

第 8 次（前期）
三重県医師確保計画（中間案）

令和 6 年 3 月
三 重 県

「三重県医師確保計画」目次

第1章 医師確保計画の基本的事項	
1 計画策定の趣旨	1
2 医師確保計画の位置づけ	1
3 医師確保計画の全体像	2
4 計画の期間	2
5 三重県医師確保計画（第7次医師確保計画）の評価と課題	2
（1）短期的な施策	2
（2）長期的な施策	3
（3）産科・小児科における医師確保計画の評価	5
第2章 三重県の医師確保の現状	6
第3章 医師確保計画の具体的事項	
1 区域単位	15
2 医師偏在指標	17
（1）考え方	17
（2）医師偏在指標の算出	17
3 医師少数区域、医師多数区域等	19
（1）医師少数区域・医師多数区域等の設定についての考え方	19
（2）都道府県	19
（3）二次医療圏	19
4 医師少数スポット	22
（1）医師少数スポット設定の考え方	22
（2）医師少数スポット	22
（3）医師の派遣調整の優先順位について	23
5 医師の確保の方針	24
（1）方針の考え方	24
（2）現時点の医師確保の方針	24
（3）将来時点の医師確保の方針	25
6 目標医師数	25
（1）考え方	25
（2）目標医師数の設定	26
7 目標を達成するための施策	28
（1）施策の考え方	28
（2）短期的な施策	28
（3）長期的な施策	30
（4）医師の働き方改革をふまえた医師確保対策と連携した勤務環境改善支援及び	

子育て支援	31
(5) その他の施策	31
8 医学部における地域枠・地元出身者枠の設定	31
9 特定診療科の医師確保対策	33
9-10 二次医療圏ごとの医師確保対策	34
(1) 北勢医療圏	34
(2) 中勢伊賀医療圏	36
(3) 南勢志摩医療圏	38
(4) 東紀州医療圏(東紀州区域)	40
10-11 地域医療構想区域ごとの医師確保対策	42
(1) 桑員区域	42
(2) 三泗区域	44
(3) 鈴亀区域	46
(4) 津区域	48
(5) 伊賀区域	50
(6) 松阪区域	52
(7) 伊勢志摩区域	54
(8) 東紀州区域	54

第4章 産科・小児科における医師確保計画

1 産科・小児科における医師偏在指標および医師偏在対策の基本的な考え方	56
2 産科・小児科における医師偏在指標	59
(1) 産科における医師偏在指標	59
(2) 小児科における医師偏在指標	59
3 相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域の設定	61
4 産科・小児科における医師確保計画	64
(1) 産科・小児科における医師確保計画の考え方	64
(2) 産科・小児科における医師確保の方針	64
(3) 産科・小児科における偏在対策基準医師数	65
(4) 産科・小児科における施策	67

第5章 医師確保計画の効果の測定・評価

用語解説	70
------	----

本文中の「*」(アスタリスク)は、巻末の用語解説にその語句の説明が掲載されていることをあらわしています。なお「*」は、初出時のみ付けています。

第1章 医師確保計画の基本的事項

1 計画策定の趣旨

- 医師の確保については、これまで三重大学医学部における入学定員増・地域枠の設定や、三重県医師修学資金貸与制度の運用をはじめとして、さまざまな医師確保対策に取り組んできた結果、本県の医師の総数は増加傾向にあります。しかしながら、人口10万人対医師数は全国平均を下回るなど、依然として医師不足の状況が続いています。
- そのような中、平成30（2018）年7月に「医療法及び医師法の一部を改正する法律」（以下、「改正法」という。）が成立し、都道府県において、都道府県間および二次医療圏間の偏在是正による医師確保対策等を、医療計画の中に新たに「医師確保計画」として令和元（2019）年度中に策定することとなりました。
- 本県においても、地域ごとの医療提供体制の整備を図るため「医師確保計画策定ガイドライン」（平成31年3月29日付け医政地発0329第3号、医政医発0329第6号）に基づき、令和2（2020）年3月に「三重県医師確保計画（第7次医師確保計画（令和2（2020）年度～令和5（2023）年度）」を策定し、令和2（2020）年度から当該計画に基づき、医師の確保や医師の偏在是正に係る取組を行っています。
- 医師確保計画においては、3年ごとに実施・達成を積み重ね、その結果、2036（令和18）年までに医師偏在是正を達成することを長期的な目標としていることから、「医師確保計画策定ガイドライン」（令和5年3月31日付け医政地発0331第4号、医政医発0331第3号）（以下、「ガイドライン」という。）に基づき、「第8次（前期）医師確保計画（令和6（2024）年度～令和8（2026）年度）」の策定を行います。

2 医師確保計画の位置づけ

- 「三重県医師確保計画」は、医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4の規定に基づき、都道府県が定めることとされている医療計画の一部として策定するものです。
- 令和7（2025）年の地域医療構想の実現に向け、現在、各医療機関の具体的対応方針が、将来の病床の必要量に見合ったものとなるよう議論が進められているところですが、それぞれの地域において、どの程度医師確保を行うべきかについては、医療機関の統合・再編等の方針によっても左右されることから、医師確保計画の策定にあたっては、地域医療構想調整会議等において議論された、医療機関ごとの機能分化・連携の方針等をふまえ、地域における医療提供体制の向上に資する形で地域医療構想との整合を図ります。
- 令和6（2024）年度から適用される労働基準法（昭和22年法律第49号）に基づく診療に従事する医師に対する時間外労働規制については、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求められ、医師の労働時間の短縮のためには、個別の医療機関内での取組だけでなく、地域医療提供体制全体としても、医師の確保を行うことが重要です。このため、「医師の働き方改革に関する検討会報告書」（平成31年3月28日 医師の働き方改革に関する検討会）をふまえ、各医療機関における医師の勤務環境の改善と、地域全体における医師確保対策を一体的に推進します。

3 医師確保計画の全体像

- 厚生労働省が示す医師偏在指標の計算式・計算結果に基づき、都道府県において医師偏在指標を定め、この医師偏在指標に基づき、二次医療圏のうちから医師少数区域・医師多数区域を設定します。また、必要に応じて、医師少数スポットを設定します。
- 医師少数区域・医師多数区域の状況をふまえ、二次医療圏および構想区域ごとに医師確保の方針について定めた上で、具体的な目標医師数を設定します。
- 目標医師数を達成するために必要な施策について、具体的に医師確保計画に盛り込みます。
- 都道府県ごとの医師偏在指標に基づいて、都道府県単位でも医師少数都道府県等を設定し、医師確保の方針、目標医師数および施策を定めることとします。
- また、医師全体の医師確保計画とあわせて、産科および小児科における医師確保計画についても定めることとします。

4 計画の期間

令和2（2020）年度から医師確保計画に基づく偏在対策を開始し、3年ごと（最初の計画は4年ごと）に医師確保計画の実施・達成を積み重ね、その結果、令和18（2036）年までに医師偏在是正を達成することを医師確保計画の長期的な目標とします。

5 三重県医師確保計画（第7次医師確保計画）の評価と課題

- 三重県医師確保計画（第7次医師確保計画）に基づき、令和2（2020）年度から令和5（2023）年度まで、医師の確保や医師の偏在是正に係る取組を行いました。
- 三重県地域医療対策協議会において、三重県における医師確保の現状や課題について明確にするとともに、当該計画の評価を行いました。

（1）短期的な施策

ア 医師の派遣調整

三重県地域医療対策協議会及び同医師派遣検討部会において、医師修学資金を貸与した地域卒医師などの派遣先医療機関等について協議を行い、適切な派遣調整に努めました。

イ キャリア形成プログラム

三重県地域医療支援センターにおいて、若手医師が地域の医療機関をローテーションしながら専門医資格を取得できるキャリア形成プログラムを医師修学資金貸与者等に利用してもらうよう働きかけを行いました。また、令和5年度からプログラムにおいて勤務することのできる医療機関に、保健所等の公衆衛生行政を所管する機関を追加し、より対象者の希望に対応したプログラムとなるよう努めました。

ウ 無料職業紹介事業

県内医師求人情報サイト「おいないねっとみえ 医師バンク」を直営で実施し、県内の医療機関に係る情報発信に努めました。

エ 自治医科大学医師派遣

義務年限内医師のほか、義務年限終了後も引き続き県職員として採用するキャリアサポート制度活用医師を含めて、へき地等の医療機関へ自治医科大学卒業医師の配置を行いました。

オ 臨床研修医の確保

初期臨床研修医の確保や県内定着率改善を目的として、NPO法人MMC 卒後臨床研修センターへの支援を行いました。

県内で臨床研修を行う研修医は年々増加しており、令和5年度に研修を開始する臨床研修医は過去最多（135名）となり、令和2年度以降の募集定員に対するマッチング者の割合は8割以上となっています。

カ 専攻医の確保

三重県地域医療支援センターと連携して県内の専門研修プログラムについて情報発信を行い、専門医の確保に向けた環境整備を進めました。令和5年度の県内の専門研修プログラムには、専攻医89名の登録がありました。

キ 地域医療の担い手の育成

地域医療の担い手の育成に向けて、平成21（2009）年4月、紀南病院内に三重県地域医療研修センター（METCH）を設置し、医学生、研修医を対象に実践的な地域医療研修機会の提供を行いました。同センターで行う臨床研修医の地域医療研修では、平成24（2012）年度から研修医を受け入れる医療機関の拡充（3医療機関の増加）を行い、これまで県内外から受け入れた研修医の累計は、352名（令和4（2022）年度末現在）となっています。

ク 地域医療介護総合確保基金の活用

三重県地域医療介護総合確保基金を活用して、若手医師の育成・確保に向けて勤務医の負担軽減対策や臨床研修医の定着支援、総合診療医の育成拠点整備等の環境づくり等に取り組みました。

（2）長期的な施策

ア 医学部における地域枠・地元出身者枠の設定

三重大医学部において地域枠を設定し、県内で勤務を行う医師の確保を行いました。

- ・地域枠定員：35名（地域枠A：25名、地域枠B：5名、地域医療枠：5名）

~~—(平成22(2010)年度～令和4(2022)年度末現在)—~~

イ 三重県医師修学資金貸与制度

医師修学資金貸与制度の運用により、令和4年度は、新たに41名に貸与を行い、令和4年度までの貸与者累計は、860名となりました。また、県では、三重県地域医療支援センターにおいて、医師修学資金貸与者等の若手医師の県内定着を図るとともに、専門医取得のためのキャリア支援を行っています。

ウ 医師の働き方改革をふまえた医師確保対策と連携した勤務環境改善支援

・医師の働き方改革や勤務環境改善に取り組む医療機関に対して、労務管理・経営管理に関するアドバイザーの派遣など専門的・総合的な支援を行うとともに、子育て医師等への支援や「女性が働きやすい医療機関」認証制度等の取組により、医療従事者の離職防止や定着促進を行いました。

・女性医師の占める割合が高い産婦人科、小児科の医師確保につなげるため、子育て医師等復帰支援事業を通じて、宿日直等免除等（5医療機関）の就労環境改善を支援しました。また、子育て中の職員が安心して働き続けられるよう、病院内保育所への運営支援（26施設）を行うほか、三重県医療勤務環境改善支援センターにおいて、勤務環境改善に取り組む医療機関を支援しました。

・「女性が働きやすい医療機関」認証制度を実施し、医療従事者が働きやすい環境づくりの促進を図りました。

- ・認証医療機関：21医療機関（13病院、8診療所）
（平成27（2012）～令和4（2022）年度）

(3) 産科・小児科における医師確保計画の評価

①ア 産科・小児科における医師の派遣調整等

三重県地域医療対策協議会及び同医師派遣検討部会において、医師修学資金を貸与した産科・小児科等の地域枠医師などの派遣先医療機関等について協議を行い、適切な派遣調整に努めました。

②イ 専攻医等の確保

専門医制度について、産婦人科、小児科医等の専門医の確保に向けた環境整備を進め、令和5年度の産婦人科専門研修プログラムに専攻医5名、また小児科専門研修プログラムに専攻医2名の登録がありました。

③ウ キャリア形成プログラム

三重県地域医療支援センターにおいて、若手医師が地域の医療機関をローテーションしながら専門医資格を取得できるキャリア形成プログラム（産科・小児科を含む）を医師修学資金貸与者等に利用してもらうよう働きかけを行いました。

④エ 三重県医師修学資金貸与制度

医師修学資金貸与制度の運用により、令和4年度は、新たに41名に貸与を行い、令和4年度までの貸与者累計は、860名となりました。また、県では、三重県地域医療支援センターにおいて、医師修学資金貸与者等の若手医師の県内定着を図るとともに小児科医等の専門医取得のためのキャリア支援を行っています。

⑤オ 地域医療介護総合確保基金の活用

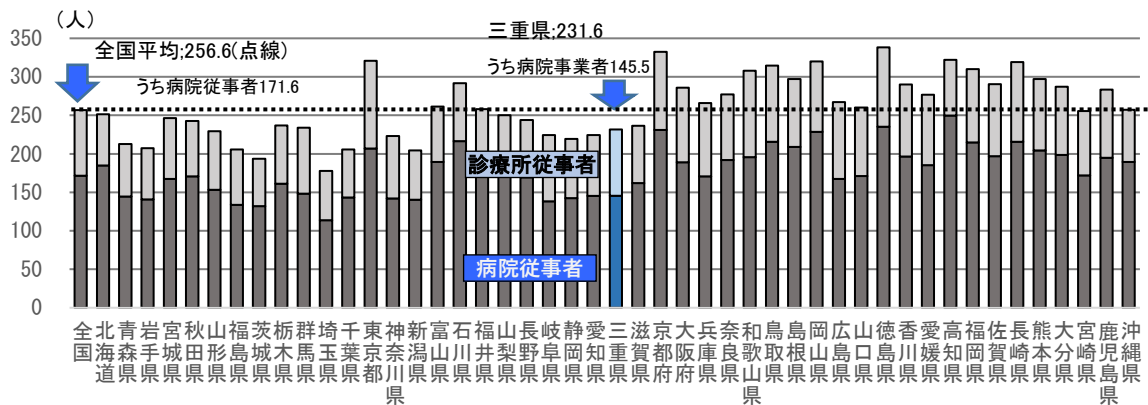
産科医等確保支援事業、新生児医療担当医確保支援事業、産科・小児科専門医確保対策事業等の各事業に対し、地域医療介護総合確保基金を活用して支援を行い、産婦人科医・小児科医等の専門医の育成・確保や、産科・小児科等の医療体制の支援等に努めました。

第2章 三重県の医師確保の現状

1 現状

- 厚生労働省の医師・歯科医師・薬剤師調査統計（令和2（2020）年12月31日現在）によると、本県の人口10万人あたりの医師数は231.6人で、全国平均の256.6人に比べて25.0人少なく、特に病院勤務医においては145.5人と、全国平均の171.6人より26.1人少なく、依然として深刻な医師不足の状況にあります。（図表2-1-1）

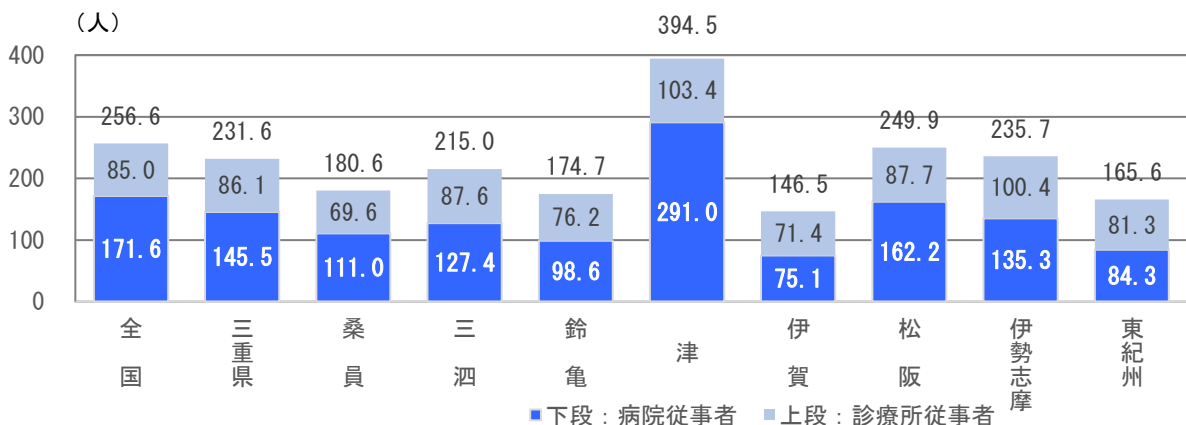
図表 2-1-1 医師数の全国と県との比較（人口10万人あたりの医療施設従事医師数¹）



資料：厚生労働省「令和2年 医師・歯科医師・薬剤師統計」

- 構想区域別に見ると、病院では、伊賀、東紀州、鈴亀、桑員区域の順に医師数が少なくなっています。また、診療所では、津、松阪、伊勢志摩、東紀州区域以外は全国平均を下回っています。（図表2-1-2）

図表 2-1-2 県内の人口10万人あたりの医療施設従事医師数



資料：厚生労働省「令和2年 医師・歯科医師・薬剤師統計」

- 診療科別に見ると内科、外科、産婦人科、小児科、麻酔科等、主な診療科においても全国平均を下回っています。（図表2-1-3）

¹ 病院および診療所に従事する医師の合計です。

図表 2-1-3 医師数の全国と県との比較（実人数と人口 10 万人あたりの医療施設従事医師数）
（単位：人）

	実人数	診療科計	内科 ²	外科 ³	産婦人科 ⁴	小児科	麻酔科
全 国	323,700	256.6	89.7	18.0	10.8	14.3	8.1
三重県	4,100(24)	231.6(35)	85.1(29)	16.0(36)	10.7(20)	13.1(30)	4.4(47)
桑員	389	180.6	65.9	19.0	8.8	8.8	4.2
三泗	800	215.0	77.7	13.7	9.4	12.4	5.9
鈴亀	429	174.7	68.4	9.0	8.1	7.3	2.0
津	1,083	394.5	126.0	29.5	21.1	31.0	4.4
伊賀	242	146.5	56.3	9.7	6.1	8.5	3.0
松阪	530	249.9	93.8	14.1	9.0	8.0	6.6
伊勢志摩	519	235.7	95.4	16.3	11.8	13.2	5.0
東紀州	108	165.6	92.0	10.7	4.6	6.1	0.0

	神経内科	皮膚科	精神科 ⁵	泌尿器科	胸部外科 ⁶	脳神経外科	整形外科
全 国	4.6	7.8	13.8	6.1	4.2	5.8	17.9
三重県	5.1(14)	6.7(28)	12.8(30)	5.5(36)	3.3(42)	5.5(30)	17.3(32)
桑員	2.3	5.1	11.6	3.2	0.9	5.1	13.5
三泗	4.6	5.6	11.8	5.4	2.4	4.8	16.1
鈴亀	7.3	4.5	10.6	4.1	2.4	4.9	15.1
津	8.0	14.2	24.4	8.4	7.6	9.1	24.8
伊賀	1.8	3.6	9.1	4.8	1.8	3.6	17.6
松阪	6.1	6.6	16.0	7.5	4.7	7.1	18.4
伊勢志摩	5.4	6.8	3.6	5.4	3.6	4.1	16.8
東紀州	0.0	3.1	12.3	3.1	0.0	3.1	12.3

	形成外科	眼科	耳鼻咽喉科	リハビリテーション科	放射線科	病理診断科	救急科
全 国	2.4	10.8	7.6	2.3	5.6	1.7	3.1
三重県	0.8(47)	10.3(24)	6.3(38)	1.6(40)	5.6(27)	1.4(34)	1.6(47)
桑員	0.5	7.9	7.0	0.0	2.3	0.9	0.5
三泗	1.1	10.2	5.4	0.8	3.5	1.1	1.9
鈴亀	0.0	6.5	4.1	1.6	3.3	1.2	0.0
津	1.8	18.2	12.4	5.5	17.1	3.3	4.7
伊賀	0.0	6.1	3.0	0.0	1.2	0.0	0.6
松阪	0.5	10.8	4.7	0.9	6.1	1.4	0.9
伊勢志摩	1.4	10.4	6.8	0.9	5.4	1.4	1.8
東紀州	0.0	9.2	3.1	3.1	0.0	0.0	0.0

※（ ）内は全国順位

資料：厚生労働省「令和 2 年 医師・歯科医師・薬剤師統計」

² 内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、アレルギー科、リウマチ科、感染症内科医師の合計です。

³ 外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、小児外科、肛門外科医師の合計です。

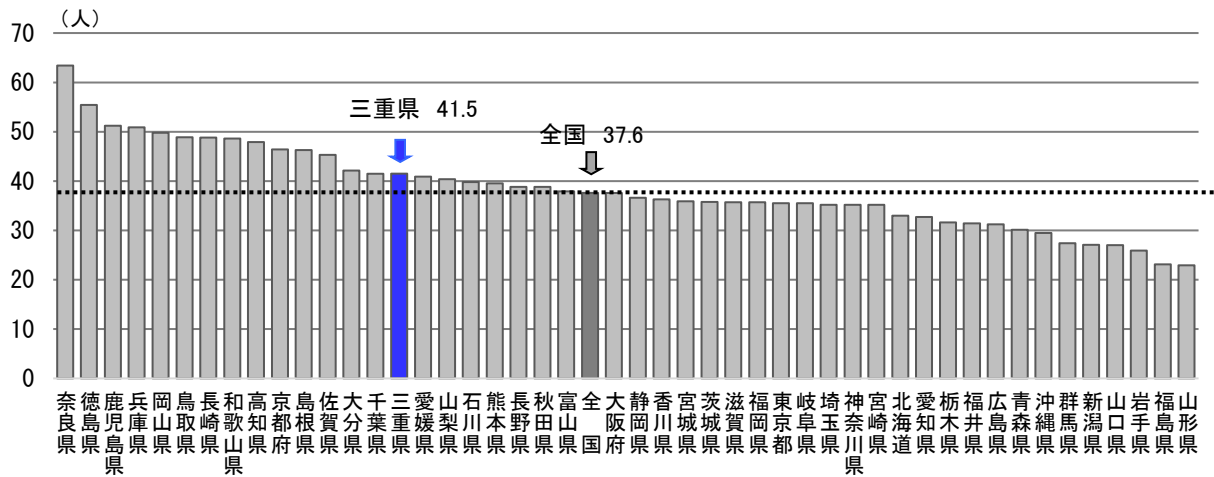
⁴ 産婦人科、産科、婦人科医師の合計です。

⁵ 精神科、心療内科の合計です。

⁶ 呼吸器外科、心臓血管外科の合計です。

- 全国的に医師数は増加傾向にありますが、本県ではその伸び率が高く、過去 10 年間の人口 10 万人あたり医師数の増加数は全国平均を上回っています。(図表 2-1-4)

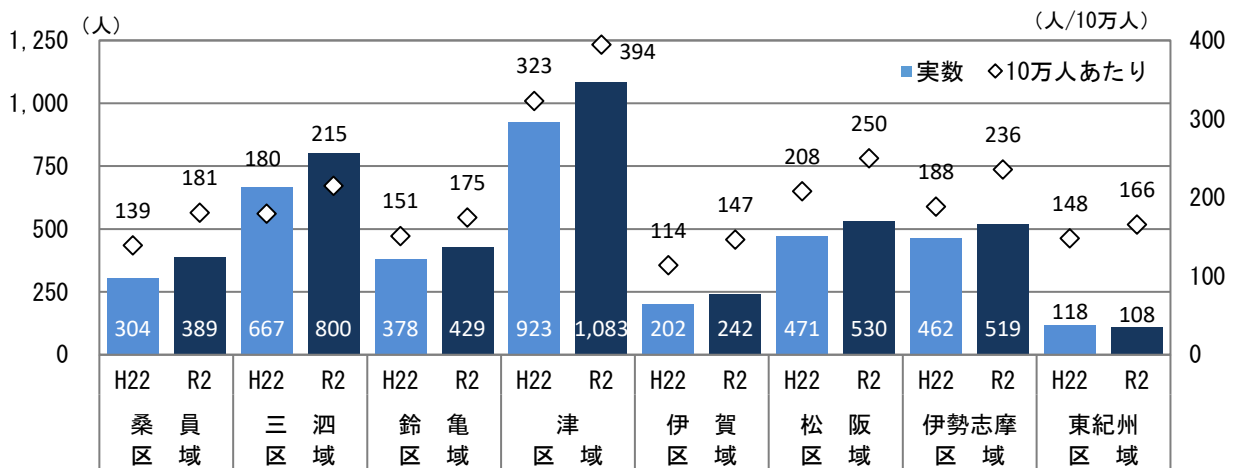
図表 2-1-4 過去 10 年間の人口 10 万人あたり医療施設従事医師数の増加数 (平成 18 年～28 年)



