

令和5年度 第1回福岡県医療対策協議会 議事次第

日時：令和5年5月26日(金) 16:00～

会場：県庁行政棟 10階 特1会議室

○ 議事

- 1 委員変更について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・【資料1】
- 2 医師確保に関する主な取り組みについて・・・・・・・・・・ 【資料2】
- 3 医師の働き方改革に関する本県の現状について・・・・・・・・ 【資料3】
- 4 福岡県医師確保計画について
 - (1) 医師確保計画の見直しについて・・・・・・・・・・ 【資料4-1】
 - (2) 医師確保計画の内容について・・・・・・・・・・ 【資料4-2】
 - 【1】 医師偏在指標と医師少数区域等の設定について
 - 【2】 医師確保の方針と施策について
- 5 その他
 - (1) 令和5年度第2回福岡県医療対策協議会について・・・・・・・・ 【資料5】
 - (2) その他

福岡県医療対策協議会 委員名簿

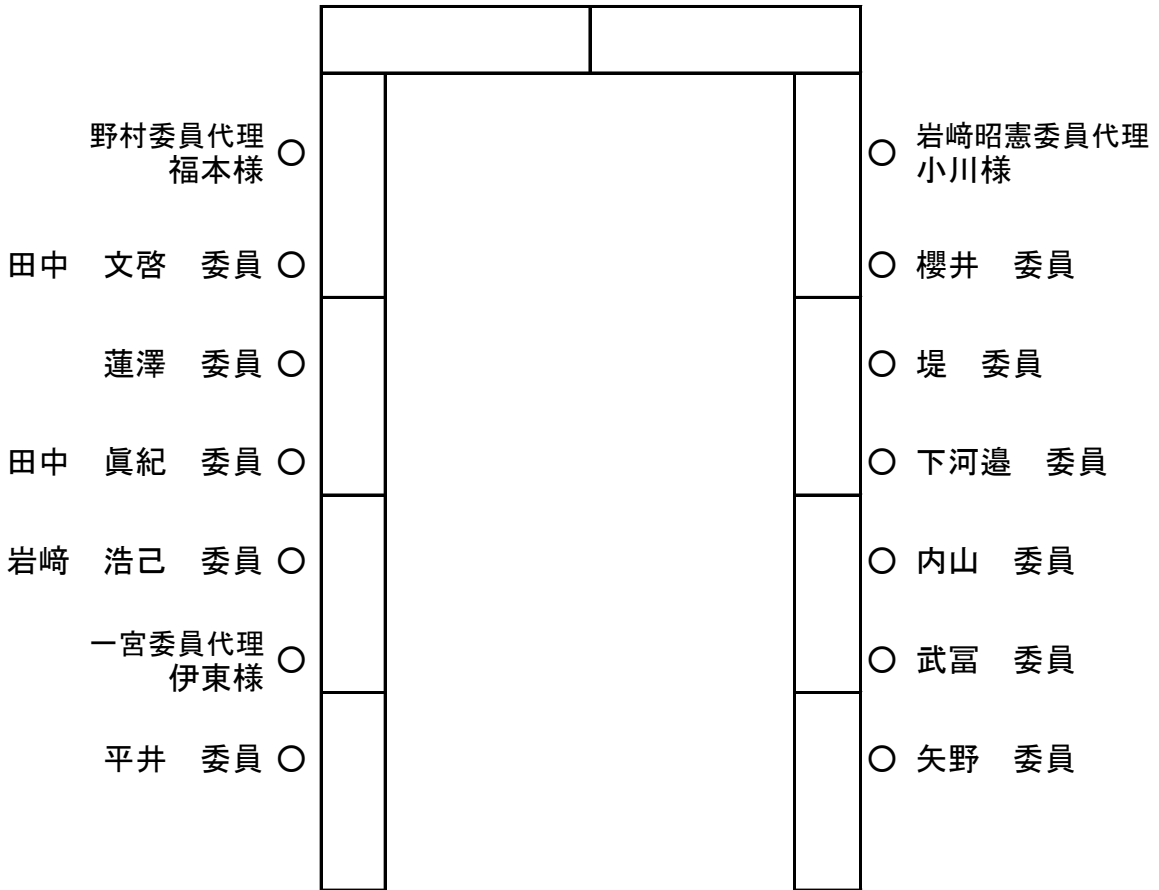
(任期：2023年5月12日~2025年5月11日)

区分	所 属	職 位	氏 名
特定機能病院 大学その他の医療従事者の 養成に関する機関	九州大学病院	病院長	中村 雅史
	久留米大学病院	病院長	野村 政壽
	福岡大学病院	病院長	岩崎 昭憲
	産業医科大学病院	病院長	田中 文啓
公的医療機関	地方独立行政法人 芦屋中央病院	病院長	櫻井 俊弘
民間病院	医療法人社団江頭会 さくら病院	病院長	江頭 啓介
診療に関する学識経験者の 団体	公益社団法人福岡県医師会	会 長	蓮澤 浩明
		副会長	堤 康博
		理 事	田中 眞紀
福岡県知事の認定を受けた 社会医療法人	社会医療法人共愛会	副理事長	下河邊 正行
独立行政法人国立病院機構 臨床研修病院	九州医療センター	病院長	岩崎 浩己
独立行政法人地域医療機能 推進機構 臨床研修病院	九州病院	病院長	内山 明彦
地域の医療関係団体	公益社団法人福岡県病院協会	副会長	一宮 仁
	公益社団法人地域医療振興協会福岡県支部	支部長	武富 章
関係市町村	筑紫野市	市 長	平井 一三
	桂川町	町 長	井上 利一
地域住民を代表する団体	福岡県地域婦人会連絡協議会	委 員	矢野 八重子

令和5年度 第1回福岡県医療対策協議会 配席図

日時 : 令和5年5月26日(金) 16:00~

場所 : 福岡県庁10階 行政特1会議室



事務局

○ ○ ○ ○

オブザーバー

○ ○ ○ ○

オブザーバー・随行者

○ ○ ○ ○

福岡県医療対策協議会設置要綱

(目的)

第1条 医療法(昭和23年法律第205号)第30条の23の規定に基づき、医療計画において定める医師の確保に関する事項の実施に関し、必要な事項を協議するため、福岡県医療対策協議会(以下「協議会」という。)を設置する。

(協議事項)

第2条 協議会は、次の事項について協議する。

- (1) 医師の確保を特に図るべき区域における医師の確保に資するとともに、医師の確保を特に図るべき区域に派遣される医師の能力の開発及び向上を図ることを目的とするものとして厚生労働省令で定める計画(以下「キャリア形成プログラム」という。)に関する事項
- (2) 医師の派遣に関する事項
- (3) キャリア形成プログラムに基づき医師の確保を特に図るべき区域に派遣された医師の能力の開発及び向上に関する継続的な援助に関する事項
- (4) 医師の確保を特に図るべき区域に派遣された医師の負担の軽減のための措置に関する事項
- (5) 医師の確保を特に図るべき区域における医師の確保のために大学と県とが連携して行う文部科学省令・厚生労働省令で定める取組に関する事項
- (6) 医師法の規定によりその権限に属させられた事項
- (7) その他医療計画において定める医師の確保に関する事項

(組織)

第3条 協議会は23名以内で組織し、委員は、次に掲げる者の管理者その他の関係者から、知事が委嘱する。

- (1) 特定機能病院
- (2) 地域医療支援病院
- (3) 公的医療機関
- (4) 臨床研修病院
- (5) 民間病院
- (6) 診療に関する学識経験者の団体
- (7) 大学その他の医療従事者の養成に係る機関
- (8) 福岡県知事の認定を受けた社会医療法人
- (9) 独立行政法人国立病院機構
- (10) 独立行政法人地域医療機能推進機構
- (11) 地域の医療関係団体
- (12) 関係市町村
- (13) 地域住民を代表する団体

- 2 委員の任期は2年とする。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。
- 3 委員は、再任を妨げない。

(会長及び副会長)

第4条 協議会に会長及び副会長を置き、委員の互選により選出する。

- 2 会長は、会務を総理し、会議の議長となる。
- 3 副会長は、会長を補佐し、会長に事故等があるときは、その職務を代行する。

(会議)

第5条 協議会は、会長が招集する。

- 2 会長は、必要に応じて委員以外の者の出席を求め、または他の方法で意見を聞くことができる。

(専門委員会)

第6条 協議会に、その協議事項に係る専門事項を協議するため、必要な専門委員会を設置することができる。

- 2 専門委員会の組織、運営その他必要な事項は、会長が協議会に諮り別に定める。

(庶務)

第7条 協議会の庶務は、保健医療介護部医療指導課医師・看護職員確保対策室において処理する。

(その他)

第8条 この要綱に定めるもののほか、協議会の運営に関し必要な事項は、会長が協議会に諮って定める。

附 則

この要綱は、平成16年12月6日から施行する。

附 則

この要綱は、平成20年7月30日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年11月20日から施行する。

附 則

この要綱は、平成31年4月22日から施行する。

本年度の福岡県医療対策協議会開催スケジュール

	B水準等の指定 (医師確保に係る事業 実績及び事業計画)	初期臨床研修医の 確保	専門医の養成	キャリア形成 プログラムの策定	医師確保計画の 策定
令和5年					
4月					
第1回 福岡県医療対策協議会 (5月26日開催)					
5月	・申請状況等報告	・令和4年度採用 実績報告	・令和4年度採用実績 及び配置状況報告	・令和5年度対象医師 のプログラム報告	・医師確保計画の見直し について ・医師偏在指標と医師 少数区域等の設定に ついて ・医師確保の方針と 施策について
6月					
7月					
各調整委員会等開催(8月上旬)					
第2回 福岡県医療対策協議会 (8月中旬予定)					
8月		・募集定員枠の算定 方法見直し	・令和6年度専門研修 プログラムの確認・ 検討 ・厚生労働省に提出 する日本専門医機構 ・関係学会への意見 ・要望に係る協議 等		・計画の構成(案) について ・検討事項について
第3回 福岡県医療対策協議会 (9月上旬予定)					
9月		(募集定員枠の算定 方法見直し)			・計画の素案
10月					
第4回 福岡県医療対策協議会 (11月中旬予定)					
11月	・B水準等の指定	(募集定員枠の算定 方法見直し)			・計画の素案
12月					
令和6年					
1月					
第5回 福岡県医療対策協議会 (2月上旬予定)					
2月	・B水準等の指定	・令和6年度基幹型 臨床研修病院の指定 や取消 ・令和7年度算定方法 の決定及び定員の 配分 等			・最終報告
3月					

委員変更について

委員の任期満了に伴い、協議会構成団体に推薦依頼したところ、委員の変更があったため報告するもの。
今回の新規就任者は、以下のとおり。

- ・久留米大学病院 病院長 野村 政壽 様
- ・独立行政法人国立病院機構 九州医療センター 病院長 岩崎 浩己 様
- ・福岡県市長会理事(筑紫野市長) 平井 一三 様

福岡県医療対策協議会委員 新旧対照表

(旧)

(新)

任期:2021年2月19日～2023年2月18日

任期:2023年5月12日～2025年5月11日

	氏 名	職 名
1	中村 雅史	九州大学病院 病院長
2	志波 直人	久留米大学病院 病院長
3	岩崎 昭憲	福岡大学病院 病院長
4	田中 文啓	産業医科大学病院 病院長
5	櫻井 俊弘	地方独立行政法人芦屋中央病院 病院長
6	江頭 啓介	医療法人社団江頭会 さくら病院 病院長
7	蓮澤 浩明	公益社団法人福岡県医師会 会長
8	堤 康博	公益社団法人福岡県医師会 副会長
9	田中 眞紀	公益社団法人福岡県医師会 理事
10	下河邊 正行	一般社団法人福岡県医療法人協会 副会長
11	森田 茂樹	独立行政法人国立病院機構 九州医療センター 病院長
12	内山 明彦	独立行政法人地域医療機能推進機構 九州病院 病院長
13	一宮 仁	公益社団法人福岡県病院協会 副会長
14	武富 章	公益社団法人地域医療振興協会 福岡県支部 支部長
15	大塚 進弘	福岡県市長会理事(直方市長)
16	井上 利一	福岡県町村会副会長(桂川町長)
17	矢野 八重子	福岡県地域婦人会連絡協議会 委員



	氏 名	職 名
1	中村 雅史	九州大学病院 病院長
2	野村 政壽	久留米大学病院 病院長
3	岩崎 昭憲	福岡大学病院 病院長
4	田中 文啓	産業医科大学病院 病院長
5	櫻井 俊弘	地方独立行政法人芦屋中央病院 病院長
6	江頭 啓介	医療法人社団江頭会 さくら病院 病院長
7	蓮澤 浩明	公益社団法人福岡県医師会 会長
8	堤 康博	公益社団法人福岡県医師会 副会長
9	田中 眞紀	公益社団法人福岡県医師会 理事
10	下河邊 正行	一般社団法人福岡県医療法人協会 副会長
11	岩崎 浩己	独立行政法人国立病院機構 九州医療センター 病院長
12	内山 明彦	独立行政法人地域医療機能推進機構 九州病院 病院長
13	一宮 仁	公益社団法人福岡県病院協会 副会長
14	武富 章	公益社団法人地域医療振興協会 福岡県支部 支部長
15	平井 一三	福岡県市長会理事(筑紫野市長)
16	井上 利一	福岡県町村会副会長(桂川町長)
17	矢野 八重子	福岡県地域婦人会連絡協議会 委員

医師確保に関する主な取り組みについて

1 初期臨床研修医の確保

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)の施行により、令和2年4月1日から、臨床研修病院の指定権限、定員設定権限等が国から都道府県に移譲された。

(1) 基幹型臨床研修病院の指定状況 (R5.4 現在)

44 か所 (うち大学病院：4 か所、その他の病院：40 か所)

(2) 協力型臨床研修病院の新規指定

医療法人社団高邦会高木病院(基幹型臨床研修病院)から、医療法人社団高邦会福岡中央病院を協力型臨床研修病院として新規指定する申請があった。令和5年2月17日の本協議会において、新規指定の可否を審議したところ、指定基準を満たしており、高木病院を基幹型とする病院群の協力型として臨床研修を実施することに問題がないため、福岡中央病院を協力型臨床研修病院として新規指定することが承認され、令和5年3月30日付で新規指定した。

(3) 初期臨床研修医募集定員の配分

○ 令和5年度の採用実績について

(単位：人)

	令和5年度	令和4年度	令和3年度
採用実績	377	383	361
募集定員	421	420	424
うち、旧国内示	353	356	370
うち、旧県調整枠	63	59	54
定員1から2への調整(※)	5	5	—

(※) 配分の結果、やむを得ず一病院当たりの定員配布数が1となる場合、当該病院の募集定員数を2に増加するための上乗せ加算分

○ 令和6年度の募集定員の設定について

- ・ 通常プログラム(募集定員枠内)

権限移譲に伴い、令和3年度の募集定員から算定方法を本協議会審議のもと決定している。令和6年度の募集定員の算定方法についても、前年度同様、医師少数区域(京築医療圏)の状況、各基幹型臨床研修病院の受入実績及び研修環境・指導体制を勘案し、令和5年2月17日の本協議会での審議のもと決定した。

また、4月24日付け九州厚生局健康福祉部医事課の確認を得たので、4月26日に県内基幹型臨床研修病院に算定方法及び配分結果を通知した。【13, 14 ページ参照】

- ・ 基礎研究医プログラム

令和4年度の研修より、基礎医学に意欲がある学生を対象に、臨床研修と基礎研究の両立を可能とする基礎研究医プログラムの募集（全国で合計40名）が開始され、久留米大学病院から当該プログラムの新設に係る届出書が提出されたため、国からの定員配分に基づき、令和5年2月17日の本協議会にて募集定員（マッチングの枠外）を決定した。

○ 募集定員の算定方法の見直し及び令和7年度の募集定員の設定について

現在運用している募集定員の算定方法は、国から県への権限移譲後、臨床研修病院に対するアンケート及びヒアリングの内容を踏まえ設定した。現算定方法を採用して3年が経過したこと及び医師確保計画の改訂時期でもあることから、今年度の本協議会において令和7年度以降の算定方法の検討・協議を行う。

令和7年度の募集定員の設定については、国が12月頃に示す募集定員上限の範囲内で、今年度中に本協議会において協議・検討を行った上で設定する予定。

（4）臨床研修に係る本協議会での主な審議事項（第5回本協議会（2月頃）を予定）

- ・ 臨床研修病院の新規指定
- ・ 臨床研修病院の取消・移転等の了承
- ・ 募集定員の設定

（5）臨床研修医確保支援事業（平成27年度～）

県内の臨床研修病院を掲載したガイドブック制作・頒布及びweb広報を実施。5,000部を制作し、全国の大学医学部及び関東・関西の医学部生3～5年生を中心に頒布するとともに、『ふくおか地域医療支援サイト』に掲載。

2 専門医の養成

(1) 専門研修プログラムの確認・検討

○ 令和5年度専門医採用状況について ※速報値（一般社団法人日本専門医機構）

基本診療領域	研修年数 (基準)	プログラム数		令和5(2023)年度シーリング						R5 採用者 数 (b)	シーリング 充足率 (b/a)	R4 採用者 数 (c)	採用者 数 増減 (b-c)
		昨年度 比較	(a)	通常 プログ ラム	連携 プログ ラム	うち 都道府県 限定分	特別地域 連携 プログ ラム	精神科 指定医 連携枠					
内科	3	28	5	162	118	29	7	15	-	144	89%	147	▲ 3
小児科	3	9	0	-	-	-	-	-	-	12	-	26	▲ 14
皮膚科	5	4	0	12	11	1	0	0	-	10	83%	11	▲ 1
精神科	3	8	0	26	17	5	3	3	1	23	88%	23	0
外科	3	14	0	-	-	-	-	-	-	43	-	60	▲ 17
整形外科	4	6	1	46	33	10	2	3	-	40	87%	42	▲ 2
産婦人科	3	5	0	-	-	-	-	-	-	20	-	28	▲ 8
眼科	4	4	0	13	11	0	0	2	-	13	100%	11	2
耳鼻咽喉科	4	4	0	-	-	-	-	-	-	8	-	15	▲ 7
泌尿器科	4	4	0	-	-	-	-	-	-	12	-	7	5
脳神経外科	4	5	0	-	-	-	-	-	-	18	-	15	3
放射線科	3	4	0	17	15	0	0	2	-	16	94%	15	1
麻酔科	4	11	1	28	20	4	3	4	-	19	68%	20	▲ 1
病理	3	4	0	-	-	-	-	-	-	4	-	4	0
臨床検査	3	2	0	-	-	-	-	-	-	1	-	1	0
救急科	3	11	0	-	-	-	-	-	-	12	-	14	▲ 2
形成外科	4	5	0	9	7	0	0	2	-	7	78%	7	0
リハビリテーション科	3	4	0	-	-	-	-	-	-	5	-	2	3
総合診療	3	16	1	-	-	-	-	-	-	12	-	8	4
合計	-	148	8	8領域						419	-	456	▲ 37

○ 令和5年度の専門研修プログラムについて

主要領域専門研修プログラム調整委員会及び本協議会において、医師法第16条の10の規定に基づき、令和5年度専門研修プログラムの確認・検討を実施し、令和4年9月6日付で厚生労働省あてに意見を提出。

○ 令和6年度の専門研修プログラムについて

令和6年度に研修開始予定の専攻医の採用数上限設定（シーリング）についてはまだ国から情報提供されていない。

今後、国からの正式な通知を踏まえて、例年どおり主要6領域（内科、小児科、外科、整形外科、産婦人科、総合診療）については、専門研修プログラム調整委員会等で検討し、それ以外の13領域については本協議会で協議し、主要6領域の結果と合わせて本協議会で協議・検討後、厚生労働省に意見を提出予定。

(2) 専門研修資金貸与事業（令和2年度～）

○ 事業概要について

県内の地域医療の充実を図るため、特定の診療科（産科、小児科及び総合診療）において、専門研修を受けている医師（専攻医）に対し、専門研修資金を貸与する事業。ただし、専門研修修了後、県内の指定医療機関において特定診療科の医師として従事した場合は、返還を免除とする。

- ・貸与金額 月額15万円
- ・貸与期間 3年以内
- ・指定医療機関
産科：県内の周産期母子医療センター
小児科：県内の相対的医師少数区域にある医療機関
総合診療：県内の医師偏在指標が全国平均を下回る二次医療圏にある医療機関

○ 令和5年度までの新規貸与者実績について

(単位：人)

貸与年度	産科	小児科	総合診療 (※)	合計
令和2年度	7	1	—	8
令和3年度	9	4	—	13
令和4年度	3	1	0	4
令和5年度	6	0	0	6

(※) 本協議会における「総合診療医を目指す医師を増やす必要がある」という意見を踏まえ、令和4年度から当該事業の対象診療領域に総合診療を追加

<貸与者の現在の状況>

令和2年度貸与者：指定勤務終了3人、指定勤務中3人、貸与辞退2人

令和3年度貸与者：指定勤務終了3人、指定勤務中1人、貸与中6人

貸与停止中3人

令和4年度貸与者：指定勤務中1人、貸与中3人

○ 事業の周知及び募集について

- ・周知方法 県内の臨床研修病院及び専門研修施設（産科、小児科及び総合診療）へ周知文書の送付、県HPへの掲載
- ・募集対象 県内の専門研修プログラムに採用され、かつ県内の専門研修施設において、産科、小児科及び総合診療の専門研修を開始している専攻医（1～3年目）

