

令和7年度 第4回三重県地域医療対策協議会 事項書

日時 令和8年3月17日（火）
19時00分～
オンライン開催

議 題

【協議事項】

- 1 基幹型臨床研修病院の新規指定について
- 2 令和9年度に研修を開始する臨床研修医の募集定員について
- 3 重点医師偏在対策支援区域の設定について
- 4 令和7年度医師の働き方改革に係る取組内容について

- 資料1 基幹型臨床研修病院の新規指定について
資料2 令和9年度に研修を開始する臨床研修医の募集定員について
（別紙1） 令和8年度臨床研修都道府県別募集定員上限
（別紙2） 令和8年度から研修を開始する臨床研修医の募集定員（案）
資料3 重点医師偏在対策支援区域の設定について
資料4 令和7年度医師の働き方改革に係る取組内容について
参考資料1 医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ

三重県地域医療対策協議会委員

No	委員名	出身団体等名称・役職	法令において掲げる者	地域	備考
1	伊藤 正明	三重大学 学長	大学その他の 医療従事者の 養成に関する機関	-	
2	楠田 司	三重県病院協会 理事長	地域の医療関係団体	-	
3	佐久間 肇	三重大学医学部附属病院 病院長	特定機能病院	-	
4	新保 秀人	三重県立総合医療センター 院長	地域医療支援病院	三河	
5	堀井 学	三重県立志摩病院 院長		伊勢	
6	北村 哲也	鈴鹿中央総合病院 院長	公的医療機関	鈴鹿	
7	藤井 英太郎	名張市立病院 院長		伊賀	
8	田端 正己	松阪中央総合病院 院長		松阪	
9	幸治 隆文	尾鷲総合病院 院長		尾鷲	
10	加藤 弘幸	紀南病院 院長		尾鷲	
11	相田 直隆	いなべ総合病院 院長	臨床研修病院	桑員	
12	蜂須賀 丈博	市立四日市病院 院長		三河	
13	池田 智明	済生会松阪総合病院 病院長		松阪	
14	楠田 司	伊勢赤十字病院 院長		伊勢	(再掲)
15	武内 操	武内病院 院長	民間病院	津	
16	馬岡 晋	三重県医師会 会長	診療に関する学識経験者の団体	-	
17	平山 雅浩	三重大学 医学部長	大学その他の 医療従事者の 養成に関する機関	-	
18	後藤 英仁	三重大学医学部入試委員長		-	
19	佐久間 肇	NPO法人MMC卒後臨床研修センター 理事長		-	(再掲)
20	猪木 達	岡波総合病院 院長	社会医療法人	伊賀	
21	下村 誠	三重中央医療センター 院長	独立行政法人国立病院機構	津	
22	山本 隆行	四日市羽津医療センター 院長	独立行政法人地域医療機能推進機構	三河	
23	谷 眞澄	三重県看護協会 会長	地域の医療関係団体	-	
24	河上 敢二	三重県市長会	関係市町村	-	熊野市長
25	大畑 覚	三重県町村会		-	御伊弉
26	秋山 則子	三重みなみ子どもネットワーク 理事長	地域住民を代表する団体	伊勢	
27	高木 裕美子	伊賀の地域医療を守る会 会長		伊賀	
28	松浦 元哉	三重県 医療保健部長	県	-	

三重県地域医療対策協議会運営要綱

(趣旨)

第1条 医療法（昭和23年法律第205号）第30条の23の規定に基づき、三重県における医師確保対策に関する事項について協議、調整を行う三重県地域医療対策協議会（以下「協議会」という。）の運営に関し、必要な事項を定める。

(所掌事務)

第2条 協議会は、次の各号に掲げる事項について協議、調整を行う。

- (1) キャリア形成プログラム（医師不足地域に派遣される医師の能力開発及び向上を図るための計画）に関すること
- (2) 医師の派遣に関すること
- (3) 医師不足地域に派遣された医師のキャリア形成支援及び負担軽減の措置に関すること
- (4) 医師法の規定によりその権限が属せられた事項に関すること
- (5) 医師確保のために大学と県が連携して行う取組に関すること
- (6) その他医療計画において定める医師の確保を図るために必要なこと

(組織)

第3条 協議会は、医療法の規定に基づき次に掲げる者の管理者その他の関係者をもって組織し、知事が任命する。

- (1) 医療機関
 - (2) 医療関係団体
 - (3) 大学その他医療従事者養成に係る機関
 - (4) 関係市町
 - (5) 住民を代表する団体等
 - (6) その他知事が必要と認める者
- 2 委員の任期は2年とする。ただし、補欠の委員の任期は前任者の残任期間とする。
- 3 委員の再任は、これを妨げない。

(会長)

第4条 協議会に会長1名、副会長1名をそれぞれ置く。

- 2 会長は委員のうちから互選し、副会長は会長が指名する。
- 3 会長は会務を総理する。
- 4 副会長は会長を補佐し、会長に事故があるときは、その職務を代理する。

(会議)

第5条 協議会の会議は、会長が招集し、その議長となる。

- 2 協議会は、委員の過半数が出席しなければ会議を開くことができない。
- 3 協議会の議事は、出席した委員の過半数で決し、可否同数の時には、会長の決するところによる。
- 4 会長は、必要があると認めるときは、協議会の会議に委員以外の者の出席を求め、その意見を聴取することができる。

(部会)

第6条 協議会は、専門的な事項の調査や実務的な調整等のため、必要に応じて部会を置くことができる。

- 2 部会を構成する委員は、会長が指名する。
- 3 部会には、部会長1名、副部会長1名を置く。
- 4 部会長は、部会の委員のうちから互選し、副部会長は部会長が指名する。
- 5 部会長は、部会の会務を総理する。
- 6 副部会長は、部会長を補佐し、部会長に事故があるときは、その職務を代理する。
- 7 部会長は、必要があると認めるときは、部会に属する委員以外の者の出席を求め、その意見を聴取することができる。
- 8 部会長は、部会が決定した事項について、その内容を協議会に報告または提案するものとする。

(事務局)

第7条 協議会の事務を処理するため、三重県医療保健部に協議会の事務局を置く。

(その他)

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

附 則 この要綱は平成30年12月27日から施行する。

附 則 この要綱は令和2年12月14日から施行する。

Web会議システムを利用した会議への出席について

令和 2 年 12 月 14 日
三重県地域医療対策協議会

- 1 三重県地域医療対策協議会（以下、「協議会」という。）において、会長が必要と認めるときは、委員（議事に関係のある臨時の出席者を含む。以下同じ。）は、Web会議システム（映像と音声の送受信により相手の状態を相互に認識しながら通話を行うことができるシステムをいう。以下同じ。）を利用して会議に出席することができる。
- 2 Web会議システムによる出席は、三重県地域医療対策協議会運営要綱（平成30年12月27日）第5条に規定する出席に含めるものとする。Web会議システムの利用において、映像を送受信できなくなった場合であっても、音声が即時に他の委員に伝わり、適時的確な意見表明を委員相互で行うことができるときも同様とする。
- 3 Web会議システムの利用において、映像のみならず音声を送受信できなくなった場合には、当該Web会議システムを利用する委員は、音声を送受信できなくなった時刻から退席したものとみなす。
- 4 Web会議システムによる出席は、できる限り静寂な個室その他これに類する施設で行わなければならない。
なお、会議が非公開で行われる場合は、会長が議事に関係があると認めた者以外の者に視聴させてはならない。

基幹型臨床研修病院の 新規指定について



新規指定申請に係る協議について

- ・ 医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令（以下「省令施行通知」という。）第2条に基づき、名張市立病院から令和7年10月31日付けで、基幹型臨床研修病院の新規指定申請があった。
- ・ 申請内容及び県の実地調査結果に基づき、名張市立病院の指定の可否について協議いたしたい。

省令施行通知（抜粋）

〈5 臨床研修病院の指定の基準〉

(1) 基幹型臨床研修病院の指定の基準

都道府県知事は、…申請があった場合において、当該病院が次に掲げる事項に適合していると認めるときでなければ、基幹型臨床研修病院の指定をしてはならないこと。

〈25 臨床研修に関する地域医療対策協議会〉

(3) 地域医療対策協議会は、以下の項目について協議、検討すること。

ア ～オ 省略

カ 臨床研修病院の指定や取消に関すること。

申請者概要

1. 申請者

名張市立病院（名張市百合が丘西1番町178番地）

2. 診療科

内科、循環器内科、消化器内科、感染症内科、小児科、外科、脳神経外科、整形外科、眼科、放射線科、麻酔科、救急科、脳神経内科、呼吸器内科、腎臓内科、糖尿病内科（代謝内科）、リウマチ膠原病内科、皮膚科、泌尿器科

3. 許可病床数、常勤医師数

一般病床：200床

常勤医師数：34名、非常勤（常勤換算）：4.25名

4. 研修医受入実績（直近5年 協力型臨床研修病院としての実績）

R2：5名(57週) / R3：8名(66週) / R4：6名(99週) / R5：13名(131週) / R6：14名(86週)

⇒ 研修医1名あたり9.5週（研修医1名あたり8週以上の受入実績要件を満たす。）

研修プログラムの内容①

1. 名称

名張市立病院卒後臨床研修プログラム

2. プログラムの特色

市内唯一の二次医療機関として、救急医療から緩和医療まで様々な疾患の管理を研修できる。初期診療から病棟管理、疾患別の治療も専門科のローテーションで身に着けることができる。多職種連携や社会人としての医師のプロフェッショナルリズムも涵養できる環境である。医師として将来従事するために必要な、基本的能力の獲得を目指す。

3. 臨床研修の目標

本プログラムは、医師臨床研修制度の理念に基づき、医師としての基盤形成の時期に、医師としての人格を涵養すると共に、医学・医療の社会的ニーズを認識しつつ、患者さまを全人的に診ることができる基本的な診療能力（知識・技能・態度）を修得することを目的とする。

具体的には、日常診療で頻繁に遭遇する病気・病態や救急疾患への初期対応ができる診療能力を習得するとともに、インフォームド・コンセント、医療事故防止、病診連携、小児・老年医療のあり方などを身につけるものとする。

研修プログラムの内容②

4. 病院群の構成

種別	病院名	
基幹型病院	名張市立病院（名張市）	
協力型病院	三重大学医学部附属病院（津市）	関西医科大学附属病院（大阪府）
	奈良県立医科大学附属病院（奈良県）	上野病院（伊賀市）
	榊原病院（津市）	済生会松阪総合病院（松阪市）
	三重中央医療センター（津市）	紀南病院（御浜町）
協力施設	寺田病院（名張市）、はしもと総合診療クリニック（名張市） ほりいクリニック（名張市）、うえなみ内科クリニック（名張市）	

