

厚生労働科学研究費補助金
(地域医療基盤開発推進研究事業)

医師確保計画を踏まえた効果的な
医師偏在対策の推進についての政策研究

令和2年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 小池 創 一

令和4(2022)年3月

目 次

I. 総括研究報告

医師確保計画を踏まえた効果的な医師偏在対策の推進についての政策 研究	1
---------------------------------------	---

II. 分担研究報告

医師確保計画の記載内容に関する研究	7
地域枠医師キャリア形成プログラムの都道府県別比較	39
医師確保計画における医師少数スポットに関する研究； 無医地区との関係	50
地域医療に従事する女性医師の確保をめぐる諸課題についての検討	54
都道府県別医師数の推計方法に関する検討	57

III. 研究成果の刊行に関する一覧表	62
---------------------	----

医師確保計画を踏まえた効果的な医師偏在対策の推進についての政策研究

研究代表者 小池創一 自治医科大学地域医療学センター 地域医療政策部門 教授

研究要旨

先の医師法・医療法改正を受け、都道府県は新たに医師偏在指標を定め、3年ごとに医師確保計画を更新、医師偏在の是正と医師確保に努めることとなった。医師確保計画の実効性を確保する上で、医師確保計画の進捗のモニタリング・評価を行うための戦略・指標をとりまとめることや、都道府県の医師確保策について情報収集を行い効果が期待される施策を分析すること等が医療政策研究の課題となっている。

このような状況を踏まえ、本研究では、(1)「医師確保計画の記載内容に関する研究」として、各都道府県が策定した医師確保計画を「医師確保計画策定ガイドライン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について」と比較することでその記載内容を整理するとともに、特徴的な医師確保施策を抽出・分析、(2)「医師確保計画における医師少数スポットに関する研究」として、都道府県の医師少数スポットの設定についての考え方や、無医地区との比較を実施、(3)「地域枠医師キャリア形成プログラムの都道府県別比較」として、専門医取得についての取得の可否、種類、最短取得可能年数等を把握、(4)「地域医療に従事する女性医師の確保をめぐる諸課題についての検討」として、地域枠卒業生の義務履行状況とライフイベントの関係について既存の資料に基づいた分析の実施、(5)「都道府県別医師数の推計方法に関する検討」として、医師届出票情報の分析を通じた医師歯科医師薬剤師調査の中間年における都道府県別医師数の推計方法の検討、等を実施した。

研究分担者

松本 正俊 広島大学大学院医系科学研究科
地域医療システム学講座 教授

小谷 和彦 自治医科大学地域医療学センター
地域医療学部門 教授

岡崎研太郎 名古屋大学大学院医学系研究科
地域医療教育学講座 准教授

片岡 仁美 岡山大学病院 ダイバーシティ推進
センター 教授

研究協力者

井口清太郎 新潟大学新潟大学大学院医歯
学総合研究科 新潟地域医療学
講座 地域医療学部門 教授

大脇 哲洋 鹿児島大学大学院医歯学総合研
究科地域医療学分野 教授

杉岡 隆 佐賀大学医学部地域医療支援学
講座 教授

長谷川仁志 秋田大学大学院医学系研究科
医学教育学講座 教授

前田 隆浩 長崎大学病院 総合診療科 教授

渡辺 晃紀 栃木県県西健康福祉センター 所
長

早川 貴裕 栃木県県西健康福祉センター 副
主幹

寺裏 寛之 自治医科大学地域医療学センタ
ー地域医療学部門 研究生

A. 研究目的

平成 30 年通常国会で成立した医師法・医
療法改正により、都道府県は新たに医師偏在
指標を定め 3 年ごとに医師確保計画を更新し、
医師偏在の是正と医師確保に努めることとなっ
た。このような状況下において、医師確保計画
の実効性を確保する上でも、医師確保計画の
モニタリングや評価や医師確保策の分析を行う
ことは、医療政策研究の課題として必要性が高
くなっていると考えられる。

本研究の目的は、医師確保計画の進捗のモ
ニタリング・評価を行うための戦略・指標をとりま
とめるとともに、都道府県の医師確保策につい
て情報収集を行い、効果が期待される施策を
分析することにある。3 年計画の 1 年目となる令
和 2 年度は、(1) 医師確保計画の記載内容に
関する研究、(2) 医師確保計画における医師
少数スポットに関する研究、(3) 地域枠医師キ
ャリア形成プログラムの都道府県別比較、(4)
地域医療に従事する女性医師の確保をめぐる
諸課題についての検討、(5) 都道府県別医師

数の推計方法に関する検討を行い、医師確保
計画をめぐる諸課題について実態を明らかに
することをめざした。

B. 研究方法

(1) 医師確保計画の記載内容に関する研究

各都道府県が策定した医師確保計画を収集
し、「医師確保計画策定ガイドライン及び外来
医療に係る医療提供体制の確保に関するガイ
ドラインについて」(以下、「ガイドライン」) 中に
記載を求められている項目について、記載の有
無をデータベース化・分析を行うとともに、特徴
的な医師確保施策を抽出・分析した。

(2) 医師確保計画における医師少数スポットに 関する研究; 無医地区との関係

医師確保計画内の医師少数スポットに関す
る記載をもとに医師少数スポットの設定に関す
る情報を得た。また、無医地区等調査の結果を
もとに無医地区に関する情報を得て、医師少数
スポットと無医地区の比較を行い、その関係を
明らかにした。

(3) 地域枠医師キャリア形成プログラムの都道 府県別比較

各都道府県が策定したキャリア形成プログラ
ムを収集し、専門医取得について(取得の可否、
種類、最短取得可能年数等)、サブスペシャリ
ティ専門医取得について(取得の可否、種類、
最短取得可能年数等)、医療資源の乏しい地
域での勤務について(勤務開始年次と期間等)
を把握、考察を加えた。

(4) 地域医療に従事する女性医師の確保をめ

ぐる諸課題についての検討

地域卒卒業生の義務履行状況とライフイベントに関する調査の計画を行うとともに、地域卒卒業生の義務履行状況とライフイベントの関係について既存の資料を基に分析した。

(5) 都道府県別医師数の推計方法に関する検討

厚生労働省に 2014、2016、2018 年医師届出票情報の提供の申出を行い、許可を得て分析を行った。都道府県間の流出入、無届割合が平成 2016～2018 年間も 2014～2016 年と同じ割合で推移するとの仮定を置き、2016 年の届出医師数と 2017～2018 年の臨床研修採用実績を用いて都道府県別の 2018 年の医師数を推計した

(倫理的な配慮について)

都道府県別医師数の推計方法に関する検討に関しては、自治医科大学医学系倫理審査委員会の審査・承認(臨大 20-142)を得て実施した。

C. 研究結果

(1) 医師確保計画の記載内容に関する研究

ガイドラインに記載されている内容の中で、医師多数/少数区域の設定、医師確保の方針策定等については、おおむね医師確保計画中に記載がなされていた。一方、二次医療圏の適切さの確認、再編、見直しについて言及されている都道府県は少なかった。また、医師確保計画のための具体策については、医師の養成に関する事項については、ほぼ全ての都道府県

が施策として記載されていた。医師派遣も記載はされていたが、医師の招聘や即戦力医師の派遣調整を施策として明記する都道府県は少数であった。さらに、医師の定着についても言及はある一方、出産、育児、労働時間等、着目している施策にはばらつきがあった。

(2) 医師確保計画における医師少数スポットに関する研究; 無医地区との関係

47 都道府県中、26 都道府県(55.3%)が医師少数スポットを設定し、医師少数スポットの総数は 313 地域であった。医師少数スポットは、市町村全域で設定されている場合が最も多かった(103 地域 [32.9%])。無医地区については全国で 637 地区に見られた。医師少数スポット数と無医地区数との相関を検討したところ、正相関が認められた($p=0.33$, $P<0.01$)。医師少数スポットの地域当たりの面積(中央値[四分位範囲])を見ると、無医地区と比較して医師少数スポットのほうが有意に大きかった(69.0 [44.4-189.5] km^2 , 50.3 [50.3-50.3] km^2 , $P<0.01$)。医師少数スポットと無医地区との重なりを分類したところ、両者の重複が見られない型が最多(245 地区 [78.3%])で、次にほぼ重なって無医地区を包含する型が多かった(43 地区 [13.7%])。

(3) 地域卒医師キャリア形成プログラムの都道府県別比較

地域卒医師のキャリア形成プログラムは、都道府県ごとに多様であったが、ある程度の類型化が可能であった。専門医取得は基本 19 領域で可能とする都道府県が多かったが、サブスペシャリティ専門医取得の可否については、ほとんどの都道府県で記載がなかった。地域での

勤務は多くの県で卒後3年目以降とされ、実質的には専門医取得前後の卒後5～6年目以降としている都道府県が多数であった。また、地域での勤務年数は4～6年とする都道府県が多かった。

(4) 地域医療に従事する女性医師の確保をめぐる諸課題についての検討

医道審議会医師分科会医師専門研修部会の資料を分析した結果、2019年度に専門研修に取り組む地域枠医師のうち地域枠離脱者は29名、3.9%であり(非離脱者は707名、96.1%)、離脱した理由のうち結婚による配偶者への他県同伴は12名であり、41.3%であった。2020年度に専門研修に取り組む地域枠医師のうち地域枠離脱者は15名、1.5%であり(非離脱者は958名、98.5%)、離脱した理由のうち結婚による配偶者への他県同伴は1名であり、6.6%であった。

(5) 都道府県別医師数の推計方法に関する検討

2014-2016年については289、266件、2016-2018年については296、067件の届出情報について、都道府県間異動状況が把握できた。2018年時点の都道府県医師数の推計結果と2018年医師歯科医師薬剤師統計による都道府県別医師数を比較したところ、実際の届出医師数との一致率は-2～+3%の範囲となっていた。

D. 考察

(1) 医師確保計画の記載内容に関する研究

医師確保計画中に、医師多数/少数区域の設定、医師確保の方針策定等は、概ね記載があるものの、計画策定の体制や基金の活用等、計画の実効性を高めるための施策については、必ずしも多くの都道府県が明記しているわけではなかった。また、医師確保計画施策に関しても、医師養成に関する事項は、ほぼ全ての都道府県が施策として記載している。医師派遣に関する事項は、医師の招聘や即戦力医師の派遣調整を施策として明記する都道府県は少数であった。この背景には、都道府県が医師確保のために持つ効果的な手段が限られていると認識している可能性があり、各都道府県が行っている医師確保施策についてのさらなる分析や情報共有、都道府県と大学の連携を一層深めることによる医師確保策の重要性が示唆される結果であった可能性があると考えられた。

(2) 医師確保計画における医師少数スポットに関する研究; 無医地区との関係

本研究を通じて、医師少数スポットが市町村全域で設定されることが多いこと、医師少数スポットの人口密度は市町村全体が過疎地域とみなされる人口密度とほぼ同一である等の特徴が明らかとなった。また、医師少数スポットと無医地区との間に正相関が認められたことは、両者が、医師確保の必要性の面から、同じ方向の性質を持つことが示唆された。医師少数スポットでの勤務は、研鑽に関する支援、病院管理者としての候補要件、経済的なインセンティブの付与に繋がり得るものであり、今後、都道府県ごとの医師少数スポットの設定による効果を検証することは、有効な医師確保を議論する上で有用であると考えられた。

(3) 地域枠医師キャリア形成プログラムの都道府県別比較

地域枠医師のキャリア形成プログラムは、都道府県ごとに多様であったが、ある程度の類型化をすることが可能であった。すなわち専門医取得は基本 19 領域で可能とする都道府県が多く、サブスペシャリティ専門医取得の可否については、ほとんどの都道府県で記載されていなかった。この結果からは、プログラムの策定の視点が、義務年限の修了までにとどまっている可能性を示唆するものと考えられる。医師のキャリア形成は生涯にわたるものであり、サブスペシャリティ専門医取得や大学院進学(博士号取得)、留学、さらには、ライフイベントへの配慮も踏まえたより長期的な視点も重要であると考えられた。

(4) 地域医療に従事する女性医師の確保をめぐる諸課題についての検討

医道審議会資料を用いた分析から、2019 年度に専門研修に取り組む地域枠のうち離脱者は 3.9%、うち結婚による配偶者への他県同伴は 12 名であり、41.3%であった。2020 年度のデータにおいては結婚による配偶者への他県同伴は少なかったが、これらのデータは継続して調査する必要がある。また、結婚による要素以外にも、今後育児、介護などの要素も検討する必要があると考えられた。

(5) 都道府県別医師数の推計方法に関する検討

都道府県間の流出入、無届割合が平成 2016～2018 年間も 2014～2016 年と同じ割合で推移するとの仮定を置き、2016 年の届出医師数と 2017～2018 年の臨床研修採用実績を

用いて都道府県別の 2018 年の医師数を推計したところ、実際の届出医師数との一致率は-2%～+3%の範囲となった。この結果を踏まえると、県内全体の医師数を把握し偏在指標を用いた都道府県間の比較にはある程度使えても、医師確保計画の詳細な評価を行う上では一定の限界がある可能性が高いと考えられた。

E. 結論

本研究を通じて、医師確保計画の記載内容、医師確保計画における医師少数スポットと無医地区との関係、地域枠医師のキャリア形成プログラムの特徴、地域医療に従事する女性医師の確保をめぐる諸課題、医師歯科医師薬剤師統計の非実施年における都道府県別医師数の推計方法に関する検討を行い、その実態を明らかにするとともに、今後の課題について整理することができたものと考えられる。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

該当なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

医師確保計画の記載内容に関する研究

研究分担者 小池 創一 自治医科大学地域医療学センター 地域医療政策部門 教授

松本 正俊 広島大学大学院医系科学研究科 地域医療システム学講座 教授

研究要旨

医師確保計画の実効性を確保する上でも、医師確保計画のモニタリングや評価や医師確保策の分析を行うことは、医療政策研究の課題として必要性が高い。本研究では、都道府県の医師確保計画と国の示したガイドラインを比較することを通じて、医師確保計画の策定状況を把握・整理するとともに、どのような特徴的な記載があるかについて分析することを目的とした。

研究班で、都道府県医師確保計画を収集し、「医師確保計画策定ガイドライン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について」中に記載を求められている項目について記載状況を把握するとともに、特徴的な医師確保施策を抽出したところ、医師確保計画には、医師多数/少数区域の設定、医師確保の方針策定等記載の記載はほぼなされているものの、確保目標を達成するための各施策については、地域枠や自治医大に関する記載を除くと、数値目標を上げている都道府県は極めて少ないことが明らかとなった。

この背景には、都道府県が医師確保のために持つ効果的な手段が限られていると認識している可能性があり、各都道府県が行っている医師確保施策についてのさらなる分析や情報共有、都道府県と大学の連携を一層深めることによる医師確保策の重要性が示唆される結果であった可能性がある。

A. 研究目的

2018年の医師法・医療法改正により、都道府県は、三次医療圏間及び二次医療圏間の偏在是正による医師確保対策等を医療計画の中に新たに「医師確保計画」として定めることとなった。医師確保計画は、3年を1期（2020年度からの当初計画のみ4年計画）として、2019年度中に策定することとなった。

医師確保計画の実効性を確保する上でも、医師確保計画のモニタリングや評価や医師確保策の分析を行うことは、医療政策研究の課題として必要性が高いと考えられる。医師確保計画の策定にあたっては、「医師確保計画策定ガイドライン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について」（平成31年3月29日厚生労働省医政局地域医療計画課長、厚生労働省医政局医事課長通知、以下「ガイドライン」）が示さ

れているが、ガイドラインに示された内容がどの程度、策定された計画に反映されているかについての体系的なレビューはなされておらず、どのような取組みに重点的に取り組まれているかといった課題も十分整理されていない。

本研究では、都道府県の医師確保計画と国の示したガイドラインを比較することを通じて、医師確保計画の策定状況を把握・整理するとともに、どのような特徴的な記載があるかについて分析することを目的とした。

B. 研究方法

各都道府県のHPに掲載されている医師確保計画を収集し、ガイドライン中に記載を

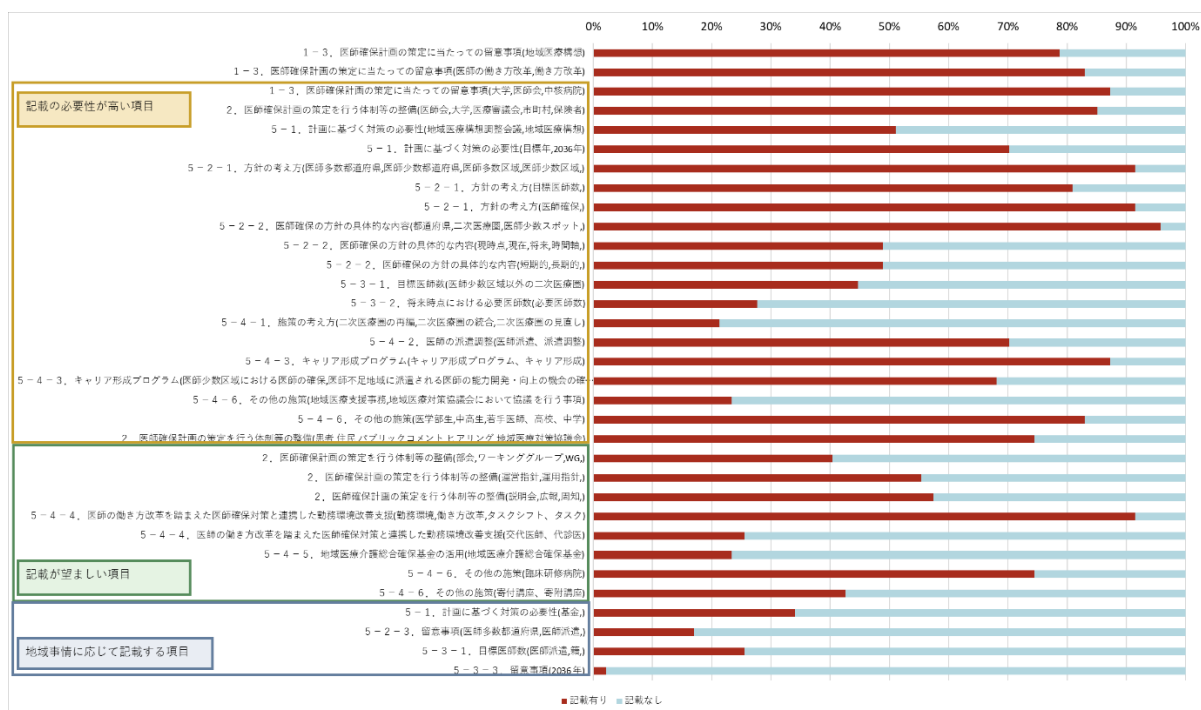
求められている項目について、記載の有無をデータベース化した。さらに「医師確保施策」について、特徴的な記載を抽出した。データベースの作成と分析の一部は、株式会社三菱総合研究所に委託して実施した。

C. 研究結果

(1) 医師確保計画の記載内容について

医師確保計画の記載内容について、ガイドラインの中で、記載の必要が高い項目、記載が望ましい項目、必要に応じて記載することが求められている項目について記載割合を求めた。(図1)

図1 医師確保計画策定ガイドラインも項目と実際の記載内容の比較結果



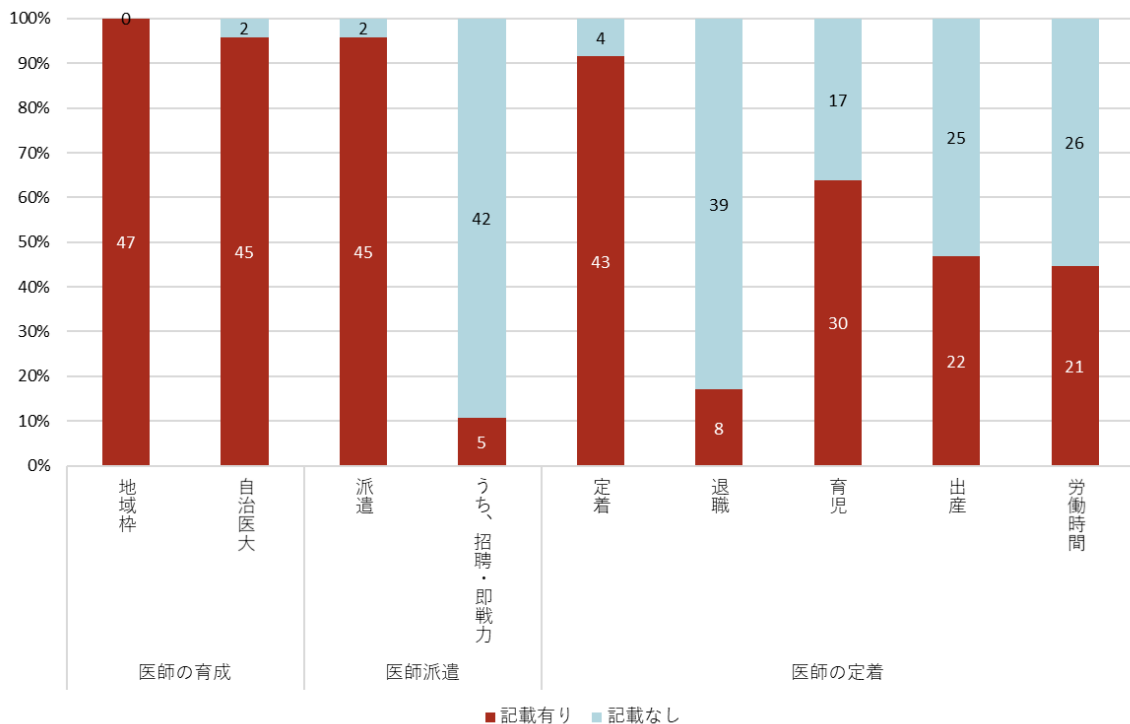
ガイドラインに記載されている内容の中で、医師多数／少数区域の設定、医師確保の方針策定等、記載の必要性が高いとされている項目については、おおむね医師確保計画中に記載がなされていた。一方、二次医療圏の適切さの確認、再編、見直しについて言及されている都道府県は少なかった。

記載の必要性が必ずしも必須とはされていない項目中では、医師の働き方改革に関する施策や、臨床研修病院の体制強化等は、記

載の割合が比較的高かった。

また、医師確保計画のための具体策については、医師の養成に関する事項（地域枠、自治医大）は、ほぼ全ての都道府県が施策として記載されていた。医師派遣も記載はされていた一方、医師の招聘や即戦力医師の派遣調整を施策として明記する都道府県は少数であった。さらに、医師の定着についても言及はある一方、出産、育児、労働時間等、着目している施策にはばらつきがあった。（図2）

図2 医師確保政策の記載状況



(2) 特徴的な記載内容について

特徴的な記載について調査したところ「医師の養成」・「医師派遣」に関する具体的な記載（岩手県）、即戦力医師採用、派遣（東京都）、若手医師の県内誘導（埼玉県）、UI ター

ンの促進（福井県）がありと考えられた。「医師の養成」・「医師派遣」に関する具体的な記載としては、計画期間中の年次ごとに、即戦力医師の招聘数、奨学金医師の県内医師の県内従事者数をそれぞれ目標値として示して

おり、「医師の養成」・医師派遣」に関する具体的な記載である点に特徴があった。¹

即戦力医師の採用、派遣として、東京都では、地域医療の支援に意欲を持ち、医師経験5年以上の即戦力となる医師を都職員として採用し、多摩・島しょ地域の医師不足が深刻な市町村公立病院等に一定期間派遣し、地域の医療体制の確保を支援地域する、医療支援ドクター事業がすることを、目標達成のための施策として明記していた。^{2, 3}

若手医師の県内誘導として、埼玉県は、臨床研修医の県内誘導のための民間主催の大規模臨床研修病院合同説明会で全国からの医学生に県内臨床研修病院の特色や魅力をPRし、県内への誘導・定着を図ること、後期研修医の県内誘導のため、寄附講座を活用して県外大学病院から県内病院へ指導医及び専門医を招へい、後期研修の指導体制を強化すること、埼玉県で医師になることへの志をかん養するために、高校生等を対象に模擬医療体験や病院見学、医師との懇談会等を実施する高校生等の志養成事業を実施していること等を記載していた。⁴

UI ターンの促進策とし、福井県が県ゆかりの医師のUI ターン促進として、県出身者や県内医療機関の勤務経験を有する等、県にゆかりのある県外在住医師を対象にUI ターン意向調査を実施し、人材登録を促してい

している取組や、県外の大学医学部や臨床研修病院に在籍している県出身者を対象にした、奨学金制度を創設等が記載されていた。⁵

D. 考察

医師確保計画中に、医師多数/少数区域の設定、医師確保の方針策定等は、概ね記載があるものの、計画策定の体制や基金の活用等、計画の実効性を高めるための施策については、必ずしも多くの都道府県が明記しているわけではなかった。また、医師確保計画施策に関しても、医師養成に関する事項は、ほぼ全ての都道府県が施策として記載している。医師派遣に関する事項は、医師の招聘や即戦力医師の派遣調整を施策として明記する都道府県は少数であった。

記載の内容にこのような差異があった背景には、都道府県が医師確保を推進するために、現実性が見込める施策としては、医学部地域枠を通じた医師確保や自治医大医師のへき地派遣といった、都道府県が直接的に影響力を行使しうるものがある一方、県外からの医師招聘等は、医師個人のライフスタイルや家庭環境等との調整が必要なもの、大学等、医師本人とともに、外部の機関との連携や調整が必要となるために、間接的にしか影響力

1 岩手県医師確保計画. p8
https://www.pref.iwate.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/028/783/ishikakuhoikeikaku.pdf
2 東京都医師確保計画 p27.
https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryo/iryo_hoken/kanren/kyogikai/ishikakuhoikeikaku.files/03ishikakuho1-3.pdf
3 東京都地域医療支援ドクター事業

https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryo/sonota/ishi_chiiki_iryoshiendoctor.html
4 埼玉県 医師確保計画 p 14
https://www.pref.saitama.lg.jp/documents/3048/keikaku_7th_henkou_5.pdf
5 福井県医師確保計画 p17.
https://www.pref.fukui.lg.jp/doc/iryou/ishikakuhoikeikaku_d/fil/ishikakuho.pdf

を行使できない部分もあることも影響を及ぼしているものと考えられる。これらの結果は、各都道府県が行っている医師確保施策についてさらなる分析や情報共有、都道府県と大学の連携を一層深めることによる医師確保策の重要性を示唆するものである可能性があると考えられる。

E. 結論

都道府県の医師確保計画と国の示したガイドラインを比較することを通じて、医師確保計画の策定状況を把握・整理を試みた。医師確保計画には、医師多数/少数区域の設定、医師確保の方針策定等記載の記載はほぼなされているものの、確保目標を達成するための各施策については、地域枠や自治医大に関する記載を除くと、数値目標を上げている都道府県は極めて少なかった。

この背景には、都道府県が医師確保のために持つ効果的な手段が限られていると都道府県が認識をしている可能性があり、各都道府県が行っている医師確保施策についてのさらなる分析や情報共有、都道府県と大学の連携を一層深めることによる医師確保策の重要性が示唆される結果であった可能性がある。来年度実施する都道府県ヒアリング等を通じた詳細な調査が必要であると考えられた。

