

医師確保計画策定ガイドライン 新旧対照表

(傍線部分は改正部分)

改 正 後	現 行
〔目次〕 1. ～ 4. (略) 5. 医師確保計画 5-1. (略) 5-2. 医師確保の方針 5-2-1. (略) 5-2-2. (略) <u>5-2-3. 診療科偏在に配慮した医師の確保の方針</u> 5-2-<u>4</u>. 留意事項 5-2-<u>5</u>. 具体的な事例 5-4. 目標医師数を達成するための施策 5-4-1. ～ 5-4-5. (略) <u>5-4-6. 医師偏在是正に向けた広域マッチング事業</u> <u>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</u> 5-4-<u>8</u>. その他の施策 <u>5-5. 医師偏在是正プランの策定</u> <u>5-5-1. 重点医師偏在対策支援区域の考え方</u> <u>5-5-2. 支援対象医療機関の考え方</u> <u>5-5-3. 区域における必要な医師数</u> <u>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</u> 6. <u>医師の養成過程を通じた取組</u> 6-1. <u>医学部定員における地域枠等の取組</u> <u>6-1-1. 地域枠等の取組と地域枠</u> <u>6-1-2. 今後の進め方</u> <u>6-1-3. 地域枠の選抜方式等について</u> 6-2. <u>臨床研修における取組</u>	〔目次〕 1. ～ 4. (略) 5. 医師確保計画 5-1. (略) 5-2. 医師確保の方針 5-2-1. (略) 5-2-2. (略) (新規) 5-2-<u>3</u>. 留意事項 5-2-<u>4</u>. 具体的な事例 5-4. 目標医師数を達成するための施策 5-4-1. ～ 5-4-5. (略) (新規) (新規) 5-4-<u>6</u>. その他の施策 (新規) 6. <u>医学部における地域枠・地元出身者枠の設定・取組等</u> 6-1. <u>地域枠・地元出身者枠の設定・取組の考え方</u> (新規) (新規) (新規) 6-2. <u>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</u>

6－3．<u>専門研修における取組</u> 6－4．<u>必要な診療科の医師の育成・確保に関する取組</u> 6－4－1．<u>地域で必要な診療を担う医師の育成・確保</u> 6－4－2．<u>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</u> 7．～8．(略) 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 (略) (削除) ○ <u>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。</u> ○ <u>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</u>	6－3．<u>地域枠の選抜方式等について</u> (新規) 7．～8．(略) 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 (略) ○ <u>このため、医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会において、早急に対応する必要がある実効的な医師偏在対策について、法改正が必要な事項も含め検討を行い、平成 29 年(2017 年)12 月に第 2 次中間取りまとめを公表した。平成 30 年(2018 年)3 月には、第 2 次中間取りまとめで示された具体的な医師偏在対策について、「医療法及び医師法の一部を改正する法律案」を第 196 回通常国会に提出し、同年 7 月に成立した(以下「改正法」という。)</u> ○ <u>改正法に基づき、全国ベースで三次医療圏ごと及び二次医療圏ごとの医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価した指標(以下「医師偏在指標」という。)が算定され、都道府県において、2019 年度中に医療計画の中に新たに「医師確保計画」として三次医療圏間及び二次医療圏間の偏在是正による医師確保対策等を定め、2020 年度から当該計画に基づく取組が行われている。</u> (新規)
--	---

<u>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。</u> ○ <u>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。</u> ○ <u>また、医師確保計画の見直しが必要と考えられる事項を中心に、2025 年夏以降、「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」及び「医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会」において議論を行い、2026 年 3 月に両検討会でとりまとめが行われた。このとりまとめの内容を踏まえ、今般、医師確保計画策定ガイドラインの見直しを行う。</u> ○ <u>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。</u> ○ <u>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</u>	(新規) (新規) ○ <u>3 年ごとに医師確保計画の実施・達成を積み重ね、その結果、2036 年までに医師偏在是正を達成することを医師確保計画の長期的な目標とし、都道府県は、本ガイドラインで示す医師確保計画の考え方等を参考に、地域の実情に応じた実効性ある医師確保計画の策定に努められたい。</u> ○ <u>なお、2024 年 4 月より開始する医師に対する時間外・休日労働時間の上限規制を踏まえ、医師の働き方改革と地域医療提供体制を両立させることが重要であることから、各病院又は診療所における医師の働き方改革に関する取組を推進するだけでなく、地域医療構想に関する取組及び医師確保の取組を</u>
--	--

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。 ○ <u>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。</u> 1－2．医師確保計画の全体像 ○ 厚生労働省が示す医師偏在指標の計算式・計算結果に基づき、都道府県において医師偏在指標を定め、この医師偏在指標に基づき、二次医療圏のうちから医師少数区域・医師多数区域を設定する。 ○ 都道府県内の医師少数区域・医師多数区域の状況によって、都道府県内の調整により医師確保を図る必要があるか、他の都道府県からの医師確保も必要となるかが異なるため、二次医療圏ごとに医師確保の方針について定めたい。うで、具体的な目標医師数を設定する。 ○ <u>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。</u> ○ 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。 ○ <u>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</u>	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。 (新規) 1－2．医師確保計画の全体像 ○ 厚生労働省が示す医師偏在指標の計算式・計算結果に基づき、都道府県において医師偏在指標を定め、この医師偏在指標に基づき、二次医療圏のうちから医師少数区域・医師多数区域を設定する。 ○ 都道府県内の医師少数区域・医師多数区域の状況によって、都道府県内の調整により医師確保を図る必要があるか、他の都道府県からの医師確保も必要となるかが異なるため、二次医療圏ごとに医師確保の方針について定めたい。うで、具体的な目標医師数を設定する。 (新規) ○ 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。 (新規)
---	--

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留意する必要がある。また、医師偏在指標の活用に当たっては、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。

(削除)

(略)

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留意する必要がある。また、医師偏在指標の活用に当たっては、地域医療構想の推進や医師の働き方改革も踏まえた一体的な議論が重要であることから、地域の実情に合わせた医療提供体制の維持を十分に考慮すること。

- なお、三次医療圏ごとの医師偏在指標に基づいて都道府県単位でも医師少数都道府県や医師多数都道府県を設定し、医師確保の方針、目標医師数及び施策を定めることとする。その策定は、医師確保計画等が都道府県による企画の下、都道府県単位で設置された医療審議会や地域医療対策協議会での協議を経て定められるものであることを踏まえ、都道府県単位で行うものとする。

(略)

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

(新規)

(略) (2) 地域医療構想との関係 (削除) ○ <u>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。</u> ○ <u>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。</u> ○ <u>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</u>	(略) (2) 地域医療構想との関係 ○ <u>2025 年の地域医療構想の実現に向け、第 8 次医療計画(2024 年度～2029 年度)の策定作業と併せて、2022 年度及び 2023 年度において、地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しが行われているところである。地域でどの程度医師確保を行うべきかについては、こうした医療機関の再編・統合等の方針によっても左右されることから、医師確保計画の策定に当たってはこの点に留意する必要がある。</u> (新規) (新規) ○ <u>医師確保計画は、都道府県が、二次医療圏の医療提供体制の整備を目的として策定するものである。個別の医療機関の医師の確保については、地域医療構想調整会議等において議論された、医療機関ごとの機能分化・連携の方針等を踏まえ、地域における医療提供体制の向上に資する形で地域医療構想</u>
---	---

<u>として策定することが考えられるが、新たな地域医療構想の策定に向けて、構想区域の設定の見直しや医療機関機能の確保についての検討を行うことから、医師確保計画の策定においても、これらの現状と課題を踏まえ、構想区域の設定の考え方等と整合性を図るように留意すること。</u> ○ <u>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。</u> （３） （略） （４）大学や医師会等との連携 ○ <u>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。</u> ○ <u>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</u>	と整合的に行われるよう留意しなければならない。 （新規） （３） （略） （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。 （新規）
--	---

する。 ○ <u>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。</u>	(新規)
<u>(5) 医師の養成過程を通じた偏在対策との関係</u> ○ <u>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。</u> ○ <u>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。</u> ○ <u>具体的には、</u> ・ <u>医学部定員における地域枠等の取組</u>	(新規)

