

第11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7年8月6日	

医師の確保・偏在対策における医学部臨時定員の方針等について

厚生労働省 医政局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

目次

1. 令和9年度の医学部臨時定員の方針と配分 …P. 3
2. 医師養成過程を通じた医師の確保・偏在対策 …P. 29
3. 参考資料 …P. 46

1. 令和9年度の医学部臨時定員の方針と配分

令和9年度の医学部定員の方向性について①

【今後の医療需要について】

- ・ 2040年に向けて、高齢者、特に後期高齢者の人口は増加する一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、更に減少が加速する。
- ・ 医療需要については、近年の入院受療の推移をみると、入院受診延べ日数は減少傾向にあり、それに伴い病床利用率は低下。外来患者数は、既に減少局面にある医療圏が多い。
- ・ 診療領域別の手術件数について、全ての診療領域において、半数以上の構想区域で減少すると見込まれる。

【医師養成の状況等】

- ・ 全国における医師数は、2022年までの10年間で約4万人増加しており、少なくとも2032年頃までは、おおむね現在のペースで医師が増加していくこととなる。
- ・ 本検討会における議論で、マクロでの医師需給は今後均衡し、かつ、人口動態の変化等により医療需要の減少が見込まれることについては概ね同意が得られている一方、医師の偏在への対策の必要性について指摘があった。

【医師偏在への対応等】

- ・ 今般、総合的な医師偏在対策を推進するため、経済的インセンティブ、地域の医療機関の支え合いの仕組み、医師養成過程の取組等の総合的な対策を取りまとめた。
- ・ 若手の医師の経年的な増加幅をみると、医師多数都道府県に比べて医師少数都道府県で増加がみられ、地域枠医師の確保を含めた医師養成過程を通じた取組等が、医師の地域偏在対策に一定の効果を有することが示唆される。
- ・ 特に、地域枠医師等は、地域定着率が高いため偏在対策において重要と考えられる一方、医学部定員全体に占める地域枠の割合は14%程であり、恒久定員内地域枠の設置も含めた一層の医師偏在対策が必要である。



令和9年度の医学部定員の方向性について②

【医師養成過程を通じた地域の医師確保の方向性】

- 今般とりまとめた総合的な偏在対策については、今後、事業の実施や早期の効果検証等を行い、必要な対応を進めることが重要である。
- 地域の医師確保のためには必要な地域枠を適切に確保することが重要であることから、医学部定員全体の中で、地域における医師確保をより効果的に進める方策について検討すべきではないか。
この際、恒久定員内への地域枠の設置を推進する際の課題や、国や都道府県等の関係者における必要な対応をどのように考えるか。
- また、地域の医師確保に向け、その他の医師養成過程を通じた取組を推進するために、必要な対応をどのように考えるか。

【医学部定員に係る方向性】

- 医師の偏在対策を行いつつ、医学部臨時定員については、生産年齢人口の減少や医療需要の変化等の我が国の置かれた状況や、医学部定員に係る取組の効果の発揮には一定の期間を要することを踏まえると、地域における医師確保への大きな影響が生じない範囲で、適正化を図る方向性が妥当ではないか。

医師養成過程を通じた医師の確保・偏在対策と令和9年度医学部臨時定員に係る対応（案）

- 医学部総定員のうち地域枠以外の定員（一般枠）が多くを占める中、地域における医師の確保については、
 - ・ 地元出身者や地元の医学生の定着を促すためのアプローチ
 - ・ 医学部卒業後の若手医師へのアプローチ
 - ・ 医師の流入／流出の状況や地元大学への依存度等の都道府県毎に異なる特徴を踏まえたアプローチ等が考えられる。
- 都道府県における医師確保に向けた取組の状況をみると、医学部入学前の高校生等を対象とした取組や臨床研修医の確保に向けた取組については一定程度実施されている一方で、県内の全ての医学生を対象とした取組や専攻医確保に向けた取組を実施している都道府県は限定的であった。
- なお、今般厚生労働省において取りまとめた「医師偏在是正に向けた総合的な対策パッケージ」では、若手医師のみならず、中堅・シニア世代を対象とした医師確保策を実施することとしており、医師のニーズも踏まえたリカレント教育に係る事業等の採択団体を決定し、今後、具体的な取組を進めることとしている。

【医師養成過程を通じた医師の確保・偏在対策と令和9年度医学部臨時定員について】

- 医学部総定員のうち地域枠以外の定員（一般枠）が多くを占める中、地域における医師の動向や各都道府県の取組の状況を踏まえ、医学部入学前から医学部在学中、医学部卒業後の各段階における医師の確保に向けた対応として、どのような方策が考えられるか。
- 都道府県における医師確保に関する取組の状況等（取組の結果の評価を含む。）を踏まえ、効果的な取組事例の情報収集を行うとともに、国における関連事業の取組状況も併せて、都道府県に対する調査や情報提供等を行うこととしてはどうか。
- 医師確保に向けた取組のひとつとしての地域枠医師の養成・確保について、地域における医療需要の変化等を踏まえた中長期的な視点のもと、必要な地域枠の恒久定員内への設置に加え、臨時定員地域枠の確保・配分を検討してはどうか。
- 令和9年度の医学部定員については、前回の議論等を踏まえ、地域の医師確保のための医師偏在是正の取組を進めることと併せて、医師需給や人口減少等の中長期的な視点に立った定員の適正化を図ることとするが、今後、医学部臨時定員の配分方針を検討していくに当たって、前回の議論、地域の実情や医師の勤務地に関する動向等も踏まえ、具体的にどのような要素を考慮するべきと考えられるか。

医学部臨時定員の配分等に係るこれまでの主なご意見

検討会における主なご意見

【検討する上での基本的な視点】

- 医学部定員の適正化を図る方向性について、性急に行うのではなく、地域の実情を踏まえて丁寧に議論すべき。
- 医師偏在対策の効果が現れるには一定の時間を要し、医学部定員の議論はさらに長期的な視点が必要である。
- 医師の養成数について、様々なステークホルダーが納得感を得られるよう、施策を取りまとめていくことが大切ではないか。大学ごとの特徴等にも考慮して、医学部定員の適正化の方向性を議論してはどうか。
- 高齢医師や若手医師の割合に着目した医学部臨時定員の配分の仕組みについては、定員を固定化しないという考え方や、さらに踏み込んだ方法などにも留意して、さらに工夫を図るべき。
- 直近の医師の需給推計をもとに、医学部定員を適正化した場合、どのような影響が想定されるかシミュレーションしてはどうか。

【配分・調整方法において考えられる視点】

- 医師の年齢構成を踏まえると、医師多数県においても5年後、10年後には実際にどうということが起こるのかについてのデータを検討してはどうか。
- 医師の年齢構成を考慮するにあたっては、全国一律に区切るのではなく、例えば医師偏在指標に基づき、より精緻な区切り方を検討してはどうか。
- 地域枠医師の配置状況や、地域の医師確保の実態を踏まえて、適切な配分を行うべき。

医学部臨時定員の配分等に係るこれまでの主なご意見

自治体等からの主なご意見

【検討する上での基本的な視点】

- 地域における医療を安定的に行うため、真に必要な医師数が確保できるまで、地域枠医師の臨時定員増の継続を行うこと。
- 医学部定員の適正化にあたっては、医師不足が深刻な地域にとって医師数の減少に直結しかねないことから、医師の地域偏在に真に実効性のある対策と一体的に行うこと。
- 医師多数県は、医師偏在指標の全国上位 1 / 3 の都府県であり、人口集積や医師の年齢構成の違い、中山間地域や離島などを多く含む地方部が抱える実情が十分に反映されていない。
- 地域枠の適切な運用にあたって、大学での教員や施設・設備の整備が求められるため、必要な経費に対応する運営費交付金の拡充のほか、恒久定員内での地域枠等の設置促進に向けて、大学の教育体制確保や負担軽減を支援する事業の継続・拡充を行うこと。

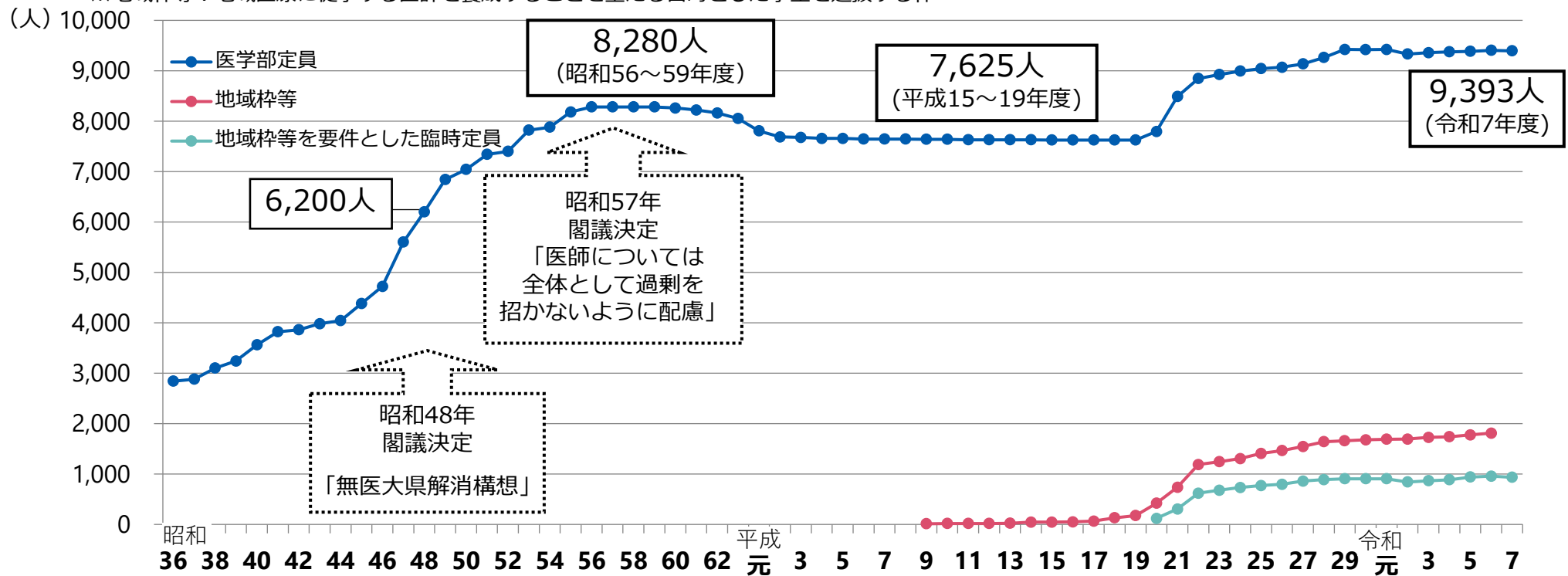
【配分・調整方法において考えられる視点】

- 医師多数県や少数県といった区分けにより一律に行うのではなく、最新のデータに基づき、地域の実情を詳細に分析・認識した上で、地理的加算を考慮するなど、地方としっかりと協議を行いながら進めること。
- 医師は、自己スキルアップ等のため、勤務先の異動を重ねる傾向があり、離島等の医療機関では長期間定着する医師の確保がより困難となるため、地理的状況の実情を踏まえた算定を行うこと。
- まずは医師少数県において真に必要な地域枠の定員数を示した上で、医師多数県から削減するなど、調整方法の順序を見直すこと。

医学部入学定員と地域枠の年次推移

- 平成20年度以降、医学部の入学定員が過去最大規模となっている。
- 医学部定員に占める地域枠等*の数・割合も、増加してきている。（平成19年度：173人（2.3%）→ 令和7年度：1,837人（19.8%））

※地域枠等：地域医療に従事する医師を養成することを主たる目的とした学生を選抜する枠



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

※自治医科大学は、設立の趣旨に鑑み地域枠等からは除く。

（地域枠等及び地域枠等を要件とした臨時定員の人数について、文部科学省高等教育局医学教育課調べ）

地域枠及び地元出身者枠数について（令和7年度）

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	106	36	15	0	27	27
岩手	94	1	0	0	37	25
宮城	181	10	0	0	7	7
秋田	102	2	2	0	29	29
山形	106	6	5	0	8	8
福島	86	1	0	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	24	20
埼玉	110	0	0	0	47	2
千葉	240	5	0	0	34	0
東京	1,402	7	7	0	16	16
神奈川	415	27	16	0	25	25
新潟	100	0	0	0	79	25
富山	100	0	0	0	12	12
石川	215	2	2	0	8	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	3	3	0	4	4
大阪	510	0	0	0	12	0
兵庫	213	3	0	0	16	14
奈良	100	3	3	0	12	0
和歌山	90	20	0	0	11	10
鳥取	85	7	5	0	17	6
島根	100	10	10	0	17	10
岡山	215	1	1	0	3	3
広島	105	5	5	0	15	15
山口	100	0	0	0	17	17
徳島	100	6	6	0	11	11
香川	100	3	3	0	11	11
愛媛	100	5	5	0	15	15
高知	100	11	5	0	14	14
福岡	430	0	0	0	4	4
佐賀	98	7	0	0	5	2
長崎	100	1	1	0	18	14
熊本	105	4	4	0	4	4
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	11	11

- ・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。）

文部科学省高等教育局医学教育課調べ
（他県にある大学に設置している地域枠・地元出身者枠を含む。）
（※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を条件としており、本表に含まない。自治医科大学の恒久定員及び臨時定員23枠（栃木県指定枠3枠を含む）は、本表に含まない。）

黄：医師多数県
灰：医師中程度県
青：医師少数県
※令和6年1月10日更新の
医師偏在指標に基づく

医師需給分科会第5次中間とりまとめにおける検討

- 大学医学部、臨床研修、専門医制度における医師偏在対策を進めてきたが、大学医学部における地域枠の設定は、地域における医師の確保を図るために有効な手段の一つと考えられるため、地域の実情に応じて地域枠の設置・増員を進めると共に、現行の臨時定員の数や都道府県・大学に対する配分を見直した上でその活用を図ることも必要である。その際、安定した運用の観点からは、恒久定員内で措置することが望ましく、自治体や大学の状況や考えを十分に踏まえながら、各都道府県の医学部定員内に必要な数の地域枠を確保し、地域における医師の確保を図ることが重要である。

第8次医療計画の見直しのポイント

- 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。

医療法及び医師法の一部を改正する法律

平成30年7月25日 公布
平成31年4月1日 施行

医療法

第30条の23

都道府県は、次に掲げる者の管理者その他の関係者との協議の場(次項において「地域医療対策協議会」という。)を設け、これらの者の協力を得て、同項各号に掲げる医療計画において定める医師の確保に関する事項の実施に必要な事項について協議を行い、当該協議が調った事項について、公表しなければならない。

第1～9号(略)

第2項

前項の規定により地域医療対策協議会において協議を行う事項は、次に掲げる事項とする。

第1～4号(略)

第5号 (新設)

医師の確保を特に図るべき区域における医師の確保のために大学と都道府県とが連携して行う文部科学省令・厚生労働省令で定める取組に関する事項

第30条の24

都道府県知事は、前条第1項に規定する協議が調った事項(次条第1項、第30条の27及び第31条において「協議が調った事項」という。)に基づき、特に必要があると認めるときは、前条第1項各号に掲げる者の開設者、管理者その他の関係者に対し、医師の派遣、研修体制の整備その他の医師の確保を特に図るべき区域の病院又は診療所における医師の確保に関し必要な協力を要請することができる。

医療法第三十条の二十三第二項第五号に規定する取組を定める省令

平成31年3月28日 公布
平成31年4月1日 施行

医療法(昭和二十三年法律第二百五号。以下「法」という。)第三十条の二十三第二項第五号の文部科学省令・厚生労働省令で定める取組は、次の各号に掲げるものとする。

- 一 大学(学校教育法(昭和二十二年法律第二十六号)第一条に規定する大学をいう。以下同じ。)の医学部の入学者の一部を、**他の入学者と区別して**、卒業後に一定の期間にわたり、都道府県(将来において医師の数が少ないことが見込まれると厚生労働大臣が認めた法第三十条の四第二項第十四号に規定する区域を有するものに限る。)に所在する医療提供施設において、法第三十条の二十三第二項第一号に規定する計画に基づき**診療に従事する意思を有する者のうちから選抜すること。**
(→**地域枠**)
- 二 将来において医師の数が少ないことが見込まれると厚生労働大臣が認めた都道府県に所在する大学の医学部の入学者の一部を、**他の入学者と区別して**、**一定の期間以上当該都道府県に住所を有した者のうちから選抜すること。**
(→**地元出身者枠**)
- 三 **都道府県が、前二号の取組を行う大学に対し、必要な支援を行うこと。**
(→**寄附講座の設置や地域医療実習に係る経費の支援等、大学の要望を踏まえた都道府県の支援を規定**)

恒久定員内地域枠の設置数の推移

○ 恒久定員内への地域枠設置は、主に医師多数県で進んでいる。

都道府県名	恒久定員 合計	恒久定員内地域枠		
		令和5年度	令和6年度	令和7年度
北海道	312	7	7	7
青森	106	36	36	36
岩手	94	1	1	1
宮城	181	30	30	10
秋田	102	3	2	2
山形	106	1	6	6
福島	86	1	1	1
茨城	107	4	4	4
栃木	110	0	0	0
群馬	105	0	0	0
埼玉	110	0	0	0
千葉	240	5	5	5
東京	1,402	5	5	7
神奈川	415	27	27	27
新潟	100	0	0	0
富山	100	0	0	0
石川	215	0	1	2
福井	105	0	0	0
山梨	105	15	15	15
長野	105	0	7	7
岐阜	85	3	3	3
静岡	105	0	0	0
愛知	409	0	0	0
三重	105	15	15	15

(赤字：前年度比増) (青字：前年度比減)

都道府県名	恒久定員 合計	恒久定員内地域枠		
		令和5年度	令和6年度	令和7年度
滋賀	105	6	11	11
京都	207	2	2	3
大阪	510	0	0	0
兵庫	213	3	3	3
奈良	100	0	0	3
和歌山	90	20	20	20
鳥取	85	7	7	7
島根	100	10	10	10
岡山	215	0	0	1
広島	105	5	5	5
山口	100	0	0	0
徳島	100	0	5	6
香川	100	0	0	3
愛媛	100	5	5	5
高知	100	10	10	11
福岡	430	0	0	0
佐賀	98	0	0	7
長崎	100	0	0	1
熊本	105	3	3	4
大分	100	3	3	3
宮崎	100	40	40	40
鹿児島	100	0	0	0
沖縄	105	5	5	5

※令和5年度の実績値において、地域医療対策協議会もしくは都道府県との関与の有無を整理した結果、これまでの資料と一部数値が異なる県がある。

文部科学省高等教育局医学教育課調べ
 (他県にある大学に設置している地域枠・地元出身者枠を含む。)
 (※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を条件としており、本表に含まない。自治医科大学の恒久定員は、本表に含まない。)

黄：医師多数県
 灰：医師中程度県
 青：医師少数県

※令和6年1月10日更新の
 医師偏在指標に基づく

令和9年度の医学部臨時定員に係る基本的な考え方について（案）

- 医師養成過程を通じた医師の確保・偏在対策のうち、地域枠医師の養成・確保は、地域における医師確保に関する取組のひとつであり、地域の医療、大学、都道府県等にとって重要な役割を有する。このため、都道府県等からは医学部臨時定員の臨時的な増加の枠組みの維持について要望がある。
- 本検討会においては、幅広い視点から医学部臨時定員に関して議論いただいております。地域の実情への配慮の他にも、我が国の人口動態や医師養成の方針が将来に与える影響等の観点も考慮することが必要との考えの下、中長期的な視点に立ち、地域における医師確保への大きな影響が生じない範囲で、適正化を図る方向性が妥当との方向性をお示しいただいているが、医師の偏在対策について、実効性のある形で取り組むことが前提として必要であるという考え方も踏まえ、昨年末に厚生労働省において「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」が取りまとめられており、着実に進めていくことが重要である。
- 本検討会の議論を踏まえた医学部臨時定員の配分等を通じて、医師多数県における恒久定員内への地域枠の設置が進んできている。医療法の規定に基づき、都道府県は、大学に対して地域枠等の設置を求めることができる一方で、実務上は調整が難航するケースは少なくない。また、本検討会では、大学の設置主体毎に異なる特性があることにも留意すべきとの指摘もいただいている。



- 地域医療における役割や、恒久定員内への地域枠の設置に一定の調整期間を要すること等を踏まえ、令和9年度入学における医学部臨時定員については、令和8年度入学における定員と同様、臨時的な増員の枠組みを暫定的に維持することとしてはどうか。
- 我が国の人口動態の状況等、本検討会における議論等を踏まえ、令和9年度の医学部定員については全体として適正化を進めることとし、地域における主体的な医師の確保等を後押ししつつ、地域の置かれた状況（医師の年齢構成や地理的な条件等）に適切に配慮するための、医学部臨時定員の配分方法について、ご議論いただきたい。（後述）

医学部臨時定員の配分方法

- 令和7年度及び8年度の医学部臨時定員の配分に当たっては、恒久定員内への地域枠の設置状況、医師の年齢構成などを踏まえ、よりニーズの高い地域への臨時定員の配分と総定員数の適正化の両立を図ることとしてきた。
- 令和9年度の医学部臨時定員の配分に当たって考慮することが考えられる要素について、たたき台を示す。

	医師多数県		医師少数県	医師中等度県
	原則	配慮要素		
令和7年度	20%減	・ 恒久定員内への地域枠設置： 定員100名あたり4名以上	＜希望あれば原則配分＞ 原則、前年度比増の 意向に沿った配分	＜総数上限内で配分＞ 総数上限の範囲内で、 恒久定員内への地域枠設 置や医師少数区域のある 県については、 前年度比増の 意向に沿った配分
令和8年度	20%減	・ 恒久定員内への地域枠設置： 定員100名あたり4名以上 ・ 医師の年齢構成： 35歳未満の若年医師又は75歳以 上の高齢医師の割合が全国1／ 2より低い又は高い		



令和9年度の 配分にあたり 考えられる 要素 (たたき台)	1 ＜地域の医師確保のニーズに配慮しつつ、地域の主体的な取組を後押しする視点＞ ・ 恒久定員内への地域枠設置の状況 2 ＜地域の置かれた状況に適切に配慮する視点＞ ・ 医師の年齢構成 ・ 地理的要素 ・ 医師の流入や流出の状況 等 3 ＜全国的な取組を促す視点＞ ・ 医師多数県以外においても、恒久定員内への地元出身者枠や地域枠設置をはじめとした地域に定着する医師を確保するために取り組むべき事項
---	--

○ 恒久定員内への地域枠設置は、主に医師多数県で進んでいる。

都道府県名	恒久定員 合計	恒久定員内地域枠		
		令和5年度	令和6年度	令和7年度
北海道	312	7	7	7
青森	106	36	36	36
岩手	94	1	1	1
宮城	181	30	30	10
秋田	102	3	2	2
山形	106	1	6	6
福島	86	1	1	1
茨城	107	4	4	4
栃木	110	0	0	0
群馬	105	0	0	0
埼玉	110	0	0	0
千葉	240	5	5	5
東京	1,402	5	5	7
神奈川	415	27	27	27
新潟	100	0	0	0
富山	100	0	0	0
石川	215	0	1	2
福井	105	0	0	0
山梨	105	15	15	15
長野	105	0	7	7
岐阜	85	3	3	3
静岡	105	0	0	0
愛知	409	0	0	0
三重	105	15	15	15

(赤字：前年度比増) (青字：前年度比減)

都道府県名	恒久定員 合計	恒久定員内地域枠		
		令和5年度	令和6年度	令和7年度
滋賀	105	6	11	11
京都	207	2	2	3
大阪	510	0	0	0
兵庫	213	3	3	3
奈良	100	0	0	3
和歌山	90	20	20	20
鳥取	85	7	7	7
島根	100	10	10	10
岡山	215	0	0	1
広島	105	5	5	5
山口	100	0	0	0
徳島	100	0	5	6
香川	100	0	0	3
愛媛	100	5	5	5
高知	100	10	10	11
福岡	430	0	0	0
佐賀	98	0	0	7
長崎	100	0	0	1
熊本	105	3	3	4
大分	100	3	3	3
宮崎	100	40	40	40
鹿児島	100	0	0	0
沖縄	105	5	5	5

※令和5年度の実績値において、地域医療対策協議会もしくは都道府県との関与の有無を整理した結果、これまでの資料と一部数値が異なる県がある。

文部科学省高等教育局医学教育課調べ

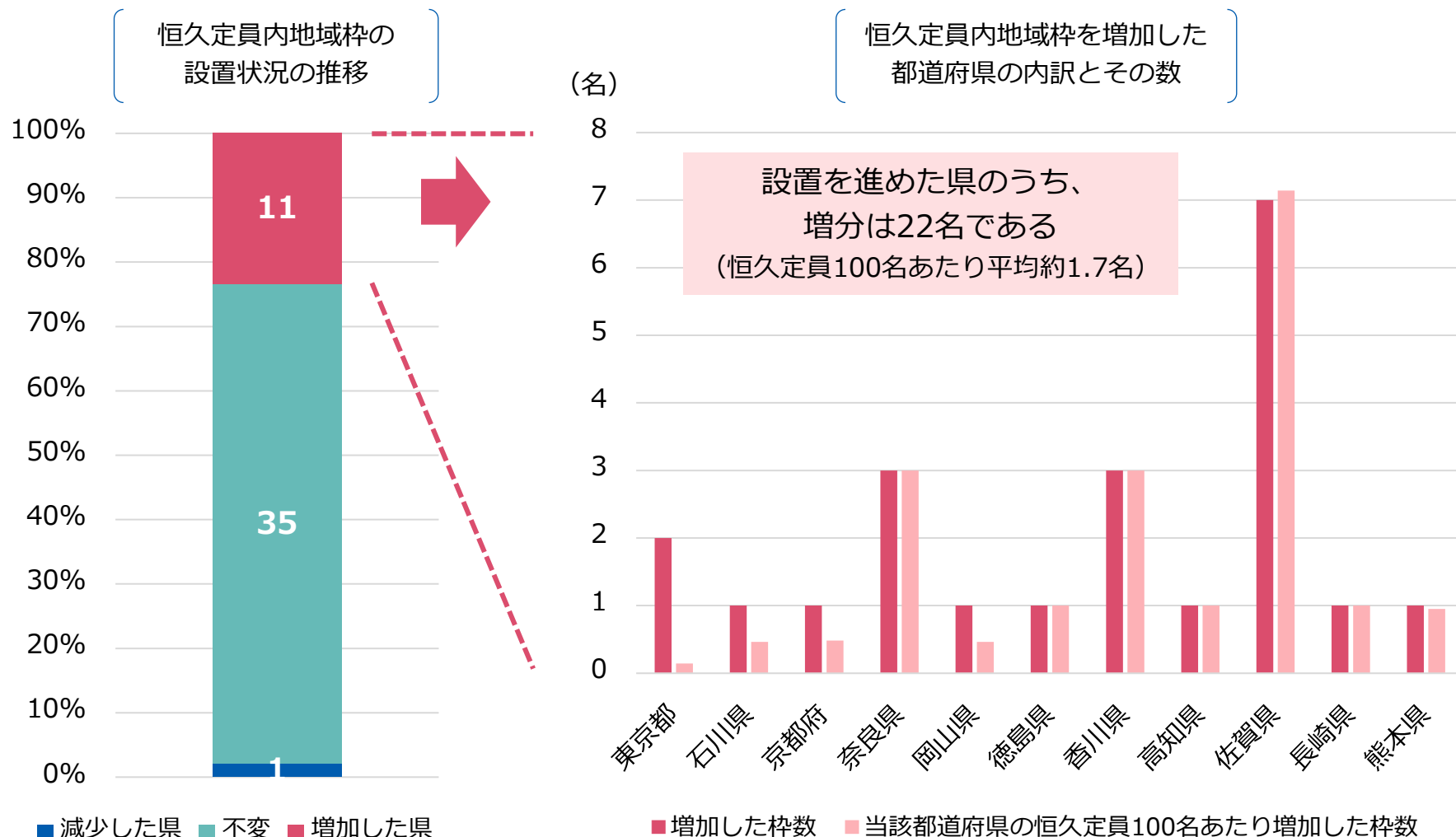
(他県にある大学に設置している地域枠・地元出身者枠を含む。)