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

- 構想区域別では、過去 10 年間に桑員区域の医師数が 85 名 (28.0%) 増加したほか、三泗区域が 133 名 (19.9%)、伊賀区域が 40 名 (19.8%) 増加しました。一方で、東紀州区域は 10 名 (8.5%) 減少となっています。なお、東紀州区域は人口も減少しているため、人口 10 万人あたり医師数は微増となっています。(図表 2-1-5)

図表 2-1-5 過去 10 年間の医療施設従事医師・人口 10 万人あたりの医療施設従事医師の推移

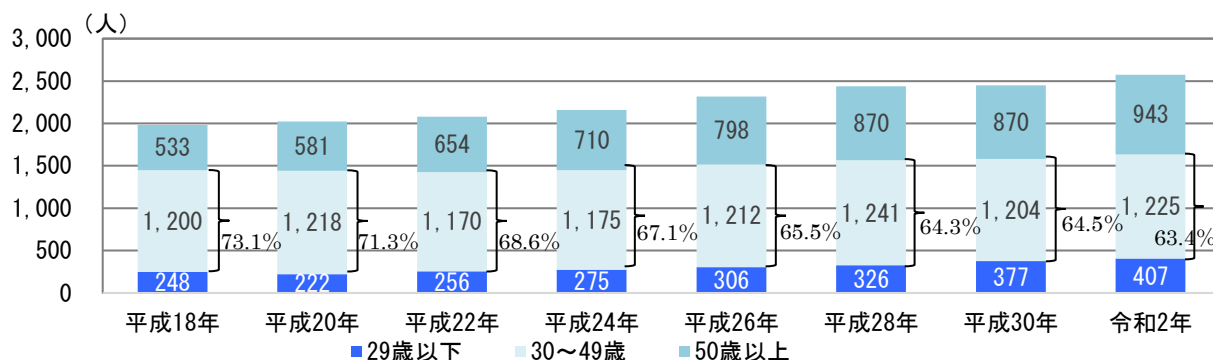


※津区域には三重大学を含みます。

資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

- 病院勤務医は年々増加傾向にありますが、50 歳未満の病院勤務医が占める割合は減少傾向にあります。(図表 2-1-6)

図表 2-1-6 県内の年代別病院勤務医師数（実数）の推移

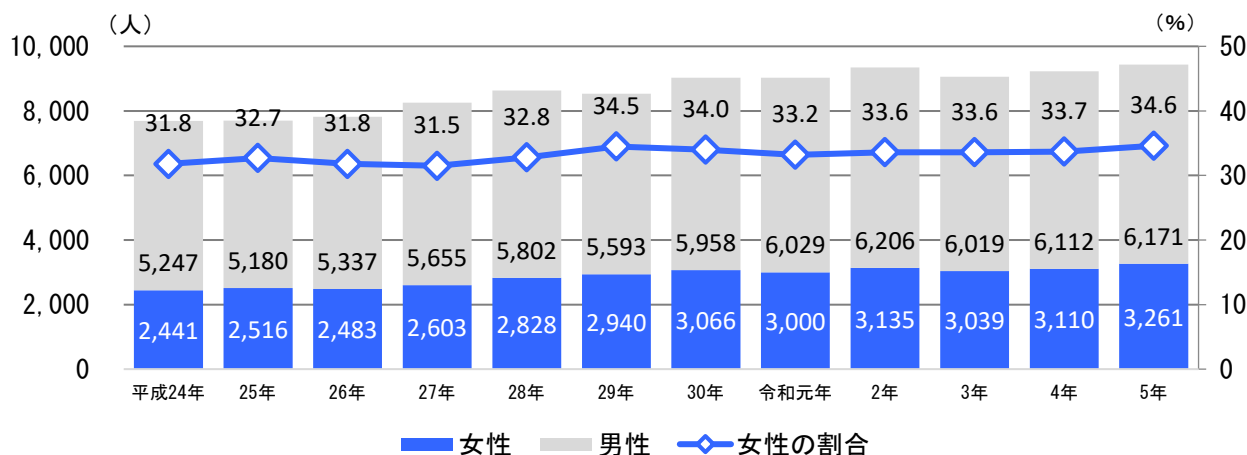


資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

- 近年、医師数に占める女性医師の割合が高まってきており、国家試験合格者に占める女性医師の割合は30%を超えています。（図表 2-1-7）

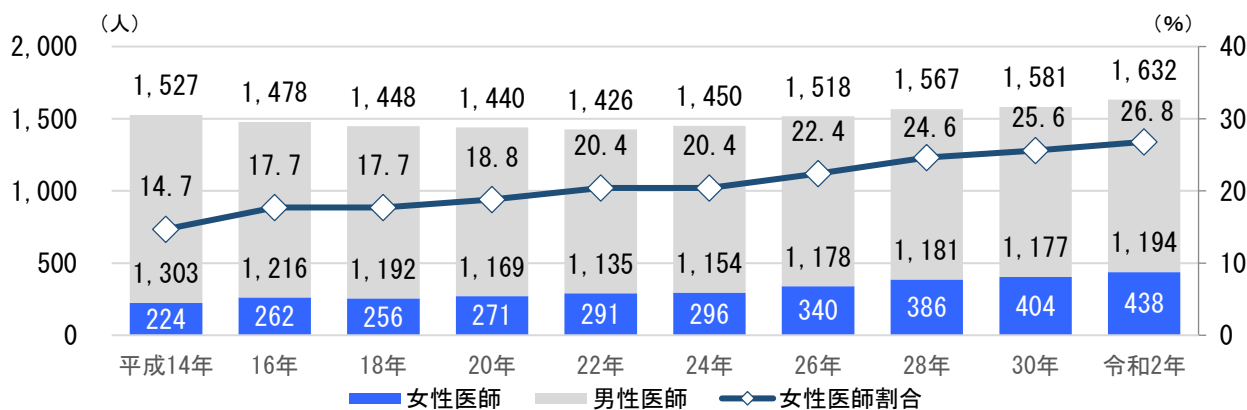
県内においても、50歳未満の病院勤務医に占める女性医師の割合は増加傾向にあります。（図表 2-1-8）

図表 2-1-7 国家試験合格者に占める女性医師数および割合の推移



資料：厚生労働省「医師国家試験 男女別合格者数等の推移」

図表 2-1-8 県内の病院に勤務する医師数（50歳未満）および女性医師の割合の推移



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

- 厚生労働省が実施したアンケート調査によると、出身都道府県の大学に進学し、その後、出身都道府県で臨床研修*を行った場合には、臨床研修修了後に出身都道府県で勤務する割合が 92%と高くなっています。また、出身以外の都道府県の大学に進学して出身都道府県で臨床研修を行った場合でも、臨床研修修了後に出身都道府県で勤務する割合は 76%と比較的高くなっています。(図表 2-1-9)

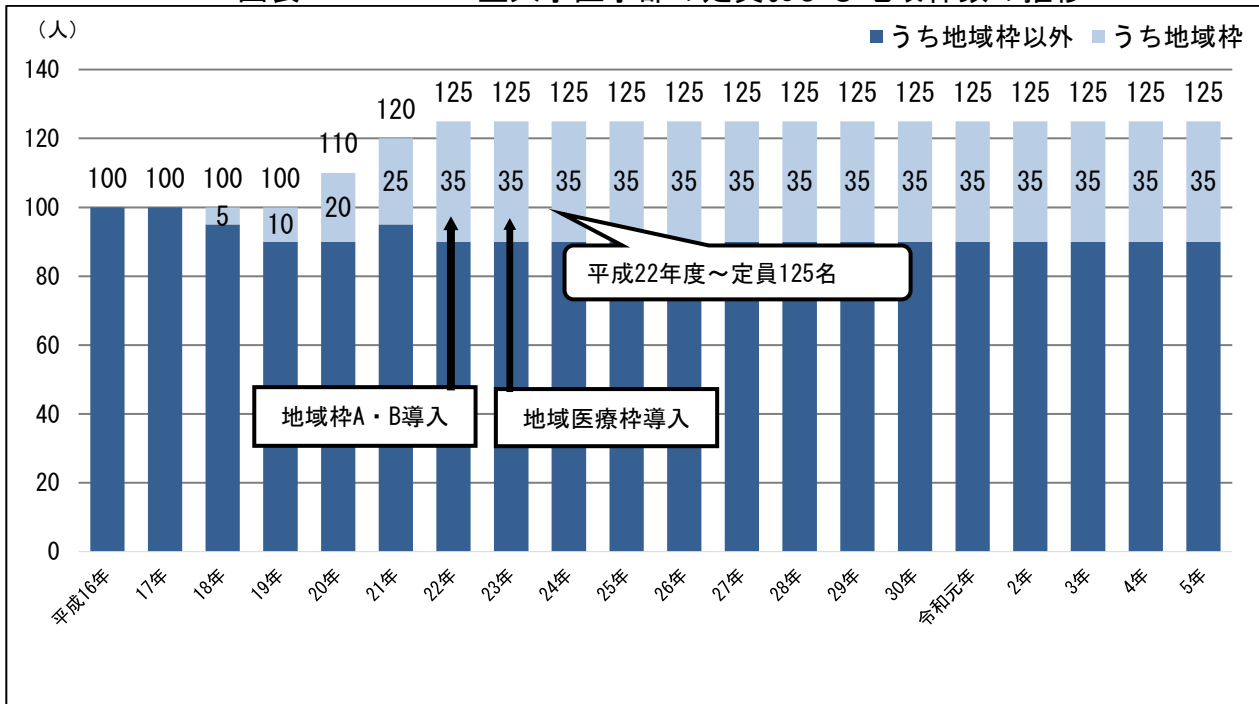
図表 2-1-9 臨床研修修了後に出身都道府県に勤務する割合

			臨床研修修了後に勤務する都道府県			
			A 県		A 県以外	
出身地	大学	臨床研修	人数	割合	人数	割合
A 県	A 県	A 県	1,846	92	165	8
A 県	A 県	B 県	193	34	372	66
A 県	B 県	A 県	1,173	76	372	24
A 県	B 県	C 県	293	10	2,740	90

資料：厚生労働省「臨床研修修了者アンケート調査（令和 4 年）」

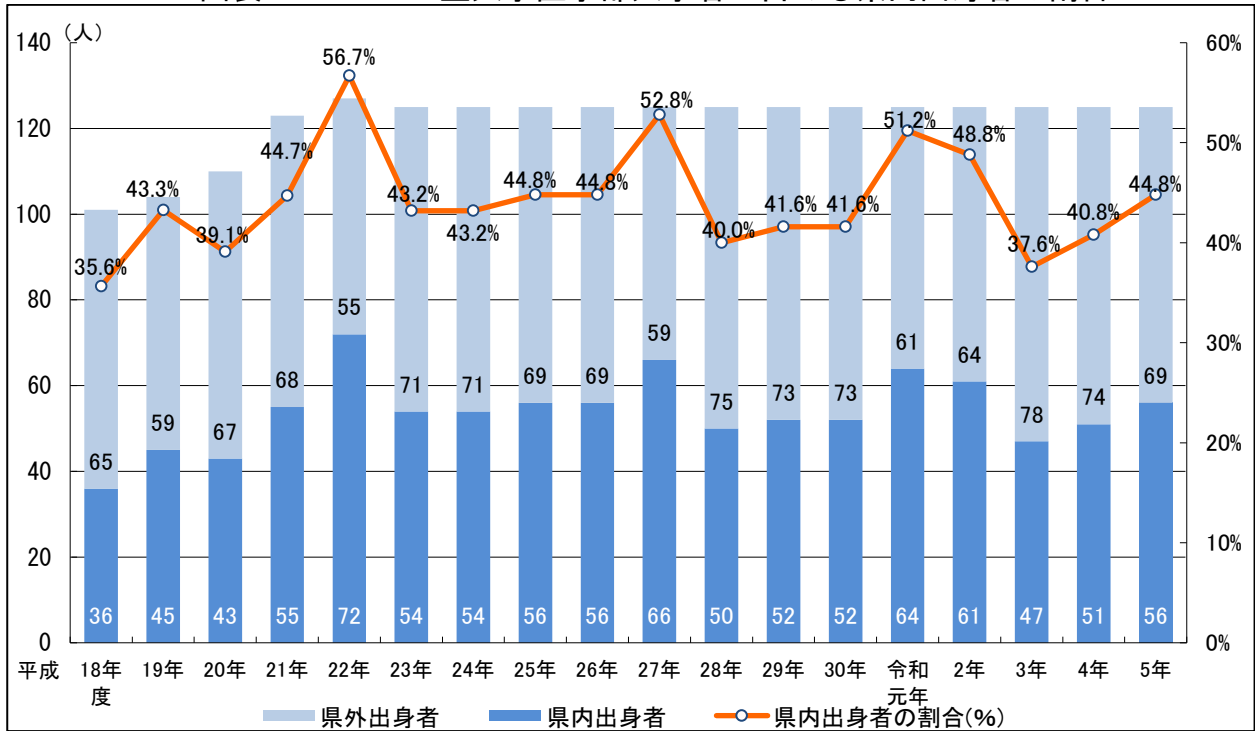
- 三重大学医学部では、平成 18（2006）年度以降、段階的に定員の拡大（25 名増：100 名→125 名）や地域枠（30 名：地域枠 A*（25 名）・地域枠 B*（5 名））および地域医療枠*（5 名）の設定等に取り組み、県内出身者数は入学者の 4 割前後で推移しています。(図表 2-1-10～2-1-11)

図表 2-1-10 三重大学医学部の定員および地域枠数の推移



資料：三重県調査

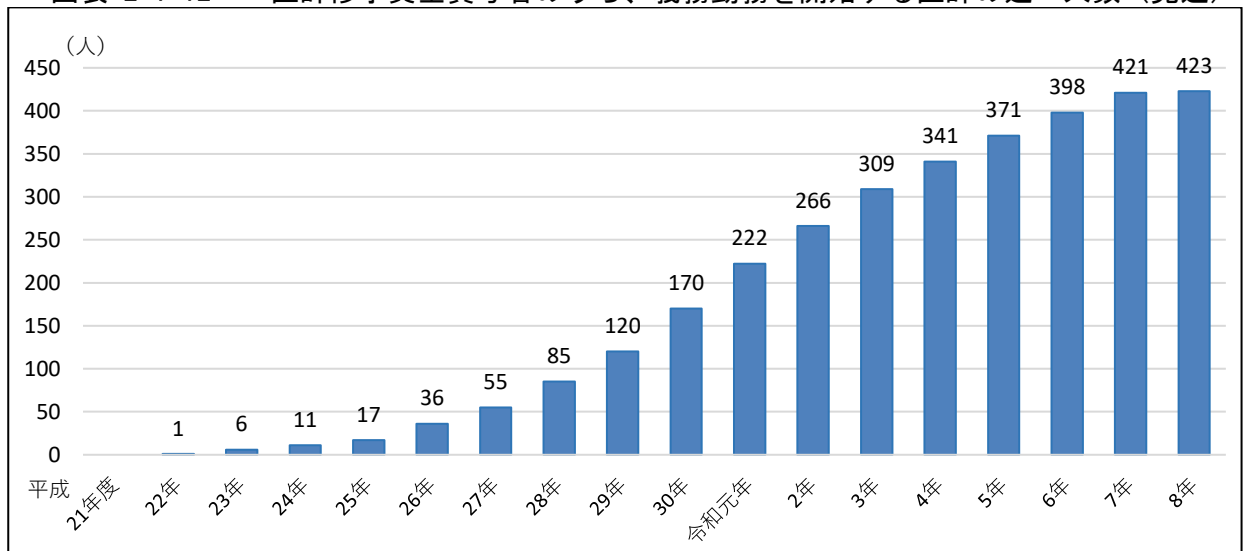
図表 2-1-11 三重大学医学部入学者に占める県内出身者の割合



資料：三重県調査

- 本県では、平成 16（2004）年度の臨床研修制度の導入にあわせて、三重県医師修学資金貸与制度*を創設し、平成 20（2008）年度に貸与枠の拡大等の大幅な見直しを行いました。その結果、貸与者の累計が 860 名（令和 5（2023）年 1 月末現在）となっており、臨床研修を修了し、県内医療機関で勤務を開始する医師数は、今後、段階的に増加することが見込まれています。（図表 2-1-12）

図表 2-1-12 医師修学資金貸与者のうち、義務勤務を開始する医師の延べ人数（見込）

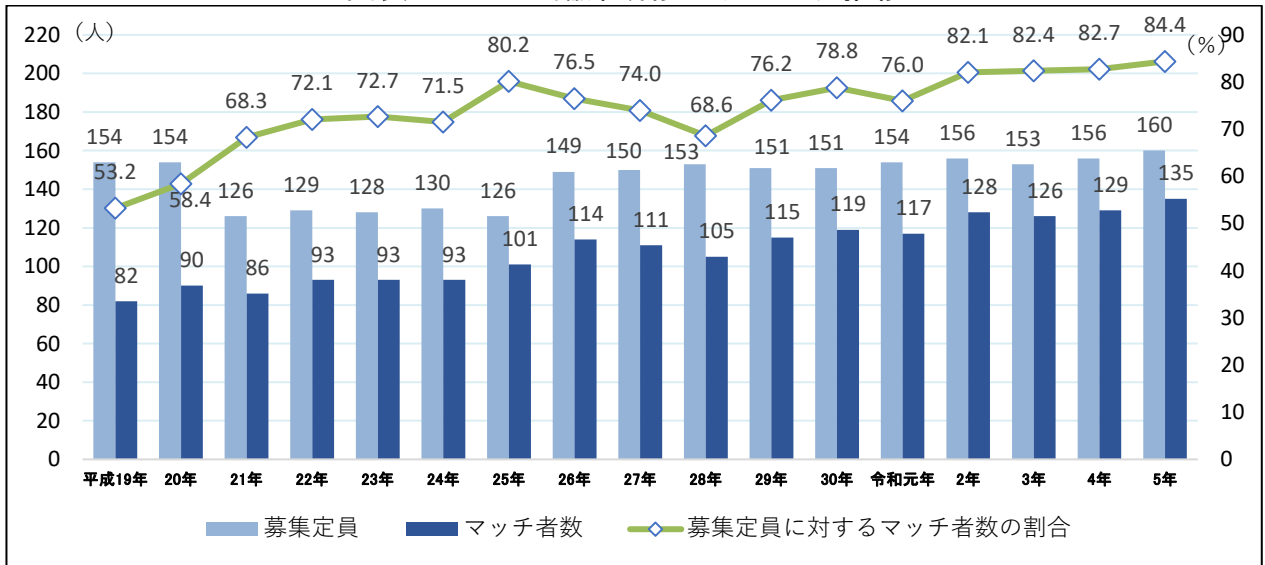


※令和 5 年度以降、留年なく卒業後、直ちに医師免許を取得し、9 年間コースを選択すると仮定した結果です。

資料：三重県調査

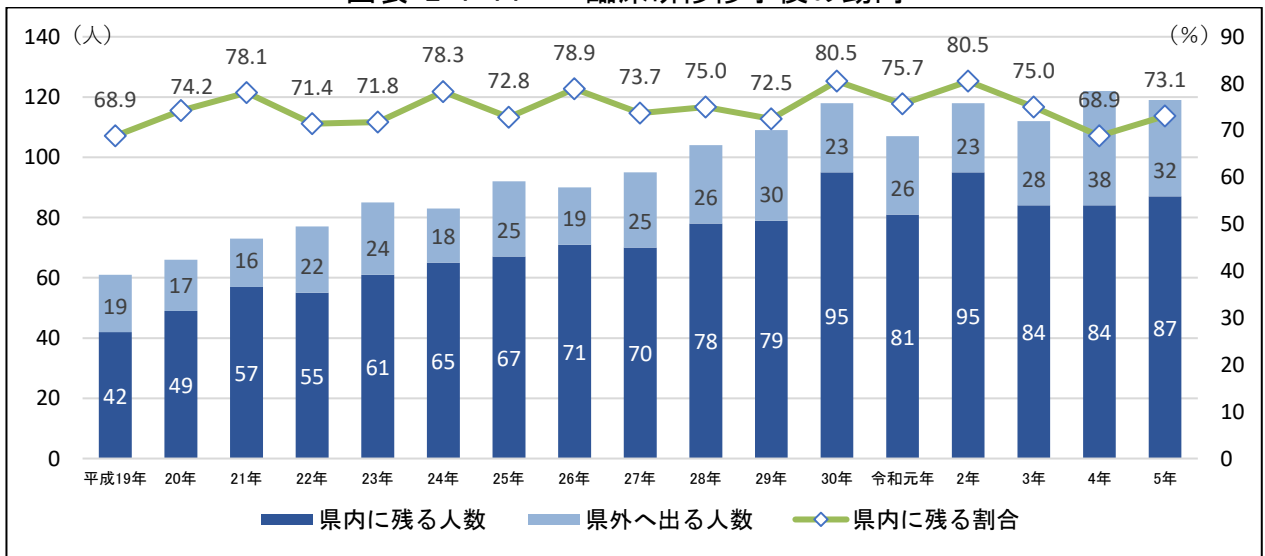
- 平成 23 (2011) 年度から平成 25 (2013) 年度までの期間、緊急対策として実施した三重県臨床研修医研修資金貸与制度*および三重県専門研修医研修資金貸与制度*を活用し、これまでに臨床研修医 40 名、専門研修医 7 名が県内医療機関において義務勤務を行っています。
- 県内で臨床研修を行う研修医は年々増加しつつありますが、募集定員に対するマッチング*者の割合は 7 割程度となっています。県内の臨床研修病院*等が組織する N P O 法人 MMC 卒後臨床研修センター*では、平成 24 (2012) 年度から、県内の全ての基幹型臨床研修病院 (16 病院) が相互に研修協力病院となり研修医の選択肢を広げるプログラム (MMC プログラム*) を導入し、さらなる研修医の確保に努めています。(図表 2-1-13)
- 県内の医療機関において臨床研修を修了した医師が、引き続き県内医療機関にとどまる割合は 7 割程度となっています。(図表 2-1-14)

図表 2-1-13 臨床研修マッチング推移



資料：医師臨床研修マッチング協議会調べ

図表 2-1-14 臨床研修修了後の動向



資料：N P O 法人 MMC 卒後臨床研修センター調べ

- 平成 30 (2018) 年度から実施された専門医制度*では、県内の専門研修プログラムに 100 名前後の登録者があり、研修を行っています。(図表 2-1-15)

図表 2-1-15 県内の専門研修プログラム登録者数

	内科	小児科	皮膚科	精神科	外科	整形外科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	泌尿器科
2018 年度	40	5	2	3	7	4	5	7	3	4
2019 年度	30	5	6	4	14	4	2	6	0	3
2020 年度	31	9	1	1	13	7	11	7	2	6
2021 年度	27	5	6	4	10	11	7	2	0	2
2022 年度	29	2	2	1	13	6	5	4	4	6
2023 年度	38	2	3	1	13	5	4	6	2	2
	脳神経外科	放射線科	麻酔科	病理	臨床検査	救急科	形成外科	リハビリテーション科	総合診療	県計
2018 年度	5	6	6	1	0	1		0	3	102
2019 年度	2	5	7	3	0	0		2	1	94
2020 年度	1	3	4	1	2	1		0	2	102
2021 年度	3	2	3	2	0	0		2	3	89
2022 年度	3	4	5	4	0	1		2	0	91
2023 年度	2	3	3	0	0	3		1	1	89

