

1. ガイドラインにおける医師確保の方針（概要）

- ・現時点及び将来（2036年）時点の医師確保の必要性を踏まえ方針を定めることとし、医師の年齢構成、中長期的な医師の動向を踏まえ、必要な施策を講じる。
- ・偏在状況を踏まえ、必要な医師を確保し、地域医療提供体制を維持するため、医師少数県（及び少数区域）は、医師の増加を医師確保の基本とし、医師多数県（及び多数区域）は、他地域から医師確保を基本的に行わないものの、産科・小児科については、勤務環境等を鑑み確保することも可能。
- ・全体の医師数は増加傾向にあるが、診療科ごとの医師数の増加ペースは異なることから、**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。**
（例：担い手不足の診療科：総合診療、外科医 等、 地域医療体制の維持に必要な診療科：小児科、産科 等）

2. 前回のガイドライン（R5.3）からの主な変更点（新規項目） ※詳細は次頁以降

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（R6.12 国策定）を踏まえ、従来の「医師少数区域対策」中心から、総合的な医師偏在対策へ拡充

- ・重点医師偏在対策支援区域を新たに位置づけ、当該区域を対象とした偏在是正プランの策定
- ・医師養成過程を通じた取組（地域枠、臨床研修、専門研修）
- ・診療科偏在への対応
- ・大学病院との連携強化
- ・医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の拡充 など

3. 新たな地域医療構想との関係

- ・第8次（後期）医師確保計画の策定においては、現行の二次医療圏、構想区域を前提として策定することが考えられるが、新たな地域医療構想の策定に向けて、構想区域の設定の見直しや医療機関機能の確保についての検討を行うことから、医師確保計画の策定においても、これらの現状と課題を踏まえ、構想区域の設定の考え方等と整合性を図るように留意すること。
- ・新たな地域医療構想は、遅くとも2028年度までに策定することとされており、第9次（前期）医師確保計画策定ガイドラインの見直し及び医師確保計画の策定については、策定された新たな地域医療構想を踏まえて行うこととする。

4. その他

- ・PDCAの推進に向けた評価指標の明確化（地域枠医師等の義務終了後の定着状況、臨床研修修了後の定着状況、地域で不足する特定診療科の医師数など）

・重点医師偏在対策支援区域を新たに位置づけ、当該区域を対象とした偏在是正プランの策定

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。

< 重点医師偏在対策支援区域の設定方法 >

- ・都道府県において、国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、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。**
- ・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。**

※国提示の候補区域：各都道府県の医師偏在指標（R8.4月版）が最も低い二次医療圏

支援対象医療機関の考え方

- ・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、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。
- ・支援対象医療機関の選定にあたっては、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、医療対策協議会及び保険者協議会で合意を得ること。

支援区域における必要な医師数

- ・国が示す候補区域を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、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。

支援区域における医師偏在対策を推進するための施策

- ・医師が意欲をもって勤務できる環境を整備するために、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、支援区域における医師の確保に継続的に取り組むこと。

< 国による経済的インセンティブ >

- ・医療機関に医師派遣する派遣元医療機関支援事業
- ・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 など

・医師養成過程を通じた取組（地域枠、臨床研修、専門研修）

○各都道府県において医師の養成過程（地域枠や地域枠以外の医学生への取組、臨床研修、専門研修）に関する取組を講じる。
取組検討にあたり、以下のデータ等を考慮して状況を分析することが考えられる。

- ・ 18歳人口や医学部定員数、医師の年齢構成を踏まえた将来的な管内の医師数の推移、若手医師の流出や流入の状況
- ・ 臨床研修医や専攻医（診療科別の分析を含む。）の採用状況と定着状況、臨床研修指定病院や専門研修施設の状況
- ・ 地域枠を卒業した医師の年次ごとの養成数、勤務地、主たる診療科、義務年限終了後の勤務状況
- ・ 2040年やその後も見据えた地域の人口動態（人口、高齢者割合等）及び頻度の高い疾病の状況