- ・ 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	
<u>2024年度</u>	・ <u>厚生労働省が総合パッケージを策定</u>
<u>2025年度</u>	・ <u>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）</u> ・ <u>令和7年改正法が成立</u>
<u>2026年4月～5月頃</u>	・ <u>厚生労働省が医師偏在指標を算出</u> ・ <u>※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</u> ・ <u>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</u>
<u>年度末まで</u>	・ <u>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</u>
<u>随時</u>	・ <u>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</u>
<u>2027年度</u>	・ <u>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</u>
<u>2028年度</u>	・ <u>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</u>

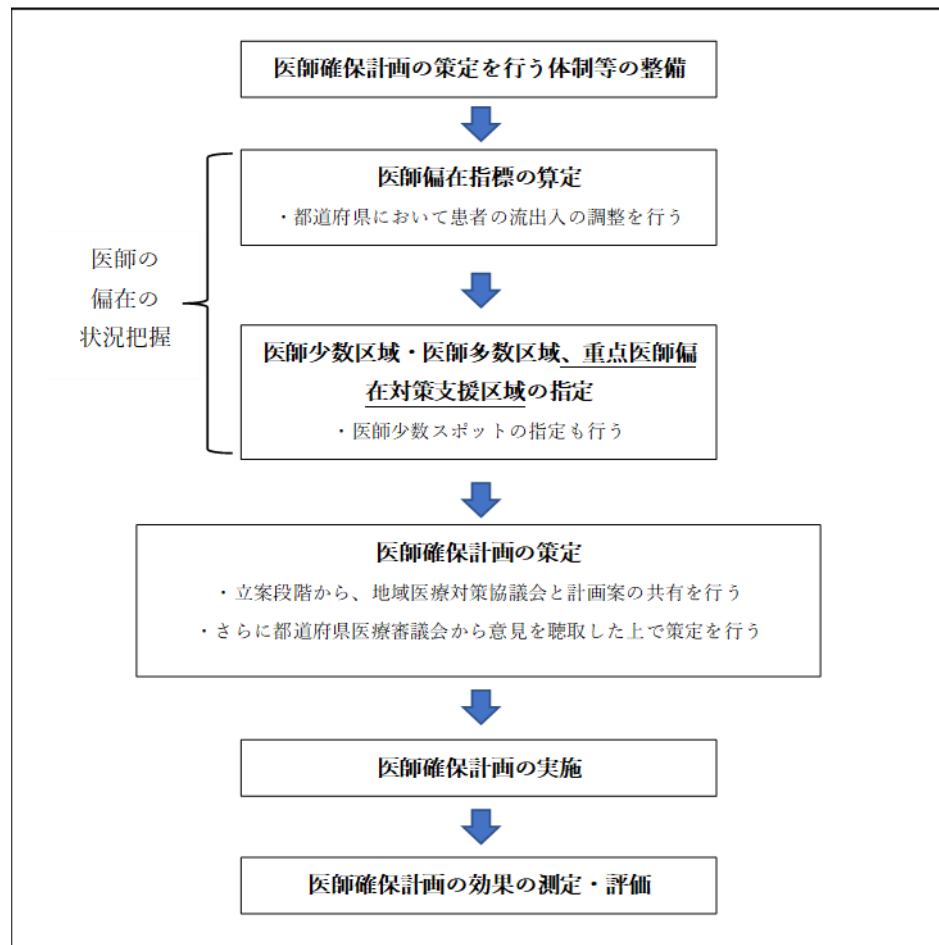
1－4. 医師確保計画の策定スケジュール

- 2024年度から始まる第8次医療計画における医師確保計画（以下「第8次（前期・後期）医師確保計画」という。）の策定スケジュールのイメージは次のとおりである。

時期	
<u>2022年度</u>	・ <u>厚生労働省が医師偏在指標（暫定値）を算出</u> ・ <u>※暫定値では、2022年現在の二次医療圏を前提とした医師偏在指標の計算を行い、上位及び下位33.3%の基準となる指標の閾値を確定</u>
<u>2023年</u> <u>9月まで</u>	・ <u>都道府県が第8次医療計画策定に当たり二次医療圏、周産期医療圏及び小児医療圏の見直しを検討</u> ・ <u>都道府県において、二次医療圏等の見直しを行う場合、見直し後の二次医療圏等間における患者の流出入を厚生労働省に報告（二次医療圏等の見直しを行わない場合は、暫定値を確定値とする）</u>
<u>報告後順次</u>	・ <u>都道府県の報告を踏まえ、厚生労働省において、当該見直しが行われる二次医療圏の医師偏在指標（確定値）を算定</u> ・ <u>都道府県は、当該確定値と2022年度に確定された閾値を比較して、医師多数区域・医師少数区域の判断を行う</u>
<u>3月まで</u>	・ <u>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</u>

	<u>構想を策定</u> <u>・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</u>		<u>・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</u>
<u>2029 年度</u>	<u>・都道府県が第9次（前期）医師確保計画を策定・公表</u>	<u>2024 年度</u>	<u>・都道府県において、第8次（前期）医師確保計画に基づく医師偏在対策開始</u>
<u>2030 年度</u>	<u>・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</u>	<u>2025 年度</u>	<u>・国が第8次（後期）医師確保計画策定に向けた、医師確保計画見直しについての指針を作成、公表予定</u>
(削除)		<u>2026 年度</u>	<u>・都道府県が第8次（後期）医師確保計画を策定・公表</u>
		<u>2027 年度</u>	<u>・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</u>
		<u>※都道府県は、第8次医療計画策定の際に先行して二次医療圏の見直しについて議論し、見直す場合は9月までに厚生労働省に報告することとしているが、この報告までの期間を短縮することで、厚生労働省が早期に医師偏在指標を算定し、都道府県に提供することが可能となる。このため、見直しの結果を可能な限り速やかに報告すること。</u>	

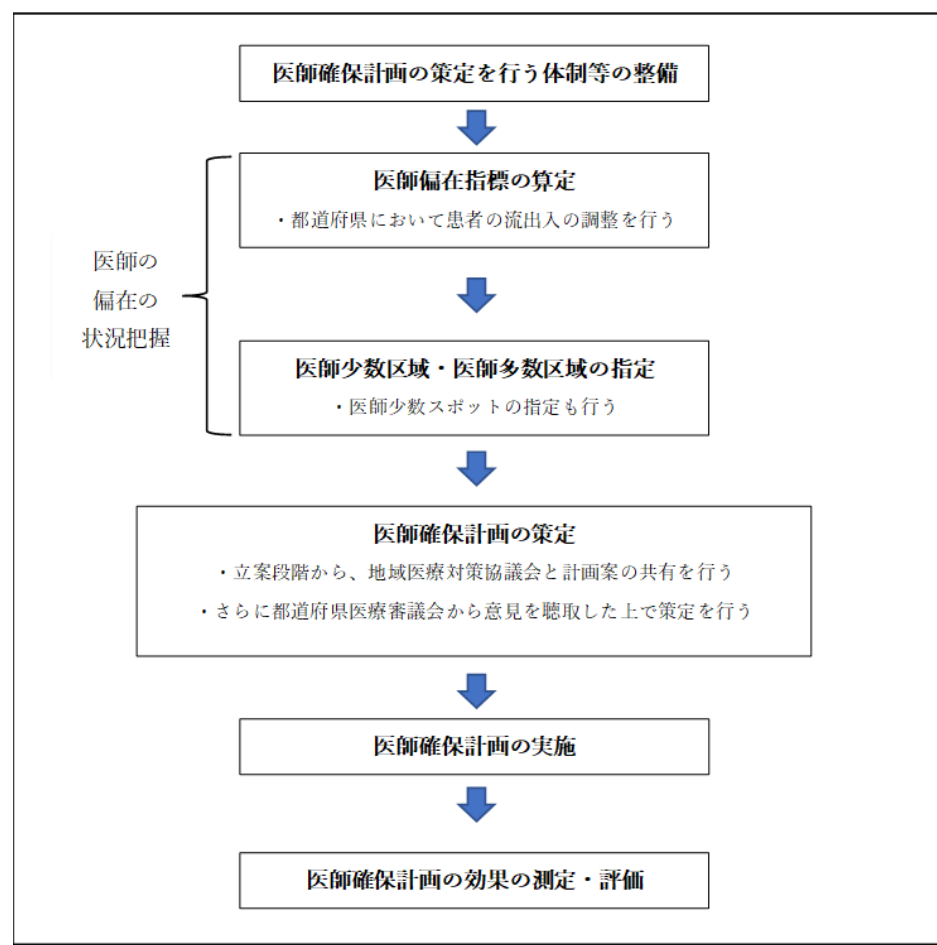
1－5．医師確保計画の策定手続のイメージ



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

1－5．医師確保計画の策定手続のイメージ



1－6．医師確保計画における記載事項

- 医師確保計画には、医療法第30条の4第2項第11号に基づき、次の事項を記載する必要がある。
- ・ 都道府県及び二次医療圏ごとの医師の確保の方針
 - ・ 都道府県及び二次医療圏ごとの確保すべき医師の数の目標（目標医師数）

