

令和7年度医療政策研修会	資料
令和8年3月17日	1

## 医師偏在対策について

1. 医師偏在対策の現状について
2. 医師少数区域の考え方の見直しについて
3. 医師偏在是正プランの策定について
4. その他の施策について
5. 医師確保計画の効果の測定・評価について
6. 外来医師過多区域について

1. 医師偏在対策の現状について
2. 医師少数区域の考え方の見直しについて
3. 医師偏在是正プランの策定について
4. その他の施策について
5. 医師確保計画の効果の測定・評価について
6. 外来医師過多区域について

# 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

●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) を上限とし、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

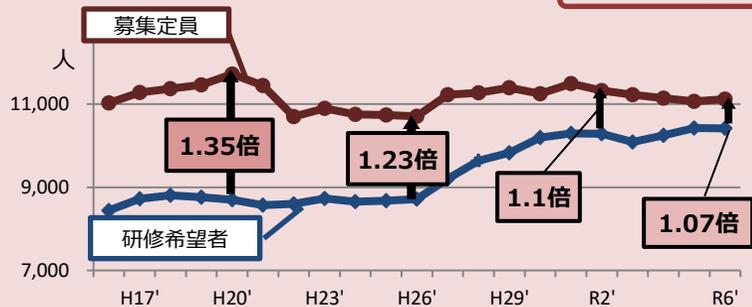
2年  
臨床研修

## 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

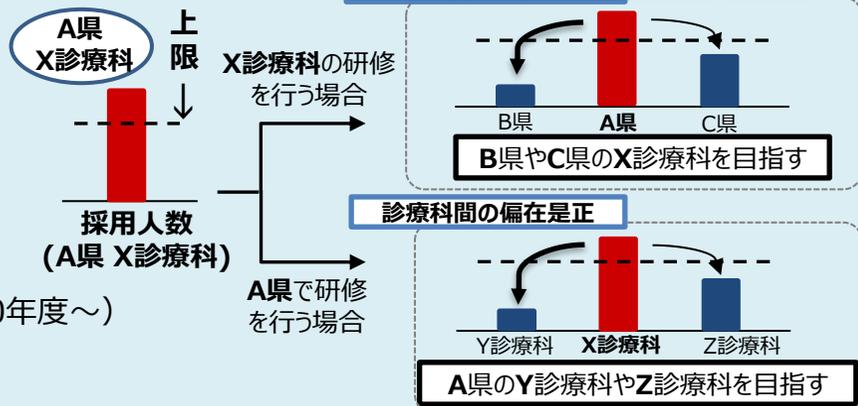
## 専門研修 – 専門医制度における地域・診療科偏在対策

都道府県間の偏在是正

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～)



# 医師確保計画を通じた医師偏在対策について

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

## 医師確保計画策定ガイドラインの策定(国)

### 医師の偏在の状況把握

#### 医師偏在指標の算出(国)

都道府県・二次医療圏ごとに、**医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成等を踏まえた**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「5要素」

- ・ 医療需要（ニーズ）及び将来の人口・人口構成の変化
- ・ 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
- ・ 医師偏在の種類（区域、診療科、入院/外来）

#### 医師多数区域・医師少数区域の設定(都道府県)

全国の330二次医療圏の医師偏在指標の値を一律に比較し、**上位の一定の割合を医師多数区域、下位の一定の割合を医師少数区域とするよう国が提示した基準に基づき、都道府県が設定する。**



### 医師確保計画策定ガイドラインを参考にした『医師確保計画』の策定(都道府県)

#### 医師の確保の方針

(都道府県、二次医療圏ごとに策定)

医師偏在指標の大小、将来の需給推計などを踏まえ、地域ごとの医師確保の方針を策定。

- (例)・短期的に医師が不足する地域では、医師が多い地域から医師を派遣し、医師を短期的に増やす方針とする
- ・ 中長期的に医師が不足する地域では、地域枠・地元出身者枠の増員によって医師を増やす方針とする等

#### 確保すべき医師の数の目標(目標医師数)

(都道府県、二次医療圏ごとに策定)

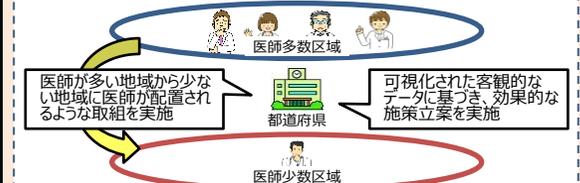
医師確保計画策定時に、3年間の計画期間の終了時点で確保すべき目標医師数を、医師偏在指標を踏まえて算出する。

#### 目標医師数を達成するための施策

医師の確保の方針を踏まえ、目標医師数を達成するための具体的な施策を策定する。

- (例)・大学医学部の地域枠を15人増員する
- ・ 地域医療対策協議会で、医師多数区域のA医療圏から医師少数区域のB医療圏へ10人の医師を派遣する調整を行う等

#### 都道府県による医師の配置調整のイメージ



### 3年\*ごとに、都道府県において計画を見直し(PDCAサイクルの実施)

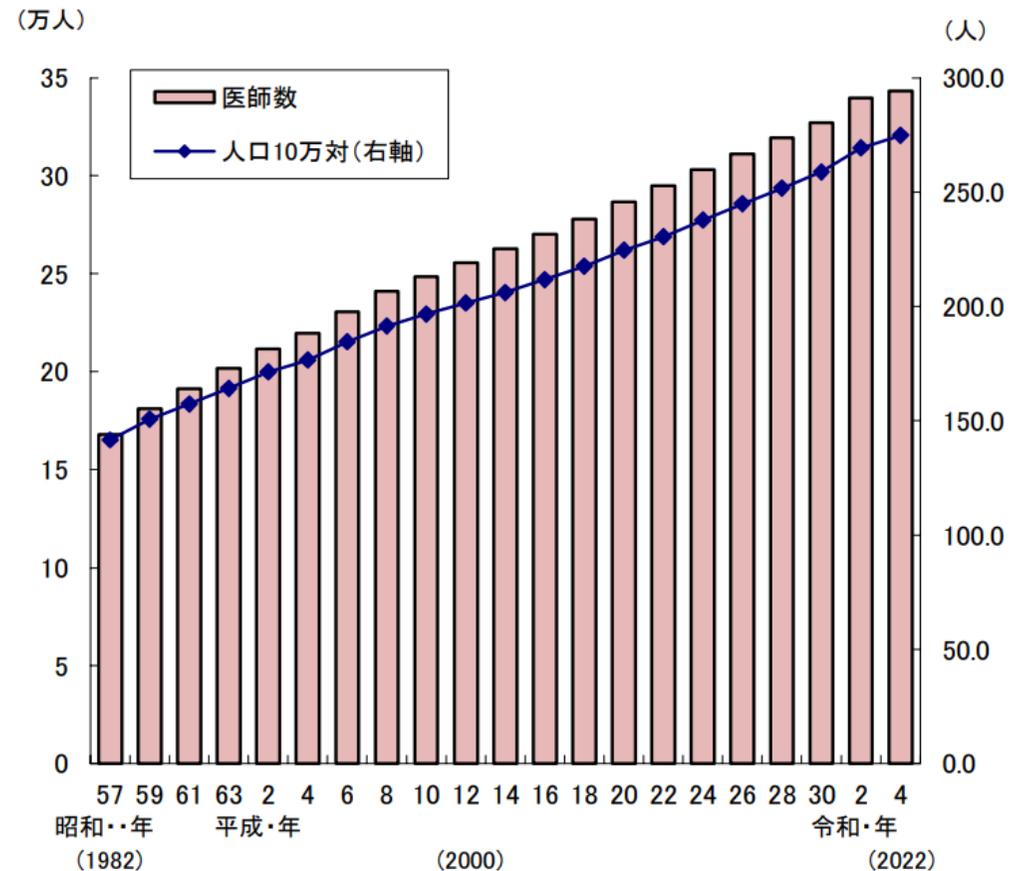
西暦	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
医療計画	第7次						第8次					
医師確保計画	指標設計(国)	計画策定(県)	第7次				第8次(前期)		第8次(後期)			

\* 2020年度からの最初の医師確保計画のみ4年(医療計画全体の見直し時期と合わせるため)

## 医師数の年次推移

各年12月31日現在

	医師数		人口10万対 (人)
	(人)	増減率 (%)	
昭和 57 年 (1982)	167 952	...	141.5
59 ('84)	181 101	7.8	150.6
61 ('86)	191 346	5.7	157.3
63 ('88)	201 658	5.4	164.2
平成 2 年 ('90)	211 797	5.0	171.3
4 ('92)	219 704	3.7	176.5
6 ('94)	230 519	4.9	184.4
8 ('96)	240 908	4.5	191.4
10 ('98)	248 611	3.2	196.6
12 (2000)	255 792	2.9	201.5
14 ('02)	262 687	2.7	206.1
16 ('04)	270 371	2.9	211.7
18 ('06)	277 927	2.8	217.5
20 ('08)	286 699	3.2	224.5
22 ('10)	295 049	2.9	230.4
24 ('12)	303 268	2.8	237.8
26 ('14)	311 205	2.6	244.9
28 ('16)	319 480	2.7	251.7
30 ('18)	327 210	2.4	258.8
令和 2 年 ('20)	339 623	3.8	269.2
4 ('22)	343 275	1.1	274.7



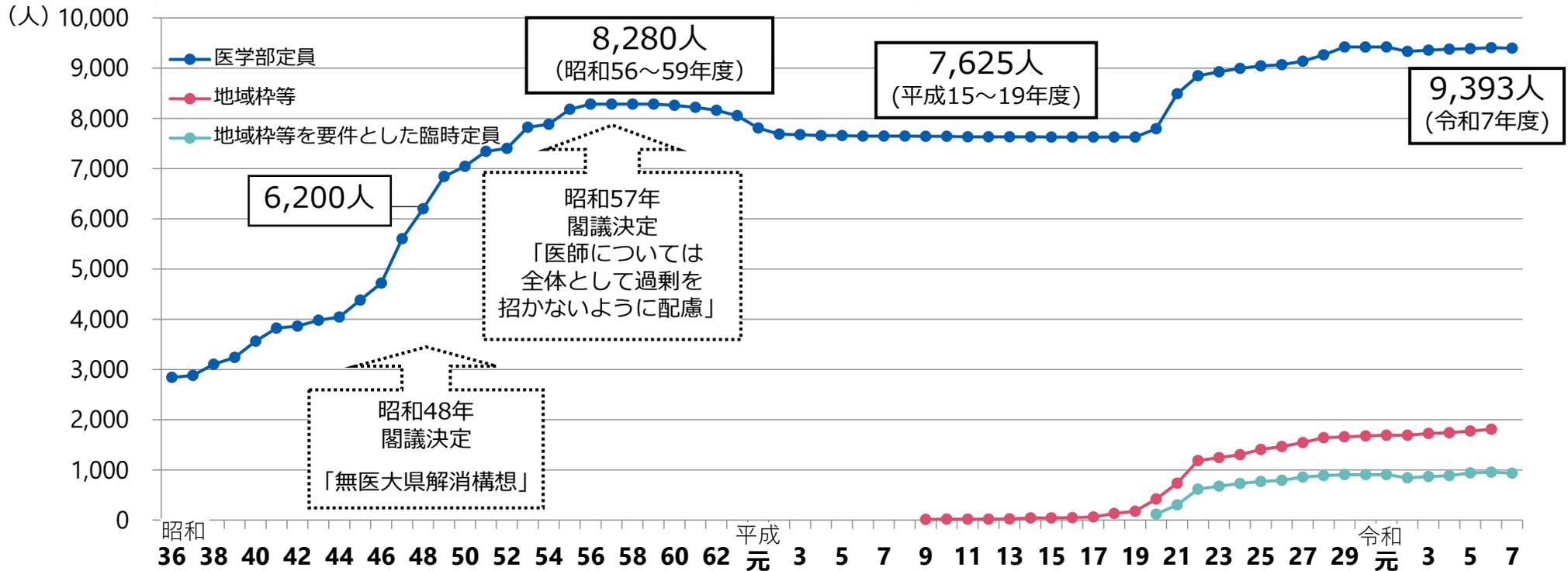
# 医学部入学定員と地域枠の年次推移

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）

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数}^{\ast 1}}{\text{地域の人口} / 10\text{万} \times \text{地域の標準化受療率比}^{\ast 2}}$$

$$(\ast 1) \text{ 標準化医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

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

$$(\ast 3) \text{ 地域の期待受療率} = \frac{\sum (\text{性年齢階級別調整受療率 (流出入反映)}^{\ast 4} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

$$(\ast 4) \text{ 性年齢階級別調整受療率 (流出入反映)} = \frac{\text{無床診療所医療医師需要度}^{\ast 5} \times \text{全国の無床診療所受療率} \times \text{無床診療所患者流出入調整計数}^{\ast 6} + \text{全国の入院受療率} \times \text{入院患者流出入調整計数}^{\ast 7}}{\text{地域の人口}}$$

$$(\ast 5) \text{ 無床診療所医療医師需要度} = \frac{\text{マクロ需給推計における外来医師需要} / \text{全国の無床診療所外来患者数}^{\ast 8}}{\text{マクロ需給推計における入院医師需要} / \text{全国の入院患者数}}$$

$$(\ast 6) \text{ 無床診療所患者流出入調整計数} = \frac{\text{無床診療所患者数 (患者所在地)} + \text{無床診療所患者流入数} - \text{無床診療所患者流出数}}{\text{無床診療所患者数 (患者所在地)}}$$

$$(\ast 7) \text{ 入院患者流出入調整計数} = \frac{\text{入院患者数 (患者所在地)} + \text{入院患者流入数} - \text{入院患者流出数}}{\text{入院患者数 (患者所在地)}}$$

$$(\ast 8) \text{ 全国の無床診療所外来患者数} = \text{全国の外来患者数} \times \frac{\text{初診・再診・在宅医療算定回数 [無床診療所]}}{\text{初診・再診・在宅医療算定回数 [有床診療所・無床診療所]}}$$

# 都道府県別の医師偏在指標（令和6年1月公表版）

（医師偏在指標について）

医師偏在指標は、医師偏在対策の推進において活用されるものであるが、指標の算定に当たっては、一定の仮定が必要であり、また、入手できるデータの限界などにより指標の算定式に必ずしも全ての医師偏在の状況を表しうる要素を盛り込んでいるものではない。

このため、医師偏在指標の活用にあたっては、医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまでも相対的な偏在の状況を表すものであるという性質を十分に理解した上で、数値を絶対的な基準として取り扱うことや機械的な運用を行うことのないよう十分に理解した上で、活用する必要がある。

※上位1/3の閾値を266.9、下位1/3の閾値を228.0と設定している。

（都道府県別）

■ 上位1/3 ■ 下位1/3

都道府県コード	都道府県	医師偏在指標
00	全国	255.6
01	北海道	233.8
02	青森県	184.3
03	岩手県	182.5
04	宮城県	247.3
05	秋田県	199.4
06	山形県	200.2
07	福島県	190.5
08	茨城県	193.6
09	栃木県	230.5
10	群馬県	219.7
11	埼玉県	196.8
12	千葉県	213.0
13	東京都	353.9
14	神奈川県	247.5
15	新潟県	184.7

都道府県コード	都道府県	医師偏在指標
16	富山県	238.8
17	石川県	279.8
18	福井県	246.8
19	山梨県	240.8
20	長野県	219.9
21	岐阜県	221.5
22	静岡県	211.8
23	愛知県	240.2
24	三重県	225.6
25	滋賀県	260.4
26	京都府	326.7
27	大阪府	288.6
28	兵庫県	266.5
29	奈良県	268.9
30	和歌山県	274.9
31	鳥取県	270.4

