

滋賀県医師確保計画の改定について

滋賀県健康医療福祉部 医療政策課

医師確保計画について

- 概要
- 改定スケジュール

医師確保対策に関する取組（全体像）

医師養成過程における取組

【大学医学部】

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

【臨床研修】

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

【専門研修】

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

各都道府県の取組

【医師確保計画】

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

＜具体的な施策＞

●大学と連携した地域枠の設定

●地域医療対策協議会・地域医療支援センター

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

●キャリア形成プログラム（地域枠医師等）

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

●認定医師制度の活用

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

医師の働き方改革

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

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

医師確保計画策定ガイドラインの策定(国)

医師の偏在の状況把握

医師偏在指標の算出(国)

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

医師偏在指標で考慮すべき「5要素」

- ・ 医療需要（ニーズ）及び将来の人口・人口構成の変化
- ・ 医師の性別・年齢分布
- ・ 患者の流入等
- ・ へき地等の地理的条件
- ・ 医師偏在の種別（区域、診療科、入院／外来）

医師多数区域・医師少数区域の設定(都道府県)

全国の330二次医療圏の医師偏在指標の値を一律に比較し、**上位の一定の割合を医師多数区域、下位の一定の割合を医師少数区域とするよう国が提示した基準に基づき、都道府県が設定する。**



医師確保計画策定ガイドラインを参考にした『医師確保計画』の策定(都道府県)

医師の確保の方針

(都道府県、二次医療圏ごとに策定)

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

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

確保すべき医師の数の目標

(目標医師数)

(都道府県、二次医療圏ごとに策定)

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

目標医師数を達成するための施策

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

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

都道府県による医師の配置調整のイメージ



3年*ごとに、都道府県において計画を見直し(PDCAサイクルの実施)

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

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

滋賀県医師確保計画 改定スケジュール

	R8.3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	R9.1	2	3
医療審				【第1回】 6/29 (改正方針・ 諮問)			【第2回】 (計画骨子)		【第3回】 (計画素案)			【第4回】 (計画案・ 答申)	
地对協	【第3回】 3/24 (現行計画 進捗状況)				【第1回】 7/9 (改正方針)		【第2回】 9/2 (計画骨子)		【第3回】 11/19 (計画素案)			【第5回】 3/26 (計画報告)	
県		検討事項の整理			計画骨子・素案の作成						パブリック コメント		
	各種データの分析・施策検討												
国		医師偏在指標 (医師全体)		医師偏在指標 (左記以外)		新ガイドライン							

新たな地域医療構想は令和9年度中に策定予定であるため、その内容は令和11年度に改定作業を行う第9次(前期)計画において反映する。

2

医師確保の現状

現行計画 進捗状況

- 三師統計によれば、令和 6 年(2024年)末現在の本県の医療施設に従事する医師数は3,512人で、現行計画の目標値である3,381人を超過（+131人）
- 一方で、圏域別にみると甲賀圏域、湖北圏域、湖西圏域で目標値に届いていない。

県全体および二次保健医療圏の目標医師数 (単位：人)

	目標(R8) A	現状(R6) B	差 B-A
大津	1,275	1,303	+ 28
湖南	785	889	+ 104
甲賀	215	209	▲ 6
東近江	458	488	+ 30
湖東	233	237	+ 4
湖北	321	298	▲23
湖西	94	88	▲ 6
県計	3,381	3,512	+ 131

- 医師の県内定着を図る上で、臨床研修医および臨床研修を終えた 3 年目医師の安定的な確保が重要。
- 臨床研修医は毎年目標を達成しているが、 3 年目医師数は目標値に届いていない。

	目標 (毎年)	実績			
		R5	R6	R7	R8
臨床研修医採用数	110人	117人	119人	115人	111人
3 年目医師採用数	110人	94人	106人	95人	92人

医師の確保・偏在解消に向けた総合的な対策（令和8年度）

◇以下の4本柱により、将来にわたって良質かつ適切な医療を効率的に提供するために必要な医師の確保に取り組む。

地域医療に貢献する 医師の「養成」

- ・県内唯一の医育機関である滋賀医科大学との連携を密にした養成
- ・地域医療に貢献できる医師を養成する「地域枠制度」の充実
- ・地域枠学生や全国の医学生に対する修学資金等の貸付
- ・地域枠学生等が地域医療に貢献するキャリアを明確に描けるよう支援することを目的とした「キャリア形成卒前支援プラン」の充実

○医学生向け貸付金
（医学生修学資金、医師養成奨学金）

○自治医科大学運営費負担金

○地域医療研修事業



医師キャリアサポートセンター運営事業

- ・医師不足状況等の把握、分析
- ・医学生向け講演会等の実施
- ・医師、医学生の相談窓口の設置
- ・医師、医学生向け情報発信
- ・県貸付金被貸与者への面談
- ・若手医師や女性医師のキャリア形成支援
- ・キャリア形成卒前支援プランの作成
- ・キャリア形成プログラムの作成 など

地域医療を担う医師の 「キャリア形成支援」

- ・キャリア形成と県内従事の両立を図ることを目的とした「キャリア形成プログラム」の充実
- ・地域枠学生・医師等へのきめ細やかな面談によるキャリア形成支援
- ・臨床研修医および3年目医師の確保に向けた研修プログラムの充実や交流会等の開催

○次世代の滋賀の地域医療を担う若手医師支援事業

○1年目研修医の研修・交流事業

○臨床研修指導医講習・情報交換事業

○臨床研修医・専門研修医確保対策事業

○専門研修指導医派遣等支援事業

○実践的手術手技向上研修実施機関設備整備事業



地域医療を支える医師の 「定着支援」

- ・勤務環境改善等による医師の働き方改革の推進
- ・看護師をはじめとする医療従事者等へのタスクシフト／シェアの推進
- ・女性医師をはじめとする子育て世代の医師等への就業支援・再就業に向けた取組の支援
- ・ドクターバンク（無料職業紹介事業）による県内医療機関への就業支援

新 医療分野における生産性向上支援事業

○病院勤務環境改善支援事業

○復職支援等研修事業

○ドクターバンク事業

○医療勤務環境改善支援センター事業

- ・医療機関からの相談対応
- ・医療機関へのアドバイザーの派遣
- ・勤務環境改善にかかる研修会開催
- ・勤務環境改善に関する広報、啓発
- ・勤務環境改善計画、医師労働時間短縮計画の策定支援 など

地域・診療科の 「偏在是正」

- ・地域医療対策協議会における地域枠医師等の配置調整
- ・県内各地域の医師充足状況や市町の実情を勘案した自治医科大学卒業医師の配置調整
- ・地域包括ケアシステムの充実等に向けた総合的な診療能力を有する医師の確保・育成
- ・医師が不足する診療科および専門分野における医師の充足に向けた検討

○医師少数区域経験認定医師勤務推進事業

○小児外科専門医師確保事業

○医学生向け貸付金（再掲）
（医学生修学資金、医師養成奨学金）

○自治医科大学運営費負担金（再掲）

○地域医療研修事業（再掲）

○専門研修指導医派遣等支援事業（再掲）

○復職支援等研修事業（再掲）



事業の実施体制として、県と相互に連携して事業を実施

◆医師キャリアサポートセンター （地域医療支援センター）

地域枠学生等の地域医療に対する意識の向上や、地域枠医師等とキャリア形成と県内従事の両立を図るため、滋賀医科大学に拠点機能を設け、各種支援事業を実施

◆地域医療対策協議会

知事の附属機関として、医師確保計画の実施に必要な事項を検討（地域枠医師の派遣調整、キャリア形成支援等）

◆医療勤務環境改善支援センター

県内医療機関の勤務環境の改善および医師の時間外・休日労働時間の短縮に向けて、滋賀労働局や滋賀県病院協会等と連携により支援を実施

医師偏在指標（医師全体）

概要

- 2036年に向けて医師偏在解消を目指すための指標
- 一定の前提条件のもと、機械的に算出された数値であり、**医師の絶対的な充足状況ではなく、あくまでも相対的な偏在状況を示すもの**
- 算出式：