F. 研究発表

該当無し

G. 知的財産権の出願・登録状況

該当無し

医師確保計画 掲載URLリスト

都道府県	医師確保計画 掲載URL	アクセス日付
01 北海道	http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/cis/ishikakuho/ishikakuhoikeikaku.htm	2021/1/29
02 青森県	https://www.pref.aomori.lg.jp/soshiki/kenko/iryo/ishikakuho_keikaku.html	2021/1/29
03 岩手県	https://www.pref.iwate.jp/kurashikankyou/iryou/seido/ishikakuho/1028783.html	2021/1/29
04 宮城県	https://www.pref.miyagi.jp/soshiki/iryou/rmpindex.html	2021/1/29
05 秋田県	https://www.pref.akita.lg.jp/pages/archive/49896	2021/1/29
06 山形県	https://www.pref.yamagata.jp/090013/kenfuku/iryo/ishikangoshi/ishikakuhoikeikaku.html	2021/1/29
07 福島県	https://www.pref.fukushima.lg.jp/sec/21045d/ishikakuhoikeikaku.html	2021/1/29
08 茨城県	https://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/jinzai/ishikakuho/isei/ishikakuho/ishikakuhoikeikaku.html	2021/1/29
09 栃木県	http://www.pref.tochigi.lg.jp/e02/kouhou/2020ishikakuhoikeikaku-gairairyoukeikaku2.html	2021/1/29
10 群馬県	https://www.pref.gunma.jp/02/d10g_00136.html	2021/1/29
11 埼玉県	https://www.pref.saitama.lg.jp/a0709/isikakuhoikeikaku.html	2021/1/29
12 千葉県	https://www.pref.chiba.lg.jp/kenfuku/keikaku/r2ichibu-kaitei.html	2021/1/29
13 東京都	https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryo/iryo_hoken/kanren/ishikakuho.html	2021/1/29
14 神奈川県	https://www.pref.kanagawa.jp/docs/t3u/cnt/f742/dainanaji.html	2021/1/29
15 新潟県	https://www.pref.niigata.lg.jp/sec/ishikango/ishikakuhoikeikakusakutei.html	2021/1/29
16 富山県	http://www.pref.toyama.jp/cms_sec/1204/kj00006481.html	2021/1/29
17 石川県	https://www.pref.ishikawa.lg.jp/iryou/support/ishigairai/ishigairai.html	2021/1/29
18 福井県	https://www.pref.fukui.lg.jp/doc/iryou/ishikakuhoikeikaku.html	2021/1/29
19 山梨県	https://www.pref.yamanashi.jp/imuka/42_002.html	2021/1/29
20 長野県	https://www.pref.nagano.lg.jp/kenko-fukushi/kenko/iryo/shisaku/2ndsogokeikaku2.html	2021/1/29
21 岐阜県	https://www.pref.gifu.lg.jp/kodomo/iryo/horei/11229/ishikakuhoikeikaku.html	2021/1/29
22 静岡県	http://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-450/iryou/ishikakuhoikeikaku.html	2021/1/29
23 愛知県	https://www.pref.aichi.jp/soshiki/imu/aichikenishikakuhoikeikaku.html	2021/1/29
24 三重県	https://www.pref.mie.lg.jp/IRYOKAI/HP/m0346100002.htm	2021/1/29
25 滋賀県	https://www.pref.shiga.lg.jp/ippan/kenkouiryouhukushi/iryo/311141.html	2021/1/29
26 京都府	http://www.pref.kyoto.jp/iryo/index.html	2021/1/29
27 大阪府	http://www.pref.osaka.lg.jp/iryo/ishikakuhosakutei/index.html	2021/1/29
28 兵庫県	https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf15/ishikakuho_gairairyou_keikaku.html	2021/1/29
29 奈良県	http://www.pref.nara.jp/54919.htm	2021/1/29
30 和歌山県	https://www.pref.wakayama.lg.jp/prefg/050100/imuka/d00203807.html	2021/1/29
31 鳥取県	https://www.pref.tottori.lg.jp/290929.htm	2021/1/29
32 島根県	https://www.pref.shimane.lg.jp/medical/kenko/iryo/shimaneno_iryo/hokenniryoukeikaku/ishikakuho.html	2021/1/29
33 岡山県	https://www.pref.okayama.jp/page/654306.html	2021/1/29
34 広島県	https://www.pref.hiroshima.lg.jp/soshiki/64/ishikakuho-gairairyoukeikaku.html	2021/1/29
35 山口県	https://www.pref.yamaguchi.lg.jp/cms/a11700/6iryoukeikaku/ishikakuho.html	2021/1/29
36 徳島県	https://www.pref.tokushima.lg.jp/tb/ippannokata/kenko/iryo/5014521	2021/1/29
37 香川県	https://www.pref.kagawa.lg.jp/content/dir1/dir1_5/dir1_5_1/wfn4nw200228115843.shtml	2021/1/29
38 愛媛県	https://www.pref.ehime.jp/h20150/keikaku/keikaku/isikakuho_gairairyou.html	2021/1/29
39 高知県	https://www.pref.kochi.lg.jp/soshiki/131301/2020040600259.html	2021/1/29
40 福岡県	https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/fukuokakenngairairyoukeikaku-fukuokakennishikakuhoikeikaku.html	2021/1/29
41 佐賀県	https://www.pref.saga.lg.jp/list04373.html	2021/1/29
42 長崎県	https://www.pref.nagasaki.jp/bunrui/hukushi-hoken/iryo/ishikakuhoikeikaku/423137.html	2021/1/29
43 熊本県	https://www.pref.kumamoto.jp/kiji_31988.html	2021/1/29
44 大分県	https://www.pref.oita.jp/soshiki/12620/2331keikaku.html	2021/1/29
45 宮崎県	https://www.pref.miyazaki.lg.jp/iryoyakumu/kense/kekaku/20200331141245.html	2021/1/29
46 鹿児島県	https://www.pref.kagoshima.jp/ae03/kenko-fukushi/kenko-iryo/gaiyo/2019ikenboshukekka.html	2021/1/29
47 沖縄県	https://www.pref.okinawa.lg.jp/site/hoken/hokeniryo/ishikakuho/okinawakenishikakuhoikeikaku.html	2021/1/29

○医師確保計画における目標医師数に関する記載

※「(案)」の都道府県は青色。また、有無が空欄の都道府県は該当する計画が未公表

都道府県	目標医師数の分析	該当ページ	大分類	中分類	小分類	記載内容(引用)	備考
01_北海道	○	17-18	第5目標医師数			<p>○目標医師数は、国のガイドラインでは医師少数都道府県と医師少数区域について設定するものとされ、計画期間終了時点において各医療圏で確保しておくべき医師の数を表すものとして、当該医療圏の計画終了時点の医師偏在指標が計画開始時点の低位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されます。したがって、医師確保対策により追加で確保が必要な医師数は、目標医師数と現在の医師数との差分として表されます。</p> <p>○しかしながら、そもそも医師偏在指標が一定の仮定のもとに算出されたものであること、さらには、計画策定時点における各二次医療圏における医師数については、三師統計(調査)による、医師の主たる従業先を算出の基礎としていることから、主に常勤医の実態が反映されていると考えられ、非常勤医師の勤務実態の反映の程度が不明であることから、目標医師数についても、あくまでも、一定の仮定のもとに算出された目安として捉えることが適当です。</p> <p>○このことを念頭においたうえで、医師偏在の是正に向けた目安として目標医師数を用いていくこととしますが、北海道は医師中間都道府県であることから、道全体としての目標医師数は設定しません。また、二次医療圏については、医師少数区域について目標医師数を設定することとします。</p> <p>○なお、必要な医師数を確保するにあたっては、単に医師の総数を増加させるだけではなく、その地域又は医療機関において必要としている診療領域ごとの医師数を考慮することも重要ですが、国においては、診療科と疾病・診療行為との対応の検討のために時間を要することや、推計にも限界があるとしており、本計画では診療科別の医師偏在の状況や目標医師数は設定しないこととしています。</p>	図あり
02_青森県	○	10				<p>(3) 医師確保の方針</p> <p>本県は医師少数県と設定されていることから、目標医師数として示されている2,896人を超える医師の県内での勤務を目標とします。</p> <p>国が示す三次保健医療圏、二次保健医療圏ごとの目標医師数を見ると、県内二次保健医療圏の目標医師数の合計は2,622人であり、三次保健医療圏の目標医師数とは274人の差があります(次頁表)。本計画では、三次保健医療圏の目標医師数と各二次保健医療圏の目標医師数の両方の達成を目標とし、施策を行っていきます。</p>	二次医療圏別 目標別途あり
03_岩手県	○	4	第3章医師確保の方針、目標医師数及び必要医師数	1 医師確保の方針		<p>○本県は、県全体が医師少数都道府県となっており、また、盛岡医療圏を除く8圏域が医師少数区域となっていることから、県全体の医師数の増加を図ることを方針として必要な対策を講じることとします。</p> <p>○医師の絶対数が少ない沿岸・県北地域を中心とした医師少数区域に奨学金養成医師を計画的に配置し、医師の地域偏在の解消を図ります。</p> <p>○また、周産期・小児医療体制の確保に向けて、奨学金による医師養成等を通じ産科及び小児科の医師確保に取り組みます。</p>	
03_岩手県		4		2 目標医師数及び必要医師数	(1) 目標医師数及び必要医師数の設定	<p>○本計画では、計画目標年次の令和5年度までに、県全体及び各二次医療圏が医師少数区域から脱するために確保すべき医師数を基礎としつつ、本県の実情を踏まえた「目標医師数」を定めるとともに、最終目標年次である令和18年度までに医師偏在を解消するために確保すべき医師数を「必要医師数」として定めることとします。</p>	
03_岩手県		4		2 目標医師数及び必要医師数	(2) 目標医師数	<p>ア 県全体の目標医師数2</p> <p>○県全体の目標医師数は、令和5年度に医師偏在指標に基づく順位が全国の都道府県の低位33.3%を上回るために必要な医師数とされており、本県の目標医師数は2,817人、確保すべき医師数は359人となります。(図表5)</p> <p>イ 二次医療圏毎の目標医師数3</p> <p>○二次医療圏毎の目標医師数は、原則として、医師偏在指標に基づく順位が、令和5年度に全国の全ての二次医療圏の低位33.3%を上回るために必要な医師数とされており、二次医療圏毎に目標医師数及び確保すべき医師数を定めるものとします。</p> <p>○なお、算定された医師数が、令和5年度に現在医師数を下回る二次医療圏については、現在医師数をもとに、全国の二次医療圏の医師偏在指標の平均値に相当する医師数を超えない範囲で、二次医療圏毎に目標医師数として定めるものとします。</p> <p>○全国の低位33.3%となる医師偏在指標の値は、都道府県においては47都道府県間の比較により、二次医療圏においては全国335の二次医療圏との比較により算出されることから、県全体の目標医師数と二次医療圏の目標医師数の合計は一致していません。</p> <p>○本計画期間内においては、二次医療圏毎の目標医師数の確保を優先し、地域偏在の解消に取り組むものとします。</p> <p>(現在医師数が全国の低位33.3%に達していない二次医療圏) (岩手中部、胆江、両磐、釜石、宮古の各医療圏)</p> <p>○目標医師数は、二次医療圏の医師偏在指標が全国の低位33.3%を上回るために必要な医師数とし、現在医師数との差を確保すべき医師数として設定します。</p>	

都道府県	目標医師数の分析	該当ページ	大分類	中分類	小分類	記載内容(引用)	備考
						〔現在医師数が全国の低位33.3%を上回る二次医療圏〕 (気仙、久慈、二戸の各医療圏) ○算定された医師数が、令和5年度に現在医師数を下回ることとなりますが、医師の絶対数が少なく、医師数の増加を図る必要がある地域であることから、各二次医療圏の現在医師数と、当該二次医療圏の医師偏在指標が全国の二次医療圏の医師偏在指標の平均値となるために必要な医師数の計を2で除して得られた値を目標医師数とし、現在医師数との差を確保すべき医師数として設定します。 (医師多数区域の二次医療圏) (盛岡医療圏) ○医師多数区域であることから、現在医師数を維持することを目標とします。	
03_岩手県		5		2 目標医師数及び必要医師数	(3)将来時点(令和18年度)における必要医師数	○必要医師数は、将来時点(令和18年)における全国の医師数が全国の医師需要と一致する場合の医師偏在指標(全国値)と、医療圏毎の医師偏在指標が等しくなるために必要な医師数として国が示す数値であり、本県の必要医師数は3,234人となっています。	
04_宮城県	○	20-21	V 目標医師数	1 目標医師数の考え方		・目標医師数は4年間の計画期間中(令和2(2020)年度～令和5(2023)年度)に、医師少数区域が計画開始時の低位33.3%の基準を脱する(基準に達するため)に要する医師の数(計画期間終了時点において各医療圏で確保しておくべき医師の総数)と定められています。 ・本県は、計画策定時点において、3つの二次医療圏の医師偏在指標が低位33.3%の基準の範囲内(医師少数区域)に入っています。 ・目標医師数は、医師偏在指標を計画開始の低位33.3%の基準値(二次医療圏:161.6)に固定し、算出することとなりますが、厚生労働省が算出した計画終了時点における目標医師数(「国が算出した医師数」)は、4年後の人口減少を見込んで、結果的に、県内の全ての二次医療圏において、計画策定時における低位33.3%の基準を脱することとなっています。 ・国が算出した医師数については下表のとおりであり、全ての二次医療圏において、現在の医師数を下回っていますが、その場合には現在医師数を目標医師数とすることとされていることから、本県の目標医師数は下表のとおりとなります。	表あり
04_宮城県	○	20-21	V 目標医師数	2 県及び二次医療圏等における目標医師数		本県及び各二次医療圏の目標医師数を次のとおり定めます。 目標医師数 1 宮城県5,404人 2 二次医療圏 仙南医療圏266人 仙台医療圏4,146人 大崎・栗原医療圏455人 石巻・登米・気仙沼医療圏537人 ※宮城県及び各医療圏ともに目標医師数は現在の医師数と同数としていますが、現在医師数には大学の臨床系の教員や各病院の研修医が含まれているなど、実質的には医師不足の状況であることは明らかであることから、目標医師数にかかわらず、引き続き医師確保・偏在解消に取り組んでいくこととします。 <仙台医療圏の目標医師数について> 本県の医師少数区域である「仙南医療圏」、「大崎・栗原医療圏」、「石巻・登米・気仙沼医療圏」は、厚生労働省提供の目標医師数が現在医師数より少ないため、現在医師数が目標となります。また、本県は医師中間都道府県に該当し、現在医師数が目標となるため、「仙台医療圏」も結果として現在医師数が目標医師数となります。	
05_秋田県	○	14-16	第3章医師確保の方針及び目標	第1節医師確保の方針		医師確保計画では、医師の多寡の状況について二次医療圏及び三次医療圏のそれぞれについて場合分けをした上で医師確保の方針を定めることとされています。 本県の医師確保の方針は次のとおりとします。	
05_秋田県		14-16	第3章医師確保の方針及び目標	第1節医師確保の方針	1 三次医療圏	医師少数都道府県に該当しており、特定の診療科のみならず、ほとんどの診療科で医師不足となっていることから、医師の絶対数の確保を図ることとします。	
05_秋田県		14-16	第3章医師確保の方針及び目標	第1節医師確保の方針	2 二次医療圏	秋田周辺圏域が医師多数区域に、秋田周辺圏域を除く全ての二次医療圏が医師少数区域に該当しており、地域における医師偏在が顕著となっています。 医師少数区域においては、地域偏在解消を図るため、医師の絶対数の確保を図ることとします。 秋田周辺圏域においては、医師の養成を進めるとともに、医師少数区域等への医師の派遣等を行うことによって、医師数を維持することを方針の基本とします。秋田周辺圏域のうち、医師少数スポットとして設定した男鹿市、潟上市、八郎潟町、五城目町、井川町、大潟村については、秋田市からの医師の派遣等を通じて、医師の増加を図ることとします。	
05_秋田県		14-16	第3章医師確保の方針及び目標	第2節医師確保の目標	1 目標医師数とは	目標医師数は、計画期間終了時点において、各医療圏で確保しておくべき医師の総数を表すものであり、当該医療圏の計画終了時点の医師偏在指標が計画開始時点の低位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されます。したがって、医師確保対策により追加で確保が必要な医師数は、目標医師数と現在の医師数との差分として表されることとなります。	

都道府県	目標医師数の分析	該当ページ	大分類	中分類	小分類	記載内容(引用)	備考
05_秋田県		14-16	第3章医師確保の方針及び目標		2本県における目標医師数の設定	(1) 三次医療圏 本県の三次医療圏としての目標医師数は、医師少数区域が計画開始時の下位33.3%に相当する医師偏在指標215.0に達するために必要な医師数2,371人とし、現在の医師数2,257人との差分114人が医師確保対策により追加で確保が必要な医師数となります。	
05_秋田県		14-16	第3章医師確保の方針及び目標		2本県における目標医師数の設定	(2) 二次医療圏 医師少数区域の目標医師数は、医師少数区域が計画開始時の下位33.3%に相当する医師偏在指標162.3に達するために必要な医師数とされています。 ただし、国による目標医師数の算定に当たっては、令和5年度までの人口減少等が反映されていることから、医師少数区域であっても、計算上の目標医師数が、現在の医師数を下回っている二次医療圏があります。その場合には、現在の医師数を目標医師数とすることになるため、目標医師数については、表3-1のとおりとします。 また、医師多数区域である秋田周辺医療圏については、県内唯一の医師養成機関である秋田大学が所在しており、教育・研究に必要な医師を確保する必要があるなどの理由から、目標医師数は、現在の医師数である1,237人とし、	
05_秋田県		14-16	第3章医師確保の方針及び目標		3将来時点における必要医師数	必要医師数は、将来時点(令和18年)における全国の医師数が全国の医師需要を満たすものとして国が算出した数値を元に、各医療圏に割り振られた医師数です。そのため、計画開始時の下位33.3%を目標としている目標医師数とは、基準となる数値が異なることに留意が必要です。 また、医師需要を満たすという観点では、地理的な実情に配慮しながら、各医療圏内の中核病院でチーム医療体制を構築するなど、十分な医療提供体制を確立していくための配慮も必要となります。	
06_山形県		22-	第4章医師確保の方針と目標医師数の設定	1 医師確保の方針		○医師確保計画では、医師偏在指標の値を用いて全国の医療圏を一律に比較することで医師多数都道府県、医師多数区域、医師少数都道府県、医師少数区域を設定し、それぞれの区域について、「医師確保の方針」「目標医師数」を定めることとされています。 ○医師確保の方針を定めるに当たっては、厚生労働省から次のとおり一定の類型が示されています。 ○これらに基づき、本県の医師確保の方針を次のとおり設定します。 【三次医療圏(山形県)】 ○本県は、医師少数県に該当することから「医師の増加」を方針とします。 【二次医療圏】 ○村山地域は、医師多数区域であることから、他の区域から医師の確保を行わない方針とします。ただし、若手医師のキャリア形成を助成し、専門研修の場合等はこの方針に該当しないものとし、地域内の医師少数スポットについては、医師の確保(増加)を行うこととします。 ○最上地域は、医師少数区域に該当することから「医師の増加」を方針とします。 ○置賜地域は、医師多数でも少数でもない区域に該当することから、県全体が医師少数県としての位置付けにあって、制度の枠の中で最大限医師を確保する観点から、「医師の確保(医師多数区域の水準に至るまで医師の確保(増加を行う。))」を方針とします。 ○庄内地域は、医師少数区域に該当することから「医師の増加」を方針とします。	
06_山形県	○	24-	第4章医師確保の方針と目標医師数の設定	2 目標医師数の設定		○3年間(令和2年度から開始される医師確保計画については4年間)の計画期間中に医師少数区域及び医師少数都道府県が計画期間開始時の下位33.3%の基準を脱する(すなわち、その基準に達する)ために要する具体的な医師の数を、目標医師数として設定することを基本とします。 ○目標医師数は、計画期間終了時点において、各医療圏で確保しておくべき医師の総数を表すものであり、当該医療圏の計画終了時点の医師偏在指標が計画開始時点の下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数と定義されます。したがって、医師確保対策により追加で確保が必要な医師数は、目標医師数と現在の医師数との差分として表されることとなります。 ○また、追加で確保が必要な医師数の算出に当たっては、既に実施されている医師派遣等の実績を織り込んだものとなるよう、適切に医師派遣等の実態把握をする必要があるとされているため、より実効的な計画となるよう、本県における非常勤医師の派遣実態を調査したところ、その結果は次のとおりでした。 ○本県における非常勤医師の派遣実態を踏まえ、医師確保の方針及び医師偏在指標に基づく目標医師数を次のとおり設定することとします。 (国から示された目標医師数の計算式) 目標医師数=目標となる医師偏在指標(33.3パーセント値の医師偏在指標)×将来時点(2023年)の標準化受療率比×将来時点(2023年時点)の推計人口÷10万人 ○なお、二次医療圏の目標医師数は、「各二次医療圏の目標医師数の合計値が医師少数都道府県では都道府県の目標医師数そのもの」と国から示されています。 ○また、人口減少等の理由により、医師少数区域を脱却するための目標医師数が現在医師数を下回る場合にあっては、医師偏在指標が全国平均値となる医師数を目標医師数に設定します。	

都道府県	目標医師数の分析	該当ページ	大分類	中分類	小分類	記載内容(引用)	備考
06_山形県		24-	第4 医師確保の方針と目標医師数の設定	2 目標医師数の設定		<p>【三次医療圏(山形県)】</p> <p>令和5年度(2023年度)に医師偏在指標が全国の低位33.3%(医師少数都道府県)から脱却するために必要な医師数を目標医師数に設定します。</p> <p>区分医師少数都道府県</p> <p>現在医師数2, 4 4 3※「現在医師数」=平成28年末現在の医療施設従事者数</p> <p>令和5年度目標医師数2, 5 2 3</p> <p>要確保医師数+ 8 0</p> <p>【二次医療圏】</p> <p>(村山地域) 令和5年度に医師偏在指標が全国平均に達するための医師数に既に達していることから、現状維持を目標に設定します。</p> <p>(最上地域) 医師偏在指標が全国の低位33.3%(医師少数区域)を脱却するために必要な医師数である128人を目標に設定します。なお、医師少数区域を脱却するために必要な人数が128人であることから、調整医師数は加味しないこととします。</p> <p>(庄内地域) 人口減少等により医師少数区域を脱却するために必要な医師数(465人)が現在医師数を下回ることから、医師偏在指標が全国平均に達するために必要な医師数の医師確保計画1サイクル分に相当する医師数((689-507)/5=36)を現在医師数に加算した543人を目標に設定します。なお、既に対策済みと整理する医師数2人を調整医師数として加味し、新たに確保する医師数は34人となります。</p> <p>(置賜地域) 医師多数区域の水準(529人)に至るまで医師の確保を行うため、現在医師数との差(161人)のうち、既に対策済みと整理する22人を調整医師数として加味し、新たに確保する医師数は県全体で確保する医師数80人を考慮した17人となり、407人を目標に設定します。</p>	
07_福島県	○	16-	第2編各論(医師の確保)	第2章医師確保の計画	第2節確保すべき医師数	<p>○医師の確保の方針を基に、県及び各医療圏において、本計画終了時点(令和5年(2023年))に必要な医師数を「目標医師数」とし、目標に達するために確保すべき医師数を設定します。また、将来時点(令和18年(2036年))に必要な医師数を「必要医師数」とします。</p> <p>1 目標医師数</p> <p>(1)目標医師数の考え方</p> <p>○本計画期間終了時点において、医師少数県及び医師少数区域が低位1/3の基準に達するために必要となる医師数を、国が「目標医師数」として算定しました。</p> <p>○標準化医師数とは、医療圏における実際の医師数を性年齢階級別ごとに労働時間を勘案し調整を行ったものです。(標準化医師数の算出方法は第5編資料編4のとおり)</p> <p>○本県が、全国の三次医療圏の低位33.3%の基準を脱するために必要となる医師数は4,108名(446名不足)となっていますが、すべての二次医療圏で低位33.3%の基準を脱するために必要となる最低限の医師数の合計は、3,074名(35名不足)となっており、県の必要数と合致していません。</p> <p>○したがって二次医療圏で目標医師数の確保を達成した場合においても、県全体では411名の医師が不足することとなります。</p> <p>○これは、全国の低位33.3%の基準となる医師数が、三次医療圏と二次医療圏でそれぞれ異なるためです。この二次医療圏の目標医師数について、国のガイドラインでは、都道府県において二次医療圏の目標医師数の合計が県の目標医師数を超えないよう設定できるとなっています。</p> <p>○このため、各医療圏の目標医師数については、それぞれの区分に基づいて設定した上で、二次医療圏の目標医師数の合計が県の目標医師数と合致するよう調整を行います。</p> <p>(2)目標医師数</p> <p>○本県の目標医師数及び確保すべき医師数は下記のとおりです。(図表あり)</p> <p>○目標医師数は標準化した医師数であり、実際に確保する人数とは異なります。県北医療圏を例にとると目標医師数1, 389名が達成されたとしても、実在の医師数が1, 389名となるわけではありません。</p> <p>○目標医師数の考え方は下記のとおりです。</p> <p>1 医師少数区域は低位1/3の基準に達するために必要となる医師数の確保を行う。(35名の確保)・・・①</p> <p>2 すべての医師少数区域が低位1/3の基準に達すると二次医療圏の医師数は3, 697名となるが、県の目標数4, 108名に達するには411名が不足する。・・・②</p>	

都道府県	目標医師数の分析	該当ページ	大分類	中分類	小分類	記載内容(引用)	備考
						<p>3 計画期間終了時点である令和5年(2023年)の各医療圏の人口減少による医師の減少を考慮するため、現時点において、下位1/3の基準に達するための医師数3,697名(③)を、平成31年から令和5年の人口増減率に基づき調整すると、二次医療圏の医師数の合計3,569名(④)は県の目標である4,108名に対し539名不足する。・・・⑤</p> <p>4 不足する539名を、厚生労働省が示す全ての二次医療圏が医師偏在指標の全国平均値に達するために必要な医師数に基づき按分し、⑥で算出した各二次医療圏の医師数に加えた医師数を目標医師数とする。・・・⑦</p> <p>(3)確保すべき医師数</p> <p>○本県及び各医療圏において、本計画終了時点までに確保が必要となる医師数は、目標医師数と現時点の標準化医師数との差で表されます。(表2-2-2-3)</p> <p>ア県</p> <p>○医師少数県である本県においては、国が示した、全国の下位1/3の基準を脱するために必要となる医師数である、4,108名を目標医師数とします。</p> <p>イ二次医療圏</p> <p>(ア)県北医療圏</p> <p>○医師多数区域であり、他の二次医療圏と比較して医師が多く存在していますが、その要因の一つに福島市にある県立医大の存在があります。</p> <p>○各医療圏間において、医師の派遣が行われておりますが、とりわけ県北医療圏においては、各医療圏へ多くの医師を派遣しております。(p.26表2-2-2-5医療施設で勤務に従事する派遣医師数(常勤換算))</p> <p>○県立医大には、臨床だけでなく教育や研究を行う医師が勤務しています。</p> <p>また、県立医大においても、会津・南会津、相双医療圏をはじめ、医師が不足する各医療圏へ医師を派遣しております。(p.58表4-1-4 県立医大の医師派遣状況)</p> <p>○ガイドラインによると医師多数区域は医師少数区域への医師派遣を求められています</p> <p>○上記を踏まえ、県北医療圏は、医師多数区域であっても一定数の医師の確保が今後も必要となることから、県の目標数と一致するよう調整を加えた1,389名を目標医師数とします。</p> <p>(イ)県中医療圏</p> <p>○医師多数でも少数でもない区域のため、現在の標準化医師数に、県の目標数と一致するよう調整を加えた人数1,126名を目標医師数とします。</p> <p>(ウ)県南医療圏</p> <p>○医師少数区域のため、計画期間終了後に、全国の下位33.3%の基準を脱するために必要となる医師数に、県の目標数と一致するよう調整を加えた人数241名を目標医師数とします。</p> <p>(エ)会津・南会津医療圏</p> <p>○医師少数区域のため、計画期間終了後に、全国の下位33.3%の基準を脱するために必要となる医師数に、県の目標数と一致するよう調整を加えた人数546名を目標医師数とします。</p> <p>(オ)相双医療圏</p> <p>○医師多数でも少数でもない区域のため、現状の標準化医師数に、県の目標数と一致するよう調整を加えた人数175名を目標医師数とします。</p> <p>○なお、原子力災害等からの復興により住民の帰還が進むなど、医療需要の増加を踏まえ、医師の更なる確保に努めます。</p> <p>(カ)いわき医療圏</p> <p>○医師少数区域のため、計画期間終了後に、全国の下位33.3%の基準を脱するために必要となる医師数に、県の目標数と一致するよう調整を加えた人数631名を目標医師数とします。</p>	
08_茨城県	○	36-				<p>・国では、2036年に全国の医師需給均衡を実現するため、2023年に医師少数区域及び医師少数都道府県が計画期間開始時点の医師偏在指標の下位33.3%の基準を脱する(すなわち、その基準に達する)ために要する医師数を算定しており、本計画では、これを本県で医師の養成・確保に取り組むにあたっての参考数値とします。</p>	
09_栃木県		26-27	第3章 医師確保の考え方	2 医師確保の方針及び目標医師数の設定	(1)医師確保の方針の基本的な考え方(省略) (2)目標医師数 ①基本的な考え方(省略)		