(※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を条件としており、本表に含まない。自治医科大学の恒久定員は、本表に含まない。)

黄：医師多数県
灰：医師中程度県
青：医師少数県

※令和6年1月10日更新の
医師偏在指標に基づく

- 恒久定員内への地域枠の設置を進めた県のうち、令和6年度から令和7年度における増分は22名（恒久定員100名あたり平均約1.7名）であった。

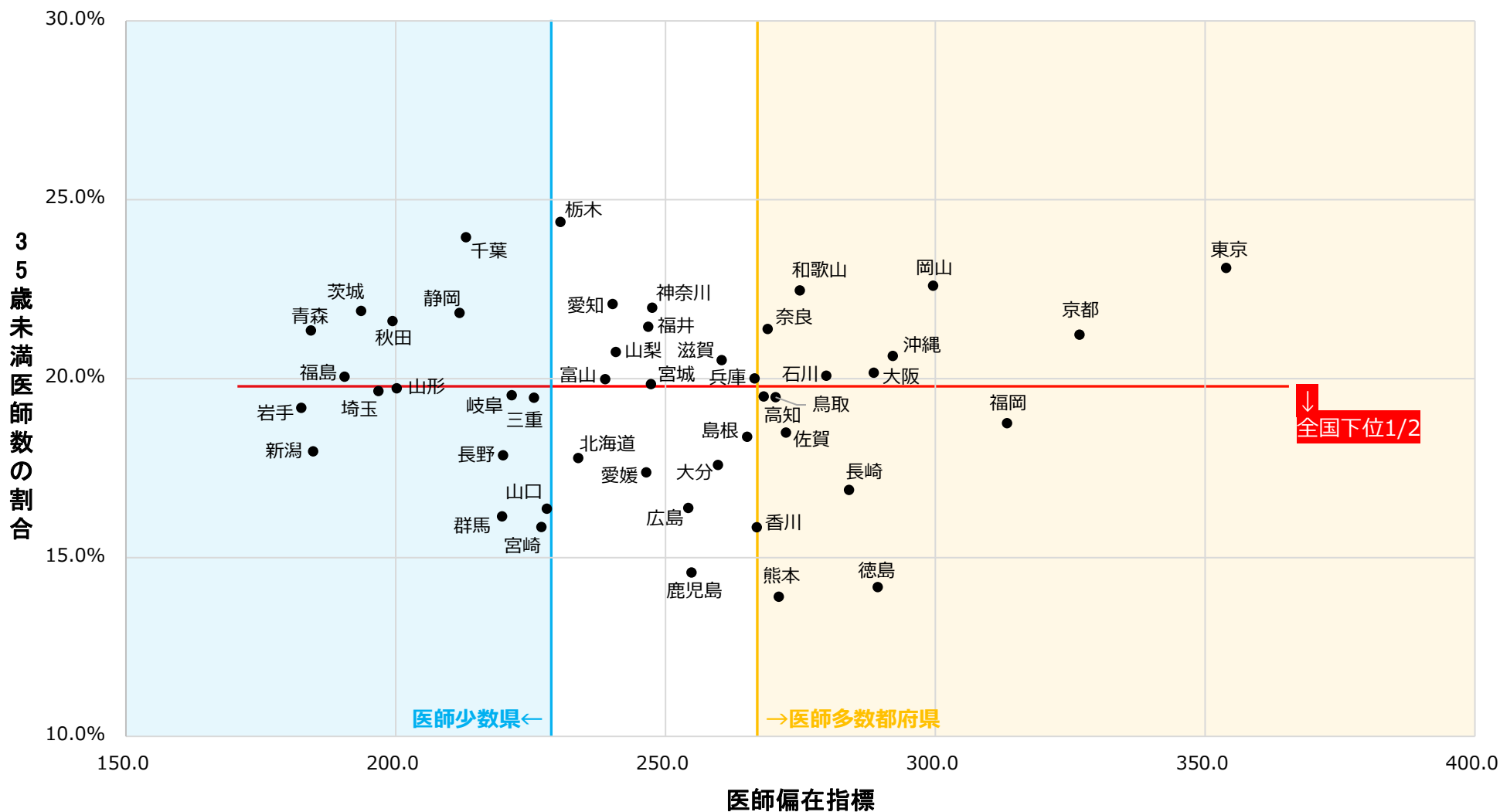


文部科学省高等教育局医学教育課によるデータに基づき厚生労働省医政局医事課にて集計

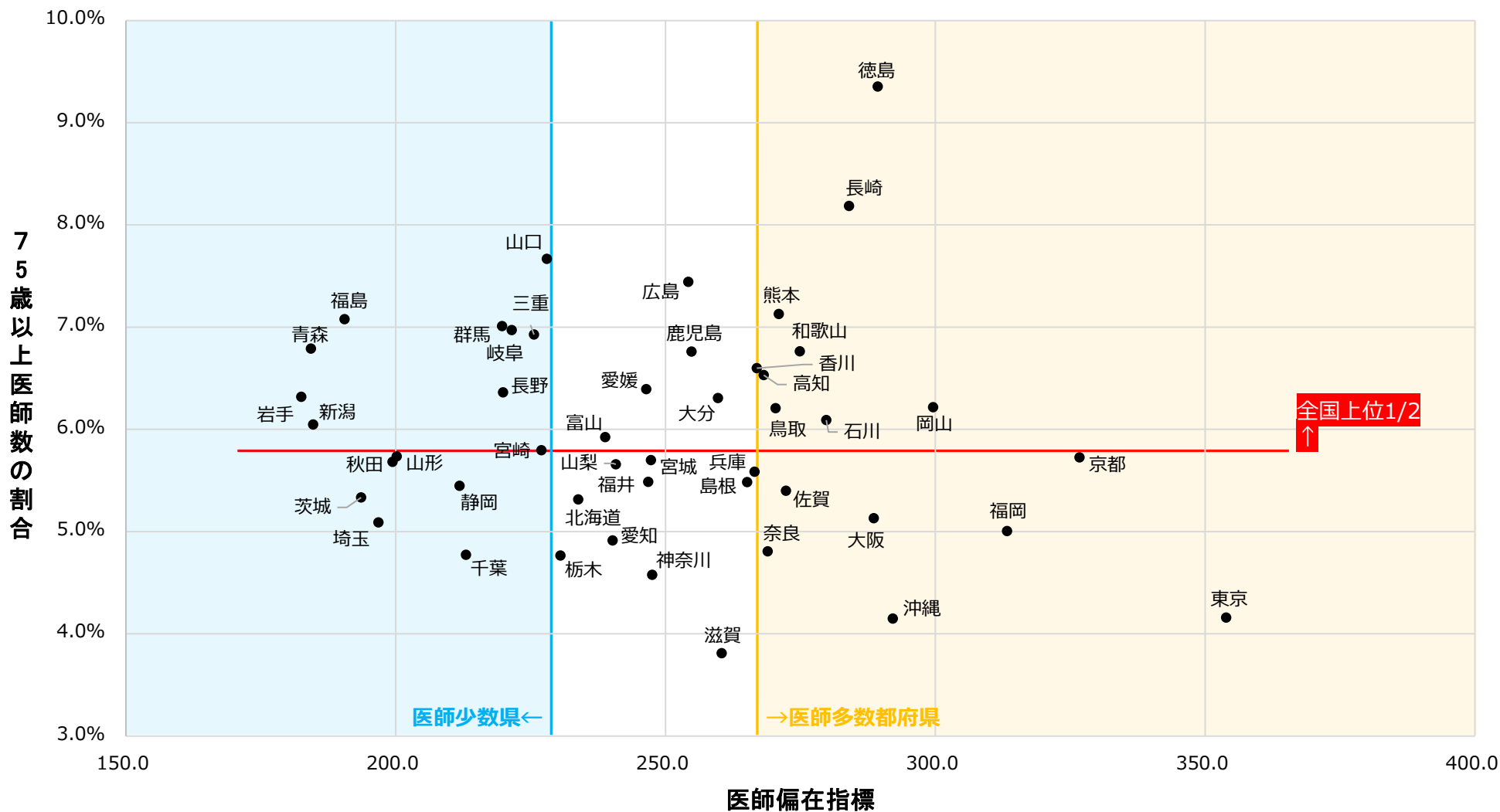
（他県にある大学に設置している地域枠・地元出身者枠を含む。）
 （※東北医科薬科大学の恒久定員内地域枠の一部は、複数の県のいずれかの修学資金制度に申込みを条件としており、本表に含まない。自治医科大学の恒久定員は、本表に含まない。）

・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。）
 ※恒久定員合計の枠数は令和7年度のものに基づく。

- 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。



- 都道府県別の医療施設従事医師数に占める75歳以上医師数の割合は、徳島、長崎が高く、医師多数県であっても沖縄、東京、奈良は5%未満と低くなっている。



医師偏在指標に関する主なご意見等と進め方について

<医師偏在対策に関するとりまとめ（令和6年12月18日 新たな地域医療構想等に関する検討会）>

<2040年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革に関する意見とりまとめ>（令和6年12月25日 社会保障審議会医療部会）>

5. 今後の医師偏在対策の具体的な取組

（7）医師偏在指標のあり方

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

<これまでにいただいた主なご意見>

【地理的要素について】

- 山間部にへき地を多く抱えていたり、医療機関へのアクセスに時間を要するといった地理的な要因が反映されていない。
- 地域ごとに、医療機関へのアクセスや、それぞれの住民の受療行動が異なる。

【実態に即した医師の労働時間比の反映について】

- 現在用いられている係数で用いられている研修医の労働時間比が、実情と比べて高いのではないか。また、男女比についても、男性の育休取得に対するハードルの低下等の考え方の変化から、見直しが必要。

【高齢医師が多い等の医師の年齢構成について】

- 例えば10年後などを見据え、現在の医師の年齢構成も考慮すべき。
- 人口10万人当たりの医師数が多いとされる県でも、若手医師の流出等により、中長期的に見ると医師少数県となる可能性がある。

上記の意見等を踏まえ、令和9年度からの次期医師確保計画に向けて、医師偏在指標については以下の点に留意して検討してはどうか。

- 現行の医師偏在指標に、地理的な要素（人口密度、医療機関へのアクセス、離島や豪雪地帯といった地理上の特性）を反映した上で区域を設定することについて
- 性年齢階級別の医師の労働時間比率について、実態に即したデータを反映することについて
- 高年齢医師が多く、数年後に医師少数区域になる可能性がある等、医師の年齢構成の違いの反映について

医学部卒業後の地域への医師の定着に係る意向の状況

医学部卒業後の地域への医師の定着に係る意向の割合をみると、地域枠や地元出身者はその割合が高い。

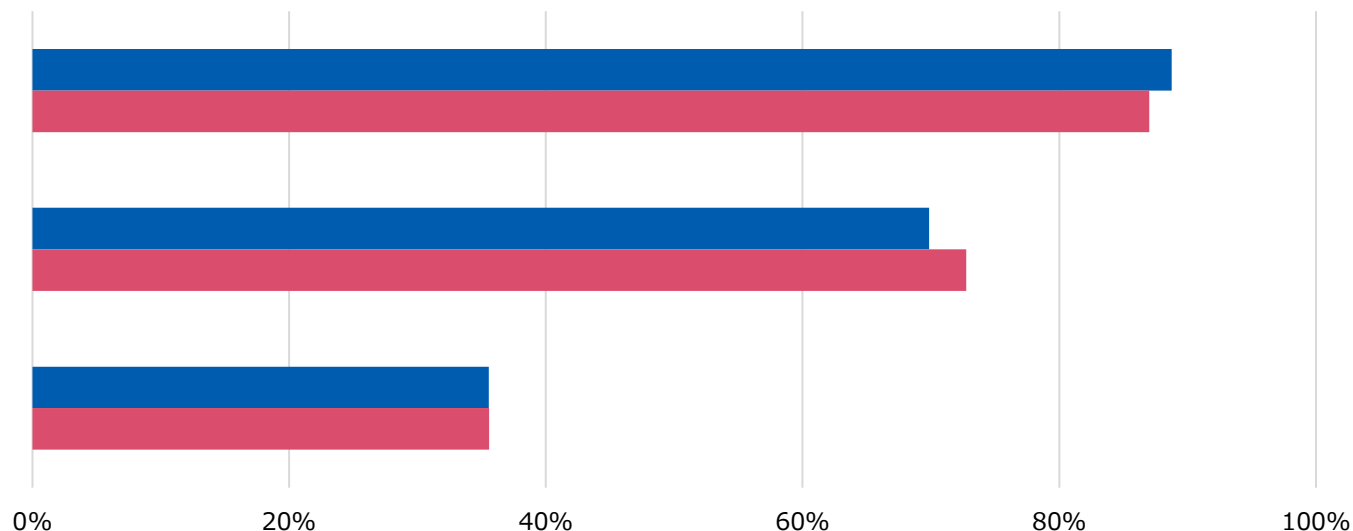
医学部卒業後の医師定着に係る意向の割合

①地域枠

②地域枠以外（地元出身者*）

③地域枠以外（他県出身者*）

* ②, ③共に大学はA県に所在の場合
(下図参照)



上段：A県で臨床研修を行った割合

下段：A県で臨床研修修了後に勤務する割合

出典：臨床研修修了者アンケート調査（令和3～5年）厚生労働省調べ

大学A県

①A県地域枠

地域枠
(県またぎを除く)

②地域枠以外（地元出身者・大学A県）

③地域枠以外（他県出身者・大学A県）

地域枠
(県またぎ)

大学B県

A県

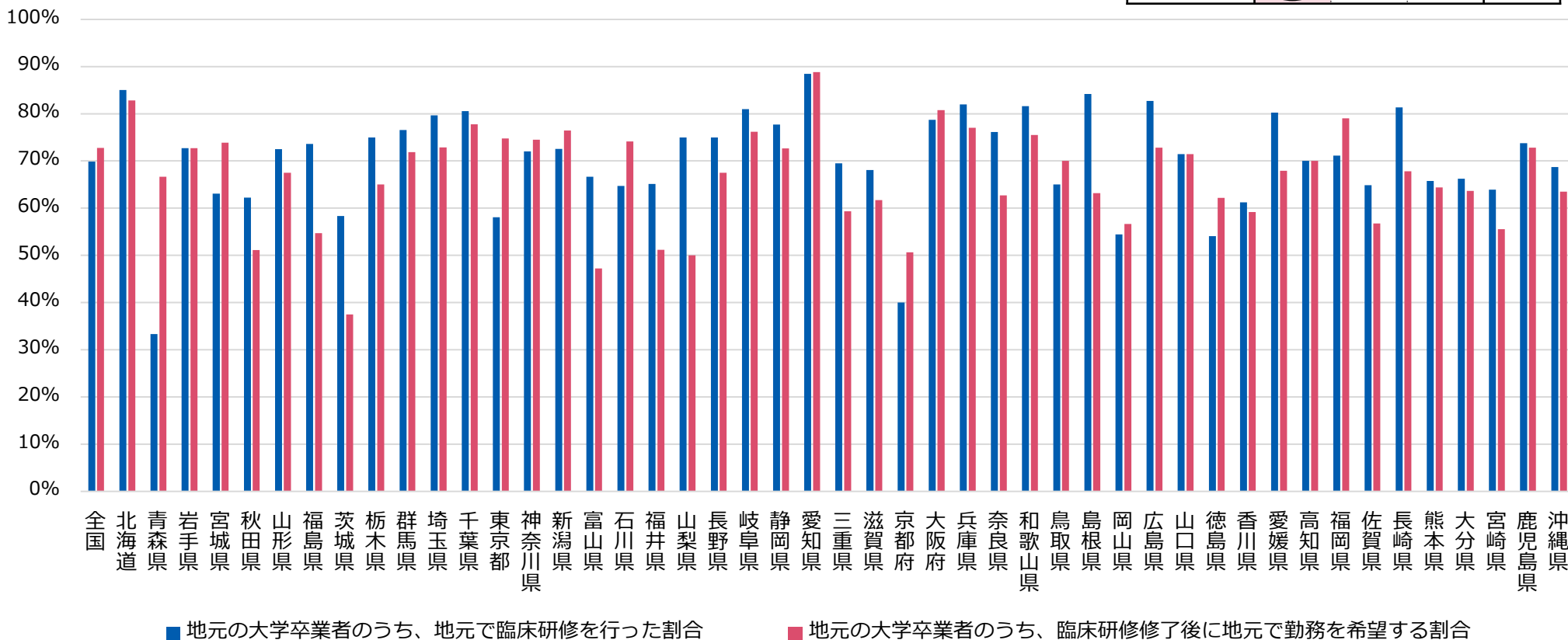
臨床研修病院または
臨床研修後の勤務先

- ※ A県は任意の都道府県。B県はA県以外の都道府県。（特定の一つの都道府県のデータはなく、全ての都道府県のデータから算出。）
- ※ 出身地又は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。
- ※ 出身地：高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県。
- ※ 県またぎ地域枠：出身大学の所在地以外の都道府県（A県）における勤務義務がある地域枠。
- ※ 自治医科大学、防衛医科大学及び産業医科大学は除外。

① 地元の大学（地域枠を除く）を卒業した場合、地元で勤務する割合

- 地元の大学（地域枠を除く）を卒業した場合、臨床研修修了後に地元で勤務を希望する割合をみると、茨城、富山、山梨については5割以下となっている一方で、北海道、愛知、大阪については、8割以上となっている。
- また、臨床研修時より臨床研修修了後に地元で勤務する意向が上昇する県と低下する県が存在している。

	進学・勤務地パターン別			
	①	②	③	その他
大学入学前	A県	A県	他県	他県
大学	A県	他県	A県	他県
臨床研修 および修了後	A県	A県	A県	A県

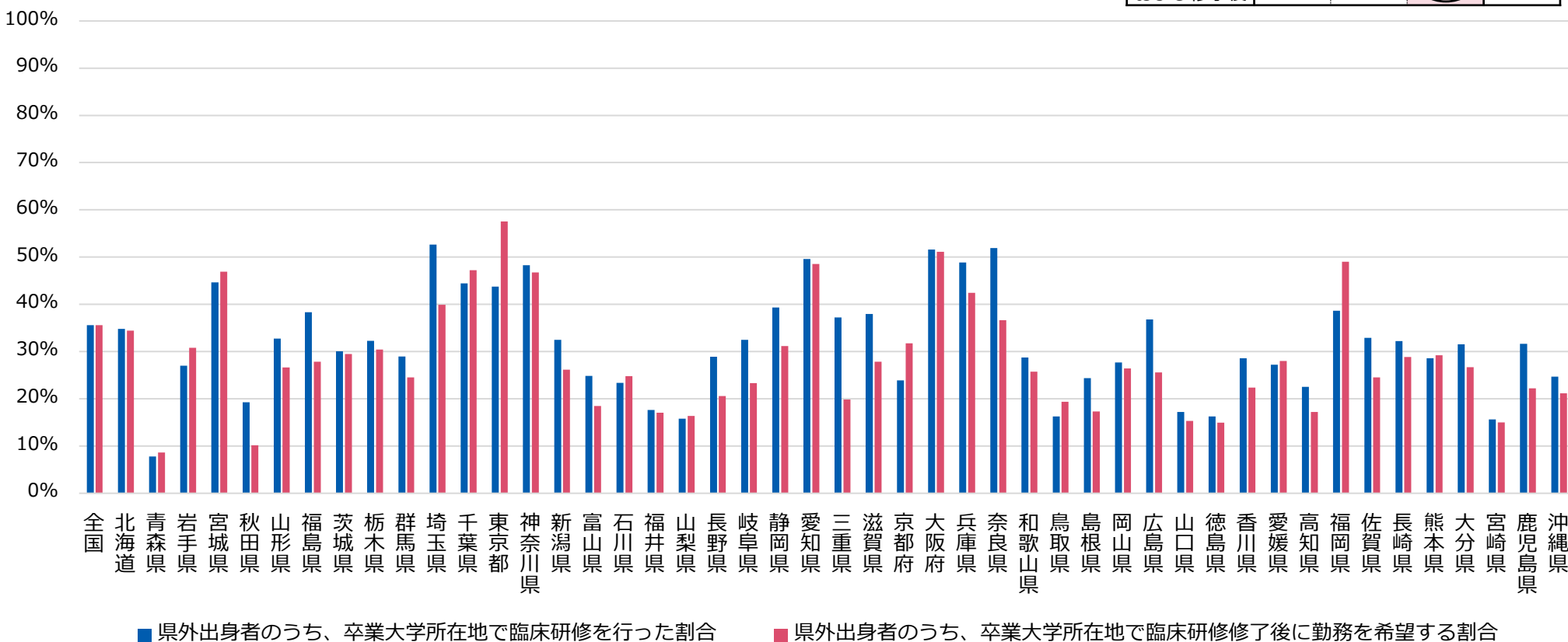


※高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県を「地元」とする
 ※「地域枠を除く」とは、地域医療等に従事する明確な意思を持った学生の選抜枠で入学していないと回答した者
 ※卒業した大学が、自治医科大学、産業医科大学、防衛医科大学、外国の医学校、無回答については除外して集計

③ 県外出身者（地域枠を除く）が卒業大学所在地で勤務する割合

- 県外出身者（地域枠を除く）が臨床研修修了後に卒業大学所在地で勤務する意向の割合について、東京、愛知、大阪、福岡といった大都市部で、約半数あるいはそれ以上となっている。一方で、青森、秋田、富山、福井、山梨、三重、和歌山、鳥取、島根、山口、徳島、高知、宮崎は2割以下となっており、卒業大学所在地への定着に係る意向が低い。

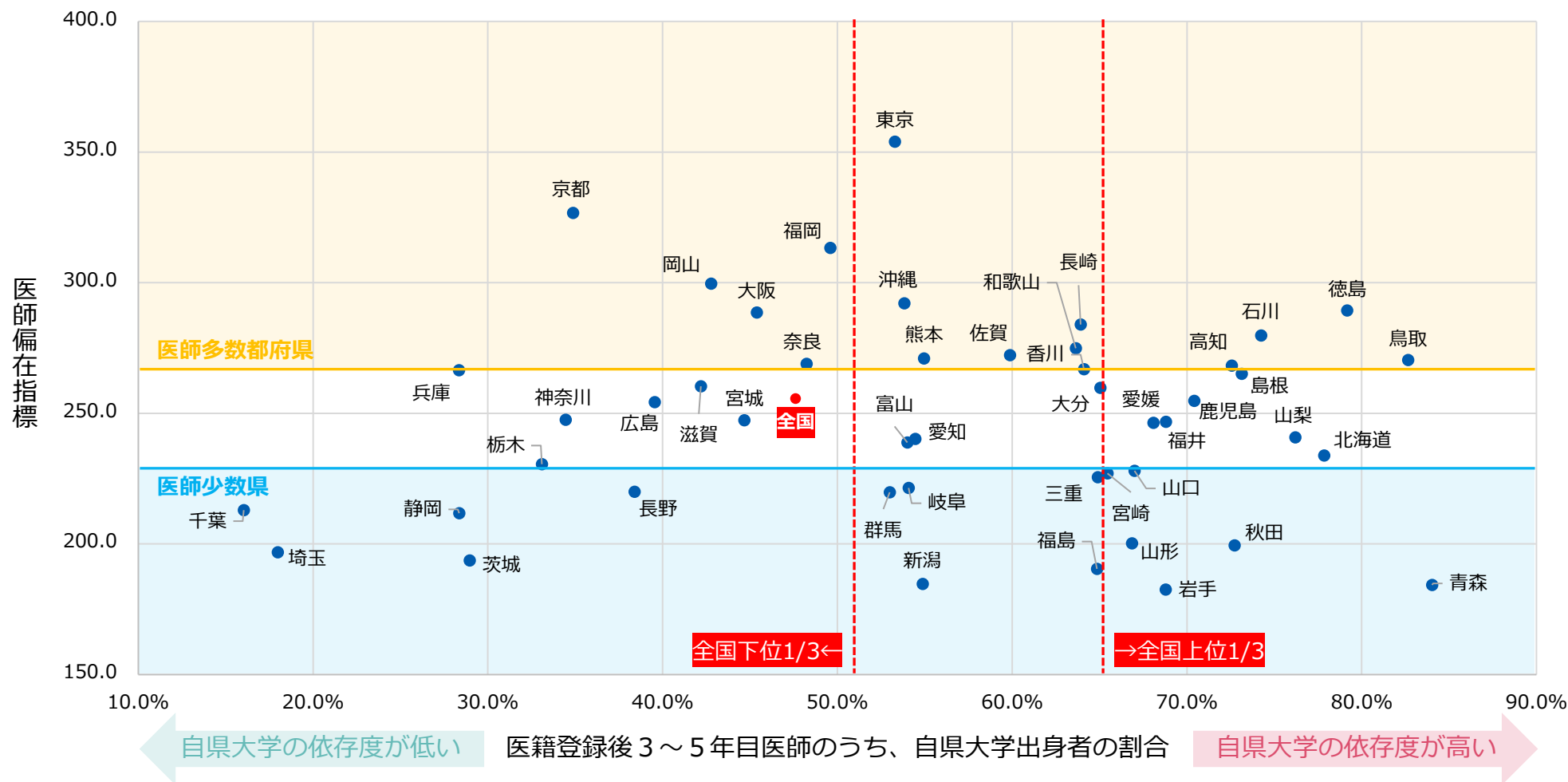
	進学・勤務地パターン別			
	①	②	③	その他
大学入学前	A県	A県	他県	他県
大学	A県	他県	A県	他県
臨床研修 および修了後	A県	A県	A県	A県



