

# 令和8年度 第1回福岡県医療対策協議会 議事次第

日時：令和8年5月26日（火）14：30～

会場：県庁行政棟 10階 行政特別東（行政特9）

## ○ 議事

- 1 委員変更について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・【資料1】
- 2 医師確保に関する主な取り組みについて・・・・・・・・・・・・・【資料2】
- 3 医師確保計画の見直しについて・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・【資料3】  
（第8次（後期）医師確保計画の策定）
- 4 医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージについて・・・・・・・・・【資料4】
- 5 医師の働き方改革について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・【資料5】
  - （1）特定労務管理対象機関の指定について
  - （2）令和7年度に実施した各種調査の概要について
- 6 その他
  - （1）令和8年度の福岡県医療対策協議会開催予定について・・・・・・・・・【資料6】
  - （2）その他

# 福岡県医療対策協議会 委員名簿

(任期：2025年5月14日~2027年5月13日)

区分	所 属	職 位	氏 名	
特定機能病院  大学その他の医療従事者の 養成に関する機関	九州大学病院	病院長	【副会長】 中島 康晴	
	久留米大学病院	病院長	野村 政壽	
	福岡大学病院	病院長	三浦 伸一郎	
	産業医科大学病院	病院長	酒井 昭典	
公的医療機関	全国自治体病院協議会福岡県支部  (地方独立行政法人芦屋中央病院)	名誉支部長  (病院長)	櫻井 俊弘	
	民間病院	一般社団法人福岡県私設病院協会	会 長 中尾 一久	
診療に関する学識経験者の 団体	公益社団法人福岡県医師会	会 長	【会長】 蓮澤 浩明	
		副会長	一宮 仁	
		理 事	田中 眞紀	
福岡県知事の認定を受けた 社会医療法人	一般社団法人福岡県医療法人協会  (社会医療法人社団至誠会)	専務理事  (理事長)	木村 寛	
	独立行政法人国立病院機構・ 臨床研修病院	九州医療センター	病院長 岩崎 浩己	
独立行政法人地域医療機能 推進機構・臨床研修病院	九州病院	病院長	内山 明彦	
地域の医療関係団体	公益社団法人福岡県病院協会  (福岡県済生会二日市病院)	専務理事  (病院長)	壁村 哲平	
	公益社団法人地域医療振興協会福岡県支部  (飯塚市立病院)	支部長  (病院長)	武富 章	
	関係市町村	福岡県市長会  (大牟田市)	理 事  (市 長)	関 好孝
		福岡県町村会  (桂川町)	副会長  (町 長)	井上 利一
地域住民を代表する団体	福岡県地域婦人会連絡協議会	副会長	廣石 福子	

令和8年度 第1回福岡県医療対策協議会 配席図

日時 : 令和8年5月26日(火) 14:30~

場所 : 福岡県庁10階 行政特別東 (行政特9)

蓮澤 浩明  
会長

中島 康晴  
副会長

○

○

野村 政壽 委員 ○

櫻井 俊弘 委員 ○

一宮 仁 委員 ○

木村 寛 委員 ○

内山 明彦 委員 ○

武富 章 委員 ○

廣石 福子 委員 ○

○ 三浦 伸一郎 委員

○ 中尾 一久 委員

○ 田中 眞紀 委員

○ 岩崎 浩己 委員

○ 壁村委員代理  
門上 俊明 様

○ 関委員代理  
中村 珠美 様

事務局

○ ○ ○ ○

オブザーバー等

○ ○ ○ ○

オブザーバー等

○ ○ ○ ○

傍聴

○ ○ ○

## 福岡県医療対策協議会設置要綱

### (目的)

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

### (協議事項)

第2条 協議会は、次の事項について協議する。

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

### (組織)

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

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

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

(会長及び副会長)

第4条 協議会に会長及び副会長を置き、委員の互選により選出する。

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

(会議)

第5条 協議会は、会長が招集する。

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

(専門委員会)

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

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

(庶務)

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

(その他)

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

附 則

この要綱は、平成16年12月6日から施行する。

附 則

この要綱は、平成20年7月30日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年11月20日から施行する。

附 則

この要綱は、平成31年4月22日から施行する。

## 委員変更について

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

・産業医科大学病院 病院長 酒井 昭典 様（任期:令和8年4月1日～令和9年5月13日）

### 福岡県医療対策協議会委員 新旧対照表

(旧)

(新)

	氏 名	職 名
1	中島 康晴	九州大学病院 病院長代理
2	野村 政壽	久留米大学病院 病院長
3	三浦 伸一郎	福岡大学病院 病院長
4	田中 文啓	産業医科大学病院 病院長
5	櫻井 俊弘	全国自治体病院協議会福岡県支部 名誉支部長 (地方独立行政法人芦屋中央病院 病院長)
6	中尾 一久	一般社団法人福岡県私設病院協会 会長
7	蓮澤 浩明	公益社団法人福岡県医師会 会長
8	一宮 仁	公益社団法人福岡県医師会 副会長
9	田中 眞紀	公益社団法人福岡県医師会 理事
10	木村 寛	一般社団法人福岡県医療法人協会 専務理事 (社会医療法人至誠会 理事長)
11	岩崎 浩己	独立行政法人国立病院機構 九州医療センター 病院長
12	内山 明彦	独立行政法人地域医療機能推進機構 九州病院 病院長
13	壁村 哲平	公益社団法人福岡県病院協会 専務理事
14	武富 章	公益社団法人地域医療振興協会 福岡県支部 支部長
15	関 好孝	福岡県市長会理事(大牟田市市長)
16	井上 利一	福岡県町村会副会長(桂川町長)
17	廣石 福子	福岡県地域婦人会連絡協議会 副会長



	氏 名	職 名
1	中島 康晴	九州大学病院 病院長
2	野村 政壽	久留米大学病院 病院長
3	三浦 伸一郎	福岡大学病院 病院長
4	酒井 昭典	産業医科大学病院 病院長
5	櫻井 俊弘	全国自治体病院協議会福岡県支部 名誉支部長 (地方独立行政法人芦屋中央病院 病院長)
6	中尾 一久	一般社団法人福岡県私設病院協会 会長
7	蓮澤 浩明	公益社団法人福岡県医師会 会長
8	一宮 仁	公益社団法人福岡県医師会 副会長
9	田中 眞紀	公益社団法人福岡県医師会 理事
10	木村 寛	一般社団法人福岡県医療法人協会 専務理事 (社会医療法人至誠会 理事長)
11	岩崎 浩己	独立行政法人国立病院機構 九州医療センター 病院長
12	内山 明彦	独立行政法人地域医療機能推進機構 九州病院 病院長
13	壁村 哲平	公益社団法人福岡県病院協会 専務理事
14	武富 章	公益社団法人地域医療振興協会 福岡県支部 支部長
15	関 好孝	福岡県市長会理事(大牟田市市長)
16	井上 利一	福岡県町村会副会長(桂川町長)
17	廣石 福子	福岡県地域婦人会連絡協議会 副会長

## 医師確保に関する主な取り組みについて

### 1 初期臨床研修医の確保

医療法及び医師法の一部を改正する法律(平成 30 年法律第 79 号)の施行により、令和 2 年 4 月 1 日から、臨床研修病院の指定権限、定員設定権限等が国から都道府県に移譲された。

#### (1) 基幹型臨床研修病院の指定状況 (R8.4 現在)

43 か所 (うち大学病院: 4 か所、その他の病院: 39 か所)

#### (2) 初期臨床研修医募集定員の配分

##### ○ 令和 8 年度の採用実績について

(単位: 人)

	令和8年度	令和7年度	令和6年度
採用実績	366	370	384
募集定員	399	412	414
うち、旧国内示	238	352	366
うち、旧県調整枠	157	57	48
定員1から2への調整(※)	2	3	0

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

##### ○ 令和 9 年度の募集定員の設定について

- 通常プログラム (募集定員枠内)
 

権限移譲に伴い、令和 3 年度の募集定員から算定方法を本協議会審議のもと決定していた。

令和 8 年度募集定員の算定において、国から提示された募集定員枠が前年度から大幅に減少し、国や県の方針を十分に反映させることができない事態となったため、県内臨床研修病院の意見を踏まえた算定方法の見直し案が令和 8 年 2 月 20 日の本協議会にて承認された。
- 基礎研究医プログラム (募集定員枠外)
 

令和 4 年度の研修より、基礎医学に意欲がある学生を対象に、臨床研修と基礎研究の両立を可能とする基礎研究医プログラムの募集 (全国で合計 40 名) が開始され、久留米大学病院から当該プログラムの届出書が提出されたため、国からの定員配分に基づき、令和 8 年 2 月 20 日の本協議会にて募集定員 (マッチングの枠外) を決定した。
- 広域連携型プログラム (募集定員枠内)
 

令和 8 年度の研修より、臨床研修医の採用率が高い医師多数県の基幹型臨床研修病院に採用された研修医を対象に、医師多数県における研修を中

心としつつ、医師少数県等の臨床研修病院においても一定期間研修するプログラムが開始され、令和8年2月20日の本協議会にて募集定員（マッチングの枠内）を決定した。

※ 令和9年度の算定方法及び配分結果については、令和8年4月16日付け九州厚生局健康福祉部医事課の確認を得たので、4月24日に県内基幹型臨床研修病院に結果を通知した。【14-16 ページ参照】

### （3）臨床研修医確保支援事業（平成27年度～）

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

## 2 専門医の養成

### (1) 専門研修プログラムの確認・検討

#### ○ 令和8年度専門医採用状況について ※速報値（一般社団法人日本専門医機構）

基本診療領域	研修年数 (基準)	プログラム数		令和8(2026)年度シーリング								R8 採用者 数 (b)	シーリング 充足率 (b/a)	R7 採用者 数 (c)	採用者数 増減 (b-c)
		昨年度 比較	(a)	通常 プログ ラム	連携 プログ ラム	右記以外	都道府県 限定分	特別地域 連携	精神科 指定医 連携枠	常勤派遣 分					
内科	3	30	2	151	138	13	7	2	4	-	0	146	97%	147	▲1
小児科	3	10	0	-	-	-	-	-	-	-	-	28	-	28	0
皮膚科	5	4	0	13	13	0	0	0	0	-	0	12	92%	12	0
精神科	3	8	0	26	25	0	0	0	0	0	1	26	100%	23	3
外科	3	16	0	-	-	-	-	-	-	-	-	54	-	58	▲4
整形外科	4	6	0	43	33	9	6	1	2	-	1	43	100%	42	1
産婦人科	3	5	0	-	-	-	-	-	-	-	-	22	-	22	0
眼科	4	4	0	-	-	-	-	-	-	-	-	15	-	11	4
耳鼻咽喉科	4	4	0	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	16	▲10
泌尿器科	4	4	0	-	-	-	-	-	-	-	-	13	-	23	▲10
脳神経外科	4	5	0	-	-	-	-	-	-	-	-	15	-	13	2
放射線科	3	4	0	16	15	0	0	0	0	-	1	13	81%	13	0
麻酔科	4	13	0	20	20	0	0	0	0	-	0	19	95%	20	▲1
病理	3	4	0	-	-	-	-	-	-	-	-	5	-	4	1
臨床検査	3	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	1	▲1
救急科	3	13	0	-	-	-	-	-	-	-	-	24	-	19	5
形成外科	4	5	0	9	9	0	0	0	0	-	0	9	100%	6	3
リハビリテーション科	3	4	0	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	4	▲2
総合診療	3	17	1	-	-	-	-	-	-	-	-	5	-	13	▲8
合計	-	159	4	7領域								457	-	475	▲18

※採用者数は、シーリング対象外（ダブルボード、地域枠、研究医枠）の数は含まない。

#### ○ 令和8年度の専門研修プログラムについて

主要領域専門研修プログラム調整委員会及び本協議会において、医師法第16条の10の規定に基づき、令和8年度専門研修プログラムの確認・検討を実施し、令和7年9月5日付で厚生労働省あてに意見を提出。

#### ○ 令和9年度の専門研修プログラムについて

令和9年度に研修開始予定の専攻医の採用数上限設定（シーリング）については、令和7年度第5回医道審議会医師分科会医師専門研修部会において、シーリング案が提示されたところ。【17-20 ページ参照】

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

## (2) 専門医研修資金貸与事業（令和2年度～）

### ○ 事業概要について

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

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

### ○ 令和8年度までの新規貸与者実績について

(単位：人)

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

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

#### <貸与者の現在の状況> 令和8年5月時点

- 令和2年度貸与者：指定勤務終了6人、貸与辞退2人
- 令和3年度貸与者：指定勤務終了5人、指定勤務中6人、貸与辞退2人
- 令和4年度貸与者：指定勤務終了2人、指定勤務中2人
- 令和5年度貸与者：指定勤務終了1人、指定勤務中2人、貸与停止中1人、貸与辞退2人
- 令和6年度貸与者：指定勤務終了1人、指定勤務中2人、貸与中4人、貸与停止中1人
- 令和7年度貸与者：指定勤務中1人、貸与停止中1人

### ○ 事業の周知及び募集について

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

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

#### ○ 事業概要について

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

#### ○ 地域枠不同意離脱の考え方の整理について

本県における不同意離脱の考え方について、令和 3 年度の本協議会（令和 3 年 6 月 1 日開催）において、やむを得ない理由（※）以外は、原則離脱を認めないこととし、令和 4 年度入学者から出願時に同意書を提出させている。

また、令和 5 年 10 月 24 日に日本専門医機構が不同意離脱に対する機構の態度を訂正したことを踏まえ、令和 5 年度の本協議会において、関係者間（都道府県、大学、基幹施設、プログラム統括責任者、専攻医当事者）での協議による解決が得られず、不同意のまま離脱した場合は、専攻医はその医療機関プログラムの研修は専門研修とは認められないとしている。

※被貸与者が死亡したとき、退学したとき（奨学生）、心身の故障のため修学（奨学生）もしくは勤務（被貸与者）を継続する見込みがなくなったと認められるとき

#### ○ 令和 8 年度までの貸与実績について

入学年度	人数	入学年度	人数
平成 22 年度	3	令和元年度	5 (うち 3 名追加合格)
平成 23 年度	1	令和 2 年度	5
平成 24 年度	3	令和 3 年度	5
平成 25 年度	0	令和 4 年度	5
平成 26 年度	1	令和 5 年度	5
平成 27 年度	4	令和 6 年度	5
平成 28 年度	3	令和 7 年度	4
平成 29 年度	5	令和 8 年度	4
平成 30 年度	0	計	58

### <卒業生の進路状況>

(令和2年度以前入学者(留年者除く)計28名)(令和8年4月1日時点)

- ・ 指 定 勤 務 中 : 12名  
〔外科1名、小児科1名、産婦人科2名、救急科1名、麻酔科2名、  
総合診療3名、整形外科2名〕
- ・ 初 期 臨 床 研 修 中 : 8名
- ・ 指 定 勤 務 終 了 : 3名
- ・ 指 定 勤 務 中 断 中 : 1名
- ・ 離 脱 (国 試 不 合 格 含 む) : 4名

### ○ キャリア形成プログラムについて

- ・ 特別枠を卒業した医師を対象とした地域医療の確保と医師の能力開発・向上の両立を目的としたキャリア形成プログラムが、平成30年度の本協議会(平成30年12月25日開催)にて承認された。【21-22 ページ参照】

本人の意向を確認し同意を得た上で、個人ごとのキャリア形成プログラムを策定している。(累計:21名)【24-27 ページ参照】

### ○ 国における臨時定員の取扱いについて

- ・ 令和8年度の医学部臨時定員については、国の「医師の偏在対策等に関する検討会(R7.1.21)」において示された、医学部臨時定員の配分・調整方法を踏まえ、4名が認められた。
- ・ 特別枠の選抜方法については、その他の定員と区別して選抜する方式(別枠方式)により学生を選抜することとされたため、令和2年度から久留米大学特別枠の選抜方法を、一般入試(手上げ方式)から推薦入試(別枠方式)に変更している。

## 4 へき地医療に従事する医師の確保

### ○ 事業概要について

自治医科大学（※）にて養成した医師について、卒後9年間を義務年限として、主にへき地等の公的医療機関に派遣する。【昭和47年度～】

（※）自治医科大学

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

<令和8年度の医師派遣状況（9医療機関10名）> （R8.4.1現在）

二次保健医療圏	関係市町村	医療機関名	派遣人数
粕屋	新宮町	相島診療所	1
宗像	宗像市	大島診療所	1
八女・筑後	八女市	矢部診療所	1
飯塚	飯塚市	飯塚市立病院	2
直方・鞍手	小竹町	小竹町立病院	1
田川	糸田町	緑ヶ丘病院	1
	川崎町	川崎町立病院	1
北九州	芦屋町	芦屋中央病院	1
京築	みやこ町	やまびこ診療所	1
合計			10

### ○ キャリア形成プログラムについて

- 自治医科大学卒業医師を対象とした地域医療の確保と医師の能力開発・向上の両立を目的としたキャリア形成プログラムが、平成30年度福岡県医療対策協議会（平成30年12月25日開催）にて承認された。【22-23 ページ参照】
- 令和8年度は1名について、本人の意向を確認し同意を得た上で、キャリア形成プログラムを策定した。（累計：14名）【28-31 ページ参照】

### ○ 従事する診療科と取得可能な専門医資格の追加について

令和元年度福岡県医療対策協議会（令和2年2月10日開催）にて従事する診療領域と取得可能な専門医資格に内科を追加することが承認された。【23 ページ参照】

## 5 寄附講座による医師派遣（平成 22 年度～）

平成 22 年度から九州大学、久留米大学及び福岡大学に、令和 4 年度から産業医科大学に寄附講座を設置し、各講座から医師を派遣。

令和 7 年度から令和 9 年度の寄附講座について、県内 4 大学への派遣希望調査やヒアリング、各大学との協議を経て決定。令和 7 年 2 月 5 日の本協議会にて報告を行った。

九州大学、久留米大学、福岡大学については、令和 6 年度までの派遣先、派遣人数を継続。産業医科大学については、派遣人数を増員。なお、福岡大学及び産業医科大学は、福岡県医師確保計画で定めた本県唯一の医師少数区域である京築保健医療圏にある医療機関に医師を派遣。

### ○ 派遣状況（R7～R9）について

派遣先			派遣元	派遣人数
二次保健医療圏	医療機関	診療科		
八女・筑後	公立八女総合病院	小児科	久留米大学	2
	筑後市立病院	呼吸器内科		2
		消化器内科		1
		内分泌代謝内科		1
田川	田川市立病院	小児科	九州大学	3
		産婦人科		3
		消化器内科	福岡大学	3
		救急科		1
	社会保険田川病院	循環器内科	久留米大学	1
京築	新行橋病院	循環器内科	福岡大学	2
	小波瀬病院	循環器内科	産業医科大学	2
		腎臓内科		1
合計				22

## 6 女性医師の支援

### (1) 女性医師キャリア形成支援事業（平成 30 年度～）

福岡県女性医師キャリア形成支援事業実行委員会において、事業内容等を検討・協議し、事業を実施している。

#### ○ 女性医師交流会の開催について（平成 30 年度～）

- ・ ロールモデルとなる医師によるキャリア形成や仕事と家庭の両立に関する講演、参加者同士の意見・情報交換を実施。
- ・ 令和 7 年度は、県全域を対象に年 1 回、対面と Web のハイブリッド開催。女性医師に加え、男性医師や病院管理者等も参加。
- ・ これまでの開催実績は以下のとおり。

平成 30 年度	: 10 病院（参加者：119 名）
令和元年度	: 4 病院（参加者：52 名）（※ 1）
令和 2～5 年度	: 開催実績なし（※ 2）
令和 6 年度	: 開催実績なし（※ 3）
令和 7 年度	: 参加者 17 名

（※ 1）年度末に開催予定であった 3 病院については、新型コロナウイルス感染症の感染予防の観点から中止。  
（※ 2）新型コロナウイルス感染症の状況等を鑑み、開催を見送り。  
（※ 3）本事業の今後のあり方について検討中であったため、開催を見送り。

#### ○ 医師のためのキャリアプランガイドブックについて（平成 30 年度～）

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

令和 8 年度、県医師会が発行する「福岡県女性医師サポートブック～パサパ～」と統合し、発行予定。

#### ○ 未来の女性医師発掘事業について（令和元年度～）

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

- ・ これまでの派遣実績は以下のとおり。
- |         |                  |
|---------|------------------|
| 令和元年度   | : 派遣実績なし         |
| 令和 2 年度 | : 5 校（参加者：185 名） |
| 令和 3 年度 | : 5 校（参加者：330 名） |
| 令和 4 年度 | : 3 校（参加者：134 名） |
| 令和 5 年度 | : 5 校（参加者：175 名） |

令和6年度：6校（参加者：198名）

令和7年度：4校（参加者：114名）

## （2） 女性医師就労環境改善事業（平成26年度～）

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

- これまでの補助実績は以下のとおり。

年度	補助実績
平成29年度	2施設 2名
平成30年度	2施設 5名
令和元年度	5施設 7名
令和2年度	6施設 7名
令和3年度	5施設 5名
令和4年度	7施設 12名
令和5年度	7施設 10名
令和6年度	5施設 15名
令和7年度	3施設 8名

## 7 外科医確保のための遠隔手術指導の支援

### ○ 事業概要について

外科医のなり手不足や都市部への集中による地域偏在の是正を図るため、指導医がいる病院と指導を受ける医師がいる病院をインターネットで繋ぎ、遠隔で手術指導をする場合に必要な機器設備導入に係る費用について補助を実施。

#### ・ 補助対象施設

##### <指導医がいる大学病院>

補助対象経費：モニター、サーバー、接続用周辺機器等購入費、設置工事費

補助率：1 / 2

基準額：5, 000 千円

補助上限額：1 病院あたり 2, 500 千円

##### <指導を受ける医師がいる病院（※）>

（※）令和8年度から対象を県内（北九州市、福岡市、久留米市を除く）の病院に変更

補助対象経費：各種カメラ、モニター、サーバー、接続用周辺機器等購入費、  
設置工事費

補助率：1 / 2

基準額：10, 000 千円

補助額上限：1 病院あたり 5, 000 千円

#### ・ 事業期間 令和6年度～8年度（予定）

### ○ これまでの事業実績について

- ・九州大学病院（R6） — 田川市立病院（R6）
- ・久留米大学病院（R6） — 朝倉医師会病院（R6）、済生会二日市病院（R7）

## 8 医療従事者の勤務環境改善の取組み

### (1) 医療勤務環境改善支援センター事業（平成26年度～）

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

- 福岡県医療勤務環境改善支援センター事業運営協議会（委員長：公益社団法人福岡県医師会 一宮副会長）を開催し、事業内容・運営方法等を検討・協議し、事業を実施している。
- これまでの実績は以下のとおり。

年度	相談業務 (労務相談等)	アドバイザー ・講師派遣	労働時間等に関する説明会 (県医師会・福岡労働局との共催)
令和2年度	260件	14回	4回
令和3年度	1,107件	25回	4回
令和4年度	1,342件	25回	4回
令和5年度	2,531件	25回	4回
令和6年度	1,686件	7回	4回
令和7年度	1,284件	5回	4回

### (2) 地域医療勤務環境改善支援事業（令和2年度～）

勤務医の働き方改革を推進するため、医師の勤務時間短縮に向けた総合的な取り組みに係る費用について補助を実施。令和6年度から、新たに2つのメニューを追加。【32ページ参照】

- I 地域医療勤務環境改善体制整備事業（R2～）  
勤務環境改善の体制整備に取り組む医療機関に対する助成
- II 地域医療勤務環境改善体制整備特別事業（R6～）  
勤務環境改善の体制整備に取り組む臨床研修や専門研修を行う医療機関に対する助成
- III 勤務環境改善医師派遣等推進事業（R6～）  
勤務環境改善の体制整備に取り組む医療機関に医師を派遣する医療機関に対する助成

- これまでの補助実績は以下のとおり。

年度	I	II	III
令和2年度	8施設	—	—
令和3年度	8施設	—	—
令和4年度	6施設	—	—
令和5年度	6施設	—	—
令和6年度	2施設	4施設	8施設
令和7年度	3施設	3施設	4施設

### (3) 医療分野の生産性向上・職場環境整備等事業（令和7年度）

医療人材の確保・定着を図るため、業務の生産性向上に向けた取り組みに係る費用について補助を実施【33 ページ参照】

- 補助実績は以下のとおり。

年度	病院	有床診療所	無床診療所	歯科診療所	訪問看護 ステーション	合計
令和7年度	390 施設	127 施設	1,281 施設	861 施設	309 施設	2,968 施設

### (4) 医療分野における業務効率化・職場環境改善支援事業（令和8年度～）

業務効率化・職場環境改善に関する目標値を設定するとともに、進捗管理を行う委員会を設置する病院に対し、電子カルテ閲覧端末やインカムなど ICT 機器等導入費について補助を実施【34 ページ参照】

- 令和8年6月以降、医療機関等からの補助金交付申請の受付を開始する予定。

**臨床研修病院の募集定員の算定方法**  
(「過去3年間」とは前々年度からの3年間とする。)

実績枠	(採用実績・ 医師派遣実績)	<p>ア 過去の実績等による各臨床研修病院の基本定員の設定 当該病院の過去3年間の研修医の採用実績(医学部卒業試験・医師国家試験不合格者が内定取り消しになった場合、募集定員を上回らない範囲で採用実績として取り扱う。また、他病院の中断者を受入れた実績は加算する。さらに、広域連携型プログラムの採用実績がなかった場合、同プログラムの募集定員を上回らない範囲で採用実績として取り扱う。ただし、病院間の定員枠調整で定員が増加した場合は採用実績に含めない)の最大値(小児科・産科研修プログラムの募集定員の特例加算分及び医師少数区域加算分を除く)に医師派遣加算(※1)を加えたものを基本定員(A)とする。 (※1) 算出式は以下のいずれか多い方とする。 ▶当該病院に勤務する医師を、当該病院以外の受入病院に勤務させる場合(常勤)、その数(医師少数区域やへき地、離島に派遣した場合は、1.5を乗じる)が20人以上の場合は1人を加える。20人から5人増えるごとにさらに1人を加え、40人以上増えた場合は一律5人を加える。 ▶広域連携型プログラムの募集定員数。</p> <p>イ 各都道府県の募集定員の基礎数(B)との調整 各研修病院のAの値の県合計(A')がBを超える場合には、B以内に収まるように、以下の計算式により算出した値(小数点以下四捨五入)とする。 <math>A \times B / A'</math></p> <p>ウ 病院の希望定員(C)がイまで計算した値を下回る場合は、Cの値とする。</p>
	小児科・産科加算	ウまで計算した値が20人以上の場合は小児科及び産科研修プログラムを必ず設けること。(各2人、計4人配分)
	医師少数区域加算	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師少数区域(京築医療圏)に所在する医療機関へ3名加算する。</li> <li>・ただし、当該加算のあった病院の採用実績及びマッチ者数については、次の計算式により算出する。(小数点以下四捨五入) ( (当該加算を含む募集定員枠 - 当該加算枠) / 当該加算枠を含む募集定員枠 ) × (募集定員枠 or マッチ者数)</li> </ul>
加算枠	取組評価加算	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「地域医療への貢献」や「研修環境・質の向上」に係る以下の取組を点数化し、点数の合計値が上位1/3以内の病院に1名加算する。上位1/3に同点の病院が複数ある場合は、当該病院全てに1名加算する。(取組評価加算の配点は別紙のとおり)</li> <li>・ただし、算定する年度の前年度の採用実績が募集定員数に満たない場合(小児科・産科研修プログラム、広域連携型プログラムを除く)は、配点を行わない。</li> </ul>
	減算 (前年度募集定員 満たさない)	・算定する年度の前年度の採用実績が募集定員数に満たない場合(小児科・産科研修プログラム、広域連携型プログラムを除く)は1名減算する。
	研修環境・指導体制 評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・他の加算をしても尚、未配分が生じた場合、研修環境・指導体制評価加算として、過去3年間のマッチングによる応募倍率(希望者数/募集定員)の上位の病院へそれぞれ1名加算する。同位の病院が生じた場合、1年間遡って過去4年間のマッチングによる応募倍率の上位の病院へ配分する。ただし、希望定員に達している病院には配分しない。</li> <li>・他の加算により募集定員の上限を超える場合、過去3年間のマッチングによる応募倍率の下位の病院から1名ずつ、募集定員の上限数になるまで減算する。</li> </ul>
	激変緩和措置	・定員の増減は±2名以内とする。ただし、算定する年度の前年度の募集定員数が10名未満の場合、増減は±1名以内とする。
	1→2調整	算定方法した結果、1病院あたりの募集定員数が1名となる場合、当該病院の募集定員数を2名とする。
新規指定病院配分	新たに基幹型臨床病院の指定を受ける場合は、募集定員を2名とする。	

●募集定員に係る基幹型臨床研修病院の取り消し対象

医師少数区域でない市町村に所在し、前々年度から過去3年間の受入実績(中断者受入を含む)及びマッチ者数が全て0人で、翌年度のマッチ者数も0人である病院

●病院間で募集定員を調整したい場合

県から各病院へ募集定員の通知をした後に、病院間で募集定員を調整したい場合は、両者の合意書を確認の上、可とする。

## ■取組評価加算の配点

(別紙)

評価項目	内容	考え方	配点基準
必須事項	採用状況	前年度の募集定員を全て採用していること(小児科・産科研修プログラム、広域連携型プログラムを除く)	前年度の採用実績(医学部卒業試験・医師国家試験不合格者が内定取り消しになった場合、募集定員を上回らない範囲で採用実績として取り扱う。また、他病院の中断者を受け入れた実績は加算する。)が募集定員数に満たない場合(小児科・産科研修プログラム、広域連携型プログラムを除く)は、以下の配点を行わない。
地域医療への貢献	協力病院としての研修医の受け入れ	協力病院としての研修医の受け入れ数(小児・産婦人科)がどの程度か	協力病院としての研修医の受け入れ数(小児・産婦人科)が上位1/3は <b>2点</b> 、中位1/3は <b>1点</b>
	救急患者の受け入れ	常勤医師一人当たりの救急車取扱件数がどの程度か	常勤医師一人当たりの救急車取扱件数の上位1/3は <b>2点</b> 、中位1/3は <b>1点</b>
研修環境・質の向上	第三者評価の受審	第三者評価の受審・認定を受けているか	卒後臨床研修評価機構(JCEP)の認定を受けている場合 <b>2点</b> 、日本医療機能評価機構などの認定を受けている場合 <b>1点</b>
	症例数	研修医一人当たりの症例数(年間新外来患者数)がどの程度か	研修医一人当たりの症例数(年間新外来患者数)の上位1/3は <b>2点</b> 、中位1/3は <b>1点</b>
	研修指導医数	研修医一人当たりの研修指導医数がどの程度か	研修医一人当たりの研修指導医数の上位1/3は <b>2点</b> 、中位1/3は <b>1点</b>
計(最高点)			10

