第４８回京都府医療対策協議会

日時：　令和８年８月２５日(火)
　　１３時００分～１４時３０分
場所：　医師会館　212・213 会議室

次　　第

１　協議事項

（１）令和９年度専門研修プログラムについて

（２）令和 10 年度以降の医師臨床研修募集定員配分指標案について

（３）京都府保健医療計画及び京都府医師確保計画の見直しについて

２　その他

第48回京都府医療対策協議会
出席者名簿

令和8年8月25日（火）
京都府医師会館
212・213会議室

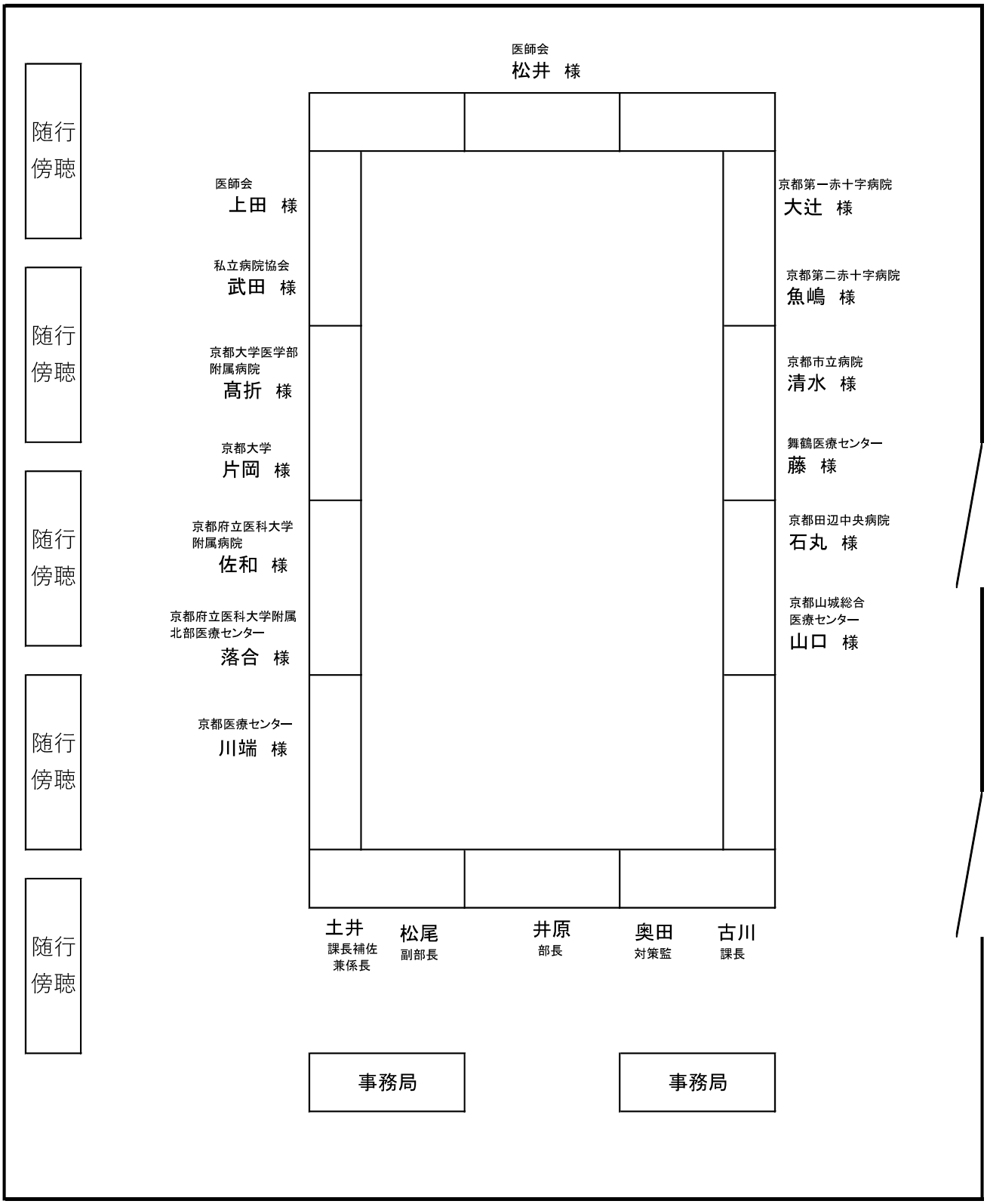
（敬称略）

団体等名称	役職名	氏名	備考
京都府医師会	会　　長	松井　道宣	
京都府医師会	副 会 長	上田　朋宏	
京都府病院協会	会　　長	水野　敏樹	欠席
京都私立病院協会 （京都府医療勤務環境改善支援センター）	会　　長	武田　隆久	
京都大学医学部附属病院	病 院 長	髙折　晃史	
京都大学医学研究科医学教育・国際化推進センター	教　　授	片岡　仁美	
京都府立医科大学	附属病院長	佐和　貞治	
京都府立医科大学附属北部医療センター	病 院 長	落合　登志哉	
京都医療センター	院　　長	川端　浩	
京都第一赤十字病院	院　　長	大辻　英吾	
京都第二赤十字病院	院　　長	魚嶋　伸彦	
京都市立病院	院　　長	清水　恒広	
（丹後医療圏）　京丹後市立久美浜病院	病院長代行	岩見　均	欠席
（中丹医療圏）　舞鶴医療センター	院　　長	藤　信明	
（南丹医療圏）　京都中部総合医療センター	院　　長	辰巳　哲也	欠席
（山城北医療圏）京都田辺中央病院	理 事 長	石丸　庸介	
（山城南医療圏）京都山城総合医療センター	院　　長	山口　明浩	
京都府市長会　（宮津市）	市　　長	城﨑　雅文	欠席
京都府町村会　（京丹波町）	町　　長	畠中　源一	欠席
京都府地域包括・在宅介護支援センター協議会	センター長	木谷　絵美	欠席