都道府県コード	都道府県	医師偏在指標
32	島根県	265.1
33	岡山県	299.6
34	広島県	254.2
35	山口県	228.0
36	徳島県	289.3
37	香川県	266.9
38	愛媛県	246.4
39	高知県	268.2
40	福岡県	313.3
41	佐賀県	272.3
42	長崎県	284.0
43	熊本県	271.0
44	大分県	259.7
45	宮崎県	227.0
46	鹿児島県	254.8
47	沖縄県	292.1

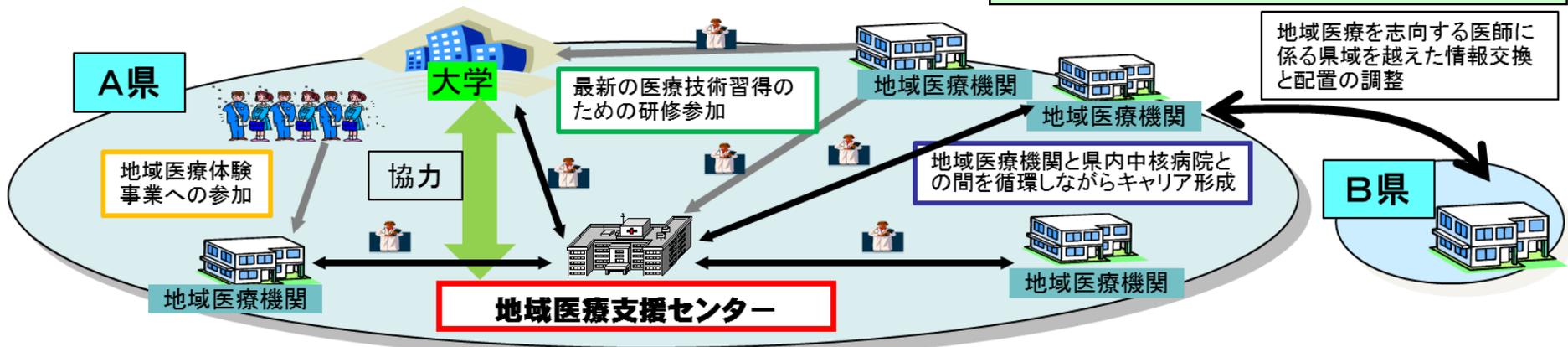
平成30年医療法改正により、地域医療対策協議会の役割の明確化、協議プロセスの透明化を図るとともに、地域医療支援センターとの関係や役割について明確化

地域医療対策協議会	
(医師確保対策の具体的な実施に係る関係者間の協議・調整を行う場)	
<b>構成員</b>	都道府県、大学、医師会、主要医療機関、民間医療機関 等 ※ 議長は都道府県以外の第三者・互選、女性割合に配慮 等
<b>役割</b>	協議事項を法定 <ul style="list-style-type: none"> <li>キャリア形成プログラムの内容</li> <li>大学の地域枠・地元枠設定</li> <li>医師の派遣調整</li> <li>臨床研修病院の指定</li> <li>派遣医師のキャリア支援策</li> <li>臨床研修医の定員設定</li> <li>派遣医師の負担軽減策</li> <li>専門研修の研修施設・定員 等</li> </ul>
<b>協議の方法</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師偏在指標に基づき協議</li> <li>大学・医師会等の構成員の合意が必要</li> <li>協議結果を公表</li> </ul>
<b>国のチェック</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師派遣先（公的、民間の別）等の医師の派遣状況について定期的に国がフォローアップ</li> </ul>



都道府県が実施する医師派遣等の対策は、地域医療対策協議会において協議が調った事項に基づいて行う

地域医療支援センター	
(医師確保対策の事務の実施拠点)	
<b>法定事務</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県内の医師確保状況の調査分析</li> <li>医療機関や医師に対する相談援助</li> <li>医師派遣事務</li> <li>キャリア形成プログラムの策定</li> <li>派遣医師のキャリア支援・負担軽減 等</li> </ul>
※医療従事者の勤務環境改善については、医療勤務環境改善支援センターと連携を図る	



# キャリア形成プログラムについて

都道府県は、地域医療対策協議会において協議が調った事項に基づき、「医師不足地域における医師の確保」と「医師不足地域に派遣される医師の能力開発・向上の機会の確保」の両立を目的とするキャリア形成プログラムを策定することとされている

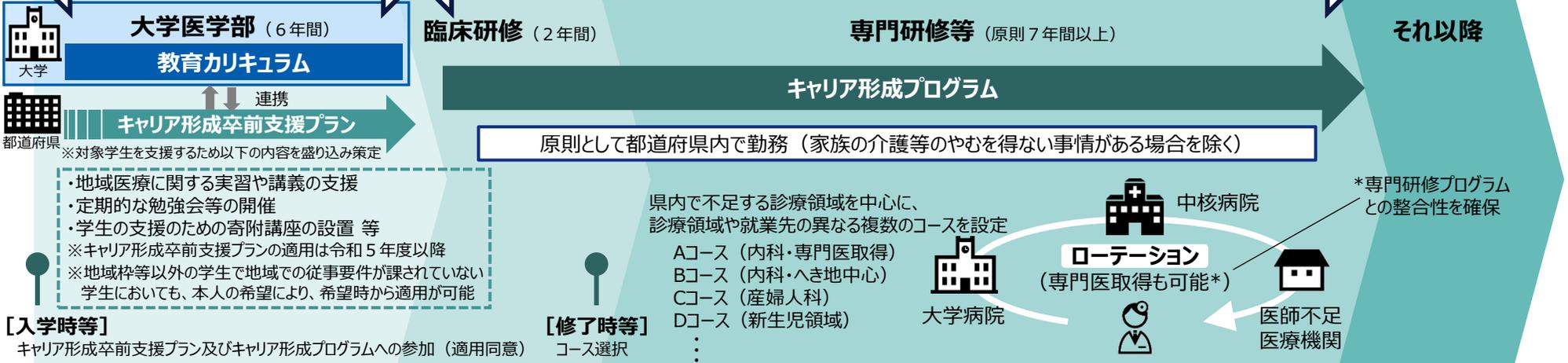
※医療法及び医師法の一部を改正する法律(平成30年法律第79号)により地域医療支援事務として医療法に明記。キャリア形成プログラムの詳細については、医療法施行規則(省令)及びキャリア形成プログラム運用指針(通知)に規定

## <キャリア形成プログラムに基づくキャリア形成のイメージ>

※対象期間のうち、医師の確保を特に図るべき区域等での就業期間は4年間以上とする

修学資金の貸与(任意)

キャリア形成プログラムの対象期間(原則9年間以上、その他(貸与期間の1.5倍以上等)も設定可能)



## <キャリア形成プログラムの対象者>

- ・ 地域枠を卒業した医師
- ・ 地域での従事要件がある地元出身者枠を卒業した医師
- ・ 自治医科大学卒業医師(平成30年度入学者までは任意適用)
- ・ その他プログラムの適用を希望する医師

※キャリア形成プログラムの適用に同意した学生に対しては、修学資金の貸与に地域医療介護総合確保基金の活用が可能

## <キャリア形成プログラムに基づく医師派遣>

大学等による医師派遣との整合性を確保するため、地域医療対策協議会で派遣計画案を協議

※地域医療構想における機能分化・連携の方針との整合性を確保する

※理由なく公立・公的医療機関に偏らないようにする

※都道府県は、医師偏在対策と対象医師のキャリア形成の両立を円滑に推進するため、各地域の医師偏在の状況や対象医師の希望を勘案しつつ、就業先について、大学等の専門医の研修プログラム責任者等との調整を行うとともに、対象学生の支援を行う人材(キャリアコーディネーター)を配置する

※都道府県は、対象医師から満足度等も含む意見聴取を定期的に行い、勤務環境改善・負担軽減を図る

## 対象者の地域定着促進のための方策

### <対象者の納得感の向上と主体的なキャリア形成の支援>

- ・ 都道府県は、対象者の希望に対応したプログラムとなるよう努め、診療科や就業先の異なる複数のコースを設定する
- ・ 都道府県は、コースの設定・見直しに当たって、対象者からの意見を聴き、その内容を公表し反映するよう努める
- ・ 出産、育児等のライフイベントや、大学院進学・海外留学等の希望に配慮するため、プログラムの一時中断を可能とする(中断可能事由は都道府県が設定)

### <プログラム満了前の離脱の防止>

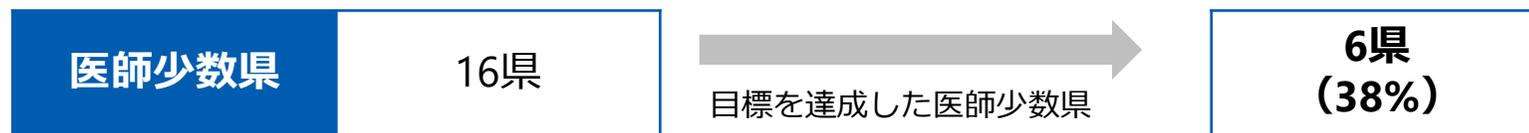
- ・ キャリア形成プログラムは都道府県と対象者との契約関係であり、対象者は満了するよう真摯に努力しなければならないことを通知で明示
- ・ 一時中断中は、中断事由が継続していることを定期的な面談等により確認(中断事由が虚偽の場合は、契約違反となる)
- ・ 都道府県は、キャリア形成プログラムを満了することを、修学資金の返還免除要件とする(家族の介護等のやむを得ない事情がある場合を除く)

## 第7次医師確保計画を通じた目標達成状況

- ・ 医師偏在是正の目標年である2036年に向けて、第7次医師確保計画では、当該計画期間中（2020～2023年度）に、医師偏在指標が下位1/3である医師少数県や医師少数区域が、当該下位1/3基準値に達することを目標としていた。
- ・ 第8次（前期）医師確保計画（2024～2026年度）の策定に向けて、新たな医師偏在指標を算出しており、新旧の医師偏在指標を比較し、目標の達成状況を示す。

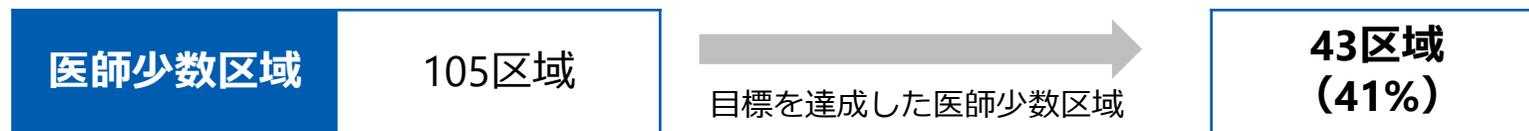
### ● 医師少数県における目標の達成状況

医師少数県においては、第7次医師確保計画終了時（2023年度）までに当該計画開始時（2020年度）の医師偏在指標の下位1/3基準値に達することを目標としていた。達成状況は以下のとおり。



### ● 医師少数区域における目標の達成状況

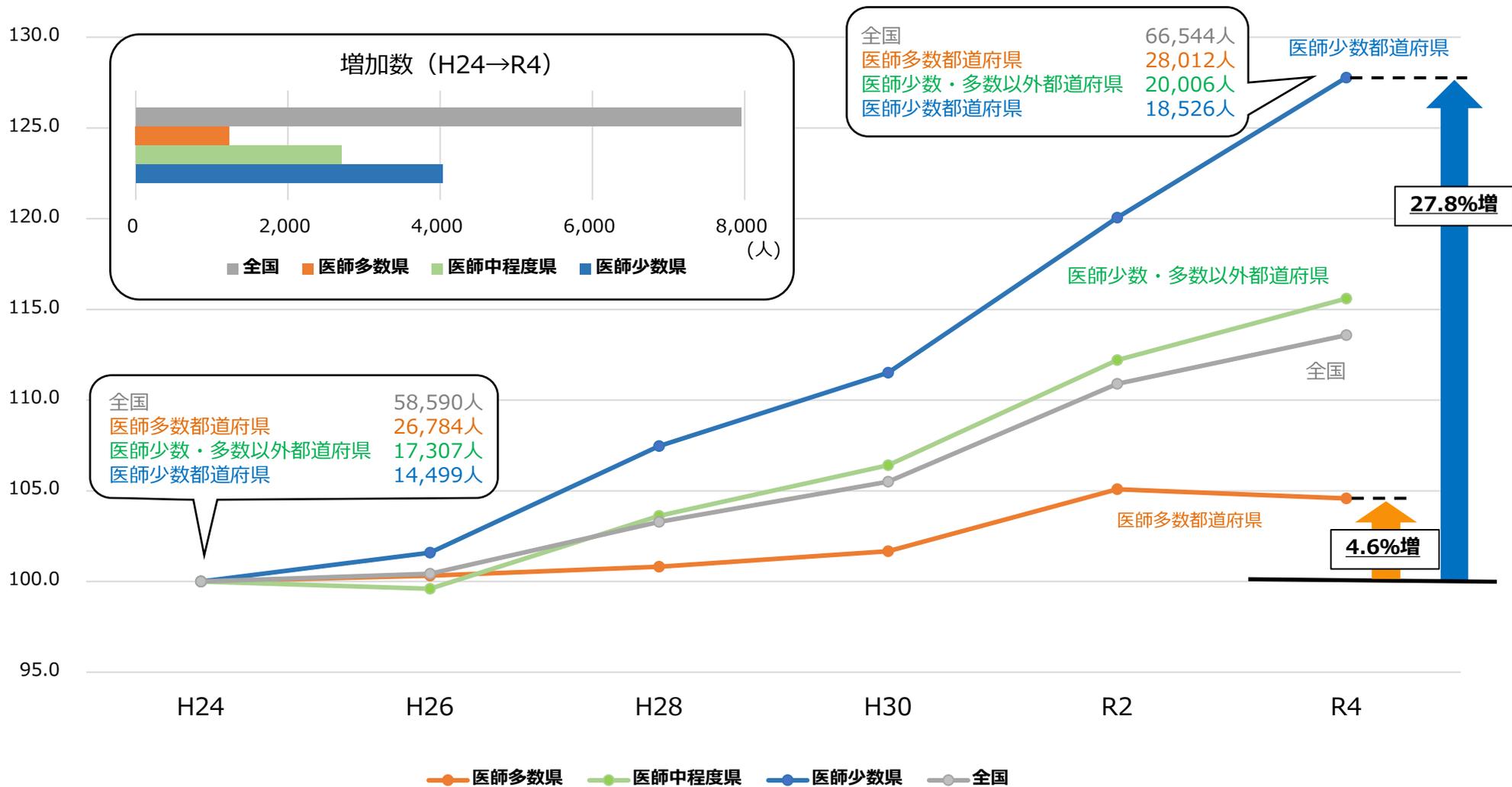
医師少数区域においては、第7次医師確保計画終了時（2023年度）までに当該計画開始時（2020年度）の医師偏在指標の下位1/3基準値に達することを目標としていた。達成状況は以下のとおり。