令和9年度の算定方法による募集定員の配分

資料2別添①

福岡県医療対策協議会 承認済 (R8.2.20)

九州厚生局健康福祉部医事課 確認済 (R8.4.16)

( ): 広域連携型プログラム(内数)

病院名	令和9年度 募集定員	令和9年度 基礎研究医 プログラム募集定員
1 国立病院機構 九州医療センター	23 ( 2 )	
● 国立病院機構 九州医療センター(小)	2	
● 国立病院機構 九州医療センター(産)	2	
2 福岡赤十字病院	12 ( 1 )	
3 国家公務員共済組合連合会 浜の町病院	12	
4 千鳥橋病院	3	
5 福岡大学病院	36 ( 4 )	
● 福岡大学病院(小)	2	
● 福岡大学病院(産)	2	
6 九州大学病院	53 ( 6 )	
● 九州大学病院(小・産)	4	
7 福岡県済生会 福岡総合病院	10	
8 医療法人徳洲会 福岡徳洲会病院	13	
9 福岡大学筑紫病院	5	
10 聖マリア病院	17	
11 久留米大学病院	34 ( 4 )	1
● 久留米大学病院(小)	2	
● 久留米大学病院(産)	2	
12 公立八女総合病院	3	
13 地方独立行政法人大牟田市立病院	2	
14 株式会社 麻生飯塚病院	16	
15 独立行政法人国立病院機構 小倉医療センター	5	
16 独立行政法人労働者健康安全機構 九州労災病院	5	
17 北九州市立八幡病院	4	
18 北九州市立医療センター	4	
19 独立行政法人地域医療機能推進機構九州病院	10 ( 1 )	
20 社会医療法人 製鉄記念八幡病院	5	
21 健和会大手町病院	6	
22 北九州総合病院	9	
23 産業医科大学病院	14 ( 2 )	
24 社会医療法人大成会 福岡記念病院	6	
25 社会医療法人親仁会 米の山病院	2	
26 社会医療法人財団池友会 福岡和白病院	5	
27 社会医療法人水光会 宗像水光会総合病院	3	
28 医療法人社団高邦会 高木病院	7	
29 社会医療法人財団池友会 新小文字病院	4	
30 社会医療法人財団池友会 新行橋病院	6	
31 公立学校共済組合 九州中央病院	10	
32 社会医療法人天神会 新古賀病院	5	
33 田川市立病院	3	
34 社会保険田川病院	2	
35 社会医療法人財団白十字会 白十字病院	3	
36 地方独立行政法人福岡市立病院機構 福岡市民病院	5	
37 独立行政法人国立病院機構 福岡東医療センター	4	
38 福岡県済生会 二日市病院	3	
39 地方独立行政法人筑後市立病院	2	
40 社会医療法人財団池友会 福岡新水巻病院	4	
41 小倉記念病院	4	
42 社会医療法人共愛会 戸畑共立病院	3	
43 社会医療法人青洲会 福岡青洲会病院	4	
計	402 ( 20 )	1

● …募集定員20名以上の病院に義務づけられる小児科・産科プログラム

# 令和9(2027)年度専攻医募集におけるシーリングについて

## 方針(案)

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

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

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

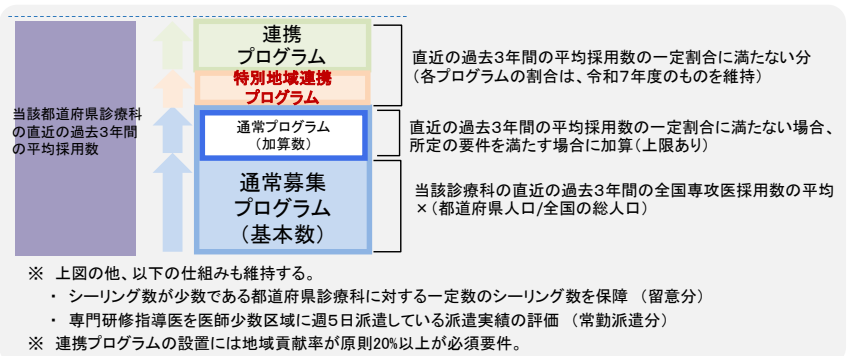
# 令和9(2027)年度専攻医募集におけるシーリング基本方針 全体像

## 1. シーリング対象都道府県の選定

- 令和7(2025)年に算出された最新の必要医師数等を使用し、各都道府県診療科における「2022年の足下医師数」と、「2022年の必要医師数」及び「2030年の必要医師数」を比較し、両者と同数又は上回る場合とする。
  - ※ 過去3年間の採用数の平均が5以下の都道府県診療科はシーリングの対象外とする。
  - ※ 例外としてシーリングの対象外とする診療科は、外科・産婦人科<sup>1)</sup>、病理・臨床検査<sup>2)</sup>、救急・総合診療科<sup>3)</sup>の6診療科
    - 1)平成6年度と比較して平成28年度の医師数自体が減少しているなどの理由
    - 2)専攻医が著しく少数である等の理由
    - 3)今後の役割についてさらなる議論が必要とされている等の理由

## 2. シーリング数や採用上限数、プログラムの内訳等

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



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

※足下充足率 2022足下医師数/2022必要医師数  
※精神科は、他に精神保健指定医連携枠を設置することが可能

# 【令和9(2027)年度募集】シーリングの設定方法について①

## 1. シーリング対象の診療科 ※変更なし

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

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

## 2. シーリング対象とする都道府県診療科の選定

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

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

## 3. 通常プログラム数の設定

### (1)通常プログラムの基本数:

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

### (2)通常プログラムの加算数:

(1)の数が、過去3年間の平均採用数に達していない場合、「過去3年間の平均採用数に達しない範囲」かつ「通常プログラム基本数の15%までの範囲」で、指導医派遣実績に応じた通常プログラムの加算を可能とする。  
※(1)においては、直近の過去3年間平均採用数を超過して設定することを許容。一方で、(2)は過去3年間平均採用数に満たない範囲で加算することとする。

↓(次ページに続く)

5

# 【令和9(2027)年度募集】シーリングの設定方法について②

## 4. 連携プログラムの設置

### (3)連携プログラムの設置数

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

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

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

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

### (4)連携プログラムの内訳の設定

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

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

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

↓(次ページに続く)

6

# 【令和9(2027)年度募集】シーリングの設定方法について③



<b>5. 留意分等</b>
<p><b>(5)シーリング数が全国採用数の一定割合に満たない場合の配慮(留意分)</b></p> <p>算出されたシーリング数が、当該診療科の過去3年間(令和5(2023)-7(2025)年度)の全国専攻医採用数の平均の1.7%に満たない場合、前回シーリング数を超えない範囲で通常プログラムを追加することを可能とする。</p> <p>※新たにシーリング対象となった都道府県診療科など「前回シーリング数」が存在しない都道府県診療科は、          ・これまでシーリング対象となったことがある場合は、直近のシーリング数          ・これまでシーリング対象となっていない場合は、過去3年間(令和5(2023)-7(2025)年度)の平均採用数を「前回シーリング数」として代用する。</p> <p><b>(6)常勤派遣分</b></p> <p>通常プログラム加算数の対象である都道府県診療科について、指導医の全派遣実績のうち、医師少数区域に週5日派遣している派遣実績を更に評価し通常プログラムを追加することを可能とする。          ただし、常勤派遣分での採用については次年度以降の採用実績には計上しない。</p>

<b>留意事項</b>
<p>＜シーリング対象外とする医師＞</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①又は②の医師のうち、専攻医期間に医師少数区域又は医師少数スポットで専門研修を行う予定の者。             <ul style="list-style-type: none"> <li>① 都道府県と卒業後一定期間、当該都道府県内で医師として就業する契約を締結した者(修学資金の貸与の有無を問わない)</li> <li>② 自治医科大学を卒業した医師</li> </ul> </li> <li>既に基本領域専門医を取得済みのダブルボード取得希望者。</li> </ul>

## 2027年度のシーリング案<福岡県>

本県では、皮膚科がシーリング対象外、新たに泌尿器科・リハビリテーション科がシーリング対象となった。

基本領域	2026年度								2027年度								シーリング昨年比				
	シーリング								シーリング(案)												
	シーリング計	通常プログラム	連携プログラム	都道府県限定分以外	都道府県限定分	特別地域連携プログラム	精神科指定医連携枠	常勤派遣分	シーリング計	通常プログラム	連携プログラム	右記以外	特別地域連携プログラム	端数調整	精神科指定医連携枠	常勤派遣分	シーリング計	通常プログラム	連携プログラム	精神科指定医連携枠	常勤派遣分
内科	151	138	13	7	2	4	-	-	151	138	13	7	7	▲1	-	-	0	0	0	-	-
皮膚科	13	13	0	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
精神科	26	25	0	0	0	0	0	1	26	25	0	0	0	-	0	1	0	0	0	0	0
整形外科	43	33	9	6	1	2	-	1	43	33	9	6	3	-	-	1	0	0	0	-	0
泌尿器科	-	-	-	-	-	-	-	-	17	16	1	1	1	▲1	-	-	-	-	-	-	-
放射線科	16	15	0	0	0	0	-	1	16	15	0	0	0	-	-	1	0	0	0	-	0
麻酔科	20	20	0	0	0	0	-	-	20	20	0	0	0	-	-	-	0	0	0	-	-
形成外科	9	9	0	0	0	0	-	-	9	9	0	0	0	-	-	-	0	0	0	-	-
リハビリテーション科	-	-	-	-	-	-	-	-	6	6	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-
	7領域								8領域												

連携先または連携元となる都道府県診療科の一覧

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

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

## 福岡県におけるキャリア形成プログラムについて

### 1 定義

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

### 2 地域枠卒業医師に係るキャリア形成プログラム

#### (1) 対象者

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

#### (2) プログラム全体の就業年数

9年間

#### (3) 配置方針

##### I 基本的な考え方

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

##### II 就業期間

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

##### III 従事する診療領域

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

##### IV 就業先

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

<概略図>

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

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

V 取得可能な専門医資格

一般社団法人日本専門医機構が認定する次の専門医資格

- ・ 外科、小児科、産婦人科、救急科、麻酔科及び総合診療

3 自治医科大学卒業医師に係るキャリア形成プログラム

(1) 対象者

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

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

(2) プログラム全体の就業年数

通常9年間 ※留年等の期間がある場合は延長

(3) 配置方針

I 基本的な考え方

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

II 就業期間

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

III 従事する診療領域

- ・ 内科・総合診療

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

#### IV 就業先

- ・ 卒後 2 年間は、初期臨床研修のため、県内の大学病院または臨床研修指定病院とする。
- ・ 卒後 3 年目は、地域医療についての知識・技術を習得することが可能であり、かつ総合診療専門研修プログラムの基幹施設である医療機関とする。
- ・ 卒後 4 年目以降は、へき地等勤務期間として、県が指定するへき地等にある公立医療機関とする。なお、へき地等勤務期間のうち 1 年間（概ね義務年限 6 年目または 7 年目）を後期研修と位置づけ、研修を目的としたへき地等以外での勤務を認める。（ただし県内医療機関及び自治医科大学附属病院に限る。）

#### <概略図>

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

#### V 取得可能な専門医資格

一般社団法人日本専門医機構が認定する次の専門医資格

- ・ 内科、総合診療

#### VI 義務年限中に他県で勤務する期間がある（結婚協定）医師について

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

久留米大学福岡県特別枠卒業医師にかかるキャリア形成プログラム  
(令和8年5月現在)

A

修学	就業期間								
	初期臨床研修		指定する診療領域における従事						
6年間	1	2	3	4	5	6	7	8	9
久留米大学	福岡徳洲会病院		久留米大学	大牟田市立病院	久留米大学	聖マリア病院			
			(産婦人科プログラム)						

B

修学	就業期間								
	初期臨床研修		指定する診療領域における従事						
6年間	1	2	3	4	5	6	7	8	9
久留米大学	新古賀病院		久留米大学	久留米総合	久留米大学	久留米大学	筑後市立病院		サブスペシヤルティ領域 (未定)
			(外科プログラム)						

C

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

D

修学	就業期間								
	初期臨床研修		指定する診療領域における従事						
6年間	1	2	3	4	5	6	7	8	9
久留米大学	久留米大学病院		久留米大学病院			久留米大学病院	福岡東医療センター	サブスペシヤルティ領域 (未定)	
			(救急科プログラム)						

E

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

## F

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

## G

修学	就業期間								
	初期臨床研修		指定する診療領域における従事						
6年間	1	2	3	4	5	6	7	8	9
久留米大学	公立八女総合病院	久留米大学病院	福岡大学病院		白十字病院		(サブスペシャリティ領域 (未定))		
			(麻酔科プログラム)						

## H

修学	就業期間								
	初期臨床研修		指定する診療領域における従事						
6年間	1	2	3	4	5	6	7	8	9
久留米大学	新古賀病院		久留米大学病院	二日市病院		森山整形外科院	(サブスペシャリティ領域 (未定))		
			(整形外科プログラム)						

## I

修学	就業期間								
	初期臨床研修		指定する診療領域における従事						
6年間	1	2	3	4	5	6	7	8	9
久留米大学	宗像水光会病院		福岡大学病院		未定		(サブスペシャリティ領域 (未定))		
			(麻酔科プログラム)						

## J

修学	就業期間								
	初期臨床研修		指定する診療領域における従事						
6年間	1	2	3	4	5	6	7	8	9
久留米大学	九州医療センター		福岡市立こども病院		未定		(サブスペシャリティ領域 (未定))		
			(小児科プログラム)						

## K

修学	就業期間								
	初期臨床研修		指定する診療領域における従事						
6年間	1	2	3	4	5	6	7	8	9
久留米 大学	聖マリア病院		久留米大学病院		未定	(サブスペシヤルティ領域 (未定))			
			(産婦人科プログラム)						

## L

修学	就業期間								
	初期臨床研修		指定する診療領域における従事						
6年間	1	2	3	4	5	6	7	8	9
久留米 大学	公立八女総合病院		田川市立病院	福岡大学病院	未定		(サブスペシヤルティ領域 (未定))		
				(総合診療科プログラム)					

## M

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

## N

修学	就業期間								
	初期臨床研修		指定する診療領域における従事						
6年間	1	2	3	4	5	6	7	8	9
久留米 大学	九州労災病院		専門研修施設 (未定)			専門研修施設 (未定) (サブスペシヤルティ領域 (未定))			

## O

修学	就業期間								
	初期臨床研修		指定する診療領域における従事						
6年間	1	2	3	4	5	6	7	8	9
久留米 大学	大牟田市立病院		専門研修施設 (未定)			専門研修施設 (未定) (サブスペシヤルティ領域 (未定))			

## P

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

## Q

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

## R

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

## S

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

## T

修学	就業期間								
	初期臨床研修		指定する診療領域における従事						
6年間	1	2	3	4	5	6	7	8	9
久留米 大学	北九州総合病院		専門研修施設（未定）			専門研修施設（未定） （サブスペシャリティ領域（未定））			

## U

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

自治医科大学卒業医師にかかるキャリア形成プログラム  
(令和8年5月現在)

A

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

B

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

C

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

D

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

E

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

F

修学	就業期間									
	初期臨床研修		・臨床研修 後期 ・専門研修	へき地等勤務での診療を通じて、内科専門医の取得に必要な症例を経験						
6年間	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
自治医科大学	浜の町病院		飯塚市立病院	八女市			自治医科大学 附属病院 【後期研修】	へき地等にある公立医療機関		
			(内科診療プログラム)							

G

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

H

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

I

修学	就業期間								
	初期臨床研修		・臨床研修 後期 ・専門研修	へき地等勤務での診療を通じて、総合診療専門医の取得に必要な症例を経験					
6年間	1	2	3	4	5	6	7	8	9
自治医科大学	浜の町病院		飯塚市立病院	久留米大学病院 【後期研修】	八女市	へき地等にある公立医療機関			
			(総合診療プログラム)						

J

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

K

修学	就業期間								
	初期臨床研修		・臨床研修 後期 ・専門研修	へき地等勤務での診療を通じて、内科専門医の取得に必要な症例を経験					
6年間	1	2	3	4	5	6	7	8	9
自治医科大学	福岡赤十字病院		飯塚市立病院	休職 (義務期間の 控除)	飯塚市	滋賀県			
			(内科診療プログラム)						

L

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

M

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

N

修学	就業期間								
	初期臨床研修		・臨床研修 後期 ・専門研修	へき地等勤務での診療を通じて、総合診療専門医の取得に必要な症例を経験					
6年間	1	2	3	4	5	6	7	8	9
自治医科大学	浜の町病院	埼玉県					へき地等にある公立医療機関		
			(総合診療プログラム)						

## 福岡県勤務環境改善支援事業について

## I 地域医療勤務環境改善体制整備事業

R2年度～

勤務環境改善の体制整備に取り組む  
医療機関に対する助成

## 対象医療機関

年の時間外・休日労働時間が**720時間を超える医師**がおり、以下に該当する地域医療に**特別な役割**がある医療機関

かつ

以下のいずれかを満たす医療機関を支援

救急用の自動車または救急医療用ヘリコプターによる搬送件数年間2,000件未満であって、地域医療に特別な役割を担う医療機関

- ・救急搬送件数 1,000件以上 2,000件未満
- ・救急搬送件数 1,000件未満であって夜間・休日・時間外入院件数 年 500件以上
- ・5疾病6事業で重要な医療を提供している場合 等

※診療報酬上、地域医療体制確保加算を取得している場合は対象としない。



一般病床の許可病床100床あたりの常勤換算医師数が40人以上かつ常勤換算医師数が40人以上の医療機関であって、臨床研修基幹病院又は基本19領域のいずれかの領域における専門研修基幹病院である医療機関

臨床研修基幹病院かつ基本19領域のうち10以上の領域において専門研修基幹病院である医療機関

※診療報酬上、地域医療体制確保加算を取得していても対象とする。



## 補助経費

医師の労働時間短縮の取組として、「医師労働時間短縮計画」に基づく取組を総合的に実施する新規事業の経費

- ・タスクシフト・タスクシェアに係る人件費(例:メディカルクラークや短時間勤務医師の給与)
- ・業務効率化のためのICT機器やシステム導入経費 等

## 補助単価

1床あたりの標準単価:133千円。更なる労働時間短縮の取組(※)をしている場合は266千円まで加算可能

※「更なる労働時間短縮の取組」(令和8年度までは以下の取組)

- ・大学病院改革ガイドラインに基づき、大学病院改革プランを策定した場合
- ・年度ごとに定めた時間外・休日労働時間時間の基準を超過する36協定を締結していない場合
- ・一定の面接指導医師の実施体制を確保している 等

## II 地域医療勤務環境改善体制整備特別事業

R6年度新規

勤務環境改善の体制整備に取り組む  
臨床研修や専門研修を行う医療機関に対する助成

## III 勤務環境改善医師派遣等推進事業

R6年度新規

勤務環境改善の体制整備に取り組む医療機関に医師を派遣する医療機関に対する助成

## 対象医療機関

以下を満たす派遣先医療機関に自院の常勤医師を非常勤医として派遣する医療機関

## 医師派遣先医療機関

地域医療に**特別な役割**を担う医療機関であって、年通算の時間外・休日労働時間が**720時間を超える医師**がおり、勤務環境改善に取り組む医療機関



※診療報酬上、地域医療体制確保加算を取得していても対象とする。  
※同一法人間の医師派遣は除く

## 補助経費

- ・医師派遣に係る逸失利益

## 補助単価

国の医師派遣に係る標準単価に準じて県が定める額

【○ 医療分野の生産性向上・職場環境改善等による更なる賃上げ等の支援】  
 施策名：人口減少や医療機関の経営状況の急変に対応する緊急的な支援パッケージ  
 （生産性向上・職場環境整備等事業）

令和6年度補正予算額 828億円

医政局医療経営支援課  
(内線2672)

## ① 施策の目的

賃上げ等のための生産性向上の取組を支援し、医療人材の確保・定着を図る。

## ② 対策の柱との関係

I	II	III
○		

## ③ 施策の概要

生産性向上に資する設備導入等の取組を進める医療機関等(ペースアップ評価料算定機関に限る。)に対して経費相当分の給付金を支給し、生産性向上・職場環境整備等を図る。

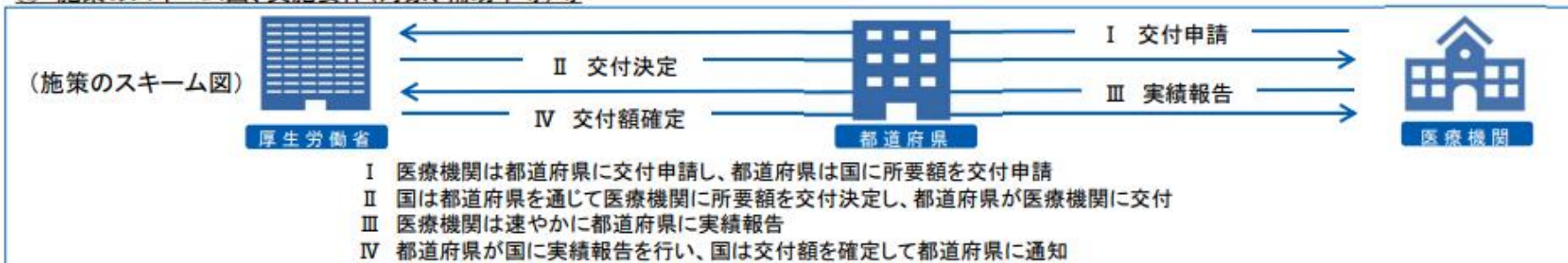
(交付額)病院・有床診：4万円/病床数、診療所(医科・歯科)・訪問看護ステーション：18万円/施設(補助率10/10)

【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
  - ・ タブレット端末、離床センサー、インカム、WEB会議設備等の導入 → 職員間の情報伝達の効率化(チーム医療の推進)
  - ・ 床ふきロボット、監視カメラ等の導入 → 清掃業務、院内監視業務等の効率化
- タスクシフト/シェアによる業務の効率化
  - ・ 医師事務作業補助者・看護補助者の配置 → 医師・看護師の業務効率化(診断書作成、病室内の環境整備や看護用品の整理等)

※ 新たに配置する際に必要な経費の他、既に雇用している職員の人件費に充てることが可能

## ④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



## ⑤ 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)

医療機関等へ業務の生産性向上に資する財政支援を行うことで、職場内の生産性向上・環境整備等を図り、地域に必要な医療提供体制を確保する。

## 【○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



- I 医療機関は都道府県に交付申請し、都道府県は国に所要額を交付申請
- II 国は都道府県を通じて医療機関に所要額を交付決定(補助率4/5)し、都道府県が医療機関に交付
- III 医療機関は都道府県に実績報告(概ね3年後)
- IV 都道府県が国に実績報告を行い、国は交付額を確定して都道府県に通知

## 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。

# 医師確保計画の見直しについて (第8次(後期)医師確保計画の策定)

1. 医師確保計画について
2. 第8次(前期)医師確保計画の進捗状況について
3. 第8次(後期)医師確保計画について
  - (1) 医師偏在指標と医師少数区域等の設定について
    - ① 医師偏在指標について
    - ② 医師少数区域等の設定について
      - (ア) 医師少数区域
      - (イ) 医師少数スポット
      - (ウ) 相対的医師少数区域
      - (エ) 重点医師偏在対策支援区域
  - (2) 医師確保の方針と施策について
  - (3) 医師確保計画の効果の測定・評価について

# 1. 医師確保計画について

2. 第8次(前期)医師確保計画の進捗状況について

3. 第8次(後期)医師確保計画について

(1) 医師偏在指標と医師少数区域等の設定について

① 医師偏在指標について

② 医師少数区域等の設定について

(ア) 医師少数区域

(イ) 医師少数スポット

(ウ) 相対的医師少数区域

(エ) 重点医師偏在対策支援区域

(2) 医師確保の方針と施策について

(3) 医師確保計画の効果の測定・評価について

# ➤ 医師確保計画を通じた医師偏在対策について

**背景**

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

## 医師の偏在の状況把握

### 医師偏在指標の算出

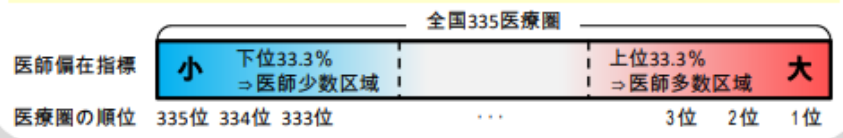
三次医療圏・二次医療圏ごとに、**医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成等を踏まえた**医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

医師偏在指標で考慮すべき「5要素」

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

### 医師多数区域・医師少数区域の設定

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



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

## 「医師確保計画」( = 医療計画に記載する「医師の確保に関する事項」) の策定

### 医師の確保の方針

(三次医療圏、二次医療圏ごとに策定)

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

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

### 確保すべき医師の数の目標 (目標医師数)

(三次医療圏、二次医療圏ごとに策定)

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

### 目標医師数を達成するための施策

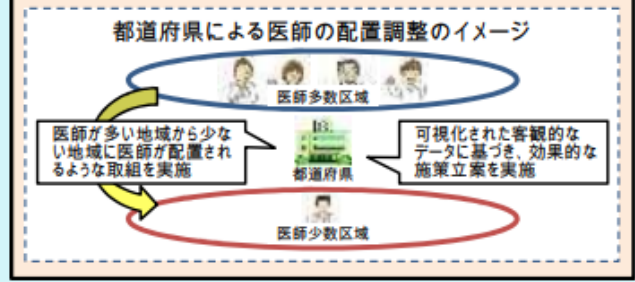
医師の確保の方針を踏まえ、目標医師数を達成するための具体的な施策を策定する。

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

## 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)	計画設計(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)



# 産科・小児科における医師確保計画を通じた医師偏在対策について

## 背景

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

## 産科医師・小児科医師の偏在の状況把握

### 産科・小児科における医師偏在指標の算出

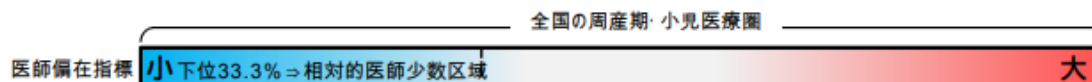
三次医療圏・周産期・小児医療圏ごとに、**産科・小児科における医師の偏在の状況を客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや、医師の性年齢構成等を踏まえた**産科・小児科における医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

医師偏在指標で考慮すべき要素

- 医療需要(ニーズ)・人口構成の違い等
- へき地等の地理的条件
- 患者の流出入等
- 医師の性別・年齢分布

### 相対的医師少数区域の設定

全国の周産期・小児医療圏の産科・小児科における医師偏在指標の値を一律に比較し、下位の一定の割合を相対的医師少数区域とする基準を国が提示し、それに基づき都道府県が設定する。  
※労働環境に鑑みて、産科・小児科医師は相対的に少なくない地域等においても不足している可能性があることから、相対的多数区域は設定しない。



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

## 『医師確保計画』の策定

### 医師の確保の方針

(三次医療圏、周産期・小児医療圏ごとに策定)

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

- ・医療圏の見直しや医療圏を越えた連携によってもなお相対的医師少数区域の場合は、医師の派遣調整により医師を確保する方針とする。等

### 偏在対策基準医師数

(三次医療圏、周産期・小児医療圏ごとに策定)

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

### 偏在対策基準医師数を踏まえた施策

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

- ・産科又は小児科の相対的医師少数区域の勤務環境を改善する。
- ・周産期医療又は小児医療に係る協議会の意見を踏まえ、地域医療対策協議会で、相対的医師少数区域内の重点化の対象となった医療機関へ医師を派遣する調整を行う等

## (施策の具体例)

### ①医療提供体制等の見直しのための施策

- ・医療圏の統合を含む周産期医療圏又は小児医療圏の見直し。
- ・医療提供体制を効率化するための再編統合を含む集約化・重点化。
- ・病診連携の推進や、重点化された医療機関等から居住地に近い医療機関への外来患者の逆紹介の推進等による医療機関の機能分化・連携。
- ・地域の医療機関の情報共有の推進。
- ・医療機関までのアクセスに時間がかかる地域住民へ受診可能な医療機関の案内、地域の実情に関する適切な周知等の支援。

### ②医師の派遣調整

- ・地域医療対策協議会における、都道府県と大学、医師会等の連携。
- ・医療機関の実績や、地域における小児人口、分娩数と見合った数の医師数となるような派遣先の医療機関の選定。
- ・派遣先の医療機関を医療圏ごとに重点化。医師派遣の重点化対象医療機関の医師の時間外労働の短縮のための対策。

### ③産科・小児科医師の勤務環境を改善するための施策

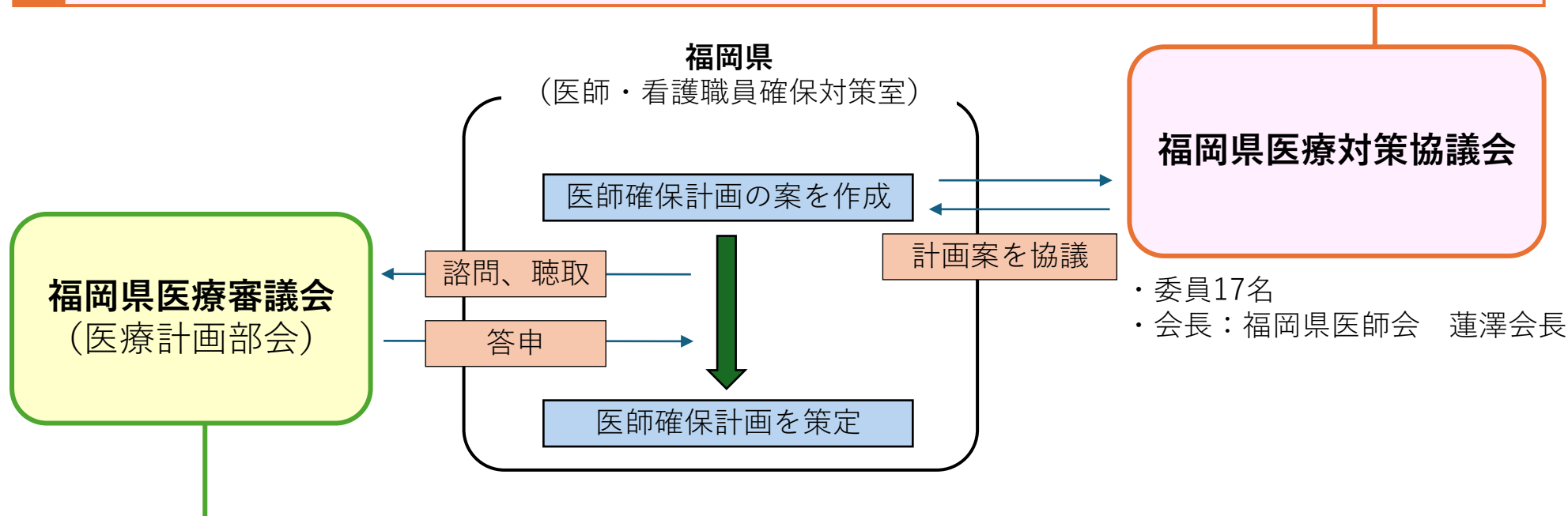
- ・相対的医師少数区域に勤務する産科・小児科医師が、研修、リフレッシュ等のために十分な休暇を取ることができるよう、代診医の確保。
- ・産科・小児科において比較的多い女性医師にも対応した勤務環境改善等の支援。
- ・産科・小児科医師でなくても担うことのできる業務についての、タスクシェアやタスクシフト。

