

医師確保計画策定ガイドライン（今回見直し関連部分抜粋）

1－6．医師確保計画における記載事項

- 医師確保計画には、医療法第30条の4第2項第11号に基づき、次の事項を記載する必要がある。
 - ・ 都道府県、二次医療圏及び重点医師偏在対策支援区域ごとの医師の確保の方針
 - ・ 都道府県、二次医療圏及び重点医師偏在対策支援区域ごとの確保すべき医師の数の目標（目標医師数）
 - ・ 目標医師数を達成するための施策
- ※重点医師偏在対策支援区域については、都道府県が必要と認めた場合に限る。
- また、第8次医療計画における第8次（前期）医師確保計画（2024～2026年度）策定時の医師確保計画策定ガイドラインを踏まえ、第8次（後期）医師確保計画（2027～2029年度）には、第8次（前期）医師確保計画に係る評価結果を記載すること。
- 第8次（後期）医師確保計画を策定する際は、これまで設定していた医師少数スポットについて、医師確保の状況等を踏まえ、設定の見直しを行うこと。
- また、令和7年改正法により、都道府県において、今後も一定の定住人口が見込まれるものの、必要な医師が確保できず、人口減少よりも医療機関の減少のスピードの方が早い地域等を「重点医師偏在対策支援区域」と定めることができることとなった。医師確保計画において、重点医師偏在対策支援区域を対象とした「医師偏在是正プラン」を策定し、優先的かつ重点的に対策を進めることとする。
- 全体の医師数は経時的に増加傾向にあるが、診療科ごとの医師数の増加ペースは異なり、また、医師少数区域においても、診療科によって医師数の少なさの程度は差があることから、診療科偏在に配慮した医師確保の方針についても定めることとする。
- オンライン診療を含む遠隔医療の活用に当たっては、国の定めるオンライン診療基準、オンライン診療指針等を遵守することが必要である。その上で、適時適切な対面診療への切替や急変時の対応等も念頭に、地域の既存の医療提供体制との連携が不可欠であり、さらに地域のニーズや地域医療への影響を踏まえた対応を行う必要もあることから、都道府県が中心となり、地域の関係者（大学、医師会等）が関与して、地域で必要な体制の整備を図ることとする。
- 都道府県における遠隔医療の取組の導入の在り方については、例えば対応する医師の不足等の課題が顕在化しやすい休日・夜間対応等で遠隔医療による対応の導入を検討するなど、取組の優先順位を定め、地域における課題等を整理しながら順次取組を進めることが適当である。

4. 医師少数区域・医師多数区域の設定

4-1. 医師少数区域・医師多数区域の設定についての考え方

- また、医師多数区域及び医師多数都道府県の設定の基準は、医師確保対策の遂行上の需給バランスの観点から、医師偏在指標の上位33.3%とする。
- しかし、この医師偏在指標を用いた医師少数区域の設定については、従来から、二次医療圏内の山間部にへき地を多く抱えている場合や、医療機関のアクセスに時間を要する場合といった地理的要素が医師偏在指標に反映されていないことが課題として指摘されていた。
- 地理的要素に関する尺度として、我が国においては、①人口密度、②最寄りの二次救急医療機関までの距離、③離島、④特別豪雪地帯を要素とした、日本国内における医療機関へのアクセスに関する尺度（Rurality Index for Japan（以下「RIJ」という。））が開発されており、RIJが上位10%の地域で勤務する医師は、他の地域の医師と比較して対応する診療の幅が大きい傾向にある。
- こうした中、厚生労働科学研究班において、医師少数区域の設定に活用することを念頭に、修正版である「へき地尺度（mRIJ）」が提案された。このため、第8次（後期）医師確保計画における医師少数区域の設定に当たっては、現行の医師偏在指標のみでなく、へき地尺度（mRIJ）も組み合わせることにより、地理的要素を一定程度反映した上で医師少数区域を設定する。
- 具体的には、①医師偏在指標が下位33.3%に該当する区域を医師少数区域と設定することに加えて、②医師偏在指標が中位33.3%に該当する区域のうち、「へき地尺度（mRIJ）が特に高い区域」について、医師少数区域と設定する。「へき地尺度（mRIJ）が特に高い区域」については、へき地尺度（mRIJ）が上位10%の区域として設定することとする。
- なお、へき地尺度（mRIJ）が上位10%に該当しない区域であっても、医師の確保等に課題がある場合も考えられることから、都道府県においては、地域の実情に応じて、必要となる対策について引き続き検討を行うこと。
- また、医師少数区域に該当する二次医療圏であっても、近隣の二次医療圏の医療機関において当該二次医療圏の住民の医療を提供することと企図しているような場合が想定される。そのような二次医療圏において、限られた医療資源を効率的に活用するためには、近隣の二次医療圏に医療資源を集約することが望ましいと考えられる。本来、そのような二次医療圏は二次医療圏として設定するべきではなく、二次医療圏の設定を見直すことが適切と考えられるが、二次医療圏の見直しが困難な場合については、そのような二次医療圏を医師少数区域として設定せず、重点的な医師確保対策の対象としないことも可能である。
- なお、医師偏在指標及びへき地尺度（mRIJ）を活用した結果、医師少数区域に該当しない二次医療圏を医師少数区域として設定すること等は認められない。