資料：日本専門医機構ホームページ、三重県調査

- 医師無料職業紹介事業は、平成 22 (2010) 年 10 月の開設以来、120 件の問い合わせがあり、そのうち 35 件が成約 (常勤 18 件、非常勤 17 件。令和 5 (2023) 年 3 月末現在) しています。
- 自治医科大学卒業医師については、義務年限*内医師のほか、義務年限終了後も引き続き県職員として採用するキャリアサポート制度*活用医師を含めて、令和 4 (2022) 年度にはへき地等の医療機関へ 16 名配置しています。
- 都市部の医療機関から医師不足地域の医療機関に医師を派遣するバディ・ホスピタル・システム*による診療支援や、大学、市町、県が連携した医師派遣を伴う寄附講座の設置の取組も行っています。
- 平成 26 (2014) 年に成立した医療介護総合確保推進法に基づき設置された三重県地域医療介護総合確保基金を活用して、若手医師の育成・確保に向けて勤務医の負担軽減対策や臨床研修医の定着支援、総合診療医*の育成拠点整備等の環境づくり等に注力し、取り組んでいます。
- 地域医療の担い手の育成に向けて、平成 21 (2009) 年 4 月、紀南病院内に三重県地域医療研修センター (ME T CH)*を設置し、医学生、研修医を対象に実践的な地域医療研修の機会を提供しています。同センターで行う臨床研修医の地域医療研修では、平成 24 (2012) 年度から研修医を受け入れる医療機関の拡充 (3 医療機関の増加) を行い、これまで受け入れた研修医の累計は、352 名 (令和 4 (2022) 年度末現在) となっています。
- 平成 24 (2012) 年 5 月には、医師の地域偏在の解消に向け、県内の医療機関や医師会、市町、三重大学等と連携して三重県地域医療支援センター*を設置しました。同センターでは、複数の医療機関をローテーションしながら基本的な診療領域の専門医資格を取得できるキャリア形成プログラム*を作成し、若手医師のキャリア形成支援と医師不足病院における医師確保支援の取組を進めています。

- 平成 26 年の医療法改正により平成 26（2014）年 10 月から各医療機関管理者は、医療従事者の勤務環境の改善に努めなければならないとされました。本県では、平成 26（2014）年 8 月にアドバイザー派遣などの総合的な支援を行う三重県医療勤務環境改善支援センター*を全国で 3 番目に設置し、医療機関の勤務環境改善に向けた自主的な取組が促進されるよう支援しています。
- 医療従事者には女性が多いことから、全国に先駆けて平成 27（2015）年度に「女性が働きやすい医療機関」認証制度*を創設しました。これまでに 21 医療機関（13 病院、58 診療所）（令和 4（2022）年度末現在）を認証し、働きやすい環境づくりを促進しています。

2 課題

- 医師の不足と偏在の解消には、決定的な解決策がないことから、引き続き医師無料職業紹介事業や勤務医負担軽減等の「医師不足の影響を当面緩和する取組」と、医師修学資金貸与制度の運用や地域医療教育の推進等の「中長期的な視点に立った取組」を組み合わせ、総合的に進める必要があります。
- 医師修学資金の貸与者や三重大学医学部へ地域枠で入学した医師（以下、「地域枠医師等」という。）が県内の医療機関で勤務するにあたって、キャリア形成について不安を持つことなく専門医資格を取得できるよう、支援を行う必要があります。また、一部の中核病院だけでなく、医師不足地域の病院でも勤務しつつ、一定期間県外で先進医療等について経験できるような魅力ある仕組みづくりが必要です。
- 出身都道府県で臨床研修を行った場合に出身都道府県に定着する割合が高いことから、本県の出身者で県外大学の医学部を卒業した医師が安心して本県に戻り、臨床研修を受けられるよう、支援を行う必要があります。
- 臨床研修医のマッチング率のさらなる向上やより多くの専攻医の確保などに向けて、指導医の育成・確保等、関係医療機関の受入体制を充実していく必要があります。
- 平成 30（2018）年度から実施された専門医制度によって、専攻医*が大都市圏など県外の医療機関へ流出し、医師の地域偏在や診療科偏在が助長されないよう大学や関係医療機関等と連携しながら、地域医療を確保するための対策を講じる必要があります。
- 地域医療に従事する医師の確保に向けて、大学医学部の医師養成課程において、地域医療への動機づけや卒前・卒後を通じた一貫したキャリア形成支援等、三重大学医学部や市町、県が連携し、地域医療教育の充実を継続して進める必要があります。
- 義務教育課程や高校教育課程において、医師の業務や地域医療の必要性について理解を深める機会を設けるなど、長期的な視点に立って地域医療に従事する医師を養成していく取組についても検討していく必要があります。
- 医師数に占める女性医師の割合が高まっていますが、出産・育児・介護等により、医療現場を離れる医師も多いことから、子育て支援など、働きやすく復帰しやすい勤務環境を整備していくことが必要です。
- 医師の長時間労働が問題となっているなかで、働き方改革の推進により、夜勤・当直等における実労働時間の減少が見込まれていることから、患者の診療機会を保障するため、さらに医師を確保していく必要があります。

第3章 医師確保計画の具体的事項

1 区域単位

医師確保計画は、国のガイドラインでは二次医療圏単位で医療提供体制を確保することを目的としていますが、計画策定にあたっては地域医療構想と整合を図ることが必要です。

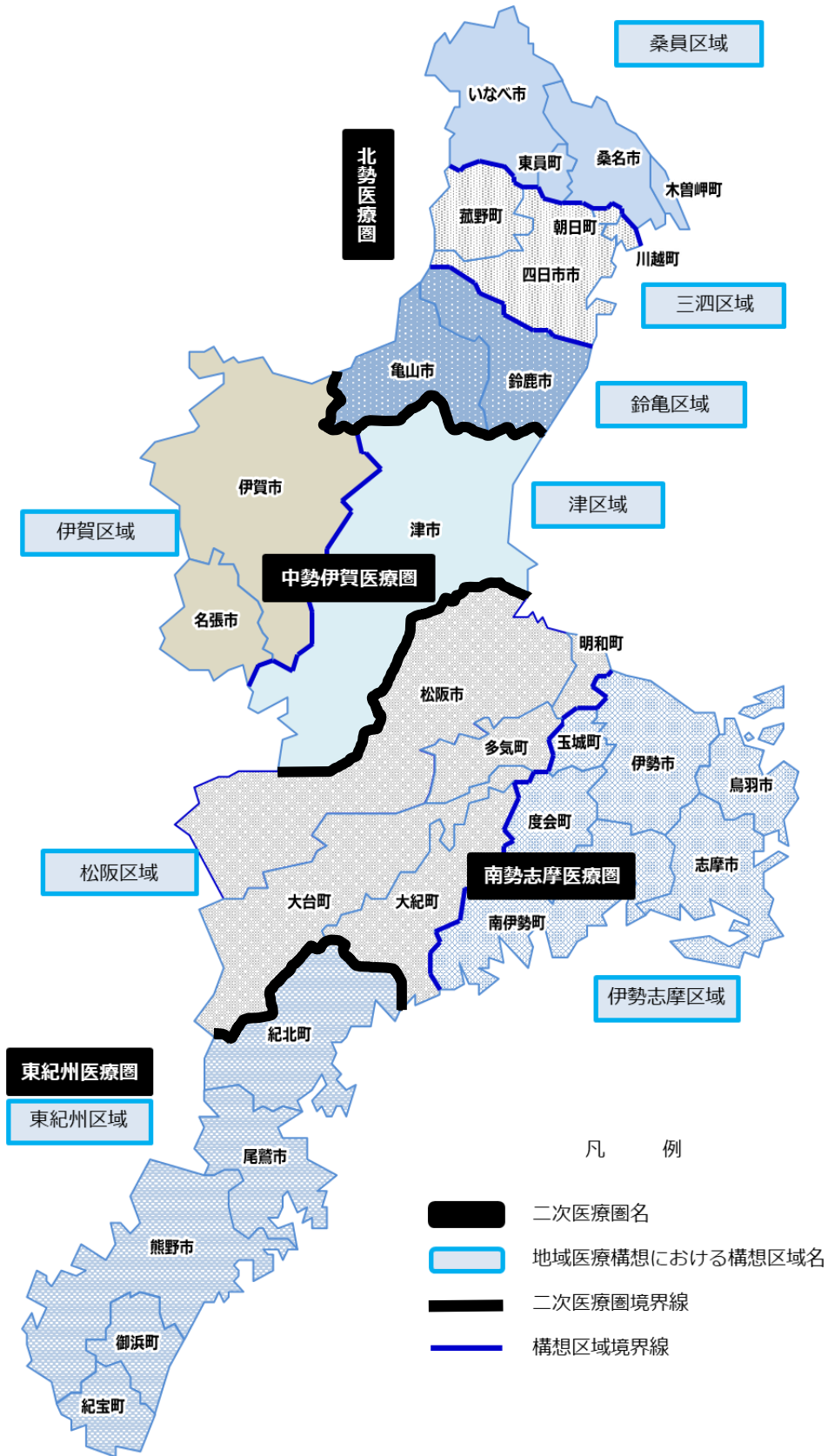
本県の地域医療構想では、本県が南北に長い地形を有し、一定の人口規模を持つ都市がほぼ長軸方向に分散して存在することや、在宅医療など、より地域に密着した医療のあり方にかかる議論が求められることから、二次医療圏をベースとした8つの構想区域を設定しています。(図表 3-1-1)

このことをふまえ、本県の医師確保計画においては、二次医療圏を基本として、8つの構想区域の状況をふまえた施策を策定します。

図表 3-1-1 二次医療圏および構想区域

二次医療圏	構想区域	構成市町
北勢	桑員	桑名市、いなべ市、木曾岬町、東員町
	三泗	四日市市、菰野町、朝日町、川越町
	鈴亀	鈴鹿市、亀山市
中勢伊賀	津	津市
	伊賀	名張市、伊賀市
南勢志摩	松阪	松阪市、多気町、明和町、大台町、大紀町
	伊勢志摩	伊勢市、鳥羽市、志摩市、玉城町、度会町、南伊勢町
東紀州	東紀州	尾鷲市、熊野市、紀北町、御浜町、紀宝町

図表 3-1-2 三重県の二次医療圏・構想区域



資料：三重県「第7次三重県医療計画」

2 医師偏在指標

(1) 考え方

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ましたが、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次の要素を考慮した医師偏在指標を設定しました。

- ・ 医療需要（ニーズ）および人口・人口構成とその変化
- ・ 患者の流出入等
- ・ 医師の性別・年齢分布
- ・ 医師偏在の種別（区域、診療科、入院／外来）

(2) 医師偏在指標の算出

- 医師偏在指標の算出式は、次のとおりです。

図表 3-2-1 医師偏在指標の算出式

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

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

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

(※3)地域の期待受療率＝

$$\frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別調整受療率}^{10} \text{ (※4)} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

(※4) 全国の性年齢階級別調整受療率

$$= \text{無床診療所医療医師需要度(※5)} \times \text{全国の無床診療所受療率} \\ + \text{全国の入院受療率}$$

$$\text{(※5) 無床診療所医療医師需要度} = \frac{\frac{\text{マクロ需給推計における外来医師需要}^1}{\text{全国の無床診療所外来患者数 (※6)}}}{\frac{\text{マクロ需給推計における入院医師需要}^2}{\text{全国の入院患者数}}}$$

(※6) 全国の無床診療所外来患者数

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

資料: 厚生労働省「医師確保計画策定ガイドライン」

- 医師偏在指標は、厚生労働省が、都道府県ごと、二次医療圏ごとに算出しますが、本県の構想区域ごとの医師偏在指標は算出されないため、県において試算し、参考値として提示することとします。
- 医師偏在指標は、エビデンスに基づき、これまでよりも医師の偏在の状況をより適切に反映するものとして、医師偏在対策の推進において活用されるものです。しかし、医師偏在指標の算定にあたっては、一定の仮定が必要であり、入手できるデータの限界などにより指標の算定式に必ずしも全ての医師偏在の状況を表しうる要素を盛り込んでいるものではありません。このため、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です。
- また、医師偏在指標とあわせて、二次医療圏ごとの病院医師偏在指標及び診療所医師偏在指標についても、厚生労働省が算出し、参考資料として提示されますが、それらの指標についても医師偏在指標と同様、相対的な偏在の状況を表すものです。

3 医師少数区域、医師多数区域等

(1) 医師少数区域・医師多数区域等の設定についての考え方

- 本県において、医師偏在の状況等に応じた実効的な医師確保対策を進めるため、医師偏在指標を用いて医師少数区域および医師多数区域を設定し、これらの区域分類に応じて具体的な医師確保対策を実施します。
- 医師少数区域および医師多数区域は二次医療圏単位における分類を指すものですが、都道府県間の医師偏在の是正に向け、これらの区域に加えて、医師少数都道府県および医師多数都道府県を厚生労働省が設定します。
- 医師偏在是正の進め方としては、医師確保計画の1計画期間（医師確保計画の見直しまでの期間をいう。以下同じ。）ごとに、医師少数区域に属する二次医療圏または医師少数都道府県に属する都道府県がこれを脱することを目標に取り組むことを基本とします。

(2) 都道府県

都道府県においては、医師偏在指標の下位33.3%に該当する都道府県を医師少数都道府県、上位33.3%に該当する都道府県を医師多数都道府県として厚生労働省が設定します。

本県の医師偏在指標は225.6（全国34位）であり、下位33.3%に該当するため、医師少数都道府県に設定されます。

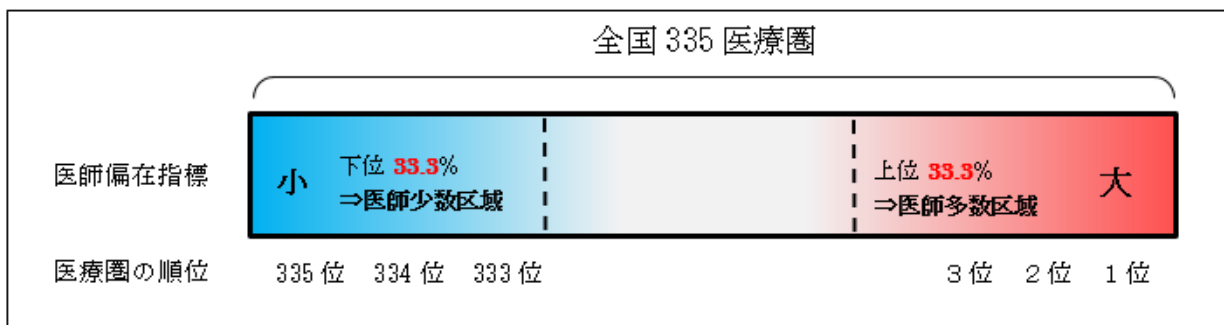
(3) 二次医療圏

二次医療圏においては、医師偏在指標の値が下位33.3%に該当する二次医療圏を医師少数区域、上位33.3%に該当する二次医療圏を医師多数区域として都道府県が設定します。（図表3-3-1）

二次医療圏の医師偏在指標は図表3-3-2のとおりであり、東紀州医療圏が162.3（264位）であり、下位33.3%に該当するため、医師少数区域として設定します。

また、中勢伊賀医療圏が259.8（67位）、南勢志摩医療圏が217.8（111位）であり、上位33.3%に該当するため、医師多数区域として設定します。

図表 3-3-1 医師少数区域・医師多数区域のイメージ



資料:厚生労働省「医師需給分科会 第4次中間とりまとめ」

図表 3-3-2 医師偏在指標と医師少数区域・医師多数区域

全国・都道府県	医師偏在指標	医師多数区域	医師少数区域	全国順位 (47都道府県)
全 国	255.6	—	—	—
三重県	225.6	—	○	34

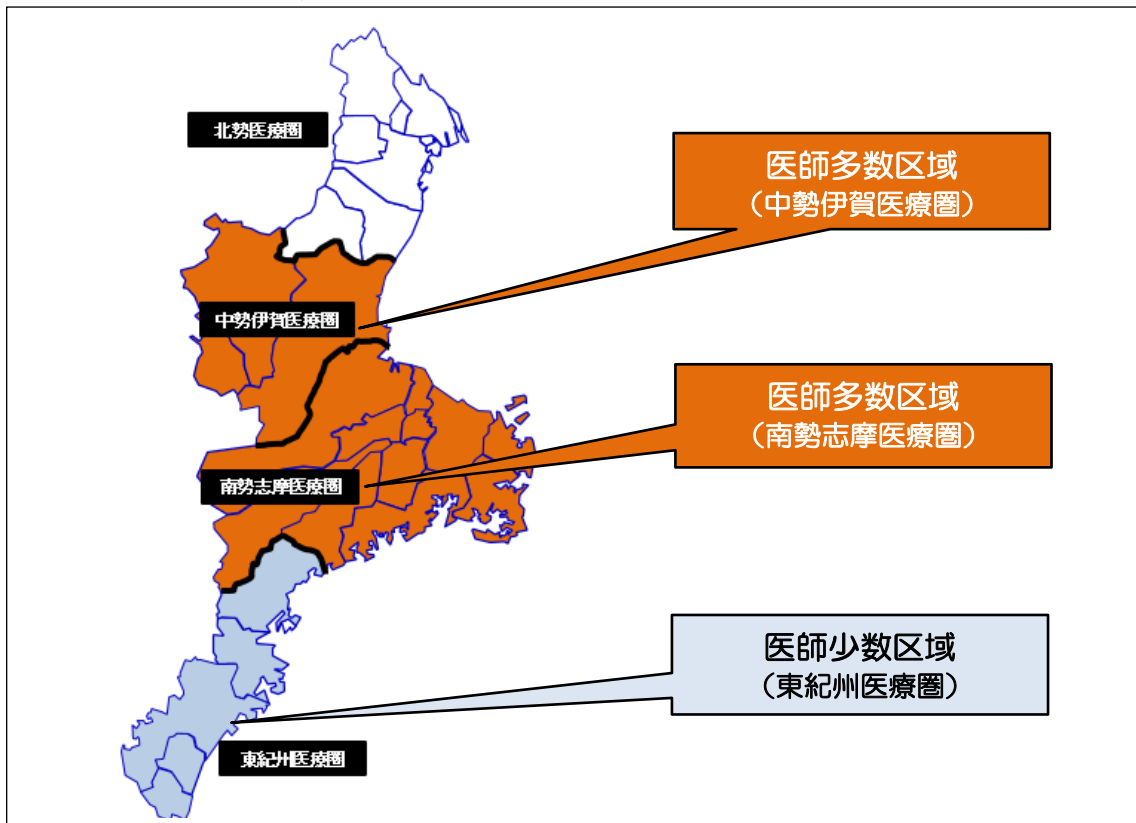
二次医療圏	構想区域	医師偏在指標	医師多数区域	医師少数区域	全国順位 (335医療圏)
北勢	桑員	210.4	—	—	131
	三泗				
	鈴亀				
中勢伊賀	津	259.8	○	—	67
	伊賀				
南勢志摩	松阪	217.8	○	—	111
	伊勢志摩				
東紀州	東紀州	162.3	—	○	264

(参考) 都道府県 : 1位～16位 医師多数都道府県、32位～47位 医師少数都道府県

二次医療圏 : 1位～112位 医師多数区域、224位～335位 医師少数区域

資料 : 厚生労働省「医師偏在指標に係るデータ集」

図表 3-3-3 医師少数区域・医師多数区域



資料 : 厚生労働省「医師偏在指標に係るデータ集」

図表 3-3-4 二次医療圏ごとの病院医師偏在指標及び診療所医師偏在指標

二次医療圏	構想区域	医師偏在指標		全国順位 (335医療圏)	
		病院	診療所	病院	診療所
北勢	桑員	130.7	79.5	174	75
	三泗				
	鈴亀				
中勢伊賀	津	174.3	84.8	76	56
	伊賀				
南勢志摩	松阪	136.3	81.8	152	70
	伊勢志摩				
東紀州	東紀州	88.7	74.4	310	108

資料：厚生労働省「医師偏在指標に係るデータ集」

4 医師少数スポット

(1) 医師少数スポット設定の考え方

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の医師の確保を重点的に推進するものですが、実際の医師偏在対策の実施にあたっては、地域の医療ニーズに応じたよりきめ細かな対策が必要です。このため、二次医療圏よりも小さい地域での施策を検討するため、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、医師少数区域に準じて取り扱うこととします。

医師少数スポットは、医師派遣調整の対象地域となることから、三重県医師修学資金貸与制度や、三重大学医学部における地域枠B推薦地域との整合を図る必要があるため、これらをふまえ対象地域を設定します。(図表3-4-1)

図表 3-4-1 地域枠B推薦地域

地域枠B推薦地域(※)	地域枠B推薦病院
津市(美杉町)	県立一志病院
名張市	名張市立病院
伊賀市	岡波総合病院 上野総合市民病院
松阪市(飯南町、飯高町)、 多気町、大台町、大紀町	厚生連松阪中央総合病院 済生会松阪総合病院 松阪市民病院
鳥羽市、志摩市、南伊勢町	県立志摩病院
尾鷲市、紀北町	尾鷲総合病院
熊野市、御浜町、紀宝町	紀南病院

(※) 地域枠B推薦地域は、三重県医師修学資金貸与制度における医師不足地域と同じです。

(2) 医師少数スポット

ア 三重大学医学部地域枠B推薦地域

- 三重大学医学部の地域枠B推薦入試における推薦地域は、三重県医師修学資金貸与制度において医師不足地域に指定しており、医師少数スポットの設定においては、これらと整合を図る必要があるため、対象地域とします。(図表3-4-2)
- 地域枠B推薦地域の推薦病院(図表3-4-1)のうち、県立一志病院、厚生連松阪中央総合病院、済生会松阪総合病院、松阪市民病院は、推薦地域外に病院が所在していますが、このうち、県立一志病院が所在する津市白山町は、推薦地域の津市美杉町とあわせ人口10万人対医師が少ない状況にあること等から、医師少数スポットの対象地域に含めることとします。(図表3-4-2)

図表 3-4-2 医師少数スポット(地域枠B推薦地域)

二次医療圏	構想区域	対象市町
中勢伊賀	津	津市(白山町(※)、美杉町)
	伊賀	伊賀市、名張市
南勢志摩	松阪	松阪市(飯南町、飯高町)、多気町、大台町、大紀町
	伊勢志摩	鳥羽市、志摩市、南伊勢町

(※) 白山町は、医師少数スポットに含まれますが、地域枠B推薦地域ではありません。

- 東紀州地域は医師少数区域に設定するため、医師少数スポットの設定は行いません。
対象市町：尾鷲市、熊野市、紀北町、御浜町、紀宝町

イ 地域枠B推薦地域以外の地域

- 医師偏在指標に基づき医師少数区域として設定する東紀州医療圏の人口10万人対医師数162.3（令和2（2020）年12月31日現在）を一つの基準とすると、人口10万人以上の市町については本基準を上回っていることから、人口10万人未満の市町を対象として検討を行います。
なお、医師少数スポットは、地域枠を中心とした医師修学資金貸与者の派遣調整先となることから、若手医師のキャリア形成に配慮するため、次の条件により検討を行いました。

- ・人口10万人対医師数が東紀州医療圏と同等以下の地域
- ・専門研修プログラム研修施設かつ県医師修学資金返還免除施設がある地域

その結果、いなべ市、東員町、菰野町、亀山市が検討対象となり、これらの地域は、令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計においても医師数が減少傾向にあること等を勘案し、医師少数スポットに設定します。（図表3-4-3）

図表 3-4-3 医師少数スポット（その他の地域）

二次医療圏	構想区域	対象市町
北勢	桑員	いなべ市・東員町
	三泗	菰野町
	鈴亀	亀山市

(3) 医師の派遣調整の優先順位について

- 地域枠医師等の派遣調整にあたっては、医療法およびガイドラインに基づき設定される医師少数区域の対策が最重要となるため、優先順位については、東紀州医療圏への医師派遣を最優先とし、次いで現在の医師不足地域の医師少数スポット（地域枠B推薦地域）を優先するものとします。
- 北勢医療圏の医師少数スポット（その他の地域）については、上記の地域と比較して交通アクセスなど地理的要件を考慮すると、優先順位を医師少数スポット（地域枠B推薦地域）の次に位置付けるものとします。（図表3-4-4）
- 医師の派遣調整の状況については、地域医療対策協議会および同医師派遣検討部会において毎年度検証を行っていきます。