○都道府県における医師の確保等に当たっては、大学医学部・大学病院との連携が重であり、**文部科学省では令和7年度補正予算において、「大学病院機能強化推進事業」を進めており、本事業では、大学病院と地域の関係機関との連携を一層推進することを求めている。**具体的には、本事業の申請要件として、例えば地域ごとに大学や自治体等の関係機関のトップが参画する協議の場（プラットフォーム）を設けるなど、大学病院と自治体等との連携を深化させるための方策について、意見交換を行い、今後の方針の方向性を示すことを大学病院に課している。**本事業を一つの契機として恒久定員内への地域枠の設置を含め、都道府県が地域の医師確保を効果的に行うための方策を検討するなど、必要な協議を進めるべきである。**

・診療科偏在への対応

○全体の医師数は増加傾向にあるが、診療科ごとの医師数の増加ペースは異なることから、診療科偏在に配慮した医師確保の方針についても計画に定める。

- ①地域でのニーズがある一方で、医師数の伸びが緩慢であるなど担い手不足の診療科（例：総合診療、外科医 等）
- ②医療計画に基づき、地域医療体制を維持する上で対策が必要な診療科（例：小児科、産科 等）
- ③医師少数区域における医師数が少ない一方、一定の医療ニーズが見込まれる場合について、地域でのアクセスを確保する観点で対策が必要な診療科（例：皮膚科、耳鼻咽喉科、眼科 等）

・大学病院との連携強化

○総合パッケージにおいて、都道府県と大学病院等の間で、医師派遣・配置、医学部地域枠、寄附講座等に関する連携パートナーシップ協定の締結を推進することとしている。文部科学省の大学病院機能強化推進事業（令和7年度補正予算において措置。）において、大学病院に対し、例えば地域ごとに大学や自治体等の関係機関のトップが参画する協議の場（プラットフォーム）を設け、大学病院と自治体等との連携を深化させるための方策について、意見交換を行い、今後の検討の方向性を示すこととされている。本事業を一つの契機として、恒久定員内への地域枠の設置、地域の医療機関への組織的な医師の輩出・交流等により、都道府県が地域の医師確保を効果的に行うための方策を検討することとする。

○2026年4月の医療法施行規則の改正により、特定機能病院の承認要件として、「地域における医療の確保のために必要な事項」が追加され、大学病院が特定機能病院Aの承認を受けるためには、「地域への一定の人的協力を行うこと」が必要となっている。大学病院は派遣先医療機関との連携及び調整の下、医師を計画的かつ継続的に派遣することにより、地域における医療提供体制の確保及び充実を図ることが求められており、都道府県は、こうした仕組みも活用しつつ、必要に応じて、大学病院と円滑に連携するよう留意されたい。

＜国検討会における都道府県と大学病院による連携の具体例＞

①大学病院本院は都道府県に対し、 医局に属する医師数等の情報を共有

- ・医局に属する医師数（診療科別）
- ・地域枠医師数
- ・構想区域・医療機関別の医師配置状況

②都道府県は地域医療構想を踏まえながら、 地域で特に医師の派遣が必要な病院を調整

- ・構想区域毎の各区域の医療機関機能の状況（急性期拠点の数など）
- ・上記の病院における現在の医師数（うち、各大学に属する医師数・地域枠医師数）
- ・各医療機関の2040年を見据えた医療機関機能等に係る取組
- ・構想区域の今後の人口推計等を踏まえた医療需要の見込み 等

