

第9回新たな地域医療構想等に関する検討会

令和6年9月30日

資料1

医師偏在是正対策について

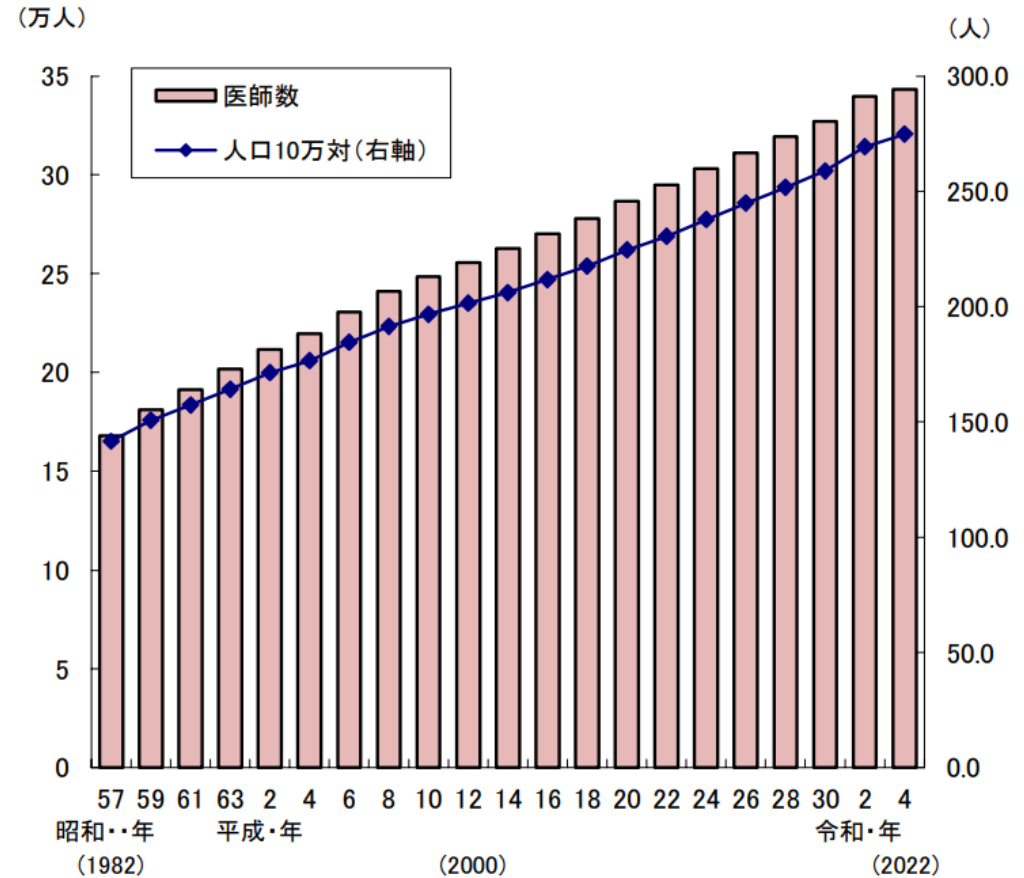
- 1. 医師偏在の現状について**
- 2. 医師偏在是正に向けた総合的な対策パッケージの検討について**

1. 医師偏在の現状について

医師数の年次推移

各年12月31日現在

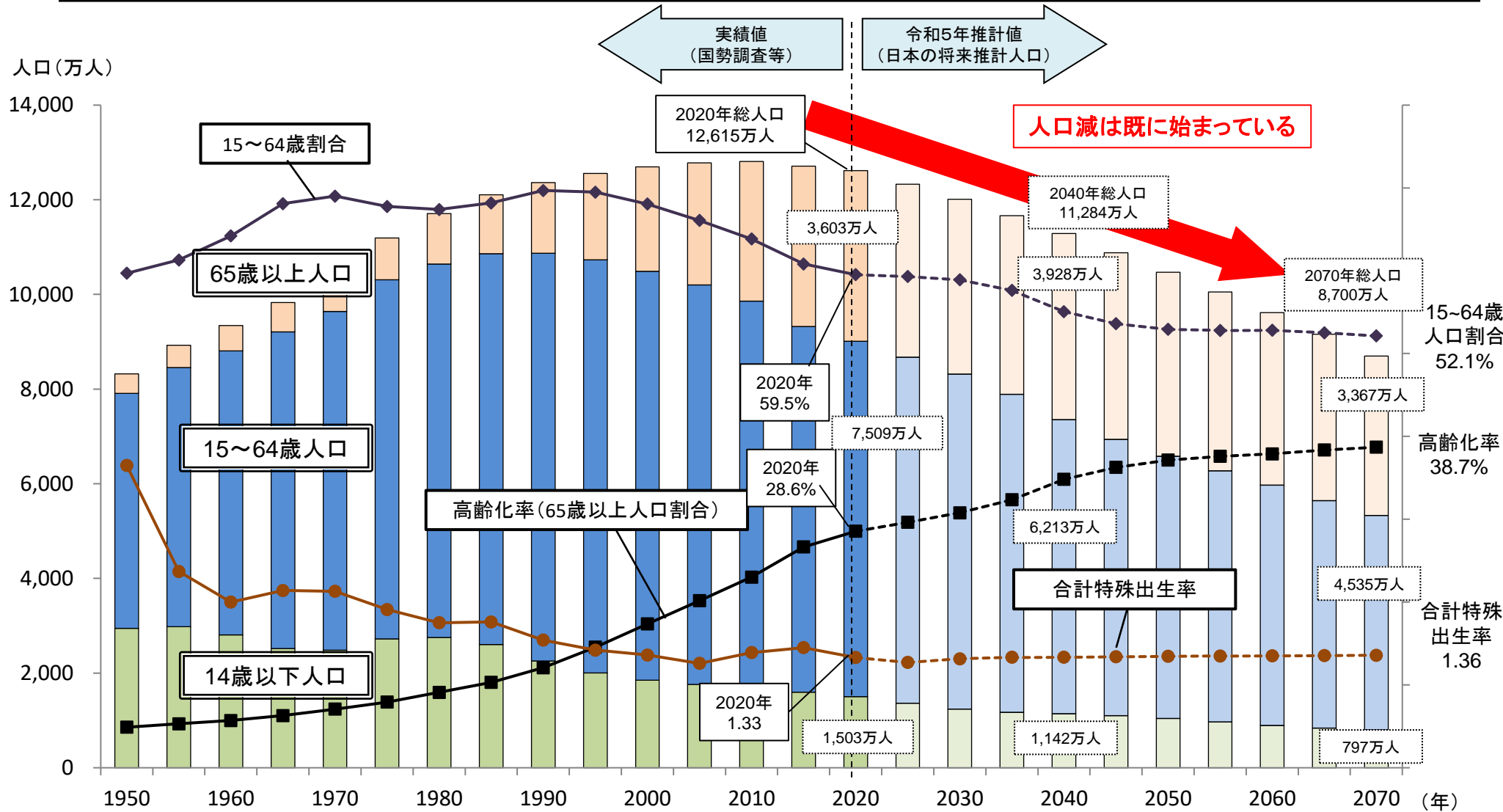
	医師数		人口10万対 (人)
	(人)	増減率 (%)	
昭和 57 年 (1982)	167 952	...	141.5
59 ('84)	181 101	7.8	150.6
61 ('86)	191 346	5.7	157.3
63 ('88)	201 658	5.4	164.2
平成 2 年 ('90)	211 797	5.0	171.3
4 ('92)	219 704	3.7	176.5
6 ('94)	230 519	4.9	184.4
8 ('96)	240 908	4.5	191.4
10 ('98)	248 611	3.2	196.6
12 (2000)	255 792	2.9	201.5
14 ('02)	262 687	2.7	206.1
16 ('04)	270 371	2.9	211.7
18 ('06)	277 927	2.8	217.5
20 ('08)	286 699	3.2	224.5
22 ('10)	295 049	2.9	230.4
24 ('12)	303 268	2.8	237.8
26 ('14)	311 205	2.6	244.9
28 ('16)	319 480	2.7	251.7
30 ('18)	327 210	2.4	258.8
令和 2 年 ('20)	339 623	3.8	269.2
4 ('22)	343 275	1.1	274.7



出典：令和4(2022)年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況（結果の概要）
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/isshi/22/dl/R04_kekka-0.pdf

日本の人口の推移

○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2070年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は39%の水準になると推計されている。



(出所) 2020年までの人口は総務省「国勢調査」、合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」、2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5年推計)」(出生中位(死亡中位)推計)

出典: 厚生労働省HP 我が国の人口について
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_21481.html
 に一部加筆

令和2年度 医師の需給推計について

医療従事者の需給に関する検討会
第35回 医師需給分科会
令和2年8月31日 資料1(一部改)

医師需給は、労働時間を週60時間程度に制限する等の仮定をおく「需要ケース2」において、2023年(令和5年)の医学部入学者が医師となると想定される2029年(令和11年)頃に均衡すると推計される。

・供給推計 今後の医学部定員を令和2年度の9,330人として推計。

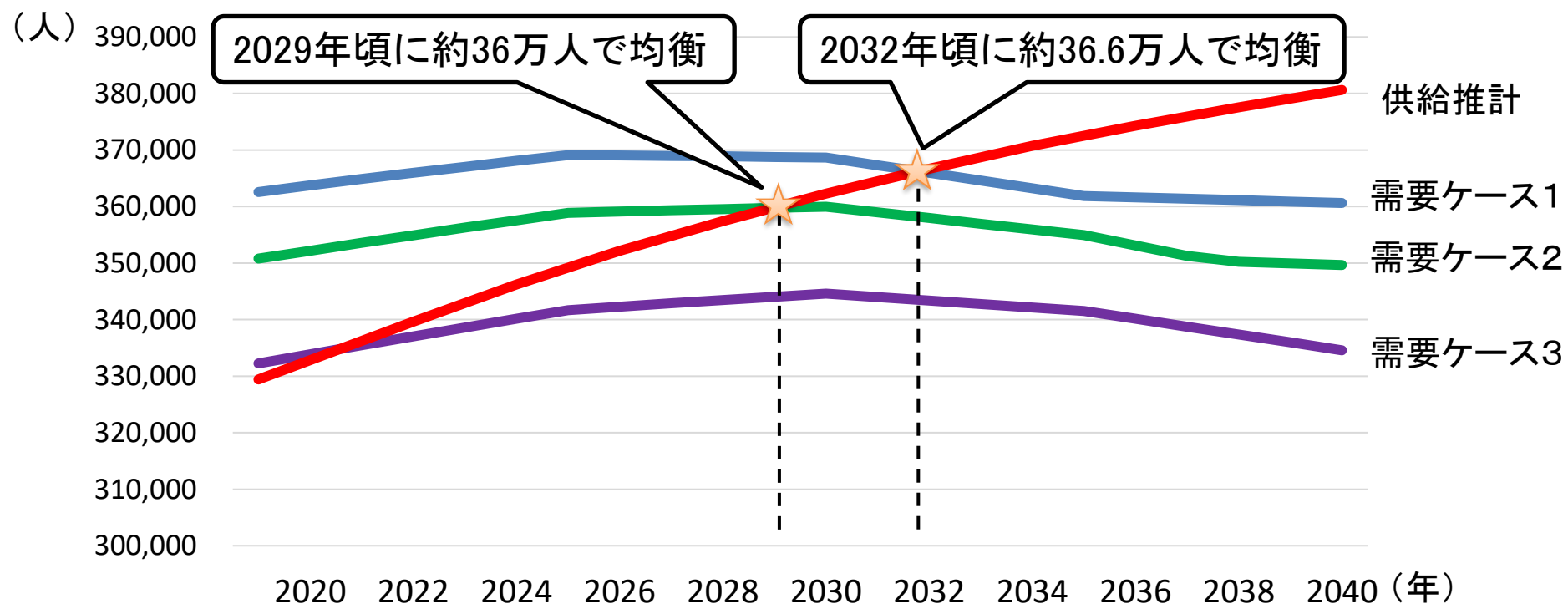
※ 性年齢階級別に異なる勤務時間を考慮するため、全体の平均勤務時間と性年齢階級別の勤務時間の比を仕事率とし、仕事量換算した。

・需要推計 労働時間、業務の効率化、受療率等、一定の幅を持って推計を行った。

・ケース1(労働時間を週55時間に制限等 ≡年間720時間の時間外・休日労働に相当)

・ケース2(労働時間を週60時間に制限等 ≡年間960時間の時間外・休日労働に相当)

・ケース3(労働時間を週78.75時間に制限等 ≡年間1860時間の時間外・休日労働に相当)



医師偏在指標の算定式

第4回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ
令和4年5月11日

資料1

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

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

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

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

$$(\ast 4) \text{ 全国の性年齢階級別調整受療率} = \text{無床診療所医療医師需要度}^{\ast 5} \times \text{全国の無床診療所受療率} + \text{全国の入院受療率}$$

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

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

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する**

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

$$(\ast 7) \text{ 無床診療所患者流出入調整計数} = \frac{\text{無床診療所患者数 (患者所在地)} + \text{無床診療所患者流入数} - \text{無床診療所患者流出数}}{\text{無床診療所患者数 (患者所在地)}}$$

$$(\ast 8) \text{ 入院患者流出入調整計数} = \frac{\text{入院患者数 (患者所在地)} + \text{入院患者流入数} - \text{入院患者流出数}}{\text{入院患者数 (患者所在地)}}$$

都道府県別の医師偏在指標（令和6年1月公表版）

（都道府県別）

都道府県コード	都道府県	医師偏在指標
00	全国	255.6
01	北海道	233.8
02	青森県	184.3
03	岩手県	182.5
04	宮城県	247.3
05	秋田県	199.4
06	山形県	200.2
07	福島県	190.5
08	茨城県	193.6
09	栃木県	230.5
10	群馬県	219.7
11	埼玉県	196.8
12	千葉県	213.0
13	東京都	353.9
14	神奈川県	247.5
15	新潟県	184.7

都道府県コード	都道府県	医師偏在指標
16	富山県	238.8
17	石川県	279.8
18	福井県	246.8
19	山梨県	240.8
20	長野県	219.9
21	岐阜県	221.5
22	静岡県	211.8
23	愛知県	240.2
24	三重県	225.6
25	滋賀県	260.4
26	京都府	326.7
27	大阪府	288.6
28	兵庫県	266.5
29	奈良県	268.9
30	和歌山県	274.9
31	鳥取県	270.4

■ 上位1/3
■ 下位1/3

都道府県コード	都道府県	医師偏在指標
32	島根県	265.1
33	岡山県	299.6
34	広島県	254.2
35	山口県	228.0
36	徳島県	289.3
37	香川県	266.9
38	愛媛県	246.4
39	高知県	268.2
40	福岡県	313.3
41	佐賀県	272.3
42	長崎県	284.0
43	熊本県	271.0
44	大分県	259.7
45	宮崎県	227.0
46	鹿児島県	254.8
47	沖縄県	292.1

（医師偏在指標について）

医師偏在指標は、医師偏在対策の推進において活用されるものであるが、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理解した上で、活用する必要がある。

※上位1/3の閾値を266.9、下位1/3の閾値を228.0と設定している。

二次医療圏別の医師偏在指標（令和6年1月公表版）①

医師確保計画策定ガイドライン～第8次（前期）～に基づき、都道府県の医師確保計画の策定スケジュールを踏まえ、各都道府県の二次医療圏が確定する前の段階（2022年3月時点）の二次医療圏における指標の値について**上位1/3の閾値を217.6、下位1/3の閾値を179.3**と設定している（小数第2位以下略）。なお今後、都道府県における第8次医療計画の策定に当たり二次医療圏の見直し等が行われた場合は、見直し後の二次医療圏の医師偏在指標を再計算し、前述の閾値を用いて区分分けを行う。したがって、上位1/3、下位1/3に区分される二次医療圏の数は、全国の二次医療圏の総数の1/3と必ずしも一致しない場合があり得る。

（二次医療圏別）

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
00	全国	全国	255.6
0101	北海道	南渡島	205.5
0102	北海道	南檜山	139.0
0103	北海道	北渡島檜山	112.6
0104	北海道	札幌	282.4
0105	北海道	後志	205.9
0106	北海道	南空知	166.9
0107	北海道	中空知	195.1
0108	北海道	北空知	145.0
0109	北海道	西胆振	184.0
0110	北海道	東胆振	180.7
0111	北海道	日高	152.0
0112	北海道	上川中部	291.0
0113	北海道	上川北部	186.6
0114	北海道	富良野	135.3
0115	北海道	留萌	181.3
0116	北海道	宗谷	130.2
0117	北海道	北網走	144.1
0118	北海道	遠紋	148.3
0119	北海道	十勝	192.8
0120	北海道	釧路	158.8
0121	北海道	根室	116.6
0201	青森県	津軽地域	253.2
0202	青森県	八戸地域	164.4
0203	青森県	青森地域	186.6
0204	青森県	西北五地域	126.3
0205	青森県	上十三地域	139.6
0206	青森県	下北地域	152.7
0301	岩手県	盛岡	244.6
0302	岩手県	岩手中部	135.4
0303	岩手県	胆江	144.9
0304	岩手県	両磐	151.1
0305	岩手県	気仙	144.1
0306	岩手県	釜石	107.8
0307	岩手県	宮古	134.5
0308	岩手県	久慈	142.4
0309	岩手県	二戸	200.9

■ 上位1/3 ■ 下位1/3

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
0401	宮城県	仙南	169.7
0403	宮城県	仙台	288.8
0406	宮城県	大崎・栗原	172.6
0409	宮城県	石巻・登米・気仙沼	164.0
0501	秋田県	県北	142.0
0502	秋田県	県央	243.4
0503	秋田県	県南	159.6
0601	山形県	村山	237.4
0602	山形県	最上	120.0
0603	山形県	置賜	189.2
0604	山形県	庄内	162.8
0701	福島県	県北	266.1
0702	福島県	県中	188.3
0703	福島県	県南	162.7
0706	福島県	相双	155.5
0707	福島県	いわき	123.2
0708	福島県	会津・南会津	168.9
0801	茨城県	水戸	231.2
0802	茨城県	日立	140.3
0803	茨城県	常陸太田・ひたちなか	140.3
0804	茨城県	鹿行	137.2
0805	茨城県	土浦	184.4
0806	茨城県	つくば	337.7
0807	茨城県	取手・竜ヶ崎	173.3
0808	茨城県	筑西・下妻	153.0
0809	茨城県	古河・坂東	148.8
0901	栃木県	県北	171.2
0902	栃木県	県西	168.1
0903	栃木県	宇都宮	207.6
0904	栃木県	県東	207.0
0905	栃木県	県南	345.3
0906	栃木県	両毛	179.3

（二次医療圏別）

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
1001	群馬県	前橋	340.2
1002	群馬県	渋川	175.8
1003	群馬県	伊勢崎	179.1
1004	群馬県	高崎・安中	210.8
1005	群馬県	藤岡	181.3
1006	群馬県	富岡	181.7
1007	群馬県	吾妻	154.4
1008	群馬県	沼田	206.4
1009	群馬県	桐生	174.5
1010	群馬県	太田・館林	149.7
1101	埼玉県	南部	203.7
1102	埼玉県	南西部	207.0
1103	埼玉県	東部	182.0
1104	埼玉県	さいたま	236.6
1105	埼玉県	県央	190.8
1106	埼玉県	川越比企	215.6
1107	埼玉県	西部	211.3
1108	埼玉県	利根	155.7
1109	埼玉県	北部	163.6
1110	埼玉県	秩父	157.5
1201	千葉県	千葉	268.6
1202	千葉県	東葛南部	199.5
1203	千葉県	東葛北部	203.1
1204	千葉県	印旛	210.3
1205	千葉県	香取海匠	196.4
1206	千葉県	山武長生夷隅	145.1
1207	千葉県	安房	322.6
1208	千葉県	君津	173.5
1209	千葉県	市原	200.1

■ 上位1/3 ■ 下位1/3

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
1301	東京都	区中央部	789.8
1302	東京都	区南部	380.4
1303	東京都	区西南部	413.7
1304	東京都	区西部	569.1
1305	東京都	区西北部	295.8
1306	東京都	区東北部	216.4
1307	東京都	区東部	307.6
1308	東京都	西多摩	138.1
1309	東京都	南多摩	164.6
1310	東京都	北多摩西部	254.4
1311	東京都	北多摩南部	312.5
1312	東京都	北多摩北部	196.4
1313	東京都	島しょ	131.6
1404	神奈川県	川崎北部	285.3
1405	神奈川県	川崎南部	347.3
1406	神奈川県	横須賀・三浦	235.0
1407	神奈川県	湘南東部	202.4
1408	神奈川県	湘南西部	238.1
1409	神奈川県	県央	187.4
1410	神奈川県	相模原	217.7
1411	神奈川県	県西	177.1
1412	神奈川県	横浜	260.8
1501	新潟県	下越	156.0
1502	新潟県	新潟	234.3
1503	新潟県	県央	141.6
1504	新潟県	中越	158.2
1505	新潟県	魚沼	132.0
1506	新潟県	上越	159.6
1507	新潟県	佐渡	138.9
1601	富山県	新川	213.0
1602	富山県	富山	273.2
1603	富山県	高岡	211.5
1604	富山県	砺波	202.2
1701	石川県	南加賀	202.9
1702	石川県	石川中央	328.0
1703	石川県	能登中部	196.8
1704	石川県	能登北部	151.7

二次医療圏別の医師偏在指標（令和6年1月公表版）②

（二次医療圏別）

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
1801	福井県	福井・坂井	301.0
1802	福井県	奥越	146.0
1803	福井県	丹南	145.9
1804	福井県	嶺南	181.3
1901	山梨県	中北	271.6
1902	山梨県	峡東	179.7
1903	山梨県	峡南	198.7
1904	山梨県	富士・東部	222.5
2001	長野県	佐久	222.6
2002	長野県	上小	155.2
2003	長野県	諏訪	210.2
2004	長野県	上伊那	167.2
2005	長野県	飯伊	164.4
2006	長野県	木曾	162.3
2007	長野県	松本	330.5
2008	長野県	大北	200.6
2009	長野県	長野	193.9
2010	長野県	北信	186.7
2101	岐阜県	岐阜	275.6
2102	岐阜県	西濃	168.1
2103	岐阜県	中濃	190.5
2104	岐阜県	東濃	201.0
2105	岐阜県	飛騨	168.0
2201	静岡県	賀茂	144.4
2202	静岡県	熱海伊東	190.4
2203	静岡県	駿東田方	201.4
2204	静岡県	富士	157.9
2205	静岡県	静岡	234.4
2206	静岡県	志太榛原	191.8
2207	静岡県	中東遠	176.3
2208	静岡県	西部	258.0

■ 上位1/3 ■ 下位1/3

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
2302	愛知県	海部	207.7
2304	愛知県	尾張東部	333.2
2305	愛知県	尾張西部	214.9
2306	愛知県	尾張北部	185.2
2307	愛知県	知多半島	196.5
2308	愛知県	西三河北部	148.0
2309	愛知県	西三河南部西	194.7
2310	愛知県	西三河南部東	188.8
2311	愛知県	東三河北部	165.2
2312	愛知県	東三河南部	184.2
2313	愛知県	名古屋・尾張中部	305.4
2401	三重県	北勢	210.4
2402	三重県	中勢伊賀	259.8
2403	三重県	南勢志摩	217.8
2404	三重県	東紀州	162.3
2501	滋賀県	大津	373.5
2502	滋賀県	湖南	262.2
2503	滋賀県	甲賀	176.8
2504	滋賀県	東近江	218.3
2505	滋賀県	湖東	181.0
2506	滋賀県	湖北	217.6
2507	滋賀県	湖西	245.0
2601	京都府	丹後	155.6
2602	京都府	中丹	198.2
2603	京都府	南丹	177.1
2604	京都府	京都・乙訓	401.4
2605	京都府	山城北	207.1
2606	京都府	山城南	160.8
2701	大阪府	豊能	350.7
2702	大阪府	三島	277.5
2703	大阪府	北河内	232.4
2704	大阪府	中河内	205.5
2705	大阪府	南河内	286.0
2706	大阪府	堺市	225.6
2707	大阪府	泉州	218.8
2708	大阪府	大阪市	369.0

（二次医療圏別）

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
2801	兵庫県	神戸	323.3
2804	兵庫県	東播磨	231.6
2805	兵庫県	北播磨	206.6
2808	兵庫県	但馬	209.9
2809	兵庫県	丹波	203.8
2810	兵庫県	淡路	216.3
2811	兵庫県	阪神	279.7
2812	兵庫県	播磨姫路	214.4
2901	奈良県	奈良	266.3
2902	奈良県	東和	281.7
2903	奈良県	西和	210.8
2904	奈良県	中和	312.3
2905	奈良県	南和	262.2
3001	和歌山県	和歌山	347.0
3002	和歌山県	那賀	194.8
3003	和歌山県	橋本	217.2
3004	和歌山県	有田	180.8
3005	和歌山県	御坊	243.9
3006	和歌山県	田辺	216.5
3007	和歌山県	新宮	162.2
3101	鳥取県	東部	222.0
3102	鳥取県	中部	205.4
3103	鳥取県	西部	350.8
3201	島根県	松江	247.1
3202	島根県	雲南	128.5
3203	島根県	出雲	393.2
3204	島根県	大田	172.1
3205	島根県	浜田	238.7
3206	島根県	益田	176.0
3207	島根県	隠岐	203.7
3301	岡山県	県南東部	346.8
3302	岡山県	県南西部	292.8
3303	岡山県	高梁・新見	148.2
3304	岡山県	真庭	166.6
3305	岡山県	津山・英田	196.3

■ 上位1/3 ■ 下位1/3

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
3401	広島県	広島	298.9
3402	広島県	広島西	239.1
3403	広島県	呉	266.7
3404	広島県	広島中央	200.4
3405	広島県	尾三	198.2
3406	広島県	福山・府中	201.3
3407	広島県	備北	219.8
3501	山口県	岩国	223.9
3502	山口県	柳井	143.5
3503	山口県	周南	192.1
3504	山口県	山口・防府	223.4
3505	山口県	宇部・小野田	324.2
3506	山口県	下関	224.3
3507	山口県	長門	139.5
3508	山口県	萩	183.5
3601	徳島県	東部	332.4
3603	徳島県	南部	231.4
3605	徳島県	西部	153.2
3702	香川県	小豆	109.0
3706	香川県	東部	306.8
3707	香川県	西部	217.0
3801	愛媛県	宇摩	190.7
3802	愛媛県	新居浜・西条	199.4
3803	愛媛県	今治	198.4
3804	愛媛県	松山	292.0
3805	愛媛県	八幡浜・大洲	180.2
3806	愛媛県	宇和島	187.9
3901	高知県	安芸	206.8
3902	高知県	中央	300.3
3903	高知県	高幡	187.1
3904	高知県	幡多	159.7

二次医療圏別の医師偏在指標（令和6年1月公表版）③

(二次医療圏別)

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
4001	福岡県	福岡・糸島	399.0
4002	福岡県	粕屋	220.7
4003	福岡県	宗像	198.4
4004	福岡県	筑紫	224.7
4005	福岡県	朝倉	202.0
4006	福岡県	久留米	407.8
4007	福岡県	八女・筑後	216.3
4008	福岡県	有明	233.6
4009	福岡県	飯塚	341.3
4010	福岡県	直方・鞍手	184.4
4011	福岡県	田川	197.4
4012	福岡県	北九州	301.6
4013	福岡県	京築	151.6
4101	佐賀県	中部	363.5
4102	佐賀県	東部	165.5
4103	佐賀県	北部	241.4
4104	佐賀県	西部	157.5
4105	佐賀県	南部	254.1
4201	長崎県	長崎	365.0
4202	長崎県	佐世保県北	221.5
4203	長崎県	県央	270.6
4204	長崎県	県南	194.1
4206	長崎県	五島	199.7
4207	長崎県	上五島	200.8
4208	長崎県	壱岐	225.0
4209	長崎県	対馬	196.9
4302	熊本県	宇城	164.7
4303	熊本県	有明	198.5
4304	熊本県	鹿本	193.7
4305	熊本県	菊池	173.1
4306	熊本県	阿蘇	184.2
4308	熊本県	八代	244.8
4309	熊本県	芦北	248.5
4310	熊本県	球磨	182.5
4311	熊本県	天草	191.3
4312	熊本県	熊本・上益城	344.3

■ 上位1/3 ■ 下位1/3

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
4401	大分県	東部	267.2
4403	大分県	中部	291.2
4405	大分県	南部	190.6
4406	大分県	豊肥	203.1
4408	大分県	西部	178.0
4409	大分県	北部	202.9
4501	宮崎県	宮崎東諸県	308.1
4502	宮崎県	都城北諸県	171.4
4503	宮崎県	延岡西臼杵	160.5
4504	宮崎県	日南串間	180.1
4505	宮崎県	西諸	164.7
4506	宮崎県	西都児湯	157.7
4507	宮崎県	日向入郷	149.8
4601	鹿児島県	鹿児島	349.0
4603	鹿児島県	南薩	200.1
4605	鹿児島県	川薩	220.0
4606	鹿児島県	出水	171.8
4607	鹿児島県	始良・伊佐	176.3
4609	鹿児島県	曾於	153.8
4610	鹿児島県	肝属	182.4
4611	鹿児島県	熊毛	129.7
4612	鹿児島県	奄美	164.7
4701	沖縄県	北部	247.3
4702	沖縄県	中部	257.3
4703	沖縄県	南部	329.2
4704	沖縄県	宮古	195.3
4705	沖縄県	八重山	249.6

