

第 187 回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

令和 6 年 11 月 28 日（木）
10 時 00 分～12 時 00 分
場 所：全 国 都 市 会 館

（ 議 題 ）

1. 医師偏在是正対策について
2. 医療保険制度改革について

（ 配布資料 ）

- 資 料 1 医師偏在是正対策について
資 料 2 医療保険制度改革について

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

いながわ ひでかず 伊奈川 秀和	東洋大学福祉社会デザイン学部教授
うちぼり まさお 内堀 雅雄	全国知事会社会保障常任委員会委員長／福島県知事
おおすぎ かずし 大杉 和司	日本歯科医師会常務理事
かねこ ひさし 兼子 久	全国老人クラブ連合会理事
きくち よしみ ○ 菊池 馨実	早稲田大学理事・法学学術院教授
きたがわ ひろやす 北川 博康	全国健康保険協会理事長
きもり こくと 城守 国斗	日本医師会常任理事
こうの ただやす 河野 忠康	全国町村会理事／愛媛県久万高原町長
さの まさひろ 佐野 雅宏	健康保険組合連合会会長代理
しま ひろじ 島 弘志	日本病院会副会長
そでい たかこ 袖井 孝子	NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事
たなべ くにあき ◎ 田辺 国昭	東京大学大学院法学政治学研究科教授
なかむら さやか 中村 さやか	上智大学経済学部教授
にん かずこ 任 和子	日本看護協会副会長
はら かつのり 原 勝則	国民健康保険中央会理事長
ふじい りゅうた 藤井 隆太	日本商工会議所社会保障専門委員会委員
まえば やすゆき 前葉 泰幸	全国市長会相談役・社会文教委員／津市長
むらかみ ようこ 村上 陽子	日本労働組合総連合会副事務局長
よこお としひこ 横尾 俊彦	全国後期高齢者医療広域連合協議会会長／多久市長
よこもと みつこ 横本 美津子	日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会長
わたなべ だいき 渡邊 大記	日本薬剤師会副会長



厚生労働省

ひと、暮らし、みらいのために
Ministry of Health, Labour and Welfare

医師偏在是正対策について

厚生労働省 医政局・保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

「経済財政運営と改革の基本方針2024」(令和6年6月21日閣議決定)【抜粋】

第3章 中長期的に持続可能な経済社会の実現～「経済・財政新生計画」～

3. 主要分野ごとの基本方針と重要課題

(1) 全世代型社会保障の構築

(医療・介護サービスの提供体制等)

(略)

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、医師確保計画を深化させるとともに、医師養成過程での地域枠の活用、大学病院からの医師の派遣、総合的な診療能力を有する医師の育成、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、経済的インセンティブによる偏在是正、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等の規制的手法を組み合わせた取組の実施など、総合的な対策のパッケージを2024年末までに策定する。あわせて、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。

(略)

(太字、下線は加筆)

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。

医師偏在是正対策に関する検討スケジュール

令和6年

8月30日 厚生労働省「近未来健康活躍社会戦略」において総合的な対策パッケージの骨子案の公表

9月 5日 医療部会
・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について

9月19日 医療保険部会
・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について

9月20日 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
・医学部臨時定員の配分の考え方と今後の医師偏在対策について

9月30日 新たな地域医療構想等に関する検討会
・医師偏在是正対策について

10月30日 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
・今後の医師偏在対策について
・令和8年度医学部臨時定員に係る方針について

11月20日 新たな地域医療構想等に関する検討会
・医師偏在是正対策について



本年末までに総合的な対策のパッケージを策定予定

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。

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

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】

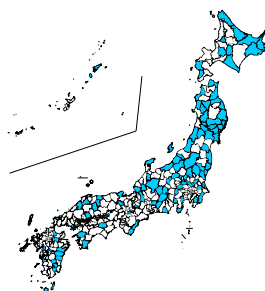
- 早急に医師確保を要する地域については、今後も一定の定住人口が見込まれるものの、必要な医師が確保できず、人口減少よりも医療機関の減少のスピードの方が早い地域など、へき地でなくても、人口規模、地理的条件、今後の人口動態等から、医療機関の維持が困難な地域もあり、まず早急に取り組む地域の対策として、優先的かつ重点的に対策を進める区域を「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」として定めることとしてはどうか。
- ・ 「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」の設定に当たっては、都道府県において、厚生労働省が提示した候補区域を参考としつつ、地域の実情に応じて、医師偏在指標、可住地面積あたり医師数、住民の医療機関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

令和6年1月29日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

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

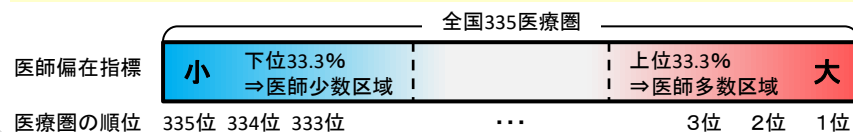
三次医療圏・二次医療圏ごとに、**医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成等を踏まえた**医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

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。

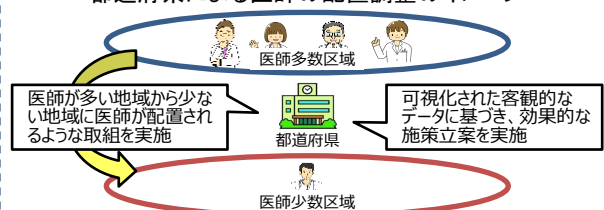
- （例）・ 大学医学部の地域枠を15人増員する
- ・ 地域医療対策協議会で、医師多数区域のA医療圏から医師少数区域のB医療圏へ10人の医師を派遣する調整を行う等

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）

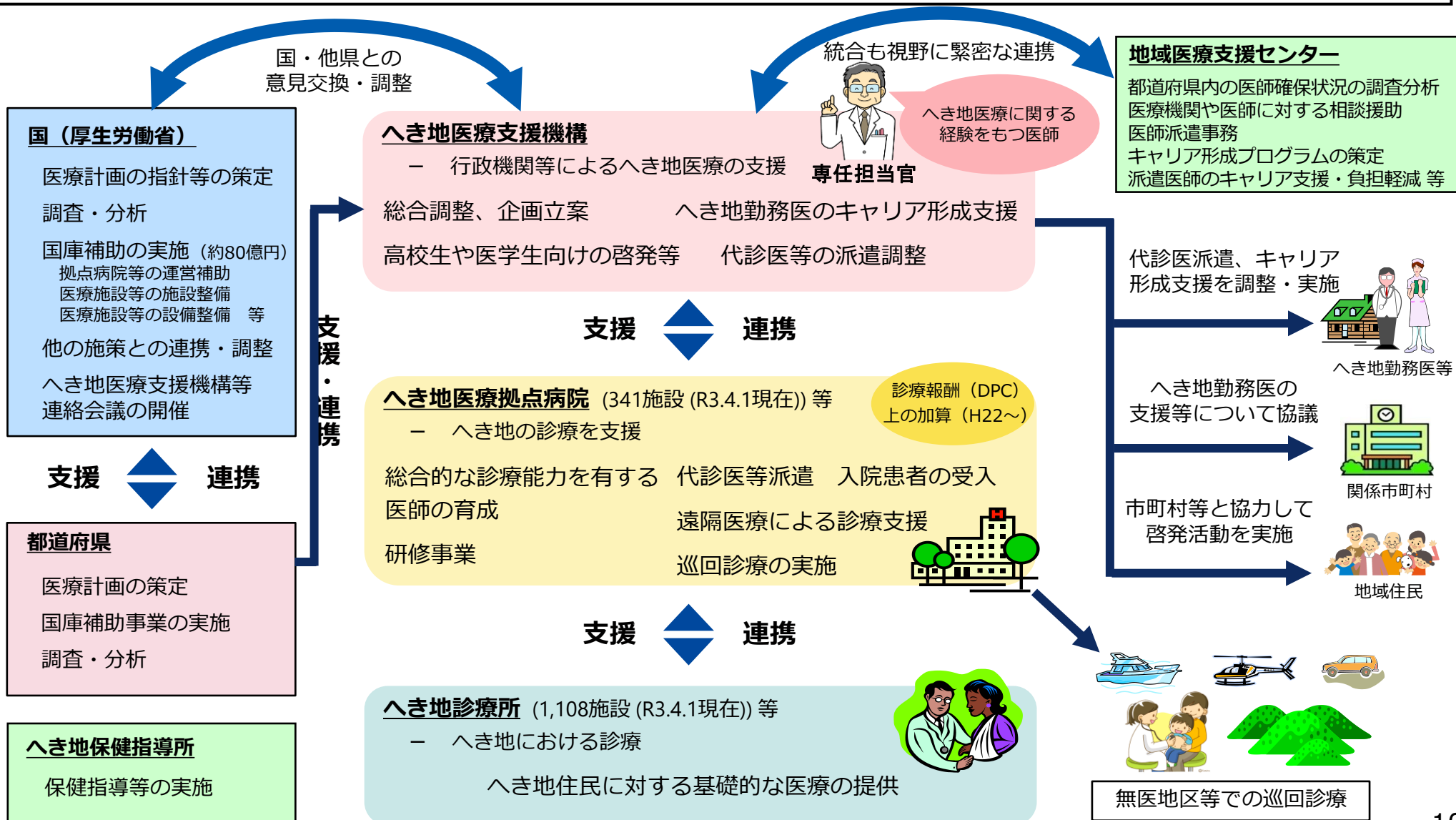
西暦	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
医療計画	第7次						第8次					
医師確保計画	指標設計(国)	計画策定(県)	第7次				第8次(前期)		第8次(後期)			

* 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

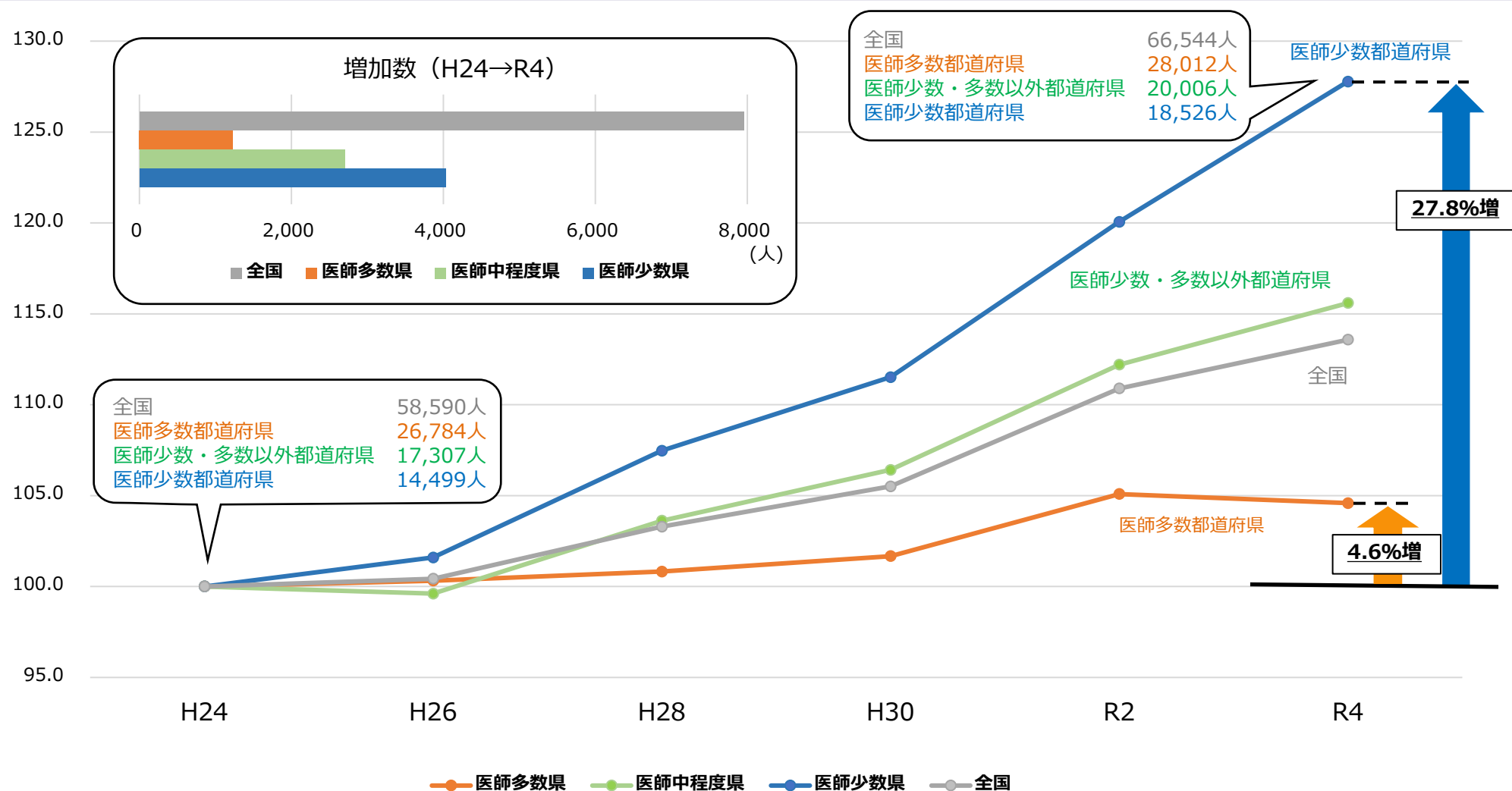


- へき地医療支援機構を中心に、行政、へき地で勤務する医師、へき地医療に協力する施設・機関、そしてへき地の住民がそれぞれ連携・協力し、かつ他の都道府県の先進事例にも学びながら、効果的・効率的で持続可能性のあるへき地への医療提供体制の構築を行う。



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。

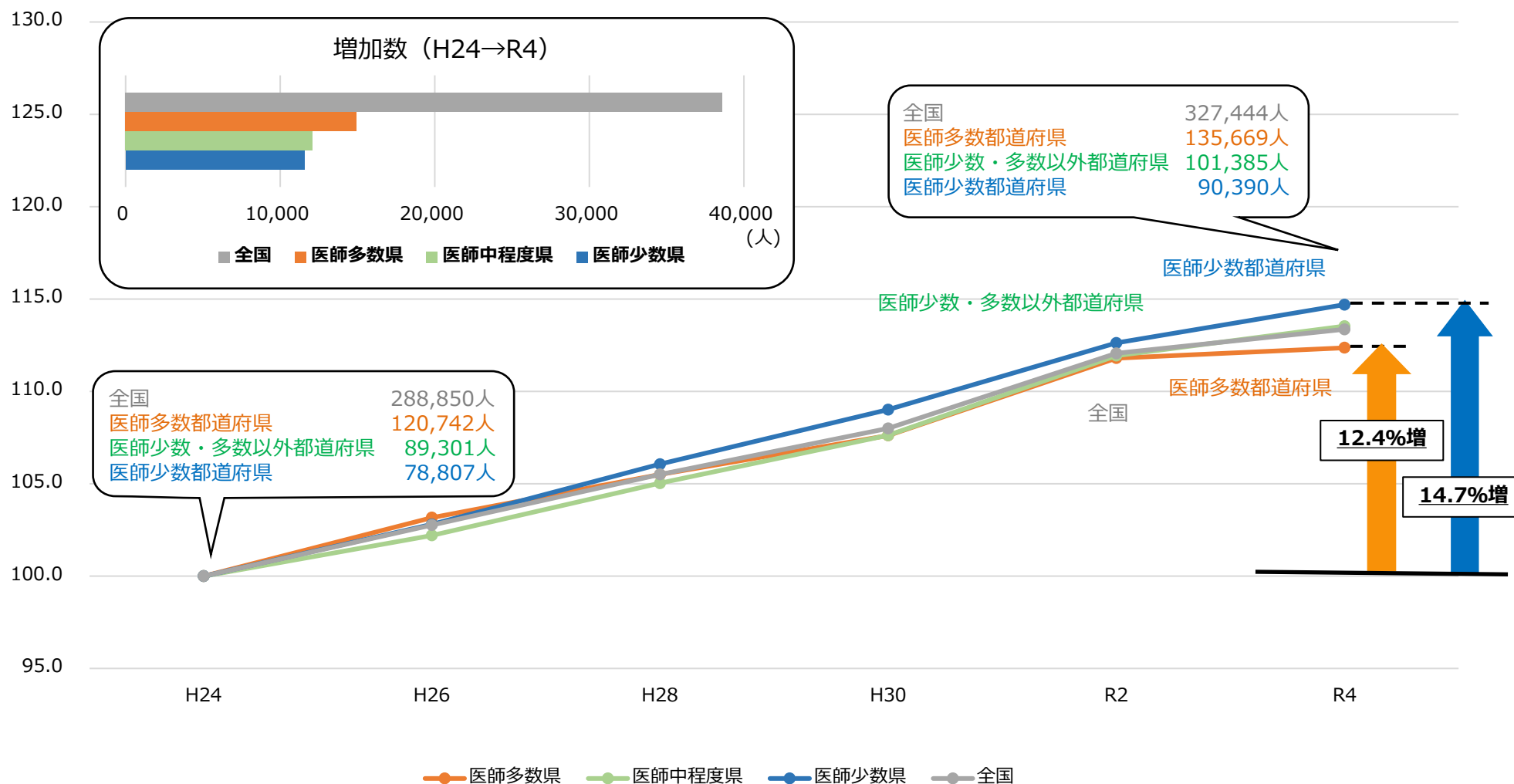


※医師多数都道府県：医師偏在指標の上位33.3%の都道府県
 医師少数都道府県：医師偏在指標の下位33.3%の都道府県
 医師少数・多数以外都道府県：医師偏在指標の上位・下位33.3%以外の都道府県

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

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、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

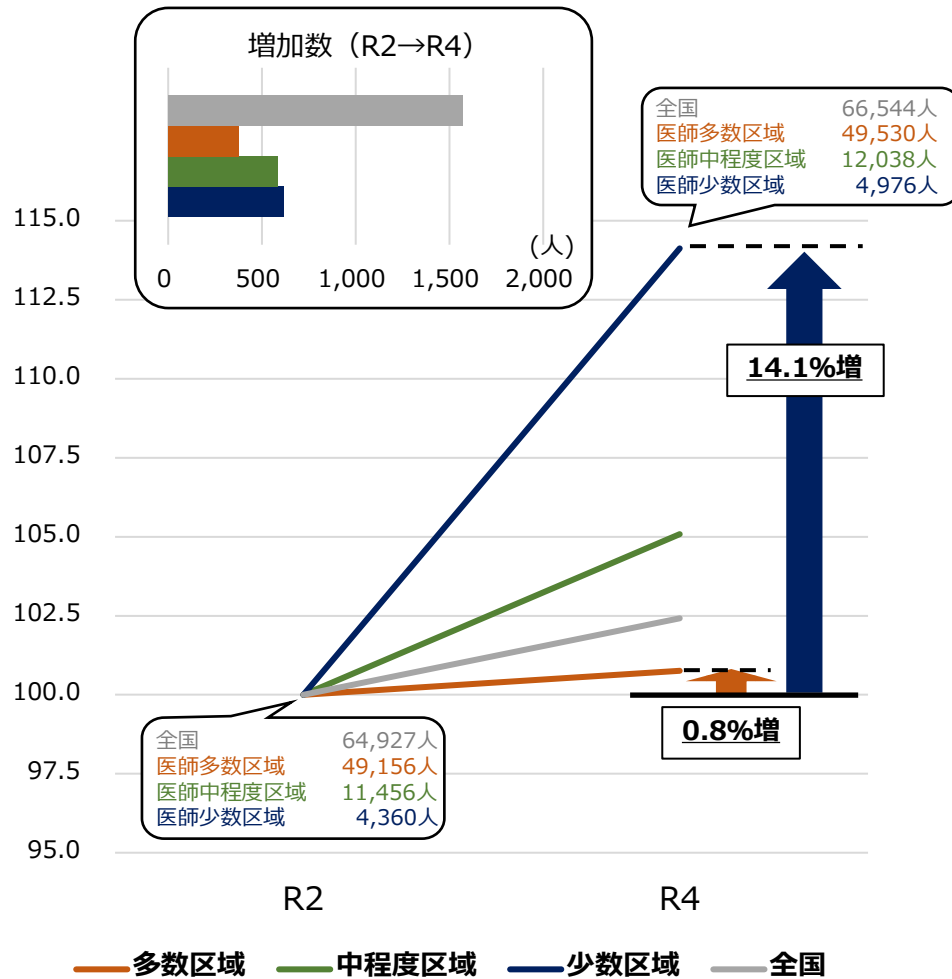
出典：医師・歯科医師・薬剤師調査、統計（厚生労働省）
 医師少数都道府県及び医師多数都道府県は医師偏在指標（厚生労働省：令和2年2月）による

参考

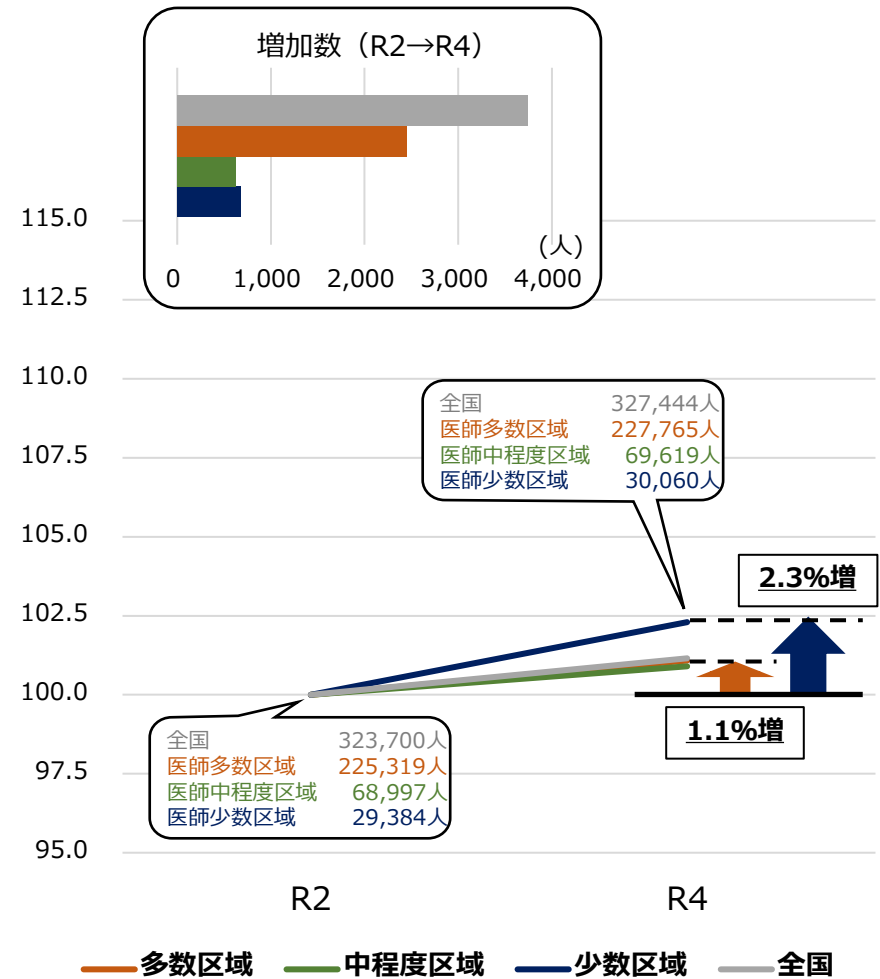
二次医療圏別における医療施設従事医師数推移（令和2年を100とした場合）

- 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

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

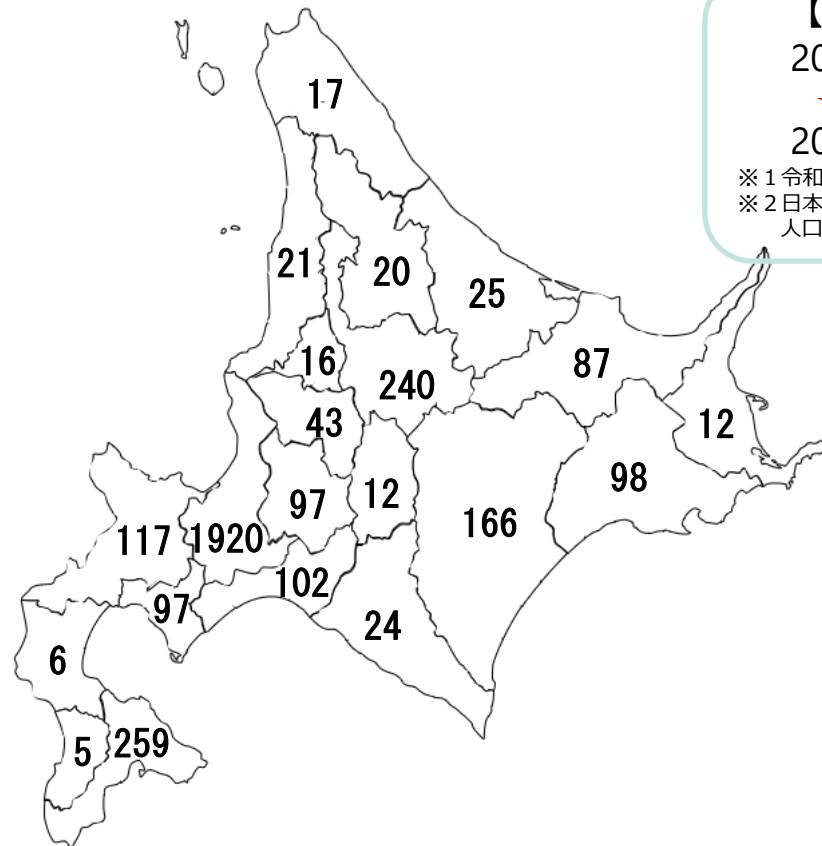
<診療所医師が80歳で引退し承継がなく、当該二次医療圏で新規開業がないと仮定した場合>

- 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】

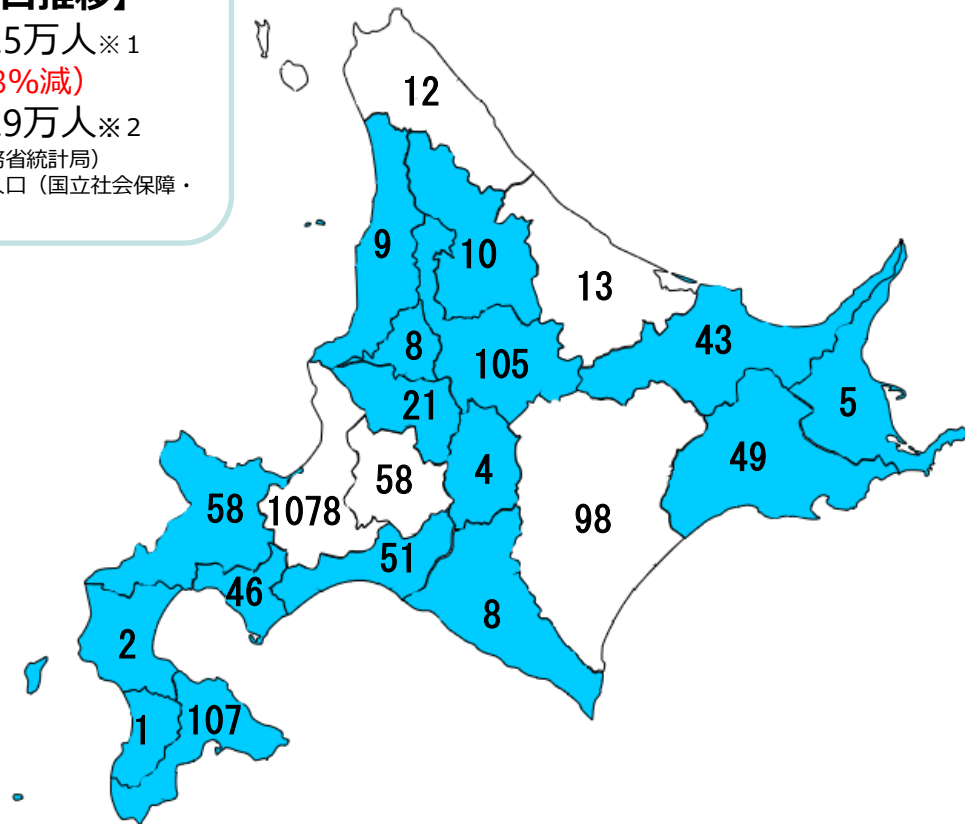
2020年 522.5万人※1

↓ (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。

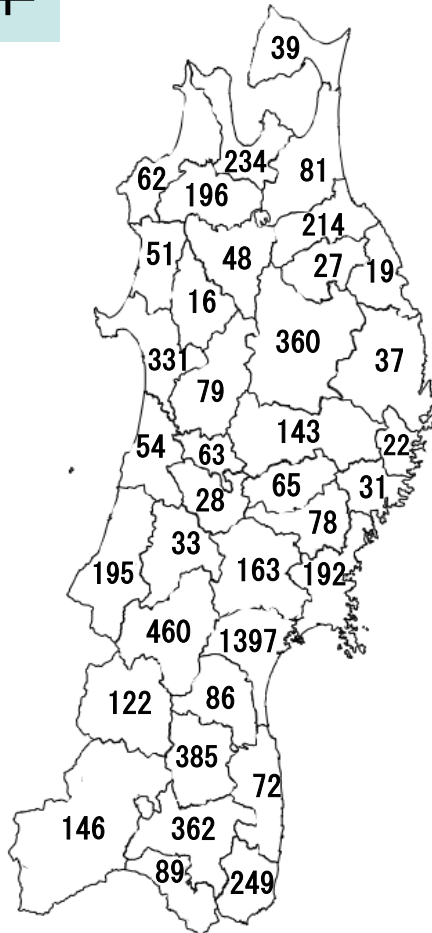
参考

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>

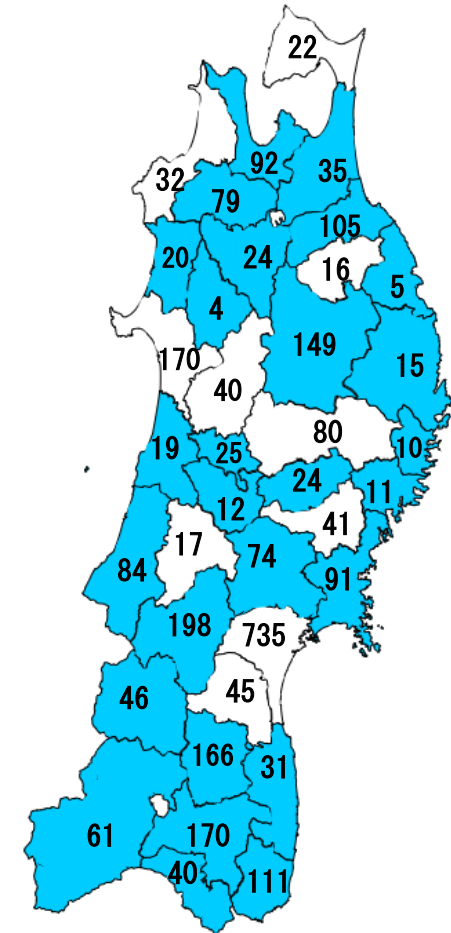
- 東北地方全体の診療所医師数については、現在から2040年にかけて、**54.0%の減少**が見込まれている。
- 東北地方の二次医療圏ごとの診療所医師数については、**37**の二次医療圏のうち、**27 (73.0%)**の二次医療圏において、**50%以上の減少**が見込まれている。

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。

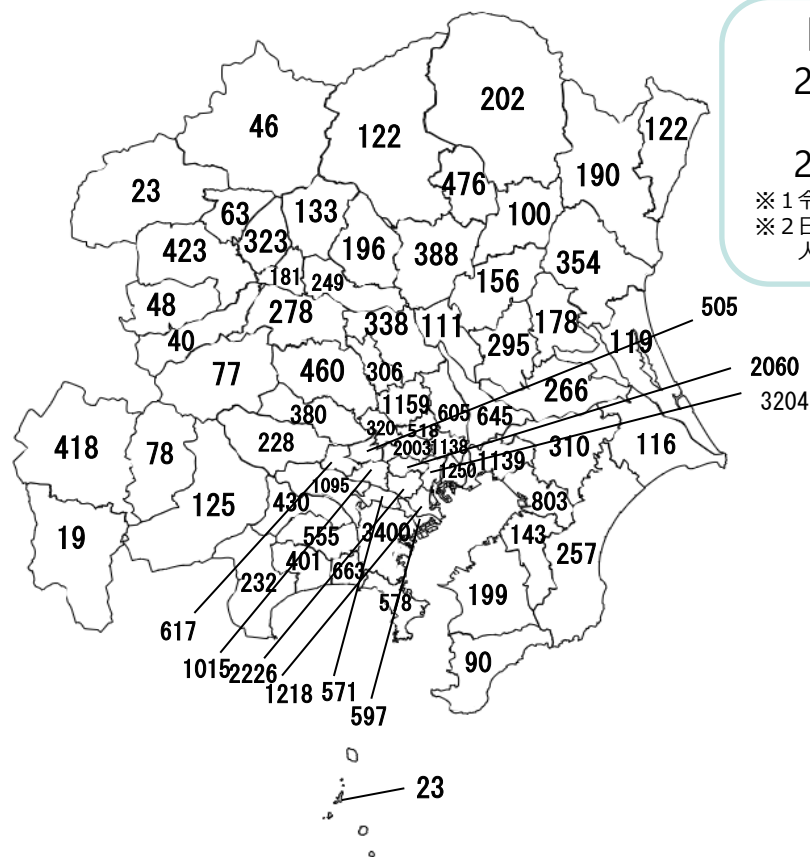
参考

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

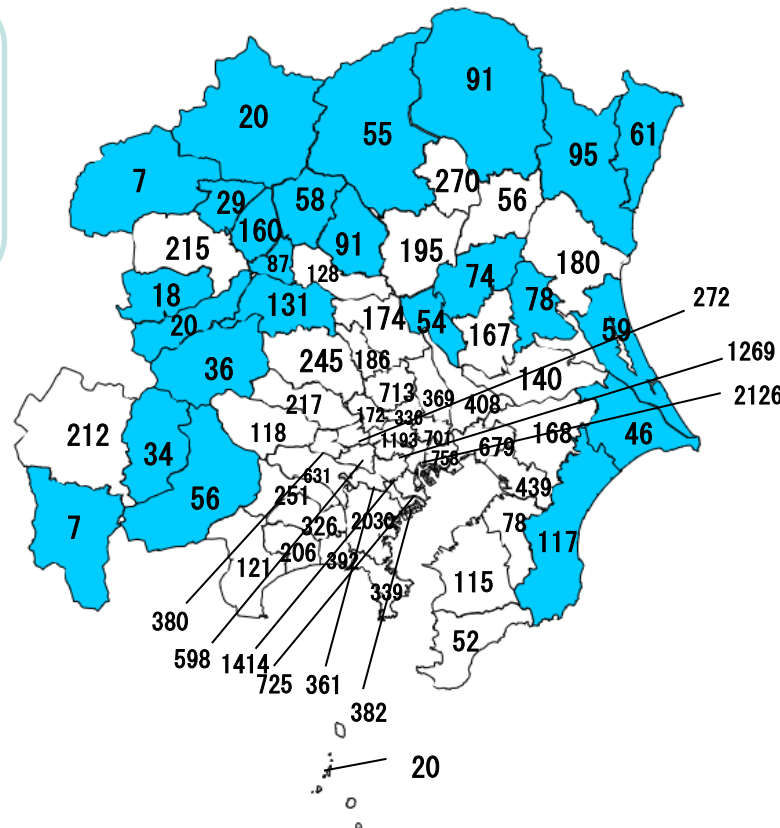
※1 令和2年国勢調査（総務省統計局）

※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。

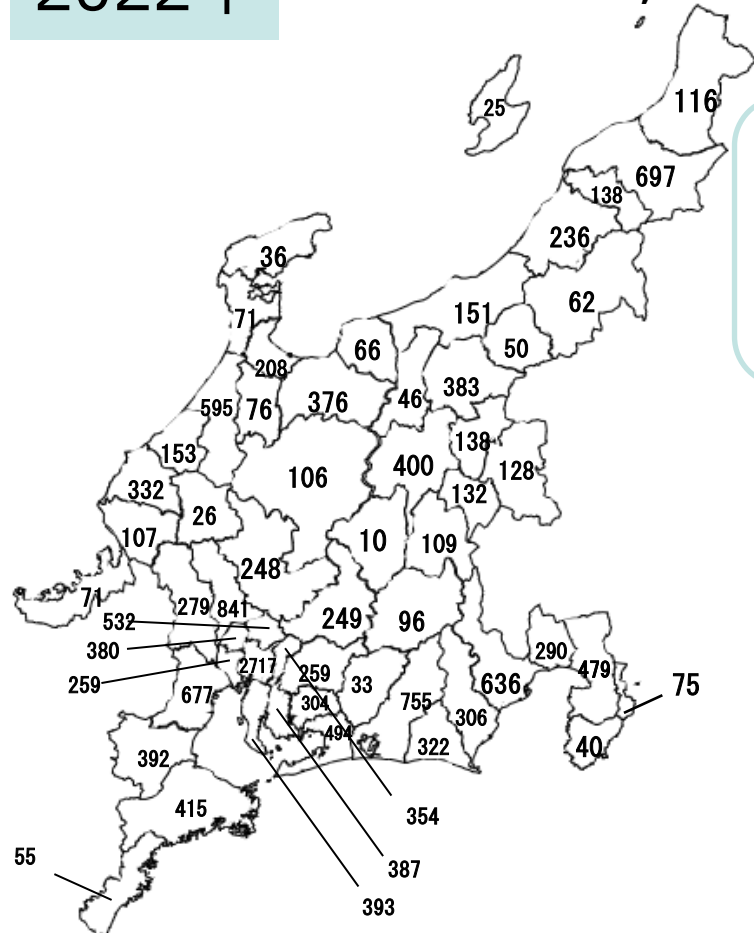
参考

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＞

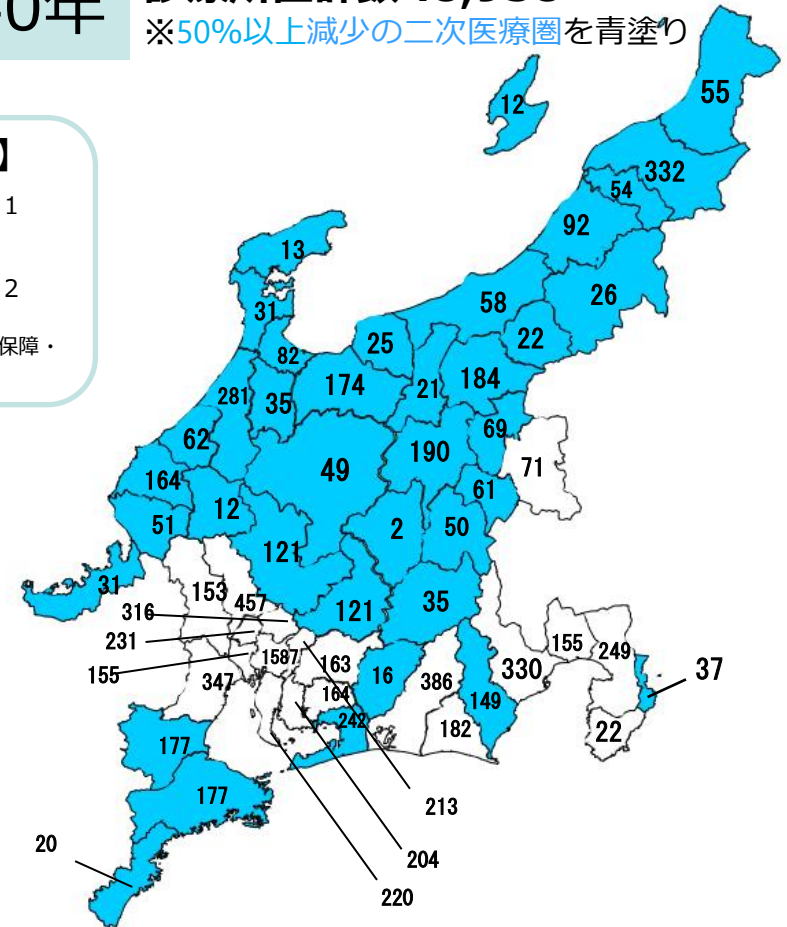
- 中部地方全体の診療所医師数については、現在から2040年にかけて、**48.4%の減少**が見込まれている。
- 中部地方の二次医療圏ごとの診療所医師数については、**57**の二次医療圏のうち、**38 (66.7%)**の二次医療圏において、**50%以上の減少**が見込まれている。