京都府健康福祉部	健康福祉部長	井原　正裕	
	保健医療対策監	奥田　司	
	副部長	松尾　治樹	
	医療課長	古川　浩気	
	医療課医療人材確保係　課長補佐兼係長	土井　諒真	

第４８回京都府医療対策協議会　配席図

令和８年８月25日（火）13:00～14:30
京都府医師会館　212-213会議室



協議事項　１

【令和９年度専門研修プログラムについて】

Ｐ１～Ｐ６

○プログラムの認定に当たって都道府県協議会が協議すべき事項

（１）国から都道府県への協議に関する意見

（２）各診療領域のプログラムに共通する意見

（３）個別のプログラムに関する意見

専門研修に関する厚生労働省からの協議に対する意見の方向性（案）

※下線部：新規・拡充事項

項目	確認のポイント	シーリング案の内容／現状	意見の方向性（案）
様式１－１ 令和９年度シーリング案	・日本専門医機構が提示した令和９（2027）年度専攻医シーリング案が、都道府県内の医師確保対策や偏在対策に資するものとなっていること	・精神科が新たにシーリング対象に追加 ・精神科以外のシーリング数は、令和８年度採用からの変更なし ・連携プログラム（都道府県限定分）と特別地域連携プログラムが統合	・通常プログラムの激変緩和 ・連携プログラムの対象拡大 ・通常プログラムの加算における、指導医派遣の実績に応じた評価 ・シーリングにおける調整数の設定 ・特別地域連携プログラムにおける、派遣先のプログラム作成に関する国からの支援
様式１－２ シーリングに関するその他の意見			・二次医療圏の半数以上が医師少数区域となる都道府県をシーリングの対象外に ・地域貢献率算定における、医師少数スポットへの医師派遣月数の反映 ・大学教員、大学院生等の割合を考慮したシーリング数の算定 ・医師の年齢構成等を考慮した制度設計

専門研修に関する厚生労働省からの協議に対する意見の方向性（案）

※下線部：新規・拡充事項

項目	確認のポイント	シーリング案の内容／現状	意見の方向性（案）
様式２－１ 複数の基幹施設設置（内科、小児科、精神科、外科、整形外科、産婦人科及び麻酔科のみ）	・内科、小児科、精神科、外科、整形外科、産婦人科及び麻酔科については、都道府県ごとに複数の基幹施設が置かれていること ・診療科別の定員配置が都道府県内の医師確保対策や偏在対策に資するものになっていること	・府内では、すべての基本領域において、複数の基幹施設が認められる	（特になし）
様式２－２ 診療科別の定員配置（各診療領域共通）		・ シーリング案の内容は上記様式１と同様	・採用数が全国を下回る診療科のシーリングの緩和措置 ・<u>小児科専門医の減少による若手医師不足が懸念されるため、医師少数区域への派遣体制維持に向けてシーリングの対象外に</u>
様式３－１ 個別プログラムの連携施設及びローテーションの設定	・プログラムの連携施設及びローテーションの設定並びに採用人数が都道府県の偏在対策に配慮したものであること ・プログラムの廃止がある場合、それによって地域の医療提供体制に多大な影響を与えないこと ・特定の地域や診療科において従事する医師を確保する観点から、地域枠等の従事要件に配慮した研修プログラムであること	・令和９年度採用プログラムにおいて、府内で廃止事例は認められない ・シーリング案の内容は上記様式１と同様	・連携プログラムの要件緩和
様式３－２ 個別プログラムの採用人数			（特になし）
様式３－３ 個別プログラムの廃止			（特になし）
様式３－４ 個別プログラムの地域枠医師等への配慮			（特になし）
様式３－５ 個別プログラムに関するその他の意見			（特になし）

（様式１）

国から都道府県への協議に関する意見

都 道 府 県 名：　京都府

１．令和９（2027）年度シーリング案に関する意見

＜通常プログラムの激変緩和について＞

既にシーリングが設定されていない他の都市部と比較して、医師全体の増加数に大きな乖離が生じている状況の中、令和８年度の大幅な引き下げ案が実施されたところ。今後、若手医師の確保が極めて困難となり、本府外の医療提供体制に大きな支障が生じることが懸念されることから、各診療科の通常プログラム数において、大幅な減少を防ぐため、直近の過去３年間の平均採用数を考慮した緩和措置をしていただきたい。

＜連携プログラムの対象拡大について＞

本府では、二次医療圏単位では医師少数区域が複数存在する中、本府内の医師偏在の是正を進めるため、基幹病院を中心に多数の医師を派遣している状況である。連携プログラムはシーリング対象外県への派遣が要件であり、こうした府内の医師少数区域への派遣が困難となるため、同プログラムにおいて、本府内の医師少数区域への派遣を対象としていただきたい。

＜通常プログラムの加算数について＞

令和９年度のシーリングについては、指導医の派遣に係る実績に応じて、通常プログラムの定員数を増加される予定であるが、「『過去３年間の平均採用数に達しない範囲』かつ『通常プログラム基本数の15％までの範囲』」という制約があるため、本府においてはシーリング対象外の都道府県に対して多くの派遣を行っているにもかかわらず、以下のとおり派遣実績に比して加算数が十分でないため、引き続き指導医を派遣するためにも、実際の派遣実績に応じて評価いただきたい。

領域	派遣実績の加算換算数	加算予定数
内科	133名	９名
皮膚科	８名	１名
精神科	44名	２名
整形外科	47名	２名
眼科	17名	１名
耳鼻咽喉科	19名	１名
泌尿器科	37名	１名
放射線科	63名	１名
麻酔科	29名	２名

