

医師偏在是正対策について（医師養成過程に係る事項）

医師偏在是正に向けた総合的な対策

少子高齢化が進展する中、持続可能な医療提供体制の構築に向け、地域間・診療科間の医師偏在の是正を総合的に推進する。

➤ ①医師確保計画の深化・②医師の確保・育成・③実効的な医師配置を柱として、2024年末までに総合的な対策のパッケージを策定し、これらを組み合わせた医師偏在是正に係る取組を推進する。

＜総合的な対策パッケージの骨子案＞

対策	2024年度	2025年度	2026年度	2027年度
①医師確保計画の深化	◆人口や医療アクセス状況等を踏まえ、都道府県における医師偏在の是正プランの策定、国における重点的な支援対象区域の選定。	「第8次医師確保計画(後期)ガイドライン」策定	「第8次医師確保計画(後期)」策定	「第8次医師確保計画(後期)」開始
②医師の確保・育成	◆ 医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の大幅な拡大、外来医師多数区域の都道府県知事の権限強化、保険医制度における取扱い等の規制的手法を検討。	必要に応じて 法令改正		改正法令 施行
	◆ 臨床研修の広域連携型プログラムの制度化。	各医療機関でプログラム作成、研修医の募集・採用	プログラム開始	
	◆ 中堅以降医師等の総合的な診療能力等に係るリカレント教育について、R7年度予算要求。	リカレント教育事業開始		
	◆ 医師多数県の臨時定員地域枠の医師少数県への振替を検討。	医師少数県の臨時定員地域枠の拡充		
③実効的な医師配置	◆地域医療介護総合確保基金等による重点的な支援区域の医療機関や処遇改善のための経済的インセンティブ、当該区域への医師派遣等を行う中核的な病院への支援、全国的なマッチング機能の支援等を検討。	地域医療介護総合確保基金等による財政措置		
	◆ 大学病院との連携パートナーシップについて、都道府県・大学病院にヒアリング等を行い、対応を検討。	都道府県・大学病院と協議、パートナーシップのプランの内容整理	「第8次医師確保計画(後期)」にプランを反映	プラン開始

医師偏在是正に向けた総合的な対策パッケージの骨子案の主な論点

主な論点

① 医師確保計画の実効性

- 都道府県が医師偏在是正に主体的に取り組み、国は都道府県をサポートする仕組みを検討すべきではないか。

② 医師の確保・養成

- 医師少数区域等での勤務を後押しするため、医学生・若手医師の地域への理解・意識を涵養し、地域での活躍を推進するとともに、臨床研修の広域連携型プログラムの制度化、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大幅な拡大を検討すべきではないか。
- 外来医師多数区域における新規開業希望者に対する医療機能の要請等の現行の仕組みをより実効力のあるものとする等の規制的手法について、医療法等における位置づけを含めて検討すべきではないか。
- 保険医制度の中で、保険診療の質を高めつつ医師の偏在是正に向けて、どのような方策が考えられるか検討すべきではないか。
- 地域の医療需要や働き方改革推進の観点から、より一層の対応が必要な診療科の医師について、インセンティブを高める方策についてどのように考えるか。
- 医師少数区域等で勤務することも念頭に、中堅以降医師等の総合的な診療能力等に係るリカレント教育を推進すべきではないか。
- 医師養成過程や診療報酬を通じた対策についても、医師偏在是正の観点から検討すべきではないか。

※ なお、骨太方針2024においては「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。」とされている。

③ 実効的な医師配置

- 新たに選定する重点的な支援対象区域（都道府県において医師偏在対策に重点的に取り組む支援対象区域）における開業・承継の支援や、経済的インセンティブを含め、医師の勤務意欲につながる方策について検討すべきではないか。
- 新たに選定する重点的な支援対象区域に医師派遣等を行う大学病院等の中核的な病院への支援や、全国的なマッチング機能の支援等を検討すべきではないか。

④ 実施に向けて

- ①～③の取組を推進していく上で、規制的手法はもとより、経済的インセンティブとして、どのような対応が必要か。経済的インセンティブによる偏在是正を進めるにあたっては、国や地方のほか、保険者等からの協力を得るなど、あらゆる方策を検討すべきではないか。
- ①～③の取組を国、地方、医療関係者、保険者等がどのように協力して実施していくべきか。

医師偏在是正に向けた基本的な考え方（案）

- ・ 医師少数の地域や診療科における医師の配置は、これまで基本的に職業選択の自由・営業の自由にに基づき医師が働く場所や診療科を自由に選択することができるという考え方の下、へき地保健医療対策とともに、医師養成過程での取組を中心に進めてきた。
- ・ しかしながら、今後、地域ごとに人口構造が急激に変化していく中で、地域や診療科の医師配置の不均衡が拡大しかねない状況にある。また、日本の人口減少が進み、人材制約が大きくなる一方、医師数は毎年増加しており、医師の需要と供給は2029年頃に均衡する推計※もある中、医師確保対策について、総数の確保から適切な配置へと重心をシフトしていく必要がある。
※ 令和2年度の医師の需給推計における労働時間を週60時間程度に制限する等の仮定をおく需要ケース2
- ・ このような中、従来のへき地保健医療対策を超えた、新たな総合的な対策を講じていく必要がある。その際、若手医師を対象とした医師養成過程中心の対策から、全ての世代の医師へのアプローチが求められる。
- ・ さらに、人口減少が進む中で、定住人口が見込まれる地域であっても、「保険あってサービスなし」という事態に陥る可能性があり、将来にわたって国民皆保険を維持し、こうした地域を守るため、地域の必要な医療機能を確保することが必要であり、国、地方自治体、医療関係者、保険者等の全ての関係者が協働して医師偏在対策に取り組むことが重要。

2. 臨床研修の広域連携型プログラムの制度化について

臨床研修の広域連携型プログラムの制度化について

骨子案

臨床研修の広域連携型プログラムの制度化

(主な論点) 9/5厚生労働省医師偏在対策推進本部

- 医師少数区域等での勤務を後押しするため、医学生・若手医師の地域への理解・意識を涵養し、地域での活躍を推進するとともに、臨床研修の広域連携型プログラムの制度化を検討すべきではないか。

I 現状・課題

- 臨床研修制度については、平成16年度から医師法上義務化するとともに、平成22年度から国において全国の総募集定員を設定し、その範囲内で各都道府県の募集定員上限を決定している。研修医の地域における偏在対策として、募集定員倍率を縮小させてきたが、医師少数県等からの提言等を踏まえ、「医道審議会医師分科会医師臨床研修部会報告書 -医師臨床研修制度の見直し-（令和6年3月25日）」において、広域連携型プログラムの制度化等の方向性が示された。
- 広域連携型プログラムにおいては、医師多数県（※）に所在する基幹型病院に採用された研修医が、医師多数県における研修を中心としつつ、医師少数県に所在する臨床研修病院等においても一定期間研修することで、双方の特性・魅力を生かした良質な研修を受けられる、キャリアの選択肢が広がる、自身の適性に気づく契機となる、といったメリットが考えられる。
- 以上の取りまとめを踏まえ、医道審議会医師分科会医師臨床研修部会において、広域連携型プログラムの具体的な運用について検討を重ねてきた。

II 取組

- 同部会の議論に基づき、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、引き続き準備を進めていく。
- 制度の概要としては、医師多数県（※）の募集定員上限のうち原則5%以上については、研修医本人が希望することを前提として、医師少数県等に所在する臨床研修病院において24週以上の研修を行う研修プログラムの募集定員に充てるものとする。
- さらに、同部会において、令和8年度の制度開始後の運用等（施策の評価を含む。）について必要に応じて議論していく。

※ 報告書以降の同部会における議論を通じて、広域連携型プログラムの設置については、医師多数県のうち募集定員上限に占める採用率が全国平均以上の都道府県（但し、地理的事情などの特殊事情を有する沖縄県は除く。）が行うこととされている。

医師多数県の基幹型病院（連携元病院）に採用された研修医が、医師多数県における研修を中心としつつ、医師少数県等の臨床研修病院（連携先病院）においても一定期間研修するプログラム

地域における研修機会の充実に

－医師少数区域など地域の医療現場を経験できる機会を充実

複数の医療現場の魅力・特性を生かした充実した研修が可能に

－異なる医療現場を経験できる、地域における医療現場を経験できるなど

研修医のキャリアの選択肢に

－異なる環境で医療に従事する中で、研修医の将来のキャリア検討の選択肢や自分の特性に気づく契機になる

全国の臨床研修ネットワークの形成に

－異なる地域の臨床研修に関するネットワークが形成され知見の共有等につながる

以上に加え、本プログラムを通じて地域における医療へのキャリアの選択肢が広がるなど、医師偏在対策に資する

参考①：大学病院で臨床研修を行った研修医が、病院（プログラム）を選んだ理由として、いわゆる「たすきがけプログラム」が上位に挙がる

臨床研修を行った病院（プログラム）を選んだ理由（臨床研修修了者アンケート 研修先：大学病院）

	令和2年3月修了者	令和3年3月修了者	令和4年3月修了者
第1位	出身大学である（37.9%）	臨床研修のプログラムが充実（36.2%）	臨床研修のプログラムが充実（35.7%）
第2位	臨床研修のプログラムが充実（34.4%）	出身大学である（35.2%）	出身大学である（32.5%）
第3位	「たすきがけプログラム」があったから（27.7%）	「たすきがけプログラム」があったから（29.1%）	「たすきがけプログラム」があったから（26.0%）

参考②：臨床研修医の中でも長期の地域での研修を希望する者が一定数存在する

臨床研修修了者（令和3年度修了）アンケートにおいて、地域医療研修の期間が「短かった」と回答した者：約15%

1. 連携元区域（医師多数県）

医師多数県のうち募集定員上限に占める採用率が全国平均以上の都道府県（但し、地理的事情などの特殊事情を有する沖縄県は除く。）

東京都、大阪府、京都府、岡山県、福岡県

2. 連携先区域（医師少数県等）

①医師少数県のうち募集定員上限に占める採用率が全国平均以下の都道府県

青森県、岩手県、秋田県、山形県、福島県、茨城県、群馬県、新潟県、長野県、岐阜県、三重県、山口県、宮崎県

②医師中程度県のうち募集定員上限に占める採用率が全国平均以下の都道府県の医師少数区域

北海道、宮城県、福井県、島根県、大分県、鹿児島県の医師少数区域

※医師中程度県のうち募集定員上限に占める採用率が全国平均以下の都道府県の中で富山県、山梨県、広島県、愛媛県は医師少数区域がない。

③連携元区域に該当する医師多数県の医師少数区域（対象人数の一部）

東京都、京都府、岡山県、福岡県の医師少数区域

※連携元区域に該当する医師多数県の医師少数区域について、人口30万人以上の二次医療圏は連携先区域から除く。

※連携先病院が連携元区域に該当する医師多数県の医師少数区域に所在する病院である場合には、募集定員上限の5%のうち2%を限度とする。

※連携元区域に該当する医師多数県のうち、大阪府には医師少数区域がない。

3. 対象人数

・医師多数県の募集定員上限の5%以上

※連携先病院が連携元区域に該当する医師多数県の医師少数区域に所在する病院である場合には、募集定員上限の5%のうち2%を限度とする。

4. 時期・期間

- ・プログラムの実施時期は原則として臨床研修の2年目とする。
- ・プログラムの実施期間は24週又はそれ以上とする。

5. 費用負担

・プログラムの作成・実施に係る費用に関する国による支援を検討。

※令和7年度概算要求においては、広域連携型プログラムの責任者となるプログラム責任者に係る経費等を要求。

1. プログラムの作成について

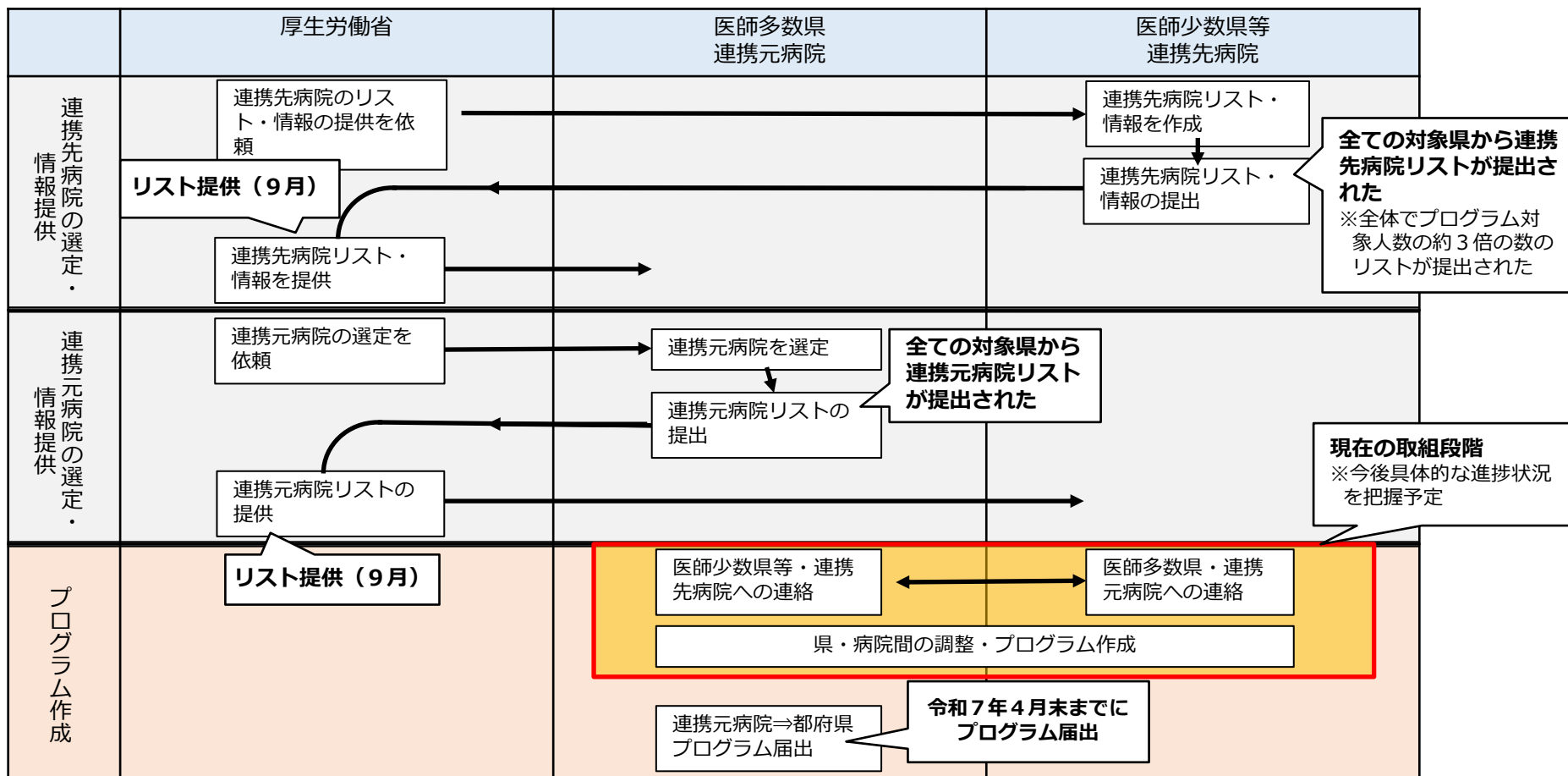
○令和8年度実施のプログラムについては、初年度であることに鑑み、どうしても準備が整わず募集定員の5%分のプログラムを作成できなかった場合は、作成できたプログラムのみでの運用とする経過的な措置を設ける。

※但し、その場合でもプログラム未成立分の定員を一般プログラムの定員へ振り替えることは不可とし、作成できなかった分の募集定員の割り振りは行わない（一般プログラムへの振り替えを認めると、広域連携型プログラム作成のインセンティブを損なう恐れがあるため）。

2. 募集定員上限の算定について

○仮にプログラム未成立により研修医を採用できなかった等の事情がある場合、そのことについて医師多数県の次年度以降の募集定員上限算定に不利益を被るのは適切でないため、初年度であることに鑑み、以下のような配慮措置を設ける。

- ・医師多数県の募集定員上限の算定については以下の方向で検討する。
 - ・令和8年度の広域連携型プログラムを作成できず募集定員を配りきれなかった場合でも、募集定員を配りきったものとして算定する。
 - ・令和8年度の広域連携型プログラムの採用人数が募集定員まで埋まらなかった場合でも、募集定員まで埋まったものとして算定する。



3. 総合的な診療能力を有する医師の育成・リカレント教育について

総合的な診療能力を有する医師の育成・リカレント教育について

骨子案

中堅以降医師等の総合的な診療能力等に係るリカレント教育について、令和7年度予算要求。

(主な論点) 9/5厚生労働省医師偏在対策推進本部

- ・ 医師少数区域等で勤務することも念頭に、中堅以降医師等の総合的な診療能力等に係るリカレント教育を推進すべきではないか。

I 現状・課題

- ・ 高齢化に伴い、特定の臓器や疾患を超えた多様な問題を抱える患者が増加することが見込まれる中、特に地域医療においては、こういった課題に対応できる総合的な診療能力を有する医師の養成・確保が求められている。
- ・ こうした中、平成30年度より総合的な診療能力を有する医師の専門性を評価する取組として、総合診療専門医の養成が新たに開始されており、若い世代を中心に総合診療領域の専攻医採用数は年々増加している。
- ・ さらに、中堅以降の医師においても、キャリアチェンジを行い地域での勤務意向のある医師は一定数いることや、そういった場合に、地域で働く上で必要とされる総合的な診療能力（医療と介護の連携に係る事項等を含む。）について学び直す機会が必要ではないかや、医師がリカレント教育を受ける動機となる仕組みを検討すべきではないか、といった指摘がある。

II 取組

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

総合的な診療能力を有する医師の育成・リカレント教育について

総合診療専門医について

- 2018年より総合的な診療能力を有する医師の専門性を評価する取組として、総合診療専門医の養成が新たに開始された。
- また、総合診療専門医については、医師を確保する観点等から、専攻医募集時の都道府県別・診療科別募集定員上限設定（シーリング）の対象外となっており、その採用数は年々増加している。
- また、総合診療専門医を取得するための研修の指導医についても、特任指導医という形で、一定の要件を満たした医師について、順次認定を行い、指導体制の充実が図られている。
- 今後の総合診療専門医の養成については、シーリングの在り方の検討も踏まえながら、引き続き、地域で必要な総合的な診療能力を有する医師の確保ができるよう検討を行っていく。

総合的な診療能力を有する医師の養成について

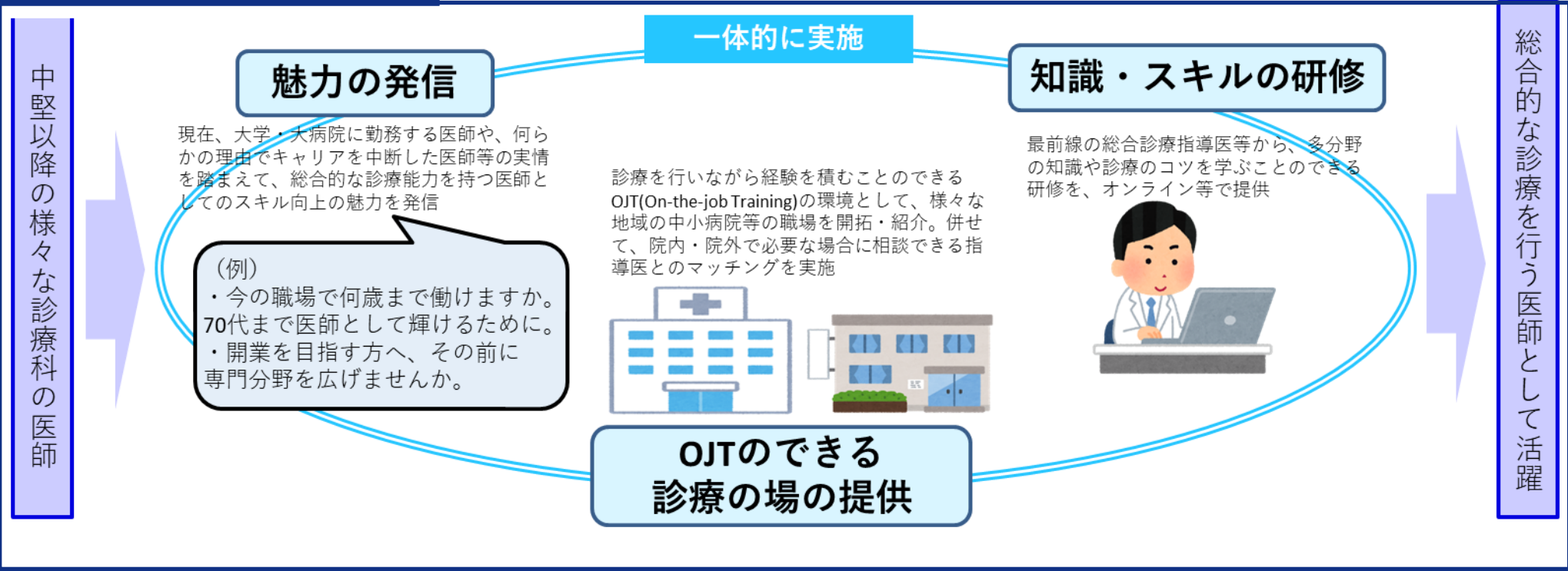
- 大学にて総合的な診療能力を有する医師を育成・確保するための拠点を整備し、一貫した指導体制のもと医師のキャリアパスの構築等を支援する事業を実施しており、令和6年度は様々な地方の全国8大学が採択され、事業による取組みを進めている。
- 中堅以降の医師でも地域での勤務の意向のある医師は一定数いることや、今後、高齢者が増加するなか、複数疾患を抱える患者を診療できる能力が重要となると考えられることから、総合的な診療能力を有する医師の養成については、現状の各大学における総合診療医センターを中心とした養成に加えて、例えば、学会や病院団体が協力して、研修・地域における実践的な機会の提供・総合診療の魅力発信を一体的に実施するような方策を検討してはどうか。

総合的な診療能力を持つ医師養成の推進事業

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

これまでの主なご意見（抜粋）

総合的な診療能力を有する医師の育成・リカレント教育について

- 総合診療専門医が取得できるサブスペ領域を拡大すべきではないか。
- 総合診療と専門医による診療についての仕組みや限界などについては、国民にきちんと理解していただくことが重要ではないか。
- 総合診療専門医をさらに増やす方策を考える必要がある。
- リカレント教育は総合診療医を増やすうえで大切であるが、学会にリカレント教育を求めるとするのなら、偏在是正などの視点を共有していくことが不可欠ではないか。
- 地域で新たに総合的な診療能力を有する医師が勤務する場合、働き方に配慮することで、地域で持続的に活躍するための仕組みづくりが不可欠ではないか。
- 総合的な診療能力を有する医師が能動的に医師不足地域へ行ってもらうには、経済的インセンティブは極めて重要ではないか。さらに、子供の教育面で都会に比べてハンデを追わないような環境整備も必要ではないか。
- 総合診療については、若い人たちのキャリアを考えられていないのではないか。
- 中堅の医師が地域で必要な診療科について学び直す際に、個人の気持ちに頼るのではなくて、システムとして学び直す機会があるべきではないか。
- リカレント教育において「OJTできる診療の場」として、例えば、地方において一週間のうち、総合診療を数日行い、残りの数日でこれまでのキャリアを生かして指導医等で活躍していただくとよりよい取組になるのではないか。

4. 医学部臨時定員について

医学部臨時定員について

骨子案

医師多数県の臨時定員地域枠の医師少数県への振替を検討。

(主な論点) 9/5厚生労働省医師偏在対策推進本部

- ・ 医師養成過程を通じた対策についても、医師偏在是正の観点から検討すべきではないか。

※ なお、骨太方針2024においては「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。」とされている。

I 現状・課題

- ・ 医師養成については、地域の医師を確保することを目的として、平成20年度から地域枠を中心に医学部定員を臨時的に増員してきた。この他、医師養成過程を通じた取組及び各都道府県が策定する医師確保計画に記載の取組等を通じて、医師少数県の若手の医師数は、医師多数県と比較し伸びており、若手の医師については地域偏在が縮小してきている。
- ・ 医学部定員については、今後の医師の需給状況を踏まえて適正化の検討を行う必要があるが、都道府県においては、地域に必要な地域枠数を確保し、地域における医師確保に支障が生じないようにすることが重要である。
このため、医師確保計画策定ガイドラインにおいて「安定した医師確保を行うため、都道府県は、積極的に恒久定員内への地域枠や地元出身者枠の設置について大学と調整を行う」としている。
- ・ 上記のような背景等も踏まえ、本検討会において医学部臨時定員の配分方針について議論を重ねてきており、令和8年度への対応に当たっては、地域の実情や医師確保に係る取組状況等を踏まえた適切な配分を実施する観点から、地域における医師の年齢構成や、恒久定員内地域枠を一定程度設置する等の取組に留意することについて、検討を行っている。

II 取組

- ・ 医学部臨時定員については、個々の地域の実情や都道府県等の関係者の意見も踏まえ、医師の偏在対策に資する配分を行う。
- ・ 令和8年度臨時定員の配分方針等については、総合的な対策のパッケージの検討状況や令和7年度臨時定員の状況、都道府県等の関係者の意見を踏まえ、本検討会において引き続き具体的な議論を行っていく。

令和8年度医学部臨時定員に係る方針について

- 「経済財政運営と改革の基本方針2024」において、「2026年度（令和8年度）の医学部定員の上限については2024年度（令和6年度）の医学部定員を超えない範囲で設定するとともに、今後の医師の需給状況を踏まえつつ、2027年度（令和9年度）以降の医学部定員の適正化の検討を速やかに行う。」とされた。



- このため、令和8年度の医学部定員については、令和6年度の医学部総定員数を上限とし、令和7年度の臨時増員の枠組みを暫定的に維持することとする。
- その上で、令和8年度の医学部臨時定員については、「医師確保計画策定ガイドライン」で示されている方針を踏まえ、以下の対応を行った上で、地域における医師の確保に真に必要な範囲で臨時定員の設置を認めることとする。
- ・ 国は各都道府県に対して、安定した医師確保のため積極的に恒久定員内への地域枠や地元出身者枠の設置についての大学との調整を促す。
 - ・ また、国は都道府県に対して、確保すべき医師数（例えば、臨床研修や臨床研修修了後の時点で確保すべき人数等）を検討した上で、当該都道府県に所在する大学の地域枠入学でない医師が臨床研修や臨床研修修了後において当該都道府県に勤務する割合等も踏まえ、真に必要な地域枠数を検討することを促す。
 - ・ その上で、国において臨時定員全体の必要性に加えて、当該都道府県の医師確保計画の進捗状況や地域枠医師の配置・運用状況、医師養成過程における教育・研修環境の体制、医学部定員の欠員状況等を慎重かつ丁寧に精査する。
 - ・ 必要に応じ、臨時定員を希望する都道府県・大学に対し、臨時定員の必要性について有識者も含めた検討の場でヒアリング等を実施する。
- なお、令和8年度医学部臨時定員の配分については、医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在の是正を図るため、令和6年末までに策定することとしている総合的な対策のパッケージに関する具体的な議論や内容を注視しながら、本検討会において、引き続き議論を行っていく。

平成18年度（2006年）からの医学部臨時定員増に係る方針

- 以下の閣議決定等に基づき、平成20年度以降、医学部臨時定員を暫定的に増員する取組が実施されたが、平成31年までに全ての臨時定員の設置期限を迎えることとなっていた。
 - ・ **「新医師確保総合対策」**（平成18年8月31日4大臣※合意） ※4大臣：総務大臣、財務大臣、文科大臣、厚労大臣
 - ・ **「緊急医師確保対策」**（平成19年5月31日政府・与党決定）
 - ・ **「経済財政改革の基本方針2009」**（平成21年6月23日閣議決定）
 - ・ **「新成長戦略」**（平成22年6月18日閣議決定）
- **平成30年6月15日閣議決定「経済財政運営と改革の基本方針2018」**

2020年度、2021年度については、2019年度の医学部定員を超えない範囲で、その必要性を慎重に精査しつつ、暫定的に現状の医学部定員を概ね維持する。2022年度以降については、定期的に医師需給推計を行った上で、働き方改革や医師偏在の状況等に配慮しつつ、将来的な医学部定員の減員に向け、医師養成数の方針について検討する。
- **令和元年6月21日閣議決定「経済財政運営と改革の基本方針2019」**

医師偏在指標を活用し、臨床研修や専門研修を含む医師のキャリアパスも踏まえた実効性のある地域及び診療科の医師偏在対策を推進する。2022年度以降の医学部定員について、定期的に医師需給推計を行った上で、医学部定員の減員に向け、医師養成数の方針について検討する。
- **令和4年度（2022年度）から令和7年度（2025年度）の医学部臨時定員に係る方針**
 - ・ 2022年度の医学部臨時定員については、新型コロナウイルスの感染拡大の影響により、当初令和4年度以降の医師養成数の方針を示すこととしていた2020年4月までの間に十分な議論を行うことができなかったことから、**暫定的に2020・2021年度と同様の方法で設定することとした。**
 - ・ 2023年度の医学部臨時定員については、**歯学部振替枠を除き2022年度と同様の方法で設定することとし、歯学部振替枠は廃止したうえで、地域の医師確保・診療科偏在対策に有用な範囲に限って、地域枠臨時定員として活用することとした。**
 - ・ 2024・2025年度の医学部臨時定員については、臨時定員全体の必要性を十分に精査し、地域における医師の確保に必要な範囲で臨時定員の設置を認めることとした上で、**令和元年度の医学部総定員数を上限とし、前年度の枠組みを暫定的に維持することとした。**
- **令和6年6月21日閣議決定「経済財政運営と改革の基本方針2024」**

2026年度の医学部定員の上限については2024年度の医学部定員を超えない範囲で設定するとともに、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。

都道府県名	恒久定員合計	恒久定員内地域枠		恒久定員内 地元出身者枠	臨時定員 〈地域枠〉	
		全体	うち、地元 出身要件あり		全体	うち、地元 出身要件あり
北海道	312	7	7	0	8	8
青森	105	36	15	0	27	27
岩手	94	1	0	0	37	25
宮城	183	30	0	0	7	7
秋田	102	2	2	0	29	24
山形	106	6	5	0	8	8
福島	85	43	35	0	47	0
茨城	107	4	3	0	62	37
栃木	110	0	0	0	10	0
群馬	105	0	0	0	18	18
埼玉	110	0	0	0	47	2
千葉	240	5	0	0	34	0
東京	1,397	5	5	0	20	20
神奈川	414	27	16	0	25	25
新潟	100	0	0	0	77	25
富山	100	0	0	0	12	12
石川	215	1	1	0	10	0
福井	105	0	0	0	10	5
山梨	105	15	15	0	24	24
長野	105	7	0	0	20	0
岐阜	85	3	3	0	25	25
静岡	105	0	0	0	68	0
愛知	409	0	0	0	32	32
三重	105	15	15	0	20	15

都道府県名	恒久定員合計	恒久定員内地域枠		恒久定員内 地元出身者枠	臨時定員 〈地域枠〉	
		全体	うち、地元 出身要件あり		全体	うち、地元 出身要件あり
滋賀	105	11	9	0	5	0
京都	207	2	2	0	5	5
大阪	510	0	0	0	15	0
兵庫	213	3	0	0	16	14
奈良	100	0	0	0	15	0
和歌山	90	20	0	0	12	10
鳥取	85	7	5	0	19	7
島根	100	14	14	0	17	10
岡山	215	0	0	0	4	4
広島	105	5	5	0	15	15
山口	100	0	0	0	17	17
徳島	100	5	5	0	12	12
香川	100	0	0	0	14	14
愛媛	100	5	5	0	15	15
高知	100	10	5	0	15	15
福岡	430	0	0	0	5	5
佐賀	98	0	0	0	6	2
長崎	100	0	0	0	22	16
熊本	105	3	3	0	5	5
大分	100	3	3	0	10	10
宮崎	100	40	25	0	2	2
鹿児島	100	0	0	0	20	20
沖縄	105	5	5	0	12	12

・恒久定員内地域枠：恒久定員のうち、当該都道府県内で卒後一定期間従事要件があり、具体的な従事要件の設定や配置に地域医療対策協議会もしくは都道府県が関与するもの（一部地元出身要件あり。）

・恒久定員内地元出身者枠：当該都道府県での従事要件はないが、地元出身要件がある恒久定員

・臨時定員（地域枠）：当該都道府県での従事要件がある臨時定員（一部地元出身要件あり。）

文部科学省調べ（速報値）（他県の大学に設置している地域枠・地元出身者枠の数を含む。）（※なお、東北医科薬科大学の恒久定員内地域枠の一部は、複数の県のいずれかの修学資金制度に申込みことを条件としており、本表に含まない。自治医科大学の臨時定員23枠は、栃木県指定枠3枠を含み本表には含まない。）

黄：医師多数県
青：医師少数県
※現医師確保計画（R6年度）に
用いられている医師偏在指標による

医師の確保に関する事項（第8次医療計画の見直しのポイント）

概 要

- 医師確保計画の策定において基礎となる、地域ごとの医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価するための医師偏在指標について精緻化等を行う。
- 地域の実情に応じて安定した医師確保を行うため、地域枠等の恒久定員内への設置、寄附講座の設置、地域における子育て医師等支援などを進める。

医師偏在指標の精緻化等

- 三師統計で用いる医師届出票において、「従たる従事先」に記載された医療機関が主たる従事先と異なる医療圏である場合、医師数を主たる従事先では0.8人、従たる従事先では0.2人として医師偏在指標を算出する。

※分娩取扱医師偏在指標及び小児科医師偏在指標も同様

(9) 従たる従事先（複数の施設に従事している場合、右欄の「従たる施設・業務の種類」に01～17のいずれかを記入した場合の従事先について記入すること。）

ふりがな			電 話
名 称			代表電話 (- -)
所 在 地	〒□□□□-□□□□ 都道府県 市 区 町村		
勤 務 状 況 該当する項目を 1つ○で囲むこと。	12月1日～7日の勤務日数(日/週)(宿直・日直を除く) 0日 0.5 1.0 1.5 2.0 2.5 3.0 3.5 4.0 4.5 5.0 5.5 6.0 6.5 7.0 11月の宿直・日直回数(回/月) 0回 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10～15未満 15～20未満 20以上		
従たる従事先の件数	件 (今年度12月31日現在で雇用契約等のある全ての従たる従事先。)		

- 新たに、地域の実情に応じた施策を検討する際に活用することができるよう、勤務施設別（病院及び診療所）の医師偏在指標を参考として都道府県に提示する。

恒久定員内への地域枠等の設置促進等

- 安定した医師確保を行うため、都道府県は、積極的に恒久定員内への地域枠や地元出身者枠の設置について大学と調整を行う。
- 特に医師少数都道府県においては、地元出身者を対象として他都道府県に所在する大学にも地域枠を設置し、卒前からキャリア形成に関する支援を行うことで医師確保を促進する。
- 都道府県は、寄附講座の設置、派遣元医療機関への逸失利益の補填に加えて、その他の既存の施策を組み合わせることで、医師少数区域等の医師確保を推進する。
- 地域の医療関係者、都道府県、市区町村等が連携し、地域の実情に応じた子育て医師等支援に取り組む。

臨時定員地域枠について

- 今後、医師の供給が需要を上回ってくることを踏まえ、医師増加のペースは見直しが必要となっている。そのため、医師多数県については、医師少数県・中程度県と比較して臨時定員における地域枠の確保の必要性が低いことから、令和7年度の医学部臨時定員の配分においては、各医師多数県の県内の偏在対策の必要性にも配慮しつつ、令和6年度と比較して一定数減じることとした。
 - 一方で、医師少数県や一部の中程度県については、依然、臨時定員地域枠の設置の必要性が高いことから、令和6年度と比較して臨時定員の意向の配分の増加を行うこととした。
- ↓
- 令和8年度以降も、少なくともこの数年間は、医師の需給や都道府県の偏在の傾向について、推計より大きく変わらないため、医学部定員の適正化の検討を進めていくことも踏まえつつ、医師多数県については臨時定員地域枠を一定数削減していく一方で、都道府県を超えた偏在是正が特に必要な医師少数県・一部の中程度県については令和6年度比増となることも許容してはどうか。

恒久定員内地域枠について

- 恒久定員内地域枠については、既存の定員の中で、地域に必要な医師を安定的に確保することに一定の効果があると考えられることから、改めてその必要性を認識し、他の実効性ある偏在対策と併せて、その設置について調整を行うよう促すこととしてはどうか。
- 一方で、都道府県や大学の協議等の状況によっては、恒久定員内地域枠の設置が、まだ十分に進んでいない場合もあることから、恒久定員内地域枠の設置が進んでいる都道府県と大学の取り組みを確認し、好事例を広めてはどうか。

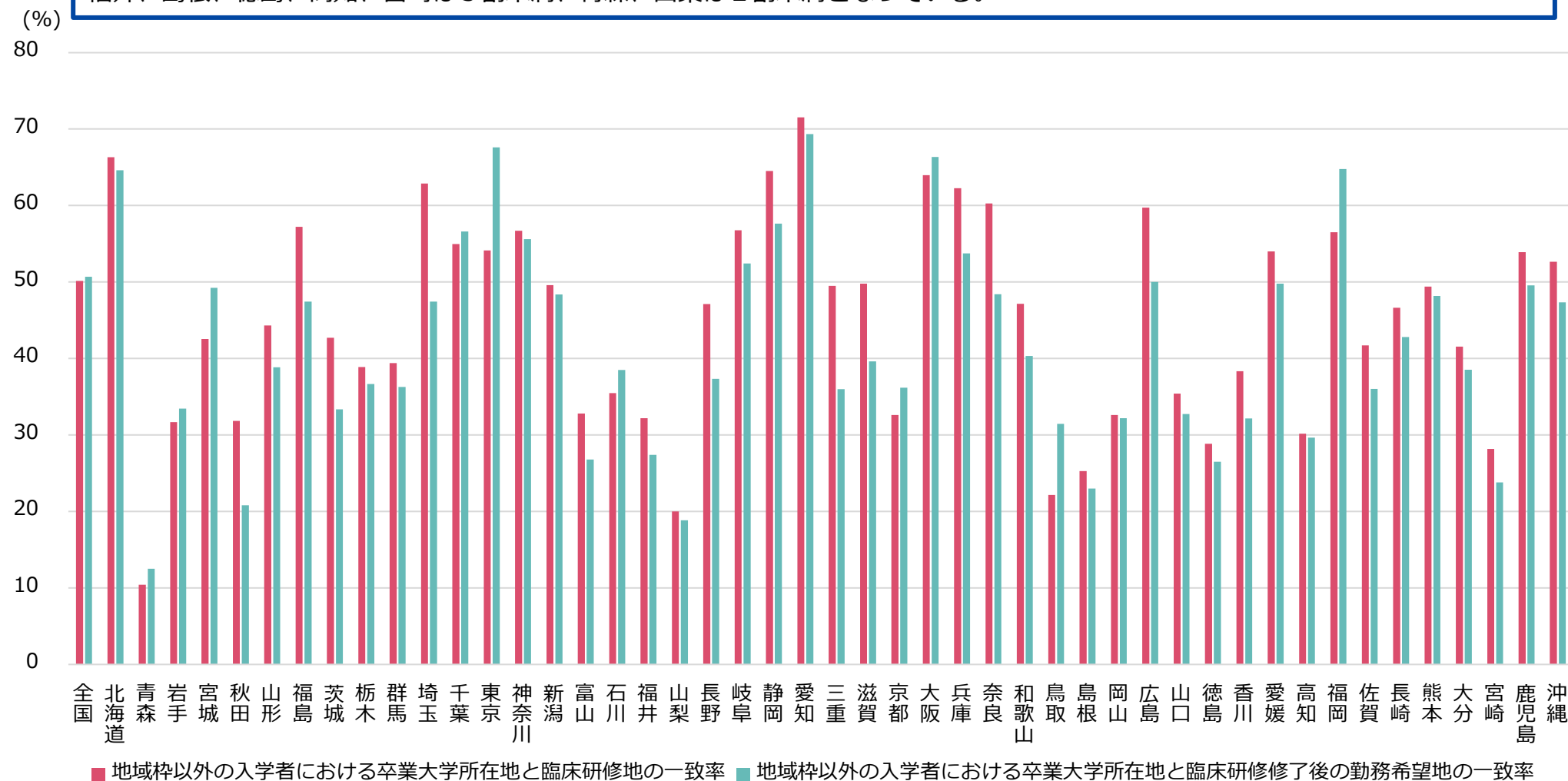
宮崎大学において恒久定員内地域枠を拡充した経緯等

宮崎大学
提出資料

- 宮崎県第7次医療計画（平成30～令和5年度）において、**県内で新たに臨床研修を開始する研修医の目標数が80名に設定**されていること（別紙参照）、一方で医師の増加のペースは見直しが必要とされていることを踏まえて、平成30年6月に宮崎大学における適切な医学部定員数や地域枠の定員数に関する第1回WGを開催し、これ以降、本格的な検討が開始された。
- 宮崎大学は宮崎県との議論や以下の**分析結果（★）も踏まえ、令和4年度以降、医学部入学定員の臨時定員地域枠の設置は行わず、恒久定員内に地域枠を新たに15名拡充した。**具体的には地域枠A10名（県内の高校卒業者：現役のみ）、地域枠B15名（県内の高校卒業者：既卒2年目まで）、地域枠C15名（宮崎県を含む全国の高卒業者：既卒2年目まで）を設置した。
 - ★ **宮崎大学卒業生のうち、宮崎県内で臨床研修を行う割合は、県内の高校卒業者が「66%」に対し、県外の高校卒業者は『15%』であった。**※平成23～26年度卒業生 406名を対象に調査
 - **キャリア形成プログラムの運用開始を踏まえ、地域枠C（＝全国枠）15名の拡充により、県外の高校卒業者が宮崎県内で臨床研修・専門研修を受け、地域医療に貢献する体系へ**
- なお、本見直しに伴い、臨時定員増を行わないこととしたことから、令和4年度以降、医学部入学定員は110名から100名となり、実習を含む専門科目を中心に、教職員の負担軽減や教育資源の確保をはじめ、今後の学年進行にあわせて診療参加型臨床実習の指導にも質向上が期待される。
- 地域枠の拡充にあわせてキャリア形成プログラム卒前支援の充実をはかり、地域枠入学生の地域医療への意識・意欲の向上とあわせて、学業成績の向上も期待されている。※ 今後、詳細を分析予定

