

第6章 医師の確保

第1節 基本的事項

1 計画策定の趣旨

- 医師の偏在は長きにわたり全国的な課題として認識されながら、現時点においても、その解消は図られていません。

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が行われてきましたが、医療需要との間に不均衡が生じた状況が続いており、こうした医師偏在への対策が十分図られなければ、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はつながらないと考えられています。

- このため、平成30年(2018年)7月に「医療法及び医師法の一部を改正する法律」が成立し、都道府県間及び二次医療圏間の偏在を是正するための医師確保対策等について、都道府県の医療計画の一部として新たに「医師確保計画」を策定することとなりました。
- この医師確保計画は、国が算定する医師数の多寡を統一的・客観的に比較・評価する医師偏在指標に基づき、医師多数区域や医師少数区域等を設定した上で、医師少数区域等における医師を確保し、二次医療圏間の医師の偏在是正を目指すものです。
- 道では、令和2年(2020年)3月に第1期の「北海道医師確保計画」(以下「第1期計画」という。)を策定し、様々な医師確保対策を行ってきており、本道においては、人口10万人当たりの医療施設従事医師数は年々増加し、道全体では全国平均に近い水準で推移している一方、第二次医療圏ごとに見ると、全国平均を上回っているのは医育大学が所在する上川中部圏域・札幌圏域の2圏域のみとなっているなど、依然として、都市部に医師が集中している傾向にあります。
- このため、国から示された「医師確保計画策定ガイドライン～第8次(前期)～」(以下「ガイドライン」という。)を参考にしながら、第1期計画に係る評価の結果も踏まえた上で、今般、引き続き、北海道全体の医師の確保と、第二次医療圏間における医師の偏在是正を目指す、第2期の「北海道医師確保計画」(以下「第2期計画」という。)を取りまとめるものです。

また、医育大学や医師会、病院関係団体等との連携を強化するとともに、医師偏在対策を地域医療構想や医師の働き方改革と一体的に捉えて実施していくことにより、実効性を確保しながら、第2期計画を推進していくこととします。

2 道が目指す姿

- 本計画の基本理念である、「住民・患者の視点に立って、良質かつ適切な医療を効率的かつ継続的に提供する体制の確立」に向けて、地域医療構想や医師の働き方改革の推進状況等も踏まえ、本道における医師の地域偏在の是正を目指します。
- 医師確保計画の実施・達成を積み重ね、1計画期間ごとに、医師少数区域に属する二次医療圏がこれを脱することを繰り返し、医師の地域偏在の是正は令和18年度(2036年度)までに達成することを目標とします。

3 計画の期間

- 令和6年度(2024年度)から令和8年度(2026年度)までの3年間とします。
- 医師偏在是正の目標とする令和18年度(2036年度)までの間において、3年ごとに4度の見直しを行い、本道における医師の地域偏在の是正を目指します。

年 度	2018 H30	2019 R1	2020 R2	2021 R3	2022 R4	2023 R5	2024 R6	2025 R7	2026 R8	2027 R9	2028 R10	2029 R11	2030 R12	2031 R13	2032 R14	2033 R15	2034 R16	2035 R17	2036 R18	
医療計画	第7次						第8次						第9次						偏在是正目標年	
医師確保計画			第7次 (第1期)			第8次(前期) (第2期)		第8次(後期) (第3期)		第9次(前期) (第4期)		第9次(後期) (第5期)								

第2節 北海道の医師数等の現状

1 医療施設従事医師数の推移等

- 道内の医療施設従事医師数は年々増加しており、「医師・歯科医師・薬剤師統計*」(以下「三師統計」という。)の結果によると、平成22年(2010年)は12,019人であったのに対し、令和2年(2020年)では13,129人となっています。

* 平成28年分までは医師・歯科医師・薬剤師調査(三師調査)として実施、平成30年分から名称変更

- 人口10万人当たり医師数は、平成22年(2010年)は218.3人であったのに対し、令和2年(2020年)では251.3人となっており、全国平均の256.6人に近い水準となっています。
- 道内医師の平均年齢は年々上昇し、平成22年(2010年)は49.2歳であったのに対し、令和2年(2020年)では51.3歳となっており、また、全国平均の50.1歳を上回っています。
- 道内の女性医師は年々増加しており、平成22年(2010年)には医療施設従事医師のうち女性医師の割合が13.6%であったのに対し、令和2年(2020年)では16.7%となっています。また、近年は、医歯学大学入学者のうち、女性の割合が3割を超える年が多くなっています。
- 施設種別による従事医師数は病院が最も多い状況で、医療施設従事医師数に占める病院・診療所・医歯学機関附属の病院それぞれの医師数の割合は、平成22年(2010年)と令和2年(2020年)を比較しても大きな変動はありません。

【医療施設従事医師数の推移(人)】

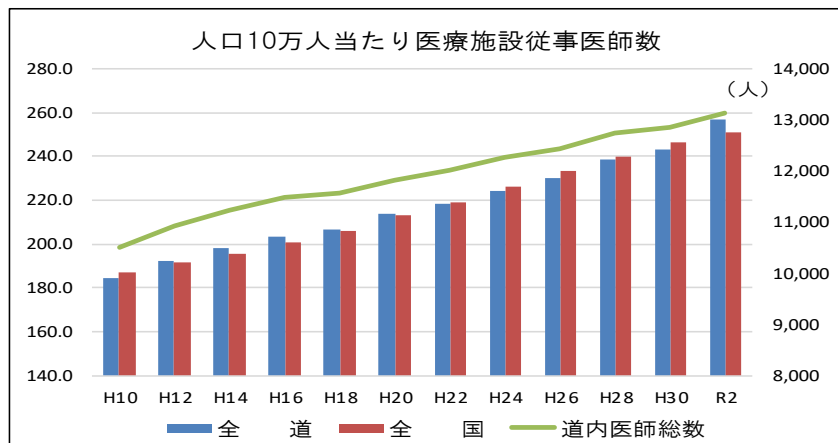
	H10	H12	H14	H16	H18	H20	H22	H24	H26	H28	H30	R2
全 道	10,519	10,921	11,228	11,490	11,579	11,830	12,019	12,262	12,431	12,755	12,848	13,129
全 国	236,933	243,201	249,574	256,668	263,540	271,897	280,431	288,850	296,845	304,759	311,963	323,700

* 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計(調査)」

【人口10万人当たり医療施設従事医師数の推移(人)】

	H10	H12	H14	H16	H18	H20	H22	H24	H26	H28	H30	R2
全 道	184.5	192.2	198.0	203.6	206.7	213.7	218.3	224.6	230.2	238.3	243.1	251.3
全 国	187.3	191.6	195.8	201.0	206.3	212.9	219.0	226.5	233.6	240.1	246.7	256.6

* 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計(調査)」



【医師の平均年齢の推移（歳）】

	H10	H12	H14	H16	H18	H20	H22	H24	H26	H28	H30	R2
全 道	46.8	47.3	47.6	47.8	48.1	48.6	49.2	49.8	50.2	50.6	51.1	51.3
全 国	47.2	47.5	47.6	47.8	48.1	48.3	48.6	48.9	49.3	49.6	49.9	50.1

* 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（調査）」

【医療施設従事医師数（男女別）】

区 分	H10	H12	H14	H16	H18	H20	H22	H24	H26	H28	H30	R2
全 道	10,519	10,921	11,228	11,490	11,579	11,830	12,019	12,262	12,431	12,755	12,848	13,129
男	9,440	9,775	9,948	10,113	10,138	10,297	10,386	10,542	10,628	10,821	10,788	10,942
女	1,079	1,146	1,280	1,377	1,441	1,533	1,633	1,720	1,803	1,934	2,060	2,187
女性比	10.3%	10.5%	11.4%	12.0%	12.4%	13.0%	13.6%	14.0%	14.5%	15.2%	16.0%	16.7%
全 国	236,933	243,201	249,574	256,668	263,540	271,897	280,431	288,850	296,845	304,759	311,963	323,700
男	203,910	208,353	210,764	214,628	218,318	222,784	227,429	232,161	236,350	240,454	243,667	249,878
女	33,023	34,848	38,810	42,040	45,222	49,113	53,002	56,689	60,495	64,305	68,296	73,822
女性比	13.9%	14.3%	15.6%	16.4%	17.2%	18.1%	18.9%	19.6%	20.4%	21.1%	21.9%	22.8%

* 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（調査）」

【道内医育大学における入学者推移（男女別）】

入学者数	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5
男性	231	241	243	228	230	236	226	224	191	211	185
	69.2%	72.4%	72.8%	68.3%	68.9%	71.7%	68.7%	70.7%	62.4%	69.2%	62.1%
女性	103	92	91	106	104	93	103	93	115	94	113
	30.8%	27.6%	27.2%	31.7%	31.1%	28.3%	31.3%	29.3%	37.6%	30.8%	37.9%
計	334	333	334	334	334	329	329	317	306	305	298

（各大学HP公表資料から集計）

【道内の施設種別医師数の推移（人）】

区 分	H10	H12	H14	H16	H18	H20	H22	H24	H26	H28	H30	R2
病 院 (医育機関附属の病院を除く)	6,333	6,586	6,691	6,858	6,999	7,074	7,156	7,382	7,485	7,704	7,772	8,016
	60.2%	60.3%	59.6%	59.7%	60.4%	59.8%	59.5%	60.2%	60.2%	60.4%	60.5%	61.1%
診 療 所	2,908	3,037	3,123	3,159	3,144	3,240	3,314	3,352	3,387	3,447	3,445	3,481
	27.6%	27.8%	27.8%	27.5%	27.2%	27.4%	27.6%	27.3%	27.2%	27.0%	26.8%	26.5%
医育機関附属の病院	1,278	1,298	1,414	1,473	1,436	1,516	1,549	1,528	1,559	1,604	1,631	1,632
	12.1%	11.9%	12.6%	12.8%	12.4%	12.8%	12.9%	12.5%	12.5%	12.6%	12.7%	12.4%
計	10,519	10,921	11,228	11,490	11,579	11,830	12,019	12,262	12,431	12,755	12,848	13,129

* 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（調査）」

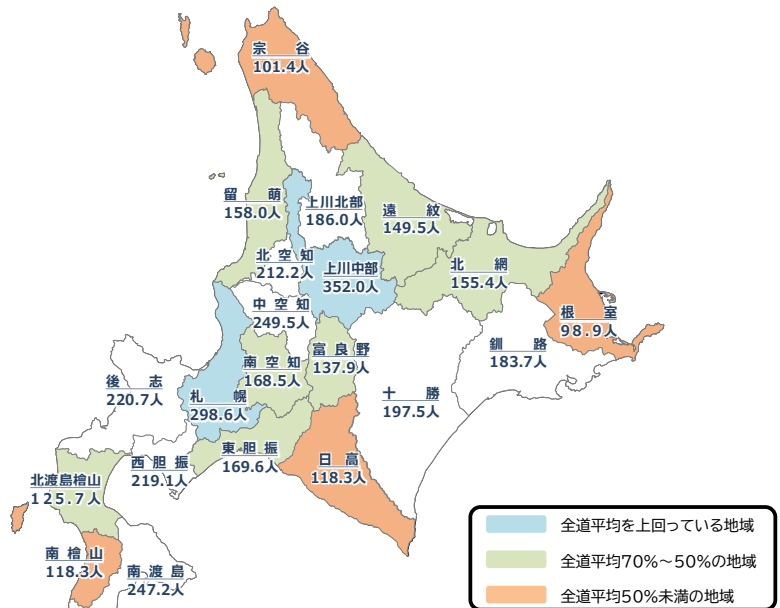
(上段：実人数 下段：全道の医療施設従事医師数に占める割合)

2 第二次医療圏ごとの医師数の状況

○ 本道における令和2年(2020年)の人口10万人当たりの医師数は、251.3人となっており、全国平均の256.6人に近い水準となっていますが、第二次医療圏ごとの人口10万人当たりの医師数を比較すると、2圏域(上川中部圏域、札幌圏域)を除く19圏域で全国平均値を下回っている状況です。

また、第二次医療圏別で比較すると、全道平均値の50%未満となっている圏域が4圏域(南檜山圏域、日高圏域、宗谷圏域、根室圏域)あります。

	圏域名	人口10万 対医師数比	全道との 比較
1	上川中部	352.0	140.1%
2	札幌	298.6	118.8%
3	南空知	249.5	99.3%
4	南渡島	247.2	98.4%
5	後志	220.7	87.8%
6	西胆振	219.1	87.2%
7	北空知	212.2	84.4%
8	十勝	197.5	78.6%
9	上川北部	186.0	74.0%
10	釧路	183.7	73.1%
11	東胆振	169.6	67.5%
12	南空知	168.5	67.1%
13	留萌	158.0	62.9%
14	北網	155.4	61.8%
15	遠紋	149.5	59.5%
16	富良野	137.9	54.9%
17	北渡島檜山	125.7	50.0%
18	南檜山	118.3	47.1%
19	日高	118.3	47.1%
20	宗谷	101.4	40.4%
21	根室	98.9	39.4%
	全道	251.3	100.0%
	全国	256.6	102.1%



*厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計(調査)」

3 医師養成数の推移等

○ 道内医育大学の入学定員の合計は、平成元年度(1989年度)から平成19年度(2007年度)まで、300人で推移し、平成20年度(2008年度)以降、国の「緊急医師確保対策」等により、恒久定員の増員のほか、臨時定員の増員が行われ、令和4年度(2022年度)では327人、令和5年度(2023年度)は歯学部入学定員を減員した場合に医学部定員を増員できるとする措置(以下「歯学部振替枠」という。)が廃止されたことから、320人となります。