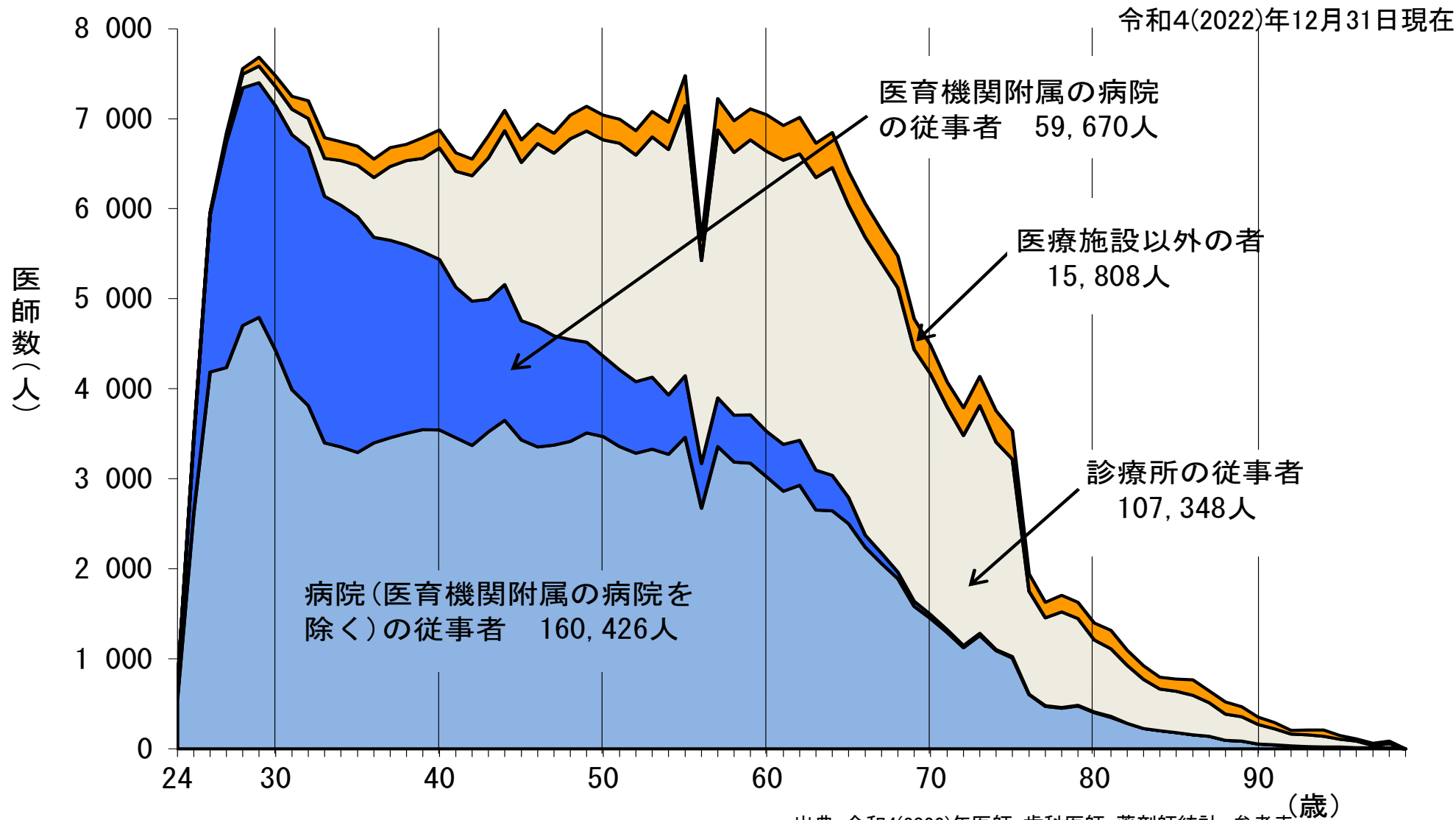
施設の種別・年齢別にみた医師数 (R4)

令和6年9月5日医療部会資料

第5回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 資料2

令和6年7月3日

○令和2年に比べ令和4年は、病院（医育機関附属の病院を除く）の従事者は約1,430人増加、医育機関附属の病院の従事者は約2,190人増加している。診療所の従事者は、約120人増加となっている。



出典: 令和4(2022)年医師・歯科医師・薬剤師統計 参考表

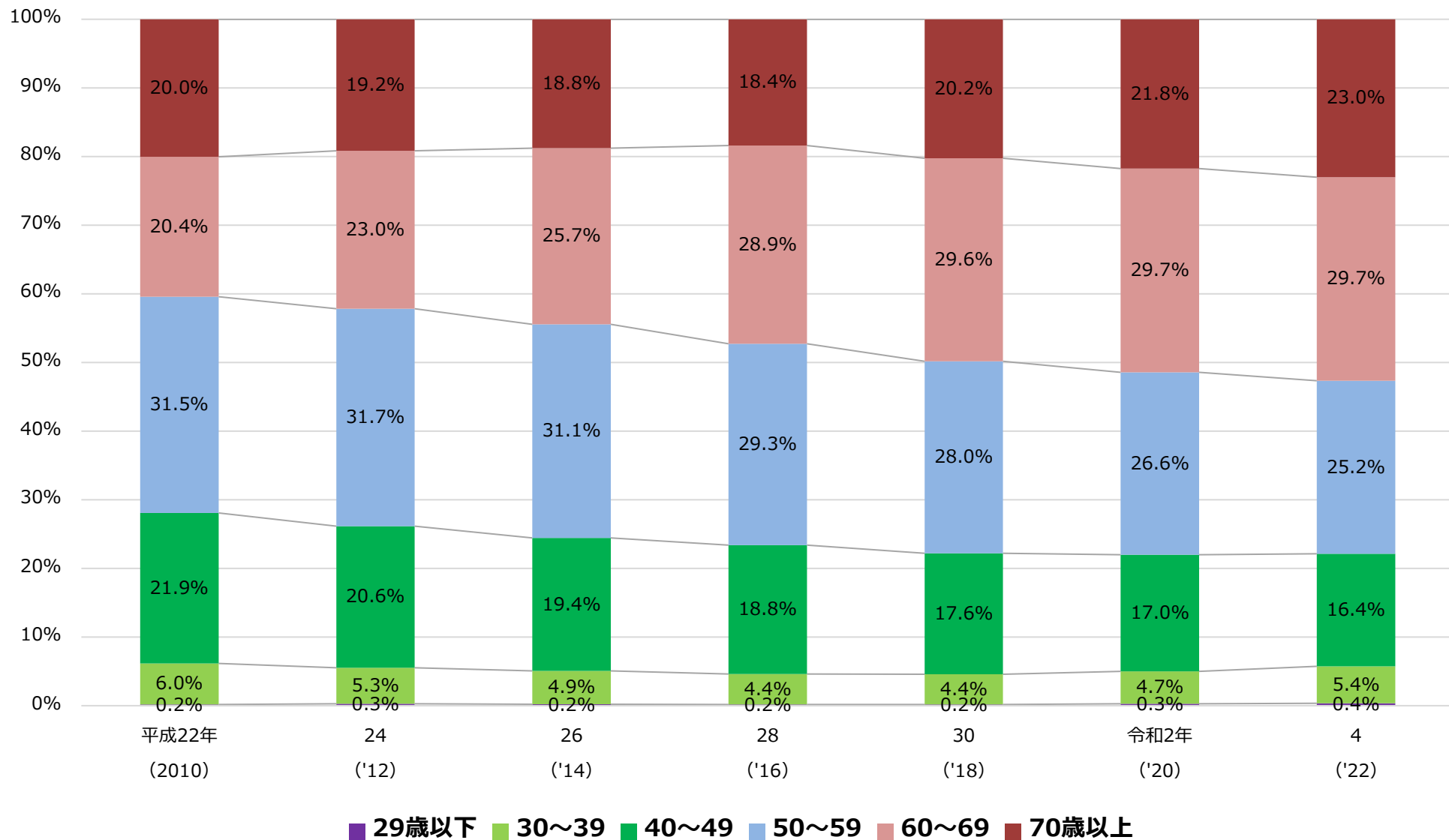
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/isshi/22/xls/R04_sankou.xlsx

診療所従事医師の年齢階級別の割合の推移

令和6年9月5日医療部会資料

第5回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 資料2
令和6年7月3日

- 診療所が主たる従事先の医師については、40歳未満の医師の割合は約6%である。
- 診療所が主たる従事先の医師については、60歳以上の医師の割合が増加してきている。



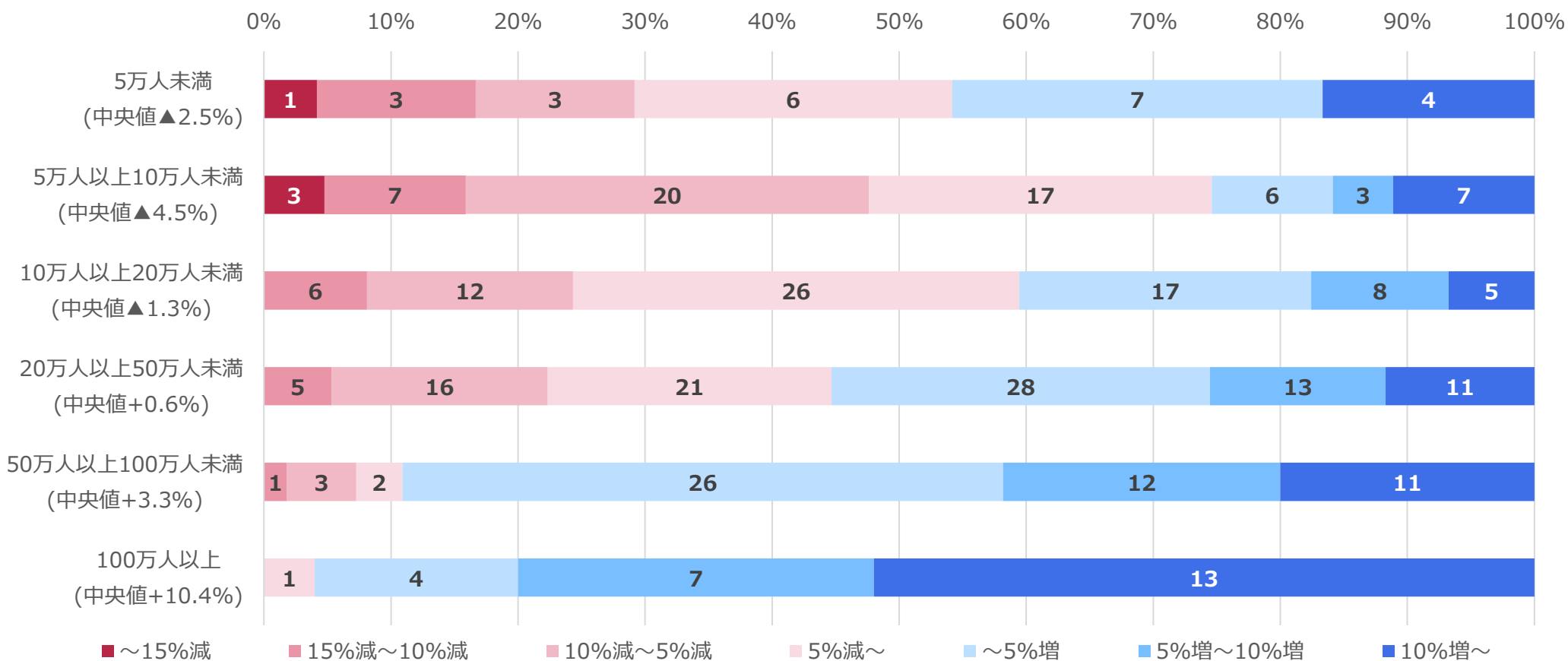
出典：医師・歯科医師・薬剤師調査、統計（厚生労働省）

https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/22/dl/R04_toukeihyo.pdf

人口規模別の二次医療圏毎の診療所数の変化（2012年→2022年）

- 人口規模が小さい二次医療圏においては、2012年から2022年にかけて診療所数が減少傾向にある。
- 50万人以上100万人未満、100万人以上の二次医療圏では、2012年から2022年にかけて診療所数が増加傾向にある。

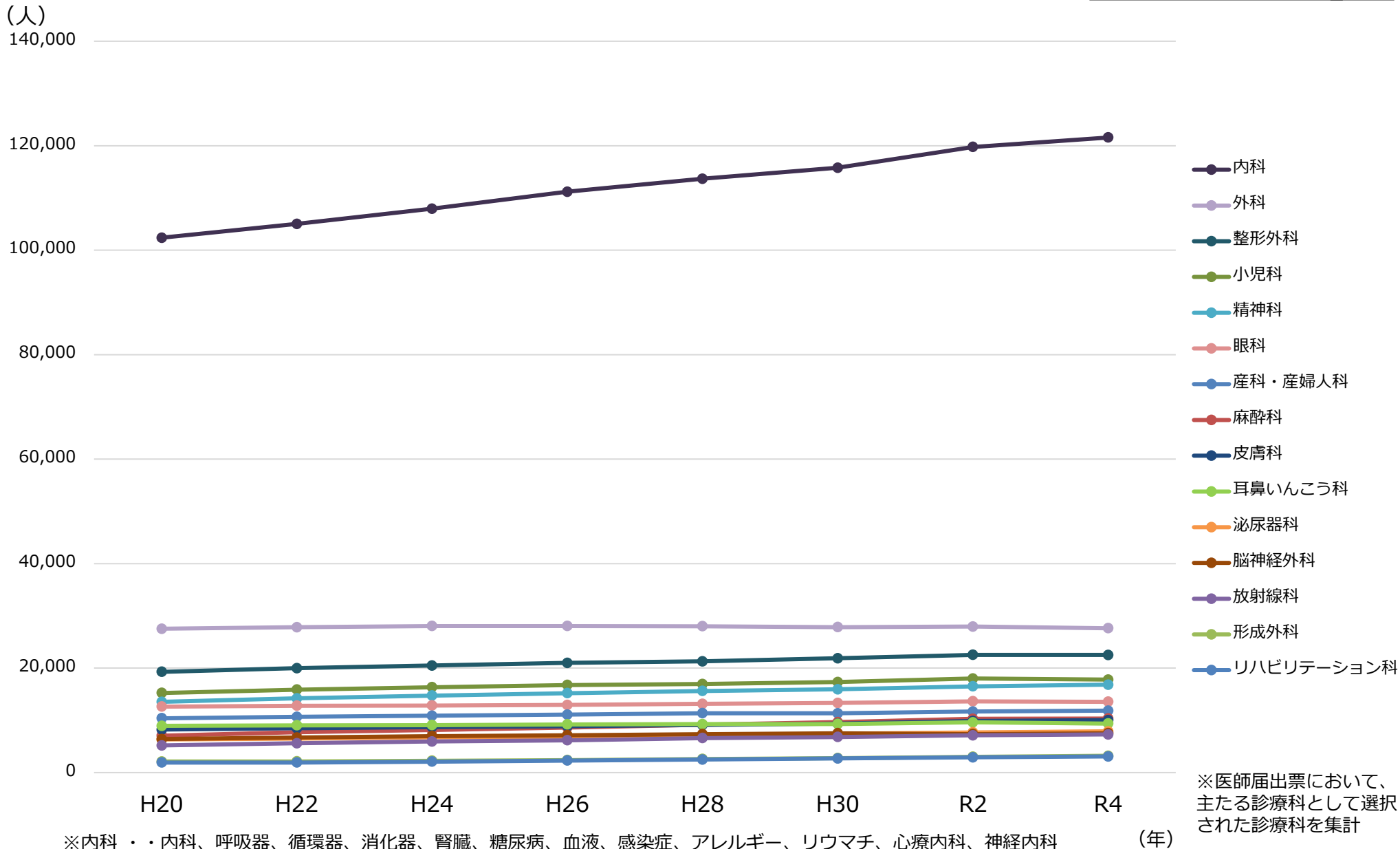
2012年から2022年への診療所数の変化率別二次医療圏数（人口規模別）



資料出所：厚生労働省「医療施設調査」を基に地域医療計画課において作成。

※人口規模は、2020年国勢調査結果に基づくものであり、二次医療圏は第7次医療計画時点のもので統一して比較。

診療科別医師数の推移



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

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

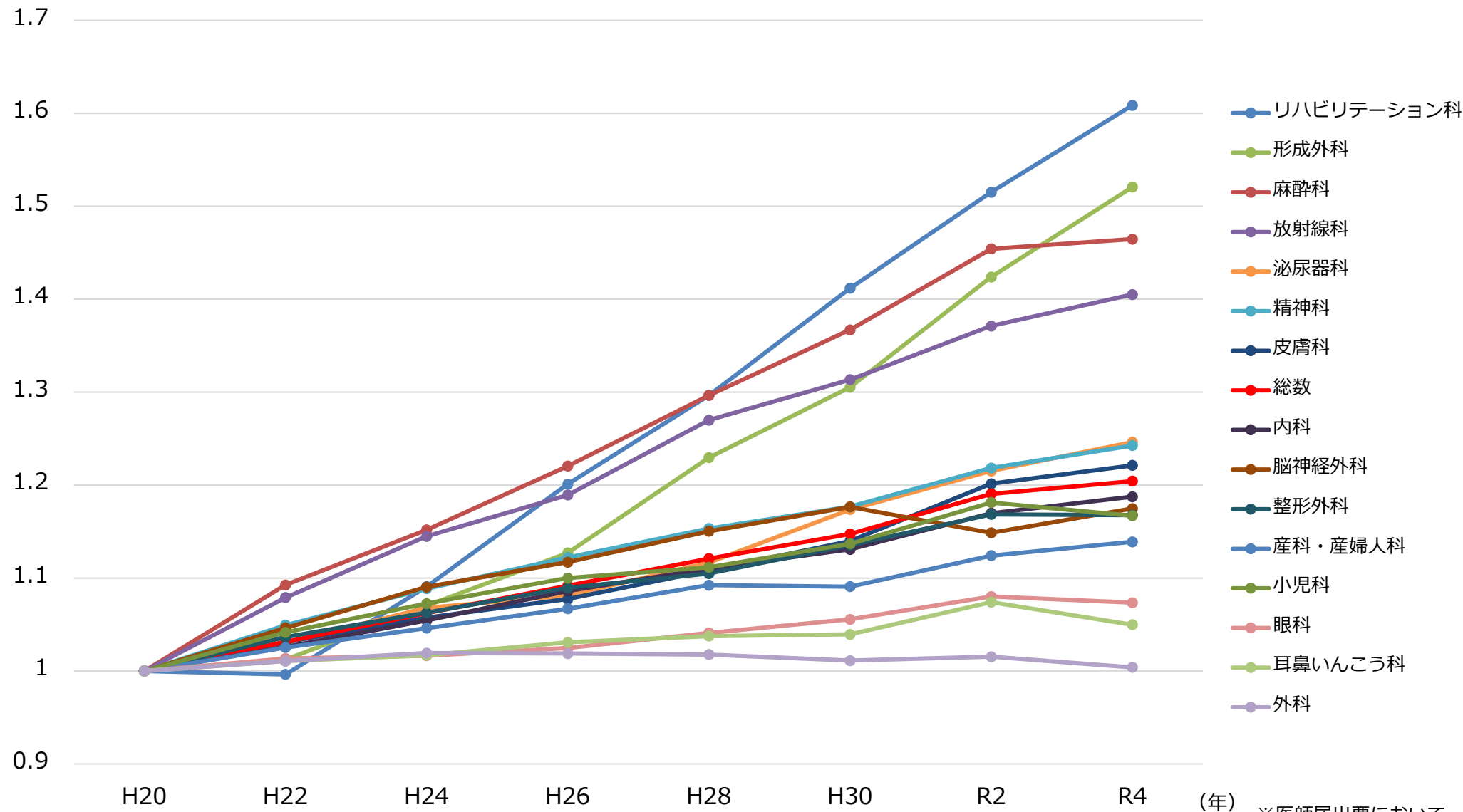
※平成18年調査から新設された「研修医」項目は除く。

※医師届出票において、主たる診療科として選択された診療科を集計

診療科別医師数の推移（平成20年を1.0とした場合）

令和6年9月5日医療部会資料

第1回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 資料1
令和6年1月29日 改編

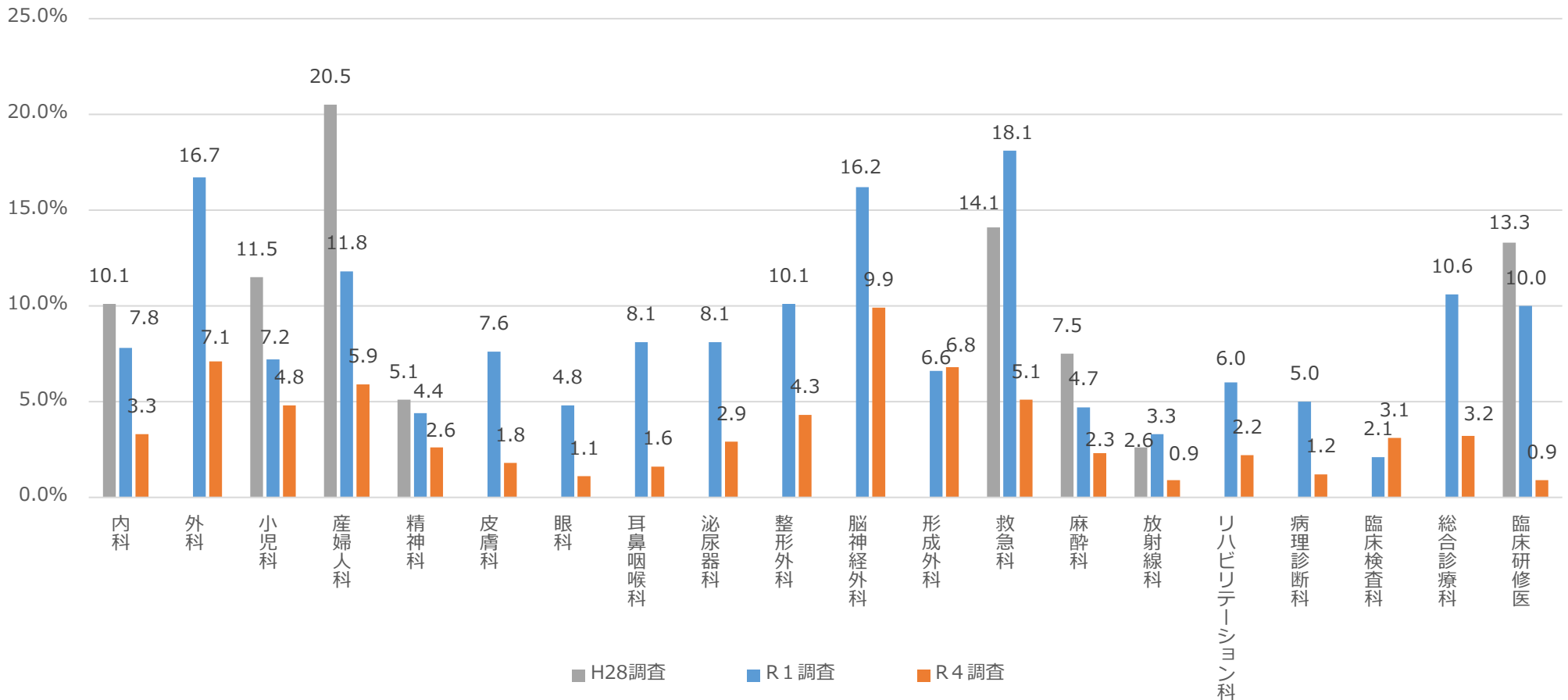


※内科・・・内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科
 ※外科・・・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

※医師届出票において、主たる診療科として選択された診療科を集計

診療科別の時間外・休日労働時間が年1,860時間超の医師の割合

- H28調査、R1調査、今回調査（R4調査）の病院・常勤勤務医の時間外・休日労働時間が年1,860時間換算を超える医師の割合を診療科別に集計した。
- 時間外・休日労働時間が年1,860時間換算を超える医師の割合が高い診療科は脳神経外科（9.9%）、外科（7.1%）、形成外科（6.8%）、産婦人科（5.9%）、救急科（5.1%）であった。



- ※ H28調査の分析対象者は常勤勤務医であり、勤務先を問わない。
- ※ H28調査の設問は、19診療科ではないため、比較不可な診療科がある。
- ※ 労働時間には、兼業先の労働時間を含み、指示無し時間を除外している。
- ※ 宿日直の待機時間は労働時間を含め、オンコールの待機時間は労働時間から除外した（労働時間＝診療時間＋診療外時間＋宿日直の待機時間）。
- ※ R1調査、R4調査では宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を労働時間から除外している。
- ※ R1調査ではさらに診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。
- ※ 「時間外・休日労働時間が年1,860時間超」は週78時間45分超勤務と換算した。

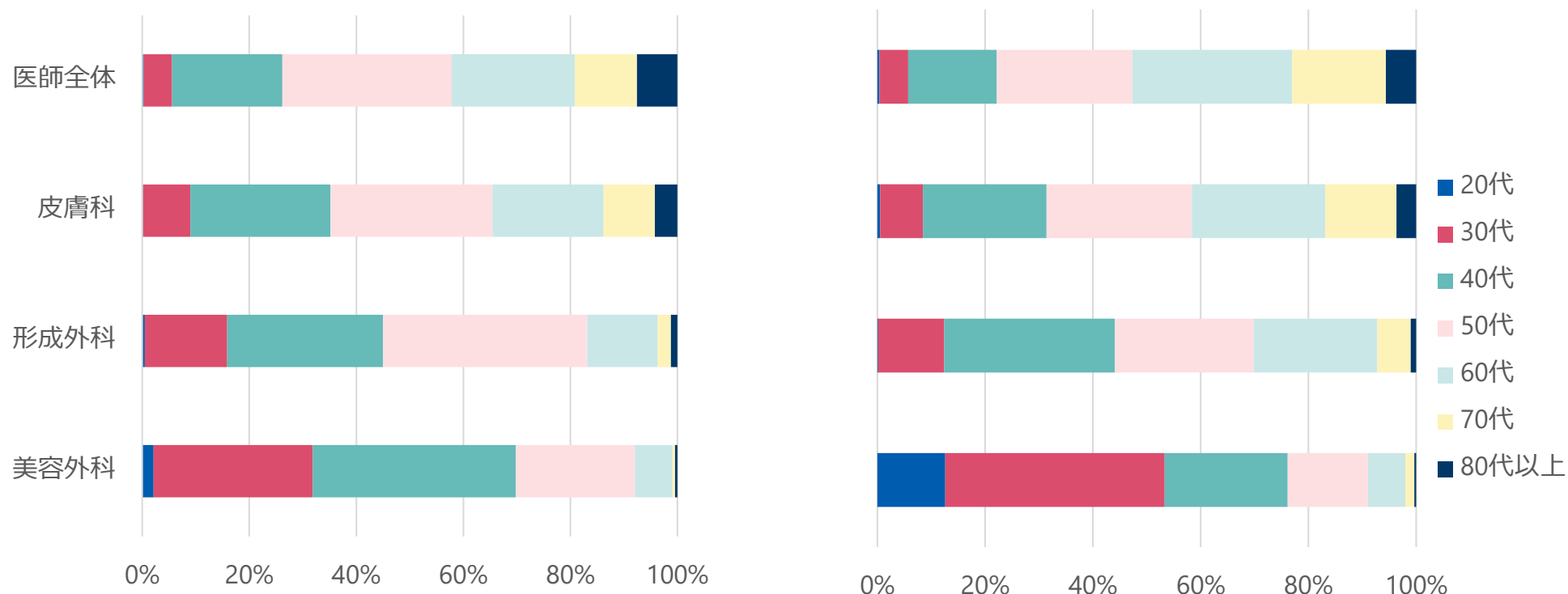
美容医療に関連する医師数③

- 診療所において主に「皮膚科」「美容外科」「形成外科」に従事する医師は、医師全体に比べて、30代以下の医師が占める割合が多い。特に「美容外科」については、近年、20代及び30代の医師数の占める割合が増加している。

主たる診療科別 診療所従事医師の年齢階級別割合

2012年

2022年



※ 美容医療に関連する業務に従事する医師として、診療所に勤務する医師のうち、複数の診療科に従事している場合の主として従事する診療科と、1診療科のみに従事している場合の診療科として「美容外科」「形成外科」「皮膚科」と回答したものを集計。

※ グラフの「医師数」は、診療所に勤務する医師の合計。

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）の概要

改正の趣旨

地域間の医師偏在の解消等を通じ、地域における医療提供体制を確保するため、都道府県の医療計画における医師の確保に関する事項の策定、臨床研修病院の指定権限及び研修医定員の決定権限の都道府県への移譲等の措置を講ずる。

改正の概要

1. 医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設【医療法】

医師少数区域等における一定期間の勤務経験を通じた地域医療への知見を有する医師を厚生労働大臣が評価・認定する制度の創設や、当該認定を受けた医師を一定の病院の管理者として評価する仕組みの創設

2. 都道府県における医師確保対策の実施体制の強化【医療法】

都道府県においてPDCAサイクルに基づく実効的な医師確保対策を進めるための「医師確保計画」の策定、都道府県と大学、医師会等が必ず連携すること等を目的とした「地域医療対策協議会」の機能強化、効果的な医師の配置調整等のための地域医療支援事務の見直し 等

3. 医師養成過程を通じた医師確保対策の充実【医師法、医療法】

医師確保計画との整合性の確保の観点から医師養成過程を次のとおり見直し、各過程における医師確保対策を充実

- ・ 医学部：都道府県知事から大学に対する地域枠・地元出身入学者枠の設定・拡充の要請権限の創設
- ・ 臨床研修：臨床研修病院の指定、研修医の募集定員の設定権限の国から都道府県への移譲
- ・ 専門研修：国から日本専門医機構等に対し、必要な研修機会を確保するよう要請する権限の創設
都道府県の意見を聴いた上で、国から日本専門医機構等に対し、地域医療の観点から必要な措置の実施を意見する仕組みの創設 等

4. 地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応【医療法】

外来医療機能の偏在・不足等の情報を可視化するため、二次医療圏を基本とする区域ごとに外来医療関係者による協議の場を設け、夜間救急体制の連携構築など地域における外来医療機関間の機能分化・連携の方針と併せて協議・公表する仕組みの創設

5. その他【医療法等】

- ・ 地域医療構想の達成を図るための、医療機関の開設や増床に係る都道府県知事の権限の追加
- ・ 健康保険法等について所要の規定の整備 等

施行期日

2019年4月1日。（ただし、2のうち地域医療対策協議会及び地域医療支援事務に係る事項、3のうち専門研修に係る事項並びに5の事項は公布日、1の事項及び3のうち臨床研修に係る事項は2020年4月1日から施行。）

医師養成過程における取組

【大学医学部】

- 中長期的な観点から、医師の需要・供給推計に基づき、**全国の医師養成数**を検討
- **地域枠**（特定の地域や診療科で診療を行うことを条件とした選抜枠）の医学部における活用方針を検討

【臨床研修】

- 全国の研修希望者に対する**募集定員の倍率を縮小**するとともに、都道府県別に、**臨床研修医の募集定員上限数**を設定
- その際、都市部や複数医学部を有する地域について、上限数を圧縮するとともに、医師少数地域に配慮した定員設定を行い、**地域偏在を是正**

