プログラム運用指針」及び後述する「今後の地域枠の在り方」を参考に、令和3年度以降の入学者については、医師の確保を特に図るべき区域等の医療機関における就業期間を4年以上とすることを検討する。
- 今後、100人を超えて輩出される地域特別枠医師が、これら3群病院に勤務し、地域医療に従事することで、医師の地域偏在の解消に大きく貢献することから、地域特別枠医師のキャリア形成に、県をはじめとする関係団体が一体となって取り組むことが重要である。

- 本県の地域特別枠医師が専門研修に登録する場合は、徳島大学基幹型プログラムを選択することとなっているが、各領域の医局に入局はせず、各医局長が教育責任者となる。
- 本県の地域特別枠医師の専門研修プログラム登録状況をみると、医師不足が顕著な産婦人科、小児科、外科で少なく、また、地域医療で重要な役割を担うことが期待されている総合診療科においても少ない状況である。
- 地域特別枠医師は、医師少数区域等の3群病院で地域医療に従事することを目的に養成される医師であることから、その診療科の選択にあたっては、地域医療ニーズの高いものであることが求められていることは言うまでもない。
- 今後、100人を超えて輩出される地域特別枠医師の3群病院への配置による地域偏在の解消と併せて、地域の診療科偏在の解消にも大きく貢献する仕組みとなるよう、地域特別枠医師のキャリア形成に、県をはじめとする関係団体が一体となって取り組むことが重要である。

■ 本県の地域特別枠医師の専門研修プログラム登録状況

	H25.3卒	H26.3卒	H27.3卒 (1期生)	H28.3卒 (2期生)	H29.3卒 (3期生)	H30.3卒 (4期生)	合計
内科	1		3	3	4	3	14
小児科					1		1
皮膚科							
精神科		1			1	2	4
外科						1	1
整形外科					1	1	2
産婦人科							
眼科							
耳鼻咽喉科							
泌尿器科				1			1
脳神経外科			1		1		2
放射線科	1		1	2	1		5
麻酔科					1		1
病理					1		1
臨床検査							
救急科				1	1	1	3
形成外科							
リハビリ				1			1
総合診療科				1			1
合計	2	1	5	9	12	8	37

3 今後の地域枠の設置及び必要数

- 地域枠・地元出身者枠の設置・増員については、医療法上、都道府県知事から大学に対して、地域医療総合対策協議会の協議を経た上で、要請できる。
- 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」^{*1*2}に満たない二次医療圏等がある場合とされている。
- この場合の地域枠の必要数は、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され、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とされた。

	医師が少数の県	医師が少数の県以外
医師が少数の二次医療圏のある県	○地域枠の設置・増員の要請 ○地元出身者枠の設置・増員の要請 ○地域枠（臨時定員）の設置・増員の要請	○地域枠の設置・増員の要請 ×地元出身者枠の設置・増員の要請 ×地域枠（臨時定員）の設置・増員の要請
医師が少数の二次医療圏のない県	該当なし	全て×

- これを受け、全国知事会は、「大学が地域と連携して医師不足地域に必要な医師を育成・派遣する役割を果たすことができるよう、地域に必要な医師が十分に確保されるまで医学部臨時定員増を延長すること」を緊急提言し、機械的に算出された都道府県別診療科別の必要医師数をもとにした都道府県の主体的な医師確保の取組を抑制することのないよう強く提言した。
- 本県も、医療従事者の地域・診療科偏在に適切に対応するため、地域に必要な医師が十分確保されるまで、医学部臨時定員の維持を強く要望する。
- なお、上記医療法上の要請については、各都道府県における独自の医師偏在対策としての地域枠及び地元出身者枠の設置・増員等を妨げるものではないとされていることから、医師多数県とされている本県においては、今後は、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も視野に入れておく必要がある。

*1各都道府県において、今後の地域枠や地元出身者枠を設定するに当たり、その根拠として必要となる将来時点において確保が必要な医師数を、必要医師数として定義する。

*2必要医師数の具体的な算出方法は、マクロ需給推計に基づき、将来時点（2036年）において全国の医師数が全国の医師需要に一致する場合の医師偏在指標の値（全国値）を算出し、厚生労働省において、医療圏ごとに、医師偏在指標がこの全国値と等しい値になる医師数を必要医師数として示す。

4 地域枠の選抜方式

- 都道府県知事は、地域枠の学生・医師を確実に確保することができるよう、地域医療総合対策協議会の協議を経た上で、原則、大学に対して、特定の地域における診療義務のある「別枠方式」*1による地域枠を要請する。
- また、地域枠の選抜の際に、診療領域についても、都道府県別診療科別の必要医師数の見通し等を踏まえた一定の制限が課されることを明示しておく必要がある。

5 地域枠の見直し

- 厚生労働省医政局医事課及び地域医療計画課が示した「今後の地域枠の在り方について（議論のたたき台）」には、2021年度以降の地域枠の在り方に関する論点（案）として、次のとおり明記されている。

- ① 診療科に係る要件
 - ・ 義務年限中に従事する診療科を、地域で不足する診療科に限定
 - ・ 地域ごとの不足する診療科の基準については、診療科別の必要医師数等を踏まえ、追って国において提示する
- ② 義務年限中の少数区域等の勤務年数に係る要件
 - ・ 義務年限9年の場合、医師少数区域等に4年以上勤務すること
 - ・ 医師少数区域等の基準について将来時点（2036年時点）の医師偏在指標等を踏まえ追って設定する

- 本県においても、地域医療総合対策協議会や地域医療構想調整会議において、地域枠医師の診療科に係る要件を設定すべきとの意見があることを踏まえ、地域枠医師が、不足する一定の診療領域に従事する仕組みについて、具体的に検討する。
- また、地域枠の設置については、これまで臨時定員の維持を要望してきたが、仮に、今後、恒久定員の枠内において地域枠等の設置・増員等を行う必要があるとされた場合には、徳島大学医学部の恒久定員100人のうち地域枠をどの程度設置するかについて、2022年度入学の入試に向けて協議を進めることを意識しておく必要がある。

*1地域枠学生について一般の学生等とは別の募集定員を設ける方式。本県においては、出願方法や合否基準についても、一般枠と明確に区分されている。

【参考】必要医師数と地域枠等の必要数

- 医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会は、平成31年3月22日に第4次中間取りまとめを公表し、医学部における地域枠・地元出身者枠の設定について、将来の医師必要数を踏まえた枠数の設定方法について整理した。
- 4次とりまとめでは、地域枠の設定に関し、「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」こととされた。
- 将来時点における必要医師数は、2036年度において、各二次医療圏及び都道府県の医師偏在指標が医師需要（ニーズ）の全国平均値と等しい値になる場合の医師数として定義するとされ、その具体的な算出方法は、第3次中間とりまとめにおける医師需要推計に基づき、将来時点（2036年）において全国の医師数が全国の医師需要に一致する場合の医師偏在指標の値（全国値）を算出し、国において、医療圏ごとに、医師偏在指標が全国値と等しい値になる医師数を必要医師数とするとされている。
- また、将来時点における地域枠等の必要数については、2036年度時点の医師供給推計（上位実績ベース）数が需要推計（必要医師数）を下回っている場合について、その差を医師不足数として、地域枠等の必要数を算出することとされた。
 一方、将来時点の医師供給推計（下位実績ベース）は、過去の都道府県の医師の増減実績を過小に見積もっても達成できる医師数であると考えられることから、これが需要推計（必要医師数）を上回っている場合については、その差を養成過剰数として提示するとされた。
- 2022年度以降の医師養成数については、医師の働き方改革に関する検討会の結論、医師偏在対策の状況等を踏まえ、再度、医師の需給推計を行った上で検討を行うとされているが、厚生労働省の医師需給分科会においても、現時点では明確に示されていない。

■ 将来時点における不足医師数等（第4次とりまとめ別添資料2）

	必要医師数 (2036年)	供給推計 (2036年)		供給推計－必要医師数	
		上位	下位	供給上位	供給下位
				不足医師数	過剰医師数
徳島県	1,968	2,617	2,236	649	268
東部	1,408	2,029	1,735	622	327
南部	366	418	358	52	▲9
西部	197	169	144	▲28	▲53

■ R2.2.13厚生労働省提供データ

	必要医師数 (2036年)	供給推計 (2036年)		供給推計－必要医師数	
		上位	下位	供給上位	供給下位
				不足医師数	過剰医師数
徳島県	1,923	2,656	2,278	733	355
東部	1,367	2,060	1,767	693	400
南部	358	425	364	67	6
西部	196	171	147	▲25	▲49

【参考】診療科ごとの将来必要な医師数の見通しの明確化

- 第4次中間取りまとめでは、医療ニーズを踏まえた診療科ごとに必要な医師数の明確化についても、診療科偏在是正の観点からも早急な検討が求められていることから、その算出に当たっての考え方等についても整理されている。
- 将来必要な医師数の見通しの推計にあたっては、診療科ごとの現在の医師数から、それぞれの診療科における勤務時間を踏まえ、医師の働き方改革による時間外労働規制の結果必要となると考えられる現時点における必要医師数を算出し、これに対して疾病と各診療領域の重み付けがなされた対応表に基づき、性年齢階級別の受療率等が一定であると仮定し、将来の人口動態の変化を踏まえた患者数の変化と必要医師数の変化が比例するものとして計算を行った。
- 将来の診療科ごとの必要医師数を踏まえた必要養成数も算出され、2024年、2030年及び2036年の3時点における将来必要な医師数の見通しを算出した上で、1年あたり養成数が算出されている。
- なお、今回の算出については、現状の各診療科の対象となる疾患等が将来維持されることを前提としたものであり、総合診療や救急科等総合的な診療の領域の役割などについて検討を行う必要があることや、推計の限界も指摘されている。
- この数値は、専門医養成シーリングとも大きく関係しており、都道府県からは、この数値の算出法などの公表とともに見直しを要請しているが、明らかにされていない。