### ④産科・小児科医師の養成数を増やすための施策

- ・医学生に対する必要な情報提供や円滑な情報交換、専攻医の確保に必要な情報提供、指導体制を含む環境整備、離職防止。
- ・小児科医師の中でも確保に留意を要する新生児医療を担う医師について、小児科専攻医を養成する医療機関において、新生児科(NICU)研修等の必修化の検討。
- ・産科・小児科医師におけるキャリア形成プログラムの充実化。

# ➤ 医師確保計画の策定を行う体制について

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



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

1. 医師確保計画について
- 2. 第8次(前期)医師確保計画の進捗状況について**
3. 第8次(後期)医師確保計画について
  - (1) 医師偏在指標と医師少数区域等の設定について
    - ① 医師偏在指標について
    - ② 医師少数区域等の設定について
      - (ア) 医師少数区域
      - (イ) 医師少数スポット
      - (ウ) 相対的医師少数区域
      - (エ) 重点医師偏在対策支援区域
  - (2) 医師確保の方針と施策について
  - (3) 医師確保計画の効果の測定・評価について

# ➤ 第8次(前期)医師確保計画における目標医師数の進捗状況

## 【目標医師数】

○ 福岡県全体:計画開始時の医師数(「標準化医師数」以下同じ)以下

○ 二次医療圏:

医師少数区域以外—計画開始時の医師数以下または計画開始時の医師偏在指標を維持するための医師数以下のいずれか高い方  
医師少数区域—全国下位1/3を脱するための医師数

圏域名	区分	計画開始時点の 医師数 (2022年度算定)	現在の医師数 (2025年度算定)	目標医師数 (2026年)
<b>福岡県</b>	<b>多数</b>	<b>15,931人</b>	<b>16,069人</b>	<b>15,931人以下</b>
01福岡・糸島	多数	6,244人	6,191人	6,619人以下
02粕屋	多数	588人	600人	588人以下
03宗像		288人	279人	288人以下
04筑紫	多数	785人	922人	795人以下
05朝倉		151人	150人	151人以下
06久留米	多数	2,056人	2,074人	2,056人以下
07八女・筑後		306人	295人	306人以下
08有明	多数	577人	561人	577人以下
09飯塚	多数	672人	669人	672人以下
10直方・鞍手		206人	201人	206人以下
11田川		257人	245人	257人以下
12北九州	多数	3,530人	3,608人	3,530人以下
13京築	少数	273人	274人	295人

1. 医師確保計画について
2. 第8次(前期)医師確保計画の進捗状況について
- 3. 第8次(後期)医師確保計画について**
  - (1) 医師偏在指標と医師少数区域等の設定について
    - ① 医師偏在指標について
    - ② 医師少数区域等の設定について
      - (ア) 医師少数区域
      - (イ) 医師少数スポット
      - (ウ) 相対的医師少数区域
      - (エ) 重点医師偏在対策支援区域
  - (2) 医師確保の方針と施策について
  - (3) 医師確保計画の効果の測定・評価について

# ▶ 第8次(後期)医師確保計画の主な変更点について

第8次前期からの変更点  
(令和8年3月19日地域医療構想及び医療計画等に関する検討会とりまとめ)

## 第8次(前期)医師確保計画(R6~R8年度)

第1章 医師確保計画に関する基本事項
第1節 医師確保計画策定の背景・趣旨
第2節 医師確保計画の策定体制
第3節 医師確保計画の期間
第2章 医師偏在指標と医師少数区域等の設定
第1節 医師偏在指標
1 医師偏在指標の考え方
2 医師偏在指標の作成手続き
3 医師偏在指標の設計
4 医師偏在指標の値
第2節 医師少数区域等の設定
1 医師少数区域
2 医師少数スポット
3 相対的医師少数区域
第3章 福岡県の医師確保について
第1節 福岡県
1 医師全体
2 産科
3 小児科
第2節 二次保健医療圏(周産期医療圏、小児医療圏)
1 医師全体
2 産科
3 小児科
第3節 医師少数スポット
1 現状と課題
2 医師確保の方針と施策
第4章 医師確保計画の効果の測定・評価について

## 第8次(後期)医師確保計画(R9~R11年度)

第1章 医師確保計画に関する基本事項
第1節 医師確保計画策定の背景・趣旨
第2節 医師確保計画の策定体制
第3節 医師確保計画の期間
第2章 医師偏在指標と医師少数区域等の設定
第1節 医師偏在指標
1 医師偏在指標の考え方
2 医師偏在指標の作成手続き
3 医師偏在指標の設計
4 医師偏在指標の値
第2節 医師少数区域等の設定
1 医師少数区域
2 医師少数スポット
3 相対的医師少数区域
4 <b>重点医師偏在対策支援区域</b>
第3章 福岡県の医師確保について
第1節 福岡県
1 医師全体
2 産科
3 小児科
第2節 二次保健医療圏(周産期医療圏、小児医療圏)
1 医師全体
2 産科
3 小児科
第3節 医師少数スポット
1 現状と課題
2 医師確保の方針と施策
第4節 <b>重点医師偏在対策支援区域</b>
1 <b>医師確保の方針と施策</b>
第4章 医師確保計画の効果の測定・評価について

・医師少数区域について、医師偏在指標のみでなく、地理的要素(人口密度、二次救急病院までの距離、離島、特別豪雪地帯)を反映した上で設定することとされた  
・【新設】「重点医師偏在対策支援区域」について、計画に記載が必要とされた

・【新設】「医師偏在是正プラン」について、計画に記載が必要とされた

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

1. 医師確保計画について
2. 第8次(前期)医師確保計画の進捗状況について
3. 第8次(後期)医師確保計画について
  - (1) 医師偏在指標と医師少数区域等の設定について
    - ① 医師偏在指標について
    - ② 医師少数区域等の設定について
      - (ア) 医師少数区域
      - (イ) 医師少数スポット
      - (ウ) 相対的医師少数区域
      - (エ) 重点医師偏在対策支援区域
  - (2) 医師確保の方針と施策について
  - (3) 医師確保計画の効果の測定・評価について

# ➤ 医師偏在指標

## 【医師偏在指標とは】

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

## 算定式の考え方

$$\begin{aligned} \text{医師偏在指標} &= \frac{\text{医療供給}}{\text{医療需要}} \\ &= \frac{\text{標準化医師数}^{(\ast 1)}}{\text{地域の人口(10万人)} \times \text{地域の標準化受療率比}^{(\ast 2)}} \end{aligned}$$

- ※1 標準化医師数…医師の性・年齢別の平均労働時間を反映した医師数
  - \* 同じ年齢階級であれば男性医師より女性医師の方が労働時間を短く算定、また年齢階級がたかくなるほど労働時間を短く算定
- ※2 地域の標準化受療率比…性・年齢別の受療率を反映した医療需要の全国値との比率
  - \* 高齢者ほど受療率が高くなる

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

# 第8次(後期)医師確保計画における医師偏在指標①

第8次(後期)医師偏在指標(暫定値)

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

(参考)第8次(前期)医師偏在指標

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



<b>福岡県</b>	<b>320.4 (7.1)</b>	<b>3/47</b>	<b>多数</b>
------------	--------------------	-------------	-----------

<b>313.3</b>	<b>3/47</b>	<b>多数</b>
--------------	-------------	-----------

■ …全国の上位33.3% (都道府県 276.9 二次医療圏 236.0)  
■ …全国の下位33.3% (都道府県 243.2 二次医療圏 193.7)

■ …全国の上位33.3% (都道府県 266.9 二次医療圏 217.7)  
■ …全国の下位33.3% (都道府県 228.0 二次医療圏 179.3)

出典：厚生労働省HP 令和8年4月公表データ

# ➤ 第8次(後期)医師確保計画における医師偏在指標①

《参考》

第8次(前期)医師確保計画における医師偏在指標の作成手続き	
R4	・厚生労働省が医師偏在指標(暫定値)を算出(R5年4月公表)
R5	・都道府県が第8次 <b>医療計画</b> 策定に当たり二次医療圏、周産期医療圏及び小児医療圏の見直しを検討
9月まで	・都道府県において、二次医療圏等の見直しを行う場合、見直し後の二次医療圏等間における患者の流出入を厚生労働省に報告 (二次医療圏等の見直しを行わない場合は、暫定値を確定値とする)
報告後順次	・都道府県の報告を踏まえ、厚生労働省において、当該見直しが行われる二次医療圏の医師偏在指標(確定値)を算定

# 第8次(後期)医師確保計画における医師偏在指標②

○「医療供給」及び「医療需要」の前期からの伸び

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

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

     : 全国の上位33.3%
      : 全国の下位33.3%

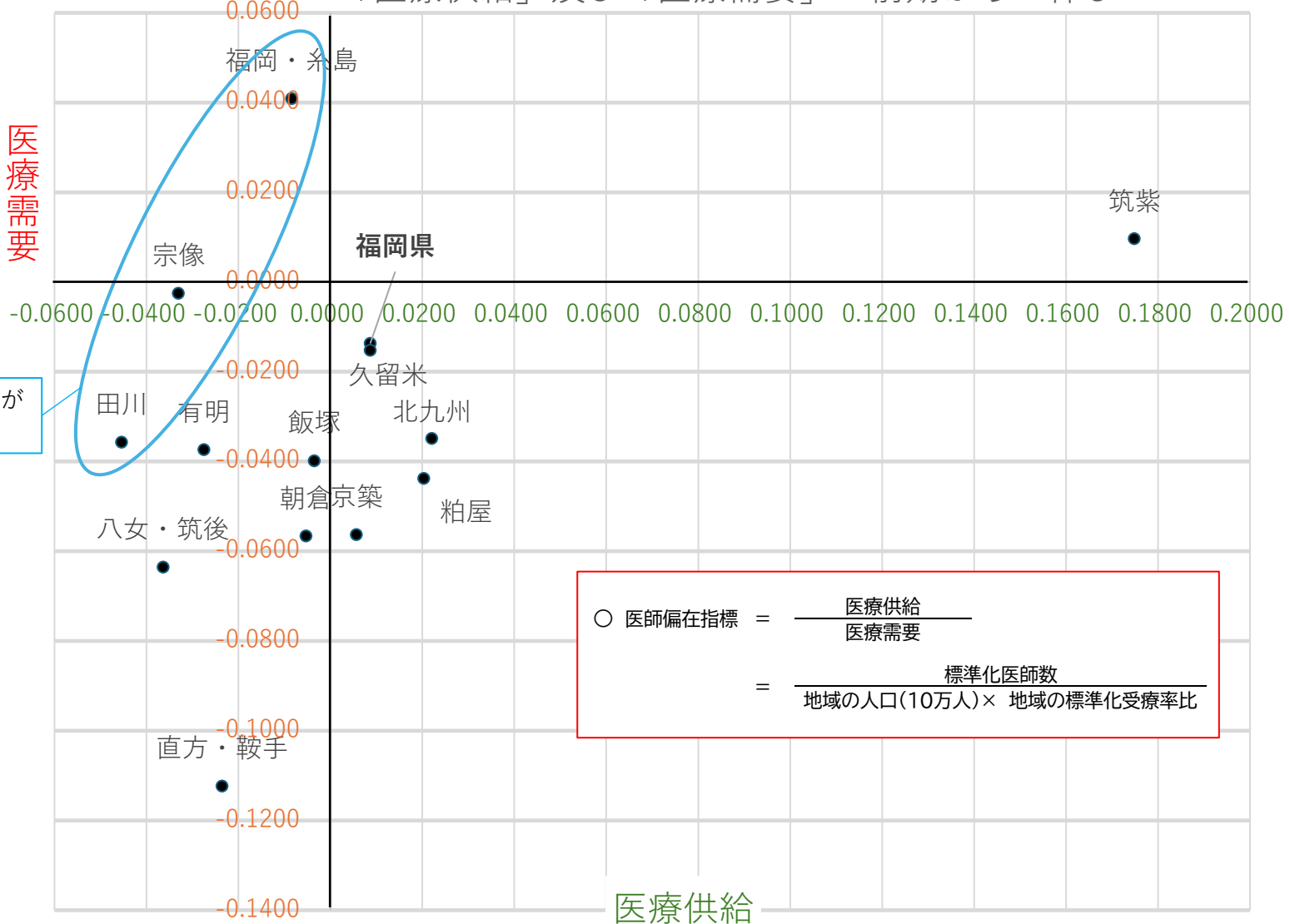
     : 医師偏在指標が前期より低下

出典：厚生労働省HP令和8年4月公表データ

# 第8次(後期)医師確保計画における医師偏在指標②

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

「医療供給」及び「医療需要」の前期からの伸び



医師偏在指標が前期より低下

$$\begin{aligned}
 \text{○ 医師偏在指標} &= \frac{\text{医療供給}}{\text{医療需要}} \\
 &= \frac{\text{標準化医師数}}{\text{地域の人口(10万人)} \times \text{地域の標準化受療率比}}
 \end{aligned}$$

# ➤ 第8次(後期)医師確保計画における医師偏在指標③

○ 医師偏在指標等の設計に用いられた主なデータの出典及び時点は次のとおり。

主なデータ	出典	時点	
		第8次(前期)	第8次(後期)
医療施設従事医師数	医師・歯科医師・薬剤師統計(調査)	2020.12.31現在	2024.12.31現在
労働時間比	医師の勤務実態調査(医師の勤務環境把握に関する調査)	2022.7	2022.7
人口	住民基本台帳人口	2021.1.1現在	2025.1.1現在
患者数	患者調査	2017.9	2023.9
患者流出入数	都道府県への調査	2022	2024

# 産科・小児科における医師偏在指標

## 【分娩取扱医師偏在指標と小児科医師偏在指標とは】

産科・小児科については、政策医療の観点、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいこと等から、「分娩取扱医師偏在指標」及び「小児科医師偏在指標」を設定。

### 算定式の考え方

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

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

※1 標準化分娩取扱医師数…医師数に性・年齢別の労働時間を加味したもの

※2 標準化小児科医師数…医師数に性・年齢別の労働時間を加味したもの

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

# 第8次(後期)医師確保計画における分娩取扱医師偏在指標及び小児科医師偏在指標

第8次(後期)医師偏在指標(暫定値)

分娩取扱 医師偏在指標	医師偏在指標	全国順位	区分	
	01福岡	( )	/258	
	02筑後	( )	/258	
	03筑豊	( )	/258	
	04北九州	( )	/258	
<b>福岡県</b>	( )	<b>/47</b>		

小児科 医師偏在指標	医師偏在指標	全国順位	区分	
	01福岡・糸島	( )	/303	
	02粕屋	( )	/303	
	03宗像	( )	/303	
	04筑紫	データ待ち		
	05朝倉	データ待ち		
	06久留米	データ待ち		
	07八女・筑後	( )	/303	
	08有明	( )	/303	
	09飯塚	( )	/303	
	10直方・鞍手	( )	/303	
	11田川	( )	/303	
	12北九州	( )	/303	
	13京築	( )	/303	
<b>福岡県</b>	( )	<b>/47</b>		

(参考)第8次(前期)医師偏在指標

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

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

■ = 閾値  
二次医療圏  
7.6  
都道府県  
9.5

■ = 閾値  
二次医療圏  
92.2  
都道府県  
108.7

1. 医師確保計画について
2. 第8次(前期)医師確保計画の進捗状況について
3. 第8次(後期)医師確保計画について
  - (1) 医師偏在指標と医師少数区域等の設定について
    - ① 医師偏在指標について
    - ② 医師少数区域等の設定について
      - (ア) 医師少数区域**
        - (イ) 医師少数スポット
        - (ウ) 相対的医師少数区域
        - (エ) 重点医師偏在対策支援区域
  - (2) 医師確保の方針と施策について
  - (3) 医師確保計画の効果の測定・評価について

# ➤ 医師少数区域①

- 医師偏在の状況等に応じた実効的な医師確保対策を進められるよう、「**医師少数県/区域**」及び「**医師多数県/区域**」を設定し、これらの区域分類に応じて具体的な医師確保対策を実施することとされている。
- 医師少数区域は、医師偏在指標の全国下位33.3%に該当する二次医療圏が、設定の対象となる。ただし、全国下位33.3%に該当する二次医療圏であっても、近隣の二次医療圏の医療機関において当該二次医療圏の住民の医療を提供することと企図しているような場合等については、近隣の二次医療圏において医療提供体制が補完されている等により、医師少数区域として設定しないことも可能。
- 第8次(前期)医師確保計画においては、京築保健医療圏が全国下位33.3%に該当していたことから、地元医師会や中核病院、保健所の意見を踏まえ、京築保健医療圏を医師少数区域に設定。

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

# 医師少数区域②

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

《令和8年3月19日地域医療構想及び医療計画等に関する検討会とりまとめ》

## 【へき地尺度】

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



①地域の人口密度



②地域の中心から直近の二次救急病院までの直線距離

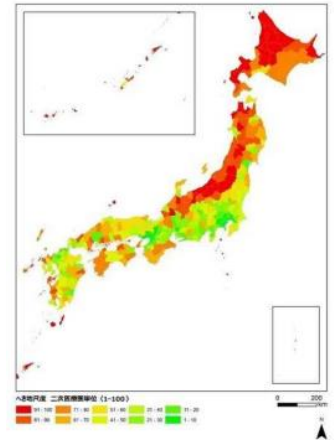


③二次・三次救急病院を含まない離島



④二次・三次救急病院を含まない特別豪雪地帯

＜二次医療圏別へき地尺度＞



出典：厚生労働省HP  
へき地尺度について



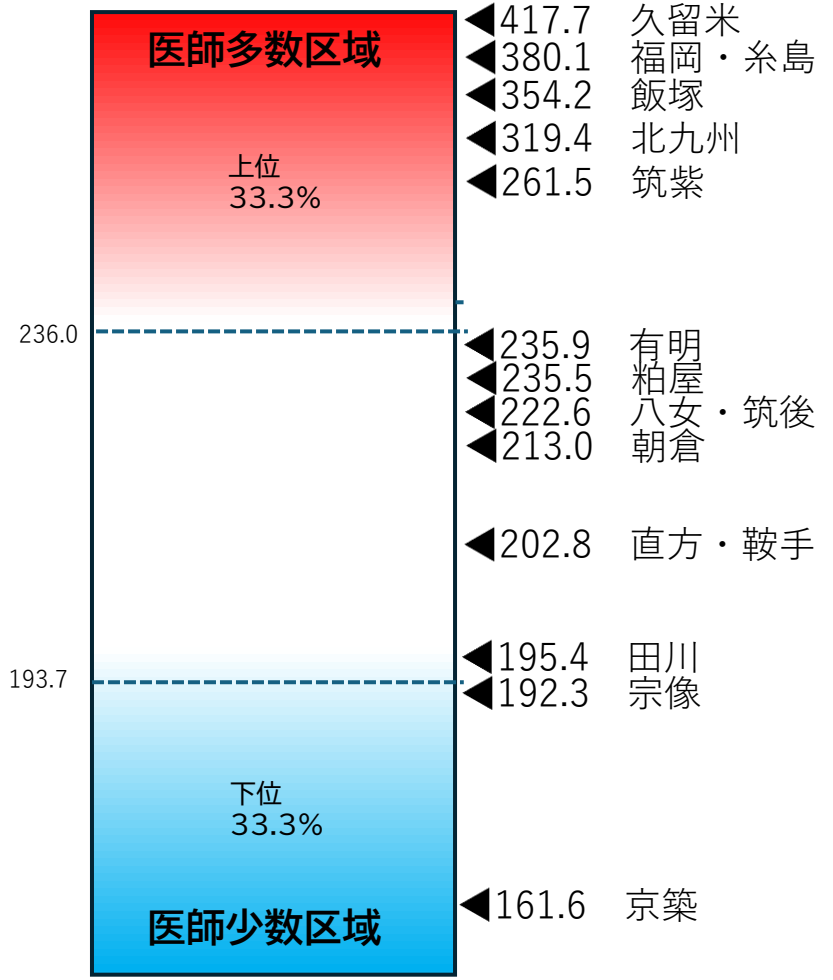
- 医師少数区域の設定に当たり、①医師偏在指標による下位1/3に該当する区域に加えて、②医師偏在指標による中位1/3の区域のうち、「へき地尺度」が特に高い区域(全国上位10%の区域)を追加し、新たな「医師少数区域」とされた。

\* 本県には「へき地尺度全国上位10%の区域」はなし

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

# 医師少数区域③

	医師偏在指標	全国順位	へき地尺度
01福岡・糸島	380.1	11/330	▲0.00533
02粕屋	235.5	112/330	▲0.00087
03宗像	192.3	223/330	0.00490
04筑紫	261.5	74/330	▲0.00708
05朝倉	213.0	161/330	0.00161
06久留米	417.7	4/330	▲0.00140
07八女・筑後	222.6	135/330	0.00048
08有明	235.9	111/330	▲0.00090
09飯塚	354.2	20/330	▲0.00029
10直方・鞍手	202.8	191/330	0.00025
11田川	195.4	214/330	▲0.00076
12北九州	319.4	38/330	▲0.00427
13京築	161.6	287/330	0.00201



※ 医師偏在指標が中位33.3%のうち、へき地尺度が0.1518以上の区域が医師少数区域の対象。

■ : 全国の上位33.3%   ■ : 全国の下位33.3%

出典：厚生労働省HP令和8年4月公表データ

## 今後の対応

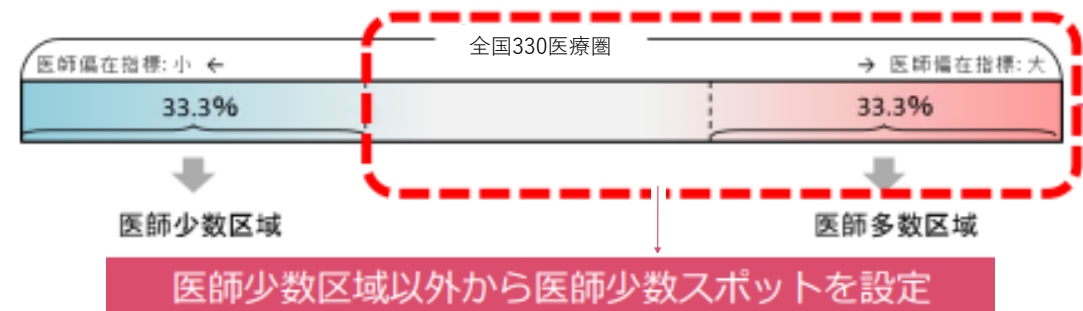
○第8次(後期)医師確保計画における医師偏在指標において、宗像保健医療圏と京築保健医療圏が全国下位33.3%に該当しているため、当該区域の地元医師会や中核病院、保健所等への聞き取り調査を実施し、**医師少数区域の設定について検討する。**

1. 医師確保計画について
2. 第8次(前期)医師確保計画の進捗状況について
3. 第8次(後期)医師確保計画について
  - (1) 医師偏在指標と医師少数区域等の設定について
    - ① 医師偏在指標について
    - ② 医師少数区域等の設定について
      - (ア) 医師少数区域
      - (イ) 医師少数スポット**
      - (ウ) 相対的医師少数区域
      - (エ) 重点医師偏在対策支援区域
  - (2) 医師確保の方針と施策について
  - (3) 医師確保計画の効果の測定・評価について

# ➤ 医師少数スポット

- 実際の医師偏在対策の実施に当たっては、より細かい地域の医療ニーズに応じた対策も必要となる場合があることから、必要に応じて二次医療圏よりも小さい単位の地域での施策を検討することができるものとし、**局所的に医師が少ない地域を「医師少数スポット」として定め、医師少数区域と同様に取り扱うことができる**とされている。
- 医師少数スポットは、原則として市区町村単位で設定することとされているものの、へき地や離島等においては、必要に応じて市区町村よりも小さい地区単位の設定も可能。

## 医師少数スポット



〈第8次(前期)医師確保計画における医師少数スポット〉

離島 (4地域)	①藍島 (北九州市小倉北区)	②大島 (宗像市)	③相島 (新宮町)	④玄界島 (福岡市西区)
離島を除く へき地(4地域)	⑤東峰村小石原地域 (東峰村立診療所を中心とした半径4kmの地域)	⑥東峰村鼓地域 (東峰村立鼓診療所を中心とした半径4kmの地域)	⑦八女市矢部地域 (矢部診療所を中心とした半径4kmの地域)	⑧八女市辺春地域 (辺春診療所を中心とした半径4kmの地域)



## 今後の対応

- 第8次(前期)計画で設定した区域の市町村への聞き取り調査を実施し、**意見を踏まえた上で医師少数スポットの設定について検討する。**

1. 医師確保計画について
2. 第8次(前期)医師確保計画の進捗状況について
3. 第8次(後期)医師確保計画について
  - (1) 医師偏在指標と医師少数区域等の設定について
    - ① 医師偏在指標について
    - ② 医師少数区域等の設定について
      - (ア) 医師少数区域
      - (イ) 医師少数スポット
      - (ウ) 相対的医師少数区域**
      - (エ) 重点医師偏在対策支援区域
  - (2) 医師確保の方針と施策について
  - (3) 医師確保計画の効果の測定・評価について

# ➤ 相対的医師少数区域①

- 産科・小児科については都道府県ごと及び周産期医療圏(※1)又は小児医療圏(※1)ごとの分娩取扱医師偏在指標又は小児科医師偏在指標の値を全国で比較し、**医師偏在指標が下位一定割合(33.3%)に該当する医療圏を「相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域」として設定(※2)**されている。

※1 本県では、周産期医療圏は4圏域、小児医療圏は二次医療圏と同じ圏域

※2 都道府県における決定の判断は、想定されていない。

- また、産科医師又は小児科医師が相対的に少なくない医療圏等においても、産科医師又は小児科医師が不足している可能性があることに加え、これまでに医療圏を越えた地域間の連携が進められてきた状況に鑑み、仮に産科医師又は小児科医師が多いと認められる医療圏を設定すると当該医療圏は産科医師又は小児科医師の追加的な確保ができない医療圏であるとの誤解を招くおそれがあるため、**産科・小児科においては医師多数都道府県や医師多数区域は設定されていない。**

- なお、相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域については、画一的に医師の確保を図るべき医療圏と考えるのではなく、当該医療圏内において産科医師又は小児科医師が少ないことを踏まえ、**周産期医療又は小児医療の提供体制の整備について特に配慮が必要な医療圏**として考えるものとされている。

# ➤ 相対的医師少数区域②

第8次(後期)分娩取扱医師偏在指標(暫定値)

第8次(後期)小児科医師偏在指標(暫定値)

	医師偏在指標	全国順位	区分
01福岡	( )	/258	
02筑後	( )	/258	
03筑豊	( )	/258	
04北九州	( )	/258	
<b>福岡県</b>	<b>( )</b>	<b>/47</b>	

	医師偏在指標	全国順位	区分
01福岡・糸島	( )	/303	
02粕屋	( )	/303	
03宗像	( )	/303	
04筑紫	( )	/303	
05朝倉	( )	/303	
06久留米	( )	/303	
07八女・筑後	( )	/303	
08有明	( )	/303	
09飯塚	( )	/303	
10直方・鞍手	( )	/303	
11田川	( )	/303	
12北九州	( )	/303	
13京築	( )	/303	
<b>福岡県</b>	<b>( )</b>	<b>/47</b>	<b>多数</b>

データ待ち

1. 医師確保計画について
2. 第8次(前期)医師確保計画の進捗状況について
3. 第8次(後期)医師確保計画について
  - (1) 医師偏在指標と医師少数区域等の設定について
    - ① 医師偏在指標について
    - ② 医師少数区域等の設定について
      - (ア) 医師少数区域
      - (イ) 医師少数スポット
      - (ウ) 相対的医師少数区域
      - (エ) 重点医師偏在対策支援区域**
  - (2) 医師確保の方針と施策について
  - (3) 医師確保計画の効果の測定・評価について

# ➤ 重点医師偏在対策支援区域

【医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ(R6.12厚生労働省)】

- 都道府県において、**医師確保計画の中で**より実効性の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。
- 医師偏在是正プランにおいては、重点医師偏在対策支援区域、支援対象医療機関、必要な医師数、医師偏在是正に向けた取組等を定めることとし、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**で協議する。



➡ 議事4「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージについて」で協議

1. 医師確保計画について
2. 第8次(前期)医師確保計画の進捗状況について
3. 第8次(後期)医師確保計画について
  - (1) 医師偏在指標と医師少数区域等の設定について
    - ① 医師偏在指標について
    - ② 医師少数区域等の設定について
      - (ア) 医師少数区域
      - (イ) 医師少数スポット
      - (ウ) 相対的医師少数区域
      - (エ) 重点医師偏在対策支援区域
  - (2) 医師確保の方針と施策について**
  - (3) 医師確保計画の効果の測定・評価について

# ➤ 医師確保の方針①

## 第8次(前期)医師確保計画策定ガイドラインにおける医師確保の方針

### 医師確保対策の基本的な考え方

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



## 令和8年3月19日地域医療構想及び医療計画等に関する検討会とりまとめ

- 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。そのため、従来の医師確保の方針を踏まえつつ、診療科偏在に配慮した医師確保の方針を設定する。