※ 医療圏の見直し（8→3）を行った秋田県を除いて比較。

# 35歳未満の医療施設従事医師数推移（平成24年を100とした場合）

○ 平成24年～令和4年で比較すると、医師少数都道府県の若手医師の数は、医師多数都道府県と比較し伸びており、若手医師については地域偏在が縮小してきている。

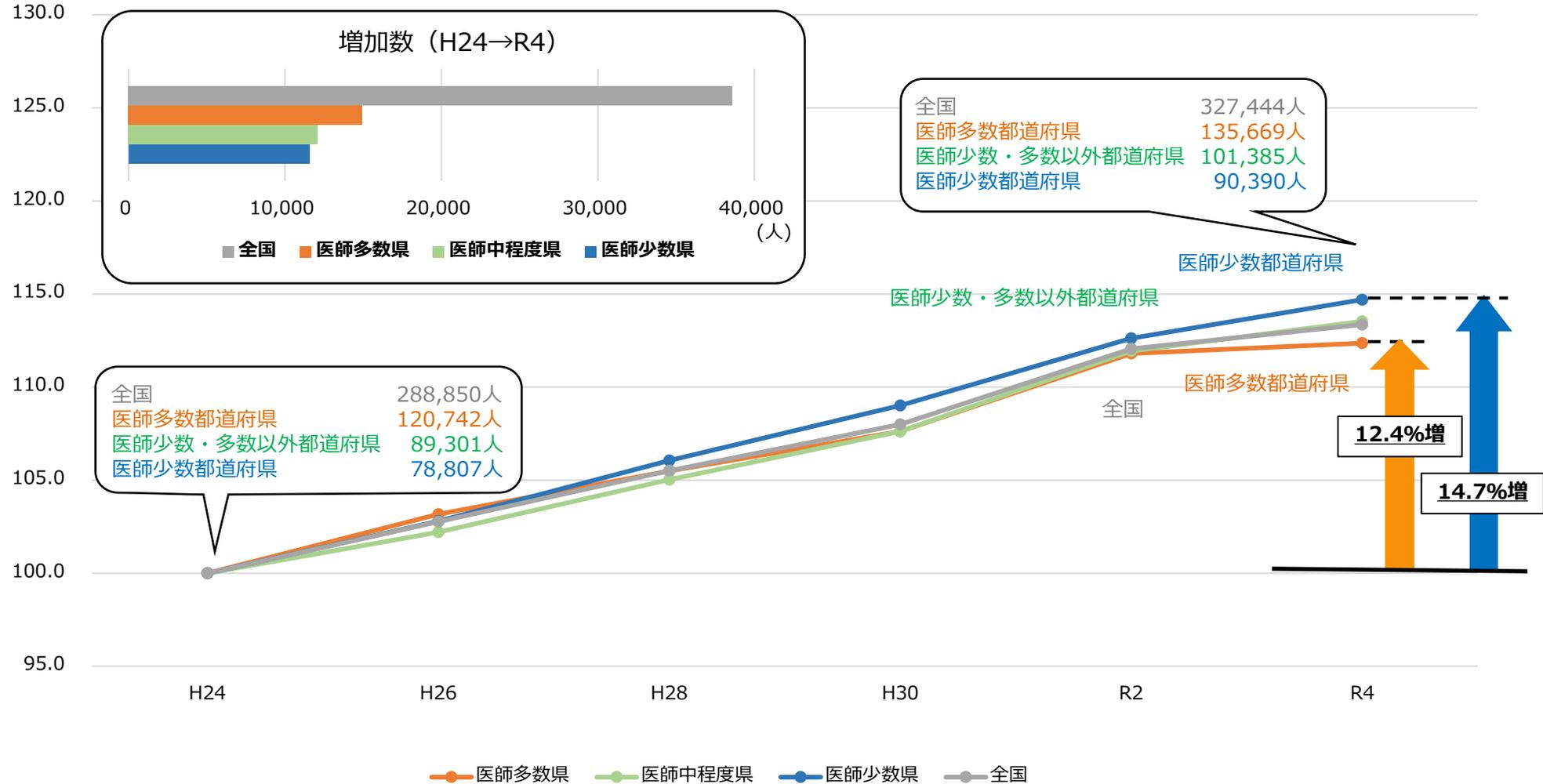


※ 医師多数都道府県：医師偏在指標の上位33.3%の都道府県  
 医師少数都道府県：医師偏在指標の下位33.3%の都道府県  
 医師少数・多数以外都道府県：医師偏在指標の上位・下位33.3%以外の都道府県

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査、統計（厚生労働省）  
 医師少数都道府県及び医師多数都道府県は医師偏在指標（厚生労働省：令和2年2月）による

# 医療施設従事医師数推移（平成24年を100とした場合）

○ 平成24年～令和4年で比較すると、医師少数都道府県の全年齢での医師数の伸び率は、医師多数都道府県より大きいですが、その伸び率の差は、若手医師（35歳未満）における伸び率の差と比較してわずかである。



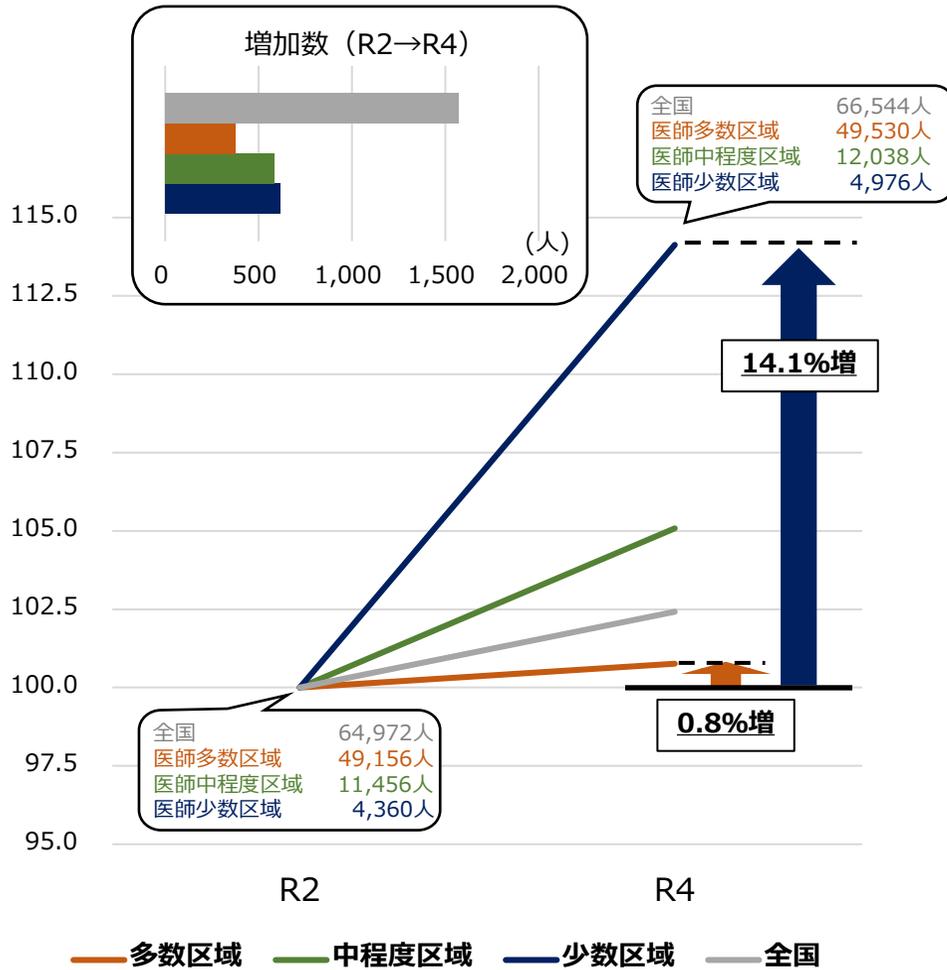
※ **医師多数都道府県**：医師偏在指標の上位33.3%の都道府県  
**医師少数都道府県**：医師偏在指標の下位33.3%の都道府県  
**医師少数・多数以外都道府県**：医師偏在指標の上位・下位33.3%以外の都道府県

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査、統計（厚生労働省）  
 医師少数都道府県及び医師多数都道府県は医師偏在指標（厚生労働省：令和2年2月）による

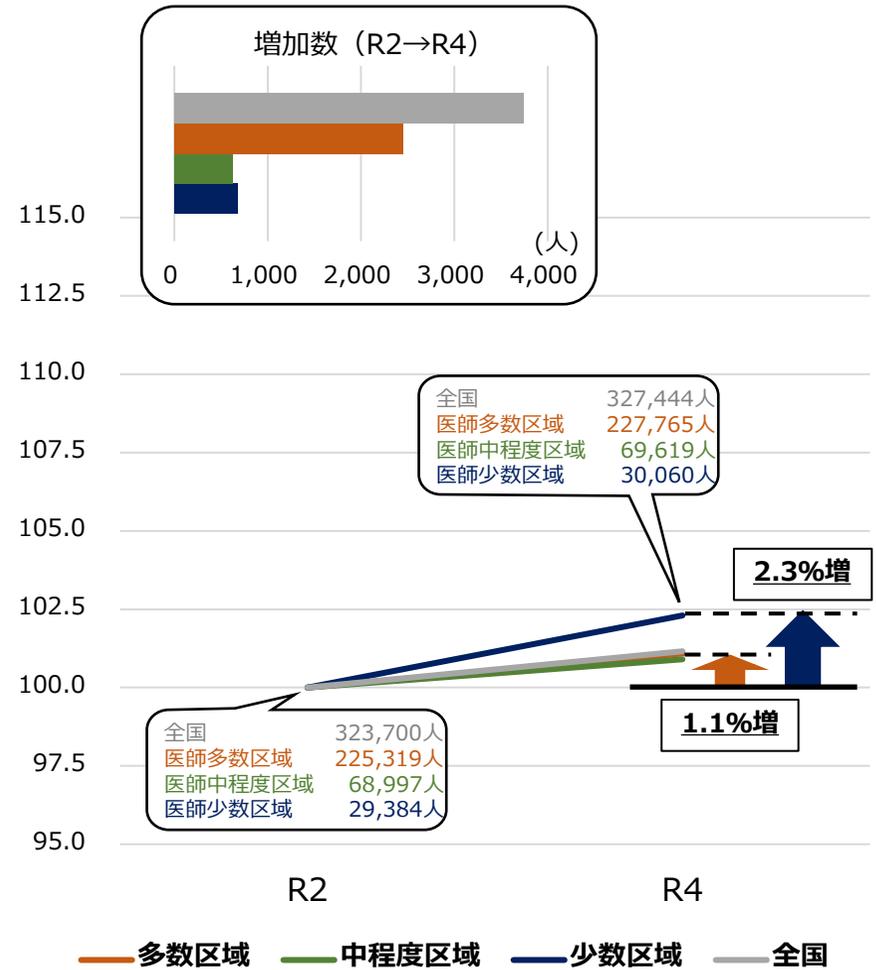
## 二次医療圏別における医療施設従事医師数推移（令和2年を100とした場合）

- 医師少数区域では、その他の区域と比較して、特に若手医師（35歳未満）の増加数及び増加率ともに大きい。
- 全ての世代の医師については、医師少数区域における増加率はやや大きいものの、増加数は小さい。

### 35歳未満医療施設従事医師数の推移



### 医療施設従事医師数の推移



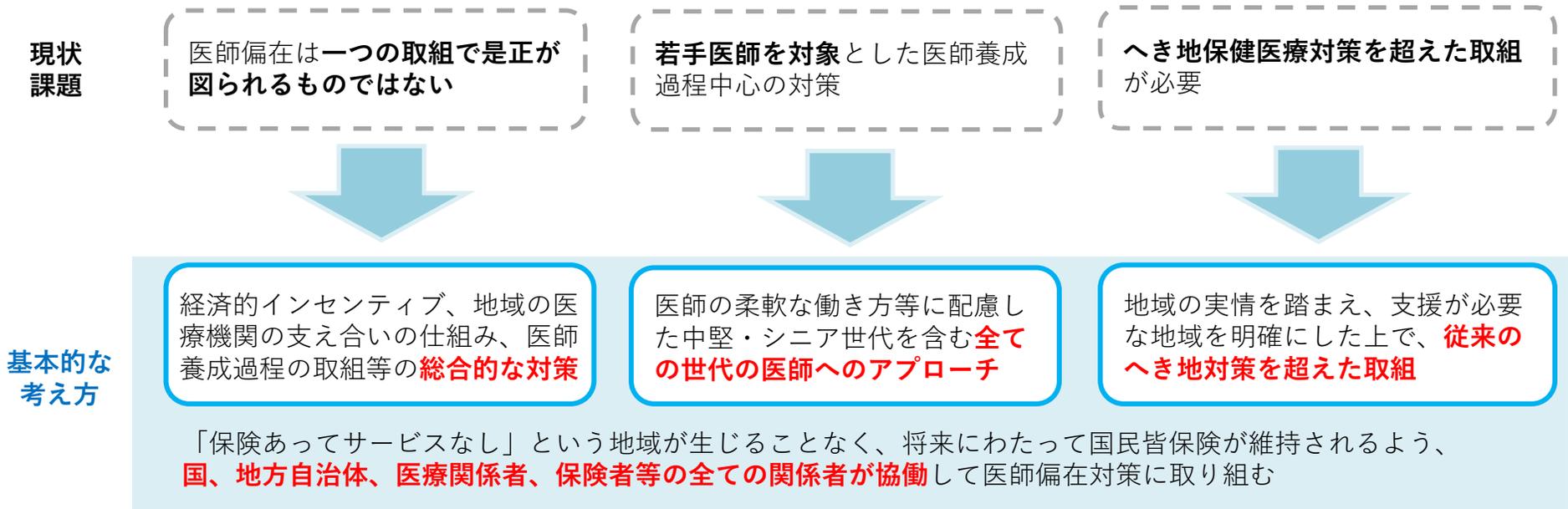
※医師多数/中程度/少数区域：第7次医師確保計画における二次医療圏ごとの医師偏在指標に基づく集計

出典：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）  
 医師少数都道府県及び医師多数都道府県は医師偏在指標  
 （厚生労働省：令和2年2月）による

- 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】



- ・ 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

【総合的な対策パッケージの具体的な取組】

若手

中堅・シニア世代

医師養成過程を通じた取組

<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、都道府県等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、大学による恒久定員内の地域枠設置等への支援を行う
- ・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

<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
- ※ 医師少数県等で24週以上の研修を実施

医師確保計画の実効性の確保

<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速い地域等を「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、厚労省の示す候補区域を参考としつつ、都道府県が可住地面積あたり医師数、アクセス、人口動態等を考慮し、地域医療対策協議会・保険者協議会で協議の上で選定（市区町村単位・地区単位等を含む）

<医師偏在是正プラン>

- ・医師確保計画の中で「医師偏在是正プラン」を策定。地対協・保険者協議会で協議の上、重点区域、支援対象医療機関、必要な医師数、取組等を定める
- ※ 医師偏在指標について、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

地域偏在対策における経済的インセンティブ等

<経済的インセンティブ>

- ・令和8年度予算編成過程で重点区域における以下のような支援について検討
  - ・診療所の承継・開業・地域定着支援（緊急的に先行して実施）
  - ・派遣医師・従事医師への手当増額（保険者から広く負担を求め、給付費の中で一体的に捉える。保険者による効果等の確認）
  - ・医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関へ支援
  - ※ これらの支援については事業費総額等の範囲内で支援
- ・医師偏在への配慮を図る観点から、診療報酬の対応を検討

<全国的なマッチング機能の支援、リカレント教育の支援>

- ・医師の掘り起こし、マッチング等の全国的なマッチング支援、総合的な診療能力を学び直すためのリカレント教育を推進
- <都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定>
- ・都道府県と大学病院等で医師派遣・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

地域の医療機関の支え合いの仕組み

<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>

- ・対象医療機関に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の病院を追加
- ・勤務経験期間を6か月以上から1年以上に延長。施行に当たって柔軟な対応を実施

<外来医師過多区域における新規開業希望者への地域に必要な医療機能の要請等>

- ・都道府県から外来医師過多区域の新規開業希望者に対し、開業6か月前に提供予定の医療機能等の届出を求め、協議の場への参加、地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請を可能とする
- ・要請に従わない医療機関への医療審議会での理由等の説明の求めや勧告・公表、保険医療機関の指定期間の6年から3年等への短縮