3 大学医学部の定員増による医師の養成（久留米大学福岡県特別枠（平成 22 年度～））

○ 事業概要について

医師確保が困難な診療科の医師を育成するため、久留米大学医学部に福岡県特別枠（定員 5 名／年）を設け、将来、県内の外科、小児科、産婦人科、救急科、麻酔科及び総合診療に従事しようとする医学生に対し奨学金（月額 10 万円）を貸与するもの。なお、卒後 9 年間、県内の医療機関において上記診療科に従事することにより、奨学金の返還を免除する。

○ 不同意離脱の考え方の整理について

本県における不同意離脱の考え方について、令和 3 年度の本協議会（令和 3 年 6 月 1 日開催）において、やむを得ない理由（被貸与者が死亡したとき、退学したとき（奨学生）、心身の故障のため修学（奨学生）もしくは勤務（被貸与者）を継続する見込みがなくなったと認められるとき）以外は、原則離脱を認めないこととした。なお、令和 4 年度入学者から出願時に同意書を提出させている。

○ 令和 5 年度までの貸与実績について

入学年度	人数	入学年度	人数
平成 22 年度	3	平成 29 年度	5
平成 23 年度	1	平成 30 年度	0
平成 24 年度	3	令和元年度	5 (うち 3 名追加合格)
平成 25 年度	0	令和 2 年度	5
平成 26 年度	1	令和 3 年度	5
平成 27 年度	4	令和 4 年度	5
平成 28 年度	3	令和 5 年度	5
		計	45

< 卒業生の進路状況（平成 29 年度以前入学者：計 20 名）（令和 5 年 4 月 1 日時点） >

- ・ 指 定 勤 務 中：11 名（産婦人科 2 名、整形外科 3 名、
小児科 1 名、外科 1 名、
救急科 1 名、総合診療科 2 名、麻酔科 1 名）
- ・ 初期臨床研修中：8 名（1 年目：6 名、2 年目：2 名）
- ・ 国 試 不 合 格：1 名

○ キャリア形成プログラムについて

- ・ 特別枠を卒業した医師を対象とした地域医療の確保と医師の能力開発・向上の両立を目的としたキャリア形成プログラムが、平成30年度の本協議会（平成30年12月25日開催）にて承認された。【15, 16 ページ参照】
- ・ 今年度は新たに臨床研修医となった6名について、本人の意向を確認し同意を得た上で、個人ごとのキャリア形成プログラムを策定した。（累計：19名）【21 ページ参照】

○ 国における定員増の取扱いについて

- ・ 特別枠については、臨時定員増を認可された期間が令和元年度に終了する予定であったが、国から令和2年度から令和5年度については暫定的に現状を概ね維持するとされた。臨時定員増の申請にあたっては、その他の定員と区別して選抜する方式（別枠方式）により学生を選抜することとされたため、令和2年度から久留米大学特別枠の選抜方法を、これまでの一般入試（手上げ方式）から推薦入試（別枠方式）に変更した。
- ・ 令和6年度の臨時定員増の取扱いについては、国が令和5年度末までを期間とした定員増を認可していたところであるが、臨時的な定員数（5名）を上限として令和6年度末まで1年間延長し、再度の増員を認めるとされていることため、引き続き5名の定員増を希望する予定。
- ・ 令和7年度以降の臨時定員増の取扱いについては、今後、国の検討状況を注視しながら、特別枠についての方向性を本協議会において協議する予定。

4 へき地医療に従事する医師の確保（自治医科大学卒業医師（昭和47年度～））

○ 事業概要について

自治医科大学（※）にて養成した医師について、卒業後9年間は義務年限として、主にへき地等の公的医療機関に派遣する。

（※）自治医科大学

へき地等の地域医療の確保及び向上に貢献する医師を養成することを目的として、全都道府県の出資により設立され、授業料等の全額を修学資金として大学から貸与される。修学資金の貸与期間の1.5倍の期間、出身都道府県のへき地等において、地域医療に従事することで返還が免除される。

<令和5年度の医師派遣状況（8医療機関8名）> (R5.4.1現在)

二次保健医療圏	関係市町村	医療機関名	派遣人数
粕屋	新宮町	相島診療所	1
宗像	宗像市	大島診療所	1
朝倉	東峰村	東峰村立診療所	1
八女・筑後	八女市	矢部診療所	1
直方・鞍手	小竹町	小竹町立病院	1
田川	糸田町	緑ヶ丘病院	1
	川崎町	川崎町立病院	1
京築	みやこ町	やまびこ診療所	1
合計			8

○ キャリア形成プログラムについて

- 自治医科大学卒業医師を対象とした地域医療の確保と医師の能力開発・向上の両立を目的としたキャリア形成プログラムが、平成30年度福岡県医療対策協議会（平成30年12月25日開催）にて承認された。【16,17ページ参照】
- 今年度は1名について、本人の意向を確認し同意を得た上で、キャリア形成プログラムを策定した。（累計：7名）【23ページ参照】

○ 従事する診療科と取得可能な専門医資格の追加について

令和元年度福岡県医療対策協議会（令和2年2月10日開催）にて従事する診療領域と取得可能な専門医資格に内科を追加することが承認された。【16ページ参照】

5 寄附講座による医師派遣（平成 22 年度～）

令和 4 年度から新たに産業医科大学に寄附講座を設置。これにより、県内すべての医学部に寄附講座を設置し、各講座から医師を派遣。

令和 4 年度から令和 6 年度までの派遣について、3 大学（九州大学、福岡大学、久留米大学）については、令和 3 年度までの派遣先、派遣人数を継続。なお、産業医科大学については、福岡県医師確保計画で定めた本県唯一の医師少数区域である京築保健医療圏にある小波瀬病院（循環器内科）に 1 名を派遣。

○ 派遣状況（R 4～R 6）について

派遣先			派遣元	派遣人数
二次保健医療圏	医療機関	診療科		
八女・筑後	公立八女総合病院	小児科	久留米大学	2
	筑後市立病院	呼吸器内科		2
		消化器内科		1
		内分泌代謝内科		1
田川	田川市立病院	小児科	九州大学	3
		産婦人科	九州大学	3
		消化器内科	福岡大学	3
	救急科	1		
	社会保険田川病院	循環器内科	久留米大学	1
京築	新行橋病院	循環器内科	福岡大学	2
	小波瀬病院	循環器内科	産業医科大学	1
合計				20

6 女性医師の支援

(1) 女性医師キャリア形成支援事業（平成30年度～）

福岡県女性医師キャリア形成支援事業実行委員会（委員長：JCHO 久留米総合病院 田中院長）において、事業内容等を検討・協議し、事業を実施している。

○ 女性医師交流会の開催について（平成30年度～）

- ・ ロールモデルとなる女性医師によるキャリア形成や仕事と家庭の両立に関する講演、参加者同士の意見・情報交換を実施。
- ・ これまでの開催実績は以下のとおり。

平成30年度	: 10 病院（参加者：119 名）
令和元年度	: 4 病院（参加者：52 名）（※1）
令和2～4年度	: 0 病院（※2）

（※1）年度末に開催予定であった3病院については、新型コロナウイルス感染症の感染予防の観点から中止。

（※2）新型コロナウイルス感染症の状況を鑑み、開催を見送り。

○ 医師のためのキャリアプランガイドブックについて（平成30年度～）

ライフステージに応じたキャリアプランの提案、ロールモデルの紹介、仕事と生活の両立に活用できる支援制度等を掲載した「医師のためのキャリアプランガイドブック」を平成30年度に2,000部作成、令和元年度に3,670部増刷し、県内4大学の学生や臨床研修医、専攻医、女性医師交流会に参加した医師等に配布。

○ 未来の女性医師発掘事業について（令和元年度～）

女子高校生の医学部進学意欲を高め、将来の女性医師を増やすことを目的に、県内の高校が実施する、キャリア教育や進路指導等に関する講座等に対して、女性医師を講師として派遣。

- ・ これまでの開催実績は以下のとおり。

令和元年度	: 派遣実績なし
令和2年度	: 5 校（参加者：185 名）
令和3年度	: 5 校（参加者：330 名）
令和4年度	: 3 校（参加者：134 名）

(2) 女性医師就労環境改善事業 (平成 26 年度～)

短時間勤務等を導入している医療機関に対し、代替医師等にかかる経費について補助を実施。

- これまでの補助実績は以下のとおり。

年度	補助実績
平成 29 年度	2 施設 2 名
平成 30 年度	2 施設 5 名
令和元年度	5 施設 7 名
令和 2 年度	6 施設 7 名
令和 3 年度	5 施設 5 名
令和 4 年度	7 施設 12 名

7 医療従事者の勤務環境改善の取組み

(1) 医療勤務環境改善支援センター事業（平成26年度～）

医師・看護師等の医療スタッフの離職防止や医療安全の確保等を図るため、相談業務、アドバイザー・講師派遣、研修会の開催等を実施。

- ・ 福岡県医療勤務環境改善支援センター事業運営協議会（委員長：公益社団法人福岡県医師会 堤副会長）を開催し、事業内容・運営方法等を検討・協議し、事業を実施している。

- ・ 令和4年度実績は以下のとおり。

労務相談等：1,342件

アドバイザー・講師派遣：25回

労働時間等に関する説明会（県医師会・福岡労働局との共催）：4回

(2) 地域医療勤務環境改善支援事業（令和2年度～）

勤務医の働き方改革を推進するため、医師の勤務時間短縮に向けた総合的な取り組みに係る費用について補助を実施。

- ・ これまでの補助実績は以下のとおり。

令和2年度：8施設

令和3年度：8施設

令和4年度：6施設

【補助金の概要】

① 補助対象

地域医療において特別な役割（※1）があり、かつ過酷な勤務環境（※2）となっている医療機関

（※1）特別な役割とは、主に以下の内容を指す

- ・ 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1,000件以上2,000件未満であり、2次救急又は3次救急を提供する医療機関
- ・ 地域医療の確保に必要な医療機関であって、次のいずれかに当てはまる医療機関
- ・ 周産期医療、小児救急医療機関、精神科救急等、公共性と不確実性が強く働く医療を提供している場合
- ・ 脳卒中や心筋梗塞等の心血管疾患の急性期医療を担う医療機関であって一定の実績と役割がある場合など、5疾病5事業で重要な医療を提供している場合
- ・ その他在宅医療において特に積極的な役割を担う医療機関

（※2）過酷な勤務環境とは、主に以下の内容を指す

- ・ 月の時間外・休日労働が80時間を超える医師を雇用している（若しくは雇用を予定している）医療機関
- ・ 労働基準法第36条に規定される労働組合若しくは労働者の代表と結ぶ協定（以下「36協定」という。）において、全員又は一部の医師の年の時間外・休日労働時間の上限が960時間を超えていること（又は全員若しくは一部の医師の年の時間外・休日労働時間の上限が960時間を超えた36協定の締結に向けた見直しを予定若しくは検討していること。）

② 対象経費

当該医療機関が作成した「勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」に基づく取組に要する経費

③ 基準額

稼働病床数×133千円

④ 補助率

資産の形成に繋がると知事が認める事業は4分の3
その他の事業は10分の10。

臨床研修病院の募集定員の算定方法(令和6年度の場合) (「過去3年間」とは前々年度からの3年間とする。)		
募集定員の上限(国が決定)	(旧国内示分)	<p>基礎数 (R2～R4の上限に占める基礎数の割合の平均(83%)とする。小数点以下四捨五入)</p> <p>ア 過去の受入実績等による各臨床研修病院の基本定員の設定 当該病院の過去3年間の研修医の受入実績(中断者受入を含む)及びマッチ者数(自治医科大学大学生採用者を含む)のうち、の最大値(小児科・産科研修プログラムの募集定員の特例加算分の受入実績を除く)に医師派遣加算(※1)を加えたものを基本定員(A)とする。 (※1) 当該病院に勤務する医師を、当該病院以外の受入病院に勤務させる場合(常勤)、その数が20人以上の場合は1人を加える。20人から5人増えるごとにさらに1人を加え、80人以上増えた場合は一律13人を加える。</p> <p>イ 各都道府県の募集定員の基礎数(B)との調整 各研修病院のAの値の県合計(A')がBを超える場合には、B以内に収まるように、以下の計算式により算出した値(小数点以下四捨五入)とする。 $A \times B / A'$</p> <p>ウ 病院の希望定員(C)がイまで計算した値を下回る場合は、Cの値とする。</p>
		<p>小児科・産科加算</p> <p>エ 小児科・産科研修プログラムの募集定員の加算 ウまで計算した値が20人以上の場合は小児科及び産科研修プログラムを必ず設けること(各2人、計4人配分) ただし、イにより調整した値が16人以上となる病院で、特例加算を希望する場合にも4人分を加算する。</p>
		<p>新規指定病院配分</p> <p>オ 新たに基幹型臨床病院の指定を受ける場合は、募集定員を2人とする。</p>
		<p>県施策枠</p> <p>医師少数区域加算</p> <p>・医師少数区域(京築医療圏)に所在する医療機関への加算(該当する医療機関は以下の調整は対象外とする)。 ・加算する定員数については、医師確保計画や医療機関の希望者数、直近のプログラム希望者数等を勘案し決定する。 ・ただし、当該加算のあった病院の受入実績及びマッチ者数については、次の計算式により算出する。(小数点以下四捨五入) $((\text{県施策枠を含む募集定員枠} - \text{県施策枠}) / \text{県施策枠を含む募集定員枠}) \times (\text{募集定員枠 or マッチ者数})$</p>
		<p>実績調整</p> <p>・過去3年間の受入実績(中断者受入を含む)及びマッチ者数(自治医科大学大学生採用者を含む)の平均に達するように配分する。(平均値はいずれも小数点以下切り捨て。平均はマッチング不参加の年は含まない)。 ・配分の結果、値が0の場合、1配分する。 ・研修体制に不適切な事例(アルバイト診療等)があった場合、募集定員の減員を行う(該当する医療機関は以下の調整は対象外とする)。</p>
調整枠(旧県調整枠)	<p>研修環境・指導体制評価加算</p> <p>・実績調整で未配分が生じた場合、研修環境・指導体制評価加算として、過去3年間のマッチングによる応募倍率(希望者数/募集定員)の上位の病院へそれぞれ1名加算する。同位の病院が生じた場合、1年間遡って過去4年間のマッチングによる応募倍率の上位の病院へ配分する。 ・ただし、希望定員に達している病院には配分しない。</p>	
	<p>1)</p> <p>・定員の増減は±2名以内とする。</p>	
	<p>2)</p> <p>ア) 過剰分が生じた場合、研修環境・指導体制評価加算の次位の病院に1名ずつ追加配分する。</p> <p>イ) 不足が生じた場合、研修環境・指導体制評価加算で配分した分を下位から1名ずつ減じ、その分を不足分として充てる。</p>	

- 県の算定方法で配分した結果、やむを得ず1病院あたりの募集定員数が1名となる場合、当該病院の募集定員数を原則2名に増加するための加算分は、福岡県医療対策協議会の了承を得たものについては、上限の枠外で国が加算する。
- 募集定員に係る基幹型臨床研修病院の取り消し対象
医師少数区域でない市町村に所在し、前々年度から過去3年間の受入実績(中断者受入を含む)及びマッチ者数が全て0人で、翌年のマッチ者数も0人である病院
- 病院間で募集定員を調整したい場合
県から各病院へ募集定員の通知をした後に、病院間で募集定員を調整したい場合は、両者の合意書を確認の上、可とする。

令和6年度の算定方法による募集定員の配分案

福岡県医療対策協議会 承認済(R5.2.17)
九州厚生局健康福祉部医事課 確認済(R5.4.27)

病院名	令和6年度 募集定員	令和6年度 基礎研究医プログラム 募集定員
1 国立病院機構 九州医療センター	23	
● 国立病院機構 九州医療センター(小・産)	4	
2 福岡赤十字病院	13	
3 国家公務員共済組合連合会 浜の町病院	13	
4 千鳥橋病院	4	
5 福岡大学病院	37	
● 福岡大学病院(小・産)	4	
6 九州大学病院	55	
● 九州大学病院(小・産)	4	
7 福岡県済生会 福岡総合病院	11	
8 福岡徳洲会病院	12	
9 福岡大学筑紫病院	5	
10 聖マリア病院	18	
11 久留米大学病院	36	1
● 久留米大学病院(小・産)	4	
12 公立八女総合病院	3	
13 地方独立行政法人大牟田市立病院	2	
14 株式会社 麻生飯塚病院	18	
15 独立行政法人国立病院機構 小倉医療センター	4	
16 労働者健康安全機構 九州労災病院	5	
17 北九州市立八幡病院	2	
18 北九州市立医療センター	3	
19 独立行政法人地域医療機能推進機構九州病院	9	
20 社会医療法人 製鉄記念八幡病院	6	
21 健和会大手町病院	6	
22 北九州総合病院	9	
23 産業医科大学病院	13	
24 社会医療法人大成会 福岡記念病院	7	
25 社会医療法人親仁会 米の山病院	2	
26 社会医療法人財団池友会 福岡和白病院	6	
27 社会医療法人社団水光会 宗像水光会総合病院	3	
28 医療法人社団高邦会 高木病院	7	
29 社会医療法人財団池友会 新小文字病院	3	
30 社会医療法人財団池友会 新行橋病院	7	
31 公立学校共済組合 九州中央病院	12	
32 社会医療法人天神会 新古賀病院	5	
33 田川市立病院	2	
34 社会保険田川病院	2	
35 社会医療法人財団白十字会 白十字病院	4	
36 地方独立行政法人福岡市立病院機構 福岡市民病院	6	
37 独立行政法人国立病院機構 福岡東医療センター	4	
38 福岡県済生会二日市病院	2	
39 久留米大学医療センター	2	
40 地方独立行政法人筑後市立病院	2	
41 医療法人社団池友会 福岡新水巻病院	4	
42 小倉記念病院	5	
43 医療法人共愛会 戸畑共立病院	2	
44 医療法人青洲会 福岡青洲会病院	4	
計	414	1

- …募集定員20名以上の病院に義務づけられる小児科・産科プログラム
- …医師少数区域に所在する臨床研修病院

福岡県におけるキャリア形成プログラムについて

1 定義

地域医療に従事する医師のキャリア形成上の不安解消、医師確保が困難な診療科等の解消及びへき地等における医師の確保を目的として、県が主体となり策定する就業に係るプログラム。

2 地域枠卒業医師に係るキャリア形成プログラム

(1) 対象者

診療科偏在の改善を目的とする福岡県地域医療医師奨学金制度を活用し、久留米大学医学部福岡県特別枠を卒業した地域枠卒業医師（以下、「地域枠卒業医師」と言う。）

(2) プログラム全体の就業年数

9年間

(3) 配置方針

I 基本的な考え方

奨学金制度の趣旨に従い地域医療に従事すると同時に、県が指定する診療領域の専門医資格の取得等のキャリア形成が可能な就業とする。

II 就業期間

プログラム全体の就業年数9年間のうち、初期臨床研修2年間を除く7年間、県が指定する診療領域に従事する。

III 従事する診療領域

- ・ 外科、小児科、産婦人科、救急科、麻酔科及び総合診療
福岡県地域医療医師奨学金貸与条例施行規則に規定

IV 就業先

- ・ 卒後2年間は、初期臨床研修のため、県内の大学病院または臨床研修指定病院とする。
- ・ 卒後3年目以降は、基本的な診療能力を習得し、各診療領域における適切な教育を受け、十分な知識・経験を持ち、標準的な医療を提供できる医師として地域医療に貢献できるよう、一定の症例経験等が期待でき、指導医等上級医による適切な指導を受けることが可能な専門研修施設*とする。
- ・ 卒後6年目以降は、より専門的な知識・技術の習得のため、サブスペシャリティ領域における専門研修施設での就業を可能とする。

<概略図>

修学	就業期間								
	初期臨床研修		指定する診療領域における従事						
6年間	1	2	3	4	5	6	7	8	9
久留米大学	大学病院または臨床研修指定病院		専門研修施設（基本診療領域）			専門研修施設（サブスペシャリティ領域）			

※一般社団法人日本専門医機構が認定する専門医資格の取得が可能な専門研修プログラムに参加する医療機関

V 取得可能な専門医資格

一般社団法人日本専門医機構が認定する次の専門医資格

- ・ 外科、小児科、産婦人科、救急科、麻酔科及び総合診療

3 自治医科大学卒業医師に係るキャリア形成プログラム

(1) 対象者

へき地等の地域医療の確保及び向上に貢献する医師を養成することを目的として、全都道府県の出資により設立され、授業料等の全額を修学資金として大学から貸与される自治医科大学医学部を卒業した医師（以下、「自治医科大学卒業医師」と言う。）

※令和元年度以降に本県から入学する自治医科大学医学部卒業医師を対象とするが、現在在学中の学生及び卒後3年目までの医師についても個別に協議の上、参加を促す。

(2) プログラム全体の就業年数

通常9年間 ※留年等の期間がある場合は延長

(3) 配置方針

I 基本的な考え方

修学資金返還の債務を免除する要件を満たすよう（義務を適正に履行できるよう）、へき地等の公立医療機関で勤務しながら、義務年限期間内での内科または総合診療専門医資格の取得が可能な就業とする。

II 就業期間

プログラム全体の就業年数9年間のうち、研修期間4年間を除く5年間、へき地等の公立医療機関で従事する。

III 従事する診療領域

- ・ 内科・総合診療

へき地等の地域社会の医療の確保及び向上のために高度な医療能力を有する総合医を養成するとした自治医科大学建学の趣旨に則り、内科・総合診療に従事する。

IV 就業先

- ・ 卒後2年間は、初期臨床研修のため、県内の大学病院または臨床研修指定病院とする。

- ・ 卒後 3 年目は、地域医療についての知識・技術を習得することが可能であり、かつ総合診療専門研修プログラムの基幹施設である医療機関とする。
- ・ 卒後 4 年目以降は、へき地等勤務期間として、県が指定するへき地等にある公立医療機関とする。なお、へき地等勤務期間のうち 1 年間（概ね義務年限 6 年目または 7 年目）を後期研修と位置づけ、研修を目的としたへき地等以外での勤務を認める。（ただし県内医療機関及び自治医科大学附属病院に限る。）