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。

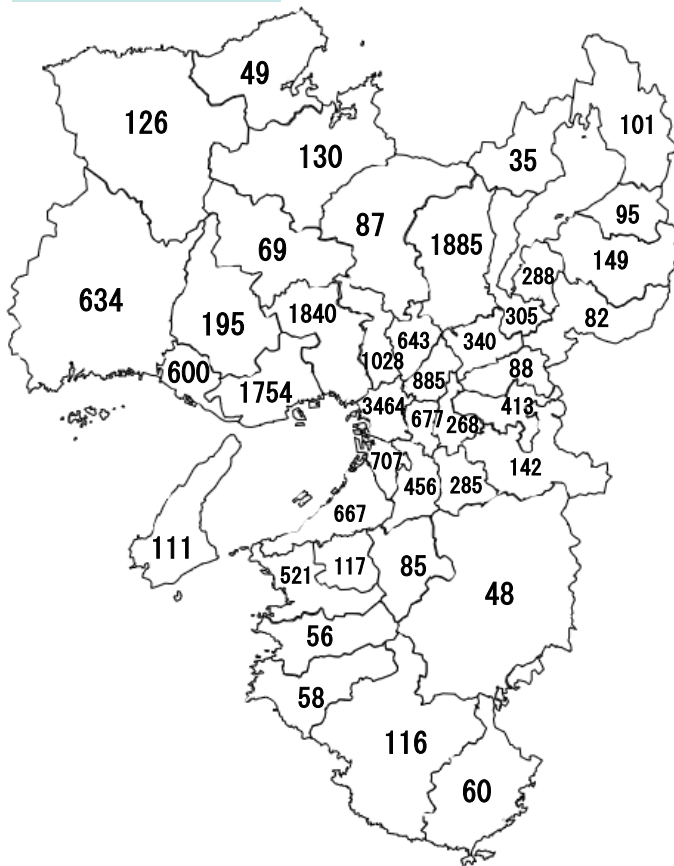
参考

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＞

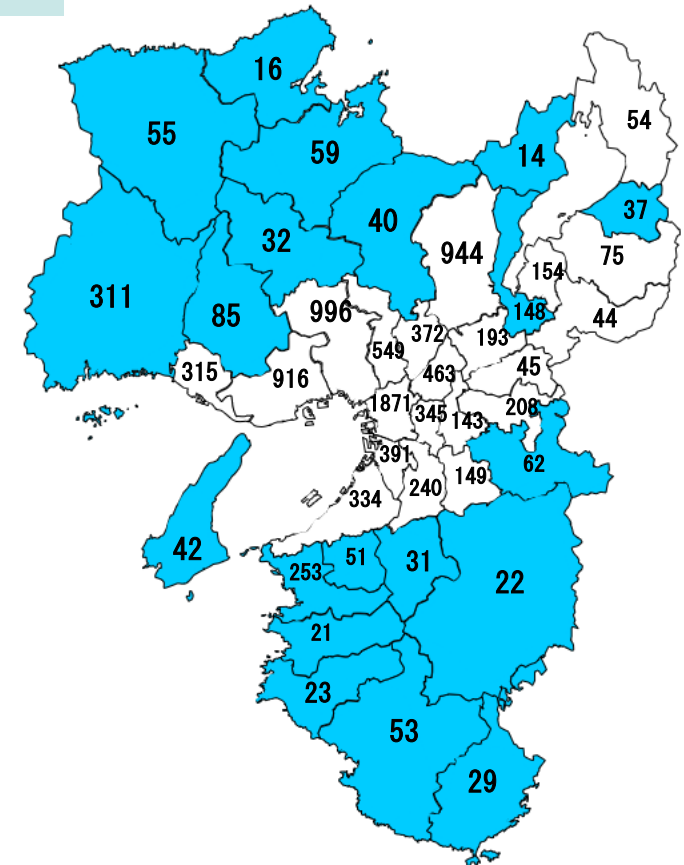
- 近畿地方全体の診療所医師数については、現在から2040年にかけて、**48.2%の減少**が見込まれている。
- 近畿地方の二次医療圏ごとの診療所医師数については、**51**の二次医療圏のうち、**29 (56.9%)**の二次医療圏において、**50%以上の減少**が見込まれている。

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

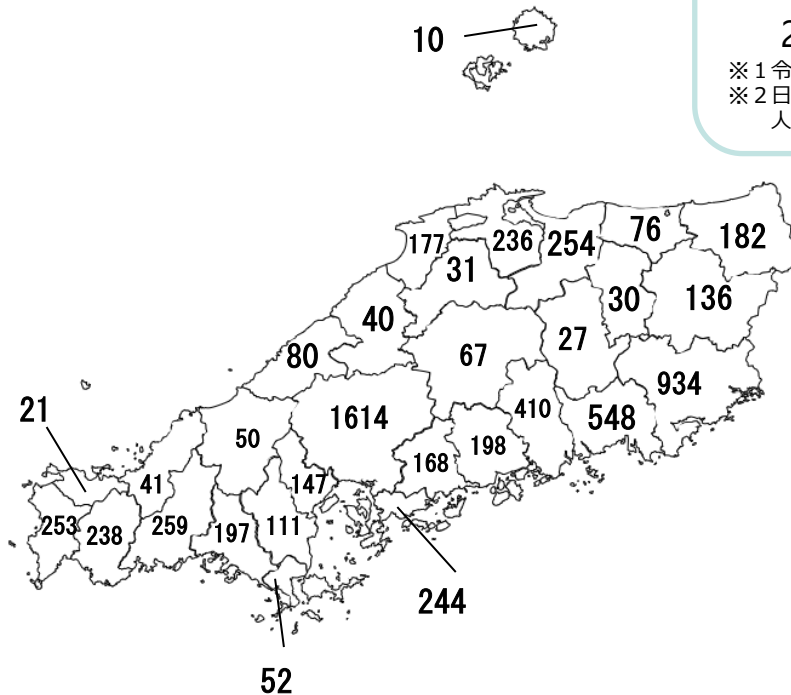
＜診療所医師が80歳で引退し承継がなく、当該二次医療圏で新規開業がないと仮定した場合＞

- 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】

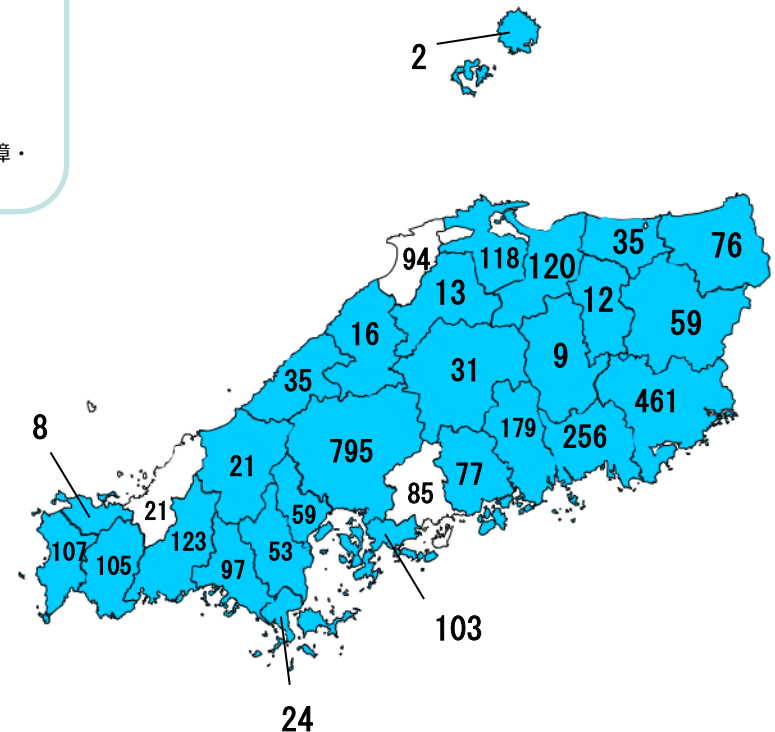
2020年 725.5万人※1

(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】

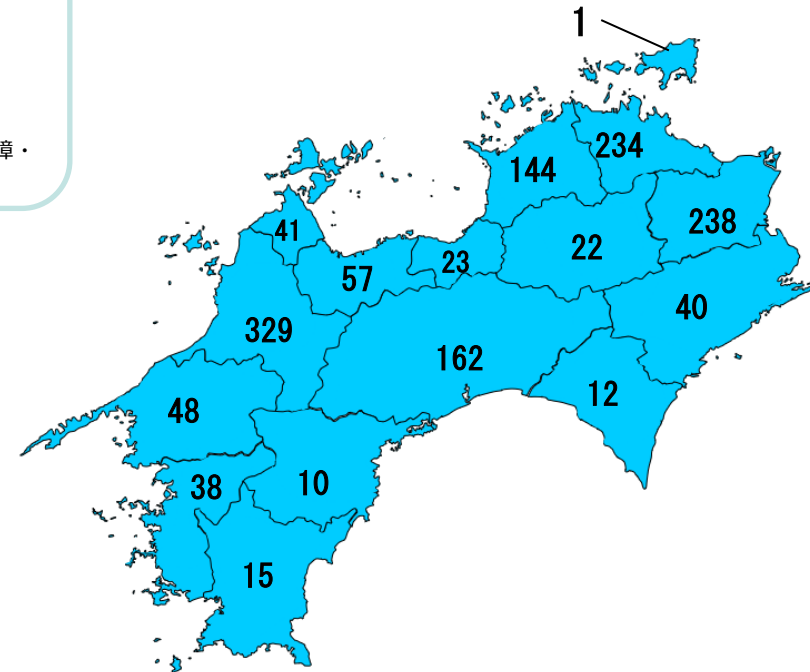
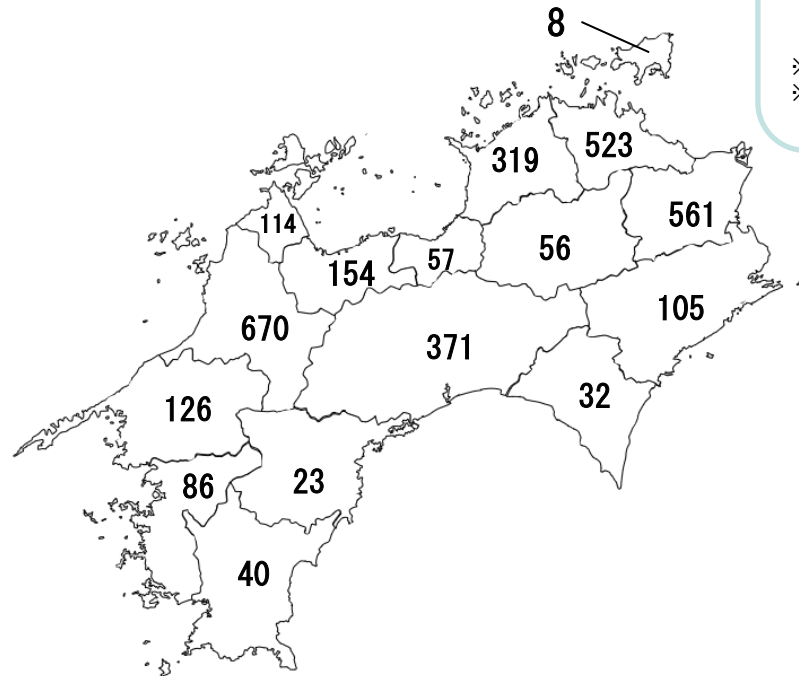
2020年 369.6万人※1

↓ (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

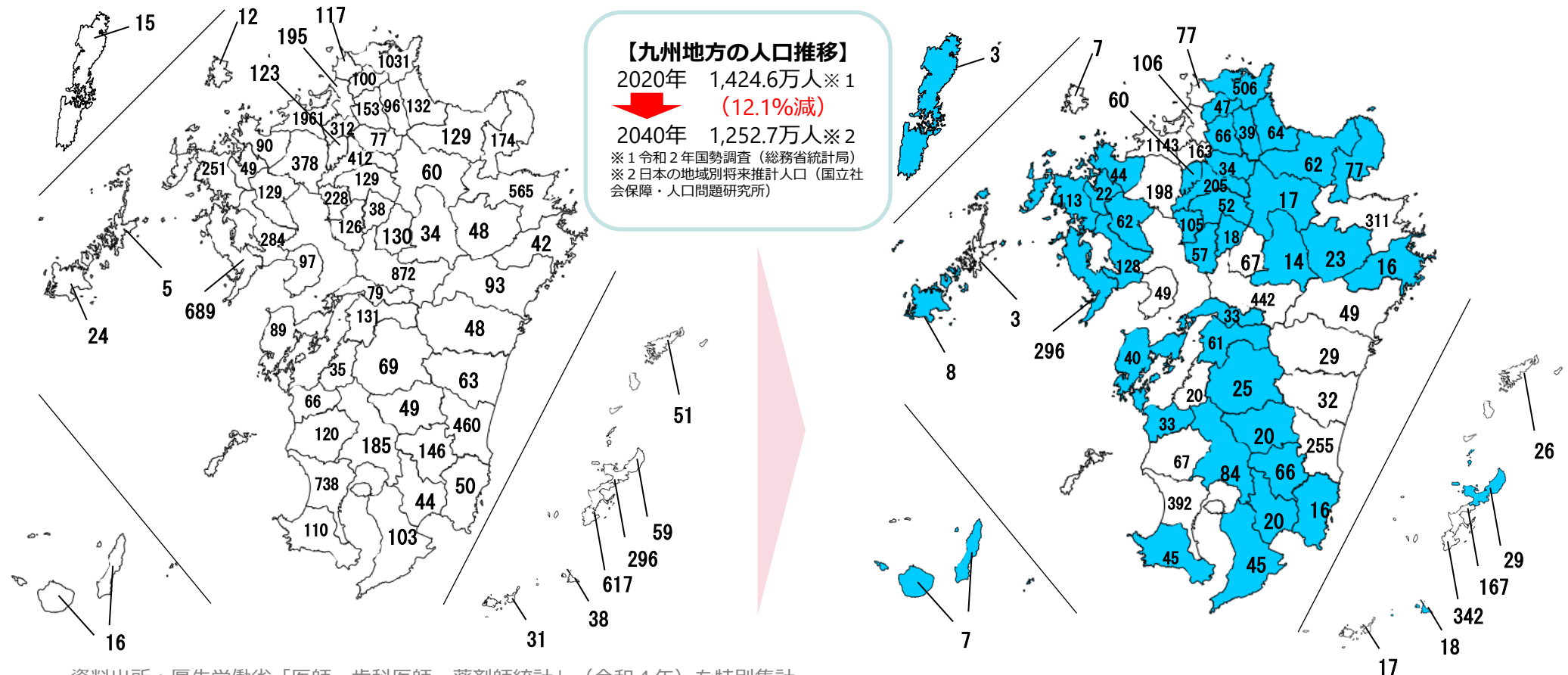
＜診療所医師が80歳で引退し承継がなく、当該二次医療圏で新規開業がないと仮定した場合＞

- 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。

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について

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】

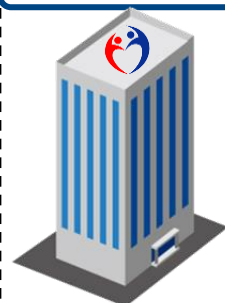
- 医師少数区域等での勤務経験期間について、現行の6か月以上から延長することとしてはどうか。
 - ・ 医師少数区域等での勤務経験期間について、1年以上に延長してはどうか。
 - ・ その際、医師免許取得後9年以上経過している場合は断続的な勤務日の積み上げでよいこととし、医師免許取得後9年以上経過していない場合は、原則6か月以上の連続した勤務（妊娠・出産等による中断は可）に加え、残りの期間は断続的な勤務日の積み上げでよいこととしてはどうか。
- ※ 現行制度において医師少数区域等の勤務経験期間6か月以上の取扱いとして、医師免許取得後9年以上経過している場合は断続的な勤務日の積み上げでよく、9年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

令和6年1月29日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

- 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

【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。



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

＜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。）

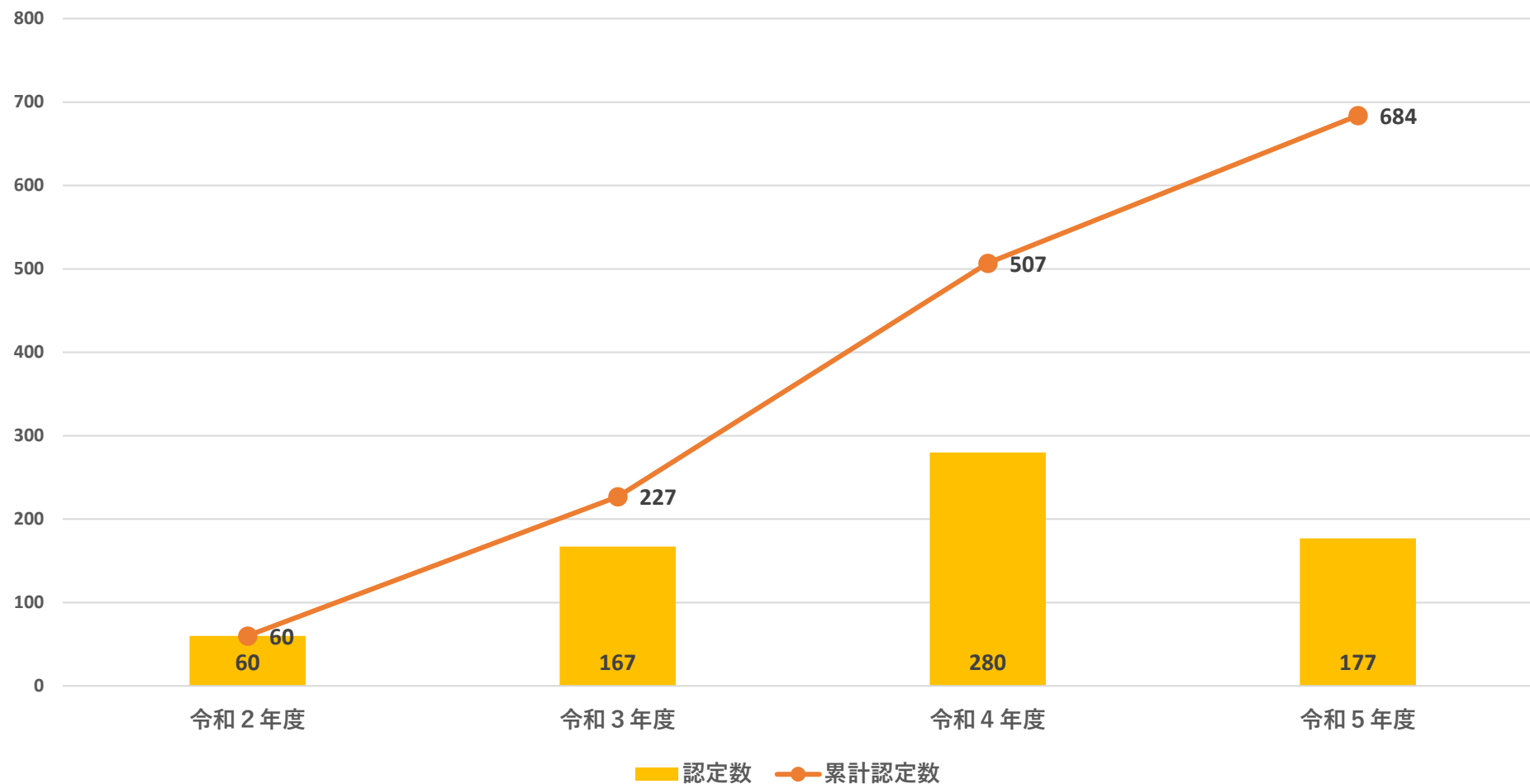
②認定医師に対する経済的インセンティブ

- ・ 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。

(単位) 人



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

資料1

令和4年5月11日

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

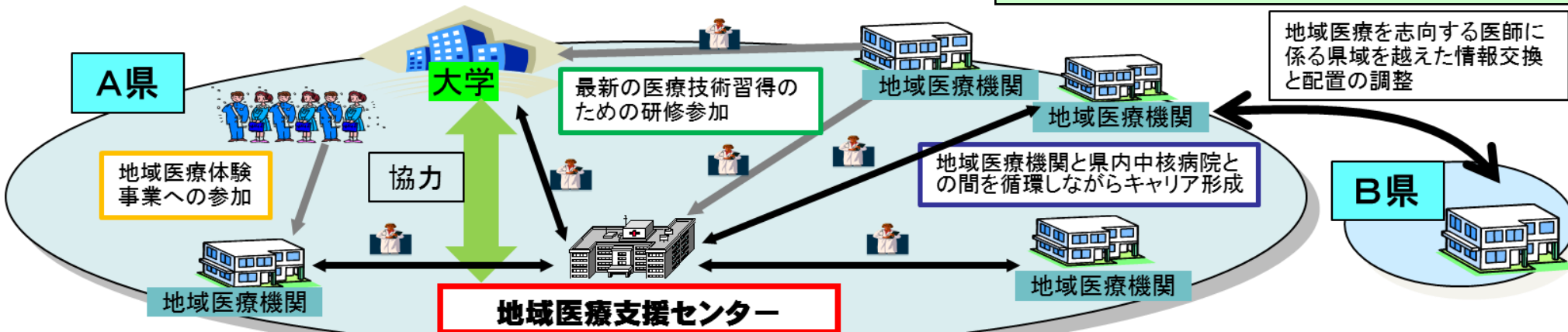
地域医療支援センター

(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

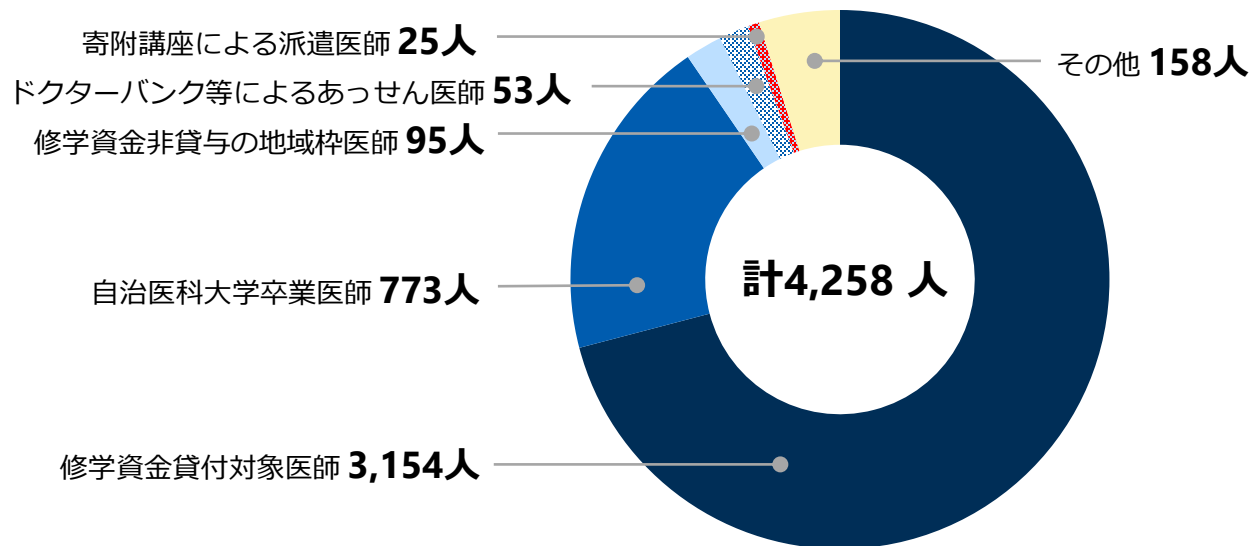
※ 令和4年4月1日～令和5年3月31日に派遣を開始した実績

地域医療対策協議会における医師派遣実績

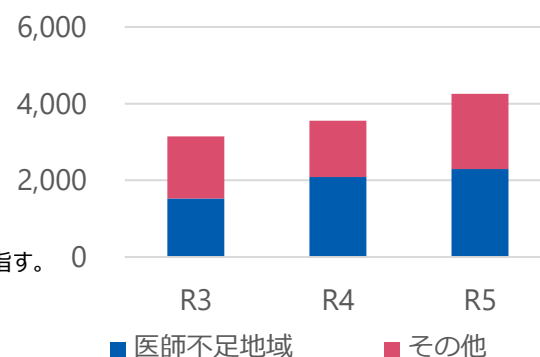
	医師不足地域	その他の地域	小計
常勤医師	2,164	1,948	4,112
非常勤医師	134	12	146
小計	2,298	1,960	4,258

「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。0
（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。

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 等について

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七十三（略）
 一 第六十三（略）
 二 厚生労働大臣は、第六十三（略）
 二 厚生労働大臣は、第六十三（略）

- 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

開業
3か月前

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

開業

② 要請に従い、不足する機能等を提供しているか

提供している

提供していない

都道府県医療審議会での理由等の説明の求め

③ 要請された機能等を提供しない理由はやむを得ないか

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

④ 勧告に従い、不足する機能等を提供しているか

提供している

提供していない

公表

※ ②～④を3年ごとに実施

要請された機能等を提供していることの報告・確認（随時）

外来医師偏在指標を活用した地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

経緯

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

外来医療機能に関する情報の可視化

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

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

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

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

新規開業希望者等に対する情報提供

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

※ 都道府県のホームページに掲載するほか、様々な機会を捉えて周知する等、新規開業希望者等が容易に情報にアクセスできる工夫が必要。また、適宜更新を行う等、質の担保を行う必要もある。

※ 新規開業者の資金調達を担う金融機関等にも情報提供を行うことが有効と考えられる。

外来医療機能に関する協議及び協議を踏まえた取組

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

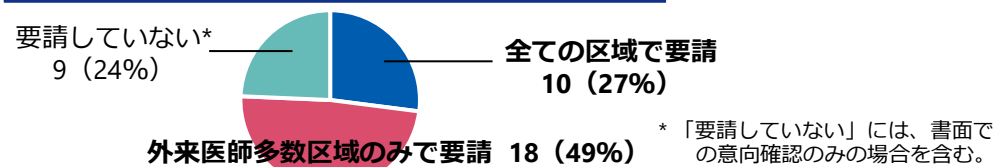
- 外来医療計画の実効性を確保するための方策例

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

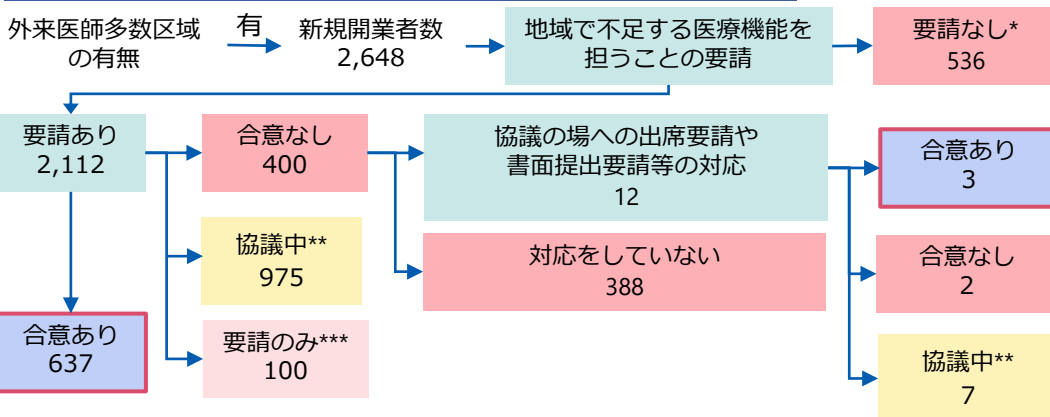
新規開業者への地域で不足する医療機能を担うことの要請等について(令和5年度)

- 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



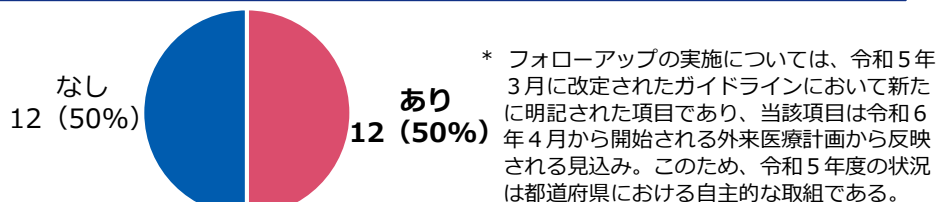
2 外来医師多数区域における新規開業希望者への要請状況



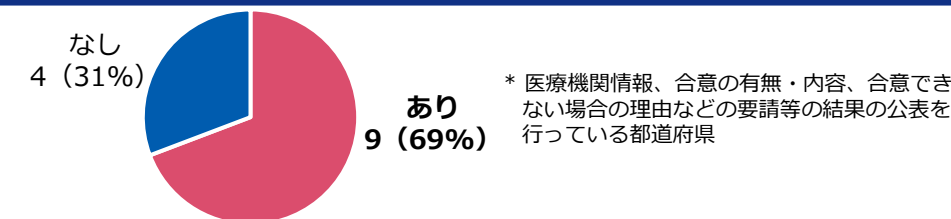
3 担うことが合意された医療機能の件数

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



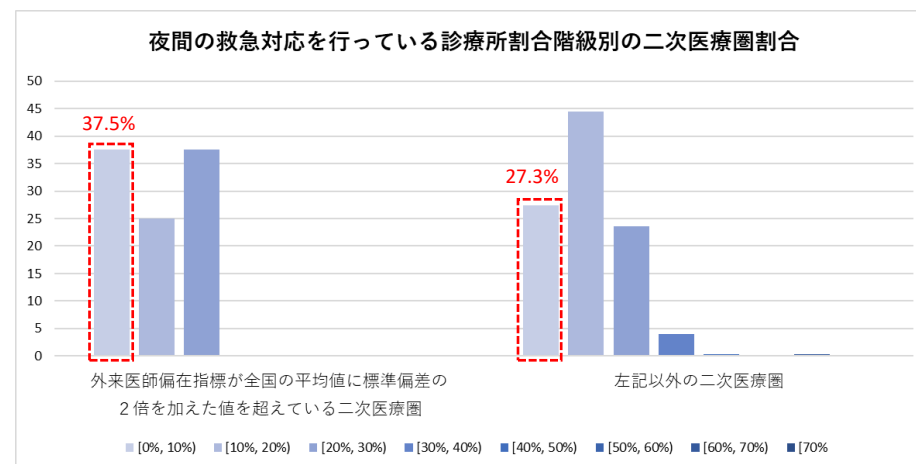
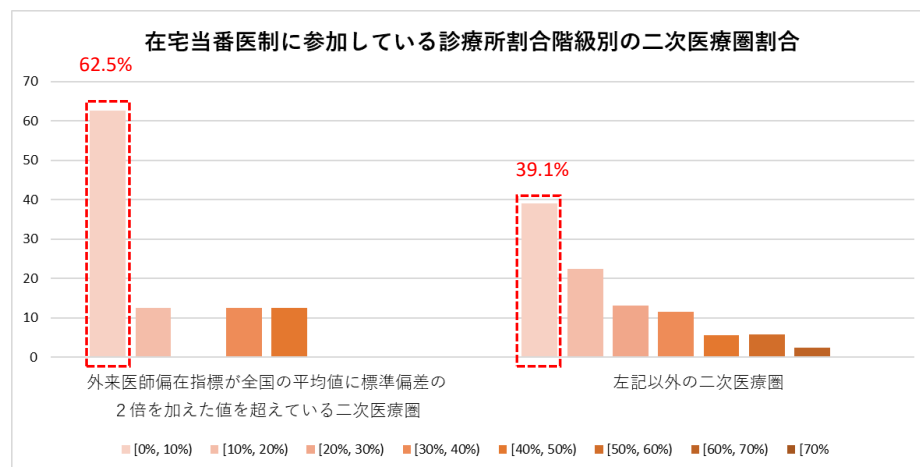
5 不足する医療機能に関する要請等の結果の公表を行っている都道府県*



※ 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

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%。



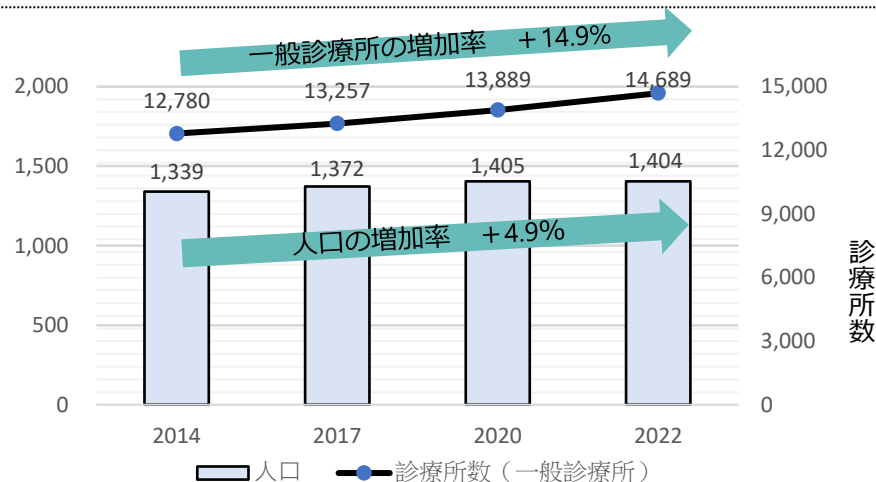
在宅当番医制に参加している診療所の割合が10%未満の二次医療圏

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

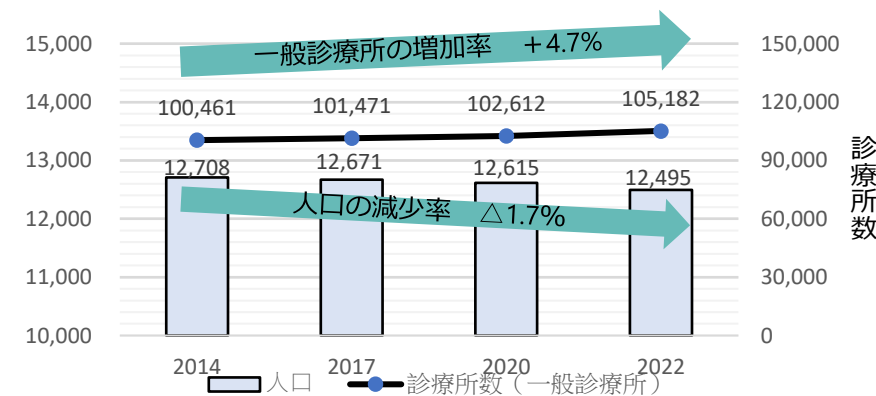
【東京都】 人口・診療所数の推移

○ 人口は増加傾向にあり、診療所数も増加傾向にある。



【全国】

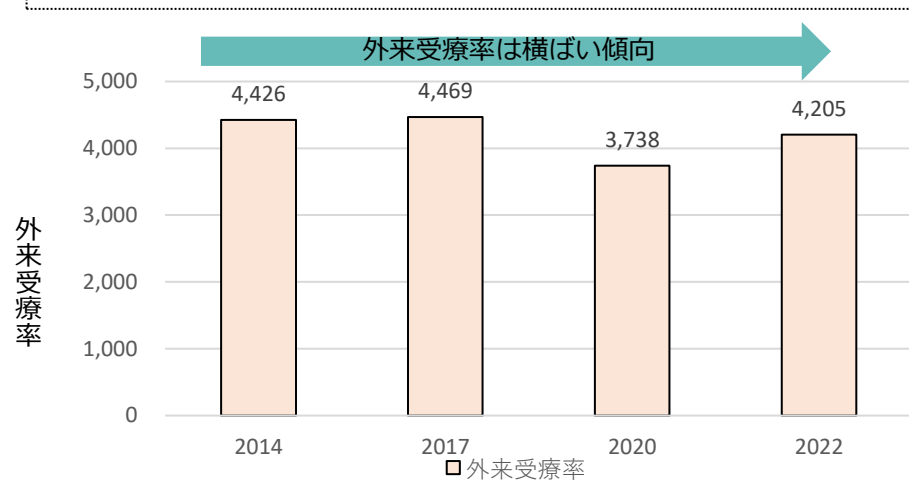
○ 人口は減少傾向にあるが、診療所数は増加傾向にある。



（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。

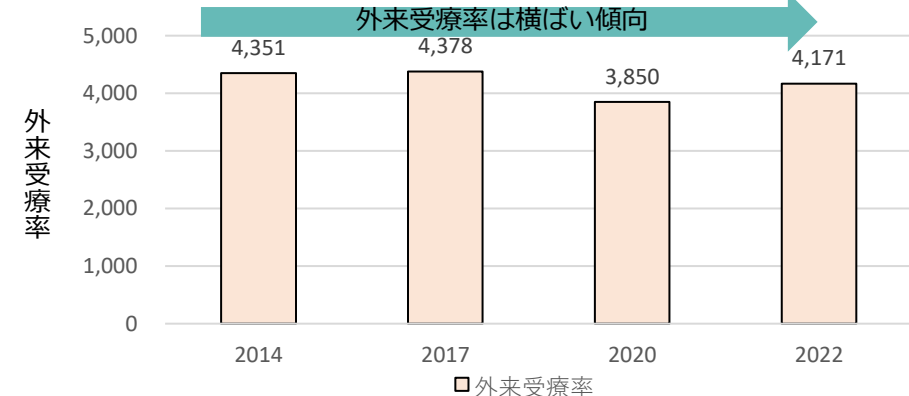
【東京都】 外来受療率

○ 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】

○ 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。



（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）

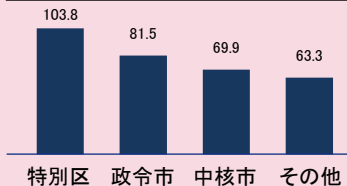
地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