● 協力型病院が都道府県を越えている理由

名張市自体が地理的にも社会的にも近畿圏とつながりが強く、当院常勤医も奈良県立医科大学附属病院または関西医科大学附属病院からの派遣で勤務している医師が多い。また、県内の大学病院からも距離があることから、研修医も他府県からの受け入れを多く行っている。そういった状況から、各科の学びの多様性を鑑みて、他府県への臨床研修の要請をしたいところである。

研修プログラムの内容③

5. 研修科目等 ※ [] 内は省令施行通知の基準

	診療科	研修先	研修期間	備考
必修 科目	内科 [24週以上]	名張市立病院	24週	
	救急科 [12週以上]	名張市立病院	12週	
	地域医療 [4週以上] (へき地・離島の医療機関、病床数 200床未満の病院または診療所で実施)	寺田病院 はしもと総合診療クリニック ほりいクリニック うえなみ内科クリニック 紀南病院	4週	一般外来 3～4週 在宅診療 1週
	外科 [4週以上]	名張市立病院	4週	
	小児科 [4週以上]	名張市立病院	4週	
	産婦人科 [4週以上]	三重大学医学部附属病院 済生会松阪総合病院 三重中央医療センター	4週	
	精神科 [4週以上]	三重大学医学部附属病院 上野病院 榊原病院	4週	
選択 科目	循環器内科、総合診療科、消化器内 科、外科、脳神経外科、整形外科、 小児科、麻酔科、放射線科	名張市立病院 協力型病院、協力施設	48週	

研修プログラムの内容④

6. 入院患者数の実績

3, 180人（令和6年度入院患者数）

⇒入院患者数の実績について、省令施行通知の基準を満たしている。

◆省令施行通知第2 5 臨床研修病院指定の基準(1)エ(ア)

「臨床研修を行うために必要な症例があること」とは、…必要な症例が確保されていることをいう。入院患者の数については、年間 3,000人以上であること。

7. 救急医療の実績

7, 204件（令和6年度件数）

⇒救急医療の実績について、省令施行通知の基準を満たしている。

◆省令施行通知第2 5 臨床研修病院指定の基準(1)エ(ウ)

救急部門を研修する病院にあたっては、救急患者数の取扱件数が年間 5,000件以上が望ましい。

実地調査の実施

省令施行通知に規定する指定基準の確認を行うため、下記のとおり実地調査を実施した。

1. 調査日時 令和7年12月22日（月）15:00～17:30
2. 調査場所 名張市立病院（名張市百合が丘西1番町178番地）
3. 調査実施者 三重県医療保健部医療政策総括監 栗原 康輔
三重県医療保健部医療人材課 落合 洋人、川口 美央衣
4. 調査対応者 管理者 藤井 英太郎（院長）
プログラム責任者 笹本 浩平（総合診療科部長）
事務責任者 辻本 由香子（理事）
指導医 谷村 宗義（副診療部長） 他
5. 調査内容 面談（プログラム責任者、指導医、研修医）、書類確認、院内視察

聞き取り調査

【基幹型臨床研修病院になろうとする理由】

- **地域医療を行う教育病院となることで、大学病院や近隣の医療機関と連携して研修医の育成に努めたい。**
- **臨床研修病院として研修医を受け入れることで、医療提供体制の強化及び、将来地元で働く医師の増加を図りたい。**

〈参考〉指導医、研修医からの意見

- ・ **指導医**（小児科、循環器内科、麻酔科担当）
 - ⇒（協力型病院として）数か月の指導では時間的に十分ではないと感じていた。基幹型として2年間研修医を受け入れることで、よりよい関係性を構築したうえで指導ができると思う。
 - ⇒研修医からローテの希望について相談を受けることがあるが、柔軟に対応することができる。中小規模の病院ならではの魅力だと思う。
- ・ **研修医**（三重大学医学部附属病院所属）
 - ⇒研修環境が整っており、様々な症例を経験することができる。上級医の指導も手厚く、コミニカルや他研修医との関係も良好で、3年目以降も名張市立病院で勤務することを検討している。

院内視察

● 研修医室



● 患者相談窓口

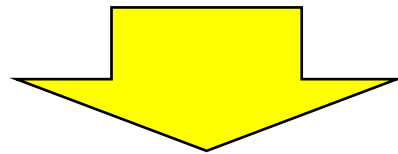


● 医療安全管理室



● 視察した施設・設備

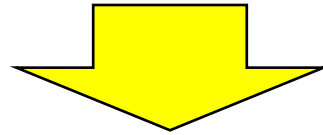
研修医室、宿直室、図書室、患者相談窓口、医療安全管理室、診療録管理室



施設・設備について、適切であることが確認された。

指定基準の遵守事項の確認結果

書類審査及び実地調査において、省令施行通知の指定基準に係る遵守事項（「調査点検表」の各点検項目）について確認を行った。



- ・ 全ての項目について、省令施行通知の指定基準に係る遵守事項を満たしていることが確認された。
（別添「調査点検表」参照。）

省令施行通知第2条に基づき、名張市立病院を基幹型臨床研修病院に指定いたしたい。

調査点検表⑥（臨床研修病院新規指定申請 審査点検表） <新規指定>

基幹型臨床研修病院の審査点検

病院名(基): 名張市立病院

下記項目について、指定基準に基づいて審査点検を行い、その評価(適切(O)、不適切(X)、要検討・要改善・その他(Δ))を記入。

項目	点検項目の基準	評価	評価○以外は調査等で確認し、必要に応じてコメント付記
1. 今後の移転計画の有無	○)無 △)有→計画書追加提出(住所変更等有る場合には、移転後に変更届が必要であることを追加)	○	
2. 医師(研修医を含む)の員数	○)標準数を満たしている ×)標準数を満たしていない。 常勤:34名 非常勤(常勤換算):4.25名 計:38.5名 医療法による医師の標準員数:17.3名	○	
3. 診療科名	○)自院又は協力型病院で、内科、外科、小児科、産婦人科、精神科を標ぼう △)標ぼう予定→計画書追加提出	○	
4. 救急部門の有無	○)自院又は協力型病院内に有 △)無→救急研修計画書(有・無)	○	
救急医療の提供	○)救急告示病院の認定有 または 地域医療計画における救急医療機関 △)無→認定予定	○	
救急医療の実施	○)初期救急に対応できる ×)初期救急に対応できない	○	
救急症例件数(時間外含む)	救急取扱い件数 ○)年間5,000件以上 △)年間5,000件未満→救急一覧の提出を求め、到達目標達成状況を確認	○	年間7,204件
救急専用診療(処置)室	○)有 ×)無	○	
救急指導者の有無	○)確保できている ×)確保できてない	○	
5. 年間入院患者数	○)年間3,000人以上 ×)年間3,000人未満	○	年間3,180人
6. 内科・救急部門の症例	○)内科及び救急部門の症例について、過度の偏りがない △)内科及び救急部門の症例について、偏りがみられる→研修計画書等で到達目標達成見込みを確認 ×)内科及び救急部門の症例について、過度の偏りがみられる	○	
7. 臨床研修に必要な研修分野ごとの症例数			
内科、小児科、産婦人科、精神科、外科	○)自院又は協力型病院等で、各研修科目ごとの年間入院患者数が100人以上 △)100人未満→症例一覧の提出を求め、到達目標達成状況を確認	○	
外科	上記に加えて、 研修医1人あたり外科入院患者数について、 ・50件以上の入院症例がある場合は○ ・50件未満の入院症例しかない場合は△ →症例一覧の提出を求め、到達目標達成状況を確認	○	
8. 分娩件数 ※産婦人科の研修を行う病院(自院又は協力型病院等)について記入。	分娩件数(正常分娩と異常分娩の合計件数)の基準 年間 ○)350件以上 又は 研修医1人当たり10件の症例がある場合 △)それ未満→症例一覧の提出を求め、到達目標達成状況を確認	○	
9. 臨床病理検討会(CPC)			
実施状況	○)剖検に基づくCPCが適切に開催されている △)基幹型病院でなく協力型病院で実施している。→研修計画書等で到達目標達成見込みを確認 △)剖検に基づくCPCを開催する予定→研修計画書等で到達目標達成見込みを確認 ×)剖検に基づくCPCを開催していない	○	
病理指導者の有無	○)CPCの指導ができる病理医が確保できている △)これから確保する予定→計画書等提出 ×)確保できていない	○	
剖検室	○)自施設あるいは病院群内にある(病院群内にある場合は連携状況を確認) ○)臨床研修病院群に含まれている病院の剖検室を利用 △)これから確保する予定→計画書等提出	○	
10. 研修に必要な設備			
研修医の宿舎	○)有、△)無→住宅手当等の支援状況を確認	○	
研修医室	○)有、△)無→研修医個人の机等、自習環境を確認	○	
図書又は雑誌	○)有、△)無→研修医の自習用教材の有無を確認	○	
医学教育用ビデオ等	○)有、△)無→研修医の自習用教材の有無を確認	○	
インターネット(文献データベースや教育用コンテンツ)が利用できる環境	○)有、△)無→研修医の自習用教材の有無を確認	○	
医学教育用シミュレーター(共同使用可)	○)有、△)無→研修医の自習用教材の有無を確認	○	

項 目	点 検 項 目 の 基 準	評 価	評価○以外は調査等で確認し、必要に応じてコメント付記
11. インターネットを用いた評価システム	○)有 △)無→今後の導入予定を確認	○	
12. 病歴管理の責任者	○)有 ×)無	○	
13. 医療安全管理体制			
安全管理者の配置 ※専従でなくとも可	○)有、×)無	○	
安全管理部門の設置	○)有、×)無	○	
患者からの相談に適切に応じる体制の確保	○)有、×)無	○	
患者相談窓口に係る規約	○)有、×)無	○	
医療に係る安全管理のための指針	○)有、×)無	○	
医療に係る安全管理委員会の開催状況	○)年12回(月1回)程度開催されている ×)開催されていない	○	
医療に係る安全管理のための職員研修	○)年2回以上開催されている ×)開催されていない	○	
医療機関内における事故報告等の整備	○)有、×)無	○	
14. 研修管理委員会の構成	○)研修管理委員会に含めなければならない構成員の確認(外部委員を含む) ×)含まれていない構成員がいる→研修管理委員会の構成の見直し	○	
15. 精神科の診療要員 ※精神科の研修を行う病院(自院又は協力型病院等)について記入。	○)精神保健福祉士等の診療要員が配置されている △)配置されていない→精神科研修カリキュラムの内容を確認	○	