<概略図>

修学	就業期間								
	初期臨床研修		・ 臨床研修 後期 ・ 専門研修	へき地等勤務での診療を通じて、専門医の取得に必要な症例を経験					
6 年間	1	2	3	4	5	6	7	8	9
自治医科大学	大学病院または 臨床研修指定病院		県が指定する 医療機関	へき地等にある公立医療機関 (※後期研修期間を除く)					

V 取得可能な専門医資格

一般社団法人日本専門医機構が認定する次の専門医資格

- ・ 内科、総合診療

VI 義務年限中に他県で勤務する期間がある（結婚協定）医師について

- ・ 取得できる資格や経験できる症例等について、医師本人の希望を踏まえ、両県で協議の上、本県がキャリア形成プログラムを策定する。
- ・ 他県出身の医師のキャリア形成プログラムについては、本県では策定しない。

久留米大学福岡県特別枠卒業医師にかかるキャリア形成プログラム

(令和5年5月現在)

A

修学	就業期間								
	初期臨床研修		指定する診療領域における従事						
6年間	1	2	3	4	5	6	7	8	9
久留米大学	九州医療センター		久留米大学	公立八女総合	聖マリア病院	聖マリア病院	九州医療センター		久留米大学病院関連施設（サブスペシアルティ領域（未定））
			(産婦人科プログラム)						
			久留米大学病院産婦人科医局						

B

修学	就業期間								
	初期臨床研修		指定する診療領域における従事						
6年間	1	2	3	4	5	6	7	8	9
久留米大学	久留米大学病院		久留米大学	済生会福岡総合病院	聖マリア病院		指定期間外勤務	社会保険田川病院	久留米大学病院関連施設（サブスペシアルティ領域（未定））
			(整形外科プログラム)						
			久留米大学病院整形外科医局						

C

修学	就業期間								
	初期臨床研修		指定する診療領域における従事						
6年間	1	2	3	4	5	6	7	8	9
久留米大学	福岡大学病院		福岡大学病院		福大筑紫病院	福大筑紫病院			福岡大学病院関連施設（サブスペシアルティ領域（未定））
			(小児科プログラム)						
			福岡大学病院小児科医局						

D

修学	就業期間								
	初期臨床研修		指定する診療領域における従事						
6年間	1	2	3	4	5	6	7	8	9
久留米大学	福岡徳洲会病院		久留米大学	大牟田市立病院	久留米大学	聖マリア病院	久留米大学病院関連施設 (サブスペシャリティ領域 (未定))		
			(産婦人科プログラム)						
			久留米大学産婦人科医局						

E

修学	就業期間								
	初期臨床研修		指定する診療領域における従事						
6年間	1	2	3	4	5	6	7	8	9
久留米大学	新古賀病院		久留米大学	久留米総合	久留米大学	久留米大学病院関連施設 (サブスペシャリティ領域 (未定))			
			(外科プログラム)						
			久留米大学外科医局						

F

修学	就業期間								
	初期臨床研修		指定する診療領域における従事						
6年間	1	2	3	4	5	6	7	8	9
久留米大学	九州大学病院		九州大学病院	九州医療センター	未定	専門研修施設 (未定) (サブスペシャリティ領域 (未定))			
			(総合診療プログラム)						
			九州大学						

G

修学	就業期間								
	初期臨床研修		指定する診療領域における従事						
6年間	1	2	3	4	5	6	7	8	9
久留米大学	久留米大学病院		久留米大学病院	未定	専門研修施設 (未定) (サブスペシャリティ領域 (未定))				
			(救急科プログラム)						
			久留米大学病院救急科医局						

H

修学	就業期間								
	初期臨床研修		指定する診療領域における従事						
6年間	1	2	3	4	5	6	7	8	9
久留米大学	福岡徳洲会病院		福岡大学病院	徳洲会病院	未定	専門研修施設 (未定) (サブスペシャリティ領域 (未定))			
			(整形外科プログラム)						
			福岡大学病院整形外科医局						

I

修学	就業期間								
	初期臨床研修		指定する診療領域における従事						
6年間	1	2	3	4	5	6	7	8	9
久留米大学	聖マリア病院		筑後市立病院	未定		専門研修施設（未定） （サブスペシャリティ領域（未定））			
			（総合診療プログラム）						
			筑後市立病院総合診療医局						

J

修学	就業期間								
	初期臨床研修		指定する診療領域における従事						
6年間	1	2	3	4	5	6	7	8	9
久留米大学	公立八女総合病院	久留米大学病院	福岡大学病院	未定		専門研修施設（未定） （サブスペシャリティ領域（未定））			
			（麻酔科プログラム）						
			福岡大学病院麻酔科医局						

K

修学	就業期間								
	初期臨床研修		指定する診療領域における従事						
6年間	1	2	3	4	5	6	7	8	9
久留米大学	新古賀病院		久留米大学病院	未定		専門研修施設（未定） （サブスペシャリティ領域（未定））			
			（整形外科プログラム）						
			久留米大学病院整形外科医局						

L

修学	就業期間								
	初期臨床研修		指定する診療領域における従事						
6年間	1	2	3	4	5	6	7	8	9
久留米大学	九州中央病院		専門研修施設（未定） （外科希望）			専門研修施設（未定） （サブスペシャリティ領域（未定））			

M

修学	就業期間								
	初期臨床研修		指定する診療領域における従事						
6年間	1	2	3	4	5	6	7	8	9
久留米大学	福岡記念病院		専門研修施設（未定） （外科希望）			専門研修施設（未定） （サブスペシャリティ領域（未定））			

N

修学	就業期間								
	初期臨床研修		指定する診療領域における従事						
6年間	1	2	3	4	5	6	7	8	9
久留米大学	久留米大学病院		専門研修施設（未定）			専門研修施設（未定） （サブスペシャリティ領域（未定））			

O

修学	就業期間								
	初期臨床研修		指定する診療領域における従事						
6年間	1	2	3	4	5	6	7	8	9
久留米大学	宗像水光会病院		専門研修施設（未定）			専門研修施設（未定） （サブスペシャリティ領域（未定））			

P

修学	就業期間								
	初期臨床研修		指定する診療領域における従事						
6年間	1	2	3	4	5	6	7	8	9
久留米大学	九州医療センター		専門研修施設（未定）			専門研修施設（未定） （サブスペシャリティ領域（未定））			

Q

修学	就業期間								
	初期臨床研修		指定する診療領域における従事						
6年間	1	2	3	4	5	6	7	8	9
久留米大学	聖マリア病院		専門研修施設（未定）			専門研修施設（未定） （サブスペシャリティ領域（未定））			

R

修学	就業期間								
	初期臨床研修		指定する診療領域における従事						
6年間	1	2	3	4	5	6	7	8	9
久留米大学	公立八女総合病院		専門研修施設（未定）			専門研修施設（未定） （サブスペシャリティ領域（未定））			

S

修学	就業期間								
	初期臨床研修		指定する診療領域における従事						
6年間	1	2	3	4	5	6	7	8	9
久留米大学	九州医療センター		専門研修施設（未定）			専門研修施設（未定） （サブスペシャリティ領域（未定））			

自治医科大学卒業医師にかかるキャリア形成プログラム

(令和5年5月現在)

A

修学	就業期間								
	初期臨床研修		・臨床研修後期 ・専門研修	へき地等勤務での診療を通じて、総合診療専門医の取得に必要な症例を経験					
6年間	1	2	3	4	5	6	7	8	9
自治医科大学	飯塚病院		飯塚市立病院	大島診療所			飯塚市立病院	小竹町立病院	へき地等にある公立医療機関（※後期研修期間を除く）
			(総合診療プログラム)						

B

修学	就業期間								
	初期臨床研修		・臨床研修後期 ・専門研修	へき地等勤務での診療を通じて、総合診療専門医の取得に必要な症例を経験					
6年間	1	2	3	4	5	6	7	8	9
自治医科大学	飯塚病院		飯塚市立病院	矢部診療所			飯塚市立病院	へき地等にある公立医療機関（※後期研修期間を除く）	
			(総合診療プログラム)						

C

修学	就業期間									
	初期臨床研修		・臨床研修後期 ・専門研修	へき地等勤務での診療を通じて、内科専門医の取得に必要な症例を経験						
6年間	1	2	3	4	5		6	7	8	9
自治医科大学	九州医療センター		飯塚市立病院	相島診療所		休職（義務期間の控除）	相島診療所	へき地等にある公立医療機関（※後期研修期間を除く）		
			(内科診療プログラム)							

D

修学	就業期間								
	初期臨床研修		・臨床研修後期 ・専門研修	へき地等勤務での診療を通じて、内科専門医の取得に必要な症例を経験					
6年間	1	2	3	4	5	6	7	8	9
自治医科大学	飯塚病院		飯塚市立病院	方城診療所 糸田町立緑ヶ丘病院	糸田町立 緑ヶ丘病院	茨城県			
	(内科診療プログラム)								

E

修学	就業期間								
	初期臨床研修		・臨床研修後期 ・専門研修	へき地等勤務での診療を通じて、内科専門医の取得に必要な症例を経験					
6年間	1	2	3	4	5	6	7	8	9
自治医科大学	聖マリア病院		飯塚市立病院	川崎町立病院		茨城県			
	(内科診療プログラム)								

F

修学	就業期間								
	初期臨床研修		・臨床研修後期 ・専門研修	へき地等勤務での診療を通じて、内科専門医の取得に必要な症例を経験					
6年間	1	2	3	4	5	6	7	8	9
自治医科大学	青森県		飯塚市立病院	川崎町立病院	東峰村	へき地等にある公立医療機関（※後期研修期間を除く）			
	(内科診療プログラム)								

G

修学	就業期間								
	初期臨床研修		・臨床研修後期 ・専門研修	へき地等勤務での診療を通じて、内科専門医の取得に必要な症例を経験					
6年間	1	2	3	4	5	6	7	8	9
自治医科大学	福岡赤十字病院		飯塚市立病院	へき地等にある公立医療機関（※後期研修期間を除く）					
	(内科診療プログラム)								

医師の働き方改革に関する本県の現状について

1. 特定労務管理対象機関（B水準等対象機関）の指定について

(1) 医療機関勤務環境評価センターへの申請状況について

医療圏	申請予定 (R5. 5. 22 時点)	申請済 (R5. 5. 22 時点)	R5. 6 末までの申請予定	未定
福岡・糸島	7 (9)	4 (5)	3 (4)	
粕屋	0			
宗像	0			
筑紫	2 (3)	1 (1)	1 (2)	
朝倉	0			
久留米	4 (5)	3 (4)		1 (1)
八女・筑後	0			
有明	2 (3)		2 (3)	
飯塚	1 (3)	1 (3)		
直方・鞍手	0			
田川	1 (1)	1 (1)		
北九州	12 (21)	4 (7)	8 (14)	
京築	1 (1)		1 (1)	
計	30 (46)	14 (21)	15 (24)	1 (1)

※表中の数値のかっこ書き表記は、特例水準申請数。

(2) 特定労務管理対象機関に申請予定の医療機関に対する支援について

- 令和5年6月末までに特定労務管理対象機関の指定を予定している15医療機関に対し、医療機関勤務環境評価センターへの申請を完了させなければ、令和6年4月からの指定に支障が出る可能性が高いため、早期の申請を行えるように電話による相談及び個別訪問による積極的な支援を行っていく。

2. 宿日直許可申請における現状について

(1) 宿日直許可の取得状況について (R5. 5. 25 時点)

① 県内全病院

医療圏	取得済み	申請中	準備中	必要だが未着手	必要か分からない	意向なし	取得困難	回答なし等	計
福岡・糸島	57	4	36	14		5	2	6	124
粕屋	12		5	7		1		1	26
宗像	6	2	6						14
筑紫	11	2	9	4				1	27
朝倉	5	1	1	1					8
久留米	30	1	11	3		1		1	47
八女・筑後	5	1	7	1					14
有明	13	2	10	2		2		2	31
飯塚	6	3	9			1		1	20
直方・鞍手	3	1	6			2			12
田川	4	1	8	1		2			16
北九州	33	5	37	11	3	5	3	3	100
京築	7		2	3		2			14
計	192	23	147	47	3	21	5	15	453

② 救急病院 (2次・3次)

医療圏	取得済み	申請中	準備中	必要だが未着手	必要か分からない	意向なし	取得困難	回答なし等	計
福岡・糸島	30	3	12	1			2	4	52
粕屋	9		4	3				1	17
宗像	2		1						3
筑紫	2	2	5					1	10
朝倉	1	1	1						3
久留米	16		4			1		1	22
八女・筑後	4		6						10
有明	8	2	6			1			17
飯塚	2	2	6						10
直方・鞍手	1	1	3			1			6
田川	1	1	5						7
北九州	8	2	10	2		1	3	1	27
京築	1		1						2
計	85	14	64	6	0	4	5	8	186

③他院から非常勤派遣されている医師が宿日直対応している全病院

医療圏	取得済み	申請中	準備中	必要だが未着手	必要か分からない	意向なし	取得困難	回答なし等	計
福岡・糸島	48	4	32	7		3		1	95
粕屋	11		5	5					21
宗像	5	2	6						13
筑紫	9	2	6	4					21
朝倉	5	1	1						7
久留米	25	1	11	2					39
八女・筑後	5	1	7	1					14
有明	10	2	8	2		2			24
飯塚	5	3	9			1			18
直方・鞍手	3	1	6			1			11
田川	3	1	8	1		2			15
北九州	27	5	31	7	3	2	1		76
京築	7		1	1					9
計	163	23	131	30	3	11	1	1	363

④他院から非常勤派遣されている医師が宿日直対応している救急病院

医療圏	取得済み	申請中	準備中	必要だが未着手	必要か分からない	意向なし	取得困難	回答なし等	計
福岡・糸島	27	3	10	1				1	42
粕屋	8		4	3					15
宗像	1		1						2
筑紫	1	2	3						6
朝倉	1	1	1						3
久留米	12		4						16
八女・筑後	4		6						10
有明	7	2	5			1			15
飯塚	2	2	6						10
直方・鞍手	1	1	3						5
田川	1	1	5						7
北九州	5	2	5	1			1		14
京築	1								1
計	71	14	53	5	0	1	1	1	146

(2) 宿日直許可の取得に向けた医療機関に対する支援について

- 特に宿日直許可の取得が必要であるが未着手である、また宿日直許可の取得が必要か分からないとしている医療機関に対し、引き続き宿日直許可の取得に関しての説明を行い、取得が必要となる場合は、取得に向けた支援を行っていく。
- また、宿日直許可を取得するため準備を行っている医療機関に対しても、電話による相談や個別訪問による積極的な支援を引き続き行っていく。

資料4

【資料4-1】

医師確保計画の見直しについて

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

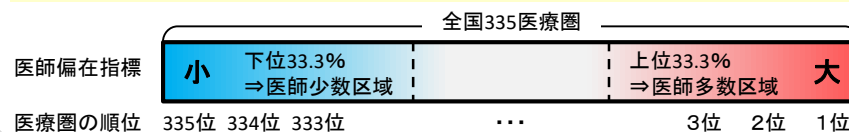
三次医療圏・二次医療圏ごとに、**医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成等を踏まえた**医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

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。

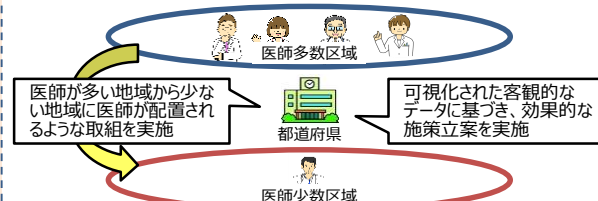
- （例）
- ・ 大学医学部の地域枠を15人増員する
 - ・ 地域医療対策協議会で、医師多数区域のA医療圏から医師少数区域のB医療圏へ10人の医師を派遣する調整を行う

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



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ついて

背景

- ・ 診療科別の医師偏在については、まずは診療科と疾病・診療行為との対応を明らかにする必要があり、検討の時間を要する。
- ・ 一方、産科・小児科における医師偏在対策の検討は、政策医療の観点からも必要性が高く、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすい。

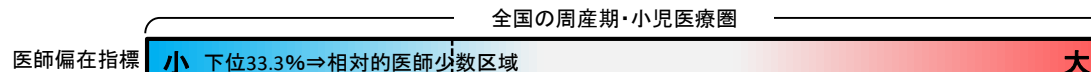
産科医師・小児科医師の偏在の状況把握

産科・小児科における医師偏在指標の算出

三次医療圏・周産期・小児医療圏ごとに、**産科・小児科における医師の偏在の状況を客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや、医師の性年齢構成等を踏まえた**産科・小児科における医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

相対的医師少数区域の設定

全国の周産期・小児医療圏の産科・小児科における医師偏在指標の値を一律に比較し、下位の一定の割合を相対的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。
※労働環境に鑑みて、産科・小児科医師は相対的に少なくない地域等においても不足している可能性があることから、相対的医師多数区域は設定しない。



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』の策定

医師の確保の方針

(三次医療圏、周産期・小児医療圏ごとに策定)

医師偏在指標の大小を踏まえ、医療圏の見直し等も含め地域ごとの医師確保の方針を策定。

偏在対策基準医師数

(三次医療圏、周産期・小児医療圏ごとに策定)

計画終了時点の医師偏在指標が、計画開始時点の「相対的医師少数三次医療圏」、「相対的医師少数区域」の基準値(下位33.3%)に達することとなる医師数を「偏在対策基準医師数」と設定。

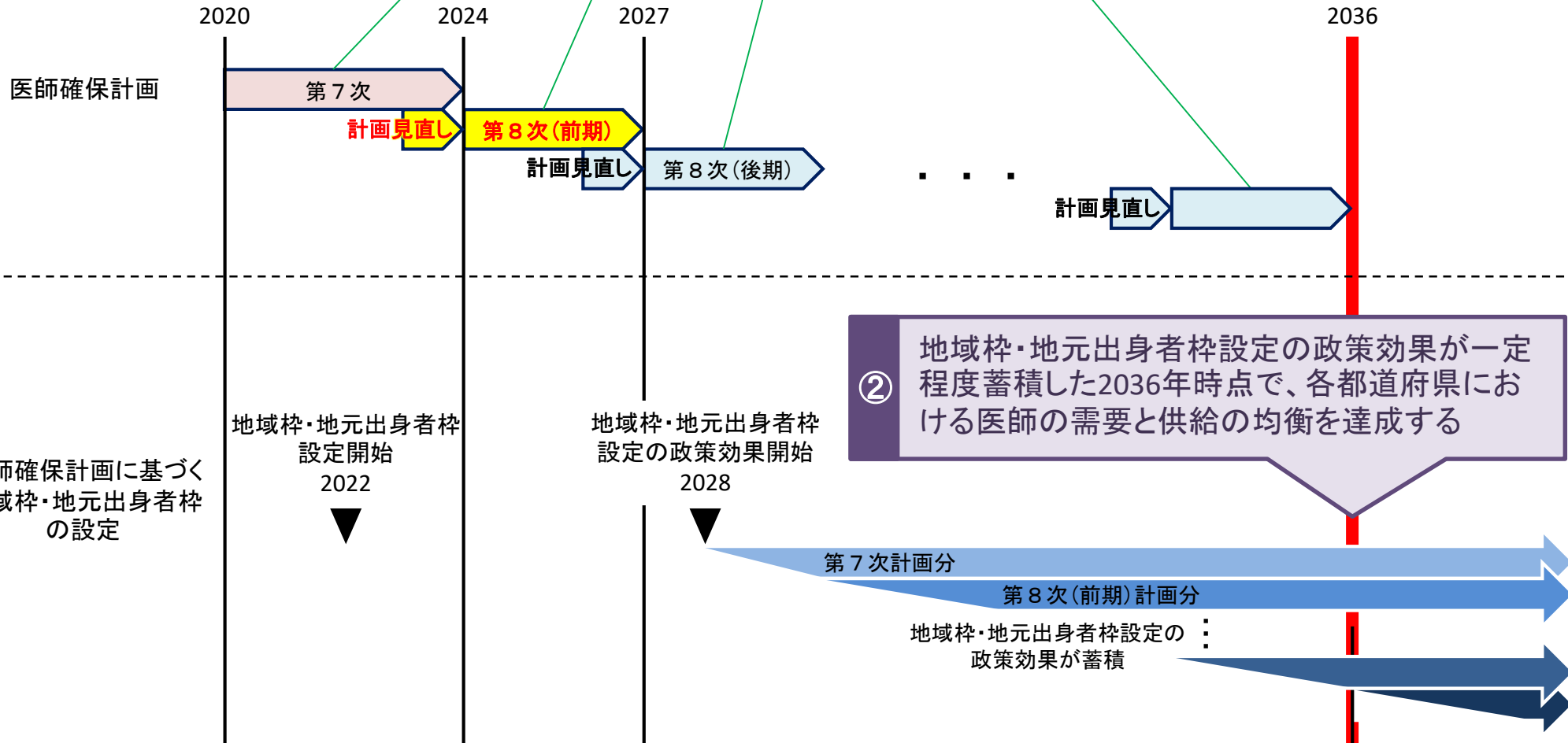
偏在対策基準医師数を踏まえた施策

医師の確保の方針を踏まえ、偏在対策基準医師数を達成するための具体的な施策を策定。周産期医療または小児医療に係る協議会の意見を踏まえ、地域医療対策協議会で協議。

医師確保計画を通じた医師偏在の解消

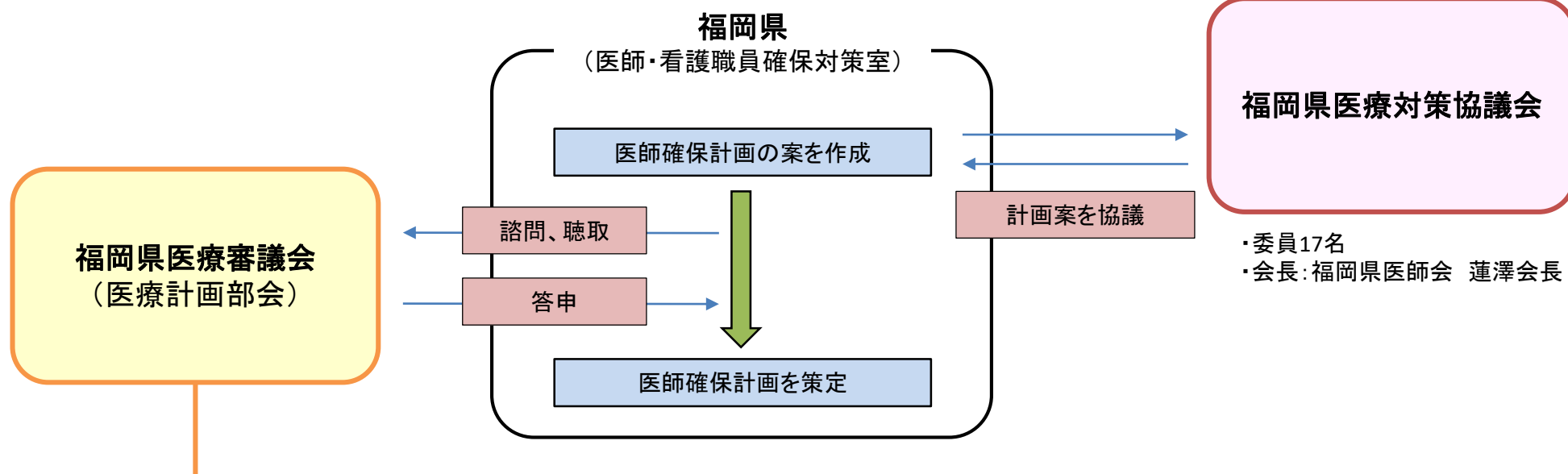
①

三次医療圏間、二次医療圏間の医師偏在の喫緊の課題について、医師確保計画の各計画期間ごとに効果検証・課題把握と対応策の立案を行い、早期に効果を発揮する医師偏在対策(短期的な対策)により偏在を是正