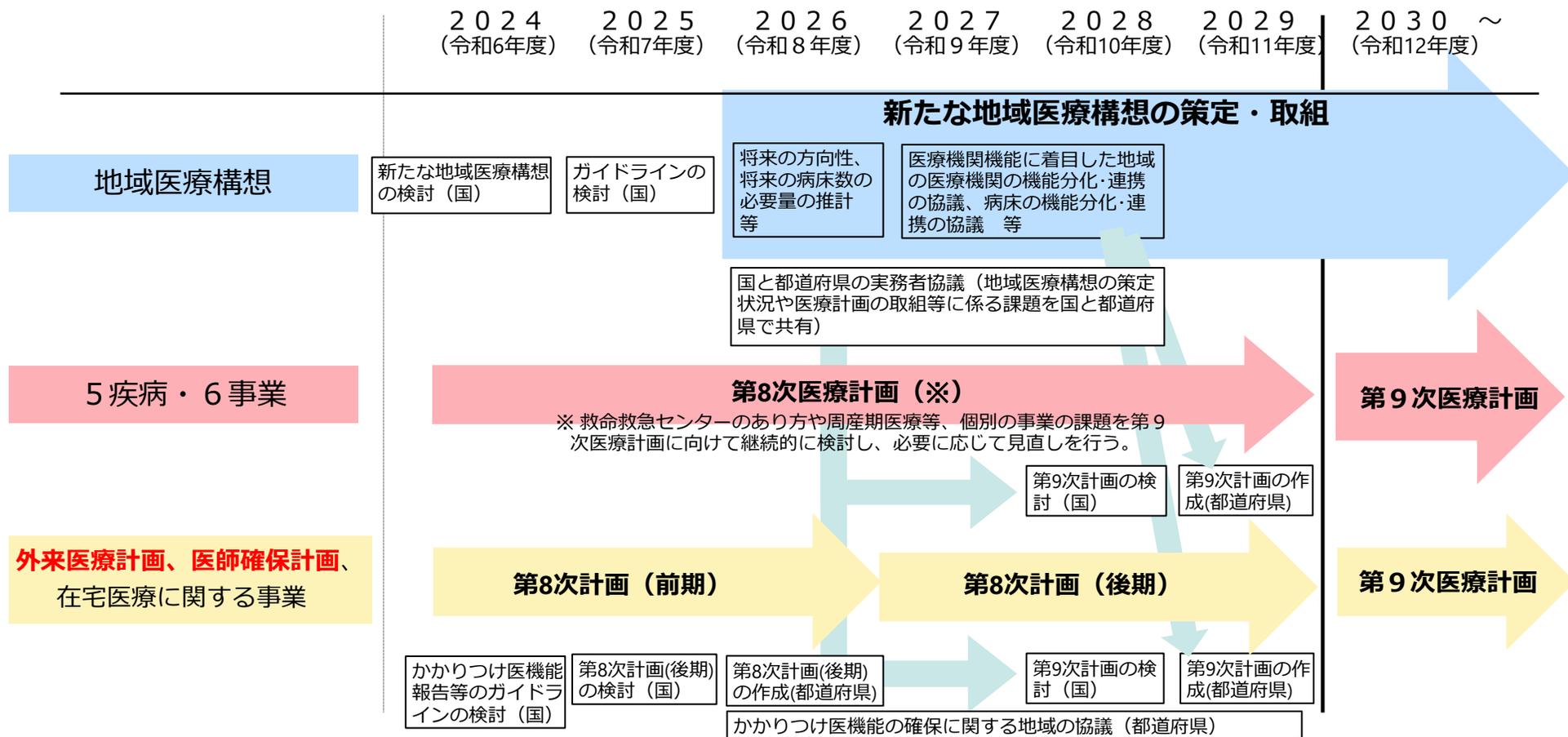
<保険医療機関の管理者要件>

- ・保険医療機関に管理者を設け、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年等保険診療に従事したことを要件とし、責務を課す

診療科偏在の是正に向けた取組

- ・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
- ・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議論を行う

- 新たな地域医療構想について、令和7年度に国でガイドラインを検討・策定し、都道府県において、まず令和8年度に地域の医療提供体制全体の方向性、将来の病床数の必要量の推計等を検討・策定した上で、それを踏まえ、令和9～10年度に医療機関機能に着目した地域の医療機関の機能分化・連携の協議等を行うこととしてはどうか。
- 新たな地域医療構想の内容について、基本的に第9次医療計画に適切に反映されるよう、地域医療構想の策定状況や医療計画の取組等に係る課題を国と県で共有することとしてはどうか。医療計画のうち、5疾病・6事業については、個別の事業の課題を第9次医療計画に向けて継続的に検討し、必要に応じて見直しを行い、また、外来医療計画等の3か年の計画については、令和9年度からの後期計画に向けて必要な検討を行うこととしてはどうか。



## 地域医療構想、医師偏在対策等に関する検討体制

- 新たな地域医療構想の策定や医師偏在対策の推進、それらの内容を反映した第9次医療計画の策定等に向け、以下の検討会及びその下に関連WGを設置することとしてはどうか。
- 具体的には、地域医療構想や医療計画全般に関する事項、医師偏在対策に関する事項等について検討会で議論し、新たな地域医療構想の策定や医師偏在対策の推進等について、令和7年度中に一定のとりまとめを行う。また、医療計画のうち、外来医療計画等の3か年の計画について、第8次医療計画(後期)に向けて令和7年度中に一定のとりまとめを行う。なお、在宅医療・医療介護連携、救急医療等について、新たな地域医療構想の策定に向けて議論が必要なものは検討会で議論を行う。
- 在宅医療・医療介護連携について、第8次医療計画(後期)に向けてWGで議論を行い、令和7年度中に一定のとりまとめを行う。小児医療・周産期医療について、WGで議論を行い、令和7年度中に一定のとりまとめを行う。救急医療、災害医療・新興感染症医療等については、第9次医療計画の策定等に向けてWGで議論する。

### 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会

#### 【検討事項】

- 地域医療構想の策定及び施策の実施に必要な事項  
(⇒新たな地域医療構想の具体的内容、現行の地域医療構想の進捗等)
- 医療計画の策定及び施策の実施に必要な事項
- 医師確保計画及び医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージに関する事項
- 外来医療計画に関する事項
- その他本検討会が必要と認めた事項



連携

### その他5疾病等に関する検討体制

がん、循環器疾患、精神医療 等

### 在宅医療及び医療・介護連携に関するWG

#### 【検討事項】

- 在宅医療に関する事項
- 医療・介護連携に関する事項 等

### 小児医療及び周産期医療の提供体制等に関するWG

#### 【検討事項】

- 小児・周産期医療提供体制に関する事項 等

### 救急医療等に関するWG

#### 【検討事項】

- 救命救急センターに関する事項
- 救急搬送に関する事項 等

### 災害医療・新興感染症医療に関するWG

#### 【検討事項】

- 災害、新興感染症発生・まん延時、国民保護事案等への対応 等

### 検討会スケジュール（各WGは必要に応じて順次開催）

7月～	議論の開始
秋頃	中間とりまとめ
12月～3月	とりまとめ

→ ガイドライン及び医療計画指針(外来、在宅、医師確保)の発出

1. 医師偏在対策の現状について
2. 医師少数区域の考え方の見直しについて
3. 医師偏在是正プランの策定について
4. その他の施策について
5. 医師確保計画の効果の測定・評価について
6. 外来医師過多区域について

## ① 現行の医師偏在指標に、地理的な要素（人口密度、医療機関へのアクセス、離島や豪雪地帯といった地理上の特性）を反映した上で区域を設定することについて

- 地理的要素は医師不足地域の医療提供体制を検討する上で重要であるが、医師偏在指標は、「人口10万人当たり医師数」をできるだけ精緻に把握する目的の指標であり、その計算式には医療機関へのアクセス等の結果である流出調整係数を含んでいるものの、地理的要素を十分に反映できていないという意見が多い。
- 現在、人口密度、医療機関への距離、離島、特別豪雪地帯を要素とした、日本国内における医療機関へのアクセスに関する尺度が存在している。

### 反映することが可能な地理的要素（例）



①地域の人口密度



②地域の中心から直近の二次救急病院までの直線距離



③二次・三次救急病院を含まない離島



④二次・三次救急病院を含まない特別豪雪地帯

- 次期医師確保計画（R9～）における医師少数区域の設定にあたっては、こうした地理的要素を一定程度反映して医師少数区域を設定することとする。
- 地理的な要素を具体的にどのように反映させるかについては、引き続き検討する。

# へき地尺度 (Rurality Index for Japan) について

- 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**

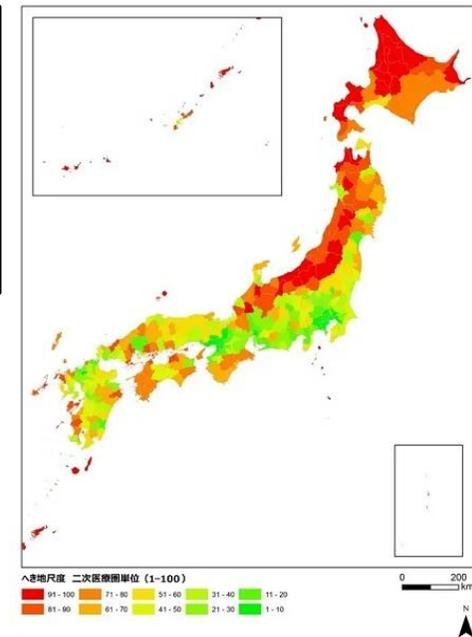
上記式で算出したpre-conversion RIJを整数値に変換した上で、百分位としてスコア化したものをRIJとして使用した。

※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。

- 日本プライマリ・ケア連合学会のメーリングリストから無作為抽出された医師1000名に対して、入院・救急・外来ケアに関する全68項目の自己申告式質問票（Scope of Practice Inventory, SPI.（出典1）68点満点、点数が高いほど行っている診療の幅が大きい）を実施した（出典2）。
- 医師の勤務する地域をへき地尺度（RIJ）10%ごとに区切りSPIの点数を比較したところ、**最も地方部の地域（へき地尺度上位10%）で勤務する医師は、他の地域と比較し、対応する診療の幅が大きい**傾向にあった。

## 【目的】

・へき地尺度（Rurality Index for Japan: RIJ）を使用し、医師の勤務地のへき地の程度と診療の幅との関係について検証。

## 【方法】

・日本プライマリ・ケア連合学会のメーリングリストから無作為抽出された医師1000名に対して診療の幅を調査した。

・診療の幅（scope of practice: SoP）の測定のために、Scope of Practice Inventory (SPI)（※1）及びScope of Practice for Primary Care (SP4PC)（※2）の二つの尺度を用いた。

※1 SPIは入院管理、救急対応、外来診療の3つの領域からなる合計68項目（0-68点）からなる。

※2 SP4PCは「新生児の診療」、「妊婦の診療」、「学校医としての診療」、「手術室での手術」、「緩和ケア」などの22項目（0-30点。30点満点に換算。）からなる。

・SPI及びSP4PCを目的変数、RIJ等を説明変数として、診療の幅に影響を与える因子について重回帰分析による解析を行った。

## 【結果】

・最も地方部の地域では、最も都会の地域と比較して、SPIの入院・救急項目、SP4PCのスコアが、高値であった。

・RIJはSPI, SP4Cの両方において、幅広いSoPの共通因子であった。

## 【結論】

・へき地度が高い地域で診療している医師は診療の幅が広い傾向にあった。

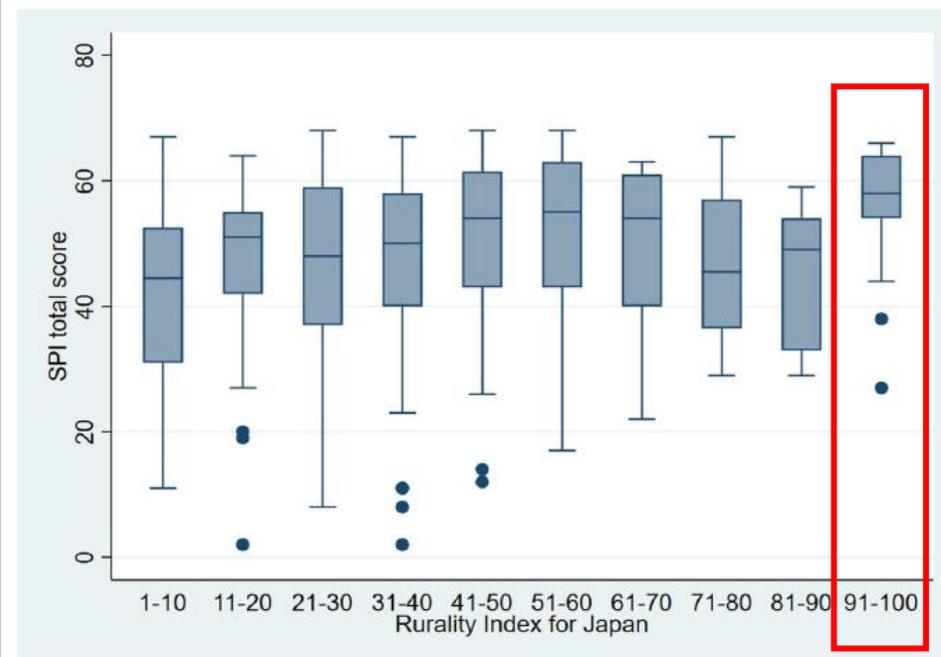


Fig.1a Boxplot of the SPI score and the RIJ

出典1 : Ie K, Ichikawa S, Takemura YC. Development of a questionnaire to measure primary care physicians' scope of practice. BMC Fam Pract. 2015;16(1):161.

出典2 : Kaneko M, Higuchi T, Ohta R. Primary care physicians working in rural areas provide a broader scope of practice: a cross-sectional study. BMC Prim Care. 2024 Jan 2;25(1):9.

