

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、国は新たに医師偏在指標を定め、都道府県は医療計画の中に医師偏在指標を活用して医師確保計画を策定、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として、各都道府県が策定した医師確保計画の記載内容の整理・分析、都道府県への質問紙・ヒアリング調査の実施、医師確保事例集の作成、(2) 医師不足地域(医師少数スポット、医師少数区域)への医師確保策や勤務に関する研究として、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、病院勤務医師の従たる従事先の実態把握、医師少数区域への勤務に対する検討 (3) 我が国における地域枠医学生・医師のキャリア形成プログラム等に関する調査、都道府県の地域枠医師キャリア形成プログラムの調査、地域枠医学生・医師に加え、自治医大学生・卒業医師、全国 9 大学の一般枠学生としたオンライン質問紙調査、(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関する検討、(5) 都道府県別医師数の推計方法に関する検討、(6) 医師偏在指標の改善についての検討 の 6 分野についての検討を実施した。

本研究を通じ、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必要な様々な知見を得ることができた。

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 九州大学大学院地域医療教育学
講座 助教

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 長崎大学大学院医歯薬学総合研
究科 総合診療学分野 教授
渡辺 晃紀 栃木県西健康福祉センター
所長
早川 貴裕 栃木県 保健福祉部 医療政策課
課長補佐
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 助教
石川 光一 国際医療福祉大学 公衆衛生学
教授
今村 知明 奈良医科大学 公衆衛生学 教授
名越 究 島根大学医学部 環境保健医学
講座 教授
藤森 研司 東北大学 医学系研究科 医療管
理学 教授
村松 圭司 産業医科大学 公衆衛生学講座
准教授
吉村 健佑 千葉大学附属病院 次世代医療構
想センター 特任教授
伊藤 彰一 千葉大学大学院医学研究院 医
学教育学 教授
勝山陽太 千葉大学大学院医学研究院 千葉
県寄附講座地域医療教育学講
座 特任助教

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、都道府県は医療計画の中に
医師確保計画を策定し、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
性が高まっている。

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。

具体的には、(1) 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
政策研究として各都道府県が策定した医師
確保計画の記載内容の整理・分析、都道府県
への質問紙・ヒアリング調査の実施、医師確
保事例集の作成、(2) 医師不足地域（医師
少数スポット、医師少数区域）への医師確保
策や勤務に関する研究として、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、病院勤務医師の従たる従事先の実態
把握、医師少数区域への勤務に対する検討、
(3) 我が国における地域枠医学生・医師の
キャリア形成プログラム等に関する調査と
して、都道府県の地域枠医師キャリア形成プ
ログラムの調査、地域枠医学生・医師、自治
医大学生・卒業医師、全国 9 大学の一般枠学
生を対象としたオンライン質問紙調査の実
施、(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関する検討、(5) 都道
府県別医師数の推計方法に関する検討、(6)
医師偏在指標の改善についての検討 の 6
つの分野である。

B. 研究方法

(1) 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

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。

医師確保策の実態等に関する都道府県調査では、医師確保策の実態を明らかにするために47都道府県の医師確保計画担当部署を担当に質問紙調査を、18都県を対象にヒアリング調査を行った。

医師確保事例集の作成と分析では、各都道府県の医師確保計画担当部署に対して、共通フォーマットによる医師確保事例の提供を依頼、取りまとめを行い、研究班からのコメントを付した上で事例集として都道府県に配布した。

(2) 医師不足地域（医師少数スポット、医師少数区域）への医師確保策や勤務に関する研究

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。

病院勤務医師の従たる従事先の実態と従たる従事先の状況を反映させた新たな医師

偏在指標について試算にあたっては、2018年の医師届出票情報の利用について厚生労働省に申請・許可を得て、特定機能病院と地域医療支援病院に勤務する医師の従たる従事先の実態を集計・分析した。

医師少数区域への勤務に対する検討にあたっては、2012年から2018年までの医師・歯科医師・薬剤師統計に登録された医師のうちで、追跡不可、データの不備、2次医療圏の設定変更等で26,999人を除外した後のコホート集団（21,7107人）を対象に分析を行い、医師偏在指標の医師少数区域に移動に関するCox比例ハザードモデルを用い、2012年（ベースライン）の要因を検討した。

(3) 我が国における地域枠医学生・医師のキャリア形成プログラム等に関する調査

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

地域枠医学生・医師のキャリア形成に関するオンライン質問紙調査は、各都道府県の地域枠医学生・医師のうち、各都道府県の医師確保計画担当課担当者が把握しているもの約11,000人、自治医科大学学生と全国9大学医学部の一般枠（地域枠ではない）学生、約5,000人を対象として実施した。2022年2月から3月にかけて実施した、オンライン質問紙「医学生/医師のキャリア形成と地域

医療に関するアンケート」調査の質問項目の中から、予備的な分析に基づき、地域への長期定着意向と関連する可能性のある因子を選択した。ロジスティック回帰分析により、地域への長期定着意向について、上記の選択因子との関連で粗および調整済みオッズ比と95%信頼区間を推定した。p値が0.05未満であるものを、統計学的に有意であるとみなした。

(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関する検討

地域医療に従事する女性医師の確保をめぐる諸課題に関する検討にあたっては、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。

「医学生／医師のキャリア形成と地域医療に関するアンケート」の回答データを用い、義務年限中の地域医療勤務の義務履行に影響するライフイベントおよびキャリアプランを探った。また、2021年度に実施した医師確保策の実態を明らかにするためのアンケート調査結果を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する観点から分析した。