平成30年1月24日 医療部会資料

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

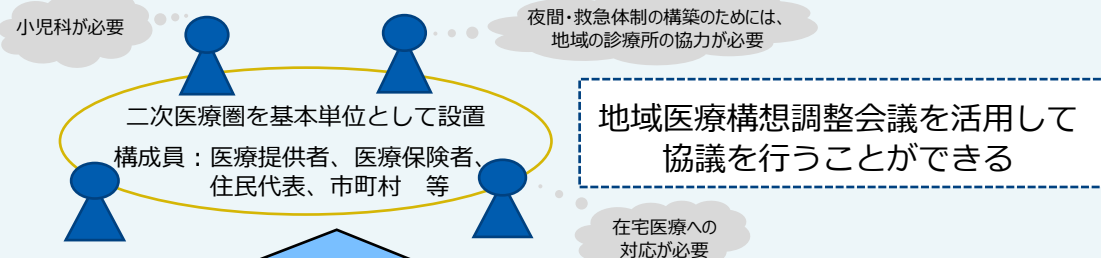


(二次医療圏別)

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

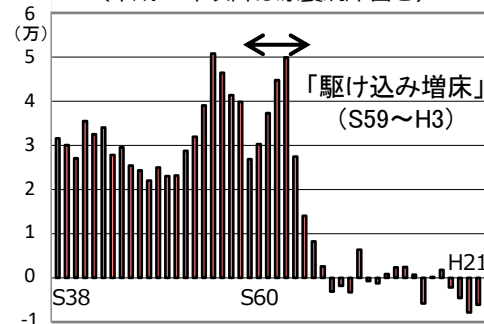
地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握が可能

- **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）



ドイツにおける「需要計画」による医師偏在対策（精査中）

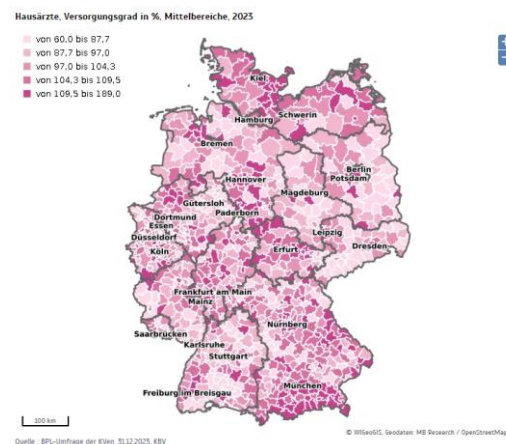
- 医師は専門医となり、保険医協会から嘱託医の承認を得ることで、診療所の開業医として公的医療保険の診療報酬の請求を行うことができる。診療報酬の体系上、各診療科の給付は当該専門医が請求可能。
- 保険医協会は、地域の年齢・性別・有病率を踏まえ、地域ごと・診療科ごとの医師の配置比率（医師1名あたり住民数）を示した「需要計画」（Bedarfsplanung）を策定。地域ごと・診療科ごとに、実際の医師の配置状況と比較して、以下のような医師の供給調整が行われる。
 - ・ 供給不足（医師の充足率が家庭医は75%未満、他の専門医は50%未満）→ 供給不足解消措置（割増手当、診療所開設補助、医師派遣等）
 -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

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。

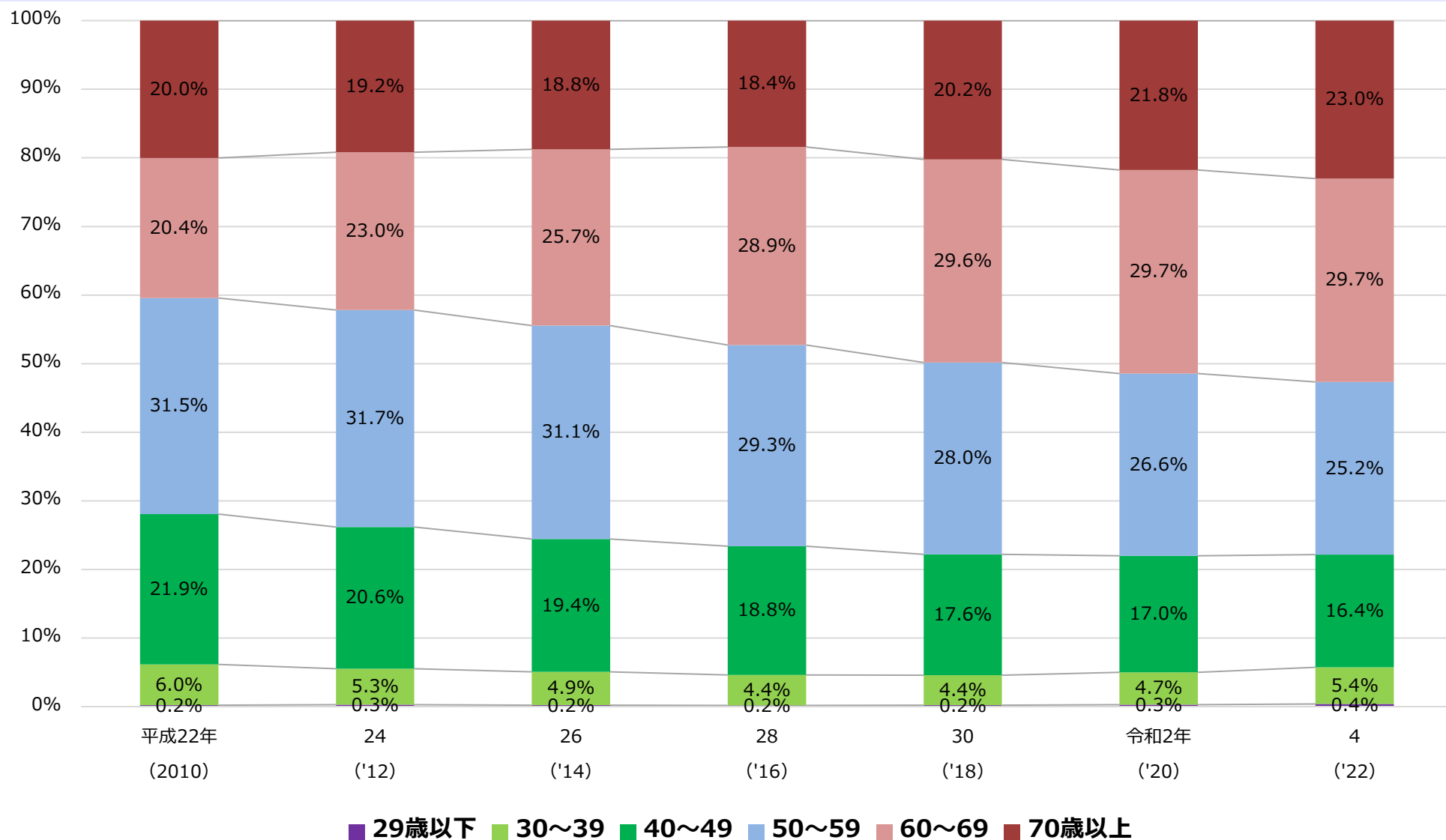
診療所従事医師の年齢階級別の割合の推移

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

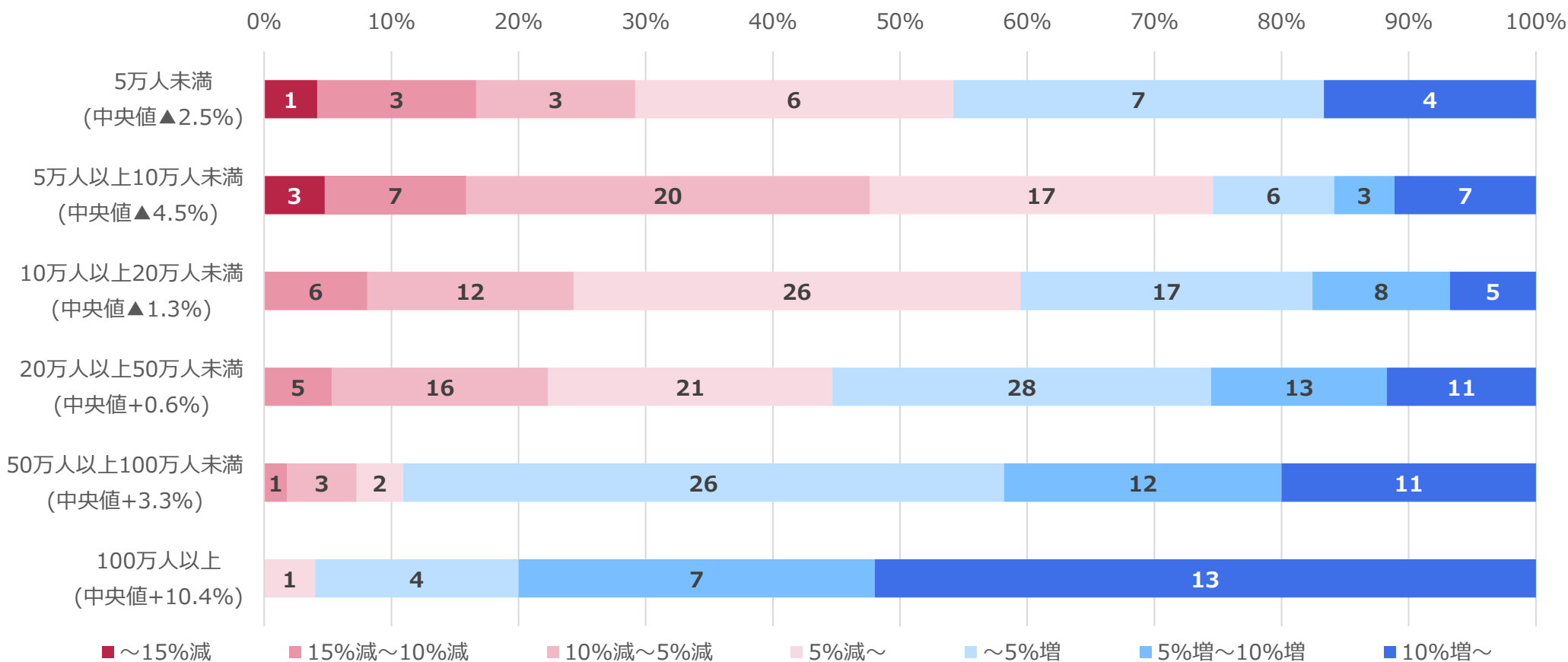
- 診療所が主たる従事先の医師については、40歳未満の医師の割合は約6%である。
- 診療所が主たる従事先の医師については、60歳以上の医師の割合が増加してきている。



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。

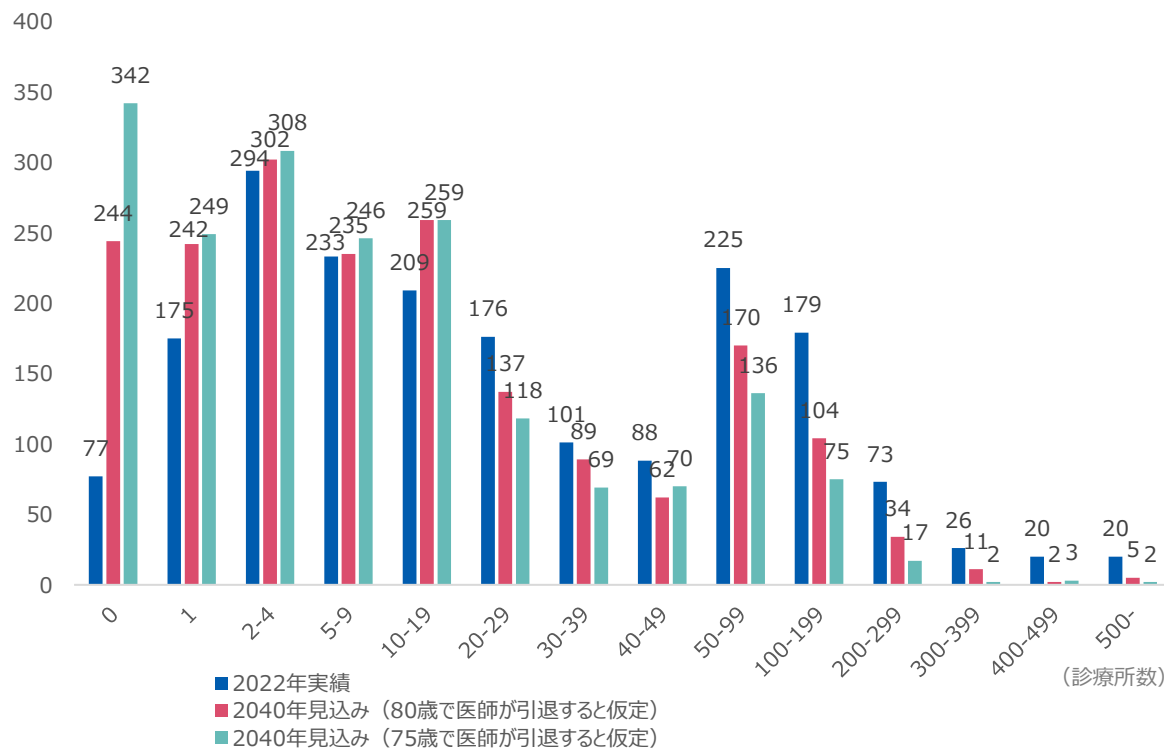
市区町村における診療所数と2040年の見込み

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。

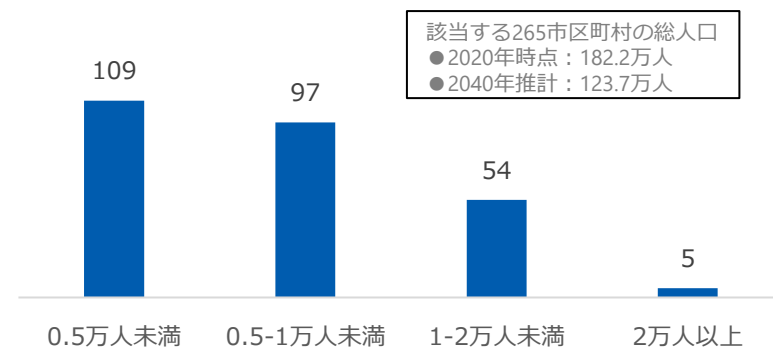
※ 75歳で引退すると仮定した場合は270程度増加する見込み。

■ 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）

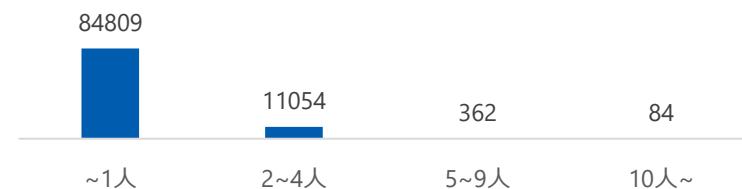


■ 2040年に診療所がなくなる可能性がある市区町村数（人口規模別）※75歳で診療所医師が引退すると仮定



該当する265市区町村の総人口
 ● 2020年時点：182.2万人
 ● 2040年推計：123.7万人

■（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、都道府県と大学 病院等との連携パートナーシップ協定について

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

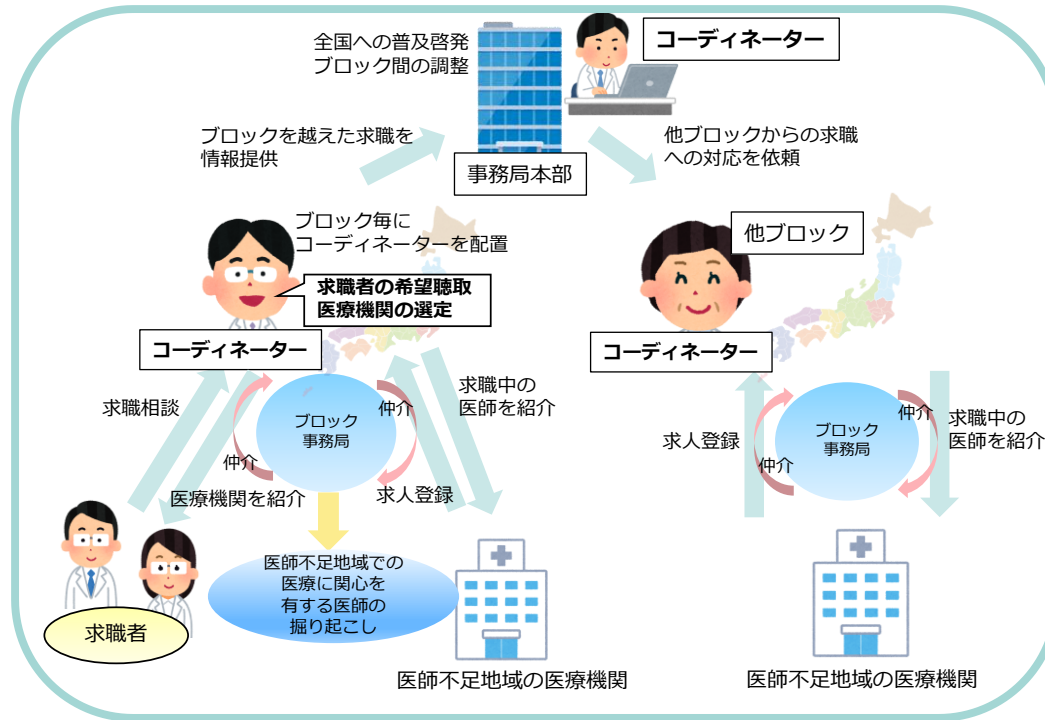
- 都道府県における地域医療対策協議会等による医師派遣調整機能等を強化するため、都道府県と大学病院等の連携パートナーシップ協定の締結を推進することについて、どのように考えるか。

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】

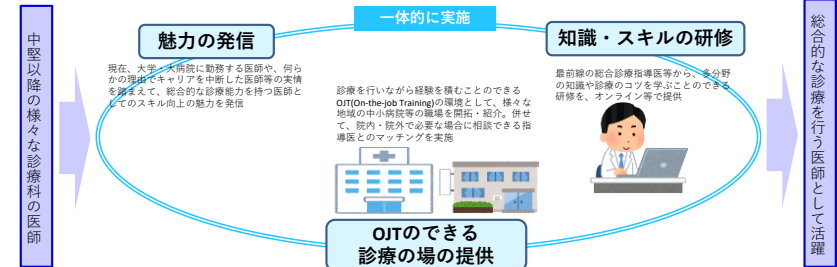
- 中堅・シニア世代等の医師を希望に応じて医師不足地域における医療ニーズにつなげるため、中堅・シニア世代等の医師を対象として、医師不足地域での医療に関心・希望を有する医師の掘り起こしを行い、必要に応じてリカレント教育や現場体験につなぎ、医師不足地域の医療機関とのマッチング、その後の定着支援等を行うため、全国的なマッチング機能の支援を行うこととしてはどうか。

＜事業イメージ（案）＞



＜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。

女性医師支援センター事業

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。

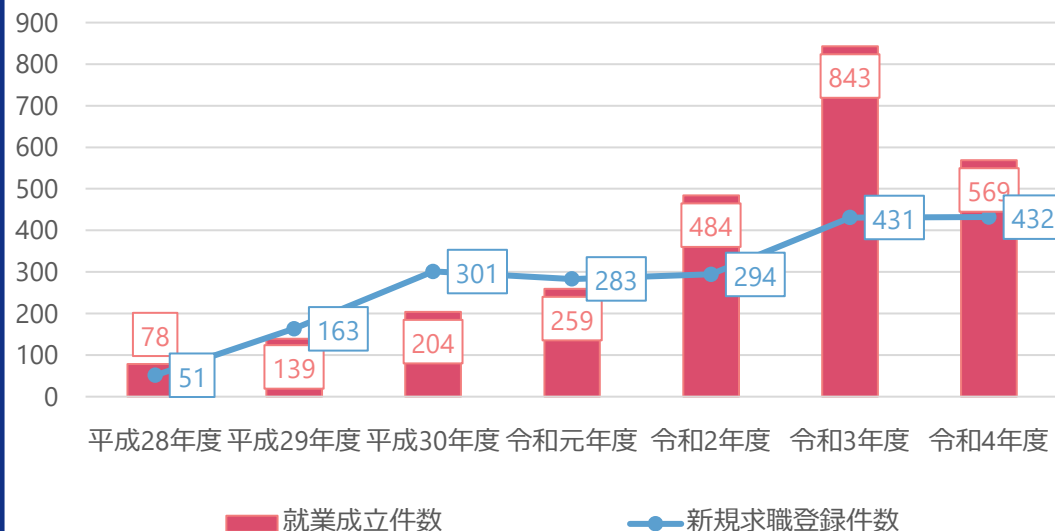
②女性医師等の就業促進等のための調査の実施

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



医師就業支援の取組例①

(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。

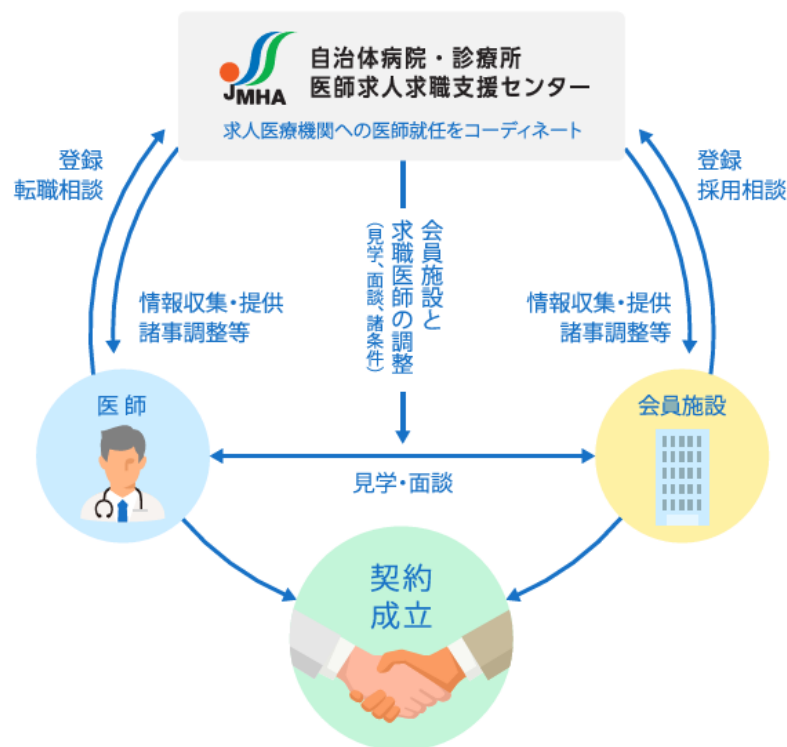
公益社団法人全国自治体病院協議会では、昭和55年度より医師の職業紹介事業を実施。

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



医師就業支援の取組例②

(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。

総合的な診療能力を持つ医師養成の推進事業

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

令和7年度概算要求額 5.6億円 (3.0億円) ※ () 内は前年度当初予算額

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

○総合診療医センターの設置【拡充】

総合診療医センターの箇所数増

総合診療医を全国的に養成

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、卒業後のキャリア支援まで一貫した指導体制を確立する。
- 医師少数地域等、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(仮称)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
- 他科の医師の総合診療研修支援・他科からの総合診療転向支援

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(医師少数地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
- 医師少数地域で診療する際のバックアップ機能

○リカレント教育(総合的な診療能力)のための全国推進事業【新規】

中堅以降の様々な診療科の医師

魅力の発信

現在、大学・大病院に勤務する医師や、何らかの理由でキャリアを中断した医師等の実情を踏まえて、総合的な診療能力を持つ医師としてのスキル向上の魅力を発信

- (例)
- 今の職場で何歳まで働けますか。70代まで医師として輝けるために。
 - 開業を目指す方へ、その前に専門分野を広げませんか。

一体的に実施

知識・スキルの研修

最前線の総合診療指導医等から、多分野の知識や診療のコツを学ぶことのできる研修を、オンライン等で提供

診療を行いながら経験を積むことのできるOJT(On-the-job Training)の環境として、様々な地域の中小病院等の職場を開拓・紹介。併せて、院内・院外で必要な場合に相談できる指導医とのマッチングを実施。



OJTのできる診療の場の提供

総合的な診療を行う医師として活躍

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、関係学会等
- ◆補助率：定額 ◆事業実績：令和5年度交付対象大学数→8大学



全日本病院協会 総合医育成事業

—地域包括ケアの中核を担う人材の養成—

第18回医療計画の見直しに関する検討会（令和2年2月28日）資料3より抜粋

概要

- 一定のキャリアを持つ
全科の医師を対象
- 自院で働きながら2年間
程度の研修を行う
- 2018年7月開始(受講料
40万円)、年に1回募集
- 18-24年度研修者315名
(共催の日本プライマリ・ケア
連合学会より137名)
- 受講者プロフィール
所属科: 内科、外科を中心
に脳神経外科、整形外科、
救急科等
- 修了者: 93名
(2023年1月現在)

目標とする医師像

- 臓器別にとらわれない幅広い治療ができる
- 病院内外でチーム医療のマネジメントができる
- 患者の生活全体を視野に入れた機能を構築する
- 病院組織の運営へ積極的に関与できる

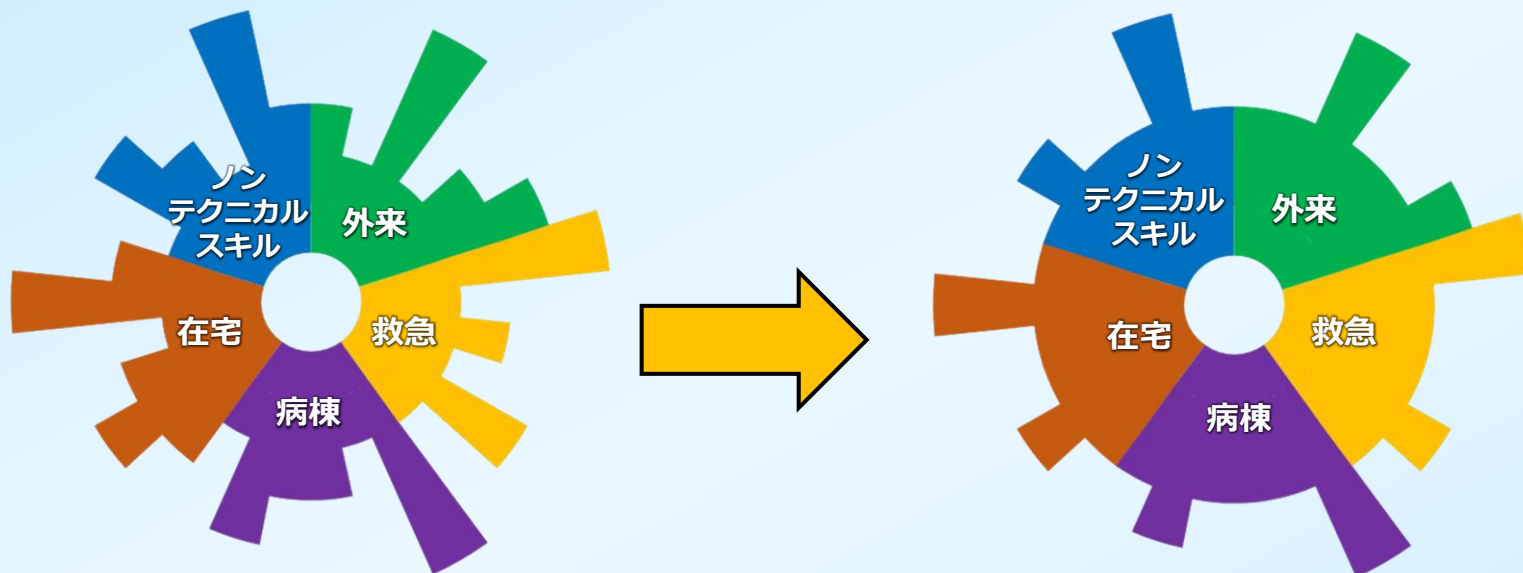
プログラム内容

- 自院での総合診療の実践
- スクーリング(1回6時間を1単位: 修了には6割以上の受講)
 - ・医療運営コース (2単位)
医療制度、医療を巡る問題を俯瞰する
 - ・診療実践コース (22単位) 臨床推論、循環器、小児科など
初診外来・一般病棟・全科当直・在宅ケアなどの
プライマリ・ケアの現場で一歩踏み出せる能力を修得
 - ・システマチックコース (10単位) リーダーシップ、問題解決など
チームの構築・マネジメントができる能力を修得

参考: 全日本病院協会 総合医育成プログラムホームページ (<https://www.ajha.or.jp/hms/sougoui/>)



総合医育成プログラムで養成する医師のイメージ



- 経験豊富で、自分の専門領域に関しては高い能力を持っている
- 診療領域の中で、総合的な診療を提供する基本的な診療能力（例：当直での初期対応など）に足りない部分がある
- 在宅ケアや地域連携等の知識や理解が足りない部分がある
- 組織人としてチームを作り、人を育て、リーダーシップを発揮して、効果的にタスクをマネジメントするスキル（ノンテクニカルスキル）は経験的に体得しているが、体系化された教育を受けていない。

- 経験豊富で、自分の専門領域に関しては高い能力を持っている
- 診療領域の中で、総合的な診療を提供する基本的な診療能力（例：当直での初期対応など）**を広い範囲で身につける**
- 在宅ケアや地域連携等の知識や理解が**十分ある**
- 組織人としてチームを作り、人を育て、リーダーシップを発揮して、効果的にタスクをマネジメントするスキル（**ノンテクニカルスキル**）は経験的に体得している**に加えて、体系的なスキルを身につけている**

<https://www.ajha.or.jp/hms/sougoui/overview.html>

かかりつけ医機能研修事業

令和7年度概算要求額 20百万円（－）※（）内は前年度当初予算額

1 事業の目的

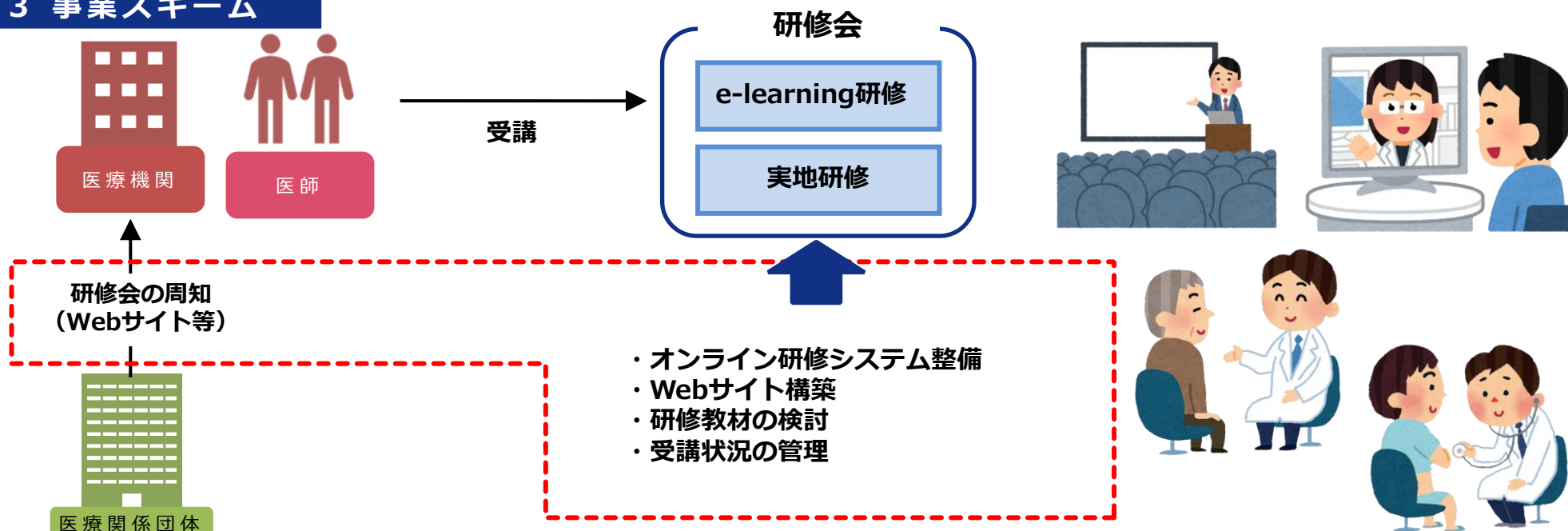
- 令和5年5月に成立した改正医療法において、「かかりつけ医機能」が「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置、その他の医療の提供を行う機能」と定義された。
- 地域によって大きく異なる人口構造等の変化に対応し、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現するためには、幅広い診療領域の全人的な診療を行う医師の増加を促していく仕組みが必要となっている。
- そのため、地域で新たに開業し地域医療を担うことを検討している病院勤務医や、既に地域の中小病院や診療所でかかりつけ医機能を担っている医師等が研鑽を積む研修体制の整備等を支援するもの。

2 事業の概要・実施主体等

かかりつけ医機能を担う医師の養成に必要な研修体制の整備等にかかる経費の補助を行う。

- 補助先：医療関係団体
- 補助対象経費：謝金、旅費、会場借料費、通信費、事務局経費 等
- 基準額：20,000千円 ○補助率：定額

3 事業スキーム



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！

臨床研修の広域連携型プログラムの制度化について

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

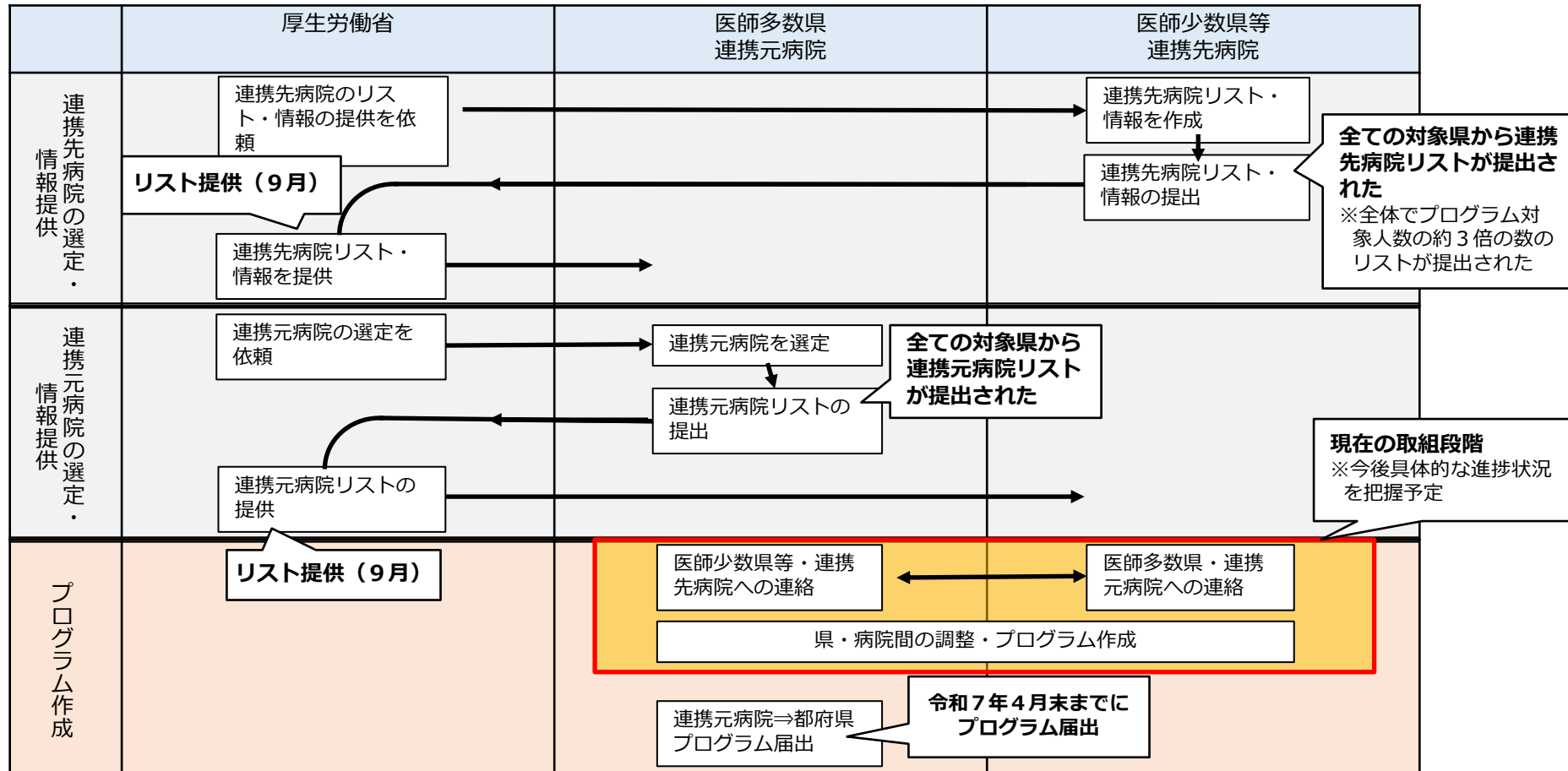
・プログラムの作成・実施に係る費用に関する国による支援を検討。

※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。

広域連携型プログラムの作成スケジュール

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



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

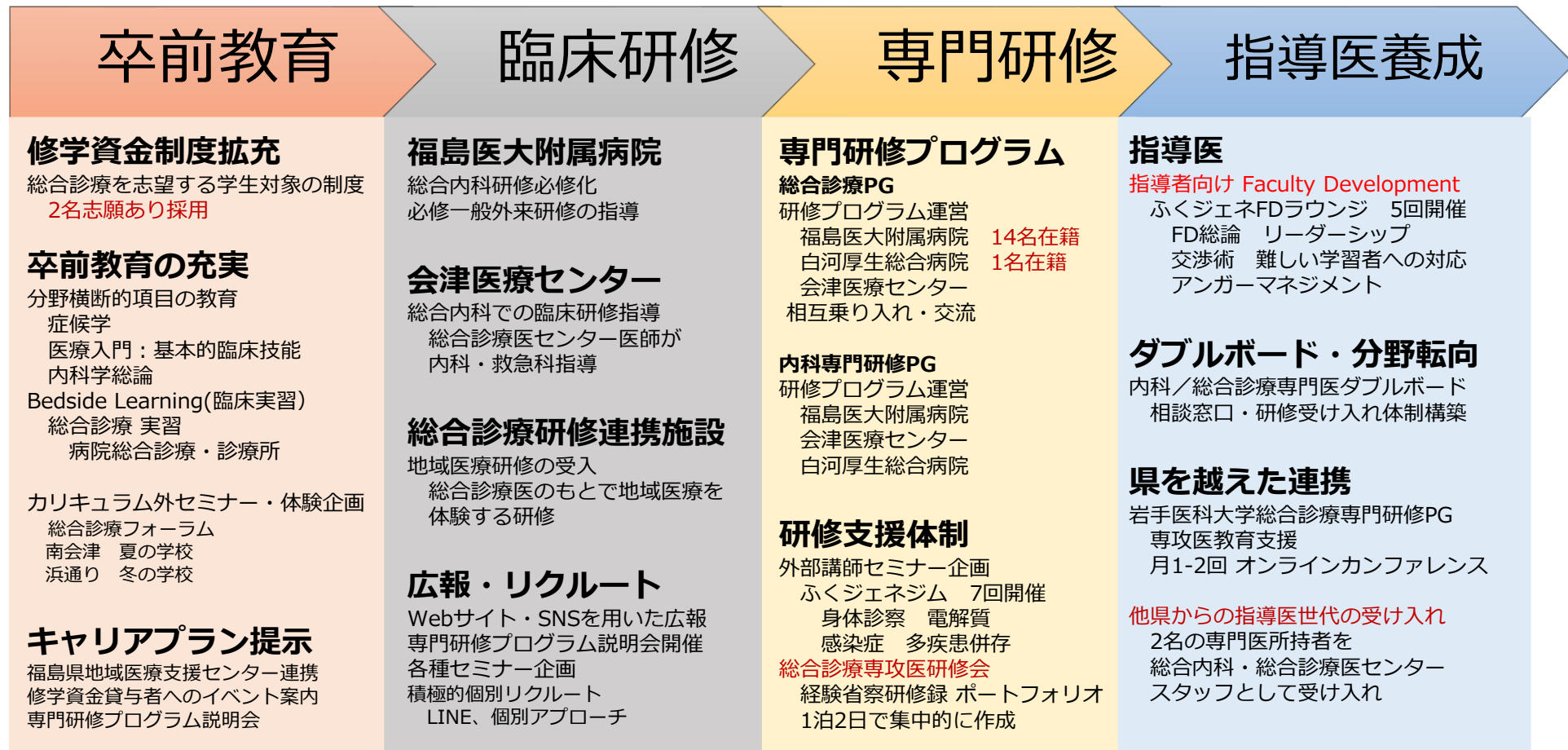
総合診療専門医について

- 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。

○ 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。

令和7年度概算要求額 5.6億円（3.0億円） ※（）内は前年度当初予算額

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

○総合診療医センターの設置【拡充】

総合診療医センターの箇所数増

総合診療医を全国的に養成

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、経験豊富な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、卒業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。
- ・医師少数地域等、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医センターネットワークの確立
総合診療医センター（仮称）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）の専門研修に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
- ・他科の医師の総合診療医支援・他科からの総合診療医転向支援