都道府県	目標医師数の分析	該当ページ	大分類	中分類	小分類	記載内容(引用)	備考
09_栃木県	○	28-30	第3章 医師確保の考え方	2 医師確保の方針及び目標医師数の設定	(3)本県における医師確保の方針及び目標医師数	<p>一覧表あり</p> <p>①栃木県</p> <p>○本県の現時点の医師偏在指標は215.3(全国32位)で、医師少数都道府県に該当しています。</p> <p>○将来の医師偏在指標は295.6(全国34位)であり、長期的な不足が見込まれています。</p> <p>○県内の3つの医療圏が現時点で医師少数区域に該当しており、これらの医療圏が医師少数区域を脱するために必要な医師を確保する必要があります。</p> <p>○県全体の医師確保の方針としては、医師少数区域を脱するために必要な医師の確保を図るとともに、短期的な施策により医師少数区域に該当している医療圏が必要とする医師の確保を図ります。</p> <p>○県全体の標準化医師数(2018)は、1次計画期間における目標医師数を既に超えているため、現在の標準化医師数4,350人を維持できるよう取り組みます。</p> <p>②二次医療圏</p> <p>(県北保健医療圏)</p> <p>○県北の現時点の医師偏在指標は152.3(全国254位)で、医師少数区域に該当していることから、医師少数区域を脱するよう短期的な施策により医師の増加を図ることを医師確保の方針とします。</p> <p>○目標医師数としては、計画終了時点(2023年)の医師偏在指標が計画開始時点(2020年)の低位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要と見込まれる医師数から533人と設定し、医師の確保に向けた取り組みます。</p> <p>(県西保健医療圏)</p> <p>○県西の現時点の医師偏在指標は144.0(全国278位)で、医師少数区域に該当していることから、医師少数区域を脱するよう短期的な施策により医師の増加を図ることを医師確保の方針とします。</p> <p>○目標医師数としては、計画終了時点(2023年)に必要なと見込まれる医師数から247人と設定し、医師の確保に向けて取り組みます。</p> <p>(宇都宮保健医療圏)</p> <p>○宇都宮の現時点の医師偏在指標は185.3(全国145位)で、医師少数区域には該当していないが、全国平均239.8を下回り、医師少数区域に近い状況にあります。</p> <p>○このため、医療圏内の医療機関の医師不足の状況を見極めながら、必要に応じて短期的な施策により医師の増加を図ることを医師確保の方針とします。</p> <p>○目標医師数としては、現時点の標準化医師数(981人)は、計画終了時点(2023年)に必要なと見込まれる医師数(840人)を上回っているため、現在の標準化医師数981人を維持することとします。(県東保健医療圏)</p> <p>○県東の現時点の医師偏在指標は162.5(全国218位)で医師少数区域には該当していないが、全国平均239.8を下回り、医師少数区域に近い状況にあります。</p> <p>○このため、医療圏内の医療機関の医師不足の状況を見極めながら、必要に応じて短期的な施策により医師の増加を図ることを医師確保の方針とします。</p> <p>○目標医師数としては、現時点の標準化医師数(156人)は、計画終了時点(2023年)に必要なと見込まれる医師数(142人)を上回っているため、現在の標準化医師数156人を維持することとします。</p> <p>(県南保健医療圏)</p> <p>○県南の現時点の医師偏在指標は349.9(全国15位)で、医師多数区域に該当しており、全国平均239.8を上回ります。</p> <p>○県南には2つの大学病院があることから、高い医師偏在指標となっていると考えられます。</p> <p>○しかしながら、他医療圏からの患者の流入状況によっては、医師が不足する診療科も想定されるため、医療機関における状況を見極めた上で、可能な限り県内の医師少数区域への医師派遣等による協力を要請します。</p> <p>○目標医師数としては、現時点の標準化医師数(1,971人)は、計画終了時点(2023年)に必要なと見込まれる医師数(880人)を上回っているため、県内の医師少数区域への派遣等を考慮した医師数とします。</p> <p>(両毛保健医療圏)</p> <p>○両毛の現時点の医師偏在指標は161.6(全国225位)で、医師少数区域に該当していることから、医師少数区域を脱するよう短期的な施策により医師の増加を図ることを医師確保の方針とします。</p> <p>○目標医師数としては、現時点の標準化医師数(469人)は、計画終了時点(2023年)に必要なと見込まれる医師数(436人)を上回っているため、現在の標準化医師数469人を維持することとします。</p>	

都道府県	目標医師数の分析	該当ページ	大分類	中分類	小分類	記載内容(引用)	備考
10_群馬県	○	32-34	第3章医師の確保	第2節医師確保の方針及び確保すべき医師の数の目標	1群馬県 (1) 医師確保の方針(省略) (2) 確保を目指す医師数	(1) 医師確保の方針 (2) 確保を目指す医師数 ア厚生労働省による目標医師数の考え方(省略) 今回、国から提示された「全国下位33.3%の医師偏在指標に達するために必要な医師数」は次表のとおりであり、本県については4,298人と、「医師少数数」と位置づけられながら、現状の医療施設従事医師数4,430人を下回る結果となりました。よって、医師確保計画ガイドライン等によれば、本県の「目標医師数」は、現在の医師数合計4,430人、つまり現状を維持することがこの4年間の目標となります。 イ本県における確保を目指す医師数に係る基本的な考え方 厚生労働省から提示された「目標医師数」を見ると、県全体及び一部の医師少数区域において、現状の医師数が目標医師数を上回っていますが、県内各地域に所在する医療機関の医師不足の状況等は極めて深刻であり、上記(1)にも記載したとおり、できるだけ早期に医師総数の増加を図ることが必要不可欠です。 そこで、本県としては、国から提示された「目標医師数」はあくまでも「最低限確保すべき医師の数の目標」として、県民の安全・安心な暮らしの実現に必要な医療提供体制を早急に構築するため、医師確保計画ガイドラインの趣旨を踏まえつつも、各二次保健医療圏で全国中央値(医師偏在指標において上位50%、335二次医療圏中168位)に達するための医師数及びその県内合計値を基本として「確保を目指す医師数」を定めます。 具体的には、厚生労働省が参考として提示する「医師偏在指標の全国平均値(239.8)に達する医師数」と各二次保健医療圏の現状の医師数との比率を用いて、全国中央値に達するための医師数を算出します。その計算結果は次表のとおりとなります。	
10_群馬県		35-36	第3章医師の確保	第2節医師確保の方針及び確保すべき医師の数の目標	1群馬県 (3) 県内病院における非常勤医師の勤務実態調査	(3) 県内病院における非常勤医師の勤務実態調査 医師偏在指標等の算出において、医師の配置状況は医師届出票における「主たる従事先」により整理されていますが、実際には一定数程度の医師が、大学からの派遣等により、主たる従事先以外の医療機関において、非常勤の就業形態で外来や病棟管理、宿日直などに従事しています。そこで、医師確保対策の検討に際し、大学や医療機関等に籍を置いたまま、その他の二次医療圏に所在する県内病院へ定期的に派遣されている非常勤医師の実態を調査しました。(調査結果図表等あり) 医師偏在指標等に基づき追加で確保が必要とされる医師については、各医療機関からの要望内容を踏まえ、将来的には常勤医を基本として医師確保対策を推進することとなりますが、当面の間、この非常勤医師の派遣実績を参考として考慮し、医師偏在指標を補う形で、実態に即した目標医師数や医師確保対策の検討を行います。 なお、県全体の医師確保の状況に関してこの調査結果を見ると、県外医療機関や、医学部のない大学等に籍を置く、常勤換算で約100名分(宿日直分を含めると約140名分)の非常勤医師が、県内病院で診療行為等に従事し、県内の医療提供体制の維持に寄与していることが把握されました。	
10_群馬県		36-46	第3章医師の確保	第2節医師確保の方針及び確保すべき医師の数の目標	2二次保健医療圏	ア二次医療圏における医師確保の方針の考え方(省略) イ県内二次保健医療圏における確保を目指す医師数の考え方 県内二次保健医療圏における確保を目指す医師数については、1(2)のとおり、「全国中央値に達するための医師数」とし、医師少数区域である渋川、吾妻及び太田・館林保健医療圏に設定します。 また、医師少数区域以外の二次保健医療圏では、全国中央値に達するための医師数と現状の医師数のいずれか大きい値を「参考値」とします。 併せて、参考として、厚生労働省から提示された「目標医師数」を「最低限確保すべき医師の数の目標」として示すとともに、医療圏をまたぐ県内非常勤医師の勤務実態調査を踏まえ、各二次保健医療圏で従たる勤務を行う非常勤医師数(常勤換算、宿日直除く)についても示します。	
10_群馬県		36-46	第3章医師の確保	第2節医師確保の方針及び確保すべき医師の数の目標	2二次保健医療圏 前橋保健医療圏	ア医療圏の特徴 群馬大学医学部附属病院を始め多くの医療機関が立地し、医師も含め医療資源が集中しており、県内全域から、高度急性期・急性期等の医療需要の流入傾向が見られます。 イ医師確保の方針(図表あり) ウ確保を目指す医師数(図表あり)	
10_群馬県		36-46	第3章医師の確保	第2節医師確保の方針及び確保すべき医師の数の目標	2二次保健医療圏 前橋保健医療圏	ア医療圏の特徴 外来については前橋や高崎・安中保健医療圏へやや患者流出が見られる一方で、入院については前橋、高崎・安中、沼田保健医療圏等から患者流入の傾向にあります。 イ医師確保の方針(図表あり) ウ確保を目指す医師数(図表あり)	
10_群馬県		36-46	第3章医師の確保	第2節医師確保の方針及び確保すべき医師の数の目標	2二次保健医療圏 高崎保健医療圏	ア医療圏の特徴 高齢化率や今後見込まれる人口減少率は県内で最も低く、太田・館林保健医療圏のほか、特に外来については埼玉県北部からの患者流入の傾向が見られます。 イ医師確保の方針(図表あり) ウ確保を目指す医師数(図表あり)	
10_群馬県		36-46	第3章医師の確保	第2節医師確保の方針及び確保すべき医師の数の目標	2二次保健医療圏 高崎・安中保健医療圏	ア医療圏の特徴 人口対医師数について、他の保健医療圏と比べて診療所の医師数が比較的多く、入院は前橋医療圏等への患者流出傾向、外来は県外等からの患者流入傾向が見られます。 イ医師確保の方針(図表あり) ウ確保を目指す医師数(図表あり)	

都道府県	目標医師数の分析	該当ページ	大分類	中分類	小分類	記載内容(引用)	備考
10_群馬県		36-46	第3章医師の確保	第2節医師確保の方針及び確保すべき医師の数の目標	2 二次保健医療圏	ア医療圏の特徴 入院・外来患者とも、埼玉県北部からの流入傾向、高崎・安中保健医療圏など県内への流出傾向が見られ、全体としてはいずれも患者流入傾向となっています。 イ医師確保の方針(図表あり) ウ確保を目指す医師数(図表あり)	
10_群馬県		36-46	第3章医師の確保	第2節医師確保の方針及び確保すべき医師の数の目標	2 二次保健医療圏	ア医療圏の特徴 高齢化率が県内で2番目に高く、また病床利用率が最も高い医療圏です。入院患者は流入、外来患者は流出傾向で、特に高崎・安中保健医療圏との流出が見られます イ医師確保の方針(図表あり) ウ確保を目指す医師数(図表あり)	
10_群馬県		36-46	第3章医師の確保	第2節医師確保の方針及び確保すべき医師の数の目標	2 二次保健医療圏	ア医療圏の特徴 高齢化率は県内で最も高く、また、県内で最も医師数が少ない状況です。入院・外来とも患者流出傾向であり、渋川、沼田保健医療圏や県外への流出が認められます イ医師確保の方針(図表あり) ウ確保を目指す医師数(図表あり)	
10_群馬県		36-46	第3章医師の確保	第2節医師確保の方針及び確保すべき医師の数の目標	2 二次保健医療圏	ア医療圏の特徴 従来、患者流出が少なく圏内完結率が高い区域とされてきましたが、直近のデータでは特に入院機能について、渋川や前橋保健医療圏への流出傾向が見られます。 イ医師確保の方針(図表あり) ウ確保を目指す医師数(図表あり)	
10_群馬県		36-46	第3章医師の確保	第2節医師確保の方針及び確保すべき医師の数の目標	2 二次保健医療圏	ア医療圏の特徴 医師の高齢化が比較的進んでいます。また、前橋、伊勢崎、太田・館林保健医療圏や栃木県両毛医療圏との間で一定量の患者流出が見られ、全体で流出傾向にあります。 イ医師確保の方針(図表あり) ウ確保を目指す医師数(図表あり)	
10_群馬県		36-46	第3章医師の確保	第2節医師確保の方針及び確保すべき医師の数の目標	2 二次保健医療圏	ア医療圏の特徴 高齢化率は県内で2番目に低く、伊勢崎、桐生保健医療圏との間で患者流出が見られるほか、特に入院については、栃木県両毛医療圏からの患者流入の傾向にあります。 イ医師確保の方針(図表あり) ウ確保を目指す医師数(図表あり)	
11_埼玉県	?	20-	第5部医師の確保等に関する事項	第2章医師の確保に関する事項	第4節医療圏ごとの令和5年(2023年)を目指す医療の姿	注) 目標数の記載はないが、医療圏毎に必要な医師数の記載はあり。これらについては「施策シート」に転載済み	必要医師数の記載のみ
12_千葉県	○	147-148	第3編医師の確保に関する事項	第4章千葉県における医師の確保の方針と施策	第4節施策の評価指標	図表あり	
13_東京都	○	26	第1部	第3章医師確保の方針	1 目標医師数の設定	1 目標医師数の設定 国のガイドラインでは、目標医師数は、医師少数区域が、計画期間終了時に医師偏在指標の下位33.3%の基準を脱するために必要な医師数として設定されています。(目標数の図表あり)	
14_神奈川県	○	153	第2部各論	第5章医療従事者の確保・養成	第1節医師課題 (4) 医師確保の方向性	資料6に記載あり	

都道府県	目標医師数の分析	該当ページ	大分類	中分類	小分類	記載内容(引用)	備考
15_新潟県	○	13	第4章目標医師数等		第1節県全体の目標	<p>○国は、計画終了時点(2023年度末)において確保しておくべき医師の総数を「目標医師数」と定義し、計画終了時点の医師偏在指標が、計画開始時点の全国の医師偏在指標の下位33.3%に達するために必要な医師の総数となっています。</p> <p>○本県の計画終了時点(2023年度末)の目標医師数については、国から5,076人と示されたところですが、2018年末現在の本県の医師数は4,727人であり、349人の差があります。</p> <p>○これを2018年から2023年までの5年間で平均すると、年間約70人の医師を確保する必要があります。</p> <p>○しかしながら、医師の養成には時間を要することや、これまでの本県の医師数の増加状況などを踏まえると国が示した県全体の目標医師数を達成することは困難な状況にあります。</p> <p>○国は、将来時点(2036年度末)において全国の医師数が全国の医師需要に一致する場合の医師偏在指標の値(全国値)を算出し、医療圏ごとに、医師偏在指標がこの全国値と等しい値になる医師数を「必要医師数」と定義しています。</p> <p>○国から、本県の必要医師数は、1,534人、また、年間不足養成数は109人と示されたところですが、</p> <p>○現時点の取組を踏まえた2036年時点の医師供給推計数が、需要推計(必要医師数)を下回っている場合、その差が医師不足数ということになり、今後の地域枠や地元出身者枠の設定根拠として、将来時点において確保が必要となる医師数を表していることとなります。</p> <p>○厚生労働省「医師確保計画策定ガイドライン」においては、「医師確保計画の計画期間中に目標医師数を達成することが非常に困難となる都道府県が存在することが想定される。そのような都道府県については、2036年までに医師需要を満たすだけの医師数(必要医師数)を確保することに主眼を置くことはやむを得ない。」とされています。</p> <p>○こうしたことから、将来時点(2036年度末)の不足医師数である必要医師数(1,534人(年間不足養成数109人))を確保することに主眼を置くこととします。</p>	
16_富山県	○	7	6目標医師数	(1)目標医師数の考え方		<p>○ガイドラインでは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い、目標医師数の上限は現在の医師数とすることとされています。そのため、厚生労働省は現在の医師数を令和5(2023)年の目標医師数として設定しています。</p> <p>○令和5(2023年)に実際に必要となる医師の確保にあたっては、今後の地域医療構想の進捗状況や働き方改革に伴う各地域の実情にも十分配慮する必要があります。このため、厚生労働省の設定した県全体及び各医療圏の目標医師数を参考にしつつ、引き続き医師確保・偏在解消に取り組んでいくこととします。</p>	
16_富山県	○	7-8	6目標医師数	(2)厚生労働省が示す本県の目標医師数		<p>目標医師数の図表あり</p>	
17_石川県	○	10-11	第3章医師確保の方針及び目標医師数	1 医師確保の方針及び目標医師数		<p>○医師少数区域である能登北部医療圏については、金沢大学特別卒業医師及び自治医科大学卒業医師の配置等を通じて、現在と同水準の医師数を確保すること96人(標準化医師数ベース。以下同じ)。を目標とする。</p> <p>○医師多数区域である石川中央医療圏については、県と大学が連携し、現在と同水準の医師数を確保すること(2,535人)を目標とする。</p> <p>○医師少数区域でも医師多数区域でもない南加賀医療圏及び能登中部医療圏については、県と大学が連携し、現在と同水準の医師数を確保すること(南加賀377人、能登中部249人)を目標とする。</p> <p>○なお、医師偏在指標では診療科間の偏在状況を比較・評価することは困難であるため、診療科間の偏在対策については、目標医師数も考慮しつつ、不足診療科の状況に応じた対策を行うこととする。</p> <p>○目標医師数が達成された場合、目標年次には全ての医療圏において、医師偏在指標が現在の医師少数区域の設定基準である161.6を上回る見込みである。</p>	
18_福井県	○	14	第1部医師確保編	第4章医師確保の方針および目標医師数	2目標医師数	<p>本県では、厚生労働省が示す医師偏在指標や目標医師数の基準値を参考に、目標医師数を次のとおり算出しました。</p> <p>目標医師数 = (公立・公的医療機関の医師不足を解消する医師数 + 地域における民間医療機関の役割に応じて必要な医師数)</p> <p>「公立・公的医療機関の医師不足を解消する医師数」は2019年の医師派遣要請数に対する派遣不足数、「地域における民間医療機関の役割に応じて必要な医師数」は丹南医療圏の民間医療機関において確保する医師数とします。</p> <p>具体的な目標医師数は次のとおりです。なお、医師多数区域である福井・坂井医療圏は目標医師数を定めません。(図表あり)</p> <p>目標医師数は、主に医師派遣により達成することを目指します。(派遣目標数)</p> <p>なお、各医療圏における目標医師数達成後の医師数は次のとおりです。</p>	

都道府県	目標医師数の分析	該当ページ	大分類	中分類	小分類	記載内容(引用)	備考
19_山梨県	○	9	第4節目標医師数と必要医師数	(1)目標医師数の基本的な考え方	①本県の目標医師数 ②県内二次医療圏の目標医師数	①本県の目標医師数 本県は、医師少数都道府県ではないことから、下位1/3を脱するための目標医師数の設定は不要です。 ②県内二次医療圏の目標医師数 県内二次医療圏は、いずれも医師少数区域ではないことから、下位1/3を脱するための目標医師数の設定は不要です。(図表あり)	
19_山梨県		10	第4節目標医師数と必要医師数	(2)必要医師数の基本的な考え方	①本県の必要医師数 ②県内二次医療圏の必要医師数	①本県の必要医師数 2036年に必要となる本県の必要医師数は2,075人であり、2019年現在の標準化医師数は1,943人であることから、本県では2036年までに132人の医師の増加が必要と推計されます。 ②県内二次医療圏の必要医師数 県内二次医療圏における2036時点の必要医師数は、中北医療圏で1,359人、峡東医療圏で366人、峡南医療圏で61人、富士・東部医療圏で286人であることから、県内の各医療圏においては、2036年までに、峡東医療圏で118.5人、峡南医療圏3.3人、富士・東部医療圏37.1人の医師の増加が必要と推計されます。なお、中北医療圏は現状既に必要医師数を上回る医師数であることから、必要医師数の設定は行いません。	
20_長野県	○	25-	第1章長野県医師確保計画	II全診療科における医師確保計画	第2.医師の確保の方針及び目標設定等	<医療圏ごとの目標> 県民の暮らしの安心の確保のため、医療圏ごとに目標を設定します。 □県全体(三次医療圏) 地域ニーズや医療機関の役割に応じた医師の養成・配置及び持続可能な医療提供体制の構築による、県民の暮らしの安心の確保 <医師少数区域> □上小医療圏 二次救急医療が地域内で完結されるとともに、他地域からの流入も含めた回復期医療や慢性期医療と医療圏内の一般診療が持続的に提供される体制の確保 □木曾医療圏 急性期から慢性期まで幅広い医療機能を担う木曾病院と、外来機能を担う診療所の役割に応じた、医療提供体制の確保 □上伊那医療圏 医療圏内における病院間の機能分化・連携が維持されるとともに、救急医療及び需要が高まる在宅医療の持続的な提供が可能となるような体制の確保 □飯伊医療圏 地域内の医療機能の分担体制を維持するとともに、診療所医師の高齢化や後継者不足により厳しい状況となる休日夜間の救急医療や郡部の医療体制の確保 □北信医療圏 多くの中山間地域や特別豪雪地帯を抱える中で、在宅医療や二次救急医療特に整形外科が持続的に提供される体制の確保医師少数でも多数でもない区域 □大北医療圏 多くの中山間地域や特別豪雪地帯を抱える中で、在宅医療や二次救急医療が持続的に提供されるとともに、少子化対策や定住促進の観点から、産科、小児科医療の持続的な提供が可能となるような体制の確保 □長野医療圏 他地域からの流入も含めた二次及び三次救急や高度医療等と、医療圏内の一般診療が持続的に提供されるとともに、需要が高まる在宅医療の持続的な提供が可能となるような体制の確保※感染症対策、災害医療も含む □諏訪医療圏 他地域からの流入も含めた高度医療・がん医療や小児医療等と、医療圏内の一般診療が持続的に提供されるとともに、需要が高まる在宅医療の持続的な提供が可能となるような体制の確保 □佐久医療圏 他地域からの流入も含めた急性期医療やがん医療等と、医療圏内の一般診療が持続的に提供されるとともに、需要が高まる在宅医療の持続的な提供が可能となるような体制の確保 <医師多数区域>松本医療圏 県内全域からの流入や県内医療全体の充実に対応する高度先進医療や急性期医療等と、在宅医療を含む医療圏内の一般診療が持続的に提供されるとともに、医師の養成や育成等を行う体制の確保	

都道府県	目標医師数の分析	該当ページ	大分類	中分類	小分類	記載内容(引用)	備考
21_岐阜県	○	10-11	第2章医師全体の医師確保計画	第1節岐阜県	4 医師確保の方針及び目標医師数	<p>(1) 医師確保の方針 国が示す医師確保計画策定ガイドラインに基づき、次のとおり医師確保の方針を定めます。</p> <p>○本県は医師少数都道府県に該当するため、医師多数都道府県からの医師の確保を含め、医師の増加を図ります。</p> <p>(2) 目標医師数</p> <p>①下位33.3%の基準に達する医師数 医師少数都道府県又は医師少数区域の目標医師数については、計画終了時の医師偏在指標が、計画期間開始時の全都道府県又は全二次医療圏の下位33.3%の基準に達するために必要な医師の数として、国から次のとおり示されています。</p> <p>本県においては、2016年時点の医療施設従事医師数(4,223人)が下位33.3%の基準に達する医師数(4,150人)を上回っています。</p> <p>②目標医師数 本県においては、下位33.3%の基準に達する医師数を既に達成しているため、「清流の国ぎふ」創生総合戦略及び第7期岐阜県保健医療計画で定めた目標値、並びに令和元年12月に公表された2018年医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)の結果を踏まえ、次のとおり目標医師数を設定します。(図表あり)</p>	(図表あり)
21_岐阜県		17-18	第2章医師全体の医師確保計画	第2節岐阜圏域	4 医師確保の方針及び目標医師数	<p>(1) 医師確保の方針 国が示す医師確保計画策定ガイドラインに基づき、次のとおり医師確保の方針を定めます。</p> <p>○岐阜圏域は医師多数区域に該当するため、他の二次医療圏からの新たな医師の確保の施策は行わず、医師少数区域等からの医師の派遣要望にできる限り応じるよう要請します。</p> <p>○医師少数スポットに設定した地区については、同一圏域内からの医師派遣等の支援を行うとともに、県外から医師の確保を図ります。</p> <p>(2) 目標医師数</p> <p>①下位33.3%の基準に達する医師数 岐阜圏域は医師多数区域に該当するため、2016年時点の医療施設従事医師数は下位33.3%に達する医師数を上回っています。</p> <p>②目標医師数 岐阜圏域の目標医師数は設定しませんが、本県の目標医師数(4,553人)の達成を目指します。</p>	(図表あり)
21_岐阜県		24-25	第2章医師全体の医師確保計画	第3節西濃圏域	4 医師確保の方針及び目標医師数	<p>(1) 医師確保の方針 国が示す医師確保計画策定ガイドラインに基づき、次のとおり医師確保の方針を定めます。</p> <p>○西濃圏域は医師少数区域に該当するため、医師少数区域以外の区域からの医師の確保を含め、医師の増加を図ります。</p> <p>(2) 目標医師数</p> <p>①下位33.3%の基準に達する医師数 西濃圏域においては、2016年時点の医療施設従事医師数(611人)が下位33.3%の基準に達する医師数(567人)を上回っています。</p> <p>②目標医師数 西濃圏域においては、下位33.3%の基準に達する医師数を既に達成しているため、「清流の国ぎふ」創生総合戦略及び第7期岐阜県保健医療計画で定めた目標値、並びに令和元年12月に公表された2018年医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)の結果を踏まえ、次のとおり目標医師数を設定します。</p>	(図表あり)
21_岐阜県		31-32	第2章医師全体の医師確保計画	第4節中濃圏域	4 医師確保の方針及び目標医師数	<p>(1) 医師確保の方針 国が示す医師確保計画策定ガイドラインに基づき、次のとおり医師確保の方針を定めます。</p> <p>○中濃圏域は医師中程度区域に該当するため、医師多数区域の水準に至るまでは、医師多数区域からの医師の確保を図ります。</p> <p>○医師少数スポットについては、同一圏域内からの医師派遣等の支援を行うとともに、医師少数区域以外の区域からの医師の確保を図ります。</p> <p>(2) 目標医師数</p> <p>①下位33.3%の基準に達する医師数 中濃圏域は医師中程度区域に該当するため、2016年時点の医療施設従事医師数は下位33.3%に達する医師数を上回っています。</p> <p>②目標医師数 中濃圏域の目標医師数は設定しませんが、本県の目標医師数(4,553人)の達成を目指します。</p>	(図表あり)