○ 全国の医学部入学定員の合計は、平成19年度(2007年度)で7,625人となっていたが、平成20年度(2008年度)以降、医学部の新設や増員が行われ、令和元年度(2019年度)には、過去最大規模となる9,420人となっています。一方、国においては、「経済財政運営と改革の基本方針2019」により令和4年度(2022年度)以降は「医学部定員の減員に向け、医師養成数の方針について検討する」としていましたが、新型コロナウイルス感染拡大の影響で十分な議論を行うことができなかったことから、令和元年度(2019年度)の医学部総定員(9,420人)を上限とし、臨時定員の増員については、歯学部振替枠を除き、令和6年度(2024年度)末まで暫定的に維持することとしています。

【道内三医大の入学定員の推移】

区分	H1～H19	H20	H21	H22～ H29	H30～R1	R2～R4	R5～6
三医大大学計	300	305	327	344	339	327	320
北海道大学	100	100	105	112	112	112	105
旭川医科大学	100	100	112	122	117	105	105
札幌医科大学	100	105	110	110	110	110	110

* 北海道保健福祉部地域医療推進局地域医療課調

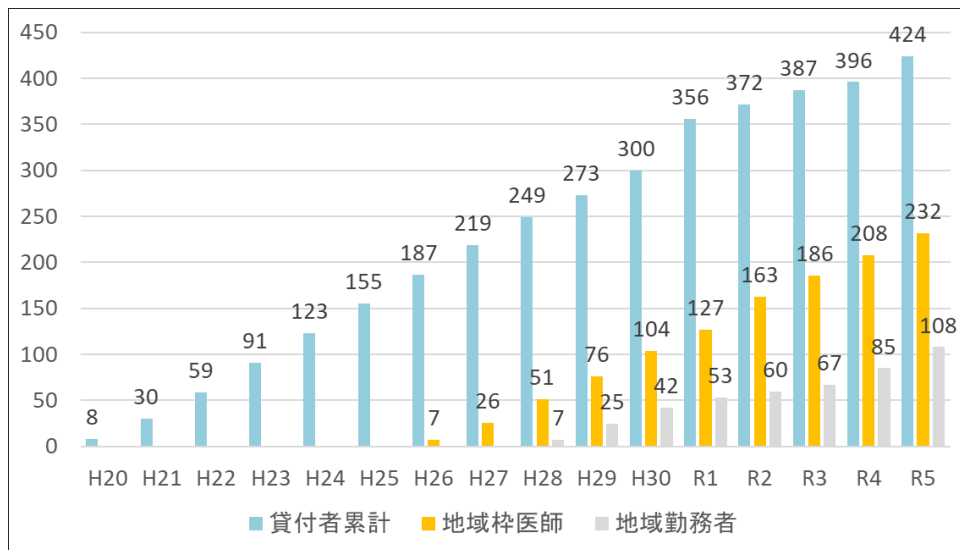
* 2年次編入者を含む

4 道の地域枠制度

- 医大の臨時定員増とあわせて、地域の医療機関で一定期間勤務することを返還免除の要件として修学資金の貸付を行う北海道医師養成確保修学資金貸付制度（地域枠制度）を平成20年度（2008年度）に創設しました。平成28年度（2016年度）からは、修学資金を利用した方々が地域枠医師として道内の各地域で勤務を開始し、その人数は年々増加しています。

貸付枠については、令和5年度（2023年度）は、札幌医科大学が15名、旭川医科大学が12名、北海道大学5名の合計32名となっています。

【北海道医師養成確保修学資金貸付制度利用者】



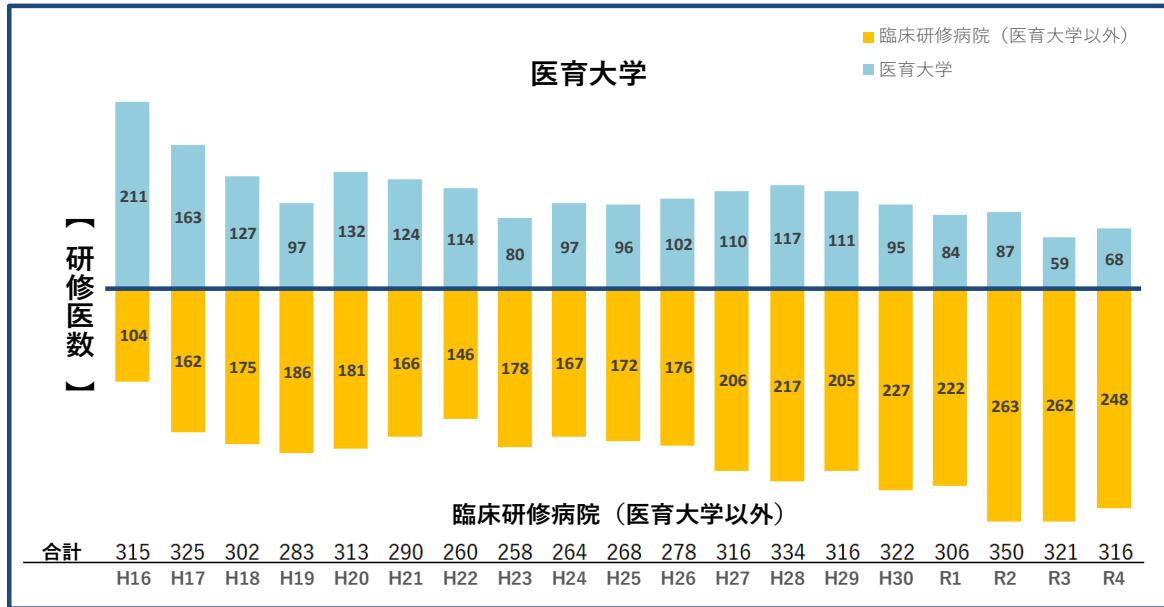
*北海道保健福祉部地域医療推進局地域医療課調

5 地元出身者枠・地域枠

- 国のガイドラインでは、「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されています。一方、「地元出身者枠」については、特定の地域等での診療義務があるものではないため、都道府県内における二次医療圏間の偏在是正の機能はなく、都道府県間の偏在を是正する機能があるとされています。
- 道内においては、札幌医科大学が、道の修学資金貸付制度と連動した「特別枠」のほか、「先進研修連携枠（A TOP-M）」などを実施しており、また、旭川医科大学では、将来は上川中部を除く道北・道東等の地域医療に貢献することを要件とした「推薦入試道北・道東特別選抜」のほか、「AO入試北海道特別選抜」を実施しています。

6 臨床研修医の状況

- 平成16年度(2004年度)に医師の臨床研修が必修化されて以降、道内の臨床研修病院で臨床研修を行う医師数は減少していましたが、地域枠制度の導入などにより、ここ数年は300名を超えて推移しており、近年は90名程度が道外の医育大学出身者となっています。



* 北海道保健福祉部地域医療推進局地域医療課調

【道内臨床研修病院における臨床研修医の採用状況】

区分		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
道内採用者数	道内大学出身	238 < 73.9% >	230 < 75.2% >	264 < 75.4% >	226 < 70.4% >	222 < 70.3% >
	道外大学出身	84 < 26.1% >	76 < 24.8% >	86 < 24.6% >	95 < 29.6% >	94 < 29.7% >
	計	322	306	350	321	316
(内訳) 医育大学	道内大学出身	75 < 78.9% >	69 < 82.1% >	71 < 81.6% >	49 < 83.1% >	49 < 72.1% >
	道外大学出身	20 < 21.1% >	15 < 17.9% >	16 < 18.4% >	10 < 16.9% >	19 < 27.9% >
	計	95	84	87	59	68
医育大学以外の 臨床研修病院	道内大学出身	163 < 71.8% >	161 < 72.5% >	193 < 73.4% >	177 < 67.6% >	173 < 69.8% >
	道外大学出身	64 < 28.2% >	61 < 27.5% >	70 < 26.6% >	85 < 32.4% >	75 < 30.2% >
	計	227	222	263	262	248

* 各年度4月1日時点採用者数

7 専攻医の状況

- 臨床研修を修了した医師の多くは、それぞれが希望する診療科の専門性を高めるため、専攻医として専門医の取得に向けた専門研修を行っており、道内の専門研修施設における専攻医の数は令和元年度(2019年度)以降、300名程度で推移しています。

【道内専門研修施設における専攻医の採用状況】

区分		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
道内専門研修施設 専攻医採用状況	道内での 臨床研修修了者	268 < 93.1% >	279 < 89.4% >	269 < 89.4% >	239 < 79.4% >	304 < 89.4% >
	道外での 臨床研修修了者	19 < 6.6% >	32 < 10.3% >	32 < 10.6% >	34 < 11.3% >	35 < 10.3% >
	臨床研修 修了場所不明	1 < 0.3% >	1 < 0.3% >	0 < 0.0% >	28 < 9.3% >	1 < 0.3% >
	計	288	312	301	301	340
(内訳) 医育大学での 専攻医採用数	道内での 臨床研修修了者	233 < 94.3% >	244 < 90.7% >	241 < 93.8% >	213 < 80.7% >	271 < 91.9% >
	道外での 臨床研修修了者	13 < 5.3% >	24 < 8.9% >	16 < 6.2% >	23 < 8.7% >	23 < 7.8% >
	臨床研修 修了場所不明	1 < 0.4% >	1 < 0.4% >	0 < 0.0% >	28 < 10.6% >	1 < 0.3% >
	計	247	269	257	264	295
医育大学以外の 専門研修施設での 専攻医採用数	道内での 臨床研修修了者	35 < 85.4% >	35 < 81.4% >	28 < 63.6% >	26 < 70.3% >	33 < 73.3% >
	道外での 臨床研修修了者	6 < 14.6% >	8 < 18.6% >	16 < 36.4% >	11 < 29.7% >	12 < 26.7% >
	臨床研修 修了場所不明	0 < 0.0% >	0 < 0.0% >	0 < 0.0% >	0 < 0.0% >	0 < 0.0% >
	計	41	43	44	37	45

* 各年度4月1日時点採用者数

8 診療科別の医師数の推移

○ 平成22年(2010年)と令和2年(2020年)を比較すると、内科系医師は増加傾向(4,612人→4,981人)にあり、外科系医師も微増(2,530人→2,595人)しており、中でも消化器内科、循環器内科、麻酔科は比較的増加人数が多くなっています。

一方で、内科及び外科は減少傾向にあります。

【診療科別医師数(人)】

年	総数	内科系医師計	内 訳									外科系医師計	内 訳							
			内 科	消化器科	循環器科	呼吸器科	神経内科	その他内科系①	外 科	消化器外科	心臓血管外科		呼吸器外科	形成外科	脳神経外科	整形外科	その他外科系③			
H10	10,519	4,417	3,126				477	468	178	144	24	2,499	1,047		155	26	77	361	791	42
H12	10,921	4,589	3,291				460	493	173	140	32	2,569	1,058		166	25	80	368	829	43
H14	11,228	4,684	3,291				486	525	204	134	44	2,544	999		168	26	85	366	853	47
H16	11,490	4,683	3,219				523	539	216	133	53	2,566	1,024		175	28	79	364	846	50
H18	11,579	4,484	3,008				547	513	211	144	61	2,467	919		172	28	85	364	853	46
年	総数	内科系医師計	内 訳									外科系医師計	内 訳							
			内 科	(代謝内科)	血液内科	腎臓内科	(消化器内科)	循環器内科	呼吸器内科	神経内科	その他内科系②		外 科	(消化器外科)	心臓血管外科	呼吸器外科	形成外科	脳神経外科	整形外科	その他外科系④
H20	11,830	4,567	2,788	86	66	62	583	543	234	129	76	2,514	771	112	185	35	101	374	857	79
H22	12,019	4,612	2,779	91	83	66	606	544	240	127	76	2,530	742	101	171	39	95	381	912	89
H24	12,262	4,684	2,682	110	89	77	674	574	250	133	95	2,567	701	131	168	47	101	399	915	105
H26	12,431	4,774	2,700	125	110	83	658	586	268	149	95	2,568	682	130	173	47	105	397	916	118
H28	12,755	4,905	2,678	134	114	89	720	630	267	164	109	2,550	638	151	171	45	103	394	921	127
H30	12,848	4,924	2,608	153	113	109	732	633	285	168	123	2,565	628	145	179	53	101	409	917	133
R2	13,129	4,981	2,627	157	123	115	725	636	298	183	117	2,595	575	189	187	55	111	407	935	136
R2-H22	1,110	369	▲152	66	40	49	119	92	58	56	41	65	▲167	88	16	16	16	26	23	47

年	総数	小児科	産婦人科	精神科	泌尿器科	皮膚科	眼科	耳鼻いんこう科	麻酔科	救命救急科	その他診療科⑤	研修医	
													H10
H12	10,921	590	438	46	543	316	287	430	367	366	380		
H14	11,228	608	430	34	590	321	307	465	372	391	482		
H16	11,490	598	395	48	619	330	306	467	357	421	700		
H18	11,579	604	359	60	616	320	296	441	359	400	63	642	
年	総数	小児科	産婦人科	精神科	泌尿器科	皮膚科	眼科	耳鼻いんこう科	麻酔科	救命救急科	その他診療科⑥	研修医床	
													H20
H22	12,019	618	379	76	672	338	316	478	358	459	71	554	558
H24	12,262	634	390	87	716	340	330	478	359	471	83	587	536
H26	12,431	642	381	82	703	321	338	469	362	509	85	641	556
H28	12,755	639	400	76	733	326	347	480	363	523	88	667	658
H30	12,848	631	402	78	710	359	361	482	366	545	102	669	654
R2	13,129	648	403	82	723	372	364	479	377	576	126	739	664
R2-H22	1,110	30	24	6	51	34	48	1	19	117	55	185	106