図表 3-4-4 医師の派遣調整の優先順位

二次医療圏	構想区域	設定区分	対象市町	派遣調整の優先区分		
北勢	桑員	医師少数スポット (その他地域)	いなべ市・東員町	—		
	三泗		菰野町			
	鈴亀		亀山市			
中勢伊賀	津	医師少数スポット (地域枠B推薦地域)	津市(白山町(※)、美杉町)	東紀州に 次いで優先 する		
	伊賀		伊賀市、名張市			
南勢志摩	松阪		松阪市(飯南町、飯高町)、 多気町、大台町、大紀町			
	伊勢 志摩		鳥羽市、志摩市、南伊勢町			
東紀州	東紀州		医師少数区域		尾鷲市、熊野市、紀北町、 御浜町、紀宝町	最優先 とする

(※) 白山町は、医師少数スポットに含まれますが、地域枠B推薦地域ではありません。

5 医師の確保の方針

(1) 方針の考え方

県は医師偏在指標に基づき二次医療圏のうちから医師少数区域・医師多数区域を設定し、それぞれの区域について目標医師数を設定します。さらに、各地域の状況に応じて医師確保の方針を定めます。

- 医師確保の方針についての基本的な考え方は次のとおりです。
 - ・ 医師少数都道府県および医師少数区域については、医師の増加を医師確保の方針の基本とします。
 - ・ 偏在是正の観点から、医師の少ない地域は、医師の多い地域から医師の確保を図ることが望ましく、医師の多寡の状況をふまえ、構想区域ごとに医師確保の方針を定めます。
- 現時点と将来時点のそれぞれにおける医師確保の方針は、次のとおりとします。
 - ・ 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とします。
 - ・ 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対応することとします。
- これらの基本的な考え方に沿って、次のとおり医師確保の方針を定めることとします。

(2) 現時点の医師確保の方針

ア 都道府県

本県においては、医師少数都道府県に設定されることから、県内の医師の増加を図ることを医師確保の基本方針とします。

イ 二次医療圏

- 基本的な医師確保の方針は次のとおりとします。
 - ・ 医師少数区域については、医師の増加を図ることを医師確保の基本方針とし、医師少数区域以外の二次医療圏からの医師の確保を行います。
 - ・ 医師多数区域は、医師少数区域および医師少数スポットへの医師派遣を行

うことを検討していきます。なお、医師多数区域であっても診療科の偏在等が存在することに鑑み、地域偏在以外のさまざまな課題に対しては、適切な医療提供体制の構築を図ります。

- ・ 医師少数でも多数でもない二次医療圏は、これまでの対策を維持しつつ、医師少数区域および医師少数スポットへの医師派遣を検討します。

ウ 地域医療構想区域

二次医療圏の方針を基本としつつ、区域の状況に応じて方針を定めます。

エ 医師少数スポット

医師少数スポットについては、医師多数区域等からの医師確保を行い、医師数の増加を図ることを基本方針とします。

(3) 将来時点の医師確保の方針

- 将来時点の医師確保の方針を定めるにあたって、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、国のガイドラインにおいて、必要医師数として定義されています。
- 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（令和18（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されます。
- 将来時点の医師確保の方針については、大学医学部に対する地域枠・地元出身者枠の増員の要請等が考えられますが、今後、厚生労働省が算定する必要医師数に基づき方針を検討していきます。

6 目標医師数

(1) 考え方

- 3年間（令和6（2024）年度から令和8年度）の計画期間中に医師少数区域およ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（すなわち、その基準に達する）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します。（図表3-6-1）
- 目標医師数は、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総数を表すものであり、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定義されています。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ることとなります。

ア 都道府県

- 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について下位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されています。

イ 二次医療圏

- 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について下位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されています。ただし、計画期間開始時に既に下位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設定上限数とすることとしています。

地域ごとの人口比に応じた増加数とすることで地域偏在の是正につながることから、二次医療圏・構想区域ごとの目標医師数は、県全体の医師増加数を、各地域の人口比で案分することとします。

図表 3-6-2 目標医師数

都道府県 二次医療圏	構想 区域	医師少数 区域等の区分	現状(2020 年)の 医師数	2026年 目標医師数	2026年 目標医師数 (国の算定値)	2036年 必要医師数
三重県		医師少数 都道府県	4,100	4,2834,363	3,891	4,4364,583
北勢医療圏		—	1,618	1,7041,742	1,586	2,0402,108
桑員区域			389	411421		
三四区域			800	839855		
鈴亀区域			429	454466		
中勢伊賀医療圏		医師多数区域	1,347	1,3711,390	1,220	1,2111,251
津区域			1,083	1,1111,124		
伊賀区域			242	259267		
南勢志摩医療圏		医師多数区域	1,049	1,0941,113	944	1,0971,134
松阪区域			530	552562		
伊勢志摩区域			519	542552		
東紀州医療圏（区域）		医師少数区域	108	115118	99	124128

資料 厚生労働省「令和2医師・歯科医師・薬剤師統計」、厚生労働省「必要医師数」

7 目標を達成するための施策

(1) 施策の考え方

○ 医師確保対策としては、

- ・ 県内における医師の派遣調整
 - ・ キャリア形成プログラムの策定・運用
 - ・ 無料職業紹介等による医師の人材確保
- などの短期的に効果が得られる施策と、
- ・ 医学部における地域枠・地元出身者枠の設定
 - ・ 医師修学資金貸与制度の運用

などの医師確保の効果が得られるまでに時間のかかる、長期的な施策が存在します。

県では、医師確保の方針に基づき、これらの施策のうちから適切な施策を組み合わせることをとします。

(2) 短期的な施策

ア 医師の派遣調整

- 医師少数区域や医師少数スポット等、県内において医師が不足している医療機関への、医師の派遣調整を行います。なお、医師の派遣調整の対象となる医師は、医師修学資金を貸与した地域枠医師などのキャリア形成プログラム

の適用を受ける医師を基本とします。

- 派遣先医療機関については、三重県地域医療対策協議会および同医師派遣検討部会において協議・決定します。

イ キャリア形成プログラム

- 三重県地域医療支援センターにおいて、「医師少数区域等における医師の確保」と「医師少数区域等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キャリア形成プログラムを策定します。
- キャリア形成プログラムが、「医師少数区域等における医師の確保」と「医師少数区域等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、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ります。そのため、本県においては、大学医学部や専門研修プログラムを作成する医療機関との連携を図り、卒業後、医師少数区域等における地域貢献を果たしつつ専門医取得が可能なプログラムを基本として策定します。
- プログラム対象者の地域定着支援のためには、対象者の納得感の向上と主体的なキャリア形成のための支援が重要と考えられるため、次の方策に取り組みます。
 - ・ 三重大学、NPO法人MMC 卒後臨床研修センター、三重県地域医療支援センター等の関係機関が連携し、医学部学生段階から地域医療について考える機会を対象者に提供するなどのキャリア支援を行います。
 - ・ 対象者の希望に対応したプログラムとなるよう努め、診療科や就業先の異なる複数のコースを設定します。
 - ・ コースの設定・見直しにあたって、対象者からの意見を聴き、その内容を公表し反映するよう努めます。
 - ・ 出産、育児等のライフイベントや、海外留学等の希望に配慮するため、プログラムの一時中断を可能とします。
 - ・ キャリア形成プログラムを満了することを、医師修学資金の返還免除要件とします（疾病により就業できない等、やむを得ない場合を除く）。
 - ・ 医学生段階から地域医療や職業選択について考える機会として、地域医療や将来の職業選択に対する意識の涵養を図り、学生の期間を通じて地域医療に貢献するキャリアを描けるように支援をすることを目的として、都道府県が大学の協力もを得つつキャリア形成卒前支援プランを策定・提供し、適切なコース選択を支援します。
- 全国のキャリアコーディネーター等からの相談受付や研修の実施等を通じて、地域枠医師等のキャリア形成プログラムへの定着を促進する取組に対して支援を行う「キャリア形成プログラム等運用支援事業」も活用しながら、キャリア形成プログラムの効果的な運用を行います。

ウ 無料職業紹介事業

医師無料職業紹介事業を通じて県内医療機関の求人情報を効果的に発信し、全国から医師を招へいします。

エ 自治医科大学医師派遣

自治医科大学義務年限内医師、キャリアサポート制度活用の医師を派遣することにより、医師の不足する地域における医師の確保を進めます。

オ 臨床研修医の確保

NPO法人MMC 卒後臨床研修センターをはじめとして、臨床研修医を県内に定着させる取組を支援します。

カ 専攻医の確保

- ・ 県内の専門研修プログラムについて情報発信し、専攻医の確保に努めます。
また、プログラムの内容について、地域医療に配慮した内容となるよう、三重県地域医療対策協議会および同医師専門研修部会において協議を行います。
- ・ バディ・ホスピタル・システムを活用した都市部の病院から医師不足地域の病院への診療支援を進め、医師不足地域の医療機関における医師確保を推進します。
- ・ 総合診療医の専門医資格を取得するための専門研修プログラムの運用等により、県内の総合診療医の確保・育成を推進します。

キ 地域医療の担い手の育成

- ・ 地域医療の担い手の育成に向けて、三重県地域医療研修センター事業を推進し、受け入れる医学生や研修医の増加を図ります。
- ・ 三重県地域医療支援センターと三重県へき地医療支援機構*が十分に連携を図り、へき地等に勤務する若手医師のキャリア形成を支援し、医師の確保・定着を進めます。

ク 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を活用し、引き続き医師の総数確保および地域偏在の是正に向けた取組を推進します。

ケ 県外医師等の確保（仮）

- ・ おいねえっとホームページを活用し、三重県の地域医療でリーダーシップを発揮活躍している医師や先進的な取組事例等を県内外に情報発信し、~~医学生、研修医、専攻医等に三重県の取組を紹介~~することで、県外医師等の呼び込みを図ります。
- ・ 県外の医学生や研修医等が県内の研修病院等を見学する場合の費用等を助成するなど、~~県外の医学生や研修医に対する支援を行います。~~や
- ・ ~~県外から県内の医師不足地域の病院に赴任した医師に対して、~~の赴任費用等を助成することにより、県内への医師確保を図ります。
- ・ ~~県外で勤務する三重県出身の医師の人脈を活用するなどにより、県内外医師への情報発信を図ります。~~

(3) 長期的な施策

ア 医学部における地域枠・地元出身者枠の設定

(第3章8 (2531頁) を参照)

イ 三重県医師修学資金貸与制度

- 医師修学資金貸与制度の運用を通じて、将来県内医療機関で勤務する医師の確保を図ります。
- 医師修学資金貸与者にはキャリア形成プログラムを適用し、医師少数区域等での一定の診療義務を果たすことを返還免除条件とすることで、県内の医師の定着と地域偏在の解消を図ります。

(4) 医師の働き方改革をふまえた~~医師確保対策と連携した~~勤務環境改善支援及び子育て支援

- 医師少数区域等における勤務を促進するにあたっては、医療機関における勤務環境改善に取り組む必要があります。医師の労働時間短縮等に関する指針もふまえ、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向けた取組が進むよう、環境整備に努めます。
- 女性医師就業率は子育て世代において低下が見られており、医師確保を進めていく上では、子育て世代の医師に対する取組は性別問わず重要と考えられます。妊娠・子育て中に医師が必要とする支援策は、個々の医師により異なるため、院内保育所の運営支援や就労環境の改善等、ニーズに応じた取組を行うよう努めます。また、妊娠中の医師や子育てを行う医師に限らず、介護を行う医師に対しても、同様の配慮や環境整備を促進します。
- 子育て等の様々な理由で臨床業務を離れ、臨床業務への再就業に不安を抱える医師のための就労環境改善等の取組を通じ、再就業を促進するよう努めます。
- 三重県地域医療支援センターと三重県医療勤務環境改善支援センターが連携し、医療機関の主体的な取組を通じて、県内医療機関の勤務環境改善支援に努めます。
- 若手医師の確保・定着を図るため、医療機関等における臨床研修受入体制の整備や指導医の確保・育成、子育て医師等の復帰支援、院内保育の充実等の取組を進めます。
- 「女性が働きやすい医療機関」認証制度の取組を推進し、女性医師のみならず全ての医療従事者が働きやすい勤務環境に向けて改善を図る医療機関の取組を支援します。

(5) その他の施策

ア 地域医療支援事務

- 医師確保計画に記載された事項のうち、医療法第30条の23および第30条の25において、地域医療対策協議会において協議を行う事項および以下の地域医療支援事務は、三重県地域医療支援センターが中心となり実施します。
 - ・ 医師の派遣に関する事項
 - ・ キャリア形成プログラムに関する事項
 - ・ 派遣医師のキャリア支援・負担軽減に関する事項
 - ・ 地域医療の確保に関する調査分析
 - ・ 医療関係者、医師等に対する必要な情報の提供、助言等の県が医療機関における医師の確保のために行う必要な支援に関する事項

8 医学部における地域枠・地元出身者枠の設定・取組等

- ~~安定した医師確保を行うため、恒久定員内への~~地域枠や地元出身者枠の設置設定について大学と調整を行うとともに、医師の育成や配置方法について、大学と連携してキャリア形成を支援しつつ、地域枠等の医師が地域医療に従事する仕組みの構築を図ります。
- 医学部における地域枠・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、地域医療対策協議会の協議を経た上で、要請できる

- こととされています。
- 地域枠および地元出身者枠については、別途、文部科学省および厚生労働省から示される通知に基づき、三重県地域医療対策協議会において協議を行い、大学医学部に要請を行い、設置・増員等を進めていきます。
 - 地域枠は、県内の特定の地域における診療義務を課すものであり、二次医療圏間の偏在を調整する機能があります。また、臨時定員の増員等と組み合わせた地域枠は、県内の医師を充足させ都道府県間の偏在を是正する機能があります。
 - 地元出身者枠については、これを設置する大学の所在地である都道府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はないため県内の二次医療圏間の偏在調整の機能はありませんが、県内の医師を充足させ都道府県間の偏在を是正する機能があります。
 - 地域枠と地元出身者枠のこうした機能の違いをふまえ、地域枠または地元出身者枠の設置について検討を進めていきます。なお、これらの設置の要請については、地域ごとの医師の需給推計から算出された都道府県ごとの地域枠等の必要数を別途厚生労働省が提供予定であるため、その数値等をふまえて検討していきます。
 - 三重大学医学部地域枠B入学者に対し診療科指定（内科、外科、救急科、総合診療科）を行い、将来において医師不足が見込まれる診療科や、今後の地域医療体制の確保に必要な診療科の医師確保を図ります。
 - これまでの、三重大学医学部における臨時定員増は図表3-8-1のとおりです。

図表 3-8-1 三重大学医学部臨時定員増

	期 間	国の対策	臨時定員増	
			人数	内訳
1	平成20～29年度	新医師確保総合対策	10名	平成20年度 地域枠 : 10名 平成21年度以降 地域枠A : 10名
2	平成21～29年度	緊急医師確保対策	5名	地域枠B : 5名
3	平成22～令和元年度	経済財政改革の基本方針2009	5名	地域医療枠 : 5名
4	平成30～令和元年度	新成長戦略	20名	地域枠A : 10名 地域枠B : 5名 地域医療枠 : 5名
5	令和2～5年度	経済財政運営と改革の基本方針2018	20名	地域枠A : 10名 地域枠B : 5名 地域医療枠 : 5名

資料：三重県調べ

9 特定診療科の医師確保対策

- 三重県は医師少数都道府県に設定されるため、医師の総数確保を進める必要がありますが、一方で、診療科偏在についても課題があります。
- 特に、麻酔科、形成外科、救急科は、人口 10 万人あたり医師数が 47 位で全国最下位という状況であり、それらの診療科の医師確保は喫緊の課題となっています。
- また、令和 6 年度以降の三重大学医学部地域枠 B 入学者に対し、将来において医師不足が見込まれる診療科や、今後の地域医療体制の確保に必要な診療科（内科、外科、救急科、総合診療科）について、診療科指定を行います。
- 上記の状況を踏まえ、麻酔科、形成外科、救急科、総合診療科については、特に医師確保が必要な診療科と位置づけ、別途対策を定めます。
- 麻酔科については、麻酔科専門医や指導医の確保を図るため、「麻酔科専門医等育成事業」として、医学生を対象とする麻酔科学教育のカリキュラム改善や研修医に対する専門研修プログラムの啓発等の取組に要する経費を支援します。
- 形成外科については、令和 6 年度から開始となる三重大学医学部附属病院形成外科専門研修プログラムについて、キャリア形成プログラムへの掲載を行うとともに、三重県地域医療支援センターと連携して情報発信を行い、専門医の確保に努めます。
- 救急科については、「救急医療人材確保支援事業」として、病院群輪番制等により救急患者を受け入れる二次救急医療機関の非常勤医師の確保に必要な経費を支援します。
- 総合診療科については、さまざまな地域のニーズに応じて活動できる総合診療医を養成するため、「総合診療医広域育成支援事業」として、学生等への教育や指導医の資質向上等に係る研修等の活動に係る経費を支援します。
また、総合診療医の専門医資格を取得するための専門研修プログラムの運用等により、県内の総合診療医の確保・育成を推進します。

3-1-0 二次医療圏ごとの医師確保対策

(1) 北勢医療圏

①医療圏の概況

ア 構成区域および市町

桑員区域： 桑名市、いなべ市、木曾岬町、東員町

三泗区域： 四日市市、菰野町、朝日町、川越町

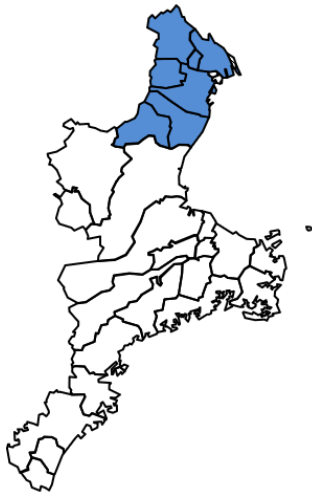
鈴亀区域： 鈴鹿市、亀山市

イ 人口推計

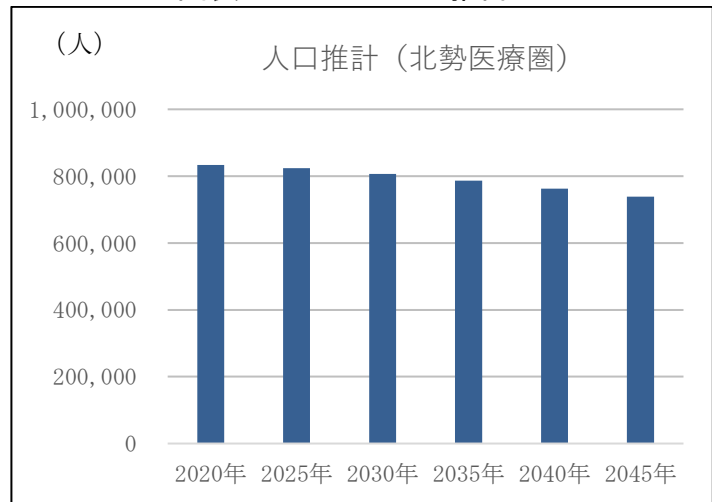
○ 北勢医療圏は、本県の最北部に位置し、3区域10市町で構成され、人口約83万人の地域です。

○ 令和27(2045)年に向けて、総人口は減少すると推計されます。

(図表3-9-1)



図表 3-9-1 人口推計

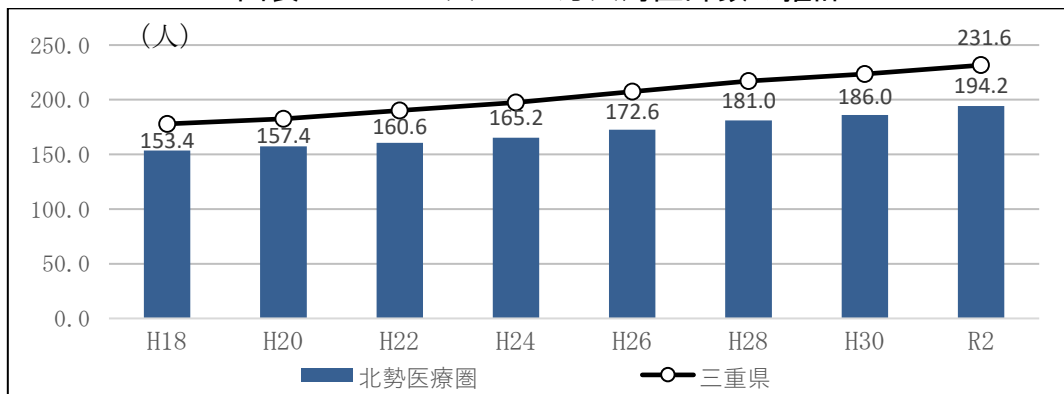


資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」
2020年は三重県「月別人口調査」(令和2年10月1日現在)

②人口10万人対医師数の推移

北勢医療圏の人口10万人対医師数は、194.2人(令和2(2020)年12月31日現在)であり、増加傾向にありますが、三重県平均の231.6人に比べて37.4人少ない状況にあります。(図表3-9-2)

図表 3-9-2 人口10万人対医師数の推計



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

③基幹型臨床研修病院

- 桑員区域 厚生連 三重北医療センターいなべ総合病院
桑名市総合医療センター
- 三泗区域 四日市羽津医療センター
市立四日市病院
三重県立総合医療センター
- 鈴亀区域 厚生連 鈴鹿中央総合病院
鈴鹿回生病院

④医師偏在指標

210.4

⑤医師少数区域・多数区域の別

北勢医療圏の医師偏在指標における全国順位は、335医療圏のうち131位であり、医師少数でも多数でもない区域に属します。

⑥医師確保の方針

- 北勢医療圏の医師偏在指標は210.4であり、医師少数でも多数でもない区域に属しますが、県平均225.6を下回っています。このことから、引き続き県全体の施策を通じて医師確保を進めます。
- 医師少数区域および医師少数スポットへの医師派遣を行うことを検討していきます。
- 医師確保対策の推進にあたっては、北勢医療圏内の各地域医療構想における議論とも整合を図りながら進めていきます。

⑦目標医師数

現状：令和2（2020）年医師数 1,618人^{（※1）}

目標：令和8（2026）年医師数 1,7041,742人

^{（※1）} 令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計の医療施設従事医師数（病院・診療所）

（参考）厚生労働省の設定基準に基づく目標医師数 1,618人^{（※2）}

^{（※2）} 計画開始時点の医師偏在指標を維持するための医師数

⑧施策

- 第3章7における、県全体の施策を通じて、引き続き医師の確保を図ります。
- キャリア形成プログラムに基づく地域枠医師等の派遣調整により、地域偏在の解消に努めます。

⑨医師少数スポット

- いなべ市、東員町、菰野町、亀山市を医師少数スポットに設定し、キャリア形成プログラムに基づく地域枠医師等の派遣調整等により、医師偏在解消に努めます。

(2) 中勢伊賀医療圏

①医療圏の概況

ア 構成区域および市町

津 区域： 津市

伊賀区域： 名張市、伊賀市

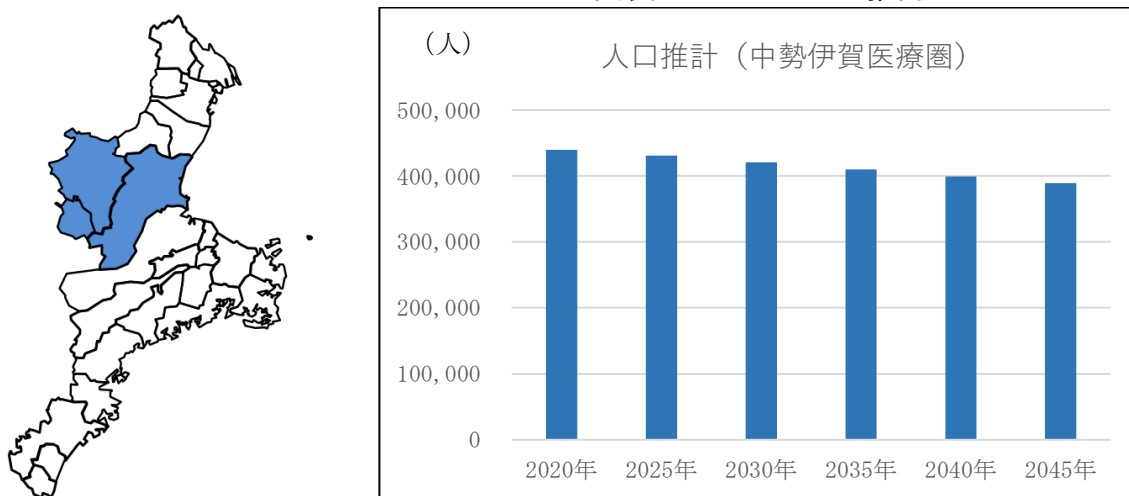
イ 人口推計

○ 中勢伊賀医療圏は、本県の中央部に位置し、2区域3市で構成され、人口約44万人の地域です。

○ 令和27(2045)年に向けて、総人口は減少すると推計されます。

(図表 3-9-3)