③都道府県は、都道府県内全体の状況を 整理した上で、大学病院本院に共有し、大 学病院本院と都道府県間で医師の派遣先 を調整

・医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の拡充

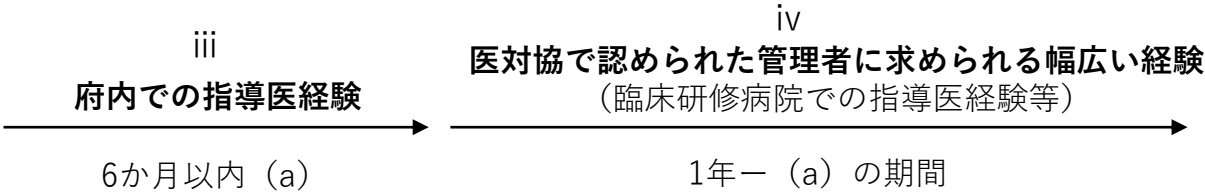
- 管理者の要件として医師少数区域等における一定期間の勤務経験を求める対象医療機関については、地域医療支援病院に加え、令和8年4月1日より、医療法第31条において規定する医師の確保に関する事項の実施に協力することなどが求められる**公的医療機関及び国立病院機構・地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構が開設する病院が追加された。**
- 医師少数区域等における一定の勤務経験を行った医師については、厚生労働大臣が認定している。
これまで「医師少数区域等での勤務経験期間」は、「6か月以上」とされていたが、令和8年10月1日より、「1年以上」に変更となる。
- ただし、**以下に掲げる場合は、医師少数区域経験認定医師でない医師に対象医療機関を管理させることができる。**
 - (1) 令和2年4月1日以降に臨床研修を開始した医師以外の医師に病院を管理させる場合
 - (2) 医師少数区域等に所在する公的医療機関及び国立病院機構等の病院を管理させる場合
 - (3) **以下の i、ii 又は iii を合計して 6 月以上経験した者であって、かつ 1 年から i、ii 又は iii を経験した期間**（ii 及び iii については、6 月以内の期間に限る。）**の合計を除いた期間、iv に従事した者として、都道府県知事が認めるものに病院を管理させる場合**
 - i 医師少数区域等における診療
 - ii 医師少数区域等における臨床研修
 - iii 医師少数区域等所在病院等でない病院のうち臨床研修病院等における臨床研修指導医としての業務その他の医師少数区域等所在病院等でない病院における医療従事者に対する指導に係る業務
 - iv 病院又は診療所へ派遣されて行う診療、臨床研修病院等における医療従事者に対する指導その他の業務であって病院等の管理者となるに当たり経験する必要のある業務として地域医療対策協議会において協議が調ったもの
 - (4) (1) ～ (3) の場合のほか、前任の病院の管理者が不在となることが予期しなかった場合であって、認定を受けていない者に当該病院を管理させることについてやむを得ない事情があると都道府県知事が認める場合
- 都道府県においては、管理者の要件として医師少数区域等における一定期間の勤務経験を求める対象医療機関が追加されたこと等について、当該都道府県内の医療機関や所属する医師に対して、周知を行うこと。
また、**病院等の管理者となるに当たり経験する必要のある業務（臨床研修病院等における医療従事者に対する指導等）については、医療対策協議会で協議を行い、あらかじめHP等で公表すること。**
- なお、(3) については都道府県において i ～ iv の経験等の実績を確認する必要があることから、医療機関及び医療対策協議会等において、当該経験を証する必要な書面を i ～ iv の経験等をした者に交付するとともに、当該者は、当該書面を適切に保管した上で、都道府県に対して必要な提出をすること。

・医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の拡充

以下に掲げる場合は、医師少数区域経験認定医師でない医師に対象医療機関を管理させることができる。

- (1) 令和2年4月1日以降に臨床研修を開始した医師以外の医師に病院を管理させる場合
➡令和元年度以前に臨床研修を開始した医師が管理者になる場合は、認定医の資格不要
- (2) 医師少数区域等に所在する公的医療機関及び国立病院機構等の病院を管理させる場合
➡現時点では府内に医師少数区域等はない（重点医師偏在対策支援区域を今後定めた場合は、同区域の管理者は認定医の資格不要）
- (3) 以下の i、ii 又は iii を合計して6月以上経験した者であって、かつ1年から i、ii 又は iii を経験した期間（ii 及び iii については、6月以内の期間に限る。）の合計を除いた期間、iv に従事した者として、都道府県知事が認めるものに病院を管理させる場合
 - i 医師少数区域等における診療
 - ii 医師少数区域等における臨床研修
 - iii 医師少数区域等所在病院等でない病院のうち臨床研修病院等における臨床研修指導医としての業務
その他の医師少数区域等所在病院等でない病院における医療従事者に対する指導に係る業務
 - iv 病院又は診療所へ派遣されて行う診療、臨床研修病院等における医療従事者に対する指導
その他の業務であって病院等の管理者となるに当たり経験する必要のある業務として地域医療対策協議会において協議が調ったもの