※高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県を「地元」とする
 ※「地域枠を除く」とは、地域医療等に従事する明確な意思を持った学生の選抜枠で入学していないと回答した者
 ※卒業した大学が、自治医科大学、産業医科大学、防衛医科大学、外国の医学校、無回答については除外して集計

医籍登録後3～5年目医師の自県大学出身者割合と医師偏在指標

都道府県別の医籍登録後3～5年目医師の状況をみると、医師少数県でない都道府県の中でも自県大学への依存度が低い都道府県がある一方、医師多数県の中にも自県大学への依存度が高い都道府県がある。



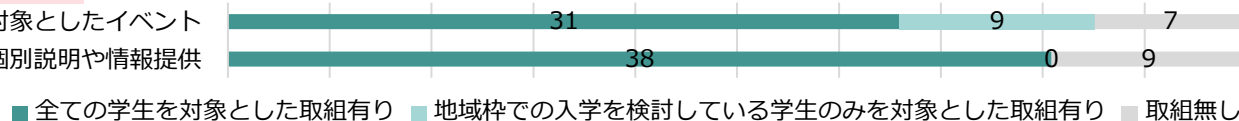
(※) 自治医科大学、産業医科大学、防衛医科大学、および、外国の医学校、その他、無回答については除外して集計
令和6年1月10日更新の医師偏在指標を使用

- 医学部入学前の高校生等、医学生、臨床研修医、専攻医、全世代の医師といった対象別の医師確保に向けた取組の実施状況について、都道府県に対してアンケート調査を実施した。都道府県のうち、取組の実施割合を以下に示す。

1. 医学部入学前の高校生等を対象とした取組の実施割合

出典：医学部臨時定員増に関する意向調査（令和7年3月実施）（厚生労働省医政局医事課調べ）

受験者確保に向けた都道府県内の受験生を対象としたイベント
地域枠制度について高校への個別説明や情報提供



2. 医学生を対象とした取組の実施割合

都道府県内の医学生等を対象とした卒後の勤務地の希望調査

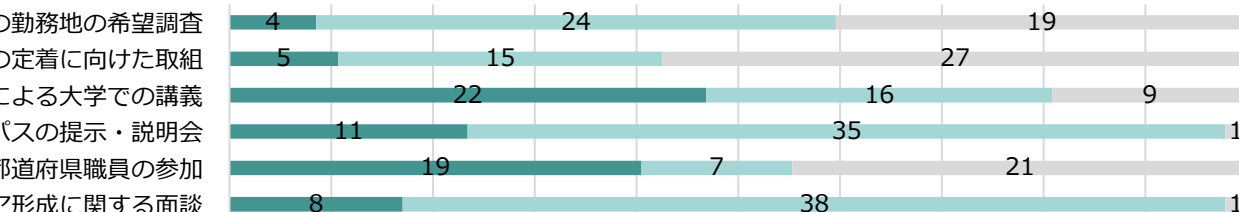
上記調査結果を踏まえた地域への定着に向けた取組

地域医療や将来の職業選択に対する意識の涵養に向けた都道府県職員による大学での講義

地域医療に貢献しながらキャリア形成が行えるキャリアパスの提示・説明会

学生の地域定着を趣旨とした大学における地域医療実習への都道府県職員の参加

医学生と都道府県職員とのキャリア形成に関する面談



3. 臨床研修医の確保に向けた取組の実施割合

臨床研修病院合同説明会への参加

都道府県内の臨床研修病院における研修の魅力向上の取組

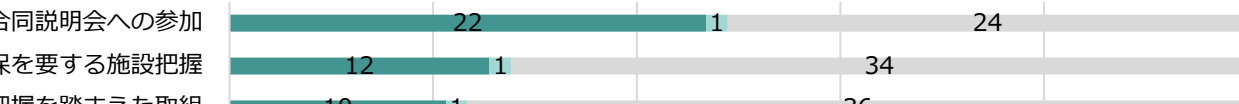


4. 専攻医の確保に向けた取組の実施割合

専門研修病院合同説明会への参加

専門研修指導医等の常勤医の新たな確保を要する施設把握

上記把握を踏まえた取組



5. 中堅・シニア世代を含む全ての世代の医師の確保に向けた取組の実施割合

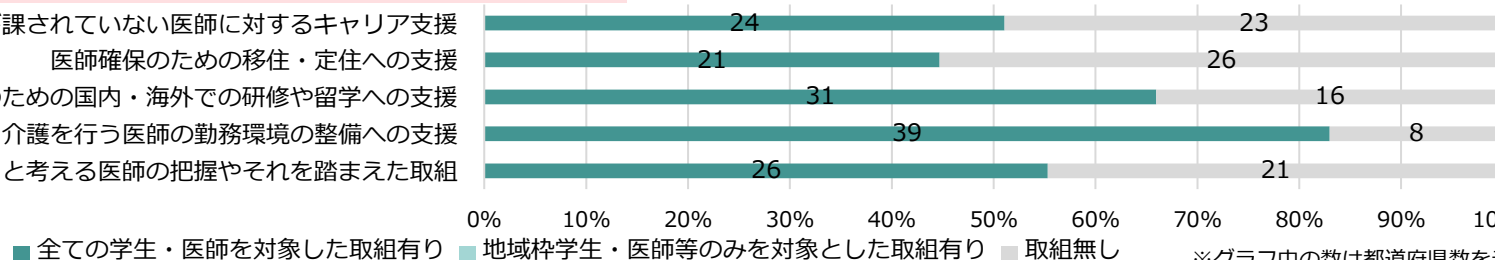
地域枠の従事要件等が課されていない医師に対するキャリア支援

医師確保のための移住・定住への支援

医師確保のための国内・海外での研修や留学への支援

子育て・介護を行う医師の勤務環境の整備への支援

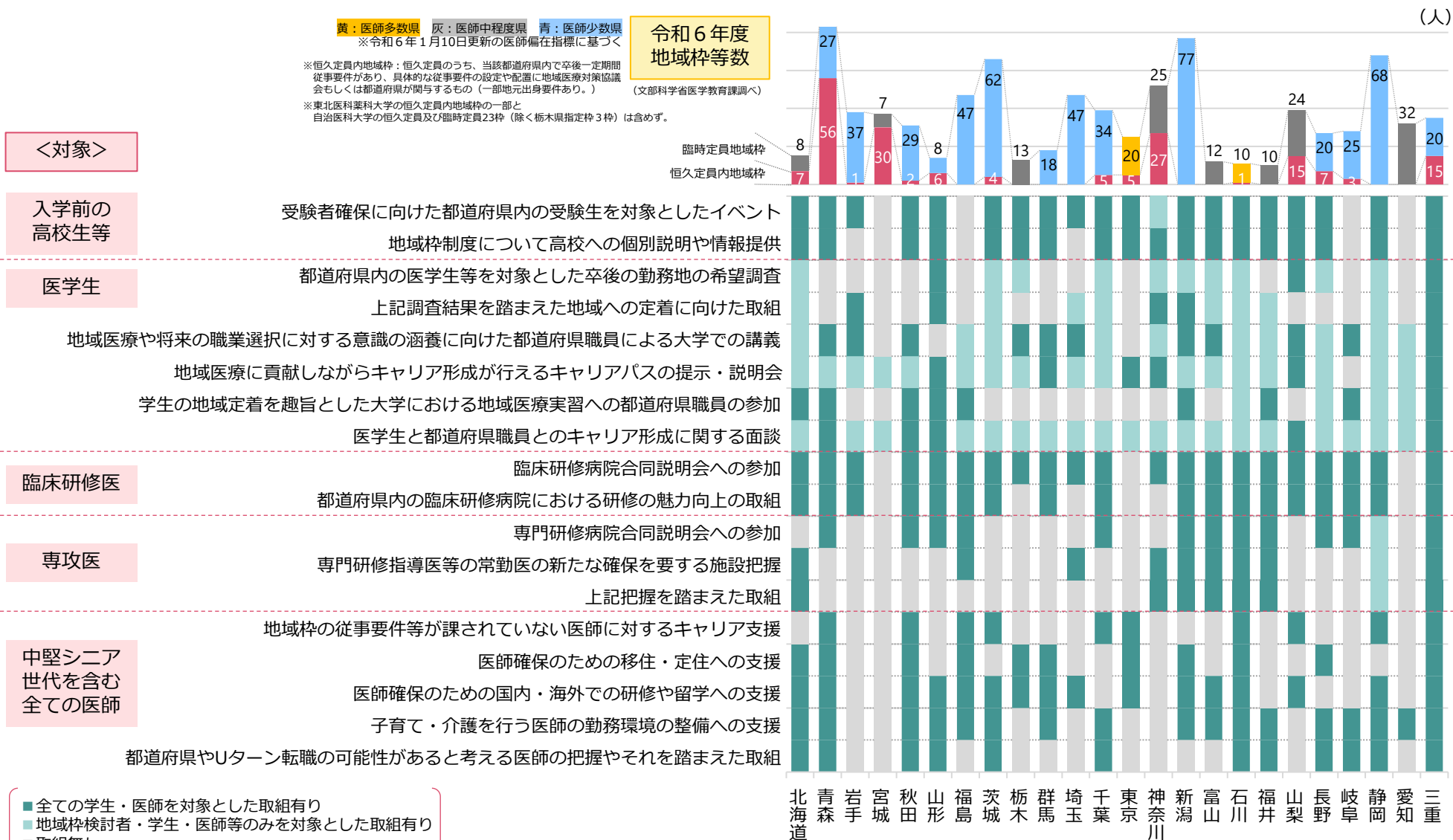
都道府県がリターン転職の可能性があると考える医師の把握やそれを踏まえた取組



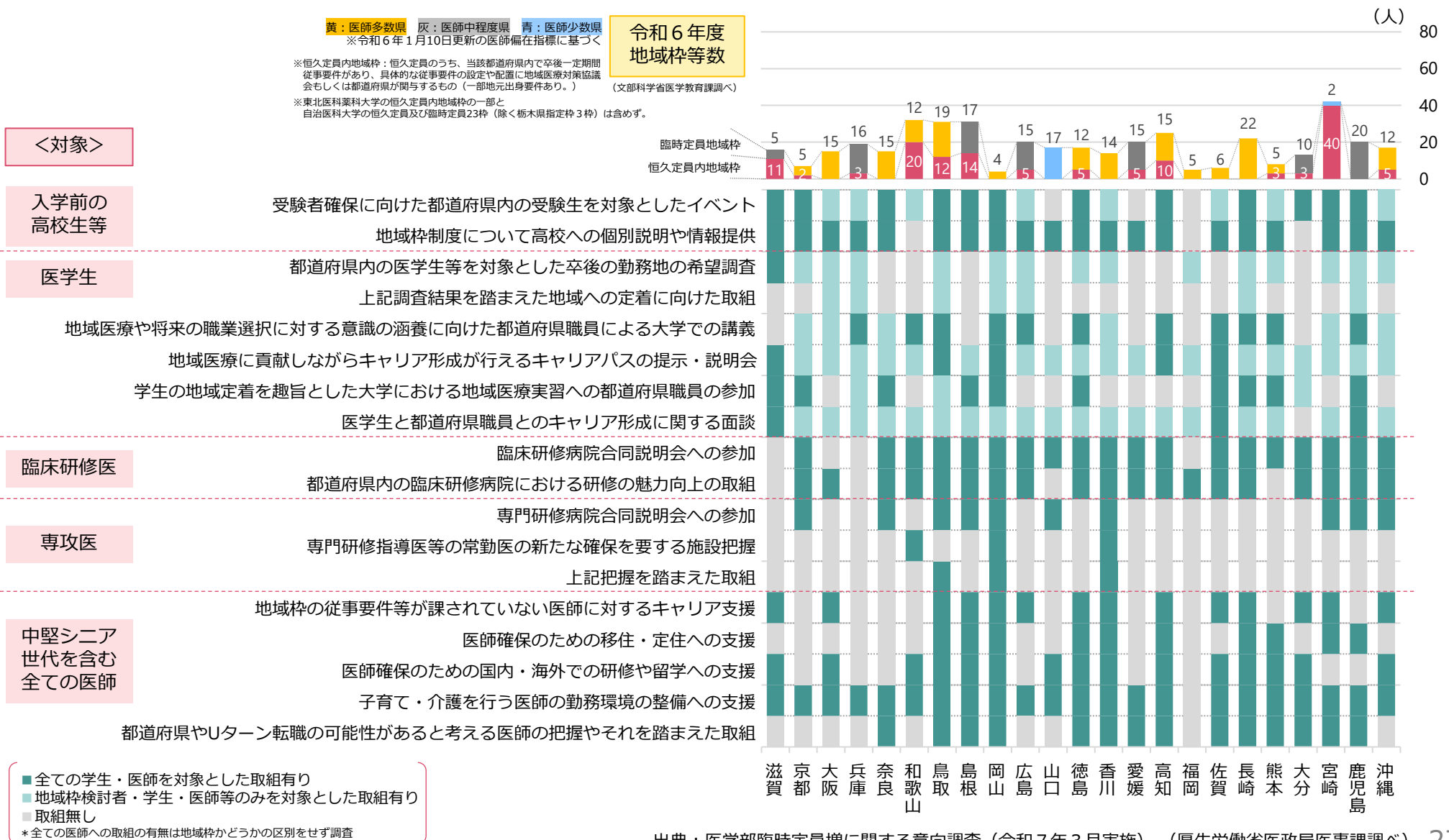
※グラフ中の数は都道府県数を示す

- 医学部入学前の高校生等を対象とした取組や臨床研修医の確保に向けた取組項目の実施率は8割以上となっている。
- 医学生を対象とした取組の項目については、地域枠学生を対象とした取組は一定程度実施されている一方で、全ての医学生を対象とした取組は限定的である。

- 都道府県により取組の有無に差はあるが、おおむね医学生を対象とした取組は地域枠学生に限定しているものが多い。
- 臨床研修医の確保に向けた取組は多くの県で実施しているが、専攻医の確保に向けた取組の実施率は低い。



- 都道府県により取組の有無に差はあるが、おおむね医学生を対象とした取組は地域枠学生に限定しているものが多い。
- 臨床研修医の確保に向けた取組は多くの県で実施しているが、専攻医の確保に向けた取組の実施率は低い。

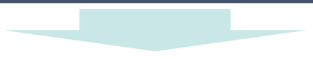


令和9年度の医学部臨時定員の配分の考え方について（案）

- 医学部臨時定員の配分の考え方には、医師偏在指標のみならず、①<地域の医師確保のニーズに配慮しつつ、地域の主体的な取組を後押しする視点>、②<地域の置かれた状況に適切に配慮する視点>、③<全国的な取組を促す視点>が必要と考えられる。
- それぞれの視点から、医学部臨時定員の配分に当たって考慮し得る要素については以下のものが考えられ、それぞれの要素の現状についても報告した。
 - ① **恒久定員内への地域枠設置**：主に医師多数県において設置が進んでいる。設置を進めた県のうち、令和6年度から令和7年度における増分は22名（恒久定員100名あたり平均約1.7名）であった。
 - ② **医師の年齢構成**：医師多数県であっても、若手医師や高齢医師の占める割合はさまざまであった。

地理的要素：地域医療構想及び医療計画等に関する検討会において、現行の医師偏在指標に、地理的な要素（人口密度、医療機関へのアクセス、離島や豪雪地帯といった地理上の特性）を反映した上で区域を設定することについて、検討が開始されている。

医師の流入や流出の状況：一般的に地元出身である医師の地元定着率は高い一方で、地元出身でない医師の卒業大学所在地への定着率は低い傾向にあるが、とりわけ後者の定着率には大きなばらつきがみられた。また、比較的若手である医籍登録後3～5年目の医師の動向を見ると、地域の医師確保において自県大学が大きな役割を占める地域と、他県大学からの流入が多い地域とがみられた。
 - ③ **地域に定着する医師を増やすための取組**：医学部入学前の高校生等を対象とした取組や臨床研修医の確保に向けた取組については一定程度実施されている一方で、県内の全ての医学生を対象とした取組や専攻医確保に向けた取組を実施している都道府県は限定的であった。

- 
- 本日お示したたたき台やデータを踏まえ、令和9年度の医学部定員について適正化を進めつつ、具体的な配分方法は以下の考え方を念頭に議論してはどうか。
 - 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、恒久定員内への地域枠の設置の状況や医師の年齢構成に加えて、**地理的要素を新たに配慮すること**についてどう考えるか。また、他に考慮すべき要素はあるか。
 - 当該都道府県に所在する大学卒業生の地域への定着に向けた取組を行うことが必要であり、そうした取組が継続されることを前提として、**医師の流入や流出の動向についても配慮すること**についてどう考えるか。
 - 医師多数県以外であっても、**安定した医師確保を行うにあたって、恒久定員内への地元出身者枠や地域枠の設置をはじめとした地域に定着する医師を確保するための取組の状況を踏まえ**た上で、**必要な臨時定員地域枠数を設定すること**についてどう考えるか。
 - なお、配分・調整方法にあたり必要なデータについては、その時点で得られる最新のデータに基づき行うこととする。

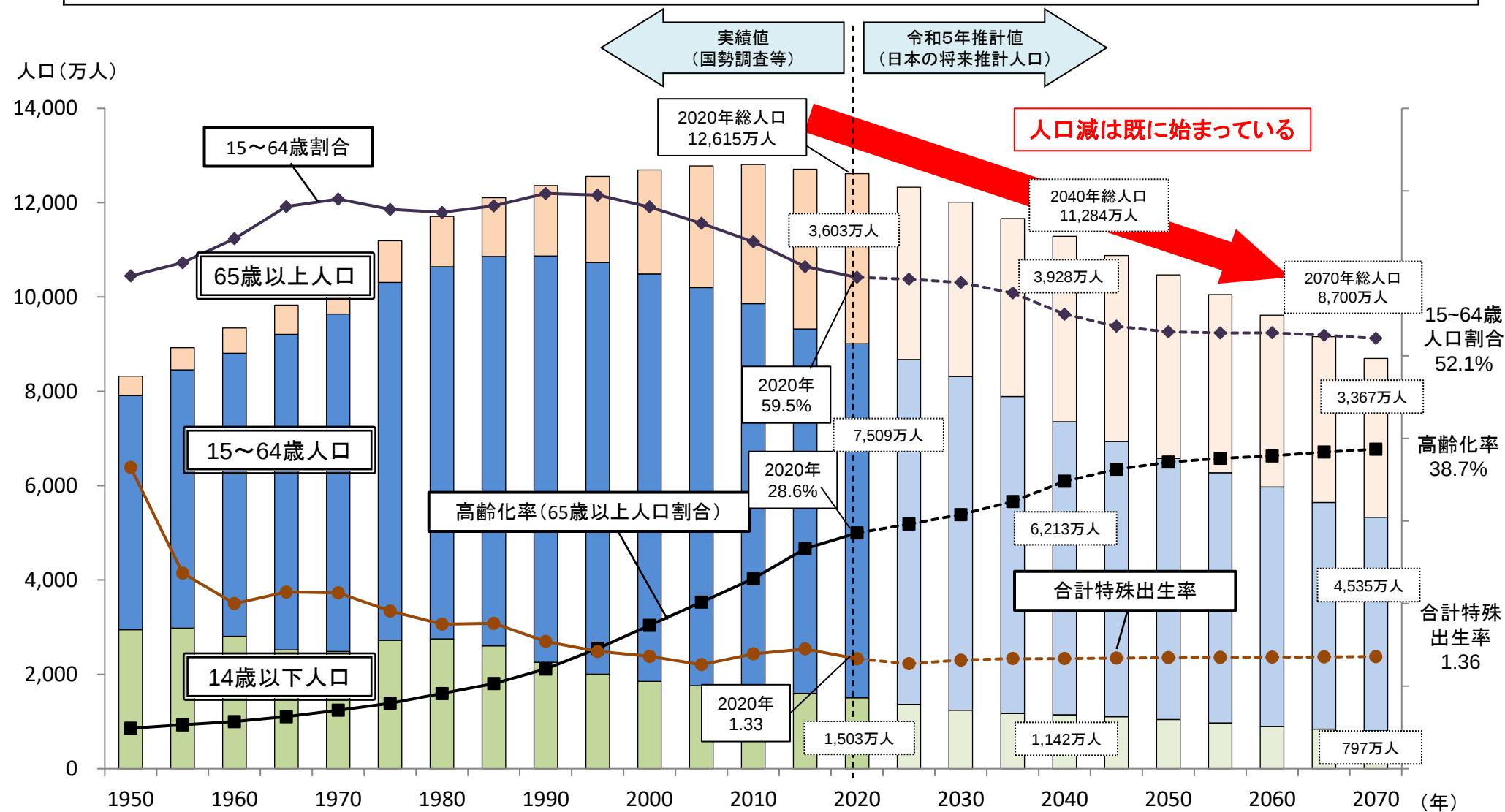
2. 医師養成過程を通じた医師の確保・偏在対策

日本の人口の推移

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
令和6年1月29日

資料1

○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2070年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は39%の水準になると推計されている。



(出所) 2020年までの人口は総務省「国勢調査」、合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」、
2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5年推計)」「(出生中位(死亡中位)推計)」

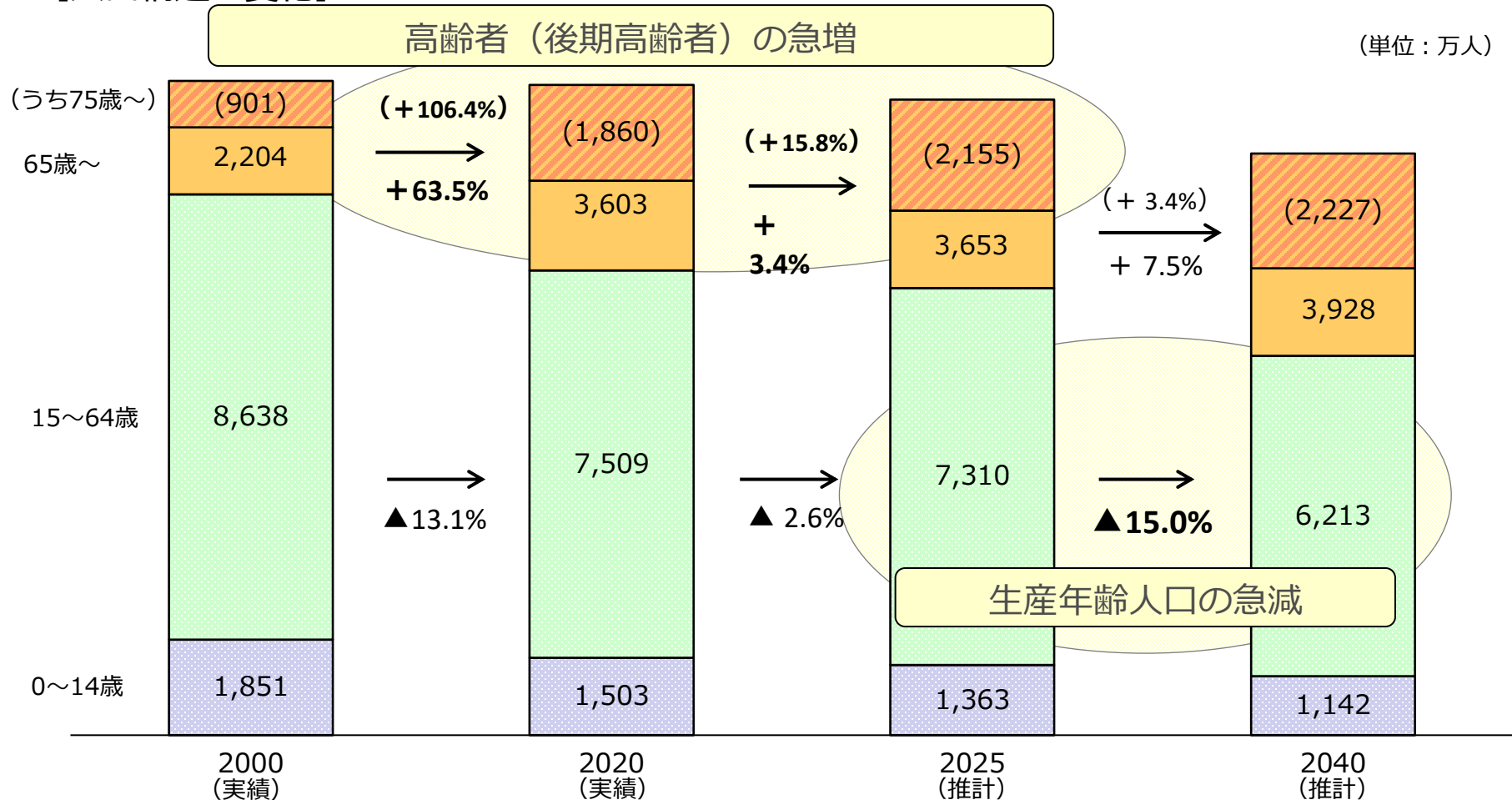
出典: 厚生労働省HP 我が国の人口について
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_21481.html
に一部加筆

人口動態 2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化する

令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1 (一部改)

- 2025年に向けて、高齢者、特に後期高齢者の人口が急速に増加した後、その増加は緩やかになる一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速する。

【人口構造の変化】



(出典)総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 令和5年推計」

2040年頃に向けた医療の課題①

令和7年2月26日

第115回社会保障審議会医療部会

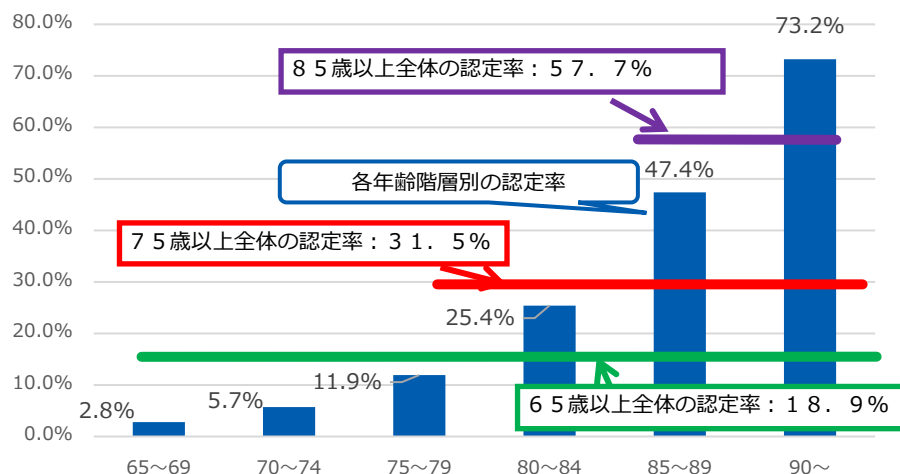
資料 1

I. 将来の人口構造の変化と求められる医療需要①

○ 人口は、85歳以上を中心に高齢者数は2040年頃のピークまで増加見込み。

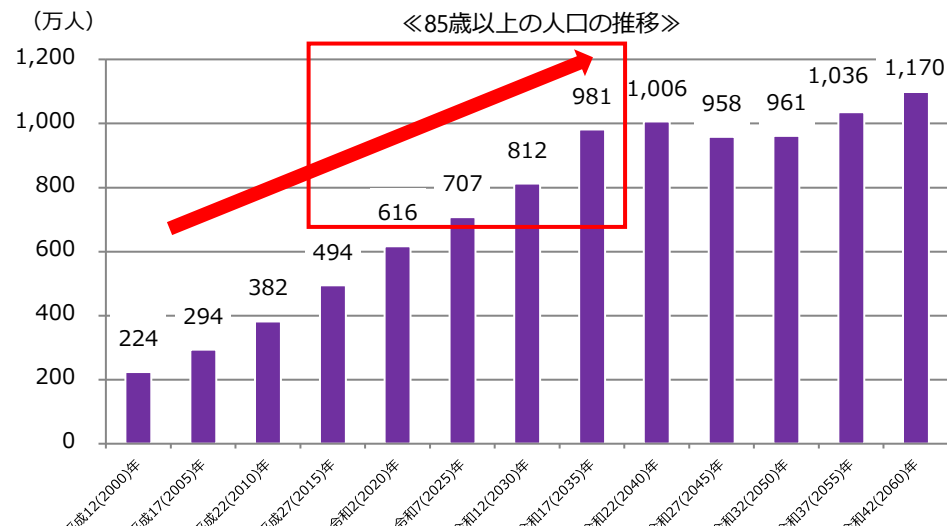
○ 医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者の増加に伴い、85歳以上を中心に高齢者の救急搬送は増加、在宅医療の需要も増加。