5. 医師確保計画

- これまで、医師確保計画において定められる都道府県が行う対策は、地域枠医師等のキャリア形成プログラムの適用を受ける若手医師を対象とする事項が中心であった。しかし、総合パッケージにおいて、中堅・シニア世代を含む全ての世代の医師へアプローチすること、また経済的インセンティブ、地域の医療機関の支え合いの仕組み、医師養成過程の取組等の総合的な対策を実施することとされており、これらを踏まえた施策についても医師確保計画において定めることとする。

5-2-2. 医師確保の方針の具体的な内容

- 医師確保の方針を定めるに当たり、都道府県及び二次医療圏における医師の年齢構成についても留意することが適当である。高齢医師の割合が高く、若手医師の割合が低い場合には、医師多数区域であったとしても、今後医師少数区域等となる可能性があることを踏まえ、都道府県においては、都道府県全体及び都道府県内の各区域における医師の年齢構成を的確に把握し、中長期的な医師数の動向を踏まえて、適切な医師確保の取組を進める一方、都道府県内の区域で医師不足が進行する場合においては、例えばオンライン診療を活用するなど、医師確保対策を補完する取組を含め、医療の確保に向け必要な対策を講じることとする。

5-5. 医師偏在是正プランの策定

5-5-1. 重点医師偏在対策支援区域の考え方

- 今後も一定の定住人口が見込まれるものの、必要な医師が確保できず、人口減少よりも医療機関の減少のスピードの方が早い地域等を「重点医師偏在対策支援区域」と設定した上で、優先的かつ重点的に対策を進めることとする。
- 都道府県は、医師確保計画の中で実効性ある医師偏在対策の取組を進めるため、重点医師偏在対策支援区域を対象とした医師偏在是正プランを策定すること。先行的な医師偏在是正プランを策定、実施している場合はその内容を踏まえて、医師偏在是正プランを策定することとし、当該プランは医師確保計画の中で新たな項目として位置づけることとする。
- 重点医師偏在対策支援区域の設定については、都道府県において、厚生労働省の提示する候補区域を参考としつつ、地域の実情に応じて、医師偏在指標、可住地面積あたり医師数、へき地尺度（mRIJ）、住民の医療機関へのアクセス、診療所医師の高齢化率、地

域住民の医療のかかり方、今後の人口動態等を考慮した上で、地域医療対策協議会及び保険者協議会で協議した上で、区域外から医師を確保できないと医療提供体制の維持が困難と考えられるような、真に重点的に医師を確保する必要がある区域に限り、設定すること。当該区域については、二次医療圏のほか、地域の実情に応じて市区町村単位、地区単位等も考えられる。

- 厚生労働省の提示する候補区域については、①医師少数都道府県の医師少数区域、②医師少数区域かつ可住地面積あたりの医師数が少ない二次医療圏（全国下位 1/4）、③各都道府県の医師偏在指標が最も低い二次医療圏のいずれかに該当する区域を提示する。
- なお、医師多数都道府県等においては、候補区域となる二次医療圏が、必ずしも地域住民の医療へのアクセス等に困難を抱える区域ではないと考えられる場合は、重点医師偏在対策支援区域が優先的かつ重点的に医師偏在対策を実施すべき区域であることを鑑み、候補区域となる二次医療圏を重点医師偏在対策支援区域として設定しないことも考えられる。

5-5-2. 支援対象医療機関の考え方

- 厚生労働省の提示する重点医師偏在対策支援区域の候補区域間においても診療所数や二次救急病院の数といった医療資源にばらつきがあることを踏まえ、支援対象医療機関については、重点医師偏在対策支援区域内に存在する全ての医療機関を一律に対象とするのではなく、重点医師偏在対策支援区域内に存在する医療機関のうち特に支援を行う必要がある医療機関を選定すること。
- 都道府県が重点医師偏在対策支援区域において支援を行う対象医療機関を選定するにあたっては、設立母体に係わらず、今後策定する新たな地域医療構想を踏まえ、地理的条件等を考慮しながら、地域医療対策協議会及び保険者協議会で合意を得ること。なお、対象医療機関については、都道府県が、経済的インセンティブに係る事業ごとに個別に設定することが可能である。