＜シーリングにおける調整数の設定について＞

シーリングが設定された場合、多数の基幹施設間で定員を配分することになるが、シーリングを意識し過ぎて、採用が円滑に進まず（シーリング上、内定保留にしたが、辞退されてしまう等）、結果的にシーリング数を下回る状況が生じていることから、シーリングに一定の調整数を上乗せするようにしていただきたい。

＜特別地域連携プログラムについて＞、

特別地域連携プログラムについては、採用に向けた取組を進めているものの、

・適用対象区域の地理的な要因等により、プログラム応募者の需要が乏しいこと

・派遣先における充実した指導体制等が必要不可欠であり、採用元と派遣先が連携して取り組む必要があること

を踏まえ、採用元の取組だけで採用数の増加は困難であり、連携促進のためには派遣先のプログラムが魅力的なものであることが重要であるため、派遣先が魅力的なプログラムを作成できるよう国から派遣先の病院及び都道府県に支援していただきたい。

２．その他の意見

＜シーリング数の算定において地域医療の実情を反映すること＞

シーリング制度自体の見直しについて検討する際には、全国一律の計算式ではなく、地域の実情を考慮した算定方法となるようにしていただきたい。

○　京都府は、いわゆる医師多数県に数えられるが、府内の二次医療圏については、６医療圏中３医療圏が医師少数区域となっており、依然として医師少数区域は解消していない。そのため、二次医療圏の半数以上が医師少数区域となる都道府県に対しては、シーリングの対象外としていただきたい。

また、現行の制度では、医師少数スポットに医師を派遣したとしても、連携プログラムにおける地域貢献率の算定に反映されない。医師少数スポットの医師確保に繋がるよう、医師少数スポットの医療機関への医師派遣についても、地域貢献率の算定に含めていただきたい。

○　京都府では、教育・研究に時間を費やし、臨床に従事する時間が他の病院勤務医等に比べて相当に制限される教員や大学院生等の割合が多いが、シーリングの算定にあたっては、一律に評価され、実態から乖離した算定になっている。ついては、病院勤務医等に比べ、臨床に費やす時間が制限される大学の教員及び大学院生等の割合を考慮し、実状に見合ったシーリング数に改めていただきたい。

○　シーリング対象診療科や採用数の上限決定については、医師の年齢構成等を考慮した制度設計としていただきたい。

（様式２）

各診療領域のプログラムに共通する意見

都 道 府 県 名：京都府
診療科領域名：－

１．複数の基幹施設設置に関する意見（内科、小児科、精神科、外科、整形外科、産婦人科及び麻酔科のみ）

いずれの診療科においても、複数の基幹施設が設置されており、特段問題はない。

２．診療科別の定員配置に関する意見

本府では、人口10万人あたりの採用数は全国と同程度であるにもかかわらず、一部診療科でシーリングが適用されているため、今後、若手医師の採用数の減少が懸念される。

特に小児科では、専攻医数が2010年代の年間20～30名から近年は約８名へ急減しており、採用数が全国平均（10万人あたり）を下回っている状況で数年以内に若手医師の供給ギャップが顕在化する恐れがある。府内では小児科医の多くが40歳頃まで病院勤務を続け、入院医療や小児救急などの政策医療を病院中心で担っていることから、若手医師減少が直接入院医療提供能力の低下に直結することが懸念される。そのため、府内の医師少数区域への医師派遣体制を維持できるよう、人口10万人あたりの採用数が全国を下回った都道府県診療科はシーリングの対象外としていただきたい。

３．その他の意見

特になし

※　日本専門医機構及び関係基本領域学会への提供希望

（希望する）・　希望しない

（様式３）

個別のプログラムに関する意見

都道府県名：京都府
基幹施設名：－
診療科領域名：－
プログラム名：－

１．プログラムの連携施設及びローテーションの設定に関する意見

応募者に対し、連携プログラムで採用される可能性があることを伝えると、辞退されてしまうケースがある。そのため、各診療科のプログラム登録者数全員で研修期間相当分を分担することを可とする等、要件を緩和し、連携プログラムの専攻医の負担を減らしていただきたい。

２．プログラムの採用人数に関する意見

特になし

３．プログラムの廃止に関する意見（該当する場合のみ）

特になし

４．地域枠医師等への配慮に関する意見

特になし

５．その他の意見

特になし

※　日本専門医機構及び関係基本領域学会への提供希望
　　（希望する）・　希望しない

協議事項２

【令和１０年度以降の医師臨床研修募集定員配分指標案について】

Ｐ７～Ｐ１２

◎令和 10 年度以降の医師臨床研修募集定員配分指標案について

１　京都府地域医療支援センター運営会議における配分指標に関する議論

(1) 第９回運営会議（令和７年８月７日開催）

今後京都府の募集定員が削減されていくことを想定し、定員の配分方法を議論

（主な意見）

- 京都府の配分指標が不透明のため、明確化いただきたい
- 一定数の症例を確保する必要があり、患者数を配分指標に加えることはできないか。
- 各医療機関における救急車の受入件数を評価指標に加えることは可能か。
- NPO 法人卒後臨床研修評価機構（JCEP）の認定を評価指標に加えることはできないか。
- 臨床研修後の府内定着実績を評価指標に加えても良いのではないか。

