

令和8年度 第2回福岡県医療対策協議会 議事次第

日時：令和8年8月25日（火）14：00～

会場：県庁行政棟 10階 行政特別東（行政特9）

○ 議事

1 委員変更について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・【資料1】

2 専門研修プログラムについて・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・【資料2】

（1）2027年度専門研修プログラムの確認・検討方針等について

（2）主要領域（内科、小児科、外科、整形外科、産婦人科、総合診療）
の確認・検討について

（3）主要領域以外の13領域の確認・検討について

3 医師確保計画の見直しについて・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・【資料3】

（第8次（後期）医師確保計画の策定）

4 医師の働き方改革について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・【資料4】

（1）特定労務管理対象機関の指定について

5 その他

（1）令和8年度福岡県医療対策協議会開催予定について・・・・・・・・・【資料5】

（2）その他

福岡県医療対策協議会 委員名簿

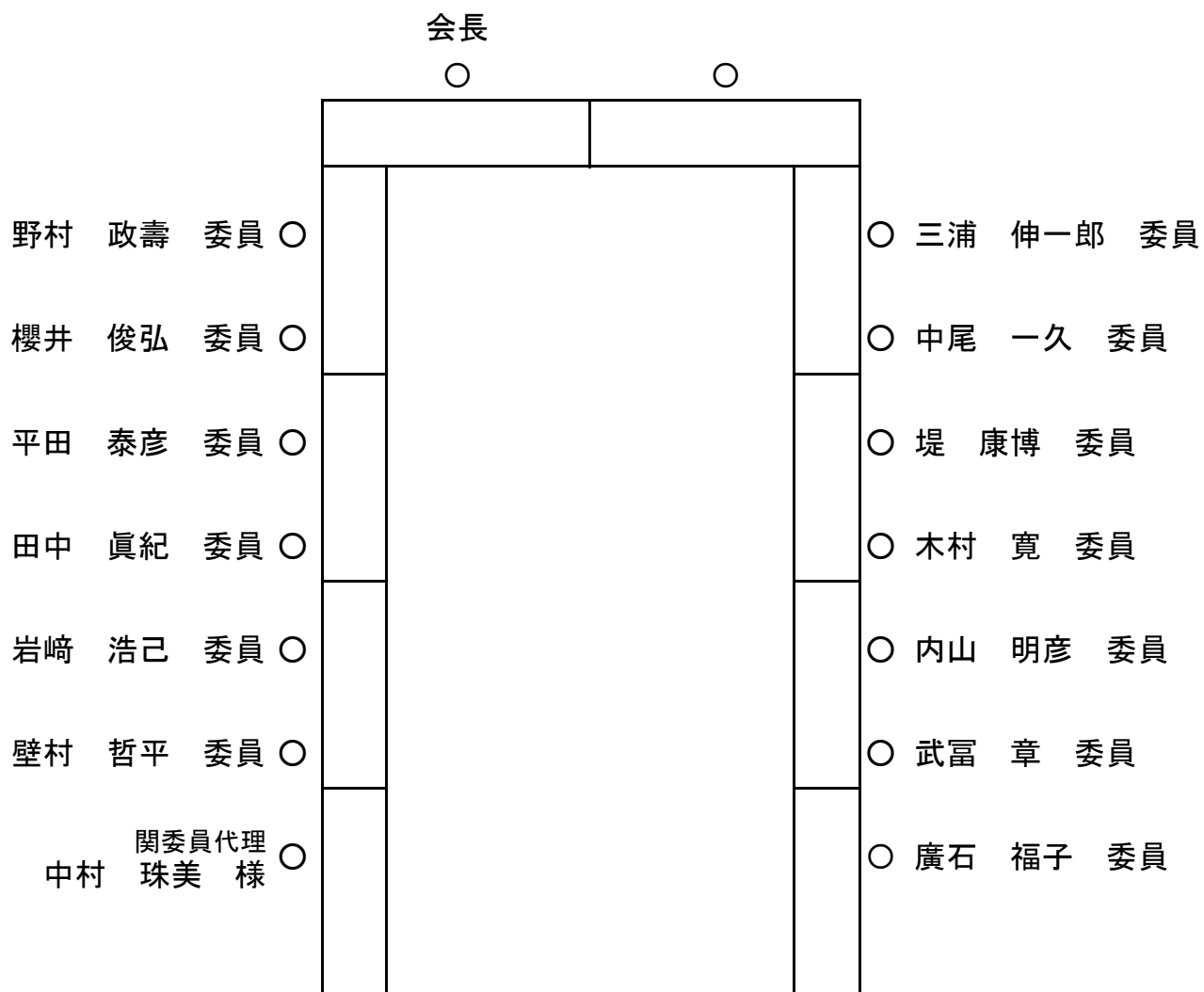
(任期：2025 年 5 月 14 日~2027 年 5 月 13 日)

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	【副会長】 中島 康晴
	久留米大学病院	病院長	野村 政壽
	福岡大学病院	病院長	三浦 伸一郎
	産業医科大学病院	病院長	酒井 昭典
公的医療機関	全国自治体病院協議会福岡県支部	名誉支部長	櫻井 俊弘
	(地方独立行政法人芦屋中央病院)	(病院長)	
民間病院	一般社団法人福岡県私設病院協会	会 長	中尾 一久
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	平田 泰彦
		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	一般社団法人福岡県医療法人協会	専務理事	木村 寛
	(社会医療法人社団至誠会)	(理事長)	
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	専務理事	壁村 哲平
	(福岡県済生会二日市病院)	(病院長)	
	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
	(飯塚市立病院)	(病院長)	
関係市町村	福岡県市長会	理 事	関 好孝
	(大牟田市)	(市 長)	
	福岡県町村会	副会長	井上 利一
	(桂川町)	(町 長)	
地域住民を代表する団体	福岡県地域婦人会連絡協議会	副会長	廣石 福子

令和8年度 第2回福岡県医療対策協議会 配席図

日時 : 令和8年8月25日(火) 14:00～

場所 : 福岡県庁10階 行政特別東(行政特9)



事 務 局

○ ○ ○ ○

オブザーバー等

○ ○ ○ ○

オブザーバー等

○ ○ ○ ○

傍聴

○ ○ ○

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。

委員変更について

協議会構成団体から委員変更の申し出があったため、報告するもの。
今回、該当団体から後任として推薦された委員就任者は、以下のとおり。

- ・福岡県医師会 会長 平田 泰彦 様（任期:令和8年8月1日～令和9年5月13日）
- ・福岡県医師会 副会長 堤 康博 様（任期:令和8年8月1日～令和9年5月13日）

福岡県医療対策協議会委員 新旧対照表

(旧)

	氏 名	職 名
1	中島 康晴	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	三浦 伸一郎	福岡大学病院 病院長
4	酒井 昭典	産業医科大学病院 病院長
5	櫻井 俊弘	全国自治体病院協議会福岡県支部 名誉支部長 (地方独立行政法人芦屋中央病院 病院長)
6	中尾 一久	一般社団法人福岡県私設病院協会 会長
7	蓮澤 浩明	公益社団法人福岡県医師会 会長
8	一宮 仁	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	木村 寛	一般社団法人福岡県医療法人協会 専務理事 (社会医療法人至誠会 理事長)
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	壁村 哲平	公益社団法人福岡県病院協会 専務理事
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	関 好孝	福岡県市長会理事(大牟田市市長)
16	井上 利一	福岡県町村会副会長(桂川町長)
17	廣石 福子	福岡県地域婦人会連絡協議会 副会長



(新)

	氏 名	職 名
1	中島 康晴	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	三浦 伸一郎	福岡大学病院 病院長
4	酒井 昭典	産業医科大学病院 病院長
5	櫻井 俊弘	全国自治体病院協議会福岡県支部 名誉支部長 (地方独立行政法人芦屋中央病院 病院長)
6	中尾 一久	一般社団法人福岡県私設病院協会 会長
7	平田 泰彦	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	木村 寛	一般社団法人福岡県医療法人協会 専務理事 (社会医療法人至誠会 理事長)
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	壁村 哲平	公益社団法人福岡県病院協会 専務理事
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	関 好孝	福岡県市長会理事(大牟田市市長)
16	井上 利一	福岡県町村会副会長(桂川町長)
17	廣石 福子	福岡県地域婦人会連絡協議会 副会長

2027 年度専門研修プログラムの確認・検討方針等について

1 調整委員会における確認・検討方針

専門研修プログラムに係る専攻医の採用実績・配置状況及び日本専門医機構が提示した都道府県別・診療科別のシーリングを踏まえ、2027 年度専門研修プログラムについて、地域の医療提供体制に影響を与えるものではないか、次に挙げる事項について、確認・検討を行う。

【令和 8 年 3 月 25 日に国が示した確認事項】

- (1) 日本専門医機構が提示した 2027 年度専攻医シーリング案が、都道府県内の医師確保対策や偏在対策に資するものとなっていること
- (2) 各診療領域のプログラムに共通する内容については、例えば、以下のように、都道府県内の医師確保対策や偏在対策に資するものとなっていること
 - ・内科、小児科、精神科、外科、整形外科、産婦人科及び麻酔科については、都道府県ごとに複数の基幹施設が置かれていること
 - ・診療科別の定員配置が都道府県内の医師確保対策や偏在対策に資するものになっていること
- (3) 個別のプログラムの内容については、例えば、以下のように、都道府県内の医師確保対策や偏在対策に資するものとなっていること
 - ・プログラムの連携施設及びローテーションの設定並びに採用人数が都道府県の偏在対策に配慮したものであること
 - ・プログラムの廃止がある場合は、それによって地域の医療提供体制に多大な影響を与えないこと
 - ・特定の地域や診療科において従事する医師を確保する観点から、地域枠等の従事要件に配慮した研修プログラムであること

【確認・検討に用いる資料】

(1) ～ (3) について

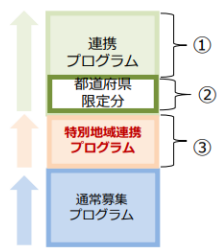
- ① 2027 年度シーリング案について＜福岡県＞
- ② 各基幹施設の採用者数及び 2027 年度の希望定員数
- ③ 2027 年度専門研修施設一覧
- ④ 専門研修施設配置図
- ⑤ 直近 3 年（2024～2026 年度）の専攻医のローテーション状況

2 【2027 年度シーリング案】2026 年度からの主な変更点について

(1) 特別地域連携プログラムの連携先要件、区分の変更

(2026 年度)

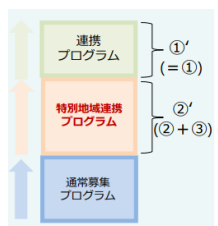
足下充足率 0.7 以下（小児科は 0.8 以下） の都道府県の医師少数区域



	区分	連携先	連携期間
①	連携プログラム (都道府県限定分を除く)	シーリング対象外の都道府県に 所在する施設	1年半以上
②	連携プログラム (都道府県限定分)	足下充足率0.8以下の都道府県に 所在する施設	1年半以上
③	特別地域連携 プログラム	足下充足率0.7以下の都道府県の 医師少数区域等に所在する施設	1年以上

(2027 年度)

足下充足率 0.8 以下（小児科は 0.9 以下） の都道府県で、当該都道府県が候補とした施設
+ 連携プログラム（都道府県限定分）と統合



	区分	連携先	連携期間
①'	連携プログラム	シーリング対象外の都道府県に 所在する施設	1年半以上
②'	特別地域連携 プログラム	<u>足下充足率0.8以下(小児科は0.9 以下)の都道府県にあり、当該都 道府県が候補とした施設</u>	1年以上

(2) 福岡県におけるシーリング対象診療科

○シーリング対象（下線は 2027 年度に対象となった診療科）

内科、精神科、整形外科、泌尿器科、放射線科、麻酔科、形成外科、
リハビリテーション科

○シーリング対象外（下線は 2027 年度に対象外となった診療科）

小児科、外科・産婦人科、病理、臨床検査、救急科、総合診療、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉
科、脳神経外科

3 確認・検討後の流れ

○調整委員会での確認・検討の結果、改善を要するとされた事項について、県は 8 月 25 日開催の「福岡県医療対策協議会」に諮った上で、提出期限の 9 月 4 日までに国（厚生労働省）に提出する。

○国は、都道府県から提出され意見を集約し、「医道審議会医師分科会専門研修部会」に諮った上で、日本専門医機構及び基本領域学会に対し、改善を要する事項への対応を要請する。

○日本専門医機構及び基本領域学会は、国から要請された事項への対応を検討し、その結果を国に回答する。国は、日本専門医機構及び基本領域学会からの回答内容を確認する。

○日本専門医機構は 9 月 1 日から 2027 年度の臨床研究医コースの募集を開始し、各基幹施設は 11 月から 2027 年度専攻医の募集を開始する予定。

2027年度シーリング案について＜福岡県＞

資料2(1)②

＜全国＞

- シーリング対象外6診療科：1)外科・産婦人科、2)病理・臨床検査、3)救急科・総合診療
- 理由 1)平成 6 年度と比較して平成 28 年度の医師数自体が減少している
- 2)専攻医が著しく少数である等
- 3)今後の役割についてさらなる議論が必要とされている

＜福岡県＞

- シーリングがかけられている診療科：**8**診療科
内科、精神科、整形外科、**泌尿器科**、放射線科、麻酔科、形成外科、**リハビリテーション科**
- シーリングがかかっていない診療科（上記対象外診療科以外）：**6**診療科
小児科、**皮膚科**、眼科、耳鼻咽喉科、脳神経外科

基本領域	2025年度														基本領域	2026年度																				
	シーリング計	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	採用者数R7.4	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	臨床研究医コース(別枠)	シーリング充足率		シーリング計	通常プログラム	基本数	加算分	留意分	連携プログラム	都道府県限定分以外	都道府県限定分	特別地域連携	精神科指定医連携枠	常動派遣分	採用者数R8.4	通常プログラム	連携プログラム	都道府県限定分以外	都道府県限定分	特別地域連携	精神科指定医連携枠	常動派遣分	臨床研究医コース(別枠)	シーリング充足率
内科	162	118	29	7	15	－	147	118	29	0	0	－	4	91%	内科	151	138	120	18	0	13	7	2	4	－	0	147	137	10	8	1	1	－	0	3	97%
小児科	－	－	－	－	－	－	28	28	0	0	0	－	0	－	小児科	－	－				－	－	－	－	－	－	29	29	－	－	－	－	－	－	0	－
皮膚科	12	11	1	0	0	－	12	11	1	0	0	－	0	100%	皮膚科	13	13	13	0	0	0	0	0	0	－	0	12	12	0	0	0	0	－	0	0	92%
精神科	26	17	5	3	3	1	23	17	4	2	1	1	1	88%	精神科	26	25	23	2	0	0	0	0	0	0	1	26	25	0	0	0	0	0	1	0	100%
外科	－	－	－	－	－	－	58	58	0	0	0	－	0	－	外科	－	－				－	－	－	－	－	－	53	53	－	－	－	－	－	－	0	－
整形外科	46	33	10	2	3	－	42	34	7	0	1	－	0	91%	整形外科	43	33	29	4	0	9	6	1	2	－	1	43	33	9	8	1	0	－	1	0	100%
産婦人科	－	－	－	－	－	－	22	22	0	0	0	－	0	－	産婦人科	－	－				－	－	－	－	－	－	21	21	－	－	－	－	－	－	0	－
眼科	13	11	0	0	2	－	11	11	0	0	0	－	0	85%	眼科	－	－				－	－	－	－	－	－	15	15	－	－	－	－	－	－	0	－
耳鼻咽喉科	－	－	－	－	－	－	16	－	－	－	－	－	0	－	耳鼻咽喉科	－	－				－	－	－	－	－	－	6	6	－	－	－	－	－	－	0	－
泌尿器科	－	－	－	－	－	－	23	－	－	－	－	－	0	－	泌尿器科	－	－				－	－	－	－	－	－	14	14	－	－	－	－	－	－	0	－
脳神経外科	－	－	－	－	－	－	13	－	－	－	－	－	0	－	脳神経外科	－	－				－	－	－	－	－	－	15	15	－	－	－	－	－	－	0	－
放射線科	17	15	0	0	2	－	13	12	0	0	1	－	0	76%	放射線科	16	15	14	1	0	0	0	0	0	－	1	14	14	0	0	0	0	－	0	0	88%
麻酔科	28	20	4	3	4	－	20	20	0	0	0	－	0	71%	麻酔科	20	20	20	0	0	0	0	0	0	－	0	20	20	0	0	0	0	－	0	0	100%
病理	－	－	－	－	－	－	4	－	－	－	－	－	0	－	病理	－	－				－	－	－	－	－	－	6	6	－	－	－	－	－	－	0	－
臨床検査	－	－	－	－	－	－	1	－	－	－	－	－	0	－	臨床検査	－	－				－	－	－	－	－	－	0	0	－	－	－	－	－	－	0	－
救急科	－	－	－	－	－	－	17	－	－	－	－	－	0	－	救急科	－	－				－	－	－	－	－	－	24	24	－	－	－	－	－	－	0	－
形成外科	9	7	0	0	2	－	7	7	0	0	0	－	0	78%	形成外科	9	9	9	0	0	0	0	0	0	－	0	9	9	0	0	0	0	－	0	0	100%
リハビリテーション科	－	－	－	－	－	－	4	－	－	－	－	－	0	－	リハビリテーション科	－	－				－	－	－	－	－	－	2	2	－	－	－	－	－	－	0	－
総合診療	－	－	－	－	－	－	13	－	－	－	－	－	0	－	総合診療	－	－				－	－	－	－	－	－	5	5	－	－	－	－	－	－	0	－
合計	8領域						474								合計	7領域											461									

基本領域	2027年度											シーリング前年比				
	シーリング計	通常プログラム	基本数	加算分	留意分	連携プログラム	右記以外	特別地域連携	端数調整	精神科指定医連携枠	常動派遣分	シーリング計	通常プログラム	連携プログラム	精神科指定医連携枠	常動派遣分
内科	151	138	120	18	0	13	7	7	▲1	－	0	0	0	0	－	0
小児科	－	－				－	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－
皮膚科	－	－				－	－	－	－	－	－					－
精神科	26	25	23	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
外科	－	－				－	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－
整形外科	43	33	29	4	0	9	6	3	0	－	1	0	0	0	－	0
産婦人科	－	－				－	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－
眼科	－	－				－	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－
耳鼻咽喉科	－	－				－	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－
泌尿器科	17	16	14	2	0	1	1	1	▲1	－	0	－	－	－	－	－
脳神経外科	－	－				－	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－
放射線科	16	15	14	1	0	0	0	0	0	－	1	0	0	0	－	0
麻酔科	20	20	20	0	0	0	0	0	0	－	0	0	0	0	－	0
病理	－	－				－	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－
臨床検査	－	－				－	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－
救急科	－	－				－	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－
形成外科	9	9	9	0	0	0	0	0	0	－	0	0	0	0	－	0
リハビリテーション科	6	6	6	0	0	0	0	0	0	－	0	－	－	－	－	－
総合診療	－	－				－	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－
合計	8領域															

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

診療領域	確認・検討事項		
	（１）日本専門医機構が提示した 2027 年度専攻医シーリング案が、都道府県内の医師確保対策や偏在対策に資するものとなっていること	（２）各診療領域のプログラムに共通する内容について、都道府県内の医師確保対策や偏在対策に資するものとなっていること	（３）個別のプログラムの内容について、都道府県内の医師確保対策や偏在対策に資するものとなっていること
内科	・「特別地域連携プログラム」の対象地域は関東、東北であり、九州からの派遣は地理的な距離の問題から実質上困難である。全ての地域で一律に本プログラムを導入するのであれば、九州など遠方地域からの派遣に関して実費補助など実効性を担保する措置が必要である。また、これまで派遣実績がない施設では、研修内容、指導医の質が十分に評価できていないことから専攻医の研修についてはプログラムが責任を持つという観点からも対象施設への派遣は現時点で推奨できない。 ・内科全体の数としては減らされていないが、内科のサブスペシャルティーの中身までは見えない。例えば、循環器内科は人手不足が深刻で学会も声明を出しているほどである。「内科」全体で見るのではなく、ある程度サブスペシャルティーも考慮いただきたい。 ・医師確保、医師偏在の観点から、専攻医数にシーリングを設定することは理解できるが、研修が終了後に都市部の医療機関へ就職する医師が一定数おり、医師偏在の根本的解決には専門医研修制度におけるシーリングのみでは不十分である。	・内科全体としては 2026 年度からシーリングが減らされたままだが、人口増加や患者数増加、三次救急の受け入れ状況などを配慮すべきではないか。 ・県外の都市部の連携施設への派遣が見受けられるが、その専門領域でのハイボリュームセンターへの派遣（国内留学）であると考えられる。専攻医の要望もあり一定数の派遣はしたかないが、基幹病院から県内の連携施設への派遣機能が低下してしまうことが危惧される。	※問題なし
小児科	※問題なし	※問題なし	※問題なし
外科	・外科がシーリング対象外であることは、本県の外科医療の現状に照らし妥当である一方、外科は通常プログラムの加算数および常勤派遣分の算出対象から外れており、シーリング加算の対象・非対象にかかわらず、専門研修指導医の派遣実績を共通して収集・集計する仕組みを設けていただきたい。併せて、派遣体制の継続性を評価できるよう、派遣先ごとの同一医師の継続勤務年数、人事異動または後任補充の有無および実施時期についても、収集項目に含めていただきたい。	・一部の連携施設では、内科等の常勤医確保難を背景に、専攻医の受入れに必要な診療体制の維持が困難となる事例も生じている。連携施設としての登録の有無ではなく、受入実績および受入体制の実態に基づく検証が必要である。 ・2026 年度診療報酬改定では、外科医療の機能分化・集約を評価する方向が示されており、専攻医の地域研修については、高度手術件数の分散を目的とするのではなく、一般・救急外科診療、周術期管理、術後フォローアップ、適切な搬送判断等を修得する場として、その位置づけを明確化する必要がある。 ・専門研修における基幹施設と連携施設の役割および各施設で修得すべき能力を明確化すべき。 ・専門研修修了後の勤務地を把握し、偏在対策の成果を評価する仕組みが必要。	※問題なし

診療領域	確認・検討事項		
	(１) 日本専門医機構が提示した 2027 年度専攻医シーリング案が、都道府県内の医師確保対策や偏在対策に資するものとなっていること	(２) 各診療領域のプログラムに共通する内容について、都道府県内の医師確保対策や偏在対策に資するものとなっていること	(３) 個別のプログラムの内容について、都道府県内の医師確保対策や偏在対策に資するものとなっていること
整形外科	・シーリング制度が県内の医師偏在対策に寄与しているかは疑問。医師少数区域での研修は結局は当該基幹施設の裁量に依存しているものと考える。県内の医師確保対策にしても、他県との相互派遣が一定数ある中、都道府県単位での議論を全国単位でいかに集約するかが重要だと考える。	※問題なし	※問題なし
産婦人科	・専門医取得後の勤務状況などを追跡しなければ医師確保対策や偏在対策に資するものとなっているかの評価は困難。	※問題なし	※問題なし
総合診療	・2027 年度シーリング案は、大都市圏（特定都道府県）における専攻医の過度な集中を一定程度抑制する効果は見られるものの、流出先が主に大都市圏の周辺県にとどまっており、本来の目的である全国的な「医師少数県・医師少数区域」への医師定着や地域偏在の解消には十分資するものにはなっていない。 ・本県においては、シーリング対象外診療科として基幹施設・プログラム数が整備されているものの、専攻医の定員・ローテーションの実態を見ると、依然として都市部や特定の大規模基幹病院に集中しており、制度設計が県内の実質的な偏在対策へ十分に結びついていない。 ・「特別地域連携プログラム」等は、連携先が関東や東北など他地域の足下充足率の低い医療圏に集中する構造となっており、遠隔地への派遣に対する専攻医側の心理的・地理的ハードルが高く、結果として定員割れが生じる等のミスマッチを引き起こしている。 ・現行のシーリング案および関連制度は、単に人口比等で一律に定員管理を行うのみであり、真に都道府県内および地域間の偏在対策に資しているとは言い難い。専攻医の希望やキャリア形成に配慮しつつ、県内の医師少数区域での研修に対して、実効性をもってローテーションに組み込めるプログラムの拡充や、通常プログラムの定員設定の柔軟化など、地域の医療提供体制の実態に即した制度の見直しを求める。	・直近３年間の医師少数区域での研修経験者がほぼ 0%であることや基幹施設が福岡・糸島等の都市部に偏在していることから、県内の医師偏在対策への実質的な貢献は不十分である。専攻医が県内の医師が少ない区域（京築・田川・朝倉等）を必ず一定期間ローテートするプログラム編成の義務化や指導体制の強化など、実効性のある見直しが必要である。 ・複数の基幹施設が設置されているが、希望定員が特定の大規模大学病院等に集中している。地域医療の現場や医師少数区域を支える基幹施設・連携施設へ専攻医が適正に配置・循環するよう、定員設定やプログラム調整における配慮が必要である。	※問題なし

各領域専門研修プログラム調整委員会 実施状況

内科専門研修プログラム調整委員会

診療領域	開催	委員	
		団体	氏名
内 科	書面により 開催	県医師会 九州大学病院 産業医科大学病院 福岡大学病院 久留米大学病院 県病院協会 全国自治体病院協議会福岡県支部 県私設病院協会 地域医療振興協会福岡県支部 福岡県地域医療支援センター	牟田 浩実 新納 宏昭 矢寺 和博 八尋 英二 川口 巧 谷口 修一 鳥村 拓司 杉 雄介 出口 智弘 佐野 正

小児科専門研修プログラム調整委員会

診療領域	開催	出席者	
		団体	氏名
小児科	書面により 開催	県医師会 九州大学病院 産業医科大学病院 福岡大学病院 久留米大学病院 県病院協会 全国自治体病院協議会福岡県支部 県私設病院協会 福岡県地域医療支援センター	古野 憲司 西山 慶 深野 玲司 新居見 俊和 水落 建輝 楠原 浩一 高野 健一 前野 泰樹 佐野 正

外科専門研修プログラム調整委員会

診療領域	開催	委員	
		団体	氏名
外 科	書面により 開催	県医師会 九州大学病院 産業医科大学病院 福岡大学病院 久留米大学病院 県病院協会 全国自治体病院協議会福岡県支部 県私設病院協会 福岡県地域医療支援センター	宗 宏伸 野口 浩司 平田 敬治 桑原 豪 田山 栄基 島 弘志 齋村 道代 今村 鉄男 佐野 正

整形外科専門研修プログラム調整委員会

診療領域	開催	委員	
		団体	氏名
整形外科	書面により 開催	県医師会 九州大学病院 産業医科大学病院 福岡大学病院 久留米大学病院 県病院協会 全国自治体病院協議会福岡県支部 県私設病院協会 福岡県地域医療支援センター	星子 久 中島 康晴 酒井 昭典 土肥 憲一郎 平岡 弘二 池村 聡 齊藤 太一 王寺 享弘 佐野 正

産婦人科専門研修プログラム調整委員会

診療領域	開催	委員	
		団体	氏名
産婦人科	書面により 開催	県医師会 九州大学病院 産業医科大学病院 福岡大学病院 久留米大学病院 県病院協会 全国自治体病院協議会福岡県支部 県私設病院協会 福岡県地域医療支援センター	福岡 恒太郎 小野山 一郎 吉野 潔 宮田 康平 津田 尚武 上岡 陽亮 尼田 覚 宮原 大輔 佐野 正

総合診療専門医養成プログラム検討委員会

診療領域	開催	委員	
		団体	氏名
総合診療	書面により 開催	県医師会 九州大学病院 福岡大学病院 久留米大学医療センター 宗像水光会総合病院 福岡県地域医療支援センター	堤 康博 村田 昌之 日吉 哲也 向原 圭 津留 英智 佐野 正

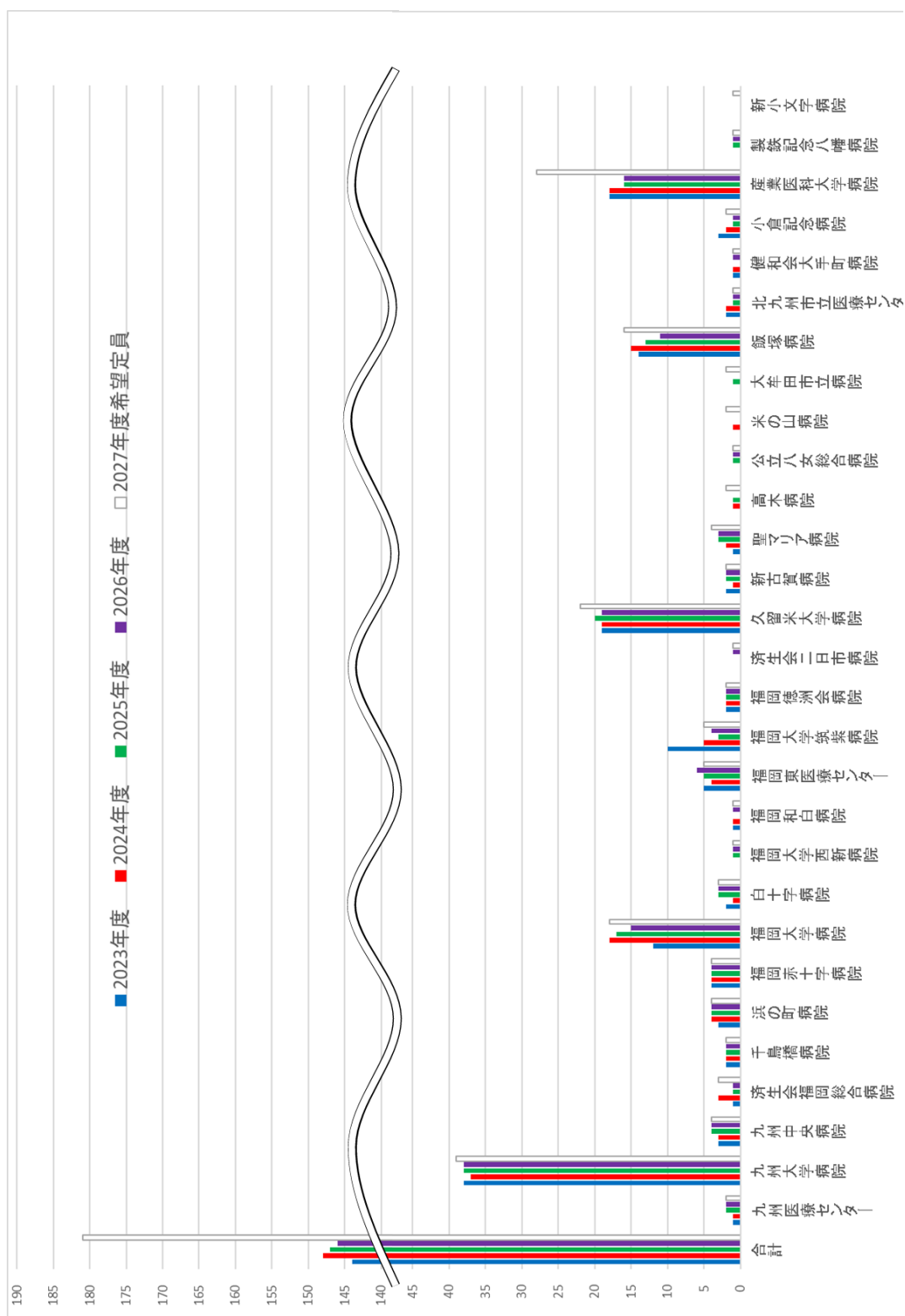
○各基幹施設の採用者数及び2027年度の希望定員数(内科)

■医師少数区域(京築医療圏及びへき地診療所)

基幹施設(30)	シーリング数	合計	福岡・糸島 ①												粕屋	宗像	筑紫 ③	朝倉	久留米 ④			八木・有明	有明②	飯塚	藤井・穂手	田川	北九州 ⑦					京築
			九州医療センター	九州大学病院	九州中央病院	済生会福岡総合病院	千鳥橋病院	浜の町病院	福岡赤十字病院	福岡大学病院	白十字病院	福岡大学西新病院	福岡和白病院	福岡東医療センター	福岡大学筑紫病院	福岡徳洲会病院	済生会二日市病院	久留米大学病院	新古賀病院	聖マリア病院	高木病院	公立八女総合病院	米の山病院	大牟田市立病院	飯塚病院	田川	JCHO九州病院	北九州市立医療センター	健和会大手町病院	小倉記念病院	産業医科大学病院	製鉄記念八幡病院
2023年度	162	144	1	38	3	1	2	3	4	12	2	0	1	5	10	2	19	2	1	0	0	0	0	14	0	2	1	3	18	0		
通常プログラム	118	117	1	30	3	1	2	3	4	7	2	0	1	5	10	2	14	2	1	0	0	0	0	10	0	2	1	3	13	0		
連携プログラム	29	27	0	8	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	5	0		
連携プログラムのうち都道府県限定分	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
特別地域連携プログラム	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
臨床研究医コース	外	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
ダブルボード	外	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
2024年度	162	148	1	37	3	3	2	4	4	18	1	0	1	4	5	2	19	1	2	1	0	1	0	15	1	2	1	2	18	0		
通常プログラム	118	120	1	28	3	3	2	4	4	13	1	0	1	4	5	2	14	1	2	1	0	1	0	12	1	2	1	2	12	0		
連携プログラム	29	28	0	9	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	6	0			
連携プログラムのうち都道府県限定分	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
特別地域連携プログラム	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
臨床研究医コース	外	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
地域枠等医師	外	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
ダブルボード	外	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
2025年度	162	147	2	38	4	1	2	4	4	17	3	1	0	5	3	2	20	2	3	1	1	0	1	13	1	1	0	1	16	1		
通常プログラム	118	118	2	29	4	1	2	4	4	12	3	1	0	5	3	2	15	2	3	1	1	0	1	10	1	1	0	1	9	1		
連携プログラム	29	29	0	9	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	7	0			
連携プログラムのうち都道府県限定分	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
特別地域連携	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
臨床研究医コース	外	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
地域枠等医師	外	3	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
ダブルボード	外	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
2026年度	151	147	2	40	4	1	2	4	4	15	3	1	1	6	4	2	19	2	3	0	1	0	0	11	2	1	1	1	15	1	0	
通常プログラム	138	137	2	37	4	1	2	4	4	14	3	1	1	6	4	2	17	2	3	0	1	0	0	11	2	1	1	1	11	1	0	
連携プログラム	13	10	0	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	
うち都道府県限定分	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
うち特別地域連携	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
臨床研究医コース	外	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
地域枠等医師	外	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
ダブルボード	外	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
2027年度希望定員	151	181	2	39	4	3	2	4	4	18	3	1	1	5	5	2	22	2	4	2	1	2	2	16	2	1	1	2	28	1	1	
通常プログラム	138	169	2	35	4	3	2	4	4	17	3	1	1	5	5	2	20	2	4	2	1	2	2	16	2	1	1	1	24	1	1	
連携プログラム	13	11	0	4	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0	
うち特別地域連携	7	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	

2027年度の希望定員数

出典: 日本専門医機構 JMSB Online System* 管理システム



○ 2027年度專門研修施設一覽(内科)

■ 医師少数区域(京築医療圏及びへき地診療所)

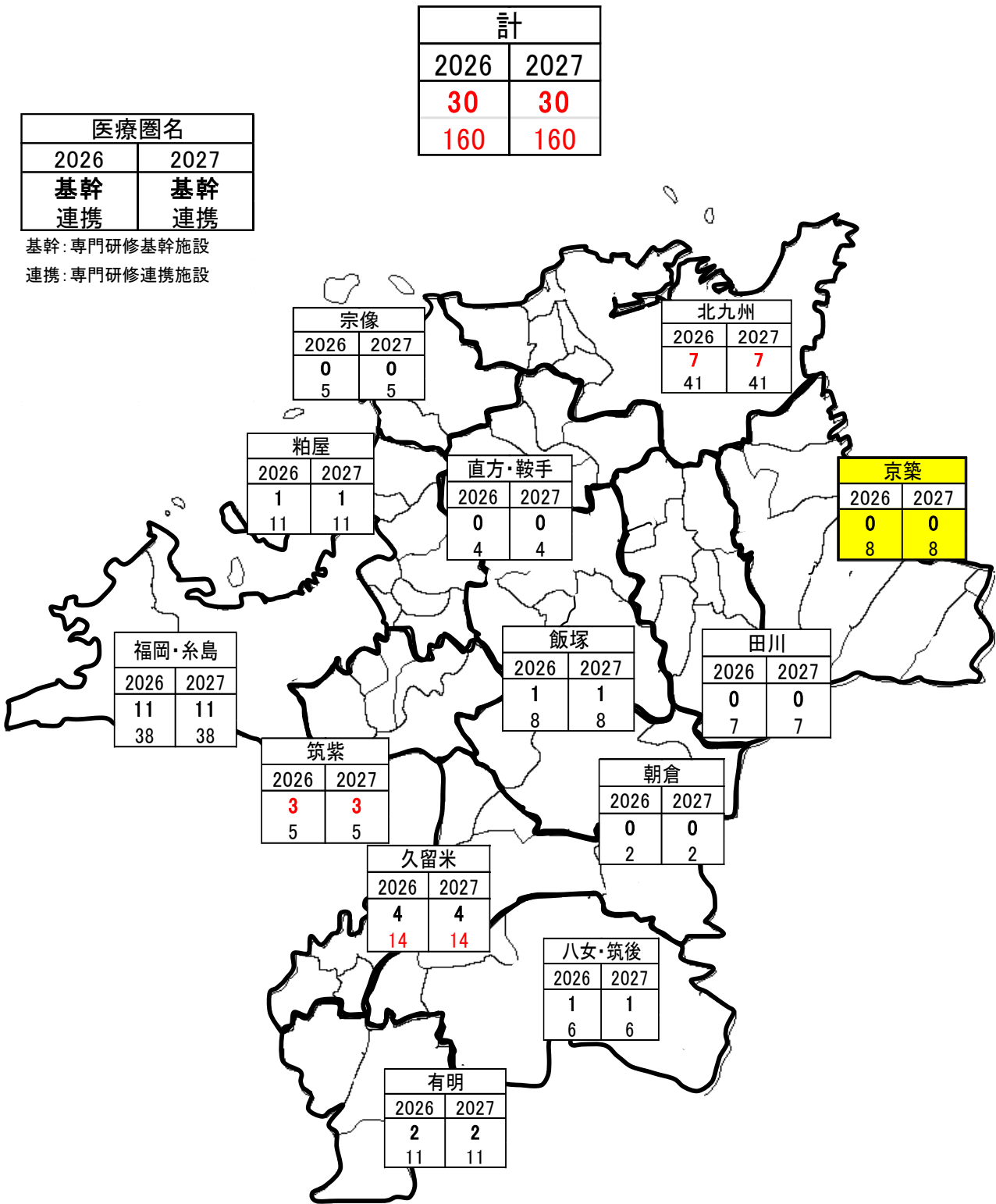
■医師少数区域に研修施設がない基幹施設

※朱書きは前年度からの追加

[illegible]

内科専門研修施設配置図

※朱書きは昨年度から増加

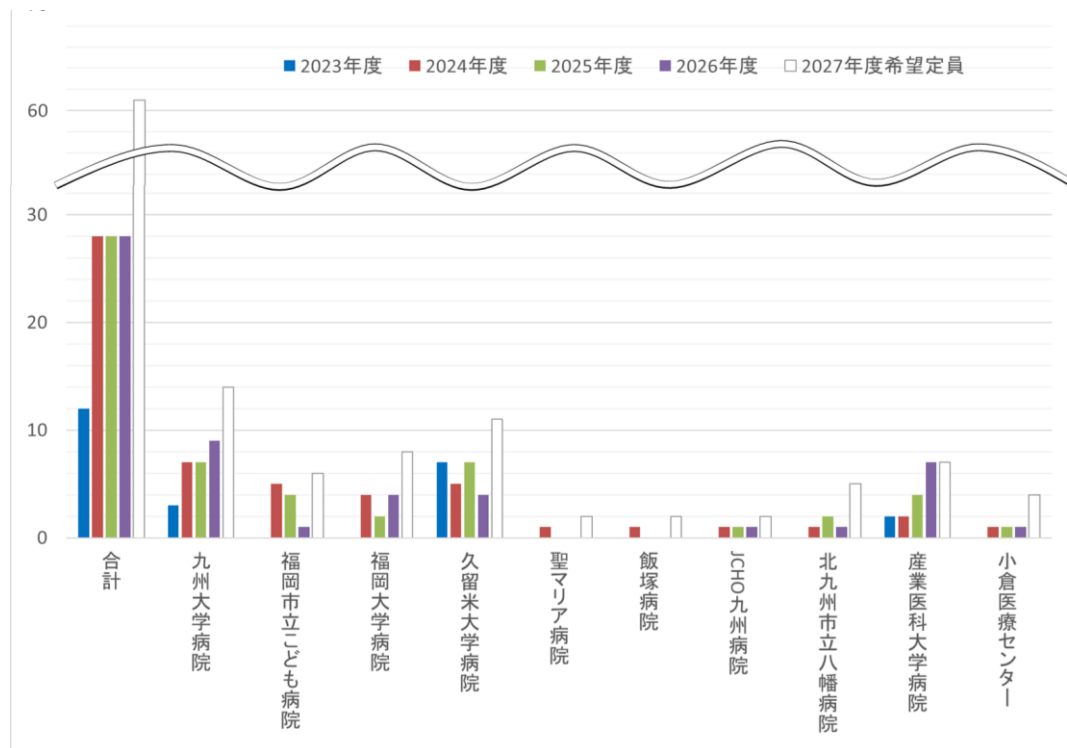


直近3年(2024～2026年度)の専攻医のローテーション状況						
年次	採用年度	専攻医人数 ※中断、休止者除く	うち医師少数区域をローテーション		うち県外をローテーション	
			人数	%	人数	%
3	2022	138	0	0.0%	52	37.7%
2	2023	145	1	0.7%	57	39.3%
1	2024	143	2	1.4%	27	18.9%
2024年度		426	3	0.7%	136	31.9%
3	2023	144	1	0.7%	49	34.0%
2	2024	140	5	3.6%	84	60.0%
1	2025	148	1	0.7%	21	14.2%
2025年度		432	7	1.6%	154	35.6%
3	2024	139	1	0.7%	45	32.4%
2	2025	145	2	1.4%	33	22.8%
1	2026	147	0	0.0%	12	8.2%
2026年度		431	3	0.7%	90	20.9%

○各基幹施設の採用者数及び2027年度の希望定員数(小児科)

■ 相対的医師少数区域(粕屋、筑紫、八女・筑後、直方・鞍手、京築)

基幹施設 (10)		シーリング数	福岡・糸島 ③			粕屋	宗像	筑紫	朝倉	久留米②		八女・筑後	有明	飯塚	直方・鞍手	田川	北九州 ④				京築
			九州大学病院	福岡市立こども病院	福岡大学病院					久留米大学病院	聖マリア病院			飯塚病院			JCHO九州病院	北九州市立八幡病院	産業医科大学病院	小倉医療センター	
			採用者数																		
2023年度	-	12	3	0	0					7	0			0			0	0	2		
2024年度	-	28	7	5	4					5	1			1			1	1	2	1	
2025年度	-	28	7	4	2					7	0			0			1	2	4	1	
2026年度	-	29	9	1	4					4	0			0			1	2	7	1	
2027年度希望定員	-	61	14	6	8					11	2			2			2	5	7	4	



2027年度の希望定員数

出典: 日本専門医機構 JMSB Online System+ 管理システム

○ 2027年度専門研修施設一覧(小児科)

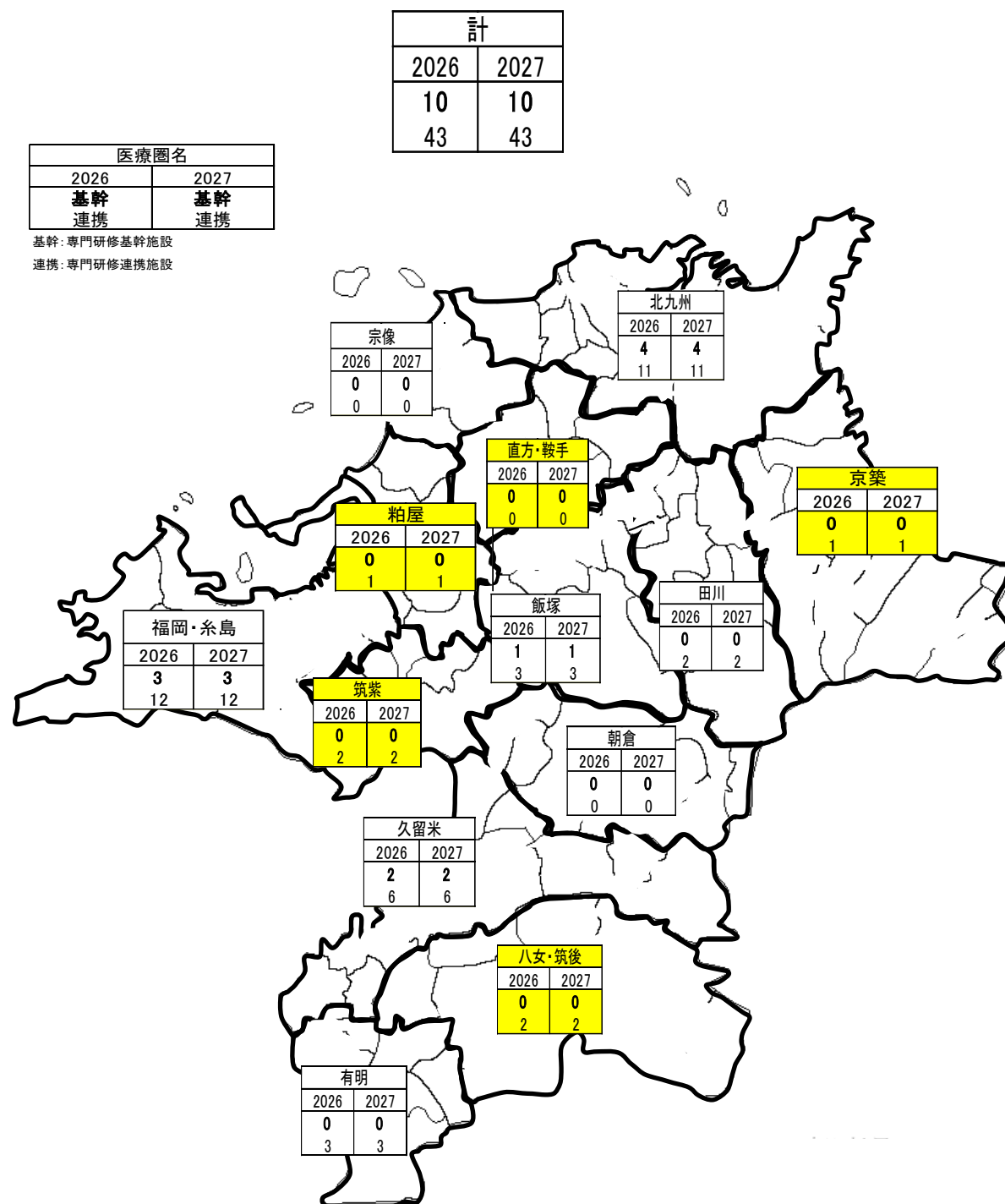
		相対的医師少数区域(粕屋、宗像、筑紫、八女・筑後、直方・鞍手、京築)										相対的医師少数区域に研修施設がない基幹施設									
		○ 連携施設																	● 前年度からの追加		
基幹施設(10)	連携施設(43)	福岡・糸島 ③				粕屋	宗像	筑紫	朝倉	久留米②	八女・筑後	有明	飯塚	直方・鞍手	田川	北九州 ④				京築	
		九州大学病院	福岡市立こども病院	福岡大学病院						久留米大学病院	聖マリア病院			飯塚病院			JCHO九州病院	北九州市立八幡病院	産業医科大学病院	小倉医療センター	
福岡・糸島 ⑫	九州医療センター	○																			
	九州大学病院	△	○													○			○		
	浜の町病院	○																			
	福岡市立こども病院	○	△															○			
	福岡赤十字病院	○																			
	福岡病院	○																			
	九州がんセンター	○		○																	
	福岡大学西新病院																				
	福岡中央病院			○																	
	福岡山王病院			○																	
	福岡大学病院			△													○				
	福岡歯科大学医科歯科総合病院	○		△																	
粕屋	福岡東医療センター	○	○																		
宗像																					
筑紫 ②	福岡大学筑紫病院			○																	
筑紫 ②	福岡徳洲会病院			○																	
朝倉																					
久留米 ⑥	久留米大学医療センター								○												
	久留米大学病院								△	○		○					○				
	聖マリア病院								○	△							○				
	高木病院			○																	
	こぐま学園診療所								○												
	ゆうかり医療療育センター								○												
八女・筑後 ②	公立八女総合病院							○													
八女・筑後 ②	筑後市立病院							○													
有明 ③	大牟田市立病院							○													
	米の山病院							○													
	柳川療育センター							○													
飯塚 ③	飯塚病院							○				△									
	諫田病院											○									
	こどもクリニックもりた											○									
直方・鞍手 ②																					
田川 ②	田川市立病院	○	○																		
	社会保険田川病院							○													
北九州 ⑪	JCHO九州病院	○								○						△	○	○	○		
	おんが病院																○				
	北九州市立医療センター	○															○				
	北九州市立総合療育センター																○		○		
	北九州市立八幡病院			○					○	○						○	△	○			
	北九州総合病院																	○			
	九州労災病院																	○			
	小倉医療センター	○															○	○			
	済生会八幡総合病院																	○			
	産業医科大学病院			○													○	○	△	●	
	福岡新水巻病院								○								○				
京築	ゆげ子どもクリニック											○									

日本専門医機構 JMSB Online System+ 管理システムデータをもとに作成

※そのほか県外にも連携施設あり

専門研修施設配置図（小児科）

※赤字は昨年度から増加



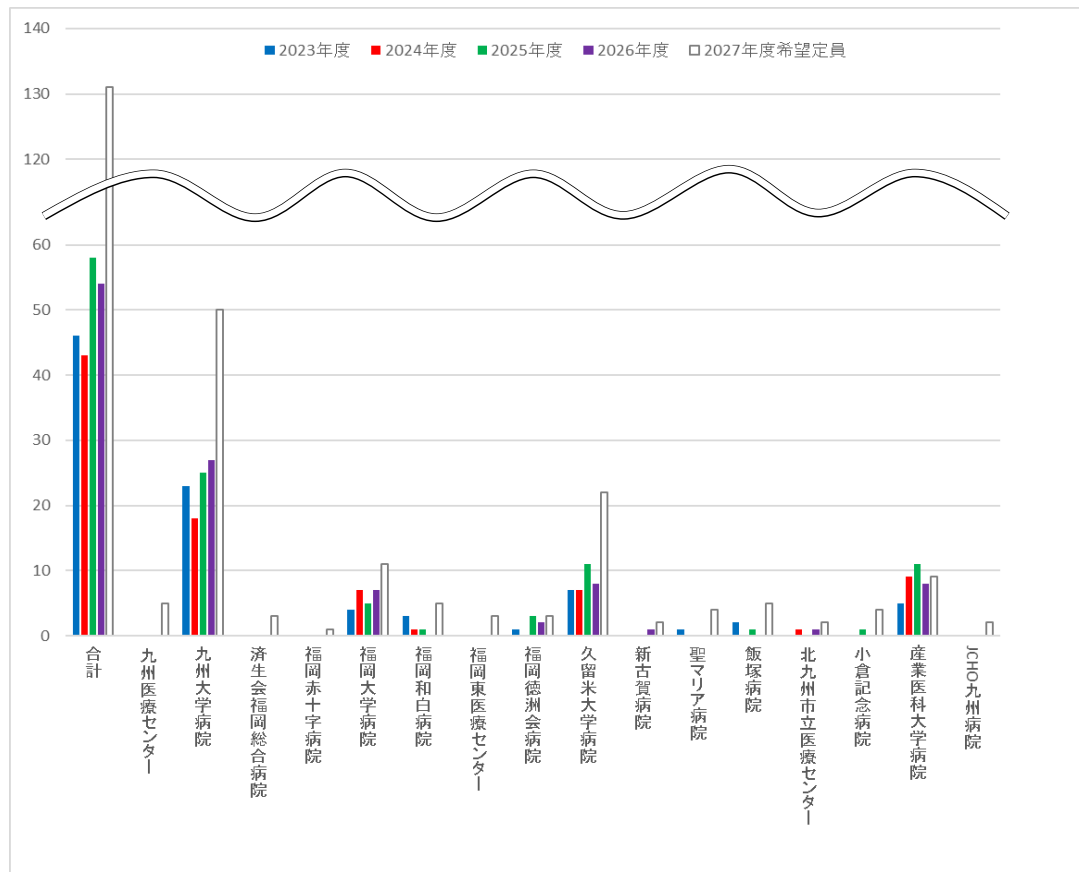
直近3年(2024～2026年度)の専攻医のローテーション状況

年次	採用年度	専攻医人数 ※中断者、休 止者除く	うち相対的医師少数区域を ローテーション		うち県外をローテーション	
			人数	%	人数	%
3	2022	23	2	8.7%	1	4.3%
2	2023	12	0	0.0%	3	25.0%
1	2024	28	3	10.7%	3	10.7%
2024年度		63	5	7.9%	7	11.1%
3	2023	12	0	0.0%	2	16.7%
2	2024	27	0	0.0%	3	11.1%
1	2025	28	0	0.0%	3	10.7%
2025年度		67	0	0.0%	8	11.9%
3	2024	25	0	0.0%	2	8.0%
2	2025	27	1	3.7%	4	14.8%
1	2026	29	4	13.8%	3	10.3%
2026年度		81	5	6.2%	9	11.1%

○各基幹施設の採用者数及び2027年度の希望定員数(外科)

 医師少数区域

基幹施設(16)		合計	福岡・糸島 ⑥						粕屋	宗像	筑紫	朝倉	久留米 ③			八女・筑後	有明	飯塚	重芳・糟屋	田川	北九州 ④				京築
			九州医療センター	九州大学病院	済生会福岡総合病院	福岡赤十字病院	福岡大学病院	福岡和白病院	福岡東医療センター	福岡徳洲会病院	久留米大学病院	新古賀病院	聖マリア病院	飯塚病院	北九州市立医療センター	小倉記念病院	産業医科大学病院	JCHO九州病院							
採用者数	2023年度	46	0	23	0	0	4	3			1		7	0	1			2			0	0	5	-	
	2024年度	43	0	18	0	0	7	1	0		0		7	0	0			0			1	0	9	-	
	2025年度	58	0	25	0	0	5	1	0		3		11	0	0			1			0	1	11	0	
	2026年度	53	0	27	0	0	6	0	0		2		8	1	0			0			1	0	8	0	
2027年度希望定員		131	5	50	3	1	11	5	3		3		22	2	4			5			2	4	9	2	



2027年度の希望定員数

出典: 日本専門医機構 JMSB Online System+ 管理システム

○ 2027年度専門研修施設一覧(外科)

 医師少数区域(京築医療圏及びへき地診療所)

 医師少数区域に研修施設を持たない基幹施設

※朱書きは前年度から追加

※青文字は前年度から減少

○ 連携施設

基幹施設(16) 連携施設(94)	福岡・糸島 ⑥						粕屋	宗像	筑紫	朝倉	久留米 ③			八女・筑後	有明	飯塚	直方・柳井	田川	北九州 ④				京築
	九州 医療 センター	九州 大学 病院	済生会 福岡 病院	福岡 赤十字 病院	福岡 大学 病院	福岡 和白 病院	福岡 東医療 センター		福岡 徳洲会 病院		久留米 大学 病院	新古 賀病院	聖 マリア 病院			飯塚 病院			北九州 市立 医療 センター	小倉 記念 病院	産業 大学 病院	九州 JCH O	
糸島医師会病院					○																		
井上病院		○																					
木村病院		○																					
九州医療センター	△	○									○		○										
九州がんセンター	○	○	○										○								○		
九州大学病院	○	△	○	○		○	○					○	○			○			○				●
九州中央病院	○	○																					
済生会福岡総合病院		○	△		○																		
佐田病院		○																					
昭和病院					○																		
千早病院		○																					
那珂川病院		○																					
白十字病院					○																		
浜の町病院		○																					
原三信病院		○																					
広瀬病院		○																					
福岡記念病院		○			○						○												
福岡山王病院					○																		
福岡市民病院		○																					
福岡市立こども病院		○	○				○																
福岡赤十字病院		○		△															○				
福岡大学病院				△					○				○							○			
福岡中央病院					○																		
福岡病院		○																					
福岡和白病院		○			△																		
福岡西会病院					○																		
マリン病院					○																		
おだクリニック日帰り手術外科		○																					
薬院血管外科クリニック					○																		
やました甲状腺病院																					○		
つつい皮膚科形成外科クリニック					○																		
白十字リハビリテーション病院					○																		
福岡歯科大学医科歯科総合病院		○																					
福岡輝米会病院					○																		
うえの病院																○							
福岡東医療センター	○	○			○																		
福岡青洲会病院					○							●											
宗像医師会病院		○																					
宗像水光会総合病院											○												
済生会二日市病院					○						○												
福岡大学筑紫病院		○			○																		
福岡徳洲会病院					○				△														
朝倉医師会病院											○												
JCHO久留米総合病院											○												
久留米大学病院	○										△		○										
くろめ病院											○												
古賀病院21												○											
嶋田病院											○												
新古賀病院		○									△		○										
聖マリア病院	○	○			○						○	○	△										
高木病院		○			○						○												
田主丸中央病院											○												
内藤病院					○																		
公立八女総合病院											○												
筑後市立病院											○												
柳病院											○												
大牟田市立病院											○												
大牟田病院					○																		
米の山病院																			○				
済生会大牟田病院											○												
柳川病院											○												
ヨコクラ病院											○												

