

医師確保計画策定ガイドライン ～第8次（後期）～

令和8年6月

〔目次〕

1. 序文

- 1－1. 医師確保計画を通じた医師偏在対策の必要性和方向性
- 1－2. 医師確保計画の全体像
- 1－3. 医師確保計画の策定に当たっての留意事項
- 1－4. 医師確保計画の策定スケジュール
- 1－5. 医師確保計画の策定手続のイメージ
- 1－6. 医師確保計画における記載事項

2. 医師確保計画の策定を行う体制等の整備

3. 医師偏在指標

- 3－1. 現在時点の医師偏在指標
- 3－2. 将来時点の医師偏在指標

4. 医師少数区域・医師多数区域の設定

- 4－1. 医師少数区域・医師多数区域の設定についての考え方
- 4－2. 医師少数スポット

5. 医師確保計画

- 5－1. 計画に基づく対策の必要性
- 5－2. 医師確保の方針
 - 5－2－1. 方針の考え方
 - 5－2－2. 医師確保の方針の具体的な内容
 - 5－2－3. 診療科偏在に配慮した医師の確保の方針
 - 5－2－4. 留意事項
 - 5－2－5. 具体的な事例
- 5－3. 目標医師数
 - 5－3－1. 目標医師数
 - 5－3－2. 将来時点における必要医師数
 - 5－3－3. 留意事項
- 5－4. 目標医師数を達成するための施策
 - 5－4－1. 施策の考え方
 - 5－4－2. 医師の派遣調整

- 5－4－3．キャリア形成プログラム
- 5－4－4．医師の働き方改革を踏まえた医師確保対策と連携した勤務環境改善支援及び子育て医師等支援
- 5－4－5．地域医療介護総合確保基金の活用
- 5－4－6．医師偏在是正に向けた広域マッチング事業
- 5－4－7．医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件
- 5－4－8．その他の施策
- 5－5．医師偏在是正プランの策定
 - 5－5－1．重点医師偏在対策支援区域の考え方
 - 5－5－2．支援対象医療機関の考え方
 - 5－5－3．区域における必要な医師数
 - 5－5－4．区域における医師偏在対策を推進するための施策
- 6．医師の養成過程を通じた取組
 - 6－1．医学部定員における地域枠等の取組
 - 6－1－1．地域枠等の取組と地域枠
 - 6－1－2．今後の進め方
 - 6－1－3．地域枠の選抜方式等について
 - 6－2．臨床研修における取組
 - 6－3．専門研修における取組
 - 6－4．必要な診療科の医師の育成・確保に関する取組
 - 6－4－1．地域で必要な診療を担う医師の育成・確保
 - 6－4－2．必要な診療科の医師の確保に資する医師の働き方改革の推進
- 7．産科・小児科における医師確保計画
 - 7－1．産科・小児科における医師偏在指標及び医師偏在対策の基本的な考え方
 - 7－2．産科・小児科における医師偏在指標の設計
 - 7－2－1．産科における医師偏在指標の設計
 - 7－2－2．小児科における医師偏在指標の設計
 - 7－2－3．指標の作成手続
 - 7－3．相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域の設定
 - 7－4．産科・小児科における医師確保計画の策定
 - 7－4－1．産科・小児科における医師確保計画の考え方
 - 7－4－2．産科・小児科における医師確保の方針
 - 7－4－3．産科・小児科における偏在対策基準医師数
 - 7－4－4．産科・小児科における偏在対策基準医師数を踏まえた施策

8. 医師確保計画の効果の測定・評価

1. 序文

1－1. 医師確保計画を通じた医師偏在対策の必要性と方向性

- 医師の偏在は、地域間、診療科間のそれぞれにおいて、長きにわたり課題として認識されながら、現時点においても解消が図られていない。平成 20 年度（2008 年度）以降、地域枠を中心とした全国的な医師数の増加等を行ってきたが、医師偏在対策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。
- このため、「医療法及び医師法の一部を改正する法律（平成 30 年法律第 79 号。以下「平成 30 年改正法」という。）」に基づき、全国ベースで三次医療圏ごと及び二次医療圏ごとの医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価した指標（以下「医師偏在指標」という。）が算定され、都道府県において、2019 年度中に医療計画の中に新たに「医師確保計画」として三次医療圏間及び二次医療圏間の偏在是正による医師確保対策等を定め、2020 年度から当該計画に基づく取組が行われている。
- これまで、こうした取組が行われてきたところであるが、地域ごとに人口構造が急激に変化する中で、将来にわたり地域で必要な医療提供体制を確保し、適切な医療サービスを提供するため、①医師確保計画に基づく取組を進めつつ、経済的インセンティブ、地域の医療機関の支え合いの仕組み、医師養成過程を通じた取組等を組み合わせた総合的な対策を実施する、②医師の価値観の変化やキャリアパス等を踏まえ、医師の勤務・生活環境、柔軟な働き方等に配慮しながら、中堅・シニア世代を含む全ての世代の医師にアプローチする、③医師偏在指標だけでなく、可住地面積あたり医師数、アクセス等の地域の実情を踏まえ、支援が必要な地域を明確にした上で、従来のへき地対策を超えた取組を実施する、という基本的な考え方に基づき、実効性のある総合的な医師偏在対策を推進するため、厚生労働省において、2024 年 12 月 25 日に医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（以下「総合パッケージ」という。）を策定した。
- 総合パッケージに基づく医師偏在対策を推進するため、総合パッケージの内容を踏まえた「医療法等の一部を改正する法律（令和 7 年法律第 87 号。以下「令和 7 年改正法」という。）」が 2025 年 12 月に成立し、令和 7 年改正法に基づき、都道府県が医療計画において「重点的に医師を確保すべき区域（以下「重点医師偏在対策支援区域」という。）」を定めることができることとなった。また、都道府県においては、本ガイドラインで示す考え方等を参考として、医師確保計画において、重点医師偏在対策支

援区域を対象とした「医師偏在是正プラン」を策定することとしている。

- また、医師確保計画の見直しが必要と考えられる事項を中心に、2025 年夏以降、「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」及び「医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会」において議論を行い、2026 年 3 月に両検討会でとりまとめが行われた。このとりまとめの内容を踏まえ、今般、医師確保計画策定ガイドラインの見直しを行う。
- 医師確保計画は、3 年ごとに実施・達成を積み重ね、その結果、2036 年までに医師偏在是正を達成すること¹を長期的な目標としている。都道府県は、本ガイドラインで示す医師確保計画の考え方等を参考に、地域の実情に応じた実効性ある医師確保計画の策定に努められたい。
- なお、2024 年 4 月より開始された医師に対する時間外・休日労働時間の上限規制を踏まえ、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、各病院又は診療所における医師の働き方改革に関する取組を推進するだけでなく、地域医療構想に関する取組及び医師確保の取組を一体的に推進するための体制整備等の必要性についても留意願いたい。
- また、国においては、医師確保及び医師偏在是正に向けた対策について、制度の適切な運用、都道府県に対する技術的助言、地域医療介護総合確保基金等を通じた財政的支援等の支援策について、引き続き取り組んでいく必要がある。

1－2．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、この医師偏在指標等に基づき、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する。
- 都道府県内の医師少数区域・医師多数区域の状況によって、都道府県内の調整により医師確保を図る必要があるか、他の都道府県からの医師確保も必要となるかが異な

¹ 医師確保計画においては、「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会 第 5 次中間取りまとめ」における、将来の医師需給推計（以下「マクロ需給推計」という。）に基づき、2036 年時点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、医療圏ごとに、医師偏在指標が全国値と等しい値になることを、医師偏在是正の目標とする。

るため、二次医療圏ごとに医師確保の方針について定めたうえで、具体的な目標医師数を設定する。

- 三次医療圏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や医師多数都道府県を設定し、医師確保の方針、目標医師数及び施策を定めることとする。その策定は、医師確保計画等が都道府県による企画の下、都道府県単位で設置された医療審議会や地域医療対策協議会での協議を経て定められるものであることを踏まえ、都道府県単位で行うものとする。
- 目標医師数を達成するために必要な施策についても、具体的に医師確保計画に盛り込む必要がある。都道府県内の大学の状況などにより採るべき施策に地域差が生じることから、地域医療対策協議会においてよく協議されたい。なお、本ガイドラインに記載した具体的方策の例示も参考にされたい。
- 令和7年改正法に基づき、都道府県は厚生労働省が提示する候補区域を参考にして、重点医師偏在対策支援区域を定めることができる。ただし、重点医師偏在対策支援区域については、区域外から医師を確保できないと医療提供体制の維持が困難と考えられるような、真に重点的に医師を確保する必要がある区域に限り、設定することとする。重点医師偏在対策支援区域を設定した場合は、確保すべき医師数の目標、目標を達成するために必要な施策について具体的に盛り込んだ医師偏在是正プランを医師確保計画において策定する。
- なお、医師偏在指標は、エビデンスに基づき、人口10万対医師数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ある。しかしながら、医師偏在指標の算定に当たっては、一定の仮定が必要であり、また、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ない。このため、医師偏在指標の活用にあたっては、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あるという性質を十分に理解した上で、数値を絶対的な基準として取り扱うことや機械的な運用を行うことのないよう十分に留意する必要がある。また、医師偏在指標の活用にあたっては、地域医療構想の推進や医師の働き方改革等も踏まえた一体的な議論が重要であることから、地域の実情に合わせた医療提供体制の維持を十分に考慮すること。
- また、医師全体の医師確保計画とは別に、産科及び小児科に限定した医師確保計画についても定めることとする。

1－3．医師確保計画の策定に当たっての留意事項

(1) 医療計画におけるその他の記載事項との関係

- 令和7年改正法により、地域医療構想については、2040年頃を見据えた医療提供体制を確保するため、病床のみならず、入院・外来・在宅医療、介護との連携を含む将来の医療提供体制全体の構想とするものとされ、都道府県は、地域医療構想に即して、医療計画を定めることとなる。
- 医師確保計画は、医療計画の一部であることから、その策定に当たっては、へき地の医療、周産期医療、小児医療等を含む医療計画との整合性に留意する必要がある。
- 医師確保計画とへき地の医療計画を連動させるため、地域医療支援センターとへき地医療支援機構の統合も視野に、へき地に所在する医療機関への派遣を含めたキャリア形成プログラムの策定など、へき地も含め地域で一体的な医師確保を実施することとする。

(2) 地域医療構想との関係

- 今後、2040年頃にかけて、医療と介護の複合ニーズを抱える高齢者や認知症高齢者の増加と生産年齢人口の減少が一層見込まれ、医療従事者の確保がますます困難となることや、急性期医療の需要の減少、高齢者救急・在宅医療のニーズの増加が進むことが想定されている。こうした地域医療を取り巻く様々な変化に対応し、全ての地域・全ての世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院して、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できるよう、新たな地域医療構想における取組を通じて、医療機関の連携・再編・集約化等を進め、2040年を見据えた効率的かつ効果的な医療提供体制を構築していくこととしている。
- これまで、二次医療圏や構想区域は、一定の医療が完結することを目的に設定しており、現在の構想区域について、必要病床数の議論をするという観点や、医療機関機能の確保を行う単位という観点を踏まえて、構想区域の設定について検討し、必要に応じて見直しを行う事としている。また、医療機関機能の確保の協議を通じて将来の医療提供体制の確保の取組を推進する必要があると、協議において、遅くとも2028年度までに、各医療機関が2040年に向けて担う医療機関機能を決定した上で、都道府県へ報告することとなる。

○ 医師確保計画及び医師偏在是正プランの策定に当たっては、今後策定される新たな地域医療構想を踏まえ、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整合的に行われるよう留意しなければならない。第8次（後期）医師確保計画の策定においては、現行の二次医療圏、構想区域を前提として策定することが考えられるが、新たな地域医療構想の策定に向けて、構想区域の設定の見直しや医療機関機能の確保についての検討を行うことから、医師確保計画の策定においても、これらの現状と課題を踏まえ、構想区域の設定の考え方等と整合性を図るように留意すること。

○ 2030 年度に開始予定の第9次（前期）医師確保計画については、2028 年度に国において医師確保計画策定ガイドラインの見直しを行い、2029 年度に都道府県において医師確保計画を策定することとなる。新たな地域医療構想は、遅くとも 2028 年度までに策定することとされており、第9次（前期）医師確保計画策定ガイドラインの見直し及び医師確保計画の策定については、策定された新たな地域医療構想を踏まえて行うこととする。

（3）医師の働き方改革との関係

○ 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・休日労働時間の上限規制が、2024 年 4 月から適用された。医師の労働時間の短縮のためには、個別の医療機関における取組だけでなく、地域医療提供体制全体として、医師確保の取組を進めることが求められる。このため、「医師の労働時間短縮等に関する指針」（令和 4 年厚生労働省告示第 7 号）等を踏まえ、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ていくことが必要となる。

（4）大学や医師会等との連携

○ 地域における医療提供体制の整備については、大学や医師会、地域の中核病院等との連携が重要であり、都道府県はこれらの関係者と、地域医療対策協議会等の場で合意を得た上で医師確保計画を策定しなければならない。また、策定された医師確保計画に沿って行われる医師確保対策について、大学や医師会、地域の中核病院等は協力して支援を行うことが医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 30 条の 27 に規定されている。また、総合パッケージにおいて、都道府県と大学病院等の間で、医師派遣・配置、医学部地域枠、寄附講座等に関する連携パートナーシップ協定の締結を推進することとしている。

○ 文部科学省の大学病院機能強化推進事業（令和 7 年度補正予算において措置。）において、大学病院に対し、例えば地域ごとに大学や自治体等の関係機関のトップが参

画する協議の場（プラットフォーム）を設け、大学病院と自治体等との連携を深化させるための方策について、意見交換を行い、今後の検討の方向性を示すこととされている。本事業を一つの契機として、恒久定員内への地域枠の設置、地域の医療機関への組織的な医師の輩出・交流等により、都道府県が地域の医師確保を効果的に行うための方策を検討することとする。

- さらに、2026 年 4 月に医療法施行規則が改正され、特定機能病院の承認要件として、「地域における医療の確保のために必要な事項」が追加された。大学病院が特定機能病院 A の承認を受けるためには、「地域への一定の人的協力を行うこと」が必要とされ、大学病院は派遣先医療機関との連携及び調整の下、医師を計画的かつ継続的に派遣することにより、地域における医療提供体制の確保及び充実に図ることが求められる。地域への一定の人的協力を行うにあたっては、都道府県が策定した医師確保計画等との整合性をもって行うことが望ましく、地域の実情に応じて、都道府県は大学病院と連携した地域の医師確保を行うための方策も検討するよう努めることとする。

（５）医師の養成過程を通じた偏在対策との関係

- 医師の養成過程を通じた医師の偏在対策には、医学部臨時定員を含む医学部への地域枠の設置、臨床研修制度及び専門研修制度を通じた対策、総合的な診療能力を有する医師の育成等がある中、現行の医師確保計画策定ガイドラインにおける医師養成過程を通じた取組については、医学部臨時定員を含む医学部への地域枠の設置及び地域枠医師の地域におけるキャリア形成支援が中心となっていた。
- 医師の養成過程に係る制度については、累次の見直しを行ってきているところ、都道府県が制度を効果的に活用することで地域の医師の偏在対策をより充実させることにつながる。このため、都道府県が地域の実情に合わせて効果的に制度を活用できるよう、制度の趣旨等も踏まえて医師の養成過程を通じた医師偏在対策に関する都道府県等の対応の在り方を整理し、医師確保計画の実効性をより向上させることや、より効率的な地域の医師確保を実現することを目的とするものである。

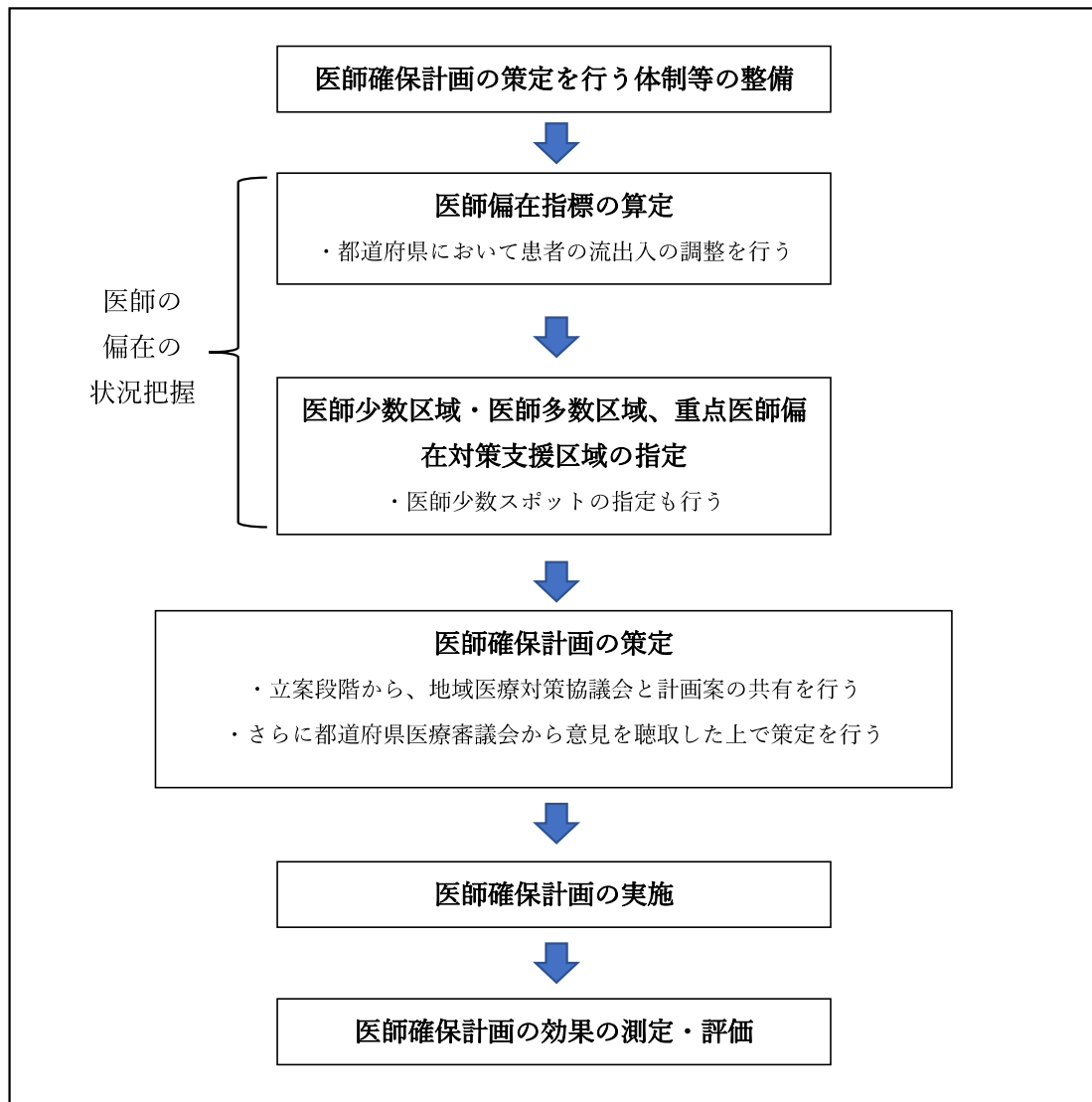
- 具体的には、
 - ・ 医学部定員における地域枠等の取組
 - ・ 臨床研修における取組
 - ・ 専門研修における取組
 - ・ 必要な診療科の医師の育成・確保に関する取組等における具体的な対応を 6. に整理する。

1－4．医師確保計画の策定スケジュール

○ 2027 年度から始まる第 8 次医療計画における第 8 次（後期）医師確保計画の策定スケジュールのイメージは次のとおりである。

時期	
2024 年度	・厚生労働省が総合パッケージを策定
2025 年度	・都道府県が先行的な医師偏在是正プランを策定（重点医師偏在対策支援区域を設定する場合） ・令和 7 年改正法が成立
2026 年 4 月～5 月頃 年度末まで 随時	・厚生労働省が医師偏在指標を算出 ※2026 年の二次医療圏を前提とした医師偏在指標の計算を行い、上位及び下位 33.3%の基準となる閾値を確定 ・都道府県は、医師偏在指標等に基づいて、医師多数区域・医師少数区域の判断を行う ・都道府県が地域医療対策協議会との共有、都道府県医療審議会への意見聴取を経て、医師確保計画を策定・公表 ・厚生労働省が都道府県向けの医師確保計画策定研修会等を随時実施
2027 年度	・都道府県において、第 8 次（後期）医師確保計画に基づく医師偏在対策開始
2028 年度	・遅くとも 2028 年度までに、構想区域の設定、設定した区域の課題の把握等を行い、新たな地域医療構想を策定 ・都道府県における新たな地域医療構想の策定に係る検討状況等を踏まえ、国が第 9 次（前期）医師確保計画策定に向けた、医師確保計画見直しについての指針を作成、公表予定
2029 年度	・都道府県が第 9 次（前期）医師確保計画を策定・公表
2030 年度	・都道府県において、第 9 次（前期）医師確保計画に基づく医師偏在対策開始