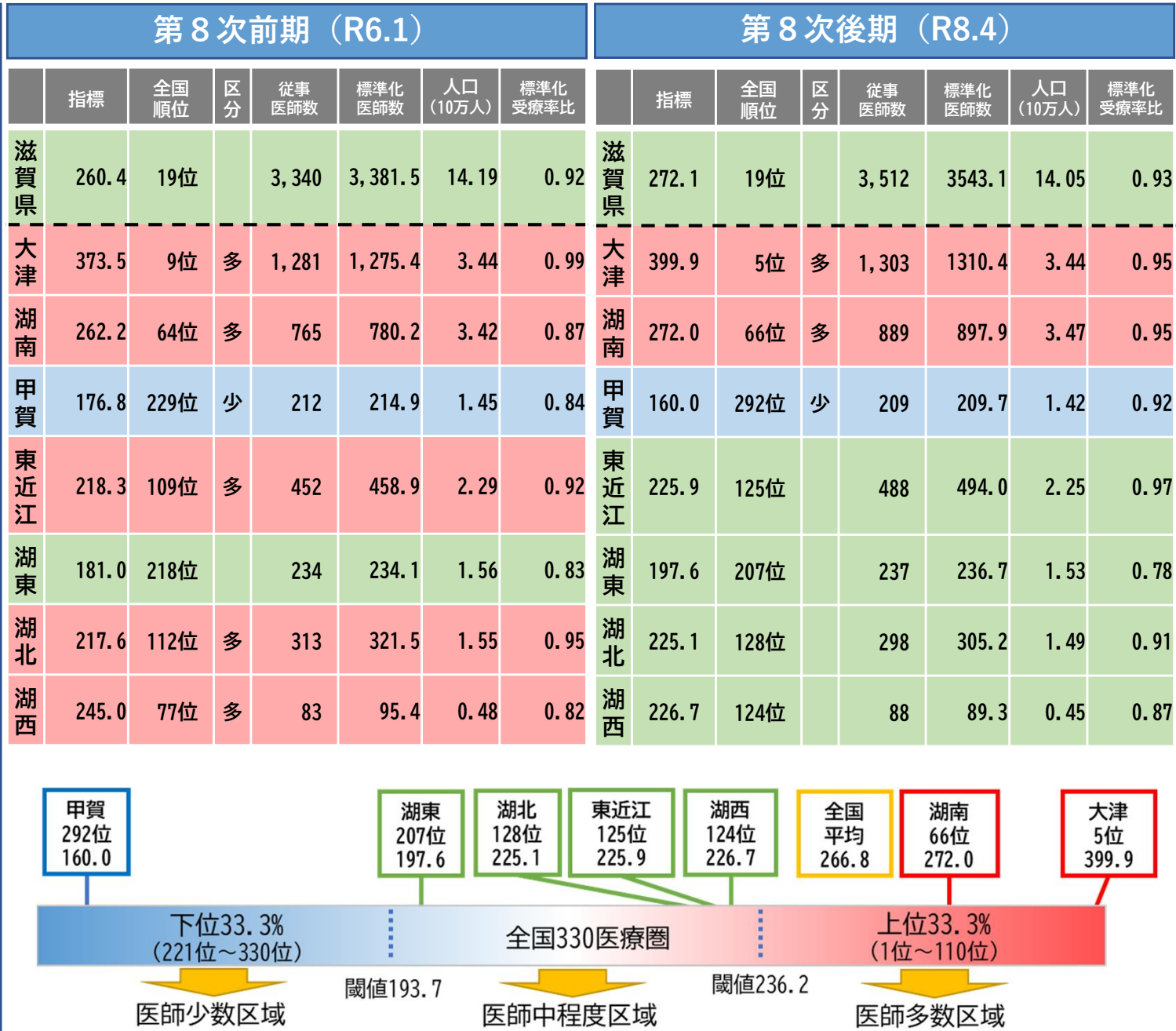
標準化医師数

地域の人口 ÷ 10万 × 地域の標準化受療率比

↓

医師多数・少数区域(県)の設定

- 全国の二次医療圏および三次医療圏（47都道府県）の医師偏在指標の値を一律に比較し、上位1/3を医師多数区域、下位1/3を医師少数区域に設定
- 医療機関へのアクセスなど地理的要素を反映させるため、中位1/3のうち「修正版へき地尺度(mRIJ)」が上位10%の区域も医師少数区域とする（第8次後期～）
※本県は該当なし



【参考】医師偏在指標・修正版へき地尺度(mRIJ)の算出方法

医師偏在指標

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

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

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

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

$$(\ast 4) \text{ 性年齢階級別調整受療率 (流出入反映)} = \frac{\text{無床診療所医療医師需要度}^{\ast 5} \times \text{全国の無床診療所受療率} \times \text{無床診療所患者流出入調整計数}^{\ast 6}}{\text{全国の入院受療率} \times \text{入院患者流出入調整計数}^{\ast 7}}$$

$$(\ast 5) \text{ 無床診療所医療医師需要度} = \frac{\text{マクロ需給推計における外来医師需要} / \text{全国の無床診療所外来患者数}^{\ast 8}}{\text{マクロ需給推計における入院医師需要} / \text{全国の入院患者数}}$$

$$(\ast 6) \text{ 無床診療所患者流出入調整計数} = \frac{\text{無床診療所患者数 (患者所在地)} + \text{無床診療所患者流入数} - \text{無床診療所患者流出数}}{\text{無床診療所患者数 (患者所在地)}}$$

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

$$(\ast 8) \text{ 全国の無床診療所外来患者数} = \text{全国の外来患者数} \times \frac{\text{初診・再診・在宅医療算定回数 [無床診療所]}}{\text{初診・再診・在宅医療算定回数 [有床診療所・無床診療所]}}$$

$$(\ast 9) \text{ 大学病院等から派遣される非常勤医師等の勤務実態を考慮するため、三師統計で従たる従事先を記載している医師について、主たる従事先では0.8人、従たる従事先では0.2人として算出 (第8次前期～)}$$

【使用データ】

	出典	第8次前期 (R6.1)	第8次後期 (R8.4)
医療施設従事医師数	三師統計	2020年	2024年
労働時間比	医師の勤務実態調査	2022年	2022年
人口	住民基本台帳人口	2017年	2024年
患者数	患者調査	2017年	2023年
患者流出入数	都道府県への調査	2022年実施	2026年1月実施

修正版へき地尺度(mRIJ)

修正版へき地尺度に用いた因子



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離島



④特別豪雪地帯

○郵便番号単位で①人口密度、②最寄りの二次・三次救急病院までの直線距離、③離島、④特別豪雪地帯の4因子を算出。

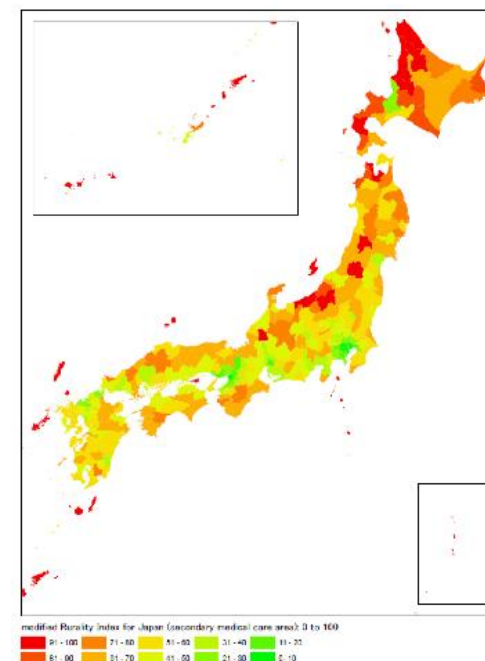
○③離島については、二次・三次救急病院がない離島を1、二次・三次救急病院がある離島を0.5、本州、北海道、四国、九州、沖縄本島及びそれらと橋梁（道路、鉄道）で接続がある地域を0とする。

○各因子の数値は正規化する（最小値0、最大値1にスケール）

○探索的因子分析を用いて算出した各因子の因子負荷量を各因子の重みとして用い、変換前mRIJ (pre-conversion mRIJ)を以下に示す式で算出。

$$\text{pre-conversion mRIJ} = \text{人口密度} \times (-0.28) + \text{直近の二次もしくは三次救急医療機関までの直線距離} \times 0.45 + \text{離島} \times 0.44 + \text{特別豪雪地帯} \times 0.30$$

○算出したmRIJを二次医療圏ごとに集計し、単純平均を算出する。



改定の方方向性

- 医師偏在是正プランの策定（地域偏在の是正）
- 診療科偏在の是正
- 評価指標の設定

第8次前期 滋賀県医師確保計画（現行計画） 構成

第1章 基本事項	
1	計画策定の趣旨
2	計画の位置づけおよび期間
3	計画の全体像
4	計画の策定・推進体制
第2章 現行計画の評価	
1	総合評価・今後の展望
2	数値目標
3	取組内容に対する評価・課題等
第3章 医師全体の医師確保計画	
第1節 県・二次保健医療圏の現状	
1	基礎データ
2	将来人口
3	医療需要
4	医師数等
5	診療科別医師数
6	医師養成数
7	臨床研修医
8	専攻医
第2節 医師偏在指標	
1	基本事項
2	医師偏在指標
3	医師少数スポット
第3節 医師確保の方針	
1	基本事項
2	医師確保の方針
第4節 目標医師数	
1	基本事項
2	目標医師数
3	その他目標値

第3章 医師全体の医師確保計画	
第5節 具体的な施策	
1	実施体制
	(1) 滋賀県地域医療対策協議会
	(2) 滋賀県医師キャリアサポートセンター
	(3) 滋賀県医療勤務環境改善支援センター
2	取組内容
	(1) 地域医療に貢献する医師の「養成」
	(2) 地域医療を担う医師の「キャリア形成支援」
	(3) 地域医療を支える医師の「定着促進」
	(4) 地域・診療科の「偏在是正」
第4章 産科における医師確保計画	
1	県・周産期医療圏の現状
2	分娩取扱医師偏在指標
3	産科における医師確保の方針
4	産科における偏在対策基準医師数
5	産科における具体的な施策
第5章 小児科における医師確保計画	
1	県・小児医療圏の現状
2	小児科医師偏在指標
3	小児科における医師確保の方針
4	小児科における偏在対策基準医師数
5	小児科における具体的な施策
第6章 計画の効果の測定・評価	
<参考資料> 計画関連事業一覧	

医師確保計画策定ガイドラインについて

論点

- 医師偏在是正プランについては、医師確保計画に位置づけるものの、重点医師偏在対策支援区域という新たな概念における支援策であることから、「5. 医師確保計画」の中に新たな項目として位置づけることとする。

第8次後期ガイドライン 構成

1. 序文
確保計画の全体像、スケジュール、留意事項等
2. 体制等の整備
都道府県における議論の場
厚生労働省により提供する情報（データ）
3. 医師偏在指標
4. 医師少数区域・多数区域の設定
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
 - 5-3. 目標医師数
 - 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. 働き方改革/勤務環境/子育て医師等支援
 - 5-4-5. 地域医療介護総合確保基金の活用
 - 5-4-6. その他の施策
 - 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. 地域枠・地元出身者枠の設定・取組等
7. 産科・小児科における医師確保計画
8. 医師確保計画の効果の測定・評価

①計画策定に向けた体制整備等
地域医療対策協議会及び都道府県医療審議会において議論を行って計画を作成する。また、国からは、医師数・人口・医師偏在指標・目標医師数などに関する情報を提供する。