## 現状・課題

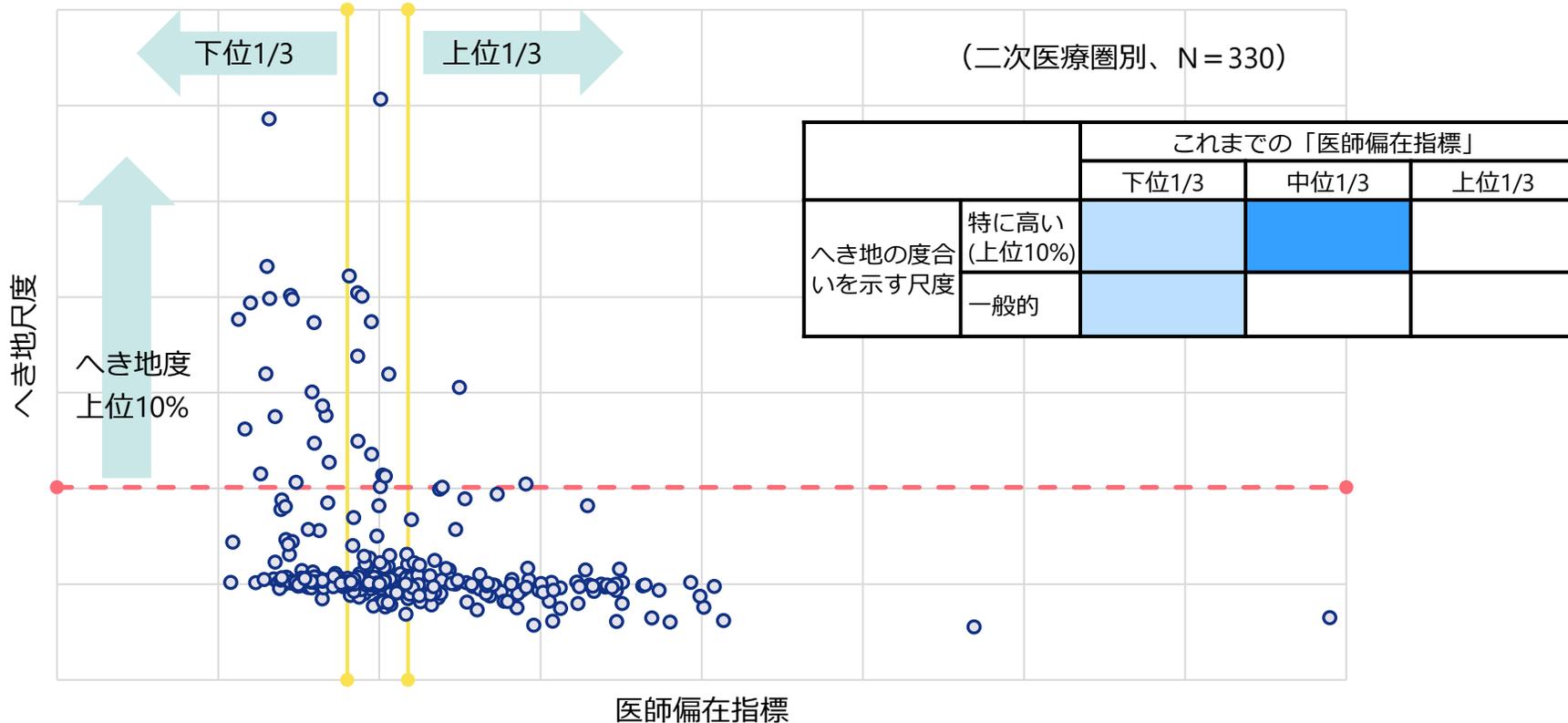
- 医師偏在指標を用いた医師少数区域等の設定について、
  - ・ 医師偏在指標のみを用いた場合には、山間部にへき地を多く抱えていたり、医療機関のアクセスに時間を要するといった地理的要素が反映されていないことが課題である。
  - ・ 実情をより精緻に反映させるために、可能な限り最新の調査結果を医師偏在指標に用いるべきであるといった意見があった。
- ①人口密度、②最寄りの二次救急医療機関までの距離、③離島、④特別豪雪地帯を項目を用いた「へき地尺度（RIJ）」について、へき地尺度が上位10%の地域で勤務する医師は、他の地域の医師と比較して対応する診療の幅が大きい傾向にある。
- 令和7年度の厚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。

- 医師偏在指標の計算式は現行と同様としつつ、医師少数区域の設定に当たり、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」が特に高い区域(仮に上位10%の区域と設定)**を追加し、**新たな「医師少数区域」と**することとした場合のイメージは以下のとおり。

医師偏在指標とへき地尺度 (二次医療圏別)



※現在利用可能なデータを用いて、医師偏在指標、へき地尺度を計算してイメージとして提示したものであり、第8次(後期)医師確保計画に用いるデータの更新により、区域の分布は変動する可能性があることに留意が必要である。

1. 医師偏在対策の現状について
2. 医師少数区域の考え方の見直しについて
3. 医師偏在是正プランの策定について
4. その他の施策について
5. 医師確保計画の効果の測定・評価について
6. 外来医師過多区域について

# 医師確保計画策定ガイドラインについて

## 論点

- 医師偏在是正プランについては、医師確保計画に位置づけるものの、重点医師偏在対策支援区域という新たな概念における支援策であることから、「5. 医師確保計画」の中に新たな項目として位置づけることとする。

### 第8次後期ガイドライン 構成

#### 1. 序文

確保計画の全体像、スケジュール、留意事項等

#### 2. 体制等の整備

都道府県における議論の場  
厚生労働省により提供する情報（データ）

#### 3. 医師偏在指標

#### 4. 医師少数区域・多数区域の設定

#### 5. 医師確保計画

- 5-1. 計画に基づく対策の必要性
- 5-2. 医師確保の方針
- 5-3. 目標医師数
- 5-4. 目標医師数を達成するための施策
  - 5-4-1. 施策の考え方
  - 5-4-2. 医師の派遣調整
  - 5-4-3. キャリア形成プログラム
  - 5-4-4. 働き方改革/勤務環境/子育て医師等支援
  - 5-4-5. 地域医療介護総合確保基金の活用
  - 5-4-6. その他の施策
- 5-5. **医師偏在是正プランの策定**
  - 5-5-1. **重点医師偏在対策支援区域の考え方**
  - 5-5-2. **支援対象医療機関の考え方**
  - 5-5-3. **区域における必要な医師数**
  - 5-5-4. **区域における医師偏在対策を推進するための施策**

#### 6. 地域枠・地元出身者枠の設定・取組等

#### 7. 産科・小児科における医師確保計画

#### 8. 医師確保計画の効果の測定・評価

#### ①計画策定に向けた体制整備等

地域医療対策協議会及び都道府県医療審議会において議論を行って計画を作成する。また、国からは、医師数・人口・医師偏在指標・目標医師数などに関する情報を提供する。

#### ②医師偏在の状況把握、目標医師数の設定

医師偏在指標に基づき医師少数区域・多数区域を設定するとともに、各区域における短期・長期の医師確保の考え方を記載するとともに、医師少数区域においては、目標医師数を設定する。

#### ③目標医師数を達成するための施策

各施策について、2036年度に医師偏在が是正が達成されることを目標に、短期的に効果が得られるものと長期的に効果が得られるものを整理し、それぞれの施策について具体的な目標を掲げる。

#### ④医師偏在是正プランの策定

**重点医師偏在対策支援区域の考え方、支援対象医療機関の考え方、区域における必要な医師数、区域における医師偏在対策を推進するための施策を記載。**

#### ⑤計画の効果測定・評価

次期医師確保計画に向けて、**医師偏在是正プラン**含め計画に記載している施策や目標について、適切なPDCAサイクルを実施する。

## ① 重点医師偏在対策支援区域について

- 医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（令和6年12月25日）においては、都道府県における重点医師偏在対策支援区域の設定の考え方や厚生労働省が提示する候補区域の考え方が示されている。

＜医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（令和6年12月25日）＞ （抄）

### 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。

## ① 重点医師偏在対策支援区域について

- 令和6年度補正予算においては、医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージに記載されている要件に基づき、以下の候補区域（計109区域）を厚生労働省が提示した。

＜厚生労働省が提示する候補区域の要件＞ ※以下のいずれかに該当する区域

- 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	二次医療圏	都道府県	二次医療圏	都道府県	二次医療圏	都道府県	二次医療圏	都道府県	二次医療圏
北海道	南檜山	宮城県	仙南	群馬県	桐生	長野県	飯伊	山口県	柳井
北海道	北渡島檜山	宮城県	大崎・栗原	群馬県	太田・館林	長野県	木曾	山口県	長門
北海道	南空知	宮城県	石巻・登米・気仙沼	埼玉県	利根	岐阜県	西濃	徳島県	西部
北海道	北空知	秋田県	県北	埼玉県	北部	岐阜県	飛騨	香川県	小豆
北海道	日高	秋田県	県南	埼玉県	秩父	静岡県	賀茂	愛媛県	八幡浜・大洲
北海道	富良野	山形県	最上	千葉県	山武長生夷隅	静岡県	富士	高知県	幡多
北海道	宗谷	山形県	庄内	千葉県	君津	静岡県	中東遠	福岡県	京築
北海道	北網	福島県	県南	東京都	島しょ	愛知県	西三河北部	佐賀県	西部
北海道	遠紋	福島県	相双	神奈川県	県西	愛知県	東三河北部	長崎県	県南
北海道	釧路	福島県	いわき	新潟県	下越	三重県	東紀州	熊本県	宇城
北海道	根室	福島県	会津・南会津	新潟県	県央	滋賀県	甲賀	大分県	西部
青森県	八戸地域	茨城県	日立	新潟県	中越	京都府	丹後	宮崎県	都城北諸県
青森県	西北五地域	茨城県	常陸太田・ひたちなか	新潟県	魚沼	大阪府	中河内	宮崎県	延岡西臼杵
青森県	上十三地域	茨城県	鹿行	新潟県	上越	兵庫県	丹波	宮崎県	西諸
青森県	下北地域	茨城県	取手・竜ヶ崎	新潟県	佐渡	奈良県	西和	宮崎県	西都児湯
岩手県	岩手中部	茨城県	筑西・下妻	富山県	砺波	和歌山県	新宮	宮崎県	日向入郷
岩手県	胆江	茨城県	古河・坂東	石川県	能登北部	鳥取県	中部	鹿児島県	出水
岩手県	両磐	栃木県	県北	福井県	奥越	島根県	雲南	鹿児島県	曾於
岩手県	気仙	栃木県	県西	福井県	丹南	島根県	大田	鹿児島県	熊毛
岩手県	釜石	群馬県	渋川	山梨県	峡東	岡山県	高梁・新見	鹿児島県	奄美
岩手県	宮古	群馬県	伊勢崎	長野県	上小	岡山県	真庭	沖縄県	宮古
岩手県	久慈	群馬県	吾妻	長野県	上伊那	広島県	尾三		

# 医師確保計画策定ガイドラインにおける医師偏在是正プランの内容について

## 論点

- 医師偏在是正プランについては、各都道府県において、地域の実情に応じた緊急的な医師偏在対策を実施する観点から、医師確保計画策定ガイドラインにおいて、基本的な考え方を示すこととする。

医師偏在是正プランに記載することとしている項目	ガイドラインにおける医師偏在対策プランの項目に記載する内容（イメージ）
重点医師偏在対策支援区域	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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、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する。</li> </ul>
支援対象医療機関	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 都道府県において、配分される事業費のほか、地理的条件等を踏まえて、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する。その際、都道府県において、新たな地域医療構想策定ガイドラインとの整合性に留意しつつ、国より配分される事業費も踏まえながら、対象医療機関候補の募集や事前調整等を行い、支援対象の医療機関及び補助額を決定する。</li> <li>• 重点医師偏在対策支援区域において支援を行う医療機関に関しては、都道府県が、経済的インセンティブに係る事業ごとに設定ができる。</li> </ul>
必要な医師数	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 厚生労働省が提示する候補区域を都道府県が区域として設定する場合は、厚生労働省が提示した候補区域の要件を脱することができる必要な医師数とすることとし、重点医師偏在対策支援区域が二次医療圏と異なる場合は、当該区域を設定した考え方を明示の上、その考え方を脱することができる必要な医師数を設定する。</li> </ul> <p>※医師多数都道府県は、原則として当該都道府県以外からの医師の確保は行わないこととする。</p>
医師偏在是正に向けた取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>• パッケージに基づく「経済的インセンティブ」や「地域の医療機関の支え合いの仕組み」、地域医療介護総合確保基金等の支援策を活用する。</li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 医師偏在是正プランの策定に当たっては、地域医療対策協議会及び保険者協議会で協議した上で策定することとする。</li> </ul>

# 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

令和8年度当初予算案 20億円（一）※（）内は前年度当初予算額

## 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、重点区域において診療所を承継又は開業する場合に、当該診療所に対して、①施設整備、②設備整備、③一定期間の地域への定着支援を行うことにより、地域の医療提供体制を確保することを目的とする。

## 2 事業の概要

### 【事業概要】

#### ①施設整備事業

診療所の運営に必要な診療部門(診察室、処置室等)等の整備に対する補助を行う。

#### ②設備整備事業

診療所の運営に必要な医療機器の整備に対する補助を行う。

#### ③地域への定着支援事業

診療所を承継又は開業する場合に、一定期間の地域への定着支援を行う。

### 【実施主体】

- 重点区域内で承継又は開業する診療所であって、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診療所

※ 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）

## 3 補助基準額等

### ①施設整備事業

基準面積	診療部門 ・無床の場合 ・有床の場合（5床以下） ・有床の場合（6床以上） 診療部門と一体となった医師・看護師住宅	160㎡ 240㎡ 760㎡ 80㎡
補助率	国1/3 都道府県1/6 事業者1/2	

### ②設備整備事業

基準額 (1か所当たり)	診療所として必要な医療機器等購入費 16,500千円
補助率	国1/3 都道府県1/6 事業者1/2

### ③地域への定着支援事業

基準額	診療日数（129日以下） 6,200千円 + (71千円×実診療日数) 等
補助率	国4/9 都道府県2/9 事業者1/3

# 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

令和8年度当初予算案 4.6億円（一億円）※（）内は前年度当初予算額

## 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

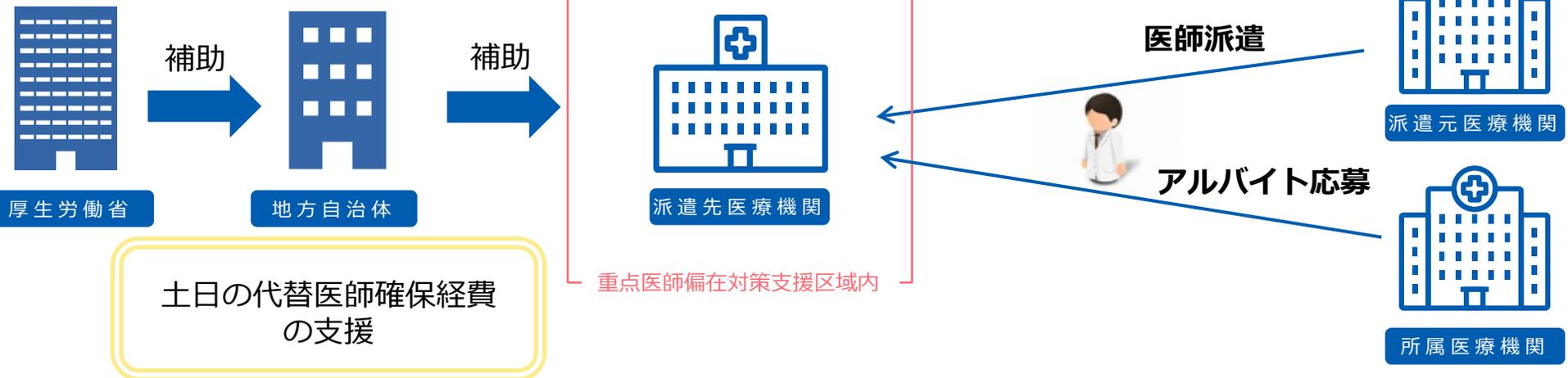
# 重点医師偏在対策支援区域における医師の勤務・生活環境改善のための代替医師確保支援事業

令和8年度当初予算案 5.3億円（－億円） ※（）内は前年度当初予算額

## 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

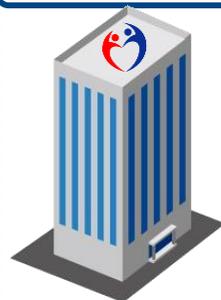
基準額：60,000円 × 延日数（日直、宿直数）  
対象経費：土日祝日の代替医師を雇上にかかる経費  
補助率：国1/3 都道府県1/6 事業者（派遣先医療機関）1/2

1. 医師偏在対策の現状について
2. 医師少数区域の考え方の見直しについて
3. 医師偏在是正プランの策定について
4. その他の施策について
5. 医師確保計画の効果の測定・評価について
6. 外来医師過多区域について

# 医師少数区域等で勤務した医師を認定する制度について

- 医師少数区域等における勤務の促進のため、医師少数区域等に一定期間勤務し、その中で医師少数区域等における医療の提供のために必要な業務を行った者を厚生労働大臣が認定する。

## 認定に必要な勤務期間や業務内容



厚生労働省

申請に基づき、**厚生労働大臣が**  
医師少数区域等における医療に  
関する経験を**認定**

申請

認定



医師

医師少数区域等における  
6か月以上※1の勤務※2

※1 医師免許取得後9年以上経過していない場合は、原則として連続した勤務（妊娠・出産等による中断は可）とするが、9年以上経過した場合は、断続的な勤務の積算も可。

※2 認定の対象となるのは、2020年度以降の勤務とする。（臨床研修中の期間を除く。）



医師少数区域等の医療機関

### 【申請内容】

- 勤務した医療機関名と所在地
  - 勤務した期間
  - 業務内容等
- 申請の際には、医師少数区域等での医師の勤務状況に対する認定制度の影響を測るため、認定の対象となる勤務の直前の勤務地等についても申告する。