➡ iii と iv を組み合わせることで、府内医療機関での経験のみでも条件を満たすことになる



- (4) (1) ～ (3) の場合のほか、前任の病院の管理者が不在となることが予期しなかった場合であって、認定を受けていない者に当該病院を管理させることについてやむを得ない事情があると都道府県知事が認める場合

医師確保計画 第8次後期（R9年度～11年度）策定にかかる国提供データ

国が全国ベースで医師の多寡を統一的、客観的に比較する指標として、医師の性別・年齢分布、医療需要等を考慮し指標を策定

※ 医師を年齢（5歳刻み）・性別ごとに平均労働時間で調整し、マンパワーも加味した医師数を計算（標準化医師数）
性別や年齢によって受療率が異なることから、二次医療圏別の性・年齢階級別人口を加味した受療率を計算（標準化受療率）
医師偏在指標＝標準化医師数÷〔地域の人口÷（10万×地域の標準化受療率比）〕

都道府県別医師偏在指標

	医師偏在指標	全国順位 (47都道府県)	区域※	参考（前回計画策定時提示（R5年度））		
				医師偏在指標	全国順位	区域
全国値	266.8	—	—	255.6	—	—
大阪府	294.7	8	医師多数県	288.6	7	医師多数県

※全国47都道府県のうち、上位33.3%を医師多数都道府県、下位33.3%を医師少数都道府県に区分

二次医療圏別医師偏在指標

	医師偏在指標	全国順位 (330医療圏)	区域※	参考（前回計画策定時提示（R5年度））		
				医師偏在指標	全国順位	区域
全国値	266.8	—	—	255.6	—	—
豊能	374.2	13	医師多数区域	350.7	14	医師多数区域
三島	287.5	58	医師多数区域	277.5	53	医師多数区域
北河内	249.6	87	医師多数区域	232.4	91	医師多数区域
中河内	240.5	101	医師多数区域	205.5	140	（医師中位）
南河内	296.7	48	医師多数区域	286.0	48	医師多数区域
堺市	230.6	118	（医師中位）	225.6	95	医師多数区域
泉州	227.0	122	（医師中位）	218.8	108	医師多数区域
大阪市	347.7	22	医師多数区域	369.0	10	医師多数区域

※全国330二次医療圏のうち、上位33.3%を医師多数区域、下位33.3%を医師少数区域に区分
※網掛け部分は、医師偏在指標が全国値未満の二次医療圏

（参考）病院医師偏在指標

	医師偏在指標	全国順位 (330医療圏)
全国平均	182.0	—
豊能	269.9	13
三島	198.5	59
北河内	171.9	94
中河内	150.3	149
南河内	212.5	47
堺市	153.7	135
泉州	145.4	165
大阪市	233.0	33

（参考）診療所医師偏在指標

	医師偏在指標	全国順位 (330医療圏)
全国平均	84.8	—
豊能	103.4	21
三島	87.9	60
北河内	77.4	103
中河内	90.0	54
南河内	80.9	84
堺市	76.1	113
泉州	81.3	82
大阪市	116.6	8

(参考) 都道府県別医師偏在指標 (R8.4.16 国公表)

都道府県名	医師偏在指標	順位	参考 前回 順位
13 東京都	358.6	1	1
26 京都府	326.6	2	2
40 福岡県	320.4	3	3
33 岡山県	302.7	4	4
47 沖縄県	300.3	5	5
42 長崎県	298.7	6	8
39 高知県	296.0	7	15
27 大阪府	294.7	8	7
36 徳島県	293.9	9	6
30 和歌山県	292.4	10	10
32 島根県	284.8	11	18
17 石川県	283.2	12	9
41 佐賀県	281.8	13	11
28 兵庫県	281.1	14	17
31 鳥取県	278.8	15	13
29 奈良県	277.1	16	14
46 鹿児島県	276.7	17	21
37 香川県	273.4	18	16
25 滋賀県	272.1	19	19
44 大分県	270.9	20	20
43 熊本県	270.4	21	12
04 宮城県	267.8	22	24
18 福井県	265.5	23	25
34 広島県	264.0	24	22