【専門研修】

- 日本専門医機構において、将来の必要医師数の推計を踏まえた都道府県別・診療科別の**専攻医の採用上限数（シーリング）を設定**することで、**地域・診療科偏在を是正**（産科等の特に確保が必要な診療科や、地域枠医師等についてはシーリング対象外）

各都道府県の取組

【医師確保計画】

- 医師偏在指標により医師偏在の状況を把握
計画期間の終了時点で確保すべき目標医師数を設定

＜具体的な施策＞

●大学と連携した地域枠の設定

●地域医療対策協議会・地域医療支援センター

- ・ 地域医療対策協議会は、**医師確保対策の方針**（医師養成、医師の派遣調整等）について協議
- ・ 地域医療支援センターは、**地域医療対策協議会の協議結果に基づき、医師確保対策の事務**（医師派遣事務、派遣される医師のキャリア支援・負担軽減、勤務環境改善支援センターとの連携等）を実施

●キャリア形成プログラム（地域枠医師等）

- ・ 「医師不足地域の**医師確保**」と「派遣される**医師の能力開発・向上**」の両立を目的としたプログラム

●認定医師制度の活用

- ・ 医師少数区域等に一定期間勤務した医師を**厚労大臣が認定**する制度を活用し、医師不足地域の医師を確保

医師の働き方改革

地域の医療を支えている勤務医が、安心して働き続けられる環境を整備することが重要であることから、都道府県ごとに設置された医療勤務環境改善支援センター等による医療機関への支援を通じて、適切な労務管理や労働時間短縮などの医師の働き方改革を推進。具体的には、

- 医療機関における医師労働時間短縮計画の作成や追加的健康確保措置等を通じて、労働時間短縮及び健康確保を行う
- 出産・育児・介護などのライフイベントを経験する医師が、仕事と家庭を両立できるよう勤務環境の改善を推進

医師養成
過程

・長期的には医師供給が需要を上回ると考えられるが、地域偏在や診療科偏在に引き続き対応する必要があることから、医師養成過程の様々な段階で医師の地域偏在・診療科偏在対策を進めている。

大学医学部 – 地域枠の設定 (地域・診療科偏在対策)

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

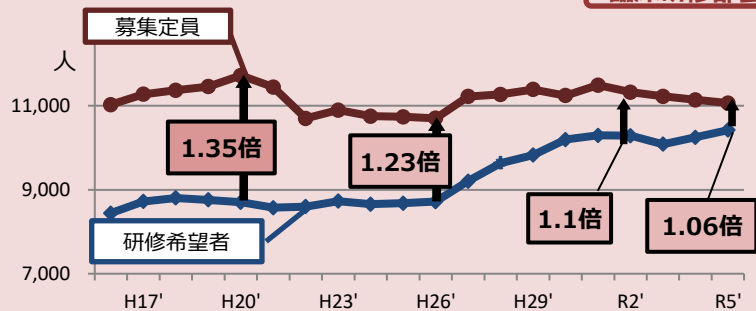
■ 大学が特定の地域や診療科で診療を行うことを条件とした選抜枠を設け、都道府県が学生に対して奨学金を貸与する仕組みで、都道府県の指定する区域で一定の年限従事することにより返還免除される (一部例外あり)

- 令和8年度の医学部臨時定員については、令和6年度の医学部総定員数(9,403人)を上限とし、臨時増員の枠組みを維持
- 令和9年度以降の医学部臨時定員については、各都道府県・大学の医師確保の現状を踏まえて改めて検討

臨床研修 – 臨床研修制度における地域偏在対策

臨床研修部会

- 都道府県別募集定員上限数の設定
- 全国の研修希望者に対する募集定員の倍率を縮小
- 医師少数区域へ配慮した都道府県ごとの定員設定方法への変更
- 地域医療重点プログラムの新設 (2022年～)



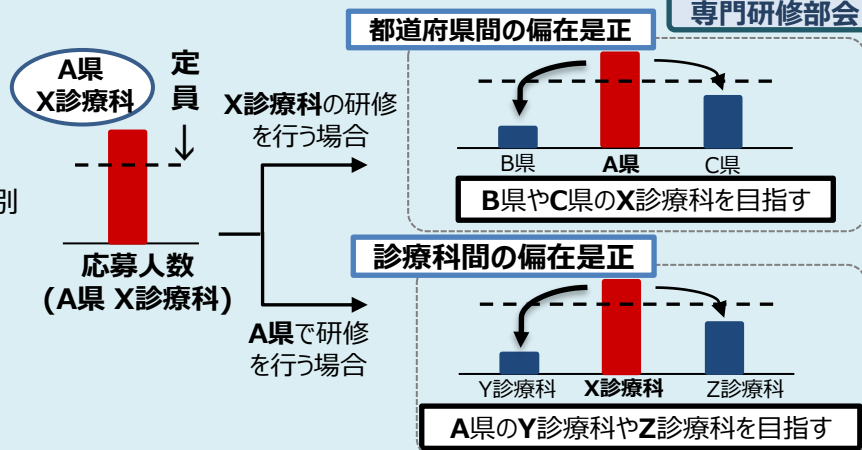
※臨床研修病院の指定、募集定員の設定権限を都道府県へ移譲 (2020年4月～)

専門研修 – 専門医制度における地域・診療科偏在対策

専門研修部会

- 日本専門医機構が、都道府県別・診療科別採用上限数を設定 (シーリング)
- ※5大都市を対象としたシーリング→厚生労働省が算出した都道府県別・診療科別必要医師数に基づいたシーリングへ変更されている (2020年度研修～)

- 医師法の規定により、都道府県の意見を踏まえ、厚生労働大臣から日本専門医機構等に意見・要請を実施



6年

学部
教育

2年

臨床
研修

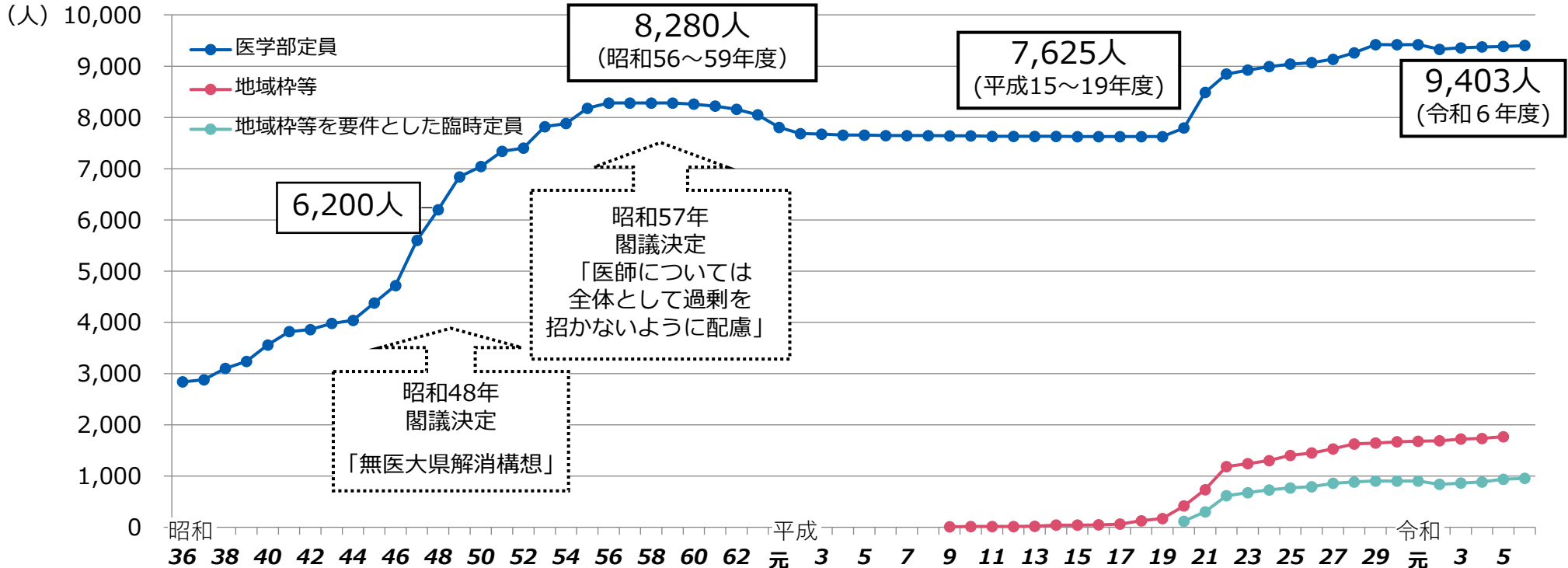
3年
以上

専門
研修

医学部入学定員と地域枠の年次推移

- 平成20年度以降、医学部の入学定員が過去最大規模となっており、令和2年度以降、前年度比増が継続している。
- 医学部定員に占める地域枠等*の数・割合も、増加してきている。(平成19年度173人(2.3%)→令和4年1,736人(18.8%))

※地域枠等：地域医療に従事する医師を養成することを主たる目的とした学生を選抜する枠



	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6
医学部定員	7,625	7,793	8,486	8,846	8,923	8,991	9,041	9,069	9,134	9,262	9,420	9,419	9,420	9,330	9,357	9,374	9,384	9,403
医学部定員(自治医科大学を除く)	7,525	7,683	8,373	8,733	8,810	8,868	8,918	8,946	9,011	9,139	9,297	9,296	9,297	9,207	9,234	9,251	9,261	9,280
地域枠等以外の医学部定員	7,452	7,375	7,750	7,660	7,681	7,687	7,635	7,619	7,603	7,635	7,775	7,745	7,733	7,635	7,634	7,638	7,614	-
地域枠等	173	418	736	1,186	1,242	1,304	1,406	1,450	1,531	1,627	1,645	1,669	1,682	1,688	1,723	1,736	1,770	-
地域枠等の割合	2.3%	5.4%	8.8%	13.6%	14.1%	14.7%	15.8%	16.2%	17.0%	17.8%	17.7%	18.0%	18.1%	18.3%	18.7%	18.8%	19.1%	-
地域枠等を要件とした臨時定員	0	118	304	617	676	731	770	794	858	886	904	903	904	840	865	885	938	955
地域枠等を要件とした臨時定員の割合	0%	1.5%	3.6%	7.1%	7.7%	8.2%	8.6%	8.9%	9.5%	9.7%	9.7%	9.7%	9.7%	9.1%	9.4%	9.6%	10.1%	10.3%

※自治医科大学は、設立の趣旨に鑑み地域枠等からは除く。

(地域枠等及び地域枠等を要件とした臨時定員の人数について、令和5年文部科学省医学教育課調べ) 22

地域枠及び地元出身者枠の概要

(1) 地域枠及び地元出身者枠の概要

- 大学が、卒後に特定の地域や診療科で診療を行うことを条件とした選抜枠を設け、他の入学者と区別して選抜を行う仕組み。(一般入学者から募集する等の方法も一部あり)
- 平成20年度以降、地域枠等を中心に医学部定員数を暫定的に増加し、令和元年度には9,420人に達した。令和2年度以降については、全体として令和元年の医学部総定員を超えない範囲で、臨時定員増員の申請を認めている。

現在の枠組みの概要 (令和4年～)

※1) 臨時定員の設置にあたっては、地域枠の定義を満たしている必要がある

都道府県と大学が連携した枠

地域枠

- ① 地元出身者もしくは全国より選抜
- ② 別枠方式で選抜
- ③ 従事要件あり 等

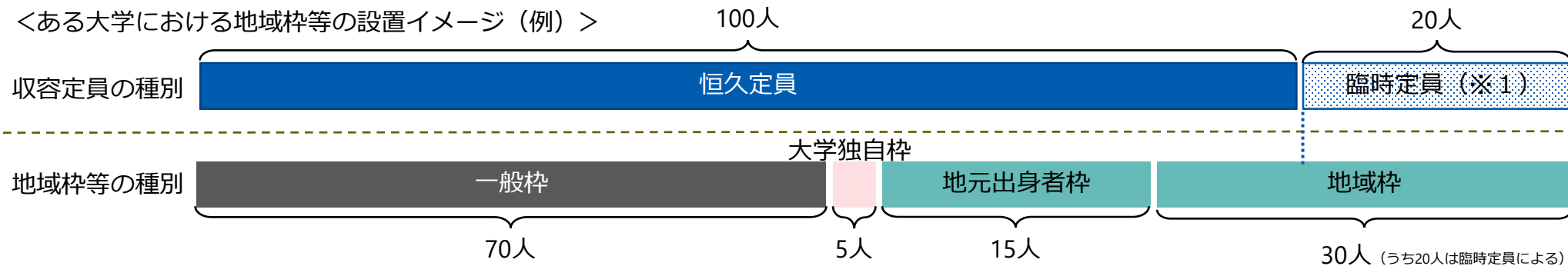
地元出身者枠

- ① 地元出身者より選抜
- ② 選抜方法は問わない
- ③ 従事要件は問わない 等

大学独自枠

- ① 対象は問わない
- ② 選抜方法は問わない
- ③ 従事要件は問わない 等

<ある大学における地域枠等の設置イメージ(例)>



(2) 地域枠及び地元出身者枠の要請権限

- 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)により、都道府県知事から大学に対する地域枠及び地元出身者枠の設定・拡充の要請権限が創設された。

➡ 医師確保計画ガイドラインにおいて、地域枠及び地元出身者枠設定の考え方等について具体的に記載

地域枠・地域枠以外の地域定着割合の比較

医学部卒業後の医師定着割合を比較すると、地域枠及び地元出身者の医師の地域定着割合が高い。

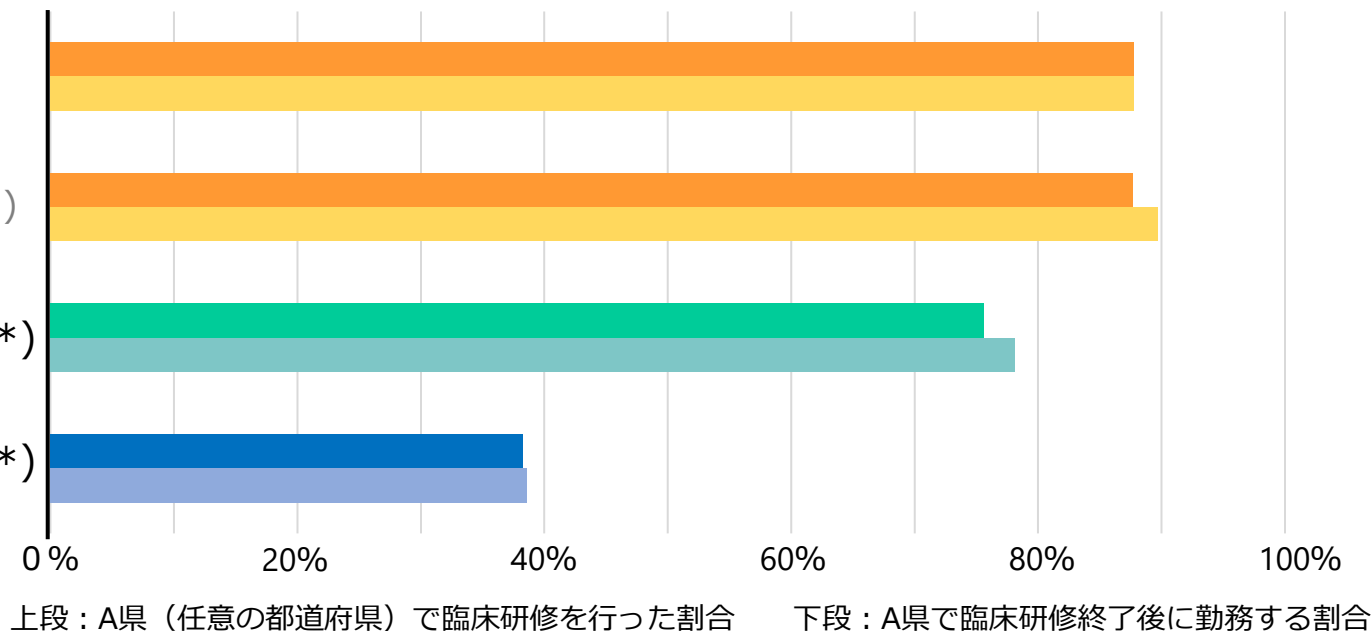
①地域枠

(①の内 医師少数県のみ)

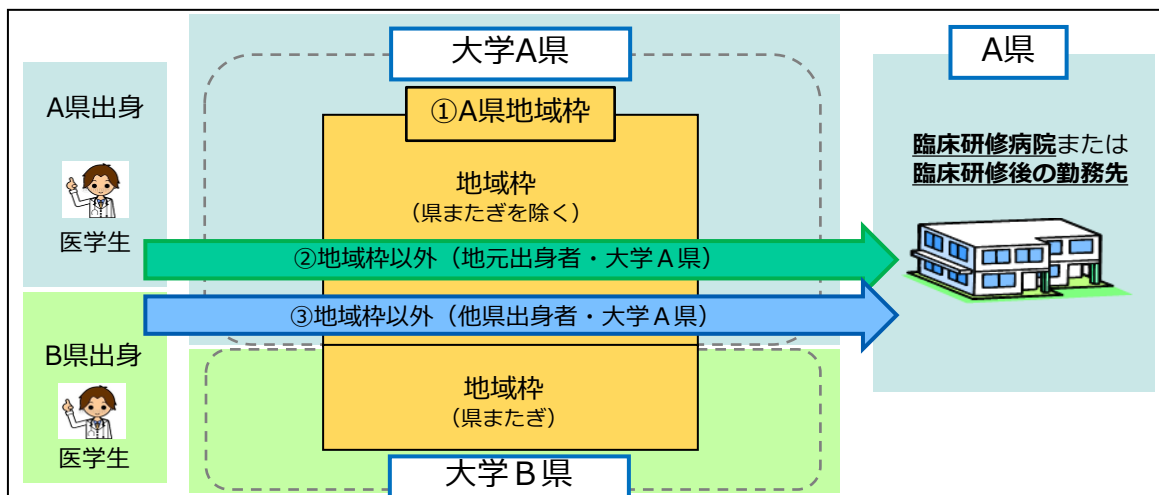
②地域枠以外 (地元出身者*)

③地域枠以外 (他県出身者*)

*②, ③共に大学はA県に所在の場合
(下図参照)



上段：A県（任意の都道府県）で臨床研修を行った割合 下段：A県で臨床研修終了後に勤務する割合



出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成29～31年）厚生労働省調べ

- ※ A県は任意の都道府県。B県はA県以外の都道府県。（特定の一つの都道府県のデータはなく、全ての都道府県のデータから算出。）
- ※ 出身地又は大学が海外の場合及び当該項目について無回答の場合は除外。
- ※ 出身地：高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県。
- ※ 県またぎ地域枠：出身大学の所在地以外の都道府県（A県）における勤務義務がある地域枠。
- ※ 防衛医科大学及び産業医科大学は除外。自治医科大学については県またぎ地域枠についてのみ除外。

臨床研修医の募集定員について

- 臨床研修の必修化後、研修医の募集定員が研修希望者の1.3倍を超える規模まで拡大し、研修医が都市部に集中する傾向が続いた。
- このため、平成22年度研修から各都道府県の募集定員上限を設定し、研修医の偏在是正を図っている。

平成16年度



平成22年度～



平成27年度～



令和3年度～

・ 研修医の募集定員は、全国の定数管理や地域別の偏在調整が行われず募集定員倍率（研修希望者数に対する募集定員数の比率）が1.3倍を超える規模まで拡大

・ 平成22年度から臨床研修を開始する研修医について、厚生労働省が各都道府県の募集定員上限を設定

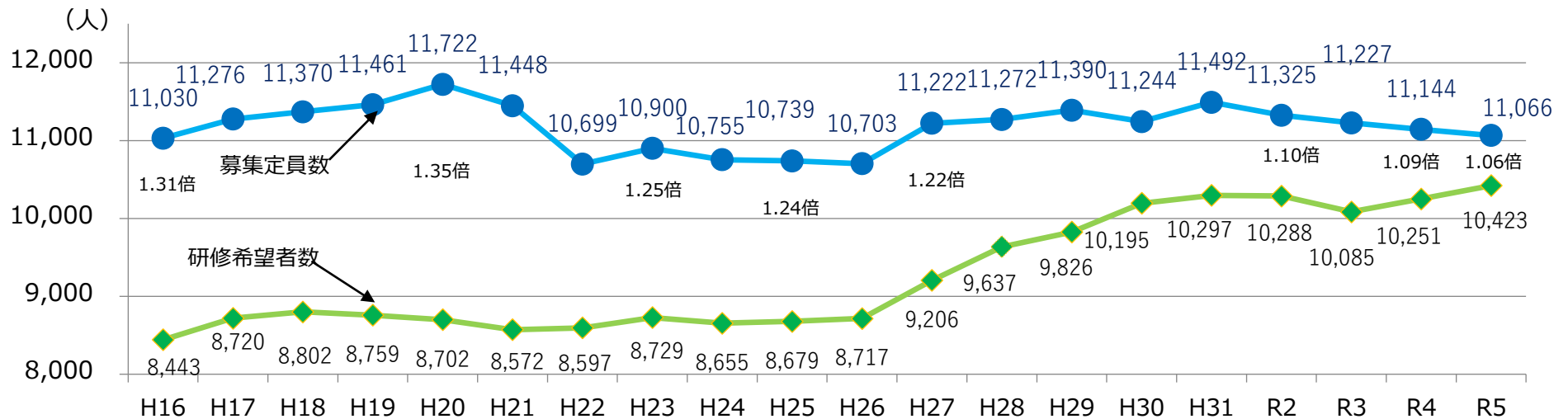
臨床研修制度等に関する意見のとりまとめ（平成21年2月18日 臨床研修制度のあり方等に関する検討会）
（2）募集定員や受入病院のあり方の見直し
○ 研修希望者に見合った募集定員の総枠を設定するとともに、研修医の地域的な適正配置を誘導するため、人口分布を始め医師養成規模・地理的条件等を考慮した都道府県別の募集定員の上限を設定する。

・ 募集定員倍率を令和2年度に向けて約1.10倍まで縮小する

・ 募集定員倍率を令和7年度に約1.05倍まで縮小する

・ 令和3年度から臨床研修を開始する研修医について、各都道府県が、厚生労働省が設定した各都道府県の募集定員上限の範囲内で、当該都道府県内の病院の募集定員を設定

研修医の募集定員数、研修希望者数、募集定員倍率（募集定員数÷研修希望者数）の推移



令和6年度専攻医採用におけるシーリング

令和6年9月5日医療部会資料

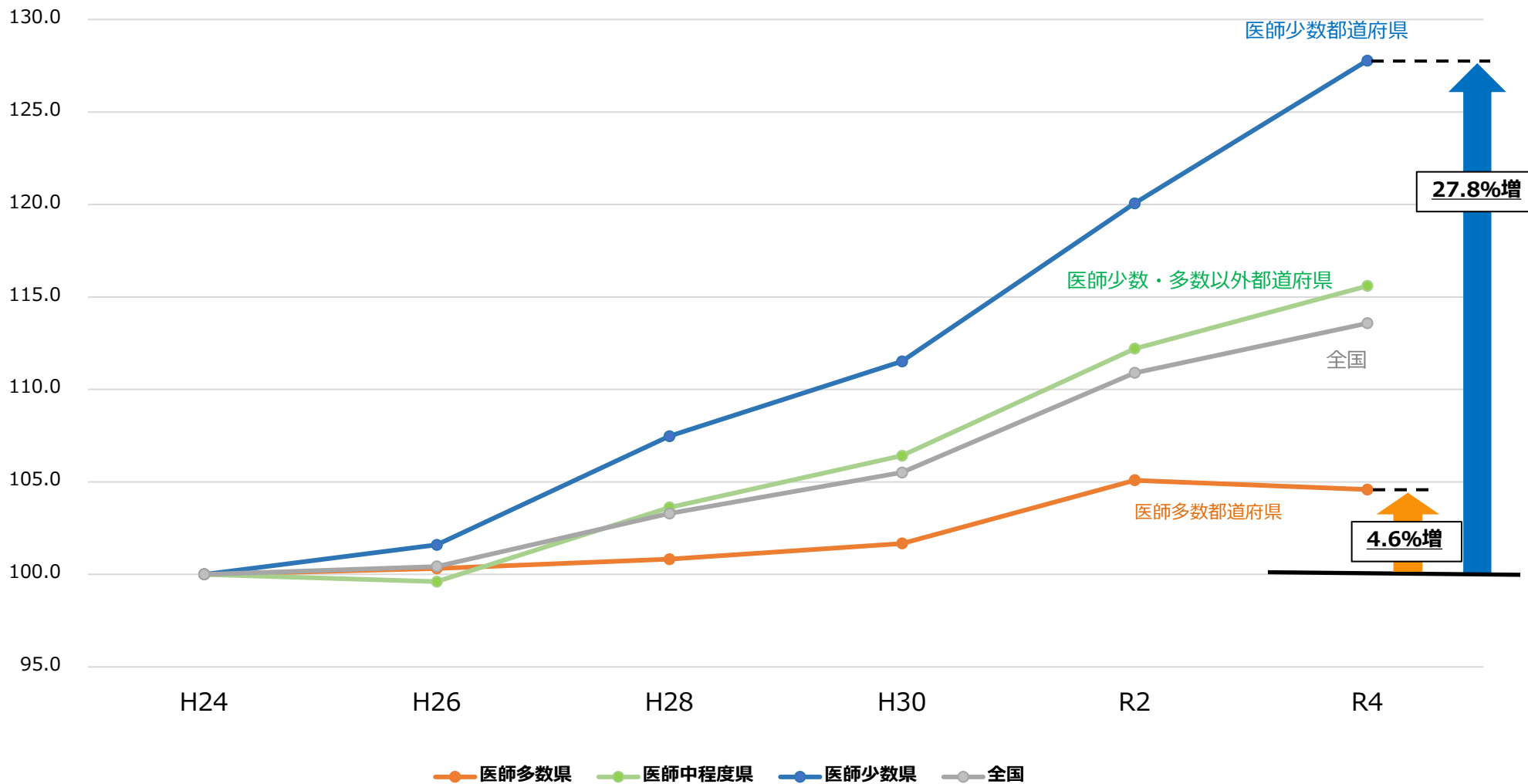
医道審議会医師分科会 医師専門研修部会 資料1(日本専門
令和6年7月19日 医機構資料)

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

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

35歳未満の医療施設従事医師数推移（平成24年を100とした場合）

○ 平成26年の前後で比較すると、医師少数都道府県の若手の医師数は、医師多数都道府県と比較し伸びており、若手の医師については地域偏在が縮小してきている。

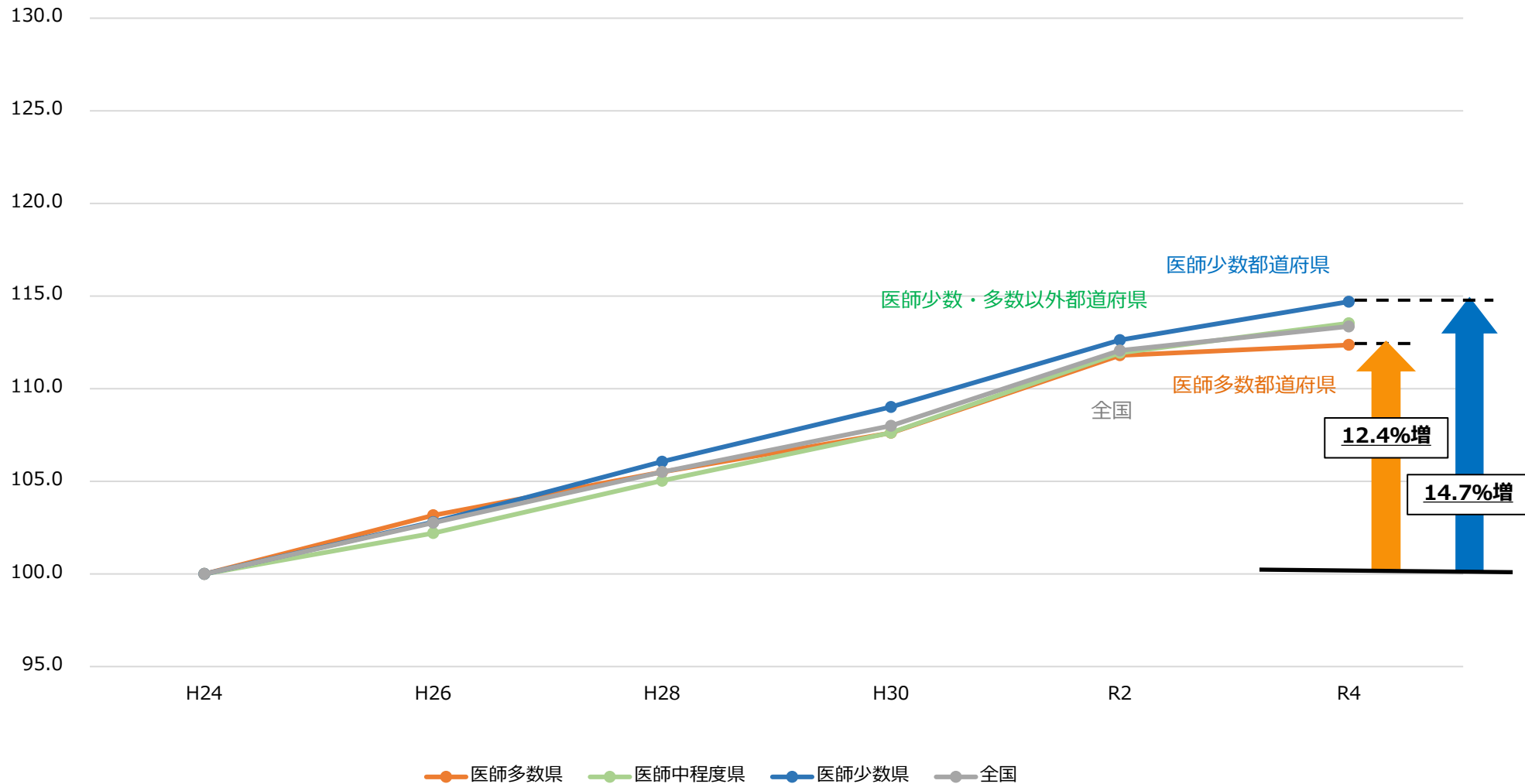


※ 医師多数都道府県：医師偏在指標の上位33.3%の都道府県
 医師少数都道府県：医師偏在指標の下位33.3%の都道府県
 医師少数・多数以外都道府県：医師偏在指標の上位・下位33.3%以外の都道府県

