

令和5年度以降の専攻医採用における シーリング等について

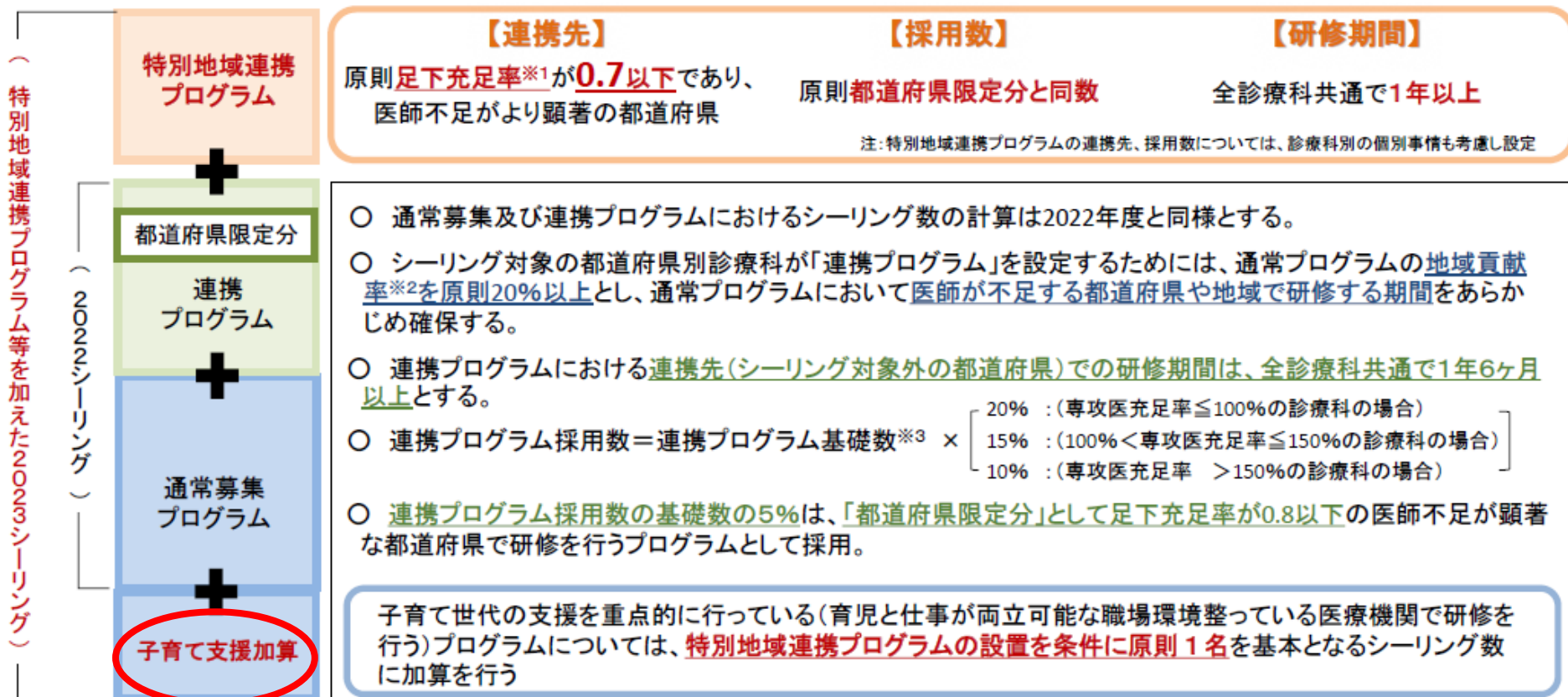
1. 令和5年度の専攻医採用における シーリングについて

【令和5年度のシーリングの実施状況について】

- 新型コロナウイルス感染症の影響により、採用数が例年と異なる動きをしており、令和4年度の採用については、過年度の採用数を用いた再計算を行わずに、令和3年度の採用数を用いた。令和5年度についても、引き続き、新型コロナウイルス感染症の影響のため、再計算を避けるべき、また、検討が十分でないまま、令和4年度からの大きな数値変動を避けるべき、との意見があり、既存のプログラムのシーリング数について、令和4年度と同数とした。
- <特別地域連携プログラム> 足下医師充足率が低い都道府県のうち、医師少数区域等にある施設または、年通算の時間外・休日労働時間が1860時間を超える医師等が所属する施設を1年以上連携先とする特別地域連携プログラムを通常募集プログラム等のシーリングの枠外として別途設けることとした。
- <子育て支援加算>特別地域連携プログラムの設置を条件に原則1名を基本となるシーリング数に加算を行う子育て支援プログラム(案)は、地域偏在を助長する懸念があることや、加算の要件が十分に検討されていないといった意見を受け、令和5年度専攻医募集においては実施せず、今後、地域偏在を助長しないよう、引き続き、加算の必要性や、加算要件等について日本専門医機構において議論を行っていくこととした。
- 令和5年度の専攻医は、全てのシーリング対象の都道府県・診療科において、シーリング数内で採用された。