地域枠以外の入学者における 卒業大学所在地と臨床研修地及び臨床研修修了後の勤務希望地の一致率

地域枠以外の入学者における卒業大学所在地と臨床研修修了後の勤務希望地の一致率は、全国平均では5割程度だが、秋田、富山、福井、島根、徳島、高知、宮崎は3割未満、青森、山梨は2割未満となっている。



- ※ 地域枠以外の入学者とは、「地域医療等に従事する意思を持った学生選抜枠」で入学していないと回答した者
- ※ 自治医科大学、産業医科大学、防衛医科大学については除外
- ※ 大学が海外の場合及び当該項目について無回答の場合は除外

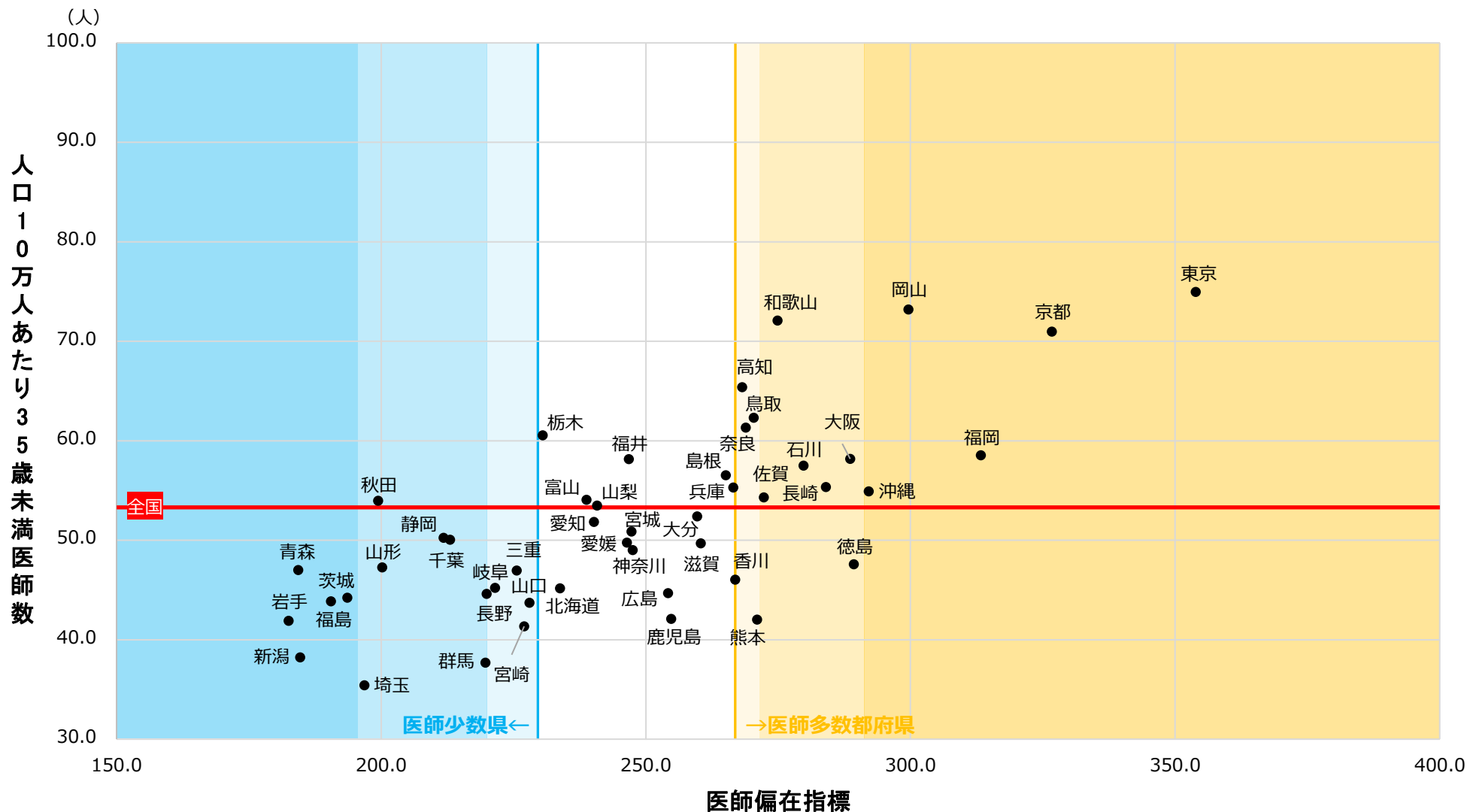
臨時定員地域枠について（第5回検討会で示した考え方）

- 今後、医師の供給が需要を上回ってくることを踏まえ、医師増加のペースは見直しが必要となっている。そのため、医師多数県については、医師少数県・中程度県と比較して臨時定員における地域枠の確保の必要性が低いことから、令和7年度の医学部臨時定員の配分においては、各医師多数県の県内の偏在対策の必要性にも配慮しつつ、令和6年度と比較して一定数減じることとした。
 - 一方で、医師少数県や一部の中程度県については、依然、臨時定員地域枠の設置の必要性が高いことから、令和6年度比増となる臨時定員の意向がある場合には、意向に沿った配分を行うこととした。
- ↓
- 令和8年度以降も、少なくともこの数年間は、医師の需給や都道府県の偏在の傾向について、推計より大きく変わらないため、医学部定員の適正化の検討を進めていくことも踏まえつつ、医師多数県については臨時定員地域枠を一定数削減していく一方で、都道府県を超えた偏在是正が特に必要な医師少数県・一部の中程度県については令和6年度比増となることも許容してはどうか。

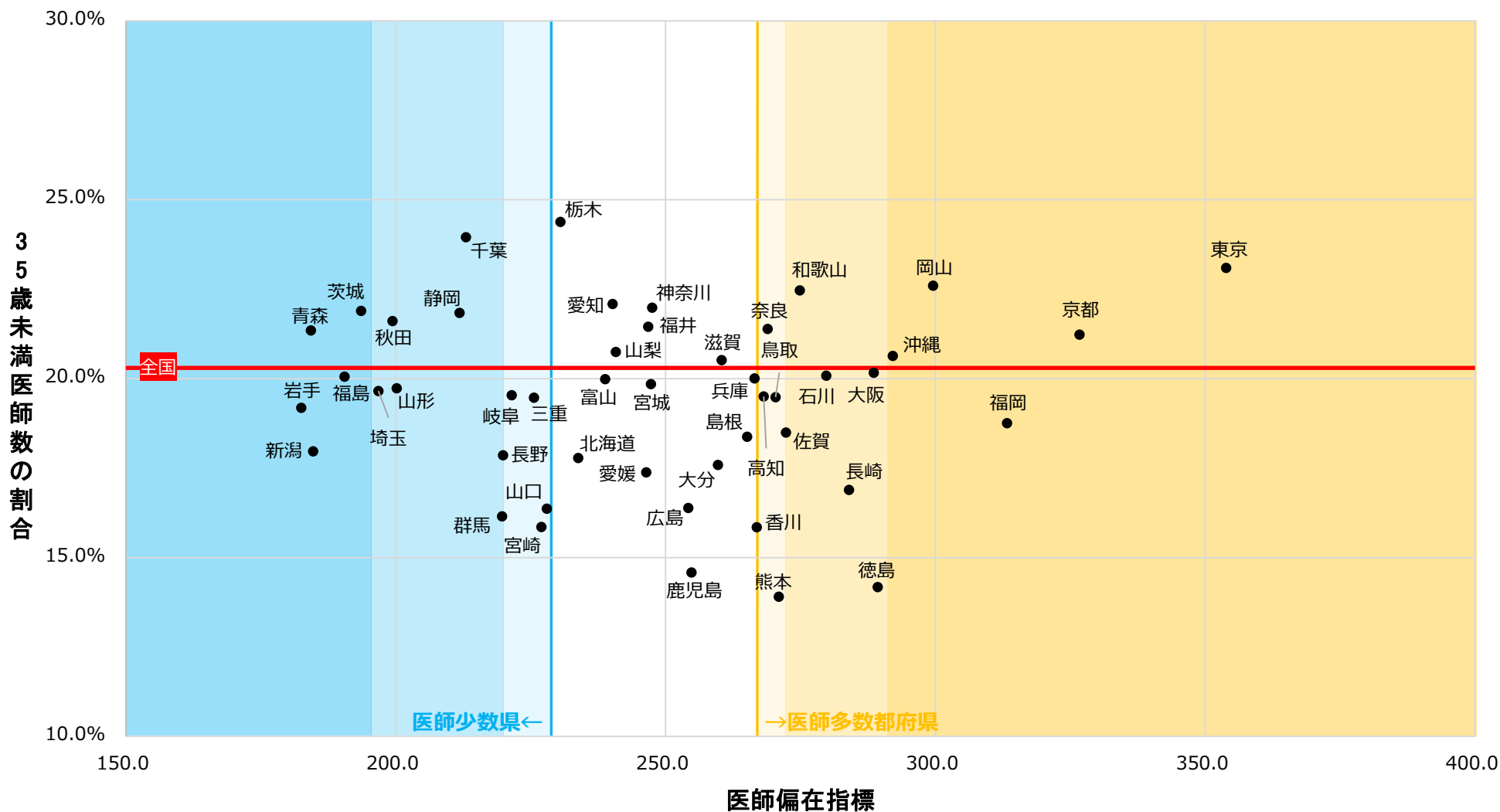
医学部臨時定員の配分の考え方について

- 医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在の是正を図るため、2024年末までに策定することとしている総合的な対策のパッケージに関する具体的な議論や内容を注視しながら、医学部臨時定員の配分について、以下のような方向性で議論してはどうか。
 - 令和8年度医学部臨時定員の配分において、医師多数県については臨時定員地域枠を一定数削減していく一方で、若手医師が少ない場合や医師の年齢構成が高齢医師に偏っている場合などは配慮してはどうか。
 - 令和8年度医学部臨時定員の配分において、令和8年度までに恒久定員内地域枠を一定程度設置する等、更なる県内の偏在対策に取り組む都道府県については、配慮してはどうか。
 - 医学部臨時定員の配分方針について、引き続き地域枠医師の医師少数区域・医師少数スポット等への配置状況等を踏まえ、検討してはどうか。

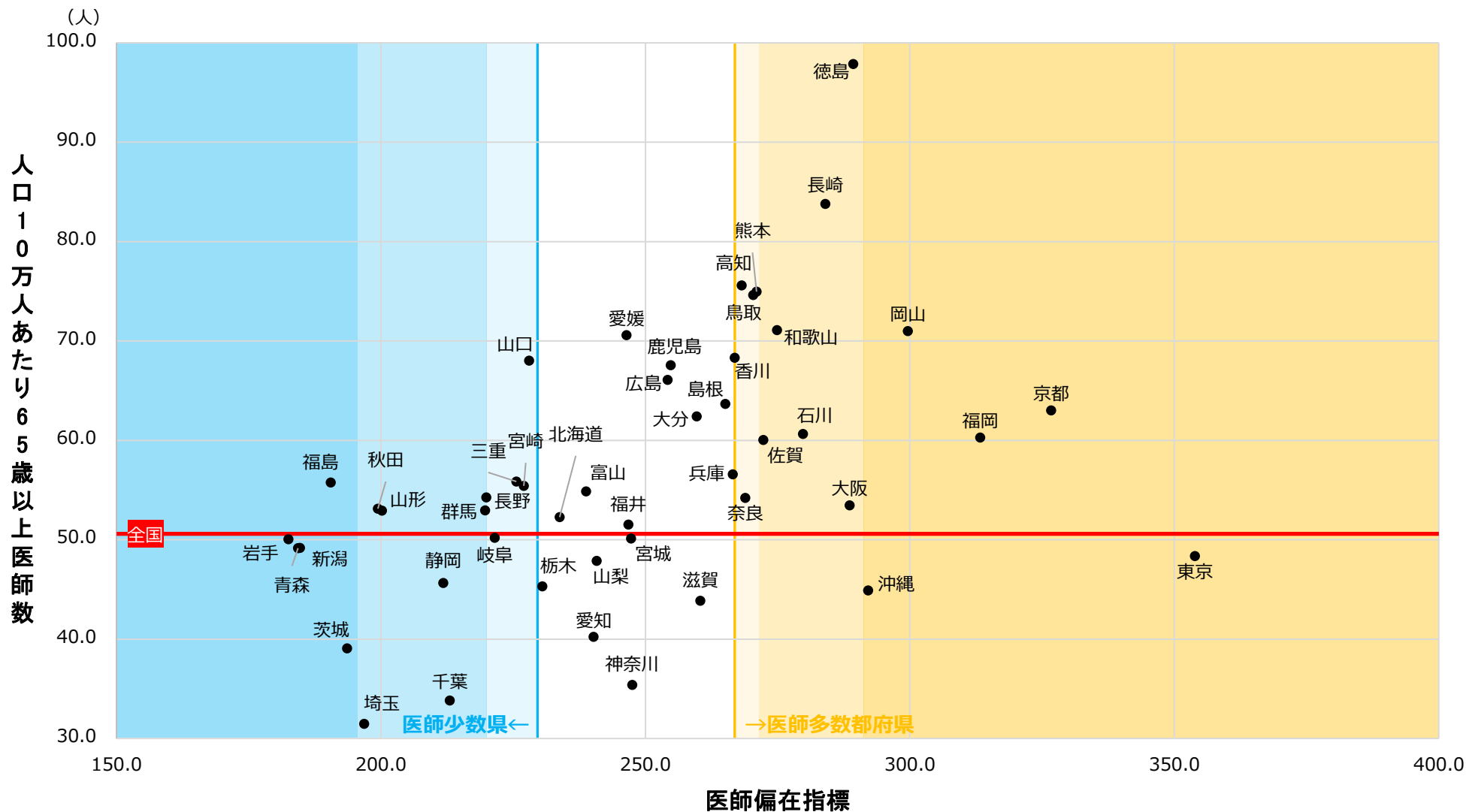
- 人口10万対35歳未満医師数は、東京、岡山、和歌山、京都など医師多数県ほど多く、医師少数県ほど少ないが、秋田は全国平均を上回っている。



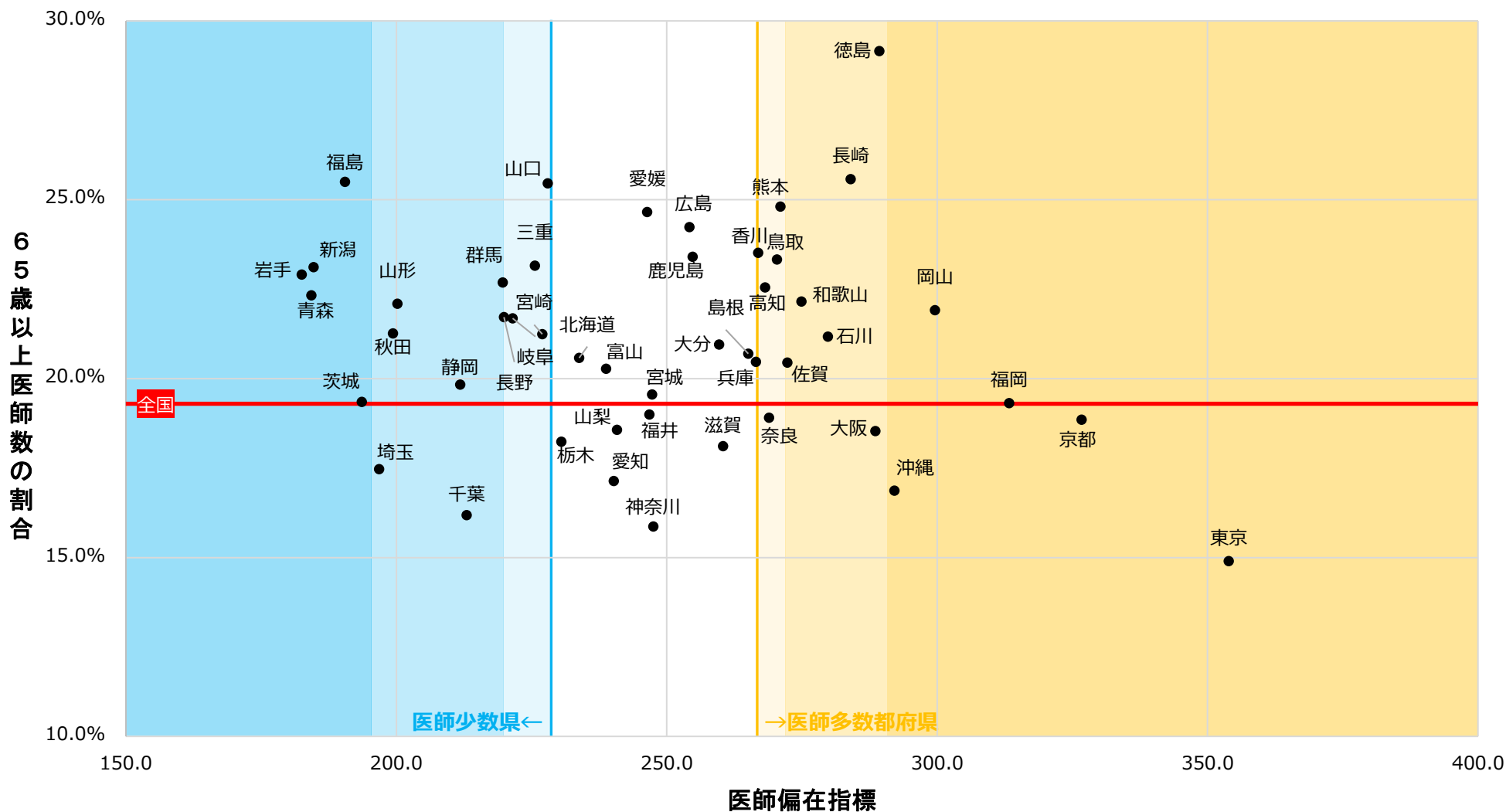
- 都道府県別の医療施設従事医師数に占める35歳未満医師数の割合は、栃木、千葉、東京、岡山、和歌山が高く、医師多数県であっても熊本、徳島は15%未満と低くなっている。



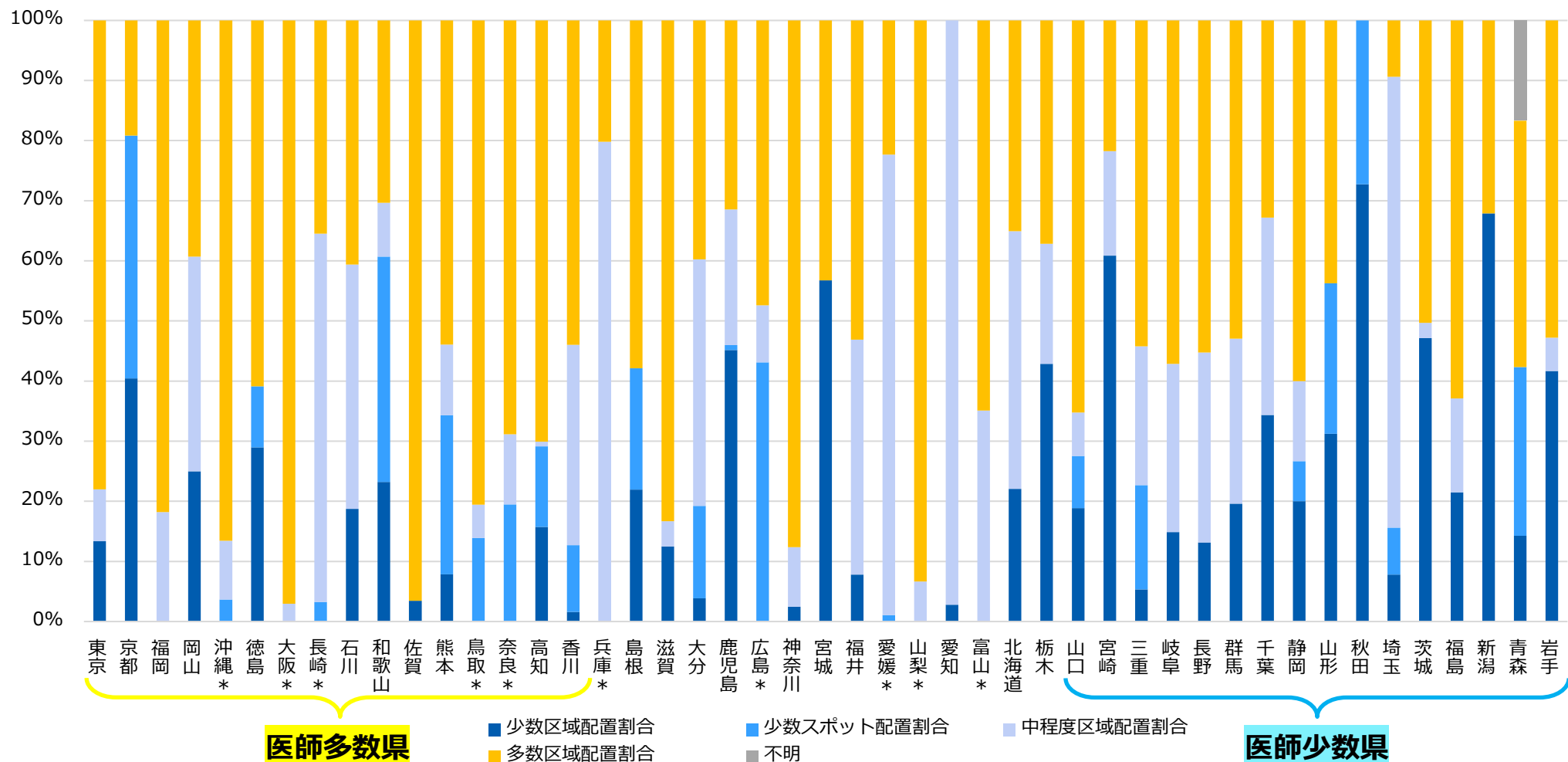
- 人口10万対65歳以上医師数は、徳島、長崎、高知など医師多数県ほど多い傾向はあるものの、医師多数県であっても東京や沖縄で全国平均を下回っている。



- 都道府県別の医療施設従事医師数に占める65歳以上医師数の割合は、徳島、長崎、福島、山口が25%以上となっており、東京は15%未満となっている。



- 医師少数県では、医師少数区域に地域枠医師を多く配置している県が複数見られる。
- 一方、医師多数県では、医師少数区域への地域枠医師の配置がない県や、そもそも医師少数区域が存在しない県もあるが、医師少数区域へ地域枠を配置し、地域枠を活用している都道府県も見られる。



(令和6年度医学部臨時定員増に関する都道府県意向調査結果より)

※ 左からR6年度以降の医師確保計画に用いられている医師偏在指標が大きい都道府県順。

※ 「*」を付した沖縄県、大阪府、長崎県、鳥取県、奈良県、兵庫県、広島県、愛媛県、山梨県、富山県は、医師少数区域がない都道府県。

※ 卒後3年目以降の配置状況（義務履行期間猶予中のものを除く。）を集計。ただし、愛知県は専門研修終了後の医師、滋賀県は卒後6年目以降の医師の配置状況。

これまでの主なご意見（抜粋）

医学部臨時定員の配分の考え方について

- 臨時定員の効果を確実に評価した上で、真に医師不足のところに配置するという本来の目的にかなうよう、現状を維持することにとらわれず、臨時定員枠を考えていくべきではないか。
- 医学部臨時定員数が増えることは、教育する側の負担が大きく、教育の質が懸念される。
- 地域枠医師がどのような診療科を選択して、地域医療を支えているのか、フォローアップが必要ではないか。
- 医師多数県、少数県を決めている医師偏在指標の算出自体に性別や年齢という要素をいれていることを踏まえて、どのようにさらなる年齢構成の補正をかけるのが適切か、そもそも、そういったことが可能なのかも考えるべきではないか。
- 65歳以上の高齢医師が多いからといっても、医師は定年が明確でなく、今から20年後でも働いていることもあるため、不確実なことを前提に医師多数県の削減に配慮する必要はないのではないか。
- そもそもの絶対数が少ない医師少数県であっても、高齢医師の割合が多い県が一定数あり、まずはそういった医師少数県を最優先にすべきではないか。

5. 診療科間の偏在について

診療科間の医師偏在への対策について

(主な論点) 9/5厚生労働省医師偏在対策推進本部

- ・ 地域の医療需要や働き方改革推進の観点から、より一層の対応が必要な診療科の医師について、インセンティブを高める方策についてどのように考えるか。

I 現状・課題

- ・ 外科医師は、他の診療科と比較して増加が緩慢であり、消化器外科医に至っては減少傾向にある。また、手術のみならず救急、抗がん剤治療等を担う外科医師は時間外・休日労働の割合が高く、若手医師への調査では、外科を選択しなかった理由に「ワークライフバランスの確保が困難」とした割合が最も高かった。
- ・ 一方で、今後の外科医療の医療需要は、高齢化や人口減少により横ばいから低下に転ずると見込まれ、二次医療圏によっては、消化器外科の手術を日中のみ実施している医療機関が存在している。また、外科領域専門研修プログラムにおける研修体制の状況をみると、プログラムの症例数にはばらつきがあり、症例数が相対的に少ないプログラムが一定数存在する。
- ・ 関連学会へのヒアリングや本検討会での議論では、医療の質及び人材の確保の観点で早急な対策が必要との指摘があった一方、地域における医療提供体制の観点からの議論・配慮の必要性や、外科医師の確保に資する経済的インセンティブの必要性等の指摘があった。

II 取組

- ・ 労働環境の改善や、今後の医療需要等の観点から、新たな地域医療構想に関する検討状況も踏まえ、医療の集約化を図りつつ、必要とされる分野が、女性医師・男性医師を問わず、若手医師から選ばれるための環境作り等、処遇改善に向けた必要な支援を実施すべきである。
- ・ 外科をはじめとした各診療科に関して、地域医療構想に関する議論を注視しつつ、専門研修制度における研修体制の在り方等の必要な議論について、専門医機構や学会等の関係者と検討すべきである。
- ・ なお、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、別途、必要な議論を行う。

診療科間の偏在への対応

【医師養成の実情と今後の需要の動向】

- ・診療科別医師数の推移を見ると、「外科」については他の診療科と比較して増加が緩慢である。
- ・診療科別の時間外労働等の状況から、脳神経外科、外科等の診療科が他の診療科と比較してより長時間の勤務に従事している可能性が示唆される。一方、専攻領域の選択に係るアンケート調査の結果から、外科を選択しなかった理由として「ワークライフバランスの確保が難しいから」と答えた割合が最も高かった。
- ・一方で、「外科」の医療需要に関しては、多くの急性期病院において病床利用率は低下しており、2040年に向けては、手術等の多くの医療資源を要する、高齢者救急以外の急性期の医療需要は減少すると見込まれる。

【医師養成における研修体制の整備】

- ・専門研修制度においては、研修の過程において十分な指導体制及び経験症例数の確保が重要であり、各学会が必要な要件を定めている。外科領域専門研修における研修体制や専攻医受入の基準として、一定の指導医等の数や症例の数を確保することが定められている。
- ・外科領域専門研修プログラムにおける研修体制の状況をみると、プログラムの症例数にはばらつきがあり、症例数が相対的に少ないプログラムが一定数存在する。

【新たな地域医療構想における医療提供体制に係る議論】

- ・「病床利用率が下がる中、地域での緊急対応を含む救急・急性期に関する機能については、持続可能な医療従事者の働き方や医療の質も確保するため、搬送体制の強化等に取り組みつつ、一定の症例数を集約して対応する地域の拠点として対応できる医療機関が必要」「【救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能】について、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか、アクセスの観点や構想区域の規模等も踏まえながら検討が必要」といった方向性で、検討が進められている。

【外科医療の実情等】

- ・診療科間の偏在に関連した外科医療の実情について以下のような指摘がある。
 - 症例の集約化・重点化を通じて、手術の成績が向上するなどの医療の質の向上が示唆されること。
 - 外科医師の集約化・重点化を通じた医師の働き方の改善の実現や待遇面での改善を実施することが、外科医師の確保に有効であった事例があること。

診療科間の偏在への対応



【現状に対する認識等について】

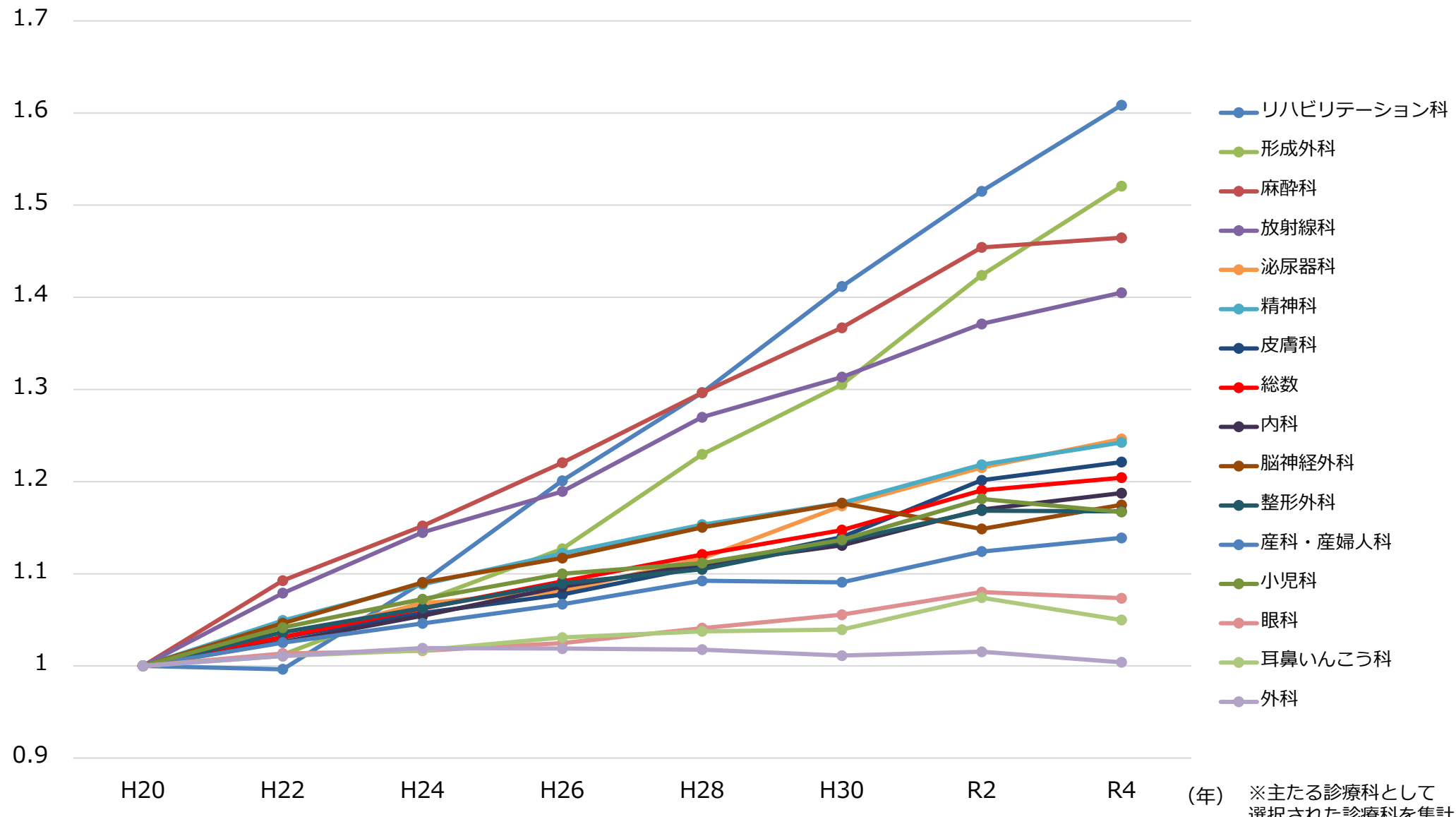
- ・診療科間の偏在に関しては、他の診療科と比較して外科医師の増加が緩慢である上に外科のサブスペシャリティの一部領域では減少傾向であること、また、時間外・休日労働の割合が他の診療科と比較して高いこと等を踏まえると、外科領域が喫緊の課題といえるのではないかな。
- ・この偏在への対策として、新たな地域医療構想に関する検討状況も踏まえ、救急・急性期に係る医療機能を有する医療機関に関する議論と同様に、外科医療についても集約化・重点化を通じて、外科医師の働き方の改善を図ることが適当ではないかな。
- ・関係学会のヒアリング等を踏まえると、こうした集約化・重点化により、治療成績の向上及び医師の働き方の改善を通じ、医療の質の向上にも資すると考えられるのではないかな。

【今後の方向性について】

- ・診療科間の偏在への対策に資するために、今後の医療提供体制の在り方について検討することが重要である。
- ・また、専門研修制度における研修体制の在り方等についても、特に外科系においては、一定の症例数を確保する必要性があることを踏まえ、地域医療構想に関する議論を注視しつつ、専門医機構や学会等の関係者とも必要な議論を行うべきではないかな。
- ・なお、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・支援等の観点から、別途、必要な議論を行うべきではないかな。

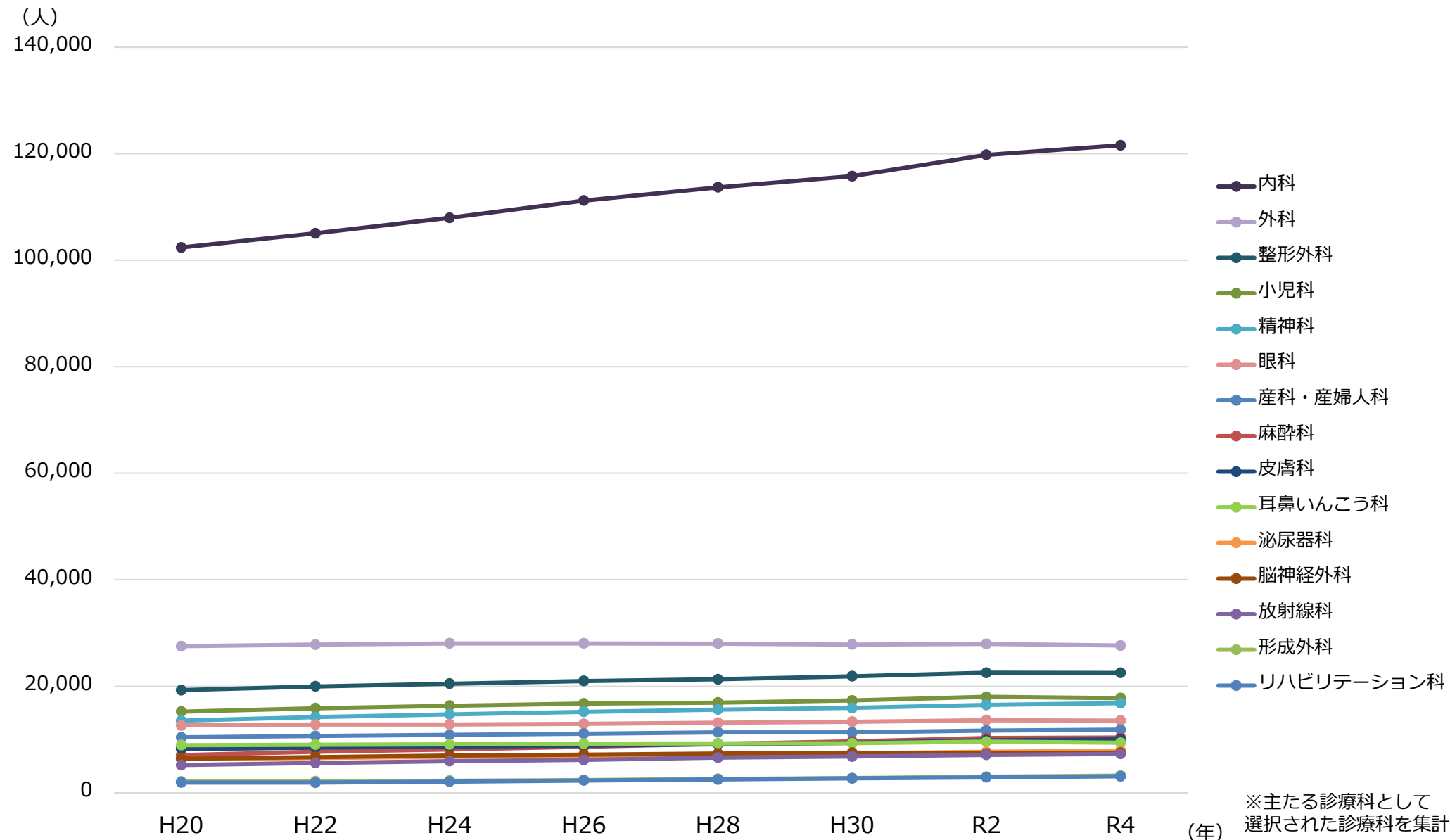
診療科別医師数の推移（平成20年を1.0とした場合）

第1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	資料1
令和6年1月29日	改編



※内科：内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、脳神経内科、糖尿病内科、血液内科、アレルギー科、リウマチ科、感染症内科、心療内科

※外科：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、肛門外科、小児外科



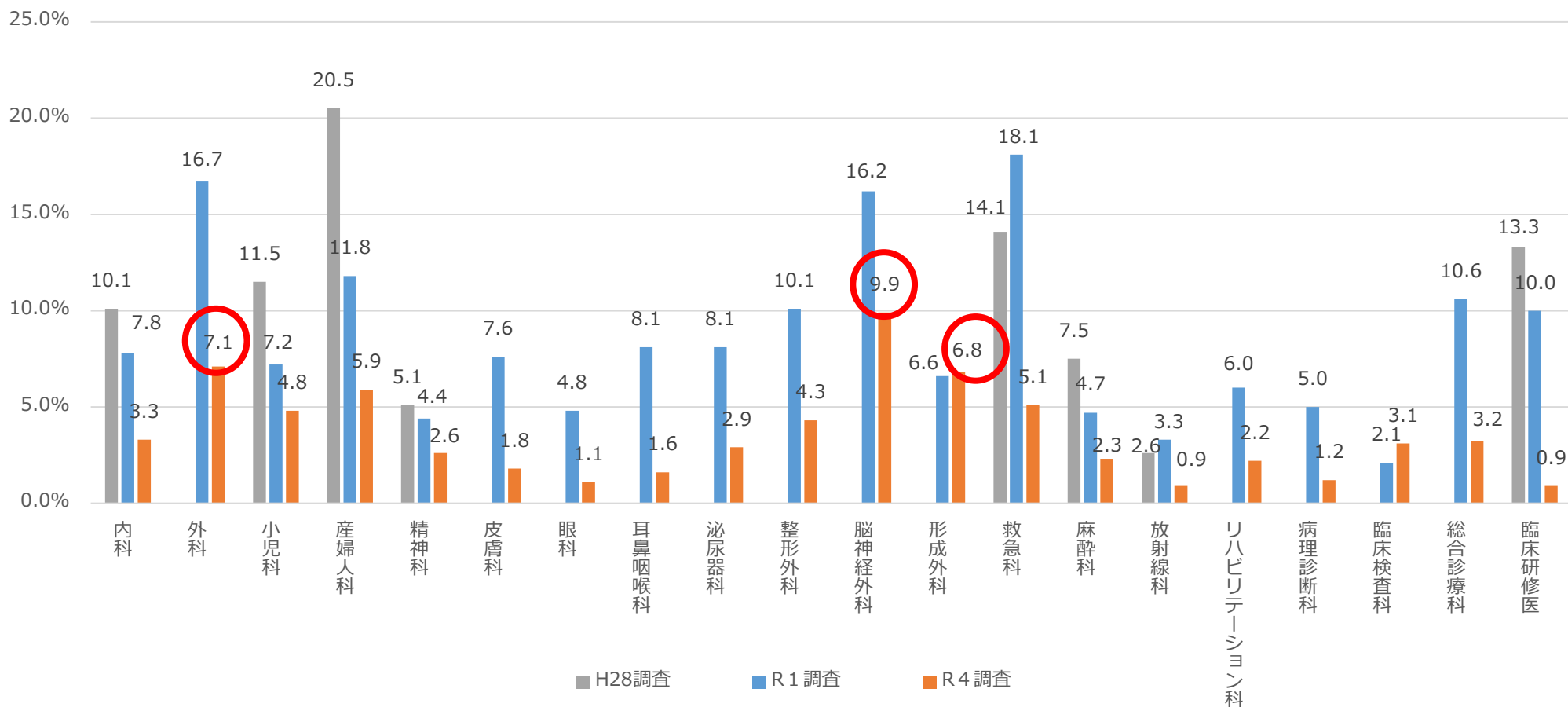
※内科：内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、脳神経内科、糖尿病内科、血液内科、アレルギー科、リウマチ科、感染症内科、心療内科

※外科：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、肛門外科、小児外科

診療科別の時間外・休日労働時間が年1,860時間超の医師の割合

○ H28調査、R1調査、今回調査（R4調査）の病院・常勤勤務医の時間外・休日労働時間が年1,860時間換算を超える医師の割合を診療科別に集計した。

□ 時間外・休日労働時間が年1,860時間換算を超える医師の割合が高い診療科は脳神経外科（9.9%）、外科（7.1%）、形成外科（6.8%）、産婦人科（5.9%）、救急科（5.1%）であった。