(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

(6) 医師偏在指標の改善についての検討

本研究班内に医師偏在指標の現在の運用状況を踏まえ、医師偏在指標検討小委員会を設置、小委員会において、医師偏在指標の「概念」の評価と整理を議論することとし、第8次医療計画に向け、どのような課題があるかについて検討を行った。

(倫理的な配慮について)

倫理審査が必要な研究については、各研究機関の倫理審査委員会等（自治医科大学医学系倫理審査委員会、名古屋大学生命倫理審査委員会、岡山大学倫理審査委員会）の審査・承認を得た。

C. 研究結果

(1) 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

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。

医師確保策の実態等に関する都道府県調査には、43 (43/47=91%) 都道府県が回答した。医師確保に関しては、概ねどの都道府県も、医師を含む複数の職員で業務にあたり、また考えるあらゆる媒体を使って医師誘致の宣伝を行っていることが明らかとなった。また、医師の勧誘の際に、地域を挙げて歓迎する姿勢や、その医師への期待を明確にする姿勢、医師の希望に柔軟に対応する姿勢が効果的であるとする回答が多かった。一方、消極的な選択であることを示唆する言葉や、入局について述べることは、避けるべきであるという回答があった。

義務離脱に関しては、退学・結婚・へき地勤務等がタイミングとして多いことが指摘されていた他、離脱の可能性のある学生・卒業生医師については一定の傾向があると考えている都道府県担当者が多いことがわかる。また、離脱へのペナルティに関して、都道府県が訴訟リスクを考慮し、国による罰則や制限等についての制度的裏付けを求める要望が多く寄せられていた。

地域枠医師の派遣調査については、大学・地域枠等医師・都道府県の意向が必ずしも一致しない場合があることから、三者の意向の

うちどの意向が強く反映されているか都道府県担当者に聞いたところ、大学の意向が4割、医師本人の意向が1/3程度で、県の意向は1/4程度反映されているという回答が得られた。

医師確保事例集の作成にあたっては、40都道府県から協力が得られ、キャリア形成プログラム適用医師に関する事例54、それ以外を対象とする事例104、事例を分類せずに回答を寄せた事例1の計159事例が収集された。

主な対象領域を回答した事例を集計したところ、産科医の確保、へき地における医師確保を主な目的とする事例がそれぞれ29事例と最も多く、次いで、医師少数区域・小児科医の確保を目的とするものが各23事例と続いた。

(2) 医師不足地域（医師少数スポット、医師少数区域）への医師確保策や勤務に関する研究

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]

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%])。

特定機能病院を所在する3次医療圏(医師多数・中位・少数県)で分類し、それぞれの従たる従事先を有する医師の割合と従たる従事先が医師少数区域(2次医療圏)である割合を求めたところ、主たる従事先が医師多数県の場合、従たる従事先を有する医師の割合は有意に高かった($P < 0.001$)。従たる従事先が医師少数区域である割合は、医師少数県で有意に高かった($P < 0.001$)。一方、地域医療支援病院を所在する3次医療圏(医師多数・中位・少数県)で分類し、それぞれの従たる従事先を有する医師の割合と従たる従事先が医師少数区域(2次医療圏)である割合を求めたところ、医師少数県で従たる従事先を有する医師の割合は有意に高かった($P < 0.001$)。従たる従事先が医師少数区域である割合は、医師少数県で有意に高かった($P < 0.001$)。

従たる従事先の状況を反映させた新たな指標と現行の医師偏在指標との比較を行ったところ、3次医療圏における指標の比較では、現行の医師偏在指標による分類と異なるような大きな違いは認められなかった。2次医療圏における比較では、医師多数区域—中位区域間の変動が認められた医療圏は4あった。医師中位区域—少数区域間の変動が認められた医療圏は3あった。医師多数区域—

少数区域間のような大きな変動は認められなかった。尚、一律に主たる従事先と従たる従事先を6対1に充てずに、実記載の従事時間を充てて換算した指標も検討した。この場合であっても同様の結果であった。

医師少数区域の医師は、医師多数区域や中程度区域に勤務した医師と比較して平均年齢は高く、男性の割合は高かった。病院に勤務する医師の割合は低く、外科系に勤務する割合は高かった。専門医を保有する割合は低かった。医師少数区域の勤務経験の有意な正の予測要因は、若年、男性、外科系勤務であった。負の予測要因は専門医保有であった。

(3) 我が国における地域卒医学生・医師のキャリア形成プログラム等に関する調査
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。

我が国における地域卒医学生・医師のキャリア形成プログラム等に関する調査に協力が得られたのは、1,746人(医学生1,307人、医師439人)であった。このうち属性が明らかなのは、医学生1,241人(一般卒学生419人、地域卒学生689人、自治医大学生133

人)、医師 412 人 (地域枠医師 297 人、自治医大卒業医師 115 人) の計 1,653 人であった。

学生について、キャリア形成で重視することは、一般枠学生では、指導医の存在、専門医の取得、研修・研究・留学などの十分な期間の用意、給与の順であった。地域枠学生では、指導医の存在、専門医の取得、地域で勤務する年数、地域で勤務するタイミング、給与、の順であった。自治医大学生では、指導医の存在、地域で勤務する年数、給与、専門医の取得、の順であった。キャリア形成プログラムの総合評価 (10 点満点) は、地域枠学生で平均 6.3 点、自治医大学生も同じく平均 6.3 点であった。