### ＜認定に必要な業務＞

- (1) 個々の患者の生活状況を考慮し、幅広い病態に対応する継続的な診療及び保健指導（患者の専門的な医療機関への受診の必要性の判断を含む。）
  - ・ 地域の患者への継続的な診療
  - ・ 診療時間外の患者の急変時の対応
  - ・ 在宅医療 等
- (2) 他の医療機関や、介護・福祉事業者等との連携
  - ・ 地域ケア会議や退院カンファレンス等への参加 等
- (3) 地域住民に対する健康診査や保健指導等の地域保健活動
  - ・ 健康診査や保健指導等の実施 等

## 認定医師等に対するインセンティブ

### ①一定の病院の管理者としての評価

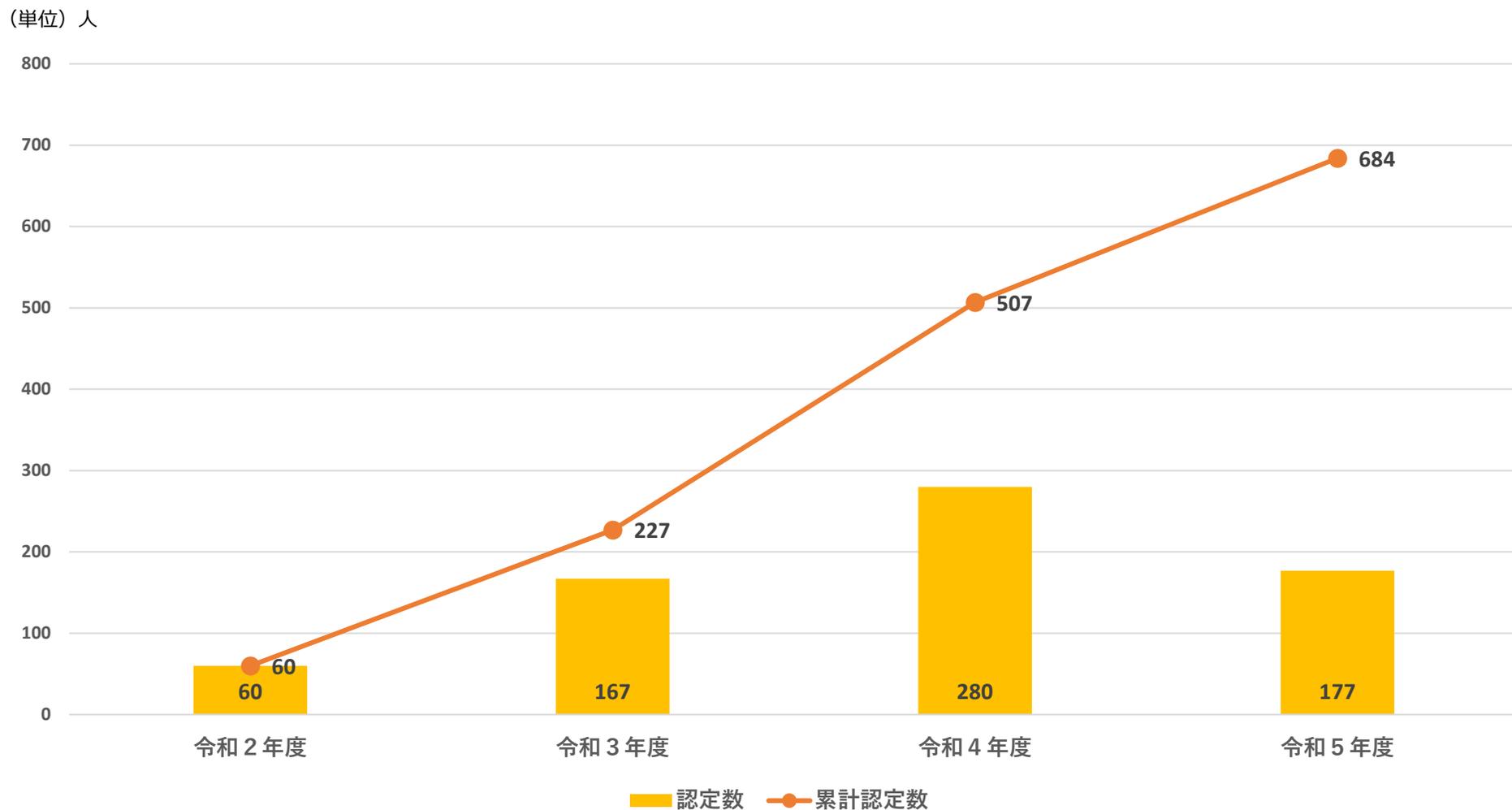
- ・ 地域医療支援病院の管理者は、認定医師でなければならないこととする。（2020年度以降に臨床研修を開始した医師を管理者とする場合に限る。）

### ②認定医師に対する経済的インセンティブ

- ・ 認定を取得した医師が医師少数区域等で診療を実施する際の医療レベルの向上や取得している資格等の維持に係る経費（研修受講料、旅費等）について支援を行う。

# 医師少数区域経験認定医師の認定数の推移

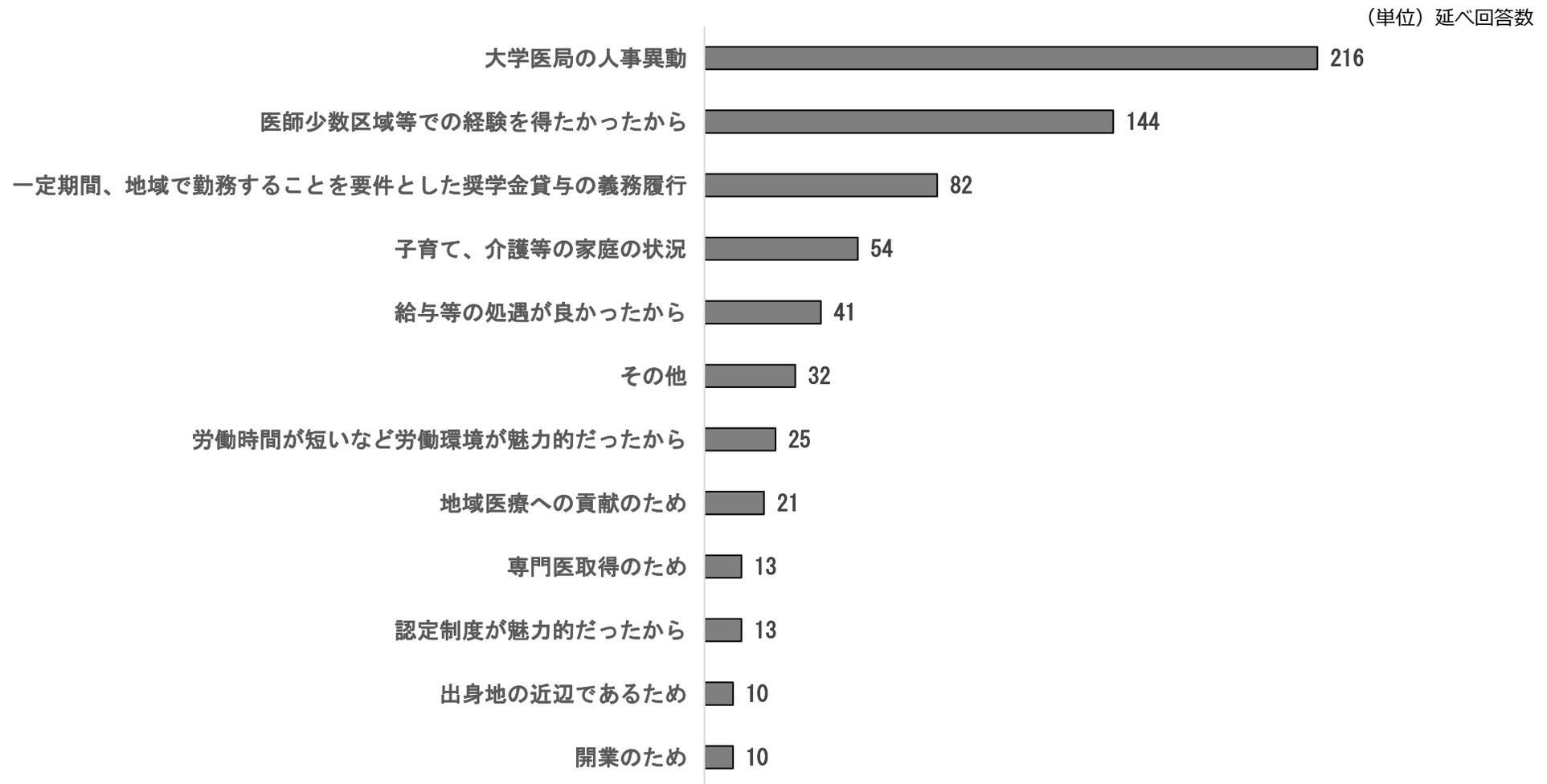
○ 令和6年3月末現在の医師少数区域経験認定医師の認定数は684人となっている。



資料出所：厚生労働省医政局地域医療計画課調べ

# 医師少数区域等所在病院等での勤務理由

- 令和5年3月末現在の認定医師507名の「医師少数区域等所在病院等での勤務理由」（複数回答可）は、「大学医局の人事異動」が216で最も多く、次いで「医師少数区域等での経験を得たかったから」が144、「一定期間、地域で勤務することを要件とした奨学金貸与の義務履行」が82、「子育て、介護等の家庭の状況」が54となっている。



## 医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（抜粋）

- 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。

## 論点

- 医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件について、地域医療支援病院に加え、公的医療機関、NHO、JCHO、労災病院の病院の管理者となる者は、以下の者でなければならない、とする。（改正部分が下線。それ以外は現行の取扱いから変更なし。）

### 1. 医師少数区域等認定医師：1年間（改正前6か月）、医師少数区域・医師少数スポット・重点医師偏在対策支援区域（以下「医師少数区域等」）で勤務した者

- ※1：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、医師少数区域等における最初の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、1年から当該勤務期間を引いた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：令和8年10月以降に認定医師の申請をする者から適用
- ※3：改正前に認定医師となった者は、改正後の認定医師とみなして管理者となることが可

### 2. 6か月以上医師少数区域等で勤務（医師少数区域等での勤務に係る6か月以内の期間は、臨床研修の期間もカウント可。医師少数区域等以外の区域の臨床研修病院等で指導医として勤務している場合も6ヶ月以内に限りカウント可。）

#### かつ

#### 1年から当該勤務期間を引いた残りの期間、地域医療対策協議会において調整された医師派遣や、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（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）をした者

- ※1：1年間、医師少数区域等で勤務することも可
- ※2：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、医師少数区域等における最初の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、1年から当該勤務期間を引いた残りの期間は断続的な勤務日の積み上げを可能とする

### 3. 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者

### 4. 令和2年4月1日より前に臨床研修を開始した医師であって、地域における医療の確保のために当該病院を管理することが適当と認められる者

### 5. 前任の病院の管理者が不在となることが予期しなかった場合であって、1～4以外の者に病院を管理させることについてやむを得ない事情があると都道府県が認める者（真にやむを得ない場合に限るものとし、都道府県は厚生労働省医政局と協議の上で判断すること）

## 事業実施主体

公募・選定の結果、公益社団法人日本医師会に決定（令和7年4月）。

## 事業内容

- ① 全国的に、中堅・シニア世代等の医師を対象として、医師偏在是正に向けた広域マッチング事業を実施し、医師不足地域での勤務を希望する医師に対し、医師不足地域の保険医療機関等とのマッチングを行う。
- ② 勤務を希望する医師へキャリアコンサルティングを行うとともに、就業にあたっては、必要に応じてリカレント研修や現場体験につなぐとともに、その後の定着支援等を行う。
- ③ 医師不足地域での勤務を希望する医師の掘り起こしを行う。
- ④ その他、データ分析等、本事業の実施にあたり必要となる取組を行う。

## 取組状況

- マッチング受付開始を告知する専用サイトのフロントページを設置（令和7年7月）。
- 都道府県医師会・行政向けに、業務提携提案の説明会を実施（令和7年8月）。  
⇒地域に根差したマッチングとするため、今後、都道府県単位のドクターバンクと業務提携を進め、全国ネットワークの構築を目指す。
- 日本医師会の定例記者会見において、事業について周知（令和7年9月）。
- 令和7年11月1日に「日本医師会女性医師バンク」から「日本医師会ドクターバンク」に名称変更。



# 総合的な診療能力を持つ医師養成に関する取組【リカレント教育の推進】

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

- 中堅・シニア世代以降の医師を主な対象とした、総合的な診療能力を有する医師養成を全国的に推進するリカレント教育事業について、採択団体を決定し、取組を進めている。

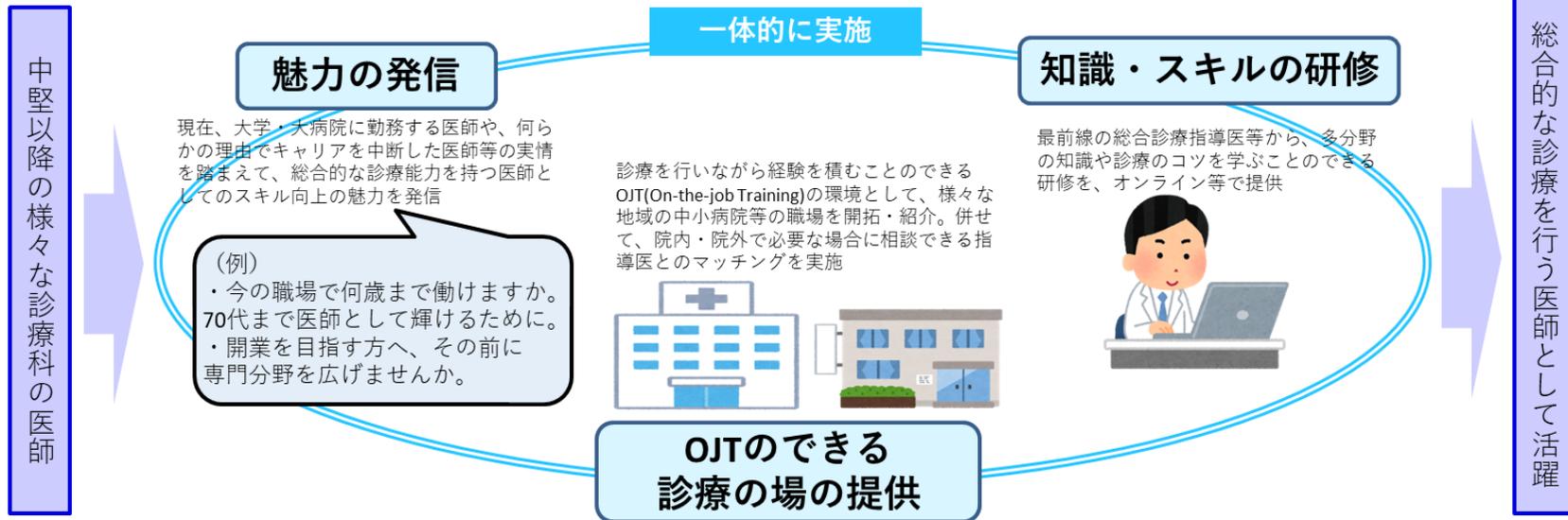
## 総合的な診療能力を持つ医師養成のためのリカレント教育推進事業

令和6年度補正予算額 1.1億円

### 1 事業の目的

- 経済財政運営と改革の基本方針2024において、総合的な診療能力を有する医師の育成や、リカレント教育の実施等の必要な人材を確保するための取組を実施することとされており、医師の地域偏在と診療科偏在の解消に向けた取組のひとつとして、幅広い領域の疾患等を総合的に診ることができる総合診療医の養成を推進することを目的としている。