- ※ H28調査の分析対象者は常勤勤務医であり、勤務先を問わない。
- ※ H28調査の設問は、19診療科ではないため、比較不可な診療科がある。
- ※ 労働時間には、兼業先の労働時間を含み、指示無し時間を除外している。
- ※ 宿日直の待機時間は労働時間に含め、オンコールの待機時間は労働時間から除外した（労働時間＝診療時間＋診療外時間＋宿日直の待機時間）。
- ※ R1調査、R4調査では宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を労働時間から除外している。
- ※ R1調査ではさらに診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。
- ※ 「時間外・休日労働時間が年1,860時間超」は週78時間45分超勤務と換算した。

「日本専門医機構における医師専門研修シーリングによる医師偏在対策の効果検証」における 専攻医アンケート調査結果

第6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6年9月20日
資料1
一部改

希望していた基本領域を選択しなかった理由（複数回答）

【専攻医調査（有効回答数15,857件・有効回答率46.3%、WEB形式）】

	人数 (人)	将来的に専門性を維持しづ らいから	仕事の内容が想像と違った	やりがいを感じないから	適性・才能がないから	生命に直結するから	生命に直結しないから	手技が少ないから	手技が多いから	訴訟リスクが大きいから	開業しにくいから	医師が不足しており過酷な イメージがあるから	医師が過剰であり競争が激 しいイメージがあるから	患者とコミュニケーション を取る機会が多いから	患者とコミュニケーション を取る機会が少ないから	給与等処遇が悪いから	ワークライフバランスの確 保が難しいから	ハラスメントが多そうだか ら	協力的でないから	出産・育児・子供の教育に 力を入れないから	博士号が取りにくいから	指導・教育体制が十分でな いから	専門医が取得しづらいから	継続したキャリアプランが 見えないから	専門領域の将来性に不安を 感じたから	定員が厳しいから／採用試 験で受からなかったから	その他
全体	1,118	17.2	14.9	7.1	9.1	3.6	2.1	4.7	2.3	3.8	5.2	8.8	7.1	1.2	1.3	5.2	14.8	5.0	6.9	0.7	3.9	8.2	11.4	7.4	12.9	14.4	
希望していた基本領域	内科	189	14.3	16.9	9.5	12.2	7.9	1.6	10.1	1.6	1.6	2.1	12.7	5.3	1.1	0.5	8.5	27.0	6.3	8.5	0.5	5.8	16.9	10.1	6.9	10.6	14.3
	小児科	62	14.5	8.1	4.8	4.8	4.8	1.6	3.2	0.0	4.8	0.0	16.1	1.6	1.6	0.0	6.5	24.2	3.2	4.8	0.0	1.6	4.8	4.8	6.5	11.3	22.6
	皮膚科	87	9.2	10.3	10.3	4.6	0.0	3.4	4.6	1.1	1.1	1.1	0.0	12.6	0.0	0.0	2.3	3.4	8.0	6.9	1.1	0.0	16.1	8.0	5.7	34.5	9.2
	精神科	58	10.3	17.2	8.6	10.3	1.7	1.7	5.2	1.7	3.4	1.7	0.0	24.1	5.2	0.0	1.7	1.7	0.0	0.0	0.0	3.4	8.6	3.4	0.0	25.9	17.2
	外科	109	24.8	15.6	3.7	11.9	4.6	0.0	1.8	2.8	5.5	6.4	21.1	2.8	0.0	0.0	9.2	33.9	12.8	19.3	0.9	2.8	8.3	13.8	8.3	1.8	11.0
	整形外科	39	7.7	28.2	5.1	15.4	2.6	7.7	5.1	5.1	0.0	2.6	5.1	15.4	0.0	0.0	0.0	5.1	2.6	7.7	0.0	0.0	2.6	7.7	5.1	2.6	12.8
	産婦人科	41	2.4	14.6	4.9	9.8	9.8	2.4	4.9	4.9	22.0	2.4	17.1	0.0	2.4	0.0	7.3	14.6	2.4	4.9	0.0	2.4	2.4	2.4	4.9	2.4	22.0
	眼科	63	9.5	11.1	4.8	11.1	1.6	3.2	0.0	11.1	3.2	1.6	0.0	17.5	3.2	0.0	1.6	4.8	4.8	1.6	0.0	0.0	6.3	7.9	1.6	33.3	12.7
	耳鼻咽喉科	16	31.3	18.8	0.0	6.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	12.5	6.3	6.3	0.0	6.3	12.5	6.3	6.3	0.0	6.3	0.0	6.3	6.3	12.5	12.5
	泌尿器科	29	10.3	10.3	6.9	13.8	0.0	0.0	3.4	6.9	0.0	10.3	0.0	6.9	0.0	3.4	3.4	10.3	6.9	6.9	0.0	0.0	0.0	13.8	3.4	10.3	17.2
	脳神経外科	29	27.6	17.2	3.4	20.7	6.9	3.4	3.4	3.4	13.8	6.9	27.6	6.9	3.4	0.0	10.3	41.4	17.2	20.7	6.9	10.3	3.4	24.1	6.9	10.3	6.9
	放射線科	39	10.3	15.4	2.6	7.7	0.0	0.0	5.1	0.0	0.0	15.4	5.1	5.1	0.0	7.7	5.1	5.1	2.6	2.6	0.0	5.1	10.3	10.3	23.1	15.4	23.1
	麻酔科	60	15.0	8.3	13.3	11.7	6.7	0.0	6.7	3.3	5.0	15.0	10.0	6.7	0.0	6.7	0.0	5.0	5.0	3.3	3.3	3.3	6.7	8.3	5.0	8.3	18.3
	病理	13	0.0	23.1	0.0	7.7	0.0	7.7	0.0	0.0	0.0	15.4	15.4	0.0	0.0	15.4	7.7	7.7	0.0	7.7	0.0	7.7	7.7	15.4	7.7	0.0	23.1
	臨床検査	4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	25.0	25.0	0.0	25.0	50.0
	救急科	83	27.7	22.9	6.0	6.0	3.6	1.2	2.4	0.0	6.0	12.0	8.4	3.6	1.2	2.4	3.6	8.4	2.4	8.4	1.2	3.6	2.4	18.1	8.4	3.6	7.2
	形成外科	79	11.4	10.1	2.5	6.3	0.0	8.9	0.0	2.5	2.5	7.6	2.5	8.9	0.0	0.0	5.1	12.7	0.0	3.8	0.0	5.1	7.6	10.1	6.3	25.3	17.7
リハビリテーション科	30	30.0	10.0	26.7	0.0	3.3	0.0	10.0	0.0	3.3	6.7	0.0	6.7	0.0	0.0	10.0	10.0	3.3	3.3	0.0	10.0	3.3	26.7	16.7	10.0	6.7	
総合診療	88	39.8	17.0	6.8	4.5	0.0	0.0	5.7	0.0	2.3	2.3	3.4	0.0	1.1	1.1	3.4	5.7	1.1	1.1	0.0	8.0	3.4	20.5	14.8	1.1	13.6	

出典：令和5年度厚生労働行政推進調査事業補助金（厚生労働科学特別研究）

「日本専門医機構における医師専門研修シーリングによる医師偏在対策の効果検証」（研究代表者：日本専門医機構理事長 渡辺毅）

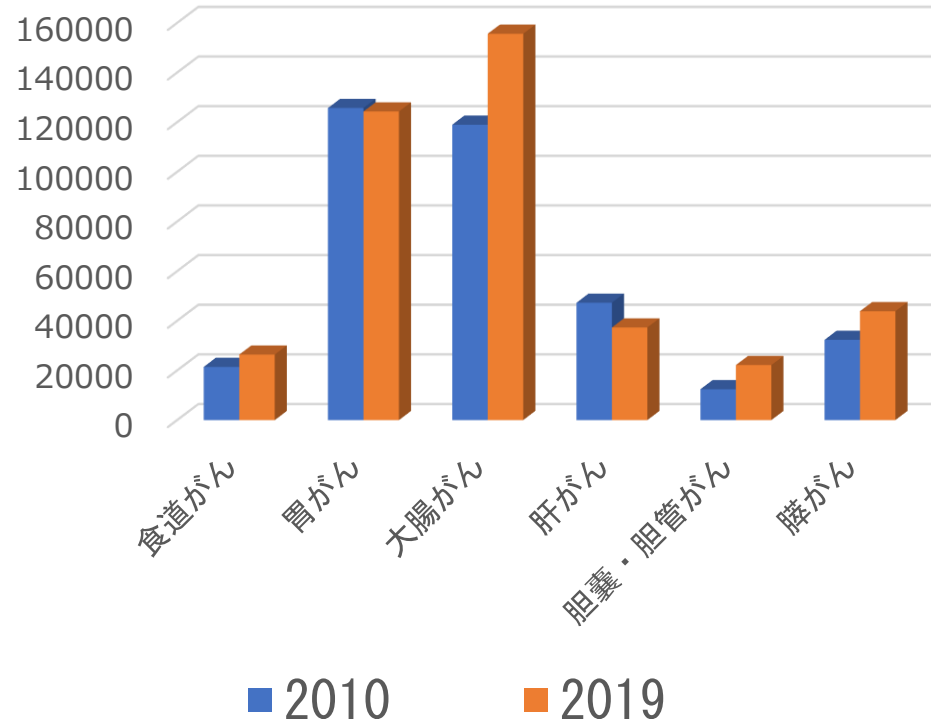
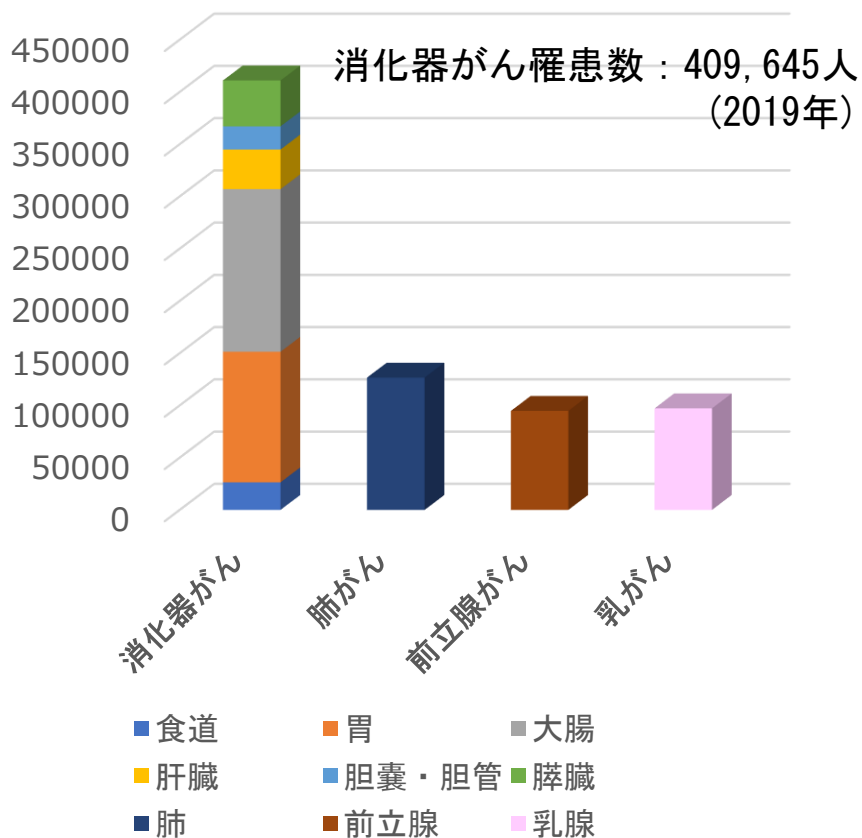
専攻領域の選択に係るアンケート調査結果のまとめ

【専攻医調査（有効回答数15,857件・有効回答率46.3%、WEB形式）】

- 専攻領域を決めた時期については、**半数近くの専攻医（53.2%）が「臨床研修2年目」**であったが、領域によって、決めた時期に特徴がみられ、小児科では「医学部入学前」、外科、産婦人科、脳神経外科では「医学部後半（臨床実習開始後）」の割合が相対的に高かった。
- 専攻領域を選択した理由としては、「**やりがいを感じるから（62.6%）が最も多く**、次いで「将来にわたって専門性を維持しやすいから」（36.6%）であるが、**基本領域によって最も多かった選択理由は異なる結果**となった。
- 専攻領域として外科を選択した理由として、「やりがいを感じるから」（77.7%）が最も多く、次いで「手技が多いから」（51.8%）、「生命に直結するから」（26.3%）、「将来的に専門性を維持しやすいから」（24.3%）が多かった。
- 専攻領域として外科を希望していたが選択しなかった理由として、「**ワークライフバランスの確保が難しいから（33.9%）が最も多く**、「将来的に専門性を維持しづらいから」（24.8%）、「医師が不足しており過酷なイメージがあるから」（21.1%）、「出産、育児、子供の教育に協力的でないから」（19.3%）が多かった。

- 
- 医師の総数が増加している中、外科などの一部診療科の増加が乏しいことに対して、医師の働き方改革の推進など既存の施策に加えて、どのような対策が考えられるか。

本邦におけるがんの罹患数と推移

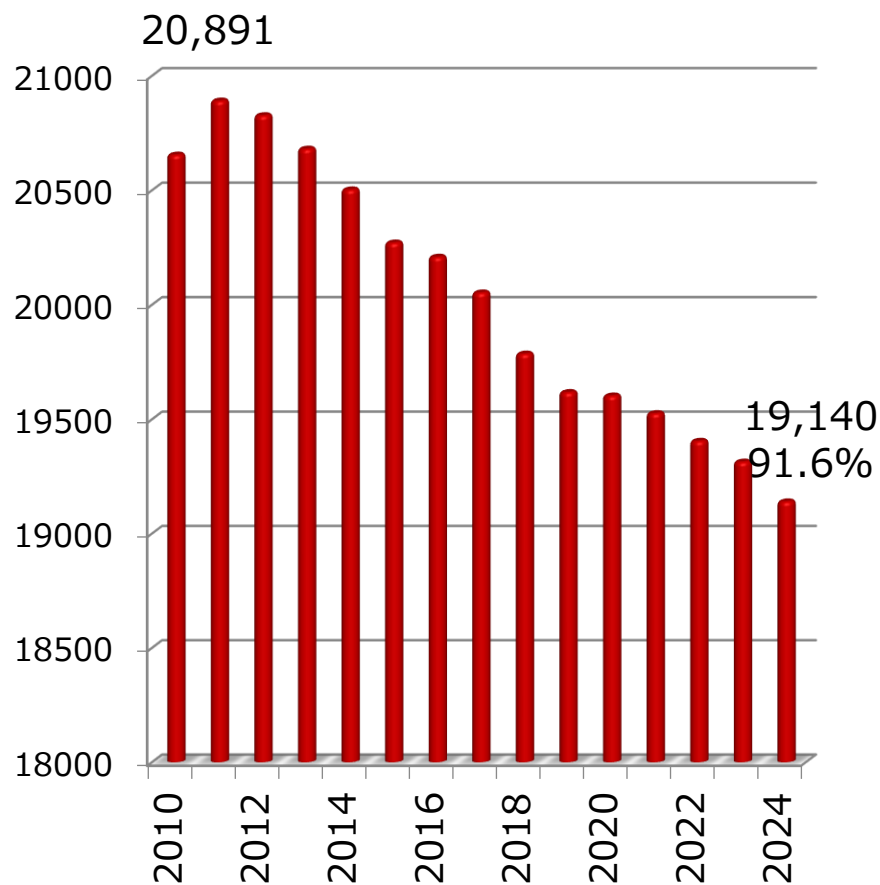


集計表ダウンロード：[\[国立がん研究センター がん統計\] \(ganjoho.jp\)](http://ganjoho.jp)

消化器外科医は年間40万人以上発生する消化器がんの治療に幅広く対応している。手術件数は今後大幅に増えることは見込まれないものの、消化器がんは主要ながん種であるため引き続き消化器外科医の果たす役割は大きい。

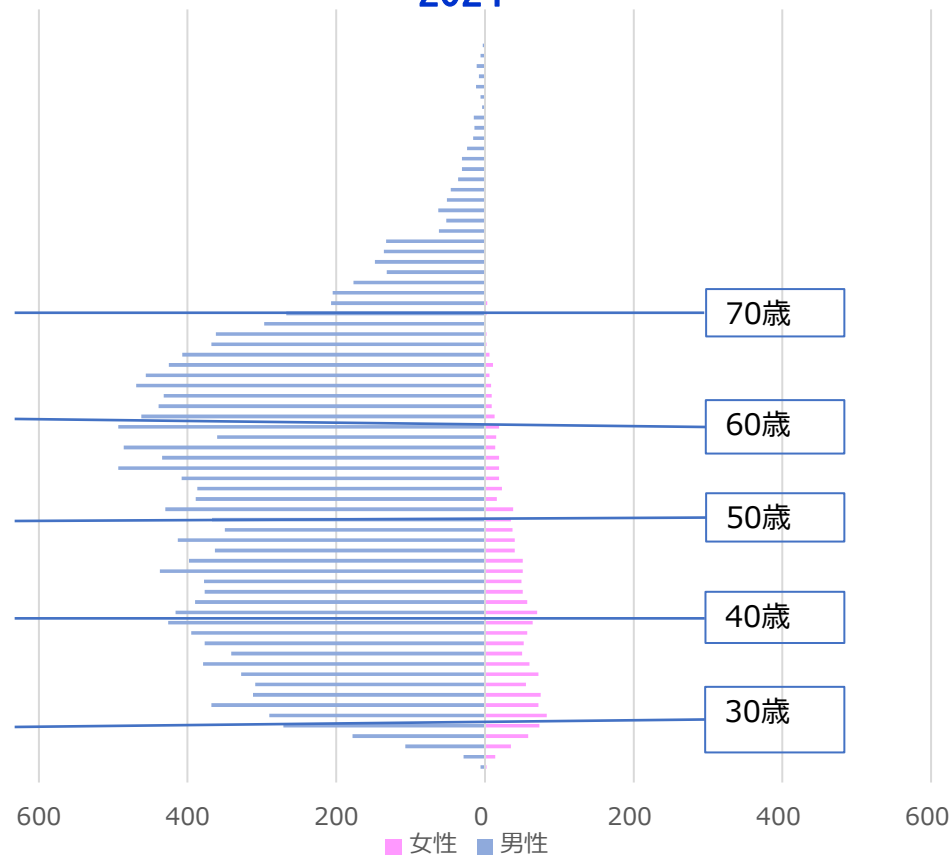
日本消化器外科学会の会員の推移と男女別年齢分布

日本消化器外科学会会員数の推移



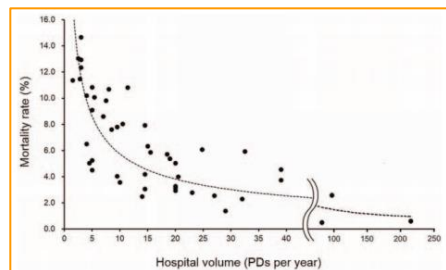
日本消化器外科学会人口ピラミッド

2024



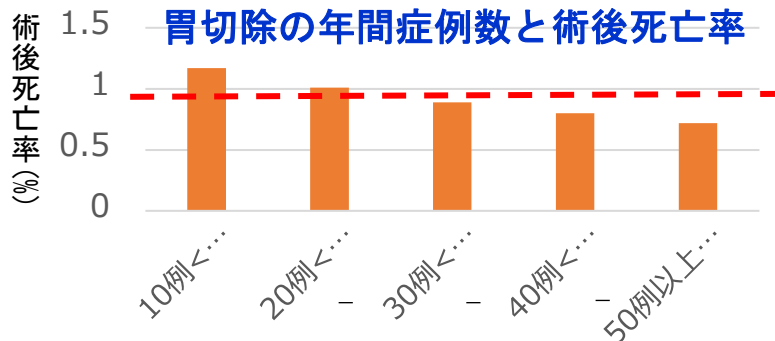
高度ながん手術における施設当たりの手術症例数と短期成績

-集約化によって見込まれる短期成績の向上-



年間の当該手術数

Hata T, et al. Ann Surg
2016.



超緊急手術は不要である低難度の虫垂切除及び胆嚢摘出術の術後合併症発生率、再入院率、死亡率に年間症例数は関係なかった。

厚生労働科学特別研究事業
ナショナルビックデータを用いた新専門医制度地域外科医療に及ぼす影響の評価研究
(藤原俊義ら、2020)

年間手術数の多いハイボリュームセンター(HVC)における術後死亡率の低下

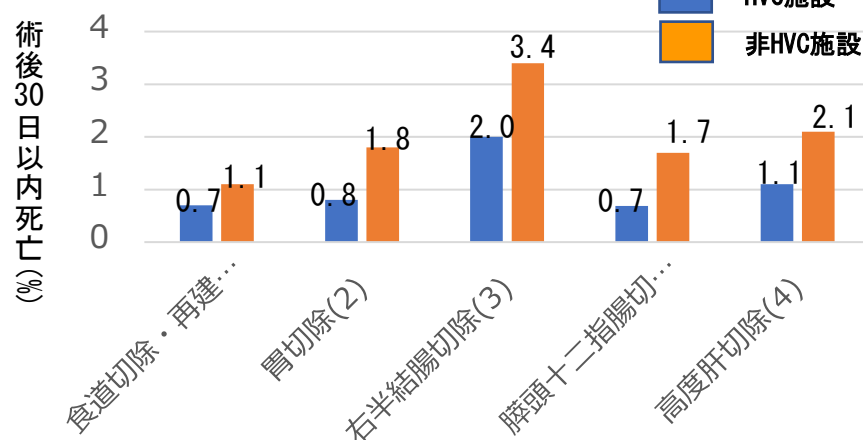
対象	重点化対象となりうるハイボリュームセンター(HVC)の基準成績の向上が見える症例数と地域分布からみた設定。
食道癌	食道癌に対する切除・再建年間20例以上
胃癌	胃癌に対する切除年間30例以上
結腸・直腸癌	大腸癌手術50例以上
肝胆膵癌	肝胆膵高難度手術30例以上

(1) Motoyama S, Esophagus 2020.

(2) Kakeji Y. NCD data.

(3) Kobayashi H, et al. Ann Gastroenterol Surg 2020.

(4) Mise Y, J Hepatobiliary Pancreat Sci 2023.



消化器領域の癌に対する手術は、ハイボリュームセンターで重点化して行う方がよりよい成績が得られる可能性。

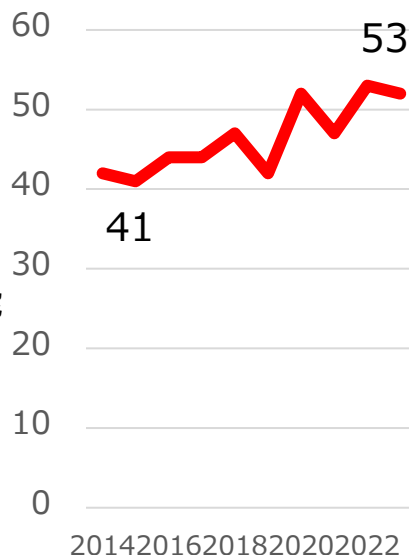
好事例-1

働き方改革とインセンティブ導入による消化器外科医の増加

2017～「外科医の働き方改革」を積極的に実行

- ① 平日業務のシフト制の導入（朝～夕方勤務、昼～夜勤務）
- ② 夜間・休日の「完全当番制度」
- ③ チーム制～教室制の病棟管理
- ④ 手術メンバーの交代制
- ⑤ 夏期休暇・有給休暇取得の義務化
- ⑥ 男性育休取得を強く推奨

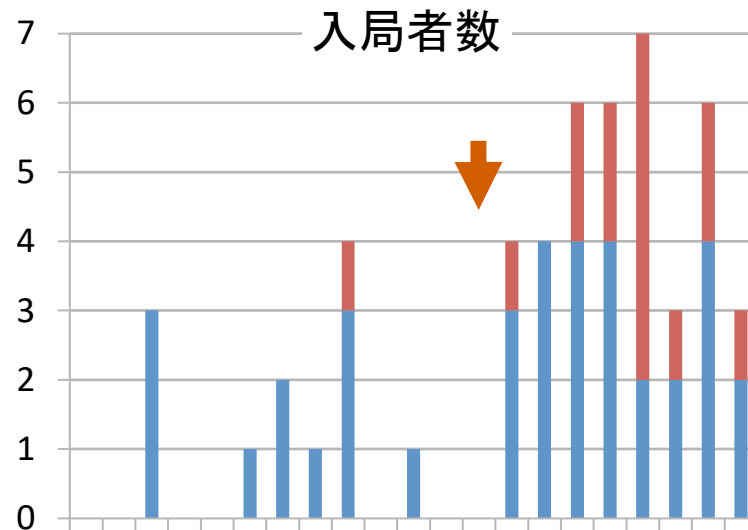
40歳未満の消化器外科医の増加
（富山県：U40会員数）



- ① 時間外業務の減少
- ② とくに女性入局者の増加
- ③ 若手医師の満足度の向上
- ④ 時間外手術加算1を容易に算定可能
→ 個人のインセンティブへ

大胆な「働き方改革」の導入により若手消化器外科医の増加。

従来の外科医の働き方
↓
一般社会の業務体系の導入

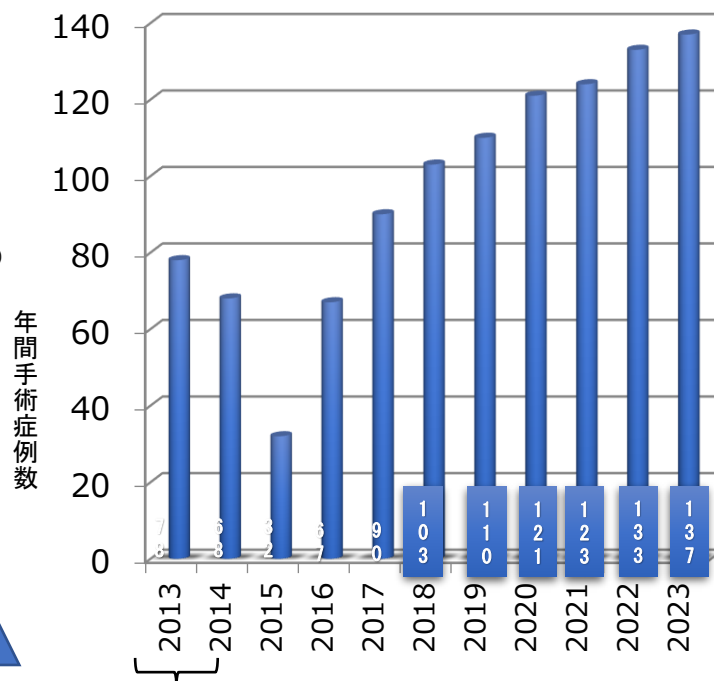
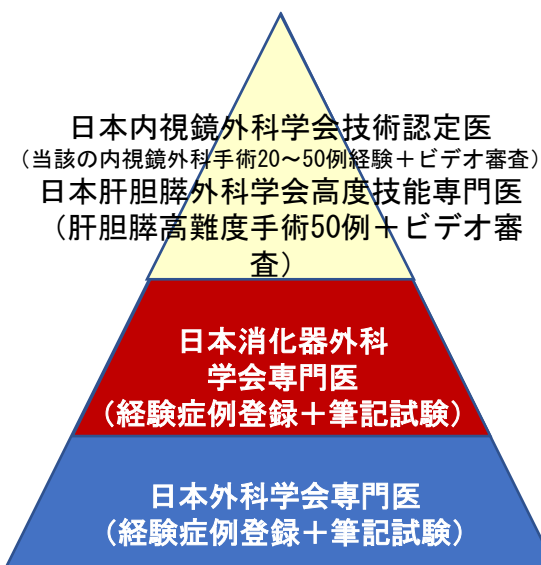


富山大学消化器・腫瘍・総合外科（第二外科） 藤井 努教授 提供、改変。

好事例-2 集約化による成績の向上と高度な技術を持つ専門医の育成

群馬大学における日本肝胆膵外科学会 高難度手術の症例数の年次推移

消化器外科医のロードマップ



旧第1, 2外科合計

専門医	6名の若手スタッフ
日本消化器外科学会専門医	3→6名
日本肝胆膵外科学会高度技能専門医 (ビデオ審査合格率：40～50%)	0→6名
日本内視鏡外科学会技術認定医 (ビデオ審査合格率：20%程度)	0→4名
医学博士(学位)	6名

学位研究の4年を除くと
全員臨床経験10年以内で高度
技能専門医を取得。
技術認定医は15年以内。

群馬大学肝胆膵外科着任以来9年間966例高難度手術において術後90日以内の在院死亡0を達成。
集約化により成績の向上と高度な技術を持つ専門医の育成が可能になった。

群馬大学総合外科学肝胆膵外科分野 調 憲 提供

好事例-3

病院の新たな機能分化に基づく集約化による負担軽減

外来診療
がんの薬物療法

大きな負担

基幹施設
手術・抗がん剤

薬物療法の患者

がんの手術患者

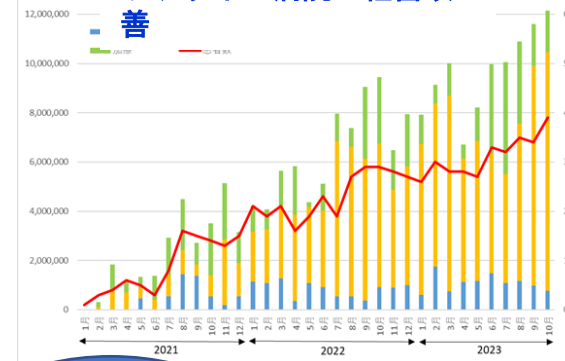
サテライト施設
手術・抗がん剤基幹施設
手術

薬物療法の患者

がんの手術患者

サテライト施設
抗がん剤

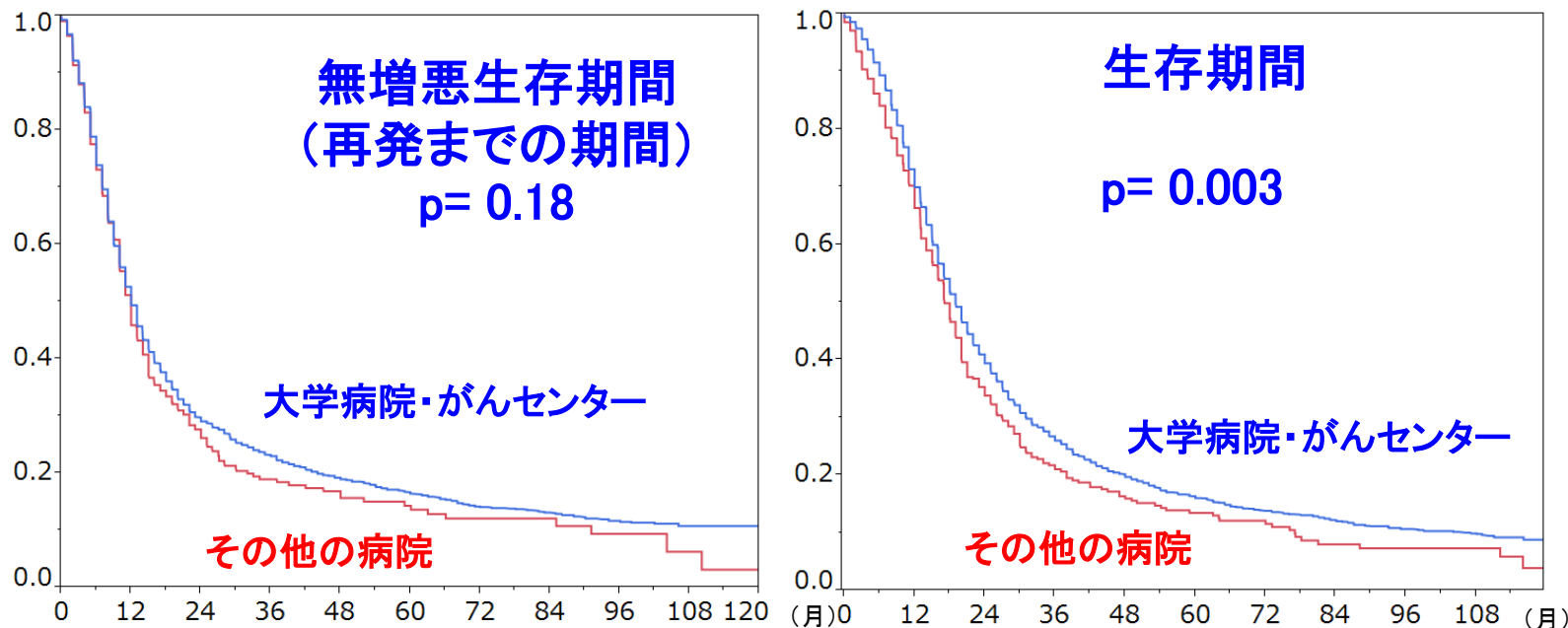
サテライト病院の経営改善



基幹病院のがんの薬物療法をサテライト施設へ移譲。高度ながんの手術患者は基幹病院へ紹介し、機能分化、効率化、集約化によって基幹病院の負担軽減を実現。一方でサテライト施設の経営は劇的に改善した。

山口大学 消化器・腫瘍外科学 永野浩昭教授の取り組み

膠芽腫の生存解析（大学病院・がんセンター vs. その他の病院）

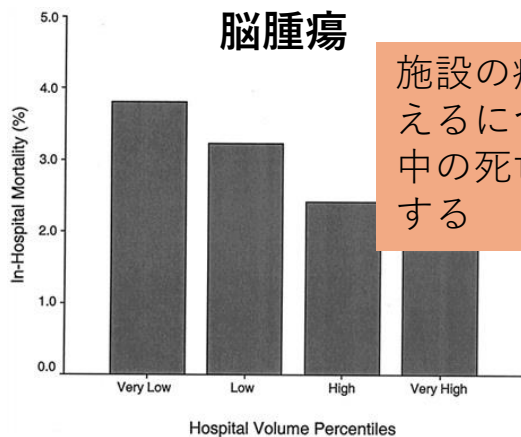


日本脳神経外科学会
脳腫瘍全国集計
(臓器がん登録)
2009-2015

注釈

- 日本脳神経外科学会員による自主的な登録による調査
- 全国がん登録では、膠芽腫の年間発生数は約2100人で、約31%の症例が登録されていると考えられる
- この分析では、背景因子の調整は行っていません

	症例数	年齢 中央値	無増悪生存 期間中央値	6か月無増悪 生存割合	1年無増悪 生存割合	生存期間中 央値	1年 生存割合	2年 生存割合
大学病院・ がんセン ター	4,069 (87.9%)	61.8歳	12.0	73.9%	49.4%	19.0	70.0%	39.4%
その他病院	559 (12.1%)	66.6歳	12.0	73.1%	45.9%	17.1	66.4%	33.8%

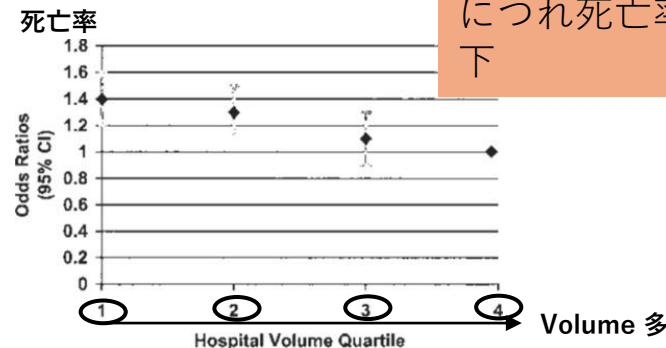


施設の症例数が増えるにつれて入院中の死亡率は低下する

Cowan JA Jr, et al. Thimpart of provider volume on mortality after intracranial tumor resection. Neurosurgery. 2003 52(1):48-53

くも膜下出血

症例数が増えるにつれ死亡率低下



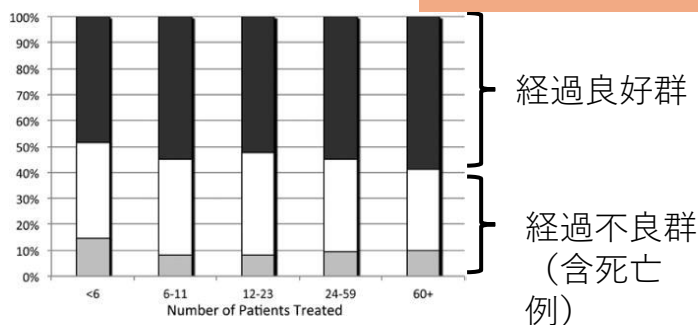
Cross DT 3rd, et al. Mortality rates after subarachnoid hemorrhage: variations according to hospital case volume in 18 states. J Neurosurg. 2003 99(5):810-7



頭部外傷

症例数が増えると経過不良群が減少

患者の割合

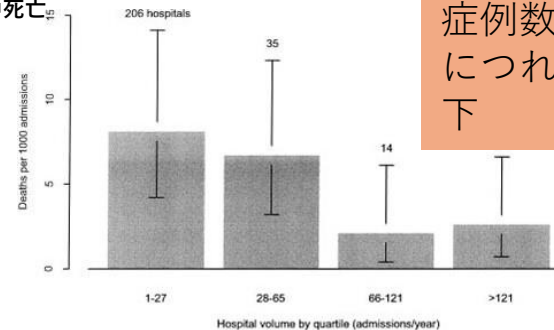


Clement RC, et al. Volume-outcome relationship in neurotrauma care. J Neurosurg. 2013 118(3):687-93

小児神経外科手術 (シャント手術)

症例数が増えるにつれ死亡率低下

1000人あたりの入院中死亡数



Smith ER, et al. In-hospital mortality rates after ventriculoperitoneal shunt procedures in the United States, 1998 to 2000: relation to hospital and surgeon volume of care. J Neurosurg. 2004 100:90-7



勤務環境改善で必要なこと

Table 1 Priority improvements to the workplace environment for Work Style Reforms to regulate overtime work for doctors

項目	回答数 (件)
脳神経外科医を増員する	245
<u>脳神経外科領域で診療を集約化する</u>	208
看護師，コメディカル，医師事務補助者などの他業種へのタスクシフトを推進する	207
交代制勤務の導入や時間外休日などでの当番医制の徹底などによる勤務体制の見直し	195
複数主治医制を強化推進する	146
ICTを積極的に活用するなど業務の効率化を図る	88
勤務医の勤務時間を管理する	79
育児休業取得には代替医師を派遣するなどの制度を構築する	58
育児休業や病気療養などからのキャリア相談や復業支援を組織的に行う	17
その他	17

脳外誌32:519-526, 2023



考察および提言

- ❑ 脳神経外科医は、外科医の目と技を持った神経系総合医として、脳腫瘍の手術など高度・集学的な医療から、身近に起こりうる脳卒中や頭部外傷などの救急医療までを担い、国民の健康の為に尽力している。
- ❑ 高度かつ広範な医療を担う必要があることから脳神経外科医の負担は大きく、昨今はなり手の不足も深刻であり、診療科間の偏在により脳神経外科医が不足すれば、大きな問題が生じうる。
- ❑ 脳腫瘍の診療については、国内外のデータから、症例の集約化を通じた集学的診療で医療の質の改善が期待できる。
- ❑ さらに、学会として、脳神経外科医の働き方改革を進めていくために、タスクシフト・シェアや医師業務の見直しのほかに、教育の観点から研修医や専攻医の研修を症例の集まっている施設で実施し、経験症例数を高めている。
- ❑ こうした状況を踏まえて、国、関係者が、診療科間の医師の偏在に対して取り組むことは重要であり、そのためには医療提供体制の在り方や、外科技術の評価などについて議論する必要がある。

第7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 主な意見①

【症例の集約化や連携体制の構築】

- ・ サテライト施設で抗がん剤の治療を受けるというのは、患者の立場からすると、抗がん剤治療をできるだけ家のそばで受けられれば大きなメリット。
- ・ 外科症例の集約化には賛成。その集約化を図る手段としては医療提供体制の話になるのではないかな。
- ・ 集約化は避けて通れず、実際に集約化が進んでいるところもある。消化器外科に関しては、抗がん剤治療、内視鏡検査、終末期医療などが必要となる中、消化器内科学会との対話が必要となるのではないかな。また、脳神経外科領域における脳卒中センターの取組は、参考となるのではないかな。
- ・ 専門研修制度において、必要な症例数のために、研修施設に一定の症例数を確保する必要性があることは理解するが、都市部と地方では症例数の確保の難しさに違いがあるので、地域における専攻医の育成環境の構築については、十分留意すべき。
- ・ 脳神経外科は、プロフェッショナルオートノミーにより脳神経外科の均霑化と集約化を行い、その結果、診療報酬上の評価に繋がったものと認識している。
- ・ どの程度まで集約するのかについて、地域偏在がむしろ助長されてしまうのであれば問題である。
- ・ 学会として考えているのは、あくまで高度ながんの手術の集約化であり、全ての手術を集約化することは考えていない。地方がどんどん引き揚げられるという話になってはいけなないと考えており、地域の医師、患者、市民、行政等とも議論をしながら検討したい。
- ・ 集約化が重要である一方、診療報酬上の評価が高いと、患者を囲い込むことが起こりうる。単純に点数を上げるだけでなく、集約化できる治療を行うところにより高い点数を与えるような方策が必要ではないかな。
- ・ 集約化は、技術を高めるという面もあるが、人の余裕という点でも重要であり、これが今まで後回しにされたのではないかな。1人抜けても代わりがすぐいるようになれば、心の余裕もできるし、一つの病院に3人ずつの外科医が、4つの病院集まって12人になると状況はよくなるのではないかな。外科の先生に人の命を守っていただく最後の砦となるところが危機に瀕しているようなことも聞くので、この問題は待ったなしの状況にある。国には必要な仕組みを検討することを求めたい。また、全体を包括的にみて検討を進めることが必要である。