# ➤ 医師確保の方針②

## 第8次(前期)医師確保計画における医師確保の方針(県全体)

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



### 今後の対応

- 第8次(後期)医師確保計画における医師確保の方針については、**第8次(前期)医師確保計画における医師確保の方針及び医師確保計画策定ガイドラインを踏まえ、検討する。**
- なお、医師確保の方針は、県全体及び二次医療圏は医師全体・産科・小児科ごとに、医師少数スポット及び重点医師偏在対策支援区域は医師全体について、定めることとされている。

# ▶ 目標医師数

第8次(前期)医師確保計画策定ガイドラインにおける目標医師数の設定



令和8年3月19日地域医療構想及び医療計画等に関する検討会とりまとめにおける変更点はなし

## 目標医師数の基本的な考え方

都道府県	医師少数県	・計画期間終了時の医師偏在指標が、計画期間開始時の全国下位33.3%を脱するために必要な医師の総数。
	医師少数県以外	・自県の二次医療圏の設定上限数の合計が、県の計画開始時の医師数を上回る場合は、二次医療圏の目標医師数の合計が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。
二次医療圏	医師少数区域	・計画期間終了時の医師偏在指標が、計画期間開始時の全国下位33.3%を脱するために必要な医師の総数。
	医師少数区域以外	・原則として計画開始時の医師数を設定上限数とする。 ・ただし、今後の医療需要の増加が見込まれる地域では、厚生労働省が参考として提示する「計画終了時に計画開始時の医師偏在指標を維持するための医師数」を踏まえ、その数を設定上限数とする。

## 第8次(前期)医師確保計画における目標医師数

- 福岡県全体: 計画開始時の医師数(「標準化医師数」以下同じ)以下
- 二次医療圏:  
医師少数区域以外—計画開始時の医師数以下または計画開始時の医師偏在指標を維持するための医師数以下のいずれか高い方  
医師少数区域—全国下位1/3を脱するための医師数



## 今後の対応

- 第8次(後期)医師確保計画における目標医師数については、**第8次(前期)医師確保計画における目標医師数等及び医師確保計画策定ガイドラインを踏まえ、検討する。**

# ➤ 医師確保の施策

## 第8次(前期)医師確保計画における医師確保の施策(県全体)

- ①自治医科大学卒業医師の派遣 ②寄附講座設置による医師派遣 ③特定診療科の医師確保
- ④臨床研修医の確保 ⑤総合診療医の確保 ⑥産科・小児科の医師確保 ⑦キャリア形成プログラムの策定
- ⑧子育て医師等の支援 ⑨女性医師の支援・確保 ⑩医療勤務環境の改善 ⑪医師の働き方改革への対応
- ⑫医師確保状況等の把握・分析



## 令和8年3月19日地域医療構想及び医療計画等に関する検討会とりまとめ

- 医師多数都道府県においては、**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。



## 今後の対応

- 第8次(後期)医師確保計画における医師確保の施策については、**第8次(前期)医師確保計画における医師確保の施策及び医師確保計画策定ガイドラインを踏まえ、検討する。**

1. 医師確保計画について
2. 第8次(前期)医師確保計画の進捗状況について
3. 第8次(後期)医師確保計画について
  - (1) 医師偏在指標と医師少数区域等の設定について
    - ① 医師偏在指標について
    - ② 医師少数区域等の設定について
      - (ア) 医師少数区域
      - (イ) 医師少数スポット
      - (ウ) 相対的医師少数区域
      - (エ) 重点医師偏在対策支援区域
  - (2) 医師確保の方針と施策について
  - (3) 医師確保計画の効果の測定・評価について**

# ▶ 計画の効果の測定・評価①

## 第8次(前期)医師確保計画策定ガイドラインにおける計画の測定・評価

- 「計画終了時点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、病床機能報告等の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」とされていたが、病床機能報告には無床診療所等の医師が含まれていないことから、医師確保計画の効果測定・評価することは難しいとしていた。



## 令和8年3月19日地域医療構想及び医療計画等に関する検討会とりまとめ

- 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・評価するための定量的な指標が提示された(P37参照)。



### 今後の対応

- 医師確保計画の効果の測定・評価においては、**医師確保計画策定ガイドラインを踏まえ、検討する。**

# ▶ 計画の効果の測定・評価②

令和8年3月19日地域医療構想及び医療計画等に関する検討会とりまとめで示された定量的な指標の例

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

## 医師偏在指標（令和8年4月公表）

(都道府県別)

 上位33.3%
  下位33.3%

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

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

※上位33.3%の閾値を276.9、下位33.3%の閾値を243.2と設定している。

(医師偏在指標について)

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

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

# 医師偏在指標（令和8年4月公表）

（二次医療圏別）

     上位33.3%
      下位33.3%
      中位33.3%でへき地尺度が上位10%

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

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

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

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

# 医師偏在指標（令和8年4月公表）

（二次医療圏別）

  上位33.3%
   下位33.3%
   中位33.3%でへき地尺度が上位10%

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

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

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

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

# 医師偏在指標（令和8年4月公表）

（二次医療圏別）

     上位33.3%   
      下位33.3%   
      中位33.3%でへき地尺度が上位10%

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

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

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

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

# 医師偏在指標（令和8年4月公表）

（二次医療圏別）

     上位33.3%
      下位33.3%
      中位33.3%でへき地尺度が上位10%

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

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

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

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

# 医師偏在指標（令和8年4月公表）

（二次医療圏別）

     上位33.3%
      下位33.3%
      中位33.3%でへき地尺度が上位10%

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

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

（医師偏在指標について）

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

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

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

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

## 1. 【医師偏在指標の算出方法】

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

$$\begin{aligned} \text{標準化診療所医師数}^{(\ast 1)} &= \sum (\text{性・年齢階級別医師数} \times \text{性・年齢階級別労働時間比}) \\ \text{地域の標準化受療率比}^{(\ast 2)} &= \frac{\text{地域の期待受療率}^{(\ast 3)}}{\text{全国の期待受療率}} \\ \text{地域の期待受療率}^{(\ast 3)} &= \frac{\text{地域の入院医療需要}^{(\ast 4)} + \text{地域の無床診療所医療需要}^{(\ast 5)}}{\text{地域の人口}} \end{aligned}$$

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

## 2. 【データの出所・算出方法】

医療施設従事医師数	・医師・歯科医師・薬剤師統計（2024年）12月31日現在の医療施設（病院及び診療所）従事医師数に、厚生労働省医政局地域医療計画課・医事課が令和8年に実施した個別調査結果を反映した、医療施設従事医師数（性・年齢階級別医師数）。 主たる従事先・従たる従事先の二次医療圏が異なる場合は、主たる従事先の二次医療圏において0.8人、従たる従事先の二次医療圏において0.2人と換算。
労働時間比	・令和4年7月「医師の勤務環境把握に関する調査」（研究班・厚生労働省医政局医事課）より、医療施設従事医師の性・年齢階級別の平均労働時間（主たる勤務先以外における労働時間を含む）を算出。
人口	・住民基本台帳人口（2025年） 2025年1月1日現在の人口（外国人含む、性・年齢階級別の人口）。
入院受療率	・患者調査（2023年） 全国の性・年齢階級別入院患者数 住民基本台帳人口（2025年1月1日時点）の性・年齢階級別人口を用いて以下の方法で算出。 全国の性・年齢階級別の入院受療率 = 全国の性・年齢階級別入院患者数（人）÷全国の性・年齢階級別人口（10万人）
無床診療所受療率	・患者調査（2023年） 全国の性・年齢階級別一般診療所の外来患者数を 社会医療診療行為別統計（2024年）2024年6月審査分、診療所・無床診療所における初再診・外来診療科・在宅医療等算定回数で按分した無床診療所患者数。 住民基本台帳人口（2025年1月1日時点）の性・年齢階級別人口を用いて以下の方法で算出。 全国の性・年齢階級別の無床診療所受療率 = 全国の性・年齢階級別無床診療所患者数（人）÷全国の性・年齢階級別人口（10万人）
無床診療所医療医師需要度	・令和2年マクロ需給推計における医師の将来の需給推計における医師需要数を用いて以下の方法で算出。 無床診療所医療医師需要度 = {マクロ医師需要推計における外来医師需要（人）÷無床診療所患者総数（千人）} ÷ {マクロ医師需要推計における入院医師需要（人）÷入院患者総数（千人）}
入院患者流出調整係数	・各都道府県から報告された入院患者流入数・流出数、及び地域の入院患者総数に基づいて、以下の方法で算出。 入院患者流出調整係数 = 1 + {地域の入院患者流入数（千人） - 地域の入院患者流出数（千人）} ÷ 地域の入院患者総数（千人）
無床診療所患者流出調整係数	・各都道府県から報告された地域の無床診療所患者流入数・流出数、及び地域の無床診療所患者総数に基づいて、以下の方法で算出。 無床診療所患者流出調整係数 = 1 + {地域の無床診療所患者流入数（千人） - 地域の無床診療所患者流出数（千人）} ÷ 地域の無床診療所患者総数（千人）

医師確保計画 策定スケジュール（令和8年度）

【資料3-2】

		医療審議会及び医療計画部会		医療対策協議会	県 (医師・看護職員 確保対策室)	意見照会等
		医療審議会	計画部会			
4月	上旬	第1回 (4/13) 諮問				
	中旬					
	下旬					
5月	上旬		第1回 (6/5) 調査審議	第1回(5/26) 協議 ・医師確保計画の見直しについて ・医師偏在指標について ・相対的医師少数区域について ・医師偏在是正プランについて		少数区域・少数スポットの設定に係る聞き取り調査等(6月下旬) ◆京築医療圏医師会、中核病院 ◆へき地診療所を有する市町村
	中旬					
	下旬					
6月	上旬					産科・小児科に係る計画内容の説明(7月下旬) ◆周産期医療協議会 ◆小児医療協議会
	中旬					
	下旬					
7月	上旬			第2回(8月中旬) 協議 ・医師確保計画の構成(案)について ・医師少数区域について ・医師少数スポットについて ・目標医師数について	検討事項の整理 ・医師少数区域等の設定 ・医師確保の方針及び施策等	少数区域・少数スポットの設定に係る説明等(7月下旬) ◆へき地医療支援会議
	中旬					
	下旬					
8月	上旬			第3回(9月上旬) 協議 ・医師確保の方針及び施策について ・計画の効果の測定及び評価について		
	中旬					
	下旬					
9月	上旬					産科・小児科に係る計画内容の説明(10月中旬) ◆周産期医療協議会 ◆小児医療協議会
	中旬					
	下旬					
10月	上旬	第2回 素案の了承	第3回 調査審議	第4回(11月中旬) 協議 ・医師確保計画の素案について		素案の作成
	中旬					
	下旬					
11月	上旬					
	中旬					
	下旬					
12月	上旬					素案に対する意見照会 ◆3師会・市町村・保険者協議会 ◆パブリックコメント ◆周産期医療協議会(書面) ◆小児医療協議会(書面)
	中旬					
	下旬					
1月	上旬					
	中旬					
	下旬					
2月	上旬			第5回(2月中旬) ・素案に対する意見照会(パブコメ、市町村等)の結果等について		
	中旬					
	下旬					
3月	上旬	第3回 答申	第4回 調査審議			計画決裁起案 ・常任委員会報告 ・計画公表
	中旬					
	下旬					

## 医師確保計画の見直し等に向けたとりまとめ

令和8年3月19日

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会

**I. はじめに****II. 医師確保計画策定ガイドライン**

1. 医師偏在指標及び医師少数区域・多数区域の設定
2. 医師確保計画
  - (1) 医師確保の方針
  - (2) 目標医師数
  - (3) 目標医師数を達成するための施策
  - (4) 医師偏在是正プランの策定
    - ① 重点医師偏在対策支援区域等の考え方
    - ② 重点医師偏在対策支援区域における支援対象医療機関の考え方
    - ③ 重点医師偏在対策支援区域における医師偏在対策を推進するための施策
  - (5) 医師確保計画の効果の測定・評価
3. 医師養成過程を通じた医師の偏在対策

**III. 外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン**

1. 外来医師過多区域の設定
2. 外来医療提供体制の協議及び協議を踏まえた取組
  - (1) 外来医師過多区域における取組
    - ① 外来医師過多区域の基準及び指定方法
    - ② 地域で不足している医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容
    - ③ 新規開業希望者の事前届出事項、事前届出義務の猶予対象となる場合
    - ④ 事前届出の流れ
    - ⑤ 外来医療に関する協議の場
    - ⑥ 要請・勧告
    - ⑦ 保険医療機関の指定期間の短縮等
  - (2) 外来医師多数区域における取組

## I. はじめに

- 医師確保及び医師偏在是正に向けた対策については、累次の制度改革を経て、医師養成過程を通じた取組、医師確保計画に基づく取組、医師の働き方改革を柱として、相互に連携を図りながら、地域の実情に応じた取組が進められてきた。
- 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、①医師確保計画に基づく取組を進めつつ、経済的インセンティブ、地域の医療機関の支え合いの仕組み、医師養成過程を通じた取組等を組み合わせた総合的な対策を実施する、②医師の価値観の変化やキャリアパス等を踏まえ、医師の勤務・生活環境、柔軟な働き方等に配慮しながら、中堅・シニア世代を含む全ての世代の医師にアプローチする、③医師偏在指標だけでなく、可住地面積あたり医師数、アクセス等の地域の実情を踏まえ、支援が必要な地域を明確にした上で、従来のへき地対策を超えた取組を実施する、という基本的な考え方にに基づき、実効性のある総合的な医師偏在対策を推進するため、令和6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。
- 令和7年夏以降の地域医療構想及び医療計画等に関する検討会（以下「検討会」という。）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けるこれまでの議論を踏まえ、総合パッケージに係る各種施策の実施に関する具体的な事項、医師確保計画策定ガイドライン（第8次後期）及び外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン（第8次後期）の改定に向け見直しが必要と考えられる事項を中心に、次のとおり意見のとりまとめを行う。
- なお、国においては、今回のとりまとめを踏まえ、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。

## II. 医師確保計画策定ガイドライン

### 1. 医師偏在指標及び医師少数区域・多数区域の設定

#### 【現状・課題及び検討会における意見】

- 現行の医師確保計画策定ガイドラインにおいては、医師偏在指標の下位33.3%に該当する二次医療圏を「医師少数区域」、上位33.3%に該当する二次医療圏を「医師多数区域」と設定している。
- この医師偏在指標を用いた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る一方、検討会においては、現行の医師偏在指標の計算式をより複雑にすることは望ましくないという意見があった。

- 地理的要素に関する尺度として、我が国においては、①人口密度、②最寄りの二次救急医療機関までの距離、③離島、④特別豪雪地帯を要素とした、日本国内における医療機関へのアクセスに関する尺度（Rurality Index for Japan（以下「へき地尺度（RIJ）」という。）が開発されており、へき地尺度（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。
- 現在、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、より精緻なへき地尺度（RIJ）の検討が進められている。
- その他、検討会においては、医師偏在指標の更新については、実情をより精緻に反映させるために、可能な限り最新の調査結果を医師偏在指標に用いるべきであるとの意見があった。また、医師多数区域であったとしても、高齢医師の割合が多い場合には、中長期的には医師少数区域等となる可能性があることに留意すべきとの意見があった。

#### 【対応の方向性】

- 現在、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、より精緻なへき地尺度（RIJ）の開発に向けて検討が進められていることを踏まえ、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（RIJ）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こととする。
- 具体的には、①医師偏在指標が下位33.3%に該当する区域を医師少数区域と設定することに加えて、②医師偏在指標が中位33.3%に該当する区域のうち、「へき地尺度（RIJ）が特に高い区域」についても、医師少数区域と設定することとする。
- その際、「へき地尺度（RIJ）が特に高い区域」については、へき地尺度（RIJ）が上位10%の地域で勤務する医師は、他の地域の医師と比較して対応する診療の幅が大きい傾向にあることも踏まえ、へき地尺度（RIJ）が上位10%の区域として設定することとする。なお、へき地尺度（RIJ）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。
- 第8次後期医師確保計画に向けた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。

- 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。

## 2. 医師確保計画

### (1) 医師確保の方針

- 従来の医師確保の方針を踏まえつつ、診療科偏在に配慮した医師確保の方針について、医師確保計画策定ガイドラインに新たに追記する。

(診療科偏在に配慮した医師の確保)

#### 【現状・課題】

- 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基づいて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）

#### 【対応の方向性】

- 小児科及び産科については、小児医療及び周産期医療の提供体制等に関するWGにおける議論を踏まえ、引き続き小児医療圏・周産期医療圏の見直し、医療機関の集約化・重点化などに加えて、必要に応じて小児科・産科における医師の派遣調整、勤務環境の改善等に取り組むこととする。
- 分娩取扱医師偏在指標、小児科医師偏在指標については、必要な更新作業を行うとともに、当該指標が地域の実態を全て反映しているものではなく、医療ニーズの充足を示す観点が含まれていないといった指摘を踏まえ、適切な運用が行われるよう、都道府県に対して情報提供を行うこととする。

- 皮膚科、耳鼻咽喉科、眼科等、専門性を有する医師が少ない地域がある一方、一定の医療ニーズが存在しうる領域については、人口減少が進む地域では患者数が限られること、常勤医師の確保がさらに困難になること等を念頭に、国において、関係学会や自治体等の事例を含め、各診療科の特性を踏まえた遠隔医療の効果的・効率的な活用等に資する知見の収集等に取り組み、都道府県に対して必要な情報提供を行うこととする。
- オンライン診療を含む遠隔医療の活用に当たっては、国の定めるオンライン診療基準、オンライン診療指針等を遵守することが必要である。そのうえで、適時適切な対面診療への切替や急変時の対応等も念頭に、地域の既存の医療提供体制との連携が不可欠であり、さらに地域のニーズや地域医療への影響を踏まえた対応を行う必要もあることから、都道府県が中心となり、地域の関係者（大学、医師会等）が関与して、地域で必要な体制の整備を図ることとする。
- 都道府県における遠隔診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。
- なお、担い手の確保の観点で対策が必要な、総合的な診療に従事できる医師や外科医師の確保等の、必要な診療科の医師の育成・確保に関する取組については、3. 医師養成過程を通じた医師の偏在対策で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が適当である。

## (2) 目標医師数

### 【現状・課題】

#### (医師少数区域における目標医師数の設定)

- 現行の医師確保計画において、医師少数区域の目標医師数は、計画終了時の医師偏在指標の値が、計画開始時の下位 33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数と定義している。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には、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している。

#### (医師少数区域以外における目標医師数の設定)

- 現行の医師確保計画において、医師少数区域以外の二次医療圏における目標医師数は、原則として、計画開始時の医師数を設定上限数としている。ただし、今後の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している。

(医師少数都道府県における目標医師数の設定)

- 現行の医師確保計画において、医師少数都道府県における目標医師数については、計画終了時の医師偏在指標が、計画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している。

(医師少数都道府県以外における目標医師数の設定)

- 現行の医師確保計画において、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、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こととしている。

#### 【対応の方向性】

(新たな医師少数区域における目標医師数の設定)

- 「医師偏在指標による下位 33.3%の区域」における目標医師数は、原則として、計画終了時の医師偏在指標の値が、計画開始時の下位 33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数としつつ、例えば、医師少数区域であっても地域住民の医療へのアクセスが既に確保されていると考えられる場合は、必ずしも追加で医師を確保する必要がない場合も考えられることから、各区域における医療提供体制に係る地域医療対策協議会の意見を踏まえ、都道府県において決定することとする。
- 「医師偏在指標による中位 33.3%の区域かつへき地尺度 (RIJ) が特に高い区域」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。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。

(新たな医師少数区域以外における目標医師数の設定)

- 「医師偏在指標による中位 33.3%の区域かつへき地尺度 (RIJ) が特に高い区域に該当しない区域 (医師中程度区域)」及び「医師偏在指標による上位

33.3%の区域（医師多数区域）」については、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。

（医師少数都道府県における目標医師数の設定）

- 第8次後期医師確保計画において、医師少数都道府県における目標医師数については、原則として、計画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の必要医師の総数としつつ、例えば、地域住民の医療へのアクセスが既に確保されていると考えられる場合は、必ずしも追加で医師を確保する必要がない場合も考えられることから、各都道府県における地域医療提供体制に係る地域医療対策協議会の意見を踏まえ、都道府県において決定することとする。

（医師少数都道府県以外における目標医師数の設定）

- 医師少数都道府県以外の都道府県については、従前の目標医師数の設定の考え方を維持することとする。なお、医師多数都道府県については、引き続き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。

### (3) 目標医師数を達成するための施策

（医師少数区域等の勤務経験を求める管理者要件）

【現状・課題及び検討会における意見】

- 現行の医師少数区域等で勤務した医師を認定する制度は、医師少数区域等における6か月以上の勤務を行ったものを厚生労働大臣が認定し、地域医療支援病院の管理者は、認定医師でなければならないとされている。
- 総合パッケージにおいて、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、公的医療機関等を追加すること、医師少数区域等での勤務経験期間について、現行の6か月以上から1年以上に延長すること等が定められている。
- 一方で、検討会においては、
  - ・ 現在、病院長のなり手が少ない所で、この見直しが病院長になることを断る理由になるなど、逆インセンティブになり得る
  - ・ 病院の管理者としては総合判断力など全人的な要素が必要であり、こうした要件で縛りつけると限られた者の中からでしか管理者を選べなくなる懸念がある
  - ・ 臨床研修病院などで指導医を担っていることなどを緩和要件として考慮して欲しいといった意見があった。

#### 【対応の方向性】

- 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、医療法（昭和23年法律第205号）第31条において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てい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を追加することとする。
- 厚生労働大臣が認定する医師の要件である、医師少数区域等での勤務経験期間について、現行の6か月以上から1年以上に延長することとする。
- 厚生労働大臣の認定する医師以外の対象医療機関の管理者要件については、
  - ① 6か月以上医師少数区域等で勤務（医師少数区域等での勤務に係る6か月以内の期間は、臨床研修の期間も対象とすることを可能とする。また、医師少数区域等以外の区域の臨床研修病院等で指導医として勤務している場合も6ヶ月以内に限り対象とすることを可能とする。）かつ、
  - ② 1年から当該勤務期間を引いた残りの期間、地域医療対策協議会において調整された医師派遣や、地域医療対策協議会で認められた管理者に求められる幅広い経験（例えば医育機関や臨床研修指定病院で医療従事者等の指導等に従事）をした者として等々の規定を新たに設けることとする。

（医師偏在是正に向けた広域マッチング事業等の活用）

#### 【現状・課題及び検討会における意見】

- 現行の医師確保計画策定ガイドラインにおいては、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求めている。
- 一方、検討会においては、医師多数都道府県の取組をどのように実効性をもたせるのかといった意見があった。
- また、住民や患者にとっては総合的な診療能力を持つ医師に来て頂けると安心であり、リカレント教育やマッチング事業を介して中堅・シニア世代の医師を活用していく必要がある、という意見があった。

#### 【対応の方向性】

- 国においては、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。)を推進し、当該事業等を通じて、医師多数都道府県から医師少数都道府県に対する医師派遣の取組を後押しすることとする。

- 医師多数都道府県においては、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、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が、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。また、国においては、関係学会の協力を得ながら、リカレント教育の取組を進めていくことが重要である。

#### (4) 医師偏在是正プランの策定

##### ① 重点医師偏在対策支援区域等の考え方

###### 【現状・課題及び検討会における意見】

- 総合パッケージにおいては、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している。
- また、総合パッケージにおいては、都道府県は、医師確保計画の中で実効性の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が求められている。
- 検討会においては、国で候補区域を示し、それを参考に都道府県内でメリハリのある対応ができるような制度設計を行って欲しいとの意見があった。

###### 【対応の方向性】

- 重点医師偏在対策支援区域の設定については、総合パッケージに記載された考え方を基に、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、設定することとする。
- 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こととする。
- 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。

- 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こととする。
- 医師偏在是正プランについては、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。

## ② 重点医師偏在対策支援区域における支援対象医療機関の考え方

### 【現状・課題及び検討会における意見】

- 令和6年度に厚生労働省が示した重点医師偏在対策支援区域の候補区域について、候補区域間を比較すると、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った。
- 検討会においては、こうした候補区域において医療機関の整備状況に差がある中、経済的インセンティブにより優先して支援を行う対象医療機関については、なるべく明確な考え方を示して欲しいとの意見があった。

### 【対応の方向性】

- 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医療資源にばらつきがあることを踏まえ、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とする。
- 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、地理的条件や国から配分される医師手当事業に係る費用等も考慮しながら、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とする。
- 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できることとする。

## ③ 重点医師偏在対策支援区域における医師偏在対策を推進するための施策

### 【現状・課題及び検討会における意見】

- 総合パッケージにおいては、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としている。

○ 検討会においては、

- ・ 重点医師偏在対策支援区域におけ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、併せて、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
- ・ 都道府県が医師偏在是正プランにおいて具体的な政策を検討・実施する際には、保険者協議会が適切に関与できるよう、医師確保計画策定ガイドラインに記載して欲しい

との意見があった。

#### 【対応の方向性】

○ 国においては、以下の経済的インセンティブに係る事業を推進する。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、これらの事業を通じて、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が必要である。

(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。

(5) 医師確保計画の効果の測定・評価

【現状・課題及び検討会における意見】

○ 従来の医師確保計画策定ガイドラインにおいては、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指標については提示していない。各都道府県の医師確保計画において、医師確保数以外の評価指標として、都道府県の派遣調整医師数、医学部生の地域枠数等、臨床研修医・専攻医採用数を用いている都

道府県が一定数存在したが、評価指標の設定は都道府県によってばらつきがある。

- 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。
- 検討会においては、
  - 医師偏在の問題解決のためには、少数地域だけでなく、多数地域の対策のモニタリングが必要である。
  - 都道府県ごとに、地域医療対策協議会の開催回数、議題の量・質にばらつきがあるのが現状である。
  - 定量的な評価指標は重要である。都道府県にも目安となるような指標について検討を深めて欲しい。といった意見があった。

【対応の方向性】

- 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、第8次後期医師確保計画策定ガイドラインで提示することとする。なお、都道府県においてかかりつけ医機能報告のデータ等を踏まえて、独自に指標を設定することも考えられる。

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

- 医療へのアクセス等の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、引き続き厚生労働科学研究において検討を進めることとする。

### 3. 医師養成過程を通じた医師の偏在対策

#### 【現状・課題】

- 医師養成過程を通じた医師の偏在対策は、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。

#### 【見直しの方向性】

- 医師養成過程に関わる制度については累次の見直しを行ってきており、都道府県が制度を効果的に活用することで地域の偏在対策をより充実させることにつながる。このため、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、第8次後期医師確保計画策定ガイドラインに網羅的に位置づけ、都道府県に対する情報提供等を行う。
- 具体的な議論の整理及び対応の方向性については「医師確保計画策定ガイドラインの見直しに向けた医師養成過程の取組に係る議論のとりまとめ（令和8年3月2日 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）」に基づき取り組むこととする。

## III. 外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン

### 1. 外来医師過多区域の設定

#### 【現状・課題及び検討会における意見】

- 外来医療については、無床診療所の開設状況が都市部に偏っていること、診療所における診療科の専門分化が進んでいること、救急医療提供体制の構築等の医療機関間の連携の取組が個々の医療機関の自主的な取組に委ねられていること等の状況にある。このため、外来医療機能に関する情報の可視化、外来医療機能に関する協議の場の設置等の枠組みを構築するとともに、また、医療法上、医療計画において外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項（以下「外来医療計画」という。）が定められているところである。
- 外来医療計画においては、地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握を行うために、診療所の医師の多寡を外来医師偏在指標として可視化し、外来医師偏在指標の上位33.3%に該当する二次医療圏を外来医師多数区域と設定した上で、少なくとも外来医師多数区域においては、新規開業希望者に対して、外来医療に関する協議の場における協議の内容を踏まえて、初期救急（夜間・休日の診療）、公衆衛生（学校医、産業医、予防接種等）等の地域に必要とされる医療機能を担うよう求めている。

- しかしながら、外来医師多数区域における新規開業希望者に対して地域に必要とされる医療機能を要請したもののうち、合意に至ったものは25%、協議の場への出席の要請対象となる新規開業希望者のうち、協議の場を活用した件数は17%、実際に出席要請を行った例はない等、必ずしも外来医師多数区域における一連の取組が進んでいるとは評価できない。
- こうした状況に鑑み、総合パッケージにおいては、外来医師偏在指標が一定数値を超える地域（外来医師過多区域）における新規開業希望者に対して、医療法に基づき、開設6か月前までに事前届出を求め、地域で不足している医療機能等の要請等を行うことができることとし、要請等の実効性を確保するための仕組みとして勧告、公表を行うことができるなど、対応を強化することとした。
- こうした内容を盛り込んで令和7年12月に成立した医療法等の一部を改正する法律（令和7年法律第87号）については、衆議院において「政府は、令和8年4月1日に施行される外来医師過多区域等に関する規定の施行後3年を目途として、外来医師過多区域において、新たに開設された診療所の数が廃止された診療所の数を超える区域がある場合には、当該区域における新たな診療所の開設の在り方について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。」との修正が行われた。
- また、衆議院厚生労働委員会及び参議院厚生労働委員会の附帯決議においては、「地域医療構想の推進にも資するよう、外来医師過多区域における新規開設者のみならず既存の無床診療所についても、現に診療が行われていることや、地域の医療提供体制の確保に留意しつつ、改正後の医療法第三十条の十八の六に規定する届出事項に準ずる事項に関する実態を把握するための必要な環境整備の検討を行うこと」とされたところである。
- 検討会においては、都道府県が地域の不足する医療機能を新規開業希望者に求めるなどの現在の外来医師多数区域に関する取組は、機能しているとは言い難いとの意見があった。

## 2. 外来医療提供体制の協議及び協議を踏まえた取組

### (1) 外来医師過多区域における取組

#### ① 外来医師過多区域の基準及び指定方法

##### 【対応の方向性】

- 外来医師過多区域の基準については、地域の人口と診療所医師数等を踏まえた外来医師偏在指標に加え、外来医療へのアクセスの観点から可住地面積当たりの診療所数も考慮することとする。
- 具体的には、
  - ・ 外来医師偏在指標について、「全国平均値＋標準偏差の1.5倍」以上かつ
  - ・ 可住地面積あたり診療所数が上位10%