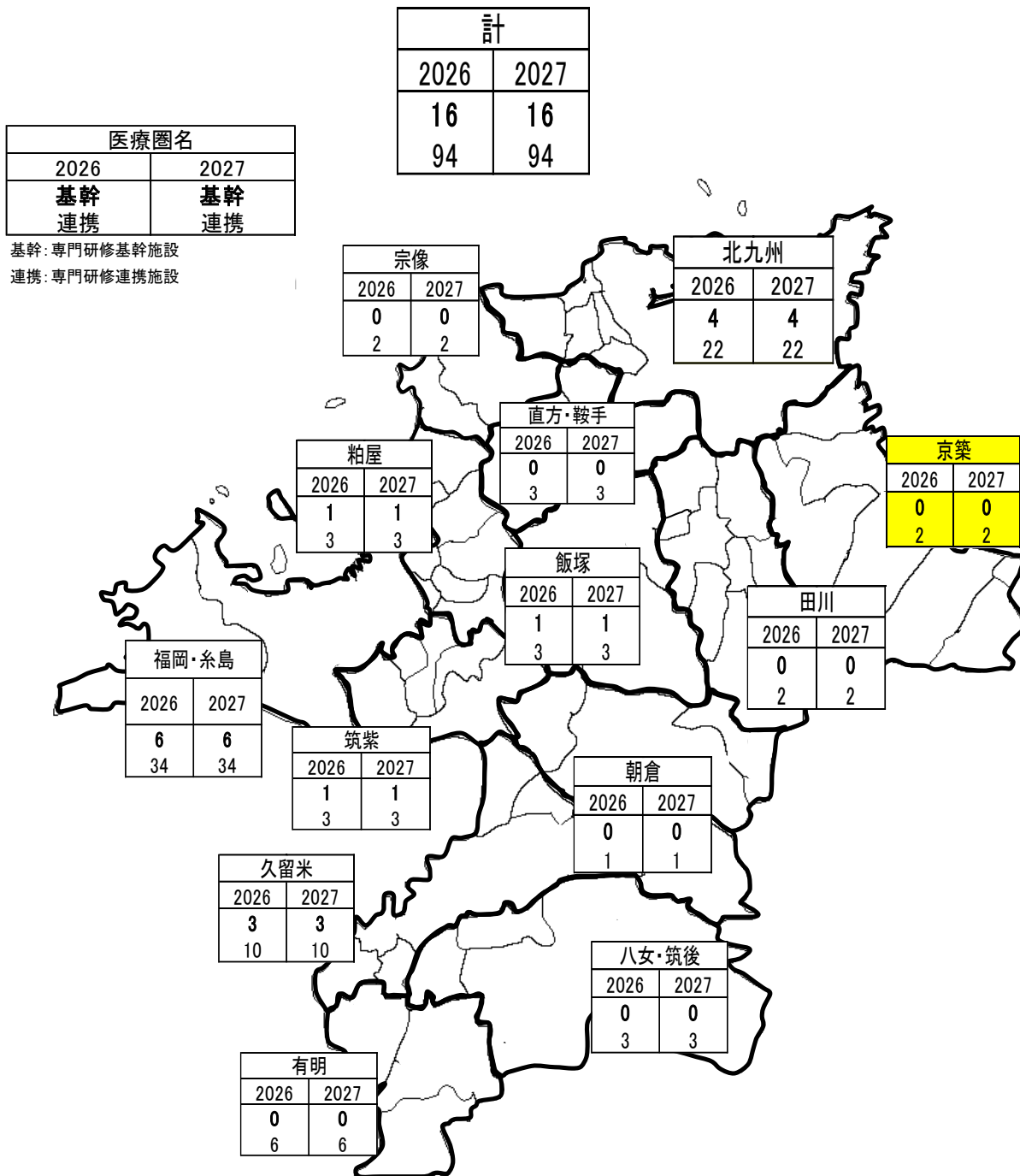
基幹施設(16) 連携施設(94)	福岡・糸島 ⑥						粕屋	宗像	筑紫	朝倉	久留米 ③			八女・筑後	有明	飯塚	直方・糟手	田川	北九州 ④					京築
	セ九州 センター 医療	九州大 学病院	済生会福 岡総合病 院	福岡赤十 字病院	福岡大 学病院	福岡和 白病院	福岡東 医療セ ンター		福岡徳 洲会病 院		久留米大 学病院	新古賀 病院	聖マリア 病院			飯塚病 院			医療セ ンター 北九州 市立	小倉記 念病院	産業医 科大学 病院	九州病 院 JCH O		
飯塚 ③											○													
飯塚病院		○																			○			
嘉麻赤十字病院				○																				
直方・ 糟手 ③																					○			
くらて病院																					○			
社会保険直方病院					○																			
JCHO福岡ゆたか中央病院		○																				○		
田川 ②											○													
社会保険田川病院																								
田川市立病院	○	○														○								
JCHO九州病院		○																	○		○			
九州鉄道記念病院		○																						
青葉台病院																					○			
芦屋中央病院		○																			○			
おんが病院		○																						
北九州市立八幡病院											○										○			
北九州市立医療センター		○		○																	○	○		
北九州総合病院																			○		○			
九州労災病院		○																			○			
九州労災病院門司メディカルセンター																					○			
健和会大手町病院																			○	○				
小倉医療センター		○																						
小倉記念病院		○			○																○			
済生会八幡総合病院		○																			○	○		
産業医科大学病院		○														○			○	○				
産業医科大学若松病院																					○			
新小倉病院		○																			○			
新小文字病院						○															○			
新中間病院		○																						
製鉄記念八幡病院		○																						
戸畑共立病院					○						○											○		
福岡新水巻病院						○																		
京築 ②																					○			
小波瀬病院																								
新行橋病院						○																		

日本専門医機構 JMSB Online System+ 管理システムデータをもとに作成

※このほか県外にも連携施設あり

専門研修施設配置図（外科）

※赤字は前年度から増加



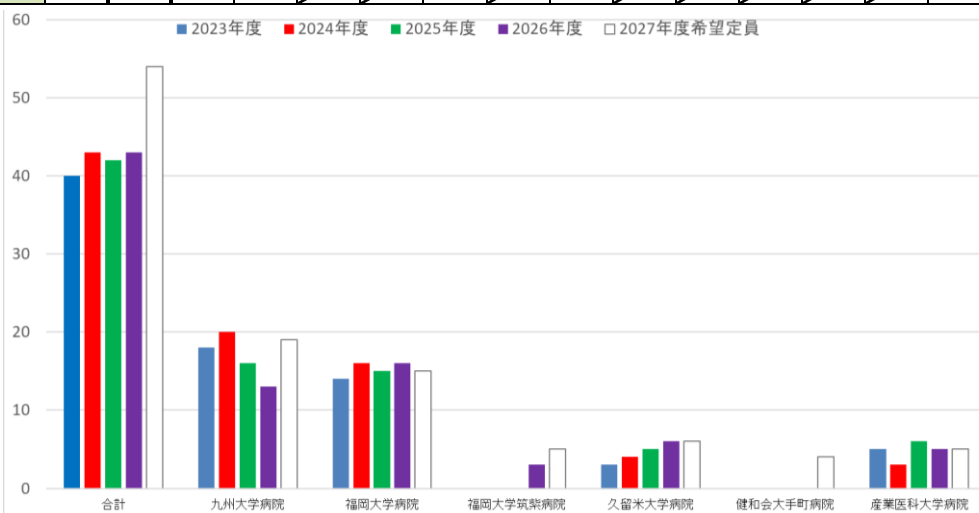
直近3年(2024～2026年度)の専攻医のローテーション状況

年次	採用年度	専攻医人数 ※中断者、休 止者除く	うち医師少数区域をローテーション		うち県外をローテーション	
			人数	%	人数	%
3	2022	58	2	3.4%	12	20.7%
2	2023	43	1	2.3%	17	39.5%
1	2024	42	0	0.0%	7	16.7%
2024年度		143	3	2.1%	36	25.2%
3	2023	41	1	2.4%	12	29.3%
2	2024	43	0	0.0%	9	20.9%
1	2025	58	0	0.0%	10	17.2%
2025年度		142	1	0.7%	31	21.8%
3	2024	43	0	0.0%	8	18.6%
2	2025	58	0	0.0%	10	17.2%
1	2026	53	0	0.0%	6	11.3%
2026年度		154	0	0.0%	24	15.6%

○各基幹施設の採用者数及び2027年度の希望定員数(整形外科)

 医師少数区域

基幹施設(6)		シー リング 数	合 計	福岡・糸島②		粕屋	宗像	筑紫	朝倉	久留米	八女・筑後	有明	飯塚	直方・鞍手	田川	北九州②		京築
				九州大学病院	福岡大学病院			福岡大学筑紫病院		久留米大学病院						健和会大手町病院	産業医科大学病院	
採用者数	2023年度	46	40	18	14			0		3						0	5	
	通常プログラム	33	32	14	11			0		3						0	4	
	連携プログラム	10	8	4	3			0		0						0	1	
	—うち都道府県限定分	2	0	0	0			0		0						0	0	
	特別地域連携	3	0	0	0			0		0						0	0	
	地域枠等医師	外	1	0	0			0		1						0	0	
	2024年度	46	43	20	16			0		4						0	3	
	通常プログラム	33	35	17	11			0		4						0	3	
	連携プログラム	10	7	3	4			0		0						0	0	
	—うち都道府県限定分	2	0	0	0			0		0						0	0	
	特別地域連携	3	1	0	1			0		0						0	0	
	ダブルボード	外	1	0	0			0		0						0	1	
	2025年度	46	42	16	15			0		5						0	6	
	通常プログラム	33	34	14	11			0		5						0	4	
	連携プログラム	10	7	2	3			0		0						0	2	
	—うち都道府県限定分	2	0	0	0			0		0						0	0	
	特別地域連携	3	1	0	0			0		0						0	0	
	ダブルボード	外	2	0	2			0		0						0	0	
	2026年度	43	43	13	16			3		6						0	5	
	通常プログラム	33	33	12	11			2		5						0	4	
	常勤派遣分※	1	1															
	連携プログラム	9	9	1	5			1		1						0	1	
	—うち都道府県限定分	1	1	0	1			0		0						0	0	
	—うち特別地域連携	2	0	0	0			0		0						0	0	
	ダブルボード	外	0	0	0			0		0						0	0	
2027年度希望定員		42	54	19	15			5		6						4	5	
(日本専門医機構 提供資料より)	通常プログラム	33	44	15	11			5		5						4	4	
	常勤派遣分※	1																
	連携プログラム	6	12	4	5			1		1						0	1	
	—うち特別地域連携	3	0	0	0			0		0						0	0	



※常勤派遣分

通常プログラム加算数の対象である都道府県診療科について、指導医の全派遣実績のうち、医師少数区域に週5日派遣している派遣実績を更に評価し通常プログラムを追加することを可能とする。

ただし、常勤派遣分での採用については次年度以降の採用実績には計上しない。

2027年度の希望定員数

出典: 日本専門医機構 JMSB Online System+ 管理システム

○2027年度専門研修施設一覧(整形外科)

医師少数区域(京築医療圏及びへき地診療所)
上記医療圏内に研修施設がない基幹施設

●昨年度から追加
○昨年度から削減

基幹施設(6) 連携施設(94)		福岡・糸島②	粕屋	宗像	筑紫	朝倉	久留米	八女・筑後	有明	飯塚	直方・鞍手	田川	北九州②	京築
		九州大学 福岡大学	福岡大学		福岡大学 筑紫病院		久留米大学 病院						大手町 健和会 大学病院	産業医 科
福岡・糸島 ③③	九州医療センター	○												
	九州がんセンター	○												
	九州中央病院	○												
	済生会福岡総合病院	○												
	佐田整形外科病院		○		○									
	佐田病院	○												
	昭和病院		○		○									
	千早病院	○												
	白十字リハビリテーション病院													
	浜の町病院	○												
	原三信病院	○												
	福岡山王病院	○	○		○									
	福岡歯科大学医科歯科総合病院		○		○									
	福岡市民病院	○												
	福岡市立こども病院	○												
	福岡整形外科病院	○												
	福岡赤十字病院	○												
	福岡大学病院	○	△		○									
	福岡鳥飼病院		○		○									
	福岡豊栄会病院	○												
	福岡みらい病院	○												
	福岡リハビリテーション病院	○	○		○									
	福岡和白病院		○		○									
	福西会病院		○		○									
	マリン病院		○		○									
	溝口外科整形外科病院	○												
	南川整形外科病院		○		○									
	福岡中央病院	○	○		○									
	百年橋リハビリテーション病院		○		○									
	千鳥橋病院											○		
	福岡記念病院		○		○									
	白十字病院		○		○									
	木村病院		●											
粕屋 ④	こども療育センター新光園	○												
	久恒病院		○		○		○							
	福岡青洲会病院		○		○									
	福岡東医療センター	○												
宗像	宗像水光会総合病院						○							
	済生会二日市病院						○							
筑紫 ④	福岡大学筑紫病院	○	○		△									
	福岡徳洲会病院	○	○		○									
	諸岡整形外科病院	○	○		○									
朝倉 ②	朝倉医師会病院						○							
	甘木中央病院						○							

04 整形外科

基幹施設(6) 連携施設(94)		福岡・糸島②		粕屋	宗像	筑紫	朝倉	久留米	八女・筑後	有明	飯塚	直方・鞍手	田川	北九州②	京築
		九州大学 九病院	福岡大学 福大病院			筑紫 福岡病院		久留米 久留米病院						大手町 健和会 病院	産業医 科大学 産科
久留米 ⑨	JCHO久留米総合病院							○							
	久留米大学医療センター							○							
	古賀病院21	○													
	聖マリア病院							○							
	高木病院		○			○		○							
	原鶴病院							○							
	ゆうかり医療療育センター							○							
	久留米リハビリテーション病院							○							
	嶋田病院		○												
八女・筑後 ③	川崎病院		○			○		○							
	公立八女総合病院							○							
	筑後市立病院							○							
有明 ⑤	大牟田市立病院							○							
	米の山病院													○	
	永田整形外科病院							○							
	柳川リハビリテーション病院							○							
	ヨコクラ病院		○			○									
飯塚 ④	飯塚市立病院		○			○									
	飯塚病院	○													
	総合せき損センター	○	○			○									
	済生会飯塚嘉穂病院							○							
直方・鞍手 ②	社会保険直方病院														○
	西尾病院	○													
田川 ③	社会保険田川病院							○							
	田川市立病院	○													
	村上外科病院							○							
北九州 ⑫	JCHO九州病院	○													
	九州鉄道記念病院	○													
	芦屋中央病院														○
	北九州市立医療センター	○													
	北九州市立総合療育センター	○													
	北九州市立八幡病院														○
	北九州総合病院		○												○
	九州労災病院	○	○			○									
	九州労災病院門司メディカルセンター														○
	健愛記念病院														○
	小倉医療センター	○													
	小倉記念病院	○													
	済生会八幡総合病院	○													
	産業医科大学病院													○	○
	産業医科大学病院若松病院													○	○
	新小倉病院														○
	製鉄記念八幡病院	○													
	戸畑共立病院		○			○		○							○
	戸畑総合病院														○
	福岡新水巻病院		○			○									○
	黒崎整形外科医院		○			○									
	遠賀中間医師会 おなが病院	○													
京築 ②	小波瀬病院														○
	新行橋病院		○			○									

日本専門医機構 JMSB Online System+ 管理システムデータをもとに作成

※このほか県外にも連携施設あり

専門研修施設配置図（整形外科）

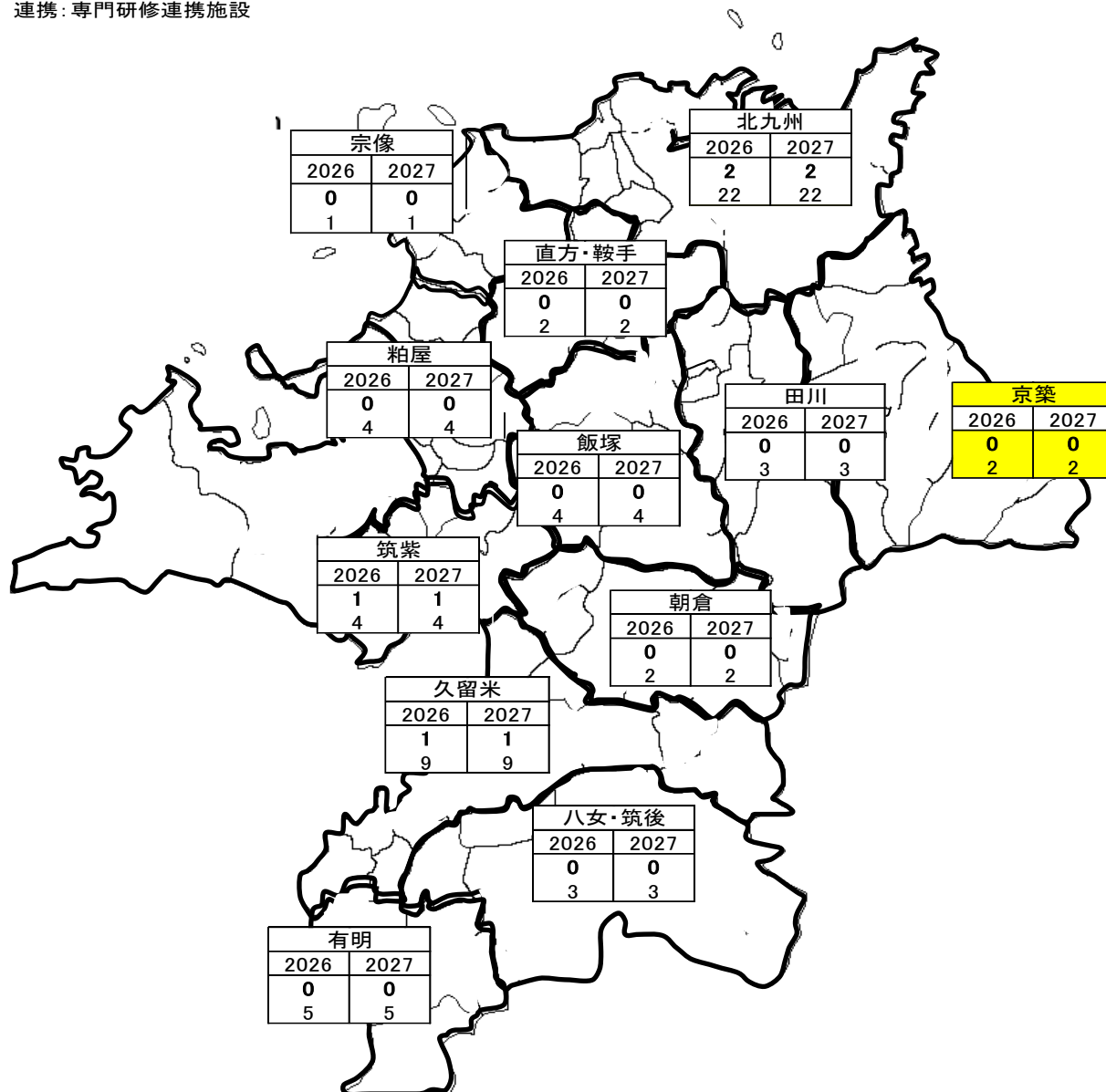
※赤字は昨年から増

医療圏名	
2026	2027
基幹	基幹
連携	連携

基幹：専門研修基幹施設

連携：専門研修連携施設

計	
2026	2027
6	6
94	94



04 整形外科

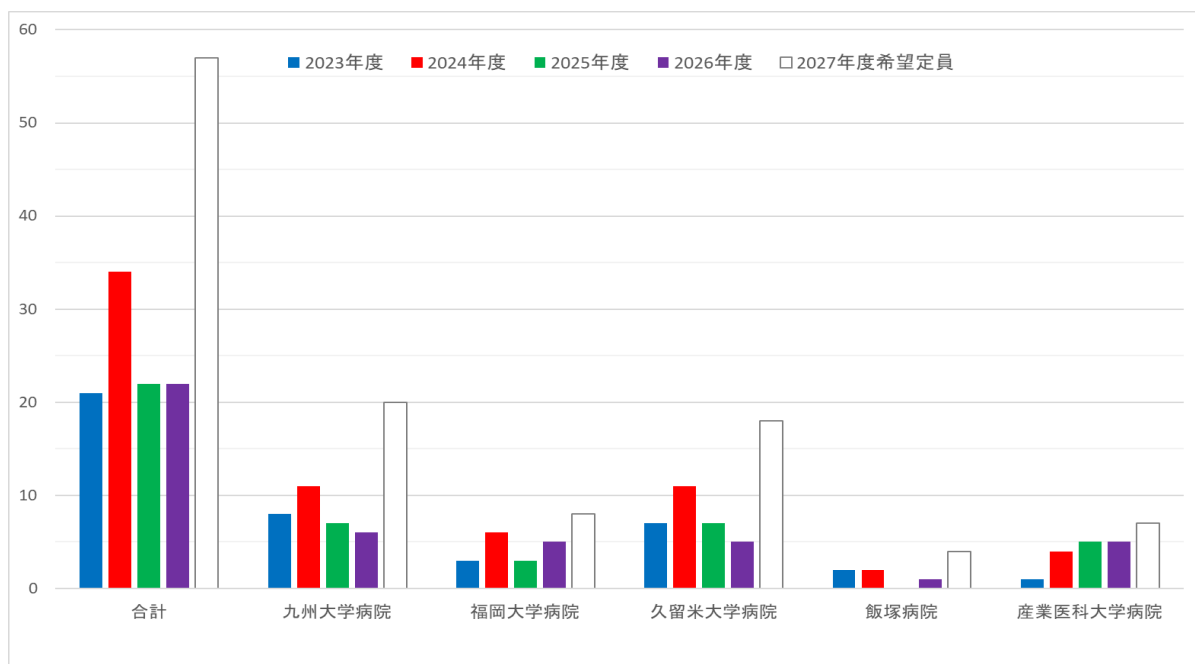
直近3年(2024～2026年度)の専攻医のローテーション状況

年次	採用年度	専攻医人数 ※中断、休止 除く	うち医師少数区域をローテーション		うち県外をローテーション	
			人数	%	人数	%
4	2021	40	0	0.0%	15	37.5%
3	2022	41	0	0.0%	0	0.0%
2	2023	40	1	2.5%	13	32.5%
1	2024	43	0	0.0%	10	23.3%
2024年度		164	1	0.6%	38	23.2%
4	2022	41	1	2.4%	11	26.8%
3	2023	38	0	0.0%	10	26.3%
2	2024	41	0	0.0%	17	41.5%
1	2025	42	0	0.0%	7	16.7%
2025年度		162	1	0.6%	45	27.8%
4	2023	38	2	5.3%	11	28.9%
3	2024	40	0	0.0%	15	37.5%
2	2025	42	0	0.0%	12	28.6%
1	2026	43	0	0.0%	7	16.3%
2026年度		163	2	1.2%	45	27.6%

○各基幹施設の採用者数及び2027年度の希望定員数(産婦人科)

相対的医師少数区域(粕屋、宗像、筑紫、朝倉、有明、直方・鞍手、京築)

基幹施設(5)		福岡・糸島②		粕屋	宗像	筑紫	朝倉	久留米	八女・筑後	有明	飯塚	直方・鞍手	田川	北九州	京築
		合計		九州大学病院	福岡大学病院			久留米大学病院			飯塚病院			産業医科大学病院	
採用者数	2023年度	21	8	3				7			2			1	
	2024年度	34	11	6				11			2			4	
	2025年度	22	7	3				7			0			5	
	2026年度	21	6	4				5			1			5	
2027年度希望定員		57	20	8				18			4			7	



2027年度の希望定員数

出典: 日本専門医機構 JMSB Online System+ 管理システム

○ 2027年度専門研修施設一覧(産婦人科)

	相対的医師少数区域(粕屋、宗像、筑紫、朝倉、有明、直方・鞍手、京築)
	相対的医師少数区域に研修施設がない基幹施設

○ 連携施設

● 昨年度からの追加

基幹施設(5)		福岡・糸島②	粕屋	宗像	筑紫	朝倉	久留米	八女・筑後	有明	飯塚	直方・鞍手	田川	北九州	京築
連携施設(38)		九州大学 福岡大学					久留米大学 病院			飯塚病院			大産学業 病院医科	
福岡・糸島 (13)	九州医療センター	○	○				○							
	九州がんセンター	○												
	済生会福岡総合病院	○	○											
	浜の町病院	○	○							○				
	原三信病院	○	○											
	福岡山王病院	○	○											
	福岡市立こども病院	○	○											
	福岡赤十字病院	○	○											
	福岡大学病院									○				
	九州中央病院	○												
	IVF 詠田クリニック									○				
	蔵本ウィメンズクリニック	○					○							
	古賀文敏ウィメンズクリニック		○											
粕屋	福岡東医療センター	○												
宗像	宗像水光会総合病院		●											
筑紫 (2)	福岡徳洲会病院		○							○				
	あまがせ産婦人科		○											
朝倉														
久留米 (3)	JCHO久留米総合病院						○							
	聖マリア病院						○							
	新古賀病院						○							
八女・筑後	公立八女総合病院						○							
有明	大牟田市立病院						○							
飯塚 (3)	有松病院									○				
	飯塚病院		○							○			○	
	すどうクリニック									○				
直方・鞍手														
田川 (2)	社会保険田川病院						○			○				
	田川市立病院	○	○							○				
北九州 (11)	JCHO九州病院	○	○										○	
	エンゼル病院	○	○										○	
	北九州市立医療センター	○	○										○	
	九州労災病院												○	
	小倉医療センター						○						○	
	小倉記念病院												○	
	産業医科大学病院									○			○	
	産業医科大学若松病院												○	
	福岡新水巻病院	○												
	セントマザー産婦人科医院	○											○	
	北九州総合病院												○	
京築														

日本専門医機構 JMSB Online System+ 管理システムデータをもとに作成

※このほか県外にも連携施設あり

専門研修施設配置図（産婦人科）

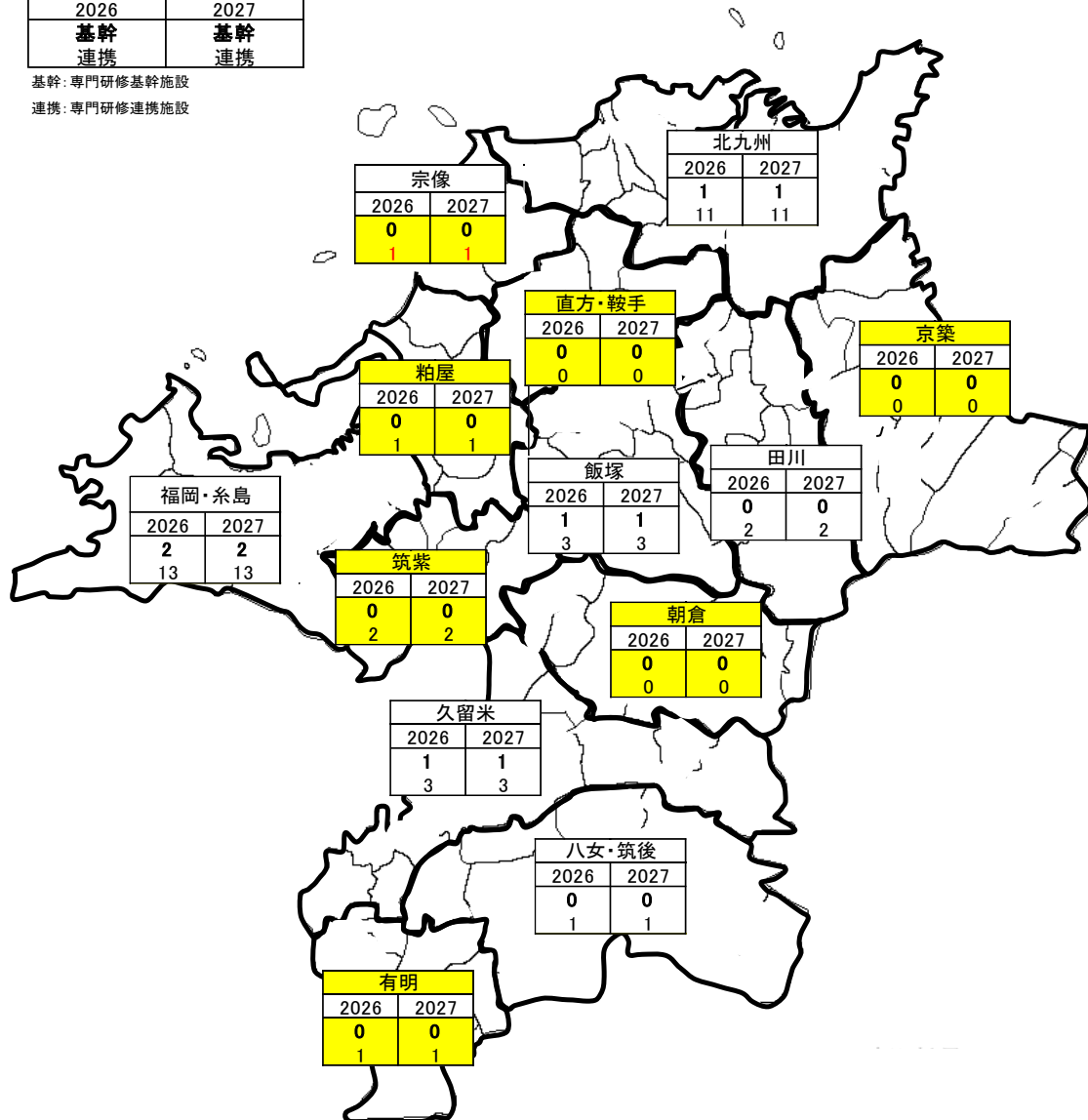
※赤字は昨年度から増加

計	
2026	2027
5	5
38	38

医療圏名	
2026	2027
基幹	基幹
連携	連携

基幹：専門研修基幹施設

連携：専門研修連携施設



05 産婦人科

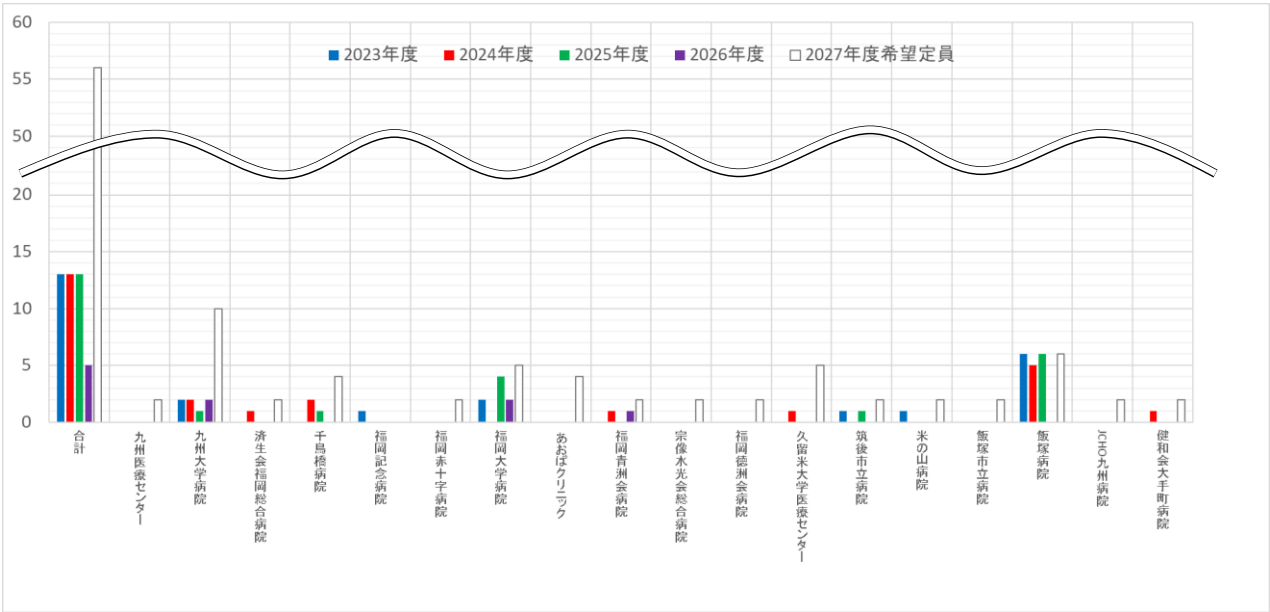
直近3年(2024～2026年度)の専攻医のローテーション状況

年次	採用年度	専攻医人数 ※中断者、休 止者除く	うち相対的医師少数区域を ローテーション		うち県外をローテーション	
			人数	%	人数	%
3	2022	28	0	0.0%	8	28.6%
2	2023	20	0	0.0%	1	5.0%
1	2024	34	0	0.0%	7	20.6%
2024年度		82	0	0.0%	16	19.5%
3	2023	20	0	0.0%	6	30.0%
2	2024	34	1	2.9%	11	32.4%
1	2025	22	0	0.0%	4	18.2%
2025年度		76	1	1.3%	21	27.6%
3	2024	33	0	0.0%	15	45.5%
2	2025	22	1	4.5%	8	36.4%
1	2026	21	0	0.0%	0	0.0%
2026年度		76	1	1.3%	23	30.3%

○各基幹施設の採用者数及び2027年度の希望定員数(総合診療)

医師少数区域

基幹施設(17)		合計	福岡・糸島 (7)							粕屋	宗像	筑紫	朝倉	久留米	八女・筑後	有明	飯塚 (2)	直方・鞍手	田川	北九州 (2)	京築
			九州医療センター	九州大学病院	済生会福岡総合病院	千鳥橋病院	福岡記念病院	福岡赤十字病院	福岡大学病院	あおばクリニック	福岡青洲会病院	宗像水光会総合病院	福岡徳洲会病院	久留米大学医療センター	筑後市立病院	米の山病院	飯塚市立病院	飯塚病院		JCHO九州病院	健和会大手町病院
2023年度		13	0	2	0	0	1		2		0	0	0	0	1	1	0	6		0	0
地域枠医師	外																1			0	0
2024年度		13	0	2	1	2			0		1	0	0	1	0	0	0	5		0	1
地域枠医師	外																1				
2025年度		13	0	1	0	1		0	4		0	0	0	0	1	0	0	6		0	0
地域枠・ダブルボード	外																1	1			
2026年度		5	0	2	0	0		0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0		0	0
地域枠・ダブルボード	外																1	1			
2027年度希望定員		56	2	10	2	4		2	5	4	2	2	2	5	2	2	2	6		2	2



2026年度の希望定員数
出典: 日本専門医機構 JMSB Online System+ 管理システム

06 総合診療

○ 2027年度専門研修施設一覧(総合診療)

赤は昨年度からの追加・増加
青は昨年度からの削除・減少

●
○

医師少数区域(京築医療圏及びへき地診療所)

医師少数区域に研修施設を持たない基幹施設

基幹施設(17) 連携施設(91)		福岡・糸島(7)							粕屋	宗像	筑紫	朝倉	久留米	八女・筑後	有明	飯塚	直方・鞍手	田川	北九州	京築	
		セ九州医療センター	九州大学病院	済生会福岡総合病院	千鳥橋病院	福岡赤十字病院	福岡大学病院	クリあおばクリニック	福岡青洲会病院	宗像水光会総合病院	福岡徳洲会病院	-	久留米大学医療センター	筑後市立病院	米の山病院	飯塚市立病院	飯塚病院	-	-	九州JCHO病院	健和会大手町病院
福岡・糸島 ⑫	今津赤十字病院		○																		
	九州医療センター		○																		
	九州中央病院		○																		
	佐田病院		○	○																	
	たたりハビリテーション病院				○																
	千鳥橋病院				△										○					○	
	長尾病院			○																	
	原三信病院		○																		
	原土井病院	○	○						○	○											
	福岡市民病院															○					
	福岡市立こども病院								○												
	福岡赤十字病院		○	○				●													
	済生会福岡総合病院							●													
	大楠診療所				○																
	玄界診療所																				
	城浜診療所				○																
	しんどう小児科	○																			
	千代診療所				○																
	にのさかクリニック	○			○																
	原クリニック																				
	あおばクリニック		○	○					○								○				
	井上内科・小児科医院												○								
粕屋 ④	相島診療所															○			○		
	粕屋診療所				○																
	福岡青洲会病院							●	△												
	青洲会クリニック								○												
宗像 ⑤	福岡病院								○												
	宗像医師会病院									○											
	大島診療所				○											○					
	ヨーロッパクリニック福岡									○											
筑紫 ④	しば田クリニック									○											
	済生会二日市病院		○																		
	福岡大学筑紫病院								○	○											
	福岡徳洲会病院			○	○						△										
朝倉	つじファミリークリニック				●																
	東峰村立診療所															○					
	JCHO久留米総合病院												○								
	久留米大学医療センター											△	○	○							
久留米 ⑫	久留米大学病院												○	○							
	高良台リハビリテーション病院													○							
	嶋田病院		○												○						
	新古賀病院													○							
	聖マリア病院												○	○							
	高木病院		○																		
	田主丸中央病院		○										○								
	安本病院													○	○						
	今立内科クリニック												○		○						
	まどかファミリークリニック												○								
八女・筑後 ④	公立八女総合病院		○										●	○							
	筑後市立病院												○	△							
	姫野病院		○											○							
	矢部診療所															○					

06 総合診療

基幹施設(17) 連携施設(91)		福岡・糸島(7)							粕屋	宗像	筑紫	朝倉	久留米	八女・筑後	有明	飯塚		直方・鞍手	田川	北九州		京築
		九州医療センター	九州大学病院	済生会福岡総合病院	千鳥橋病院	福岡赤十字病院	福岡大学病院	クリニックスあおば	福岡青洲会病院	宗像水光会総合病院	福岡徳洲会病院	-	医療センター久留米大学	筑後市立病院	米の山病院	飯塚市立病院	飯塚病院	-	-	JCHO九州病院	大手町健和会病院	
有明⑤	米の山病院				○										△		○				○	
	社会保険大牟田天領病院		○																			
	みさき病院				○										○							
	ヨコクラ病院												○									
	米の山病院付属中央診療所																○				○	
飯塚⑨	飯塚病院		○			○									○	○	△				○	
	舘田病院		○														○					
	嘉麻赤十字病院		○			○																
	鎌田病院																○					
	済生会飯塚嘉穂病院			○																		
	いわみハートクリニック															○						
	こどもクリニックもりた															○						
	松浦医院															○						
	松口循環器科・内科医院																○			○		
直方・鞍手	社会保険直方病院																○					
	福岡ゆたか中央病院		○																			
田川⑥	糸田町立緑ヶ丘病院															○						
	川崎町立病院															○						
	社会保険田川病院									○												
	田川市立病院		○	○			○															
	田川新生病院																○					
	福智町立方城診療所															○						
北九州⑬	芦屋中央病院															○						
	北九州市立医療センター		○																			
	北九州市立八幡病院																				○	
	健和会大手町病院				○										○						△	
	済生会八幡総合病院		○																			
	産業医科大学病院																○					
	新小倉病院																				○	
	八幡厚生病院																				○	
	今光ホームケアクリニック																				○	
	白土医院		○																			
	町上津役診療所																				○	
京築④	山本内科・糖尿病内科	○																				
	ファミリーヘルスクリニック北九州																			●		
	京都病院																○					
	長末医院																○					
	矢津内科消化器科クリニック															○						
京築④	みやこ町立やまびこ診療所															○						

日本専門医機構 JMSB Online System+ 管理システムデータをもとに作成

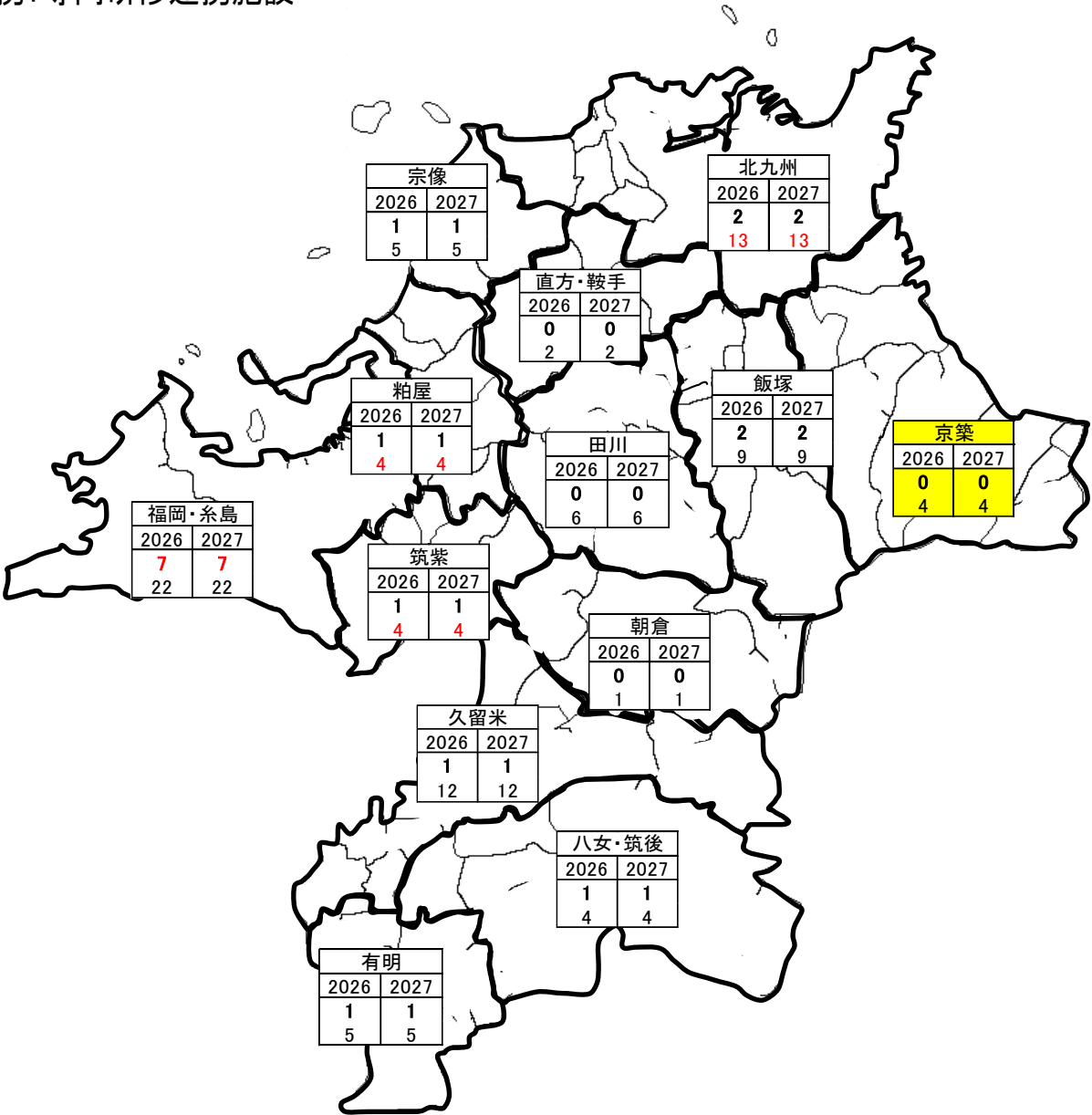
※このほか県外にも連携施設あり

総合診療専門研修施設配置図

医療圏名	
2026	2027
基幹 連携	基幹 連携

基幹：専門研修基幹施設
連携：専門研修連携施設

計	
2026	2027
17	17
91	91



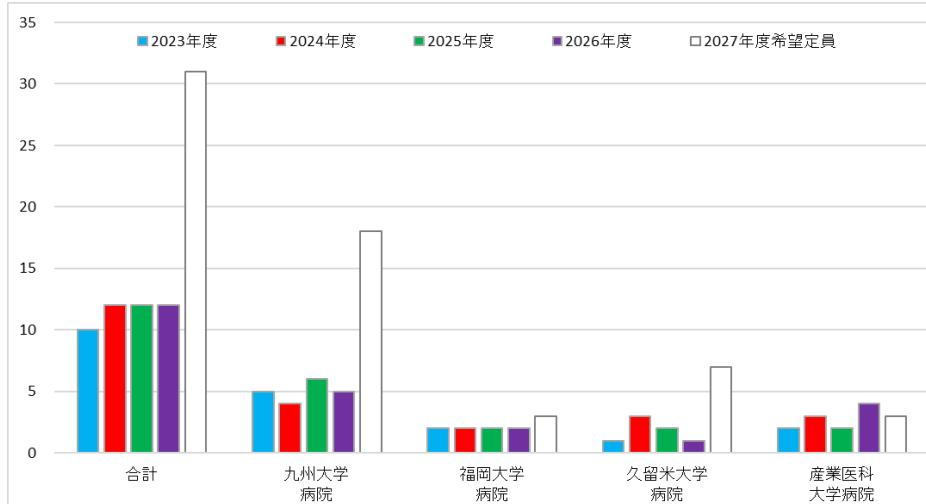
直近3年(2024～2026年度)の専攻医のローテーション状況						
年次	採用年度	専攻医人数 ※中断者、休 止者除く	うち医師少数区域をローテーション		うち県外をローテーション	
			人数	%	人数	%
3	2022	8	0	0.0%	4	50.0%
2	2023	45	1	2.2%	3	6.7%
1	2024	43	0	0.0%	0	0.0%
2024年度		96	1	1.0%	7	7.3%
3	2023	45	1	2.2%	5	11.1%
2	2024	41	0	0.0%	0	0.0%
1	2025	58	0	0.0%	0	0.0%
2025年度		144	1	0.7%	5	3.5%
3	2024	42	0	0.0%	1	2.4%
2	2025	58	0	0.0%	3	5.2%
1	2026	54	0	0.0%	0	0.0%
2026年度		154	0	0.0%	4	2.6%

余白

○各基幹施設の採用者数及び2027年度の希望定員数(皮膚科)

 医師少数区域

基幹施設(4)		シーリング数	合計	福岡・糸島②	粕屋	宗像	筑紫	朝倉	久留米	八女・筑後	有明	飯塚	直方・鞍手	田川	北九州	京築
				九州大学病院	福岡大学病院				久留米大学病院						産業医科大学病院	
採用者数	2023年度	12	10	5	2				1						2	
	通常プログラム	11	10	5	2				1						2	
	連携プログラム	1	0	0	0				0						0	
	うち都道府県限定分	0	0	0	0				0						0	
	特別地域連携	0	0	0	0				0						0	
	2024年度	12	12	4	2				3						3	
	通常プログラム	11	11	4	2				3						2	
	連携プログラム	1	1	0	0				0						1	
	うち都道府県限定分	0	0	0	0				0						0	
	特別地域連携	0	0	0	0				0						0	
	研究医枠	外	2	0	1				0						1	
	2025年度	12	12	6	2				2						2	
	通常プログラム	11	11	5	2				2						2	
	連携プログラム	1	1	1	0				0						0	
	うち都道府県限定分	0	0	0	0				0						0	
	特別地域連携	0	0	0	0				0						0	
	研究医枠	外	0	0	0				0						0	
	2026年度	13	12	6	2				2						2	
	通常プログラム	13	12	5	2				1						4	
	連携プログラム	0	0	0	0				0						0	
	うち都道府県限定分	0	0	0	0				0						0	
	うち特別地域連携	0	0	0	0				0						0	
	研究医枠	外	0	0	0				0						0	
2027年度希望定員 ※		-	31	18	3				7						3	



2027年度の希望定員数
出典: 日本専門医機構 JMSB Online System+ 管理システム
※2027年度はシーリング対象外

○ 2027年度專門研修施設一覽(皮膚科)

	医師少数区域(京築医療圏及びへき地診療所)
	左記医療圏内に研修施設を持たない基幹施設

○ 連携施設

※朱書きは昨年度からの追加、青字は昨年度から減少

日本専門医機構 JMSB Online System+ 管理システムデータをもとに作成

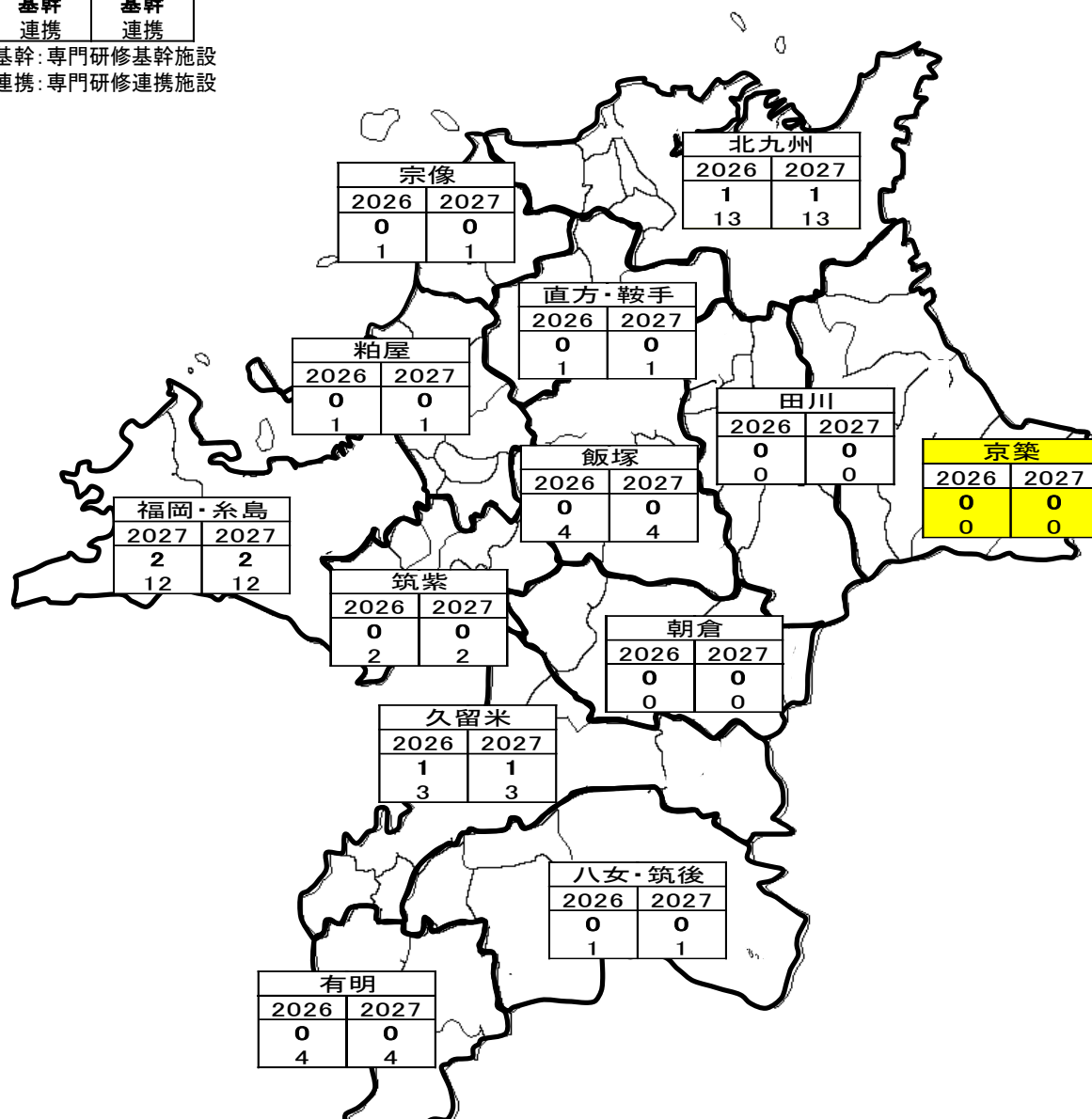
※このほか県外にも連携施設あり

専門研修施設配置図（皮膚科）

医療圏名	
2026	2027
基幹	基幹
連携	連携

基幹：専門研修基幹施設
 連携：専門研修連携施設

計	
2026	2027
4	4
42	42



直近3年度(2024～2026年度)の専攻医のローテーション状況

年次	採用年度	専攻医人数 ※中断者、休 止者除く	うち医師少数区域をローテーション		うち県外をローテーション	
			人数	%	人数	%
5	2020	13	1	7.7%	1	7.7%
4	2021	8	0	0.0%	1	12.5%
3	2022	9	0	0.0%	0	0.0%
2	2023	10	0	0.0%	3	30.0%
1	2024	11	0	0.0%	2	18.2%
2024年度		51	1	2.0%	7	13.7%
5	2021	9	0	0.0%	0	0.0%
4	2022	9	0	0.0%	0	0.0%
3	2023	9	0	0.0%	2	22.2%
2	2024	11	0	0.0%	2	18.2%
1	2025	12	0	0.0%	3	25%
2025年度		50	0	0.0%	7	14.0%
5	2022	9	0	0.0%	0	0.0%
4	2023	8	0	0.0%	3	37.5%
3	2024	10	0	0.0%	2	20.0%
2	2025	11	0	0.0%	1	9.1%
1	2026	11	0	0.0%	2	18%
2026年度		49	0	0.0%	8	16.3%

○各基幹施設の採用者数及び2027年度の希望定員数(精神科)

 医師少数区域(京築医療圏及びへき地診療所)

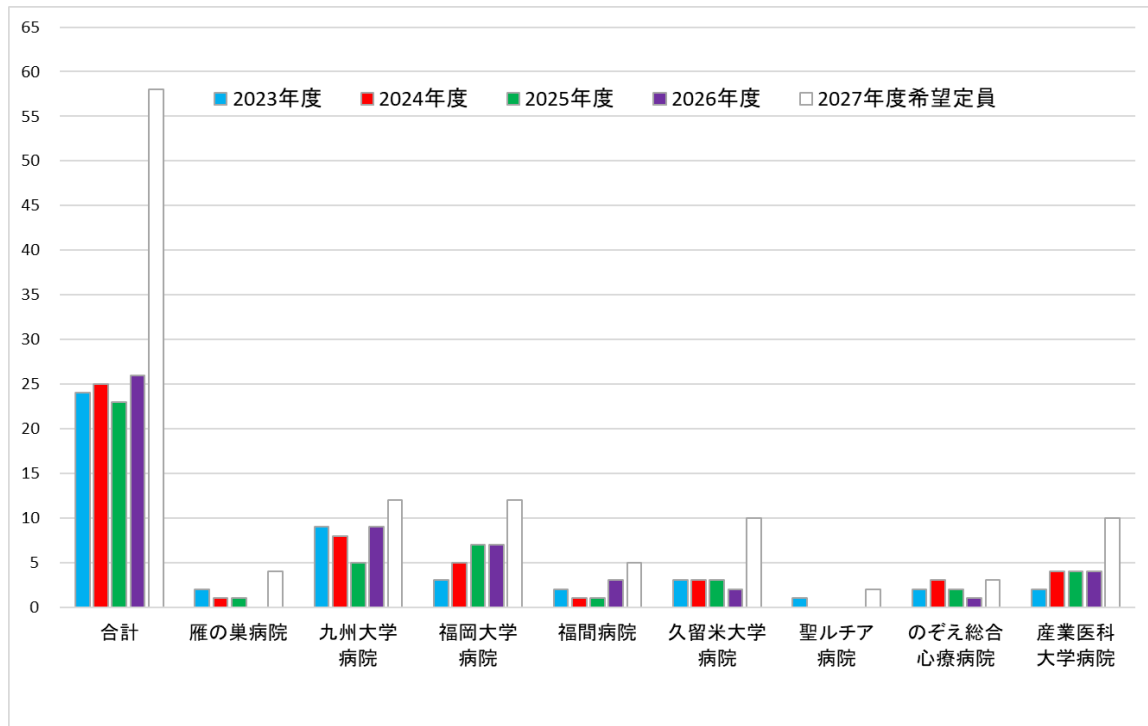
基幹施設(8)		シーリング数	合計	福岡・糸島 ③			粕屋	宗像	筑紫	朝倉	久留米 ③			八女筑後	有明	飯塚	直方鞍手	田川	北九州	京築
				雁の巣病院	九州大学病院	福岡大学病院	福岡病院	福岡病院	福岡病院	久留米大学病院	聖ルチア病院	心療病院	のぞえ総合	のぞえ総合	のぞえ総合	のぞえ総合	のぞえ総合	のぞえ総合	産業医科大学病院	
採用者数	2023年度	26	24	2	9	3		2			3	1	2						2	
	通常プログラム	17	20	2	7	2		2			3	1	2						1	
	連携プログラム	5	2	0	0	1		0			0	0	0						1	
	うち都道府県限定分	3	0	0	0	0		0			0	0	0						0	
	特別地域連携	3	2	0	2	0		0			0	0	0						0	
	精神指定医連携枠	1	0	0	0	0		0			0	0	0						0	
	臨床研究医コース	外	1	0	1	0		0			0	0	0						0	
	ダブルボード	外	1	0	0	0		0			1	0	0						0	
	2024年度	26	25	1	8	5		1			3	0	3						4	
	通常プログラム	17	19	1	6	4		1			1	0	3						3	
	連携プログラム	5	4	0	0	1		0			2	0	0						1	
	うち都道府県限定分	3	2	0	0	0		0			1	0	0						1	
	特別地域連携	3	2	0	2	0		0			0	0	0						0	
	精神指定医連携枠	1	0	0	0	0		0			0	0	0						0	
	臨床研究医コース	外	1	0	1	0		0			0	0	0						0	
	ダブルボード	外	0	0	0	0		0			0	0	0						0	
	2025年度	26	23	1	5	7		1			3	0	2						4	
	通常プログラム	17	17	1	4	4		1			2	0	2						3	
	連携プログラム	5	4	0	0	2		0			1	0	0						1	
	うち都道府県限定分	3	2	0	0	1		0			0	0	0						1	
	特別地域連携	3	1	0	1	0		0			0	0	0						0	
	精神指定医連携枠	1	1	0	0	1		0			0	0	0						0	
	臨床研究医コース	外	1	0	1	0		0			0	0	0						0	
	ダブルボード	外	0	0	0	0		0			0	0	0						0	
	2026年度	26	26	0	9	7		3			2	0	1						4	
	通常プログラム	25	25	0	9	7		3			2	0	1						4	
	常勤派遣分※	1	1																	
	連携プログラム	0	0	0	0	0		0			0	0	0						0	
	うち都道府県限定分	0	0	0	0	0		0			0	0	0						0	
	うち特別地域連携	0	0	0	0	0		0			0	0	0						0	
	精神指定医連携枠	0	0	0	0	1		0			0	0	0						0	
	臨床研究医コース	外	0	0	0	0		0			0	0	0						0	
	ダブルボード	外	1	0	0	0		0			0	1	0						0	
(日本専門医機構提供資料より)	2027年度希望定員	26	58	4	12	12		5			10	2	3						10	
	通常プログラム	25	58	4	12	12		5			10	2	3						10	
	常勤派遣分※	1																		
	連携プログラム	0	0	0	0	0		0			0	0	0						0	
	うち都道府県限定分	0	0	0	0	0		0			0	0	0						0	
	うち特別地域連携	0	0	0	0	0		0			0	0	0						0	
	精神指定医連携枠	0	0	0	0	0		0			0	0	0						0	

※常勤派遣分

通常プログラム加算数の対象である都道府県診療科について、指導医の全派遣実績のうち、医師少数区域に週5日派遣している派遣実績を更に評価し通常プログラムを追加することを可能とする。ただし、常勤派遣分での採用については次年度以降の採用実績には計上しない。

2027年度の希望定員数

出典:日本専門医機構 JMSB Online System+ 管理システム



○ 2027年度専門研修施設一覧(精神科)