2023年度専攻医募集におけるシーリング(案)の基本的な考え方

- シーリングにより、都市部周辺で専攻医が増加する効果が現れているものの、医師不足の東北地方等での地域偏在是正効果は限定的であることから、**足下医師充足率が低い都道府県との連携プログラムを別途設ける。**
- また、育児介護休業法改正附帯決議への対応の観点から、**子育て世代の支援を重点的に行っているプログラムについては、上記連携プログラムの設置を条件に、基本となるシーリング数に加算を行う。**



令和5年度は実施せず

※1 足下充足率 = 2018足下医師数 / 2024必要医師数

※2 地域貢献率 = $\frac{\sum(\text{各専攻医が「シーリング対象外の都道府県」および「当該都道府県の医師少数区域」で研修を実施している期間})}{\sum(\text{各専攻医における専門研修プログラムの総研修期間})}$

※3 連携プログラム基礎数 = (過去3年の平均採用数 - 2024年の必要医師数を達成するための年間養成数)

令和5年度専攻医採用におけるシーリング

	シーリング対象 の診療科数	内科	小児科	皮膚科	精神科	整形外科	眼科	耳鼻咽喉科	泌尿器科	脳神経外科	放射線科	麻酔科	形成外科	リハビリ テーション科
北海道	1											20+3+[6]		
青森県	0													
岩手県	0													
宮城県	0													
秋田県	0													
山形県	0													
福島県	0													
茨城県	0													
栃木県	0													
群馬県	0													
埼玉県	0													
千葉県	0													
東京都	12	398+123+[52]	98+19+[11]	54+18+[11]	74+12+[14]+(5)	104+13+[9]	52+16+[6]	44+11+[3]		41+7+[6]	36+7+[5]	75+15+[11]	30+10+[6]	16+4+[15]
神奈川県	1			14+1+[1]										
新潟県	0													
富山県	0													
石川県	2				9+0+[2]	10+0+[1]								
福井県	0													
山梨県	0													
長野県	0													
岐阜県	0													
静岡県	0													
愛知県	1							16+1+[1]						
三重県	0													
滋賀県	1		7+0+[0]											
京都府	9	62+18+[8]	9+0+[2]	8+2+[2]		16+1+[1]	14+3+[2]	8+2+[1]	19+0+[0]		14+0+[0]	11+2+[4]		
大阪府	8	200+10+[21]				41+2+[4]	22+4+[5]	17+2+[1]	18+1+[0]		14+3+[2]	30+2+[6]	15+2+[2]	
兵庫県	4			13+0+[0]			12+1+[0]	14+0+[0]					13+0+[2]	
奈良県	0													
和歌山県	2	20+3+[2]				9+0+[1]								
鳥取県	1	15+1+[2]												
島根県	0													
岡山県	5	55+7+[6]	14+0+[0]		10+1+[2]						9+0+[0]	14+3+[6]		
広島県	0													
山口県	0													
徳島県	1	16+4+[2]												
香川県	0													
愛媛県	0													
高知県	0													
福岡県	8	118+29+[15]		11+1+[0]	17+5+[3]+(1)	33+10+[3]	11+0+[2]				15+0+[2]	20+4+[4]	7+0+[2]	
佐賀県	1				8+0+[1]									
長崎県	4	33+4+[4]	9+0+[0]			7+0+[0]						6+0+[0]		
熊本県	3	33+0+[3]			11+0+[2]	8+0+[1]								
大分県	0													
宮崎県	0													
鹿児島県	0													
沖縄県	2				7+0+[1]							8+0+[0]		

※都道府県の各診療科の数値は通常募集プログラム数+連携プログラム数+【特別地域連携プログラム数】(精神科のみ:精神保健指定医連携枠)