(2) 第 10 回運営会議（令和８年２月 24 日開催）

京都府から臨床研修の質・症例数などの教育的側面や府内の医師偏在是正に向けた貢献度を重視した以下の(ｱ)～(ｴ)の配分指標案を提示

(ｱ) 臨床研修の質・症例数

・NPO 法人卒後臨床研修評価機構（JCEP）による認定
・年間入院患者数、救急車の受入れ件数が一定数を上回る場合に定員を配分

(ｲ) 医師偏在の是正

・府北部地域等での勤務加算を従来よりも評価して配分

(ｳ) 府内定着率

・臨床研修後に府内病院の専門研修プログラムに進む割合（府内定着率）が高い病院に対して配分

(ｴ) 激変緩和措置

・前年度の募集定員から減少する病院については、残りの配分可能な定員数に応じて激変緩和措置を段階的に縮小して適用

（主な意見）

- 入院患者数や救急車受入件数については、２次医療圏での貢献率の考慮や人口割での補正が必要ではないか
- 入院患者数や救急車受入件数については、研修医１人当たりの担当件数で評価するべきではないか
- 症例数の指標に「手術件数」を加えて良いのではないか
- 研修の質を評価するにあたり、基本的臨床能力評価試験という指標も取り入れて良いのではないか
- 府内定着率については、翌年の勤務地ではなく、府内基幹施設の専門研修プログラムに所属しているかという考え方に統一いただきたい
- 医師偏在の是正については、府北部のみでなく南部の人口増加に係る医療需要についても考慮いただきたい
- 指標の議論に当たっては、マッチング率の実績を考慮しても良いのではないか
- 医師の働き方改革における特例水準の指定状況や勤務状況についても考慮いただきたい

(3) 第 11 回運営会議（令和８年７月 28 日開催）

第 10 回運営会議までの議論を踏まえ、京都府から配分指標の中間案を提示（内容については、後述する「令和 10 年度以降の定員配分方法（案）」と同様）

（主な意見）

- 医師偏在対策及び研修の質向上等に配慮された指標となっており賛同する。
- 京都府は全国と比較して、大学病院への配分割合が非常に高くなっているため、市中病院へ手厚く配分できる指標となるよう検討してはどうか。
- 京大病院としては、病院の体制見直しを進めている中で、臨床研修医の受入数を削減する方向で調整している。
- 今後、たすき掛け研修による府外からの受入状況を考慮してはどうか。
- 一方、府外からの受入が京都府全体の定員に悪影響を及ぼさないようにしなければならない
- 各病院から配分希望数を聞き取りの上、その数を考慮して配分するべきではないか。

２　ご議論いただきたい点

配分方法の見直し

京都府地域医療支援センター運営会議におけるこれまでの議論を踏まえて令和 10 年度以降の配分については、**従来の配分指標に臨床研修の質・症例数などの教育的側面や府内の医師偏在是正に向けた貢献状況に関する指標を加えることとし、次の①～⑦の指標により配分することとしてはどうか。**（指標案については第 11 回京都府地域医療支援センター運営会議で了承済み）

令和 10 年度以降の定員配分方法（案）

①　基本調整＜見直し＞

定員配分計算における**基礎数の算出方法を見直し、配分可能な定数を捻出する**

（従　来）：(募集定員仮上限－地域枠数)×**0.9**＝○○○名

（見直し後）：(募集定員仮上限－地域枠数)×**0.6**＝○○○名

②　国制度による加算＜従来どおり＞

(ア)医育機関：13 名　(イ)小児・産科プログラム：４名　(ウ)地域枠：７名

(エ)医師少数区域等：基本数２名の病院に３名

③　臨床研修の質・症例数による加算＜新設＞

(ア)ＪＣＥＰ　認　定：JCEP の認定を受けることで１名

(イ)年間入院患者数：入院患者数が一定数以上で１名

(ウ)救急車の受入件数：救急車受入件数が一定数以上で１名

※（イ）（ウ）については、研修医１人当たりの担当件数での評価が可能かを検討

④　専門研修プログラムでの医師派遣による加算＜対象拡大＞

(ア)府北部地域等への派遣による加算（上乗せ）

⇒１～３人で**１名**、４～６人で**２名**、７人～９人で**３名**　…　※上限なし

（イ）シーリング対象外県への派遣による加算（上乗せ）
⇒１～６人で**１名**、７～12 人で**２名**、13 人～18 人で**３名**　… ※上限なし

⑤　欠員による減算＜新設＞
前々年度に欠員が生じた病院はその人数分を減算する
※医師少数区域及び医師少数スポットに所在する病院は対象外とする
※国家試験不合格による欠員の場合は対象外とする

⑥　最小定員保障＜従来どおり＞
①～⑤までの結果、定員が１名の病院について２名となるよう加算
※最小定員保障の取扱いについては、地方分権に関する提案募集制度により、たすき掛け研修で他病院から研修医を派遣する場合には、定員１名での募集を可能とするよう国へ提案中のため、その結果を踏まえ引き続き検討

⑦　府内定着率による加減算＜新設＞
①～⑥までの結果、**全病院の募集定員合計が募集定員上限を下回る場合は府内定着率上位の病院から順に１名ずつ加算**し、**募集定員上限を上回る場合は下位の病院から順に１名ずつ減算**
※前年度募集定員を上限とする
※最小定員保障病院及び①～⑥までの合計が０名の病院は加減算の対象としない

（府内定着率の計算方法）
各病院の２年目臨床研修医のうち、府内病院の専門研修プログラムを選択した人数の割合で算出（プログラムの都合上、一時的に府外病院に派遣されている場合を含む）

３　今後のスケジュール（予定）
- 令和９年２月頃　次回 KMCC 運営会議において、最終案を提示
- 同年３月頃　医療対策協議会において令和 10 年度募集定員を決定

＜令和１０年度以降　医師臨床研修募集定員配分時の考え方＞

（１）基本調整（Ａ）

$$\text{基本調整} = \frac{\text{過去３年間の４月１日時点の受入実績の平均値(a)} \times \text{基礎数}}{\text{過去３年間の４月１日時点の受入実績の平均値(a)の合計（}\Sigma\text{(a)）}}$$