1－5．医師確保計画の策定手続のイメージ



1－6．医師確保計画における記載事項

- 医師確保計画には、医療法第30条の4第2項第11号に基づき、次の事項を記載する必要がある。
 - ・ 都道府県、二次医療圏及び重点医師偏在対策支援区域ごとの医師の確保の方針
 - ・ 都道府県、二次医療圏及び重点医師偏在対策支援区域ごとの確保すべき医師の数の目標（目標医師数）
 - ・ 目標医師数を達成するための施策
- ※重点医師偏在対策支援区域については、都道府県が必要と認めた場合に限る。
- 医師確保計画に、地域枠等の設置による長期的な医師確保の施策を記載する場合は、その根拠として、将来時点（2036年）における医師数との関係を記載することが望ましい。
- また、第8次医療計画における第8次（前期）医師確保計画（2024～2026年度）策定時の医師確保計画策定ガイドラインを踏まえ、第8次（後期）医師確保計画（2027～2029年度）には、第8次（前期）医師確保計画に係る評価結果を記載すること。

2. 医師確保計画の策定を行う体制等の整備

- 医師確保計画は医療計画の一部であることから、その策定に当たっては、医師会等の診療又は調剤に関する学識経験者の団体の意見を聴くとともに、都道府県医療審議会²、市町村及び保険者協議会³の意見を聴く必要がある⁴。
- また、医師確保計画の策定段階から地域の医療関係者、保険者及び患者・住民の意見を聴く必要があることから、都道府県においては、パブリックコメントやヒアリング等の手法により、患者・住民の意見を反映する手続をとることが望ましい。なお、医療審議会での協議に先立ち、医師確保計画策定後を見据えて、医療従事者の確保を図るための方策について検討を行う場として都道府県ごとに設置されている地域医療対策協議会の意見を反映することも必要である。
- 現行の医療計画の策定プロセスと同様に、医師確保計画の策定に当たっても、都道府県医療審議会の下に専門部会やワーキンググループ等を設置して集中的に検討することが考えられるが、そのメンバーについては、代表性を考慮するとともに、偏りがないようにすることが必要である。
- 策定された医師確保計画は、遅滞なく厚生労働大臣に提出するとともに、その内容を公示することとする⁵。その際、住民にその内容を周知することが重要であることから、都道府県の広報誌やホームページ等による公表や、プレスリリース等によるマスコミへの周知など、幅広い世代に行き渡るような手段を用いて公表方法を工夫することが必要である。医療法上に位置づけられた医師確保対策は、公表によりその透明性が確保されることを通じて実効性が高まるものであることから、その趣旨を踏まえ積極的な公表を行っていただくとともに、住民も含めた地域全体での医療提供体制の在り方に関する議論を行っていただきたい。

² 都道府県医療審議会（医療法第 72 条）

都道府県知事の諮問に応じ、当該都道府県における医療を提供する体制の確保に関する重要事項を調査審議するため都道府県に置かれる審議会

³ 保険者協議会（高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）第 157 条の 2 第 1 項

医療保険の加入者の高齢期における健康の保持及び医療費適正化のために必要な事業の推進並びに高齢者医療制度の円滑な運営及び当該運営への協力のため、保険者及び後期高齢者医療広域連合が、共同して都道府県ごとに組織する協議会

⁴ 医療法第 30 条の 4 第 16 項及び第 17 項。

⁵ 医療法第 30 条の 4 第 18 項。

- 策定された医師確保計画に基づく施策の実施等に当たっては、「地域医療対策協議会運営指針について」（平成 30 年 7 月 25 日付け医政発 0725 第 15 号厚生労働省医政局長通知）別添「地域医療対策協議会運営指針」、「キャリア形成プログラム運用指針について」（平成 30 年 7 月 25 日付け医政発 0725 第 17 号厚生労働省医政局長通知）別添「キャリア形成プログラム運用指針」についても参照すること。
- 医師確保計画に基づく施策の実施に向けて、大学や医療機関、地域の医療関係者間の自主的な取組や協議を促進するためには、共通認識の形成に資する情報の整備・提供が必要となる。また、こうした情報について丁寧な説明を行うことにより、患者・住民、医療機関及び行政の間の情報格差をなくすよう努めるべきである。
- 医師確保計画策定の基礎となる情報（データ）は、厚生労働省において一元的に整備して都道府県に提供（技術的支援）することとするが、都道府県が、厚生労働省から提供するデータを補完するための独自の調査等を行うことは差し支えない。
- また、大学や医療機関等が有効なデータを保有している場合もあり、そのようなデータも適宜活用いただきたい。
- 以上のことを踏まえ、医師確保計画の策定及び医師確保計画に基づく施策の実施に必要な情報（データ）を別添資料に示す。例えば、医師確保の状況を把握するための基礎的な情報として、
 - ・ 現在の医師数に関する情報
 - ・ 現在の人口に関する情報
 - ・ 将来の人口に関する情報
 - ・ 医師偏在指標に関する情報
 - ・ 目標医師数等に関する情報
 - ・ 必要医師数に関する情報
 - ・ 将来時点の医師供給数に関する情報
 - ・ へき地尺度に関する情報等を示すこととする。

3. 医師偏在指標

3-1. 現在時点の医師偏在指標

(1) 考え方

- 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「5要素」を考慮した医師偏在指標を設定することとしている。
 - ・ 医療需要（ニーズ）及び人口・人口構成とその変化
 - ・ 患者の流出入等
 - ・ へき地等の地理的条件
 - ・ 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) 医師偏在指標の作成手続

- 厚生労働省は、医師偏在指標の計算方法及び、患者数の流出入に基づく増減を一定程度反映した医師偏在指標を都道府県に提供する⁶。なお、医師偏在指標の算出に当たっては、従来と同様の項目のデータを用いた上で、可能な限り最新の調査結果を反映することとする。
- 都道府県間及び二次医療圏間の患者の流出入の状況については、厚生労働省から現状に関するデータの提供⁷を行い、都道府県が、必要に応じて都道府県間、都道府県内で医師偏在指標への見込み方について調整を行うこととする。都道府県は、無床診療所における外来患者数、病院・有床診療所における入院患者数に関する調整後の都道府県間及び二次医療圏間における患者の流出入数を、厚生労働省に報告することとする。その情報を基に、再度、厚生労働省が医師偏在指標を算定し、公表することとする。
- 都道府県間で患者数の流出入に基づく増減を調整する場合には、都道府県の企画部局（地方自治法（昭和22年法律第67号）に基づく総合計画を所管する部局）や介護

⁶ 厚生労働省が提供する、患者の流出入を一定程度反映した医師偏在指標は、外来患者の流出入数については、NDBの無床診療所における初再診・在宅医療の診療分データを集計したものを、入院患者の流出入数については、NDBの病院・有床診療所における入院診療分データ（診療実日数）を集計したものをを用いており、患者住所地に基づいた患者数と医療機関所在地に基づいた患者数から流出入数を推計している。

⁷ 入院患者、無床診療所の外来患者の流出入数に関しては、NDBのデータのうち、国民健康保険の被保険者の受療動向から、全人口の受療動向を推測したものである。データ上の制限があることに留意が必要である。

部局（介護保険法（平成9年法律第123号）に基づく介護保険事業支援計画を所管する部局）、医療関係者の意見を踏まえ、自都道府県の考え方をまとめること。また、自都道府県内の二次医療圏間の患者数の増減を調整する場合も同様に、医療関係者や市区町村の意見を踏まえ、自都道府県の考え方をまとめることとする。

○ これらの考え方を踏まえ、都道府県は、関係する都道府県や都道府県内の医療関係者との間で患者数の増減を調整することとする。なお、調整に当たっては、丁寧かつ十分な協議を行い、特に都道府県間の調整においては、通常の議事録の作成に加え、合意を確認できる書面を作成するなどして、取りまとめておくことが適当である。

○ 患者数の増減の調整についての協議において、合意が得られない場合については、患者の流出入の状況を全て見込むこと⁸を基本とする。

（3）医師偏在指標の設計

○ 医師偏在指標を、次のように設計する。

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

$$\text{（※1）標準化医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数}^9 \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

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

⁸ 患者の流出入の状況を全て見込むとは、医療施設所在地に基づく患者数を用いて検討を行うことを意味する。すなわち、実際に他の圏域へ流出している患者数、他の圏域から流入している患者数を全て流出・流入しているものと見込むことを意味する。

⁹ 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二次医療圏が異なる場合は、主たる従事先では0.8人、従たる従事先では0.2人として算定する。

(※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

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

$$(\text{※5}) \text{無床診療所医療医師需要度} = \frac{\frac{\text{マクロ需給推計における外来医師需要}^{11}}{\text{全国の無床診療所外来患者数}(\text{※6})}}{\frac{\text{マクロ需給推計における入院医師需要}^{12}}{\text{全国の入院患者数}}}$$

(※6)全国の無床診療所外来患者数

$$= \text{全国の外来患者数}$$

$$\times \frac{\text{初診・再診・在宅医療算定回数}[\text{無床診療所}]}{\text{初診・再診・在宅医療算定回数}[\text{有床診療所・無床診療所}]}$$

○ さらに、患者の流出入に基づく増減を反映するために、(※4) 全国の性年齢階級別調整受療率を、次のように修正を加えて計算を行うこととする。都道府県においては、この無床診療所及び入院患者における流入数及び流出数について、患者流出入のある都道府県間及び都道府県内の二次医療圏間で調整の上、厚生労働省に報告することとする。

¹⁰ 性年齢階級別の受療率を算出する際に、入院受療率と外来受療率を同一の基準で比較するために、マクロ需給推計に基づいて無床診療所における外来患者と、病院及び有床診療所における入院患者それぞれの一人当たりが発生する需要の比を、無床診療所医療医師需要度として用いることとした。この無床診療所医療医師需要度を乗じた無床診療所受療率と入院受療率の合計を、性年齢階級別調整受療率として、性年齢階級ごとの医療需要を表す指標として用いることとする。

¹¹ マクロ需給推計における外来医師需要は、無床診療所における外来医療需要の推計を行っている。

¹² マクロ需給推計における入院医師需要は、病院及び有床診療所における入院医療需要の推計を行っているものであるが、病院及び有床診療所における外来医療需要においては、入院需要の一部として推計している。

性年齢階級別調整受療率(流出入反映)

$$\begin{aligned} &= \text{無床診療所医療医師需要度} \times \text{全国の無床診療所受療率} \\ &\times \text{無床診療所患者流出入調整係数 (※7)} \\ &+ \text{全国の入院受療率} \times \text{入院患者流出入調整係数 (※8)} \end{aligned}$$

(※7)無床診療所患者流出入調整係数

$$= \frac{\text{無床診療所患者数(患者住所地)} + \text{無床診療所患者流入数} - \text{無床診療所患者流出数}}{\text{無床診療所患者数 (患者住所地)}}$$

(※8)入院患者流出入調整係数

$$= \frac{\text{入院患者数(患者住所地)} + \text{入院患者流入数} - \text{入院患者流出数}}{\text{入院患者数 (患者住所地)}}$$

- また、医師偏在指標とあわせて、地域の実情に応じた施策を検討する際に活用することができるよう、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を算定し、参考資料として都道府県に提示することとする。これらの指標も医師偏在指標と同様に一定の仮定をもとに、入手可能なデータを用いて算定したものであり、これらの指標の活用に当たっては、あくまでも相対的な偏在の状況を表すものであるという性質を十分理解した上で、数値を絶対的な充足状況として参考とすることのないように十分に留意することとする。
- なお、医師・歯科医師・薬剤師統計については、医師偏在指標を算出するにあたって基礎となる統計であり、統計に基づき正確な医師偏在指標を算出し、実効性のある医師偏在対策を進めていく観点から、都道府県においては、管内の医療機関から適切に届出票が提出されるように必要な周知等を行うこと。国においては、適切に届出票が提出されるように、都道府県と連携して、必要な対応を検討することとする。

3－2．将来時点の医師偏在指標

- 3－1．で述べた現在時点の医師偏在指標とは別に、新たな地域枠の設置等の追加的な医師確保対策を講じなかった場合を仮定した医師の供給推計を用いて、将来時点の医師の偏在を示す指標を算定することとする。
- 将来時点の医師偏在指標については、現在時点の医師偏在指標と同様の手続により都道府県による調整を行うものとする。

4. 医師少数区域・医師多数区域の設定

4-1. 医師少数区域・医師多数区域の設定についての考え方

- 各都道府県において、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られるよう、医師偏在指標を用いて医師少数区域及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することとする。
- 医師少数区域及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あるが、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、厚生労働省は、医師少数都道府県及び医師多数都道府県も同時に設定することとする。
- 医師少数区域及び医師少数都道府県は、医師偏在指標の下位一定割合に属する医療圏及び都道府県として定義することとし、その具体的な割合は、2036 年度に医師偏在是正が達成されるよう定めるべきである。
- 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（3 年間）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又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繰り返すことを基本とすることとする。
- 医師偏在指標の下位一定割合を各計画期間で一定とすれば、2020 年度からの5 計画期間で全ての都道府県が 2036 年度に医療ニーズを満たすためには、医師偏在指標の下位 3 分の 1 程度を医師少数区域及び医師少数都道府県とすることが必要であると導出される。このため、医師偏在指標の下位 33.3%を医師少数区域及び医師少数都道府県の設定の基準とする。
- また、医師多数区域及び医師多数都道府県の設定の基準は、医師確保対策の遂行上の需給バランスの観点から、医師偏在指標の上位 33.3%とする。
- しかし、この医師偏在指標を用いた医師少数区域の設定については、従来から、二次医療圏内の山間部にへき地を多く抱えている場合や、医療機関のアクセスに時間を要する場合といった地理的要素が医師偏在指標に反映されていないことが課題として指摘されていた。
- 地理的要素に関する尺度として、我が国においては、①人口密度、②最寄りの二次

救急医療機関までの距離、③離島、④特別豪雪地帯を要素とした、日本国内における医療機関へのアクセスに関する尺度（Rurality Index for Japan（以下「RIJ」という。）が開発されており、RIJが上位10%の地域で勤務する医師は、他の地域の医師と比較して対応する診療の幅が大きい傾向にある。

- こうした中、厚生労働科学研究班において、医師少数区域の設定に活用することを念頭に、修正版である「へき地尺度（mRIJ）」が提案された。このため、第8次（後期）医師確保計画における医師少数区域の設定に当たっては、現行の医師偏在指標のみでなく、へき地尺度（mRIJ）も組み合わせることにより、地理的要素を一定程度反映した上で医師少数区域を設定する。
- 具体的には、①医師偏在指標が下位 33.3%に該当する区域を医師少数区域と設定することに加えて、②医師偏在指標が中位 33.3%に該当する区域のうち、「へき地尺度（mRIJ）が特に高い区域」について、医師少数区域と設定する。「へき地尺度（mRIJ）が特に高い区域」については、へき地尺度（mRIJ）が上位10%の区域として設定することとする。
- なお、へき地尺度（mRIJ）が上位10%に該当しない区域であっても、医師の確保等に課題がある場合も考えられることから、都道府県においては、地域の実情に応じて、必要となる対策について引き続き検討を行うこと。
- また、医師少数区域に該当する二次医療圏であっても、近隣の二次医療圏の医療機関において当該二次医療圏の住民の医療を提供することと企図しているような場合が想定される。そのような二次医療圏において、限られた医療資源を効率的に活用するためには、近隣の二次医療圏に医療資源を集約することが望ましいと考えられる。本来、そのような二次医療圏は二次医療圏として設定すべきではなく、二次医療圏の設定を見直すことが適切と考えられるが、二次医療圏の見直しが困難な場合には、そのような二次医療圏を医師少数区域として設定せず、重点的な医師確保対策の対象としないことも可能である。
- なお、医師偏在指標及びへき地尺度（mRIJ）を活用した結果、医師少数区域に該当しない二次医療圏を医師少数区域として設定すること等は認められない。

4－2．医師少数スポット

- 医師確保計画は、二次医療圏ごとに設定された医師少数区域及び医師少数都道府県

の医師の確保を重点的に推進するものであるが、実際の医師偏在対策の実施に当たっては、より細かい地域の医療ニーズに応じた対策も必要となる場合がある。このため、都道府県においては、必要に応じて二次医療圏よりも小さい単位の地域での施策を検討することができるものとし、局所的に医師が少ない地域を「医師少数スポット」として定め、医師少数区域と同様に取り扱うことができるものとする。

- 医師少数スポットは、原則として市区町村単位で設定し、へき地や離島等においては、必要に応じて市区町村よりも小さい地区単位の設定も可能であるものとする。なお、医師少数スポットを設定した場合は、その設定の理由を医師確保計画に明記することとする。
- ただし、医師少数スポットを設定するに当たり、多くの地域が医師少数スポットとして設定され、真に医師の確保が必要な地域において十分な医師が確保できないという状況は平成 30 年改正法の趣旨を没却するものであるため、医師少数スポットの設定は慎重に行う必要がある。そのため、既に巡回診療の取組が行われており、地域の医療ニーズに対して安定して医療が提供されている地域や、病院が存在しない地域などで明らかに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等、既に当該地域で提供すべき医療に対して必要な数の医師を確保できている地域を医師少数スポットとして設定することは適切ではない。
- また、現在、無医地区・準無医地区として設定されている地域等を無条件に医師少数スポットとして設定することも、同様の理由から適切ではないと考えられ、医師少数スポットはあくまで当該地域の実情に基づいて設定しなければならないものである。一方で、へき地診療所を設置することで無医地区・準無医地区に該当していない地域でも、当該へき地診療所における継続的な医師の確保が困難である場合であって他の地域の医療機関へのアクセスが制限されている地域などについては、必要に応じて医師少数スポットとして設定することが適切であると考えられる。
- なお、医師少数スポットは、局所的に医師が少ない地域を設定するものであるため、二次医療圏全体や医療機関を設定することは適切ではない。
- 第 8 次（後期）医師確保計画を策定する際は、これまで設定していた医師少数スポットについて、医師確保の状況等を踏まえ、設定の見直しを行うこと。

5. 医師確保計画

5-1. 計画に基づく対策の必要性

- 平成 30 年改正法の成立前まで、都道府県は医療計画において医師の確保に関する事項については「医療従事者の確保に関する事項」の一部として定めてきたところではあるが、医師の確保に関する事項の有無や内容の充実の度合いに都道府県間で差異があり、PDCA サイクルに基づく医師確保対策の検証が十分になされていないなど、都道府県によっては実効的に医師確保対策が講じられているとはいいがたい状況であった。平成 30 年改正法により、地域ごとの医師の多寡について全国ベースで統一的・客観的に比較・評価可能な医師偏在指標を導入し、各都道府県が医師の確保に関する事項を特出しして医療計画に定めることで、PDCA サイクルに基づく目標設定・取組・取組の評価・改善が可能になると考えられる。このため、都道府県は、医師偏在指標に基づく医師確保の方針、確保すべき目標医師数、目標の達成に向けた施策内容、という一連の内容を、医療計画の中で「医師確保計画」として定める。
- 医師確保計画においては、計画期間の終期まで（第 8 次（後期）医師確保計画においては 2029 年度末まで）に取り組むべき医師の確保に関する内容及び「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会 第 4 次中間取りまとめ」において医師偏在是正の目標年とされた 2036 年までに取り組むべき医師の確保に関する内容を定める必要がある。
- また、令和 7 年改正法により、都道府県において、今後も一定の定住人口が見込まれるものの、必要な医師が確保できず、人口減少よりも医療機関の減少のスピードの方が早い地域等を「重点医師偏在対策支援区域」と定めることができることとなった。医師確保計画において、重点医師偏在対策支援区域を対象とした「医師偏在是正プラン」を策定し、優先的かつ重点的に対策を進めることとする。
- これまで、医師確保計画において定められる都道府県が行う対策は、地域枠医師等のキャリア形成プログラムの適用を受ける若手医師を対象とする事項が中心であった。しかし、総合パッケージにおいて、中堅・シニア世代を含む全ての世代の医師へアプローチすること、また経済的インセンティブ、地域の医療機関の支え合いの仕組み、医師養成過程の取組等の総合的な対策を実施することとされており、これらを踏まえた施策についても医師確保計画において定めることとする。
- なお、都道府県は、医師確保計画の策定及び施策の実施に当たっては、医師確保計

画が二次医療圏単位での医療提供体制の確保を目的としており、個別の医療機関の求めのみに応じて医師を充足させることを目的としているわけではないことに留意しなければならない。

- 個別の医療機関については、引き続き、地域医療構想調整会議における地域医療構想に係る協議の中で、医療機関の機能と役割について議論が行われているところであるが、新たな地域医療構想においても、医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議により進められることを前提として、その議論の結果に沿って地域において必要とされる医療が過不足なく提供されるよう医師の確保がなされなければならない。地域医療構想調整会議においては、各医療機関について現在の機能を所与のものとせず、医療機関が地域の実情に応じて良質かつ効率的な医療提供体制に資する機能と役割を担うこととなるよう十分な議論を行うとともに、都道府県においては当該議論に基づく地域の医療機関の機能等を踏まえた医師の確保策を講じる必要がある。
- また、医師の労働時間短縮等に関する指針において示されているとおり、医師の勤務環境の改善は、医師の偏在の解消を含む医療提供体制の改革と一体的に進めなければ本質的な解消を図ることはできない。医師の長時間労働解消のためにも、地域医療構想調整会議等の場で議論を踏まえた医療機関ごとの担うべき機能に即して医師の確保を行い、地域における医療資源の効率的な配置を進めていく必要がある。
- このように、都道府県においては、地域医療構想、医師の働き方改革と医師偏在対策を一体的に捉えた上で、統合的に議論を進めることが重要となる。
- 地域医療介護総合確保基金については、これまでも医療従事者の確保のために活用されてきたが、限りある財源を有効に活用するためにも、医師少数都道府県や医師少数区域等における医師の確保に重点的に用いるべきである。そのため、特に医師多数都道府県に該当する都道府県は、地域医療介護総合確保基金を用いた医師確保の取組に関して大幅な見直しを行うべきである。