を基準とし、当該基準に該当する以下の9箇所の二次医療圏を、国が提示する外来医師過多区域の候補区域とすることとする。

都道府県	二次医療圏名	該当市区町村
東京都	区中央部	千代田区、中央区、港区、文京区、台東区
東京都	区西部	新宿区、中野区、杉並区
東京都	区西南部	目黒区、世田谷区、渋谷区
京都府	京都・乙訓	京都市、向日市、長岡京市、大山崎町
大阪府	大阪市	大阪市
福岡県	福岡・糸島	福岡市、糸島市
東京都	区南部	品川区、大田区
東京都	区西北部	豊島区、北区、板橋区、練馬区
兵庫県	神戸	神戸市

- 都道府県による外来医師過多区域の指定について、外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドラインにおいて、以下のような内容を記載することとする。
- ・ 外来医師過多区域については、厚生労働省令で定める基準によって候補となる二次医療圏のうち、外来医師が特に多い地域を指定するものであり、候補となる二次医療圏の中に、人口あたり医師数や可住地面積あたり診療所数等が特に高い市区町村や地区がある場合には、当該市区町村や当該地区を指定することも考えられる。

② 地域で不足している医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容

【対応の方向性】

- 外来医師過多区域において示すこととしている地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供の例については、現行の外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドラインで示している外来医師多数区域における地域に必要とされる医療機能の内容（夜間や休日等における地域の初期救急医療、在宅医療、公衆衛生に係る医療等）を踏まえ、
- （地域で不足する医療機能）
- ・ 夜間や休日等における地域の初期救急医療の提供（夜間・休日等の診療、在宅当番医制度への参加、夜間休日急患センターへの出務、二次救急医療機関の救急外来への出務等）
  - ・ 在宅医療の提供（提供が不足している地域がある場合）
  - ・ 学校医・予防接種等の公衆衛生に係る医療の提供
- （医師不足地域での医療）

- ・ 都道府県内外の医師不足地域での定期的な外来医療（地域で不足している診療科）の提供
- ・ 都道府県内外の医師不足地域での夜間休日急患センターへの出務、二次救急医療機関の救急外来への出務 等

を外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドラインに示すこととする。また、今後、かかりつけ医機能報告のデータ等を踏まえ、必要に応じて追加を検討することとする。

- 都道府県においては、外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドラインの内容を踏まえ、外来医療に関する協議の場において、不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容について協議し、内容を取りまとめた上で公表することとする。
- また、ガイドラインにおいて、以下の内容を記載することとする。
  - ・ 外来医療提供の要請内容として、一つかつ特定の診療科のみとすることは想定していない（例えば、要請内容を「小児科の医療提供」のみとすると、小児科以外の診療科が開業する場合に、要請された医療の提供ができない恐れがある。このため、特定の診療科を要請する場合は、「初期救急医療の提供や在宅医療の提供といった他の要請内容と併せて、例えば小児科の医療提供」等とすることが考えられる。）。
  - ・ 地域で不足する医療機能を協議する際は、かかりつけ医機能報告のデータ、各項目の全国値との比較、医療計画の指標、各都道府県による医療機関への独自アンケート等を参考とすることが望ましい。
  - ・ 医師不足地域での医療の提供の要請を行う際、都道府県は、都道府県内外の特定の重点医師偏在対策支援区域や医師少数区域・医師少数スポット等の医師不足地域を指定する場合には、指定した区域で不足している医療を提供するよう求めること、特定の区域を指定しない場合には、都道府県内・近隣都道府県の重点医師偏在対策支援区域や医師少数区域・医師少数スポット等で不足している医療を提供するよう求めること。あわせて広域マッチング事業等への登録を求めること。
- 外来医師過多区域、地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容は、都道府県において、外来医療に関する協議の場における協議内容を踏まえ、事前に各都道府県のHP等で公表するとともに、外来医療計画において、地域で不足する医療機能や医師不足地域での医療の提供の内容に加えて、これらは随時変更する可能性がある旨を記載すること。

### ③ 新規開業希望者の事前届出事項、事前届出義務の猶予対象となる場合

#### 【対応の方向性】

- 開設6か月前の事前届出の記載事項は、以下のとおりとする。
  - ・ 届出者の住所及び氏名

- ・届出者以外の者が開設者となる予定である場合は、その者の住所及び氏名
  - ・開設予定の診療所の名称
  - ・開設予定の住所（未定の場合は市区町村等可能な限り詳細な地域）
  - ・開設予定の年月日
  - ・診療を行おうとする科目
  - ・医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の従業者の定員
  - ・地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供に関する意向の有無
  - ・地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供する意向がある場合、提供する予定の地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の内容（当該提供の頻度及び時期に関する事項を含む。）
  - ・地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供しない場合は、その理由等
- 事前届出義務の猶予対象となる場合は、親が開設していた診療所について親の死亡により子が急遽承継する場合等、予期せず前任の開設者が不在となり、事業承継が必要となった場合とするなど、事前届出に関する例外を設けることとする。
- また、猶予対象の場合は、事業承継が終わった後に届出を求めるとともに、その「やむを得ない場合として厚生労働省令で定める場合」に該当する者を「届出をした者その他厚生労働省令で定める者」とした上で、通常の流れの通り、必要に応じて協議参加の求め・要請・勧告・公表等を行うこととする。

#### ④ 事前届出の流れ

##### 【対応の方向性】

- 都道府県は「外来医師過多区域」及び当該区域の要請内容となる「地域で不足する医療機能や医師不足地域での医療の提供の内容」を公表し、都道府県が公表する外来医師過多区域、地域で不足する医療機能や医師不足地域での医療の提供の内容、届出様式についての周知を行うこととする。
- 新規開業希望者は、既存の開設手続きに加え、都道府県への事前相談を行った上で、開設6か月前までに都道府県に対して、地域で不足する医療機能や医師不足地域での医療の提供に関する意向等を示した事前届出を提出することとする。届出の内容を踏まえて都道府県は、新規開業希望者に、必要に応じ外来医療に関する協議の場への参加の求め・要請を行うこととする。

#### ⑤ 外来医療に関する協議の場

##### 【対応の方向性】

- 事前届出において不足する医療機能等を提供しないと回答した者に加え、事前届出義務があるが事前届出を行わなかった者及び事前届出義務の猶予といった例外対象となる「やむを得ない場合として厚生労働省令で定める場合」に該当する

者を「届出をした者その他厚生労働省令で定める者」として規定し、必要に応じて外来医療に関する協議の場への参加を求めることとする。

- 外来医療に関する協議の場において新規開業希望者に説明を求める事項は、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しない理由や当該診療所で提供する予定の医療の具体的な内容といった事項とする。
- 外来医療に関する協議の場において、新規開業希望者に対して、地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供しない理由等の説明を求めることや、地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供するよう働きかけることの重要性に鑑み、「新規開業希望者に対して参加を求める外来医療に関する協議の場は、原則として対面又はオンラインで開催することとして、都道府県における手続き上やむを得ない場合は持ち回り開催や書面による開催等の対応も可能である」こととする。
- 外来医療に関する協議の場の開催頻度については、事前届出の提出後、届出内容の確認、地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供の要請（1～2週間程度の期限）、厚生局への通知の期間が必要であり、こうした状況を鑑みると、少なくとも3か月に1回は外来医療に関する協議の場を開催することが必要であると想定される。外来医療に関する協議の場の効果的・効率的な運用の観点から、必要に応じて外来医療に関する協議の場の下にワーキング等を設置することも可能とする。
- 外来医師過多区域の対応を適切に実施する観点から、事前届出の内容確認、外来医療に関する協議の場の運営、地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供状況の確認等に関する都道府県の事務負担については、地域医療介護総合確保基金を活用可能とする。

## ⑥ 要請・勧告

### 【対応の方向性】

- 新規開業希望者が要請に従わない場合は保険医療機関の指定期間が短縮されることがある旨を周知した上で、原則として1～2週間程度の回答期限を定めて要請を行うこととする。また、期限内に回答がない場合、または地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供する意向ありと回答しない場合は、要請に応じないものとして、厚生局へ保険医療機関の指定期間を3年に短縮することの通知、都道府県医療審議会への出席及び理由等の説明の求めを行うこととなる。
- 地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供しない「やむを得ない理由」については、真に当該医療を提供しない事情がある場合に限って個別に判断されるものであり、事前届出において地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供しないとした場合には、原則として要請の対象となることが想定されるが、例えば、

- ・ 夜間や休日における地域の初期救急医療の提供が求められているが、診療所に勤務する全ての医師が乳幼児の世話や家族の介護等を現に担っており夜間や休日の対応ができない場合
  - ・ 学校医となることが求められているが、学校側等との調整中である場合等が該当すると考えられる。
- 都道府県は、要請・勧告内容の実施状況（地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供状況）の確認のため、要請に応じなかった診療所を対象に、年1回程度、都道府県医療審議会又は外来医療の協議の場への参加を求め、要請・勧告した不足する医療機能等の提供状況を確認することとする。
  - また、要請・勧告に応じなかった診療所が、その後、都道府県医療審議会又は協議の場において、要請・勧告に応じて地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供していることが確認できた場合、次回の保険医療機関の指定期間は6年とする。
  - 今般、医療法等の一部を改正する法律により導入される外来医師過多区域に関する仕組みについて、その取組に実効性を持たせるためには、都道府県が事前届出の内容を踏まえて、適切に外来医療の協議の場への参加・理由等の説明を求め、要請・勧告等を行うことが不可欠である。このため、外来医師過多区域における事前届出の状況や、要請・勧告の状況等について、国が都道府県に対して毎年報告を求めることとする。そのうえで、国においては、事前届出において地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供しないこととした診療所のうち、外来医療の協議の場への参加を求めた割合や、都道府県における要請・勧告の対象となった割合等を把握し、都道府県に対して状況の確認を行う。また、地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供することとした診療所が、実際に適切に必要とされる医療を提供しているかについても、国において医療関係団体と連携しつつ、確認するための方法を今後検討する。
  - その上で、施行後3年を目途として、外来医師過多区域において、新たに開設された診療所の数が廃止された診療所の数を超える区域がある場合には、当該区域における新たな診療所の開設の在り方について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとされていることを踏まえ、国において必要な対応を行うこととする。

#### ⑦ 保険医療機関の指定期間の短縮等

##### 【対応の方向性】

- 保険医療機関の指定期間を3年以下とする場合の標準的な期間について以下のとおりとする。

指定期間	類型
3年	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 要請を受けて、期限までに応じなかった診療所</li> <li>・ 勧告を受けた診療所</li> <li>・ 保険医療機関の再指定時に、勧告に従わない状態が続いた場合（2度目の指定）</li> </ul>
2年	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保険医療機関の再々指定時以降に、勧告に従わない状態が続いた場合（3度目の指定以降）</li> </ul>

- 保険医療機関の指定期間が短縮された者に対しては、医療機能情報提供制度（ナビイ）において、各都道府県における「外来医師過多区域」及び「地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容」の公表がされてから半年以降に、外来医師過多区域で開設した無床診療所について、「地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供の有無・内容及び実績、医療法による要請又は勧告の有無、有の場合提供をしない理由」を項目として追加することとする。

## (2) 外来医師多数区域における取組

### 【対応の方向性】

- 現行運用されている外来医師多数区域における、新規開業希望者に対する地域で必要とされる医療機能の要請やその合意、外来医療に関する協議の場の活用等の対応は、必ずしも機能していると評価することはできないことから、外来医師過多区域は管内に有さないが、外来医師多数区域を有している都道府県においても、外来医療機能の偏在対策に資する外来医師多数区域における取組を、これまで以上に進めることが重要である。
- このため、国においては、外来医師過多区域の取組のほか、外来医師多数区域の取組についても引き続き毎年報告を求め、必要に応じてその取組状況の公表を行うとともに、国としても、都道府県の取組の実態を踏まえ、必要な制度運用の見直しを検討する。

## 資料4

# 医師偏在の是正に向けた総合的な 対策パッケージについて

- 1 医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージの概要について
- 2 重点医師偏在対策支援区域について
- 3 経済的インセンティブについて
- 4 医師偏在是正プランについて
- 5 今後のスケジュールについて

- 1 医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージの概要について
- 2 重点医師偏在対策支援区域について
- 3 経済的インセンティブについて
- 4 医師偏在是正プランについて
- 5 今後のスケジュールについて

# 医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージの基本方針への位置付け

- 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、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】

現状  
課題

医師偏在は一つの取組で是正  
が図られるものではない

若手医師を対象とした医師  
養成過程中心の対策

へき地保健医療対策を超えた  
取組が必要

基本的な  
考え方

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

医師の価値観の変化やキャリアパス等を踏まえ、医師の勤務・生活環境、柔軟な働き方等に配慮しながら、中堅・シニア世代を含む**全ての世代の医師**にアプローチする

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

「保険あってサービスなし」という地域が生じることなく、将来にわたって国民皆保険が維持されるよう、**国、地方自治体、医療関係者、保険者等の全ての関係者が協働**して医師偏在対策に取り組む

- ・ 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

## 【総合的な対策パッケージの具体的な取組】

若手

中堅・シニア世代

### 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

#### <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

診療科偏在の是正に向けた取組

# 今後のスケジュール（予定）

対策等	2024年度	2025年度	2026年度	2027年度
医師確保計画	「第8次医師確保計画(前期)」の取組		「第8次医師確保計画(後期)」の検討・策定	「第8次医師確保計画(後期)」の取組
重点医師偏在対策支援区域、医師偏在是正プラン	緊急的な取組のガイドライン、プランの先行策定	医師偏在是正プラン全体のガイドラインの検討・策定	医師偏在是正プラン全体の検討・策定、順次取組	
経済的インセンティブ	緊急的な取組(診療所の承継・開業支援)の先行実施		本格的な経済的インセンティブ実施の検討	
全国的なマッチング機能の支援			全国的なマッチング機能の支援	
リカレント教育の支援			リカレント教育の支援	
都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定	協定も含めて医師偏在是正プラン全体のガイドラインの検討・策定		医師偏在是正プラン全体の検討の中で協定の協議・締結	協定による取組
地域の医療機関の支え合い <small>(医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件、外来医師過多区域での新規開業希望者への要請等、保険医療機関の管理者要件)</small>	法令改正ガイドラインの検討・策定		改正法令施行	
医学部定員・地域枠	医学部臨時定員・地域枠		の対応、2027年度以降の医学部定員の適正化の検討	
臨床研修	各医療機関でプログラム作成、研修医の募集・採用		プログラム開始	
診療科偏在是正対策	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、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検討			

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージの策定

※ 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

- 1 医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージの概要について
- 2 重点医師偏在対策支援区域について**
- 3 経済的インセンティブについて
- 4 医師偏在是正プランについて
- 5 今後のスケジュールについて

## 【総合的な対策パッケージの具体的な取組】

若手

中堅・シニア世代

### 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

#### <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

診療科偏在の是正に向けた取組

# 重点医師偏在対策支援区域

- 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速い地域などを、「重点医師偏在対策支援区域」（以下「重点区域」という。）に選定
- 重点区域は、厚生労働省が定める基準を参酌しつつ、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

## 重点医師偏在対策支援区域

- 重点区域は、二次医療圏のほか、地域の実情に応じて、市区町村単位、地区単位等の設定も可能
- 重点区域は、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
- 医師多数県については、厚生労働省の提示する候補区域であっても、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、重点区域として設定しないことも想定される。

# 重点医師偏在対策支援区域

【重点区域を定める際に参酌すべき、厚生労働省が定める基準】

- ① 各都道府県の医師偏在指標が最も低い二次医療圏  
➡ 県内で医師偏在指標が最も低い「京築保健医療圏」が該当
- ② 医師少数県の医師少数区域  
➡ 本県は医師多数県のため、非該当
- ③ 医師少数区域かつ可住地面積当たりの医師数が少ない二次医療圏(全国下位1/4)  
➡ 県内に該当する医療圏なし

# 重点医師偏在対策支援区域

## 【厚生労働省が提示する候補区域(109区域)】

※公表後、最新版を反映

都道府県	二次医療圏	都道府県	二次医療圏	都道府県	二次医療圏	都道府県	二次医療圏	都道府県	二次医療圏
北海道	南檜山	宮城県	仙南	群馬県	桐生	長野県	飯伊	山口県	柳井
北海道	北渡島檜山	宮城県	大崎・栗原	群馬県	太田・館林	長野県	木曾	山口県	長門
北海道	南空知	宮城県	石巻・登米・気仙沼	埼玉県	利根	岐阜県	西濃	徳島県	西部
北海道	北空知	秋田県	県北	埼玉県	北部	岐阜県	飛騨	香川県	小豆
北海道	日高	秋田県	県南	埼玉県	秩父	静岡県	賀茂	愛媛県	八幡浜・大洲
北海道	富良野	山形県	最上	千葉県	山武長生夷隅	静岡県	富士	高知県	幡多
北海道	宗谷	山形県	庄内	千葉県	君津	静岡県	中東遠	福岡県	京築
北海道	北網	福島県	県南	東京都	島しょ	愛知県	西三河北部	佐賀県	西部
北海道	遠紋	福島県	相双	神奈川県	県西	愛知県	東三河北部	長崎県	県南
北海道	釧路	福島県	いわき	新潟県	下越	三重県	東紀州	熊本県	宇城
北海道	根室	福島県	会津・南会津	新潟県	県央	滋賀県	甲賀	大分県	西部
青森県	八戸地域	茨城県	日立	新潟県	中越	京都府	丹後	宮崎県	都城北諸県
青森県	西北五地域	茨城県	常陸太田・ひたちなか	新潟県	魚沼	大阪府	中河内	宮崎県	延岡西臼杵
青森県	上十三地域	茨城県	鹿行	新潟県	上越	兵庫県	丹波	宮崎県	西諸
青森県	下北地域	茨城県	取手・竜ヶ崎	新潟県	佐渡	奈良県	西和	宮崎県	西都児湯
岩手県	岩手中部	茨城県	筑西・下妻	富山県	砺波	和歌山県	新宮	宮崎県	日向入郷
岩手県	胆江	茨城県	古河・坂東	石川県	能登北部	鳥取県	中部	鹿児島県	出水
岩手県	両磐	栃木県	県北	福井県	奥越	島根県	雲南	鹿児島県	曾於
岩手県	気仙	栃木県	県西	福井県	丹南	島根県	大田	鹿児島県	熊毛
岩手県	釜石	群馬県	渋川	山梨県	峡東	岡山県	高梁・新見	鹿児島県	奄美
岩手県	宮古	群馬県	伊勢崎	長野県	上小	岡山県	真庭	沖縄県	宮古
岩手県	久慈	群馬県	吾妻	長野県	上伊那	広島県	尾三		

■ : 医師多数県

# 重点医師偏在対策支援区域

## 【国基準のイメージ】

		都道府県区分	
		少	多
二次保健医療区分	多		福岡・糸島、筑紫、久留米、飯塚、北九州
	少		粕屋、朝倉、八女・筑後、有明、直方・鞍手、田川
	少	②	宗像、京築①
			③

○ 医師多数県である本県において、最も医師偏在指標の低い

「京築保健医療圏」が該当

### <最新の医師偏在指標(全体)>

全国	福岡県	福岡・糸島	粕屋	宗像	筑紫	朝倉	久留米	八女・筑後	有明	飯塚	直方・鞍手	田川	北九州	京築
266.8	320.4	380.1	235.5	192.3	261.5	213	417.7	222.6	235.9	354.2	202.8	195.4	319.4	161.6

※厚生労働省提供 医師偏在指標データを基に作成

: 全国上位1/3

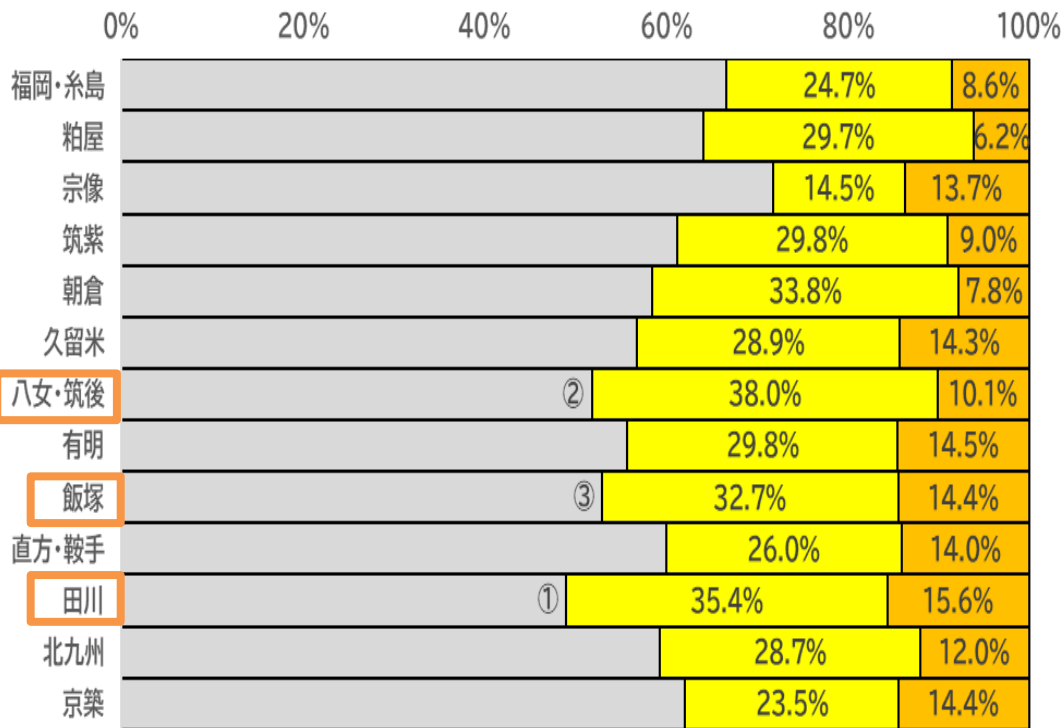
: 全国下位1/3

空白

# (参考1) 保健医療圏の状況

## ① 診療所医師の高齢化率

65歳以上・75歳以上の医師の割合



■24-64歳 ■65-74歳 ■75歳-

## ② 可住地面積あたり医師数

地域	可住地面積	医師数	可住地面積あたり医師数	順位
全国	124,731.75	331,092	2.65443	
福岡県	2,764.52	16,096	5.82235	
福岡・糸島	350.21	6,185	17.66083	⑬
粕屋	111.03	612	5.51202	⑨
宗像	108.45	279	2.57261	⑦
筑紫	113.32	920	8.11860	⑪
朝倉	164.99	154	0.93339	①
久留米	371.29	2,126	5.72598	⑩
八女・筑後	233.51	294	1.25905	③
有明	225.42	559	2.47982	⑥
飯塚	176.83	646	3.65323	⑧
直方・鞍手	130.75	203	1.55258	④
田川	143.61	239	1.66423	⑤
北九州	372.74	3,607	9.67699	⑫
京築	262.34	272	1.03682	②

※可住地面積:総務省統計局「統計でみる市区町村のすがた 2025」、  
 ※医師数:厚生労働省「令和6(2024)年 医師・歯科医師・薬剤師統計」

※厚生労働省提供 令和4年度医師・歯科医師・薬剤師調査データ資料より作成

### ③ 過去10年間における 人口の変化率と人口10万人当たりの診療所数の変化率

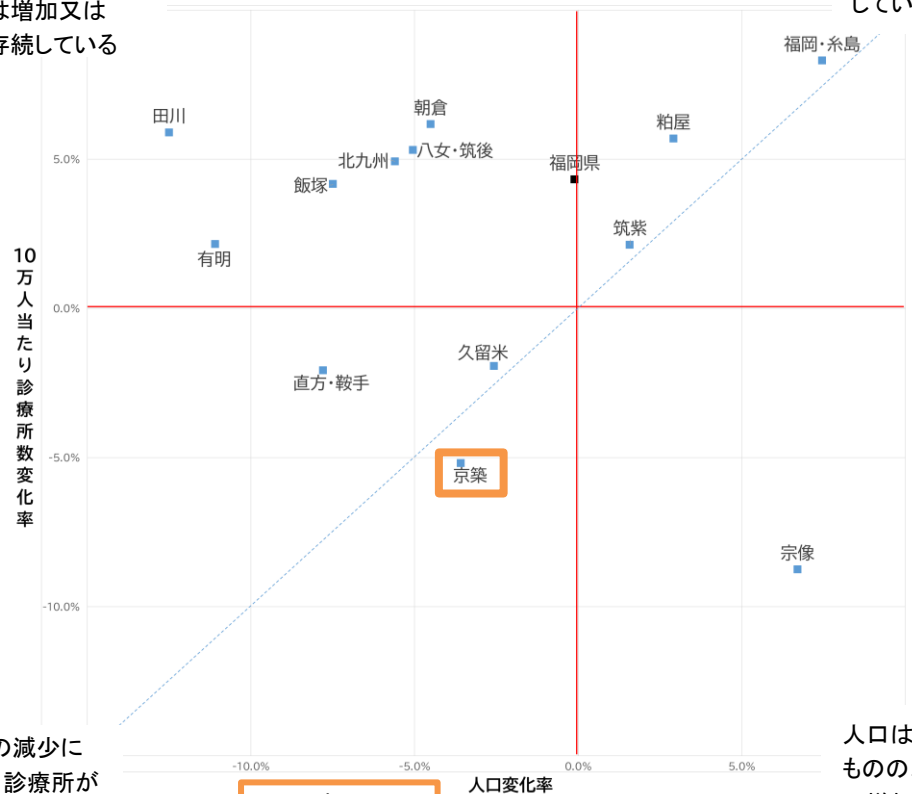
＜二次医療圏＞

医療圏	人口		診療所数		診療所数 (対10万人)		変化率(%)	
	H27	R6	H27	R6	H27	R6	人口	診療所数 (対10万人)
福岡・糸島	1,635,042	1,757,073	1,575	1,833	96.33	104.32	7.5%	8.3%
粕屋	283,596	291,874	171	186	60.30	63.73	2.9%	5.7%
宗像	155,374	165,802	114	111	73.37	66.95	6.7%	▲ 8.8%
筑紫	433,693	440,567	294	305	67.79	69.23	1.6%	2.1%
朝倉	83,965	80,187	72	73	85.75	91.04	▲ 4.5%	6.2%
久留米	456,223	444,517	449	429	98.42	96.51	▲ 2.6%	▲ 1.9%
八女・筑後	132,981	126,281	120	120	90.24	95.03	▲ 5.0%	5.3%
有明	223,405	198,634	218	198	97.58	99.68	▲ 11.1%	2.2%
飯塚	181,535	167,948	165	159	90.89	94.67	▲ 7.5%	4.2%
直方・鞍手	109,128	100,626	103	93	94.38	92.42	▲ 7.8%	▲ 2.1%
田川	126,174	110,411	109	101	86.39	91.48	▲ 12.5%	5.9%
北九州	1,097,257	1,035,893	1,055	1,045	96.15	100.88	▲ 5.6%	4.9%
京築	184,498	177,897	163	149	88.35	83.76	▲ 3.6%	▲ 5.2%

※人口：福岡県の人口と世帯年報（平成27年、令和6年）第4表より算出  
 ※診療所数：厚生労働省 平成27年医療施設調査（閲覧）第2表、令和6年二次医療圏・市区町村編第2表より

人口は減少したものの、診療所は増加又は存続している

人口が増加し、診療所も増加している



人口の減少に伴い、診療所が減少している

人口は増加したものの、診療所の増加が追いついていない

人口減少より  
診療所の減少  
スピードが速い

①より、八女・筑後、飯塚、田川医療圏が、②より、朝倉、八女・筑後、京築医療圏が候補として考えられるが、人口減少と医療機関の減少スピードを比較する③において、候補は、京築医療圏のみ。