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（医師少数地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
- ・医師少数地域で診療する際のバックアップ機能

○リカレント教育（総合的な診療能力）のための全国推進事業【新規】

中堅以降の様々な診療科の医師

魅力の発信

現在、大学・大病院に勤務する医師や、何らかの理由でキャリアを中断した医師等の実情を踏まえて、総合的な診療能力を持つ医師としてのスキル向上の魅力発信

- （例）
- ・今の職場で何歳まで働けますか。70代まで医師として輝けるために。
 - ・開業を目指す方へ、その前に専門分野を広げませんか。

一体的に実施

知識・スキルの研修

最前線の総合診療指導医等から、多分野の知識や診療のコツを学ぶことのできる研修を、オンライン等で提供

診療を行いながら経験を積むことのできるOJT(On-the-job Training)の環境として、様々な地域の中小病院等の職場を開拓・紹介。併せて、院内・院外で必要な場合に相談できる指導医とのマッチングを実施。



OJTのできる診療の場の提供

総合的な診療を行う医師として活躍

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、関係学会等
- ◆補助率：定額 ◆事業実績：令和5年度交付対象大学数→8大学

医学部臨時定員について

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」**

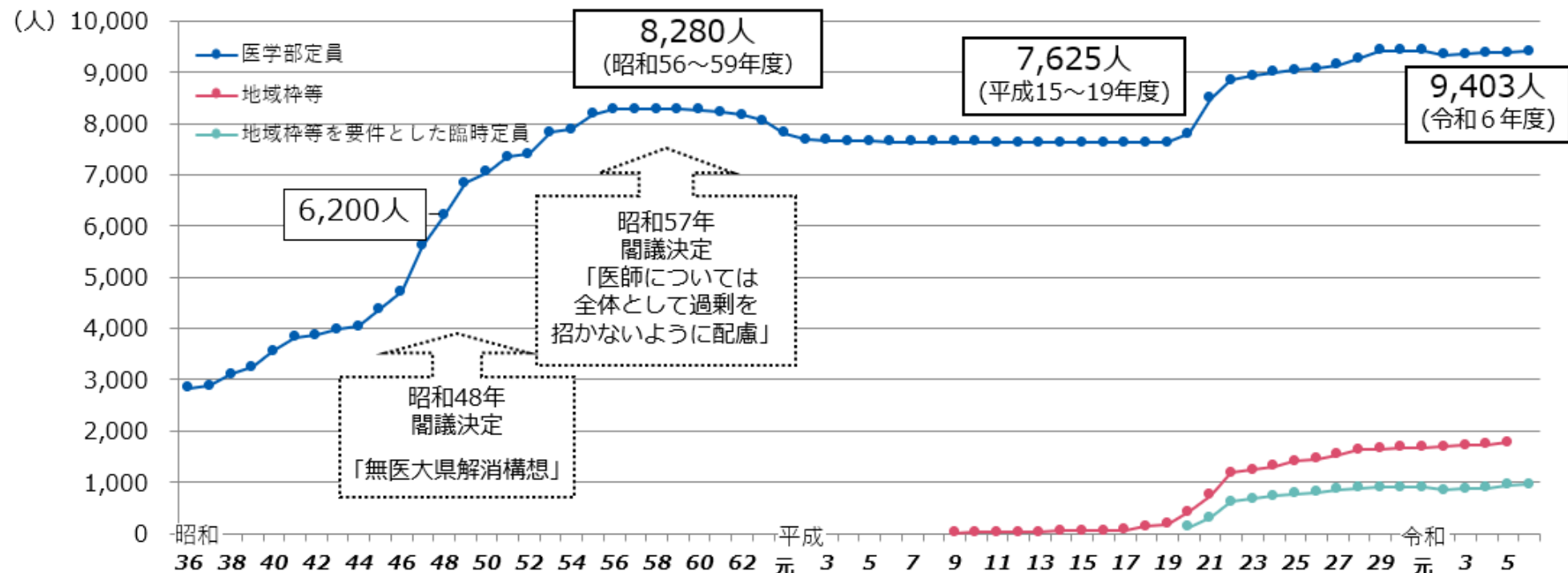
2020年度、2021年度については、2019年度の医学部定員を超えない範囲で、その必要性を慎重に精査しつつ、暫定的に現状の医学部定員を概ね維持する。2022年度以降については、定期的に医師需給推計を行った上で、働き方改革や医師偏在の状況等に配慮しつつ、将来的な医学部定員の減員に向け、医師養成数の方針について検討する。
- **令和元年6月21日閣議決定「経済財政運営と改革の基本方針2019」**

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。

- 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おり、令和2年度以降、前年度比増が継続している。
- 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4年1,736人（18.8%））

※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
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
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
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	7,619	7,603	7,635	7,775	7,745	7,733	7,635	7,634	7,638	7,614	—
地域枠等	173	418	736	1,186	1,242	1,304	1,406	1,450	1,531	1,627	1,645	1,669	1,682	1,688	1,723	1,736	1,770	—
地域枠等の割合	2.3%	5.4%	8.8%	13.6%	14.1%	14.7%	15.8%	16.2%	17.0%	17.8%	17.7%	18.0%	18.1%	18.3%	18.7%	18.8%	19.1%	—
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
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%

※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、令和5年文部科学省医学教育課調べ） 72

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

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

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。）

・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。）

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。

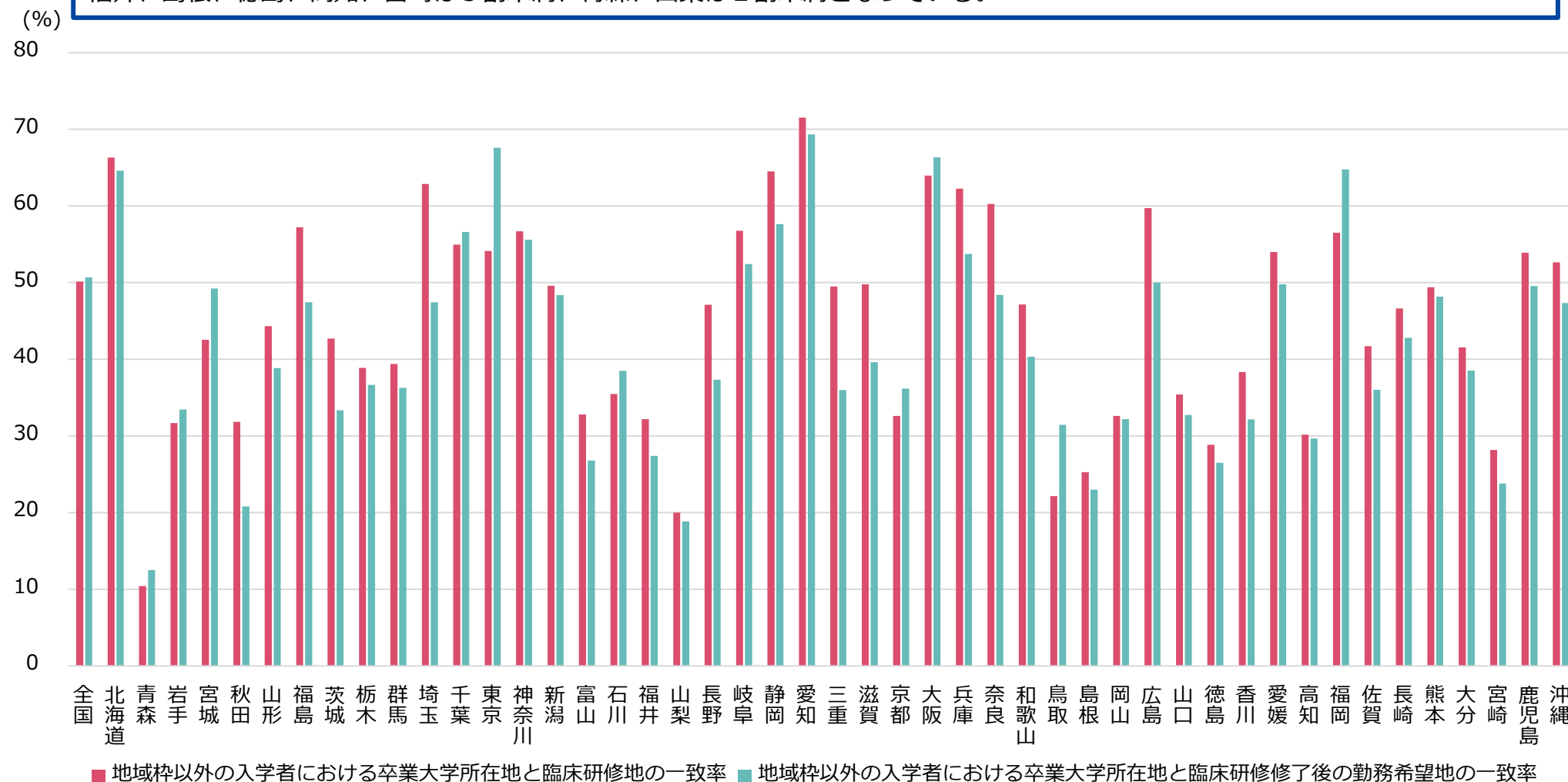
宮崎大学において恒久定員内地域枠を拡充した経緯等

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

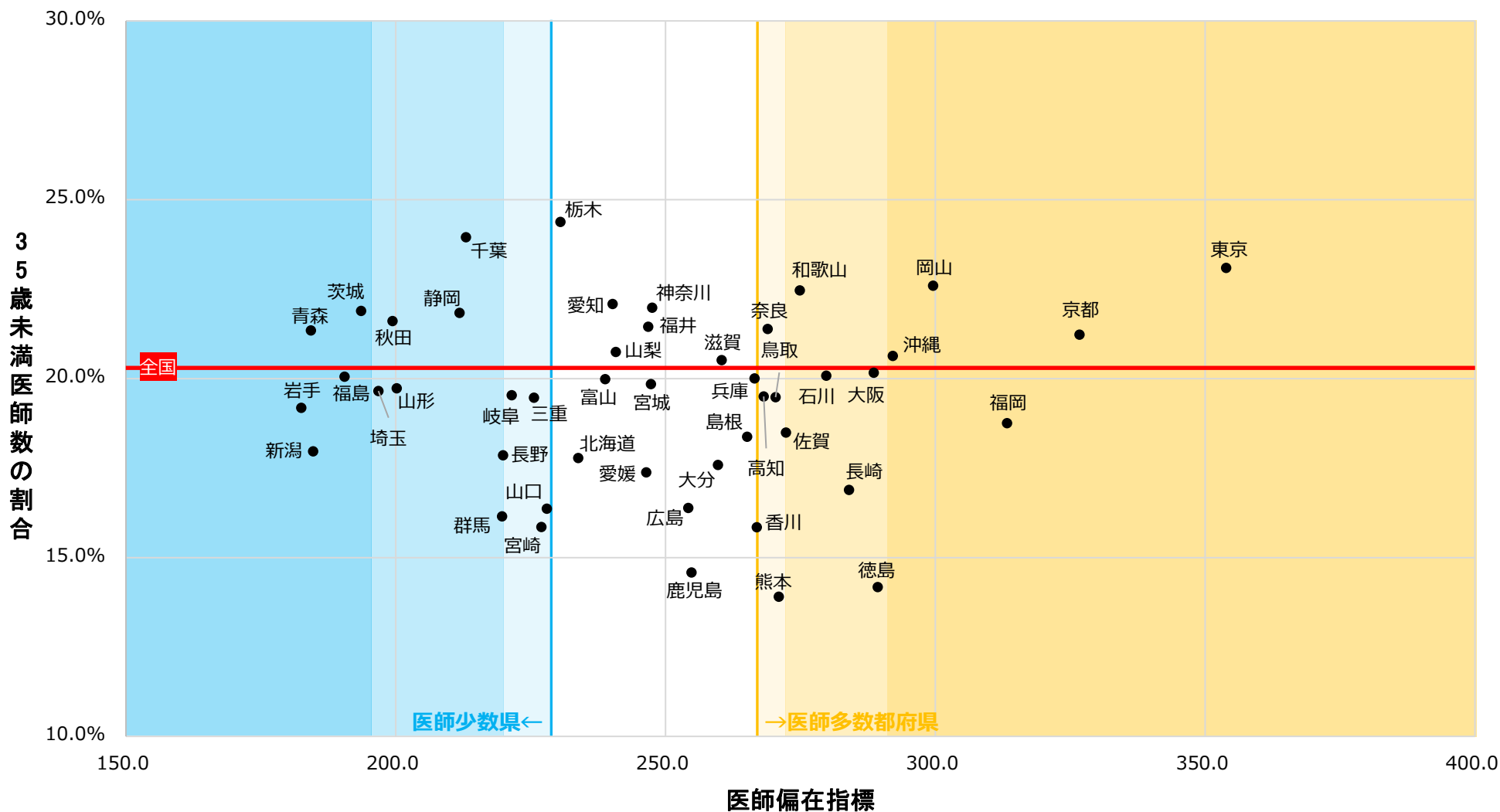
臨時定員地域枠について（第5回検討会で示した考え方）

- 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。

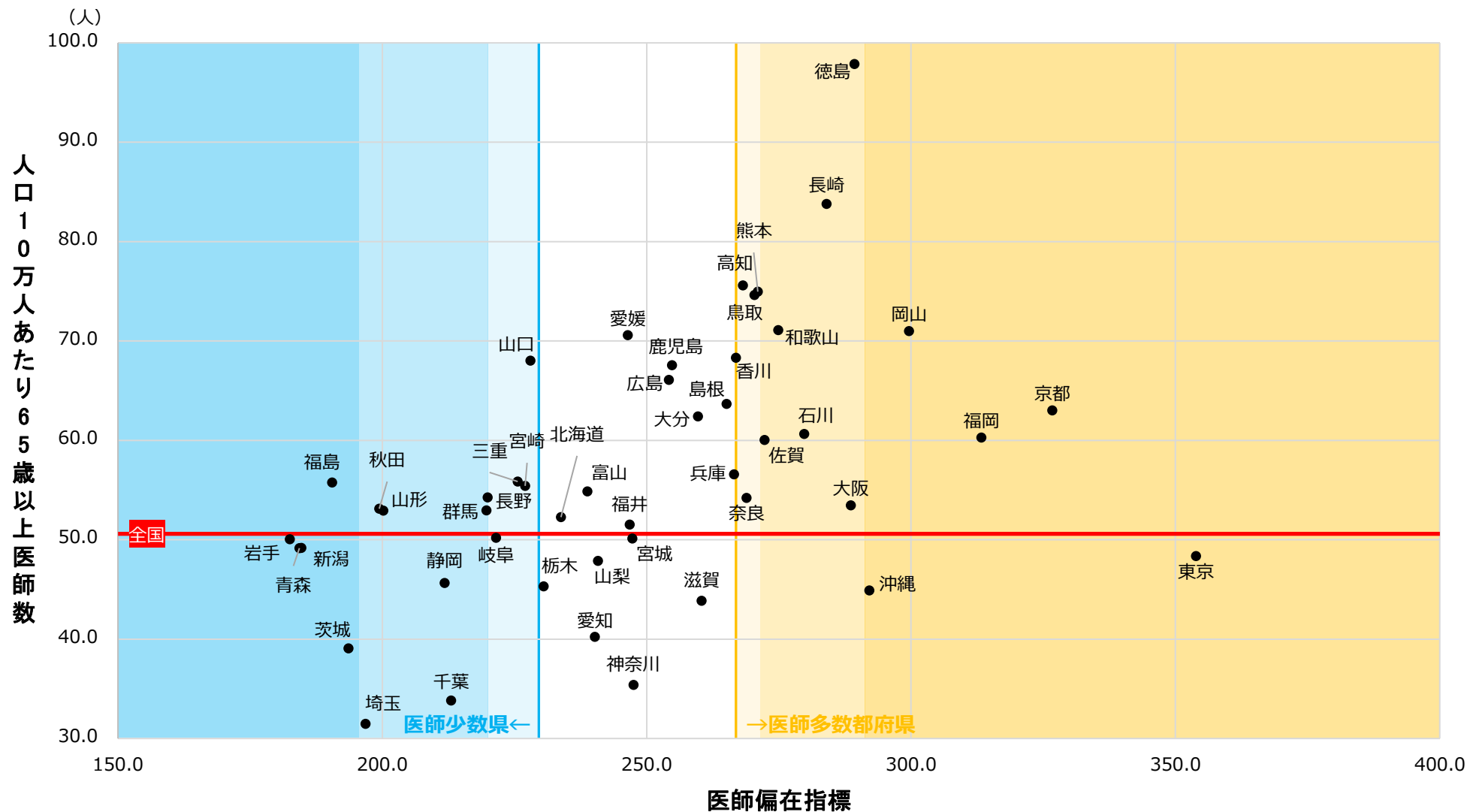
医学部臨時定員の配分の考え方について

- 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。

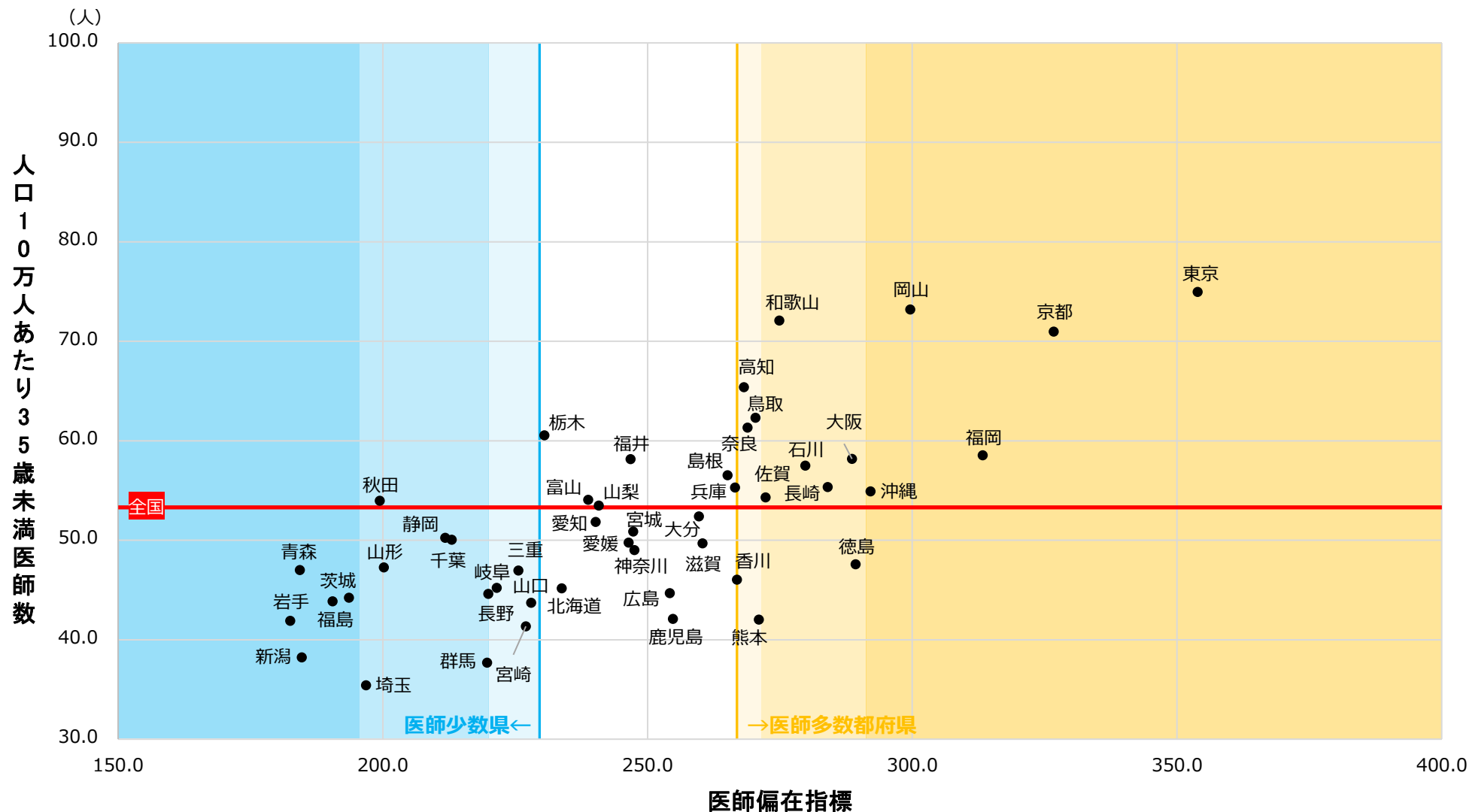
- 都道府県別の医療施設従事医師数に占める35歳未満医師数の割合は、栃木、千葉、東京、岡山、和歌山が高く、医師多数県であっても熊本、徳島は15%未満と低くなっている。



- 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。

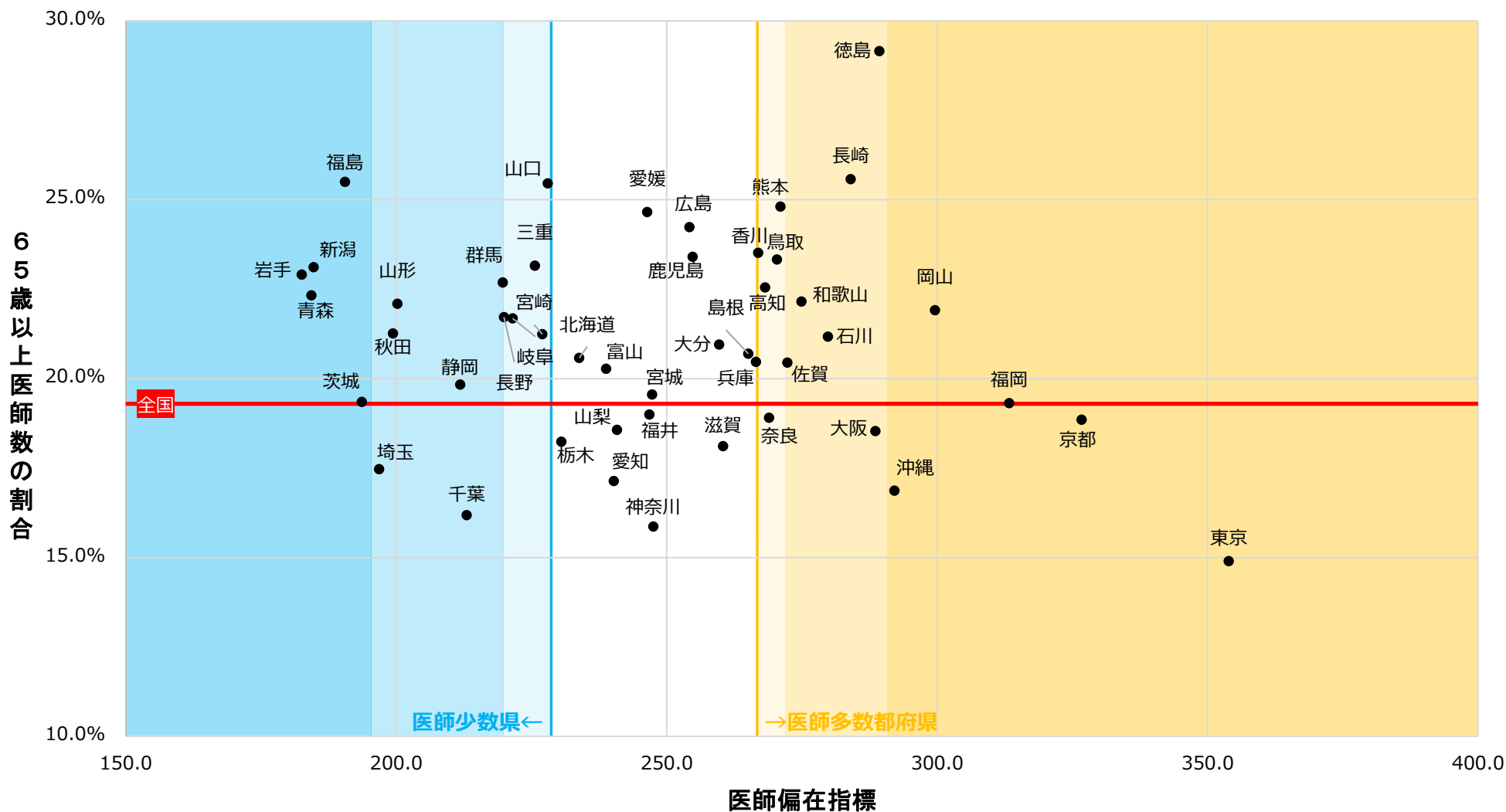


- 人口10万対35歳未満医師数は、東京、岡山、和歌山、京都など医師多数県ほど多く、医師少数県ほど少ないが、秋田は全国平均を上回っている。

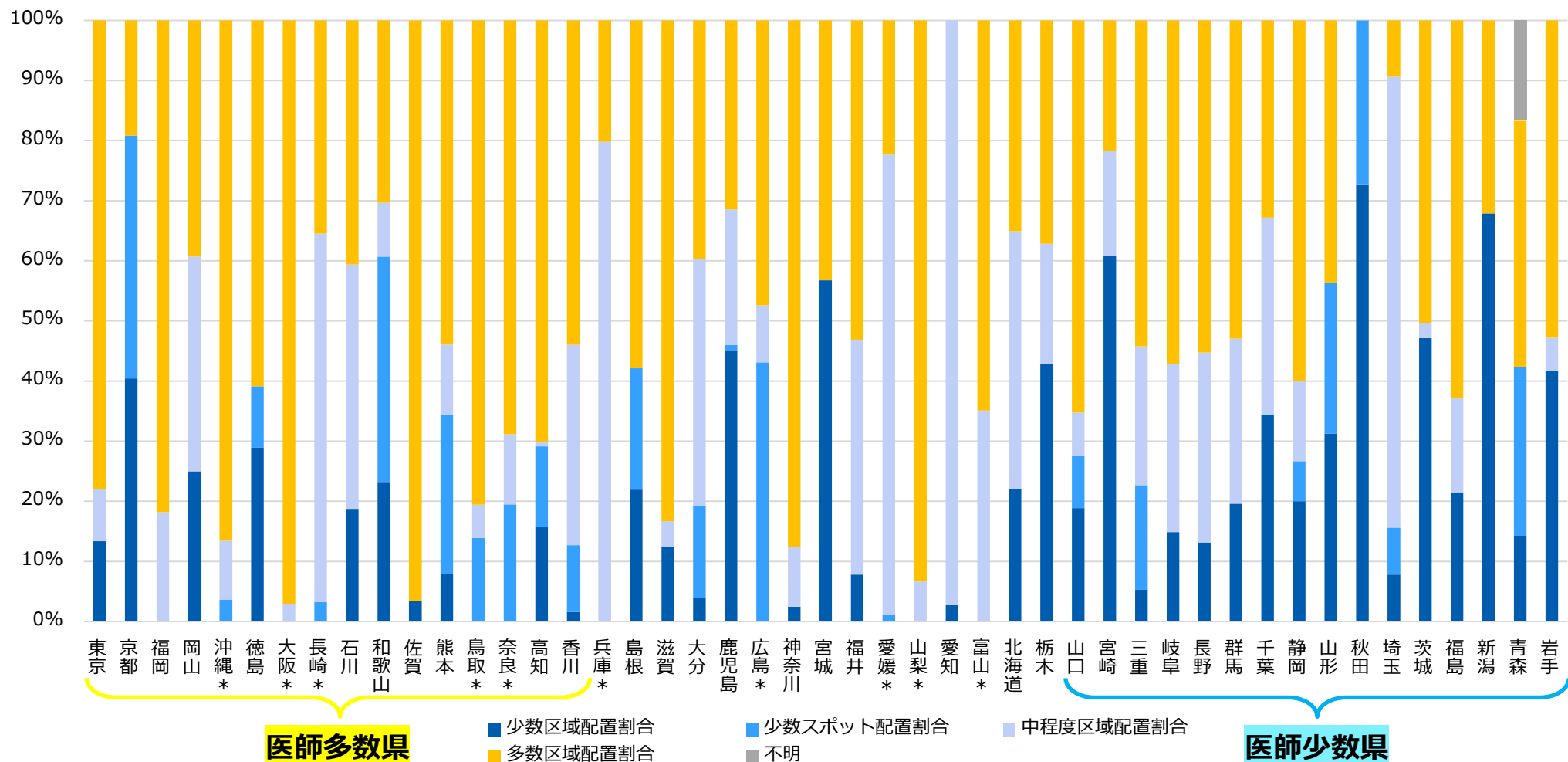


※「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和4年）の医療施設従事医師数の人数を集計
 ※人口10万人あたりを算出するに当たっては、総務省「人口推計（2022年（令和4年）10月1日現在）」を使用
 ※令和6年1月10日更新の医師偏在指標を使用

- 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。

診療科間の偏在について

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。



【現状に対する認識等について】

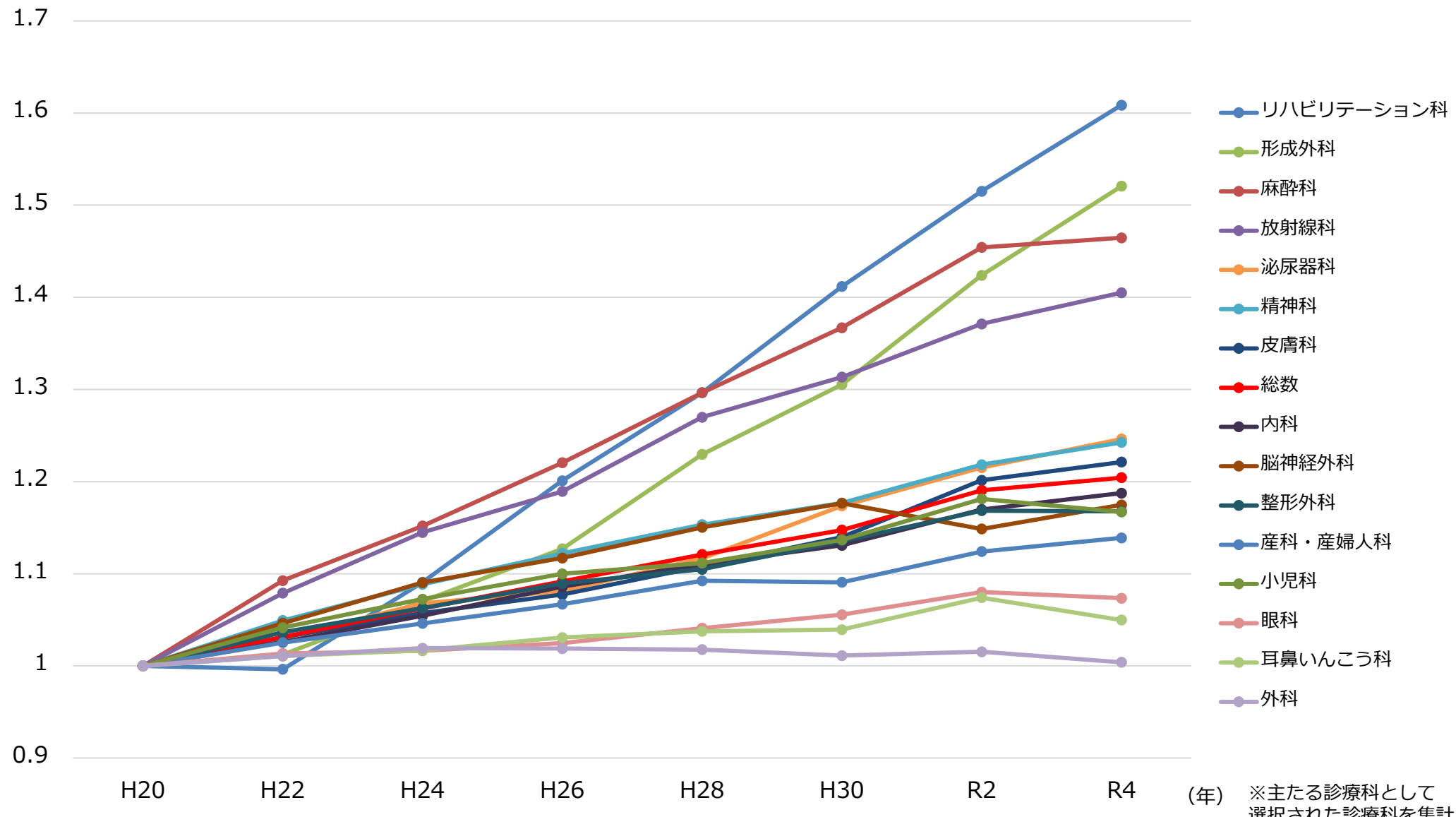
- ・診療科間の偏在に関しては、他の診療科と比較して外科医師の増加が緩慢である上に外科のサブスペシャリティの一部領域では減少傾向であること、また、時間外・休日労働の割合が他の診療科と比較して高いこと等を踏まえると、外科領域が喫緊の課題といえるのではないかな。
- ・この偏在への対策として、新たな地域医療構想に関する検討状況も踏まえ、救急・急性期に係る医療機能を有する医療機関に関する議論と同様に、外科医療についても集約化・重点化を通じて、外科医師の働き方の改善を図ることが適当ではないかな。
- ・関係学会のヒアリング等を踏まえると、こうした集約化・重点化により、治療成績の向上及び医師の働き方の改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