 医師少数区域(京築医療圏及びへき地診療所)
 京築医療圏・へき地診療所に医師少数区域に、研修施設がない基幹施設
 ○ 連携施設

基幹施設(8)	福岡・糸島		③	粕屋	宗像	筑紫	朝倉	久留米	③	八女	有明	飯塚	直方	田川	北九州	京築
	雁の巣病院	九州大学	福岡大学		福岡病院			久留米大学病院	聖ルチア病院	のぞえ総合心療病院					産業医科大学	
福岡・糸島 ②③	油山病院		○													
	井口野間病院	○														
	今宿病院	○														
	今津赤十字病院	○														
	香椎療養所	○			○											
	可也病院	○														
	雁ノ巣病院	○	○													
	九州医療センター	○														
	倉光病院				○											
	三善病院	○														
	晴明病院	○	○													
	中村病院							○								
	博多堤病院															
	②③ 原土井病院	○														
	福岡市立こども病院	○														
	福岡大学病院				○											
	若久病院	○	○													
	たろうクリニック		○													
	天神心療クリニック		○													
	パークサイドこころの発達クリニック		○													
	福岡市精神保健福祉センター	○	○													
	福岡保健院	○														
	伊都の丘病院	○														
粕屋 ④	河野病院	○														
	北九州古賀病院														○	
	医療法人社団緑風会水戸病院	○	○													
	④ 医療法人社団 正信会水戸病院															
宗像 ②	回生病院							○								
	② 福岡病院	○	○												○	
筑紫 ④	おおりん病院		○					○								
	乙金病院	○														
	福岡県立精神医療センター太宰府病院	○	○													
	④ 牧病院	○														
朝倉 ③	福岡県精神保健福祉センター	○														
	朝倉記念病院	○														
③	甘木病院	○	○													

基幹施設(8) 連携施設(77)	福岡・糸島 ③			粕屋	宗像	筑紫	朝倉	久留米 ③			八女	有明	飯塚	直方	田川	北九州	京築
	雁の巣病院	九州大学病院	福岡大学		福岡病院			久留米大学病院	聖ルチア病院	のぞえ総合心療病院							産業医科大学
久留米	久留米大学病院								○	○							
	聖マリア病院							○									
	聖ルチア病院							○									
	田主丸中央病院							○									
	筑後吉井こころホスピタル	○															
	のぞえ総合心療病院							○									
	⑩ 堀川病院	○						○									
	松岡病院							○									
	宮の陣病院							○		○							
	のぞえの丘病院									○							
八女	植田病院							○									
筑後	② 筑水会病院							○									
有明	大牟田保養院	○						○									
	甲斐病院							○									
	不知火病院		○		○												
	④ 三池病院							○									
飯塚	飯塚記念病院	○	○														
	飯塚病院	○															
③	たていわ病院							○									
直方	直方中村病院	○														○	
田川	大法山病院							○									
	田川慈恵病院		○														
	③ 見立病院	○						○								○	
北九州	北九州医療刑務所医療部病院	○															
	九州労災病院															○	
	小倉医療センター	○															
	小倉蒲生病院							○								○	
	小倉記念病院							○								○	
	小嶺江藤病院															○	
	新門司病院							○								○	
	住田病院	○	○													○	
	⑮ 堤病院							○								○	
	日明病院		○													○	
	松尾病院	○	○														
	南ヶ丘病院	○						○								○	
	門司松ヶ江病院															○	
	八幡厚生病院	○														○	
	かなめクリニック	○															
京築	大川病院							○								○	
	行橋記念病院	○															
	③ 行橋厚生病院	○														○	

日本専門医機構 JMSB Online System+ 管理システムデータをもとに作成
 ※このほか県外にも連携施設あり

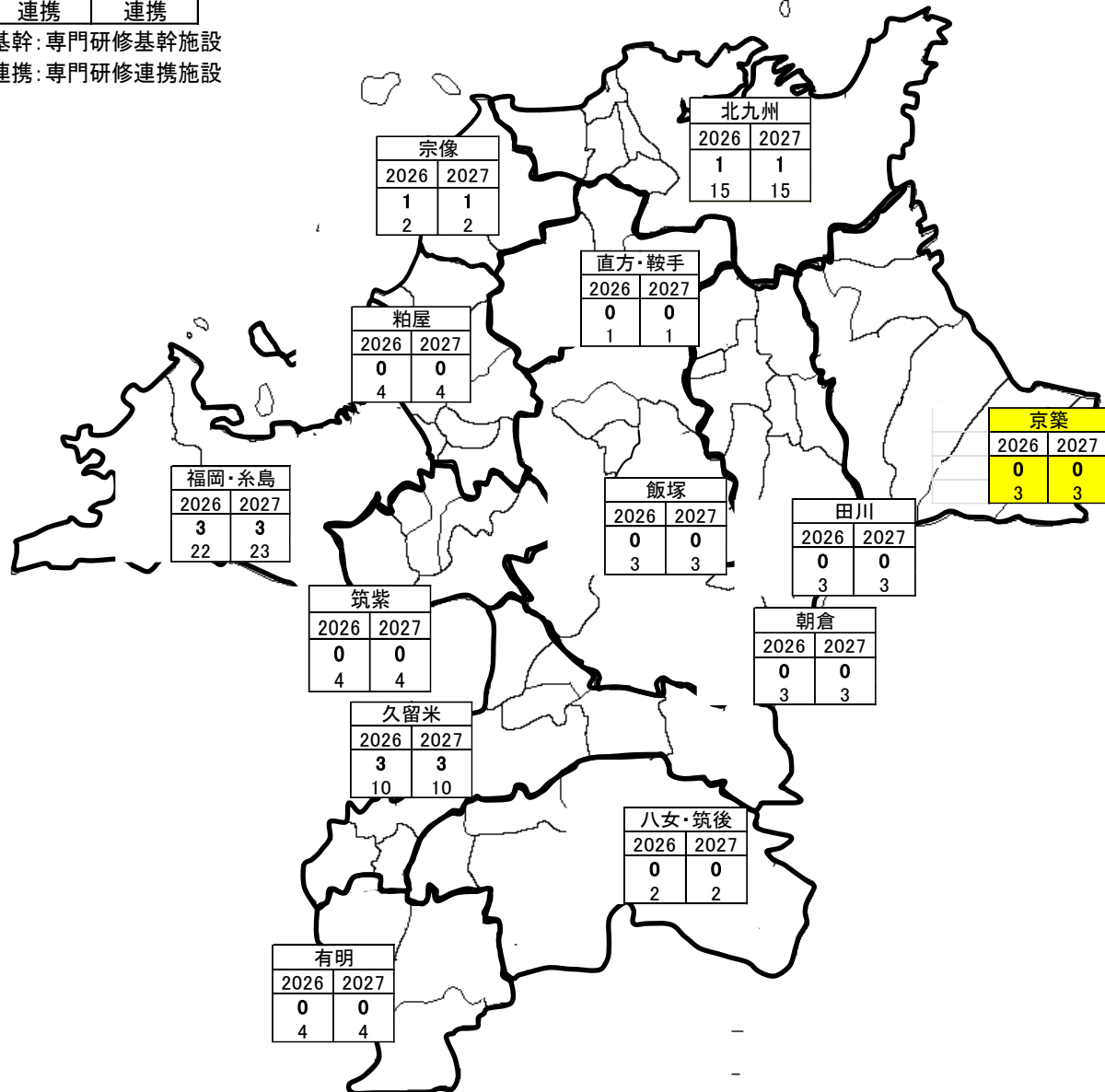
専門研修施設配置図（精神科）

計	
2026	2027
8	8
77	77

医療圏名	
2026	2027
基幹 連携	基幹 連携

基幹: 専門研修基幹施設

連携: 専門研修連携施設



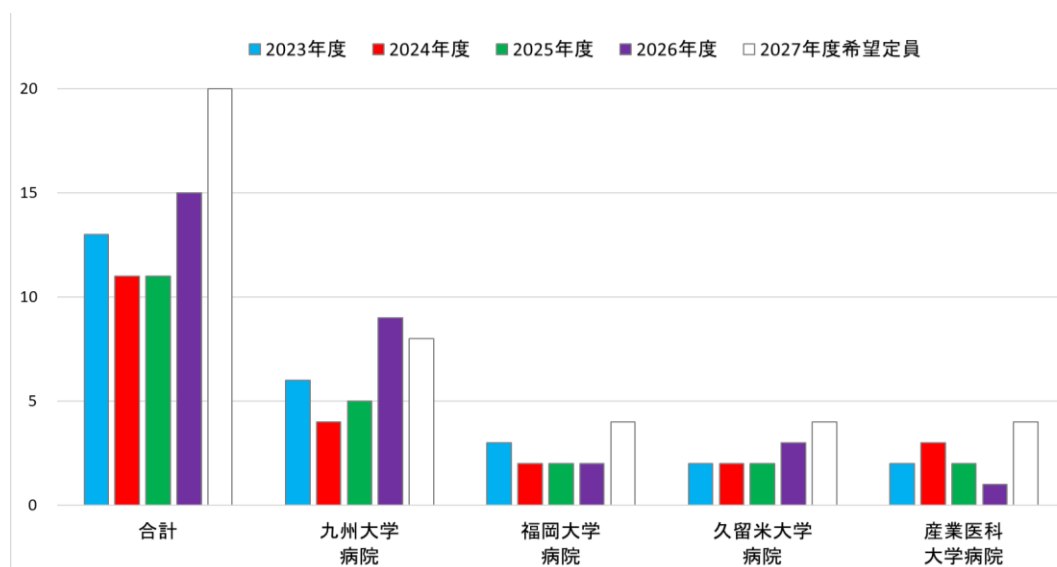
直近3年度(2024～2026年度)の専攻医のローテーション状況

年次	採用年度	専攻医人数 ※中断者、休 止者除く	うち医師少数区域をローテーション		うち県外をローテーション	
			人数	%	人数	%
3	2022	22	0	0.0%	16	72.7%
2	2023	22	0	0.0%	8	36.4%
1	2024	24	0	0.0%	3	12.5%
2024年度		68	0	0.0%	27	39.7%
3	2023	21	0	0.0%	8	38.1%
2	2024	24	0	0.0%	8	33.3%
1	2025	23	0	0.0%	1	4.3%
2025年度		68	0	0.0%	17	25.0%
3	2024	24	0	0.0%	13	54.2%
2	2025	22	0	0.0%	9	40.9%
1	2026	26	0	0.0%	8	30.8%
2026年度		72	0	0.0%	30	41.7%

○各基幹施設の採用者数及び2027年度の希望定員数(眼科)

 医師少数区域

基幹施設(4)			シーリング数	合計	福岡・糸島②	粕屋	宗像	筑紫	朝倉	久留米	八女・筑後	有明	飯塚	直方・鞍手	田川	北九州	京築
					九州大学病院	福岡大学病院				久留米大学病院						産業医科大学病院	
採用者数	2023年度		13	13	6	3				2						2	
	通常プログラム		11	11	5	2				2						2	
	連携プログラム		0	0	0	0				0						0	
	うち都道府県限定分		0	0	0	0				0						0	
	特別地域連携		2	2	1	1				0						0	
	基礎研究医コース		外	1	0	1				0						0	
	2024年度		13	11	4	2				2						3	
	通常プログラム		11	11	4	2				2						3	
	連携プログラム		0	0	0	0				0						0	
	うち都道府県限定分		0	0	0	0				0						0	
	特別地域連携		2	0	0	0				0						0	
	2025年度		13	11	5	2				2						2	
	通常プログラム		11	11	5	2				2						2	
	連携プログラム		0	0	0	0				0						0	
	うち都道府県限定分		0	0	0	0				0						0	
	特別地域連携		2	0	0	0				0						0	
	2026年度		—	15	9	2				3						1	
	2027年度希望定員		—	20	8	4				4						4	



2027年度の希望定員数

出典: 日本専門医機構 JMSB Online System+ 管理システム

○ 2027年度専門研修施設一覧(眼科)

医師少数区域(京築医療圏及びへき地診療所)

上記医療圏内に研修施設がない基幹施設

○ 連携施設

※朱書きは昨年度から追加、青字は昨年度

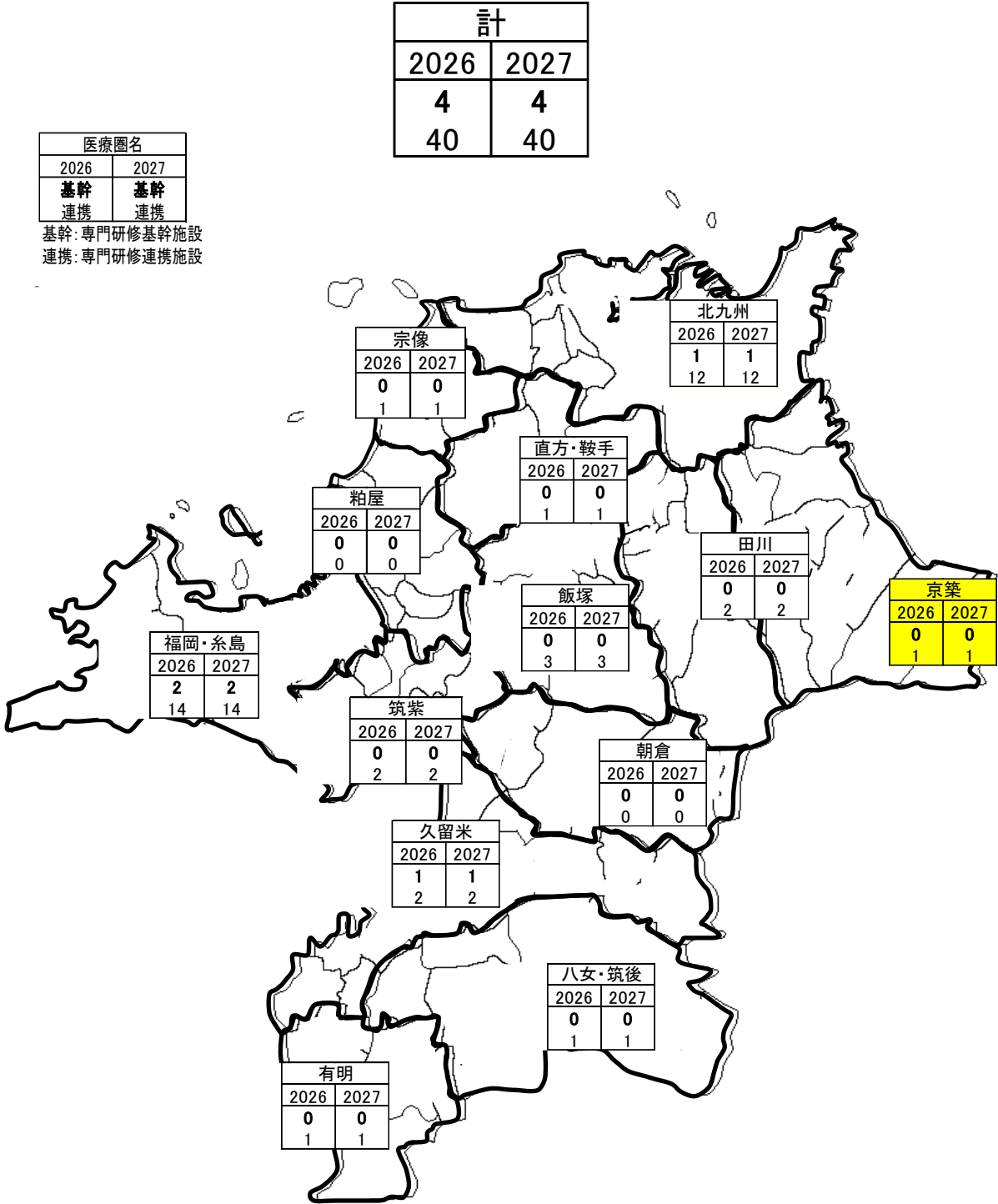
基幹施設(4) 連携施設(40)		福岡・糸島②	粕屋	宗像	筑紫	朝倉	久留米	八女・筑後	有明	飯塚	直方・鞍手	田川	北九州	京築
		九州 院大 学	福岡 院大 学				久留米 大 学 病 院						大産 業医 科 大 学 病 院 医 科	
福岡・糸島 ⑭	九州医療センター	○												
	九州中央病院	○												
	済生会福岡総合病院	○												
	千早病院	○												
	浜の町病院	○												
	福岡歯科大学医科歯科総合病院	○												
	福岡山王病院	○	○											
	福岡市民病院	○												
	福岡市立こども病院	○												
	福岡赤十字病院	○												
	福岡中央病院	○	○											
	福岡和白病院		○											
	村上華林堂病院		○											
	白十字病院		○											
粕屋														
宗像	宗像水光会総合病院	○												
筑紫②	福岡大学筑紫病院		○											
	福岡徳洲会病院		○											
朝倉														
久留米②	聖マリア病院		○											
	高木病院	○												
八女・筑後	公立八女総合病院						○							
有明	大牟田市立病院						○							
飯塚③	飯塚市立病院												○	
	飯塚病院	○												
	済生会飯塚嘉穂病院	○												
直方・鞍手	福岡ゆたか中央病院	○												
田川②	社会保険田川病院						○							
	田川市立病院	○												
北九州 ⑫	JCHO九州病院	○					●							
	九州鉄道総合病院												○	
	北九州市立医療センター	○												
	九州労災病院		○										○	
	九州労災病院門司メディカルセンター												○	
	小倉医療センター	○												
	済生会八幡総合病院		○											
	産業医科大学若松病院												○	
	新小倉病院	○												
	製鉄記念八幡病院	○												
	戸畑共立病院						○							
	戸畑総合病院												○	
京築	小波瀬病院												○	

日本専門医機構 JMSB Online System+ 管理システムデータをもとに作成

※このほか県外にも連携施設あり

専門研修施設配置図（眼科）

※赤字は昨年度から増加、青字は昨年度から減少



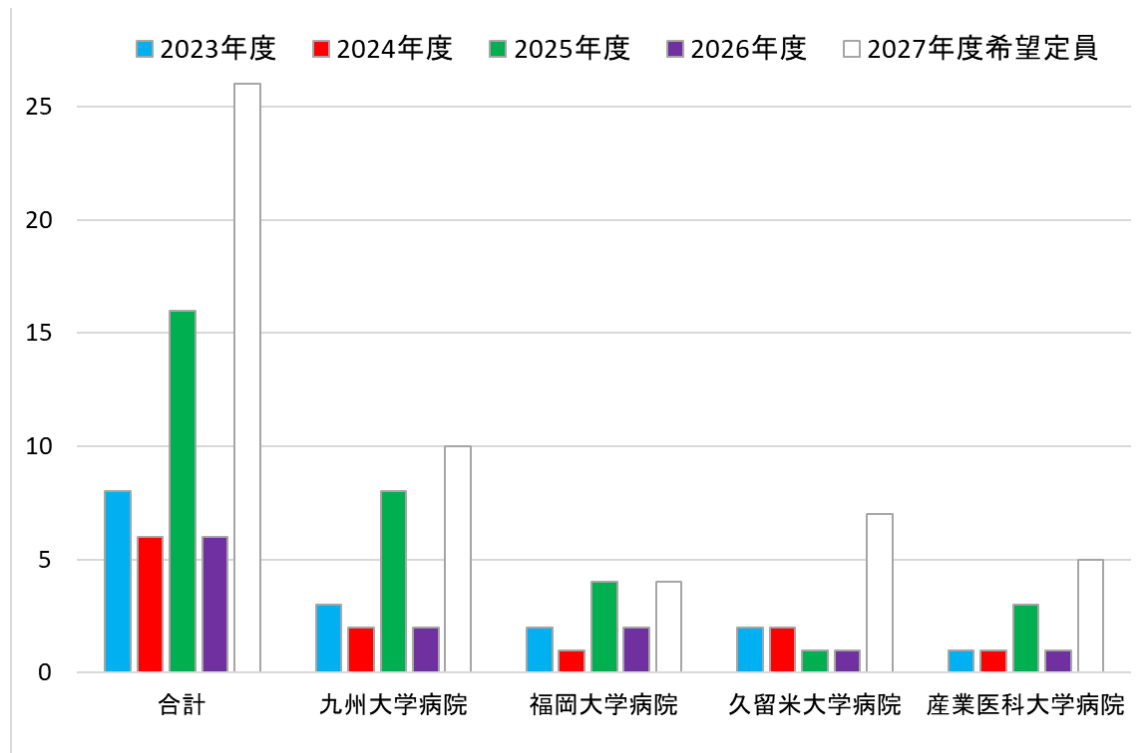
直近3年(2024～2026年度)の専攻医のローテーション状況

年次	採用年度	専攻医人数 ※中断、休止 除く	うち医師少数区域をローテーション		うち県外をローテーション	
			人数	%	人数	%
4	2021	8	0	0.0%	1	12.5%
3	2022	10	0	0.0%	0	0.0%
2	2023	13	0	0.0%	2	15.4%
1	2024	10	0	0.0%	0	0.0%
2024年度		41	0	0.0%	3	7.3%
4	2022	10	0	0.0%	0	0.0%
3	2023	11	0	0.0%	0	0.0%
2	2024	10	0	0.0%	0	0.0%
1	2025	11	0	0.0%	0	0.0%
2025年度		42	0	0.0%	0	0.0%
4	2023	11	0	0.0%	0	0.0%
3	2024	6	0	0.0%	0	0.0%
2	2025	10	0	0.0%	1	10.0%
1	2026	15	0	0.0%	5	33.3%
2026年度		42	0	0.0%	6	14.3%

○各基幹施設の採用者数及び2027年度の希望定員数(耳鼻咽喉科)

 医師少数区域

基幹施設(4)		シーリング数	合計	福岡・糸島		粕屋	宗像	筑紫	朝倉	久留米	八女 筑後	有明	飯塚	直方 鞍手	田川	北九州	京築
				九州大学病院	福岡大学病院					久留米大学病院						産業医科大学病院	
採用者数	2023年度	－	8	3	2					2						1	
	2024年度	－	6	2	1					2						1	
	2025年度	－	16	8	4					1						3	
	2026年度	－	6	2	2					1						1	
	2027年度希望定員	－	26	10	4					7						5	



2027年度の希望定員数

出典: 日本専門医機構 JMSB Online System+ 管理システム

10 耳鼻咽喉科

○2027年度専門研修施設一覧(耳鼻咽喉科)

		医師少数区域（京築医療圏及びへき地診療所）													
		上記医療圏内に研修施設がない基幹施設													
		○ 連携施設													
		※朱書きは昨年度から追加、青字は昨年度から減少													
基幹施設（4） 連携施設（27）		福岡・糸島②		粕屋	宗像	筑紫	朝倉	久留米	八女・筑後	有明	飯塚	直方・鞍手	田川	北九州	京築
		九州大学病院	福岡大学病院					久留米大学病院							産業医科大学病院
福岡・糸島 ⑬	九州医療センター	○	○												
	九州がんセンター	○	○					○							
	九州中央病院	○													
	済生会福岡総合病院	○													
	千鳥橋病院	○													
	北九州市立医療センター	○	○												
	九州労災病院	○													
	浜の町病院	○	○												
	福岡山王病院	○													
	福岡歯科大学医科歯科総合病院		○												
	福岡市立こども病院	○													
	松田耳鼻咽喉科病院		○												
	福岡赤十字病院	○													
粕屋															
宗像															
筑紫	福岡大学筑紫病院		○												
	福岡徳洲会病院		○											○	
朝倉															
久留米	古賀病院21							○							
	聖マリア病院							○							
八女・筑後	公立八女総合病院							○							
有明	大牟田市立病院							○							
飯塚	飯塚病院							○							
直方・鞍手															
田川															
北九州 ⑦	JCHO九州病院	○													
	北九州市立医療センター	○													
	北九州総合病院							○						○	
	九州労災病院													○	
	製鉄記念八幡病院	○													
	九州労災病院門司メディカルセンター													○	
小倉記念病院													○		
京築															

日本専門医機構 JMSB Online System+ 管理システムデータをもとに作成
※このほか県外にも連携施設あり

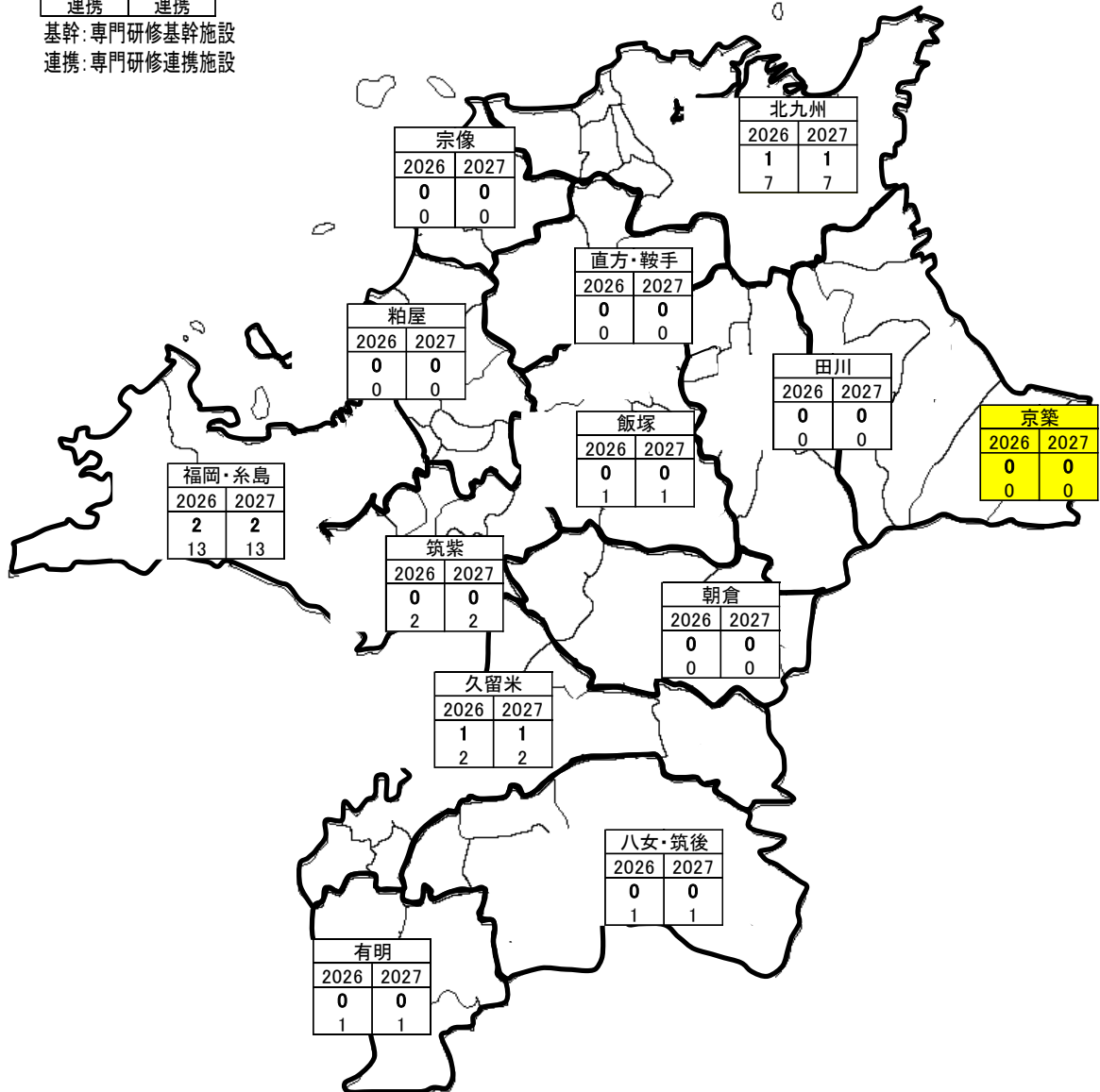
専門研修施設配置図（耳鼻咽喉科）

※朱書きは昨年度から増加

医療圏名	
2026	2027
基幹 連携	基幹 連携

基幹: 専門研修基幹施設
 連携: 専門研修連携施設

計	
2026	2027
4	4
27	27



10 耳鼻咽喉科

直近3年(2024～2026年度)の専攻医のローテーション状況

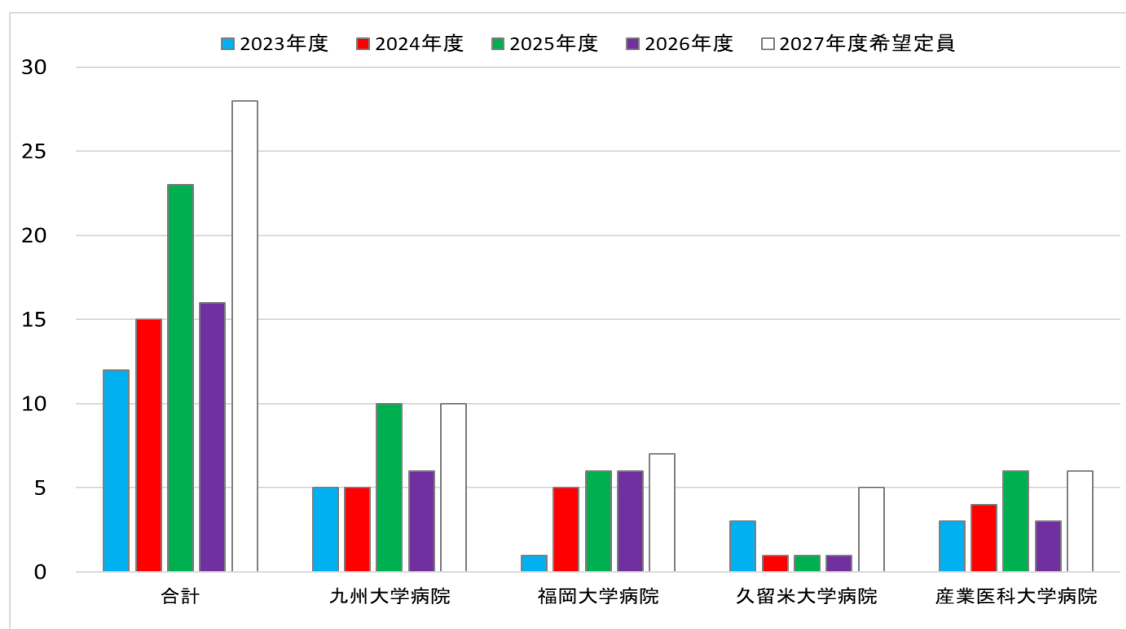
年次	採用年度	専攻医人数 ※中断、休止 除く	うち医師少数区域をローテーション		うち県外をローテーション	
			人数	%	人数	%
4	2021	16	1	6.3%	0	0.0%
3	2022	13	0	0.0%	0	0.0%
2	2023	7	0	0.0%	1	14.3%
1	2024	6	0	0.0%	0	0.0%
2024年度		42	0	0.0%	1	2.4%
4	2022	12	0	0.0%	0	0.0%
3	2023	7	0	0.0%	1	14.3%
2	2024	6	0	0.0%	1	16.7%
1	2025	16	0	0.0%	2	12.5%
2025年度		41	0	0.0%	4	9.8%
4	2023	5	0	0.0%	0	0.0%
3	2024	5	0	0.0%	0	0.0%
2	2025	16	0	0.0%	4	25.0%
1	2026	6	0	0.0%	0	0.0%
2026年度		32	0	0.0%	4	12.5%

11 泌尿器科

○各基幹施設の採用者数及び2027年度の希望定員数(泌尿器科)

医師少数区域

基幹施設(4)		シーリング数	合計	福岡・糸島		粕屋	宗像	筑紫	朝倉	久留米	八女 筑後	有明	飯塚	直方 鞍手	田川	北九州	京築
				九州大学病院	福岡大学病院					久留米大学病院						産業医科大学病院	
採用者数	2023年度	-	12	5	1					3						3	
	2024年度	-	15	5	5					1						4	
	2025年度	-	23	10	6					1						6	
	2026年度	-	16	6	6					1						3	
2027年度希望定員 ※		-	28	10	7					5						6	
(日本専門医機構提供資料より)	通常プログラム	16	28	10	7					5						6	
	連携プログラム	1	0	0	0					0						0	
	うち特別地域連携	1	0	0	0					0						0	



2027年度の希望定員数

出典: 日本専門医機構 JMSB Online System+ 管理システム

※2027年度シーリング対象となった

11 泌尿器科

○ 2027年度専門研修施設一覧(泌尿器科)

医師少数区域(京築医療圏及びへき地診療所)

上記医療圏内に研修施設がない基幹施設

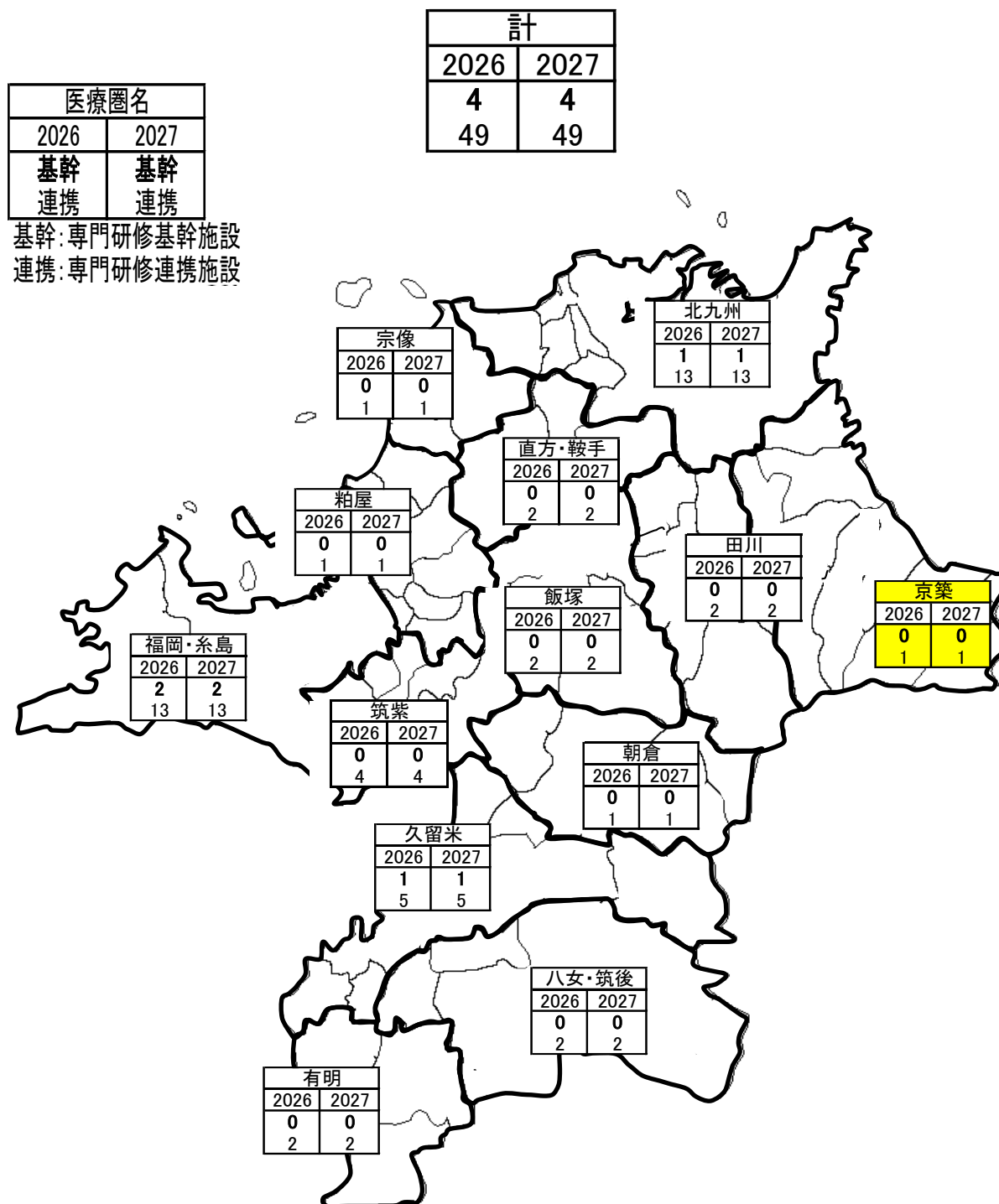
○ 連携施設 ※朱書きは昨年度から追加、青字は昨年度から減少

基幹施設(4)		福岡・糸島②	粕屋	宗像	筑紫	朝倉	久留米	八女・筑後	有明	飯塚	直方・鞍手	田川	北九州	京築
連携施設(49)		九州大学 福岡大学	福岡大学				久留米大学 病院						大産学 業病院 医科	
福岡・糸島	九州医療センター	○												
	九州がんセンター	○												
	九州中央病院	○												
	済生会福岡総合病院	○												
	北九州市立医療センター		○											
	九州労災病院	○												
	原三信病院	○												
	福岡市立こども病院	○												
	福岡赤十字病院	○												
	福岡和白病院												○	
	西南泌尿器科クリニック	○												
	福西会病院		○											
	福岡山王病院	○												
粕屋	加野病院	○												
宗像	宗像水光会総合病院												○	
筑紫	済生会二日市病院						○							
	高山病院	○												
	福岡大学筑紫病院		○											
④	福岡徳洲会病院		○											
朝倉	朝倉医師会病院						○							
久留米	JCHO久留米総合病院						○							
	聖マリア病院						○							
	高木病院						○							
	古賀病院21		○											
⑤	久留米大学医療センター						○							
八女・筑後	公立八女総合病院						○							
	筑後市立病院						○							
有明	大牟田市立病院						○							
	済生会大牟田病院						○							
飯塚	飯塚病院		○											
	総合せき損センター	○												
直方・鞍手	社会保険直方病院												○	
	くらて病院												○	
田川	社会保険田川病院						○							
	田川市立病院		○											
北九州	JCHO九州病院	○												
	北九州市立医療センター	○												
	北九州市立八幡病院												○	
	北九州総合病院												○	
	九州労災病院	○											○	
	九州労災病院門司メディカルセンター												○	
	健和会大手町病院												○	
	済生会八幡総合病院	○												
	新小倉病院												○	
	製鉄記念八幡病院	○												
	戸畑共立病院												○	
	福岡新水巻病院												○	
	産業医科大学若松病院												○	
京築	新行橋病院												○	

日本専門医機構 JMSB Online System+ 管理システムデータをもとに作成

※このほか県外にも連携施設あり

専門研修施設配置図（泌尿器科）



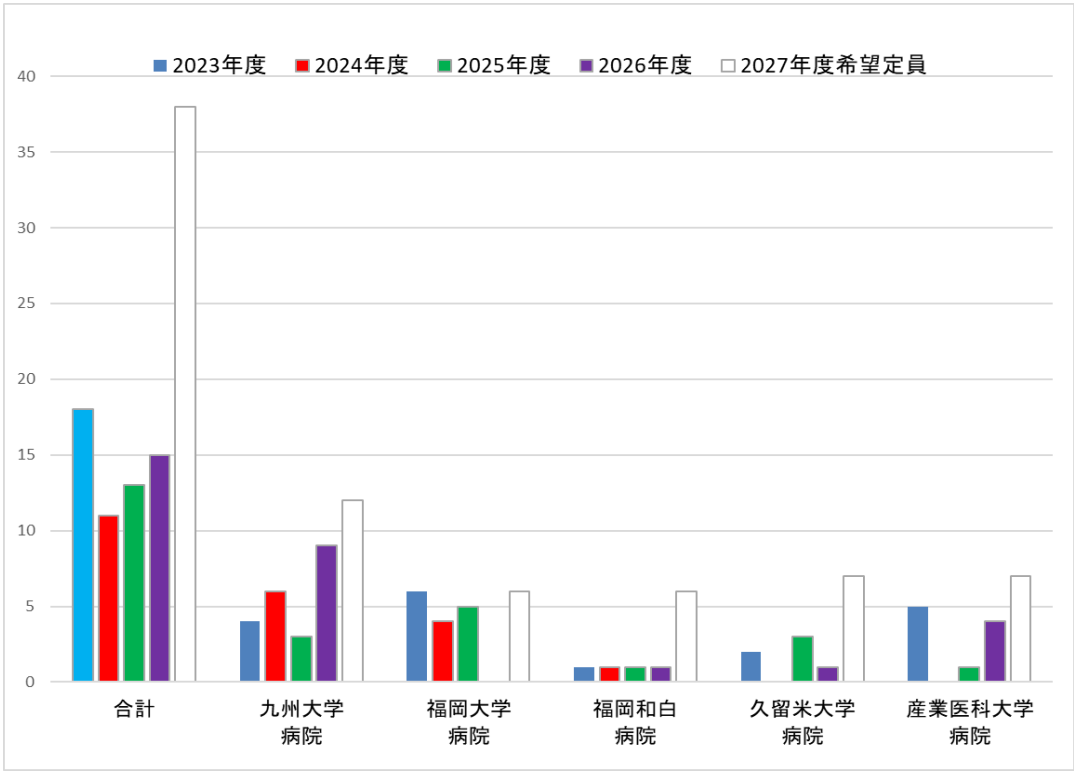
11 泌尿器科

直近3年(2024～2026年度)の専攻医のローテーション状況						
年次	採用年度	専攻医人数 ※中断、休止 除く	うち医師少数区域をローテーション		うち県外をローテーション	
			人数	%	人数	%
4	2021	10	1	10.0%	1	10.0%
3	2022	8	0	0.0%	0	0.0%
2	2023	12	1	8.3%	1	8.3%
1	2024	14	0	0.0%	0	0.0%
2024年度		44	1	2.3%	2	4.5%
4	2022	7	0	0.0%	1	14.3%
3	2023	12	0	0.0%	2	16.7%
2	2024	14	0	0.0%	1	7.1%
1	2025	23	1	4.3%	0	0.0%
2025年度		56	1	1.8%	4	7.1%
4	2023	12	0	0.0%	1	8.3%
3	2024	14	0	0.0%	1	7.1%
2	2025	23	0	0.0%	1	4.3%
1	2026	16	1	6.3%	0	0.0%
2026年度		65	1	1.5%	3	4.6%

○各基幹施設の採用者数及び2027年度の希望定員数(脳神経外科)

医師少数区域

基幹施設(5)		シーリング数	合計	福岡・糸島 ③			粕屋	宗像	筑紫	朝倉	久留米	八女・筑後	有明	飯塚	直方・鞍手	田川	北九州	京築
				九州大学病院	福岡大学病院	福岡和白病院					久留米大学病院						産業医科大学病院	
2023年度		-	18	4	6	1					2						5	
2024年度		-	11	6	4	1					0						0	
2025年度		-	13	3	5	1					3						1	
2026年度		-	15	9	0	1					1						4	
2027年度希望定員		-	38	12	6	6					7						7	



2027年度の希望定員数
出典: 日本専門医機構 JMSB Online System+ 管理システム

12 脳神経外科

○ 2027年度専門研修施設一覧(脳神経外科)

医師少数区域(京築医療圏及びへき地診療所)

上記医療圏内に研修施設がない基幹施設

○ 連携施設

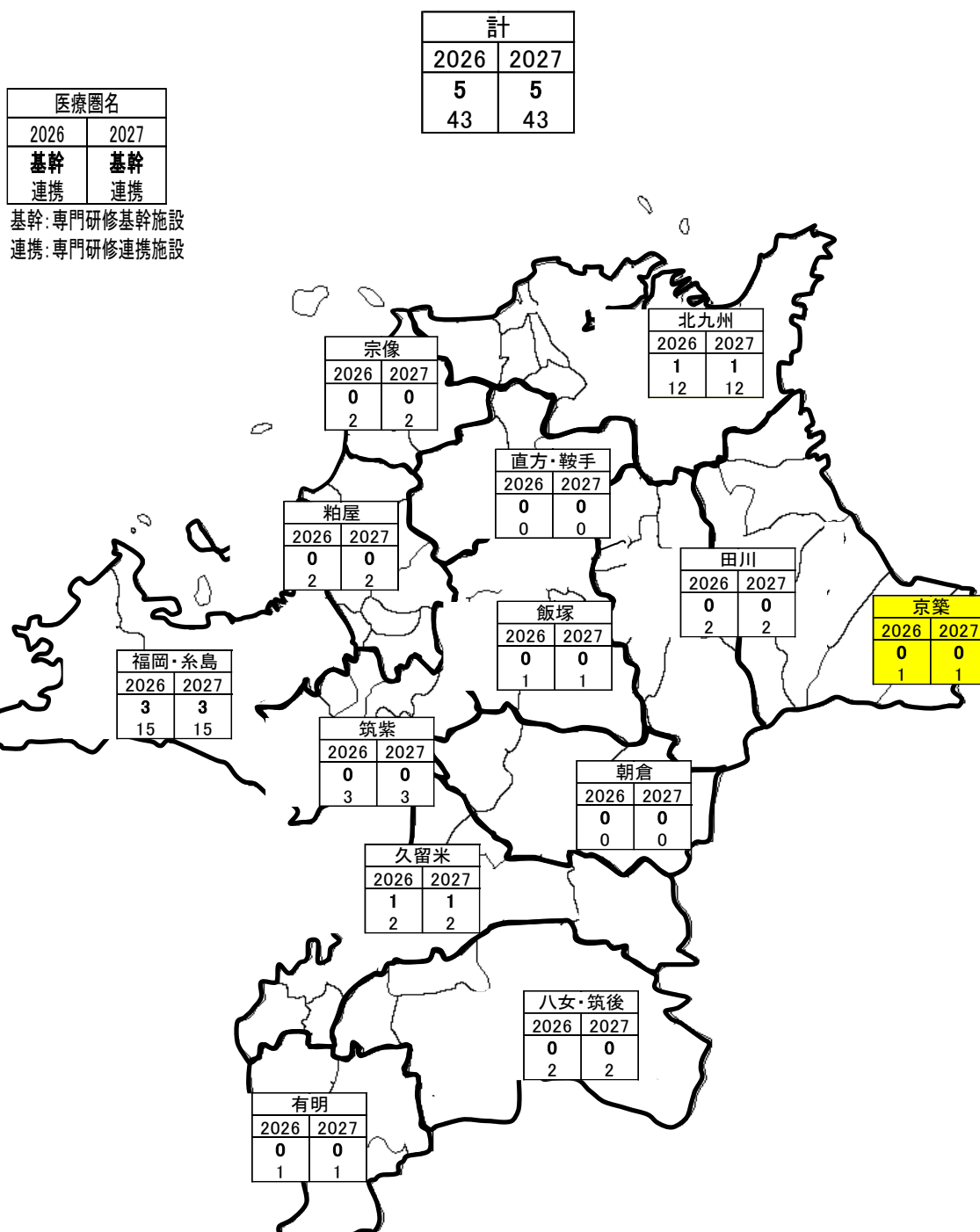
※朱書きは昨年度から追加、青字は昨年度から減少

基幹施設(5)		福岡・糸島 ③			粕屋	宗像	筑紫	朝倉	久留米	八女・筑後	有明	飯塚	直方・鞍手	田川	北九州	京築
連携施設(43)		九州 病院 大学	福岡 病院 大学	福岡 和 白					久留米 大学 病院						大産 業医 科	
福岡・糸島 ⑮	貝塚病院		○													
	九州医療センター	○														
	九州中央病院	○														
	済生会福岡総合病院								○							
	白十字病院		○													
	白十字リハビリテーション病院		○													
	浜の町病院	○														
	原三信病院	○														
	福岡輝栄会病院	○														
	福岡山王病院		○													
	福岡市民病院		○													
	福岡市立こども病院	○														
	福岡赤十字病院		○													
	福岡みらい病院														○	
	平尾病院		○													
粕屋 ②	福岡東医療センター		○													
	福岡青洲会病院		○													
	蜂須賀病院	○														
	宗像水光会総合病院		○												○	
筑紫 ③	済生会二日市病院								○							
	福岡大学筑紫病院		○													
	福岡徳洲会病院	○														
朝倉・久留米 ②	新古賀病院	○														
	聖マリア病院								○							
	公立八女総合病院								○							
八女・筑後 ②	馬場病院								○							
	大牟田市立病院								○							
	飯塚病院	○														
有明・飯塚 ②	飯塚病院	○														
	飯塚病院	○														
	飯塚病院	○														
直方・鞍手 ②	社会保険田川病院								○							
	松本病院		○													
	松本病院		○													
北九州 ⑫	JCHO九州病院	○														
	北九州市立医療センター	○														
	北九州市立八幡病院														○	
	北九州総合病院														○	
	九州労災病院	○														
	九州労災病院門司メディカルセンター														○	
	済生会八幡総合病院								○							
	新小文字病院			○												
	製鉄記念八幡病院	○														
	戸畑総合病院														○	
京築	福岡新水巻病院			○												
	上曽根病院														○	
	新行橋病院			○												

日本専門医機構 JMSB Online System+ 管理システムデータをもとに作成

※このほか県外にも連携施設あり

専門研修施設配置図（脳神経外科）



12 脳神経外科

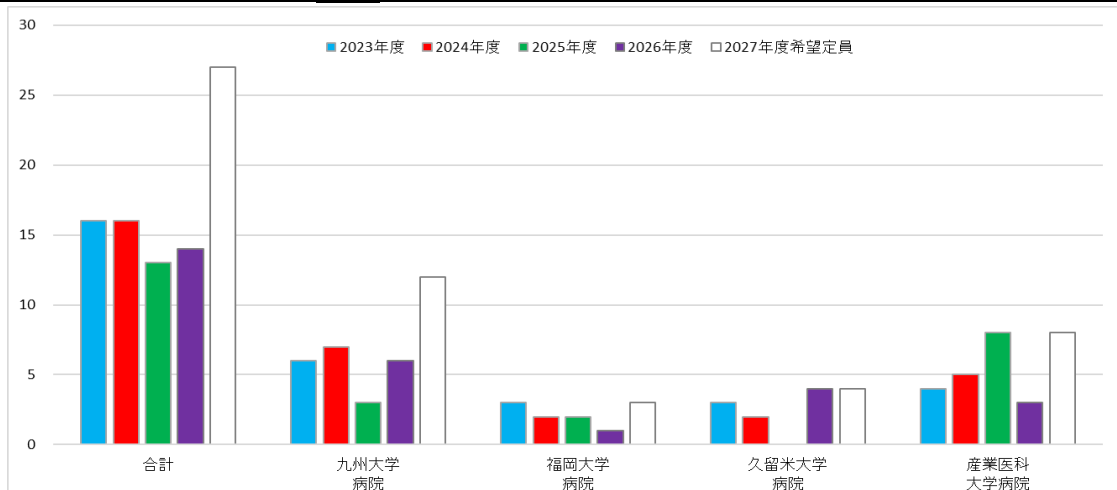
直近3年(2024～2026年度)の専攻医のローテーション状況

年次	採用年度	専攻医人数 ※中断、休止 除く	うち医師少数区域をローテーション		うち県外をローテーション	
			人数	%	人数	%
4	2021	18	0	0.0%	6	33.3%
3	2022	14	0	0.0%	0	0.0%
2	2023	18	0	0.0%	8	44.4%
1	2024	11	0	0.0%	3	27.3%
2024年度		61	0	0.0%	17	27.9%
4	2022	14	1	7.1%	6	42.9%
3	2023	17	0	0.0%	5	29.4%
2	2024	10	0	0.0%	4	40.0%
1	2025	13	0	0.0%	0	0.0%
2025年度		54	1	1.9%	15	27.8%
4	2023	17	0	0.0%	6	35.3%
3	2024	10	0	0.0%	2	20.0%
2	2025	13	0	0.0%	2	15.4%
1	2026	15	0	0.0%	3	20.0%
2026年度		55	0	0.0%	13	23.6%

○各基幹施設の採用者数及び2027年度の希望定員数(放射線科)

 医師少数区域

基幹施設(4)		シーリング数	合計	福岡・糸島②		粕屋	宗像	筑紫	朝倉	久留米	八女・筑後	有明	飯塚	直方・鞍手	田川	北九州	京築
				九州大学病院	福岡大学病院					久留米大学病院						産業医科大学病院	
採用者数	2023年度	17	16	6	3					3						4	
	通常プログラム	15	15	6	3					3						3	
	連携プログラム	0	0	0	0					0						0	
	うち都道府県限定分	0	0	0	0					0						0	
	特別地域連携	2	1	0	0					0						1	
	2024年度	17	16	7	2					2						5	
	通常プログラム	15	15	7	2					2						4	
	連携プログラム	0	0	0	0					0						0	
	うち都道府県限定分	0	0	0	0					0						0	
	特別地域連携	2	1	0	0					0						1	
	2025年度	17	13	3	2					0						8	
	通常プログラム	15	12	3	2					0						7	
	連携プログラム	0	0	0	0					0						0	
	うち都道府県限定分	0	0	0	0					0						0	
	特別地域連携	2	1	0	0					0						1	
	2026年度	16	14	6	1					4						3	
	通常プログラム	15	14	6	1					4						3	
	常勤派遣分※	1															
	連携プログラム	0	0	0	0					0						0	
	うち都道府県限定分	0	0	0	0					0						0	
	うち特別地域連携	0	0	0	0					0						0	
2027年度希望定員		16	27	12	3					4						8	
(日本専門医機構提供資料より)	通常プログラム	15	27	12	3					4						8	
	常勤派遣分※	1															
	連携プログラム	0	1	0	0					1						0	
	うち都道府県限定分	0	—	—	—					—						—	
	うち特別地域連携	0	—	—	—					—						—	



※常勤派遣分

通常プログラム加算数の対象である都道府県診療科について、指導医の全派遣実績のうち、医師少数区域に週5日派遣している派遣実績を更に評価し通常プログラムを追加することを可能とする。ただし、常勤派遣分での採用については次年度以降の採用実績には計上しない。

2027年度の希望定員数

出典: 日本専門医機構 JMSB Online System+ 管理システム

○ 2027年度専門研修施設一覧(放射線科)

 医師少数区域(京築医療圏及びへき地診療所)

 上記医療圏内に研修施設がない基幹施設

○ 連携施設

※朱書きは昨年度から追加、青字は昨年度から減少

基幹施設(4) 連携施設(37)		福岡・糸島②	粕屋	宗像	筑紫	朝倉	久留米	八女・筑後	有明	飯塚	直方・鞍手	田川	北九州	京築
		九州 院大 学	福岡 院大 学				久留米 大 学 病 院						大産 業医 科 病 院	
福岡・糸島	九州がんセンター	○												
	九州中央病院	○												
	済生会福岡総合病院	○												
	浜の町病院	○												
	原三信病院	○												
	福岡市民病院	○												
	福岡市立こども病院	○												
	福岡赤十字病院	○												
	⑬九州医療センター	○												
	原三信病院附属呉服町腎クリニック	○												
	福岡和白病院												○	
	福岡国際総合健診センター		○											
粕屋	白十字病院		○											
	福岡東医療センター	○												
	宗像医師会病院	○												
宗像	②内科・放射線科石野クリニック		○											
筑紫	済生会二日市病院						○							
②	福岡大学筑紫病院		○											
朝倉														
久留米	JCHO久留米総合病院						○							
③	聖マリア病院	○												
	高木病院						○							
八女・筑後	筑後市立病院						○							
有明	済生会大牟田病院						○							
②	大牟田市立病院						○							
飯塚	飯塚病院	○												
直方・鞍手														
田川														
北九州	JCHO九州病院	○												
	北九州市立医療センター	○												
	北九州総合病院												○	
	九州労災病院	○											○	
	小倉医療センター	○												
	済生会八幡総合病院	○												
	産業医科大学若松病院												○	
	⑫新小倉病院	○												
	製鉄記念八幡病院												○	
	戸畑共立病院												○	
	福岡新水巻病院												○	
	九州労災病院門司メディカルセンター	○												
京築														

日本専門医機構 JMSB Online System+ 管理システムデータをもとに作成

※このほか県外にも連携施設あり

専門研修施設配置図（放射線科）

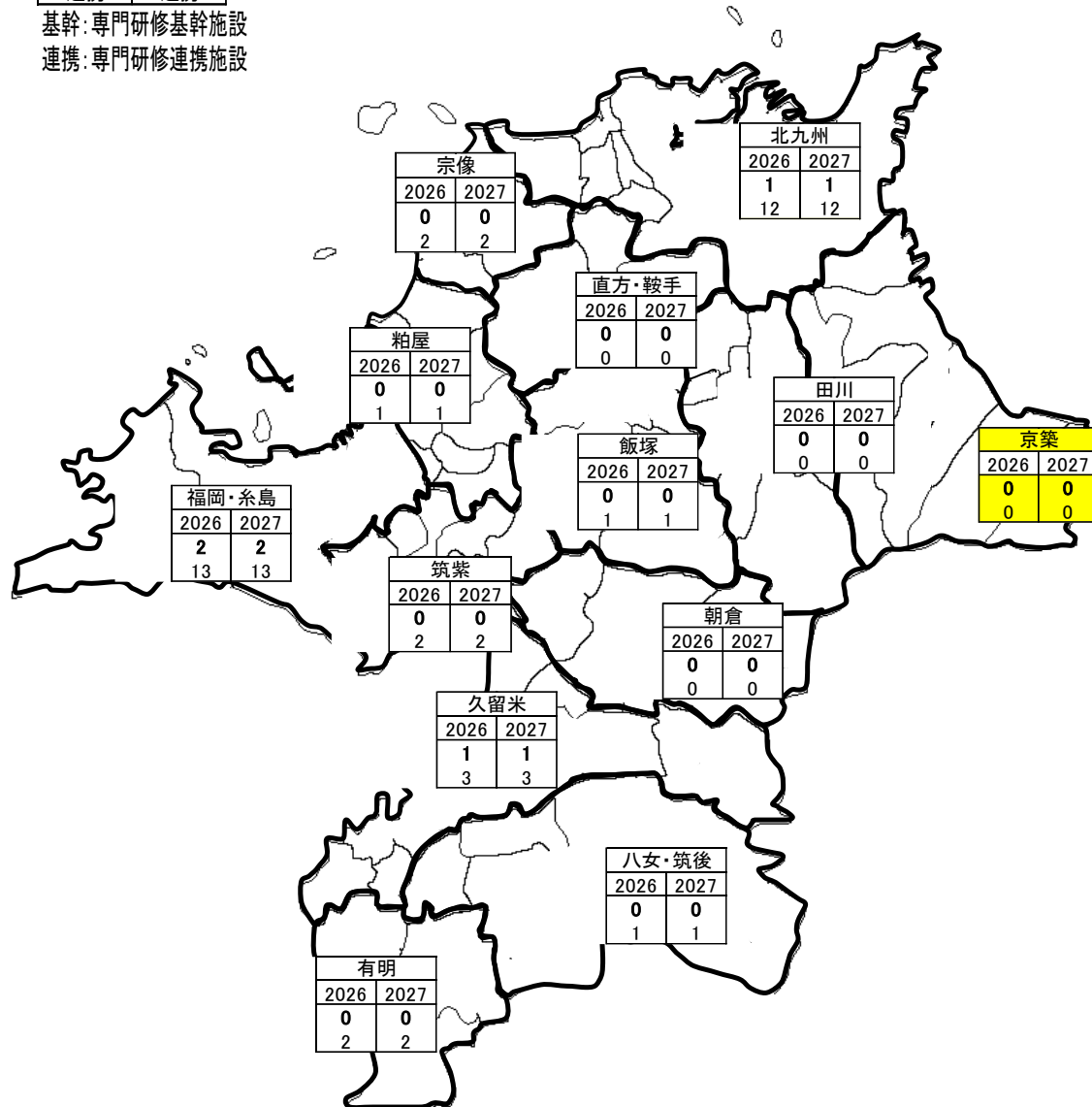
※朱書きは昨年度から増加

医療圏名	
2026	2027
基幹	基幹
連携	連携

基幹：専門研修基幹施設

連携：専門研修連携施設

計	
2026	2027
4	4
37	37



直近3年(2024～2026年度)の専攻医のローテーション状況

年次	採用年度	専攻医人数 ※中断者、休 止者除く	うち医師少数区域をローテーション		うち県外をローテーション	
			人数	%	人数	%
3	2022	14	0	0%	0	0.0%
2	2023	15	0	0%	3	20.0%
1	2024	16	0	0.0%	0	0.0%
2024年度		45	0	0.0%	3	6.7%
3	2023	14	0	0%	1	7.1%
2	2024	15	0	0%	2	13.3%
1	2025	13	0	0.0%	1	8%
2025年度		42	0	0.0%	4	9.5%
3	2024	16	0	0%	3	18.8%
2	2025	12	0	0%	0	0.0%
1	2026	14	0	0.0%	0	0.0%
2026年度		42	0	0.0%	3	7.1%