ⅰ）過去３年間の４月１日時点の採用実績の平均値(a)を算出する（小数点以下四捨五入）

ⅱ（※仮上限－７名）×0.6で基礎数を算出し、ⅰ）で算出した平均値の構成比で病院ごとに按分（Σ(a)）する（小数点以下切捨て。ただし０となる病院は１とする。

※国から示された定員（仮上限）

（２）国制度による配分Ｂ及び府独自指標による配分Ｃ

	項　目	配　分　数	
１　国制度による配分			B
（ア）	医育機関	13名	
（イ）	小児・産科プログラム	４名	
（ウ）	地域枠	７名	
（エ）	医師少数区域等	基本調整が２名である医師少数区域等に対して５名になるよう調整	
２　専門研修プログラム			C
（ア）	府北部地域等への派遣による加算	府北部地域等で３名の勤務につき１名	
（イ）	シーリング対象外県での勤務	シーリング対象外県で６名の勤務につき１名	
３　臨床研修の質・症例数			
（ア）	JCEP（NPO法人卒後臨床研修評価）による認定	JCEPによる認定で１名	
（イ）	年間入院患者数	一定数以上で１名	
（ウ）	救急車受入件数	一定数以上で１名	
４　欠員による減算		前々年度に欠員が生じた病院は、その人数分を減算 ※医師少数区域及び医師少数スポットに所在する病院は対象外 ※国家試験不合格による欠員は対象外	
５　最小定員保障		１名定員の病院を２名になるよう加算	
６　府内定着率		①指標５までの合計＜募集定員上限の場合 ⇒府内定着率上位の病院から順に１名ずつ加算 ②指標５までの合計＞募集定員上限の場合 ⇒府内定着率下位の病院から順に１名ずつ減算 ※前年度募集定員を上限とする ※最小定員保障病院及び指標５までの合計が０名の病院は加減算の対象としない	

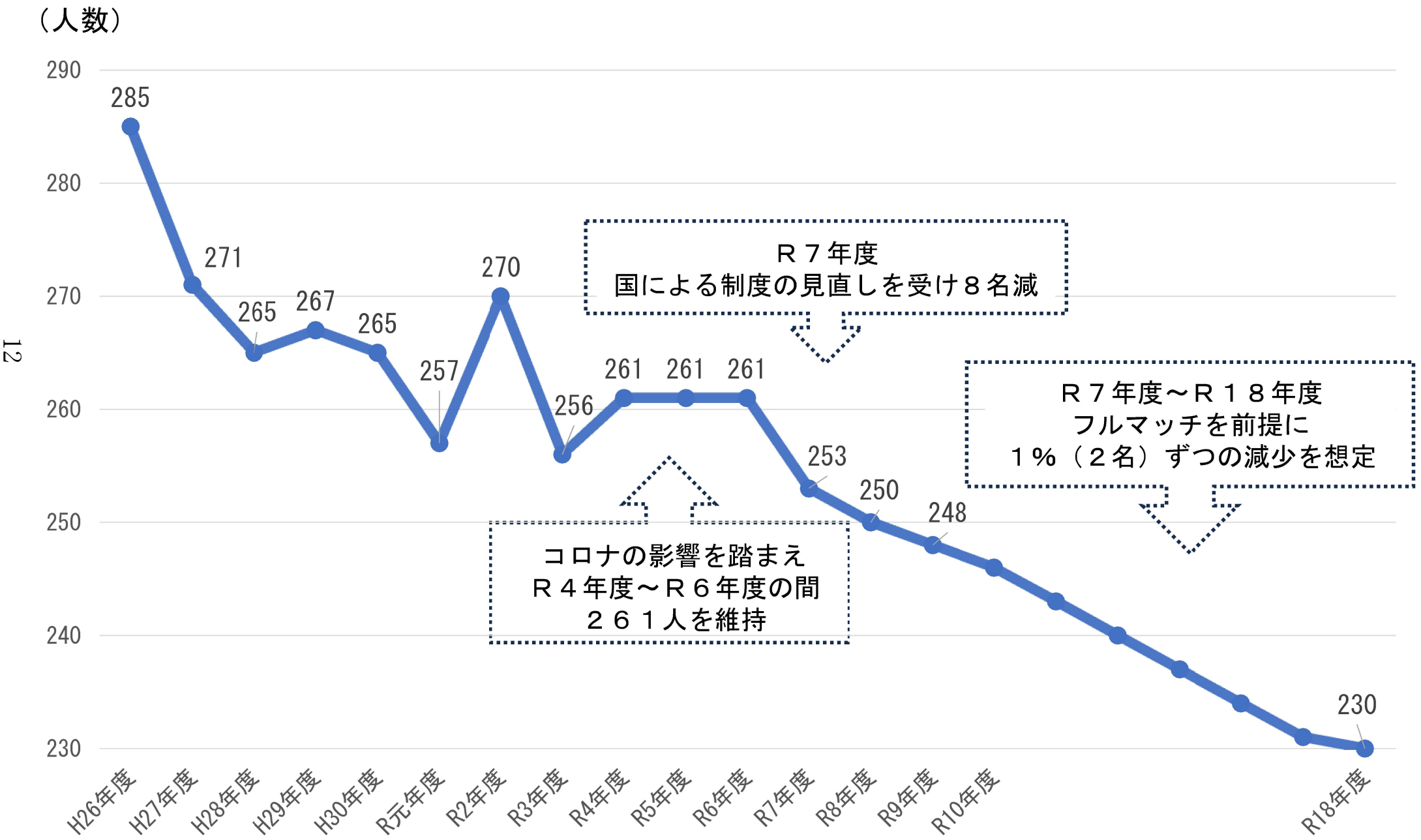
令和9年度から研修を開始する臨床研修医の募集定員（変更後）

病院	令和9年度 募集定員 （変更後）	＜参考＞ 現行比
京都大学医学部附属病院	70	0
府立医科大学附属病院	65	+2
京都第二赤十字病院	16	0
京都第一赤十字病院	13	0
京都市立病院	12	0
京都医療センター	9	0
洛和会音羽病院	8	0
宇治徳洲会病院	8	0
京都桂病院	5	0
武田総合病院	5	0
京都民医連中央病院	4	0
京都岡本記念病院	4	0
京都中部総合医療センター	5	0
福知山市民病院	5	0
北部医療センター	5	0
綾部市立病院	2	0
舞鶴医療センター	2	0
舞鶴共済病院	0	0
京都山城総合医療センター	2	0
康生会武田病院	2	0
鞍馬口医療センター	2	0
京都済生会病院	2	0
洛和会丸太町病院	2	0
新京都南病院	0	▲ 2
合計	248	0