5－2．医師確保の方針

5－2－1．方針の考え方

- 医師偏在指標の値を用いて全国の医療圏を一律に比較することで医師多数都道府県、医師多数区域、医師少数都道府県、医師少数区域を設定し、全ての都道府県、二次医療圏について目標医師数を定めることとする。なお、医師少数区域の設定におい

ては、へき地尺度（mRIJ）も考慮することとする。

- さらに都道府県、二次医療圏ごとに医師確保の方針を定めることとする。例えば、医師多数都道府県、医師多数区域において現時点以上の医師確保対策を行う方針が定められることがないよう、医療圏の状況に応じて医師確保の方針を定める必要がある。医療圏ごとの医師確保の方針については、一定の類型化の下、後述のように定めることとする。

5－2－2．医師確保の方針の具体的な内容

- 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。
 - ・ 医師少数都道府県及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する。
 - ・ 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、医師の多寡の状況について二次医療圏及び都道府県のそれぞれについて場合分けをした上で医師確保の方針を定めることとする。例えば、医師多数都道府県内の医師少数区域に、当該医師多数都道府県外から医師の派遣を募るような方針とならないようにする必要がある。
 - ・ 現時点で医師確保が必要であるのか、現時点では医師が確保できているが、2036年時点には医師の確保が必要となるのかなどの時間軸による状況の差異によって、採るべき医師確保の対策に係る方針が異なる場合があることから、時間軸によっても場合分けした上で医師確保の方針を定めることとする。
- 医師確保の方針を定めるに当たり、都道府県及び二次医療圏における医師の年齢構成についても留意することが適当である。高齢医師の割合が高く、若手医師の割合が低い場合には、医師多数区域であったとしても、今後医師少数区域等となる可能性があることを踏まえ、都道府県においては、都道府県全体及び都道府県内の各区域における医師の年齢構成を的確に把握し、中長期的な医師数の動向を踏まえて、適切な医師確保の取組を進める一方、都道府県内の区域で医師不足が進行する場合においては、例えばオンライン診療を活用するなど、医師確保対策を補完する取組を含め、医療の確保に向け必要な対策を講じることとする。
- 現在時点と2036年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する。
 - ・ 現在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、長期的な施策では対応しないこととする。
 - ・ 2036年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

せて対応することとする。

- 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する。
なお、重点医師偏在対策支援区域については5－5．を参照すること。

i) 都道府県

- 都道府県における基本的な医師確保の方針は次のとおりとする。
 - ・ 医師少数都道府県については、医師の増加を医師確保の方針の基本とする。
 - ・ さらに、医師少数都道府県は、医師多数都道府県からの医師の確保ができることとする。
 - ・ 医師少数でも多数でもない都道府県は、都道府県内に医師少数区域が存在する場合には、必要に応じて医師多数都道府県からの医師の確保ができることとする。
 - ・ 医師多数都道府県は、当該都道府県以外からの医師の確保は行わないこととする。ただし、これまでの既存の施策による医師の確保の速やかな是正を求めるものではない。また、都道府県内の医師の充足状況や他の都道府県からの医師の流入状況等を勘案し、医師少数都道府県への医師派遣についても検討を行うこととする。特に、医師多数都道府県であり、かつ、医師少数区域を有さない都道府県であって、継続的に医師の数が増加している都道府県については、他の医師少数都道府県からの求めに応じた医師派遣等について、地域医療対策協議会の議題として必ず取り扱うなど全国的な医師偏在是正に対する協力をお願いしたい。なお、例えば、医師多数都道府県であっても、当該都道府県内における産科医師又は小児科医師がその勤務環境等を鑑みて不足していると考えられる場合に産科医師又は小児科医師に特化して確保する方針とすることや、外来医師多数区域が多く存在する又は外来医師過多区域が存在するような都道府県においては特に、診療所が地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供を担うことができるよう、環境の整備を行う方針とする等、様々な形の医師の偏在に対して適切な医療提供体制を構築するために、医師確保方針を決定することが可能である。

ii) 二次医療圏

- 基本的な医師確保の方針は次のとおりとする。
 - ・ 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する。
 - ・ さらに、医師少数区域は、医師少数区域以外の二次医療圏からの医師の確保ができることとする。
 - ・ 医師少数でも多数でもない二次医療圏は、必要に応じて、医師多数区域の水準に至るまでは、医師多数区域からの医師の確保を行えることとする。
 - ・ 医師多数区域は、他の二次医療圏からの医師の確保は行わないこととする。これ

までの既存の施策による医師の確保の速やかな是正を求めるものではないが、医師少数区域への医師派遣を行うことは求められる。なお、例えば、医師多数区域であっても、圏内における産科医師又は小児科医師が、その勤務環境等を鑑みて不足している場合、産科医師又は小児科医師に特化して確保する方針とすることや、外来医師多数区域、外来医師過多区域においては特に、診療所が地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供を担うことができるよう、環境の整備を行う方針とする等、様々な形の医師の偏在に対して、適切な医療提供体制を構築するための方針は採択可能である。

- ・ ただし、医師多数都道府県内に存在する医師少数区域については、当該都道府県以外からの医師の確保を行わないこととする。

iii) 医師少数スポット

- 都道府県が設定した医師少数スポットについても、医師確保の方針を定めることとする。
- 医師少数都道府県以外の都道府県に存在する医師少数スポットについては、医師少数区域と同様に、他の都道府県からではなく、都道府県内の医師多数区域から医師の確保を行うこととする。医師少数都道府県内に存在する医師少数スポットについては自都道府県外からも医師を確保することを可能とする。

5－2－3．診療科偏在に配慮した医師の確保の方針

- 全体の医師数は経時的に増加傾向にあるが、診療科ごとの医師数の増加ペースは異なり、また、医師少数区域においても、診療科によって医師数の少なさの程度は差があることから、診療科偏在に配慮した医師確保の方針についても定めることとする。
- 診療科偏在は様々な課題を内包していると考えられ、以下のような視点に基づいて検討する必要がある。
 - i) 地域でのニーズがある一方で、医師数の伸びが緩慢であるなど、担い手の確保の観点で対策が必要な診療科（例：総合的な診療に従事する医師、外科に従事する医師 等）
 - ii) 医療計画に基づき、地域の医療提供体制を維持する観点で対策が必要な診療科（例：小児科、産科 等）
 - iii) 医師少数区域における医師数が少ない一方、一定の医療ニーズが見込まれる場合について、地域でのアクセスを確保する観点での対策が必要な診療科（例：皮膚科、耳鼻咽喉科、眼科 等）

- i)、ii)については、それぞれ6－4.と7.において後述する内容を参照の上、都道府県で必要な対応を検討すること。
- iii)の皮膚科、耳鼻咽喉科、眼科等、専門性を有する医師が少ない地域がある一方、一定の医療ニーズが存在する領域については、人口減少が進む地域では患者数が限られること、常勤医師の確保がさらに困難になること等を念頭に、国において、関係学会や自治体等の事例を含め、各診療科の特性を踏まえた遠隔医療の効果的・効率的な活用等に資する知見の収集等に取り組み、都道府県に対して必要な情報提供を行うこととする。
- オンライン診療を含む遠隔医療の活用に当たっては、国の定めるオンライン診療基準、オンライン診療指針等を遵守することが必要である。その上で、適時適切な対面診療への切換や急変時の対応等も念頭に、地域の既存の医療提供体制との連携が不可欠であり、さらに地域のニーズや地域医療への影響を踏まえた対応を行う必要もあることから、都道府県が中心となり、地域の関係者（大学、医師会等）が関与して、地域で必要な体制の整備を図ることとする。
- 都道府県における遠隔医療の取組の導入の在り方については、例えば対応する医師の不足等の課題が顕在化しやすい休日・夜間対応等で遠隔医療による対応の導入を検討するなど、取組の優先順位を定め、地域における課題等を整理しながら順次取組を進めることが適当である。

5－2－4. 留意事項

- 医師多数都道府県において、これまで他の都道府県に対し医師の派遣を要請してきた経緯があり、その医師派遣が廃止されることで、地域医療への影響が大きい場合等について、他の都道府県に対する医師の派遣の要請をただちに廃止することまでを求めることはしないが、これまで以上に重点的に都道府県外からの医師の確保のための取組を行うことは適当ではなく、将来的には、都道府県外からの医師の確保のための取組の在り方について、関係都道府県における医療提供体制の状況も踏まえ、見直しに向けた検討を行う必要がある。
- なお、より高度又は専門的な医療の提供を担う特定機能病院や、地域における医療の確保のために必要な支援をする役割を担う地域医療支援病院等については、地域で必要な医療を提供するための医師を確保することから、これらの病院が存

在する医療圏は、医師偏在指標が大きい傾向があるが、医師偏在対策を実施するに当たっては、当該地域全体の医療機関毎の医師の配置状況を考慮した検討が必要である。

5－2－5．具体的な事例

- 現在時点では医師少数都道府県に該当するが、人口減少に伴い将来時点には医師少数でも多数でもない都道府県となることが想定される都道府県については、医師を確保するための短期的な施策のみ策定し、長期的な施策は用いない。

一方、現在時点では医師少数都道府県に該当し、かつ、将来時点でも医師少数都道府県になることが想定される都道府県については、短期的な施策に加えて長期的な施策を策定可能である。

5－3．目標医師数

5－3－1．目標医師数

(i) 考え方

- 3年間の計画期間中に医師少数区域及び医師少数都道府県が計画期間開始時の下位 33.3%の基準を脱する（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する。
- 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する。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る。
- また、追加で確保が必要な医師数の算出に当たっては、既に実施されている医師派遣等の実績を織り込んだものとなるよう、都道府県において適切に医師派遣等の実態把握をする必要がある。例えば、A医療圏にある大学に籍を置いたまま、B医療圏にある病院に週に一回派遣されて診療を行っている医師が7名いる場合、派遣された医師が医師届出票に従たる従事先を明記していれば医師偏在指標に反映されるものの、医師・歯科医師・薬剤師統計による把握には限界があり、また記載がない場合は、医師偏在指標上はA医療圏に常に7人の医師がいるものとされるため、B医療圏の医師偏在指標には反映されていないが実態としては1人分B医療圏において医師が確保されていることになる。このような場合、医師偏在指標の修正を行う必要はないが、

医師偏在指標を補う形で、医師 1 名分の医師偏在対策が既に行われているとみなし、都道府県は、B 医療圏において追加で確保すべき医師数の数を 1 人分減じた上で、医師確保対策の検討を行うこととする。

- なお、目標医師数の設定に当たっては、地域で必要とされる医療が提供される必要があることから、医療提供体制の維持を考慮することとする。
- また、重点医師偏在対策支援区域における目標医師数の考え方等については 5－5. を参照すること。

(ii) 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する。
- ただし、例えば、地域住民の医療へのアクセスが既に確保されていると考えられる場合は、必ずしも追加で医師を確保する必要がない場合も考えられることから、各都道府県における地域医療提供体制に係る地域医療対策協議会の意見を踏まえ、都道府県において決定することとする。
- 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、前述のとおり、これは既存の医師確保の施策を速やかに廃止することを求める趣旨ではなく、新たに医師確保対策を立案することを抑制する趣旨であることを踏まえ、以下に記載する自県の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。

(iii) 二次医療圏

- 「医師偏在指標による下位 33.3%の区域」における目標医師数は、原則として、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する。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、医師の地域偏在の解消を図る観点から、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。また、例えば、医師少数区域であっても地域住民の医療へのアクセスが既に確保されていると考えられる場合は、必ずしも追加で医師を確保する必要がない場合も考えられることから、

各区域における医療提供体制に係る地域医療対策協議会の意見を踏まえ、都道府県において決定することとする。

- 「医師偏在指標による中位 33.3%の区域かつへき地尺度（mRIJ）が特に高い区域」については、新たに医師少数区域の設定に関する基準に規定するものの、医師の地域偏在の解消を図る観点から、従前の医師少数区域以外の二次医療圏における目標医師数とし、原則として、計画開始時の医師数を設定上限数とする。その上で、地域医療対策協議会の意見を踏まえつつ、幅広い診療領域を担える医師や特に不足している診療科の医師の確保、オンライン診療を組み合わせた不足する診療機能の補完等にも取り組むこととする。なお、今後の当該区域における政策立案の際には、従前の医師少数区域との違いに留意が必要である。
- 医師少数区域以外の二次医療圏における目標医師数は、原則として、計画開始時の医師数を設定上限数とする。ただし、今後の医療需要の増加が見込まれる地域では、厚生労働省が参考として提示する「計画終了時に計画開始時の医師偏在指標を維持するための医師数」を踏まえ、その数を設定上限数とする。

5－3－2．将来時点における必要医師数と医師供給推計

- 各都道府県において、今後の地域枠や地元出身者枠を設定するに当たり、その根拠として必要となる将来時点において確保が必要な医師数を、必要医師数として定義する。
- 必要医師数の具体的な算出方法は、マクロ需給推計に基づき、将来時点（2036年）において全国の医師数が全国の医師需要に一致する場合の医師偏在指標の値（全国値）を算出し、厚生労働省において、医療圏ごとに、医師偏在指標がこの全国値と等しい値になる医師数を必要医師数として示すこととする。
- 将来時点の医師供給数を推計するに当たっては、各医療圏の性・医籍登録後年数別の就業者の増減が、将来も継続するものとして推計することとしつつ、都道府県別の供給推計が、マクロの供給推計と整合するよう必要な調整を行うことを基本的な考え方とする。
その際、都道府県別の就業者の増減は、医師の流出入の変化により大きな影響を受けると考えられ、不確実性が存在することから、複数回の調査の実績を用いて幅を持った推計を行うこととする。また、地域枠等の設定状況や、地域枠医師等の動向によっても大きな影響を受けることが考えられるため、都道府県においては地域枠医師等の

義務年限終了後の定着状況について把握するようにすること。

- 必要医師数と将来時点の医師供給数との差分は、短期施策と、地域枠等の設定による長期施策によって追加で確保が必要となる。

5－3－3．留意事項

- 都道府県によっては、医師確保計画の計画期間中に目標医師数を達成することが非常に困難となる二次医療圏又は都道府県が存在することが想定される。そのような二次医療圏又は都道府県については、2036年までに医師需要を満たすだけの医師数（必要医師数）を確保することに主眼を置くことはやむを得ない。ただし、2036年よりも早期の段階で医療需要がピークを迎えるような二次医療圏又は都道府県においては、そのピークに向けて確保すべき医師数について必要医師数に加味できていないことになるため、必要医師数は足下の目標としては過小評価となっている可能性がある。そのような二次医療圏又は都道府県においては、直近の医療需要に基づいて算出される医師数である目標医師数の達成に努めることが重要である。

5－4．目標医師数を達成するための施策

5－4－1．施策の考え方

- 医師確保対策としては、
 - ・ 都道府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
 - ・ 医師偏在是正プランの策定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する。
- 都道府県は、都道府県ごと、二次医療圏ごとに定めた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行うこととなる。例えば、医師確保の方針を短期的な施策により医師を増加させることと設定した場合は、目標医師数を達成するための施策として医師少数区域への医師の派遣調整や、医師少数区域等での勤務を含むキャリア形成プログラムの策定及び運営等の短期的に効果が得られる施策を定めることとなる。一方で、2036年時点における必要医師数と医師供給推計の医師数のギャップのうち、短期的な対策では埋まらない必要医師数については長期的

な対策が必要であり、具体的には大学医学部に対する地域枠・地元出身者枠の設置の要請等の施策を定めることとなる。

- 都道府県ごとの医師確保対策については、一定程度共通の項目に基づき定めることで、施策の効果の測定や好事例の共有等を容易に実施することができるようになるため、次に掲げる項目については医師確保計画に定めることが望ましい。ただし、都道府県ごとの医師確保の方針と合致しない項目については、その旨を記載の上で、施策として必ずしも定める必要はない。
- まず、二次医療圏単位の医師確保対策について検討する際には、現在の二次医療圏が適切に設定されているかについて確認することが必要である。二次医療圏は、本来一般病床及び療養病床の入院医療を提供する一体の区域として設定されるべきものであるため、「既設の二次医療圏が、入院に係る医療を提供する一体の圏域として成り立っていない場合は、その見直しについて検討すること。その際には、圏域内の人口規模が患者の受療動向に大きな影響を与えていることから、人口規模や、当該圏域への患者の流入及び当該圏域からの患者の流出の実態等を踏まえて検討すること」が必要であり、具体的には「人口規模が 20 万人未満であり、かつ、二次医療圏内の病院の療養病床及び一般病床の推計流入入院患者割合（以下「流入患者割合」という。）が 20%未満、推計流出入院患者割合（以下「流出患者割合」という。）が 20%以上となっている既設の二次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられるため、設定の見直しについて検討すること」が必要である¹³。現在設定されている全国の二次医療圏については、人口規模、面積や基幹病院へのアクセスに大きな差があり、大幅な入院患者の流出入がみられる二次医療圏など、一体の圏域として成立していないと考えられるものも依然として存在している。そのような二次医療圏については、他の二次医療圏で受診している患者が相当数いる実情や新たな地域医療構想による構想区域の見直し等を踏まえ、二次医療圏の再編・統合を検討することが適当である。
- なお、医師確保の観点から二次医療圏の見直しが必要であると認められる場合には、地域医療対策協議会から、都道府県医療審議会に対しその旨意見を述べることができる。
- 都道府県は、二次医療圏の見直しについて必要に応じて議論し、二次医療圏を見直す場合は先んじて国へ報告することとする。

¹³ 「医療計画について」（令和 5 年 3 月 31 日付け医政発 0331 第 16 号厚生労働省医政局長通知）

- また、診療科間の医師偏在は、地域間の医師偏在と併せて引き続き対応が必要である。都道府県においては、必要な施策を検討するに当たっては、既に公表されている医師・歯科医師・薬剤師統計の診療科別医師数を参考にすることが考えられる。
※ 医師・歯科医師・薬剤師統計のデータは、政府統計ポータルサイトである「e-Stat」より入手可能。

5－4－2．医師の派遣調整

- 医師の派遣調整の対象となる医師は、基本的には地域医療対策協議会において医師の派遣調整を行う対象となる医師、すなわち「地域枠等医師を中心とした、キャリア形成プログラムの適用を受ける医師」¹⁴とする。しかし、都道府県は、地域医療対策協議会における派遣調整の対象とならない医師の派遣についても各都道府県や二次医療圏の医師確保の方針に沿ったものとなるよう、多くの医師を派遣している大学や、大学病院等の医療機関に対して医師確保における現状の課題と対策を共有しなければならない。
- 医師派遣については、都道府県が、医師派遣を必要としている医師少数区域等の医療機関と、医師派遣が可能な県内の医療機関を十分把握していない場合もあることから、例えば、地域医療支援センターは医師確保が必要な診療科・医師数や、派遣元医療機関の候補を調査し、医師派遣に必要な情報を正確に把握することが望ましい。
- 特に医師多数都道府県や医師多数区域の医療機関においては、医師の地域偏在の解消という医師確保計画の趣旨を踏まえ、医師少数都道府県や医師少数区域への医師の派遣等の支援に努めること。また、医師多数都道府県や医師多数区域を含む都道府県については、そのような取組を推進する環境の整備を進めること。
- 派遣調整を行う医師の派遣先となる医療機関（以下「派遣先医療機関」という。）は、キャリア形成プログラムと整合的なものとなるよう選定することとする。選定に当たっては、二次医療圏単位の地域医療の確保のために必要最低限の医療機関に限ること。また、地域の医療ニーズに合わせて、巡回診療による医療の提供等、常勤医の派遣以外の取組による医師の確保も検討を行うこと。
- 派遣先医療機関は地域医療対策協議会において決定する。また、地域医療対策協議

¹⁴ 地域医療対策協議会運営指針

会における医師の派遣のみでは医師少数区域等において十分な医師の確保ができない場合等には、多くの医師を派遣している大学病院等の医療機関に対して、地域医療対策協議会における医師の派遣調整の対象とならない医師も医師少数区域等へ派遣するよう促す必要がある。

- 派遣先医療機関を円滑に決定するために、地域医療対策協議会の構成員である大学の代表者は、事前に各教室の医師の派遣の方針に関する意見を集約した上で地域医療対策協議会における議論に臨む必要がある。また、大学の各教室やその他の医師の派遣を行っている医療機関等は、これまでの派遣先医療機関にとらわれることなく、地域医療対策協議会で定められた医師の派遣の方針に沿って医師の派遣調整を行うことが求められる。
- 特に、2026 年 4 月の医療法施行規則の改正により、特定機能病院の承認要件として、「地域における医療の確保のために必要な事項」が追加され、大学病院が特定機能病院 A の承認を受けるためには、「地域への一定の人的協力を行うこと」が必要となっている。大学病院は派遣先医療機関との連携及び調整の下、医師を計画的かつ継続的に派遣することにより、地域における医療提供体制の確保及び充実に図ることが求められており、都道府県は、こうした仕組みも活用しつつ、必要に応じて、大学病院と円滑に連携するよう留意されたい¹⁵。
- 厚生労働省としても、都道府県が、適切に都道府県を超えて医師少数区域や医師少数都道府県への医師の派遣が調整できるよう、地域医療介護総合確保基金等による必要な支援を行う。

5－4－3．キャリア形成プログラム

- 都道府県は、「医師少数区域等における医師の確保」と「医師不足地域に派遣される医師の能力開発・向上の機会の確保」の両立を目的としてキャリア形成プログラムを策定すること。
なお、キャリア形成プログラムの運用に係る詳細については、キャリア形成プログラム運用指針によること。
キャリア形成プログラムにおいて、医師少数区域等の医療機関における就業期間を定めること。ただし、都道府県の実情に合わせて、キャリア形成プログラムの内容を都