14 麻酔科

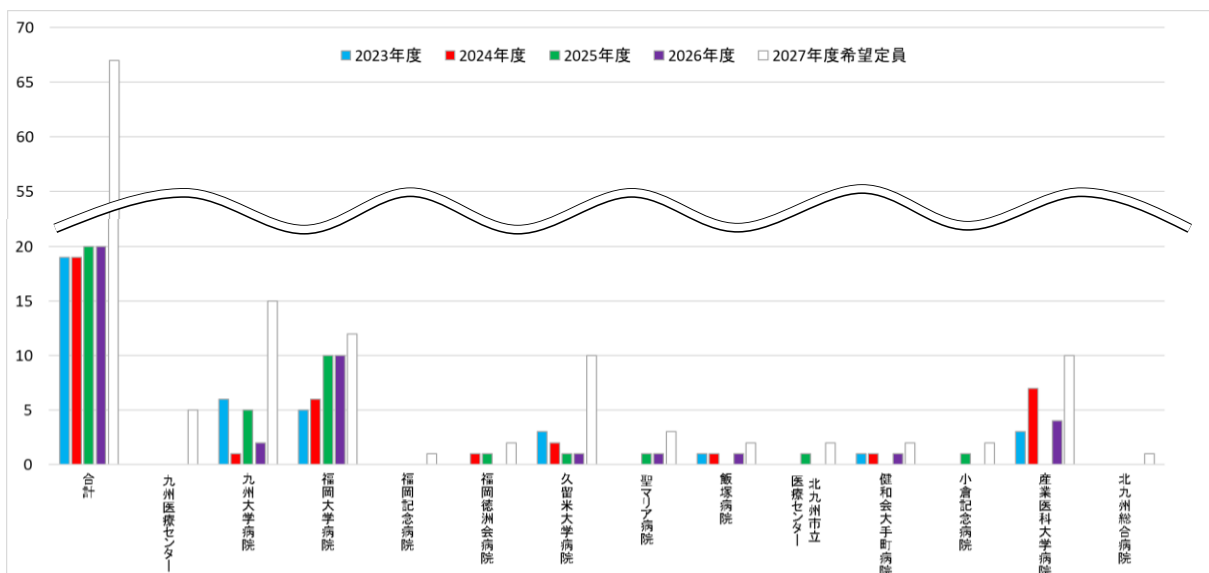
○各基幹施設の採用者数及び2027年度の希望定員数(麻酔科)

医師少数区域

基幹施設(13)	シーリング数	合計	福岡・糸島②				粕屋	宗像	筑紫	朝倉	久留米②	八丈・筑後	有明	飯塚	田川	北九州 ⑤				京築
			九州医療センター	九州大学病院	福岡大学病院	福岡記念病院			福岡徳洲会病院		久留米大学病院	聖マリア病院		飯塚病院		北九州市立医療センター	健和会大手町病院	小倉記念病院	産業医科大学病院	北九州総合病院
2023年度	28	19		6	5				0		3			1		0	1	0	3	0
通常プログラム	20	19		6	5				0		3			1		0	1	0	3	0
連携プログラム	4	0		0	0				0		0			0		0	0	0	0	0
うち都道府県限定分	3	0		0	0				0		0			0		0	0	0	0	0
特別地域連携	4	0		0	0				0		0			0		0	0	0	0	0
地域枠等	外	1		0	1				0		0			0		0	0	0	0	0
2024年度	28	19		1	6	0			1		2	0		1		0	1	0	7	0
通常プログラム	20	19		1	6	0			1		2	0		1		0	1	0	7	0
連携プログラム	4	0		0	0	0			0		0	0		0		0	0	0	0	0
うち都道府県限定分	3	0		0	0	0			0		0	0		0		0	0	0	0	0
特別地域連携	4	0		0	0	0			0		0	0		0		0	0	0	0	0
2025年度	28	20	0	5	10	0			1		1	1		0		1	0	1	0	0
通常プログラム	20	20	0	5	10	0			1		1	1		0		1	0	1	0	0
連携プログラム	4	0	0	0	0	0			0		0	0		0		0	0	0	0	0
うち都道府県限定分	3	0	0	0	0	0			0		0	0		0		0	0	0	0	0
特別地域連携	4	0	0	0	0	0			0		0	0		0		0	0	0	0	0
2026年度	20	20	0	2	10	0			0		1	1		1		0	1	0	4	0
通常プログラム	20	20	0	2	10	0			0		1	1		1		0	1	0	4	0
連携プログラム	0	0	0	0	0	0			0		0	0		0		0	0	0	0	0
うち都道府県限定分	0	0	0	0	0	0			0		0	0		0		0	0	0	0	0
うち特別地域連携	0	0	0	0	0	0			0		0	0		0		0	0	0	0	0
2027年度希望定員	20	67	5	15	12	1			2		10	3		2		2	2	2	10	1
通常プログラム	20	65	5	15	10	1			2		10	3		2		2	2	2	10	1
連携プログラム	0	2	0	0	2	0			0		0	0		0		0	0	0	0	0
うち特別地域連携	0	—	—	—	—	—			—		—	—		—		—	—	—	—	—

2027年度の希望定員数

出典：日本専門医機構 JMSB Online System+ 管理システム



○ 2027年度専門研修施設一覧(麻酔科)

医師少 医師少 医師少数区域(京築医療圏及びへき地診療所)

上記医 上記医 上記医療圏内に研修施設がない基幹施設

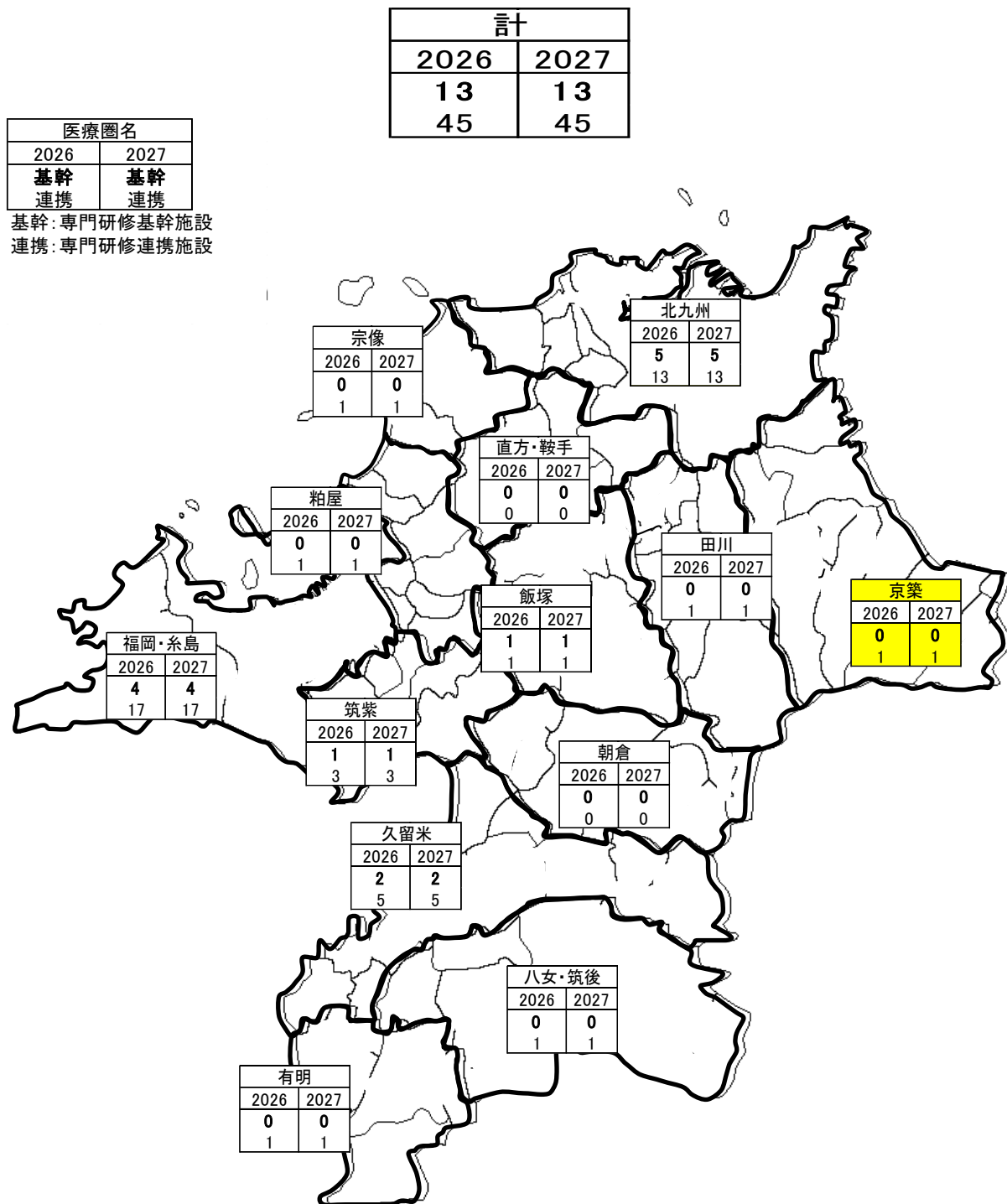
○ 連携施設 連携施設 連携施設

※朱書きは昨年度から追加、青字は昨年度から減少

基幹施設(13) 連携施設(45)		福岡・糸島④				粕屋	宗像	筑紫	朝倉	久留米②	八女 筑後	有明	飯塚	直方 鞍手	田川	北九州 ⑤					京築
		九州大学 病院	福岡大学 病院	九州医療セ ンター	福岡記念病 院			福岡徳洲会 病院		久留米大学 病院	聖マリア 病院			飯塚病院			北九州市立 医療センタ―	北九州市立 健和会 病院	小倉記念 病院	産業医科 大学病院	北九州総合 病院
福岡・ 糸島 ⑪	九州医療センター	○		△	△								○								
	九州がんセンター		○																		
	九州大学病院	△	○	○						○			○								
	九州中央病院	○		○																	
	済生会福岡総合病院	○		○									○								
	千鳥橋病院																○				
	千早病院	○																			
	白十字病院		○																		
	浜の町病院	○		○																	
	原三信病院		○																		
	福岡記念病院				△				○									○			
	福岡市民病院	○		○																○	
	福岡市立こども病院	○	○	○						○	●			○					○	○	
	福岡赤十字病院		○																		
	福岡大学病院	○	△				○										○	○			
	福岡和白病院	○																			
	福岡山王病院	○																			
粕屋	福岡東医療センター		○																		
宗像	宗像水光会総合病院	○																			
筑紫 ③	済生会二日市病院								○												
	福岡大学筑紫病院		○																		
	福岡徳洲会病院		○			△													○		
朝倉																					
久留米 ⑤	JCHO久留米総合病院									○											
	久留米大学医療センター									○											
	聖マリア病院	○		○									○								
	久留米大学病院				○			△					○					○			
	高木病院	○																			
八女 筑後	筑後市立病院								○												
有明	大牟田市立病院								○												
飯塚	飯塚病院	○							○				△						○		
直方・ 鞍手																					
田川	社会保険田川病院									○											
北九州	JCHO九州病院	○		○									○						○	○	
	北九州市立医療センター		○													△		○	○		
	北九州市立八幡病院																	○	○		
	北九州総合病院																	○	○	△	
	九州労災病院																		○	○	
	九州労災病院門司メディカルセンター																		○		
	健和会大手町病院				○												△	○	○		
	小倉医療センター	○																			
	小倉記念病院								○							○	○	△	○	○	
	済生会八幡総合病院																		○		
京築	産業医科大学病院						○						○			○	○	○	△	○	
	産業医科大学若松病院																		○		
	製鉄記念八幡病院																		○		
	新行橋病院																		○		

日本専門医機構 JMSB Online System+ 管理システムデータをもとに作成
※このほか県外にも連携施設あり

専門研修施設配置図（麻醉科）



14 麻酔科

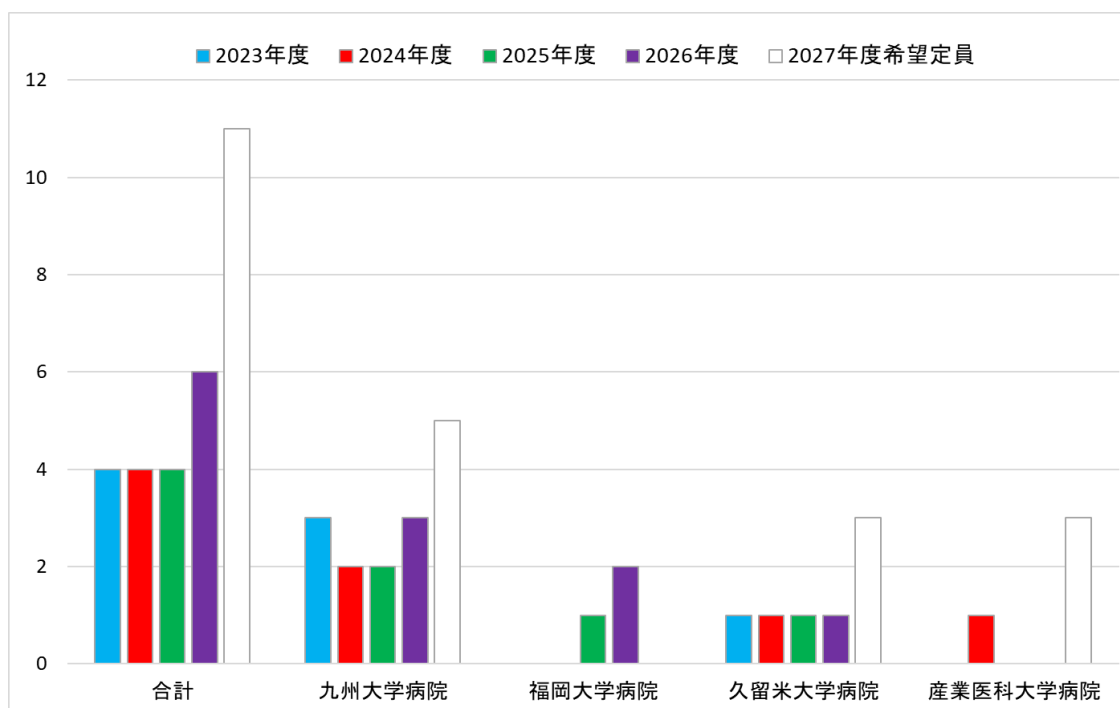
直近3年(2024～2026年度)の専攻医のローテート状況

年次	採用年度	専攻医人数 ※中断、休止 除く	うち医師少数区域をローテート		うち県外をローテート	
			人数	%	人数	%
4	2021	18	0	0.0%	5	27.8%
3	2022	18	0	0.0%	0	0.0%
2	2023	18	0	0.0%	1	5.6%
1	2024	20	0	0.0%	0	0.0%
2024年度		74	0	0.0%	6	8.1%
4	2022	18	0	0.0%	4	22.2%
3	2023	18	0	0.0%	8	44.4%
2	2024	20	0	0.0%	3	15.0%
1	2025	20	0	0.0%	3	15.0%
2025年度		76	0	0.0%	18	23.7%
4	2023	18	0	0.0%	4	22.2%
3	2024	20	0	0.0%	8	40.0%
2	2025	19	0	0.0%	5	26.3%
1	2026	20	0	0.0%	2	10.0%
2026年度		77	0	0.0%	19	24.7%

○各基幹施設の採用者数及び2027年度の希望定員数

 医師少数区域

基幹施設(4)		合計	福岡・糸島②	粕屋	宗像	筑紫	朝倉	久留米	八女・筑後	有明	飯塚	直方・鞍手	田川	北九州	京築
			九州大学病院	福岡大学病院				久留米大学病院						産業医科大学病院	
	2023年度	4	3	0				1						0	
	2024年度	4	2	0				1						1	
	2025年度	4	2	1				1						0	
	2026年度	6	3	2				1						0	
2027年度希望定員		11	5	0				3						3	



2027年度の希望定員数

出典: 日本専門医機構 JMSB Online System+ 管理システム

○ 2027年度専門研修施設一覧(病理)

医師少数区域(京築医療圏及びへき地診療所)
 医師少数区域に研修施設がない基幹施設

※朱書きは昨年度から追加

基幹施設(4) 連携施設(56)		福岡・糸島②		粕屋	宗像	筑紫	朝倉	久留米	八女 筑後	有明	飯塚	直方 鞍手	田川	北九州	京築
		九州大学 病院	福岡大学 病院					久留米大学 病院						産業医科 大学	
福岡・ 糸島 ⑮	九州医療センター	○	○					○							
	九州がんセンター	○													
	九州中央病院	○													
	済生会福岡総合病院							○							
	千鳥橋病院	○													
	白十字病院		○												
	浜の町病院	○													
	福岡山王病院	○													
	福岡市民病院	○													
	福岡市立こども病院	○													
	福岡赤十字病院	○													
	福岡病院		○												
	福岡和白病院													○	
	白十字リハビリテーション病院		○												
	福岡記念病院							○							
粕屋 ③	社会保険中原病院	○													
	福岡青洲会病院	○													
	福岡東医療センター	○													
宗像 ②	宗像医師会病院	○													
	宗像水光会総合病院							○							
筑紫 ③	済生会二日市病院							○							
	福岡大学筑紫病院		○												
	福岡徳洲会病院	○	○					○							
朝倉	朝倉医師会病院							○							
久留米 ⑤	久留米大学医療センター							○							
	新古賀病院							○							
	聖マリア病院							○							
	高木病院							○							
	JCHO久留米総合病院							○							
八女・ 筑後②	公立八女総合病院							○							
	筑後市立病院							○							
有明②	大牟田市立病院							○							
	米の山病院							○							
飯塚②	飯塚市立病院													○	
	飯塚病院	○													
直方・ 鞍手															
田川②	社会保険田川病院							○							
	田川市立病院													○	
北九州 ⑮	JCHO九州病院	○												○	
	九州鉄道記念病院													○	
	北九州市立医療センター	○												○	
	北九州市立八幡病院													○	
	北九州総合病院													○	
	九州労災病院													○	
	小倉医療センター							○						○	
	九州労災病院門司メディカルセンター													○	
	健和会大手町病院													○	
	済生会八幡総合病院							○						○	
	産業医科大学若松病院													○	
	新小倉病院	○												○	
	新小文字病院													○	
	製鉄記念八幡病院	○												○	
	戸畑共立病院													○	
	福岡新水巻病院													○	
	門司掖済会病院													○	
	小倉記念病院	○												○	
京築	新行橋病院													○	

日本専門医機構 JMSB Online System+ 管理システムデータをもとに作成
 ※このほか県外にも連携施設あり

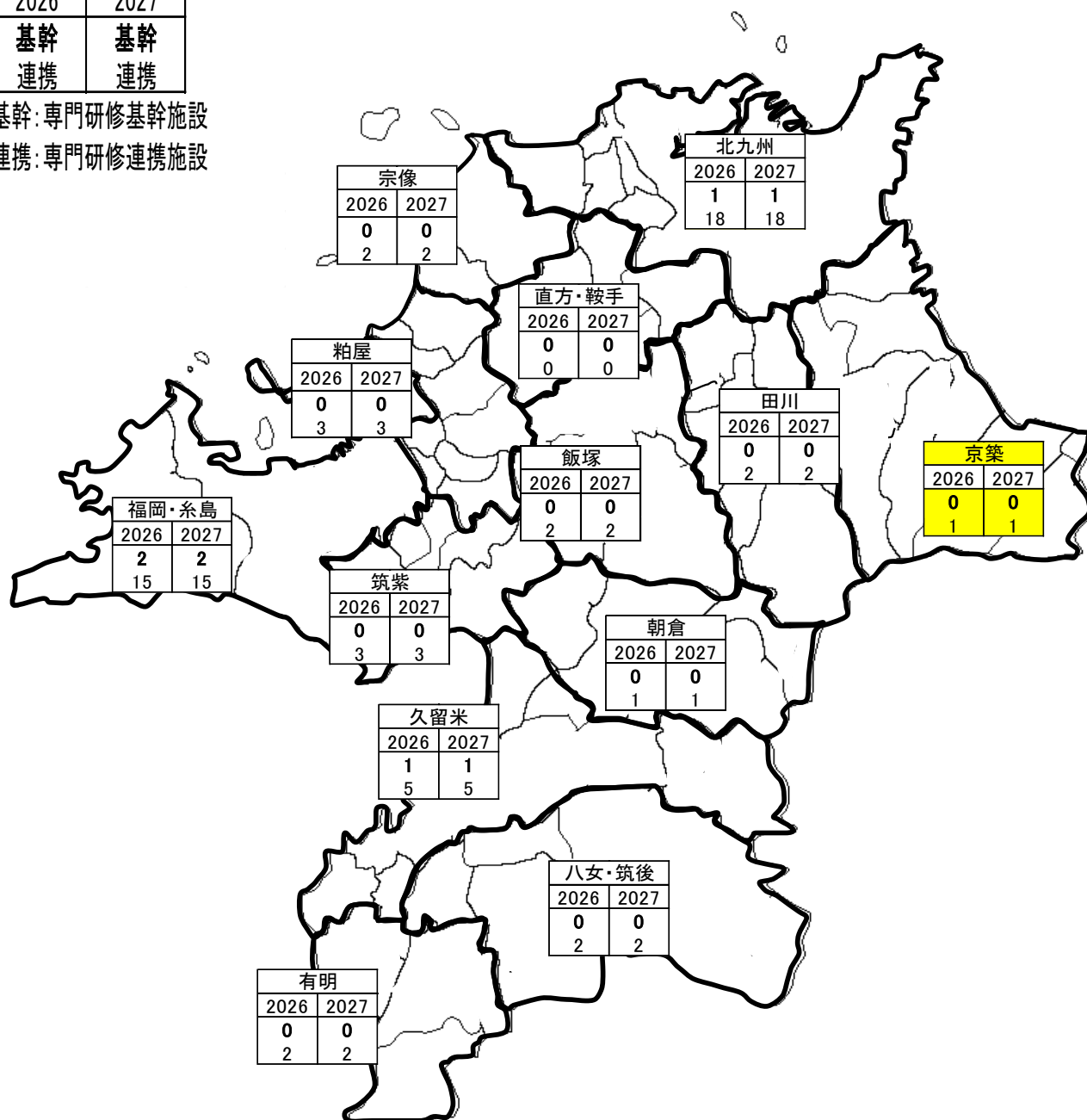
専門研修施設配置図（病理）

計	
2026	2027
4	4
56	56

医療圏名	
2026	2027
基幹 連携	基幹 連携

基幹: 専門研修基幹施設

連携: 専門研修連携施設



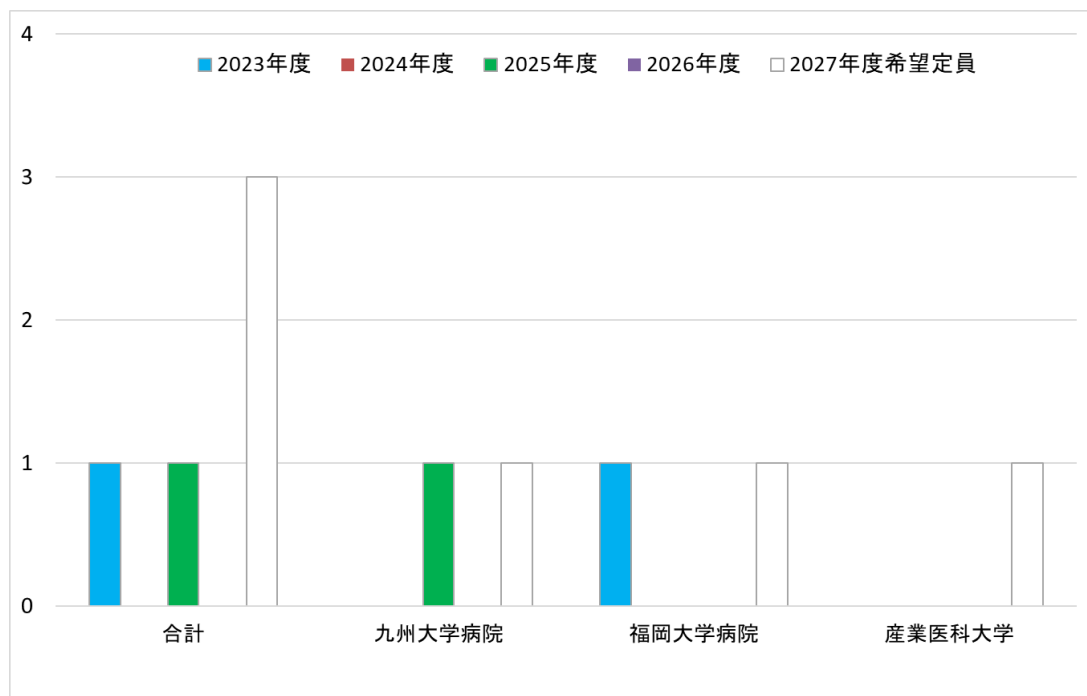
直近3年(2024～2026年度)の専攻医のローテーション状況

年次	採用年度	専攻医人数 ※中断者、休 止者除く	うち医師少数区域をローテーション		うち県外をローテーション	
			人数	%	人数	%
3	2022	4	0	0%	0	0.0%
2	2023	4	0	0%	0	0.0%
1	2024	4	0	0.0%	0	0.0%
2024年度		12	0	0.0%	0	0.0%
3	2023	4	0	0%	0	0.0%
2	2024	4	0	0%	0	0.0%
1	2025	4	0	0.0%	2	50%
2025年度		12	0	0.0%	2	16.7%
3	2024	4	0	0%	0	0.0%
2	2025	4	0	0%	2	50.0%
1	2026	6	0	0.0%	0	0%
2026年度		14	0	0.0%	2	14.3%

○各基幹施設の採用者数及び2027年度の希望定員数(臨床検査)

 医師少数区域

基幹施設(3)		合計	福岡・糸島	粕屋	宗像	筑紫	朝倉	久留米	八女 筑後	有明	飯塚	直方 鞍手	田川	北九州	京築
			九州大学病院	福岡大学病院										産業医科大学	
2023年度	1	0	1												
2024年度	0	0	0												
2025年度	1	1	0											0	
2026年度	0	0	0											0	
2027年度希望定員	3	1	1											1	



2027年度の希望定員数

出典: 日本専門医機構 JMSB Online System+ 管理システム

○ 2027年度専門研修施設一覧(臨床検査)

医師少数区域(京築医療圏及びへき地診療所)

医師少数区域に研修施設がない基幹施設

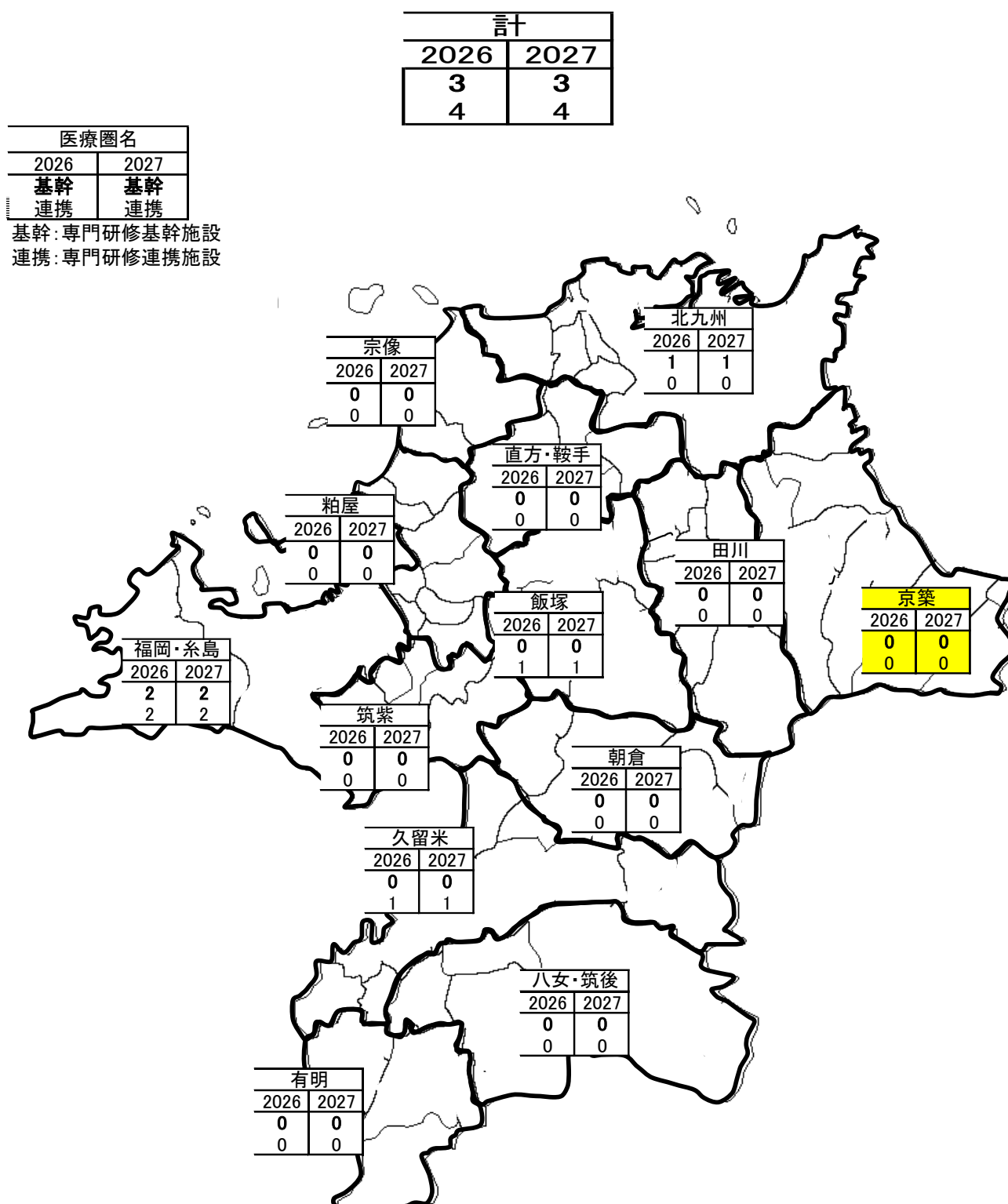
◎ 連携施設

※朱書きは昨年度から追加、青字は昨年度から減少

基幹施設(3) 連携施設(4)		福岡・糸島②	粕屋	宗像	筑紫	朝倉	久留米	八女・筑後	有明	飯塚	直方・鞍手	田川	北九州	京築
		九州大学病院	福岡大学病院										産業医科大学	
福岡・糸島	九州大学病院												○	
	福岡大学病院													
粕屋														
宗像														
筑紫														
朝倉														
久留米		聖マリア病院	○											
八女・筑後														
有明														
飯塚		飯塚病院	○											
直方・鞍手														
田川														
北九州②														
京築														

日本専門医機構 JMSB Online System+ 管理システムデータをもとに作成

専門研修施設配置図（臨床検査）



直近3年度(2024～2026年度)の専攻医のローテーション状況

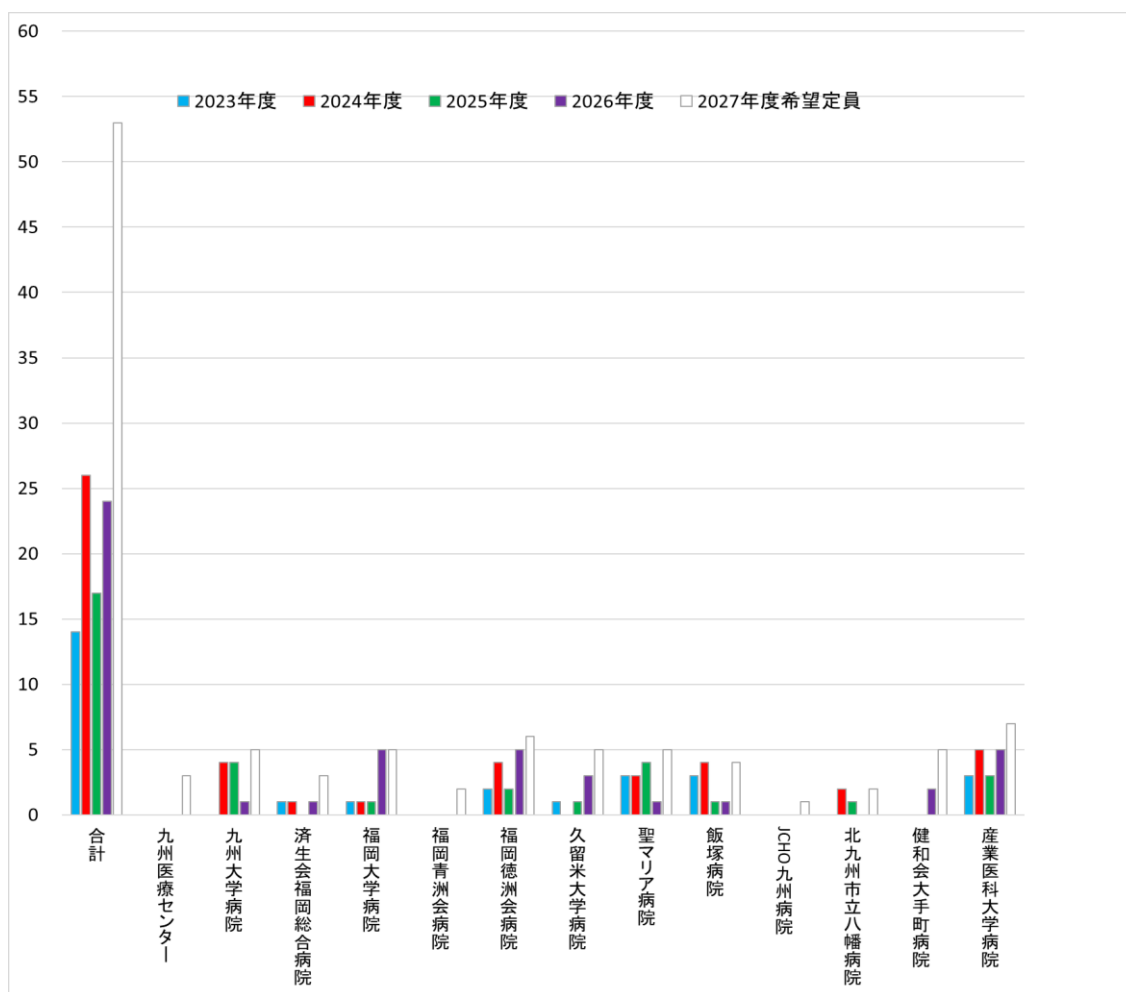
年次	採用年度	専攻医人数※ 中断者、休止 者除く	うち医師少数区域をローテーション		うち県外をローテーション	
			人数	%	人数	%
3	2022	1	0	0%	0	0%
2	2023	1	0	0%	0	0%
1	2024	0	0	0%	0	0%
2024年度		2	0	0%	0	0%
3	2023	0	0	0%	0	0%
2	2024	0	0	0%	0	0%
1	2025	1	0	0%	0	0%
2025年度		1	0	0%	0	0%
3	2024	0	0	0%	0	0%
2	2025	1	0	0%	0	0%
1	2026	0	0	0%	0	0%
2026年度		1	0	0%	0	0%

17 救急科

○各基幹施設の採用者数及び2027年度の希望定員数(救急科)

医師少数区域

基幹施設(13)		シーリング数	合計	福岡・糸島				粕屋	宗像	筑紫	朝倉	久留米		八女 筑後	有明	飯塚	直方 鞍手	田川	北九州			
				九州医療センター	九州大学病院	済生会福岡総合病院	福岡大学病院	福岡青洲会病院	福岡徳洲会病院	福岡徳洲会病院	久留米大学病院	聖マリア病院	久留米大学病院	久留米大学病院	飯塚病院	飯塚病院	JCHO九州病院	北九州市立八幡病院	健和会大手町病院	産業医科大学病院		
採用者数	2023年度	—	14		0	1	1			2		1	3			3			0	0	0	3
	2024年度	—	26	0	4	1	1			4		0	3			4			0	2	0	5
	2025年度	—	17	0	4	0	1	0		2		1	4			1			0	1	0	3
	2026年度	—	24	0	1	1	5	0		5		3	1			1			0	0	2	5
2027年度希望定員		—	53	3	5	3	5	2		6		5	5			4			1	2	5	7



2027年度の希望定員数

出典: 日本専門医機構 JMSB Online System+ 管理システム

○2027年度専門研修施設一覧(救急科)

医師少数区域(京築医療圏及びへき地診療所)
医師少数区域に研修施設がない基幹施設

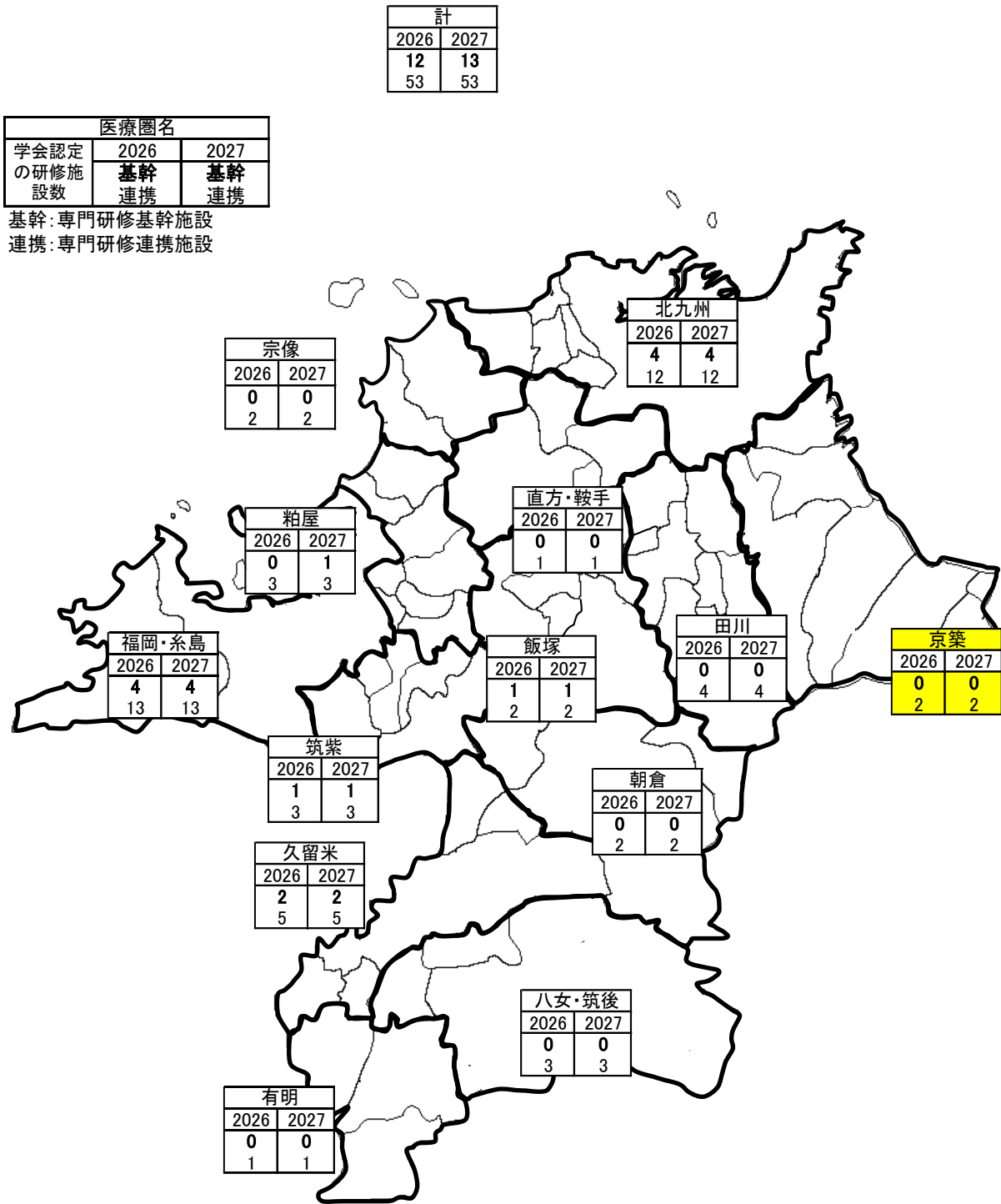
※朱書きは昨年度からの追加

基幹施設 (13)		福岡・糸島				粕屋	宗像	筑紫	朝倉	久留米	八女 筑後	有明	飯塚	直方 鞍手	田川	北九州				京築
		九州医療センター	九州大学病院	済生会福岡総合病院	福岡大学病院	福岡青洲会病院		福岡徳洲会病院		久留米大学病院	聖マリア病院		飯塚病院			JCHO九州病院	北九州市立八幡病院	健和会大手町病院	産業医科大学病院	
福岡・糸島 ⑬	九州医療センター	○			○	○														
	九州大学病院		○		○								○							
	福岡大学病院	●			○			○										○		
	九州中央病院		○																	
	福岡記念病院		○																	
	福岡市民病院		○																	
	福岡赤十字病院		○		○															
	白十字病院				○															
	いのさかクリニック							○												
	クリニックホームドクターズ福岡							○												
	福岡市立こども病院		○																	
	浜の町病院		○																	
	済生会福岡総合病院		○		○															
粕屋 ③	福岡青洲会病院	○	○	○	○															
	福岡東医療センター		○							○										
宗像	新宮町相島診療所												○							
	宗像水光会総合病院									○										
筑紫 ③	宗像市国民健康保険大島診療所												○							
	済生会二日市病院		○	○				●												
朝倉 ②	福岡大学筑紫病院				○															
	福岡徳洲会病院				○					○									○	
久留米 ⑤	朝倉医師会病院									○										
	東峰村立診療所												○							
八女 筑後 ③	新古賀病院									○										
	久留米大学病院							○												
有明 飯塚 ②	聖マリア病院									○										
	神代病院									○										
直方・鞍手 田川 ④	聖マリアヘルスケアセンター									○										
	筑後市立病院									○										
北九州 ⑫	川崎病院									○										
	八女市矢部診療所									○			○							
京築 ②	ヨコクラ病院									○										
	飯塚病院		○															○	○	
田川 ④	飯塚市立病院									○				○						
	小竹町立病院													○						
北九州 ⑫	田川市立病院				○															
	福智町立方城診療所													○						
京築 ②	糸田町立緑ヶ丘病院													○						
	川崎町立病院													○						
北九州 ⑫	JCHO九州病院															○			○	
	北九州市立医療センター															○			○	
京築 ②	北九州市立八幡病院															○			○	
	北九州総合病院																		○	
京築 ②	九州労災病院																○		○	
	健和会大手町病院				○									○					○	
京築 ②	小倉記念病院																○	○	○	
	済生会八幡総合病院				○														○	
京築 ②	産業医科大学病院							○						○		○	○	○		
	製鉄記念八幡病院																○	○	○	
京築 ②	戸畑共立病院																○	○	○	
	福岡新水巻病院																		○	
京築 ②	小波瀬病院																○	○	○	
	みやこ町やまびこ診療所													○						

日本専門医機構 JMSB Online System+ 管理システムデータをもとに作成
※このほか県外にも連携施設あり

専門研修施設配置図（救急科）

※朱書きは昨年度から増加。



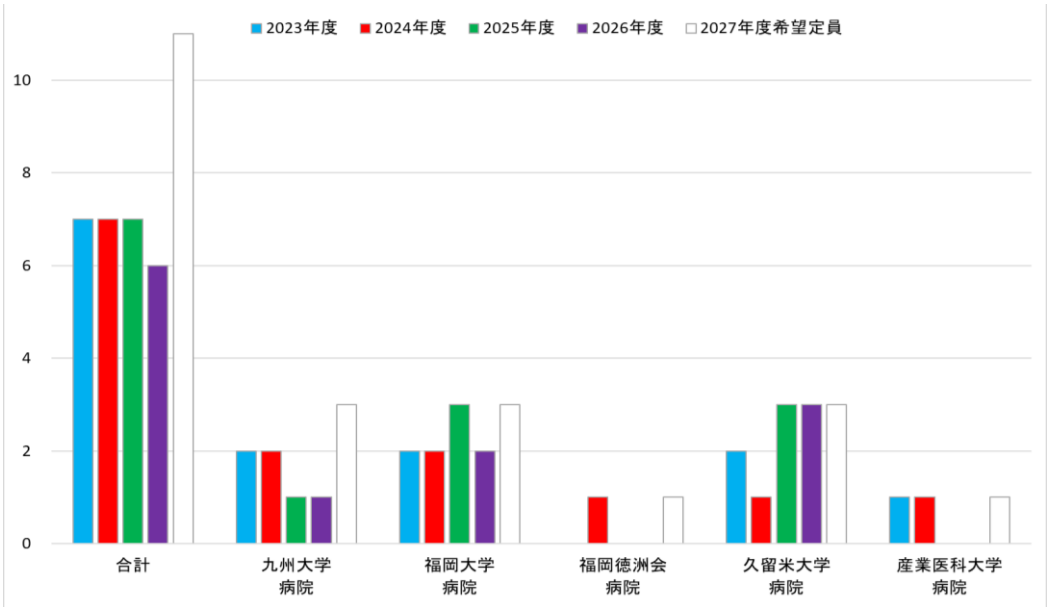
直近3年(2024～2026年度)の専攻医のローテーション状況

年次	採用年度	専攻医人数 ※中断者、休 止者除く	うち医師少数区域をローテーション		うち県外をローテーション	
			人数	%	人数	%
3	2022	13	0	0.0%	4	30.8%
2	2023	13	0	0.0%	4	30.8%
1	2024	24	0	0.0%	3	12.5%
2024年度		50	0	0.0%	11	22.0%
3	2023	13	0	0.0%	8	61.5%
2	2024	23	0	0.0%	5	21.7%
1	2025	17	0	0.0%	3	17.6%
2025年度		53	0	0.0%	16	30.2%
3	2024	24	0	0.0%	4	16.7%
2	2025	16	0	0.0%	5	31.3%
1	2026	20	0	0.0%	6	30.0%
2026年度		60	0	0.0%	15	25.0%

○各基幹施設の採用者数及び2027年度の希望定員数(形成外科)

医師少数区域

基幹施設(5)		シーリング数	合計	福岡・糸島		粕屋	宗像	筑紫	朝倉	久留米	八女 筑後	有明	飯塚	直方 鞍手	田川	北九州	京築
				九州 病院 大学	福岡 大学 病院			福岡徳洲 会 病院		久留米 大学 病院						産業医科 大学 病院	
2023年度		9	7	2	2			0		2						1	
	通常プログラム	7	7	2	2			0		2						1	
	連携プログラム	0	0	0	0			0		0						0	
	うち都道府県限定分	0	0	0	0			0		0						0	
	特別地域連携	2	0	0	0			0		0						0	
2024年度		9	7	2	2			1		1						1	
	通常プログラム	7	7	2	2			1		1						1	
	連携プログラム	0	0	0	0			0		0						0	
	うち都道府県限定分	0	0	0	0			0		0						0	
	特別地域連携	2	0	0	0			0		0						0	
2025年度		9	7	1	3			0		3						0	
	通常プログラム	7	7	1	3			0		3						0	
	連携プログラム	0	0	0	0			0		0						0	
	うち都道府県限定分	0	0	0	0			0		0						0	
	特別地域連携	2	0	0	0			0		0						0	
2026年度		9	6	1	2			0		3						0	
	通常プログラム	7	6	1	2			0		3						0	
	連携プログラム	0	0	0	0			0		0						0	
	うち都道府県限定分	0	0	0	0			0		0						0	
	うち特別地域連携	2	0	0	0			0		0						0	
2027年度希望定員		9	11	3	3			1		3						1	
(日本専門医機構 提供資料より)	通常プログラム	9	11	3	3			1		3						1	
	連携プログラム	0	—	—	—			—		—						—	
	うち特別地域連携	0	—	—	—			—		—						—	



○ 2027年度専門研修施設一覧(形成外科)

 医師少数区域(京築医療圏及びへき地診療所)

 医師少数区域に研修施設がない基幹施設

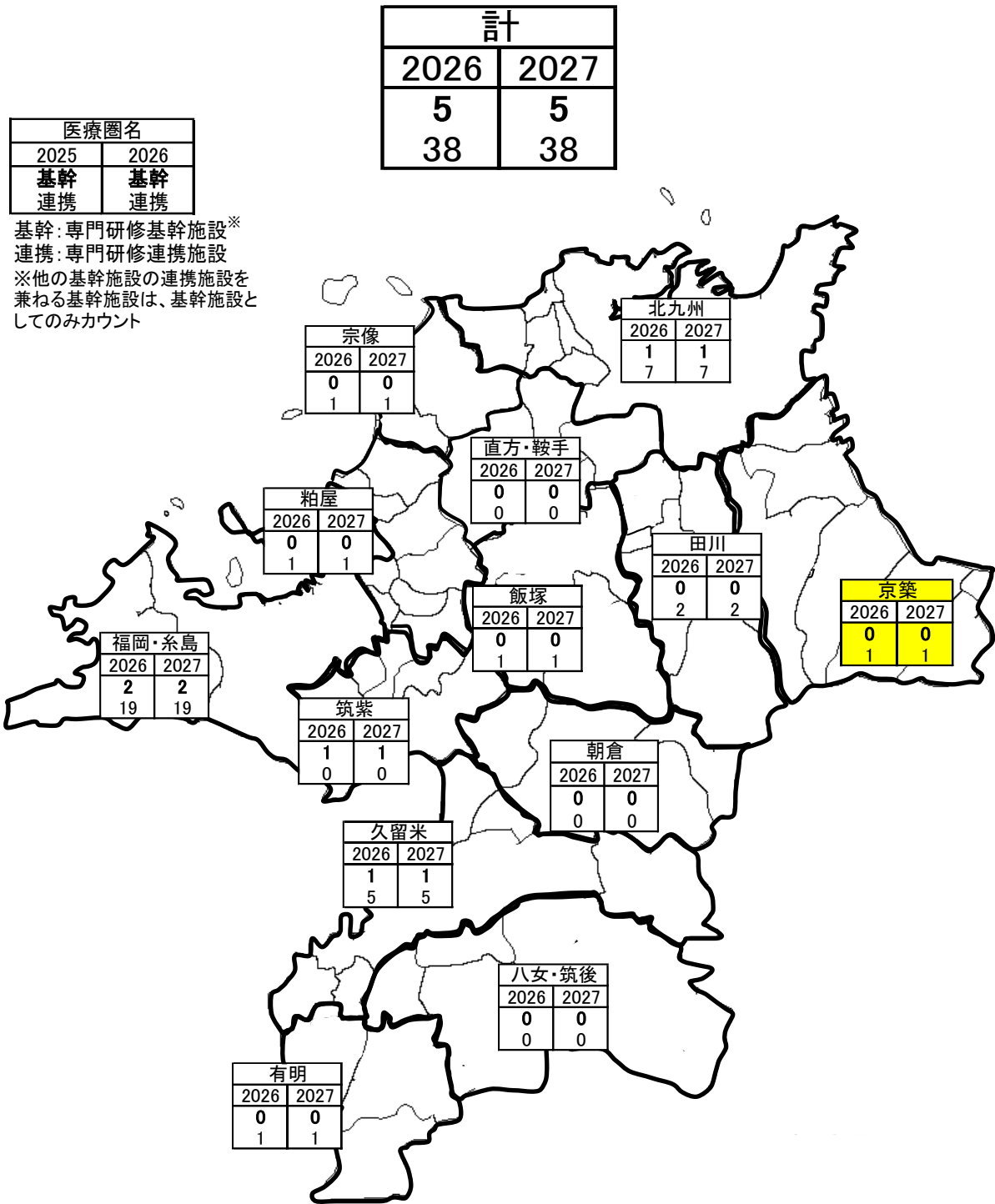
◎ 連携施設 ※朱書きは昨年度から追加

基幹施設(5)		福岡・糸島	粕屋	宗像	筑紫	朝倉	久留米	八女 筑後	有明	飯塚	直方 鞍手	田川	北九州	京築
		九州大学病院	福岡大学病院		福岡徳洲会病院		久留米大学病院						産業医科大学病院	
連携施設(38)														
福岡・糸島 ⑱	九州医療センター						○							
	九州がんセンター	○					○							
	九州大学病院		○											
	九州中央病院		○											
	済生会福岡総合病院						○							
	白十字リハビリテーション病院		○											
	福岡山王病院		○											
	福岡市立こども病院		○											
	福岡赤十字病院				○									
	ユニタクリニック						○							
	福岡大学病院	○											○	
	浜の町病院	○												
	天神形成外科クリニック	○												
	白十字病院		○											
	福岡歯科大学医科歯科総合病院		○											
	ビスポーククリニック		○											
	王丸クリニック						○							
	吉田皮ふ科形成外科クリニック						○							
	福岡和白病院	○					○							
粕屋	整形外科・形成外科よしだクリニック	○												
宗像	宗像水光会総合病院						○							
筑紫														
朝倉														
久留米 ⑤	久留米大学医療センター						○							
	高木病院						○							
	新古賀病院						○							
	聖マリア病院	○					○							
	田主丸中央病院						○							
八女・筑後														
有明	大牟田市立病院						○							
飯塚	飯塚病院						○							
直方・鞍手														
田川 ②	田川市立病院						○							
	社会保険田川病院						○							
北九州 ⑦	新小文字病院		○											
	戸畑共立病院						○							
	小倉記念病院	○												
	北九州市立八幡病院												○	
	産業医科大学病院		○											
	福岡新水巻病院						○							
京築	JCHO九州病院	○												
	新田原聖母病院												○	

日本専門医機構 JMSB Online System+ 管理システムデータをもとに作成
※このほか県外にも連携施設あり

専門研修施設配置図（形成外科）

※朱書きは昨年度から増加



直近3年(2023～2025年度)の専攻医のローテーション状況

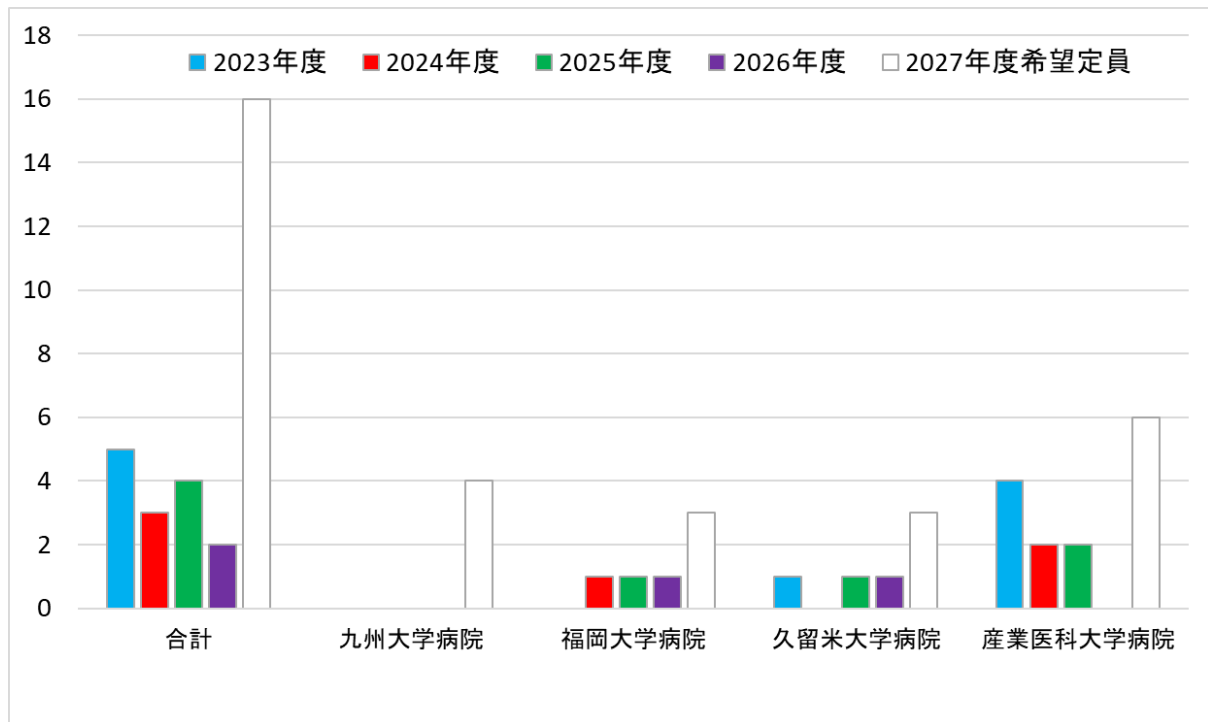
年次	採用年度	専攻医人数 ※中断、休止 除く	うち医師少数区域をローテーション		うち県外をローテーション	
			人数	%	人数	%
4	2021	3	0	0.0%	2	66.7%
3	2022	5	0	0.0%	0	0.0%
2	2023	6	0	0.0%	0	0.0%
1	2024	6	0	0.0%	0	0.0%
2024年度		20	0	0.0%	2	10.0%
4	2022	5	1	20.0%	2	40.0%
3	2023	6	0	0.0%	2	33.3%
2	2024	6	0	0.0%	2	33.3%
1	2025	7	0	0.0%	0	0.0%
2025年度		24	1	4.2%	6	25.0%
4	2023	6	0	0.0%	2	33.3%
3	2024	6	0	0.0%	3	50.0%
2	2025	6	0	0.0%	1	16.7%
1	2026	9	0	0.0%	3	33.3%
2026年度		27	0	0.0%	9	33.3%

