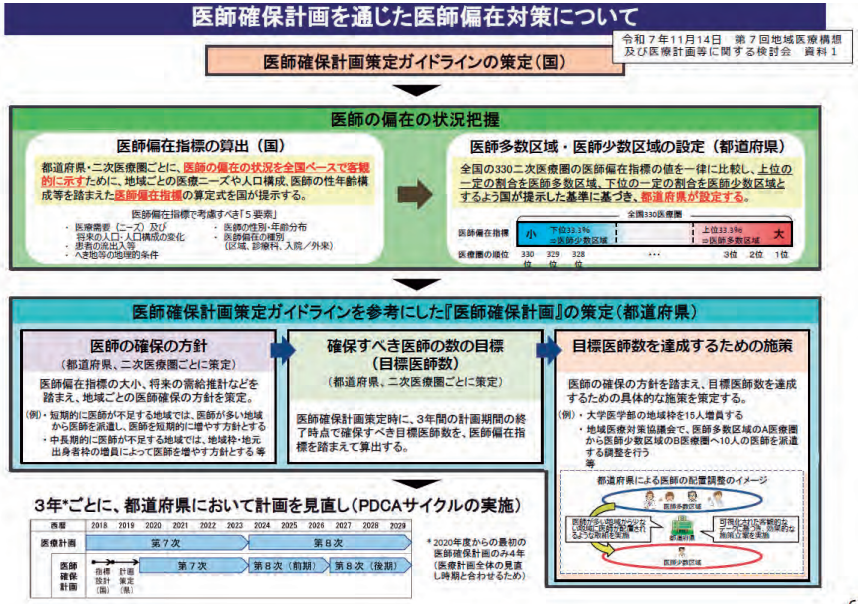
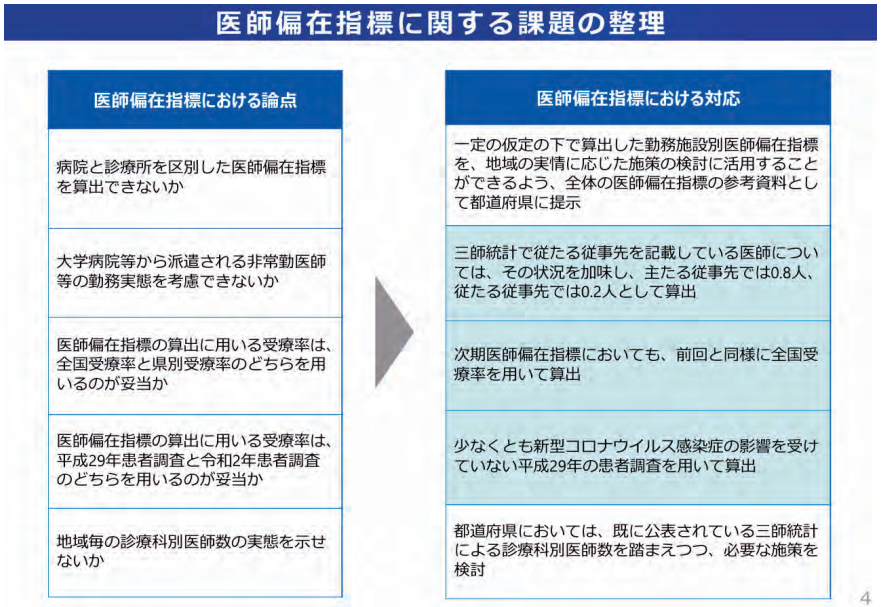
図表2-79



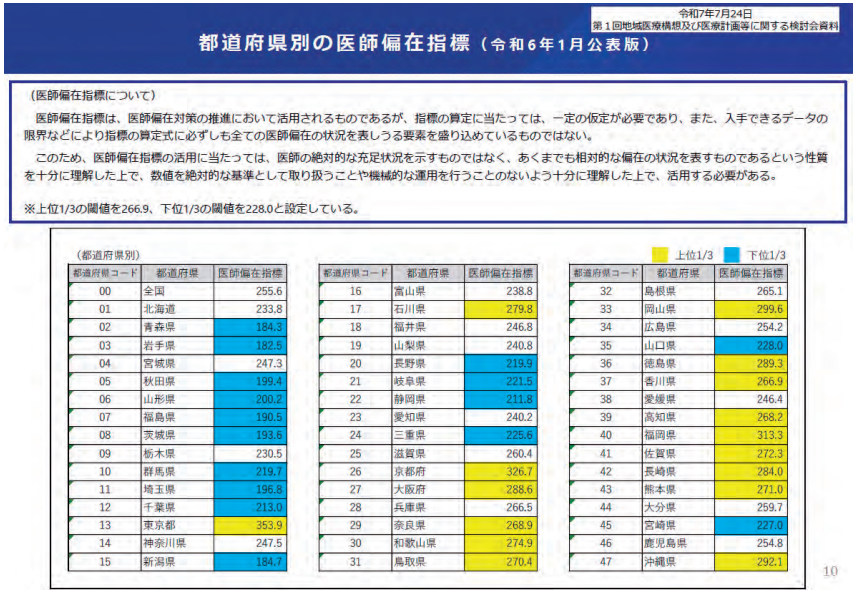
厚生労働省：「令和7年度医療政策研修会」資料1 から抜粋
https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001674527.pdf（令和8年3月22日確認）

図表2-80　※ 本資料は医師偏在指標の見直しの考え方を示すために引用したが、現行の医療計画策定時の資料であることに留意。



厚生労働省：「第9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」（令和4年10月27日開催）資料1 から抜粋
https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001005808.pdf（令和6年3月31日確認）

図表2-81



都道府県コード	都道府県	医師偏在指標	都道府県コード	都道府県	医師偏在指標	都道府県コード	都道府県	医師偏在指標
00	全国	255.6	16	富山県	238.8	32	島根県	265.1
01	北海道	233.8	17	石川県	279.8	33	岡山県	299.6
02	青森県	184.3	18	福井県	246.8	34	広島県	254.2
03	岩手県	182.5	19	山梨県	240.8	35	山口県	228.0
04	宮城県	247.3	20	長野県	219.9	36	徳島県	289.3
05	秋田県	199.4	21	岐阜県	221.5	37	香川県	266.9
06	山形県	200.2	22	静岡県	211.8	38	愛媛県	246.4
07	福島県	190.5	23	愛知県	240.2	39	高知県	268.2
08	茨城県	193.6	24	三重県	225.6	40	福岡県	313.3
09	栃木県	230.5	25	滋賀県	260.4	41	佐賀県	272.3
10	群馬県	219.7	26	京都府	326.7	42	長崎県	284.0
11	埼玉県	196.8	27	大阪府	288.6	43	熊本県	271.0
12	千葉県	213.0	28	兵庫県	266.5	44	大分県	259.7
13	東京都	353.9	29	奈良県	268.9	45	宮崎県	227.0
14	神奈川県	247.5	30	和歌山県	274.9	46	鹿児島県	254.8
15	新潟県	184.7	31	鳥取県	270.4	47	沖縄県	292.1

厚生労働省：「令和7年度医療政策研修会」資料1 から抜粋
https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001674527.pdf（令和8年3月22日確認）

図表2-82 静岡県における人口10万対医療施設従事医師数と医師偏在指標（新旧）

地域	医療圏	人口10万人当たり医療施設従事医師数（令和6年）		医師偏在指標（新旧）							
				第8次静岡県保健医療計画（前計画）				第9次静岡県保健医療計画（現行計画）			
		（単位：人）	県内順位（降順）	（単位：なし）	全国順位（降順）335医療圏	県内順位（降順）	区分	（単位：なし）	全国順位（降順）330医療圏	県内順位（降順）	区分
東部	賀茂	156．1	8	127．5	314	8	少数区域	144．4	301	8	少数区域
	熱海伊東	254．8	4	178．4	165	4	中位区域	190．4	193	5	中位区域
	駿東田方	255．8	3	188．0	137	3	中位区域	201．4	153	3	中位区域
	富士	166．9	7	150．4	261	7	少数区域	157．9	272	7	少数区域
中部	静岡	281．1*	2	213．6	89	2	多数区域	234．4	88	2	多数区域
	志太榛原	196．3	5	167．4	204	5	中位区域	191．8	187	4	中位区域
西部	中東遠	169．2	6	160．8	227	6	少数区域	176．3	229	6	少数区域
	西部	288．7	1	239．1	67	1	多数区域	258．0	67	1	多数区域
静岡県（全国）		238．9（267.4）	39（全国順位）	194．5（239.8）	39/47	－	少数県	211．8	39/47	－	少数県

＊二次医療圏の人口は静岡県年齢別人口推計（令和6年10月1日現在）を用いているため、静岡医療圏の人口当たり医師数は総務省人口推計を用いた国の数値（静岡市）と一致しない。

厚生労働省「令和6年医師・歯科医師・薬剤師統計」、静岡県健康福祉部「第9次静岡県保健医療計画」（令和6（2024）年3月）ほか を基に作成
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/22/dl/R04_1gaikyo.pdf（令和6年3月31日確認）

All rights reserved.

図表2-83 静岡県における医師偏在指標（全体、病院・診療所別）

地域	医療圏	医師偏在指標（全体）				医師偏在指標（病院）				医師偏在指標（診療所）			
		（単位：なし）	全国順位（降順）330医療圏	県内順位（降順）	区分	（単位：なし）	全国順位（降順）330医療圏	県内順位（降順）	区分	（単位：なし）	全国順位（降順）330医療圏	県内順位（降順）	区分
東部	賀茂	144. 4	301	8	医師少数区域	82. 1	318	8	医師少数区域	63. 9	189	7	中位区域
	熱海伊東	190. 4	193	5	中位区域	127. 9	181	5	中位区域	62. 4	204	8	中位区域
	駿東田方	201. 4	153	3	中位区域	132. 2	166	3	中位区域	68. 9	148	3	中位区域
	富士	157. 9	272	7	医師少数区域	90. 8	300	7	医師少数区域	66. 2	168	4	中位区域
中部	静岡	234. 4	88	2	医師多数区域	155. 1	97	2	医師多数区域	79. 0	79	1	医師多数区域
	志太榛原	191. 8	187	4	中位区域	128. 0	180	4	中位区域	64. 3	184	6	中位区域
西部	中東遠	176. 3	229	6	医師少数区域	110. 5	243	6	医師少数区域	65. 6	173	5	中位区域
	西部	258. 0	67	1	医師多数区域	182. 3	68	1	医師多数区域	75. 1	103	2	医師多数区域
静岡県（全国）		211. 8（255.6）	39/47	—	医師少数県	—（175.9）	—	—		—（79.7）	—	—	

＊令和6年3月時点の医師偏在指標（厚生労働省 令和6年1月公表版）において、二次医療圏別の上位1/3の閾値は217.6、下位1/3の閾値は179.3に設定されている。

厚生労働省：「令和4年医師・歯科医師・薬剤師統計」、静岡県健康福祉部「第9次静岡県保健医療計画」（令和6（2024）年3月）ほか を基に作成
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/22/dl/R04_1gaikyo.pdf（令和6年3月31日確認）

図表2-84

へき地尺度（Rurality Index for Japan）について

令和７年11月14日
第７回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１

- へき地医療に関わる関係者（医療専門職、行政職、住民）へのアンケート調査等に基づき、①人口密度、②最寄りの二次・救急医療機関までの直線距離、③離島、④特別豪雪地帯を項目として選定し、日本国内の医療におけるへき地の度合いを示す「へき地尺度（Rurality Index for Japan）」という尺度が2023年に報告されている。

研究内容：へき地医療に知見のある医師・看護師・患者団体の代表からなる専門委員会を選定。過去の研究レビュー結果をもとに、専門委員会がRIJの候補因子（人口規模・人口密度、医療アクセス、医師数、離島、二次医療機関までのアクセス、気候等）を選定し、候補因子リストを作成した後、へき地医療の知見を有するステークホルダー（へき地医療の知見を有する医療従事者、行政官、住民）100名を募り、修正デルファイ法による計３回のオンライン調査を実施して因子を決定した後、因子の解釈を行った。

結果：探索的因子分析を用いて算出した各因子の因子負荷量を各因子の重みとして用い、変換前RIJ (pre-conversion RIJ)を以下に示す式で算出。

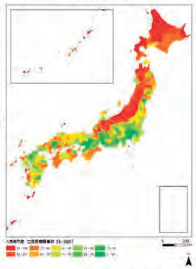
pre-conversion RIJ = 人口密度*(-0.3) + 直近の二次もしくは三次救急医療機関までの直線距離*0.46 + 離島*0.47 + 特別豪雪地帯*0.3

上記式で算出したpre-conversion RIJを整数値に変換した上で、百分位としてスコア化したものをRIJとして使用した。

※RIJは、１に近づくほどより都会に、100に近づくほどより地方になる。

<へき地尺度に用いた因子>

<二次医療圏別へき地尺度>



Kaneko M, Ikeda T, Inoue M, Sugiyama K, Saito M, Ohta R, Cooray U, Vingilis E, Freeman TR, Mathews M. Development and validation of a rurality index for healthcare research in Japan: a modified Delphi study. BMJ Open. 2023 Jun 19;13(6):e068800. doi: 10.1136/bmjopen-2022-068800. PMID: 37336534; PMCID: PMC10314574.

令和７年度の厚生労働科学研究班（研究代表者：福岡国際医療福祉大学　松田晋哉教授）において、医師少数区域の設定に活用することを念頭に、より精緻な「へき地尺度」を開発するための研究を実施している。

23

厚生労働省：「令和７年度医療政策研修会」資料１ から抜粋
https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001674527.pdf（令和８年３月22日確認）

図表2-85

医師偏在指標等を用いた医師少数区域等の考え方について①

令和７年11月14日
第７回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１（一部改）

現状・課題

○ 医師偏在指標を用いた医師少数区域等の設定について、
- 医師偏在指標のみを用いた場合には、山間部にへき地を多く抱えていたり、医療機関のアクセスに時間を要するといった地理的要素が反映されていないことが課題である。
- 実情をより精緻に反映させるために、可能な限り最新の調査結果を医師偏在指標に用いるべきであるといった意見があった。

○ 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特別豪雪地帯を項目を用いた「へき地尺度（RIJ）」について、へき地尺度が上位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。

○ 令和７年度の厚生労働科学研究班により、医師少数区域の設定に活用することを念頭に、より精緻なへき地尺度の検討が進められている。

論点

○ 次期医師確保計画（R9年度～）における医師少数区域等の設定にあたっては、現行の医師偏在指標のみでなく、へき地尺度（RIJ）についても組み合わせることで、地理的要素を一定程度反映したうえで医師少数区域を設定することとする。

○ 具体的には、**①現行の医師偏在指標による下位1/3に該当する区域**に加えて、**②現行の医師偏在指標による中位1/3の区域のうち、「へき地尺度（RIJ）が特に高い区域」**を追加し、新たな「医師少数区域」とすることとする。

○ へき地尺度が特に高い区域については、例えば**へき地尺度が上位10%の区域**として設定することとする。

25

厚生労働省：「令和７年度医療政策研修会」資料１ から抜粋
https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001674527.pdf（令和８年３月22日確認）

図表2-86

産科・小児科における医師確保計画を通じた医師偏在対策について

背景
- 診療科別の医師偏在については、まずは診療科と疾病・診療行為との対応を明らかにする必要があり、検討のための時間を要する。
- 一方、産科・小児科における医師偏在対策の検討は、政策医療の観点からも必要性が高く、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすい。

産科医師・小児科医師の偏在の状況把握

産科・小児科における医師偏在指標の算出

三次医療圏・周産期・小児医療圏ごとに、**産科・小児科における医師の偏在の状況を客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや、医師の性年齢構成等を踏まえた**産科・小児科における医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

医師偏在指標で考慮すべき要素
- 医療需要（ニーズ）・人口構成の違い等
- 患者の流出入等
- へき地等の地理的条件
- 医師の性別・年齢分布

相対的医師少数区域の設定

全国の周産期・小児医療圏の産科・小児科における医師偏在指標の値を一律に比較し、下位の一定の割合を相対的医師少数区域とする基準を国が提示し、それに基づき都道府県が設定する。
※労働環境に鑑みて、産科・小児科医師は相対的に少なくない地域等においても不足している可能性があることから、相対的多数区域は設定しない。

全国の周産期・小児医療圏
医師偏在指標　小　下位33.3%＝相対的医師少数区域　大

国は、都道府県に医師確保計画として以下の内容を策定するよう、ガイドラインを通知。

『医師確保計画』の策定

医師の確保の方針（三次医療圏、周産期・小児医療圏ごとに策定）
医師偏在指標の大小を踏まえ、医療圏の見直し等も含め地域ごとの医師確保の方針を策定。
- 医療圏の見直しや医療圏を越えた連携によってもなお相対的医師少数区域の場合は、医師の派遣調整により医師を確保する方針とする。等

偏在対策基準医師数（三次医療圏、周産期・小児医療圏ごとに策定）
計画終了時点の医師偏在指標が、計画開始時点の「相対的医師少数三次医療圏」、「相対的医師少数区域」の基準値（下位33.3%）に達することとなる医師数を「偏在対策基準医師数」と設定。

偏在対策基準医師数を踏まえた施策
医師の確保の方針を踏まえ、偏在対策基準医師数を達成するための具体的な施策を策定する。
- 産科又は小児科の相対的医師少数区域の勤務環境を改善する。
- 周産期医療又は小児医療に係る協議会の意見を踏まえ、地域医療対策協議会で、相対的医師少数区域内の重点化の対象となった医療機関へ医師を派遣する調整を行う等

（施策の具体的例）

①医療提供体制等の見直しのための施策
- 医療圏の統合を含む周産期医療圏又は小児医療圏の見直し。
- 医療提供体制を効率化するための再編統合を含む集約化・重点化。
- 病診連携の推進や、重点化された医療機関等から居住地に近い医療機関への外来患者の逆紹介の推進等による医療機関の機能分化・連携。
- 地域の医療機関の情報共有の推進。
- 医療機関までのアクセスに時間がかかる地域住民へ受診可能な医療機関の案内、地域の実情に関する適切な周知等の支援。

②医師の派遣調整
- 地域医療対策協議会における、都道府県と大学、医師会等の連携。
- 医療機関の実績や、地域における小児人口、分娩数と見合った数の医師数となるような派遣先の医療機関の選定。
- 派遣先の医療機関を医療圏ごとに重点化。医師派遣の重点化対象医療機関の医師の時間外労働の短縮のための対策。

③産科・小児科医師の勤務環境を改善するための施策
- 相対的医師少数区域に勤務する産科・小児科医師が、研修、リフレッシュ等のために十分な休暇を取ることができるよう、代診医の確保。
- 産科・小児科において比較的多い女性医師にも対応した勤務環境改善等の支援。
- 産科・小児科医師でなくても担うことのできる業務についての、タスクシェアやタスクシフト。

④産科・小児科医師の養成数を増やすための施策
- 医学生に対する必要な情報提供や円滑な情報交換、専攻医の確保に必要な情報提供、指導体制を含む環境整備、離職防止。
- 小児科医師の中でも確保に緊急を要する新生児医療を担う医師について、小児科専攻医を養成する医療機関において、新生児科（NICU）研修等の必修化の検討。
- 産科・小児科医師におけるキャリア形成プログラムの充実化。

20

厚生労働省：「第４回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」（令和７年９月11日開催）資料１ から抜粋
https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001560980.pdf令和８年３月31日確認）

図表2-87　※ 本資料は医師偏在指標の見直しの考え方を示すために引用したが、現行の医療計画策定時の資料であることに留意。

産科・小児科医師偏在指標に関する課題の整理

医師偏在指標における論点

産科医師偏在指標において、「産科・産婦人科医師数」を「分娩取扱医師数」に見直すのであれば、指標の名称も変更できないか

医師偏在指標における対応

産科医師偏在指標において、現行の「産科・産婦人科医師数」を「分娩取扱医師数」と変更し、三師統計において過去２年以内に分娩の取扱いありと回答した医師のうち、日常的に分娩を取り扱っていると考えられる産婦人科・産科・婦人科を主たる診療科と回答した医師を用いる
また、名称を「産科医師偏在指標」から「分娩取扱医師偏在指標」と変更する

分娩取扱医師偏在指標・小児科医師偏在指標においても、三師統計で従たる従事先を記載している医師については、その状況を加味し、主たる従事先では0.8人、従たる従事先では0.2人として算出

21

厚生労働省:「第9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」（令和４年10月27日開催）資料１ から抜粋
https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001005808.pdf（令和６年３月31日確認）

図表2-90 静岡県における医師偏在指標（分娩取扱医師・小児科医師）

地域	医療圏	医師偏在指標（第９次静岡県保健医療計画）							
		分娩取扱医師				小児科医師			
		（単位：なし）	全国順位（降順）263周産期医療圏	県内順位（降順）	区分	（単位：なし）	全国順位（降順）303小児医療圏	県内順位（降順）	区分
東部	賀茂	8.0	169	3	相対的医師少数区域でない	151.0	27	2	相対的医師少数区域でない
	熱海伊東					131.5	62	3	相対的医師少数区域でない
	駿東田方					153.0	25	1	相対的医師少数区域でない
	富士					84.0	233	7	相対的医師少数区域
中部	静岡	13.3	42	1	相対的医師少数区域でない	91.0	208	6	相対的医師少数区域
	志太榛原					101.0	170	4	相対的医師少数区域でない
西部	中東遠	9.4	121	2	相対的医師少数区域でない	74.5	269	8	相対的医師少数区域
	西部					99.1	176	5	相対的医師少数区域でない
静岡県		9.8	29/47	－	相対的医師少数県でない	94.4	46/47	－	相対的医師少数県

静岡県健康福祉部「第９次静岡県保健医療計画」（令和６(2024)年３月）第８章 医療従事者の確保 第１節 医師 を基に作成
https://www.pref.shizuoka.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/054/250/080100ryojujisyanokakuho.pdf（令和６年３月31日確認）

All rights reserved.