医師確保計画の策定を行う体制について

- ① 医師確保計画に基づく具体的な医師偏在対策については、地域医療対策協議会において実施に必要な協議を行い、協議が調った事項に基づき対策を講じることとされている。
- ① このため、医師確保計画の策定段階から地域医療対策協議会と計画案の共有、意見の反映が必要とされている。
(医療法第30条の23)



- ② 医師確保計画は医療計画の一部であることから、医療審議会への諮問・答申を経て県が策定する。
(医療法第30条の4第17項)

医師確保計画 策定スケジュール（令和5年度）

【資料4-1（別添①）】

		医療審議会及び医療計画部会		医療対策協議会	県 (医師・看護職員 確保対策室)	意見照会等	
		医療審議会	計画部会				
4月	上旬						
	中旬						
	下旬						
5月	上旬	第1回(5/24) 諮問		第1回(5/26) 協議 ・医師確保計画の見直しについて ・医師偏在指標と医師少数区域等の 設定について ・医師確保の方針と施策について	検討事項の整理 ・医師少数区域 等の設定 ・医師確保の方針 と施策 等		
	中旬						
	下旬		第1回(6/7) 調査審議				
6月	上旬						
	中旬						
	下旬						
7月	上旬					産科・小児科に係る計画内容 の説明 ◆周産期医療協議会 ◆小児救急医療専門委員会	
	中旬						
	下旬		第2回				
8月	上旬			第2回(8月中旬) 協議 ・医師確保計画の構成(案)について ・検討事項について	素案の 作成	少数区域・少数スポットの設定に 係る聞き取り調査 等 ◆京築医療圏医師会、中核病院 ◆へき地診療所を有する市町村	
	中旬						
	下旬		第3回 調査審議				
9月	上旬			第3回(9月上旬) 協議 ・医師確保計画の素案について	素案の 作成	少数区域・少数スポットの設定に 係る説明 等 ◆へき地医療支援会議	
	中旬						
	下旬		第4回 調査審議				
10月	上旬						
	中旬						
	下旬						
11月	上旬			第4回(11月中旬) 協議 ・医師確保計画の素案について	素案の 作成	素案に対する意見照会 ◆3師会・市町村・保険者協議会 ◆パブリックコメント ◆周産期医療協議会 ◆小児救急医療専門委員会	
	中旬						
	下旬	第2回 素案の了承	第5回 調査審議				
12月	上旬						
	中旬						
	下旬						
1月	上旬						
	中旬						
	下旬		第6回 調査審議				
2月	上旬	第3回 答申		第5回(2月上旬) ・最終報告	素案の 作成		
	中旬						
	下旬						
3月	上旬				・計画決裁起案 ・常任委員会報告 ・計画公表		
	中旬						
	下旬						

医師確保計画策定ガイドラインの主な変更点について

第7次医師確保計画（R2～R5年度）	第8次（前期）医師確保計画（R6～R8年度）	第7次からの主な変更点 （厚労省ガイドライン）
第1章 医師確保計画に関する基本事項	第1章 医師確保計画に関する基本事項	
第1節 医師確保計画策定の背景・趣旨	第1節 医師確保計画策定の背景・趣旨	
第2節 医師確保計画の策定体制	第2節 医師確保計画の策定体制	
第3節 医師確保計画の期間	第3節 医師確保計画の期間	
第2章 医師偏在指標と医師少数区域等の設定	第2章 医師偏在指標と医師少数区域等の設定	
第1節 医師偏在指標	第1節 医師偏在指標	
1 医師偏在指標の考え方	1 医師偏在指標の考え方	
2 医師偏在指標の作成手続き	2 医師偏在指標の作成手続き	・医師偏在指標の算定方法について、見直しあり
3 医師偏在指標の設計	3 医師偏在指標の設計	
4 医師偏在指標の値	4 医師偏在指標の値	
第2節 医師少数区域等の設定	第2節 医師少数区域等の設定	
1 医師少数区域	1 医師少数区域	・医師少数スポットについて、「原則として市区町村単位での設定」とされた（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）
2 医師少数スポット	2 医師少数スポット	
3 相対的医師少数区域	3 相対的医師少数区域	
第3章 福岡県の医師確保について	第3章 福岡県の医師確保について	
第1節 福岡県	第1節 福岡県	
1 医師全体	1 医師全体	・「都道府県及び二次医療圏ごとの確保すべき医師の数の目標（目標医師数）」について、計画に記載が必要とされた
2 産科	2 産科	
3 小児科	3 小児科	
第2節 二次保健医療圏（周産期医療圏、小児医療圏）	第2節 二次保健医療圏（周産期医療圏、小児医療圏）	
1 医師全体	1 医師全体	・「子育て医師等支援」について、計画に記載が必要とされた
2 産科	2 産科	
3 小児科	3 小児科	
第3節 医師少数スポット	第3節 医師少数スポット	
1 現状と課題	1 現状と課題	
2 医師確保の方針と施策	2 医師確保の方針と施策	
第4章 医師確保計画の効果の測定・評価について	第4章 医師確保計画の効果の測定・評価について	
第4章 医師確保計画の効果の測定・評価について	第4章 医師確保計画の効果の測定・評価について	・「第7次医師確保計画に係る評価結果」について、計画に記載が必要とされた

医師確保計画の内容について

【1】医師偏在指標と医師少数区域等の設定について

1 医師偏在指標について

(1) 医師偏在指標の考え方

- 過去においては、地域ごとの医師数の比較には人口 10 万人対医師数が一般的に用いられてきたが、これは地域ごとの医療ニーズや人口構成等を反映しておらず、医師数の多寡を統一的・客観的に把握するための「ものさし」としての役割を十分に果たしていないという問題点があった。
- 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）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。）が算定されることとなり、第 7 次医師確保計画（R 2～R 5）において、次の「5 要素」を考慮した「医師偏在指標」を設定。

- ・ 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）
- また、産科・小児科については、政策医療の観点、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいこと等から、「分娩取扱医師偏在指標」及び「小児科医師偏在指標」を設定。
- 第 8 次医師確保計画（R 6～R 9）においても、第 7 次医師確保計画と同様に、医師偏在指標を設定することとされている。

(2) 第 8 次医師確保計画における医師偏在指標の作成手続き

R 4	・ 厚生労働省が医師偏在指標（暫定値）を算出（R 5 年 4 月公表）
R 5	・ 都道府県が第 8 次医療計画策定に当たり二次医療圏、周産期医療圏及び小児医療圏の見直しを検討
9 月まで	・ 都道府県において、二次医療圏等の見直しを行う場合、見直し後の二次医療圏等間における患者の流出入を厚生労働省に報告（二次医療圏等の見直しを行わない場合は、暫定値を確定値とする）
報告後 順次	・ 都道府県の報告を踏まえ、厚生労働省において、当該見直しが行われる二次医療圏の医師偏在指標（確定値）を算定

(3) 医師偏在指標の設計

○ 第8次医師確保計画における医師偏在指標等の設計に係る第7次医師確保計画からの主な見直し内容は次のとおり

① 複数の医療機関に勤務する医師の取扱い

- 医師偏在指標の算定式における「性年齢階級別医師数」の算出に当たっては、複数の医療機関に勤務する医師の取扱いについて、医師偏在指標の精緻化を図る観点から見直し。
- 具体的には、三師統計で「従たる従事先」に主たる従事先とは異なる医療圏に所在する医療機関を記載している医師について、その状況を踏まえ、主たる従事先で0.8人、従たる従事先で0.2人として算出。

② 医師偏在指標の算定で用いる受療率の時点

- R2の患者調査は新型コロナウイルス感染症の影響を受けていると考えられる。今後の受療率の見通しの予想は困難であり、現時点においては、少なくとも新型コロナウイルス感染症の影響を受けていないH29年の患者調査を用いて医師偏在指標を算出。

③ 産科・小児科における医師偏在指標について

- 産科の医師偏在指標は、実際に分娩を取り扱う産科医師とすることが望ましいため、算出に用いる医師数は、現行の「産科・産婦人科医師数」を「分娩取扱医師数」と変更し、三師統計において「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を用いる。また、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」と変更。
- 分娩取扱医師偏在指標及び小児科医師偏在指標も医師偏在指標と同様に、三師統計で異なる医療圏の従たる従事先を記載している医師については、主たる従事先で0.8人、従たる従事先で0.2人として算出。

- 医師偏在指標等の設計に用いられた主なデータの出典及び時点は次のとおり。

主なデータ	出典	時点	
		第7次	第8次
医療施設従事医師数	医師・歯科医師・薬剤師統計（調査）	2016.12.31 現在	2020.12.31 現在
労働時間比	医師の勤務実態調査（医師の勤務環境把握に関する調査）	2016.12	2022.7
人口	住民基本台帳人口	2017.1.1 現在	2021.1.1 現在
患者数	患者調査	2017.9	2017.9
患者流出入数	都道府県への調査	2019	2022

（4）医師偏在指標の値

- 第8次医師確保計画における医師偏在指標等（暫定値）は【表①～③】（4～6ページ）のとおり。

（※）全国の医師偏在指標等については、【参考（全国の医師偏在指標等）】（7ページ～）参照

【表①】医師偏在指標(医師全体)

	今回値(第8次医師確保計画(暫定値))					前回値(第7次医師確保計画)					医師偏在指標増減	標準化医師数増減
	医師偏在指標	県内順位	全国順位	標準化医師数	区分	医師偏在指標	県内順位	全国順位	標準化医師数	区分		
全国	255.6	—	—	323,700	—	239.8	—	—	306,270	—	15.8	17,430
福岡県	313.3	—	3/47	15,931	多数	300.1	—	3/47	15,352	多数	13.2	580
福岡・糸島	399.0	2/13	6/335	6,244	多数	387.9	2/13	5/335	5,970	多数	11.1	273
粕屋	220.7	7/13	106/335	588	多数	199.4	8/13	110/335	523	多数	21.3	65
宗像	198.4	10/13	169/335	288		172.8	11/13	182/335	248		25.6	40
筑紫	224.7	6/13	98/335	785	多数	243.0	5/13	64/335	839	多数	-18.3	-54
朝倉	202.0	9/13	156/335	151		200.2	7/13	108/335	154	多数	1.8	-3
久留米	407.8	1/13	4/335	2,056	多数	414.8	1/13	3/335	2,113	多数	-7.0	-57
八女・筑後	216.3	8/13	119/335	306		189.4	9/13	135/335	276		26.9	29
有明	233.6	5/13	91/335	577	多数	207.6	6/13	92/335	534	多数	26.0	42
飯塚	341.3	3/13	21/335	672	多数	303.3	3/13	29/335	616	多数	38.0	56
直方・鞍手	184.4	12/13	205/335	206		172.5	12/13	183/335	198		11.9	8
田川	197.4	11/13	172/335	257		177.9	10/13	166/335	242		19.5	15
北九州	301.6	4/13	38/335	3,530	多数	283.4	4/13	41/335	3,376	多数	18.2	154
京築	151.6	13/13	292/335	273	少数	142.4	13/13	283/335	262	少数	9.2	11

※多数・・・医師多数都道府県／区域(全国の上位 33.3%)

少数・・・医師少数都道府県／区域(全国の下位 33.3%)

【表②】分娩取扱医師偏在指標(周産期医療圏別)

	今回値(第8次医師確保計画(暫定値))					前回値(第7次医師確保計画)					医師偏在指標増減
	医師偏在指標	県内順位	全国順位	標準化医師数	区分	医師偏在指標	県内順位	全国順位	標準化医師数	区分	
全国	10.6	—	—	9,396	—	12.8	—	—	11,349	—	-2.2
福岡県	11.0	—	12/47	404		13.5	—	12/47	495		-2.5
福岡・糸島	13.9	4/13	39/284	158		16.9	3/13	39/284	191		-3.0
粕屋	6.8	7/13	219/284	14	少数	8.5	7/13	205/284	16	少数	-1.7
宗像	4.7	9/13	262/284	7	少数	7.6	8/13	231/284	11	少数	-2.9
筑紫	3.4	11/13	271/284	12	少数	5.6	10/13	269/284	19	少数	-2.2
朝倉	4.2	10/13	265/284	2	少数	4.9	11/13	272/284	2	少数	-0.7
久留米	14.4	2/13	37/284	70		17.3	1/13	34/284	85		-2.9
八女・筑後	10.7	5/13	93/284	7		12.6	5/13	100/284	7		-1.9
有明	4.8	8/13	261/284	10	少数	7.5	9/13	234/284	14	少数	-2.7
飯塚	8.3	6/13	160/284	14		12.2	6/13	105/284	20		-3.9
直方・鞍手	2.4	12/13	272/284	1	少数	4.8	12/13	273/284	2	少数	-2.4
田川	14.2	3/13	38/284	8		14.6	4/13	63/284	9		-0.4
北九州	14.6	1/13	36/284	100		16.9	2/13	37/284	115		-2.3
京築	2.2	13/13	274/284	3	少数	2.2	13/13	276/284	3	少数	0.0

※少数・・・相対的医師少数都道府県／区域(全国の下位 33.3%)

【表③】小児科医師偏在指標(小児医療圏別)

	今回値(第8次医師確保計画(暫定値))					前回値(第7次医師確保計画)					医師偏在指標増減
	医師偏在指標	県内順位	全国順位	標準化医師数	区分	医師偏在指標	県内順位	全国順位	標準化医師数	区分	
全国	115.1	—	—	17,634	—	106.2	—	—	16,937	—	8.9
福岡県	122.0	—	16/47	844		115.4	—	18/47	823		6.6
福岡・糸島	128.1	3/13	74/307	315		118.8	5/13	68/311	292		9.3
粕屋	81.7	11/13	252/307	36	少数	73.2	11/13	249/311	33	少数	8.5
宗像	96.8	7/13	184/307	20		74.5	10/13	244/311	14	少数	22.3
筑紫	85.0	10/13	232/307	52	少数	72.5	12/13	253/311	51	少数	12.5
朝倉	94.9	8/13	191/307	6		124.8	3/13	46/311	9		-29.9
久留米	170.3	1/13	13/307	135		183.8	1/13	6/311	149		-13.6
八女・筑後	89.0	9/13	221/307	12	少数	81.1	8/13	224/311	11	少数	7.8
有明	124.3	4/13	85/307	28		122.1	4/13	53/311	29		2.1
飯塚	124.0	5/13	87/307	28		100.1	6/13	135/311	24		23.9
直方・鞍手	81.5	12/13	253/307	7	少数	78.2	9/13	233/311	7	少数	3.2
田川	119.8	6/13	102/307	13		98.1	7/13	152/311	11		21.7
北九州	132.7	2/13	58/307	186		126.4	2/13	44/311	185		6.4
京築	40.8	13/13	305/307	7	少数	49.5	13/13	302/311	8	少数	-8.7

※少数・・・相対的医師少数都道府県／区域(全国の下位 33.3%)

医師偏在指標

(都道府県別)

 上位33.3%
  下位33.3%

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
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

都道府県コード	都道府県	医師偏在指標
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
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

※都道府県の医師確保計画の策定スケジュールを踏まえ、各都道府県の医師偏在指標が確定する前の段階において示すものであり、指標の値を最も大きいものから並べて1/3の閾値を266.9、指標の値を最も小さいものから並べて1/3の閾値を228.0と設定している。

(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当たっては、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。

医師偏在指標

(二次医療圏別)

 上位33.3%
  下位33.3%

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	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	243.2
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	139.4
0306	岩手県	釜石	107.8
0307	岩手県	宮古	134.5
0308	岩手県	久慈	137.6
0309	岩手県	二戸	214.1

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	大館・鹿角	129.1
0502	秋田県	北秋田	159.2
0503	秋田県	能代・山本	155.5
0504	秋田県	秋田周辺	261.3
0505	秋田県	由利本荘・にかほ	173.2
0506	秋田県	大仙・仙北	154.7
0507	秋田県	横手	181.1
0508	秋田県	湯沢・雄勝	132.5
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

※都道府県の医師確保計画の策定スケジュールを踏まえ、各都道府県の医師偏在指標が確定する前の段階において示すものであり、指標の値を最も大きいものから並べて1/3の閾値を217.7、指標の値を最も小さいものから並べて1/3の閾値を179.3と設定している。

※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、医師偏在指標の変動があり得る。

(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当たっては、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。

医師偏在指標

(二次医療圏別)

上位33.3% 下位33.3%

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	香取海匝	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

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

※都道府県の医師確保計画の策定スケジュールを踏まえ、各都道府県の医師偏在指標が確定する前の段階において示すものであり、指標の値を最も大きいものから並べて1/3の閾値を217.7、指標の値を最も小さいものから並べて1/3の閾値を179.3と設定している。

※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、医師偏在指標の変動があり得る。

(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す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当たっては、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。

医師偏在指標

(二次医療圏別)

 上位33.3%
  下位33.3%

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

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

※都道府県の医師確保計画の策定スケジュールを踏まえ、各都道府県の医師偏在指標が確定する前の段階において示すものであり、指標の値を最も大きいものから並べて1/3の閾値を217.7、指標の値を最も小さいものから並べて1/3の閾値を179.3と設定している。

※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、医師偏在指標の変動があり得る。

(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す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当たっては、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。

医師偏在指標

(二次医療圏別)

 上位33.3%
  下位33.3%

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

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	211.0
3902	高知県	中央	300.1
3903	高知県	高幡	194.0
3904	高知県	幡多	160.1

※都道府県の医師確保計画の策定スケジュールを踏まえ、各都道府県の医師偏在指標が確定する前の段階において示すものであり、指標の値を最も大きいものから並べて1/3の閾値を217.7、指標の値を最も小さいものから並べて1/3の閾値を179.3と設定している。

※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、医師偏在指標の変動があり得る。

(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す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当たっては、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。

医師偏在指標

(二次医療圏別)

 上位33.3%
  下位33.3%

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	364.9
4202	長崎県	佐世保県北	221.5
4203	長崎県	県央	269.9
4204	長崎県	県南	195.7
4206	長崎県	五島	205.3
4207	長崎県	上五島	240.6
4208	長崎県	壱岐	225.0
4209	長崎県	対馬	212.3
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

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	姶良・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

※都道府県の医師確保計画の策定スケジュールを踏まえ、各都道府県の医師偏在指標が確定する前の段階において示すものであり、指標の値を最も大きいものから並べて1/3の閾値を217.7、指標の値を最も小さいものから並べて1/3の閾値を179.3と設定している。

※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、医師偏在指標の変動があり得る。

(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す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。

分娩取扱医師偏在指標

(都道府県別)