¹⁵ 「特定機能病院に関する事項について」（令和 8 年 4 月 24 日医政発 0424 第 9 号：厚生労働省医政局長通知）

道府県内で不足している診療領域に限る等、不足している分野の解消に資するプログラムを設計すること。

○ 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「医師不足地域に派遣される医師の能力開発・向上の機会の確保」という効果を十分に発揮するためには、

- ・ 一定期間、確実に医師少数区域等に派遣されること
- ・ 医師少数区域等においても十分な指導体制が構築されること

が必要となる。これらの点を満たすためには、大学医学部や専門研修プログラムを作成する医療機関等との十分な合意形成が必要である。また、医師少数区域等での診療義務を果たす以上、事実上、一定の範囲の診療領域に従事することが求められる場合がある。そのため、各都道府県においては、大学医学部や各地域の医療機関等と連携して、必要な診療領域とその医師数、指導体制等について十分に把握した上で、地域枠の学生が卒業後、当該地域において不足する一定の診療領域に従事できるよう、地域の実情に合わせてキャリア形成プログラムを検討することが必要である。

○ プログラムの対象となる者（以下「対象者」という。）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及びプログラム終了前の離脱の防止策が重要と考えられる。

対象者の納得感の向上と主体的なキャリア形成の支援のためには次の方策が必要である。

- ・ 都道府県は、医学部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、キャリア形成卒前支援プラン¹⁶を対象者に提供し、適切なコース選択を支援する。
- ・ 都道府県は、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する。
- ・ 都道府県は、コースの設定・見直しに当たって、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る。
- ・ 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する（中断可能事由は都道府県が設定）。
- ・ キャリア形成プログラムは都道府県と対象者との契約関係であり、対象者は満了するよう真摯に努力しなければならないことを通知で明示する。

¹⁶ 各大学で実施している医学部の教育カリキュラムを基盤としつつ、地域医療へ貢献する意思を有する学生に対し、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をすることを目的として、都道府県が大学の協力も得つつ策定した計画案により地域医療対策協議会において協議の調った事項に基づき策定する計画。

- ・ 一時中断中は、中断事由が継続していることを定期的な面談等により確認する(中断事由が虚偽の場合は契約違反となる。)
 - ・ 都道府県は、キャリア形成プログラムを満了することを、修学資金の返還免除要件とする(家族の介護等やむを得ない事情がある場合を除く。)
 - ・ 都道府県は、修学資金について適切な金利を設定する。
- また、都道府県は、キャリア形成プログラムの策定に当たっては、臨床研修修了後の医師が、医療法第5条の2第1項に規定する認定を受けることを希望して医師少数区域等において勤務する場合に、本人の希望に応じた臨床能力の向上や医師少数区域等の環境への早期からの適応が可能となるよう、当該認定を希望する若手医師が医師少数区域等で勤務する環境整備に資するコースを設定すること。(※なお、2019年3月31日までに医師少数区域等で勤務した経験は、当該認定の判断の基礎となる勤務経験には算入しない点、誤解を生じることのないよう留意すること。)
- 医師確保計画においては、必ずしも全てのキャリア形成プログラムの詳細な内容を記載する必要はないが、キャリア形成プログラムの「医師少数区域等における医師の確保」と「医師不足地域に派遣される医師の能力開発・向上の機会の確保」という目的を踏まえ、都道府県としてキャリア形成プログラムを運用するに当たっての方針について定めること。具体的には、義務年限中の医師少数区域等における勤務期間、医師少数区域等における勤務期間以外の期間における勤務先に関する方針やキャリア形成に資する具体的な方策について記載することが望ましい。
- 厚生労働省では、2023年度より、都道府県におけるキャリア形成プログラムの円滑な運用のため、キャリア形成プログラムの効果的な運用方法に係る調査や各都道府県のキャリアコーディネーターを対象とした統一的な対応マニュアルの作成を実施するとともに、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っている。都道府県においては、こうした事業も活用しながら、キャリア形成プログラムを効果的に運用すること。

5-4-4. 医師の働き方改革を踏まえた医師確保対策と連携した

勤務環境改善支援及び子育て医師等支援

- 医師少数区域等における勤務を促進するに当たっては、医師少数区域等の医療機関における勤務環境の改善が必須である。都道府県は、医師の労働時間短縮等に関する

指針も踏まえ、医師少数区域の医療機関において、医師事務作業補助者の確保やタスク・シフト／シェアの推進等による医師に対する負担の集中の軽減等、勤務医が健康を確保しながら働くことができる勤務環境の整備に向けた取組が進むよう、都道府県は、環境整備に努めること。

- 各医療機関は都道府県と連携の上、医師少数区域等において勤務する医師の休養や、勤務する医師が研修等へ参加するための交代医師の確保に努めること。具体的には、円滑な交代医師の確保のために、医師少数区域以外の区域で勤務する地域枠等医師や地域枠等医師が勤務する医療機関等に対して、交代医師が必要となった際の協力が得られるよう事前に同意を得ておくことが望ましい。
- 医学部入学者に占める女性の割合が増加する中、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、地域において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であると考えられる。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り、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・放課後児童クラブやベビーシッターの活用等のニーズに応じたきめ細やかな取組を行うことが求められる。これらの支援については、単一の医療機関の取組だけではなく、地域の医療関係者、都道府県、市区町村等の地域の関係者が連携し、地域の実情に応じて取り組むとともに、医師が利用しやすい環境整備とその周知が重要である。なお、これらの取組については、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が必要である。
- 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復職研修や就労環境改善等の取組を通じ、再就業を促進することとする。
- 上記の内容を踏まえて、医師確保計画においては、勤務環境改善に向けた具体的な取組内容と、費用負担の在り方について記載することが望ましい。

５－４－５．地域医療介護総合確保基金の活用

- 地域医療介護総合確保基金については、これまでも地域医療対策協議会・地域医療支援センターの運営、修学資金の貸与、大学への寄附講座の設置による医師派遣及び派遣元の医療機関の逸失利益の補填など医療従事者の確保のために活用されてきたが、限りある財源を有効に活用するためにも、医師少数都道府県や医師少数区域等における医師の確保に重点的に用いられるべきである。

- 今後、医師多数都道府県においては、例えば、全国的に不足していると考えられる産科医師や小児科医師の確保の目的を除いて新規に地域医療介護総合確保基金を活用した修学資金貸与等の取組を行うことは適切ではない。したがって、医師多数都道府県においては、今後入学予定の医学生に対する修学資金の貸与については地域医療介護総合確保基金以外の財源を用いることが望ましい。
- 医師多数都道府県における地域医療介護総合確保基金を活用した既存の取組については、今後も地域医療介護総合確保基金を活用可能ではあるが、その取組の規模や内容の見直しが必要となる。
- 地域医療介護総合確保基金を活用した取組について、医師少数区域等における医師の確保に重点的に基金が活用されるよう、例えば医師少数区域等における医師の確保に関して別に事業を検討するなど、地域医療介護総合確保基金の活用事業を工夫すること。

5－4－6．医師偏在是正に向けた広域マッチング事業

- 総合パッケージにおいて、若手医師を対象とした医師養成過程中心の対策から、医師の価値観の変化やキャリアパス等を踏まえ、医師の勤務・生活環境、柔軟な働き方等に配慮しながら、中堅・シニア世代を含む全ての世代の医師にアプローチして、総合的な医師偏在対策を推進することとしている。
- 上記を踏まえ、全国的に、中堅・シニア世代等の医師を対象として、医師不足地域での医療に関心・希望を有する医師の掘り起こしやキャリアコンサルティングを行い、必要に応じてリカレント教育や現場体験につなぎ、医師少数地域の医療機関とのマッチング、その後の定着支援等を行うための財政支援を行う医師偏在是正に向けた広域マッチング事業（以下「広域マッチング事業」という。）が2025年度より開始された。
- 広域マッチング事業においては、全国をカバーする広域マッチング網を構築するため、都道府県単位の地域ドクターバンクとの連携を推進しており、都道府県においても、これらの連携が円滑に進むように努めること。
- 医師多数都道府県においては、医師少数都道府県に対する医師派遣により、医師偏在是正を推進する観点から、ドクターバンクや広域マッチング事業への登録について周知するとともに、登録者数を把握することに努めることとする。

- また、6－4－1．において後述する、総合的な診療能力を持つ医師養成のためのリカレント教育推進事業が実施されている。当該事業と広域マッチング事業については連携しながら進めることが有効と考えられるため、都道府県においても、これらの事業の活用につき、当該都道府県内の医療機関や所属する医師に対して、積極的に周知を行うこと。

5－4－7．医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件

- 医療法第5条の2に基づき、医師少数区域等における勤務の促進のため、医師少数区域等に一定期間勤務を行い、その中で医師少数区域等における医療の提供のために必要な業務を行った医師を厚生労働大臣が認定する制度が行われている。（医師少数区域経験認定医師制度）
- 総合パッケージに基づき、医師少数区域経験認定医師の要件である、医師少数区域等での勤務経験期間については、令和8年10月1日より、6か月以上から1年以上に延長される。
- 管理者の要件として医師少数区域等における一定期間の勤務経験を求める対象医療機関については、地域医療支援病院に加え、令和8年4月1日より、医療法第31条において規定する医師の確保に関する事項の実施に協力することなどが求められる公的医療機関及び国立病院機構・地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構が開設する病院が追加された。
- ただし、以下に掲げる場合は、医師少数区域経験認定医師でない医師に対象医療機関を管理させることができる。
 - (1) 地域における医療の確保のために当該病院を管理させることが適当と認められる者（令和2年4月1日以降に臨床研修を開始した医師以外の医師に限る。）に病院を管理させる場合
 - (2) 医師少数区域等に所在する地域医療支援病院、医療法第31条に規定する公的医療機関である病院、独立行政法人国立病院機構の開設する病院、独立行政法人地域医療機能推進機構の開設する病院及び独立行政法人労働者健康安全機構の開設する病院を管理させる場合
 - (3) 以下のi、ii又はiiiを合計して6月以上経験した者であって、かつ1年からi、ii又はiiiを経験した期間（ii及びiiiについては、6月以内の期間に限る。）の合計を除いた期間、ivに従事した者として、都道府県知事が認めるものに病院を管理させる場合

- i 医師少数区域等における診療
 - ii 医師少数区域等における臨床研修
 - iii 医師少数区域等所在病院等でない病院のうち臨床研修病院等（医師法第 16 条の 3 第 1 項に規定する臨床研修病院等をいう。）における臨床研修指導医（医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令（平成 14 年厚生労働省令第 158 号）第 4 条第 1 項第 15 号に規定する臨床研修指導医をいう。）としての業務その他の医師少数区域等所在病院等でない病院における医療従事者に対する指導（※）に係る業務
 - （※） 医師法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 47 号）第 19 条の 2 各号の団体から認定され業務に従事した場合に限る。
 - iv 病院又は診療所へ派遣されて行う診療、臨床研修病院等における医療従事者に対する指導その他の業務であって病院等の管理者となるに当たり経験する必要がある業務として地域医療対策協議会において協議が調ったもの
- （４） （１）～（３）の場合のほか、前任の病院の管理者が不在となることが予想しなかった場合であって、認定を受けていない者に当該病院を管理させることについてやむを得ない事情があると都道府県知事が認める場合
- 都道府県においては、管理者の要件として医師少数区域等における一定期間の勤務経験を求める対象医療機関が追加されたこと等について、当該都道府県内の医療機関や所属する医師に対して、周知を行うこと。また、病院等の管理者となるに当たり経験する必要がある業務（臨床研修病院等における医療従事者に対する指導等）については、地域医療対策協議会で協議を行い、あらかじめ HP 等で公表すること。
- なお、（３）については都道府県において i ～ iv の経験等の実績を確認する必要があることから、医療機関及び地域医療対策協議会等において、当該経験等を証する必要な書面を i ～ iv の経験等をした者に交付するとともに、当該者は、当該書面を適切に保管した上で、都道府県に対して必要な提出をすること。

5－4－8．その他の施策

- 医療法第 30 条の 23 に基づき地域医療対策協議会において協議を行う事項、及び医療法第 30 条の 25 に基づき都道府県（地域医療支援センター）が行う地域医療支援事務は、医師確保計画に記載された事項の実施に必要な事項とされていることを踏まえ、医師確保計画には、過不足ない内容を記載する必要がある。
- 具体的には、地域医療の確保に関する調査分析や、医療関係者、医師等に対する必

要な情報の提供、助言等の援助等の、都道府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や、6. で詳述する医学部における地域枠・地元出身者枠の設定に関する事項、医師法（昭和 23 年法律第 201 号）において地域医療対策協議会で協議することとされた事項についても、記載する必要がある。

- 医師派遣については、医師派遣を必要としている医師少数区域等の医療機関や、医師派遣が可能な県内の医療機関を都道府県が十分把握していない場合もあることから、例えば、地域医療支援センターは医療勤務環境改善支援センターと連携を図りつつ、医師確保が必要な診療科・医師数や、派遣元医療機関の候補を調査し、医師派遣に必要な情報を正確に把握することとする。
- さらに、地域に定着する医師の確保の観点から、地元出身の医師の養成を目的とした中高生を対象とする医療セミナーの開催や、地域医療を担う医師を増やすことを目的とした医学部生を対象とする地域医療実習の拡充及び支援等の施策の検討を行うこと。また、地域枠を中心とした、都道府県における就業に一定の関心を持つ医学部生や若手医師が大学、所属医療機関を超えて情報共有や意見交換を行うことのできるプラットフォームを整備することも有用であると考えられる。
- 各都道府県内の基幹型臨床研修病院と協力型臨床研修病院は、より多くの研修医が医師少数区域における地域医療研修を行えるようにするのが望ましい。ただし、臨床研修病院の定員を増加する場合は、当該病院の指導体制の増強も併せて行わなければならない。
- 各医療圏において、医療計画に定める医療提供体制を構築するために必要な医師を確保する上で、都道府県内外の大学医学部に対して、寄附講座を設置することも有用な施策である。寄附講座の設置に当たっては、若手医師等にとって魅力ある講師の選定や、医師の具体的な派遣人数、派遣期間等についても事前に取り決めておくことが必要であるとともに、専門研修における連携プログラム等の取組と組み合わせることで実施することが有効であると考えられる。なお、都道府県外の大学医学部に対して寄附講座を設置するにあたっては、事前に都道府県内の医師派遣等の調整を実施することや、当該寄附講座の情報について、必要に応じ、都道府県内の大学医学部とも共有することが重要である。
- これまで、休日・夜間の宿日直を担うために地域の医療機関に医師が派遣されてきたが、医師の働き方改革を踏まえ、大学病院だけでなく大学病院以外の医療機関の医師も、これまで以上に地域の医療を支えるためにこれらの業務に従事することも想定

される。都道府県は、そのような状況も考慮しながら、各都道府県は、自都道府県内に所在する大学への寄附講座の設置や、基金による派遣元の医療機関の逸失利益の補填等のこれまで一部の都道府県において行われてきた取組を参考にしつつ、医師少数区域等の医師確保を促進することとする。特に医師少数都道府県において、それらの取組を行ってもなお、自都道府県内で十分な医師の確保ができない場合には、自都道府県外に所在する大学に寄附講座を設置するなど、県外からの医師の派遣調整を行うこととする。

- 都道府県は、派遣医師が医師少数区域経験認定医師の認定を受けられるよう配慮することや、専門医制度の連携プログラム、寄附講座等による医師派遣といった既存の施策を組み合わせることを通じて、医師派遣を促進することとする。
- 都道府県を越えて医師を確保するために、若手医師向けのイベントや先進的な研修プログラム等の、大学医学部と連携して医師少数区域等に勤務する意欲ある医師にアプローチできる仕組みの構築に努めること。また、そのような取組についてソーシャル・ネットワーク・サービス（SNS）を活用して周知することも有効であると考えられる。
- その他、地域の実情に合わせて必要な施策を定めていくことが望ましい。

5－5．医師偏在是正プランの策定

5－5－1．重点医師偏在対策支援区域の考え方

- 今後も一定の定住人口が見込まれるものの、必要な医師が確保できず、人口減少よりも医療機関の減少のスピードの方が早い地域等を「重点医師偏在対策支援区域」と設定した上で、優先的かつ重点的に対策を進めることとする。
- 都道府県は、医師確保計画の中で実効性ある医師偏在対策の取組を進めるため、重点医師偏在対策支援区域を対象とした医師偏在是正プランを策定すること。先行的な医師偏在是正プランを策定、実施している場合はその内容を踏まえて、医師偏在是正プランを策定することとし、当該プランは医師確保計画の中で新たな項目として位置づけることとする。
- 重点医師偏在対策支援区域の設定については、都道府県において、厚生労働省の提示する候補区域を参考としつつ、地域の実情に応じて、医師偏在指標、可住地面積あ

たり医師数、へき地尺度（mRIJ）、住民の医療機関へのアクセス、診療所医師の高齢化率、地域住民の医療のかかり方、今後の人口動態等を考慮した上で、地域医療対策協議会及び保険者協議会で協議した上で、区域外から医師を確保できないと医療提供体制の維持が困難と考えられるような、真に重点的に医師を確保する必要がある区域に限り、設定すること。当該区域については、二次医療圏のほか、地域の実情に応じて市区町村単位、地区単位等も考えられる。

- 厚生労働省の提示する候補区域については、①医師少数都道府県の医師少数区域、②医師少数区域かつ可住地面積あたりの医師数が少ない二次医療圏(全国下位 1/4)、③各都道府県の医師偏在指標が最も低い二次医療圏のいずれかに該当する区域を提示する。
- なお、医師多数都道府県等においては、候補区域となる二次医療圏が、必ずしも地域住民の医療へのアクセス等に困難を抱える区域ではないと考えられる場合は、重点医師偏在対策支援区域が優先的かつ重点的に医師偏在対策を実施すべき区域であることを鑑み、候補区域となる二次医療圏を重点医師偏在対策支援区域として設定しないことも考えられる。

5－5－2．支援対象医療機関の考え方

- 厚生労働省の提示する重点医師偏在対策支援区域の候補区域間においても診療所数や二次救急病院の数といった医療資源にばらつきがあることを踏まえ、支援対象医療機関については、重点医師偏在対策支援区域内に存在する全ての医療機関を一律に対象とするのではなく、重点医師偏在対策支援区域内に存在する医療機関のうち特に支援を行う必要がある医療機関を選定すること。
- 都道府県が重点医師偏在対策支援区域において支援を行う対象医療機関を選定するにあたっては、設立母体に係わらず、今後策定する新たな地域医療構想を踏まえ、地理的条件等を考慮しながら、地域医療対策協議会及び保険者協議会で合意を得ること。なお、対象医療機関については、都道府県が、経済的インセンティブに係る事業ごとに個別に設定することが可能である。

5－5－3．区域における必要な医師数

- 重点医師偏在対策支援区域における必要医師数については、厚生労働省が提示する候補区域を都道府県が重点医師偏在対策支援区域として設定する場合は、候補区域の

要件を脱することができるために必要な医師数を原則としつつ、地域医療対策協議会及び保険者協議会に協議した上で設定する。

５－５－４．区域における医師偏在対策を推進するための施策

- 医師が不足する地域における医師の勤務を促進するためには、医師の価値観、勤務・生活環境、キャリアパス等を踏まえた経済的インセンティブを通じて、医師が意欲をもって勤務する環境を整備することが重要である。経済的インセンティブは医師の確保の観点から有効であると思われるが、こうして確保された医師が地域に定着するための対策も重要である。
- 都道府県においては、医師が意欲をもって勤務できる環境を整備するために、地域医療対策協議会及び保険者協議会と協議を行いつつ、以下の経済的インセンティブに係る事業を通じて、重点医師偏在対策支援区域における医師の確保に継続的に取り組むこと。
- 診療所の承継・開業支援事業：重点医師偏在対策支援区域において、診療所を承継又は開業する場合に、当該診療所に対して、①施設整備、②設備整備、③一定期間の地域への定着支援を行う。
- 医療機関に医師派遣する派遣元医療機関支援事業：特定機能病院からの医師派遣とは別に、中核病院等からの医師派遣により重点医師偏在対策支援区域の医師の確保を推進するため、当該区域内の医療機関に新たに医師を派遣する医療機関に対して、医師派遣に要する費用の支援を行う。
- 医師の勤務・生活環境改善のための代替医師確保支援事業：重点医師偏在対策支援区域において、医師の離職防止や新たに勤務する医師の増加を図るため、医師の勤務・生活環境の改善のための土日の代替医師確保への支援を行う。