以上より、京築保健医療圏の他に、重点区域に適する保健医療圏はない。

空白

# (参考2)市町村の状況

## ① 過去10年間における

## 人口の変化率と人口10万人当たりの診療所数の変化率

<市町村別>過去10年間における人口の変化率と人口10万人当たりの診療所数の変化率

	人口		診療所数		診療所数 (対10万人)		変化率(%)			人口		診療所数		診療所数 (対10万人)		変化率(%)	
	H27	R6	H27	R6	H27	R6	人口	診療所数 (対10万人)		H27	R6	H27	R6	H27	R6	人口	診療所数 (対10万人)
福岡・糸島	1,635,042	1,757,073	1,575	1,833	96.33	104.32	7.5%	8.3%									
福岡市	1,538,510	1,656,737	1,493	1,746	97.04	105.39	7.7%	8.6%									
糸島市	96,532	100,336	82	87	84.95	86.71	3.9%	2.1%									
粕屋	283,596	291,874	171	186	60.30	63.73	2.9%	5.7%									
古賀市	57,953	58,341	38	41	65.57	70.28	0.7%	7.2%									
宇美町	37,941	37,205	16	18	42.17	48.38	▲1.9%	14.7%									
篠栗町	31,212	30,871	13	13	41.65	42.11	▲1.1%	1.1%									
志免町	45,275	46,132	35	33	77.31	71.53	1.9%	▲7.5%									
須恵町	27,274	28,997	11	15	40.33	51.73	6.3%	28.3%									
新宮町	30,339	32,219	27	29	88.99	90.01	6.2%	1.1%									
久山町	8,231	9,295	7	8	85.04	86.07	12.9%	1.2%									
粕屋町	45,371	48,814	24	29	52.90	59.41	7.6%	12.3%									
宗像	155,374	165,802	114	111	73.37	66.95	6.7%	▲8.8%									
宗像市	96,566	96,708	72	66	74.56	68.25	0.1%	▲8.5%									
福津市	58,808	69,094	42	45	71.42	65.13	17.5%	▲8.8%									
筑紫	433,693	440,567	294	305	67.79	69.23	1.6%	2.1%									
筑紫野市	101,122	105,222	77	73	76.15	69.38	4.1%	▲8.9%									
春日市	110,767	109,619	78	85	70.42	77.54	▲1.0%	10.1%									
大野城市	99,575	103,747	64	68	64.27	65.54	4.2%	2.0%									
太宰府市	72,200	72,701	42	43	58.17	59.15	0.7%	1.7%									
那珂川市	50,029	49,278	33	36	65.96	73.05	▲1.5%	10.8%									
朝倉	83,965	80,187	72	73	85.75	91.04	▲4.5%	6.2%									
朝倉市	52,459	48,137	51	52	97.22	108.03	▲8.2%	11.1%									
筑前町	29,332	30,402	16	18	54.55	59.21	3.6%	8.5%									
東峰村	2,174	1,648	5	3	229.99	182.04	▲24.2%	▲20.8%									
久留米	456,223	444,517	449	429	98.42	96.51	▲2.6%	▲1.9%									
久留米市	304,499	298,828	308	301	101.15	100.73	▲1.9%	▲0.4%									
大川市	34,839	30,774	32	28	91.85	90.99	▲11.7%	▲0.9%									
小郡市	58,009	59,312	58	50	99.98	84.30	2.2%	▲15.7%									
うきは市	29,540	26,441	28	30	94.79	113.46	▲10.5%	19.7%									
大刀洗町	15,155	15,782	9	8	59.39	50.69	4.1%	▲14.6%									
大木町	14,181	13,380	14	12	98.72	89.69	▲5.6%	▲9.2%									
八女・筑後	132,981	126,281	120	120	90.24	95.03	▲5.0%	5.3%									
八女市	64,437	58,253	61	55	94.67	94.42	▲9.6%	▲0.3%									
筑後市	48,350	48,462	46	51	95.14	105.24	0.2%	10.6%									
広川町	20,194	19,566	13	14	64.38	71.55	▲3.1%	11.1%									
有明	223,405	198,634	218	198	97.58	99.68	▲11.1%	2.2%									
大牟田市	117,413	104,046	126	109	107.31	104.76	▲11.4%	▲2.4%									
柳川市	67,829	60,976	61	58	89.93	95.12	▲10.1%	5.8%									
みやま市	38,163	33,612	31	31	81.23	92.23	▲11.9%	13.5%									
飯塚	181,535	167,948	165	159	90.89	94.67	▲7.5%	4.2%									
飯塚市	129,246	122,964	132	128	102.13	104.10	▲4.9%	1.9%									
嘉麻市	38,780	32,681	25	23	64.47	70.38	▲15.7%	9.2%									
桂川町	13,509	12,303	8	8	59.22	65.02	▲8.9%	9.8%									
直方・鞍手	109,128	100,626	103	93	94.38	92.42	▲7.8%	▲2.1%									
直方市	57,180	54,745	67	60	117.17	109.60	▲4.3%	▲6.5%									
宮若市	28,104	24,948	24	19	85.40	76.16	▲11.2%	▲10.8%									
小竹町	7,815	6,627	5	6	63.98	90.54	▲15.2%	41.5%									
鞍手町	16,029	14,306	7	8	43.67	55.92	▲10.7%	28.1%									
田川	126,174	110,411	109	101	86.39	91.48	▲12.5%	5.9%									
北九州市	48,461	44,261	53	47	109.37	106.19	▲8.7%	▲2.9%									
香春町	10,866	9,440	4	6	36.81	63.56	▲13.1%	72.7%									
添田町	9,923	7,754	12	11	120.93	141.86	▲21.9%	17.3%									
糸田町	9,026	7,822	8	8	88.63	102.28	▲13.3%	15.4%									
川崎町	16,801	13,822	10	8	59.52	57.88	▲17.7%	▲2.8%									
大任町	5,183	4,807	6	6	115.76	124.82	▲7.3%	7.8%									
赤村	3,028	2,531	4	4	132.10	158.04	▲16.4%	19.6%									
福智町	22,886	19,974	12	11	52.43	55.07	▲12.7%	5.0%									
北九州	1,097,257	1,035,893	1,055	1,045	96.15	100.88	▲5.6%	4.9%									
北九州市	961,815	908,109	956	947	99.40	104.28	▲5.6%	4.9%									
中間市	41,808	38,307	34	30	81.32	78.31	▲8.4%	▲3.7%									
芦屋町	14,199	12,581	8	9	56.34	71.54	▲11.4%	27.0%									
水巻町	29,001	27,653	21	23	72.41	83.17	▲4.6%	14.9%									
岡垣町	31,587	30,826	23	24	72.81	77.86	▲2.4%	6.9%									
遠賀町	18,847	18,417	13	12	68.98	65.16	▲2.3%	▲5.5%									
京築	184,498	177,897	163	149	88.35	83.76	▲3.6%	▲5.2%									
行橋市	70,601	70,680	58	56	82.15	79.23	0.1%	▲3.6%									
豊前市	25,961	22,796	31	28	119.41	122.83	▲12.2%	2.9%									
苅田町	34,984	37,946	27	26	77.18	68.52	▲8.5%	▲11.2%									
みやこ町	20,264	17,388	16	12	78.96	69.01	▲14.2%	▲12.6%									
吉富町	6,629	6,334	9	9	135.77	142.09	▲4.5%	4.7%									
上毛町	7,460	6,828	8	7	107.24	102.52	▲8.5%	▲4.4%									
築上町	18,599	15,925	14	11	75.27	69.07	▲14.4%	▲8.2%									

※人口：福岡県の人口と世帯年報（平成27年、令和6年）第4表より算出

※診療所数：厚生労働省 平成27年医療施設調査（閲覧）第2表、令和6年二次医療圏・市区町村編第2表より

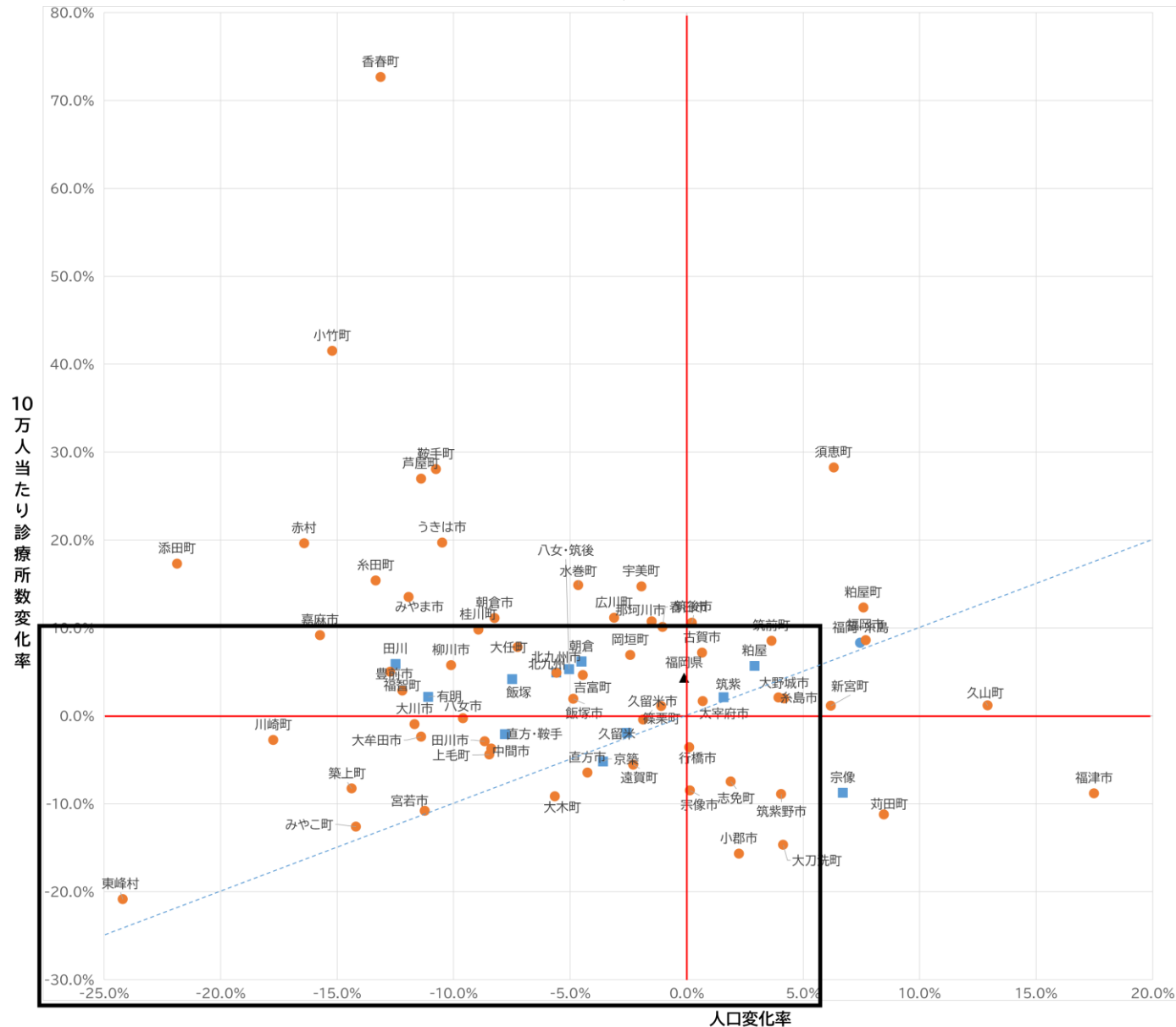
■：二次医療圏

■：該当市町村

# 人口と診療所の変化(H27→R6)

人口は減少したものの、診療所は増加又は存続している

人口が増加し、診療所も増加している

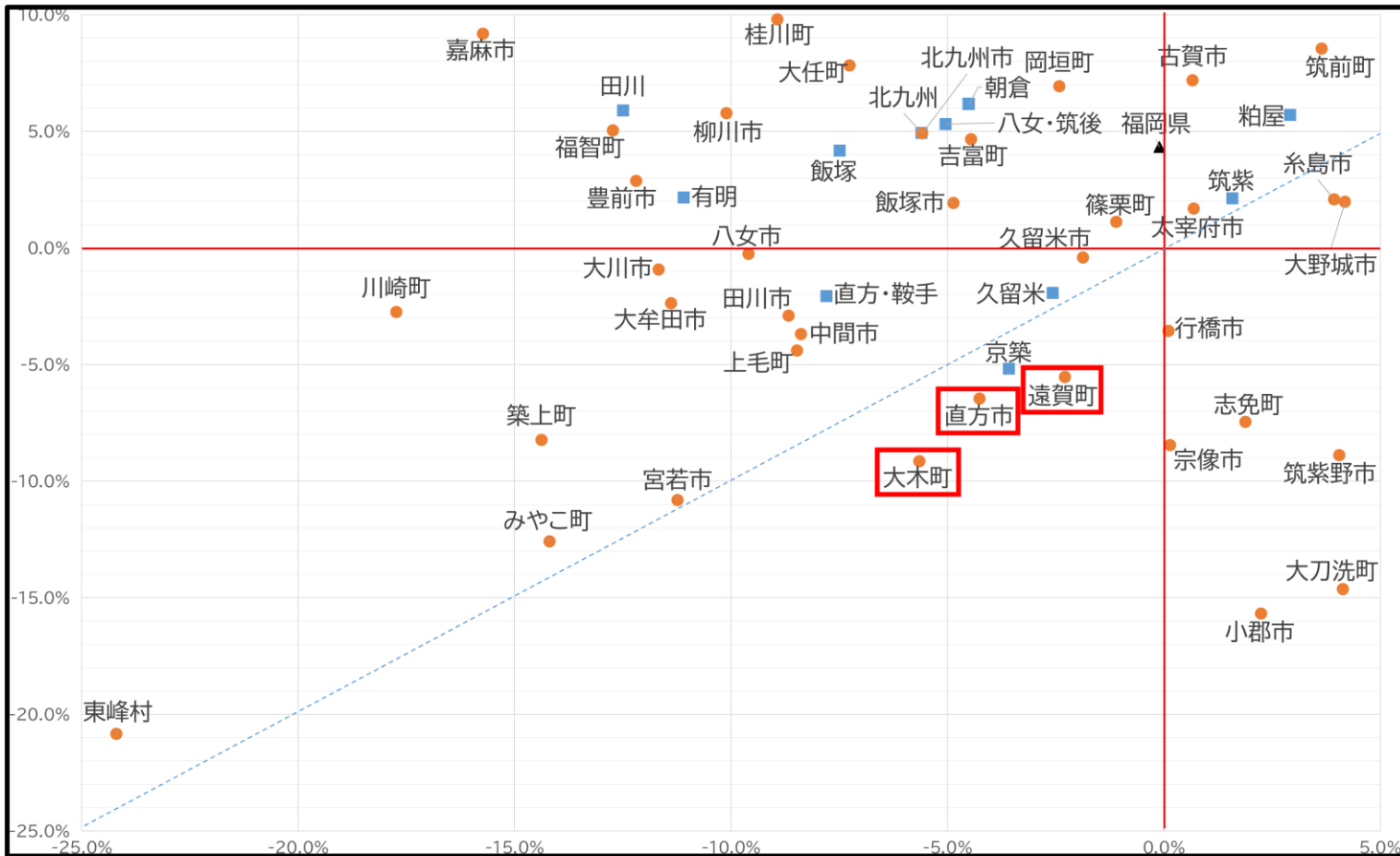


人口の減少に伴い、診療所が減少している

人口は増加したものの、診療所の増加が追い付いていない

<P20より抜粋>

10万人当たり診療所数変化率



人口変化率

人口減少より  
診療所の減少  
スピードが速い

■ : 二次医療圏  
● : 市町村

○ 人口減少よりも医療機関の減少スピードが速い  
直方市、遠賀町及び大木町の状況について考察(P22~)

## ② 可住地面積あたり医師数

市町村	医療圏	可住地面積	医師数	可住地面積 あたり医師数
福岡市	福岡・糸島	232.78	6,012	25.827
春日市	筑紫	13.52	323	23.891
志免町	粕屋	8.44	108	12.796
北九州市	北九州	299	3,385	11.340
久留米市	久留米	193.92	1,746	9.004
筑紫野市	筑紫	44.40	350	7.883
水巻町	北九州	9.95	76	7.638
古賀市	粕屋	28.31	213	7.524
粕屋町	粕屋	13.41	100	7.457
大野城市	筑紫	16.75	109	6.507
大牟田市	有明	62.63	380	6.067
飯塚市	飯塚	106.23	589	5.545
大川市	久留米	33.62	175	5.205
篠栗町	粕屋	12.81	59	4.606
太宰府市	筑紫	17.84	82	4.596
田川市	田川	38.62	170	4.402
福津市	宗像	39.18	144	3.675
宇美町	粕屋	12.11	44	3.633
須恵町	粕屋	10.04	34	3.386
芦屋町	北九州	9.25	29	3.135
小郡市	久留米	44.31	132	2.979
直方市	直方・鞍手	40.48	120	2.964
新宮町	粕屋	14.01	41	2.926
那珂川市	筑紫	20.81	56	2.691
中間市	北九州	15.15	39	2.574
行橋市	京築	57.16	133	2.327
遠賀町	北九州	18.43	42	2.279
吉富町	京築	5.72	12	2.098
筑後市	八女・筑後	41.71	87	2.086
宗像市	宗像	69.27	135	1.949

市町村	医療圏	可住地面積	医師数	可住地面積 あたり医師数
糸田町	田川	5.79	11	1.900
広川町	八女・筑後	24.46	42	1.717
苅田町	京築	32.57	55	1.689
岡垣町	北九州	21.46	36	1.678
糸島市	福岡・糸島	117.43	173	1.473
柳川市	有明	77.15	112	1.452
鞍手町	直方・鞍手	23.06	26	1.127
久山町	粕屋	11.90	13	1.092
朝倉市	朝倉	111.90	122	1.090
大木町	久留米	18.44	20	1.085
川崎町	田川	18.05	19	1.053
八女市	八女・筑後	167.34	165	0.986
豊前市	京築	41.96	37	0.882
宮若市	直方・鞍手	56.58	49	0.866
嘉麻市	飯塚	56.84	49	0.862
福智町	田川	25.51	20	0.784
みやま市	有明	85.64	67	0.782
うきは市	久留米	58.17	44	0.756
小竹町	直方・鞍手	10.63	8	0.753
筑前町	朝倉	44.53	32	0.719
桂川町	飯塚	13.76	8	0.581
大任町	田川	9.84	5	0.508
添田町	田川	21.47	10	0.466
大刀洗町	久留米	22.83	9	0.394
築上町	京築	46.58	16	0.343
みやこ町	京築	54.69	15	0.274
香春町	田川	15.35	3	0.195
上毛町	京築	23.67	4	0.169
赤村	田川	8.98	1	0.111
東峰村	朝倉	8.56	0	0.000

京築保健医療圏  
(1.037)

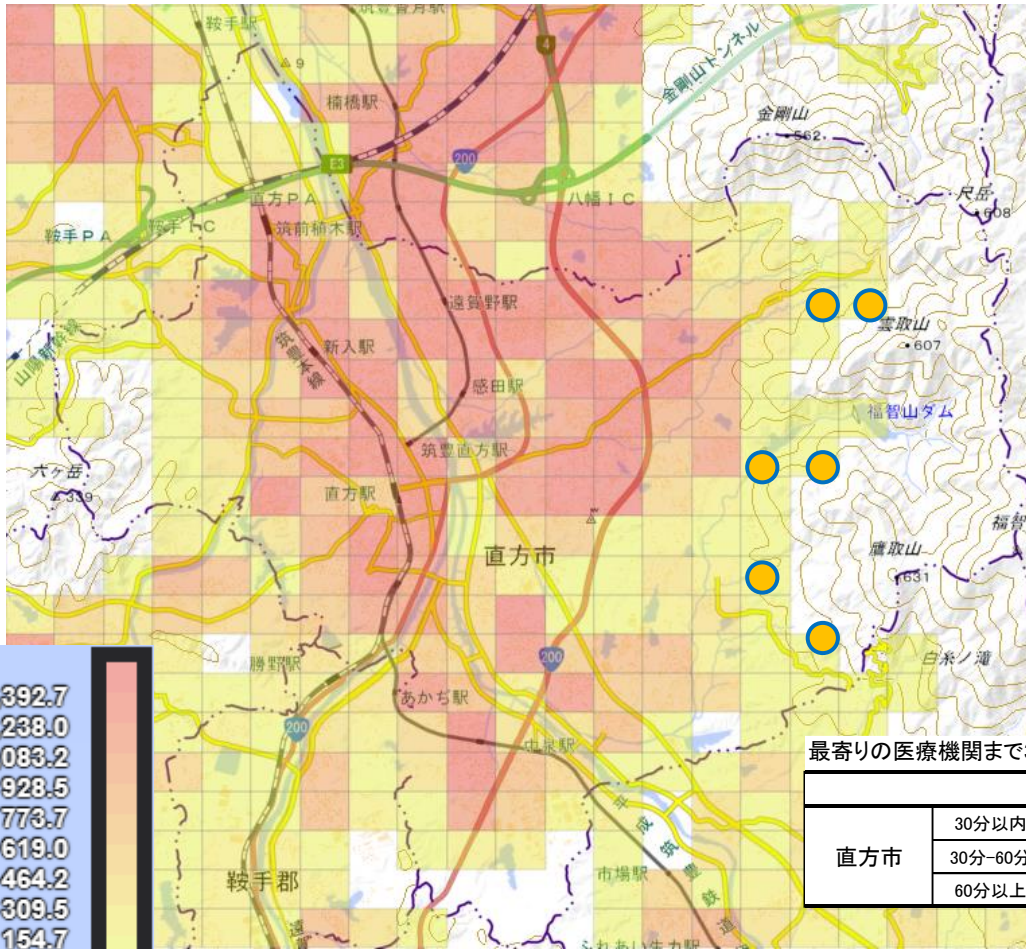
全国下位1/4  
(0.694)

いずれも、人口  
減少より医療機  
関の減少スピー  
ドが速い地域に  
は該当しない。

□ : 考察する区域

※可住地面積:総務省統計局「統計でみる市区町村のすがた 2025」、医師数:厚生労働省「令和6(2024)年 医師・歯科医師・薬剤師統計」

### ③ 最寄りの医療機関へのアクセシビリティ



1,392.7  
1,238.0  
1,083.2  
928.5  
773.7  
619.0  
464.2  
309.5  
154.7

メッシュ分析(人)

#### <直方市>

- 人口メッシュで見ると、直方市の人口は鉄道沿いに集中し、山地周辺は少ない。
- 診療科ごとの医療機関へのアクセシビリティを見ると、30分以内の範囲で概ねカバーできており(各診療科で99%超)、60分以上要する区域もないことから、  
直方市は、地域住民の医療へのアクセスに困難を抱える区域に該当しないと考えられる。

最寄りの医療機関まで30分以上要する人口割合

(単位: %)

		内科	外科	小児科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	皮膚科	泌尿器科	精神科
直方市	30分以内	99.76	99.76	99.91	99.87	99.79	99.70	99.72	99.72	99.76
	30分-60分	0.24	0.24	0.09	0.13	0.21	0.30	0.28	0.28	0.24
	60分以上	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

● : いずれかの診療科において最寄りの医療機関まで30分以上要する区域

※人口メッシュ(500m):内閣府 地域経済分析システム(RESAS)、出典 2020年(令和2年)国勢調査

※アクセシビリティ:福岡県外来医療計画データ集「福岡県における診療科目ごとの医療機関へのアクセシビリティ」(R6)

### ③ 最寄りの医療機関へのアクセシビリティ



#### ＜遠賀町＞

- 人口メッシュで見ると、遠賀町の人口は駅周辺及び国道・県道沿いに集中している。
- 診療科ごとの医療機関へのアクセシビリティを見ると、30分以内の範囲で全てカバーできている(各診療科で100%)ことから、遠賀町は、地域住民の医療へのアクセスに困難を抱える区域に該当しないと考えられる。

● : いずれかの診療科において最寄りの医療機関まで30分以上要する区域

※人口メッシュ(500m):内閣府 地域経済分析システム(RESAS)、出典 2020年(令和2年)国勢調査

※アクセシビリティ:福岡県外来医療計画データ集「福岡県における診療科目ごとの医療機関へのアクセシビリティ」(R6)

### ③ 最寄りの医療機関へのアクセシビリティ



347.3  
308.7  
270.1  
231.5  
193.0  
154.4  
115.8  
77.2  
38.6

メッシュ分析(人)

#### <大木町>

- 人口メッシュで見ると、大木町の人口は駅周辺及び国道・県道沿いに集中している。
- 診療科ごとの医療機関へのアクセシビリティを見ると、30分以内の範囲で全てカバーできている(各診療科で100%)ことから、大木町は、地域住民の医療へのアクセスに困難を抱える区域に該当しないと考えられる。

最寄りの医療機関まで15分以上要する人口割合

(単位:%)

		内科	外科	小児科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	皮膚科	泌尿器科	精神科
大木町	30分以内	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
	30分-60分	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	60分以上	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

● : いずれかの診療科において最寄りの医療機関まで30分以上要する区域

※人口メッシュ(500m):内閣府 地域経済分析システム(RESAS)、出典 2020年(令和2年)国勢調査

※アクセシビリティ:福岡県外来医療計画データ集「福岡県における診療科目ごとの医療機関へのアクセシビリティ」(R6)

市町村単位で見た場合、「人口減少より医療機関の減少のスピードが速い」地域は、直方市、遠賀町及び大木町の3市町。

3市町は、

- ①可住地面積あたりの医師数が少ないか(全国下位1/4)
- ②地域住民の医療へのアクセスに困難を抱えているか

➡ 3市町は①、②のいずれにも該当せず、重点区域に適さない。

# (参考3) 診療科の状況

## 診療科単位での考察(1)

➡ 過去10年間における人口の変化率と人口10万人当たりの診療所数(診療科別)の変化率から、「人口減少よりも医療機関(診療科別)の減少スピードの方が速い地域」かつ「可住地面積あたり医師数(診療科別)」が最も少ない二次医療圏を考察

【左図】 過去10年間における人口の変化率と人口10万人当たりの診療所数の変化率(診療科別)

■ : 人口減少よりも医療機関(診療科別)の減少スピードの方が速い地域

<内科>

二次医療圏	人口		診療所数		診療所数 (対10万人)		変化率(%)	
	H26	R5	H26	R5	H26	R5	人口	診療所数 (対10万人)
福岡・糸島	1,616,662	1,742,702	798	894	49.36	51.30	7.8%	3.9%
粕屋	281,079	292,541	86	101	30.60	34.53	4.1%	12.8%
宗像	154,783	165,686	74	74	47.81	44.66	7.0%	▲ 6.6%
筑紫	430,789	440,905	128	143	29.71	32.43	2.3%	9.2%
朝倉	85,798	80,359	50	51	58.28	63.47	▲ 6.3%	8.9%
久留米	456,772	447,074	253	252	55.39	56.37	▲ 2.1%	1.8%
八女・筑後	134,337	126,915	77	73	57.32	57.52	▲ 5.5%	0.3%
有明	225,253	202,082	134	122	59.49	60.37	▲ 10.3%	1.5%
飯塚	182,806	169,746	120	114	65.64	67.16	▲ 7.1%	2.3%
直方・鞍手	109,405	101,780	72	72	65.81	70.74	▲ 7.0%	7.5%
田川	128,287	112,342	85	85	66.26	75.66	▲ 12.4%	14.2%
北九州	1,100,070	1,045,069	603	615	54.81	58.85	▲ 5.0%	7.4%
京築	186,472	179,711	120	112	64.35	62.32	▲ 3.6%	▲ 3.2%

※人口:福岡県の人口と世帯年報(平成26年、令和5年)第4表より算出  
 ※診療所数:厚生労働省 平成26年医療施設調査(閲覧)第5表、令和5年二次医療圏編第5表より

【右図】 可住地面積あたり医師数(診療科別)

■ : 可住地面積あたり医師数(診療科別)が最も少ない地域

<内科>

	可住地面積	医師数	可住地面積 あたり医師数
福岡・糸島	350.21	1667	4.760
粕屋	111.03	224	2.017
宗像	108.45	111	1.024
筑紫	113.32	251	2.215
朝倉	164.99	73	0.442
久留米	371.29	484	1.304
八女・筑後	233.51	101	0.433
有明	225.42	189	0.838
飯塚	176.83	189	1.069
直方・鞍手	130.75	90	0.688
田川	143.61	103	0.717
北九州	372.74	979	2.626
京築	262.34	103	0.393

➡ 内科において該当する保健医療圏なし

※可住地面積:総務省統計局「統計でみる市区町村のすがた 2025」、  
 ※医師数:厚生労働省「令和6(2024)年 医師・歯科医師・薬剤師統計」

<皮膚科>

二次医療圏	人口		診療所数		診療所数 (対10万人)		変化率(%)	
	H26	R5	H26	R5	H26	R5	人口	診療所数 (対10万人)
	福岡・糸島	1,616,662	1,742,702	154	211	9.53	12.11	7.8%
粕屋	281,079	292,541	14	14	4.98	4.79	4.1%	▲ 3.9%
宗像	154,783	165,686	10	8	6.46	4.83	7.0%	▲ 25.3%
筑紫	430,789	440,905	21	24	4.87	5.44	2.3%	11.7%
朝倉	85,798	80,359	6	5	6.99	6.22	▲ 6.3%	▲ 11.0%
久留米	456,772	447,074	38	38	8.32	8.50	▲ 2.1%	2.2%
八女・筑後	134,337	126,915	10	11	7.44	8.67	▲ 5.5%	16.4%
有明	225,253	202,082	22	18	9.77	8.91	▲ 10.3%	▲ 8.8%
飯塚	182,806	169,746	15	11	8.21	6.48	▲ 7.1%	▲ 21.0%
直方・鞍手	109,405	101,780	6	3	5.48	2.95	▲ 7.0%	▲ 46.3%
田川	128,287	112,342	11	8	8.57	7.12	▲ 12.4%	▲ 17.0%
北九州	1,100,070	1,045,069	75	75	6.82	7.18	▲ 5.0%	5.3%
京築	186,472	179,711	8	7	4.29	3.90	▲ 3.6%	▲ 9.2%

<皮膚科>

	可住地面積	医師数	可住地面積 あたり医師数
福岡・糸島	350.21	246	0.702
粕屋	111.03	15	0.135
宗像	108.45	9	0.083
筑紫	113.32	33	0.291
朝倉	164.99	4	0.024
久留米	371.29	66	0.178
八女・筑後	233.51	11	0.047
有明	225.42	23	0.102
飯塚	176.83	20	0.113
直方・鞍手	130.75	6	0.046
田川	143.61	8	0.056
北九州	372.74	123	0.330
京築	262.34	5	0.019

➔ 皮膚科においては、京築保健医療圏が該当

<小児科>

二次医療圏	人口		診療所数		診療所数 (対10万人)		変化率(%)	
	H26	R5	H26	R5	H26	R5	人口	診療所数 (対10万人)
	福岡・糸島	1,616,662	1,742,702	199	186	12.31	10.67	7.8%
粕屋	281,079	292,541	41	33	14.59	11.28	4.1%	▲ 22.7%
宗像	154,783	165,686	20	17	12.92	10.26	7.0%	▲ 20.6%
筑紫	430,789	440,905	46	38	10.68	8.62	2.3%	▲ 19.3%
朝倉	85,798	80,359	11	8	12.82	9.96	▲ 6.3%	▲ 22.4%
久留米	456,772	447,074	78	71	17.08	15.88	▲ 2.1%	▲ 7.0%
八女・筑後	134,337	126,915	28	23	20.84	18.12	▲ 5.5%	▲ 13.1%
有明	225,253	202,082	61	37	27.08	18.31	▲ 10.3%	▲ 32.4%
飯塚	182,806	169,746	44	37	24.07	21.80	▲ 7.1%	▲ 9.4%
直方・鞍手	109,405	101,780	15	13	13.71	12.77	▲ 7.0%	▲ 6.8%
田川	128,287	112,342	24	22	18.71	19.58	▲ 12.4%	4.7%
北九州	1,100,070	1,045,069	138	109	12.54	10.43	▲ 5.0%	▲ 16.9%
京築	186,472	179,711	30	26	16.09	14.47	▲ 3.6%	▲ 10.1%

<小児科>

	可住地面積	医師数	可住地面積 あたり医師数
福岡・糸島	350.21	377	1.076
粕屋	111.03	53	0.477
宗像	108.45	24	0.221
筑紫	113.32	64	0.565
朝倉	164.99	11	0.067
久留米	371.29	172	0.463
八女・筑後	233.51	29	0.124
有明	225.42	44	0.195
飯塚	176.83	62	0.351
直方・鞍手	130.75	15	0.115
田川	143.61	18	0.125
北九州	372.74	248	0.665
京築	262.34	17	0.065