図表2-88・89

図表2-88

分娩取扱医師偏在指標

（都道府県別）　下位1/3

都道府県コード	都道府県	医師偏在指標
00	全国	10.5
01	北海道	10.1
02	青森県	8.2
03	岩手県	8.0
04	宮城県	10.0
05	秋田県	12.8
06	山形県	9.9
07	福島県	7.1
08	茨城県	9.8
09	栃木県	10.3
10	群馬県	9.1
11	埼玉県	8.2
12	千葉県	9.4
13	東京都	14.3
14	神奈川県	10.9
15	新潟県	8.7
16	富山県	10.8
17	石川県	10.8
18	福井県	12.7
19	山梨県	12.2
20	長野県	9.2
21	岐阜県	9.5
22	静岡県	9.8
23	愛知県	10.3
24	三重県	10.8
25	滋賀県	10.3
26	京都府	13.9
27	大阪府	11.8
28	兵庫県	9.2
29	奈良県	12.5
30	和歌山県	9.6
31	鳥取県	13.5
32	島根県	11.5
33	岡山県	10.3
34	広島県	8.6
35	山口県	9.5
36	徳島県	12.4
37	香川県	8.6
38	愛媛県	8.9
39	高知県	10.2
40	福岡県	11.0
41	佐賀県	10.4
42	長崎県	10.6
43	熊本県	9.3
44	大分県	10.2
45	宮崎県	9.0
46	鹿児島県	9.2
47	沖縄県	11.6

※下位1/3の閾値を9.5と設定している。

図表2-89

小児科医師偏在指標

（都道府県別）　下位1/3

都道府県コード	都道府県	医師偏在指標
00	全国	115.1
01	北海道	115.4
02	青森県	109.4
03	岩手県	103.8
04	宮城県	104.8
05	秋田県	127.9
06	山形県	114.0
07	福島県	98.0
08	茨城県	95.8
09	栃木県	109.2
10	群馬県	118.0
11	埼玉県	99.7
12	千葉県	93.6
13	東京都	150.4
14	神奈川県	106.1
15	新潟県	108.7
16	富山県	125.9
17	石川県	123.8
18	福井県	124.6
19	山梨県	127.3
20	長野県	120.2
21	岐阜県	109.7
22	静岡県	94.4
23	愛知県	94.7
24	三重県	107.7
25	滋賀県	124.3
26	京都府	152.7
27	大阪府	120.4
28	兵庫県	123.9
29	奈良県	108.7
30	和歌山県	130.4
31	鳥取県	171.0
32	島根県	118.0
33	岡山県	124.3
34	広島県	111.1
35	山口県	115.0
36	徳島県	127.7
37	香川県	122.0
38	愛媛県	120.0
39	高知県	134.4
40	福岡県	122.0
41	佐賀県	113.8
42	長崎県	128.5
43	熊本県	110.2
44	大分県	120.4
45	宮崎県	96.5
46	鹿児島県	95.2
47	沖縄県	95.1

※下位1/3の閾値を108.7と設定している。

厚生労働省ホームページ:「医師確保対策 ■医師偏在指標」から抜粋
【分娩取扱医師偏在指標】https://www.mhlw.go.jp/content/001212917.pdf（令和８年３月22日確認）
【小児科医師偏在指標】https://www.mhlw.go.jp/content/001188444.pdf（令和８年３月22日確認）

図表2-91

診療科別医師偏在について

第7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 令和4年9月21日 資料1（一部改）

第４次中間取りまとめ

医療従事者の需給に関する検討会 需給分科会　第４次中間取りまとめ

- 診療科別の医師偏在については、基本的対応として、まずは診療科と疾病・診療行為との対応を整理する必要があり、検討のための時間を要する。
- しかしながら、特に周産期医療、小児医療は、医療計画上、政策的に医療の確保を図るべきものとして位置づけられており、一方で産科・産婦人科、小児科の医師数は、医師全体に比べ増加割合が少なく、労働時間も長時間となる傾向にあることから、地域偏在に早急に対応する必要がある。また、一定の前提の下、診療科と疾病・診療行為との対応を現時点で整理することが可能である。こうした観点から、暫定的に、産科、小児科について診療科別医師偏在指標を示し、地域偏在是正に向けた対応等を行うこととする。

産科・小児科以外の診療科別の偏在指標の算出について

- 医師偏在指標を診療科別に算出するためには、それぞれの診療科について、標準化医師数及び患者数が必要となる。診療科別医師数は三師統計により把握可能であるが、労働時間（医師の勤務実態調査）については診療科によってはサンプル数が十分ではない。また、患者数（患者調査の受療率）は、診療科別ではなく傷病名別となっており、傷病名と診療科の対応関係は明確でない。このため、診療科別の偏在指標の算出は、現時点では困難である。

50

厚生労働省:「第１回医師養成課程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会」（令和６年１月29日開催）資料１ から抜粋
https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/001198911.pdf（令和６年３月31日確認）

図表2-92　※ 本資料は医師少数スポットの考え方を示すために引用したが、現行の医療計画策定の過年度資料であることに留意。

医師少数区域・医師少数スポット、医師の確保の方針

第５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　令和４年６月１６日　資料１　改変

国が定めている定義

- 医療法では、各種医師確保対策の対象として、「医師の確保を特に図るべき区域」という概念を設けている。

医師の確保を特に図るべき区域　＝　医師少数区域　＋　医師少数スポット

- 医師確保計画策定ガイドラインでは、「各都道府県において、医師偏在の状況等に応じた実効的な医師確保対策を進められるよう、医師偏在指標を用いて医師少数区域及び医師多数区域を設定し、これらの区域分類に応じて具体的な医師確保対策を実施することとする。医師少数区域及び医師多数区域は二次医療圏単位における分類を指すものであるが、都道府県間の医師偏在の是正に向け、これらの区域に加えて、厚生労働省は、医師少数都道府県及び医師多数都道府県も同時に設定することとする。」と記載している。
- 同ガイドラインでは、「都道府県においては、必要に応じて二次医療圏よりも小さい単位の地域での施策を検討することができるものとし、局所的に医師が少ない地域を「医師少数スポット」として定め、医師少数区域と同様に取り扱うことができるものとする。」と記載している。

医師少数区域以外から医師少数スポットを設定

- 設定した都道府県は26（55%）府県
- 設定した医療圏は76（23%）区域
- 医師少数スポットの総数は313地域（令和２年）

＜医師の確保の方針＞ 同ガイドラインでは、基本的な考え方として以下のとおり記載している

医師少数区域　：他の医師多数区域からの医師の確保を行う
医師中程度区域：必要に応じて、他の医師多数区域からの医師の確保ができる
医師多数区域　：二次医療圏外からの医師の確保を行わない
医師少数県　：他の医師多数県からの医師の確保ができる
医師中程度県：医師少数区域が存在する場合には、必要に応じて、他の医師多数県からの医師の確保ができる
医師多数県　：他の都道府県からの医師の確保を行わない

医師少数区域・医師少数スポットに対する既存の施策

① キャリア形成プログラム
（地域枠医師等が対象期間の9年間以上のうち4年間以上を医師の確保を特に図るべき区域等の医療機関で就業）
② 医師少数区域経験認定医師制度
（医師少数区域等で６ヶ月以上の勤務した医師を認定しインセンティブを付与）
③ 地域医療介護総合確保基金の都道府県への配分の配慮　等

13

厚生労働省：「令和5年度第１回医療政策研修会」（令和5年5月24日開催）資料15 から抜粋
https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001097794.pdf（令和6年3月31日確認）

図表2-93　※ 本資料は医師少数スポットの考え方を示すために引用したが、現行の医療計画策定の過年度資料であることに留意。

次期医師確保計画における医師少数区域・医師少数スポットに関する考え方

＜医師確保計画策定ガイドライン 第８次（前期）より抜粋＞

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

○　医師偏在指標の下位一定割合を各計画期間で一定とすれば、2020年度からの５計画期間で全ての都道府県が2036年度に医療ニーズを満たすためには、医師偏在指標の下位３分の１程度を医師少数区域及び医師少数都道府県とすることが必要であると導出される。このため、**医師偏在指標の下位33.3%を医師少数区域及び医師少数都道府県の設定の基準とする。**

○　ただし、医師偏在指標上は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、医師偏在指標上、**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。**

４－２．医師少数スポット

○　**医師少数スポットは、原則として市区町村単位で設定**し、へき地や離島等においては、必要に応じて市区町村よりも小さい地区単位の設定も可能であるものとする。なお、医師少数スポットを設定した場合は、**その設定の理由を医師確保計画に明記することとする。**

○　ただし、医師少数スポットを設定するに当たり、多くの地域が医師少数スポットとして設定され、真に医師の確保が必要な地域において十分な医師が確保できないという状況は改正法の趣旨を没却するものであるため、医師少数スポットの設定は慎重に行う必要がある。そのため、**既に巡回診療の取組が行われており、地域の医療ニーズに対して安定して医療が提供されている地域や、病院が存在しない地域などで明らかに必要な医療を他の区域の医療機関でカバーしている場合等、既に当該地域で提供すべき医療に対して必要な数の医師を確保できている地域を医師少数スポットとして設定することは適切ではない。**

○　また、**現在、無医地区・準無医地区として設定されている地域等を無条件に医師少数スポットとして設定することも、同様の理由から適切ではない**と考えられ、医師少数スポットはあくまで当該地域の実情に基づいて設定しなければならないものである。一方で、へき地診療所を設置することで無医地区・準無医地区に該当していない地域でも、当該へき地診療所における継続的な医師の確保が困難である場合であって他の地域の医療機関へのアクセスが制限されている地域などについては、必要に応じて医師少数スポットとして設定することが適切であると考えられる。

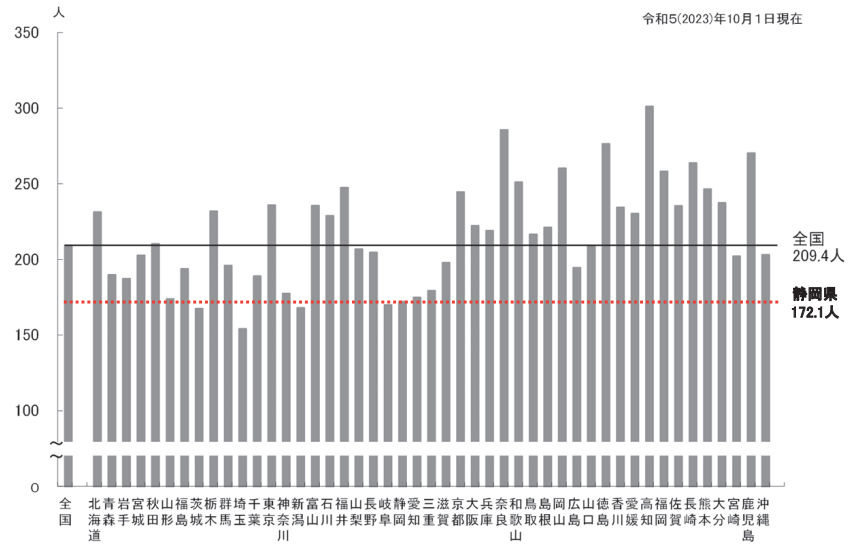
○　なお、医師少数スポットは、局所的に医師が少ない地域を設定するものであるため、**二次医療圏全体や医療機関を設定することは適切ではない。**

14

厚生労働省：「令和5年度第１回医療政策研修会」（令和5年5月24日開催）資料15 から抜粋
https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001097794.pdf（令和6年3月31日確認）

図表2-94

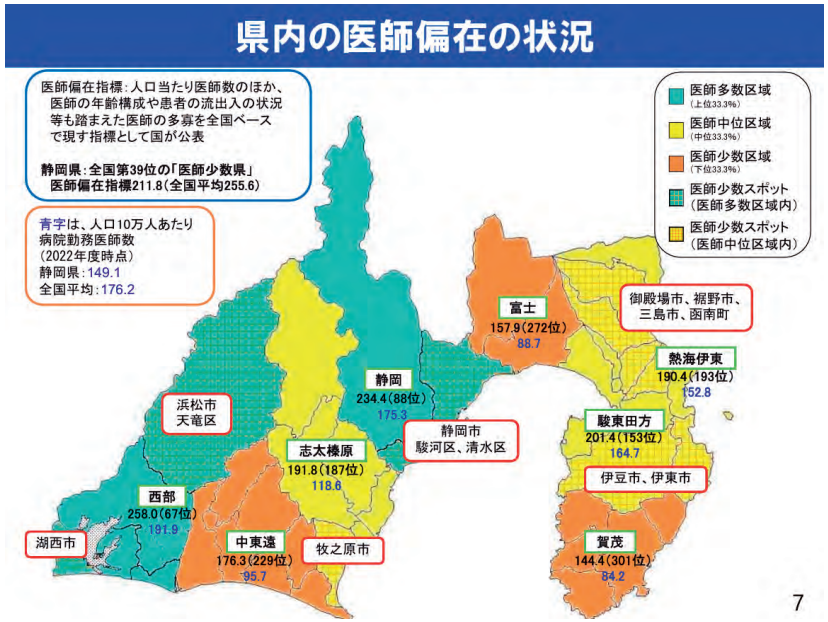
図７　病院の都道府県別にみた人口 10 万対常勤換算医師数



注：従事者数不詳を除いて算出した。

厚生労働省：「令和5（2023）年 医療施設(静態・動態)調査・病院報告の概況」図7に静岡県の数値・比較のための点線を追記
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/23/dl/11gaikyo05.pdf（令和7年5月28日確認）

図表2-95



静岡県健康福祉部地域医療課提供資料

カ　就業形態の状況（常勤医師割合）と育児・介護休業の取得状況等

医師数と女性医師の占める割合（以下、女性医師割合）の増加、さらには労働基準法の改正を受けた医師の働き方改革の推進や度重なる育児・介護休業法の改正など、医師の属性や働き方、勤務環境を取り巻く状況は、直近の 10 年間で大きく変化している。

そのため、医師数（届出数）だけでなく、届け出た医師の就業形態の状況や育児・介護休業の取得状況を把握しておくことは、医師の確保・偏在解消に向けた取り組みを検討する上で重要である。

(7) 就業形態の状況（常勤医師割合）

＜指定都市等別にみた就業形態の推移＞

医師法に基づく医師の届出票では、平成 28（2016）年から、就業形態に関する項目（常勤・非常勤の別）が追加されている。

そのため、「医師・歯科医師・薬剤師統計」（平成 28（2016）年までは「医師・歯科医師・薬剤師調査」）では、同年以降、医療施設等に従事する医師の就業形態の把握が可能となったが、公表されている集計結果の多くが就業形態を問わない届出数のみであるため、従業先（医療施設等）や従業地（都道府県、市区町村等）の医師数やマンパワー（労働力）を評価する際は留意する必要がある。

届出数から算出された人口当たり医師数よりも実態を反映した指標として用いられている医師偏在指標では、大学病院の医師等、地域への派遣状況が一定程度反映されているため、令和８（2026）年３月末時点で公表されている最新の医師偏在指標（令和６（2024）年１月公表；令和４（2022）年 12 月 31 日時点の届出内容を反映）から、医師が主たる従事先に加えて従たる従事先を届け出た場合、主たる従事先は 0.8 人、従たる従事先は 0.2 人に計上しているが、届出票に記載する従業先は主・従の各１施設に限られる上、按分比率も一律なため、個別の医師の勤務状況等を精緻に反映した常勤換算医師数とは異なり、医師のマンパワーを厳密には反映していないことにも留意する必要がある。**（図表 2-80（p. 58）参照、図表 2-94（p. 61）参照）**

今回は、医師の届出票に就業形態の項目が追加された、平成 28（2016）年から令和６（2024）年までの８年間の推移を検討した。**（図表 2-96）**

就業形態による医師数の把握が可能になった直近の８年間で、全国の医師数（届出数のうち、就業形態が不明な医師や医育機関の臨床系の大学院生を除く、常勤医師数と非常勤医師数の計）が 297,461 人から 325,706 人へと 9.5%増加する中で、非常勤医師は 31,090 人から 37,602 人と、20.9%増加した。**（図表 2-96 左）**

このうち、非常勤医師の占める割合（以下、非常勤医師割合）は、全国では、全体の約１割前後で推移した（平成 28（2016）年　10.5%、令和６（2024）年　11.5%）

が、静岡県では、令和２（2020）年までの横ばい状態（約９％）から、その後は増加傾向に転じて、令和６（2024）年には10.4％まで増加した。**（図表 2-96 右）**

県内の２つの指定都市とその他の市町別についてみると、静岡市では、令和２(2020)年に一時的に上昇した以外、７～８％前後の低い水準で推移した一方、浜松市では、静岡市とは逆に、令和２（2020）年に一時的な落ち込みがあったが、その前後では増加傾向が続き、平成28（2016）年の８％から令和６（2024）年には12％まで増加した。また、その他市町では、平成28（2016）年の10％から令和２（2020）年の８％台半ばまで減少したが、その後は増加傾向に転じて、令和６（2024）年には11％近くまで増加した。**（図表 2-96 右）**

指定都市等が特異な変動を示した令和２（2020）年は、新型コロナウイルスの感染拡大に伴う緊急事態宣言等、不要不急の外出自粛要請により、“人流”が大きく制限された。そのため、リモートワークやオンライン会議が急速に普及する転機となった年であるが、“人流”の制限は遠距離の移動を伴う非常勤医師の派遣にも影響を及ぼした結果、一時的な変動を生じた可能性が考えられる。**（図表 2-96 右）**

＜指定都市等別-業務種別による就業形態の違い＞

直近の令和６(2024)年における業務種別の就業形態を全国と静岡県で比較すると、静岡県は、医療施設（病院、診療所）と行政機関（県・市本庁、保健所、国出先機関等）で常勤医師の占める割合（以下、常勤医師割合）が全国を上回ったが、介護施設（介護老人保健施設、介護医療院）と産業医、保健衛生業務では全国を下回った。**（図表 2-97）**