6. 医師の養成過程を通じた取組

6-1. 医学部定員における地域枠等の取組

6-1-1. 地域枠等の取組と地域枠の設定・取組の考え方

- 我が国は生産年齢人口の減少や医療需要の変化等の状況に置かれており、さらに医学部定員に係る取組の効果の発揮には一定の期間を要することを踏まえると、医師の養成数については、中長期的な見通しを踏まえつつ地域の実情等に配慮しながら削減を図っていくこととしている。
 - 医学部定員における地域枠や地元出身者枠（以下「地域枠等」という。）は、地域における医師不足の解消や医師偏在の是正を目的に、地域に根ざした医師を計画的に養成・確保する仕組みであり、地域における安定的な医師確保につながることを期待される。一方で、医学部卒業後の比較的若手である医籍登録後3～5年目の医師の動向をみると、自県の大学出身者の占める割合や自県の大学卒業者の定着率には都道府県ごとに大きなばらつきがあり、地域の医師の動向を踏まえた対策全体を検討した上で、地域枠等の設置を検討することが必要である。
 - 現行の医師確保計画策定ガイドラインでは、医学部定員における地域枠等の設定根拠として、主に必要医師数など量的指標を用いているが、都道府県ごとに傾向の異なる医師の動向や定着意向、都道府県内の医学部における養成状況等の地域の実情を踏まえた対応が重要である。
- （1）全ての都道府県が取り組むべき対策
- 都道府県における医師の確保や偏在対策を取り巻く環境はそれぞれ異なることから、各都道府県の置かれた状況を把握することが重要である。さらに、我が国全体として、これまでは、18歳人口が減少し続ける中でも大学進学率は上昇し、大学進学者数も増加傾向にあったが、2026年以降は18歳人口の減少に伴い、大学進学率が上昇しても大学進学者数は減少局面に突入すると予測されることを念頭に、各都道府県において医師の養成過程を通じた取組を講じるに当たっては、以下のようなデータ等を考慮して状況を分析することが考えられる。
 - ・ 当該都道府県内の18歳人口や医学部定員数、医師の年齢構成を踏まえた将来的な管内の医師数の推移、当該都道府県の若手医師の流出や流入の状況
 - ・ 当該都道府県における臨床研修医や専攻医（診療科別の分析を含む。）の採用状況と定着状況、当該都道府県における臨床研修指定病院や専門研修施設（基幹施設

及び連携施設)の状況

- ・ 地域枠を卒業した医師の年次ごとの養成数、勤務地、主たる診療科、義務年限終了後の勤務状況
- ・ 2040年やその後も見据えた地域の人口動態(人口、高齢者割合等)及び頻度の高い疾病の状況

○ また、都道府県における医師の確保等に当たっては、大学医学部・大学病院との連携が重要である。

文部科学省では令和7年度補正予算において、「大学病院機能強化推進事業」を進めており、本事業では、大学病院と地域の関係機関との連携を一層推進することを求めている。具体的には、本事業の申請要件として、例えば地域ごとに大学や自治体等の関係機関のトップが参画する協議の場(プラットフォーム)を設けるなど、大学病院と自治体等との連携を深化させるための方策について、意見交換を行い、今後の方針の方向性を示すことを大学病院に課している。本事業を一つの契機として恒久定員内への地域枠の設置を含め、都道府県が地域の医師確保を効果的に行うための方策を検討するなど、必要な協議を進めるべきである。

(2) 各都道府県の状況に応じた対策

○ 各都道府県の医師の流出や流入の状況等を把握した上で、一般的に考えられる対策は次のとおりである。

① 医師の流出に対する対応

- ・ 自県地元者が他県に所在する大学へ進学する割合の多い都道府県においては、自県大学と連携して、入学前からの地元の中高生に対する地域に定着するための取組や、医学部定員における地元出身者枠の活用を検討することが適当である。
- ・ 自県大学卒業生が他県で従事する割合の多い都道府県においては、在学中からの地域枠以外を含めた学生に対する地域に定着するための取組や、医学部定員における地域枠等の活用を検討することが適当である。

A) 地域枠等以外への取組の推進

○ 多くの都道府県では、地域枠の医学生に対する支援を充実させているが、地域枠以外の医学生についても、早期から地域医療への関心や定着意欲を育む取組が重要である。大学によっては、既に独自の取組として地域医療を支える医師の育成に取り組んでいるケースもあるため、各都道府県は大学と連携し、地域医療の実情に応じて以下の取組を行うことを検討することとする。

(岩手医科大学の取組の例)

大学として、地域医療を支える医師の養成に資する教育に取り組んでおり、地域医療を体験する講座等を充実させている。

(福島県及び福島県立医科大学の取組)

福島県立医科大学においては、医学生のうちから地域医療体験を提供することで、医師としての志を高めつつ、地域医療の重要性を理解する取組を行っている。具体的には、地域における臨床実習や、県内全ての医療圏を対象に2泊3日で地域を理解するための実習カリキュラムを展開するなど、在学中から福島県内の医療に触れる機会を提供している。

B) 都道府県内の臨床研修や専門研修等の充実への支援

○ 若手医師におけるキャリアパスの特徴を踏まえると、医師確保対策として、臨床研修や専門研修の段階で、地域の特性を生かした魅力あるプログラムを通じて、臨床研修医及び専攻医を育成・確保できる研修環境を整備するための取組を行うことが考えられる。

○ また、地域枠等医師に対しては、従事要件の履行を前提としつつ、本人の専門性や将来のキャリア形成にも配慮しながら、地域医療において継続的に従事できるよう、地域の研修体制に応じて、臨床研修や専門研修の段階から計画的な配置や研修機会の確保を行う。

(香川県の取組)

若手医師の確保に向けて、基本6領域（内科・産婦人科・小児科・外科・救急科・総合診療）における指導医体制を一層充実させるため、専門研修基幹施設病院が負担する指導医取得経費の一部を補助している。

C) 恒久定員内への地域枠等の設置

○ 地域枠等により、地域における医師不足の解消や医師偏在の是正を目的に、地域に根ざした医師を計画的に養成・確保することは、医師少数都道府県のみならず、医師多数都道府県等においても重要である。地域における医師の確保を安定的に行うとともに、医師の偏在の助長を抑え、また、18歳人口の減少等にも対応する観点から、必要な地域枠等を新たに設置する場合は、原則として恒久定員内で設置する方向性とする。

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

されている。

その際、地域における医師の養成を担う大学との協議が必要になるため、都道府県は以下のような点に留意して調整することが望ましい。

- ・ 大学との調整には比較的長期間、継続的な協議が必要となること。
- ・ 都道府県内における中長期的な医療需要の変化や医師派遣機能に関わる大学病院の人材プール機能等を総合的に考慮し、恒久定員内の地域枠設置について、大学との共通認識を醸成すること。
- ・ 厚生労働省の支援メニュー（地域医療介護総合確保基金等における医師派遣事業、恒久定員内地域枠設置促進事業等）を活用すること。また、文部科学省が実施している、大学病院機能強化推進事業で実施している内容とも連携すること。
- ・ 国においては、医学部臨時定員の削減に向けて議論を進めていることから、こうした動向に適切に対応できるよう、計画的に恒久定員内への地域枠等の設置を進めること。
- ・ 地域枠外の取組について、一定の期間以上当該都道府県に住所を有した者のうちから選抜する地元出身者枠の活用が考えられること。なお、卒後の県内定着率は、他県の出身者と比較して地元出身者の方が高いことが知られている。

（宮崎大学の取組）

宮崎大学においては、令和4年度以降、医学部入学定員の臨時定員地域枠の設置は行わず、恒久定員内に地域枠を新たに15名拡充した。なお、臨時定員増を行わないこととしたことから、教職員の負担軽減や教育資源の確保をはじめ、今後の学年進行にあわせて診療参加型臨床実習の指導にも質向上が期待される。

（鳥取県の取組）

鳥取県と鳥取大学で協議を重ね（1～3ヶ月ごと）、大学病院の医療機能の向上に向けて、県・大学が協力することを確認した上で、恒久定員内へ新たな地域枠「とっとり医療人養成枠」を7枠設定（新規5枠＋恒久定員内臨時養成枠2枠振り替え）し、大学の医師派遣機能の強化を図る。

臨床研修は大学病院で行うとともに、その後は「専門研修（大学病院、県内連携病院・診療所）」「公衆衛生（大学医学部社会医学系講座、行政機関）」「基礎研究」のコースから選択可能とした。

- 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、要請できるとされている。なお、地域枠や地元出身者枠の設定の考え方については、以下も参考にすること。

- ・ 地域枠：都道府県内の特定の地域における診療義務を課すものであり、都道府県内における二次医療圏間の偏在を調整する機能があるとともに、特定の診療科における診療義務がある場合には、診療科間の偏在を調整する機能もある。
- ・ 地元出身者枠：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調整の機能はない。

- 地域枠医師に関しては、都道府県内の診療科間・地域間偏在の両方の解消に資するキャリア形成プログラムを適用すること。また、都道府県内の状況に合わせて、地域枠医師が、不足する一定の診療領域に従事する仕組みについて、具体的に検討していくことが適切である。その際には、「都道府県ごとの診療科別の将来必要な医師数の見通し」等を活用することが適当であるが、総合的な診療の領域（総合診療、救急、ICU・病棟管理等）を担う医師の役割については、別途検討を行うことが必要である。
- 都道府県、大学、関係機関が連携して、キャリアコーディネーター等を活用しながら、キャリア形成卒前支援プランを通して学生時代から地域医療に従事・貢献する医師としての姿勢等のかん養し、各都道府県・大学等における地域医療を担う医師養成の観点から有効な取組について、情報共有を行う機会を定期的に設けることとする。
- 都道府県は、大学及び地域の医療機関等と連携し、医師少数区域等における医師確保が必要な診療科や医師数に加え、医師のキャリア形成の視点から医療機関の指導体制等についても十分に把握した上で、地域医療対策協議会で協議を行い地域枠の医師の配置を検討することで、地域枠の医師がキャリア形成をしつつ地域医療に従事しやすい仕組みを構築することとする。

D) 大学と連携した県内大学卒業生の動向の把握と働きかけ

- 大学と連携して、同窓ネットワークを活用した地域での勤務を希望する医師の掘り起こし、地域外での勤務を経験した後に地域へ復帰するための往復型キャリアパスの提示、短期・非常勤といった柔軟な勤務形態を含む働き方の確保や提案等を進めることが考えられる。

また、各都道府県に所在する大学医学部等を卒業した地域枠等の医師については、義務年限の期間中はもとより、義務年限終了後の地域への定着や、非常勤等も含めた様々な形での地域貢献を促す取組が重要である一方で、都道府県の医師確保担当者を対象とした調査によると、義務年限終了後の医師の従事先の把握を行っている都道府県は全体の 7 割程度となっている。各都道府県は、地域医療介護総合確保基金等による支援も踏まえつつ、地域医療支援センターやキャリアコーディネーター等を介した

大学との連携を通じて、義務年限終了後の医師とのつながりの維持や、可能であれば勤務動向を把握することが考えられる。これにより、大学及び都道府県が、地域枠等の医師の地域への定着等に向けた継続的な働きかけを促す役割や、義務年限後の医師のニーズに応じた各都道府県内への就業調整等の役割を担うことが考えられる。こうした取組は、都道府県の医師確保に資するのみならず、大学の体制強化にもつながるものであり、双方が連携して取り組むことが重要である。なお、都道府県によっては義務年限終了後の医師の定着状況が異なると考えられることから、その状況や、地域枠等医師の数、その他の事情を考慮の上、地域の医師確保に必要な範囲で対応を行うことが適当である。

（青森県の取組）

県内勤務の可能性のある医師の情報収集及び県外医師・医学生に対する働きかけ等を行い、医師確保対策の推進を図るため、特別推進員を設置することで、県外に勤務する医師への UIJ ターンを通じた医師確保の取組を進める。

② 医師の流入に対する対応

- 医師確保計画における医師の確保の全体的な方向性と齟齬のない範囲で、都道府県内の臨床研修や専門研修等の充実への支援（①のB））や、医師養成過程を通じた都道府県間での医師の人的な交流の推進（臨床研修における広域連携型プログラムの活用や、専門研修における連携プログラムの活用等が想定される。6－2. や6－3. も参照。）の推進を行うことが考えられる。

（3）臨時定員地域枠等の設定

- （1）及び（2）の状況の把握や、各都道府県の医師の流出や流入に対する対応を行った上でなお必要かつ安定した医師確保を行うため、特に医師少数都道府県や、地理的条件その他の事情からやむを得ない事情のある都道府県においては、臨時定員の活用も考慮する。臨時定員地域枠の運用に当たっては、都道府県において、各大学の臨時定員地域枠の欠員状況等についても把握し、必要に応じて、適切な運用に向けて大学と連携することが重要である。
- 地域枠及び地元出身者枠については、別途、文部科学省及び厚生労働省から示す通知に基づき、地域医療対策協議会における協議を行い、大学医学部に要請を行い、設置・増員等を進めていくことが必要である。なお、当該通知に基づく対策とは別に、各都道府県内において、独自の医師偏在対策として、地域枠及び地元出身者枠の設置・増員等を進めることについて妨げるものではないことに留意が必要である。

- 前述の各都道府県の医師確保に関連するデータ等や、厚生労働省において示す目標医師数や将来時点における年間不足養成数等を踏まえて、大学医学部に対する地域枠等の設置の要請を行うこと。なお、こうしたデータ等を踏まえて地域枠等の設置・増員等を行うに当たっては、大学医学部との協議を早期から継続的に行うことが必要である。
- なお、我が国は生産年齢人口の減少や医療需要の変化等の状況に置かれていること等を踏まえた、計画的な対応が肝要になる。

6－1－2．今後の進め方

- 今期（３年間）を通じて、6－1－1．の（１）及び（２）の取組を進め、臨時定員から恒久定員を基本として、地域医療を担うために必要な地域枠数等を設定することを含めて、地域で必要な医師の確保を進める必要がある。このためには、地域の大学等との調整が必要であり、地域医療対策協議会を経て都道府県と大学において継続的な調整を図ることが重要である。また、大学との調整に当たっては、大学の人材プール機能を強化するための方策や、恒久定員内地域枠の設置を進めるに当たって大学における教育の充実等のための国の支援策の活用についても検討する。
- また、各都道府県において必要な地域枠・地元出身者枠の数については、第８期（前期）医師確保計画策定ガイドラインにおける以下の考え方についても必要に応じて適宜、参考にすることとする。

- 都道府県知事から大学に対して、地域枠の創設又は増員を要請できる場合については、当該都道府県内に将来時点における推計医師数が必要医師数に満たない二次医療圏等がある場合とし、当該都道府県における二次医療圏ごとの将来時点における医師不足数の合計数を満たすために必要な年間不足養成数を上限として、必要な地域枠数を地域医療対策協議会の協議を経た上で、要請できることとする。
- 都道府県知事から大学に対して、地元出身者枠の創設又は増員を要請できる場合については、当該都道府県が、将来時点における推計医師数が必要医師数に満たない都道府県である場合とし、当該都道府県における医師不足数分を満たすために必要な年間不足養成数を上限として、必要な地元出身者枠数を地域医療対策協議会の協議を経た上で、当該都道府県内の大学に要請できることとする。
- なお、地域枠は、都道府県内において二次医療圏間の偏在を調整する機能のみな

らず、地元出身者枠と同様に、都道府県間の偏在を是正する機能があることから、地元出身者枠の増員等は地域枠の増員等に代替される。その際、都道府県別の養成必要数（不足養成数）については、都道府県内への定着率を、一般枠 0.5、地元出身者枠 0.8、地域枠 1 とし、不足養成数の 3.3 倍が地元出身者枠換算の必要数、2 倍が恒久定員内の地域枠換算の必要数、1 倍が地域枠設置を要件とする臨時定員換算の必要数となる。

- また、今後、将来の必要医師数に応じて都道府県内の大学医学部における恒久定員の枠内において、地域枠等の設置・増員等を進めていくことが必要であるが、仮に恒久定員の 5 割程度の地域枠等を設置しても必要な地域枠等の確保が不十分である場合について、都道府県は、地域医療対策協議会の協議を経た上で、地域枠の設置を要件とする臨時定員の設置等を要請できることとする。
- その際には、特に医師少数都道府県は、将来の医師多数都道府県に所在する大学医学部における都道府県をまたいだ地域枠の創設又は増員を要請することもできる。本取組を行う場合には、医学部卒業後の勤務を円滑に行うために、卒前段階から、当該医師多数都道府県の大学医学部とも連携しながら、地域枠学生に対するキャリア形成支援を行う等の取組が重要である。
- なお、将来の必要医師数を達成するために地域枠等が必要であるにも関わらず、大学の状況等により、恒久定員の 5 割程度の地域枠の設置を要請しない場合については、地域において不足する医師を確保するために大学等からの医師派遣等、これに代替する実効的な医師偏在対策の実施等について、地域医療対策協議会等の場で検討する必要がある。
- また、地域医療対策協議会の協議等に基づき、例えば、すべての恒久定員を地域枠とする等、恒久定員の 5 割程度を超える地域枠の設置を要請することも可能である。
- なお、将来時点の地域枠等の必要数については、2036 年時点の医師供給推計（上位実績ベース）数が需要推計（必要医師数）を下回っている場合について、その差を医師不足数として、地域枠等の必要数を算出するものである。そのため、供給推計（上位実績ベース）が実現するよう、都道府県においては、医師派遣や定着促進策などの施策を継続して行う必要があることに留意が必要である。
- また、二次医療圏における必要医師数については、目標医師数と同様、都道府県

における医師確保の方針を踏まえて、合計が都道府県の必要医師数を超えないように、二次医療圏の必要医師数を設定することが前提となるものであり、それに応じた地域枠の設置等の要請を行うことが必要である。

6－1－3．地域枠の選抜方式等について

- 都道府県知事は、地域枠の学生・医師を確実に確保することができるよう、地域医療対策協議会の協議を経た上で、原則、大学に対して、特定の地域における診療義務のある別枠方式による地域枠を要請することとする。
- また、各都道府県・各二次医療圏における特定の地域における診療義務を果たす以上、事実上、一定の範囲の診療領域に派遣されることが求められる。このため、各都道府県においては、地域枠の学生が卒業後、当該地域において不足する一定の診療領域に従事する仕組みについて、具体的に検討していくことが適切である。
- 要請を受けて設置された地域枠について、実際に特定の地域等において診療義務を果たす際には、医学部生と都道府県等との認識のギャップを避けるため、診療領域についても、都道府県別診療科別の必要医師数の見通し等を踏まえた一定の制限が課されることについて、地域枠の選抜の際に明示しておくべきである。
- なお、できるだけ医師の柔軟なキャリア形成を認める観点から、当該制限については、地域の実情も踏まえ、可能な限り限定的なものとするべきである。

6－2．臨床研修における取組

- 臨床研修制度は、医師法第 16 条の 2 の規定に基づき、医師が、医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付けることを目的としている。
- 臨床研修制度を通じた医師偏在対策として、厚生労働省は、医道審議会医師分科会医師臨床研修部会（以下「医師臨床研修部会」という。）の議論を踏まえ、臨床研修医の都道府県ごとの募集定員上限数の設定を行っているほか、令和 8 年度から、医師多数都道府県（以下「連携元都道府県」という。）に所在する基幹型臨床研修病院（以下「連携元病院」という。）に採用された研修医の一部が、医師少数都道府県等（以下「連携先都道府県」という。）に所在する臨床研修病院等（以下「連携先病院」と

いう。)において半年以上研修を行う「広域連携型プログラム」を開始している。

- 広域連携型プログラムを通して、連携元病院に採用された研修医が、連携先病院においても一定の期間研修することは、双方の特性・魅力を生かした良質な研修を受けられる、将来のキャリアの選択肢が広がる、自身の適性に気づく契機となる、といったメリットが考えられる。
- また、特に研修医を受け入れる連携先都道府県においては、受け入れる研修医の将来的な定着を図る機会となるため、広域連携型プログラムによる研修の機会に定着への取組を行うことは有効であると考えられる。

(1) 広域連携型プログラムに関する取組

- 広域連携型プログラムについては、医師臨床研修部会の議論を踏まえ、連携元都道府県及び連携先都道府県が行う以下の取組は、医師確保の観点でも重要と考えられる。

① プログラム作成時

連携元病院と連携先病院が調整を開始する段階において、厚生労働省は、連携先都道府県から連携を希望する臨床研修病院等のリストを収集し、連携元都道府県に提供している。連携先都道府県がリストの作成を行うに当たっては、管内の医師の偏在状況等を踏まえ、本プログラムに参加することが適切な病院等がリストに掲載されるよう、連携先都道府県から候補となる病院へ働きかけを行うなど、必要な調整を図ることが重要である。

また、作成したリストの活用等により実際に連携先病院が連携元病院と調整を行う段階において、病院間での直接の連携調整に先立って、連携先都道府県が特に本プログラムに参加すべきと考える病院について、連携先候補として連携元都道府県に提示を行うなど、積極的な調整を行うことも重要と考えられる。

② 準備・研修開始前

連携先病院での研修内容や指導体制・研修医へのサポートなどに関して、連携元病院と連携先病院が円滑な連携や十分な情報共有を行えているか等について、連携元都道府県及び連携先都道府県は、管内の対象病院の状況把握やフォローなどに努める。

③ 研修医募集

広域連携型プログラムの研修医募集に際しては、プログラムの概要に加え、プログラムの魅力、得られるメリット等について医学生が十分に把握できるよう、連携先都道府県は、連携先病院を通して調整を行い、連携元病院と合同での説明会を開催する

など、医学部生に向けた情報発信の取組を行うことが考えられる。

④ 連携先病院での研修開始後

研修の進捗状況や研修医の様子・生活などについて、病院間で相互に緊密に連携し、連携元病院と連携先病院それぞれの指導医やメンターなどによって緊密に情報共有が行われているか等について、連携元都道府県及び連携先都道府県は、管内の対象病院の状況把握やフォローなどに努める。