医師については、キャリア形成で重視することは、地域枠卒業生では、専門医の取得、指導医の存在、給与、地域で勤務する年数、研修・研究・留学などの十分な期間の用意、地域で勤務するタイミング、パートナーの意向、の順であった。自治医大卒業生では、指導医の存在、専門医の取得、研修・研究・留学などの十分な期間の用意、給与、地域で勤務する年数、パートナーの意向、地域で勤務するタイミング、の順であった。キャリア形成プログラムの総合評価 (10 点満点) は、地域枠卒業生で平均 6.0 点、自治医大卒業生で平均 5.5 点であった。

我が国における地域枠医学生・医師の地域への長期定着意向に関する因子に関する分析 1,746 名 (医学生 1,307 人、医師 439 人) の回答のうち、重複回答や、学生・医師の識別、性別、分析に含まれる変数のデータ欠損のため 218 件の回答を除外し、1,528 件の回

答を今回の分析対象とした (医学生 1,153 人、医師 375 人)。

学生 (地域枠学生、自治医科大学学生) では現在の学生生活への満足度、大学医局への所属意向、総合診療や家庭医療への興味、高校生への地域枠 (自治医大) の勧め、キャリア形成プログラムの総合評価が長期定着意向と相関しており、医師 (地域枠医師・自治医科大学卒業医師) では現在の研修環境への満足度、大学医局への所属意向、高校生への地域枠 (自治医大) の勧め、が長期定着意向と相関する因子であった。

(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関する検討

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。

地域医療勤務義務履行に影響するライフイベントとキャリアプランを検討したアンケート調査の解析では、学生、医師ともに、女性の結婚と出産に関する悩みがあることおよび見通しが立たないことが、地域医療勤務義務履行の不確かさの高まりと関連していることが示唆された。また、それらに関す

る悩みがあることよりも見通しが立っていないことの方が義務履行の不確かさの高まりとより関連していることは着目すべき点である。結婚と出産の課題に関して、医師と学生との比較では、医師の方でより問題となっていることが示された。女子学生の地域医療従事に対するモチベーションは高く、その点に性差はないという結果も本調査で認められた。

(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。

(6) 医師偏在指標の改善についての検討

医師偏在指標検討小委員会において検討を行い、現状の医師偏在指標の課題、具体的な医師偏在指標の改善に向けた提案、医師偏在・医師確保対策における医師偏在指標の使い方に関する提案を「医師偏在指標検討小委員会 取りまとめ」としてとりまとめ、厚生労働省医政局地域医療計画課に提出した。

(別添参照)

D. 考察

(1) 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

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。医師確保計画施策に関し、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が、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と考えられた。

都道府県を対象とした質問紙調査及びヒアリング調査の結果、医師確保に関しては、概ねどの都道府県も、医師を含む複数の職員で業務にあたっていること、考えるあらゆる媒体を使って医師誘致の宣伝を行っていることが明らかとなった。キャリア形成プログラムの作成・運用の課題に関しては、全般的には大きな問題なく運用できているという意見が大勢であったが、へき地勤務と専門医取得の両立ができるようにする調整に都道府県担当者が苦慮している実態が明らかになった。さらに、ライフイベントとキャリアの両立に向けた課題については、女性医師

のライフイベントとキャリア支援のニーズが特に高まる卒業後 10 年以内の支援が最も重要であり、地域卒卒業生に結婚協定に準ずるような方策を適用できるか、という課題については、自治体により大きくスタンスが異なることが浮き彫りになったと考えられる。

医師確保事例集の作成と分析から、収集された事例の領域は、キャリア形成プログラム対象医師とそれ以外の医師でおおむね傾向は一致しており、それぞれの領域別の事例数は、都道府県の優先順位を反映しているものと考えられた。すなわち、各都道府県は、医師の地理的偏在とともに、診療科偏在の是正にも取り組んでいる様子が見えてくる結果となっていたと考えられた。

各都道府県が医師確保に向けて抱える課題は様々であり、その取組内容も多種多様である。このため、すべての都道府県にとって一律に適用可能な雛形となるような好事例はそもそも存在せず、他都道府県の事例をそのまま活用することも、必ずしも適当ではないが、個別の事例を検討してゆく中で、いくつか注目すべきポイントがあるように考えられた。

(2) 医師不足地域（医師少数スポット、医師少数区域）への医師確保策や勤務に関する研究

本研究を通じ、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。

特定機能病院において、従たる従事先を有する医師の割合は、それ以外の病院群と比較して有意に高かった。専門医を有する医師が従たる従事先を有していることから、特定機能病院の専門性の高い医師が、従たる従事先においても専門的な診療を担っていることを表している可能性があった。

従たる従事先の 2 次医療圏が医師少数区域である割合は、3 次医療圏ごとにみると医師少数県で高かった。医師少数県の医師が従たる従事先を有することで医師少数区域の医療を支えていることが考えられた。働き方改革が地域医療にどのような影響を及ぼすのか、今後の研究が必要と考えられた。

また、従たる従事先の状況を反映させた医師偏在指標は、現行の指標と大きな違いはなかった。2 次医療圏を超えた従たる従事先を有する医師の割合は全体の 1 割程度と小さく、偏在指標の結果に大きな影響はなかったと考えられた。現行の指標は二次医療圏以上で検討していることから、従たる従事先の因子を含める必要性は現段階では低いと考えられ、現行の医師偏在指標を活用しつつ、従