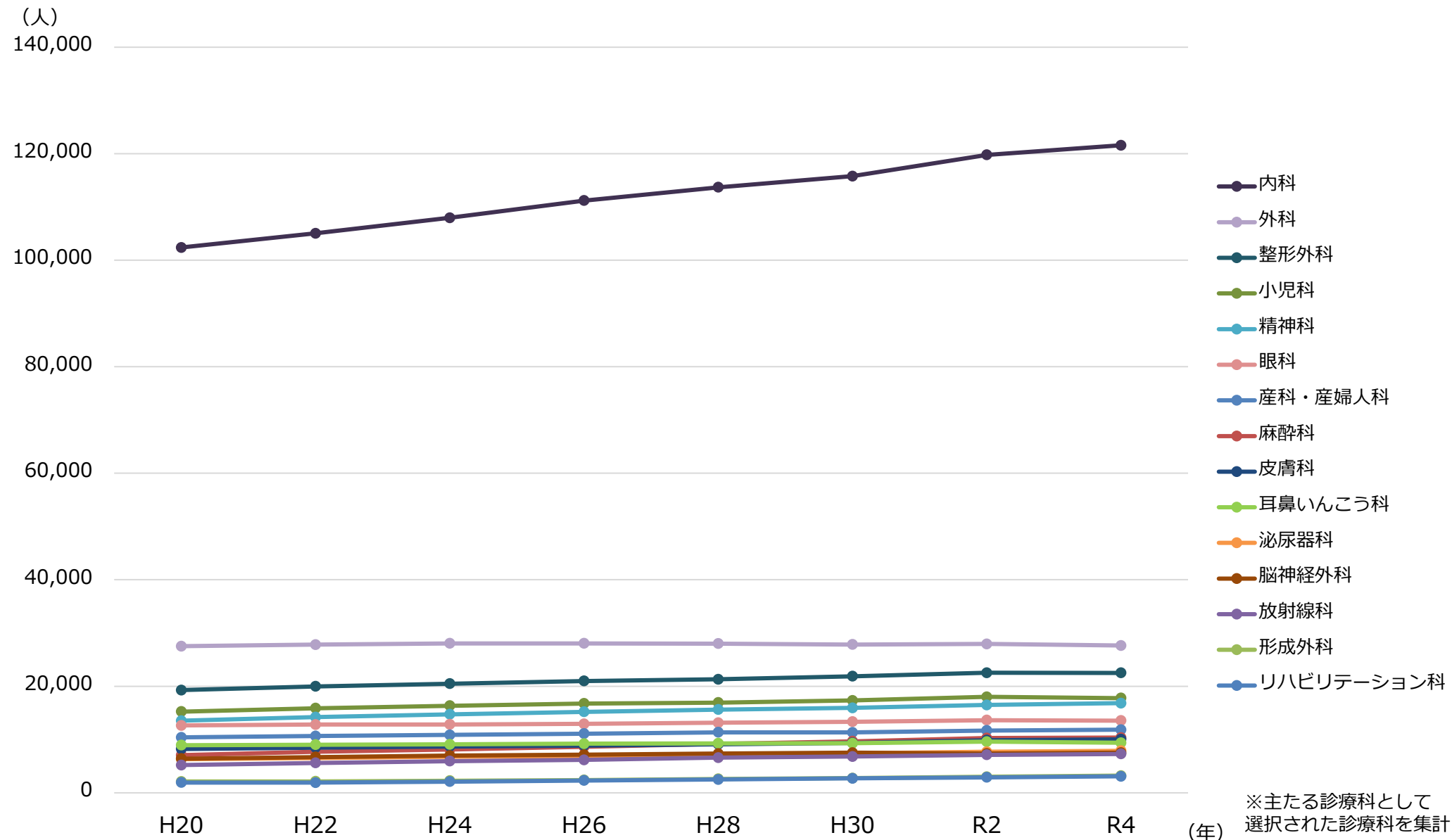
診療科別医師数の推移（平成20年を1.0とした場合）

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	一部改



※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



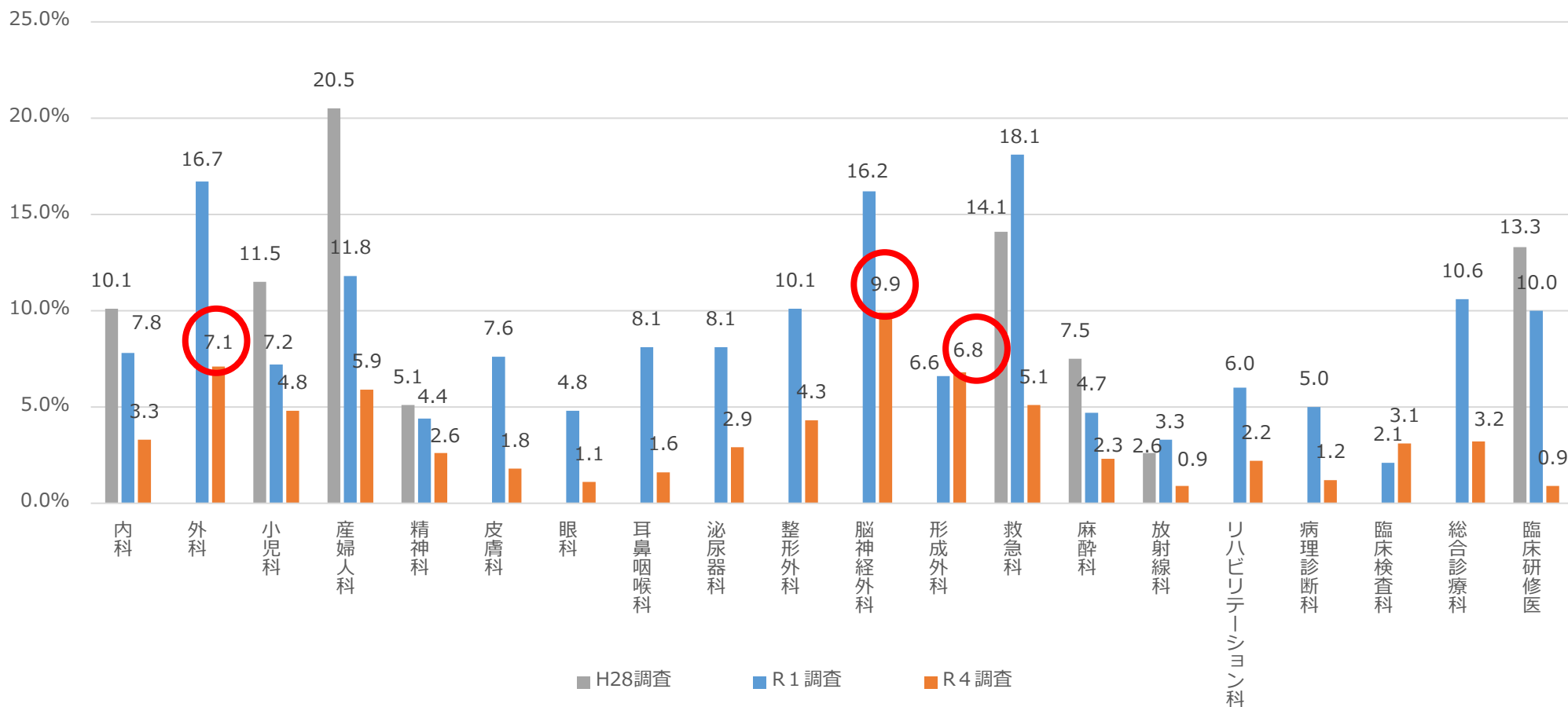
※内科：内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、脳神経内科、糖尿病内科、血液内科、アレルギー科、リウマチ科、感染症内科、心療内科

※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）

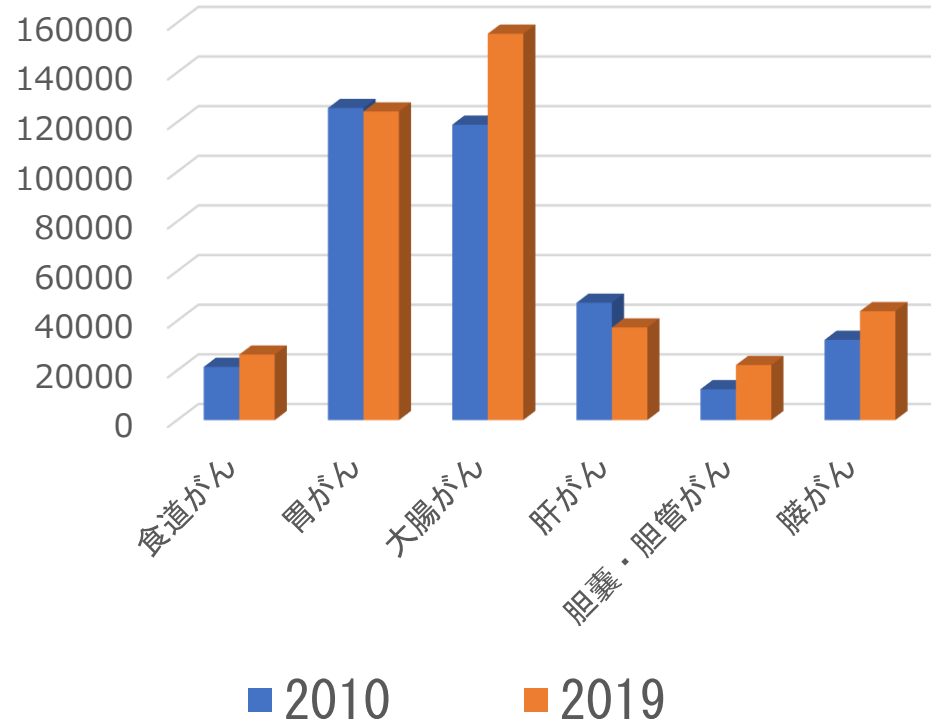
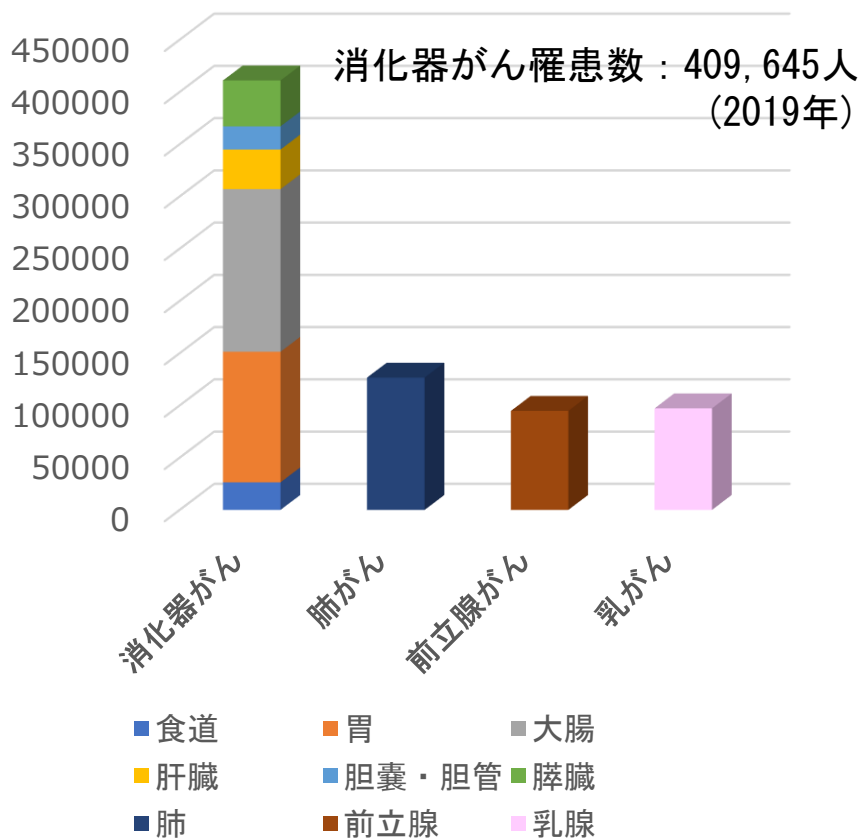
専攻領域の選択に係るアンケート調査結果のまとめ

【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

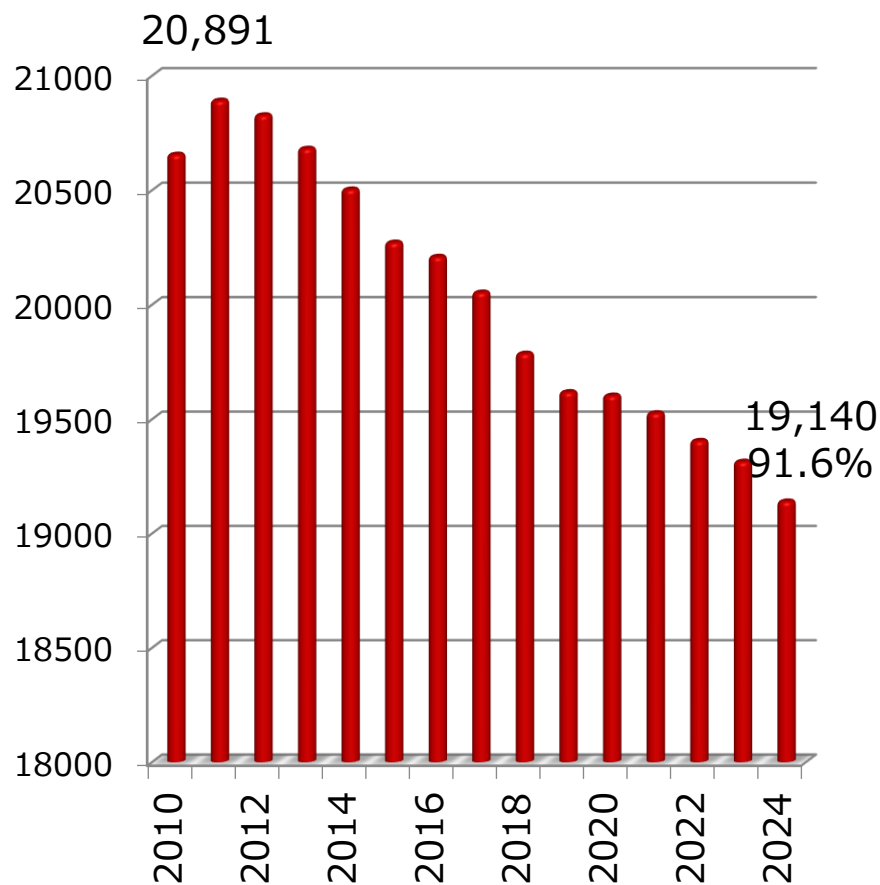


集計表ダウンロード：[\[国立がん研究センター がん統計\] \(ganjoho.jp\)](http://ganjoho.jp)

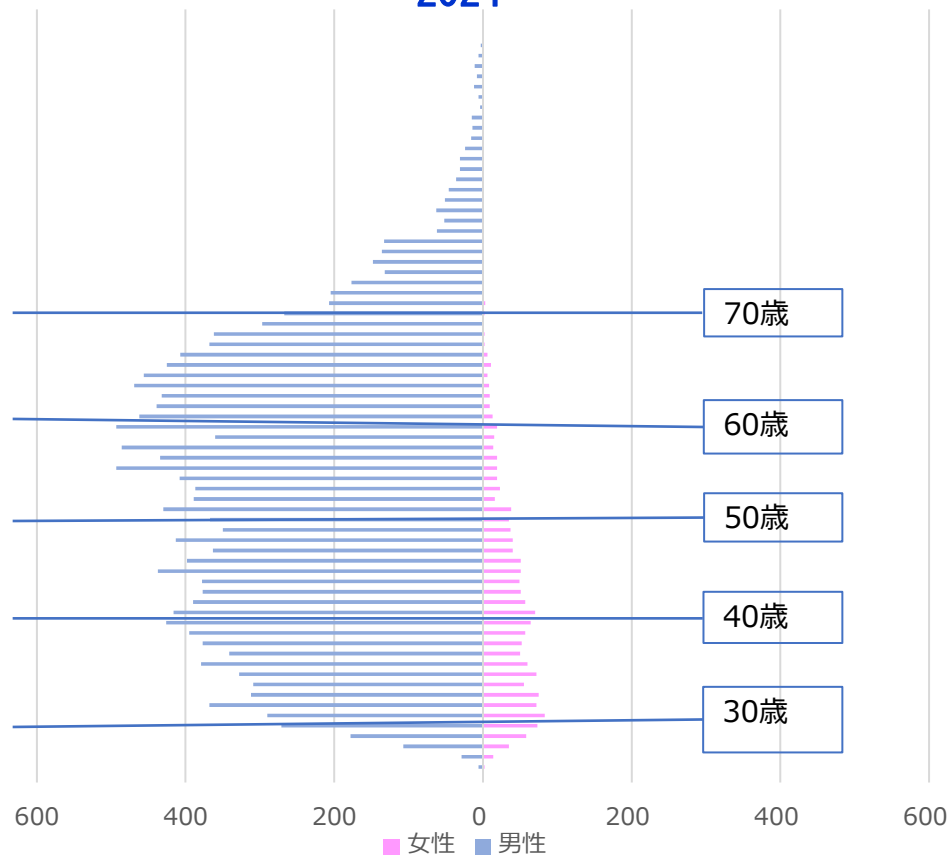
消化器外科医は年間40万人以上発生する消化器がんの治療に幅広く対応している。手術件数は今後大幅に増えることは見込まれないものの、消化器がんは主要ながん種であるため引き続き消化器外科医の果たす役割は大きい。

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

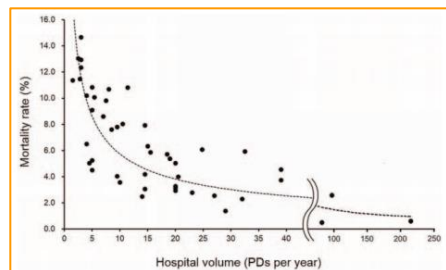


日本消化器外科学会人口ピラミッド 2024



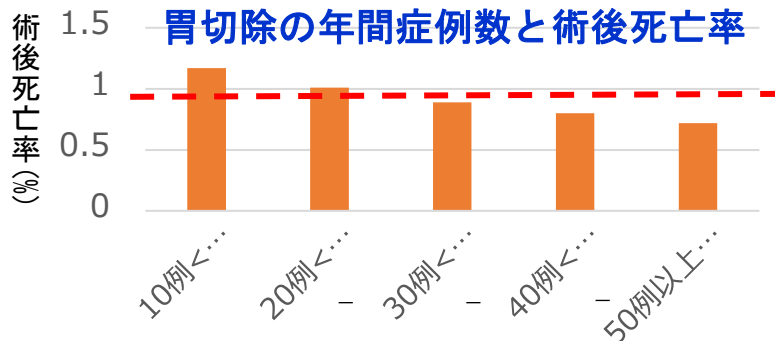
高度ながん手術における施設当たりの手術症例数と短期成績

-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

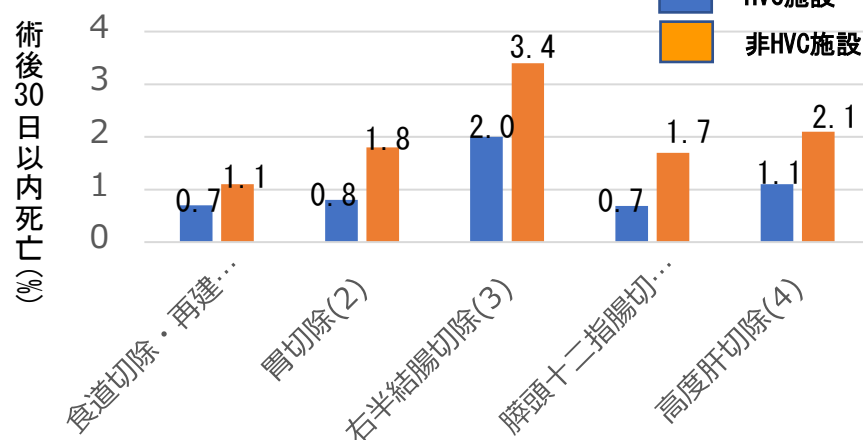
対象	重点化対象となりうるハイボリュームセンター(HVC)の基準成績の向上が見える症例数と地域分布からみた設定。
食道癌	食道癌に対する切除・再建年間20例以上
胃癌	胃癌に対する切除年間30例以上
結腸・直腸癌	大腸癌手術50例以上
肝胆膵癌	肝胆膵高難度手術30例以上

(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。

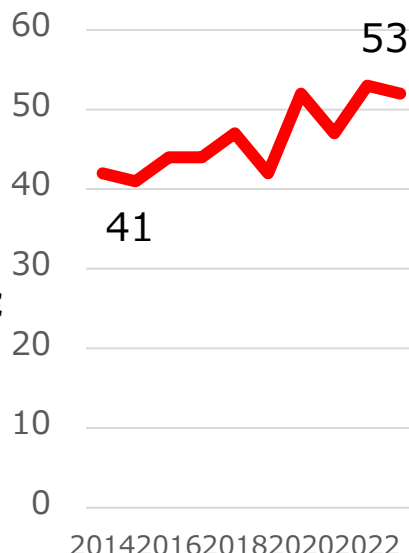
好事例-1

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

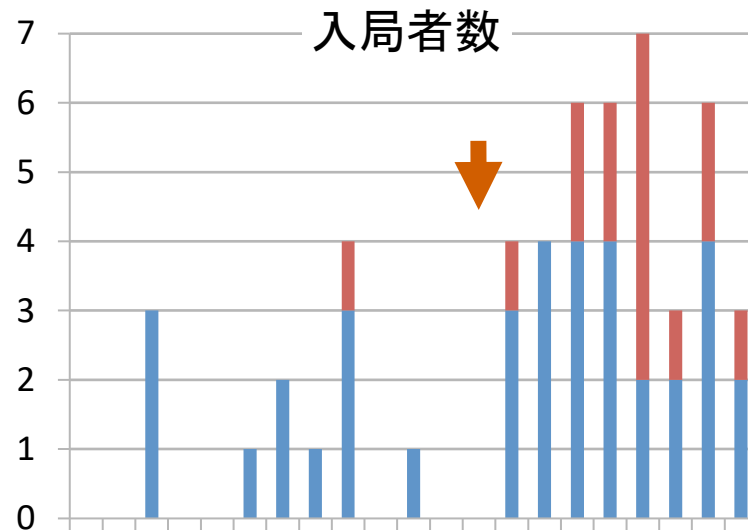
40歳未満の消化器外科医の増加
（富山県：U40会員数）



- 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

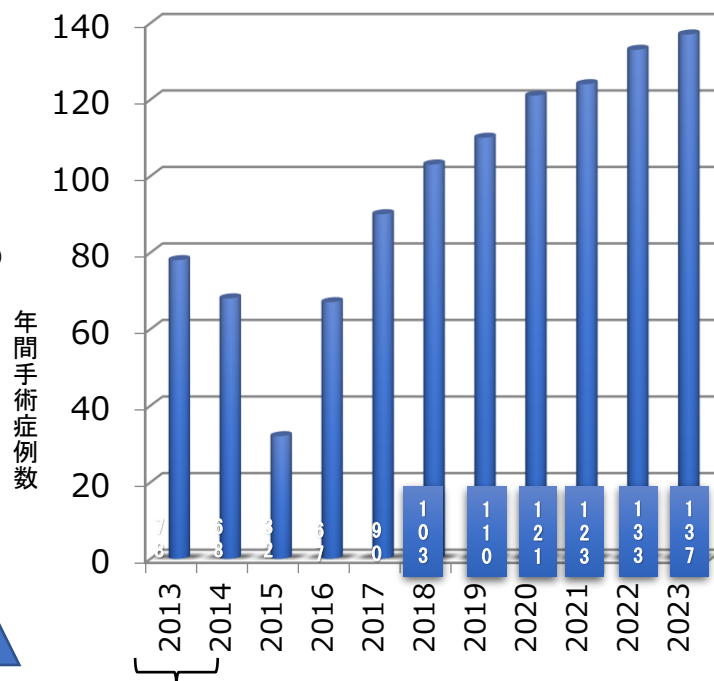
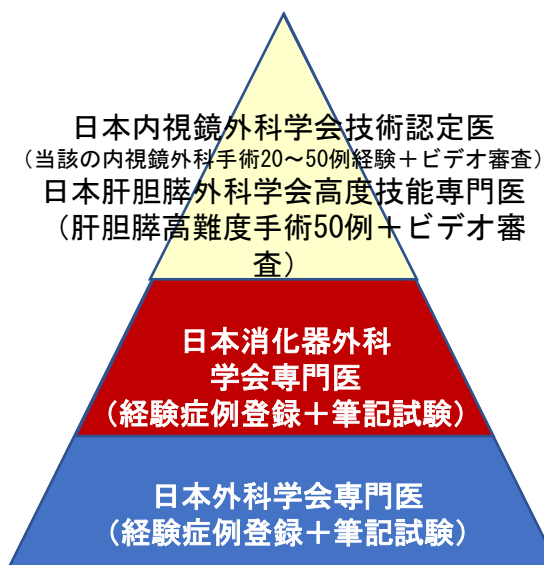


富山大学消化器・腫瘍・総合外科（第二外科） 藤井 努教授 提供、改変。

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

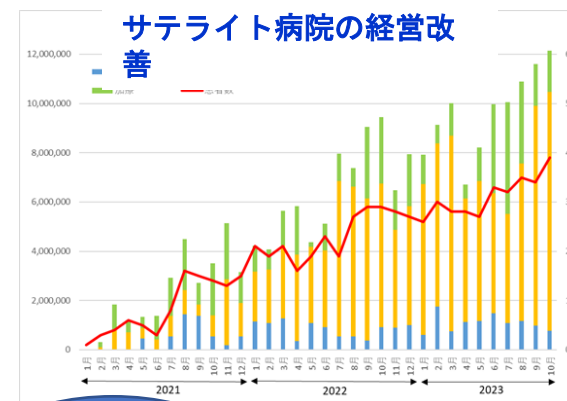
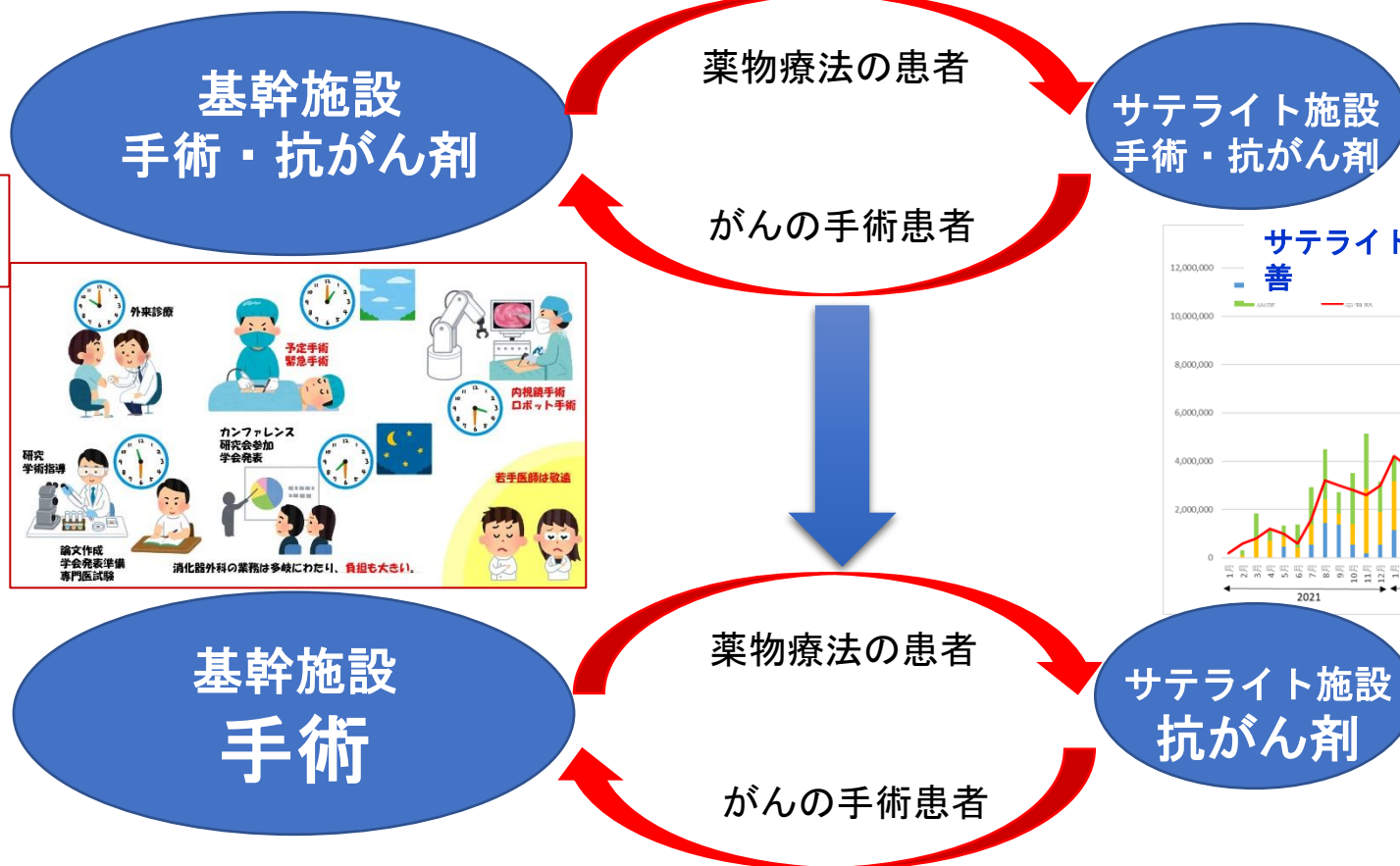
学位研究の4年を除くと
全員臨床経験10年以内で高度
技能専門医を取得。
技術認定医は15年以内。

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

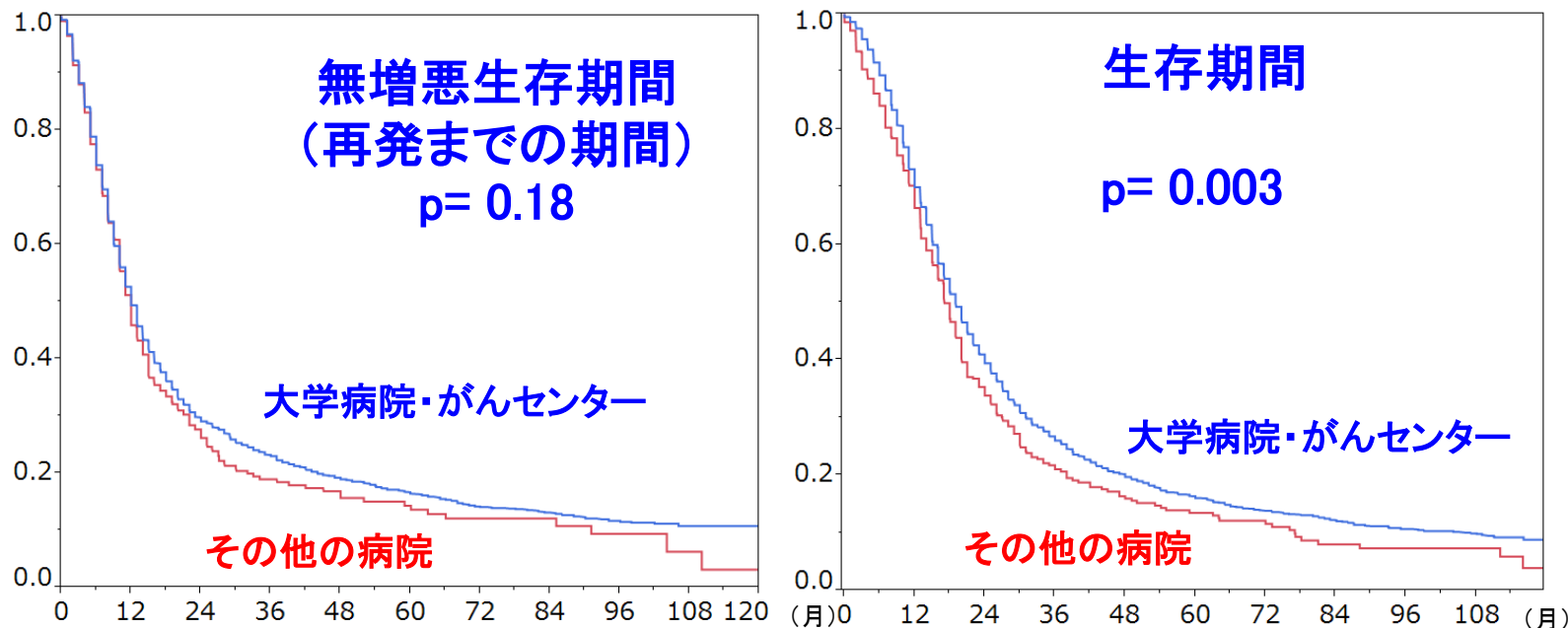
病院の新たな機能分化に基づく集約化による負担軽減



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）

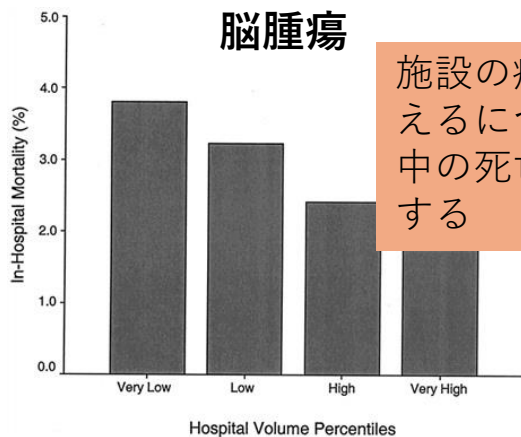


日本脳神経外科学会
脳腫瘍全国集計
(臓器がん登録)
2009-2015

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%

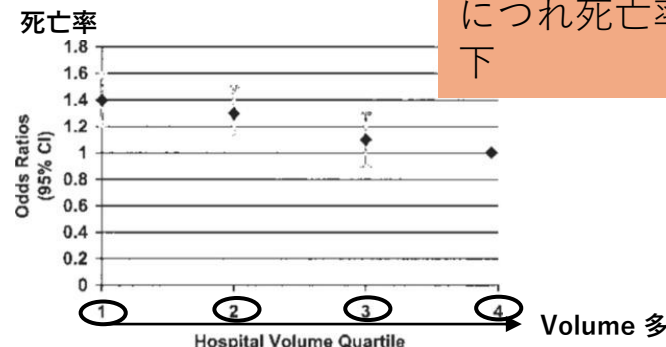


施設の症例数が増えるにつれて入院中の死亡率は低下する

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



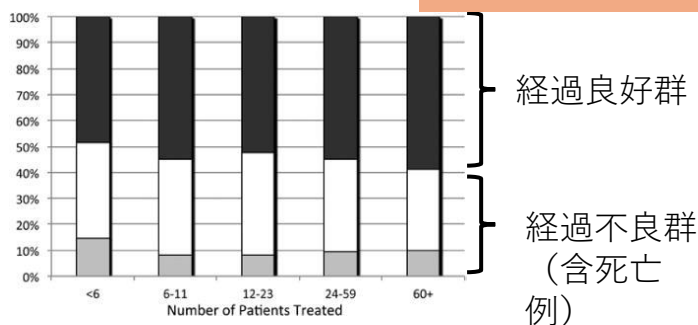
Cross DT 3rd, et al. Mortality rates after subarachnoid hemorrhage: variations according to hospital case volume in 18 states. J Neurosurg. 2003 99(5):810-7



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

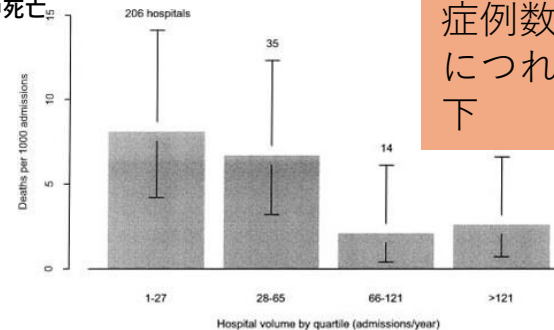


Clement RC, et al. Volume-outcome relationship in neurotrauma care. J Neurosurg. 2013 118(3):687-93

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。

参考資料

美容医療の適切な実施に関する検討会

医政局に下記の検討会を設置し、年内を目途に議論の整理を目指す。

検討会名：「美容医療の適切な実施に関する検討会」

第1回（6月27日）

- ・ 検討の視点及び進め方について議論

第2回（8月26日）

- ・ 美容医療における違法/違法疑い事例について議論

第3回（10月18日）

- ・ 診療行為・契約行為における問題事例に対する対応策や、美容医療の質の向上のための方策について議論

（とりまとめに向けた議論）

- ・ これまでの議論を踏まえて、事例の整理・課題・要因を示すとともに、対応案について整理
- ・ 中長期的な課題について自由討議

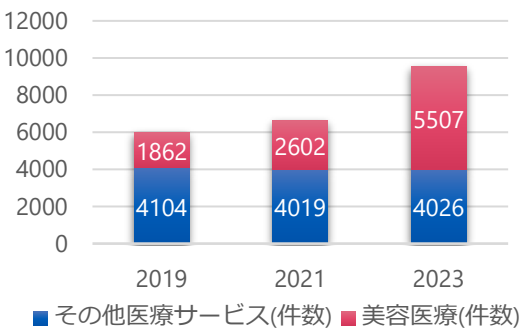
とりまとめ、厚生労働省及び消費者庁への意見

構成員 ※五十音順（第3回開催時点）

氏名 ※敬称略	所属
青木 律	グリーンウッドスキンクリニック立川院長 (中堅・中小クリニック)
一家 綱邦	国立がん研究センター生命倫理部部長 (医事法専門家)
井本 寛子	日本看護協会常任理事
海野 由利子	美容・医療ジャーナリスト (利用者・患者側)
小野 太一	国立大学法人政策研究大学院大学 政策研究科教授 (医療行政専門家)
鎌倉 達郎	日本美容外科学会(JSAS)理事長
久次米 秋人	共立美容外科理事長 (大手クリニック)
高芝 利仁	高芝法律事務所弁護士 (消費者法専門家)
武田 啓	日本美容外科学会(JSAPS)理事長
宮川 政昭	日本医師会常任理事
宮沢 裕昭	新宿区保健所 主査
伊藤 正雄	消費者庁取引対策課課長 (オブザーバー)
寺島 多実子	日本歯科医師会常務理事 (第3回目より参考人として出席)

1. 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
て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…」

2. 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と対応策

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

対応策

- **美容医療を行う医療機関等の報告・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**

美容医療の適切な実施に関する検討会 報告書（概要）

1. 適切な美容医療が安全に提供されるようにするための対応策

- 美容医療を行う医療機関等の報告・公表の仕組みの導入

美容医療を提供する医療機関の管理者を対象として、当該医療機関における安全管理措置の実施状況、医師の専門医資格の有無、合併症や後遺症等の問題が起こった場合に患者が相談できる連絡先等について、定期的（年に1回）な報告を求めることとし、また、その報告内容のうち患者が相談できる連絡先など必要な内容を、都道府県等において公表

- 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

厚生労働省において、医師法や保助看法等への違反疑いのある事例に対する医療法に基づく保健所等の立入検査等の可否・法的根拠や、立入検査の実施プロセス、調査の観点について明確化を行い、解釈通知を発出

- 診療録等への記載の徹底

診療録の記載事項について、各診療の実態を確認するために必要な内容を記載

- オンライン診療のルールの整理

厚生労働省において、オンライン診療指針が厳格に遵守されるよう、その法的な位置づけを整理

2. 美容医療の質をより高め、質の高い医療機関が患者に選ばれるようにするための対応策

- 関係学会によるガイドライン策定

以下の内容を盛り込んだガイドラインを複数の関係学会、日本医師会や日本歯科医師会等の団体が主体的に策定。

- ・医事法制（医師法、保助看法、医療法等）や消費者保護法制等の遵守すべき関係法令の内容、明確な解釈
- ・標準的な治療内容・手技、医療機関の医師数や経歴・専門性、合併症や後遺症等に関するリスクの説明方法等
- ・診療に関する記録として残しておくべき事項やその記載方法（患者の要望・同意内容、提案・説明内容、手術・投薬等の内容・結果等）
- ・有害事象発生時の対応（アフターケア、医療機関との連携、急変時の体制の構築等）
- ・経験・年次・専門性等に応じた治療の実施や、研修制度、指導担当医師による教育システム等
- ・契約締結時の遵守すべきルール（契約書面に記載すべき内容、医師の説明内容、いわゆるカウンセラーとの役割分担、即日治療の原則禁止等）

- 医療広告規制の取締り強化

・医療広告のネットパトロールを強化し、違法な広告により患者が医療機関に誘引されないように取り組む

- 行政等による周知・広報を通した国民の理解の促進等

患者が美容医療の特徴やリスクを正しく理解し医療を選択できるよう、患者に対し以下のような周知・広報を実施

- ・美容医療に関する医事法制（いわゆるカウンセラーによる治療内容の決定の違法性等）
- ・美容医療に関する消費者保護法制（契約の中途解約やクーリング・オフ制度、書面交付義務等）
- ・美容医療において発生しうる問題事例やリスク（副作用や合併症・後遺症、契約トラブル等）
- ・美容医療のトラブルに係る相談窓口