第7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 主な意見②

【外科に対する配慮・支援等】

- ・ 貢献に応じた適切な報酬が不足していることが最も重要。例えば時間外手当が支払われていないとか、緊急対応で夜間電話対応したり、緊急登院したりしても何一つ手当がないというところが少なからずあるのではないかな。
- ・ 学会での調査では、給与のベースとして休日・深夜・時間外の勤務が多いにもかかわらず、他科とほとんど同じ給与であるというところに認められていないという会員の不満が強かった。また、休日・深夜・時間外加算が、学会調べでは20～30%弱の施設でしか取得ができておらず、さらに休日・深夜・時間外加算が個人に与えられるのではなくて病院の収入として使われている。
- ・ 経済的インセンティブについて、診療報酬上の評価やその他の経済的なインセンティブも含めて検討する必要があるが、診療報酬（外科手術料）を上げたとしても、外科医に報酬が渡っていないということであれば、医療機関内での分配の問題があるのではないかな。

【外科におけるキャリア形成等】

- ・ 若い世代から中堅の外科医がジェネラリストやスペシャリストとしてキャリアを積むことになる一方、シニア世代の外科医のキャリアデザインが必要ではないかな。
- ・ 女性外科医を増やすための対策についても、検討すべきではないかな。
- ・ 外科を選ばなかった方の回答の中には、将来的に専門性が維持しづらいのではないかな、という意見もあったが、こうしたことも課題なのではないかな。

6. 参考資料

これまでの主な議論（医療機関機能（案））

第11回新たな地域医療構想等に関する検討会

令和6年11月8日

資料1

医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
 - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
 - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

高齢者救急等機能	・ 高齢者等の救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
在宅医療連携機能	・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
急性期拠点機能	・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。
専門等機能	・ 上記の機能にあてはまらないが、集中的なリハビリテーションや一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。

広域な観点の医療機関機能

- ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点で求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。
- ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

医師偏在是正プラン・重点医師偏在対策支援区域について（案）

骨子案

人口や医療アクセス状況等を踏まえ、都道府県における医師偏在の是正プランの策定、国における重点的な支援対象区域の選定。

（主な論点）9/5厚生労働省医師偏在対策推進本部

- 都道府県が医師偏在是正に主体的に取り組み、国は都道府県をサポートする仕組みを検討すべきではないか。

I 現状・課題

- 都道府県は、医師偏在指標や医師需給推計等を踏まえ、医師確保計画（都道府県・二次医療圏ごとに、医師の確保の方針、目標医師数、具体的な施策等）を策定し、3年ごとに計画の見直しを行っている。
- 第7次医師確保計画（令和2～5年度）では、当該計画期間中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ところ、医師少数県16県のうち6県（38%）が、医師少数区域105区域のうち43区域（41%）が目標を達成しているが、依然として一部の地域では地域偏在が解消されていない。
- 地域医療構想や働き方改革を推進するとともに、医師確保計画に基づく取組の更なる実効性を確保する必要がある。

II 取組の方向性案

- 早急に医師確保を要する地域について、へき地保健医療対策にも取り組んでいるが、へき地でなくても、人口規模、地理的条件、今後の人口動態等から、医療機関の維持が困難な地域もあり、まず早急に取り組む地域の対策として、優先的かつ重点的に対策を進める区域を「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」として設定することについて、どのように考えるか。
 ※「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」は、医師偏在指標とともに、可住地面積あたりの医師数、住民の医療機関へのアクセス状況、医師の高齢化の状況等も考慮して設定
- 都道府県の医師確保計画において、「医師偏在是正プラン(仮称)」を策定し、「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」、対象医療機関、必要医師数を具体的に示すことについて、どのように考えるか。その際、「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」については、国において、一定の基準を設けた上で、都道府県と調整して、選定することについて、どのように考えるか。

（注）「医師確保計画策定ガイドライン～第8次（前期）～」（令和5年3月31日厚生労働省医政局地域医療計画課長等通知）（抜粋）

医師偏在指標は、エビデンスに基づき、人口10万対医師数よりも医師の偏在の状況をより適切に反映するものとして、医師偏在対策の推進において活用されるものである。しかしながら、医師偏在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留意する必要がある。また、医師偏在指標の活用にあたっては、地域医療構想の推進や医師の働き方改革も踏まえた一体的な議論が重要であることから、地域の実情に合わせた医療提供体制の維持を十分に考慮すること。

医師偏在是正プラン・重点医師偏在対策支援区域（案）

【重点医師偏在対策支援区域】

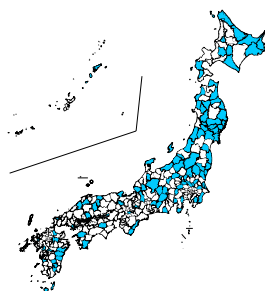
- 早急に医師確保を要する地域については、今後も一定の定住人口が見込まれるものの、必要な医師が確保できず、人口減少よりも医療機関の減少のスピードの方が早い地域など、へき地でなくても、人口規模、地理的条件、今後の人口動態等から、医療機関の維持が困難な地域もあり、まず早急に取り組む地域の対策として、優先的かつ重点的に対策を進める区域を「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」として定めることとしてはどうか。
- ・ 「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」の設定に当たっては、都道府県において、厚生労働省が提示した候補区域を参考としつつ、地域の実情に応じて、医師偏在指標、可住地面積あたり医師数、住民の医療機関へのアクセス、診療所医師の高齢化率、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て、「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」を選定することとしてはどうか。

※ 都道府県において、地域の実情に応じて、二次医療圏単位、市区町村単位、地区単位などで設定

【厚生労働省が提示する候補区域（案）】

- 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

→ 全国で100程度の二次医療圏を想定
面積は全国の約43%、人口は全国の約15%、医師数は全国の約10%



【医師偏在是正プラン】

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

※ 「医療計画（へき地の医療体制）」に基づくへき地の医療対策は引き続き取り組む。

医師確保計画を通じた医師偏在対策について

背景

- ・ 人口10万人対医師数は、医師の偏在の状況を十分に反映した指標となっていない。
- ・ 都道府県が主体的・実効的に医師確保対策を行うことができる体制が十分に整っていない。

医師の偏在の状況把握

医師偏在指標の算出

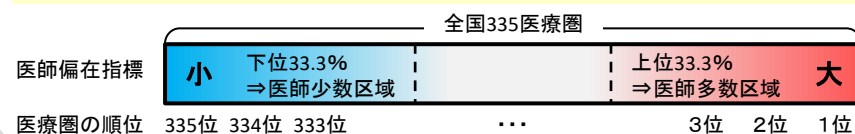
三次医療圏・二次医療圏ごとに、**医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成等を踏まえた**医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

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
- ・ 医師偏在の種別（区域、診療科、入院／外来）

医師多数区域・医師少数区域の設定

全国の335二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基準を国が提示し、それに基づき都道府県が設定する。



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』（＝医療計画に記載する「医師の確保に関する事項」）の策定

医師の確保の方針

（三次医療圏、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）

（三次医療圏、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。

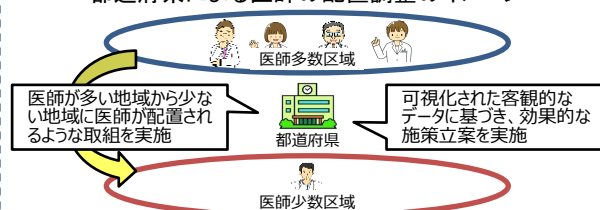
- （例）・ 大学医学部の地域枠を15人増員する
- ・ 地域医療対策協議会で、医師多数区域のA医療圏から医師少数区域のB医療圏へ10人の医師を派遣する調整を行う等

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）

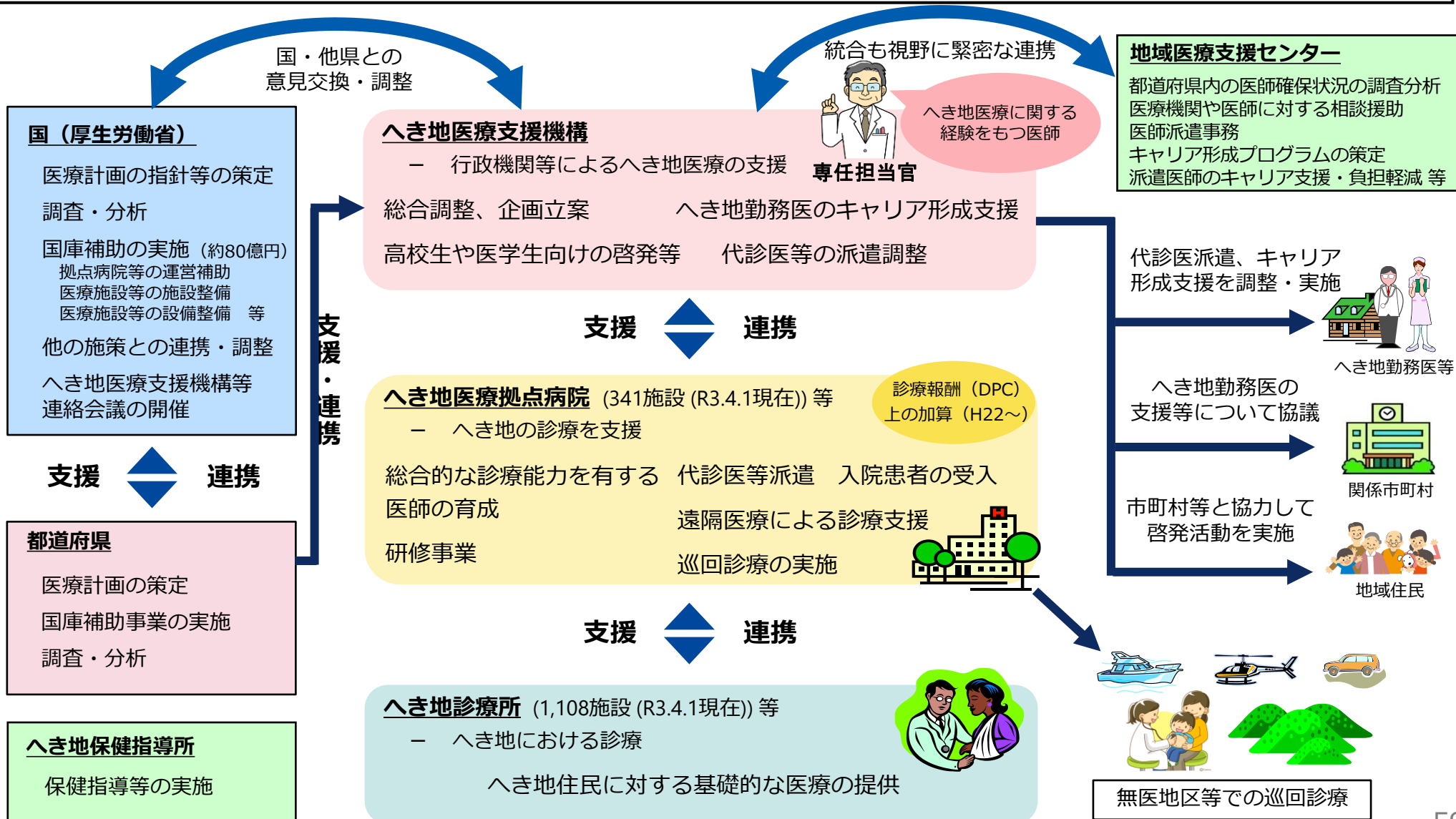
西暦	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
医療計画	第7次						第8次					
医師確保計画	指標設計(国)	計画策定(県)	第7次				第8次(前期)		第8次(後期)			

* 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）

都道府県による医師の配置調整のイメージ

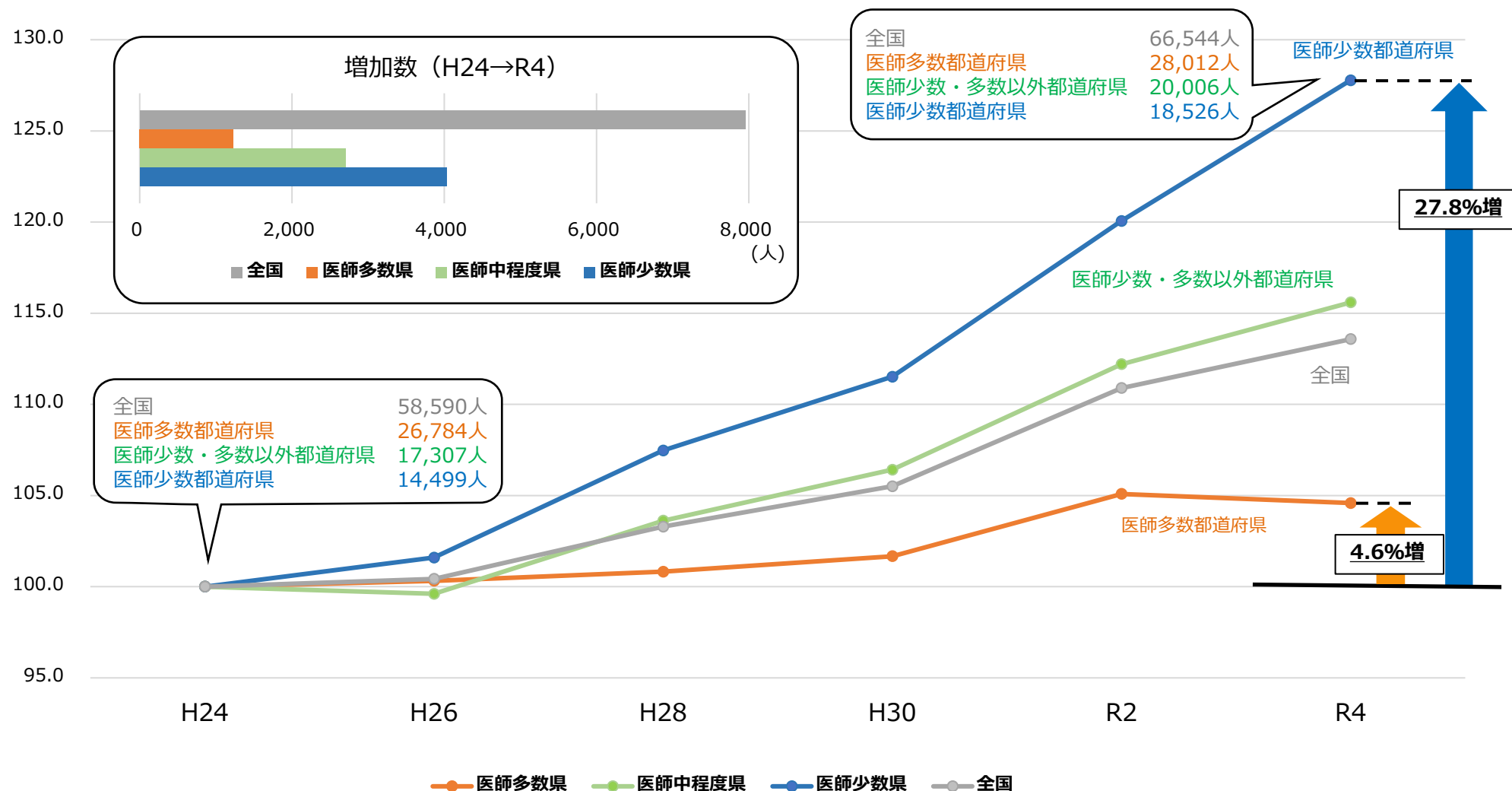


- へき地医療支援機構を中心に、行政、へき地で勤務する医師、へき地医療に協力する施設・機関、そしてへき地の住民がそれぞれ連携・協力し、かつ他の都道府県の先進事例にも学びながら、効果的・効率的で持続可能性のあるへき地への医療提供体制の構築を行う。



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26年の前後で比較すると、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

参考

新潟県と新潟大学医学部との地域枠に係る協定締結について(令和元年12月)

新潟大学に設定する新潟県地域枠の医学生及び卒業医師の養成等を通じて、新潟県内の医師不足や地域偏在の解消を図るため、令和元年12月24日に新潟県と新潟大学医学部は「地域枠に係る協定」を締結する調印式を開催



- 1 開催日 令和元年12月24日
- 2 開催場所 新潟県庁
- 3 参加者

(1) 新潟大学医学部	医学部長 染矢 俊幸 氏
(2) 新潟県	知事 花角 英世

＜新潟大学医学部医学科ホームページより＞

- ・ 医学部は、新潟県と新潟県の地域枠の医学生及び卒業医師の養成等に関し、協定を12月24日（火）に締結しました。
- ・ 本協定は、新潟県内の医師不足及び医師の地域偏在を解消すること並びに安定的な地域医療を確保することを目的として、医学生等を、地域医療を担う医師として養成すること等について協力する内容です。
- ・ 医学部と新潟県は、これまでも12名の地域枠を実施してきましたが、令和2年度から令和3年度まで地域枠の入学定員を22名に拡大することから、今回を契機として書面によりお互いの協力体制を確認することとしたものです。
- ・ 調印式では、新潟県の花角英世知事は「22名の地域枠を用意していただき感謝申し上げたい。しなしながら、まだまだ新潟県の地域医療に携わる医師が不足しているという状態にあり、今後も厳しい状況が続くので、引き続き地域医療にしっかりと取り組んでいきたい。」と語り、染矢俊幸医学部長は「新潟県の協力をいただき、地域枠を22名に拡大することができ、ありがたく思っている。新潟県における地域枠というのは、これまで非常にうまく運営され、教育の体制も整っていることを高校生や地域の方にもよく知っていただき、ますますこの地域枠という制度が充実して新潟県の医療に貢献していけるように努力していきたいので、引き続きご支援、ご協力をお願いしたい。」と述べました。
- ・ 本協定に基づき、これまで以上に新潟県の医療に携わる医師を一人でも多く確保するための人材養成及び県内の医療状況の情報提供などの連携を図り、新潟県の安全・安心な社会の構築に貢献していきます。



青森県地域医療維持確保に向けた医師派遣等に関する三者協定

○ 令和6年1月26日に青森県、弘前大学及び青森県立中央病院は、三者協定を締結し、市町村などから寄せられる医師派遣の要望を共有し、三者で医師派遣等について総合的に検討・調整し、より効果的な医師派遣・配置につなげ、地域医療の維持確保を目指すこととなった。

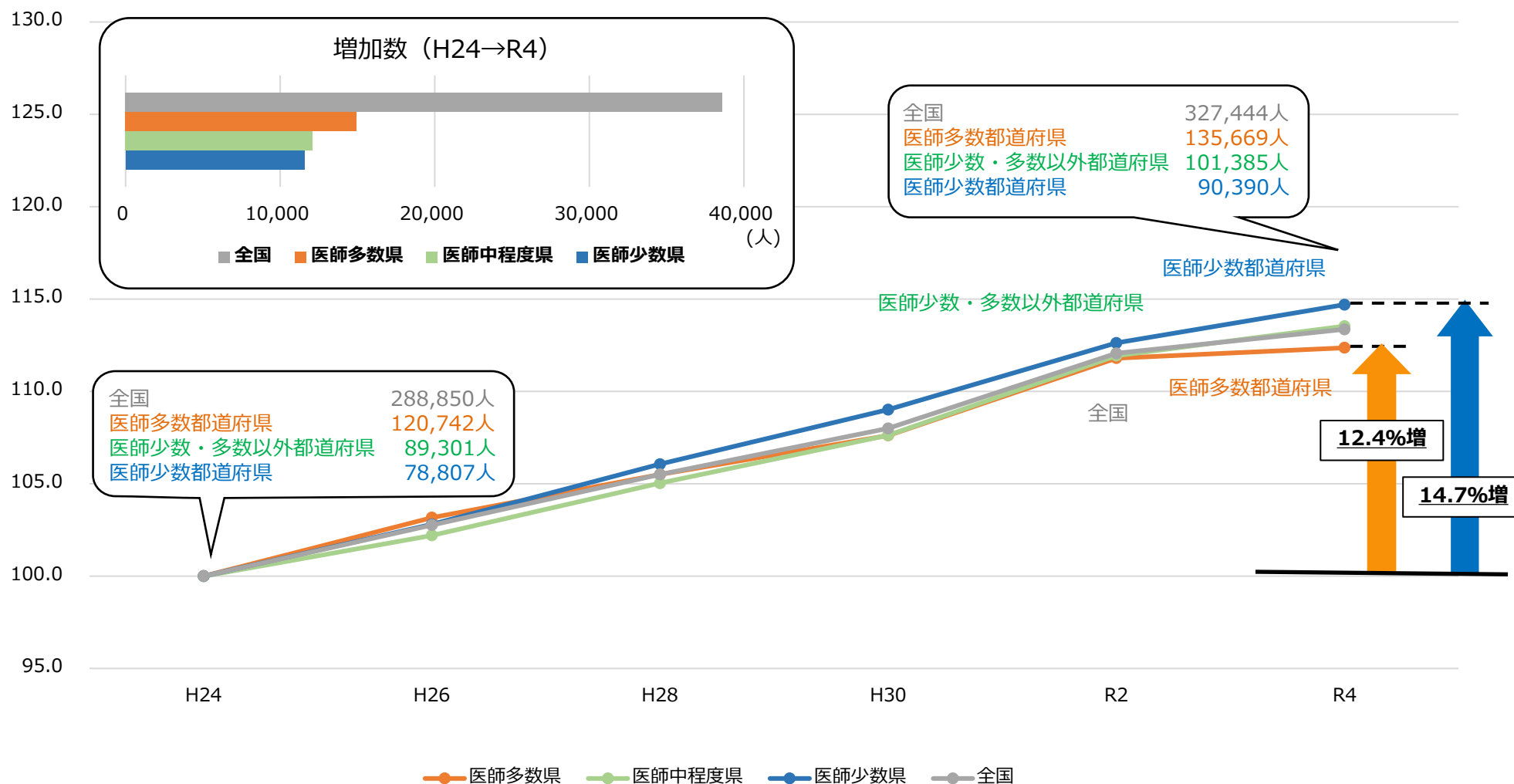
- ・ 県内唯一の医育機関
（弘前大学）
- ・ 県立の総合病院
（県立中央病院）
- ・ 行政（県）



関係機関がタッグを組んで、
医師のキャリア形成を
サポート！

医療施設従事医師数推移（平成24年を100とした場合）

- 平成26年の前後で比較すると、医師少数都道府県の医師数の伸び率は、医師多数都道府県より大きいが、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。

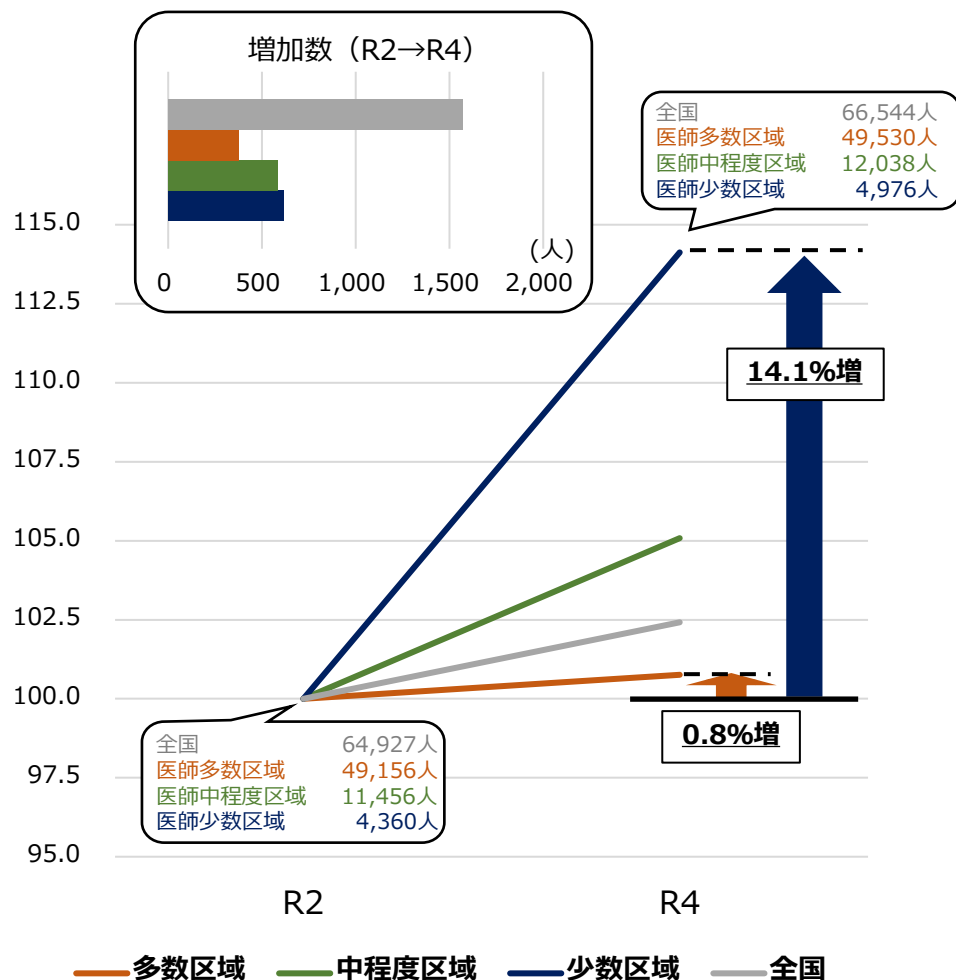


※医師多数都道府県：医師偏在指標の上位33.3%の都道府県
 医師少数都道府県：医師偏在指標の下位33.3%の都道府県
 医師少数・多数以外都道府県：医師偏在指標の上位・下位33.3%以外の都道府県

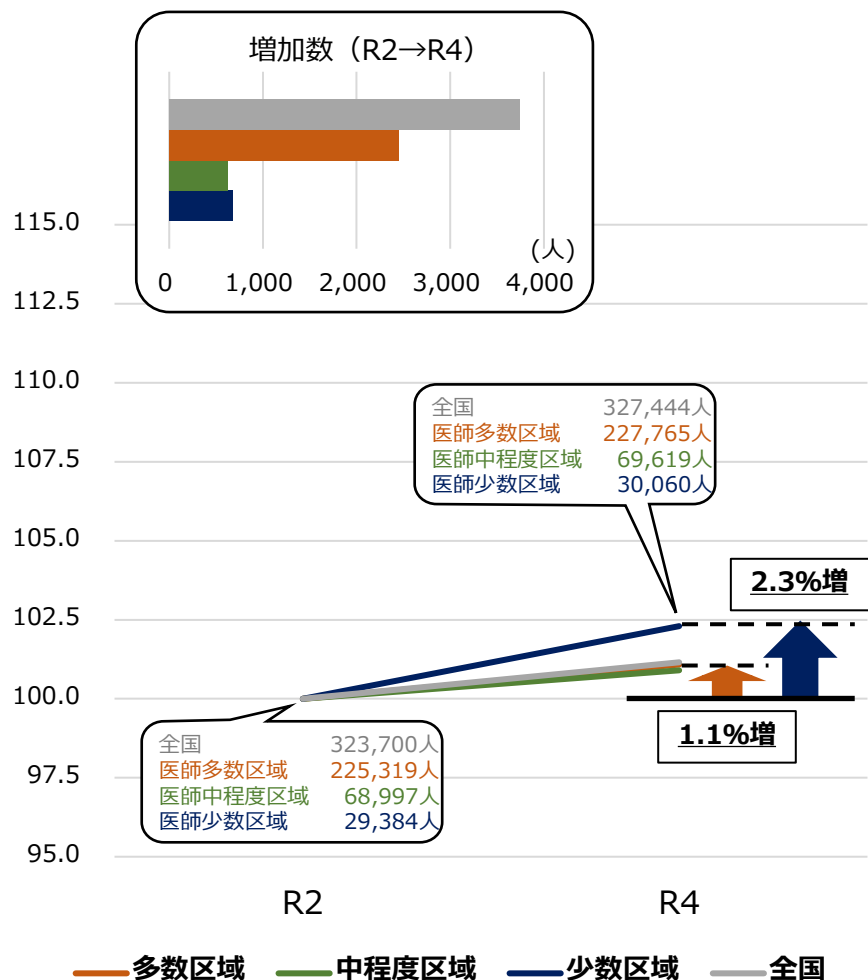
出典：医師・歯科医師・薬剤師調査、統計（厚生労働省）
 医師少数都道府県及び医師多数都道府県は医師偏在指標
 （厚生労働省：令和2年2月）による

- 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

参考

北海道における現在の診療所医師数と2040年の見込み

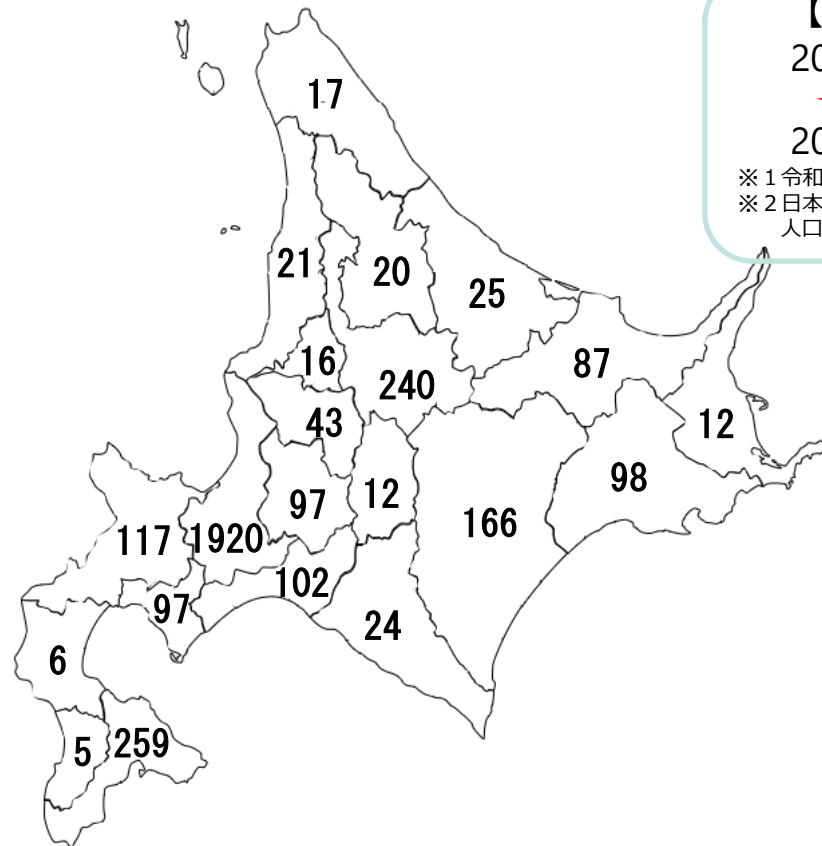
＜診療所医師が80歳で引退し承継がなく、当該二次医療圏で新規開業がないと仮定した場合＞

- 北海道全体の診療所医師数については、現在から2040年にかけて、**47.2%の減少**が見込まれている。
- 北海道の二次医療圏ごとの診療所医師数については、**21**の二次医療圏のうち、**16（76.1%）**の二次医療圏において、**50%以上の減少**が見込まれている。

2022年 診療所医師数 : 3,384

2040年 診療所医師数 : 1,786

※50%以上減少の二次医療圏を青塗り



【北海道の人口推移】

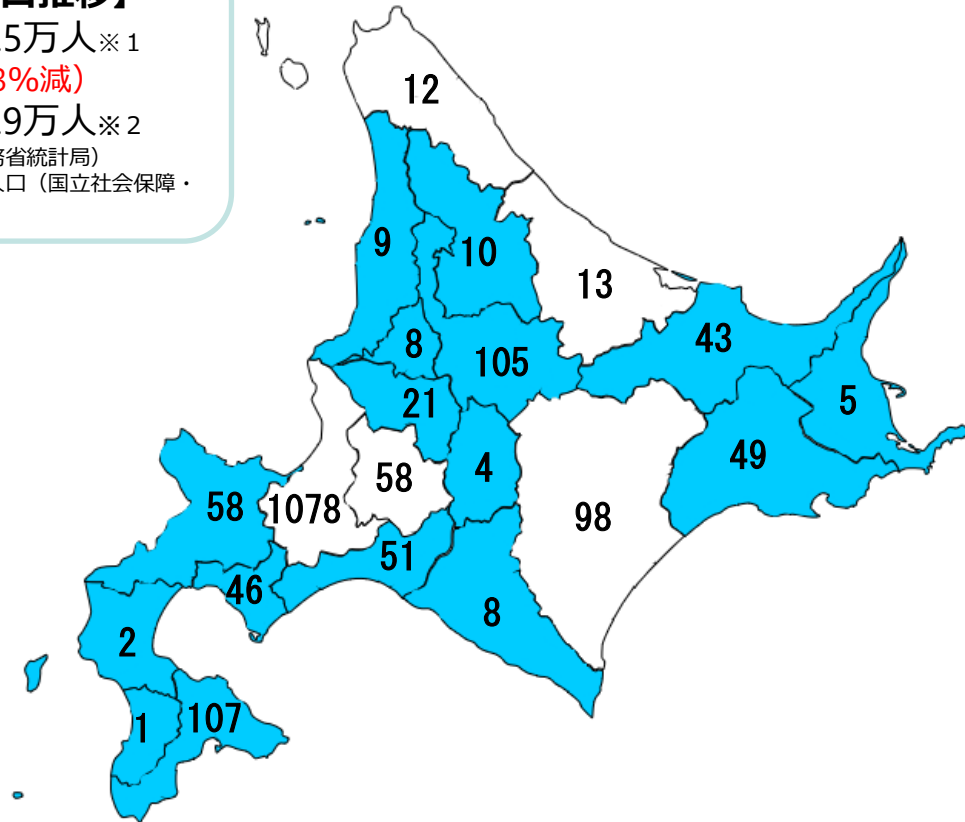
2020年 522.5万人※1

↓ (17.3%減)

2040年 431.9万人※2

※1 令和2年国勢調査（総務省統計局）

※2 日本の地域別将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所）



資料出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和4年）を特別集計。

※市区町別診療所医師数の見込みについては、医師届出票による主従事先市区町村の診療所医師数、80歳で引退し承継がない、新規開業がないと仮定。

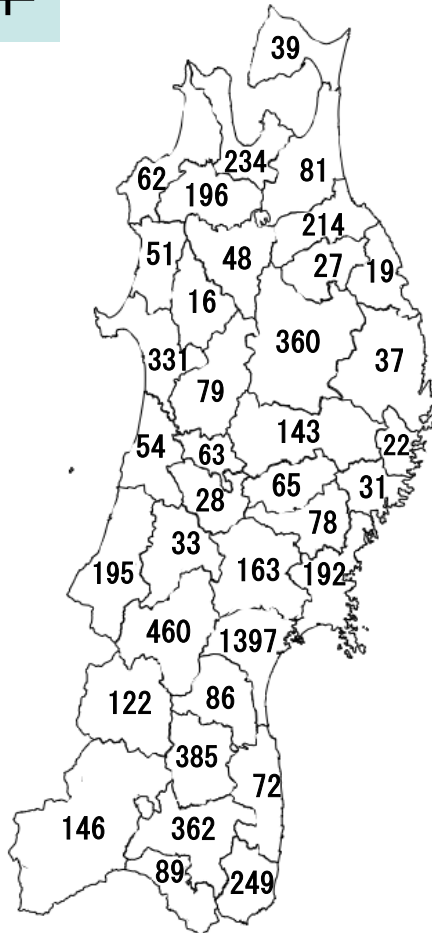
参考

東北地方における現在の診療所医師数と2040年の見込み

<診療所医師が80歳で引退し承継がなく、当該二次医療圏で新規開業がないと仮定した場合>

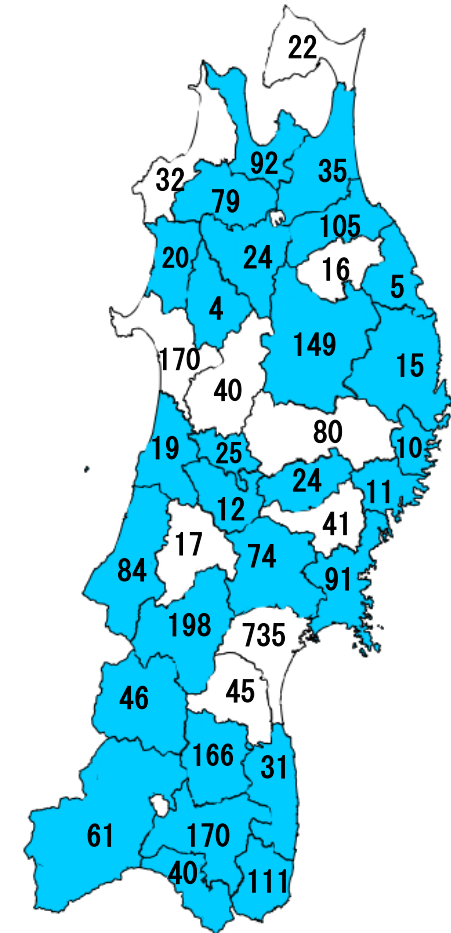
- 東北地方全体の診療所医師数については、現在から2040年にかけて、**54.0%の減少**が見込まれている。
- 東北地方の二次医療圏ごとの診療所医師数については、**37**の二次医療圏のうち、**27 (73.0%)**の二次医療圏において、**50%以上の減少**が見込まれている。

2022年 診療所医師数 : 6,229



2040年 診療所医師数 : 2,899

※50%以上減少の二次医療圏を青塗り



【東北地方の人口推移】

2020年 861.1万人※1

↓ (20.9%減)

2040年 681.5万人※2

※1 令和2年国勢調査（総務省統計局）

※2 日本の地域別将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所）

資料出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和4年）を特別集計。

※市区町別診療所医師数の見込みについては、医師届出票による主従事先市区町村の診療所医師数、80歳で引退し承継がない、新規開業がないと仮定。

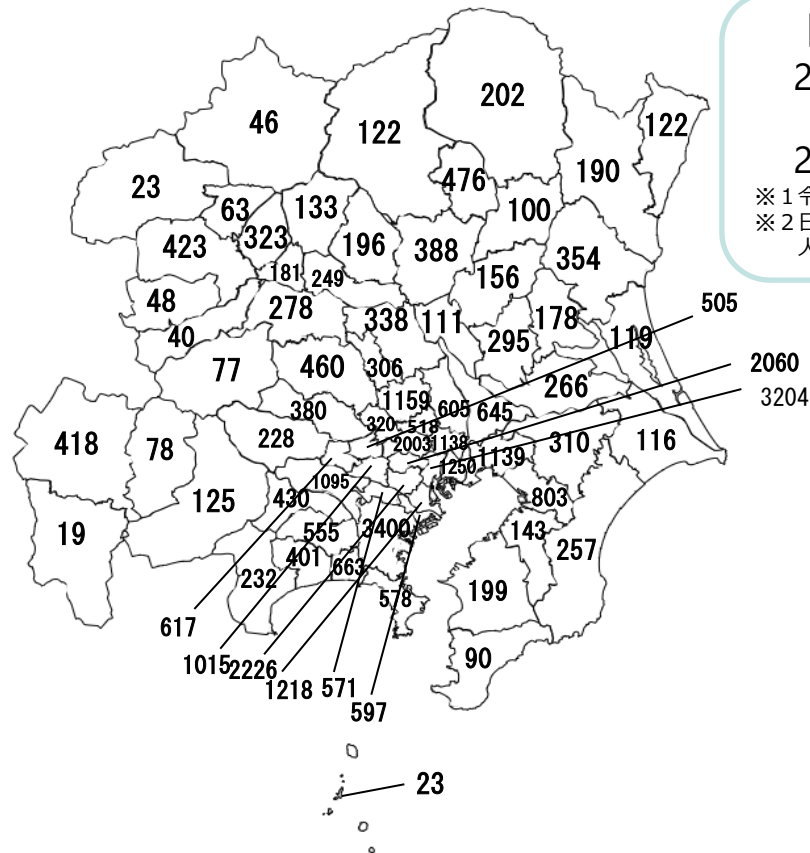
参考

関東地方における現在の診療所医師数と2040年の見込み

＜診療所医師が80歳で引退し承継がなく、当該二次医療圏で新規開業がないと仮定した場合＞

- 関東地方全体の診療所医師数については、現在から2040年にかけて、**41.5%の減少**が見込まれている。
- 関東地方の二次医療圏ごとの診療所医師数については、**70**の二次医療圏のうち、**24 (34.3%)**の二次医療圏において、**50%以上の減少**が見込まれている。

2022年 診療所医師数 : 37,596



【関東地方の人口推移】

2020年 4,446.3万人※1

(3.8%減)