②医師偏在の状況把握、目標医師数の設定
医師偏在指標に基づき医師少数区域・多数区域を設定するとともに、各区域における短期・長期の医師確保の考え方を記載するとともに、医師少数区域においては、目標医師数を設定する。

③目標医師数を達成するための施策
各施策について、2036年度に医師偏在が是正が達成されることを目標に、短期的に効果が得られるものと長期的に効果が得られるものを整理し、それぞれの施策について具体的な目標を掲げる。

④医師偏在是正プランの策定
重点医師偏在対策支援区域の考え方、支援対象医療機関の考え方、区域における必要な医師数、区域における医師偏在対策を推進するための施策を記載。

⑤計画の効果測定・評価
次期医師確保計画に向けて、医師偏在是正プラン含め計画に記載している施策や目標について、適切なPDCAサイクルを実施する。

改定の方角性

- 医師偏在是正プランの策定（地域偏在の是正）
- 診療科偏在の是正
- 評価指標の設定

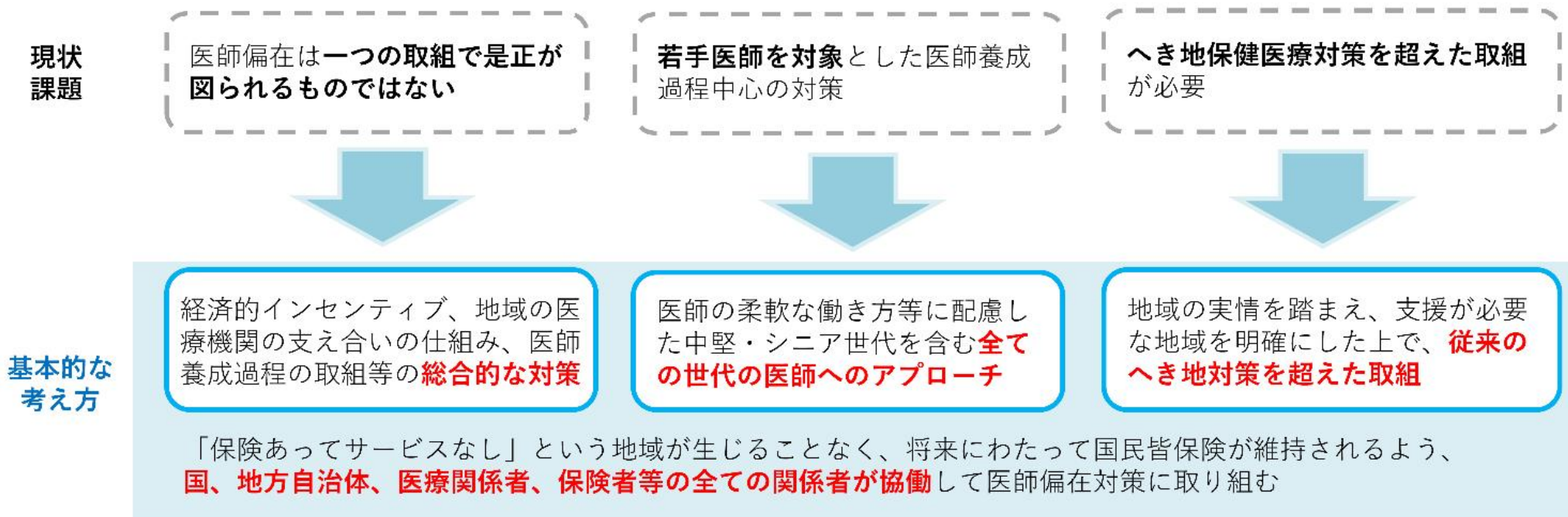
医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（概要）①

- 地域ごとに人口構造が急激に変化する中で、将来にわたり地域に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、以下の基本的な考え方に基づき、制度改革を含め必要な対応に取り組み、**実効性のある総合的な医師偏在対策**を推進する。

- **総合的な医師偏在対策**について、**医療法に基づく医療提供体制確保の基本方針に位置付ける**。

※ 医師偏在対策は、新たな地域医療構想、働き方改革、美容医療への対応、オンライン診療の推進等と一体的に取り組む。

【基本的な考え方】



- ・ 医師偏在対策の効果を施行後5年目途に検証し、十分な効果が生じていない場合には、更なる医師偏在対策を検討
- ・ 医師確保計画により3年間のPDCAサイクルに沿った取組を推進

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（概要）②

【総合的な対策パッケージの具体的な取組】

若手

医師養成過程を通じた取組

<医学部定員・地域枠>

- ・医学部臨時定員について、医師の偏在対策に資するよう、都道府県等の意見を十分に聞きながら、必要な対応を進める
- ・医学部臨時定員の適正化を行う医師多数県において、大学による恒久定員内の地域枠設置等への支援を行う
- ・今後の医師の需給状況を踏まえつつ、2027年度以降の医学部定員の適正化の検討を速やかに行う

<臨床研修>

- ・広域連携型プログラム※の制度化に向けて令和8年度から開始できるよう準備
- ※ 医師少数県等で24週以上の研修を実施

中堅・シニア世代

医師確保計画の実効性の確保

<重点医師偏在対策支援区域>

- ・今後も定住人口が見込まれるが人口減少より医療機関の減少スピードが速い地域等を「重点医師偏在対策支援区域」と設定し、優先的・重点的に対策を進める
- ・重点区域は、厚労省の示す候補区域を参考としつつ、都道府県が可住地面積あたり医師数、アクセス、人口動態等を考慮し、地域医療対策協議会・保険者協議会で協議の上で選定（市区町村単位・地区単位等を含む）

<医師偏在是正プラン>

- ・医師確保計画の中で「医師偏在是正プラン」を策定。地対協・保険者協議会で協議の上、重点区域、支援対象医療機関、必要な医師数、取組等を定める

※ 医師偏在指標について、令和9年度からの次期医師確保計画に向けて必要な見直しを検討

地域偏在対策における経済的インセンティブ等

<経済的インセンティブ>

- ・令和8年度予算編成過程で重点区域における以下のような支援について検討
 - ・診療所の承継・開業・地域定着支援（緊急的に先行して実施）
 - ・派遣医師・従事医師への手当増額（保険者から広く負担を求め、給付費の中で一体的に捉える。保険者による効果等の確認）
 - ・医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関へ支援
- ※ これらの支援については事業費総額等の範囲内で支援
- ・医師偏在への配慮を図る観点から、診療報酬の対応を検討

<全国的なマッチング機能の支援、リカレント教育の支援>

- ・医師の掘り起こし、マッチング等の全国的なマッチング支援、総合的な診療能力を学び直すためのリカレント教育を推進

<都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定>

- ・都道府県と大学病院等で医師派遣・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

地域の医療機関の支え合いの仕組み

<医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大等>

- ・対象医療機関に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の病院を追加
- ・勤務経験期間を6か月以上から1年以上に延長。施行に当たって柔軟な対応を実施

<外来医師過多区域における新規開業希望者への地域に必要な医療機能の要請等>

- ・都道府県から外来医師過多区域の新規開業希望者に対し、開業6か月前に提供予定の医療機能等の届出を求め、協議の場への参加、地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請を可能とする
- ・要請に従わない医療機関への医療審議会での理由等の説明の求めや勧告・公表、保険医療機関の指定期間の6年から3年等への短縮

<保険医療機関の管理者要件>

- ・保険医療機関に管理者を設け、2年の臨床研修及び保険医療機関(病院に限る)において3年等保険診療に従事したことを要件とし、責務を課す

診療科偏在の是正に向けた取組

- ・必要とされる分野が若手医師から選ばれるための環境づくり等、処遇改善に向けた必要な支援を実施
- ・外科医師が比較的長時間の労働に従事している等の業務負担への配慮・支援等の観点での手厚い評価について必要な議論を行う

医師確保計画策定ガイドラインにおける医師偏在是正プランの内容について

論点

- 医師偏在是正プランについては、各都道府県において、地域の実情に応じた緊急的な医師偏在対策を実施する観点から、医師確保計画策定ガイドラインにおいて、基本的な考え方を示すこととする。

医師偏在是正プランに記載することとしている項目	ガイドラインにおける医師偏在対策プランの項目に記載する内容（イメージ）
重点医師偏在対策支援区域	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、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て、地域医療対策協議会及び保険者協議会で協議した上で選定する。
支援対象医療機関	- 都道府県において、配分される事業費のほか、地理的条件等を踏まえて、地域医療対策協議会及び保険者協議会で合意を得た医療機関を支援対象医療機関として選定する。その際、都道府県において、新たな地域医療構想策定ガイドラインとの整合性に留意しつつ、国より配分される事業費も踏まえながら、対象医療機関候補の募集や事前調整等を行い、支援対象の医療機関及び補助額を決定する。 - 重点医師偏在対策支援区域において支援を行う医療機関に関しては、都道府県が、経済的インセンティブに係る事業ごとに設定ができる。
必要な医師数	厚生労働省が提示する候補区域を都道府県が区域として設定する場合は、厚生労働省が提示した候補区域の要件を脱することができる必要な医師数とすることとし、重点医師偏在対策支援区域が二次医療圏と異なる場合は、当該区域を設定した考え方を明示の上、その考え方を脱することができる必要な医師数を設定する。 ※医師多数都道府県は、原則として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。
医師偏在是正に向けた取組	パッケージに基づく「経済的インセンティブ」や「地域の医療機関の支え合いの仕組み」、地域医療介護総合確保基金等の支援策を活用する。
その他	医師偏在是正プランの策定に当たっては、地域医療対策協議会及び保険者協議会で協議した上で策定することとする。

重点医師偏在対策支援区域（案）

令和7年度第2回滋賀県地域医療対策協議会（R7.12.25）

医師少数区域である①甲賀圏域に加え、②湖東圏域、③湖西圏域、④医師少数スポットおよびへき地医療拠点病院が所在する地域(旧市町村単位) を重点医師偏在対策支援区域として設定し、経済的インセンティブの対象エリアとする。