都道府県	目標医師数の分析	該当ページ	大分類	中分類	小分類	記載内容(引用)	備考
21_岐阜県		38-39	第2章医師全体の医師確保計画	第5節東濃圏域	4 医師確保の方針及び目標医師数	<p>(1) 医師確保の方針 国が示す医師確保計画策定ガイドラインに基づき、次のとおり医師確保の方針を定めます。</p> <p>○東濃圏域は医師中程度区域に該当するため、医師多数区域の水準に至るまでは、医師多数区域からの医師の確保を図ります。</p> <p>○医師少数スポットについては、同一圏域内からの医師派遣等の支援を行うとともに、医師少数区域以外の区域からの医師の確保を図ります。</p> <p>(2) 目標医師数</p> <p>①下位33.3%の基準に達する医師数 東濃圏域は医師中程度区域に該当するため、2016年時点の医療施設従事医師数は下位33.3%に達する医師数を上回っています。</p> <p>②目標医師数 東濃圏域の目標医師数は設定しませんが、本県の目標医師数(4,553人)の達成を目指します。</p>	(図表あり)
21_岐阜県		45-45	第2章医師全体の医師確保計画	第6節飛騨圏域	4 医師確保の方針及び目標医師数	<p>(1) 医師確保の方針 国が示す医師確保計画策定ガイドラインに基づき、次のとおり医師確保の方針を定めます。</p> <p>○飛騨圏域は医師少数区域に該当するため、医師少数区域以外の区域からの医師の確保を含め、医師の増加を図ります。</p> <p>(2) 目標医師数</p> <p>①下位33.3%の基準に達する医師数 飛騨圏域においては、2016年時点の医療施設従事医師数(258人)が下位33.3%に達する医師数(245人)を上回っています。</p> <p>②目標医師数 飛騨圏域においては、下位33.3%の基準に達する医師数を既に達成しているため、「清流の国ぎふ」創生総合戦略及び第7期岐阜県保健医療計画で定めた目標値、並びに令和元年12月に公表された2018年医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)の結果を踏まえ、次のとおり目標医師数を設定します。</p>	(図表あり)
22_静岡県	○	17-18	3 目標医師数			<p>○現在の医師偏在指標の下位1/3である医師少数県や医師少数区域を脱する数値として国が示した数値を、本県が最低限達成すべき「目標医師数」として設定します。</p> <p>○国が進められている診療科別の医師偏在の検討状況を踏まえつつ、今後、本県における診療科の偏在についても検討します。</p> <p>○本県の医師偏在の状況として、県内各二次医療圏域と人口10万人あたり医師数の全国平均(246.7)との差は以下のとおりです。</p> <p>○早期に本県の医師不足及び偏在の解消を達成する観点から、次のとおり段階的に差を減少する場合の数値を示し、今後、偏在解消に向けて努力していきます。</p> <p>○なお、県が毎年度行っている医師数等調査において、各病院が「不足している」と回答した医師数の総和は649人となっています。(令和元年10月1日現在)</p>	(図表あり)
23_愛知県	○	34-37	第1章医師確保計画総論	6 目標医師数	(1) 考え方	<p>(1) 考え方(省略)</p> <p>(2) 県全体としての目標医師数 ○本県は「医師少数でも多数でもない都道府県」であることから、目標医師数を既に達成しているものとして、目標医師数は設定しないこととします。</p> <p>(3) 2次医療圏における目標医師数 ア医師少数区域における目標医師数 ○西三河南部東医療圏については、国から示された算定式に基づき算出した553人を目標医師数とします。なお、医師確保対策により追加で確保が必要な医師数は、現在の医師数(530人)との差分である23人です。</p> <p>○東三河北部医療圏については、国から示された算定式に基づき目標医師数を算出した数は62人で、現在の医師数(68人)を下回るようになりますので、現時点の医師数である68人を目標医師数とします。</p> <p>イ医師多数区域における目標医師数 ○医師多数区域については、既に目標を達成しているため、目標医師数を定めませんこととします。</p> <p>ウ医師少数でも多数でもない区域における目標医師数 ○当該区域における医師の確保方針を踏まえ、2次医療圏における計画開始時点の医師多数区域の水準(198.9)にそれぞれの区域の医師偏在指標が達するために必要な医師数を目標医師数とします。</p> <p>○国から示された目標医師数の算定式を踏まえ算出した各区域の目標医師数及び医師確保対策により追加で確保が必要な医師数は、次のとおりです。</p>	(図表あり)
24_三重県	○	21-22	第3章医師確保計画の具体的事項	6 目標医師数	(1) 考え方	<p>(1) 考え方(省略)</p> <p>ア都道府県 ○医師少数都道府県の目標医師数は、計画期間終了時の医師偏在指標が、計画期間開始時の全都道府県の医師偏在指標について下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数と定義されています。</p> <p>イ二次医療圏 ○医師少数区域の目標医師数は、計画期間終了時の医師偏在指標の値が、計画期間開始時の全二次医療圏の医師偏在指標について下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数と定義されています。</p> <p>○医師少数区域以外の二次医療圏における目標医師数については、上記の算出式関わらず、都道府県において独自に設定します。</p>	

都道府県	目標医師数の分析	該当ページ	大分類	中分類	小分類	記載内容(引用)	備考
24_三重県	○	22-23	第3章医師確保計画の具体的事項	6 目標医師数	(2) 目標医師数の設定	<p>ア県の目標医師数</p> <p>県の目標医師数については、令和18(2036)年の必要医師数をふまえて設定します。ただし、本県は医師少数都道府県であり、医師少数区域も存在することから、医師不足は早期に解消することが望ましいため、令和18(2036)年の必要医師数(4,436人)の達成を5年前倒しし、令和13(2031)年までに達成することをめざします。</p> <p>イ二次医療圏・構想区域ごとの目標医師数</p> <p>地域ごとの人口比に応じた増加数とすることで地域偏在の是正につながることから、二次医療圏・構想区域ごとの目標医師数は、県全体の医師増加数を、各地域の人口比で案分することとします。</p>	(図表あり)
25_滋賀県	×	18-18	5 医師の確保の方針および目標		(1) 県全体	<p>○医師多数都道府県は、医師確保計画、既存の施策を除いて、他都道府県からの医師確保は行えないこととされています。</p> <p>○ただし、本県は、医師多数都道府県(1位~16位/47都道府県)の中では、最下位である16位です。また、令和6年(2024年)時点においても全国で約1万人の医師が不足するとされており、現時点では医師の絶対数が不足している状況を鑑みると、本県においても決して医師が充足しているとは言えません。</p> <p>○さらに、圏域や病院、診療科による医師の偏在が存在しており、これらの是正も図っていく必要があるため、県内唯一の医育機関である滋賀医科大学や関係団体等との連携の下、本県において必要となる医師の確保や偏在是正をしっかりと図っていきます。</p> <p>○既存の医師確保施策の速やかな是正を行うことは必要ないとともに、京都大学や京都府立医科大学等から多くの医師の派遣等を受けて医療提供体制を維持している本県の現状を鑑みると、今後も引き続き必要な医師の派遣等を受ける必要があります。</p>	
25_滋賀県	×	18-19	5 医師の確保の方針および目標		(2) 二次医療圏	<p>○本県に医師少数区域はありませんが、医師少数区域と同様に扱うべき医師少数スポットについては、この区域で必要とされる医療を提供するために巡回診療を実施したり、へき地診療所に医師を派遣するへき地医療拠点病院をはじめとした医療機関について医師確保を図っていきます。</p> <p>○医師多数区域または医師少数区域のどちらでもない甲賀・湖東・湖北・湖西の4保健医療圏は、全国的な位置づけは中位(109位~223位/335二次医療圏)ですが、決して医師が充足しているわけではありません。特に甲賀保健医療圏は222位と中位の中でもほぼ最下位となっています。そのため、各圏域の実情を踏まえて、必要な医師の確保を行っていきます。</p> <p>○医師多数区域(1位~108位/335二次医療圏)である大津・湖南保健医療圏は、全国的にも上位であることから、既存の医師確保施策(大学からの医師派遣等)を除いて、原則として他の圏域からの医師確保は行わないこととします。ただし、二次医療圏を超えて三次医療圏(県域)における医療機能を担っている場合があることや、二次医療圏域内においても病院や診療科による偏在があることを踏まえて、柔軟な対応を行っていきます。</p> <p>○同じく医師多数区域である東近江保健医療圏については、104位と医師多数区域の中でもほぼ最下位であるとともに、大津・湖南保健医療圏域と異なる実情(地理的な要因や交通の利便性等)を勘案した対応も必要であることから、このことを踏まえて必要な医師の確保を図っていきます。</p> <p>○なお、現在、地域医療構想に基づき、各二次医療圏で設置されている地域医療構想調整会議等において、医療機関の再編・統合や地域医療連携推進法人の設立を含む医療機関ごとの機能分化・連携による医療提供体制のあり方について議論されています。この議論の進捗に伴って、今後、医療提供体制が随時変化していくことが見込まれることから、これらの状況変化も踏まえ、必要となる医師の確保を図っていきます。</p>	
26_京都府	×					記載なし	
27_大阪府		43-	第4章必要となる医師数(2023年・2036年)	第1節国の考え方	1. 基本的な考え方 (1) 目標医師数 (2) 国が示す大阪府の目標医師数(参考値) (3) 国が医師偏在指標に基づき示す大阪府の必要医師数	(省略)	

都道府県	目標医師数の分析	該当ページ	大分類	中分類	小分類	記載内容(引用)	備考
27_大阪府		46-46	第4章必要となる医師数(2023年・2036年)	第2節大阪府の考え方	1. 基本的な考え方	<p>○医師確保の取組を進めていくためには、国が示すとおり、医師確保対策と地域医療構想、医師の働き方改革を三位一体として捉えた上で、統合的な検討が必要となります。</p> <p>○また、取組を進める上では、医療機関の機能分化・連携を通じた医療機能の集約化による、質の高い効率的な医療提供体制の構築が不可欠です。</p> <p>○一方で、国が示す医師偏在指標は、全国の都道府県及び二次医療圏における相対的な偏在状況を示すものであって、絶対的な充足の状況を示すものではありません。前掲の医療需要の推移では2036年に向けて10%の増加が見込まれています。また、病床数の必要量は2030年頃まで増加することが見込まれ、その後、減少に転じますが、2040年においても2025年と同程度となることが予想されています。</p> <p>○このような状況において、府内の8つの二次医療圏のうち6つの二次医療圏が医師多数区域という区分、また、医師偏在指標が相対的に上位であるために新たな医師確保が行えないこととする国の方針は、大阪府の実態を十分に反映したものとはいえません。</p> <p>○国が示す目標医師数や必要医師数だけに着目すると現在の医師数を下回りますが、府内の実態を踏まえた詳細な検討を行い、地域の実態に即した府独自の将来となる医師数を算出し、医師確保対策を示す必要があります。</p> <p>○医師偏在指標については、国からも、基準として取り扱うことや機械的な運用を行うことのないよう十分に留意する必要性や、医師確保計画の策定に際し、都道府県が厚生労働省から提供するデータを補完するための独自の調査等を行うことは差し支えないこと、また、大学や医療機関等が保有する有効なデータも適宜活用することと示されています。</p> <p>○そのため、府として病院・診療所の区分や診療科別の実態をもとに、大阪府における働き方改革を踏まえた「必要となる医師数」を算出して、引き続き大阪府医療対策協議会を中心とした協議等を通じて、地域医療構想との整合性を図りながら、地域の医師確保対策を進めることで、大阪府の医療提供体制を確保していきます。</p>	
27_大阪府		47-49	第4章必要となる医師数(2023年・2036年)	第2節大阪府の考え方	2. 必要となる医師数 手順	<p>(1) 算出手順</p> <p>○医療需要の推計および必要となる医師数は以下のように計算を行いました。(図表あり)</p> <p><国の必要医師数算出方法との主な相違点></p> <p>○国は、将来時点(2036年)において全国の医師数が全国の医師需要に一致する場合の医師偏在指標の値(全国値)を算出し、医療圏ごとに、医師偏在指標が全国値と等しい値になる医師数を必要医師数として示します。国が将来時点の医師供給数を算定するに当たっては、各医療圏の性・国籍登録後年数別の就業者の増減が、将来も継続するものとして推計することとしつつ、都道府県別の供給推計が、マクロの供給推計と整合するよう必要な調整を行うことを基本的な考え方としています。</p> <p>○また、国は、都道府県ごとの診療科ごとの将来必要な医師数の見通しの算出に当たっては、将来時点における必要医師数の算出方法を踏まえ、全国における診療科ごとの将来必要な医師数の見通しをもとに全国における将来必要な医師数の見通しを各都道府県に配分することで、各都道府県別の将来必要な医師数の見通しを算出しています。</p> <p>○大阪府は、偏在対策となる全国の将来時点における必要医師数との調整を行わずに、必要となる医師数を算出しています。</p>	*必要医師数という表現で、目標医師数はなし
27_大阪府	?	50-50	第4章必要となる医師数(2023年・2036年)	第2節大阪府の考え方	2. 必要となる医師数の推計	○現在医師数から、医療需要等を踏まえて、2036年に必要となる医師数を算出しました。(図表あり)	
27_大阪府		60-	第4章必要となる医師数(2023年・2036年)	第3節医師確保の方針	(1) 大阪府全体 (2) 地域偏在 (3) 診療科偏在	(省略)	
28_兵庫県	○	9	第2章医師確保計画(医師全体)	3 目標医師数		<p>医師確保の取組を進めるに当たっては、各二次医療圏において、入院から在宅医療まで地域の医療需要に圏域内で完結して対応できる医療提供体制を構築することを目標とする。そのため、「医師確保対策重点推進圏域」が、医師偏在指標上の医師多数区域となるために必要な医師数の確保を目標として、市町、大学、医療機関及び関係団体と連携した取組を推進する。具体的には、目標医師数は、次表のとおり算出され、「医師確保対策重点推進圏域」に該当する5圏域合計(164人)を、本県が計画期間中に確保を目指す目標医師数として設定する。なお、次期計画の策定に向けた検証に当たっては、今回の計画期間中に確保した医師数は、「医師・歯科医師・薬剤師統計」(厚生労働省)の「医師確保対策重点推進圏域」における医療施設従事医師数の増加数(平成30年12月31日現在～令和4(2022)年12月31日現在)とする。</p> <p>(図表あり)：【図表2-10：目標医師数の算出】</p>	
29_奈良県	×						

都道府県	目標医師数の分析	該当ページ	大分類	中分類	小分類	記載内容(引用)	備考
30_和歌山県	○	14	第3章医師確保の方針と施策	2 目標医師数		<p>○計画には、医師偏在指標を踏まえ、計画終了時点において、各医療圏で確保しておくべき医師数の目標を設定することとされています。</p> <p>○国はガイドラインにおいて、目標医師数を、計画期間中に医師少数区域が計画期間開始時における全国の下位33.3%の基準を脱するために要する具体的な医師の数と定義しています。</p> <p>○つまり、国が提示する目標医師数は、医師偏在指標に基づいて機械的に設定されるものであり、地域医療を堅持するために確保すべき医師数として設定されるものではありません。</p> <p>○そのため、県では、ガイドラインに沿った目標医師数を記載しつつも、地域の実情や、これまでの医師確保対策の効果等を踏まえ、地域医療を堅持するという観点から、県としての目標医師数を併記することとします。</p> <p>○なお、三次医療圏と二次医療圏で個別に算定されるため、県全体と二次医療圏の合計は一致しません。</p>	
30_和歌山県	○	14	第3章医師確保の方針と施策	2 目標医師数	【三次医療圏】	<p>・ガイドラインでは、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こととされており、医師多数県に区分されている本県は、目標医師数を設定する必要はありません。</p> <p>・しかしながら、県内のへき地診療所や公立・公的病院は、恒常的に医師が不足している状況にあることから、さらなる医師確保対策が必要という考えのもと、県としての目標医師数を設定します。</p> <p>・具体的には、これまでの医師数の推移を踏まえつつ、平成20年以降の医学部定員増員の効果を見込んで、計画終了時点の+G110目標数を算定します。</p> <p>・国が提示した目標医師数及び県としての目標医師数は、次のとおりです。 (図表あり)：(本県の目標医師数)</p>	
30_和歌山県	○	14	第3章医師確保の方針と施策	2 目標医師数	【二次医療圏】	<p>・ガイドラインでは、医師少数区域の目標医師数を、医師偏在指標の下位33.3%に達するために必要な医師数と設定する一方で、医師少数区域以外の二次医療圏における目標医師数については、都道府県において独自に設定することとされています。</p> <p>・本県では、有田、新宮の二つの医療圏が医師少数区域となっていますが、国が提示した2023年の目標医師数は、現時点の医師数を下回っており、既に目標を達成している状況にあります。</p> <p>・二次医療圏においては、地域医療構想の進捗や診療所の動向などの影響が大きく、地域に必要な医師数を算定することが困難なことから、県としては、現状維持を目標とし、具体的な目標医師数を設定しないこととします。</p> <p>・国が提示した目標医師数は、次のとおりです。 (図表あり)：(県内二次医療圏の目標医師数)</p>	
30_和歌山県	○	14	第3章医師確保の方針と施策	2 目標医師数	【病院勤務医の割合の目標】	<p>・本県は、医療施設従事医師における病院勤務医の割合が63.4%(全国43位)で、全国平均の66.7%を下回っており、地域医療において重要な役割を担う病院勤務医の確保が課題となっています。</p> <p>(図表あり)：(本県の医療施設別の医師数の推移)</p> <p>・国が提示する目標医師数は、診療所勤務医を含む、全ての医療施設従事医師数であることから、県としての病院勤務医に着目した目標を設定することとします。</p> <p>・具体的には、病院勤務医の割合を、第8次保健医療計画終了(2029年)時点で、現在の全国平均である66.7%まで引き上げることとし、その途中段階である本計画終了(2023年)時点の病院勤務医の割合を中間目標として設定します。</p> <p>(図表あり)：(病院勤務医の割合の目標設定)</p> <p>・仮に、診療所勤務医師数が、平成30年の1,035人のまま推移すれば、病院勤務医の割合が64.9%となるには、病院勤務医数は1,914人となり、平成30年と比較して124人増加させる必要があります。</p>	
31_鳥取県			第3章医師確保計画	5 目標医師数		<p>医師少数都道府県と医師少数区域において、計画終了時点の医師偏在指標が計画開始時点の下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数を目標医師数として国は示していますが、鳥取県では医師偏在指標を参考値として取り扱うこと及び現時点において当該医師数を既に到達していることから、目標医師数の設定は行わないこととします。</p>	
32_島根県	○	33	第3章医師確保計画の方針・施策の方向	5 目標医師数		<p>●医師確保の方針に基づき、次の考え方により、養成・確保すべき医師数を設定します。</p> <p>①高齢化等により令和5(2023)年までに減少する標準化医師数分を確保します。</p> <p>②勤務医師の充足率向上のため医師を増やします。</p> <p>●また、医師多数区域とならない圏域について、ガイドラインを踏まえ、目標医師数を設定します。</p> <p>●雲南圏域の目標医師数は、計画期間中に医師少数区域から脱することができないものとなっていますが、次期計画以降に脱することができるよう医師確保に取り組みます。</p> <p>なお、当面不足している医師については、非常勤や他圏域との連携により対応します。</p>	
33_岡山県	○	9	3. 目標医師数及び医師確保の方針			<p>県全体及び二次保健医療圏ごとの目標医師数並びに医師確保の方針を次のとおり定めます。定め方は「医師確保計画策定ガイドライン」で示された方法によります。 (図表あり)：【目標医師数及び医師確保の方針】 (図表あり)：〈医師確保計画策定ガイドライン及びQ&A抜粋〉 (図表あり)：〈厚生労働省から示された医師少数区域の目標医師数〉</p>	

都道府県	目標医師数の分析	該当ページ	大分類	中分類	小分類	記載内容(引用)	備考
33_岡山県	○	10	3. 目標医師数及び医師確保の方針	(1) 県全体		本県は医師多数県に該当するため、目標医師数の設定は行わず、新たな医師確保対策は実施ませんが、県内の医師の配置状況は、医師少数区域はもとより、医師多数区域においても医師不足が深刻な地域が多く見られます。また、そうした地域の医療は、大学病院等の医師の派遣により支えられている状況を踏まえ、自治医科大学卒業医師や今後増加が見込まれる地域卒業医師等を医師少数区域等へ配置することにより、県内の医師偏在対策に取り組みます。	
33_岡山県	○	10	3. 目標医師数及び医師確保の方針	(2) 二次保健医療圏	①県南東部圏域	当圏域は医師多数区域に該当するため、目標医師数の設定は行わないこととします。医師確保の方針については、新たな医師確保対策までは行わないこととしますが、当圏域では、岡山市以外の市町の医師数が全国平均を大幅に下回っており、医師不足が深刻な地域があることから、そうした地域に地域卒業医師等を配置するなど、既存の施策を継続し、圏域内の医師偏在対策に取り組みます。	
33_岡山県	○	10	3. 目標医師数及び医師確保の方針	(2) 二次保健医療圏	②県南西部圏域	当圏域は医師多数区域に該当するため、目標医師数の設定は行わないこととします。医師確保の方針については、新たな医師確保対策までは行わないこととしますが、当圏域では、倉敷市及び早島町以外の市町の医師数が全国平均を大幅に下回っており、医師不足が深刻な地域があることから、そうした地域に地域卒業医師等を配置するなど、既存の施策を継続し、圏域内の医師偏在対策に取り組みます。	
33_岡山県	○	10	3. 目標医師数及び医師確保の方針	(2) 二次保健医療圏	③高梁・新見圏域	当圏域は医師少数区域に該当するため、令和5(2023)年度末にこれを脱するために必要な医師数として、現状の86人を93人することを目標とします。医師確保の方針については、引き続き医師多数区域等からの医師派遣が継続されるよう関係医療機関に働きかけるとともに、地域卒業医師及び自治医科大学卒業医師の配置を優先的にを行います。	
33_岡山県	○	10	3. 目標医師数及び医師確保の方針	(2) 二次保健医療圏	④真庭圏域	当圏域は医師少数区域に該当しますが、今後医療需要が減少することから、令和5(2023)年度末にこれを脱するために必要な医師数として、現状の78人と同数にすることを目標とします。医師確保の方針については、引き続き医師多数区域等からの医師派遣が継続されるよう関係医療機関に働きかけるとともに、地域卒業医師及び自治医科大学卒業医師の配置を優先的にを行います。	
33_岡山県	○	10	3. 目標医師数及び医師確保の方針	(2) 二次保健医療圏	⑤津山・英田圏域	当圏域は医師少数でも多数でもない区域に該当するため、目標医師数の設定は行わないこととします。医師確保の方針については、当圏域の医師数が全国平均よりも少なく、医師の高齢化も進んでおり、医師不足が深刻な地域があることから、そうした地域に引き続き医師多数区域からの医師派遣が継続されるよう関係医療機関に働きかけるとともに、地域卒業医師及び自治医科大学卒業医師を配置するなど、既存の施策を継続し、圏域内の医師偏在対策に取り組みます。	
34_広島県	○	22	第1「提供される医療全体」についての計画	目標	2 医師偏在指標に基づく目標医師数	医師偏在指標の算定結果に基づく全国規模の偏在是正を進める観点から、本計画期間中における「確保すべき目標医師数」(厚生労働省の算定結果)は、下表(イ)のとおりです。この目標医師数の定義は、医師偏在指標の算定において、各地域が下位33.3%の順位に達する場合の医師数であって、本県では、この下位33.3%以下の地域は存在しないことから、全ての地域において、現状値(ア)が上回っている状況にあります。将来時点(2036年)に向けて、計画を重ねるごとに段階的に、全国規模での地域偏在の解消を進めていく上での令和5(2023)年度に向けた目標設定である趣旨を踏まえて、本県における医師数の目標は、県内二次保健医療圏間に介在する地域偏在を改善していくための目安として設定し、各医療圏において次のとおりとします。 ☑比較的医師が多いとされる3圏域(広島、呉、広島西)では、将来時点(2036年)に至るまで「全国平均以上である現在の水準を維持すること」を目標とします。 ☑その他の4圏域(広島中央、尾三、福山・府中、備北)では、上記3圏域との偏在が計画を重ねるごとに改善に向かい、将来時点(2036年)に至るまでに「全国平均に達する水準となる」ことを目標とします。 なお、医師偏在指標は、医療計画の改定又は見直しの度に算定されて改められることから、目標設定の基準となる全国平均も変動することとなります。このため、後年の計画改定等を行う度に、医師偏在指標の算定結果に基づいて目標数を改めます。 また、将来時点(2036年)において必要となる医師数の目標は、今後、国において医師のマクロ需給推計の議論が進められる予定であり、その動向等を注しつつ検討していきます。 (図表あり)：図表20医師偏在指標に基づく本県の目標医師数等	
35_山口県	○	30-31	第5章目標医師数			国が示した2023年の目標医師数は、次の式で計算し算出されたものであり、表1のとおりとなっていますが、長門保健医療圏を除き、実人員を下回っている状況です。これは、少数区域以外は目指す偏在指標が低いこと、少数区域は人口減少の影響を受けていることによるものです。このため、県において、独自に、県及び医師少数区域の目標設定を行うこととします。	
35_山口県	○	30-31	第5章目標医師数	1 県全体の目標医師数		医師少数区域である柳井、長門、萩の保健医療圏の2023年の目標医師数については、国の算出方法に準拠し、将来ではなく、現時点の評価によって、計画開始時点の下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師数を設定することとしますが、この方法により既に必要な医師数を達成している場合においては、中位50.0%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設定することとし、表2のとおりとします。 (図表あり)：表2医師少数区域における目標医師数	