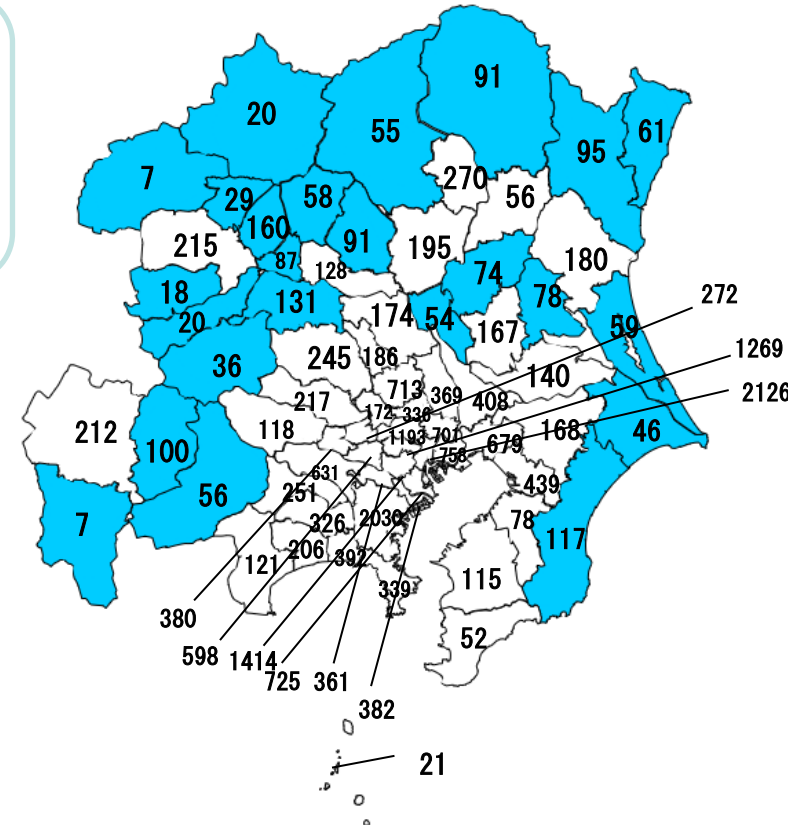
2040年 4,277.1万人※2

※1 令和2年国勢調査（総務省統計局）

※2 日本の地域別将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所）

2040年 診療所医師数 : 22,011

※50%以上減少の二次医療圏を青塗り



資料出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和4年）を特別集計。

※市区町別診療所医師数の見込みについては、医師届出票による主従事先市区町村の診療所医師数、80歳で引退し承継がない、新規開業がないと仮定。

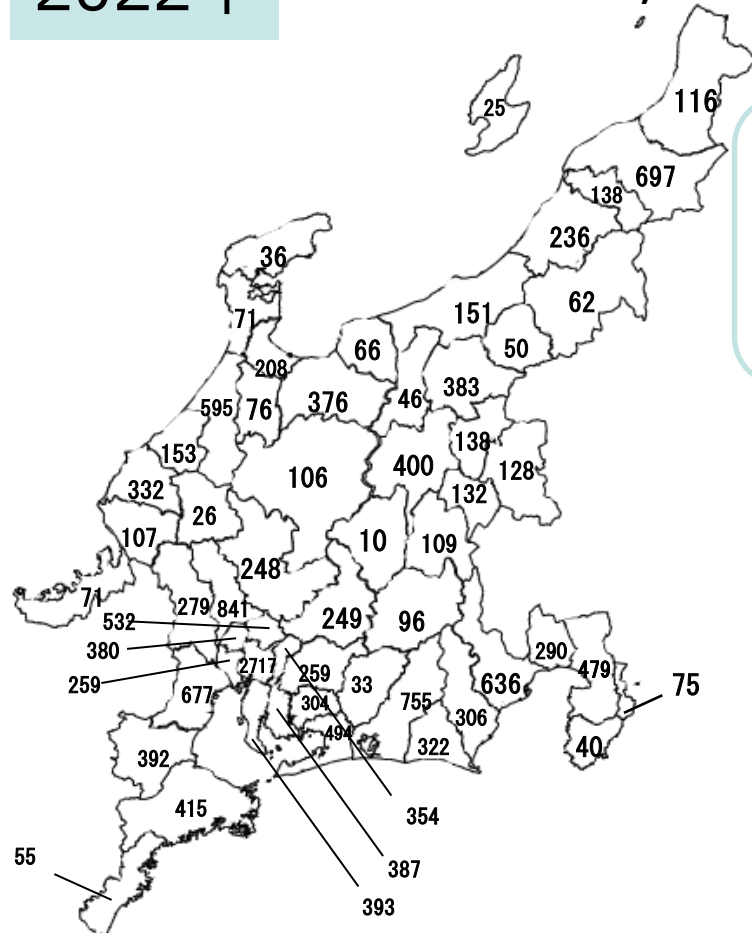
参考

中部地方における現在の診療所医師数と2040年の見込み

＜診療所医師が80歳で引退し承継がなく、当該二次医療圏で新規開業がないと仮定した場合＞

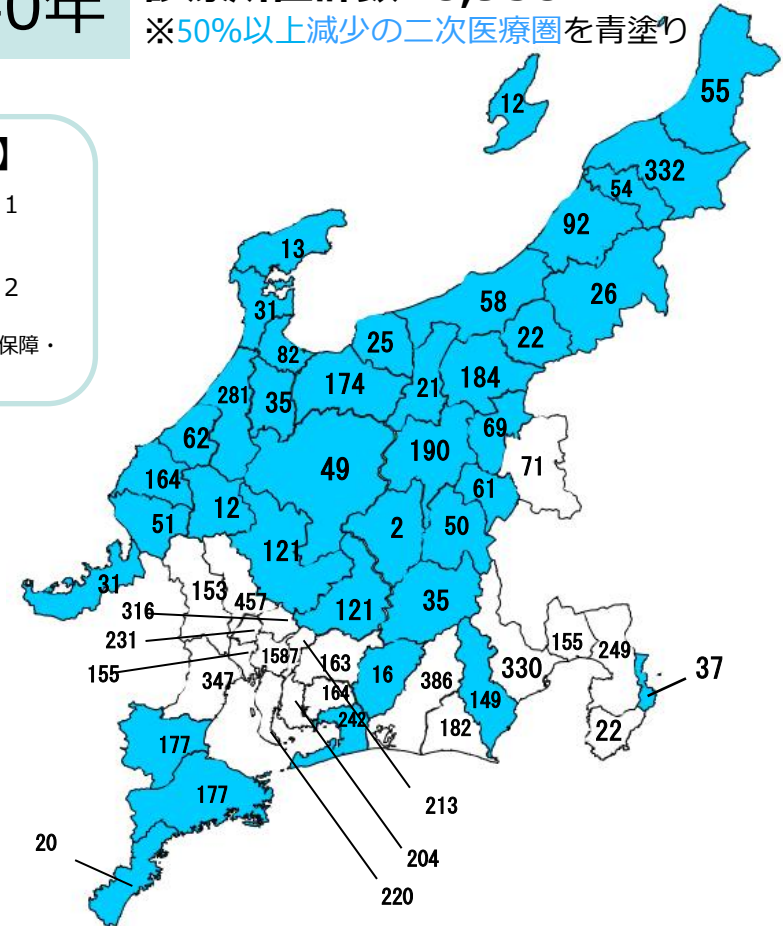
- 中部地方全体の診療所医師数については、現在から2040年にかけて、**48.4%の減少**が見込まれている。
- 中部地方の二次医療圏ごとの診療所医師数については、**57**の二次医療圏のうち、**38（66.7%）**の二次医療圏において、**50%以上の減少**が見込まれている。

2022年 診療所医師数 : **17,311**



2040年 診療所医師数 : **8,938**

※50%以上減少の二次医療圏を青塗り



【中部地方の人口推移】

2020年 2,210.8万人※1

↓ (12.8%減)

2040年 1,927.1万人※2

※1 令和2年国勢調査（総務省統計局）

※2 日本の地域別将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所）

資料出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和4年）を特別集計。

※市区町別診療所医師数の見込みについては、医師届出票による主従事先市区町村の診療所医師数、80歳で引退し承継がない、新規開業がないと仮定。

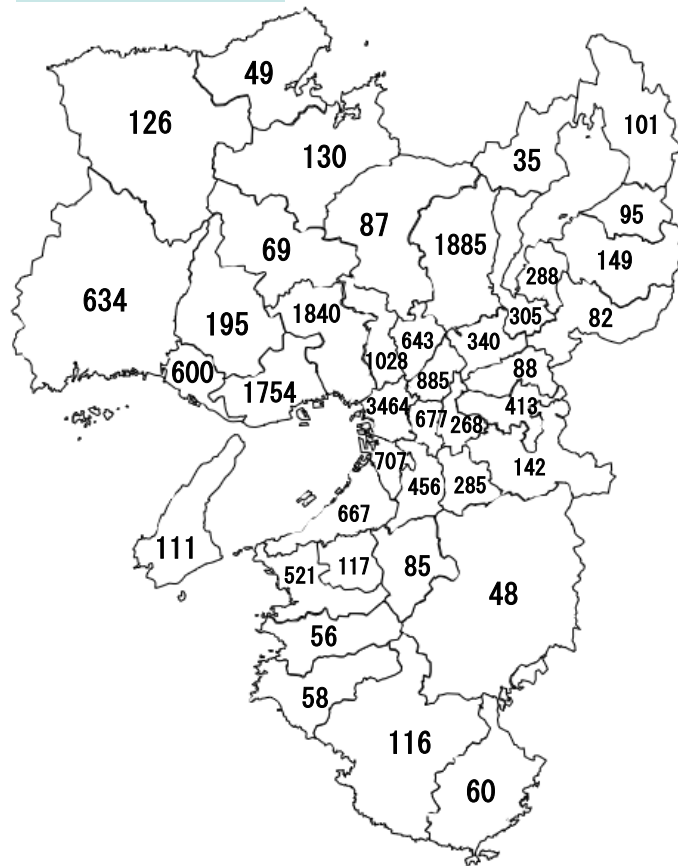
参考

近畿地方における現在の診療所医師数と2040年の見込み

＜診療所医師が80歳で引退し承継がなく、当該二次医療圏で新規開業がないと仮定した場合＞

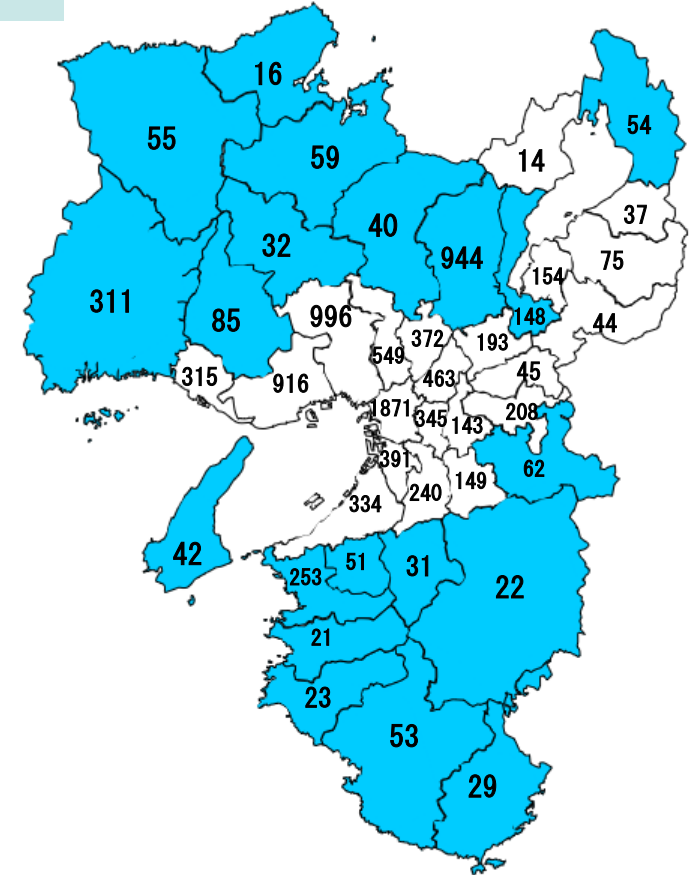
- 近畿地方全体の診療所医師数については、現在から2040年にかけて、**48.2%の減少**が見込まれている。
- 近畿地方の二次医療圏ごとの診療所医師数については、**51**の二次医療圏のうち、**29 (56.9%)**の二次医療圏において、**50%以上の減少**が見込まれている。

2022年 診療所医師数 : 19,659



2040年 診療所医師数 : 10,185

※50%以上減少の二次医療圏を青塗り



【近畿地方の人口推移】

2020年 2,054.1万人※1

(12.2%減)

2040年 1,802.9万人※2

※1 令和2年国勢調査（総務省統計局）

※2 日本の地域別将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所）

資料出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和4年）を特別集計。

※市区町別診療所医師数の見込みについては、医師届出票による主従事先市区町村の診療所医師数、80歳で引退し承継がない、新規開業がないと仮定。

参考

中国地方における現在の診療所医師数と2040年の見込み

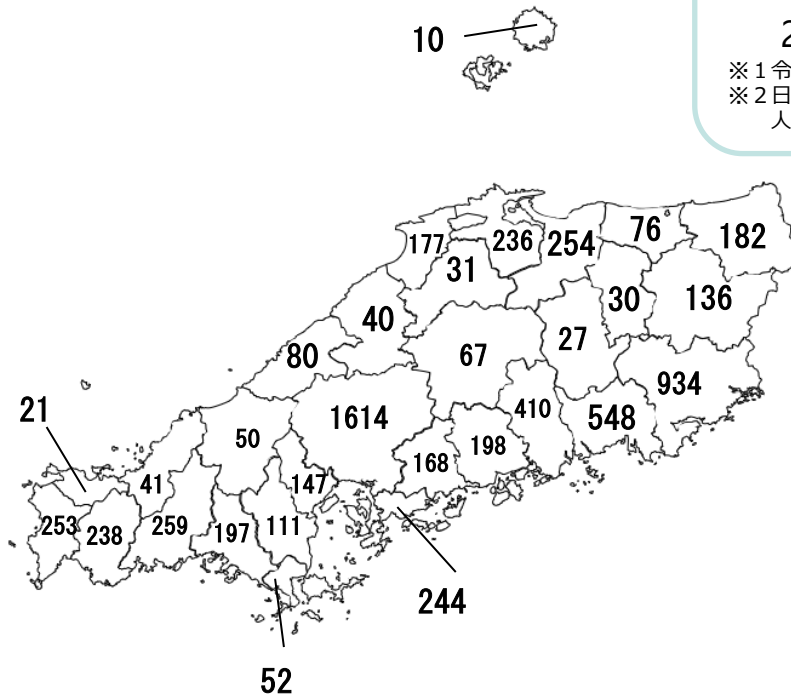
＜診療所医師が80歳で引退し承継がなく、当該二次医療圏で新規開業がないと仮定した場合＞

- 中国地方全体の診療所医師数については、現在から2040年にかけて、**53.2%の減少**が見込まれている。
- 中国地方の二次医療圏ごとの診療所医師数については、**30**の二次医療圏のうち、**27 (90.0%)**の二次医療圏において、**50%以上の減少**が見込まれている。

2022年 診療所医師数 : 6,831

2040年 診療所医師数 : 3,194

※50%以上減少の二次医療圏を青塗り



【中国地方の人口推移】

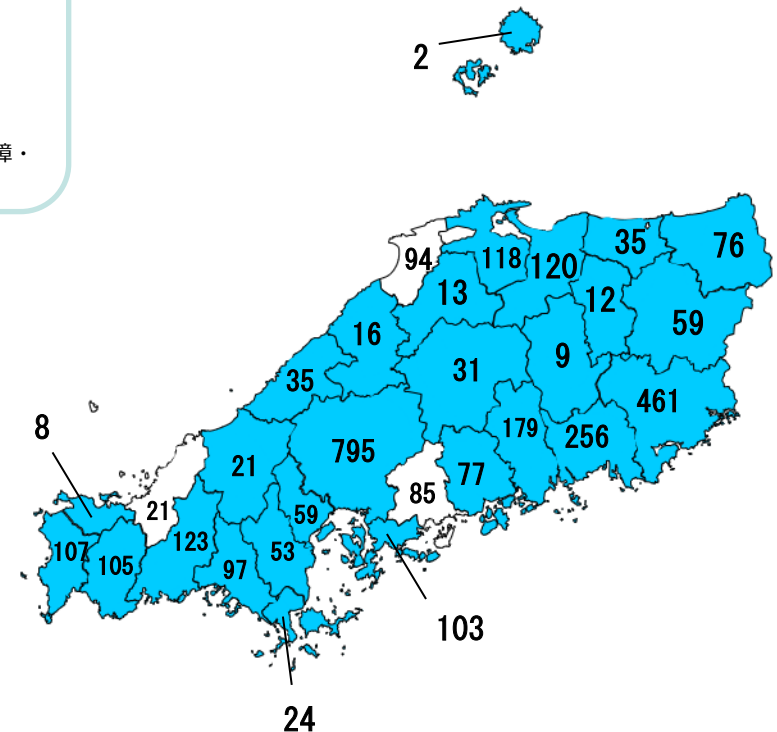
2020年 725.5万人※1

(15.3%減)

2040年 614.1万人※2

※1 令和2年国勢調査（総務省統計局）

※2 日本の地域別将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所）



資料出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和4年）を特別集計。

※市区町別診療所医師数の見込みについては、医師届出票による主従事先市区町村の診療所医師数、80歳で引退し承継がない、新規開業がないと仮定。

参考

四国地方における現在の診療所医師数と2040年の見込み

＜診療所医師が80歳で引退し承継がなく、当該二次医療圏で新規開業がないと仮定した場合＞

- 四国地方全体の診療所医師数については、現在から2040年にかけて、**56.4%の減少**が見込まれている。
- 四国地方の二次医療圏ごとの診療所医師数については、**16**の二次医療圏のうち、**16（100.0%）**の二次医療圏において、**50%以上の減少**が見込まれている。

2022年 診療所医師数 :3,245

2040年 診療所医師数 :1,414

※50%以上減少の二次医療圏を青塗り

【四国地方の人口推移】

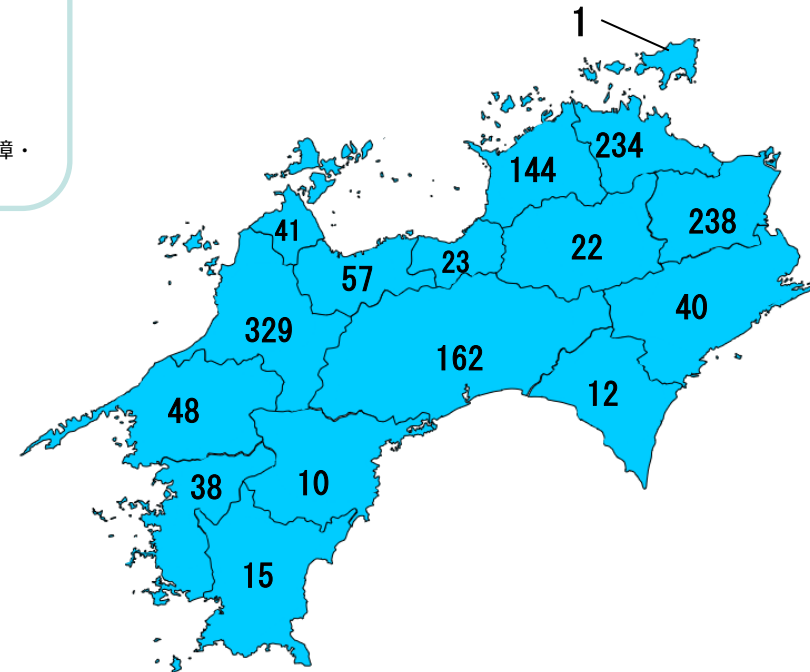
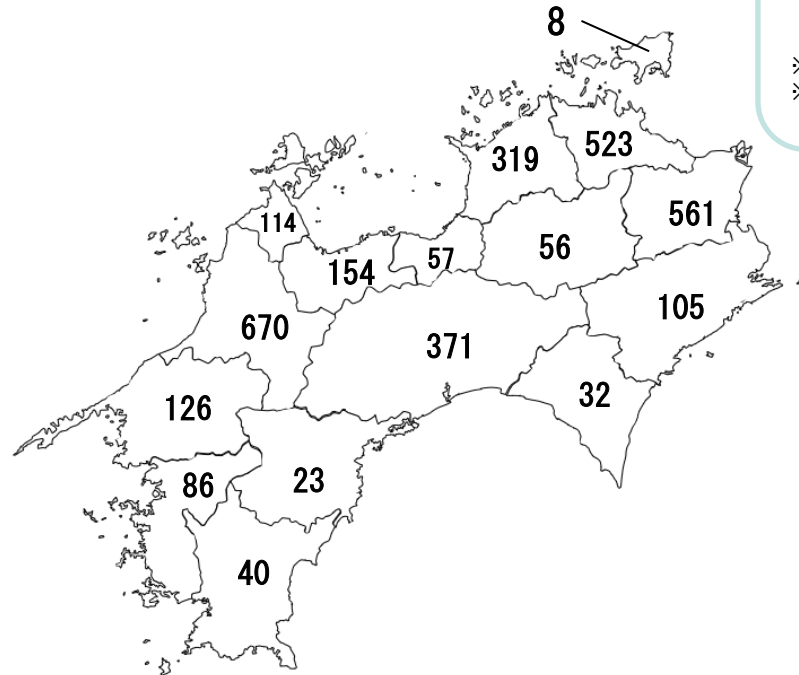
2020年 369.6万人※1

↓ (19.9%減)

2040年 296.2万人※2

※1 令和2年国勢調査（総務省統計局）

※2 日本の地域別将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所）



資料出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和4年）を特別集計。

※市区町別診療所医師数の見込みについては、医師届出票による主従事先市区町村の診療所医師数、80歳で引退し承継がない、新規開業がないと仮定。

参考

九州地方における現在の診療所医師数と2040年の見込み

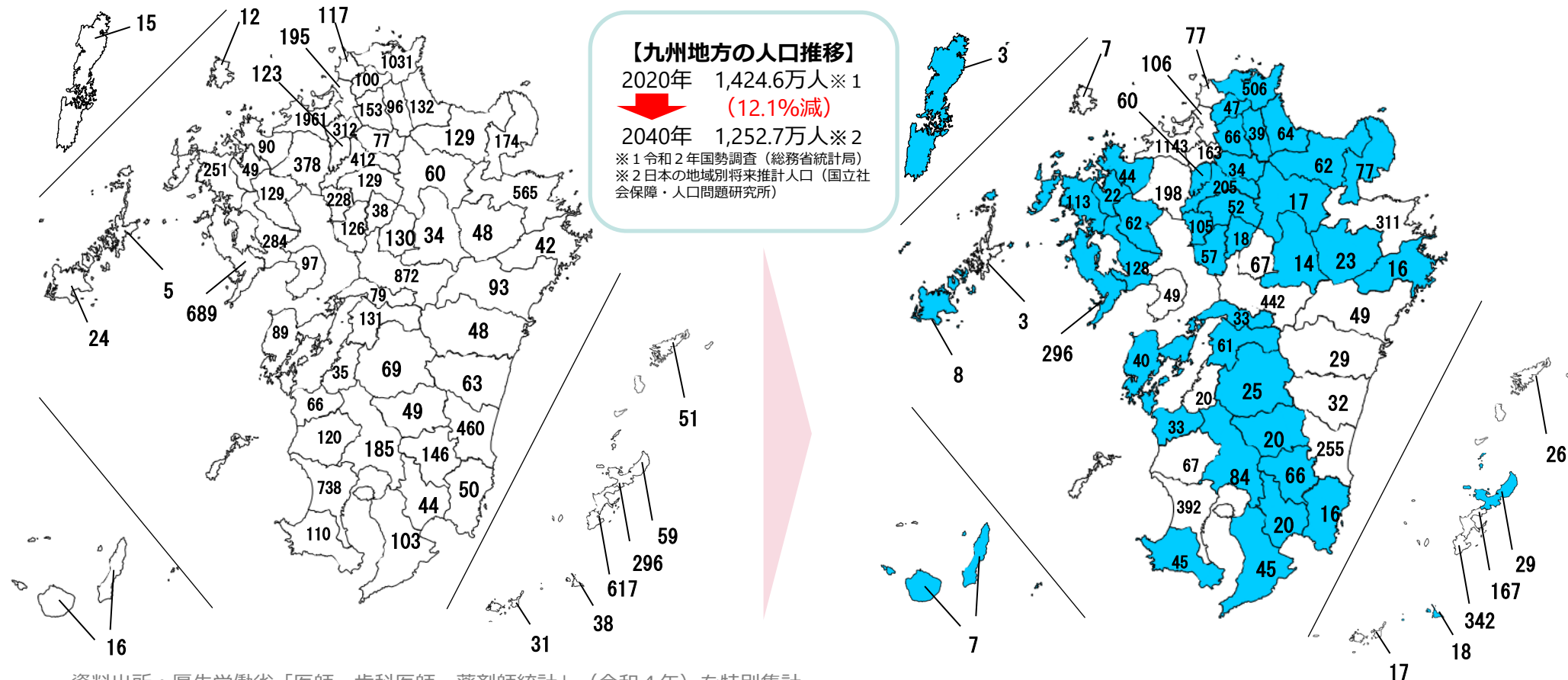
＜診療所医師が80歳で引退し承継がなく、当該二次医療圏で新規開業がないと仮定した場合＞

- 九州地方全体の診療所医師数については、現在から2040年にかけて、**49.3%の減少**が見込まれている。
- 九州地方の二次医療圏ごとの診療所医師数については、**63**の二次医療圏のうち、**41 (65.1%)**の二次医療圏において、**50%以上の減少**が見込まれている。

2022年 診療所医師数 :13,093

2040年 診療所医師数 :6,642

※50%以上減少の二次医療圏を青塗り



資料出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和4年）を特別集計。

※市区町別診療所医師数の見込みについては、医師届出票による主従事先市区町村の診療所医師数、80歳で引退し承継がない、新規開業がないと仮定。

規制的手法について（案）①

骨子案

医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の大幅な拡大（略）等の規制的手法を検討。

（主な論点）9/5厚生労働省医師偏在対策推進本部

- 医師少数区域等での勤務を後押しするため、医学生・若手医師の地域への理解・意識を涵養し、地域での活躍を推進するとともに、（略）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大幅な拡大を検討すべきではないか。

I 現状・課題

- 医師少数区域等に一定期間（6か月以上）勤務した医師を厚生労働大臣が認定する制度を活用し、医師不足地域の医師の確保に取り組むとともに、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している（令和2年度以降に臨床研修を開始した医師に限る）。
- 認定医師は令和5年3月末時点で507人となっており、認定制度の更なる活用を促進し、医師偏在是正につなげていく必要がある。

II 取組の方向性案

○ 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

- 認定医師を管理者としなければならない医療機関として、現行は地域医療支援病院のみを対象としているが、対象医療機関を拡大することについて、どのように考えるか。

※ 検討に当たっては、憲法上の職業選択の自由・営業の自由との関係、規制の合理性等について留意が必要。

※ 医療法第31条 公的医療機関（都道府県、市町村その他厚生労働大臣の定める者の開設する病院又は診療所をいう。以下この節において同じ。）は、協議が調った事項その他当該都道府県において必要とされる医療の確保に関する事項の実施に協力するとともに、第三十条の二十四の規定により協力を要請されたときは、当該要請に応じ、医師の確保に関し協力しなければならない。

○ 医師少数区域等での勤務経験期間の延長

- 認定医師に求める医師少数区域等での勤務経験を、現行の6か月以上から延長することについて、どのように考えるか。例えば、1年以上とすることについて、どのように考えるか。

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（案）

【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】

- 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、現行は地域医療支援病院としているが、管理者に求められる幅広い経験の機会となる期間を考慮するとともに、対象医療機関を拡大することとしてはどうか。
 - ・ 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等の病院を追加してはどうか。（対象は現行の約700病院から、約1,600病院に増加）
 - ・ 他方、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、その後に医師少数区域等の勤務を経験することとなるため、対象から除外してはどうか。
 - ・ 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られることとしてはどうか。
- ※ 医療法第31条 公的医療機関（都道府県、市町村その他厚生労働大臣の定める者の開設する病院又は診療所をいう。以下この節において同じ。）は、協議が調った事項その他当該都道府県において必要とされる医療の確保に関する事項の実施に協力するとともに、第三十条の二十四の規定により協力を要請されたときは、当該要請に応じ、医師の確保に関し協力しなければならない。
- ※ 現行制度は令和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される。

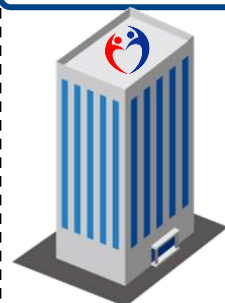
【医師少数区域等での勤務経験期間の延長】

- 医師少数区域等での勤務経験期間について、現行の6か月以上から延長することとしてはどうか。
 - ・ 医師少数区域等での勤務経験期間について、1年以上に延長してはどうか。
 - ・ その際、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でよいこととし、医師免許取得後9年以上経過していない場合は、原則6か月以上の連続した勤務（妊娠・出産等による中断は可）に加え、残りの期間は断続的な勤務日の積み上げでよいこととしてはどうか。
- ※ 現行制度において医師少数区域等の勤務経験期間6か月以上の取扱いとして、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でよく、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）とされている。

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

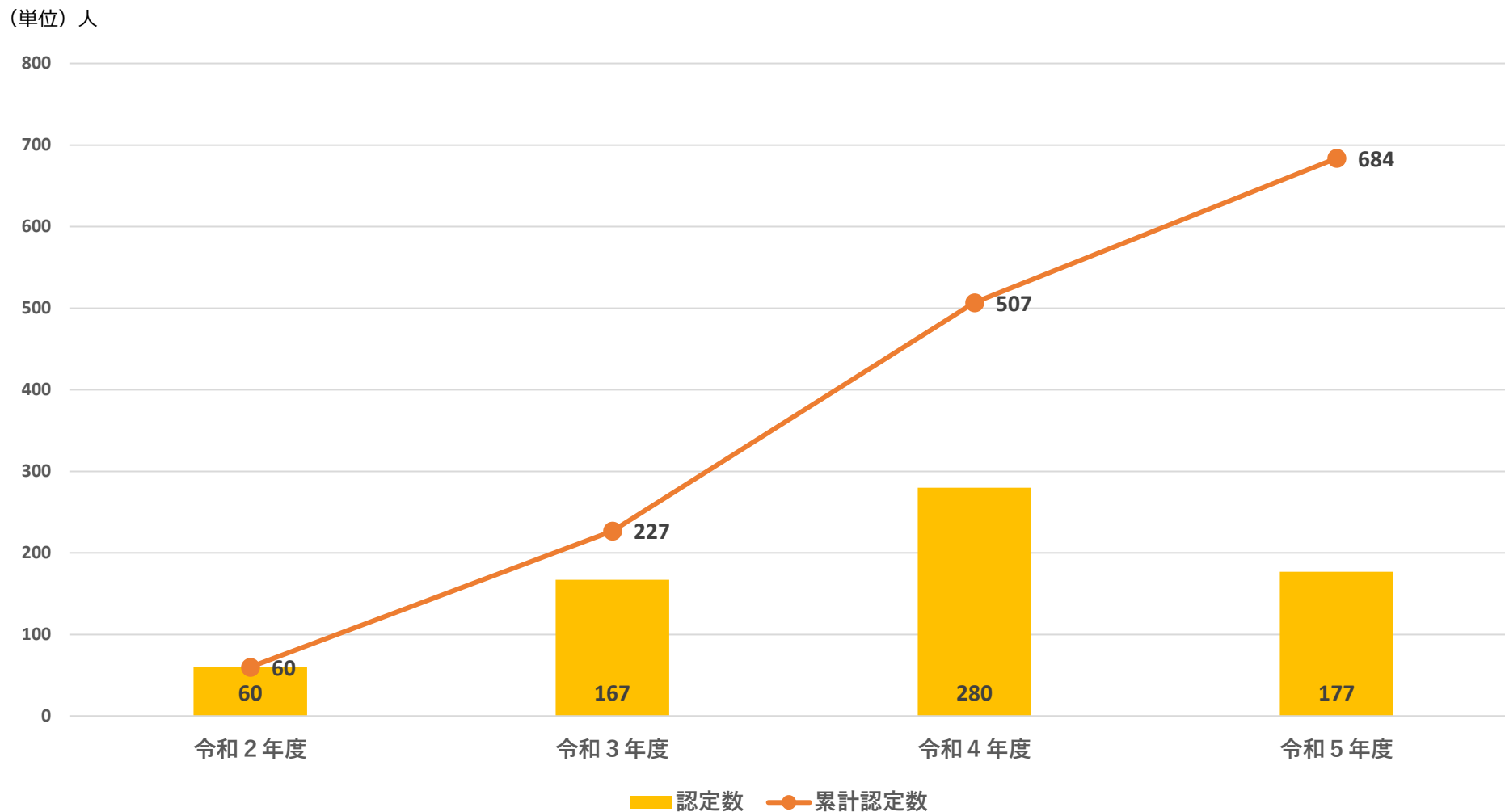
- ・ 地域医療支援病院の管理者は、認定医師でなければならないこととする。（2020年度以降に臨床研修を開始した医師を管理者とする場合に限る。）

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

地域医療対策協議会・地域医療支援センター

第4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5月11日

資料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)

構成員 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

役割 協議事項を法定

- ・ キャリア形成プログラムの内容
- ・ 医師の派遣調整
- ・ 派遣医師のキャリア支援策
- ・ 派遣医師の負担軽減策
- ・ 大学の地域枠・地元枠設定
- ・ 臨床研修病院の指定
- ・ 臨床研修医の定員設定
- ・ 専門研修の研修施設・定員 等

協議の方法

- ・ 医師偏在指標に基づき協議
- ・ 大学・医師会等の構成員の合意が必要
- ・ 協議結果を公表

国のチェック

- ・ 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

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

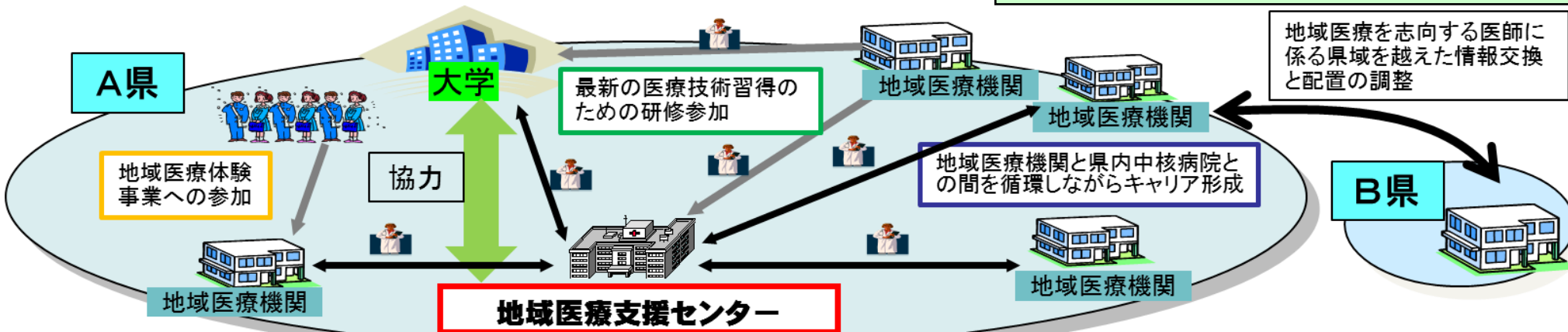
地域医療支援センター

(医師確保対策の事務の実施拠点)

法定
事務

- ・ 都道府県内の医師確保状況の調査分析
- ・ 医療機関や医師に対する相談援助
- ・ 医師派遣事務
- ・ キャリア形成プログラムの策定
- ・ 派遣医師のキャリア支援・負担軽減 等

※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



地域医療対策協議会における医師派遣実績について

○ 地域医療対策協議会における医師派遣実績

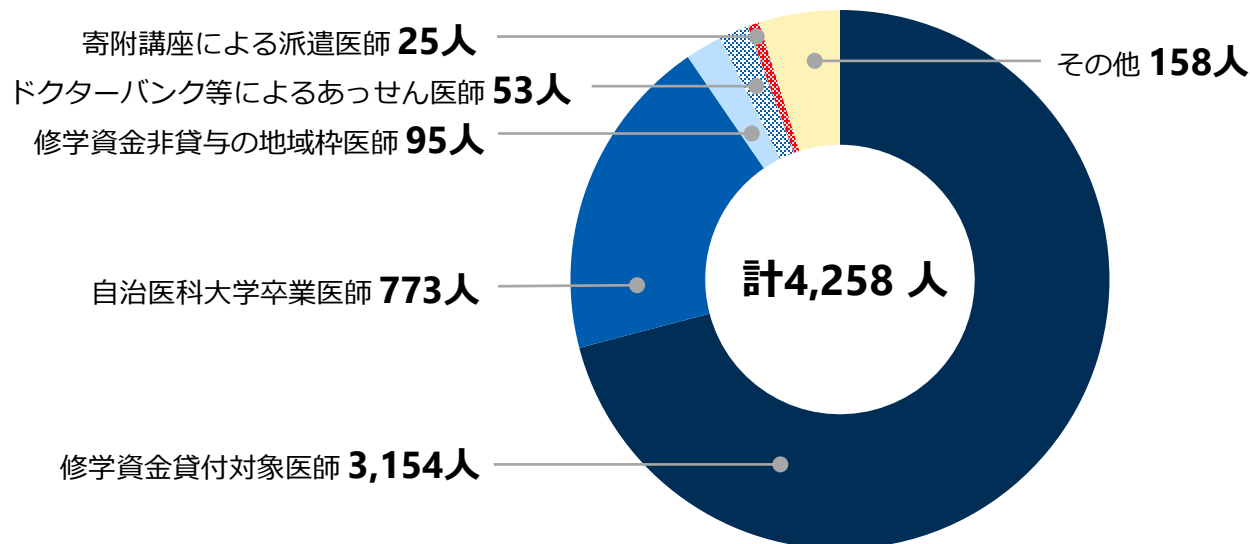
※ 令和4年4月1日～令和5年3月31日に派遣を開始した実績

地域医療対策協議会における医師派遣実績

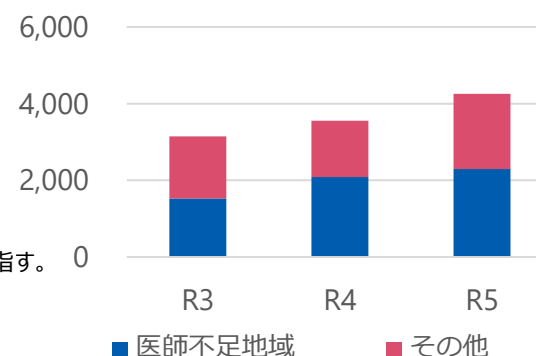
	医師不足地域	その他の地域	小計
常勤医師	2,164	1,948	4,112
非常勤医師	134	12	146
小計	2,298	1,960	4,258

「医師不足地域」とは、医師少数区域、医師少数スポット、へき地、離島、その他都道府県が医師不足と考える地域を指す。
 （医師少数区域：1,434人）（医師少数スポット：385人）（へき地：232人）（離島：118人）
 （その他都道府県が医師不足と考える地域：456人）※重複項目あり

派遣された医師の類型



派遣人数（常勤換算）



修学資金貸付対象医師や自治医大卒業医師などのキャリア形成プログラム適用医師は、地域での従事期間である9年間のうち4年間は医師少数区域等で勤務することとされている

- 派遣された4,258人のうち、2,298人(54%)が医師不足地域に派遣されている。
- 派遣された4,258人のうち、3,927人(92%)が修学資金貸付対象医師・自治医大卒業医師となっている。
- 今後、修学資金貸付対象医師等の増加が見込まれるため、更なる医師派遣の増加が見込まれる。

規制的手法について（案）②

骨子案

（略）外来医師多数区域の都道府県知事の権限強化、保険医制度における取扱い等の規制的手法を検討。

（主な論点）9/5厚生労働省医師偏在対策推進本部

- ・ 外来医師多数区域における新規開業希望者に対する医療機能の要請等の現行の仕組みをより実効力のあるものとする等の規制的手法について、医療法等における位置づけを含めて検討すべきではないか。
- ・ 保険医制度の中で、保険診療の質を高めつつ医師の偏在是正に向けて、どのような方策が考えられるか検討すべきではないか。

I 現状・課題

- ・ 「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」において、都道府県は、外来医療機能に関する協議の場を設置し、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、地域に必要とされる医療機能を担うよう求めることとしている。
- ・ 現行の地域に必要とされる医療機能を担うことへの要請の枠組みを制度化し、地域で足りない医療機能を強化し、実績をフォローアップする仕組みを導入すべきとの指摘がある。
- ・ また、医師過剰地域における新規開業規制の導入について諸外国の例も参考に検討すべきとの指摘がある。
- ・ 保険診療の質を高める観点から、卒後一定期間の保険診療実績を保険医療機関の管理者の要件にすべきとの指摘がある。

II 取組の方向性案

○ 外来医師多数区域における新規開業希望者への地域で必要な医療機能の要請等の仕組みの実効性の確保

- ・ 現行の仕組みを医療法に位置付けるとともに、外来医師多数区域の新規開業希望者に対して、事前に診療所で提供する予定の医療機能を記載した届出を求め、都道府県において当該届出の内容を踏まえ、不足している医療機能の提供を要請することについて、どのように考えるか。
- ・ また、外来医師多数区域において正当な理由なく要請した地域で必要な医療機能を提供しない場合は、都道府県において勧告・公表を行うこと、併せて、実効性を確保するため、保険医療機関制度における取扱いについて、どのように考えるか。
- ・ 外来医師多数区域での開業を許可制とし、開業の上限を定めることについて、どのように考えるか。
※ 検討に当たっては、憲法上の職業選択の自由・営業の自由との関係、規制の合理性、既存診療所との公平性及び新規参入抑制による医療の質等について留意が必要。