(2) 広域連携型プログラムを通じて将来的な定着を図る取組

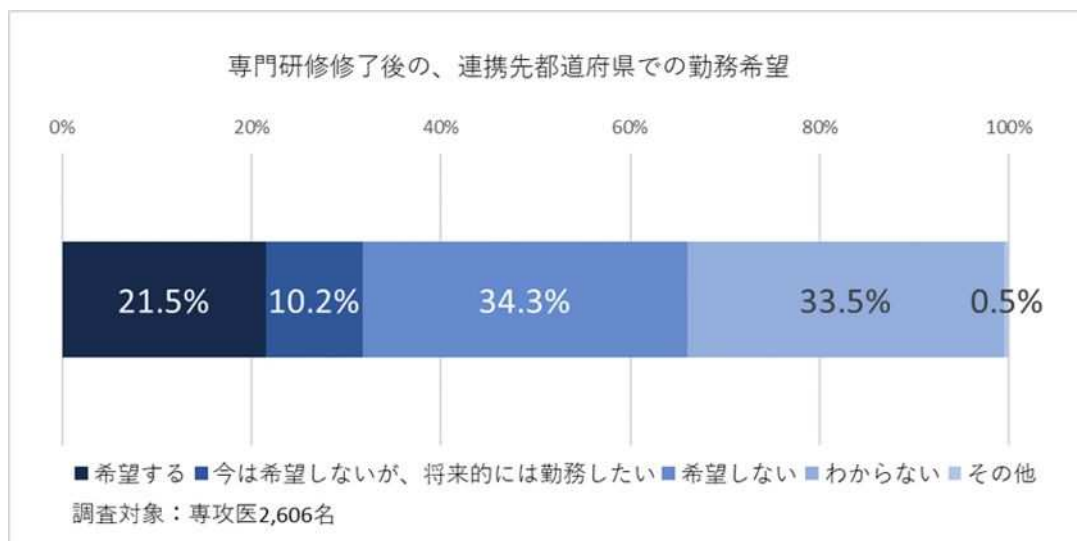
- 連携先都道府県においては、広域連携型プログラムでの受入を契機として、当該地域への将来的な定着を図る取組が、地域の医師確保の観点で重要であると考えられる。例えば、以下の取組を行うことが考えられる。

① 専門研修プログラムに関する情報提供

広域連携型プログラムと同様に、連携先施設で一定期間の研修を行う仕組みとして、専門研修の連携プログラムが存在する。専攻医を対象とした調査(図1)ではあるが、専門研修中の限られた期間での連携であっても、将来的な希望を含めると、専門研修修了後に3割を超える専攻医が連携先の都道府県での勤務を希望していることから、広域連携型プログラムにおける連携先病院での勤務についても、地域への定着の契機となり得ることが考えられる。

定着に向けた具体的な取組として、都道府県内に所在する専門研修の基幹施設等と連携を行い、連携先病院で研修中の研修医に対して、臨床研修修了後のキャリアプランの選択肢として、都道府県内の専門研修プログラムに関する情報提供を行うことなどは、有効であると考えられる。

(図 1)



出典：令和5年度厚生労働行政推進調査事業費補助金厚生労働科学特別研究事業「日本専門医機構における医師専門研修シーリングによる医師偏在対策の効果検証」（研究代表者 渡辺毅）

② 地域の特徴のプログラムへの反映

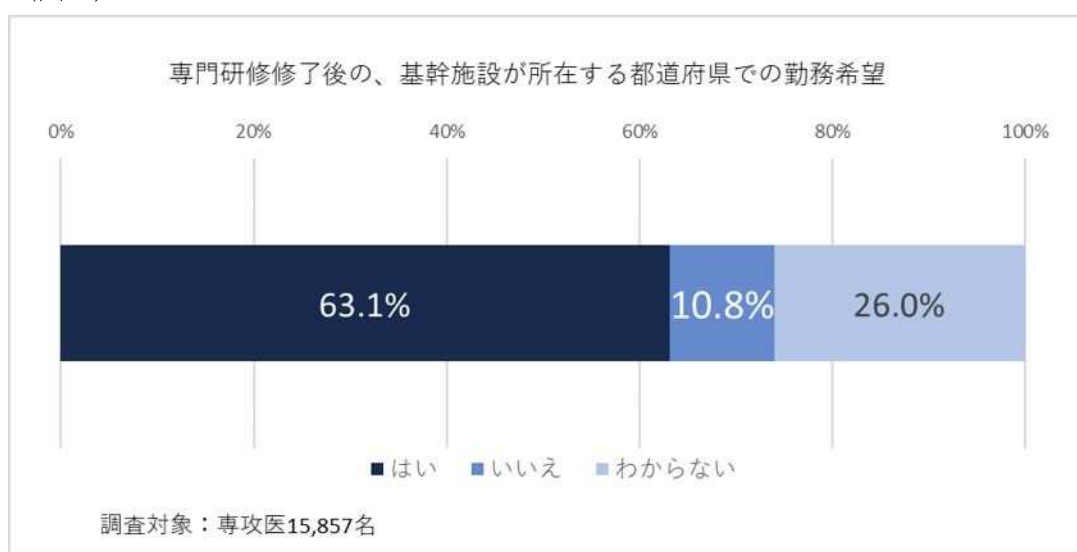
広域連携型プログラムにおいては、連携元病院と連携先病院の双方の特性・魅力を生かした良質な研修プログラムの作成を行うことが重要である。特色あるプログラムの作成にあたっては、離島やへき地等の特殊な地理的条件における診療機会、地域のイベントと連動した研修等を盛り込むことが考えられる中、都道府県の立場から各所との調整を行うことで、プログラムの幅を広げ、魅力ある研修プログラムの作成に寄与することが可能となることが考えられる。

6－3．専門研修における取組

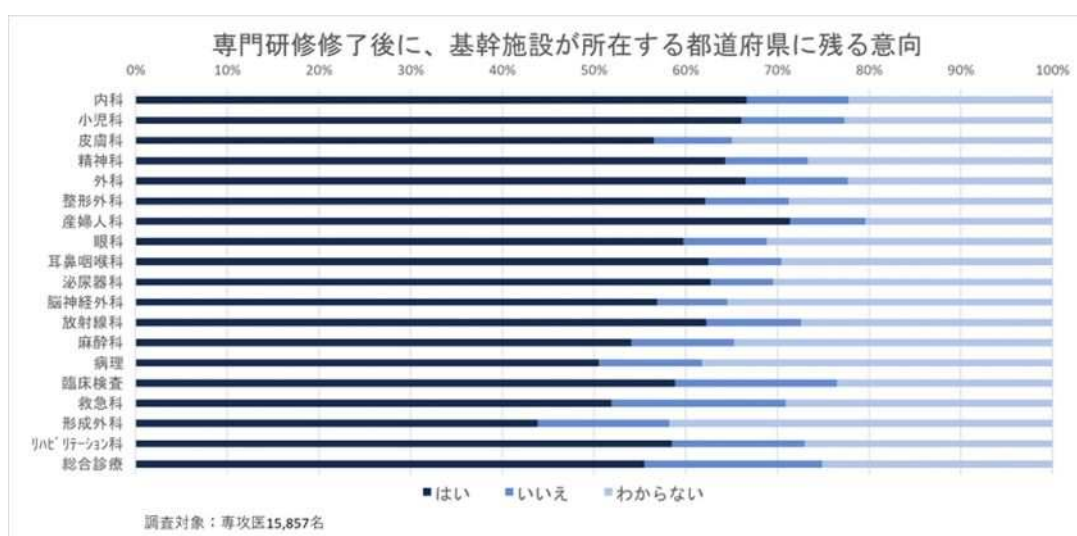
- 医師の専門研修は、プロフェッショナルオートノミーを基盤とし、国民の視点に立った上で、育成される側のキャリア形成支援の視点も重視して構築されてきた。
- 専門研修は、約9割の医師がキャリアパスとして経験するものであり、専門研修に着目した医師確保対策を行うことは重要である。対策に当たっては、以下のようなデータを踏まえ検討することが有用である。
 - ・ 6割を超える医師が、専門研修修了後に専門研修の基幹施設が所在する都道府県に残る意向があるとされる。この定着率は、都道府県や基本領域（診療科）によっても異なる（図2～4）。

- ・ 半数近くの専攻医が、専門研修を選ぶ際の重要な要素として「専門研修のプログラムの内容」や「優れた指導者の存在」を回答している（図5）。専攻医の呼び込みや定着支援のためには、専門研修指導医の確保を含む研修環境の整備も重要であることが示唆される。
- ・ 約3割の医師が、専門研修において派遣された連携先の都道府県で勤務する希望（将来的な希望を含む。）を持つとされる（図6）。医師確保対策として専門研修の連携プログラムを活用することについても一定の有用性が示唆される。

（図2）



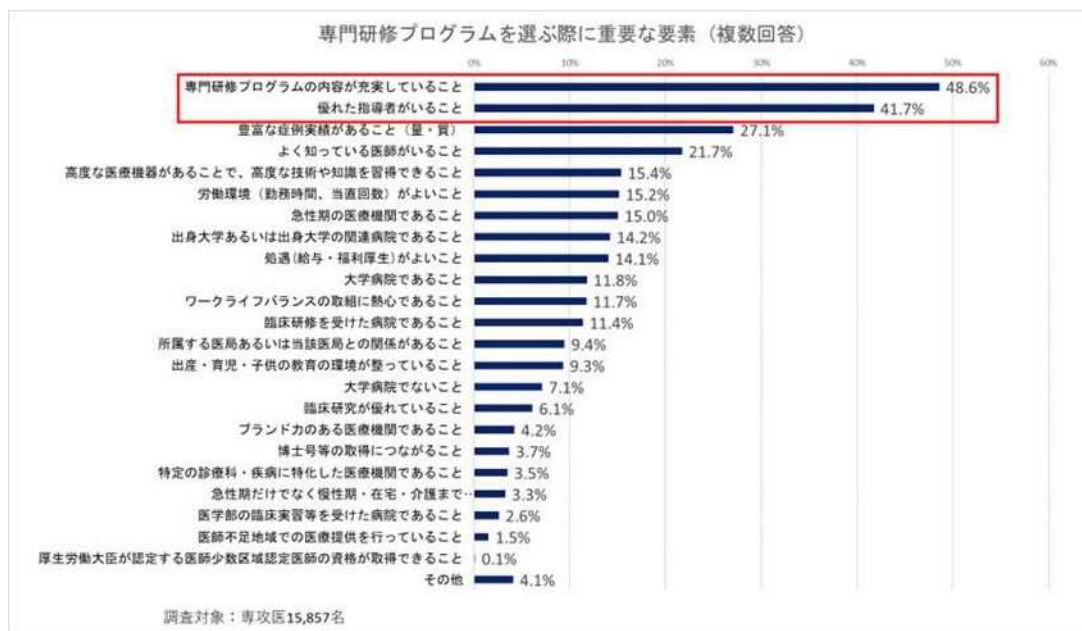
（図3）



(図 4)



(図 5)



(図 6)

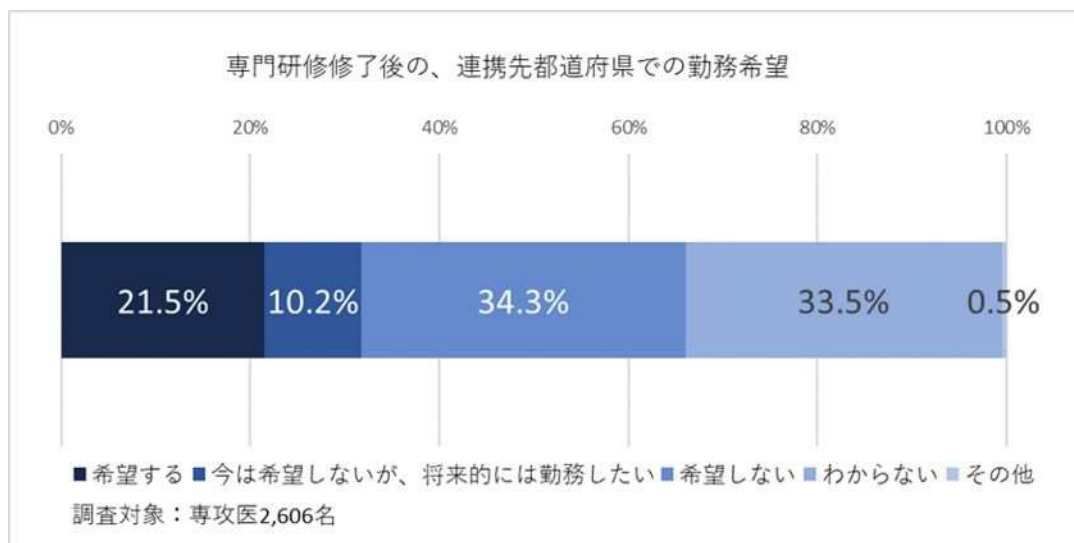


図 2 ～ 6 の出典は、いずれも令和 5 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金厚生労働科学特別研究事業 「日本専門医機構における医師専門研修シーリングによる医師偏在対策の効果検証」(研究代表者 渡辺毅)

- 専門研修に着目した医師確保対策を検討するに当たっては、以上のような医師のキャリアパスの特徴や専攻医の定着率等のデータを踏まえることや、医師法第 16 条の 10 の規定に基づく厚生労働省から都道府県に対する専門研修に関する計画に関する意見の聴取への対応のための既存の取組や体制を活用することも有効であると考えられる。
- また、専門研修は、地域偏在と診療科偏在に配慮する観点から、都道府県別・診療科別に専攻医の採用数の上限の設定(シーリング)の仕組みがある。都道府県が医師確保を行うに当たってはシーリングの趣旨に沿った対応が重要となり、
 - ・ シーリングの対象となっている診療科がある都道府県は、連携プログラムを活用することで医師が不足する地域に対する配慮と医師の確保を両立するよう促し、
 - ・ シーリングの対象外であり連携プログラムの連携先となる診療科を持つ都道府県においては、連携先として専攻医を確保する取組を促す、
 といった考え方が想定される。また、シーリングの対象か否かに関わらず、都道府県内の地域偏在又は診療科偏在への対策としても、管内の専門研修プログラムの応募状況・採用状況や、連携施設における研修状況に応じた対策を行うなど専門研修に着目することは有用であると考えられる。
- 具体的な取組の例として、以下が挙げられる。

(ア) 専門研修の状況把握

各領域の研修プログラムの状況、専攻医の採用状況、指導医の勤務状況、連携プログラムによる都道府県外の専攻医の受入状況等の把握を行うことは、対策を検討する上で重要である。状況の把握に当たっては、医師・歯科医師・薬剤師統計を用いるほか、日本専門医機構から提供されるデータベース情報を活用することも考えられる。

(イ) 専門研修プログラムの周知及び環境整備の支援

専攻医の採用の促進施策として、都道府県内の専門研修プログラムの紹介に対する取組の後押しが考えられる。例えば、基幹施設による説明会の開催や、冊子・ホームページ等の取組を把握するほか、病院見学への支援等を行う例も存在する。

また、半数近くの専攻医が専門研修プログラムを選ぶ際に重視する要素として「専門研修のプログラムの内容」や「優れた指導者の存在」を挙げていることから、指導医の確保等を含む研修環境の整備を通じたプログラムの魅力向上に向けた後押しをすることが考えられる。

(香川県の取組)

県内で指導医を確保することが大きな課題となっている中、特に不足感の強い又は必要性が高いと考えられる基本6領域（内科・産婦人科・小児科・外科・救急科・総合診療）における指導医体制を一層充実させ、将来の医療需要の変化に対応した医療提供体制の強化を図るため、専門研修基幹施設病院が負担する指導医取得経費の一部を補助している。

(ウ) 連携プログラムの活用

約3割の専攻医が、専門研修において派遣された連携先の都道府県で勤務することを希望していることから、連携プログラムの連携先となる都道府県においては、都道府県外で採用された専攻医の連携先となり積極的に受け入れるなど、連携プログラムの活用も有用である。

また、都道府県外の大学等との連携協定や寄付講座設置において連携プログラムに関する事項を含めることや、こうした医療機関間のネットワークの形成により専攻医のみならず指導医を含む医師が流動的に行き来しやすい仕組みを構築することも考えられる。

(茨城県の取組)

都道府県及び市が、派遣元となる大学と、寄付講座の開設に関する協定を締結し、派遣先となる医療機関が特別地域連携プログラムの連携先とされるとともに、指導医と専攻医の派遣が行われている。

(エ) 専攻医及び指導医に対する支援を通じた地域への定着策

研修環境や生活環境に対する支援については若手医師からニーズがあり（図 7）、医師の養成の観点のみならず、地域への定着策としても重要である。また、指導医に対する支援は、専門研修の質の向上を通じた専攻医の呼び込みの他、指導医自身の定着率の向上が期待される。さらに、都道府県内外の大学に寄附講座の設置を通じて、指導医の確保や専攻医の研修環境に寄与する取組例も存在する。

（図 7）



- なお、プロフェッショナルオートノミーを基盤として設計されている専門研修においては、上記の取組を行う上で、各診療領域の課題や医師の配置状況等に知見のある大学等の関係者との連携が重要である。連携プログラム等を通じた医師の受入を推進する場合、適切な研修環境の確保や円滑な受入のためには大学等の理解が必要である。また、シーリングの対象となっている都道府県においても、大学等と連携した連携プログラム設置の支援、連携先医療機関が所在する都道府県との調整等、円滑な連携に取り組むことは、安定した医師確保に資すると考えられる。

6－4．必要な診療科の医師の育成・確保に関する取組

- 我が国においては、医療の専門分化・高度化が進む中、臓器別・疾患別専門医の育

成が進む一方で、急速な高齢化が同時に進行しており、患者個人の複数疾患や生活上の課題を総合的に診ることができ、地域包括ケアにおいても中心的な役割を担える、総合的な診療能力を有する医師の確保が求められている。

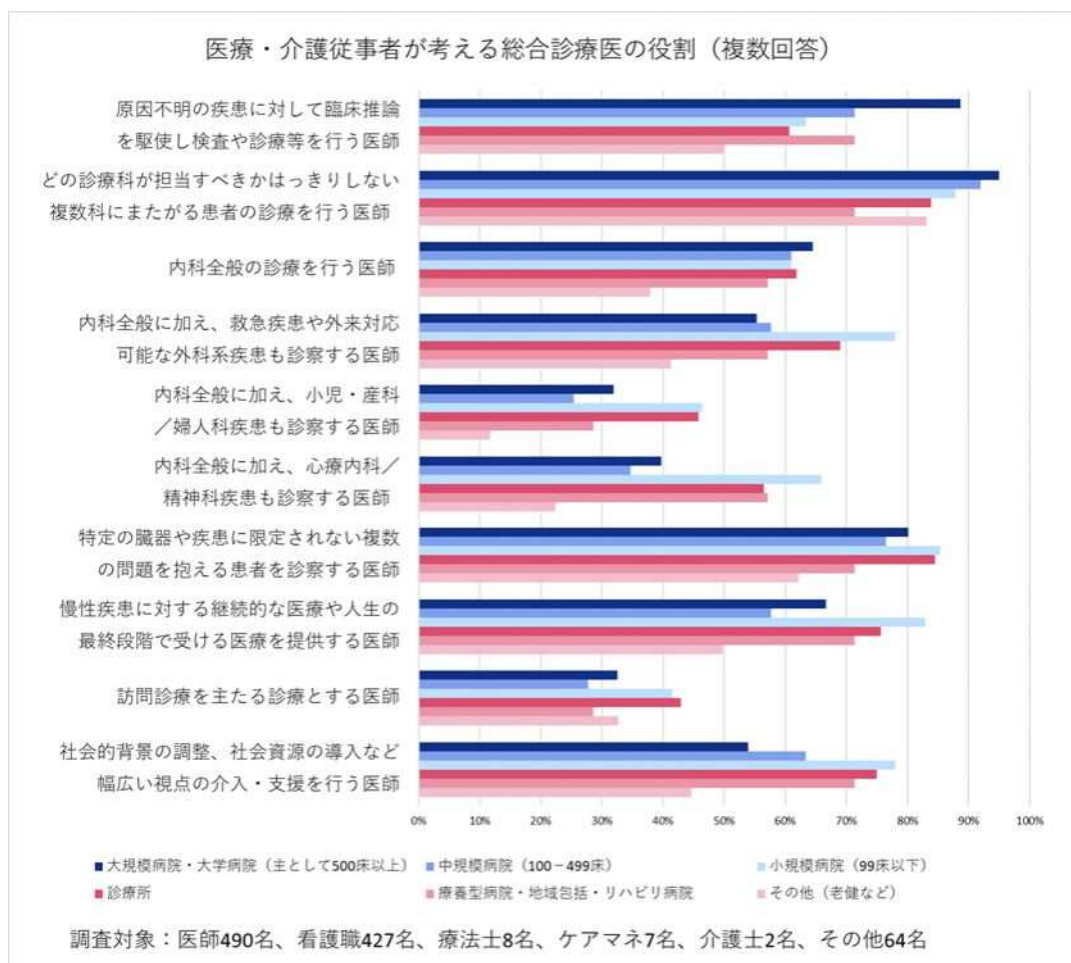
- 高齢化等の人口構成の変化により生じる医療需要の変化について、2020 年から 2040 年にかけて 85 歳以上の救急搬送は 75%、在宅医療需要は 62%増加することや、全ての診療領域において半数以上の構想区域で手術件数が減少すること等が見込まれており、こうした地域における医療需要の変化を踏まえ、医師の養成や確保の方針を検討する必要性が生じている。
- また、専攻医に対するアンケート調査によると、ワークライフバランスの確保が研修に当たって重要な要素であると多くが回答するなど、医師自身も働き方を意識した職場選択を行うようになっている。
- さらに近年、外科を選択する医師の増加が他の基本領域を選択する医師と比較して最も小さく、長時間労働の傾向もある状況下において、過酷な労働環境の改善や適切な処遇の確保が必要である。