たる従事先の取り扱いが医師偏在に与える影響の検討が必要であると考えられた。

医師少数区域への勤務に対する検討からは、医師少数区域の勤務には、特に男性、外科系の診療科の勤務、専門医の非保有が関連した。男性医師が少数区域に勤務する予測要因であったことは、女性医師の出産や育児による休職や離職、子供の教育環境も含めた勤務環境（ワーク・ライフ・バランス）が関係しているかもしれない。外科系医師に関しては、大学の医局からの医師派遣のような実情が関係していることも考えられた。また、専門医の保有が負の予測因子であったが、医師派遣の時期と関連して、例えば、専門医取得を予定している医師が取得前に医師少数区域に勤務した実態を表していることが理由の一つとして考えられた。医師少数区域で専門医（例、総合内科）が不要であるということではなく、専門医取得・更新の容易さがへき地や遠隔地での医師定着策に挙げられていることから、むしろキャリア形成支援に重点を置くことが必要であろう。

（3）我が国における地域枠医学生・医師のキャリア形成プログラム等に関する調査

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。

キャリア形成で重視することとして、学生は地域枠、自治医大ともに指導医の存在と専門医の取得、地域で勤務する年数、を最も重視する傾向にあることが明らかとなった。卒業生も、地域枠、自治医大ともに指導医の存在と専門医の取得を最重視していた。この結果から、地域枠・自治医大の学生・卒業生は、強い専門医志向を持ち、その実現のために指導医の存在を必要としていることが読み取れる。

キャリア形成プログラムへの満足度は、地域枠学生では「地域で勤務するタイミング」と「専門医の取得」で高く、地域枠卒業生では「専門医の取得」と「給与」で高かった。自治医大学生・卒業生ともに「給与」で高かった。反対に満足度が低かったのは、地域枠学生と卒業生では「研修、研究、留学などの中断期間の十分な用意」で、自治医大学生と卒業生では「研修、研究、留学などの中断期間の十分な用意」と「専門医の取得」であった。

地域枠／自治医大の学生・卒業生は、個別の学生／卒業生の意向に沿った柔軟なプログラム運用を希望していることが読み取れる。都道府県と大学が協働することによって、そのような運用の工夫が実行されたならば、

現状のキャリア形成プログラムへの総合評価も上昇していくことが期待できる。

全国の地域枠と自治医科大学の学生・卒業生を対象とした無記名オンライン調査の部分解析によって、地域への長期定着意向と関連する因子が明らかになった。この結果は、都道府県や大学が卒前卒後の教育研修プログラムやキャリア形成プログラムの改訂をする際に、基礎資料として参考になると考える。今後、こうしたプログラムがより充実した内容のものになることで、地域枠・自治医科大学卒業医師の長期にわたる地域への定着意向が高まることが期待される。

(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関する検討

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。

男性とは異なる傾向と課題を持つ女性のキャリアにおいて、本来のモチベーションを生かし、義務を完遂するためには何が重要であるかを推察する。それは、「不確定要素を不安要素としない」ことではないだろうか。すなわち、将来自身のキャリアに影響しうるライフイベント＝不安要素、とならず、ライフイベントがいつ起こったとしてもキャリ

アを確実につなぐことができるという確証を持つことが重要である。そのためには、ロールモデルの存在、支援体制の整備とその周知は大きな意義がある。自治体アンケート調査でみられた復職支援や保育支援の存在を周知し、活用促進をすることは有意義である。また、ライフイベント経験医師の話聞く機会や集積事例の提供は重要である。経験者の話を聞くことにより、ライフイベントに関する問題に直面した際にどのような対処法があるかについて情報が得られ、対処法が分かれば不安が軽減される。その結果、不確定要素を有していてもそれが不安に直結することを防ぎ、キャリア継続と義務の完遂を支えることにつながるのではないだろうか。

女性は結婚や出産というライフイベントの影響を強く受けることが示唆され、学生においてはライフイベントが実際に起こる前であっても不確定要素を強く意識していることが示唆された。しかし、ライフイベントとキャリアの両立という課題は単に女性医師の課題と矮小化すべきではなく、医師としてのプロフェッショナルリズムの追求と個人としての **well-being** をどのように両立するか、という性別年齢を問わない課題であると考える。この課題を解決するためには支援体制について周知すること、好事例を共有することなどが重要であると考えられる。

(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 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。

(6) 医師偏在指標の改善についての検討

医師偏在指標は、医師偏在対策を検討する際に参照される一指標であり、医師偏在対策上の全ての論点や、各地域の課題意識を計算式としてすべて表現するものではないこと、また、医師偏在指標が複雑になることは、指標データの解釈を困難なものとし、医師偏在対策の観点から望ましくないことが確認された。以上を踏まえ、小委員会としては、現状の医師偏在指標の計算式は維持しつつ、更新可能なデータの入れ替え等の運用を行うことを提案した。一方で、複数の視点、データを踏まえて総合的に分析することで医師確保計画の充実を図る観点から、国が各都道府県へデータを提供することや、各都道府県が独自のデータを用いること、受療率の計算方法を再検討すること等は重要な取組であると考えられた。また、小委員会において議論された論点や方向性を参考にしつつ、国から各都道府県へ丁寧な助言がなされることが望ましいと考えられた。