・ 都道府県、<u>二次医療圏及び重点医師偏在対策支援区域</u>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 ※<u>重点医師偏在対策支援区域</u>については、都道府県が必要と認めた場合に限る。 （略） ○ また、第<u>8</u>次医療計画における第<u>8</u>次（<u>前期</u>）医師確保計画（<u>2024～2026</u>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（<u>後期</u>）医師確保計画（<u>2027～2029</u>年度）には、第<u>8</u>次（<u>前期</u>）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³、市町村及び保険者協議会³の意見を聴く必要がある。 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<u>医療費適正化</u>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 （略） ○ 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	・ 目標医師数を達成するための施策 （略） ○ また、第<u>7</u>次医療計画における医師確保計画（<u>2020～2023</u>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（<u>前期</u>）医師確保計画（<u>2024～2026</u>年度）には、第<u>7</u>次医師確保計画に係る評価結果を記載すること。 2. 医師確保計画の策定を行う体制等の整備 ○ 医師確保計画は医療計画の一部であることから、その策定に当たっては、医師会等の診療又は調剤に関する学識経験者の団体の意見を聴くとともに、都道府県医療審議会³、市町村及び保険者協議会³の意見を聴く必要がある。 ³ 保険者協議会（高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）第 157 条の 2 第 1 項 医療保険の加入者の高齢期における健康の保持のために必要な事業の推進並びに高齢者医療制度の円滑な運営及び当該運営への協力のため、保険者及び後期高齢者医療広域連合が、共同して都道府県ごとに組織する協議会 （略） ○ 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 ・ <u>へき地尺度に関する情報</u> 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) (略) (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。<u>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。</u> 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、<u>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</u>、入院患者の流出入数については、<u>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</u>用いており、<u>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。</u> (略) ⁷ <u>入院患者、無床診療所の外来患者の流出入数</u>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。	・ 将来の人口に関する情報 ・ 医師偏在指標に関する情報 ・ 目標医師数等に関する情報 ・ 必要医師数に関する情報 ・ 将来時点の医師供給数に関する情報 等を示すこととする。 3. 医師偏在指標 3-1. 現在時点の医師偏在指標 (1) (略) (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。 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、<u>昼間人口と夜間人口の比を用いて推計したものを</u>、入院患者の流出入数については、<u>患者調査における病院の入院における患者住所地に基づいた患者数と医療機関所在地に基づいた患者数から推計したものを</u>用いている。 (略) ⁷ 無床診療所の外来患者の流出入数に関しては、NDBのデータのうち、国民健康保険の被保険者の受療動向から、全人口の受療動向を推測したものである。<u>入院患者の流出入数</u>に関しては、<u>患者調査における病院の入院患者の流出入数の</u>
--	--

(略) (3) 医師偏在指標の設計 (略) ○ なお、<u>医師・歯科医師・薬剤師統計</u>については、<u>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。</u> 3－2. (略) 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 (略) ○ 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。 ○ <u>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。</u> ○ <u>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。</u>	<u>情報を用いている。それぞれにデータ上の制限があることに留意が必要である。</u> (略) (3) 医師偏在指標の設計 (略) ○ なお、<u>三師統計</u>については、<u>オンライン提出の仕組みを導入することで、結果を早期に公表できるよう検討を進める。また、国は、既存の他統計との連携も含め、三師統計の更なる充実化を図ることとする。</u> 3－2. (略) 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 (略) ○ 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。 (新規) (新規)
---	--

○ <u>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。</u> ○ <u>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。</u> ○ <u>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。</u> ○ <u>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ついては、そのような二次医療圏を医師少数区域として設定せず、重点的な医師確保対策の対象としないことも可能である。</u> ○ <u>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。</u> 4－2．医師少数スポット （略） ○ <u>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</u>	（新規） （新規） （新規） ○ <u>ただし、医師偏在指標上は医師少数区域に該当する二次医療圏であっても、近隣の二次医療圏の医療機関において当該二次医療圏の住民の医療を提供することと企図しているような場合が想定される。そのような二次医療圏において、限られた医療資源を効率的に活用するためには、近隣の二次医療圏に医療資源を集約することが望ましいと考えられる。本来、そのような二次医療圏は二次医療圏として設定するべきではなく、二次医療圏の設定を見直すことが適切と考えられるが、二次医療圏の見直しが困難な場合については、そのような二次医療圏を医師少数区域として設定せず、重点的な医師確保対策の対象としないことも可能である。</u> ○ <u>なお、医師偏在指標上、医師少数区域に該当しない二次医療圏を医師少数区域として設定すること等は認められない。</u> 4－2．医師少数スポット （略） ○ <u>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</u>
---	---

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。

(略)

- 第 8 次 (後期) 医師確保計画を策定する際は、これまで設定していた医師少数スポットについて、医師確保の状況等を踏まえ、設定の見直しを行うこと。

5. 医師確保計画

5-1. 計画に基づく対策の必要性

- 平成 30 年改正法の成立前まで、都道府県は医療計画において医師の確保に関する事項については「医療従事者の確保に関する事項」の一部として定めてきたところではあるが、医師の確保に関する事項の有無や内容の充実の度合いに都道府県間で差異があり、PDCA サイクルに基づく医師確保対策の検証が十分になされていないなど、都道府県によっては実効的に医師確保対策が講じられているとはいいがたい状況であった。平成 30 年改正法により、地域ごとの医師の多寡について全国ベースで統一的・客観的に比較・評価可能な医師偏在指標を導入し、各都道府県が医師の確保に関する事項を特出しして医療計画に定めることで、PDCA サイクルに基づく目標設定・取組・取組の評価・改善が可能になると考えられる。このため、都道府県は、医師偏在指標に基づく医師確保の方針、確保すべき目標医師数、目標の達成に向けた施策内容、という一連の内容を、医療計画の中で「医師確保計画」として定める。
- 医師確保計画においては、計画期間の終期まで (第 8 次 (後期) 医師確保計画においては 2029 年度末まで) に取り組むべき医師の確保に関する内容及び

ポットとして設定され、真に医師の確保が必要な地域において十分な医師が確保できないという状況は改正法の趣旨を没却するものであるため、医師少数スポットの設定は慎重に行う必要がある。そのため、既に巡回診療の取組が行われており、地域の医療ニーズに対して安定して医療が提供されている地域や、病院が存在しない地域などで明らかに必要な医療を他の区域の医療機関でカバーしている場合等、既に当該地域で提供すべき医療に対して必要な数の医師を確保できている地域を医師少数スポットとして設定することは適切ではない。

(略)

- 第 8 次 (前期) 医師確保計画を策定する際は、これまで設定していた医師少数スポットについて、医師確保の状況等を踏まえ、設定の見直しを行うこと。

5. 医師確保計画

5-1. 計画に基づく対策の必要性

- 改正法の成立前まで、都道府県は医療計画において医師の確保に関する事項については「医療従事者の確保に関する事項」の一部として定めてきたところではあるが、医師の確保に関する事項の有無や内容の充実の度合いに都道府県間で差異があり、PDCA サイクルに基づく医師確保対策の検証が十分になされていないなど、都道府県によっては実効的に医師確保対策が講じられているとはいいがたい状況であった。改正法により、地域ごとの医師の多寡について全国ベースで統一的・客観的に比較・評価可能な医師偏在指標を導入し、各都道府県が医師の確保に関する事項を特出しして医療計画に定めることで、PDCA サイクルに基づく目標設定・取組・取組の評価・改善が可能になると考えられる。このため、都道府県は、医師偏在指標に基づく医師確保の方針、確保すべき目標医師数、目標の達成に向けた施策内容、という一連の内容を、医療計画の中で「医師確保計画」として定めることとする。
- 医師確保計画においては、計画期間の終期まで (2023 年度中に都道府県が策定することとされている医師確保計画であれば 2026 年度末まで) に取り組