※広域連携型プログラム（枠内）
　京都大学医学部附属病院　7名（前年度比±0名）
　府立医科大学附属病院　　6名（うち府内少数区域　5名）（前年度比▲1名）
※基礎研究医プログラム（枠外）
　京都大学医学部附属病院　2名（前年度比±0名）
　府立医科大学附属病院　　1名（前年度比±0名）

○京都府における定員数の将来推移

定員数については、Ｒ７年度以降減少する見込み

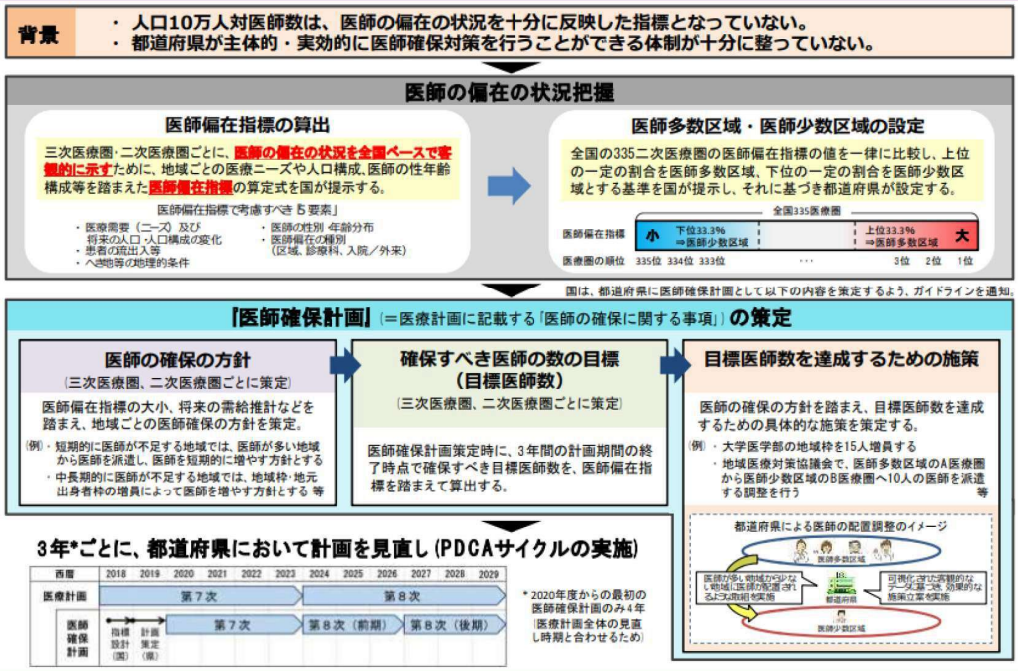


協議事項　３

【京都府医師確保計画の見直しについて】

Ｐ１３～Ｐ２２

医師確保計画を通じた医師偏在対策について



KMCC運営会議及び医師確保ワーキングの検討事項について

	検討事項		構成員	備考
KMCC運営会議	若手医師確保・育成の検討	・医師の確保・定着に向けたキャリア形成支援　等	若手医師の教育担当者、専門研修プログラム責任者、臨床研修指導責任者 ・関係団体 ・大学（養成機関） ・地域医療支援病院・三次救急医療機関 ・地域医療支援病院 ・へき地医療拠点病院 ・臨床研修指定病院 （京都市内・南部・北部）	
	新専門医制度	・専門医ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ内容確認 ・専門医統一募集 ・北部指導医、専攻医配置ﾛｰﾃｰｼｮﾝ検討		
	初期臨床研修	・臨床研修定員見直しに向けた検討		
医師確保ﾜｰｷﾝｸﾞﾁｰﾑ	保健医療計画の改訂	・保健医療計画（医師確保、へき地医療）の具体検討	地域医療、医師需要の検討ができる方 ・大学（養成機関） ・公的医療機関 ・民間医療機関 ・北部医療機関	産科・小児科における保健医療計画は、京都府周産期医療協議会において議論
	医師確保と医療提供体制	地域別（医療圏別）に必要な医師確保と医療提供体制について ・医療情報に基づく医師確保 ・へき地における医師確保、勤務負担軽減		

現行の医師確保計画の概要①

1　計画期間

令和6年度～令和8年度

2　記載内容

(1) 主な課題

①地域偏在
②地域医療従事医師のキャリア支援
③働き方改革・勤務環境改善
④在宅医療を担う医師の確保

(2) 医師少数区域の設定等

①国の医師偏在指標に基づく医師少数区域等の設定
→医師多数区域　：京都・乙訓
医師中程度区域：中丹(※)、山城北　　(※)中丹は医師少数スポットとして設定
医師少数区域　：丹後、南丹、山城南
②京都式医師偏在指標の算出　※詳細は５ページを参照
③府内一円で医療提供体制を構築する重点領域の設定
→脳血管疾患、心疾患及びハイリスク分娩等等で緊急対応が必要なもの

現行の医師確保計画の概要②

2　記載内容

(3) 主な施策例

①オール京都体制による総合的な医師確保対策の推進
・医学生、研修医、専攻医等それぞれの段階に応じた総合的な医師確保対策の充実
・国への政策提案、抜本的な制度の見直しの要望等の継続的な実施
②医師の地域偏在の解消に向けた対策の充実
・自治医科大学卒業医師や地域枠医師の配置を通じた医師確保困難地域の医療機関への医師派遣
・地域医療確保奨学金の貸与による府内で勤務する若手医師の確保
・在宅医療に関する実習や研修等を行う団体や医療機関の支援
③医師の診療科偏在の解消に向けた対策の充実
・地域医療確保奨学金による特定診療科加算制度の維持・拡充
・分娩手当や産婦人科専攻医に対する研修手当の維持・拡充
④医師の働き方改革を踏まえた対策の充実
・労務管理アドバイザーの病院訪問等の実施
・院内保育所の運営等の支援