E.結論

本研究を通じ、医師確保計画の記載内容の整理・分析、医師不足地域への医師確保策や勤務の実態把握、地域枠医学生・医師のキャリア形成プログラムや地域枠医学生・医師等の意識調査、地域医療に従事する女性医師の確保をめぐる諸課題に関する検討、都道府県別医師数の推計方法に関する検討、医師偏在指標の改善についての検討等が進み、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必要な様々な知見を得ることができた。

F.健康危険情報

該当なし

G.研究発表

1. 論文発表

片岡仁美. 地域医療におけるキャリア形成. 日本内科学会雑誌. 111(5), 971-976, 2022

寺裏寛之, 中村晃久, 菅谷涼, 小池創一, 小谷和彦. 医師確保計画における都道府県の医師少数スポットの概況. 自治医科大学紀要 2022. 44:4-5

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. 厚生指標 2021. 68:1-8

2. 学会発表

寺裏 寛之, 小谷 和彦, 小池 創一. 病院勤務医師の従たる従事先の保有に関する検討. 第 81 回日本公衆衛生学会総会、山梨、2022 年 10 月

小池創一、松本正俊、岡崎研太郎、片岡仁美、小谷和彦. 都道府県における医師確保に向けた諸課題に関する研究. 第81回日本公衆衛生学会総会、山梨、2022年10月

寺裏 寛之, 小谷 和彦, 小池 創一. 医師確保計画で設定された各都道府県の医師少数スポットに関する研究. 第 80 回 日本公衆衛生学会総会、東京、2021 年 12 月

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

医師偏在指標検討小委員会 取りまとめ

令和3年12月13日
医師偏在指標検討小委員会

第8次医師確保計画に向けた医師偏在指標の改善について、以下のように考えて進めていくことを「医師偏在指標検討小委員会」として提案する。

なお、厚生労働省は、今後も医師偏在指標データの整備に努め、その整備の状況を踏まえて必要な見直しを行っていただきたい。

1. 検討を行うに至った背景や経緯

- 医師の偏在は、地域間・診療科間のそれぞれにおいて、長きにわたり課題として認識されながら、現時点においても解消が図られていない。また、これまで地域ごとの医師数の比較には人口10万人対医師数が一般的に用いられてきたが、これは医師数の多寡を統一的・客観的に把握するための「ものさし」としての役割を十分に果たしておらず、データに基づいた医師偏在対策を行うことが困難であった。
- 平成30年の医療法の改正を受け、全国ベースで三次医療圏ごと及び二次医療圏ごとの医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価した指標（以下「医師偏在指標」という。）が算定されることとなった。各都道府県は、医師偏在指標を活用し、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」として策定し、医師少数区域・医師多数区域等を設定し、医師少数区域等においていかに医師を確保するかについて集中的な検討を行っている。
- 今後、第8次医療計画に向けた検討が本格化することを見据え、厚生労働科学研究班（「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」（地域医療基盤開発推進研究事業。））に「医師偏在指標検討小委員会」を設置し、医師偏在指標の現在の運用状況を踏まえ、どのような課題があるかについて検討を行うこととした。

2. 検討方法

- 令和 3 年度厚生労働科学研究（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」の一環として、医師偏在指標検討小委員会を設置、小委員会において、医師偏在指標の「概念」の評価と整理を議論することとした。
- 小委員会の委員構成及び、小委員会の開催状況は別紙の通り。

3. 現状の医師偏在指標の課題

医師偏在指標に関し、都道府県等から厚生労働省に寄せられている意見や、小委員会の構成員が把握している偏在指標の課題には、以下のようなものがあげられる。

(医師の労働力の取扱)

- 現状の医師偏在指標では、医師の労働力は性別・年齢階級ごとの労働時間によって調整されている。一方、若手医師の労働時間が相対的に長い理由には、技術研鑽等の時間が含まれていることが考えられる。
- 特に 24 歳から 29 歳の階層は、臨床研修医が含まれており、現場の実態をより反映したものにすべきという指摘がある。

(診療科の取扱)

- 人口が小さい地域では、医師偏在指標の値が相対的に高くなるが、診療科によっては、医師不足が起きている場合もある。

(地理的条件の取扱)

- へき地や離島、広い面積等の特殊な地理的条件を有する地域においては、医師偏在指標で算出される値が、必ずしも実態を表していない場合がある。

(病院・有床診療所の医師における入院・外来の重み付け)

- 現状の医師偏在指標では、入院患者 1 名に対する医師数と、外来患者 1 名に対する医師数を同等と見なせないという観点から、補正がされている。
- 一方、重みづけの妥当性を説明することには課題が残っており、技術的な検討の余地が指摘されている。

(医師確保対策との関係性)

- 性別の勤務時間で調整を行うことが、医師偏在指標の値を改善することを目的化し、「男性医師の確保を優先する」といった行動に結びつかないか懸念がある。
- 医師の働き方改革における 2024 年の時間外労働規制の適用を控える中、医師確保計画とは別の文脈で医師の派遣・引き上げの動きが生じる可能性がある。

4. 具体的な医師偏在指標の改善に向けた提案

3. で挙げられた課題について、小委員会で検討を行った結果、医師偏在指標の改善に向けて以下のような取組が必要ではないかと考えた。

(診療科の取扱)

- 診療科別偏在指標については、産科・小児科以外に拡張するのは現時点では難しいのではないかと考えた。
- 検討に際しては、「診療科別医師数の将来推計」との整合も必要となる。
- 異なる概念（例：小児科と小児医療）を厳密に定義した分析を行いたい場合、研究者等の実施する独自の実態調査等を用いたデータの精緻化を図ることも重要である。