19 リハビリテーション科

○各基幹施設の採用者数及び2027年度の希望定員数(リハビリテーション科)

 医師少数区域

基幹施設(4)		シーリング数	合計	福岡・糸島	粕屋	宗像	筑紫	朝倉	久留米	八女 筑後	有明	飯塚	直方 鞍手	田川	北九州	京築
				九州大学病院	福岡大学病院				久留米大学病院						産業医科大学病院	
2023年度	—	5	5	0	0				1						4	
2024年度	—	3	3	0	1				0						2	
2025年度	—	4	4	0	1				1						2	
2026年度	—	2	2	0	1				1						0	
2027年度希望定員	—	16	16	4	3				3						6	



2027年度の希望定員数

出典: 日本専門医機構 JMSB Online System+ 管理システム

19 リハビリテーション科

○ 2027年度専門研修施設一覧(リハビリテーション科)

医師少数区域(京築医療圏及びへき地診療所)

上記医療圏内に研修施設がない基幹施設

◎ 連携施設

※朱書きは昨年度から追加、青字は昨年度から減少

基幹施設(4) 連携施設(41)	福岡・糸島②		粕屋	宗像	筑紫	朝倉	久留米	八女・筑後	有明	飯塚	直方・鞍手	田川	北九州	京築
	九州大学病院	福岡大学病院					久留米大学病院						産業医科大学	
福岡・糸島①④	九州中央病院	○												
	九州医療センター	○												
	千鳥橋病院		○											
	千早病院	○												
	長尾病院		○											
	白十字リハビリテーション病院	○	○											
	原土井病院		○											
	福岡市民病院	○												
	福岡みらい病院	○	○										○	
	福岡リハビリテーション病院		○											
	福西会南病院		○											
	白十字病院		○											
粕屋	博愛会病院												○	
	百年橋リハビリテーション病院		○											
	こども療育センター新光園	○												
	福岡県障がい者リハビリテーションセンター												○	
	宗像													
	筑紫													
	誠愛リハビリテーション病院	○	○											
	朝倉													
	朝倉医師会病院						○							
	久留米						○							
	久留米大学医療センター						○							
	聖マリア病院						○						○	
久留米⑦	聖マリアヘルスケアセンター						○						○	
	新古賀リハビリテーション病院みらい						○							
	高良台リハビリテーション病院						○							
	久留米リハビリテーション病院						○							
	医療福祉センター 聖ヨゼフ園						○							
	八女・筑後						○							
	八女リハビリ病院						○							
	有明						○							
	柳川リハビリテーション病院						●							
	飯塚	○												
	飯塚②						○							
直方・鞍手	田川													
	JCHO九州病院	○												
	北九州市立総合療育センター												○	
	北九州八幡東病院												○	
	九州労災病院												○	
	九州労災病院門司メディカルセンター												○	
	健和会大手町病院												○	
	大手町リハビリテーション病院												○	
	小倉リハビリテーション病院												○	
	産業医科大学若松病院												○	
	芳野病院												○	
	戸畑リハビリテーション病院												○	
京築														

日本専門医機構 JMSB Online System+ 管理システムデータをもとに作成
※このほか県外にも連携施設あり

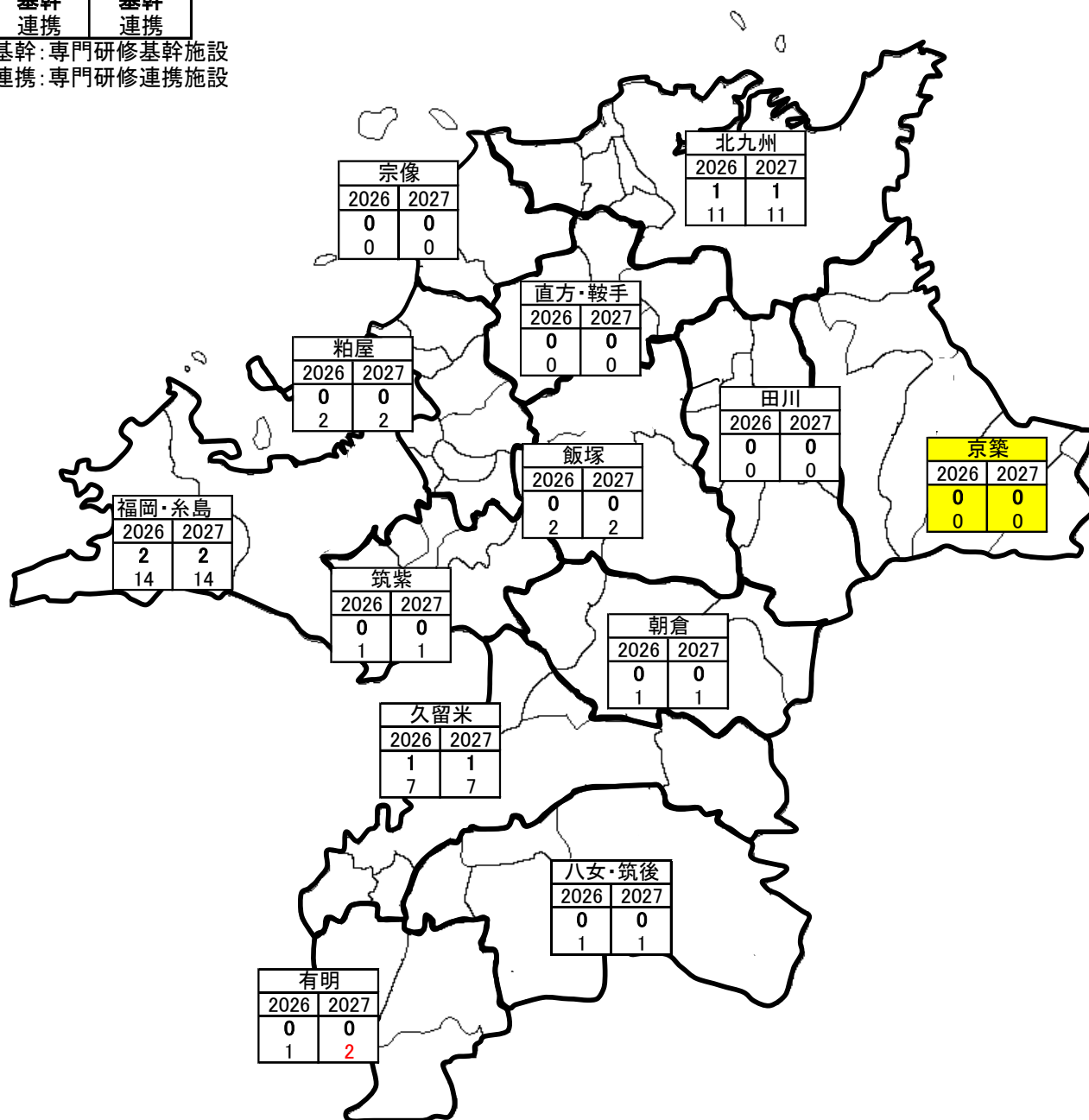
専門研修施設配置図（リハビリテーション科）

※朱書きは昨年度から増加

医療圏名	
2026	2027
基幹 連携	基幹 連携

基幹：専門研修基幹施設
連携：専門研修連携施設

計	
2026	2027
4 40	4 41



19 リハビリテーション科

直近3年度(2024～2026年度)の専攻医のローテーション状況

年次	採用年度	専攻医人数 ※中断者、休 止者除く	うち医師少数区域をローテーション		うち県外をローテーション	
			人数	%	人数	%
3	2022	2	0	0%	0	0.0%
2	2023	5	0	0%	1	20.0%
1	2024	3	0	0.0%	0	0.0%
2024年度		10	0	0.0%	1	10.0%
3	2023	5	0	0%	0	0.0%
2	2024	3	0	0%	0	0.0%
1	2025	4	0	0.0%	0	0%
2025年度		12	0	0.0%	0	0.0%
3	2024	3	0	0%	0	0.0%
2	2025	4	0	0%	0	0.0%
1	2026	2	0	0.0%	0	0%
2026年度		9	0	0.0%	0	0.0%

令和9（2027）年度専攻医募集におけるシーリングについて

方針（案）

令和8年1月21日 令和7年度第4回 医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会 資料1-1（日本専門医機構資料）

- 令和9（2027）年度については、今後に向けた運用上の課題の把握等も念頭にしながら、基本的には、令和7（2025）年7月24日医道審議会医師分科会医師専門研修部会において厚生労働省より示された案を踏まえた方針とする。
- 令和9（2027）年度のシーリングについては、基本的には令和8（2026）年度の仕組みと同様とするが、具体的な変更点等は、以下のとおり。
1. シーリング対象
 - ・ 令和7（2025）年に算出された最新の必要医師数や足下医師数のデータを用いることとし、「2022年医師数」が、「2022年の必要医師数」及び「2030年の必要医師数」と同数あるいは上回る都道府県診療科とする。
※ただし、過去3年間（令和5～7年度）の採用数の平均が5以下の都道府県診療科は、対象外とする。
 2. 特別地域連携プログラム
 - ・ 特別地域連携プログラムの連携先要件について
 - ① 足下充足率の基準を「0.7以下」から「0.8以下」に引き上げる。※小児科は「0.8以下」から「0.9以下」に引き上げ
 - ② 「医師少数区域」から「都道府県が候補とした施設」に変更する。
 - ・ 特別地域連携プログラムと連携プログラム（都道府県限定分）を統合する。
 3. 指導医派遣実績について
 - ・ 通常プログラムの加算数の算出に用いる指導医派遣実績については、実績の収集等の負担等を考慮し、新たに収集することはせず、令和8（2026）年度のシーリング算出に用いた実績を使用する。
 - ・ ただし、令和9（2027）年度のシーリングにおいて新たに加算数の設置の対象となる都道府県診療科については、令和8（2026）年度のシーリング算出と同様の方法で実績を収集し、算出に用いる。

3

令和8年1月21日 令和7年度第4回 医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会 資料1-1（日本専門医機構資料）

令和9（2027）年度専攻医募集におけるシーリング基本方針 全体像

1. シーリング対象都道府県の選定

- 令和7（2025）年に算出された最新の必要医師数等を使用し、各都道府県診療科における「2022年の足下医師数」と、「2022年の必要医師数」及び「2030年の必要医師数」を比較し、両者と同数又は上回る場合とする。

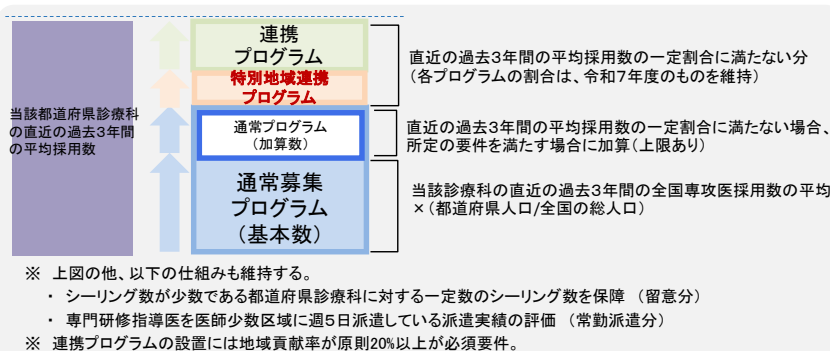
※ 過去3年間の採用数の平均が5以下の都道府県診療科はシーリングの対象外とする。

※ 例外としてシーリングの対象外とする診療科は、外科・産婦人科¹⁾、病理・臨床検査²⁾、救急・総合診療科³⁾の6診療科

1)平成6年度と比較して平成28年度の医師数自体が減少しているなどの理由 2)専攻医が著しく少数である等の理由 3)今後の役割についてさらなる議論が必要とされている等の理由

2. シーリング数や採用上限数、プログラムの内訳等

- 基本的には令和8（2026）年度の仕組みと同様とする。
- 特別地域連携プログラムの連携先要件を変更し、連携プログラム（都道府県限定分）を統合する。
- 通常プログラムの加算数の算出に用いる指導医派遣実績は、実績収集等の負担等を考慮し、基本的には、新たに収集することはせず、令和8（2026）年度のシーリング算出に用いた実績を使用する。



	連携先	連携先における研修期間
連携プログラム	シーリング対象外の都道府県	1年6ヶ月以上
特別地域連携プログラム	足下充足率0.8以下（小児科は0.9以下）の都道府県にあり、当該都道府県が候補とした施設	1年以上
通常プログラム	募集や採用に当たり生じる要件はない ※基本領域毎のプログラム整備基準において定められる地域研修等の要件はある	募集や採用に当たり生じる要件はない ※基本領域毎のプログラム整備基準において定められる地域研修等の要件はある

※足下充足率 2022足下医師数/2022必要医師数

※精神科は、他に精神保健指定医連携枠を設置することが可能

4

【令和9(2027)年度募集】シーリングの設定方法について①

1. シーリング対象の診療科 ※変更なし

内科、小児科、皮膚科、精神科、整形外科、眼科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、脳神経外科、放射線科、麻酔科、形成外科、リハビリテーション科の13診療科

例外としてシーリングの対象外とする診療科は、
外科・産婦人科¹⁾、病理・臨床検査²⁾、救急・総合診療科³⁾の6診療科
1) 平成6年度と比較して平成28年度の医師数自体が減少しているなどの理由
2) 専攻医が著しく少数である等の理由
3) 今後の役割についてさらなる議論が必要とされている等の理由

2. シーリング対象とする都道府県診療科の選定

「令和4年(2022年)の医師数」≥「令和4年(2022年)の必要医師数」
かつ「令和4年(2022年)の医師数」≥「令和12年(2030年)の必要医師数」を満たす都道府県診療科。

※過去3年間(令和5(2023)～7(2025)年度)の採用数の平均が5人以下の場合は、シーリング対象外とする。
※「医師数」は、いずれも性年齢構成を反映した仕事量に換算した人数。

3. 通常プログラム数の設定

(1) 通常プログラムの基本数:

当該診療科の過去3年間(令和5(2023)～7(2025)年度)の全国専攻医採用数の平均×(都道府県の人口/全国の総人口)
※小児科については、(都道府県の15歳未満人口/全国の15歳未満総人口)とする。

(2) 通常プログラムの加算数:

(1)の数が、過去3年間の平均採用数に達していない場合、「過去3年間の平均採用数に達しない範囲」かつ「通常プログラム基本数の15%までの範囲」で、指導医派遣実績に応じた通常プログラムの加算を可能とする。

※(1)においては、直近の過去3年間平均採用数を超過して設定することを許容。一方で、(2)は過去3年間平均採用数に満たない範囲で加算することとする。

↓(次ページに続く)

5

【令和9(2027)年度募集】シーリングの設定方法について②

4. 連携プログラムの設置

(3) 連携プログラムの設置数

3. による通常プログラム数が、過去3年間の平均採用数に満たない場合、過去3年間の平均採用数に達しない範囲で、連携プログラムの設置を可能とする。(※1)

ただし、当該年度の通常プログラムにおける地域貢献率(※2)が原則20%以上であることを連携プログラムの設置のための必須条件とする。

※1 3.の時点で、直近の過去3年間平均採用数を超過した場合は、連携プログラムは設置されない。

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

(4) 連携プログラムの内訳の設定

各連携プログラムは、令和7年度募集における各プログラムの設置数の比率(実績がない場合は令和7年度募集における設置数の比率の原則(※3))を維持して設定する。ただし、特別地域連携プログラムの比率には、都道府県限定分と特別地域連携プログラムを含めることとする。

	区分	連携先	連携期間	シーリング数
(イ)	連携プログラム	シーリング対象外の都道府県に所在する施設	1年半以上	{(3)連携プログラムの設置数} × 令和7年度の連携プログラム総数における連携プログラムの割合
(ロ)	特別地域連携プログラム	足下充足率0.8以下(小児科は0.9以下)の都道府県にあり、当該都道府県が候補とした施設	1年以上	{(3)連携プログラムの設置数} × 令和7年度の連携プログラム総数における都道府県限定分及び特別地域連携プログラムの割合

※3 連携プログラム:特別地域連携プログラム(都道府県限定分を含む) = 3:2 (内科・整形外科・脳神経外科)
1:1 (眼科・耳鼻科・泌尿器科・リハビリテーション科)
1:2 (小児科・皮膚科・精神科・放射線科・麻酔科・形成外科)

↓(次ページに続く)

6

【令和9(2027)年度募集】シーリングの設定方法について③



5. 留意分等

(5) シーリング数が全国採用数の一定割合に満たない場合の配慮(留意分)

算出されたシーリング数が、当該診療科の過去3年間(令和5(2023)~7(2025)年度)の全国専攻医採用数の平均の1.7%に満たない場合、前回シーリング数を超えない範囲で通常プログラムを追加することを可能とする。

※新たにシーリング対象となった都道府県診療科など「前回シーリング数」が存在しない都道府県診療科は、

- ・これまでシーリング対象となったことがある場合は、直近のシーリング数
- ・これまでシーリング対象となっていない場合は、過去3年間(令和5(2023)~7(2025)年度)の平均採用数を「前回シーリング数」として代用する。

(6) 常勤派遣分

通常プログラム加算数の対象である都道府県診療科について、指導医の全派遣実績のうち、医師少数区域に週5日派遣している派遣実績を更に評価し通常プログラムを追加することを可能とする。

ただし、常勤派遣分での採用については次年度以降の採用実績には計上しない。

留意事項

＜シーリング対象外とする医師＞

- ・①又は②の医師のうち、専攻医期間に医師少数区域又は医師少数スポットで専門研修を行う予定の者。
 - ① 都道府県と卒業後一定期間、当該都道府県内で医師として就業する契約を締結した者(修学資金の貸与の有無を問わない)
 - ② 自治医科大学を卒業した医師
- ・既に基本領域専門医を取得済みのダブルボード取得希望者。

	連携先													
	満たす診療科がある	足下充足率2022 ※赤色セルが、連携先要件である0.8以下(小児科は0.9以下)に該当する都道府県診療科												
		内科	小児科	皮膚科	精神科	整形外科	眼科	耳鼻咽喉科	泌尿器科	脳神経外科	放射線科	麻酔科	形成外科	リハビリテーション科
北海道	○	0.866	0.971	0.862	0.963	0.853	0.781	0.915	1.001	1.083	0.720	1.261	0.690	0.843
青森県	○	0.683	0.892	0.704	0.794	0.768	0.548	0.844	1.030	0.524	0.574	0.703	0.457	0.464
岩手県	○	0.711	0.881	0.684	0.845	0.675	0.757	0.653	1.012	0.896	0.527	0.579	0.544	0.614
宮城県	○	0.987	0.908	0.862	0.893	0.892	0.899	0.948	0.796	0.718	0.945	0.929	0.996	0.967
秋田県	○	0.697	1.113	0.626	1.060	0.804	0.680	0.881	1.055	0.807	0.608	0.676	0.321	0.677
山形県	○	0.699	0.950	0.776	0.993	0.935	0.803	1.033	1.021	0.747	0.935	0.592	0.429	0.451
福島県	○	0.717	0.864	0.475	0.843	0.791	0.712	0.834	0.838	0.801	0.705	0.666	0.589	0.331
茨城県	○	0.746	0.818	0.684	0.688	0.735	0.729	0.664	0.755	0.845	0.508	0.683	0.493	0.519
栃木県	○	0.935	0.967	0.845	0.752	0.860	0.780	0.876	0.752	0.637	0.723	0.929	0.904	1.150
群馬県	○	0.788	0.991	0.767	0.907	0.924	0.768	0.680	0.903	0.778	0.926	0.899	0.402	0.758
埼玉県	○	0.681	0.774	0.850	0.690	0.683	0.805	0.696	0.689	0.631	0.563	0.781	0.692	0.675
千葉県	○	0.774	0.711	0.702	0.747	0.814	0.795	0.775	0.920	0.739	0.688	0.795	0.780	1.013
東京都		1.330	1.230	1.528	1.255	1.076	1.461	1.236	1.102	1.129	1.331	1.282	2.281	1.428
神奈川県	○	0.865	0.833	0.936	0.910	0.910	0.905	0.889	0.913	0.783	0.831	0.861	0.900	0.879
新潟県	○	0.740	0.918	0.757	0.666	0.730	0.704	0.786	0.558	0.727	0.572	0.630	0.477	0.635
富山県	○	0.887	1.060	0.903	0.988	0.848	1.024	0.952	0.836	0.816	0.963	1.082	0.741	0.951
石川県		1.009	0.966	1.225	1.055	0.998	0.996	1.009	1.148	0.969	1.356	1.115	1.094	0.941
福井県	○	0.820	1.015	1.000	1.043	0.924	0.928	1.385	1.072	1.065	1.345	0.812	0.521	0.925
山梨県	○	0.831	1.059	0.799	0.981	1.050	1.021	1.055	0.987	0.988	1.067	0.967	0.490	0.948
長野県	○	0.821	1.038	0.661	0.820	0.854	0.768	0.745	0.790	0.822	0.634	0.881	0.918	0.729
岐阜県	○	0.904	0.851	0.798	0.645	0.759	0.873	0.999	0.736	0.853	0.676	0.588	0.387	0.400
静岡県	○	0.773	0.813	0.786	0.718	0.859	0.922	0.915	0.944	0.882	0.707	0.780	0.863	1.040
愛知県	○	0.849	0.790	1.038	0.833	0.766	1.030	0.940	0.651	0.785	0.864	0.798	0.712	0.893
三重県	○	0.886	0.879	0.845	0.859	0.959	0.950	0.839	0.860	0.893	0.975	0.609	0.326	0.649
滋賀県	○	0.975	0.949	0.815	0.774	0.981	0.944	1.118	1.060	0.814	1.135	0.974	0.682	1.094
京都府		1.211	1.248	1.182	1.033	1.105	1.199	1.403	1.334	1.032	1.636	1.244	0.948	1.414
大阪府		1.074	0.955	0.991	0.869	1.059	1.167	1.041	1.151	1.091	1.204	1.065	1.179	1.181
兵庫県		0.990	1.110	1.034	0.906	1.071	1.103	1.017	1.014	0.944	1.009	1.101	0.919	1.015
奈良県		1.000	1.024	1.125	0.877	1.169	0.991	1.139	1.043	0.928	1.438	0.940	0.820	1.396
和歌山県	○	1.114	1.075	0.923	0.964	1.218	0.966	1.118	1.019	1.130	1.135	0.863	0.616	1.241
鳥取県	○	1.042	1.450	0.804	1.356	0.992	0.959	1.157	1.095	0.850	1.159	1.045	0.472	1.462
島根県	○	0.999	0.979	0.886	1.172	0.858	0.896	0.812	0.987	0.676	1.260	1.231	0.691	1.690
岡山県		1.131	1.041	1.113	1.084	1.002	1.044	1.101	0.950	1.144	1.419	1.196	1.155	1.064
広島県	○	0.993	0.814	0.895	1.009	0.989	0.947	1.053	0.804	0.934	0.897	1.012	0.578	0.994
山口県	○	0.843	0.687	0.892	1.065	0.912	0.810	1.025	1.188	0.979	1.056	0.897	0.349	0.904
徳島県		1.131	1.097	0.980	1.226	0.936	0.946	1.201	1.203	1.088	1.305	1.028	1.107	1.205
香川県	○	0.957	1.101	0.892	1.094	1.173	1.038	1.193	1.321	1.046	1.135	1.044	0.962	0.653
愛媛県	○	0.886	0.969	0.695	0.896	0.981	1.049	1.204	1.254	1.087	1.570	0.850	0.779	1.030
高知県	○	0.829	0.719	0.631	1.174	0.869	0.751	0.750	1.100	1.072	0.991	0.935	0.553	0.585
福岡県		1.239	0.964	0.974	1.320	1.289	0.997	0.985	1.074	1.067	1.108	1.135	1.216	1.239
佐賀県	○	1.053	0.868	0.934	1.429	1.239	0.861	0.938	1.003	1.069	1.092	0.893	0.784	0.682
長崎県	○	1.136	1.058	0.999	1.253	1.162	0.977	1.006	1.010	0.787	1.239	0.995	0.942	0.906
熊本県	○	1.093	0.896	1.083	1.430	1.116	0.925	0.898	1.135	0.817	1.183	1.015	0.510	0.908
大分県	○	1.038	1.056	0.937	1.180	0.893	0.694	0.791	1.007	0.871	1.122	0.950	0.764	0.813
宮崎県	○	0.820	0.845	0.780	1.220	1.025	1.007	0.792	1.003	0.696	1.082	0.870	0.436	0.624
鹿児島県	○	1.052	0.805	0.703	1.213	1.012	0.881	0.815	0.902	0.987	1.071	0.988	0.502	1.242
沖縄県	○	1.017	0.847	0.943	1.607	1.114	0.923	0.861	0.909	0.899	1.029	1.192	1.100	1.262

※連携先の足下充足率について、四捨五入を行っていない値で0.8以下(小児科は0.9以下)に該当する場合に赤色セルにしています。

主要領域以外の 13 領域の確認・検討について（事前照会の結果）

診療領域	確認・検討事項		
	(1) 日本専門医機構が提示した 2027 年度専攻医シーリング案の、都道府県内の医師確保対策や偏在対策に対する影響について	(2) 各診療領域のプログラムに共通する内容について、都道府県内の医師確保対策や偏在対策に資するものとなっていること	(3) 個別のプログラムの内容について、都道府県内の医師確保対策や偏在対策に資するものとなっていること
皮膚科	・ 大学病院等は地域医療機関へ医師を供給する役割も担っているため、大学等の人員が減れば、地域への医師派遣自体が困難となり、かえって地域医療に悪影響を及ぼす可能性がある。 ・ 医師を年度ごとに数量調整可能な資源として扱うことには限界がある。採用数の自然な変動や人材育成に要する時間、地域への医師供給機能を踏まえ、一度人員が減っても回復可能で、必要な時期に柔軟に人材を確保できる制度設計が望ましい。		
放射線科	・ 診断医と治療医を一括して枠を設定する現行制度では、いずれか一方に希望が偏った場合には、もう一方の領域で医師不足が生じる。この不均衡に対応できない。 ・ 短期的な充足率の変動を根拠に枠数を削減することは、医師養成体制の持続的な確保という観点から避けていただきたい。		
麻酔科	・ 福岡県内から近隣県に派遣している現状に対して、現在のシーリング案は都道府県別になっており現状を反映していない。シーリング案は日本全体で麻酔科医は何人必要等に変更するべきでないか。	・ 福岡県内の麻酔科医需要とはかけ離れており、慢性的な麻酔科医不足になっている。	

医師確保計画の見直しについて (第8次(後期)医師確保計画の策定)

1. 第8次(後期)医師確保計画の構成について
2. 医師偏在指標について
3. 医師少数区域について
4. 医師少数スポットについて
5. 相対的医師少数区域について

1. 第8次(後期)医師確保計画の構成について
2. 医師偏在指標について
3. 医師少数区域について
4. 医師少数スポットについて
5. 相対的医師少数区域について

➤ 第8次(後期)医師確保計画の構成について

第8次(前期)医師確保計画(R6～R8年度)

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
1 医師偏在指標の考え方
2 医師偏在指標の作成手続き
3 医師偏在指標の設計
4 医師偏在指標の値
第2節 医師少数区域等の設定
1 医師少数区域
2 医師少数スポット
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1節 福岡県
1 医師全体
2 産科
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)
1 医師全体
2 産科
3 小児科
第3節 医師少数スポット
1 現状と課題
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8次(後期)医師確保計画(R9～R11年度)

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
1 医師偏在指標の考え方
2 医師偏在指標の作成手続き
3 医師偏在指標の設計
4 医師偏在指標の値
第2節 医師少数区域等の設定
1 医師少数区域
2 医師少数スポット
3 重点医師偏在対策支援区域
4 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1節 福岡県
1 医師全体
2 産科
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)
1 医師全体
2 産科
3 小児科
第3節 医師少数スポット
1 現状と課題
2 医師確保の方針と施策
第4節 重点医師偏在対策支援区域
1 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8次(前期)からの主な変更点
(厚労省ガイドライン)

・医師少数区域について、医師偏在指標のみでなく、地理的要素(人口密度、二次救急病院までの距離、離島、特別豪雪地帯)を反映した上で設定することとされた

・【新設】「医師偏在是正プラン」について、計画に記載が必要とされた

・「計画の取組進捗等を経時的に把握・評価するための指標」について、計画に記載が必要とされた

1. 第8次(後期)医師確保計画の構成について
2. 医師偏在指標について
3. 医師少数区域について
4. 医師少数スポットについて
5. 相対的医師少数区域について

➤ 医師偏在指標について①

【医師偏在指標とは】

全国ベースで医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価する指標として、5要素(①医療需要(ニーズ)及び人口・人口構成とその変化②患者の流出入等③へき地の地理的条件④医師の性別・年齢分布⑤医師偏在の種別(区域、診療科、入院/外来))を考慮して算出した、医師偏在の度合いを示すもの。

算定式の考え方

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

※1 標準化医師数…医師の性・年齢別の平均労働時間を反映した医師数

* 同じ年齢階級であれば男性医師より女性医師の方が労働時間を短く算定、また年齢階級が高くなるほど労働時間を短く算定

※2 地域の標準化受療率比…性・年齢別の受療率を反映した医療需要の全国値との比率

* 高齢者ほど受療率が高くなる

注)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がないように十分に留意した上で、活用する必要がある。

➤ 医師偏在指標について②

第8次(後期)医師偏在指標(確定値)

	医師偏在指標	全国順位
01福岡・糸島	380.1 (▲18.9)	11/330
02粕屋	235.5 (14.8)	112/330
03宗像	192.3 (▲6.1)	223/330
04筑紫	261.5 (36.8)	74/330
05朝倉	213.0 (11.0)	161/330
06久留米	417.7 (9.9)	4/330
07八女・筑後	222.6 (6.3)	135/330
08有明	235.9 (2.4)	111/330
09飯塚	354.2 (12.9)	20/330
10直方・鞍手	202.8 (18.4)	191/330
11田川	195.4 (▲2.0)	214/330
12北九州	319.4 (17.8)	38/330
13京築	161.6 (10.0)	287/330

福岡県	320.4 (7.1)	3/47	多数
-----	-------------	------	----

…全国の上位33.3% (都道府県 276.9 二次医療圏 236.0)

…全国の下位33.3% (都道府県 243.2 二次医療圏 193.7)

出典：厚生労働省HP 令和8年4月公表データ

(参考)第8次(前期)医師偏在指標

医師偏在指標	全国順位	区分
399.0	6/330	多数
220.7	105/330	多数
198.4	168/330	
224.7	97/330	多数
202.0	152/330	
407.8	4/330	多数
216.3	118/330	
233.6	90/330	多数
341.3	21/330	多数
184.4	205/330	
197.4	171/330	
301.6	38/330	多数
151.6	288/330	少数

313.3	3/47	多数
-------	------	----

…全国の上位33.3% (都道府県 266.9 二次医療圏 217.7)

…全国の下位33.3% (都道府県 228.0 二次医療圏 179.3)

➤ 産科・小児科における医師偏在指標について

【分娩取扱医師偏在指標と小児科医師偏在指標とは】

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。

算定式の考え方

$$\text{分娩取扱医師偏在指標} = \frac{\text{標準化分娩取扱医師数}^{(\ast 1)}}{\text{分娩件数} \div 1,000\text{件}}$$

$$\text{小児科医師偏在指標} = \frac{\text{標準化小児科医師数}^{(\ast 2)}}{\text{地域の年少人口(10万人)} \times \text{地域の標準化受療率比}^{(\ast 3)}}$$

※1 標準化分娩取扱医師数…医師数に性・年齢別の労働時間を加味したもの

※2 標準化小児科医師数…医師数に性・年齢別の労働時間を加味したもの

※3 地域の年少人口(10万人)× 地域の標準化受療率比…地域の年少人口に性・年齢階級による受療率の違いを調整

注)分娩取扱医師偏在指標及び小児科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及び小児科医師偏在指標について

第8次(後期)医師偏在指標(確定値)

分娩取扱 医師偏在指標		医師偏在指標	全国順位
	01福岡	11.33 (0.91)	157/254
	02筑後	15.22 (3.60)	81/254
	03筑豊	11.18 (2.53)	162/254
	04北九州	12.84 (0.13)	127/254
	福岡県	12.43 (1.38)	33/47

…全国下位33.3%
(二次医療圏10.91)
(都道府県 12.47)

小児科医師偏在指標		医師偏在指標	全国順位
	01福岡・糸島	125.2 (▲2.9)	129/306
	02粕屋	93.7 (12.0)	233/306
	03宗像	81.4 (▲15.4)	264/306
	04筑紫	93.0 (8.0)	236/306
	05朝倉	126.0 (31.1)	124/306
	06久留米	172.3 (2.0)	28/306
	07八女・筑後	99.9 (10.9)	213/306
	08有明	128.0 (3.7)	115/306
	09飯塚	126.9 (2.9)	122/306
	10直方・鞍手	92.3 (10.8)	237/306
	11田川	99.7 (▲20.1)	214/306
	12北九州	151.4 (18.7)	51/306
	13京築	37.7 (▲3.1)	305/306
	福岡県	126.7 (4.7)	25/47

…全国下位33.3%
(二次医療圏102.71)
(都道府県 118.8)

(参考)第8次(前期)医師偏在指標

医師偏在指標	全国順位	区分
10.4	94/258	
11.6	71/258	
8.7	147/258	
12.7	53/258	
11.0	12/47	

…全国下位
33.3%
(二次医療圏7.6)
(都道府県 9.5)

128.1	75/303	
81.7	250/303	少数
96.8	182/303	
85.0	228/303	少数
94.9	189/303	
170.3	13/303	
89.0	217/303	少数
124.3	86/303	
124.0	88/303	
81.5	251/303	少数
119.8	103/303	
132.7	58/303	
40.8	302/303	少数
122.0	16/47	

…全国下位
33.3%
(二次医療圏92.2)
(都道府県108.7)

- 1. 第8次(後期)医師確保計画の構成について
- 2. 医師偏在指標について
- 3. 医師少数区域について
- 4. 医師少数スポットについて
- 5. 相対的医師少数区域について

➤ 医師少数区域について①

- 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、「**医師少数県/区域**」及び「**医師多数県/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されている。
- 医師少数区域は、医師偏在指標の全国下位33.3%に該当する二次医療圏が、設定の対象となる。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**。
- 第8次(前期)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。

医師確保対策の基本的な考え方		
都道府県	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
二次医療圏	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

10

➤ 医師少数区域について②

- 従来から、二次医療圏内の山間部にへき地を多く抱えている場合や、医療機関のアクセスに時間を要するといった地理的要素が医師偏在指標に反映されていないことが課題であった。
- 第8次(後期)医師確保計画においては、現行の医師偏在指標に、**地理的な要素(人口密度、医療機関へのアクセス、離島や豪雪地域といった地理上の特性)**を反映した上で医師少数区域を設定する。

《令和8年6月医師確保計画策定ガイドライン～第8次(後期)～》

【へき地尺度】

へき地医療に関わる関係者へのアンケート調査に基づき、①人口密度、②最寄りの二次・救急医療機関までの直線距離、③離島、④特別豪雪地帯を項目として選定し、日本国内の医療におけるへき地の度合いを示す尺度



①地域の人口密度



②地域の中心から直近の二次救急病院までの直線距離

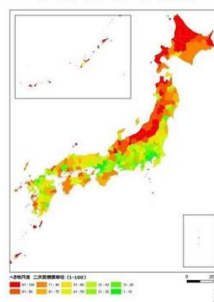


③二次・三次救急病院を含まない離島



④二次・三次救急病院を含まない特別豪雪地帯

＜二次医療圏別へき地尺度＞



出典：厚生労働省HP
へき地尺度について

- 医師少数区域の設定に当たり、①医師偏在指標による下位1/3に該当する区域に加えて、②医師偏在指標による中位1/3の区域のうち、「へき地尺度」が特に高い区域(全国上位10%の区域)を追加し、新たな「**医師少数区域**」とされた。

* 本県には「へき地尺度全国上位10%の区域」はなし

		これまでの「医師偏在指標」		
		下位1/3	中位1/3	上位1/3
へき地の度合いを示す尺度	特に高い(上位10%)			
	一般的			

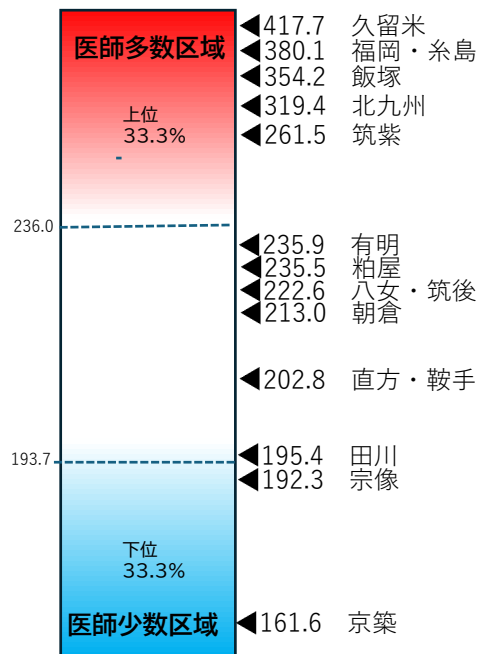
11

➤医師少数区域について③

	第7次	第8次 (前期)	第8次(後期)医師偏在指標		
	医師偏在指標	医師偏在指標	医師偏在指標	全国順位	県内順位
福岡・糸島	387.9	399.0	380.1 (▲18.9)	11/330	2
粕屋	199.4	220.7	235.5 (14.8)	112/330	7
宗像	172.8	198.4	192.3 (▲6.1)	223/330	12
筑紫	243.0	224.7	261.5 (36.8)	74/330	5
朝倉	200.2	202.0	213.0 (11.0)	161/330	9
久留米	414.8	407.8	417.7 (9.9)	4/330	1
八女・筑後	189.4	216.3	222.6 (6.3)	135/330	8
有明	207.6	233.6	235.9 (2.4)	111/330	6
飯塚	303.3	341.3	354.2 (12.9)	20/330	3
直方・鞍手	172.5	184.4	202.8 (18.4)	191/330	10
田川	177.9	197.4	195.4 (▲2.0)	214/330	11
北九州	283.4	301.6	319.4 (17.8)	38/330	4
京築	142.4	151.6	161.6 (10.0)	287/330	13

福岡県	300.1	313.3	320.4 (7.1)	3/47	多数
-----	-------	-------	-------------	------	----

※第8次(後期)における設定の基準
 ……全国の上位33.3%(都道府県 276.9 二次医療圏 236.0)
 ……全国の下位33.3%(都道府県 243.2 二次医療圏 193.7)



出典：厚生労働省HP令和8年4月公表データ

12

➤医師少数区域について④

令和8年度第1回福岡県医療対策協議会(R8.5.25)での委員意見

- 医療圏が見直されれば、医師偏在指標も変動する。まずは医療圏の見直しを先行させるべきではないか。
- 医師確保においても、単に目標数値を追うだけでなく、地域の医療提供体制を見ながら進めていかないと、実効性に欠ける。
- 医師数や人口動態に加え、**当該地域における医療機関の配置状況や、患者の受診動向を把握する必要がある。**
- **宗像保健医療圏において、医師不足による医療供給体制の危機的な状況は報告されていない。**粕屋地域との連携及び福岡市への患者流出により、地域医療への影響は回避されている。一方で、人口増加の結果、人口あたりの医師数は相対的に減少しているという現状があるのではないかと。

令和8年度第1回福岡県医療計画部会(R8.6.5)での委員意見

- 現行計画で京築保健医療圏は医師少数区域に設定され、対策を講じた。その結果、医師が増加した。後期計画の策定にあっても、**各地域が抱える課題を的確に把握した上で、丁寧な説明を行い、合意形成を図ることが重要**である。
- 宗像保健医療圏の医師偏在指標が低いということであるが、おそらく人口増加が要因と思われる。**本当に医師が足りないのかについて地元医師会と協議していただきたい。**



第1回協議会後の対応

- 第8次(後期)医師確保計画における医師偏在指標において、宗像保健医療圏と京築保健医療圏が全国下位33.3%に該当しているため、**当該区域の地元医師会や二次救急医療機関、保健福祉環境事務所への聞き取り調査を実施し、医師少数区域の設定について検討する。**

13

➤医師少数区域について⑤(ヒアリング結果)

○ 地元医師会、二次救急医療機関、保健福祉環境事務所へのヒアリング結果(R8.7実施)

	宗像保健医療圏	京築保健医療圏
医師の数	・他の医療圏に比べると不足している状況ではない。 ・現状1人あたりの業務負担が大きいため、もう少し医師の確保をしたいが、大学（医局）からの派遣が減っている。	・十分ではない。今後も確保していくためには、初期臨床研修医枠の加算や寄附講座での医師派遣等の公的支援が必須である。 ・大学（医局）からの医師派遣が減っている。安定した医師派遣の制度が必要。
不足する診療科	・小児科や産科などの不足する診療科については、隣接する医療圏との機能分担及び広域連携が図られている。	・小児科や産科などの不足する診療科については、隣接する医療圏との機能分担及び広域連携が図られている。
患者の流出入	・患者の圏外流出の多さは、地理的アクセスの良さや生活圏の広がり（特に福津市と粕屋圏域の一体性）に起因する生活行動によるもの。	・診療所の不足により隣接する医療圏での受診は見られるが、圏域中央部は地理的アクセスが容易ではない。
診療所の状況	・新規開業は増加傾向にある。高齢化が進む地域はあり、将来的な事業承継については懸念される。	・診療所医師の高齢化が深刻であり、事業承継や今後増大する在宅医療ニーズへの対応が懸念される。
救急医療の提供	・3ヶ所の二次救急医療機関と急患センター、及び隣接する医療圏との連携により提供できている。	・2ヶ所の二次救急医療機関と2か所の急患センター、及び隣接する医療圏との連携により何とか提供できているが、診療所医師の不足により在宅医療等を含めた地域医療の負担が増加すれば維持が難しくなる。



第8次(後期)計画における医師少数区域設定（案）		
検討結果	○ 医療提供体制が総じて安定しており、広域連携による補完が機能している。 ⇒ 宗像保健医療圏は医師少数区域に設定しない。	○ 医師確保の困難性と診療機能維持の脆弱が顕在化している。 ⇒ 京築保健医療圏は医師少数区域に設定する。

14

1. 第8次(後期)医師確保計画の構成について
2. 医師偏在指標について
3. 医師少数区域について
4. 医師少数スポットについて
5. 相対的医師少数区域について

- 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。
- 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ているものの、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。

医師偏在指標: 小 ← 33.3% 医師偏在指標: 大 → 33.3%

全国330医療圏

医師少数区域

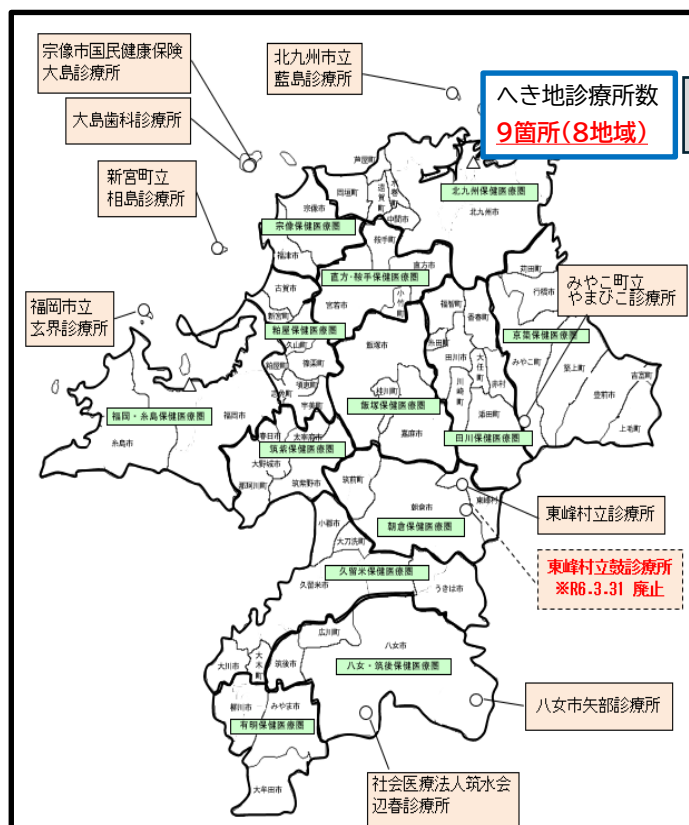
医師少数区域以外から医師少数スポットを設定

本県では、離島やへき地等において、へき地診療所を有する地区(医師少数区域を除く)を、「医師少数スポット」に設定。

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(前期)計画で設定した区域の市町村への聞き取り調査を実施し、意見を踏まえた上で医師少数スポットの設定について検討する。

■へき地診療所の設置状況(R8. 6. 1現在)



「自治医科大学卒業医師の派遣等により医師を確保しているが、**地理的条件から安定的な医師の確保は困難である**」
「**医療機関へのアクセスが悪く、必要な医療を他の区域の医療機関でカバーすることができない**」

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)
⑤東峰村小石原地域 ⑥八女市矢部地域
⑦八女市迎春地域 ⑧みやこ町伊良原地域

※ただし、医師少数区域とされた地域は医師少数スポットに設定しない。

令和8年度第1回福岡県へき地医療支援会議(R8.7.22)

○事務局の医師少数スポット設定(案)を了承する。

➤医師少数スポットについて③

<令和8年度調査回答（とりまとめ）市町村への聞き取り調査結果>（R8.7実施）

医師少数スポット	現状・課題	最寄りの医療機関へのアクセス
① 藍島 所在地：北九州市 人口：165人	○ 島内の医療機関は市立藍島診療所の1か所のみ。 ○ 対面診療（週2日）、遠隔診療（週3日）を実施。 ○ へき地医療拠点病院の協力により、医師を確保しているが、地理的条件から安定的な医師の確保は困難。	○ 定期連絡船（1日3往復）で本土まで約40分。 ○ 本土の渡船場から徒歩圏内に複数の医療機関が存在。 ○ 救急搬送時は、消防艇や救急ヘリを使用。搬送時間は、消防艇約25分、救急ヘリ約11分。
② 大島 所在地：宗像市 人口：524人	○ 島内の医療機関は大島診療所の1か所のみ。 ○ 対面診療（週6日）を実施。 ○ 県からの自治医科大学卒業医師の派遣により医師を確保しているが、地理的条件から安定的な医師の確保は困難。 ○ 令和7年度から県派遣医師の不在日は、従前からの飯塚市立病院に加え、九州病院と宗像水光会総合病院から代替医師の派遣協力を受けている。	○ 定期連絡船（1日7往復）で本土まで約25分。 ○ 本土の渡船場からバスで20分。 ○ 救急搬送時は海上タクシーやドクターヘリを利用。海上タクシーの搬送時間は約25分、ドクターヘリは約30分。
③ 相島 所在地：新宮町 人口：183人	○ 島内の医療機関は相島診療所の1か所のみ。 ○ 対面診療（週5日）を実施。 ○ 県からの自治医科大学卒業医師の派遣により医師を確保しているが、地理的条件から安定的な医師の確保は困難。同様に安定的な看護師の確保についても困難。 ○ 令和6年度から地域おこし協力隊制度を活用し、診療所における看護業務や島全体の健康課題に取り組む看護師を確保。	○ 定期連絡船（1日6往復（11月から2月は5往復））で本土まで約17分。 ○ 本土の渡船場からコミュニティバスおよび医療機関の送迎車で約15分。 ○ 救急搬送時は借り上げ船を利用。借り上げ船の搬送時間は約12分、新宮港から救急車で約10分。
④ 玄界島 所在地：福岡市 人口：305人	○ 島内の医療機関は玄界診療所の1か所のみ。 ○ 対面診療（週6日）を実施。 ○ 原土井病院とへき地医療拠点病院の連携により、医師を確保しているが、地理的条件から安定的な医師の確保が課題。	○ 定期連絡船（1日7往復）で本土まで約35分。 ○ 本土の渡船場からバスで約10分。 ○ 救急搬送時は消防艇や防災ヘリ、ドクターヘリを利用。消防艇の搬送時間は約30分、防災ヘリ・ドクターヘリは約10分。

18

医師少数スポット	現状・課題	最寄りの医療機関へのアクセス
⑤ 小石原 所在地：東峰村 人口：416人	○ 当該地区の医療機関は東峰村立診療所の1か所のみ。 ○ 対面診療（週5日）を実施。 ○ 以前は、県から自治医科大学卒業医師の派遣により医師を確保していたが、令和8年4月から常勤医師1名を雇用。 ○ 常勤医師を確保できたが、高齢であるため退職後を見据えた医師の確保に取り組む必要があり、地理的条件から安定的な医師の確保は困難。	○ 地区の中心地からは15kmあり、車で約20分。 ○ 救急搬送時は救急車を利用し、搬送時間は約20分（患者さんの状態、かかりつけ医の希望で、より遠方の医療機関に搬送することがある）。 ○ 令和7年度に、路線バスが廃止され、デマンドタクシーが村内を運行。
⑥ 矢部 所在地：八女市 人口：776人	○ 当該地区の医療機関は矢部診療所の1か所のみ。 ○ 対面診療（週5日）を実施。 ○ 県からの自治医科大学卒業医師の派遣により医師を確保しているが、地理的条件から安定的な医師の確保は困難。	○ 地区の中心地からは20kmあり、バスで約45分、車で約30分。 ○ 救急搬送時は救急車を利用し、搬送時間は約48分。重篤患者等ドクターヘリ要請された場合、中心地から救急車で10分のヘリポートから搬送。（ヘリで久留米市内の救急病院まで10分弱）
⑦ 迎春 所在地：八女市 人口：658人	○ 当該地区の医療機関は迎春診療所の1か所のみ。 ○ 対面診療（週5日）を実施。 ○ 常勤医師が1名いるが、地理的条件から安定的な医師の確保は困難。 ○ 迎春診療所は、前回調査時に運営していた医療法人が撤退したが、現在、他の医療法人により運営は継続。	○ 地区の中心地からは9.5kmあり、バスで約23分、車で約13分。 ○ 救急搬送時は救急車を利用し、搬送時間は約35分。
⑧ 伊良原 所在地：みやこ町 人口：578人	○ 当該地区の医療機関はやまびこ診療所の1か所のみ。 ○ 対面診療（週6日）を実施。 ○ 県からの自治医科大学卒業医師の派遣により医師を確保しているが、地理的条件から安定的な医師の確保は困難。	○ 地区の中心地からは11kmあり、車で15分（公共交通機関なし）。 ○ 救急搬送時は救急車を利用し、搬送時間は約30分。

※人口：住民基本台帳（R8,6現在）

19

1. 第8次(後期)医師確保計画の構成について
2. 医師偏在指標について
3. 医師少数区域について
4. 医師少数スポットについて
5. 相対的医師少数区域について

20

➤相対的医師少数区域について①

- 産科・小児科については都道府県ごと及び周産期医療圏(※1)又は小児医療圏(※1)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、**医師偏在指標が基準である下位一定割合(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(※2)する。**

※1 本県では、周産期医療圏は4圏域、小児医療圏は二次医療圏と同じ圏域

※2 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は、下位一定割合(33.3%)のみ

- 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しない。**
- 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る。

21

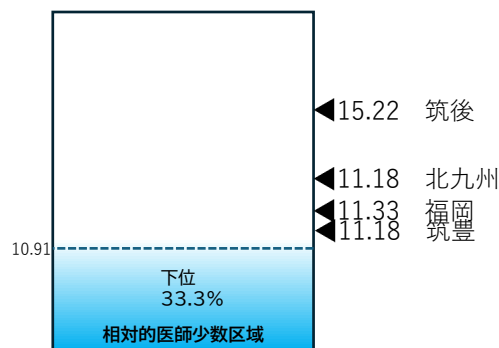
➤相対的医師少数区域について(産科)②

	第7次	第8次(前期)	第8次(後期)分娩取扱医師偏在指標			
	分娩取扱医師 偏在指標	分娩取扱医師 偏在指標	分娩取扱医師 偏在指標	全国順位	県内 順位	
福岡・糸島	16.9	福岡	10.4	11.33	157/254	3
粕屋	8.5					
宗像	7.6					
筑紫	5.6					
朝倉	4.9					
久留米	17.3	筑後	11.6	15.22	81/254	1
八女・筑後	12.6					
有明	7.5					
飯塚	12.2	筑豊	8.7	11.18	162/254	4
直方・鞍手	4.8					
田川	14.6					
北九州	16.9	北九州	12.7	12.84	127/254	2
京築	2.2					
福岡県	13.5	11.0	12.43 (1.38)	33/47	少数	

※第8次(前期)計画から周産期医療圏の見直しにより4医療圏に変更
 ※第8次(後期)における設定の基準

…全国の下位33.3%(都道府県 12.47 二次医療圏 10.91)

出典：厚生労働省HP 令和8年6月公表データ



第8次(後期)計画における相対的医師少数区域設定(案)

- ・都道府県単位で分娩取扱医師偏在指標を比較すると、本県は全国下位33.3%(33/47)のため、**相対的医師少数県に該当する。**
- ・周産期医療圏単位では、同指標が全国(254医療圏)下位33.3%である医療圏はないため、**相対的医師少数区域に設定する医療圏はない。**

令和8年度第1回福岡県周産期医療協議会(R8.8.17)の委員意見

○事務局の相対的医師少数区域設定(案)を了承する。

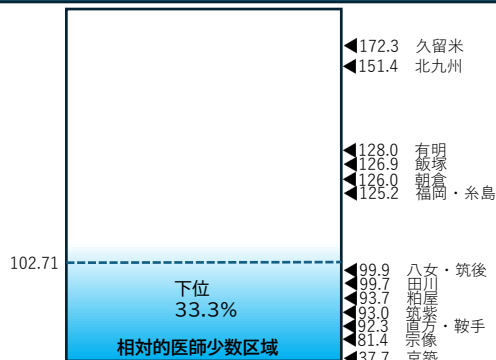
➤相対的医師少数区域について(小児科)③

	第7次	第8次(前期)	第8次(後期)小児科医師偏在指標		
	小児科医師偏在指標	小児科医師偏在指標	小児科医師偏在指標	全国順位	県内順位
福岡・糸島	118.8	128.1	125.2	129/306	6
粕屋	73.2	81.7	93.7	233/306	9
宗像	74.5	96.8	81.4	264/306	12
筑紫	72.5	85.0	93.0	236/306	10
朝倉	124.8	94.9	126.0	124/306	5
久留米	183.8	170.3	172.3	28/306	1
八女・筑後	81.1	89.0	99.9	213/306	7
有明	122.1	124.3	128.0	115/306	3
飯塚	100.1	124.0	126.9	122/306	4
直方・鞍手	78.2	81.5	92.3	237/306	11
田川	98.1	119.8	99.7	214/306	8
北九州	126.4	132.7	151.4	51/306	2
京築	49.5	40.8	37.7	305/306	13
福岡県	115.4	122.0	126.7 (4.7)	25/47	

※第8次(後期)における設定の基準

…全国の下位33.3%(都道府県 118.8 二次医療圏 102.71)

出典：厚生労働省HP 令和8年6月公表データ



第8次(後期)計画における相対的医師少数区域設定(案)

- ・都道府県単位で小児科医師偏在指標を比較すると、本県は全国下位33.3%でない(25/47)ため、**相対的医師少数県に該当しない。**
- ・小児医療圏単位では、同指標が全国(306医療圏)下位33.3%である「粕屋小児医療圏」「宗像小児医療圏」「筑紫小児医療圏」「八女・筑後小児医療圏」「直方・鞍手小児医療圏」「田川小児医療圏」「京築小児医療圏」の**7医療圏を、相対的医師少数区域に設定する。**

令和8年度第1回福岡県小児医療協議会(R8.8.20)の委員意見

○事務局の相対的医師少数区域設定(案)を了承する。

- ・サブスペシャリティや時間帯別など、医師数の詳細把握が望まれる。
- ・開業医を増やすことが難しい状況を踏まえると、医療圏を拡げて評価していくことも必要。

議事3 「医師確保計画の見直しについて」別添資料一覧 (第8次(後期)医師確保計画の策定)

- 別添1 医師確保計画 策定スケジュール(令和8年度)・・・1～2
- 別添2 医師偏在指標(令和8年4月公表)等・・・・・・・・・・3～20
- 別添3 医師偏在指標の算出方法等・・・・・・・・・・21～24
- 別添4 第8次(前期)医師偏在指標等との比較・・・・・・・・25～28
- 別添5 医師少数区域設定に係る参考データ・・・・・・・・29～32
- 別添6 医師確保計画策定ガイドライン～第8次(後期)～

医師確保計画 策定スケジュール（令和８年度）

【資料3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	第1回 (4/13) 諮問				
	中旬					
	下旬					
5月	上旬		第1回 (6/5) 調査審議	第1回(5/26) 協議 ・医師確保計画の見直しについて ・医師偏在是正プランについて		
	中旬					
	下旬					
6月	上旬					少数区域・少数スポットの設定に係る聞き取り調査 等(7月中旬) ◆宗像・京築医療圏の医師会、 中核病院、市町村
	中旬					
	下旬					
7月	上旬				検討事項の整理 ・医師少数区域 等の設定 ・医師確保の方針 及び施策 等	少数スポットの設定に係る説明 等(7/22) ◆へき地医療支援会議
	中旬					
	下旬					
8月	上旬		第2回 (9/4) 調査審議	第2回(8/25) 協議 ・医師確保計画の構成について ・医師偏在指標について ・医師少数区域について ・医師少数スポットについて ・相対的医師少数区域について		産科・小児科に係る計画内容の 説明 ◆周産期医療協議会(8/17) ◆小児医療協議会(8/20)
	中旬					
	下旬					
9月	上旬					
	中旬					
	下旬					
10月	上旬			第3回(9～10月) 協議 ・目標医師数について ・医師確保の方針及び施策について ・計画の効果の測定及び評価につ いて	素 案 の 作 成	産科・小児科に係る計画内容の 説明 ◆周産期医療協議会 ◆小児医療協議会
	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		
	中旬					
	下旬					
12月	上旬	第2回 素案の了承	第3回 調査審議			
	中旬					
	下旬					
1月	上旬					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(書面) ◆小児医療協議会(書面)
	中旬					
	下旬					
2月	上旬			第5回(2月中旬) ・素案に対する意見照会(パブコメ、市 町村等)の結果等について		
	中旬					
	下旬					
3月	上旬	第3回 答申	第4回 調査審議		・計画決裁起案 ・常任委員会報告 ・計画公表	
	中旬					
	下旬					