研修プログラムの審査点検

研修プログラム名：名張市立病院卒後臨床研修病院プログラム

下記項目について、指定基準に基づいて審査点検を行い、その評価(適切(◎・○)、不適切(×)、要検討・要改善・その他(△))を記入。

項目	点検項目の基準	評価	評価○以外は調査等で確認し、必要に応じてコメント付記
1. 研修プログラムに定める事項 ○) 研修プログラムに内容が定められている ×) 研修プログラムに内容が定められていない	当該研修プログラムの特色	○	
	臨床研修の目標	○	
	プログラム責任者の氏名	○	
	臨床研修を行う分野並びに当該分野ごとの研修期間及び臨床研修病院	○	
	※必修科目及び選択科目について確認	○	
	研修医の指導体制	○	
	研修医の募集定員並びに募集及び採用の方法	○	
	研修医の処遇に関する事項		
	常勤又は非常勤の別	○	
	研修手当、勤務時間及び休暇に関する事項	○	
	時間外勤務及び当直に関する事項	○	
	社会保険・労働保険(公的医療保険、公的年金保険、労働者災害補償)	○	
	健康管理に関する事項	○	
	医師賠償責任保険に関する事項	○	
外部の研修活動に関する事項(学会、研究会等への参加の可否及び)	○		
2. 研修プログラムと申請書との照合	○) 一致している △) 不一致の部分がある→要確認	○	
	3. 研修プログラムの概要		
研修期間 研修を行う分野 研修スケジュール	○) 内科の研修期間は一般外来での研修を含め24週以上である ×) 内科の研修期間は一般外来での研修を含め24週未満である	○	内科24週
	○) 救急部門の研修期間は合計12週以上であり、その一部に救急研修に専念できるまとまった期間を設けている(麻酔科を選択している場合は、4週以下か確認すること) ×) 救急部門の研修期間は合計12週未満である。 ×) 救急部門の研修期間は設けているが、その一部に救急研修に専念できるまとまった期間を設けていない	○	救急部門12週
	◎) 外科の研修期間は一般外来での研修を含め8週以上である ○) 外科の研修期間は一般外来での研修を含め4週以上である ×) 外科の研修期間は一般外来での研修を含め4週未満である	○	外科4週
	◎) 小児科の研修期間は一般外来での研修を含め8週以上である ○) 小児科の研修期間は一般外来での研修を含め4週以上である ×) 小児科の研修期間は一般外来での研修を含め4週未満である	○	小児科4週
	◎) 産婦人科の研修期間は8週以上である ○) 産婦人科の研修期間は4週以上である ×) 産婦人科の研修期間は4週未満である	○	産婦人科4週
	◎) 精神科の研修期間は精神科専門外来又は精神科リエゾンチームでの研修を含め8週以上である ○) 精神科の研修期間は精神科専門外来又は精神科リエゾンチームでの研修を含め4週以上である ×) 精神科の研修期間は4週未満である	○	精神科4週
	◎) 一般外来の研修期間は他の必修分野との研修を含め8週以上である ○) 一般外来の研修期間は他の必修分野との研修を含め4週以上である ×) 一般外来の研修期間は他の必修分野との研修を含め4週未満である	○	一般外来4週
	◎) 地域医療の研修は一般外来での研修を含め合計8週以上であり、研修実施病院(施設)が適切である ○) 地域医療の研修は一般外来での研修を含め合計4週以上であり、研修実施病院(施設)が適切である ×) 地域医療の研修は一般外来での研修を含め合計4週未満である	○	地域医療4週
	○) 研修全体として、感染対策、予防接種、虐待への対応、社会復帰支援、緩和ケア、ACP、CPC等、基本的な診療において必要な分野・領域等に関する研修を含んでいる。(施行通知5(1)ア(オ)⑩の項目を網羅している) ×) 研修全体として、感染対策、予防接種、虐待への対応、社会復帰支援、緩和ケア、ACP、CPC等、基本的な診療において必要な分野・領域等に関する研修を含んでいない。(施行通知5(1)ア(オ)⑩の項目を網羅していない)	○	
	○) 在宅医療を必修分野である地域医療又は地域医療以外で行っている ×) 在宅医療が含まれていない	○	

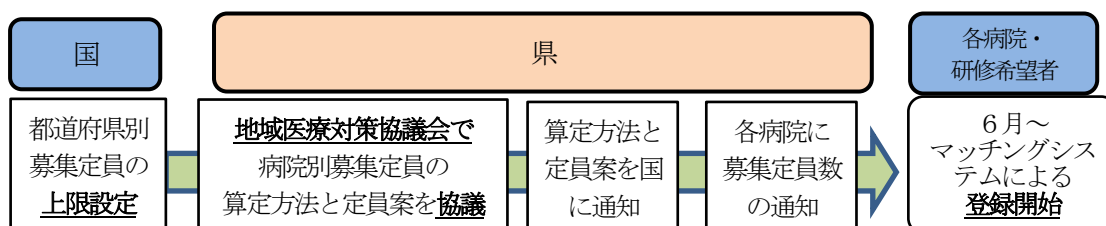
項目	点検項目の基準	評価	評価○以外は調査等で確認し、必要に応じてコメント付記
二年間で「臨床研修の到達目標」が達成可能となるための配慮	○)達成可能となるように配慮されている △)達成可能となるように配慮が必要である→研修プログラムに追記を検討	○	
基幹型臨床研修病院での研修期間	○)基幹型臨床研修病院での研修期間は1年以上である ×)基幹型臨床研修病院での研修期間は1年未満である	○	
研修協力施設での研修期間	○)臨床研修協力施設での研修期間は合計で12週以内である ×)臨床研修協力施設での研修期間は合計で12週を超えている	○	
プログラム責任者の配置	○)指導医としての資格要件を満たしている △)プログラム責任者講習会を受講していない→今後、猶予期間はあるが、必須になることを伝え受講を促す ×)指導医としての資格要件を満たさない→プログラム責任者の選任の見直し	○	
プログラム責任者数	○)責任者1人につき研修医20人以内(募集定員(1年次+2年次)) 20人を超えている → ○)副プログラム責任者が規定人数確保されている ×)いない→選任を要請	○	
研修プログラムに定められていない病院等での診療の取扱い	研修プログラムに定められていない病院等で診療に従事することは、当該病院の就業規則や雇用契約等で禁止されている旨が処遇欄等で明記されている。 ○)明記されている。 △)明記されていない→明記するよう指導する。	○	
指導医の資格要件	○)全ての指導医が、常勤の医師で臨床経験7年(84月)以上でプライマリ・ケアの指導方法等に関する講習会を受講している ×)上記の要件を満たしていない	○	
指導医の配置	○)内科、救急部門、外科、麻酔科(部門)、小児科、産婦人科及び精神科、並びにその他研修プログラム独自に必修科目としている診療科(部門)の研修を実施する施設に上記の資格を有する指導医が1名以上いる △)複数を兼ねる→指導に支障がないかどうか確認が必要 ×)指導医の配置が適切でない	○	
指導医の受持研修医数	○)指導医一人あたりの受け持ち研修医数は5名以下である ×)指導医一人あたりの受け持ち研修医数は5名を超えている	○	
指導医の指導時間確保	○)個々の指導医が、勤務体制上指導時間を十分に確保することが可能 ×)個々の指導医が、勤務体制上指導時間を十分に確保することが困難	○	
4. 研修医の募集定員	○)募集定員は2名以上である(新規の基幹型臨床研修病院の場合) ○)1年次+2年次が募集定員の上限以内 △)上限を超えている→研修計画を確認	○	
5. 募集方法	○)すべて公募 △)一部公募→募集方法を確認	○	
6. 協力型病院としての実績 ※新規の基幹型臨床研修病院の場合	◎)協力型臨床研修病院として2年間臨床研修を行った相当の実績があり、直近5年の一人あたりの研修期間が平均8週以上で複数の必修分野を担当している ○)協力型臨床研修病院として2年間臨床研修を行った相当の実績があり、直近5年の一人あたりの研修期間が平均8週以上である ×)2年間相当無 ・受入研修医数合計(46)人 ・一人あたりの平均受入研修期間(9.5)週(直近5年) ・受け入れ研修期間(36.5)月	◎	
7. 病院群の形成			
病院群の形成	○)頻度の高い疾病等について様々なバリエーションの経験及び能力形成が可能となるなど、良質な研修が見込まれる病院群の形成である △)上記を考慮していない→病院群の形成の見直しを検討	○	
他の医療機関との連携状況	基幹型臨床研修病院は協力型臨床研修病院その他の医療機関と連携して研修を行うこと ○)緊密な連携体制有 ×)緊密な連携体制無	○	
同一二次医療圏内又は同一都道府県内	○)すべて同一二次医療圏内又は同一都道府県内 △)同一二次医療圏外・同一都道府県外→以下のような正当な理由に該当。 ①へき地・離島等を含めた医師不足地域における地域医療研修。 ②生活圏を同じくする県境を越えた隣接する二次医療圏における病院等との連携。 ③その他、基幹型病院と連携が強い病院等との連携。 ×)同一二次医療圏外・同一都道府県外で正当な理由無し。	△	

令和9年度に研修を開始する臨床研修医の募集定員について

1 臨床研修医の募集定員設定の流れ

各基幹型臨床研修病院の募集定員は、医療法及び医師法改正に伴い、令和3年度研修開始の募集から、国が設定する各都道府県の上限数の範囲内で県が設定しています。

また、県が各病院の定員を設定するにあたっては、本協議会において協議・検討を行うこととされています。



2 三重県の募集定員上限数 ※詳細は別紙1参照

①基本となる数（人口又は医学部入学定員に応じて按分）	1 2 0
②地域枠による加算（修学資金貸与者数等に基づき加算）	4 9
③地理的条件等による加算 （面積当たり医師数、離島人口、 医師少数区域人口、医師偏在状況に基づき加算）	9
①+②+③（仮上限）	1 7 8
④直近の採用数等の保障	0
⑤募集定員上限の減少率が昨年の募集定員上限3.2%を上回る 場合の加算	該当せず
三重県の募集定員上限数	1 7 8

参考：近年の本県の臨床研修医募集採用状況

研修開始年度 (採用年度)	本県の上限	募集定員	採用数	採用率
R 2	1 5 6	1 5 6	1 2 8	8 2%
R 3	1 9 0	1 5 3	1 2 6	8 2%
R 4	1 8 6	1 5 6	1 2 9	8 3%
R 5	1 7 2	1 6 0	1 3 5	8 4%
R 6	1 8 1	1 6 7	1 5 0	8 9%
R 7	1 7 7	1 6 7	1 5 4	9 2%
R 8	1 6 8	1 6 8	—	—

※募集定員には、小児科・産科プログラム分を含む。

※採用率は、採用数／募集定員

3 各基幹型臨床研修病院（研修プログラム）別の配分案

各病院の定員数 別紙2のとおり（合計170名）

理由 受入実績等を反映した基本定員に各病院の希望数を考慮し算出

※希望数は、研修の受入実績や指導体制を考慮のうえ算出するよう各病院に
あらかじめ照会したもの。

4 算定方法【参考】

（1）根拠規定

国の通知「医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」（令和6年3月29日一部改正、医政発第0612004号厚生労働省医政局長通知、以下「省令施行通知」という。）の規定に基づき算定します。