医師数の年次推移

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

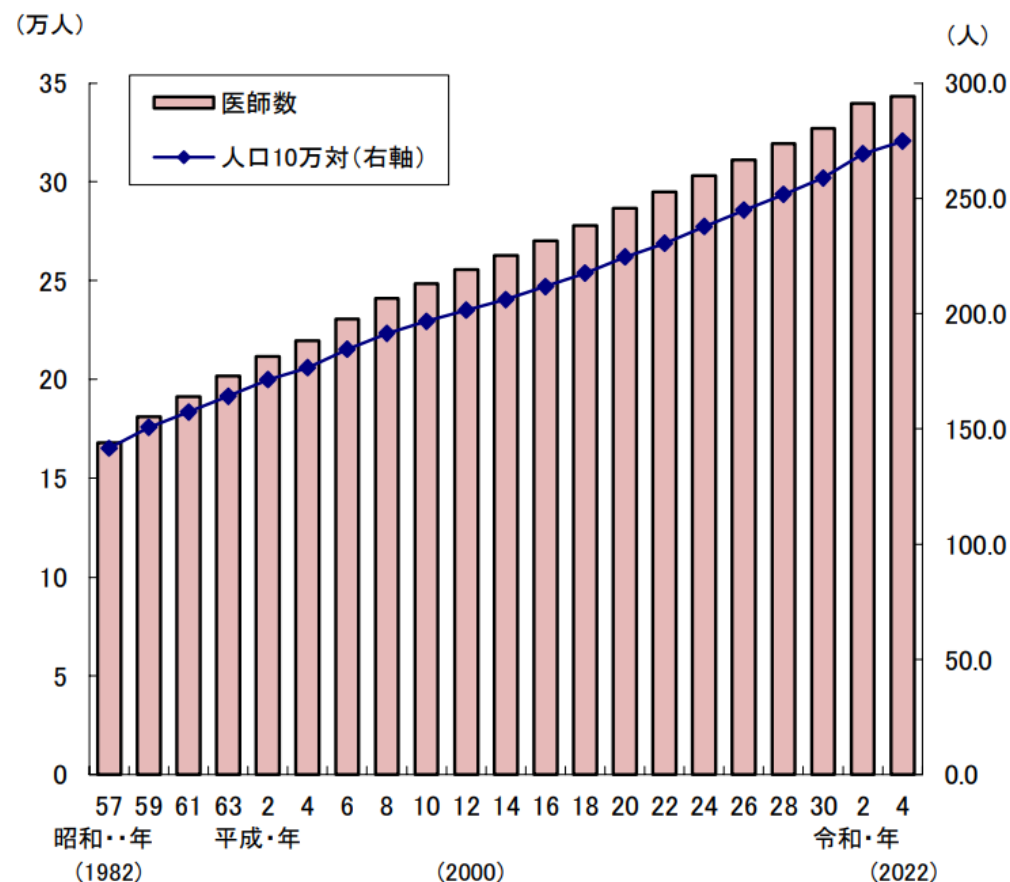
資料2

令和6年7月3日

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

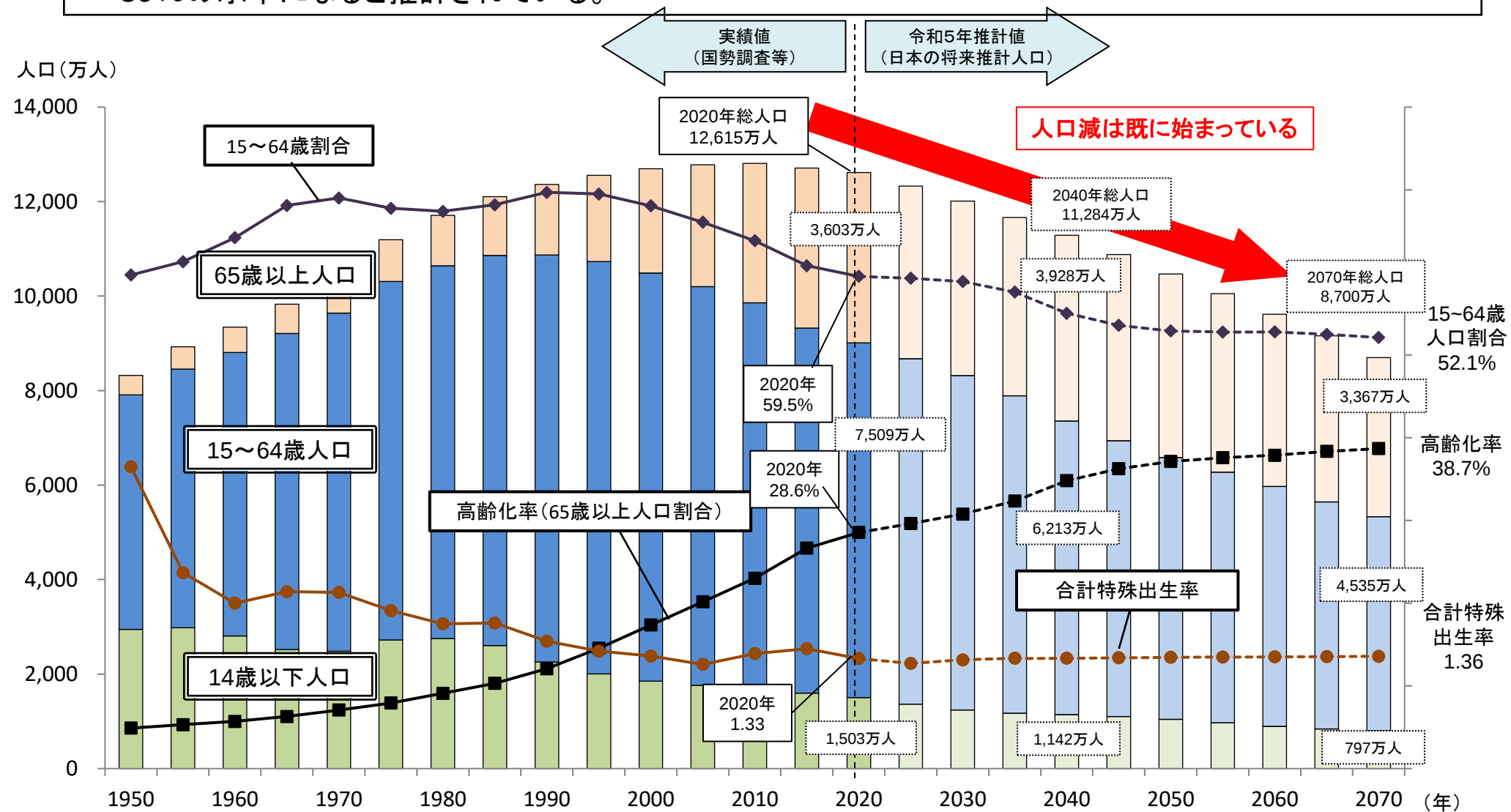


出典：令和4(2022)年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況（結果の概要）

https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/22/dl/R04_kekka-0.pdf

日本の人口の推移

○ 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

令和2年度 医師の需給推計について

医療従事者の需給に関する検討会
第35回 医師需給分科会
令和2年8月31日 資料1(一部改)

医師需給は、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」において、2023年(令和5年)の医学部入学者が医師となると想定される2029年(令和11年)頃に均衡すると推計される。

・供給推計 今後の医学部定員を令和2年度の9,330人として推計。

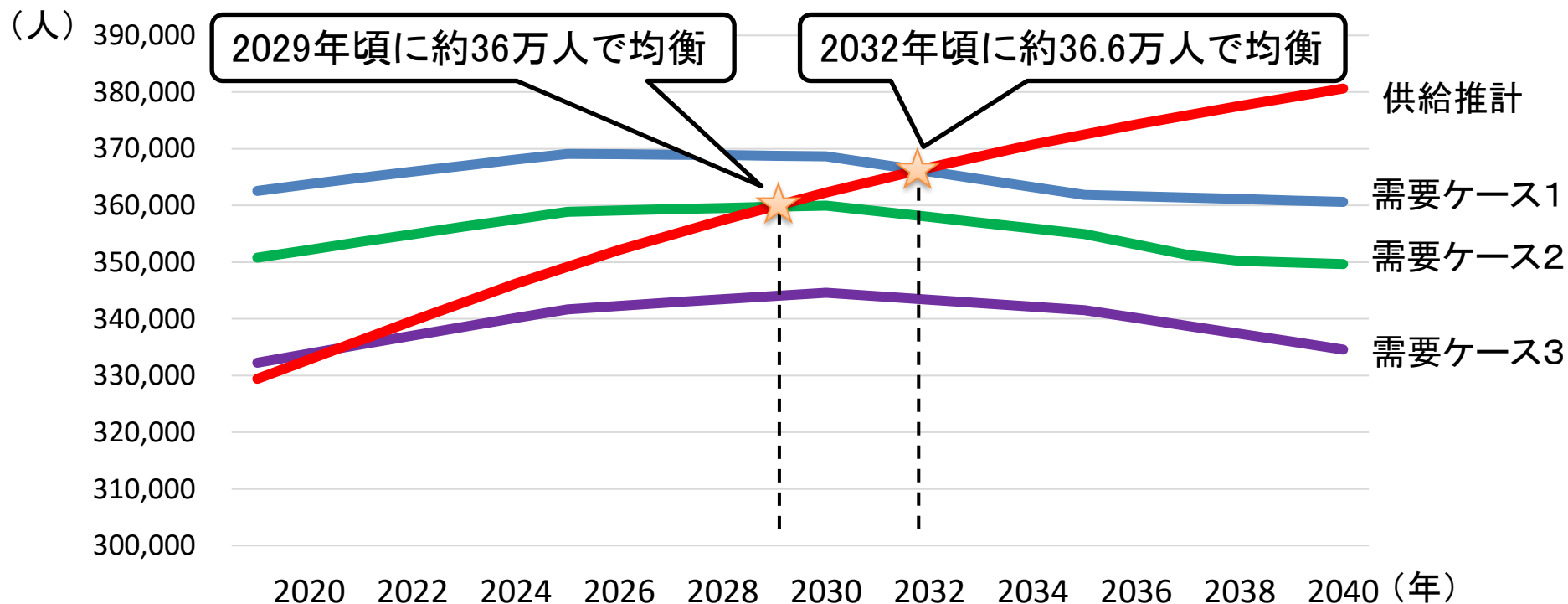
※ 性年齢階級別に異なる勤務時間を考慮するため、全体の平均勤務時間と性年齢階級別の勤務時間の比を仕事率とし、仕事量換算した。

・需要推計 労働時間、業務の効率化、受療率等、一定の幅を持って推計を行った。

・ケース1(労働時間を週55時間に制限等) ≡年間720時間の時間外・休日労働に相当)

・ケース2(労働時間を週60時間に制限等) ≡年間960時間の時間外・休日労働に相当)

・ケース3(労働時間を週78.75時間に制限等) ≡年間1860時間の時間外・休日労働に相当)



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

都道府県別の医師偏在指標（令和6年1月公表版）

（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。

二次医療圏別の医師偏在指標（令和6年1月公表版）①

医師確保計画策定ガイドライン～第8次（前期）～に基づき、都道府県の医師確保計画の策定スケジュールを踏まえ、各都道府県の二次医療圏が確定する前の段階（2022年3月時点）の二次医療圏における指標の値について**上位1/3の閾値を217.6、下位1/3の閾値を179.3**と設定している（小数第2位以下略）。なお今後、都道府県における第8次医療計画の策定に当たり二次医療圏の見直し等が行われた場合は、見直し後の二次医療圏の医師偏在指標を再計算し、前述の閾値を用いて区分分けを行う。したがって、上位1/3、下位1/3に区分される二次医療圏の数は、全国の二次医療圏の総数の1/3と必ずしも一致しない場合があり得る。

（二次医療圏別）

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
00	全国	全国	255.6
0101	北海道	南渡島	205.5
0102	北海道	南檜山	139.0
0103	北海道	北渡島檜山	112.6
0104	北海道	札幌	282.4
0105	北海道	後志	205.9
0106	北海道	南空知	166.9
0107	北海道	中空知	195.1
0108	北海道	北空知	145.0
0109	北海道	西胆振	184.0
0110	北海道	東胆振	180.7
0111	北海道	日高	152.0
0112	北海道	上川中部	291.0
0113	北海道	上川北部	186.6
0114	北海道	富良野	135.3
0115	北海道	留萌	181.3
0116	北海道	宗谷	130.2
0117	北海道	北網	144.1
0118	北海道	遠紋	148.3
0119	北海道	十勝	192.8
0120	北海道	釧路	158.8
0121	北海道	根室	116.6
0201	青森県	津軽地域	253.2
0202	青森県	八戸地域	164.4
0203	青森県	青森地域	186.6
0204	青森県	西北五地域	126.3
0205	青森県	上十三地域	139.6
0206	青森県	下北地域	152.7
0301	岩手県	盛岡	244.6
0302	岩手県	岩手中部	135.4
0303	岩手県	胆江	144.9
0304	岩手県	両磐	151.1
0305	岩手県	気仙	144.1
0306	岩手県	釜石	107.8
0307	岩手県	宮古	134.5
0308	岩手県	久慈	142.4
0309	岩手県	二戸	200.9

■ 上位1/3 ■ 下位1/3

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
0401	宮城県	仙南	169.7
0403	宮城県	仙台	288.8
0406	宮城県	大崎・栗原	172.6
0409	宮城県	石巻・登米・気仙沼	164.0
0501	秋田県	県北	142.0
0502	秋田県	県央	243.4
0503	秋田県	県南	159.6
0601	山形県	村山	237.4
0602	山形県	最上	120.0
0603	山形県	置賜	189.2
0604	山形県	庄内	162.8
0701	福島県	県北	266.1
0702	福島県	県中	188.3
0703	福島県	県南	162.7
0706	福島県	相双	155.5
0707	福島県	いわき	123.2
0708	福島県	会津・南会津	168.9
0801	茨城県	水戸	231.2
0802	茨城県	日立	140.3
0803	茨城県	常陸太田・ひたちなか	140.3
0804	茨城県	鹿行	137.2
0805	茨城県	土浦	184.4
0806	茨城県	つくば	337.7
0807	茨城県	取手・竜ヶ崎	173.3
0808	茨城県	筑西・下妻	153.0
0809	茨城県	古河・坂東	148.8
0901	栃木県	県北	171.2
0902	栃木県	県西	168.1
0903	栃木県	宇都宮	207.6
0904	栃木県	県東	207.0
0905	栃木県	県南	345.3
0906	栃木県	両毛	179.3

（二次医療圏別）

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
1001	群馬県	前橋	340.2
1002	群馬県	渋川	175.8
1003	群馬県	伊勢崎	179.1
1004	群馬県	高崎・安中	210.8
1005	群馬県	藤岡	181.3
1006	群馬県	富岡	181.7
1007	群馬県	吾妻	154.4
1008	群馬県	沼田	206.4
1009	群馬県	桐生	174.5
1010	群馬県	太田・館林	149.7
1101	埼玉県	南部	203.7
1102	埼玉県	南西部	207.0
1103	埼玉県	東部	182.0
1104	埼玉県	さいたま	236.6
1105	埼玉県	県央	190.8
1106	埼玉県	川越比企	215.6
1107	埼玉県	西部	211.3
1108	埼玉県	利根	155.7
1109	埼玉県	北部	163.6
1110	埼玉県	秩父	157.5
1201	千葉県	千葉	268.6
1202	千葉県	東葛南部	199.5
1203	千葉県	東葛北部	203.1
1204	千葉県	印旛	210.3
1205	千葉県	香取海匝	196.4
1206	千葉県	山武長生夷隅	145.1
1207	千葉県	安房	322.6
1208	千葉県	君津	173.5
1209	千葉県	市原	200.1

■ 上位1/3 ■ 下位1/3

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
1301	東京都	区中央部	789.8
1302	東京都	区南部	380.4
1303	東京都	区西南部	413.7
1304	東京都	区西部	569.1
1305	東京都	区西北部	295.8
1306	東京都	区東北部	216.4
1307	東京都	区東部	307.6
1308	東京都	西多摩	138.1
1309	東京都	南多摩	164.6
1310	東京都	北多摩西部	254.4
1311	東京都	北多摩南部	312.5
1312	東京都	北多摩北部	196.4
1313	東京都	島しょ	136.6
1404	神奈川県	川崎北部	285.3
1405	神奈川県	川崎南部	347.3
1406	神奈川県	横須賀・三浦	235.0
1407	神奈川県	湘南東部	202.4
1408	神奈川県	湘南西部	238.1
1409	神奈川県	県央	187.4
1410	神奈川県	相模原	217.7
1411	神奈川県	県西	177.1
1412	神奈川県	横浜	260.8
1501	新潟県	下越	156.0
1502	新潟県	新潟	234.3
1503	新潟県	県央	141.6
1504	新潟県	中越	158.2
1505	新潟県	魚沼	132.0
1506	新潟県	上越	159.6
1507	新潟県	佐渡	138.9
1601	富山県	新川	213.0
1602	富山県	富山	273.2
1603	富山県	高岡	211.5
1604	富山県	砺波	202.2
1701	石川県	南加賀	202.9
1702	石川県	石川中央	328.0
1703	石川県	能登中部	196.8
1704	石川県	能登北部	151.7

二次医療圏別の医師偏在指標（令和6年1月公表版）②

(二次医療圏別)

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
1801	福井県	福井・坂井	301.0
1802	福井県	奥越	146.0
1803	福井県	丹南	145.9
1804	福井県	嶺南	181.3
1901	山梨県	中北	271.6
1902	山梨県	峡東	179.7
1903	山梨県	峡南	198.7
1904	山梨県	富士・東部	222.5
2001	長野県	佐久	222.6
2002	長野県	上小	155.2
2003	長野県	諏訪	210.2
2004	長野県	上伊那	167.2
2005	長野県	飯伊	164.4
2006	長野県	木曽	162.3
2007	長野県	松本	330.5
2008	長野県	大北	200.6
2009	長野県	長野	193.9
2010	長野県	北信	186.7
2101	岐阜県	岐阜	275.6
2102	岐阜県	西濃	168.1
2103	岐阜県	中濃	190.5
2104	岐阜県	東濃	201.0
2105	岐阜県	飛騨	168.0
2201	静岡県	賀茂	144.4
2202	静岡県	熱海伊東	190.4
2203	静岡県	駿東田方	201.4
2204	静岡県	富士	157.9
2205	静岡県	静岡	234.4
2206	静岡県	志太榛原	191.8
2207	静岡県	中東遠	176.3
2208	静岡県	西部	258.0

■ 上位1/3 ■ 下位1/3

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
2302	愛知県	海部	207.7
2304	愛知県	尾張東部	333.2
2305	愛知県	尾張西部	214.9
2306	愛知県	尾張北部	185.2
2307	愛知県	知多半島	196.5
2308	愛知県	西三河北部	148.0
2309	愛知県	西三河南部西	194.7
2310	愛知県	西三河南部東	188.8
2311	愛知県	東三河北部	165.2
2312	愛知県	東三河南部	184.2
2313	愛知県	名古屋・尾張中部	305.4
2401	三重県	北勢	210.4
2402	三重県	中勢伊賀	259.8
2403	三重県	南勢志摩	217.8
2404	三重県	東紀州	162.3
2501	滋賀県	大津	373.5
2502	滋賀県	湖南	262.2
2503	滋賀県	甲賀	176.8
2504	滋賀県	東近江	218.3
2505	滋賀県	湖東	181.0
2506	滋賀県	湖北	217.6
2507	滋賀県	湖西	245.0
2601	京都府	丹後	155.6
2602	京都府	中丹	198.2
2603	京都府	南丹	177.1
2604	京都府	京都・乙訓	401.4
2605	京都府	山城北	207.1
2606	京都府	山城南	160.8
2701	大阪府	豊能	350.7
2702	大阪府	三島	277.5
2703	大阪府	北河内	232.4
2704	大阪府	中河内	205.5
2705	大阪府	南河内	286.0
2706	大阪府	堺市	225.6
2707	大阪府	泉州	218.8
2708	大阪府	大阪市	369.0

(二次医療圏別)

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
2801	兵庫県	神戸	323.3
2804	兵庫県	東播磨	231.6
2805	兵庫県	北播磨	206.6
2808	兵庫県	但馬	209.9
2809	兵庫県	丹波	203.8
2810	兵庫県	淡路	216.3
2811	兵庫県	阪神	279.7
2812	兵庫県	播磨姫路	214.4
2901	奈良県	奈良	266.3
2902	奈良県	東和	281.7
2903	奈良県	西和	210.8
2904	奈良県	中和	312.3
2905	奈良県	南和	262.2
3001	和歌山県	和歌山	347.0
3002	和歌山県	那賀	194.8
3003	和歌山県	橋本	217.2
3004	和歌山県	有田	180.8
3005	和歌山県	御坊	243.9
3006	和歌山県	田辺	216.5
3007	和歌山県	新宮	162.2
3101	鳥取県	東部	222.0
3102	鳥取県	中部	205.4
3103	鳥取県	西部	350.8
3201	島根県	松江	247.1
3202	島根県	雲南	128.5
3203	島根県	出雲	393.2
3204	島根県	大田	172.1
3205	島根県	浜田	238.7
3206	島根県	益田	176.0
3207	島根県	隠岐	203.7
3301	岡山県	県南東部	346.8
3302	岡山県	県南西部	292.8
3303	岡山県	高梁・新見	148.2
3304	岡山県	真庭	166.6
3305	岡山県	津山・英田	196.3

■ 上位1/3 ■ 下位1/3

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
3401	広島県	広島	298.9
3402	広島県	広島西	239.1
3403	広島県	呉	266.7
3404	広島県	広島中央	200.4
3405	広島県	尾三	198.2
3406	広島県	福山・府中	201.3
3407	広島県	備北	219.8
3501	山口県	岩国	223.9
3502	山口県	柳井	143.5
3503	山口県	周南	192.1
3504	山口県	山口・防府	223.4
3505	山口県	宇部・小野田	324.2
3506	山口県	下関	224.3
3507	山口県	長門	139.5
3508	山口県	萩	183.5
3601	徳島県	東部	332.4
3603	徳島県	南部	231.4
3605	徳島県	西部	153.2
3702	香川県	小豆	109.0
3706	香川県	東部	306.8
3707	香川県	西部	217.0
3801	愛媛県	宇摩	190.7
3802	愛媛県	新居浜・西条	199.4
3803	愛媛県	今治	198.4
3804	愛媛県	松山	292.0
3805	愛媛県	八幡浜・大洲	180.2
3806	愛媛県	宇和島	187.9
3901	高知県	安芸	206.8
3902	高知県	中央	300.3
3903	高知県	高幡	187.1
3904	高知県	幡多	159.7

二次医療圏別の医師偏在指標（令和6年1月公表版）③

(二次医療圏別)

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
4001	福岡県	福岡・糸島	399.0
4002	福岡県	粕屋	220.7
4003	福岡県	宗像	198.4
4004	福岡県	筑紫	224.7
4005	福岡県	朝倉	202.0
4006	福岡県	久留米	407.8
4007	福岡県	八女・筑後	216.3
4008	福岡県	有明	233.6
4009	福岡県	飯塚	341.3
4010	福岡県	直方・鞍手	184.4
4011	福岡県	田川	197.4
4012	福岡県	北九州	301.6
4013	福岡県	京築	151.6
4101	佐賀県	中部	363.5
4102	佐賀県	東部	165.5
4103	佐賀県	北部	241.4
4104	佐賀県	西部	157.5
4105	佐賀県	南部	254.1
4201	長崎県	長崎	365.0
4202	長崎県	佐世保県北	221.5
4203	長崎県	県央	270.6
4204	長崎県	県南	194.1
4206	長崎県	五島	199.7
4207	長崎県	上五島	200.8
4208	長崎県	壱岐	225.0
4209	長崎県	対馬	196.9
4302	熊本県	宇城	164.7
4303	熊本県	有明	198.5
4304	熊本県	鹿本	193.7
4305	熊本県	菊池	173.1
4306	熊本県	阿蘇	184.2
4308	熊本県	八代	244.8
4309	熊本県	芦北	248.5
4310	熊本県	球磨	182.5
4311	熊本県	天草	191.3
4312	熊本県	熊本・上益城	344.3

上位1/3 下位1/3

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
4401	大分県	東部	267.2
4403	大分県	中部	291.2
4405	大分県	南部	190.6
4406	大分県	豊肥	203.1
4408	大分県	西部	178.0
4409	大分県	北部	202.9
4501	宮崎県	宮崎東諸県	308.1
4502	宮崎県	都城北諸県	171.4
4503	宮崎県	延岡西臼杵	160.5
4504	宮崎県	日南串間	180.1
4505	宮崎県	西諸	164.7
4506	宮崎県	西都児湯	157.7
4507	宮崎県	日向入郷	149.8
4601	鹿児島県	鹿児島	349.0
4603	鹿児島県	南薩	200.1
4605	鹿児島県	川薩	220.0
4606	鹿児島県	出水	171.8
4607	鹿児島県	姶良・伊佐	176.3
4609	鹿児島県	曾於	153.8
4610	鹿児島県	肝属	182.4
4611	鹿児島県	熊毛	129.7
4612	鹿児島県	奄美	164.7
4701	沖縄県	北部	247.3
4702	沖縄県	中部	257.3
4703	沖縄県	南部	329.2
4704	沖縄県	宮古	195.3
4705	沖縄県	八重山	249.6

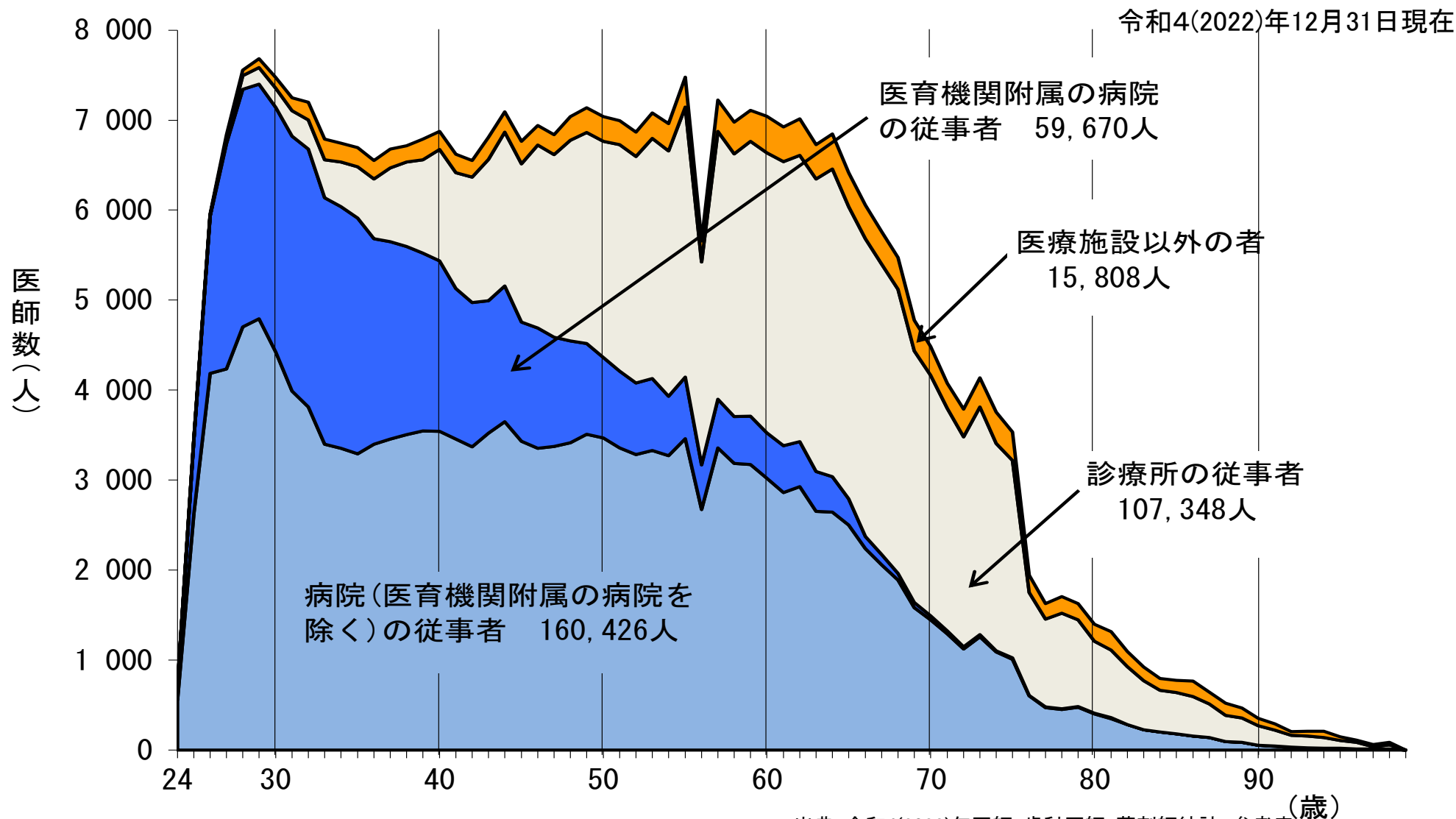
施設の種別・年齢別にみた医師数 (R4)

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

○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。



出典：令和4(2022)年医師・歯科医師・薬剤師統計 参考表

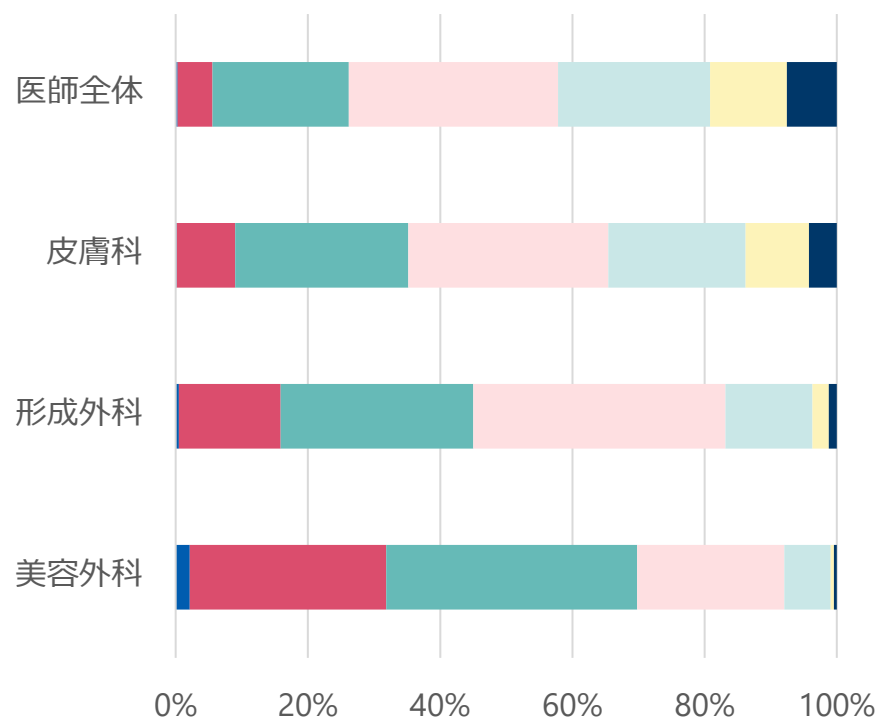
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/22/xls/R04_sankou.xlsx

美容医療に関連する医師数③

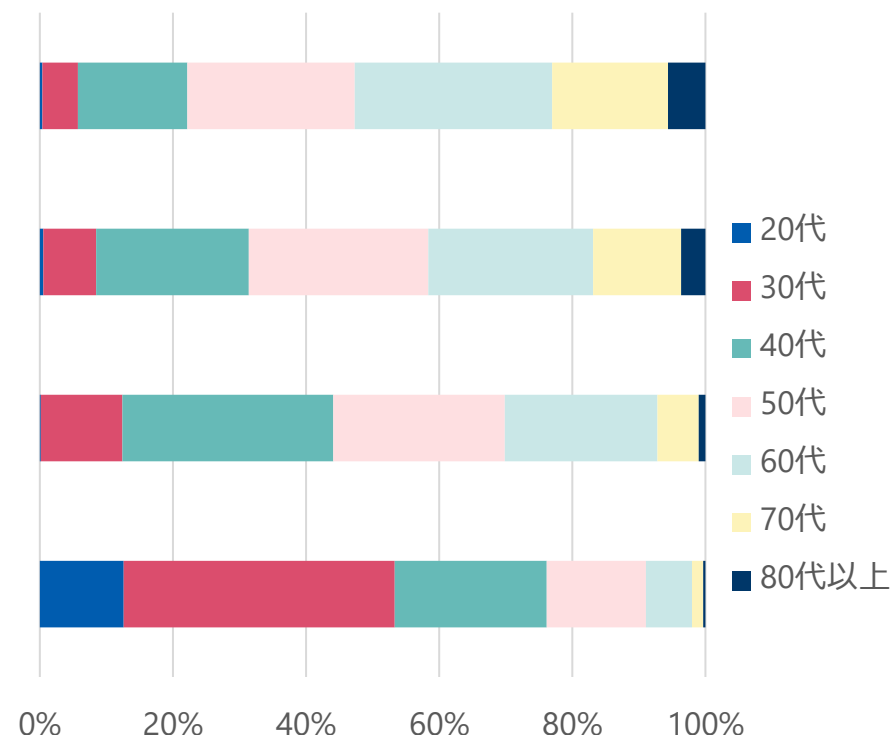
- 診療所において主に「皮膚科」「美容外科」「形成外科」に従事する医師は、医師全体に比べて、30代以下の医師が占める割合が多い。特に「美容外科」については、近年、20代及び30代の医師数の占める割合が増加している。

主たる診療科別 診療所従事医師の年齢階級別割合

2012年



2022年



※ 美容医療に関連する業務に従事する医師として、診療所に勤務する医師のうち、複数の診療科に従事している場合の主として従事する診療科と、1診療科のみに従事している場合の診療科として「美容外科」「形成外科」「皮膚科」と回答したものを集計。

※ グラフの「医師数」は、診療所に勤務する医師の合計。

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）の概要

改正の趣旨

地域間の医師偏在の解消等を通じ、地域における医療提供体制を確保するため、都道府県の医療計画における医師の確保に関する事項の策定、臨床研修病院の指定権限及び研修医定員の決定権限の都道府県への移譲等の措置を講ずる。

改正の概要

1. 医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設【医療法】

医師少数区域等における一定期間の勤務経験を通じた地域医療への知見を有する医師を厚生労働大臣が評価・認定する制度の創設や、当該認定を受けた医師を一定の病院の管理者として評価する仕組みの創設

2. 都道府県における医師確保対策の実施体制の強化【医療法】

都道府県においてPDCAサイクルに基づく実効的な医師確保対策を進めるための「医師確保計画」の策定、都道府県と大学、医師会等が必ず連携すること等を目的とした「地域医療対策協議会」の機能強化、効果的な医師の配置調整等のための地域医療支援事務の見直し 等

3. 医師養成過程を通じた医師確保対策の充実【医師法、医療法】

医師確保計画との整合性の確保の観点から医師養成過程を次のとおり見直し、各過程における医師確保対策を充実

- ・医学部：都道府県知事から大学に対する地域枠・地元出身入学者枠の設定・拡充の要請権限の創設
- ・臨床研修：臨床研修病院の指定、研修医の募集定員の設定権限の国から都道府県への移譲
- ・専門研修：国から日本専門医機構等に対し、必要な研修機会を確保するよう要請する権限の創設

都道府県の意見を聴いた上で、国から日本専門医機構等に対し、地域医療の観点から必要な措置の実施を意見する仕組みの創設 等

4. 地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応【医療法】

外来医療機能の偏在・不足等の情報を可視化するため、二次医療圏を基本とする区域ごとに外来医療関係者による協議の場を設け、夜間救急体制の連携構築など地域における外来医療機関間の機能分化・連携の方針と併せて協議・公表する仕組みの創設

5. その他【医療法等】

- ・地域医療構想の達成を図るための、医療機関の開設や増床に係る都道府県知事の権限の追加
- ・健康保険法等について所要の規定の整備 等

施行期日

2019年4月1日。（ただし、2のうち地域医療対策協議会及び地域医療支援事務に係る事項、3のうち専門研修に係る事項並びに5の事項は公布日、1の事項及び3のうち臨床研修に係る事項は2020年4月1日から施行。）

医師確保対策に関する取組（全体像）

令和4年5月11日 第4回地域医療構想及び
医師確保計画に関するWG資料(一部改)

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

医師養成過程を通じた医師偏在対策

・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

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）

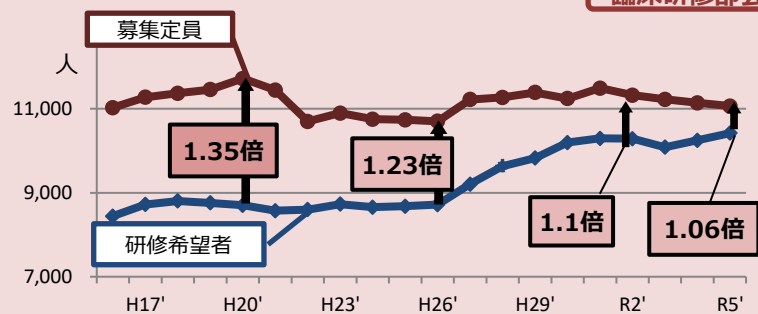
- 令和8年度の医学部臨時定員については、令和6年度の医学部総定員数（9,403人）を上限とし、臨時増員の枠組みを維持
- 令和9年度以降の医学部臨時定員については、各都道府県・大学の医師確保の現状を踏まえて改めて検討

臨床研修 — 臨床研修制度における地域偏在対策

臨床研修部会

- 都道府県別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～）

※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～）

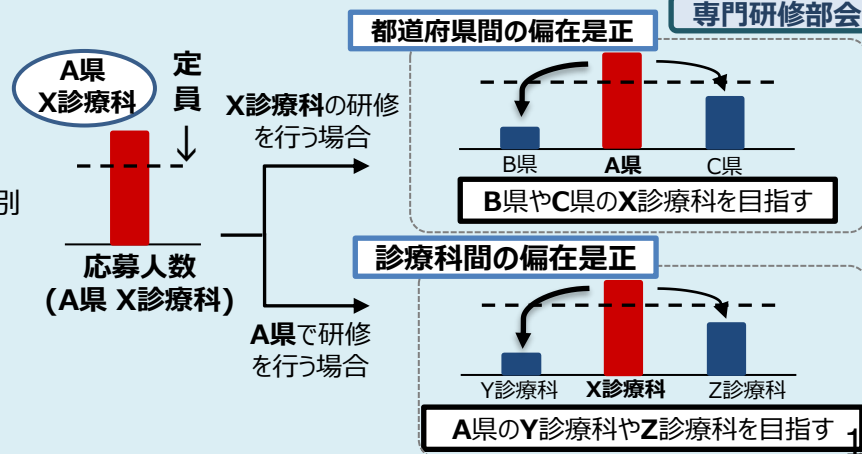


専門研修 — 専門医制度における地域・診療科偏在対策

専門研修部会

- 日本専門医機構が、都道府県別・診療科別採用上限数を設定（シーリング）
※5大都市を対象としたシーリング→厚生労働省が算出した都道府県別・診療科別必要医師数に基づいたシーリングへ変更されている（2020年度研修～）

- 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



地域枠及び地元出身者枠の概要

(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年度以降については、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。