都道府県	目標医師数の分析	該当ページ	大分類	中分類	小分類	記載内容(引用)	備考
35_山口県	○	30-31	第5章目標医師数	3 医師少数区域以外の区域の目標医師数		医師少数区域以外の保健医療圏については、医師少数区域における目標医師数の計算方法によっても、実人員を下回ることとなることから、国が示した医師確保策定ガイドラインに基づき、既に目標医師数を達成したものとして、具体的な目標医師数は定めません。しかしながら、第4章で定めた医師確保の方針に基づき、将来にわたる持続的な地域医療提供体制の確保に向け、引き続き、必要な医師を確保することを目標とします。	
35_山口県	○	30-31	第5章目標医師数	4 その他の目標		本県は、医師の高齢化の進展など課題を抱えており、将来にわたる持続的な地域医療提供体制の確保に向け、若手医師の確保を進める必要があります。このため、2023年までの各年において、新専門医制度における専門研修プログラムの登録者である専攻医を50人以上確保することを、目標医師数のほかに目標として掲げることとします。なお、本県の医師の年齢構成を考慮すると、早期において、各年において、専攻医を70人以上にすることが必要であると考えますので、これに向け、鋭意、取組を進めることとします。 (図表あり)：表3 県内専門研修プログラムの専攻医採用状況	
36_徳島県	○	26	第5章確保すべき医師の数の目標	2 確保すべき医師の数の目標	(1)基本的な考え方の目標	○厚生労働省から提供された目標医師数及び全国平均値に至るための参考医師数は、地域の医療ニーズを積み上げた確保すべき医師数ではない。 ○提供された数値だけを見れば、県及び各圏域のいずれにおいても目標とするべき医師数を上回っているが、地域における個別の医療機関の状況や病院勤務医の状況を勘案すると、厳しい状況であることは明らかである。 ○また、医師偏在指標を始めとするこれらの「医師数」は、開業医師や勤務医師の区別がないことや、大学病院・大学で臨床に従事する比率が低い医師も一律に含まれていることなど、従事する業務内容の差異を勘案しないまま、確保すべき医師の目標数として、いたずらに定量的に設定することは妥当ではないと考える。 ○したがって、県としては、本計画で定めた医師確保の方針に従い、地域医療総合対策協議会における関係機関が一体となった取組等を通じて、地域における医師偏在の解消を目指すことを目標とする。	
36_徳島県	○	26	第5章確保すべき医師の数の目標	2 確保すべき医師の数の目標	(2)確保すべき医師の数についての検討 ①県	○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こととされている。 ○厚生労働省から提供された本県における2023年の目標医師数は1,672人であるが、標準化医師数(2,301.6人)も医療施設従事医師数(2,369人)もともに既に当該医師数を上回っていることから、目標とする医師数は設定しない。	
36_徳島県	○	26	第5章確保すべき医師の数の目標	2 確保すべき医師の数の目標	(2)確保すべき医師の数についての検討 ②東部	○医師少数区域以外の二次医療圏における目標医師数については、都道府県において独自に設定することとされている。 ○厚生労働省から提供された各二次医療圏の医師偏在指標が計画期間開始時の全二次医療圏の医師偏在指標の平均値に達する値である医師数を参考とする。 ○2023年の東部圏域の全国平均値に至るための医師数は1,273人であるが、東部圏域においては、標準化医師数(1,785.1人)も医療施設従事医師数(1,836人)もともに既に当該参考医師数を上回っていることから、目標とする医師数は設定しない。	
36_徳島県	○	26	第5章確保すべき医師の数の目標	2 確保すべき医師の数の目標	(2)確保すべき医師の数についての検討 ③南部	○医師少数区域以外の二次医療圏における目標医師数については、都道府県において独自に設定することとされている。 ○厚生労働省から提供された医師偏在指標の全国平均値に達する値である医師数を参考とする。 ○2023年の南部圏域の全国平均値に至るための医師数は372人であるが、南部圏域においては、標準化医師数(368.0人)は372人を下回るものの、医療施設従事医師数(374人)が既に当該参考医師数を上回っていることから、目標とする医師数は設定しない。	
36_徳島県	○	26	第5章確保すべき医師の数の目標	2 確保すべき医師の数の目標	(2)確保すべき医師の数についての検討 ④西部	○医師少数区域における目標とする医師数は、厚生労働省から提供される目標医師数(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)とされている。 ○厚生労働省から提供された西部圏域における2023年の目標医師数は142人であるが、標準化医師数(148.4人)も医療施設従事医師数(159人)もともに既に当該医師数を上回っていることから、目標とする医師数は設定しない。	
37_香川県	○	8	第3章医師確保の方針と目標医師数	第1節県全体		本県は、医師偏在指標により医師多数県に位置付けられていますが、医師少数区域に位置付けられている小豆保健医療圏をはじめとする県内の医師の地域偏在や、産婦人科や救急科の医師が不足しているといった診療科偏在、そして全国より進行する医師の高齢化といった課題を抱えていることから、これらの課題の解消に向けて、これまで取り組んできた医師確保施策について、今後も切れ目なく継続して実施していきます。	
37_香川県	○	8	第3章医師確保の方針と目標医師数	第2節二次医療圏	1 小豆保健医療圏	小豆保健医療圏は、医師少数区域に位置付けられるため、計画終了時点(令和5年度末)において、医師少数区域を脱するために必要な医師数として、現状の45人に対し、目標医師数を54人と定めます。また、医師確保の方針としては、引き続き医師多数区域である東部保健医療圏や西部保健医療圏からの医師派遣が継続されるよう香川大学医学部をはじめとする関係機関に働きかけるとともに、地域枠医師及び自治医科大学卒業医師の重点的な配置を行います。	

都道府県	目標医師数の分析	該当ページ	大分類	中分類	小分類	記載内容(引用)	備考
37_香川県	○	9	第3章医師確保の方針と目標医師数	第2節二次医療圏	2 東部保健医療圏	東部保健医療圏は、医師多数区域に位置付けられていますが、医療圏内の「大川圏域」については、医師偏在指標が全国平均を大きく下回っていることから、医師少数スポット(※)に設定します。大川圏域を除く東部保健医療圏においては、これまで取り組んできた医師確保施策を引き続き実施することにより、医師少数スポットである大川圏域や医師少数区域である小豆保健医療圏等への医師の派遣が継続できるように、必要に応じて医師の確保を行います。また、医師少数スポットである大川圏域においては、引き続き医師多数区域である東部保健医療圏や西部保健医療圏からの医師派遣が継続されるよう香川大学医学部をはじめとする関係機関に働きかけるとともに、地域枠医師及び自治医科大学卒業医師の重点的な配置を行います。	
37_香川県	○	9	第3章医師確保の方針と目標医師数	第2節二次医療圏	3 西部保健医療圏	西部保健医療圏は、医師多数区域に位置付けられていますが、医療圏内の「三豊圏域」については、医師偏在指標が全国平均を大きく下回っていることから、医師少数スポットに設定します。三豊圏域を除く西部保健医療圏においては、これまで取り組んできた医師確保施策を引き続き実施することにより、医師少数スポットである三豊圏域や医師少数区域である小豆保健医療圏等への医師の派遣が継続できるように、必要に応じて医師の確保を行います。また、医師少数スポットである三豊圏域においては、引き続き医師多数区域である東部保健医療圏や西部保健医療圏からの医師派遣が継続されるよう香川大学医学部をはじめとする関係機関に働きかけるとともに、地域枠医師及び自治医科大学卒業医師の重点的な配置を行います。	
38_愛媛県	○	20	第3節医師確保方針と対策	7 目標医師数(2023年(令和5年))	(2)愛媛県計画における目標医師数	○本県は医師中程度都道府県であり、二次医療圏ごとに見ても医師少数区域は存せず、ガイドラインが示す計画開始時点の下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師数には既に達しています。このため、本県では、現時点(2016年(平成28年))の愛媛県の医師数合計3,609人を本県全体の目標医師数とし、二次医療圏ごとの目標医師数については、全ての圏域において「将来時点(2036年(令和18年))の必要医師数」が確保されることを目標とします。本県の喫緊の課題である医師偏在の早期解消を図るため、本計画の1期目(4年間)及び2期目(3年間)の7年間で確保することを目指します。 ○なお、必要な医師数を確保するにあたっては、単に医師の総数を増加させるだけではなく、その地域又は医療機関において必要としている診療領域ごとの医師数を考慮することも重要ですが、国においては、診療科と疾病・診療行為との対応の検討のために時間を要することや推計にも限界があるとしており、本計画では診療科別の医師偏在の状況や目標医師数は設定しないこととしています。 (図表あり)：〔目標医師数〕	
39_高知県	○	20	第4章医師確保の方針と目標医師数	2 目標医師数の考え方		国が示す「医師確保計画策定ガイドライン」では、目標医師数は4年間の計画期間中(令和2年～令和5年)に、医師少数区域が計画期間開始時点の下位1/3の基準を脱する(基準に達する)ために要する医師の数(計画期間終了時点において各医療圏で確保しておくべき医師+G121の総数)と定められています。目標医師数は、医師偏在指標を計画期間開始時点の下位1/3の基準値(162.2)に固定し算出することとなりますが、国が算出した計画期間終了時点における目標医師数(「国が算出した医師数」)は、4年後の人口減少を見込んでいるため、結果的に、県内の全ての二次医療圏において、計画策定時における下位1/3の基準を脱することとなります。同ガイドラインでは、「目標医師数が現在の医師数を下回っている場合には現在医師数を目標医師数とする」こととされていることから、本県の目標医師数は下表のとおりとなります。 (図表あり)：<本県の医師確保の方針及び目標医師数>	
40_福岡県	○	101	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	(13)京築保健医療圏	③確保すべき目標医師数	○273人(医師偏在指標の下位33.3%を脱するために最低限必要な医師数)	
41_佐賀県	○	15	第1 医師確保計画	3 医師確保の方針及び目標	2 医師確保の目標	ガイドラインによれば、医師多数都道府県及び医師多数区域は「現時点以上の医師確保対策を行う方針が定められないことがないよう」方針を定めることとされ、医師少数区域については「医師の増加を基本方針とする」ことなどを医師確保の方針の原則として示しています。また、厚生労働省は令和5(2023)年度までに達成すべき目標医師数(医師少数区域から脱するための最低限必要な医師数)を都道府県知事あて通知しており、医師少数区域については当該数値が目標医師数となります。本県の目標医師数は以下のとおりとされていますが、西部医療圏については、平成28(2016)年度時点の120人を下回る人数が通知されています。 (図表あり)：○目標医師数の状況 しかし、本県の地域医療構想においては、今後の医療需要が増大することが見込まれていることから、地域医療構想実現のため、県全体の目標は、「1 医師確保の方針」に記載している診療科等の医師の育成・定着を行うこととし、二次医療圏の目標は、地域医療構想調整会議地区分科会等を活用し、二次医療圏それぞれの実態把握を行い、前述した特に育成が必要な医師を中心に、必要対応を行うこととします。	

都道府県	目標医師数の分析	該当ページ	大分類	中分類	小分類	記載内容(引用)	備考
42_長崎県	○	4-2-1	第4章医師確保に関する方針・施策 第2節確保すべき目標医師数	1. 医師全体	(1) 県全体	●本県は医師多数県とされており、ガイドラインでは、目標医師数を既に達成しているものとされています。このため、本県全体の目標医師数は、現時点の医療施設従事医師数(平成28年度医師・歯科医師・薬剤師調査)である4,042人と設定します。	
42_長崎県	○	4-2-1	第4章医師確保に関する方針・施策 第2節確保すべき目標医師数	1. 医師全体	(2) 二次医療圏	●ガイドラインによると、目標医師数の設定は次の点に留意して行う必要があります。 ・医師少数区域は、医師の増加を医師確保の方針の基本とし、医師多数区域の水準に至るまでは医師の確保ができる ・医師中程度区域は、県の判断で、医師多数区域の水準に至るまでは医師の確保ができる ・医師多数県の各二次医療圏の目標医師数の都道府県合計値は、現時点の都道府県の医療施設従事医師数合計を超えない範囲で設定しなければならない ●本県の目標医師数設定の考え方は次のとおりとします。 ・離島・へき地の偏在解消策として、政策的に実施し、将来数を一定確実に見込むことができる制度は、県養成医制度しかなく、本計画の目標数は、当制度による医師の派遣数を基に算定する ・離島の各医療圏の医療水準や医師偏在指標の向上を図るという医師確保の方針を踏まえ、今期間中の県養成医の実質増数を考慮して離島の各医療圏の目標医師数を設定する ・離島の各医療圏の目標医師数は、離島医療圏の医師偏在指標が、今計画期間終了時に同程度になるよう設定する ・長崎大学等からの医師派遣については、今計画期間中もこれまでと同様に継続されることを前提として目標医師数を設定する	
42_長崎県	○	4-2-1	第4章医師確保に関する方針・施策 第2節確保すべき目標医師数	1. 医師全体	(3) 県養成医の今計画期間中の動向	・今計画期間における県養成医の実質増数は+11名となる見込みです。 (図表あり)：【表】今計画期間における県養成医の実質増数	
42_長崎県	○	4-2-2	第4章医師確保に関する方針・施策 第2節確保すべき目標医師数	1. 医師全体	(4) 目標医師数の設定	●県養成医の動向や、長崎大学等からの医師派遣の状況を踏まえ、今計画期間の確保すべき目標医師数を次のとおり設定します。 ●なお、ガイドラインの方針では、医師多数県は、現時点の医師数(平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査)を超える目標医師数の設定はできないことから、対馬、五島、上五島医療圏で増加する医師数11名分を医師多数区域の長崎、県央医療圏で調整して、県全体として現状維持となるように目標医師数を設定します。 (図表あり)：【表】今計画期間における目標医師数	
43_熊本県	○		第2章熊本県医師確保計画	第1部地域医療を担う医師の確保	(1) 医師偏在指標、医師多数区域・少数区域、目標医師数について	・医師偏在指標とは、都道府県ごとの医師の偏在状況を相対的に比較することを目的に、厚生労働省令に基づき医師数、医療需要、将来の人口・人口構成の変化、医師の性別・年齢分布を基に算定される指標です(表3参照)。 ・医師多数区域及び医師少数区域は、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たもので、上位33.3%が医師多数区域、下位33.3%が医師少数区域とされています。 ・同様に全国の47都道府県の医師偏在指標の値を一律に比較し、上位33.3%が医師多数都道府県、下位33.3%が医師少数都道府県とされており、本県は医師多数県とされています。 ・医師偏在指標は全国の医師偏在の状況を相対的に示す指標であることから、医師確保対策の実施にあたっては、指標のみに捉われず、地域の現状や課題をしっかりと分析する必要があります。 ・また、厚生労働省が算定した目標医師数は、医師偏在指標の下位33.3%に達するために必要な医師数として全国一律で算定された指標であるため、あくまで参考値として取り扱い、引き続き地域の実情に応じた医師確保対策を実施します。 (図表あり)：【表3】厚生労働省が示した医師偏在指標、医師多数区域・医師少数区域、目標医師数 ※都道府県と二次医療圏を分けて算出しているため、二次医療圏の計と県全体の値は一致しない。また、各圏域の計画終了時点における人口減少の影響が考慮されているため、医師少数区域の目標医師数も、平成28年から減少している。	
44_大分県	○	4	第4章医師確保に関する方針、目標医師数及び施策	2 目標医師数	(1) 大分県	○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こととされていることから、県全体の目標医師数は設定しないこととします。	

都道府県	目標医師数の分析	該当ページ	大分類	中分類	小分類	記載内容(引用)	備考
44_大分県	○	4	第4章医師確保に関する方針、目標医師数及び施策	2目標医師数	(2)二次医療圏	①医師少数区域 ○医師少数区域である南部及び西部医療圏では、いずれも現在医師数が、国が算定した目標医師数をすでに上回っていることから、現在医師数を目標医師数とします。 ②医師少数区域以外の区域 ○医師少数区域以外の区域の目標医師数は、県独自に設定することができますが、二次医療圏の目標医師数の合計値は県全体の現在医師数が上限とされています。 ○そのため、医師少数区域以外の区域についても、現在医師数が国が算定した目標医師数をすでに上回っていることを踏まえ、医師少数区域に準じて現在医師数を目標医師数とします。(図表あり)	
44_大分県	○	4	第4章医師確保に関する方針、目標医師数及び施策	2目標医師数	(3)目標医師数の考え方	○二次医療圏では現在医師数を目標医師数とし、また、県全体では目標医師数を設定しないこととしますが、これは医師偏在指標に基づき機械的に算定した結果であり、二次救急医療等の地域医療提供体制を支える地域中核病院における医師不足の現状を反映したものではありません。 ○こうしたことから、県としては従来、地域中核病院の医師確保を基本としてきたこれまでの取組との整合性を図る上からも、本計画で定めた医師確保の方針に基づき、地域中核病院における医師不足の状況を踏まえた医師確保の取組を引き続き行うこととします。 ○二次医療圏ごとの地域中核病院の状況は次のとおりです。(図表あり)	
45_宮崎県	○		第2章医師確保計画(医師の確保に関する事項)	第5節目標医師数	2本県の目標医師数	上記1により、本県の目標医師数を下記のとおりとします。 (1)三次医療圏(県)→図表あり (2)二次医療圏→図表あり	
46_鹿児島県	○	5	第2章医師の確保	第1節医師確保	2目標医師数	医師偏在指標に基づき算定された本県の医師少数区域における目標医師数等は、以下のとおりです。(図表あり)	
47_沖縄県	○	7	第3章医療圏ごとの医師確保の方針、目標医師数及び施策	2目標医師数	(2)本県における目標医師数	国が示した医師確保計画策定ガイドラインでは、医師少数区域以外の二次医療圏の目標医師数は、都道府県が独自に設定することとなっています。本県においては、県内の医療機関で専門研修を修了した医師のうち一定の割合の医師が研修後も引き続き県内で勤務すること及び高齢の医師が引退することを踏まえて目標医師数を設定しました。	
47_沖縄県	○	25	第7章離島及びへき地診療所の医師確保	2離島及びへき地診療所における目標医師数		県は、今後、関係医療機関と連携して、それぞれの地域における医療需要の動向や医師の時間外労働の上限規制による影響などを踏まえた離島及びへき地診療所医師の必要数について検討を進めることとしますが、本計画においては、現行の常勤医師26人を維持、確保することを目標とします。	

○医師確保計画における目標医師数の達成に向けた施策の効果の測定・評価

都道府県	該当ページ	大分類	中分類	小分類	記載内容(引用)
01_北海道	44	第9計画の効果の測定と評価			○計画の推進による効果の測定は、医師偏在指標の是正の進捗状況及び目標医師数の達成度合いを基本としますが、いずれも国調査の集計結果が公表されるまでに一定の期間を要することから、各年度毎の道の施策による医師派遣実績や、道外からの医師確保状況等を踏まえて、本計画の推進状況を評価します。 ○各年度ごとの計画の進捗状況や医師派遣実績等については、医療対策協議会において、PDCAサイクルによる評価等を行うとともに、必要な措置を講じていくこととします。
02_青森県					記載なし
03_岩手県					記載なし
04_宮城県	P47-48	VIII計画の効果測定・評価	1 推進体制		県では、医師の確保及び偏在解消を通じた地域医療の充実強化を図るため、令和元年6月に医療法の規定に基づく「宮城県地域医療対策協議会」を設置しました。また、大学及び医師会、医療機関、県の4者により平成23年2月に設立された「宮城県医師育成機構」においては従前から、医師の招へい及び定着に向けた取組が行われているほか、医療機関の勤務環境改善に向けた「宮城県医療勤務環境改善支援センター」を平成28年11月に設置しています。今後は、これらの機関等との密接な協調と連携により本計画を推進します。本計画は、県政運営の基本的な指針である「宮城の将来ビジョン」を基軸とし、「第7次宮城県地域医療計画」の一部として、各保健福祉分野の個別計画と相互に連携・協調を図りながら推進します。
04_宮城県	P47-48	VIII計画の効果測定・評価	2 進行管理	(1) PDCAサイクルの推進	本計画では「医師確保計画策定ガイドライン」に規定する「医師偏在指標」をもとに、県内外の医師の偏在状況を明らかにし、「医師確保の方針」、「目標医師数」、「必要医師数」、「目標医師数及び必要医師数を達成するための施策」を掲げています。「医師偏在指標」は全国的に医師の多寡を統一的・客観的に把握する指標であり、様々な施策を立案・実施するための指標となります。 本計画は、3年ごと(最初の計画のみ4年)に見直しを行います。施策の進捗状況や「医師偏在指標」等の状況等について評価を行い、「医師確保の方針」、「目標医師数」、「必要医師数」、「目標医師数を達成するための施策」の見直しを行うため、「PDCAサイクル」を推進していきます。
04_宮城県		VIII計画の効果測定・評価	2 進行管理	(2) 計画の実績評価	本計画の効果的な実施を推進するためには、前節の「PDCAサイクル」による適切な計画の実績評価と進行管理が重要です。進行管理に当たっては、「宮城県地域医療対策協議会」や「宮城県小児医療協議会」、「宮城県周産期医療協議会」で毎年進捗状況等の確認を行うとともに、その結果を「第7次宮城県地域医療計画」の進行管理の中で「宮城県医療審議会」に報告します。また、各施策の実施状況等については「宮城県医師育成機構」や「宮城県医療勤務環境改善支援センター」においても適宜報告していきます。 これらを通じ、施策の継続的な推進が図られるよう努めるとともに、必要に応じて計画の見直しや変更を行いながら、適切な進行管理に努めていきます。
05_秋田県	P46	第7章計画の効果の測定と評価	第1節計画の効果の測定		医師確保計画策定後の計画の推進による効果の測定は、医師偏在指標の改善の進捗状況及び目標医師数の達成状況を基本としますが、いずれも国調査の集計結果が公表されるまで一定の期間を要することから、各年度ごとの施策による医師の配置実績や、県外からの医師確保状況等を踏まえて、本計画の推進状況を評価します。
05_秋田県	P46	第7章計画の効果の測定と評価	第2節評価		医療計画と同様に、PDCAサイクルを効果的に機能させながら、計画の進捗状況について、地域医療対策協議会等に報告するほか、ホームページなどを通じて広く県民等に周知を図ります。
06_山形県	P41-42	第7医師確保計画の効果の測定及び評価	1 医師確保計画の達成に向けた推進体制		○平成30年7月に施行された改正医療法第30条の23の規定において、「都道府県は、管理者その他関係者との協議の場(「地域医療対策協議会」という。)を設け、これらの者の協力を得て、同項各号に掲げる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必要な事項について協議を行う」とこととされています。 ○県では、医療法等の要請を踏まえ、医師確保に関する会議体(へき地保健医療対策に関する協議会、地域医療支援センター運営委員会(医師確保推進会議)等)の機能を地域医療対策協議会に一本化することとし、平成31年4月、新たに山形県地域医療対策協議会を設置しました。 ○当該協議会は、医療法に基づく法定の組織として、県全体を俯瞰しながら、医師確保対策の協議・調整を進め、その実行にあたっては、同法第30条の25の規定に基づく地域医療支援事務を行うための地域医療支援センター(設置主体:山形県健康福祉部)がその中核を担うこととなります。 ○一方で、「医師の偏在対策」と合わせ、「医師の働き方改革への対応」や「地域医療構想の実現」など、医療政策を巡る情勢が複雑化し、求められる業務の質、関係者間の調整の難易度が格段に高度化する中、厚生労働省医政局が設置した研究会である「中央医療対策協議会(医療政策人材の養成・確保に係る国・都道府県・研究機関・大学等の関係機関の連携の在り方等について議論)」は、議論の取りまとめとして、医療政策の遂行にあたっては、「既存の地域医療支援センター等と都道府県が一体となって諸課題に対応する道を探ることも重要である。」と提言しています。

都道府県	該当ページ	大分類	中分類	小分類	記載内容（引用）
					<p>〇こうした観点も踏まえ、県は、地域医療対策協議会が果たすべき法の要請に対応するため、山形大学医学部はもとより、県外の大学医学部や県内の医療機関、医師会等と医師の確保・県内定着を推進するという大きな目的を共有の上、必要に応じて山形大学医学部の関連組織である蔵王協議会等の関係団体との情報交換も行いながら、互いに知恵を絞り、医師確保計画の達成に向け、必要な予算の確保に努めるとともに実効性のある対策を講じていくこととします。</p>
06_山形県	P41-42	第7 医師確保計画の効果の測定及び評価	2 効果の測定と評価		<p>〇医師の偏在対策については、次の医療政策に留意しながら進めるものとし、医師確保計画の効果の測定と評価の結果については、地域医療対策協議会において協議を行い、次期医師確保計画の策定・見直しに反映させることとします。</p> <p>（地域医療構想との関係）</p> <p>2025年の地域医療構想の実現に向け、現在、公立・公的医療機関等について具体的対応方針の策定が進められており、これに伴い、医療機関の統合・再編等が進展した場合、地域でどの程度医師確保を行うべきかについては医療機関の統合・再編等の方針によっても左右されることから十分留意する必要があります。</p> <p>（医師の働き方改革との関係）</p> <p>労働基準法（昭和22年法律第49号）に基づく診療に従事する医師に対する時間外労働規制については、2024年度から適用される予定であるため、医師の労働時間の短縮のためには、個別の医療機関内での取組みだけでなく、地域医療提供体制全体として医師の確保を行うことについても十分留意する必要があります。</p>
07_福島県	P3	第1 編総論	第1 章計画策定にあたっての基本方針	第5 節計画の評価及び見直し	<p>〇医師確保計画の評価については、計画終了時点において、厚生労働省が算出する直近の医師偏在指標等に基づき測定・評価を行ないます。</p> <p>〇また、併せて、医療機関等における医師数の調査のほか、医師の県外からの受入状況や養成した医師の定着率などの検証を行ないます。</p> <p>〇計画の評価の結果については、地域医療対策協議会及び医療審議会にて検討、協議のうえ、次期医師確保計画の策定・見直しに反映させます。</p>
8_茨城県	100-102	各論第8章の推進体制と関係機関の役割	1 推進体制	(1) 茨城県医療審議会	<p>〇医療審議会は、医療法第72条第1項において、都道府県における医療提供体制の確保に関する重要事項等を調査審議する場として都道府県が設置するものであり、法第30条の4第15項の規定により、医療計画の策定に当たっても、医療審議会の意見を聴くこととされています。</p> <p>〇医師確保計画は、医療計画の一部として策定するものであることから、施策の進捗状況等を医療審議会に報告し、計画の評価を行います。</p>
8_茨城県	100-102	各論第8章の推進体制と関係機関の役割	1 推進体制	(2) 茨城県地域医療対策協議会	<p>〇地域医療対策協議会は、医療法第30条の23の規定に基づき、医師確保対策の具体的な実施に係る関係者間の協議・調整を行う場として都道府県が設置するものであり、各都道府県の医師確保計画に記載された医師確保対策を具体的に実施するに当たっての協議・調整を行います。</p> <p>〇地域医療対策協議会の構成員は、都道府県から、地域医療対策協議会で協議が整った事項に基づき、医師確保対策の実施に協力を要請された際は、要請に応じることとされています。</p>
8_茨城県	100-102	各論第8章の推進体制と関係機関の役割	1 推進体制	(3) 地域医療構想調整会議	<p>〇医師確保計画は、各都道府県が策定する地域医療構想との整合を図ることとしており、構想における医療機関の機能分化・連携の方針や施策等を踏まえ、地域の医療提供体制の向上に資する医師確保対策を実施する必要があります。</p> <p>〇このため、医師確保計画の推進に当たっては、個別の医療機関の医師確保等について、必要に応じて二次保健医療圏毎に設置する地域医療構想調整会議に協議を行います。</p>
8_茨城県	100-102	各論第8章の推進体制と関係機関の役割	1 推進体制	(4) 計画の効果の測定・評価	<p>〇医師確保計画は、その実効性を高めるため、茨城県地域医療対策協議会において効果の測定と評価について協議を行い、評価結果に基づき内容を見直します。</p>
8_茨城県	103	各論第8章の推進体制と関係機関の役割	2 関係者の役割	(1) 県	<p>〇県全体で良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の構築を目指し、医療機関や大学、市町村、関係団体との連携を図りながら、本計画に記載された医師確保の取組を推進します。</p> <p>〇県立病院は、筑波大学をはじめとする医育機関との連携・協力を図りながら、臨床研修・専門研修プログラムの充実など教育・研修機能の強化に取り組むとともに、養成した医師の医師少数区域の中核病院等への派遣に努めます。</p>
8_茨城県	103	各論第8章の推進体制と関係機関の役割	2 関係者の役割	(2) 筑波大学	<p>〇県内唯一の医育機関として、臨床研修・専門研修プログラムの充実など、魅力ある教育環境の整備を図り、将来、本県の基幹病院で活躍するための高度な専門性を有する医師の育成に努めるとともに、医師が不足する地域の医療機関で勤務する意欲を持った医師を育成するため、茨城県地域医療支援センターや県内医療機関と連携し、若手医師の卒前－卒後－生涯にわたるキャリア形成支援と研修体制の整備も含めた地域への計画的な医師派遣に努めます。</p> <p>〇特に、地域医療再生に向けた国内初の先駆的な取組みである「筑波大学附属病院地域医療教育センター」と県立病院をはじめとする県内中核病院が医療教育ネットワークを構築し、県内全域の医師・看護師等の医療従事者のレベルアップと定着を目指します。</p>
8_茨城県	103	各論第8章の推進体制と関係機関の役割	2 関係者の役割	(3) 市町村・医療機関・医療関係団体等	<p>〇本県の医師不足や地域医療に関する課題を共有し、各地域の病院や診療所の医療機能の分化や連携を促進することにより、切れ目のない効率的かつ質の高い医療の提供に努めます。</p> <p>〇医師の働き方改革を踏まえた医療従事者の勤務環境改善に努めるとともに、臨床研修や専門研修のプログラムの整備や魅力向上を図り、本県の地域医療を担う医師の育成・確保とキャリアアップの支援に努めます。</p> <p>〇救急医療や周産期医療、小児医療などの政策医療を担う公的病院等において、地域の医療機関との相互協力体制を強化し、県内全域で適切な政策医療が提供される体制づくりに努めます。</p>