医師多数県

都道府県名	医師偏在指標	順位	参考 前回 順位
38 愛媛県	263.6	25	26
19 山梨県	260.1	26	27
23 愛知県	258.3	27	28
14 神奈川県	254.4	28	23
16 富山県	252.5	29	29
24 三重県	244.4	30	34
01 北海道	243.6	31	30
45 宮崎県	243.0	32	33
35 山口県	241.1	33	32
09 栃木県	238.7	34	31
21 岐阜県	234.2	35	35
20 長野県	232.6	36	36
10 群馬県	231.5	37	37
22 静岡県	228.8	38	39
07 福島県	222.7	39	44
12 千葉県	221.9	40	38
06 山形県	216.5	41	40
05 秋田県	211.5	42	41
11 埼玉県	207.2	43	42
15 新潟県	201.7	44	45
03 岩手県	200.4	45	47
08 茨城県	197.5	46	43
02 青森県	194.4	47	46

医師少数県

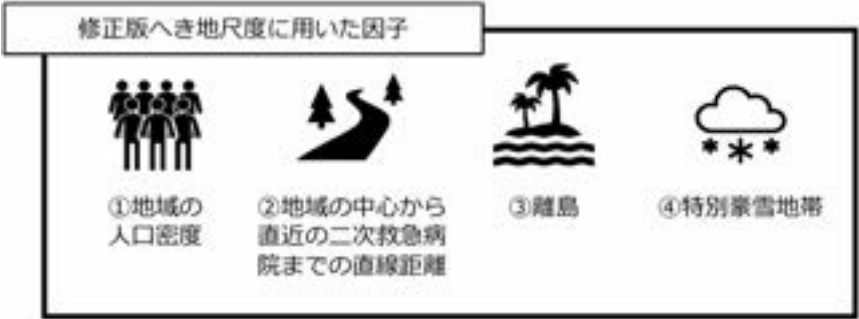
医師確保計画 第8次後期（R9年度～11年度）策定にかかる国提供データ②（へき地尺度）

医師偏在指標のみを用い医師少数区域を設定した場合、地理的要素（医療アクセス）が反映されないことがこれまで課題であった。そのため、4項目（①人口密度、②最寄りの二次・三次救急機関までの直線距離、③離島、④特別豪雪地帯）を用いたへき地尺度を計算し、医師偏在指標における医師中位区域のうち、へき地尺度が上位10%の区域を医師少数区域に加えた。

算出方法

以下の①～④を全ての郵便番号で算出する。

- ①郵便番号ごとの人口密度（人/km²）
- ②郵便番号の中心から直近の二次もしくは三次救急病院までの直線距離（m）
- ③その郵便番号が離島かどうか
 - ・二次、三次救急病院がない離島を1
 - ・二次、三次救急病院がある離島を0.5
 - ・本州、北海道、四国、九州、沖縄本島及びそれらと橋梁（道路、鉄道）で接続がある地域を0とする。
- ④その郵便番号が特別豪雪地帯かどうか
 - ・特別豪雪地帯を1、それ以外を0とする。



へき地尺度 = 人口密度*(-0.28) + 直近の二次、三次救急医療機関までの直線距離*0.45 + 離島*0.44 + 特別豪雪地帯*0.30

へき地尺度

医療圏	値	全国順位	区域
豊能	-0.01156	313	医師多数区域
三島	-0.01032	305	医師多数区域
北河内	-0.01249	315	医師多数区域
中河内	-0.01101	310	医師多数区域
南河内	-0.00541	290	医師多数区域
堺市	-0.01068	307	(医師中位)
泉州	-0.00585	294	(医師中位)
大阪市	-0.02100	323	医師多数区域