■ 診療科ごとの将来必要な医師数の見通しについて（第4次とりまとめ別添資料3）

	医師数 (仕事量)	必要医師数 (勤務時間補正後)				必要養成数に係る推計（必要医師数を維持・達成するための年間養成数）			
		2016年	2016年	2024年	2030年	2036年	2016年	2024年	2030年
内科	915	824	811	795	766	21	9	13	14
小児科	106	117	108	101	95	3	3	2	2
皮膚科	61	51	47	44	41	1	0	0	1
精神科	128	108	99	94	88	2	▲1	0	1
外科	233	220	210	202	192	8	5	6	6
整形外科	158	162	160	157	150	4	4	4	4
産婦人科	80	83	74	68	63	2	1	1	1
眼科	83	84	82	80	75	2	2	2	1
耳鼻咽喉科	66	60	56	52	49	2	1	1	1
泌尿器科	62	53	52	51	49	2	1	1	1
脳神経外科	64	62	63	63	62	2	2	2	2
放射線科	64	48	46	44	42	2	0	0	0
麻酔科	61	67	64	62	59	2	2	2	1
病理診断科	8	13	13	12	12	0	1	1	0
臨床検査	2	4	4	4	4	0	0	0	0
救急科	19	28	27	26	25	1	2	1	1
形成外科	28	24	23	22	21	1	0	0	0
リハビリ	14	16	16	15	14	0	1	1	0

第8 産科・小児科における医師確保計画

- 産科・小児科については、政策医療の観点、医師の長時間労働となる傾向、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、産科・小児科における医師偏在指標を算出し、産科・小児科における地域偏在対策に関する検討を行うこととされた。
- 医師数が多いとされている本県であるが、産科及び小児科の医師不足は深刻であり、特に、小児科については、複数の小児科医師が同時期に産休期間を迎えたことから、令和元年9月から徳島赤十字病院が、同年11月から県立中央病院が、24時間・365日体制で小児救急医療を行う小児救急医療拠点病院体制から当番日制へ移行となっている。
- 産科・小児科における医師の確保は喫緊の課題であることから、関係者間の協議のもと、産科・小児科における医師確保計画を策定する。

1 本県の周産期医療体制及び小児医療体制について

- 周産期医療及び小児医療の主な提供体制は次のとおりとなっている。

■ 周産期医療・小児医療体制

	周産期母子医療センター		小児中核病院	小児地域医療センター	小児地域支援病院	小児救急医療拠点病院	小児救急輪番病院
	総合	地域					
東部	徳島大学病院	県立中央病院 徳島市民病院	徳島大学病院	県立中央病院		県立中央病院 (令和元年10月まで)	
南部		徳島赤十字病院		徳島赤十字病院		徳島赤十字病院 (令和元年8月まで)	
西部					県立三好病院 町立半田病院		県立三好病院 町立半田病院

(1) 周産期医療体制

- 本県における周産期医療体制については、平成16年に「徳島県周産期医療協議会」を設置し、県内における周産期医療体制の整備や連携体制の構築を図ってきた。
- 総合メディカルゾーンを構成する徳島大学病院と県立中央病院が一体的に機能を発揮し、本県の周産期医療の核となることや、本県におけるNICUを21床確保すること、総合周産期母子医療センターである徳島大学病院が中心となり、一般合併症を含むリスクの高い母体・胎児の救命を図ること、各医療圏ごとに地域周産期母子医療センターを整備することなどを目標として整備してきた。

- 分娩取扱施設は、周産期母子医療センターのほか、東部圏域では、徳島県鳴門病院と吉野川医療センター、民間診療所8機関、南部圏域では阿南医療センターと県立海部病院、西部圏域ではつるぎ町立半田病院となっている。

(2) 小児医療体制

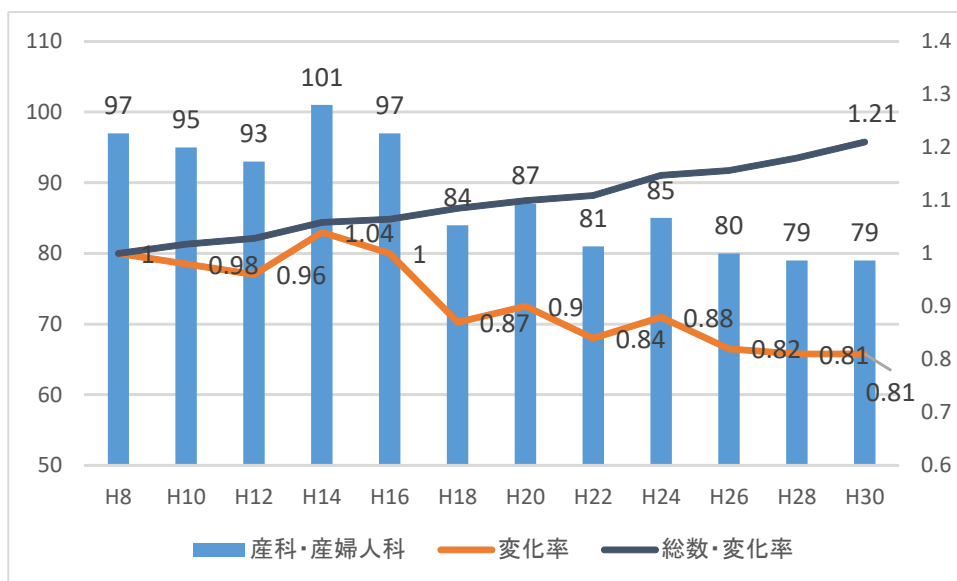
- 本県における小児医療の体制については、徳島大学病院を高度小児専門医療を行う小児中核病院とし、県立中央病院と徳島赤十字病院を小児専門医療を行う小児地域医療センターに、県立三好病院とつるぎ町立半田病院を小児医療過疎地域の一般小児医療を行う小児地域支援病院として整備している。
- 小児救急医療の体制については、24時間365日体制の小児救急医療拠点病院として、東部の県立中央病院（令和元年10月末日まで）と南部の徳島赤十字病院（令和元年8月末日まで）が小児重篤救急患者の救命救急医療に対応し、西部においては香川県の国立病院機構四国こどもとおとなの医療センターとの連携により対応してきた。
さらに、高度かつ専門的な小児重篤救急患者の救命救急医療については、徳島大学病院が対応している。
- 小児科を標榜している一般病院は、平成14年から29年の間に53施設から34施設へと35.2%減少し、診療所は268施設から203施設へ24.3%減少している。
- 圏域別では、東部圏域は17病院・149診療所、南部圏域は10病院・40診療所、西部圏域は7病院・14診療所となっている。

2 本県における産科医師・小児科医師の現状

(1) 医療施設従事医師の状況

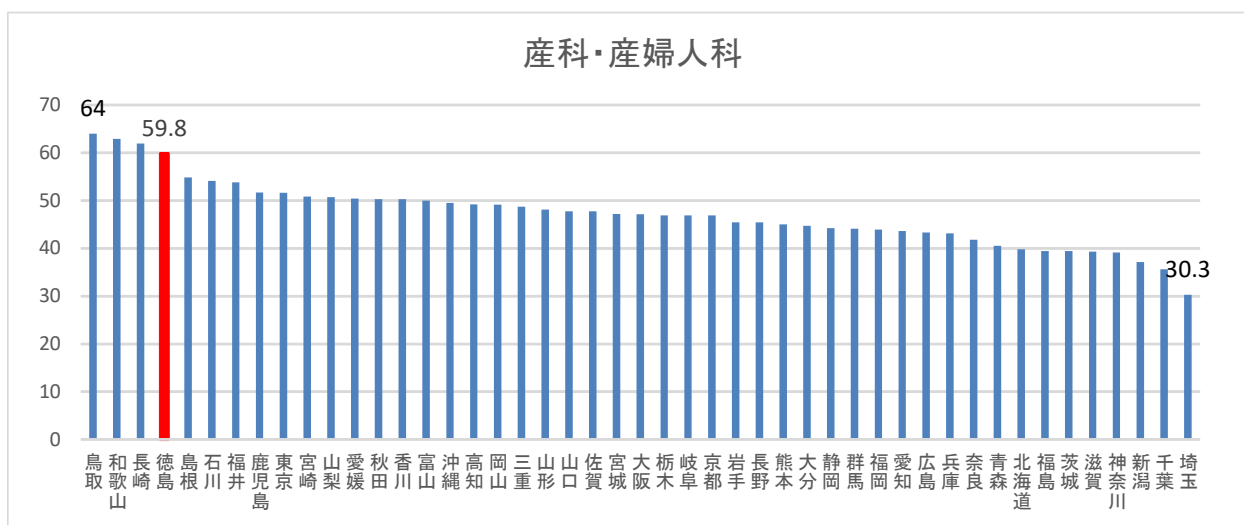
- 本県の医療施設従事医師数を主たる診療科目別で見ると、産科・産婦人科は79人（3.3%）である。
- 医療施設に従事する医師数は、平成8年の2,004人から平成30年の2,425人へと421人・21.0%増加しているが、そのうち、産科・産婦人科は97人から79人へ18人・18.6%の減少となっている。