○ 保険医療機関の管理者要件

- ・ 例えば、保険医療機関の管理者を法律に規定し、管理者要件として一定期間の保険医勤務経験を設定するなどの方策について、どのように考えるか。

外来医師多数区域における新規開業希望者への地域で必要な医療機能の要請等の仕組みの実効性の確保等（案）①

【外来医師多数区域における新規開業希望者への地域で必要な医療機能の要請等の仕組みの実効性の確保】

- 地域で不足している医療機能の確保によってより適切な医療提供体制を構築する観点から、現行の「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」による外来医師多数区域における新規開業希望者への地域で必要な医療機能の要請等の仕組みについて、実効性を確保するための対応を行うこととしてはどうか。
 - ・ 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、開業の一定期間前（例えば3か月前等）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出席を求めることができ、また、地域で不足している医療機能の提供や医師不足地域での医療の提供を要請することができることを医療法に規定することとしてはどうか。
 - ※ 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。
 - ※ 外来医師過多区域の中で、今後も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、対象区域を市区町村単位や地区単位とすることもあり得る。
- 【参考】「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（前期）～」（令和5年3月厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）（抜粋）
 - 外来医療計画においては、まず、厚生労働省が示す外来医師偏在指標の計算式に基づき、都道府県において二次医療圏単位で外来医師偏在指標を定め、この外来医師偏在指標に基づき二次医療圏ごとに外来医師多数区域を定義する。都道府県は、外来医師多数区域において新規開業を希望する者に対しては、当該外来医師多数区域において不足する医療機能を担うよう求め、新規開業を希望する者が求めに応じない場合には協議の場への出席を求めるとともに、協議結果等を住民等に対して公表することとする。外来医師偏在指標の値及び協議の場における協議プロセス、公表の方法等については、外来医療計画に盛り込み、あらかじめ公表しておくこととする。
 - 新規開業者の届出様式には、地域で不足する外来医療機能を担うこと（地域ごとに具体的に記載）に合意する旨の記載欄を設け、協議の場において合意の状況を確認することとする。
 - 合意がない場合等の新規開業者が地域で不足する外来医療機能を担うことを拒否する場合等には、臨時に協議の場を開催し出席要請を行うこととする。臨時の協議の場において、協議の場の構成員と出席要請を受けた当該新規開業者等の間で協議を行い、その協議結果を公表することとする。ただし、協議の簡素化のため、協議の形態については適宜持ち回り開催とし、新規開業者からは合意事項に合意をしない理由等の文書の提出を求める等の柔軟な対応を可能とする。
 - 外来医師多数区域における新規開業者に対しては、地域で不足する医療機能を担うことに合意が得られた事項に関して、地域の医師会や市町村と情報共有する等、フォローアップを行うこととする。

外来医師多数区域における新規開業希望者への地域で必要な医療機能の要請等の仕組みの実効性の確保等（案）②

- 実効性を確保するための仕組みとして、以下のような対応が考えられるのではないか。
 - 開業後、要請に従わず、地域で不足している医療機能の提供や医師不足地域での医療の提供を行わない開業者に対して、都道府県において、都道府県医療審議会での理由等の説明を求めた上で、やむを得ない理由と認められない場合は勧告を行い、勧告に従わない場合は公表を行うことができることとする。また、都道府県において、当該開業者から状況の報告・確認を行うことができることとする。（医療法）
 - 要請・勧告を行った場合、保険医療機関の指定期間を6年でなく3年とすることができることとするなど、保険医療機関の指定権限に関する取扱いについてどのように考えるか。（健康保険法）

【参照条文】健康保険法

（療養の給付）
 第六十三条 被保険者の疾病又は負傷に関しては、次に掲げる療養の給付を行う。
 第三項の給付を受けようとする者は、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる病院若しくは診療所又は薬局のうち、自己の選定するものから、電子資格確認その他厚生労働省令で定める方法（以下「電子資格確認等」という。）により、被保険者であることの確認を受け、同項の給付を受けるものとする。
 一 厚生労働大臣の指定を受けた病院若しくは診療所（第六十五条の規定により病床の全部又は一部を除いて指定を受けたときは、その除外された病床を除く。以下「保険医療機関」という。）又は薬局（以下「保険薬局」という。）
 （保険医療機関又は保険薬局の指定）
 第六十五条 第六十三条第三項第一号の指定は、政令で定めるところにより、病院若しくは診療所又は薬局の開設者の申請により行う。
 （略）
 三 厚生労働大臣は、第一項の申請があった場合において、次の各号のいずれかに該当するときは、第六十三条第三項第一号の指定をしないことができる。
 一 第六（略）
 （地方社会保険医療協議会への諮問）
 第六十七条 厚生労働大臣は、保険医療機関に係る第六十三条第三項第一号の指定をしないこととするとき、若しくはその申請に係る病床の全部若しくは一部を除いて指定（指定の変更を含む。）を行うおうとするとき、又は保険薬局に係る同号の指定をしないこととするときは、地方社会保険医療協議会の議を経なければならない。
 （保険医療機関又は保険薬局の指定の更新）
 第六十八条 第六十三条第三項第一号の指定は、指定の日から起算して六年を経過したときは、その効力を失う。
 （保険医療機関又は保険薬局の指定の取消）
 第八十条 厚生労働大臣は、次の各号のいずれかに該当する場合においては、当該保険医療機関又は保険薬局に係る第六十三条第三項第一号の指定を取り消すことができる。
 一 第六（略）
 （社会保険医療協議会への諮問）
 第八十一条 厚生労働大臣は、第七十条第一項（第八十五条第九項、第八十五条の二第五項、第八十六条第四項、第一百条第七項及び第四百四十九条において準用する場合を含む。）若しくは第三項若しくは第七十（略）
 一 第六（略）
 （略）
 二 厚生労働大臣は、第六十三条第二項第三号の定めのうち高度の医療技術に係るものについては、この限りでない。
 二 厚生労働大臣は、保険医療機関若しくは保険薬局に係る第六十二条第二項第一号の指定を行おうとするとき、若しくはその指定を取り消そうとするとき、又は保険医若しくは保険薬剤師に係る第六十四条の登録を取り消そうとするときは、政令で定めるところにより、地方社会保険医療協議会に諮問するものとする。

- また、このような取組のあり方について医療保険サイドでも議論を行ってはどうか。

※ これらの検討に当たっては、憲法上の職業選択の自由・営業の自由との関係、規制の合理性、既存診療所との公平性及び新規参入抑制による医療の質等について留意が必要。

- 上記の対応の対象とならない外来医師多数区域においては、引き続き、「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」による地域で必要な医療機能の要請等の取組を推進することとしてはどうか。

【保険医療機関の管理者要件】

- 2040年頃に向けて、複数疾患や医療・介護の複合ニーズを抱えた高齢者の増加及びこれによる医療費の増加が見込まれるところ、当該高齢者を支える中心となる保険医療機関については、適正な保険医療を効率的に提供することが求められる。これを担う総合的な能力を有する医師を各保険医療機関において確保することが必要であることを踏まえ、保険医療機関に運営管理の責任者として管理者を設け、一定期間の保険診療に従事すること等を要件としてはどうか。また、これに当たっては医師少数区域における管理者要件の適用をどのように考えるか。

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）

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合における協議内容を踏まえる

健康保険法（厚生労働大臣）

※ 保険医療機関制度の取扱いについて引き続き検討

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合への参加の求め

① 外来医療の協議の場合での調整

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

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

提供している

提供していない

都道府県医療審議会での理由等の説明の求め

やむを得ない理由である

やむを得ない理由でない

※ 要請時と事情が変更した場合等

勧告

※ 都道府県医療審議会の意見を事前に聴く

提供している

提供していない

公表

※ ②～④を3年ごとに実施

開業
3か月前

開業

要請された機能等を提供していることの報告・確認（随時）

② 要請に従い、不足する機能等を提供しているか

③ 要請された機能等を提供しない理由はやむを得ないか

④ 勧告に従い、不足する機能等を提供しているか

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

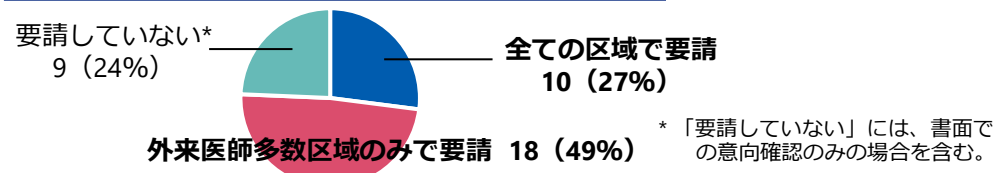
- ・ 新規開業希望者が開業届出様式を入手する機会を捉え、地域における地域の外来医療機能の方針について情報提供
- ・ **届出様式に、地域で定める不足医療機能を担うことへの合意欄を設け、協議の場で確認**
- ・ 合意欄への記載が無いなど、**新規開業者が外来医療機能の方針に従わない場合、新規開業者に対し、臨時的協議の場への出席要請を行う**
- ・ 臨時的協議の場において、構成員と新規開業者で行った**協議内容を公表** 等

参考

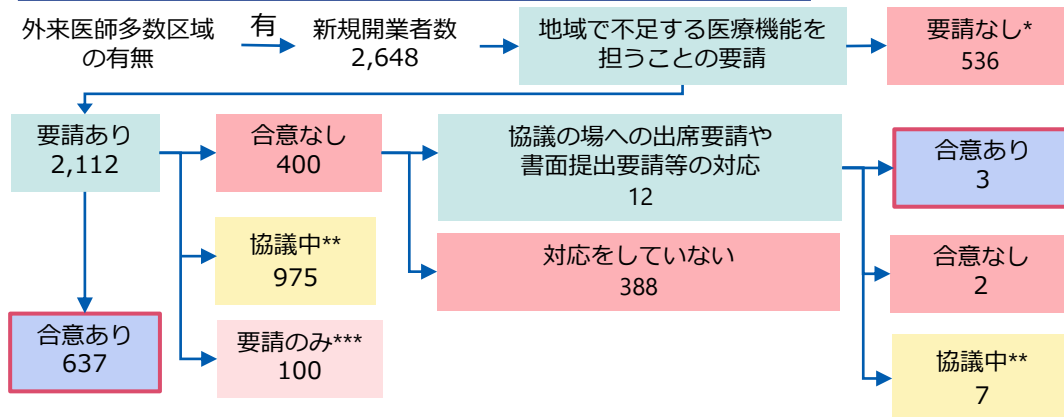
新規開業者への地域で不足する医療機能を担うことの要請等について(令和5年度)

- 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については、外来医師多数区域を有する37都道府県のうち、「全ての区域」又は「外来医師多数区域のみ」において要請している都道府県数は28(76%)。
- 外来医師多数区域における新規開業者2,648のうち、「要請あり」の数は2,112(80%)、このうち「合意あり」は640(24%)。
- 担うことが合意された医療機能は、多い順に、「公衆衛生」474件、「在宅医療」220件、「初期救急医療」197件。
- 「合意あり」の24都道府県のうち、合意事項に関するフォローアップの取組を行っている都道府県数は12(50%)。
- 「要請あり」の26都道府県のうち、「合意なし」の13都道府県において、不足する医療機能に関する要請等の結果の公表を行っている都道府県数は9(69%)。

1 新規開業者に対して地域で不足する医療機能を担うことを要請している都道府県



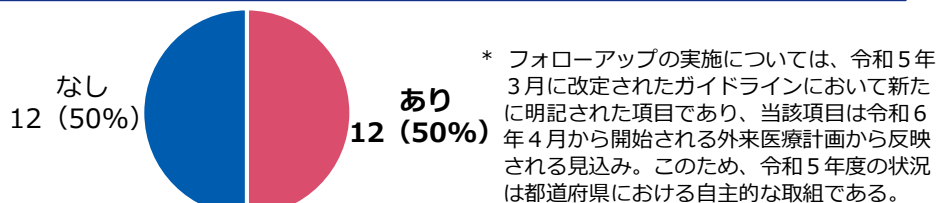
2 外来医師多数区域における新規開業希望者への要請状況



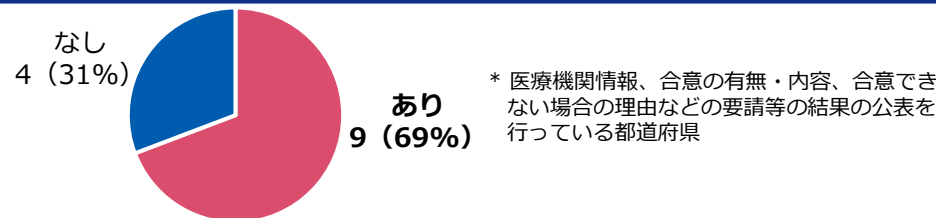
3 担うことが合意された医療機能の件数

医療機能(複数回答可)	件数
産業医や予防接種等の公衆衛生	474
在宅医療	220
初期救急医療	197
その他の地域医療として対策が必要な医療機能	279

4 合意事項に関するフォローアップの取組*を行っている都道府県



5 不足する医療機能に関する要請等の結果の公表を行っている都道府県*



※ 1、2、3は外来医師多数区域を有する37都道府県、4は「合意あり」の24都道府県、5は「要請あり」の26都道府県のうち、「合意なし」の13都道府県を集計

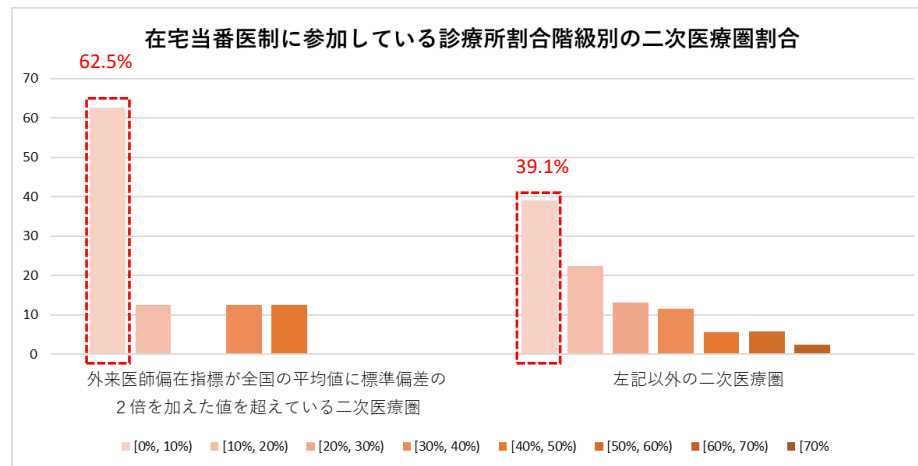
* 「要請なし」には、要請をしていない自治体における新規開業者に加え、一部、単に施設移転の開業であるため要請していない場合を含む。

** 「協議中」は、要請に応じない場合に、協議の場への出席要請等を継続しているもの。

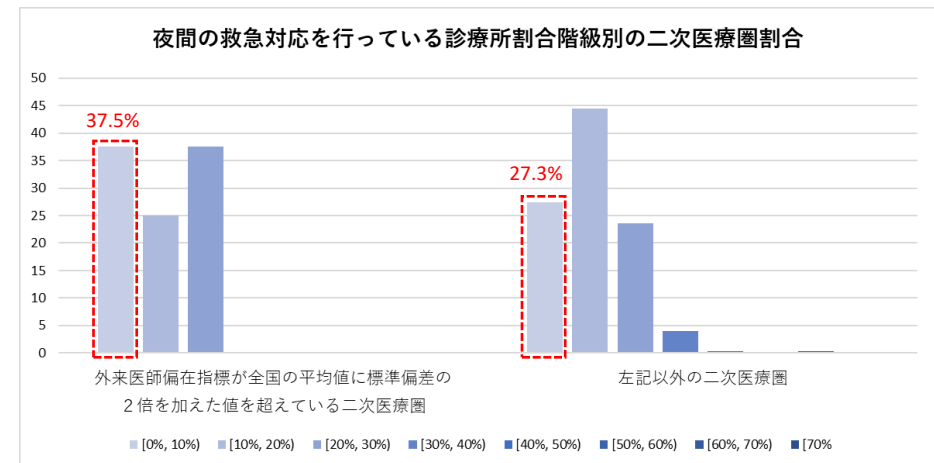
*** 「要請のみ」は、要請のみ行っており、要請後に合意の有無を確認していないもの。

診療所の在宅当番医制及び夜間救急対応の状況について

- 在宅当番医制に参加している診療所の割合が10%未満の二次医療圏は、外来医師偏在指標が一定数値（標準偏差の2倍）を超える圏域では62.5%、それ以外の圏域では39.1%。
- 夜間の救急対応を行っている診療所の割合が10%未満の二次医療圏は、外来医師偏在指標が一定数値（標準偏差の2倍）を超える圏域では37.5%、それ以外の圏域では27.3%。



在宅当番医制に参加している診療所の割合が10%未満の二次医療圏

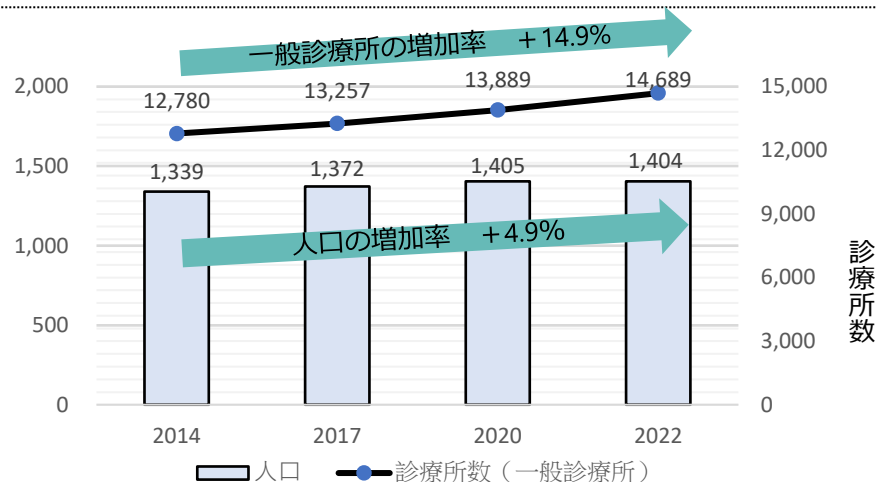


夜間の救急医療を行っている診療所の割合が10%未満の二次医療圏

資料出所：厚生労働省「医療施設（静態）調査」（2020年）を基に作成

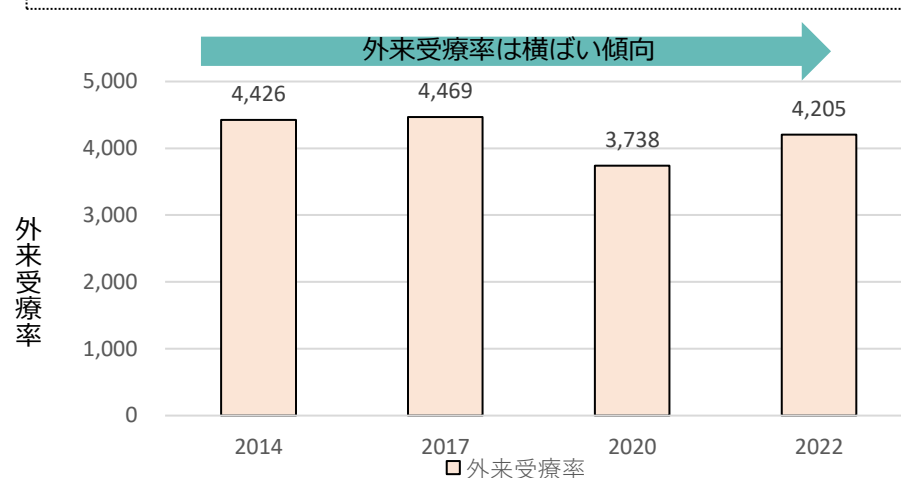
【東京都】 人口・診療所数の推移

○ 人口は増加傾向にあり、診療所数も増加傾向にある。



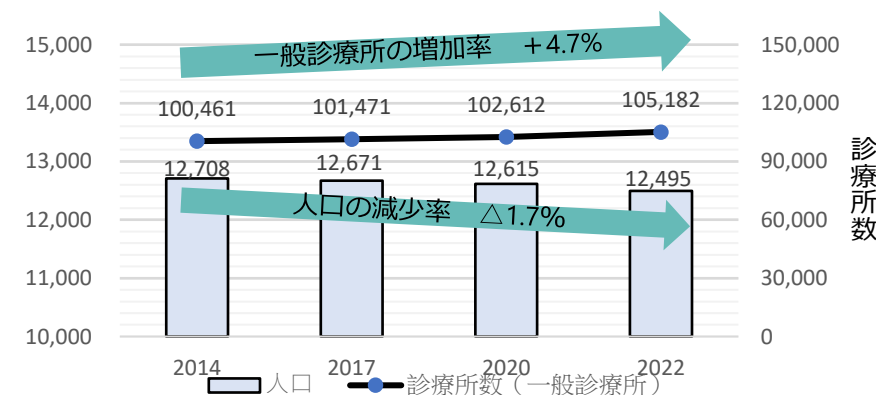
【東京都】 外来受療率

○ 診療所数は増加傾向にあるが、外来受療率は横ばい傾向にある。



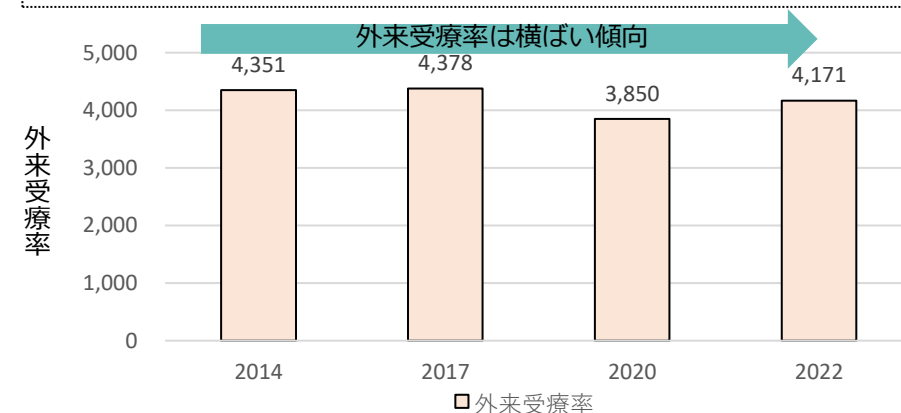
【全国】

○ 人口は減少傾向にあるが、診療所数は増加傾向にある。



【全国】

○ 診療所数は増加傾向にあるが、外来受療率は横ばい傾向にある。



（人口）総務省「人口推計」
（一般診療所数）厚生労働省「医療施設調査」 ※歯科診療所を含まない。

（外来受療率）外来の初・再診料の算定回数(NDBオープンデータ)を人口(総務省「人口統計」)で除すことにより算出(人口10万対)。医療機関の稼働日数を270日と仮定。(病院、一般診療所を含む)

【東京都と全国の70歳以上の診療所医師数】

	診療所医師数	70歳以上の診療所医師数	
東京都	16,582人	2,961人	17.9%
全国	107,348人	24,699人	23.0%

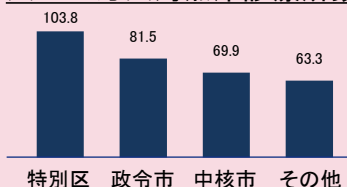
資料出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和4年）

地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

現 状

- 外来患者の約6割が受診する**無床診療所は、開設が都市部に偏っている**。
- また、地域における救急医療提供体制の構築、グループ診療の推進、放射線装置の共同利用等の**医療機関の連携の取組が、個々の医療機関の自主的な取組に委ねられている**。

人口10万人対無床診療所数

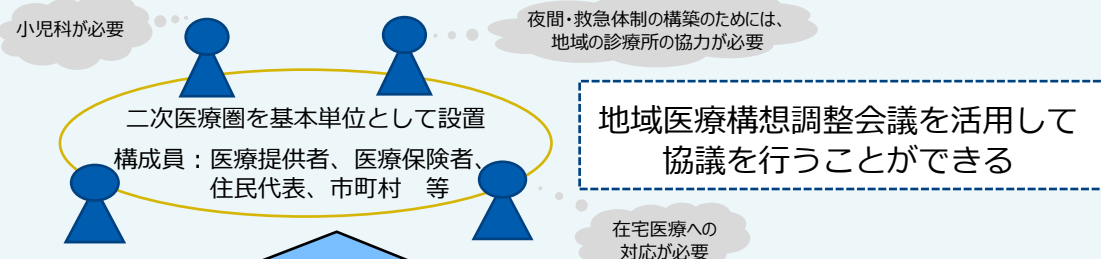


(二次医療圏別)

上位	1位：東京都・区中央部	248.8
	2位：大阪府・大阪市	123.1
下位	2位：北海道・遠紋	32.9
	1位：北海道・根室	26.5

制度改正案

外来医療に関する協議の場を設置



医師偏在の度合いを示す指標の導入

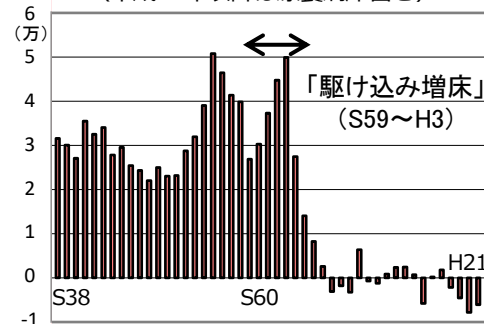
地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握が可能

- **外来医療機能に関する情報を可視化**するため、地域の関係者が**提供する情報の内容**（付加情報の追加、機微に触れる情報の削除等）**について協議**
- 救急医療提供体制の構築、グループ診療の推進、医療設備の共同利用等の、**地域における外来医療機関間の機能分化・連携の方針についても協議**

無床診療所の開業規制を行う場合の課題

- ・ **自由開業制との関係**（現行制度上、医師免許は開業免許と位置付けられており、憲法で保障された営業の自由との関係の整理が必要）
- ・ **国民皆保険との関係**（国民皆保険を採用する我が国においては、保険上の制限も実質上の開業制限）
- ・ **雇入れ規制の必要性**（開業規制を行うのであれば、雇入れ規制が必要であるが、これは事実上困難）
- ・ **新規参入抑制による医療の質低下への懸念**（新規参入がなくなれば、医療の質を改善・向上するインセンティブが低下する懸念）
- ・ **駆け込み開設への懸念**（病床規制を導入した際は、S59～H3 までの間に238,916床増床）

【参考】一般病床数の増加数の年次推移
（平成12年以降は療養病床含む）



参考

ドイツにおける「需要計画」による医師偏在対策（精査中）

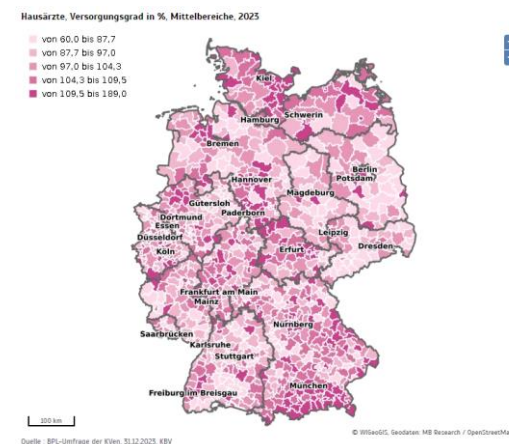
- 医師は専門医となり、保険医協会から嘱託医の承認を得ることで、診療所の開業医として公的医療保険の診療報酬の請求を行うことができる。診療報酬の体系上、各診療科の給付は当該専門医が請求可能。
- 保険医協会は、地域の年齢・性別・有病率を踏まえ、地域ごと・診療科ごとの医師の配置比率（医師1名あたり住民数）を示した「需要計画」（Bedarfsplanung）を策定。地域ごと・診療科ごとに、実際の医師の配置状況と比較して、以下のような医師の供給調整が行われる。
 - ・ 供給不足（医師の充足率が家庭医は75%未満、他の専門医は50%未満）→ 供給不足解消措置（割増手当、診療所開設補助、医師派遣等）
 - ・ 過剰供給（医師の充足率が110%以上）→ 嘱託医として開業不承認
 - ・ 超過剰供給（医師の充足率が140%以上）→ 事業継承の原則禁止、診療所買い上げ

「需給計画」は、医師の均等な配置や、医師の過剰供給地域における不経済の防止に資するとの期待がある。一方で、医師の供給不足地域の問題は解消できていないという課題も指摘されている。

（参考1）「需要計画」では、診療科ごとに4つの地域区分により医師の配置比率を設定（地図はザクセン・アンハルト州の例）

家庭医	一般的な専門診療科	専門性の高い専門診療科	特に専門性の高い専門診療科
General practitioner	- Ophthalmologist - Surgeons and orthopedists - Gynecologist - Otolaryngologist - Dermatologist - Neurologist - Psychotherapists - Urologist - Pediatrician	- Internists - Anesthetists - Radiologists - Child and Adolescent Psychiatrist	- Physical and Rehabilitation Medicine - Nuclear medicine - Radiation therapists - Neurosurgeons - Human geneticist - Laboratory physicians - Pathologists - Transfusion medicine
MIDDLE LEVEL REGIONS (N=883)	COUNTRY REGION (N=361)	METROPLIS REGIONS (N=97)	ASHIP(N=17)
			

（参考2）家庭医における地域偏在の状況



※ 大学での医学教育の後、医師試験に合格して医師免許を取得する。その後、州医師会の管轄下で、専門領域ごとに定められた卒後研修を受け、試験に合格し承認されることで、家庭医を含む、何らかの専門医となる。専門医となることで、その専門に係る診療科標ぼうが可能となる。また、開業に際しては1つの診療科しか標ぼうすることができない。

（主な出所）「健保連海外医療保障」(健康保険組合連合会)、「フランスとドイツのかかりつけ医制度」(産業医科大学 松田晋哉教授)、「仏独両国の医師偏在の現状と対策」(国立国会図書館 調査と情報)、在独日本国大使館調べ

経済的インセンティブについて（案）

骨子案

地域医療介護総合確保基金等による重点的な支援区域の医療機関や処遇改善のための経済的インセンティブ、当該区域への医師派遣等を行う中核的な病院への支援（略）等を検討。

（主な論点）9/5厚生労働省医師偏在対策推進本部

- ・ 新たに選定する重点的な支援対象区域（都道府県において医師偏在対策に重点的に取り組む支援対象区域）における開業・承継の支援や、経済的インセンティブを含め、医師の勤務意欲につながる方策について検討すべきではないか。
- ・ 新たに選定する重点的な支援対象区域に医師派遣等を行う大学病院等の中核的な病院への支援（略）等を検討すべきではないか。
- ・ （略）診療報酬を通じた対策についても、医師偏在是正の観点から検討すべきではないか。
- ・ （略）経済的インセンティブとして、どのような対応が必要か。経済的インセンティブによる偏在是正を進めるにあたっては、国や地方のほか、保険者等からの協力を得るなど、あらゆる方策を検討すべきではないか。

I 現状・課題

- ・ 都道府県において、へき地保健医療対策として、へき地診療所の施設・設備整備支援や運営支援、へき地医療拠点病院からへき地診療所への代診医の派遣経費の支援等を行うとともに、地域医療介護総合確保基金を活用して、キャリア形成プログラムの対象となる学生への修学資金の貸与の支援、医師不足地域の医療機関への医師派遣体制の構築を行っている。
- ・ 医師少数地域において新たに診療所を開設する医師に対する開設から一定期間の資金支援策を創設するとともに、医師少数地域で働く医師（勤務医・開業医）の確保・派遣を強化すべきとの指摘や、医師偏在対策基金を創設すべきとの指摘がある。

II 取組の方向性案

- ・ へき地でなくても、人口規模、地理的条件、今後の人口動態等から、医療機関の維持が困難な地域であり、優先的かつ重点的に対策を進める区域として設定される「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」における医師確保を推進するため、経済的インセンティブとして、どのような対応が考えられるか。
- ・ 「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」において必要な医療機能を維持し、国民皆保険制度を安定的に運営する観点から、こうした取組に対する、国や地方のほか、保険者等からの協力の在り方について医療保険部会等でも検討することとしてはどうか。
- ・ また、地域間・診療科間の医師偏在是正の観点から診療報酬において、どのような対応が考えられるか。

経済的インセンティブ（案）

- 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、へき地でなくても、人口規模、地理的条件、今後の人口動態等から、医療機関の維持が困難な地域であり、優先的かつ重点的に対策を進める区域として設定される「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」における医師確保を推進するため、都道府県の「医師偏在是正プラン(仮称)」に基づき、経済的インセンティブを講じることとしてはどうか。
- 都道府県の「医師偏在是正プラン(仮称)」全体の策定にあわせて、令和8年度から経済的インセンティブの本格実施とするよう検討すべきではないか。
 - ・ 診療所医師が高齢化し、人口規模が小さい二次医療圏等で診療所数が減少傾向にある中、「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」で承継・開業する診療所に対する支援を行うこととしてはどうか。この支援については、緊急的に先行して取り組むことが考えられるのではないか。
 - ・ 「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」において、急激な人口構造の変化や医師の高齢化により医療提供体制の維持に課題が生じる地域を下支えする観点から、当該区域内の一定の医療機関に対して、派遣される医師及び従事する医師への手当増額の支援を行うこととしてはどうか。また、当該区域内の一定の医療機関に対して、土日の代替医師確保等の医師の勤務・生活環境改善の支援を行うこととしてはどうか。
 - ・ 「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」において、中核病院等からの医師派遣により医師を確保するため、当該区域内の医療機関に医師を派遣する派遣元医療機関に対する支援を行うこととしてはどうか。
- その際、国において、事業費の総額を設定した上で、その範囲内で、人口、可住地面積、医師の高齢化率、医師偏在指標等に基づき、都道府県ごとに予算額の上限を設定し、その範囲内で支援を行うこととしてはどうか。
- 地域の医療提供体制の確保は、国と都道府県が連携して取り組んできたが、適切な給付を行うことは医療保険制度において保険者に求められるものであり、医師少数地域における適正な給付の維持・確保は保険者にも一定程度の責任が求められる。このため、「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」における支援のうち、本来診療報酬により賄われているが、特定の地域に対して診療報酬で対応した場合、当該地域の患者負担の過度の増加をまねくおそれがあるものについて、全ての被保険者に広く負担いただくよう保険者からの拠出を求めることとしてはどうか。
- また、こうした支援策の検討に当たっては、給付費全体の中でバランスをとる観点から、地域間・診療科間の医師偏在是正のための診療報酬での対応を図ることが考えられるのではないか。

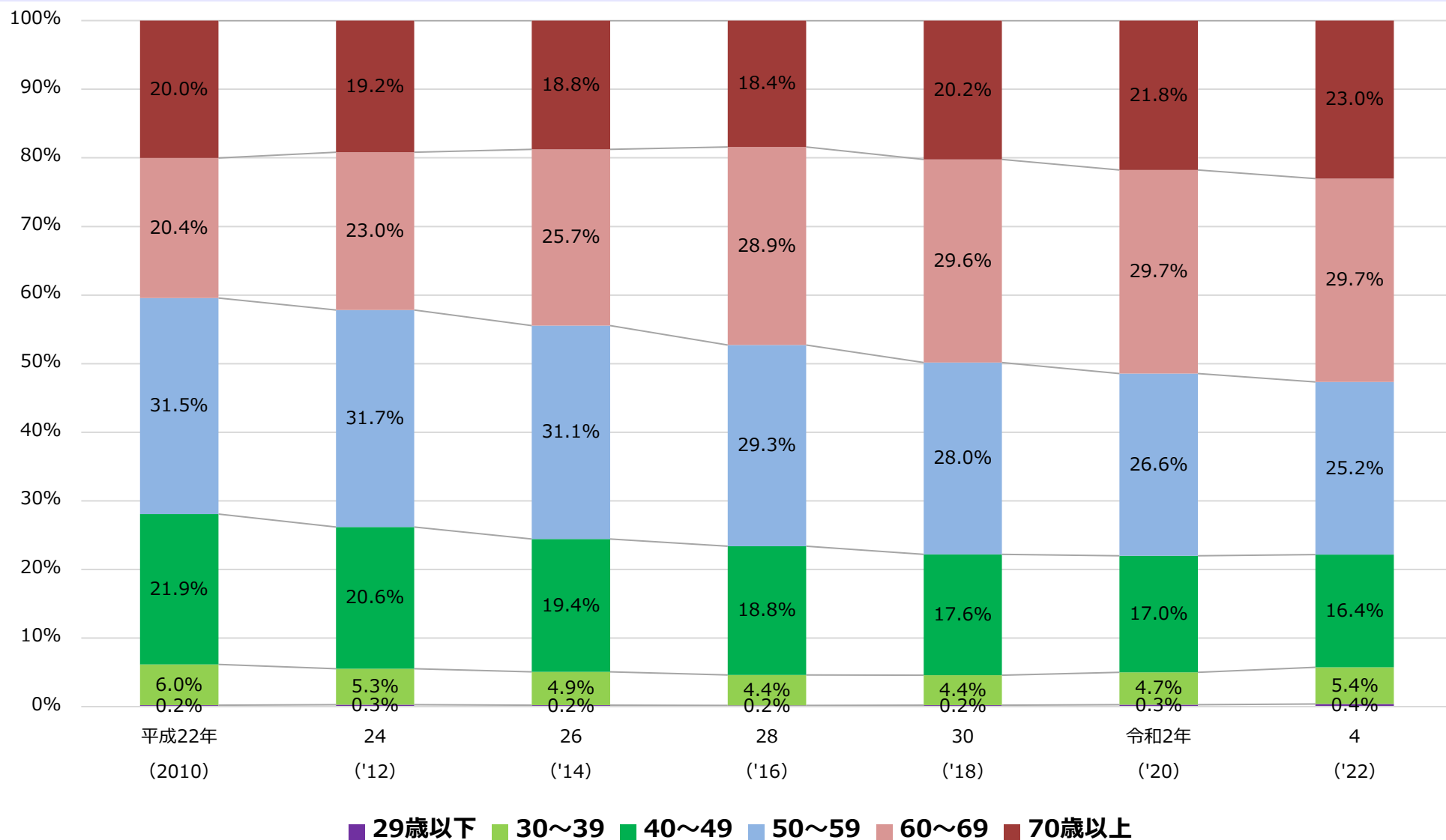
診療所従事医師の年齢階級別の割合の推移

第5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

資料2

令和6年7月3日

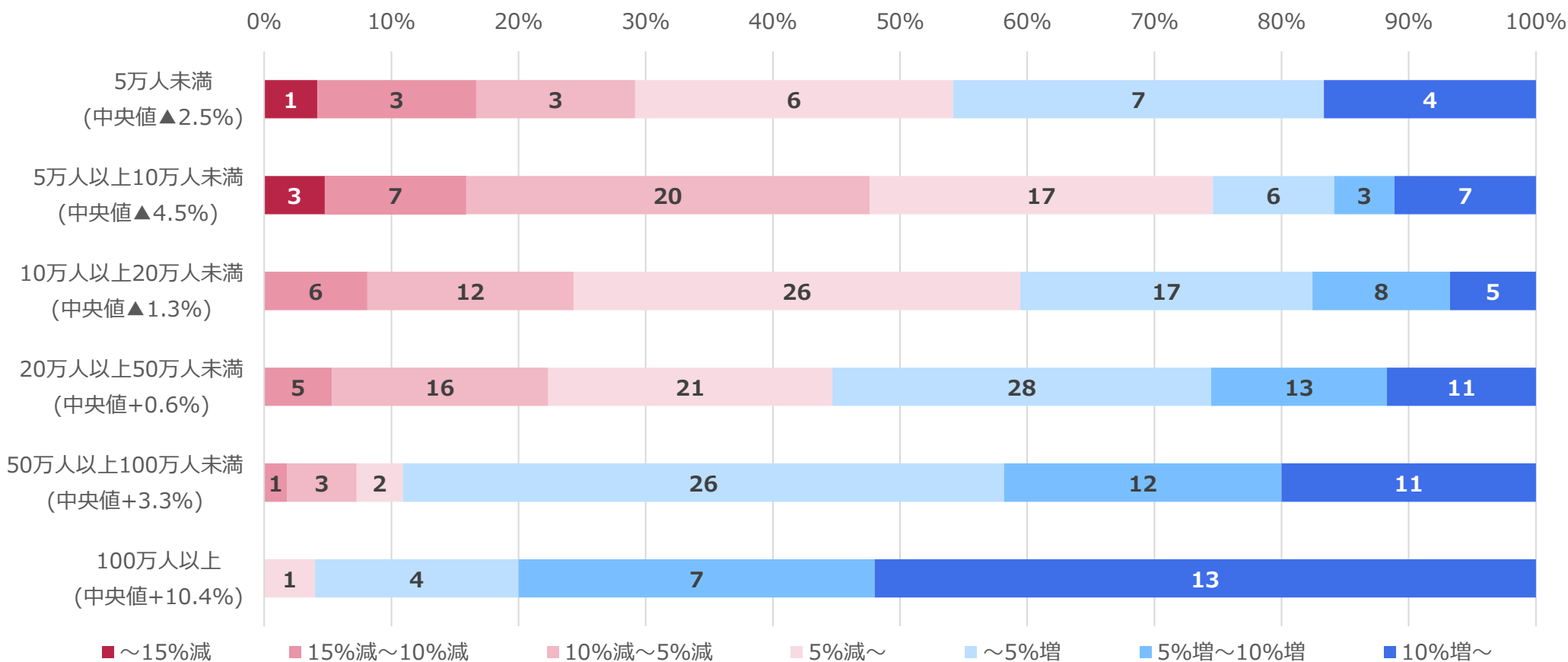
- 診療所が主たる従事先の医師については、40歳未満の医師の割合は約6%である。
- 診療所が主たる従事先の医師については、60歳以上の医師の割合が増加してきている。



人口規模別の二次医療圏毎の診療所数の変化（2012年→2022年）

- ・人口規模が小さい二次医療圏においては、2012年から2022年にかけて診療所数が減少傾向にある。
- ・50万人以上100万人未満、100万人以上の二次医療圏では、2012年から2022年にかけて診療所数が増加傾向にある。