医師偏在指標（令和8年4月公表）

資料3別添②

（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	266.8
01	北海道	243.6
02	青森県	194.4
03	岩手県	200.4
04	宮城県	267.8
05	秋田県	211.5
06	山形県	216.5
07	福島県	222.7
08	茨城県	197.5
09	栃木県	238.7
10	群馬県	231.5
11	埼玉県	207.2
12	千葉県	221.9
13	東京都	358.6
14	神奈川県	254.4
15	新潟県	201.7
16	富山県	252.5
17	石川県	283.2
18	福井県	265.5
19	山梨県	260.1
20	長野県	232.6
21	岐阜県	234.2
22	静岡県	228.8
23	愛知県	258.3

都道府県コード	都道府県	医師偏在指標
24	三重県	244.4
25	滋賀県	272.1
26	京都府	326.6
27	大阪府	294.7
28	兵庫県	281.1
29	奈良県	277.1
30	和歌山県	292.4
31	鳥取県	278.8
32	島根県	284.8
33	岡山県	302.7
34	広島県	264.0
35	山口県	241.1
36	徳島県	293.9
37	香川県	273.4
38	愛媛県	263.6
39	高知県	296.0
40	福岡県	320.4
41	佐賀県	281.8
42	長崎県	298.7
43	熊本県	270.4
44	大分県	270.9
45	宮崎県	243.0
46	鹿児島県	276.7
47	沖縄県	300.3

※上位33.3%の閾値を276.9、下位33.3%の閾値を243.2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。

医師偏在指標（令和8年4月公表）

（二次医療圏別）



上位33.3%



下位33.3%



中位33.3%でへき地尺度が上位10%

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標	へき地尺度
00	全国	全国	266.8	
0101	北海道	南渡島	214.2	0.0196
0102	北海道	南檜山	156.3	0.0964
0103	北海道	北渡島檜山	134.6	0.2801
0104	北海道	札幌	293.4	0.0100
0105	北海道	後志	209.1	0.2194
0106	北海道	南空知	177.1	0.1779
0107	北海道	中空知	199.0	0.2805
0108	北海道	北空知	173.6	0.3038
0109	北海道	西胆振	194.6	0.0676
0110	北海道	東胆振	174.9	0.0020
0111	北海道	日高	129.0	0.0091
0112	北海道	上川中部	295.2	0.1050
0113	北海道	上川北部	201.6	0.3025
0114	北海道	富良野	158.0	0.1755
0115	北海道	留萌	173.0	0.3172
0116	北海道	宗谷	167.6	0.3088
0117	北海道	北網	152.4	0.0292
0118	北海道	遠紋	148.4	0.1043
0119	北海道	十勝	193.0	0.0166
0120	北海道	釧路	160.9	0.0091
0121	北海道	根室	124.5	0.1617
0201	青森県	津軽地域	259.7	0.0906
0202	青森県	八戸地域	179.3	0.0006
0203	青森県	青森地域	186.0	0.2479
0204	青森県	西北五地域	170.0	0.1154
0205	青森県	上十三地域	134.2	0.0877
0206	青森県	下北地域	187.1	0.0023
0301	岩手県	盛岡	257.8	0.0049
0302	岩手県	岩手中部	157.4	0.0243
0303	岩手県	胆江	176.2	0.0020
0304	岩手県	両磐	147.8	-0.0005
0305	岩手県	気仙	160.9	0.0041
0306	岩手県	釜石	129.6	0.0018
0307	岩手県	宮古	128.3	0.0049
0308	岩手県	久慈	148.2	0.0057
0309	岩手県	二戸	205.1	0.0035

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標	へき地尺度
0401	宮城県	仙南	197.3	0.0020
0403	宮城県	仙台	302.6	-0.0022
0406	宮城県	大崎・栗原	190.3	0.0110
0409	宮城県	石巻・登米・気仙沼	186.2	0.0045
0501	秋田県	県北	152.8	0.0411
0502	秋田県	県央	262.3	0.0140
0503	秋田県	県南	165.7	0.1144
0601	山形県	村山	256.3	0.1000
0602	山形県	最上	140.3	0.3015
0603	山形県	置賜	194.3	0.3040
0604	山形県	庄内	178.0	0.0554
0701	福島県	県北	315.1	0.0000
0702	福島県	県中	199.2	0.0014
0703	福島県	県南	194.1	0.0009
0706	福島県	相双	210.6	0.0030
0707	福島県	いわき	173.6	0.0012
0708	福島県	会津・南会津	179.9	0.1257
0801	茨城県	水戸	234.0	0.0002
0802	茨城県	日立	132.3	0.0001
0803	茨城県	常陸太田・ひたちなか	130.4	0.0010
0804	茨城県	鹿行	145.2	0.0018
0805	茨城県	土浦	196.4	0.0005
0806	茨城県	つくば	367.5	0.0002
0807	茨城県	取手・竜ヶ崎	160.0	0.0001
0808	茨城県	筑西・下妻	157.5	0.0017
0809	茨城県	古河・坂東	144.4	-0.0004
0901	栃木県	県北	171.2	0.0017
0902	栃木県	県西	207.9	0.0017
0903	栃木県	宇都宮	194.8	-0.0033
0904	栃木県	県東	201.1	0.0020
0905	栃木県	県南	363.4	-0.0004
0906	栃木県	両毛	187.5	-0.0006

※上位33.3%の閾値を236.0、下位33.3%の閾値を193.7と設定している。

※①医師偏在指標が下位33.3%に該当する区域、②医師偏在指標が中位33.3%に該当する区域のうちへき地尺度が特に高い区域（上位10%）を医師少数区域と設定することとする。

医師偏在指標（令和8年4月公表）

（二次医療圏別）



上位33.3%



下位33.3%



中位33.3%でへき地尺度が上位10%

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標	へき地尺度
1001	群馬県	前橋	364.4	-0.0016
1002	群馬県	渋川	204.2	0.0011
1003	群馬県	伊勢崎	181.6	-0.0016
1004	群馬県	高崎・安中	225.8	-0.0021
1005	群馬県	藤岡	203.5	0.0025
1006	群馬県	富岡	188.2	0.0017
1007	群馬県	吾妻	159.4	0.0026
1008	群馬県	沼田	220.0	0.0290
1009	群馬県	桐生	183.5	0.0003
1010	群馬県	太田・館林	153.8	-0.0010
1101	埼玉県	南部	204.0	-0.0137
1102	埼玉県	南西部	187.7	-0.0123
1103	埼玉県	東部	199.9	-0.0065
1104	埼玉県	さいたま	250.5	-0.0084
1105	埼玉県	県央	198.6	-0.0056
1106	埼玉県	川越比企	240.4	-0.0027
1107	埼玉県	西部	239.3	-0.0051
1108	埼玉県	利根	147.1	-0.0017
1109	埼玉県	北部	149.2	-0.0009
1110	埼玉県	秩父	149.7	0.0010
1201	千葉県	千葉	294.0	-0.0072
1202	千葉県	東葛南部	196.7	-0.0114
1203	千葉県	東葛北部	199.7	-0.0073
1204	千葉県	印旛	233.6	-0.0013
1205	千葉県	香取海匝	212.3	0.0009
1206	千葉県	山武長生夷隅	147.2	0.0011
1207	千葉県	安房	383.1	0.0018
1208	千葉県	君津	179.3	0.0010
1209	千葉県	市原	222.6	-0.0002

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標	へき地尺度
1301	東京都	区中央部	772.4	-0.0212
1302	東京都	区南部	399.2	-0.0231
1303	東京都	区西南部	396.1	-0.0220
1304	東京都	区西部	554.8	-0.0261
1305	東京都	区西北部	314.4	-0.0251
1306	東京都	区東北部	216.2	-0.0184
1307	東京都	区東部	293.0	-0.0227
1308	東京都	西多摩	143.6	-0.0024
1309	東京都	南多摩	165.1	-0.0088
1310	東京都	北多摩西部	251.1	-0.0107
1311	東京都	北多摩南部	318.4	-0.0146
1312	東京都	北多摩北部	209.8	-0.0131
1313	東京都	島しょ	126.2	0.4611
1404	神奈川県	川崎北部	319.8	-0.0144
1405	神奈川県	川崎南部	342.0	-0.0228
1406	神奈川県	横須賀・三浦	253.1	-0.0037
1407	神奈川県	湘南東部	215.8	-0.0107
1408	神奈川県	湘南西部	261.9	-0.0055
1409	神奈川県	県央	173.7	-0.0079
1410	神奈川県	相模原	229.3	-0.0087
1411	神奈川県	県西	182.6	-0.0012
1412	神奈川県	横浜	265.1	-0.0156
1501	新潟県	下越	154.7	0.0566
1502	新潟県	新潟	248.4	0.0271
1503	新潟県	県央	158.3	0.0830
1504	新潟県	中越	175.9	0.2035
1505	新潟県	魚沼	172.9	0.3017
1506	新潟県	上越	178.5	0.2747
1507	新潟県	佐渡	160.5	0.2243
1601	富山県	新川	213.6	0.0110
1602	富山県	富山	292.5	0.0951
1603	富山県	高岡	218.1	-0.0007
1604	富山県	砺波	212.8	0.1141
1701	石川県	南加賀	213.1	0.0190
1702	石川県	石川中央	320.8	0.0166
1703	石川県	能登中部	214.6	0.0020
1704	石川県	能登北部	169.5	0.0046

※ 上位33.3%の閾値を236.0、下位33.3%の閾値を193.7と設定している。

※①医師偏在指標が下位33.3%に該当する区域、②医師偏在指標が中位33.3%に該当する区域のうちへき地尺度が特に高い区域（上位10%）を医師少数区域と設定することとする。

医師偏在指標（令和8年4月公表）

（二次医療圏別）

上位33.3%

下位33.3%

中位33.3%でへき地尺度が上位10%

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標	へき地尺度
1801	福井県	福井・坂井	327.4	-0.0001
1802	福井県	奥越	166.9	0.3015
1803	福井県	丹南	164.0	0.0424
1804	福井県	嶺南	205.6	0.0015
1901	山梨県	中北	294.7	-0.0004
1902	山梨県	峡東	187.5	0.0007
1903	山梨県	峡南	218.7	0.0025
1904	山梨県	富士・東部	207.4	0.0020
2001	長野県	佐久	253.5	0.0013
2002	長野県	上小	174.2	0.0004
2003	長野県	諏訪	237.2	-0.0023
2004	長野県	上伊那	166.6	0.0018
2005	長野県	飯伊	177.7	0.0004
2006	長野県	木曽	222.8	0.0050
2007	長野県	松本	329.7	-0.0001
2008	長野県	大北	225.7	0.0997
2009	長野県	長野	207.0	0.0276
2010	長野県	北信	216.9	0.1518
2101	岐阜県	岐阜	276.5	-0.0042
2102	岐阜県	西濃	195.0	0.0051
2103	岐阜県	中濃	204.6	-0.0007
2104	岐阜県	東濃	220.5	-0.0005
2105	岐阜県	飛騨	189.0	0.0839
2201	静岡県	賀茂	122.9	0.0018
2202	静岡県	熱海伊東	226.8	0.0018
2203	静岡県	駿東田方	219.2	-0.0025
2204	静岡県	富士	171.0	-0.0020
2205	静岡県	静岡	255.1	-0.0045
2206	静岡県	志太榛原	206.9	-0.0004
2207	静岡県	中東遠	189.7	0.0003
2208	静岡県	西部	278.0	-0.0012

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標	へき地尺度
2302	愛知県	海部	205.5	-0.0020
2304	愛知県	尾張東部	334.6	-0.0042
2305	愛知県	尾張西部	213.7	-0.0028
2306	愛知県	尾張北部	195.5	-0.0034
2307	愛知県	知多半島	220.1	-0.0014
2308	愛知県	西三河北部	218.8	0.0007
2309	愛知県	西三河南部西	213.1	-0.0025
2310	愛知県	西三河南部東	206.8	-0.0030
2311	愛知県	東三河北部	199.3	0.0032
2312	愛知県	東三河南部	186.6	-0.0043
2313	愛知県	名古屋・尾張中部	330.7	-0.0103
2401	三重県	北勢	228.5	-0.0021
2402	三重県	中勢伊賀	275.9	-0.0003
2403	三重県	南勢志摩	248.2	0.0073
2404	三重県	東紀州	164.3	0.0033
2501	滋賀県	大津	399.9	-0.0035
2502	滋賀県	湖南	272.0	-0.0028
2503	滋賀県	甲賀	160.0	0.0001
2504	滋賀県	東近江	225.9	-0.0004
2505	滋賀県	湖東	197.6	-0.0002
2506	滋賀県	湖北	225.1	0.0203
2507	滋賀県	湖西	226.7	0.0026
2601	京都府	丹後	162.8	0.0019
2602	京都府	中丹	201.8	0.0001
2603	京都府	南丹	188.9	0.0018
2604	京都府	京都・乙訓	396.9	-0.0138
2605	京都府	山城北	219.6	-0.0037
2606	京都府	山城南	149.5	0.0010
2701	大阪府	豊能	374.2	-0.0116
2702	大阪府	三島	287.5	-0.0103
2703	大阪府	北河内	249.6	-0.0125
2704	大阪府	中河内	240.5	-0.0110
2705	大阪府	南河内	296.7	-0.0054
2706	大阪府	堺市	230.6	-0.0107
2707	大阪府	泉州	227.0	-0.0059
2708	大阪府	大阪市	347.7	-0.0210

※上位33.3%の閾値を236.0、下位33.3%の閾値を193.7と設定している。

※①医師偏在指標が下位33.3%に該当する区域、②医師偏在指標が中位33.3%に該当する区域のうちへき地尺度が特に高い区域（上位10%）を医師少数区域と設定することとする。

医師偏在指標（令和8年4月公表）

（二次医療圏別）

 上位33.3%

 下位33.3%

 中位33.3%でへき地尺度が上位10%

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標	へき地尺度
2801	兵庫県	神戸	349.6	-0.0115
2804	兵庫県	東播磨	228.4	-0.0062
2805	兵庫県	北播磨	218.1	0.0012
2808	兵庫県	但馬	258.4	0.0031
2809	兵庫県	丹波	223.3	0.0020
2810	兵庫県	淡路	245.7	0.0039
2811	兵庫県	阪神	281.3	-0.0103
2812	兵庫県	播磨姫路	237.0	-0.0001
2901	奈良県	奈良	271.2	-0.0055
2902	奈良県	東和	295.3	0.0002
2903	奈良県	西和	224.4	-0.0050
2904	奈良県	中和	321.5	-0.0022
2905	奈良県	南和	264.8	0.0067
3001	和歌山県	和歌山	363.8	-0.0036
3002	和歌山県	那賀	213.1	-0.0003
3003	和歌山県	橋本	274.8	0.0014
3004	和歌山県	有田	188.5	0.0025
3005	和歌山県	御坊	237.8	0.0041
3006	和歌山県	田辺	239.9	0.0044
3007	和歌山県	新宮	188.6	0.0027
3101	鳥取県	東部	231.4	0.0025
3102	鳥取県	中部	213.2	0.0023
3103	鳥取県	西部	357.6	0.0016
3201	島根県	松江	262.9	0.0004
3202	島根県	雲南	155.4	0.0039
3203	島根県	出雲	418.0	0.0013
3204	島根県	大田	201.2	0.0054
3205	島根県	浜田	241.2	0.0030
3206	島根県	益田	212.5	0.0041
3207	島根県	隠岐	236.4	0.2727
3301	岡山県	県南東部	331.3	0.0010
3302	岡山県	県南西部	301.8	0.0048
3303	岡山県	高梁・新見	172.9	0.0019
3304	岡山県	真庭	182.2	0.0028
3305	岡山県	津山・英田	212.0	0.0023

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標	へき地尺度
3401	広島県	広島	310.4	-0.0028
3402	広島県	広島西	247.2	0.0937
3403	広島県	呉	283.7	-0.0001
3404	広島県	広島中央	195.7	0.0207
3405	広島県	尾三	217.6	0.0056
3406	広島県	福山・府中	200.7	0.0000
3407	広島県	備北	240.2	0.0046
3501	山口県	岩国	224.7	0.0081
3502	山口県	柳井	168.3	0.0364
3503	山口県	周南	197.1	0.0006
3504	山口県	山口・防府	233.8	-0.0005
3505	山口県	宇部・小野田	325.2	-0.0013
3506	山口県	下関	249.2	0.0010
3507	山口県	長門	189.2	0.0046
3508	山口県	萩	177.3	0.0368
3601	徳島県	東部	325.1	-0.0011
3603	徳島県	南部	248.2	0.0060
3605	徳島県	西部	182.1	0.0034
3702	香川県	小豆	153.8	0.2412
3706	香川県	東部	318.5	0.0032
3707	香川県	西部	224.0	0.0291
3801	愛媛県	宇摩	211.5	0.0025
3802	愛媛県	新居浜・西条	210.1	0.0011
3803	愛媛県	今治	211.7	0.0460
3804	愛媛県	松山	320.3	0.0117
3805	愛媛県	八幡浜・大洲	183.4	0.0055
3806	愛媛県	宇和島	203.0	0.0094
3901	高知県	安芸	260.3	0.0031
3902	高知県	中央	321.3	0.0008
3903	高知県	高幡	198.5	0.0048
3904	高知県	幡多	213.3	0.0064

※ 上位33.3%の閾値を236.0、下位33.3%の閾値を193.7と設定している。

※①医師偏在指標が下位33.3%に該当する区域、②医師偏在指標が中位33.3%に該当する区域のうちへき地尺度が特に高い区域（上位10%）を医師少数区域と設定することとする。

医師偏在指標（令和8年4月公表）

（二次医療圏別）



上位33.3%



下位33.3%



中位33.3%でへき地尺度が上位10%

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標	へき地尺度
4001	福岡県	福岡・糸島	380.1	-0.0053
4002	福岡県	粕屋	235.5	-0.0009
4003	福岡県	宗像	192.3	0.0049
4004	福岡県	筑紫	261.5	-0.0071
4005	福岡県	朝倉	213.0	0.0016
4006	福岡県	久留米	417.7	-0.0014
4007	福岡県	八女・筑後	222.6	0.0005
4008	福岡県	有明	235.9	-0.0009
4009	福岡県	飯塚	354.2	-0.0003
4010	福岡県	直方・鞍手	202.8	0.0003
4011	福岡県	田川	195.4	-0.0008
4012	福岡県	北九州	319.4	-0.0043
4013	福岡県	京築	161.6	0.0020
4101	佐賀県	中部	358.6	-0.0012
4102	佐賀県	東部	193.2	-0.0025
4103	佐賀県	北部	243.4	0.0133
4104	佐賀県	西部	177.3	0.0013
4105	佐賀県	南部	260.4	0.0013
4201	長崎県	長崎	375.9	0.0024
4202	長崎県	佐世保県北	245.5	0.0206
4203	長崎県	県央	288.9	-0.0002
4204	長崎県	県南	191.9	0.0004
4206	長崎県	五島	233.7	0.2578
4207	長崎県	上五島	247.8	0.2796
4208	長崎県	壱岐	240.6	0.2299
4209	長崎県	対馬	276.8	0.2248
4302	熊本県	宇城	167.4	0.0018
4303	熊本県	有明	206.0	0.0012
4304	熊本県	鹿本	207.5	0.0012
4305	熊本県	菊池	201.3	0.0003
4306	熊本県	阿蘇	194.9	0.0032
4308	熊本県	八代	247.6	0.0004
4309	熊本県	芦北	260.5	0.0028
4310	熊本県	球磨	204.9	0.0015
4311	熊本県	天草	201.1	0.0157
4312	熊本県	熊本・上益城	316.0	-0.0026

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標	へき地尺度
4401	大分県	東部	288.1	0.0015
4403	大分県	中部	303.3	-0.0014
4405	大分県	南部	209.3	0.0262
4406	大分県	豊肥	212.6	0.0028
4408	大分県	西部	173.8	0.0017
4409	大分県	北部	214.6	0.0025
4501	宮崎県	宮崎東諸県	327.1	-0.0037
4502	宮崎県	都城北諸県	181.4	-0.0015
4503	宮崎県	延岡西臼杵	188.8	0.0027
4504	宮崎県	日南串間	211.9	0.0010
4505	宮崎県	西諸	163.9	0.0030
4506	宮崎県	西都児湯	158.5	0.0020
4507	宮崎県	日向入郷	152.0	0.0003
4601	鹿児島県	鹿児島	381.8	0.0163
4603	鹿児島県	南薩	200.3	0.0004
4605	鹿児島県	川薩	215.2	0.0607
4606	鹿児島県	出水	188.0	0.0073
4607	鹿児島県	姶良・伊佐	184.6	0.0007
4609	鹿児島県	曾於	141.7	0.0037
4610	鹿児島県	肝属	175.3	0.0015
4611	鹿児島県	熊毛	140.5	0.3259
4612	鹿児島県	奄美	178.4	0.3080
4701	沖縄県	北部	245.0	0.0494
4702	沖縄県	中部	263.2	0.0007
4703	沖縄県	南部	339.2	0.0742
4704	沖縄県	宮古	217.1	0.2449
4705	沖縄県	八重山	237.3	0.3177

（医師偏在指標について）

医師偏在指標は、医師偏在対策の推進において活用されるものであるが、指標の算定に当たっては、一定の仮定が必要であり、また、入手できるデータの限界などにより指標の算定式に必ずしも全ての医師偏在の状況を表しうる要素を盛り込んでいるものではない。

このため、医師偏在指標の活用にあたっては、医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまでも相対的な偏在の状況を表すものであるという性質を十分に理解した上で、数値を絶対的な基準として取り扱うことや機械的な運用を行うことのないよう十分に理解した上で、活用する必要がある。

※上位33.3%の閾値を236.0、下位33.3%の閾値を193.7と設定している。

※①医師偏在指標が下位33.3%に該当する区域、②医師偏在指標が中位33.3%に該当する区域のうちへき地尺度が特に高い区域（上位10%）を医師少数区域と設定することとする。

分娩取扱医師偏在指標（令和8年4月版）

（都道府県別）

 下位33.3%

都道府県コード	都道府県	分娩取扱医師 偏在指標
00	全国	13.39
01	北海道	13.59
02	青森県	13.61
03	岩手県	13.94
04	宮城県	15.21
05	秋田県	12.53
06	山形県	16.28
07	福島県	10.89
08	茨城県	13.65
09	栃木県	13.91
10	群馬県	13.19
11	埼玉県	11.01
12	千葉県	12.35
13	東京都	15.24
14	神奈川県	14.01
15	新潟県	11.64
16	富山県	14.59
17	石川県	16.56
18	福井県	13.40
19	山梨県	15.64
20	長野県	12.38
21	岐阜県	13.44
22	静岡県	12.68
23	愛知県	12.44

都道府県コード	都道府県	分娩取扱医師 偏在指標
24	三重県	14.23
25	滋賀県	12.18
26	京都府	19.36
27	大阪府	15.09
28	兵庫県	13.32
29	奈良県	14.06
30	和歌山県	13.51
31	鳥取県	17.64
32	島根県	13.43
33	岡山県	13.35
34	広島県	11.78
35	山口県	12.61
36	徳島県	11.95
37	香川県	12.24
38	愛媛県	13.31
39	高知県	11.67
40	福岡県	12.43
41	佐賀県	11.79
42	長崎県	13.05
43	熊本県	7.87
44	大分県	13.69
45	宮崎県	11.99
46	鹿児島県	13.35
47	沖縄県	11.78

※下位33.3%の閾値を12.47と設定している。

（分娩取扱医師偏在指標について）

分娩取扱医師偏在指標は、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、分娩取扱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（令和8年4月版）

（周産期医療圏別）

 下位33.3%

医療圏コード	都道府県	周産期医療圏	分娩取扱医師偏在指標
00	全国	全国	13.39
01101	北海道	南渡島	12.27
01102	北海道	南檜山	-
01103	北海道	北渡島檜山	10.00
01104	北海道	札幌	13.21
01105	北海道	後志	17.73
01106	北海道	南空知	14.27
01107	北海道	中空知	15.59
01108	北海道	北空知	-
01109	北海道	西胆振	10.53
01110	北海道	東胆振	7.91
01111	北海道	日高	0.00
01112	北海道	上川中部	22.32
01113	北海道	上川北部	15.36
01114	北海道	富良野	14.29
01115	北海道	留萌	0.00
01116	北海道	宗谷	16.69
01117	北海道	北網	10.54
01118	北海道	遠紋	37.01
01119	北海道	十勝	12.87
01120	北海道	釧路	24.27
01121	北海道	根室	11.32
02101	青森県	津軽地域	39.80
02102	青森県	八戸地域	10.92
02103	青森県	青森地域	6.37
02104	青森県	西北五地域	9.04
02105	青森県	上十三地域	8.46
02106	青森県	下北地域	14.16
03101	岩手県	盛岡・宮古	15.27
03102	岩手県	岩手中部・胆江・両磐	10.98
03103	岩手県	気仙・釜石	16.93
03104	岩手県	久慈・二戸	13.82

医療圏コード	都道府県	周産期医療圏	分娩取扱医師偏在指標
04101	宮城県	仙南	15.52
04102	宮城県	仙台	17.79
04103	宮城県	大崎・栗原	7.99
04104	宮城県	石巻・登米・気仙沼	6.77
05101	秋田県	県北	5.14
05102	秋田県	県央	17.81
05103	秋田県	県南	11.21
06101	山形県	村山	17.38
06102	山形県	最上	-
06103	山形県	置賜	15.53
06104	山形県	庄内	10.39
07101	福島県	県北	18.22
07102	福島県	県中	8.43
07103	福島県	県南	19.24
07104	福島県	相双	8.68
07105	福島県	いわき	7.04
07106	福島県	会津・南会津	7.68
08101	茨城県	県央・県北	12.25
08102	茨城県	県南東	17.54
08103	茨城県	県南西	12.46
09101	栃木県	那須・塩谷	11.08
09102	栃木県	宇都宮・上都賀	7.01
09103	栃木県	芳賀	9.66
09104	栃木県	下都賀	32.65
09105	栃木県	両毛	14.96
10101	群馬県	北部	20.08
10102	群馬県	中部	7.36
10103	群馬県	西部	12.75
10104	群馬県	東部	8.22

（分娩取扱医師偏在指標について）

分娩取扱医師偏在指標は、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、分娩取扱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。

※下位33.3%の閾値を10.91と設定している。

※分娩取扱医師偏在指標の「-」印は、分娩取扱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、分娩取扱医師数がゼロの場合は、「0.0」と表記した。

分娩取扱医師偏在指標（令和8年4月版）

（周産期医療圏別）

 下位33.3%

医療圏コード	都道府県	周産期医療圏	分娩取扱医師偏在指標
11101	埼玉県	南部	11.39
11102	埼玉県	南西部	9.54
11103	埼玉県	東部	8.82
11104	埼玉県	さいたま	12.72
11105	埼玉県	県央	9.66
11106	埼玉県	川越比企	15.59
11107	埼玉県	西部	14.45
11108	埼玉県	利根	5.50
11109	埼玉県	北部	7.92
11110	埼玉県	秩父	8.41
12101	千葉県	千葉	17.98
12102	千葉県	東葛南部	9.12
12103	千葉県	東葛北部	9.98
12104	千葉県	印旛	17.67
12105	千葉県	香取海匝	13.07
12106	千葉県	山武長生夷隅	10.44
12107	千葉県	安房	64.64
12108	千葉県	君津	15.46
12109	千葉県	市原	9.09
13101	東京都	区中央部	32.05
13102	東京都	区南部	22.11
13103	東京都	区西南部	4.85
13104	東京都	区西部	31.73
13105	東京都	区西北部	21.59
13106	東京都	区東北部	10.64
13107	東京都	区東部	14.43
13108	東京都	多摩	13.19
13109	東京都	島しょ	161.84
14101	神奈川県	川崎	15.56
14102	神奈川県	三浦半島	10.64
14103	神奈川県	湘南	11.18
14104	神奈川県	県央北相	14.96
14105	神奈川県	西湘	15.21
14106	神奈川県	横浜	14.27

医療圏コード	都道府県	周産期医療圏	分娩取扱医師偏在指標
15101	新潟県	下越	4.55
15102	新潟県	新潟	14.13
15103	新潟県	県央	9.60
15104	新潟県	中越	11.32
15105	新潟県	魚沼	17.69
15106	新潟県	上越	9.00
15107	新潟県	佐渡	14.54
16101	富山県	新川	13.69
16102	富山県	富山	18.67
16103	富山県	高岡	9.39
16104	富山県	砺波	13.08
17101	石川県	南加賀	9.76
17102	石川県	石川中央	18.39
17103	石川県	能登中部	20.10
17104	石川県	能登北部	0.00
18101	福井県	嶺北	13.49
18102	福井県	嶺南	12.71
19101	山梨県	中北	16.81
19102	山梨県	富士・東部	11.40
20101	長野県	佐久	22.06
20102	長野県	上小	6.68
20103	長野県	諏訪	8.68
20104	長野県	上伊那	8.31
20105	長野県	飯伊	6.79
20106	長野県	木曽	57.91
20107	長野県	松本	20.00
20108	長野県	大北	-
20109	長野県	長野	9.30
20110	長野県	北信	10.86
21101	岐阜県	岐阜	16.75
21102	岐阜県	西濃	9.45
21103	岐阜県	中濃	7.59
21104	岐阜県	東濃	19.16
21105	岐阜県	飛騨	13.48

※下位33.3%の閾値を10.91と設定している。

※分娩取扱医師偏在指標の「-」印は、分娩取扱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、分娩取扱医師数がゼロの場合は、「0.0」と表記した。

分娩取扱医師偏在指標（令和8年4月版）

（周産期医療圏別）

 下位33.3%

医療圏コード	都道府県	周産期医療圏	分娩取扱医師偏在指標
22101	静岡県	東部	10.17
22102	静岡県	中部	14.90
22103	静岡県	西部	13.14
23101	愛知県	海部	13.02
23102	愛知県	尾張東部	14.23
23103	愛知県	尾張西部	11.06
23104	愛知県	尾張北部	11.49
23105	愛知県	知多半島	10.22
23106	愛知県	西三河北部	9.54
23107	愛知県	西三河南部西	8.70
23108	愛知県	西三河南部東	14.37
23109	愛知県	東三河北部	-
23110	愛知県	東三河南部	13.83
23111	愛知県	名古屋・尾張中部	14.20
24101	三重県	北勢	10.80
24102	三重県	中勢伊賀	19.75
24103	三重県	南勢志摩	15.12
24104	三重県	東紀州	31.74
25101	滋賀県	大津・湖西	19.94
25102	滋賀県	湖南・甲賀	10.43
25103	滋賀県	東近江	14.85
25104	滋賀県	湖東・湖北	2.85
26101	京都府	丹後	54.49
26102	京都府	中丹	11.53
26103	京都府	南丹	11.77
26104	京都府	京都・乙訓	20.98
26105	京都府	山城北	15.97
26106	京都府	山城南	14.92
27101	大阪府	豊能	20.62
27102	大阪府	三島	12.60
27103	大阪府	北河内	11.27
27104	大阪府	中河内	8.85
27105	大阪府	南河内	18.59
27106	大阪府	堺市	11.49
27107	大阪府	泉州	11.62
27108	大阪府	大阪市	18.71

医療圏コード	都道府県	周産期医療圏	分娩取扱医師偏在指標
28101	兵庫県	神戸・三田	18.71
28102	兵庫県	播磨東	9.70
28103	兵庫県	但馬	11.13
28104	兵庫県	丹波	21.61
28105	兵庫県	淡路	15.72
28106	兵庫県	阪神	12.53
28107	兵庫県	播磨姫路	9.68
29101	奈良県	奈良	13.80
29102	奈良県	東和	18.91
29103	奈良県	西和	9.97
29104	奈良県	中和	15.77
29105	奈良県	南和	-
30101	和歌山県	和歌山・那賀・有田	14.82
30102	和歌山県	橋本	9.97
30103	和歌山県	御坊	11.86
30104	和歌山県	田辺	11.85
30105	和歌山県	新宮	12.36
31101	鳥取県	東部	13.34
31102	鳥取県	中部	9.57
31103	鳥取県	西部	26.63
32101	島根県	松江	10.33
32102	島根県	雲南	6.67
32103	島根県	出雲	14.27
32104	島根県	大田	13.88
32105	島根県	浜田	23.96
32106	島根県	益田	16.32
32107	島根県	隠岐	89.98
33101	岡山県	県南東部	12.61
33102	岡山県	県南西部	14.02
33103	岡山県	高梁・新見	63.59
33104	岡山県	真庭	11.79
33105	岡山県	津山・英田	15.86

※下位33.3%の閾値を10.91と設定している。

※分娩取扱医師偏在指標の「-」印は、分娩取扱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、分娩取扱医師数がゼロの場合は、「0.0」と表記した。

分娩取扱医師偏在指標（令和8年4月版）

（周産期医療圏別）

 下位33.3%

医療圏コード	都道府県	周産期医療圏	分娩取扱医師偏在指標
34101	広島県	広島	12.86
34102	広島県	広島西	9.29
34103	広島県	呉	17.63
34104	広島県	広島中央	9.62
34105	広島県	尾三	11.04
34106	広島県	福山・府中	8.83
34107	広島県	備北	18.28
35101	山口県	岩国、柳井	17.16
35102	山口県	周南	10.51
35103	山口県	山口・防府、萩	9.23
35104	山口県	宇部・小野田	17.00
35105	山口県	下関、長門	13.39
36101	徳島県	東部	12.35
36102	徳島県	南部	9.80
36103	徳島県	西部	13.81
37101	香川県	小豆	25.03
37102	香川県	東部	14.75
37103	香川県	西部	8.94
38101	愛媛県	宇摩、新居浜・西条	10.79
38102	愛媛県	今治	11.05
38103	愛媛県	松山、八幡浜・大洲	14.82
38104	愛媛県	宇和島	11.55
39101	高知県	安芸	24.18
39102	高知県	中央	11.38
39103	高知県	高幡	-
39104	高知県	幡多	11.15
40101	福岡県	福岡	11.33
40102	福岡県	筑後	15.22
40103	福岡県	筑豊	11.18
40104	福岡県	北九州	12.84
41101	佐賀県	中部	16.34
41102	佐賀県	東部	8.37
41103	佐賀県	北部	7.98
41104	佐賀県	西部	4.78
41105	佐賀県	南部	8.60

医療圏コード	都道府県	周産期医療圏	分娩取扱医師偏在指標
42101	長崎県	長崎	16.45
42102	長崎県	佐世保県北	7.88
42103	長崎県	県央	11.58
42104	長崎県	県南	15.48
42105	長崎県	五島	22.03
42106	長崎県	上五島	80.04
42107	長崎県	壱岐	12.11
42108	長崎県	対馬	19.44
43101	熊本県	有明・鹿本圏域	10.25
43102	熊本県	熊本中央圏域	7.16
43104	熊本県	八代圏域	10.61
43105	熊本県	天草圏域	42.52
43106	熊本県	芦北圏域	26.43
43107	熊本県	球磨圏域	3.69
44101	大分県	東部	30.81
44106	大分県	北部	13.77
44107	大分県	中南部広域医療圏	11.95
45101	宮崎県	県央	16.22
45102	宮崎県	県西	7.00
45103	宮崎県	県北	7.99
45104	宮崎県	県南	20.99
46101	鹿児島県	薩摩	15.24
46102	鹿児島県	北薩	14.21
46103	鹿児島県	姶良・伊佐	7.96
46104	鹿児島県	大隅	7.60
46105	鹿児島県	熊毛	36.86
46106	鹿児島県	奄美	14.20
47101	沖縄県	北部	11.61
47102	沖縄県	中部	10.87
47103	沖縄県	南部	12.25
47104	沖縄県	宮古	13.88
47105	沖縄県	八重山	12.00

※下位33.3%の閾値を10.91と設定している。

※分娩取扱医師偏在指標の「-」印は、分娩取扱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、分娩取扱医師数がゼロの場合は、「0.0」と表記した。

小児科医師偏在指標（令和8年4月版）

（都道府県別）

 下位33.3%

都道府県コード	都道府県	小児科医師 偏在指標
00	全国	126.0
01	北海道	130.7
02	青森県	113.5
03	岩手県	119.9
04	宮城県	118.2
05	秋田県	152.7
06	山形県	117.5
07	福島県	117.6
08	茨城県	109.7
09	栃木県	127.3
10	群馬県	139.0
11	埼玉県	107.3
12	千葉県	101.3
13	東京都	155.8
14	神奈川県	120.1
15	新潟県	125.4
16	富山県	140.1
17	石川県	120.5
18	福井県	137.2
19	山梨県	144.7
20	長野県	143.9
21	岐阜県	125.3
22	静岡県	109.7
23	愛知県	106.0

都道府県コード	都道府県	小児科医師 偏在指標
24	三重県	120.5
25	滋賀県	131.4
26	京都府	163.1
27	大阪府	127.0
28	兵庫県	143.0
29	奈良県	131.8
30	和歌山県	140.1
31	鳥取県	173.7
32	島根県	130.4
33	岡山県	129.3
34	広島県	111.2
35	山口県	116.5
36	徳島県	128.6
37	香川県	136.6
38	愛媛県	132.0
39	高知県	150.7
40	福岡県	126.7
41	佐賀県	118.2
42	長崎県	141.8
43	熊本県	114.0
44	大分県	129.1
45	宮崎県	110.6
46	鹿児島県	106.1
47	沖縄県	108.6

※下位33.3%の閾値を118.8と設定している。

（小児科医師偏在指標について）

小児科医師偏在指標は、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、小児科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（令和8年4月版）

（小児医療圏別）

 下位33.3%

医療圏コード	都道府県	小児医療圏	小児科医師偏在指標
00	全国	全国	126.0
01201	北海道	南渡島	128.3
01202	北海道	南檜山	105.4
01203	北海道	北渡島檜山	104.6
01204	北海道	札幌	131.4
01205	北海道	後志	115.8
01206	北海道	南空知	98.3
01207	北海道	中空知	129.7
01208	北海道	北空知	110.9
01209	北海道	西胆振	108.0
01210	北海道	東胆振	89.4
01211	北海道	日高	102.7
01212	北海道	上川中部	193.7
01213	北海道	上川北部	155.4
01214	北海道	富良野	121.7
01215	北海道	留萌	122.1
01216	北海道	宗谷	95.6
01217	北海道	北網	126.5
01218	北海道	遠紋	138.3
01219	北海道	十勝	101.0
01220	北海道	釧路	120.1
01221	北海道	根室	80.4
02201	青森県	津軽地域	170.4
02202	青森県	八戸地域	68.9
02203	青森県	青森地域	116.1
02204	青森県	西北五地域	84.3
02205	青森県	上十三地域	102.1
02206	青森県	下北地域	127.8
03201	岩手県	盛岡	145.2
03202	岩手県	岩手中部	76.8
03203	岩手県	胆江	64.1
03204	岩手県	両磐	96.8
03205	岩手県	気仙	204.8
03206	岩手県	釜石	73.9
03207	岩手県	宮古	80.7
03208	岩手県	久慈	107.7
03209	岩手県	二戸	119.2

医療圏コード	都道府県	小児医療圏	小児科医師偏在指標
04201	宮城県	仙南	101.3
04202	宮城県	仙台	125.4
04203	宮城県	大崎・栗原	98.4
04204	宮城県	石巻・登米・気仙沼	86.5
05201	秋田県	県北	122.7
05202	秋田県	県央	176.5
05203	秋田県	県南	111.2
06201	山形県	村山	121.0
06202	山形県	最上	117.5
06203	山形県	置賜	119.0
06204	山形県	庄内	107.7
07201	福島県	県北	168.8
07202	福島県	県中	117.6
07203	福島県	県南	77.6
07204	福島県	相双	135.7
07205	福島県	いわき	81.0
07206	福島県	会津・南会津	75.0
08201	茨城県	日立地域	72.0
08202	茨城県	県央・県北地域	98.9
08203	茨城県	土浦広域地域	161.1
08204	茨城県	鹿行南部地域	105.6
08205	茨城県	稲敷地域	73.3
08206	茨城県	常総地域	88.0
08207	茨城県	茨城西南地域	105.0
08208	茨城県	つくば市・筑西地域	123.3
09201	栃木県	宇都宮・日光	70.5
09202	栃木県	那須・塩谷・南那須	114.9
09203	栃木県	芳賀	147.8
09204	栃木県	小山	184.5
09205	栃木県	鹿沼・栃木	162.6
09206	栃木県	両毛	131.6

※下位33.3%の閾値を102.71と設定している。

小児科医師偏在指標（令和8年4月版）

（小児医療圏別）

 下位33.3%

医療圏コード	都道府県	小児医療圏	小児科医師偏在指標
10201	群馬県	西毛	111.7
10202	群馬県	東毛	85.2
10203	群馬県	中毛	107.3
10204	群馬県	北毛	210.8
11201	埼玉県	児玉	24.6
11202	埼玉県	熊谷・深谷	71.4
11203	埼玉県	東部北	78.5
11204	埼玉県	東部南	94.0
11205	埼玉県	川口	107.0
11206	埼玉県	さいたま市	125.4
11207	埼玉県	中央	58.5
11208	埼玉県	戸田・蕨	102.8
11209	埼玉県	朝霞	102.7
11210	埼玉県	川越	146.0
11211	埼玉県	所沢	119.8
11212	埼玉県	坂戸・飯能	149.4
11213	埼玉県	比企	71.1
11214	埼玉県	秩父	53.9
12201	千葉県	千葉	139.4
12202	千葉県	東葛南部	83.1
12203	千葉県	東葛北部	86.9
12204	千葉県	印旛	114.0
12205	千葉県	香取海匝	196.2
12206	千葉県	山武長生夷隅	64.7
12207	千葉県	安房	152.1
12208	千葉県	君津	58.8
12209	千葉県	市原	90.1
13201	東京都	区北	129.7
13202	東京都	区東	195.6
13203	東京都	区西南	167.5
13204	東京都	多摩	136.9
13205	東京都	島しょ	640.4

医療圏コード	都道府県	小児医療圏	小児科医師偏在指標
14201	神奈川県	川崎北部	139.0
14202	神奈川県	川崎南部	155.8
14203	神奈川県	横浜北部	119.2
14204	神奈川県	横浜西部	99.9
14205	神奈川県	横浜南部	142.2
14206	神奈川県	三浦半島	108.0
14207	神奈川県	鎌倉	106.3
14208	神奈川県	東湘	95.7
14209	神奈川県	県央	89.4
14210	神奈川県	平塚・中郡	116.8
14211	神奈川県	西湘	112.9
14212	神奈川県	秦野・伊勢原	154.9
14213	神奈川県	厚木	94.5
14214	神奈川県	相模原	106.8
15201	新潟県	下越	114.1
15202	新潟県	新潟	130.8
15203	新潟県	県央	121.4
15204	新潟県	中越	138.1
15205	新潟県	魚沼	118.7
15206	新潟県	上越	93.4
15207	新潟県	佐渡	125.3
16201	富山県	新川	88.8
16202	富山県	富山	160.3
16203	富山県	高岡	109.7
16204	富山県	砺波	131.1
17201	石川県	南加賀	103.4
17202	石川県	石川中央	113.7
17203	石川県	能登中部	190.6
17204	石川県	能登北部	226.0
18201	福井県	嶺北	140.9
18202	福井県	嶺南	118.8
19201	山梨県	国中地域	148.3
19202	山梨県	富士・東部地域	124.7

※下位33.3%の閾値を102.71と設定している。

小児科医師偏在指標（令和8年4月版）

（小児医療圏別）

 下位33.3%

医療圏コード	都道府県	小児医療圏	小児科医師偏在指標
20201	長野県	佐久	128.5
20202	長野県	上小	86.3
20203	長野県	諏訪	114.3
20204	長野県	上伊那	91.7
20205	長野県	飯伊	65.6
20206	長野県	木曽	522.6
20207	長野県	松本	253.6
20208	長野県	大北	134.7
20209	長野県	長野	115.0
20210	長野県	北信	134.6
21201	岐阜県	岐阜	151.2
21202	岐阜県	西濃	108.4
21203	岐阜県	中濃	91.4
21204	岐阜県	東濃	106.8
21205	岐阜県	飛騨	107.4
22201	静岡県	賀茂	113.1
22206	静岡県	富士	109.7
22209	静岡県	志太榛原	120.7
22210	静岡県	中東遠	93.2
22213	静岡県	熱海伊東	148.5
22214	静岡県	駿東田方	111.0
22215	静岡県	静岡	55.1
22216	静岡県	西部	134.1
23202	愛知県	海部	58.7
23204	愛知県	尾張東部	119.6
23205	愛知県	尾張西部	106.1
23206	愛知県	尾張北部	90.0
23207	愛知県	知多半島	131.3
23208	愛知県	西三河北部	91.6
23209	愛知県	西三河南部西	72.0
23210	愛知県	西三河南部東	79.7
23211	愛知県	東三河北部	57.4
23212	愛知県	東三河南部	81.0
23213	愛知県	名古屋・尾張中部	128.2

医療圏コード	都道府県	小児医療圏	小児科医師偏在指標
24201	三重県	北勢	99.0
24202	三重県	中勢伊賀	144.8
24203	三重県	南勢志摩	127.9
24204	三重県	東紀州	147.4
25203	滋賀県	東近江	199.0
25205	滋賀県	大津	131.7
25206	滋賀県	湖西	170.6
25207	滋賀県	湖南	65.4
25208	滋賀県	甲賀	137.2
25209	滋賀県	湖東	84.7
25210	滋賀県	湖北	87.2
26201	京都府	丹後	125.2
26202	京都府	中丹	117.7
26203	京都府	南丹	136.9
26204	京都府	京都・乙訓	181.5
26205	京都府	山城北	134.4
26206	京都府	山城南	73.7
27201	大阪府	豊能	141.3
27202	大阪府	三島	142.1
27203	大阪府	北河内	110.3
27204	大阪府	中河内	106.2
27205	大阪府	南河内	154.0
27206	大阪府	堺市	97.2
27207	大阪府	泉州	132.6
27208	大阪府	大阪市	127.5
28201	兵庫県	神戸・三田	183.3
28202	兵庫県	阪神	145.3
28203	兵庫県	東播磨	98.2
28204	兵庫県	北播磨	112.1
28205	兵庫県	播磨姫路	107.8
28206	兵庫県	但馬	151.4
28207	兵庫県	丹波	133.0
28208	兵庫県	淡路	149.4

※下位33.3%の閾値を102.71と設定している。

小児科医師偏在指標（令和8年4月版）

（小児医療圏別）

 下位33.3%

医療圏コード	都道府県	小児医療圏	小児科医師偏在指標
29201	奈良県	奈良	136.0
29202	奈良県	東和	126.0
29203	奈良県	西和	96.4
29204	奈良県	中和	159.2
29205	奈良県	南和	130.0
30201	和歌山県	和歌山	155.7
30202	和歌山県	那賀	142.6
30203	和歌山県	橋本	107.7
30204	和歌山県	有田	56.1
30205	和歌山県	御坊	161.0
30206	和歌山県	田辺	128.3
30207	和歌山県	新宮	128.1
31201	鳥取県	東部	149.8
31202	鳥取県	中部	128.2
31203	鳥取県	西部	209.9
32201	島根県	松江	134.5
32202	島根県	雲南	66.6
32203	島根県	出雲	139.1
32204	島根県	大田	89.2
32205	島根県	浜田	161.8
32206	島根県	益田	95.3
32207	島根県	隠岐	168.1
33201	岡山県	県南東部	137.3
33202	岡山県	県南西部	123.9
33203	岡山県	高梁・新見	221.6
33204	岡山県	真庭	59.2
33205	岡山県	津山・英田	101.9
34201	広島県	広島	117.7
34202	広島県	広島西	127.1
34203	広島県	呉	135.1
34204	広島県	広島中央	78.4
34205	広島県	尾三	137.4
34206	広島県	福山・府中	80.6
34207	広島県	備北	137.4

医療圏コード	都道府県	小児医療圏	小児科医師偏在指標
35201	山口県	岩国	106.1
35202	山口県	柳井・周南	88.3
35203	山口県	山口・防府・萩	112.1
35204	山口県	宇部・小野田	172.3
35205	山口県	下関・長門	102.4
36201	徳島県	東部	121.7
36202	徳島県	南部	174.7
36203	徳島県	西部	94.7
37201	香川県	大川	137.6
37202	香川県	小豆	273.6
37203	香川県	高松	151.2
37204	香川県	中讃	117.5
37205	香川県	三豊	123.5
38201	愛媛県	宇摩・新居浜・西条	108.2
38202	愛媛県	今治	123.9
38203	愛媛県	松山・八幡浜・大洲	138.0
38204	愛媛県	宇和島	149.9
39201	高知県	安芸	417.1
39202	高知県	中央	138.2
39203	高知県	高幡	1104.1
39204	高知県	幡多	204.2
40201	福岡県	福岡・糸島	125.2
40202	福岡県	粕屋	93.7
40203	福岡県	宗像	81.4
40204	福岡県	筑紫	93.0
40205	福岡県	朝倉	126.0
40206	福岡県	久留米	172.3
40207	福岡県	八女・筑後	99.9
40208	福岡県	有明	128.0
40209	福岡県	飯塚	126.9
40210	福岡県	直方・鞍手	92.3
40211	福岡県	田川	99.7
40212	福岡県	北九州	151.4
40213	福岡県	京築	37.7

※下位33.3%の閾値を102.71と設定している。

小児科医師偏在指標（令和8年4月版）

（小児医療圏別）

 下位33.3%

医療圏コード	都道府県	小児医療圏	小児科医師偏在指標
41201	佐賀県	中部+東部	132.6
41202	佐賀県	北部+西部	81.7
41203	佐賀県	南部	96.8
42201	長崎県	長崎	174.8
42202	長崎県	佐世保県北	94.7
42203	長崎県	県央	156.9
42204	長崎県	県南	62.7
42205	長崎県	五島	149.5
42206	長崎県	上五島	661.8
42207	長崎県	杵岐	116.5
42208	長崎県	対馬	186.6
43201	熊本県	有明・鹿本圏域	96.9
43202	熊本県	熊本中央圏域	115.9
43203	熊本県	菊池圏域	61.9
43204	熊本県	八代圏域	79.3
43205	熊本県	天草圏域	152.2
43206	熊本県	芦北圏域	399.0
43207	熊本県	球磨圏域	127.6
44201	大分県	東部	169.3
44202	大分県	中部	138.3
44203	大分県	南部	83.3
44204	大分県	豊肥	104.7
44205	大分県	西部	69.5
44206	大分県	北部	89.6

医療圏コード	都道府県	小児医療圏	小児科医師偏在指標
45201	宮崎県	県央	128.3
45202	宮崎県	県西	82.2
45203	宮崎県	県北	81.1
45204	宮崎県	県南	152.4
46201	鹿児島県	薩摩	119.5
46202	鹿児島県	北薩	108.9
46203	鹿児島県	始良・伊佐	91.9
46204	鹿児島県	大隅	64.7
46205	鹿児島県	熊毛	152.8
46206	鹿児島県	奄美	96.4
47201	沖縄県	北部	102.7
47202	沖縄県	中部	85.2
47203	沖縄県	南部	127.6
47204	沖縄県	宮古	92.2
47205	沖縄県	八重山	67.5

※下位33.3%の閾値を102.71と設定している。

（小児科医師偏在指標について）

小児科医師偏在指標は、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、小児科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。

1.【医師偏在指標の算出方法】

資料3 別添③

- ・医師数は、性別ごとに20歳代、30歳代、・・・60歳代、70歳代以上に区分して、平均労働時間の違いを用いて調整する。
- ・従来の人口10万人対医師数をベースに、地域ごとに性・年齢階級による外来受療率の違いを調整する。

医師偏在指標

=

標準化医師数^(※1)

÷

地域の人口（10万人）× 地域の標準化受療率比^(※2)

標準化診療所医師数^(※1)

=

Σ（性・年齢階級別医師数 × 性・年齢階級別労働時間比）

地域の標準化受療率比^(※2)

=

地域の期待受療率^(※3)

÷

全国の期待受療率

地域の期待受療率^(※3)

=

地域の入院医療需要^(※4)

+

地域の無床診療所医療需要^(※5)

÷

地域の人口

地域の入院医療需要^(※4)

（流出入調整係数反映）

=

Σ（全国の性・年齢階級別入院受療率 × 地域の性・年齢階級別人口） × 地域の入院患者流出入調整係数

地域の無床診療所医療需要^(※5)

（流出入調整係数反映）

=

Σ（全国の性・年齢階級別無床診療所受療率 × 地域の性・年齢階級別人口） × 無床診療所医療医師需要度 × 地域の無床診療所患者流出入調整係数

2.【データの出所・算出方法】

《患者等の流出入に係る医師偏在指標再計算データ》

《医師偏在指標関連データ》

医療施設従事医師数	・医師・歯科医師・薬剤師統計（2024年）12月31日現在の医療施設（病院及び診療所）従事医師数に、厚生労働省医政局地域医療計画課・医事課が令和8年に実施した個別調査結果を反映した、医療施設従事医師数（性・年齢階級別医師数）。 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（2025年） 2025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（2023年） 全国の性・年齢階級別入院患者数 住民基本台帳人口（2025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（2023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（2024年）2024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（2025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	・令和2年マクロ需給推計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）

21

1. 分娩取扱医師偏在指標の算出方法

・医師数は、性別・年齢階級別に区分して、平均労働時間の違いを用いて調整する。

分娩取扱医師偏在指標 =

標準化分娩取扱医師数^(※1)

分娩件数^(※) ÷ 1000件

標準化分娩取扱医師数^(※1) =

$$\frac{\sum \text{性・年齢階級別医師数} \times \text{性・年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

(※) 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。

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（2024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（2024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、厚生労働省医政局地域医療計画課・医事課が令和8年に実施した個別調査結果を反映した医師数のうち、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＝ $\sum$ （当該地域の性・年齢階級別医療施設従事医師数×性・年齢階級別医師の平均労働時間数÷全医師の平均労働時間数）÷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（2024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（2023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（2023年1月～12月）、9月の一あたり出生数を年間の一あたり出生数で除した「9月の出生調整係数（1.032）」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
※2-2 診療所分娩件数割合	・医療施設調査（2023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。

1. 小児科医師偏在指標の算出方法

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

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

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

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

$$\begin{aligned} \text{地域の入院医療需要}^{(\ast 4)} \text{ (流出入調整係数反映)} &= \sum \left(\text{全国の性} \cdot \text{年齢階級別入院受療率} \times \text{地域の性} \cdot \text{年齢階級別年少人口} \right) \times \text{地域の入院患者流出入調整係数} \\ \text{地域の無床診療所医療需要}^{(\ast 5)} \text{ (流出入調整係数反映)} &= \sum \left(\text{国の性} \cdot \text{年齢階級別無床診療所受療率} \times \text{地域の性} \cdot \text{年齢階級別年少人口} \right) \times \text{無床診療所医療医師需要度} \times \text{地域の無床診療所患者流出入調整係数} \end{aligned}$$

2. データの出所等

小児科医師数	・ 医師・歯科医師・薬剤師統計（2024年）12月31日現在の医療施設（病院及び診療所）従事医師数に、厚生労働省医政局地域医療計画課・医事課が令和8年に実施した個別調査結果を反映した医師数のうち、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（2025年） 2025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（2023年） 全国の性・年齢階級別入院患者数 住民基本台帳人口（2025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（2023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（2024年）2024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（2024年）2025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	・ 令和2年マクロ需給推計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）

第8次(前期)医師偏在指標等との比較

資料3別添④

医師偏在指標

○ 「医療供給」及び「医療需要」の前期からの伸び

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数}}{\text{地域の人口(10万人)} \times \text{地域の標準化受療率比}}$$
...医療供給に関する数値
...医療需要に関する数値

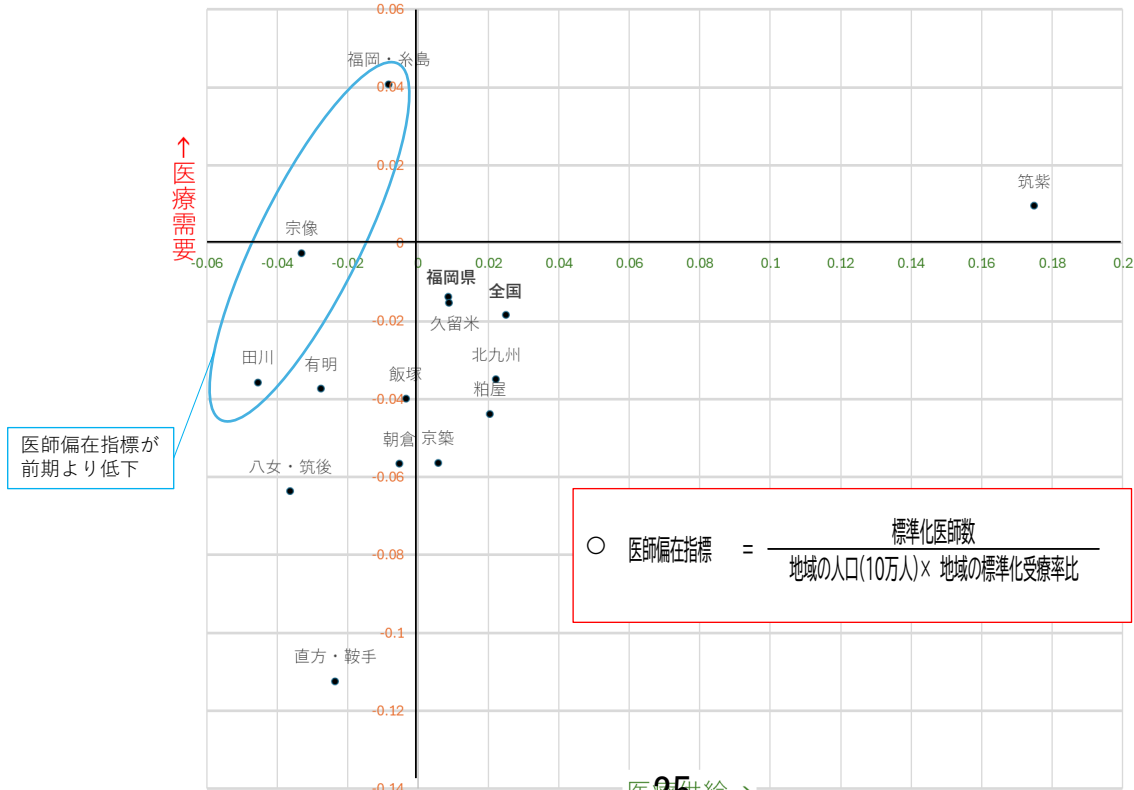
	第8次（前期）				第8次（後期）				伸び率	
	医療供給: (標準化 医師数)	医療需要: (標準化 受療率比)	地域の人口 (10万人)	地域の標準化 受療率比	医療供給: (標準化 医師数)	医療需要: (標準化 受療率比)	地域の人口 (10万人)	地域の標準化 受療率比	医療供給	医療需要
全国	323,700	1,266.5	1,267	1.0000	331,748	1,243	1,243	1.0000	0.0249	▲ 0.0183
福岡県	15,931	50.9	51.2425	0.9924	16,069	50.2	50.8714	0.9860	0.0087	▲0.0137
01福岡・糸島	6,244	15.6	16.6544	0.9396	6,191	16.3	17.1241	0.9512	▲0.0084	0.0409
02粕屋	588	2.7	2.9519	0.9030	600	2.5	2.9414	0.8666	0.0203	▲0.0438
03宗像	288	1.5	1.6447	0.8832	279	1.4	1.6608	0.8724	▲0.0330	▲0.0025
04筑紫	785	3.5	4.422	0.7896	922	3.5	4.4286	0.7962	0.1749	0.0096
05朝倉	151	0.7	0.8417	0.8882	150	0.7	0.8258	0.8541	▲0.0053	▲0.0566
06久留米	2,056	5.0	4.5649	1.1045	2,074	5.0	4.4804	1.1082	0.0087	▲0.0152
07八女・筑後	306	1.4	1.3109	1.0780	295	1.3	1.2783	1.0353	▲0.0364	▲0.0636
08有明	577	2.5	2.1358	1.1560	561	2.4	2.0053	1.1852	▲0.0275	▲0.0373
09飯塚	672	2.0	1.7781	1.1066	669	1.9	1.7101	1.1047	▲0.0035	▲0.0399
10直方・鞍手	206	1.1	1.0667	1.0457	201	1.0	1.0260	0.9651	▲0.0235	▲0.1124
11田川	257	1.3	1.2250	1.0628	245	1.3	1.1489	1.0927	▲0.0454	▲0.0357
12北九州	3,530	11.7	10.7818	1.0855	3608	11.3	10.4327	1.0827	0.0221	▲0.0349
13京築	273	1.8	1.8668	0.9640	274	1.7	1.8094	0.9386	0.0057	▲0.0563