《年齢階級別の要介護認定率》



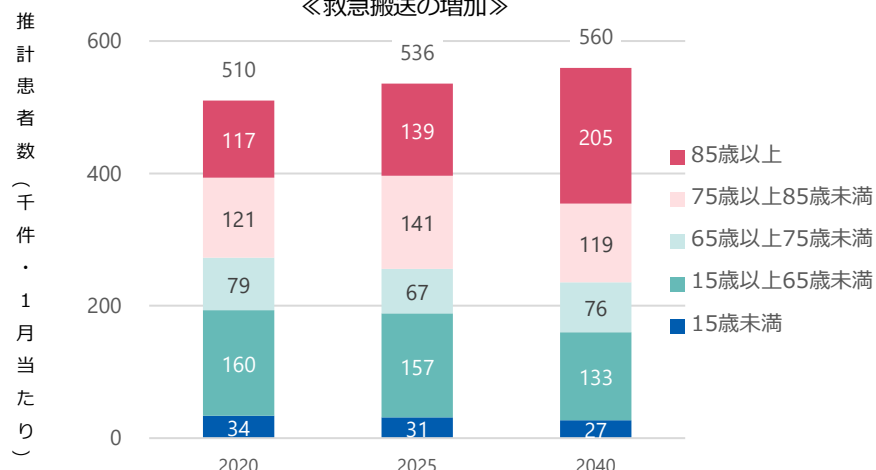
出典：2022年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2022年10月1日人口から作成

《85歳以上の人口の推移》



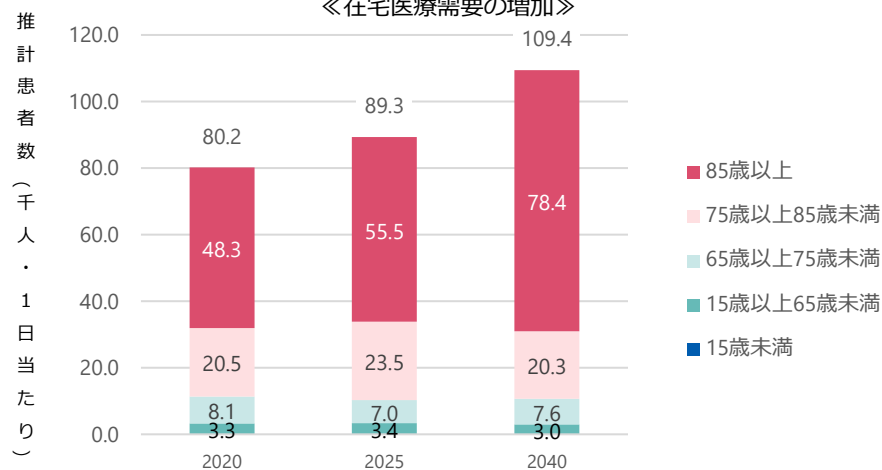
(資料) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和5年4月推計）出生中位（死亡中位）推計
2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」

《救急搬送の増加》



資料出所：消防庁データを用いて、救急搬送（2019年度分）の件数を集計したものを、2020年1月住民基本台帳人口で把握した都道府県別人口で除して年齢階級別に利用率を作成し、地域別将来推計人口に適用して作成

《在宅医療需要の増加》



出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）総務省「人口推計」（2017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（2023年推計）」を基に推計

2040年頃に向けた医療の課題②

令和7年2月26日

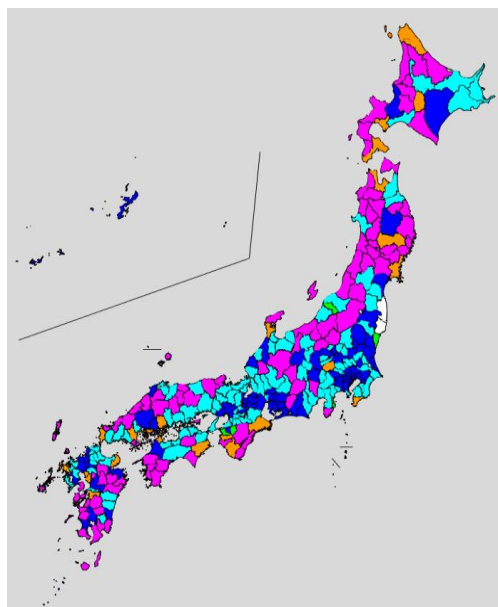
第115回社会保障審議会医療部会

資料1

I. 将来の人口構造の変化と求められる医療需要②

- 地域ごとにみると、生産年齢人口はほぼ全ての地域で減少し、高齢人口は、大都市部では増加、過疎地域では減少、地方都市部では高齢人口が増加する地域と減少する地域がある。
- こうした地域差の拡大に伴い、地域ごとの課題や地域に求められる医療提供体制のあり方はそれぞれ異なったものとなる。

《入院患者数が最大となる年（二次医療圏別）》



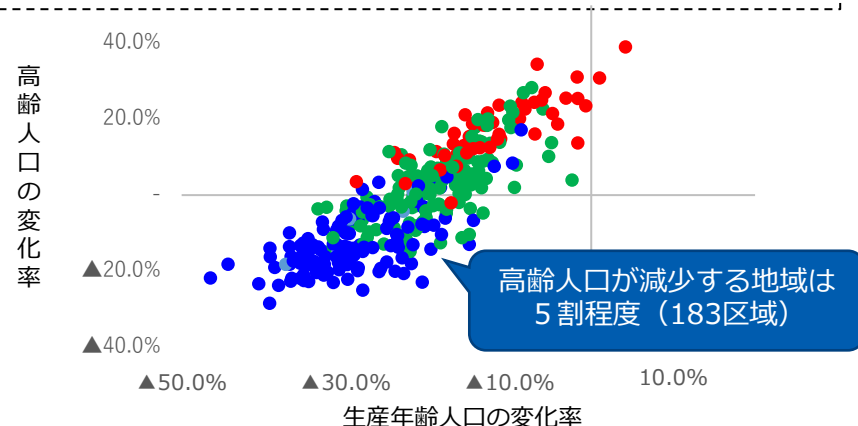
- : 2020年以前に最大
- : 2025年に最大
- : 2030年に最大
- : 2035年に最大
- : 2040年以降に最大

出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

《2025年→2040年の年齢区分別人口の変化の状況（構想区域（337区域）別）》

	年齢区分別人口の変化率の平均値	
	生産年齢人口	高齢人口
●大都市型	-11.9%	17.2%
●地方都市型	-19.1%	2.4%
●過疎地域型	-28.4%	-12.2%

大都市型：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上
地方都市型：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上
過疎地域型：上記以外



II. 生産年齢人口の減少に伴う、医療従事者の確保の課題

- 生産年齢人口の減少に伴い、医療従事者の確保が更に困難となる中、働き方改革等とあわせて、医療DX等を着実に推進していくことが重要。
- 医師については、人口が減少する中での医師養成のあり方や医師偏在が課題となっているほか、特に診療所の医師は高齢化しており、診療所数は人口が少ない二次医療圏では減少傾向、人口の多い二次医療圏では増加傾向にある。
- 歯科医師、看護師等の医療従事者についても、将来にわたって医療提供体制を確保するため、その養成のあり方や偏在等の課題、専門性を発揮した効果的な活用の重要性が指摘されている。
- これらの課題に対応し、85歳以上の高齢者の増加や人口減少がさらに進む2040年以降においても、全ての地域・全ての世代の患者が、適切な医療・介護を受け、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保することを目指す。

2040年に向けて、総合的な改革によって、より質の高い医療やケアを効率的に提供する体制を構築

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（概要）①

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

- **総合的な医師偏在対策**について、医療法に基づく**医療提供体制確保の基本方針**に位置付ける。

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

【基本的な考え方】

現状
課題

医師偏在は一つの取組で是正が
図られるものではない

若手医師を対象とした医師養成
過程中心の対策

へき地保健医療対策を超えた取組
が必要

基本的な
考え方

経済的インセンティブ、地域の医療機関の支え合いの仕組み、医師養成過程の取組等の**総合的な対策**

医師の柔軟な働き方等に配慮した中堅・シニア世代を含む**全ての世代の医師へのアプローチ**

地域の実情を踏まえ、支援が必要な地域を明確にした上で、**従来のへき地対策を超えた取組**

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

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

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（概要）②

【総合的な対策パッケージの具体的な取組】

若手

中堅・シニア世代

医師養成過程を通じた取組

- ＜医学部定員・地域枠＞
 - ・医学部臨時定員について、医師の偏在対策に資するよう、都道府県等の意見を十分に聞きながら、必要な対応を進める
 - ・医学部臨時定員の適正化を行う医師多数県において、大学による恒久定員内の地域枠設置等への支援を行う
 - ・今後の医師の需給状況を踏まえつつ、2027年度以降の医学部定員の適正化の検討を速やかに行う
 - ＜臨床研修＞
 - ・広域連携型プログラム※の制度化に向けて令和8年度から開始できるよう準備
- ※ 医師少数県等で24週以上の研修を実施

医師確保計画の実効性の確保

- ＜重点医師偏在対策支援区域＞
 - ・今後も定住人口が見込まれるが人口減少より医療機関の減少スピードが速い地域等を「重点医師偏在対策支援区域」と設定し、優先的・重点的に対策を進める
 - ・重点区域は、厚労省の示す候補区域を参考としつつ、都道府県が可住地面積あたり医師数、アクセス、人口動態等を考慮し、地域医療対策協議会・保険者協議会で協議の上で選定（市区町村単位・地区単位等を含む）
 - ＜医師偏在是正プラン＞
 - ・医師確保計画の中で「医師偏在是正プラン」を策定。地対協・保険者協議会で協議の上、重点区域、支援対象医療機関、必要な医師数、取組等を定める
- ※ 医師偏在指標について、令和9年度からの次期医師確保計画に向けて必要な見直しを検討

地域偏在対策における経済的インセンティブ等

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

＜全国的なマッチング機能の支援、リカレント教育の支援＞

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

地域の医療機関の支え合いの仕組み

- ＜医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大等＞
 - ・対象医療機関に公的医療機関及び国立病院機構・地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構の病院を追加
 - ・勤務経験期間を6か月以上から1年以上に延長。施行に当たって柔軟な対応を実施
- ＜外来医師過多区域における新規開業希望者への地域に必要な医療機能の要請等＞
 - ・都道府県から外来医師過多区域の新規開業希望者に対し、開業6か月前に提供予定の医療機能等の届出を求め、協議の場への参加、地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請を可能とする
 - ・要請に従わない医療機関への医療審議会での理由等の説明の求めや勧告・公表、保険医療機関の指定期間の6年から3年等への短縮
- ＜保険医療機関の管理者要件＞
 - ・保険医療機関に管理者を設け、2年の臨床研修及び保険医療機関(病院に限る)において3年等保険診療に従事したことを要件とし、責務を課す

診療科偏在の是正に向けた取組

- ・必要とされる分野が若手医師から選ばれるための環境づくり等、処遇改善に向けた必要な支援を実施
- ・外科医師が比較的長時間の労働に従事している等の業務負担への配慮・支援等の観点での手厚い評価について必要な議論を行う

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

医師養成
過程

6年
学部
教育

大学医学部 — 地域枠の設定（地域・診療科偏在対策）

医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会

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

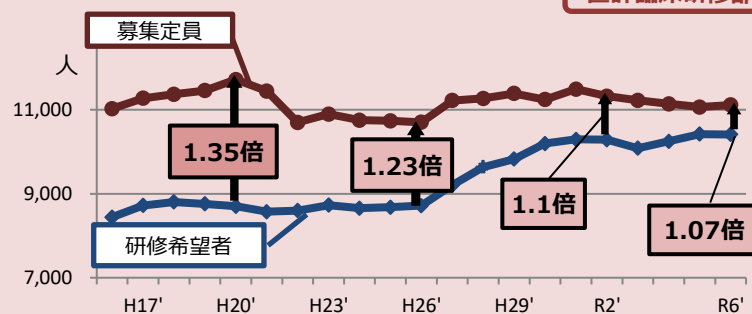
- 2026（令和8）年度の臨時定員は、2024（令和6）年度の医学部総定員数（9,403人）を上限とし、臨時増員の枠組みを維持
- 2027（令和9）年度以降の臨時定員は、各都道府県・大学の医師確保の現状を踏まえて検討

臨床研修 — 臨床研修制度における地域偏在対策

医師臨床研修部会

- 都道府県別の募集定員上限数の設定
- 全国の研修希望者に対する募集定員の倍率を縮小
- 医師少数区域へ配慮した都道府県ごとの定員設定方法への変更
- 地域医療重点プログラムの新設（2022年度～）

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

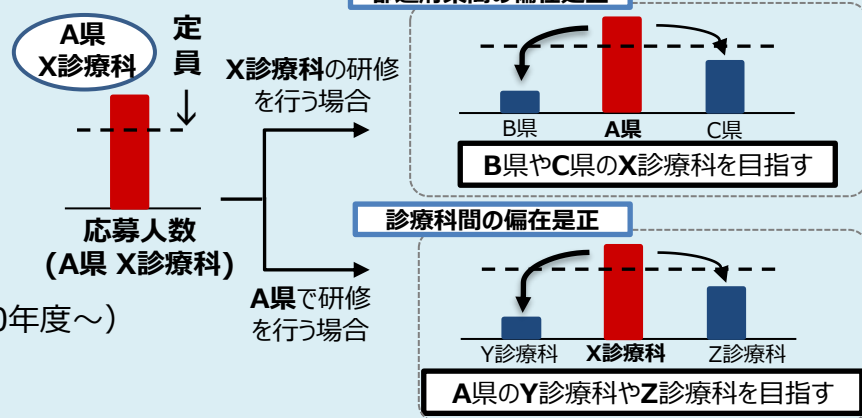


専門研修 — 専門医制度における地域・診療科偏在対策

医師専門研修部会

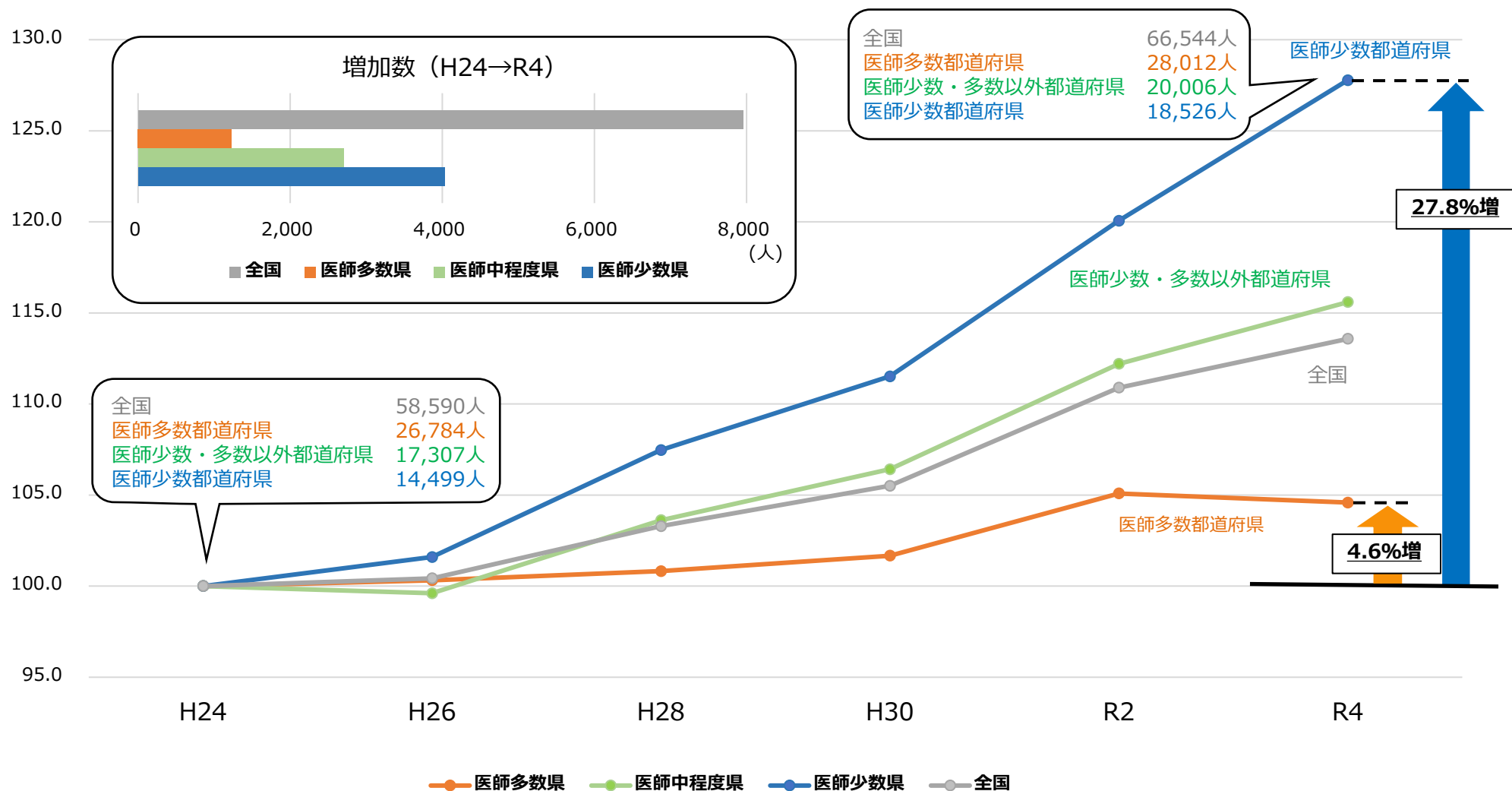
- 日本専門医機構が、都道府県別・診療科別の採用数の上限（シーリング）を設定
- ※医師法の規定により、都道府県の意見を踏まえ、厚生労働大臣から日本専門医機構等に意見・要請を実施

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



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。

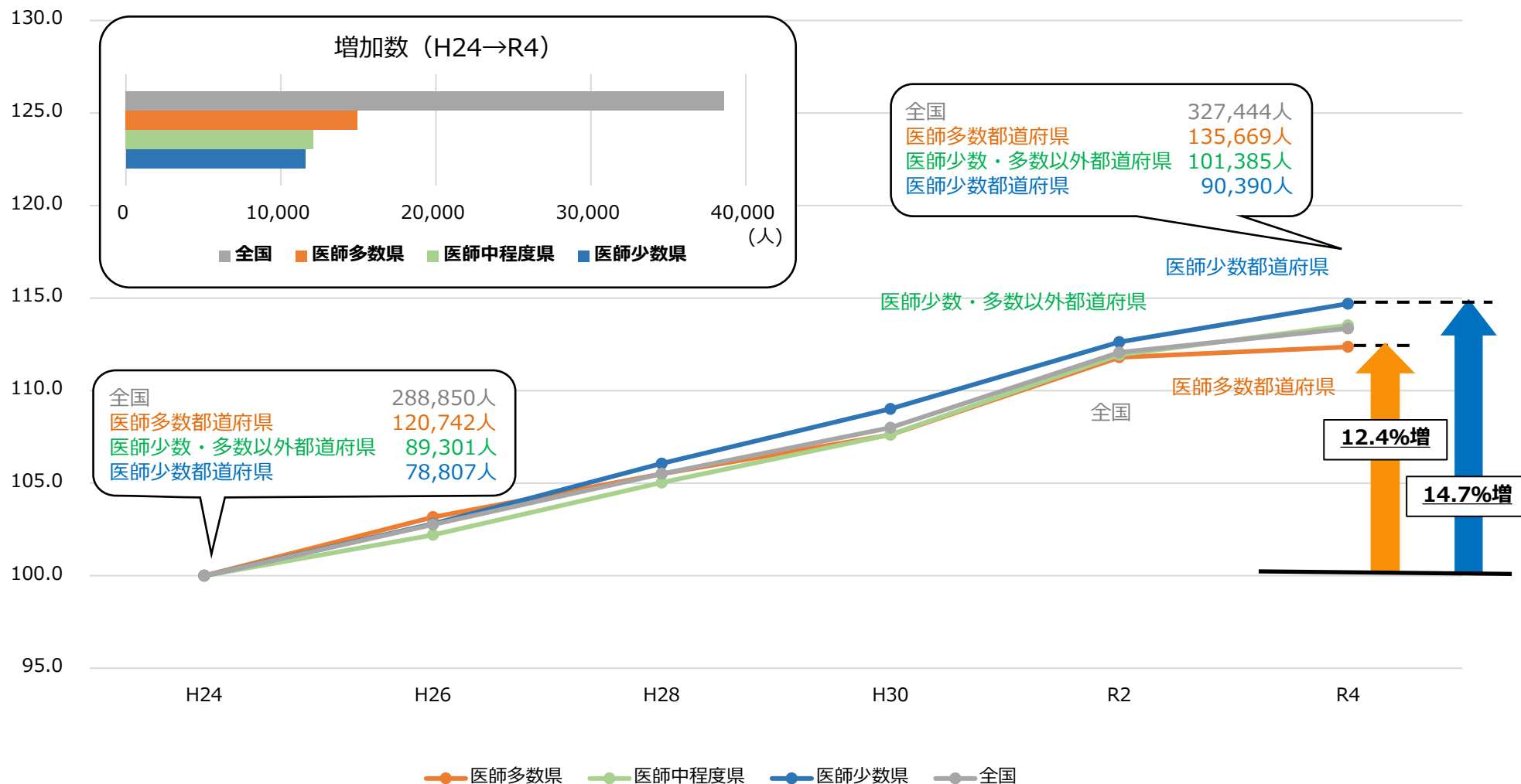


※ 医師多数都道府県：医師偏在指標の上位33.3%の都道府県
 医師少数都道府県：医師偏在指標の下位33.3%の都道府県
 医師少数・多数以外都道府県：医師偏在指標の上位・下位33.3%以外の都道府県

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

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。



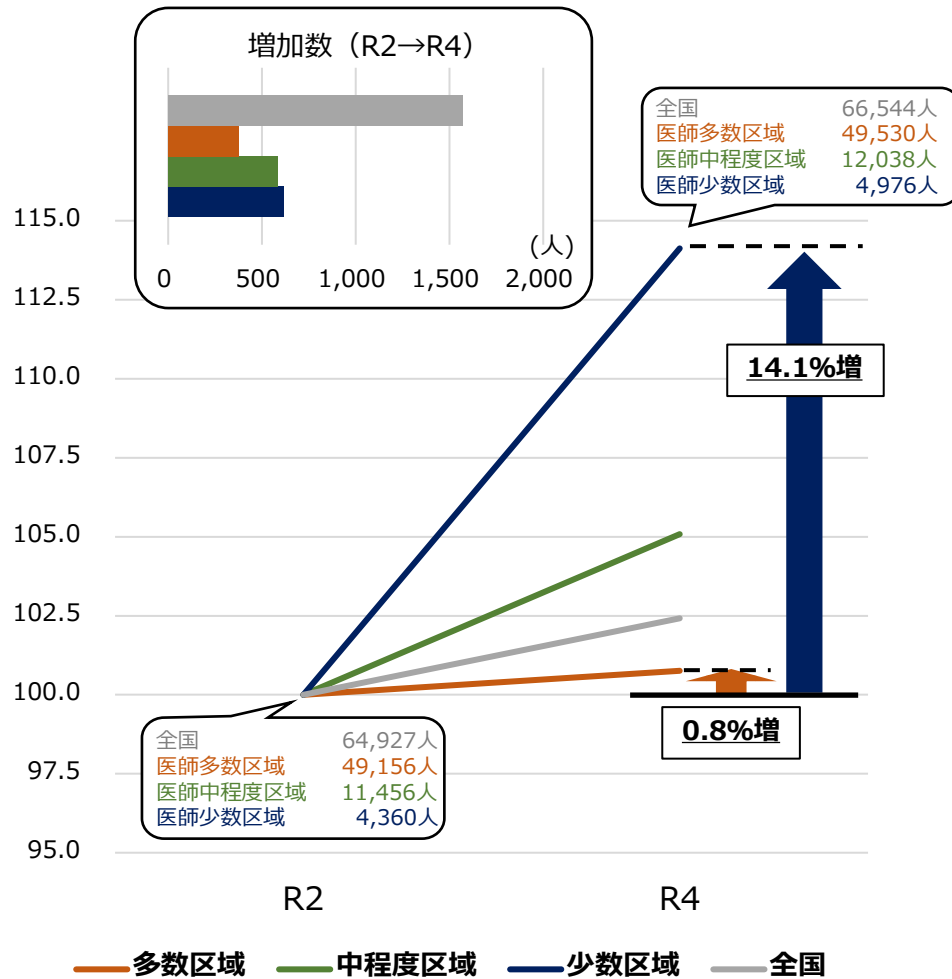
※医師多数都道府県：医師偏在指標の上位33.3%の都道府県
 医師少数都道府県：医師偏在指標の下位33.3%の都道府県
 医師少数・多数以外都道府県：医師偏在指標の上位・下位33.3%以外の都道府県