都道府県知事は、(1)にて設定された上限の範囲内で、医師少数区域等における医師の数の状況、各病院の研修医の受入実績、その他地域の実情等を勘案して、地域医療対策協議会の意見を踏まえ、病院ごとの定員の算定方法をあらかじめ定め、当該定員を設定すること。また、第三者による評価の受審状況、各病院の妊娠・出産・育児に関する施設及び取組を勘案して当該定員を設定するよう努めること。

（省令施行通知23（2）都道府県における病院ごとの募集定員の設定）

（2）詳細

昨年度と同様、改正法施行前に国において採用していた算定方法に基づいて算定する。

- ① 各病院の過去3年間の研修医受入実績の最大値を基本定員とする。(A)
- ② Aの合計値(A')が県の基礎数(B)を超える場合は、以下の計算式により算出した値とする。ただし、病院の希望定員(C)がそれを下回る場合はCの値とする。(D)

$$A \times B / A' \quad \text{ただし、Cが当該値を下回る場合はC}$$

※県の基礎数については、国から示されておらず、各都道府県で適宜判断することとされたことから、本県では、下記のとおりといたしたい。

基本となる数+地理的条件等による加算

- ③ 県の上限数の範囲内で配分(E)し、各病院の希望数になるよう調整する。(F)
- ④ Fの値が20以上となる病院には、県の上限数の範囲内で小児科・産科プログラム分(G)として4を加える。

令和9年度臨床研修 都道府県別募集定員上限

別紙

	R8年度募集定員上限	R8年度病院募集定員合計	基本となる数 (全国の研修医総数推計値を人口 分や医学部入 学定員で按分) (※1)	地域枠による 加算 (※2)	地理的条件等による加算				基本となる数と加算の合計(仮上限)	直近の採用数等の保障					1%まで戻すための追加配分	R9募集定員上限 (※5)
					地理的条件(100km ² キロメートルあたりの 医師数)による加算 (※3)	地理的条件(離島の 人口、離島の数)による 加算	医師少数区域の 人口に応じた加算	都道府県間の医師 偏在状況に応じた 加算		直近(R7年度) の採用数	①×0.89と ⑧のうち 少ない方	仮上限に不足 数	仮上限と昨年 実績との差	仮上限から削 る数(不足数の 合計を⑨で按 分)		
					④-1	④-2	④-3	④-4		⑤	⑥	⑦	⑧	⑨		
	①	①'	②	③	④				⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫
					④-1	④-2	④-3	④-4	②+③+④(※4)			⑦-⑤	⑤-⑥			⑤+⑧-⑩+⑪
北海道	412	412	354	19	36	2	0	0	407	331	0	0	0	0	1	408
青森	160	149	99	65	10	0	0	0	173	91	0	0	82	13	0	160
岩手	139	118	97	44	10	0	0	0	150	72	0	0	78	12	0	138
宮城	214	214	190	8	14	1	0	0	211	185	0	0	0	0	1	212
秋田	105	103	76	36	8	0	0	0	119	65	0	0	54	8	0	111
山形	131	120	86	26	9	1	0	0	121	69	0	0	52	1	0	120
福島	183	163	122	58	13	0	0	0	192	129	0	0	63	10	0	182
茨城	270	234	197	64	0	0	0	0	259	205	0	0	54	8	0	251
栃木	185	185	159	17	12	0	0	0	186	170	0	0	0	0	0	186
群馬	158	153	133	21	10	0	0	0	162	111	0	0	51	8	0	154
埼玉	518	518	515	32	0	0	0	0	540	456	0	0	0	0	0	540
千葉	494	494	439	74	0	0	0	0	507	467	0	0	0	0	0	507
東京	1,254	1,254	1,195	22	0	7	1	0	1,211	1,248	1,241	30	0	0	0	1,241
神奈川	658	658	648	23	0	0	0	0	664	634	0	0	0	0	0	664
新潟	214	214	147	29	11	11	0	0	197	154	0	0	0	0	15	212
富山	105	105	85	18	6	0	0	0	108	88	0	0	0	0	0	108
石川	127	127	93	7	7	1	0	0	107	111	111	4	0	0	15	126
福井	86	86	62	9	5	0	0	0	76	54	0	0	0	0	9	85
山梨	105	83	67	48	5	0	0	0	119	58	0	0	61	9	0	110
長野	174	174	139	24	10	0	0	0	172	143	0	0	0	0	0	172
岐阜	178	178	134	37	10	0	0	0	179	171	0	0	0	0	0	179
静岡	303	303	248	62	0	1	0	0	308	287	0	0	0	0	0	308
愛知	551	551	524	37	0	1	0	0	555	552	0	0	0	0	0	555
三重	168	168	120	49	9	1	0	0	178	154	0	0	0	0	0	178
滋賀	124	124	102	14	8	1	0	0	124	115	0	0	0	0	0	124
京都	250	250	197	7	0	0	0	0	203	249	248	45	0	0	0	248
大阪	630	630	615	16	0	0	0	0	623	634	624	1	0	0	0	624
兵庫	400	400	375	18	0	2	0	0	390	402	396	6	0	0	0	396
奈良	123	123	104	16	0	0	0	0	119	122	122	3	0	0	0	122
和歌山	119	119	74	34	6	0	0	0	113	108	0	0	0	0	5	118
鳥取	82	82	46	37	4	0	0	0	85	43	0	0	0	0	0	85
島根	85	75	55	28	4	5	0	0	91	55	0	0	36	6	0	85
岡山	188	188	154	3	11	1	0	0	168	162	0	0	0	0	18	186
広島	203	203	190	20	0	3	0	0	211	179	0	0	0	0	0	211
山口	125	125	108	14	8	1	0	0	130	105	0	0	0	0	0	130
徳島	78	78	59	14	5	1	0	0	77	49	0	0	0	0	0	77
香川	100	100	77	11	0	10	0	0	97	64	0	0	0	0	2	99
愛媛	126	126	107	21	8	4	0	0	139	81	0	0	0	0	0	139
高知	92	92	56	34	4	1	0	0	93	49	0	0	0	0	0	93
福岡	399	399	402	4	0	1	0	0	402	372	0	0	0	0	0	402
佐賀	80	80	67	6	0	1	0	0	73	56	0	0	0	0	6	79
長崎	148	148	106	17	0	39	0	0	161	98	0	0	0	0	0	161
熊本	136	136	119	4	9	1	0	0	132	105	0	0	0	0	3	135
大分	101	101	92	13	7	1	0	0	112	75	0	0	0	0	0	112
宮崎	111	111	87	19	7	1	0	0	113	61	0	0	0	0	0	113
鹿児島	156	149	111	20	8	40	0	0	178	87	0	0	91	14	0	164
沖縄	156	156	107	17	0	38	0	0	160	153	0	0	0	0	0	160
計	10,904	10,759	9,338	1,214	274	177	1	0	10,895	9,429		89	622	89	75	10,970

(※1)「研修医総数推計値」は、令和9年度研修希望者数推計値に、研修希望者数に対する採用実績数の割合の過去3年平均(0.90)を乗じて算出

→令和9年度研修希望者数推計値 10,376人×0.90=9,338人

(※2)地域枠学生数(実績)に今回の倍率(1.05)を乗じて算出

(※3)面積当たり医師数については、全国の平均値よりも少ない場合等に加算

(※4)②～④-2の合計が全国の募集定員上限(10,895人)を上回る場合、超過分を各都道府県の②「基本となる数」に応じて按分する形で調整

(※5)⑥から⑩の計算は、直近の採用数等の保障による激変緩和のための加減であり、追加する都道府県の定員は、他の都道府県の「仮上限」から、当該都道府県の「仮上限」と直近の採用数との差に応じて削減することにより調整。ただし、「令和8年度の募集定員上限を全て病院に配分した都道府県」は、「仮上限」からの定員削減の対象外(⑨=0)とする

⑫の計算は、令和8年度の募集定員上限からの減少率が1%を上回る都道府県に対して、令和8年度の募集定員上限からの減少率が1%となるまで加算

また、広域連携型プログラムに係る対象人数は以下の通りとする

東京都:62人以上(自都内:25人まで)、京都府:12人以上(自府内:5人まで)、大阪府:31人以上(自府内:0人)、岡山県:9人以上(自県内:4人まで)、福岡県:20人以上(自県内:8人まで)

(※6)四捨五入等の関係で表記上合計が一致しない場合がある。

令和9年度から研修を開始する臨床研修医の募集定員（案）

別紙2

	過去3年間の研修医受入実績			過去3年間の 最大値 (ア)	基本定員 A=(ア)	Aの調整値 (基本定員の県 合計A'と県の基 礎数Bとの調整) A×B/A'	病院の 希望募集 定員 C	病院の 受入可能 上限数	A(または調整 値)とCのうち小 さい値 D	調整 配分 E	計 F=D+E	小児科・産科 プログラム G	合計 H=F+G
	R5	R6	R7										
1	桑名市総合医療センター	14	14	14	14	11	12	12	11	1	12	-	12
2	いなべ総合病院	3	5	5	5	4	5	5	4	1	5	-	5
3	四日市羽津医療センター	6	6	6	6	5	6	6	5	1	6	-	6
4	市立四日市病院	16	16	15	16	13	15	15	13	2	15	-	15
5	県立総合医療センター	9	10	10	10	8	10	10	8	2	10	-	10
6	鈴鹿中央総合病院	10	10	10	10	8	12	12	8	4	12	-	12
7	鈴鹿回生病院	7	7	8	8	7	8	8	7	1	8	-	8
8	三重大学医学部附属病院	14	16	18	18	15	30	26	15	11	26	-	26
	同病院【小児科・産科】	0	0	0	0	-		4	0	-	-	4	4
9	三重中央医療センター	6	8	10	10	8	10	10	8	2	10	-	10
10	岡波総合病院	2	2	3	3	2	3	3	2	1	3	-	3
11	松阪中央総合病院	10	10	10	10	8	12	12	8	4	12	-	12
12	済生会松阪総合病院	9	10	10	10	8	10	10	8	2	10	-	10
13	松阪市民病院	8	12	10	12	10	8	8	8	0	8	-	8
14	伊勢赤十字病院	17	18	18	18	15	18	18	15	3	18	-	18
15	県立志摩病院	4	3	3	4	4	3	3	3	0	3	-	3
16	上野総合市民病院	-	3	4	4	4	4	4	3	1	4	-	4
17	名張市立病院 ※令和7年10月31日、基幹型臨床研修病院 の新規指定申請	-	-	-	-	-	4	4	4	0	4	-	4
合計		135	150	154	158	【A'】 158	-	170	170	130	36	4	170
補足説明等 ※施行通知：「医師法第16条の2第1項に 規定する臨床研修に関する省令の施行につ いて」 (令和2年3月30日一部改正時点)						【B】 県基礎数 129	A'がB(基礎数) より多ければAを 調整する。 (=A×B/A'。端 数四捨五入)	※三重大 は小児科・ 産科PG分4 含む		病院の 希望数に なるよう 配分		Fが20人 以上になる 場合は、各 診療科2人 計4人を 加算する。 (施行通知5 (1)ア(カ))	国が示した 本県の上 限 178