県内の２つの指定都市とその他の市町別についてみると、静岡市では、介護施設（常勤医師の配置が施設基準となっている介護老人保健施設と介護医療院）で、浜松市では、医療施設（病院、診療所）と行政機関、産業医で、その他市町では、医療施設と介護保険施設以外の施設（総数）と保健衛生業務で、それぞれ県内で常勤医師割合が最も低かった。**（図表 2-98）**

静岡市では、届出医師数が最も多い医療施設で常勤医師割合が高いことから、全体の常勤医師割合が高い一方、届出医師数が静岡市よりも多い浜松市では、医療施設従事医師の約８人に１人が非常勤であり、雇用の流動性が高く、届出医師数がそのままマンパワーを表していない可能性が考えられ、医師数の評価で留意する必要がある。**（図表 2-98）**

(ｲ) 育児・介護休業の取得状況等

医師の届出票では、平成28（2016）年から、育児・介護休業の取得状況も届出項目に追加されていることから、就業形態と同様、令和６（2024）年までの８年間の推移を検討した。**（図表 2-99）**

産前・産後休業を取得中の医師（女性医師）の数は、全国では、令和６（2024）年は減少したものの、それまでは微増傾向にあったが、静岡県では、全体として減少傾向が続いていた。**（図表 2-99）**

出生数そのものは、全国・静岡県ともに、平成 28（2016）年から毎年、過去最少を更新し続けており、全国では、産前・産後休業を取得中の医師数の推移と一致しなかったが、届出時点（隔年 12 月 31 日時点）での取得状況であり、年間を通じた取得状況（取得医師数）ではないことに留意する必要がある。**（図表 2-100）**

育児休業を取得中の医師（男性・女性医師）の数は、全国・静岡県ともに、全体として増加傾向にあった。静岡県では、令和２（2020）年に一時的な落ち込みがみられたが、全国では同様の落ち込みはみられず、その要因は不明であった。**（図表 2-99）**

また、育児休業を取得中の医師の年齢階級は、全国・静岡県ともに、30～39 歳が大部分を占め、全国では男性医師の届出がわずかにみられた（女性医師の 1.3%）が、静岡県では届出時点で育児休業中の男性医師はいなかった。**（図表 2-101）**

ちなみに、保育所の定員（利用定員）は、全国・静岡県ともに減少傾向が続き、全国では、平成 28（2016）年から令和６（2024）年までの８年間に 5.4%、静岡県では 20.1%、それぞれ減少した。県内では、静岡市が 11.6%、浜松市が 33.6%、その他市町が 17.5%減少し、特に浜松市の減少幅が大きかった。**（図表 2-102）**

一方、幼保連携型認定こども園の定員（利用定員）は、全県・静岡県ともに増加傾向が続き、全国では、平成 28（2016）年から令和（2024）年までの８年間に 2.67 倍、静岡県では 2.48 倍となった。県内では、静岡市が 1.36 倍、浜松市が 3.93 倍、その他市町が 3.71 倍となり、特に浜松市とその他市町の増加幅が大きかった。**（図表 2-103）**

介護休業を取得中の医師（男性・女性医師）の数は、全国でも届出年ごとに 50 人前後、静岡県では１～２人程度で、届出時点（隔年 12 月 31 日時点）での取得医師数は少なかった。**（図表 2-99）**

(ｳ) 就業形態と育児・介護休業の取得状況等から見えるもの

就業形態と育児・介護休業の取得状況等から、医師の確保や偏在解消に向けた課題や今後の方向性について、以下に若干の考察を述べたい。

令和６（2024）年 12 月末時点において、女性医師割合は、全体では、全国は４人に１人、静岡県は５人に１人、29 歳以下に限れば、全国では３人に１人以上、静岡県でも３人に１人近く（浜松市では４割近く、その他市町でも４人に１人）であり、今後は、若手医師に限らず、中堅・シニア世代においても、女性医師割合の増加が見込まれる。**（図表 2-38・39・43-1,2(再掲)）**

一方、年齢階級別医師数では、30 代後半から 40 代前半で女性医師割合が低下しており、県内では、特にその他市町でその傾向が顕著であった。この世代の医師の多くは、医学部の女子学生割合が高かった平成 16（2004）年頃から平成 20（2008）年頃に相当するが、届出数に基づく女性医師割合は、その前後の世代よりも低く、学生当時の女子学生割合と乖離している状況が認められた。**（図表 2-38・39・43-1,2（再掲））**

令和６（2024）年の人口動態統計（確定数）によれば、子の出生時（総数）の母の平均年齢は 32.3 歳で、第１子が 31.0 歳、第２子は 33.1 歳、第３子では 34.2 歳である[*2-23]ことから、出産・育児の時期に重なる 30 代後半から 40 代後半で、一時的に離職や非常勤に就業形態を変更した女性医師が届出を行わなかった場合、想定される女性医師数と届出数との差につながる可能性が考えられる。**（図表 2-38・39（p.37）参照）**

また、同統計によれば、母が 40 歳以上であった割合は増加傾向にあり、平成 28（2016）年の 5.1％から、令和６（2024）年には 6.6％と、直近の 10 年で 1.5 ポイント上昇していた[*2-24]。出産年齢の高齢化は、子の育児と親の介護が同時に必要となる「ダブルケア」に追われるケースの増加が見込まれる[*2-25,26]が、医師もその例外ではない。

国では、令和３（2021）年・令和６（2024）年に育児・介護休業法を改正し、「男女とも仕事と育児・介護を両立できるよう、育児期の柔軟な働き方を実現するための措置の拡充や介護離職防止のための雇用環境整備、個別周知・意向確認の義務化など」を実施している。**（図表 2-104）**

しかしながら、現状では、負担が女性に偏っていることが指摘されており[*2-27]、女性医師も同様の境遇にあることが推察される。

平成 20（2008）年度以降、地域枠等を要件とした臨時定員により医学部入学定員が増加し、女子学生割合は一時わずかに低下したが、全体としては女性医師割合が高くなっている。**（図表 2-38・39・43-1,2（再掲））**

ただし、現在のような出産・育児に伴う女性医師の減少がこのまま続くと仮定した場合、この世代が出産・育児の時期に入る今後 10 年程度は、30 代後半から 40 代後半（特に 40 代）の中堅クラスの医師数が想定よりも少ない（期待した定員増の効果が得られない）可能性が生じるおそれがあると考えられる。**（図表 2-105）**

さらに、直近の令和６（2024）年度には、医学部の女子学生割合は４割近くまで増加していることから、地域における医療提供体制、中でも常勤医師数が少なく、限られた医師数で診療体制を確保することが求められる中小規模の病院にとっては、女性医師に限らず、男性医師を含めた若手から中堅の医師の働き方や勤務環境の整備は、若手医師の指導医の確保とともに、喫緊の課題であると考えられる。**（図表 2-43-1,2（再掲））**

特に、高齢化が進む中山間地域など、都市部から離れた中小規模の病院では、診療所に従事する医師も高齢化が進み、外来・在宅医療や地域の保健・介護関連業務（健診、予防接種、要介護認定等）への対応を求められるケースも少なくない。**（図表 1-9、本文 p.12 参照）**

このような地域では、単一の医療機関による対応は困難であり、地域医療連携推進法人制度の活用や、地域の医療需要に応じた機能再編・統合等を通じて、勤務医の柔軟で弾力的な就業形態を可能にするなど、地域全体で医師を確保し、医療提供体制を維持していくことが求められる。

一方、高度専門医療や医育機能を担う特定機能病院や地域の拠点となる医療機関には、多様な働き方を可能にするチーム制や交替制の導入に伴い必要となる医師数を確保しつつ、地域の医療機関等への医師派遣を通じて、地域（広域）から求められる医療機能や医育・医師派遣機能を発揮していくことが求められる。

これらの医師の確保や偏在解消に向けた取り組みは、令和８（2026）年度から始まる「新たな地域医療構想」の策定や、一部が令和７（2025）年度に前倒しして実施されている「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」を通じて、順次実施していくことが期待されている。**（図表 1-7・11（再掲）、本文 p.11～12 参照）**

そのため、医師確保計画の見直しにおいては、単に医師数のみに着目するのではなく、本項で述べたような女性医師の増加や就業状況など、医師を取り巻く状況や将来の見通しなどについても十分把握し、必要な対策を検討する必要がある。

*2-23 e-Stat（政府統計の総合窓口）:「人口動態調査 人口動態統計 確定数 出生 4-19 出生順位別にみた年次別父・母の平均年齢」
https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003411609（令和８年３月 31 日確認）

*2-24 e-Stat（政府統計の総合窓口）:「人口動態調査 人口動態統計 確定数 出生 4-6 母の年齢（５歳階級）別にみた年次別出生数・百分率及び出生率（女性人口千対）」

*2-25 内閣府男女共同参画局 :「育児と介護のダブルケアの実態に関する調査報告書のポイント」（内閣府委託調査：株式会社 NTT データ経営研究所実施、平成 28 年４月）
https://www.gender.go.jp/research/kenkyu/pdf/ikuji_point.pdf（令和８年３月 31 日確認）

*2-26 日本財団ジャーナル :「育児と親の介護を同時に担う「ダブルケアラー」。両立しながら自分らしく生きるためには？」（2025.7.8 日本財団）
https://www.nippon-foundation.or.jp/journal/2025/113497/nursing_care（令和８年３月 31 日確認）

*2-27 相馬直子 : ダブルケアをめぐる優先順位と選択 -量的・質的調査から考える-, 社会政策学会誌「社会政策」, 第 16 巻第１号, p.21-34, 2024.

医療施設従事医師数における最近の状況のまとめ ⑨

○ 就業形態の変化

就業形態による医師数の把握が可能になった平成 28（2016）年から令和６（2024）年までの８年間で、全国の医師数が 9.5%増加する中で、非常勤医師は 20.9%増加した。非常勤医師が全体に占める割合は、全国では約１割前後で推移したが、静岡県では９％の横ばい状態から増加傾向に転じ、令和６（2024）年には１割を超えた。

県内では、静岡市は低い水準で推移した一方、浜松市は増加傾向が続き、その他市町でも令和２（2020）年以降は増加傾向に転じ、静岡市との差が拡大傾向にあることから、今後の動向を注視し、各種指標を比較する上で留意する必要がある。

○ 育児・介護休業の取得状況等

育児休業を取得中の数は、全国・静岡県ともに、全体として増加傾向にあった。静岡県では、令和２（2020）年に一時的な落ち込みがみられたが、要因は不明であった。育児休業中の医師の年齢階級は、全国・静岡県ともに、30～39 歳が大部分を占めた。

介護休業を取得した医師は、全国・静岡県ともに、少ないながらも一定数みられた。

○ 就業形態と育児・介護休業の取得状況等から見えるもの

今後は、中堅・シニア世代における女性医師の占める割合の増加が見込まれるが、直近では、学生時代に女子学生の割合が高かった 30 代後半から 40 代前半の女性医師が出産・育児のピークを迎え、医療施設従事医師に占める割合が低下しており、特にその他市町でその傾向が顕著にみられた。

この世代に続く世代は、一時的に女子学生の割合が低下しているが、その後は女子学生の割合の増加が続き、令和７（2025）年度には女子学生が全体の約４割を占めている。

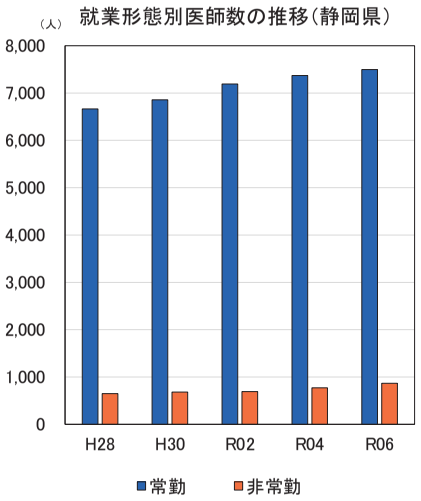
一方、40 歳以上での出産も増加しつつあり、子の育児と親の介護を同時に行う「ダブルケア」が求められるケースの増加が見込まれるが、現状では、家庭を持つ女性医師に負担が偏っていることが推察される。

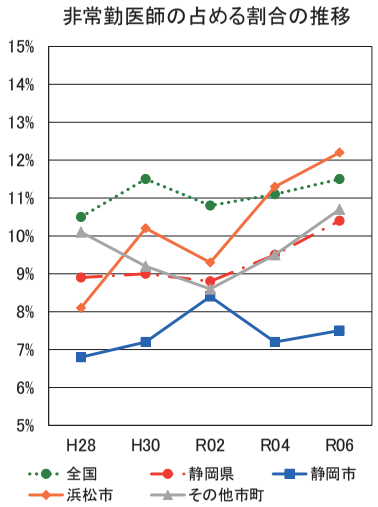
このような状況を踏まえると、地域における医療提供体制、中でも常勤医師数が少なく、限られた医師数で診療体制を確保することが求められる中小規模の病院にとっては、女性医師に限らず、男性医師を含めた若手から中堅の医師の働き方や勤務環境の整備は、若手医師の指導医の確保とともに、喫緊の課題であると考えられる。

今後は、令和８（2026）年度から始まる「新たな地域医療構想」の策定や、一部が令和７（2025）年度に前倒しして実施されている「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」を通じた、医師の確保や偏在解消に向けた取り組みにおいて、単に医師数のみに着目するのではなく、このような医師を取り巻く状況や将来の見通しなどについても十分把握し、必要な対策を検討する必要がある。

図表2-96 医療施設従事医師の就業形態の推移

（届出数/就業形態-常勤・非常勤別/全国・静岡県-指定都市・その他市町/2016（H28）年～2024（R06）年）





※ 就業形態は、平成28（2016）年から届出項目に追加された。
※ 就業形態が不明な者を除く。

厚生労働省：「医師・歯科医師・薬剤師統計（旧：医師・歯科医師・薬剤師調査）」を基に作成

All rights reserved.

図表2-97 業務種別による就業形態の状況

（届出数、常勤・非常勤別割合/業務種別/全国・静岡県/2024（R06）年）

（単位：人、%）

	全国			静岡県				
	総数	常勤	非常勤	総数	常勤		非常勤	
	届出数	割合	割合	届出数	届出数	割合	届出数	割合
医療施設	331,092	88.5	11.5	8,425	7,498	89.6	866	10.4
病院	219,393	89.1	10.9	5,438	4,859	90.3	524	9.7
診療所	111,699	87.2	12.8	2,987	2,639	88.5	342	11.5
介護老人保健施設	3,337	81.6	18.4	126	90	71.4	36	28.6
介護医療院	435	77.8	22.2	27	20	74.1	7	25.9
上記3施設以外	9,403	79.3	20.7	134	97	75.2	32	24.8
行政機関	1,829	89.2	10.8	21	19	90.5	2	9.5
産業医	1,698	68.5	31.5	44	30	68.2	14	31.8
保健衛生業務	1,107	38.7	61.3	16	4	25.0	12	75.0
その他	3,485	－	－	36	・	－	・	－
無職	2,434	－	－	23	・	－	・	－
不詳	20	－	－	0	0	－	0	－

※ 総数には大学院生、その他の業務の従事者、無職の者等を含み、常勤・非常勤別割合にはこれらを含まない。
※ 静岡県の常勤医師割合が全国よりも低い（非常勤医師割合が高い）業務種別を網掛けしている。

厚生労働省：「医師・歯科医師・薬剤師統計（旧：医師・歯科医師・薬剤師調査）」を基に作成

All rights reserved.

図表2-98 業務種別による就業形態の状況

（届出数、常勤・非常勤別割合/業務種別/指定都市等別（静岡県）/2024（R06）年）

（単位：人、%）

	静岡市			浜松市			その他市町		
	総数	常勤	非常勤	総数	常勤	非常勤	総数	常勤	非常勤
	届出数	割合	割合	届出数	割合	割合	届出数	割合	割合
医療施設	1,890	92.5	7.5	2,342	87.8	12.2	4,193	89.3	10.7
病院	1,230	94.3	5.7	1,601	87.8	12.2	2,607	89.8	10.2
診療所	660	89.1	10.9	741	87.8	12.2	1,586	88.6	11.4
介護老人保健施設	26	61.5	38.5	31	67.7	32.3	69	76.8	23.2
介護医療院	5	40.0	60.0	12	75.0	25.0	10	90.0	10.0
上記3施設以外	44	75.0	25.0	51	76.1	23.9	39	74.4	25.6
行政機関	9	88.9	11.1	5	80.0	20.0	7	100.0	0.0
産業医	15	60.0	40.0	6	50.0	50.0	23	78.3	21.7
保健衛生業務	5	40.0	60.0	5	20.0	80.0	6	16.7	83.3
その他	12	－	－	10	－	－	14	－	－
無職	8	－	－	5	－	－	10	－	－
不詳	0	－	－	0	－	－	0	－	－

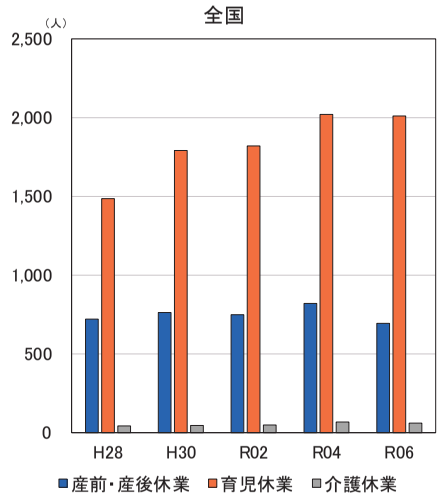
※ 総数には大学院生、その他の業務の従事者、無職の者等を含み、常勤・非常勤別割合にはこれらを含まない。
※ 3区分（静岡市、浜松市、その他市町）のうち、常勤医師割合が最も低い（非常勤医師割合が最も高い）区分の業務種別を網掛けしている。

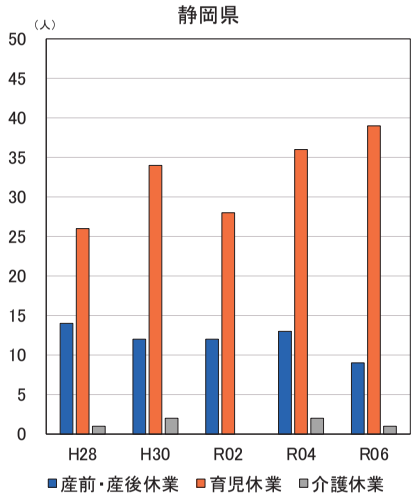
厚生労働省：「医師・歯科医師・薬剤師統計（旧：医師・歯科医師・薬剤師調査）」を基に作成

All rights reserved.

図表2-99 休業取得中の医師数の推移

（届出数/総数-休業の取得別/全国・静岡県/2016（H28）年～2024（R06）年、各年12月31日時点）





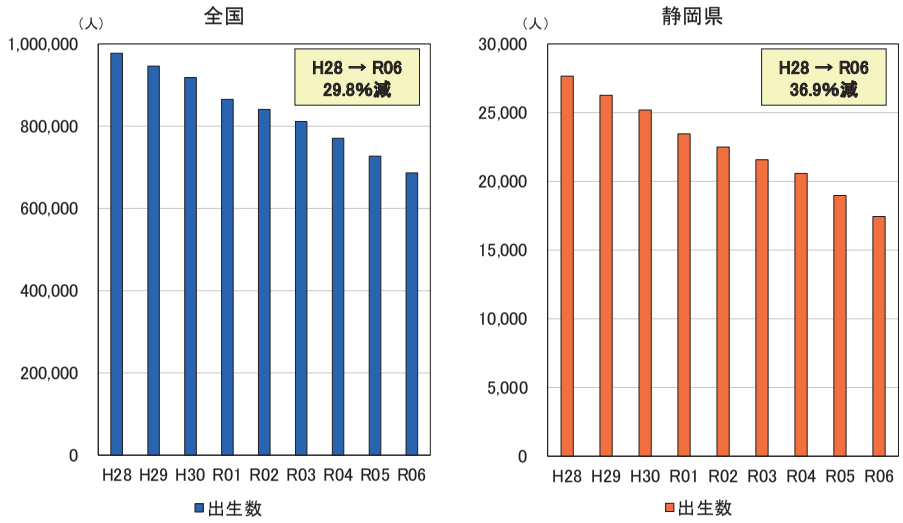
※ 休業の取得状況は、平成28（2016）年から届出項目に追加された。

厚生労働省：「医師・歯科医師・薬剤師統計（旧：医師・歯科医師・薬剤師調査）」を基に作成

All rights reserved.