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

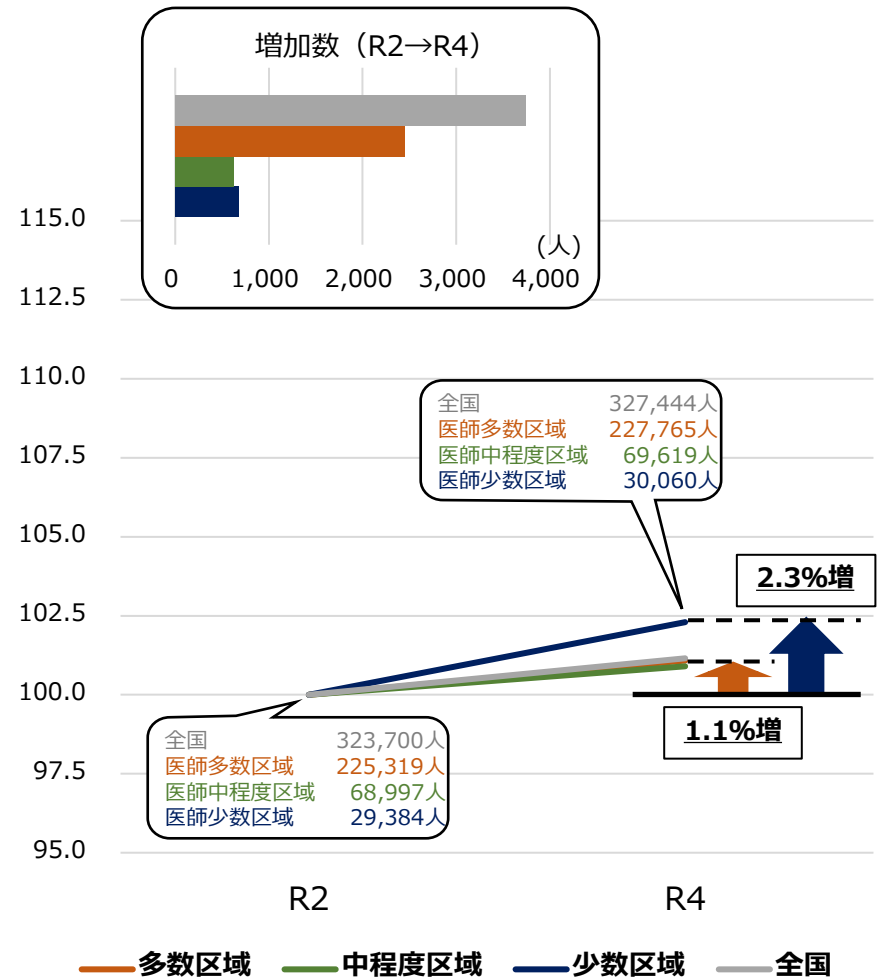
二次医療圏別における医療施設従事医師数推移（令和2年を100とした場合）

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

35歳未満医療施設従事医師数の推移



医療施設従事医師数の推移



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

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

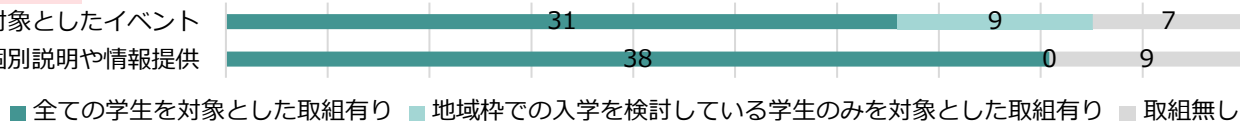
都道府県における医師確保に向けた取組状況

- 医学部入学前の高校生等、医学生、臨床研修医、専攻医、全世代の医師といった対象別の医師確保に向けた取組の実施状況について、都道府県に対してアンケート調査を実施した。都道府県のうち、取組の実施割合を以下に示す。

1. 医学部入学前の高校生等を対象とした取組の実施割合

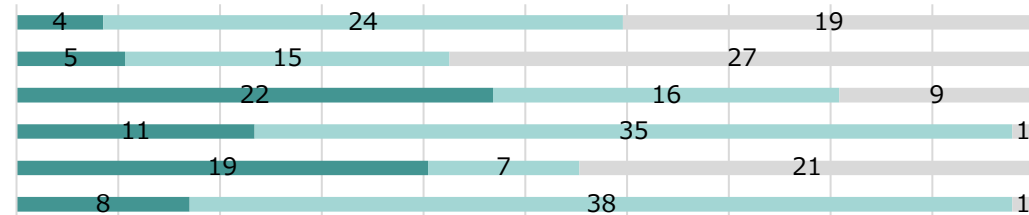
出典：医学部臨時定員増に関する意向調査（令和7年3月実施）（厚生労働省医政局医事課調べ）

受験者確保に向けた都道府県内の受験生を対象としたイベント
地域枠制度について高校への個別説明や情報提供



2. 医学生を対象とした取組の実施割合

都道府県内の医学生等を対象とした卒後の勤務地の希望調査
上記調査結果を踏まえた地域への定着に向けた取組
地域医療や将来の職業選択に対する意識の涵養に向けた都道府県職員による大学での講義
地域医療に貢献しながらキャリア形成が行えるキャリアパスの提示・説明会
学生の地域定着を趣旨とした大学における地域医療実習への都道府県職員の参加
医学生と都道府県職員とのキャリア形成に関する面談



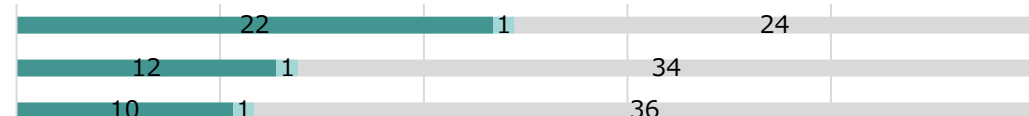
3. 臨床研修医の確保に向けた取組の実施割合

臨床研修病院合同説明会への参加
都道府県内の臨床研修病院における研修の魅力向上の取組



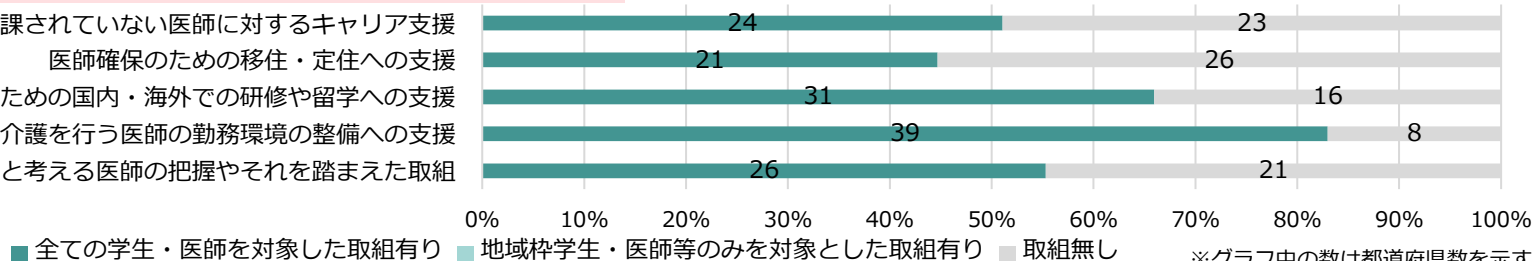
4. 専攻医の確保に向けた取組の実施割合

専門研修病院合同説明会への参加
専門研修指導医等の常勤医の新たな確保を要する施設把握
上記把握を踏まえた取組



5. 中堅・シニア世代を含む全ての世代の医師の確保に向けた取組の実施割合

地域枠の従事要件等が課されていない医師に対するキャリア支援
医師確保のための移住・定住への支援
医師確保のための国内・海外での研修や留学への支援
子育て・介護を行う医師の勤務環境の整備への支援
都道府県がリターン転職の可能性があると考えた医師の把握やそれを踏まえた取組



- 医学部入学前の高校生等を対象とした取組や臨床研修医の確保に向けた取組項目の実施率は8割以上となっている。
- 医学生を対象とした取組の項目については、地域枠学生を対象とした取組は一定程度実施されている一方で、全ての医学生を対象とした取組は限定的である。

北海道の取組：地元の中学生を対象とする医療体験事業を通じた地域医療を担う人材育成を目的とした取組

第10回医師養成過程を通じた
医師の偏在対策等に関する検討会
令和7年6月25日

資料1

- 地域における医師の確保を図るため、北海道と北海道医師会等が連携して、中学生を対象とする医療体験事業を実施している。

地域医療を担う青少年育成事業

目的

地域の医師不足に対応するため、道・道医師会等が連携して中学生を対象とする医療体験事業を実施し、将来、本道の地域医療を担う人材を育成することを目的とする。

対象者

中学生

事業概要

- ・平成24年度より開始している（令和2～4年度は新型コロナウイルス感染症の流行のため中止）。
- ・例年、医師少数区域などの地域の中学校で3ヶ所程度実施している。
- ・北海道医師会及び地域枠医師による講演と、医療機器メーカー及び市町村立病院などの医療機関の協力による医療体験を行う。

医療体験：電子内視鏡システム体験、腹腔鏡手術トレーニング、超音波エコー操作、術衣試着体験 等

実施主体等

北海道 <協力> 北海道医師会

予算・財源

予算額：（令和7年度）528（千円）

財源：地域医療介護総合確保基金（医療分：区分4）



青森県の取組：①地元の医学部進学者数の増加を図る取組

②県外に勤務する医師へのUIターンを通じた医師確保の取組

第10回医師養成過程を通じた
医師の偏在対策等に関する検討会
令和7年6月25日

資料1

- 医師を目指す地元の高校生等を対象に医師の魅力を知る機会を設け、地域医療に対する理解を深めるとともに、気概と目的意識を持った医学部志願者の養成を行っている。
- 地域医療の充実と医師の確保等を行う、地域医療支援センターを県に設置するとともに、青森県の勤務の可能性のある医師の情報収集等を行う特別推進員を設置し、県外医師等への働きかけを行っている。

①地元の医学部進学者数の増加を図る取組

医療チュートリアル体験事業

ドクタートーク

目的

医師を目指す中学生及び高校生が、医師の職業的な魅力を知り、地域医療に対する理解を深めるとともに、医師に求められる高い倫理観や使命感を学ぶことを目的として、現役医師による講演を実施し、気概と目的意識を持った医学部医学科志願者を養成する。

対象者

県内全域の将来医師等を目指す中学生・高校生

事業概要

・医師による講演、意見交換、行政の施策説明（修学資金支援制度など）等を実施している。

実施主体等

青森県、青森県教育委員会

外科手術体験セミナー

（主催：NPO法人外科支援機構弘前 共催：青森県）

②県外に勤務する医師へのUIターンを通じた医師確保の取組

青森県良医育成支援特別推進員

目的

県内勤務の可能性のある医師の情報収集及び県外医師・医学生に対する働きかけ等を行い、医師確保対策の推進を図るため、特別推進員を設置する。

活動

- ・県外勤務医師のUIターンに向けた情報収集と招へい活動。
- ・医学生に対する本県の医療環境の情報提供と本県勤務への働きかけ。
- ・その他、本県における医師確保対策に資する活動。

青森県地域医療支援センター

⇒ こうした取組により、令和6年度以降に本県医療機関等とマッチングした医師は3名（県外からのマッチング2名を含む）の実績がある。



香川県の取組：若手医師の確保に向けた、 県内の指導医を育成するための取組

第10回医師養成過程を通じた
医師の偏在対策等に関する検討会
令和7年6月25日

資料1

- 県内で指導医を確保することが大きな課題となっている中、特に不足感の強い又は必要性が高いと考えられる基本6領域（内科・産婦人科・小児科・外科・救急科・総合診療）における指導医体制を一層充実させ、将来の医療需要の変化に対応した医療提供体制の強化を図るため、専門研修基幹施設病院が負担する指導医取得経費の一部を補助している。

指導医養成支援事業

目的

専門医を目指す臨床研修医が専門研修先を検討する際、指導医の存在は重要な要素であるほか、専門研修プログラムの作成において、指導医の不在により連携施設となれない医療機関が存在するといった状況を踏まえ、県内の指導医を質・量ともに確保していくことを目的としている。

事業概要

- ・基本6領域における指導医取得経費の一部を補助する。
- ・具体的に対象となる経費は、資格登録料、講習会等への参加費及び旅費などである。
- ・平成31年度の事業開始以降、1～7名/年程度の実績となっている。

予算・財源

予算額：（令和7年度）280（千円）
財源：地域医療介護総合確保基金（医療分：区分4）
負担割合：県10/10

参考：医師確保計画策定ガイドライン ～第8次（前期）～ に基づく都道府県における医師確保の取組

医師確保計画策定ガイドライン ～第8次（前期）～（抜粋）

- 医師確保計画において定められる都道府県が行う対策は、地域枠医師等のキャリア形成プログラムの適用を受ける医師に関する事項が中心になるものと考えられる。しかし、キャリア形成プログラムの適用を受ける医師以外についても、医師確保計画が都道府県内の関係者の合意の上で策定されていることを勘案し、都道府県内の大学や医師会、医療機関等が可能な限り医師確保計画に沿った対応を行うことが望まれることから、都道府県は、適切な関与を行うこと。

具体的な施策（例）

<医師の派遣調整>

- ✓ 医師派遣については、都道府県が、医師派遣を必要としている医師少数区域等の医療機関と、医師派遣が可能な県内の医療機関を十分把握していない場合もあることから、例えば、地域医療支援センターは医師確保が必要な診療科・医師数や、派遣元医療機関の候補を調査し、医師派遣に必要な情報を正確に把握すること。

<キャリア形成プログラム>

- ✓ 都道府県は、「医師少数区域等における医師の確保」と「医師不足地域に派遣される医師の能力開発・向上の機会の確保」の両立を目的としてキャリア形成プログラムを策定すること。（中略）キャリア形成プログラムにおいて、医師少数区域等の医療機関における就業期間を定めること。ただし、都道府県の実情に合わせて、キャリア形成プログラムの内容を都道府県内で不足している診療領域に限る等、不足している分野の解消に資するプログラムを設計すること。

<その他の施策>

- ✓ 地域に定着する医師の確保の観点から、地元出身の医師の養成を目的とした中高生を対象とする医療セミナーの開催や、地域医療を担う医師を増やすことを目的とした医学部生を対象とする地域医療実習の拡充及び支援等の施策の検討を行うこと。また、地域枠を中心とした、都道府県における就業に一定の関心を持つ医学部生や若手医師が大学、所属医療機関を超えて情報共有や意見交換を行うことのできるプラットフォームを整備することも有用であると考えられる。
- ✓ 各都道府県内の基幹型臨床研修病院と協力型臨床研修病院は、地域重点型プログラムなどを用いてより多くの研修医が医師少数区域における地域医療研修を行えるようにするのが望ましい。
- ✓ 寄附講座の設置に当たっては、若手医師等にとって魅力ある講師の選定や、医師の具体的な派遣人数、派遣期間等についても事前に取り決めておくことが必要であるとともに、専門研修における連携プログラム等の取組と組み合わせて実施することが有効であると考えられる。

医師養成過程を通じた医師の確保・偏在対策について（案）

- 医学部定員のうち地域枠以外の定員（一般枠）が多くを占める中、地域における医師の確保については、
 - ・ 地元出身者や地元の医学生の定着を促すためのアプローチ
 - ・ 医学部卒業後の若手医師へのアプローチ
 - ・ 医師の流入／流出の状況や地元大学への依存度等の都道府県毎に異なる特徴を踏まえたアプローチ等が考えられる。
- 都道府県における医師確保に向けた取組の状況をみると、医学部入学前の高校生等を対象とした取組や臨床研修医の確保に向けた取組については一定程度実施されている一方で、県内の全ての医学生を対象とした取組や専攻医確保に向けた取組を実施している都道府県は限定的であった。
- 都道府県における医師確保に関する取組の状況等（取組の結果の評価を含む。）を踏まえ、効果的な取組事例の情報収集を行うとともに、国における関連事業の取組状況も併せて、都道府県に対する調査や情報提供等を行うことについて、前回の本検討会において事務局から提案していたところ。



- 医師養成過程を通じた取組については、国において基本的な方針や仕組みを整備し、都道府県においては、例えば地域枠医師のキャリア形成支援等に取り組んでいるところ。今後は、地域におけるより効果的な医師確保を図る観点から、都道府県においても、地域枠医師以外を含めた医師の養成過程を通じた取組を進めていくことが重要ではないか。
- 一方、都道府県がこうした取組を進めるに当たっては、地元大学等との連携を構築するなどの一定の準備期間が必要であること、具体的な取組内容について情報提供しなければ地域での取組に繋げることが難しい可能性があることなど、実効性を確保するための方策について検討する必要があるのではないか。
- その上で、地域医療構想や医療計画の推進等の検討状況と併せて、医師養成過程を通じた対策として、医師のキャリアステージ毎（入学前の高校生等、医学生、臨床研修医や専攻医等の若手医師、リカレント教育等の生涯教育を必要とする医師等）にどのような対策が考えられるか。
- 本日を含め、ご議論頂いた結果について、例えば今後予定されている次期の「医師確保計画策定ガイドライン」に盛り込んで都道府県に情報提供する他、地域の医師確保を支援する観点からどのような対応が考えられるか。

3. 参考資料

※「●」は法律事項

2040年頃を見据えた新たな地域医療構想

- 入院医療だけではなく、外来・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図る新たな地域医療構想の策定
 - ・ 病床の機能区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）について「回復期機能」を「包括期機能」として位置付け
- 医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能、医育及び広域診療機能）の報告制度の創設
 - ・ 二次医療圏を基本とした地域での協議のほか、都道府県単位での協議、在宅医療等により狭い区域での協議を実施
 - ・ 新たな構想の取組を推進するための総合確保基金の見直し
- 都道府県知事の権限（医療機関機能報告の創設に伴う必要な機能の確保、基準病床数と必要病床数の整合性の確保等）
- 厚労大臣の責務明確化（データ分析・共有、研修等の支援策）
- 新たな地域医療構想に精神医療を位置付ける

医療DXの推進

- 電子カルテ情報共有サービスの構築・普及、次の感染症危機に備えた電子カルテ情報の利用等
- マイナ保険証1枚で医療費助成を受けられる仕組みの整備等
- 公的DBの利用促進などの医療等情報の二次利用の推進
- 社会保険診療報酬支払基金を、医療DXに係るシステム開発・運用主体として抜本的に改組等

オンライン診療の推進

- オンライン診療の法定化・基準の明示
- オンライン診療受診施設の設置者による届出等

その他、下記の措置を行う

- ・ 一般社団法人立医療機関に対する非営利性の徹底
- 持ち分なし医療法人への移行計画の認定期限の延長（※）等

医師偏在対策

<医師確保計画の実効性の確保>

- 「重点医師偏在対策支援区域」の設定
 - ・ 「医師偏在是正プラン」の策定

<地域の医療機関の支え合いの仕組み>

- ・ 医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の公的医療機関等への拡大等
- 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する医療や医師不足地域での医療の提供の要請・勧告・公表と、保険医療機関の指定（6年から3年等への短縮）を連携して運用
- 保険医療機関の管理者要件

<経済的インセンティブ等>

- 重点医師偏在対策支援区域における支援を実施
 - 診療所の承継・開業・地域定着支援
 - 派遣医師・従事医師への手当増額
 - 保険者から広く負担を求め、給付費の中で一体的に捉える
 - 医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関への支援
- ※ 医師偏在への配慮を図る観点から、診療報酬の対応をさらに検討
- ・ 全国的なマッチング機能の支援
- ・ 医師養成過程を通じた取組

美容医療への対応

- 美容医療を行う医療機関等の報告・公表の仕組みの導入（報告事項）
 - 安全管理措置の実施状況/専門医資格の有無/相談窓口の設置状況等
- ・ 関係学会によるガイドライン策定等

（※）現行の期限（令和8年12月31日）から更に3年延長。
本制度に係る税制優遇措置の延長については、令和8年度税制改正要望を行う。

1. 地域医療構想の見直し等①

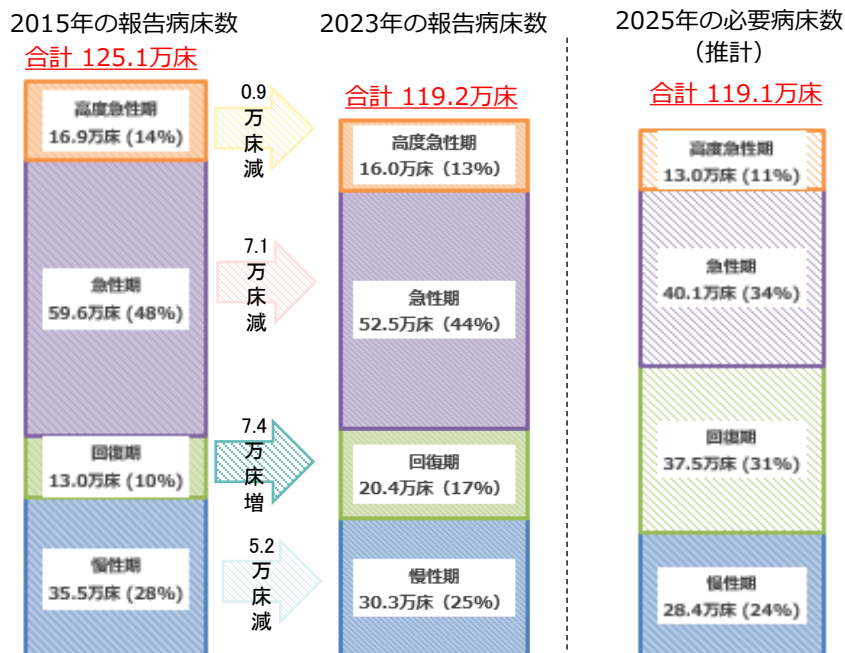
新たな地域医療構想の概要

現行の地域医療構想

病床の機能分化・連携

- 団塊の世代が全て75歳以上となる2025年に向けて、高齢者の医療需要が増加することが想定される。
- 約300の構想区域を対象として、**病床の機能分化・連携を推進**するための2025年に向けた地域医療構想を策定。

<全国の報告病床数と必要病床数>



※ 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

新たな地域医療構想

入院医療だけではなく、**外来医療・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図る地域医療構想へ**

- 2040年頃に向けて、医療・介護の複合ニーズ等を抱える85歳以上の増加、人材確保の制約、地域差の拡大が想定される。
- 増加する高齢者救急・在宅医療の需要への対応、医療の質や医療従事者の確保、地域における必要な医療機能の維持が求められる。
- 病床の機能分化・連携だけでなく、**外来医療・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めたあるべき医療提供体制の実現**に資する新たな地域医療構想を策定。
- 2040年やその先を見据えて、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**を推進することが重要。
このため、病床の機能分化・連携に加え、
 - ・ **地域ごとの医療機関機能**
(高齢者救急の受入、在宅医療の提供、救急・急性期の医療提供等)
 - ・ **広域な観点の医療機関機能** (医育及び広域診療等の総合的な機能)
 の確保に向けた取組を推進。

<今後のスケジュール>

- 令和7年度 新たな地域医療構想に関するガイドラインの作成 (国)
- 令和8年度～ 新たな地域医療構想の策定 (県)
- 令和9年度～ 新たな地域医療構想の取組を順次開始 (県)

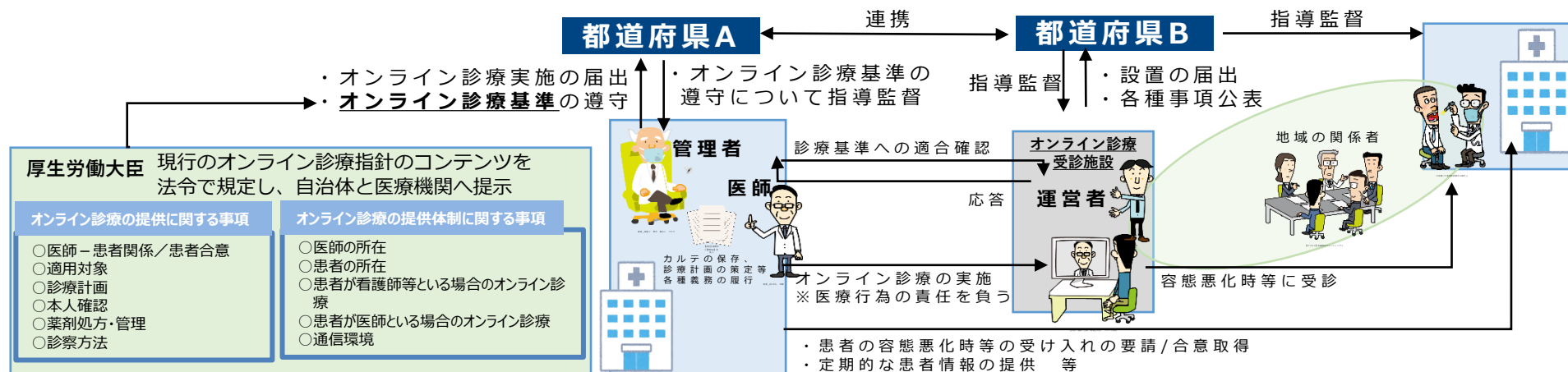
オンライン診療に関する総体的な規定の創設

- 医事法制上、オンライン診療は解釈運用によって、機動的・柔軟にその実施が図られてきた。
- 法制上の位置づけを明確化し、適切なオンライン診療を更に推進していくため、現行制度の運用を活かす形で、医療法にオンライン診療の総体的な規定を設ける。

- 医療法にオンライン診療を定義づけ、オンライン診療を行う医療機関はその旨を届け出る（都道府県Aへの届出）。
- 厚生労働大臣は、オンライン診療の適切な実施に関する基準（オンライン診療基準）を定め、オンライン診療は同基準に従って行うこととする。
- オンライン診療を行う医療機関の管理者は、オンライン診療基準を遵守するための措置を講じることとする。

- 患者がオンライン診療を受ける専用の施設として、医療法に「オンライン診療受診施設」を創設する。
（定義）施設の設置者が、業として、オンライン診療を行う医師又は歯科医師の勤務する病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院に対して、その行うオンライン診療を患者が受ける場所として提供する施設
- オンライン診療受診施設の設置者は、設置後10日以内に届け出る（都道府県Bへの届出）。
- オンライン診療を行う医療機関の管理者が、オンライン診療受診施設の設置者に対して、オンライン診療基準への適合性を確認することとする。
- オンライン診療受診施設の広告・公表事項等は省令で定めることとする。

(※) オンライン診療を行う医療機関の管理者は、容態急変の事態に備え、患者の所在地近隣の医療機関と受け入れの合意等を取得し、その過程で、地域医療に与える影響やその可能性について、地域の関係者と連携して把握することとする。