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査、統計（厚生労働省）
 医師少数都道府県及び医師多数都道府県は医師偏在指標（厚生労働省：令和2年2月）による

医療施設従事医師数推移（平成24年を100とした場合）

○ 平成26年の前後で比較すると、医師少数都道府県の医師数の伸び率は、医師多数都道府県より大きいですが、その伸び率の差は、若手医師（35歳未満）における伸び率の差と比較してわずかである。



※ 医師多数都道府県：医師偏在指標の上位33.3%の都道府県
 医師少数都道府県：医師偏在指標の下位33.3%の都道府県
 医師少数・多数以外都道府県：医師偏在指標の上位・下位33.3%以外の都道府県

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査、統計（厚生労働省）
 医師少数都道府県及び医師多数都道府県は医師偏在指標（厚生労働省：令和2年2月）による

医師確保計画を通じた医師偏在対策について

背景

- ・ 人口10万人対医師数は、医師の偏在の状況を十分に反映した指標となっていない。
- ・ 都道府県が主体的・実効的に医師確保対策を行うことができる体制が十分に整っていない。

医師の偏在の状況把握

医師偏在指標の算出

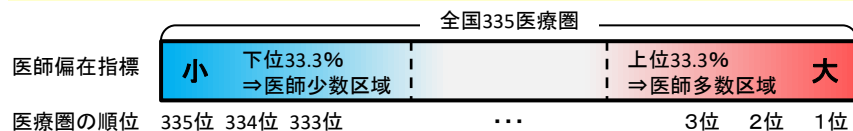
三次医療圏・二次医療圏ごとに、**医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成等を踏まえた**医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

医師偏在指標で考慮すべき「5要素」

- ・ 医療需要（ニーズ）及び将来の人口・人口構成の変化
- ・ 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）

医師多数区域・医師少数区域の設定

全国の335二次医療圏の医師偏在指標の値を一律に比較し、上位の一定の割合を医師多数区域、下位の一定の割合を医師少数区域とする基準を国が提示し、それに基づき都道府県が設定する。



国は、都道府県に医師確保計画として以下の内容を策定するよう、ガイドラインを通知。

『医師確保計画』（＝医療計画に記載する「医師の確保に関する事項」）の策定

医師の確保の方針

（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

医師偏在指標の大小、将来の需給推計などを踏まえ、地域ごとの医師確保の方針を策定。

- （例）
- ・ 短期的に医師が不足する地域では、医師が多い地域から医師を派遣し、医師を短期的に増やす方針とする
 - ・ 中長期的に医師が不足する地域では、地域枠・地元出身者枠の増員によって医師を増やす方針とする等

確保すべき医師の数の目標

（目標医師数）

（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

医師確保計画策定時に、3年間の計画期間の終了時点で確保すべき目標医師数を、医師偏在指標を踏まえて算出する。

目標医師数を達成するための施策

医師の確保の方針を踏まえ、目標医師数を達成するための具体的な施策を策定する。

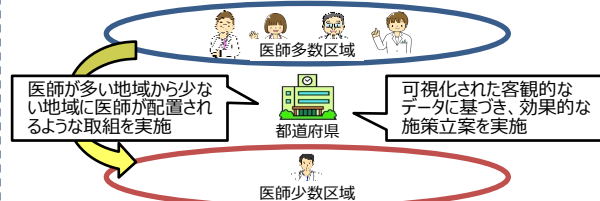
- （例）
- ・ 大学医学部の地域枠を15人増員する
 - ・ 地域医療対策協議会で、医師多数区域のA医療圏から医師少数区域のB医療圏へ10人の医師を派遣する調整を行う

3年*ごとに、都道府県において計画を見直し(PDCAサイクルの実施)

西暦	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
医療計画	第7次						第8次					
医師確保計画	指標設計(国)	計画策定(県)	第7次				第8次(前期)		第8次(後期)			

* 2020年度からの最初の医師確保計画のみ4年（医療計画全体の見直し時期と合わせるため）

都道府県による医師の配置調整のイメージ



平成30年医療法改正により、地域医療対策協議会の役割の明確化、協議プロセスの透明化を図るとともに、地域医療支援センターとの関係や役割について明確化

地域医療対策協議会

(医師確保対策の具体的な実施に係る関係者間の協議・調整を行う場)

構成員 都道府県、大学、医師会、主要医療機関、民間医療機関 等
※ 議長は都道府県以外の第三者・互選、女性割合に配慮 等

役割 協議事項を法定

- キャリア形成プログラムの内容
- 医師の派遣調整
- 派遣医師のキャリア支援策
- 派遣医師の負担軽減策
- 大学の地域枠・地元枠設定
- 臨床研修病院の指定
- 臨床研修医の定員設定
- 専門研修の研修施設・定員 等

協議の方法

- 医師偏在指標に基づき協議
- 大学・医師会等の構成員の合意が必要
- 協議結果を公表

国のチェック

- 医師派遣先（公的、民間の別）等の医師の派遣状況について定期的に国がフォローアップ

都道府県が実施する医師派遣等の対策は、地域医療対策協議会において協議が調った事項に基づいて行う

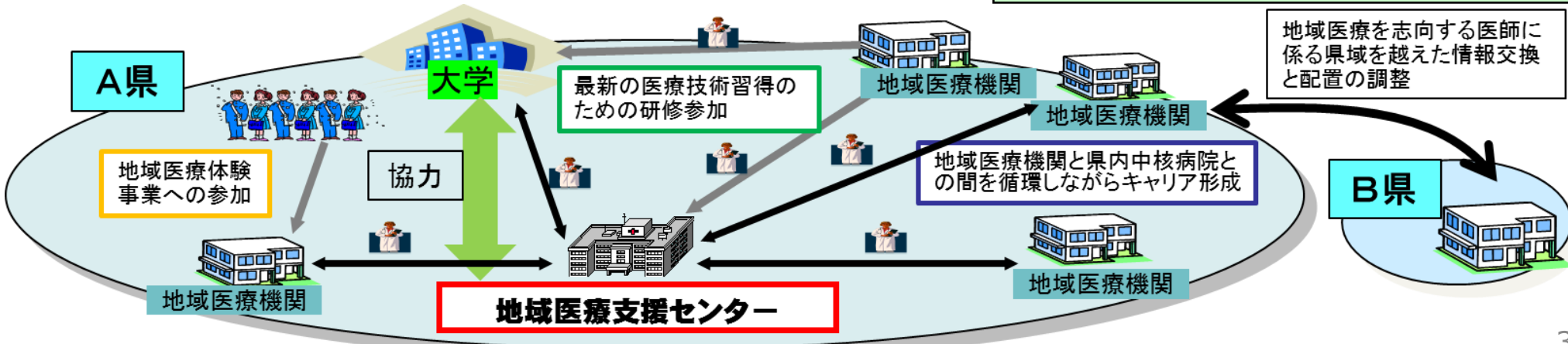
地域医療支援センター

(医師確保対策の事務の実施拠点)

法定事務

- 都道府県内の医師確保状況の調査分析
- 医療機関や医師に対する相談援助
- 医師派遣事務
- キャリア形成プログラムの策定
- 派遣医師のキャリア支援・負担軽減 等

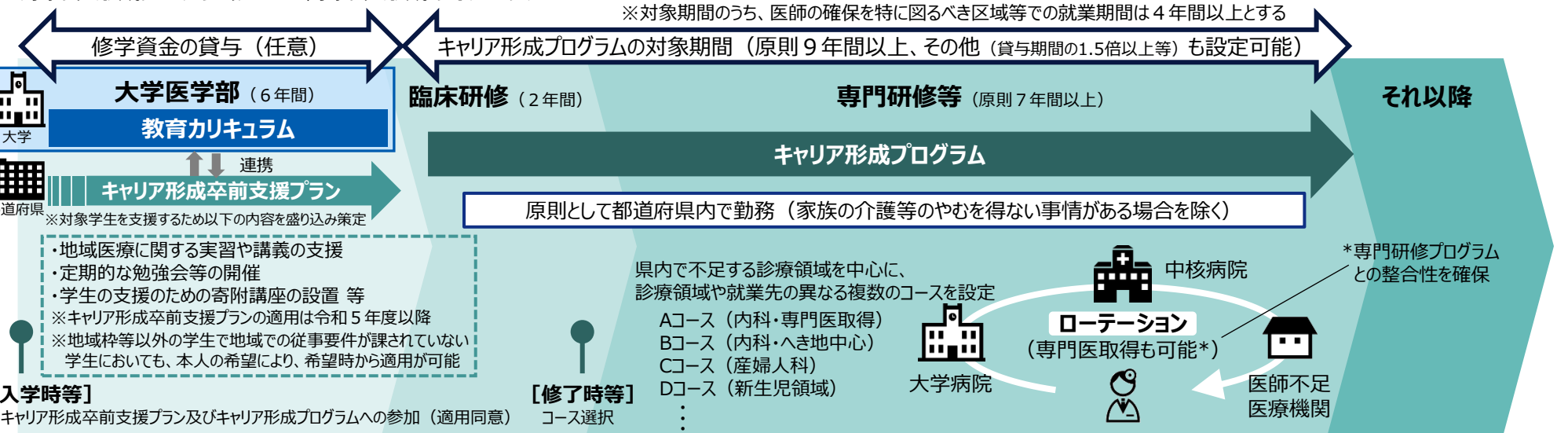
※医療従事者の勤務環境改善については、医療勤務環境改善支援センターと連携を図る



都道府県は、地域医療対策協議会において協議が調った事項に基づき、「医師不足地域における医師の確保」と「医師不足地域に派遣される医師の能力開発・向上の機会の確保」の両立を目的とするキャリア形成プログラムを策定することとされている

※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)により地域医療支援事務として医療法に明記。キャリア形成プログラムの詳細については、医療法施行規則(省令)及びキャリア形成プログラム運用指針(通知)に規定

＜キャリア形成プログラムに基づくキャリア形成のイメージ＞



＜キャリア形成プログラムの対象者＞

- ・ 地域枠を卒業した医師
 - ・ 地域での従事要件がある地元出身者枠を卒業した医師
 - ・ 自治医科大学卒業医師（平成30年度入学者までは任意適用）
 - ・ その他プログラムの適用を希望する医師
- ※キャリア形成プログラムの適用に同意した学生に対しては、修学資金の貸与に地域医療介護総合確保基金の活用が可能

＜キャリア形成プログラムに基づく医師派遣＞

大学等による医師派遣との整合性を確保するため、地域医療対策協議会で派遣計画案を協議

※地域医療構想における機能分化・連携の方針との整合性を確保する

※理由なく公立・公的医療機関に偏らないようにする

※都道府県は、医師偏在対策と対象医師のキャリア形成の両立を円滑に推進するため、各地域の医師偏在の状況や対象医師の希望を勘案しつつ、就業先について、大学等の専門医の研修プログラム責任者等との調整を行うとともに、対象学生の支援を行う人材（キャリアコーディネーター）を配置する

※都道府県は、対象医師から満足度等も含む意見聴取を定期的に行い、勤務環境改善・負担軽減を図る

対象者の地域定着促進のための方策

＜対象者の納得感の向上と主体的なキャリア形成の支援＞

- ・ 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、大学院進学・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）

＜プログラム満了前の離脱の防止＞

- ・ 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
- ・ 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（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（家族の介護等のやむを得ない事情がある場合を除く）

地域医療対策協議会における医師派遣実績について

○ 地域医療対策協議会における医師派遣実績

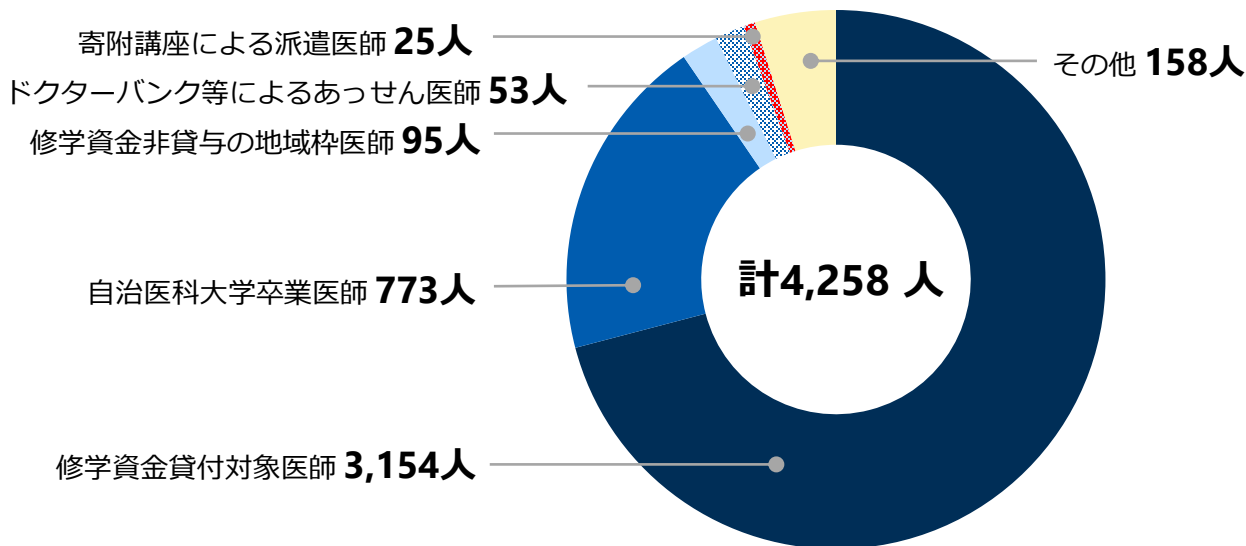
※ 令和4年4月1日～令和5年3月31日に派遣を開始した実績

地域医療対策協議会における医師派遣実績

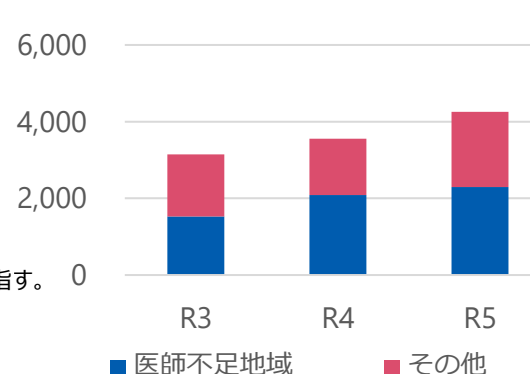
	医師不足地域	その他の地域	小計
常勤医師	2,164	1,948	4,112
非常勤医師	134	12	146
小計	2,298	1,960	4,258

「医師不足地域」とは、医師少数区域、医師少数スポット、へき地、離島、その他都道府県が医師不足と考える地域を指す。
 （医師少数区域：1,434人）（医師少数スポット：385人）（へき地：232人）（離島：118人）
 （その他都道府県が医師不足と考える地域：456人）※重複項目あり

派遣された医師の類型



派遣人数（常勤換算）



修学資金貸付対象医師や自治医大卒業医師などのキャリア形成プログラム適用医師は、地域での従事期間である9年間のうち4年間は医師少数区域等で勤務することとされている

- 派遣された4,258人のうち、2,298人(54%)が医師不足地域に派遣されている。
- 派遣された4,258人のうち、3,927人(92%)が修学資金貸付対象医師・自治医大卒業医師となっている。
- 今後、修学資金貸付対象医師等の増加が見込まれるため、更なる医師派遣の増加が見込まれる。

キャリア形成プログラムの適用者について

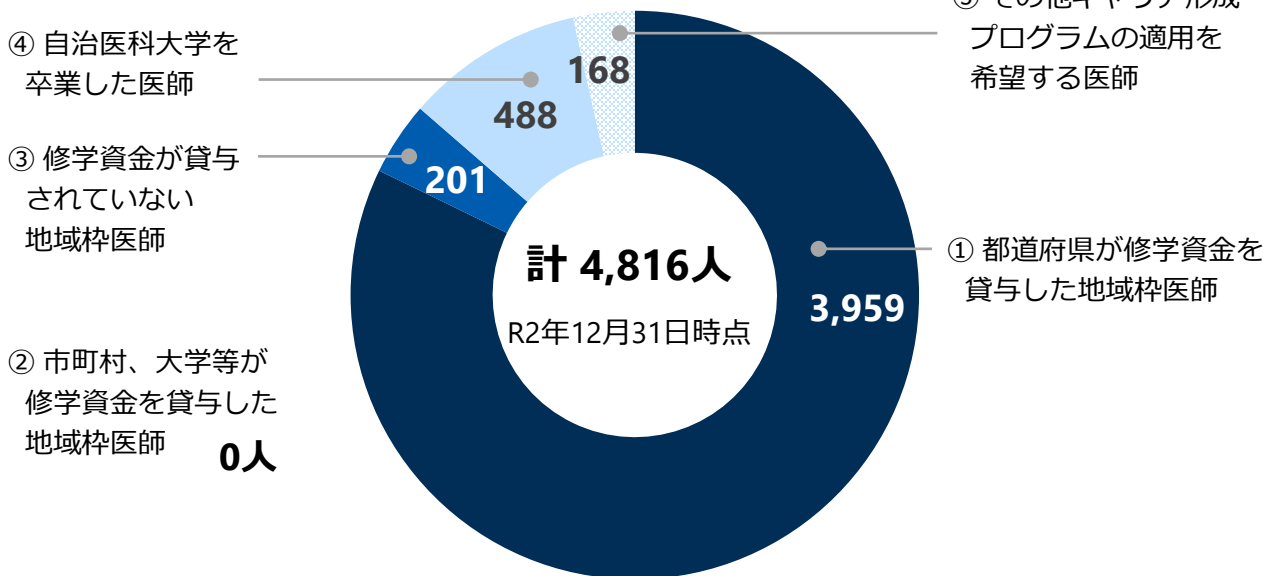
○ キャリア形成プログラムの対象者は、「キャリア形成プログラム運用指針」において、次に掲げる者を対象としている

- ① 都道府県が修学資金を貸与した地域枠医師
- ② 市町村、大学等が修学資金を貸与した地域枠医師
- ③ 修学資金が貸与されていない地域枠医師
- ④ 自治医科大学を卒業した医師
- ⑤ その他キャリア形成プログラムの適用を希望する医師

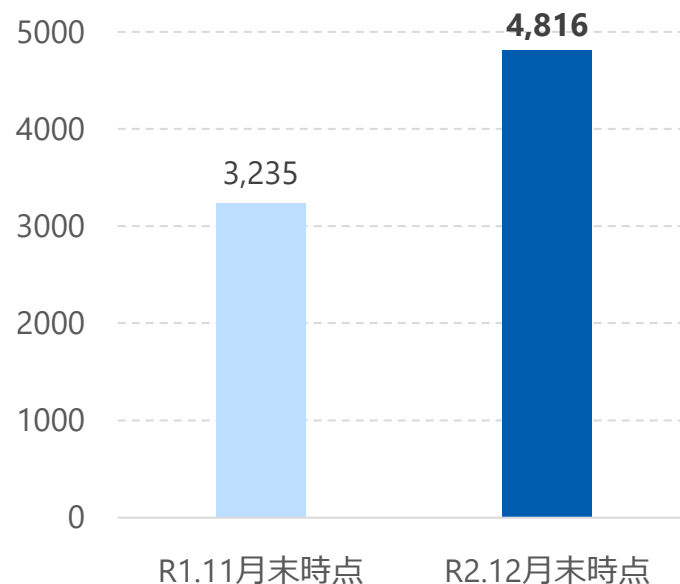
※ 都道府県は、①④⑤に対し、その者の同意を得て当該プログラムを適用しなければならない（ただし、④については、平成31年度以降に同大学の医学部に入学した者に限る者とし、それ以前の入学者については、その者の同意を得て当該プログラムを適用するよう努めるものとする）

※ 都道府県は、②③に対し、その者の同意を得て当該プログラムを適用するよう努めなければならない

キャリア形成プログラムが適用されている医師



適用医師数の推移

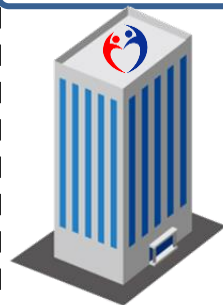


- キャリア形成プログラムの適用者のうち3,959人（82%）は都道府県が修学資金を貸与した地域枠医師であり、キャリア形成プログラム適用医師の総数は増加傾向である。

医師少数区域等で勤務した医師を認定する制度について

- 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し、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者を厚生労働大臣が認定する。

認定に必要な勤務期間や業務内容



厚生労働省

申請に基づき、**厚生労働大臣が**
医師少数区域等における医療に
関する経験を**認定**



医師

医師少数区域等における
6か月以上※1の勤務※2

※1 医師免許取得後9年以上経過していない場合は、原則として連続した勤務（妊娠・出産等による中断は可）とするが、9年以上経過した場合は、断続的な勤務の積算も可。

※2 認定の対象となるのは、2020年度以降の勤務とする。（臨床研修中の期間を除く。）



医師少数区域等の医療機関

【申請内容】

- 勤務した医療機関名と所在地
 - 勤務した期間
 - 業務内容等
- 申請の際には、医師少数区域等での医師の勤務状況に対する認定制度の影響を測るため、認定の対象となる勤務の直前の勤務地等についても申告する。

＜認定に必要な業務＞

- (1) 個々の患者の生活状況を考慮し、幅広い病態に対応する継続的な診療及び保健指導（患者の専門的な医療機関への受診の必要性の判断を含む。）
 - ・ 地域の患者への継続的な診療
 - ・ 診療時間外の患者の急変時の対応
 - ・ 在宅医療 等
- (2) 他の医療機関や、介護・福祉事業者等との連携
 - ・ 地域ケア会議や退院カンファレンス等への参加 等
- (3) 地域住民に対する健康診査や保健指導等の地域保健活動
 - ・ 健康診査や保健指導等の実施 等

認定医師等に対するインセンティブ

①一定の病院の管理者としての評価

- ・ 地域医療支援病院の管理者は、認定医師でなければならないこととする。（2020年度以降に臨床研修を開始した医師を管理者とする場合に限る。）

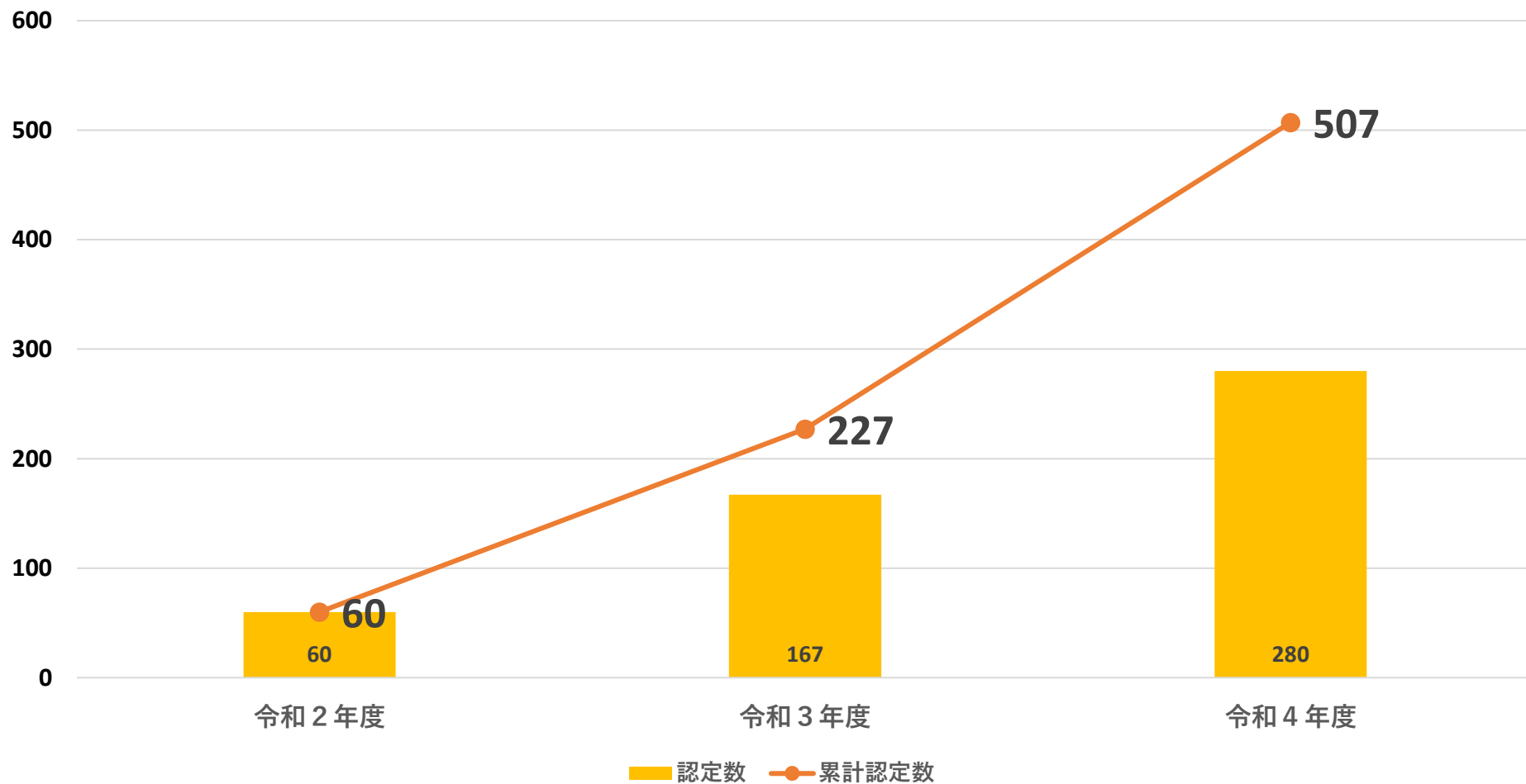
②認定医師に対する経済的インセンティブ

- ・ 認定を取得した医師が医師少数区域等で診療を実施する際の医療レベルの向上や取得している資格等の維持に係る経費（研修受講料、旅費等）について支援を行う。

医師少数区域経験認定医師の認定数の推移

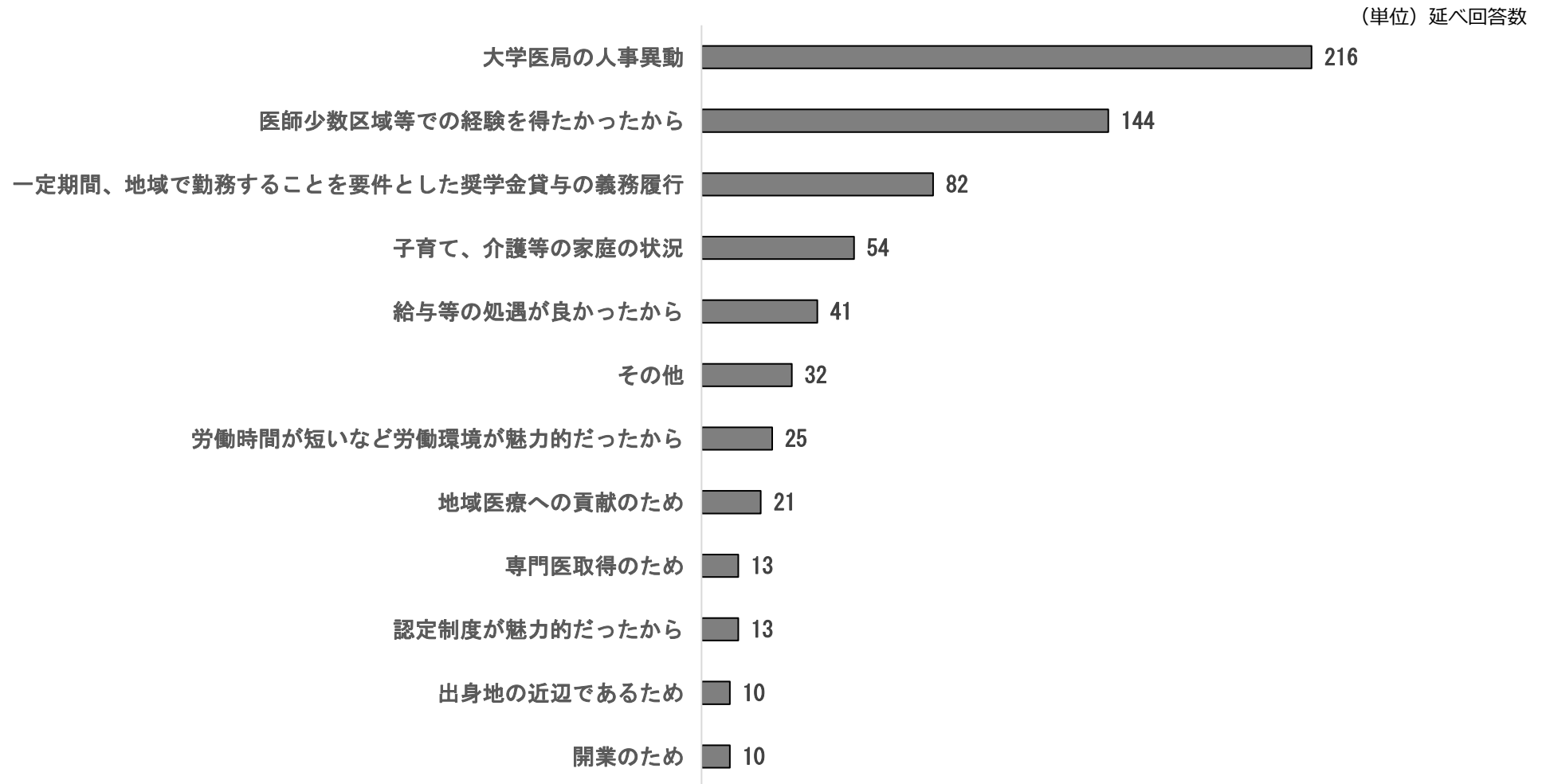
○ 令和5年3月末現在の医師少数区域経験認定医師の認定数は507人となっている。

(単位) 人



医師少数区域等所在病院等での勤務理由

- 令和5年3月末現在の認定医師507名の「医師少数区域等所在病院等での勤務理由」（複数回答可）は、「大学医局の人事異動」が216で最も多く、次いで「医師少数区域等での経験を得たかったから」が144、「一定期間、地域で勤務することを要件とした奨学金貸与の義務履行」が82、「子育て、介護等の家庭の状況」が54となっている。