【設定理由】

- 医師少数区域である甲賀圏域を重点医師偏在対策支援区域として設定する場合、現行計画上で医師少数区域と同等の扱いをとした「医師少数スポット」および同地域に医師を供給する「へき地医療拠点病院」の所在する地域を重点区域として設定し、地域偏在の是正を図ることは、県の施策として整合性がある。
- 県内唯一の医師中程度区域である湖東圏域の医師偏在指標は甲賀圏域と大差がなく、県全体の地域偏在を是正するには、甲賀圏域と同様、湖東圏域の医師確保も積極的に進めていく必要がある。
- 湖西圏域の可住地面積当たり医師数は甲賀圏域を大きく下回っており、将来を見据えた地域医療提供体制の確保のため、医師確保を積極的に進めていく必要がある。

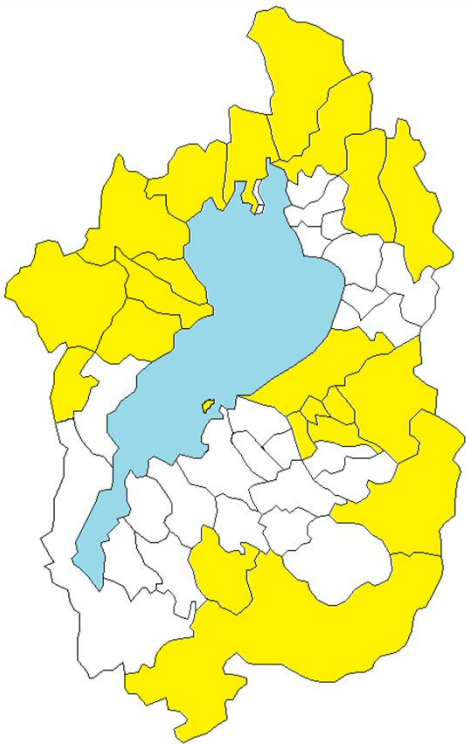
方向性

最新の医師偏在指標(令和8年4月公表)を踏まえても状況に大きな変化が見られないことから、上記地域を重点医師偏在対策支援区域として次期計画に位置付ける。

※重点医師偏在対策支援区域と整合性を図るため、①無医地区、②準無医地区、③へき地診療所およびへき地医療拠点病院が所在する地域(旧市町村単位) を医師少数スポットとする。

重点医師偏在対策支援区域（案）

	設定区域
大津	大津市（葛川地区）
湖南	—
甲賀	全域（甲賀市・湖南市）
東近江	近江八幡市（沖島） 東近江市（旧永源寺町）
湖東	全域（彦根市・愛荘町・豊郷町・甲良町・多賀町）
湖北	米原市（旧伊吹町） 長浜市（旧余呉町・旧西浅井町・旧木之本町・旧浅井町）
湖西	全域（高島市）



- < 支援対象医療機関候補（病院） >
- ・ 甲賀圏域内の 7 病院

・ 湖東圏域内の 4 病院

・ 湖西圏域内の 3 病院

・ 長浜市立湖北病院

※医師少数スポット（医師少数区域である甲賀圏域は設定しない）

	現行計画		次期計画	
	無医地区等	へき地診療所（を中心とした地域）	無医地区等	へき地診療所およびへき地医療拠点病院が所在する地域（旧市町村単位）
大津	—	大津市国民健康保険葛川診療所	同左	大津市（葛川地区）
湖南	—	—		
東近江	沖島・政所	近江八幡市立沖島診療所・東近江永源寺東部出張診療所		近江八幡市（沖島） 東近江市（旧永源寺町）
湖東	—	—		
湖北	中河内・椿坂・柳ヶ瀬・ 菅並・杉野・大見	吉槻診療所・中之郷診療所・今市出張診療所・上丹生出張診療所、 にしあざい診療所・塩津出張診療所・菅浦出張診療所、浅井東診療所		米原市（旧伊吹町） 長浜市（旧余呉町・旧西浅井町・旧木之本町・旧浅井町）
湖西	上針畑・下針畑・在原	高島市民病院朽木診療所		高島市（旧朽木村・旧高島町・旧マキノ町）

医師確保計画策定ガイドラインにおける医師偏在是正プランの内容について

論点

- 医師偏在是正プランについては、各都道府県において、地域の実情に応じた緊急的な医師偏在対策を実施する観点から、医師確保計画策定ガイドラインにおいて、基本的な考え方を示すこととする。

医師偏在是正プランに記載することとしている項目	ガイドラインにおける医師偏在対策プランの項目に記載する内容（イメージ）
重点医師偏在対策支援区域	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、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て、地域医療対策協議会及び保険者協議会で協議した上で選定する。
支援対象医療機関	- 都道府県において、配分される事業費のほか、地理的条件等を踏まえて、地域医療対策協議会及び保険者協議会で合意を得た医療機関を支援対象医療機関として選定する。その際、都道府県において、新たな地域医療構想策定ガイドラインとの整合性に留意しつつ、国より配分される事業費も踏まえながら、対象医療機関候補の募集や事前調整等を行い、支援対象の医療機関及び補助額を決定する。 - 重点医師偏在対策支援区域において支援を行う医療機関に関しては、都道府県が、経済的インセンティブに係る事業ごとに設定ができる。
必要な医師数	厚生労働省が提示する候補区域を都道府県が区域として設定する場合は、厚生労働省が提示した候補区域の要件を脱することができる必要な医師数とすることとし、重点医師偏在対策支援区域が二次医療圏と異なる場合は、当該区域を設定した考え方を明示の上、その考え方を脱することができる必要な医師数を設定する。 ※医師多数都道府県は、原則として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。
医師偏在是正に向けた取組	パッケージに基づく「経済的インセンティブ」や「地域の医療機関の支え合いの仕組み」、地域医療介護総合確保基金等の支援策を活用する。
その他	医師偏在是正プランの策定に当たっては、地域医療対策協議会及び保険者協議会で協議した上で策定することとする。

重点医師偏在対策支援区域に派遣される医師又は勤務する医師に対して の手当増額支援の概要

令和6年12月19日社会保障審議会医療保険部会資料（一部改）

○支援対象

- ・ 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など、人口規模、地理的条件、今後の人口動態等から、医療機関の維持が困難な地域である「重点医師偏在対策支援区域」(※)において、都道府県の地域医療対策協議会及び保険者協議会で支援対象として合意を得た医療機関に対して、派遣される医師及び従事する医師への手当増額の支援を行う。

(※) 重点医師偏在対策支援区域については、都道府県において、厚生労働省が提示した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、住民の医療機関へのアクセス、診療所医師の高齢化率、今後の人口動態等を考慮して、地域医療対策協議会及び保険者協議会で協議して、区域を選定する。

○所要額の算定方法及び都道府県ごとの配分方法

- ・ 国において、事業費の総額を設定した上で、その範囲内で、人口、可住地面積、医師の高齢化率、医師偏在指標等に基づき、都道府県ごとに按分し、配分する。

○財源構成

- ・ 保険者：10/10

○実施主体

- ・ 医療計画の策定主体であり、医療提供体制・医師の確保の責任を持つ**都道府県が実施主体。**
- ・ 一方、医師の手当増額支援に要する費用については、保険者から徴収する拠出金をもって充てることとするため、保険者からの徴収システムを持つ**支払基金を徴収事務の実施主体**とする。また、業務の一部は国保連に委託することができることとする（直近の年度の診療報酬支払実績を支払基金に対して通知することを想定）。

○保険者間の按分等

- ・ 本事業が、本来診療報酬により賄われている人件費に充てられるものであることを踏まえ、拠出金の各保険者の負担は、把握できる直近の年度の診療報酬支払実績に応じて按分し、一般保険料として徴収する
- ・ 医療給付費と同様の、保険者間の財政調整（前期高齢者財政調整、後期高齢者支援金）及び公費負担を行う。
- ・ 保険者からの拠出は、保険者の事務を簡素化にするため、後期高齢者支援金等と相殺する。

○実施時期

- ・ 国保・後期の保険料設定の考え方や、システム改修期間を考慮して検討。

重点医師偏在対策支援区域の医師への手当増額支援に係る今後の進め方について

現状・課題

- 医師手当増額支援事業（仮称）（以下、「医師手当事業」という。）は、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「改正法」という。）において「公布後3年以内に政令で定める日」施行とされているところ、具体的な施行日を含め今後の進め方を検討する必要がある。



論点

- 医師手当事業の具体的な開始日については、事業実施にあたって必要なシステム改修等の期間を踏まえ、令和10年度中となることが見込まれるため、国においては、医師手当事業について、支援対象医師の要件、医師手当増額の補助基準額、支援期間等の詳細について、令和8年度以降に都道府県に示すこととする。これを踏まえ、都道府県においては、医師手当事業について、第9次医師確保計画（前期）に位置づけることとしてはどうか。
- 改正法については、「政府は、都道府県が医師手当事業を行うに当たり、保険者協議会その他の医療保険者等が意見を述べることができる仕組みの構築について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする」とされていることや、衆議院・参議院の附帯決議において、「拠出者である保険者協議会を含む保険者がその実施状況等について確認や検証を行い、意見を述べるなど関与できる体制を確保すること」とされていること等を踏まえ、医師手当事業の実施に向けて、国において引き続き必要な検討を行うこととしてはどうか。

重点医師偏在対策支援区域における診療所の承継・開業支援事業

令和8年度当初予算案 20億円（一）※（）内は前年度当初予算額

1 事業の目的

今後も一定の定住人口が見込まれるものの、必要な医師を確保できず、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などを重点医師偏在対策支援区域と設定した上で、重点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ことにより、地域の医療提供体制を確保することを目的とする。