黄色: 全国の上位33.3% 青色: 全国の下位33.3% 水色: 医師偏在指標が前期より低下

出典：厚生労働省HP令和8年4月公表データ

○ 前期の指標を0として比較した結果、医療需要は多くの医療圏で前回値より低下、医療供給は▲0.04～0.02の間に多く分布している。

「医療供給」及び「医療需要」の前期からの伸び



分娩取扱医師偏在指標

○ 「医療供給」及び「医療需要」の前期からの伸び

分娩取扱医師偏在指標 = (標準化分娩取扱医師数 / 分娩件数 ÷ 1,000件) × 100

…医療供給に関する数値
…医療需要に関する数値

	第8次（前期）				第8次（後期）				伸び率	
	医療供給： （標準化 分娩取扱 医師数）	分娩取扱 医師数	労働時間 調整係数	医療需要： （年間調整 後分娩件数）	医療供給： （標準化 分娩取扱 医師数）	分娩取扱 医師数	労働時間 調整係数	医療需要： （年間調整 後分娩件数）	医療供給	医療需要
全国	9,326.2	9,396.0	0.993	888.46	9,317.8	9,356.0	0.996	695.78	▲ 0.0009	▲ 0.2169
福岡県	404.4	407.2	0.993	36.61	410.7	410.8	1.000	33.05	0.0156	▲ 0.0972
福岡	193.3	196.0	0.986	18.54	196.8	198.2	0.993	17.36	0.0179	▲ 0.0636
筑後	85.9	86.0	0.999	7.40	99.7	98.8	1.009	6.55	0.1604	▲ 0.1144
筑豊	22.4	22.0	1.017	2.59	21.0	21.4	0.979	1.87	▲ 0.0632	▲ 0.2753
北九州	102.8	103.2	0.996	8.08	93.2	92.4	1.009	7.26	▲ 0.0926	▲ 0.1015

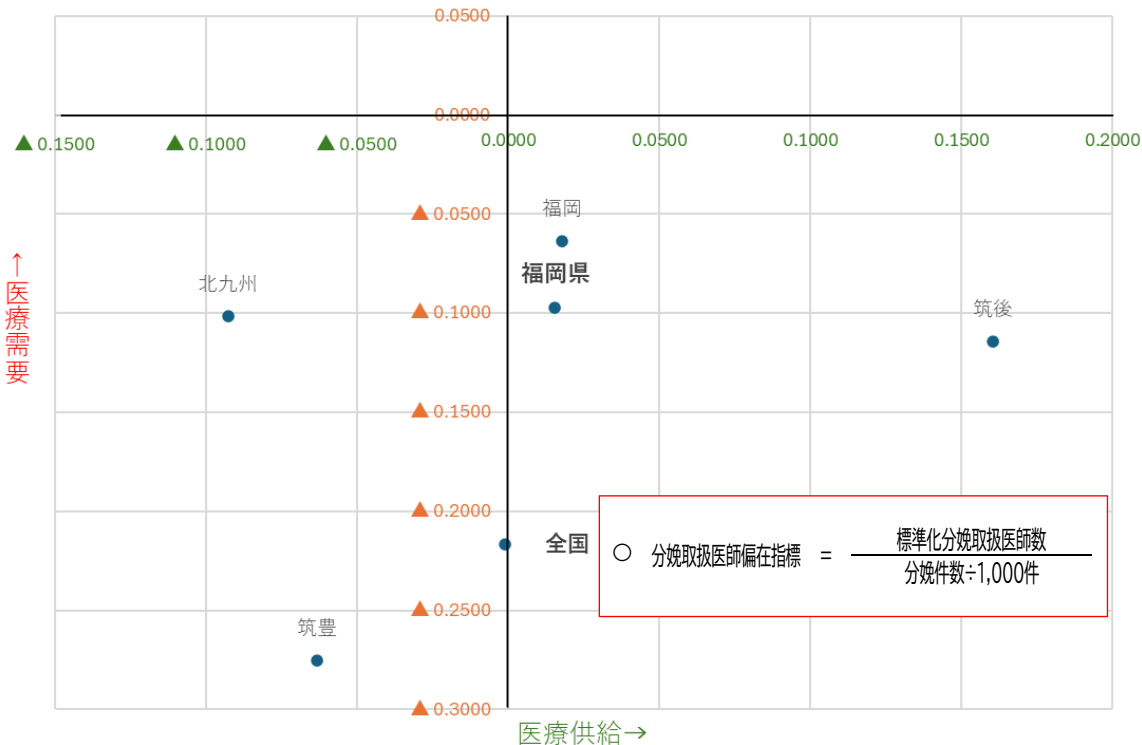
：全国の下位33.3% ：医師偏在指標が前期より低下

出典：厚生労働省HP令和8年6月公表データ

3

○ 前期の指標を0として比較した結果、医療需要は全ての医療圏で前回値より低下、医療供給は県全体、福岡周産期医療圏、筑後周産期医療圏で上昇、筑豊周産期医療圏、北九州周産期医療圏で低下している。

「医療供給」及び「医療需要」の前期からの伸び



小児科医師偏在指標

○「医療供給」及び「医療需要」の前期からの伸び

小児科医師偏在指標 =
$$\frac{\text{標準化小児科医師数}}{\text{地域の年少人口(10万人)} \times \text{地域の標準化受療率比}}$$
 ...医療供給に関する数値

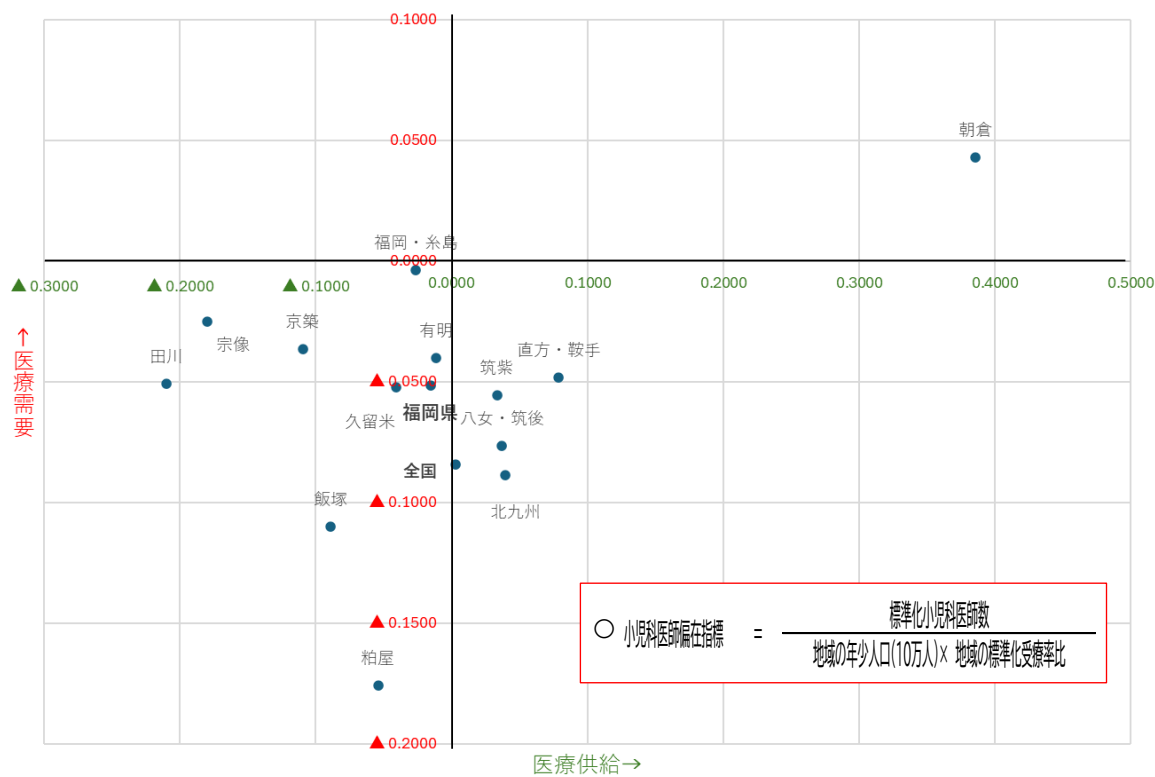
...医療需要に関する数値

	第8次（前期）				第8次（後期）				伸び率	
	医療供給： （標準化小児科医師数）	医療需要：	年少人口 （10万人）	標準化受療率比	医療供給： （標準化小児科医師数）	医療需要：	年少人口 （10万人）	標準化受療率比	医療供給	医療需要
全国	17,633.5	153.1808	153.1808	1	17,678.1	140.256	140.256	1	0.0025	▲ 0.0844
福岡県	844.4	6.9199	6.746	1.026	831.5	6.5646	6.417	1.023	▲ 0.0153	▲ 0.0514
01福岡・糸島	314.9	2.4585	2.235	1.100	306.6	2.4492	2.170	1.129	▲ 0.0262	▲ 0.0038
02粕屋	36.5	0.4469	0.479	0.932	34.5	0.3684	0.441	0.835	▲ 0.0542	▲ 0.1757
03宗像	19.5	0.2019	0.248	0.815	16.0	0.1969	0.247	0.798	▲ 0.1799	▲ 0.0250
04筑紫	51.9	0.6111	0.586	1.042	53.6	0.5771	0.632	0.913	0.0333	▲ 0.0555
05朝倉	6.3	0.0669	0.106	0.629	8.8	0.0698	0.102	0.686	0.3853	0.0429
06久留米	135.3	0.7945	0.622	1.277	129.7	0.7531	0.582	1.294	▲ 0.0410	▲ 0.0522
07八女・筑後	12.1	0.1355	0.171	0.792	12.5	0.1251	0.162	0.771	0.0368	▲ 0.0767
08有明	28.0	0.2252	0.243	0.926	27.7	0.2161	0.214	1.010	▲ 0.0114	▲ 0.0402
09飯塚	27.8	0.2239	0.222	1.007	25.3	0.1993	0.204	0.979	▲ 0.0890	▲ 0.1098
10直方・鞍手	6.7	0.0821	0.130	0.633	7.2	0.0781	0.117	0.669	0.0787	▲ 0.0481
11田川	12.8	0.1065	0.150	0.711	10.1	0.1011	0.131	0.773	▲ 0.2098	▲ 0.0507
12北九州	186.1	1.4021	1.316	1.066	193.5	1.2779	1.198	1.067	0.0397	▲ 0.0886
13京築	6.6	0.1622	0.237	0.684	5.9	0.1563	0.217	0.719	▲ 0.1097	▲ 0.0363

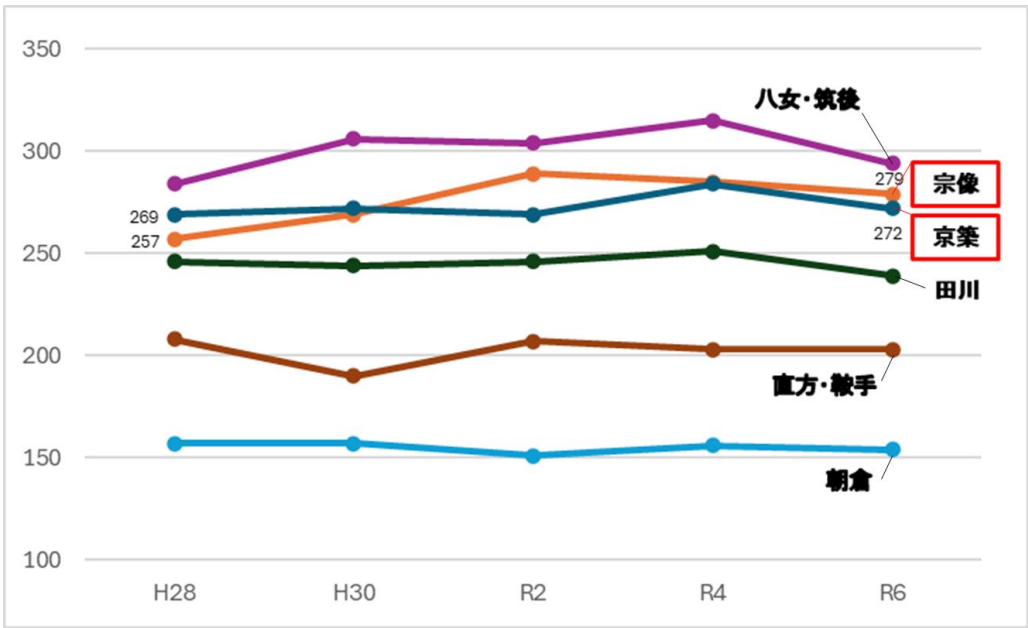
：全国の下位33.3% ：医師偏在指標が前期より低下 出典：厚生労働省HP令和8年6月公表データ 5

○ 前期の指標を0として比較した結果、医療需要は朝倉小児医療圏を除き前回値より低下、医療供給は▲0.2～0.1の間に多く分布している。

「医療供給」及び「医療需要」の前期からの伸び



➤【参考1】医療施設従事医師数の推移



■ 医療施設従事医師数では、宗像・京築ともに増加
(宗像：H28 257人→R6 279人、京築：H28 269人→R6 272人)。

出典：医師・歯科医師・薬剤師統計

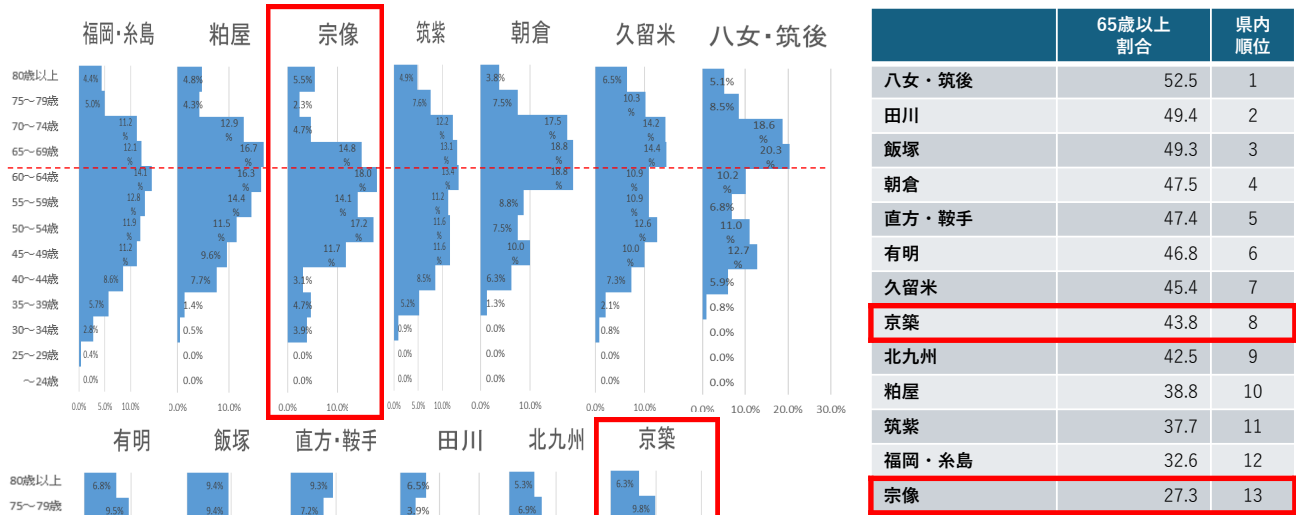
➤【参考2】診療科の医療施設従事医師数の推移(主な診療科)

	宗像				京築			
	H28	R2	R6	R6-H28 (差)	H28	R2	R6	R6-H28 (差)
内科	106	115	113	+7	120	116	118	▲2
小児科	14	20	16	+2	9	7	6	▲3
外科	18	22	22	+4	21	24	20	▲1
産婦人科	12	9	7	▲5	4	5	3	▲1
麻酔科	5	5	6	+1	2	3	3	+1
救急科		1	1	+1	3	8	10	+7

※内科：内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、脳神経内科、糖尿病内科、血液内科、アレルギー科、リウマチ科、感染症内科、心療内科
外科：外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科
産婦人科：産科・婦人科・産婦人科

■ 宗像は産婦人科を除く多くの診療科で増加。京築は内科や小児科等で減少し、麻酔科や救急科で増加。

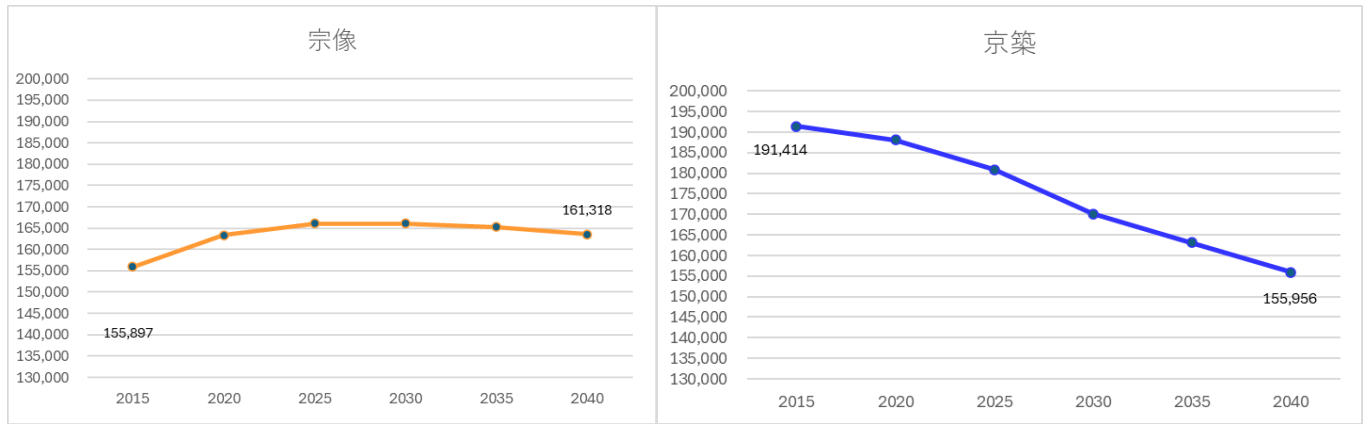
➤【参考3】診療所医師の高齢化率



■ 65歳以上の診療所医師の割合では、京築は中位（43.8% 8位）、宗像は県内で最も低い（27.3% 13位）。

出典：厚労省提供データ（医師・歯科医師・薬剤師統計（令和6年12月31日現在）及び厚生労働省医政局地域医療計画課・医事課が令和8年に実施した個別調査結果）

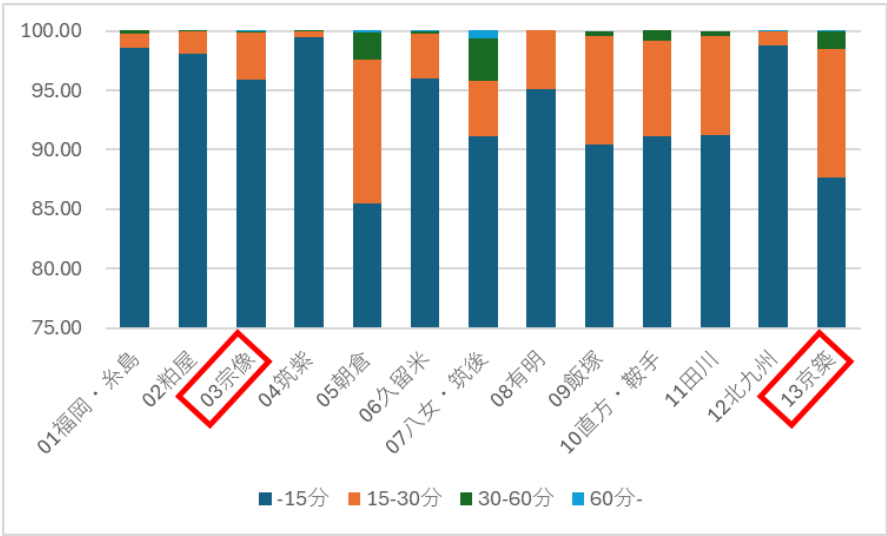
➤【参考4】人口の推移



■ 京築では減少が続いており、増加傾向にあった宗像においても2030年から人口減少が見込まれる。

出典：住民基本台帳年報、日本の地域別将来推計人口

➤【参考5】最寄りの医療機関へのアクセシビリティ



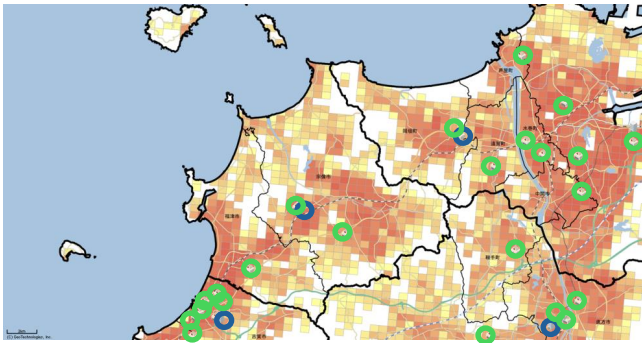
	運転時間が15分以内の割合	県内順位
筑紫	99.44	1
北九州	98.80	2
福岡・糸島	98.56	3
粕屋	98.08	4
久留米	96.00	5
宗像	95.92	6
有明	95.06	7
田川	91.29	8
八女・筑後	91.14	9
直方・鞍手	91.13	10
飯塚	90.40	11
京築	87.69	12
朝倉	85.45	13

■ 最寄りの医療機関へのアクセシビリティでは、宗像が中位（宗像：95.92% 6位）、京築は低位（87.69% 12位）。

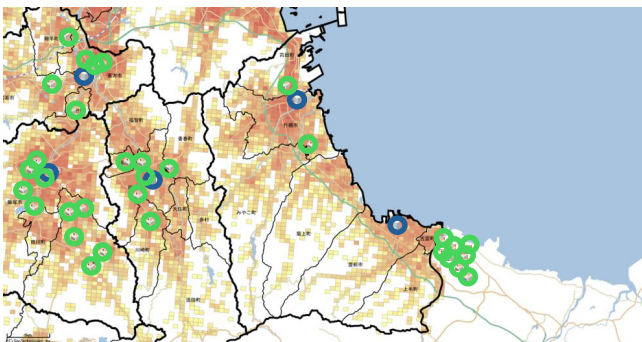
出典：福岡県外来医療計画データ集
「福岡県における診療科目ごとの医療機関へのアクセシビリティ」（R7） 5

➤【参考6】人口メッシュ及び救急搬送の状況

【宗像】



【京築】



● 二次救急医療機関 ● 急患センター

出典：国勢調査31

【救急搬送の状況】

	搬送人員	管内人数	管内人数の割合	県内順位
北九州	56,933	2,602	95.4	1
田川	6,713	354	94.9	2
福岡・糸島	79,678	4,248	94.1	3
飯塚	7,728	523	93.6	4
久留米	19,693	1,728	91.6	5
有明	9,582	930	91.0	6
宗像	5,677	590	90.5	7
粕屋	11,496	1,286	89.8	8
筑紫	16,946	2,220	88.3	9
京築	7,483	1,001	88.1	10
朝倉	3,309	518	86.4	11
八女・筑後	5,512	867	86.4	12
直方・鞍手	5,106	987	83.8	13

※管内・管外：医療圏の中に存在する消防局・消防本部管内・管轄外。

参考：福岡県消防年報

■ 救急搬送における患者の管内受入れ割合では、宗像は中位（90.5% 7位）、京築は低位（88.1% 10位）。

➤【参考7】患者流出率(外来)

		患者数（施設所在地）（病院＋一般診療所の外来患者数、千人/日）															患者 流出率	県内 順位
		福岡・糸島	粕屋	宗像	筑紫	朝倉	久留米	八女・筑後	有明	飯塚	直方・鞍手	田川	北九州	京築	都道府県外			
患者数 （患者住 所地）	福岡・糸島	94.2%	2.0%	0.1%	2.1%	0.0%	0.2%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.2%	0.0%	1.0%	北九州	2.9	1
	粕屋	21.1%	73.1%	2.3%	1.8%	0.0%	0.2%	0.0%	0.0%	0.3%	0.1%	0.1%	0.4%	0.0%	0.6%	福岡・糸島	5.8	2
	宗像	7.2%	8.2%	79.4%	0.2%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.2%	0.3%	0.1%	3.7%	0.0%	0.6%	飯塚	8.9	3
	筑紫	16.3%	0.5%	0.1%	79.6%	0.5%	1.6%	0.0%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	1.1%	久留米	10.8	4
	朝倉	2.2%	0.1%	0.0%	6.7%	70.8%	17.7%	0.2%	0.1%	0.3%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	1.7%	有明	11.6	5
	久留米	1.4%	0.1%	0.0%	1.1%	1.4%	89.2%	2.2%	1.6%	0.1%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	2.9%	京築	16.0	6
	八女・筑後	0.8%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	12.5%	83.5%	2.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.8%	八女・筑後	16.5	7
	有明	0.8%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	5.5%	2.6%	88.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	2.5%	田川	17.6	8
	飯塚	2.5%	0.5%	0.1%	0.4%	0.0%	0.2%	0.0%	0.0%	91.1%	2.2%	1.5%	0.8%	0.1%	0.5%	筑紫	20.4	9
	直方・鞍手	1.8%	0.9%	1.8%	0.1%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	7.6%	74.7%	0.7%	11.7%	0.1%	0.5%	宗像	20.6	10
	田川	1.3%	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.2%	0.0%	0.0%	7.5%	3.7%	82.4%	3.1%	1.2%	0.5%	直方・鞍手	25.3	11
	北九州	0.7%	0.1%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.6%	0.1%	97.1%	0.3%	0.7%	粕屋	26.9	12
	京築	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	0.1%	0.3%	8.9%	84.0%	5.9%	朝倉	29.2	13

■ 外来における患者流出率では、京築は中位（京築:16.0% 6位）、宗像は高い（20.6% 10位）。宗像の流出率の高さは、都市部へのアクセスの良さ、通勤・通学での圏外流出率の高さによるものと考えられる。

出典：厚労省提供データ（NDBの令和6年4月から7年3月までの病院＋一般診療所における初再診・在宅医療の診療分データ（12か月分算定回数）から集計）

➤【参考8】患者流出率(入院)

		患者数（施設所在地）（病院の入院患者数）															患者 流出率	県内 順位
		福岡・糸島	粕屋	宗像	筑紫	朝倉	久留米	八女・筑後	有明	飯塚	直方・鞍手	田川	北九州	京築	都道府県外			
患者数 （患者住所地）	福岡・糸島	88.0%	3.7%	0.6%	3.7%	0.1%	0.7%	0.1%	0.3%	0.2%	0.0%	0.2%	0.4%	0.0%	2.0%	北九州	6.9	1
	粕屋	28.3%	61.4%	3.7%	3.2%	0.1%	0.7%	0.0%	0.1%	0.5%	0.2%	0.2%	0.6%	0.0%	1.0%	福岡・糸島	12.0	2
	宗像	10.7%	19.5%	61.3%	0.5%	0.1%	0.4%	0.0%	0.2%	0.5%	0.7%	0.2%	4.6%	0.1%	1.1%	有明	18.8	3
	筑紫	26.3%	1.9%	0.2%	61.5%	0.6%	4.9%	0.2%	0.4%	0.2%	0.0%	0.3%	0.3%	0.0%	3.0%	飯塚	21.8	4
	朝倉	2.8%	0.3%	0.1%	6.9%	57.6%	26.1%	0.8%	0.4%	0.3%	0.0%	0.4%	0.3%	0.1%	4.0%	久留米	22.7	5
	久留米	1.4%	0.2%	0.2%	1.3%	2.3%	77.3%	4.4%	3.2%	0.1%	0.0%	0.1%	0.2%	0.1%	9.2%	田川	26.5	6
	八女・筑後	0.9%	0.1%	0.1%	0.4%	0.1%	20.6%	69.7%	5.0%	0.1%	0.0%	0.1%	0.2%	0.1%	2.7%	京築	30.2	7
	有明	0.8%	0.1%	0.2%	0.2%	0.1%	9.9%	2.8%	81.2%	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%	0.0%	4.6%	八女・筑後	30.3	8
	飯塚	3.5%	2.5%	0.5%	0.6%	0.2%	0.9%	0.0%	0.1%	78.2%	2.7%	8.2%	1.4%	0.2%	1.0%	筑紫	38.5	9
	直方・鞍手	2.7%	1.8%	2.7%	0.1%	0.0%	0.3%	0.0%	0.2%	11.8%	59.0%	4.2%	16.5%	0.3%	0.5%	粕屋	38.6	10
	田川	1.7%	0.5%	0.4%	0.2%	0.1%	0.4%	0.0%	0.3%	13.0%	2.4%	73.5%	3.9%	3.1%	0.6%	宗像	38.7	11
	北九州	1.1%	0.5%	1.0%	0.1%	0.0%	0.3%	0.0%	0.2%	0.2%	1.3%	0.7%	93.1%	0.5%	1.0%	直方・鞍手	41.0	12
	京築	0.9%	0.2%	0.2%	0.1%	0.0%	0.3%	0.0%	0.0%	0.2%	0.1%	1.2%	17.1%	69.8%	9.9%	朝倉	42.4	13

■ 入院における患者流出率では、京築が中位（京築：30.2% 7位）、宗像は高い（38.7% 11位）。

出典：厚生労働省提供データ（NDBの令和6年4月から7年3月までの病院・有床診療所における入院レセプトの診療実日数を集計。）

医師確保計画策定ガイドライン ～第 8 次（後期）～

令和 8 年 6 月

〔目次〕

1. 序文

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

2. 医師確保計画の策定を行う体制等の整備

3. 医師偏在指標

- 3－1. 現在時点の医師偏在指標
- 3－2. 将来時点の医師偏在指標

4. 医師少数区域・医師多数区域の設定

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

5. 医師確保計画

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

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

8. 医師確保計画の効果の測定・評価

1. 序文

1－1. 医師確保計画を通じた医師偏在対策の必要性と方向性

- 医師の偏在は、地域間、診療科間のそれぞれにおいて、長きにわたり課題として認識されながら、現時点においても解消が図られていない。平成 20 年度（2008 年度）以降、地域枠を中心とした全国的な医師数の増加等を行ってきたが、医師偏在対策が十分図られなければ、地域や診療科といったミクロの領域での医師不足の解消にはつながらない。
- このため、「医療法及び医師法の一部を改正する法律（平成 30 年法律第 79 号。以下「平成 30 年改正法」という。）」に基づき、全国ベースで三次医療圏ごと及び二次医療圏ごとの医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価した指標（以下「医師偏在指標」という。）が算定され、都道府県において、2019 年度中に医療計画の中に新たに「医師確保計画」として三次医療圏間及び二次医療圏間の偏在是正による医師確保対策等を定め、2020 年度から当該計画に基づく取組が行われている。
- これまで、こうした取組が行われてきたところであるが、地域ごとに人口構造が急激に変化する中で、将来にわたり地域で必要な医療提供体制を確保し、適切な医療サービスを提供するため、①医師確保計画に基づく取組を進めつつ、経済的インセンティブ、地域の医療機関の支え合いの仕組み、医師養成過程を通じた取組等を組み合わせた総合的な対策を実施する、②医師の価値観の変化やキャリアパス等を踏まえ、医師の勤務・生活環境、柔軟な働き方等に配慮しながら、中堅・シニア世代を含む全ての世代の医師にアプローチする、③医師偏在指標だけでなく、可住地面積あたり医師数、アクセス等の地域の実情を踏まえ、支援が必要な地域を明確にした上で、従来のへき地対策を超えた取組を実施する、という基本的な考え方に基づき、実効性のある総合的な医師偏在対策を推進するため、厚生労働省において、2024 年 12 月 25 日に医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（以下「総合パッケージ」という。）を策定した。
- 総合パッケージに基づく医師偏在対策を推進するため、総合パッケージの内容を踏まえた「医療法等の一部を改正する法律（令和 7 年法律第 87 号。以下「令和 7 年改正法」という。）」が 2025 年 12 月に成立し、令和 7 年改正法に基づき、都道府県が医療計画において「重点的に医師を確保すべき区域（以下「重点医師偏在対策支援区域」という。）」を定めることができることとなった。また、都道府県においては、本ガイドラインで示す考え方等を参考として、医師確保計画において、重点医師偏在対策支

援区域を対象とした「医師偏在是正プラン」を策定することとしている。

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

1－2．医師確保計画の全体像

- 厚生労働省が示す医師偏在指標の計算式・計算結果に基づき、都道府県において医師偏在指標を定め、この医師偏在指標等に基づき、二次医療圏のうちから医師少数区域・医師多数区域を設定する。
- 都道府県内の医師少数区域・医師多数区域の状況によって、都道府県内の調整により医師確保を図る必要があるか、他の都道府県からの医師確保も必要となるかが異な

¹ 医師確保計画においては、「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会 第 5 次中間取りまとめ」における、将来の医師需給推計（以下「マクロ需給推計」という。）に基づき、2036 年時点において全国の医師数が全国の医師需要に一致する場合の医師偏在指標の値（全国値）を算出し、医療圏ごとに、医師偏在指標が全国値と等しい値になることを、医師偏在是正の目標とする。

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

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

1－3．医師確保計画の策定に当たっての留意事項

(1) 医療計画におけるその他の記載事項との関係

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

(2) 地域医療構想との関係

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

- 医師確保計画及び医師偏在是正プランの策定に当たっては、今後策定される新たな地域医療構想を踏まえ、地域における医療提供体制の向上に資する形で地域医療構想と整合的に行われるよう留意しなければならない。第8次（後期）医師確保計画の策定においては、現行の二次医療圏、構想区域を前提として策定することが考えられるが、新たな地域医療構想の策定に向けて、構想区域の設定の見直しや医療機関機能の確保についての検討を行うことから、医師確保計画の策定においても、これらの現状と課題を踏まえ、構想区域の設定の考え方等と整合性を図るよう留意すること。
- 2030 年度に開始予定の第9次（前期）医師確保計画については、2028 年度に国において医師確保計画策定ガイドラインの見直しを行い、2029 年度に都道府県において医師確保計画を策定することとなる。新たな地域医療構想は、遅くとも 2028 年度までに策定することとされており、第9次（前期）医師確保計画策定ガイドラインの見直し及び医師確保計画の策定については、策定された新たな地域医療構想を踏まえて行うこととする。

（3） 医師の働き方改革との関係

- 労働基準法（昭和 22 年法律第 49 号）に基づく診療に従事する医師に対する時間外・休日労働時間の上限規制が、2024 年 4 月から適用された。医師の労働時間の短縮のためには、個別の医療機関における取組だけでなく、地域医療提供体制全体として、医師確保の取組を進めることが求められる。このため、「医師の労働時間短縮等に関する指針」（令和 4 年厚生労働省告示第 7 号）等を踏まえ、各医療機関における医師の勤務環境の改善と地域全体における医師確保対策を一体的に推進していくことが必要となる。

（4） 大学や医師会等との連携

- 地域における医療提供体制の整備については、大学や医師会、地域の中核病院等との連携が重要であり、都道府県はこれらの関係者と、地域医療対策協議会等の場で合意を得た上で医師確保計画を策定しなければならない。また、策定された医師確保計画に沿って行われる医師確保対策について、大学や医師会、地域の中核病院等は協力して支援を行うことが医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 30 条の 27 に規定されている。また、総合パッケージにおいて、都道府県と大学病院等の間で、医師派遣・配置、医学部地域枠、寄附講座等に関する連携パートナーシップ協定の締結を推進することとしている。
- 文部科学省の大学病院機能強化推進事業（令和 7 年度補正予算において措置。）において、大学病院に対し、例えば地域ごとに大学や自治体等の関係機関のトップが参

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

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

（５）医師の養成過程を通じた偏在対策との関係

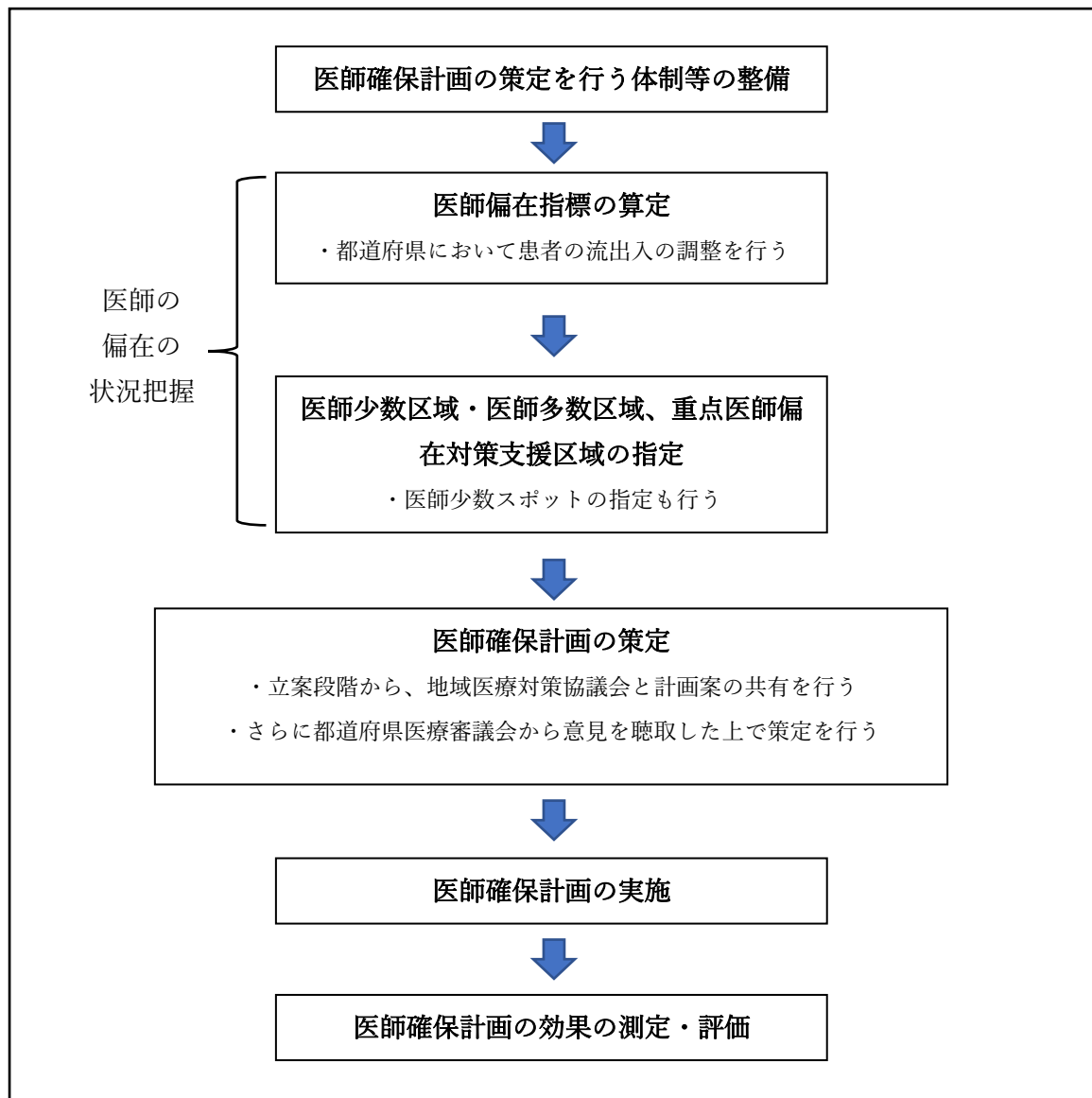
- 医師の養成過程を通じた医師の偏在対策には、医学部臨時定員を含む医学部への地域枠の設置、臨床研修制度及び専門研修制度を通じた対策、総合的な診療能力を有する医師の育成等がある中、現行の医師確保計画策定ガイドラインにおける医師養成過程を通じた取組については、医学部臨時定員を含む医学部への地域枠の設置及び地域枠医師の地域におけるキャリア形成支援が中心となっていた。
- 医師の養成過程に係る制度については、累次の見直しを行ってきているところ、都道府県が制度を効果的に活用することで地域の医師の偏在対策をより充実させることにつながる。このため、都道府県が地域の実情に合わせて効果的に制度を活用できるよう、制度の趣旨等も踏まえて医師の養成過程を通じた医師偏在対策に関する都道府県等の対応の在り方を整理し、医師確保計画の実効性をより向上させることや、より効率的な地域の医師確保を実現することを目的とするものである。
- 具体的には、
 - ・ 医学部定員における地域枠等の取組
 - ・ 臨床研修における取組
 - ・ 専門研修における取組
 - ・ 必要な診療科の医師の育成・確保に関する取組等における具体的な対応を 6. に整理する。

1－4．医師確保計画の策定スケジュール

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

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

1－5．医師確保計画の策定手続のイメージ



1－6．医師確保計画における記載事項

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

2. 医師確保計画の策定を行う体制等の整備

- 医師確保計画は医療計画の一部であることから、その策定に当たっては、医師会等の診療又は調剤に関する学識経験者の団体の意見を聴くとともに、都道府県医療審議会²、市町村及び保険者協議会³の意見を聴く必要がある⁴。
- また、医師確保計画の策定段階から地域の医療関係者、保険者及び患者・住民の意見を聴く必要があることから、都道府県においては、パブリックコメントやヒアリング等の手法により、患者・住民の意見を反映する手続をとることが望ましい。なお、医療審議会での協議に先立ち、医師確保計画策定後を見据えて、医療従事者の確保を図るための方策について検討を行う場として都道府県ごとに設置されている地域医療対策協議会の意見を反映することも必要である。
- 現行の医療計画の策定プロセスと同様に、医師確保計画の策定に当たっても、都道府県医療審議会の下に専門部会やワーキンググループ等を設置して集中的に検討することが考えられるが、そのメンバーについては、代表性を考慮するとともに、偏りがないようにすることが必要である。
- 策定された医師確保計画は、遅滞なく厚生労働大臣に提出するとともに、その内容を公示することとする⁵。その際、住民にその内容を周知することが重要であることから、都道府県の広報誌やホームページ等による公表や、プレスリリース等によるマスコミへの周知など、幅広い世代に行き渡るような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及び医療費適正化のために必要な事業の推進並びに高齢者医療制度の円滑な運営及び当該運営への協力のため、保険者及び後期高齢者医療広域連合が、共同して都道府県ごとに組織する協議会

⁴ 医療法第 30 条の 4 第 16 項及び第 17 項。

⁵ 医療法第 30 条の 4 第 18 項。

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

3. 医師偏在指標

3-1. 現在時点の医師偏在指標

(1) 考え方

- 全国ベースで医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価する指標として、次の「5要素」を考慮した医師偏在指標を設定することとしている。
 - ・ 医療需要（ニーズ）及び人口・人口構成とその変化
 - ・ 患者の流出入等
 - ・ へき地等の地理的条件
 - ・ 医師の性別・年齢分布
 - ・ 医師偏在の種別（区域、診療科、入院／外来）

(2) 医師偏在指標の作成手続

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

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

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

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

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

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

（3）医師偏在指標の設計

- 医師偏在指標を、次のように設計する。

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

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

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

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

⁹ 性年齢階級別の医師数は、医師届出票に記載されている主たる従事先と従たる従事先が所在する二次医療圏が異なる場合は、主たる従事先では0.8人、従たる従事先では0.2人として算定する。

(※3)地域の期待受療率＝

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

(※4)全国の性年齢階級別調整受療率

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

$$\begin{aligned} \text{(※5)無床診療所医療医師需要度} &= \frac{\frac{\text{マクロ需給推計における外来医師需要¹¹¹²$$

(※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。

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

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

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

性年齢階級別調整受療率(流出入反映)

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

(※7)無床診療所患者流出入調整係数

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

(※8)入院患者流出入調整係数

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

- また、医師偏在指標とあわせて、地域の実情に応じた施策を検討する際に活用することができるよう、二次医療圏ごとの病院医師偏在指標及び診療所医師偏在指標を算定し、参考資料として都道府県に提示することとする。これらの指標も医師偏在指標と同様に一定の仮定をもとに、入手可能なデータを用いて算定したものであり、これらの指標の活用にあたっては、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、医師・歯科医師・薬剤師統計については、医師偏在指標を算出するにあたって基礎となる統計であり、統計に基づき正確な医師偏在指標を算出し、実効性のある医師偏在対策を進めていく観点から、都道府県においては、管内の医療機関から適切に届出票が提出されるように必要な周知等を行うこと。国においては、適切に届出票が提出されるように、都道府県と連携して、必要な対応を検討することとする。

3－2．将来時点の医師偏在指標

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

4. 医師少数区域・医師多数区域の設定

4-1. 医師少数区域・医師多数区域の設定についての考え方

- 各都道府県において、医師偏在の状況等に応じた実効的な医師確保対策を進められるよう、医師偏在指標を用いて医師少数区域及び医師多数区域を設定し、これらの区域分類に応じて具体的な医師確保対策を実施することとする。
- 医師少数区域及び医師多数区域は二次医療圏単位における分類を指すものであるが、都道府県間の医師偏在の是正に向け、これらの区域に加えて、厚生労働省は、医師少数都道府県及び医師多数都道府県も同時に設定することとする。
- 医師少数区域及び医師少数都道府県は、医師偏在指標の下位一定割合に属する医療圏及び都道府県として定義することとし、その具体的な割合は、2036 年度に医師偏在是正が達成されるよう定めるべきである。
- 医師偏在是正の進め方としては、医師確保計画の1計画期間（医師確保計画の見直しまでの期間（3年間）をいう。以下同じ。）ごとに、医師少数区域に属する二次医療圏又は医師少数都道府県に属する都道府県がこれを脱することを繰り返すことを基本とすることとする。
- 医師偏在指標の下位一定割合を各計画期間で一定とすれば、2020 年度からの5計画期間で全ての都道府県が 2036 年度に医療ニーズを満たすためには、医師偏在指標の下位 3 分の 1 程度を医師少数区域及び医師少数都道府県とすることが必要であると導出される。このため、医師偏在指標の下位 33.3%を医師少数区域及び医師少数都道府県の設定の基準とする。
- また、医師多数区域及び医師多数都道府県の設定の基準は、医師確保対策の遂行上の需給バランスの観点から、医師偏在指標の上位 33.3%とする。
- しかし、この医師偏在指標を用いた医師少数区域の設定については、従来から、二次医療圏内の山間部にへき地を多く抱えている場合や、医療機関のアクセスに時間を要する場合といった地理的要素が医師偏在指標に反映されていないことが課題として指摘されていた。
- 地理的要素に関する尺度として、我が国においては、①人口密度、②最寄りの二次

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

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

4－2．医師少数スポット

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

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

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

5. 医師確保計画

5-1. 計画に基づく対策の必要性

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

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

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

5－2．医師確保の方針

5－2－1．方針の考え方

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

ては、へき地尺度（mRIJ）も考慮することとする。

- さらに都道府県、二次医療圏ごとに医師確保の方針を定めることとする。例えば、医師多数都道府県、医師多数区域において現時点以上の医師確保対策を行う方針が定められ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。
- 医師確保の方針を定めるに当たり、都道府県及び二次医療圏における医師の年齢構成についても留意することが適当である。高齢医師の割合が高く、若手医師の割合が低い場合には、医師多数区域であったとしても、今後医師少数区域等となる可能性があることを踏まえ、都道府県においては、都道府県全体及び都道府県内の各区域における医師の年齢構成を的確に把握し、中長期的な医師数の動向を踏まえて、適切な医師確保の取組を進める一方、都道府県内の区域で医師不足が進行する場合においては、例えばオンライン診療を活用するなど、医師確保対策を補完する取組を含め、医療の確保に向け必要な対策を講じることとする。
- 現在時点と2036年時点のそれぞれにおける医師確保の方針は次のとおりとする。
 - ・ 現在時点の医師の不足に対しては、短期的な施策による対応を行うこととし、長期的な施策では対応しないこととする。
 - ・ 2036年時点の医師の不足に対しては、短期的な施策と長期的な施策を組み合わせ

せて対応することとする。

- これらの基本的な考え方に沿って、次のとおり医師確保の方針を定めることとする。
なお、重点医師偏在対策支援区域については5－5．を参照すること。

i) 都道府県

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

ii) 二次医療圏

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

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

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

iii) 医師少数スポット

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

5-2-3. 診療科偏在に配慮した医師の確保の方針

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

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

5-2-4. 留意事項

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

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

5－2－5．具体的な事例

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

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

5－3．目標医師数

5－3－1．目標医師数

(i) 考え方

- 3年間の計画期間中に医師少数区域及び医師少数都道府県が計画期間開始時の下位 33.3%の基準を脱する（すなわち、その基準に達する）ために要する具体的な医師の数を、目標医師数として設定する。
- 目標医師数は、計画期間終了時点において、各医療圏で確保しておくべき医師の総数を表すものであり、当該医療圏の計画終了時点の医師偏在指標が計画開始時点の下位 33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数と定義する。したがって、医師確保対策により追加で確保が必要な医師数は、目標医師数と現在の医師数との差分として表されることとなる。
- また、追加で確保が必要な医師数の算出に当たっては、既に実施されている医師派遣等の実績を織り込んだものとなるよう、都道府県において適切に医師派遣等の実態把握をする必要がある。例えば、A医療圏にある大学に籍を置いたまま、B医療圏にある病院に週に一回派遣されて診療を行っている医師が7名いる場合、派遣された医師が医師届出票に従たる従事先を明記していれば医師偏在指標に反映されるものの、医師・歯科医師・薬剤師統計による把握には限界があり、また記載がない場合は、医師偏在指標上はA医療圏に常に7人の医師がいるものとされるため、B医療圏の医師偏在指標には反映されていないが実態としては1人分B医療圏において医師が確保されていることになる。このような場合、医師偏在指標の修正を行う必要はないが、

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

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

(ii) 都道府県

- 医師少数都道府県の目標医師数は、計画期間終了時の医師偏在指標が、計画期間開始時の全都道府県の医師偏在指標について下位 33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数と定義する。
- ただし、例えば、地域住民の医療へのアクセスが既に確保されていると考えられる場合は、必ずしも追加で医師を確保する必要がない場合も考えられることから、各都道府県における地域医療提供体制に係る地域医療対策協議会の意見を踏まえ、都道府県において決定することとする。
- 医師少数都道府県以外は、目標医師数を既に達成しているものとして取り扱うが、前述のとおり、これは既存の医師確保の施策を速やかに廃止することを求める趣旨ではなく、新たに医師確保対策を立案することを抑制する趣旨であることを踏まえ、以下に記載する自県の二次医療圏の設定上限数の合計が都道府県の計画開始時の医師数を上回る場合は、二次医療圏の目標医師数の合計が都道府県の計画開始時の医師数を上回らない範囲で、二次医療圏の目標医師数を設定する。

(iii) 二次医療圏

- 「医師偏在指標による下位 33.3%の区域」における目標医師数は、原則として、計画期間終了時の医師偏在指標の値が、計画期間開始時の全二次医療圏の医師偏在指標について下位 33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数と定義する。ただし、計画期間開始時に既に下位 33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師数を達成している場合は、医師の地域偏在の解消を図る観点から、原則として、目標医師数は計画開始時の医師数を設定上限数とする。また、例えば、医師少数区域であっても地域住民の医療へのアクセスが既に確保されていると考えられる場合は、必ずしも追加で医師を確保する必要がない場合も考えられることから、

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

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

5－3－2．将来時点における必要医師数と医師供給推計

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

義務年限終了後の定着状況について把握するようにすること。

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

5－3－3．留意事項

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

5－4．目標医師数を達成するための施策

5－4－1．施策の考え方

- 医師確保対策としては、
 - ・ 都道府県内における医師の派遣調整
 - ・ キャリア形成プログラムの策定・運用
 - ・ 医師偏在是正プランの策定などの短期的に効果が得られる施策と、
 - ・ 医学部における地域枠・地元出身者枠の設定などの医師確保の効果が得られるまでに時間のかかる、長期的な施策が存在する。
- 都道府県は、都道府県ごと、二次医療圏ごとに定めた医師確保の方針に基づき、これらの施策のうちから適切な施策を組み合わせる行うこととなる。例えば、医師確保の方針を短期的な施策により医師を増加させることと設定した場合は、目標医師数を達成するための施策として医師少数区域への医師の派遣調整や、医師少数区域等での勤務を含むキャリア形成プログラムの策定及び運営等の短期的に効果が得られる施策を定めることとなる。一方で、2036年時点における必要医師数と医師供給推計の医師数のギャップのうち、短期的な対策では埋まらない必要医師数については長期的

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

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

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

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

5-4-2. 医師の派遣調整

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

¹⁴ 地域医療対策協議会運営指針

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

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

5-4-3. キャリア形成プログラム

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

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

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

- キャリア形成プログラムが、「医師少数区域等における医師の確保」と「医師不足地域に派遣される医師の能力開発・向上の機会の確保」という効果を十分に発揮するためには、

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

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

- プログラムの対象となる者（以下「対象者」という。）の地域定着支援のためには、対象者の納得感の向上と主体的なキャリア形成のための支援及びプログラム終了前の離脱の防止策が重要と考えられる。

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

- ・ 都道府県は、医学部生段階から地域医療や職業選択について考える機会として、キャリア形成卒前支援プラン¹⁶を対象者に提供し、適切なコース選択を支援する。
- ・ 都道府県は、対象者の希望に対応したプログラムとなるよう努め、診療科や就業先の異なる複数のコースを設定する。
- ・ 都道府県は、コースの設定・見直しに当たって、対象者からの意見を聴き、その内容を公表し反映するよう努める。
- ・ 出産、育児等のライフイベントや、海外留学等の希望に配慮するため、プログラムの一時中断を可能とする（中断可能事由は都道府県が設定）。
- ・ キャリア形成プログラムは都道府県と対象者との契約関係であり、対象者は満了するよう真摯に努力しなければならないことを通知で明示する。

¹⁶ 各大学で実施している医学部の教育カリキュラムを基盤としつつ、地域医療へ貢献する意思を有する学生に対し、地域医療や将来の職業選択に対する意識の涵養を図り、対象学生が学生の期間を通じて、地域医療に貢献するキャリアを描けるように支援をすることを目的として、都道府県が大学の協力も得つつ策定した計画案により地域医療対策協議会において協議の調った事項に基づき策定する計画。

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

5－4－4．医師の働き方改革を踏まえた医師確保対策と連携した

勤務環境改善支援及び子育て医師等支援

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

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

- 各医療機関は都道府県と連携の上、医師少数区域等において勤務する医師の休養や、勤務する医師が研修等へ参加するための交代医師の確保に努めること。具体的には、円滑な交代医師の確保のために、医師少数区域以外の区域で勤務する地域枠等医師や地域枠等医師が勤務する医療機関等に対して、交代医師が必要となった際の協力が得られるよう事前に同意を得ておくことが望ましい。
- 医学部入学者に占める女性の割合が増加する中、女性医師就業率は子育て世代において低下が見られており、地域において医師確保を進めていく上では、子育て世代の医師に対する取組は性別問わず重要であると考えられる。妊娠・子育て中に、医師が必要とする支援策は、個々の医師により異なり、時短勤務等の柔軟な勤務体制の整備、院内保育・病児保育施設・放課後児童クラブやベビーシッターの活用等のニーズに応じたきめ細やかな取組を行うことが求められる。これらの支援については、単一の医療機関の取組だけではなく、地域の医療関係者、都道府県、市区町村等の地域の関係者が連携し、地域の実情に応じて取り組むとともに、医師が利用しやすい環境整備とその周知が重要である。なお、これらの取組については、妊娠中の医師や子育てを行う医師に限らず、介護を行う医師に対しても同様の配慮や環境整備が必要である。
- 子育て等の様々な理由で臨床業務を離れ、臨床業務への再就業に不安を抱える医師のための復職研修や就労環境改善等の取組を通じ、再就業を促進することとする。
- 上記の内容を踏まえて、医師確保計画においては、勤務環境改善に向けた具体的な取組内容と、費用負担の在り方について記載することが望ましい。

5－4－5．地域医療介護総合確保基金の活用

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

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

5－4－6．医師偏在是正に向けた広域マッチング事業

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

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

5－4－7. 医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件

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

- i 医師少数区域等における診療
- ii 医師少数区域等における臨床研修
- iii 医師少数区域等所在病院等でない病院のうち臨床研修病院等（医師法第 16 条の 3 第 1 項に規定する臨床研修病院等をいう。）における臨床研修指導医（医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令（平成 14 年厚生労働省令第 158 号）第 4 条第 1 項第 15 号に規定する臨床研修指導医をいう。）としての業務その他の医師少数区域等所在病院等でない病院における医療従事者に対する指導（※）に係る業務

（※） 医師法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 47 号）第 19 条の 2 各号の団体から認定され業務に従事した場合に限る。