外来医師偏在指標を活用した地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

経緯

- 外来医療については、無床診療所の開設状況が都市部に偏っていること、診療所における診療科の専門分化が進んでいること、救急医療提供体制の構築等の医療機関間の連携の取組が、個々の医療機関の自主的な取組に委ねられていること、等の状況にある。
- それを踏まえ、「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会 第2次中間取りまとめ」において、**外来医療機能に関する情報の可視化、外来医療機能に関する協議の場の設置**等の枠組みが必要とされ、また、医療法上、医療計画において外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項（以下、「**外来医療計画**」）が追加されることとなった。

外来医療機能に関する情報の可視化

- 地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握を行うために、診療所の医師の多寡を**外来医師偏在指標**として可視化。

$$\text{外来医師偏在指標} = \frac{\text{標準化診療所医師数}}{\left[\frac{\text{地域の人口}}{10万} \times \text{地域の標準化受療率比} \right] \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合}}$$

※ 医師偏在指標と同様、医療ニーズ及び人口・人口構成とその変化、患者の流入出、へき地などの地理的条件、医師の性別・年齢分布、医師偏在の単位の5要素を考慮して算定。

- 外来医師偏在指標の上位33.3%に該当する二次医療圏を、**外来医師多数区域**と設定。

新規開業希望者等に対する情報提供

- 外来医師偏在指標及び、外来医師多数区域である二次医療圏の情報を、医療機関のマッピングに関する情報等、開業に当たって参考となるデータと併せて公表し、**新規開業希望者等に情報提供**。

※ 都道府県のホームページに掲載するほか、様々な機会を捉えて周知する等、新規開業希望者等が容易に情報にアクセスできる工夫が必要。また、適宜更新を行う等、質の担保を行う必要もある。
 ※ 新規開業者の資金調達を担う金融機関等にも情報提供を行うことが有効と考えられる。

外来医療機能に関する協議及び協議を踏まえた取組

- 地域ごとにどのような外来医療機能が不足しているか議論を行う、**協議の場を設置**。
 ※ 地域医療構想調整会議を活用することも可能。 ※ 原則として二次医療圏ごとに協議の場を設置することとするが、必要に応じて市区町村単位等での議論が必要なものについては、別途ワーキンググループ等を設置することも可能。
- **少なくとも外来医師多数区域においては、新規開業希望者に対して、協議の内容を踏まえて、初期救急（夜間・休日の診療）、在宅医療、公衆衛生（学校医、産業医、予防接種等）等の地域に必要とされる医療機能を担うよう求める。**

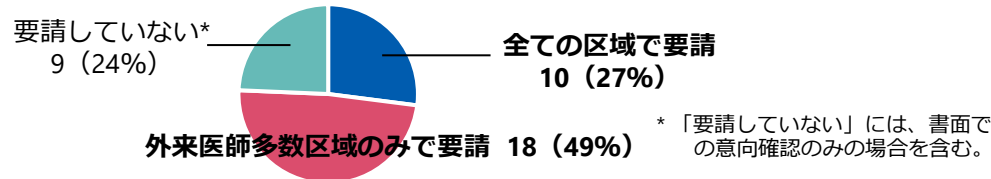
○ 外来医療計画の実効性を確保するための方策例

- ・ 新規開業希望者が開業届出様式を入手する機会を捉え、地域における地域の外来医療機能の方針について情報提供
- ・ **届出様式に、地域で定める不足医療機能を担うことへの合意欄を設け**、協議の場で確認
- ・ 合意欄への記載が無いなど、**新規開業者が外来医療機能の方針に従わない場合、新規開業に対し、臨時的協議の場への出席要請を行う**
- ・ 臨時的協議の場において、構成員と新規開業者で行った**協議内容を公表** 等

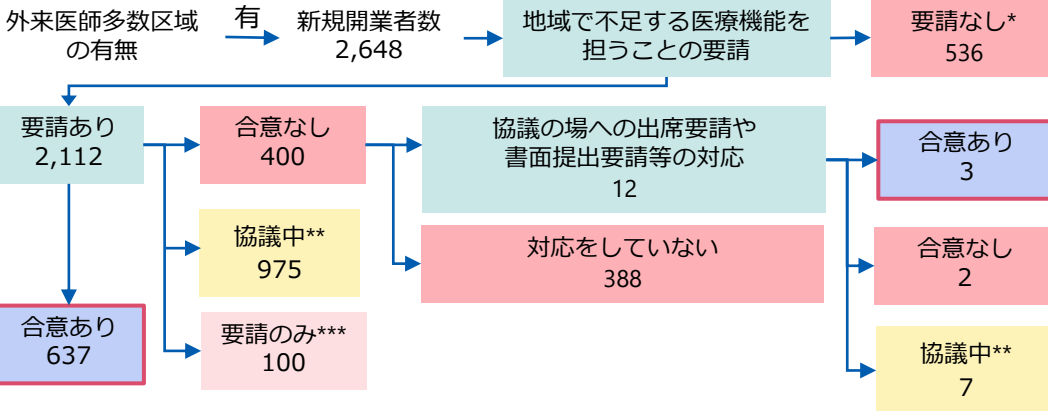
新規開業者への地域で不足する医療機能を担うことの要請等について（令和5年度）

- 新規開業者への地域で不足する医療機能を担うことの要請については、外来医師多数区域を有する37都道府県のうち、「全ての区域」又は「外来医師多数区域のみ」において要請している都道府県の数は28（76%）。
- 外来医師多数区域における新規開業者2,648のうち、「要請あり」の数は2,112（80%）、このうち「合意あり」は640（24%）。
- 担うことが合意された医療機能は、多い順に、「公衆衛生」474件、「在宅医療」220件、「初期救急医療」197件。
- 「合意あり」の24都道府県のうち、合意事項に関するフォローアップの取組を行っている都道府県の数は12（50%）。
- 「要請あり」の26都道府県のうち、「合意なし」の13都道府県において、不足する医療機能に関する要請等の結果の公表を行っている都道府県の数は9（69%）。

1 新規開業者に対して地域で不足する医療機能を担うことを要請している都道府県



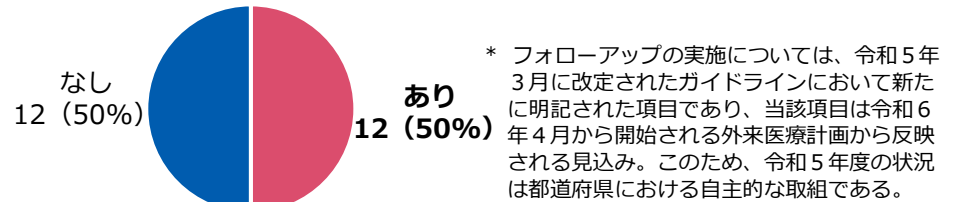
2 外来医師多数区域における新規開業希望者への要請状況



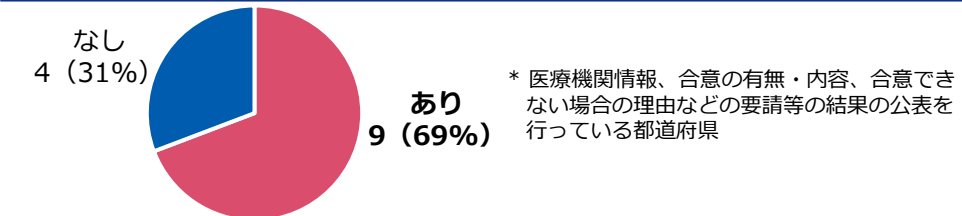
3 担うことが合意された医療機能の件数

医療機能（複数回答可）	件数
産業医や予防接種等の公衆衛生	474
在宅医療	220
初期救急医療	197
その他の地域医療として対策が必要な医療機能	279

4 合意事項に関するフォローアップの取組*を行っている都道府県



5 不足する医療機能に関する要請等の結果の公表を行っている都道府県*



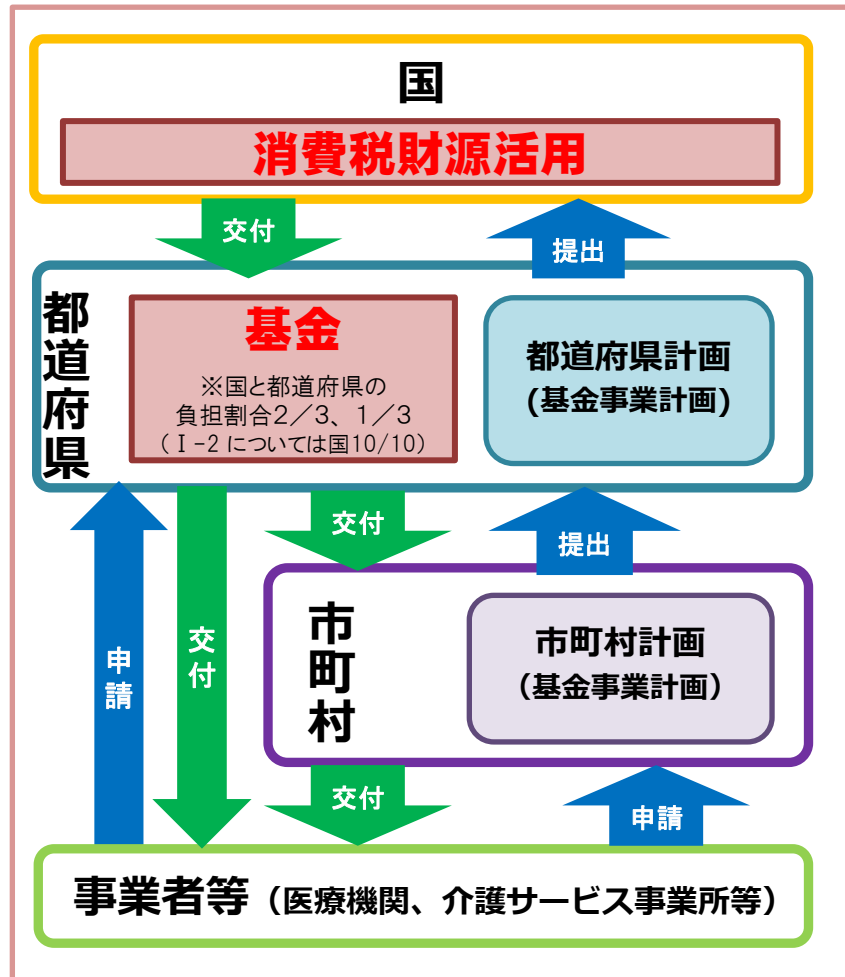
※ 1、2、3は外来医師多数区域を有する37都道府県、4は「合意あり」の24都道府県、5は「要請あり」の26都道府県のうち、「合意なし」の13都道府県を集計

* 「要請なし」には、要請をしていない自治体における新規開業者に加え、一部、単に施設移転の開業であるため要請していない場合を含む。
 ** 「協議中」は、要請に応じない場合に、協議の場への出席要請等を継続しているもの。
 *** 「要請のみ」は、要請のみ行っており、要請後に合意の有無を確認していないもの。

地域医療介護総合確保基金

令和6年度予算額:公費で1,553億円
(医療分 1,029億円、介護分 524億円)

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
- このため、平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度(地域医療介護総合確保基金)を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



都道府県計画及び市町村計画（基金事業計画）

- **基金に関する基本的事項**
 - ・公正かつ透明なプロセスの確保(関係者の意見を反映させる仕組みの整備)
 - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
 - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
- **都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項**

医療介護総合確保区域の設定※1 / 目標と計画期間(原則1年間) / 事業の内容、費用の額等 / 事業の評価方法※2

 - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏を念頭に設定。
 - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施。国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用
- **都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成**

地域医療介護総合確保基金の対象事業

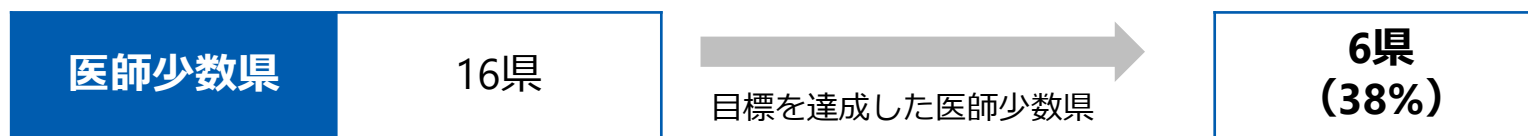
- I-1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- I-2 地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業
- II 居宅等における医療の提供に関する事業
- III 介護施設等の整備に関する事業(地域密着型サービス等)
- IV 医療従事者の確保に関する事業
- V 介護従事者の確保に関する事業
- VI 勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

第7次医師確保計画を通じた目標達成状況

- ・ 医師偏在是正の目標年である2036年に向けて、第7次医師確保計画では、当該計画期間中（2020～2023年度）に、医師偏在指標が下位1/3である医師少数県や医師少数区域が、当該下位1/3基準値に達することを目標としていた。
- ・ 第8次（前期）医師確保計画（2024～2026年度）の策定に向けて、新たな医師偏在指標を算出しており、新旧の医師偏在指標を比較し、目標の達成状況を示す。

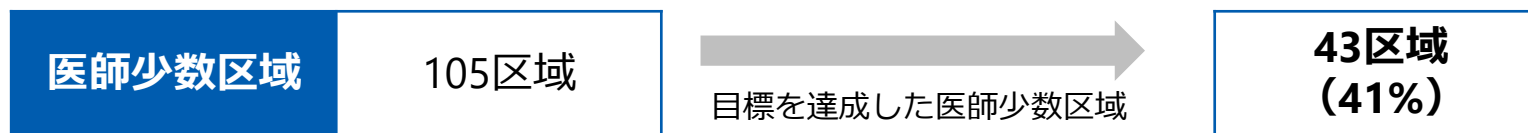
● 医師少数県における目標の達成状況

医師少数県においては、第7次医師確保計画終了時（2023年度）までに当該計画開始時（2020年度）の医師偏在指標の下位1/3基準値に達することを目標としていた。達成状況は以下のとおり。



● 医師少数区域における目標の達成状況

医師少数区域においては、第7次医師確保計画終了時（2023年度）までに当該計画開始時（2020年度）の医師偏在指標の下位1/3基準値に達することを目標としていた。達成状況は以下のとおり。



※ 医療圏の見直し（8→3）を行った秋田県を除いて比較。

2. 医師偏在是正に向けた総合的な対策パッケージ の検討について

2. 医療・介護制度等の改革

＜② 「加速化プラン」の実施が完了する2028年度までに実施について検討する取組＞

◆ 医師偏在対策等

- ・ 医師の偏在対策の観点から、医師養成過程における取組を進めるとともに、医師少数区域等で勤務した医師を認定する制度において、管理者として評価する医療機関を拡大するなど、医師が少ない地域での医師確保の取組について更なる検討を進める。あわせて、オンライン診療の活用やタスク・シフト／シェアの推進を図る。
- ・ 医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在是正に向けて、医学部臨時定員、経済的インセンティブや、外来医師多数区域における都道府県知事の権限強化を始めとする規制的手法の在り方について検討する。

「経済財政運営と改革の基本方針2024」(令和6年6月21日閣議決定)【抜粋】

第3章 中長期的に持続可能な経済社会の実現～「経済・財政新生計画」～

3. 主要分野ごとの基本方針と重要課題

(1) 全世代型社会保障の構築

(医療・介護サービスの提供体制等)

(略)

医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在の是正を図るため、医師確保計画を深化させるとともに、医師養成過程での地域枠の活用、大学病院からの医師の派遣、総合的な診療能力を有する医師の育成、リカレント教育の実施等の必要な人材を確保するための取組、経済的インセンティブによる偏在是正、医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の大幅な拡大等の規制的手法を組み合わせた取組の実施など、総合的な対策のパッケージを2024年末までに策定する。あわせて、2026年度の医学部定員の上限については2024年度の医学部定員を超えない範囲で設定するとともに、今後の医師の需給状況を踏まえつつ、2027年度以降の医学部定員の適正化の検討を速やかに行う。

(略)

(太字、下線は加筆)

医師偏在是正に向けた総合的な対策

少子高齢化が進展する中、持続可能な医療提供体制の構築に向け、地域間・診療科間の医師偏在の是正を総合的に推進する。

➤ ①医師確保計画の深化・②医師の確保・育成・③実効的な医師配置を柱として、2024年末までに総合的な対策のパッケージを策定し、これらを組み合わせた医師偏在是正に係る取組を推進する。

<総合的な対策パッケージの骨子案>

対策	2024年度	2025年度	2026年度	2027年度
①医師確保計画の深化	◆人口や医療アクセス状況等を踏まえ、都道府県における医師偏在の是正プランの策定、国における重点的な支援対象区域の選定。	「第8次医師確保計画(後期)ガイドライン」策定	「第8次医師確保計画(後期)」策定	「第8次医師確保計画(後期)」開始
②医師の確保・育成	◆医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の大幅な拡大、外来医師多数区域の都道府県知事の権限強化、保険医制度における取扱い等の規制的手法を検討。	必要に応じて 法令改正		改正法令 施行
	◆臨床研修の広域連携型プログラムの制度化。	各医療機関でプログラム作成、研修医の募集・採用	プログラム開始	
	◆中堅以降医師等の総合的な診療能力等に係るリカレント教育について、R7年度予算要求。	リカレント教育事業開始		
	◆医師多数県の臨時定員地域枠の医師少数県への振替を検討。	医師少数県の臨時定員地域枠の拡充		
③実効的な医師配置	◆地域医療介護総合確保基金等による重点的な支援区域の医療機関や処遇改善のための経済的インセンティブ、当該区域への医師派遣等を行う中核的な病院への支援、全国的なマッチング機能の支援等を検討。	地域医療介護総合確保基金等による財政措置		
	◆大学病院との連携パートナーシップについて、都道府県・大学病院にヒアリング等を行い、対応を検討。	都道府県・大学病院と協議、パートナーシップのプランの内容整理	「第8次医師確保計画(後期)」にプランを反映	プラン開始

医師偏在是正に向けた総合的な対策パッケージの骨子案の主な論点

主な論点

- ① 医師確保計画の実効性
 - 都道府県が医師偏在是正に主体的に取り組み、国は都道府県をサポートする仕組みを検討すべきではないか。
 - ② 医師の確保・養成
 - 医師少数区域等での勤務を後押しするため、医学生・若手医師の地域への理解・意識を涵養し、地域での活躍を推進するとともに、臨床研修の広域連携型プログラムの制度化、医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の大幅な拡大を検討すべきではないか。
 - 外来医師多数区域における新規開業希望者に対する医療機能の要請等の現行の仕組みをより実効力のあるものとする等の規制的手法について、医療法等における位置づけを含めて検討すべきではないか。
 - 保険医制度の中で、保険診療の質を高めつつ医師の偏在是正に向けて、どのような方策が考えられるか検討すべきではないか。
 - 地域の医療需要や働き方改革推進の観点から、より一層の対応が必要な診療科の医師について、インセンティブを高める方策についてどのように考えるか。
 - 医師少数区域等で勤務することも念頭に、中堅以降医師等の総合的な診療能力等に係るリカレント教育を推進すべきではないか。
 - 医師養成過程や診療報酬を通じた対策についても、医師偏在是正の観点から検討すべきではないか。
- ※ なお、骨太方針2024においては「今後の医師の需給状況を踏まえつつ、2027年度以降の医学部定員の適正化の検討を速やかに行う。」とされている。
- ③ 実効的な医師配置
 - 新たに選定する重点的な支援対象区域（都道府県において医師偏在対策に重点的に取り組む支援対象区域）における開業・承継の支援や、経済的インセンティブを含め、医師の勤務意欲につながる方策について検討すべきではないか。
 - 新たに選定する重点的な支援対象区域に医師派遣等を行う大学病院等の中核的な病院への支援や、全国的なマッチング機能の支援等を検討すべきではないか。
 - ④ 実施に向けて
 - ①～③の取組を推進していく上で、規制的手法はもとより、経済的インセンティブとして、どのような対応が必要か。経済的インセンティブによる偏在是正を進めるにあたっては、国や地方のほか、保険者等からの協力を得るなど、あらゆる方策を検討すべきではないか。
 - ①～③の取組を国、地方、医療関係者、保険者等がどのように協力して実施していくべきか。

医師偏在に対する日本医師会の考え方（令和6年8月21日）

医師偏在については、一つの手段で解決するような魔法の杖は存在せず、解決のために、あらゆる手段を駆使して複合的に対応していく必要がある。日本医師会は、これまでも医師偏在対策に取り組んできたが、未曾有の超高齢・人口減少社会を迎える中で、国民の生命と健康を守り適切な医療を引き続き提供していくため、もう一段階ギアを上げて、医師偏在対策に主体的かつ積極的に取り組み、地域医療の強化につなげていく。

都道府県における議論とこれまでの取り組みは引き続き充実させていくことを前提としつつ、以下6点の取り組みを進めるべきである。

1. 公的・公立病院の管理者要件

現在、2020年度に臨床研修を開始した医師から適用されている医師少数区域勤務経験を求める地域医療支援病院の管理者要件の対象病院を、今後医師免許を取得する医師のキャリア形成などに十分に配慮した上で、公的・公立病院にも拡大する。臨床研修医への導入や、いわゆる後期研修医などの若手医師の研修で、医師少数地域での研修期間をのばすプログラムも検討する。

2. 医師少数地域の開業支援等

医師少数地域において新たに診療所を開業する医師に対して、開設から一定期間の資金支援策を創設するとともに、医師少数地域で働く医師（勤務医・開業医）の確保・派遣を強化する。

3. 全国レベルの医師マッチング支援

医師不足地域での勤務を希望する医師に対し、リカレント研修や現場体験を行いつつ、医師少数地域での勤務を全国的にマッチングする仕組みを創設する。

4. 保険診療実績要件

保険医療機関の管理者として、卒後一定期間の保険診療実績の要件を加え、保険診療の質を高める。

5. 地域医療貢献の枠組み推進

現行の地域に必要とされる医療機能を担うことへの要請の枠組みを制度化し、地域で足りない医療機能を強化し、実績をフォローアップする仕組みを導入する。

6. 医師偏在対策基金の創設

上記の施策を5～10年で推進するための1,000億円規模の基金を国において創設する。

地域に根差した医師の活動

地域に根差して診療している医師は、自院での診療や在宅診療以外に、以下のような活動を連携して行い、地域住民の健康を守るため、それぞれの地域を面として支えています。

そうした活動はかかりつけ医が中心となって担っており、地域医師会はそれに深く関与して運営しています。

日本医師会は、「地域にどっぷりつかり」、日々地域医療を支えている医師の活動を、国民の皆さんに広く知っていただきたいと思っています。

1. 地域の時間外・救急対応	平日夜間・休日輪番業務、地域行事の救護班、在宅当番医、休日夜間急患センター、電話相談業務など（災害時には救護所・避難所への巡回診療、感染症拡大時には検査センターへの出務など自らの地域を守る活動）
2. 行政・医師会等の公益活動	医師会・専門医会・自治会・保健所関連の委員、警察業務への協力、防災会議、地域医療に関する会議、レセプトの審査委員会、地域ケア会議の出席、障害者認定審査会、介護保険認定審査会など
3. 地域保健・公衆衛生活動	母子保健、乳幼児保健（1歳6か月児健診・3歳児健診）、学校保健（学校健診、学校医活動）、学校健康教育（性教育、がん教育、禁煙・薬物教育等）、産業保健（地域産業保健センター活動、職場の健康相談、産業医活動）、事業主健診（特定健診・特定保健指導）、高齢者保健（高齢者健診・認知症検診）、予防接種（定期・その他）、がん・成人病検診、市民公開講座（健康講座・介護教室）、精神保健、健康スポーツ医活動など
4. 多職種連携	訪問診療等の在宅医療ネットワークへの参画、介護保険関連文書の作成（主治医意見書等）、多職種との会合（ケアカンファレンス等）、ACPなど
5. その他	看護師・准看護師養成所、医師会共同利用施設への参画、高齢者の運転免許に関する診断書の作成、成年後見人制度における診断書の作成、死体検案、医療DX、医療GX、学術活動、高齢者・障害者施設への対応など

新たな地域医療構想等に関する検討会 開催要綱

新たな地域医療構想等に関する検討会 開催要綱（抜粋）

1. 目的

- 地域医療構想は、中長期的な人口構造や地域の医療ニーズの質・量の変化を見据え、医療機関の機能分化・連携を進め、良質かつ適切な医療を効率的に提供できる体制の確保を目的としている。
- 本検討会は、現行の地域医療構想が2025年までの取組であることから、新たな地域医療構想について、2040年頃を見据え、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大や現役世代の減少に対応できるよう、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、地域の医療提供体制全体の地域医療構想として検討することを目的に開催するものである。

2. 検討事項

- (1) 新たな地域医療構想の策定及び施策の実施に必要な事項
- (2) 医師偏在対策に関する事項（医師養成過程を通じた対策を除く）**
- (3) その他本検討会が必要と認めた事項

<新たな地域医療構想等に関する検討会 構成員>

(敬称略、五十音順)

石原 靖之	岡山県鏡野町健康推進課長	河本 滋史	健康保険組合連合会専務理事
伊藤 伸一	一般社団法人日本医療法人協会会長代行	櫻木 章司	公益社団法人日本精神科病院協会常務理事
猪口 雄二	公益社団法人全日本病院協会会長	高橋 泰	国際医療福祉大学大学院教授
今村 知明	奈良県立医科大学教授	玉川 啓	福島県保健福祉部次長（保健衛生担当）
江澤 和彦	公益社団法人日本医師会常任理事	土居 丈朗	慶應義塾大学経済学部教授
○ 遠藤 久夫	学習院大学長	東 憲太郎	公益社団法人全国老人保健施設協会会長
大屋 祐輔	一般社団法人全国医学部長病院長会議地域の医療及び医師養成の在り方に関する委員会委員長	松田 晋哉	産業医科大学教授
岡 俊明	一般社団法人日本病院会副会長	望月 泉	公益社団法人全国自治体病院協議会会長
□ 尾形 裕也	九州大学名誉教授	森山 明	富山県魚津市民生部参事兼魚津市健康センター所長
香取 照幸	一般社団法人未来研究所龍代表理事/兵庫県立大学大学院特任教授	山口 育子	認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長
		吉川 久美子	公益社団法人日本看護協会常任理事

○：座長、□：座長代理 ※ 必要に応じて参考人の出席を要請

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 開催要綱

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 開催要綱（抜粋）

1. 目的

- 医師の偏在対策や需給については、「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会」等で議論されており、地域における医師確保の状況も踏まえながら、医学部臨時定員の在り方が検討されてきた。
- その中で、医学部臨時定員については、医療計画の策定を通じた医療提供体制や医師の配置の適正化と共に検討する必要があるため、「第8次医療計画等に関する検討会」等の検討状況を踏まえ検討する必要があるとされた。
- その後、医療計画に関する検討が一定のとりまとめをされたことを踏まえ、地域枠をはじめとした医師養成過程を通じた医師の地域偏在・診療科偏在について検討する。
- また、医師の偏在対策を検討するにあたり、医学部臨時定員の在り方についても一体的に検討することとし、本検討会を開催する。

2. 検討事項

（1）医師養成過程を通じた医師偏在対策について

（2）医学部臨時定員の在り方等について

<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 構成員>

（敬称略、五十音順）

今村 英仁	公益社団法人日本医師会常任理事
印南 一路	慶應義塾大学総合政策学部教授
○ 遠藤 久夫	学習院大学長
小笠原邦昭	一般社団法人日本私立医科大学協会
神野 正博	四病院団体協議会（公益社団法人全日本病院協会副会長）
木戸 道子	日本赤十字社医療センター第一産婦人科部長
□ 国土 典宏	国立研究開発法人国立国際医療研究センター理事長
坂本 純子	認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML 委員バンク登録会員
野口 晴子	早稲田大学政治経済学術院教授
花角 英世	全国知事会
横手幸太郎	一般社団法人国立大学病院長会議特任委員

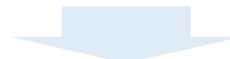
○：座長、□：座長代理 ※ 必要に応じて参考人の出席を要請

診療科選択に関する内容について

専攻領域の選択に係るアンケート調査結果のまとめ

【専攻医調査（有効回答数15,857件・有効回答率46.3%、WEB形式）】

- 専攻領域を決めた時期については、**半数近くの専攻医（53.2%）が「臨床研修2年目」**であったが、領域によって、決めた時期に特徴がみられ、小児科では「医学部入学前」、外科、産婦人科、脳神経外科では「医学部後半（臨床実習開始後）」の割合が相対的に高かった。
- 専攻領域を選択した理由としては、「**やりがいを感じるから**」（62.6%）が最も多く、次いで「将来にわたって専門性を維持しやすいから」（36.6%）であるが、**基本領域によって最も多かった選択理由は異なる結果**となった。
- 専攻領域として外科を選択した理由として、「やりがいを感じるから」（77.7%）が最も多く、次いで「手技が多いから」（51.8%）、「生命に直結するから」（26.3%）、「将来的に専門性を維持しやすいから」（24.3%）が多かった。
- 専攻領域として外科を希望していたが選択しなかった理由として、「**ワークライフバランスの確保が難しいから**」（33.9%）が最も多く、「将来的に専門性を維持しづらいから」（24.8%）、「医師が不足しており過酷なイメージがあるから」（21.1%）、「出産、育児、子供の教育に協力的でないから」（19.3%）が多かった。



- 医師の総数が増加している中、外科などの一部診療科の増加が乏しいことに対して、医師の働き方改革の推進など既存の施策に加えて、どのような対策が考えられるか。

「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」における 専攻医アンケート調査結果

第6回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
令和6年9月20日

資料1

専門研修プログラムの専攻領域を決めた時期

【専攻医調査（有効回答数15,857件・有効回答率46.3%、WEB形式）】

	人数 (人)	医学部 入学前	医学部 前半 (臨床 実習開 始前)	医学部 後半 (臨床 実習開 始後)	臨床研 修1年目	臨床研 修2年目	臨床研 修修了 後	その他
全体	15,857	7.4	3.7	15.7	14.4	53.2	4.6	1.0
内科	4,829	3.7	3.4	13.7	17.6	58.5	2.9	0.3
小児科	1,158	22.8	5.4	19.5	9.6	40.2	2.2	0.2
皮膚科	529	7.4	2.6	11.0	12.9	61.4	3.8	0.9
精神科	865	13.8	3.6	9.4	12.6	45.3	12.6	2.8
外科	1,565	7.0	4.0	24.2	13.1	47.5	3.6	0.6
整形外科	1,037	12.9	2.1	14.9	13.0	52.6	4.1	0.5
産婦人科	1,062	10.6	4.2	22.8	12.0	47.6	2.5	0.2
眼科	504	9.9	3.2	15.9	15.3	52.2	3.2	0.4
耳鼻咽喉科	413	4.8	2.2	15.5	9.7	66.3	1.5	0.0
泌尿器科	453	2.0	1.3	16.8	14.8	63.6	1.3	0.2
脳神経外科	355	7.9	7.0	25.4	13.5	43.4	2.0	0.8
放射線科	601	2.0	2.8	15.5	15.5	56.7	5.8	1.7
麻酔科	777	1.8	2.2	13.1	19.7	56.4	5.4	1.4
病理	204	3.9	18.1	17.2	6.4	36.8	12.7	4.9
臨床検査	51	0.0	0.0	2.0	2.0	11.8	51.0	33.3
救急科	553	6.3	3.1	9.0	14.3	58.0	7.2	2.0
形成外科	292	4.5	3.1	13.7	18.2	55.5	4.1	1.0
リハビリテーション科	207	1.0	1.4	8.2	9.7	46.9	23.2	9.7
総合診療	402	5.0	7.5	11.9	7.5	53.7	10.4	4.0