都道府県	該当ページ	大分類	中分類	小分類	記載内容（引用）
8_茨城県	103	各論第8章 図 画の推進体制と関係機関の役割	2 図 係者の役割	(4) 県民	○限られた医療資源の有効活用と役割分担が図られ、県民誰もが安心して質の高い医療を受けることができるよう、本県の医師不足や地域医療の状況、さらには医師の勤務環境等への理解を深め、適切な医療機関の選択・受診に努めます。
09_栃木県	89-90	第5章 図 画の推進	1 医師確保計画の効果の測定・評価		<p>医師確保計画の効果測定・評価の結果については、栃木県医療対策協議会において協議を行い、2036年における必要医師数の確保に向けて、必要に応じて目標の見直し等を図りながら、次期医師確保計画の策定に反映させるとともに、評価結果を次期医師確保計画に記載します。</p> <p>医師確保計画の効果については、計画終了時点で活用可能な最新データから医師偏在指標の値の見込みを算出し、これに基づいて測定・評価します。</p> <p>医師確保計画の効果の測定結果を踏まえ、二次医療圏ごとに医師確保の状況等について比較を行い、課題を抽出した上で、他の都道府県の取組等を参考にしながら適切な対策を行います。</p> <p>医師少数区域等における医師の確保の状況をできるだけ正確に評価できる体制の整備に向けて、既存の統計調査では把握が困難な事項についても可能な限り把握します。</p> <p>計画終了時には、都道府県外からの医師の受入状況及び都道府県外への医師の派遣状況も把握を行い、計画作成時点と計画見直し時点での状況の変化を把握していきます。</p> <p>また、地域枠医師の定着率を把握し、定着率の改善が見られるか否か等について把握していきます。</p>
10_群馬県	89-92	第5章推進・評価	1 計画（一部改定版）の推進		<p>(1) 県の役割</p> <p>県は、計画（一部改定版）の内容について県内関係者や県民へ周知を図るとともに、施策を着実に推進するため、PDCAサイクルにより計画の進行管理を行います。その中で、群馬県地域医療対策協議会や群馬県保健医療計画会議、二次保健医療圏ごとに設置する地域保健医療対策協議会等において、施策の実施状況等について必要な協議を行います。</p> <p>(2) 市町村の役割</p> <p>外来医療計画で取り扱う、在宅医療の推進や初期・二次救急の医療提供体制等に関しては、地域包括ケアシステムの推進などの観点から、住民に身近な市町村が、地域保健医療対策協議会等と連携し、地域の実情に応じた取組を進めることが求められます。</p> <p>(3) 大学の役割</p> <p>医学機関である大学は、医学生への地域医療に係る教育の充実を図り、卒業医師の県内定着を促進するとともに、地域枠の設置等、医師確保計画に基づき群馬県地域医療対策協議会で合意された医師確保対策の実現に、できる限り協力することが求められます。</p> <p>(4) 医療提供者の役割</p> <p>各医療機関では、地域で求められる医療機能や地域医療に果たすべき役割に基づき、必要な医師の確保に自ら取り組むとともに、医療機関同士の連携をより一層深め、県内での研修体制やキャリア形成プログラムの充実、さらに医師多数区域の医療機関では医師少数区域への医師派遣等について、必要な協力を行うことが求められます。</p> <p>また、医師等の医療従事者は、自らの資質の向上に努め、それぞれの専門性を発揮しながらも、地域医療の維持・充実に積極的に協力する姿勢が求められます。</p> <p>(5) 医療関係団体の役割</p> <p>県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会等では、引き続き、群馬県保健医療計画会議等に参画し、適切な医療提供体制の整備促進など計画（一部改定版）の推進に協力するほか、県民等への情報提供や適切な受診等に関する普及啓発を行うことなどが求められます。</p> <p>(6) 県民の役割</p> <p>県民は、限りある医療資源を持続可能なものにするため、自らの健康の保持増進や介護予防に努めるとともに、症状に応じた医療機関の受診、救急車の適正利用等に積極的に取り組むことが、これまで以上に求められています。</p>
10_群馬県	89-92	第5章推進・評価	2 計画（一部改定版）の評価・見直し		<p>(1) 計画（一部改定版）の評価</p> <p>ア図行管理</p> <p>計画（一部改定版）の進捗状況について、群馬県地域医療対策協議会や群馬県保健医療計画会議、各二次保健医療圏に設置する地域保健医療対策協議会（地域医療構想調整会議）等に定期的に報告を行い、関係者の意見を踏まえつつ、地域の実情に応じた取組を進めます。</p> <p>①医師確保計画</p> <p>計画（一部改定版）の計画期間中の具体的な医師確保対策の実施に当たっては、群馬県地域医療対策協議会において関係者間の必要な協議・調整を行い、協議が整った事項について、県が地域医療支援事務を実施します。</p> <p>なお、地域医療対策協議会の構成員や医療従事者は、群馬県地域医療対策協議会で協議が整った事項等の実施に協力するよう努めなければならないとされています。計画の評価については、計画終了時に、次の事項等について状況を把握し、計画策定時点からの状況の変化や、医師確保の進捗状況を判定します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域枠医師の定着率及び派遣先 ・医療機関等における非常勤医師の派遣等の取組 ・都道府県外からの医師の受入状況及び都道府県外への医師の派遣状況 ・三次医療圏及び二次医療圏ごと（特に医師少数区域）における医師確保の状況

都道府県	該当ページ	大分類	中分類	小分類	記載内容(引用)
11_埼玉県	52	第1部基本的な事項	第5章計画の推進体制と評価	第2節評価及び見直し	本計画で定める目標を達成するためには、県民、関係機関、団体等の理解と協力の下、着実に各種施策の推進を図ることが必要です。そのため、目標の設定に当たっては、計画の進捗状況が県民に的確に伝わるよう、できるだけ数値化した指標を用いています。 本計画の進捗状況は、毎年度、埼玉県地域保健医療計画等推進協議会において確認を行うとともに、数値目標の達成状況を評価します。その結果に基づいて必要な対策の実施につなげるPDCAサイクルを活用することで、計画された施策を着実に推進するよう努めます。 なお、計画の進捗が不十分である場合など、必要があると認めるときは取組内容の見直し等を行います。
11_埼玉県	52	第1部基本的な事項	第5章計画の推進体制と評価	第3節進捗状況及び評価結果の周知方法	本計画の進捗状況は、ホームページで広く県民や関係者に公表します。 また、県政出前講座等を通じ、計画の趣旨や取組の状況、進捗状況の評価などについて周知を図ります。
12_千葉県	2	第1編総論	第1章一部改定の概要	第4節計画の推進体制と評価	1 推進体制 本計画の着実な推進のため、医療審議会（地域保健医療部会・地域医療対策部会等）、地域保健医療連携・地域医療構想調整会議において、関係者が互いに情報を共有し、円滑な連携が推進されるような体制を構築します。 2 進捗状況の把握、評価及び見直し 具体的な数値目標の設定と評価を行い、指標の数値の推移や施策の進捗状況を踏まえて、必要に応じて計画の内容や施策を見直します。
12_千葉県	147-148	第3編医師の確保に関する事項	第4章千葉県における医師の確保の方針と施策	第4節施策の評価指標	図表あり
13_東京都	82-	第1部	第5章計画の効果の測定・評価		○医師確保計画の効果測定・評価の結果については、地域医療対策協議会において進捗状況の確認を行い、次期医師確保計画の策定・見直しに反映させるとともに、必要に応じて計画の見直しや変更を行っていきます。
14_神奈川県	217-	第2部各論	第4部計画の推進	第3節計画の進行管理	○保健医療計画の進捗状況については、設定した数値目標の達成度等について、県が定期的に把握します。 ○計画の評価にあたっては、神奈川県保健医療計画推進会議、あるいは個別分野に関して設置されている協議会等の意見を聴きながら評価を行い、必要に応じて見直しを行うなどにより、計画を推進していきます。また、評価結果については、県ホームページにより公表します。
15_新潟県	27	第8章計画の推進体制と効果の測定・評価			○医師確保計画に基づく医師確保・偏在対策の推進に当たっては、臨床研修医及び専攻医の確保や、医師の確保を特に図るべき区域等への対策などの状況等を踏まえ、地域医療対策協議会において必要な施策の検討などの協議を行います。 ○策定した医師確保計画の次期医師確保計画の策定・見直しに当たっては、地域医療対策協議会において効果測定・評価などの協議を行い、評価結果を次期医師確保計画に反映させます。
16_富山県	15	10医師確保計画の推進			○厚生労働省が示す医師偏在指標の値や目標医師数、富山大学の寄附講座「地域医療総合支援学講座」における医師偏在調査の分析等を踏まえ、三次医療圏ごと、二次医療圏ごとの医師確保の状況等について把握・検討するとともに、その結果を富山医療対策協議会・富山県医療審議会に報告し、他の都道府県の取組み等も参考にしながら、県、大学、県医師会等が一体となって医師偏在対策に取り組みます。
17_石川県					記載なし
18_福井県	28	第1部医師確保編	第7章計画の推進体制と評価	2計画の進行管理・評価	県は、医療機関等への調査を実施するなど、事業の進捗状況を把握し、福井県地域医療対策協議会において、施策の進捗や目標等の達成状況を協議・評価を行います。 なお、次期計画については、本計画の評価結果を反映するとともに、地域医療構想や医師の勤務環境改善の進捗に合わせ、各医療圏が目指す地域医療の在り方を考慮のうえ、見直すこととします。
19_山梨県	298	第7次山梨県地域保健医療計画	第8章計画の推進方策と進行管理	第3節計画の進行管理	○山梨県医療審議会などにおいて、毎年度、本計画に盛り込まれた目標の達成状況について分析・評価を行い、必要があると認めるときは、計画期間が終了する前であっても、計画を見直すこととします。 ○なお、達成状況の分析・評価については、県のホームページなどを通して公表してまいります。
20_長野県	39-40	第1章長野県医師確保計画	IV計画の推進体制	2計画の進行管理・評価	2計画の進行管理・評価 ○この計画は、長野県保健医療計画の一部であることから、PDCAサイクル（目標設定⇒取組⇒評価⇒改善）に基づく見直しを3年今回の計画のみ4年ごとに行います。 ○この計画の終了時に、計画開始時と終了時の医師充足状況等について比較し評価を行うとともに、課題を抽出します。 ○これらについて、長野県地域対策協議会や長野県医療審議会での協議を行い、次期計画の策定・見直しに反映させます。
21_岐阜県					記載なし
22_静岡県	26-26	6医師確保計画の効果の測定・評価			○策定した計画の効果測定・評価を静岡県医療対策協議会において実施します。 ○計画終了時には、県外からの医師の受入状況や、地域枠医師の定着率及び派遣先、義務履行率等を把握し、次期医師確保計画の策定・見直しに反映させます。
23_愛知県	3	第1章医師確保計画総論	1策定の趣旨	(2)計画の推進	ウ計画の効果測定・評価 ○都道府県は、3年ごと（今回の計画は4年）に医師確保計画を見直すPDCAサイクルを実施し、医師確保対策の実効性を強化することとされていることから、次期計画を策定する際には、必要に応じて調査等を行い、計画の進捗状況の評価等を行ってまいります。

都道府県	該当ページ	大分類	中分類	小分類	記載内容(引用)
24_三重県	62-	第5章医師確保計画の効果の測定・評価			<p>○医師確保計画の効果については、計画終了年度において、活用可能な最新データから医師偏在指標の値の見込みを算出し、これに基づいて測定・評価を行います。</p> <p>○医師確保計画の効果測定・評価の結果については、三重県地域医療対策協議会において協議を行い、次期医師確保計画の策定・見直しに反映させます。</p> <p>○また、計画終了時に、地域枠医師等の定着率および派遣先を把握し、義務履行率、定着率の改善がみられるか否か、医師少数区域等の勤務状況等について把握を行います。</p> <p>○医師確保計画の効果測定・評価結果をふまえ、県、二次医療圏、構想区域ごとに医師確保の状況等について比較を行い、課題を抽出し、取組の見直しを行います。</p>
25_滋賀県	43-43	8 計画の進行管理・評価			<p>○この計画は、「滋賀県保健医療計画」の一部であることから、PDCAサイクル(目標設定→取組→評価→改善)に基づく見直しを3年(今回の計画のみ4年)ごとに行います。</p> <p>○この計画の終了時に、計画開始時と終了時の医師充足状況等について比較し評価を行うとともに、課題を抽出します。</p> <p>○これらについて、滋賀県地域医療対策協議会や滋賀県医療審議会等において協議を行い、次期計画の策定・見直しに反映させます。</p> <p>○この計画の評価等については、県ホームページや広報誌等を通じて、県民等に情報提供を行います。</p>
26_京都府	68-	第6医師確保計画の効果の測定・評価			<p>○医師確保計画の効果測定・評価の結果については、京都府医療対策協議会において協議を行い、次期医師確保計画の策定・見直しに反映させるとともに、評価結果を次期医師確保計画に記載します。</p> <p>このため次期医師確保計画の策定・見直しを行うに当たって、最新のデータを用いて計画期間終了時における医師偏在の状況を推計するとともに、各地域の医師の確保の実態をできるだけ正確に評価できる体制を整備していきます。</p> <p>○医師確保計画の効果の測定結果を踏まえ、三次医療圏ごと、二次医療圏ごとに医師確保の状況等について課題を抽出し、適切な対策を行います。</p>
27_大阪府	97-97	第6章医師確保計画にかかる評価	第1節医師確保計画にかかる評価	2. PDCAサイクルに基づく計画推進	<p>○地域の医療機能の適切な分化・連携を進め、効率的で質の高い医療提供体制を構築するためには、計画における政策循環(PDCAサイクル)の仕組みを一層強化することが重要となります。</p> <p>○そのため、本計画においても、第7次大阪府医療計画と同じく、施策・指標マップを用い目標、取組を設定しました</p>
28_兵庫県					記載なし
29_奈良県	32	第7章医療確保計画の効果の測定・評価			<p>医療確保計画の効果測定・評価の結果については、地域医療対策協議会において協議を行い、その結果を奈良県医療審議会に報告するとともに、次期医療器確保計画の策定・見直しに反映させます。</p>
30_和歌山県	29-31	第5章計画の進行管理	2 施策の効果測定・評価		<p>○医師確保計画の効果については、計画終了時点で活用可能な最新データから、医師の充足状況等を測定し、評価します。</p> <p>○医師確保計画の効果測定・評価の結果については、和歌山県医療審議会及び和歌山県医療対策協議会において協議を行い、次期医師確保計画の策定・見直しに反映させます。</p>
30_和歌山県	29-31	第5章計画の進行管理	2 施策の効果測定・評価	施策の効果を評価するための目標	<p>○施策の効果を評価するため、第7次保健医療計画の目標値を、本計画の施策体系に並び替えて掲載します。</p> <p>○現状については、本計画策定時の最新の数値に更新しています。</p> <p>(1) 医師の派遣調整(図表あり)</p> <p>(2) 特定診療科医師の確保(図表あり)</p> <p>※(3) 記載なし</p> <p>(4) キャリア形成支援(図表あり)</p> <p>(5) 初期臨床研修医・専門研修医(専攻医)の確保(図表あり)</p>
31_鳥取県					記載なし
32_島根県					記載なし
33_岡山県					記載なし
34_広島県	80	IV計画の推進体制と評価	2 施策の評価と評価結果の公表		<p>毎年度、数値目標の年次推移や施策の取組状況を広島県医療審議会に報告するとともに、評価を行い、必要に応じて施策の見直しを図るなど、「PDCA(plan-do-check-action)サイクル」を効果的に機能させます。</p> <p>全県及び二次保健医療圏における計画の進捗状況及び評価結果については、県のホームページ等において公表します。</p>
35_山口県	52	第9章計画の効果の測定・評価			<p>○山口県医療対策協議会において、関係者の協議を行い、本県の実情に応じた効果的な医師確保対策に取り組みます。</p> <p>○県では、医師確保計画の効果測定・評価に向け、都道府県外からの医師の受入状況や、県全体及び二次医療圏ごとに医師確保の状況等について把握します。</p> <p>○医師確保計画の効果測定・評価の結果については、県医療対策協議会において協議を行い、次期計画の策定・見直しに反映させるとともに、評価結果を次期計画に記載します。</p>

都道府県	該当ページ	大分類	中分類	小分類	記載内容(引用)
36_徳島県	85	第9評価			<p>○医師確保計画の効果については、計画終了時点で活用可能な最新データから医師偏在指標の値の見込みを算出し、これに基づいて測定・評価するとされている。</p> <p>○しかし、最新データに基づく医師偏在指標や目標医師数、医療施設従事医師数などを算出し、数値のみを比較衡量するだけでは、地域における医療需要が満たされているかどうかについて適切に判断し、評価することはできない。</p> <p>○医師確保計画の効果測定・評価の結果については、本計画で定めた医師確保の目標に従い、医学部入学者の状況や臨床研修、専門研修における医師の養成が進捗しているかどうか、また、医師少数区域等への医師の派遣調整が適切に行われているかどうか、それらの取組を通じて地域における医師偏在の解消が図られたかどうかについて、地域医療総合対策協議会において、丁寧に検証・評価することとする。</p> <p>○また、地域医療総合対策協議会における医師確保計画の効果測定・評価の結果については、医療審議会に報告することとする。</p>
37_香川県					記載なし
38_愛媛県		第5節計画の効果の測定と評価	1計画の効果の測定と評価		<p>○計画の推進による効果の測定は、医師偏在指標の是正の進捗状況及び目標医師数の達成度合いを基本としますが、いずれも国の調査の集計結果が公表されるまでに一定の期間を要することから、各年度の県の施策による医師派遣実績や県外からの医師確保状況等を踏まえて、本計画の推進状況の評価します。</p> <p>○各年度の計画の進捗状況や医師派遣実績等については、愛媛県保健医療対策協議会において、PDCAサイクルによる評価等を行うとともに、必要な措置を講じていくこととします。</p>
39_高知県	37	第7章計画の評価と進行管理	2進行管理		<p>計画に掲げた目標の達成状況や施策の効果について、分析・評価を行い、計画の進行管理を図るとともに、必要に応じた計画の見直しを行います。あわせて、計画の着実な推進を図るため、高知県医療審議会に設置する「医療従事者確保推進部会（地域医療対策協議会）」や「高知県周産期医療協議会」、「高知県小児医療体制検討会議」において、計画期間中の進行管理と評価を毎年度行うとともに、その結果を「第7期高知県保健医療計画」の進行管理の中で「高知県医療審議会」に報告します。</p>
40_福岡県	114	第4章医師確保計画の効果の測定・評価について			<p>○医師確保計画の効果については、国が計画終了時点で活用可能な最新データから医師偏在指標の値の見込みを算出することから、これに基づいて測定・評価します。</p> <p>○医師確保計画の測定・評価の結果については、次期医師確保計画の策定・見直しに反映させます。</p> <p>○医師確保計画の見直しにあたっては、非常勤医師の派遣、既存資料の把握や収集及び医療機関等への聞き取り等を通じて、県全体の医師確保の実態把握を行い、次期医師確保計画に生かしていきます。</p> <p>○医師偏在指標には考慮されていない医療需要や医師供給に関するデータがあることから、次期医師確保計画の策定の際には、より実態に即した指標となるよう国に対し要望します。</p>
41_佐賀県					記載なし
42_長崎県					記載なし
43_熊本県					記載なし
44_大分県					記載なし
45_宮崎県	3	第2章医師確保計画（医師の確保に関する事項）	第1節はじめに	1計画の位置付け	<p>○医師確保計画の効果測定・評価の結果については地域医療対策協議会において協議を行い、次期医師確保計画の策定・見直しに反映させるとともに、評価結果を次期医師確保計画に記載することとします。</p>
46_鹿児島県	21	第3章計画の効果測定・評価	1PDCAに基づく計画の管理		<p>○県は、定期的に本計画の達成状況を点検し、その結果に基づいて必要な対応を実施するPDCAサイクルに基づく管理を行います。</p> <p>○本計画は、計画終了時に調査、分析及び評価を行い、必要があると認めるときは、変更します。</p>
46_鹿児島県	21	第3章計画の効果測定・評価	2計画の周知及び情報提供		<p>○県民をはじめ市町村、関係機関・団体等に対し、県のホームページなどを通じて本計画の内容に係る十分な周知を図り、理解・協力を得るよう努めます。また、計画に関連した統計データなど、各種情報の提供に努めます。</p>
46_鹿児島県	21	第3章計画の効果測定・評価	3計画の推進体制		<p>○県地域医療対策協議会において、本計画に沿った具体的な施策の検討や計画の進捗管理を行います。</p>
47_沖縄県					記載なし

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
「医師確保計画を踏まえた効果的な医師偏在対策の推進についての政策研究」
分担研究報告書

分担研究名 地域枠医師キャリア形成プログラムの都道府県別比較

研究分担者 岡崎研太郎 名古屋大学大学院医学系研究科地域医療教育学講座

研究要旨

2020 年度、全国 65 大学の医学部において、地域枠人数は定員の 9%に達している。彼らは卒業後に地、域枠医師として各都道府県の医師が少ない地域の医療機関に派遣され、一定年数を勤務する。各都道府県は、医師少数区域における医師の確保と医師不足地域に派遣される医師の能力開発・向上の機会の確保の両立を目的として、キャリア形成プログラムを策定している。しかし、このプログラムの内容や効果については十分な検討がなされていない。そこで、全 47 都道府県の地域枠医師キャリア形成プログラムを調査し、比較検討をおこなった。

各都道府県に文書で依頼し、地域枠医師・医学生のキャリア形成プログラムを収集した。

地域枠医師のキャリア形成プログラムは、全 47 都道府県で策定され、そのすべてが公開されていた。

地域枠医師のキャリア形成プログラムは、都道府県ごとに多様であったが、ある程度の類型化に成功した。専門医取得は基本 19 領域で可能とする都道府県が多かったが、サブスペシャリティ専門医取得の可否については、ほとんどの都道府県で記載がなかった。地域での勤務は多くの県で卒後 3 年目以降とされ、実質的には専門医取得前後の卒後 5-6 年目以降としている都道府県が多数であった。また、地域での勤務年数は 4-6 年とする都道府県が多かった。

次年度は、地域枠医師による実際のキャリア形成プログラムの選択に関する都道府県への質問紙調査や、興味深い取組を実施しているいくつかの都道府県へのヒアリング調査、キャリア形成プログラムの利点や改善点についての地域枠医師へのインタビュー調査、地域枠医師と自治医大卒業医師のキャリア形成プログラムの比較等を計画している。

A. 研究目的

医学部入学定員臨時増員計画は 2008 年度に始まり、恒久定員外の地域枠は、2020 年度に全国 65 大学で 863 人に達している（9.2%、医学部定員 9330 人中）。この地域枠学生は、卒業後には地域枠医師として各都道府県で医師の少ない地域に派遣され、一定の年数をその地域の医療機関に勤務することとなっている。

医師少数区域における医師の確保と医師不足地域に派遣される医師の能力開発・向上の機会の確保の両立を目的として、2018 年 7 月に改正された

医療法では、各都道府県はキャリア形成プログラムを策定することとなった。

この地域枠医師の卒後キャリア形成プログラムは、全国同一というわけではなく、都道府県ごとに、あるいは大学ごとに異なっていることが知られている。

しかし、どの点がどのように異なっているのかという具体的な相違点や、どのようなプログラムが実際には効果的であるのか、などについては、まだ十分な検討がなされていない。

そこで、今回の厚労科研の一環として、地域枠医師のキャリア形成プログラムの全国調査を実施すると

ともに、そのプログラムを都道府県別に比較検討し、類型化することに取り組むこととした。

B. 研究方法

まず、2020年11月～12月にかけてweb上で各都道府県のキャリア形成プログラムを検索した。その後、2020年12月～2021年1月にかけて、各都道府県の医師確保計画担当部門へキャリア形成プログラムの提供を文書（別紙）で依頼し、地域枠医師・医学生のキャリア形成プログラムを収集した。収集したキャリア形成プログラムを対象に、以下の項目について検討した。検討項目は、研究班の班会議や研究者間の討議を経て決定した。すなわち、専門医取得について（取得の可否、種類、最短取得可能年数、など）、サブスペシャリティ専門医取得について（取得の可否、種類、最短取得可能年数、など）、医療資源の乏しい地域での勤務について（いつから行くのか、どれだけの期間行くのか、など）である。

（倫理面への配慮）

本研究においては、地域枠医師や医学生の個人情報には取り扱わない。

C. 研究結果

1) キャリア形成プログラムについて

全47都道府県から、回答を得ることができた。

ア) 都道府県が修学資金を貸与した地域枠医師についてのキャリア形成プログラム

全47都道府県が作成済みで、かつ公開されていた。

イ) 自治医科大学を卒業した医師についてのキャリア形成プログラム

36府県が作成済みであった。

ただし、作成済みであるが公開扱いとしていない都道

府県が9都道府県であった（北海道、千葉、東京、神奈川、静岡、大阪、奈良、鳥取、香川）。

また、未作成の県は群馬、石川、福井、山梨、岐阜、三重、岡山、広島、熊本、大分、沖縄の11県であった。

ウ) その他キャリア形成プログラムの適用を希望する医師についてのキャリア形成プログラム

26府県で作成済みであった。

ただし、作成済みであるが公開扱いとしていない府県は認めなかった。

また、未作成と回答したのは21都道府県であった（北海道、岩手、宮城、茨城、千葉、東京、石川、福井、岐阜、愛知、兵庫、奈良、鳥取、岡山、広島、香川、愛媛、福岡、熊本、鹿児島、沖縄）。

これらのうち、都道府県が修学資金を貸与した地域枠医師についてのキャリア形成プログラムに関しては、厚生労働省との協働により、「各都道府県のキャリア形成プログラムの掲載ページ（URL一覧）」として掲載することができた。

<https://www.mhlw.go.jp/content/000731710.pdf>

2) 専門医取得の可否と種類、年数について

ア) 専門医取得の可否と種類

・基本19領域

16道県（北海道、青森、福島、群馬、埼玉、千葉、山梨、静岡、愛知、島根、岡山、徳島、愛媛、高知、熊本、宮崎）

・18領域

4県（秋田、栃木、三重、鹿児島）

秋田、三重、鹿児島は基本19領域から形成外科を除く、栃木は基本19領域から臨床検査を除く。

・17領域

2県（滋賀、和歌山）

滋賀は基本19領域から臨床検査と形成外

科を除く、和歌山は基本 19 領域から臨床検査と総合診療を除く。

・16 領域

1 県（沖縄）

基本 19 領域から臨床検査、形成外科、リハビリテーション科を除く。

・8 領域

3 県（兵庫、奈良、福岡）

兵庫：内科、小児科、産婦人科、外科、救急科、整形外科、精神科、総合診療科
 奈良：小児科、産婦人科、麻酔科、救急科、総合診療科、内科、精神科、外科
 福岡：外科、小児科、産婦人科、救急科、麻酔科、整形外科、脳神経外科、総合診療科

・7 領域

1 県（神奈川）

神奈川：

・6 領域

3 県（富山、香川、長崎）

富山：小児科、外科、産科、麻酔科、救急科、総合診療科
 香川：内科、外科、救急科、産婦人科、小児科、総合医
 長崎：内科、外科、小児科、産婦人科、整形外科、総合診療科