■ 下位33.3%

都道府県コード	都道府県	医師偏在指標	都道府県コード	都道府県	医師偏在指標
00	全国	10.6	24	三重県	10.7
01	北海道	10.2	25	滋賀県	10.3
02	青森県	8.4	26	京都府	13.8
03	岩手県	8.0	27	大阪府	11.8
04	宮城県	9.9	28	兵庫県	9.3
05	秋田県	13.1	29	奈良県	12.6
06	山形県	10.0	30	和歌山県	9.4
07	福島県	7.3	31	鳥取県	13.4
08	茨城県	9.8	32	島根県	11.0
09	栃木県	10.3	33	岡山県	10.3
10	群馬県	9.0	34	広島県	8.5
11	埼玉県	8.1	35	山口県	9.4
12	千葉県	9.4	36	徳島県	12.1
13	東京都	14.2	37	香川県	8.3
14	神奈川県	10.8	38	愛媛県	8.7
15	新潟県	8.6	39	高知県	10.2
16	富山県	10.8	40	福岡県	11.0
17	石川県	10.8	41	佐賀県	10.0
18	福井県	12.7	42	長崎県	10.2
19	山梨県	12.2	43	熊本県	6.6
20	長野県	9.3	44	大分県	10.2
21	岐阜県	9.3	45	宮崎県	9.0
22	静岡県	9.8	46	鹿児島県	9.1
23	愛知県	10.2	47	沖縄県	11.3

※都道府県の医師確保計画の策定スケジュールを踏まえ、各都道府県の医師偏在指標が確定する前の段階において示すものであり、指標の値を最も小さいものから並べて1/3の閾値を9.4と設定している。

(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当たっては、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。

分娩取扱医師偏在指標

(周産期医療圏別)

下位33.3%

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	10.6
01101	北海道	南渡島	8.7
01102	北海道	南檜山	-
01103	北海道	北渡島檜山	9.6
01104	北海道	札幌	10.6
01105	北海道	後志	7.2
01106	北海道	南空知	3.6
01107	北海道	中空知	12.2
01108	北海道	北空知	-
01109	北海道	西胆振	8.8
01110	北海道	東胆振	8.4
01111	北海道	日高	0.0
01112	北海道	上川中部	13.3
01113	北海道	上川北部	20.6
01114	北海道	富良野	11.5
01115	北海道	留萌	1.1
01116	北海道	宗谷	7.6
01117	北海道	北網	6.0
01118	北海道	遠紋	21.7
01119	北海道	十勝	13.6
01120	北海道	釧路	7.5
01121	北海道	根室	18.1
02101	青森県	津軽地域	15.4
02102	青森県	八戸地域	6.5
02103	青森県	青森地域	5.5
02104	青森県	西北五地域	7.3
02105	青森県	上十三地域	6.7
02106	青森県	下北地域	9.1
03101	岩手県	盛岡・宮古	9.8
03102	岩手県	岩手中部・胆江・両磐	6.2
03103	岩手県	気仙・釜石	5.4
03104	岩手県	久慈・二戸	8.4
04101	宮城県	仙南	3.9
04102	宮城県	仙台	11.6
04103	宮城県	大崎・栗原	5.3
04104	宮城県	石巻・登米・気仙沼	7.6

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
05101	秋田県	大館・鹿角	9.1
05102	秋田県	北秋田	25.7
05103	秋田県	能代・山本	9.8
05104	秋田県	秋田周辺	17.0
05105	秋田県	由利本荘・にかほ	10.4
05106	秋田県	大仙・仙北	11.2
05107	秋田県	横手	7.0
05108	秋田県	湯沢・雄勝	13.7
06101	山形県	村山	11.3
06102	山形県	最上	7.4
06103	山形県	置賜	9.2
06104	山形県	庄内	7.9
07101	福島県	県北	12.3
07102	福島県	県中	6.7
07103	福島県	県南	6.3
07104	福島県	相双	7.6
07105	福島県	いわき	1.7
07106	福島県	会津・南会津	8.1
08101	茨城県	県央・県北	8.6
08102	茨城県	県南・鹿行	9.9
08103	茨城県	つくば・県西	11.2
09101	栃木県	那須・塩谷	9.7
09102	栃木県	宇都宮・上都賀	6.0
09103	栃木県	芳賀	13.2
09104	栃木県	下都賀	16.4
09105	栃木県	両毛	7.7
10101	群馬県	北部	12.7
10102	群馬県	中部	6.8
10103	群馬県	西部	8.3
10104	群馬県	東部	6.2

※ 産科医師偏在指標の「-」印は、産科医師数がゼロであるかに拘わらず、年間調整後分娩件数がゼロの場合とした。

また、年間調整後分娩件数があり、産科医師数がゼロの場合は、「0.0」と表記した。

※都道府県の医師確保計画の策定スケジュールを踏まえ、各都道府県の医師偏在指標が確定する前の段階において示すものであり、指標の値を最も小さいものから並べて1/3の閾値を7.6と設定している。

※今後、都道府県における第8次医療計画の策定に当たり、周産期医療圏の見直し等が行われた場合は、医師偏在指標の変動があり得る。

(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。

分娩取扱医師偏在指標

(周産期医療圏別)

下位33.3%

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
11101	埼玉県	南部	6.8
11102	埼玉県	南西部	6.6
11103	埼玉県	東部	6.9
11104	埼玉県	さいたま	8.6
11105	埼玉県	県央	7.4
11106	埼玉県	川越比企	12.2
11107	埼玉県	西部	12.0
11108	埼玉県	利根	5.0
11109	埼玉県	北部	7.7
11110	埼玉県	秩父	6.3
12101	千葉県	千葉	11.6
12102	千葉県	東葛南部	9.2
12103	千葉県	東葛北部	7.0
12104	千葉県	印旛	11.8
12105	千葉県	香取海匝	6.5
12106	千葉県	山武長生夷隅	8.2
12107	千葉県	安房	19.4
12108	千葉県	君津	8.9
12109	千葉県	市原	9.4
13101	東京都	区中央部	32.5
13102	東京都	区南部	18.3
13103	東京都	区西南部	11.3
13104	東京都	区西部	19.3
13105	東京都	区西北部	11.1
13106	東京都	区東北部	7.8
13107	東京都	区東部	9.4
13108	東京都	多摩	10.2
13109	東京都	島しょ	93.3
14101	神奈川県	川崎	11.7
14102	神奈川県	三浦半島	7.8
14103	神奈川県	湘南	10.0
14104	神奈川県	県央北相	10.0
14105	神奈川県	西湘	10.5
14106	神奈川県	横浜	11.2

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
15101	新潟県	下越	7.5
15102	新潟県	新潟	11.7
15103	新潟県	県央	2.2
15104	新潟県	中越	7.4
15105	新潟県	魚沼	10.1
15106	新潟県	上越	6.8
15107	新潟県	佐渡	10.3
16101	富山県	新川	11.5
16102	富山県	富山	12.5
16103	富山県	高岡	8.2
16104	富山県	砺波	8.8
17101	石川県	南加賀	4.6
17102	石川県	石川中央	13.4
17103	石川県	能登中部	11.9
17104	石川県	能登北部	4.9
18101	福井県	福井・坂井	13.4
18102	福井県	奥越	-
18103	福井県	丹南	9.0
18104	福井県	嶺南	12.3
19101	山梨県	中北	13.3
19102	山梨県	富士・東部	8.6
20101	長野県	佐久	10.0
20102	長野県	上小	7.4
20103	長野県	諏訪	7.6
20104	長野県	上伊那	5.9
20105	長野県	飯伊	6.9
20106	長野県	木曾	23.3
20107	長野県	松本	12.8
20108	長野県	大北	14.9
20109	長野県	長野	8.9
20110	長野県	北信	7.7
21101	岐阜県	岐阜	12.2
21102	岐阜県	西濃	6.1
21103	岐阜県	中濃	5.8
21104	岐阜県	東濃	8.4
21105	岐阜県	飛騨	7.9

※ 産科医師偏在指標の「-」印は、産科医師数がゼロであるかに拘わらず、年間調整後分娩件数がゼロの場合とした。

また、年間調整後分娩件数があり、産科医師数がゼロの場合は、「0.0」と表記した。

※都道府県の医師確保計画の策定スケジュールを踏まえ、各都道府県の医師偏在指標が確定する前の段階において示すものであり、指標の値を最も小さいものから並べて1/3の閾値を7.6と設定している。

※今後、都道府県における第8次医療計画の策定に当たり、周産期医療圏の見直し等が行われた場合は、医師偏在指標の変動があり得る。

(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。

分娩取扱医師偏在指標

(周産期医療圏別)

下位33.3%

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
22101	静岡県	東部	7.7
22102	静岡県	中部	13.3
22103	静岡県	西部	9.4
23101	愛知県	海部	6.5
23102	愛知県	尾張東部	18.1
23103	愛知県	尾張西部	9.3
23104	愛知県	尾張北部	7.3
23105	愛知県	知多半島	11.1
23106	愛知県	西三河北部	7.0
23107	愛知県	西三河南部西	6.5
23108	愛知県	西三河南部東	9.1
23109	愛知県	東三河北部	-
23110	愛知県	東三河南部	8.4
23111	愛知県	名古屋・尾張中部	12.7
24101	三重県	北勢	8.8
24102	三重県	中勢伊賀	15.8
24103	三重県	南勢志摩	8.6
24104	三重県	東紀州	8.6
25101	滋賀県	大津・湖西	17.9
25102	滋賀県	湖南・甲賀	6.9
25103	滋賀県	東近江	9.4
25104	滋賀県	湖東・湖北	7.3
26101	京都府	丹後	16.0
26102	京都府	中丹	6.5
26103	京都府	南丹	5.3
26104	京都府	京都・乙訓	15.6
26105	京都府	山城北	12.8
26106	京都府	山城南	11.5
27101	大阪府	豊能	16.6
27102	大阪府	三島	10.5
27103	大阪府	北河内	10.3
27104	大阪府	中河内	7.8
27105	大阪府	南河内	11.2
27106	大阪府	堺市	11.2
27107	大阪府	泉州	9.2
27108	大阪府	大阪市	13.4

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
28101	兵庫県	神戸・三田	12.2
28102	兵庫県	播磨東	7.2
28103	兵庫県	但馬	7.7
28104	兵庫県	丹波	13.6
28105	兵庫県	淡路	8.6
28106	兵庫県	阪神	10.0
28107	兵庫県	播磨姫路	6.1
29101	奈良県	奈良	16.4
29102	奈良県	東和	8.7
29103	奈良県	西和	17.3
29104	奈良県	中和	10.8
29105	奈良県	南和	-
30101	和歌山県	和歌山	11.1
30102	和歌山県	那賀	7.0
30103	和歌山県	橋本	8.2
30104	和歌山県	有田	4.4
30105	和歌山県	御坊	8.9
30106	和歌山県	田辺	6.7
30107	和歌山県	新宮	8.0
31101	鳥取県	東部	8.1
31102	鳥取県	中部	17.1
31103	鳥取県	西部	18.4
32101	島根県	松江	7.0
32102	島根県	雲南	38.7
32103	島根県	出雲	16.4
32104	島根県	大田	12.8
32105	島根県	浜田	8.2
32106	島根県	益田	7.6
32107	島根県	隠岐	36.0
33101	岡山県	県南東部	9.4
33102	岡山県	県南西部	13.2
33103	岡山県	高梁・新見	9.6
33104	岡山県	真庭	11.6
33105	岡山県	津山・英田	5.9

※ 産科医師偏在指標の「-」印は、産科医師数がゼロであるかに拘わらず、年間調整後分娩件数がゼロの場合とした。

また、年間調整後分娩件数があり、産科医師数がゼロの場合は、「0.0」と表記した。

※都道府県の医師確保計画の策定スケジュールを踏まえ、各都道府県の医師偏在指標が確定する前の段階において示すものであり、指標の値を最も小さいものから並べて1/3の閾値を7.6と設定している。

※今後、都道府県における第8次医療計画の策定に当たり、周産期医療圏の見直し等が行われた場合は、医師偏在指標の変動があり得る。

(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。

分娩取扱医師偏在指標

(周産期医療圏別)

下位33.3%

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
34101	広島県	広島	9.8
34102	広島県	広島西	3.5
34103	広島県	呉	9.4
34104	広島県	広島中央	5.8
34105	広島県	尾三	9.0
34106	広島県	福山・府中	7.4
34107	広島県	備北	9.5
35101	山口県	岩国・柳井	6.0
35102	山口県	周南	7.3
35103	山口県	山口・防府・萩	9.9
35104	山口県	宇部・小野田	15.9
35105	山口県	下関・長門	8.0
36101	徳島県	東部	13.4
36102	徳島県	南部	8.3
36103	徳島県	西部	9.1
37101	香川県	小豆	5.3
37102	香川県	東部	9.0
37103	香川県	西部	7.4
38101	愛媛県	宇摩・新居浜・西条	7.8
38102	愛媛県	今治	6.6
38103	愛媛県	松山・八幡浜・大洲	9.3
38104	愛媛県	宇和島	9.4
39101	高知県	安芸	30.7
39102	高知県	中央	9.5
39103	高知県	高幡	-
39104	高知県	幡多	12.7

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
40101	福岡県	福岡・糸島	13.9
40102	福岡県	粕屋	6.8
40103	福岡県	宗像	4.7
40104	福岡県	筑紫	3.4
40105	福岡県	朝倉	4.2
40106	福岡県	久留米	14.4
40107	福岡県	八女・筑後	10.7
40108	福岡県	有明	4.8
40109	福岡県	飯塚	8.3
40110	福岡県	直方・鞍手	2.4
40111	福岡県	田川	14.2
40112	福岡県	北九州	14.6
40113	福岡県	京築	2.2
41101	佐賀県	中部	17.1
41102	佐賀県	東部	7.3
41103	佐賀県	北部	6.8
41104	佐賀県	西部	4.2
41105	佐賀県	南部	5.9
42101	長崎県	長崎	12.1
42102	長崎県	佐世保県北	6.7
42103	長崎県	県央	8.6
42104	長崎県	県南	10.4
42105	長崎県	五島	31.3
42106	長崎県	上五島	16.7
42107	長崎県	壱岐	24.0
42108	長崎県	対馬	17.7
43101	熊本県	有明・鹿本圏域	6.6
43102	熊本県	熊本中央圏域	6.7
43104	熊本県	八代圏域	6.9
43105	熊本県	天草圏域	6.6
43106	熊本県	芦北圏域	9.3
43107	熊本県	球磨圏域	4.0

※ 産科医師偏在指標の「-」印は、産科医師数がゼロであるかに拘わらず、年間調整後分娩件数がゼロの場合とした。

また、年間調整後分娩件数があり、産科医師数がゼロの場合は、「0.0」と表記した。

※都道府県の医師確保計画の策定スケジュールを踏まえ、各都道府県の医師偏在指標が確定する前の段階において示すものであり、指標の値を最も小さいものから並べて1/3の閾値を7.6と設定している。

※今後、都道府県における第8次医療計画の策定に当たり、周産期医療圏の見直し等が行われた場合は、医師偏在指標の変動があり得る。

(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。

分娩取扱医師偏在指標

(周産期医療圏別)

■ 下位33.3%

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
44101	大分県	東部	1.7
44102	大分県	中部	15.6
44103	大分県	南部	6.6
44104	大分県	豊肥	7.4
44105	大分県	西部	5.7
44106	大分県	北部	12.7
45101	宮崎県	県央	10.8
45102	宮崎県	県西	6.6
45103	宮崎県	県北	7.2
45104	宮崎県	県南	8.6

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
46101	鹿児島県	薩摩	11.4
46102	鹿児島県	北薩	5.6
46103	鹿児島県	姶良・伊佐	5.0
46104	鹿児島県	大隅	5.8
46105	鹿児島県	熊毛	6.8
46106	鹿児島県	奄美	13.1
47101	沖縄県	北部	8.7
47102	沖縄県	中部	9.0
47103	沖縄県	南部	13.7
47104	沖縄県	宮古	8.0
47105	沖縄県	八重山	10.3

※ 産科医師偏在指標の「-」印は、産科医師数がゼロであるかに拘わらず、年間調整後分娩件数がゼロの場合とした。

また、年間調整後分娩件数があり、産科医師数がゼロの場合は、「0.0」と表記した。

※都道府県の医師確保計画の策定スケジュールを踏まえ、各都道府県の医師偏在指標が確定する前の段階において示すものであり、指標の値を最も小さいものから並べて1/3の閾値を7.6と設定している。

※今後、都道府県における第8次医療計画の策定に当たり、周産期医療圏の見直し等が行われた場合は、医師偏在指標の変動があり得る。

(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。

小児科医師偏在指標

(都道府県別)			下位33.3%		
都道府県コード	都道府県	医師偏在指標	都道府県コード	都道府県	医師偏在指標
00	全国	115.1	24	三重県	107.9
01	北海道	115.4	25	滋賀県	124.3
02	青森県	109.4	26	京都府	152.7
03	岩手県	103.8	27	大阪府	120.4
04	宮城県	104.6	28	兵庫県	123.9
05	秋田県	127.9	29	奈良県	108.7
06	山形県	114.0	30	和歌山県	130.4
07	福島県	98.0	31	鳥取県	171.0
08	茨城県	95.8	32	島根県	118.0
09	栃木県	109.2	33	岡山県	124.3
10	群馬県	118.0	34	広島県	101.1
11	埼玉県	99.7	35	山口県	115.0
12	千葉県	93.6	36	徳島県	127.7
13	東京都	150.4	37	香川県	122.0
14	神奈川県	106.1	38	愛媛県	120.0
15	新潟県	108.7	39	高知県	134.4
16	富山県	125.9	40	福岡県	122.0
17	石川県	123.8	41	佐賀県	113.8
18	福井県	124.6	42	長崎県	128.5
19	山梨県	127.3	43	熊本県	110.2
20	長野県	120.2	44	大分県	120.4
21	岐阜県	109.7	45	宮崎県	96.9
22	静岡県	94.4	46	鹿児島県	95.3
23	愛知県	94.7	47	沖縄県	95.1

※都道府県の医師確保計画の策定スケジュールを踏まえ、各都道府県の医師偏在指標が確定する前の段階において示すものであり、指標の値を最も小さいものから並べて1/3の閾値を108.9と設定している。

(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当たっては、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。

小児科医師偏在指標

(小児医療圏別)

下位33.3%

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	115.1
01201	北海道	南渡島	125.7
01202	北海道	南檜山	84.4
01203	北海道	北渡島檜山	84.0
01204	北海道	札幌	116.9
01205	北海道	後志	94.2
01206	北海道	南空知	99.1
01207	北海道	中空知	120.9
01208	北海道	北空知	107.0
01209	北海道	西胆振	110.4
01210	北海道	東胆振	82.5
01211	北海道	日高	72.2
01212	北海道	上川中部	171.6
01213	北海道	上川北部	138.0
01214	北海道	富良野	125.3
01215	北海道	留萌	60.2
01216	北海道	宗谷	90.6
01217	北海道	北網	102.3
01218	北海道	遠紋	117.6
01219	北海道	十勝	62.6
01220	北海道	釧路	96.6
01221	北海道	根室	86.1
02201	青森県	津軽地域	178.8
02202	青森県	八戸地域	64.3
02203	青森県	青森地域	112.0
02204	青森県	西北五地域	81.7
02205	青森県	上十三地域	88.3
02206	青森県	下北地域	122.9
03201	岩手県	盛岡	115.5
03202	岩手県	岩手中部	82.7
03203	岩手県	胆江	52.3
03204	岩手県	両磐	70.8
03205	岩手県	気仙	157.7
03206	岩手県	釜石	61.0
03207	岩手県	宮古	81.9
03208	岩手県	久慈	112.4
03209	岩手県	二戸	140.9

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
04201	宮城県	仙南	80.4
04202	宮城県	仙台	108.9
04203	宮城県	大崎・栗原	88.5
04204	宮城県	石巻・登米・気仙沼	92.2
05201	秋田県	大館・鹿角	70.1
05202	秋田県	北秋田	108.3
05203	秋田県	能代・山本	93.9
05204	秋田県	秋田周辺	152.9
05205	秋田県	由利本荘・にかほ	104.9
05206	秋田県	大仙・仙北	97.9
05207	秋田県	横手	107.8
05208	秋田県	湯沢・雄勝	91.0
06201	山形県	村山	129.8
06202	山形県	最上	101.4
06203	山形県	置賜	109.1
06204	山形県	庄内	82.5
07201	福島県	県北	161.9
07202	福島県	県中	91.1
07203	福島県	県南	73.1
07204	福島県	相双	116.6
07205	福島県	いわき	42.1
07206	福島県	会津・南会津	65.2
08201	茨城県	日立地域	55.8
08202	茨城県	県央・県北地域	90.0
08203	茨城県	土浦広域地域	139.5
08204	茨城県	鹿行南部地域	69.6
08205	茨城県	稲敷地域	70.6
08206	茨城県	常総地域	80.5
08207	茨城県	茨城西南地域	94.0
08208	茨城県	つくば市・筑西地域	110.2
09201	栃木県	宇都宮・日光	65.8
09202	栃木県	那須・塩谷・南那須	110.3
09203	栃木県	芳賀	104.7
09204	栃木県	小山	142.5
09205	栃木県	鹿沼・栃木	137.6
09206	栃木県	両毛	120.7

※都道府県の医師確保計画の策定スケジュールを踏まえ、各都道府県の医師偏在指標が確定する前の段階において示すものであり、指標の値を最も小さいものから並べて1/3の閾値を92.2と設定している。

※今後、都道府県における第8次医療計画の策定に当たり、小児医療圏の見直し等が行われた場合は、医師偏在指標の変動があり得る。

(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。

小児科医師偏在指標

(小児医療圏別)