令和5年度 特別地域連携プログラム採用実績

令和5年度第1回 医道審議会
医師分科会 医師専門研修部会
令和5年6月22日

資料1

令和5年4月13日時点 確定値

診療科		特別地域連携枠での採用数 (人)	うち、連携先が年通算の時間外・休日労働時間が1860時間を超える医師等が所属する施設であることを理由に認められたもの(人)
1	内科	21	1
2	小児科	8	該当なし
3	皮膚科	0	—
4	精神科	15	1
5	外科	0	—
6	整形外科	2	該当なし
7	産婦人科	0	—
8	眼科	2	該当なし
9	耳鼻咽喉科	0	—
10	泌尿器科	0	—
11	脳神経外科	0	—
12	放射線科	6	該当なし
13	麻酔科	1	1
14	病理	0	—
15	臨床検査	0	—
16	救急科	0	—
17	形成外科	2	該当なし
18	リハビリテーション科	3	該当なし
19	総合診療	0	—
	計	60	3

※黄緑色のセルはシーリング対象の科

令和5年度 特別地域連携プログラム連携先都道府県(実績)

令和5年度第1回 医道審議会
医師分科会 医師専門研修部会
令和5年6月22日
資料1

令和5年4月13日時点 確定値

足下充足率:2016年/2018年

	内科	足下充足率	採用元都道府県	小児科※	足下充足率	採用元都道府県	精神科	足下充足率	採用元都道府県	整形外科	足下充足率	採用元都道府県	放射線科	足下充足率	採用元都道府県	眼科	足下充足率	採用元都道府県	麻酔科	足下充足率	採用元都道府県	形成外科	足下充足率	採用元都道府県	リハビリテーション科	足下充足率	採用元都道府県	総数
秋田県																1	0.71/ 0.67	福岡県1										1
山形県	1	0.70/ 0.65	東京都1																									1
福島県	3	0.71/ 0.69	東京都2 大阪府1																									3
茨城県	8	0.68/ 0.70	東京都8				5	0.62/ 0.69	東京都5				5	0.53/ 0.53	東京都5													18※
栃木県				4	0.80/ 0.85	東京都4																						4※
群馬県																						2	0.45/ 0.44	東京都2				2
埼玉県	6	0.69/ 0.70	東京都6	6	0.74/ 0.78	東京都6				2	0.69/ 0.70	大阪府2	1	0.50/ 0.56	福岡県1										2	0.65/ 0.68	東京都2	17※
千葉県				6	0.76/ 0.77	東京都6																						6※
新潟県	3	0.72/ 0.70	東京都1 大阪府2				10	0.68/ 0.67	東京都6 福岡県2 佐賀県1 沖縄県1							1	0.68/ 0.67	福岡県1						1	0.58/ 0.61	東京都1	15	
静岡県				3	0.70/ 0.76	東京都3																						3※
三重県																			1	0.49/ 0.51	岡山県1							1
総計	21			19 (8)			15			2			6			2			1			2			3			71 (60)

※小児科は複数県で研修するため延べ人数、
()内が実人数

【シーリングの効果について】

- 都道府県別の効果については、医師多数の大都市圏の医師数が減少し、その周辺県で増加している例を認めるが、必ずしも全国全ての医師少数県における専攻医数の増加には至っていない。
- シーリングについては、今年度中に詳細な検討・評価を実施する予定であり、当該検証結果を踏まえて、改めてシーリングの在り方の検討が必要。

【特別地域連携プログラムについて】

- 令和5年度は導入初年度であり、60名の採用があった。
- 連携先は、都道府県別では茨城県が最多の18名、診療科別では内科が最多の21名、次いで精神科15名、小児科8名の採用があった。
- 専攻医の期間に他県でも学べる貴重なプログラムであり、来年度も専攻医の積極的な応募を期待したい。

2. 令和6年度の専攻医採用における シーリングについて

シーリング数について(案)