※へき地尺度の値が低い（全国順位が低い）ほど医療アクセスが良い
※網掛け部分は、医師偏在指標が全国値未満の二次医療圏

府内では、堺市、泉州が医師中位区域に該当するものの、両医療圏とも、へき地尺度上位10%には含まれないことから、医師少数区域には該当しない

参考 へき地尺度が高い二次医療圏（上位10）

都道府県名	圏域名	へき地尺度 (mRIJ)	
13 東京都	1313島しょ	0.46108	1
46 鹿児島県	4611熊毛	0.32595	2
47 沖縄県	4705八重山	0.31773	3
01 北海道	0115留萌	0.31717	4
01 北海道	0116宗谷	0.30882	5
46 鹿児島県	4612奄美	0.30801	6
06 山形県	0603置賜	0.30403	7
01 北海道	0108北空知	0.30378	8
01 北海道	0113上川北部	0.30246	9
15 新潟県	1505魚沼	0.30168	10

医師確保計画 第8次後期（R9年度～11年度）策定にかかる国提供データ

■ 標準化医師数、目標医師数、2026年の医師偏在指標を維持するための医師数

圏域名	医師偏在指標 (2026年)	標準化医師数※1 (2026年) (人)	目標医師数※2 (2029年) (人)	2026年の医師偏在 指標を維持するた めの医師数(2029 年) (人)
全国	266.8	331,748	—	322,181
大阪府	294.7	25,459	20,534	24,882
豊能	374.2	3,768	1,912	3,694
三島	287.5	2,167	1,453	2,156
北河内	249.6	2,747	2,088	2,691
中河内	240.5	1,628	1,270	1,577
南河内	296.7	1,810	1,131	1,733
堺市	230.6	1,990	1,633	1,944
泉州	227.0	2,051	1,710	2,004
大阪市	347.7	9,299	5,071	9,101

※ 1：三師統計の届出医師数に仕事率（性別・年齢ごとの平均労働時間）を乗じたもの
※ 2：全国330二次医療圏のうち、下位33.3%に該当する二次医療圏が下位33.3%を脱するために必要な医師数
※網掛け部分は、医師偏在指標が全国値未満の二次医療圏（小児科、分娩取扱医師偏在指標も同様）

【参考】現計画における標準化医師数、目標医師数など

圏域名	医師偏在指標 (2022年)	標準化医師数※1 (2022年) (人)	目標医師数※2 (2026年) (人)	2022年の医師偏在指標を維 持するための医師数 (2026年) (人)
全国	255.6	323,700	-	311,448
大阪府	288.6	25,300	19,490	24,586
豊能	350.7	3,682	1,900	3,714
三島	277.5	2,087	1,334	2,063
北河内	232.4	2,709	2,051	2,656
中河内	205.5	1,548	1,283	1,469
南河内	286.0	1,800	1,074	1,713
堺市	225.6	1,996	1,559	1,960
泉州	218.8	2,060	1,609	1,962
大阪市	369.0	9,418	4,418	9,086

■ 小児科医師偏在指標、標準化小児科医師数

圏域名	小児科 医師偏在指標	全国順位 (306医療圏)	標準化小児科 医師数※1 (2026年) (人)
全国	126.0	—	17,678
大阪府	127.0	—	1,285
豊能	141.3	71	197
三島	142.1	70	131
北河内	110.3	176	130
中河内	106.2	194	79
南河内	154.0	46	94
堺市	97.2	220 (医師少数区域)	84
泉州	132.6	97	153
大阪市	127.5	120	417

※ 1：三師統計の届出医師数（小児科医）に労働時間比を乗じたもの

■ 分娩取扱医師偏在指標、標準化分娩取扱医師数

圏域名	分娩取扱 医師偏在指標	全国順位 (263医療圏)	標準化分娩取扱 医師数※1 (2026年) (人)
全国	13.39	—	9,318
大阪府	15.09	—	737
豊能	20.62	31	142
三島	12.60	132	64
北河内	11.27	160	60
中河内	8.85	214 (医師少数区域)	42
南河内	18.59	44	51
堺市	11.49	152	53
泉州	11.62	147	63
大阪市	18.71	42	261

※ 1：三師統計の届出医師数のうち、分娩を取り扱っており、かつ主たる診療科を産婦人科、産科、婦人科と回答した医師に労働時間調整係数を乗じたもの

（参考：医師確保計画策定ガイドライン抜粋）

○目標医師数

- 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
- 医師少数区域以外の二次医療圏における目標医師数は、原則として、計画開始時の医師数を設定上限数とする。ただし、今後の医療需要の増加が見込まれる地域では、厚生労働省が参考として提示する「計画終了時に計画開始時の医師偏在指標を維持するための医師数」を踏まえ、その数を設定上限数とする。