「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。 ○ <u>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。</u> ○ <u>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。</u> ○ <u>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。</u> ○ <u>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</u>	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。 (新規) ○ <u>医師確保計画において定められる都道府県が行う対策は、地域枠医師等のキャリア形成プログラムの適用を受ける医師に関する事項が中心になるものと考えられる。しかし、キャリア形成プログラムの適用を受ける医師以外についても、医師確保計画が都道府県内の関係者の合意の上で策定されていることを勘案し、都道府県内の大学や医師会、医療機関等が可能な限り医師確保計画に沿った対応を行うことが望まれることから、都道府県は、適切な関与を行うこと。</u> ○ <u>また、都道府県は、医師確保計画の策定及び施策の実施に当たっては、医師確保計画が二次医療圏単位での医療提供体制の確保を目的としており、個別の医療機関の求めのみに応じて医師を充足させることを目的としているわけではないことに留意しなければならない。</u> ○ <u>個別の医療機関については、引き続き、各地域医療構想調整会議において、地域医療構想に係る医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを協議する中で、医療機関の機能と役割について議論が行われているところであるが、その議論の結果に沿って地域において必要とされる医療が過不足なく提供されるよう医師の確保がなされなければならない。地域医療構想調整会議においては、各医療機関について現在の機能を所与のものとせず、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。</u>
---	--

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。 ○ <u>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。</u> (略) ○ <u>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。</u> 5－2．医師確保の方針 5－2－1．方針の考え方 ○ <u>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、<u>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。</u></u> (略) 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	○ 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。 (略) ○ 地域医療介護総合確保基金については、これまでも医療従事者の確保のために活用されてきたが、限りある財源を有効に活用するためにも、医師少数都道府県や医師少数区域における医師の確保に重点的に用いるべきである。そのため、特に医師多数都道府県に該当する都道府県は、地域医療介護総合確保基金を用いた医師確保の取組に関して大幅な見直しを行うべきである。 5－2．医師確保の方針 5－2－1．方針の考え方 ○ 医師偏在指標の値を用いて全国の医療圏を一律に比較することで医師多数都道府県、医師多数区域、医師少数都道府県、医師少数区域を設定し、全ての都道府県、二次医療圏について目標医師数を定めることとする。 (略) 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。 ○ <u>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。</u> ○ 現在時点と2036年時点のそれぞれにおける医師確保の方針は次のとおりとする。 ・ 現在時点の医師の不足に対しては、短期的な施策による対応を行うこととし、長期的な施策では対応しないこととする。 ・ 2036年時点の医師の不足に対しては、短期的な施策と長期的な施策を組み合わせ対応することとする。 ○ これらの基本的な考え方に沿って、次のとおり医師確保の方針を定めることとする。<u>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。</u> 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。	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。 (新規) ○ 現在時点と2036年時点のそれぞれにおける医師確保の方針は次のとおりとする。 ・ 現在時点の医師の不足に対しては、短期的な施策による対応を行うこととし、長期的な施策では対応しないこととする。 ・ 2036年時点の医師の不足に対しては、短期的な施策と長期的な施策を組み合わせ対応することとする。 ○ これらの基本的な考え方に沿って、次のとおり医師確保の方針を定めることとする。 i) 都道府県 ○ 都道府県における基本的な医師確保の方針は次のとおりとする。
---	---

・ 医師少数都道府県については、医師の増加を医師確保の方針の基本とする。 ・ さらに、医師少数都道府県は、医師多数都道府県からの医師の確保ができることとする。 ・ 医師少数でも多数でもない都道府県は、都道府県内に医師少数区域が存在する場合には、必要に応じて医師多数都道府県からの医師の確保ができることとする。 ・ 医師多数都道府県は、当該都道府県以外からの医師の確保は行わないこととする。ただし、これまでの既存の施策による医師の確保の速やかな是正を求めるものではない。また、都道府県内の医師の充足状況や他の都道府県からの医師の流入状況等を勘案し、医師少数都道府県への医師派遣についても検討を行うこととする。特に、医師多数都道府県であり、かつ、医師少数区域を有さない都道府県であって、継続的に医師の数が増加している都道府県については、他の医師少数都道府県からの求めに応じた医師派遣等について、地域医療対策協議会の議題として必ず取り扱うなど全国的な医師偏在是正に対する協力をお願いしたい。なお、例えば、医師多数都道府県であっても、当該都道府県内における産科医師又は小児科医師がその勤務環境等を鑑みて不足していると考えられる場合に産科医師又は小児科医師に特化して確保する方針とすることや、外来医師多数区域が多く存在する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、<u>医師不足地域での医療の提供</u>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。	・ 医師少数都道府県については、医師の増加を医師確保の方針の基本とする。 ・ さらに、医師少数都道府県は、医師多数都道府県からの医師の確保ができることとする。 ・ 医師少数でも多数でもない都道府県は、都道府県内に医師少数区域が存在する場合には、必要に応じて医師多数都道府県からの医師の確保ができることとする。 ・ 医師多数都道府県は、当該都道府県以外からの医師の確保は行わないこととする。ただし、これまでの既存の施策による医師の確保の速やかな是正を求めるものではない。また、都道府県内の医師の充足状況や他の都道府県からの医師の流入状況等を勘案し、医師少数都道府県への医師派遣についても検討を行うこととする。特に、医師多数都道府県であり、かつ、医師少数区域を有さない都道府県であって、継続的に医師の数が増加している都道府県については、他の医師少数都道府県からの求めに応じた医師派遣等について、地域医療対策協議会の議題として必ず取り扱うなど全国的な医師偏在是正に対する協力をお願いしたい。なお、例えば、医師多数都道府県であっても、当該都道府県内における産科医師又は小児科医師がその勤務環境等を鑑みて不足していると考えられる場合に産科医師又は小児科医師に特化して確保する方針とすることや、外来医師多数区域が多く存在するような都道府県においては特に、診療所が地域で不足する医療機能を担うことができるよう、環境の整備を行う方針とする等、様々な形の医師の偏在に対して適切な医療提供体制を構築するために、医師確保方針を決定することが可能である。 ii) 二次医療圏 ○ 基本的な医師確保の方針は次のとおりとする。 ・ 医師少数区域については、医師の増加を医師確保の方針の基本とする。 ・ さらに、医師少数区域は、医師少数区域以外の二次医療圏からの医師の確保ができることとする。
---	---

- ・ 医師少数でも多数でもない二次医療圏は、必要に応じて、医師多数区域の水準に至るまでは、医師多数区域からの医師の確保を行えることとする。
- ・ 医師多数区域は、他の二次医療圏からの医師の確保は行わないこととする。これまでの既存の施策による医師の確保の速やかな是正を求めるものではないが、医師少数区域への医師派遣を行うことは求められる。なお、例えば、医師多数区域であっても、圏内における産科医師又は小児科医師が、その勤務環境等を鑑みて不足している場合、産科医師又は小児科医師に特化して確保する方針とすることや、外来医師多数区域、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) (略)

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

- ・ 医師少数でも多数でもない二次医療圏は、必要に応じて、医師多数区域の水準に至るまでは、医師多数区域からの医師の確保を行えることとする。
- ・ 医師多数区域は、他の二次医療圏からの医師の確保は行わないこととする。これまでの既存の施策による医師の確保の速やかな是正を求めるものではないが、医師少数区域への医師派遣を行うことは求められる。なお、例えば、医師多数区域であっても、圏内における産科医師又は小児科医師が、その勤務環境等を鑑みて不足している場合、産科医師又は小児科医師に特化して確保する方針とすることや、外来医師多数区域においては特に、診療所が地域で不足する医療機能を担うことができるよう、環境の整備を行う方針とする等、様々な形の医師の偏在に対して、適切な医療提供体制を構築するための方針は採択可能である。
- ・ ただし、医師多数都道府県内に存在する医師少数区域については、当該都道府県以外からの医師の確保を行わないこととする。

iii) (略)