図表 3-9-3 人口推計

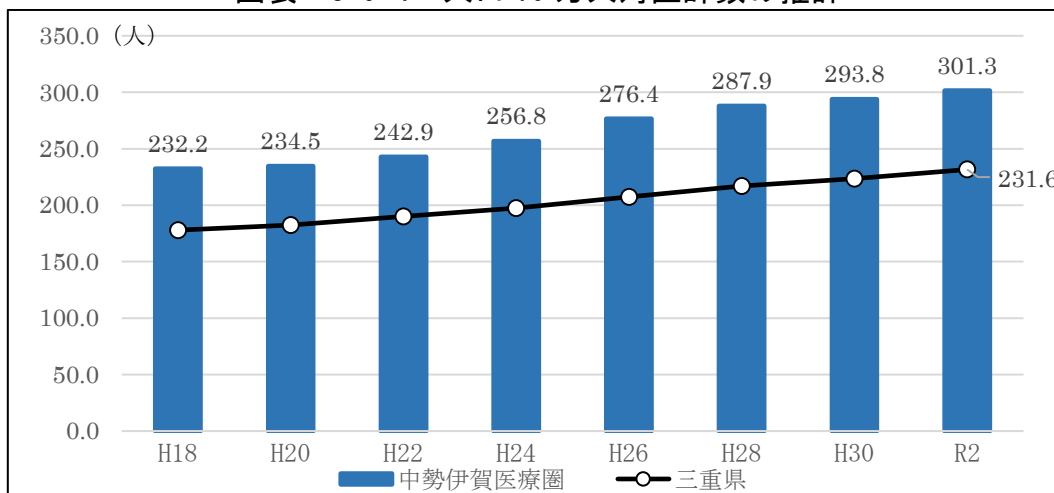


資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」
2020年は三重県「月別人口調査」(令和2年10月1日現在)

②人口10万人対医師数の推移

中勢伊賀医療圏は、津市に三重大学医学部附属病院が所在し、人口10万人対医師数は、301.3人(令和2(2020)年12月31日現在)で増加傾向にあり、県平均の231.6人に比べて69.7人上回っています。(図表 3-9-4)

図表 3-9-4 人口10万人対医師数の推計



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

③基幹型臨床研修病院

津 区 域：三重大学医学部附属病院
国立病院機構 三重中央医療センター
伊賀区域：岡波総合病院
伊賀市立上野総合市民病院

④医師偏在指標

259.8

⑤医師少数区域・多数区域の別

中勢伊賀医療圏の医師偏在指標における全国順位は、335 医療圏のうち 67 位であり、医師多数区域に属します。

⑥医師確保の方針

- 中勢伊賀医療圏は、津市に三重大学医学部附属病院が所在しており、医師偏在指標は 259.8 で医師多数区域となり、県平均 225.6 を上回ります。しかしながら、伊賀区域の人口 10 万人対医師数は 146.5 人と県内で最も低いことから、伊賀区域内の偏在是正を含め、医師確保を進めます。
- 医師少数区域および医師少数スポットへ医師派遣を行うことを検討していきます。
- 医師確保対策の推進にあたっては、中勢伊賀医療圏内の各地域医療構想における議論とも整合を図りながら進めていきます。

⑦目標医師数

現状：令和 2（2020）年医師数 1,347 人（※1）

目標：令和 8（2026）年医師数 ~~1,371~~ 1,390 人

（※1）令和 2 年医師・歯科医師・薬剤師統計の医療施設従事医師数（病院・診療所）

（参考）厚生労働省の設定基準に基づく目標医師数 1,220 人（※2）

（※2）計画開始時点の医師偏在指標を維持するための医師数

⑧施策

- 津区域については、キャリア形成プログラムに基づく地域枠医師等の派遣調整を通じて、医師少数区域および医師少数スポットへの医師派遣を進めるよう検討していきます。
- 伊賀区域については、全域を医師少数スポットに設定し、医師の派遣調整等により医師の増加を図ります。
- 第 3 章 7 における、県全体の施策を通じて、引き続き診療科偏在等の解消を図ります。

⑨医師少数スポット

- 津市（白山町、美杉町）、伊賀市、名張市を医師少数スポットに設定し、キャリア形成プログラムに基づく地域枠医師等の派遣調整等により、医師の偏在解消に努めます。

(3) 南勢志摩医療圏

①医療圏の概況

ア 構成区域および市町

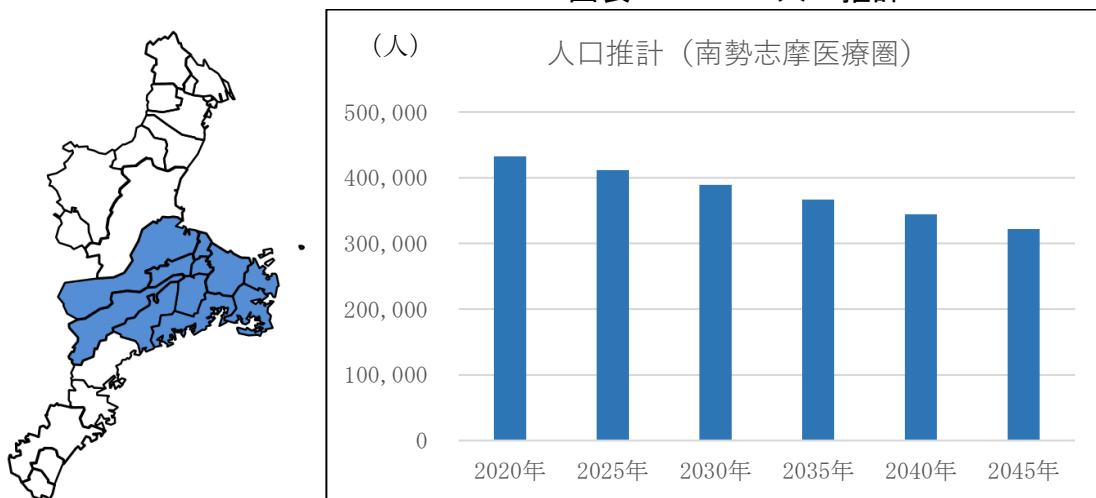
松阪区域：松阪市、多気町、明和町、大台町、大紀町

伊勢志摩区域：伊勢市、鳥羽市、志摩市、玉城町、度会町、南伊勢町

イ 人口推計

- 南勢志摩医療圏は、本県の中南部に位置し、2区域11市町で構成され、人口約43万人の地域です。
- 令和27(2045)年に向けて、総人口は減少すると推計されます。
(図表3-9-5)

図表 3-9-5 人口推計

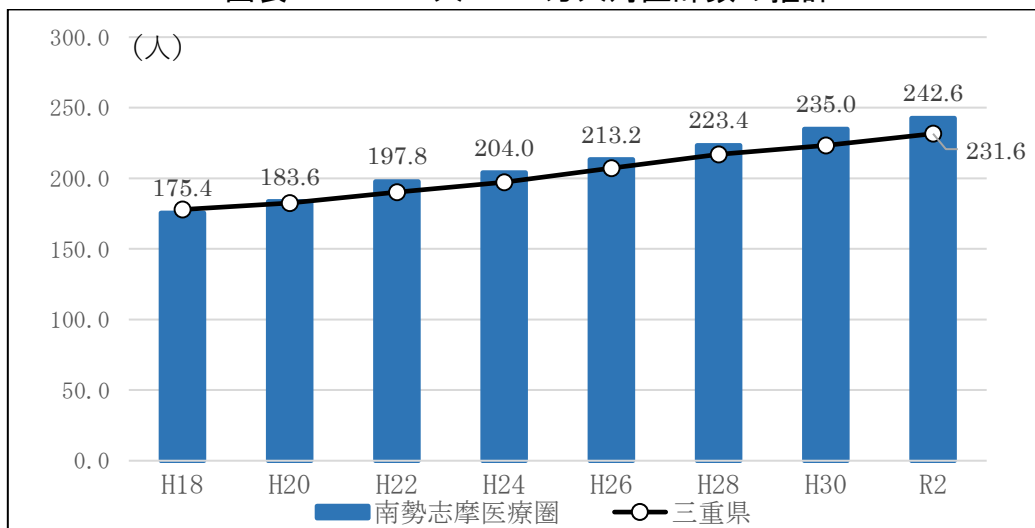


資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」
2020年は三重県「月別人口調査」(令和2年10月1日現在)

②人口10万人対医師数の推移

南勢志摩医療圏の人口10万人対医師数は、242.6人(令和2(2020)年12月31日現在)であり、増加傾向にあります。また、県平均の231.6人に比べて11人上回っています。(図表3-9-6)

図表 3-9-6 人口10万人対医師数の推計



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

③基幹型臨床研修病院

松 阪 区 域： 厚生連 松阪中央総合病院
済生会松阪総合病院
松阪市民病院
伊勢志摩区域： 伊勢赤十字病院
三重県立志摩病院

④医師偏在指標

217.8

⑤医師少数区域・多数区域の別

南勢志摩医療圏の医師偏在指標における全国順位は、335 医療圏のうち 111 位であり、医師多数区域に属します。

⑥医師確保の方針

- 南勢志摩医療圏の医師偏在指標は 217.8 であり、医師多数区域に属しますが、県平均 225.6 を下回っています。このことから、引き続き県全体の施策を通じて医師確保を進めます。
- 医師少数区域および医師少数スポットへ医師派遣を行うことを検討していきます。
- 医師確保対策の推進にあたっては、南勢志摩医療圏内の各地域医療構想における議論とも整合を図りながら進めていきます。

⑦目標医師数

現状：令和 2（2020）年医師数 1,049 人（※1）

目標：令和 8（2026）年医師数 1,0941,113 人

（※1）令和 2 年医師・歯科医師・薬剤師統計の医療施設従事医師数（病院・診療所）

（参考）厚生労働省の設定基準に基づく目標医師数 944 人（※2）

（※2）計画開始時点の医師偏在指標を維持するための医師数

⑧施策

- 第 3 章 7 における、県全体の施策を通じて、引き続き医師の確保を図ります。
- キャリア形成プログラムに基づく地域枠医師等の派遣調整、自治医科大学卒業医師の派遣により、地域偏在の解消に努めます。

⑨医師少数スポット

松阪市（飯南町、飯高町）、大紀町、大台町、多気町、鳥羽市、志摩市、南伊勢町を医師少数スポットに設定し、キャリア形成プログラムに基づく地域枠医師等の派遣調整等により、地域偏在の解消に努めます。

(4) 東紀州医療圏（東紀州区域）

①医療圏の概況

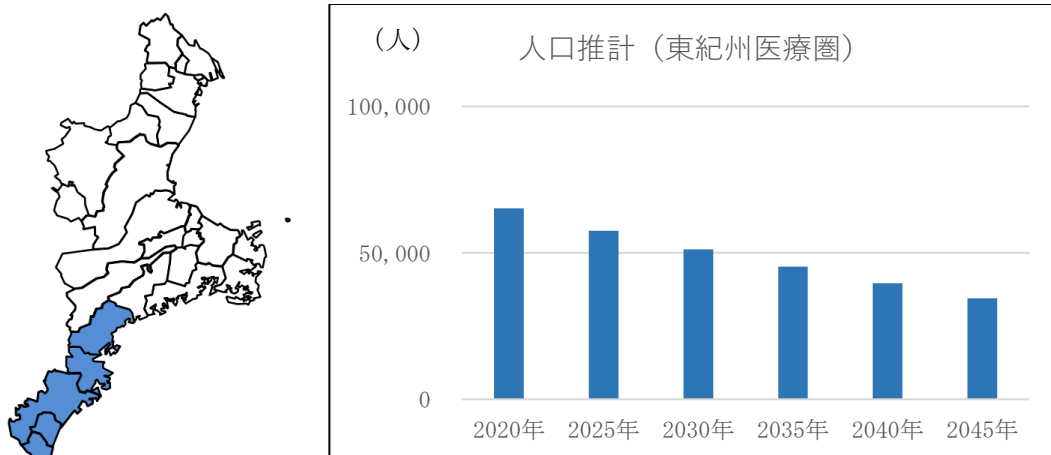
ア 構成市町

尾鷲市、熊野市、紀北町、御浜町、紀宝町

イ 人口推計

- 東紀州医療圏（東紀州区域）は、本県の最南部に位置し、2市3町で構成され、人口約7万人の地域です。
- 令和27（2045）年に向けて、総人口は減少すると推計されます。
（図表 3-9-7）

図表 3-9-7 人口推計

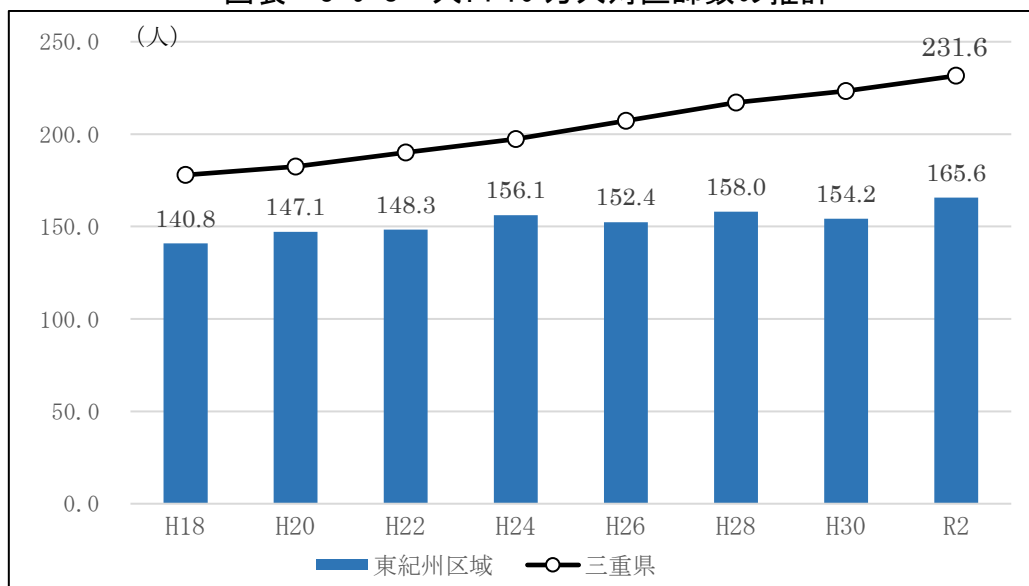


資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」
2020年は三重県「月別人口調査」（令和2年10月1日現在）

②人口10万人対医師数の推移

東紀州医療圏（東紀州区域）の人口10万人対医師数は、165.6人（平成28令和2（2020）年12月31日 現在）であり、増加傾向にありますが、三重県平均の231.6人に比べて66人少ない状況にあります。（図表 3-9-8）

図表 3-9-8 人口10万人対医師数の推計



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査統計」

③基幹型臨床研修病院

なし

④医師偏在指標

162.3

【参考】患者流出入を加味しない場合の医師偏在指標（参考値）：109.8

資料：厚生労働省「令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計（調査票情報）」および
厚生労働省「医師偏在指標に係るデータ集」から算出

⑤医師少数区域・多数区域の別

東紀州医療圏（東紀州区域）の医師偏在指標における全国順位は、335医療圏のうち264位であり、医師少数区域に属します。

⑥医師確保の方針

- 東紀州医療圏（東紀州区域）の医師偏在指標は162.3であり、医師少数区域に属することから、医師の増加を図ります。
- 県全体での施策を通じて医師確保を進めるとともに、東紀州医療圏（東紀州区域）以外の地域からの医師派遣等による医師確保を行うことを検討していきます。
- 医師確保対策の推進にあたっては、東紀州区域地域医療構想における議論とも整合を図りながら進めていきます。

⑦目標医師数

現状：令和2（2020）年医師数 108人（※1）

目標：令和8（2026）年医師数 ~~115~~118人

（※1）令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計の医療施設従事医師数（病院・診療所）

（参考）厚生労働省の設定基準に基づく目標医師数 99人（※2）

（※2）計画終了時点で現在の医師偏在指標の下位1／3に達するのに必要な医師数

⑧施策

- 第3章7における、県全体の施策を通じて、引き続き医師の確保を図ります。
- キャリア形成プログラムに基づく地域枠医師等の派遣調整、自治医科大学卒業医師の派遣により、地域偏在の解消に努めます。

⑨医師少数スポット

東紀州医療圏（東紀州区域）は医師少数区域であるため、医師少数スポットの設定は行いません。

1-0-1.1 地域医療構想区域ごとの医師確保対策

(1) 桑員区域

①区域の概況

ア 構成市町

桑名市、いなべ市、木曾岬町、東員町

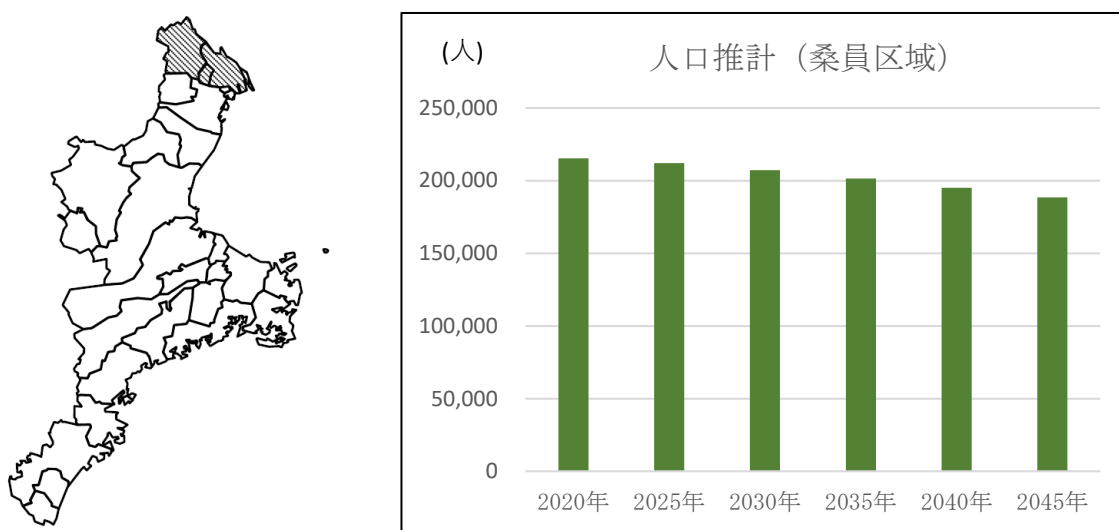
イ 人口推計

○ 桑員区域は、本県の最北部に位置し、2市2町で構成され、人口約22万人の地域です。

○ 令和27(2045)年に向けて、総人口は減少すると推計されます。

(図表 3-10-1)

図表 3-10-1 人口推計

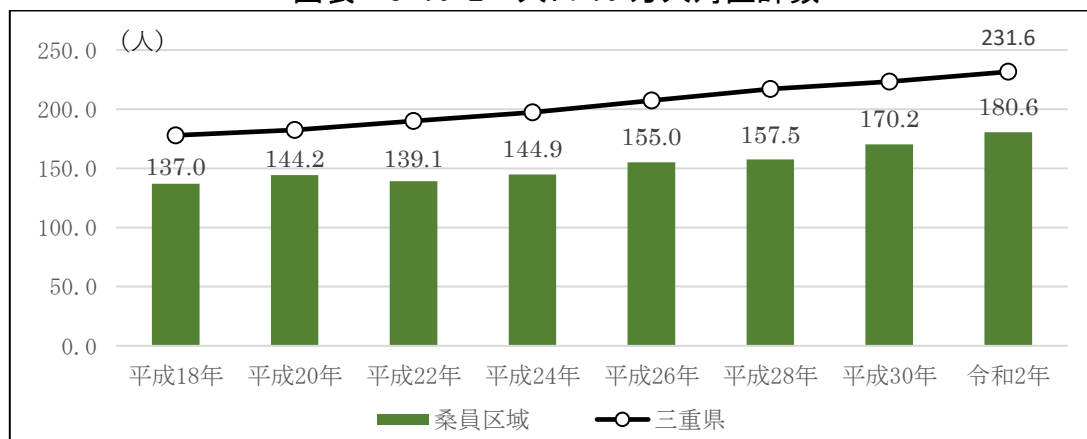


資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」
2020年は三重県「月別人口調査」(令和2年10月1日現在)

②人口10万人対医師数の推移

桑員区域の人口10万人対医師数は、180.6人(令和2(2020)年12月31日現在)であり、増加傾向にありますが、三重県平均の231.6人に比べて51人少ない状況にあります。(図表 3-10-2)

図表 3-10-2 人口10万人対医師数



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

③基幹型臨床研修病院

厚生連 三重北医療センターいなべ総合病院
桑名市総合医療センター

④医師偏在指標（参考値）

183.8 （ただし、患者流出入を加味しない値）

資料：厚生労働省「令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計（調査票情報）」および
厚生労働省「医師偏在指標に係るデータ集」から算出

⑤医師少数区域・多数区域の別

桑員区域の属する北勢医療圏の医師偏在指標は210.4で全国335医療圏のうち131位となり、医師少数でも多数でもない区域に属します。

⑥医師確保の方針

- 桑員区域の人口10万人対医師数は県平均を下回ります。
- これまでの医師確保対策により、医師数は増加傾向にあることから、引き続き県全体での医師確保対策を通じて医師確保を進めます。
- 医師少数区域および医師少数スポットへ医師派遣を行うことを検討していきます。
- 医師確保対策の推進にあたっては、桑員区域地域医療構想における議論とも整合を図りながら進めていきます。

⑦目標医師数

現状：令和2（2020）年医師数 389人（※）

目標：令和8（2026）年医師数 ~~411~~421人

（※）平成28令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計の医療施設従事医師数（病院・診療所）

⑧施策

- 第3章7における、県全体の施策を通じて、引き続き医師の確保を図ります。
- キャリア形成プログラムに基づく地域枠医師等の派遣調整により、地域偏在の解消に努めます。

⑨医師少数スポット

いなべ市、東員町を医師少数スポットに設定し、キャリア形成プログラムに基づく地域枠医師等の派遣調整等により、地域偏在の解消に努めます。

(2) 三四区域

①区域の概況

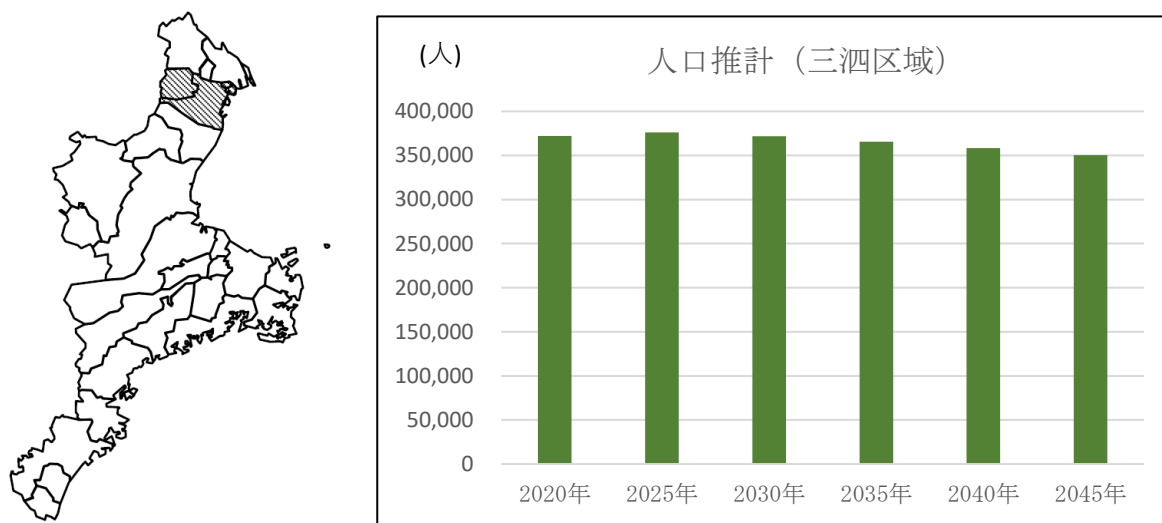
ア 構成市町

四日市市、菰野町、朝日町、川越町

イ 人口推計

- 三四区域は、本県の北勢部に位置し、1市3町で構成され、人口約37万人の地域です。
- 令和27(2045)年に向けて、総人口は減少傾向にあります。(図表3-10-3)