注)平成20年以降の調査【医師・歯科医師・薬剤師統計(調査)】では、標ぼう診療科の改正(細分化)が行われたため、それ以前の単純な比較はできない。
 ①その他内科系(心療内科、アレルギー科、リウマチ科) ④その他外科系(美容外科、小児外科、肛門外科、気管食道外科、乳腺外科)
 ②その他内科系(心療内科、アレルギー科、リウマチ科、感染症内科) ⑤その他診療科(リハビリテーション科(理学療法科)、放射線科、病理(H18)、性病科、全科、その他、不詳)
 ③その他外科系(美容外科、小児外科、肛門科、気管食道科) ⑥その他診療科(リハビリテーション科、放射線科、病理診断科(H20～)、臨床検査科、全科、その他、不詳)

第3節 医師偏在指標

1 医師偏在指標について

- 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、三師統計を基本に、医療需要、人口・人口構成と其の変化、医師の性・年齢別分布、患者の流出入等の要素を考慮した「医師偏在指標」を、国で算定しています。
- 国が示した医師偏在指標は、令和2年(2020年)の三師統計を基に、全都道府県の二次医療圏別に算定しています。
- なお、医師偏在指標は、必ずしも医師偏在の状況を表しうる要素が全て盛り込まれておらず、一定の仮定の下に算出されていることから、医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまでも相対的な偏在の状況を表すものという性質にあります。このため、機械的な運用を行うこととならないようにする必要があります。

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

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

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

$$\text{(※3) 地域の期待受療率} = \frac{\sum (\text{全国性年齢階級別調整受療率 (※4)} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

$$\text{(※4) 性年齢階級別調整受療率 (流出入反映)} : \\ \text{無床診療所医療医師需要度 (※5)} \times \text{全国の無床診療所受療率} \times \text{無床診療所患者流出入調整係数 (※7)} \\ + \text{全国の入院受療率} \times \text{入院患者流出入調整係数 (※8)}$$

$$\text{(※7) 無床診療所患者流出入調整係数} \\ \frac{\text{無床診療所患者数 (患者住所地)} + \text{無床診療所患流入数} - \text{無床診療所患者流出数}}{\text{無床診療所患者数 (患者住所地)}}$$

$$\text{(※8) 入院患者流出入調整係数} \\ \frac{\text{入院患者数 (患者住所地)} + \text{入院患者流入数} - \text{入院患者流出数}}{\text{入院患者数 (患者所在地)}}$$

$$\text{(※5) 無床診療所医療医師需要度} = \frac{\frac{\text{マクロ需給推計における外来医師需要}}{\text{全国の無床診療所外来患者数 (※6)}}}{\frac{\text{マクロ需給推計における入院医師需要}}{\text{全国の入院患者数}}}$$

$$\text{(※6) 全国の無床診療所外来患者数} = \text{全国の外来患者数} \\ \times \frac{\text{初診・再診・在宅医療算定回数 [無床診療所]}}{\text{初診・再診・在宅医療算定回数 [有床診療所・無床診療所]}}$$

* 性年齢階級別の医師数は、主たる従事先と従たる従事先が所属する二次医療圏が異なる場合、主たる従事先では0.8人、従たる従事先では0.2人として算定

- 二次医療圏別の医師偏在指標を算出するための要素である入院患者数については、実際に入院している施設での患者数を反映するため、「患者調査」を用いて調整し、外来患者数の見込み方については、できるだけ身近な医療機関を受診できる事を前提にすることとして、道内の各圏域における昼夜間人口比の考え方を用いて調整を行っています。
- 都道府県別の医師偏在指標の算定に当たっては、都道府県間の患者の流出入も加味することとなっていますが、本道においては算定に影響を及ぼす規模の流出入がないことから、都道府県間の調整は行っていません。

2 北海道の位置付け

- 国は、医師偏在指標に基づき、全国47都道府県のうち上位33.3%に該当する都道府県を「医師多数都道府県」に、下位33.3%に該当する都道府県を「医師少数都道府県」に設定することとしており、この結果、都道府県別では、医師偏在指標の全国値が255.6であるのに対し、北海道は233.8で、全国では30位となり、医師少数でも医師多数でもない都道府県（以下「医師中間都道府県」という。）に位置づけられました。

医師偏在指標（全国値）	255.6
-------------	-------

医師多数都道府県			医師中間都道府県			医師少数都道府県		
No.	都道府県名	医師偏在指標	No.	都道府県名	医師偏在指標	No.	都道府県名	医師偏在指標
1	東京都	353.9	17	兵庫県	266.5	32	山口県	228.0
2	京都府	326.7	18	島根県	265.1	33	宮崎県	227.0
3	福岡県	313.3	19	滋賀県	260.4	34	三重県	225.6
4	岡山県	299.6	20	大分県	259.7	35	岐阜県	221.5
5	沖縄県	292.1	21	鹿児島県	254.8	36	長野県	219.9
6	徳島県	289.3	22	広島県	254.2	37	群馬県	219.7
7	大阪府	288.6	23	神奈川県	247.5	38	千葉県	213.0
8	長崎県	284.0	24	宮城県	247.3	39	静岡県	211.8
9	石川県	279.8	25	福井県	246.8	40	山形県	200.2
10	和歌山県	274.9	26	愛媛県	246.4	41	秋田県	199.4
11	佐賀県	272.3	27	山梨県	240.8	42	埼玉県	196.8
12	熊本県	271.0	28	愛知県	240.2	43	茨城県	193.6
13	鳥取県	270.4	29	富山県	238.8	44	福島県	190.5
14	奈良県	268.9	30	北海道	233.8	45	新潟県	184.7
15	高知県	268.2	31	栃木県	230.5	46	青森県	184.3
16	香川県	266.9				47	岩手県	182.5

3 第二次医療圏ごとの医師偏在指標及び医師多数区域・医師少数区域の設定

- 国は、医師偏在指標に基づき、全国335の二次医療圏のうち、上位33.3%に該当する圏域を「医師多数区域」に、下位33.3%に該当する圏域を「医師少数区域」とすることとしており、道は、第2期計画期間中において、21の第二次医療圏のうち旭川市を含む上川中部圏域及び札幌市を含む札幌圏域の2圏域を「医師多数区域」に設定し、北渡島檜山圏域、根室圏域、宗谷圏域など11圏域を「医師少数区域」に設定することとします。

なお、それ以外の8圏域については、医師少数でも医師多数でもない区域（以下「医師中間区域」という。）となります。

- また、ガイドラインでは、医師少数区域以外の区域において「医師少数スポット」を定めることができるとされていますが、無医地区や準無医地区等は無条件に設定することや、病院が存在しない地域でも必要な医療を他の区域の医療機関でカバーしている場合などは、「医師少数スポット」として設定することは適切ではないとされています。

これらを踏まえて、北海道医療対策協議会で協議を行った結果、第1期計画に引き続き、道内に「医師少数スポット」の設定は行わず、道全体の施策を推進する中で対応していくこととします。

道内順位	全国順位	第二次医療圏	医師偏在指標	区分
-	-	全 国	255.6	
-	30	北 海 道	233.8	
1	46	上 川 中 部	291.0	医師多数区域
2	50	札 幌	282.4	
3	142	後 志	205.9	医師中間区域
4	144	南 渡 島	205.5	
5	180	中 空 知	195.1	
6	186	十 勝	192.8	
7	202	上 川 北 部	186.6	
8	208	西 胆 振	184.0	
9	215	留 萌	181.3	
10	220	東 胆 振	180.7	
11	250	南 空 知	166.9	医師少数区域
12	272	釧 路	158.8	
13	290	日 高	152.0	
14	297	遠 紋	148.3	
15	303	北 空 知	145.0	
16	306	北 網	144.1	
17	314	南 檜 山	139.0	
18	320	富 良 野	135.3	
19	325	宗 谷	130.2	
20	332	根 室	116.6	
21	333	北 渡 島 檜 山	112.6	

第4節 計画の効果の測定と評価等

1 医師確保計画の効果の測定と評価の考え方

- 医師確保計画の効果については、ガイドラインにおいて、活用可能な最新データを用いて計画終了時における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・評価することが望ましいとされていますが、医師偏在指標を算出するための三師統計の集計結果が公表されるまでに一定の期間を要するなど、計画終了時における医師偏在指標の値の見込みの算出が困難であることから、医師偏在指標や目標医師数の達成状況を参考としつつ、各年度の道の施策による医師派遣実績や道外からの医師確保状況等を踏まえて、計画の進捗状況进行评估します。
- 各年度の計画の進捗状況や医師派遣実績等については、北海道医療対策協議会において、PDCAサイクルによる評価等を行うとともに、必要な措置を講じていくこととします。

2 第1期計画の評価

- 地域枠医師を始め、道の施策により、医師少数区域にある医療機関に勤務する医師は着実に増加してきており、第1期計画における医師確保施策には一定の効果があったものと考えられます。
また、第1期計画開始から9か月後(令和2年12月31日時点)の数値に基づくものであり、計画終了時における計画の効果を表すものではありませんが、新旧の医師偏在指標を比較すると、北海道全体及び17の第二次医療圏で数値が増加しているほか、目標医師数については、必要医師数の約3割の確保となっています。
- 一方で全国と比べると医師偏在指標の増加幅が少ないことに加え、第二次医療圏における医師偏在指標の最大値と最小値の差が拡大しているなど、依然として、医師の地域偏在の是正には至っていません。
- このため、令和18年(2036年)までの医師の地域偏在の是正に向けて、引き続き、医師派遣や道外からの医師確保などの各施策がより効果的なものとなるよう適宜見直しを行うとともに、医育大学や医師会、病院関係団体等との連携を強化しながら、北海道全体の医師数の維持と第二次医療圏間の医師偏在の是正に取り組む必要があります。

【地域の医療機関への常勤医師の派遣状況】

区分	計画	派遣状況(人数)																		合計					
		地域枠医師(地域勤務)						地域医療支援センター派遣					自治医科大学卒業医師(地域勤務)							策定前		策定後			
		策定前	策定後					策定前	策定後				策定前	策定後						H30	H31(R1)	R2	R3	R4	R5
区域区分	H30	H31(R1)	R2	R3	R4	R5	H30	H31(R1)	R2	R3	R4	R5	H30	H31(R1)	R2	R3	R4	R5	H30	H31(R1)	R2	R3	R4	R5	
北海道		42	53	60	67	85	108	33	33	38	38	37	38	11	11	10	8	8	11	86	97	108	113	130	157
	医師多数区域	0	0	2	1	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	3	3
	医師中間区域	29	32	40	42	45	63	11	13	16	13	13	13	5	4	4	3	2	5	45	49	60	58	60	82
	医師少数区域	13	21	18	24	37	42	22	20	22	25	24	25	6	7	6	5	6	6	41	48	46	54	67	72

【医師偏在指標（第二次医療圏別）】

第二次医療圏	H30	R2	R2-H30
北海道	224.7	233.8	9.1
上川中部	281.9	291.0	9.1
札幌	276.4	282.4	6.0
後志	189.9	205.9	16.0
南渡島	195.3	205.5	10.2
中空知	186.9	195.1	8.2
十勝	179.3	192.8	13.5
上川北部	189.9	186.6	▲ 3.3
西胆振	190.9	184.0	▲ 6.9
留萌	166.3	181.3	15.0
東胆振	173.1	180.7	7.6
南空知	162.0	166.9	4.9
釧路	147.8	158.8	11.0
日高	124.8	152.0	27.2
遠紋	145.0	148.3	3.3
北空知	118.8	145.0	26.2
北網	141.5	144.1	2.6
南檜山	145.3	139.0	▲ 6.3
富良野	119.0	135.3	16.3
宗谷	108.4	130.2	21.8
根室	116.1	116.6	0.5
北渡島檜山	115.3	112.6	▲ 2.7

【第1期計画の目標達成状況】

圏域区分	第二次医療圏	現行計画			現在の 医師数 C	策定時 医師数比 C-A	未達成 医師数 B-C
		策定時点 医師数 A	目標数 B	追加確保 必要数 B-A			
医師少数 区域	宗谷	59	78	19	67	8	11
	北渡島檜山	48	58	10	44	▲ 4	14
	根室	72	93	21	70	▲ 2	23
	北空知	51	63	12	59	8	4
	富良野	50	63	13	55	5	8
	日高	64	73	9	74	10	▲ 1
	北網	334	366	32	332	▲ 2	34
	遠紋	99	99	0	96	▲ 3	3
	南檜山	29	29	0	26	▲ 3	3
	釧路	396	409	13	416	20	▲ 7
	計	1,202	1,331	129	1,239	37	92

* 「現在の医師数」は、令和2年(2020年)12月31日時点の医師数

【都道府県単位の偏在状況（全国）】

	北海道	全国値	平均	中央値	標準偏差	最大値 (A)	最小値 (B)	(A)-(B)
旧偏在指標	224.7 (29位)	239.8	232.9	233.7	37.7	332.8	172.7	160.1
新偏在指標 (暫定値)	233.8 (30位)	255.6	247.9	247.3	38.8	353.9	182.5	171.4
新旧の差	+9.1 (▲1位)	+15.8	+15.0	+13.6	+1.1	+21.1	+9.8	+11.3

【第二次医療圏単位の偏在状況（全国）】

	平均	中央値	標準偏差	最大値 (A)	最小値 (B)	(A)-(B)
旧偏在指標	197.6	117.5	72.8	789.3	108.4	680.9
新偏在指標 (暫定値)	213.9	198.4	72.2	789.8	107.8	682.0
新旧の差	+16.3	+20.9	▲0.6	+0.5	▲0.6	+1.1

【第二次医療圏単位の偏在状況（道内）】

	平均	中央値	標準偏差	最大値 (A)	最小値 (B)	(A)-(B)
旧偏在指標	165.4	162.0	47.6	281.9	108.4	173.5
新偏在指標 (暫定値)	174.0	166.9	466.6	291.0	112.6	178.4
新旧の差	+8.6	+4.9	▲0.9	+9.1	▲4.2	+4.9