図表2-100 出生数の推移

（出生数/全国・静岡県/2016（H28）年～2024（R06）年）



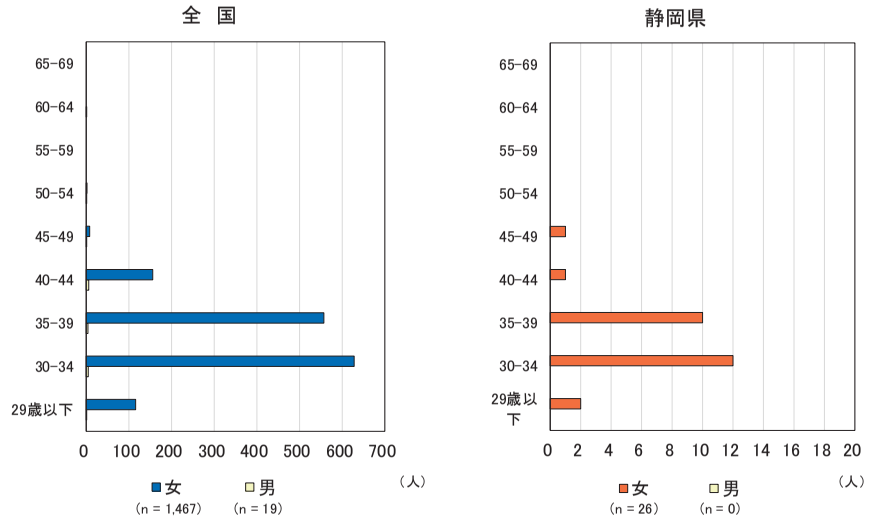
厚生労働省：「人口動態統計 確定数 出生」を基に作成

All rights reserved.

地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

図表2-101 育児休業取得中の医師の状況

（届出数/性・年齢階級別/全国・静岡県/2024（R06）年12月31日時点で休業中の医師）



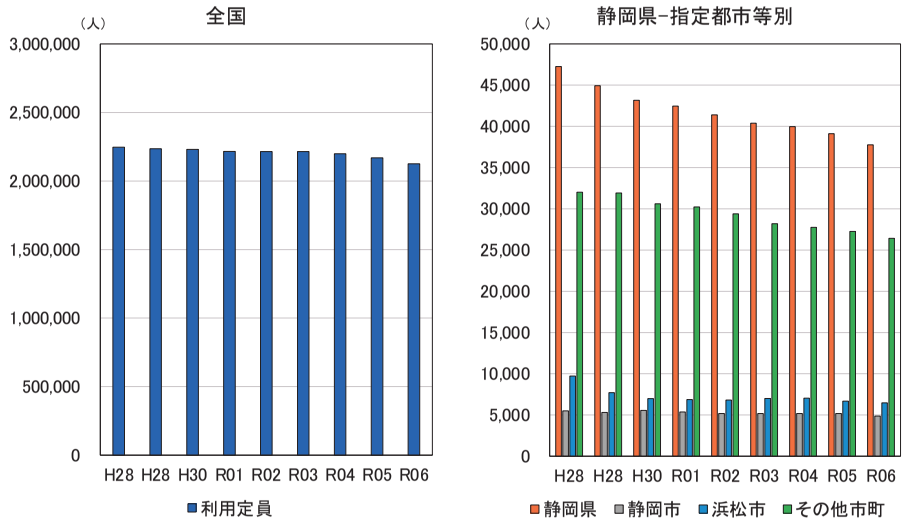
厚生労働省：「医師・歯科医師・薬剤師統計（旧：医師・歯科医師・薬剤師調査）」を基に作成

All rights reserved.

地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

図表2-102 保育所の定員（利用定員）の推移

（定員数/全国、静岡県-指定都市等別/2016（H28）年～2024（R06）年）



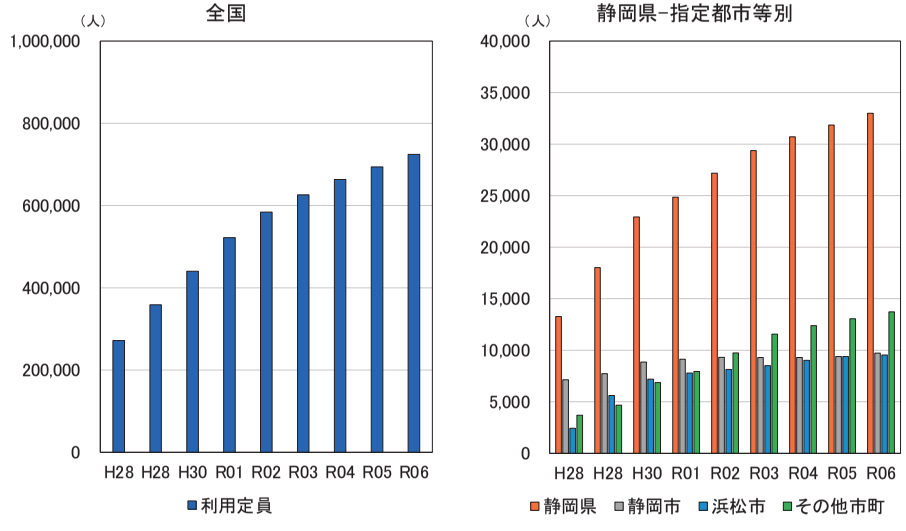
厚生労働省：「福祉行政報告例 児童福祉 保育所の定員」を基に作成

All rights reserved.

地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

図表2-103 幼保連携型認定こども園の定員（利用定員）の推移

（定員数/全国、静岡県-指定都市等別/2016（H28）年～2024（R06）年）



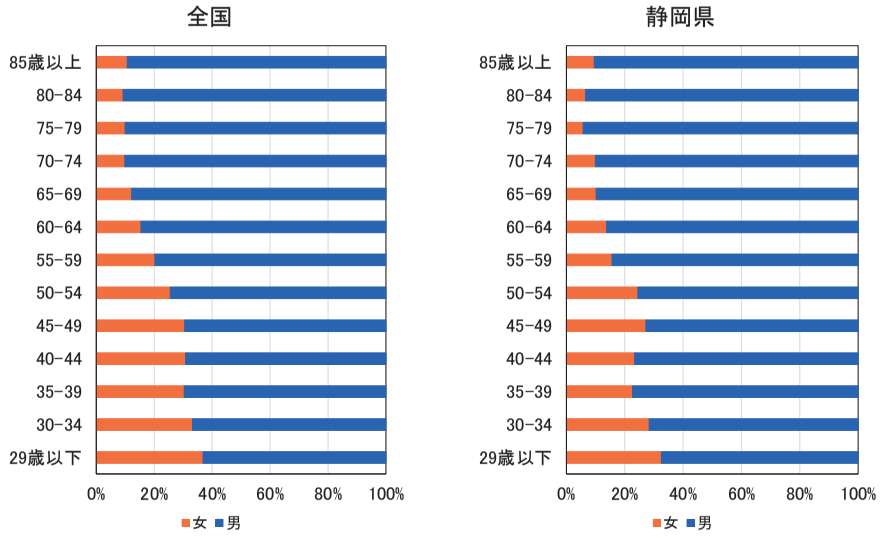
厚生労働省：「福祉行政報告例 児童福祉 保育所の定員」を基に作成

All rights reserved.

地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

図表2-38（再掲）年齢階級別医療施設従事医師構成割合 ①

（届出数/性別/全国、静岡県/2024（R06）年）



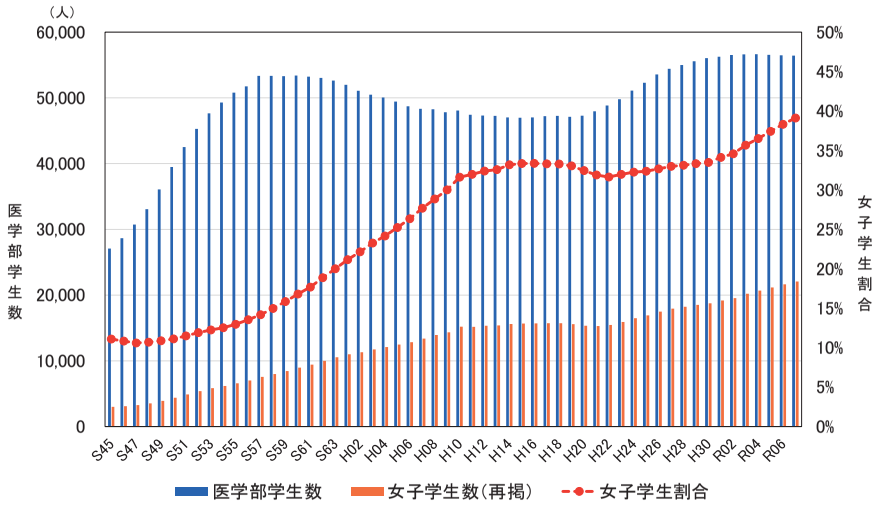
厚生労働省：「令和6（2024）年医師・歯科医師・薬剤師統計」を基に作成

All rights reserved.

地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

図表2-43-1（再掲）医学部学生数と女子学生構成割合の推移

（総数/医学部学生数・女子学生割合/S45（1970）-R07（2025）年度）



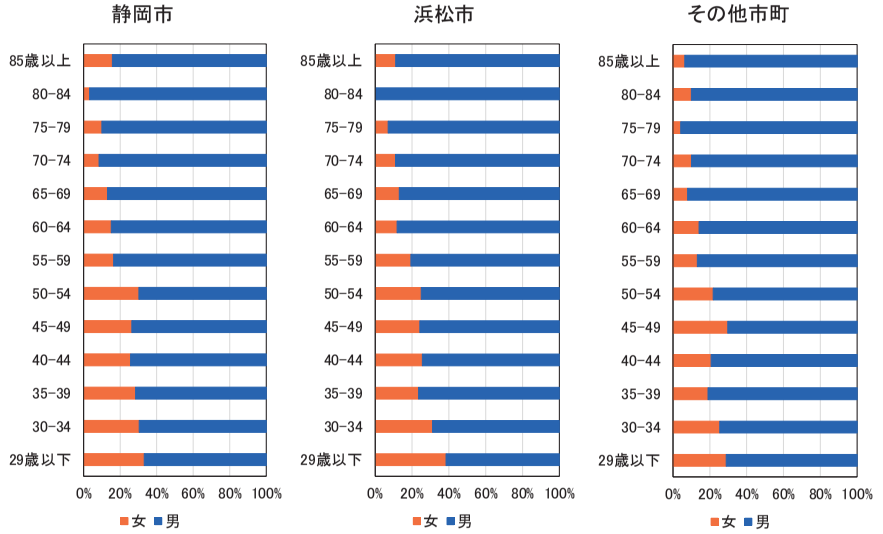
文部科学省：「学校基本統計」を基に作成

All rights reserved.

地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

図表2-39（再掲）年齢階級別医療施設従事医師構成割合 ②

（届出数/性別/静岡市、浜松市、その他市町/2024（R06）年）



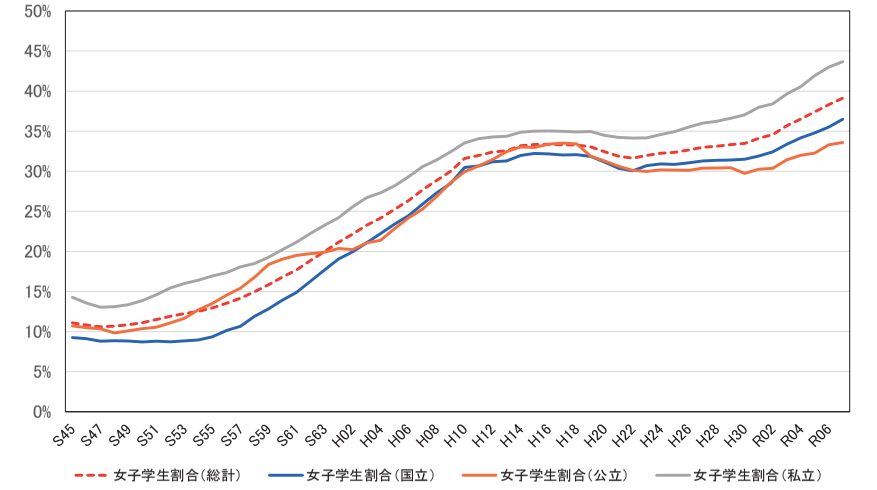
厚生労働省：「令和6（2024）年医師・歯科医師・薬剤師統計」を基に作成

All rights reserved.

地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

図表2-43-2（再掲）医学部学生数に占める女子学生割合の推移

（設置主体別/女子学生割合/S45（1970）-R07（2025）年度）



文部科学省：「学校基本統計」を基に作成

All rights reserved.

地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

図表2-104 最近の育児・介護休業法改正のポイント（令和3年・6年改正）

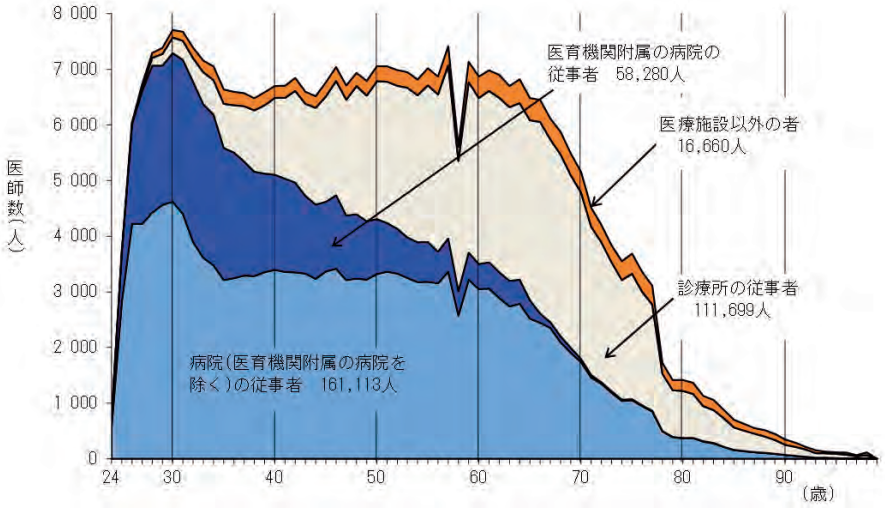
令和3（2021）年改正	令和6（2024）年改正
○ 産後パパ育休（出生時育児休業）の創設	○ 子の看護休暇の見直し
・子の出生後8週間以内に4週間まで取得可能（2回まで分割して取得可能；まとめて申し出） ・労使協定締結の場合に限り、個別に合意した範囲で、休業中に就業可能（上限あり）	・対象範囲の拡大、取得事由の拡大等 小学校就学始期までから、小学校3年生修了まで 感染症に伴う学級閉鎖等、入園（入学）式・卒園式
○ 育児休業制度の変更	○ 所定労働の制限（残業免除）の対象拡大
・1歳までの育児休業は、2回まで分割して取得可能（それぞれ取得時に申し出） ・特に必要と認められる場合の1歳以降の育児休業では、①休業開始日の柔軟化（配偶者の休業期間との調整）、②特別な事情がある場合に限り再取得可能	・3歳未満から、小学校就学前へ
○ 雇用環境の整備（義務化）	○ 育児休業取得状況の公表義務適用拡大（義務化）
・研修の実施や相談体制の整備 ・申し出に対する個別の周知・意向確認 ・就業規則の変更（雇用期間の記載等） など	・従業員数1,000人超の企業から、300人超の企業へ（年1回、一般人が閲覧可能な方法）
	○ 介護休業を取得できる労働者の要件緩和
	・継続雇用期間の要件撤廃
	○ 介護離職防止のための雇用環境の整備（義務化）
	・研修の実施や相談体制の整備
	・申し出に対する個別の周知・意向確認 など

厚生労働省 都道府県労働局雇用環境・均等部（室）作成リーフレット（左：令和4年9月作成版、右：令和6年11月作成版）を参考に作成

All rights reserved.

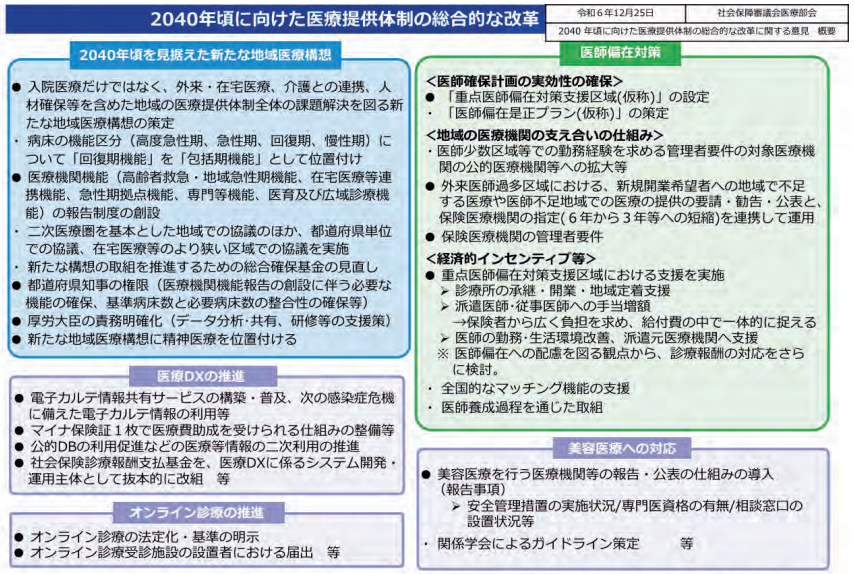
地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

図表2-105 施設の種別・年齢別にみた医師数（令和6年12月31日現在）



厚生労働省：「令和6（2024）年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況」参考表（参考1）から引用
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/24/index.html（令和8年3月10日確認）

図表1-7（再掲）



厚生労働省：「第9回医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会」（令和7年1月21日開催）資料1 から抜粋
https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/001379581.pdf（令和7年3月16日確認）

図表1-11（再掲）

厚生労働省：「第1回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」（令和7年7月24日開催）資料2 から抜粋
https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001521527.pdf（令和8年2月24日確認）

1　医師偏在の解消及び地域医療構想の実現に向けた地域における医療提供体制の在り方に関する検討

（３）主たる診療科-広告可能な専門医資格取得医師数の状況等

ア　総括

(ｱ) 医師養成過程における医師偏在対策

現在、地域・診療科ごとの医師偏在対策は、各都道府県が策定している医師確保計画の中で、国が定める医師偏在指標などに基づき、都道府県が、独自に設定する医師少数スポットなどを設定しながら、地域の実情に沿った様々な施策を展開している。**（図表 1-15（再掲））**

このうち、若手医師を中心とした医師養成過程における取組としては、大学医学部における卒前教育、医師免許取得後の医師臨床研修制度に基づく臨床研修（いわゆる「初期研修」）と専門医資格取得のための専門研修（いわゆる「後期研修」））における卒後教育を通じて、医師偏在対策が進められている。**（図表 2-106）**

(ｲ) 臨床研修・専門研修の経緯と現状

＜臨床研修＞

平成 16（2004）年度から必修化された臨床研修は、前年度となる平成 15（2003）年度に実施された最初のマッチングから既に 20 年が経過し、静岡県（以下、本県）の臨床研修の募集定員とマッチ者数、マッチ率は、平成 15（2003）年度の募集定員 232 人/マッチ者数 147 人（マッチ率 63.4%）から、令和 7（2025）年度の 301 人/279 人（92.7%）となり、募集定員で 69 人増加（29.7%増；約 1.3 倍）、マッチ者数で 132 人増加（89.8%増；約 1.9 倍）し、マッチ率は 29.3 ポイント増加した[*2-28]。