5-5-3. 区域における必要な医師数

- 重点医師偏在対策支援区域における必要医師数については、厚生労働省が提示する候補区域を都道府県が重点医師偏在対策支援区域として設定する場合は、候補区域の要件を脱することができるために必要な医師数を原則としつつ、地域医療対策協議会及び保険者協議会に協議した上で設定する。

5-5-4. 区域における医師偏在対策を推進するための施策

- 医師が不足する地域における医師の勤務を促進するためには、医師の価値観、勤務・生活環境、キャリアパス等を踏まえた経済的インセンティブを通じて、医師が意欲をもって勤務する環境を整備することが重要である。経済的インセンティブは医師の確保の観点から有効であると思われるが、こうして確保された医師が地域に定着するための対策も重要である。
- 都道府県においては、医師が意欲をもって勤務できる環境を整備するために、地域医療対策協議会及び保険者協議会と協議を行いつつ、以下の経済的インセンティブに係る事業を通じて、重点医師偏在対策支援区域における医師の確保に継続的に取り組むこと。
- 診療所の承継・開業支援事業：重点医師偏在対策支援区域において、診療所を承継又は開業する場合に、当該診療所に対して、①施設整備、②設備整備、③一定期間の地域への定着支援を行う。
- 医療機関に医師派遣する派遣元医療機関支援事業：特定機能病院からの医師派遣とは別に、中核病院等からの医師派遣により重点医師偏在対策支援区域の医師の確保を推進するため、当該区域内の医療機関に新たに医師を派遣する医療機関に対して、医師派遣に要する費用の支援を行う。
- 医師の勤務・生活環境改善のための代替医師確保支援事業：重点医師偏在対策支援区域において、医師の離職防止や新たに勤務する医師の増加を図るため、医師の勤務・生活環境の改善のための土日の代替医師確保への支援を行う。

8. 医師確保計画の効果の測定・評価

- 従来の医師確保計画策定ガイドラインにおいては、目標医師数以外に、都道府県における医師確保計画の進捗等の評価に資する定量的な指標については提示していない。また、医師確保計画に基づき取組を進めることによる、地域住民の医療へのアクセス等の改善といったアウトカム指標の設定についても、従来の医師確保計画策定ガイドラインにおいては特段位置づけられていない。
- このため、都道府県等が医師確保計画に基づく取組の進捗等の状況を経時的に把握・評価することを可能とするために、目標医師数のみでなく、医師確保計画に係る定量的な指標の例として、以下の指標を提示する。

※下表において、医師・歯科医師・薬剤師統計は「三師統計」とする。

(図表略。資料5-2の6頁のとおり)

- 都道府県は、上記で提示した指標を参考として、独自のデータも踏まえつつ、医師確保計画の進捗等の評価に資する定量的な指標を定め、医師確保計画に記載することとする。医師確保計画の効果測定・評価の結果については、地域医療対策協議会において協議を行い、次期医師確保計画の策定・見直しに反映させるとともに、評価結果を次期医師確保計画に記載することとする。
- 都道府県は、医療機関等から聞き取り調査を行う等、既存の統計調査では把握が困難な事項について可能な限り把握を行い、医師少数区域等における医師の確保の状況をできるだけ正確に評価できる体制を整備すること。
- 都道府県は計画終了時に、都道府県外からの医師の受入状況及び都道府県外への医師の派遣状況も把握を行い、計画作成時点と計画見直し時点での状況の変化を把握すること。
- 都道府県は計画終了時に、地域枠医師の定着率及び派遣先を把握し、義務履行率、定着率の改善が見られるか否か、医師少数区域等に定められた期間勤務しているか否か等について把握を行うこと。
- 医師確保計画の効果の測定結果を踏まえ、都道府県ごと、二次医療圏ごとに医師確保の状況等について比較を行い、課題を抽出すること。その上で、他の都道府県の取組等を参考にしながら適切な対策を行うこと。
- 特に、産科及び小児科における医師確保計画の内容については、医師全体における医師確保計画と同様に、その評価を行い、評価結果に基づき医療計画における周産期医療及び小児医療の確保に必要な事業に関する事項等と一体的に見直すことが望ましい。
- なお、本来は医師確保計画の効果測定・評価する上で、地域住民の各種医療へのアクセス等をアウトカム指標に設定する事が望ましいと考えられる。より精緻なアウトカム指標については、第9次医師確保計画への反映を念頭に、引き続き厚生労働省として検討を進める。