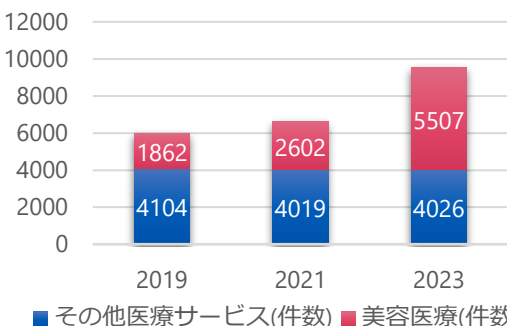


1. 地域医療構想の見直し等③

美容医療の適切な実施

1 現状 美容医療を取り巻く状況

医療の相談件数の推移



患者

「シワを取るはずが顔面麻痺が残った…」
 「医師ではない人に治療方針を決定された…」
 「オンラインで無診察処方された…」
 「強引に高額な契約を結ばされた…」
 「SNS広告を見て受診しトラブルに…」



医療機関



医師

「関係法令＆ルールを知らない…」
 「提供した医療の内容や契約内容について患者とトラブルになる…」
 「研修・教育体制が不十分…」
 「問題が起こっても対処できない…」



保健所等

「安全管理の状況・体制等を把握しにくい…」
 「通報を受けたが立入検査に入っ
 よいケースかどうか分からない…」
 「カルテを見ても診療の実態がわからず、指導ができない…」

出典：PIO-NET（※）へ2024年3月31日までに登録された相談データ

美容医療がより安全に、より高い質で提供されるに当たっての課題・対応

2 課題

- ・美容医療を提供する医療機関における院内の安全管理の実施状況・体制等を保健所等が把握できていない
- ・患者側も医療機関の状況・体制を知る手段がなく、医療機関における相談窓口を知らない
- ・関係法令＆ルール（オンライン診療に係るものを含む。）が浸透していない
- ・合併症等への対応が困難な医師が施術を担当している
- ・安全な医療提供体制や適切な診療プロセスが全般的・統一的に示されていない
- ・アフターケア・緊急対応が行われない医療機関がある
- ・保健所等の指導根拠となる診療録等の記載が不十分な場合がある
- ・悪質な医療広告が放置されている

3 改正の内容

- **美容医療を行う医療機関の報告・公表の仕組みの導入**
⇒ 安全管理措置の実施状況/専門医資格の有無/相談窓口の設置状況等について都道府県等に対する報告を求め、そのうち国民に必要な情報を公表
- **関係法令＆ルールに関する通知の発出**
⇒ 保健所等による立入検査や指導のプロセス・法的根拠の明確化
- **医療機関による診療録等への記載の徹底**
- **オンライン診療指針が遵守されるための法的整理**
- **関係学会によるガイドライン策定**
⇒ 遵守すべきルール/標準的な治療内容/記録の記載方法/有害事象発生時の対応方針/適切な研修のあり方/契約締結時のルール等を盛り込んだガイドラインを策定
- **医療広告規制の取締り強化**
- **行政等による周知・広報を通じた国民の理解の促進等**

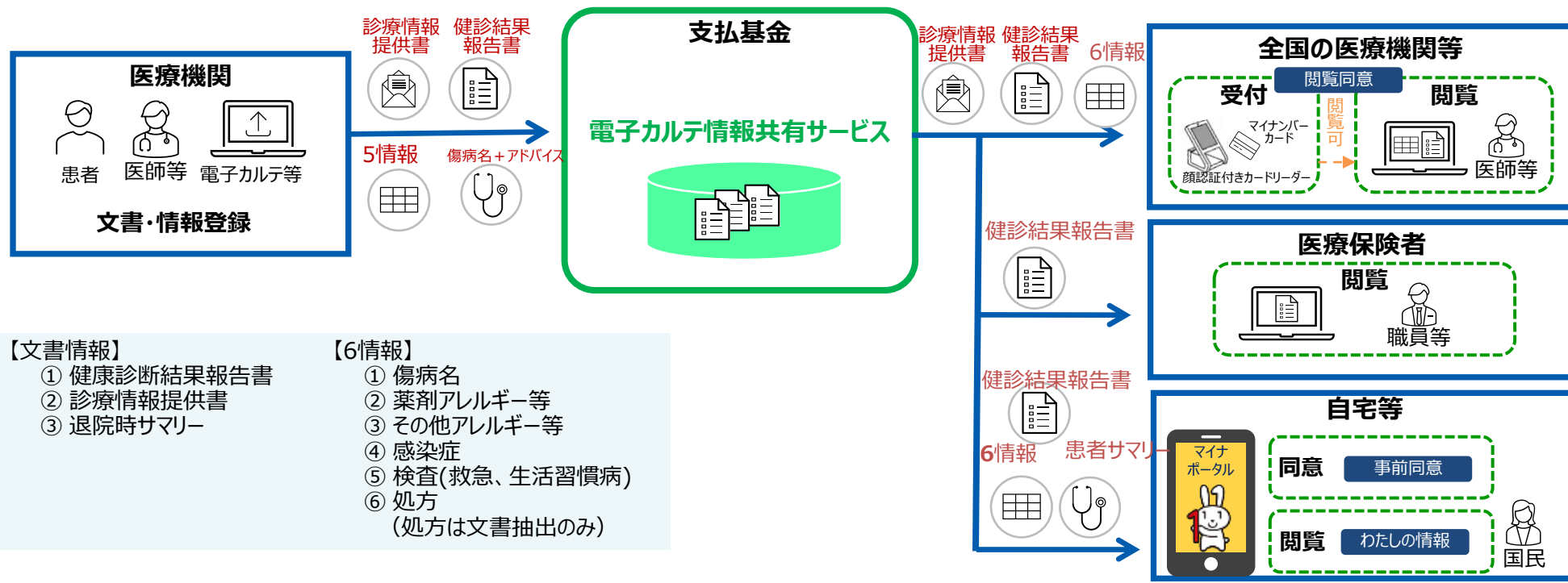
制度の概要

- 全国の医療機関等において、電子カルテ情報を共有・閲覧することができるようにする。
 - ・医療機関が3文書（健診結果報告書、診療情報提供書、退院時サマリー）と6情報（傷病名や検査等）を電子的に共有できるようにする。
 - ・患者が自身のマイナポータルで健診結果報告書や6情報を閲覧できるようにする。医療保険者にも健診結果報告書を電子的共有する。
- 以下の内容を法律に規定。
 - ① 医療機関等は、3文書6情報を支払基金等に電子的に提供することができる旨を法律に位置づける。
個人情報保護法の例外として、提供する際の患者の同意取得を不要とする。他の医療機関が閲覧する際には患者の同意が必要。
 - ② 支払基金等は、3文書6情報を、電子カルテ情報共有サービス等以外の目的には使用してはならない。
 - ③ システムの運用費用は医療保険者等が負担する。
 - ④ 地域医療支援病院等の管理者に3文書・6情報の共有に関する体制整備の努力義務を設ける。

登録

保存管理

取得・閲覧



3. 医療DXの推進① 次の感染症危機に備えた、電子カルテ情報共有サービスの利用等

令和7年2月26日

第115回社会保障審議会医療部会

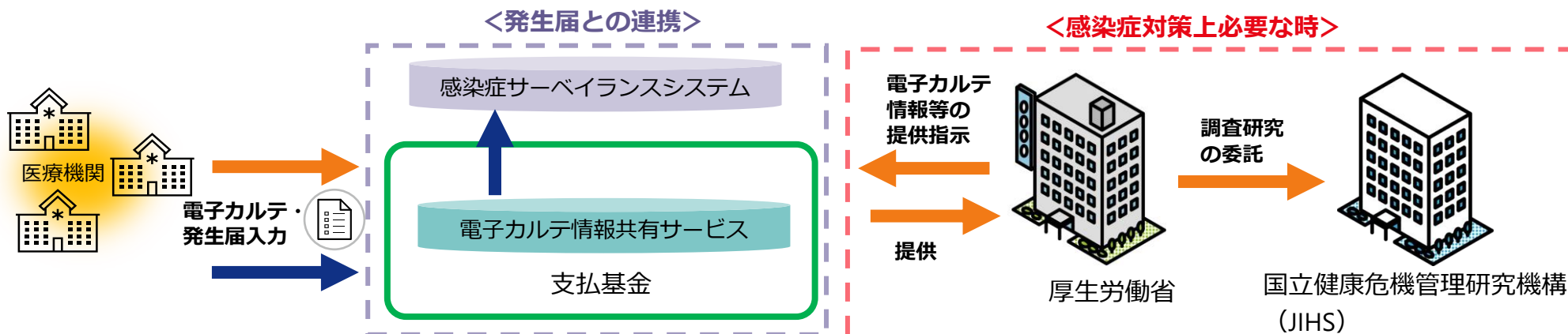
資料1

現状・課題

- 医師が診療時に入力する電子カルテ用端末については、インターネットに接続していない医療機関も存在している。そのような医療機関では、同一端末から直接、感染症サーベイランスシステムにアクセスすることができず、**発生届を届け出る際は、インターネット回線に接続された別の端末で、カルテに記録した診療情報と同一の情報を改めて入力する必要があり、負担になっている。**
- 次のパンデミックを見据えた感染症危機管理体制を構築することは、我が国の喫緊の課題であり、2025年4月に創設される国立健康危機管理研究機構（JIHS）は、感染症対応を中心に据えた組織として、感染症に関する情報の収集・分析機能を強化することを目指す。

改正案の内容

- 医師等が、感染症の発生届等を届け出る際、電子カルテに記録した診療情報を改めて入力することなく、同一端末上で発生届等を作成できるようにするため、**一部の感染症について、医師等が発生届を電子カルテ情報共有サービスを経由する方法により届け出ることができる旨の規定を設ける。**
- 感染症対策上必要な時は、厚生労働大臣から支払基金等に対して、電子カルテ情報等の提供を求めることができる**こととする。
- また、厚生労働大臣は、支払基金等から提供を受けた電子カルテ情報等を用いた調査研究を、**国立健康危機管理研究機構（JIHS）に委託することができる**こととする。



3. 医療DXの推進② 公的DBにおける仮名化情報の利用・提供

現状

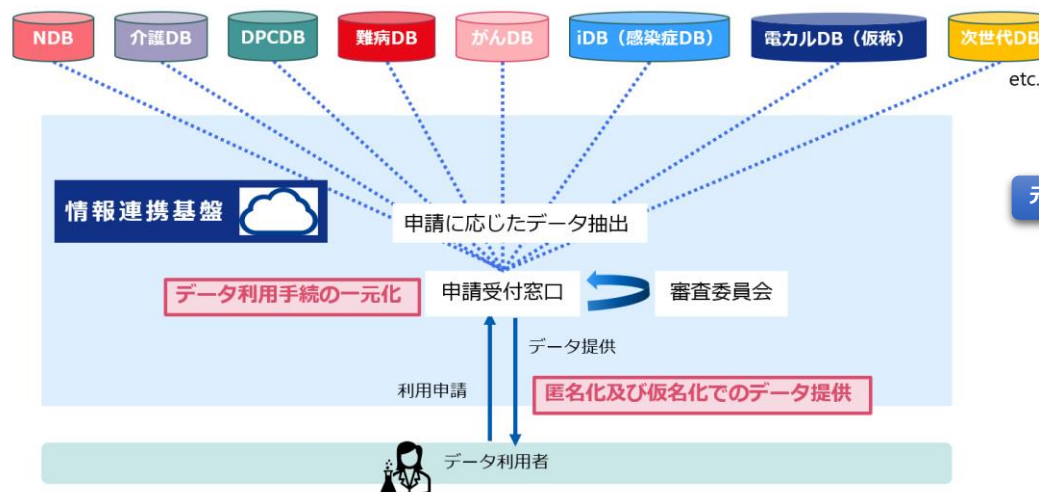
- 厚生労働大臣等が保有する医療・介護関係のDB（公的DB）では、これまで**匿名化情報**の利用・提供を進めてきた。
- 医学・医療分野の研究開発等において、**匿名化情報では精緻な分析や長期の追跡ができない等**、一定の限界がある。
- データ利用者は、利用したいDBそれぞれに対して申請を行い承認を得る必要がある等、負担が大きい。

改正の内容

- 公的DBの**仮名化情報の利用・提供を可能**とし、**他の仮名化情報や次世代医療基盤法の仮名加工医療情報との連結解析を可能**とする。
- その際、個人情報の保護を適切に図るため、以下のような管理・運用を行うこととする。
 - ・ 仮名化情報の利用は「**相当の公益性がある場合**」に認めることとし、**利用目的や内容に応じて必要性やリスクを適切に審査**する。
 - ・ DBは、個人情報保護法上、個人情報の保有主体に求められるものと同等の安全管理措置や不適正利用の禁止等の措置を講ずる。
 - ・ 仮名化情報の利用に当たっては、**クラウドの情報連携基盤上で解析等を行い、データ自体を相手に提供しないことを基本**にする。
 - ・ これまでの匿名化情報と同様に、照合禁止やデータ消去、安全管理措置、不正利用の際の罰則を求め、**匿名化情報よりも厳格な管理を担保**するため、**厚労大臣等から利用者に対して利用の目的・方法の制限の要求等**の規定を設ける。

改正案

<医療・介護関係の公的DBの利活用促進のイメージ>



<匿名化情報・仮名化情報のイメージ>

匿名化情報：本人を識別すること及びその作成に用いられた情報を復元することができないように加工された情報

ID	性別	生年月日	体重	収縮期血圧	病名
B002	女	2003/7	50～55	201以上	その他

氏名等
は削除

氏名等に加え、

必要に応じて、医療データ領域も削除・改変が必要

元データ

氏名	性別	生年月日	体重	収縮期血圧	病名
厚労花子	女	2003/7/26	53.4	211	膵臓細胞癌（希少疾患）

氏名等
は削除

医療データ領域の削除・改変は基本的に不要

医療データ領域

ID	性別	生年月日	体重	収縮期血圧	病名
B002	女	2003/7/26	53.4	211	膵臓細胞癌（希少疾患）

仮名化情報：氏名等の削除等により、他の情報と照合しない限り、特定の個人を識別できないように加工された情報

3. 医療DXの推進③ 社会保険診療報酬支払基金の組織体制の見直し等について

第115回社会保障審議会医療部会

資料 1

社会保険診療報酬支払基金の組織体制の見直し

①法人名称の見直し

- ・診療報酬の審査支払業務と医療DX業務の両方を担う法人の名称とするため、「**医療情報基盤・診療報酬審査支払機構**」とする。

②医療DX業務への国のガバナンス発揮

- 厚生労働大臣が、医療DXの総合的な方針（「**医療情報化推進方針**」）を定め、支払基金は、医療DXの中期的な計画（「**中期計画**」）を定めることとする。

③柔軟かつ一元的な意思決定体制

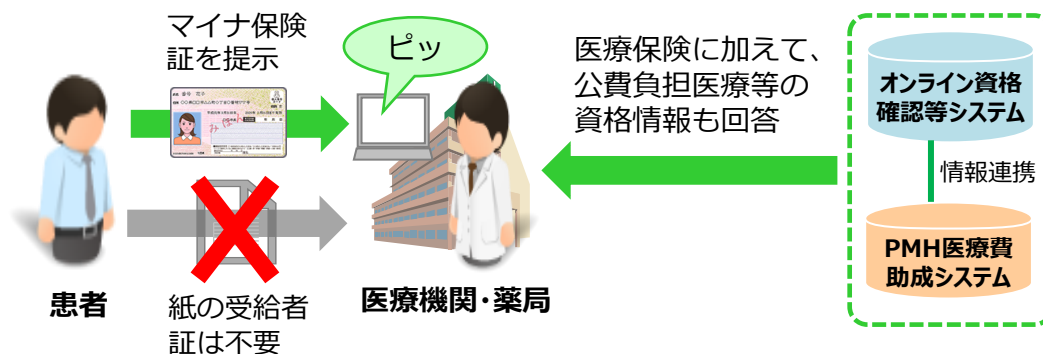
- ・ 現行の理事会（４者構成１６人）に代えて、「**運営会議**」を設置。**法人の意志決定を行い、業務の執行を監督する。**
- ・ 審査支払に関する予算・決算や事業計画等は、新たに設ける「**審査支払運営委員会**」において決定する。
- ・ **医療DX業務を担当する常勤理事（CIO）**を新たに設ける。
- ・ 医療DX業務は、運営会議における方針決定を受けて、理事長・CIO等が中心となって柔軟かつ迅速に執行していく体制とする。

④セキュリティ対策の強化

- ・医療情報の**安全管理のための必要な措置を講じる義務**を設ける。
- ・重大なサイバーセキュリティインシデントや情報漏洩等が発生した場合に、**厚生労働大臣への報告義務**を設ける。

公費負担医療等の効率化の推進

- ・公費負担医療・地方単独医療費助成の効率化については、デジタル庁においてシステムが設計・開発・運用され、**令和5・6年度に183自治体（22都道府県、161市町村）が先行実施事業**に参加。
- ・メリットを全国規模で広げていくため、「医療DXの推進に関する工程表（令和5年6月2日医療DX推進本部決定）」等に基づき、**順次、参加自治体を拡大し、令和8年度中に全国規模での導入を目指す**。
- ・その上で、安定的な実施体制の整備のため、**法的整備等を通じて、支払基金又は国保連において、システムの管理・運用等の業務を実施する体制を整備**（令和9年度より）



- ・患者：紙の受給者証を持参・提示する手間を軽減できる。
- ・医療機関・薬局、自治体：正確な資格確認による資格過誤請求の減少を通じて、医療費の請求・支払に係る事務負担を軽減できる。

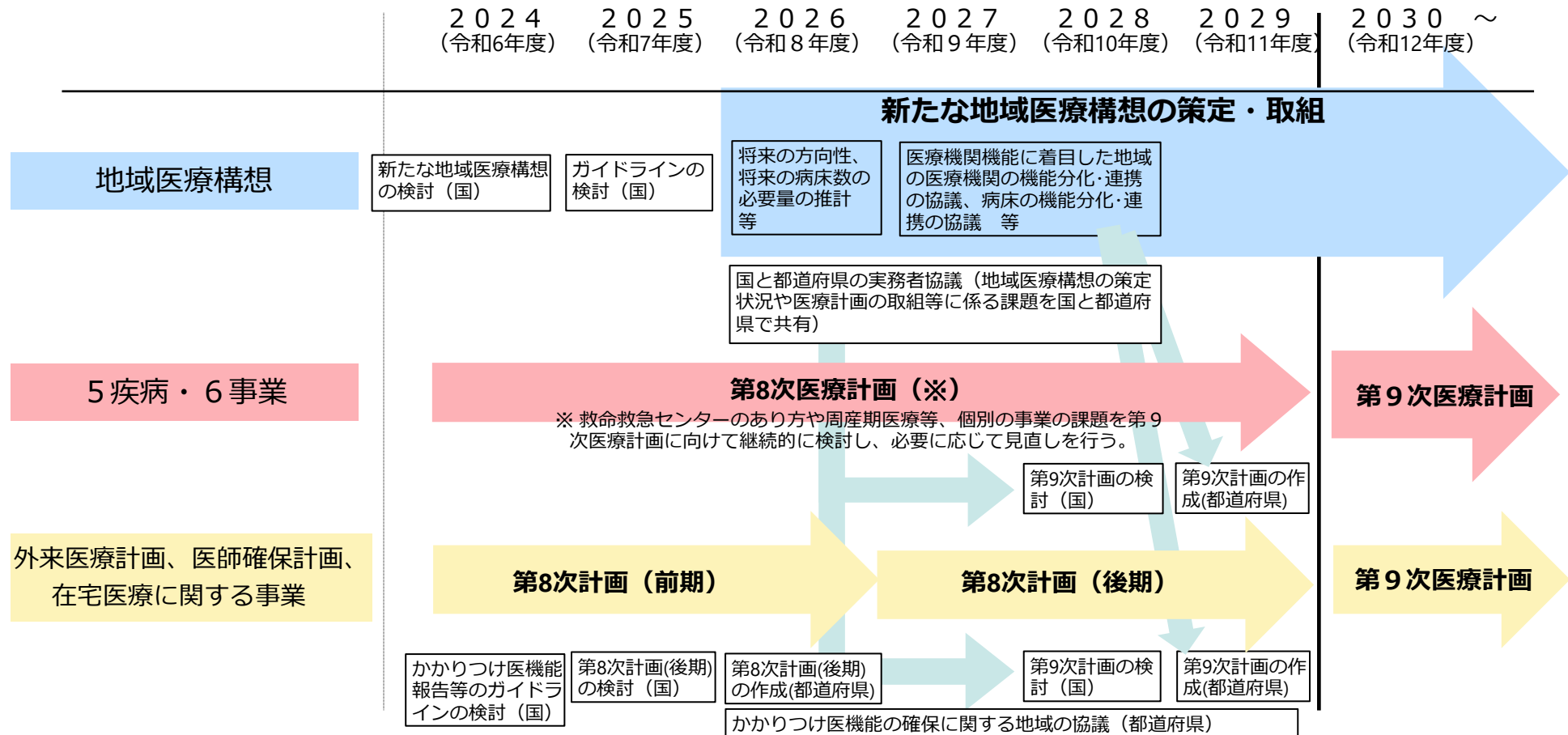
【改正案による法的整備の内容】

- ・公費負担医療※のオンライン資格確認に係る業務を自治体等から支払基金又は国保連に委託
- ・支払基金又は国保連において、システムの管理・運用等の業務を全国規模で実施

※ 障害者総合支援法に基づく精神通院医療・更生医療、難病法に基づく特定医療費、児童福祉法に基づく小児慢性特定疾病医療費など

新たな地域医療構想と医療計画の進め方

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



新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会報告書より作成

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- ・「治す医療」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、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- ・外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想

(1) 基本的な考え方

- ・2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進
(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- ・新たな構想は27年度から順次開始
(25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- ・新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

(2) 病床機能・医療機関機能

- ① 病床機能
 - ・これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ
- ② 医療機関機能報告 (医療機関から都道府県への報告)
 - ・構想区域ごと(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)、広域な観点(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告
- ③ 構想区域・協議の場
 - ・必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議 (議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)

(3) 地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

(4) 都道府県知事の権限

- ① 医療機関機能の確保 (実態に合わない報告見直しの求め)
- ② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等
 - ・必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
 - ・既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

(5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国(厚労大臣)の責務・支援を明確化 (目指す方向性・データ等提供)
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

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

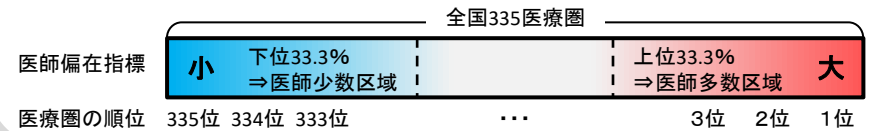
三次医療圏・二次医療圏ごとに、**医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成等を踏まえた**医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

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。

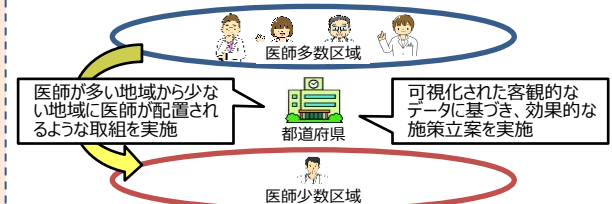
- （例）・ 大学医学部の地域枠を15人増員する
- ・ 地域医療対策協議会で、医師多数区域のA医療圏から医師少数区域のB医療圏へ10人の医師を派遣する調整を行う等

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



医師養成過程における取組

【大学医学部】

- 中長期的な観点から、医師の需要・供給推計に基づき、**全国の医師養成数**を検討
- **地域枠**（特定の地域や診療科で診療を行うことを条件とした選抜枠）の医学部における活用方針を検討

【臨床研修】

- 全国の研修希望者に対する**募集定員の倍率を縮小**するとともに、都道府県別に、**臨床研修医の募集定員上限数**を設定
- その際、都市部や複数医学部を有する地域について、上限数を圧縮するとともに、医師少数地域に配慮した定員設定を行い、**地域偏在を是正**

【専門研修】

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

各都道府県の取組

【医師確保計画】

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

＜具体的な施策＞

●大学と連携した地域枠の設定

●地域医療対策協議会・地域医療支援センター

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

●キャリア形成プログラム（地域枠医師等）

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

●認定医師制度の活用

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

医師の働き方改革

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

- 医療機関における医師労働時間短縮計画の作成や追加的健康確保措置等を通じて、労働時間短縮及び健康確保を行う
- 出産・育児・介護などのライフイベントを経験する医師が、仕事と家庭を両立できるよう勤務環境の改善を推進

地域枠及び地元出身者枠の概要

第8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

資料1

令和4年10月12日

一部改

(1) 地域枠及び地元出身者枠の概要

- 大学が、卒後に特定の地域や診療科で診療を行うことを条件とした選抜枠を設け、他の入学者と区別して選抜を行う仕組み。
(一般入学者から募集する等の方法も一部あり)
- 平成20年度以降、地域枠等を中心に医学部定員数を暫定的に増加し、令和元年度には9,420人に達した。令和2年度から令和7年度については、全体として令和元年の医学部総定員を超えない範囲で、臨時定員増員の申請を認めている。
- 令和8年度については、令和6年度の医学部総定員数(9,403人)を上限とし、臨時増員の枠組みを維持することとしている。

現在の枠組みの概要(令和4年～)