出典：令和5年度厚生労働行政推進調査事業補助金（厚生労働科学特別研究）

「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：日本専門医機構理事長 渡辺毅） 51

「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」における 専攻医アンケート調査結果

第6回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
令和6年9月20日

資料1

現在の基本領域を選択した理由（複数回答）

【専攻医調査（有効回答数15,857件・有効回答率46.3%、WEB形式）】

	人数 (人)	し や す い か ら	将 来 に わ た つ て 専 門 性 を 維 持	や り が い を 感 じ る か ら	適 性 ・ 才 能 が あ る か ら	生 命 に 直 結 す る か ら	生 命 に 直 結 し な い か ら	手 技 が 少 な い か ら	手 技 が 多 い か ら	手 技 が 高 度 だ か ら	手 技 が 簡 単 だ か ら	訴 訟 リ ス ク が 小 さ い か ら	診 療 で き る 疾 患 が 広 い か ら	開 業 が し や す い か ら	が あ る か ら	親 族 が 開 業 し て い る 科 と 関 連	医 師 が 不 足 し て お り 競 争 が 少 な い か ら	医 師 が 多 く 業 務 の 分 担 が 期 待 で き る か ら	進 ん で い る か ら	医 師 以 外 の 職 種 と の タ ス ク が シ ェ ア リ ン グ が 進 ん で い る か ら	地 域 卒 の 指 定 の 診 療 科 が 含 ま れる 基 本 領 域 だ か ら	取 る 機 会 が 多 い か ら	患 者 と コ ミ ュ ニ ケ ー シ ョ ン を 取 る 機 会 が 少 な い か ら	患 者 と コ ミ ュ ニ ケ ー シ ョ ン を 取 る 機 会 が 多 い か ら	給 与 等 処 遇 が 良 い か ら	ワ ー ク ラ イ フ バ ラ ン ス の 確 保 が で き る か ら	ハ ラ ス メ ン ト が 少 な さ う だ か ら	博 士 号 が 取 り や す い か ら	指 導 ・ 教 育 体 制 が 充 実 し て い る か ら	専 門 医 が 取 得 し や す い か ら	先 輩 や 教 授 等 に 誘 わ れ た か ら	総 合 的 な 診 療 能 力 を 獲 得 し や す い と 思 っ た か ら	地 域 に 貢 献 で き る 科 だ か ら	た 診 療 科 だ つ た か ら	あ つ た も の の 、 合 格 し た 採 用 は	他 に 、 よ り 希 望 す る 診 療 科 は	あ つ た も の の 、 定 員 が 緩 く 入 り や す い か ら	他 に 、 よ り 希 望 す る 診 療 科 は	そ の 他
全体	15,857	36.6	62.6	19.1	12.9	4.8	5.1	27.4	6.8	1.0	1.4	19.1	7.1	6.1	5.0	1.5	1.5	1.5	1.6	12.2	2.3	4.4	24.4	4.0	0.8	6.6	3.7	8.9	14.3	7.8	0.3	0.5	3.8						
内科	4,829	44.9	57.0	17.6	11.9	1.7	9.3	19.4	3.6	1.1	1.3	23.0	8.9	6.7	4.3	1.9	0.6	1.6	14.7	0.1	2.1	16.1	3.3	0.9	7.5	1.3	8.6	22.6	7.4	0.2	0.5	3.3							
小児科	1,158	15.5	86.0	16.4	10.9	0.3	1.1	6.0	1.0	0.1	0.1	23.9	3.7	4.7	2.0	0.5	0.2	2.7	22.3	0.0	0.3	5.9	4.8	0.5	6.9	1.7	3.9	22.8	12.0	0.6	0.5	3.4							
皮膚科	529	36.7	47.3	21.2	0.2	21.0	1.1	23.1	1.1	3.8	6.4	18.9	21.4	11.5	0.8	1.7	0.2	0.6	12.5	0.0	1.7	52.7	7.4	1.1	4.3	0.2	6.4	3.2	5.7	0.6	0.8	4.3							
精神科	865	42.5	57.9	36.3	1.2	11.7	21.2	0.1	0.0	1.8	2.0	3.4	7.7	6.6	0.8	2.2	3.1	0.9	25.5	0.0	7.1	50.8	9.8	1.4	7.5	4.9	5.9	1.5	6.6	0.5	0.5	6.1							
外科	1,565	24.3	77.7	12.6	26.3	0.5	0.3	51.8	23.3	0.7	0.0	10.5	1.3	1.9	7.9	0.2	0.2	1.2	6.8	0.1	0.8	8.6	1.2	0.4	4.6	1.2	11.4	10.0	4.4	0.1	0.6	2.6							
整形外科	1,037	44.8	66.2	15.5	0.6	12.5	0.4	45.1	6.4	0.5	0.6	13.5	13.4	10.5	0.8	3.7	1.0	1.3	8.0	0.1	8.2	11.2	1.4	0.8	6.8	4.5	12.9	2.3	9.7	0.4	0.5	2.5							
産婦人科	1,062	33.9	81.5	11.7	22.8	0.2	0.1	39.5	1.9	0.9	0.1	15.7	2.2	6.5	8.0	0.8	0.8	2.6	12.1	0.0	12.1	6.3	1.3	0.2	3.6	9.6	8.7	2.1	7.5	0.5	0.1	3.4							
眼科	504	52.8	42.7	15.1	0.4	22.8	0.2	39.3	14.7	0.0	2.6	1.4	12.5	22.0	1.0	0.6	1.4	0.4	4.4	0.2	2.4	31.7	7.7	0.2	5.8	2.9	13.1	2.7	5.6	0.7	0.5	2.2							
耳鼻咽喉科	413	43.1	50.6	10.4	2.4	3.4	0.0	53.5	8.7	0.5	1.5	27.4	23.0	13.8	4.6	1.5	0.7	0.0	9.7	0.0	2.4	31.7	7.7	0.2	5.8	2.9	13.1	2.7	5.6	0.7	0.5	2.2							
泌尿器科	453	45.3	54.1	13.9	2.2	3.1	0.0	51.7	6.6	2.2	1.1	25.2	6.6	4.9	5.5	0.9	1.3	0.2	6.4	0.0	3.5	32.7	6.0	0.7	4.6	7.3	17.2	6.4	3.8	0.2	0.2	4.0							
脳神経外科	355	29.0	75.8	12.4	35.8	0.3	0.3	39.4	36.6	0.6	0.3	12.4	0.6	2.8	5.6	0.3	0.0	0.3	2.0	0.0	4.5	0.0	6.0	0.6	0.0	2.8	0.3	9.6	6.5	4.8	0.6	0.6	5.6						
放射線科	601	43.6	49.1	34.1	4.2	6.8	12.0	6.3	3.8	0.7	6.7	30.0	0.3	1.0	10.1	2.3	6.7	0.2	3.2	22.5	4.0	61.9	11.6	2.7	12.1	3.3	12.0	6.7	2.3	0.0	0.8	4.2							
麻酔科	777	34.7	50.3	30.1	23.3	0.1	0.5	41.8	4.6	0.5	0.8	5.7	0.4	1.3	3.3	4.0	2.7	1.8	0.4	18.0	16.2	59.7	1.8	0.6	6.0	6.6	6.8	6.6	0.5	0.3	0.1	3.2							
病理	204	45.1	51.5	34.3	1.5	6.4	11.8	0.0	0.5	1.0	2.5	26.0	0.0	0.5	21.6	0.0	1.5	1.0	0.0	32.4	1.5	53.4	3.4	5.9	5.9	2.5	6.9	4.9	1.5	0.5	1.0	14.2							
臨床検査	51	37.3	13.7	11.8	0.0	3.9	2.0	2.0	3.9	0.0	0.0	5.9	0.0	0.0	17.6	0.0	9.8	0.0	0.0	3.9	0.0	51.0	2.0	7.8	7.8	9.8	31.4	11.8	2.0	0.0	0.0	25.5							
救急科	553	16.3	69.1	17.5	53.9	0.7	0.0	31.6	6.0	1.1	0.5	35.8	1.3	0.7	5.8	1.1	6.0	3.1	6.7	0.7	7.8	35.1	1.3	0.5	6.5	12.7	7.4	38.7	17.0	0.0	1.1	2.2							
形成外科	292	20.2	64.7	28.4	0.0	25.3	0.0	61.0	24.3	1.4	1.0	17.5	7.2	2.4	0.7	0.3	0.7	0.7	2.7	0.0	2.7	28.1	3.4	0.3	4.5	1.7	4.8	0.7	2.4	0.7	1.7	4.8							
リハビリテーション科	207	38.2	53.1	23.2	0.5	18.8	11.6	0.5	0.0	1.9	10.6	29.0	1.9	3.9	26.1	0.5	11.1	0.0	31.4	0.0	4.3	62.8	13.0	1.4	5.8	15.9	11.6	18.4	19.3	1.0	1.4	7.2							
総合診療	402	17.2	59.7	28.9	2.7	0.7	6.0	1.5	0.2	1.7	1.0	42.8	14.2	6.0	8.2	0.7	3.5	6.2	31.8	0.0	2.2	25.9	7.0	0.0	14.2	8.7	6.2	63.9	44.0	0.7	1.2	8.5							

出典：令和5年度厚生労働行政推進調査事業補助金（厚生労働科学特別研究）

「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：日本専門医機構理事長 渡辺毅）

「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」における 専攻医アンケート調査結果

第6回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
令和6年9月20日

資料1

希望していた基本領域を選択しなかった理由（複数回答）

【専攻医調査（有効回答数15,857件・有効回答率46.3%、WEB形式）】

	人数 (人)	将来的に専門性を維持しづらから	仕事の内容が想像と違ったから	やりがいを感じないから	適性・才能がないから	生命に直結するから	生命に直結しないから	手技が少ないから	手技が多いから	訴訟リスクが大きいから	開業しにくいから	医師が不足しており過酷なイメージがあるから	医師が過剰であり競争が激しいイメージがあるから	患者とコミュニケーションを取る機会が多いから	患者とコミュニケーションを取る機会が少ないから	給与等処遇が悪いから	ワークライフバランスの確保が難しいから	ハラスメントが多そうだから	協力的でないから	出産・育児・子供の教育に	博士号が取りにくいから	指導・教育体制が十分でないから	専門医が取得しづらいから	継続したキャリアプランが見えづらから	専門領域の将来性に不安を感じたから	定員が厳しからなかつたから	採用試験で受からなかつたから	その他
全体	1,118	17.2	14.9	7.1	9.1	3.6	2.1	4.7	2.3	3.8	5.2	8.8	7.1	1.2	1.3	5.2	14.8	5.0	6.9	0.7	3.9	8.2	11.4	7.4	12.9	14.4		
希望していた基本領域	内科	189	14.3	16.9	9.5	12.2	7.9	1.6	10.1	1.6	1.6	12.7	5.3	1.1	0.5	8.5	27.0	6.3	8.5	0.5	5.8	16.9	10.1	6.9	10.6	14.3		
	小児科	62	14.5	8.1	4.8	4.8	4.8	1.6	3.2	0.0	4.8	0.0	16.1	1.6	1.6	6.5	24.2	3.2	4.8	0.0	1.6	4.8	4.8	6.5	11.3	22.6		
	皮膚科	87	9.2	10.3	10.3	4.6	0.0	3.4	4.6	1.1	1.1	1.1	0.0	12.6	0.0	0.0	2.3	3.4	8.0	6.9	1.1	0.0	16.1	8.0	5.7	34.5	9.2	
	精神科	58	10.3	17.2	8.6	10.3	1.7	1.7	5.2	1.7	3.4	1.7	0.0	24.1	5.2	0.0	1.7	1.7	0.0	0.0	0.0	3.4	8.6	3.4	0.0	25.9	17.2	
	外科	109	24.8	15.6	3.7	11.9	4.6	0.0	1.8	2.8	5.5	6.4	21.1	2.8	0.0	0.0	9.2	33.9	12.8	19.3	0.9	2.8	8.3	13.8	8.3	1.8	11.0	
	整形外科	39	7.7	28.2	5.1	15.4	2.6	7.7	5.1	5.1	0.0	2.6	5.1	15.4	0.0	0.0	0.0	5.1	2.6	7.7	0.0	0.0	2.6	7.7	5.1	2.6	12.8	
	産婦人科	41	2.4	14.6	4.9	9.8	9.8	2.4	4.9	4.9	22.0	2.4	17.1	0.0	2.4	0.0	7.3	14.6	2.4	4.9	0.0	2.4	2.4	2.4	4.9	2.4	22.0	
	眼科	63	9.5	11.1	4.8	11.1	1.6	3.2	0.0	11.1	3.2	1.6	0.0	17.5	3.2	0.0	1.6	4.8	4.8	1.6	0.0	0.0	6.3	7.9	1.6	33.3	12.7	
	耳鼻咽喉科	16	31.3	18.8	0.0	6.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	12.5	6.3	6.3	0.0	6.3	12.5	6.3	6.3	0.0	6.3	0.0	6.3	6.3	12.5	12.5	
	泌尿器科	29	10.3	10.3	6.9	13.8	0.0	0.0	3.4	6.9	0.0	10.3	0.0	6.9	0.0	3.4	3.4	10.3	6.9	6.9	0.0	0.0	0.0	13.8	3.4	10.3	17.2	
	脳神経外科	29	27.6	17.2	3.4	20.7	6.9	3.4	3.4	3.4	13.8	6.9	27.6	6.9	3.4	0.0	10.3	41.4	17.2	20.7	6.9	10.3	3.4	24.1	6.9	10.3	6.9	
	放射線科	39	10.3	15.4	2.6	7.7	0.0	0.0	5.1	0.0	0.0	15.4	5.1	5.1	0.0	7.7	5.1	5.1	2.6	2.6	0.0	5.1	10.3	10.3	23.1	15.4	23.1	
	麻酔科	60	15.0	8.3	13.3	11.7	6.7	0.0	6.7	3.3	5.0	15.0	10.0	6.7	0.0	6.7	0.0	5.0	5.0	3.3	3.3	3.3	6.7	8.3	5.0	8.3	18.3	
	病理	13	0.0	23.1	0.0	7.7	0.0	7.7	0.0	0.0	0.0	15.4	15.4	0.0	0.0	15.4	7.7	7.7	0.0	7.7	0.0	7.7	7.7	15.4	7.7	0.0	23.1	
	臨床検査	4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	25.0	25.0	0.0	25.0	50.0	
	救急科	83	27.7	22.9	6.0	6.0	3.6	1.2	2.4	0.0	6.0	12.0	8.4	3.6	1.2	2.4	3.6	8.4	2.4	8.4	1.2	3.6	2.4	18.1	8.4	3.6	7.2	
	形成外科	79	11.4	10.1	2.5	6.3	0.0	8.9	0.0	2.5	2.5	7.6	2.5	8.9	0.0	0.0	5.1	12.7	0.0	3.8	0.0	5.1	7.6	10.1	6.3	25.3	17.7	
リハビリテーション科	30	30.0	10.0	26.7	0.0	3.3	0.0	10.0	0.0	3.3	6.7	0.0	6.7	0.0	0.0	10.0	10.0	3.3	3.3	0.0	10.0	3.3	26.7	16.7	10.0	6.7		
総合診療	88	39.8	17.0	6.8	4.5	0.0	0.0	5.7	0.0	2.3	2.3	3.4	0.0	1.1	1.1	3.4	5.7	1.1	1.1	0.0	8.0	3.4	20.5	14.8	1.1	13.6		

出典：令和5年度厚生労働行政推進調査事業補助金（厚生労働科学特別研究）

「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：日本専門医機構理事長 渡辺毅）

医師偏在是正プラン・重点医師偏在対策支援区域について（案）

骨子案

人口や医療アクセス状況等を踏まえ、都道府県における医師偏在の是正プランの策定、国における重点的な支援対象区域の選定。

（主な論点）9/5厚生労働省医師偏在対策推進本部

- 都道府県が医師偏在是正に主体的に取り組み、国は都道府県をサポートする仕組みを検討すべきではないか。

I 現状・課題

- 都道府県は、医師偏在指標や医師需給推計等を踏まえ、医師確保計画（都道府県・二次医療圏ごとに、医師の確保の方針、目標医師数、具体的な施策等）を策定し、3年ごとに計画の見直しを行っている。
- 第7次医師確保計画（令和2～5年度）では、当該計画期間中に医師偏在指標が下位1/3である医師少数県や医師少数区域が当該下位1/3基準値に達することを目標としていたところ、医師少数県16県のうち6県（38%）が、医師少数区域105区域のうち43区域（41%）が目標を達成しているが、依然として一部の地域では地域偏在が解消されていない。
- 地域医療構想や働き方改革を推進するとともに、医師確保計画に基づく取組の更なる実効性を確保する必要がある。

II 取組の方向性案

- 早急に医師確保を要する地域について、へき地保健医療対策にも取り組んでいるが、へき地でなくても、人口規模、地理的条件、今後の人口動態等から、医療機関の維持が困難な地域もあり、まず早急に取り組む地域の対策として、優先的かつ重点的に対策を進める区域を「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」として設定することについて、どのように考えるか。
 - ※「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」は、医師偏在指標とともに、可住地面積あたりの医師数、住民の医療機関へのアクセス状況、医師の高齢化の状況等も考慮して設定
- 都道府県の医師確保計画において、「医師偏在是正プラン(仮称)」を策定し、「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」、対象医療機関、必要医師数を具体的に示すことについて、どのように考えるか。その際、「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」については、国において、一定の基準を設けた上で、都道府県と調整して、選定することについて、どのように考えるか。

（注）「医師確保計画策定ガイドライン～第8次（前期）～」（令和5年3月31日厚生労働省医政局地域医療計画課長等通知）（抜粋）

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。

医師確保計画を通じた医師偏在対策について

背景

- ・ 人口10万人対医師数は、医師の偏在の状況を十分に反映した指標となっていない。
- ・ 都道府県が主体的・実効的に医師確保対策を行うことができる体制が十分に整っていない。

医師の偏在の状況把握

医師偏在指標の算出

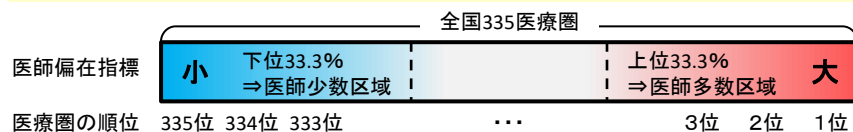
三次医療圏・二次医療圏ごとに、**医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成等を踏まえた**医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

医師偏在指標で考慮すべき「5要素」

- ・ 医療需要（ニーズ）及び将来の人口・人口構成の変化
- ・ 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）

医師多数区域・医師少数区域の設定

全国の335二次医療圏の医師偏在指標の値を一律に比較し、上位の一定の割合を医師多数区域、下位の一定の割合を医師少数区域とする基準を国が提示し、それに基づき都道府県が設定する。



国は、都道府県に医師確保計画として以下の内容を策定するよう、ガイドラインを通知。

『医師確保計画』（＝医療計画に記載する「医師の確保に関する事項」）の策定

医師の確保の方針

（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

医師偏在指標の大小、将来の需給推計などを踏まえ、地域ごとの医師確保の方針を策定。

- （例）
- ・ 短期的に医師が不足する地域では、医師が多い地域から医師を派遣し、医師を短期的に増やす方針とする
 - ・ 中長期的に医師が不足する地域では、地域枠・地元出身者枠の増員によって医師を増やす方針とする等

確保すべき医師の数の目標（目標医師数）

（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

医師確保計画策定時に、3年間の計画期間の終了時点で確保すべき目標医師数を、医師偏在指標を踏まえて算出する。

目標医師数を達成するための施策

医師の確保の方針を踏まえ、目標医師数を達成するための具体的な施策を策定する。

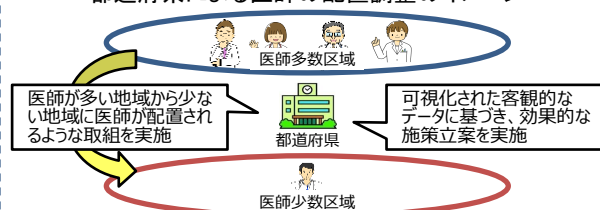
- （例）
- ・ 大学医学部の地域枠を15人増員する
 - ・ 地域医療対策協議会で、医師多数区域のA医療圏から医師少数区域のB医療圏へ10人の医師を派遣する調整を行う

3年*ごとに、都道府県において計画を見直し（PDCAサイクルの実施）

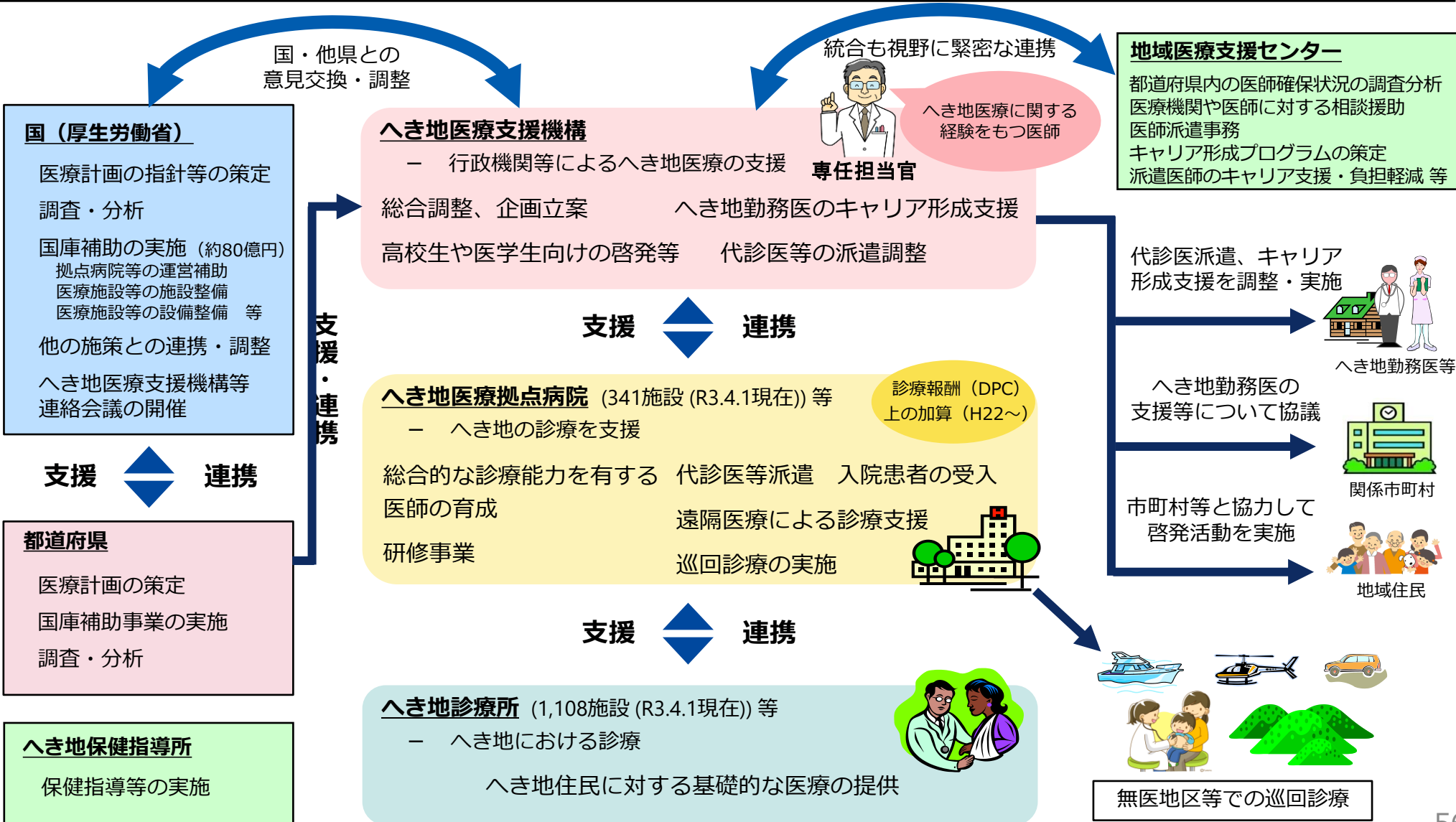
西暦	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
医療計画	第7次						第8次					
医師確保計画	指標設計(国)	計画策定(県)	第7次				第8次(前期)		第8次(後期)			

* 2020年度からの最初の医師確保計画のみ4年（医療計画全体の見直し時期と合わせるため）

都道府県による医師の配置調整のイメージ



○ へき地医療支援機構を中心に、行政、へき地で勤務する医師、へき地医療に協力する施設・機関、そしてへき地の住民がそれぞれ連携・協力し、かつ他の都道府県の先進事例にも学びながら、効果的・効率的で持続可能性のあるへき地への医療提供体制の構築を行う。



規制的手法について（案）①

骨子案

医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の大幅な拡大（略）等の規制的手法を検討。

（主な論点）9/5厚生労働省医師偏在対策推進本部

- 医師少数区域等での勤務を後押しするため、医学生・若手医師の地域への理解・意識を涵養し、地域での活躍を推進するとともに、（略）医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の大幅な拡大を検討すべきではないか。

I 現状・課題

- 医師少数区域等に一定期間（6か月以上）勤務した医師を厚生労働大臣が認定する制度を活用し、医師不足地域の医師の確保に取り組むとともに、地域医療支援病院の管理者は認定医師でなければならないこととしている（令和2年度以降に臨床研修を開始した医師に限る）。
- 認定医師は令和5年3月末時点で507人となっており、認定制度の更なる活用を促進し、医師偏在是正につなげていく必要がある。

II 取組の方向性案

○ 医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大

- 認定医師を管理者としなければならない医療機関として、現行は地域医療支援病院のみを対象としているが、対象医療機関を拡大することについて、どのように考えるか。

※ 検討に当たっては、憲法上の職業選択の自由・営業の自由との関係、規制の合理性等について留意が必要。

※ 医療法第31条 公的医療機関（都道府県、市町村その他厚生労働大臣の定める者の開設する病院又は診療所をいう。以下この節において同じ。）は、協議が調った事項その他当該都道府県において必要とされる医療の確保に関する事項の実施に協力するとともに、第三十条の二十四の規定により協力を要請されたときは、当該要請に応じ、医師の確保に関し協力しなければならない。

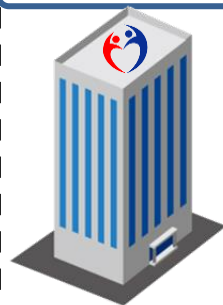
○ 医師少数区域等での勤務経験期間の延長

- 認定医師に求める医師少数区域等での勤務経験を、現行の6か月以上から延長することについて、どのように考えるか。例えば、1年以上とすることについて、どのように考えるか。

医師少数区域等で勤務した医師を認定する制度について

- 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し、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者を厚生労働大臣が認定する。

認定に必要な勤務期間や業務内容



厚生労働省

申請に基づき、**厚生労働大臣が**
医師少数区域等における医療に
関する経験を**認定**



医師

医師少数区域等における
6か月以上※1の勤務※2

※1 医師免許取得後9年以上経過していない場合は、原則として連続した勤務（妊娠・出産等による中断は可）とするが、9年以上経過した場合は、断続的な勤務の積算も可。

※2 認定の対象となるのは、2020年度以降の勤務とする。（臨床研修中の期間を除く。）



医師少数区域等の医療機関

【申請内容】

- 勤務した医療機関名と所在地
 - 勤務した期間
 - 業務内容等
- 申請の際には、医師少数区域等での医師の勤務状況に対する認定制度の影響を測るため、認定の対象となる勤務の直前の勤務地等についても申告する。

＜認定に必要な業務＞

- (1) 個々の患者の生活状況を考慮し、幅広い病態に対応する継続的な診療及び保健指導（患者の専門的な医療機関への受診の必要性の判断を含む。）
 - ・ 地域の患者への継続的な診療
 - ・ 診療時間外の患者の急変時の対応
 - ・ 在宅医療 等
- (2) 他の医療機関や、介護・福祉事業者等との連携
 - ・ 地域ケア会議や退院カンファレンス等への参加 等
- (3) 地域住民に対する健康診査や保健指導等の地域保健活動
 - ・ 健康診査や保健指導等の実施 等

認定医師等に対するインセンティブ

①一定の病院の管理者としての評価

- ・ 地域医療支援病院の管理者は、認定医師でなければならないこととする。（2020年度以降に臨床研修を開始した医師を管理者とする場合に限る。）

②認定医師に対する経済的インセンティブ

- ・ 認定を取得した医師が医師少数区域等で診療を実施する際の医療レベルの向上や取得している資格等の維持に係る経費（研修受講料、旅費等）について支援を行う。

規制的手法について（案）②

骨子案

（略）外来医師多数区域の都道府県知事の権限強化、保険医制度における取扱い等の規制的手法を検討。

（主な論点）9/5厚生労働省医師偏在対策推進本部

- ・ 外来医師多数区域における新規開業希望者に対する医療機能の要請等の現行の仕組みをより実効力のあるものとする等の規制的手法について、医療法等における位置づけを含めて検討すべきではないか。
- ・ 保険医制度の中で、保険診療の質を高めつつ医師の偏在是正に向けて、どのような方策が考えられるか検討すべきではないか。

I 現状・課題

- ・ 「外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン」において、都道府県は、外来医療機能に関する協議の場を設置し、少なくとも外来医師多数区域においては、新規開業希望者に対して、協議の内容を踏まえて、地域に必要なとされる医療機能を担うよう求めることとしている。
- ・ 現行の地域に必要なとされる医療機能を担うことへの要請の枠組みを制度化し、地域で足りない医療機能を強化し、実績をフォローアップする仕組みを導入すべきとの指摘がある。
- ・ また、医師過剰地域における新規開業規制の導入について諸外国の例も参考に検討すべきとの指摘がある。
- ・ 保険診療の質を高める観点から、卒後一定期間の保険診療実績を保険医療機関の管理者の要件にすべきとの指摘がある。