(新規)

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） ○ <u>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。</u> ○ <u>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。</u> ○ <u>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。</u> ○ <u>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。</u> 5－2－<u>4.</u>（略） 5－2－<u>5.</u>（略） 5－3. 目標医師数 5－3－1. 目標医師数 （i）考え方	5－2－<u>3.</u>（略） 5－2－<u>4.</u>（略） 5－3. 目標医師数 5－3－1. 目標医師数 （i）考え方
--	---

(略)

○ 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ある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

(略)

○ また、追加で確保が必要な医師数の算出に当たっては、既に実施されている医師派遣等の実績を織り込んだものとなるよう、都道府県において適切に医師派遣等の実態把握をする必要がある。例えば、A医療圏にある大学に籍を置いたまま、B医療圏にある病院に週に一回派遣されて診療を行っている医師が7名いる場合、派遣された医師が医師届出票に従たる従事先を明記していれば医師偏在指標に反映されるものの、三師統計による把握には限界があり、また記載がない場合は、医師偏在指標上はA医療圏に常に7人の医師がいるものとされるため、B医療圏の医師偏在指標には反映されていないが実態としては1人分B医療圏において医師が確保されていることになる。このような場合、医師偏在指標の修正を行う必要はないが、医師偏在指標を補う形で、医師1名分の医師偏在対策が既に行われているとみなし、都道府県は、B医療圏において追加で確保すべき医師数の数を1人分減じた上で、医師確保対策の検討を行うこととする。

○ なお、目標医師数の設定に当たっては、地域で必要とされる医療が提供される必要があることから、医療提供体制の維持を考慮することとする。

(新規)

(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。

(新規)

○ 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 ○ 「<u>医師偏在指標による下位 33.3%の区域</u>」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。<u>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。</u> ○ 「<u>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</u>」については、<u>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。</u> (略) 5－3－2. 将来時点における必要医師数と医師供給推計 (略)	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 ○ <u>医師少数区域</u>の目標医師数は、計画期間終了時の医師偏在指標の値が、計画期間開始時の全二次医療圏の医師偏在指標について下位 33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数と定義する。ただし、計画期間開始時に既に下位 33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師数を達成している場合は、医師の地域偏在の解消を図る観点から、原則として、目標医師数は計画開始時の医師数を設定上限数とする。 (新規) (略) 5－3－2. 将来時点における必要医師数と医師供給推計 (略)
---	--

○ 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。<u>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。</u> (略) 5－3－3. (略) 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 ・ <u>医師偏在是正プランの策定</u> 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。 (略) ○ 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	○ 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。 (略) 5－3－3. (略) 5－4. 目標医師数を達成するための施策 5－4－1. 施策の考え方 ○ 医師確保対策としては、 ・ 都道府県内における医師の派遣調整 ・ キャリア形成プログラムの策定・運用 などの短期的に効果が得られる施策と、 ・ 医学部における地域枠・地元出身者枠の設定 などの医師確保の効果が得られるまでに時間のかかる、長期的な施策が存在する。 (略) ○ 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。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。

（略）

- 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。
- 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のが考えられる。
- ※ 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

（略）

- 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

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。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入がみられる二次医療圏など、一体の圏域として成立していないと考えられるものも依然として存在している。そのような二次医療圏については、他の二次医療圏で受診している患者が相当数いる実情を踏まえ、二次医療圏の再編・統合を検討することが適当である。

（略）

- 都道府県は、第8次医療計画策定の際に二次医療圏の見直しについて先行して議論し、二次医療圏を見直す場合は先んじて国へ報告することとする。
- また、診療科間の医師偏在は、地域間の医師偏在と併せて引き続き対応が必要である。都道府県においては、必要な施策を検討するに当たっては、既に公表されている三師統計の診療科別医師数を参考にするのが考えられる。
- ※ 三師統計のデータは、政府統計ポータルサイトである「e-Stat」より入手可能。

5-4-2. 医師の派遣調整

（略）

- 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。

(略)

- 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。

(略)

- 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。

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）

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。

(略)

- 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。

(略)

- 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。

(新規)

(略) 5-4-3. キャリア形成プログラム (略) ○ 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. (略) 5-4-5. (略) 5-4-6. 医師偏在是正に向けた広域マッチング事業 ○ <u>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。</u> ○ <u>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。</u>	(略) 5-4-3. キャリア形成プログラム (略) ○ 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^うこととしている。都道府県においては、こうした事業も活用しながら、キャリア形成プログラムを効果的に運用すること。 5-4-4. (略) 5-4-5. (略) (新規)
---	---

- 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

(新規)

<u>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</u> <u>（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</u> <u>（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</u> <u>i 医師少数区域等における診療</u> <u>ii 医師少数区域等における臨床研修</u> <u>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</u> <u>（※） 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。</u> <u>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の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の</u> <u>（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</u> ○ <u>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</u>	
--	--

<u>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。</u> ○ <u>なお、（３）については都道府県においてⅰ～ⅳの経験等の実績を確認する必要があることから、医療機関及び地域医療対策協議会等において、当該経験等を証する必要な書面をⅰ～ⅳの経験等をした者に交付するとともに、当該者は、当該書面を適切に保管した上で、都道府県に対して必要な提出をすること。</u> ５－４－<u>８</u>．その他の施策 （略） ○ 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。 （略） <u>５－５．医師偏在是正プランの策定</u> <u>５－５－１．重点医師偏在対策支援区域の考え方</u> ○ <u>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。</u> ○ <u>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。</u>	５－４－<u>６</u>．その他の施策 （略） ○ 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、<u>地域重点型プログラムなどを用いてより多くの研修医が医師少数区域における地域医療研修を行えるようにするのが望ましい。</u>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。 （略） （新規）
--	---

- 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

(削除)

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

6. 医学部における地域枠・地元出身者枠の設定・取組等

6-1. 地域枠・地元出身者枠の設定・取組の考え方

- 安定した医師確保を行うため、都道府県は、積極的に恒久定員内への地域枠や地元出身者枠の設置について大学と調整を行うとともに、医師の育成や配置方法について、大学と連携してキャリア形成を支援しつつ、地域枠等の医師が地域医療に従事する仕組みを構築することが重要である。
- 医学部定員の減員に向け、医師養成数の方針について検討が求められてきた中、安定した医師確保を行うため、都道府県は、大学の恒久定員内に、地域枠に加え、柔軟に運用できる地元出身者枠を設置することについて、積極的に大学と調整を行うこととする。特に医師少数都道府県においては、自都道府県内に所在する大学への積極的な地域枠の設置に加えて、地元出身者を対象として他県に所在する大学にも地域枠を設置し、卒前からキャリア形成に関する支援を行うことで医師確保を促進する。

(新規)

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）各都道府県の実況に応じた対策

○ 各都道府県の医師の流出や流入の実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。
- ・ 地域枠外の実施について、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、要請できることとされている。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

- 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。

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り起こし、地域外での勤務を経験した後に地域へ復帰するための往復型キャリアパスの提示、短期・非常勤といった柔軟な勤務形態を含む働き方の確保や提案等を進めることが考えられる。

また、各都道府県に所在する大学医学部等を卒業した地域枠等の医師については、義務年限の期間中はもとより、義務年限終了後の地域への定着や、非常勤等も含めた様々な形での地域貢献を促す取組が重要である一方で、都道府県の医師確保担当者を対象とした調査によると、義務年限終了後の医師の従事先の把握を行っている都道府県は全体の7割程度となっている。各都道府県は、地域医療介護総合確保基金等による支援も踏まえつつ、地域医療支援センターやキャリアコーディネーター等を介した大学との連携を通じて、義務年限終了後の医師とのつながりの維持や、可能であれば勤務動向を把握することが考えられる。これにより、大学及び都道府県が、地域枠等の医師の地域への定着等に向けた継続的な働きかけを促す役割や、義務年限後の医師のニーズに応じた各都道府県内への就業調整等の役割を担うことが考えられる。こうした取組は、都道府県の医師確保に資するのみならず、大学の体制強