ちなみに、全国では、平成 15（2003）年度の募集定員は 10,870 人、マッチ者数は 7,756 人、マッチ率 71.4%で、令和 7（2025）年度はそれぞれ、10,527 人、8,910 人、84.6%[*2-29] で、本県における臨床研修必修化後の研修医（いわゆる「初期研修医」）は、全国を上回るペースで増加していることが分かる。

＜専門研修＞

専門研修については、平成 26（2014）年の一般社団法人日本専門医機構（以下、専門医機構）の設立により、昭和 37（1962）年以降に各領域専門学会単位に設立した専門医制度から、第三者機関による制度の統一化を通じて、基本領域とサブスペシャルティ領域（以下、サブ領域）の２段階制からなる制度に再構築され、平成 30（2018）年度に新制度が発足した[2-30]。

基本領域では、毎年、臨床研修修了者の 90～95%が専攻医登録され、令和３（2021）年からは新制度による 18,497 人の専門医が誕生したほか、従来の学会認定専門医が更新基準を満たすことで移行された機構認定専門医が 108,430 人いることから、専門医機構は「現在、基本領域の新制度に関しては、ほぼ定着したと考えます」[2-31] としている。

一方、サブ領域については、「地域医療への影響に関する様々な方面の危惧によって、予定より開始が遅れ」、「連動研修を行う 15 領域でのみ令和４（2022）年に研修が開始され、他の機構認定 12 領域では、順次、整備基準の審査、承認が進められています」としている[2-30]。

本県では、平成 30（2018）年度の新制度導入移行、専攻医採用数は増加傾向にあるが、直近の３年間はほぼ横ばい状態となっている。**（図表 2-29（p. 29）参照）**

(ｳ) 広告可能な医師の専門性に関する資格名等

広告可能な医師の専門性に関する資格名等については、医療法に基づく厚生労働省告示により規定され、医師法に基づく医師の届出項目にもなっていることから、医師・歯科医師・薬剤師統計の集計結果（公表分）から、一定程度の分析が可能となっている。**（図表 2-107・108）**

なお、専門医機構が認定する専門医のうち、基本領域は令和４（2022）年に広告開示が認められ、現在はサブ領域に関する議論が行われている[2-30]。**（図表 2-107）**

(ｴ) 主たる診療科別医師数と広告可能な専門医資格取得医師数の状況
＜直近 10 年間の変化＞

平成 26（2014）年から令和６（2024）年までの、直近 10 年間における主たる診療科別医師数（医療施設従事医師数；以下同じ）の増減の状況をみると、50％以上増加した診療科から 50％以上減少した診療科まで、診療科により増減の動向が大きく異なっていた。**（図表 2-109）**

また、同じ 10 年間で、主な広告可能な専門医資格別取得医師数（以下、専門医資格取得医師数）の増減の状況をみると、主たる診療科と同様、広告可能な専門医資格（以下、専門医資格）により増減の動向が大きく異なっていた。**（図表 2-110）**

これらの２つの視点から見た診療科（専門医資格）別医師数の増減の状況をみると、内科 12 科[*2-31]をはじめとする内科系では、感染症内科と心療内科を除き、多くの診療科では主たる診療科医師数と専門医資格取得医師数がともに増加していた。また、専門医資格取得医師数が減少した領域（診療科）もあるが、感染症内科と心療内科以外の主たる診療科医師数は増加していた。**（図表 2-109～111）**

外科８科[*2-32]をはじめとする外科系では、主たる診療科医師数と専門医資格取得医師数がともに減少した気管食道外科と小児外科、主たる診療科医師数には増減がなかったものの専門医資格取得医師数が減少した外科８科（外科総数・外科専門医）、主たる診療科医師数には増減がなかったものの専門医資格取得医師数が増加した消化器外科（胃腸外科）を除き、４つの外科系診療科（呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、肛門外科）で主たる診療科医師数が増加し、呼吸器外科以外は専門医資格取得医師数も増加していた。**（図表 2-109・110・112）**

その他の診療科では、小児科で主たる診療科別医師数と専門医資格取得医師数がともに減少したが、他の診療科は主たる診療科医師数が増加もしくはほぼ同数であったが、専門医資格取得医師数は診療科により増減に違いがみられた。**（図表 2-113）**

各領域のうち、10 年間の前後で増加した、もしくは増減がなかった専門医資格について 10 年間の推移をみると、ほとんどの専門医資格で資格取得医師数のピークが中間年にあり、令和６（2024）年までの間にピークアウトしていた、もしくは横ばい状態に移行していたことが明らかとなった。**（図表 2-110；該当専門医資格は斜字、各専門医資格取得医師数の推移等については当該頁を参照）**

＜地域による偏在と就業形態の状況（常勤医師割合）＞

主たる診療科別（44 診療科；臨床研修医を１診療科とみなして含めた）医師数を地域別（東部地域、中部地域、西部地域）にみると、人口当たり医師数が最も多い診療科の数は、中部地域と西部地域が 17 診療科で並び、東部地域 13 診療科の順（一部重複あり）となった。**（図表 2-114）**

同様に、指定都市等（静岡市、浜松市、その他市町）の３区分でみると、人口当たり医師数が最も多い診療科の数は、浜松市が 25 診療科で最も多く、次いで静岡市が 16 診療科、その他市町が３診療科の順となった。**（図表 2-114）**

地域と指定都市等との関係では、例えば、内科（他の 11 科以外）の場合、地域では東部地域で最も多いが、指定都市等では浜松市が最も多く、外科（他の７科以外）の場合、地域では東部地域で最も多いが、指定都市等では静岡市が最も多いなど、両者は必ずしも重ならないことに留意する必要がある。**（図表 2-114）**

マンパワー（労働力）の面では、医師数（届出数）だけでなく、医師の就業形態（常勤・非常勤）の状況も重要な視点となる。

全国と静岡県の比較では、44 診療科のうち 13 診療科で、静岡県の常勤医師の占める割合（以下、常勤医師割合）が全国を下回った（非常勤医師の占める割合が全国を上回った）。**（図表 2-115）**

このうち、消化器外科（胃腸外科）、リハビリテーション科、臨床検査科の３診療科では、人口当たり医師数がわずかながら全国を上回っていたが、他の 10 診療科は全国と同数もしくは全国を下回っていた。**（図表 2-114・115）**

同様に、指定都市等の３区分でみると、常勤医師割合が最も低い診療科の数は、浜松市が 19 診療科で最も多く、次いでその他市町が 14 診療科、静岡市が７診療科の順（常勤医師割合が３区分で同率の場合や届出数が１区分のみの場合を除く）となった。**（図表 2-116）**

このうち、浜松市では、14 診療科で人口当たり医師数が３区分の中で最も多く、静岡市では４診療科、その他市町では２診療科（同上）で人口当たり医師数が３区分の中で最も多かった。**（図表 2-114・116）**

主たる診療科別医師数（届出数）と医師の就業形態（常勤医師割合）との関係では、４つのパターンが考えられる**（図表 2-117）**が、常勤医師の占める割合（常勤医師割合）が低くなるパターンとしては、①医師数が多く比較的余裕があり、子育て世代の医師（特に女性医師）が多いパターン（都市部など）と、②医師数が少なく他地域からの派遣等による医師が多いパターン（へき地や中山間地域や医師の地域偏在が著しい場合など）の２つが考えられる。

全体として、静岡市は常勤医師割合が比較的高く、三師統計の医師数（届出数）が実情に近いと考えられるが、浜松市は医師数が比較的多くても非常勤医師の割合が高い診療科（脳神経外科、形成外科（美容外科を除く）、産婦人科（３科）、麻酔科など）もあり、医師偏在の現状把握や今後の対策を検討する上で留意が必要である。**（図表 2-115・116）**

(オ) 卒後研修（特に専門研修）における指導医の確保

本県の臨床研修医師数は、平成 16（2004）年度の必修化以降、大きく増加している一方、医師偏在指標では医師少数県の中でも下位の状況が続いており、臨床研修修了後の専攻医の確保と専門医資格取得後の県内定着が長年の課題となっている。

そのため、本県では、専攻医の確保と専門医資格取得後の県内定着を図るため、県内の医療機関を基幹施設に、主に県内に位置する連携施設をローテートして専門医資格取得を目指す「静岡県専門研修医プログラム」が整備されている[*2-33]。

また、平成 19（2007）年度以降の医学修学研修資金貸与制度の導入と、県内外の大学医学部への地域枠の設置等により、本県では、臨床研修医や新専門医制度による専攻医を含む 35 歳以下の医師数は増加しており、県内の医療機関が基幹施設である「静岡県専門医研修プログラム」は地域枠医師等に適用される「静岡県キャリア形成プログラム」でもある[*2-33]ことから、プログラム修了後に専門医資格を取得した若手医師の県内定着が期待されている。**（図表 2-15（再掲）；本文 p. 23～25 参照）**

一方、臨床研修医や専攻医を指導する中堅クラスの医師（現在、卒後 15～25 年前後）は、医学部定員が一時的に抑制された時期に相当するため、前後の世代に比べて医師数が少ない上、女性医師の構成割合が３割前後に増加した世代となっている。**（図表 2-13・43-1（再掲））**

また、この世代とその下の世代を併せた世代（卒後 10～25 年前後）は、妊娠・出産・育児により一時的に休業・離職する医師（ほとんどが女性医師）が多い世代でもある。**（図表 2-101（再掲））**

このような背景から、現在、若手医師の指導を担う世代の医師は、そもそも医師数（総数）が少なく、女性医師割合が高かったところに、産休・育休に伴う女性医師の一時的な離職等による減少が加わり、各医療機関（特に過疎地域を抱える指定都市以外の市町（その他市町））における指導医の確保は厳しい状況にあることが考えられる。**（図表 2-36～39（再掲）；本文 p. 34～36 参照）**

これまで、県内の研修施設（特に専門研修の連携施設）では、従前の学会認定専門医から移行して機構認定専門医や学会認定指導医等の資格を取得した 50 代後半以上の世代の医師（男性医師で、長年にわたり長時間の時間外労働に従事してきた病院勤務医が多い）が、定年後も病院勤務医として診療に従事し、中堅クラスのマンパワー不足を補うとともに、若手医師の教育も担ってきた。**（図表 2-36～39・105（再掲））**

ただし、県内では多くの領域で専門医資格取得医師数はピークアウトもしくは横ばい状態に移行しており **（本文 p. 74 参照）**、今後は 60 代以上の医師が退職時期を迎えることから、指導医不足に拍車がかかり、臨床研修・専門研修ともに、研修プログラムの見直しや再構築を検討する必要が生じる可能性も考えられる。

(カ) 新たな地域医療構想や医師偏在対策等との関係

来年度（令和８（2026）年度）から、各都道府県で新たな地域医療構想の策定に向けた協議が始まるが、その中では、2040 年に向けて急速に進行する現役世代人口の減少を見据え、限られた人材で質の高い医療を提供するための医療提供体制の再構築（地域の実情に応じた「拠点化・集約化」、「均てん化」）が求められている。**（図表 1-7（再掲）；本文 p. 7～8 参照）**

また、令和８（2026）年度の診療報酬改定では、「地域医療体制確保加算」の見直し（加算２の区分の新設）や「外科医療確保特別加算」など、特定の診療科あるいは当該診療科の医師に対する処遇改善に踏み込んだ報酬体系も導入されている **（図表 2-118・119）** が、厚生労働省が令和７（2025）年度に開催した「がん診療提供体制に関する検討会」では、専門学会による医師数や医療需要の将来予測が資料として提示されている[*2-34] ほか、専門学会から直接、国民へのメッセージも発信されている[*2-35]。

新たな地域医療構想では、各医療機関は、これまでの病棟ごとの医療機能を報告する「病床機能報告」に加え、自施設の医療機関としての機能を報告する「医療機関機能報告」に基づき、関係者による「協議の場」での確認・協議・共有を経て、地域における役割が位置づけられることになる。**（図表 2-120）**

さらに、特定機能病院制度の見直しに伴い、大学病院本院の医師派遣機能が明確化され、各都道府県の医師偏在対策も大学病院とのパートナーシップが求められている。**（図表 2-121・122、図表 1-10（再掲））**

このように、これからの卒後研修（特に専門研修）は、新たな地域医療構想の策定による地域の医療提供体制の再構築や、医師派遣機能を含む大学病院の機能強化と緊密に連動することから、大局的な視点から、2040 年に向けて大学・医療機関・行政（県・市町）・医療関係団体が一体となって取り組んでいくことが望まれる。

*2-28 医師臨床研修マッチング協議会ホームページ
https://www.jrmp.jp（令和８年３月 31 日確認）

*2-29 本項では、募集定員に対するマッチ者数の割合をマッチ率としているため、医師臨床研修マッチング協議会が公表している「令和７年度 研修医マッチングの結果」（以下 URL 参照）のマッチ率（希望順位登録者数に対するマッチ者数（全マッチ者数）の割合）と異なることに注意。
https://www.jrmp2.jp/koho/2025/2025_kekka_koho.pdf（令和８年３月 31 日確認）

*2-30 一般社団法人日本専門医機構ホームページ：「日本専門医機構について」
https://jmsb.or.jp/about/（令和８年３月 31 日確認）

*2-31 内科 12 科：主たる診療科が内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科（胃腸内科）、腎臓内科、脳神経内科、糖尿病内科（代謝内科）、血液内科、アレルギー科、リウマチ科、感染症内科、心療内科であるもの。（*2-36(p. 90)参照）

*2-32 外科８科：主たる診療科が外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科（胃腸外科）、肛門外科、小児外科であるもの。

*2-33 ふじのくに地域医療支援センターホームページ：「静岡県専門医研修プログラム・静岡県キャリア形成プログラム 2026 年度版ガイドブック」
https://fujinokuni-doctor.jp/documents/senmon2026.pdf（令和８年３月 31 日確認）

*2-34 厚生労働省：「第 18 回がん診療提供体制のあり方に関する検討会」（令和７年６月 23 日開催）
https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/001507585.pdf（令和８年３月 31 日確認）

*2-35 黒田慎太郎ほか：「(特別報告) 国民の皆様へ；地方における消化器外科の診療体制維持のために必要な待遇改善について，ご理解と後押しをお願いします.」日本消化器外科学会雑誌，2024 年 57 巻 7 号 p.358-366
https://www.jstage.jst.go.jp/article/jjgs/57/7/57_2024.sr005/_html/-char/ja(令和８年３月 31 日確認)

主たる診療科-広告可能な専門医資格取得医師数の状況等のまとめ（総括部分）

○ 医師臨床研修・専門研修の経緯と現状

平成 16（2004）年度から必修化された臨床研修は、最初のマッチングから既に 20 年が経過したが、令和７（2025）年度のマッチングでは、静岡県は募集定員 301 人に対してマッチ者数 279 人（マッチ率 92.7%）と、全国のマッチ率を大きく上回った。

専門研修については、一般社団法人日本専門医機構の下、平成 30（2018）年度に新制度が発足し、基本領域では、毎年、臨床研修修了者の 90～95%が専攻医登録され、新制度による専門医のほか、従来の学会認定専門医から移行した機構認定専門医が約 11 万人いる。一方、サブ領域は、地域医療への影響に関する様々な方面の危惧があり、令和４（2022）年から連動研修を行う 15 領域のみで研修が開始されている。本県の専攻医採用数は増加傾向にあるが、直近３年間に限ると横ばい状態となっている。

○ 広告可能な医師の専門性に関する資格名等

広告可能な医師の専門性に関する資格名等については、医療法に基づく厚生労働省告示により規定され、医師法に基づく医師の届出項目にもなっている。**（続）**

主たる診療科−広告可能な専門医資格取得医師数の状況のまとめ（総括部分・続）

○ 主たる診療科別医師数と広告可能な専門医資格取得医師数の状況

平成 26（2014）年から令和６（2024）年まで 10 年間に、主たる診療科別医師数と主な広告可能な専門医資格取得医師数は、それぞれ増減の幅が大きかったが、10 年間の前後で増加したもしくは増減がなかった場合でも、ほとんどのピークは中間年にあり、令和６（2024）年までにピークアウトするか横ばい状態に移行していた。

また、主たる診療科別医師数（届出数）と医師の就業形態（常勤医師割合）との関係では、静岡市は常勤医師割合が比較的高い一方、浜松市は医師数が多くても常勤医師割合が低い診療科も複数あり、医師偏在対策を検討する上で留意が必要である。

○ 卒後研修（特に専門研修）における指導医の確保

本県では、専攻医の確保と専門医資格取得後の県内定着を図るため、「静岡県専門研修医プログラム」（地域枠医師等の「キャリア形成プログラム」を兼ねる）が整備され、35 歳以下の医師数は増加しているが、指導医の確保が課題となっている。

現在、臨床研修医や専攻医の指導医となる中堅クラス（卒後 15〜25 年前後）の医師は、前後の世代に比べて医師数が少なく、女性医師の構成割合が約３割まで急速に増加した世代に相当し、直下の世代（卒後 10〜15 年前後）とともに、妊娠・出産・育児により一時的に休業・離職する女性医師が多い世代でもある。

そのような背景から、35〜54 歳の年齢階級医師数が伸び悩んでおり、県内では、過疎地域を多く抱える指定都市以外の市町でその傾向がより強く、臨床研修・専門研修を担う医療機関の指導医の確保が厳しい状況にあると考えられる。

また、今後は、従前の学会認定専門医から移行した機構認定専門医や学会認定指導医等の資格を持つ 50 代後半以上の世代の医師（特に男性医師）の退職時期を迎え、研修施設（特に連携施設）の指導医不足に拍車がかかる可能性も考えられる。

○ 新たな地域医療構想や医師偏在対策等との関係

来年度から各都道府県で策定が始まる新たな地域医療構想では、新設された「医療機関機能報告」に基づき、各医療機関の地域における役割が位置づけられ、限られた人材で質の高い医療を提供するための医療提供体制の再構築（地域の実情に応じた「拠点化・集約化」、「均てん化」）が求められている。

また、令和８（2026）年度の診療報酬改定では、特定の診療科あるいは当該診療科の医師に対する処遇改善に踏み込んだ報酬体系も導入されている。

さらに、特定機能病院制度の見直しに伴い、大学病院本院の医師派遣機能が明確化され、各都道府県の医師偏在対策も大学病院とのパートナーシップが求められている。

このように、これからの卒後研修（特に専門研修）は、新たな地域医療構想の策定による地域の医療提供体制の再構築や、医師派遣機能を含む大学病院の機能強化と緊密に連動することから、大局的な視点から、2040 年に向けて大学・医療機関・行政（県・市町）・医療関係団体が一体となって取り組んでいくことが望まれる。

図表1-15（再掲）

令和6年11月20日第12回新たな地域医療構想等に関する検討会資料

医師確保対策に関する取組（全体像）

医師養成過程における取組

【大学医学部】

○ 中長期的な観点から、医師の需要・供給推計に基づき、**全国の医師養成数**を検討

○ **地域枠**（特定の地域や診療科で診療を行うことを条件とした選抜枠）の医学部における活用方針を検討

【臨床研修】

○ 全国の研修希望者に対する**募集定員の倍率を縮小**するとともに、都道府県別に、**臨床研修医の募集定員上限数**を設定

○ その際、都市部や複数医学部を有する地域について、上限数を圧縮するとともに、医師少数地域に配慮した定員設定を行い、**地域偏在を是正**

【専門研修】

○ 日本専門医機構において、将来の必要医師数の推計を踏まえた都道府県別・診療科別の**専攻医の採用上限数（シーリング）を設定**することで、**地域・診療科偏在を是正**
（産科等の特に確保が必要な診療科や、地域枠医師等についてはシーリング対象外）