- iv 病院又は診療所へ派遣されて行う診療、臨床研修病院等における医療従事者に対する指導その他の業務であって病院等の管理者となるに当たり経験する必要がある業務として地域医療対策協議会において協議が調ったもの

- （４） （１）～（３）の場合のほか、前任の病院の管理者が不在となることが予期しなかった場合であって、認定を受けていない者に当該病院を管理させることについてやむを得ない事情があると都道府県知事が認める場合

○ 都道府県においては、管理者の要件として医師少数区域等における一定期間の勤務経験を求める対象医療機関が追加されたこと等について、当該都道府県内の医療機関や所属する医師に対して、周知を行うこと。また、病院等の管理者となるに当たり経験する必要がある業務（臨床研修病院等における医療従事者に対する指導等）については、地域医療対策協議会で協議を行い、あらかじめ HP 等で公表すること。

○ なお、（３）については都道府県において i ～ iv の経験等の実績を確認する必要があることから、医療機関及び地域医療対策協議会等において、当該経験を証する必要な書面を i ～ iv の経験等をした者に交付するとともに、当該者は、当該書面を適切に保管した上で、都道府県に対して必要な提出をすること。

５－４－８．その他の施策

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

○ 具体的には、地域医療の確保に関する調査分析や、医療関係者、医師等に対する必

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

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

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

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

５－５．医師偏在是正プランの策定

５－５－１．重点医師偏在対策支援区域の考え方

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

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

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

5－5－2．支援対象医療機関の考え方

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

5－5－3．区域における必要な医師数

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

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

５－５－４．区域における医師偏在対策を推進するための施策

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

6. 医師の養成過程を通じた取組

6-1. 医学部定員における地域枠等の取組

6-1-1. 地域枠等の取組と地域枠の設定・取組の考え方

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

及び連携施設) の状況

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

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

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

（２）各都道府県の状況に応じた対策

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

① 医師の流出に対する対応

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

A) 地域枠等以外への取組の推進

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

(岩手医科大学の取組の例)

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

(福島県及び福島県立医科大学の取組)

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

B) 都道府県内の臨床研修や専門研修等の充実への支援

- 若手医師におけるキャリアパスの特徴を踏まえると、医師確保対策として、臨床研修や専門研修の段階で、地域の特性を生かした魅力あるプログラムを通じて、臨床研修医及び専攻医を育成・確保できる研修環境を整備するための取組を行うことが考えられる。
- また、地域枠等医師に対しては、従事要件の履行を前提としつつ、本人の専門性や将来のキャリア形成にも配慮しながら、地域医療において継続的に従事できるよう、地域の研修体制に応じて、臨床研修や専門研修の段階から計画的な配置や研修機会の確保を行う。

(香川県の取組)

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

C) 恒久定員内への地域枠等の設置

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

医学部における地域枠・地元出身者枠の設置・増員については、医療法上、都道府県知事から大学に対して、地域医療対策協議会の協議を経た上で、要請できることと

されている。

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

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

（宮崎大学の取組）

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

（鳥取県の取組）

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

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

- 医学部における地域枠・地元出身者枠の設置・増員については、医療法上、都道府県知事から大学に対して、地域医療対策協議会の協議を経た上で、要請できるとされている。なお、地域枠や地元出身者枠の設定の考え方については、以下も参考にすること。

- ・ 地域枠：都道府県内の特定の地域における診療義務を課すものであり、都道府県内における二次医療圏間の偏在を調整する機能があるとともに、特定の診療科における診療義務がある場合には、診療科間の偏在を調整する機能もある。
 - ・ 地元出身者枠：設置する大学の所在地である都道府県内に、長期間にわたり 8 割程度の定着が見込まれるものの、特定の地域等での診療義務があるものではないため、都道府県内における二次医療圏間の偏在調整の機能はない。
- 地域枠医師に関しては、都道府県内の診療科間・地域間偏在の両方の解消に資するキャリア形成プログラムを適用すること。また、都道府県内の状況に合わせて、地域枠医師が、不足する一定の診療領域に従事する仕組みについて、具体的に検討していくことが適切である。その際には、「都道府県ごとの診療科別の将来必要な医師数の見通し」等を活用することが適当であるが、総合的な診療の領域（総合診療、救急、ICU・病棟管理等）を担う医師の役割については、別途検討を行うことが必要である。
- 都道府県、大学、関係機関が連携して、キャリアコーディネーター等を活用しながら、キャリア形成卒前支援プランを通して学生時代から地域医療に従事・貢献する医師としての姿勢等をかん養し、各都道府県・大学等における地域医療を担う医師養成の観点から有効な取組について、情報共有を行う機会を定期的に設けることとする。
- 都道府県は、大学及び地域の医療機関等と連携し、医師少数区域等における医師確保が必要な診療科や医師数に加え、医師のキャリア形成の視点から医療機関の指導体制等についても十分に把握した上で、地域医療対策協議会で協議を行い地域枠の医師の配置を検討することで、地域枠の医師がキャリア形成をしつつ地域医療に従事しやすい仕組みを構築することとする。
- D) 大学と連携した県内大学卒業生の動向の把握と働きかけ
- 大学と連携して、同窓ネットワークを活用した地域での勤務を希望する医師の掘起こし、地域外での勤務を経験した後に地域へ復帰するための往復型キャリアパスの提示、短期・非常勤といった柔軟な勤務形態を含む働き方の確保や提案等を進めることが考えられる。
- また、各都道府県に所在する大学医学部等を卒業した地域枠等の医師については、義務年限の期間中はもとより、義務年限終了後の地域への定着や、非常勤等も含めた様々な形で地域貢献を促す取組が重要である一方で、都道府県の医師確保担当者を対象とした調査によると、義務年限終了後の医師の従事先の把握を行っている都道府県は全体の 7 割程度となっている。各都道府県は、地域医療介護総合確保基金等による支援も踏まえつつ、地域医療支援センターやキャリアコーディネーター等を介した

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

（青森県の取組）

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

② 医師の流入に対する対応

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

（3）臨時定員地域枠等の設定

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

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

6-1-2. 今後の進め方

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

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

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

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

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

6－1－3．地域枠の選抜方式等について

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

6－2．臨床研修における取組

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

いう。)において半年以上研修を行う「広域連携型プログラム」を開始している。

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

(1) 広域連携型プログラムに関する取組

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

① プログラム作成時

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

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

② 準備・研修開始前

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

③ 研修医募集

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

など、医学部生に向けた情報発信の取組を行うことが考えられる。

④ 連携先病院での研修開始後

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

(2) 広域連携型プログラムを通じて将来的な定着を図る取組

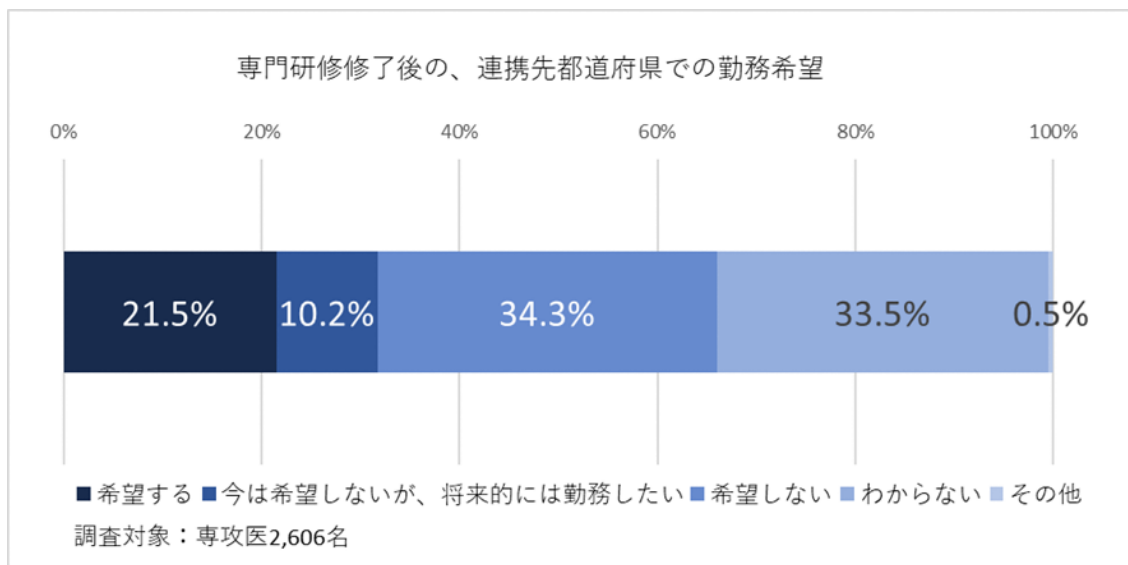
- 連携先都道府県においては、広域連携型プログラムでの受入を契機として、当該地域への将来的な定着を図る取組が、地域の医師確保の観点で重要であると考えられる。例えば、以下の取組を行うことが考えられる。

① 専門研修プログラムに関する情報提供

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

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

(図1)



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

② 地域の特色のプログラムへの反映

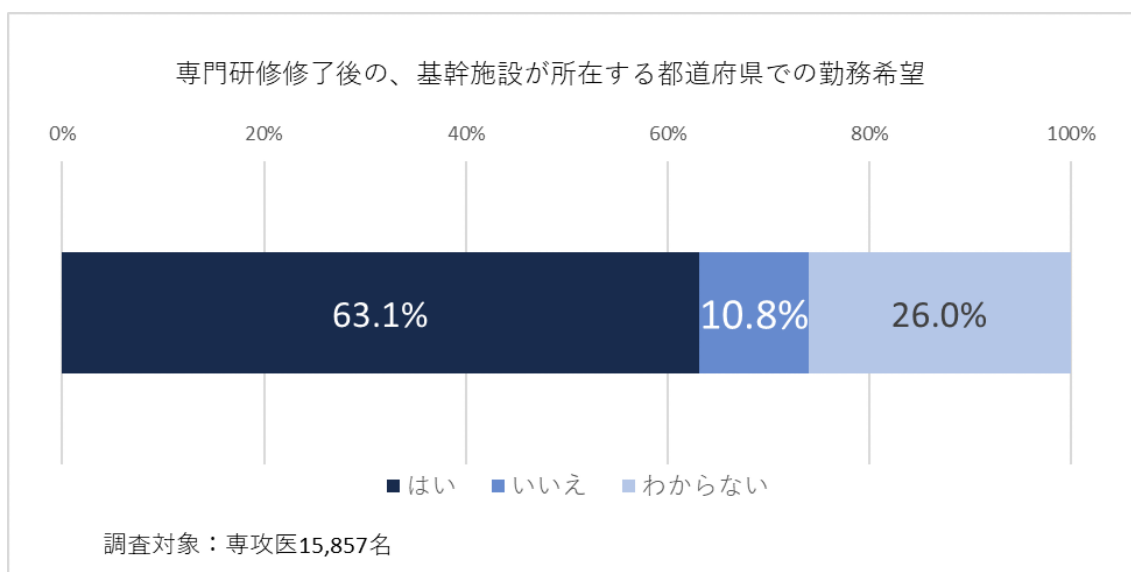
広域連携型プログラムにおいては、連携元病院と連携先病院の双方の特性・魅力を生かした良質な研修プログラムの作成を行うことが重要である。特色あるプログラムの作成にあたっては、離島やへき地等の特殊な地理的条件における診療機会、地域のイベントと連動した研修等を盛り込むことが考えられる中、都道府県の立場から各所との調整を行うことで、プログラムの幅を広げ、魅力ある研修プログラムの作成に寄与することが可能となることが考えられる。

6－3．専門研修における取組

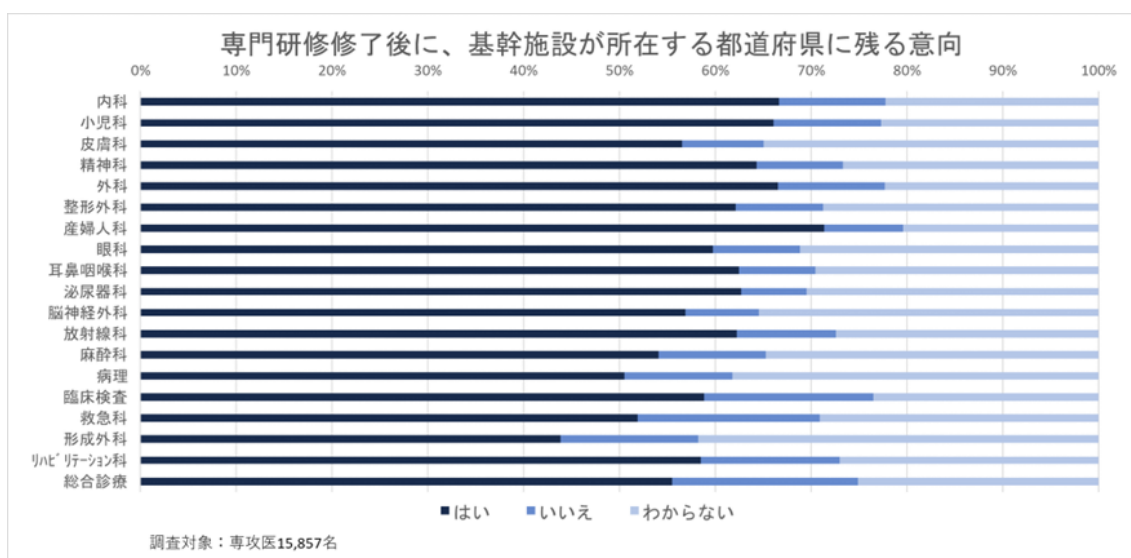
- 医師の専門研修は、プロフェッショナルオートノミーを基盤とし、国民の視点に立った上で、育成される側のキャリア形成支援の視点も重視して構築されてきた。
- 専門研修は、約9割の医師がキャリアパスとして経験するものであり、専門研修に着目した医師確保対策を行うことは重要である。対策に当たっては、以下のようなデータを踏まえ検討することが有用である。
 - ・ 6割を超える医師が、専門研修修了後に専門研修の基幹施設が所在する都道府県に残る意向があるとされる。この定着率は、都道府県や基本領域（診療科）によっても異なる（図2～4）。

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

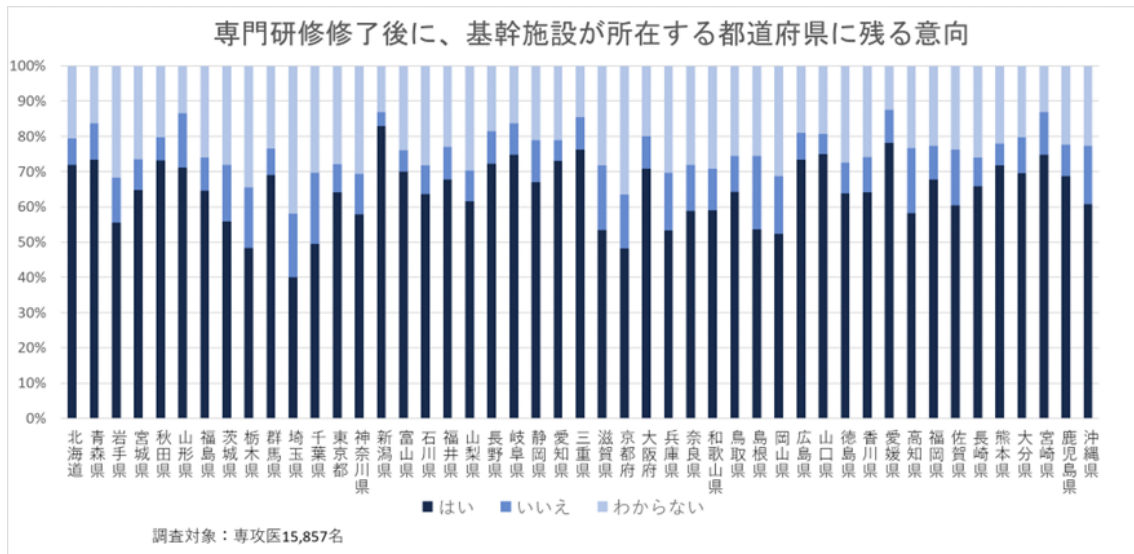
（図2）



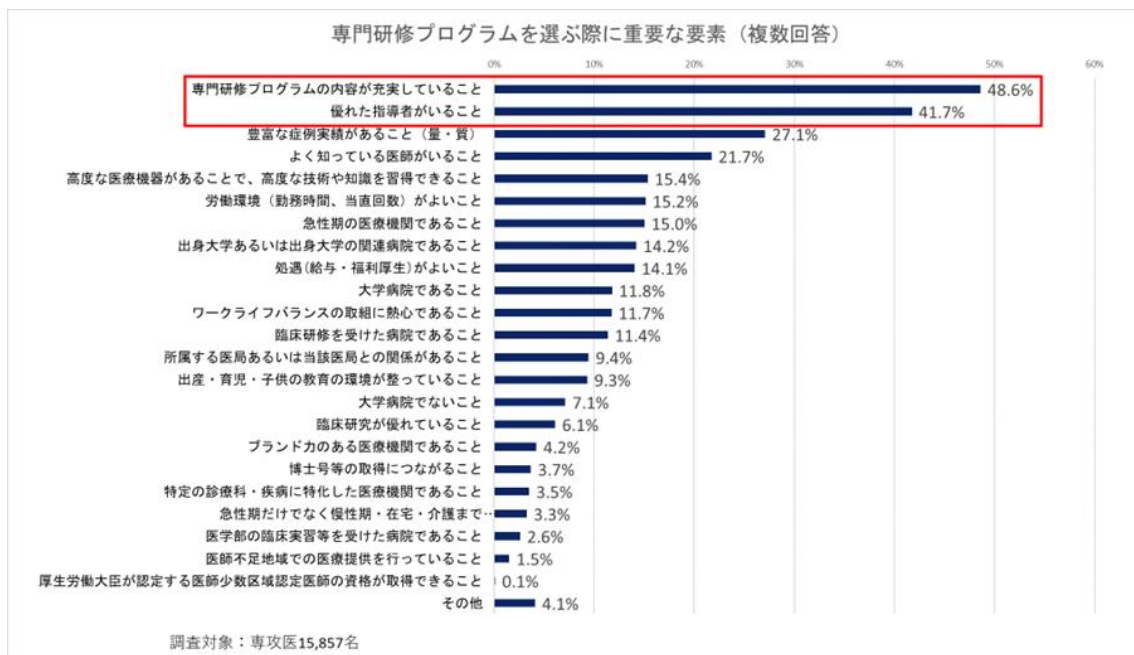
（図3）



(図 4)



(図 5)



(図 6)

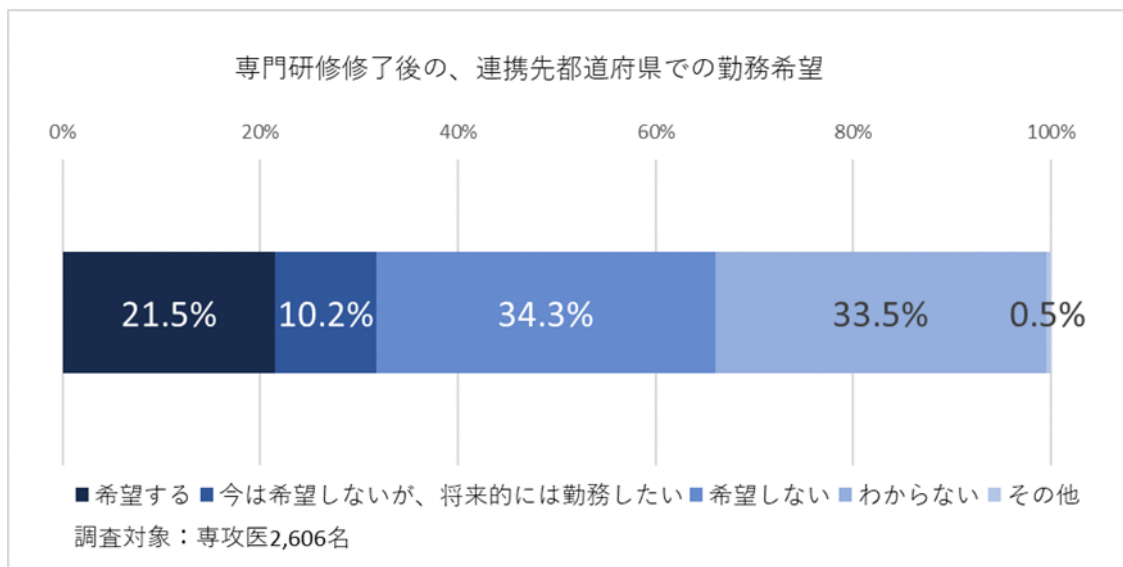


図 2～6 の出典は、いずれも令和 5 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金厚生労働科学特別研究事業 「日本専門医機構における医師専門研修シーリングによる医師偏在対策の効果検証」(研究代表者 渡辺毅)

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

(ア) 専門研修の状況把握

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

(イ) 専門研修プログラムの周知及び環境整備の支援

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

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

(香川県の取組)

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

(ウ) 連携プログラムの活用

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

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

(茨城県の取組)

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

(エ) 専攻医及び指導医に対する支援を通じた地域への定着策

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

(図 7)



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

6－4．必要な診療科の医師の育成・確保に関する取組

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

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

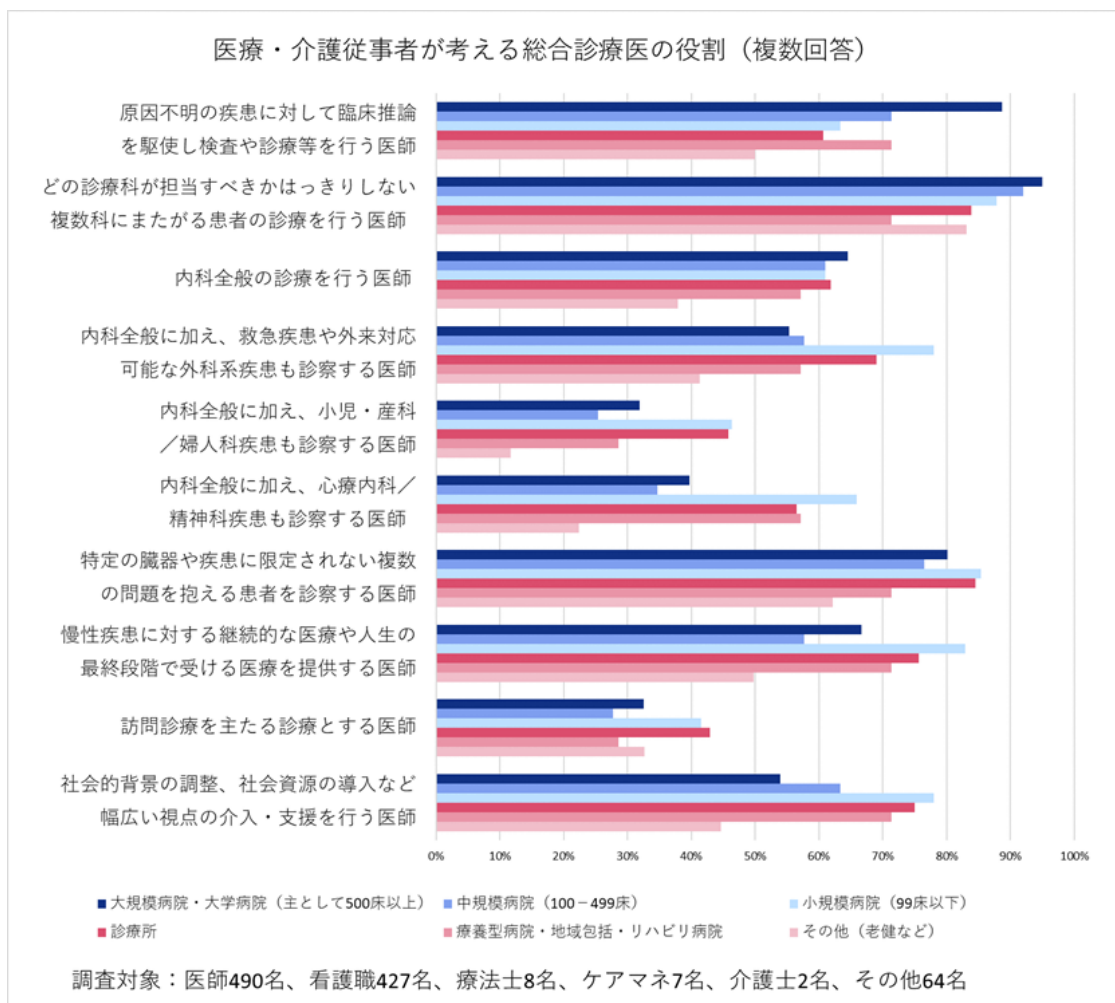
- 高齢化等の人口構成の変化により生じる医療需要の変化について、2020 年から 2040 年にかけて 85 歳以上の救急搬送は 75%、在宅医療需要は 62%増加することや、全ての診療領域において半数以上の構想区域で手術件数が減少すること等が見込まれており、こうした地域における医療需要の変化を踏まえ、医師の養成や確保の方針を検討する必要性が生じている。
- また、専攻医に対するアンケート調査によると、ワークライフバランスの確保が研修に当たって重要な要素であると多くが回答するなど、医師自身も働き方を意識した職場選択を行うようになっている。
- さらに近年、外科を選択する医師の増加が他の基本領域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

6－4－1．地域で必要な診療を担う医師の育成・確保

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

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

(図8)



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

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

（1）若手医師を中心とした取組

① 医学生等への情報提供

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

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

② 臨床研修・専門研修プログラムの充実のための支援

臨床研修においては、

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

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

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

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

③ キャリア形成支援

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

(広島県の取組)

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

かした支援や連携を行っている。

(2) 中堅・シニア世代を中心とした取組

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

厚生労働省は、関係学会や病院団体等が協力し、

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

等の取組を一体的に実施するリカレント教育事業に取り組むこととしている。

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

① 管内の医療機関における取組状況の把握

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

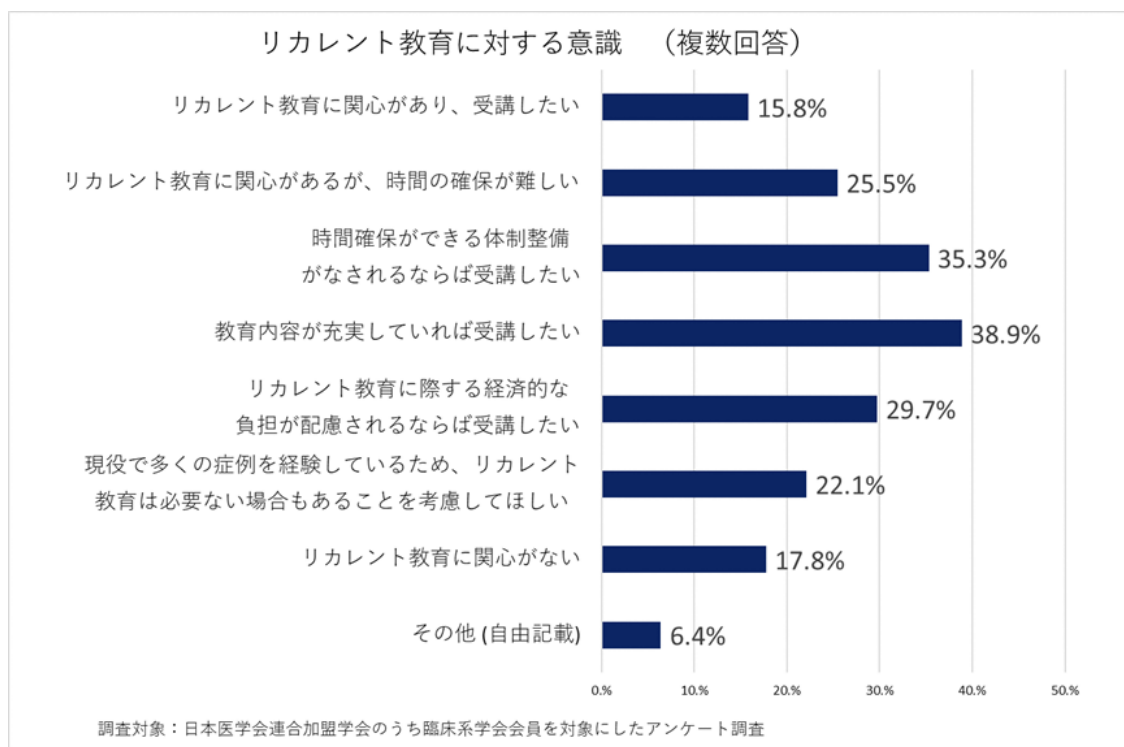
都道府県は、こうした管内の受講者の傾向、OJT の場を提供する施設の規模や分布状況等を分析することで、効果的な周知のための対象や手段の検討や、受講者または OJT の場を提供する医療機関に対する適切な支援の検討が可能となる。

② リカレント教育の周知

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

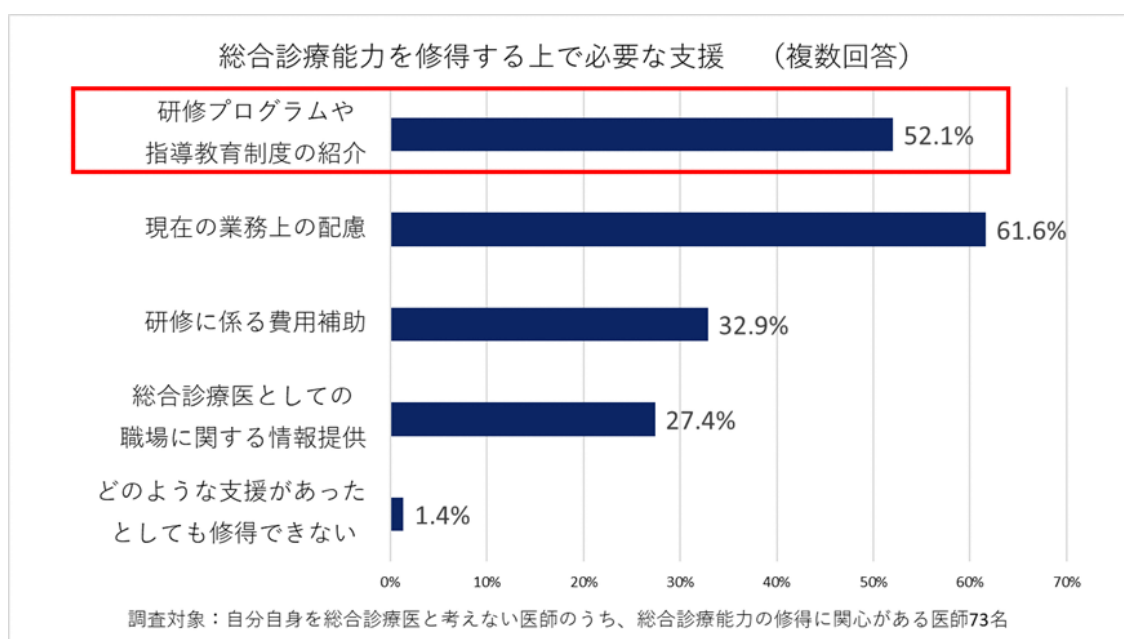
また、管内のリカレント教育の体制を充実させるため、都道府県から医療機関に対し、リカレント教育の一環として医療機関が担うことのできる役割について情報提供を行うことも効果的であると考えられる。

(図 9)



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

(図 10)



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

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

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

6－4－2．必要な診療科の医師の確保に資する医師の働き方改革 の推進

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

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

(高知県の取組)

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

7. 産科・小児科における医師確保計画

7－1. 産科・小児科における医師偏在指標及び医師偏在対策の基本的な考え方

7－1. 産科・小児科における医師偏在指標及び医師偏在対策の基本的な考え方

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

7－2. 産科・小児科における医師偏在指標の設計

7－2－1. 産科における医師偏在指標の設計

(1) 考え方

- 医療需要については、「里帰り出産」等の妊婦の流出入の実態を踏まえた「医療施設調査」における「分娩数」を用いることとする。
- 患者の流出入については、妊婦の場合「里帰り出産」等の医療提供体制とは直

接関係しない流出入があるが、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）の考え方にに基づく算定式は次のとおり。

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

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

7－2－2．小児科における医師偏在指標の設計

（1）考え方

- 医療需要については、15歳未満の人口を「年少人口」と定義し、医療圏ごと

¹⁷ 性年齢階級別の医師数は、医師届出票に記載されている主たる従事先と従たる従事先が所在する周産期医療圏が異なる場合は、主たる従事先では0.8人、従たる従事先では0.2人として算出する。

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

- 患者の流出入については、既存の調査の結果により把握可能な小児患者の流出入の実態を踏まえ、都道府県間調整を行う。
- 医師供給については、「医師・歯科医師・薬剤師統計」における「小児科医師数」を用いる。
- 医師の性別・年齢別分布については、医師全体の性・年齢階級別労働時間を用いて調整する。
- 医師偏在指標については、三次医療圏ごと、小児医療圏ごとに算定する。ただし、三次医療圏については、医師確保計画等が都道府県により作成され、都道府県単位で設置された医療審議会や地域医療対策協議会での協議を経て定められるものであることを踏まえ、運用上は都道府県単位で算定することとする。

(2) 指標の設計

(1) の考え方に基づく算定式は次のとおり。

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

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

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

¹⁸ 性年齢階級別の医師数は、医師届出票に記載されている主たる従事先と従たる従事先が所在する小児医療圏が異なる場合は、主たる従事先では 0.8 人、従たる従事先では 0.2 人として算出する。

(※3)地域の期待受療率＝

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

(※4)全国の性年齢階級別調整受療率

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

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

(※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)

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

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

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

(※7)無床診療所年少患者流出入調整係数

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

(※8)入院年少患者流出入調整係数

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

(3) 小児科医師偏在指標における留意点

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

7-2-3. 指標の作成手続

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

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

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

7-3. 相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域の設定

- 産科・小児科については都道府県ごと及び周産期医療圏又は小児医療圏ごとの医師偏在指標の値を全国で比較し、医師偏在指標が下位一定割合に該当する医療圏を相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域と設定することとし、相対的な医師の多寡を表す分類であることを理解しやすくするため、呼称を「相対的医師少数都道府県」及び「相対的医師少数区域」とする。
- また、産科医師又は小児科医師が相対的に少なくない医療圏等においても、産科医師又は小児科医師が不足している可能性があることに加え、これまでに医療圏を越え

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

- 相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域を設定するための基準（下位一定割合）は、医師全体の医師偏在指標を参考に、下位 33.3%とする。
- なお、相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域については、画一的に医師の確保を図るべき医療圏と考えるのではなく、当該医療圏内において産科医師又は小児科医師が少ないことを踏まえ、周産期医療又は小児医療の提供体制の整備について特に配慮が必要な医療圏として考えるものとする。

7－4．産科・小児科における医師確保計画の策定

7－4－1．産科・小児科における医師確保計画の考え方

- 産科・小児科の医師確保計画については、産科・小児科のそれぞれについて都道府県ごと及び周産期医療圏又は小児医療圏ごとに定めることとする。
- まずは、7－3に記したとおり産科・小児科の医師偏在指標の値を全国一律に比較した上で相対的医師少数区域を設定することで医師の偏在の状況を把握する。さらに、医療圏ごとに、産科・小児科における医師偏在指標の大小、将来推計等を踏まえ、7－4－4の施策を基本とし、具体的な取組例（表1）も参考としつつ、医師確保計画と同様に見直しまでの期間（以下「計画期間」という。）においてどのように産科・小児科における医師偏在対策に取り組むかについて方針を定めることとする。また、必要に応じて確保する産科・小児科医師数についても定めることができる。
- 産科・小児科における医師確保計画については、産科医師又は小児科医師が相対的に少なくない医療圏（相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域以外の医療圏）においても医師が不足している可能性があることから、相対的医師少数区域に限らず、全ての都道府県ごと及び周産期医療圏又は小児医療圏ごとに具体的な対応を盛り込んだ上で作成することとする。
- 産科・小児科における医師確保計画は、3年ごとに見直すこととし、見直しに当

たっては産科・小児科における医師確保の方針と施策の妥当性を都道府県において吟味し、課題を抽出した上で次回の産科・小児科における医師確保計画を作成する。

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

7-4-2. 産科・小児科における医師確保の方針

(1) 考え方

i) 相対的医師少数区域等

ア 産科医師又は小児科医師が相対的に少なくない医療圏においても、その労働環境を鑑みれば産科医師又は小児科医師が不足している可能性があることを踏まえ、相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域について相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域以外の医療圏からの医師派遣のみにより産科・小児科医師の地域偏在の解消を目指すことは適当ではないと考えられる。また、産科・小児科においては、医療圏の見直し、医療圏を超えた連携、医療機関の再編統合を含む集約化等を行ってきたことから、相対的医師少数区域においては、外来医療と入院医療の機能分化・連携に留意しつつ、必要に応じて、医療圏の見直しや医療圏を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て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て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」等の流入の実態を踏まえた「分娩数」を用いているため、妊婦の流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て定めることとする。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越えた地域間の連携により産科・

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

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

イ 集約化・重点化

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

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

ウ 医療機関までのアクセスに時間がかかる地域への支援

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

② 産科・小児科における医師の派遣調整

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

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

③ 産科医師及び小児科医師の勤務環境を改善するための施策

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

④ 産科医師及び小児科医師の養成数を増やすための施策

ア 専攻医等の確保

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

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

イ 産科医師及び小児科医師におけるキャリア形成プログラムの充実化

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

（３）産科・小児科における医師偏在対策の具体的な取組例

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

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

表１．産科・小児科における医師偏在対策の具体的な取組例

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

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

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

8. 医師確保計画の効果の測定・評価

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

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

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

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

医師の働き方改革について

1 特定労務管理対象機関の指定状況等

(1) 指定状況（令和8年4月1日現在）

二次保健 医療圏	医療機関名		指定の種類（特例水準）				指定期限	更新手続	
			B	連携B	C-1	C-2		医療対策協議会	医療計画部会
福岡糸島	1	公立学校共済組合九州中央病院	○				R9.3.31		
	2	福岡市立こども病院	○			○	R9.3.31		
	3	原三信病院	○				R9.3.31		
	4	福岡和白病院	○		○		R9.3.31		
	5	福岡県済生会福岡総合病院	○		○		R9.3.31		
	6	九州大学病院		○			R9.3.31	済	済
	7	福岡大学病院		○			R9.3.31		
筑紫	8	福岡徳洲会病院	○		○		R9.3.31		
久留米	9	聖マリア病院	○	○			R9.3.31		
	10	久留米大学病院		○			R9.3.31		
	11	久留米大学医療センター		○			R9.3.31		
有明	12	社会保険大牟田天領病院	○				R9.3.31		
飯塚	13	飯塚病院	○		○		R9.3.31		
田川	14	社会保険田川病院	○				R9.3.31		
北九州	15	JCHO九州病院	○	○	○		B, 連携B R9.3.31 C-1 R11.3.31	今回	
	16	北九州市立八幡病院	○				R9.3.31	済	済
	17	産業医科大学病院	○	○	○		R9.3.31		
	18	小倉記念病院	○		○		R9.3.31		
	19	新小文字病院	○		○		R9.3.31		
	20	小倉医療センター	○				R9.3.31		
	21	健和会大手町病院	○		○		R9.3.31		
	22	福岡新水巻病院	○		○		R9.3.31	今回	
	23	九州労災病院	○				R9.3.31		
	24	北九州総合病院	○				R9.3.31		
	25	産業医科大学若松病院		○			R9.3.31		
京築	26	新行橋病院	○		○		R9.3.31		
指定水準数合計			21	8	11	1			
			41						

医師に対する時間外・休日労働の上限規制と健康確保措置の適用
(2024年4月～)

現 状	病院常勤勤務医の約4割が年960時間超、約1割が年1,860時間超の時間外・休日労働
	【医師の長時間労働】特に救急、産婦人科、外科や若手の医師は長時間の傾向が強い
	【労務管理が不十分】客観的な時間管理が行われていない医療機関も存在
	【業務が医師に集中】患者への病状説明や血圧測定、記録作成なども医師が担当
医療機関内での医師の働き方改革の推進	
適切な労務管理の推進	
タスク・シフト/シェアの推進	
複数主治医制の導入	
女性医師等に対する短時間勤務等多様な働き方の推進	
<行政による支援>	
・医療勤務環境改善支援センターを通じた支援	
・経営層の意識改革（講習会等）	
・医師への周知啓発等	

第3回医師等医療機関職員
の働き方改革推進本部
厚労省資料（R6.1.19）

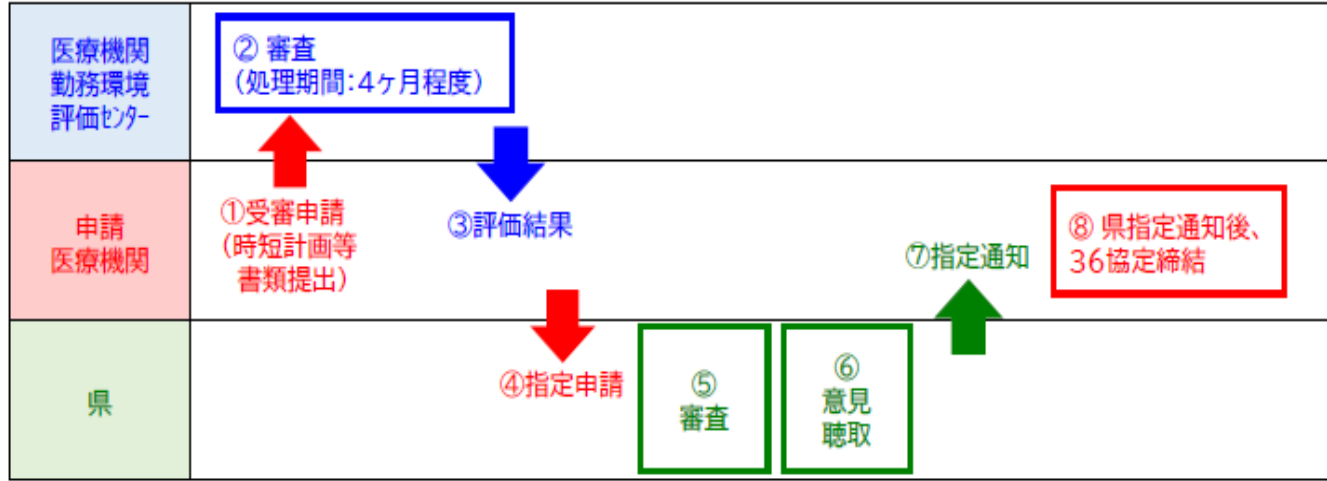
2024年4月以降の制度概要

2024年4月以降の制度概要			追加的健康確保措置		
水準		長時間労働が必要な理由	年の上限時間	面接指導	休息時間の確保
一般則		—	(原則) 360時間 (例外) 720時間	—	—
勤務医の 上限規制	A水準	(臨時的に長時間労働が必要な場合の原則的な水準)	960時間	義務	努力義務
	連携B水準	地域医療の確保のため、派遣先の労働時間を通算すると長時間労働となるため	1,860時間 (各院では960時間)		義務
	B水準	地域医療の確保のため	1,860時間		
	C-1水準	臨床研修・専攻医の研修のため	1,860時間		
	C-2水準	高度な技能の修得のため			

医師の健康確保 <面接指導> 健康状態について、研修を受けた医師がチェック
<休息時間の確保> 勤務間インターバル規制と代償休息の確保

特定労務管理対象機関

(2) 指定手続きフロー（指定申請・業務変更申請・更新共通）



※「⑥意見聴取」を、医療対策協議会・医療計画部会・医療審議会の3つの会議体で実施。
開催日が他の議事との調整により決定するため、具体的なスケジュールについては、申請医療機関と個別に調整。

(3) 更新手続きスケジュール

特定労務管理対象機関の指定更新にかかる評価センター受審スケジュール

- ・ 特定労務管理対象機関の指定更新にあたっては、改めて医療機関勤務環境評価センターの受審が必要。
- ・ 指定更新に係る評価受審は、令和7年10月から開始されるが、先だって評価受審の予約が必要。
先着順となるため、対象の医療機関に案内いただきたい。
- ・ 都道府県におかれては、指定更新を行う医療機関の受審スケジュールを把握のうえ、当該医療機関に対して評価センター受審に向けた積極的な支援をお願いしたい。

都道府県医療勤務環境
改善担当者意見交換会
資料（R7.4.17）

<評価センター受審スケジュール>

2024 年度	2025年度(令和7年度)												2026年度(令和8年度)											
3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
予約受付 評価センターからの情報提供 ・解説集要約版改訂の公開 ・指定更新に向けた評価受審の 申込方法 等							指定更新する医療機関の評価受付期間 (令和5年度評価受審医療機関を想定)												指定更新する医療機関の 評価受付期間 (令和6年度評価受審 医療機関を想定)					
新規申請の受付																								

特定労務管理対象機関の指定について

- 令和 6 年 4 月から医師の働き方改革が開始されたことに伴い、医師をやむを得ず年 960 時間を超える時間外・休日労働に従事させる必要がある医療機関は、医療機関勤務環境評価センター（以下「評価センター」という。）の評価を受けた上で、県から特定労務管理対象機関の指定を受ける必要がある。
- また、1 つの医療機関が複数の特例水準の指定を受ける場合においては、指定に係る手続を水準毎で行う必要がある。
 (※) 特定労務管理対象機関の指定期間は 3 年間。更新の指定を受けなければ効力を失う。
- 今回、評価センターの評価結果を受領した下記 2 の医療機関から、特例水準の指定の更新申請がなされたもの。なお、評価センターの評価結果は【資料 4 (1) (別添 1)】のとおり。

1 申請内容について

- 今回、指定の更新申請のあった医療機関及び医療法に基づく指定要件【資料 4 (1) (別添 2)】への適合状況は以下のとおり。

医療機関		水準別の指定要件 (資料 3 (1) 別添 2)	適合
1	JCHO九州病院	連携B水準	○
		B水準②	○
2	福岡新水巻病院	B水準②	○
		C－1水準①	○
		C－1水準②	○

全水準共通の指定要件		適合
1	時短計画案が一定の要件を満たしていること	○ (評価結果通知書による確認)
2	追加的健康確保措置の体制が整備されていること	○ (評価結果通知書による確認)
3	労働に関する法律に基づく処分等を受けたことがないこと	○ (各医療機関からの県知事宛の誓約書による確認)
4	評価センターからの評価結果の確認	○ (評価結果通知書による確認)
5	医療審議会の意見聴取	本日の医療対策協議会における議論を踏まえ、医療計画部会・医療審議会に意見聴取

2 医療対策協議会における意見聴取

- 今回申請のあった2医療機関を、特定労務管理対象機関に指定更新することに対し、本日の医療対策協議会において、次の「ウ」及び「エ」の内容について、意見をうかがうもの。

水準	確認する内容	意見聴取する会議体	
B・連携B	ア 地域の医療提供体制の構築方針(医療計画等)と整合的であること 地域医療提供体制全体としても医師の長時間労働を前提とせざるを得ないこと	医療計画部会	医療審議会
	イ 地域医療構想との整合性	医療計画部会	医療審議会
	ウ 医療対策協議会における議論との整合性	医療対策協議会	医療審議会
C-1	エ 地域における臨床研修医や専攻医の確保への影響	医療対策協議会	医療審議会
C-2	オ 地域の医療提供体制への影響及び構築方針との整合性	—	医療審議会

※意見聴取する会議体について

(医療対策協議会 (R5.2.17) 及び医療審議会 (R5.3.27) にて了承)

- ・ 医療法第113条第5項により、「特定労務管理対象機関の指定をするに当たっては、あらかじめ、都道府県医療審議会の意見を聴かなければならない」とされている。
- ・ また、医師の働き方改革の推進に関する検討会中間とりまとめ(令和2年12月22日)において、「実質的な議論は都道府県医療審議会に設けられた分科会や地域医療対策協議会等の適切な場において行うことを想定」とされている。
- ・ このことから、本県では上記表のとおり意見聴取を行うこととしている。

- なお、確認する内容「ウ」及び「エ」並びに特定労務管理対象機関に指定更新することについての事務局案は、次のとおり。

(事務局案)

- ・ B水準、連携B水準及び C-1 水準に申請のあった2医療機関を特定労務管理対象機関に指定更新することについては、「医療対策協議会における議論と整合性」があり(確認する内容ウ)、「地域における臨床研修医や専攻医の確保への影響」についてもないものとする(確認する内容エ)。
- ・ また、指定要件にも適合(医療計画部会及び医療審議会への意見聴取を除く。)している。
- ・ したがって、今回、指定更新の申請のあった特定労務管理対象機関について、指定更新を行うこととしたい。

3 指定更新の手續に係るスケジュール（予定）

- ① 令和8年8月25日（火） 医療対策協議会における意見聴取【本日】
- ② 令和8年9月 4日（金） 医療計画部会における意見聴取
- ③ 令和9年3月頃 医療審議会における意見聴取
- ④ 令和9年3月下旬 申請医療機関へ指定更新の通知及び公示

評価センターによる評価結果について

1. 概要

- ・ 医療法第 113 条第 4 項により、県が特定労務管理対象機関の指定をするに当たっては、評価センターからの評価結果通知書に記載された評価結果を踏まえなければならないとされている。
- ・ 厚生労働省の手順書（都道府県が行う特定労務管理対象機関の指定に関する手順書（令和 7 年 10 月版）によると、評価センターによる評価結果は、下枠内の 5 つの体系で示され、4 又は 5 の評価を受けた医療機関の指定を行う際は、必要に応じて評価センターに評価結果の詳細を確認するとともに、労務管理体制の改善見込み、地域医療体制の観点からの特例水準の指定の必要性等を総合的に勘案して、医療審議会等における意見聴取を行う必要があるとされる。

【評価センターによる評価結果について】（手順書 P20 抜粋）

（※）評価センターによる評価は医療機関の評価の一面にすぎず、医療機関の優劣を示す趣旨ではないことから、定型的な文章で示されることとなっている。

（※）1～3については「○」、4～5については「△」と評価されている。

<全体結果の体系>

1. 医師の労働時間短縮に向けた医療機関内の取組は十分に行われており、労働時間短縮が進んでいる。
2. 医師の労働時間短縮に向けた医療機関内の取組は十分に行われているが、労働時間短縮が進んでいない。
3. 医師の労働時間短縮に向けた医療機関内の取組に改善の必要があるが、医師労働時間短縮計画案から今後の取組の改善が見込まれる。
4. 医師の労働時間短縮に向けた医療機関内の取組に改善の必要があり、医師労働時間短縮計画案も見直しが必要である。
5. 労働関係法令及び医療法に規定された事項（必須項目）に関する医療機関内の取組に改善の必要がある。

2. 申請医療機関の評価結果について

- ・ 今回申請のあった2医療機関の評価結果は次のとおり。4又は5の評価を受けた医療機関はない。

評価結果	医療機関
1に該当	JCHO九州病院
2に該当	福岡新水巻病院

3. 評価結果の公表について

- ・ 医療法第134条第1項により、県は各医療機関の評価センターの評価結果を公表しなければならないとされている。
- ・ また、厚生労働省の手順書によると、特定労務管理対象機関の指定結果の公示の時期とあわせて公表し、県による支援の方針を記載することとされている。
- ・ このことから、今回申請の医療機関について、指定を行う場合は、次ページのとおりに公表する予定。

資料 4 （ 1 ） （ 別 添 1 ）

	医療機関名	特定労務管理対象機関 指定日・指定の種別	医療機関勤務環境評価センターの評価結果			県による支援の方針
			通知日	全体評価	指摘事項・助言等	
1	独立行政法人地域医療機能推進機構九州病院	令和 9 年●月●日 特定地域医療提供機関 （B水準） 連携型特定地域医療提供機関 （連携B水準）	評価第25-031号-2 2026年6月26日	医師の労働時間短縮に向けた医療機関内の取組は十分に行われており、労働時間短縮が進んでいる	労働関係法令及び医療法に規定された事項について必要な要件を満たしている。それ以外の労務管理体制の整備や労働時間短縮に向けた取り組みとして、医師の適切な労働時間の把握・管理体制の整備がなされている。労働時間短縮に向けて、引き続き改善に向けた取り組みが必要である。	県に設置した勤務環境改善支援センターを通じ、医療労務管理アドバイザーの個別訪問による相談対応や研修会の実施など、各医療機関の状況に応じ、必要な支援を行う。
2	社会医療法人財団池友会福岡新水巻病院	令和 9 年●月●日 特定地域医療提供機関 （B水準） 技能向上集中研修機関 （C-1水準）	評価第25-036号-2 2026年6月26日	医師の労働時間短縮に向けた医療機関内の取組は十分に行われているが、労働時間短縮が進んでいない	労働関係法令及び医療法に規定された事項について必要な要件を満たしている。それ以外の労務管理体制の整備や労働時間短縮に向けた取り組みとして、医師の面接指導及び就業上の措置の実施体制は整備されているが、医師の労働時間短縮に向けた研修・周知の実施に取り組む必要がある。労働時間短縮に向けて、自主的な取組の他、都道府県からの必要な支援を講じられたい。	県に設置した勤務環境改善支援センターを通じ、医療労務管理アドバイザーの個別訪問による相談対応や研修会の実施など、各医療機関の状況に応じ、必要な支援を行う。

医療法に基づく特定労務管理対象機関の指定要件

各水準毎の指定要件				根拠法令	指定要件適合の確認方法
特例水準の指定に係る業務であること	B水準	救急医療	B① 三次救急医療機関	法第113条第1項第1号 法施行規則第80条第1号 令和4年厚生労働省告示第9号	県保健医療計画において位置付けられていることを確認
			B② 二次救急医療機関（年間救急車受入台1,000台以上または年間での夜間・休日・時間外入院件数500件以上であり、かつ、医療計画において5疾病5事業の確保のために必要な役割を担うと位置付けられた病院又は診療所）	同上	・県保健医療計画において位置付けられていることを確認 ・救急・夜間入院等件数は令和7年度病床機能報告による確認
		居宅等における医療	B③ 居宅等における医療を提供する役割を積極的に果たす病院又は診療所	法第113条第1項第2号 法施行規則第80条第2号	県保健医療計画において位置付けられていることを確認
		地域において当該病院又は診療所以外で提供することが困難な医療	B④ 地域において当該病院又は診療所以外で提供することが困難な医療の提供その他地域における医療の確保のために必要な機能を有すると都道府県知事が認めた病院又は診療所	法第113条第1項第3号 法施行規則第80条第3号	県保健医療計画において位置付けられていることを確認
	連携B水準	医師の派遣	連携B 医療提供体制確保のために必要な医師の派遣を行う病院又は診療所	法第118条第1項 法施行規則第87条	各医療機関から提出された書類（年間延べ派遣医師及び派遣医療機関一覧（令和7年度実績）、地域の医療提供体制を確保するために、当該医師の派遣が必要な理由）による確認
	C－1水準	臨床研修	C-1① 都道府県知事により指定された臨床研修病院	法第119条第1項第1号 法施行規則第94条第1号	臨床研修病院であることを確認
		専門研修	C-1② 日本専門医機構により認定された専門研修プログラム／カリキュラムの研修機関	法第119条第1項第2号 法施行規則第94条第2号	日本専門医機構により認定された専門研修プログラム／カリキュラムであることを確認
	C－2水準	高度な技能を修得するための研修	C-2 厚生労働大臣の確認を受けた病院又は診療所	法第120条第1項 法施行規則第101条	厚生労働大臣から委託を受けた審査組織からの審査結果通知書による確認
全水準共通の指定要件				根拠法令	指定要件適合の確認方法
1	時短計画案が一定の要件を満たしていること		・医療機関に勤務する医師その他関係者の意見を聴いて作成されたものであること ・医療機関に勤務する医師の労働時間の状況、医療機関に勤務する労働が長時間にわたる医師の労働時間の短縮に係る目標、医療機関に勤務する医師の労務管理及び健康管理に関する事項、その他医療機関に勤務する労働が長時間にわたる医師の労働時間の短縮に関する事項が全て記載されていること	法第113条第3項第1号 法施行規則第82条第1項	評価センターからの評価結果通知書による確認
2	追加的健康確保措置の体制が整備されていること		必要な面接指導および休息時間の確保を行うことができる体制が整備されていること	法第113条第3項第2号	評価センターからの評価結果通知書による確認
3	労働に関する法律に基づく処分等を受けたことがないこと		労働基準法または最低賃金法の規定に違反する行為を行い、刑事訴訟法の規定による送致または送付が行われ、その旨が公表された日から1年を経過していないものがないこと	法第113条第3項第3号 法施行規則第82条第2項	各医療機関からの県知事宛の誓約書による確認
4	評価センターからの評価結果の確認		都道府県知事は、特定労務管理対象機関の指定をするに当たっては、評価センターの評価結果を踏まえないといけない	法第113条第4項	評価センターからの評価結果通知書による確認
5	医療審議会の意見聴取	※今後実施	都道府県知事は、特定労務管理対象機関の指定をするに当たって、あらかじめ、都道府県医療審議会の意見を聴かなければならない	法第113条第5項	医療対策協議会及び医療計画部会における議論を踏まえ、医療審議会に意見聴取

令和8年度福岡県医療対策協議会の開催予定について

資料5

		医師確保に係る事業	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	医師確保計画の見直し	特定労務管理対象機関の指定
令和8年	4月						
	5月	第1回 福岡県医療対策協議会 (5/26)					
		- 令和7年度事業実績報告 - 令和8年度事業計画報告	令和8年度採用実績報告	令和8年度採用実績及び配置状況報告	令和8年度対象医師のプログラム報告	- 策定スケジュール - 医師確保計画見直し内容 (医師偏在指標と医師少数区域等の設定、医師確保の方針と施策等)	- 指定状況報告 - 指定更新に係る意見聴取
	6月						
	7月						
	8月	第2回 福岡県医療対策協議会 (8/25)					
				- 令和9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 - 医師偏在指標 - 医師少数区域 - 医師少数スポット - 相対的医師少数区域	指定更新に係る意見聴取
	9月	第3回 福岡県医療対策協議会 (9月～10月予定)					
						- 目標医師数 - 医師確保の方針及び施策 - 計画の効果の測定及び評価	指定更新及び新規指定(申請がある場合)に係る意見聴取
	10月						
	11月	第4回 福岡県医療対策協議会 (11月中旬予定)					
			令和10年度広域連携型プログラム			計画の素案	指定更新及び新規指定(申請がある場合)に係る意見聴取
	12月						
令和9年	1月						
	2月	第5回 福岡県医療対策協議会 (2月中旬予定)					
			- 令和9年度基幹型臨床研修病院の指定及び取消 - 令和10年募集定員の配分等			素案に対する意見照会(パブコメ、市町村等)の結果等	指定更新及び新規指定(申請がある場合)に係る意見聴取
	3月						

※「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」への対応については、必要に応じて協議