6－4－1．地域で必要な診療を担う医師の育成・確保

- 地域の人口構造の変化や高齢者救急の需要の増加への対応等、地域のニーズに適切に対応する観点で、地域において必要な診療を担う医師の育成や確保に、都道府県が関与することは重要である。
- 前述のとおり、急速な高齢化が進行する中、患者個人の複数疾患や生活上の課題を総合的に診ることができ、地域包括ケアにおいても中心的な役割を担える、総合的な診療能力を有する医師の確保が求められている。
- 厚生労働省においては、若手医師までを対象の中心として、
 - ・大学医学部における総合診療専門医等の養成・確保のための拠点の整備に対する支援
 - ・日本専門医機構への支援を通じた総合診療専門医の養成の推進等、総合的な診療能力を有する医師の育成に関する取組を行っている。なお、日本専門医機構による総合診療の専門研修は平成 30 年度から開始されており、令和 7（2025）年 4 月 1 日時点で総合診療専門医の総数は 937 名である（日本専門医機構 HP より）。

- また、中堅・シニア世代の、臓器別の専門的な診療に従事してきた医師を主な対象として、その後のキャリアにおいて総合的な診療能力を持つ医師として活躍するために必要な研修等を提供するリカレント教育に関する補助事業を令和7年度より開始している。
- 都道府県が、地域において必要な診療を担う医師の育成や確保に関与するに当たっては、以上のような国や関係者による既存の取組を踏まえ、都道府県が担うことができる役割の範囲で必要な取組を進めることが重要であると考えられる。
- また、総合的な診療能力を有する医師に求められる役割については、医療機関の規模等によっても異なることが示唆されており（図8）、地域の状況によっても異なる場合がある。地域においてどのような医師が必要とされているか、また、大学等の総合診療専門医等の養成拠点における取組や各種団体によるリカレント教育プログラム等のそれぞれの取組においてどのような医師を養成することができるのかを把握することにより、都道府県として効果的な取組を検討することが重要である。

(図 8)



出典：令和6年度厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））「総合的な診療能力を有する医師の活躍推進方策に関する調査研究」（研究代表者：小林大輝）

○ それぞれのキャリアステージの医師を対象とした取組の中で、都道府県が担うことができる役割の具体的な例としては、以下のようなものが挙げられる。

（1）若手医師を中心とした取組

① 医学生等への情報提供

地域枠入学者を含む医学生や若手医師を対象とし、セミナーの開催などにより総合診療の魅力を発信することは、総合診療専門医の取得を希望する者を増加させるだけでなく、臓器別・疾患別専門医を取得する者が総合診療の必要性を理解すること、セカンドキャリアの選択肢として総合診療への従事を考慮すること等につながることで期待できる点でも有用であると考えられる。魅力の発信とともに、県内で総合的な

診療能力を有する医師として勤務する場合のキャリアの実例を提示することも有用であると考えられる。

② 臨床研修・専門研修プログラムの充実のための支援

臨床研修においては、

- ・ 総合診療や総合内科のローテーションを含むプログラム
- ・ 地域医療研修において総合診療に従事できるプログラム

等、総合的な診療能力をより強化するプログラムの充実への支援が考えられる。例えば、臨床研修指定病院の意向も踏まえ、総合診療の研修が可能な協力型施設を確保する場合、総合診療専門医等を養成する指導体制が整備されている管内の医療機関を把握し、必要に応じて施設間の調整等の支援を行うことなども想定される。

こうしたプログラムの経験を通じて、総合診療専門医等を目指す臨床研修医や、臓器別の専門医資格の取得後も総合的な診療能力を発揮できる医師の増加につながる事が期待できる。

専門研修においては、管内の総合診療専門研修プログラムの指導体制の充実のための支援が考えられる。具体的には、管内の総合診療専門研修プログラムを把握した上で、指導医の確保や派遣を行うことの他、へき地、過疎地域、離島、医療資源の乏しい地域等を含む多様な地域において研修する専攻医には、オンラインで指導医等のサポートを受けられる体制の整備やそのために必要な設備の導入等への支援も有用である。

③ キャリア形成支援

総合診療に従事する医師が、キャリアを形成しつつ地域医療に従事しやすい環境づくりも重要である。大学等に設置される総合診療医センター等は、総合診療専門医等の養成拠点として、都道府県内における総合診療に係る状況の情報を有し、総合的な診療能力を有する医師間や施設間のネットワークを有している場合も多い。例えば、こうしたセンター等が、都道府県内で総合診療に従事する医師に対して、スキルアップが可能な医療機関等に関する情報提供を行い、また、診療で困った際の相談を受ける等の役割を担うことも考えられ、都道府県として行政的視点を活かした支援を行うことが考えられる。

(広島県の取組)

広島県では、広島大学病院総合診療医センターと連携し、大学における総合診療に関する卒前教育への経費支援、県内で総合診療に従事する魅力について発信するプロモーションビデオの制作、県内の総合診療プログラム説明会の開催やプログラム責任者会議への参加など、各養成過程の医師を対象とした取組において、行政的視点を活

かした支援や連携を行っている。

(2) 中堅・シニア世代を中心とした取組

総合的な診療能力を高めるためのリカレント教育は、医師が診療を継続しながら、総合的な診療について学び直しを行うものであり、中堅以降の様々な診療科の医師を主な対象としている。

厚生労働省は、関係学会や病院団体等が協力し、

- ・総合的な診療能力を有する医師としてのスキル向上の魅力の発信
- ・他分野の知識や診療のコツを学べる研修の提供
- ・診療を行いながら経験を積める OJT (On-the-Job Training) の場の提供

等の取組を一体的に実施するリカレント教育事業に取り組むこととしている。

都道府県は、関係学会や病院団体等が実施するリカレント教育に関する管内における取組状況を把握し、医師や医療機関に周知を行うなど、学会等によるリカレント教育を活用することで、管内における総合的な診療能力を有する医師の養成を図ることが考えられる。

① 管内の医療機関における取組状況の把握

リカレント教育の管内の受講者数等の把握と合わせて、受講者に OJT の場を提供する医療機関を把握することは重要である。

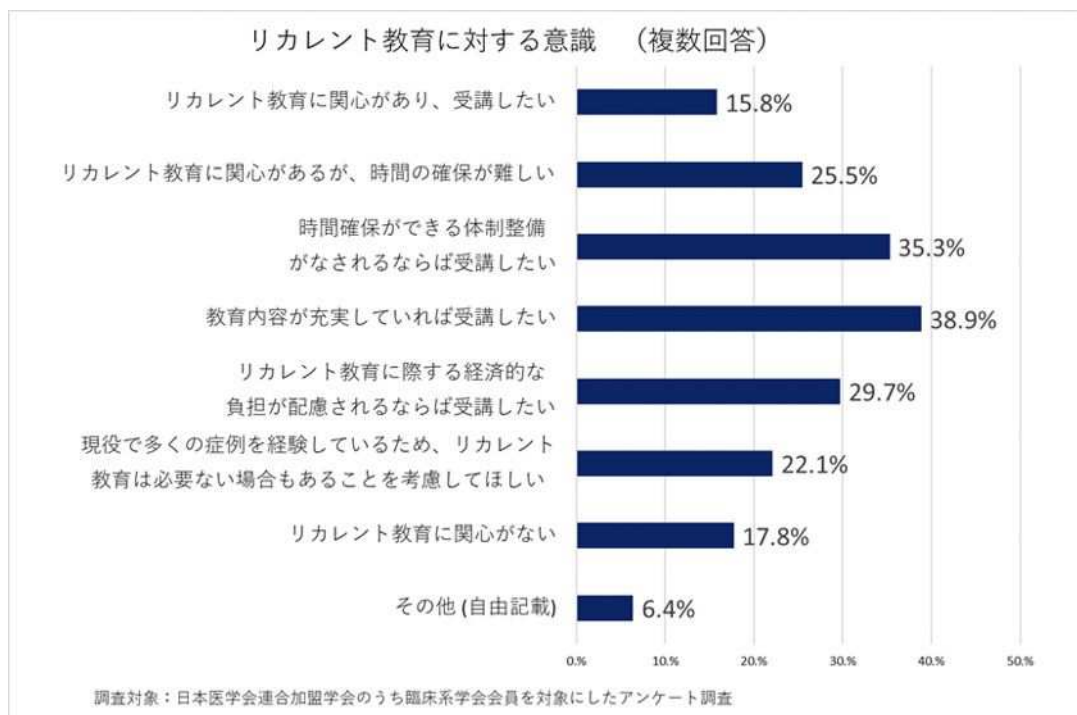
都道府県は、こうした管内の受講者の傾向、OJT の場を提供する施設の規模や分布状況等を分析することで、効果的な周知のための対象や手段の検討や、受講者または OJT の場を提供する医療機関に対する適切な支援の検討が可能となる。

② リカレント教育の周知

医師を対象としたアンケート調査によると 3 割を超える医師がリカレント教育に関心を示しており (図 9)、また、総合的な診療能力を習得する上で必要な支援として、半数を超える医師が「研修プログラムや指導教育制度の紹介」と回答している (図 10)。こうしたことから、管内の受講者数の増加に向けて、医師にリカレント教育の情報提供を行うこと、その際、各種団体が実施しているリカレント教育のパンフレットやホームページを活用することは効果的であると考えられる。

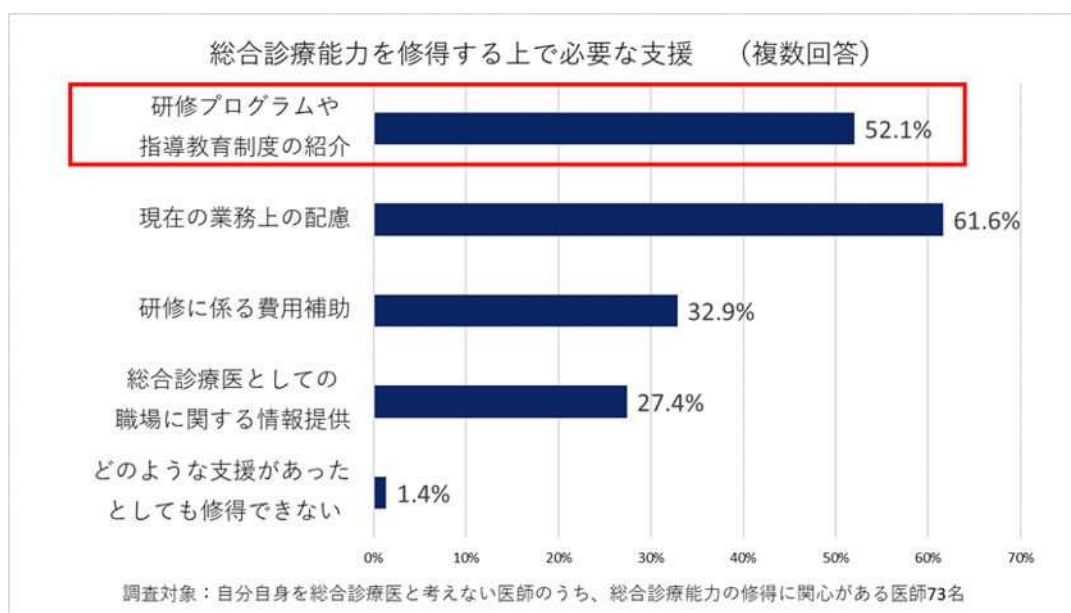
また、管内のリカレント教育の体制を充実させるため、都道府県から医療機関に対し、リカレント教育の一環として医療機関が担うことのできる役割について情報提供を行うことも効果的であると考えられる。

(図 9)



出典：地域医療の向上と研究力の向上に関する意識調査（中間報告）（一般社団法人日本医学会連合（令和6年12月12日））

(図 10)



出典：令和6年度厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研

究事業))「総合的な診療能力を有する医師の活躍推進方策に関する調査研究」(研究代表者：小林大輝)

- 上記の総合的な診療能力を有する医師の育成・確保の他、各都道府県の実情を踏まえ必要とされる診療科の医師の養成・確保について、地域の医療提供体制に応じて検討する必要がある。この際、前述の１．に示した地域枠等の活用の他にも、特定の診療科に進む意向のある医学生に対して修学資金の支援を行うなど、必要な診療科の医師の養成・確保に向けた取組を検討することが考えられる。

６－４－２．必要な診療科の医師の確保に資する医師の働き方改革の推進

- 育児・介護等と仕事の両立に係るニーズが増加する中、地域医療を支える意欲のある医師が、柔軟かつ持続可能な形で診療に参加できる体制や運用について整備を行っていくことが重要である。都道府県が、必要な診療を担う医師の育成・確保の取組を行うに当たっては、多様なライフプランやキャリアステージに応じた、常勤・非常勤といった勤務形態を問わない柔軟な働き方、地域間の人的な交流などの活用等について、より一層の推進を行っていくことが求められる。
- 医療機関における勤務環境を改善するためには様々な勤務形態の医師の適切な配置調整、各部門間・部門内の業務量の平準化・不公平感の解消等を図ることが重要であり、こうした医療機関におけるマネジメントの向上は、当該医療機関の勤務環境改善に資するのみならず、医師の確保に当たっても不可欠である。厚生労働省においては『医療分野の「雇用の質」向上のための勤務環境改善マネジメントシステム 導入の手引き』を公表している他、病院長等の医師の労務マネジメントに関わる方を対象とした「トップマネジメント研修」を行っている。都道府県においても、特にニーズの高い診療科や医療機関等に対して重点的にこうした観点での支援を検討することが考えられる。
- 併せて、患者、家族を含めた国民に対して医師の働き方改革の推進に向けた理解の醸成を図ることが重要である。都道府県においては、診療時間内の受診への協力、チーム医療の推進への理解、迷惑行為の防止等の取組への協力を呼びかける周知等について、国が提供する周知資材等の活用を行うなど、医療機関への必要な支援を検討することが考えられる。

- また、地域で必要な診療科、例えば、労働時間が長い傾向にあり、また、休日・時間外等の緊急対応を要する外科や、周産期に関わる診療科、麻酔科などについては、都道府県の医師確保に関わる部局と勤務環境改善に関わる部局が連携を図りつつ、現場の状況を把握し、必要な支援を検討することが考えられる。

(高知県の取組)

高知県では、勤務環境改善支援センターに係る業務を、医師の確保や地域枠医師等への支援等を担当している一般社団法人 高知医療再生機構に委託して実施している。これにより、特定労務管理対象機関への定期的な状況確認、医療勤務環境改善モデル支援事業を通じたハラスメント対策等の働き方改革の推進とともに、認定看護師資格取得支援事業や地域枠医師へのキャリア支援等の医師確保に関わる取組を一体的に進めている。

7. 産科・小児科における医師確保計画

7－1. 産科・小児科における医師偏在指標及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、産科・小児科における医師偏在指標を示し、産科・小児科における地域偏在対策に関する検討を行う。ただし、当該指標は、診療科間の医師偏在を是正するものではないこと、また、偏在指標の値が大きい医療圏においても、実態としては医師が多施設に分散して一施設毎の医師数が少ない場合もあること等に留意する必要がある。
- 産科・小児科については、産科医師又は小児科医師が相対的に少なくない医療圏においても、その労働環境を踏まえれば、医師が不足している可能性があり、引き続き産科医師及び小児科医師の総数を確保するための施策を行うとともに、医師派遣以外の施策についても検討する必要がある。また、産科医師及び小児科医師の配置等を検討するに当たって産科・小児科における医師偏在指標を用いる際には、前述した留意点に十分な配慮を行うとともに、産科・小児科の全国における医師養成数の検討には用いないことが適当である。加えて、医師の労働時間短縮等に関する指針を踏まえ、医師の労務管理、時間外労働の短縮に向けた取組等についても考慮する必要がある。
- なお、この「7. 産科・小児科における医師確保計画」においては、二次医療圏と同一である場合も含め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」と呼称することとする。

7－2. 産科・小児科における医師偏在指標の設計

7－2－1. 産科における医師偏在指標の設計

(1) 考え方

- 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踏まえた「医療施設調査」における「分娩数」を用いることとする。
- 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

接関係しない流入があるが、現時点で妊婦の住所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ない。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」を用いており、都道府県間調整は不要である。

- 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）を用いることとする。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」に変更する。
- 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することとする。
- 医師偏在指標については、三次医療圏ごと、周産期医療圏ごとに算定することとする。ただし、三次医療圏については、医師確保計画等が都道府県により作成されること及び都道府県単位で設置された医療審議会や地域医療対策協議会での協議を経て定められるものであることを踏まえ、運用上は都道府県単位で算定することとする。

（2）指標の設計

（1）の考え方に基づく算定式は次のとおり。

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

$$\text{(※)標準化分娩取扱医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数}^{17} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

7-2-2. 小児科における医師偏在指標の設計

（1）考え方

- 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

¹⁷ 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、主たる従事先では0.8人、従たる従事先では0.2人として算出する。

の小児の人口構成の違いを踏まえ、性・年齢階級別受療率を用いて年少人口を調整したものを用いる。

- 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の実態を踏まえ、都道府県間調整を行う。
- 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」を用いる。
- 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する。
- 医師偏在指標については、三次医療圏ごと、小児医療圏ごとに算定する。ただし、三次医療圏については、医師確保計画等が都道府県により作成され、都道府県単位で設置された医療審議会や地域医療対策協議会での協議を経て定められるものであることを踏まえ、運用上は都道府県単位で算定することとする。

(2) 指標の設計

(1) の考え方に基づく算定式は次のとおり。

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

$$(\text{※1}) \text{標準化小児科医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数}^{18} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

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

¹⁸ 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、主たる従事先では0.8人、従たる従事先では0.2人として算出する。

(※3)地域の期待受療率＝

$$\frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別調整受療率 (※4)} \times \text{地域の性年齢階級別年少人口})}{\text{地域の年少人口}}$$

(※4)全国の性年齢階級別調整受療率

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

$$(\text{※5}) \text{無床診療所医療医師需要度} = \frac{\frac{\text{マクロ需給推計における外来医師需要}^{19}}{\text{全国の無床診療所外来患者数 (※6)}}}{\frac{\text{マクロ需給推計における入院医師需要}^{20}}{\text{全国の入院患者数}}}$$

(※6)全国の無床診療所外来患者数

$$= \text{全国の外来患者数}$$

$$\times \frac{\text{初診・再診・在宅医療算定回数 [無床診療所]}}{\text{初診・再診・在宅医療算定回数 [有床診療所・無床診療所]}}$$

○ さらに、患者の流出入に基づく増減を反映するために (※4)、全国の性年齢階級別調整受療率を、次のように修正を加えて計算を行うこととする。都道府県においては、この無床診療所及び入院年少患者における流入数及び流出数について、年少者の患者流出入のある都道府県間及び都道府県内の二次医療圏間で調整の上、厚生労働省に報告することとする。

性年齢階級別調整受療率(流出入反映)

$$= \text{無床診療所医療医師需要度} \times \text{全国の無床診療所受療率} \\ \times \text{無床診療所年少患者流出入調整係数 (※7)} \\ + \text{全国の入院受療率} \times \text{入院年少患者流出入調整係数 (※8)}$$

¹⁹ マクロ需給推計における外来医師需要は、無床診療所における外来医療需要の推計を行っている。

²⁰ マクロ需給推計における入院医師需要は、病院及び有床診療所における入院医療需要の推計を行っているものであるが、病院及び有床診療所における外来医療需要においては、入院需要の一部として推計されている。

(※7)無床診療所年少患者流出入調整係数

$$= \frac{\text{無床診療所年少患者数(患者住所地)} + \text{無床診療所年少患者流入数} - \text{無床診療所年少患者流出数}}{\text{無床診療所年少患者数 (患者住所地)}}$$

(※8)入院年少患者流出入調整係数

$$= \frac{\text{入院年少患者数(患者住所地)} + \text{入院年少患者流入数} - \text{入院年少患者流出数}}{\text{入院年少患者数 (患者住所地)}}$$

(3) 小児科医師偏在指標における留意点

小児については、小児科医師に限らず、内科医師や耳鼻咽喉科医師等により医療が提供されることもあるが、小児科医師以外の医師による小児医療の提供割合について、現時点では医療圏間で差があるか否かについて把握することが困難である。そのため、当該割合について医療圏間で差はないと仮定している。

7-2-3. 指標の作成手続

○ 厚生労働省は、都道府県に対し、産科及び小児科の医師偏在指標の計算方法に加え、分娩取扱医師偏在指標と患者数の流出入に基づく増減を一定程度反映した小児科医師偏在指標を提供する。

都道府県においては、都道府県間及び都道府県内における小児科の患者の流出入数を、外来及び入院に関して都道府県間及び都道府県内において協議の上で決定する。

※ 協議のプロセスについては、「3. 医師偏在指標」の「3-1 (2) 指標の作成手続」と同様とする。

7-3. 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及び周産期医療圏又は小児医療圏ごとの医師偏在指標の値を全国で比較し、医師偏在指標が下位一定割合に該当する医療圏を相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域と設定することとし、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」及び「相対的医師少数区域」とする。

○ また、産科医師又は小児科医師が相対的に少なくない医療圏等においても、産科医師又は小児科医師が不足している可能性があることに加え、これまでに医療圏を越え

た地域間の連携が進められてきた状況に鑑み、仮に産科医師又は小児科医師が多いと認められる医療圏を設定すると当該医療圏は産科医師又は小児科医師の追加的な確保ができない医療圏であるとの誤解を招くおそれがあるため、産科・小児科においては医師多数都道府県や医師多数区域は設けないこととする。

- 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を参考に、下位 33.3%とする。
- 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又は小児科医師が少ないことを踏まえ、周産期医療又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する。