3 第2期計画の推進体制

第2期計画については、引き続き、北海道医療対策協議会で協議を行うなどとして、推進していきます。

第5節 医師確保の方針

1 基本的な考え方

- 北海道全体と第二次医療圏の状況に応じて医師確保の方針を定めることとし、さらには、現時点で医師確保が必要であるのか、現時点では医師の確保ができていないが、将来的には医師の確保が必要となるのかなど、時間軸による場合分けをした上で方針を定めます。

2 北海道全体の医師確保の方針

- 北海道は、第1期計画に引き続き、医師中間都道府県として位置づけされており、これは、都道府県単位で比較したときに、医師数が過剰に多くもなく、反対に不足も少ない都道府県ということになります。
- このため、第2期計画においても、北海道全体の医師数は、現状の水準を維持することを基本的な方針とする一方で、医師の地域偏在が著しい本道の実情を踏まえ、医師少数区域における医師の確保を道全体の課題として捉え、次のとおり北海道全体としての方針を定めます。

■道全体の医師確保の方針（設定時点：令和8年度(2026年度)末）

- 1 北海道全体の医師数は現状の水準を維持していくことを基本方針とする。
- 2 地域枠を活用した医師の養成のほか、キャリア形成への配慮や勤務環境の改善等による定着支援を促進し、道内の医療機関に継続して勤務する医師を確保する。
- 3 北海道は医師中間都道府県であるが、道内には医師少数区域が多数あることから、他都府県からも医師を招へいする。
- 4 令和18年(2036年)までに全ての二次医療圏が医師少数区域から脱することを目指し、より一層の医師確保対策を推進するため、関係機関との連携の強化や必要な体制整備に努める。
- 5 令和6年(2024年)4月の医師に対する時間外・休日労働時間の上限規制の施行を踏まえ、医師の働き方改革と地域医療提供体制を両立させることが重要であることから、医師確保対策は、地域医療構想と医師の働き方改革に関する取組と一体的に進めていく。

具体的には、医療機関の機能分化・連携を通じた医療機能の集約化や医師の勤務環境の改善を図りながら、地方・地域センター病院など、地域の中核的な医療機関の医師派遣等の機能を強化しつつ、住民の身近な医療機関への医師確保対策も進め、地域で必要とされる医療が過不足なく提供されるよう医師を確保する。

■道全体の医師確保の方針（設定時点：令和17年度(2035年度)末）

- 1 当面、医師数は現状の水準を維持していくことを基本方針とし、必要な対策の推進に努める。
- 2 医育大学における医師養成に関し、国は令和4年度(2022年度)以降、定期的に医師需給推計を行った上で、働き方改革や医師偏在の状況等を配慮しつつ、将来的な医学部定員の減員に向け医師養成数の方針について検討することとしていたが、新型コロナウイルス感染症拡大の影響で十分な議論を行うことができなかったことから、令和元年度(2019年度)の医学部総定員を上限とする措置を令和6年度(2024年度)まで暫定的に継続することとし、令和7年度(2025年度)以降の方針については、第8次医療計画等に関する検討会等における議論の状況を踏まえて検討することとしており、それを踏まえて道としての対応を検討していく。

3 第二次医療圏ごとの医師確保の方針

- 道内の第二次医療圏については、医師少数区域・医師中間区域・医師多数区域のそれぞれの区域ごとに医師確保の方針を定めます。

圏域の状況 (計画策定時)	医師確保の方針 (設定時点：令和8年度(2026年度)末)	医師確保の方針 (設定時点：令和17年度(2035年度)末)
医師少数区域	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医師少数区域から脱することを目指し、現状の医師数を増加させる。 ○ 医師の確保にあたっては、医師多数区域からの確保を基本とする。 ○ 必要に応じて医師中間区域からの医師確保も行うこととするが、当該医師中間区域が医師少数区域とならない範囲とする。 ○ 計画期間中の人口減少等により、医師少数区域から脱することが見込まれる場合であっても策定時点の医師数を維持する。 <p>南空知、釧路、日高、遠紋、北空知、北網、南檜山、富良野、宗谷、根室、北渡島檜山（11圏域）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 長期的、短期的な施策を組み合わせた医師の確保を推進する。
医師中間区域	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医師少数区域に陥ることのないよう必要に応じて医師多数区域からの医師確保を行うこととする。 <p>後志、南渡島、中空知、十勝、上川北部、西胆振、留萌、東胆振（8圏域）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 短期的な施策を中心に医師の確保を推進する。
医師多数区域	<ul style="list-style-type: none"> ○ 他の区域からの医師確保は行わないことを基本とする。 ○ 医師多数区域内での医師偏在に対しては、当該区域内での医師確保を基本とする。 ○ 医師少数区域への重点的な医師派遣を促進する。また、医師中間区域に対しても必要に応じた医師派遣を行う。 <p>札幌、上川中部（2圏域）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 他の区域からの医師確保は行わないことを基本とする。 ○ 医師多数区域内での医師偏在に対しては、当該区域内での医師の確保を基本とする。

第6節 目標医師数

- 目標医師数は、ガイドラインでは、計画期間終了時点において各医療圏で確保しておくべき医師の数を表すものとして、当該医療圏の計画終了時点の医師偏在指標が計画開始時点の下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数とされます。したがって、医師確保対策により追加で確保が必要な医師数は、目標医師数と現在の医師数との差分として表されます。
- しかしながら、そもそも医師偏在指標は必ずしも医師偏在の状況を表しうる要素が全て盛り込まれておらず、一定の仮定の下に算出されたものであることから、目標医師数についても、あくまでも、一定の仮定の下に算出された目安として捉えることが適当です。
- このことを念頭においたうえで、北海道全体及び各第二次医療圏の目標医師数を設定し、医師偏在の是正に向けた目安として用いていくこととします。

【目標医師数設定の考え方】

都道府県	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師少数都道府県の目標医師数は、計画期間終了時の医師偏在指標が、計画期間開始時の全都道府県の医師偏在指標の下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数と定義する。 ・ 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が、二次医療圏の設定上限数の合計が都道府県の計画開始時の医師数を上回る場合は、二次医療圏の目標医師数の合計が都道府県の計画開始時の医師数を上回らない範囲で、二次医療圏の目標医師数を設定する。
二次医療圏	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師少数区域の目標医師数は、計画期間終了時の医師偏在指標の値が、計画期間開始時の全二次医療圏の医師偏在指標の下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数と定義する。ただし、計画開始時に既に下位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を達成している場合は、原則として、目標医師数は計画開始時の医師数を上限数とする。 ・ 医師少数区域以外は、計画開始時の医師数を上限数とする。

- なお、必要な医師数を確保するに当たっては、単に医師の総数を増加させるだけではなく、その地域又は医療機関において必要としている診療領域ごとの医師数を考慮することも重要ですが、国においては、診療科と疾病・診療行為との対応の検討のために時間を要することや、推計にも限界があるとしており、医師確保計画では診療科別の医師偏在の状況や目標医師数は設定しないこととしています。

【目標医師数】

圏域区分	第二次医療圏	医師偏在指標	国算出			道計画		考え方		
			策定時点医師数 ※1 A	国算出目標医師数 B	差 C(B-A)	目標医師数 D	追加確保必要数 D-A			
医師多数区域	上川中部	291.0	1,361	/	/	1,334	-	※2		
	札幌	282.4	7,133			6,993	-			
医師中間区域	後志	205.9	433			433	0	○策定時点医師数により目標医師数を設定する		
	南渡島	205.5	883			883	0			
	中空知	195.1	255			255	0			
	十勝	192.8	672			672	0			
	上川北部	186.6	115			115	0			
	西胆振	184.0	391			391	0			
	留萌	181.3	70			70	0			
東胆振	180.7	355	355			0				
医師少数区域	南空知	166.9	262			248	▲14	262	0	○全国二次医療圏の医師偏在指標下位33.3%を脱する指標を達成するために必要な医師数として、国から示された数により、目標医師数を設定する ※策定時点医師数を下回る場合は同数とする
	釧路	158.8	416			437	21	437	21	
	日高	152.0	74			76	2	76	2	
	遠紋	148.3	96			102	6	102	6	
	北空知	145.0	59			65	6	65	6	
	北網走	144.1	332	393	61	393	61			
	南檜山	139.0	26	27	1	27	1			
	富良野	135.3	55	66	11	66	11			
	宗谷	130.2	67	80	13	80	13			
	根室	116.6	70	99	29	99	29			
	北渡島檜山	112.6	44	60	16	60	16			
北海道	233.8	13,168	/	/	13,168	0	北海道は医師中間都道府県であることから、策定時点医師数により目標医師数を設定する。			

※1 策定時点医師数は国算出による標準化医師数

※2 第二次医療圏の目標医師数の合計が北海道の策定時点医師数を上回るため、医師少数区域の医師確保は医師多数区域からの確保を基本とするという医師確保の方針を踏まえ、超過数（167）を減少して目標医師数を設定する。

第7節 目標医師数を達成するために必要な施策

1 基本的な考え方

(1) 効率的な医療提供体制の構築と医師確保に向けた取組の一体的な推進

① 効率的な医療提供体制の構築 ※医療計画との一体化を踏まえ、今後、記載を検討

医師確保を進めるに当たっては、地域の医療提供体制の在り方を十分に議論しながら、この提供体制の実現に向けて、どのように医師を確保していくかという視点が重要です。

道では、平成28年（2016年）12月に「北海道地域医療構想」を策定し、各圏域の地域医療構想調整会議を中心として、主に入院医療に関し、人口減少や高齢化といった、今後の人口構造の変化を見据えた効率的な医療提供体制の構築に取り組んでいます。さらには、地域に必要な外来医療機能の確保を図るため、令和元年度に「北海道外来医療計画」を策定し、中核的医療機関に外来患者が集中する状況の改善に向けた外来医療の機能分化、かかりつけ医の確保、在宅医療や初期救急医療の体制確保など、地域医療構想と一体的に議論を行うこととしています。

こうした取組を通じて、次の方向で、地域事情も十分に踏まえつつ、提供体制の構築を進めることとしています。

ア 多くの医療資源を必要とする急性期機能

人口減少が進む圏域では、患者数が減少する中で、「働き方改革」に対応しつつ専門医の確保や医療スタッフを効果的に配置する観点から、二次医療圏内の中核的医療機関への機能集約を可能な限り進めていく必要があります。その際、圏域によって人口減少の度合いが異なること等を踏まえ、段階的に機能集約を進めるなど地域事情を踏まえた取組が必要となります。

イ 急性期経過後の患者の早期受け入れ体制や比較的軽症な患者の受入体制など（いわゆる回復期機能）

人口減少が進む圏域でも、中核的医療機関における急性期機能の維持や住民の利便性の観点から、中核的医療機関以外の医療機関において、急性期経過後の患者の早期受け入れ体制や比較的軽症な患者の受け入れ体制などの機能についても維持していくことが重要です。併せて、「働き方改革」への対応や医療スタッフを効果的に配置する観点から、一定の機能集約を図ることが必要となります。

その際、圏域によって人口減少の度合いが異なること等を踏まえ、段階的に機能集約を進めるなど、地域事情を踏まえた取組が必要となります。

ウ 長期療養患者の受入体制（慢性期機能）

高齢者人口の状況を見据えつつ、在宅医療の提供体制や介護施設の状況を踏まえながら、必要な規模を維持していくことが重要です。

エ 住民に身近な医療を提供する機能（診療所等における外来機能）

中核的医療機関等に外来患者が集中する状況を改善し、急性期機能を維持するとともに、かかりつけ医の確保、在宅医療、初期救急医療の体制確保など、住民の利便性確保の観点から、住民に身近な地域の診療所等において、必要な外来機能を維持していくことが重要です。

② 医師確保に向けた取組

○ 医師確保に向けた取組を進めるに当たっては、医療提供体制の構築とあわせて、それぞれの機能に応じた医師確保を進めることが必要です。

○ 急性期機能を維持するためには、各診療科の専門医の確保が重要であり、医育大学の医師派遣が特に重要な役割を果たすことから、医育大学と連携しながら医師派遣機能の強化を図ります。

○ 回復期や慢性期、外来機能を維持するためには、中核的医療機関等と連携を図

- りつつ、有症率の高い疾患に適切に対応可能な医師の確保が重要であり、医師会など関係団体と連携・協力の下、医療機関側の求人・支援ニーズと道内外の医師の求職支援リソースを的確にマッチングする機能の一層の充実・強化を図ります。
- このほか、本道は広域分散型であることから、中核的医療機関の専門医等とも連携をしながら、幅広い疾患に対応するとともに、市町村と連携した疾患予防や健康増進施策を行う、総合診療医の養成・確保も重要であることから、医育大学や医療機関と連携を図りながら、総合診療医の養成等に取り組んでいきます。