各都道府県の取組

【医師確保計画】

○ 医師偏在指標により医師偏在の状況を把握
計画期間の終了時点で確保すべき目標医師数を設定

＜具体的な施策＞

●大学と連携した地域枠の設定

●地域医療対策協議会・地域医療支援センター

・ 地域医療対策協議会は、**医師確保対策の方針**（医師養成、医師の派遣調整等）について協議

・ 地域医療支援センターは、**地域医療対策協議会の協議結果に基づき、医師確保対策の事務**（医師派遣事務、派遣される医師のキャリア支援・負担軽減、勤務環境改善支援センターとの連携等）を実施

●キャリア形成プログラム（地域枠医師等）

・ 「医師不足地域の**医師確保**」と「派遣される**医師の能力開発・向上**」の両立を目的としたプログラム

●認定医師制度の活用

・ **医師少数区域等に一定期間勤務**した医師を**厚労大臣が認定**する制度を活用し、医師不足地域の医師を確保

医師の働き方改革

地域の医療を支えている勤務医が、安心して働き続けられる環境を整備することが重要であることから、都道府県ごとに設置された医療勤務環境改善支援センター等による医療機関への支援を通じて、適切な労務管理や労働時間短縮などの医師の働き方改革を推進。具体的には、

○ 医療機関における医師労働時間短縮計画の作成や追加的健康確保措置等を通じて、労働時間短縮及び健康確保を行う

○ 出産・育児・介護などのライフイベントを経験する医師が、仕事と家庭を両立できるよう勤務環境の改善を推進

4

厚生労働省：「令和7年度医療政策研修会」資料1 から抜粋
https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001674527.pdf（令和8年3月22日確認）

図表2-107

広告可能な事項について

○医療法第六条の五第三項及び第六条の七第三項の規定に基づく医業、歯科医業若しくは助産師の業務又は病院、診療所若しくは助産所に関して広告することができる事項（平成19年厚生労働省告示第108号）

第一条　医療法（昭和二十三年法律第二百五号。以下「法」という。）第六条の五第三項第九号に規定する厚生労働大臣の定める事項は、次のとおりとする。

一　当該病院又は診療所において診療に従事する医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の氏名、年齢、性別、役職及び略歴

二　一般社団法人日本専門医機構又は一般社団法人日本歯科専門医機構が行う医師又は歯科医師の専門性に関する認定を受けた旨（基本的な診療領域に係るものに限る。）

三　次に掲げる研修体制、試験制度その他の事項に関する基準に適合するものとして厚生労働大臣に届け出た団体が行う薬剤師、看護師その他の医療従事者（医師及び歯科医師を除く。へ及びりにおいて同じ。）の専門性に関する認定を受けた旨

イ　学術団体として法人格を有していること。
ロ　会員数が千人以上であり、かつ、その八割以上が当該認定に係る医療従事者であること。
ハ　一定の活動実績を有し、かつ、その内容を公表していること。
ニ　外部からの問い合わせに対応できる体制が整備されていること。
ホ　当該認定に係る医療従事者の専門性に関する資格（以下「資格」という。）の取得条件を公表していること。
ヘ　資格の認定に際して、薬剤師においては五年以上、看護師その他の医療従事者においては三年以上の研修の受講を条件としていること。
ト　資格の認定に際して適正な試験を実施していること。
チ　資格を定期的に更新する制度を設けていること。
リ　会員及び資格を認定した医療従事者の名簿が公表されていること。

3

厚生労働省：「第4回 医療機能情報提供制度・医療広告等に関する分科会」（令和6年8月22日開催）資料3 から抜粋
https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001292244.pdf（令和8年3月31日確認）

図表2-106

医師養成過程を通じた医師偏在対策

令和７年９月11日　第4回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　資料１

•長期的には医師供給が需要を上回ると考えられるが、地域偏在や診療科偏在に引き続き対応する必要があることから、医師養成過程の様々な段階で医師の地域偏在・診療科偏在対策を進めている。

医師養成過程

6年 学部教育

大学医学部 ― 地域枠の設定（地域・診療科偏在対策）

医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会

■ 大学が特定の地域や診療科で診療を行うことを条件とした選抜枠を設け、都道府県が学生に対して奨学金を貸与する仕組みで、都道府県の指定する区域で一定の年限従事することにより返還免除される（一部例外あり）

● 2026（令和８）年度の臨時定員は、2024（令和６）年度の医学部総定員数（9,403人）を上回とし、臨時増員の枠組みを維持
● 2027（令和９）年度以降の臨時定員は、各都道府県・大学の医師確保の現状を踏まえて検討

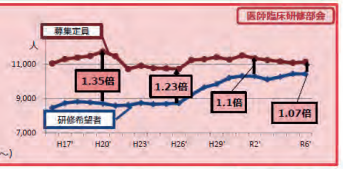
2年 臨床研修

臨床研修 ― 臨床研修制度における地域偏在対策

医師臨床研修部会

■ 都道府県別の募集定員上限数の設定
■ 全国の研修希望者に対する募集定員の倍率を縮小

● 医師少数区域へ配慮した都道府県ごとの定員設定方法への変更
● 地域医療重点プログラムの新設（2022年度～）



※臨床研修病院の指定、募集定員の設定権限を都道府県へ移譲（2020年4月～）

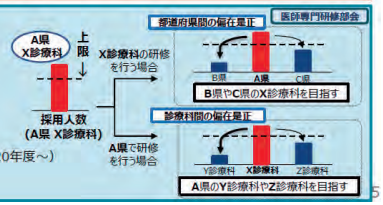
3年以上 専門研修

専門研修 ― 専門医制度における地域・診療科偏在対策

医師専門研修部会

■ 日本専門医機構が、都道府県別・診療科別の採用数の上限（シーリング）を設定
※医師法の規定により、都道府県の意見を踏まえ、厚生労働大臣から日本専門医機構等に意見・要請を実施

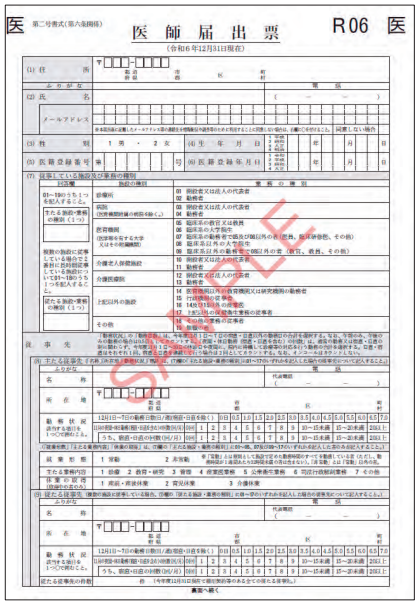
● ５大都市を対象としたシーリング（2018年度～）から、都道府県別・診療科別必要医師数に基づいたシーリングへ変更（2020年度～）
● 特別地域連携プログラムの導入（2023年度～）

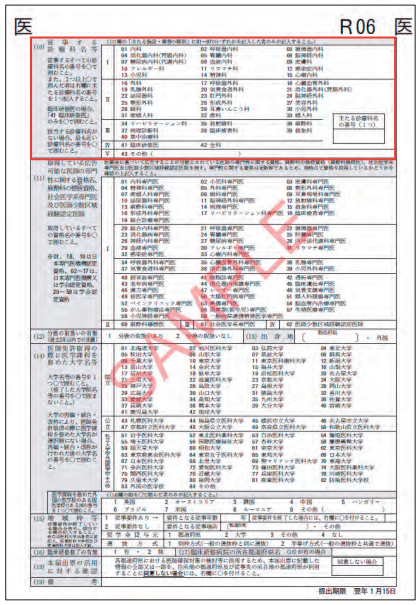


5

厚生労働省：「令和7年度医療政策研修会」資料1 から抜粋
https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001674527.pdf（令和8年3月22日確認）

図表2-108 医師届出票（令和6年12月31日現在）


医師届出票
R06
（令和6年12月31日現在）
SAMPLE


R06
SAMPLE

厚生労働省：「令和6年医師・歯科医師・薬剤師統計 医師届出票」に赤枠（「(10) 従事する診療科名等」部分）追記
https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/33-20a/R06_ishi.pdf（令和8年3月31日確認）

図表2-109 直近10年間における主たる診療科別医師数の増減の状況
（静岡県/2014(H26)・2024(R06)）

増減率	診療科数	診療科名
＋50.0%以上	11 ＋臨床研修医	腎臓内科、糖尿病内科（代謝内科）、アレルギー科、肛門外科、形成外科2科、形成外科（美容外科を除く）、美容外科、産科、臨床検査科、救急科・集中治療科、救急科、臨床研修医
＋40.0%以上～50.0%未満	2	呼吸器内科、リウマチ科
＋30.0%以上～40.0%未満	7	循環器内科、脳神経内科、血液内科、乳腺外科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科
＋20.0%以上～30.0%未満	4	消化器内科（胃腸内科）、皮膚科、泌尿器科、婦人科
＋10.0%以上～20.0%未満	7	内科12科、精神科、呼吸器外科、心臓血管外科、整形外科、眼科、病理診断科
＋5.0%以上～10.0%未満	2	脳神経外科、耳鼻咽喉科
＋5.0%未満	5	内科（他の11科以外）、外科8科、消化器外科（胃腸外科）、産婦人科3科、産婦人科・産科（婦人科を除く）
増減なし	0	－
▲5.0%未満	0	－
▲5.0%以上～10.0%未満	2	小児科、外科（他の7科以外）
▲10.0%以上～20.0%未満	1	産婦人科
▲20.0%以上～30.0%未満	1	心療内科
▲30.0%以上～40.0%未満	2	気管食道外科、小児外科
▲40.0%以上～50.0%未満	0	－
▲50.0%以上	1	感染症内科

厚生労働省：医師・歯科医師・薬剤師統計（旧医師・歯科医師・薬剤師調査）を基に作成

All rights reserved.

地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

図表2-110 直近10年間における主な広告可能専門医資格別取得医師数の増減の状況
（静岡県/2014(H26)・2024(R06)）

増減率	診療科数	診療科名
＋50.0%以上	6	*老年病専門医*、周産期(新生児)専門医、一般病院連携精神医学専門医、脳血管内治療専門医、*婦人科腫瘍専門医*、*熱傷専門医*
＋40.0%以上～50.0%未満	1	*総合内科専門医*
＋30.0%以上～40.0%未満	3	*内分泌代謝科専門医*、血液専門医、アレルギー専門医
＋20.0%以上～30.0%未満	3	*呼吸器専門医*、*腎臓専門医*、*大腸肛門病専門医*
＋10.0%以上～20.0%未満	10	*消化器内視鏡専門医*、*糖尿病専門医*、*心臓血管外科専門医*、*乳腺専門医*、*消化器外科専門医*、*形成外科専門医*、生殖医療専門医、*リハビリテーション科専門医*、*放射線科専門医*、*救急科専門医*
＋5.0%以上～10.0%未満	2	*循環器専門医*、*肝臓専門医*
＋5.0%未満	3	*整形外科専門医*、*眼科専門医*、*耳鼻咽喉科専門医*
増減なし	3	*気管支鏡専門医*、*病理専門医*、*細胞診専門医*
▲5.0%未満	4	消化器病専門医、神経内科専門医、感染症専門医、皮膚科専門医
▲5.0%以上～10.0%未満	4	リウマチ専門医、精神科専門医、呼吸器外科専門医、ペインクリニック専門医
▲10.0%以上～20.0%未満	10	透析専門医、小児科専門医、小児神経専門医、外科専門医、気管食道外科専門医、泌尿器科専門医、脳神経外科専門医、産婦人科専門医、核医学専門医、麻酔科専門医
▲20.0%以上～30.0%未満	0	－
▲30.0%以上～40.0%未満	1	小児外科専門医
▲40.0%以上～50.0%未満	1	心療内科専門医
▲50.0%以上	0	－

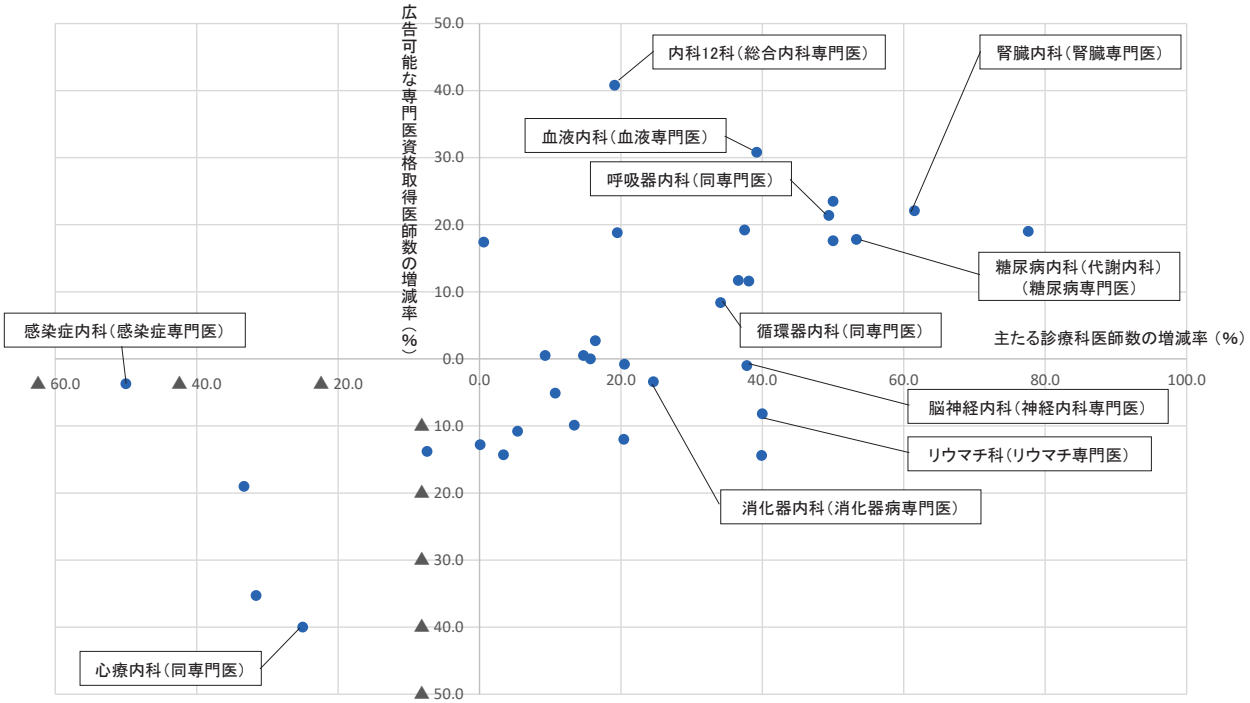
※ 斜字・下線は10年間の前後で資格取得医師数が増加もしくは増減のなかった専門医資格のうち、医師数のピークが中間年にあった（2024年が最大数ではない）専門医資格。

厚生労働省：医師・歯科医師・薬剤師統計（旧医師・歯科医師・薬剤師調査）を基に作成

All rights reserved.

地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

図表2-111 主たる診療科とする医師数と関連する専門医資格取得医師数の増減の状況（平成26（2014）年と令和6（2024）年の比較） 内科12科ほか内科系



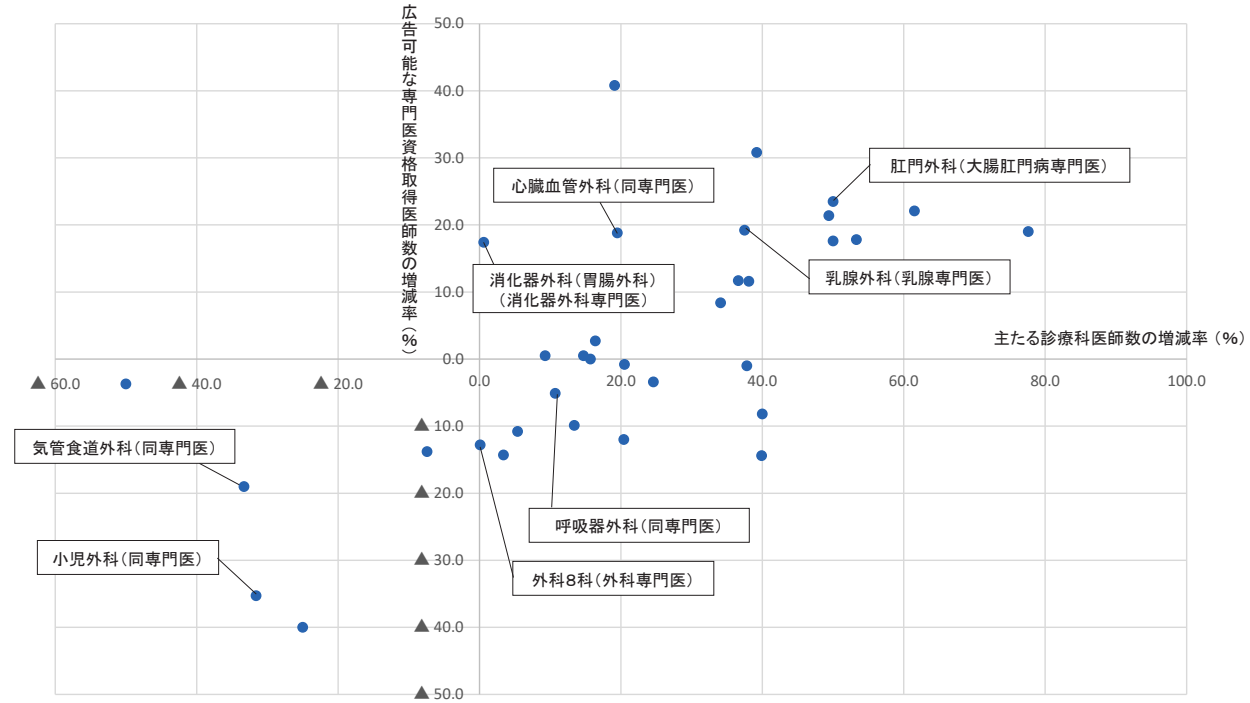
※「内科（他の11科を除く）」、「アレルギー科（主たる診療科医師数 400.0%増, 広告可能な専門医資格取得医師数 36.9%増）」は、グラフ上に表示していない。

厚生労働省：医師・歯科医師・薬剤師統計（旧医師・歯科医師・薬剤師調査）を基に作成

All rights reserved.

地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

図表2-112 主たる診療科とする医師数と関連する専門医資格取得医師数の増減の状況（平成26（2014）年と令和6（2024）年の比較） 外科8科ほか外科系



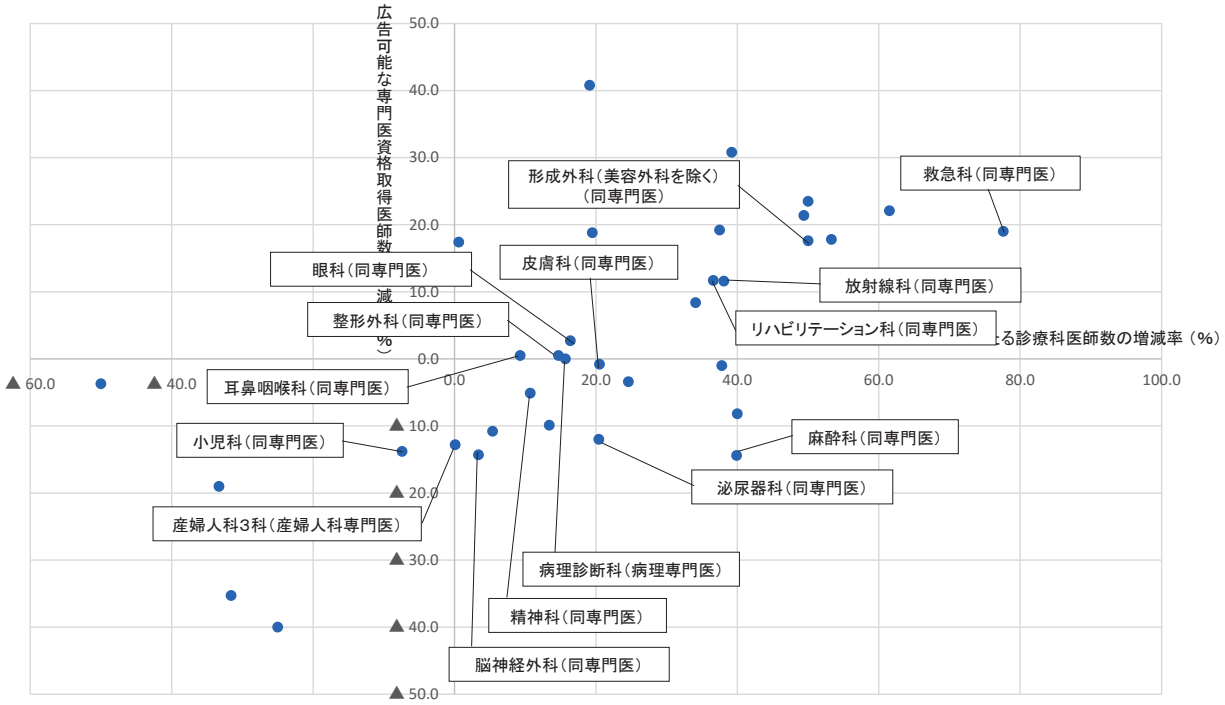
※「外科（他の7科を除く）」は、グラフ上に表示していない。

厚生労働省：医師・歯科医師・薬剤師統計（旧医師・歯科医師・薬剤師調査）を基に作成

All rights reserved.