➔ 小児科においては、京築保健医療圏が該当

<精神科>

二次医療圏	人口		診療所数		診療所数 (対10万人)		変化率(%)	
	H26	R5	H26	R5	H26	R5	人口	診療所数 (対10万人)
	福岡・糸島	1,616,662	1,742,702	134	157	8.29	9.01	7.8%
粕屋	281,079	292,541	6	5	2.13	1.71	4.1%	▲ 19.9%
宗像	154,783	165,686	5	3	3.23	1.81	7.0%	▲ 43.9%
筑紫	430,789	440,905	16	18	3.71	4.08	2.3%	9.9%
朝倉	85,798	80,359	4	4	4.66	4.98	▲ 6.3%	6.8%
久留米	456,772	447,074	19	22	4.16	4.92	▲ 2.1%	18.3%
八女・筑後	134,337	126,915	2	2	1.49	1.58	▲ 5.5%	5.8%
有明	225,253	202,082	9	8	4.00	3.96	▲ 10.3%	▲ 0.9%
飯塚	182,806	169,746	7	5	3.83	2.95	▲ 7.1%	▲ 23.1%
直方・鞍手	109,405	101,780	4	4	3.66	3.93	▲ 7.0%	7.5%
田川	128,287	112,342	3	2	2.34	1.78	▲ 12.4%	▲ 23.9%
北九州	1,100,070	1,045,069	49	61	4.45	5.84	▲ 5.0%	31.0%
京築	186,472	179,711	6	5	3.22	2.78	▲ 3.6%	▲ 13.5%

<精神科>

	可住地面積	医師数	可住地面積 あたり医師数
福岡・糸島	350.21	337	0.962
粕屋	111.03	36	0.324
宗像	108.45	34	0.314
筑紫	113.32	57	0.503
朝倉	164.99	6	0.036
久留米	371.29	149	0.401
八女・筑後	233.51	22	0.094
有明	225.42	50	0.222
飯塚	176.83	26	0.147
直方・鞍手	130.75	14	0.107
田川	143.61	34	0.237
北九州	372.74	194	0.520
京築	262.34	29	0.111

➡ 精神科において該当する保健医療圏なし

<外科>

二次医療圏	人口		診療所数		診療所数 (対10万人)		変化率(%)	
	H26	R5	H26	R5	H26	R5	人口	診療所数 (対10万人)
	福岡・糸島	1,616,662	1,742,702	142	148	8.78	8.49	7.8%
粕屋	281,079	292,541	16	11	5.69	3.76	4.1%	▲ 33.9%
宗像	154,783	165,686	12	10	7.75	6.04	7.0%	▲ 22.2%
筑紫	430,789	440,905	28	29	6.50	6.58	2.3%	1.2%
朝倉	85,798	80,359	10	8	11.66	9.96	▲ 6.3%	▲ 14.6%
久留米	456,772	447,074	73	57	15.98	12.75	▲ 2.1%	▲ 20.2%
八女・筑後	134,337	126,915	17	11	12.65	8.67	▲ 5.5%	▲ 31.5%
有明	225,253	202,082	42	35	18.65	17.32	▲ 10.3%	▲ 7.1%
飯塚	182,806	169,746	27	23	14.77	13.55	▲ 7.1%	▲ 8.3%
直方・鞍手	109,405	101,780	16	15	14.62	14.74	▲ 7.0%	0.8%
田川	128,287	112,342	20	17	15.59	15.13	▲ 12.4%	▲ 2.9%
北九州	1,100,070	1,045,069	142	106	12.91	10.14	▲ 5.0%	▲ 21.4%
京築	186,472	179,711	23	18	12.33	10.02	▲ 3.6%	▲ 18.8%

<外科>

	可住地面積	医師数	可住地面積 あたり医師数
福岡・糸島	350.21	412	1.176
粕屋	111.03	44	0.396
宗像	108.45	22	0.203
筑紫	113.32	58	0.512
朝倉	164.99	17	0.103
久留米	371.29	152	0.409
八女・筑後	233.51	25	0.107
有明	225.42	59	0.262
飯塚	176.83	45	0.254
直方・鞍手	130.75	28	0.214
田川	143.61	30	0.209
北九州	372.74	289	0.775
京築	262.34	25	0.095

➡ 外科においては、京築保健医療圏が該当

<泌尿器科>

二次医療圏	人口		診療所数		診療所数 (対10万人)		変化率(%)	
	H26	R5	H26	R5	H26	R5	人口	診療所数 (対10万人)
福岡・糸島	1,616,662	1,742,702	42	45	2.60	2.58	7.8%	▲ 0.6%
粕屋	281,079	292,541	4	5	1.42	1.71	4.1%	20.1%
宗像	154,783	165,686	3	2	1.94	1.21	7.0%	▲ 37.7%
筑紫	430,789	440,905	8	8	1.86	1.81	2.3%	▲ 2.3%
朝倉	85,798	80,359	1	1	1.17	1.24	▲ 6.3%	6.8%
久留米	456,772	447,074	16	15	3.50	3.36	▲ 2.1%	▲ 4.2%
八女・筑後	134,337	126,915	2	2	1.49	1.58	▲ 5.5%	5.8%
有明	225,253	202,082	9	8	4.00	3.96	▲ 10.3%	▲ 0.9%
飯塚	182,806	169,746	4	4	2.19	2.36	▲ 7.1%	7.7%
直方・鞍手	109,405	101,780	2	2	1.83	1.97	▲ 7.0%	7.5%
田川	128,287	112,342	5	5	3.90	4.45	▲ 12.4%	14.2%
北九州	1,100,070	1,045,069	34	36	3.09	3.44	▲ 5.0%	11.5%
京築	186,472	179,711	3	3	1.61	1.67	▲ 3.6%	3.8%

<泌尿器科>

	可住地面積	医師数	可住地面積 あたり医師数
福岡・糸島	350.21	135	0.385
粕屋	111.03	14	0.126
宗像	108.45	6	0.055
筑紫	113.32	27	0.238
朝倉	164.99	3	0.018
久留米	371.29	51	0.137
八女・筑後	233.51	6	0.026
有明	225.42	12	0.053
飯塚	176.83	10	0.057
直方・鞍手	130.75	6	0.046
田川	143.61	6	0.042
北九州	372.74	88	0.236
京築	262.34	10	0.038

➡ 泌尿器科において該当する保健医療圏なし

<眼科>

二次医療圏	人口		診療所数		診療所数 (対10万人)		変化率(%)	
	H26	R5	H26	R5	H26	R5	人口	診療所数 (対10万人)
福岡・糸島	1,616,662	1,742,702	117	122	7.24	7.00	7.8%	▲ 3.3%
粕屋	281,079	292,541	13	17	4.63	5.81	4.1%	25.6%
宗像	154,783	165,686	8	9	5.17	5.43	7.0%	5.1%
筑紫	430,789	440,905	26	29	6.04	6.58	2.3%	9.0%
朝倉	85,798	80,359	5	5	5.83	6.22	▲ 6.3%	6.8%
久留米	456,772	447,074	32	31	7.01	6.93	▲ 2.1%	▲ 1.0%
八女・筑後	134,337	126,915	7	8	5.21	6.30	▲ 5.5%	21.0%
有明	225,253	202,082	14	14	6.22	6.93	▲ 10.3%	11.5%
飯塚	182,806	169,746	11	13	6.02	7.66	▲ 7.1%	27.3%
直方・鞍手	109,405	101,780	9	7	8.23	6.88	▲ 7.0%	▲ 16.4%
田川	128,287	112,342	4	4	3.12	3.56	▲ 12.4%	14.2%
北九州	1,100,070	1,045,069	79	77	7.18	7.37	▲ 5.0%	2.6%
京築	186,472	179,711	10	9	5.36	5.01	▲ 3.6%	▲ 6.6%

<眼科>

	可住地面積	医師数	可住地面積 あたり医師数
福岡・糸島	350.21	206	0.588
粕屋	111.03	22	0.198
宗像	108.45	13	0.120
筑紫	113.32	29	0.256
朝倉	164.99	6	0.036
久留米	371.29	66	0.178
八女・筑後	233.51	11	0.047
有明	225.42	22	0.098
飯塚	176.83	21	0.119
直方・鞍手	130.75	9	0.069
田川	143.61	2	0.014
北九州	372.74	132	0.354
京築	262.34	7	0.027

➡ 眼科において該当する保健医療圏なし

<耳鼻咽喉科>

二次医療圏	人口		診療所数		診療所数 (対10万人)		変化率(%)	
	H26	R5	H26	R5	H26	R5	人口	診療所数
							(対10万人)	(対10万人)
福岡・糸島	1,616,662	1,742,702	76	80	4.70	4.59	7.8%	▲ 2.3%
粕屋	281,079	292,541	10	11	3.56	3.76	4.1%	5.7%
宗像	154,783	165,686	7	6	4.52	3.62	7.0%	▲ 19.9%
筑紫	430,789	440,905	19	20	4.41	4.54	2.3%	2.8%
朝倉	85,798	80,359	2	3	2.33	3.73	▲ 6.3%	60.2%
久留米	456,772	447,074	27	22	5.91	4.92	▲ 2.1%	▲ 16.8%
八女・筑後	134,337	126,915	6	5	4.47	3.94	▲ 5.5%	▲ 11.8%
有明	225,253	202,082	14	11	6.22	5.44	▲ 10.3%	▲ 12.4%
飯塚	182,806	169,746	5	4	2.74	2.36	▲ 7.1%	▲ 13.8%
直方・鞍手	109,405	101,780	4	4	3.66	3.93	▲ 7.0%	7.5%
田川	128,287	112,342	4	3	3.12	2.67	▲ 12.4%	▲ 14.4%
北九州	1,100,070	1,045,069	53	49	4.82	4.69	▲ 5.0%	▲ 2.7%
京築	186,472	179,711	7	7	3.75	3.90	▲ 3.6%	3.8%

<耳鼻咽喉科>

	可住地面積	医師数	可住地面積 あたり医師数
福岡・糸島	350.21	146	0.417
粕屋	111.03	9	0.081
宗像	108.45	8	0.074
筑紫	113.32	31	0.274
朝倉	164.99	3	0.018
久留米	371.29	51	0.137
八女・筑後	233.51	5	0.021
有明	225.42	16	0.071
飯塚	176.83	7	0.040
直方・鞍手	130.75	6	0.046
田川	143.61	4	0.028
北九州	372.74	93	0.250
京築	262.34	5	0.019

➡ 耳鼻咽喉科において該当する保健医療圏なし

<産婦人科>

二次医療圏	人口		診療所数		診療所数 (対10万人)		変化率(%)	
	H26	R5	H26	R5	H26	R5	人口	診療所数
							(対10万人)	(対10万人)
福岡・糸島	1,616,662	1,742,702	48	48	2.97	2.75	7.8%	▲ 7.2%
粕屋	281,079	292,541	5	7	1.78	2.39	4.1%	34.5%
宗像	154,783	165,686	4	3	2.58	1.81	7.0%	▲ 29.9%
筑紫	430,789	440,905	9	10	2.09	2.27	2.3%	8.6%
朝倉	85,798	80,359	1	1	1.17	1.24	▲ 6.3%	6.8%
久留米	456,772	447,074	16	12	3.50	2.68	▲ 2.1%	▲ 23.4%
八女・筑後	134,337	126,915	2	2	1.49	1.58	▲ 5.5%	5.8%
有明	225,253	202,082	8	7	3.55	3.46	▲ 10.3%	▲ 2.5%
飯塚	182,806	169,746	4	4	2.19	2.36	▲ 7.1%	7.7%
直方・鞍手	109,405	101,780	2	2	1.83	1.97	▲ 7.0%	7.5%
田川	128,287	112,342	1	1	0.78	0.89	▲ 12.4%	14.2%
北九州	1,100,070	1,045,069	35	24	3.18	2.30	▲ 5.0%	▲ 27.8%
京築	186,472	179,711	4	4	2.15	2.23	▲ 3.6%	3.8%

<産婦人科>

	可住地面積	医師数	可住地面積 あたり医師数
福岡・糸島	350.21	168	0.480
粕屋	111.03	14	0.126
宗像	108.45	7	0.065
筑紫	113.32	26	0.229
朝倉	164.99	0	0.000
久留米	371.29	87	0.234
八女・筑後	233.51	7	0.030
有明	225.42	20	0.089
飯塚	176.83	17	0.096
直方・鞍手	130.75	2	0.015
田川	143.61	11	0.077
北九州	372.74	113	0.303
京築	262.34	1	0.004

➡ 産婦人科において該当する保健医療圏なし

# 診療科単位での考察(2)

➡ 診療科別で標榜する診療所数が1か所である医療圏を考察

## <標榜診療科別施設数(診療所)>

	内科	皮膚科	小児科	精神科	外科	泌尿器科	眼科	耳鼻咽喉科	産婦人科
福岡県	2,708	433	620	296	488	136	345	225	125
福岡・糸島	894	211	186	157	148	45	122	80	48
粕屋	101	14	33	5	11	5	17	11	7
宗像	74	8	17	3	10	2	9	6	3
筑紫	143	24	38	18	29	8	29	20	10
朝倉	51	5	8	4	8	1	5	3	1
久留米	252	38	71	22	57	15	31	22	12
八女・筑後	73	11	23	2	11	2	8	5	2
有明	122	18	37	8	35	8	14	11	7
飯塚	114	11	37	5	23	4	13	4	4
直方・鞍手	72	3	13	4	15	2	7	4	2
田川	85	8	22	2	17	5	4	3	1
北九州	615	75	109	61	106	36	77	49	24
京築	112	7	26	5	18	3	9	7	4

   : 考察する区域

○ 朝倉保健医療圏(産婦人科、泌尿器科)及び田川保健医療圏(産婦人科)を考察(P33~)

(参考)標榜診療科別施設数(病院)

	内科	皮膚科	小児科	精神科	外科	泌尿器科	眼科	耳鼻咽喉科	産婦人科
福岡県	405	121	94	154	177	100	82	66	27
福岡・糸島	105	28	19	41	48	25	27	18	3
粕屋	21	3	5	11	8	4	1	2	0
宗像	14	1	2	4	4	1	1	1	1
筑紫	25	6	5	7	8	6	3	3	2
朝倉	8	3	2	2	5	2	2	0	0
久留米	42	10	7	17	22	9	6	6	3
八女・筑後	12	3	3	4	5	4	2	2	2
有明	30	10	8	11	9	5	3	2	2
飯塚	19	7	6	6	9	5	6	4	2
直方・鞍手	10	5	3	4	6	4	3	3	0
田川	16	4	5	9	6	3	4	4	2
北九州	90	36	26	34	43	30	22	20	10
京築	13	5	3	4	4	2	2	1	0

# 考察① 最寄りの医療機関へのアクセシビリティ

## <最寄りの医療機関まで30分以上要する人口割合>

	内科	皮膚科	小児科	精神科	外科	泌尿器科	眼科	耳鼻咽喉科	産婦人科
福岡県	0.8%	0.9%	0.7%	0.9%	0.8%	1.0%	1.0%	1.1%	1.0%
福岡・糸島	0.8%	1.1%	0.9%	0.7%	0.9%	0.9%	1.0%	1.2%	0.9%
粕屋	2.5%	1.9%	2.1%	2.4%	1.4%	1.0%	1.7%	1.8%	1.9%
宗像	2.4%	1.4%	2.2%	2.2%	2.8%	1.8%	1.8%	1.3%	1.8%
筑紫	0.2%	0.2%	0.1%	0.2%	0.2%	0.2%	0.1%	0.2%	0.1%
朝倉	0.2%	1.1%	0.6%	1.1%	0.3%	3.3%	2.9%	3.0%	3.2%
久留米	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.2%	0.1%	0.1%	0.5%
八女・筑後	1.0%	4.9%	0.8%	5.4%	1.5%	6.3%	4.0%	4.5%	5.0%
有明	0.0%	0.1%	0.0%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.2%
飯塚	0.4%	0.4%	0.2%	0.5%	0.4%	1.1%	0.5%	0.9%	1.0%
直方・鞍手	0.5%	0.8%	0.4%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.9%	1.2%
田川	0.7%	1.4%	0.9%	1.1%	1.4%	2.6%	2.2%	2.4%	2.0%
北九州	0.6%	0.6%	0.3%	0.5%	0.6%	0.6%	0.8%	0.7%	0.5%
京築	1.6%	2.0%	1.1%	2.1%	2.1%	2.9%	2.8%	3.0%	2.5%

## (参考) 同60分以上要する人口割合

	内科	皮膚科	小児科	精神科	外科	泌尿器科	眼科	耳鼻咽喉科	産婦人科
福岡県	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
福岡・糸島	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
粕屋	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%
宗像	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%
筑紫	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
朝倉	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
久留米	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
八女・筑後	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	0.3%	0.5%	0.3%
有明	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
飯塚	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
直方・鞍手	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
田川	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
北九州	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
京築	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

: 考察する区域

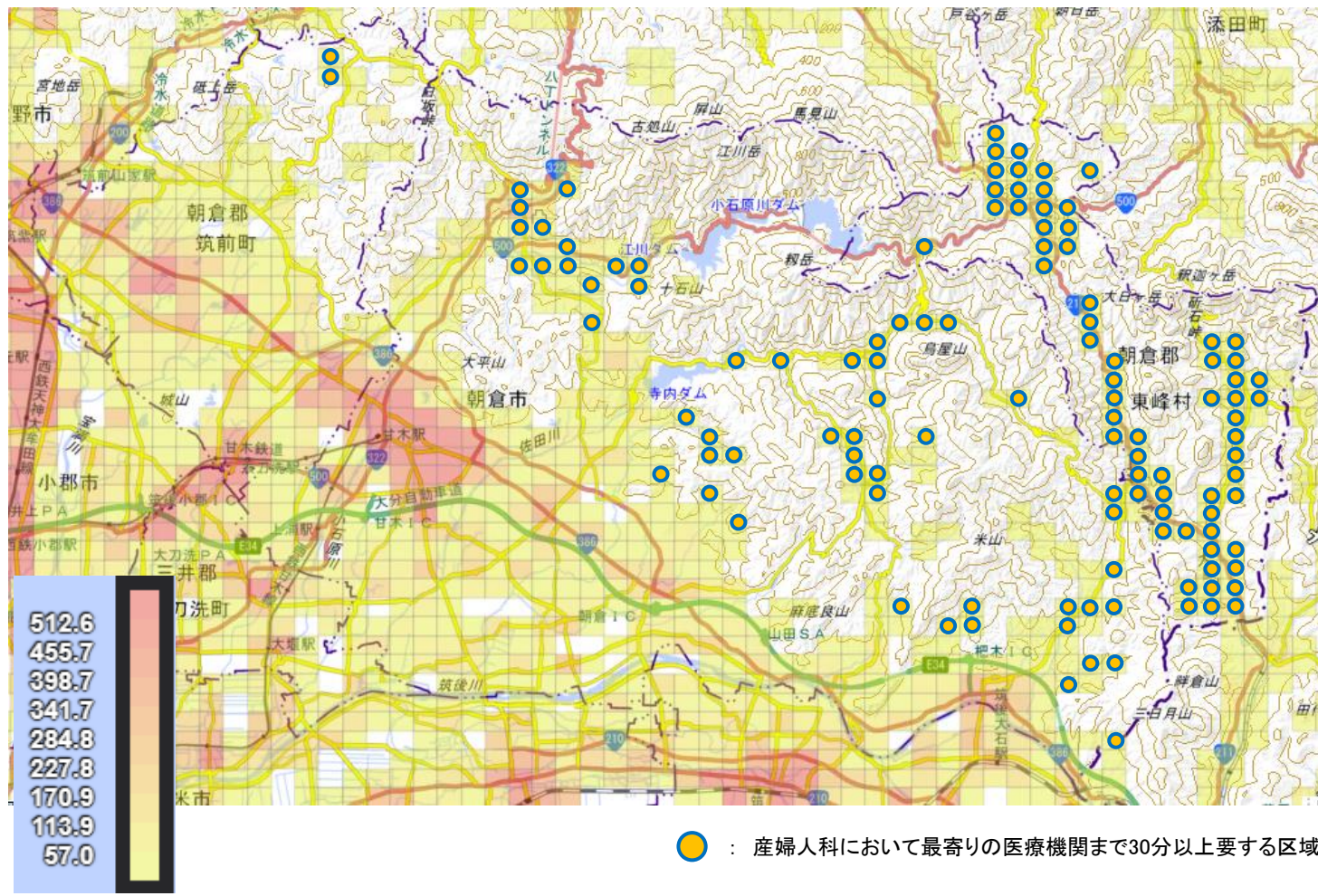
: 最寄りの医療機関まで30分以上要する人口割合が最も高い二次医療圏(診療科単位)

※アクセシビリティ: 福岡県外来医療計画データ集「福岡県における診療科目ごとの医療機関へのアクセシビリティ」(R6)

# 考察① 最寄りの医療機関へのアクセシビリティ

## ＜朝倉保健医療圏＞ （産婦人科）

- 人口メッシュで見ると、朝倉保健医療圏は、JR、西鉄などの鉄道沿いに人口が集中し、東峰村や山地周辺では少ない。
- 産婦人科の医療機関へのアクセシビリティを見ると、30分以内の範囲で概ねカバーできており（96.8%）、60分以上要する区域はないことから、  
朝倉保健医療圏（産婦人科）は、地域住民の医療へのアクセスに困難を抱える区域に該当しないと考えられる。



● : 産婦人科において最寄りの医療機関まで30分以上要する区域

メッシュ分析(人)

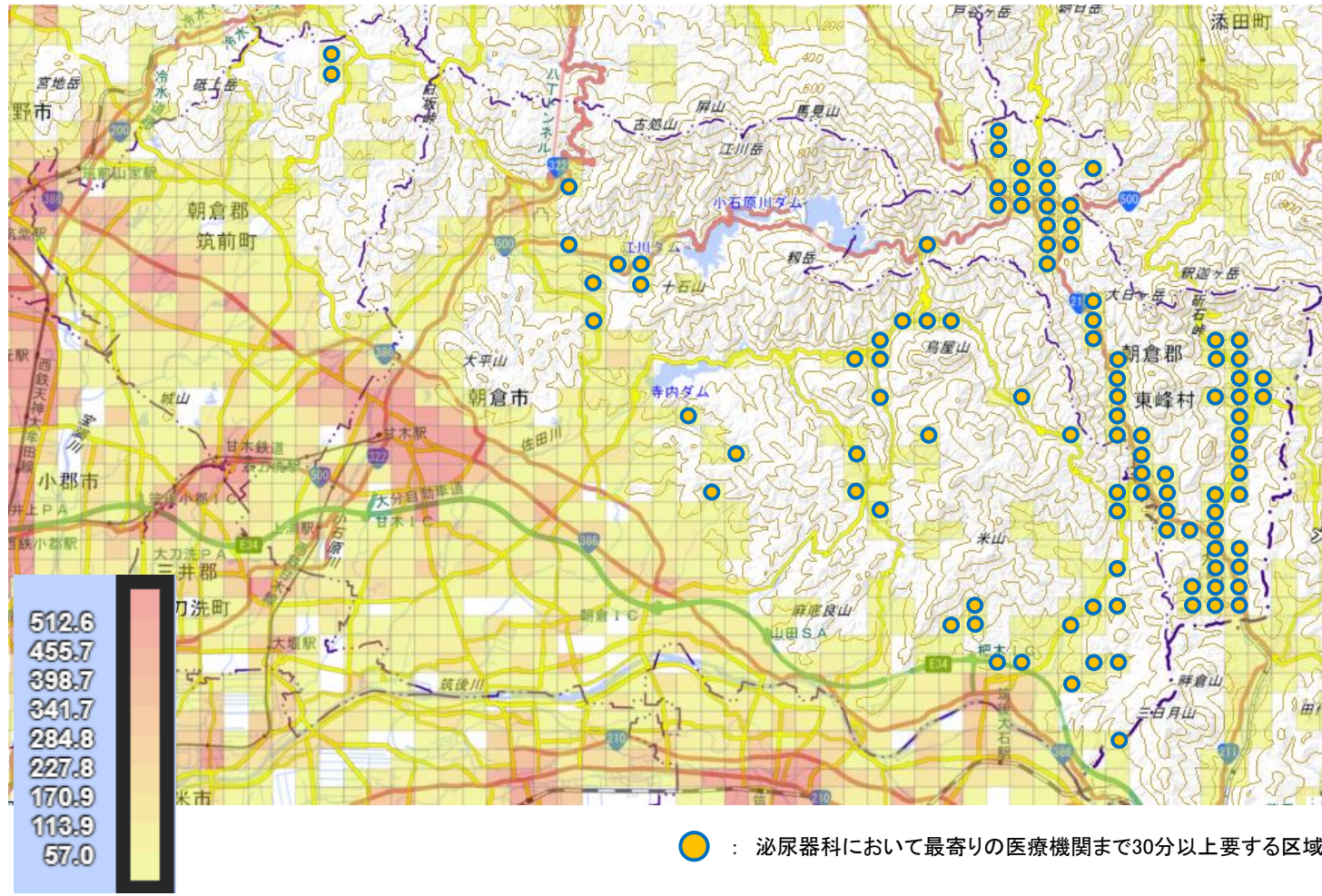
※人口メッシュ(500m):内閣府 地域経済分析システム(RESAS)、出典 2020年(令和2年)国勢調査

※アクセシビリティ:福岡県外来医療計画データ集「福岡県における診療科目ごとの医療機関へのアクセシビリティ」(R6)

# 考察① 最寄りの医療機関へのアクセシビリティ

## ＜朝倉保健医療圏＞ （泌尿器科）

○ 泌尿器科の医療機関へのアクセシビリティを見ると、30分以内の範囲で概ねカバーできており（96.7%）、60分以上要する区域はないことから、  
朝倉保健医療圏（泌尿器科）は、地域住民の医療へのアクセスに困難を抱える区域に該当しないと考えられる。



メッシュ分析(人)

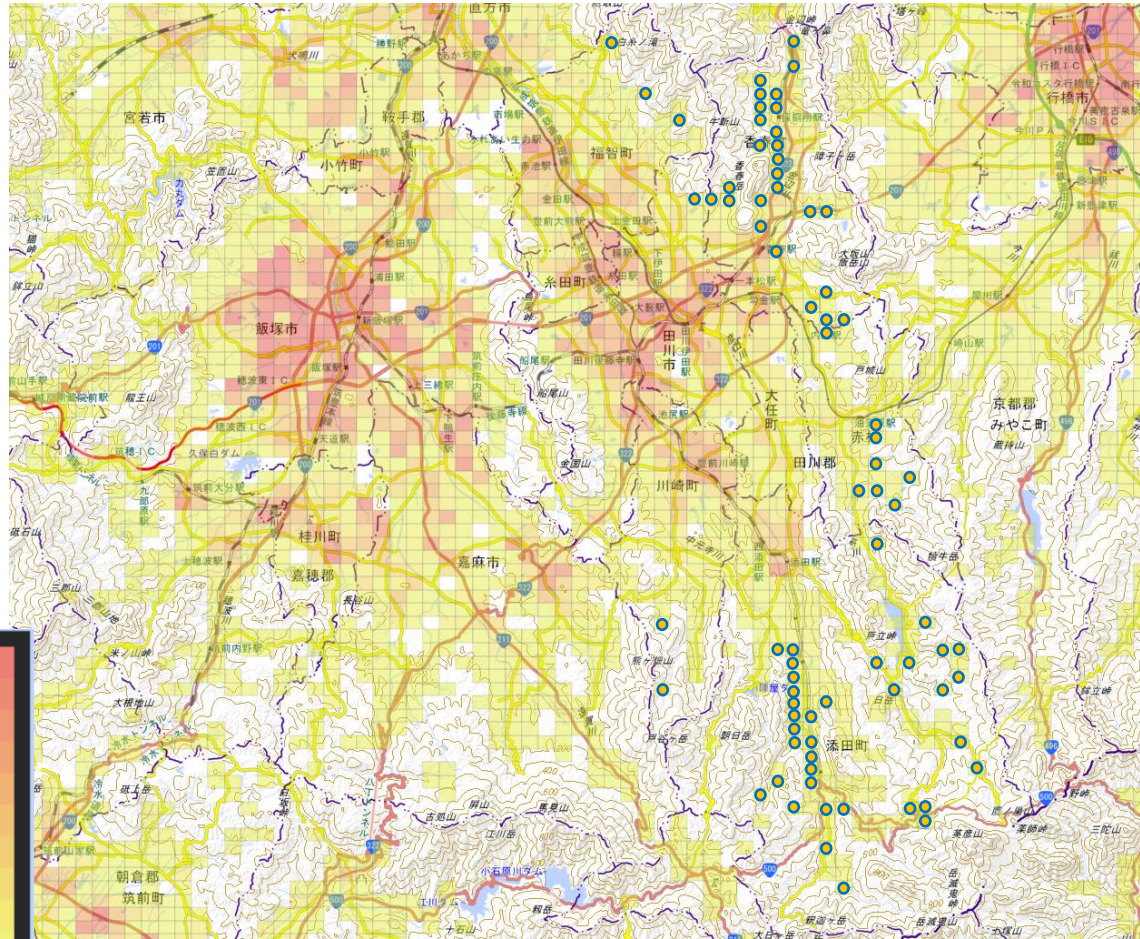
※人口メッシュ(500m):内閣府 地域経済分析システム(RESAS)、出典 2020年(令和2年)国勢調査  
 ※アクセシビリティ:福岡県外来医療計画データ集「福岡県における診療科目ごとの医療機関へのアクセシビリティ」(R6)

# 考察① 最寄りの医療機関へのアクセシビリティ

## <田川保健医療圏> (産婦人科)

- 人口メッシュで見ると、田川保健医療圏は、田川市周辺やJR、平成筑豊鉄道などの鉄道沿いに人口が集中し、香春町や福智町、赤村、添田町などの山間部が少ない。
- 産婦人科の医療機関へのアクセシビリティを見ると、30分以内の範囲で概ねカバーできており(98.0%)、60分以上要する区域はないことから、

田川保健医療圏(産婦人科)は、地域住民の医療へのアクセスに困難を抱える区域に該当しないと考えられる。



● : 産婦人科において最寄りの医療機関まで30分以上要する区域

メッシュ分析(人)

※人口メッシュ(500m):内閣府 地域経済分析システム(RESAS)、出典 2020年(令和2年)国勢調査

※アクセシビリティ:福岡県外来医療計画データ集「福岡県における診療科目ごとの医療機関へのアクセシビリティ」(R6)

診療科単位で見た場合、

(1)「人口減少より医療機関の減少のスピードの方が速い地域」であり、かつ「可住地面積あたり医師数(診療科別)で最も少ない区域」は、京築保健医療圏のみ。

(2)診療科別で標榜する診療所数が1か所である区域は、朝倉医療圏(産婦人科、泌尿器科)及び田川医療圏(産婦人科)であるが、朝倉医療圏(泌尿器科)及び田川医療圏(産婦人科)には区域内に同じ診療科を標榜する病院があり、また、いずれの区域も地域住民の医療へのアクセスに困難を抱えてはいない。