図表 3-10-3 人口推計

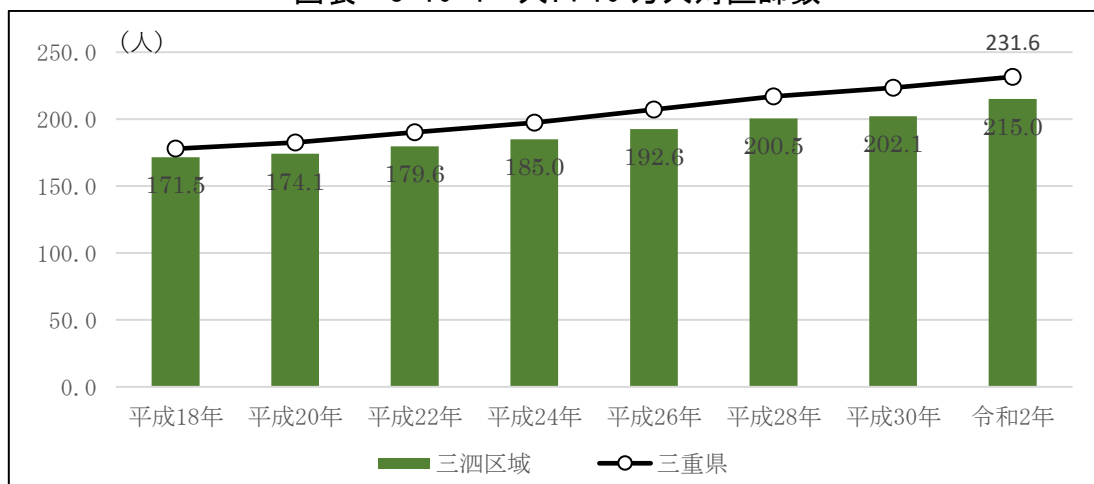


資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」
2020年は三重県「月別人口調査」(令和2年10月1日現在)

②人口10万人対医師数の推移

三四区域の人口10万人対医師数は、215.0人(令和2(2020)年12月31日現在)であり、増加傾向にあります。三重県平均の231.6人に比べて16.6人少ない状況にあります。(図表3-10-4)

図表 3-10-4 人口10万人対医師数



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

③基幹型臨床研修病院

四日市羽津医療センター
市立四日市病院
三重県立総合医療センター

④医師偏在指標（参考値）

228.1 （ただし、患者流出入を加味しない値）

資料：厚生労働省「令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計（調査票情報）」および
厚生労働省「医師偏在指標に係るデータ集」から算出

⑤医師少数区域・多数区域の別

三四区域の属する北勢医療圏の医師偏在指標は210.4で全国335医療圏のうち131位であり、医師少数でも多数でもない区域に属します。

⑥医師確保の方針

- 三四区域の人口10万人対医師数は県平均を下回ります。
- これまでの医師確保対策により、医師数は増加傾向にあることから、引き続き県全体での医師確保対策を通じて医師確保を進めます。
- 医師少数区域および医師少数スポットへの医師派遣を行うことを検討していきます。
- 医師確保対策の推進にあたっては、三四区域地域医療構想における議論とも整合を図りながら進めていきます。

⑦目標医師数

現状：令和2（2020）年医師数 800人（※）

目標：令和8（2026）年医師数 839855人

（※）令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計の医療施設従事医師数（病院・診療所）

⑧施策

- 第3章7における、県全体の施策を通じて、引き続き医師の確保を図ります。
- キャリア形成プログラムに基づく地域枠医師等の派遣調整により、地域偏在の解消に努めます。

⑨医師少数スポット

菰野町を医師少数スポットに設定し、キャリア形成プログラムに基づく地域枠医師等の派遣調整等により、地域偏在の解消に努めます。

(3) 鈴亀区域

①区域の概況

ア 構成市町

鈴鹿市、亀山市

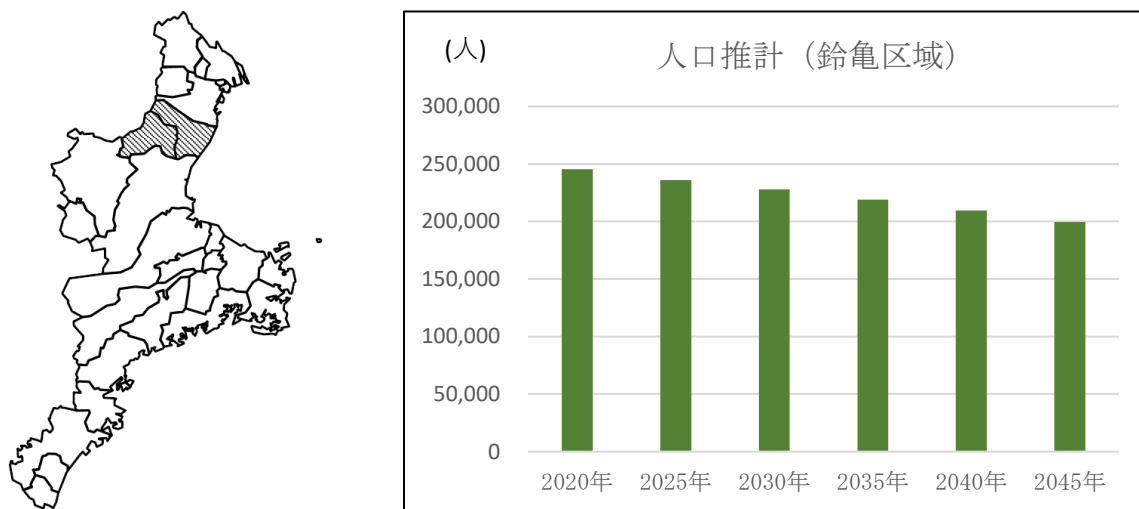
イ 人口推計

○ 鈴亀区域は、本県の北勢部に位置し、2市で構成され、人口約25万人の地域です。

○ 令和27(2045)年に向けて、総人口は減少すると推計されます。

(図表3-10-5)

図表 3-10-5 人口推計

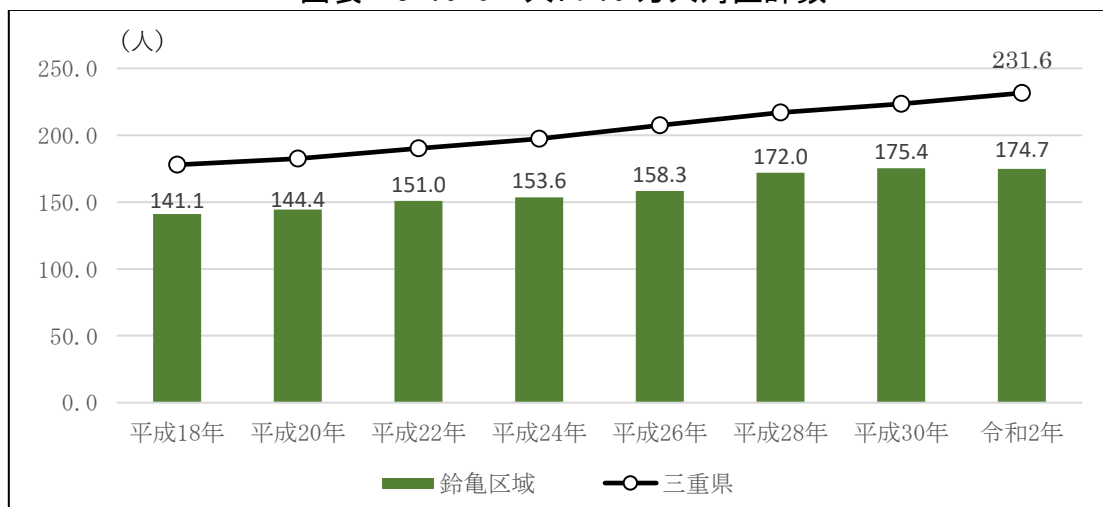


資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」
2020年は三重県「月別人口調査」(令和2年10月1日現在)

②人口10万人対医師数の推移

鈴亀区域の人口10万人対医師数は、174.7人(令和2(2020)年12月31日現在)であり、増加傾向にありますが、三重県平均の231.6人に比べて56.9人少ない状況にあります。(図表3-10-6)

図表 3-10-6 人口10万人対医師数



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

③基幹型臨床研修病院

厚生連 鈴鹿中央総合病院
鈴鹿回生病院

④医師偏在指標（参考値）

186.2 （ただし、患者流出入を加味しない値）

資料：厚生労働省「令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計（調査票情報）」および
厚生労働省「医師偏在指標に係るデータ集」から算出

⑤医師少数区域・多数区域の別

鈴亀区域の属する北勢医療圏の医師偏在指標は210.4で全国335医療圏のうち131位であり、医師少数でも多数でもない区域に属します。

⑥医師確保の方針

- 鈴亀区域の人口10万人対医師数は県平均を下回ります。
- これまでの医師確保対策により、医師数は増加傾向にあることから、引き続き県全体での医師確保対策を通じて医師確保を進めます。
- 医師少数区域および医師少数スポットへの医師派遣を行うことを検討していきます。
- 医師確保対策の推進にあたっては、鈴亀区域地域医療構想における議論とも整合を図りながら進めていきます。

⑦目標医師数

現状：令和2（2020）年医師数 429人（※）

目標：令和8（2026）年医師数 454466人

（※）令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計の医療施設従事医師数（病院・診療所）

⑧施策

- 第3章7における、県全体の施策を通じて、引き続き医師の確保を図ります。
- キャリア形成プログラムに基づく地域枠医師等の派遣調整により、地域偏在の解消に努めます。

⑨医師少数スポット

亀山市を医師少数スポットに設定し、キャリア形成プログラムに基づく地域枠医師等の派遣調整等により、地域偏在の解消に努めます。

(4) 津区域

①区域の概況

ア 構成市町

津市

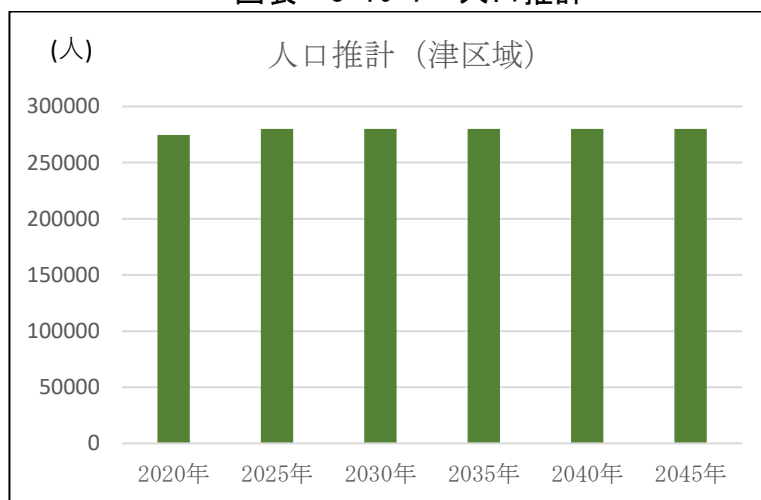
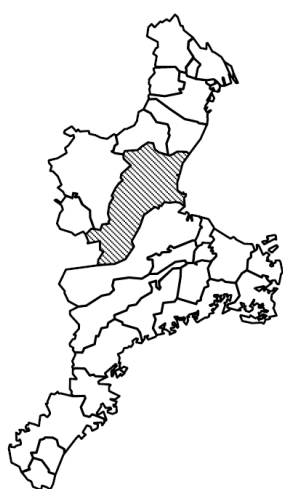
イ 人口推計

○ 津区域は、本県の中部に位置し、1市で構成され、人口約27万人の地域です。

○ 令和27(2045)年に向けて、総人口は減少すると推計されます。

(図表3-10-7)

図表 3-10-7 人口推計



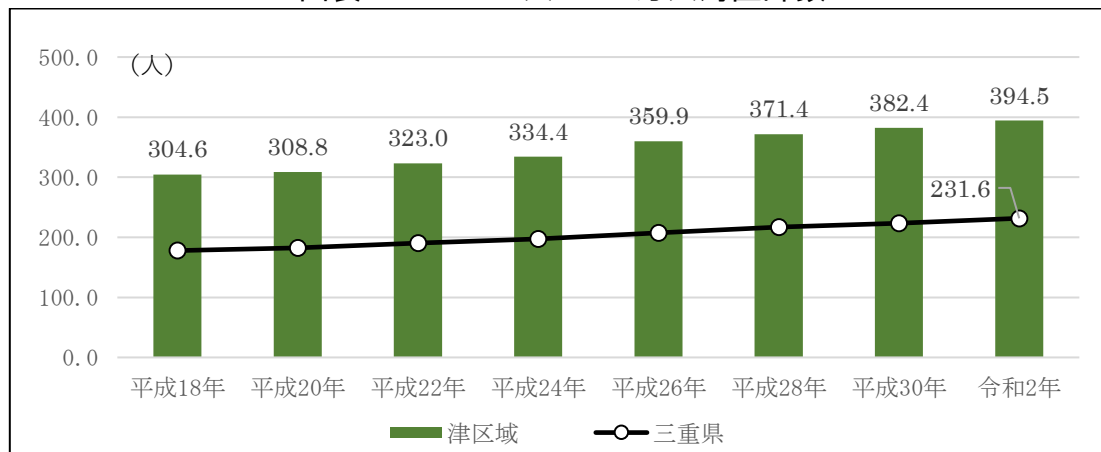
資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」
2020年は三重県「月別人口調査」(令和2年10月1日現在)

②人口10万人対医師数の推移

津区域は三重大学医学部附属病院が所在し、県内唯一の大学病院であり特定機能病院であること等から、人口10万人対医師数は、394.5人(令和2(2020)年12月31日現在)で県平均の231.6人に比べて162.9人上回っています。

(図表3-10-8)

図表 3-10-8 人口10万人対医師数



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

③基幹型臨床研修病院

三重大学医学部附属病院
国立病院機構 三重中央医療センター

④医師偏在指標（参考値）

376.1 （ただし、患者流出入を加味しない値）

資料：厚生労働省「令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計（調査票情報）」および
厚生労働省「医師偏在指標に係るデータ集」から算出

⑤医師少数区域・多数区域の別

津区域の属する中勢伊賀医療圏の医師偏在指標は259.8で全国335医療圏のうち67位であり、医師多数区域に属します。

⑥医師確保の方針

- 津区域は三重大学医学部附属病院が所在していること等から、人口10万人対医師数は県平均を上回ります。
- 医師多数区域であることをふまえ、医師少数区域および医師少数スポットへの医師派遣を行うことを検討していきます。
- 医師多数区域であっても診療科の偏在等が存在することに鑑み、引き続き県全体の施策を通じて適切な医療提供体制の構築を図ります。
- 医師確保対策の推進にあたっては、津区域地域医療構想における議論とも整合を図りながら進めていきます。

⑦目標医師数

現状：令和2（2020）年医師数 1,083人（※）

目標：令和8（2026）年医師数 ~~1,111~~1,124人

（※）令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計の医療施設従事医師数（病院・診療所）

⑧施策

- キャリア形成プログラムに基づく地域枠医師等の派遣調整を通じて、医師少数区域および医師少数スポットへの医師派遣を進めるよう検討していきます。
- 第3章7における、県全体の施策を通じて、引き続き診療科偏在等の解消を図ります。

⑨医師少数スポット

津市（白山町・美杉町）を医師少数スポットに設定し、キャリア形成プログラムに基づく地域枠医師等の派遣調整等により、地域偏在の解消に努めます。

(5) 伊賀区域

①区域の概況

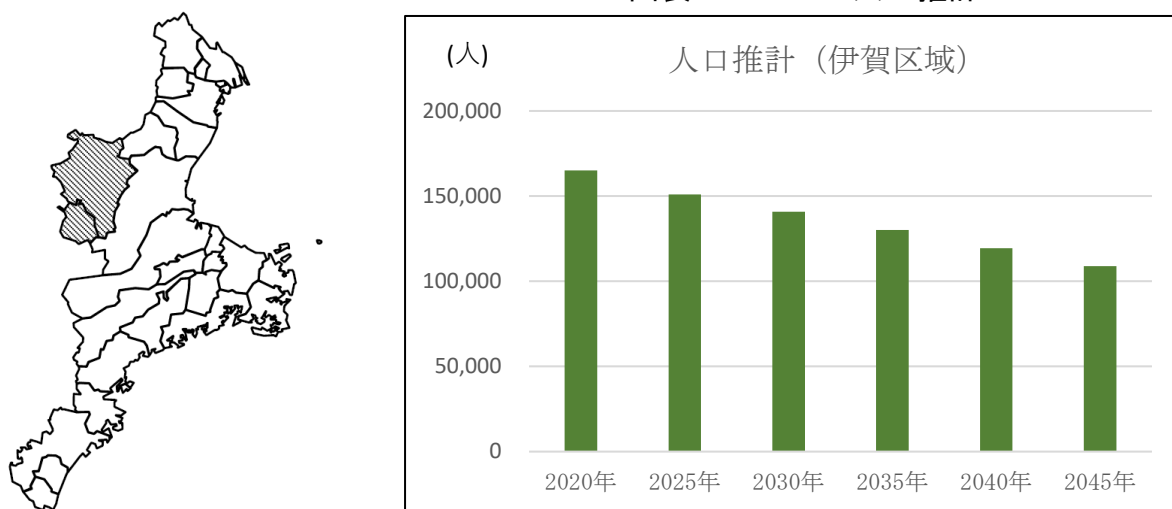
ア 構成市町

名張市、伊賀市

イ 人口推計

- 伊賀区域は、本県の西部に位置し、2市で構成され、人口約17万人の地域です。
- 令和27(2045)年に向けて、総人口は減少すると推計されます。
(図表3-10-9)

図表 3-10-9 人口推計

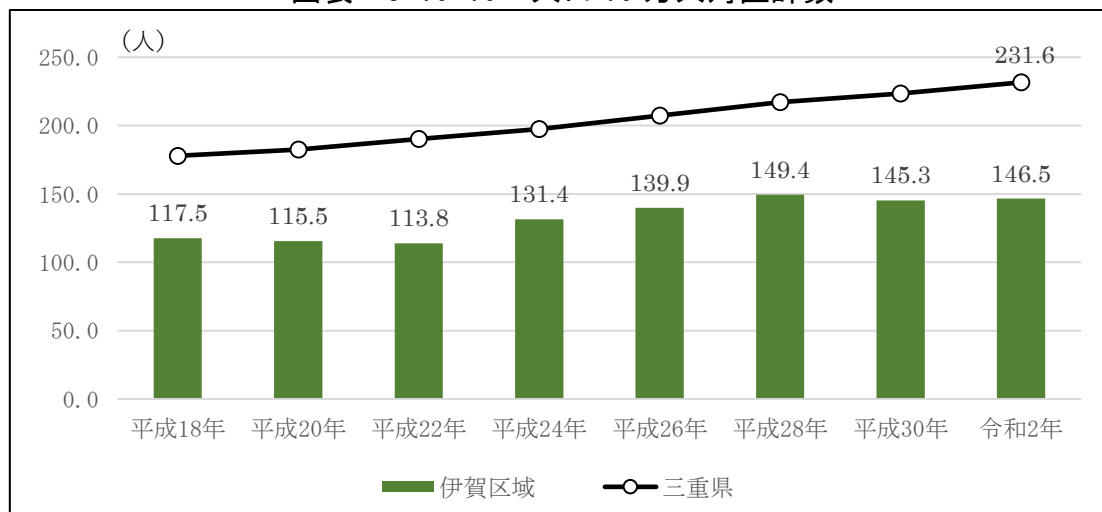


資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」
2020年は三重県「月別人口調査」(令和2年10月1日現在)

②人口10万人対医師数の推移

伊賀区域の人口10万人対医師数は、146.5人(令和2(2020)年12月31日現在)であり、増加傾向にありますが、三重県平均の231.6人に比べて85.1人少ない状況にあります。(図表3-10-10)

図表 3-10-10 人口10万人対医師数



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

③基幹型臨床研修病院

岡波総合病院

伊賀市立上野総合市民病院

④医師偏在指標（参考値）

129.0 （ただし、患者流出入を加味しない値）

資料：厚生労働省「令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計（調査票情報）」および
厚生労働省「医師偏在指標に係るデータ集」から算出

⑤医師少数区域・多数区域の別

伊賀区域の属する中勢伊賀医療圏の医師偏在指標は259.8で全国335医療圏のうち67位であり、医師多数区域に属しますが、津区域に三重大学医学部附属病院が所在していることから、医療提供体制が異なります。

⑥医師確保の方針

- 伊賀区域の人口10万人対医師数は県平均を下回ります。
- これまでの医師確保対策により、医師数は増加傾向にあることから、引き続き県全体での医師確保対策を通じて医師確保を進めます。
- 伊賀区域を医師少数スポットに設定し、医師少数区域に準じた対策を進めます。
- 医師確保対策の推進にあたっては、伊賀区域地域医療構想における議論とも整合を図りながら進めていきます。

⑦目標医師数

現状：令和2（2020）年医師数 242人（※）

目標：令和8（2026）年医師数 259267人

（※）令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計の医療施設従事医師数（病院・診療所）

⑧施策

- 第3章7における、県全体の施策を通じて、引き続き医師の確保を図ります。
- 伊賀区域を医師少数スポットに設定し、キャリア形成プログラムに基づく地域枠医師等の派遣調整により、地域偏在の解消に努めます。

⑨医師少数スポット

名張市・伊賀市を医師少数スポットに設定し、キャリア形成プログラムに基づく地域枠医師等の派遣調整等により、地域偏在の解消に努めます。

(6) 松阪区域

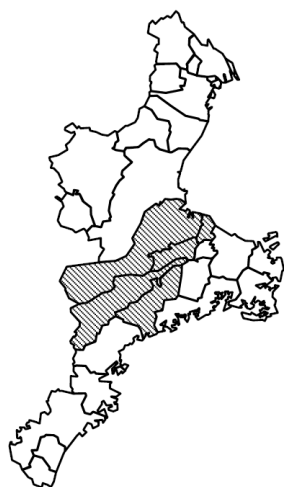
①区域の概況

ア 構成市町

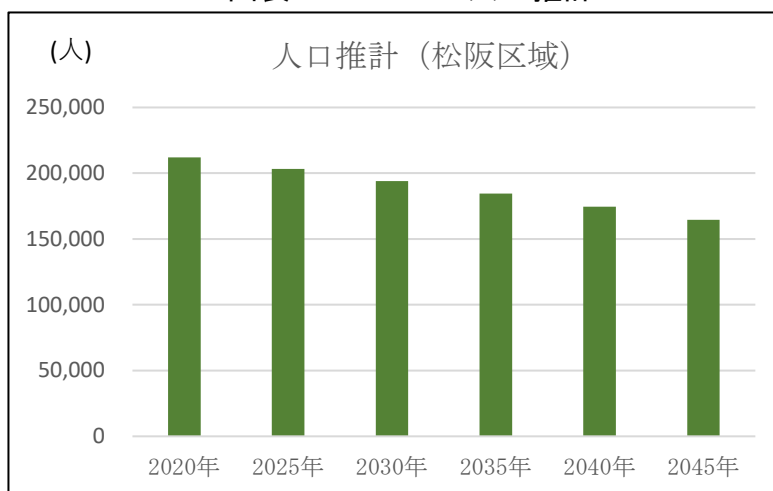
松阪市、多気町、明和町、大台町、大紀町

イ 人口推計

- 松阪区域は、本県の中南勢部に位置し、1市4町で構成され、人口約21万人の地域です。
- 令和27(2045)年に向けて、総人口は減少すると推計されます。
(図表 3-10-11)