地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

図表2-113 主たる診療科とする医師数と関連する専門医資格取得医師数の増減の状況（平成26（2014）年と令和6（2024）年の比較）内科系・外科系以外の診療科（基本領域）



※「総合診療」は、グラフ上に表示していない。

厚生労働省：医師・歯科医師・薬剤師統計（旧医師・歯科医師・薬剤師調査）を基に作成

All rights reserved.

地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

図表2-114 主たる診療科別医師数（人口10万対/全国・静岡県-地域、指定都市等別/令和６(2024)年）

	全国	静岡県	東部地域	中部地域	西部地域	静岡市	浜松市	その他市町
内科（12科）	100.1	84.2	79.8	87.7	85.2	97.3	101.4	73.7
内科（他の11科以外）	50.2	39.4	41.1	37.7	39.5	40.5	43.6	37.6
呼吸器内科	5.9	6.6	4.4	7.6	7.7	8.5	9.8	4.8
循環器内科	11.0	10.0	7.5	11.9	10.6	14.1	12.8	7.7
消化器内科（胃腸内科）	13.1	12.1	12.2	13.2	11.0	14.4	13.5	10.7
腎臓内科	4.7	4.4	3.6	5.1	4.5	6.0	5.3	3.6
脳神経内科	4.8	3.8	3.7	4.7	3.2	5.7	4.5	3.0
糖尿病内科（代謝内科）	5.0	3.9	3.2	3.7	4.7	3.7	6.5	3.0
血液内科	2.5	2.0	1.7	2.2	2.2	2.7	3.1	1.4
アレルギー科	0.1	0.1	0.1	0.4	0.0	0.3	0.0	0.1
リウマチ科	1.6	1.2	1.2	1.1	1.3	1.3	1.8	0.9
感染症内科	0.5	0.2	0.4	0.0	0.1	0.0	0.1	0.2
心療内科	0.7	0.4	0.7	0.2	0.4	0.2	0.4	0.5
皮膚科	8.1	6.7	6.4	6.4	7.1	7.3	8.6	5.7
小児科※	130.2	112.8	96.7	118.9	120.2	128.0	152.7	92.1
精神科	13.9	10.5	9.1	10.5	11.8	13.7	14.6	8.0
外科（８科）	21.7	21.6	24.1	20.6	20.2	24.8	27.1	18.5
外科（他の７科以外）	10.0	10.4	13.6	9.1	8.7	11.0	10.2	10.3
呼吸器外科	1.7	1.8	1.8	1.7	1.8	1.8	2.7	1.4
心臓血管外科	2.5	2.9	2.0	4.0	2.9	5.4	4.6	1.5
乳腺外科	1.9	1.2	0.9	1.4	1.5	1.2	2.1	1.0
気管食道外科	0.1	0.1	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2
消化器外科（胃腸外科）	4.5	4.6	4.9	4.1	4.8	4.8	6.6	3.8
肛門外科	0.4	0.2	0.1	0.1	0.3	0.2	0.5	0.1
小児外科	6.7	3.3	5.1	3.3	1.9	5.7	3.3	2.6
泌尿器科	6.5	6.9	6.1	7.4	7.1	7.1	9.0	6.0
脳神経外科	6.1	6.1	7.0	6.2	5.2	6.1	6.6	5.9
整形外科	18.3	17.5	17.0	17.0	18.3	18.7	21.4	15.7
形成外科（２科）	4.1	3.8	2.8	4.9	3.9	6.1	5.7	2.4
形成外科（美容外科を除く）	2.7	2.7	2.2	3.1	2.9	3.4	4.3	1.9
美容外科	1.4	1.1	0.5	1.8	1.0	2.7	1.4	0.5
眼科	10.9	9.9	10.6	9.1	9.9	9.8	12.1	9.1
耳鼻咽喉科	7.5	7.3	7.3	7.4	7.3	8.2	7.5	7.0
産婦人科（３科）※	59.5	58.6	57.0	59.5	60.7	74.0	75.1	48.5
産婦人科・産科※	50.0	49.5	44.5	51.3	54.1	63.0	66.4	39.7
婦人科※	9.5	9.1	13.6	8.3	6.5	11.1	8.7	8.8
リハビリテーション科	2.6	2.8	1.5	2.9	3.7	3.1	4.5	2.0
放射線科	6.1	4.4	5.0	3.1	5.1	3.6	6.8	3.8
麻酔科	8.6	7.1	5.9	7.2	7.9	8.8	10.3	5.3
病理診断科	1.8	1.7	1.3	1.7	1.9	1.8	2.8	1.2
臨床検査科	0.5	0.6	0.6	0.6	0.5	0.9	0.7	0.5
救急科・集中治療科	4.0	2.9	1.3	4.5	2.9	5.4	3.9	1.7
救急科	3.3	2.5	1.3	3.4	2.6	3.6	3.5	1.7
臨床研修医	14.7	16.4	13.8	18.9	16.5	20.7	19.7	13.8

※ 小児科は15歳未満人口10万対医師数、産婦人科・産科・婦人科は15～49歳女性人口10万対医師数である。

※ 人口10万対医師数は小数点以下２桁を四捨五入しているが、端数調整等により実数と異なる場合がある。

※ 地域（東部、中部、西部）・指定都市等（静岡市、浜松市、その他市町）のうち、最も多い地域等を網掛けしている。

図表2-115 主たる診療科別医師数（届出数/就業形態別構成割合/全国・静岡県/令和６(2024)年）

（単位：人、％）

	全国			静岡県				
	総数	常勤	非常勤	総数	常勤		非常勤	
	届出数	割合	割合	届出数	届出数	割合	届出数	割合
内科（12科）	124010	88.1%	11.9%	2970	2638	89.8%	299	10.2%
内科（他の11科以外）	62161	86.5%	13.5%	1391	1191	85.9%	195	14.1%
呼吸器内科	7271	90.5%	9.5%	233	218	96.0%	9	4.0%
循環器内科	13596	92.3%	7.7%	354	337	95.5%	16	4.5%
消化器内科（胃腸内科）	16251	90.0%	10.0%	425	385	92.3%	32	7.7%
腎臓内科	5832	88.8%	11.2%	155	138	92.6%	11	7.4%
脳神経内科	5976	89.0%	11.0%	135	121	90.3%	13	9.7%
糖尿病内科（代謝内科）	6168	83.6%	16.4%	138	126	94.0%	8	6.0%
血液内科	3038	92.0%	8.0%	71	66	95.7%	3	4.3%
アレルギー科	170	82.9%	17.1%	5	3	60.0%	2	40.0%
リウマチ科	1989	86.2%	13.8%	42	36	85.7%	6	14.3%
感染症内科	637	93.4%	6.6%	6	4	66.7%	2	33.3%
心療内科	921	82.6%	17.4%	15	13	86.7%	2	13.3%
皮膚科	10043	82.2%	17.8%	235	203	86.8%	31	13.2%
小児科	18009	86.7%	13.3%	441	389	89.0%	48	11.0%
精神科	17259	86.1%	13.9%	372	328	88.2%	44	11.8%
外科（８科）	26885	93.0%	7.0%	761	713	94.2%	44	5.8%
外科（他の７科以外）	12341	92.9%	7.1%	366	346	94.8%	19	5.2%
呼吸器外科	2119	94.7%	5.3%	62	59	95.2%	3	4.8%
心臓血管外科	3084	95.1%	4.9%	104	101	98.1%	2	1.9%
乳腺外科	2329	88.5%	11.5%	44	39	90.7%	4	9.3%
気管食道外科	94	90.8%	9.2%	4	3	75.0%	1	25.0%
消化器外科（胃腸外科）	5564	94.2%	5.8%	162	146	90.7%	15	9.3%
肛門外科	431	91.1%	8.9%	6	6	100.0%	0	0.0%
小児外科	923	88.2%	11.8%	13	13	100.0%	0	0.0%
泌尿器科	8069	92.0%	8.0%	242	226	95.0%	12	5.0%
脳神経外科	7574	93.8%	6.2%	215	196	92.5%	16	7.5%
整形外科	22630	92.1%	7.9%	617	579	94.0%	37	6.0%
形成外科（２科）	5074	90.2%	9.8%	135	123	91.8%	11	8.2%
形成外科（美容外科を除く）	3354	88.4%	11.6%	96	85	88.5%	11	11.5%
美容外科	1720	93.5%	6.5%	39	38	100.0%	0	0.0%
眼科	13436	86.5%	13.5%	348	313	90.2%	34	9.8%
耳鼻咽喉科	9330	90.0%	10.0%	258	235	91.8%	21	8.2%
産婦人科（３科）	13908	86.6%	13.4%	361	318	88.8%	40	11.2%
産婦人科・産科	11690	88.1%	11.9%	305	275	91.1%	27	8.9%
婦人科	2218	78.4%	21.6%	56	43	76.8%	13	23.2%
リハビリテーション科	3214	90.1%	9.9%	97	81	83.5%	16	16.5%
放射線科	7533	89.2%	10.8%	156	133	85.8%	22	14.2%
麻酔科	10628	86.0%	14.0%	249	178	72.1%	69	27.9%
病理診断科	2249	90.2%	9.8%	59	47	81.0%	11	19.0%
臨床検査科	604	92.0%	8.0%	21	18	85.7%	3	14.3%
救急科・集中治療科	5007	93.9%	6.1%	102	98	96.1%	4	3.9%
救急科	4081	93.5%	6.5%	87	83	95.4%	4	4.6%
臨床研修医	18257	86.7%	13.3%	578	501	86.7%	77	13.3%

※ 総数には臨床系大学院生と不詳を含み、常勤・非常勤の届出数・割合にはこれらを含まない。

※ 静岡県の常勤医師の割合が全国よりも低い（非常勤医師の割合が高い）診療科の割合（常勤・非常勤）を網掛けしている。

図表2-116 主たる診療科別医師数（届出数/就業形態別構成割合/指定都市等別(静岡県)/令和６(2024)年）

（単位：人、％）

	静岡市			浜松市			その他市町		
	総数	常勤	非常勤	総数	常勤	非常勤	総数	常勤	非常勤
	届出数	割合	割合	届出数	割合	割合	届出数	割合	割合
内科（12科）	654	91.1%	8.9%	786	88.1%	11.9%	1530	90.1%	9.9%
内科（他の11科以外）	272	85.7%	14.3%	338	81.8%	18.2%	781	87.8%	12.2%
呼吸器内科	57	100.0%	0.0%	76	97.1%	2.9%	100	93.0%	7.0%
循環器内科	95	98.9%	1.1%	99	93.9%	6.1%	160	94.4%	5.6%
消化器内科（胃腸内科）	97	89.7%	10.3%	105	94.8%	5.2%	223	92.4%	7.6%
腎臓内科	40	95.0%	5.0%	41	91.4%	8.6%	74	91.9%	8.1%
脳神経内科	38	92.1%	7.9%	35	94.1%	5.9%	62	87.1%	12.9%
糖尿病内科（代謝内科）	25	92.0%	8.0%	50	91.3%	8.7%	63	96.8%	3.2%
血液内科	18	100.0%	0.0%	24	86.4%	13.6%	29	100.0%	0.0%
アレルギー科	2	50.0%	50.0%	0	-	-	3	66.7%	33.3%
リウマチ科	9	100.0%	0.0%	14	71.4%	28.6%	19	89.5%	10.5%
感染症内科	0	-	-	1	100.0%	0.0%	5	60.0%	40.0%
心療内科	1	100.0%	0.0%	3	100.0%	0.0%	11	81.8%	18.2%
皮膚科	49	93.9%	6.1%	67	84.8%	15.2%	119	84.9%	15.1%
小児科	90	91.1%	8.9%	140	87.5%	12.5%	211	89.1%	10.9%
精神科	92	93.5%	6.5%	113	79.6%	20.4%	167	91.0%	9.0%
外科（８科）	167	95.8%	4.2%	210	93.2%	6.8%	384	94.0%	6.0%
外科（他の７科以外）	74	95.9%	4.1%	79	96.2%	3.8%	213	93.9%	6.1%
呼吸器外科	12	91.7%	8.3%	21	95.2%	4.8%	29	96.6%	3.4%
心臓血管外科	36	100.0%	0.0%	36	94.3%	5.7%	32	100.0%	0.0%
乳腺外科	8	87.5%	12.5%	16	80.0%	20.0%	20	100.0%	0.0%
気管食道外科	0	-	-	0	-	-	4	75.0%	25.0%
消化器外科（胃腸外科）	32	93.8%	6.3%	51	90.0%	10.0%	79	89.9%	10.1%
肛門外科	1	100.0%	0.0%	4	100.0%	0.0%	1	100.0%	0.0%
小児外科	4	100.0%	0.0%	3	100.0%	0.0%	6	100.0%	0.0%
泌尿器科	48	93.8%	6.3%	70	93.9%	6.1%	124	96.0%	4.0%
脳神経外科	41	97.6%	2.4%	51	87.5%	12.5%	123	92.7%	7.3%
整形外科	126	95.2%	4.8%	166	93.9%	6.1%	325	93.5%	6.5%
形成外科（２科）	41	95.1%	4.9%	44	88.6%	11.4%	50	91.8%	8.2%
形成外科（美容外科を除く）	23	91.3%	8.7%	33	84.8%	15.2%	40	90.0%	10.0%
美容外科	18	100.0%	0.0%	11	100.0%	0.0%	10	100.0%	0.0%
眼科	66	92.4%	7.6%	94	92.6%	7.4%	188	88.2%	11.8%
耳鼻咽喉科	55	96.4%	3.6%	58	94.7%	5.3%	145	88.9%	11.1%
産婦人科（３科）	87	89.7%	10.3%	104	87.1%	12.9%	170	89.4%	10.6%
産婦人科・産科	74	91.9%	8.1%	92	91.0%	9.0%	139	90.6%	9.4%
婦人科	13	76.9%	23.1%	12	58.3%	41.7%	31	83.9%	16.1%
リハビリテーション科	21	85.7%	14.3%	35	85.7%	14.3%	41	80.5%	19.5%
放射線科	24	79.2%	20.8%	53	86.5%	13.5%	79	87.3%	12.7%
麻酔科	59	79.7%	20.3%	80	48.7%	51.3%	110	84.5%	15.5%
病理診断科	12	91.7%	8.3%	22	85.7%	14.3%	25	72.0%	28.0%
臨床検査科	6	100.0%	0.0%	5	100.0%	0.0%	10	70.0%	30.0%
救急科・集中治療科	36	94.4%	5.6%	30	96.7%	3.3%	36	97.2%	2.8%
救急科	24	91.7%	8.3%	27	96.3%	3.7%	36	97.2%	2.8%
臨床研修医	139	98.6%	1.4%	153	88.2%	11.8%	286	80.1%	19.9%

※ 総数には臨床系大学院生と不詳を含み、常勤・非常勤の届出数・割合にはこれらを含まない。

※ ３区分（静岡市、浜松市、その他市町）のうち、常勤医師割合が最も低い（非常勤医師割合が最も高い）区分の割合を網掛けしている。
（常勤医師割合が３区分で同率の場合や届出数が１区分のみの場合を除く）

図表2-117 主たる診療科別医師数（届出数）と就業形態（常勤医師割合）の関係

医師数（届出数）が少ないが、常勤医師割合は高い 常勤換算医師数は届出数（三師統計結果）に近い	医師数（届出数）が多く、常勤医師割合も高い 常勤換算医師数が届出数（三師統計結果）に近い
医師数（届出数）が少なく、常勤医師割合も低い 常勤換算医師数は届出数（三師統計結果）を下回る	医師数（届出数）は多いが、常勤医師割合が低い 常勤換算医師数は届出数（三師統計結果）を下回る

↑ 常勤医師割合が高い　↓ 常勤医師割合が低い
← 人口当たり医師数が少ない　→ 人口当たり医師数が多い

地域医療支援学講座作成

All rights reserved.