(4) 成果指標

関連する項目について、原則として令和11年度の目標値を設定

京都式医師偏在指標

国の医師偏在指標は、地域毎の医療ニーズや医師の性年齢構成等も考慮した、全国ベースで医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価した指標
（算定方法の詳細は後述）

本府として、より実態に即した医師確保対策を進められるよう、国の医師偏在指標をベースとして、次の要素を補正した独自指標を算定

・医療側の要因
　教育や研究にも従事している医育機関の教員の診療従事時間を考慮
・患者側の要因
　京都府の受療率を考慮
・地理的要因
　医療施設へのアクセス時間を考慮

成果指標の進捗状況

成果指標	基準値	目標値	実績値
医師偏在指標における医師少数区域	2医療圏（R5年度）	0医療圏（R11年度）	3医療圏（R6年度）
府内の医療施設で従事する医師数（人口10万対）	332.6人（R2年度）	338.4人（R12年度）	333.2人（R6年度）
キャリア形成プログラム適用同意者数	9人（R5年度）	175人（R11年度）	35人（R7年度）
臨床研修ガイドブック配布数	1,000部（R5年度）	1,200部（R11年度）	1,000部（R7年度）
就職活動フェアにおける出展回数	2回（R5年度）	3回（R11年度）	2回（R7年度）
政策提案・要望活動の実施件数	－	－	6回（R6年度）
キャリア形成プログラム適用予定医師の医師確保困難地域の医療機関への派遣医師数	62人（R5年度）	100人（R11年度）	73人（R7年度）
夏季実習、地域医療体験実習等の開催件数	各1回（R5年度）	合同実施2回（R11年度）	計3回（R7年度）
臨床研修における小児・産科重点プログラムの採用数（年間）	13名（R5年度）	13名（R11年度）	11名（R7年度）
専門研修における府内医師確保困難地域への派遣延べ医師数	354名（R5年度）	700名（R11年度）	633名（R7年度）
地域医療確保研修・研究支援事業活用病院数	7病院（R5年度）	10病院（R11年度）	8病院（R7年度）
大学院医学研究科授業料等助成事業活用人数	26名（R5年度）	40名（R11年度）	25名（R7年度）
周産期医療ネットワークの導入医療圏数	5医療圏（R5年度）	全医療圏（R11年度）	全医療圏（R7年度）
地域医療確保奨学金による特別加算制度の利用人数（年間）	3名（R5年度）	10名（R11年度）	3名（R7年度）
超過勤務が年960時間を超過する医師が在籍している医療機関数	25病院（R5年度）	13病院（R11年度）	13病院（R7年度）

国の医師偏在指標（R8.4.17公表分）

		今回公表（R8.4）			前回公表（R6.1）		
		指標	順位	区分	指標	順位	区分
全　　国		266.8			255.6		
京　都　府		326.6	2	医師多数	326.7	2	医師多数
二次医療圏	丹後	162.8	286	医師少数	155.6	278	医師少数
	中丹	201.8	192	―	198.2	170	―
	南丹	188.9	229	医師少数	177.1	227	医師少数
	京都・乙訓	396.9	7	医師多数	401.4	5	医師多数
	山城北	219.6	139	―	207.1	133	―
	山城南	149.5	308	医師少数	160.8	265	医師少数

［区分の考え方］
原則：上位1/3が「医師多数」、下位1/3が「医師少数」
例外：今回の公表では、中位1/3の二次医療圏のうち、へき地尺度（※）が上位10%に含まれる場合は「医師少数」
（本府の二次医療圏については該当なし）

（※）人口密度、最寄りの二次・三次救急病院までの直線距離、離島及び特別豪雪地帯の４因子から算出された数値

国の医師偏在指標の算定式

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数}^{(※1)}}{\text{地域の人口（10万人）} \times \text{地域の標準化受療率比}^{(※2)}}$$

$$\text{標準化医師数}^{(※1)} = \Sigma \left(\text{性・年齢階級別医師数} \times \text{性・年齢階級別労働時間比} \right)$$

$$\text{地域の標準化受療率比}^{(※2)} = \frac{\text{地域の期待受療率}^{(※3)}}{\text{全国の期待受療率}}$$

$$\text{地域の期待受療率}^{(※3)} = \frac{\text{地域の入院医療需要}^{(※4)} + \text{地域の無床診療所医療需要}^{(※5)}}{\text{地域の人口}}$$

$$\text{地域の入院医療需要}^{(※4)}\text{（流出入調整係数反映）} = \Sigma \left(\text{全国の性・年齢階級別入院受療率} \times \text{地域の性・年齢階級別人口} \right) \times \text{地域の入院患者流出入調整係数}$$

$$\text{地域の無床診療所医療需要}^{(※5)}\text{（流出入調整係数反映）} = \Sigma \left(\text{全国の性・年齢階級別無床診療所受療率} \times \text{地域の性・年齢階級別人口} \right) \times \text{無床診療所医療医師需要度} \times \text{地域の無床診療所患者流出入調整係数}$$