■ 本県の産科医師数の年次推移



資料：厚生労働省「H30医師・歯科医師・薬剤師統計」

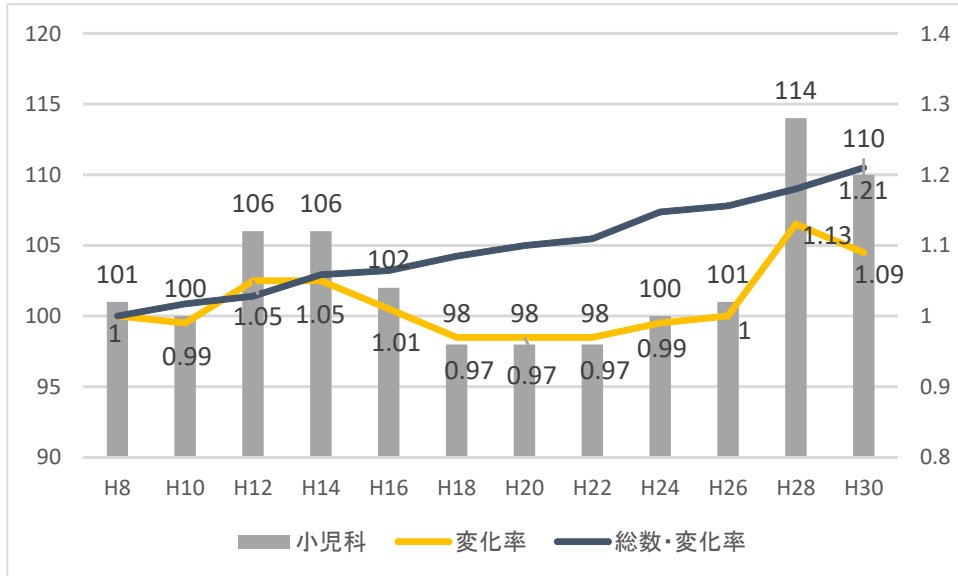
■ 都道府県別医療施設従事産科医師数（人口10万対）



資料：厚生労働省「H30医師・歯科医師・薬剤師統計」

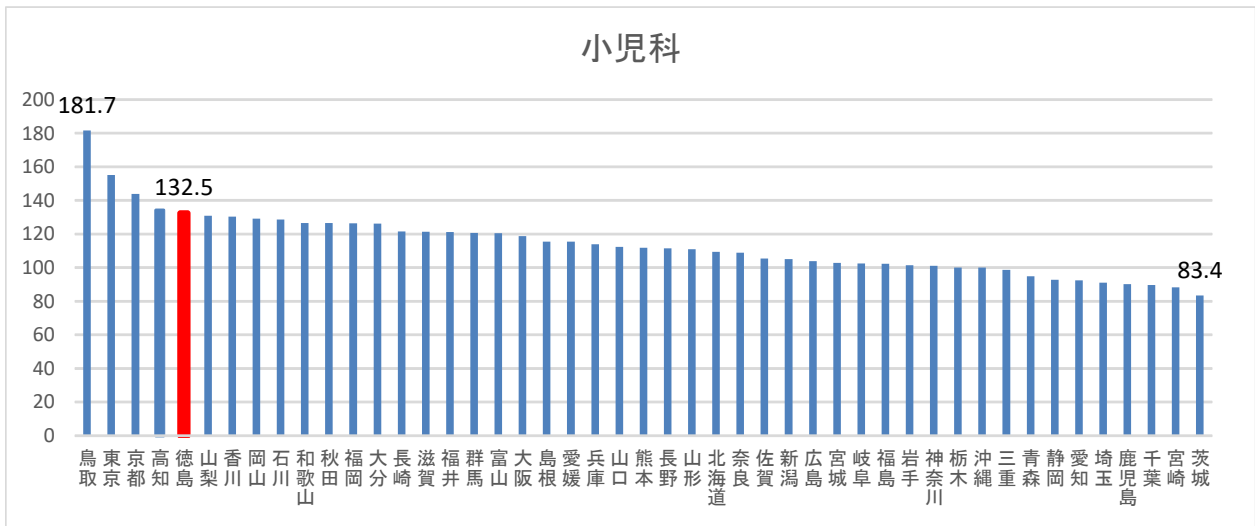
- 小児科は110人（4.5%）であり、平成8年の101人から110人へと9人・8.9%増加している。

■ 本県の小児科医師数の年次推移



資料：厚生労働省「H30医師・歯科医師・薬剤師統計」

■ 都道府県別医療施設従事小児科医師数（人口10万対）



資料：厚生労働省「H30医師・歯科医師・薬剤師統計」

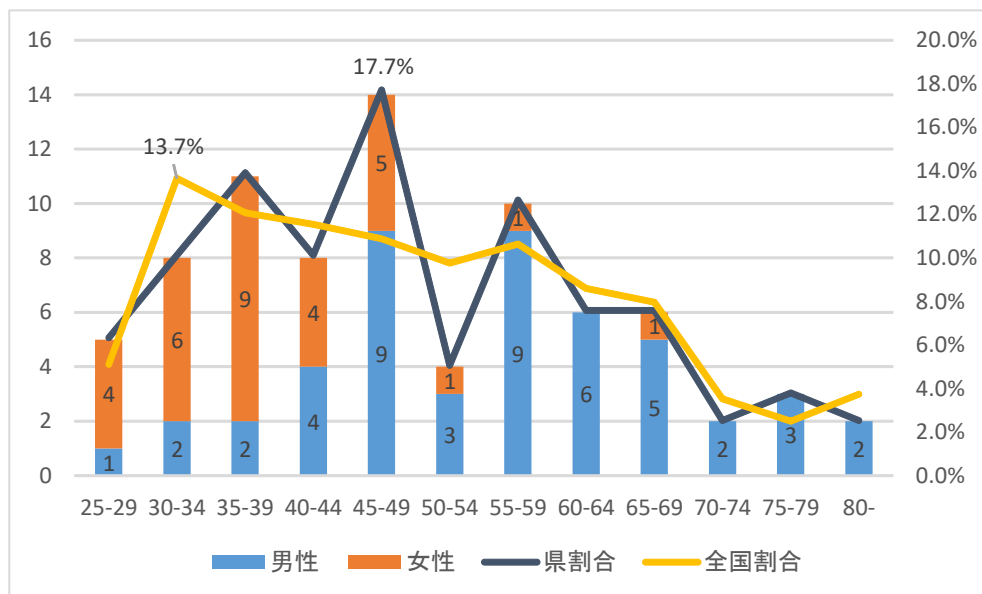
(2) 地域偏在の状況

- 医療圏ごとに主たる診療科別の医療施設従事医師数（人口10万対）をみると、県全体を1.00とした場合、産科・産婦人科については、東部12.1人で1.13、南部7.1人で0.66、西部7.9人で0.73となっている。
- 小児科については、東部15.6人で1.05、南部16.3人で1.09、西部7.9人で0.53となっている。
- 南部の産科・産婦人科、西部の小児科で医師の偏在が顕著となっている。

(3) 性・年齢階級別の状況

- 次に記載する、産科、小児科における医療施設従事医師の性・年齢階級別、各圏域ごとの状況は、平成30年時点のデータがないことから、平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査の結果による。
- 産科医師の性・年齢階級別の構成比をみると、年齢構成別では、全国で最も医師数の多い年齢階層が30歳から34歳で13.7%であるのに対し、本県では45歳から49歳が最も多く、17.7%となっている。
- 性別構成比をみると、本県では女性医師の割合が39.2%となっており、全国の35.8%に比べ高くなっている。
特に、40歳未満の女性医師の比率は79.2%と、全国の63.1%を大きく上回っている。

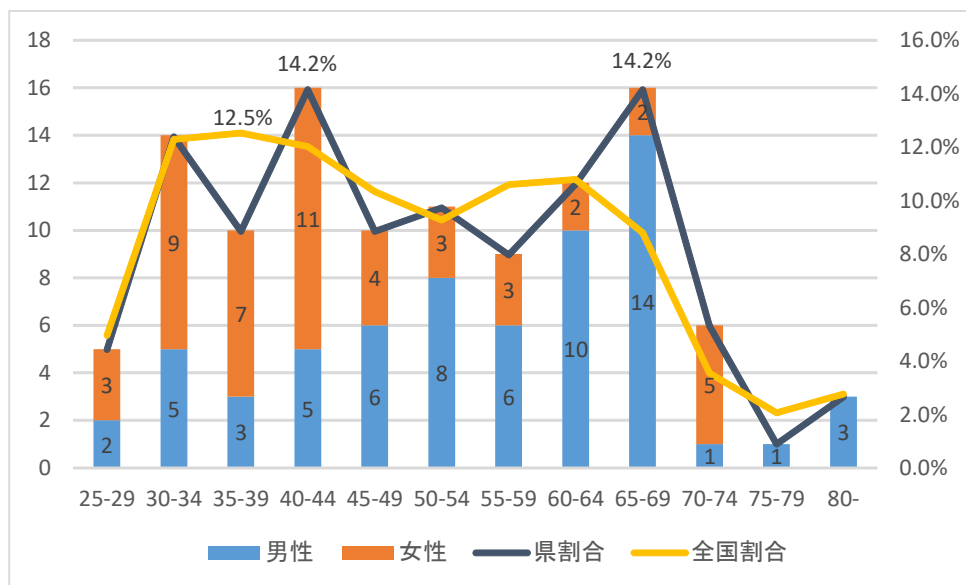
■ 産科医師の性・年齢階級別医師数と構成割合



資料：厚生労働省「H28医師・歯科医師・薬剤師調査」

- 小児科医師の性・年齢階級別の構成比をみると、年齢構成別では、全国で最も医師数の多い年齢階層が35歳から39歳で12.5%であるのに対し、本県では65歳から69歳と40歳から44歳が最も多く、14.2%となっている。
- 性別構成比をみると、本県では女性医師の割合が43.4%となっており、全国の34.3%に比べ高くなっている。
特に、40歳未満の女性医師の比率は65.5%と、全国の42.8%を大きく上回っている。