・4 領域

1 県（佐賀）

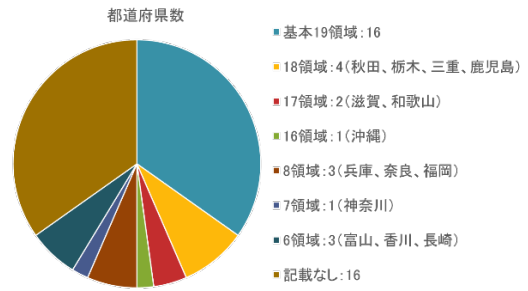
佐賀：小児科、産科、麻酔科、救急科

・記載なし

16 都府県（岩手、宮城、山形、茨城、東京、新潟、石川、福井、長野、岐阜、京都、大阪、鳥取、広島、山口、大分）

以上の結果を図 1 に示す。

図 1：専門医取得の可否と種類



イ) 専門医取得までの年数

・卒後 5-6 年目

19 都県（宮城、秋田、山形、福島、栃木、群馬、埼玉、千葉、東京、滋賀、兵庫、和歌山、島根、岡山、香川、高知、大分、宮崎、鹿児島）

・標準的な専門医研修期間内

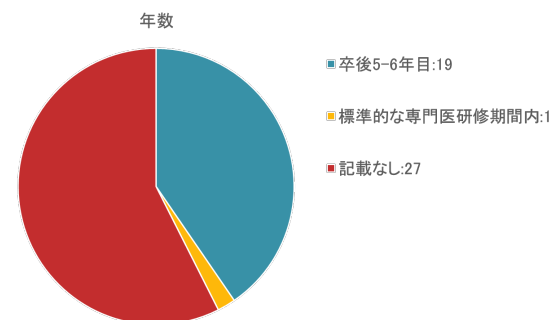
1 道（北海道）

・記載なし

27 府県（青森、岩手、茨城、神奈川、新潟、富山、石川、福井、山梨、長野、岐阜、静岡、愛知、三重、京都、大阪、奈良、鳥取、広島、山口、徳島、愛媛、福岡、佐賀、長崎、熊本、沖縄）

以上の結果を図 2 に示す。

図 2：専門医取得までの年数



3) サブスペシャリティ専門医取得の可否と種類、年数について

ア) サブスペシャリティ専門医取得の可否と種類

・何らかの記載あり

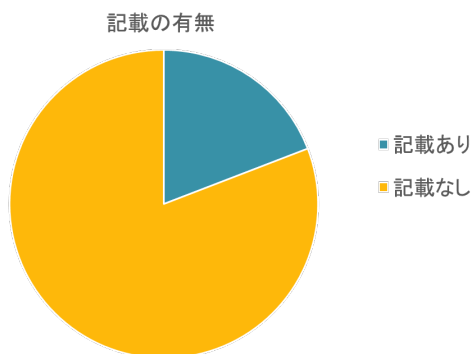
9 県（青森、秋田、群馬、千葉、静岡、滋賀、和歌山、島根、高知）

・記載なし

38 都道府県

上記の結果を図 3 に示す。

図 3：サブスペシャリティ専門医取得



イ) サブスペシャリティ専門医取得までの年数

・何らかの記載があった上記 9 県では、いずれも 7 年目以降

4) 地域での勤務について

ア) 開始年

1 年目

1 県 (青森)

3 年目

35 都道府県 (岩手、福井、徳島、宮城、秋田、山形、千葉、神奈川、石川、山梨、岐阜、静岡、滋賀、大阪、鳥取、島根、広島、高知、大分、宮崎、東京、北海道、新潟、兵庫、和歌山、岡山、熊本、埼玉、愛知、三重、奈良、愛媛、福岡、富山、佐賀)

4 年目

2 県 (京都、鹿児島)

6 年目

6 県 (栃木、長野、山口、香川、沖縄、群馬)

7 年目

1 県 (福島)

不明

2 県 (茨城、長崎)

イ) 年数

2 年間

1 県 (岩手)

3 年間

3 県 (福井、徳島、福島)

4 年間

23 府県 (青森、宮城、秋田、山形、千葉、神奈川、石川、山梨、岐阜、静岡、滋賀、大阪、鳥取、島根、広島、高知、大分、宮崎、栃木、長野、山口、香川、沖縄)

4.5 年間

3 都県 (東京、茨城、長崎)

5 年間

5 道県 (北海道、新潟、兵庫、和歌山、岡山、群馬)

6 年間

3 府県 (熊本、京都、鹿児島)

7 年間

6 県 (埼玉、愛知、三重、奈良、愛媛、福岡)

9 年間

2 県 (富山、佐賀)

以上の結果を表 1 にまとめて示す。

表 1：地域での勤務を開始する年度と年数

開始年	2 年間	3 年間	4 年間	4.5 年間	5 年間	6 年間	7 年間	9 年間
1 年目			青森					
3 年目	岩手	福井、徳島	宮城、秋田、山形、千葉、神奈川、石川、山梨、岐阜、静岡、滋賀、大阪、鳥取、島	東京	北海道、新潟、兵庫、和歌山、岡山	熊本	埼玉、愛知、三重、奈良、愛媛、福岡	富山、佐賀

			根、広島、高知、大分、宮崎					
4年目						京都、鹿児島		
6年目			栃木、長野、山口、香川、沖縄		群馬			
7年目		福島						
不明				茨城、長崎				

5) 興味深いキャリア形成プログラム例について

また、各都道府県のキャリア形成プログラムを分析したところ、いくつか興味深いケースを発見することができた。代表的なものを以下に記す。

興味深い例

1. 福島県

社会医学系専門医コースが設置されている

「社会医学系専門医に加え、博士、公衆衛生修士取得のケース」が示されており、この場合も、卒後 10 年間で従事期間修了となることが明示されている。

→社会医学に興味をもつ医師にとっては、専門医+PhD+MPH が卒後 10 年間で取得でき、かつ、その 10 年間で従事期間も修了できるというコースは魅力的なのではないかと思われた。

2. 茨城県

キャリア形成のサポートとしての産休・育休や女性支援について

産休・育休の従事期間内への参入や猶予について記載のある都道府県は少なくないが、茨城県の場合、筑波大学附属病院内科専門研修プログラム内に、産休・育休や女性支援システムを利用したケースが明確に図示されている。

→地域枠医師（とその配偶者）の不安軽減に効果的ではないかと思われた。

3. 鹿児島県

研修日の設定について

地域枠医師には、「卒業後に同級生に比べて医学

的知識や診療能力の面で遅れを取るのではないか」という漠然とした不安があるように思われる。

この点について、鹿児島県では、「原則週 1 日程度、医師がキャリア形成に係る専門研修を受けられるよう、就業先医療機関は配慮し、研修日を設ける」と明確にキャリア形成プログラムに記載している。

→地域枠医師の医学的知識や診療能力に関する不安の軽減に効果的ではないかと思われた。

実務研修の設定について

鹿児島県が言うところの「実務研修」とは、条例において、知事が定める病院（原則県立病院）で従事することが義務づけられている 1 年間の研修を指している。

鹿児島県では、離島・へき地診療所での勤務に備えるため、より実務に即した総合的な研修を行うことを目的とする実務研修を設定している。具体的な内容としては、「週 4 日程度を非常勤職員として研修、残り 3 日を専門研修やアルバイト、休み等に充てる」となっている。

→地域枠医師が離島やへき地に着任する際の診療上の不安の軽減に効果的ではないかと思われた。

D. 考察

全 47 都道府県の地域枠医師キャリア形成プログラムを入手し、比較検討をおこなった。

【キャリア形成プログラムの策定と公開】

地域枠医師のキャリア形成プログラムは、全 47 都道府県で策定され、そのすべてが公開されていた。

一方で、自治医科大学を卒業した医師のキャリア形

成プログラムを作成しているのは 36 府県にとどまっていた。さらに、この中で公開としていないのが 9 都道府県に上っていた。この理由については各都道府県に尋ねていないため不明であるが、明文化するまでもない（これまでの都道府県と自治医科大学や卒業生との長年の関係性でおおよそ定まっている）と認識されている可能性は残る。そうであれば、非公開が容認されるのか、それとも原則として公開することが望ましいのか、さらに検討する必要があると考える。

また、その他キャリア形成プログラムの適用を希望する医師に対するキャリア形成プログラムを策定しているのは、26 府県にとどまっていた。この理由としては、対象となる医師がいない、地域枠医師のキャリア形成プログラムをそのまま適用することになっている、などが考えられる。

【キャリア形成プログラムの類型化】

地域枠医師のキャリア形成プログラムは、都道府県ごとに多様であったが、ある程度の類型化をすることに成功した。

すなわち、専門医取得は基本 19 領域で可能とする都道府県が多く、サブスペシャリティ専門医取得の可否については、ほとんどの都道府県で記載されていなかった。地域での勤務は多くの県で卒後 3 年目以降とされ、実質的には卒後 5-6 年目以降としている都道府県が多数であった。また、地域での勤務年数は 4-6 年とする都道府県が多かった。

この結果からは、プログラムの策定者の視点が、義務年限の修了までにとどまっているのではないかという印象を受ける。医師のキャリア形成は生涯にわたるものであり、これは地域枠医師にとっても同じである。このため、プログラムの策定にあたっては、もっと長期的な視点に立つ必要があると考えられる。すなわち、単に専門医取得にとどまらず、その後のサブスペシャリティ専門医取得や大学院進学（博士号取得）、留学の可能性をも見据えて、これらの点にも言及することも考えていくべきではないだろうか。また、プライベートでの結婚、妊娠出産、育児、介護、といったライフ

イベントと義務年限の消化（地域での勤務）とは定期的に重なることが多々あると推察される。このため、ライフイベントへの配慮も記載しておくことが望ましいのではないだろうか。これについては、本厚労科研の研究分担者である岡山大学の片岡仁美先生が「地域医療に従事する女性医師の確保をめぐる諸課題についての検討」として、女性医師に固有の課題について分野横断的に検討を行い、地域医療に関心や志のある女性医師が一層活躍できるようにするための課題の検討に取り組んでいるところである。

以上のように、各都道府県はそれぞれに工夫をこらして地域枠医師のキャリア形成プログラムを策定し、公開していることが明らかになった。

ただし、このキャリア形成プログラムがどの程度地域枠医師・医学生に認知されており、内容が的確に理解されているのかは不明である。

専門医・サブスペシャリティ専門医の取得や大学院進学（博士号取得）の可能性について明示したプログラムは少なく、地域枠医師・医学生のニーズにうまく対応していない可能性がある。

【次年度へ向けての計画】

上記の点を踏まえて、次年度へ向けての計画を立案した。

- ・興味深い取組を実施しているいくつかの都道府県へのヒアリング
- ・都道府県への質問紙調査（「提供しているプログラムの中で、実際に多く選択されているプログラムはどのようなものか？」）
- ・地域枠医師へのインタビュー調査（キャリア形成プログラムの利点や改善点について）
- ・加えて、地域枠医師と自治医大卒業医師のキャリア形成プログラムの比較も計画している

【本研究の限界】

本研究の限界として、以下の点が挙げられる。

データの抽出や分類は手作業でおこない、かつ分担研究者 KO が単独でおこなった（複数人によるダブルチェックを実施していない）。このため、作業の過程で、漏れや誤分類が生じている可能性は否定できない。また、データの分類にあたっては、分担研究者 KO の主観的判断に基づいて実施した。分類結果に関して、各都道府県担当者の確認を経ていないので、都道府県の意図が正確に汲み取れていない部分が存在する可能性がある。

E. 結論

全 47 都道府県の地域枠医師キャリア形成プログラムを入手し、比較検討をおこなった。

地域枠医師のキャリア形成プログラムは、全 47 都道府県で策定され、そのすべてが公開されていた。

地域枠医師のキャリア形成プログラムは、都道府県ごとに多様であったが、ある程度の類型化をすることに成功した。専門医取得は基本 19 領域で可能とする都道府県が多かったが、サブスペシャリティ専門医取得の可否については、ほとんどの都道府県で記載されていなかった。地域での勤務は多くの県で卒後 3 年目以降とされ、実質的には専門医取得前後の卒後 5-6 年目以降としている都道府県が多数であった。また、地域での勤務年数は 4-6 年とする都道府県が多かった。

次年度は、地域枠医師による実際のキャリア形成プログラムの選択に関する都道府県への質問紙調査や、興味深い取組を実施しているいくつかの都道府県へのヒアリング調査、キャリア形成プログラムの利点や改善点についての地域枠医師へのインタビュー調

査、地域枠医師と自治医大卒業医師のキャリア形成プログラムの比較等を計画している。

参考文献

1. 松本正俊, 地域枠制度, 医学のあゆみ, 270, 1091-1093, 2019.
2. 桐野高明, 医師の不足と過剰 – 医師偏在について考える –, IRYO, 74, 488-490, 2020.

F. 健康危機情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

別紙 都道府県への依頼文書

各都道府県医師確保計画担当部門 御中

厚生労働科学研究班へのキャリア形成プログラムの提供について（依頼）

いつもお世話になっております。

医師少数区域における医師の確保と医師不足地域に派遣される医師の能力開発・向上の機会の確保の両立を目的に、2018年7月に改正された医療法では、各都道府県はキャリア形成プログラムを策定することとなり、国の医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会でも、同プログラムの充実に向けた議論が進められております。

私どもは、厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「医師確保計画を踏まえた効果的な医師偏在対策の推進についての政策研究」に採択され、各都道府県が作成され、ホームページ上に公開されたキャリア形成プログラムの収集・分析を行っております。

貴都道府県については、HP上でキャリア形成プログラムを確認することができずにおり、ご多忙の中大変に恐縮ではございますが、公開扱いとなっているキャリア形成プログラムがございましたら是非ご提供いただきたくお願いする次第です。

なお、厚生労働省医政局長通知（平成30年7月25日 医政発0725第23号）「キャリア形成プログラム運用指針について」（以下「運用指針」）では、キャリア形成プログラムのコースの内容は公表するものとする、とされております。また、キャリア形成プログラムの対象は、都道府県が修学資金を貸与した地域枠医師、自治医科大学を卒業した医師、その他キャリア形成プログラムの適用を希望する医師とされておりますが、自治医科大学を卒業した医師についても、キャリア形成プログラムを適用するよう努めるものとする、とされていることを踏まえ、同大学卒業生を対象としたキャリア形成プログラムについても公開可能なものがございましたら、合わせてご提供いただきたくお願いいたします。（今回お願いしておりますのは、個々人に関するプログラムではなく、地域枠医師等のキャリア形成プログラムのコースの内容についてお願いしております点ご留意ください。）

各位におかれましては、お忙しいところ恐縮ではありますが、同封の返信用封筒を用い、12月末日を目途に情報提供をいただけますと幸いです。なにとぞよろしくご依頼申し上げます。

令和2年12月3日

令和2年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

「医師確保計画を踏まえた効果的な医師偏在対策の推進についての政策研究」

研究分担者（医師のキャリア形成プログラムに関する検討）

名古屋大学大学院医学系研究科 地域医療教育学講座 岡崎研太郎

研究代表者

自治医科大学 地域医療学センター 地域医療政策部門 小池創一

照会先：名古屋大学大学院医学系研究科 地域医療教育学講座

電話 052-744-2031 メール ecom@med.nagoya-u.ac.jp

回答票

令和2年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

「医師確保計画を踏まえた効果的な医師偏在対策の推進についての政策研究」班 あて

都道府県名： _____

担当部署名： _____

1. 都道府県が修学資金を貸与した地域枠医師についてのキャリア形成プログラム

(1) 作成済み（添付の通り）

作成年月日： _____年 ____月 ____日

(2) 作成済みであるが、公開扱いとしていない。

(3) 未作成

2. 自治医科大学を卒業した医師についてのキャリア形成プログラム

(1) 作成済み

① 添付の通り ② 地域枠医師についてのキャリア形成プログラムと同一

作成年月日： _____年 ____月 ____日

(2) 作成済みであるが、公開扱いとしていない。

(3) 未作成

3. その他キャリア形成プログラムの適用を希望する医師についてのキャリア形成プログラム

(1) 作成済み

① 添付の通り ② 地域枠医師についてのキャリア形成プログラムと同一

作成年月日： _____年 ____月 ____日

(2) 作成済みであるが、公開扱いとしていない。

(3) 未作成

※ キャリア形成プログラムとともに本票もお送りください。
該当する番号に○をつけるとともに、下線部にご記入ください。

各都道府県医師確保計画担当部門 御中

厚生労働科学研究班へのキャリア形成プログラムの提供について（依頼）

いつもお世話になっております。

医師少数区域における医師の確保と医師不足地域に派遣される医師の能力開発・向上の機会の確保の両立を目的に、2018年7月に改正された医療法では、各都道府県はキャリア形成プログラムを策定することとなり、国の医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会でも、同プログラムの充実に向けた議論が進められております。

私どもは、厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「医師確保計画を踏まえた効果的な医師偏在対策の推進についての政策研究」に採択され、各都道府県が作成され、ホームページ上に公開されたキャリア形成プログラムの収集・分析を行っております。

貴都道府県は、<http://www.XXXXXXXXXXXXXX> にキャリア形成プログラムが掲載されておりましたが、こちらを最新のものと考えてよろしいでしょうか。もし、私共が古いバージョンを参照しているようでしたら、最新のものをご提供いただければ幸いに存じます。

なお、厚生労働省医政局長通知（平成30年7月25日 医政発0725第23号）「キャリア形成プログラム運用指針について」（以下「運用指針」）では、キャリア形成プログラムのコースの内容は公表するものとする、とされております。また、キャリア形成プログラムの対象は、都道府県が修学資金を貸与した地域枠医師、自治医科大学を卒業した医師、その他キャリア形成プログラムの適用を希望する医師とされておりますが、自治医科大学を卒業した医師についても、キャリア形成プログラムを適用するよう努めるものとする、とされていることを踏まえ、同大学卒業生を対象としたキャリア形成プログラムについても公開可能なものがございましたら、合わせてご提供いただきたくお願いいたします。（今回お願いしておりますのは、個人に関するプログラムではなく、地域枠医師等のキャリア形成プログラムのコースの内容についてお願いしております点ご注意ください。）

各位におかれましては、お忙しいところ恐縮ではありますが、同封の返信用封筒を用い、12月末日を目途に情報提供をいただけますと幸いです。なにとぞよろしくお願い申し上げます。

令和2年12月3日

令和2年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

「医師確保計画を踏まえた効果的な医師偏在対策の推進についての政策研究」

研究分担者（医師のキャリア形成プログラムに関する検討）

名古屋大学大学院医学系研究科 地域医療教育学講座 岡崎研太郎

研究代表者

自治医科大学 地域医療学センター 地域医療政策部門 小池創一

照会先：名古屋大学大学院医学系研究科 地域医療教育学講座

電話 052-744-2031 メール ecom@med.nagoya-u.ac.jp

回答票

令和2年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

「医師確保計画を踏まえた効果的な医師偏在対策の推進についての政策研究」班 あて

都道府県名： _____

担当部署名： _____

1. 都道府県が修学資金を貸与した地域枠医師についてのキャリア形成プログラム

- (1) 研究班から示されたものが最新である。
- (2) 最新のもの添付の通り
作成年月日： _____年 ____月 ____日
- (3) 作成済みであるが、公開扱いとしていない。
- (4) 未作成

2. 自治医科大学を卒業した医師についてのキャリア形成プログラム

- (1) 研究班から示されたものが最新である。
- (2) 最新のもの添付の通り
① 添付の通り ② 地域枠医師についてのキャリア形成プログラムと同一
作成年月日： _____年 ____月 ____日
- (3) 作成済みであるが、公開扱いとしていない。
- (4) 未作成

3. その他キャリア形成プログラムの適用を希望する医師についてのキャリア形成プログラム

- (1) 研究班から示されたものが最新である。
- (2) 最新のもの添付の通り
① 添付の通り ② 地域枠医師についてのキャリア形成プログラムと同一
作成年月日： _____年 ____月 ____日
- (3) 作成済みであるが、公開扱いとしていない。
- (4) 未作成

※ キャリア形成プログラムとともに本票もお送りください。
該当する番号に○をつけるとともに、下線部にご記入ください。

医師確保計画における医師少数スポットに関する研究；無医地区との関係

研究分担者 小谷 和彦 自治医科大学 地域医療学センター地域医療学部門 教授
研究協力者 寺裏 寛之 自治医科大学 地域医療学センター地域医療学部門 研究生

研究要旨

【目的】2020年度から策定された医師確保計画において、都道府県は医師少数スポットと称する地域を設定するようになった。医師少数スポットとは、二次医療圏よりも小さい単位で局所的に医師が少なく、医師確保に対して重点の置かれる地域である。都道府県ではこれまでも無医地区を設定して医師確保に努めてきた。医師少数スポットと無医地区との設定の関係性は、各都道府県の医師確保対策の考えを反映すると考えられる。本研究では、両者の関係について調査した。

【方法】各都道府県が公開しているホームページから医師確保計画（2020年7月時点）の文書を収集した。その計画内の医師少数スポットに関する記載をもとに情報を得た。無医地区については無医地区等調査の結果をもとに情報を得た。無医地区についてはその定義に則って、地区の中心から半径4 kmの円の面積（50.3 km²）を仮定して設定した。

【結果】47都道府県の医師確保計画が得られた。26都道府県（55.3%）が医師少数スポットを設定し、医師少数スポットの総数は313地域であった。医師少数スポットは、市町村全域で設定されている場合が最も多かった（103地域 [32.9%]）。無医地区については全国で637地区に見られた。医師少数スポット数と無医地区数との相関を検討したところ、正相関が認められた（ $\rho = 0.33$, $P < 0.01$ ）。医師少数スポットの地域当たりの面積（中央値 [四分位範囲]）を見ると、無医地区と比較して医師少数スポットのほうが有意に大きかった（69.0 [44.4-189.5] km², 50.3 [50.3-50.3] km², $P < 0.01$ ）。医師少数スポットと無医地区との重なりを分類したところ、両者の重複が見られない型が最多（245地区 [78.3%]）で、次にほぼ重なって無医地区を包含する型が多かった（43地区 [13.7%]）。

【結論】過半数を超える都道府県で医師少数スポットが設定された。その多くは無医地区とは重複していなかった。医師少数スポットと無医地区の両者が医師確保対策を要する地域と思われる。両地区に対する医師確保の具体的な取り組みやその確保の状況に関する今後の推移が注目される。

A. 研究目的

2020年度から策定された医師確保計画において、都道府県は医師少数スポットと称する地域を設定するようになった。医師少数スポットとは、二次医療圏よりも小さい単位で局所的に医師が少ない地域で、医師少数区域と同様に医師確保に対して重点の置かれる地域である。

他方で、医師確保対策の一つとして、都道府県にお

いては、これまで、無医地区を設定してきた。医師少数スポットと無医地区との設定の関係性は、各都道府県の医師確保対策の考えを反映していると考えられる。医師確保計画開始の初年度において、医師少数スポットと無医地区との関係性を調査することとした。

B. 研究方法

1. 医師確保計画

各都道府県のホームページに公開されている医師確保計画の文書を収集した（2020年7月1日現在）。医師確保計画から、医師少数スポットに関する情報を得た。また、この計画の分析に際しては各都道府県の医師偏在指標（医師多数県から医師少数県）の情報を加味した¹⁾。

2. 人口、面積、無医地区に関するデータ

人口は、平成27年の国勢調査のデータを用いた。面積は、平成27年国勢調査町丁・字等別境界データをもとに地理情報システムを用いて算定した。無医地区については平成26年度無医地区等調査の結果をもとに情報を得た。わが国は、無医地区の定義を「医療機関のない地域で、当該地区の中心的な場所を起点として、概ね半径4 kmの区域内に50人以上が居住している地区であって、かつ容易に医療機関を利用することができない地区」としている²⁾。無医地区の境界は、明確ではない地区もあることから、その面積を地区の中心から半径4 kmの円の面積（ $4.0 \text{ km} \times 4.0 \text{ km} \times 3.142 = 50.3 \text{ km}^2$ ）として仮定した。人口密度は、平成26年度無医地区等調査における無医地区人口を 50.3 km^2 で除して算出した。

3. 医師少数スポットと無医地区との関係の分類

医師少数スポットと無医地区との関係（重なるの有無）からパターンA～Dに4分類した³⁾；パターンA：医師少数スポットは無医地区とほぼ重なり、包含する、パターンB：医師少数スポットに無医地区はほぼ重なり、面積がほぼ同等である、パターンC：医師少数スポットに無医地区はほぼ重なり、医師少数スポットの面積は、無医地区の（総）面積よりも小さい、パターンD：医師少数スポットと無医地区は重複しない。

4. 統計的手法

名義変数においては割合で、連続変数においては中央値と四分位範囲（interquartile range, IQR）で示した。名義変数に対してはカイ二乗検定、連続変数

に対してはMann-WhitneyのU検定を用いた。医師少数スポット数と無医地区数との相関は、Spearmanの順位相関係数を用いて検討した。統計解析は、IBM SPSS version 25.0（IBM Corp., NY, USA）を用いた。全ての検定で有意水準を5%とした。

（倫理面への配慮）

本研究は、公開されている各都道府県の医師確保計画を用いており、人を対象とする医学系研究には該当しない。

C. 研究結果

1. 都道府県の医師少数スポットの設定

47都道府県の医師確保計画が得られた。これらの医師確保計画のうち43都道府県（91.5%）は確定しており、調査時点では4県（8.5%）が素案の段階であった。医師少数スポットを設定した都道府県は26府県（55.3%）で、設定をしなかった都道府県は12府県（25.5%）であった。

全国の医師少数スポットの総数は313地域であった（図1）。無医地区は全国で637地区（最小0～最大89地区）あった。表1に医師少数スポットと無医地区との比較を示した。医師少数スポットが無医地区よりも有意に大きかった項目は、地域あたりの人口（ $P < 0.001$ ）、地域の面積（ $P < 0.001$ ）、地域当たりの人口密度（ $P < 0.001$ ）であった。



図1 全国の医師少数スポットの分布

表1 医師少数スポットと無医地区との比較

人口, 面積, 人口密度	医師少数スポット, n= 313	無医地区, n= 637	P値
医師少数スポットとの重なり, n	—	154 (24.2%)	—
都道府県あたりの地域数, 中央値 (IQR), n	15.0 (10.0-25.0)	20.0 (14.0-38.0)	<0.001
地域内総人口, 人	3632344	124122	—
地域あたり的人口, 中央値 (IQR), 人	3234.0 (1034.5-9423.0)	123.0 (75.5-229.5)	<0.001
地域の面積, 中央値 (IQR), km ²	69.0 (44.4-189.5)	50.3 (50.3-50.3)*	<0.001
地域あたり的人口密度, 中央値 (IQR), 人/km ²	48.0 (17.5-110.9)	2.4 (1.5-4.6)	<0.001

IQR, interquartile range. P値はMann-WhitneyのU検定。*: 無医地区の面積は一律に50.3 km²と仮定した (方法参照)。

2. 医師少数スポットの地域の区分

医師少数スポットに設定された地域の区分を表2に示した。医師少数スポットの設定は、市町村全域である場合が最も多かった (103地域 [32.9%])。

表2 医師少数スポットに設定された地域の区分

	都道府県数, n= 26, n (%)	医師少数スポット数, n= 313, n (%)
市町村全域	15 (57.7)	103 (32.9)
市	9 (34.6)	25 (8.0)
町	13 (50.0)	55 (17.6)
村	4 (15.4)	23 (7.3)
旧市町村単位	6 (23.1)	25 (8.0)
地区単位	6 (23.1)	30 (9.6)
医療機関を中心とした地域	4 (15.4)	43 (13.7)
島全域	4 (15.4)	24 (7.7)
市全体から一部地域を除いた地域	2 (7.7)	2 (0.6)
公民館地区	1 (3.8)	45 (14.4)
日常生活圏域	1 (3.8)	25 (8.0)
辺地域域の中心から半径8.7kmの範囲	1 (3.8)	14 (4.5)
2次医療圏の一部地域	1 (3.8)	2 (0.6)

3. 医師少数スポットと無医地区との関係

3-1. 医師少数スポット数と無医地区数と相関

医師少数スポットを設定した府県において、医師少数スポット数と無医地区数とは有意な正相関を認めた (図2, $\rho = 0.33$, $P < 0.01$)。

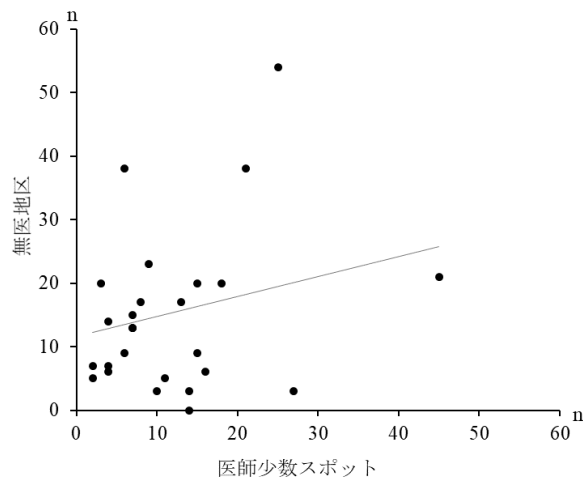


図2 医師少数スポットと無医地区との相関図

3-2. 医師少数スポットと無医地区との重なり

パターンAが43地域 (13.7%), パターンBが7地域 (2.2%), パターンCが18地域 (5.8%), パターンDが245地域 (78.3%) であった。パターンDが最も多かった (図3)。

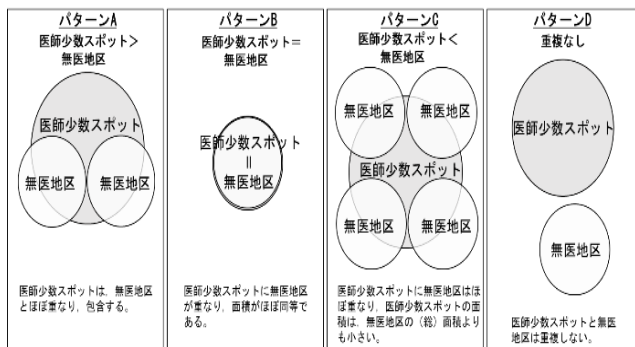


図3 医師少数スポットと無医地区との関係の分類

D. 考察

医師少数スポットは、47都道府県の半数以上で設定されていた。医師確保対策に対して全国的に進みつつある様子が見えてくる。

本研究で、医師少数スポットの特徴が判明した。同スポットは市町村全域で設定されることが多かった。その人口密度は、市町村全体が過疎地域とみなされる人口密度 (平均48.0人/km²)⁴⁾ と同じくらいであり、興味深い。この一方で、県によってはユニークな設定もあった。例えば、医師少数スポットを公民館地区に設定して、小地域単位で医師偏在の課題に取り組んでいる県があった。地域包括ケアシステムを意識して日常生活圏域を医師少数スポットとして設定した

県もみられた。県独自の医療状況や方策を踏まえて医師少数スポットの設定がなされていると思われる。

医師少数スポットと無医地区との間には正相関が認められた。両者は、医師確保の必要性の面から、同じ方向の性質を持つことが示唆される。他方で、医師少数スポットの設定については、無医地区と重複しない地域が最も多かった。無医地区として設定されている地域を無条件に医師少数スポットとして設定することは適切ではないと医師確保計画策定ガイドラインに記載されていることは、両地域が重複しなかった理由の一つであると考えられた。

本研究の限界として、医師少数スポットと無医地区との重複に関しては、面積の和のみで検討している点である。無医地区は、その境界に決め方と現実の地区が完全に一致していない可能性がある。解釈に注意を要する。

医師少数スポットでの勤務は、研鑽に関する支援、病院管理者としての候補要件、経済的なインセンティブの付与に繋がり得る。今後、都道府県ごとの医師少数スポットの設定による効果を検証することは、有効な医師確保を議論する上で有用であろう。

E. 結論

過半数を超える都道府県では医師少数スポットが設定されていた。その多くは無医地区とは重複していなかった。医師少数スポットと無医地区の両者が医師確保対策を要する地域と思われる。両地区に対する医師確保の具体的な取り組みやその確保の状況に関する今後の推移が注目される。

参考文献

1. 厚生労働省. 第28回医師需給分科会参考資料2. (<https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/000480270.pdf>) 2020. 9. 1
2. 厚生労働省. へき地保健医療対策事業について. 厚生労働省医政局長通知(平成13年5月16日 医政発第529号).
3. 寺裏寛之, 小谷和彦, 野原康弘, 小池創一. 医師確保計画における医師少数スポットの実態: 無医

地区との関係の検討. 厚生指針 (印刷中).