図表 3-10-11 人口推計

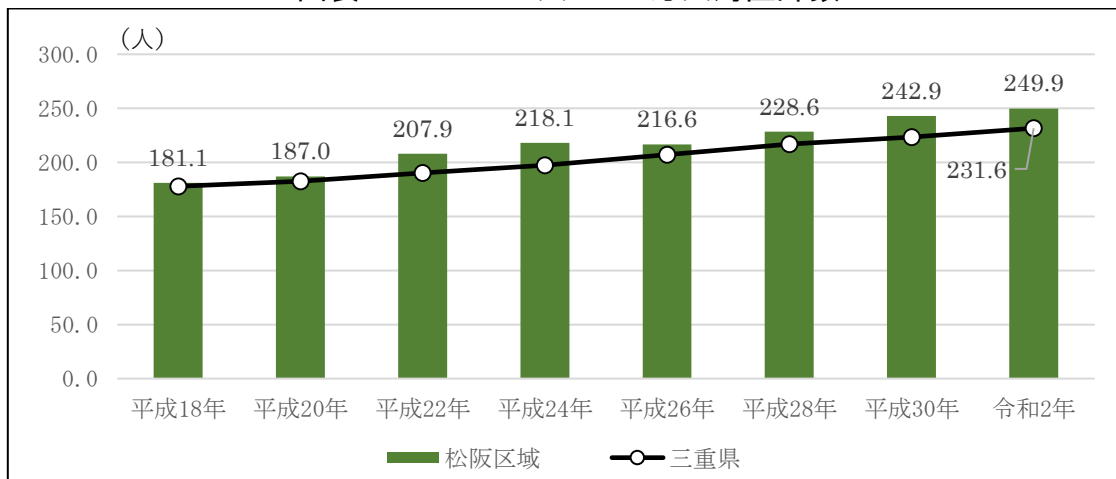


資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」
2020年は三重県「月別人口調査」(令和2年10月1日現在)

②人口10万人対医師数の推移

松阪区域の人口10万人対医師数は、249.9人(令和2(2020)年12月31日現在)であり、増加傾向にあります。また、県平均の231.6人に比べて18.3人上回っています。(図表 3-10-12)

図表 3-10-12 人口10万人対医師数



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

③基幹型臨床研修病院

厚生連 松阪中央総合病院
済生会松阪総合病院
松阪市民病院

④医師偏在指標（参考値）

223.6 （ただし、患者流出入を加味しない値）

資料：厚生労働省「令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計（調査票情報）」および
厚生労働省「医師偏在指標に係るデータ集」から算出

⑤医師少数区域・多数区域の別

松阪区域の属する南勢志摩医療圏の医師偏在指標は217.8で全国335医療圏のうち111位であり、医師多数区域に属します。

⑥医師確保の方針

- 松阪区域の人口10万人対医師数は県平均を上回ります。
- 医師多数区域であることをふまえ、医師少数区域および医師少数スポットへの医師派遣を行うことを検討していきます。
- 医師多数区域であっても診療科の偏在等が存在することに鑑み、引き続き県全体の施策を通じて適切な医療提供体制の構築を図ります。
- 医師確保対策の推進にあたっては、松阪区域地域医療構想における議論とも整合を図りながら進めていきます。

⑦目標医師数

現状：令和2（2020）年医師数 530人（※）

目標：令和8（2026）年医師数 552562人

（※）令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計の医療施設従事医師数（病院・診療所）

⑧施策

- キャリア形成プログラムに基づく地域枠医師等の派遣調整を通じて、医師少数区域および医師少数スポットへの医師派遣を進めるよう検討していきます。
- 第3章7における、県全体の施策を通じて、引き続き医師の確保を図ります。

⑨医師少数スポット

松阪市（飯南町・飯高町）、大紀町、大台町、多気町を医師少数スポットに設定し、キャリア形成プログラムに基づく地域枠医師等の派遣調整等により、地域偏在の解消に努めます。

(7) 伊勢志摩区域

①区域の概況

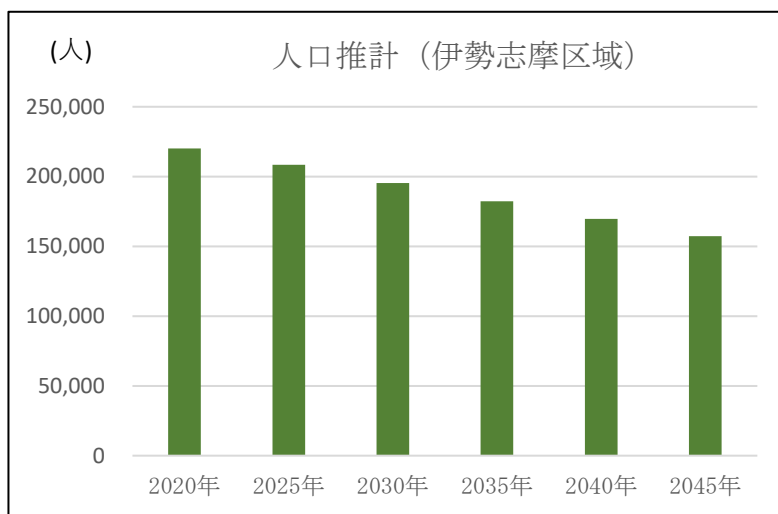
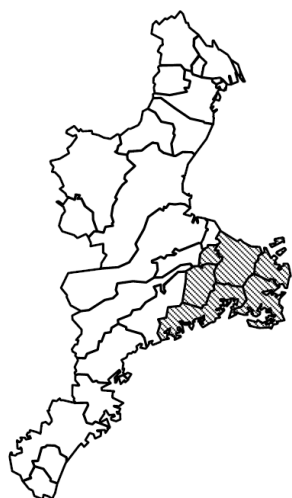
ア 構成市町

伊勢市、鳥羽市、志摩市、玉城町、度会町、南伊勢町

イ 人口推計

- 伊勢志摩区域は、本県の南勢部に位置し、3市3町で構成され、人口約22万人の地域です。
- 令和27(2045)年に向けて、総人口は減少すると推計されます。
(図表 3-10-13)

図表 3-10-13 人口推計

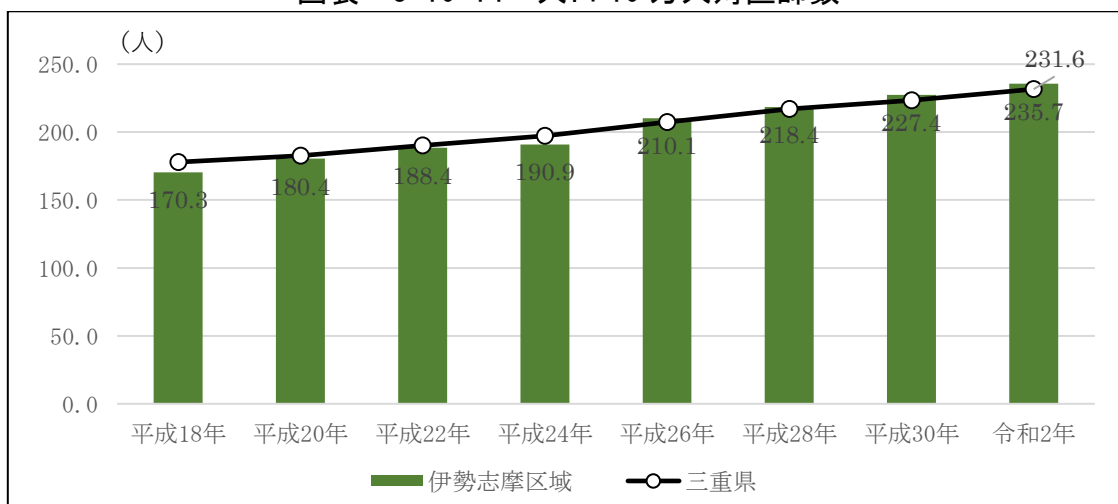


資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」
2020年は三重県「月別人口調査」(令和2年10月1日現在)

②人口10万人対医師数の推移

伊勢志摩区域の人口10万人対医師数は、235.7人(令和2(2020)年12月31日現在)であり、増加傾向にあります。また、県平均の231.6人に比べて4.1人上回っています。(図表 3-10-14)

図表 3-10-14 人口10万人対医師数



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

③基幹型臨床研修病院

伊勢赤十字病院

三重県立志摩病院

④医師偏在指標（参考値）

194.7 （ただし、患者流出入を加味しない値）

資料：厚生労働省「令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計（調査票情報）」および
厚生労働省「医師偏在指標に係るデータ集」から算出

⑤医師少数区域・多数区域の別

伊勢志摩区域の属する南勢志摩医療圏の医師偏在指標は217.8で全国335医療圏のうち111位であり、医師多数区域に属します。

⑥医師確保の方針

- 伊勢志摩区域の人口10万人対医師数は県平均を上回ります。
- 医師多数区域であることをふまえ、医師少数区域および医師少数スポットへの医師派遣を行うことを検討していきます。
- 医師多数区域であっても診療科の偏在等が存在することに鑑み、引き続き県全体の施策を通じて適切な医療提供体制の構築を図ります。
- 医師確保対策の推進にあたっては、伊勢志摩区域地域医療構想における議論とも整合を図りながら進めていきます。

⑦目標医師数

現状：令和2（2020）年医師数 519人（※）

目標：令和8（2026）年医師数 542552人

（※）令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計の医療施設従事医師数（病院・診療所）

⑧施策

- キャリア形成プログラムに基づく地域枠医師等の派遣調整を通じて、医師少数区域および医師少数スポットへの医師派遣を進めるよう検討していきます。
- 第3章7における、県全体の施策を通じて、引き続き医師の確保を図ります。

⑨医師少数スポット

鳥羽市、志摩市、南伊勢町を医師少数スポットに設定し、キャリア形成プログラムに基づく地域枠医師等の派遣調整等により、地域偏在の解消に努めます。

（8）東紀州区域

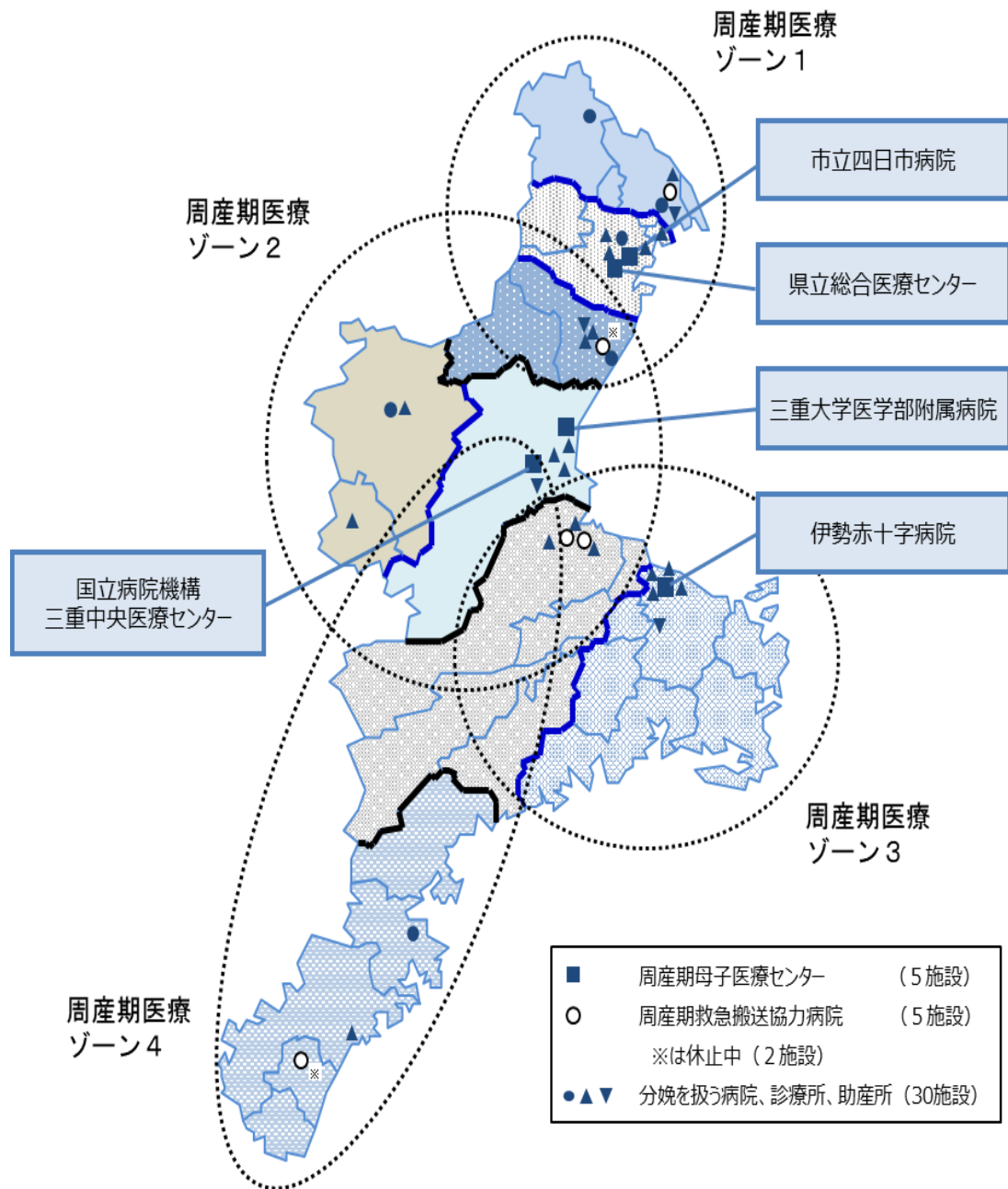
9（4）東紀州医療圏（3341頁）を参照。

第4章 産科・小児科における医師確保計画

1 産科・小児科における医師偏在指標および医師偏在対策の基本的な考え方

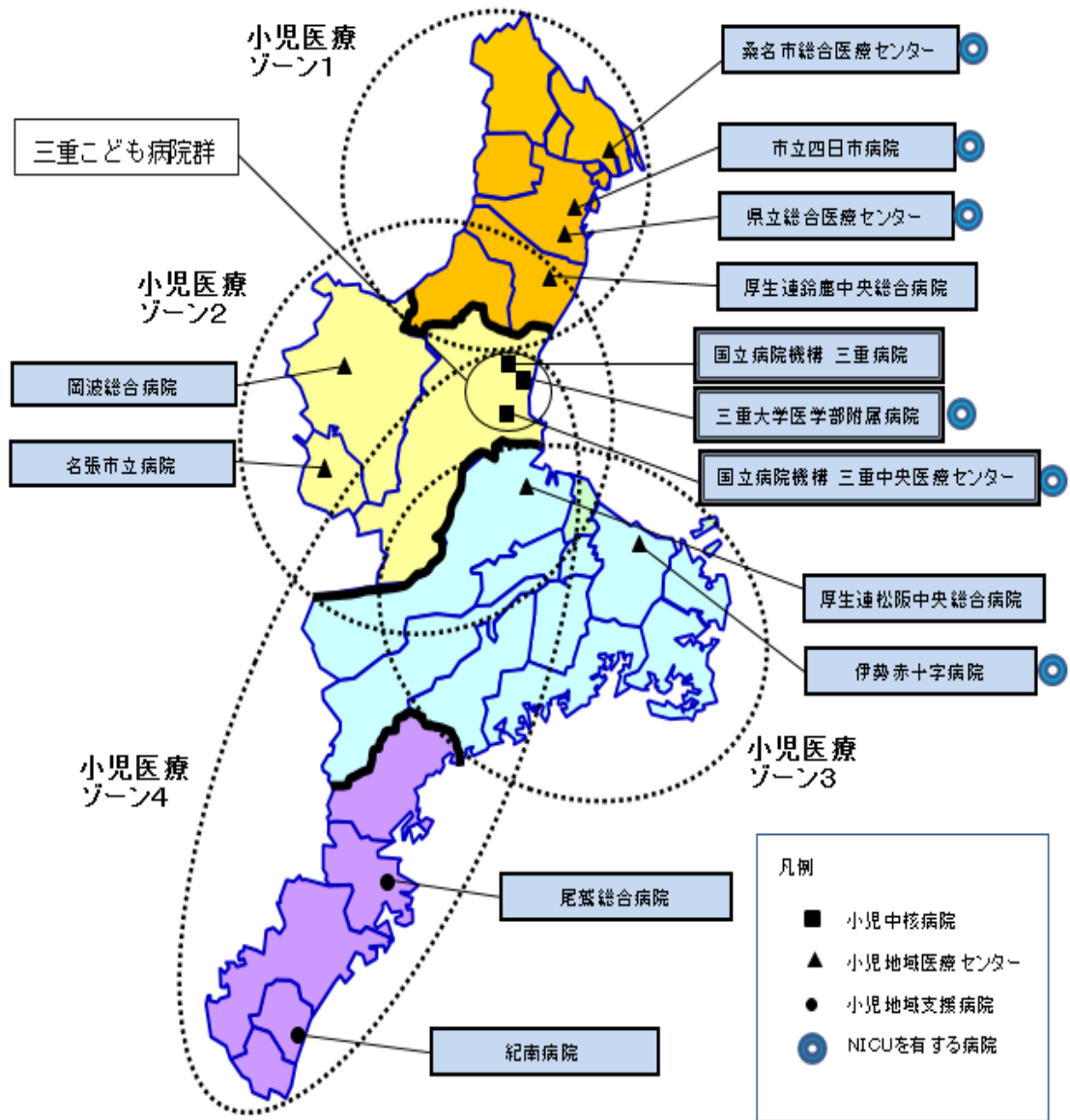
- 産科・小児科については、政策医療の観点、医師の長時間労働となる傾向、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、ガイドラインに基づき、暫定的に産科・小児科における医師偏在指標を示し、産科・小児科における医師確保計画を定めます。ただし、当該指標は暫定的なものであり、診療科間の医師偏在を是正するための指標とはなりません。
- 産科・小児科については、産科医師または小児科医師が相対的に少なくない医療圏においても、その労働環境をふまえれば、医師が不足している状況もみられることから、引き続き産科医師および小児科医師の総数を確保するための施策を行います。
- 産科・小児科における医師確保計画においては、周産期医療の提供体制に係る圏域を「周産期医療圏」、小児医療の提供体制に係る圏域を「小児医療圏」と呼称します。
- 本県においては、「第8次三重県医療計画」において、二次医療圏を越えたゾーン体制を設定しており、これに基づく計画を策定することとします。(図表 4-1-1～4-1-2)

図表 4-1-1 周産期医療圏



資料：三重県「第8次三重県医療計画」

図表 4-1-2 小児医療圏



資料：三重県「第8次三重県医療計画」

2 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

ア 考え方

- ガイドラインに基づき、次の考え方で算定されます。
- 医療需要については、「里帰り出産」等の妊婦の流出入の実態をふまえた「医療施設調査」における「分娩数」を用いています。
- 患者の流出入については、妊婦の場合「里帰り出産」等の医療提供体制とは直接関係しない流出入がありますが、現時点で妊婦の所在地と分娩が実際に行われた医療機関の所在地の両方を把握できる調査はありません。このため、医療需要として、分娩が実際に行われた医療機関の所在地が把握可能な、「医療施設調査」における「分娩数」を用いています。
- 医師供給については、「医師・歯科医師・薬剤師統計」における「過去2年以内に分娩の取扱いあり」と回答した医師のうち、日常的に分娩を取り扱っていると考えられる産婦人科・産科・婦人科を主たる診療科と回答した医師数（分娩取扱医師数）を用いています。また、算定方法を変更したことから、指標の名称を「産科医師偏在指標」から「分娩取扱医師偏在指標」に変更しています。
- 医師の性別・年齢別分布については、医師全体の性・年齢階級別労働時間を用いて調整します。
- 医師偏在指標については、厚生労働省において、都道府県ごと、周産期医療圏ごとに算定されます。本県については、「第8次三重県医療計画」においてゾーンディフェンス（エリアを分担して守る）体制としているため、ゾーンの範囲が不明確で、地域が一部重複すること等から、算定は困難であり、厚生労働省において、二次医療圏単位で算定されています。

イ 産科における医師偏在指標の算出式

図表 4-2-1 産科分娩取扱医師偏在指標

$$\text{分娩取扱医師偏在指標} = \frac{\text{標準化分娩取扱医師数 (※)}}{\text{分娩件数} \div 1000 \text{ 件}}$$
$$\text{(※)標準化分娩取扱医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

資料:厚生労働省「医師確保計画策定ガイドライン」

(2) 小児科における医師偏在指標

ア 考え方

- ガイドラインに基づき、次の考え方で算定されます。
- 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ふまえ、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我们用います。
- 患者の流出入については、既存の調査の結果により把握可能な小児患者の流出入をふまえ、調整を行います。
- 医師供給については、「医師・歯科医師・薬剤師統計」における「小児科医師

数」を用います。

- 医師偏在指標については、厚生労働省において、都道府県ごと、小児医療圏ごとに算定されます。本県については、「第8次三重県医療計画」においてゾーンディフェンス（エリアを分担して守る）体制としているため、ゾーンの範囲が不明確で、地域が一部重複すること等から、算定は困難であり、厚生労働省において、二次医療圏単位で算定されています。

イ 小児科における医師偏在指標の算出式

図表 4-2-2 小児科医師偏在指標

$\text{小児科医師偏在指標} = \frac{\text{標準化小児科医師数} (\ast 1)}{\frac{\text{地域の年少人口}}{10 \text{ 万}} \times \text{地域の標準化受療率比} (\ast 2)}$
$(\ast 1) \text{標準化小児科医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数}^{\ast 7} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$
$(\ast 2) \text{地域の標準化受療率比} = \frac{\text{地域の期待受療率} (\ast 3)}{\text{全国の期待受療率}}$
$(\ast 3) \text{地域の期待受療率} = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別調整受療率} (\ast 4) \times \text{地域の性年齢階級別年少人口})}{\text{地域の年少人口}}$
$(\ast 4) \text{全国の性年齢階級別調整受療率} = \text{無床診療所医療医師需要度} (\ast 5) \times \text{全国の無床診療所受療率} + \text{全国の入院受療率}$
$(\ast 5) \text{無床診療所医療医師需要度} = \frac{\frac{\text{マクロ需給推計における外来医師需要}^{\ast 8}}{\text{全国の無床診療所外来患者数} (\ast 6)}}{\frac{\text{マクロ需給推計における入院医師需要}^{\ast 9}}{\text{全国の入院患者数}}}$
$(\ast 6) \text{全国の無床診療所外来患者数} = \text{全国の外来患者数} \times \frac{\text{初診・再診・在宅医療算定回数} [\text{無床診療所}]}{\text{初診・再診・在宅医療算定回数} [\text{有床診療所・無床診療所}]}$

資料：厚生労働省「医師確保計画策定ガイドライン」

3 相対的医師少数都道府県・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、周産期医療圏また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%に該当する都道府県を相対的医師少数都道府県、下位 33.3%に該当する周産期医療圏または小児医療圏を相対的医師少数区域として設定します。(図表 4-3-1~4-3-4)
- 相対的な医師の多寡を表す分類であることを理解しやすくするため、呼称を「相対的医師少数都道府県」および「相対的医師少数区域」とします。
- 産科医師または小児科医師が相対的に少なくない医療圏においても、産科医師および小児科医師が不足している状況もみられることに加え、これまでに医療圏を越えた地域間の連携が進められてきた状況に鑑み、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定しません。
- 相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域を設定するための基準(下位一定割合)は、医師全体の医師偏在指標と同様に、下位 33.3%です。
- なお、相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域については、画一的に医師の確保を図るべき医療圏と考えるのではなく、当該医療圏内において産科医師または小児科医師が少ないことをふまえ、周産期医療または小児医療の提供体制の整備について特に配慮が必要な医療圏として考えるものとします。