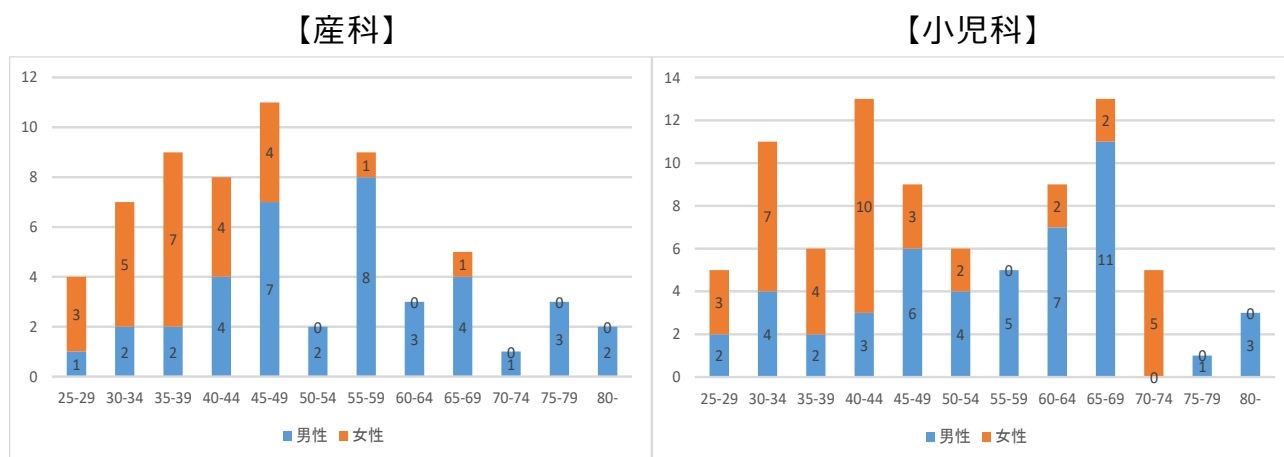
■ 小児科医師の性・年齢階級別医師数と構成割合



資料：厚生労働省「H28医師・歯科医師・薬剤師調査」

- 各圏域ごとにみると、東部圏域では、産科医師は64人、小児科医師は86人であり、県全体の産科医師の81.0%、小児科医師の75.4%が集中している。
- 産科医師の年齢階級別医師数は、45歳から49歳が最も多く、圏域全体の17.2%であり、また、65歳以上は11人、17.2%となっている。
- 女性医師数は25人であり、圏域全体の39.1%となっている。年齢階級別では、40歳未満の女性医師数は15人、圏域の同年齢階級医師数の75.0%となっており、女性医師の割合が非常に高い状況である。
- 小児科医師の年齢階級別医師数は、65歳から69歳及び40歳から44歳が最も多く、圏域全体の15.1%であり、また、65歳以上は22人、25.6%となっている。
- 女性医師数は38人であり、圏域全体の44.2%となっている。年齢階級別では、40歳未満の女性医師数は14人、圏域の同年齢階級医師数の63.6%となっており、女性医師の割合が高い状況である。

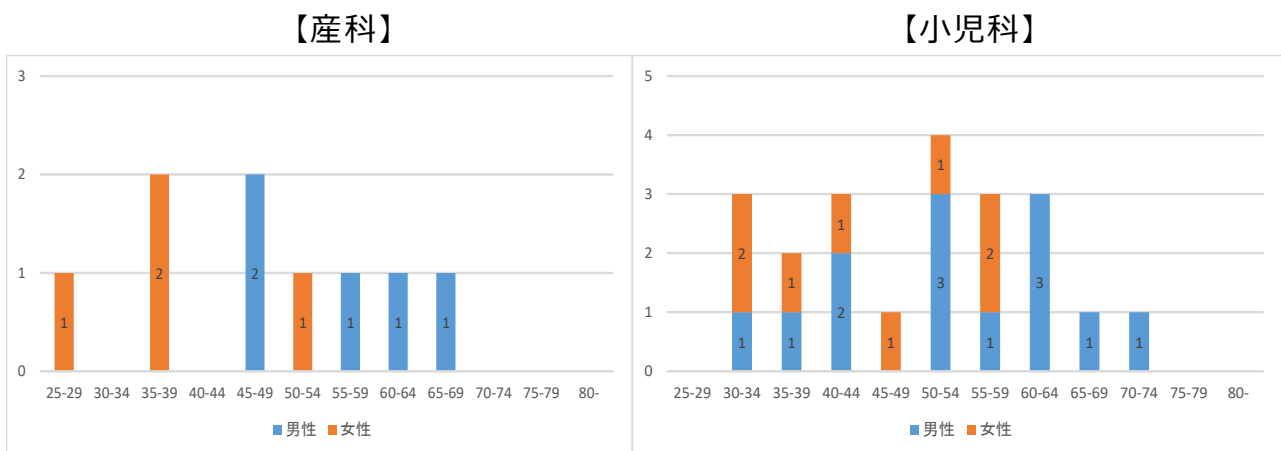
■ 産科・小児科医師の性・年齢階級別医師数（東部）



資料：厚生労働省「H28医師・歯科医師・薬剤師調査」

- 南部圏域では、産科医師は9人、小児科医師は21人であり、県全体の産科医師の11.4%、小児科医師の18.4%となっている。
- 産科医師の年齢階級別医師数は、45歳から49歳及び35歳から39歳が最も多く、圏域全体の22.2%であり、また、65歳以上は1人、11.1%となっている。
- 女性医師数は4人であり、圏域全体の44.4%となっている。年齢階級別では、40歳未満の女性医師数は3人、圏域の同年齢階級医師数の100%となっており、女性医師の割合が極めて高い状況である。
- 小児科医師の年齢階級別医師数は、50歳から54歳が最も多く、圏域全体の19.0%であり、また、65歳以上は2人、9.5%となっている。
- 女性医師数は8人であり、圏域全体の38.1%となっている。年齢階級別では、40歳未満の女性医師数は3人、圏域の同年齢階級医師数の60.0%となっており、女性医師の割合が高い状況である。

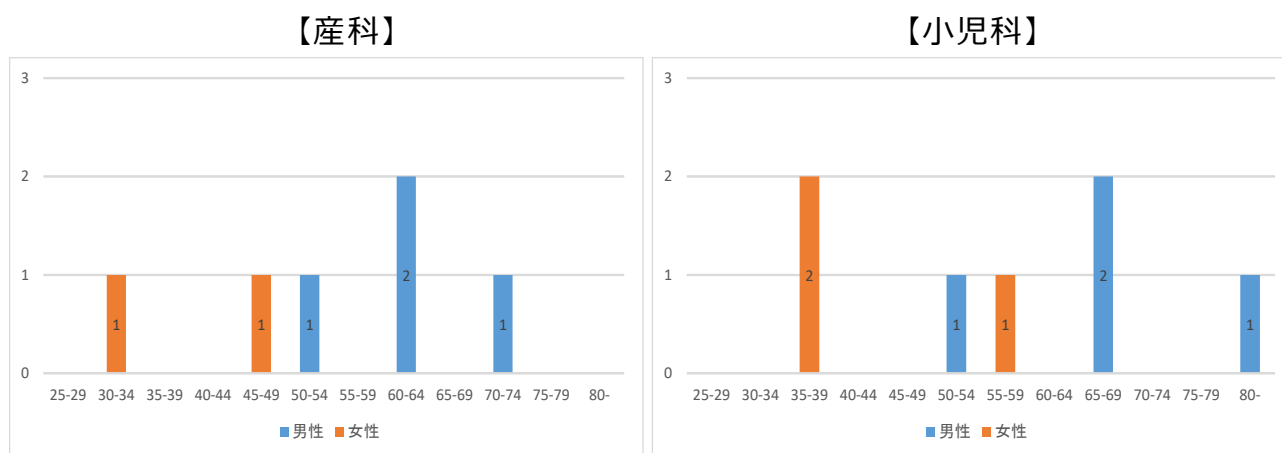
■ 産科・小児科医師の性・年齢階級別医師数（南部）



資料：厚生労働省「H28医師・歯科医師・薬剤師調査」

- 西部圏域では、産科医師は6人、小児科医師は7人であり、県全体の産科医師の7.6%、小児科医師の6.1%となっている。
- 産科医師の年齢階級別医師数は、60歳から64歳が最も多く、圏域全体の33.3%であり、また、65歳以上は1人、16.7%となっている。
- 女性医師数は2人であり、圏域全体の33.3%となっている。年齢階級別では、40歳未満の女性医師数は1人、圏域の同年齢階級医師数の100%となっており、女性医師の割合が極めて高い状況である。
- 小児科医師の年齢階級別医師数は、65歳から69歳及び35歳から39歳が最も多く、圏域全体の28.6%である。また、65歳以上は3人、42.9%となっており、小児科医師の高齢化が深刻な状況である。
- 女性医師数は3人であり、圏域全体の42.9%となっている。年齢階級別では、40歳未満の女性医師数は2人、圏域の同年齢階級医師数の100%となっており、女性医師の割合が極めて高い状況である。