※1) 臨時定員の設置にあたっては、地域枠の定義を満たしている必要がある

都道府県と大学が連携した枠

地域枠

- ① 地元出身者もしくは全国より選抜
- ② 別枠方式で選抜
- ③ 従事要件あり 等

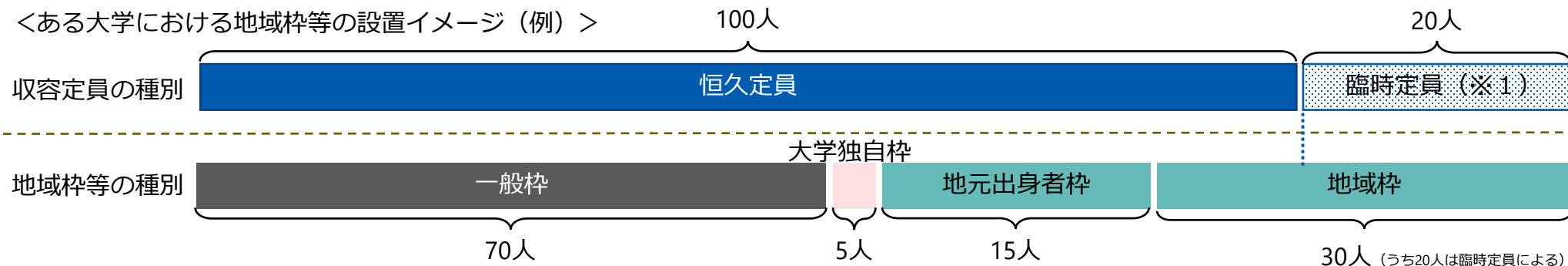
地元出身者枠

- ① 地元出身者より選抜
- ② 選抜方法は問わない
- ③ 従事要件は問わない 等

大学独自枠

- ① 対象は問わない
- ② 選抜方法は問わない
- ③ 従事要件は問わない 等

＜ある大学における地域枠等の設置イメージ(例)＞



(2) 地域枠及び地元出身者枠の要請権限

- 医療法及び医師法の一部を改正する法律(平成30年法律第79号)により、都道府県知事から大学に対する地域枠及び地元出身者枠の設定・拡充の要請権限が創設された。



医師確保計画ガイドラインにおいて、地域枠及び地元出身者枠設定の考え方等について具体的に記載

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」**

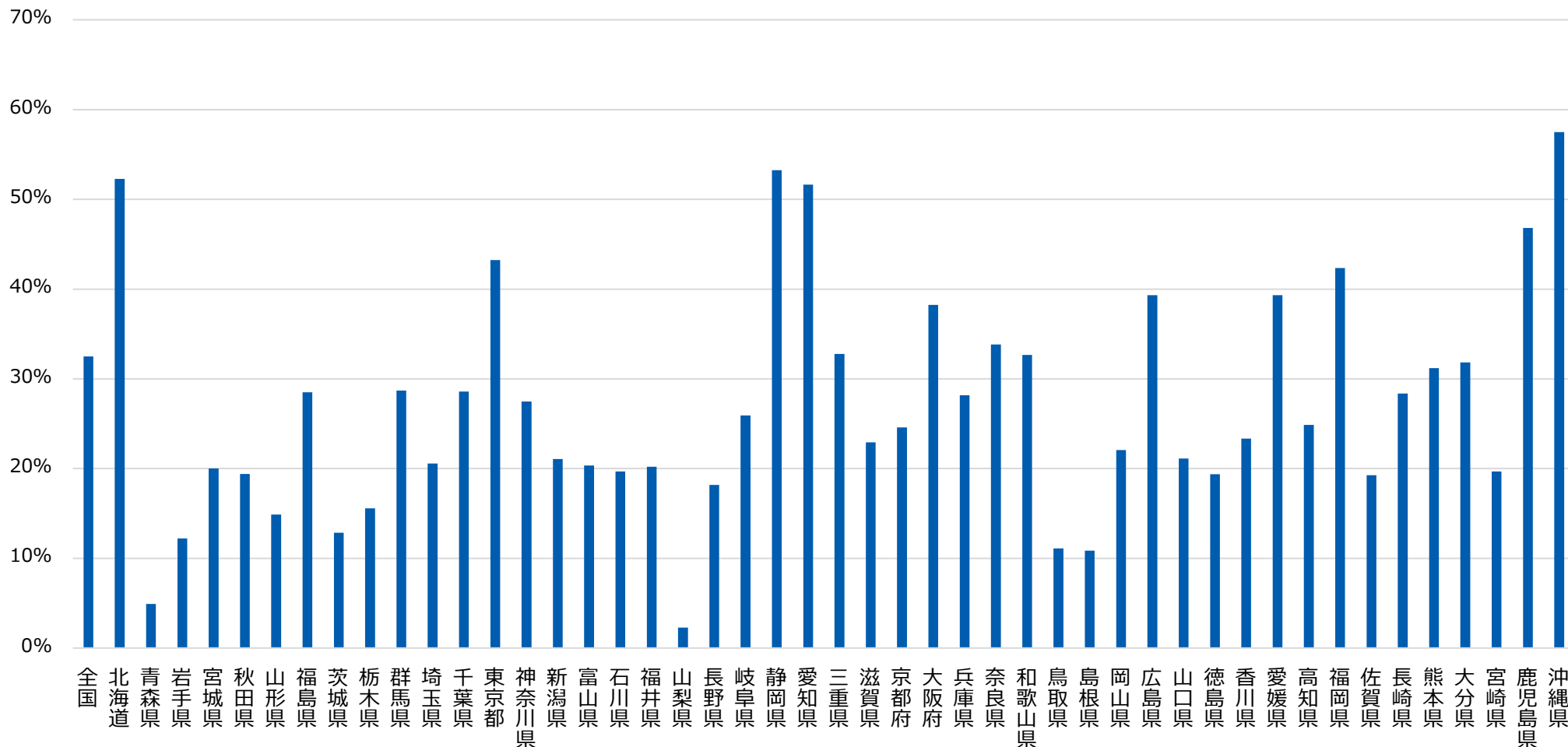
2020年度、2021年度については、2019年度の医学部定員を超えない範囲で、その必要性を慎重に精査しつつ、暫定的に現状の医学部定員を概ね維持する。2022年度以降については、定期的に医師需給推計を行った上で、働き方改革や医師偏在の状況等に配慮しつつ、将来的な医学部定員の減員に向け、医師養成数の方針について検討する。
- **令和元年6月21日閣議決定「経済財政運営と改革の基本方針2019」**

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。

参考：各都道府県別の大学における地元出身者（地域枠を除く）の割合

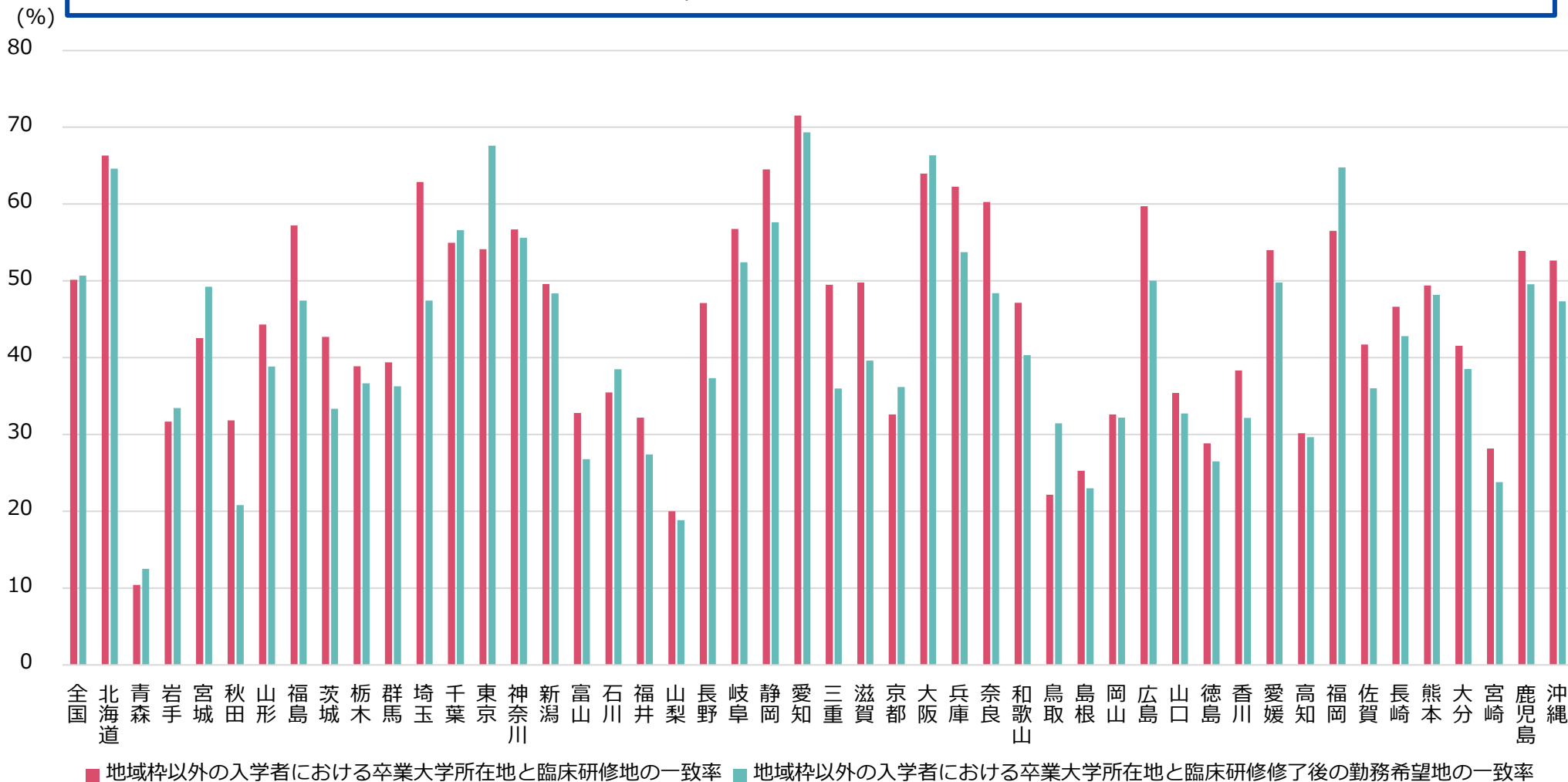
○ 全国レベルでみると自県の大学における地域枠ではない地元出身者の割合は3割強である中、沖縄、静岡、北海道、愛知は5割強である。一方で青森、山梨は数%、鳥取、島根、岩手は1割強である。



※高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県を「地元」とする
 ※「地域枠を除く」とは、地域医療等に従事する明確な意思を持った学生の選抜枠で入学していないと回答した者
 ※卒業した大学が、自治医科大学、産業医科大学、防衛医科大学、外国の医学校、無回答については除外して集計

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。



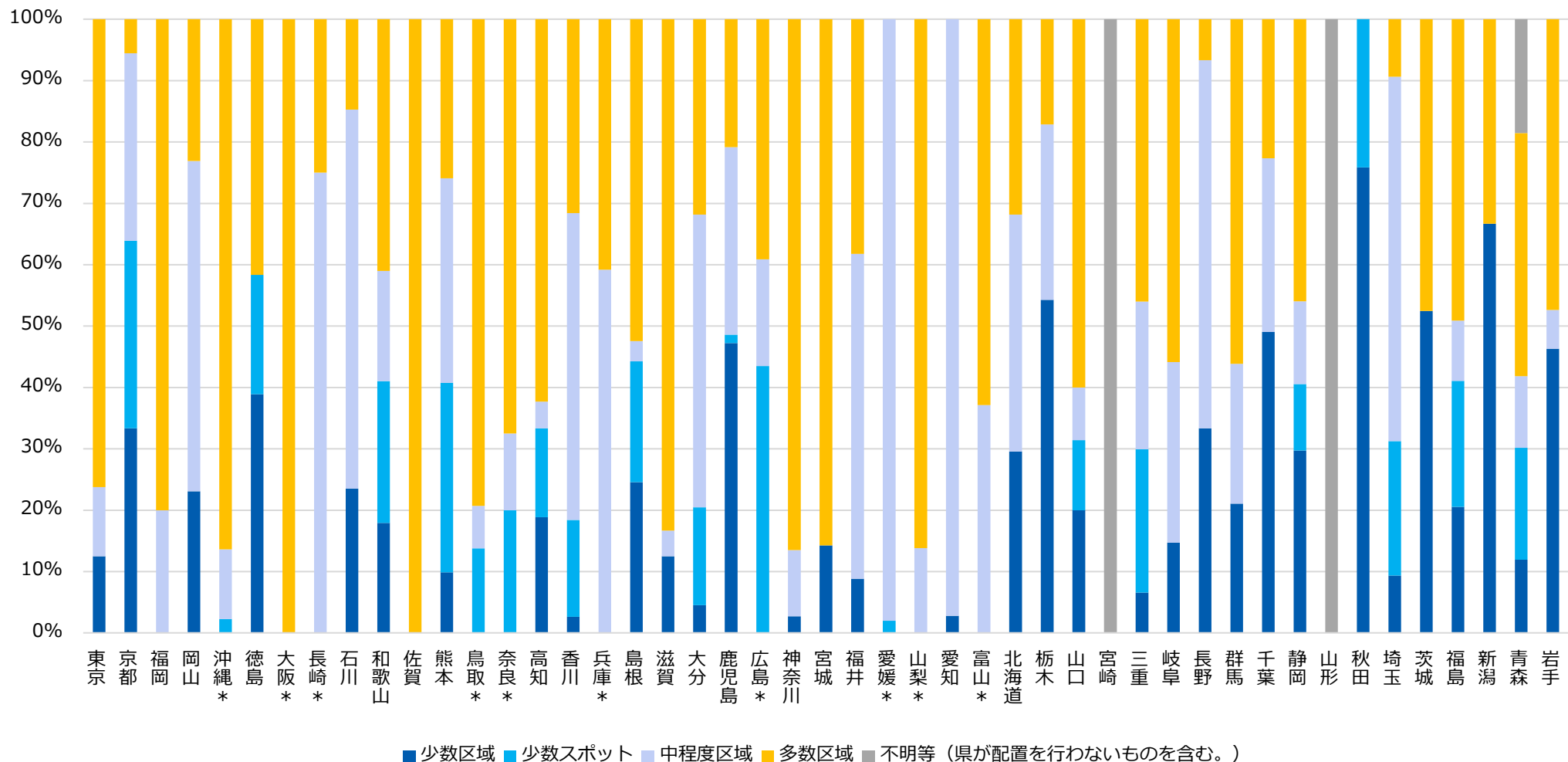
- ※ 地域枠以外の入学者とは、「地域医療等に従事する意思を持った学生選抜枠」で入学していないと回答した者
- ※ 自治医科大学、産業医科大学、防衛医科大学については除外
- ※ 大学が海外の場合及び当該項目について無回答の場合は除外

都道府県別の地域枠医師（卒後6年目以降）の配置状況

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

資料1
一部改

- 卒後6年目以降の地域枠医師についてみても、卒後3年目以降の場合と同様の傾向であり、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。
- 医師多数県や医師中程度県では、医師少数区域へ地域枠医師を配置し地域枠を活用している県がある一方で、医師多数区域にのみ配置している府県が見られる。



※ 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。

（医学部臨時定員増に関する都道府県意向調査結果（令和6年度実施）より）

※ 「*」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6年目以降の配置状況（義務履行期間猶予中を除く。）を集計。ただし、愛知県は専門研修終了後の医師の配置状況。また、宮崎県及び山形県についてはデータが得られていない。

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

キャリア形成プログラムについて

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

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

＜キャリア形成プログラムに基づくキャリア形成のイメージ＞

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

修学資金の貸与（任意）

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

大学医学部（6年間）

臨床研修（2年間）

専門研修等（原則7年間以上）

それ以降

教育カリキュラム

キャリア形成プログラム

原則として都道府県内で勤務（家族の介護等のやむを得ない事情がある場合を除く）

キャリア形成卒前支援プラン

※対象学生を支援するため以下の内容を盛り込み策定

- ・地域医療に関する実習や講義の支援
- ・定期的な勉強会等の開催
- ・学生の支援のための寄附講座の設置 等
- ※キャリア形成卒前支援プランの適用は令和5年度以降
- ※地域枠等以外の学生で地域での従事要件が課されていない学生においても、本人の希望により、希望時から適用が可能

県内で不足する診療領域を中心に、診療領域や就業先の異なる複数のコースを設定

- Aコース（内科・専門医取得）
- Bコース（内科・へき地中心）
- Cコース（産婦人科）
- Dコース（新生児領域）
- ：



【入学時等】

キャリア形成卒前支援プラン及びキャリア形成プログラムへの参加（適用同意）

【修了時等】

コース選択

＜キャリア形成プログラムの対象者＞

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

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

＜キャリア形成プログラムに基づく医師派遣＞

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

※地域医療構想における機能分化・連携の方針との整合性を確保する

※理由なく公立・公的医療機関に偏らないようにする

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

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

対象者の地域定着促進のための方策

＜対象者の納得感の向上と主体的なキャリア形成の支援＞

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

＜プログラム満了前の離脱の防止＞

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

臨床研修の広域連携型プログラムの概要

令和6年度第4回 医道審議会
医師分科会 医師臨床研修部会
令和6年11月27日

資料1-1
一部改

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

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

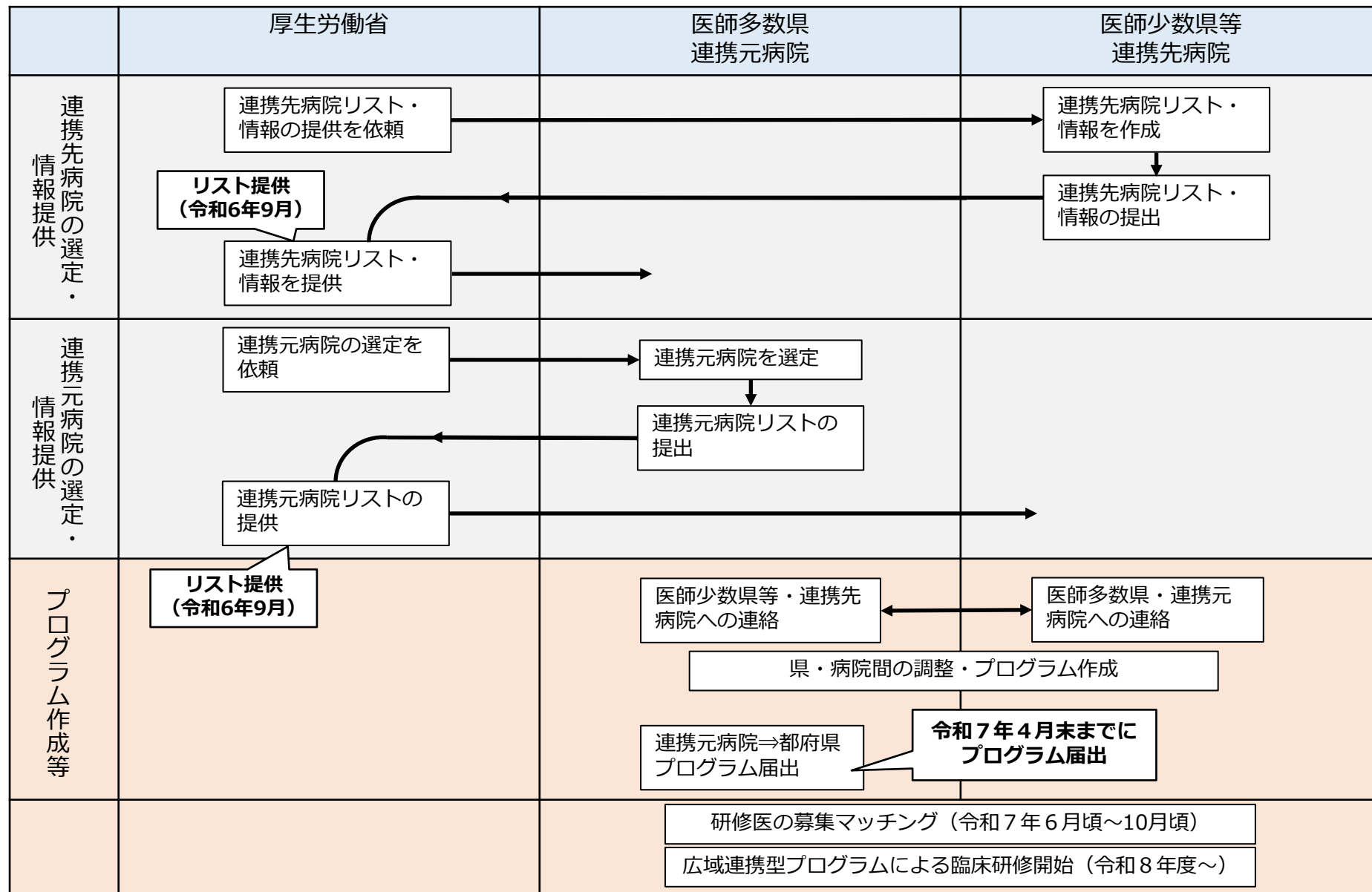
・プログラムの作成・実施に係る費用に関する国による支援を検討。

※令和6年度補正予算においては、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計上。

臨床研修の広域連携型プログラムの作成スケジュール

令和6年度第4回 医道審議会
医師分科会 医師臨床研修部会
令和6年11月27日

資料1-1
一部改



新たな専門医に関する仕組み

（専門医の在り方に関する検討会（高久史磨座長）報告書（平成25（2013）年4月22日） 概要）

趣旨

医師の質の一層の向上及び医師の偏在是正を図ることを目的として検討会を開催。

現状

- | | |
|---|--|
| <p><専門医の質></p> <p><求められる専門医像></p> <p><地域医療との関係></p> | <p>各学会が独自に運用。学会の認定基準の統一性、専門医の質の担保に懸念。</p> <p>専門医としての能力について医師と国民との間に捉え方のギャップ。</p> <p>医師の地域偏在・診療科偏在は近年の医療を巡る重要な課題。</p> |
|---|--|

新たな仕組みの概要

（基本的な考え方）

- 国民の視点に立った上で、育成される側のキャリア形成支援の視点も重視して構築。
- プロフェッショナルオートノミー（専門家による自律性）を基盤として設計。

（中立的な第三者機関）

- 中立的な第三者機関を設立し、専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を統一的に行う。

（専門医の養成・認定・更新）

- 専門医の認定は、経験症例数等の活動実績を要件とする。

（総合診療専門医）

- 「総合診療専門医」を基本領域の専門医の一つとして加える。

（地域医療との関係）

- 専門医の養成は、第三者機関に認定された養成プログラムに基づき、大学病院等の基幹病院と地域の協力病院等（診療所を含む）が病院群を構成して実施。

（スケジュール）

- 新たな専門医の養成は、平成29(2017)年度を目安に開始※。研修期間は、例えば3年間を基本とし、各領域の実情に応じ設定。
- ※ 平成30(2018)年度を目途に19基本領域の養成を一斉に開始予定。

○専門医の質の一層の向上（良質な医療の提供）

○医療提供体制の改善

新専門医制度の採用数上限設定（シーリング）にかかる最近の経緯

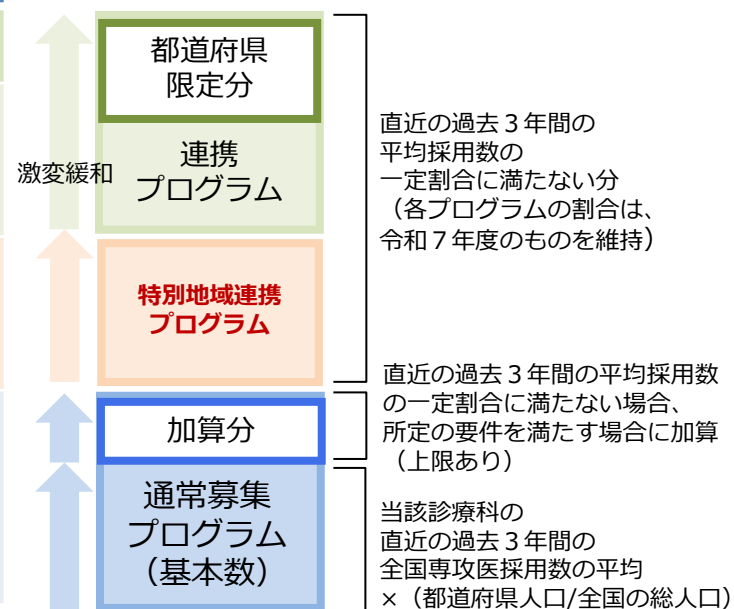
平成30(2018)年度より開始された新専門医制度では、下記のとおり採用数の上限設定（シーリング）が設定されており、直近では新型コロナウイルス感染症の影響等を踏まえ、シーリング数を据え置く措置等が講じられてきた。

平成30(2018)年度	日本専門医機構により、 <u>五大都市（東京都、神奈川県、愛知県、大阪府、福岡県）</u> について、各診療科（外科、産婦人科、病理、臨床検査および総合診療科以外）のシーリング数として <u>過去5年間の採用数の平均</u> が設定された。
平成31(2019)年度	引き続き五都府県に平成30(2018)年度と同様のシーリングを実施。ただし、平成30(2018)年度専攻医が東京都に集中したことを受け、 <u>東京都のシーリング数が5%削減</u> された。
令和2(2020)年度	厚生労働大臣からの意見・要請を踏まえ、日本専門医機構が、厚生労働省の発表した <u>都道府県診療科別必要医師数を基に、各都道府県別診療科の必要医師数に達している診療科に対して、一定のシーリングを設定</u> し、募集を行った。また、激変緩和措置として、通常プログラムとは別に連携プログラムが設置された。
令和3(2021)年度	日本専門医機構がシーリングを検討するための協議体を設置し、各学会や都道府県からのヒアリング等を踏まえ検討がなされ、 <u>令和2(2020)年度と同様の考え方</u> に基づき、一部修正を加えたシーリングを設定した。
令和4(2022)年度	新型コロナウイルス感染症の影響により、採用数が例年と異なる動向であること等を踏まえ、令和3(2021)年度の採用数を用いた再計算を行わず、 <u>令和3(2021)年度採用と同じシーリングが設定</u> された。
令和5(2023)年度	引き続き、新型コロナウイルス感染症の影響を考慮し、既存のプログラムのシーリング数について、 <u>令和4(2022)年度採用と同じシーリングが設定</u> とされた。通常プログラム、連携プログラムに加え、特別地域連携プログラムが導入された。
令和6(2024)年度	医師専門研修部会の議論を踏まえ、シーリングの効果検証を令和5(2023)年より実施することとなり、当該検証の結果を踏まえた対応のため、令和6(2024)年は <u>令和5(2023)年度採用と同じシーリング数が設定</u> された。

シーリングにおける各プログラムについて

- シーリングの内訳としては、基本となる「通常プログラム」のほか、採用数の激変緩和の観点から設けられた「連携プログラム」がある。
- 連携プログラムには、地域医療に資する観点から、シーリング対象外の都道府県での一定期間の研修を設けており、さらに一部のプログラムについては連携先都道府県を足下充足率の低い地域に指定している。
- さらに、令和5(2023)年度専攻医採用から導入された特別地域連携プログラムは、足下充足率が低い都道府県の医師少数区域に指定している。

	連携先	連携先の研修期間
都道府県限定分	足下充足率0.8以下の都道府県	1年6ヶ月以上
連携プログラム (都道府県限定分を除く)	シーリング対象外の都道府県	1年6ヶ月以上
特別地域連携プログラム	足下充足率0.7以下 (小児科は0.8以下)の 都道府県の医師少数区域等	1年以上
通常プログラム	募集や採用にあたり 生じる要件はない ※基本領域毎のプログラム 整備基準において定められる 地域研修等の要件はある	募集や採用にあたり 生じる要件はない ※基本領域毎のプログラム 整備基準において定められる 地域研修等の要件はある