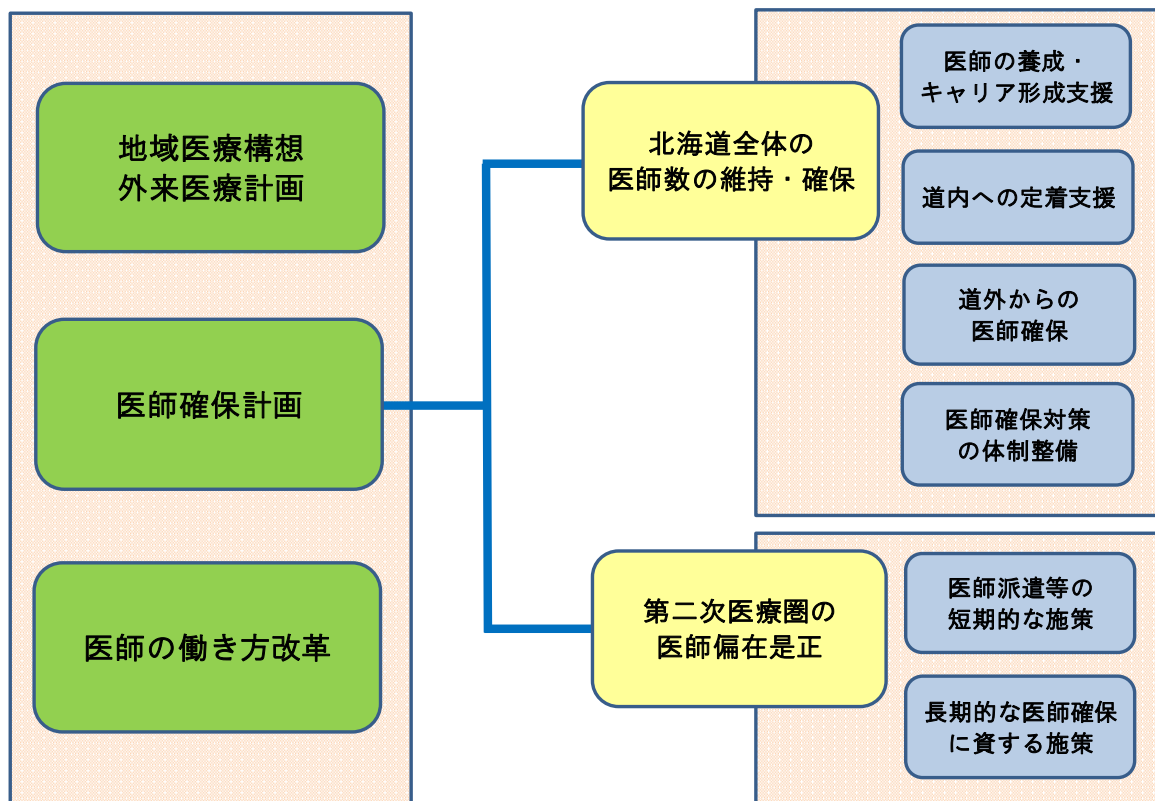
(2) 目標医師数を達成するための具体的施策の進め方

道内21の第二次医療圏のうち11圏域が医師少数区域である状況に鑑み、医師偏在の是正に向けて道全体として取り組むべき施策を掲げ、医師確保対策を推進していきます。

道全体及び第二次医療圏ごとに定めた「医師確保の方針」に基づき、医師の派遣などの短期的に効果を得られる施策と、地域枠医師の養成など、効果が得られるまでに時間を要する長期的な施策のうちから適切な施策を組み合わせることで対応することとします。

また、現時点の医師の不足に対しては、短期的な施策による対応を行うことを基本とし、将来時点の医師の不足に対しては、短期的な施策と長期的な施策を組み合わせることで対応することとします。

【北海道の医師確保対策】



2 北海道全体の医師数を維持・確保するための施策

- 現行の医師数の水準を維持するとともに、第二次医療圏の医師偏在是正に向け、北海道で医師を育てる視点から、医師の養成やキャリア形成に配慮した施策を推進します。
- また、北海道で育てた医師が道外に流出することなく、道内で働き続け、地域医療に貢献できるよう、定着支援を推進します。さらには、道外の力も最大限活用していく観点から、道外から医師を確保するための施策を推進します。

【具体的な施策】（◎は第二次医療圏の医師偏在是正に向けても効果が期待される施策）

(1) 医師の養成・キャリア形成支援

- ◎ 青少年（中学生等）を対象とした医療に関する学習会を開催するとともに、教育庁とも連携し、医学部への進学を目指す高校生に対する働きかけを行うなど、将来、本道の医療を担う人材の育成を推進します。
- ◎ 道内で安定的に医師を養成するため、医育大学において必要な入学定員が確保できるよう、国に対して働きかけを行います。
- 令和6年度(2024年度)の医学部入学定員の臨時増員については次のとおりとなり、令和7年度(2025年度)以降については、国における検討の状況をみながら、必要な医師養成数の確保に努めます。

【道内三医育大学の入学定員と臨時定員数】

	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	摘要
三医育大学計	339 (27)	327 (15)	327 (15)	327(15)	320(8)	320(8)	
北海道大学	112 (7)	112 (7)	112 (7)	112 (7)	105 (0)	105 (0)	
旭川医科大学	117 (12)	105 (0)	105 (0)	105 (0)	105 (0)	105 (0)	
札幌医科大学	110 (8)	110 (8)	110 (8)	110 (8)	110 (8)	110 (8)	臨時定員は地域枠による増員

* 定員数には2年次編入分を含む

* 括弧内は臨時定員数

- ◎ 地域医療に対する理解と意欲を高めるため、医学生等を対象に医育大学が行う地域医療実習を促進します。
- ◎ 地域枠学生等が在学中において、地域医療に貢献するキャリアを描けるように支援するため、道と医育大学の連携の下、「北海道キャリア形成卒前支援プラン」を策定し、地域医療に従事する意識の向上を図るための取組を推進します。
- ◎ 地域枠学生や地域枠医師に対し、地域勤務に対する不安解消のための相談支援等に取り組みほか、地域医療に貢献できるよう、地域枠医師のキャリア形成に十分配慮しながら、地域枠制度の安定的な運営に努めます。
- ◎ 将来の地域医療を担う「総合診療医」の養成に繋げるため、医育大学等における総合診療教育を促進します。
- 北海道の地域医療に関心のある道内外の医学生を対象に、臨床研修病院合同説明会を開催するとともに、魅力ある臨床研修病院づくりに向けて、指導医を対象とする講習会を開催し、臨床研修医の確保に努めます。
- 臨床研修病院の指定や、医師少数区域に配慮した定員の設定など、本道の実情に応じながら、医師臨床研修制度を推進します。
- SNSの活用など、若手医師・学生へのアプローチを強化し、臨床研修医や専攻医確保に取り組みます。
- ◎ 専門医制度について、地域医療確保の観点から北海道医療対策協議会において、専門研修プログラムを確認し、医師の地域偏在が拡大しないよう取り組みます。

(2) 道内への定着支援

- 北海道医療勤務環境改善支援センターが医療機関の勤務環境を確認し、勤務環境の改善につながる助言を行うなど、医療機関の勤務環境改善に取り組みます。
- ◎ 道内の臨床研修医の育成、質的向上を図るとともに、臨床研修医や指導医等によるネットワークを構築することにより、道内における医師の就業と定着を推進します。
- 子育て中の医師が安心して勤務できるよう、病児病後児保育等の子育て支援や短時間正規雇用制度の導入促進のほか、育児等により離職している医師の再就業のため、医育大学や北海道医師会が行う復職相談や復職研修に対する支援を行います。
- 退職したベテラン医師や臨床を離れた医師に対する、相談、復職研修等の支援を行うことで、道内や地域での就業と定着を推進します。
- ◎ 自治医科大学卒業医師や地域枠医師が、義務年限終了後も引き続き地域医療に貢献できるよう、キャリアサポートに努めます。
- ◎ 地域枠学生等が在学中において、地域医療に貢献するキャリアを描けるように支援するため、道と医育大学の連携の下、「北海道キャリア形成卒前支援プラン」を策定し、地域医療に従事する意識の向上を図るための取組を推進します。(再掲)
- ◎ 地域枠制度について、地域枠医師の地域貢献とキャリア形成が両立できるよう、北海道医療対策協議会で必要な見直しを進めます。
- ◎ 医育大学からの地域の医療機関への指導医派遣等により、地域における研修体制を整備します。
- 広域分散型の本道においては、他の専門診療科や他職種と連携しながら幅広い診療に対応できる総合診療医は重要な役割を担うことから、医育大学、北海道医師会等の関係団体や学会などとの連携の下、総合診療医の養成・確保に取り組みます。
- ◎ 地域住民や団体等による地域の医療機関を支える取組を推進し、医師の離職防止と就業促進を図ります。

(3) 道外からの医師確保

- 北海道での臨床研修を考えている道外医学生を対象として、地域の医療機関への体験実習や臨床研修病院合同説明会への参加の取組を進め、道外からの臨床研修医確保に取り組みます。
- 北海道での勤務を考えている道外在住の医師を対象として、地域医療の現場視察や体験勤務などの取組を行うなど、道外からの医師招へいを進めます。
- 首都圏などの医師多数都府県における、本道への移住促進や道内の専門研修病院等のPR活動のほか、地域の医療機関を支える市町村の取組等を広く情報発信するなど、道外からの医師招へいを進めます。

(4) 医師確保対策の体制整備

- 北海道医療対策協議会において、地域医療を担う医師の養成・確保に関する在り方や、地域枠医師のキャリア形成プログラム、専門医制度に関する事項等を協議・検討していきます。
- 医療法第30条の25に基づき設置した「北海道地域医師連携支援センター」において、「北海道へき地医療支援機構」と連携しながら、医師の地域偏在解消のために必要な対策を推進します。
- 医師の養成・確保を巡る課題解決のためには、国の制度設計や運用による対応が重要なことから、地域偏在や診療科偏在の解消に向けた制度の改善、財政支援措置の拡充等を国へ働きかけます。

3 第二次医療圏の医師偏在是正に向けた施策

- 医師少数区域に対しては、短期的に効果が現れる医師派遣や地域枠医師の配置などの施策を重点的に講じることとし、医療対策協議会で派遣調整を行いながら実施します。
また、そのためには、医育大学と連携しながら、医師少数区域における地方・地域センター病院等、地域の中核的な医療機関に対する派遣機能の強化に努めます。さらには、医師少数区域などにおける、住民の身近な医療機関に勤務する医師の確保につながる施策を推進します。
- 中長期的な医師確保対策として地域枠制度を維持するとともに、今後の施策の効果を検証しながら、状況に応じて医育大学における地域枠の拡大や地元出身者枠の設定について医療対策協議会において検討します。

【具体的な施策】（◎は道全体の医師数の維持・確保に向けても効果が期待される施策）

（1）医師派遣等の短期的な施策の推進

- 医師確保が困難な自治体病院等に対し、一定期間、北海道大学、旭川医科大学及び札幌医科大学の地域医療支援センターからの医師派遣を行います。
- 地域の医療機関における医師不足の深刻な状況を踏まえ、医師確保が困難な医療機関に対し、都市部の医療機関から緊急臨時的な医師派遣を行います。
- 地方・地域センター病院等、地域の中核的な医療機関の機能強化を図るとともに、地域の医療機関に対する代替医師及び診療協力のための医師派遣を促進します。
- 地域の医療機関への自治医科大学卒業医師、地域枠医師の配置を行います。
- 地域枠制度について、地域から派遣希望の多い診療科が選択されるよう取り組みます。
- ◎ 地域枠制度について、地域枠医師の地域貢献とキャリア形成が両立できるよう、北海道医療対策協議会で必要な見直しを進めます。（再掲）
- ◎ 自治医科大学卒業医師や地域枠医師が、義務年限終了後も引き続き地域医療に貢献できるよう、キャリアサポートに努めます。（再掲）
- 北海道地域医療振興財団が行う地域の医療機関への常勤医師の紹介や休暇取得時等の代替短期診療医師の紹介の取組を促進します。
- ◎ 専門医制度について、地域医療確保の観点から北海道医療対策協議会において、専門研修プログラムを確認し、医師の地域偏在が拡大しないよう取り組みます。（再掲）
- ◎ 医育大学からの地域の医療機関への指導医派遣等により、地域における研修体制を整備します。（再掲）
- ◎ 道内の臨床研修医の育成、質的向上を図るとともに、臨床研修医や指導医等によるネットワークを構築することにより、道内における医師の就業と定着を推進します。（再掲）

（2）長期的な医師確保に資する施策の推進

- ◎ 青少年（中学生等）を対象とした医療に関する学習会を開催するとともに、教育庁とも連携し、医学部への進学を目指す高校生に対する働きかけを行うなど、将来、本道の医療を担う人材の育成を推進します。（再掲）
- ◎ 地域医療に対する理解と意欲を高めるため、医学生等を対象に医育大学が行う地域医療実習を促進します。（再掲）
- ◎ 地域枠学生等が在学中において、地域医療に貢献するキャリアを描けるように支援するため、道と医育大学の連携の下、「北海道キャリア形成卒前支援プラン」を策定し、地域医療に従事する意識の向上を図るための取組を推進します。（再掲）

- ◎ 将来の地域医療を担う「総合診療医」の養成に繋げるため、医育大学等における総合診療教育を促進します。(再掲)
- 地域枠制度を維持するとともに、今後の施策の効果を検証しながら、状況に応じて医育大学における地域枠の拡大や地元出身者枠の設定について医療対策協議会において検討します。
- ◎ 地域枠制度について、地域から派遣希望の多い診療科が選択されるよう取り組みます。(再掲)
- ◎ 地域枠学生や地域枠医師に対し、地域勤務に対する不安解消のための相談支援等に取り組むほか、地域医療に貢献できるよう、地域枠医師のキャリア形成に十分配慮しながら、地域枠制度の安定的な運営に努めます。(再掲)
- ◎ 道内で安定的に医師を養成するため、医育大学において必要な入学定員が確保できるよう、国に対して働きかけを行います。(再掲)
- 第二次医療圏ごとに設置している地域医療構想調整会議において、医療機能の分化・連携などの医療提供体制のあり方に関する議論にあわせて、医師確保対策について検討を行います。
- ◎ 地域住民や団体等による地域の医療機関を支える取組を推進し、医師の離職防止と就業促進を図ります。(再掲)

第8節 産科における対策

1 位置付け・基本的な考え方

- 医師確保計画においては、「医師偏在指標」を用いて第二次医療圏単位で医師多数区域と医師少数区域を設定し、必要な医師確保対策を講じていくこととしています。産科については、他の診療科と比べて待機時間が長いなど医師の労働時間が不規則で長時間となる傾向があるため、産科医師が比較的多い地域においても医師が不足している可能性が否定できません。

このため、多数区域から少数区域への医師派遣など、医師全般の偏在対策をそのまま産科における対策に当てはめることには、慎重を期す必要があります。

- また、周産期医療は、地域医療の確保において重要な6事業の1つとして医療計画に位置付けられており、産科に係る医師確保は、政策医療としての周産期医療体制の確保に向けた取組と整合性を持って進める必要があります。
- こうした考え方を踏まえ、医師確保計画の中に、産科における対策を取りまとめるものです。