化にもつながるものであり、双方が連携して取り組むことが重要である。なお、都道府県によっては義務年限終了後の医師の定着状況が異なると考えられることから、その状況や、地域枠等医師の数、その他の事情を考慮の上、地域の医師確保に必要な範囲で対応を行うことが適当である。

(青森県の取組)

県内勤務の可能性が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

○ 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。 (削除)	はないことに留意が必要である。 ○ <u>地域枠については、都道府県内の特定の地域における診療義務を課すものであり、都道府県内における二次医療圏間の偏在を調整する機能があるとともに、特定の診療科における診療義務がある場合には、診療科間の偏在を調整する機能もある。また、臨時定員の増員等と組み合わせた地域枠については、医師の少ない都道府県において医師を充足させ、都道府県間の偏在を是正する機能がある。</u> ○ <u>一方、地元出身者枠については、これを設置する大学の所在地である都道府県内に、長期間にわたり 8 割程度の定着が見込まれるものの、特定の地域等での診療義務があるものではないため、都道府県内における二次医療圏間の偏在調整の機能はなく、都道府県間の偏在を是正する機能がある。</u> ○ <u>地域枠と地元出身者枠のこうした機能の違いを踏まえ、都道府県知事から大学に対する地域枠又は地元出身者枠の創設又は増員の要請を進めていくことが重要である。</u> ○ <u>また、地域ごとの医師の需給推計から算出された、都道府県ごとの地域枠等の必要数等を踏まえて、今後大学医学部に対し、地域枠・地元出身者枠の要請を行うこと。なお、都道府県ごとの地域枠等の必要数について、暫定的に厚生労働省において算出したものを提示することとしており、医師確保計画全体の策定に先立って、特に地域枠等の設置・増員等について、大学医学部との協議を開始することが必要である。</u> ○ <u>特に地域枠医師に関しては、都道府県内の診療科間・地域間偏在の両方の解消に資するキャリア形成プログラムを適用すること。また、都道府県内の状況に合わせて、地域枠医師が、不足する一定の診療領域に従事する仕組みについて、具体的に検討していくことが適切である。その際には、「都道府県ごとの診療科別の将来必要な医師数の見通し」等を活用することが適当であるが、総合的な診療の領域（総合診療、救急、ICU・病棟管理等）を担う医師の役割については、別途検討を行うことが必要である。</u> ○ <u>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</u>
---------------------------------	--

○ 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	事・貢献する医師としての姿勢等を涵養し、各都道府県・大学等における地域医療を担う医師養成の観点から有効な取組について、情報共有を行う機会を定期的に設けることとする。 ○ 都道府県は、大学及び地域の医療機関等と連携し、医師少数区域等における医師確保が必要な診療科や医師数に加え、医師のキャリア形成の観点から医療機関の指導体制等についても十分に把握した上で、地域医療対策協議会で協議を行い地域枠の医師の配置を検討することで、地域枠の医師がキャリア形成をしつつ地域医療に従事しやすい仕組みを構築することとする。 ○ なお、令和7年度以降の医学部臨時定員については、「第8次医療計画等に関する検討会」等における議論の状況を踏まえ、改めて検討するとされていることに留意が必要である。 （新規） （新規）
---	---

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。

（削除）

- 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

6－2. 各都道府県において必要な地域枠・地元出身者枠の数について

- 都道府県知事から大学に対して、地域枠の創設又は増員を要請できる場合については、当該都道府県内に将来時点における推計医師数が必要医師数に満たない二次医療圏等がある場合とし、当該都道府県における二次医療圏ごとの将来時点における医師不足数の合計数を満たすために必要な年間不足養成数を上限として、必要な地域枠数を地域医療対策協議会の協議を経た上で、要請できることとする。
- 都道府県知事から大学に対して、地元出身者枠の創設又は増員を要請できる場合については、当該都道府県が、将来時点における推計医師数が必要医師数に満たない都道府県である場合とし、当該都道府県における医師不足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。	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－<u>1</u>－3.（略） 6－2. 臨床研修における取組 ○ <u>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</u>	6－<u>3</u>.（略） （新規）

すべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付けることを目的としている。

- 臨床研修制度を通じた医師偏在対策として、厚生労働省は、医道審議会医師分科会医師臨床研修部会（以下「医師臨床研修部会」という。）の議論を踏まえ、臨床研修医の都道府県ごとの募集定員上限数の設定を行っているほか、令和8年度から、医師多数都道府県（以下「連携元都道府県」という。）に所在する基幹型臨床研修病院（以下「連携元病院」という。）に採用された研修医の一部が、医師少数都道府県等（以下「連携先都道府県」という。）に所在する臨床研修病院等（以下「連携先病院」という。）において半年以上研修を行う「広域連携型プログラム」を開始している。
- 広域連携型プログラムを通して、連携元病院に採用された研修医が、連携先病院においても一定の期間研修することは、双方の特性・魅力を生かした良質な研修を受けられる、将来のキャリアの選択肢が広がる、自身の適性に気づく契機となる、といったメリットが考えられる。
- また、特に研修医を受け入れる連携先都道府県においては、受け入れる研修医の将来的な定着を図る機会となるため、広域連携型プログラムによる研修の機会に定着への取組を行うことは有効であると考えられる。

（1）広域連携型プログラムに関する取組

- 広域連携型プログラムについては、医師臨床研修部会の議論を踏まえ、連携元都道府県及び連携先都道府県が行う以下の取組は、医師確保の観点でも重要と考えられる。
- ① プログラム作成時
連携元病院と連携先病院が調整を開始する段階において、厚生労働省は、連携先都道府県から連携を希望する臨床研修病院等のリストを収集し、連携元都道府県に提供している。連携先都道府県がリストの作成を行うに当たっては、管内の医師の偏在状況等を踏まえ、本プログラムに参加することが適切な病院等がリストに掲載されるよう、連携先都道府県から候補となる病院

へ働きかけを行うなど、必要な調整を図ることが重要である。

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

② 準備・研修開始前

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

③ 研修医募集

広域連携型プログラムの研修医募集に際しては、プログラムの概要に加え、プログラムの魅力、得られるメリット等について医学生が十分に把握できるよう、連携先都道府県は、連携先病院を通して調整を行い、連携元病院と合同での説明会を開催するなど、医学部生に向けた情報発信の取組を行うことが考えられる。