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

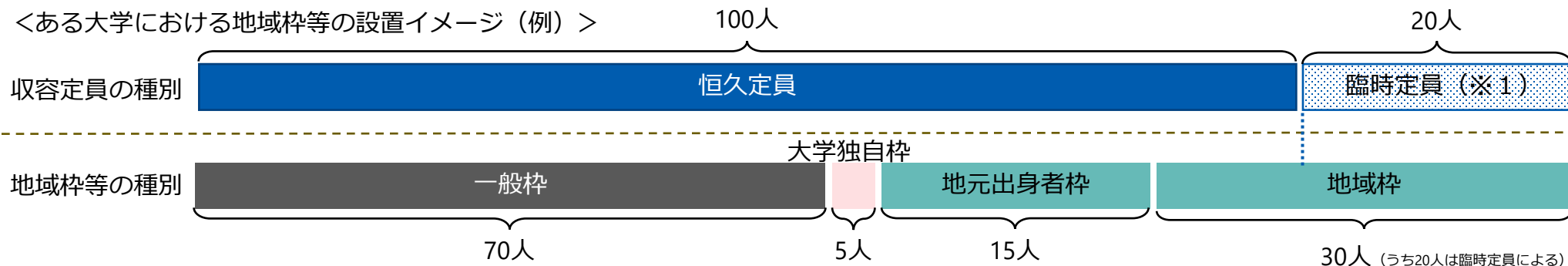
地元出身者枠

- 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

地域枠・地域枠以外の地域定着割合の比較

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

医学部卒業後の医師定着割合を比較すると、地域枠及び地元出身者の医師の地域定着割合が高い。

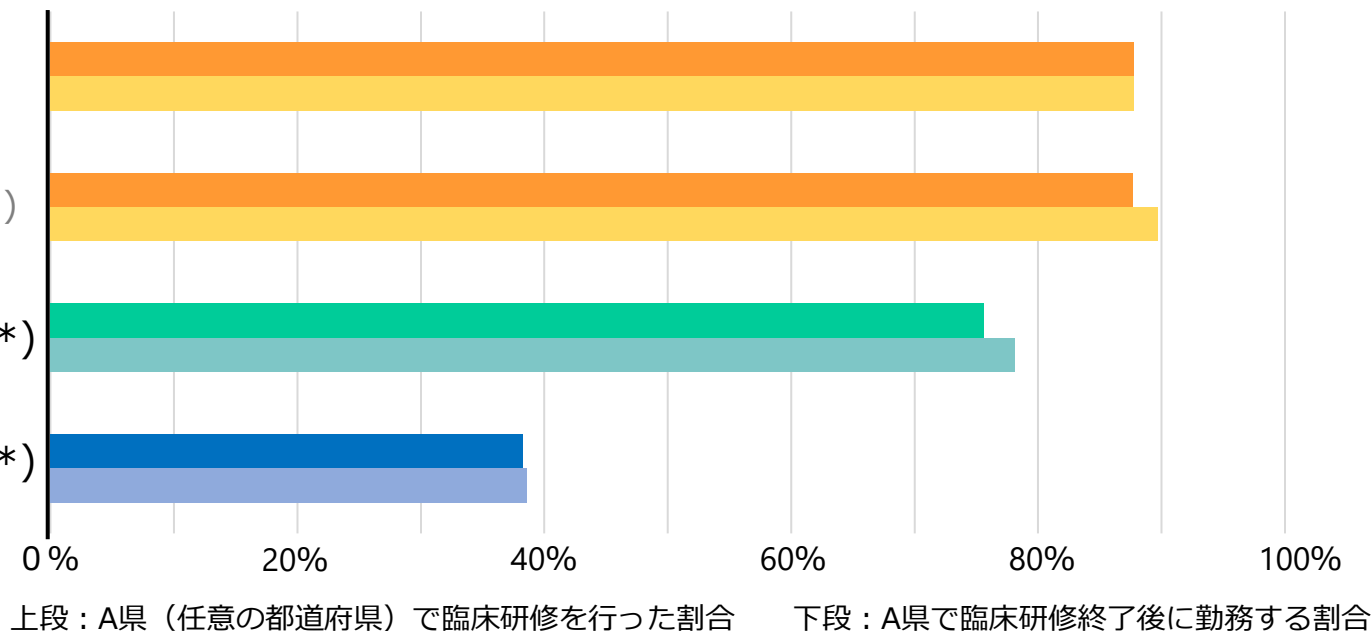
①地域枠

(①の内 医師少数県のみ)

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)



出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成29～31年）厚生労働省調べ

- ※ 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。
- ※ 防衛医科大学及び産業医科大学は除外。自治医科大学については県またぎ地域枠についてのみの除外。

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～

- ・ 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。



平成27年度～

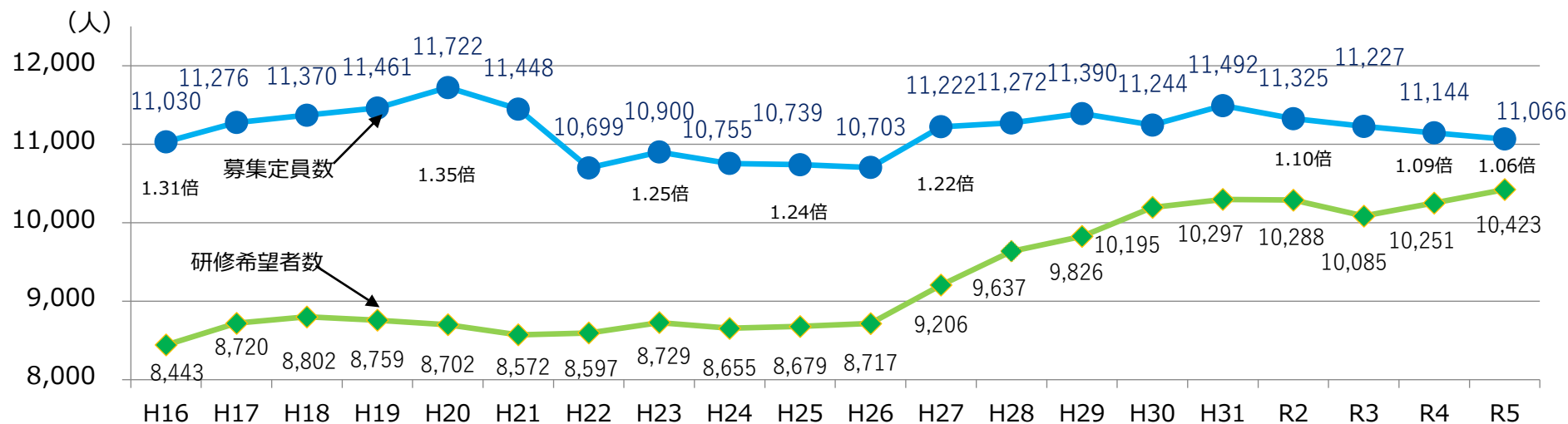
- ・ 募集定員倍率を令和2年度に向けて約1.10倍まで縮小する



令和3年度～

- ・ 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



令和6年度専攻医採用におけるシーリング

医道審議会医師分科会 医師専門研修部会
令和6年7月19日
資料1(日本専門
医機構資料)

	シーリング対象 の診療科数	内科	小児科	皮膚科	精神科	整形外科	眼科	耳鼻咽喉科	泌尿器科	脳神経外科	放射線科	麻酔科	形成外科	リハビリ テーション科
北海道	1											20+3+【6】		
青森県	0													
岩手県	0													
宮城県	0													
秋田県	0													
山形県	0													
福島県	0													
茨城県	0													
栃木県	0													
群馬県	0													
埼玉県	0													
千葉県	0													
東京都	12	398+123+【52】	98+19+【11】	54+18+【11】 14+1+【1】	74+12+【14】+(5)	104+13+【9】	52+16+【6】	44+11+【3】		41+7+【6】	36+7+【5】	75+15+【11】	30+10+【6】	16+4+【15】
神奈川県	1													
新潟県	0													
富山県	0													
石川県	2				9+0+【2】	10+0+【1】								
福井県	0													
山梨県	0													
長野県	0													
岐阜県	0													
静岡県	0													
愛知県	1							16+1+【1】						
三重県	0													
滋賀県	1		7+0+【0】											
京都府	9	62+18+【8】	9+0+【2】	8+2+【2】		16+1+【1】	14+3+【2】	8+2+【1】	19+0+【0】		14+0+【0】	11+2+【4】		
大阪府	8	200+10+【21】				41+2+【4】	22+4+【5】	17+2+【1】	18+1+【0】		14+3+【2】	30+2+【6】	15+2+【2】	
兵庫県	4			13+0+【0】			12+1+【0】	14+0+【0】					13+0+【2】	
奈良県	0													
和歌山県	2	20+3+【2】				9+0+【1】								
鳥取県	1	15+1+【2】												
島根県	0													
岡山県	5	55+7+【6】	14+0+【0】		10+1+【2】						9+0+【0】	14+3+【6】		
広島県	0													
山口県	0													
徳島県	1	16+4+【2】												
香川県	0													
愛媛県	0													
高知県	0													
福岡県	8	118+29+【15】		11+1+【0】	17+5+【3】+(1)	33+10+【3】	11+0+【2】				15+0+【2】	20+4+【4】	7+0+【2】	
佐賀県	1				8+0+【1】									
長崎県	4	33+4+【4】	9+0+【0】			7+0+【0】						6+0+【0】		
熊本県	3	33+0+【3】			11+0+【2】	8+0+【1】								
大分県	0													
宮崎県	0													
鹿児島県	0													
沖縄県	2				7+0+【1】							8+0+【0】		

※都道府県の各診療科の数値は通常募集プログラム数+連携プログラム数+【特別地域連携プログラム数】(精神科のみ:精神保健指定医連携枠)

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）

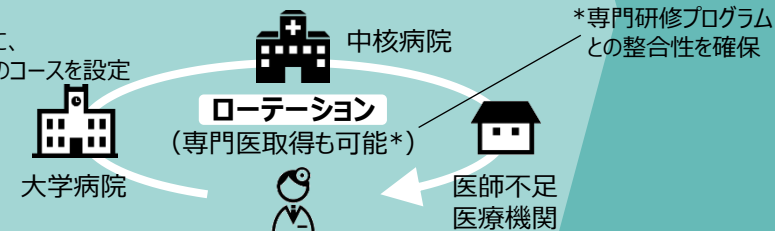
連携
キャリア形成卒前支援プラン

※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に行い、勤務環境改善・負担軽減を図る

対象者の地域定着促進のための方策

＜対象者の納得感の向上と主体的なキャリア形成の支援＞

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

＜プログラム満了前の離脱の防止＞

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

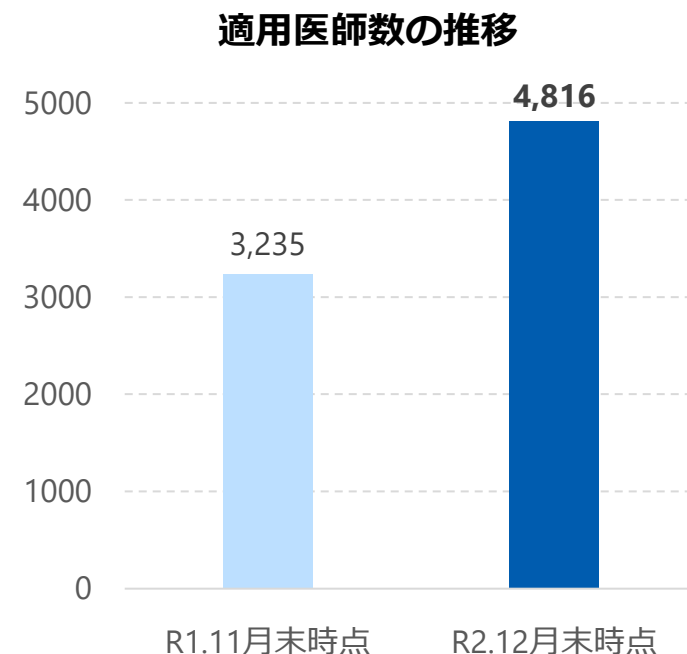
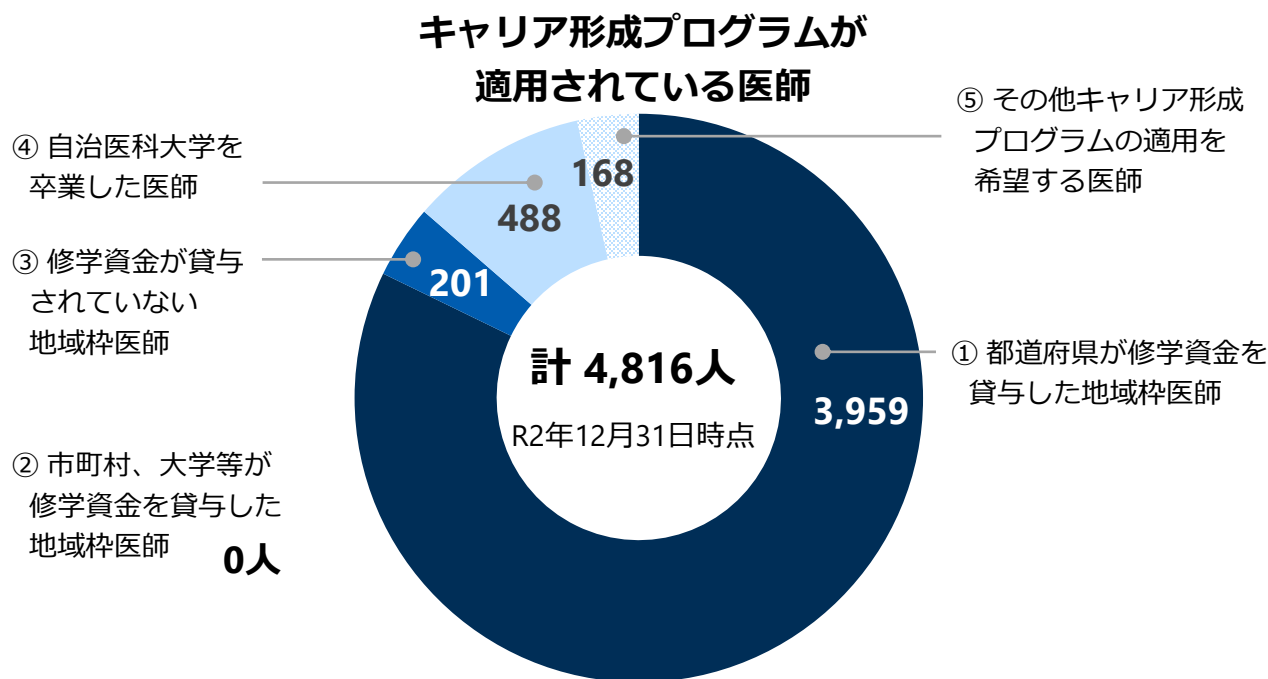
キャリア形成プログラムの適用者について

○ キャリア形成プログラムの対象者は、「キャリア形成プログラム運用指針」において、次に掲げる者を対象としている

- ① 都道府県が修学資金を貸与した地域枠医師
- ② 市町村、大学等が修学資金を貸与した地域枠医師
- ③ 修学資金が貸与されていない地域枠医師
- ④ 自治医科大学を卒業した医師
- ⑤ その他キャリア形成プログラムの適用を希望する医師

※ 都道府県は、①④⑤に対し、その者の同意を得て当該プログラムを適用しなければならない（ただし、④については、平成31年度以降に同大学の医学部に入学した者に限る者とし、それ以前の入学者については、その者の同意を得て当該プログラムを適用するよう努めるものとする）

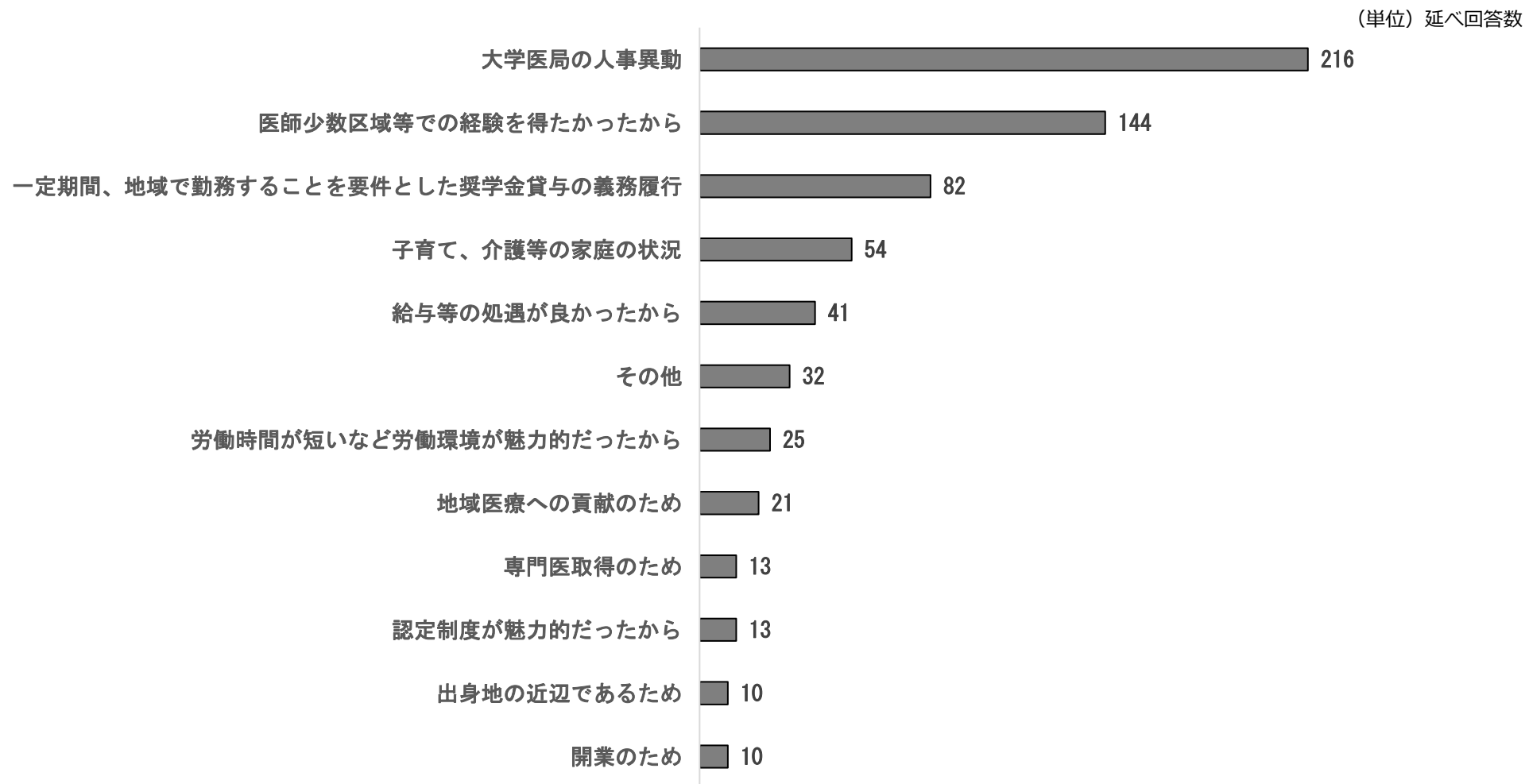
※ 都道府県は、②③に対し、その者の同意を得て当該プログラムを適用するよう努めなければならない



- キャリア形成プログラムの適用者のうち3,959人（82%）は都道府県が修学資金を貸与した地域枠医師であり、キャリア形成プログラム適用医師の総数は増加傾向である。

医師少数区域等所在病院等での勤務理由

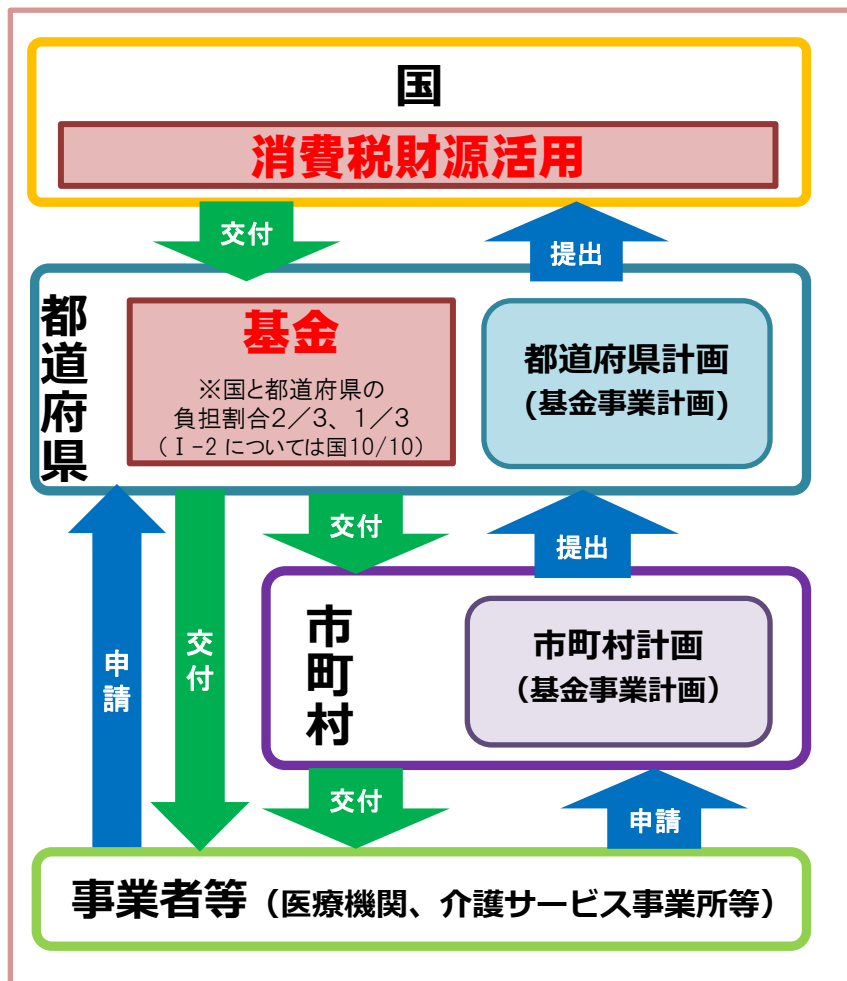
- 令和5年3月末現在の認定医師507名の「医師少数区域等所在病院等での勤務理由」（複数回答可）は、「大学医局の人事異動」が216で最も多く、次いで「医師少数区域等での経験を得たかったから」が144、「一定期間、地域で勤務することを要件とした奨学金貸与の義務履行」が82、「子育て、介護等の家庭の状況」が54となっている。



地域医療介護総合確保基金

令和6年度予算額:公費で1,553億円
(医療分 1,029億円、介護分 524億円)

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
- このため、平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度（地域医療介護総合確保基金）を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



都道府県計画及び市町村計画（基金事業計画）

- **基金に関する基本的事項**
 - ・公正かつ透明なプロセスの確保（関係者の意見を反映させる仕組みの整備）
 - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
 - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
- **都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項**

医療介護総合確保区域の設定※1 / 目標と計画期間（原則1年間） / 事業の内容、費用の額等 / 事業の評価方法※2

 - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏を念頭に設定。
 - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施。国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用。
- **都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成**

地域医療介護総合確保基金の対象事業

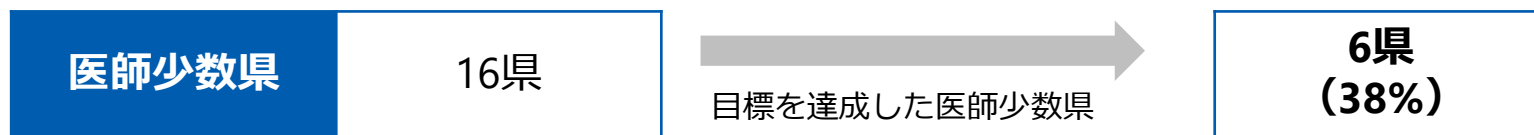
- I-1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- I-2 地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業
- II 居宅等における医療の提供に関する事業
- III 介護施設等の整備に関する事業（地域密着型サービス等）
- IV 医療従事者の確保に関する事業
- V 介護従事者の確保に関する事業
- VI 勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

第7次医師確保計画を通じた目標達成状況

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

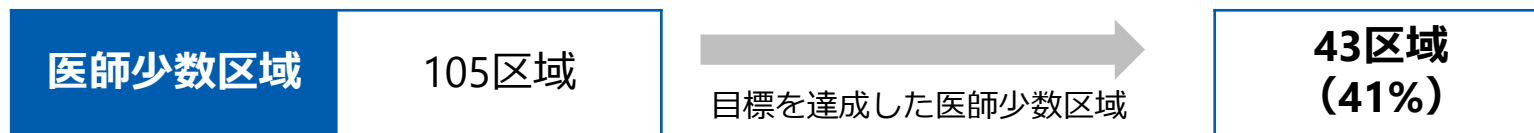
●医師少数県における目標の達成状況

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



●医師少数区域における目標の達成状況

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



※ 医療圏の見直し（8→3）を行った秋田県を除いて比較。

「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」（抄）

（令和5年12月22日 閣議決定）

2. 医療・介護制度等の改革

＜②「加速化プラン」の実施が完了する2028年度までに実施について検討する取組＞

◆ 医師偏在対策等

- ・ 医師の偏在対策の観点から、医師養成過程における取組を進めるとともに、医師少数区域等で勤務した医師を認定する制度において、管理者として評価する医療機関を拡大するなど、医師が少ない地域での医師確保の取組について更なる検討を進める。あわせて、オンライン診療の活用やタスク・シフト／シェアの推進を図る。
- ・ 医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在是正に向けて、医学部臨時定員、経済的インセンティブや、外来医師多数区域における都道府県知事の権限強化を始めとする規制的手法の在り方について検討する。

医師偏在に対する日本医師会の考え方（令和6年8月21日）

医師偏在については、一つの手段で解決するような魔法の杖は存在せず、解決のために、あらゆる手段を駆使して複合的に対応していく必要がある。日本医師会は、これまでも医師偏在対策に取り組んできたが、未曾有の超高齢・人口減少社会を迎える中で、国民の生命と健康を守り適切な医療を引き続き提供していくため、もう一段階ギアを上げて、医師偏在対策に主体的かつ積極的に取り組み、地域医療の強化につなげていく。

都道府県における議論とこれまでの取り組みは引き続き充実させていくことを前提としつつ、以下6点の取り組みを進めるべきである。

1. 公的・公立病院の管理者要件

現在、2020年度に臨床研修を開始した医師から適用されている医師少数区域勤務経験を求める地域医療支援病院の管理者要件の対象病院を、今後医師免許を取得する医師のキャリア形成などに十分に配慮した上で、公的・公立病院にも拡大する。
臨床研修医への導入や、いわゆる後期研修医などの若手医師の研修で、医師少数地域での研修期間をのばすプログラムも検討する。

2. 医師少数地域の開業支援等

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して、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・派遣を強化する。

3. 全国レベルの医師マッチング支援

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、医師少数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る。

4. 保険診療実績要件

保険医療機関の管理者として、卒後一定期間の保険診療実績の要件を加え、保険診療の質を高める。

5. 地域医療貢献の枠組み推進

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る。

6. 医師偏在対策基金の創設

上記の施策を5～10年で推進するための1,000億円規模の基金を国において創設する。

地域に根差した医師の活動

地域に根差して診療している医師は、自院での診療や在宅診療以外に、以下のような活動を連携して行い、地域住民の健康を守るため、それぞれの地域を面として支えています。

そうした活動はかかりつけ医が中心となって担っており、地域医師会はそれに深く関与して運営しています。

日本医師会は、「地域にどっぷりつかり」、日々地域医療を支えている医師の活動を、国民の皆さんに広く知っていただきたいと思っています。

1. 地域の時間外・救急対応	平日夜間・休日輪番業務、地域行事の救護班、在宅当番医、平日夜間急患センター、電話相談業務など（災害時には救護所・避難所への巡回診療、感染症拡大時には検査センターへの出務など自らの地域を守る活動）
2. 行政・医師会等の公益活動	医師会・専門医会・自治会・保健所関連の委員、警察業務への協力、防災会議、地域医療に関する会議、レセプトの審査委員会、地域ケア会議の出席、障害者認定審査会、介護保険認定審査会など
3. 地域保健・公衆衛生活動	母子保健、乳幼児保健（1歳6か月児健診・3歳児健診）、学校保健（学校健診、学校医活動）、学校健康教育（性教育、がん教育、禁煙・薬物教育等）、産業保健（地域産業保健センター活動、職場の健康相談、産業医活動）、事業主健診（特定健診・特定保健指導）、高齢者保健（高齢者健診・認知症検診）、予防接種（定期・その他）、がん・成人病検診、市民公開講座（健康講座・介護教室）、精神保健、健康スポーツ医活動など
4. 多職種連携	訪問診療等の在宅医療ネットワークへの参画、介護保険関連文書の作成（主治医意見書等）、多職種との会合（ケアカンファレンス等）、ACPなど
5. その他	看護師・准看護師養成所、医師会共同利用施設への参画、高齢者の運転免許に関する診断書の作成、成年後見人制度における診断書の作成、死体検案、医療DX、医療GX、学術活動、高齢者・障害者施設への対応など

医療保険制度改革について

医療保険部会（2024年11月21日開催）におけるご意見①

（文責：事務局）

- 高額療養費の在り方について、少なくとも高額療養費は、今の医療保険制度において被保険者の負担軽減に大きく貢献しているのは紛れもない事実。一方で、**高額薬剤等が登場することによって医療費が高額化して、医療保険財政を圧迫しているのも事実**。健保組合のデータでは、高額療養費の支給総額というのは令和元年度から5年度までの4年間で2割以上増えて600億円以上増加。中でも1000万円以上のいわゆる高額レセプトについては、この4年間で約3倍という増加が見込まれており、これらの給付のための保険料負担も増加。そういう面で、高齢者医療費に対する拠出金と合わせて、**非常に現役世代の負担増につながっている**。

こういった点を踏まえれば、全世代型社会保障構築に向けて、年齢ではなく負担能力に応じた負担、また、**保険料負担軽減の観点から高額療養費についても見直しを行う時期に来ていると理解**。高額療養費の見直しについては賛成。施行時期については、保険者のシステム改修に係る期間等には十分御留意いただきたい。

- 高額療養費の在り方については、全世代型社会保障の実現に向け、また、**被保険者の保険料負担の軽減を図る観点からも、社会経済情勢の変化を踏まえて負担能力に応じた負担となるように見直していくべき**。ただし、**セーフティネットとしての大変すばらしい役割があることを踏まえたきめ細かな見直しが必要**。また、その際には国民にご理解いただけるよう、丁寧な周知・説明を行っていただきたい。
- 高額療養費については、被保険者の保険料負担の軽減や負担能力に応じた負担の観点で見直しを行うとされているが、**検討に当たっては必要な医療への受診抑制につながることはないよう、特に低所得者に十分配慮した制度となるようお願いしたい**。なお、**施行時期について、被保険者等への周知や保険者のシステム改修に要する期間が十分に確保できるよう配慮していただく必要がある**。

- 全世代型社会保障構築会議で言われている全世代で能力に応じて支え合うという観点で、この改革工程に基づいて着実に進めていただきたい。**今回の高額療養費の見直しに関する案につきましても賛同**。

年齢にかかわらずという観点から言うと、**70歳以上に別途定められている外来上限特例につきましても見直しが必要ではないかと考える**し、また、その観点では、例えば能力ついて、金融資産をどうやって把握して負担能力を測っていくかとか、医療・介護の3割負担の判断基準とか、こういうことについてもしっかりと前に進めていただきたい。

医療保険部会（2024年11月21日開催）におけるご意見②

（文責：事務局）

- 公的医療保険は負担能力に応じた保険料を負担する一方、受けられる医療サービスは所得の多寡にかかわらず同じというもの。このような仕組みの中で、**自己負担上限額についても負担能力に応じた負担を強めるということが、一定以上の収入がある被保険者にとって社会保険に強制加入していることへの納得感を欠くことにつながってはならない。**
高額療養費制度は、医療費の家計負担が重くならないように医療費の一部を負担するもの。そうしたことから、自己負担の水準に関してどれほどの負担原則を強めるのかという検討に当たっては、**年代や年収別などの利用の実態や考えられる影響を分析し資料でも示していただきたい。**
その上で、**国民や患者の不安、家計への過度な負担増、経済力による受診控えにつながらないよう、給付と負担の関係も踏まえて慎重かつ丁寧な検討が必要。**
- 本件は改革工程に基づき、社会保障制度の持続可能性を高めるために行われるものと認識しており、その方向性についても理解。他方、保険はいざというときのセーフティネットであり、大きなリスクに備えるもの。負担限度額の引き上げによって患者の健康状態に影響は出ないのか、医療・介護保険財政にどれだけの影響があるのかといった多角的な視点が必要。**改革に当たって必要なことは現役世代にしわ寄せが及ばないようにすること。**
- 高額療養費制度は、高額な医療費において自己負担3割を軽減するという意味で、患者にとっては非常に有効な制度だと理解。しかし、非常に高額な薬剤の採用が相次いでいるため、医療費がもの凄くはね上がってきている実態。その中で、高額療養費をどのように考えるかという方向性は賛成だが、**負担能力に応じた負担に関して、どれくらい変化させるのかという具体的なシミュレーションをきちんと示していただきたい。**高額療養費の見直しは、医療財政を非常に危険な状況にさせている高額医薬品がどんどん登場してきている状況なのでやむを得ない。
- 高額療養費制度の見直しについて、高額薬剤の登場や医療技術の進歩に応じて高額な診療が伸びているのは事実と言われており、**財政も厳しい状況であることは十分認識。**一方、高額療養費制度は、いわゆる医療におけるセーフティネットの役割を果たしているため、**全ての人が必要な医療を適切に受けられるという機能をしっかり果たせるような形で見直しがなされるよう、十分な議論をする必要がある。**

- 制度見直しについて、医療財政上の必要性は理解するが、高額療養費制度は治療を根本的に助けている部分が大きくある。もし見直しをするのであれば、**制度の変更により高額な薬剤による治療を躊躇することにつながらないよう配慮が必要である。**

- 医療保険制度改革における高額療養費の在り方について、**国民皆保険制度を持続していく観点から、負担能力に応じた負担を求めていることは重要。**

8月30日に医療保険部会で後期高齢者医療の窓口負担割合の見直しの影響に関して報告があったが、この資料の中で歯科疾患は制度改正直後に外来利用率の影響を受けているデータが示されており、**今回の議論においても患者の受診控えを惹起することがないように制度設計をよろしく願いたい。**

- 医療制度関係の議論になると自己負担が増えるというニュース等も多く、心配されている方も多くいるかと思う。特に高齢者はそうした状況にある方が多い。例えば、この先、年金などの限られた収入しかないのに、医療にかかる必要があり、その医療の負担が大きくなって自分たちの暮らしは大丈夫だろうかと非常に気にされている方も多いと思う。

そうした意味では、適切な改革、丁寧な説明、そして、長期を見越した健康の増進や健康の維持ということも啓発していく必要。そのためには予防というのがとても肝心。**若い世代から健康リテラシーの教育や啓発、そして、自己管理をすることで健康を維持して大きな病気になることが減るようにしていくことがいかに大切かということ**を啓発すべきだし、これらのことは病になってからでは間に合わないので、ぜひ若い時期から啓発をしていくべき。医療財政が大きな課題となって久しいが、これを長期的にも解決する大きな下支えになる。

一方では、**負担能力に応じた対応も欠かせない**。今の区分をより細かくするとか、あるいはより詳細な分析もされることが、そうしたことをぜひ的確に丁寧にやっていただきたい。一方、退職などで年度をまたぐことによって収入が変わる方がいる。前年度の収入をベースに課税ベースが決まるので、そのときに一時的に負担感が増える。こうしたことへの配慮をどうするかということも検討が必要。

家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないようにという高額療養費制度の趣旨はとても大切なので、この理念を踏まえつつ今後の改革や改善をぜひ的確にお願いをしたい。また、国民への分かりやすい説明もお願いしたい。

- 医療保険では、保険料において上下限がある関係で応能負担が原則だが、多少応益的な要素も入っている。そこに加えて給付面では、高額療養費は本来病気になった人とならない人との間の水平的な所得再分配だと思うが、そこに応能要素が入るといことで、垂直的所得再分配という面もあるという、非常にいろいろなことがミックスされたのが今の状態。そういう点から言うと、**受益に着目した限度額ということから言えば、医療費が増大すればその伸びに応じて見直すということは必要なこと。**

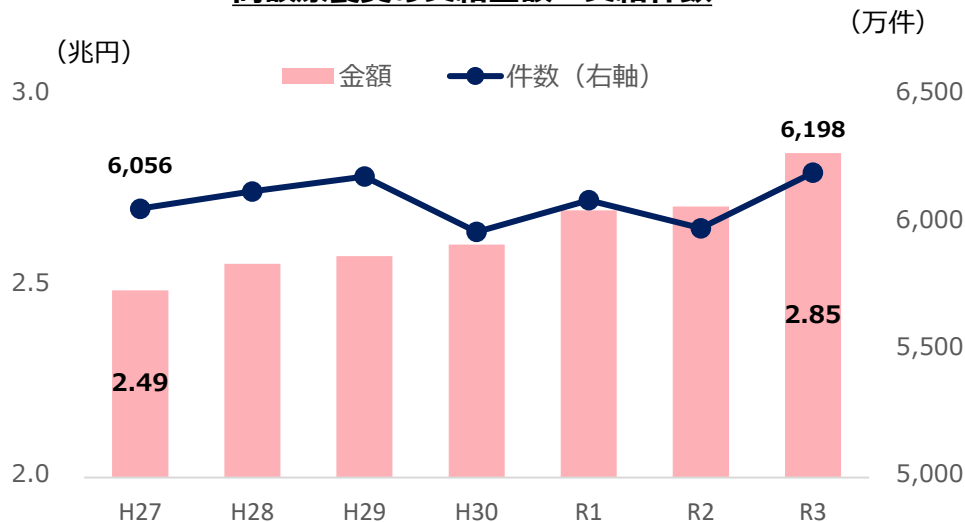
その一方、応能負担ということで、今回あるような負担能力に応じてということも徹底することの一つだが、そうすると、年齢に関係なくということになる。それぞれの基準の部分に該当する方たちの割合が制度とか年齢によって違っているので、特に高齢者に低所得層が多いといったような実態をどう考えるかということが重要ではないか。

- **年齢ではなくて負担能力に応じた高額療養費の負担上限額の設定や所得区分の細分化は非常に妥当。また、インフレへの対応のため上限を上げることもやむを得ない部分がある。**一方で、医療保険というのは本来ネガティブな健康へのショック、運悪く非常に高額な医療費が必要になった方のリスクを軽減するという役割が最も重要なので、高額療養費の負担上限を上げることより、例えば選定療養費によって医学的に絶対的に必要不可欠ではない部分の自己負担を増やす、または医療の標準化などのルールづくりによって健康の改善に特に必要な部分に医療費が使われるようにしていくという効率化が非常に求められる。

また、**高額療養費が医療利用など家計にどう影響を与えるのかに関してあまり実証分析がない。**例えば、自己負担割合が変化したときの影響は、誰がどういう負担割合なのかが分かるので分析しやすいが、高額療養費の負担限度額は所得や年齢によって決まっているので、誰がどういう上限になっているかということがデータから分からないことが多い。高額療養費がどういう影響を与えているか、例えば、高額療養費を超えた途端に、幾ら余計にかかっても自己負担が増えないので、急に医療利用が増えるということが起きているのか、いないのか。高額療養費の上限が上がると家計にどういう影響があるのか。負担増による医療利用の低下が起きるのか。そのようなことがよく分かっていない状況なので、そういうことが分かるような**データを研究者が使えるようになっていくことが今後非常に重要。**