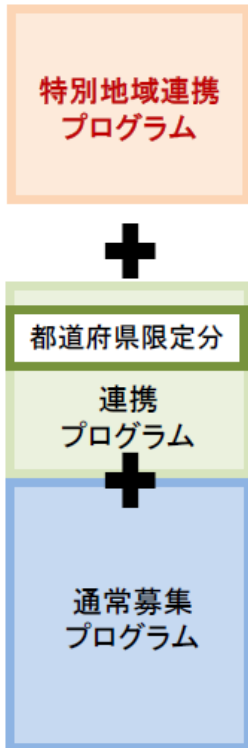
- シーリングの効果検証の実施については、医師専門研修部会よりその必要性の指摘を受けており、日本専門医機構としても今年度中に検証を開始する方向で準備を進めている。そのため、シーリング数についても、拙速に更新するのではなく、同検証の結果を踏まえて検討すべきであると考えている。
- 2023年度シーリング案において提案した子育て支援加算(案)については、子育て世代の支援は重要であるが、現状の子育て支援加算(案)は地域偏在を助長する懸念があることや、加算の要件が十分に検討されていないことから、第8次医療計画における子育て支援の検討結果も踏まえながら、子育て支援の環境整備の評価方法を始めとした制度の見直しについて、慎重かつ十分に検討を行うことと厚生労働大臣から意見を受けた。
- そのため、日本専門医機構としては、2023年度は同加算を導入せず、子育て支援加算の必要性や加算要件等について議論を行っていくこととした。その後、第8次医療計画等に関する意見のとりまとめ(第8次医療計画等に関する検討会)*を踏まえ、2024年度から開始される全国の第8次医療計画においてこれらの取組がどのように実施されるのかを注視しつつ議論・検討を進める。
- 具体的には、実現可能な子育て支援加算の在り方について、日本専門医機構と医師専門研修部会とで議論を交わしながら、子育て支援の案について検討を進めてはどうか。
- これらのことから、2024年度のシーリング数は2023年度と同じ数値とした。

※「子育て世代の医師に対する取組は男女問わず重要であると考えられることから、妊娠中の支援や子育て支援(時短勤務等の柔軟な勤務体制の整備、院内保育・病児保育施設・学童施設やベビーシッターの活用等)については、個々の医療機関の取組としてだけでなく、地域の医療関係者、都道府県、市区町村等が連携し、(中略)全診療科を対象として、地域の实情に応じて取組むこととする。」

2024年度専攻医募集におけるシーリング(案)の基本的な考え方

- 2023年度同様、足下医師充足率が低い都道府県のうち、医師少数区域等にある施設を1年以上連携先とする特別地域連携プログラムを通常募集プログラム等のシーリングの枠外として別途設ける。

(特別地域連携プログラムを加えた2023・2024シーリング)



【連携先】

- 原則 足下充足率^{※1}が0.7以下(小児科については0.8以下)の都道府県のうち、
- ・ 医師少数区域にある施設^{※2}
 - ・ 年通算の時間外・休日労働時間が1860時間を超える医師等が所属する施設^{※3}

【採用数】

原則 都道府県限定分と同数

【研修期間】

全診療科共通で 1年以上

注:特別地域連携プログラムの採用数については、診療科別の個別事情も考慮し設定

- 通常募集及び連携プログラムにおけるシーリング数の計算は2023年度と同様とする。
- シーリング対象の都道府県別診療科が「連携プログラム」を設定するためには、通常プログラムの地域貢献率^{※4}を原則20%以上とし、通常プログラムにおいて医師が不足する都道府県や地域で研修する期間をあらかじめ確保する。
- 連携プログラムにおける連携先(シーリング対象外の都道府県)での研修期間は、全診療科共通で1年6ヶ月以上とする。
- 連携プログラム採用数 = 連携プログラム基礎数^{※5} ×
$$\begin{cases} 20\% & : (\text{専攻医充足率} \leq 100\% \text{の診療科の場合}) \\ 15\% & : (100\% < \text{専攻医充足率} \leq 150\% \text{の診療科の場合}) \\ 10\% & : (\text{専攻医充足率} > 150\% \text{の診療科の場合}) \end{cases}$$
- 連携プログラム採用数の基礎数の5%は、「都道府県限定分」として足下充足率が0.8以下の医師不足が顕著な都道府県で研修を行うプログラムとして採用。

※1 足下充足率 = 2016足下医師数 / 2024必要医師数、もしくは、2018足下医師数 / 2024必要医師数

※2 小児科については小児科医師偏在指標に基づく相対的医師少数区域にある施設

※3 宿日直許可の取得、タスクシフト/シェアの推進などの取組を行ってもなお、地域医療を維持するために年通算の時間外・休日労働時間が1860時間を超えるもしくは超えるおそれがある医師が所属する施設であって、指導医・指導体制が確保され、かつ、適切な労働時間となるように、研修・労働環境が十分に整備されている施設。なお、その際、年通算の時間外・休日労働時間が1860時間を超える又は超えるおそれがある医師の労働時間の短縮に資する分野の専攻医が連携先において研修を行う場合に限り設置可能とする。