◇三重県の募集定員配分上限数

(内訳)

- ①基本となる数
- ②地域枠
- ③地理的条件等による加算
- ④直近採用数等保障の調整

178

*県基礎数

120 ①+③= 129

49

9

0

令和7年度第4回
三重県地域医療対策協議会
令和8年3月17日

資料3

重点医師偏在対策支援区域の設定について

令和8年3月17日（火）

三重県医療保健部医療人材課

- 医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージの概要
- 診療所の承継・開業支援事業における重点医師偏在対策支援区域(案)
- (参考)重点医師偏在対策関連事業

【概要】 医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ

背景

- 国が令和6年12月に「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」を策定・公表。
- 同パッケージにおいては、医師確保計画の実行性を確保するため、都道府県において、**地域医療対策協議会及び保険者協議会で協議の上、「重点医師偏在対策支援区域」を設定するとともに、同区域を対象とした「医師偏在是正プラン」を策定**することとされている。

医師偏在是正プラン

- 都道府県において、医師確保計画の中でより実効性のある医師偏在対策を進めるため、**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**を策定することとする。
- 医師偏在是正プランにおいては、**重点医師偏在対策支援区域、支援対象医療機関、必要な医師数、医師偏在是正に向けた取組等**を定めることとする。
- また、医師偏在是正プランは、**国の定めるガイドラインを踏まえ、緊急的な取組を要する事項から先行して策定し、令和8年度に全体を策定**する。

※診療所の承継・開業支援事業（詳細は次ページ）

重点医師偏在対策支援区域

- 今後も定住人口が見込まれるが、人口減少より医療機関の減少スピードが早い地域等を「重点医師偏在対策支援区域」と設定し、優先的・重点的に対策を進める。
- 重点区域は、**厚生労働省の示す候補区域**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、診療所医師の高齢化率、人口動態等を考慮して選定することとする。
- 当該区域は、二次医療圏単位のほか、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。

重点医師偏在対策支援区域における診療所の承継・開業支援事業

事業概要

<目的>

今後も一定の定住人口が見込まれるものの、必要な医師を確保できず、人口減少よりも医療機関の減少のスピードの方が早い地域などを重点医師偏在対策支援区域（以下単に「支援区域」という。）と設定した上で、支援区域において診療所を承継又は開業する場合に、当該診療所に対して、施設整備、設備整備、一定期間の地域への定着支援を行うことにより、地域の医療提供体制を確保することを目的とする。

<事業内容>

事業名	対象経費	補助率
①施設整備事業	診療所として必要な次の各部門の新築、増築、改築及び改修に要する工事費又は工事請負費及び買収に要する経費 (1) 診療所 (診察室、処置室、薬剤室、エックス線室、暗室、待合室、看護師居室、玄関、廊下等) (2) 診療部門と一体となった医師住宅 (3) 診療部門と一体となった看護師住宅 ※【交付の対象外費用】 (1) 土地の取得又は整地に要する費用 (2) 門、柵、塀及び造園工事並びに通路敷設に要する費用 (3) 設計その他工事に伴う事務に要する費用 (4) 既存建物の買収(既存建物を買収することが建物を新築することよりも効率的であると認められる場合における当該建物の買収を除く。)に要する費用 (5) その他の整備費として適当と認められない費用	国1/3 県1/6 事業者1/2
②設備整備事業	診療所として必要な医療機器等購入費	同上
③地域への定着支援事業	診療所の運営に必要な次に掲げる経費 ・職員基本給 ・職員諸手当 ・非常勤職員手当 ・報償費 ・旅費 ・備品費(単価50万円未満に限る。) ・消耗品費 ・材料費 ・印刷製本費 ・通信運搬費 ・光熱水料 ・借料及び損料 ・社会保険料 ・雑役務費 ・委託費 ※赤字補填分のみが補助対象(運営費の赤字の2/3を補助)	国4/9 県2/9 事業者1/3

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージの基本方針への位置付け

- 地域ごとに人口構造が急激に変化する中で、将来にわたり地域に必要な医療提供体制を確保し、適切な医療サービスを提供するため、以下の基本的な考え方に基づき、制度改革を含め必要な対応に取り組み、**実効性のある総合的な医師偏在対策**を推進する。
- **総合的な医師偏在対策**について、医療法に基づく**医療提供体制確保の基本方針**に位置付ける。

※ 医師偏在対策は、新たな地域医療構想、働き方改革、美容医療への対応、オンライン診療の推進等と一体的に取り組む。

【基本的な考え方】

現状
課題

医師偏在は一つの取組で是正
が図られるものではない

若手医師を対象とした医師
養成過程中心の対策

へき地保健医療対策を超えた
取組が必要

基本的な
考え方

医師確保計画に基づく取組を進めつつ、経済的インセンティブ、地域の医療機関の支え合いの仕組み、医師養成過程を通じた取組等を組み合わせた**総合的な対策**を実施

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

医師偏在指標だけでなく、可住地面積あたり医師数、アクセス等の地域の実情を踏まえ、支援が必要な地域を明確にした上で、**従来のへき地対策を超えた取組**を実施

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

- ・ 医師偏在対策の効果を施行後5年目途に検証し、十分な効果が生じていない場合には、更なる医師偏在対策を検討
- ・ 医師確保計画により3年間のPDCAサイクルに沿った取組を推進

出典：国公表資料「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」(https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_48023.html)

2

- 医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージの概要
- 診療所の承継・開業支援事業における重点医師偏在対策支援区域(案)
- (参考)重点医師偏在対策関連事業

「重点医師偏在対策支援区域」設定の考え方

○国は、以下のいずれかの基準に該当する区域を候補区域として提示

【厚生労働省が提示する候補区域】

- ① 各都道府県の医師偏在指標が最も低い二次医療圏
- ② 医師少数県の医師少数区域
- ③ 医師少数区域かつ可住地面積当たりの医師数が少ない二次医療圏（全国下位1/4）

○都道府県は、国が提示した候補区域を参考とし、地域医療対策協議会及び保険者協議会で協議して「重点医師偏在対策支援区域」を選定

【選定に当たって国から提示されている留意事項】

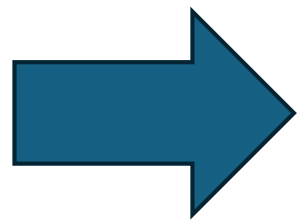
地域の実情に応じて、医師偏在指標、可住地面積あたり医師数、住民の医療機関へのアクセス、診療所医師の高齢化率、地域住民の医療のかかり方、今後の人口動態等を考慮することや、市区町村単位、地区単位等で区域設定することも可能。

また、区域については、選定後も協議を踏まえて、追加・変更等を行うことも可能。

診療所の承継・開業支援事業における 重点医師偏在対策支援区域（案）

<1. 厚生労働省が提示する候補区域(二次医療圏)>

候補区域：以下の <u>いずれかに</u> 該当する区域	三重県における対象区域
① 各都道府県の医師偏在指標が最も低い二次医療圏	東紀州
② 医師少数県の医師少数区域	東紀州
③ 医師少数区域かつ可住地面積当たりの医師数が少ない二次医療圏 (全国下位1/4)	該当なし



3つの基準のうち、2つに該当する東紀州は、重点医師偏在対策支援区域として設定することとしてはどうか。

<参考>

二次医療圏	人口 (R4.10.1)	医療施設 従事医師	医師偏在指標	人口10万人対 医師数
三重県	1,742,000	4,201	225.6	241.2
北勢	826,326	1,679	210.4	203.2
中勢伊賀	432,340	1,344	259.8	310.9
南勢志摩	421,664	1,066	217.8	252.8
東紀州	62,373	112	162.3	179.6

診療所の承継・開業支援事業における 重点医師偏在対策支援区域（案）

<2. 独自に追加を検討する区域(地域医療構想区域)>

追加選定基準①

人口10万人対医師数が、厚生労働省が提示する候補区域(東紀州)より少ない構想区域
(構想区域別)人口10万人対医師数

構想区域	人口 (R4.10.1)	医療施設従事医師	人口10万人対医師数
三重県	1,742,000	4,201	241.2
桑 員	212,849	420	197.3
三 泗	370,680	819	220.9
鈴 亀	242,797	440	181.2
津	271,096	1,105	407.6
伊 賀	161,244	239	148.2
松 阪	207,867	518	249.2
伊勢志摩	213,797	548	256.3
東紀州	62,373	112	179.6



厚生労働省が提示する候補区域である東紀州区域より、人口10万人対医師数が少ない伊賀構想区域(名張市、伊賀市)については、相対的に医師不足の傾向が見受けられるため、重点医師偏在対策支援区域として設定することとしてはどうか。

診療所の承継・開業支援事業における 重点医師偏在対策支援区域（案）

<3. 独自に追加を検討する区域(市町)>

追加選定基準②—1：第8次(前期)三重県医師確保計画で定める医師少数スポット

医師少数スポット(地域枠B推薦地域)

二次医療圏	構想区域	対象市町
中勢伊賀	津	津市(白山町(※)、美杉町)
	伊賀	伊賀市、名張市
南勢志摩	松阪	松阪市(飯南町、飯高町)、多気町、大台町、大紀町
	伊勢志摩	鳥羽市、志摩市、南伊勢町

(※) 白山町は、医師少数スポットに含まれますが、地域枠B推薦地域ではありません。

医師少数スポット(その他の地域)

二次医療圏	構想区域	対象市町
北勢	桑員	いなべ市・東員町
	三泗	菰野町
	鈴亀	亀山市



医師偏在対策の実施にあたっては、地域の医療ニーズに応じたきめ細やかな対策が必要であり、局所的に医師が少ない地域である「医師少数スポット」も、重点医師偏在対策支援区域として設定することとしてはどうか。

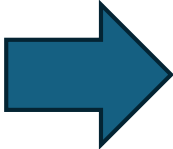
診療所の承継・開業支援事業における 重点医師偏在対策支援区域（案）

<4. 独自に追加を検討する区域(診療所支援)>

追加選定基準②—2 : 可住地面積当たり診療所医師数が県内平均より少ない市町

<A. 可住地面積当たり診療所医師数が県内平均より少ない市町>

亀山市、鳥羽市、熊野市、いなべ市、志摩市、伊賀市、木曾岬町、菰野町、多気町、明和町、大台町、玉城町、度会町、大紀町、南伊勢町、紀北町、御浜町、紀宝町

- 
- 地域の面積や人口密度は、医療サービスの需要や必要性に影響を与える
 - 特に広大な面積を持つ地域では、医師の数が少ないと住民が診療所にアクセスするのが困難であり、診療所の承継・開業支援区域を検討する上では、**可住地面積当たりの診療所医師数を配慮**した区域設定をしてはどうか。