2 産科における道内の現状と課題

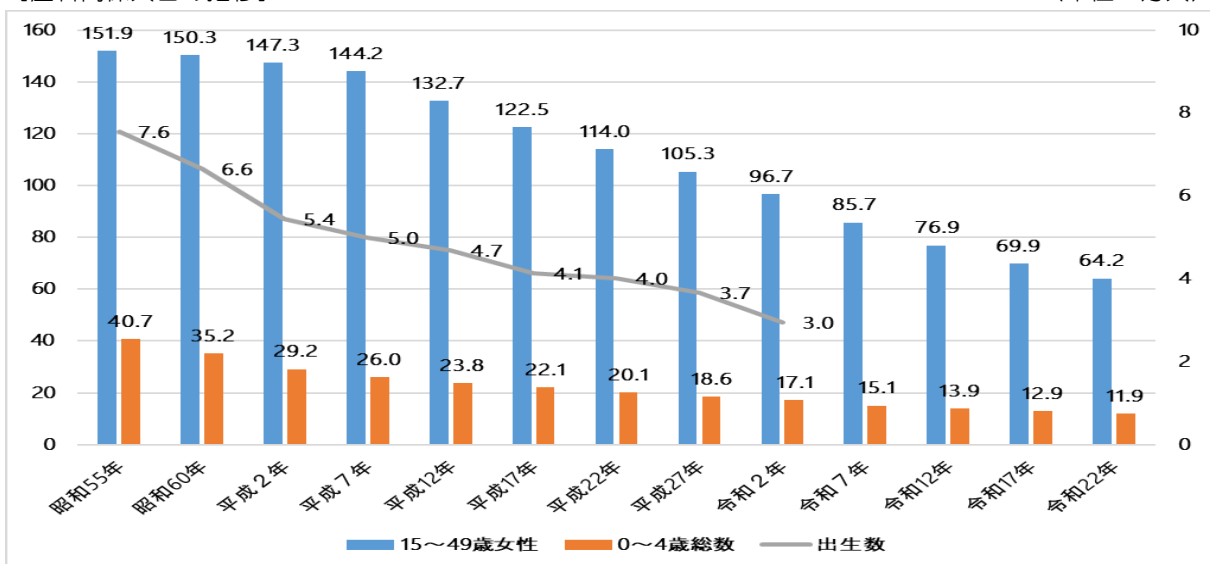
(1) 現状

①15～49歳の女性人口と0～4歳児総人口

平成30年（2018年）3月に公表された国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、本道の合計特殊出生率の算出基礎となる15～49歳の女性及び0～4歳の総人口は、今後も一貫して減少傾向が続くとされており、令和7年（2025年）時点では、15～49歳の女性が85万6,841人、0～4歳児総人口が15万977人、令和22年（2040年）にはそれぞれ64万1,814人、11万8,765人になると見込まれています。

【産科関係人口の推移】

（単位：万人）



* 国立社会保障・人口問題研究所推計値（平成27年までは、国勢調査による。）

②産婦人科医師数

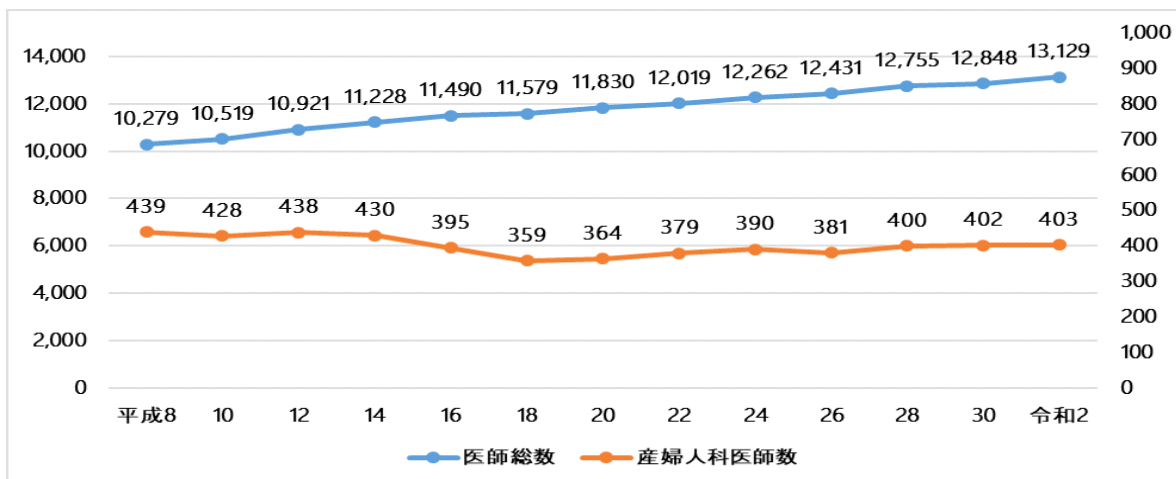
本道における産婦人科医師数*1は、平成8年が439人で、その後減少傾向が続き、平成18年に359人になりましたが、令和2年には403人となっています。

近年、女性医師の占める割合が増加傾向にあり、令和2年には「分娩を取り扱う産婦人科医師」*2325人のうち、31.4%が女性医師となっており、30歳代に限ると47.0%、20歳代においては72.2%の割合となっています。

また、第二次医療圏ごとに見ると、常勤の産婦人科医師が複数配置されていない圏域があります。

【北海道における産婦人科医師数の推移】

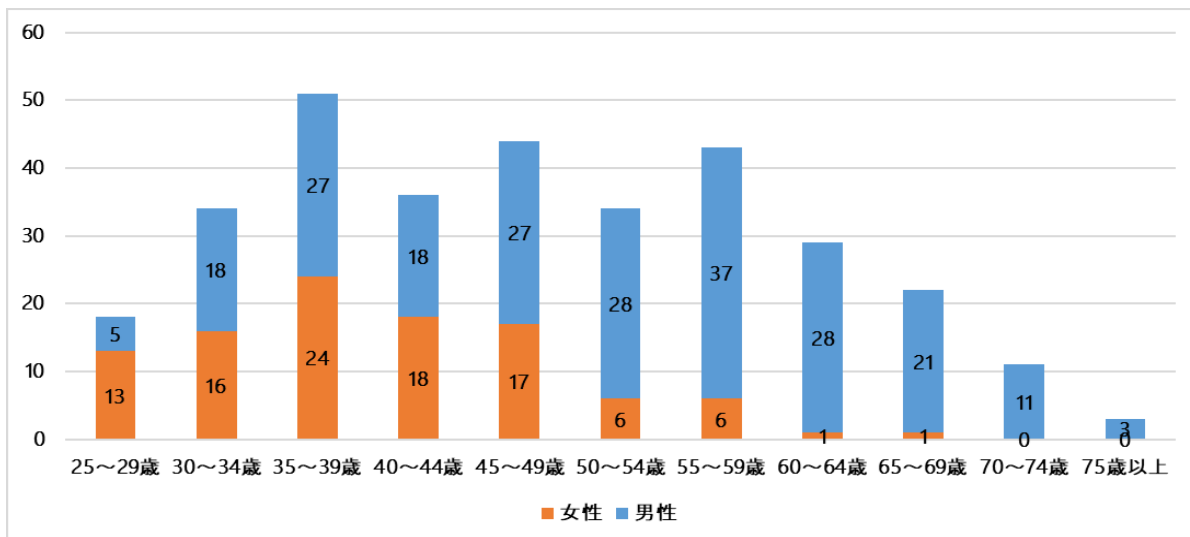
(単位：人)



* 厚生労働省「医師、歯科医師、薬剤師統計（調査）」

【分娩を取り扱う産婦人科医師に占める年齢別女性医師の状況（令和2年）】

(単位：人)



* 厚生労働省「医師、歯科医師、薬剤師統計」

* 1 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（調査）」において、主たる診療科が産科または産婦人科である医師の数

* 2 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（令和2年）」において、主たる診療科が産科、産婦人科、婦人科であり、過去2年以内に分娩を取り扱っている医師（主たる従事先・従たる従事先の周産期医療圏が異なる場合は、主たる従事先で0.8人、従たる従事先で0.2人と換算）

【医療圏別産科医師数】

(単位：人)

第三次医療圏	第二次医療圏	平成22年	令和2年	差引(R2-H22)
道 南	南 渡 島	32	31	▲ 1
	南 檜 山	0	0	0
	北 渡 島 檜 山	2	1	▲ 1
道 央	札 幌	184	217	33
	後 志	9	6	▲ 3
	南 空 知	4	2	▲ 2
	中 空 知	6	7	1
	北 空 知	1	0	▲ 1
	西 胆 振	9	11	2
	東 胆 振	17	17	0
	日 高	1	0	▲ 1
	道 北	上 川 中 部	49	46
上 川 北 部		5	3	▲ 2
富 良 野		1	2	1
留 萌		0	0	0
宗 谷		3	3	0
オホーツク	北 網	16	12	▲ 4
	遠 紋	4	3	▲ 1
十 勝	十 勝	19	20	1
釧路・根室	釧 路	13	16	3
	根 室	4	6	2
計		379	403	24

* 厚生労働省「医師、歯科医師、薬剤師統計（調査）」

* 複数の常勤医師がいない圏域は、非常勤医師の派遣や他の医療機関との連携により、診療機能は維持されている。

③周産期医療体制

本道においては、第三次医療圏ごとに配置する総合周産期母子医療センターと第二次医療圏ごとに配置する地域周産期母子医療センターを中核として、それぞれの圏域で産科医療機関の連携体制を整え、妊産婦に対する救急医療を含め、分娩のリスクに応じた医療提供体制を体系的に整備することとしており、周産期医療体制の整備に係る各種ストラクチャー指標も改善されてきております。

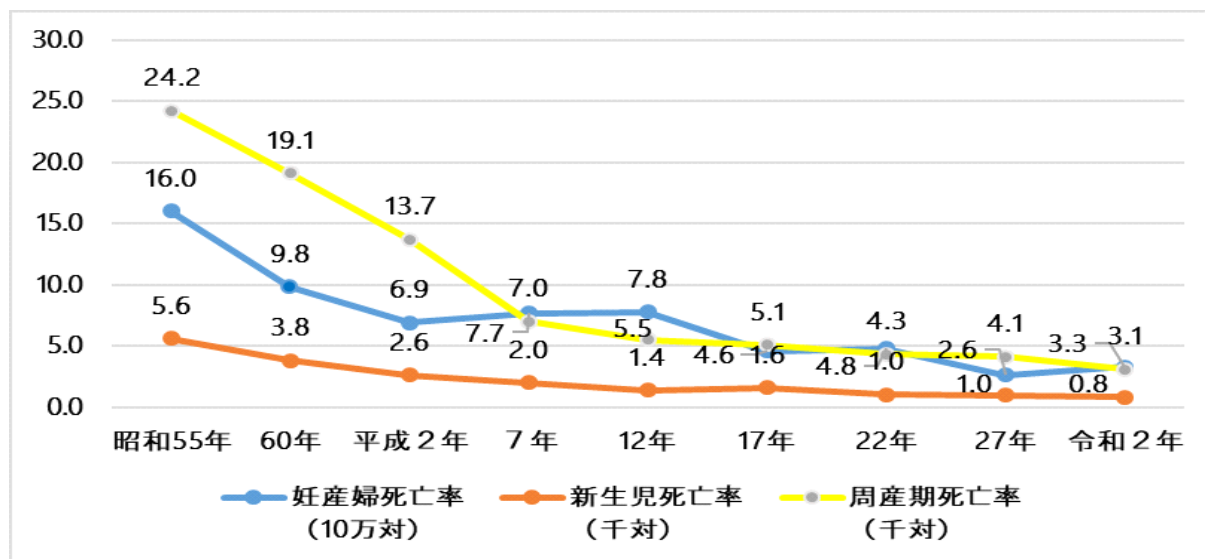
○令和5年4月1日現在の状況

総合周産期母子医療センター	6 施設
地域周産期母子医療センター	30 施設
(うち4施設で分娩取扱休止)	
特定機能周産期母子医療センター	1 施設
産科標ぼう医療機関（上記センター含む）	160 施設
分娩取扱医療機関	71 施設
助産師外来開設医療機関数	38 施設

また、母子保健の国際的な指標である妊産婦死亡率、新生児死亡率や周産期死亡率は、昭和から平成にかけて一貫して減少しており、これまでに世界トップレベルとなっている日本全国の統計値と同等のレベルを維持しています。

【周産期に係る各種指標の状況】

(単位：人)



*厚生労働省「人口動態調査」

(2) 課題

- 産科医療を行う産婦人科医師は、待機時間が長いなどの理由により厚生労働省の調査による「週当たり勤務時間60時間以上の病院勤務医師の診療科別割合」が最も高く、また、20歳代から30歳代にかけて女性医師の割合が増加していることから、将来にわたって分娩を取り扱う医療機関に勤務する産科医師を安定的に確保していくことが課題となっています。
- こうした産科医師を取り巻く現状を鑑みると、相対的医師少数区域以外の区域においても、産科医師が不足している可能性があり、産科医師の偏在対策を検討するに当たっては、単に少数区域に医師を確保するのではなく、圏域ごとに必要な医療機能を確保していくことが課題です。
- 令和6年4月に施行の医師の時間外・休日労働の上限規制に適切に対応した医療体制の確保が必要です。