(地理的条件の取扱)

- 医師偏在指標という一つの指標で表現することは、技術的に難しく、複数の次元を一つの指標に盛り込むと、かえって指標の解釈が難しくなる側面もある。
- 地理的な医師の状況は往診に係る時間など局所では必要な情報であるが、大局的に行う場合には人口だけ加味していればよいのではないかと考えた。
- 医師確保・偏在対策の検討という観点では人口だけで良いのではないかと考えた。指標を参考に、各地域で対策を考えてほしいということが主旨と考えられる。

(病院・有床診療所の医師における入院・外来の重み付け)

- 重みづけの妥当性を説明する上で、マクロ需給推計の考え方（病院の外来は、入院につながる「入院需要」と捉える）が参考になるのではないかと考えた。
- また、今後開始が予定されている外来機能報告制度の状況（例えば、重点的な資源を投入する外来と、そうでない外来で、医師の比は変わるのか、等）を踏まえつつ定義を精緻化できるかを、将来への論点として残してはどうかと考えた。
- 入院外来の比率については今回大きく見直す必要はないよとする。

(流出入・受療率の考え方)

- 流出入の補正は現状通り反映する方針でいいのではないかと考えた。
- 地域間での流出入や各地域の受療率の違いについて、どの程度現状を肯定するかという論点はある。患者の流出入を考慮することは必要だが、小さな地域の受療率は使うべきではないのではないかと考えた。
- 全国の偏在の把握には全国受療率の指標を使うこととし、都道府県が医師確保対策を実施するときに用いるときに地域別受療率を使うのは妨げない。
- 受療率は、「医療の提供を均していく」という思想を踏まえると、全国受療率が適しているのではないかと考えた。

(医療需要の時点の考え方)

- 令和2年度は、入院・入院外ともに医療需要の減少が大きい。また、月によっても減少幅にばらつきがある。令和2年以前の方がバイアスは少ないのではないか。
- 現時点では、評価が定まっていない令和2年度ではなく、平成29年度医療需要の方が妥当ではないか。

5. 医師偏在・医師確保対策における医師偏在指標の使い方に関する提案

以下の点については、医師偏在指標の改善に向けた検討という本小委員会のテーマとは必ずしも一致しないものの、医師偏在指標が活用され、医師偏在対策を進めてゆく上で重要な論点であると考えられた。

(各地域の実情に配慮した計画策定の支援)

- 離島や特定の患者を対象とする医療が集積している地域等、特別な事情を有する地域の医師偏在指標は、医師偏在指標での解釈に留意すべき点があることを、医師確保計画ガイドライン等で説明してはどうか。
- 医師多数/少数区域の境界上にある地域について、区域としての該当有無が変化した場合には、激変緩和措置のような留保を設けることもあり得るのではないか。

(都道府県への技術的助言・データ提供について)

- 医師偏在指標は、あくまで地域間の医師の偏在状況を相対的に評価する手段の一つであり、数値の改善を目的とする趣旨のものではないことを強調してはどうか。
- 医師の年齢構成を意識して対策をとることを医師確保計画上に位置付けてはどうか。地域で、開業医が減少し、在宅医療が確保できない懸念もある。医師のリタイアに関する課題意識を都道府県に伝えてはどうか。
- 医師確保対策は、様々なデータ（人口動態、アクセス性、医療需要、医療提供体制等）を参考に、総合的に課題を評価した上で推進されることが重要である。厚生労働省としては、都道府県が参考に出来るデータ提供を検討してはどうか。
- 現状の医師偏在指標について、分子の医師数の計算対象を若手医師に限定することで、地域間で、若手医師の多数/少数を比較できる参考指標を作成し、都道府県に提供してはどうか。

6. 結語

- 医師偏在指標は、医師偏在対策を検討する際に参照される一指標であり、医師偏在対策上の全ての論点や、各地域の課題意識を計算式として表す必要はない。
- また、医師偏在指標が複雑になることは、指標データの解釈を困難なものとし、医師偏在対策の観点から望ましくないことが確認された。
- 以上を踏まえ、小委員会としては、現状の医師偏在指標の計算式は維持しつつ、更新可能なデータの入れ替え等の運用を行うことを提案する。
- 一方で、複数の視点、データを踏まえて総合的に分析することで医師確保計画の充実を図る観点から、国が各都道府県へデータを提供することや、各都道府県が独自のデータを用いること、受療率の計算方法を再検討すること等は重要な取組である。そのため、小委員会において議論された論点や方向性を参考にしつつ、国から各都道府県へ丁寧な助言がなされることが望ましい。

以上

<検討小委員会の委員一覧>

委員名（敬称略）	所属
石川 光一	国際医療福祉大学 公衆衛生学 教授
今村 知明	奈良医科大学 公衆衛生学 教授
小池 創一	自治医科大学 地域医療学センター 教授
名越 究	島根大学 環境保健医学講座 教授
藤森 研司	東北大学 医療管理学 教授
村松 圭司	産業医科大学 公衆衛生学講座 准教授
吉村 健佑	千葉大学次世代医療構想センター 特任教授

オブザーバー： 厚生労働省

事務局： 三菱総合研究所

<検討小委員会の開催状況>

検討小委員会	日時	議事
第1回検討小委員会	2021年8月26日（木） 15：00～17：00	1. 挨拶 2. 医師偏在指標について 3. 話題提供
第2回検討小委員会	2021年10月22日（金） 17：00～19：00	1. 前回小委員会でいただいたご意見と対応案について 2. 都道府県等から寄せられている意見・要望と対応案について 3. 報告書のとりまとめに向けた進め方について
第3回検討小委員会	2021年12月13日（月） 15：00～17：00	1. 医師偏在指標検討小委員会取りまとめについて