医師確保計画策定ガイドライン～第８次（後期）～　改正のポイント

①医師確保方針にあたっての診療科偏在への配慮

②定量的な成果指標の設定

③重点医師偏在対策支援区域等の記載

医師確保計画の改定の論点

①医師少数区域等の設定

②目標医師数の設定

③診療科偏在に係る対応方針の記載

④成果指標の確認

⑤重点医師偏在対策支援区域等の記載

論点① 医師少数区域等の設定

	改定前	改定後
ガイドライン	医師多数区域　　：医師偏在指標の上位33.3% 医師少数スポット：局所的に医師が少ない地域 医師少数区域　　：医師偏在指標の下位33.3%	【同左】
医師確保計画	医師多数区域　　：京都・乙訓 医師中程度区域　：山城北 医師少数スポット：中丹 医師少数区域　　：丹後、南丹、山城南	国の最新の医師偏在指標を踏まえ、変更なしとしてはどうか

論点② 目標医師数の設定

	改定前	改定後
ガイドライン	・都道府県全体及び二次医療圏毎に目標医師数を設定 ・医師少数都道府県以外においては、二次医療圏毎の目標医師数の合計が、計画開始時点の医師数を上回らない範囲で設定	【同左】
医師確保計画	・府全体としては、医療施設従事医師数が令和２年度比微増となる目標値を設定（二次医療圏単位の目標医師数は、一部医療圏で医師数減の目標となるため、設定しない） ・医師確保困難地域への派遣医師数等の目標値を設定（15ページ参照）	ガイドラインの内容が変わらず、医師確保困難地域への派遣医師数を設定していることから、変更なしとしてはどうか

論点③　診療科偏在に係る対応方針の記載

	改定前	改定後
ガイドライン	【新規】	診療科偏在に配慮した医師確保の方針を記載
医師確保計画	・小児科、産科以外に「重点領域」として、脳血管疾患・心血管疾患、ハイリスク分娩を設定し、対策の方向性等を記載（次のスライドのとおり）	すでに「重点領域」を設定しているが、必要に応じて、他の領域を加える等を検討してはどうか

論点③　診療科偏在に係る対応方針の記載

○重点領域の設定・課題・対策の方向（計画から抜粋）

［設定：脳血管疾患・心血管疾患］

［課題］
脳血管疾患／虚血性心疾患における現在の受療動向と将来の患者推計を踏まえると、丹後医療圏及び中丹医療圏は医療需要が横ばいで推移する見込みであることから、少なくとも現状維持、南丹医療圏及び京都・乙訓医療圏と山城北医療圏及び山城南医療圏は医療需要が増加する見込みであることから、PSC／CCUを有する病院や地域の医療機関が連携し、役割分担やICTを活用した患者情報の共有を行うなど、二次医療圏を超えた診療体制の維持・強化が必要です。

［設定：ハイリスク分娩］

［課題］
・全国的に偏在が著しいと言われる産科(産婦人科含む)、小児科の令和２年の医師数は、いずれも全国平均を上回っているものの医師の確保が困難な状況にあります。（産科：医師数279 人（全国11,678 人）、15～49 歳女性人口10 万人当たり55.1 人（全国46.7 人）、小児科：医師数460 人（全国17,997 人）、小児人口10 万人当たり156.7 人）
・病院勤務医や産科・産婦人科医等特に勤務環境が過酷とされる医師の負担軽減に向けた対策が必要です。

［対策の方向］（各領域共通）
二次医療圏にとらわれず、府内一円で対応する緊急性及び専門性の高い治療が必要な「重点領域（脳血管疾患、心血管疾患、ハイリスク分娩）」におけるICT を活用した地域医療ネットワークの導入促進

論点④　成果指標の確認

	改定前	改定後
ガイドライン	目標医師数を設定	目標医師数以外にも、定量的な成果指標を設定
医師確保計画	・１５ページのとおり、関連する様々な成果指標を設定 ・保健医療計画と合わせる形で、原則令和１１年度に向けた目標値を設定	１５ページのとおり成果指標を設定しており、到達年度がまだ先となっていること等を踏まえ、既存の成果指標を維持してはどうか

論点⑤　重点医師偏在対策支援区域等の記載①

【ガイドラインの規定】※新規規定

記載項目	選定の考え方など
重点医師偏在対策支援区域	・国が提示した候補区域を参考に、地域の実情を考慮して、地域医療対策協議会及び保険者協議会で協議した上で選定
支援対象医療機関	・地域医療対策協議会及び保険者協議会で合意を得た医療機関を支援対象医療機関として選定 ・国の医師偏在対策パッケージに基づく事業ごとに設定可能
必要な医師数	・原則として、国が提示した候補区域の要件を脱するために必要な医師数を設定
医師偏在是正に向けた取組	・医師偏在対策パッケージに基づく事業等を活用

論点⑤　重点医師偏在対策支援区域等の記載②

【現状】

・すでに実施されている国の医師偏在対策パッケージに基づく事業（重点医師偏在対策支援区域における診療所の承継・開業支援事業など）について、本府では予算措置に至っていない
・現行計画において、京都式医師偏在指標に基づき、医師確保に係る重点順位を定めている
・今後、国の医師偏在対策パッケージに基づく事業として、派遣医師・従事医師への手当増額事業の実施が検討されている

【改定の方向性】

令和10年度以降に予定されている、派遣医師・従事医師への手当増額事業の動向を踏まえつつ、重点医師偏在対策支援区域等の設定を検討することとし、その旨計画に記載してはどうか

第１回医師確保ワーキングチーム（R8.6.22）においていただいた主な御意見

・子育てが終了したベテラン医師から北部勤務は待遇が満足できる水準ではないという声を聞いたが、そのような事例を支援できる制度があればよい。

・重点医師偏在対策支援区域については、必ずしも国の示した候補区域にとらわれる必要はなく、地域の実情を踏まえて複数選定も検討してほしい。

・高齢になって新たな地域で従事したいと考える医師は一定数いることから、リカレント教育を受けて地域で貢献してもらうことを検討してはどうか。

当面の想定スケジュール

時期	内容
令和８年10月	第２回医師確保ワーキングチームにおいて中間案審議
令和８年11月	次回医療対策協議会において中間案審議
令和８年11月	医療審議会において中間案審議