3 産科における医師偏在指標

(1) 産科における医師偏在指標の考え方

産科における医師偏在指標は、医療サービスを提供する分娩取扱医師数（「医師・歯科医師・薬剤師統計」において「過去2年以内分娩の取扱いあり」と回答した産婦人科・産科・婦人科を主たる診療科と回答した医師数）と医療サービスを受ける妊婦数を基に、医師の性・年齢別分布や患者の性・年齢別受療率を勘案して算出することとされています。妊婦数については、「里帰り出産」等の圏域を越えた流出入がある実態を踏まえ、「医療施設調査」における取扱い分娩数と医療機関の所在地を用いることとしています。

このため、都道府県間における妊婦の流出入調整は不要とされています。

(2) 算定式

産科における医師偏在指標は、医療機能の偏在等を客観的に可視化する指標として、厚生労働省が定めた以下の算定式を用いて、全国で統一的に算出することとされています。

$$\text{分娩取扱医師偏在指標} = \frac{\text{標準化分娩取扱医師数 (※)}}{\text{分娩件数} \div 1000\text{件}}$$

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

※ 性年齢階級別の医師数は、医師届出票に記載されている主たる従事先と従たる従事先が所在する周産期医療圏が異なる場合は、主たる従事先で0.8人、従たる従事先で0.2人として算出する。

(3) 算定結果

第二次医療圏ごとの産科における医師偏在指標は次のとおりです。

第三次医療圏	第二次医療圏	指標	全国順位
全	国	10.6	—
北	海 道	10.1	25
道 南	南 渡 島	9.0	141
	南 檜 山	—	—
	北 渡 島 檜 山	9.1	137
道 央	札 幌	10.5	97
	後 志	7.3	204
	南 空 知	3.6	270
	中 空 知	12.0	69
	北 空 知	—	—
	西 胆 振	8.7	151
	東 胆 振	8.2	169
	日 高	0.0	278
道 北	上 川 中 部	13.1	51
	上 川 北 部	20.7	11
	富 良 野	12.4	66
	留 萌	1.2	277
	宗 谷	7.5	192
オホーツク	北 網	5.8	250
	遠 紋	22.7	10
十 勝	十 勝	12.8	59
釧路・根室	釧 路	7.2	207
	根 室	19.8	12

※指標「—」は、当該第二次医療圏で分娩の取扱がないため

※相対的医師少数区域は、全国順位に色付け

(4) 相対的医師少数区域

医師確保計画においては、医師偏在指標を用いて医師多数区域と医師少数区域を設定することとされていますが、産科については、産科医師が比較的多い地域においても医師が不足している可能性があるため、相対的な医師の多寡を表す区域設定としては、「多数区域」は設定しないこととし、「相対的医師少数区域」のみを設定することとされています。

相対的医師少数区域は、産科における医師偏在指標の値が全国の第二次医療圏（28圏域）の中で下位33.3%に該当する第二次医療圏を設定することとされています。

道内においては、7圏域（後志、南空知、日高、留萌、宗谷、北網、釧路）が相対的医師少数区域に設定されました。

(参考) 偏在対策基準医師数

医師確保計画においては、計画期間中に医師少数区域を脱するために必要な医師数を「目標医師数」として設定することとされていますが、産科については、相対的医師少数区域以外の地域においても医師が不足している可能性があるため、「少数区域」に医師を確保することを前提とした「目標医師数」は設定しないこととしています。

「偏在対策基準医師数」は、計画期間終了時に相対的医師少数区域に該当しないための基準となる医師数であり、医療需要に応じて機械的に算出される数値です。確保すべき医師数の目標ではなく、参考値として取り扱うことが適当です。

この数値は、計画期間終了時（2026年）の産科における医師偏在指標が、計画期間開始時（2022年）の相対的医師少数区域の基準値（下位33.3%）に達することとなる医師数として算出されています。

第三次医療圏	第二次医療圏	基準医師数 (単位：人)	(参考) 推計 分娩件数 (2026年) (単位：千件)	(参考) 産科医師数 (2020年) (単位：人)	(参考) 分娩件数 (2017年) (単位：千件)
道 南	南 渡 島	14.5	1.9	31	2.5
	南 檜 山	0.0	0.0	0	0.0
	北 渡 島 檜 山	0.7	0.1	1	0.1
道 央	札 幌	103.7	13.6	217	15.8
	後 志	3.8	0.5	6	0.7
	南 空 知	3.0	0.4	2	0.5
	中 空 知	2.7	0.4	7	0.5
	北 空 知	0.0	0.0	0	0.0
	西 胆 振	7.0	0.9	11	1.2
	東 胆 振	10.5	1.4	17	1.6
	日 高	0.8	0.1	0	0.2
	上 川 中 部	19.2	2.5	46	3.3
道 北	上 川 北 部	1.7	0.2	3	0.3
	富 良 野	0.9	0.1	2	0.2
	留 萌	0.8	0.1	0	0.2
	宗 谷	2.3	0.3	3	0.4
	北 網	10.1	1.3	12	1.6
オホーツク	遠 紋	0.7	0.1	3	0.1
十 勝	十 勝	9.0	1.2	20	1.4
釧路・根室	釧 路	9.8	1.3	16	1.6
	根 室	1.7	0.2	6	0.3

4 産科における医師確保の方針

- 医師偏在指標の値に基づき相対的医師少数区域が設定されていますが、産科医師の勤務環境に鑑みれば、相対的医師少数区域以外の地域においても産科医師が不足している可能性があり、少数区域以外の地域から少数区域への医師派遣などにより、少数区域に産科医師を確保することをもって、偏在対策とすることは適当ではありません。
- また、「北海道医療計画」において、周産期医療体制の確保に当たり総合及び地域周産期母子医療センターを中心として、三育大学の協力を得ながら、医療機関間の連携、第三次医療圏間の連携等が必要とされており、必要な医療機能として正常分娩等に対する安全な医療、24時間対応可能な周産期の救急体制、新生児集中治療管理室等に長期入院している児童に対する支援体制といった連携体制を体系的に整備することとしております。産科における医師確保は、政策医療としての周産期医療体制の確保と整合性を持って進める必要があります。
- 産科医師の負担軽減を図るためには、圏域内における産科医療機関の連携や機能分化、圏域を跨いだ医療機関の連携、周産期センター等への効果的な医師の配置、助産師外来の設置、看護師の特定行為研修修了者の活用、タスクシフト・タスクシェアによる勤務環境改善など、様々な取組を総合的に進める必要があります。
- こうした取組を行ってもなお、相対的医師少数区域に産科医師が必要となる場合は、少数区域以外の地域から産科医師を配置することについて検討することとします。
- なお、産科医師については、婦人科に係る医療の提供にも尽力されており、人口の高齢化が進む中、婦人科疾患への診療負担の増加にも留意する必要があります。
- また、周産期医療に関する医療機関間の役割分担・連携を進めるにあたっては、地域医療構想の実現に向けた地域の議論と一体的に検討することが重要です。

5 必要な施策

- 産科における医師確保の方針を踏まえ、産科医師の負担軽減を図るため、次の4点について施策を講じていきます。

(1) 周産期医療体制の確保に向けた効果的な産科医師の配置・集約化

周産期医療の需要に応じ、地域に必要な医療機能を検証し、三育大学と連携して地域の医療機関における産科医師の効果的な配置・集約化について検討していきます。

- 医師の配置状況、妊婦の受療動向などを踏まえ、産科医師を派遣する三育大学が参加する総医協周産期・小児医療検討委員会において、地域における周産期医療体制のあり方について協議していきます。
- 圏域ごとに（必要に応じ圏域を跨ぐ地域において）、地域医療構想調整会議などの場において、医療機能の集約化等を議論します。

(2) 地域における連携体制の整備

初期救急等に対応する医療機関を確保し、周産期母子医療センターなど中核的な医療機関と地域の医療機関との間で、体系的な周産期医療連携体制を整備します。

- 地域の周産期医療関連施設等の医師、助産師、看護師等を対象に地域における母子保健や福祉等の体制等の理解を深めるほか、必要な専門的・基礎的知識及び技術を普及するため、総合周産期母子総合医療センター等で開催する周産期研修事業への参加を促進していきます。
- 地域の医師等を対象とした、妊婦の診療に関する研修事業への参加を促進します。
- 地域医療構想調整会議などの場において、地域の連携体制等を議論します。

(3) 産科医師の負担軽減対策

医療機関が支給する分娩手当への支援のほか、助産師外来の開設や医師以外の職種とのタスクシフト・タスクシェアなど、産科医師の勤務環境改善を支援します。

- 働き方改革を始めとした医療機関の勤務環境改善の取組に対し、医療勤務環境改善支援センターによる支援を行います。

(4) 中長期的な産科医師確保対策

地域に必要な産科医師数を維持するため、産科医師の養成を支援します。

- 産科医師の養成・確保を図るため、三育大学の産科医師養成に係る取組を支援します。

第9節 小児科における対策

1 位置付け・基本的な考え方

- 医師確保計画においては、「医師偏在指標」を用いて第二次医療圏単位で医師多数区域と医師少数区域を設定し、必要な医師確保対策を講じていくこととしています。小児科については、他の診療科と比べて時間外診療が多いなど医師が長時間労働となる傾向にあるため、小児科医師が比較的多い地域においても医師が不足している可能性が否定できません。

このため、多数区域から少数区域への医師派遣など、医師全般の偏在対策をそのまま小児科における対策に当てはめることには、慎重を期す必要があります。

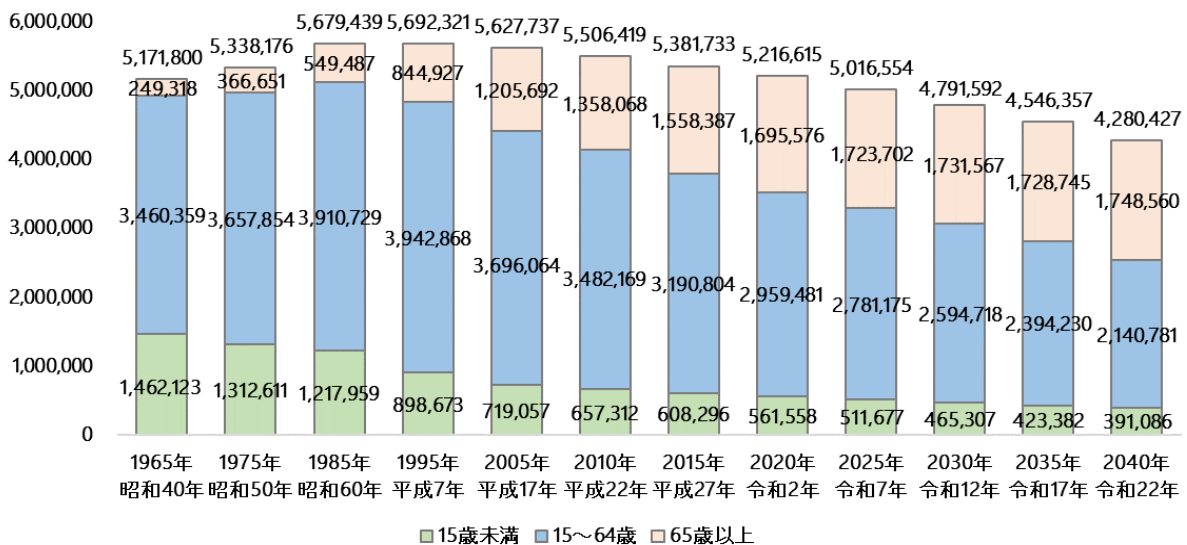
- また、小児医療は、地域医療の確保において重要な6事業の1つとして医療計画に位置付けられており、小児科に係る医師確保は、政策医療としての小児医療体制の確保に向けた取組と整合性を持って進める必要があります。
- こうした考え方を踏まえ、医師確保計画の中に、個別に小児科における対策を取りまとめるものです。

2 小児科における道内の現状と課題

(1) 現状

① 年少人口

平成30年（2018年）3月に公表された国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、本道の年少人口（15歳未満）は一貫して減少傾向にあり、2025年時点では51万1,677人、2040年には39万1,086人になると見込まれています。



* 平成27年（2015年）までは「国勢調査」。令和2年（2020年）以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」

②小児科医師数

道内の小児医療を行う医師数は減少傾向にある一方、小児科を専門とする医師数は若干増加傾向にあります。第二次医療圏ごとに見ると増減にばらつきがあります。

【小児科医師数の推移】

(単位：人)

区 分	平成22年	24年	26年	28年	30年	令和2年
小児医療を行う医師数	1,021	1,011	1,001	917	896	909
小児人口1万人当たり (全国値)	15.5 (18.1)	15.8 (18.0)	16.1 (18.4)	15.3 (17.6)	15.5 (17.9)	16.3 (18.6)
小児科を専門とする医師	618	634	642	639	631	648
小児人口1万人当たり (全国値)	9.4 (9.4)	9.9 (9.9)	10.3 (10.3)	10.7 (10.7)	10.9 (11.2)	11.6 (12.0)

* 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（調査）」、なお「小児医療を行う医師」は、診療科として小児科のみを回答した医師及び複数回答した診療科の中に小児科を含んでいた医師、「小児科を専門とする医師」は診療科として小児科のみを回答した医師及び複数回答した診療科のうち小児科を主たる診療科として回答した医師のことをいう。

【圏域ごとの小児科を専門とする医師数】

(単位：人)

第三次医療圏	第二次医療圏	平成22年	令和2年	差引(R2-H22)
道 南	南 渡 島	45	44	▲ 1
	南 檜 山	1	1	0
	北 渡 島 檜 山	6	2	▲ 4
道 央	札 幌	301	346	45
	後 志	18	18	0
	南 空 知	15	12	▲ 3
	中 空 知	10	9	▲ 1
	北 空 知	4	2	▲ 2
	西 胆 振	19	17	▲ 2
	東 胆 振	22	18	▲ 4
	日 高	2	4	2
道 北	上 川 中 部	76	78	2
	上 川 北 部	7	8	1
	富 良 野	4	5	1
	留 萌	2	2	0
	宗 谷	6	5	▲ 1
オホーツク	北 網	22	21	▲ 1
	遠 紋	7	6	▲ 1
十 勝	十 勝	24	23	▲ 1
釧路・根室	釧 路	21	21	0
	根 室	6	6	0
計		618	648	30