医師偏在指標検討小委員会（厚生労働科学研究）

- 令和3年度厚生労働科学研究「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」の一環として、医師偏在指標検討小委員会を設置し、当該委員会において、医師偏在指標の「概念」の評価と整理について議論を行った
- 研究班
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）
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）
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 特任准教授）
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）
- 医師偏在指標検討小委員会（2021.8～12において3回開催）
石川 光一（国際医療福祉大学 公衆衛生学 教授）
今村 知明（奈良県立医科大学 公衆衛生学 教授）
小池 創一（自治医科大学 地域医療学センター 教授）
名越 究（島根大学 環境保健医学講座 教授）
藤森 研司（東北大学 医療管理学 教授）
村松 圭司（産業医科大学 公衆衛生学講座 准教授）
吉村 健佑（千葉大学次世代医療構想センター 特任教授）
※オブザーバー 厚生労働省
※事務局 三菱総合研究所

32

医師偏在指標検討小委員会 取りまとめ（抜粋）（令和3年12月13日）

具体的な医師偏在指標の改善に向けた提案

（診療科の取扱）

- 診療科別偏在指標については、産科・小児科以外に拡張するのは現時点では難しいのではないかと。
- 検討に際しては、「診療科別医師数の将来推計」との整合も必要となる。

（地理的条件の取扱）

- 医師偏在指標という一つの指標で表現することは、技術的に難しく、複数の次元を一つの指標に盛り込むと、かえって指標の解釈が難しくなる側面もある。
- 地理的な医師の状況は往診に係る時間など局所では必要な情報であるが、大局的に行う場合には人口だけ加味していればよいのではないかと。

（流出入・受療率の考え方）

- 流出入の補正は現状通り反映する方針でいいのではないかと。
- 受療率は、「医療の提供を均していく」という思想を踏まえ、全国受療率が適しているのではないかと。

（医療需要の時点の考え方）

- 令和2年度は、入院・入院外ともに医療需要の減少が大きい。また、月によっても減少幅にばらつきがある。令和2年以前の方がバイアスは少ないのではないかと。
- 現時点では、評価が定まっていない令和2年度ではなく、平成29年度医療需要の方が妥当ではないかと。

33

(参考) 医師の流出入に関する状況

2016年から2018年の医師の勤務先都道府県の状況

分類	2016年時点 医師数 (A)	他都道府県 からの流入数	他都道府県 への流出数	2018年時点 医師数 (B)	(B)-(A)
医師少数県	76,668	7,737	▲ 7,898	76,507	▲ 161
医師中程度県	96,196	7,543	▲ 7,441	96,298	102
医師多数県	123,203	11,944	▲ 11,885	123,262	59

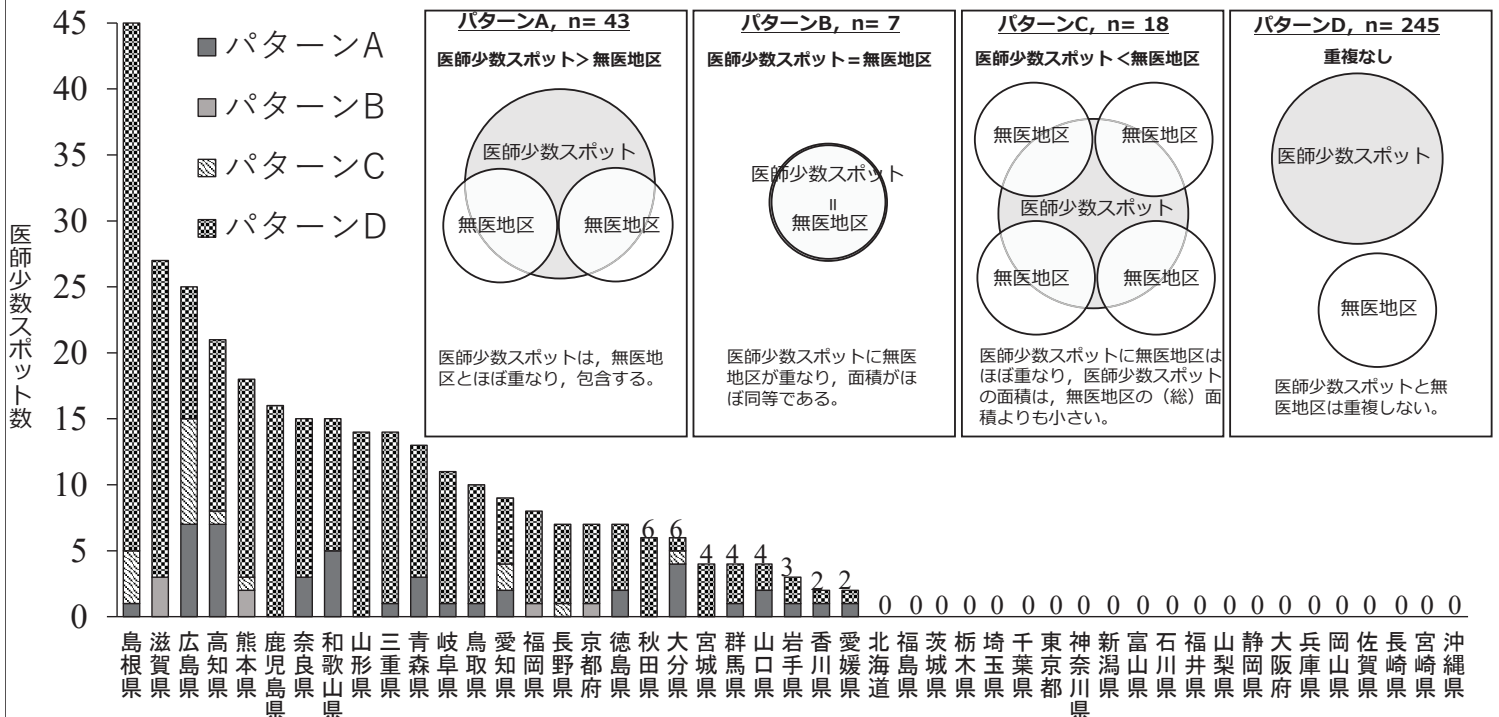
- 医師・歯科医師・薬剤師統計（2016年、2018年）のうち、両年に届出のあった医師数（n=296,067）に関する分析。
- 2017年以降に、新たに届出をした医師や届出をしていない医師は含まれていない。