### 2 事業の概要・スキーム



### 3 実施主体等

◆実施主体：関係学会等 ◆補助率：定額

◆事業実績：令和7年度採択団体→総合的な診療能力を持つ医師養成のためのリカレント教育事業 連絡協議会

(全日本病院協会、日本プライマリ・ケア連合学会/日本病院会、全国自治体病院協議会、全国国民健康保険診療施設協議会/全国老人保健施設協会、日本老年医学会による共同運営)

1. 医師偏在対策の現状について
2. 医師少数区域の考え方の見直しについて
3. 医師偏在是正プランの策定について
4. その他の施策について
5. 医師確保計画の効果の測定・評価について
6. 外来医師過多区域について

## 現状・課題

- 平成20年度以降、医学部入学定員が過去最大規模となっており、医学部定員に占める地域枠等の数・割合も増加している。
- 令和4年の医師・歯科医師・薬剤師統計によると、医師少数都道府県や医師少数区域においては、医師多数都道府県や医師多数区域と比較して若手医師の増加が顕著である。
- 全ての都道府県において地域医療対策協議会は継続的に開催されており、開催頻度は年に2～3回が多かったが、年に5回以上開催している都道府県も複数あった。協議事項としては、医師の派遣に関する事項が最多であった。
- 地域医療対策協議会が調整した医師少数区域及び医師少数スポットへの派遣医師数は年々増加傾向である。一方、医師派遣総数に占める医師少数区域及び医師少数スポットへの派遣医師数の割合は4割程度で横ばいである。
- 地域医療対策協議会において派遣される医師の類型は、修学資金貸付対象医師（地域枠・地域枠以外）、自治医科大学卒業医師の占める割合が大きい。寄付講座による派遣医師、自治医科大学卒業医師、修学資金非貸付対象の地域枠医師の医師少数区域等への派遣は約60%、修学資金貸付対象の地域枠医師の医師少数区域等への派遣は約30%であった。
- 従来の医師確保計画策定ガイドラインにおいては、計画の進捗評価に資する指標については提示していない。第8次（前期）医師確保計画において、医師確保数以外の評価指標として、都道府県の派遣調整医師数、医学部生の地域枠数等、臨床研修医・専攻医採用数を用いている都道府県が一定あったが、評価指標の設定は都道府県によりばらつきがあった。

## 論点

- 都道府県や地域の関係団体等が医師確保計画の進捗を経時的に把握・評価することを可能とするために、目標医師数のみではなく、医師確保計画に係る定量的な評価指標を設定することを検討することとする。

## 論点

- 都道府県等が医師確保計画の現状を経時的に把握・評価することを可能とするために、目標医師数のみでなく、医師確保計画に係る定量的な指標の例として、厚生労働科学研究班から提示された以下の指標を、第8次（後期）医師確保計画策定ガイドラインで提示することとする。
- 医療へのアクセス等により精緻なアウトカム指標については、第9次医師確保計画策定ガイドラインへの反映を念頭に、引き続き厚生労働科学研究で検討を進めることとする。

都道府県の課題	区分	設定すべき評価指標	取得頻度	取得方法
・都道府県全体の医師の確保	・医師養成の動向	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自県大学や、自県出身者の動向（自県大学卒業医師数、地元出身医師数等）</li> <li>・臨床研修修了後の医師等の定着状況</li> </ul>	2年に1回	三師統計
	・地域枠医師等の動向	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域枠、地元出身者枠、恒久定員内地域枠等の設置状況</li> <li>・地域枠等の義務年限後の定着状況</li> </ul>	年1回	都道府県調査 都道府県調査
・都道府県内の地域偏在の解消	・医師少数区域、医師少数都道府県の動向	<ul style="list-style-type: none"> <li>・二次医療圏別の医師数（年代別、人口・可住地面積あたり）</li> <li>・二次医療圏内外の患者の流出入数</li> <li>・ドクターバンク・全国マッチング登録者数</li> <li>・新たに確保した医師の採用経緯（医局派遣、人材紹介会社等）の内訳</li> </ul>	2年に1回 3年に1回	三師統計 患者調査 事業者等より取得 都道府県調査
	・医師少数スポット、重点医師偏在対策支援区域の動向	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師少数スポットの医師数（年代別、人口・可住地面積あたり）</li> <li>・重点医師偏在対策支援区域の医師数</li> </ul>	年1回 年1回	都道府県調査 都道府県調査
	・医師派遣調整	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域医療対策協議会で調整された、医師少数区域等に派遣された医師総数・地域枠医師数とその割合</li> </ul>	年1回	都道府県調査
・都道府県内での必要な診療科の確保	・総合診療	<ul style="list-style-type: none"> <li>・総合診療専門医の養成に係る状況（専門研修プログラム数、採用人数、充足率等）</li> <li>・リカレント教育受講者数、都道府県による管内への周知回数</li> </ul>	年1回	都道府県調査 事業者より取得、 都道府県調査
	・地域で不足する診療科	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域で不足する特定診療科について、二次医療圏別医師数</li> </ul>	2年に1回	三師統計

## 医師確保計画のアウトカムと関連する評価指標

- 本来は医師確保計画の効果をモニタリングするうえで、住民の各種医療へのアクセス等をアウトカム指標に設定することが望ましい。 第9次医師確保計画への反映を目指して、幅広い有識者の意見を伺いつつ、各種公的データベース等を活用しながら、下記のような指標について研究を進めていく必要がある。

### アウトカム指標（イメージ）

- 通院時間を考慮した、脳卒中や心筋梗塞の急性期治療、悪性腫瘍に対する外来化学療法等の対応が可能な医療機関の人口カバー割合
- 医師確保による、産科医師等の地域で不足している医師の勤務状況の改善 等

### 【その他実現可能性の検討を進めるべき内容】

- 政策医療の提供施設が医師確保により追加された場合の効果のシミュレーション
- 政策医療の施設単位の提供量と、在籍する各診療科医師数の関係
- 10年以上同地域で勤務している医師数、その年齢構成（※医師届出票で収集している情報の、さらなる詳細な集計） 等

1. 医師偏在対策の現状について
2. 医師少数区域の考え方の見直しについて
3. 医師偏在是正プランの策定について
4. その他の施策について
5. 医師確保計画の効果の測定・評価について
6. 外来医師過多区域について

## 概要

- 外来医療計画とは、医療法(昭和23年法律第205号)第30条の4第2項第10号の規定に基づく、**医療計画における「外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項」を定めたもの**である。
- 都道府県は、二次医療圏その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域(以下「対象区域」という。)ごとに、**協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ協議を行い、その結果を取りまとめ公表**。
- 令和元年度中に各都道府県において外来医療計画を策定し、令和2年度から取組を進めている。令和6年度以降は3年毎に外来医療計画を見直すこととしている。

## 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項 (法第30条の18の4)

### ① 外来医師偏在指標を踏まえた外来医療に係る医療提供体制の状況

**診療所の医師の多寡を外来医師偏在指標として可視化**。外来医師偏在指標や医療機関のマッピングに関する情報等、開業に当たって参考となるデータを公表し、**新規開業希望者等に情報提供**。

### ② 外来機能報告を踏まえた「紹介受診重点外来を地域で基幹的に担う医療機関」(紹介受診重点医療機関) \*

### ③ 外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進

病床機能報告対象医療機関等が都道府県に**外来医療の実施状況を報告(外来機能報告)**し、「協議の場」において、**外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議**。紹介受診重点外来を地域で基幹的に担う医療機関(**紹介受診重点医療機関**)を**明確化**。

### ④ 複数の医師が連携して行う診療の推進

### ⑤ 医療提供施設の建物の全部又は一部、設備、器械及び器具の効率的な活用

地域ごとの**医療機器の配置状況を可視化**し、共同利用を推進。

### ⑥ その他外来医療に係る医療提供体制を確保するために必要な事項

\* 令和4年4月施行

## 外来医療の協議の場 (外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン)

(区 域) 二次医療圏その他当該都道府県の知事が適当と認める区域

(構成員) 診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者

(その他) 地域医療構想調整会議を活用することが可能

# 外来医師偏在指標を活用した地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

## 経緯

- 外来医療については、無床診療所の開設状況が都市部に偏っていること、診療所における診療科の専門分化が進んでいること、救急医療提供体制の構築等の医療機関間の連携の取組が、個々の医療機関の自主的な取組に委ねられていること、等の状況にある。
- それを踏まえ、「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会 第2次中間取りまとめ」において、**外来医療機能に関する情報の可視化、外来医療機能に関する協議の場の設置**等の枠組みが必要とされ、また、医療法上、医療計画において外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項（以下、「**外来医療計画**」）が追加されることとなった。

### 外来医療機能に関する情報の可視化

- 地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握を行うために、診療所の医師の多寡を**外来医師偏在指標**として可視化。

$$\text{外来医師偏在指標} = \frac{\text{標準化診療所医師数}}{\left[ \frac{\text{地域の人口}}{10万} \times \text{地域の標準化受療率比} \right] \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合}}$$

※ 医師偏在指標と同様、医療ニーズ及び人口・人口構成とその変化、患者の流入・流出、へき地などの地理的条件、医師の性別・年齢分布、医師偏在の単位の5要素を考慮して算定。

- 外来医師偏在指標の上位33.3%に該当する二次医療圏を、**外来医師多数区域**と設定。

### 新規開業希望者等に対する情報提供

- 外来医師偏在指標及び、外来医師多数区域である二次医療圏の情報を、医療機関のマッピングに関する情報等、開業に当たって参考となるデータと併せて公表し、**新規開業希望者等に情報提供**。

※ 都道府県のホームページに掲載するほか、様々な機会を捉えて周知する等、新規開業希望者等が容易に情報にアクセスできる工夫が必要。また、適宜更新を行う等、質の担保を行う必要もある。  
※ 新規開業者の資金調達を担う金融機関等にも情報提供を行うことが有効と考えられる。

### 外来医療機能に関する協議及び協議を踏まえた取組

- 地域ごとにどのような外来医療機能が不足しているか議論を行う、**協議の場を設置**。  
※ 地域医療構想調整会議を活用することも可能。 ※ 原則として二次医療圏ごとに協議の場を設置することとするが、必要に応じて市区町村単位等での議論が必要なものについては、別途ワーキンググループ等を設置することも可能。
- **少なくとも外来医師多数区域においては、新規開業希望者に対して、協議の内容を踏まえて、初期救急（夜間・休日の診療）、在宅医療、公衆衛生（学校医、産業医、予防接種等）等の地域に必要とされる医療機能を担うよう求める。**

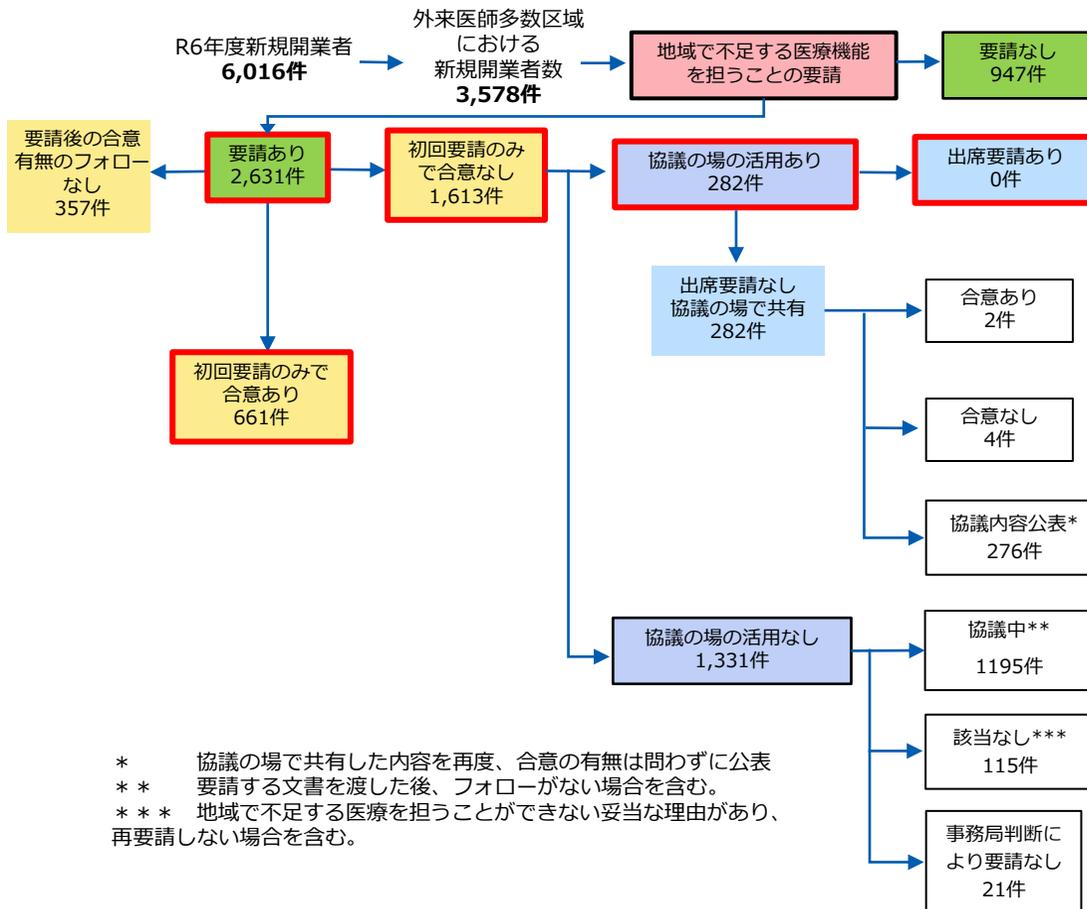
#### ○ 外来医療計画の実効性を確保するための方策例

- ・ 新規開業希望者が開業届出様式を入手する機会を捉え、地域における地域の外来医療機能の方針について情報提供
- ・ **届出様式に、地域で定める不足医療機能を担うことへの合意欄を設け**、協議の場で確認
- ・ 合意欄への記載が無いなど、**新規開業者が外来医療機能の方針に従わない場合、新規開業者に対し、臨時的協議の場への出席要請を行う**
- ・ 臨時的協議の場において、構成員と新規開業者で行った**協議内容を公表**等

# 新規開業者への地域で不足する医療機能を担うことの要請等について（令和6年度）②

- 外来医師多数区域における新規開業者3,578件のうち、「要請あり」の数は2,631（74%）、このうち「合意あり」は661（25%）。協議の場への出席の要請対象となる新規開業者1,613件のうち、協議の場を活用した件数は282件（17%）、実際に出席要請を行ったのは0件だった。
- 要請により担うことが合意された医療機能は、多い順に、「公衆衛生」451件、「在宅医療」226件、「夜間・休日の初期救急医療」206件だった。

## 外来医師多数区域における新規開業者に対する不足する医療機能を担うことの要請フロー



## 要請の結果、不足する医療機能を担うことに合意が得られた件数

診療内容	合意に至った件数 (複数回答)
公衆衛生（産業医・学校医・予防接種等）	451
在宅医療	226
夜間・休日の初期救急医療	206
包括的同意	146
介護認定審査	10
小児科診療	7
休日当番医	5
発熱外来	3
産婦人科診療	1
休日外来	1
特定健診	1

## 改正の趣旨

高齢化に伴う医療ニーズの変化や人口減少を見据え、地域での良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築するため、地域医療構想の見直し等、医師偏在是正に向けた総合的な対策の実施、これらの基盤となる医療DXの推進のために必要な措置を講ずる。