診療所の承継・開業支援事業における 重点医師偏在対策支援区域（案）

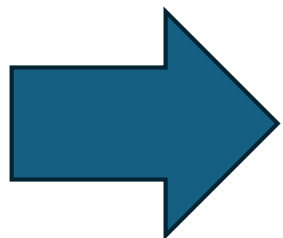
<5.まとめ>

三重県の診療所の承継・開業支援事業における重点医師偏在対策支援区域（案）

- 厚生労働省が提示する候補区域
- 人口10万人対医師数が、厚生労働省が提示する候補区域(東紀州)より少ない構想区域
- 第8次(前期)三重県医師確保計画で定める医師少数スポット
- 可住地面積当たり診療所医師数が県内平均より少ない市町のいずれかに該当する県内市町を、重点医師偏在対策支援区域として設定する

<該当市町>

津市(白山町、美杉町)、松阪市(飯南町、飯高町)、名張市、尾鷲市、亀山市、鳥羽市、熊野市、いなべ市、志摩市、伊賀市、木曾岬町、東員町、菰野町、多気町、明和町、大台町、玉城町、度会町、大紀町、南伊勢町、紀北町、御浜町、紀宝町



重点医師偏在対策支援区域については、今後、国から提供される最新の医師偏在指標の結果等を踏まえ、医師偏在是正プランの策定過程において変更・見直しを行う余地あり

【参考】重点医師偏在対策支援区域①

市名	前回案	本日案	①	②	③	④	(参考1) 人口10万人対 医師数	(参考2) 人口10万人対 診療所医師数	(参考3) 診療所開設数 (R4~6)
三重県	—	—				0.75	241.2	88.3	74件
津市	○ (白山、美杉)	○ (白山、美杉)			○ (白山、美杉)	0.96	407.6	104.4	18件
四日市市						1.60	247.2	93.5	8件
伊勢市						1.53	349.8	125.5	8件
松阪市	○ (飯南、飯高)	○ (飯南、飯高)			○ (飯南、飯高)	0.80	293.0	101.1	3件
桑名市						1.12	225.1	86.2	6件
鈴鹿市						1.03	207.2	84.9	10件
名張市	○	○		○	○	0.93	131.9	76.0	3件
尾鷲市	○	○	○			0.93	194.4	103.7	0件
亀山市	○	○			○	0.44	80.5	62.4	3件
鳥羽市	○	○			○	0.40	77.4	77.4	0件
熊野市	○	○	○			0.31	163.5	91.6	2件
いなべ市	○	○			○	0.23	177.8	47.3	2件
志摩市	○	○			○	0.50	193.5	100.2	1件
伊賀市	○	○		○	○	0.24	162.4	60.3	2件

①厚生労働省が提示する候補区域

②人口10万人対医師数が、厚生労働省が提示する候補区域(東紀州)より少ない構想区域

③第8次(前期)三重県医師確保計画で定める医師少数スポット

④可住地面積当たり診療所医師数

【参考】重点医師偏在対策支援区域②

町名	前回案	本日案	①	②	③	④	(参考1) 人口10万人対 医師数	(参考2) 人口10万人対 診療所医師数	(参考3) 診療所開設数 (R4~6)
木曾岬町		○				0.32	85.5	85.5	0件
東員町	○	○			○	0.77	108.7	62.1	2件
菰野町	○	○			○	0.39	126.6	52.1	3件
朝日町						1.35	62.8	62.8	0件
川越町						1.15	64.8	64.8	0件
多気町	○	○			○	0.14	43.9	43.9	0件
明和町		○				0.29	143.6	49.4	1件
大台町	○	○			○	0.22	181.5	72.6	0件
玉城町		○				0.32	80.7	60.6	0件
度会町	○	○				0.14	39.3	39.3	0件
大紀町	○	○			○	0.31	95.5	95.5	0件
南伊勢町	○	○			○	0.19	136.9	68.4	0件
紀北町	○	○	○			0.39	145.0	87.0	1件
御浜町	○	○	○			0.16	370.0	63.8	1件
紀宝町	○	○	○			0.42	79.8	79.8	0件

①厚生労働省が提示する候補区域

②人口10万人対医師数が、厚生労働省が提示する候補区域(東紀州)より少ない構想区域

③第8次(前期)三重県医師確保計画で定める医師少数スポット

④可住地面積当たり診療所医師数

- 医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージの概要
- 診療所の承継・開業支援事業における重点医師偏在対策支援区域(案)
- (参考)重点医師偏在対策関連事業

重点医師偏在対策支援区域における医師の勤務・生活環境改善のための施設整備事業

1 事業の目的

今後も一定の定住人口が見込まれるものの、必要な医師を確保できず、人口減少よりも医療機関の減少のスピードの方が早い地域などを重点医師偏在対策支援区域と設定した上で、重点区域における医師の勤務・生活環境を改善して、重点区域への派遣の納得感や重点区域で勤務する意欲の向上を図ることにより、重点区域で新たに勤務する医師を増やし、重点区域の医師の離職を減らすため、宿直室等の施設整備への支援を行う。

2 事業の概要

【事業概要】

- ・ 医師の勤務・生活環境改善のための施設整備
重点区域の医療機関に勤務する医師の負担を軽減し、働きやすい環境作りに資する、宿直室等の施設整備に対する補助を行う。

【実施主体】

- ・ 重点区域内で医師の勤務・生活環境改善を行う医療機関であって、都道府県の地域医療対策協議会及び保険者協議会で支援対象として合意を得た医療機関

※ 都道府県において、医師偏在是正プランを策定（重点区域、支援対象医療機関等）



←宿直室



←医局

3 補助基準額等

【対象経費】

医師の勤務・生活環境改善に資する次の部門の新築、増築、改築及び改修に要する工事費又は工事請負費

- ・ 宿直室
- ・ 医局
- ・ 更衣室
- ・ 浴室
- 等

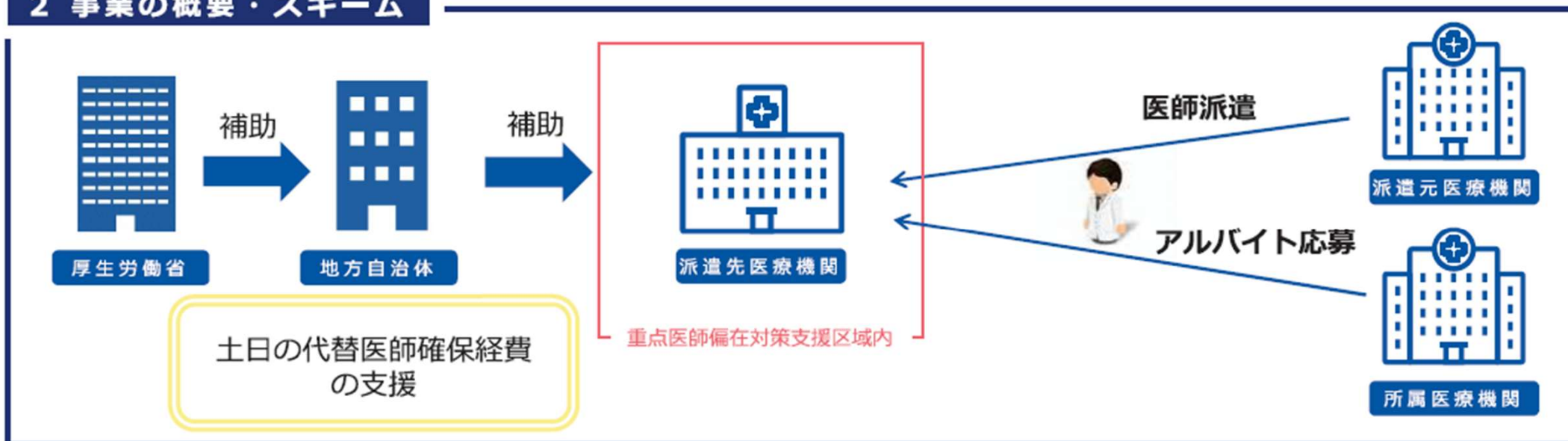
基準額	次に掲げる基準面積に単価を乗じた額とする。 基準面積 80㎡ 単価 鉄筋コンクリート 484,000円 ブロック 214,000円 木造 355,000円
補助率	国1/3 都道府県1/6 事業者1/2

重点医師偏在対策支援区域における医師の勤務・生活環境改善のための代替医師確保支援事業

1 事業の目的

今後も一定の定住人口が見込まれるものの、必要な医師を確保できず、人口減少よりも医療機関の減少のスピードの方が早い地域などを重点医師偏在対策支援区域と設定した上で、重点区域における医師の勤務・生活環境を改善して、重点区域への派遣の納得感や重点区域で勤務する意欲の向上を図ることにより、重点区域で新たに勤務する医師を増やし、重点区域の医師の離職を減らすため、土日の代替医師確保への支援を行う。

2 事業の概要・スキーム



3 実施主体

重点区域内の医療機関であって、都道府県の地域医療対策協議会及び保険者協議会で支援対象として合意を得た医療機関

4 補助基準額等

基準額：60,000円 × 延日数（日直、宿直数）
対象経費：土日祝日の代替医師を雇上にかかる経費
補助率：国1/3 都道府県1/6 事業者（派遣先医療機関）1/2

重点医師偏在対策支援区域の医療機関に医師派遣する派遣元医療機関支援事業

1 事業の目的

今後も一定の定住人口が見込まれるものの、必要な医師を確保できず、人口減少よりも医療機関の減少のスピードの方が早い地域などを重点医師偏在対策支援区域と設定した上で、特定機能病院からの医師派遣とは別に、中核病院等からの医師派遣により重点区域の医師を確保するため、重点区域内の医療機関に医師を新たに派遣する医療機関に対して、医師派遣に要する費用の支援を行う。

2 事業の概要・スキーム



3 実施主体

重点区域内の医療機関に医師を派遣する医療機関であって、都道府県の地域医療対策協議会及び保険者協議会で支援対象として合意を得た医療機関

4 補助基準額等

基準額：61,000円 × 延日数
対象経費：重点区域内の医療機関への常勤医や代診医等の医師派遣に要する費用
補助率： 国1/2 都道府県1/4 事業者（派遣元医療機関）1/4