2 事業の概要

【事業概要】

①施設整備事業

診療所の運営に必要な診療部門（診察室、処置室等）等の整備に対する補助を行う。

②設備整備事業

診療所の運営に必要な医療機器の整備に対する補助を行う。

③地域への定着支援事業

診療所を承継又は開業する場合に、一定期間の地域への定着支援を行う。

【実施主体】

- 重点区域内で承継又は開業する診療所であって、都道府県の地域医療対策協議会及び保険者協議会で支援対象として合意を得た診療所

※ 都道府県において、医師偏在是正プランを策定（重点区域、支援対象医療機関等）

3 補助基準額等

①施設整備事業

基準面積	診療部門	
	・無床の場合	160㎡
	・有床の場合（5床以下）	240㎡
	・有床の場合（6床以上）	760㎡
	診療部門と一体となった医師・看護師住宅	80㎡
補助率	国1/3 都道府県1/6 事業者1/2	

②設備整備事業

基準額 （1か所当たり）	診療所として必要な医療機器等購入費 16,500千円
補助率	国1/3 都道府県1/6 事業者1/2

③地域への定着支援事業

基準額	診療日数（129日以下） 6,200千円＋（71千円×実診療日数）等
補助率	国4/9 都道府県2/9 事業者1/3

重点医師偏在対策支援区域の医療機関に医師派遣する派遣元医療機関支援事業

令和8年度当初予算案 4.6億円（一億円）※（）内は前年度当初予算額

1 事業の目的

今後も一定の定住人口が見込まれるものの、必要な医師を確保できず、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などを重点医師偏在対策支援区域と設定した上で、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区域の医師を確保するため、重点区域内の医療機関に医師を新たに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。

2 事業の概要・スキーム



3 実施主体

重点区域内の医療機関に医師を派遣する医療機関であって、都道府県の地域医療対策協議会及び保険者協議会で支援対象として合意を得た医療機関

4 補助基準額等

基準額：61,000円 × 延日数
対象経費：重点区域内の医療機関への常勤医や代診医等の医師派遣に要する費用
補助率： 国1/2 都道府県1/4 事業者（派遣元医療機関）1/4

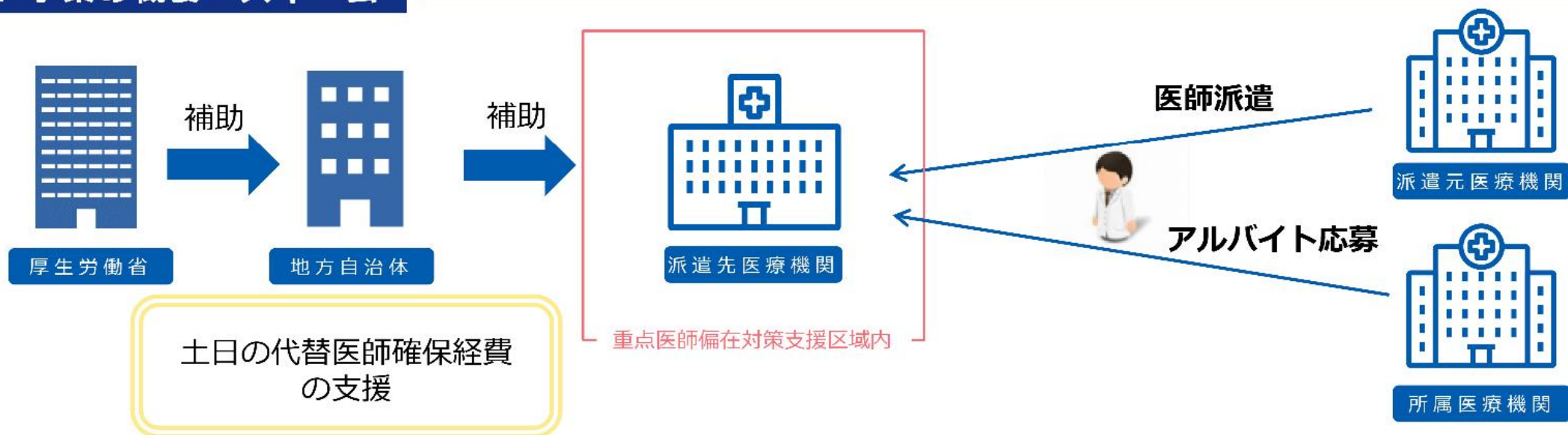
重点医師偏在対策支援区域における医師の勤務・生活環境改善のための 代替医師確保支援事業

令和8年度当初予算案 5.3億円（一億円）※（）内は前年度当初予算額

1 事業の目的

今後も一定の定住人口が見込まれるものの、必要な医師を確保できず、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などを重点医師偏在対策支援区域と設定した上で、重点区域における医師の勤務・生活環境を改善して、重点区域への派遣の納得感や重点区域で勤務する意欲の向上を図ることにより、重点区域で新たに勤務する医師を増やし、重点区域の医師の離職を減らすため、土日の代替医師確保への支援を行う。

2 事業の概要・スキーム



3 実施主体

重点区域内の医療機関であって、都道府県の地域医療対策協議会及び保険者協議会で支援対象として合意を得た医療機関

4 補助基準額等

基準額：60,000円 × 延日数（日直、宿直数）
対象経費：土日祝日の代替医師を雇上にかかる経費
補助率：国1/3 都道府県1/6 事業者（派遣先医療機関）1/2

重点医師偏在対策支援区域における医師の勤務・生活環境改善のための施設整備事業

令和7年度補正予算額 14.1億円

1 事業の目的

今後も一定の定住人口が見込まれるものの、必要な医師を確保できず、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などを重点医師偏在対策支援区域と設定した上で、重点区域における医師の勤務・生活環境を改善して、重点区域への派遣の納得感や重点区域で勤務する意欲の向上を図ることにより、重点区域で新たに勤務する医師を増やし、重点区域の医師の離職を減らすため、宿直室等の施設整備への支援を行う。

2 事業の概要

【事業概要】

- ・ 医師の勤務・生活環境改善のための施設整備
重点区域の医療機関に勤務する医師の負担を軽減し、働きやすい環境作りに資する、宿直室等の施設整備に対する補助を行う。

【実施主体】

- ・ 重点区域内で医師の勤務・生活環境改善を行う医療機関であって、都道府県の地域医療対策協議会及び保険者協議会で支援対象として合意を得た医療機関

※ 都道府県において、医師偏在是正プランを策定（重点区域、支援対象医療機関等）



←宿直室



←医局

3 補助基準額等

【対象経費】

医師の勤務・生活環境改善に資する次の部門の新築、増築、改築及び改修に要する工事費又は工事請負費

- ・ 宿直室
- ・ 医局
- ・ 更衣室
- ・ 浴室
- 等

基準額	次に掲げる基準面積に単価を乗じた額とする。 基準面積 80㎡ 単価 鉄筋コンクリート 484,000円 ブロック 214,000円 木造 355,000円
補助率	国1/3 都道府県1/6 事業者1/2

1 大綱の概要

重点的に医師の確保を図る必要がある区域のうち一定の区域内で承継又は開設する一定の要件を満たす診療所の用に供する一定の不動産に係る登録免許税及び不動産取得税について、軽減措置を令和10年3月31日まで講ずる。

2 制度の内容

- 医師偏在については、将来にわたり地域に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、更なる是正を図ることが重要である。
- 昨年末に策定した「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」に基づき対策を進めることとしており、今後も一定の定住人口が見込まれるものの、必要な医師を確保できず、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などを都道府県において「重点医師偏在対策支援区域」と設定した上で、当該区域で承継又は開業する診療所への支援、当該区域の医療機関の医師への手当増額の支援（医師手当事業）等の経済的インセンティブについて、令和8年度予算編成過程で検討することとしている。
- 医師偏在は一つの取組で是正が図られるものではなく、様々な取組を幅広く実施することが重要であり、診療所の承継・開業支援事業や医師手当事業に加えて、当該区域の医療機関の医療従事者への更なるインセンティブの強化、当該区域で承継又は開業する診療所への更なる支援として、税制上の支援を行う。

●【登録免許税】

所有権の保存登記 1,000分の2（本則1,000分の4）

所有権の移転登記 1,000分の10（本則1,000分の20）

【不動産取得税】

課税標準について価格の2分の1を控除

重点医師偏在対策支援区域であることに加え、「可住地面積当たりの医師数が全国下位1/4」等の要件があり、県内に該当する区域はない。

改定の方方向性

- 医師偏在是正プランの策定（地域偏在の是正）
- 診療科偏在の是正
- 評価指標の設定

診療科偏在の是正 — 現状整理 —

現行計画

- 診療科偏在の是正は課題であるものの、客観的な不足状況を示す明確なデータがないことから、**診療科別の目標医師数は設定していない。**
- 全国的に医師確保が必要とされている**以下の3診療科について言及**している。
 - **総合診療**：2045年に高齢者人口がピークを迎え、在宅医療等の医療需要が増大すると見込まれることから、地域包括ケアの充実を図る必要がある。このため、地域において幅広い疾患等に対応できる総合的な診療能力を有する医師の確保が重要となる。
 - **産科・小児科**：全国的に医師が不足していることに加えて、政策医療の観点から医師確保の必要性が高い。国が示すガイドラインに基づき、産科・小児科に限定した医師確保計画を策定している。

国の動き

- 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（H31.3.22）」において、各都道府県の将来必要な診療科別医師数が示されたが、一定の仮定・前提の下に機械的に算出された暫定値とされた。
- 令和2年度以降の専攻医募集では、同様の方法により算出した各都道府県の診療科別必要医師数および養成数をもとに、**すでに必要医師数に達している診療科に対して、採用数上限（シーリング）が設定された。**
- **令和8年度診療報酬改定**において、**若手の医師数が減少しており、かつ医療提供体制の確保が必要**とされている診療科について、当該診療科の医師を対象とした**勤務環境・処遇改善を行うため**に、地域医療確保体制加算2や外科医療確保特別加算が創設され、**「消化器外科、心臓血管外科、小児外科、循環器内科」等の医師に対して手当を支給**する仕組みが設けられた。