4. 総務省 地域力想像グループ過疎対策室. 平成30年度版 過疎対策の現況. (https://www.soumu.go.jp/main_content/000666987.pdf) 2020. 9. 1.

F. 研究発表

1. 論文発表
寺裏寛之, 小谷和彦, 野原康弘, 小池創一. 医師確保計画における医師少数スポットの実態: 無医地区との関係の検討. 厚生指針 (印刷中).
2. 学会発表
なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)
「医師確保計画を踏まえた効果的な医師偏在対策の推進についての政策研究」
分担研究報告書

分担研究名 地域医療に従事する女性医師の確保をめぐる諸課題についての検討

研究分担者 片岡 仁美
(岡山大学病院ダイバーシティ推進センター 教授)

研究要旨

医療機関に従事する医師のうち女性の割合は2018年で全年齢では21.9%であるが、29歳以下では35.9%を占め、地域医療に従事する女性医師が今後さらに増加することが見込まれる中、女性医師に固有の課題について分野横断的に検討を行い、地域医療に関心や志のある医師が活躍できるようにするための課題の検討を行う。

地域卒卒業生の医師、地域卒学生(高学年)に対し、アンケートによる意識調査を行う。また、各都道府県担当部署にもアンケート調査を行い、現状分析及びの好事例の事例収集を行う。特に特徴的な事例については、インタビューを予定し、質的評価を行う。

A. 研究目的

医療機関に従事する医師のうち女性の割合は2018年で全年齢では21.9%であるが、29歳以下では35.9%を占め、地域医療に従事する女性医師が今後さらに増加することが見込まれる。

一方で医師会、各学会などの調査では女性医師の約4割が離職を経験することを報告している。また、岡山大学における先行研究では、離職を経験する時期は卒後10年以内が90%以上であることを報告している。

地域卒卒業生は卒業後に地域医療従事の義務を有することが殆どであり、義務の履行とライフイベントとの両立は若手医師にとって非常に重要な課題である。そこで、本研究では地域卒卒業生においてライフイベントと地域医療勤務の両立に関してどのような課題があるかを調査するとともに、両立のための具体的な支援策についても検討し、政策提言することを目的とする。

B. 研究方法

(1) 地域卒卒業生の義務履行状況とライフイベントに関する調査

地域卒卒業生の義務履行状況とライフイベントの関係について既存の資料を基に分析する。

(2) 専攻医の研修状況とライフイベントに関する調査

地域卒卒業生の義務年限と同時期となることが多い専門研修を行っている専攻医の研修状況とライフイベントの関係について既存の資料を基に分析する。

(3) 地域卒学生・卒業生アンケート

全国の医学部の中から各地域別に1校を抽出し、当該大学の地域卒学生(高学年)及び卒業生にアンケート調査を行い、ライフイベントと地域医療勤務の両立に関する課題についてのアンケート調査を行う。

(4) 自治体アンケート

各都道府県担当部署にもアンケート調査を行い、現状分析及びの好事例の事例収集を行う。

(5) インタビュー調査

各都道府県のアンケートにおいて好事例の収集を行い、個別のインタビュー調査もしくはフォーカスグループインタビューを行う。インタビュー結果については質的解析を行う。

C. 研究結果

(1) 地域卒卒業生の義務履行状況とライフイベントに関する調査 医道審議会(医師分科会医師専門研修部会)の資料(2020年7月17日従事要件が課されている医師への対応について)を分析した結果、2019年度に専門研修に取り組む地域卒医師のうち地域卒離脱者は29名、3.9%であり(非

離脱者は 707 名、96.1%)、離脱した理由のうち結婚による配偶者への他県同伴は 12 名であり、41.3%であった。2020 年度に専門研修に 取り組む地域枠医師のうち地域枠離脱者は 15 名、1.5%であり(非離脱者は 958 名、98.5%)、離脱した理由のうち結婚による配偶者への他県同伴は 1 名であり、6.6%であった。

(2) 専攻医の研修状況とライフイベントに関する調査

医道審議会(医師分科会医師専門研修部会)の資料(2022年2月2日専門研修における子育て世代の医師に対する支援について)を分析した結果、令和1~3年度に専門研修を辞退した専攻医のうち妊娠・出産・育児によるものは 24 名、家庭の事情 25 名、介護 6 名という結果であった。また、地域枠卒業生が柔軟に専門研修を行うための方策の一つとしてカリキュラム制での研修の充実が望まれているが、本資料に基づきカリキュラム制の専門研修を受ける専攻医についても分析を行った。令和3年度カリキュラム制で専門研修を受ける専攻医は 100 名で、うちその理由が出産・育児・介護である者は 11 名であった。性別は女性が 100%を占めた。また、プログラム制からカリキュラム制に年度途中に移行した専攻医は 98 名で、うちその理由が出産・育児・介護である者は 55 名であった。性別は女性が 87.2%を占めた。本データでは地域枠卒業生かどうかの特定ができないため、地域枠卒業生のみでの分析はできていないが、カリキュラム制の専門研修を受ける理由としてライフイベントの影響は少なくないこと、また、ライフイベントの影響を強く受けるのは女性であることが示唆される結果であった。

(3) 地域枠学生・卒業生アンケート

研究グループでオンライン会議を重ねて議論を行い、アンケートの質問項目を策定した。アンケートについては SurveyMonkey を用いてオンラインアンケートができる体制を整えた。倫理委員会での承認を経たのち前年度選定した研究対象とする大学(北海道:札幌医科大学、東北:秋田大学、関東:筑波大学、北陸:新潟大学、東海:名古屋大学、近畿:和歌山医科大学、中国:岡山大学、四国:高知大学、九州:長崎大学)に依頼を行い、現在アンケートを行っている状況である。

(4) 自治体アンケート

全国の地域医療支援センターを中心に自治体に質問紙を送付しアンケートを行った。結果

のとりまとめは既に行っているが、分析については進行中である。

(5) インタビュー調査

上述の自治体アンケート調査も踏まえて自治体を選定したうえでオンラインのインタビュー調査を行った。結果のとりまとめを既に行い、研究班内でディスカッションを行っている段階である。

D. 考察

女性医師の割合が 2018 年のデータでは全年齢では 21.9%であるが、29 歳以下では 35.9%を占め、地域医療に従事する女性医師が今後さらに増加することが見込まれる。女性医師の就労状況についてはこれまでも報告がなされているが、一般人口と同様に出産・育児を行う年代で就労率が低下する M 字カーブが存在していることが知られている。我々の先行研究では、女性医師で離職を経験した割合は 4 割に上り、その時期は 90%以上が卒後 10 年以内であった。すなわち、女性医師のキャリアを支援するためには卒後 10 年以内の支援が最も重要であることがわかる。

一方地域枠卒業生では、卒後 9 年間などの従事要件が課されている場合が多く、女性医師の場合ライフイベントと従事要件の両立が課題となる。これは、一般的に女性医師でライフイベントとキャリア形成の両立が課題となることと似てはいるが、従事要件の方には地域医療という要素があること、また両立が叶わない場合離脱という問題が生じることから、より課題が複雑であることが示唆される。医道審議会資料を用いた分析では、2019 年度に専門研修に取り組む地域枠のうち離脱者は 3.9%、うち結婚による配偶者への他県同伴は 12 名であり、41.3%であった。2020 年度のデータにおいては結婚による配偶者への他県同伴は少なかったが、これらのデータは継続して調査する必要がある。また、結婚による要素以外にも、今後育児、介護などの要素も検討する必要があるだろう。

また、専攻医に関する既存の資料を用いた分析ではカリキュラム制の専門研修を行う医師の現状を整理した。カリキュラム制の研修を新規に行う医師のうちライフイベントが理由である者は 1 割であったが全員が女性であった。また、プログラム制からカリキュラム制に移行した者の

うち約半数がライフイベントが理由であり、約 9 割が女性であった。これらの分析から、改めてライフイベントが専門研修に及ぼす影響が特に女性医師において顕著であることが示された。地域枠卒業生においては、専門研修と地域医療に関する義務とが時期的に重なることを鑑み、キャリア形成に関して一層の留意が必要であると考え。

地域枠学生・卒業生アンケートについては、質問項目を設定し、オンラインアンケートが進行中であるので、次年度はその解析を中心に行う。

自治体に対するアンケート及びインタビュー調査も予定通り行っており、解析を今後さらに行っていく段階である。

F. 研究発表

未発表

1. 論文発表

未発表

2. 学会発表

小池創一、松本正俊、岡崎研太郎、片岡仁美、小谷和彦. 医師・歯科医師・薬剤師調査の中間年における都道府県別医師数の推計に関する検討.第 80 回日本公衆衛生学会総会

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

都道府県別医師数の推計方法に関する検討

研究分担者 小池 創一 自治医科大学地域医療学センター 地域医療政策部門 教授

研究要旨

医師確保計画は3年単位の計画であるが、医師数については、医師数把握のために広く用いられている医師・歯科医師・薬剤師統計は、2年に1回実施されているため、調査と計画の周期が異なることため、都道府県が医師確保計画を策定する場合、直近の医師数をどのように把握するかが課題となっている。本研究の目的は、医師・歯科医師・薬剤師統計の中間年における都道府県別医師数の把握方法を検討することにある。

本研究では、厚生労働省に2014、2016、2018年医師届出票情報の提供の申出を行い、許可を得て分析資料とした。都道府県間の流出入、無届割合が平成2016~2018年間も2014~2016年と同じ割合で推移するとの仮定を置き、2016年の届出医師数と2017~2018年の臨床研修採用実績を用いて都道府県別の2018年の医師数を推計したところ、実際の届出医師数との一致率は-2~+3%となった。この推計方法は、県内全体の状況を把握し、都道府県間比較に使う上でこの方法はある程度有効と考えられるが、都道府県が、医師確保計画の進捗状況をモニタリングする上では、医師確保計画に示された政策別の確保目標を丁寧にフォローすることの方がより重要である可能性が示唆された。

A. 研究目的

医師確保計画は3年単位(2020年度からの初回計画のみ4年)の計画であるが、医師数については、医師数把握のために広く用いられている医師・歯科医師・薬剤師統計(以下、三師統計)が、2年に1回実施されているため、都道府県の医師確保計画策定のタイミングとずれる年がある。このため、三師統計の中間年にあたる年の医師数をどのように把握するかが課題となっている。

本研究の目的は、医師・歯科医師・薬剤師統計の中間年における都道府県別医師数の把握

方法を検討することにある。

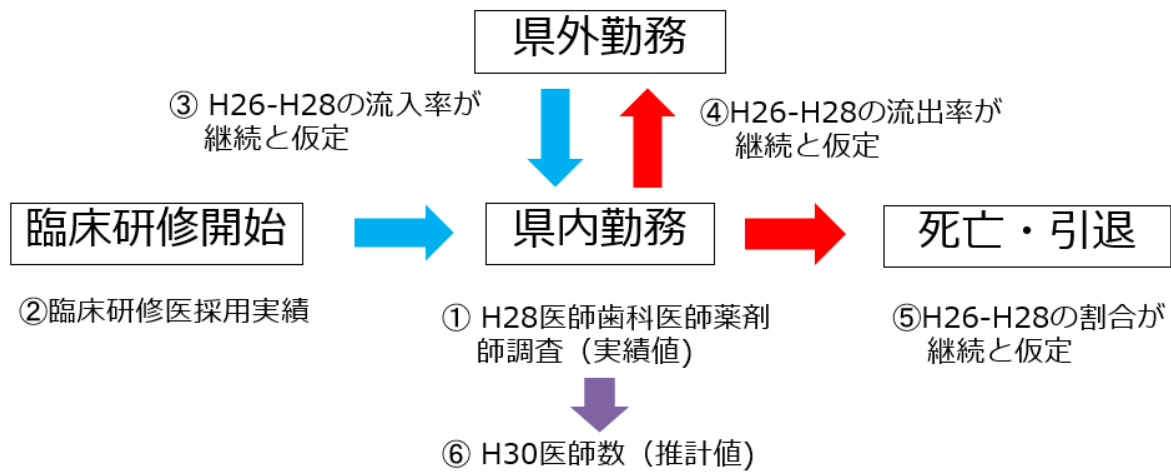
B. 研究方法

厚生労働省に、2014、2016、2018年医師・歯科医師・薬剤師統計(医師届出票情報)の届出情報の提供の申出を行い、許可(2020年12月16日 厚生労働医政発1216第5号)を得て医師届出票情報の提供を受け分析資料とした。医籍登録番号を用いてコホートデータセットを作成、都道府県別、医籍登録後年数別の都道府県間の流出入状況・届出状況を把握、

2016年の都道府県別医師数をもとに、2014-2016間の都道府県間の流出入割合・届出割合が2018年まで継続すると仮定、2017年、2018年の臨床研修開始者が、当該年における新規医籍登録者と等しいと仮定してこれを加え2018年の都道府県医師数を推計した。これを2018年医師・歯科医師・薬剤師統計の実際の都道府県別届出医師数と比較した。

都道府県間の流出入状況を把握するにあたっては、医籍登録1年目(医籍登録年)、2年目、3年目、4年目、5年目、6~10年目、11~20年目、21~30年目、31~40年目、41~50年目、50年目別に算出を行った。また、臨床研修開始者は、厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室が公表している医師の臨床研修医の採用実績^{1, 2, 3}を用いた。(図1)

図1 推計方法の概念図



※ ③~⑤は、医師としての経験年数によって異なると考えられることから、医籍登録年グループごと(医籍登録後1, 2, 3, 4, 5, 6~10, 11~20, 21~30, 31~40, 41~50, 51~の11グループ)に算出したものを足し合わせることにする。

また、2018年の都道府県別医師数をもとに、2016-2018間の都道府県間の流出入割合・届出割合が2020年まで継続すると仮定し、2020年の届出医師数を推計した。ただし、2020年の医師臨床研修医採用実績は公開されていないため、2019年度と同一であったと仮定した。

(倫理面への配慮)

本研究は、自治医科大学医学系倫理審査委員会の審査・承認(臨大 20-142)を得て実施した。

1 厚生労働省. 平成29年度の医師の臨床研修医の採用実績を公表します. 平成29年7月13日
<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000171153.html>
 2 厚生労働省. 平成30年度の医師の臨床研修医の採用実績を公表します. 平成30年9月4日
https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000171153_00001

.html
 3 厚生労働省. 令和元年度の医師の臨床研修医の採用実績を公表します. 令和元年5月22日
https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000171153_00003.html

C. 研究結果

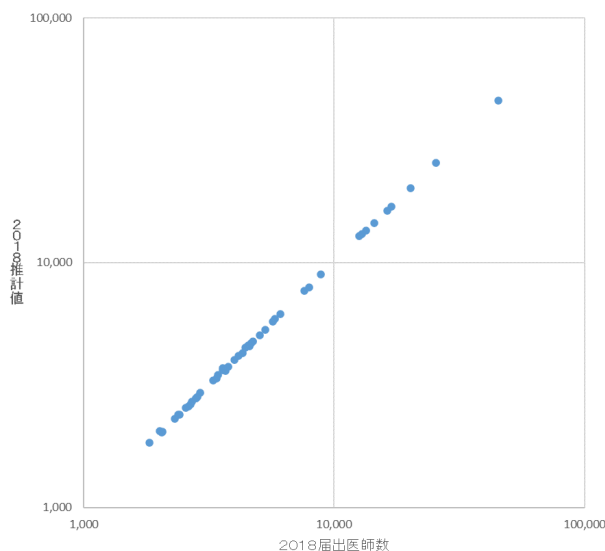
2014-2016年については289,266件、2016-2018年については296,067件の届出情報について、都道府県間の異動状況が把握できた。

2018年時点の都道府県医師数の推計結果と2018年医師歯科医師薬剤師統計による都道府県別医師数の比較したところ、実際の届出医師数との一致率は-2~+3%の範囲となった、(表1、図2)

表1 2018年都道府県別医師数推計結果と実際の届出数の比較

都道府県	2018 推計値	2018 届出数	推計- 届出数	推計/届出
北海道	13,519	13,425	94	1.01
青森県	2,706	2,712	-6	1.00
岩手県	2,635	2,673	-38	0.99
宮城県	5,902	5,792	110	1.02
秋田県	2,394	2,413	-19	0.99
山形県	2,579	2,614	-35	0.99
福島県	4,000	3,993	7	1.00
茨城県	5,733	5,682	51	1.01
栃木県	4,551	4,592	-41	0.99
群馬県	4,687	4,654	33	1.01
埼玉県	13,071	12,928	143	1.01
千葉県	12,834	12,586	248	1.02
東京都	45,789	45,392	397	1.01
神奈川県	20,202	20,254	-52	1.00
新潟県	4,761	4,727	34	1.01
富山県	2,785	2,808	-23	0.99
石川県	3,487	3,430	57	1.02
福井県	2,034	2,057	-23	0.99
山梨県	2,046	2,016	30	1.01
長野県	5,062	5,035	27	1.01
岐阜県	4,486	4,416	70	1.02
静岡県	7,937	7,948	-11	1.00
愛知県	16,893	16,894	-1	1.00
三重県	4,169	4,159	10	1.00
滋賀県	3,366	3,386	-20	0.99
京都府	8,953	8,847	106	1.01
大阪府	25,603	25,552	51	1.00
兵庫県	14,506	14,463	43	1.00
奈良県	3,641	3,582	59	1.02
和歌山県	2,934	2,915	19	1.01
鳥取県	1,835	1,828	7	1.00
島根県	2,022	2,050	-28	0.99
岡山県	6,184	6,088	96	1.02
広島県	7,667	7,609	58	1.01
山口県	3,609	3,675	-66	0.98
徳島県	2,546	2,552	-6	1.00
香川県	2,833	2,852	-19	0.99
愛媛県	3,757	3,773	-16	1.00
高知県	2,305	2,308	-3	1.00
福岡県	16,332	16,310	22	1.00
佐賀県	2,401	2,383	18	1.01
長崎県	4,277	4,300	-23	0.99
熊本県	5,305	5,310	-5	1.00
大分県	3,305	3,283	22	1.01
宮崎県	2,791	2,810	-19	0.99
鹿児島県	4,591	4,545	46	1.01
沖縄県	3,708	3,589	119	1.03
計	328,736	327,210	1,526	1.00

図1 表1 2018年都道府県別医師数推計結果と実際の届出数の比較



また、2020年の都道府県別医師数の推計結果は以下の通りであった。(表2)

表2 2020年都道府県別医師数推計結果

都道府県	2020推計値	都道府県	2020推計値	都道府県	2020推計値	都道府県	2020推計値
北海道	13,543	東京都	47,183	滋賀県	3,451	香川県	2,908
青森県	2,718	神奈川県	21,026	京都府	9,030	愛媛県	3,781
岩手県	2,700	新潟県	4,780	大阪府	26,172	高知県	2,335
宮城県	5,949	富山県	2,871	兵庫県	14,902	福岡県	16,631
秋田県	2,402	石川県	3,469	奈良県	3,775	佐賀県	2,428
山形県	2,607	福井県	2,080	和歌山県	2,947	長崎県	4,353
福島県	4,085	山梨県	2,082	鳥取県	1,824	熊本県	5,380
茨城県	5,848	長野県	5,074	島根県	2,106	大分県	3,338
栃木県	4,670	岐阜県	4,514	岡山県	6,174	宮崎県	2,849
群馬県	4,674	静岡県	8,105	広島県	7,679	鹿児島県	4,637
埼玉県	13,621	愛知県	17,493	山口県	3,672	沖縄県	3,715
千葉県	13,112	三重県	4,209	徳島県	2,590	計	335,495

D. 考察

都道府県間の流出入、無届割合が平成2016~2018年間も2014~2016年と同じ割合で推移するとの仮定を置き、2016年の届出医師数と2017~2018年の臨床研修採用実績を用いて都道府県別の2018年の医師数を推計したところ、実際の届出医師数との一致率は-2%~+3%の範囲となった。この結果を踏まえると、県内全体の医師数を把握し偏在指標を用いた都道府県間の比較にはある程度使えても、医師確保計画の詳細な評価を行う上では一定の限界がある可能性が高いと考えられた。

実際の届出医師数と推計の差異が生じた原因には、

- ・2014-2016間と、2016-2018間の三師統計への届出状況の変化
- ・2016-2018間におきた、特殊事例(大規模な医療機関の新設や廃止、有力な医師の異動等)の影響
- ・医師のキャリアプランの変化

等が要因として考えられた。

特に、3点目の医師のキャリアプランの変化に関しては、地域枠医師の増加、2019年度から開始された新たな専門医制度の影響が大きくなることが想定されるため、特に注意が必要であろう。

以上の点を考慮すると、医師確保計画の評価を行う上では、医師確保計画の中に記載された都道府県が行う各種施策をまずは丁寧にモニタリングしてゆくことがまずは重要なのではないかと考える。

本研究の限界として、わが国に居住する医師は、法律(医師法第6条第3項)の規定により、2年に1度、12月31日現在における氏名、住所その他厚生労働省令で定められている事項について、厚生労働大臣に届け出ることが義務付けられているが、実際の医師票の届出は100%ではないため、無届の医師が推計に影響を与えた可能性が否定できない。また、医師臨床研修医採用実績を当該年の新規医籍登録者としているが、医籍登録年に臨床研修を開

始しない医師もいるため、新規医籍登録者と必ずしも一致していない可能性も否定できない点にも留意が必要である。

E. 結論

都道府県間の流出入、無届割合が平成2016~2018年間も2014~2016年と同じ割合で推移するとの仮定を置き、2016年の届出医師数と2017~2018年の臨床研修採用実績を用いて都道府県別の2018年の医師数を推計したところ、実際の届出医師数との一致率は-2%~+3%の範囲となった。このため、県内全体の状況を把握し、都道府県間比較に使う上でこの方法はある程度有効と考えられるが、都道府県が、医師確保計画の進捗状況をモニタリングする上では、医師確保計画に示された政策別の確保目標を丁寧にフォローすることの方がより重要かもしれない。また、実測値と推計値の乖離が比較的大きかった地域について、何か特徴的なことが起こっていないかを確認するためのスクリーニングに使うことも今後の課題である。

F. 研究発表

該当無し

G. 知的財産権の出願・登録状況

該当無し

研究成果の刊行に関する一覧表

該当なし

令和3年3月29日

厚生労働大臣 殿

機関名 自治医科大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 永井 良

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
- 研究課題名 医師確保計画を踏まえた効果的な医師偏在対策の推進についての政策研究
- 研究者名 (所属部局・職名) 地域医療学センター地域医療政策部門・教授
(氏名・フリガナ) 小池 創一・コイケ ソウイチ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	自治医科大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する口をチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和3年3月29日

厚生労働大臣 殿

機関名 自治医科大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 永井 良

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業

2. 研究課題名 医師確保計画を踏まえた効果的な医師偏在対策の推進についての政策研究

3. 研究者名 (所属部局・職名) 地域医療学センター地域医療学部門・教授

(氏名・フリガナ) 小谷 和彦・コタニ カズヒコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	自治医科大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和3年3月25日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人 広島大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 越智 光夫

次の職員の令和2年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
- 2. 研究課題名 医師確保計画を踏まえた効果的な医師偏在対策の推進についての研究
- 3. 研究者名 (所属部局・職名) 大学院医系科学研究科地域医療システム学講座・寄附講座教授
(氏名・フリガナ) 松本正俊・マツモトマサトシ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	自治医科大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 3 年 3 月 18 日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東海国立大
所属研究機関長 職名 名古屋大学大学院医
氏名 門松 健 浩

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の
ては以下のとおりです。

- 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
- 研究課題名 医師確保計画を踏まえた効果的な医師偏在対策の推進についての政策研究
- 研究者名 (所属部局・職名) 大学院医学系研究科・特任准教授
(氏名・フリガナ) 岡崎 研太郎・オカザキ ケンタロウ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	自治医科大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 3年 3月 25日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 榎野 博史

印

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
- 2. 研究課題名 医師確保計画を踏まえた効果的な医師偏在対策の推進についての政策研究
- 3. 研究者名 (所属部局・職名) 岡山大学病院 ダイバーシティ推進センター・教授
(氏名・フリガナ) 片岡 仁美・カタオカ ヒトミ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	自治医科大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。