■産科・小児科医師の性・年齢階級別医師数（西部）

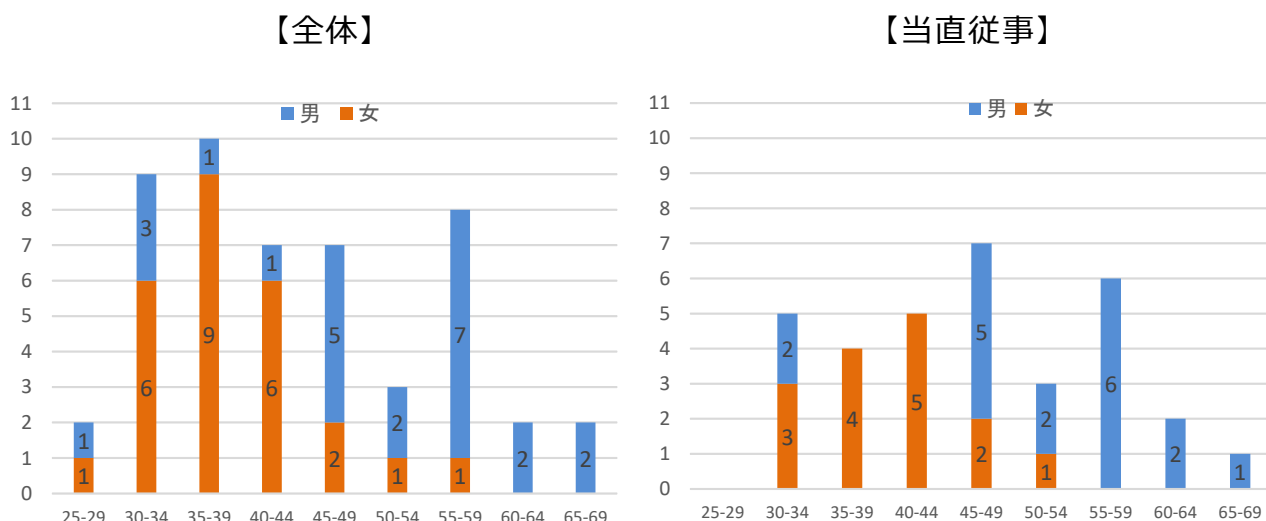


資料：厚生労働省「H28医師・歯科医師・薬剤師調査」

(4) 公立・公的病院の状況

- 公立・公的病院は、周産期母子医療センターや小児中核病院、小児地域医療センター、小児地域支援病院など、本県の周産期医療及び小児医療体制の中核を担っている。
- 公立・公的病院の常勤医師（大学で基礎研究・教育のみに従事する医師は除く）における、令和元年5月1日時点の性・年齢階級別医師数は、産科・産婦人科医師で50人、平均年齢44.1歳、女性割合52.0%であり、このうち、当直に従事している医師は33人、平均年齢46.8歳、女性割合45.5%となっている。

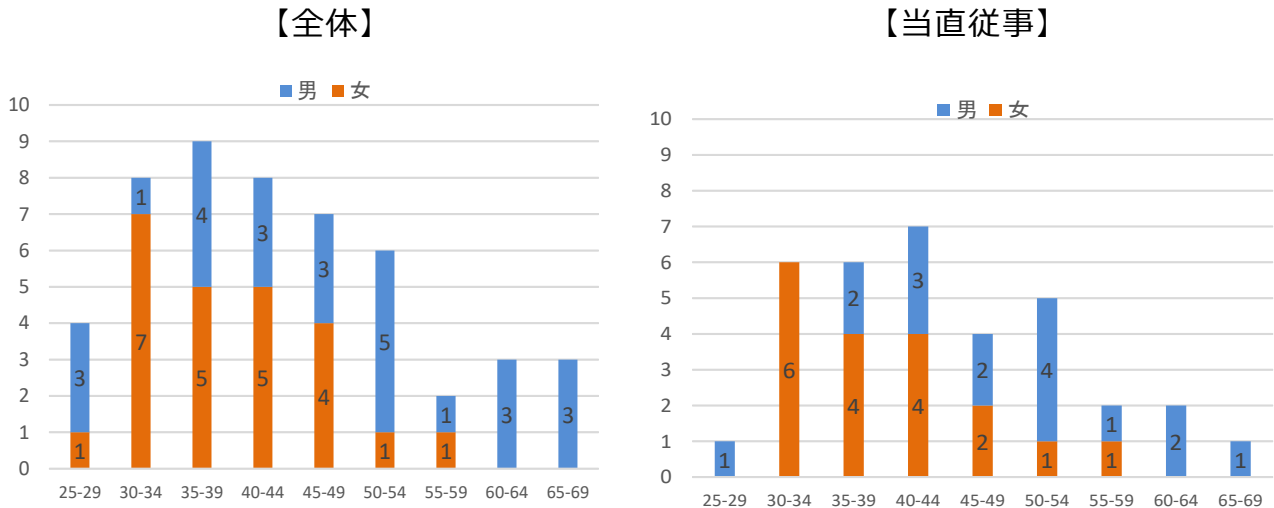
■ 公立・公的病院常勤医師調査結果（産科・産婦人科）



	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	総計
徳島大学病院	2	5	7	4	3		2		1	24
県立中央病院				1	1		1			3
徳島市民病院		1	1			1	1	1		5
徳島県鳴門病院			1		1		1			3
吉野川医療センター		1				1				2
徳島赤十字病院		1		1		1	2			5
阿南医療センター				1	1				1	3
県立三好病院			1							1
町立半田病院		1			1		1	1		4
総計	2	9	10	7	7	3	8	2	2	50

- 小児科医師は50人、平均年齢43.6歳、女性割合48.0%であり、このうち、当直に従事している医師は34人、平均年齢43.6歳、女性割合52.9%となっている。

■ 公立・公的病院常勤医師調査結果（小児科）



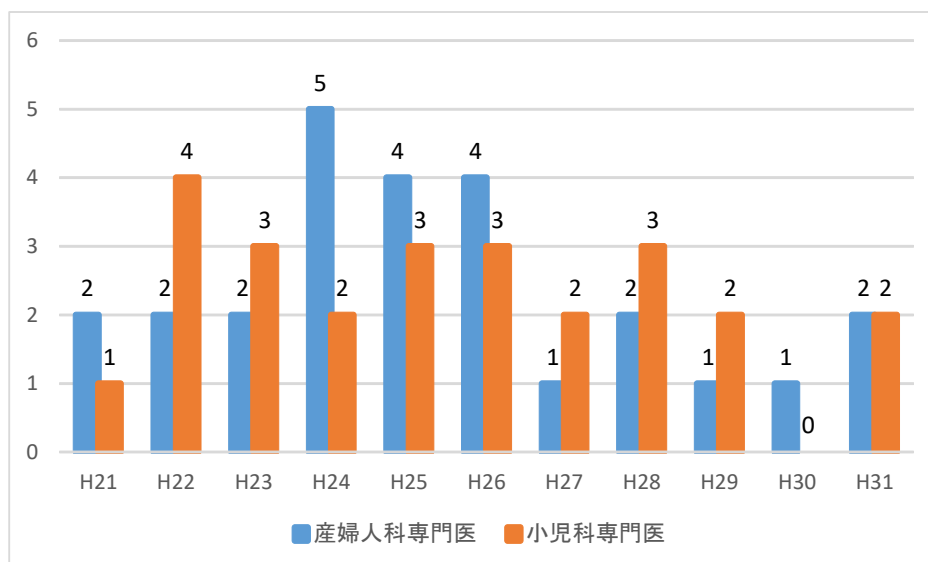
	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	総計
徳島大学病院	3	2	3	2	4	3		1		18
県立中央病院		4	1	1				1		7
徳島市民病院		1	1		1					3
徳島県鳴門病院				1	1					2
吉野川医療センター			1							1
徳島病院			1		1					2
阿波病院									1	1
東徳島医療センター				1						1
徳島赤十字病院		1	2	2				1		6
ひのみね総合療育センター						3	1		2	6
阿南医療センター	1						1			2
町立半田病院				1						1
総計	4	8	9	8	7	6	2	3	3	50

(5) 産科婦人科医師及び小児科医師の養成の状況

- 徳島初期・専門医研修データベースによる基本領域別専門研修プログラムの登録状況をみると、平成21年から令和元年までの11年間で、産婦人科専門医は合計27人（年平均2.5人）、小児科専門医は合計24人（年平均2.2人）となっている。

■ 本県の産婦人科・小児科の専門研修プログラム登録状況

	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H31	平均
産婦人科	2	2	2	5	4	4	1	3	1	1	2	2.5
小児科	1	4	3	2	3	3	2	2	2	0	2	2.2
合計	3	6	5	7	7	7	3	5	3	1	4	4.6



3 産科・小児科における医師偏在指標

(1) 産科における医師偏在指標

- 医療需要については、「里帰り出産」等の妊婦の流入出を踏まえた「医療施設調査」における「分娩数」を用いる。
- 医師供給については、厚生労働省の「医師・歯科医師・薬剤師調査」における「産科医師数」と「産婦人科医師数」の合計値*1を用いる。