7－4．産科・小児科における医師確保計画の策定

7－4－1．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及び周産期医療圏又は小児医療圏ごとに定めることとする。
- まずは、7－3に記したとおり産科・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する。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、将来推計等を踏まえ、7－4－4の施策を基本とし、具体的な取組例（表1）も参考としつつ、医師確保計画と同様に見直しまでの期間（以下「計画期間」という。）においてどのように産科・小児科における医師偏在対策に取り組むかについて方針を定めることとする。また、必要に応じて確保する産科・小児科医師数についても定めることができる。
- 産科・小児科における医師確保計画については、産科医師又は小児科医師が相対的に少なくない医療圏（相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域以外の医療圏）においても医師が不足している可能性があることから、相対的医師少数区域に限らず、全ての都道府県ごと及び周産期医療圏又は小児医療圏ごとに具体的な対応を盛り込んだ上で作成することとする。
- 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、見直しに当

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を都道府県において吟味し、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する。

- 産科・小児科における医師確保計画を策定する際は、大学、医師会等との連携が重要である。また、周産期医療及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、地域医療対策協議会の意見とともに、周産期医療又は小児医療に係る協議会等の意見も聴取するなど各医療圏における周産期医療又は小児医療の提供体制についての検討の機会に併せて協議を行うことが適当である。
- なお、産科・小児科の医師偏在指標を用いた一層の取り組みを検討するに当たり、都道府県の参考となる情報として、医療機関の種別ごとの現在の医師の配置状況や分娩数等の実績についても、産科・小児科の医師偏在指標と併せて厚生労働省から提供するので、参考とされたい。

7-4-2. 産科・小児科における医師確保の方針

(1) 考え方

i) 相対的医師少数区域等

ア 産科医師又は小児科医師が相対的に少なくない医療圏においても、その労働環境を鑑みれば産科医師又は小児科医師が不足している可能性があることを踏まえ、相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域について相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域以外の医療圏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目指すことは適当ではないと考えられる。また、産科・小児科においては、医療圏の見直し、医療圏を超えた連携、医療機関の再編統合を含む集約化等を行ってきたことから、相対的医師少数区域においては、外来医療と入院医療の機能分化・連携に留意しつつ、必要に応じて、医療圏の見直しや医療圏を超えた連携によって、産科・小児科医師の地域偏在の解消を図ることを検討することとする。

イ アの対応によってもなお相対的医師少数であり、産科・小児科の医師偏在が解消されない場合は、医師を増やす（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する。具体的な短期的な施策としては、医師の派遣調整や専攻医の確保等を行う。この際、医師の勤務環境やキャリアパスについて留意が必要である。なお、産科医師又は小児科医師が相対的に少なくない医療圏においても、その労働環境を鑑みれば産科医師又は小児科医師が不足している可

能性があることから、このような施策のみでは医師偏在は完全には解消されないことが想定される。したがって、医療機関の再編統合を含む集約化等の医療提供体制を効率化する施策等を適宜組み合わせる実施することとする。

ウ 産科医師又は小児科医師の養成数を増加させること等の長期的な施策についても適宜組み合わせる実施することとする。

ii) 相対的医師少数区域等以外の区域

産科医師又は小児科医師が相対的に少なくない医療圏においても、その労働環境に鑑みれば、産科医師又は小児科医師が不足している可能性があることを踏まえ、当該医療圏における医療提供体制の状況を鑑みた上で、医師を増やす方針を定めることも可能とする。その際は、併せて i) のイ、ウと同様の対応を行うこととする。

(2) 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、より高度又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必要な医師数が多い可能性がある。
- ・ なお、総合周産期母子医療センター等において、産婦人科医師は産科医師偏在指標の需要には含まれていない分娩以外の産婦人科医療にも従事していることに留意する必要がある。さらに、それらの産婦人科医療を受ける患者の重症度は概ね高いことにも留意し、実際に必要な医師数を検討する必要がある。
- ・ また、新生児に対する医療については、主に小児科医師が担っており、小児科医師は小児医療提供体制の観点だけではなく、周産期医療提供体制の観点からも機能することが期待されている。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おり、三次医療圏（都道府県）単位で整備されている場合があるため、小児医療圏又は周産期医療圏ごとの小児科医師偏在指標のみに基づく施策を実施しては必ずしも新生児医療を担う医師の確保ができない。
- ・ このため、医師派遣等の医師偏在対策を実施するに当たり、個々の周産期母子医療センター、小児中核病院、小児地域医療センター、特定機能病院等における医師の配置状況等を踏まえた検討を行うとともに、新生児医療を担う医師の配置の方向性等について、各都道府県における周産期医療又は小児

医療に係る協議会等の意見を聴取した上で検討することとする。

(3) 将来推計について

周産期医療・小児科医療ともに、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も必要である。厚生労働省が提供する第8次（前期）医師確保計画の計画終了時点である、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する。

i) 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は存在しない。そのため、代替指標として、医療圏ごとの0－4歳人口の将来推計と現時点の0－4歳人口との比を用いて、2026年における医療圏ごとの分娩数の推計を行うこととする。

ii) 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、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うこととする。

7－4－3．産科・小児科における偏在対策基準医師数

- 計画期間終了時の産科・小児科における医師偏在指標が、計画期間開始時の相対的医師少数区域等の基準値（下位 33.3%）に達することとなる医師数を産科・小児科における偏在対策基準医師数として設定する。
- ただし、これまで医療圏を越えた地域間の連携や医療圏の見直し等が進められている中で、医療圏間の患者等の流出入が発生している現状を踏まえた産科・小児科における偏在対策基準医師数を設定することとする。産科医師については、医療需要として「里帰り出産」等の流出入の実態を踏まえた「分娩数」を用いているため、妊婦の流出入に基づく増減の調整は不要である。小児科医師については、7－2－3の記載の通り、都道府県間及び都道府県内における小児科の患者の流出入に基づく増減を調整する。
- なお、産科・小児科における偏在対策基準医師数は、医療需要に応じて機械的に算出される数値であり、確保すべき医師数の目標ではないことに留意が必要である。

7-4-4. 産科・小児科における偏在対策基準医師数を踏まえた施策

(1) 基本的考え方

- 産科医師又は小児科医師が相対的に少なくない医療圏においても、その労働環境に鑑みれば、産科医師又は小児科医師が不足している可能性があることや産科・小児科における医師確保の方針を踏まえて、産科・小児科における医師確保のための施策を定めることとする。具体的には、周産期医療・小児医療の提供体制の見直しに関する施策、産科医師・小児科医師を増やすための施策等を組み合わせることで定めることとする。また、各都道府県における地域医療構想に係る協議の際には、周産期医療提供体制及び小児医療提供体制に関する議論も行われることが適当である。
- 周産期医療・小児医療の提供体制の見直しに関する施策として、医療圏の見直し、医療圏を超えた地域間の連携の推進、医療機関の集約化・重点化について検討することが望ましい。
- 産科医師及び小児科医師を増やすための施策として、産科医師及び小児科医師の派遣調整、産科医師及び小児科医師の養成数の増加、産科医師及び小児科医師の勤務環境改善等について検討することが望ましい。
- なお、産科医師又は小児科医師が相対的に少なくない医療圏においても、その労働環境を鑑みれば産科医師又は小児科医師が不足している可能性があることを踏まえ、相対的医師少数都道府県や相対的医師少数区域ではない医療圏においても、産科・小児科における医師確保計画を通じた医師偏在対策に地域医療介護総合確保基金を活用することは引き続き可能とする。

(2) 施策の内容

① 周産期医療・小児医療の提供体制等の見直しのための施策

ア 医療圏の統合を含む周産期医療圏又は小児医療圏の見直し

産科医師又は小児科医師が相対的に少なくない医療圏においても、その労働環境を鑑みれば産科医師又は小児科医師が不足している可能性があることを踏まえ、相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域について相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域以外の医療圏からの医師派遣のみで医師の地域偏在の解消を目指すことは適当ではない。

したがって、都道府県（特に相対的医師少数都道府県である都道府県）においては、まずは、医療圏の見直しや医療圏を超えた地域間の連携により産科・

小児科における医師の地域偏在の解消を図ることを検討することとする。検討に当たっては、外来医療と入院医療の機能分化・連携に留意する。

なお、第8次医療計画策定の際は、都道府県は周産期医療圏・小児医療圏の見直しについて先行して議論し、当該医療圏を見直す場合は先んじて国へ報告することとする。

イ 集約化・重点化

- 産科・小児科については、これまで「公立病院を中心とし、地域の実情に応じて他の公的な病院等も対象」として、「医療資源の集約化・重点化を推進することが、住民への適切な医療の提供を確保するためには、当面の最も有効な方策と考えられる」²¹とされているように、医療資源の集約化・重点化を推進してきた。特に相対的医師少数区域においては、今後も、周産期医療・小児医療の提供体制を効率化するための再編統合を含む集約化・重点化について、関係者の協力の下で実施していくことが望ましい。なお、集約化に当たって、廃止される医療機関に対しても必要に応じて支援を行うべきである。
- 医療資源の集約化・重点化に伴い、各医療機関における機能分化・連携が重要となる。病診連携や、重点化された医療機関等から居住地に近い医療機関への外来患者の逆紹介等による適切な役割分担を推進し、産科医師及び小児科医師の負担を軽減することとする。例えば、小児在宅医療等に係る連携の推進や診療所の活用を一層進めるための逆紹介の推進等が挙げられる。
- また、集約化・重点化を検討するに当たっては、医師の労働時間短縮等に関する指針を踏まえ、医師の時間外労働の短縮を見据えたものとし、特に重点化の対象となった医療機関においては、勤務環境の改善に一層取り組むことが求められる。
- 周産期及び小児医療に携わる医師の働き方改革を進めつつ、地域において必要な周産期及び小児医療を維持・確保するため、周産期医療及び小児医療の医療計画や地域医療構想との整合性にも留意しながら、基幹施設を中心として医療機関・機能の集約化・重点化や産科及び小児科の医師偏在対策を検討する必要がある。

²¹ 「小児科・産科における医療資源の集約化・重点化の推進について」（平成17年12月22日付け医政発第1222007号・雇児発第1222007号・総経第422号・17文科高第642号厚生労働省医政局長、厚生労働省雇用均等・児童家庭局長、総務省自治財政局長及び文部科学省高等教育局長連名通知）

ウ 医療機関までのアクセスに時間がかかる地域への支援

- 医療機関の集約化・重点化等に伴い、医療機関までのアクセス時間が増大する住民に対しては、受診可能な医療機関の案内及び地域の実情に関する適切な周知を行うとともに、オンライン診療等、その他必要な支援を検討すべきである。オンライン診療について検討する際には、対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められることに留意する。また、容態の急変等に備えて医療機関間の情報共有を推進する必要がある。

② 産科・小児科における医師の派遣調整

- ①に掲げる対策を行った上で、なお十分な医療提供がなされない場合には、産科・小児科における医師の派遣調整を行う。産科・小児科における医師の派遣調整に当たっては、「(1)基本的な考え方」を踏まえて実施するとともに、地域医療対策協議会において、都道府県と大学、医師会等が連携することが重要である。

- 派遣先の医療機関の選定に当たっては、当該医療機関における分娩数の実績や当該医療機関の医療圏における年少人口を踏まえて、分娩数と見合った数の産科医師数及び年少人口と見合った数の小児科医師数が確保されるように派遣を行うこと。また、少人数で昼夜問わず分娩の取扱いや小児医療の提供を行うような過酷な労働環境とならないよう、派遣先の医療機関は重点化するとともに、産科・小児科における医師の派遣を重点的に行うこととされた医療機関においては、特に産科・小児科における医師の時間外労働の短縮のための対策を行うこと。

③ 産科医師及び小児科医師の勤務環境を改善するための施策

- 産科医師及び小児科医師が研修やリフレッシュ等のために十分な休暇を取ることができるよう、代診医の確保や女性医師にも対応した勤務環境改善等の支援を行う。
- 産科医師又は小児科医師でなくても担うことのできる業務については、タスク・シフト／シェアを一層進める。例えば、院内助産等、他の医療従事者を活用することが挙げられる。タスク・シフト／シェアを進めるために、タスク・シフト／シェアを受けることができる医療従事者の確保、医療従事者に対する研修の充実等に努める。

④ 産科医師及び小児科医師の養成数を増やすための施策

ア 専攻医等の確保

○ 専攻医の確保や離職防止を含む産科医師及び小児科医師の確保・保持のための施策を行う。特に、医学生に対する必要な情報提供や円滑な情報交換等を行うとともに、専攻医の確保に必要な情報提供、指導体制を含む環境整備等を行う。

○ また、当該都道府県における小児科専攻医の研修において、新生児科 (NICU) 研修等を実施するなど、小児科医師の中でもその確保に特に留意が必要な新生児医療を担う医師の養成について、研修プログラムを作成する基幹施設等の関係者と協議する。

イ 産科医師及び小児科医師におけるキャリア形成プログラムの充実化

○ 地域で勤務する産科医師及び小児科医師が専門的な技術・知識を獲得し、適切な臨床経験を積むことができるよう、キャリア形成プログラムの充実化を行う。その際、専らへき地等の診療が求められるなどの偏ったローテーションが行われないように配慮する等、キャリア形成と地域における診療従事のバランスが考慮されるべきである。また、キャリア形成のために必要なその他の支援を行う。

(3) 産科・小児科における医師偏在対策の具体的な取組例

具体的な取組例を表1に示しているので、産科・小児科における医師確保計画を作成する際の参考とされたい。

また、今後、厚生労働省は、都道府県担当者、各大学における産科・小児科の責任者等を対象とする研修会等において、全国の先進事例を整理し、有効な事例の共有等を行う機会を提供する。

表1. 産科・小児科における医師偏在対策の具体的な取組例

① 医療提供体制等の見直しのための施策	○ 医療提供体制の見直しや医師確保に関して議論する場の設置。(周産期医療に関する協議会や小児医療に関する協議会等。構成員として、地域の自治体の長や職員、地域の医師会の代表、関係する病院の病院長、関係する科の部長、看護部長等を含む。) ○ 集約化・重点化等によって、施設又は設備の整備、改修、解体等を要する医療機関に対する配慮。(例えば、重点化された医療機関における、新たな設備の拡充に伴
---------------------	---

	う費用負担の軽減や、分娩の取扱いを中止し、セミオープンシステム等により妊婦健康診査や産後ケアを提供する施設に変更する際の、建物の改修や病床のダウンサイジングの支援等。) ○ 集約化・重点化等によって、医療機関までのアクセスに課題が生じた場合の移動手段の確保、滞在等についての支援。 ○ 医療機関までのアクセスに時間がかかる地域への配慮。(例えば、小児への巡回診療などを医師全体のへき地保健医療対策とともに実施。また、ICT や IoT の活用、遠隔医療の活用等も併せて実施。) ○ 小児科医師以外の小児の休日・夜間診療への参画に対する支援。(例えば、地域の救急科医師、内科医師、総合診療科医師等を対象とした、家族への配慮を含む小児の診療に関する研修による、小児科以外の医師の小児の休日・夜間診療への参画の支援等。) ○ 小児の在宅医療に係る病診連携体制の運営支援。(例えば、医師に対する研修、患者の退院前調整や急変時の入院調整等を含む医療機関間の連携体制(会議等)の運営支援、小児を対象とする訪問看護ステーションと医療機関の医師との連携構築等に対する支援等。)
② 医師の派遣調整	○ 相対的医師少数区域へ勤務することに対するインセンティブ等の付与。(派遣元医療機関へ復帰後の職位等の保証、待遇改善等を含む。) ○ 地域での短期間勤務(例えば、1年程度。)による頻繁な移動や転居等に対する配慮。(宿舍整備や移動に対する支援等。) ○ 寄附講座の設置。 ○ 医師を派遣する側の医療機関に対する支援。(医師が少なくなることにに対する配慮。) ○ 専攻医が相対的医師少数区域をローテーションすることに対する支援。(なお、全ての診療科において、医師少数区域での勤務を求めていることも重要である。)
③ 産科医師及び小児科医師の勤務環境を改善するための施策	○ 病院ごとの勤務環境を把握するため、病院ごとの産科医師数、小児科医師数等を把握。 ○ 余裕のあるシフト等を確保するための1医療機関につ

	き複数医師の配置、チーム医療の推進、交代勤務制（日夜勤制）の導入、連続勤務の制限等。 ○ 産科及び小児科において比較的多い女性医師への支援。（例えば、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充実等。なお、女性医師に限らず、子育てや介護を行う医師へも同様の配慮が必要である。） ○ 院内助産の推進。（院内助産を活用し、助産師へのタスク・シフト／シェアを推進することで、分娩取り扱い医療機関における産科医師の負担を軽減することができるものと考えられる。） ○ 医師の業務のタスク・シフト／シェアを進めるために必要な、看護師、助産師、臨床心理士、事務補助等の人員の確保に対する支援。
④ 産科医師及び小児科医師の養成数を増やすための施策	○ 医学生や臨床研修医に対する積極的な情報提供、関係構築を実施し、診療科選択への動機付けを実施。 ○ 当該都道府県における小児科専攻医の研修において、新生児科（NICU）研修等を実施するなど、小児科医師の中でもその確保に特に留意が必要な新生児医療を担う医師の養成について、研修プログラムを作成する基幹施設等の関係者と協議。 ○ 産科・小児科を選択した専攻医の研修実施に対するインセンティブ（研修奨励金の支給等）、診療科枠の制限をかけた医学生に対する修学資金貸与、指導医に対する支援、勤務環境改善等。 ○ 修学資金を貸与された医師が産科・小児科を専攻する場合、地域の中核となる医療機関における長期研修の機会を特例的に提供。

8. 医師確保計画の効果の測定・評価

- 従来の医師確保計画策定ガイドラインにおいては、目標医師数以外に、都道府県における医師確保計画の進捗等の評価に資する定量的な指標については提示していない。また、医師確保計画に基づき取組を進めることによる、地域住民の医療へのアクセス等の改善といったアウトカム指標の設定についても、従来の医師確保計画策定ガイドラインにおいては特段位置づけられていない。
 - このため、都道府県等が医師確保計画に基づく取組の進捗等の状況を経時的に把握・評価することを可能とするために、目標医師数のみでなく、医師確保計画に係る定量的な指標の例として、以下の指標を提示する。
- ※下表において、医師・歯科医師・薬剤師統計は「三師統計」とする。

都道府県の課題	区分	設定すべき評価指標	取得頻度	取得方法
・都道府県全体の医師の確保	・都道府県全体の医師の確保の状況	・都道府県内の全体の医師数（年代別、人口・可住地面積あたり）	2年に1回	三師統計
	・医師養成の動向	・自県大学や、自県出身者の動向（自県大学卒業医師数、地元出身医師数等）	2年に1回	三師統計
		・臨床研修修了後の医師等の定着状況	年1回	都道府県調査
・都道府県内の地域偏在の解消	・地域枠医師等の動向	・地域枠、地元出身者枠、恒久定員内地域枠等の設置状況 ・地域枠等の義務年限後の定着状況	年1回	都道府県調査 都道府県調査
	・二次医療圏ごとの医師の確保の状況	・二次医療圏別の医師数（年代別、人口・可住地面積あたり） ・二次医療圏内外の患者の流出入数 ・ドクターバンク・広域マッチング事業登録者数 ・新たに確保した医師の採用経緯（医局派遣、人材紹介会社等）の内訳	2年に1回 3年に1回	三師統計 患者調査 事業者等より取得 都道府県調査
	・医師少数スポット、重点医師偏在対策支援区域の動向	・医師少数スポットの医師数（年代別、人口・可住地面積あたり） ・重点医師偏在対策支援区域の医師数	年1回 年1回	都道府県調査 都道府県調査
・都道府県内での必要な診療科の確保	・医師派遣調整	・地域医療対策協議会で調整された、医師少数区域等に派遣された医師総数・地域枠医師数とその割合	年1回	都道府県調査
	・総合診療	・総合診療専門医の養成に係る状況（専門研修プログラム数、採用人数、充足率等） ・リカレント教育受講者数、都道府県による管内への周知回数	年1回	都道府県調査 事業者より取得、都道府県調査
	・地域で不足する診療科	・地域で不足する特定診療科について、二次医療圏別医師数	2年に1回	三師統計

○ 都道府県は、上記で提示した指標を参考として、独自のデータも踏まえつつ、医師確保計画の進捗等の評価に資する定量的な指標を定め、医師確保計画に記載することとする。医師確保計画の効果測定・評価の結果については、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・見直しに反映させるとともに、評価結果を次期医師確保計画に記載することとする。

- 都道府県は、医療機関等から聞き取り調査を行う等、既存の統計調査では把握が困難な事項について可能な限り把握を行い、医師少数区域等における医師の確保の状況をできるだけ正確に評価できる体制を整備すること。
- 都道府県は計画終了時に、都道府県外からの医師の受入状況及び都道府県外への医師の派遣状況も把握を行い、計画作成時点と計画見直し時点での状況の変化を把握すること。
- 都道府県は計画終了時に、地域枠医師の定着率及び派遣先を把握し、義務履行率、定着率の改善が見られるか否か、医師少数区域等に定められた期間勤務しているか否か等について把握を行うこと。
- 医師確保計画の効果の測定結果を踏まえ、都道府県ごと、二次医療圏ごとに医師確保の状況等について比較を行い、課題を抽出すること。その上で、他の都道府県の取組等を参考にしながら適切な対策を行うこと。
- 特に、産科及び小児科における医師確保計画の内容については、医師全体における医師確保計画と同様に、その評価を行い、評価結果に基づき医療計画における周産期医療及び小児医療の確保に必要な事業に関する事項等と一体的に見直すことが望ましい。
- なお、本来は医師確保計画の効果測定・評価する上で、地域住民の各種医療へのアクセス等をアウトカム指標に設定する事が望ましいと考えられる。より精緻なアウトカム指標については、第9次医師確保計画への反映を念頭に、引き続き厚生労働省として検討を進める。