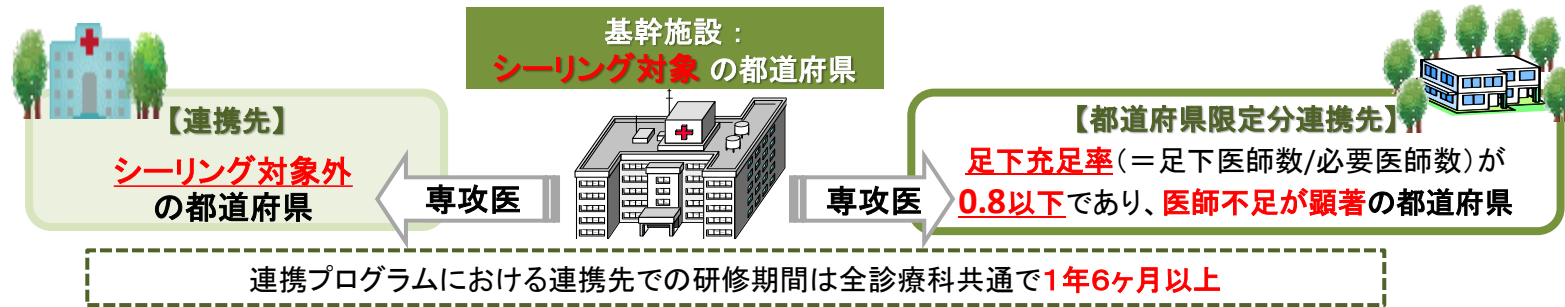
※精神科は、他に精神保健指定医連携枠を設置することが可能。

連携プログラムの概要

基幹施設がシーリング対象の都道府県において、一定の条件の下、通常のプログラムに加え、シーリング対象外の都道府県において1年6ヵ月以上研修を行うプログラム(連携プログラム)を策定できるとされている。

<見込まれる効果>

- ① 基幹施設としては十分な研修体制を整備できない都道府県において、研修プログラムの一貫として勤務する専攻医が増加する。
- ② 連携プログラムを設置する前提条件を満たすため、通常プログラムにおける医師が比較的少ない都道府県や地域での研修期間が長くなる。
- ③ 多様な地域での経験を積んだ専門医が多く養成され、医師の質の向上にもつながり得る。



連携プログラムを設定するための通常募集プログラムの条件

連携プログラムの設定には、通常募集のプログラムにおいて地域貢献率が原則20%以上必要

通常募集のプログラムにおいて、医師が不足する都道府県や地域で研修する期間を確保

Σ (各専攻医が「シーリング対象外の都道府県」および「当該都道府県の医師少数区域」で研修を実施している期間)

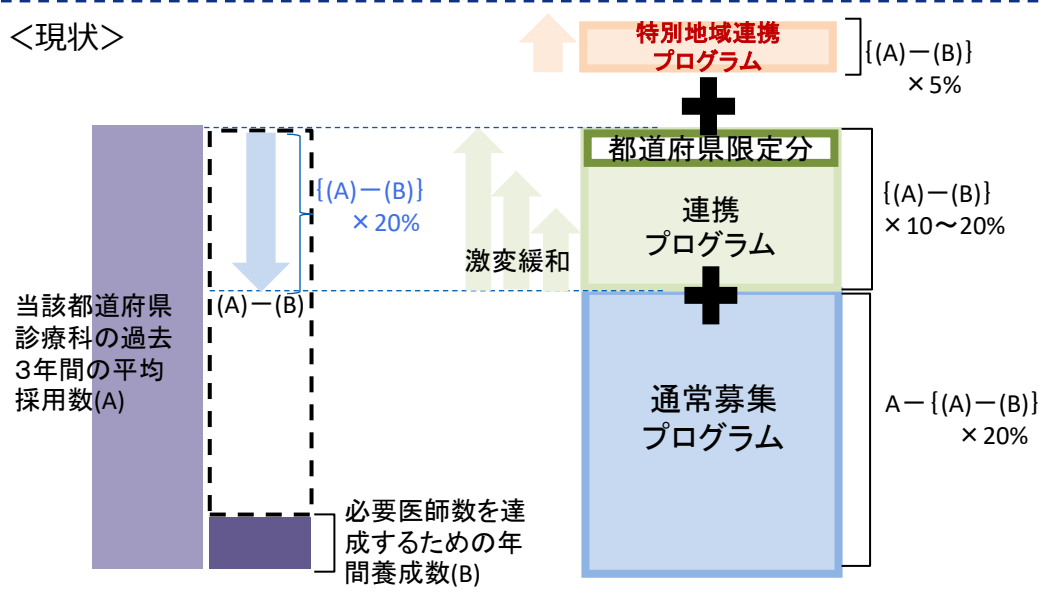
Σ (各専攻医における専門研修プログラムの総研修期間)

1. シーリング対象都道府県の選定

- 「2018年医師数」が「2018年の必要医師数」および「2024年の必要医師数」と同数あるいは上回る都道府県別診療科
※ 過去3年間の採用数の平均が5以下の都道府県別診療科はシーリングの対象外とする。
- 令和8(2026)年度専攻医採用においては、最新のデータである「2022年医師数」が「2024年必要医師数」を下回っている場合、シーリングの対象外とする。
※ 診療科別都道府県別必要医師数については、令和6年度厚生労働科学特別研究事業「専門研修の募集定員設定のための都道府県別・診療科別の医師ニーズの算出に係る研究」において、情報収集等を進めているところであり、今後、事務局において数値の更新等を行う予定。

2. シーリング数や採用上限数、プログラムの内訳等

<現状>

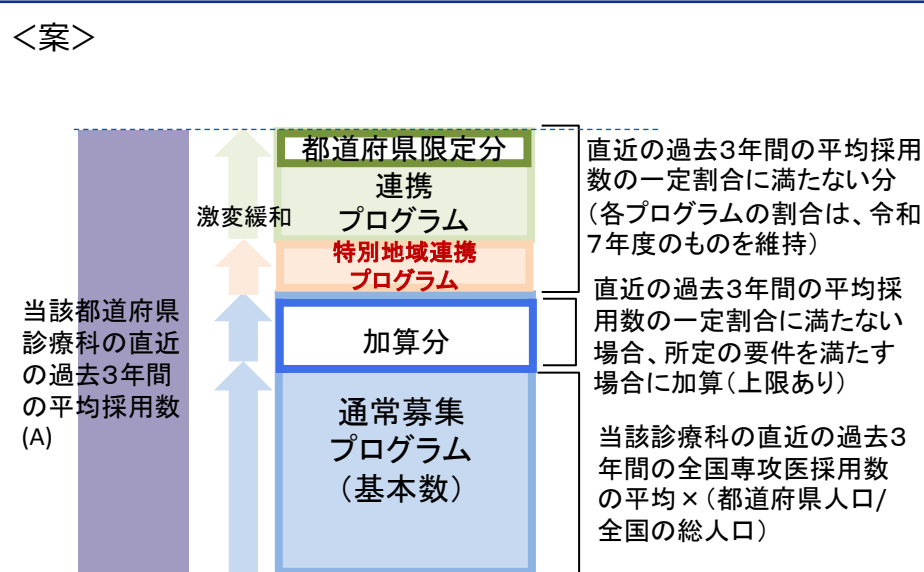


※シーリング数の合計（通常+連携）の下限を2020年の95%とし、95%に満たない数を連携プログラムとして追加する。

※平成30(2018)～令和2(2020)年の採用数のいずれかが10未満である都道府県診療科のシーリング数を、平成30(2018)年～令和2(2020)年採用数の内最も大きい数とする。

※連携プログラムの設置には地域貢献率が原則20%以上が必須要件。

<案>



※シーリング数が少数である都道府県診療科（例えば、算出されたシーリング数が当該診療科の専攻医採用数の1.7%を下回る場合）について、一定のシーリング数を保障する。

※連携プログラムの設置には地域貢献率が原則20%以上が必須要件。
（継続）

総合的な診療能力の必要性

- 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。
- これらの患者には、複数の領域別専門医による診察よりも、一人の総合的な診療能力を有する医師による診察のほうが適切な場合がある。

総合診療専門医を新たに位置づけ

総合診療医：総合的な診療能力を有する医師

- ※ 日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等について、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供。

総合診療専門医：総合診療医の専門医としての名称

- ※ 新たな専門医の一つとして基本領域に加える。
- ※ 「地域を診る医師」としての視点も重要。
他の領域別専門医や他職種と連携して、多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供することが期待される。

総合診療専門医の基準

- 総合診療専門医の認定・更新基準や養成プログラム・研修施設の基準については、関連する諸学会や医師会等が協力して、第三者機関において作成すべきである。

総合診療専門研修プログラム整備基準^(概要)

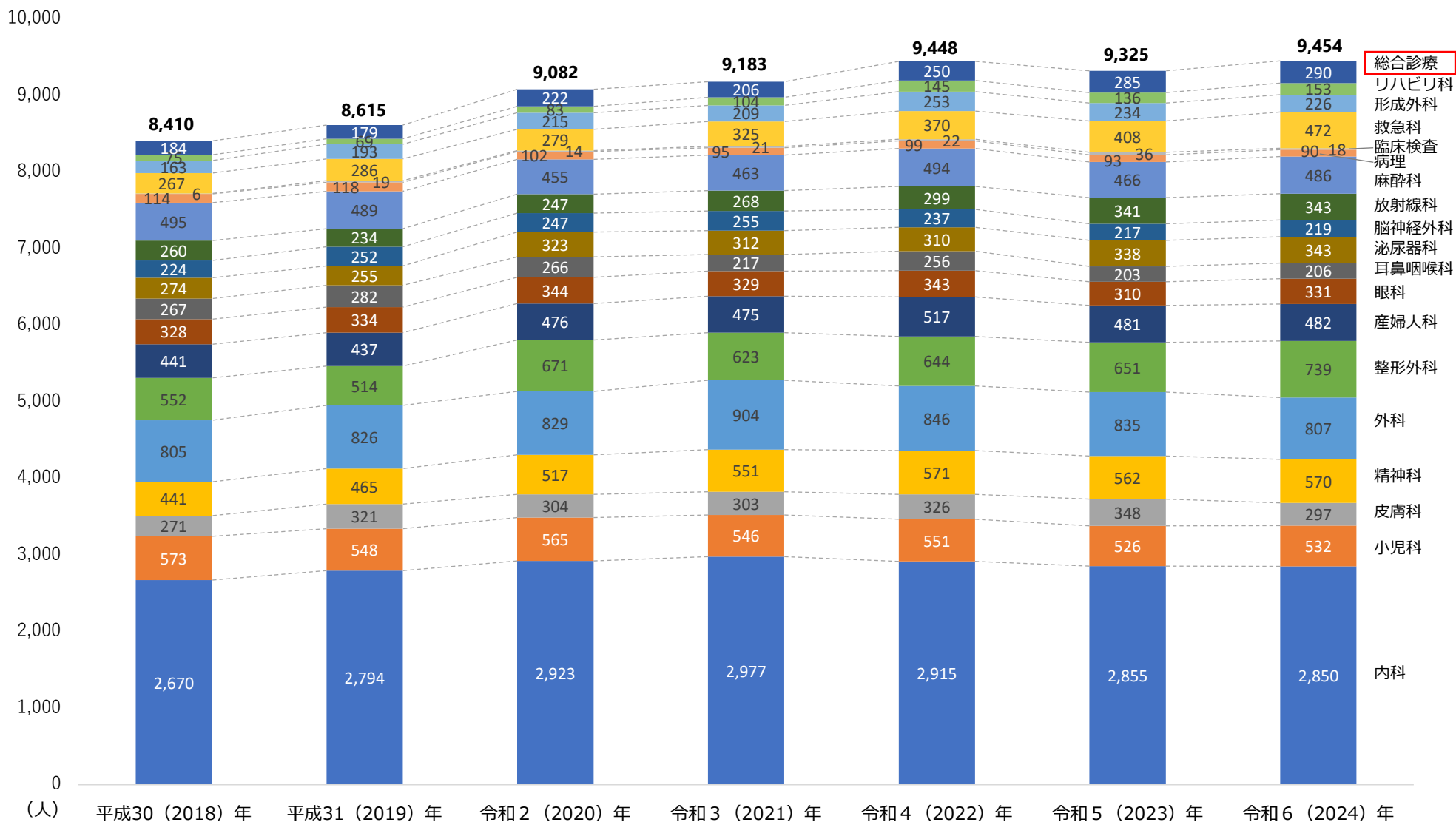
一般社団法人 日本専門医機構・理事会 (2025.1.17)

研修プログラム (3年以上)

- **総合診療専門研修 (合計18ヶ月以上)**
 - ・ 診療所・地域の中小病院で、外来診療、訪問診療及び地域包括ケアの研修 (6ヶ月以上)
 - ・ 病院総合診療部門 (総合診療科・総合内科等) で、臓器別でない病棟診療と外来診療の研修 (6ヶ月以上)
- **必須領域別研修**
 - ・ 内科6ヶ月以上 小児科3ヶ月以上 救急科3ヶ月以上
- **その他の領域の研修**
 - ・ 外科・整形外科・産婦人科・精神科・皮膚科・眼科・耳鼻咽喉科などの各科での研修可

診療科別専攻医採用数の推移

○ 総合診療を選択する専攻医の数は、経時的に増加傾向にある。



- 総合的な診療能力を持つ医師の養成を地域で推進するための事業について、令和7年度採択大学を決定し、取組を進めている。

総合的な診療能力を持つ医師養成拠点の形成事業

令和7年度当初予算額 4.5億円 (3.0億円)

※ () 内は前年度当初予算額

1 事業の目的

- 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

総合診療医センター(仮称)の設置

- ・総合診療科医師を責任者とするいわゆる総合診療の医局・講座をブロック毎に設置し、経験豊富で指導力がある指導医を集約する
- ・主に地域枠学生を対象としたシームレスな実習・研修プログラムの策定
- ・地域枠学生の選考時から、卒後のキャリア支援まで行う一貫した指導体制を確立する。
- ・医師少数区域等、地域医療を担う医療機関でのバックアップ等体制整備
- ・医学生・医師の総合診療医(家庭医や病院総合医など)の多様なキャリアパスを構築支援

ブロック毎の総合診療研修施設ネットワークの確立
総合診療医センターはハブとして機能
学術的な側面は、地域における実習や研修において支援

ブロック内医師少数地域等



補助事業内容 各過程横断項目

- ・総合診療医センターの医師が自らキャリアパスのモデルを提示
- ・総合診療医を目指す医師(特に地域枠入学者)の専門研修へ向けたキャリアに関するサポート
- ・研修後の勤務先の提供、調整

補助事業内容 医学教育

- ・総合診療科の講座構築のための講師派遣
- ・ネットワークを用いて指導体制が充実した地域実習(総合診療)を提供し、地域枠学生の医師少数地域等での実習促進

補助事業内容 臨床研修

- ・広域ネットワーク化した地域重点型研修プログラムの整備・提供(医師少数区域を含む充実した研修)

補助事業内容 専門研修とその後

- ・診療内容の相談対応、診療時対応の際の指導医・上級医のサポート
- ・医師少数区域で診療する際のバックアップ機能

3 実施主体等

◆実施主体：医師養成課程を有する学校教育法（昭和22年法律第26号）第1条の規定に基づく大学

◆補助率：定額 ◆事業実績：令和7年度交付対象大学数→12大学
秋田大学、福島県立医科大学、新潟大学、金沢大学、福井大学、三重大学、島根大学、広島大学、山口大学、香川大学、愛媛大学、大分大学

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

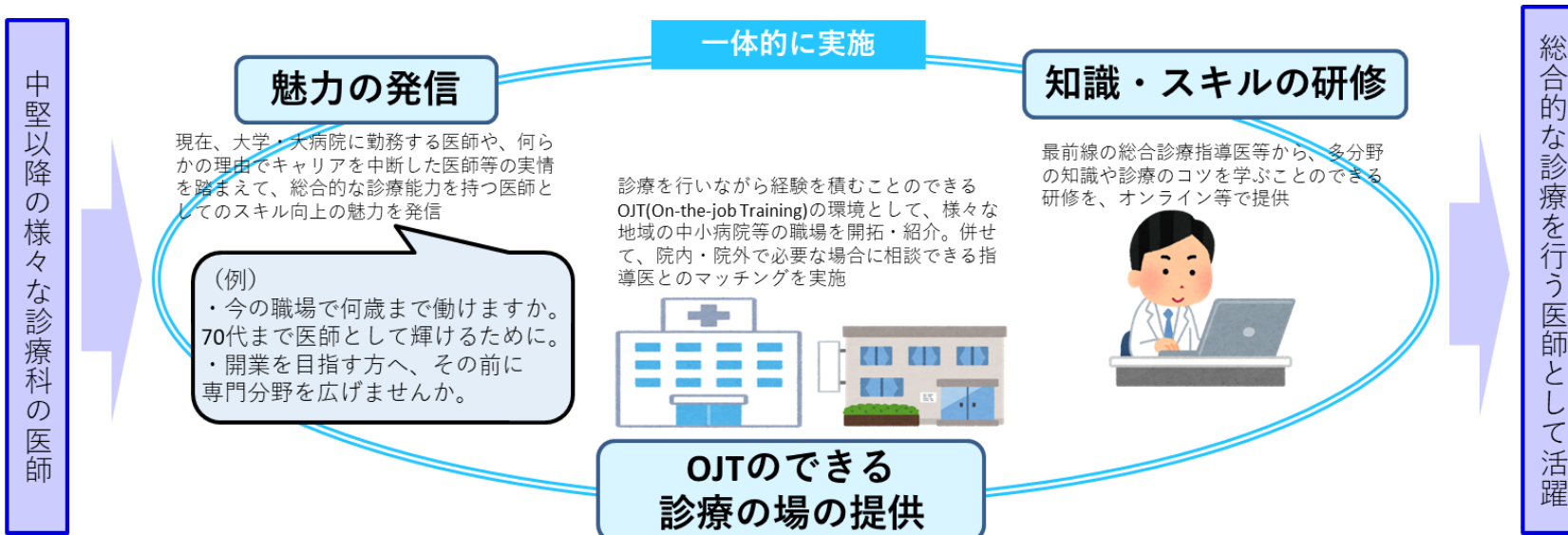
総合的な診療能力を持つ医師養成のためのリカレント教育推進事業

令和6年度補正予算額 1.1億円

1 事業の目的

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

2 事業の概要・スキーム



3 実施主体等

◆実施主体：関係学会等 ◆補助率：定額

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

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

○ 福島県立医科大学 総合内科・総合診療医センターの取組例（令和5年度事業報告より）



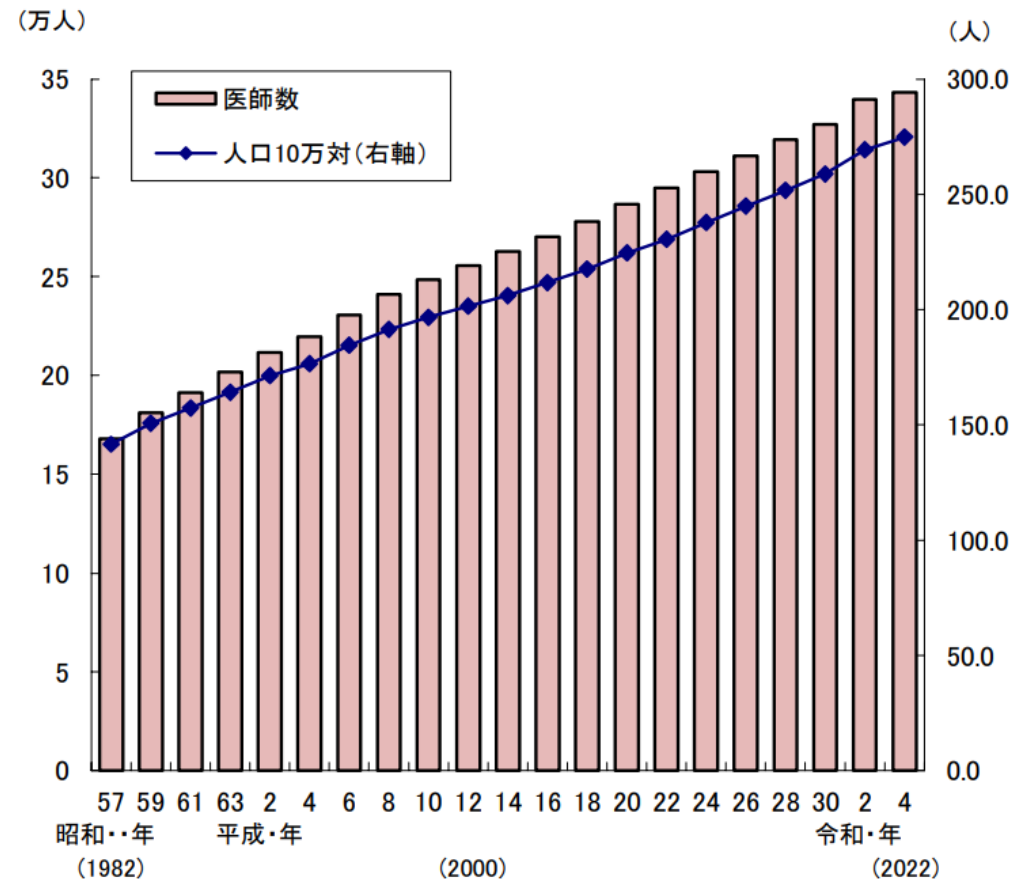
その他大学の取組例

- 総合診療医センターの医師が県外の病院で実施する総合診療医育成コースの実習を支援。
- 総合診療医センターにおいて診療録の情報を安全に共有できる遠隔教育システムを構築した上で、医師間で症例相談できる環境を整備し、中山間地域で働く専攻医をサポート。

医師数の年次推移

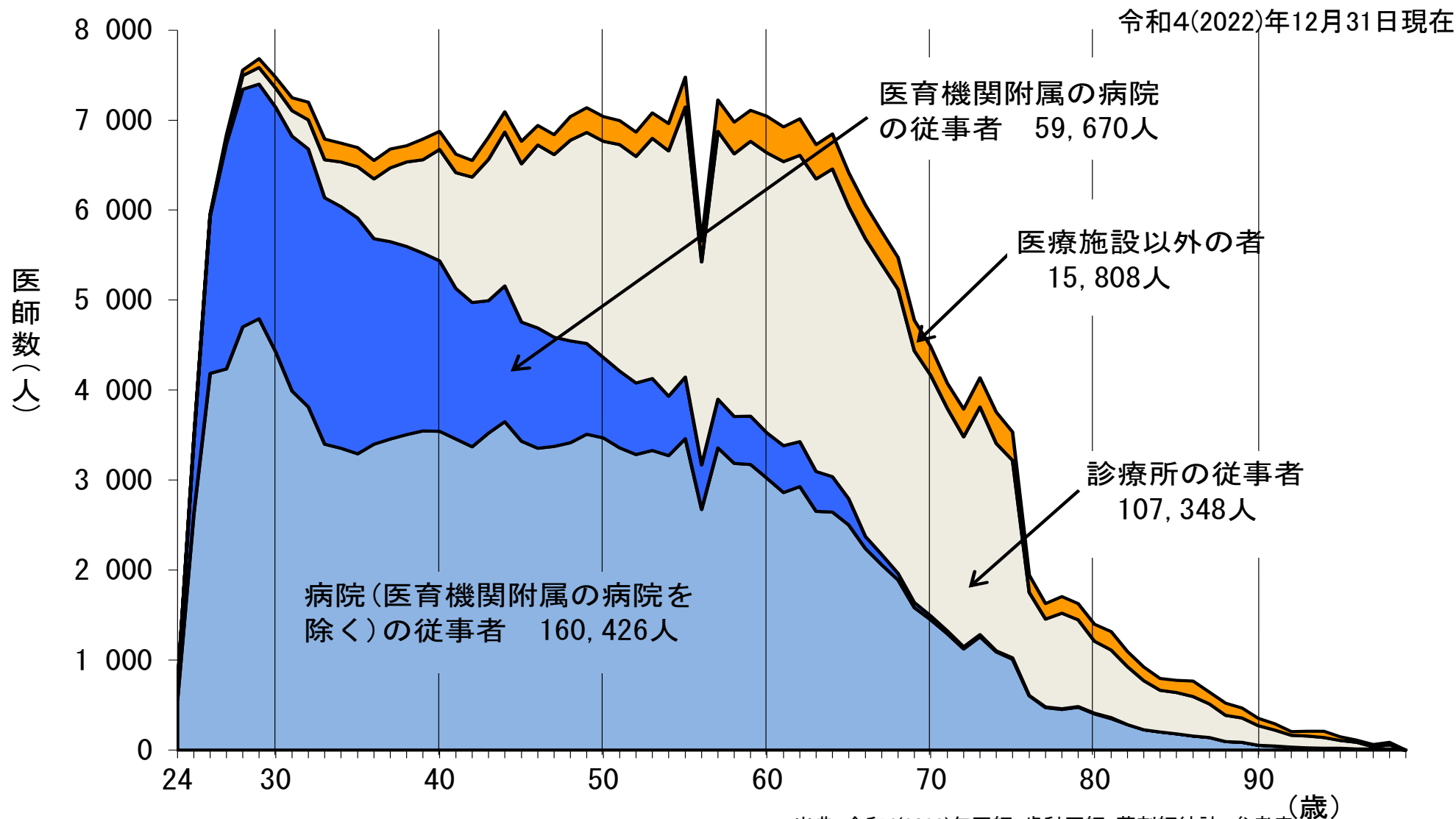
各年12月31日現在

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



施設の種別・年齢別にみた医師数（R4）

- 令和2年に比べ令和4年は、病院（医育機関附属の病院を除く）の従事者は約1,430人増加、医育機関附属の病院の従事者は約2,190人増加している。診療所の従事者は、約120人増加となっている。



都道府県別の医師偏在指標（令和6年1月公表版）

（医師偏在指標について）

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

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

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

（都道府県別）

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

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

■ 上位1/3 ■ 下位1/3

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

医師偏在指標の算定式

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

資料1

令和4年5月11日 改定

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

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

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

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

$$(\ast 4) \text{ 全国の性年齢階級別調整受療率} = \text{無床診療所医療医師需要度}^{\ast 5} \times \text{全国の無床診療所受療率} + \text{全国の入院受療率}$$

$$(\ast 5) \text{ 無床診療所医療医師需要度} = \frac{\text{マクロ需給推計における外来医師需要} / \text{全国の無床診療所外来患者数}^{\ast 6}}{\text{マクロ需給推計における入院医師需要} / \text{全国の入院患者数}}$$

$$(\ast 6) \text{ 全国の無床診療所外来患者数} = \text{全国の外来患者数} \times \frac{\text{初診・再診・在宅医療算定回数} [\text{無床診療所}]}{\text{初診・再診・在宅医療算定回数} [\text{有床診療所・無床診療所}]}$$

さらに、患者の流出入に基づく増減を反映するために、**(※4) 全国の性年齢階級別調整受療率**を次のように修正を加えて計算する

$$\text{性年齢階級別調整受療率 (流出入反映)} = \text{無床診療所医療医師需要度} \times \text{全国の無床診療所受療率} \times \text{無床診療所患者流出入調整計数}^{\ast 7} + \text{全国の入院受療率} \times \text{入院患者流出入調整計数}^{\ast 8}$$

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

$$(\ast 8) \text{ 入院患者流出入調整計数} = \frac{\text{入院患者数 (患者所在地)} + \text{入院患者流入数} - \text{入院患者流出数}}{\text{入院患者数 (患者所在地)}}$$