④ 連携先病院での研修開始後

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

(2) 広域連携型プログラムを通じて将来的な定着を図る取組

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

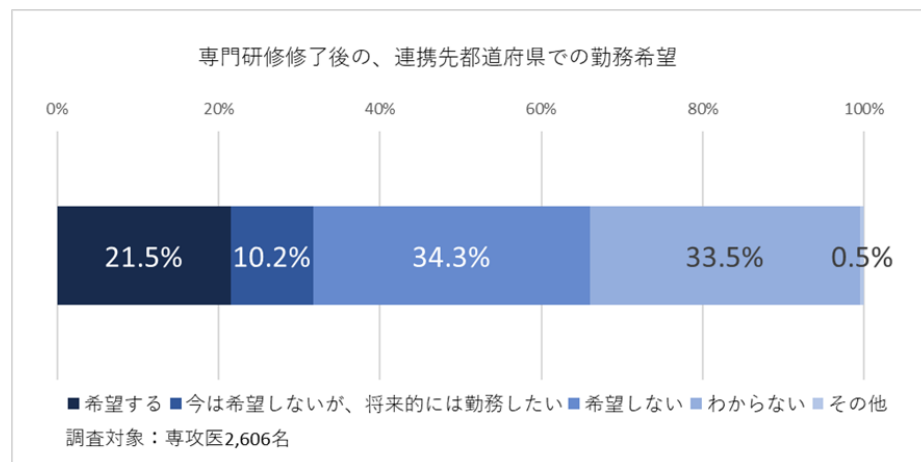
① 専門研修プログラムに関する情報提供

広域連携型プログラムと同様に、連携先施設で一定期間の研修を行う仕組

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

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

（図1）



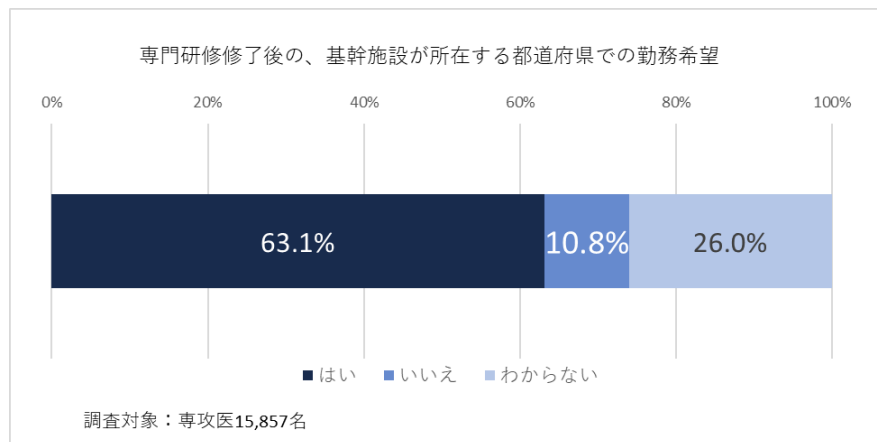
出典：令和5年度厚生労働行政推進調査事業費補助金厚生労働科学特別研究事業「日本専門医機構における医師専門研修シーリングによる医師偏在対策の効果検証」（研究代表者 渡辺毅）

② 地域の特徴のプログラムへの反映

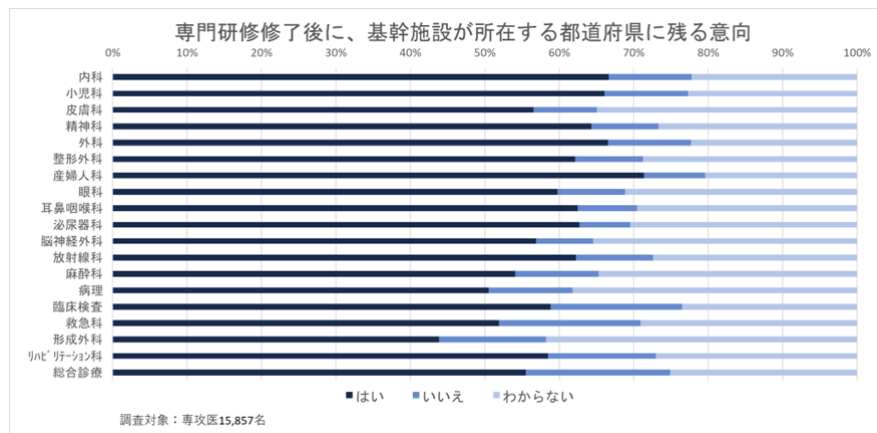
広域連携型プログラムにおいては、連携元病院と連携先病院の双方の特性・魅力を生かした良質な研修プログラムの作成を行うことが重要である。特色

<u>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。</u> <u>6－3. 専門研修における取組</u> ○ <u>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。</u> ○ <u>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。</u> ・ <u>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）。</u> ・ <u>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。</u> ・ <u>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。</u>	(新規)
---	-------------

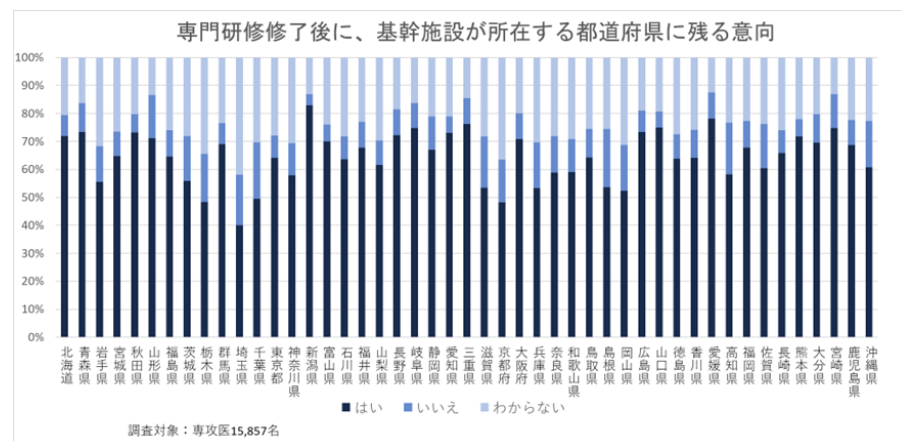
(図2)



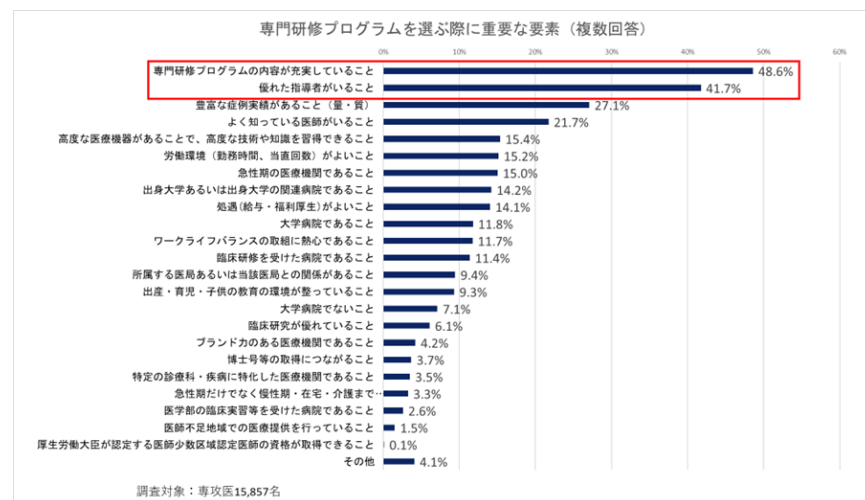
(図3)



(図 4)



(図 5)



(図 6)

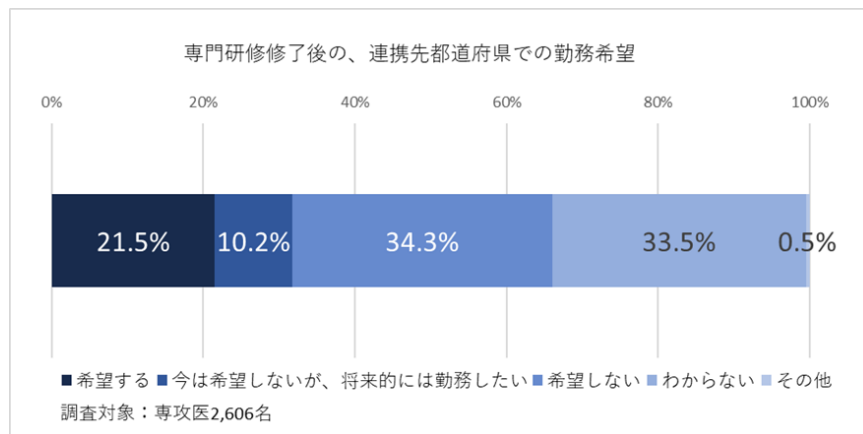


図 2～6 の出典は、いずれも令和 5 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金 厚生労働科学特別研究事業「日本専門医機構における医師専門研修シーリングによる医師偏在対策の効果検証」(研究代表者 渡辺毅)

- 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し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

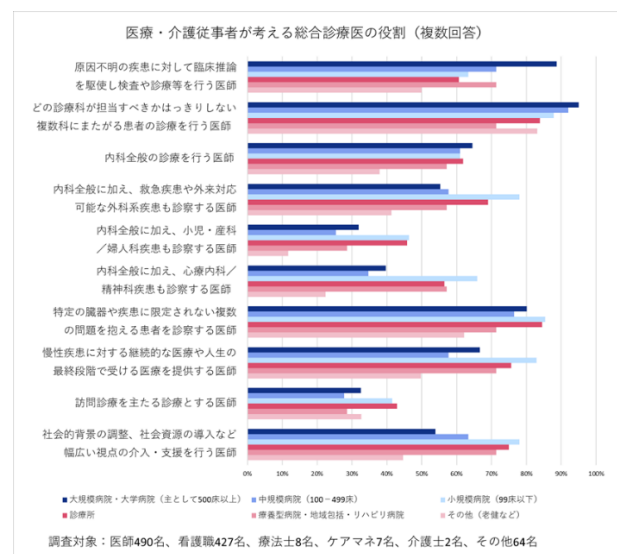
(新規)