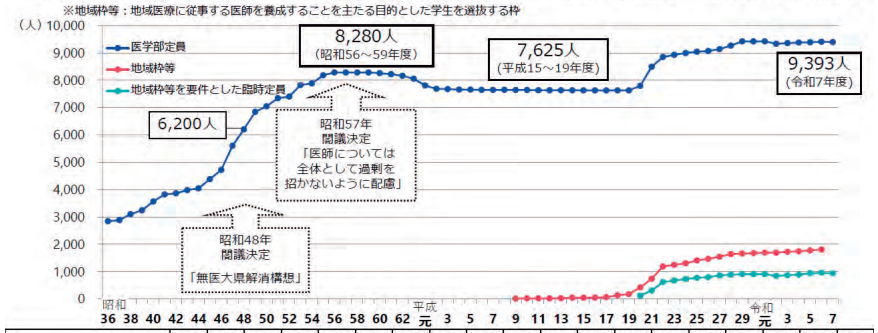
地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

図表2-13（再掲）

医学部入学定員と地域枠の年次推移

第9回医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会　令和7年1月21日　資料1 一部改

○ 平成20年度以降、医学部の入学定員が過去最大規模となっている。
○ 医学部定員に占める地域枠等*の数・割合も、増加してきている。（平成19年度：173人（2.3%）→ 令和7年度：1,837人（19.8%））
※地域枠等：地域医療に従事する医師を養成することを主たる目的とした学生を選抜する枠



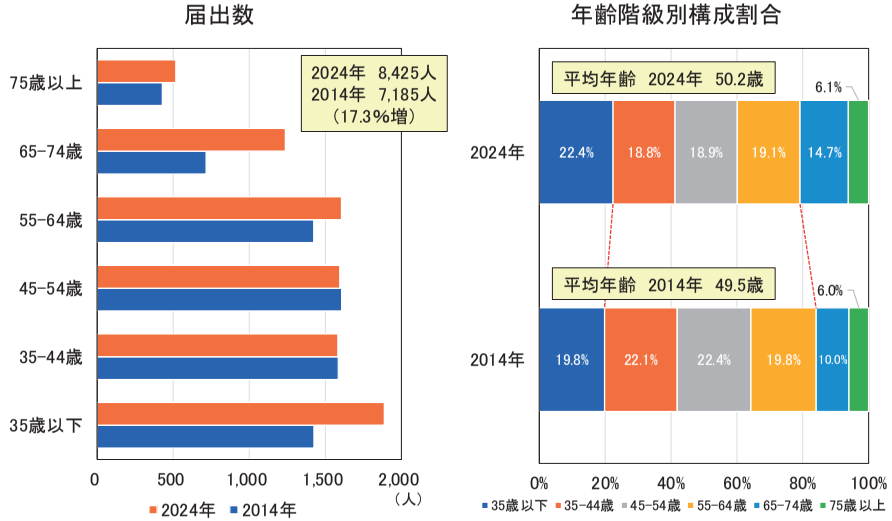
	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
医学部定員	7,625	7,793	8,486	8,846	8,923	8,991	9,041	9,069	9,134	9,262	9,420	9,419	9,420	9,330	9,357	9,374	9,384	9,403	9,393
医学部定員（自治医科大学を除く）	7,525	7,683	8,373	8,733	8,810	8,868	8,918	8,946	9,011	9,139	9,297	9,296	9,297	9,207	9,234	9,251	9,261	9,280	9,270
地域枠等以外の医学部定員	7,452	7,375	7,750	7,660	7,681	7,687	7,635	7,607	7,591	7,623	7,763	7,743	7,731	7,640	7,632	7,636	7,611	7,595	7,556
地域枠等	173	418	736	1,186	1,242	1,304	1,406	1,462	1,543	1,639	1,657	1,676	1,689	1,690	1,725	1,738	1,773	1,808	1,837
地域枠等の割合	2.3%	5.4%	8.8%	13.6%	14.1%	14.7%	15.8%	16.3%	17.1%	17.9%	17.8%	18.0%	18.2%	18.4%	18.7%	18.8%	19.1%	19.5%	19.8%
地域枠等を要件とした臨時定員	0	118	304	617	676	731	770	794	858	886	904	903	904	840	865	885	938	955	933
地域枠等を要件とした臨時定員の割合	0%	1.5%	3.6%	7.1%	7.7%	8.2%	8.6%	8.9%	9.5%	9.7%	9.7%	9.7%	9.7%	9.1%	9.4%	9.6%	10.1%	10.3%	10.1%

※自治医科大学は、設立の趣旨に鑑み地域枠等からは除く。
（地域枠等及び地域枠等を要件とした臨時定員の人数について、文部科学省高等教育局医学教育課調べ）

8

厚生労働省：「令和7年度医療政策研修会」（令和8年3月17日開催）資料1 から抜粋
https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001674527.pdf（令和8年3月17日確認）

図表2-15（再掲）医療施設従事医師数の変化
（届出数/総数/年齢階級別・平均年齢/静岡県/2014（H26）・2024（R06）年）

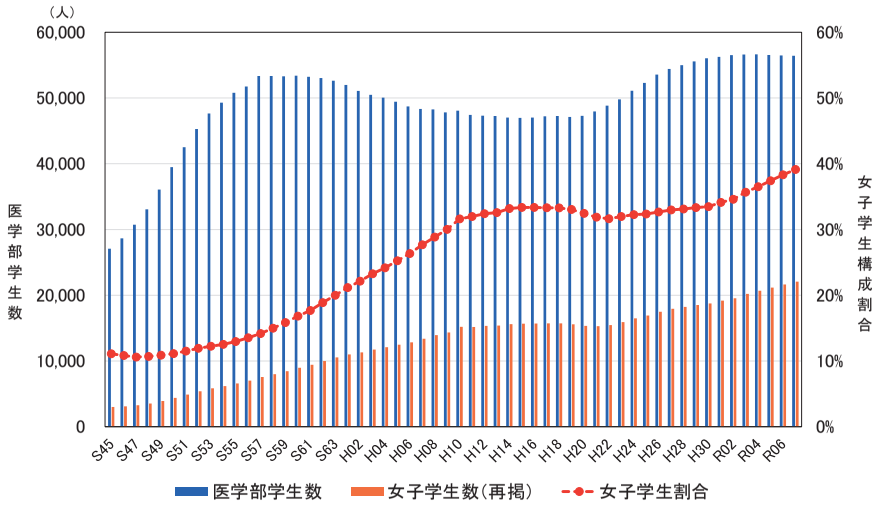


厚生労働省：「医師・歯科医師・薬剤師統計」を基に作成

All rights reserved.

地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

図表2-43-1（再掲）医学部学生数と女子学生構成割合の推移
（総数/医学部学生数・女子学生割合/S45（1970）-R07（2025）年度）



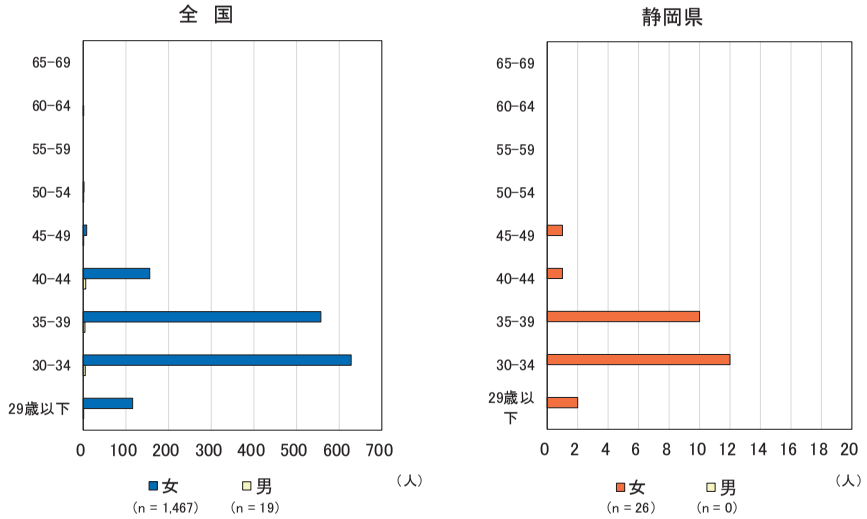
文部科学省：「学校基本統計」を基に作成

All rights reserved.

地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

図表2-101（再掲）育児休業取得中の医師の状況

（届出数/性・年齢階級別/全国・静岡県/2024（R06）年12月31日時点で休業中の医師）



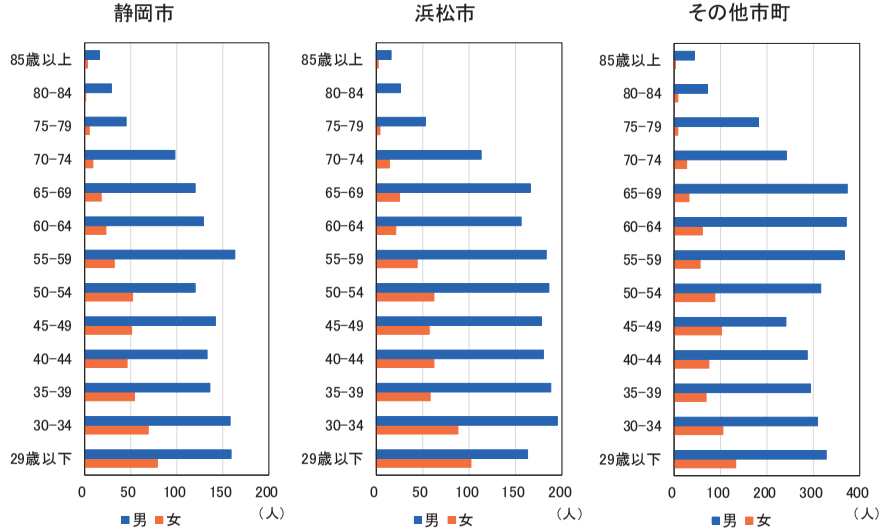
厚生労働省：「医師・歯科医師・薬剤師統計（旧：医師・歯科医師・薬剤師調査）」を基に作成

All rights reserved.

地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

図表2-37（再掲）年齢階級別医療施設従事医師数 ②

（届出数/性別/静岡市、浜松市、その他市町/2024（R06）年）



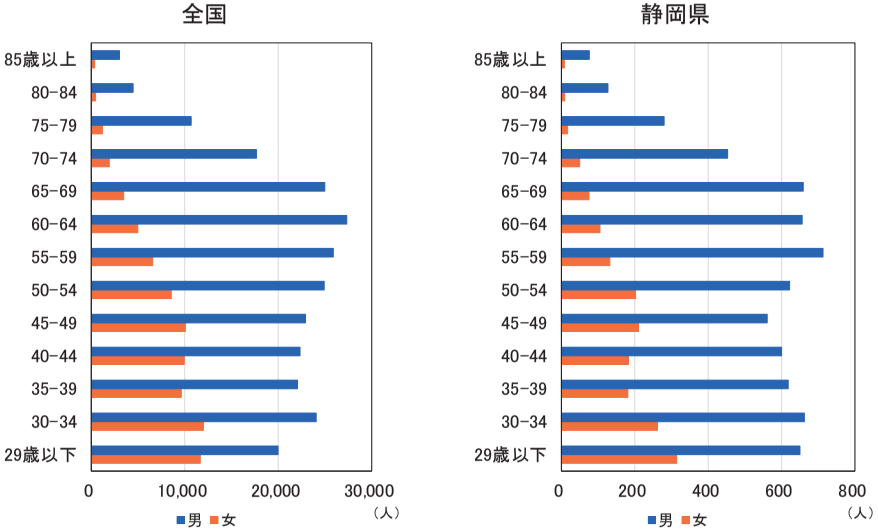
厚生労働省：「令和6（2024）年医師・歯科医師・薬剤師統計」を基に作成

All rights reserved.

地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

図表2-36（再掲）年齢階級別医療施設従事医師数 ①

（届出数/性別/全国、静岡県/2024（R06）年）



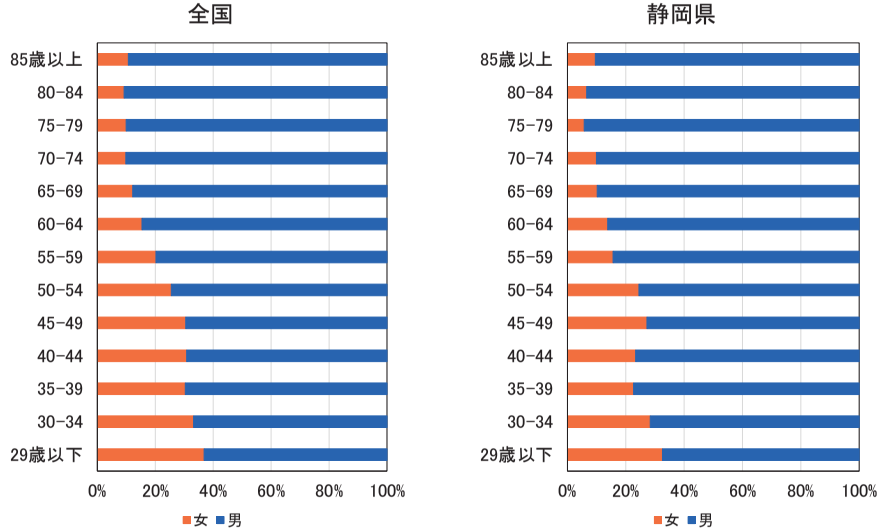
厚生労働省：「令和6（2024）年医師・歯科医師・薬剤師統計」を基に作成

All rights reserved.

地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

図表2-38（再掲）年齢階級別医療施設従事医師構成割合 ①

（届出数/性別/全国、静岡県/2024（R06）年）



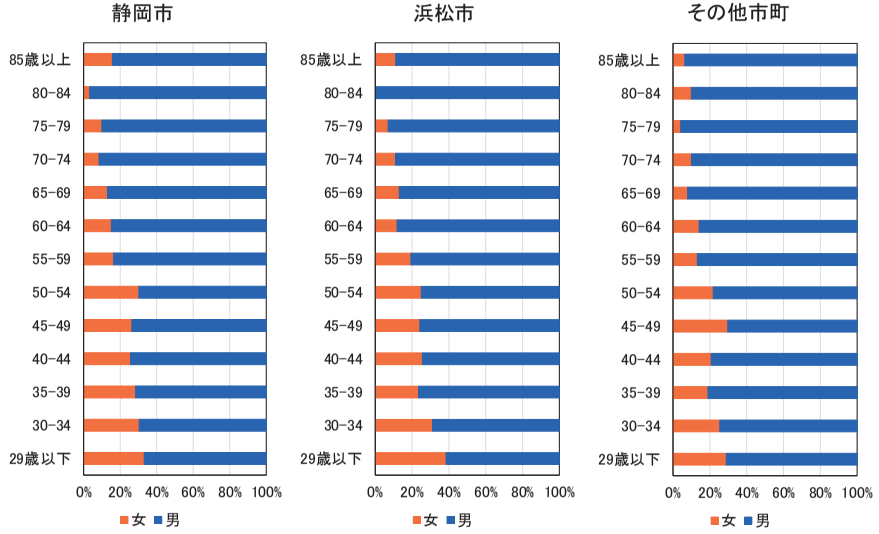
厚生労働省：「令和6（2024）年医師・歯科医師・薬剤師統計」を基に作成

All rights reserved.

地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

図表2-39（再掲）年齢階級別医療施設従事医師構成割合 ②

（届出数/性別/静岡市、浜松市、その他市町/2024（R06）年）



厚生労働省：「令和6（2024）年医師・歯科医師・薬剤師統計」を基に作成

All rights reserved.

図表1-118

令和８年度診療報酬改定　Ⅰ－２－４　医師の働き方改革の推進／診療科偏在対策－①

医師の働き方改革及び診療科偏在対策の推進①

地域医療体制確保加算の見直し

- 若手の医師数が減少しており、かつ、医療提供体制の確保が必要とされている診療科について、当該診療科の医師を対象として勤務環境・処遇改善を行うとともに、研修体制を整えている医療機関を新たに評価する。
- 特定地域医療提供医師及び連携型特定地域医療提供医師の、時間外・休日労働時間の上限に係る基準を見直す。

現行

【地域医療体制確保加算】
・地域医療体制確保加算　620点
（新設）

［施設基準］
1　地域医療体制確保加算の施設基準
当該保険医療機関に勤務する対象医師の１年間の時間外・休日労働時間が、原則として、次のとおりであること。
ア　令和６年度においては、1,785時間以下
イ　令和７年度においては、1,710時間以下
（新設）

改定後

【地域医療体制確保加算】
1　地域医療体制確保加算１　620点
2　地域医療体制確保加算２　720点

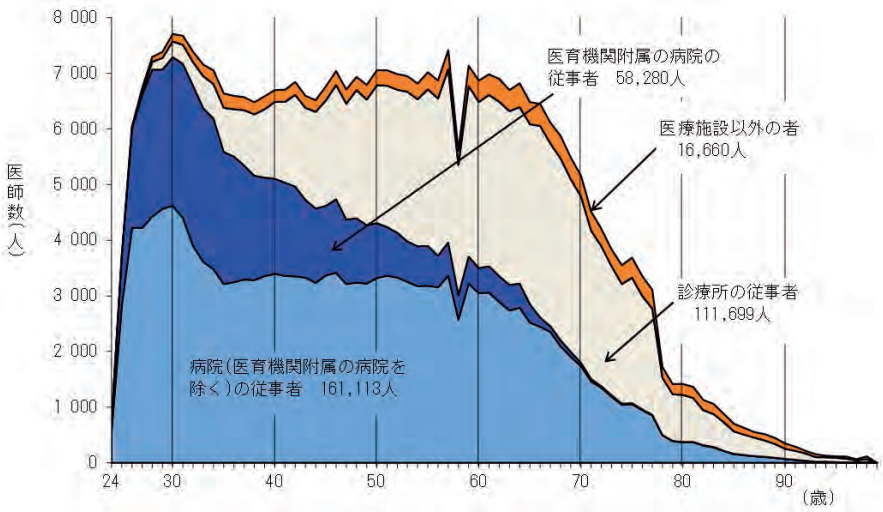
［施設基準］
1　地域医療体制確保加算１の施設基準
当該保険医療機関に勤務する対象医師の１年間の時間外・休日労働時間が、原則として、次のとおりであること。
ア　令和８年度においては、1,635時間以下
イ　令和９年度においては、1,560時間以下

2　地域医療体制確保加算２の施設基準
・特定機能病院入院基本料又は急性期総合体制加算を届け出ていること。
・若手医師数が減少傾向にある、消化器外科、心臓血管外科、小児外科及び循環器内科のうち、地域でも医師の確保が特に必要な診療科を３つ以内で特定（以下「特定診療科」という）し、以下の特別な配慮を行っていること。
ア　手術・高度な医療に関する機能分化・集約について、地域の他の保険医療機関と協議していること。
イ　専門研修等を地域の他の保険医療機関と連携して行う等、医師の育成を図るための取組を実施していること。
ウ　特定診療科の医師の給与体系に、他の診療科の医師とは異なる特別な配慮を行っていること。
・特定診療科において、交代勤務制又はチーム制による勤務環境改善の取組とともに、以下のいずれかの取組を実施していること。
ア　医師事務作業補助体制加算における医師事務作業補助者が、全ての特定診療科の病棟又は外来に配置されていること。
イ　各特定診療科の術前術後の管理等に携わる看護職員について、特定診療科に係る適切な研修を修了した者がいること。

20

厚生労働省：「令和8年度診療報酬改定説明資料等について（03 令和8年度診療報酬改定の概要 3. 急性期・高度急性期入院医療）」から抜粋
https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001671032.pdf（令和8年3月31日確認）

図表2-105（再掲）施設の種別・年齢別にみた医師数（令和6年12月31日現在）



厚生労働省：「令和6（2024）年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況」参考表（参考１）から引用
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/24/index.html（令和8年3月10日確認）

図表1-119

令和８年度診療報酬改定　Ⅰ－２－４　医師の働き方改革の推進／診療科偏在対策－①

医師の働き方改革及び診療科偏在対策の推進②

外科医療確保特別加算の新設

- 地域の基幹的な医療機関において、高度手術を実施する体制を整備し、外科医の勤務環境の改善を図った上で、当該手術を実施した場合の加算を新設する。

（新）　外科医療確保特別加算　（１回につき）

［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、長時間かつ高難度な手術を実施した場合であって、対象診療科の医師が、当該手術を行ったときは、外科医療確保特別加算として、当該手術の所定点数の100分の15に相当する点数を加算する。

［施設基準］
（１）外科医療確保特別加算を算定する診療科を届け出ていること。
（２）特定機能病院入院基本料又は急性期総合体制加算を届け出ていること。
（３）医科点数表第２章第10部に掲げる長時間かつ高難度な手術を合わせて年間200例以上実施していること。
（４）当該加算を算定する全ての診療科において、以下の全てを実施していること。
ア　当該診療科の経験を５年以上有する常勤の医師が６名以上配置されていること。
イ　チーム制又は交代勤務制を導入していること。
ウ　当該診療科に配置されている常勤の医師については、特定対象医師（B水準、連携B水準又はC水準が適用される医師）であるかどうかにかかわらず、特定対象医師に対するものと同様の勤務間インターバル及び代償休息を確保すること。また、宿日直勤務中の労働について、宿日直勤務後の休息時間を確保するよう配慮していること。
（５）他の保険医療機関との連携体制について、次のいずれにも該当していること。
ア　地域の他の保険医療機関と、対象手術の実施体制及び術後フォローアップの体制等について、事前に協議を行っていること。
イ　当該保険医療機関及び当該他の保険医療機関において、対象手術の実施体制及び術後のフォローアップ体制等に係る協議内容について、公表するとともに、当該患者に説明していること。
（６）外科医療確保特別加算を算定する診療科の専門研修体制が整備されていること。
（７）外科医療確保特別加算を算定する診療科は、地域医療体制確保加算２において処遇等に係る配慮を行っている診療科（特定診療科）であること。
（８）当該診療科の医師が行った対象手術件数に応じ、休日・時間外・深夜手当、当直手当等とは別に、当該加算額の100分の30以上に相当する手当を当該診療科の医師に支給（その８割以上を常勤医師に支給）しており、全ての医師に周知していること。

21

厚生労働省：「令和8年度診療報酬改定説明資料等について（03 令和8年度診療報酬改定の概要 3. 急性期・高度急性期入院医療）」から抜粋
https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001671032.pdf（令和8年3月31日確認）