図表 4-3-1 産科における医師偏在指標（周産期医療圏）

区 域	分娩取扱 医師偏在指標	相対的 医師少数都道府県	全国順位 (47 都道府県)
全 国	10.6	—	—
三重県	10.8	—	15

二次医療圏	周産期医療圏(※)	分娩取扱 医師偏在指標	相対的 医師少数区域	全国順位 (278 周産期医療圏)
北勢	ゾーン1	8.9	—	145
中勢伊賀	ゾーン2	15.6	—	31
南勢志摩	ゾーン3	9.0	—	142
東紀州	ゾーン4	10.3	—	102

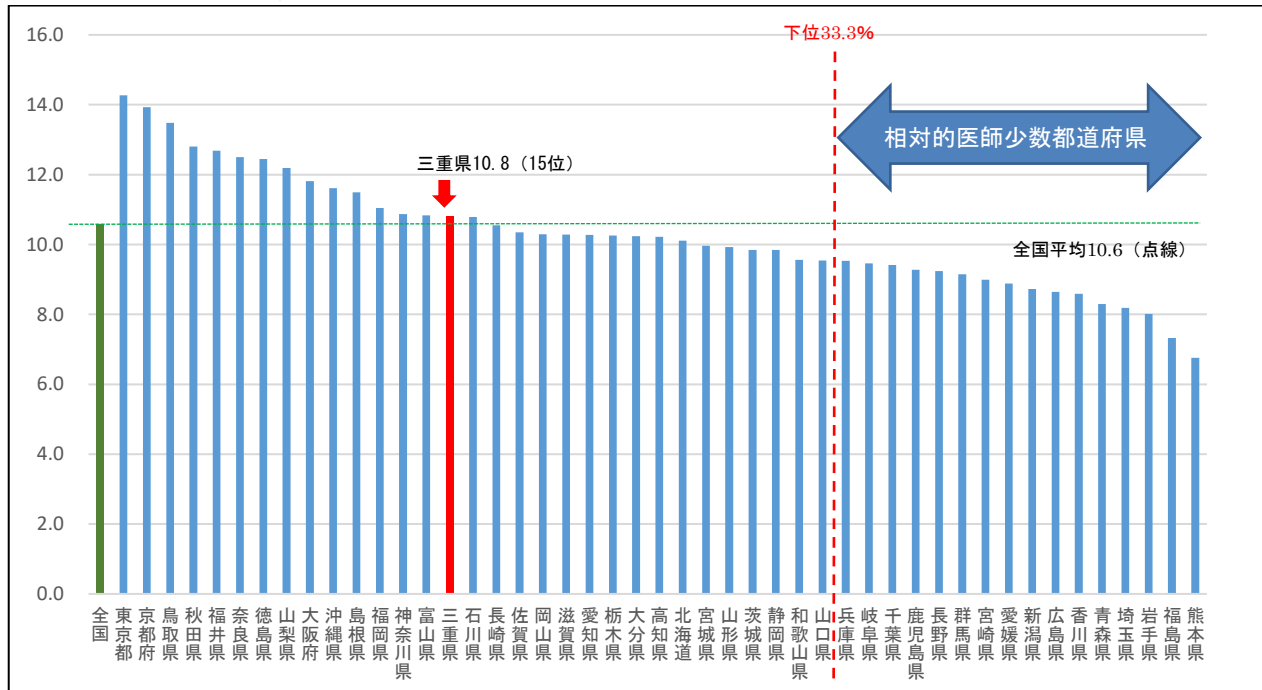
(※) 二次医療圏に対応するゾーンを記載

(参考) 都道府県 : 32位～ 47位 相対的医師少数都道府県

周産期医療圏 : 186位～278位 相対的医師少数区域

資料：厚生労働省「[産科分娩取扱医師偏在指標に係るデータ集](#)」

図表 4-3-2 産科における医師偏在指標（都道府県）



資料：厚生労働省「[産科分娩取扱医師偏在指標に係るデータ集](#)」

図表 4-3-3 小児科における医師偏在指標（小児医療圏）

区 域	小児科 医師偏在指標	相対的 医師少数都道府県	全国順位 (47 都道府県)
全 国	115.1	—	—
三重県	107.9	○	34

二次医療圏	小児医療圏（※）	小児科 医師偏在指標	相対的 医師少数区域	全国順位 (307 小児医療圏)
北勢	ゾーン1	85.1	○	231
中勢伊賀	ゾーン2	142.8	—	36
南勢志摩	ゾーン3	107.4	—	149
東紀州	ゾーン4	110.9	—	129

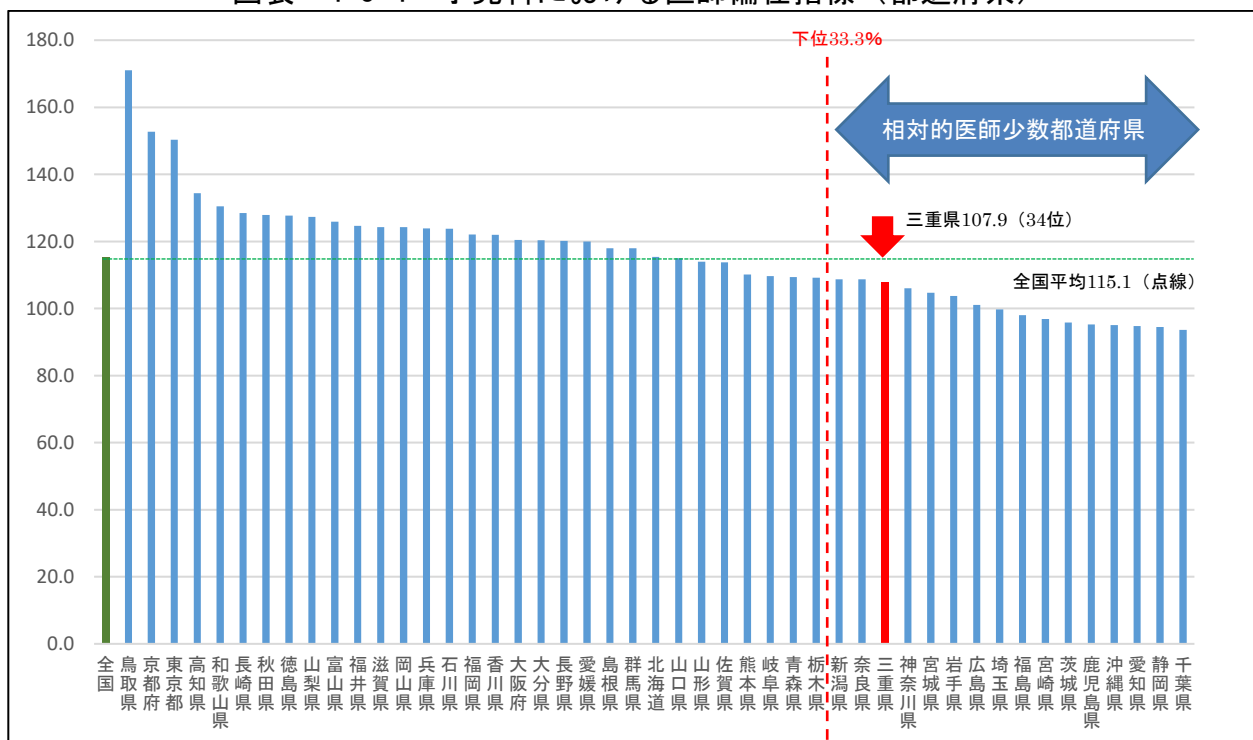
（※）二次医療圏に対応するゾーンを記載

（参考）都道府県 : 32位～ 47位 相対的医師少数都道府県

小児医療圏 : 206位～307位 相対的医師少数区域

資料：厚生労働省「小児科医師偏在指標に係るデータ集」

図表 4-3-4 小児科における医師偏在指標（都道府県）



資料：厚生労働省「小児科医師偏在指標に係るデータ集」

4 産科・小児科における医師確保計画

(1) 産科・小児科における医師確保計画の考え方

- 産科・小児科の医師確保計画については、産科・小児科のそれぞれについて都道府県ごと、周産期医療圏および小児医療圏ごとに定めます。
- 産科・小児科の医師偏在指標の値を全国一律に比較した上で相対的医師少数区域を設定することで医師の偏在の状況を把握します。さらに、医療圏ごとに、産科・小児科における医師偏在指標の大小等をふまえ方針を定めます。
- 産科・小児科における医師確保計画は、3年ごとに見直すこととし、見直しにあたっては産科・小児科における医師確保の方針と施策の妥当性等を検討し、課題を抽出した上で次回の産科・小児科における医師確保計画を作成します。
- 産科・小児科における医師確保計画を策定する際は、周産期医療および小児医療に係る課題に対する対応について、適切に産科・小児科における医師確保計画へ反映することができるよう、三重県地域医療対策協議会での協議とともに、三重県医療審議会周産期医療部会および三重県小児医療部会において協議を行います。

(2) 産科・小児科における医師確保の方針

ア 相対的医師少数区域等

- 産科医師または小児科医師が相対的に少なくない医療圏においても、その労働環境に鑑みれば、産科医師または小児科医師が不足している状況もみられることから、相対的医師少数区域においては、相対的医師少数区域以外からの医師派遣のみにより産科・小児科医師の地域偏在の解消をめざすことは適当ではないと考えられます。また、産科・小児科においては、医療圏を越えた連携等を行ってきたことから、外来医療と入院医療の機能分化・連携に留意しつつ、医療圏を越えた連携によって、産科・小児科医師の地域偏在の解消を図ります。
- 上記の対応に加え、医師を確保することによって医師の地域偏在の解消を図ることとします。具体的な短期的施策としては、キャリア形成プログラムに基づく地域枠医師等の派遣調整や専攻医の確保を行います。この際、医師の勤務環境やキャリアパスについて配慮を行います。

イ 相対的医師少数区域等以外

産科医師または小児科医師が相対的に少なくない医療圏においても、その労働環境に鑑みれば、産科医師または小児科医師が不足している状況もみられることから、当該医療圏における医療提供体制の状況に鑑みた上で、医師の確保を図ります。

ウ その他個別に検討すべき事項

- 患者の重症度、新生児医療について
 - ・ 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、特定機能病院等は、より高度または専門的な医療の提供を担っており、そのような医療機関が存在する医療圏は、産科・小児科における医師偏在指標による医師数よりも、実際には多くの医師が必要となることが想定されます。
 - ・ 新生児に対して高度・専門的な医療を提供する体制については、地域の実情に応じて重点化・機能分化が進められているため、これらをふまえた検討を行います。

エ 将来推計について

周産期医療・小児医療ともに、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が必要です。医師確保計画の計画終了時点である、令和8（2026）年の医療需要の推計も参考としながら産科・小児科における医師偏在対策を講じることとします。

①産科

産科については、現時点で医療圏ごとの分娩数の将来推計がないため、代替指標として、医療圏ごとの分娩数の将来推計と現時点の0－4歳人口との比を用いて、令和8（2026）年における医療圏ごとの分娩数の推計を行います。

②小児科

小児科については、医療圏ごとの将来人口推計から、令和8（2026）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上で、医療圏ごとの医療需要の推計を行います。

（3）産科・小児科における偏在対策基準医師数

- 産科・小児科における医師偏在指標が、計画終了時点で相対的医師少数都道府県・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を産科・小児科における偏在対策基準医師数として示します。（図表4-4-1～4-4-2）
- 産科・小児科における偏在対策基準医師数は、医療需要に応じて、厚生労働省において機械的に算出される数値であるため、目標医師数（確保すべき医師数の目標）とはしません。

図表 4-4-1 産科における医師確保の方針

○三重県

都道府県	産科分娩取扱 医師数 (人)	産科分娩取扱 医師 偏在指標	相対的 医師少数 都道府県	医師確保の方針
三重県	137	10.8	—	・ゾーン体制による連携 ・医師の増加を図る

・三重県の令和8（2026）年偏在対策基準医師数（下位33.3%値） 102人

○周産期医療圏

二次 医療圏	周産期 医療圏 (※)	産科分娩取扱 医師数 (人)	産科分娩取扱 医師 偏在指標	相対的 医師少数 区域	医師確保の方針
北勢	ゾーン1	52	8.9	—	・ゾーン体制による連携 ・医師の増加を図る
中勢 伊賀	ゾーン2	54	15.6	—	・ゾーン体制による連携 ・医師の増加を図る
南勢 志摩	ゾーン3	30	9.0	—	・ゾーン体制による連携 ・医師の増加を図る
東紀州	ゾーン4	2	10.3	—	・ゾーン体制による連携 ・医師の増加を図る

(※) 二次医療圏に対応するゾーンを記載

・二次医療圏の令和8（2026）年偏在対策基準医師数（下位33.3%値）

北勢 39人、中勢伊賀23人、南勢志摩20人、東紀州1人

資料：厚生労働省「産科における医師偏在指標偏在対策基準医師数に係るデータ集」

図表 4-4-2 小児科における医師確保の方針

○三重県

都道府県	小児科 医師数 (人)	小児科 医師偏在指標	相対的 医師少数 都道府県	医師確保の方針
三重県	233	107.8	○	・ゾーン体制による連携 ・医師の増加を図る

・三重県の令和8（2026）年偏在対策基準医師数（下位33.3%値） 208人

○小児医療圏

二次 医療圏	小児 医療圏 (※)	小児科 医師数 (人)	小児科 医師偏在指標	相対的 医師少数 区域	医師確保の方針
北勢	ゾーン1	84	85.1	○	・ゾーン体制による連携 ・特に配慮が必要な区域として 医師の増加を図る
中勢 伊賀	ゾーン2	99	142.8	—	・ゾーン体制による連携 ・医師の増加を図る
南勢 志摩	ゾーン3	46	107.4	—	・ゾーン体制による連携 ・医師の増加を図る
東紀州	ゾーン4	4	110.9	—	・ゾーン体制による連携 ・医師の増加を図る

(※) 二次医療圏に対応するゾーンを記載

・二次医療圏の令和8（2026）年偏在対策基準医師数（下位33.3%値）

北勢80人、中勢伊賀60人、南勢志摩33人、東紀州3人

資料：厚生労働省「小児科医師偏在指標偏在対策基準医師数に係るデータ集」

(4) 産科・小児科における施策

ア 基本的な考え方

- 産科医師または小児科医師が相対的に少なくない医療圏においても、その労働環境に鑑みれば、産科医師または小児科医師が不足している状況もみられることや、産科・小児科における医師確保の方針をふまえて、産科・小児科における医師確保のための施策を定めます。
- 具体的には、二次医療圏を越えたゾーン体制による医療の提供体制をふまえた産科医師・小児科医師を増やすための施策等を県全体で取り組みます。

イ 施策の内容

① 産科・小児科における医師の派遣調整等

- 関係機関と連携し、産科・小児科における地域枠医師等のキャリア形成プログラムに基づく派遣調整等を通じて、医師確保の方針をふまえた地域の医師確保を図ります。

- 地域卒医師等の派遣先医療機関の選定にあたっては、当該医療機関の医療需要や、医師のキャリア形成に配慮しつつ、三重県地域医療対策協議会および同医師派遣検討部会において協議します。
- ② **専攻医等の確保**
医学生や臨床研修医に対して、専攻医の確保に必要な情報提供を行います。
- ③ **キャリア形成プログラム**
三重県地域医療支援センターにおいて、産科および小児科のキャリア形成プログラムを策定し、医師修学資金を貸与した地域卒医師等が、卒業後、地域貢献と専門的な技術・知識を獲得し適切な臨床経験を積むことの両立ができるようキャリア形成のための支援を行います。
- ④ **三重県医師修学資金貸与制度**
三重県医師修学資金貸与制度の運用を通じて、将来県内医療機関で勤務する産婦人科医や小児科医など、専門医の育成・確保を図ります。
- ⑤ **地域医療介護総合確保基金の活用**
 - **産科医等確保支援事業**
分娩施設の開設者が、産科医等に分娩手当等を支給する事業に対して補助を行い、処遇改善を通じて産科医療機関および産科医等の確保を図ります。
 - **産科医等育成支援事業**
分娩施設の開設者が、臨床研修修了後の専門的な研修において、産科を選択する医師に研修医手当等を支給する事業に対して補助を行うことで、将来の産科医療を担う医師の育成を図ります。
 - **新生児医療担当医確保支援事業**
医療機関におけるNICU（診療報酬の対象となるものに限る。）において、新生児医療に従事する医師に手当を支給する事業に対して補助を行うことにより、新生児医療担当医の処遇改善を図ります。
 - **小児科医確保事業補助金**
小児救急輪番制等に参加する病院に対し、当番日に小児科医が当直した場合に要する経費について補助を行い、小児科医の確保を図ります。
 - **小児救急医療支援事業**
病院群輪番制病院が非常勤の小児科医を雇用した場合等に必要な経費について補助を行い、小児科の救急医療体制を支援します。
 - **小児救急地域医師研修事業**
小児救急医療研修の実施に要する経費について補助を行い、小児科の救急医療体制を支援します。
 - **産科・小児科専門医確保対策事業**
医学生に産婦人科や小児科の魅力伝えるセミナーや、臨床研修医に対する専門研修プログラムの説明会を実施するなど、将来における産科・小児科の専門医の確保を図ります。

第5章 医師確保計画の効果の測定・評価

- 医師確保計画の効果については、計画終了年度において、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・評価を行います。
- 医師確保計画の効果測定・評価の結果については、三重県地域医療対策協議会において協議を行い、次期医師確保計画の策定・見直しに反映させます。
- また、計画終了時に、地域枠医師等の定着率および派遣先を把握し、義務履行率、定着率の改善がみられるか否か、医師少数区域等の勤務状況等について把握を行います。
- 医師確保計画の効果の測定・評価結果をふまえ、県、二次医療圏、構想区域ごとに医師確保の状況等について比較を行い、課題を抽出し、取組の見直しを行います。

用語解説

用 語

か

キャリア形成卒前支援プラン

三重県医師修学資金の貸与を受けた地域枠等の学生等に対して、地域医療や将来の職業選択に対する意識の涵養を図り、対象学生が学生の期間を通じて、地域医療に貢献するキャリアを描けるように支援することを目的として策定するプランです。

キャリア形成プログラム

医師不足や医師の地域偏在の解消と、専門医の取得といった医師の能力開発・向上の両立を図るため、医学部卒業後9年間のキャリア形成を定めたもので、診療科や就業先となる医療機関別に様々なコースを示したものです。

キャリアサポート制度

自治医科大学を卒業し義務年限を終了した医師などを県職員として採用し、過疎三法の指定区域内にある公立病院やへき地診療所などに派遣する制度です。(平成17(2005)～平成21(2009)年度までは、ドクタープール制度といました。)

さ

自治医科大学義務年限

自治医科大学の卒業生が医師免許を取得後、県が指定するへき地医療機関等に義務的に勤務する期間のことで、在学年数の1.5倍の期間とされています。

「女性が働きやすい医療機関」
認証制度

女性の医療従事者が働きやすい職場環境づくりの促進を図るため、平成27(2015)年度に全国で初めて三重県が創設した認証制度をいいます。妊娠時・子育て時の当直免除、短時間勤務に係る制度整備や保育施設の整備など、勤務環境の改善に積極的に取り組んでいる医療機関を県が認証します。

専攻医

専門医制度において、専門研修プログラムに登録し、専門医の取得に向けて研修中の医師をいいます。

専門医制度

各学会が専門医を認定する従来の制度に替わり、一般社団法人日本専門医機構が認定した専門研修プログラムによって専門医を認定する新たな制度として、平成30(2018)年4月から実施されました。専門医として認定されるには、3～5年程度の専門研修プログラムを終了し、試験に合格する必要があります。

総合診療医

日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等について、適切な初期対応と必要に応じた継続的な診療を全人的に提供するとともに、地域のニーズをふまえた疾病の予防、介護、看とりなど保健・医療・介護・福祉活動に取り組み、人びとの命と健康に関わる幅広い問題について適切に対応できる医師をいいます。

た

地域医療枠

本県出身者を対象として、県内の地域医療に貢献する意志のある三重大学医学部医学科の一般入学卒をいいます。（平成 22（2010）年度～29（2017）年度入学者までは出身都道府県を問いませんでした。）

地域枠 A・B

本県出身者を対象として、県内の地域医療に貢献する意志のある三重大学医学部医学科の推薦入学卒をいいます。なお、地域枠 B は、県内の医師不足地域の出身者を対象としています。

は

バディ・ホスピタル・システム

本県における都市部の医療機関から医師不足地域の医療機関に医師を派遣する制度をいいます。

へき地医療支援機構

国の「第 9 次へき地保健医療計画」に基づき各県に設置することが求められている機関で、本県では平成 15（2003）年度より、「三重県へき地医療支援機構」を県庁内に設置し、専任担当官（へき地での勤務経験を有する医師）を配置してへき地医療対策の各種事業を円滑かつ効果的に実施しています。

ま

マッチング

臨床研修を受けようとする者（医学生等）の研修希望と、臨床研修を行う病院（研修病院）側の希望をふまえて、組み合わせを決定することをいいます。

三重県医師修学資金貸与制度

県内の地域医療を支える若手医師の育成・確保を目的として、医学生を対象に修学資金を貸与する制度です。卒後にキャリア形成プログラムに基づき県内の指定する医療機関に勤務することで返還免除となります。

三重県医療勤務環境改善支援センター

「医療法」に基づき、医療従事者の勤務環境改善に係る拠点機能の確保を目的として、都道府県が設置に努めなければならないとされた組織をいいます。本県では、平成 26 (2014) 年 8 月に全国で 3 番目に設置しました。

三重県専門研修医研修資金貸与制度

指定専門研修（三重大学や県内中核病院などが作成した専門研修プログラムのうち、知事が指定した研修プログラム）を受けている卒後おおむね 10 年以内の医師を対象に、県内の地域医療を支える勤務医や指導医の育成および確保を目的として研修資金を貸与する制度をいいます。研修修了後、貸与期間の 1.5 倍の期間を県内の救急告示病院等に勤務することで返還免除となります。

三重県地域医療研修センター (METCH)

医学生・研修医に対して、地域医療に関する実践的な研修を提供し、将来的に地域医療を担う医師を育成するため、平成 21 (2009) 年 4 月に三重県が紀南病院内に開設した研修センターです。

※METCH: Mie Education and Training Center for Community Health の略。

三重県地域医療支援センター

平成 24 (2012) 年 5 月、県内の医師の地域偏在の解消等を目的に、県庁内に設置し、あわせて分室を三重大学内に設置しました。県内の医療機関や医師会、市町、三重大学等と連携して、若手医師のキャリア形成支援と医師不足病院における医師確保支援を一体的に行う仕組みづくり等の取組を進めています。

三重県臨床研修医研修資金貸与制度

県内の病院に勤務する臨床研修医を対象に、県内の地域医療を支える若手医師の育成・確保を目的として研修資金を貸与する制度をいいます。研修修了後、3 年間は県内の救急告示病院等に勤務することで返還免除となります。

ら
臨床研修

診療に従事しようとする医師は、医師免許取得後、医師法に基づく 2 年以上の臨床研修を受けなければならないとする制度で、平成 16 (2004) 年 4 月から必修化されました。

臨床研修病院

診療に従事しようとする医師が、医師免許取得後受けることとなる臨床研修において、基本的な診療能力を身につけるための研修を提供することができる、厚生労働省の指定を受けた病院です。

M

MMC 卒後臨床研修センター

臨床研修医や指導医、臨床研修病院等を対象として、臨床研修を円滑に行うための事業を実施することを目的に、県内の関係医療機関が共同で設立したNPO法人です。

※MMC : Mie Medical Complex の略。

MMCプログラム

県内の臨床研修病院における、それぞれの特徴を活かした臨床研修プログラムのことをいいます。すべての臨床研修病院は、互いに連携しており、臨床研修医は自由選択の期間に約200科の研修枠からMMCプログラムによる研修を受けることができます。

三重県医師確保計画

発行 令和6(2024)年3月

三重県医療保健部医療人材課

〒514-8570 三重県津市広明町13

電話 059-224-2326