診療科偏在の是正 — 方向性 —

国の考え方

- 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る。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。
- 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より検討する必要がある。
 - ・ 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）
 - ・ 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）
 - ・ 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）

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会「医師確保計画の見直し等に向けたとりまとめ（R8.3.19）」

方向性

- 国は、診療科偏在を定量的に把握するためには、診療科と疾病・診療行為との対応関係を明らかにする必要がある、検討に時間を要するとしている。
- 次期計画では、**特に医師確保が必要な診療科（特定診療科）を設定し、当該診療科の医師確保に向けた施策を検討してはどうか。**
※ガイドラインに基づき、個別に医師確保計画を策定する小児科・産科を除く
- **国が示す上記視点に加え、次ページ以降の指標も踏まえて検討を行ってはどうか。**

診療科偏在の是正 — 参考指標1 —

国が推計する都道府県別足下充足率が低い診療科
(例えば、これまでの推計で足下充足率が0.9を下回ったことがある診療科)

内科（サブスペ不明）、皮膚科、精神科、外科（サブスペ不明）、産婦人科、脳神経外科、臨床検査科、救急科、形成外科、リハビリテーション科

単位：人

滋賀県	H28(2016年)			H30(2018年)			R4(2022年)			R6(2024年)
	医師数 (仕事量)	必要医師数 (勤務時間調整後)	足下充足率	医師数 (仕事量)	必要医師数 (勤務時間調整後)	足下充足率	医師数 (仕事量)	必要医師数 (勤務時間調整後)	足下充足率	R6医師数 (実数)
	A	B	A/B	C	D	C/D	E	F	E/F	
内科	1,151	1,266	0.91	1,120	1,264	0.89	1,239	1,271	0.97	1267
小児科	223	207	1.11	235	231	1.02	222	234	0.95	237
皮膚科	77	93	0.78	79	98	0.81	88	107	0.82	91
精神科	132	163	0.75	133	167	0.80	135	174	0.77	146
外科	298	361	0.86			0.87	276	312	0.88	270
整形外科	224	238	0.92	215	234	0.92	236	245	0.96	223
産婦人科	131	159	0.86			0.78	144	166	0.87	142
眼科	132	109	1.11	126	132	0.96	137	143	0.96	134
耳鼻咽喉科	100	97	0.97	108	101	1.07	115	101	1.13	114
泌尿器科	85	83	1.03	93	88	1.06	90	87	1.03	97
脳神経外科	74	89	0.85	75	89	0.84	69	86	0.80	66
放射線科	88	74	1.17	92	78	1.18	91	81	1.12	103
麻酔科	96	105	0.91	101	111	0.90	113	115	0.98	122
病理診断科	28	23	1.31			1.19	29	24	1.20	29
臨床検査科	4	7	0.56			0.95	4	7	0.60	5
救急科	43	44	0.96			1.06	34	48	0.71	29
形成外科	29	36	0.76	31	40	0.77	33	51	0.65	43
リハビリテーション科	27	26	1.04	24	27	0.87	37	32	1.16	45
臨床研修医										241
その他										108
合計	2,942	3,180		2,432	2,660		3,092	3,284		3,512

(出典：令和7年度第2回医道審議会医師分科会医師専門研修部会 資料2-2をもとに作成)

※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（産婦人科・産科・婦人科）、 形成外科（形成外科・美容外科）、 その他診療科（全科・その他・主たる診療科不詳・不詳）
※本推計は、実際の診療データに基づき、現状の各診療科の診療実態を反映したエビデンスに基づくものであるが、現状の診療科と疾病等の対応が将来維持されるものと仮定したものであり、総合的な診療の領域の役割などについて別途検討を行う必要があることに留意しつつ、幅を持った検討を行う必要がある。

診療科偏在の是正

— 参考指標 2 —

県内専門研修プログラムの専攻医採用数が、国が推計する都道府県別必要養成数を下回る診療科
(例えば、過去3年平均専攻医採用数が、2030年および2036年の必要養成数をどちらも下回る診療科)



内科（サブスペ不明）、精神科、外科（サブスペ不明）、整形外科、産婦人科、耳鼻咽喉科、脳神経外科、リハビリテーション科

単位：人

滋賀県	R12(2030年)	R18(2036年)	必要養成数に係る推計				R5(2023年)～ R7(2025年)
	必要医師数 (勤務時間補正後)	必要医師数 (勤務時間補正後)	2030年の必要医師数を 達成するための年間養成数		2036年の必要医師数を 達成するための年間養成数		専攻医採用数 (過去3年平均)
			A	A>C	B	B>C	C
内科	1,427	1,504	48	○	45	○	42
小児科	205	195	4		4		4
皮膚科	111	111	5	○	4		5
精神科	179	178	8	○	6	○	5
外科	346	360	18	○	15	○	8
整形外科	272	280	10	○	9	○	7
産婦人科	158	152	5	○	4	○	2
眼科	150	149	5		4		5
耳鼻咽喉科	102	101	2	○	2	○	2
泌尿器科	96	97	3		3		4
脳神経外科	97	101	5	○	4	○	0
放射線科	84	84	2		3		3
麻酔科	119	118	4		3		7
病理診断科	25	25	0		0		1
臨床検査科	7	7	1		1		1
救急科	50	50	3		3		5
形成外科	55	56	3	○	2		2
リハビリテーション科	35	36	1	○	1	○	1
総合診療科							6
合計	3,518	3,604	127		113		109

(出典：令和7年度第2回医道審議会医師分科会医師専門研修部会 資料2-2をもとに作成)

※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（産婦人科・産科・婦人科）、 形成外科（形成外科・美容外科）、 その他診療科（全科・その他・主たる診療科不詳・不詳）

※本推計は、実際の診療データに基づき、現状の各診療科の診療実態を反映したエビデンスに基づくものであるが、現状の診療科と疾病等の対応が将来維持されるものと仮定したものであり、総合的な診療の領域の役割などについて別途検討を行う必要があることに留意しつつ、幅を持った検討を行う必要がある。

【参考】足下充足率・将来の必要医師数の算出方法

①	2018年 都道府県別 各診療科 医師数 (平成30年医師・歯科医師・薬剤師統計)						必要養成数に係る推計								
		内科	小児科	・・・	形成外科	リハビリテーション科	2018年		2024年	2030年	2036年	必要養成数に係る推計			
							② 2018年医師数(仕事量)	③ 必要医師数(勤務時間調整後)	④ 必要医師数(勤務時間補正後)	必要医師数(勤務時間補正後)	必要医師数(勤務時間補正後)	⑤ 維持するための2018年の医師数を年間養成数を	⑥ 達成するための2024年の必要医師数を年間養成数を	達成するための2030年の必要医師数を年間養成数を	達成するための2036年の必要医師数を年間養成数を
北海道	4944	631			101	108	4,824	5,614	5,820	5,913	5,845	106	253	190	160
青森県	937	130			16	12	899	1,435	1,446	1,424	1,383	21	102	61	46
岩手県	926	142			24	18									

①→②：性年齢階級別勤務時間比を掛け、診療科別に性年齢構成を調整した仕事量を算出¹⁾

②→③：診療科別に週60時間以上の勤務時間が削減された場合の医師数を計算²⁾

③→④：診療科別の推計患者数を用いて必要医師数を計算（各診療科の対応表等に将来人口推計を用いて診療科ごとの将来の患者数を推計）

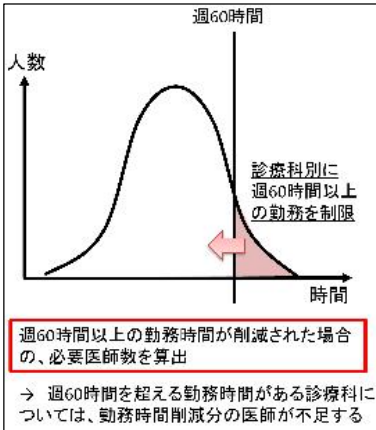
⑤、⑥：診療科別の生残率などを考慮し、将来時点の必要医師数が満たされるよう年間必要養成数を算出³⁾

※「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」、第35回医師需給分科会における勤務時間を週60時間に制限する等の仮定をおくマクロ需要推計の推計値（需要ケース2）、患者調査、DPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口、医師・歯科医師・薬剤師統計等」を利用し、厚生労働省医政局医事課において算出。

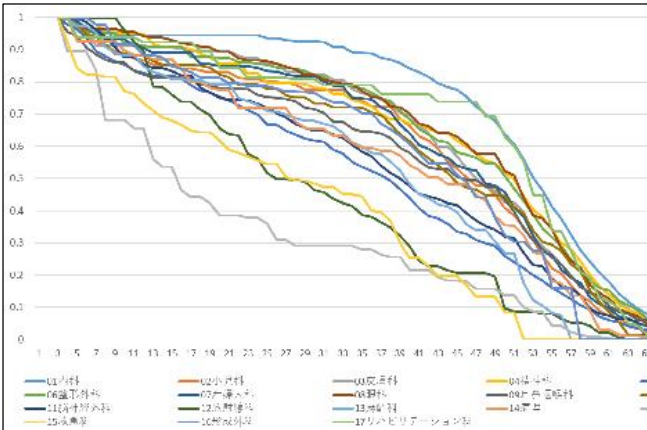
1) 仕事率の計算

	年代	週当たり勤務時間	全体の平均との比
男性	20代	51:22	1.08
	30代	54:23	1.14
	40代	52:33	1.10
	50代	49:47	1.04
	60代	43:50	0.92
女性	70代以上	35:12	0.74
	20代	50:36	1.06
	30代	44:16	0.93
	40代	42:36	0.89
	50代	43:37	0.92
	60代	41:16	0.87
	70代以上	33:33	0.70