■ 下位33.3%

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
10201	群馬県	西毛	100.0
10202	群馬県	東毛	93.2
10203	群馬県	中毛	86.3
10204	群馬県	北毛	162.5
11201	埼玉県	児玉	30.8
11202	埼玉県	熊谷・深谷	83.1
11203	埼玉県	東部北	91.2
11204	埼玉県	東部南	85.0
11205	埼玉県	川口	82.5
11206	埼玉県	さいたま市	121.5
11207	埼玉県	中央	58.2
11208	埼玉県	戸田・蕨	97.5
11209	埼玉県	朝霞	114.1
11210	埼玉県	川越	106.4
11211	埼玉県	所沢	99.5
11212	埼玉県	坂戸・飯能	129.8
11213	埼玉県	比企	59.7
11214	埼玉県	秩父	89.7
12201	千葉県	千葉	125.3
12202	千葉県	東葛南部	78.3
12203	千葉県	東葛北部	83.3
12204	千葉県	印旛	106.8
12205	千葉県	香取海匝	111.8
12206	千葉県	山武長生夷隅	79.1
12207	千葉県	安房	122.8
12208	千葉県	君津	45.9
12209	千葉県	市原	94.9
13201	東京都	区北	116.8
13202	東京都	区東	177.7
13202	東京都	区西南	181.5
13203	東京都	多摩	127.3
13203	東京都	島しょ	113.3

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
14201	神奈川県	川崎北部	108.9
14202	神奈川県	川崎南部	113.0
14203	神奈川県	横浜北部	98.7
14204	神奈川県	横浜西部	90.9
14205	神奈川県	横浜南部	136.4
14206	神奈川県	三浦半島	105.9
14207	神奈川県	鎌倉	138.2
14208	神奈川県	東湘	95.9
14209	神奈川県	県央	92.3
14210	神奈川県	平塚・中郡	105.8
14211	神奈川県	西湘	107.2
14212	神奈川県	秦野・伊勢原	110.3
14213	神奈川県	厚木	82.3
14214	神奈川県	相模原	105.7
15201	新潟県	下越	114.2
15202	新潟県	新潟	118.2
15203	新潟県	県央	92.9
15204	新潟県	中越	107.7
15205	新潟県	魚沼	106.9
15206	新潟県	上越	78.2
15207	新潟県	佐渡	130.4
16201	富山県	新川	92.4
16202	富山県	富山	130.5
16203	富山県	高岡	124.2
16204	富山県	砺波	109.4
17201	石川県	南加賀	84.3
17202	石川県	石川中央	128.7
17203	石川県	能登中部	142.0
17204	石川県	能登北部	151.3
18201	福井県	嶺北	130.0
18202	福井県	嶺南	96.6
19201	山梨県	国中地域	123.8
19202	山梨県	富士・東部地域	140.6

※都道府県の医師確保計画の策定スケジュールを踏まえ、各都道府県の医師偏在指標が確定する前の段階において示すものであり、指標の値を最も小さいものから並べて1/3の閾値を92.2と設定している。

※今後、都道府県における第8次医療計画の策定に当たり、小児医療圏の見直し等が行われた場合は、医師偏在指標の変動があり得る。

(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。

小児科医師偏在指標

(小児医療圏別)

下位33.3%

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
20201	長野県	佐久	107.8
20202	長野県	上小	86.0
20203	長野県	諏訪	79.6
20204	長野県	上伊那	79.8
20205	長野県	飯伊	76.1
20206	長野県	木曾	132.8
20207	長野県	松本	199.1
20208	長野県	大北	122.4
20209	長野県	長野	90.4
20210	長野県	北信	92.8
21201	岐阜県	岐阜圏域	118.5
21202	岐阜県	西濃	92.4
21203	岐阜県	東濃	97.7
21204	岐阜県	飛騨	91.7
22201	静岡県	賀茂	151.0
22202	静岡県	熱海伊東	131.5
22203	静岡県	駿東田方	153.0
22204	静岡県	富士	84.0
22205	静岡県	静岡	91.0
22206	静岡県	志太榛原	101.0
22207	静岡県	中東遠	74.5
22208	静岡県	西部	99.1
23202	愛知県	海部	58.3
23204	愛知県	尾張東部	115.1
23205	愛知県	尾張西部	94.1
23206	愛知県	尾張北部	79.2
23207	愛知県	知多半島	104.8
23208	愛知県	西三河北部	66.1
23209	愛知県	西三河南部西	64.8
23210	愛知県	西三河南部東	72.6
23211	愛知県	東三河北部	49.6
23212	愛知県	東三河南部	84.0
23213	愛知県	名古屋・尾張中部	115.0

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
24201	三重県	北勢	85.1
24202	三重県	中勢伊賀	142.8
24203	三重県	南勢志摩	107.4
24204	三重県	東紀州	36.0
25201	滋賀県	大津・湖西	183.6
25202	滋賀県	湖南・甲賀	101.2
25203	滋賀県	東近江	105.6
25204	滋賀県	湖東・湖北	100.6
26201	京都府	丹後	128.6
26202	京都府	中丹	132.7
26203	京都府	南丹	124.9
26204	京都府	京都・乙訓	163.5
26205	京都府	山城北	127.4
26206	京都府	山城南	96.2
27201	大阪府	豊能	117.9
27202	大阪府	三島	125.1
27203	大阪府	北河内	93.2
27204	大阪府	中河内	90.3
27205	大阪府	南河内	145.5
27206	大阪府	堺市	116.7
27207	大阪府	泉州	123.5
27208	大阪府	大阪市	131.5
28201	兵庫県	神戸・三田	146.0
28202	兵庫県	阪神	128.1
28203	兵庫県	東播磨	88.9
28204	兵庫県	北播磨	105.1
28205	兵庫県	播磨姫路	104.6
28206	兵庫県	但馬	109.0
28207	兵庫県	丹波	116.9
28208	兵庫県	淡路	153.7
29201	奈良県	奈良	105.9
29202	奈良県	東和	116.7
29203	奈良県	西和	79.7
29204	奈良県	中和	126.0
29205	奈良県	南和	136.2

※都道府県の医師確保計画の策定スケジュールを踏まえ、各都道府県の医師偏在指標が確定する前の段階において示すものであり、指標の値を最も小さいものから並べて1/3の閾値を92.2と設定している。

※今後、都道府県における第8次医療計画の策定に当たり、小児医療圏の見直し等が行われた場合は、医師偏在指標の変動があり得る。

(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。

小児科医師偏在指標

(小児医療圏別)

■ 下位33.3%

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
30201	和歌山県	和歌山	122.3
30202	和歌山県	那賀	137.4
30203	和歌山県	橋本	91.5
30204	和歌山県	有田	83.0
30205	和歌山県	御坊	138.0
30206	和歌山県	田辺	149.5
30207	和歌山県	新宮	156.5
31201	鳥取県	東部	130.7
31202	鳥取県	中部	143.5
31203	鳥取県	西部	216.1
32201	島根県	松江	125.0
32202	島根県	雲南	77.1
32203	島根県	出雲	120.7
32204	島根県	大田	76.9
32205	島根県	浜田	120.9
32206	島根県	益田	72.4
32207	島根県	隠岐	59.3
33201	岡山県	県南東部	129.8
33202	岡山県	県南西部	121.6
33203	岡山県	高梁・新見	164.3
33204	岡山県	真庭	67.6
33205	岡山県	津山・英田	106.3
34201	広島県	広島	104.7
34202	広島県	広島西	148.5
34203	広島県	呉	116.6
34204	広島県	広島中央	75.4
34205	広島県	尾三	93.4
34206	広島県	福山・府中	84.4
34207	広島県	備北	107.5
35201	山口県	岩国	115.8
35202	山口県	柳井、周南	90.3
35203	山口県	山口・防府、萩	112.4
35204	山口県	宇部・小野田	160.7
35205	山口県	下関、長門	101.5

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
36201	徳島県	東部	122.1
36202	徳島県	南部	162.3
36203	徳島県	西部	96.9
37201	香川県	大川	136.4
37202	香川県	小豆	179.6
37203	香川県	高松	131.6
37204	香川県	中讃	110.8
37205	香川県	三豊	110.2
38201	愛媛県	宇摩、新居浜・西条	88.5
38202	愛媛県	今治	132.7
38203	愛媛県	松山、八幡浜・大洲	125.6
38204	愛媛県	宇和島	134.6
39201	高知県	安芸	210.2
39202	高知県	中央	122.5
39203	高知県	高幡	219.8
39204	高知県	幡多	173.7
40201	福岡県	福岡・糸島	128.1
40202	福岡県	粕屋	81.7
40203	福岡県	宗像	96.8
40204	福岡県	筑紫	85.0
40205	福岡県	朝倉	94.9
40206	福岡県	久留米	170.3
40207	福岡県	八女・筑後	89.0
40208	福岡県	有明	124.3
40209	福岡県	飯塚	124.0
40210	福岡県	直方・鞍手	81.5
40211	福岡県	田川	119.8
40212	福岡県	北九州	132.7
40213	福岡県	京築	40.8

※都道府県の医師確保計画の策定スケジュールを踏まえ、各都道府県の医師偏在指標が確定する前の段階において示すものであり、指標の値を最も小さいものから並べて1/3の閾値を92.2と設定している。

※今後、都道府県における第8次医療計画の策定に当たり、小児医療圏の見直し等が行われた場合は、医師偏在指標の変動があり得る。

(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。

小児科医師偏在指標

(小児医療圏別)

■ 下位33.3%

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
41201	佐賀県	中部+東部	109.8
41202	佐賀県	北部+西部	81.2
41203	佐賀県	南部	107.9
42201	長崎県	長崎	145.3
42202	長崎県	佐世保県北	84.0
42203	長崎県	県央	135.2
42204	長崎県	県南	56.6
42205	長崎県	五島	102.9
42206	長崎県	上五島	156.6
42207	長崎県	壱岐	137.7
42208	長崎県	対馬	156.8
43201	熊本県	有明・鹿本圏域	80.2
43202	熊本県	熊本中央圏域	116.2
43203	熊本県	菊池圏域	53.8
43204	熊本県	八代圏域	96.2
43205	熊本県	天草圏域	146.7
43206	熊本県	芦北圏域	312.0
43207	熊本県	球磨圏域	97.0
44201	大分県	東部	119.1
44202	大分県	中部	136.4
44203	大分県	南部	87.2
44204	大分県	豊肥	141.0
44205	大分県	西部	56.2
44206	大分県	北部	89.5

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
45201	宮崎県	県央	111.4
45202	宮崎県	県西	73.6
45203	宮崎県	県北	78.9
45204	宮崎県	県南	128.2
46201	鹿児島県	薩摩	108.9
46202	鹿児島県	北薩	78.0
46203	鹿児島県	姶良・伊佐	91.1
46204	鹿児島県	大隅	56.9
46205	鹿児島県	熊毛	136.0
46206	鹿児島県	奄美	41.6
47201	沖縄県	北部	94.4
47202	沖縄県	中部	81.8
47203	沖縄県	南部	103.9
47204	沖縄県	宮古	62.7
47205	沖縄県	八重山	82.2

※都道府県の医師確保計画の策定スケジュールを踏まえ、各都道府県の医師偏在指標が確定する前の段階において示すものであり、指標の値を最も小さいものから並べて1/3の閾値を92.2と設定している。

※今後、都道府県における第8次医療計画の策定に当たり、小児医療圏の見直し等が行われた場合は、医師偏在指標の変動があり得る。

(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。

2 医師少数区域等の設定について

(1) 医師少数区域

- 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「医師少数県／区域（全国下位 33.3%）」及び「医師多数県／区域（全国上位 33.3%）」が設定され、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されており、医師確保計画策定ガイドラインにおいて、次のとおり基本的な考え方が示されている。

<基本的な考え方>

医師少数県	他の医師多数県からの医師の確保を行う
医師中程度県	医師少数区域が存在する場合には、必要に応じて、他の医師多数県からの医師の確保ができる
医師多数県	他の都道府県からの医師の確保を行わない
医師少数区域	他の医師多数区域からの医師の確保を行う
医師中程度区域	必要に応じて、他の医師多数区域からの医師の確保ができる
医師多数区域	二次医療圏外からの医師の確保を行わない

- 本県は医師多数県に該当。二次医療圏ごとの該当状況は【表①】（4ページ）のとおり。
- ただし、全国下位 33.3%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等については、近隣の二次医療圏において医療提供体制が補完されている等により、医師少数区域として設定しないことも可能。なお、全国下位 33.3%に該当しない二次医療圏を、医師少数区域に設定することは不可。
- 第7次医師確保計画においては、京築保健医療圏が全国下位 33.3%に該当していたことから、地元医師会や中核病院、保健所の意見を踏まえ、京築保健医療圏を医師少数区域に設定。
- 第8次医師確保計画における医師偏在指標（暫定値）においても、京築保健医療圏が全国下位 33.3%に該当しているため、設定について検討が必要。

(2) 医師少数スポット

- 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とから、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とされている。
- 第7次医師確保計画においては、へき地診療所を有する市町村の意見を踏まえて、次の8地域を医師少数スポットとして設定。

<離島（4地域）>

- ① 藍島（北九州市小倉北区）
- ② 大島（宗像市）
- ③ 相島（新宮町）
- ④ 玄界島（福岡市西区）

<離島を除くへき地（4地域）>

- ⑤ 東峰村小石原地域（東峰村立診療所を中心とした半径4kmの地域）
- ⑥ 東峰村鼓地域（東峰村立鼓診療所を中心とした半径4kmの地域）
- ⑦ 八女市矢部地域（矢部診療所を中心とした半径4kmの地域）
- ⑧ 八女市迎春地域（迎春診療所を中心とした半径4kmの地域）

- 第8次医師確保計画においても、医師少数スポットの設定について検討が必要。なお、第8次医師確保計画より、新たに次の①・②を踏まえることとされている。

- ① 医師少数スポットは「原則として市区町村単位で設定」することとされた。ただし、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。
- ② 第7次医師確保計画で設定した医師少数スポットについては、医師確保の状況等を踏まえ、設定箇所の見直しを行うこととされている。

(3) 相対的医師少数区域（産科・小児科）

- 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（※）ごとの分娩取扱医師偏在指標又は小児科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（33.3%）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」として設定されている。

（※）本県では、周産期医療圏及び小児医療圏は、二次保健医療圏と同じ

- 本県は相対的医師少数県には該当していない。二次医療圏ごとの該当状況は【表②・③】（5・6ページ）のとおり。
- 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定されていない。
- 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されている。

【2】 医師確保の方針と施策について

- 医師確保計画策定ガイドラインにおいて、医師確保計画の記載内容について、次のとおり示されている。

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。

- 1 都道府県及び二次医療圏ごとの医師の確保の方針
- 2 都道府県及び二次医療圏ごとの確保すべき医師の数の目標（目標医師数）
- 3 目標医師数を達成するための施策

第7次医療計画における医師確保計画（2020～2023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（前期）医師確保計画（2024～2026年度）には、第7次医師確保計画に係る評価結果を記載すること。

1 医師確保の方針

（1） 第7次医師確保計画における医師確保の方針

- 第7次医師確保計画における、医師確保の方針（県全体）は次のとおり。

- ① 本県の医師偏在指標は全国の上位33.3%に属しており、厚生労働省によって、医師多数県に設定されていることから、新たな施策による他県からの医師確保を実施するのではなく、県内の医療施設に従事する医師の定着を通じた医師確保に取り組んでいきます。
- ② 今後、働き方改革への対応により医師確保が困難となってくることを踏まえ、地域医療構想との整合を図りつつ、本県に勤務する医師の定着等により現在の医師数が維持されるよう、取り組んでいきます。
- ③ 医師少数区域である京築保健医療圏や医師少数スポットにおける医師確保を図るとともに、産科及び小児科については、周産期医療及び小児医療の提供体制を考慮した対策を行います。

（2） 第8次医師確保計画における医師確保の方針

- 医師確保計画策定ガイドラインにおいて、医師確保の方針に係る基本的な考え方は次のとおり示されている（1ページの再掲）。

<基本的な考え方>

医師少数県	他の医師多数県からの医師の確保を行う
医師中程度県	医師少数区域が存在する場合には、必要に応じて、他の医師多数県からの医師の確保ができる
医師多数県	他の都道府県からの医師の確保を行わない
医師少数区域	他の医師多数区域からの医師の確保を行う
医師中程度区域	必要に応じて、他の医師多数区域からの医師の確保ができる
医師多数区域	二次医療圏外からの医師の確保を行わない

- 第8次医師確保計画における医師確保の方針については、第7次医師計画における医師確保の方針及び医師確保計画策定ガイドラインを踏まえ、検討する必要がある。
- なお、医師確保の方針は、県及び二次医療圏は医師全体・産科・小児科ごとに、医師少数スポットは医師全体について、定めることとされている。

2 目標医師数

(1) 第7次医師確保計画における目標医師数

- 第7次医師確保計画においては、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全国下位 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、目標医師数とすることとされており、京築保健医療圏について、次のとおり設定した。

確保すべき目標医師数 273 人
(医師偏在指標の下位 33.3%を脱するために最低限必要な医師数)

- また、医師少数県及び医師少数区域以外の県及び二次医療圏の目標医師数の設定は、都道府県が独自に行うこととされており、県全体及び医師少数区域以外の二次医療圏について、医師少数県及び医師少数区域とならないために最低限必要な医師数を「参考値」として設定した。

(2) 第8次医師確保計画における目標医師数

- 医師確保計画策定ガイドラインにおいて、目標医師数の設定について、次のとおり示されている。なお、①・③については、新たに示されたもの。

- ① 医師少数県以外は、以下に記載する二次医療圏の設定上限数の合計が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。
- ② 医師少数区域の目標医師数は、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全国下位 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、目標医師数とする。
- ③ 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。

- 第8次医師確保計画における目標医師数については、第7次医師計画における目標医師数等及び医師確保計画策定ガイドラインを踏まえ、検討する必要がある。
- 厚生労働省が提示する目標医師数は【表④】(31 ページ) のとおり。

【表④】 目標医師数・参考値（2026年）

（1）医師少数区域

下位1/3に達するために必要な医師数を「目標医師数」とする。

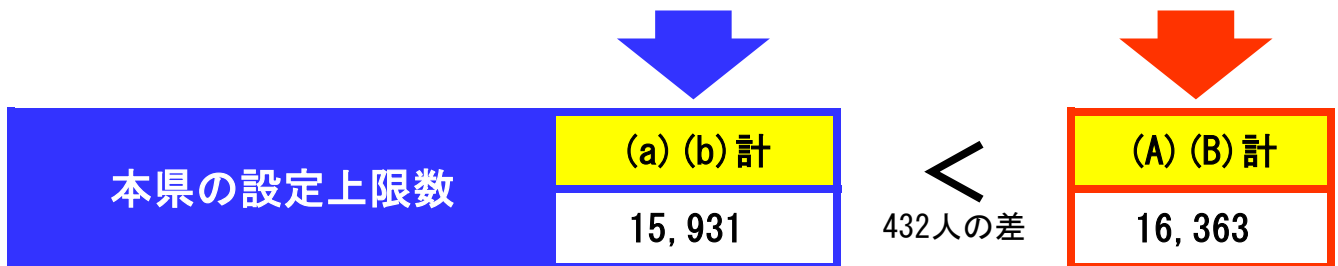
圏域名	区分	下位1/3に達するための医師数 (2026年・人)	計画開始時点の医師数 (2022年・人)	計画開始時点の医師偏在指標を維持するための医師数 (2026年・人)	目標医師数
京築	少数	296	(a) 273	250	(A) 296

（2）医師少数区域以外の区域

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。

圏域名	区分	下位1/3に達するための医師数 (2026年・人)	計画開始時点の医師数 (2022年・人)	計画開始時点の医師偏在指標を維持するための医師数 (2026年・人)	設定上限数
福岡・糸島	多数	2,984	6,244	6,637	6,637
粕屋	多数	479	588	589	589
宗像		255	288	282	288
筑紫	多数	637	785	798	798
朝倉		123	151	138	151
久留米	多数	877	2,056	1,993	2,056
八女・筑後		235	306	283	306
有明	多数	404	577	526	577
飯塚	多数	321	672	611	672
直方・鞍手		182	206	187	206
田川		201	257	221	257
北九州	多数	1,996	3,530	3,356	3,530
小計			(b) 15,658		(B) 16,067



医師少数県以外の都道府県は「計画開始時点の医師数」が、目標医師数の設定上限

⇒ 二次医療圏間で、目標医師数の調整を行う必要がある。

(都道府県内において、各医療圏に医師を均すという考え方)

※【表④】における「医師数」は全て「標準化医師数」を指す。

3 目標医師数を達成するための施策

(1) 第7次医師確保計画における医師確保の施策

- 第7次医師確保計画における医師確保の施策（県全体）は、次の項目について定めている。

- ① 自治医科大学卒業医師の派遣
- ② 寄附講座の設置による医師派遣
- ③ 特定診療科の医師確保
- ④ 臨床研修医の確保
- ⑤ 総合診療医の養成
- ⑥ 産科・小児科の医師確保
- ⑦ キャリア形成プログラムの策定
- ⑧ 女性医師の支援・確保
- ⑨ 医療勤務環境の改善
- ⑩ 医師の働き方改革への対応
- ⑪ 医師確保状況等の把握・分析

(2) 第8次医師確保計画における医師確保の施策

- 医師確保計画策定ガイドラインにおいて、第8次医師確保計画では、新たに「子育て医師等支援」の記載が必要とされた。

- ① 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。
- ② 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。

- 第8次医師確保計画における医師確保の施策については、第7次医師計画における医師確保の施策及び医師確保計画策定ガイドラインを踏まえ、検討する必要がある。

4 医師確保計画の効果の測定・評価について

- 医師確保計画の効果の測定・評価について、厚生労働省は、第7次医師確保計画策定時においては「計画終了時点で活用可能な最新データから医師偏在指標の値の見込みを算出し、これに基づいて測定・評価すること」としていたが、第8次医師確保計画策定に係るガイドラインにおいては、次のとおりとしている。