2012年から2022年への診療所数の変化率別二次医療圏数（人口規模別）



資料出所：厚生労働省「医療施設調査」を基に地域医療計画課において作成。

※人口規模は、2020年国勢調査結果に基づくものであり、二次医療圏は第7次医療計画時点のもので統一して比較。

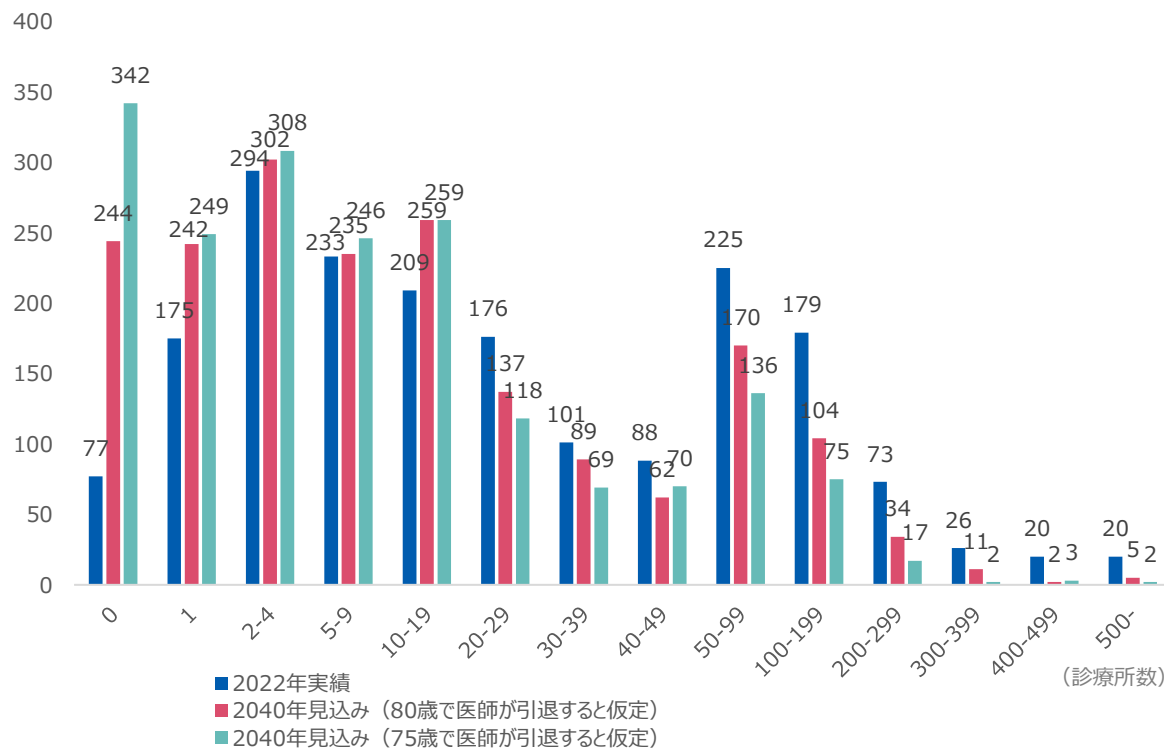
市区町村における診療所数と2040年の見込み

診療所医師が80歳で引退し、承継がなく、当該市区町村に新規開業がないと仮定した場合、2040年においては、診療所がない市区町村数は170程度増加する見込み。

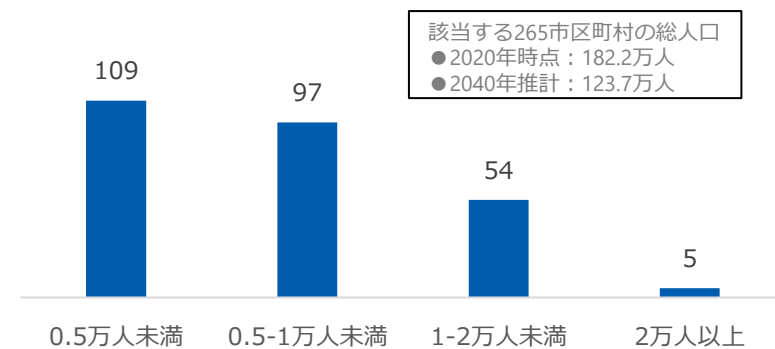
※ 75歳で引退すると仮定した場合は270程度増加する見込み。

■ 市区町村別診療所数の見込み（2022年実績、2040年見込み）

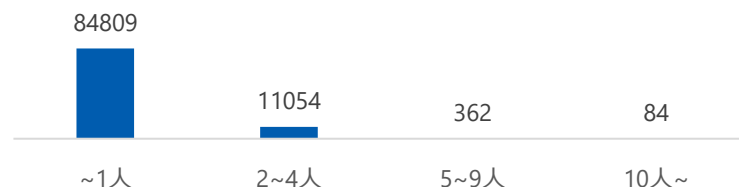
（市区町村数）



■ 2040年に診療所がなくなる可能性がある市区町村数（人口規模別）※75歳で診療所医師が引退すると仮定



■（参考）常勤医師数別の無床診療所数



資料出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和4年）、厚生労働省「医療施設調査」（令和2年）を特別集計。

※ 市区町別診療所数の見込みについては、医師届出票による主従事市区町村の診療所医師数＝診療所数、診療所医師が80歳又は75歳で引退し、承継がなく、新規開業がないと仮定
※ 人口規模は2020年国勢調査結果、2040年推計人口は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」に基づくものである。

なお、福島県浜通り地域（13市町村）においては、市町村別の2040年人口が推計されていないため、2040年推計における総人口の集計からは除外している。

医師が勤務先の選択に当たって考慮する事項について

- ヘき地の勤務条件に対する大都市の内科系勤務医の選好の分析※1によると、勤務先選択の要因として、ヘき地での勤務期間の短さ、週休2日で完全にフリー(オンコールなし)になること、当直回数の少なさ等が重視されている。勤務地以外の県外住居に週末帰宅するための交通費が支給されること、ヘき地勤務後の高度の医療・教育機関での研修が希望できること、年間給与額が増えること等は、ヘき地勤務に正に有意であった。ヘき地医療機関より年収が637万円低くなってもヘき地勤務を選ばない傾向にある一方で、ヘき地勤務を敬遠しない勤務医が29%存在していた。
- また、若手医師が勤務先を選択するに当たって重視する項目の分析※2によると、収入が多いこと、勤務地が過疎地・ヘき地・離島でないこと、休日が多いこと、当直回数が少ないこと、同科の同僚の数が多いこと等が重視される傾向がある。年収100万円増につき勤務先として選択される確率が約3.4%上昇する、ヘき地・離島に位置すると大都市圏に比べて勤務先として選択される確率が約15.1%低下する、休日日数が1日増えると勤務先として選択される確率が約1.2%上昇する、当直回数が1回増えると勤務先として選択される確率が約3.3%低下するなどと推定されている。

※1「ヘき地の勤務条件に対する大都市の内科系勤務医の選好」（佐野洋史等、日本労働研究雑誌No.680、2017）

※2「勤務先の病院選択において若手医師が考慮する要因の研究：医師不足・偏在問題解消の政策へ向けて」（坂口一樹等、日医総研ワーキングペーパーNo.350、2015）

へき地保健医療対策関係予算について

へき地保健医療対策予算の概要

1 予算額

【令和5年度予算額】 74.9億円 → 【令和6年度予算額】 75.3億円

2 内 容

(1) へき地医療支援機構の運営 259百万円

都道府県単位の広域的な支援体制を図るため、各都道府県に「へき地医療支援機構」を設置し、支援事業の企画、調整及び医師派遣の実施等を補助する。

(2) へき地医療拠点病院等の運営 6,606百万円

へき地における医療の提供など支援事業を実施する医療機関等の運営に必要な経費を補助する。

- ア へき地医療拠点病院運営費
- イ へき地保健指導所運営費
- ウ へき地診療所運営費(国保直診分(保険局計上分)含む)
- エ へき地診療所医師派遣強化事業

(3) へき地巡回診療の実施 150百万円

無医地区等の医療の確保を図るため、医師等の人件費及び巡回診療車等の運行に必要な経費を補助する。

- ア へき地巡回診療車(船)(医科・歯科)
- イ へき地巡回診療航空機(医科)
- ウ 離島歯科診療班

(4) 産科医療機関の運営 281百万円

分娩可能な産科医療機関を確保するため産科医療機関の運営に必要な経費を補助する。

(5) へき地患者輸送車(艇・航空機)運行支援事業 229百万円

無医地区等の医療の確保を図るため、無医地区等から近隣医療機関等の輸送に必要な経費を補助する。

- ア へき地患者輸送車(艇)
- イ メディカルジェット(へき地患者輸送航空機) など

医療施設等 設備 整備費補助金の概要

1 予算額

【令和5年度予算額】 20.7億円 → 【令和6年度予算案】 17.8億円

2 要 旨

へき地・離島などの過疎地の住民に対する医療の確保及び臨床研修医の研修環境の充実等を図るため、医療施設や臨床研修病院等の設備整備を支援するもの。

3 補助対象

補助対象事業《メニュー区分》 (事業実施主体)

へき地医療拠点病院 (公立・公的・民間・独法)

へき地診療所 (公立・公的・民間・独法)

へき地患者輸送車(艇) (公立・公的・民間・独法)

へき地巡回診療車(船) (公立・公的・民間・独法)

へき地・離島診療支援システム (公立・公的・民間・独法) など

医療施設等 施設 整備費補助金の概要

1 予算額

【令和5年度予算額】 24.5億円 → 【令和6年度予算案】 24.5億円

2 要 旨

へき地・離島などの過疎地の住民に対する医療の確保及び臨床研修医の研修環境の充実等を図るため、医療施設や臨床研修病院等の施設整備を支援するもの。

3 補助対象

補助対象事業《メニュー区分》 (事業実施主体)

へき地医療拠点病院 (公立・公的・民間・独法)

へき地診療所 (公立・公的・民間・独法) など

全国的なマッチング機能の支援等について（案）

骨子案

地域医療介護総合確保基金等による（略）全国的なマッチング機能の支援等を検討。

（主な論点）9/5厚生労働省医師偏在対策推進本部

- （略）全国的なマッチング機能の支援等を検討すべきではないか。

I 現状・課題

- これまで医師偏在対策は医師養成過程における若手医師を中心に進められ、中堅・シニア世代の医師を対象とした対策が十分には行われていない。他方で、中堅・シニア世代の医師の中には、地域医療への関心を示す者が一定程度存在することから、これらの人材を医師不足地域における医療ニーズに上手くつなげるべきとの指摘がある。
- 医師不足地域での勤務を希望する医師に対し、リカレント研修や現場体験を行いつつ、医師不足地域での勤務を全国的にマッチングする仕組みを創設すべきとの指摘がある。

II 取組の方向性案

- 中堅・シニア世代等の医師を対象として、医師偏在是正やセカンドキャリア構築支援に向けて、医師不足地域での医療に関心・希望を有する医師の掘り起こしを行い、必要に応じてリカレント教育や現場体験につなぎ、医師不足地域の医療機関とのマッチング、その後の定着支援等を行うような、全国的なマッチング機能の支援を行うことについて、どのように考えるか。

都道府県と大学病院等の連携パートナーシップ協定について（案）

骨子案

大学病院との連携パートナーシップについて、都道府県・大学病院にヒアリング等を行い、対応を検討。

（主な論点）9/5厚生労働省医師偏在対策推進本部

- ・ 都道府県が医師偏在是正に主体的に取り組み、国は都道府県をサポートする仕組みを検討すべきではないか。

I 現状・課題

- ・ 地域における医師確保・医師派遣の取組を進める上で、都道府県と大学病院等との連携は重要。
- ・ 一部の都道府県においては、大学病院等との連携パートナーシップ協定の締結を通じ、医師確保のための取組を推進している例がみられる。
- ・ 一方、連携パートナーシップ協定の内容は都道府県によって様々であり、医師確保に向けた実効性の観点から課題がある。

II 取組の方向性案

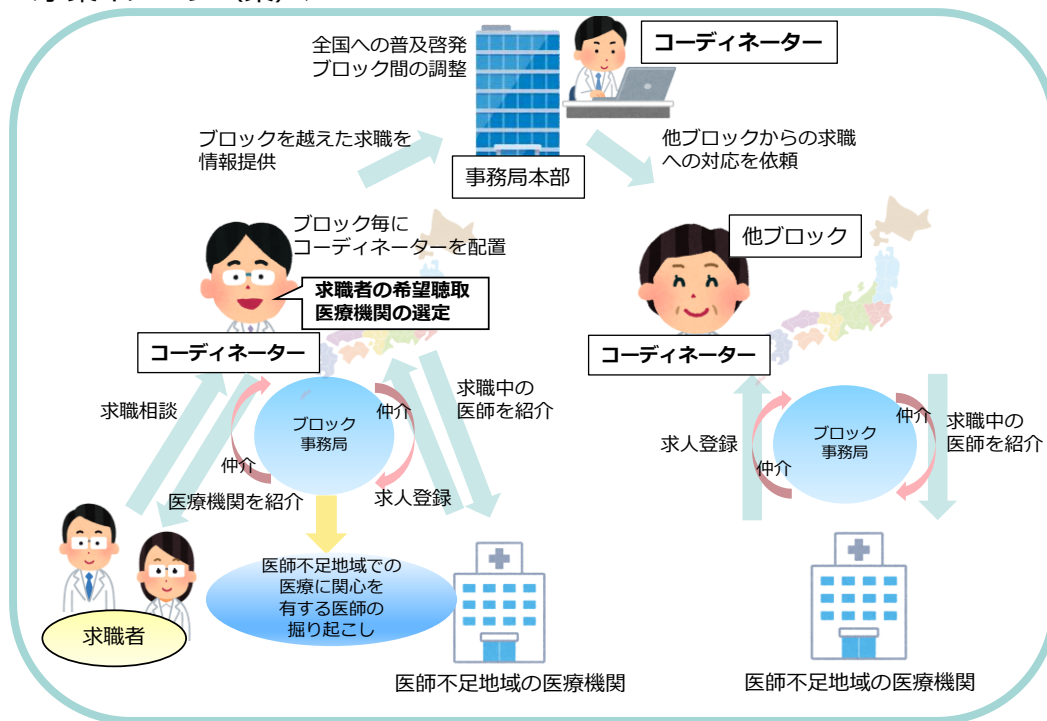
- ・ 都道府県における地域医療対策協議会等による医師派遣調整機能等を強化するため、都道府県と大学病院等の連携パートナーシップ協定の締結を推進することについて、どのように考えるか。

全国的なマッチング機能の支援等、都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定（案）

【全国的なマッチング機能の支援等】

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

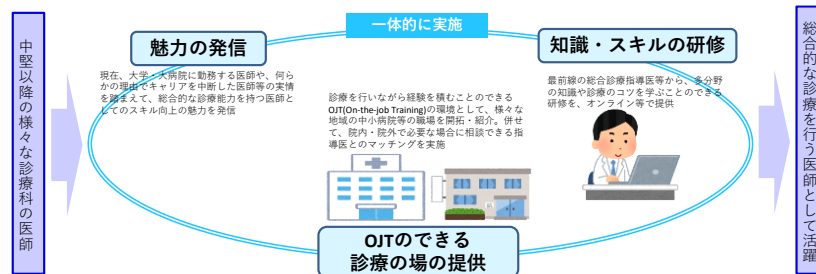
＜事業イメージ（案）＞



連携
リカレント教育
現場体験の提供

＜リカレント教育の支援＞

- 中堅・シニア世代等の医師に対する総合的な診療能力等に係るリカレント教育の推進を支援



【都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定】

- 都道府県における地域医療対策協議会等による医師派遣調整機能等を強化するため、都道府県と大学病院等の間で、医師派遣、医学部地域枠等に関する連携パートナーシップ協定の締結を推進することとしてはどうか。

令和6年度予算額 1.6億円（1.6億円）※（）内は前年度当初予算額

1 事業の目的

- 近年、医師についても女性割合が高まっているが（現在、医学部生の約3分の1が女性）、出産・育児・介護等によりキャリアを中断せざるを得ない場合があり、ライフイベントとキャリアの両立が課題となっている。
- 令和6年度からの医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始に向け、医師の働き方改革を進めながら就業医師数を確保するため、また令和3年度に改正された育児・介護休業法に基づいて男女ともに育児休業取得を促進させ、「女性医師の更なる活躍を応援する懇談会報告書」で推奨されている短時間勤務等の働き方を希望する者に適用していくため、女性医師のさらなる就業支援を図ることが必要であり、そして男性医師も含む人材確保が必要である。このため、都道府県医師会が独自でもつ医師バンクシステムと連携し、幅広い医師の全国的な就職斡旋体制の強化を図ることで、女性医師を中心に医師がライフイベントとキャリアを両立することを支援する。

2 事業の概要・スキーム

①女性医師バンク事業

各都道府県医師会等の医師バンクシステムと連携し、就業を希望する女性医師等と、医師の採用を希望する医療機関等の情報をコンピュータを通じて収集を行い、就業希望条件が適合する女性医師等に対して当該医療機関等を紹介し、採用に至るまでの間の支援等を行う。

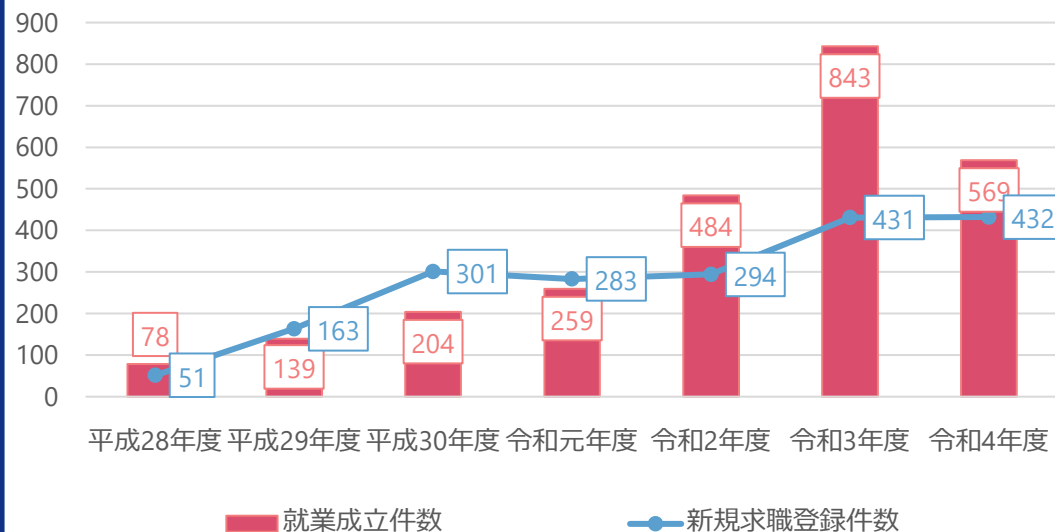
②女性医師等の就業促進等のための調査の実施

上記①及び下記③の事業の効果的な実施のため、女性医師等の就業状況等に関する実態調査を実施する。調査は、日本医師会及び都道府県医師会が連携して、女性医師等の就業促進に資する事項について、①及び③の利用者のほか、その所属機関の他の医師等に対して行うものとする。

③女性医師等就業支援の実施

女性医師等の就業を支援することについて効果のある講習会や講演会等の実施または支援を行う。さらにその他様々な啓発活動の実施に向けた支援を行う。

3 事業の実績・実施主体



(公社) 全国自治体病院協議会「自治体病院・診療所医師求人求職支援センター」

1 事業内容

- 公益社団法人全国自治体病院協議会では、公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会と共同により自治体病院・診療所医師求人求職支援センターを設置運営、医師の職業紹介を行っている。

自治体病院・診療所医師求人求職支援センターは、昨今の勤務医不足や地域・診療科偏在により地域医療の維持・継続に困難を極めているといわれる状況の中、地域医療の確保を図ることを目的とした医師の就業に関する支援を行っている公的機関。

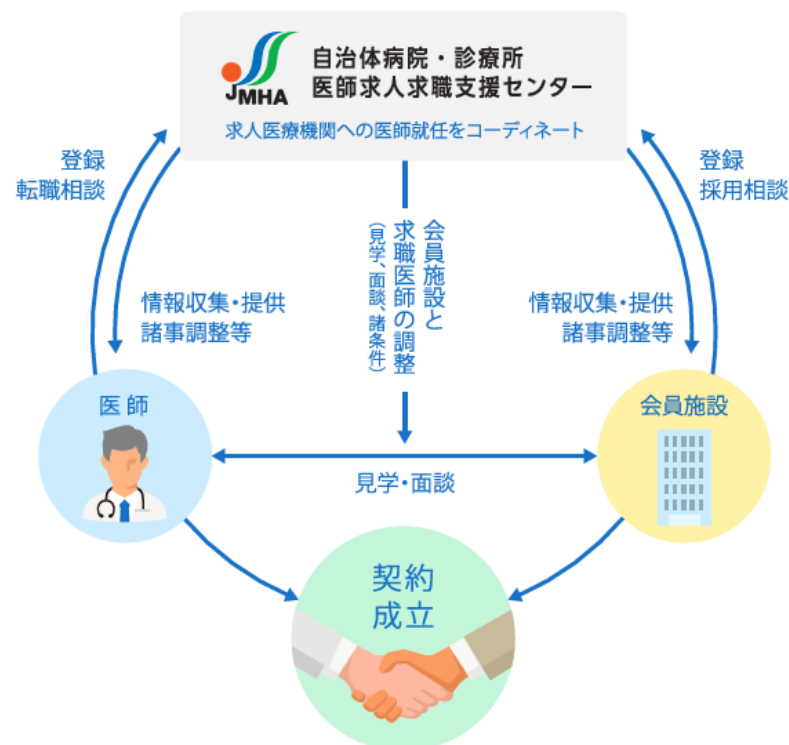
公益社団法人全国自治体病院協議会では、昭和55年度より医師の職業紹介事業を実施。

2 事業の概要・スキーム

- 転職を希望する医師が要望等を登録すると、希望にあった転職先を紹介。面談の設定から就任に至る条件交渉等の支援を行う。

- ・登録から就任まで、費用は発生しない
- ・求人施設から支援センターを介して、スカウトが届く
- ・非公開求人の紹介オファーで選択肢が広がる
- ・キャリア、スキルを尊重した最適な医療機関を紹介
- ・在職中からの転職活動を行うことが可能
(登録内容、転職活動等の秘密は厳守)
- ・全国の公立病院と診療所の常勤・非常勤の求人検索が可能
- ・就任後もフォローが受けられる

(参考) 全国自治体病院協議会ホームページ



(公社) 地域医療振興協会「へき地医療支援センター」

1 事業内容

- 「へき地医療の確保と質の向上」を目的とする地域医療振興協会の活動の中で、全国のへき地医療に貢献する事業を行う部署として、平成17年に設立。へき地の勤務を希望する医師等に対してへき地等の医療施設を紹介する無料職業紹介事業と、へき地医療に興味を持つ学生や研修医等に対してへき地医療に関する様々な情報提供を行っている。また地域医療振興協会が運営する全国の施設を中心にして、へき地等での勤務を希望する医師に対する総合診療を中心とした再研修事業を実施。

2 事業の概要・スキーム

- へき地医療に従事することを希望する医師等を募集し、医師確保が困難な医療施設とのマッチングを実施。
また、さまざまなキャリアを持つ医師がへき地で不安なく医療を提供できるよう、個人の必要に応じてへき地の現場で役立つ医療知識や技能を習得する為の研修プログラムを提供。
人材の募集から育成まで一貫して実施していくことで、地域医療の確保と質の向上をサポート。

(参考) 地域医療振興協会ホームページ



[へき地ネット](#)

「へき地ネット」では、JADECOCの役割とされている「へき地の医師確保と質の向上」、「全国各地の情報を連携させる」を、情報発信によって実現することを目指しています。

臨床研修医の募集定員について

- 臨床研修の必修化後、研修医の募集定員が研修希望者の1.3倍を超える規模まで拡大し、研修医が都市部に集中する傾向が続いた。
- このため、平成22年度研修から各都道府県の募集定員上限を設定し、研修医の偏在是正を図っている。

平成16年度



平成22年度～



平成27年度～



令和3年度～

・研修医の募集定員は、全国の定数管理や地域別の偏在調整が行われず募集定員倍率（研修希望者数に対する募集定員数の比率）が1.3倍を超える規模まで拡大

・平成22年度から臨床研修を開始する研修医について、厚生労働省が各都道府県の募集定員上限を設定

臨床研修制度等に関する意見のとりまとめ（平成21年2月18日 臨床研修制度のあり方等に関する検討会）

（2）募集定員や受入病院のあり方の見直し

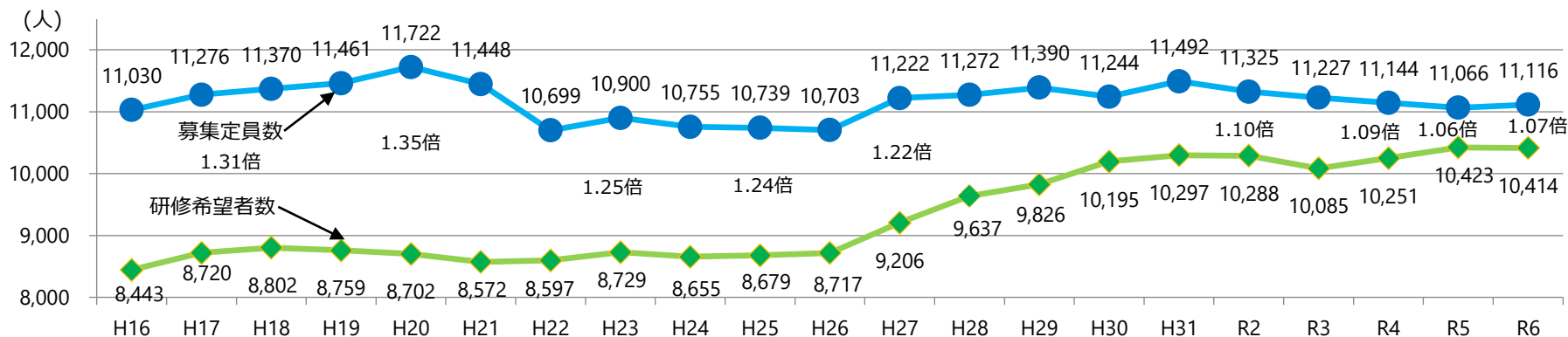
○研修希望者に見合った募集定員の総枠を設定するとともに、研修医の地域的な適正配置を誘導するため、人口分布を始め医師養成規模・地理的条件等を考慮した都道府県別の募集定員の上限を設定する。

・募集定員倍率を令和2年度に向けて約1.10倍まで縮小する

・募集定員倍率を令和7年度に約1.05倍まで縮小する

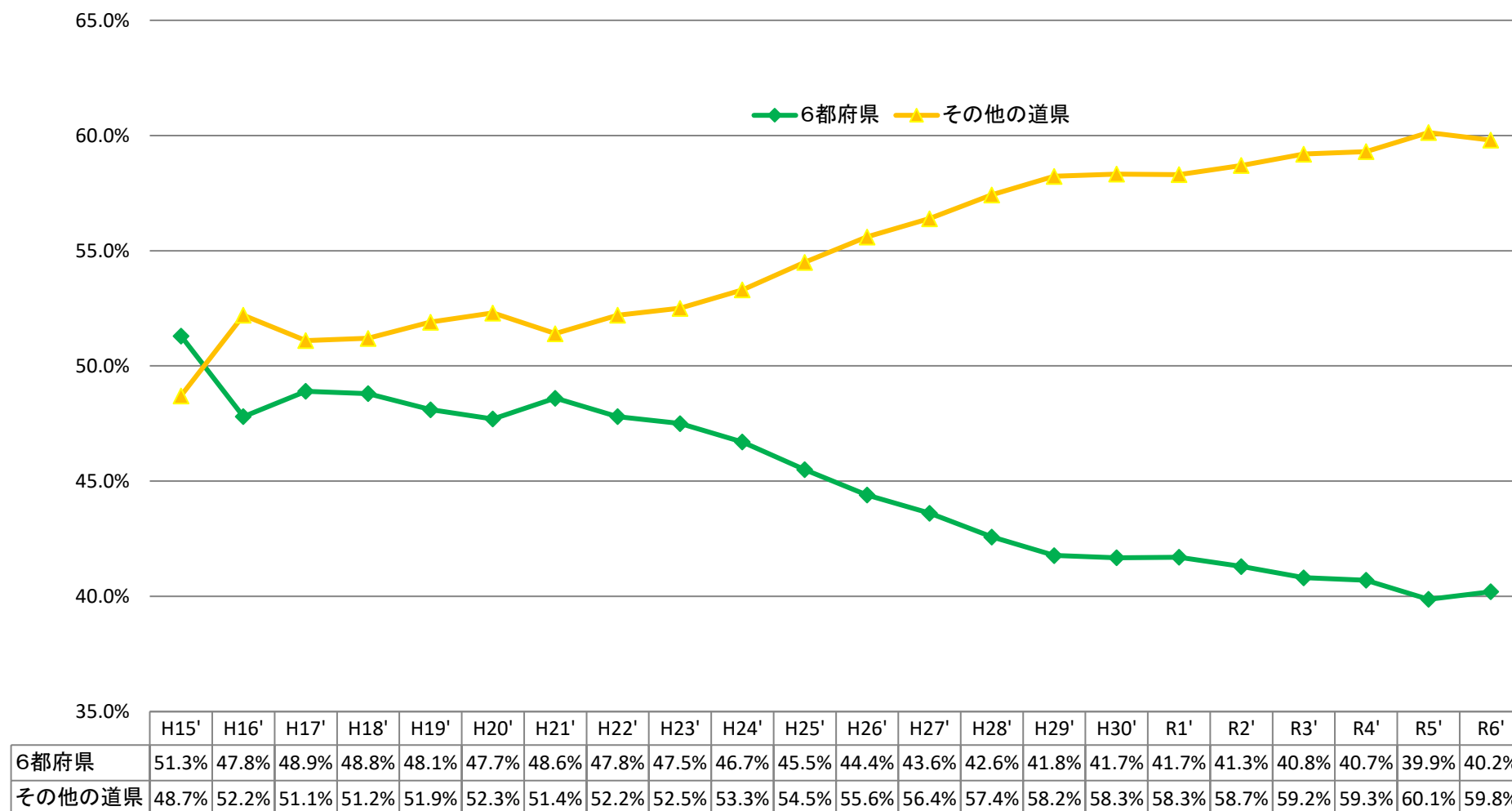
・令和3年度から臨床研修を開始する研修医について、各都道府県が、厚生労働省が設定した各都道府県の募集定員上限の範囲内で、当該都道府県内の病院の募集定員を設定

研修医の募集定員数、研修希望者数、募集定員倍率（募集定員数÷研修希望者数）の推移



研修医の採用人数の割合の推移〈6都府県とその他の道県〉

大都市部のある6都府県（東京・神奈川・愛知・京都・大阪・福岡）の採用人数の割合は、臨床研修の必修化前の51.3%（平成15年度）から40.2%（令和6年度）まで減少している



（③地域における研修機会の充実について）

- 医師少数県等12県の知事で構成される「地域医療を担う医師の確保を目指す知事の会」は、臨床研修について、「地域の医療機関で研修する期間を、例えば半年程度確保できる制度に見直す」よう提言している。
- 医師多数県に所在する基幹型病院に採用された研修医が、医師多数県における研修を中心としつつ、医師少数県に所在する臨床研修病院においても一定の期間研修することは、双方の特性・魅力を生かした良質な研修を受けられる、キャリアの選択肢が広がる、自身の適性に気づく契機となる、といったメリットが考えられる。
- このため、研修医本人が希望することを前提として、このような研修が受けられる機会を創設することとし、令和8（2026）年度以降は、医師多数県の募集定員上限のうち一定割合については、医師少数県等に所在する臨床研修病院において24週程度の研修を行う研修プログラムの募集定員に充てるものとする。
- 具体的には、医師多数県のうち募集定員上限に占める採用人数の割合（以下「採用率」という。）が全国平均以上の都道府県は、当該都道府県の募集定員上限の5%程度及び激変緩和措置による加算分の一部を、医師の確保が困難な地域、例えば、医師中程度県（医師多数県及び医師少数県以外の都道府県をいう。）のうち採用率が全国平均以下の都道府県の医師少数区域や、医師少数県のうち採用率が全国平均以下の都道府県に所在する協力型臨床研修病院（以下「協力型病院」という。）において24週程度の研修を行う研修プログラム（以下「広域連携型プログラム」という。）の募集定員に充てるものとする。
- 広域連携型プログラムにおいて研修医を派遣する基幹型病院は、協力型病院との調整など研修プログラムの設定・運用等に係る負担が増すと考えられる。このため、厚生労働省は、広域連携型プログラムに取り組む基幹型病院に対して、適切に支援することが必要である。具体的には、医師臨床研修費補助事業による支援や、協力型病院の候補となる病院の情報提供が必要である。
- また、研修医の派遣を受ける都道府県及び協力型病院においても、基幹型病院と協力し、研修医の受入に向けて必要な取組を実施することが求められる。
- なお、基幹型病院において広域連携型プログラムの研修医を募集する際は、研修医マッチングに先立って、プログラムの特徴等に関して丁寧に情報提供することが必要である
- 広域連携型プログラムの詳細については、本部会において、関係の都道府県の意見も踏まえつつ、引き続き検討することとする。

専門研修プログラムの専攻領域を決めた時期

【専攻医調査（有効回答数15,857件・有効回答率46.3%、WEB形式）】

	人数 (人)	医学部 入学前	医学部 前半 (臨床 実習開 始前)	医学部 後半 (臨床 実習開 始後)	臨床研 修1年目	臨床研 修2年目	臨床研 修修了 後	その他
全体	15,857	7.4	3.7	15.7	14.4	53.2	4.6	1.0
内科	4,829	3.7	3.4	13.7	17.6	58.5	2.9	0.3
小児科	1,158	22.8	5.4	19.5	9.6	40.2	2.2	0.2
皮膚科	529	7.4	2.6	11.0	12.9	61.4	3.8	0.9
精神科	865	13.8	3.6	9.4	12.6	45.3	12.6	2.8
外科	1,565	7.0	4.0	24.2	13.1	47.5	3.6	0.6
整形外科	1,037	12.9	2.1	14.9	13.0	52.6	4.1	0.5
産婦人科	1,062	10.6	4.2	22.8	12.0	47.6	2.5	0.2
眼科	504	9.9	3.2	15.9	15.3	52.2	3.2	0.4
耳鼻咽喉科	413	4.8	2.2	15.5	9.7	66.3	1.5	0.0
泌尿器科	453	2.0	1.3	16.8	14.8	63.6	1.3	0.2
脳神経外科	355	7.9	7.0	25.4	13.5	43.4	2.0	0.8
放射線科	601	2.0	2.8	15.5	15.5	56.7	5.8	1.7
麻酔科	777	1.8	2.2	13.1	19.7	56.4	5.4	1.4
病理	204	3.9	18.1	17.2	6.4	36.8	12.7	4.9
臨床検査	51	0.0	0.0	2.0	2.0	11.8	51.0	33.3
救急科	553	6.3	3.1	9.0	14.3	58.0	7.2	2.0
形成外科	292	4.5	3.1	13.7	18.2	55.5	4.1	1.0
リハビリテーション科	207	1.0	1.4	8.2	9.7	46.9	23.2	9.7
総合診療	402	5.0	7.5	11.9	7.5	53.7	10.4	4.0

現在の基本領域を選択した理由（複数回答）

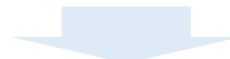
【専攻医調査（有効回答数15,857件・有効回答率46.3%、WEB形式）】

	人数 (人)	将来にわたって専門性を維持しやすいから	やりがいを感じるから	適性・才能があるから	生命に直結するから	生命に直結しないから	手技が少ないから	手技が多いから	手技が高度だから	手技が簡単だから	訴訟リスクが小さいから	診療できる疾患が広いから	開業がしやすいから	親族が開業している科と関連があるから	医師が不足しており競争が少ないから	医師が多く業務の分担が期待できるから	進んでいるから	医師以外の職種とのタスクシェアリングがフット・タスクシエアリングが	地域枠の指定診療科が含まれる基本領域だから	患者とコミュニケーションを取る機会が多いから	患者とコミュニケーションを取る機会が少ないから	給与等処遇が良いから	ワークライフバランスの確保ができるから	ハラスメントが少ないから	博士号が取りやすいから	指導・教育体制が充実しているから	専門医が取得しやすいから	先輩や教授等に誘われたから	総合的な診療能力を獲得しやすいと思ったから	地域に貢献できる科だから	試験の中で最も希望に沿った診療科だったから	他に、より希望する診療科はあったものの、合格した採用はなかったから	他に、より希望する診療科はあったものの、定員が緩く入りやすそうだったから	その他
全体	15,857	36.6	62.6	19.1	12.9	4.8	5.1	27.4	6.8	1.0	1.4	19.1	7.1	6.1	5.0	1.5	1.5	1.6	12.2	2.3	4.4	24.4	4.0	0.8	6.6	3.7	8.9	14.3	7.8	0.3	0.5	3.8		
内科	4,829	44.9	57.0	17.6	11.9	1.7	9.3	19.4	3.6	1.1	1.3	23.0	8.9	6.7	4.3	1.9	0.6	1.6	14.7	0.1	2.1	16.1	3.3	0.9	7.5	1.3	8.6	22.6	7.4	0.2	0.5	3.3		
小児科	1,158	15.5	86.0	16.4	10.9	0.3	1.1	6.0	1.0	0.1	0.1	23.9	3.7	4.7	2.0	0.5	0.2	2.7	22.3	0.0	0.3	5.9	4.8	0.5	6.9	1.7	3.9	22.8	12.0	0.6	0.5	3.4		
皮膚科	529	36.7	47.3	21.2	0.2	21.0	1.1	23.1	1.1	3.8	6.4	18.9	21.4	11.5	0.8	1.7	0.2	0.6	12.5	0.0	1.7	52.7	7.4	1.1	4.3	0.2	6.4	3.2	5.7	0.6	0.8	4.3		
精神科	865	42.5	57.9	36.3	1.2	11.7	21.2	0.1	0.0	1.8	2.0	3.4	7.7	6.6	0.8	2.2	3.1	0.9	25.5	0.0	7.1	50.8	9.8	1.4	7.5	4.9	5.9	1.5	6.6	0.5	0.5	6.1		
外科	1,565	24.3	77.7	12.6	26.3	0.5	0.3	51.8	23.3	0.7	0.0	10.5	1.3	1.9	7.9	0.2	0.2	1.2	6.8	0.1	0.8	8.6	1.2	0.4	4.6	1.2	11.4	10.0	4.4	0.1	0.6	2.6		
整形外科	1,037	44.8	66.2	15.5	0.6	12.5	0.4	45.1	6.4	0.5	0.6	13.5	13.4	10.5	0.8	3.7	1.0	1.3	8.0	0.1	8.2	11.2	1.4	0.8	6.8	4.5	12.9	2.3	9.7	0.4	0.5	2.5		
産婦人科	1,062	33.9	81.5	11.7	22.8	0.2	0.1	39.5	1.9	0.9	0.1	15.7	2.2	6.5	8.0	0.8	0.8	2.6	12.1	0.0	12.1	6.3	1.3	0.2	3.6	9.6	8.7	2.1	7.5	0.5	0.1	3.4		
眼科	504	52.8	42.7	15.1	0.4	22.8	0.2	39.3	14.7	0.0	2.6	1.4	12.5	22.0	1.0	0.6	1.4	0.4	4.4	0.2	5.6	46.4	4.4	0.2	4.8	3.4	6.0	1.4	2.2	0.4	0.2	2.8		
耳鼻咽喉科	413	43.1	50.6	10.4	2.4	3.4	0.0	53.5	8.7	0.5	1.5	27.4	23.0	13.8	4.6	1.5	0.7	0.0	9.7	0.0	2.4	31.7	7.7	0.2	5.8	2.9	13.1	2.7	5.6	0.7	0.5	2.2		
泌尿器科	453	45.3	54.1	13.9	2.2	3.1	0.0	51.7	6.6	2.2	1.1	25.2	6.6	4.9	5.5	0.9	1.3	0.2	6.4	0.0	3.5	32.7	6.0	0.7	4.6	7.3	17.2	6.4	3.8	0.2	0.2	4.0		
脳神経外科	355	29.0	75.8	12.4	35.8	0.3	0.3	39.4	36.6	0.6	0.3	12.4	0.6	2.8	5.6	0.3	0.0	0.3	2.0	0.0	4.5	0.0	0.6	0.0	2.8	0.3	9.6	6.5	4.8	0.6	0.6	5.6		
放射線科	601	43.6	49.1	34.1	4.2	6.8	12.0	6.3	3.8	0.7	6.7	30.0	0.3	1.0	10.1	2.3	6.7	0.2	3.2	22.5	4.0	61.9	11.6	2.7	12.1	3.3	12.0	6.7	2.3	0.0	0.8	4.2		
麻酔科	777	34.7	50.3	30.1	23.3	0.1	0.5	41.8	4.6	0.5	0.8	5.7	0.4	1.3	3.3	4.0	2.7	1.8	0.4	18.0	16.2	59.7	1.8	0.6	6.0	6.6	6.8	6.6	0.5	0.3	0.1	3.2		
病理	204	45.1	51.5	34.3	1.5	6.4	11.8	0.0	0.5	1.0	2.5	26.0	0.0	0.5	21.6	0.0	1.5	1.0	0.0	32.4	1.5	53.4	3.4	5.9	5.9	2.5	6.9	4.9	1.5	0.5	1.0	14.2		
臨床検査	51	37.3	13.7	11.8	0.0	3.9	2.0	2.0	3.9	0.0	0.0	5.9	0.0	0.0	17.6	0.0	9.8	0.0	0.0	3.9	0.0	51.0	2.0	7.8	7.8	9.8	31.4	11.8	2.0	2.0	0.0	25.5		
救急科	553	16.3	69.1	17.5	53.9	0.7	0.0	31.6	6.0	1.1	0.5	35.8	1.3	0.7	5.8	1.1	6.0	3.1	6.7	0.7	7.8	35.1	1.3	0.5	6.5	12.7	7.4	38.7	17.0	0.0	1.1	2.2		
形成外科	292	20.2	64.7	28.4	0.0	25.3	0.0	61.0	24.3	1.4	1.0	17.5	7.2	2.4	0.7	0.3	0.7	0.7	2.7	0.0	2.7	28.1	3.4	0.3	4.5	1.7	4.8	0.7	2.4	0.7	1.7	4.8		
リハビリテーション科	207	38.2	53.1	23.2	0.5	18.8	11.6	0.5	0.0	1.9	10.6	29.0	1.9	3.9	26.1	0.5	11.1	0.0	31.4	0.0	4.3	62.8	13.0	1.4	5.8	15.9	11.6	18.4	19.3	1.0	1.4	7.2		
総合診療	402	17.2	59.7	28.9	2.7	0.7	6.0	1.5	0.2	1.7	1.0	42.8	14.2	6.0	8.2	0.7	3.5	6.2	31.8	0.0	2.2	25.9	7.0	0.0	14.2	8.7	6.2	63.9	44.0	0.7	1.2	8.5		