- 医師確保計画実施前の状況であるが、医師少数県から医師少数県以外の都道府県への流出が認められた。
- 医師の地域偏在是正の観点から、医師少数県の医師数の増加を重点的に行う必要があるため、医師少数県以外の都道府県における目標医師数の設定には留意が必要。

出典：厚生労働科学研究（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

医師少数スポットと無医地区の関係

- 医師少数スポットに設定された地域は、無医地区との重なりを持たない地域が最も多かった。



令和2年

出典：令和2年度厚生労働科学研究（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

医師数の推計

- ・三師統計は2年毎に実施され、また結果の公表までに約1年を要する。このため、厚生労働科学研究において、三師統計を実施しない年の医師数の推計が可能であるか検討を行った。
- ・研究班で検討した推計ロジックを用いて、2018（平成30）・2020（令和2）年三師統計の結果を、それぞれ前2回の統計結果から推計された数値とで検証を行ったところ、特に2020年の推計値の誤差が大きく、当該ロジックによる推計医師数の活用には慎重な検討が必要とされた。

平成30年推計結果と実際の届出数との比較

都道府県	H30推計値	H30届出 医師数	H30推計－ H30届出	H30推計／ H30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

都道府県	H30推計値	H30届出 医師数	H30推計－ H30届出	H30推計／ H30届出
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

令和2年推計結果と実際の届出数との比較

都道府県	R2推計値	R2届出 医師数	R2推計－ R2届出	R2推計／ R2届出
北海道	13,543	13,731	-188	0.99
青森県	2,718	2,773	-55	0.98
岩手県	2,700	2,700	0	1.00
宮城県	5,949	5,950	-1	1.00
秋田県	2,402	2,444	-42	0.98
山形県	2,607	2,608	-1	1.00
福島県	4,085	3,958	127	1.03
茨城県	5,848	5,838	10	1.00
栃木県	4,670	4,773	-103	0.98
群馬県	4,674	4,735	-61	0.99
埼玉県	13,621	13,604	17	1.00
千葉県	13,112	13,396	-284	0.98
東京都	47,183	48,072	-889	0.98
神奈川県	21,026	21,377	-351	0.98
新潟県	4,780	4,803	-23	1.00
富山県	2,871	2,832	39	1.01
石川県	3,469	3,486	-17	1.00
福井県	2,080	2,074	6	1.00
山梨県	2,082	2,101	-19	0.99
長野県	5,074	5,217	-143	0.97
岐阜県	4,514	4,580	-66	0.99
静岡県	8,105	8,271	-166	0.98
愛知県	17,493	17,842	-349	0.98
三重県	4,209	4,298	-89	0.98

都道府県	R2推計値	R2届出 医師数	R2推計－ R2届出	R2推計／ R2届出
滋賀県	3,451	3,496	-45	0.99
京都府	9,030	9,156	-126	0.99
大阪府	26,172	26,431	-259	0.99
兵庫県	14,902	15,133	-231	0.98
奈良県	3,775	3,810	-35	0.99
和歌山県	2,947	2,941	6	1.00
鳥取県	1,824	1,871	-47	0.97
島根県	2,106	2,108	-2	1.00
岡山県	6,174	6,290	-116	0.98
広島県	7,679	7,805	-126	0.98
山口県	3,672	3,682	-10	1.00
徳島県	2,590	2,567	23	1.01
香川県	2,908	2,886	22	1.01
愛媛県	3,781	3,847	-66	0.98
高知県	2,335	2,305	30	1.01
福岡県	16,631	16,784	-153	0.99
佐賀県	2,428	2,445	-17	0.99
長崎県	4,353	4,399	-46	0.99
熊本県	5,380	5,415	-35	0.99
大分県	3,338	3,370	-32	0.99
宮崎県	2,849	2,879	-30	0.99
鹿児島県	4,637	4,653	-16	1.00
沖縄県	3,715	3,887	-172	0.96
計	335,495	339,623	-4,128	0.99

出典：令和4年度厚生労働科学研究（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 25

2022年8月10日 第6回 地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ 資料1 将来の医師の多寡による医師の確保の方針及び地域枠 産科・小児科における医師確保計画 医師確保計画の効果の測定・評価 p.25