※4 地域貢献率 =
$$\frac{\text{〔各専攻医が「シーリング対象外の都道府県」および「当該都道府県の医師少数区域」で研修を実施している期間〕}}{\text{〔各専攻医における専門研修プログラムの総研修期間〕}}$$

※5 連携プログラム基礎数 = (過去3年の平均採用数 - 2024年の必要医師数を達成するための年間養成数)

3. 令和7年度以降に向けて検討中の 「子育て支援加算」について

令和5年度第1回 医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会	資料2
令和5年6月22日	

日本専門医機構資料

以下の理由で、この強化が必要である。

医療崩壊を防ぐため、医療の需給バランス安定を持続可能にするため：医学部入学者において、女性の占める割合が増加している。性別にかかわらず、医学部・レジデント・専攻医など、医学の修練中は、子を授かり始める時期でもあるが、社会通念上、女性が家事育児介護、男性が社会で生活の糧を得るという役割分担がなされていた時代から、家庭でも社会でも男女共同参画が推進されている現代においては、例えば家庭での男女の労働時間を、かつての女性1人分を男女で分担するとすれば、社会での男女の労働時間も、かつての男性1人分を男女で分担する構造になる。即ち、医師の中で生涯にわたって子を持つ割合が、例えば90%だとすると、その90%は、家庭でも社会でもワークシェアできるようにするためには、子育て中の十数年ほどは男女とも二人で一人分として、医療全体の供給体制をデザインすべきである。90%ほどの医師に対し、医師人生の約3分の1は、育児という仕事に割り当てる時間を与えることが、持続可能な人間社会を形成する上で、当然の制度設計であることを認識しなくてはならない。即ち、子を産み育てることは、個人やペアの趣味や好みではなく、人間社会にとって必要不可欠な営みであることを再認識する必要がある。しかも、家庭でのワークシェアがなされていない医師がいたとすれば、医療界の人材喪失になることを認識しなければならない。家庭にパートナーがいない医師もいる。ワークシェアリングが理解されていないパートナーもいる。またそのような医師が少数派だったとしても、多数派であるワークシェアが成り立っている育児中の男女の、社会での労働力をできるだけ有効に活用し、できるだけこれを減少させないために、社会での労働時間帯の育児支援が重要になってくるのである。

となると、あるべき育児支援の中身が見えてくる。本来短期的である“育児休暇”のみでは不十分であり、医師の労働時間に見合った保育支援、また医師の労働時間を社会の労働時間（社会でとらえられている保育の時間帯）に合わせる努力も必要である。そのためには、市民の協力を求める啓発をおこなっているか？という要件も提示する必要がある。また、修練中の医師の給与で保育料が賄えるか？と考えると、認可保育園では、一園児あたり10万円ほどの補助金が入っていることを鑑みると、無認可保育園に預ける園児に同様の支援が無ければ、月当たり十数万円の出費はキャリア継続を断念させる一要因になりうる認識を持つべきであり、専攻医の修練施設としては、経済面でも医師のキャリア継続を助ける院内保育の提供、もしくは未整備の期間や職場へのアクセスなどの観点から、院内保育に預けることが望ましくない児童、および院内保育はあってもキャパシティ越えをしている状況下における保育料援助も備えるべきであろう。育児支援は、用意があるだけではなく、それを必要とする男女の医師に、例外なく提供できる準備があるべきである。

子育て支援加算の条件(案) (A)かつ [(B)または(C)]

(A)①院内保育がある、②院内保育や認可保育が対応不可能な場合において、無認可保育やベビーシッター雇用の経済的支援を行っている、③院内で病児保育体制がある、④24時間保育体制を行っている曜日がある、⑤院内で学童(小学3年まで)の時間外保育もを行っている、⑥お迎えサービス(幼稚園・保育園・学童保育から時間外保育もしくは保育者がいる自宅への安全なエスコート)等の利用を推進している

(①+②を必要条件とし、③④⑤⑥の中で少なくとも一つを実施している)

(B) 上記のサービスが男女を問わず利用しやすい状況にあることに加えて、院内で利用できない場合は地域の同様の体制と提携し利用を支援している、子育て支援に対する意識改革の試みを行っている、特別地域連携の病院においても同様の体制が整っているなど、育児と仕事が両立可能な職場環境が整っていると認定される

(C) 「くるみん認定」、「プラチナくるみん認定」を取得している

なお、「院内保育がある」または「院外の保育体制と提携し利用を支援している」は、全ての基幹施設、連携施設の基本要件とすることを提案します。