専攻領域の選択に係るアンケート調査結果のまとめ

【専攻医調査（有効回答数15,857件・有効回答率46.3%、WEB形式）】

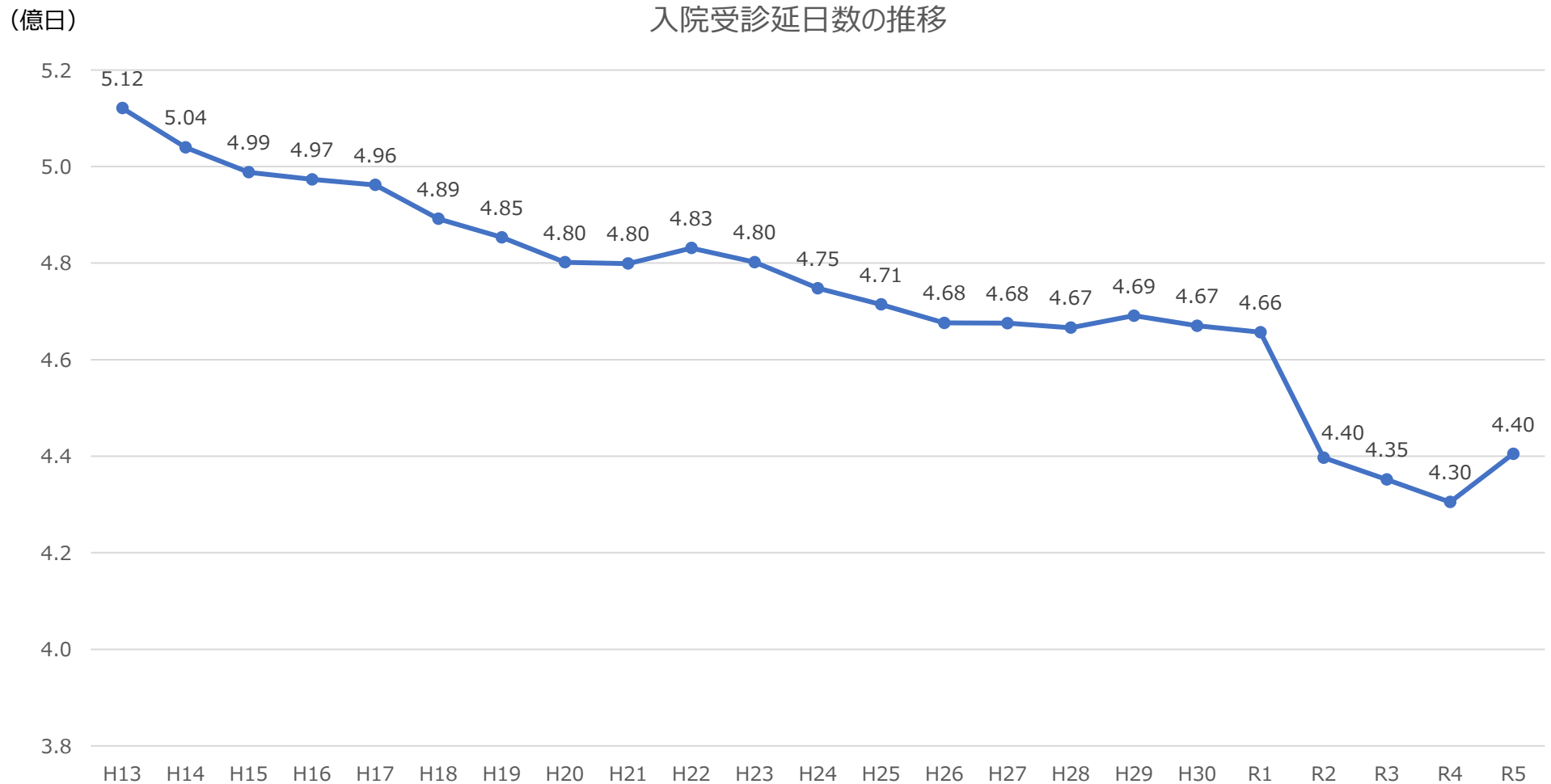
- 専攻領域を決めた時期については、**半数近くの専攻医（53.2%）が「臨床研修2年目」**であったが、領域によって、決めた時期に特徴がみられ、小児科では「医学部入学前」、外科、産婦人科、脳神経外科では「医学部後半（臨床実習開始後）」の割合が相対的に高かった。
- 専攻領域を選択した理由としては、「**やりがいを感じるから（62.6%）が最も多く**、次いで「将来にわたって専門性を維持しやすいから」（36.6%）であるが、**基本領域によって最も多かった選択理由は異なる結果**となった。
- 専攻領域として外科を選択した理由として、「やりがいを感じるから」（77.7%）が最も多く、次いで「手技が多いから」（51.8%）、「生命に直結するから」（26.3%）、「将来的に専門性を維持しやすいから」（24.3%）が多かった。
- 専攻領域として外科を希望していたが選択しなかった理由として、「**ワークライフバランスの確保が難しいから（33.9%）が最も多く**、「将来的に専門性を維持しづらいから」（24.8%）、「医師が不足しており過酷なイメージがあるから」（21.1%）、「出産、育児、子供の教育に協力的でないから」（19.3%）が多かった。



- 医師の総数が増加している中、外科などの一部診療科の増加が乏しいことに対して、医師の働き方改革の推進など既存の施策に加えて、どのような対策が考えられるか。

入院の受診延日数の推移（平成13年度～令和5年度）

○入院の受診延日数は減少傾向にある。



資料出所：厚生労働省「医療費の動向調査」（2023年度）

※1 労災・全額自費等の費用を含まない概算医療費ベース。なお、概算医療費は、医療機関などを受診し傷病の治療に要した費用全体の推計値である国民医療費の約98%に相当。

※2 各年度の入院受診延日数の推移をみたもの。

2040年における診療領域別の手術件数の変化について

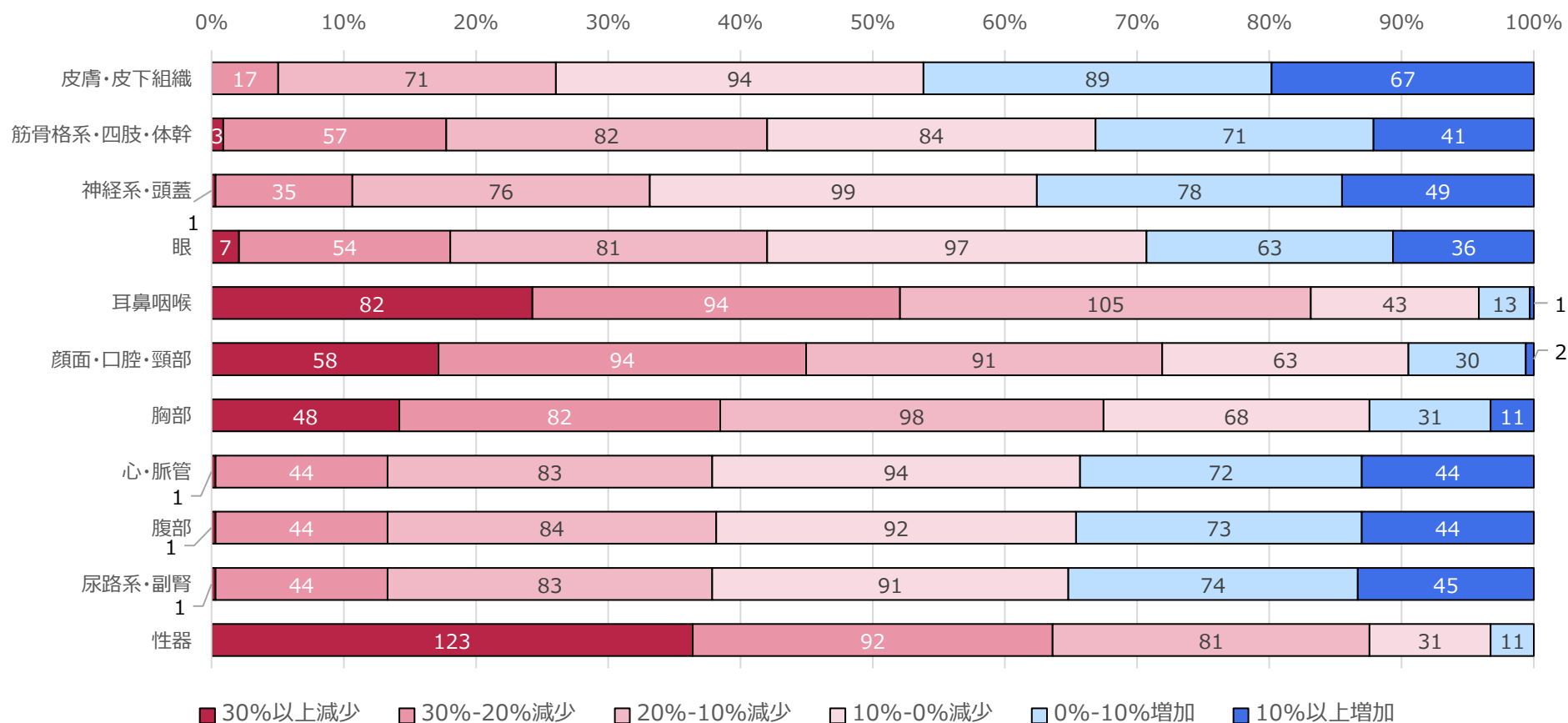
第7回新たな地域医療構想等に関する検討会

資料1

令和6年8月26日

多くの医療資源を要する医療について、2020年から2040年にかけて、全ての診療領域において、半数以上の構想区域で手術件数が少なくなる。

2020年から2040年への手術の算定回数の変化率別構想区域数（診療領域別）



資料出所：厚生労働省「NDBオープンデータ」（令和4年度）、総務省「人口推計」2022年、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」を用いて、厚生労働省医政局地域医療計画課において作成。

※推計については、年齢構成の変化による需要の変化をみるため、全国計の性・年齢階級別の領域別の算定回数を分子、全国の性・年齢階級別人口を分母として受療率を作成し、これを構想区域別の性・年齢階級別の2020年、2040年時点のそれぞれの人口に適用して作成しているものであり、地域別の受療行動の変化の実態を織り込んでいるものではないことに留意が必要。

高齢者の急性期における疾病の特徴

第8回新たな地域医療構想等に関する検討会

令和6年9月6日

資料1

85歳以上の急性期における入院は、若年者と比べ、医療資源を多く要する手術を実施するものは少なく、疾患の種類は限定的で、比較的多くの病院で対応可能という特徴がある。

85歳以上の頻度の高い傷病名（注）

傷病名	手術	割合	累積	病院数
食物及び吐物による肺臓炎	なし	5.8%	5.8%	3,726
うっ血性心不全	なし	5.1%	10.8%	3,350
コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	なし	3.6%	14.5%	3,369
肺炎, 詳細不明	なし	2.7%	17.2%	3,399
転子貫通骨折 閉鎖性	あり	2.4%	19.6%	2,510
尿路感染症, 部位不明	なし	2.3%	21.9%	3,399
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	あり	2.0%	23.9%	2,511
細菌性肺炎, 詳細不明	なし	1.6%	25.4%	2,615
体液量減少（症）	なし	1.6%	27.0%	3,480
腰椎骨折 閉鎖性	なし	1.4%	28.4%	3,540

15-65歳の頻度の高い傷病名（注）

傷病名	手術	割合	累積	病院数
大腸＜結腸＞のポリープ	あり	2.2%	2.2%	2,811
睡眠時無呼吸	なし	1.2%	3.4%	1,881
コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	なし	0.8%	4.2%	2,680
尿管結石	あり	0.8%	5.0%	1,138
穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	なし	0.8%	5.8%	2,603
乳房の悪性新生物＜腫瘍＞, 乳房上外側4分の1	あり	0.8%	6.6%	1,129
急性虫垂炎, その他及び詳細不明	あり	0.8%	7.3%	1,877
子宮平滑筋腫, 部位不明	あり	0.7%	8.0%	840
一側性又は患側不明のそけい＜鼠径＞ヘルニア, 閉塞及びえく壊＞疝を伴わないもの	あり	0.7%	8.8%	2,141
気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞, 上葉, 気管支又は肺	なし	0.7%	9.5%	1,055

85歳以上の上位50疾患までの 手術ありの数 累積割合
15 51%

15歳～65歳の上位50疾患までの 手術ありの数 累積割合
30 28%

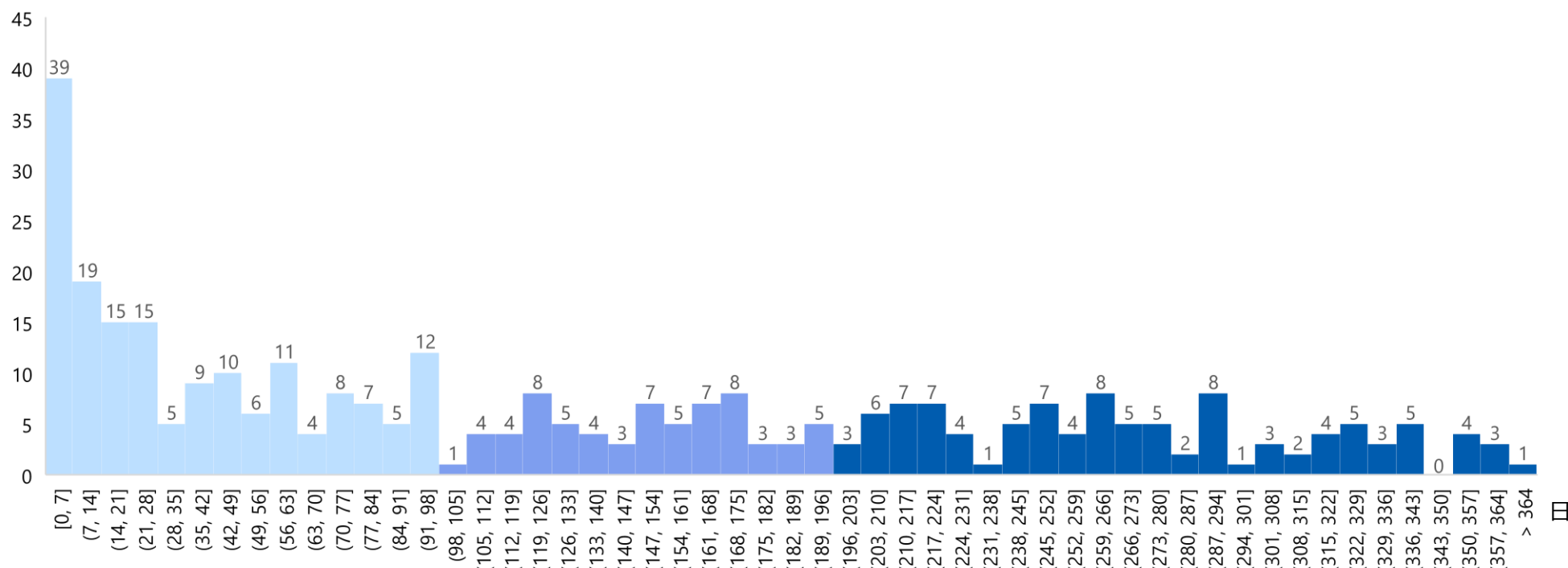
注 傷病名は、急性期入院料等を算定する病棟におけるICD-10傷病名

24時間緊急手術を実施するために必要な体制について

- 緊急手術を24時間体制で実施するためには、手術の主たる診療科、救急部門、麻酔科に関わる医師・看護師のほか、血液検査や画像検査等の検査部門、薬剤部門等、様々な人員が必要となる。
- 二次医療圏毎に年間における夜間や休日等の緊急手術（※）を実施する日数は、360日以上実施する医療圏は3、300日以上は31、200日以上は102、100日以下の医療圏は165であった。

二次医療圏数

二次医療圏別の年間での時間外等の緊急手術（※）の発生日数



2022年度NDBデータ

※緊急手術：時間外加算、休日加算、深夜加算を算定する全身麻酔を実施する手術及び帝王切開

時間外等の緊急手術の件数と対応状況について

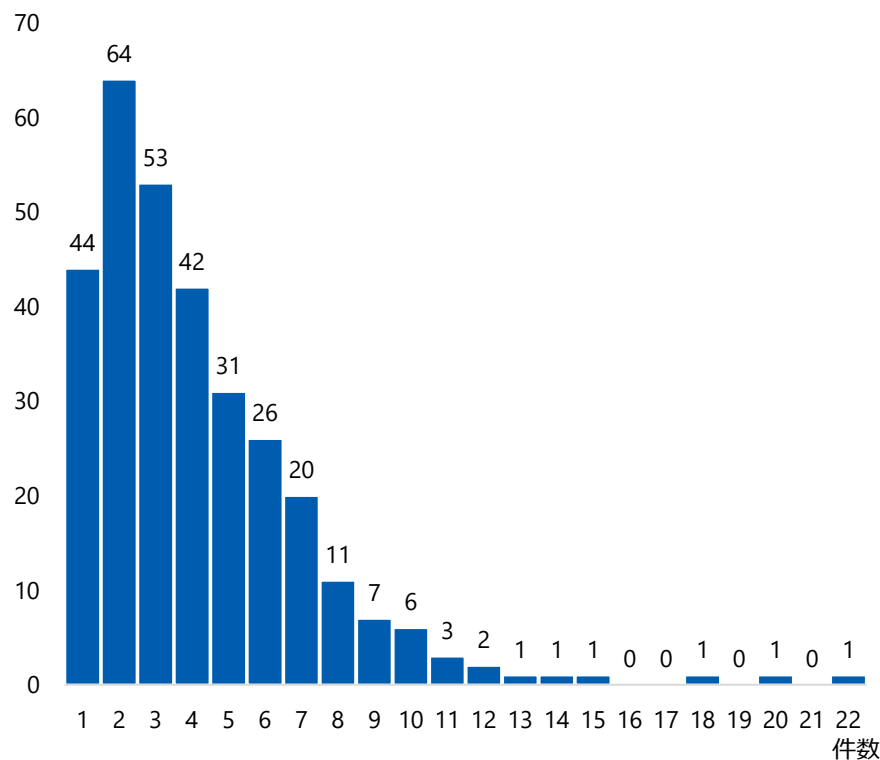
第8回新たな地域医療構想等
に関する検討会
令和6年9月6日

資料
1

- ・二次医療圏において、1日あたりの時間外等の緊急手術について、1年のうち最多の日でも1－4件程度である二次医療圏が大半となっている。
- ・緊急手術を実施する医療機関数が1である二次医療圏は82、2である二次医療圏は61あり、その他の医療圏は3医療機関以上において緊急手術を実施する体制にある。

時間外等の緊急手術の1日当たり最大件数（二次医療圏）

二次医療圏数

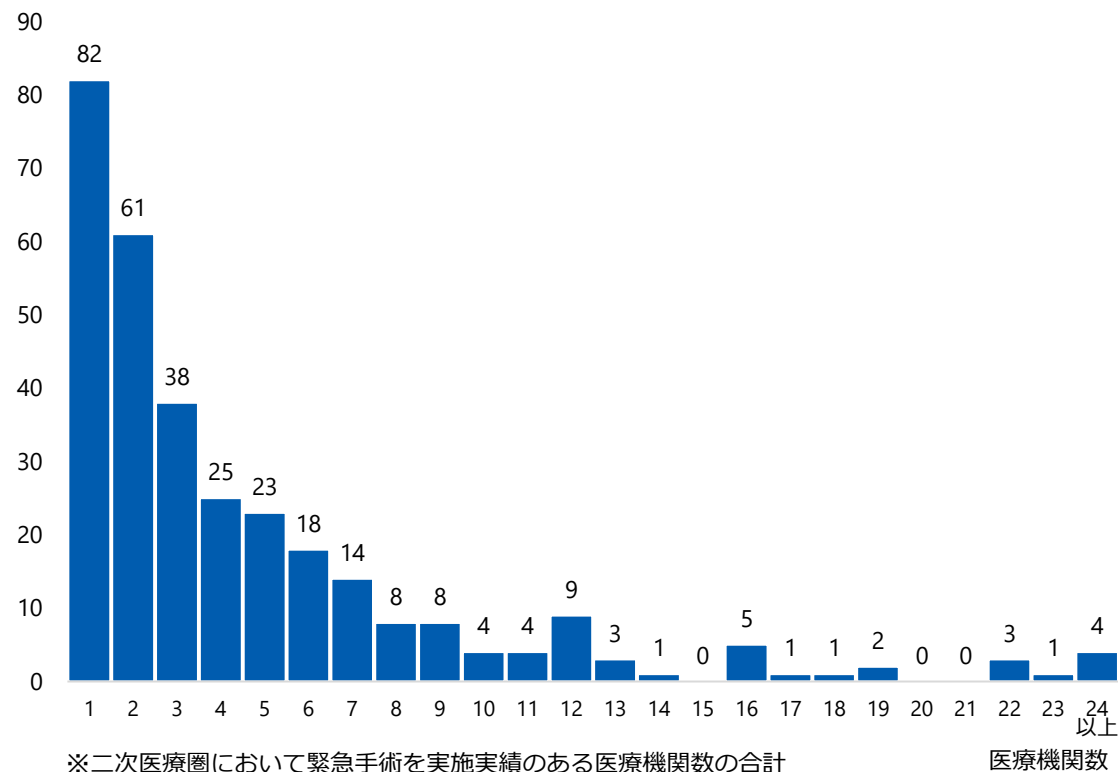


2022年度NDBデータ

※緊急手術：時間外加算、休日加算、深夜加算を算定する全身麻酔を実施する手術及び帝王切開

二次医療圏別の時間外等の緊急手術の実施医療機関数の合計

二次医療圏数



※二次医療圏において緊急手術を実施実績のある医療機関数の合計

医療機関数

外科領域専門研修プログラムにおいて学会が定めている基準の状況

- ・外科領域専門研修プログラムにおいては、専門研修施設について、指導体制確保の観点での指導医等の配置に係る基準の他、経験すべき症例数の確保のために、手術症例数の集積状況に係る基準を設けている。
- ・専攻医受入に当たっても、専攻医1名当たりの症例数を確保するための基準を設けつつ、専攻医の過度の集中を避けるための仕組みなど、地域医療に与える影響にも配慮がなされている場合がある。

専門研修施設に係る基準（日本外科学会専門研修プログラム整備基準）

【専門研修基幹施設】

- ・日本外科学会指導医、外科専門医が合計3人以上常勤し、うち2名はプログラム統括責任者の基準を満たしている。
- ・年間500例以上のNCD登録外科手術症例数を有している。

【専門研修連携施設】

- ・専門研修指導医（外科専門医更新を1回以上経た外科専門医）が最低1人以上常勤している。
- ・年間50例以上のNCD登録外科手術例数を有している。

専攻医受入に係る基準（日本外科学会専門研修プログラム整備基準）

- ・専攻医1人あたり専門研修施設群のNCD登録数は3年間で500例以上を確保すること。
- ・専門研修指導医1名につき学年を問わず、3名の専攻医を超えないような管理体制をとる。

※地域医療等への配慮

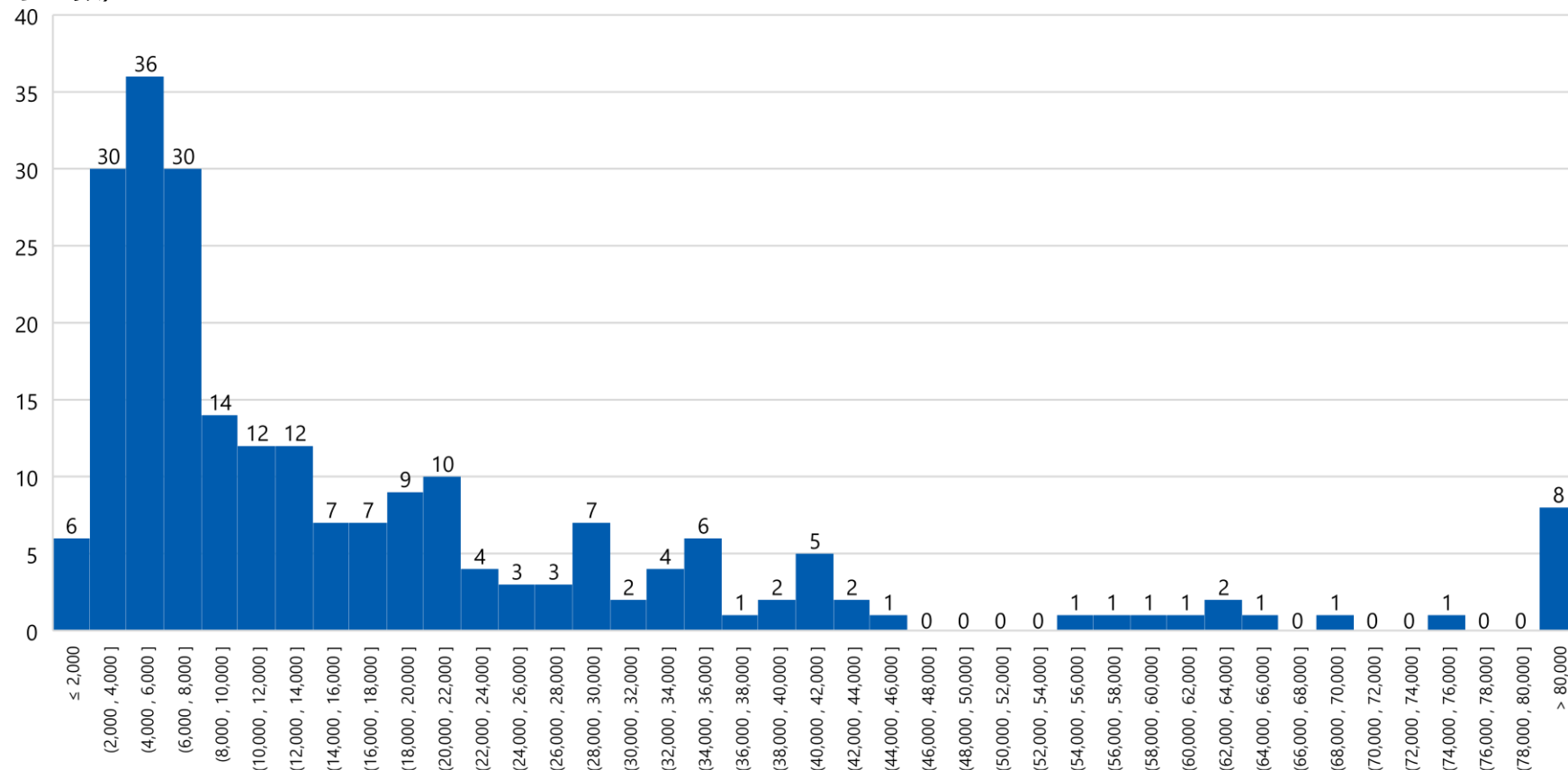
- ・地域医療に配慮した例外的救済措置は専門研修プログラム研修施設評価・認定部門で個別に協議・判断する。
- ・専攻医募集定員数の算定に際しては、都市部への医師偏在を防ぐための自主的な取り組みとして、以下の運用ルールに基づいて定員数を設定する。
 - 1) 3年間の受入上限数が30名以上の研修プログラムは、原則として単年度の募集希望数の上限をその1/3とする。このうち、大学が基幹施設となっている研修プログラムについては、原則として単年度の募集希望数の上限をその30%とする。
 - 2) 3年間の受入上限数が10～29名の研修プログラムは、原則として単年度の募集希望数の上限をその40%とする。
 - 3) 3年間の受入上限数が10名未満の研修プログラムは、単年度の募集希望数の上限を受入上限数以内とする。

外科領域専門研修プログラムにおける研修体制の状況

- 外科領域専門研修プログラムの研修施設における症例数にはばらつきがあり、症例数が相対的に少ないプログラムが一定数存在する。

外科領域専門研修プログラムごとのNCD登録症例数の分布

(プログラム数)



(NCD登録症例数 (3年間))

※専門医機構が認定した外科領域専門研修プログラム246のうち、NCD登録症例数が公表されている230のプログラムについて集計を実施。

※公表されているプログラムごとのNCD症例登録数については、プログラムによっては概数になっている等、正確性には一定の限界があることに留意。

※概ね2024年度のプログラムにおける数値であるが、一部学会については2024年度以外又は募集年度が不明であり、利用可能な最新の情報を活用した。

様々な手術において、症例の多い医療機関ほど死亡リスクが低い傾向があることが知られている。

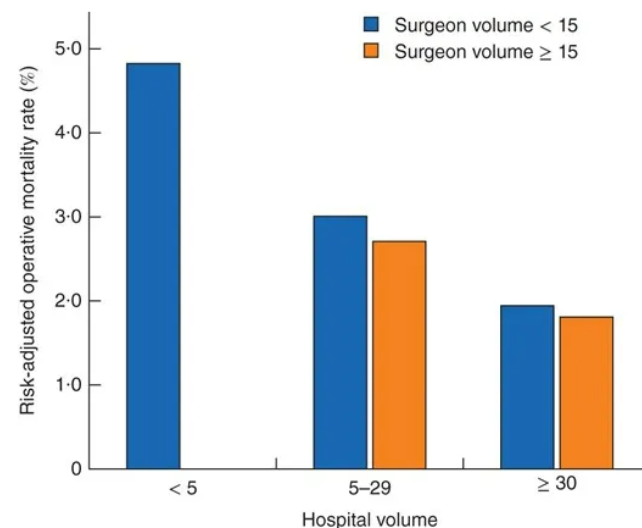
胃や大腸、肺等のがんに対する手術について、症例数の少ない医療機関において死亡リスクが高い傾向が見られた。

食道切除術について、症例数の多い医療機関では術後・30日死亡率が症例数の少ない施設と比べて低い傾向が見られた。

手術種類毎の医療機関の症例数規模と死亡リスク

	Stomach		Colorectum		Lung		Breast		Uterus	
	HR	95% CI	HR	95% CI	HR	95% CI	HR	95% CI	HR	95% CI
Adjusted HR										
High	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Medium	1.14	0.95-1.36	1.08	0.94-1.24	1.20	0.87-1.67	1.09	0.91-1.30	1.10	0.89-1.35
Low	1.30	1.10-1.53	1.16	1.02-1.31	1.03	0.75-1.42	1.10	0.92-1.31	1.15	1.00-1.32
Very low	1.82	1.54-2.17	1.57	1.36-1.81	1.49	1.09-2.04	1.39	1.17-1.64	1.36	1.13-1.64

食道切除術の症例数規模と死亡率の関係

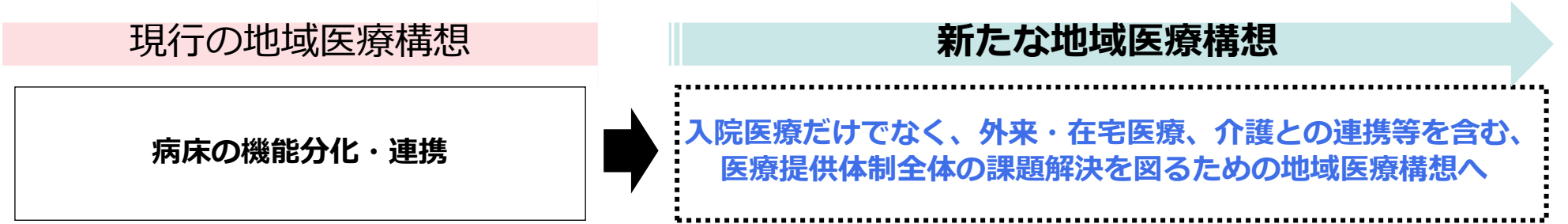


Okawa et al. Hospital volume and postoperative 5-year survival for five different cancer sites: A population-based study in Japan. *Cancer Science*. 2020

Nishigori et al. Impact of hospital volume on risk-adjusted mortality following oesophagectomy in Japan. *Br J Surg*. 2016

新たな地域医療構想の基本的な方向性（案）

病床の機能分化・連携を中心とした地域医療構想をバージョンアップし、85歳以上の高齢者の増加や人口減少がさらに進む2040年頃、さらにその先も見据え、全ての地域・全ての世代の患者が適切な医療を受けられる体制を構築できるよう、入院医療だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の新たな地域医療構想を策定する。



地域の患者・要介護者を支えられる地域全体を俯瞰した構想

85歳以上の高齢者の増加に伴う高齢者救急や在宅医療等の医療・介護需要の増大等、2040年頃を見据えた課題に対応するため、入院に限らず医療提供体制全体を対象とした地域医療構想を策定する。

今後の連携・再編・集約化をイメージできる医療機関機能に着目した医療提供体制の構築

病床機能だけでなく、急性期医療の提供、高齢者救急の受け皿、在宅医療提供の拠点等、地域で求められる医療機関の役割も踏まえ医療提供体制を構築する。

限られたマンパワーにおけるより効率的な医療提供の実現

医療DXや働き方改革の取組、地域の医療・介護の連携強化等を通じて、生産性を向上させ、持続可能な医療提供体制モデルを確立する。

病床機能・医療機関機能の整理（イメージ）

これまでの地域医療構想では、病床数に着目した協議になって医療機関の役割分担・連携の推進につながりにくい、病床機能報告において必ずしも客観的でない報告がなされる、必要病床数と基準病床数の関係性がわかりにくい等の課題があった。



新たな地域医療構想においては、以下の3つの観点に基づき、病床機能・医療機関機能の整理を行い、医療提供体制を構築していく。

病床区分毎の必要量

基本的に診療実績データをもとに、病床区分毎に2040年における地域の病床の必要量を推計。将来の病床の必要量と基準病床数との関係を整理し、位置づけを明確化。

医療機関機能の明確化

地域での医療提供体制を検討・議論するにあたり、連携・再編・集約化に向けて、地域で求められる役割を担う医療機関機能を新たに地域医療構想に位置づける。

医療機関の報告等

地域の状況・取組進捗等を把握し、地域で協議を行って取組を推進するとともに、国民・患者に共有することを目的に、病床機能や医療機関機能を報告する。その際、診療報酬における届出等に応じた客観性を有する報告とし、一定の医療機関の役割を明確にする仕組みを創設。

2040年に求められる医療機関機能（イメージ）

**高齢者救急の受け皿
となり、地域への復
帰を目指す機能**

かかりつけ医等と連携し、増大する高齢者救急の受け皿となる機能

**在宅医療を提供し、地
域の生活を支える機能**

地域での在宅医療を実施し、緊急時には患者の受け入れも行う機能

**救急医療等の急性期
の医療を広く提供す
る機能**

高度な医療や広く救急への対応を行う機能（必要に応じて圏域を拡大して対応）

地域ごとに求められる医療提供機能

医師の派遣機能

医育機能

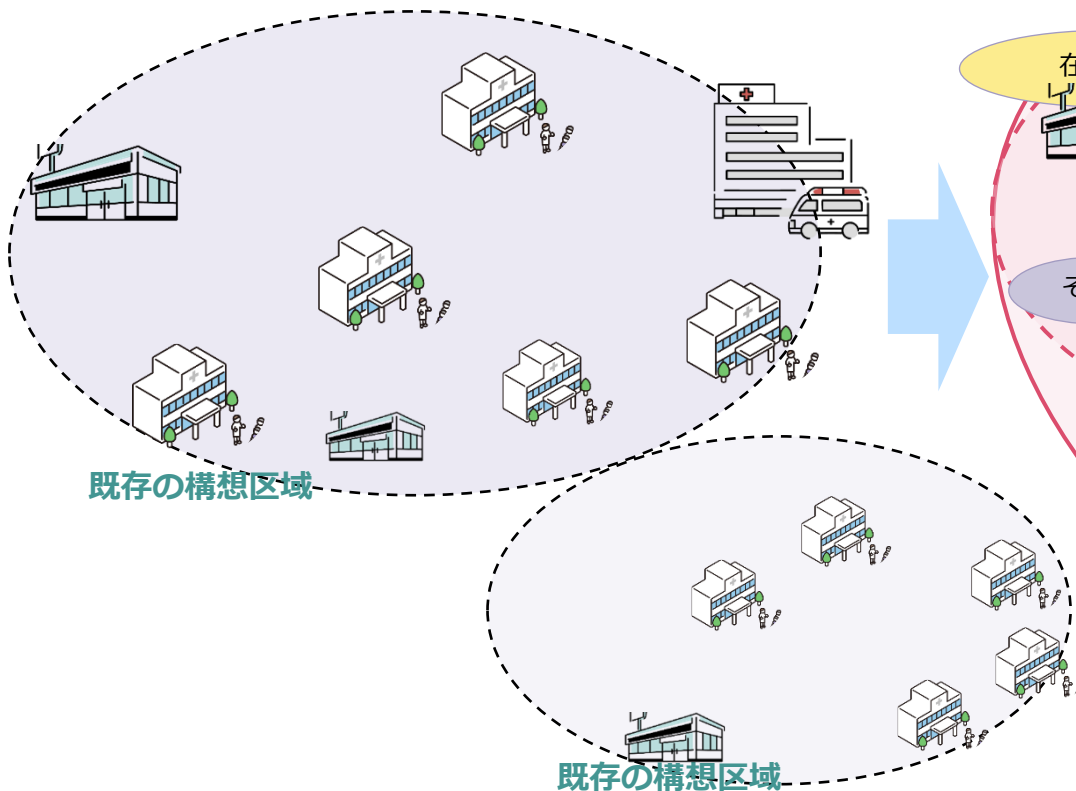
**より広域な観点で診療を
担う機能**

より広域な観点から、医療提供体制を維持するために求められる機能

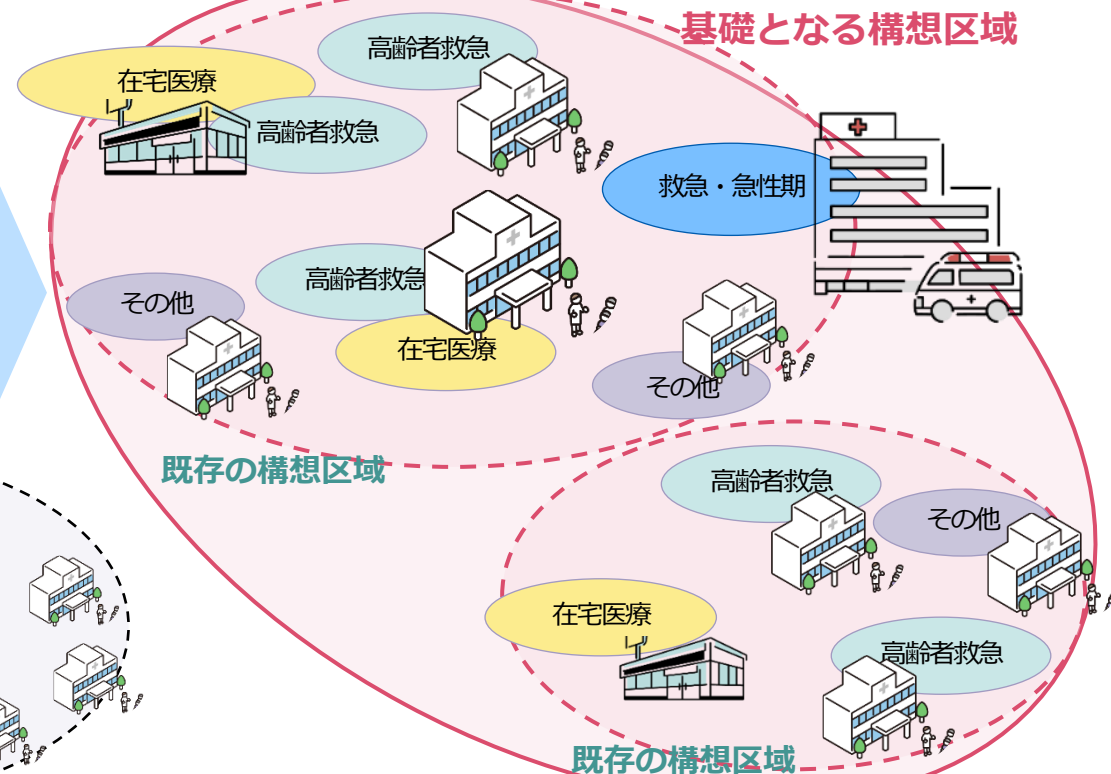
2040年に求められる基礎となる構想区域（イメージ）（案）

- 2040年頃を見据えると、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大するとともに、地域の実情に応じて、地域ごとに、【高齢者救急の受け皿となり、地域への復帰を目指す機能】、【在宅医療を提供し、地域の生活を支える機能】、【救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能】（必要に応じて圏域を拡大して対応）を確保することが考えられるのではないかな。
- 地域によっては、回復期リハビリテーションや一部の診療科に特化した医療機関等が【その他地域を支える機能】を発揮する。

これまでのイメージ



2040年におけるイメージ



その他：専門医療の提供等を通じ、地域を支える機能