■ 産科における医師偏在指標の計算式

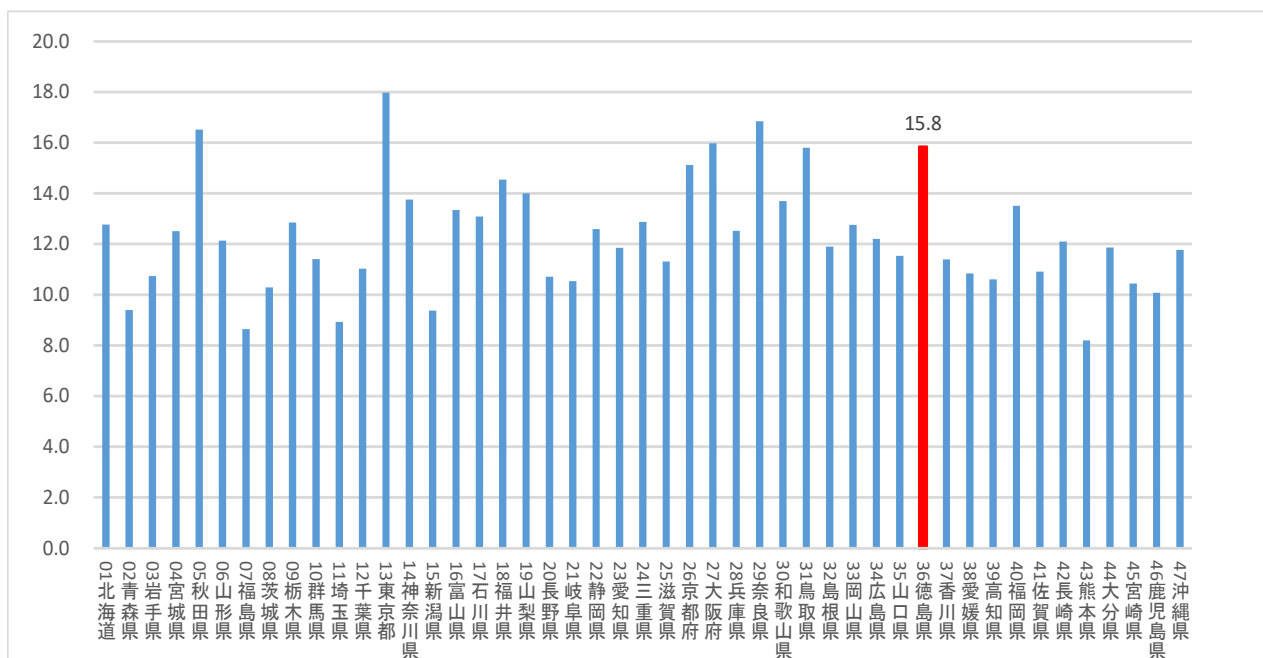
$$\text{産科医師偏在指標} = \text{標準化産科・産婦人科医師数} \div (\text{分娩件数} \div 1,000\text{件})$$

- 厚生労働省から提供された産科医師偏在指標は次のとおりである。

■ 産科医師偏在指標

- ・ 県 15.8 (5位) (全国平均12.8)
- ・ 東部 17.6 (33位)
- ・ 南部 10.1 (158位)
- ・ 西部 13.3 (88位)

■ 都道府県別産科医師偏在指標



*1産科医師偏在指標に用いる医師については、実際に分娩を取り扱う産科医師とすることが望ましいが、現時点で性・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ため、「医師・歯科医師・薬剤師調査」を用いて設定する。

(2) 小児科における医師偏在指標

- 医療需要については、15歳未満の人口を「年少人口」と定義し、医療圏ごとの小児の人口構成の違いを踏まえ、性・年齢階級別受療率を用いて年少人口を調整したものをを用いる。
- 医師供給については、厚生労働省の「医師・歯科医師・薬剤師調査」における「小児科医師数」を用いる。

■ 小児科における医師偏在指標の計算式

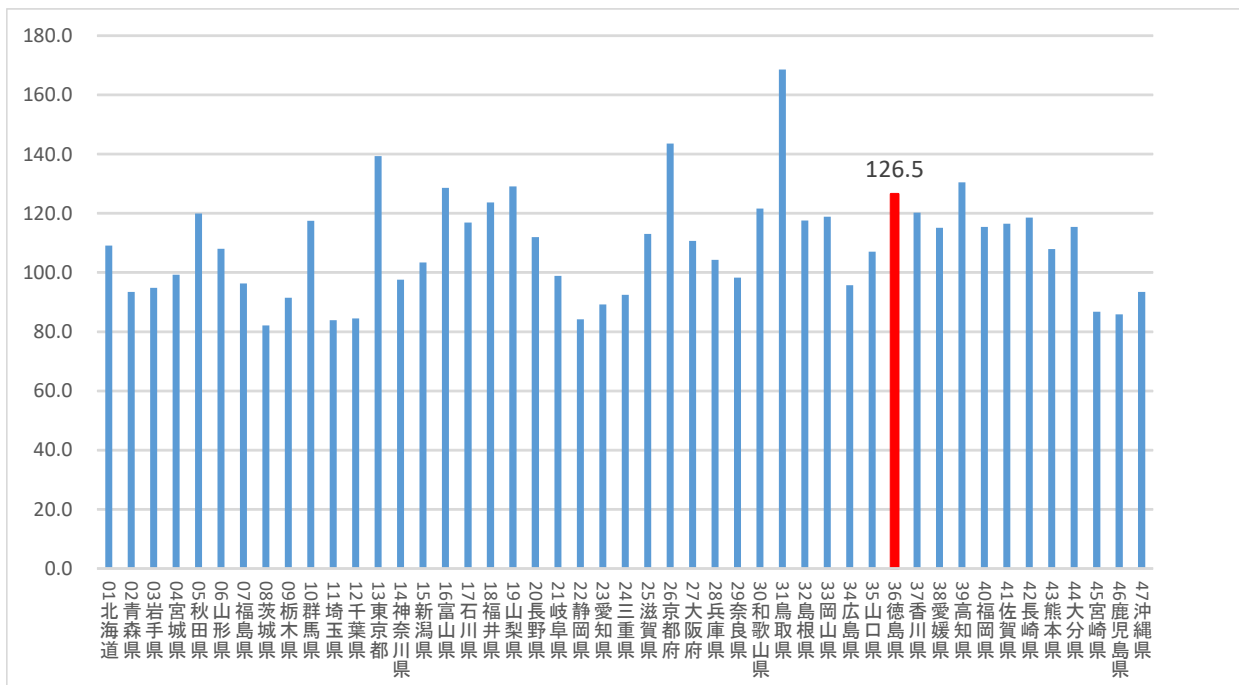
$$\text{小児科医師偏在指標} = \text{標準化小児科医師数} \div \left((\text{地域の年少人口}/10\text{万}) \times \text{地域の標準化受療率比} \right)$$

- 厚生労働省から提供された小児科医師偏在指標は次のとおりである。

■ 小児科医師偏在指標

- ・ 県 126.5 (7位) (全国平均106.2)
- ・ 東部 128.7 (42位)
- ・ 南部 128.5 (43位)
- ・ 西部 99.1 (143位)