- ・ 医師確保計画のサイクルの中で、次期の医師確保計画に定める目標医師数は、医師確保計画の計画期間終了時における医師偏在指標の値を基に設定されるものである。
- ・ このため、医師確保計画の効果については、計画終了時点で活用可能な最新データから医師偏在指標の値の見込みを算出し、これに基づいて測定・評価することが望ましいが、医師偏在指標を算出するための三師統計が2年ごとであるなど計画終了時の医師偏在指標の値の見込みの算出は困難であることから、医師偏在指標ではなく、病床機能報告等の都道府県が活用可能なデータを参考として医師確保計画の効果の測定・評価することとする

- 医師確保計画の効果の測定・評価においては、医師確保計画策定ガイドラインを踏まえ、活用可能なデータを活用し、検討する必要がある。

資料 4 - 2 参照資料（各指標算出方法等）

- ① 医師偏在指標
- ② 分娩取扱医師偏在指標
- ③ 小児科医師偏在指標
- ④ 目標医師数（2026 年）
- ⑤ 産科における偏在対策基準医師数（2026 年）
- ⑥ 小児科における偏在対策基準医師数（2026 年）

1. 医師偏在指標の算出方法

【資料4-2（参照①）】

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数}^{(\ast 1)}}{\text{地域の人口（10万人）} \times \text{地域の標準化受療率比}^{(\ast 2)}}$$

$$\text{標準化診療所医師数}^{(\ast 1)} = \sum \text{性・年齢階級別医師数} \times \text{性・年齢階級別労働時間比}$$

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

$$\text{地域の期待受療率}^{(\ast 3)} = \frac{\text{地域の入院医療需要}^{(\ast 4)} + \text{地域の無床診療所医療需要}^{(\ast 5)}}{\text{地域の人口}}$$

$$\begin{aligned} &\text{地域の入院医療需要}^{(\ast 4)} \\ &\text{(流出入調整係数反映)} \end{aligned} = \left(\sum \text{全国の性・年齢階級別入院受療率} \times \text{地域の性・年齢階級別人口} \right) \times \text{地域の入院患者流出入調整係数}$$

$$\begin{aligned} &\text{地域の無床診療所医療需要}^{(\ast 5)} \\ &\text{(流出入調整係数反映)} \end{aligned} = \left(\sum \text{全国の性・年齢階級別無床診療所受療率} \times \text{地域の性・年齢階級別人口} \right) \times \text{無床診療所医療医師需要度} \times \text{地域の無床診療所患者流出入調整係数}$$

2. データの出所等

医療施設従事医師数

- 医師・歯科医師・薬剤師統計（2020年）12月31日現在の医療施設（病院及び診療所）従事医師数のうち、医療施設従事医師数（性・年齢階級別医師数に独自集計）。主たる従事先・従たる従事先の二次医療圏が異なる場合は、主たる従事先の二次医療圏において0.8人、従たる従事先の二次医療圏において0.2人と換算。

労働時間比

- 令和4年7月「医師の勤務環境把握に関する調査」（研究班・厚生労働省医政局医事課）より、医療施設従事医師の性・年齢階級別の平均労働時間（主たる勤務先以外における労働時間を含む）を算出。

人口

- 住民基本台帳人口（2020年） 2021年1月1日現在の人口（外国人含む、性・年齢階級別の人口）。

入院受療率

- 患者調査（2017年） 全国の性・年齢階級別入院患者数
住民基本台帳人口（2018年1月1日時点）の性・年齢階級別人口を用いて以下の方法で算出。
全国の性・年齢階級別の入院受療率 = 全国の性・年齢階級別入院患者数（人）÷全国の性・年齢階級別人口（10万人）

無床診療所受療率

- 患者調査（2017年） 全国の性・年齢階級別一般診療所の外来患者数を
社会医療診療行為別統計（2017年）2017年6月審査分、診療所・無床診療所における初再診・外来診療科・在宅医療等算定回数で按分した無床診療所患者数。
住民基本台帳人口（2018年1月1日時点）の性・年齢階級別人口を用いて以下の方法で算出。
全国の性・年齢階級別の無床診療所受療率 = 全国の性・年齢階級別無床診療所患者数（人）÷全国の性・年齢階級別人口（10万人）

無床診療所医療医師需要度

- 医師需給分科会第3次中間取りまとめにおける医師の将来の需給推計における医師需要数を用いて以下の方法で算出。
無床診療所医療医師需要度 = {マクロ医師需要推計における外来医師需要（人）÷無床診療所患者総数（千人）} ÷ {マクロ医師需要推計における入院医師需要（人）÷入院患者総数（千人）}

入院患者流出入調整係数

- 各都道府県から報告された入院患者流入数・流出数、及び地域の入院患者総数に基づいて、以下の方法で算出。
入院患者流出入調整係数 = 1 + {地域の入院患者流入数（千人） - 地域の入院患者流出数（千人）} ÷ 地域の入院患者総数（千人）

無床診療所患者流出入調整係数

- 各都道府県から報告された地域の無床診療所患者流入数・流出数、及び地域の無床診療所患者総数に基づいて、以下の方法で算出。
入院患者流出入調整係数 = 1 + {地域の無床診療所患者流入数（千人） - 地域の無床診療所患者流出数（千人）} ÷ 地域の無床診療所患者総数（千人）

1. 分娩取扱医師偏在指標の算出方法

【資料4-2（参照②）】

$$\text{分娩取扱医師偏在指標} = \frac{\text{標準化分娩取扱医師数}^{(*)1}}{\text{分娩件数}^{(*)} \div 1000\text{件}}$$

(*) 医療施設調査の分娩件数は9月中の分娩数であることから、人口動態調査の年間出生数を用いて調整を行う。

$$\text{標準化分娩取扱医師数}^{(*)1} = \frac{\sum \text{性・年齢階級別医師数} \times \text{性・年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

2. データの出所等

※1 分娩取扱医師数

・医師・歯科医師・薬剤師統計（2020年）

※1-1 標準化分娩取扱医師数

・下記の「分娩取扱医師数」に「労働時間調整係数」を乗じた数値。

※1-2 分娩取扱医師数

・医師・歯科医師・薬剤師統計（2020年） 12月31日現在の医療施設（病院及び診療所）従事医師数（常勤+非常勤）のうち、分娩を取り扱っており、かつ主たる診療科の「産婦人科」、「産科」、「婦人科」のいずれかに従事している医師数（性・年齢階級別に独自集計）。

※1-3 労働時間調整係数

・令和4年7月「医師の勤務環境把握に関する調査」（研究班・厚生労働省医政局医事課）より、医療施設従事医師の性・年齢階級別の平均労働時間（主たる勤務先以外における労働時間を含む）を算出。
当該地域の労働時間調整係数 = $\sum (\text{当該地域の性・年齢階級別医療施設従事医師数} \times \text{性・年齢階級別医師の平均労働時間数} \div \text{全医師の平均労働時間数}) \div \text{当該地域の医療施設従事医師数}$

※1-4 診療所従事医師数割合

・医師・歯科医師・薬剤師統計（2020年） 12月31日現在の医療施設（病院及び診療所）従事医師数（常勤+非常勤）に占める診療所の従事医師数割合。

※2 分娩件数

・医療施設調査（2017年） 病院票及び一般診療所票の「分娩（正常分娩を含む）」の9月中の実施件数。

※2-1 年間調整後分娩件数

・人口動態調査の出生数から（2017年1月～12月）、9月の一日あたり出生数を年間一日あたり出生数で除した「9月の出生調整係数（1.054）」を求めたのち、以下の方法で年間の分娩件数を算出。
年間調整後分娩件数 = $(\text{9月中の分娩件数} \div 30 \times 365) \div \text{9月の出生調整係数}$

※2-2 診療所分娩件数割合

・医療施設調査（2017年） 病院票及び一般診療所票の「分娩（正常分娩を含む）」の9月中の実施件数に占める一般診療所の分娩件数割合。

※3 分娩取扱い医療施設の状況

・産婦人科医会調査（2022年） 分娩取扱い医療施設の状況

※4-1 施設あたり分娩取扱い医師数

・産婦人科医会調査（2022年） 医療施設（病院及び診療所）の分娩取扱い医師数（常勤職員、非常勤職員含む）を同調査での医療施設数で除した数値。

※4-2 施設あたり年間分娩件数

・産婦人科医会調査（2022年） 2021年1月-12月での分娩件数を同調査での医療施設数で除した数値。

※4-3 施設数

・産婦人科医会調査（2022年） 分娩を取り扱っている医療施設数（病院及び診療所）。

※4-4 分娩取扱い医師数

・産婦人科医会調査（2022年） 医療施設（病院及び診療所）の分娩取扱い医師数（常勤職員、非常勤職員含む）。

※4-5 分娩取扱い医師数構成比

・産婦人科医会調査（2022年） 医療施設（病院及び診療所）の分娩取扱い医師数（常勤職員、非常勤職員含む）の施設種類ごとの構成比。

※4-6 年間分娩件数

・産婦人科医会調査（2022年） 2021年1月-12月での分娩件数。

※4-7 年間分娩件数構成比

・産婦人科医会調査（2022年） 2021年1月-12月での分娩件数の施設種類ごとの構成比。

※4-8 分娩取扱い医師数あたり年間分娩件数

・産婦人科医会調査（2022年） 2021年1月-12月での分娩件数を同調査での分娩取扱い医師数で除した数値。

1. 小児科医師偏在指標の算出方法

【資料4-2（参照③）】

$$\text{小児科医師偏在指標} = \frac{\text{標準化小児科医師数}^{(*)1}}{\text{地域の年少人口（10万人）} \times \text{地域の標準化受療率比}^{(*)2}}$$

$$\text{標準化小児科医師数}^{(*)1} = \sum \text{性・年齢階級別小児科医師数} \times \text{性・年齢階級別労働時間比}$$

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

$$\text{地域の期待受療率}^{(*)3} = \frac{\text{地域の入院医療需要}^{(*)4} + \text{地域の無床診療所医療需要}^{(*)5}}{\text{地域の年少人口（10万人）}}$$

$$\text{地域の入院医療需要}^{(*)4} \text{（流出入調整係数反映）} = \left(\sum \text{全国の性・年齢階級別入院受療率} \times \text{地域の性・年齢階級別年少人口} \times \text{地域の入院患者流出入調整係数} \right)$$

$$\text{地域の無床診療所医療需要}^{(*)5} \text{（流出入調整係数反映）} = \left(\sum \text{全国の性・年齢階級別無床診療所受療率} \times \text{地域の性・年齢階級別年少人口} \right) \times \text{無床診療所医療医師需要度} \times \text{地域の無床診療所患者流出入調整係数}$$

2. データの出所等

小児科医師数	・ 医師・歯科医師・薬剤師調査（2020年）12月31日現在の医療施設（病院及び診療所）従事医師数のうち、主たる診療科を小児科とする医師数（性・年齢階級別）。 主たる従事先・従たる従事先の小児医療圏が異なる場合は、主たる従事先の小児医療圏において0.8人、従たる従事先の小児医療圏において0.2人と換算。
労働時間比	・ 令和4年7月「医師の勤務環境把握に関する調査」（研究班・厚生労働省医政局医事課）より、医療施設従事医師の性・年齢階級別の平均労働時間（主たる勤務先以外における労働時間を含む）を算出。
年少人口	・ 住民基本台帳人口（2020年） 2021年1月1日現在の人口（外国人含む、性・年齢階級別の人口）。
入院受療率	・ 患者調査（2017年） 全国の性・年齢階級別入院患者数 住民基本台帳人口（2018年1月1日時点）の性・年齢階級別人口を用いて以下の方法で算出。 全国の性・年齢階級別の入院受療率 = 全国の性・年齢階級別入院患者数（人）÷全国の性・年齢階級別人口（10万人）
無床診療所受療率	・ 患者調査（2017年） 全国の性・年齢階級別一般診療所の外来患者数を 社会医療診療行為別統計（2017年）2017年6月審査分、診療所・無床診療所における初再診・外来診療科・在宅医療等算定回数で按分した無床診療所患者数。 住民基本台帳人口（2017年）2018年1月1日現在の性・年齢階級別人口を用いて以下の方法で算出。 全国の性・年齢階級別の無床診療所受療率 = 全国の性・年齢階級別無床診療所患者数（人）÷全国の性・年齢階級別人口（10万人）
無床診療所医療医師需要度	・ 医師需給分科会第3次中間取りまとめにおける医師の将来の需給推計における医師需要数を用いて以下の方法で算出。 無床診療所医療医師需要度 = {マクロ医師需要推計における外来医師需要（人）÷無床診療所患者総数（千人）} ÷ {マクロ医師需要推計における入院医師需要（人）÷入院患者総数（千人）}
入院患者流出入調整係数	・ 各都道府県から報告された入院患者流入数・流出数、及び地域の入院患者総数に基づいて、以下の方法で算出。 入院患者流出入調整係数 = 1 + {地域の入院患者流入数（千人） - 地域の入院患者流出数（千人）} ÷ 地域の入院患者総数（千人）
無床診療所患者流出入調整係数	・ 各都道府県から報告された地域の無床診療所患者流入数・流出数、及び地域の無床診療所患者総数に基づいて、以下の方法で算出。 無床診療所患者流出入調整係数 = 1 + {地域の無床診療所患者流入数（千人） - 地域の無床診療所患者流出数（千人）} ÷ 地域の無床診療所患者総数（千人）

1. 目標医師数・参考値の算出方法

$$\text{下位1/3に達するための目標医師数 (2026年)} = \frac{\text{医師偏在指標 (2022年) 下位33.3パーセンタイル指標値}}{\text{医師偏在指標 (2022年) 下位33.3パーセンタイル指標値}} \times \frac{\text{地域の推定人口 (2026年) (10万人)}}{\text{医師偏在指標 (2022年) 下位33.3パーセンタイル指標値}} \times \text{地域の標準化受療率比 (※1) (2026年)}$$

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

$$\text{2022年の医師偏在指標を維持するための医師数 (参考値) (2026年)} = \frac{\text{医師偏在指標 (2022年)}}{\text{医師偏在指標 (2022年) 下位33.3パーセンタイル指標値}} \times \frac{\text{地域の推定人口 (2026年) (10万人)}}{\text{医師偏在指標 (2022年) 下位33.3パーセンタイル指標値}} \times \text{地域の標準化受療率比 (※1) (2026年)}$$

$$\text{地域の期待受療率(※2) (2026年)} = \frac{\sum \text{地域の性・年齢階級調整受療率(※3)} \times \text{地域の性・年齢階級別推定人口 (2026年)}}{\text{地域の推定人口 (2026年)}} \times \text{地域の標準化受療率比(※1) (2026年)} = \frac{\text{地域の期待受療率(※2) (2026年)}}{\text{全国の期待受療率 (2026年)}}$$

$$\text{地域の性・年齢階級別調整受療率(※3) (流出入調整係数反映)} = \left(\frac{\text{全国の性・年齢階級別入院受療率} \times \text{地域の入院患者流出入調整係数}}{\text{地域の性・年齢階級別調整受療率(※3) (流出入調整係数反映)}} \right) + \left(\frac{\text{無床診療所医療医師需要度} \times \text{全国の性・年齢階級別無床診療所受療率} \times \text{地域の無床診療所患者流出入調整係数}}{\text{地域の性・年齢階級別調整受療率(※3) (流出入調整係数反映)}} \right)$$

2. データの出所・算出方法

《目標医師数・参考値計算データ》

医師偏在指標下位33.3パーセンタイル指標値 (2022年)

・医師偏在指標下位33.3パーセンタイル指標値は、都道府県・二次医療圏ごとに、以下の方法で算出。
 医師偏在指標下位33.3パーセンタイル順位 = (圏域数-1)×66.7/100・医師偏在指標下位33.3パーセンタイル順位の整数部分をR、小数部分をrとしたとき
 医師偏在指標下位33.3パーセンタイル指標値 = R位の医師偏在指標値+([R+1位の医師偏在指標値]-[R位の医師偏在指標値])×r
 ※医師偏在指標は、都道府県・二次医療圏別の患者流出入を反映した再計算値（2022年）を用いている。

医師偏在指標 (2022年)

・医師偏在指標（2022年）を引用。

《目標医師数・参考値関連データ》

推計人口 (2026年)

・日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）「国立社会保障・人口問題研究所」出生中位・死亡中位仮定を基に、令和2（2020）年10月1日から令和27（2045）年10月1日までの25年間（5年ごと）に関して、推計された性・年齢階級別の将来人口を用いて、以下の方法で算出
 地域の推計人口（2026年）=地域の推計人口（2025年）+ {地域の推計人口（2030年）-地域の推計人口（2025年）} ÷5
 ※市区町村別の推計を行い、その結果を合計して都道府県別の人口を得ている（ただし、福島県においては全県での推計のみのため、2017年の二次医療圏別人口構成比を按分し二次医療圏別人口を算出）。

入院患者流出入調整係数

・各都道府県から報告された入院患者流入数・流出数、及び地域の入院患者総数に基づいて、以下の方法で算出。
 入院患者流出入調整係数 = 1 + {地域の入院患者流入数（千人） - 地域の入院患者流出数（千人）} ÷ 地域の入院患者総数（千人）

無床診療所患者流出入調整係数

・各都道府県から報告された地域の無床診療所患者流入数・流出数、及び地域の無床診療所患者総数に基づいて、以下の方法で算出。
 入院患者流出入調整係数 = 1 + {地域の無床診療所患者流入数（千人） - 地域の無床診療所患者流出数（千人）} ÷ 地域の無床診療所患者総数（千人）

入院受療率

・患者調査（2017年） 全国の性・年齢階級別入院患者数
 住民基本台帳人口（2018年1月1日時点）の性・年齢階級別人口を用いて以下の方法で算出。
 全国の性・年齢階級別の入院受療率 = 全国の性・年齢階級別入院患者数（人）÷全国の性・年齢階級別人口（10万人）

無床診療所受療率

・患者調査（2017年） 全国の性・年齢階級別一般診療所の外来患者数を
 社会医療診療行為別統計（2017年）2017年6月審査分、診療所・無床診療所における初再診・外来診療科・在宅医療等算定回数で按分した無床診療所患者数。
 住民基本台帳人口（2018年1月1日時点）の性・年齢階級別人口を用いて以下の方法で算出。
 全国の性・年齢階級別の無床診療所受療率 = 全国の性・年齢階級別無床診療所患者数（人）÷全国の性・年齢階級別人口（10万人）

無床診療所医療医師需要度

・医師需給分科会第3次中間取りまとめにおける医師の将来の需給推計における医師需要数を用いて以下の方法で算出。
 無床診療所医療医師需要度 = {マクロ医師需要推計における外来医師需要（人）÷無床診療所患者総数（千人）} ÷ {マクロ医師需要推計における入院医師需要（人）÷入院患者総数（千人）}

産科における偏在対策基準医師数(2026年)

【資料4-2(参照⑤)】

圏域名	産科における計画開始時の医師数 [標準化医師数] (2022年) (人)	産科における偏在対策基準医師数 (2026年)(人)	分娩件数将来推計 (2026年年間分娩件数)(千件)
福岡県	404.4	300.4	32.0
福岡・糸島	158.3	78.8	10.4
粕屋	13.7	14.1	1.9
宗像	7.4	10.0	1.3
筑紫	12.0	23.7	3.1
朝倉	1.9	2.3	0.3
久留米	69.7	31.4	4.1
八女・筑後	6.6	3.7	0.5
有明	9.6	11.2	1.5
飯塚	13.8	10.2	1.3
直方・鞍手	0.9	2.3	0.3
田川	7.6	3.5	0.5
北九州	99.8	43.3	5.7
京築	3.0	7.8	1.0

1. 産科における偏在対策基準医師数計算の算出方法

$$\text{地域の産科における偏在対策基準医師数 (2026年)} = \text{分娩取扱医師偏在指標 下位33.3パーセンタイル指標値 (2022年)} \times \text{分娩件数将来推計}^{(\ast 1)} \text{ (2026年年間分娩件数) (千件)}$$

$$\text{分娩件数将来推計}^{(\ast 1)} \text{ (2026年年間分娩件数) (千件)} = \text{2017年年間調整後分娩件数 (千件)} \times \frac{(\text{2025年0-4歳推定人口} \times 4 + \text{2030年0-4歳推定人口} \times 1)}{\text{2017年0-4歳人口}}$$

2. データの出所・算出方法

《産科における偏在対策基準医師数計算データ》

分娩取扱医師偏在指標 ※分娩取扱医師偏在指標下位33.3パーセンタイル指標値(2022年)は、都道府県・周産期医療圏ごとに、以下の方法で算出。
下位33.3パーセンタイル指標値(2022年) 分娩取扱医師偏在指標下位33.3パーセンタイル順位=(圏域数-1)×66.7/100+1 分娩取扱医師偏在指標下位33.3パーセンタイル順位の整数部分をR、小数部分をrとしたとき
 分娩取扱医師偏在指標下位33.3パーセンタイル指標値=R位の分娩取扱医師偏在指標値+([R+1位の分娩取扱医師偏在指標値]-[R位の分娩取扱医師偏在指標値])×r

《産科における偏在対策基準医師数関連データ》

- 分娩件数** ・医療施設調査(2017年) 病院票及び一般診療所票の「分娩(正常分娩を含む)」の9月中の実施件数。
- 年間調整後分娩件数** ・人口動態調査の出生数から(2017年1月~12月)、9月の一日あたり出生数を年間一日あたり出生数で除した「9月の出生調整係数(1.054)」を求めたのち、以下の方法で年間の分娩件数を算出。
 年間調整後分娩件数=(9月中の分娩件数÷30×365)÷9月の出生調整係数
- 診療所分娩件数割合** ・医療施設調査(2017年) 病院票及び一般診療所票の「分娩(正常分娩を含む)」の9月中の実施件数に占める一般診療所の分娩件数割合。
- 分娩件数将来推計** ・国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成30年推計)」(出生中位・死亡中位推計)における2025年及び2030年10月1日の0-4歳人口を使用し、以下の方法で分娩件数将来推計を算出。
 分娩件数将来推計(2026年年間分娩件数)=2017年年間分娩件数×(2026年0-4歳人口÷2017年0-4歳人口)
 2017年0-4歳人口:住民基本台帳人口(2017年)の0-4歳人口
 2026年0-4歳人口:(2025年0-4歳社人研人口×4+2030年0-4歳社人研人口×1)÷5