市町村による医師確保対策支援モデル事業

1 事業の目的

医師確保の取組は、都道府県において医師確保計画に基づき進められており、地域医療介護総合確保基金や診療所の承継・開業支援事業等の補助事業により、都道府県の取組に対して国が費用の一部を支援している。

他方、一部の市町村では、独自に積極的に医師確保の取組を実施しており、より地域に密着した市町村が主体となって都道府県と連携して医師確保に取り組むことも重要である。このような中、本事業において、市町村が都道府県と連携して取り組む医師確保対策について国がモデルとして支援を行い、その効果を検証する。

2 事業の概要

○市町村が都道府県と連携して取り組む医師確保対策について支援を行い、その効果を検証する。

＜市町村の取組イメージ＞

- ・ 都道府県内の大学病院・中核病院等からの医師派遣により医師を確保するための取組
- ・ 派遣された医師が地域に定着するための取組
- ・ 医師を募集し、地域の医療機関を紹介するための取組
- ・ 応募した医師に地域で必要とされる診療能力の研修を行うための取組
- ・ 特に医師を確保すべき区域における診療所の承継・開業支援の取組 等

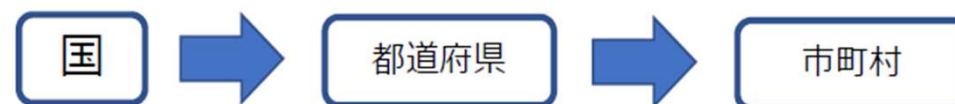
3 補助基準額等

○補助基準額

- ・ 医師派遣に要する費用の支援
- ・ 派遣医師と地域の関係者との研修会の支援
- ・ 医師を募集し、地域の医療機関を紹介する見学会の支援
- ・ 応募医師に対する総合的な診療能力の研修の支援
- ・ 特に医師を確保すべき区域における診療所の承継・開業支援 等

○補助率：国2/3、市町村1/3（都道府県からの間接補助）

○実施主体：医師確保対策の事業を都道府県と連携して実施する市町村



※都道府県を経由した間接補助

令和7年度第4回
三重県地域医療対策協議会
令和8年3月17日

資料4

令和7年度医師の働き方改革に係る取組について

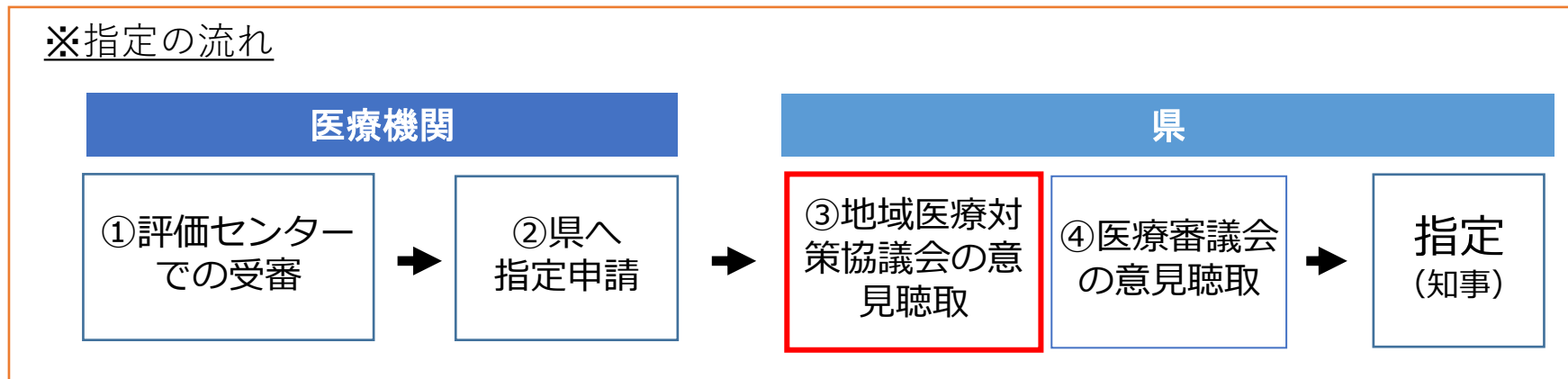
医師の働き方改革に係る特定労務管理対象機関の指定について

制度概要

令和6年度から、年間の時間外・休日労働時間が960時間を超えざるを得ない医療機関は、知事から特例水準の指定を受けることで、1,860時間を時間外・休日労働時間の上限とすることができます。

県は、地域医療対策協議会と医療審議会(医師の働き方改革部会)の意見を聴いて、指定を行います。(有効期間3年) ※なお、令和7年度については、新規での特定労務対象機関の申請はありません。

※指定の流れ



地域医療対策協議会での意見聴取の観点

申請者の時間外・休日労働時間が長時間となることについて、次の点から総合的に勘案し、やむを得ないものであるかどうか協議いただく。

- ①勤務医師数、業務内容、時間外数
- ②宿日直許可の状況
- ③医師の健康確保措置（面接指導、インターバル）の計画
- ④その他医師が働きやすい環境づくりの実績・計画
- ⑤（C-1の場合）臨床研修医、専攻医の確保を進める取組

現状の特定労務管理対象機関の指定状況

令和5年度においては、医師の働き方改革部会で検討を行い、特定労務管理対象機関（B・連携B・C-1の指定を受けた医療機関）として、下記の6病院を指定しました。

なお、令和7年度については、新規での特定労務管理対象機関の申請はありませんでした。

○特定労務管理対象機関（6病院）

医療機関名	指定水準	指定の事由
県立志摩病院	B水準	救急医療
市立四日市病院		地域において特に必要
県立総合医療センター		救急医療、地域において特に必要
三重中央医療センター		救急医療
伊勢赤十字病院		救急医療、地域において特に必要
三重大学医学部附属病院	連携B水準	医師の派遣
	C-1水準	臨床研修医の技能向上

水準	対象となる医療機関
B	地域の医療提供体制の確保のために医師に長時間労働をさせざるを得ない医療機関
連携B	他の医療機関へ医師を派遣し、地域の医療提供体制を支える医療機関
C-1	一定の期間集中的に長時間労働し技能向上を図る研修医・専攻医のいる医療機関
C-2	一定の期間集中的に長時間労働し特定の高度技能の修得を図る医師のいる医療機関

※三重県は指定なし

令和7年度の医師の働き方改革に係る取組内容

医療法第25条第1項に基づく立入検査

医療法第25条第1項に基づく保健所の立入検査において、面接指導の実施の有無、勤務間インターバルの確保等が検査項目となっているため、**特定労務管理対象機関の指定を受けている6医療機関の検査において、県も保健所に同行し、実施状況について確認を行いました。**

⇒確認の結果、全ての特定労務管理対象機関において適正に実施されており、指摘事項はありませんでした。

医師の働き方改革の施行後調査

医療機関の取組状況を把握するため、状況調査を実施しました。⇒結果概要は[次ページ参照](#)

医療労務管理実施事業

三重県医療勤務環境改善支援センターにおいて、医療機関の時間外・休日労働時間の状況を聴き取り、相談対応や宿日直許可の取得等に係るサポートを行いました。

・勤改センターにて行う業務のうち、医師の働き方に伴う時間外労働時間の削減や宿日直許可の問い合わせ対応は、「個別訪問」「相談対応」にて集計している。

・相談対応の減少は、上限規制や宿日直許可といった医師の働き方改革関係の問い合わせが減ったことによるところが大きい。

	個別訪問	相談対応
令和5年度	70件	209件
令和6年度	87件	179件
令和7年度	55件	106件

※すべて
1月末時点の件数

医師の働き方改革の施行後調査の実施結果について

令和6年4月1日から、勤務医の時間外・休日労働の上限規制が適用されたことに伴い、法施行後の状況を把握するため、昨年度に引き続き、今年度も以下のとおり医師の働き方改革施行後の状況調査を実施しました。(実施期間:R8.1.13.~2.12)

○調査対象

病院、分娩を取り扱う診療所、休日夜間応急診療所(118医療機関(うち回答数:104医療機関))

○調査項目

- ・医師の働き方改革に関連した医師の引き揚げ(派遣医師数の減少)の状況
- ・医師の働き方改革の施行に伴う救急医療提供体制、周産期医療提供体制等への影響
- ・医師の働き方改革の施行に伴う面接指導の実施状況
- ・宿日直許可の取得状況
- ・今後の時間外勤務時間見込み 等

○回答結果(概要)

調査の結果、県内において、医師の働き方改革による影響は特段生じていないと考えられる。
(理由)

- ・医師の働き方改革に伴う医師の引き揚げは生じていないこと。
- ・医師の働き方改革に伴う救急や周産期等への医療提供体制への影響は見られていないこと。
- ・面接指導等が必要な場合は、概ね順調に実施されていること。
- ・必要な宿日直許可は取得できていると考えられること。

医師の働き方改革に係る令和8年度の動き（予定）

特定労務対象機関の指定対象期間は、令和9年3月末で終了するため、引き続き指定を必要とする場合は、令和8年度中の再指定が必要。

そのため、以下の手順・スケジュールにより再指定を進めていく予定です。

①現状

- ・現在指定を受けている6医療機関のうち、市立四日市病院を除く5医療機関が、再指定に向けて準備中。

（市立四日市病院が再指定の申請を予定していない理由）

現在指定を受けている診療科について、令和6年度以降の時間外数が年960時間を下回っているため。

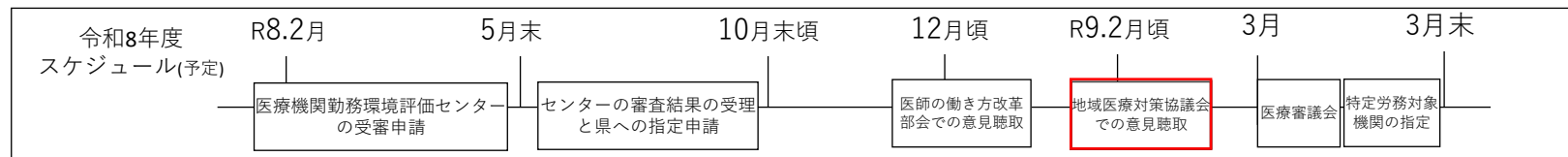
- ・現時点では新規指定を受ける医療機関はない見込み。

②医療機関勤務環境評価センター（厚生労働省）の受審

5医療機関は、現在の時間外削減の取組状況や今後の取組予定について、令和8年5月までに評価センター受審を申請する予定。（審査終了まで4ヵ月程度要する見込み）

③県指定審査

- ・評価センターの審査が終わり次第、県は医療機関から指定申請書を受理。
- ・令和9年2月頃に当協議会を開催し、再指定のための意見聴取を行う。



令和7年度第4回
三重県地域医療対策協議会
令和8年3月17日

参考資料 1

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ

令和8年3月17日（火）
三重県医療保健部医療人材課

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ①

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージにおける具体的な取組

1. 医師確保計画の実効性の確保

- ① 重点医師偏在対策支援区域
- ② 医師偏在是正プラン

2. 地域の医療機関の支え合いの仕組み

- ① 医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大等
- ② 外来医師過多区域における新規開業希望者への地域で必要な医療機能の要請等
- ③ 保険医療機関の管理者要件