2) 計算イメージ



3) 診療科別生残率（男性）



【使用データ】

	2019年算出	2020年算出	2025年算出
三師統計	2016年	2018年	2022年
労働時間調査	2016年「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」		2022年「医師の勤務環境把握に関する研究」
患者調査	2014年	2017年	2020年
精神科疾病別推計入院患者数	—	2017年度	2023年度
診療科と疾病の対応表	(省略)		(省略)
人口のデータ	人口推計2015年	人口推計2015年	国勢調査2020年
日本の将来推計人口	平成29年推計	平成30年推計	令和5年推計
医師需給推計	2019年	2019年	2020年

診療科偏在の是正

— 参考指標3 —

主たる診療科別の人口10万人対医師数について全国比較を行い、相対的に医師数が少ない診療科
(例えば、主たる診療科別の人口10万人対医師数の全国順位が下位1/3の診療科)

診療科名(19基本領域および 連動研修を行い得るサブス領域)	滋賀県	全国平均	順位
内科	39.8	50.2	42位
消化器内科	12.8	13.1	27位
循環器内科	12.5	11	15位
呼吸器内科	5.2	5.9	29位
血液内科	2.7	2.5	13位
内分泌代謝・糖尿病内科	5.6	5	13位
脳神経内科	5	4.8	18位
腎臓内科	5.4	4.7	11位
膠原病・リウマチ内科	0.8	1.6	40位
小児科	16.9	14.5	6位
皮膚科	6.5	8.1	37位
精神科	10.4	13.9	44位
外科	8.8	10	39位
消化器外科	3.9	4.5	33位
呼吸器外科	2.7	1.7	2位
心臓血管外科	2	2.5	39位
小児外科	0.4	0.7	38位
乳腺外科	1.4	1.9	37位
整形外科	15.9	18.3	41位
産婦人科	9.2	9.4	25位
眼科	9.6	10.9	33位
耳鼻咽喉科	8.1	7.5	17位
泌尿器科	6.9	6.5	26位
脳神経外科	4.7	6.1	43位
放射線科	7.3	6.1	17位
麻酔科	8.7	8.6	22位
病理診断科	2.1	1.8	10位
臨床検査科	0.4	0.5	23位
救急科	2.1	3.3	43位
形成外科	2.9	2.7	13位
リハビリテーション科	3.2	2.6	10位



- 内科
(消化器内科、呼吸器内科、膠原病・リウマチ内科)
- 皮膚科
- 精神科
- 外科
(消化器外科、心臓血管外科、小児外科、乳腺外科)
- 整形外科
- 産婦人科
- 眼科
- 耳鼻咽喉科
- 泌尿器科
- 脳神経外科
- 救急科

※放射線科には、サブス領域である放射線診断および放射線治療を含む
産婦人科は、婦人科を除く
(出典：令和6年三師統計)

改定の方方向性

- 医師偏在是正プランの策定（地域偏在の是正）
- 診療科偏在の是正
- 評価指標の設定

目標医師数の考え方 ※基本的には現行計画と同じ

医師少数区域（医師偏在指標が下位1/3の区域、医師偏在指標が中位1/3かつへき地尺度が上位10%の区域）

甲賀

- 「医師偏在指標が下位1/3の区域」における目標医師数は、原則として、計画終了時の医師偏在指標の値が、計画開始時の下位1/3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する。
- ただし、計画期間開始時に既に下位1/3に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師数を達成している場合は、医師の地域偏在の解消を図る観点から、原則として、目標医師数は計画開始時の医師数を設定上限数とする。
- 「医師偏在指標が中位1/3かつへき地尺度が上位10%の区域」については、新たに医師少数区域に位置づけるものの、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する（原則として、計画開始時の医師数を設定上限数とする）こととする。 ※本県は該当なし

医師中程度区域（医師偏在指標が中位1/3かつ修正版へき地尺度が上位10%でない区域）

東近江・湖東・湖北・湖西

- 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。

医師多数区域（医師偏在指標が上位1/3の区域）

大津・湖南

- 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。

※医師少数県以外の都道府県について、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。

目標医師数以外の評価指標の設定 ①

国の考え方

- 現ガイドラインでは、目標医師数を設定することとしている一方で、それ以外に、医師確保計画の進捗等の評価に資する指標の設定については示していない。
- 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、医師確保計画に係る定量的な指標の例として、以下の指標が考えられる。
- 本来は医師確保計画の効果をモニタリングするうえで、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ことが望ましい。第9次医師確保計画への反映を目指し、国において検討を進める。

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	・医師養成の動向	・自県大学や、自県出身者の動向（自県大学卒業医師数、地元出身医師数等）	2年に1回	三師統計
		・臨床研修修了後の医師等の定着状況	年1回	都道府県調査
	・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	・医師少数区域、医師少数都道府県の動向	・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・全国マッチング登録者数 ・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

目標医師数以外の評価指標の設定 ②

方向性

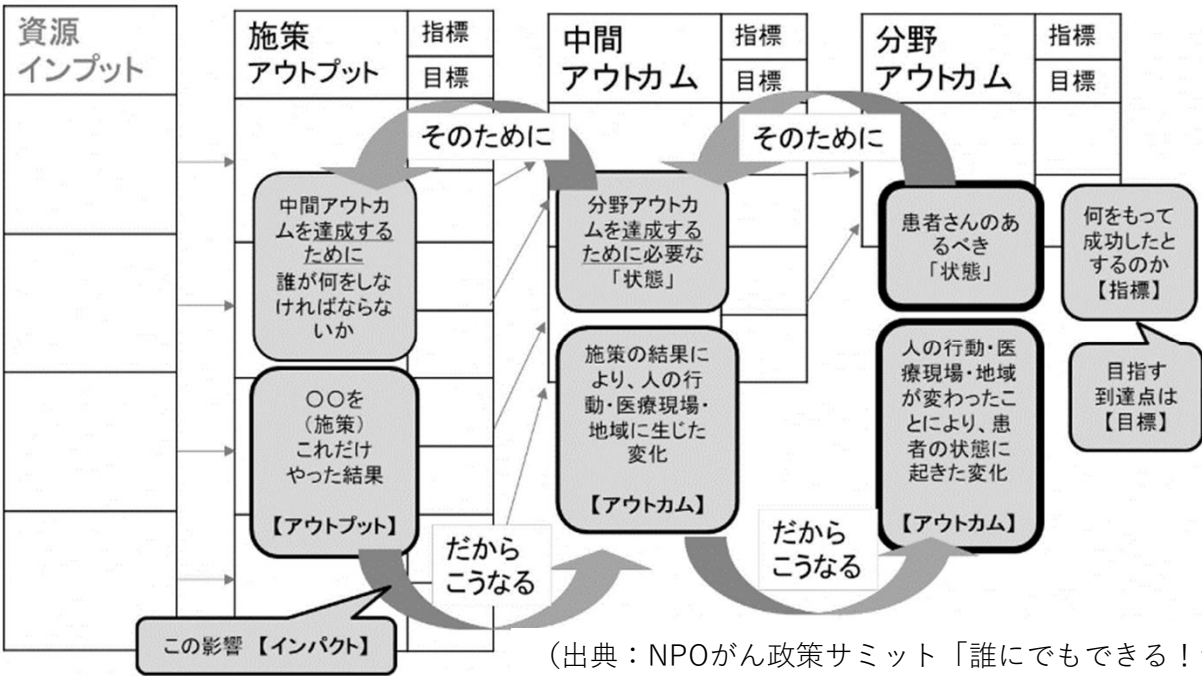
- 本県では「将来にわたって良質かつ適切な医療を効率的に提供する」ため、以下の4本柱により医師確保対策に取り組んでいるが、各施策と目標との関係性が必ずしも明確でない。

1. 地域医療に貢献する医師の「養成」

2. 地域医療を担う医師の「キャリア形成支援」

3. 地域医療を支える医師の「定着支援」

4. 地域・診療科の「偏在是正」
- 施策の検討および進捗状況の評価を着実に行うために、次期計画においてはロジックモデルにより整理してはどうか。
- 具体的には、現行計画の4本柱を中間アウトカムに位置付けるとともに、目標医師数以外の評価指標の設定について検討を行う。



(出典：NPOがん政策サミット「誰にでもできる！がん計画 中間評価ガイドブック」)

4

次期計画に向けた施策の検討

次期計画に向けた施策の検討 ①

重点医師偏在対策支援区域の医師確保 （パッケージに基づく「経済的インセンティブ」以外）

- パッケージに基づく「経済的インセンティブ」による医師手当事業や国庫補助事業のほか、既存施策の拡充も含め、他にどのような取組が考えられるか。

特定診療科の医師確保

- 本県では、地域枠学生等を対象とした「キャリア形成卒前支援プラン」において、地域医療への意識醸成を図る講義や手技体験会等を開催している。
- 国においては、中堅・シニア世代等の医師を対象として、総合的な診療能力を有する医師の養成を目的としたリカレント教育や広域マッチングの取組が進められている。
- 上記のほか、特定診療科の医師確保に向けてどのような取組が考えられるか。

地域枠医師の確保

- 地域枠制度は、医師不足地域等で一定期間従事することを返還免除要件とすることにより、医師確保および地域偏在の是正に資する有効な手段である。
- 国においては、令和11年(2029年)頃に医師需給が均衡すると推計されていることを踏まえ、医学部臨時定員の削減に向けた検討が進められている。
- 現在、本県の地域枠は16名（恒久定員11名、臨時定員5名）であるが、地域枠制度をより効果的に運用していくためには、今後どのような対応が考えられるか。

- 中堅・シニア世代以降の医師を主な対象とした、総合的な診療能力を有する医師養成を全国的に推進するリカレント教育事業について、採択団体を決定し、取組を進めている。