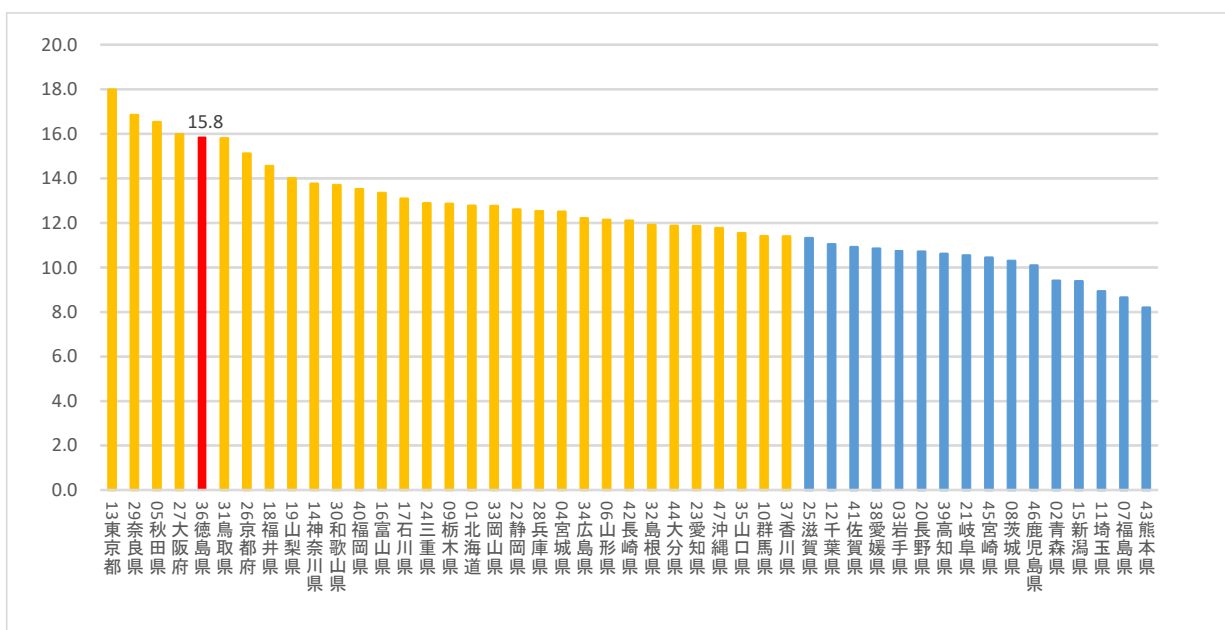
■ 都道府県別小児科医師偏在指標



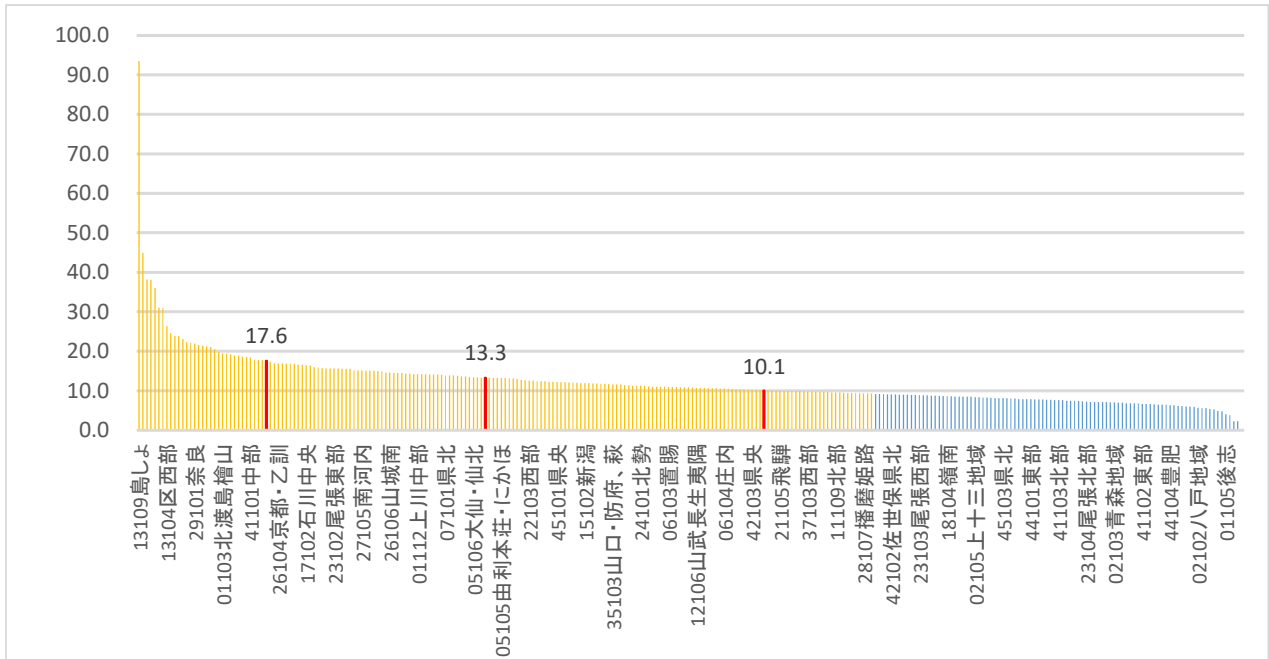
4 相対的医師少数区域の設定

- 産科・小児科については、都道府県ごと及び周産期医療圏又は小児医療圏ごとの医師偏在指標の値を全国で比較し、医師偏在指標が下位33.3%に該当する医療圏を「相対的医師少数都道府県」及び「相対的医師少数区域」として設定する。
- 産科医師又は小児科医師が相対的に少なくない医療圏においても、産科医師又は小児科医師が不足している可能性があることに加え、これまでに医療圏を超えた地域間の連携が進められてきた状況に鑑み、仮に産科医師又は小児科医師が多いと認められる医療圏を設定すると当該医療圏は産科医師又は小児科医師の追加的な確保ができない医療圏であるとの誤解を招くおそれがあるため、産科・小児科においては医師多数都道府県や医師多数区域は設けない。
- 産科の医師偏在指標上、本県は「相対的医師少数県」ではなく、また、本県には「相対的医師少数区域」はない。

■ 都道府県別産科医師偏在指標

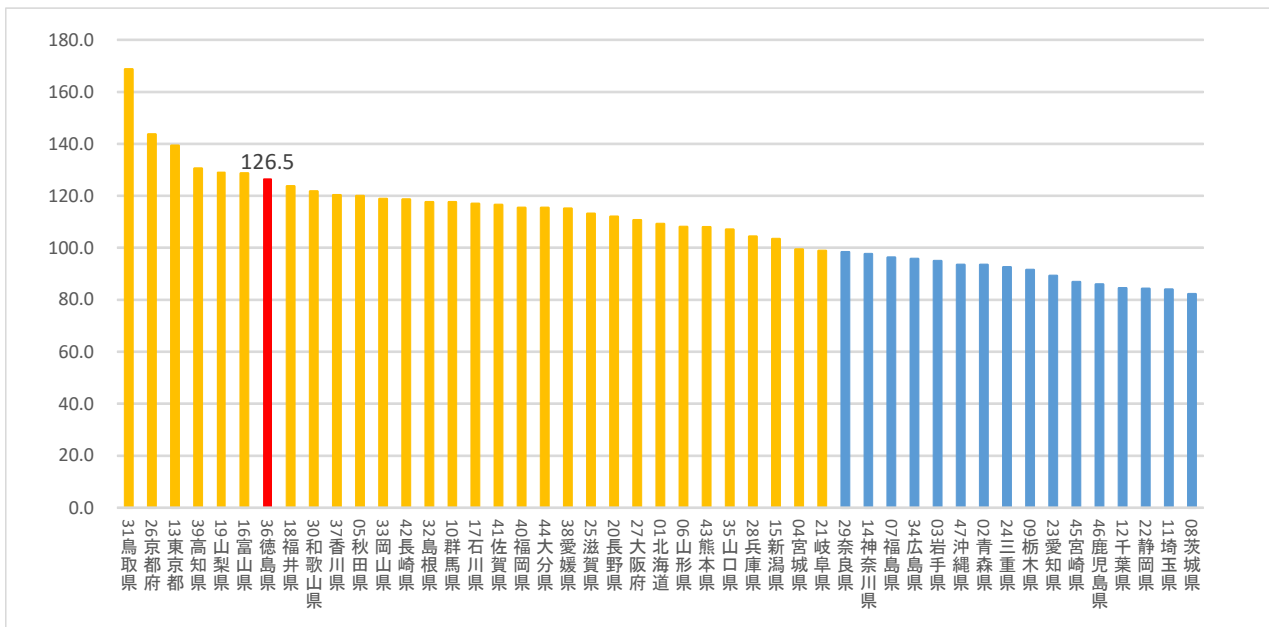


■ 二次医療圏単位の産科医師偏在指標

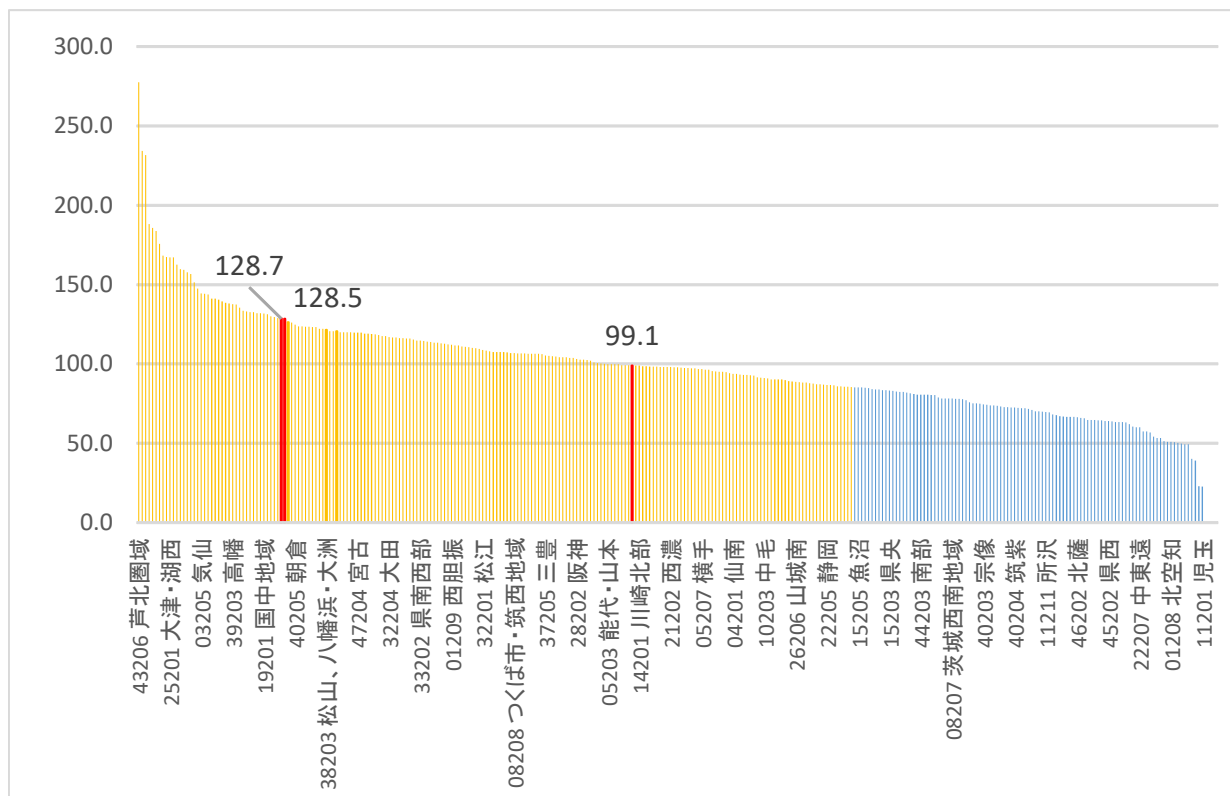


○ 小児科の医師偏在指標上、本県は「相対的医師少数県」ではなく、また、本県には「相対的医師少数区域」はない。

■ 都道府県別小児科医師偏在指標



■ 二次医療圏単位の小児科医師偏在指標



5 産科における医師確保の方針

- 産科医師が相対的に少なくない医療圏においても、その労働環境を鑑みれば、産科医師が不足している可能性があることを踏まえ、当該医療圏における医療提供体制の状況を鑑みた上で、医師を増やす方針を定めることも可能とされている。
- 2017年の日本産婦人科医会の調査によると、本県における分娩取扱施設の状況について、分娩取扱医師数あたり年間分娩件数は、総合周産期母子医療センターで34件、地域周産期母子医療センターで113件、その他病院で70件、一般診療所で139件となっており、各医療機関における分娩数の状況等も考慮しながら、重点化について検討する。
- 周産期医療は、少子高齢化が進む中で急速に医療需要の変化が予想される分野であり、将来の見通しについて検討することも必要であることから、産科については、2023年における医療圏ごとの分娩数の推計^{*1}も参考に、重点化について検討する。
 - 分娩件数将来推計（2023年年間分娩件数）
 - ・ 県 4.2千件
 - ・ 東部 3.1千件
 - ・ 南部 0.8千件
 - ・ 西部 0.3千件
- 医師確保の方針は、都道府県ごと、医療圏ごとに定めることとされているが、産科医師の不足している現状や、後述する「産科医・小児科医の働き方改革を含めた医師確保の在り方検討部会」において周産期医療及び小児科医療の提供体制を県下全域で一体的に検討することから、医師確保の方針は全ての圏域で一体のものとして定める。
- 短期的な施策としては、医師の派遣調整や専攻医の確保等を行う。
- 長期的な施策としては、医療機関の重点化・集約化等の医療提供体制を効率化する施策等を適宜組み合わせる。