II 取組の方向性案

- **外来医師多数区域における新規開業希望者への地域に必要な医療機能の要請等の仕組みの実効性の確保**
 - ・ 現行の仕組みを医療法に位置付けるとともに、外来医師多数区域の新規開業希望者に対して、事前に診療所で提供する予定の医療機能を記載した届出を求め、都道府県において当該届出の内容を踏まえ、不足している医療機能の提供を要請することについて、どのように考えるか。
 - ・ また、外来医師多数区域において正当な理由なく要請した地域に必要な医療機能を提供しない場合は、都道府県において勧告・公表を行うこと、併せて、実効性を確保するため、保険医療機関制度における取扱いについて、どのように考えるか。
 - ・ 外来医師多数区域での開業を許可制とし、開業の上限を定めることについて、どのように考えるか。
※ 検討に当たっては、憲法上の職業選択の自由・営業の自由との関係、規制の合理性、既存診療所との公平性及び新規参入抑制による医療の質等について留意が必要。
- **保険医療機関の管理者要件**
 - ・ 例えば、保険医療機関の管理者を法律に規定し、管理者要件として一定期間の保険医勤務経験を設定するなどの方策について、どのように考えるか。

外来医師偏在指標を活用した地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

経緯

- 外来医療については、無床診療所の開設状況が都市部に偏っていること、診療所における診療科の専門分化が進んでいること、救急医療提供体制の構築等の医療機関間の連携の取組が、個々の医療機関の自主的な取組に委ねられていること、等の状況にある。
- それを踏まえ、「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会 第2次中間取りまとめ」において、**外来医療機能に関する情報の可視化、外来医療機能に関する協議の場の設置**等の枠組みが必要とされ、また、医療法上、医療計画において外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項（以下、「**外来医療計画**」）が追加されることとなった。

外来医療機能に関する情報の可視化

- 地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握を行うために、診療所の医師の多寡を**外来医師偏在指標**として可視化。

$$\text{外来医師偏在指標} = \frac{\text{標準化診療所医師数}}{\left[\frac{\text{地域の人口}}{10万} \times \text{地域の標準化受療率比} \right] \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合}}$$

※ 医師偏在指標と同様、医療ニーズ及び人口・人口構成とその変化、患者の流入・流出、へき地などの地理的条件、医師の性別・年齢分布、医師偏在の単位の5要素を考慮して算定。

- 外来医師偏在指標の上位33.3%に該当する二次医療圏を、**外来医師多数区域**と設定。

新規開業希望者等に対する情報提供

- 外来医師偏在指標及び、外来医師多数区域である二次医療圏の情報を、医療機関のマッピングに関する情報等、開業に当たって参考となるデータと併せて公表し、**新規開業希望者等に情報提供**。

※ 都道府県のホームページに掲載するほか、様々な機会を捉えて周知する等、新規開業希望者等が容易に情報にアクセスできる工夫が必要。また、適宜更新を行う等、質の担保を行う必要もある。

※ 新規開業者の資金調達を担う金融機関等にも情報提供を行うことが有効と考えられる。

外来医療機能に関する協議及び協議を踏まえた取組

- 地域ごとにどのような外来医療機能が不足しているか議論を行う、**協議の場を設置**。
※ 地域医療構想調整会議を活用することも可能。 ※ 原則として二次医療圏ごとに協議の場を設置することとするが、必要に応じて市区町村単位等での議論が必要なものについては、別途ワーキンググループ等を設置することも可能。
- **少なくとも外来医師多数区域においては、新規開業希望者に対して、協議の内容を踏まえて、初期救急（夜間・休日の診療）、在宅医療、公衆衛生（学校医、産業医、予防接種等）等の地域に必要とされる医療機能を担うよう求める。**

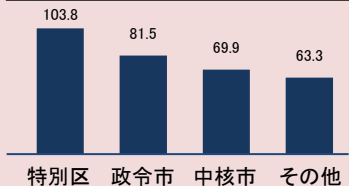
- 外来医療計画の実効性を確保するための方策例

- ・ 新規開業希望者が開業届出様式を入手する機会を捉え、地域における地域の外来医療機能の方針について情報提供
- ・ **届出様式に、地域で定める不足医療機能を担うことへの合意欄を設け、協議の場で確認**
- ・ 合意欄への記載が無いなど、**新規開業者が外来医療機能の方針に従わない場合、新規開業者に対し、臨時の協議の場への出席要請を行う**
- ・ 臨時の協議の場において、構成員と新規開業者で行った**協議内容を公表** 等

現状

- 外来患者の約6割が受診する**無床診療所**は、**開設が都市部に偏っている**。
- また、地域における救急医療提供体制の構築、グループ診療の推進、放射線装置の共同利用等の**医療機関の連携の取組**が、個々の医療機関の**自主的な取組に委ねられている**。

人口10万人対無床診療所数

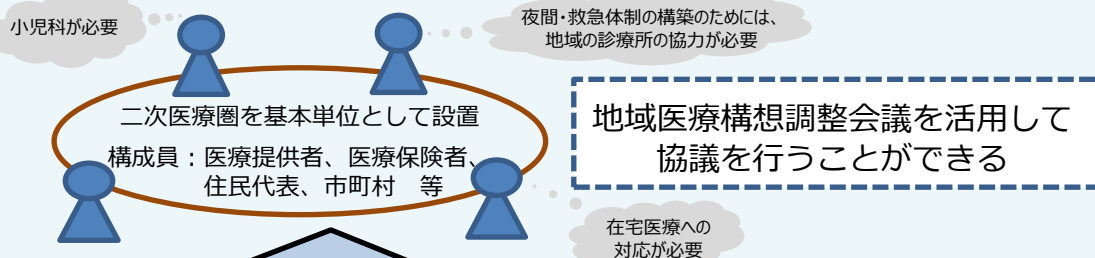


(二次医療圏別)

上位	1位：東京都・区中央部	248.8
	2位：大阪府・大阪市	123.1
下位	2位：北海道・遠紋	32.9
	1位：北海道・根室	26.5

制度改正案

外来医療に関する協議の場を設置



医師偏在の度合いを示す指標の導入

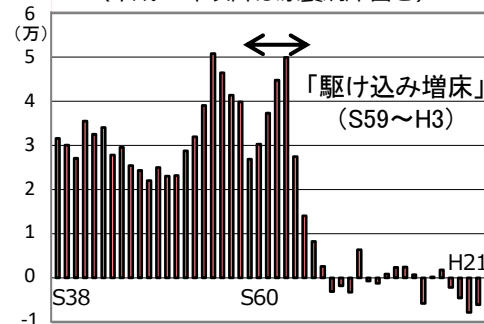
地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握が可能

- **外来医療機能に関する情報を可視化**するため、地域の関係者が**提供する情報の内容**（付加情報の追加、機微に触れる情報の削除等）**について協議**
- 救急医療提供体制の構築、グループ診療の推進、医療設備の共同利用等の、**地域における外来医療機関間の機能分化・連携の方針についても協議**

無床診療所の開業規制を行う場合の課題

- ・ **自由開業制との関係**（現行制度上、医師免許は開業免許と位置付けられており、憲法で保障された営業の自由との関係の整理が必要）
- ・ **国民皆保険との関係**（国民皆保険を採用する我が国においては、保険上の制限も実質上の開業制限）
- ・ **雇入れ規制の必要性**（開業規制を行うのであれば、雇入れ規制が必要であるが、これは事実上困難）
- ・ **新規参入抑制による医療の質低下への懸念**（新規参入がなくなれば、医療の質を改善・向上するインセンティブが低下する懸念）
- ・ **駆け込み開設への懸念**（病床規制を導入した際は、S59～H3 までの間に238,916床増床）

【参考】一般病床数の増加数の年次推移
(平成12年以降は療養病床含む)



ドイツにおける「需要計画」による医師偏在対策（精査中）

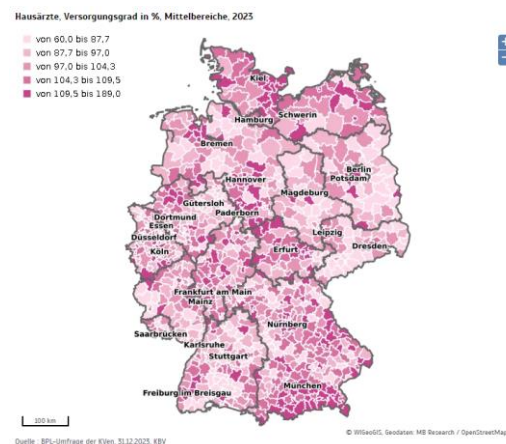
- 医師は専門医となり、保険医協会から嘱託医の承認を得ることで、診療所の開業医として公的医療保険の診療報酬の請求を行うことができる。診療報酬の体系上、各診療科の給付は当該専門医が請求可能。
- 保険医協会は、地域の年齢・性別・有病率を踏まえ、地域ごと・診療科ごとの医師の配置比率（医師1名あたり住民数）を示した「需要計画」（Bedarfsplanung）を策定。地域ごと・診療科ごとに、実際の医師の配置状況と比較して、以下のような医師の供給調整が行われる。
 - ・ 供給不足（医師の充足率が家庭医は75%未満、他の専門医は50%未満）→ 供給不足解消措置（割増手当、診療所開設補助、医師派遣等）
 - ・ 過剰供給（医師の充足率が110%以上）→ 嘱託医として開業不承認
 - ・ 超過剰供給（医師の充足率が140%以上）→ 事業継承の原則禁止、診療所買い上げ

「需給計画」は、医師の均等な配置や、医師の過剰供給地域における不経済の防止に資するとの期待がある。一方で、医師の供給不足地域の問題は解消できていないという課題も指摘されている。

（参考1）「需要計画」では、診療科ごとに4つの地域区分により医師の配置比率を設定（地図はザクセン・アンハルト州の例）

家庭医	一般的な専門診療科	専門性の高い専門診療科	特に専門性の高い専門診療科
<ul style="list-style-type: none"> General practitioner 	<ul style="list-style-type: none"> Ophthalmologist Surgeons and orthopedists Gynecologist Otolaryngologist Dermatologist Neurologist Psychotherapists Urologist Pediatrician 	<ul style="list-style-type: none"> Internists Anesthetists Radiologists Child and Adolescent Psychiatrist 	<ul style="list-style-type: none"> Physical and Rehabilitation Medicine Nuclear medicine Radiation therapists Neurosurgeons Human geneticist Laboratory physicians Pathologists Transfusion medicine
MIDDLE LEVEL REGIONS (N=883)	COUNTRY REGION (N=361)	METROPLIS REGIONS (N=97)	ASHIP(N=17)

（参考2）家庭医における地域偏在の状況



※ 大学での医学教育の後、医師試験に合格して医師免許を取得する。その後、州医師会の管轄下で、専門領域ごとに定められた卒後研修を受け、試験に合格し承認されることで、家庭医を含む、何らかの専門医となる。専門医となることで、その専門に係る診療科標ぼうが可能となる。また、開業に際しては1つの診療科しか標ぼうすることができない。

（主な出所）「健保連海外医療保障」(健康保険組合連合会)、「フランスとドイツのかかりつけ医制度」(産業医科大学 松田晋哉教授)、「仏独両国の医師偏在の現状と対策」(国立国会図書館 調査と情報)、在独日本国大使館調べ

経済的インセンティブについて（案）

骨子案

地域医療介護総合確保基金等による重点的な支援区域の医療機関や処遇改善のための経済的インセンティブ、当該区域への医師派遣等を行う中核的な病院への支援（略）等を検討。

（主な論点）9/5厚生労働省医師偏在対策推進本部

- 新たに選定する重点的な支援対象区域（都道府県において医師偏在対策に重点的に取り組む支援対象区域）における開業・承継の支援や、経済的インセンティブを含め、医師の勤務意欲につながる方策について検討すべきではないか。
- 新たに選定する重点的な支援対象区域に医師派遣等を行う大学病院等の中核的な病院への支援（略）等を検討すべきではないか。
- （略）診療報酬を通じた対策についても、医師偏在是正の観点から検討すべきではないか。
- （略）経済的インセンティブとして、どのような対応が必要か。経済的インセンティブによる偏在是正を進めるにあたっては、国や地方のほか、保険者等からの協力を得るなど、あらゆる方策を検討すべきではないか。

I 現状・課題

- 都道府県において、へき地保健医療対策として、へき地診療所の施設・設備整備支援や運営支援、へき地医療拠点病院からへき地診療所への代診医の派遣経費の支援等を行うとともに、地域医療介護総合確保基金を活用して、キャリア形成プログラムの対象となる学生への修学資金の貸与の支援、医師不足地域の医療機関への医師派遣体制の構築を行っている。
- 医師少数地域において新たに診療所を開設する医師に対する開設から一定期間の資金支援策を創設するとともに、医師少数地域で働く医師（勤務医・開業医）の確保・派遣を強化すべきとの指摘や、医師偏在対策基金を創設すべきとの指摘がある。

II 取組の方向性案

- へき地でなくても、人口規模、地理的条件、今後の人口動態等から、医療機関の維持が困難な地域であり、優先的かつ重点的に対策を進める区域として設定される「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」における医師確保を推進するため、経済的インセンティブとして、どのような対応が考えられるか。
- 「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」において必要な医療機能を維持し、国民皆保険制度を安定的に運営する観点から、こうした取組に対する、国や地方のほか、保険者等からの協力の在り方について医療保険部会等でも検討することとしてはどうか。
- また、地域間・診療科間の医師偏在是正の観点から診療報酬において、どのような対応が考えられるか。

へき地保健医療対策予算の概要

1 予算額

【令和5年度予算額】 74.9億円 → 【令和6年度予算額】 75.3億円

2 内容

(1) へき地医療支援機構の運営 259百万円

都道府県単位の広域的な支援体制を図るため、各都道府県に「へき地医療支援機構」を設置し、支援事業の企画、調整及び医師派遣の実施等を補助する。

(2) へき地医療拠点病院等の運営 6,606百万円

へき地における医療の提供など支援事業を実施する医療機関等の運営に必要な経費を補助する。

- ア へき地医療拠点病院運営費
- イ へき地保健指導所運営費
- ウ へき地診療所運営費(国保直診分(保険局計上分)含む)
- エ へき地診療所医師派遣強化事業

(3) へき地巡回診療の実施 150百万円

無医地区等の医療の確保を図るため、医師等の人件費及び巡回診療車等の運行に必要な経費を補助する。

- ア へき地巡回診療車(船)(医科・歯科)
- イ へき地巡回診療航空機(医科)
- ウ 離島歯科診療班

(4) 産科医療機関の運営 281百万円

分娩可能な産科医療機関を確保するため産科医療機関の運営に必要な経費を補助する。

(5) へき地患者輸送車(艇・航空機)運行支援事業 229百万円

無医地区等の医療の確保を図るため、無医地区等から近隣医療機関等の輸送に必要な経費を補助する。

- ア へき地患者輸送車(艇)
- イ メディカルジェット(へき地患者輸送航空機) など

医療施設等 設備 整備費補助金の概要

1 予算額

【令和5年度予算額】 20.7億円 → 【令和6年度予算案】 17.8億円

2 要旨

へき地・離島などの過疎地の住民に対する医療の確保及び臨床研修医の研修環境の充実等を図るため、医療施設や臨床研修病院等の設備整備を支援するもの。

3 補助対象

補助対象事業《メニュー区分》(事業実施主体)

へき地医療拠点病院(公立・公的・民間・独法)

へき地診療所(公立・公的・民間・独法)

へき地患者輸送車(艇)(公立・公的・民間・独法)

へき地巡回診療車(船)(公立・公的・民間・独法)

へき地・離島診療支援システム(公立・公的・民間・独法) など

医療施設等 施設 整備費補助金の概要

1 予算額

【令和5年度予算額】 24.5億円 → 【令和6年度予算案】 24.5億円

2 要旨

へき地・離島などの過疎地の住民に対する医療の確保及び臨床研修医の研修環境の充実等を図るため、医療施設や臨床研修病院等の施設整備を支援するもの。

3 補助対象

補助対象事業《メニュー区分》(事業実施主体)

へき地医療拠点病院(公立・公的・民間・独法)

へき地診療所(公立・公的・民間・独法) など

全国的なマッチング機能の支援等について（案）

骨子案

地域医療介護総合確保基金等による（略）全国的なマッチング機能の支援等を検討。

（主な論点）9/5厚生労働省医師偏在対策推進本部

- （略）全国的なマッチング機能の支援等を検討すべきではないか。

I 現状・課題

- これまで医師偏在対策は医師養成過程における若手医師を中心に進められ、中堅・シニア世代の医師を対象とした対策が十分には行われていない。他方で、中堅・シニア世代の医師の中には、地域医療への関心を示す者が一定程度存在することから、これらの人材を医師不足地域における医療ニーズに上手くつなげるべきとの指摘がある。
- 医師不足地域での勤務を希望する医師に対し、リカレント研修や現場体験を行いつつ、医師不足地域での勤務を全国的にマッチングする仕組みを創設すべきとの指摘がある。

II 取組の方向性案

- 中堅・シニア世代等の医師を対象として、医師偏在是正やセカンドキャリア構築支援に向けて、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、医師不足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ような、全国的なマッチング機能の支援を行うことについて、どのように考えるか。

令和6年度予算額 1.6億円（1.6億円）※（）内は前年度当初予算額

1 事業の目的

- 近年、医師についても女性割合が高まっているが（現在、医学部生の約3分の1が女性）、出産・育児・介護等によりキャリアを中断せざるを得ない場合があり、ライフイベントとキャリアの両立が課題となっている。
- 令和6年度からの医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始に向け、医師の働き方改革を進めながら就業医師数を確保するため、また令和3年度に改正された育児・介護休業法に基づいて男女ともに育児休業取得を促進させ、「女性医師の更なる活躍を応援する懇談会報告書」で推奨されている短時間勤務等の働き方を希望する者に適用していくため、女性医師のさらなる就業支援を図ることが必要であり、そして男性医師も含む人材確保が必要である。このため、都道府県医師会が独自でもつ医師バンクシステムと連携し、幅広い医師の全国的な就職斡旋体制の強化を図ることで、女性医師を中心に医師がライフイベントとキャリアを両立することを支援する。

2 事業の概要・スキーム

①女性医師バンク事業

各都道府県医師会等の医師バンクシステムと連携し、就業を希望する女性医師等と、医師の採用を希望する医療機関等の情報をコンピュータを通じて収集を行い、就業希望条件が適合する女性医師等に対して当該医療機関等を紹介し、採用に至るまでの間の支援等を行う。

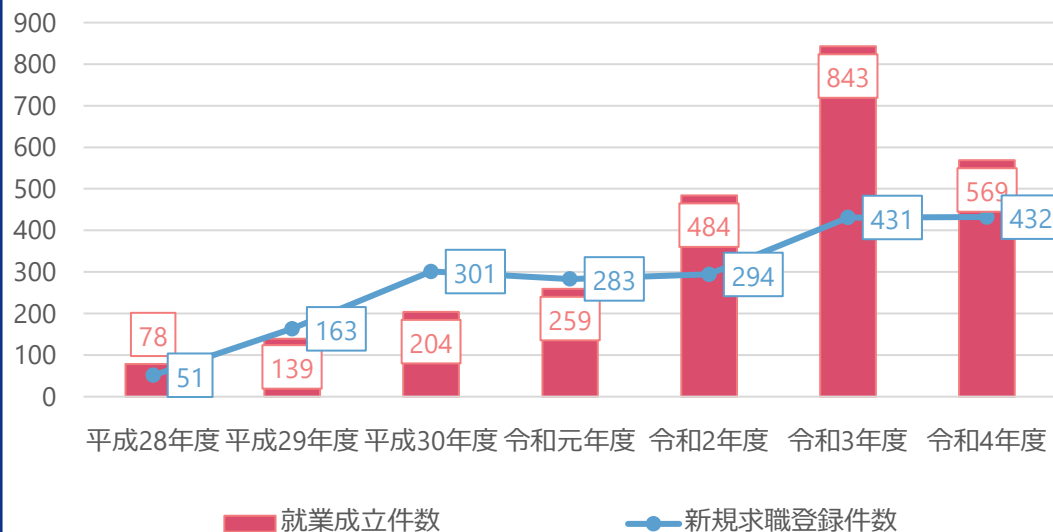
②女性医師等の就業促進等のための調査の実施

上記①及び下記③の事業の効果的な実施のため、女性医師等の就業状況等に関する実態調査を実施する。調査は、日本医師会及び都道府県医師会が連携して、女性医師等の就業促進に資する事項について、①及び③の利用者のほか、その所属機関の他の医師等に対して行うものとする。

③女性医師等就業支援の実施

女性医師等の就業を支援することについて効果のある講習会や講演会等の実施または支援を行う。さらにその他様々な啓発活動の実施に向けた支援を行う。

3 事業の実績・実施主体



実施主体：日本医師会

(公社) 全国自治体病院協議会「自治体病院・診療所医師求人求職支援センター」

1 事業内容

- 公益社団法人全国自治体病院協議会では、公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会と共同により自治体病院・診療所医師求人求職支援センターを設置運営、医師の職業紹介を行っている。

自治体病院・診療所医師求人求職支援センターは、昨今の勤務医不足や地域・診療科偏在により地域医療の維持・継続に困難を極めているといわれる状況の中、地域医療の確保を図ることを目的とした医師の就業に関する支援を行っている公的機関。

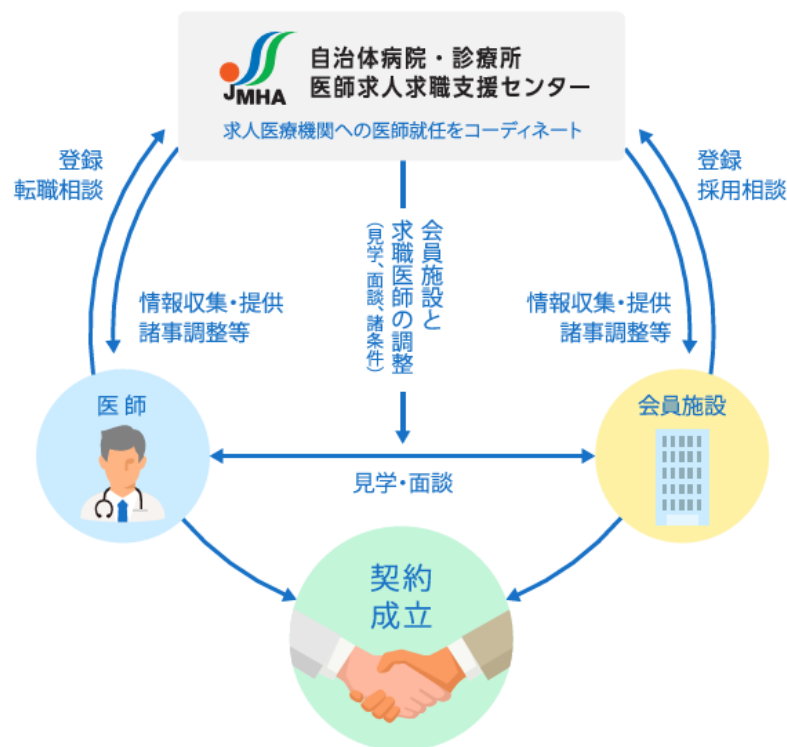
公益社団法人全国自治体病院協議会では、昭和55年度より医師の職業紹介事業を実施。

2 事業の概要・スキーム

- 転職を希望する医師が要望等を登録すると、希望にあった転職先を紹介。面談の設定から就任に至る条件交渉等の支援を行う。

- ・登録から就任まで、費用は発生しない
- ・求人施設から支援センターを介して、スカウトが届く
- ・非公開求人紹介オファーで選択肢が広がる
- ・キャリア、スキルを尊重した最適な医療機関を紹介
- ・在職中からの転職活動を行うことが可能
(登録内容、転職活動等の秘密は厳守)
- ・全国の公立病院と診療所の常勤・非常勤の求人検索が可能
- ・就任後もフォローが受けられる

(参考) 全国自治体病院協議会ホームページ



(公社) 地域医療振興協会「へき地医療支援センター」

1 事業内容

- 「へき地医療の確保と質の向上」を目的とする地域医療振興協会の活動の中で、全国のへき地医療に貢献する事業を行う部署として、平成17年に設立。へき地の勤務を希望する医師等に対してへき地等の医療施設を紹介する無料職業紹介事業と、へき地医療に興味を持つ学生や研修医等に対してへき地医療に関する様々な情報提供を行っている。また地域医療振興協会が運営する全国の施設を中心にして、へき地等での勤務を希望する医師に対する総合診療を中心とした再研修事業を実施。

2 事業の概要・スキーム

- へき地医療に従事することを希望する医師等を募集し、医師確保が困難な医療施設とのマッチングを実施。
また、さまざまなキャリアを持つ医師がへき地で不安なく医療を提供できるよう、個人の必要に応じてへき地の現場で役立つ医療知識や技能を習得する為の研修プログラムを提供。
人材の募集から育成まで一貫して実施していくことで、地域医療の確保と質の向上をサポート。

(参考) 地域医療振興協会ホームページ



[へき地ネット](#)

「へき地ネット」では、JADECOMの役割とされている「へき地の医師確保と質の向上」、「全国各地の情報を連携させる」を、情報発信によって実現することを目指しています。

令和7年度概算要求額 **5.6億円 (3.0億円)** ※()内は前年度当初予算額

1 事業の目的

- 経済財政運営と改革の基本方針2024において、総合的な診療能力を有する医師の育成や、リカレント教育の実施等の必要な人材を確保するための取組を実施することとされており、医師の地域偏在と診療科偏在の解消に向けた取組のひとつとして、幅広い領域の疾患等を総合的に診ることができる総合診療医の養成を推進することを目的としている。

2 事業の概要・スキーム

○総合診療医センターの設置【拡充】

総合診療医センターの箇所数増

総合診療医を全国的に養成

総合診療医センター(仮称)の設置

- ・総合診療科医師を責任者とするいわゆる総合診療の医局・講座をブロック毎に設置し、経験豊富な指導力がある指導医を集約する
- ・主に地域枠学生を対象としたシームレスな実習・研修プログラムの策定
- ・地域枠学生の選考時から、卒業後のキャリア支援まで行う一貫した指導体制を確立する。
- ・医師少数地域等、地域医療を担う医療機関でのバックアップ等体制整備
- ・医学生・医師の総合診療医(家庭医や病院総合医など)の多様なキャリアパスを構築支援

ブロック毎の総合診療研修施設ネットワークの確立
総合診療センター(仮称)として機能
学術的な側面は、地域における実習や研修において支援

ブロック内医師少数地域等

補助事業内容 各過程横断項目

- ・総合診療センターの医師が自らキャリアパスのモデルを提示
- ・総合診療医を目指す医師(特に地域枠入学者)の専門研修に向けたキャリアに関するサポート
- ・研修後の勤務先の提供、調整
- ・他科の医師の総合診療研修支援・他科からの総合診療転向支援

補助事業内容 医学教育

- ・総合診療科の講座構築のための講師派遣
- ・ネットワークを用いて指導体制が充実した地域実習(総合診療)を提供し、地域枠学生の医師少数地域等での実習促進

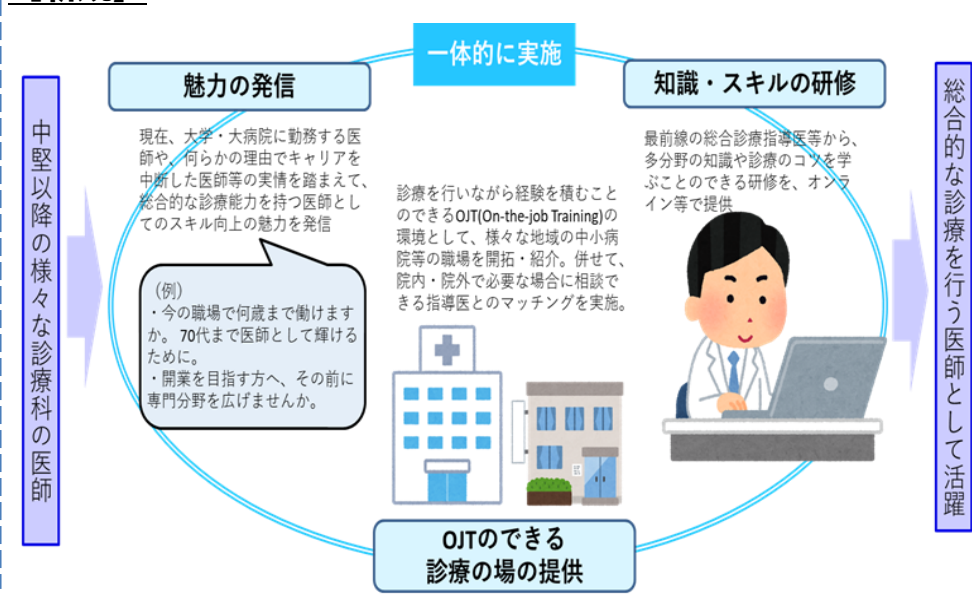
補助事業内容 臨床研修

- ・広域ネットワーク化した地域重点型研修プログラムの整備・提供(医師少数地域を含む充実した研修)

補助事業内容 専門研修とその後

- ・診療内容の相談対応、診療時対応の際の指導医・上級医のサポート
- ・医師少数地域で診療する際のバックアップ機能

○リカレント教育(総合的診療能力)のための全国推進事業【新規】



3 実施主体等

- ◆実施主体：医師養成課程を有する学校教育法(昭和22年法律第26号)第1条の規定に基づく大学、関係学会等
- ◆補助率：定額 ◆事業実績：令和5年度交付対象大学数→8大学