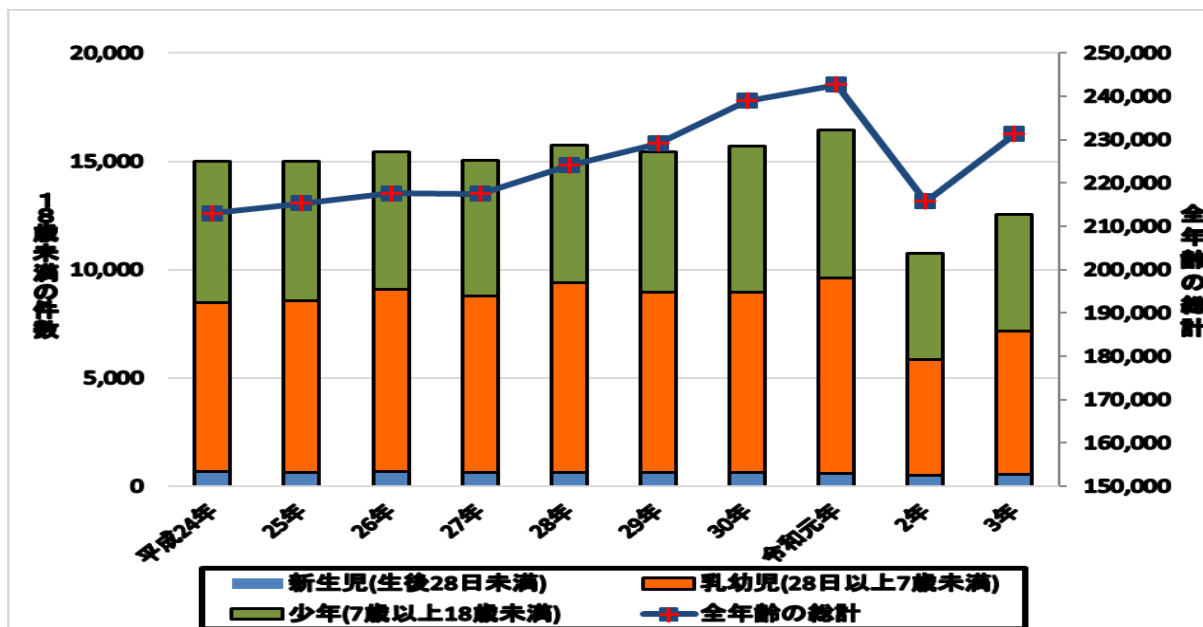
* 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（調査）」

③小児救急医療の状況

道内における18歳未満の救急搬送数は、近年、横ばいの傾向にありましたが、コロナ禍において一時的な減少が見られます。救急搬送数に占める軽症者の割合は、全年齢の42.4%に対し18歳未満は68.4%と高い状況にあります。

【救急搬送件数】

(単位：件)



* 北海道総務部「消防年報（救急救助年報）」

【傷病程度年齢区分別搬送人員】

区分	搬送人員	うち軽症者	軽症者割合
新生児	563	26	4.6%
乳幼児	6,580	4,610	70.1%
少年	5,387	3,939	73.1%
小計(18歳未満)	12,530	8,575	68.4%
成人	69,893	40,286	57.6%
高齢者	148,858	49,194	33.0%
計	231,281	98,055	42.4%

* 北海道総務部「令和4年消防年報（令和3年救急救助年報）」

④小児医療体制及び小児救急医療体制

本道においては、初期救急を含む一般の小児医療は第一次医療圏（市町村）、専門医療及び入院を要する小児救急医療は第二次医療圏（完結しない医療圏は他の圏域と連携）、高度・専門医療及び重篤な小児患者に対する救命医療は第三次医療圏を基本として体制の構築を図ることとしています。

小児医療の中核的な医療機関として第二次医療圏ごとに「北海道小児地域医療センター」を、センターが未整備の圏域では「北海道小児地域支援病院」を選定しており、「小児救急医療支援事業」に参加する病院の輪番制により、小児二次救急医療

を確保しています。

- 令和4年4月1日現在の状況
 - 北海道小児地域医療センター 24施設
 - 北海道小児地域支援病院 14施設
 - 小児救急医療支援事業参加病院 39施設

(2) 課題

- 小児医療を行う医師数は減少傾向にありますが、年少人口も減少しているため、年少人口当たりでは横ばいの状況であり、小児科を専門とする医師は、総数においても年少人口当たりでも増加傾向にあります。
- 一方で、小児救急患者に占める軽症者の割合の高さや時間外受診の多さなどにより、小児科勤務医は長時間にわたる不規則な勤務を余儀なくされている状況にあり、小児科医師が比較的多い地域においても、小児科医師が不足している可能性があります。
- こうした勤務環境に鑑み、小児科医師の負担軽減を図りながら、将来にわたって地域に必要な小児医療機能を確保することが重要です。
- 令和6年4月に施行の医師の時間外・休日労働の上限規制に適切に対応した医療体制の確保が必要です。

3 小児科における医師偏在指標

(1) 小児科における医師偏在指標の考え方

小児科における医師偏在指標は、小児医療サービスを提供する小児科医師と小児医療サービスを受ける年少者を基に、医師の性・年齢別分布や患者の性・年齢別受療率を勘案して算出します。

(2) 算定式

小児科における医師偏在指標は、小児医療機能の偏在等を客観的に可視化する指標として、厚生労働省が定めた以下の算定式を用いて、全国で統一的に算出することとされています。

$$\text{小児科医師偏在指標} = \frac{\text{標準化小児科医師数} (\ast 1)}{\frac{\text{地域の年少人口}}{10万} \times \text{地域の標準化受療率比} (\ast 2)}$$

$$\ast 1 \text{ 標準化小児科医師数} = \sum \text{性年齢階級別診療所医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

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

$$\text{地域の期待受療率} = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別調整受療率} \times \text{地域の性年齢階級別年少人口})}{\text{地域の年少人口}}$$

※ 性年齢階級別の医師数は、医師届出票に記載されている主たる従事先と従たる従事先が所在する小児医療圏が異なる場合は、主たる従事先で0.8人、従たる従事先で0.2人として算出する。

(3) 患者流出入調整

小児科における医師偏在指標における患者流出入調整については、全体の医師偏在指標と同様に、入院については患者流出入率を、外来については昼夜間人口比を用いることとし、都道府県間調整は行わないこととしました。

(4) 算定結果

第二次医療圏ごとの小児科における医師偏在指標は次のとおりです。

第三次医療圏	第二次医療圏	指標	全国順位	
全	国	115.1	—	
北	海 道	115.4	24	
道	南	南 渡 島	125.7	78
		南 檜 山	84.4	235
		北 渡 島 檜 山	84.0	240
道	央	札 幌	116.9	109
		後 志	94.2	194
		南 空 知	99.1	177
		中 空 知	120.9	98
		北 空 知	107.0	151
		西 胆 振	110.4	131
		東 胆 振	82.5	245
		日 高	72.2	277
道	北	上 川 中 部	171.6	12
		上 川 北 部	138.0	45
		富 良 野	125.3	80
		留 萌	60.2	291
		宗 谷	90.6	215
オホーツク		北 網	102.3	169
		遠 紋	117.6	107
十 勝	十 勝	62.6	289	
釧路・根室		釧 路	96.6	186
		根 室	86.1	229

※相対的医師少数区域は、全国順位に色付け

(5) 相対的医師少数区域

医師確保計画においては、医師偏在指標を用いて医師多数区域と医師少数区域を設定することとされていますが、小児科については、小児科医師が比較的多い地域においても医師が不足している可能性があるため、相対的な医師の多寡を表す区域設定としては、「多数区域」は設定しないこととし、「相対的医師少数区域」のみを設定することとしています。

相対的医師少数区域は、小児科における医師偏在指標の値が全国の第二次医療圏（307圏域）の中で下位33.3%に該当する第二次医療圏を設定することとされています。

道内においては、8圏域（南檜山、北渡島檜山、東胆振、日高、留萌、宗谷、十勝、根室）が相対的医師少数区域に設定されました。

(参考) 偏在対策基準医師数

医師確保計画においては、計画期間中に医師少数区域を脱するために必要な医師数を「目標医師数」として設定することとされていますが、小児科については、相対的医師少数区域以外の地域においても医師が不足している可能性があるため、「少数区域」に医師を確保することを前提とした「目標医師数」は設定しないこととしています。

「偏在対策基準医師数」は、計画期間終了時に相対的医師少数区域に該当しないための基準となる医師数であり、医療需要に応じて機械的に算出される数値です。確保すべき医師数の目標ではなく、参考値として取り扱うことが適当です。

この数値は、計画期間終了時（2026年）の小児科における医師偏在指標が、計画期間開始時（2022年）の相対的医師少数区域の基準値（下位33.3%）に達することとなる医師数として算出されています。

(単位：人)

第三次医療圏	第二次医療圏	基準医師数	(参考) 推計 年少人口 (2026年)	(参考) 小児科医師数 (2020年)	(参考) 年少人口 (2018年)
道 南	南 渡 島	27.3	30,596	44	39,057
	南 檜 山	1.1	1,485	1	2,173
	北 渡 島 檜 山	2.3	2,539	2	3,500
道 央	札 幌	243.9	247,835	346	274,428
	後 志	14.0	15,275	18	20,525
	南 空 知	8.6	11,334	12	15,346
	中 空 知	5.2	6,843	9	9,711
	北 空 知	1.4	2,062	2	2,783
	西 胆 振	12.1	14,909	17	19,222
	東 胆 振	19.0	21,740	18	25,616
	日 高	4.3	5,780	4	7,838
道 北	上 川 中 部	36.0	35,466	78	44,126
	上 川 北 部	4.6	5,011	8	6,755
	富 良 野	3.2	3,723	5	4,855
	留 萌	2.6	3,256	2	4,635
	宗 谷	4.5	5,527	5	7,275
オホーツク	北 網	17.3	19,690	21	24,199
	遠 紋	4.4	5,536	6	7,240
十 勝	十 勝	32.6	36,516	23	41,837
釧路・根室	釧 路	17.7	19,740	21	25,416
	根 室	5.5	7,539	6	9,615

4 小児科における医師確保の方針

- 医師偏在指標の値に基づき相対的医師少数区域が設定されていますが、小児科医師の勤務環境に鑑みれば、相対的医師少数区域以外の地域においても小児科医師が不足している可能性があり、少数区域以外の地域から少数区域への医師派遣などにより、少数区域に小児科医師を確保することをもって、偏在対策とすることは適当ではありません。
- また、「北海道医療計画」において、小児医療体制の確保に当たっては、一般の小児医療から高度・専門的医療、初期救急から三次救急、急性期を経過した小児患者の受入といった連携体制を体系的に整備することとしており、小児科における医師確保は、政策医療としての小児医療体制の確保と整合性を持って進める必要があります。
- 小児科における医師確保については、圏域ごとに（必要に応じ圏域を跨ぐ地域において）、専門医療や二次救急・三次救急、入院医療等を担う小児地域医療センター等への効果的な小児科医師の配置・集約化を図るとともに、一般の小児医療や初期救急を担う病院・診療所における小児に対応可能な医師の確保、看護師の特定行為研修修了者の活用、タスクシフト・タスクシェアによる勤務環境改善など、小児科医師の負担軽減を図る様々な取組を総合的に進める必要があります。
- こうした取組を行ってもなお、相対的医師少数区域に小児科医師が必要となる場合は、少数区域以外の地域から小児科医師を配置することについて検討することとします。
- なお、周産期母子医療センターにおいては、新生児医療を主に小児科医師が担っており、新生児医療を担う小児科医師の配置については、周産期医療体制を確保する観点も考慮する必要があります。
- また、小児医療に関する医療機関間の役割分担・連携を進めるに当たっては、地域医療構想の実現に向けた地域の議論と一体的に検討することが重要です。

5 必要な施策

小児科における医師確保の方針を踏まえ、小児科医師の負担軽減を図るため、次の4点について施策を講じていきます。

(1) 小児医療体制の確保に向けた効果的な小児科医師の配置・集約化

小児医療の需要に応じ、地域に必要な小児医療機能を検証し、三育大学と連携し、地域の中核的な医療機関における小児科医師の効果的な配置・集約化について検討していきます。

- 医師の配置状況、患者の受療動向などを踏まえ、小児科医師を派遣する三育大学が参加する総医協周産期・小児医療検討委員会において、地域における小児医療体制のあり方について協議していきます。
- 圏域ごとに（必要に応じ圏域を跨ぐ地域において）、地域医療構想調整会議などの場において、医療機能の集約化等を議論します。

(2) 地域における連携体制の整備

一般の小児医療、初期救急に対応する医療機関を確保し、小児地域医療センターなど中核的な医療機関と地域の医療機関との間で、体系的な小児医療連携体制を整備します。

- 地域の医師等を対象とした、小児救急に関する研修事業への参加を促進します。
- 地域医療構想調整会議などの場において、小児救急医療地域研修事業に参加した医師や総合診療医など一般の小児医療、初期救急に対応できる医師が勤務する医療機関と中核的な医療機関の間での連携体制等について議論します。

(3) 小児科医師の負担軽減対策

医療機関が支給する新生児医療担当医手当への支援のほか、小児科医師以外の職種とのタスクシフト・タスクシェアなど、小児科医師の勤務環境改善を支援します。

- 働き方改革を始めとした医療機関の勤務環境改善の取組に対し、医療勤務環境改善支援センターによる支援を行います。

(4) 中長期的な小児科医師確保対策

地域に必要な小児科医師数を維持するため、小児科医師の養成を支援します。

- 小児科医師の養成・確保を図るため、三育大学の小児科医養成に係る取組を支援します。