小児科における偏在対策基準医師数（2026年）

圏域名	小児科における計画開始時の医師数 〔標準化医師数〕（2022年）（人）	小児科偏在対策基準医師数 （2026年）（人）	推定年少人口 （2026年）（10万人）	標準化受療率比 （2026年）
福岡県	844.4	703.9	6.3	1.020
福岡・糸島	314.9	215.9	2.1	1.091
粕屋	36.5	40.6	0.5	0.945
宗像	19.5	16.9	0.2	0.785
筑紫	51.9	60.9	0.6	1.040
朝倉	6.3	5.1	0.1	0.616
久留米	135.3	65.8	0.6	1.263
八女・筑後	12.1	11.1	0.2	0.785
有明	28.0	17.4	0.2	0.916
飯塚	27.8	18.4	0.2	1.009
直方・鞍手	6.7	7.0	0.1	0.634
田川	12.8	8.5	0.1	0.710
北九州	186.1	116.4	1.2	1.063
京築	6.6	13.0	0.2	0.676

1. 小児科偏在対策基準医師数の算出方法

$$\text{地域の小児科偏在対策基準医師数 (2026年)} = \frac{\text{小児科医師偏在指標 (2022年)}}{\text{下位33.3パーセンタイル指標値 (2022年)}} \times \frac{\text{地域の推定年少人口 (2026年)}}{\text{(10万人)}} \times \text{地域の標準化受療率比 (※1) (2026年)}$$

$$\text{地域の期待受療率(※2) (2026年)} = \frac{\sum \text{地域の性・年齢階級調整受療率(※3)} \times \text{地域の性・年齢階級別推定年少人口 (2026年)}}{\text{地域の推定人口 (2026年)}} \times \text{地域の標準化受療率比(※1) (2026年)} = \frac{\text{地域の期待受療率(※2) (2026年)}}{\text{全国の期待受療率 (2026年)}}$$

$$\text{地域の性・年齢階級別調整受療率(※3) (流出入調整係数反映)} = \left(\frac{\text{全国の性・年齢階級別入院受療率} \times \text{地域の入院患者流出入調整係数}}{\text{地域の入院患者総数 (千人)}} \right) + \left(\frac{\text{無床診療所医療医師需要度} \times \text{全国の性・年齢階級別無床診療所受療率} \times \text{地域の無床診療所患者流出入調整係数}}{\text{地域の無床診療所患者総数 (千人)}} \right)$$

2. データの出所・算出方法

《小児科偏在対策基準医師数計算データ》

小児科医師偏在指標
下位33.3パーセンタイル指標値（2022年）
 ※小児科医師偏在指標下位33.3パーセンタイル指標値（2022年）は、都道府県・小児医療圏ごとに、以下の方法で算出。
 小児科医師偏在指標下位33.3パーセンタイル順位 = (圏域数-1)×66.7/100+1 医師偏在指標下位33.3パーセンタイル順位の整数部分をR、小数部分をrとしたとき
 小児科医師偏在指標下位33.3パーセンタイル指標値 = R位の小児科医師偏在指標値 + [(R+1位の小児科医師偏在指標値) - (R位の小児科医師偏在指標値)]×r
 ※小児科医師偏在指標は、都道府県・小児医療圏別の患者流出入を反映した再計算値（2022年）を用いている。

《小児科偏在対策基準医師数関連データ》

推計年少人口（2026年）
 ・日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）「国立社会保障・人口問題研究所」出生中位・死亡中位仮定を基に、令和2（2020）年10月1日から令和27（2045）年10月1日までの25年間（5年ごと）に関して、推計された性・年齢階級別の将来人口を用いて、以下の方法で算出
 地域の推計人口（2026年）= 地域の推計人口（2025年）+ {地域の推計人口（2030年）- 地域の推計人口（2025年）} ÷ 5
 ※市区町村別の推計を行い、その結果を合計して都道府県別の人口を得ている（ただし、福島県においては全県での推計のみのため、2017年の小児医療圏別人口構成比を按分し二次医療圏別人口を算出）。

入院患者流出入調整係数
 ・各都道府県から報告された入院患者流入数・流出数、及び地域の入院患者総数に基づいて、以下の方法で算出。
 入院患者流出入調整係数 = 1 + {地域の入院患者流入数（千人） - 地域の入院患者流出数（千人）} ÷ 地域の入院患者総数（千人）

無床診療所患者流出入調整係数
 ・各都道府県から報告された地域の無床診療所患者流入数・流出数、及び地域の無床診療所患者総数に基づいて、以下の方法で算出。
 入院患者流出入調整係数 = 1 + {地域の無床診療所患者流入数（千人） - 地域の無床診療所患者流出数（千人）} ÷ 地域の無床診療所患者総数（千人）

入院受療率
 ・患者調査（2017年） 全国の性・年齢階級別入院患者数
 住民基本台帳人口（2018年1月1日時点）の性・年齢階級別人口を用いて以下の方法で算出。
 全国の性・年齢階級別の入院受療率 = 全国の性・年齢階級別入院患者数（人） ÷ 全国の性・年齢階級別人口（10万人）

無床診療所受療率
 ・患者調査（2017年） 全国の性・年齢階級別一般診療所の外来患者数を
 社会医療診療行為別統計（2017年）2017年6月審査分、診療所・無床診療所における初再診・外来診療科・在宅医療等算定回数で按分した無床診療所患者数。
 住民基本台帳人口（2018年1月1日時点）の性・年齢階級別人口を用いて以下の方法で算出。
 全国の性・年齢階級別の無床診療所受療率 = 全国の性・年齢階級別無床診療所患者数（人） ÷ 全国の性・年齢階級別人口（10万人）

無床診療所医療医師需要度
 ・医師需給分科会第3次中間取りまとめにおける医師の将来の需給推計における医師需要数を用いて以下の方法で算出。
 無床診療所医療医師需要度 = {マクロ医師需要推計における外来医師需要（人） ÷ 無床診療所患者総数（千人）} ÷ {マクロ医師需要推計における入院医師需要（人） ÷ 入院患者総数（千人）}

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

〔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. 留意事項
 - 5－2－4. 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. その他の施策
6. 医学部における地域枠・地元出身者枠の設定・取組等
- 6-1. 地域枠・地元出身者枠の設定・取組の考え方
 - 6-2. 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
 - 6-3. 地域枠の選抜方式等について
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、医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会において、早急に対応する必要のある実効的な医師偏在対策について、法改正が必要な事項も含め検討を行い、平成 29 年（2017 年）12 月に第 2 次中間取りまとめを公表した。平成 30 年（2018 年）3 月には、第 2 次中間取りまとめで示された具体的な医師偏在対策について、「医療法及び医師法の一部を改正する法律案」を第 196 回通常国会に提出し、同年 7 月に成立した（以下「改正法」という。）。
- 改正法に基づき、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。
- 3 年ごとに医師確保計画の実施・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を医師確保計画の長期的な目標とし、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 月より開始する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、

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。

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。

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い。具体的な目標医師数を設定する。

- 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。

- 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。

- なお、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。

- 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

- 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

- 2025年の地域医療構想の実現に向け、第8次医療計画（2024年度～2029年度）の策定作業と併せて、2022年度及び2023年度において、地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しが行われているところである。地域でどの程度医師確保を行うべきかについては、こうした医療機関の再編・統合等の方針によっても左右されることから、医師確保計画の策定に当たってはこの点に留意する必要がある。
- 医師確保計画は、都道府県が、二次医療圏の医療提供体制の整備を目的として策定するものである。個別の医療機関の医師の確保については、地域医療構想調整会議等において議論された、医療機関ごとの機能分化・連携の方針等を踏まえ、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。

(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月から適用される。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。

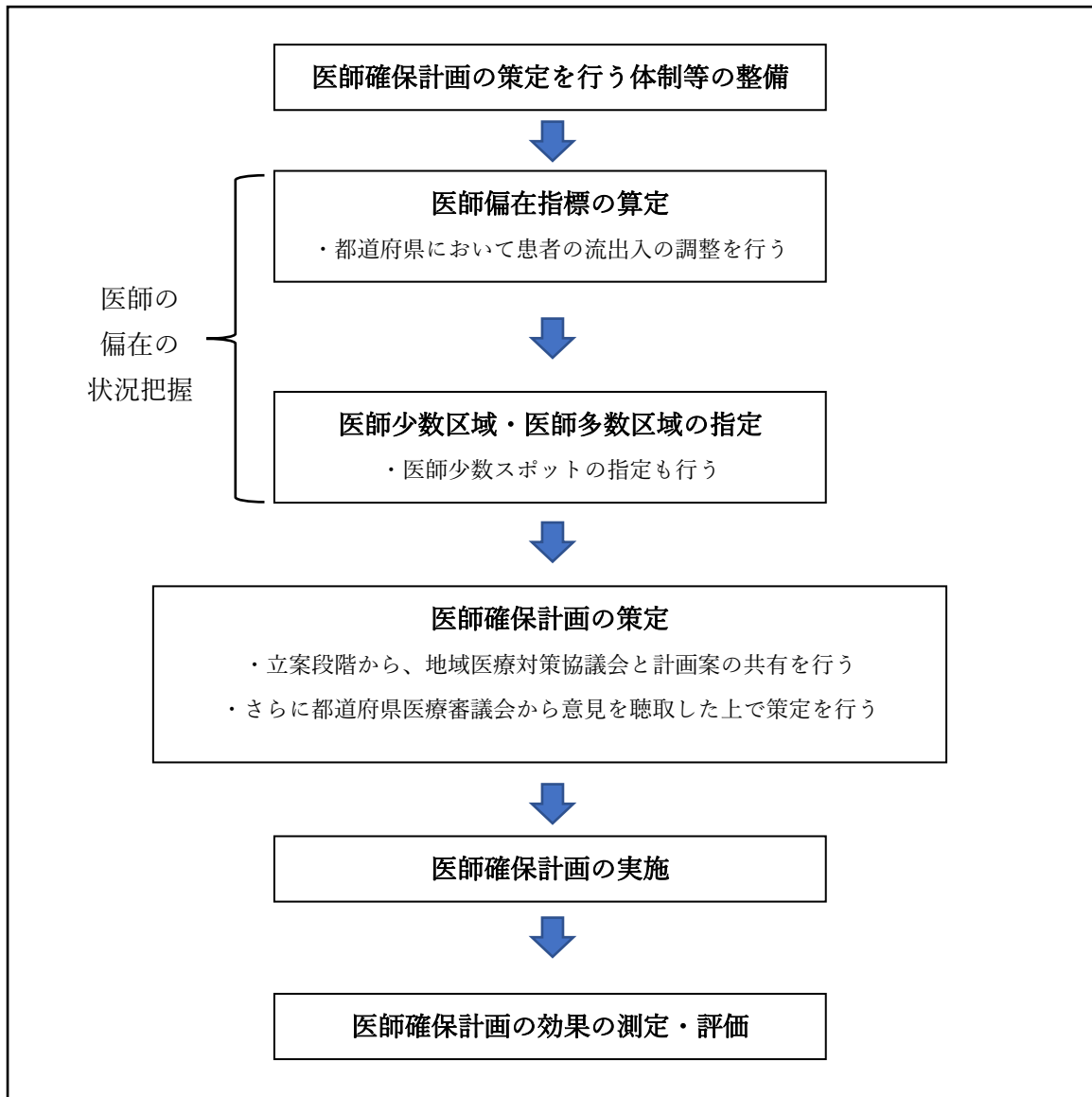
1-4. 医師確保計画の策定スケジュール

- 2024年度から始まる第8次医療計画における医師確保計画（以下「第8次（前期・後期）医師確保計画」という。）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	
2022年度	<ul style="list-style-type: none"> 厚生労働省が医師偏在指標（暫定値）を算出 ※暫定値では、2022年現在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%の基準となる指標の閾値を確定
2023年 9月まで 報告後順次 3月まで	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県が第8次医療計画策定に当たり二次医療圏、周産期医療圏及び小児医療圏の見直しを検討 都道府県において、二次医療圏等の見直しを行う場合、見直し後の二次医療圏等間における患者の流出入を厚生労働省に報告（二次医療圏等の見直しを行わない場合は、暫定値を確定値とする） 都道府県の報告を踏まえ、厚生労働省において、当該見直しが行われる二次医療圏の医師偏在指標（確定値）を算定 都道府県は、当該確定値と2022年度に確定された閾値を比較して、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
2024年度	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県において、第8次（前期）医師確保計画に基づく医師偏在対策開始
2025年度	<ul style="list-style-type: none"> 国が第8次（後期）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
2026年度	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県が第8次（後期）医師確保計画を策定・公表
2027年度	<ul style="list-style-type: none"> 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

※都道府県は、第8次医療計画策定の際に先行して二次医療圏の見直しについて議論し、見直す場合は9月までに厚生労働省に報告することとしているが、この報告までの期間を短縮することで、厚生労働省が早期に医師偏在指標を算定し、都道府県に提供することが可能となる。このため、見直しの結果を可能な限り速やかに報告すること。

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。
 - ・ 都道府県及び二次医療圏ごとの医師の確保の方針
 - ・ 都道府県及び二次医療圏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

- 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 7 次医療計画における医師確保計画（2020～2023 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（前期）医師確保計画（2024～2026 年度）には、第 7 次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様々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。
- 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、

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、昼間人口と夜間人口の比を用いて推計したものを、入院患者の流出入数については、患者調査における病院の入院における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推計したものをを用いている。

⁷ 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。入院患者の流出入数に関しては、患者調査における病院の入院患者の流出入数の情報を用いている。それぞれにデータ上の制限があることに留意が必要である。

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。

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

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

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

(\ast 3) 地域の期待受療率 =

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

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。

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。

(※4) 全国の性年齢階級別調整受療率

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

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

(※6) 全国の無床診療所外来患者数

$$= \text{全国の外来患者数}$$

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

○ 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。

性年齢階級別調整受療率(流出入反映)

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

(※7) 無床診療所患者流出入調整係数

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

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。

(※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あたっては、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、三師統計については、オンライン提出の仕組みを導入することで、結果を早期に公表できるよう検討を進める。また、国は、既存の他統計との連携も含め、三師統計の更なる充実化を図ることとする。

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。
- ただし、医師偏在指標上は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るべきではなく、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

が困難な場合については、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、医師偏在指標上、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は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（前期）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

- 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言いがたい状況であった。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」として定めることとする。
- 医師確保計画においては、計画期間の終期まで（2023 年度中に都道府県が策定することとされている医師確保計画であれば 2026 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。
- 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医師に関する事項が中心になるものと考えられる。しかし、キャリア形成プログラムの適用を受ける医師以外についても、医師確保計画が都道府県内の関係者の合意の上で策定されていることを勘案し、都道府県内の大学や医師会、医療機関等が可能な限り医師確保計画に沿った対応を行うことが望まれることから、都道府県は、適切な関与を行うこと。
- また、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、各地域医療構想調整会議において、地域医療構想に係る医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを協議する中で、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、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して、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。

- 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。
- 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ないことがないよう、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。

- 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。

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、外来医師多数区域においては特に、診療所が地域で不足する医療機能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. 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必要があることから、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。

5-2-4. 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、三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。

(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。
- 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

- 医師少数区域の目標医師数は、計画期間終了時の医師偏在指標の値が、計画期間開始時の全二次医療圏の医師偏在指標について下位 33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数と定義する。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。

- 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。
- 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
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、第 8 次医療計画策定の際に二次医療圏の見直しについて先行して議論し、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。
- 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三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。
※ 三師統計のデータは、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

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）

¹⁴ 地域医療対策協議会運営指針

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。
- 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。
- 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¹⁵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。
- ・ 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

¹⁵ 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。

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うこととしている。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. 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、地域重点型プログラムなどを用いて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。

6. 医学部における地域枠・地元出身者枠の設定・取組等

6-1. 地域枠・地元出身者枠の設定・取組の考え方

- 安定した医師確保を行うため、都道府県は、積極的に恒久定員内への地域枠や地元出身者枠の設置について大学と調整を行うとともに、医師の育成や配置方法について、大学と連携してキャリア形成を支援しつつ、地域枠等の医師が地域医療に従事する仕組みを構築することが重要である。
- 医学部定員の減員に向け、医師養成数の方針について検討が求められてきた中、安定した医師確保を行うため、都道府県は、大学の恒久定員内に、地域枠に加え、柔軟に運用できる地元出身者枠を設置することについて、積極的に大学と調整を行うこととする。特に医師少数都道府県においては、自都道府県内に所在する大学への積極的な地域枠の設置に加えて、地元出身者を対象として他県に所在する大学にも地域枠を設置し、卒前からキャリア形成に関する支援を行うことで医師確保を促進する。
- 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、要請できるとされている。
- 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。
- 地域枠については、都道府県内の特定の地域における診療義務を課すものであり、都道府県内における二次医療圏間の偏在を調整する機能があるとともに、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。また、臨時定員の増員等と組み合わせた地域枠については、医師の少ない都道府県において医師を充足させ、都道府県間の偏在を是正する機能がある。
- 一方、地元出身者枠については、これを設置する大学の所在地である都道府県内に、長期間にわたり8割程度の定着が見込まれるものの、特定の地域等での診療義務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く、都道府県間の偏在を是正する機能がある。

- 地域枠と地元出身者枠のこうした機能の違いを踏まえ、都道府県知事から大学に対する地域枠又は地元出身者枠の創設又は増員の要請を進めていくことが重要である。
- また、地域ごとの医師の需給推計から算出された、都道府県ごとの地域枠等の必要数等を踏まえて、今後大学医学部に対し、地域枠・地元出身者枠の要請を行うこと。なお、都道府県ごとの地域枠等の必要数について、暫定的に厚生労働省において算出したものを提示することとしており、医師確保計画全体の策定に先立って、特に地域枠等の設置・増員等について、大学医学部との協議を開始することが必要である。
- 特に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を涵養し、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。
- なお、令和7年度以降の医学部臨時定員については、「第8次医療計画等に関する検討会」等における議論の状況を踏まえ、改めて検討するとされていることに留意が必要である。

6-2. 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

- 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。

6-3. 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。

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

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。

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

$$\text{(※)標準化分娩取扱医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数}^{16} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

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

¹⁶ 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。

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

$$(\text{※1}) \text{標準化小児科医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数}^{17} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

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

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＝

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

(※4)全国の性年齢階級別調整受療率

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

$$\text{(※5)無床診療所医療医師需要度} = \frac{\frac{\text{マクロ需給推計における外来医師需要}^{18}}{\text{全国の無床診療所外来患者数 (※6)}}}{\frac{\text{マクロ需給推計における入院医師需要}^{19}}{\text{全国の入院患者数}}}$$

(※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)

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

¹⁸ 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。

¹⁹ 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越えた連携によって、産科・小児科医師の地域偏在の解消を図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」²⁰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。

²⁰ 「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

<p>① 医療提供体制等の見直しのための施策</p>	<p>○ 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。)</p> <p>○ 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</p>
----------------------------	---

	<p>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。)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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、遠隔診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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。(宿舎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くことも重要である。)
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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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

	<p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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。
<p>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</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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

- 医師確保計画のサイクルの中で、次期の医師確保計画に定める目標医師数は、医師確保計画の計画期間終了時における医師偏在指標の値を基に設定されるものである。このため、医師確保計画の効果については、計画終了時点で活用可能な最新データから医師偏在指標の値の見込みを算出し、これに基づいて測定・評価することが望ましいが、医師偏在指標を算出するための三師統計が2年ごとであるなど計画終了時の医師偏在指標の値の見込みの算出は困難であることから、医師偏在指標ではなく、病床機能報告²¹等の都道府県が活用可能なデータを参考として医師確保計画の効果の測定・評価することとする。
 - ※ 病床機能報告のデータは、厚生労働省ホームページより入手可能。
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055891.html>
- 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、非常勤医師の派遣等の取組に関して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。

²¹ 病床機能報告は一般病床又は療養病床を有する病院及び診療所におけるデータであるため、三師統計とは異なる点に留意が必要である。

- 医師確保計画が医療計画の一部であることを鑑み、次期医療計画の見直しの際には医療計画の指標として上記の項目を使用することを厚生労働省として今後検討する。
- 医療計画においては、その実効性を上げるために、その評価を行い、評価結果に基づき計画の内容を見直すことが重要であるとしている。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、本ガイドラインにおいて示した医師偏在指標等については、現時点で入手可能なデータに基づき検討することとなったが、今後、医師偏在対策に資するデータの整備状況等を踏まえて、厚生労働省は、医師偏在指標や医師偏在対策の指針の見直しを行う。

令和5年度 第2回福岡県医療対策協議会について

1. 開催予定日

令和5年8月頃

2. 議事予定

(1) 専門研修プログラムの確認・検討について 【協議】

- ① 2024年度専門研修プログラムの調整方針について
- ② 主要領域（内科、小児科、外科、整形外科、産婦人科、総合診療）における専門研修プログラム調整委員会の確認・検討結果について
- ③ 主要領域以外の13領域の確認・検討について

(2) 初期臨床研修医の募集定員枠の算定方法の見直しについて 【協議】

(3) 医師確保計画について 【協議】

- ① 第1回福岡県医療対策協議会（5/26）における意見への対応について
- ② 医師確保計画の構成（案）について
- ③ 検討事項について

(4) その他 【報告】

令和5年度第3回福岡県医療対策協議会について