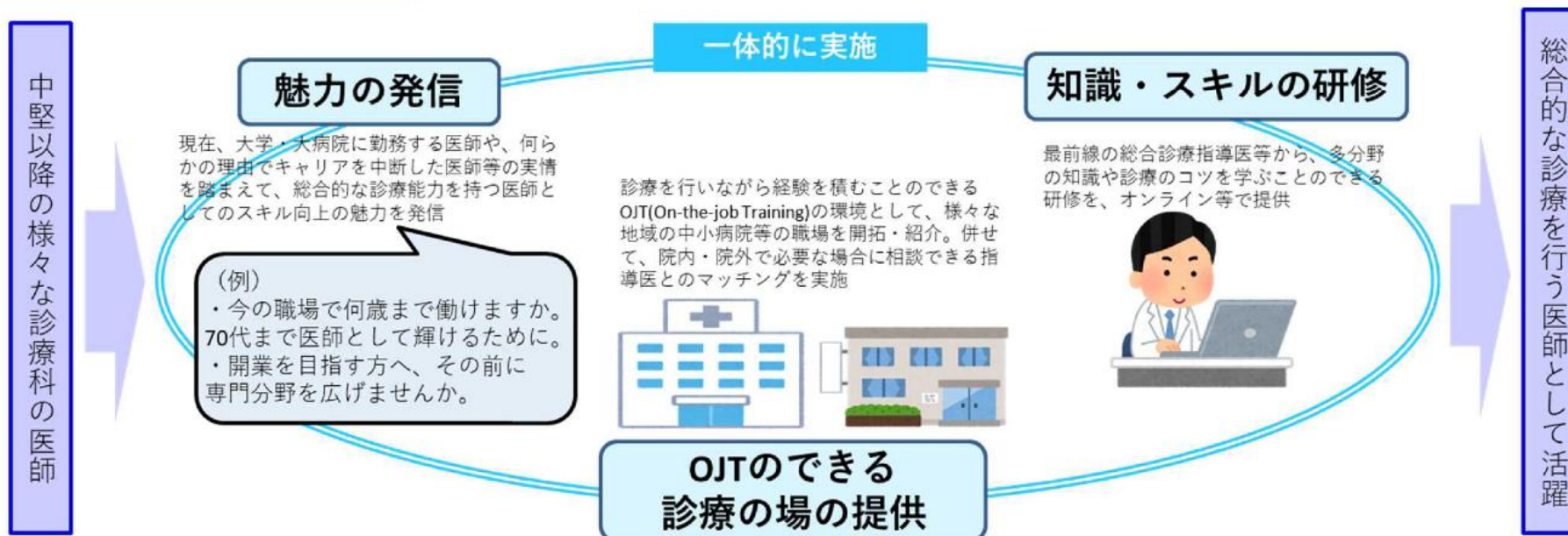
総合的な診療能力を持つ医師養成のためのリカレント教育推進事業

令和6年度補正予算額 1.1億円

1 事業の目的

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

2 事業の概要・スキーム



3 実施主体等

◆実施主体：関係学会等 ◆補助率：定額

◆事業実績：令和7年度採択団体→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事業 連絡協議会

(全日本病院協会、日本プライマリ・ケア連合学会/日本病院会、全国自治体病院協議会、全国国民健康保険診療施設協議会/全国老人保健施設協会、日本老年医学会による共同運営)

リカレント教育事業における各主体実施事業の取組

■全日本病院協会、日本プライマリ・ケア連合学会

- 2018年から実施してきた「総合医育成事業」を基盤として、内容の充実を図りながら、全体の事業名称を「総合医リカレント実践事業 ReGeneral」とし、取組を進めている。
- 研修の受講を希望する医師は増加傾向にあり、今後「診療の場の提供」として、研修する医師を支援する病院の公募を開始する予定。



全日本病院協会、日本プライマリ・ケア連合学会におけるHP ▲
(<https://sougouji.jp/>)

■日本病院会、全国自治体病院協議会、全国国民健康保険診療施設協議会

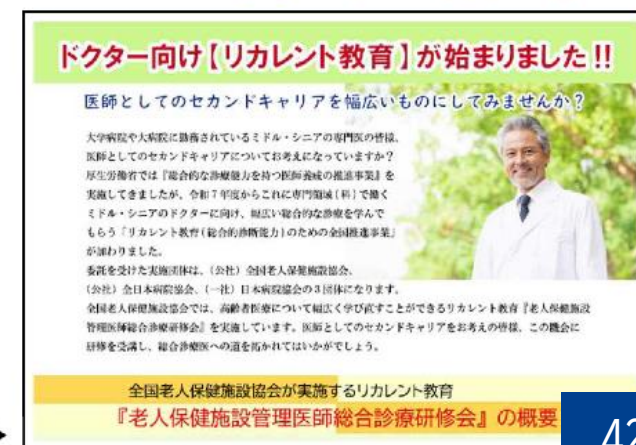
- 病院において総合的な医療を展開する医師を育成するため、これまでの知識と経験に基づいた医師個別の目標設定を行い、「病院総合医養成事業」として、臨床を重視した研修を実施している。
- 8月以降研修施設の募集を進めつつ、11月からは研修者の募集も開始しており、来年当初の研修開始に向けて、ホームページや受講者管理のためのシステム構築を進めている。



日本病院会、全国自治体病院協議会、全国国民健康保険診療施設協議会におけるHP ▲
(<https://sites.google.com/jha-analysis.jp/3sogouji/>)

■全国老人保健施設協会／日本老年医学会

- 従来から実施している「老人保健施設管理医師総合診療研修会」を組み込み、高齢者医療に関する知識習得を重視した研修を実施している。
- 「魅力の発信」として、動画配信による情報発信のほか、全国の医療機関へのパンフレット配布による周知を進めている。



全国老人保健施設協会におけるパンフレットによる周知 ▶

次期計画に向けた施策の検討 ②

専攻医の確保

- 本県では、臨床研修医を対象とした入職前オリエンテーションや専門研修プログラム説明会の開催等により、臨床研修医の定着や専門研修の魅力発信に取り組んでいる。
- 現行計画で掲げている数値目標「3年目医師採用数 110人」に届いておらず、また、臨床研修修了後の県内定着率は約6割にとどまっているなか、専攻医の更なる確保に向けて、どのような取組が考えられるか。

医療機関の業務効率化に対する支援

- 医師をはじめとした医療従事者の安定的な確保・定着を図るため、医師の働き方改革と併せて、医療機関の業務効率化・勤務環境改善に取り組んでいる。
- こうした医療機関の取組を促進するため、どのような支援が考えられるか。

医療機関の業務効率化・勤務環境改善への支援

趣旨・概要

- 2040年に向けて、医療従事者を安定的に確保し、質が高く効率的な医療提供体制を構築するために、医療機関の業務効率化・勤務環境改善の取組の支援について、以下の制度的対応を行う。
 - ① 今後継続的に支援することができるよう、地域医療介護総合確保基金に、業務効率化・勤務環境改善の取組を支援する新たな事業を設ける。
(参考) 業務のDX化に取り組む多くの医療機関を支援するため、令和7年度補正予算において、200億円を計上。
 - ② 業務効率化・勤務環境改善に積極的・計画的に取り組む病院を厚生労働大臣が認定できる仕組みを設け、認定を受けた病院は特定の表示を行うことができることとする。
 - ③ 都道府県の医療勤務環境改善支援センターの体制拡充・機能強化を図り、医療機関の労務管理等の支援に加え、業務効率化に係る助言・指導等も行うよう努める旨を明確化する。
 - ④ 医療法上、病院又は診療所の管理者は、勤務環境の改善に加え、業務効率化にも取り組むよう努める旨を明確化する。併せて、健保法上の保険医療機関の責務として、業務効率化・勤務環境改善に取り組むよう努める旨を明確化する。

地域医療介護総合確保基金 対象事業

R8年度当初予算案 647億円
※国負担：医療分 647億円
公費：医療分 960億円

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

新区分 業務効率化・勤務環境改善に関する事業【所要の法改正】

【業務のDX化に関する取組例】

(1) スマートフォンによる情報共有の効率化

チャット機能、ビデオ通話、ファイルの共有などにより、1対1だけでなく、グループでの一斉の情報共有が可能



(2) 見守りカメラ・スマートグラスによる見守り業務の効率化

患者の同意のもと、病室にカメラを設置し、看護師が装着しているスマートグラスから病室の状況を確認。



(3) 音声入力・バイタルの自動入力・生成AIによる文書自動作成支援



【○生産性向上に対する支援】

施策名:エ 医療分野における生産性向上に対する支援

令和7年度補正予算額 200億円

医政局医療経営支援課
(内線2640)

① 施策の目的

業務効率化・職場環境改善に資する取組を支援し、医療分野の生産性向上を図り、医療人材の確保・定着に繋げる。

② 対策の柱との関係

I			II					III	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○								

③ 施策の概要

業務効率化・職場環境改善に関する目標値を設定し、進捗管理を行う「業務効率化推進委員会(仮称)」を設置し、業務効率化・職場環境改善に資するICT機器等の導入等の取組を行う病院に対して必要経費を支援し、医療分野の生産性向上を図る。

総事業費: 1病院あたり1億円(うち交付額(上限)は8,000万円【負担割合:国2/3、都道府県1/3】)

【生産性向上に資する取組のイメージ】

- ICT機器の導入による業務の効率化
 - ・ スマートフォンによるカルテ閲覧・情報共有、インカム、IWB等の導入 ⇒ DX化による情報伝達の効率化
- 取組を行う病院への医療勤務環境改善センターによるサポート体制強化

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



⑤ 施策の実施スケジュール

予算成立後、速やかに実施

⑥ 施策の対象・成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

業務効率化・職場環境改善に取り組む病院への財政支援を行うことで、職場内の生産性向上を図り、医療人材の確保・定着に繋げ、地域に必要な医療提供体制を確保する。