➤ 国ガイドラインを踏まえると、府は、現在医師数（標準化医師数）を目標医師数として設定することとなり、新たな医師確保に取り組むことができないため、現計画において「目標医師数」の設定はしていない。

医師確保計画 第8次後期（R9年度～11年度）策定にかかる国提供データ

■ 現在医師数及び必要医師数（国算出）

圏域名	現在医師数※ ¹ (2024年)	必要医師数※ ² (2036年)
豊能	3,695	2,764
三島	2,156	2,079
北河内	2,744	2,919
中河内	1,650	1,762
南河内	1,792	1,561
堺市	1,988	2,279
泉州	2,075	2,421
大阪市	9,317	7,214
大阪府	25,418	23,112
全国	331,748	335,214

※ 1：R6三師統計における届出医師数を、主たる従事先0.8、従たる従事先0.2として算出

※ 2：全国の医師マクロ需給推計に地域の医療需要比率を乗じて算出

【参考】現計画における国算出必要医師数と府算出必要医師数

二次医療圏	国算出による数値		府算出による数値	
	現在医師数 (2020年)	2036年 必要医師数	現在医師数 (2022年)	2036年 必要医師数
豊能	3,622	2,978	3,661	4,307
三島	2,079	2,027	2,138	2,393
北河内	2,721	3,002	2,630	2,744
中河内	1,574	1,841	1,502	1,473
南河内	1,775	1,561	1,642	1,739
堺市	2,004	2,329	1,869	1,971
泉州	2,078	2,411	1,992	2,111
大阪市	9,415	6,725	9,572	10,326
大阪府計	25,267(a)	22,944(b)	25,006(c)	27,064(d)

(b)－(a)	▲2,323	(d)－(c)	2,058
---------	--------	---------	-------

・国算出の現在医師数、必要医師数ともに、現計画数値から微増

・府算出による数値について、現在、日本医療経営機構にて、日本アルトマークのR7.11月（近大移転後）のデータを用いて、現在医師数の算出作業を進めており、医師確保計画策定に係る実態調査結果をもとに、必要医師数を更新予定（10月中旬予定）。

医師確保計画 第8次後期（R9年度～11年度）策定の方向性

前回のガイドライン（R5.3）からの主な変更点（新規項目）

- 医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（R6.12 国策定）を踏まえ、従来の「医師少数区域対策」中心から、総合的な医師偏在対策へ拡充
- ・重点医師偏在対策支援区域を新たに位置づけ、当該区域を対象とした偏在是正プランの策定
 - ・医師養成過程を通じた取組（地域枠、臨床研修、専門研修）
 - ・診療科偏在への対応
 - ・大学病院との連携強化
 - ・医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の拡充

ガイドラインを踏まえた、府医師確保計画（第8次後期）における主なポイント

<新規項目>

①府独自の医師偏在指標の分析

- 近畿大学病院の移転等を踏まえた、府独自の医師偏在指標を分析

②重点医師偏在対策支援区域の設定及び当該区域を対象とした医師偏在是正プラン

- 医療機関への実態調査及び①府独自の医師偏在指標の分析結果を踏まえ、区域、プランを検討

③大学病院との連携による医師確保の取組

- 大学病院との連携に基づく医師派遣の協議など、新たな地域医療構想を踏まえた地域医療体制の確保に向けた検討
医師確保計画（第8次後期）で連携の方向性を示し、次期計画（第9次前期）で具体策（派遣調整方法）を示す

<その他の主な見直し・改定項目>

①医師養成過程を通じた取組

- 地域枠医師・研修医・専攻医の定着状況など若手医師の流出入状況等を把握し、取組を検討

②診療科偏在への対応

- 実態調査結果を踏まえ、医師確保が必要な診療科及び取組を検討

③府独自の将来の必要医師数の算出

- 実態調査結果を踏まえ、現計画のデータを更新