## 改正の概要

※赤字は、衆議院による修正部分

### 1. 地域医療構想の見直し等【医療法、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律等】

- ① 地域医療構想について、2040年頃を見据えた医療提供体制を確保するため、以下の見直しを行う。
  - ・病床のみならず、入院・外来・在宅医療、介護との連携を含む将来の医療提供体制全体の構想とする。
  - ・地域医療構想調整会議の構成員として市町村を明確化し、在宅医療や介護との連携等を議題とする場合の参画を求める。
  - ・医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能等）報告制度を設ける。厚生労働大臣は、医療計画で定める都道府県において達成すべき五疾病・六事業及び在宅医療の確保の目標の設定並びに当該目標の達成のための実効性のある取組及び当該取組の効果に係る評価の実施が総合的に推進されるよう、都道府県に対し、必要な助言を行うものとする。  
都道府県は、その地域の実情を踏まえ、医療機関がその経営の安定を図るために緊急に病床数を削減することを支援する事業を行うことができることとする。医療機関が当該事業に基づき病床数を削減したときは、厚生労働省令で定める場合を除き、医療計画において定める基準病床数を削減するものとする。また、国は、医療保険の保険料に係る国民の負担の抑制を図りつつ持続可能な医療保険制度を構築するため、予算の範囲内において、当該事業に要する費用を負担するものとする。
- ② 「オンライン診療」を医療法に定義し、手続規定やオンライン診療を受ける場所を提供する施設に係る規定を整備する。
- ③ 美容医療を行う医療機関における定期報告義務等を設ける。

### 2. 医師偏在是正に向けた総合的な対策【医療法、健康保険法、総確法等】

- ① 都道府県知事が、医療計画において「重点的に医師を確保すべき区域」を定めることができることとする。  
保険者からの拠出による当該区域の医師の手当の支給に関する事業を設ける。
- ② 外来医師過多区域の無床診療所への対応を強化（新規開設の事前届出制、要請勧告公表、保険医療機関の指定期間の短縮等）する。
- ③ 保険医療機関の管理者について、保険医として一定年数の従事経験を持つ者であること等を要件とし、責務を課すこととする。

### 3. 医療DXの推進【総確法、社会保険診療報酬支払基金法、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等】

- ① 必要な電子診療録等情報（電子カルテ情報）の医療機関での共有等や、感染症発生届の電子カルテ情報共有サービス経由の提出を可能とする。  
政府は、医療情報の共有を通じた効率的な医療提供体制の構築を促進するため、電子診療録等情報の電磁的方法による提供を実現しなければならない。  
政府は、令和12年12月31日までに、電子カルテの普及率が約100%となることを達成するよう、クラウド・コンピューティング・サービス関連技術その他の先端的な技術の活用を含め、医療機関の業務における情報の電子化を実現しなければならない。
- ② 医療情報の二次利用の推進のため、厚生労働大臣が保有する医療・介護関係のデータベースの仮名化情報の利用・提供を可能とする。
- ③ 社会保険診療報酬支払基金を医療DXの運営に係る母体として名称、法人の目的、組織体制等の見直しを行う。  
また、厚生労働大臣は、医療DXを推進するための「医療情報化推進方針」を策定する。その他公費負担医療等に係る規定を整備する。

### （その他）

- ・ 政府は、令和8年4月1日に施行される外来医師過多区域等に関する規定の施行後3年を目途として、外来医師過多区域において、新たに開設された診療所の数が廃止された診療所の数を超える区域がある場合には、当該区域における新たな診療所の開設の在り方について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。
- ・ 政府は、都道府県が医師手当事業を行うに当たり、保険者協議会その他の医療保険者等が意見を述べることでできる仕組みの構築について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。
- ・ 政府は、この法律の公布後速やかに、介護・障害福祉従事者の賃金が他の業種に属する事業に従事する者と比較して低い水準にあること、介護・障害福祉従事者が従事する業務が身体的及び精神的な負担の大きいものであること、介護又は障害福祉に関するサービスを担う優れた人材の確保が要介護者等並びに障害者及び障害児に対するサービスの水準の向上に資すること等に鑑み、現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減を図りつつ介護・障害福祉従事者の人材の確保を図るため、介護・障害福祉従事者の適切な処遇の確保について、その処遇の状況等を踏まえて検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を機動的に講ずるものとする。

## 施行期日

このほか、平成26年改正法において設けた医療法第30条の15について、表現の適正化を行う。

令和9年4月1日（ただし、一部の規定は公布日（1①の一部及びその他の一部）、令和8年4月1日（1②、2①の一部、②及び③並びにその他の一部）、令和8年10月1日（1①の一部）、公布後1年以内に政令で定める日（3①の一部）、公布後1年6月以内に政令で定める日（3③の一部）、公布後2年以内に政令で定める日（1③及び3③の一部）、公布後3年以内に政令で定める日（2①の一部並びに3①の一部及び3②）等）

## 改正後の医療法

第三十条の十八の六 **都道府県知事**は、第三十条の四第二項第十四号に規定する区域であつて、**外来医療を行う医師の数の、外来患者の数に対する比率に相当するものとして厚生労働省令で定めるところにより算定した率その他厚生労働省令で定める指標が、厚生労働省令で定める基準を超えるもの**がある場合において、**当該区域のうち、特に地域外来医療を確保する必要がある区域**があると認めるときは、**当該区域を指定するものとする。**

## 医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（抜粋）

- 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。

## 論点

### ① 外来医師過多区域の基準について

- ・ 外来医師過多区域の基準については、地域の人口と診療所医師数等を踏まえた外来医師偏在指標に加え、外来医療へのアクセスの観点から可住地面積当たりの診療所数も考慮することとする。
  - ・ 具体的には、
    - ・ 外来医師偏在指標について、「全国平均値＋標準偏差の1.5倍」以上 かつ
    - ・ 可住地面積あたり診療所数が上位10%
- を基準とし、当該基準に該当する二次医療圏を、国が提示する外来医師過多区域の候補区域とすることとする。

### ② 都道府県による外来医師過多区域の指定方法について

- ・ 都道府県による指定に関して、医師確保計画策定ガイドライン・外来医療に係る医療提供体制の確保に係るガイドラインにおいて、以下のような内容を記載することとする。

外来医師過多区域については、厚生労働省令で定める基準によって候補となる二次医療圏のうち、外来医師が特に多い地域を指定するものであり、候補となる二次医療圏の中に、人口あたり医師数や可住地面積あたり診療所数等が特に高い市区町村や地区がある場合には、当該市区町村や当該地区を指定することも考えられる。

## 論点

外来医師過多区域の基準について

- ・ 外来医師偏在指標について、「全国平均値＋標準偏差の1.5倍」以上 かつ
- ・ 可住地面積あたり診療所数が上位10%

とし、当該基準に該当する以下の9箇所の二次医療圏を、国が提示する外来医師過多区域の候補区域とすることとする。

都道府県	二次医療圏名	外来医師偏在指標の全国平均値との差が標準偏差の何倍か（1.5倍以上の圏域）	可住地面積あたり診療所数の対全国値比	該当市区町村
東京都	区中央部	7.22	52.90	千代田区、中央区、港区、文京区、台東区
東京都	区西部	4.28	28.20	新宿区、中野区、杉並区
東京都	区西南部	3.56	26.98	目黒区、世田谷区、渋谷区
京都府	京都・乙訓	2.54	8.52	京都市、向日市、長岡京市、大山崎町
大阪府	大阪市	1.94	19.42	大阪市
福岡県	福岡・糸島	1.86	5.95	福岡市、糸島市
東京都	区南部	1.82	15.37	品川区、大田区
東京都	区西北部	1.74	18.47	豊島区、北区、板橋区、練馬区
兵庫県	神戸	1.58	5.73	神戸市

※可住地面積あたり診療所数の上位10%の対全国値比は3.59倍に相当

外来医師偏在指標（令和6年1月公表）、令和5年医療施設静態調査を元に医政局地域医療計画課で集計。可住地面積は総務省統計局「統計でみる市区町村のすがた2025」を出典とした。

## ②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

### 改正後の医療法

第三十条の十八の五 **都道府県**は、第三十条の四第二項第十四号に規定する区域その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域（以下この条において「対象区域」という。）ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者（以下この項及び次項において「関係者」という。）との協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ、次に掲げる事項（第三号、第五号及び第六号に掲げる事項については、外来医療に係る医療提供体制の確保に関するものに限る。第五項において同じ。）について協議を行い、その結果を取りまとめ、公表するものとする。

一 第三十条の四第二項第十一号ロに規定する指標によつて示される医師の数に関する情報を踏まえ次に掲げる事項

イ **地域において特に必要とされる外来医療（次条において「地域外来医療」という。）に関する事項**

第三十条の十八の六（略）

6 **都道府県知事**は、前項の説明の内容を踏まえ、理由等がやむを得ないものと認められないときは、届出者等に対し、期限を定めて、当該区域における**地域外来医療の提供をすべきことを要請**することができる。

### 医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（抜粋）

- （略）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。

## 論点

### ① 地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容

○ **ガイドライン**において、**地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供の例として**、現行のガイドラインで示している内容（夜間や休日等における地域の初期救急医療、在宅医療、公衆衛生に係る医療等）を踏まえ、以下の内容を示すこととする。また、今後、かかりつけ医機能報告のデータ等を踏まえ、必要に応じて追加を検討することとする。

- ・ 夜間や休日等における**地域の初期救急医療の提供（夜間・休日等の診療、在宅当番医制度への参加、夜間休日急患センターへの出務、2次救急医療機関の救急外来への出務等）**
- ・ **在宅医療の提供（提供が不足している地域がある場合）**
- ・ **学校医・予防接種等**の公衆衛生に係る医療
- ・ **医師不足地域での医療の提供（土日の代替医師としての診療等）** 等

○ **都道府県**において、**外来医療の協議の場**で、ガイドラインの内容を踏まえ、**不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容について協議して、取りまとめ、公表**することとする。

○ また、**ガイドライン**において、以下の内容を記載することとする。

- ・ **外来医療提供の要請内容として、一つかつ特定の診療科のみとすることは想定していない。**（例えば、要請内容を「小児科の医療提供」のみとすると、小児科以外の診療科が開業する場合に、要請された医療の提供ができない恐れがある。このため、特定の診療科を要請する場合は、「初期救急医療の提供や在宅医療の提供といった他の要請内容と併せて、例えば小児科の医療提供」等とすることが考えられる。）
- ・ 地域で不足する医療機能等を協議する際に、**かかりつけ医機能報告のデータ、各項目の全国値との比較、医療計画の指標、各都道府県による医療機関への独自アンケート等を参考にすることが望ましい。**
- ・ 医師不足地域での医療の提供の要請を行う場合は、都道府県は、**県内外の特定の重点医師偏在対策支援区域や医師少数区域・医師少数スポットを指定し、指定した区域で不足している医療を提供**するよう求めること、**特定の区域を指定せず、県内・近隣県の重点医師偏在対策支援区域や医師少数区域・医師少数スポットで不足している医療を提供**するよう求めること。**あわせて全国マッチング支援への登録**を求めること。

### ② 公表方法

○ **各都道府県のHP等で公表**するとともに、**外来医療計画において、地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容と、随時変更する可能性がある旨を記載**することとする。

# 外来医師過多区域における新規開業希望者への地域で不足している医療機能の提供等の要請等のフローイメージ（案）

## 医療法（都道府県）

## 健康保険法（厚生労働大臣）

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の公表

※ 外来医療の協議の場における協議内容を踏まえる

提供する予定の医療機能を記載した事前届出

不足する機能等を提供する

不足する機能等を提供しない

外来医療の協議の場への参加・理由等の説明の求め

① 外来医療の協議の場での調整

不足する機能等を提供する・やむを得ない理由等である

不足する機能等を提供しない・やむを得ない理由等でない

期限を定めて要請 ※ 地域で不足する機能、医師不足地域での医療の提供の要請

要請に応じる

要請に応じない

通知

開設 6か月前

保険医療機関の指定を3年とする

② 要請に従い、不足する機能等を提供しているか

提供している

提供していない

※年に1回、都道府県医療審議会又は外来医療の協議の場への参加を求める。

都道府県医療審議会への出席・理由等の説明の求め

③ 要請された機能等を提供しない理由等はやむを得ないか

やむを得ない理由等である ※要請時と事情が変更した場合等

やむを得ない理由等でない

指定期間が3年の間、以下の措置を講じる(例)  
・医療機関名等の公表  
・保健所等による確認  
・診療報酬上の対応  
・補助金の不交付

勧告

通知

※ 都道府県医療審議会の意見を事前に聴く

開設 3年後

指定を6年とする

再度指定を3年とする ※3年以内も可

④ 勧告に従い、不足する機能等を提供しているか

提供している

提供していない

開設3年後の指定期間が3年の場合、毎年1回、外来医療の協議の場への参加を求める。

公表

※上記と同じ

要請された機能等を提供していることの報告・確認（随時）

※都道府県における外来医師過多区域対応事業（地域医療介護総合確保基金）

※④を3年ごとに実施

# 外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン（第8次後期）について（案）

令和8年1月16日

第9回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料3

## 第8次後期ガイドライン 構成

### 1. はじめに

- 1-1. 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する考え方
- 1-2. 外来医療計画の全体像
- 1-3. ガイドラインの位置づけ

### 2. 外来医療計画の策定を行う体制等の整備

- 2-1. 都道府県の体制
- 2-2. 外来医療に係る医療提供体制に関する協議の場
- 2-3. 外来医療計画策定のプロセス
- 2-4. 外来医療計画の策定スケジュール

### 3. 外来医療計画の策定及び実施に必要なデータの収集、分析及び共有

### 4. 外来医師偏在指標と外来医師多数区域・外来医師過多区域の設定

- 4-1. 区域単位
- 4-2. 外来医師偏在指標
- 4-3. 外来医師多数区域の設定
- 4-4. 外来医師過多区域の設定

### 5. 外来医療提供体制の協議及び協議を踏まえた取組

- 5-1. 外来医師多数区域における取組
  - 5-1-1. 新規開業者等に対する情報提供
  - 5-1-2. 外来医師多数区域における新規開業者の届出の際に求める事項
  - 5-1-3. 現時点で不足している外来医療機能に関する検討
  - 5-1-4. 合意の方法及び実効性の確保
  - 5-1-5. 患者や住民に対する公表
  - 5-1-6. 各医療機関での取組
- 5-2. 外来医師過多区域における取組
  - 5-2-1. 新規開業者等に対する情報提供
  - 5-2-2. 新規開業者の届出の際に求める事項
  - 5-2-3. 現時点で不足している外来医療機能に関する検討
  - 5-2-4. 合意の方法及び実効性の確保
  - 5-2-5. 患者や住民に対する公表
  - 5-2-6. 各医療機関での取組

### 6. 医療機器の効率的な活用に係る計画

- 6-1. 医療機器の効率的な活用に関する考え方
- 6-2. 協議の場と区域単位
- 6-3. 医療機器の効率的な活用のための検討

### 7. 外来機能報告

### 8. 外来医療計画の実行に関するPDCAサイクル

### 9. 留意点

#### ①計画策定に向けた体制整備

都道府県が、外来医療に係る医療提供体制に関する協議の場を設け、国から提示する外来医療計画の策定及び実現に必要と考えられるデータ等を活用し、外来医療計画を策定する。

#### ②外来医師多数区域の設定

外来医師偏在指標を用い、外来医師多数区域及び外来医師過多区域を設定する。

#### ③外来医師多数区域における新規開業者への取組

外来医師多数区域の可視化や地域で不足している医療機能の情報提供を行い、診療所の開設希望者に対して、地域で不足している医療機能の提供を担うことを求める。

#### ④外来医師過多区域における新規開業者への取組

外来医師過多区域の可視化や地域で不足している医療機能の情報提供を行い、診療所の開設希望者に対して、地域で不足している医療機能の提供を担うことを求める。要請に従わない医療機関への対応として、医療審議会での理由等の説明の求めや勧告・公表等を行う。

#### ⑤医療機器の共同利用

地域の医療機器の配置状況を可視化し、外来医療に係る協議を通じて、医療機器の共同利用を推進し、人口減少に対応した効率的活用と共同利用計画の整備を図る。