➡ 以上より、重点区域に追加する保健医療圏はない。

空白

- 1 医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージの概要について
- 2 重点医師偏在対策支援区域について
- 3 経済的インセンティブについて**
- 4 医師偏在是正プランについて
- 5 今後のスケジュールについて

## 【総合的な対策パッケージの具体的な取組】

若手

中堅・シニア世代

### 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

### 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

診療科偏在の是正に向けた取組

## <令和8年度に実施する経済的インセンティブ>

### ① 診療所の承継・開業・地域定着支援

- ・新たに承継・開業する診療所に対する施設・設備整備費、運営費の助成

### ② 医師の勤務・生活環境改善への支援

- ・医師の勤務・生活環境改善のため、土日祝日の代替医師を確保する医療機関に対する代替医師の雇用に必要な費用の助成
- ・医師の勤務・生活環境改善のため、宿直室等を整備する医療機関に対する整備費の助成

### ③ 医師の派遣元医療機関への支援

- ・重点区域の医療機関に医師を新たに派遣する中核病院等(特定機能病院を除く)に対する派遣費の助成

※ 「派遣医師・従事医師への手当増額」については、国は令和10年度を目途に開始する予定としている。

空白

# ① 診療所の承継・開業・地域定着支援

新規

## 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 ・有床の場合(5床以下) ・有床の場合(6床以上) 診療部門と一体となった医師・看護師住宅	160㎡ 240㎡ 760㎡ 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	

## ②-1 医師の勤務・生活環境改善への支援

新規

### 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

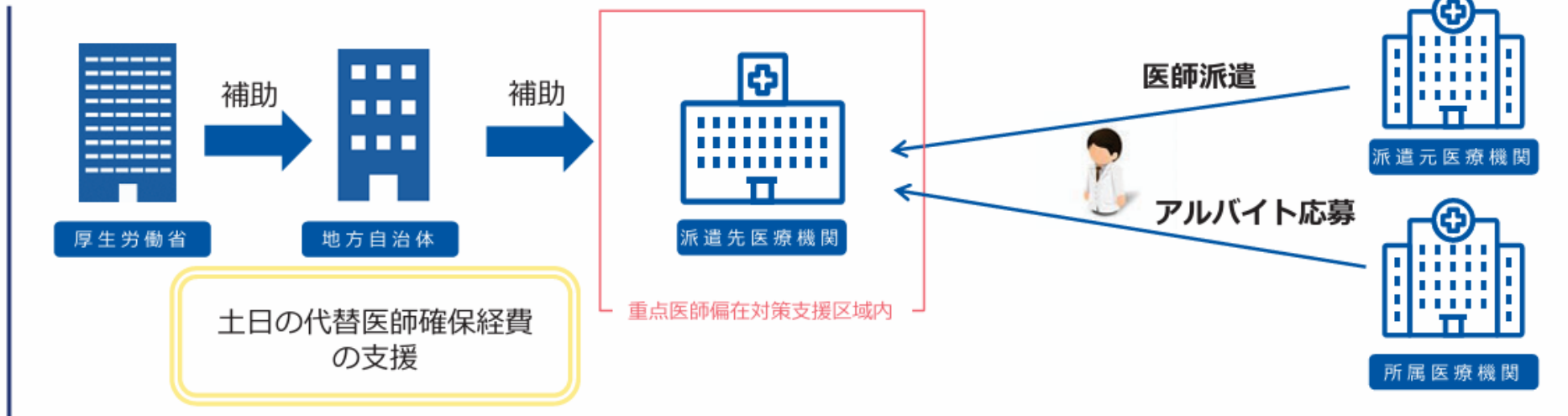
医政局地域医療計画課  
(内線4148)

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

### ③ 医師の派遣元医療機関への支援

医政局地域医療計画課  
(内線4148)

## 新規 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

# 支援対象医療機関

- 支援の対象とする医療機関（以下「支援対象医療機関」という。）については、重点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、重点区域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
- また、設立母体に関わらず、今後策定する新たな地域医療構想を踏まえ、地理的条件や国より配分される事業費も考慮しながら、「地域医療対策協議会」及び「保険者協議会」で合意を得て選定
- 支援対象医療機関については、経済的インセンティブに係る事業ごとに個別に設定できる。

# 支援対象医療機関

## ＜重点区域内の医療機関への意向調査＞

- (1) 調査対象 京築保健医療圏内の病院及び診療所
- (2) 調査期間 令和8年4月16日(木)～5月15日(金)
- (3) 調査内容 令和8年度の経済的インセンティブへの取組意向

\* 意向調査を踏まえた、支援対象医療機関(案)は、【資料4(別添1)】のとおり

- 1 医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージの概要について
- 2 重点医師偏在対策支援区域について
- 3 経済的インセンティブについて
- 4 **医師偏在是正プランについて**
- 5 今後のスケジュールについて

## 【総合的な対策パッケージの具体的な取組】

若手

中堅・シニア世代

### 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

#### <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

診療科偏在の是正に向けた取組

# 医師偏在是正プラン

- 都道府県において、医師確保計画の中でより実効性のある医師偏在対策の取組を進めるため、重点区域を対象とした医師偏在是正プランを策定
  - 医師偏在是正プランにおいては、重点区域、支援対象医療機関、必要な医師数、医師偏在是正に向けた取組等を定めることとし、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
  - 医師偏在是正プランは、緊急的な取組を要する事項から先行して策定し、今年度中に策定する第8次（後期）医師確保計画の中に新たに位置づける。
- \* 医師偏在是正プランの変更（案）は、【資料4（別添2）】のとおり

空白

- 1 医師偏在の是正に向けた総合的な対策  
パッケージの概要について
- 2 重点医師偏在対策支援区域について
- 3 経済的インセンティブについて
- 4 医師偏在是正プランについて
- 5 今後のスケジュールについて

# 今後のスケジュールについて(予定)

時期	内容
令和8年 5月26日	先行的な医師偏在是正プラン(重点区域、支援対象医療機関等)の協議・承認 [県医療対策協議会]
5月28日	〃 [県保険者協議会]
5月28日	国に事業計画書等の提出・内示
6月以降	医療機関において事業開始
令和9年3月	第8次(後期)医師確保計画に医師偏在是正プランを位置づけ

※ 「派遣医師・従事医師への手当増額」については、国は令和10年度を目途に開始する予定としている。

## 福岡県医師偏在是正プラン（変更案）

### 1 目的

「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（令和6年12月25日厚生労働省）」に基づき、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（以下「重点区域」という。）と設定した上で、医師偏在の是正に向けた取組を行うことにより、地域の医療提供体制を確保する。

### 2 重点医師偏在対策支援区域の設定

福岡県医療対策協議会及び福岡県保険者協議会における協議を踏まえ、県内で医師偏在指標が最も低い二次保健医療圏である「京築保健医療圏」を重点区域に設定する。

<医師偏在指標及び県内順位>

二次保健医療圏	数値	県内順位	二次保健医療圏	数値	県内順位
福岡県	313.3	—	八女・筑後	216.3	8/13
福岡・糸島	399.0	2/13	有明	233.6	5/13
粕屋	220.7	7/13	飯塚	341.3	3/13
宗像	198.4	10/13	直方・鞍手	184.4	12/13
筑紫	224.7	6/13	田川	197.4	11/13
朝倉	202.0	9/13	北九州	301.6	4/13
久留米	407.8	1/13	京築	151.6	13/13

※出典：令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計等

### 3 支援対象医療機関の選定

福岡県地域医療構想を踏まえ、地理的条件等も考慮しながら、福岡県医療対策協議会及び福岡県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に選定する。

### 4 目標医師数

295人（全国下位33.3%を脱するための医師数）

	計画※策定時点の医師数 (2022(令和4)年度算定)	計画※時点の医師偏在指標を維持するための医師数 (2026(令和8)年度)	全国下位33.3%を脱するための医師数 (2026(令和8)年度)	目標医師数 (2026(令和8)年度)
京築	273人	249人	<u>295人</u>	<u>295人</u>

※福岡県医師確保計画2024（令和6）年度～2026（令和8）年度

## 5 医師偏在是正に向けた取組等

- (1) 診療所の承継・開業・地域定着支援
  - ・新たに承継・開業する診療所に対する施設・設備整備費、運営費の助成
- (2) 医師の勤務・生活環境改善への支援
  - ・医師の勤務・生活環境改善のため、土日祝日の代替医師を確保する医療機関に対する代替医師お雇用に必要な費用の助成
  - ・医師の勤務・生活環境改善のため、宿直室等を整備する医療機関に対する整備費の助成
- (3) 医師の派遣元医療機関への支援
  - ・重点区域の医療機関に医師を新たに派遣する中核病院等(特定機能病院を除く)に対する派遣費の助成

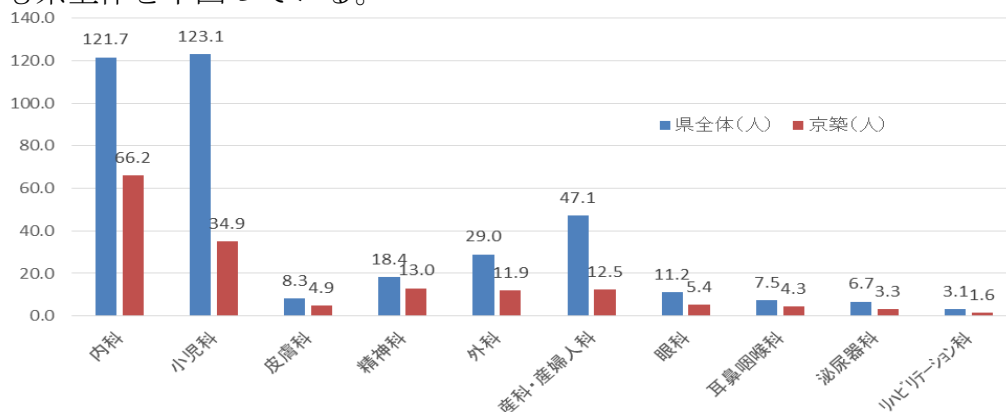
## 6 計画期間

2025(令和7)～2026(令和8)年度

(参考) 京築保健医療圏の現状と課題

◆ 人口 10 万人当たり医療施設従事医師数 (診療科別)

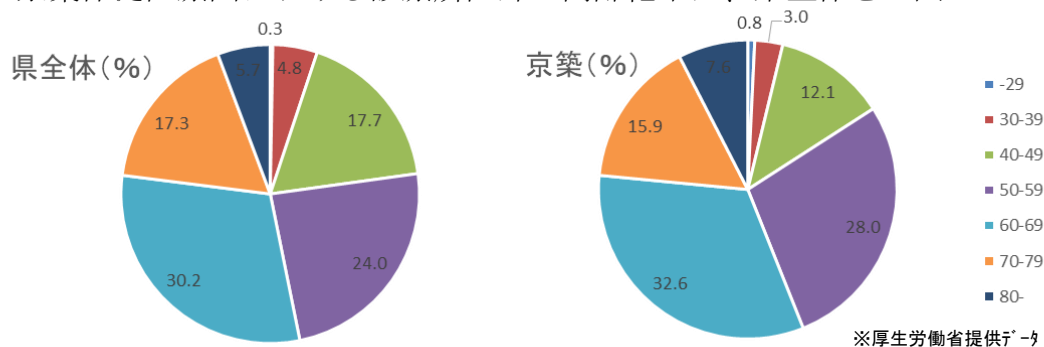
○ 京築保健医療圏における 10 万人対医療施設従事医師数は、いずれの診療科においても県全体を下回っている。



※厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」(令和 4 年 12 月 31 日現在)、令和 5 年 1 月 1 日現在「住民基本台帳年報」を基に算出

◆ 診療所医師の高齢化率

○ 京築保健医療圏における診療所医師の高齢化率は、県全体を上回っている。



※厚生労働省提供データ

◆ 可住地面積当たり医師数

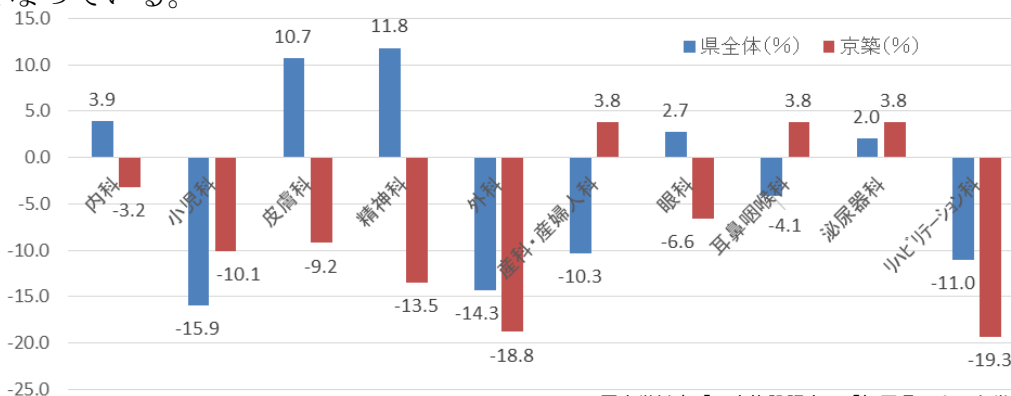
○ 京築保健医療圏における可住地面積当たり医師数は、県全体を下回っている。

	可住地面積 (km <sup>2</sup> )	医師数 (人)	可住地面積あたり医師数 (人/km <sup>2</sup> )
県全体	2764.49	15,968	5.776111
京築	262.34	284	1.082565

※厚生労働省提供データ

◆ 過去 10 年間 (H26→R5) における人口 10 万人当たり診療所数の変化率 (診療科別)

○ 京築保健医療圏における人口 10 万人対診療所数は、多くの診療科で県全体より減少。また、小児科や皮膚科、精神科、眼科等では、人口の減少率を上回る減少率となっている。



※厚生労働省「医療施設調査」、「福岡県の人口と世帯年報」

参考) H26→R5 人口変化率: 県全体 +0.3%、京築 -3.6%

(新旧対照表) 福岡県医師偏在是正プラン (案)

(新)	(旧)																																								
<b>福岡県医師偏在是正プラン</b>	<b>福岡県医師偏在是正プラン</b> <u>(診療所の承継・開業支援について)</u>																																								
<p>1 目的</p> <p>「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（令和6年12月25日厚生労働省）」に基づき、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（以下「<u>重点区域</u>」という。）と設定した上で、<u>医師偏在の是正に向けた取組を行うことにより、地域の医療提供体制を確保する。</u></p> <p>(略)</p>	<p>1 目的</p> <p>「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（令和6年12月25日厚生労働省）」に基づき、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（以下「<u>支援区域</u>」という。）と設定した上で、<u>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、施設整備、設備整備、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。</u></p> <p>(略)</p>																																								
<p>2 重点医師偏在対策支援区域の設定</p> <p>(略)</p>	<p>2 重点医師偏在対策支援区域の設定</p> <p>(略)</p>																																								
<p>3 支援対象医療機関の<u>選定</u></p> <p><u>福岡県地域医療構想を踏まえ、地理的条件等も考慮しながら、福岡県医療対策協議会及び福岡県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に選定する。</u></p> <p>(削除)</p>	<p>3 支援対象医療機関の<u>設定</u></p> <p><u>2の支援区域において、承継又は開業する以下の診療所を支援対象医療機関に設定する。</u></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">No.</th> <th style="text-align: center;">医療機関名称</th> <th style="text-align: center;">所在地</th> <th style="text-align: center;">標榜診療科</th> <th style="text-align: center;">承継・開業</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td><u>みぞぐち泌尿器科クリニック</u></td> <td><u>豊前市大字恒富 40 番地 1</u></td> <td><u>泌尿器科</u></td> <td><u>承継 (R7.1.1)</u></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td><u>医療法人二見医院</u></td> <td><u>築上町大字築城 661-1</u></td> <td><u>内科、循環器内科、小児科</u></td> <td><u>承継 (R7.4.1)</u></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td><u>久永内科皮膚科医院</u></td> <td><u>豊前市大字塔田 7 5 7 番地 2</u></td> <td><u>内科、皮膚科</u></td> <td><u>承継 (R8.3.31)</u></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td><u>みき心と体のクリニック</u></td> <td><u>行橋市西宮市二丁目 1-1</u></td> <td><u>心療内科、精神科、内科</u></td> <td><u>開業 (R7.4.1)</u></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td><u>みやこアイクリニック</u></td> <td><u>みやこ町勝山黒田 830-2</u></td> <td><u>眼科</u></td> <td><u>開業 (R7.8.5)</u></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">6</td> <td><u>きらめきクリニック小児科・内科</u></td> <td><u>みやこ町国作 616-4</u></td> <td><u>小児科、内科</u></td> <td><u>開業 (R7.9.1)</u></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">7</td> <td><u>こどもすまいるクリニック</u></td> <td><u>苅田町大字与原 1091-1</u></td> <td><u>小児科</u></td> <td><u>開業 (R7.10.1)</u></td> </tr> </tbody> </table>	No.	医療機関名称	所在地	標榜診療科	承継・開業	1	<u>みぞぐち泌尿器科クリニック</u>	<u>豊前市大字恒富 40 番地 1</u>	<u>泌尿器科</u>	<u>承継 (R7.1.1)</u>	2	<u>医療法人二見医院</u>	<u>築上町大字築城 661-1</u>	<u>内科、循環器内科、小児科</u>	<u>承継 (R7.4.1)</u>	3	<u>久永内科皮膚科医院</u>	<u>豊前市大字塔田 7 5 7 番地 2</u>	<u>内科、皮膚科</u>	<u>承継 (R8.3.31)</u>	4	<u>みき心と体のクリニック</u>	<u>行橋市西宮市二丁目 1-1</u>	<u>心療内科、精神科、内科</u>	<u>開業 (R7.4.1)</u>	5	<u>みやこアイクリニック</u>	<u>みやこ町勝山黒田 830-2</u>	<u>眼科</u>	<u>開業 (R7.8.5)</u>	6	<u>きらめきクリニック小児科・内科</u>	<u>みやこ町国作 616-4</u>	<u>小児科、内科</u>	<u>開業 (R7.9.1)</u>	7	<u>こどもすまいるクリニック</u>	<u>苅田町大字与原 1091-1</u>	<u>小児科</u>	<u>開業 (R7.10.1)</u>
No.	医療機関名称	所在地	標榜診療科	承継・開業																																					
1	<u>みぞぐち泌尿器科クリニック</u>	<u>豊前市大字恒富 40 番地 1</u>	<u>泌尿器科</u>	<u>承継 (R7.1.1)</u>																																					
2	<u>医療法人二見医院</u>	<u>築上町大字築城 661-1</u>	<u>内科、循環器内科、小児科</u>	<u>承継 (R7.4.1)</u>																																					
3	<u>久永内科皮膚科医院</u>	<u>豊前市大字塔田 7 5 7 番地 2</u>	<u>内科、皮膚科</u>	<u>承継 (R8.3.31)</u>																																					
4	<u>みき心と体のクリニック</u>	<u>行橋市西宮市二丁目 1-1</u>	<u>心療内科、精神科、内科</u>	<u>開業 (R7.4.1)</u>																																					
5	<u>みやこアイクリニック</u>	<u>みやこ町勝山黒田 830-2</u>	<u>眼科</u>	<u>開業 (R7.8.5)</u>																																					
6	<u>きらめきクリニック小児科・内科</u>	<u>みやこ町国作 616-4</u>	<u>小児科、内科</u>	<u>開業 (R7.9.1)</u>																																					
7	<u>こどもすまいるクリニック</u>	<u>苅田町大字与原 1091-1</u>	<u>小児科</u>	<u>開業 (R7.10.1)</u>																																					
<p>4 目標医師数</p> <p>(略)</p>	<p>4 目標医師数</p> <p>(略)</p>																																								
<p>5 <u>医師偏在是正に向けた取組等</u></p> <p><u>(1) 診療所の承継・開業・地域定着支援</u></p> <p><u>・新たに承継・開業する診療所に対する施設・設備整備費、運営費の助成</u></p> <p><u>(2) 医師の勤務・生活環境改善への支援</u></p> <p><u>・医師の勤務・生活環境改善のため、土日祝日の代替医師を確保する医療機関に対する代替医師お雇用に必要な費用の助成</u></p> <p><u>・医師の勤務・生活環境改善のため、宿直室等を整備する医療機関に対する整備費の助成</u></p> <p><u>(3) 医師の派遣元医療機関への支援</u></p> <p><u>・重点区域の医療機関に医師を新たに派遣する中核病院等（特定機能病院を除く）に対する派遣費の助成</u></p>	<p>5 <u>承継・開業の支援</u></p> <p><u>地域の医療提供体制を確保するため、3の支援対象医療機関に対し、施設整備及び設備整備、一定期間の地域への定着支援を行う。</u></p> <p><u>・施設整備事業</u></p> <p><u>診療所の運営に必要な診療部門（診察室、処置室等）や、診療部門と一体となった医師・看護師住宅の整備費の補助</u></p> <p><u>・設備整備事業</u></p> <p><u>診療所の運営に必要な医療機器等の購入費の補助</u></p> <p><u>・地域への定着支援事業</u></p> <p><u>診療所を承継又は開業する場合の地域への定着に必要な経費の補助</u></p>																																								
<p>6 計画期間</p> <p><u>2025（令和7）～2026（令和8）年度</u></p>	<p>6 計画期間</p> <p>2025（令和7）年度</p>																																								

## 医師の働き方改革について

## 1 特定労務管理対象機関の指定状況等

## (1) 指定状況（令和8年4月1日現在）

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

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

第3回医師等医療機関職員の働き方改革推進本部厚労省資料（R6.1.19）

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

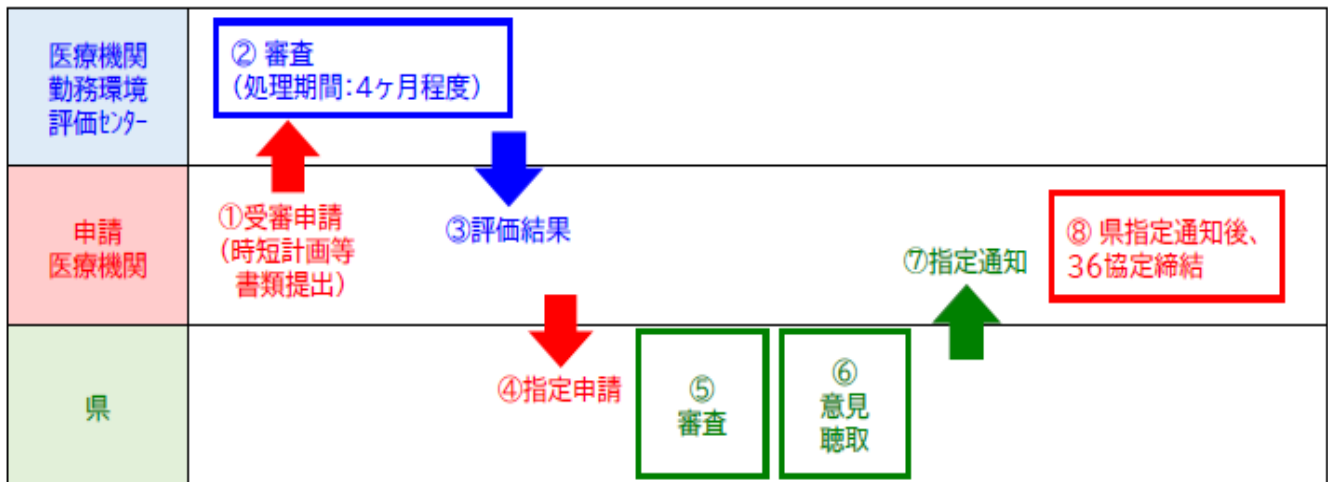
## 2024年4月以降の制度概要

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

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

特定労務管理対象機関

(2) 指定手続きフロー（指定申請・業務変更申請・更新共通）



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

(3) 更新手続きスケジュール

特定労務管理対象機関の指定更新にかかる評価センター受審スケジュール

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

都道府県医療勤務環境  
改善担当者意見交換会  
資料 (R7.4.17)

<評価センター受審スケジュール>

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

## 特定労務管理対象機関の指定について

- 令和6年4月から医師の働き方改革が開始されたことに伴い、医師をやむを得ず年960時間を超える時間外・休日労働に従事させる必要がある医療機関は、医療機関勤務環境評価センター（以下「評価センター」という。）の評価を受けた上で、県から特定労務管理対象機関の指定を受ける必要がある。
- また、1つの医療機関が複数の特例水準の指定を受ける場合においては、指定に係る手続を水準毎で行う必要がある。  
 (※) 特定労務管理対象機関の指定期間は3年間。更新の指定を受けなければ効力を失う。
- 今回、評価センターの評価結果を受領した下記2の医療機関から、特例水準の指定の更新申請がなされたもの。なお、評価センターの評価結果は【資料5(1)(別添1)】のとおり。

### 1 申請内容について

- 今回、指定の更新申請のあった医療機関及び医療法に基づく指定要件【資料5(1)(別添2)】への適合状況は以下のとおり。

医療機関		水準別の指定要件 (資料5(1)別添2)	適合
1	九州大学病院	連携B水準	○
2	北九州市立八幡病院	B水準①	○
		B水準②	○

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

## 2 医療対策協議会における意見聴取

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

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

※意見聴取する会議体について

(医療対策協議会 (R5. 2. 17) 及び医療審議会 (R5. 3. 27) にて了承)

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

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

(事務局案)

- ・ B水準及び連携B水準に申請のあった2医療機関を特定労務管理対象機関に指定更新することについては、医療対策協議会における議論と整合性があるものとする(確認する内容ウ)。
- ・ また、指定要件にも適合(医療計画部会及び医療審議会への意見聴取を除く)している。
- ・ したがって、今回、指定更新の申請のあった特定労務管理対象機関について、指定更新を行うこととしたい。

### 3 指定更新の手續きに係るスケジュール（予定）

- ① 令和8年5月26日（火） 医療対策協議会における意見聴取【本日】
- ② 令和8年6月 5日（金） 医療計画部会における意見聴取
- ③ 令和9年3月頃 医療審議会における意見聴取
- ④ 令和9年3月下旬 申請医療機関へ指定更新の通知及び公示

## 評価センターによる評価結果について

## 1. 概要

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

## 【評価センターによる評価結果について】（手順書 P20 抜粋）

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

（※）1～3については「○」、4～5については「△」と評価されている。

## ＜全体結果の体系＞

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

## 2. 申請医療機関の評価結果について

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

評価結果	医療機関
1に該当	九州大学病院、北九州市立八幡病院

## 3. 評価結果の公表について

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

資料5（1）（別添1）

	医療機関名	特定労務管理対象機関 指定日・指定の種別	医療機関勤務環境評価センターの評価結果			県による支援の方針
			通知日	全体評価	指摘事項・助言等	
1	国立大学法人九州大学 病院	令和9年●月●日 連携型特定地域医療提供医療機関 (連携B水準)	評価第25-008号 -2 2026年2月27日	医師の労働時間短縮に向けた医療機 関内の取組は十分に行われており、 労働時間短縮が進んでいる	労働関係法令及び医療法に規定された事項について必要な要件を満たしている。それ以外の労務管理体制の整備や労働時間短縮に向けた取り組みとして、医師の適切な労働時間の把握・管理体制の整備がなされている。労働時間短縮に向けて、引き続き改善に向けた取り組みが必要である。	県に設置した勤務環境 改善支援センターを通 じ、医療労務管理アド バイザーの個別訪問に よる相談対応や研修会 の実施など、各医療機 関の状況に応じ、必要 な支援を行う。
2	地方独立行政法人北九 州市立病院機構 市立 八幡病院	令和9年●月●日 特定地域医療提供医療機関（B水 準）	評価第25-008号 -2 2026年2月27日	医師の労働時間短縮に向けた医療機 関内の取組は十分に行われており、 労働時間短縮が進んでいる	労働関係法令及び医療法に規定された事項について必要な要件を満たしている。それ以外の労務管理体制の整備や労働時間短縮に向けた取り組みとして、医師の面接指導及び就業上の措置の実施体制が整備されているが、医師の適切な勤務計画の作成や医師の労働時間短縮に向けた研修・周知の実施などに取り組む必要がある。医師の労働時間短縮に向けて、引き続き改善に向けた取り組みが必要である。	県に設置した勤務環境 改善支援センターを通 じ、医療労務管理アド バイザーの個別訪問に よる相談対応や研修会 の実施など、各医療機 関の状況に応じ、必要 な支援を行う。

医療法に基づく特定労務管理対象機関の指定要件

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

※今後実施

## 令和7年度に実施した各種調査の概要について

調査名	医師の働き方改革の施行後調査	医療機関における勤務環境改善 取組アンケート
実施主体	福岡県	福岡県
本県における 調査対象	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 全病院 (自衛隊福岡病院、北九州医療刑務所医療部病 院を除く)</li> <li>・ 夜間休日急病診療所・休日急患診療所</li> <li>・ 分娩を取り扱う診療所 (院長のみが診療を行う診療所を除く)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 全病院 (自衛隊福岡病院、北九州医療刑務所医療 部病院を除く)</li> <li>・ 全有床診療所</li> </ul>
調査概要	<p>上限規制適用後の各医療機関や地域医療体制 の実態を把握すること等を目的とした調査</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 大学等の医療機関から派遣されている医師の 働き方改革に関連した引き揚げ(派遣医師数の 減少)の状況</li> <li>・ 医師の働き方改革の施行に伴う医師の引き揚 げや時間外・休日労働時間の上限規制等による 影響 等</li> </ul>	<p>県内医療施設の医師及び看護師、その他 医療従事者の勤務環境改善取組状況を把握 することで、支援を必要とする医療施設を 特定し、支援につなげることを目的とした 調査</p> <p>特に労務管理については、回答をもと に、センターによる訪問支援、フォロー アップを実施。</p>
調査時期	令和7年7月7日～8月6日	令和8年1月20日～2月20日
令和8年度 実施	<p>令和8年7月下旬～</p> <p>※ 働き方改革の影響等に限定せず、労務管 理、診療体制、時間外・休日労働時間の実態把 握を目的としたアンケート調査を実施予定。</p>	<p>令和9年1月下旬～</p>