3. 地域偏在対策における経済的インセンティブ等

- ① 経済的インセンティブ
- ② 全国的なマッチング機能の支援
- ③ リカレント教育の支援
- ④ 都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定

4. 医師養成過程を通じた取組

- ① 医学部定員・地域枠
- ② 臨床研修

5. 診療科偏在の是正に向けた取組

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ②

医師確保計画の実効性の確保

① 重点医師偏在対策支援区域

- 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などを「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に当たっては、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、住民の医療機関へのアクセス、診療所医師の高齢化率、地域住民の医療のかかり方、今後の人口動態等を考慮して選定することとする。当該区域については、二次医療圏単位のほか、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。また、対策の実施に当たっては、地域の関係者の理解が重要であることから、地域医療対策協議会及び保険者協議会で協議した上で当該区域を選定する。
- 厚生労働省が提示する候補区域については、
 - ① 各都道府県の医師偏在指標が最も低い二次医療圏
 - ② 医師少数県の医師少数区域
 - ③ 医師少数区域かつ可住地面積当たりの医師数が少ない二次医療圏（全国下位1/4）のいずれかに該当する区域を提示する。

② 医師偏在是正プラン

- 都道府県において、医師確保計画の中でより実効性のある医師偏在対策の取組を進めるため、重点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とする。
- 医師偏在是正プランにおいては、重点医師偏在対策支援区域、支援対象医療機関、必要な医師数、医師偏在是正に向けた取組等を定めることとし、策定に当たっては、地域医療対策協議会及び保険者協議会で協議する。また、医師偏在是正プランは、国の定めるガイドラインを踏まえ、緊急的な取組を要する事項から先行して策定し、令和8年度に全体を策定する。

※ 医師偏在指標については、医師の性別、年齢等を考慮しているが、医師不足の実態と大きく乖離することがないよう、令和9年度からの次期医師確保計画に向けて、必要な見直しを検討する。

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ③

地域の医療機関の支え合いの仕組み①

① 医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大等

- 管理者の要件として医師少数区域等における一定期間の勤務経験を求める対象医療機関について、医療法第31条において医師の確保に関する事項の実施に協力すること等が求められている公的医療機関及び国立病院機構・地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構が開設する病院を追加する。
- 施行に当たっては柔軟な対応も必要であり、医師少数区域等に所在する対象医療機関の管理者となる場合は対象から除外する。また、地域医療対策協議会において調整された医師派遣の期間や、地域医療対策協議会で認められた管理者に求められる幅広い経験の機会となる期間（例えば医育機関や臨床研修指定病院で医療従事者等の指導等に従事した期間等）について、医師少数区域等での勤務経験の期間に一部認める。令和2年度以降に臨床研修を開始した医師を管理者とする場合に適用する。
- また、医師少数区域等での勤務経験期間について、現行の6か月以上から1年以上に延長する。あわせて、医師免許取得後9年以上経過している場合は断続的な勤務日の積み上げを可能とし、9年以上経過していない場合は、最初の6か月以上の勤務は原則1か月以上の連続した勤務（妊娠・出産等による中断は可）の積み上げとし、残りの期間は断続的な勤務日の積み上げを可能とする。

② 外来医師多数区域における新規開業希望者への地域で必要な医療機能の要請等

- 都道府県において、外来医師偏在指標が一定数値（例えば標準偏差の数倍）を超える地域（外来医師過多区域）における新規開業希望者に対して、医療法に基づき、開業の6か月前に、提供する予定の医療機能等を記載した届出を求めた上で、当該届出の内容等を踏まえ、地域の外来医療の協議の場への参加を求めることができ、また、地域で不足している医療機能（夜間や休日等における地域の初期救急医療、在宅医療、公衆衛生等）の提供や医師不足地域での医療の提供（土日の代替医師としての従事等）を要請することができることとする。
- その際、外来医師過多区域、地域で不足している医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容は、都道府県において、地域の外来医療の協議の場における協議内容を踏まえ、事前に公表する。また、今後の人口動態等も踏まえつつ、人口あたり医師数や可住地面積あたり医師数等が特に高い市区町村や地区がある場合は、要請の対象区域について、外来医師過多区域単位ではなく、市区町村単位や地区単位とすることも考えられる。

地域の医療機関の支え合いの仕組み②

② 外来医師多数区域における新規開業希望者への地域で必要な医療機能の要請等（続き）

- 開業前に行われた要請等の実効性を確保するための仕組みとして、開業後、要請に従わず、地域で不足している医療機能の提供や医師不足地域での医療の提供を行わない開業者に対して、都道府県において、都道府県医療審議会での理由等の説明を求めた上で、やむを得ない理由と認められない場合は勧告を行い、勧告に従わない場合は公表を行うことができることとする。
- さらに、開業前に要請された診療所が当該要請後に保険医療機関の指定を受けた場合は、厚生労働大臣が行う保険医療機関の指定について、指定期間を6年でなく3年とする。都道府県は、指定期間が3年となった保険医療機関が3年後の更新を行う前に、地域で不足している医療機能の提供や医師不足地域での医療の提供といった地域医療への貢献等を都道府県医療審議会等において確認した上で、必要に応じて、前述の勧告を行い、厚生労働大臣は勧告を受けた診療所の保険医療機関の指定期間を3年より短い期間とすることを可能とし、事例によって標準的な期間を示しておく。
- あわせて、これらの開業者に必要な対応を促す観点から、都道府県医療審議会や外来医療の協議の場への毎年1回の参加を求めるとともに、要請又は勧告を受けたことの医療機能情報提供制度による報告・公表、都道府県のホームページ等での勧告に従わない医療機関名や理由等の公表、保健所等による確認、診療報酬上の対応、補助金の不交付等を行う。
- 上記の対応の対象とならない外来医師多数区域等や新規開業者以外の者については、引き続き、ガイドラインによる地域で必要な医療機能の要請等の取組を推進する。

③ 保険医療機関の管理者要件

- 適正な保険医療を効率的に提供するため、各保険医療機関に運営管理の責任者として管理者を設け、医師は2年の臨床研修及び保険医療機関(病院に限る)において3年、歯科医師は1年の臨床研修及び保険医療機関において3年、保険診療に従事したことを要件とし、従業者の監督や当該機関の管理及び運営の責務を課す。また、医師少数区域等においては、要件の適用に当たって一定の配慮を行う。

地域偏在対策における経済的インセンティブ等①

① 経済的インセンティブ

- 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。
- 重点医師偏在対策支援区域における医師確保を推進するため、都道府県の医師偏在是正プランに基づき、経済的インセンティブを講じることとし、医師偏在是正プラン全体の策定にあわせて、令和8年度から経済的インセンティブの本格実施とする。
- 具体的には、令和8年度予算編成過程において、重点医師偏在対策支援区域における以下のような支援について検討する。
 - ・ 当該区域で承継・開業する診療所の施設整備、設備整備、一定期間の地域への定着に対する支援（緊急的に先行して実施）
 - ・ 当該区域における一定の医療機関に対する派遣される医師及び従事する医師への手当増額の支援
 - ・ 当該区域内の一定の医療機関に対する土日の代替医師確保等の医師の勤務・生活環境改善の支援、当該区域内の医療機関に医師を派遣する派遣元医療機関に対する支援
- その際、国において、事業費の総額を設定した上で、その範囲内で、人口、可住地面積、医師の高齢化率、医師偏在指標等に基づき、都道府県ごとに予算額の上限を設定し、その範囲内で支援を行うこととする。
- 重点医師偏在対策支援区域における支援のうち、当該区域の医師への手当増額の支援については、全ての被保険者に広く協力いただくよう保険者からの負担を求める。また、医師への手当増額の支援については、診療報酬を代替するものであることを踏まえ、給付費の中で一体的に捉える。当該事業の実施について、保険者が実施状況や効果等を確認するための枠組みを検討する。
- 診療報酬において、医師偏在への配慮を図る観点から、どのような対応が考えられるか、さらに必要な検討を行う。

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ⑥

地域偏在対策における経済的インセンティブ等②

② 全国的なマッチング機能の支援

- 中堅・シニア世代等の医師を対象として、医師不足地域での医療に関心・希望を有する医師の掘り起こしを行い、必要に応じてリカレント教育や現場体験につなぎ、医師不足地域の医療機関とのマッチング、その後の定着支援等を行うため、全国的なマッチング機能の支援を行う。

③ リカレント教育の支援

- 若い世代を中心とした専門医制度における総合診療専門医の養成に加えて、中堅以降の医師を主な対象として、地域で働く上で必要とされる総合的な診療能力について学び直すためのリカレント教育に係る取組を推進する。具体的には、学会や病院団体等が協力して、総合診療の魅力発信、医療と介護の連携を含めた地域における実践的な診療の場の提供、知識・スキルの研修を全国推進事業として一体的に実施するようなリカレント教育事業を支援するとともに、継続的に事業の評価を実施する。

④ 都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定

- 都道府県における地域医療対策協議会等による医師派遣調整機能等を強化するため、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。あわせて、大学病院からの派遣体制を強化するため、医師確保対策における大学病院の位置づけを明確化する。

医師養成過程を通じた取組、診療科偏在の是正に向けた取組

<医師養成過程を通じた取組>

① 医学部定員・地域枠

- 医学部臨時定員について、医師の偏在対策に資するよう、個々の地域の実情や都道府県の意見を十分に聞きながら、必要な対応を進める。
- 医学部臨時定員の適正化を行う医師多数県において、地域枠学生を受入れ育成する大学が恒久定員内への地域枠の設置等を含む地域への定着の取組を促進するための支援を行う。
- 今後の医師の需給状況を踏まえつつ、2027年度以降の医学部定員の適正化の検討を速やかに行う。

② 臨床研修

- 広域連携型プログラム※の制度化に向けて、令和8年度から開始できるよう準備を進めていく。

※ 医師少数県等で24週以上の研修を実施

<診療科偏在の是正に向けた取組>

- 診療科偏在は、地域ごとの取組のみでは十分でなく、国全体として取り組むべき課題である。労働環境の改善や今後の医療需要の見込み等を踏まえ、新たな地域医療構想等を通じた一定の医療の集約化を図りつつ、女性医師・男性医師を問わず、必要とされる分野が若手医師から選ばれるための環境づくり等、処遇改善に向けた必要な支援を実施する。
- 外科医師が比較的長時間の労働に従事している等の業務負担への配慮・支援等の観点での手厚い評価について必要な検討を行う。