いる。 ○ <u>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。</u> ○ <u>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。</u> ○ <u>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。</u> <u>6－4－1. 地域で必要な診療を担う医師の育成・確保</u> ○ <u>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。</u> ○ <u>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。</u> ○ <u>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、</u> <u>・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</u> <u>・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</u> <u>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）。</u> ○ <u>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</u>	(新規)
---	-------------

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關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）



出展：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ことで期待できる。

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、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。

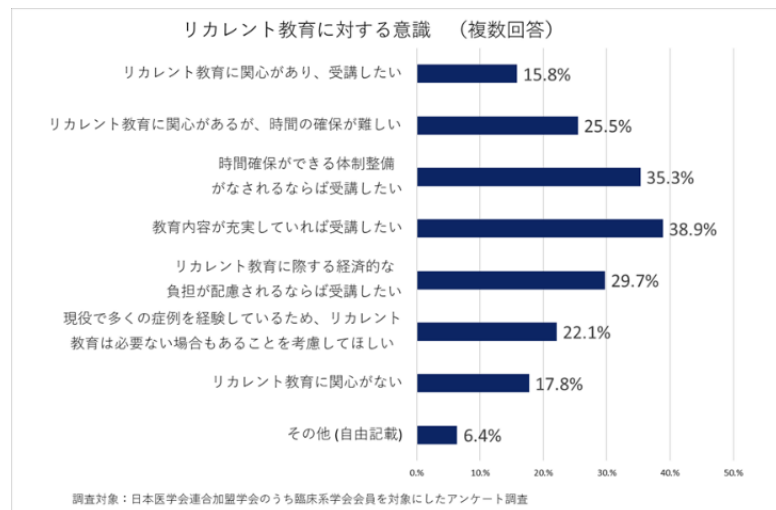
都道府県は、こうした管内の受講者の傾向、OJT の場を提供する施設の規模や分布状況等を分析することで、効果的な周知のための対象や手段の検討や、受講者または OJT の場を提供する医療機関に対する適切な支援の検討が可能となる。

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。

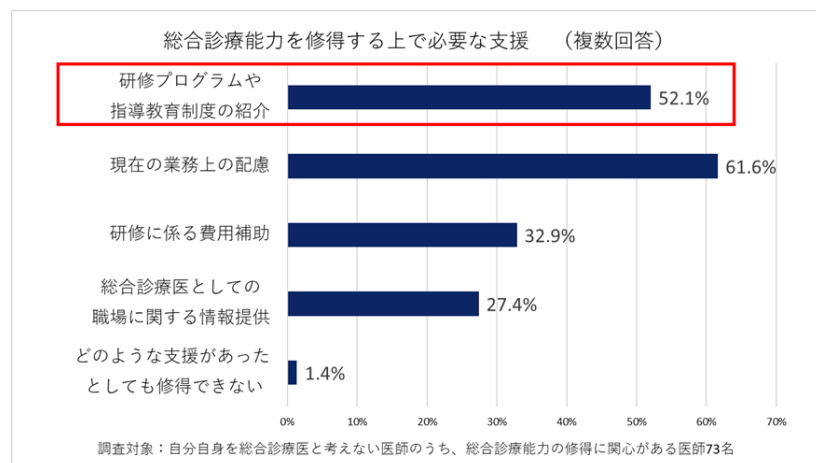
また、管内のリカレント教育の体制を充実させるため、都道府県から医療機関に対し、リカレント教育の一環として医療機関が担うことのできる役割について情報提供を行うことも効果的であると考えられる。

(図 9)



出展：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)



出展：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

<u>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)</u> ○ <u>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。</u> <u>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</u> ○ <u>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。</u> ○ <u>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。</u> ○ <u>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</u>	(新規)
--	-------------

<u>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。</u> ○ <u>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。</u> <u>(高知県の取組)</u> <u>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。</u>					
7. 産科・小児科における医師確保計画 7-1～7-4-3. (略) 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)～(3) (略)	7. 産科・小児科における医師確保計画 7-1～7-4-3. (略) 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)～(3) (略)				
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	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				
<table border="1"> <tr> <td data-bbox="163 1169 432 1423"> ① 医療提供体制等の見直しのための施策 </td><td data-bbox="441 1169 1104 1423"> ○ (略) ○ 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、<u>遠隔医療</u>の活用等も併せて実施。) ○ (略) </td></tr> </table>	① 医療提供体制等の見直しのための施策	○ (略) ○ 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、 <u>遠隔医療</u> の活用等も併せて実施。) ○ (略)	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="1135 1169 1404 1423"> ① 医療提供体制等の見直しのための施策 </td><td data-bbox="1413 1169 2076 1423"> ○ (略) ○ 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、<u>遠隔診療</u>の活用等も併せて実施。) ○ (略) </td></tr> </table>	① 医療提供体制等の見直しのための施策	○ (略) ○ 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、 <u>遠隔診療</u> の活用等も併せて実施。) ○ (略)
① 医療提供体制等の見直しのための施策	○ (略) ○ 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、 <u>遠隔医療</u> の活用等も併せて実施。) ○ (略)				
① 医療提供体制等の見直しのための施策	○ (略) ○ 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、 <u>遠隔診療</u> の活用等も併せて実施。) ○ (略)				

②～④（略）

（略）

8．医師確保計画の効果の測定・評価
（削除）

○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	・都道府県全体の医師	・都道府県内の全体の医師数 （年代別、人口・可住地面積あ	2年に1回	三師統計

②～④（略）

（略）

8．医師確保計画の効果の測定・評価

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

※病床機能報告のデータは、厚生労働省ホームページより入手可能。
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055891.html>

（新規）

（新規）

体の医師の確保	の確保の状況	たり)		
	・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	・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	年1回	都道府県調査 事業者よ

療科の 確保		道府県による管内への周知回数		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。
(削除)
- (削除)

- 医師確保計画の効果測定・評価の結果については、地域医療対策協議会において協議を行い、次期医師確保計画の策定・見直しに反映させるとともに、評価結果を次期医師確保計画に記載することとする。
- 都道府県は、非常勤医師の派遣等の取組に関して医療機関等から聞き取り調査を行う等、既存の統計調査では把握が困難な事項について可能な限り把握を行い、医師少数区域等における医師の確保の状況をできるだけ正確に評価できる体制を整備すること。
- 都道府県は計画終了時に、都道府県外からの医師の受入状況及び都道府県外への医師の派遣状況も把握を行い、計画作成時点と計画見直し時点での状況の変化を把握すること。
- 都道府県は計画終了時に、地域枠医師の定着率及び派遣先を把握し、義務履行率、定着率の改善が見られるか否か、医師少数区域等に定められた期間勤務しているか否か等について把握を行うこと。
- 医師確保計画の効果の測定結果を踏まえ、都道府県ごと、二次医療圏ごとに医師確保の状況等について比較を行い、課題を抽出すること。その上で、他の都道府県の取組等を参考にしながら適切な対策を行うこと。
- 医師確保計画が医療計画の一部であることを鑑み、次期医療計画の見直しの際には医療計画の指標として上記の項目を使用することを厚生労働省として今後検討する。
- 医療計画においては、その実効性を上げるために、その評価を行い、評価結

(削除) ○ <u>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。</u> ○ <u>なお、本来は医師確保計画の効果を測定・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。</u>	<u>果に基づき計画の内容を見直すことが重要であるとしている。特に、産科及び小児科における医師確保計画の内容については、医師全体における医師確保計画と同様に、その評価を行い、評価結果に基づき医療計画における周産期医療及び小児医療の確保に必要な事業に関する事項等と一体的に見直すことが望ましい。</u> ○ <u>なお、本ガイドラインにおいて示した医師偏在指標等については、現時点で入手可能なデータに基づき検討することとなったが、今後、医師偏在対策に資するデータの整備状況等を踏まえて、厚生労働省は、医師偏在指標や医師偏在対策の指針の見直しを行う。</u> (新規) (新規)
---	---