^{*1}医療圏ごとの分娩数の将来推計は存在しないため、代替指標として、医療圏ごとの0-4歳人口の将来推計と現在時点の0-4歳人口との比を用いて、2023年における医療圏ごとの分娩数の推計を行う。

6 小児科における医師確保の方針

- 小児科医師が相対的に少なくない医療圏においても、その労働環境を鑑みれば、小児科医師が不足している可能性があることを踏まえ、当該医療圏における医療提供体制の状況を鑑みた上で、医師を増やす方針を定めることも可能とされている。
- 周産期医療・小児科医療は、少子高齢化が進む中で急速に医療需要の変化が予想される分野であり、将来の見通しについて検討することも必要であることから、小児科については、医療圏ごとの将来推計人口から2023年の年少人口を算出し、性・年齢階級別の受療率を用いて調整した医療圏ごとの医療需要の推計も参考に、重点化について検討する。

■ 推定年少人口（2023年・10万人）

- ・ 県 1
 - ・ 東部 1
 - ・ 南部 0
 - ・ 西部 0
- 医師確保の方針は、都道府県ごと、医療圏ごとに定めることとされているが、小児科医師の不足している現状や、後述する「産科医・小児科医の働き方改革を含めた医師確保の在り方検討部会」において周産期医療及び小児科医療の提供体制を県下全域で一体的に検討することから、医師確保の方針は全ての圏域で一体のものとして定める。
 - 短期的な施策としては、医師の派遣調整や専攻医の確保等を行う。
 - 長期的な施策としては、医療機関の重点化・集約化等の医療提供体制を効率化する施策等を適宜組み合わせる。

7 偏在対策基準医師数

- 計画期間終了時の産科・小児科における医師偏在指標が、計画期間開始時の相対的医師少数区域等の基準値（下位33.3%）に達することとなる医師数を産科・小児科における偏在対策基準医師数として設定する。
- なお、当該医師数は、医療需要に応じて機械的に算出される数値であり、確保すべき医師数の目標ではない。
- 厚生労働省から提供された偏在対策基準医師数は次のとおりである。

■産科・医師偏在対策基準医師数（2023年）

・県	48.1	(79)	
・東部	28.6	(64)	
・南部	7.3	(9)	
・西部	3.1	(6)	※（）内は2016年の産科医師数

■小児科・医師偏在対策基準医師数（2023年）

・県	73	(114)	
・東部	47.0	(86)	
・南部	12.0	(21)	
・西部	5.0	(7)	※（）内は2016年の小児科医師数

- 本県においては、現時点の産科及び小児科医師数の実数が偏在対策基準医師数を上回っていることから、偏在対策基準医師数は参考値扱いとする。
- なお、産科医師偏在指標は、分娩件数のみをもとにした指標であり、分娩を主目的とした参考指標となるものの、現場では、分娩（正常～異常）、産科救急、婦人科疾患（急性疾患の手術含む）などを一人の産婦人科医師が何役も兼ねてチームで担っている状況を鑑みると、産科医師の需要と供給のバランスやマッチングを検討する点においては適切な指標ではなく、周産期医療協議会や産婦人科医会からは新たな調査・検討が必要ではないかという意見がある。

8 医師確保のための施策

(1) 周産期医療及び小児科医療の提供体制に係る体制整備

- 本県においては、周産期医療及び小児科医療の医師配置の状況や働き方改革の影響、医療提供体制の重点化・集約化を一体的に検討するため、令和元年9月、徳島県周産期医療協議会に「産科医・小児科医の働き方改革を含めた医師確保の在り方検討部会」を設置した。
- 部会においては、医師派遣等の医師偏在対策を実施するに当たり、個々の周産期母子医療センター、小児中核病院、小児地域医療センター、特定機能病院等における医師の配置状況等を踏まえた検討を行うとともに、新生児医療を担う医師の配置の方向性についても一体的に検討を行う。
- また、分娩取扱施設における分娩取扱医師数あたり年間分娩件数（2017年日本産婦人科医会調査結果）や、2023年における医療圏ごとの分娩数の推計、並びに医療圏ごとの将来推計人口から2023年の年少人口を算出し、分娩以外にも産科・産婦人科医師が担っている産科救急や婦人科疾患などについても、性・年齢階級別の受療率を用いて調整した医療圏ごとの医療需要の推計も参考に、次に掲げる施策を検討する。

(2) 周産期医療・小児医療の提供体制等の見直しのための施策

- 産科・小児科については、これまで「公立病院を中心とし、地域の実情に応じて他の公的な病院等も対象」として、「医療資源の集約化・重点化を推進することが、住民への適切な医療の提供を確保するためには、当面の最も有効な方策と考えられる」^{*1}とされているように、医療資源の重点化・集約化を推進してきた。
- 医療資源の重点化・集約化に伴い、各医療機関における機能分化・連携が重要となる。病診連携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等による適切な役割分担を推進し、産科医師及び小児科医師の負担を軽減する。
- また、重点化・集約化を検討する際には、医師の時間外労働の短縮を見据えたものとし、特に重点化の対象となった医療機関においては、勤務環境の改善に一層取り組むことが求められる。

*1「小児科・産科における医療資源の集約化・重点化の推進について」（平成17年12月22日付け医政発第1222007号・雇児発第1222007号・総経第422号・17文科高第642号厚生労働省医政局長、厚生労働省雇用均等・児童家庭局長、総務省自治財政局長及び文部科学省高等教育局長連名通知）

(3) 産科・小児科における医師の派遣調整

- 産科・小児科における医師の派遣調整にあたっては、地域医療総合対策協議会において、県と大学、医師会等が連携することが重要である。
- 派遣先の医療機関の選定にあたっては、当該医療機関における分娩数の実績や当該医療機関の医療圏における年少人口及び産婦人科疾患の医療需要の推計も踏まえて派遣調整を行う。
- 少人数で昼夜問わず分娩の取扱いや小児医療の提供を行うような過酷な労働環境とならないよう、派遣先の医療機関は重点化する。
- 産科・小児科における医師の派遣を重点的に行うこととされた医療機関においては、特に産科・小児科における医師の時間外労働の短縮のための対策を行う。

(4) 産科医師及び小児科医師の勤務環境を改善するための施策

- 産科医師及び小児科医師が研修や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、代診医の確保や女性医師にも対応した勤務環境改善等の支援を行う。
- 産科医師又は小児科医師でなくても担うことのできる業務については、タスクシェアやタスクシフトを一層進める。
- 比較的軽症な患者の「夜間・休日の受診」は、救急医療機関で働く医師の大きな負担となっていることから、こども医療電話相談窓口（#8000）普及啓発に努め、救急医療機関の受診適正化による医師の負担軽減を図り、勤務環境改善に努める。

(5) 産科医師及び小児科医師の養成数を増やすための施策

① 専攻医の確保

- 専攻医の確保や離職防止を含む産科医師及び小児科医師の確保・保持のための施策を実施する。特に、医学生に対する必要な情報提供や円滑な情報交換等を行うとともに、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を行う。
- また、小児科医師の中でもその確保に留意を要する新生児医療を担う医師については、小児科専攻医を養成する医療機関において、新生児科（NICU）研修等の必修化を検討する。

②産科医師及び小児科医師におけるキャリア形成プログラムの充実化

- 地域で勤務する産科医師及び小児科医師が専門的な技術・知識を獲得し、適切な臨床経験を積むことができるよう、キャリア形成プログラムの充実化を行う。
- 特に、産科及び小児科における医師不足の喫緊の状況に鑑み、県、大学及び地域医療支援センターは、特別なキャリアパスを設定するなど、学生時代から継続的な働きかけを行う等の方法により、当該コースを選択する対象医師の数を増やす取組を行い、必要な医師数が確保されるよう努める。

③専門研修プログラムの見直し

- 産科・小児科については、現状、医師が不足していることにより、体制の縮小を迫られるなど、困難な状況が続いている。
- そのような中、専門研修プログラムの研修先をみると、県内での専門研修期間が短くなっているプログラムも見受けられることから、「県内医療機関における医師の確保」と「医師の能力開発・向上の機会の確保」のバランスを考慮しながら、魅力あるプログラムの作成と専攻医の確保に努める。

■本県における2020年度専門研修プログラム

	希望定員数 (プログラム数)	県外研修を含む プログラム数	県外研修先
小児科	8	5	香川, 高知
産婦人科	8	8	香川, 愛媛, 高知, 北海道, 和歌山

第9 評価

- 医師確保計画の効果については、計画終了時点で活用可能な最新データから医師偏在指標の値の見込みを算出し、これに基づいて測定・評価するとされている。
- しかし、最新データに基づく医師偏在指標や目標医師数、医療施設従事医師数などを算出し、数値のみを比較衡量するだけでは、地域における医療需要が満たされているかどうかについて適切に判断し、評価することはできない。
- 医師確保計画の効果測定・評価の結果については、本計画で定めた医師確保の目標に従い、医学部入学者の状況や臨床研修、専門研修における医師の養成が進捗しているかどうか、また、医師少数区域等への医師の派遣調整が適切に行われているかどうか、それらの取組を通じて地域における医師偏在の解消が図られたかどうかについて、地域医療総合対策協議会において、丁寧に検証・評価することとする。
- また、地域医療総合対策協議会における医師確保計画の効果測定・評価の結果については、医療審議会に報告することとする。