令和7年度概算要求額 20百万円（-）※（）内は前年度当初予算額

1 事業の目的

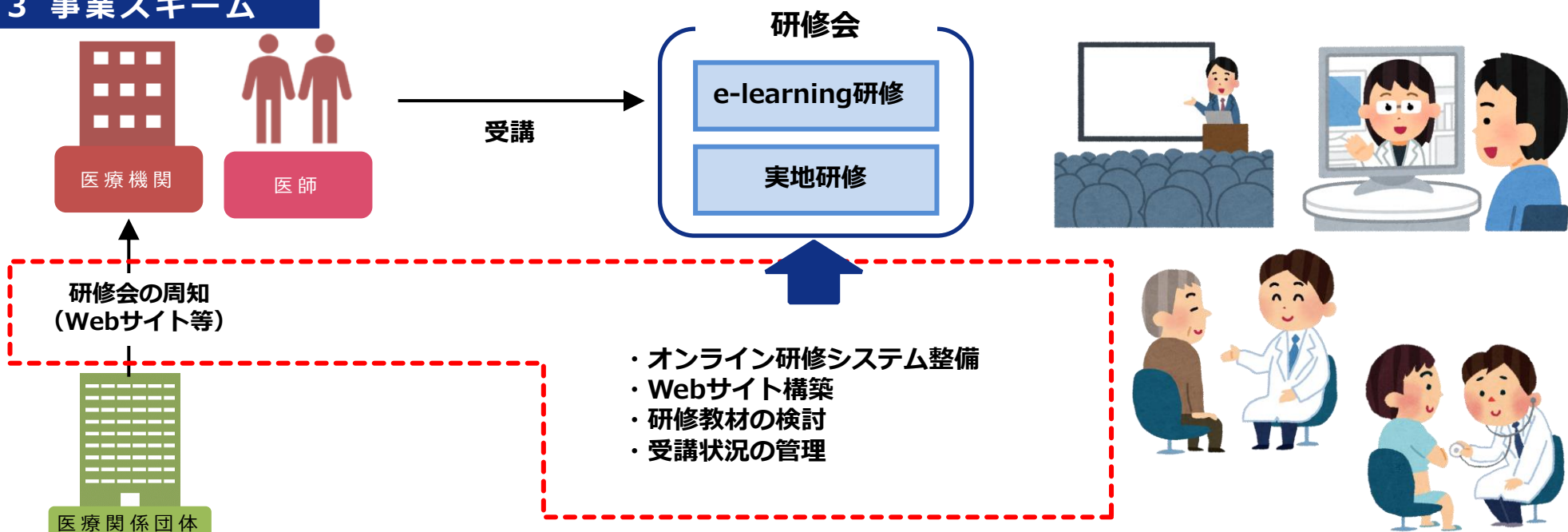
- 令和5年5月に成立した改正医療法において、「かかりつけ医機能」が「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置、その他の医療の提供を行う機能」と定義された。
- 地域によって大きく異なる人口構造等の変化に対応し、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現するためには、幅広い診療領域の全人的な診療を行う医師の増加を促していく仕組みが必要となっている。
- そのため、地域で新たに開業し地域医療を担うことを検討している病院勤務医や、既に地域の中小病院や診療所がかかりつけ医機能を担っている医師等が研鑽を積む研修体制の整備等を支援するもの。

2 事業の概要・実施主体等

かかりつけ医機能を担う医師の養成に必要な研修体制の整備等にかかる経費の補助を行う。

- 補助先：医療関係団体
- 補助対象経費：謝金、旅費、会場借料費、通信費、事務局経費 等
- 基準額：20,000千円 ○ 補助率：定額

3 事業スキーム



都道府県と大学病院等の連携パートナーシップ協定について（案）

骨子案

大学病院との連携パートナーシップについて、都道府県・大学病院にヒアリング等を行い、対応を検討。

（主な論点）9/5厚生労働省医師偏在対策推進本部

- 都道府県が医師偏在是正に主体的に取り組み、国は都道府県をサポートする仕組みを検討すべきではないか。

I 現状・課題

- 地域における医師確保・医師派遣の取組を進める上で、都道府県と大学病院等との連携は重要。
- 一部の都道府県においては、大学病院等との連携パートナーシップ協定の締結を通じ、医師確保のための取組を推進している例がみられる。
- 一方、連携パートナーシップ協定の内容は都道府県によって様々であり、医師確保に向けた実効性の観点から課題がある。

II 取組の方向性案

- 都道府県における地域医療対策協議会等による医師派遣調整機能等を強化するため、都道府県と大学病院等の連携パートナーシップ協定の締結を推進することについて、どのように考えるか。

新潟県と新潟大学医学部との地域枠に係る協定締結について(令和元年12月)

新潟大学に設定する新潟県地域枠の医学生及び卒業医師の養成等を通じて、新潟県内の医師不足や地域偏在の解消を図るため、令和元年12月24日に新潟県と新潟大学医学部は「地域枠に係る協定」を締結する調印式を開催



- 1 開催日 令和元年12月24日
- 2 開催場所 新潟県庁
- 3 参加者
 - (1) 新潟大学医学部 医学部長 染矢 俊幸 氏
 - (2) 新潟県 知事 花角 英世

＜新潟大学医学部医学科ホームページより＞

- ・ 医学部は、新潟県と新潟大学の地域枠の医学生及び卒業医師の養成等に関し、協定を12月24日(火)に締結しました。
- ・ 本協定は、新潟県内の医師不足及び医師の地域偏在を解消すること並びに安定的な地域医療を確保することを目的として、医学生等を、地域医療を担う医師として養成すること等について協力する内容です。
- ・ 医学部と新潟県は、これまでも12名の地域枠を実施してきましたが、令和2年度から令和3年度まで地域枠の入学定員を22名に拡大することから、今回を契機として書面によりお互いの協力体制を確認することとしたものです。
- ・ 調印式では、新潟県の花角英世知事は「22名の地域枠を用意していただき感謝申し上げたい。しなしながら、まだまだ新潟県の地域医療に携わる医師が不足しているという状態にあり、今後も厳しい状況が続くので、引き続き地域医療にしっかりと取り組んでいきたい。」と語り、染矢俊幸医学部長は「新潟県の協力をいただき、地域枠を22名に拡大することができ、ありがたく思っている。新潟県における地域枠というのは、これまで非常にうまく運営され、教育の体制も整っていることを高校生や地域の方にもよく知っていただき、ますますこの地域枠という制度が充実して新潟県の医療に貢献していけるように努力していきたいので、引き続きご支援、ご協力をお願いしたい。」と述べました。
- ・ 本協定に基づき、これまで以上に新潟県の医療に携わる医師を一人でも多く確保するための人材養成及び県内の医療状況の情報提供などの連携を図り、新潟県の安全・安心な社会の構築に貢献していきます。



青森県地域医療維持確保に向けた医師派遣等に関する三者協定

○ 令和6年1月26日に青森県、弘前大学及び青森県立中央病院は、三者協定を締結し、市町村などから寄せられる医師派遣の要望を共有し、三者で医師派遣等について総合的に検討・調整し、より効果的な医師派遣・配置につなげ、地域医療の維持確保を目指すこととなった。

- ・ 県内唯一の医育機関
（弘前大学）
- ・ 県立の総合病院
（県立中央病院）
- ・ 行政（県）



関係機関がタッグを組んで、
医師のキャリア形成を
サポート！

参考資料

医学部臨時定員の配分の考え方について

第6回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
令和6年9月20日 資料1

臨時定員地域枠について（第5回検討会で示した考え方）

- 今後、医師の供給が需要を上回ってくることを踏まえ、医師増加のペースは見直しが必要となっている。そのため、医師多数県については、医師少数県・中程度県と比較して臨時定員における地域枠の確保の必要性が低いことから、令和7年度の医学部臨時定員の配分においては、各医師多数県の県内の偏在対策の必要性にも配慮しつつ、令和6年度と比較して一定数減じることとした。
 - 一方で、医師少数県や一部の中程度県については、依然、臨時定員地域枠の設置の必要性が高いことから、令和6年度比増となる臨時定員の意向がある場合には、意向に沿った配分を行うこととした。
- ↓
- 令和8年度以降も、少なくともこの数年間は、医師の需給や都道府県の偏在の傾向について、推計より大きく変わらないため、医学部定員の適正化の検討を進めていくことも踏まえつつ、医師多数県については臨時定員地域枠を一定数削減していく一方で、都道府県を超えた偏在是正が特に必要な医師少数県・一部の中程度県については令和6年度比増となることも許容してはどうか。

医学部臨時定員の配分の考え方について

- 医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在の是正を図るため、2024年末までに策定することとしている総合的な対策のパッケージに関する具体的な議論や内容を注視しながら、医学部臨時定員の配分について、以下のような方向性で議論してはどうか。
 - 令和8年度医学部臨時定員の配分において、医師多数県については臨時定員地域枠を一定数削減していく一方で、若手医師が少ない場合や医師の年齢構成が高齢医師に偏っている場合などは配慮してはどうか。
 - 令和8年度医学部臨時定員の配分において、令和8年度までに恒久定員内地域枠を一定程度設置する等、更なる県内の偏在対策に取り組む都道府県については、配慮してはどうか。
 - 医学部臨時定員の配分方針について、引き続き地域枠医師の医師少数区域・医師少数スポット等への配置状況等を踏まえ、検討してはどうか。

臨時定員地域枠について

- 今後、医師の供給が需要を上回ってくることを踏まえ、医師増加のペースは見直しが必要となっている。そのため、医師多数県については、医師少数県・中程度県と比較して臨時定員における地域枠の確保の必要性が低いことから、令和7年度の医学部臨時定員の配分においては、各医師多数県の県内の偏在対策の必要性にも配慮しつつ、令和6年度と比較して一定数減じることとした。
 - 一方で、医師少数県や一部の中程度県については、依然、臨時定員地域枠の設置の必要性が高いことから、令和6年度と比較して臨時定員の意向の配分の増加を行うこととした。
- ↓
- 令和8年度以降も、少なくともこの数年間は、医師の需給や都道府県の偏在の傾向について、推計より大きく変わらないため、医学部定員の適正化の検討を進めていくことも踏まえつつ、医師多数県については臨時定員地域枠を一定数削減していく一方で、都道府県を超えた偏在是正が特に必要な医師少数県・一部の中程度県については令和6年度比増となることも許容してはどうか。

恒久定員内地域枠について

- 恒久定員内地域枠については、既存の定員の中で、地域に必要な医師を安定的に確保することに一定の効果があると考えられることから、改めてその必要性を認識し、他の実効性ある偏在対策と併せて、**その設置について調整を行うよう促すこととしてはどうか。**
- 一方で、都道府県や大学の協議等の状況によっては、恒久定員内地域枠の設置が、まだ十分に進んでいない場合もあることから、**恒久定員内地域枠の設置が進んでいる都道府県と大学の取り組みを確認し、好事例を広めてはどうか。**

76

宮崎大学において恒久定員内地域枠を拡充した経緯等

宮崎大学
提出資料

- 宮崎県第7次医療計画（平成30～令和5年度）において、県内で新たに臨床研修を開始する研修医の目標数が80名に設定されていること（別紙参照）、一方で医師の増加のペースは見直しが必要とされていることを踏まえて、平成30年6月に宮崎大学における適切な医学部定員数や地域枠の定員数に関する第1回WGを開催し、これ以降、本格的な検討が開始された。
- 宮崎大学は宮崎県との議論や以下の分析結果（★）も踏まえ、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。具体的には地域枠A10名（県内の高校卒業者：現役のみ）、地域枠B15名（県内の高校卒業者：既卒2年目まで）、地域枠C15名（宮崎県を含む全国の高卒業者：既卒2年目まで）を設置した。
 - ★ 宮崎大学卒業生のうち、宮崎県内で臨床研修を行う割合は、県内の高校卒業者が「66%」に対し、県外の高卒業者は『15%』であった。※平成23～26年度卒業生 406名を対象に調査
 - キャリア形成プログラムの運用開始を踏まえ、地域枠C（＝全国枠）15名の拡充により、県外の高卒業者が宮崎県内で臨床研修・専門研修を受け、地域医療に貢献する体系へ
- なお、本見直しに伴い、臨時定員増を行わないこととしたことから、令和4年度以降、医学部入学定員は110名から100名となり、実習を含む専門科目を中心に、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。
- 地域枠の拡充にあわせてキャリア形成プログラム卒前支援の充実をはかり、地域枠入学生の地域医療への意識・意欲の向上とあわせて、学業成績の向上も期待されている。※ 今後、詳細を分析予定

宮崎県医師養成・定着推進宣言

～宮崎で医師を育て県内定着を応援する宣言～

宮崎大学資料

背景

- 本県では、徐々に医師数が増加しているものの、**高齢化や地域間の偏在が進行し、「医師少数県」（全国の下位1/3）**
- そのため、令和元年度に**医師確保計画及びキャリア形成プログラムを策定し、医師確保の取組を加速化**
- このような中、**新型コロナウイルス感染症の全国的な感染拡大を受け、県民の健康と命を守る医師の確保について重要性が更にクローズアップ**
- 加えて**宮崎大学医学部では、県内定着が期待できる医師を更に養成するため、令和4年度より地域枠を拡充**

→ これらを踏まえ、県内の子どもたちやその親、県内外に居住する医学生や医師に対し、県内の関係機関が一体となって、取組を進める姿勢を「宣言」として示し、更なる医師の養成・県内定着を目指す。

宣言の内容

1 地域枠の適切な定員設定と医学生教育の充実

- ・医師を目指す子どもたちを増やし、受け皿となる宮崎大学医学部地域枠を適切に設定。
- ・宮崎大学医学部における教育環境の整備、医師修学資金の貸与により本県の医療を支える優れた人材を育成。

2 宮崎県キャリア形成プログラムに基づく若手医師の養成・確保

- ・宮崎県キャリア形成プログラムの理解促進、プログラムの充実により、若手医師が安心して能力開発・向上に取り組める環境を整備。
- ・本人の希望、医師不足地域の状況などを踏まえた最適な勤務ローテーションを構築。

3 医師の勤務環境の改善による県内定着促進

- ・医師の時間外労働上限規制を見据え、労働時間短縮、仕事と家庭の両立を支援。
- ・かかりつけ医を持つなど上手な医療のかかり方について県民へ啓発。

78

宮崎大学医学部の地域枠拡充

宮崎大学資料

現行

地域枠

県内の高校卒業者（現役のみ）

10名

地域特別枠

県内の高校卒業者（既卒1年目まで）
全国の高校卒業者（現役のみ）
※ただし、県内の小・中学校卒業者

15名

令和4年度以降

地域枠A

県内の高校卒業者（現役のみ）

10名

地域枠B

県内の高校卒業者（既卒2年目まで）

15名

地域枠C（全国公募） 「日本のひなた枠」

全国の高校卒業者（既卒2年目まで）
※県内の高校卒業者も含む

15名

キャリア形成プログラムの適用

地域枠拡充

※受験資格を既卒2年目まで上げるとともに、全国公募を別枠とすることで県内高校生の受験機会を拡大。
※地域枠拡充にあわせ、全体の定員を100名へ変更。

受験者確保に向け関係機関一体となって広くPR

若手医師の更なる養成・確保

79

宮崎県医師養成・定着推進宣言

～宮崎で医師を育て県内定着を応援する宣言～

●背景
↓

- 本県では、徐々に医師数が増加しているものの、**高齢化や地域間の偏在が進行し、「医師少数県」(全国の低位1/3)**
- そのため、令和元年度に**医師確保計画及びキャリア形成プログラム**を策定し、**医師確保の取組を加速化**
- このような中、**新型コロナウイルス感染症の全国的な感染拡大を受け、県民の健康と命を守る医師の確保について重要性が更にクローズアップ**
- 加えて**宮崎大学医学部では、県内定着が期待できる医師を更に養成するため、令和4年度より地域枠を拡充**

これらを踏まえ、県内の子どもたちやその親、県内外に居住する医学生や医師に対し、県内の関係機関が一体となって、取組を進める姿勢を「宣言」として示し、更なる医師の養成・県内定着を目指す。

●宣言の内容

1 地域枠の適切な定員設定と医学生教育の充実

- ・医師を目指す子どもたちを増やし、受け皿となる宮崎大学医学部地域枠を適切に設定。
- ・宮崎大学医学部における教育環境の整備、医師修学資金の貸与により本県の医療を支える優れた人材を育成。

2 宮崎県キャリア形成プログラムに基づく若手医師の養成・確保

- ・宮崎県キャリア形成プログラムの理解促進、プログラムの充実により、若手医師が安心して能力開発・向上に取り組める環境を整備。
- ・本人の希望、医師不足地域の状況などを踏まえた最適な勤務ローテーションを構築。

3 医師の勤務環境の改善による県内定着促進

- ・医師の時間外労働上限規制を見据え、労働時間短縮、仕事と家庭の両立を支援。
- ・かかりつけ医を持つなど上手な医療のかかり方について県民へ啓発。

宮崎県医師養成・定着推進宣言に基づく主な取組

高校生等

医学生

臨床研修

専門研修

県内定着

1 地域枠の適切な設定・医学生教育の充実

地域枠拡充 ※R4～

医師修学資金

キャリア形成卒前支援プラン

宮崎から
医師を目指そう!
応援フォーラム

地域医療実習
キャリアサポート
セミナー

地域医療ガイダンス

2 キャリア形成プログラムに基づく若手医師の養成・確保

キャリア形成プログラム(9年)
※勤務ローテーションを通して能力向上

専門研修資金(小児・産科・総診)

スキルアップ補助金
(専門医等資格取得支援)

3 勤務環境改善による県内定着促進

勤務環境改善支援
女性医師就労支援

地域医療研修

オール宮崎で医師を育て、
県内定着を応援します!



みやざきドクターバンク・県外医師招へい活動

●主な取組

●主な推進体制

宮崎県地域医療対策協議会・地域医療支援機構

地域医療支援機構(大学分室)
地域医療・総合診療医学講座

医師確保対策推進協議会
臨床研修・専門研修運営協議会

医療勤務環境改善
支援センター

地域医療を守る
住民活動

宮崎大学医学部
医学部附属病院

県・県教育委員会・病院局
市町村・公的医療機関

宮崎県医師会
民間医療機関

県民

医師多数県の基幹型病院（連携元病院）に採用された研修医が、医師多数県における研修を中心として、医師少数県等の臨床研修病院（連携先病院）においても一定期間研修するプログラム

地域における研修機会の充実に

－医師少数区域など地域の医療現場を経験できる機会を充実

複数の医療現場の魅力・特性を生かした充実した研修が可能に

－異なる医療現場を経験できる、地域における医療現場を経験できるなど

研修医のキャリアの選択肢に

－異なる環境で医療に従事する中で、研修医の将来のキャリア検討の選択肢や自分の特性に気づく契機になる

全国の臨床研修ネットワークの形成に

－異なる地域の臨床研修に関するネットワークが形成され知見の共有等につながる

以上に加え、本プログラムを通じて地域における医療へのキャリアの選択肢が広がるなど、医師偏在対策に資する

参考①：大学病院で臨床研修を行った研修医が、病院（プログラム）を選んだ理由として、いわゆる「たすきがけプログラム」が上位に挙がる

臨床研修を行った病院（プログラム）を選んだ理由（臨床研修修了者アンケート 研修先：大学病院）

	令和2年3月修了者	令和3年3月修了者	令和4年3月修了者
第1位	出身大学である（37.9%）	臨床研修のプログラムが充実（36.2%）	臨床研修のプログラムが充実（35.7%）
第2位	臨床研修のプログラムが充実（34.4%）	出身大学である（35.2%）	出身大学である（32.5%）
第3位	「たすきがけプログラム」があったから（27.7%）	「たすきがけプログラム」があったから（29.1%）	「たすきがけプログラム」があったから（26.0%）

参考②：臨床研修医の中でも長期の地域での研修を希望する者が一定数存在する

臨床研修修了者（令和3年度修了）アンケートにおいて、地域医療研修の期間が「短かった」と回答した者：約15%

総合的な診療能力を有する医師の育成・リカレント教育について

総合診療専門医について

- 2018年より総合的な診療能力を有する医師の専門性を評価する取組として、総合診療専門医の養成が新たに開始された。
- また、総合診療専門医については、医師を確保する観点等から、専攻医募集時の都道府県別・診療科別募集定員上限設定（シーリング）の対象外となっており、その採用数は年々増加している。
- また、総合診療専門医を取得するための研修の指導医についても、特任指導医という形で、一定の要件を満たした医師について、順次認定を行い、指導体制の充実が図られている。
- 今後の総合診療専門医の養成については、シーリングの在り方の検討も踏まえながら、引き続き、地域で必要な総合的な診療能力を有する医師の確保ができるよう検討を行っていく。

総合的な診療能力を有する医師の養成について

- 大学にて総合的な診療能力を有する医師を育成・確保するための拠点を整備し、一貫した指導体制のもと医師のキャリアパスの構築等を支援する事業を実施しており、令和6年度は様々な地方の全国8大学が採択され、事業による取組みを進めている。
- 中堅以降の医師でも地域での勤務の意向のある医師は一定数いることや、今後、高齢者が増加するなか、複数疾患を抱える患者を診療できる能力が重要となると考えられることから、総合的な診療能力を有する医師の養成については、現状の各大学における総合診療医センターを中心とした養成に加えて、例えば、学会や病院団体が協力して、研修・地域における実践的な機会の提供・総合診療の魅力発信を一体的に実施するような方策を検討してはどうか。

令和7年度概算要求額 5.6億円 (3.0億円) ※()内は前年度当初予算額

1 事業の目的

- 経済財政運営と改革の基本方針2024において、総合的な診療能力を有する医師の育成や、リカレント教育の実施等の必要な人材を確保するための取組を実施することとされており、医師の地域偏在と診療科偏在の解消に向けた取組のひとつとして、幅広い領域の疾患等を総合的に診ることができる総合診療医の養成を推進することを目的としている。

2 事業の概要・スキーム

○総合診療医センターの設置【拡充】



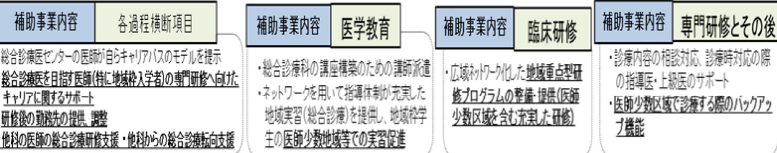
総合診療医センター(仮称)の設置

- ・総合診療科医師を責任者とするいわゆる総合診療の医局・講座をブロック毎に設置し、経験豊富な指導力がある指導医を委約する
- ・主に地域枠学生を対象としたシームレスな実習・研修プログラムの策定
- ・地域枠学生の選考時から、卒業のキャリア支援まで行う一貫した指導体制を確立する。
- ・医師少数区域等、地域医療を担う医療機関でのバックアップ等体制整備
- ・医学生・医師の総合診療医(家庭医や病院総合医など)の多様なキャリアパスを構築支援

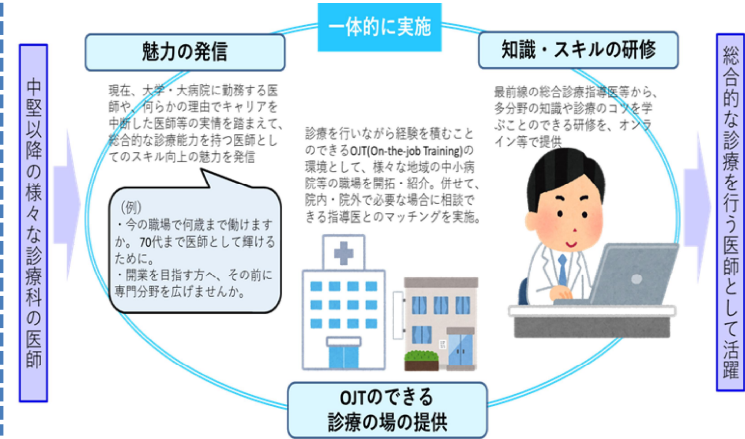
ブロック毎の総合診療研修医とネットワークの構築

- ・総合診療医センターはハブとして、医師のネットワークを構築し、地域における実習や研修において支援

ブロック内医師少数地域等



○リカレント教育(総合的な診療能力)のための全国推進事業【新規】



3 実施主体等

- ◆実施主体：医師養成課程を有する学校教育法(昭和22年法律第26号)第1条の規定に基づく大学、関係学会等
- ◆補助率：定額 ◆事業実績：令和5年度交付対象大学数→8大学

総合診療医センター(総合的な診療能力を持つ医師養成の推進事業)

○ 福島県立医科大学 総合内科・総合診療医センターの取組例(令和5年度事業報告より)



その他大学の取組例

- 総合診療医センターの医師が県外の病院で実施する総合診療医育成コースの実習を支援。
- 総合診療医センターにおいて診療録の情報を安全に共有できる遠隔教育システムを構築した上で、医師間で症例相談できる環境を整備し、中山間地域で働く専攻医をサポート。

医師過剰地域における開業規制の導入について

資料Ⅳ-2-31

○ 例えば、ドイツやフランスは日本と同様に公的医療保険制度をとる中で、診療科別、地域別の定員を設ける仕組みをとっている。

◆ドイツの医師偏在対策

- 開業には医師免許に加え、卒後研修を修了し、保険医としての許可が必要
- 許可は、保険医の種類毎・地域毎の供給水準を定める需要計画で調整

需要計画策定指針

※連邦共同委員会（連邦保険医協会、ドイツ病院協会、疾病金庫中央連合会）で制定。

- 「一般的な需要に適合した供給水準」として、医師1人当たりの住民数（一般比率）を規定
- 一般比率は、14種類の保険医（麻酔科医、眼科医、外科医、内科医など）について、人口密度などに応じた10種類の地域タイプ（人口稠密地域の中核都市、農村地域の人口が密な郡など）毎に規定

需要計画 (Bedarfsplan)

※州の保険医協会が疾病金庫州連合会等の合意を得て策定。

- 州内の市や郡に対応した計画区域を設定し、需要計画策定指針の地域タイプに分類して、各計画区域における保険医の種類毎の一般比率を設定
- 2012年以降は州レベルの裁量の余地が拡大。策定指針とは異なる計画区域の範囲（専門医はより広い範囲を計画区域とするなど）や一般比率（高齢化が進んだ地域では医師の比率を高くするなど）の設定も可能

(保険医の種類ごとに)

- ・ 供給水準が一般比率の110%超：過剰供給 → 許可制限
- ・ 供給水準が一般比率の家庭医は75%未満、専門医は50%未満：過少供給

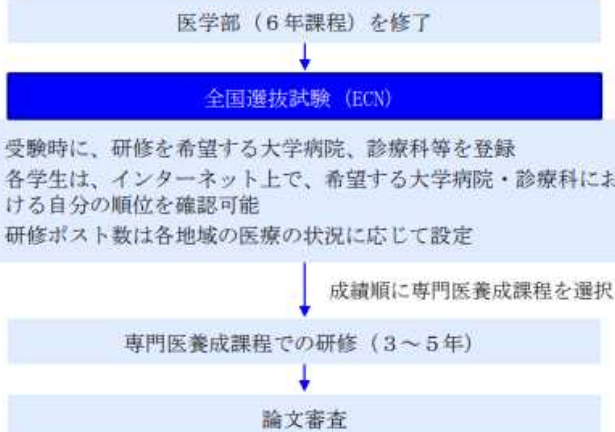
(出所)健康保険組合連合会「健保連海外医療保障」、「先進諸国におけるかかりつけ制度の比較及び我が国におけるかかりつけ医制度のあり方に関する研究」(2015(平成27)年度厚生労働省科学研究費補助金(政策科学総合研究事業)報告書)、「医療制度改革 ドイツ・フランス・イギリスの比較分析と日本への示唆」(2015年)を基に作成。

【改革の方向性】(案)

- 地域別診療報酬体系の導入とあわせ、医師過剰地域における新規開業規制の導入について諸外国の例も参考に検討すべき。

◆フランスの専門医養成課程

- 専門医として医療行為を行うためには、専門医養成課程の修了と国による認定が必要（他の診療科の診療はできない）
- 専門医養成課程は、地域毎・診療科毎に定員が設定。全国選抜試験（ECN）の成績順に、進める専門医養成課程が選択可能



診療所の偏在是正のための地域別単価の導入について

資料Ⅳ-2-30

○ 「改革工程」において、医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在是正に向けた、経済的インセンティブについても検討課題となっている。診療報酬の仕組みは、報酬点数×1点あたり単価（10円）となっているが、地域別診療報酬を活用したインセンティブ措置の実施が考えられる。

◆診療報酬の仕組み

全国一律 (注)		×	全国一律		= 医療費
診療報酬点数 (厚生労働大臣告示)			1点あたり単価	10円	
(例) 初診料	288点				
再診料	73点				
調剤基本料1	42点				

(注) 入院基本料への地域加算（都市部に加算）など、例外的に地域ごとに異なる取扱いもある。

- ※ 1 介護報酬では地域によって1点単価で最大14%の差異が設けられている。
- ※ 2 かつて診療報酬も地域別に単価が設定されていた。

◆1点単価の調整等により政策対応の幅が広がると考えられるケース

<医療費適正化>

○保健医療2035提言書（抄）（2015年6月「保健医療2035」策定懇談会）
「診療報酬については、例えば、地域ごとのサービス目標量を設定し、不足している場合の加算、過剰な場合の減算を行うなど、サービス提供の量に応じて点数を変動させる仕組みの導入を検討する。都道府県において医療費をより適正化できる手段を強化するため、例えば、将来的には、医療費適正化計画において推計した伸びを上回る形で医療費が伸びる都道府県においては、診療報酬の一部（例えば、加算の算定要件の強化など）を都道府県が主体的に決定することとする。」

<医療機関の医療収入の安定>

○財政制度等審議会建議（抄）（2021年5月）
「新型コロナウイルス患者受け入れ病院に対する収入面への対応として、これまで法律の改正を伴うことのない取扱いとして度々行われてきた災害時の「概算払い」を参考とし、前年同月ないし新型コロナウイルス感染拡大前の前々年同月水準の診療報酬を支払う簡便な手法を検討すべきである。」

※前年同月ないし前々年同月水準からの減収相当額の支払い部分について実際に行われた診療行為への対価性を欠くについては、たとえば前年同月ないし前々年同月比で保険点数が2割減り、8/10となった場合に、1点単価を12.5円に補正することすなわち、診療行為への対価性を保持したまま、前年同月ないし前々年同月水準の診療報酬を支払うことは可能である。

◆診療所の偏在是正のための当面の措置のイメージ



【改革の方向性】(案)

- 報酬点数×1点あたり単価（10円）となっている診療報酬の仕組みについて、診療所不足地域と診療所過剰地域で異なる1点あたり単価を設定し、報酬面からも診療所過剰地域から診療所不足地域への医療資源のシフトを促すことを検討する必要がある。当面の措置として、診療所過剰地域における1点あたり単価（10円）の引下げを先行させ、それによる公費の節減効果を活用して医師不足地域における対策を別途強化することも考えられる。