高額療養費と実効給付率の推移

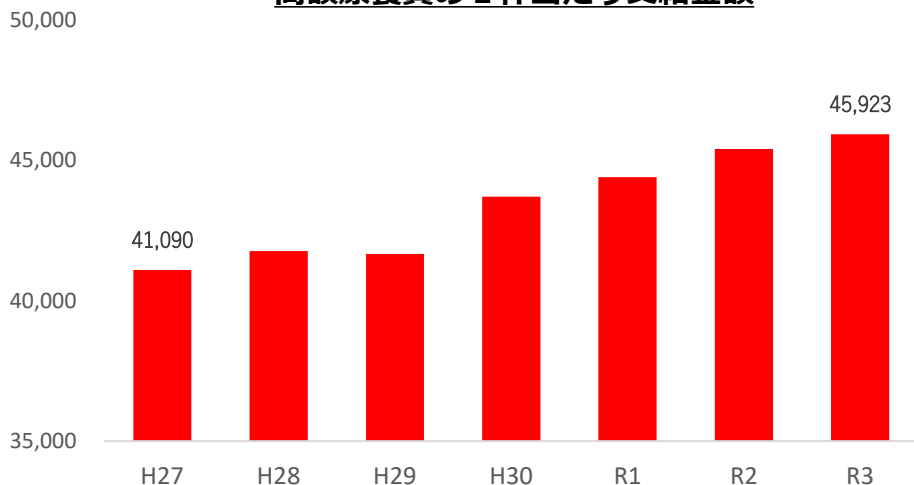
高額療養費の支給金額・支給件数



(出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料集」

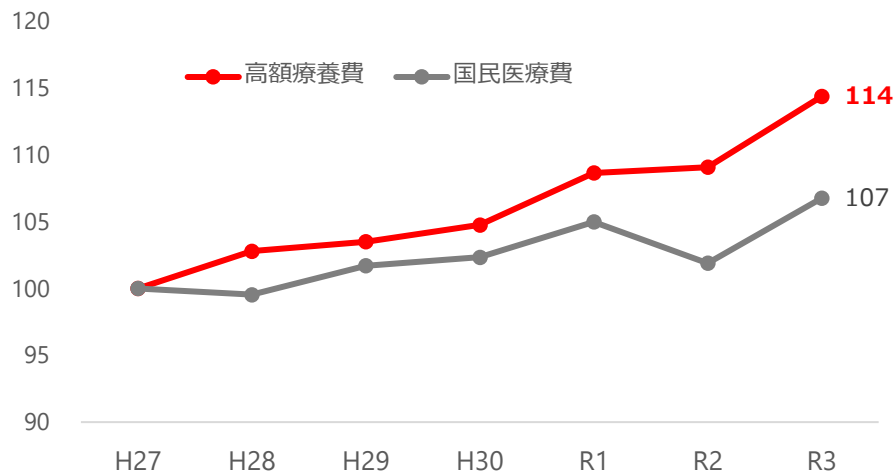
(円)

高額療養費の1件当たり支給金額



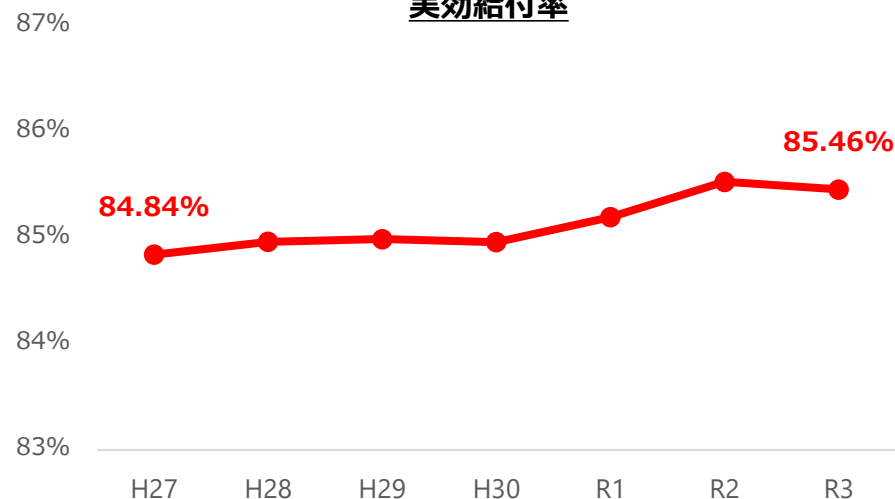
(出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料集」

高額療養費と国民医療費の伸び (H27を100とした場合)



(出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」 「国民医療費」

実効給付率



(出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料集」

高額療養費の支給実績（令和３年度）

		合計	うち多数回該当分 ※ 1
協会 (一般)	件数 (万件)	485	36
	金額 (億円)	5,813	121
	1 件当金額 (円)	119,962	33,431
組合健保	件数 (万件)	259	29
	金額 (億円)	3,103	138
	1 件当金額 (円)	119,821	46,905
共済組合	件数 (万件)	73	
	金額 (億円)	842	※ 2
	1 件当金額 (円)	115,124	
市町村国保	件数 (万件)	1,975	305
	金額 (億円)	11,151	2,071
	1 件当金額 (円)	56,470	67,841
後期	件数 (万件)	3,363	
	金額 (億円)	7,126	※ 2
	1 件当金額 (円)	21,189	

（出典）厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」、「国民健康保険事業年報」

※ 1 多数回該当分については、協会（一般）及び組合健保については現金給付分。

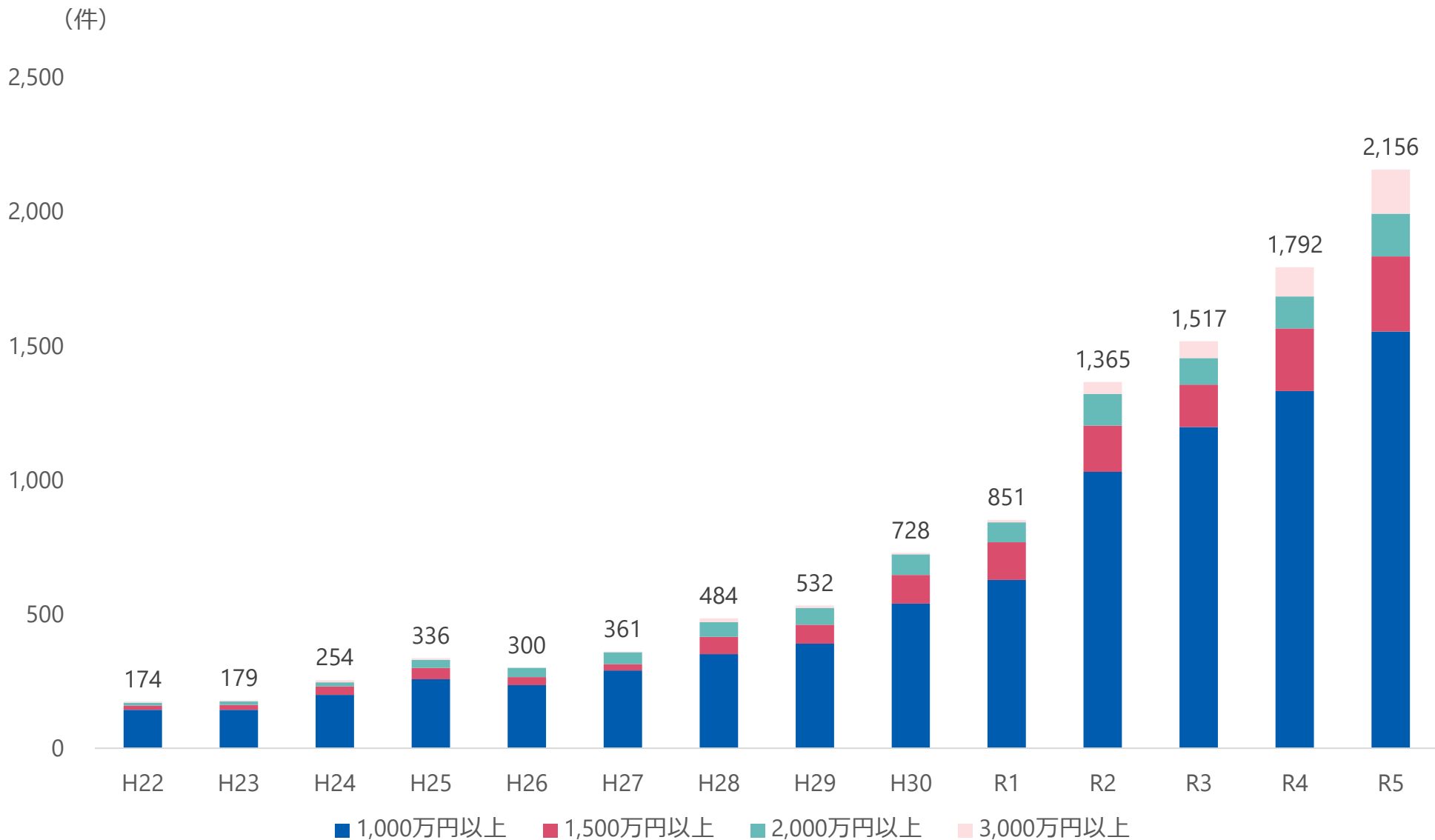
※ 2 共済組合及び後期高齢者医療制度については、多数回該当分の実績は把握していない。

高額療養費の推移

(出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」

		協会（一般）			組合健保			共済組合			市町村国保			後期高齢者医療制度期		
		現物給付	現金給付	計	現物給付	現金給付	計	現物給付	現金給付	計	現物給付	現金給付	計	現物給付	現金給付	計
支給 件 数 （ 件 ）	平成24年度	2,465,150	674,103	3,139,253	1,359,398	679,147	2,038,545	396,379	234,325	630,704	9,902,356	4,883,172	14,785,528	11,127,261	19,550,973	30,678,234
	25	2,639,110	596,590	3,235,700	1,434,832	644,956	2,079,788	423,856	236,046	659,902	10,405,723	5,032,994	15,438,717	11,904,148	20,349,304	32,253,452
	26	2,825,781	606,750	3,432,531	1,505,137	645,309	2,150,446	434,369	229,547	663,916	10,787,188	5,410,795	16,197,983	12,435,783	21,055,165	33,490,948
	27	3,148,647	584,048	3,732,695	1,605,927	702,758	2,308,685	446,414	242,395	688,809	11,277,925	6,438,795	17,716,720	13,178,179	22,501,833	35,680,012
	28	3,262,116	727,106	3,989,222	1,633,772	703,016	2,336,788	444,671	233,982	678,653	11,101,213	7,057,673	18,158,886	13,553,994	22,092,293	35,646,287
	29	3,423,431	789,211	4,212,642	1,695,494	711,757	2,407,251	451,514	233,275	684,789	10,674,801	7,860,485	18,535,286	13,411,567	22,142,706	35,554,273
	30	3,504,348	808,170	4,312,518	1,711,587	707,296	2,418,883	451,617	224,922	676,539	10,044,305	8,456,566	18,500,871	12,715,280	20,611,614	33,326,894
	令和元年度	3,717,933	858,811	4,576,744	1,746,874	697,935	2,444,809	467,363	375,261	842,624	9,838,523	9,200,509	19,039,032	12,940,159	20,641,207	33,581,366
	2	3,724,131	955,757	4,679,888	1,730,205	705,044	2,435,249	459,106	235,138	694,244	9,719,967	9,166,778	18,886,745	12,974,286	19,720,860	32,695,146
	3	3,947,471	898,081	4,845,552	1,848,079	741,969	2,590,048	486,429	244,997	731,426	10,067,083	9,680,063	19,747,146	13,453,919	20,176,552	33,630,471
支給 金額 （ 百 万 円 ）	平成24年度	297,344	42,268	339,612	172,464	43,452	215,916	51,294	14,605	65,899	848,186	131,353	979,539	396,765	124,807	521,572
	25	317,207	34,894	352,101	181,233	39,007	220,240	55,228	13,047	68,276	879,561	120,591	1,000,153	418,358	124,542	542,900
	26	339,032	34,181	373,214	189,995	37,288	227,283	56,755	12,077	68,832	905,588	115,612	1,021,200	438,210	127,117	565,327
	27	395,904	31,969	427,872	210,679	37,189	247,867	59,157	11,721	70,878	974,792	119,810	1,094,602	474,557	133,211	607,768
	28	414,455	34,214	448,670	218,279	35,858	254,137	60,890	10,864	71,754	1,000,696	115,893	1,116,589	492,924	133,073	625,998
	29	440,257	34,206	474,463	226,971	34,954	261,925	61,179	10,424	71,603	971,038	113,848	1,084,886	499,992	143,172	643,164
	30	463,373	33,118	496,491	239,146	35,328	274,474	63,671	10,145	73,815	962,675	118,943	1,081,618	493,388	147,520	640,907
	令和元年度	501,473	34,456	535,929	250,001	35,154	285,154	66,424	10,192	76,616	964,085	124,296	1,088,381	515,903	161,599	677,502
	2	511,242	36,618	547,861	253,067	35,368	288,435	68,416	10,290	78,706	954,599	122,164	1,076,763	526,186	156,485	682,670
	3	547,839	33,441	581,280	273,802	36,541	310,343	73,725	10,480	84,205	991,570	123,553	1,115,123	555,028	157,562	712,590
1 件 当 た り 金 額 （ 円 ）	平成24年度	120,619	62,702	108,182	126,868	63,981	105,917	129,405	62,328	104,484	85,655	26,899	66,250	35,657	6,384	17,001
	25	120,195	58,489	108,817	126,310	60,480	105,895	130,300	55,275	103,464	84,527	23,960	64,782	35,144	6,120	16,832
	26	119,978	56,335	108,728	126,231	57,783	105,691	130,660	52,612	103,676	83,950	21,367	63,045	35,238	6,037	16,880
	27	125,738	54,736	114,628	131,188	52,918	107,363	132,516	48,354	102,899	86,434	18,607	61,784	36,011	5,920	17,034
	28	127,051	47,056	112,470	133,604	51,006	108,755	136,932	46,432	105,730	90,143	16,421	61,490	36,367	6,024	17,561
	29	128,601	43,342	112,628	133,867	49,109	108,807	135,497	44,687	104,562	90,965	14,484	58,531	37,281	6,466	18,090
	30	132,228	40,979	115,128	139,722	49,949	113,471	140,983	45,104	109,107	95,843	14,065	58,463	38,803	7,157	19,231
	令和元年度	134,879	40,121	117,098	143,113	50,368	116,637	142,125	27,159	90,925	97,991	13,510	57,166	39,868	7,829	20,175
	2	137,278	38,313	117,067	146,264	50,164	118,442	149,019	43,761	113,369	98,210	13,327	57,012	40,556	7,935	20,880
	3	138,782	37,236	119,962	148,155	49,248	119,821	151,563	42,776	115,124	98,496	12,764	56,470	41,254	7,809	21,189

健保組合における1,000万円以上高額レセプトの件数の推移

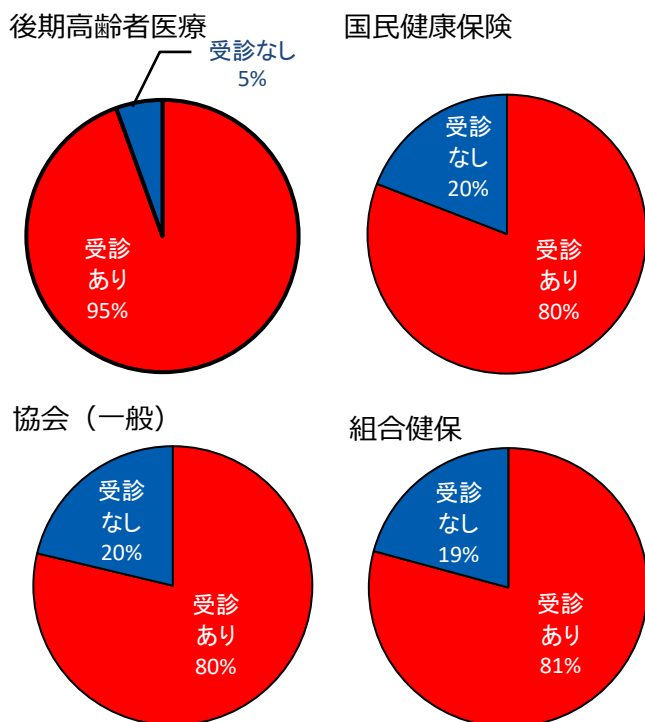


(出典) 健康保険組合連合会「高額レセプト上位の概要」

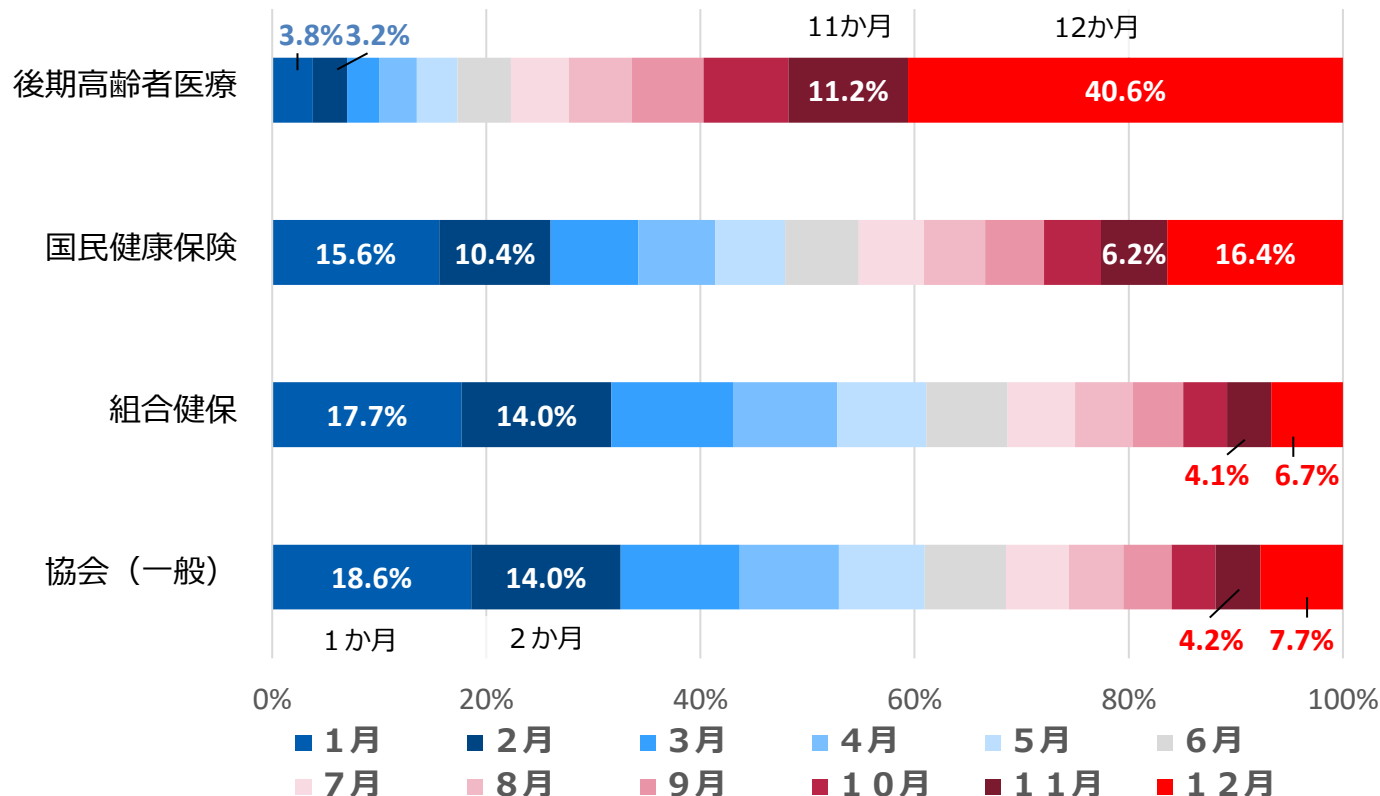
外来の受診動向

- 外来診療を受けた者のうち受診月数が2月以下だったのは、被用者保険及び国民健康保険では約3割であるのに対し、後期高齢者医療は1割。
- 後期高齢者医療では、外来受診者のうち約4割の者が毎月診療を受けている。

年間で外来受診した患者の割合



受診ありの者の受診月数



(出典) 医療給付費実態調査（令和4年度）

(注) 1. 集計対象は、協会（一般）、組合健保、国民健康保険及び後期高齢者医療の加入者である。

2. 同一医療保険制度内の同一の者に係るレセプトを合計し、個人単位のデータにして集計(「名寄せ」)したものから、令和4年度において1年間のうち外来を受診したことのある月の数を集計したもの。

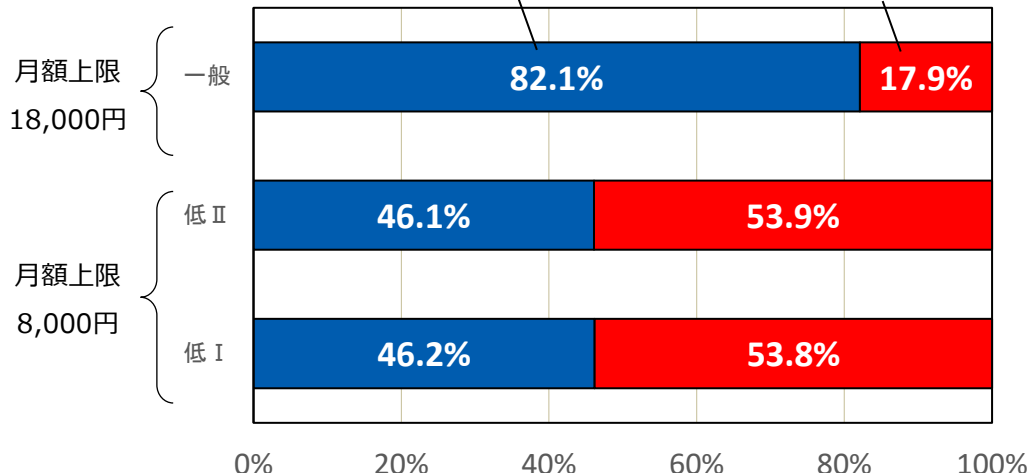
3. 加入者数は、データの提出のあった保険者の加入者数の合計である。

外来特例に該当する患者の割合

外来の月額上限（月間1.8万円または8千円）に該当する患者の割合※

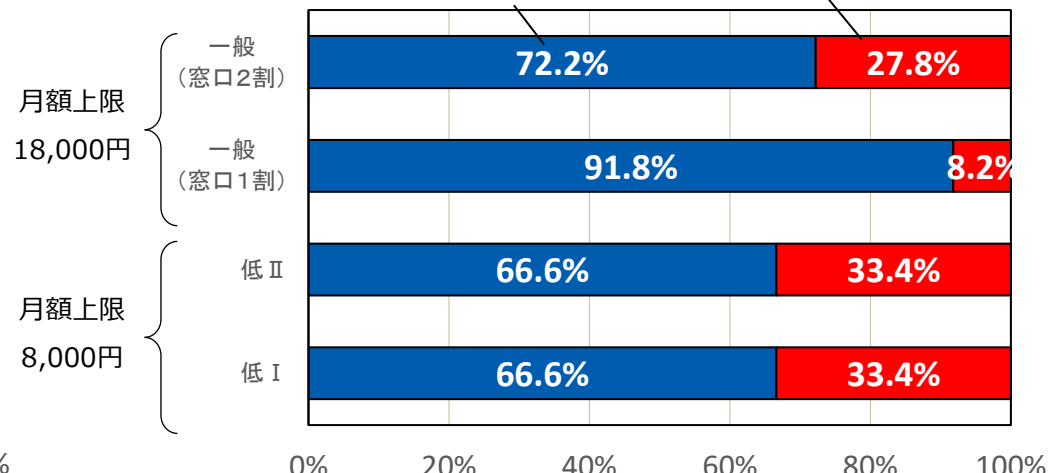
70～74歳

該当なし 該当あり



75歳以上

該当なし 該当あり

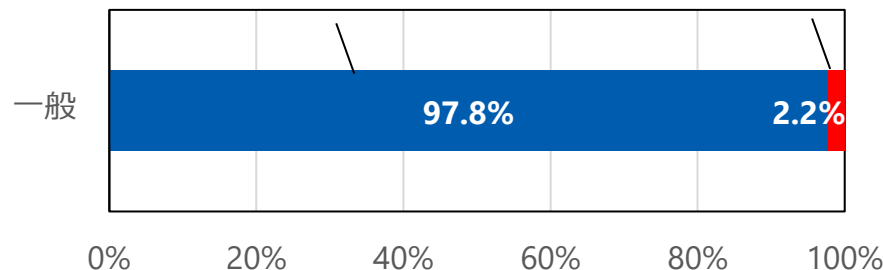


（※）外来の月額上限に該当する患者の割合は、1年間に1回以上外来特例に該当する者の患者数に占める割合を示している。

外来の年間上限（年間14.4万円）に該当する患者の割合

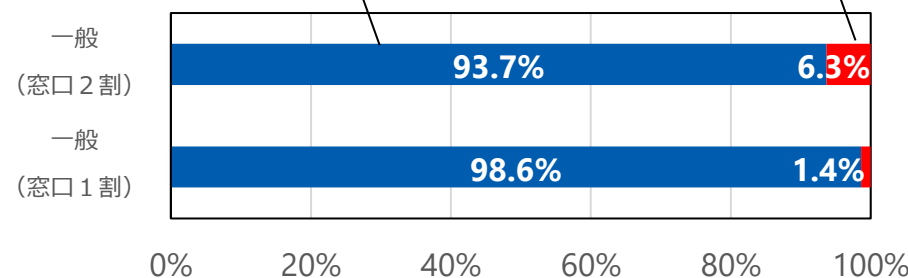
70～74歳

該当なし 該当あり



75歳以上

該当なし 該当あり

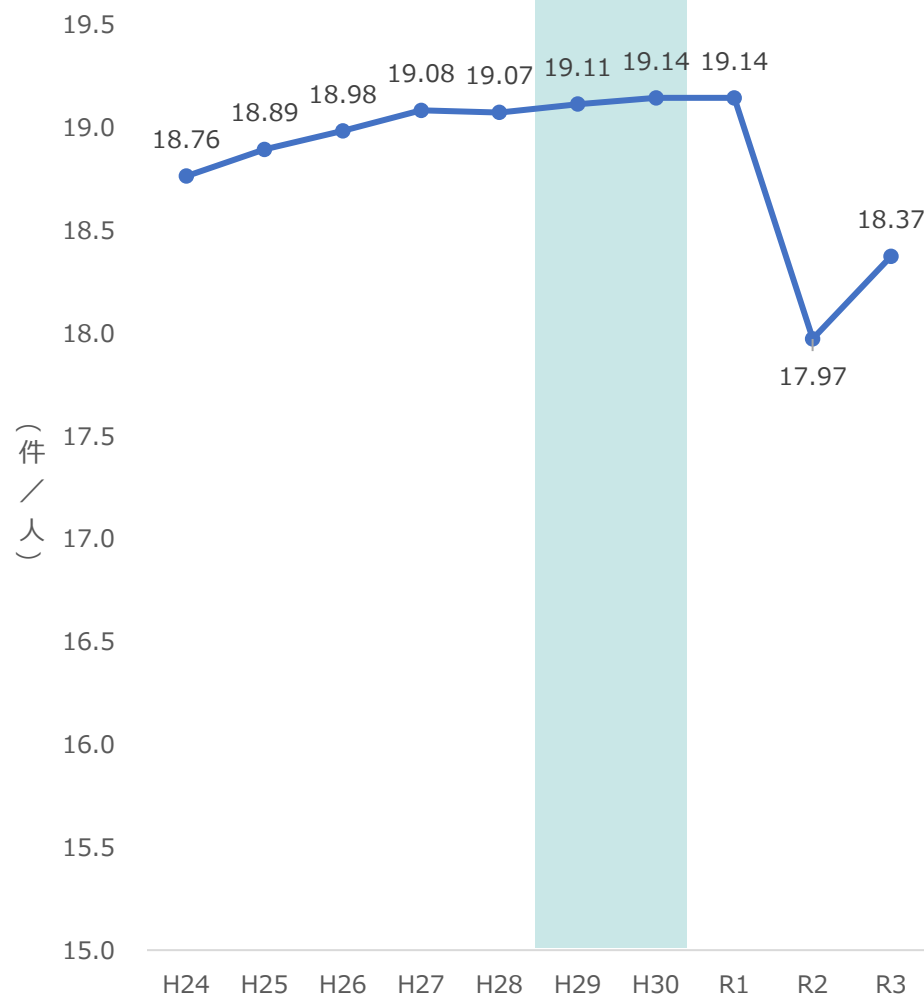


（出典） 令和4年度医療給付実態調査のレセプトデータを基に保険局調査課において推計

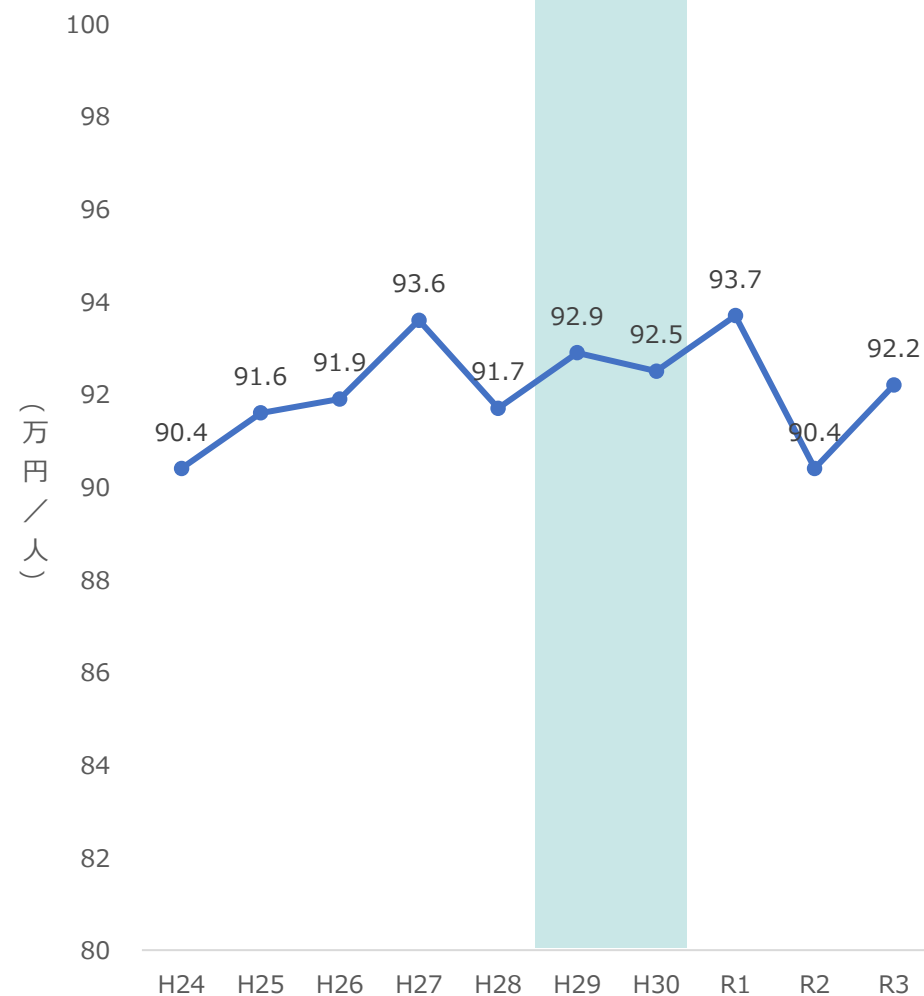
（注） いずれも患者数に占める割合。一般（窓口2割負担）については、年間を通じて2割負担であって窓口負担引き上げに伴う外来の配慮措置がない場合として推計。

後期高齢者医療制度における受診率、一人当たり診療費の推移

受診率



一人当たり診療費



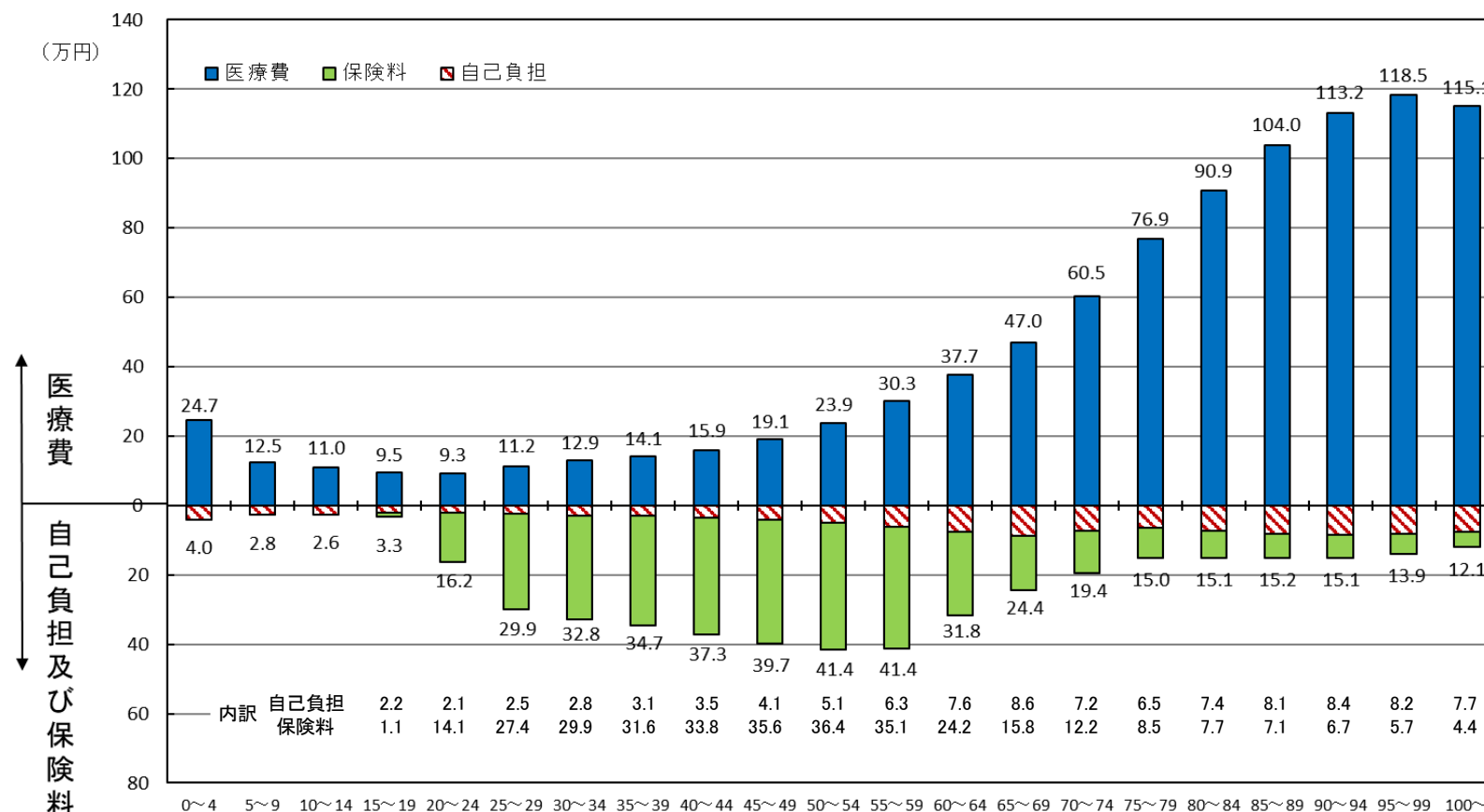
(出典) 厚生労働省保険局「医療保険に関する基礎資料」

※受診率は、件数を加入者数で除したものであり、件数は医科入院、医科入院外、歯科についての合計である。

※一人当たり診療費は、医科入院、医科入院外、歯科、調剤、入院時食事・生活療養費についての診療費の合計額（保険給付費、患者負担額及び公費負担額を含む）であり、療養費は含まない。

年齢による医療費と負担額の違い（令和3年度）

一般的に、年齢が高いほど平均的な医療費は高くなります。一方で、保険料の負担額は現役世代の間が比較的高くなります。



- (注) 1. 1人当たりの医療費と自己負担は、それぞれ加入者の年齢階級別医療費及び自己負担をその年齢階級の加入者数で割ったものである。
 2. 自己負担は、医療保険制度における自己負担である。
 3. 1人当たり保険料は、被保険者(市町村国保は世帯主)の年齢階級別の保険料(事業主負担分を含む)を、その年齢階級別の加入者数で割ったものである。
 また、年齢階級別の保険料は健康保険被保険者実態調査、国民健康保険実態調査、後期高齢者医療制度被保険者実態調査等を基に推計した。
 4. 端数処理の関係で、数字が合わないことがある。

参考資料

医療費の伸び率の要因分解

	H22年度 (2010)	H23年度 (2011)	H24年度 (2012)	H25年度 (2013)	H26年度 (2014)	H27年度 (2015)	H28年度 (2016)	H29年度 (2017)	H30年度 (2018)	R元年度 (2019)	R 2 年度 (2020)	R 3 年度 (2021)	R 4 年度 (2022)
医療費の伸び率 ①	3.9%	3.1%	1.6%	2.2%	1.9%	3.8%	-0.5%	2.2%	0.8%	2.3%	-3.2%	4.8%	4.0% (注1)
人口増の影響 ②	0.0%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.1%	-0.1%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.3%	-0.5%	-0.4%
高齢化の影響 ③	1.6%	1.2%	1.4%	1.3%	1.2%	1.0%	1.0%	1.2%	1.1%	1.0%	1.0%	1.1%	0.9% (注2)
診療報酬改定等 ④	0.19%		0.004%		0.1% (1.26%消費税対応 1.36%注3)		-1.33% (注4)		-1.19% (注5)	-0.07% (注6)	-0.46% (注7)	-0.9% (注8)	-0.94%
その他 (①-②-③-④) ・医療の高度化 ・患者負担の見直し等	2.1%	2.1%	0.4%	1.1%	0.7%	2.9%	-0.1%	1.2%	1.1%	1.6%	-3.5%	5.1%	4.5%
制度改正					H26.4 70-74歳 2割負担 (注9)								

注1：医療費の伸び率は、令和3年度までは国民医療費の伸び率、令和4年度は概算医療費（審査支払機関で審査した医療費）の伸び率（上表の斜体字、速報値）であり、医療保険と公費負担医療の合計である。

注2：令和4年度の高齢化の影響は、令和3年度の年齢別1人当たり医療費と令和3年度、4年度の年齢別人口からの推計値である。

注3：平成26年度の「消費税対応」とは、消費税率引上げに伴う医療機関等の課税仕入れにかかるコスト増への対応分を指す。平成26年度における診療報酬改定の改定率は、合計0.10%であった。

注4：平成28年度の改定分-1.33%のうち市場拡大再算定の特例分等は-0.29%、実勢価等改定分で計算すると-1.03%。

なお、「市場拡大再算定の特例分等」とは年間販売額が極めて大きい品目に対する市場拡大再算定の特例の実施等を指す。

注5：平成30年度の改定分-1.19%のうち薬価制度改革分は-0.29%、実勢価等改定分で計算すると-0.9%。

注6：令和元年10月消費税引上げに伴う診療報酬改定（診療報酬+0.41%、薬価改定-0.48%）のうち影響を受ける期間を考慮した値。

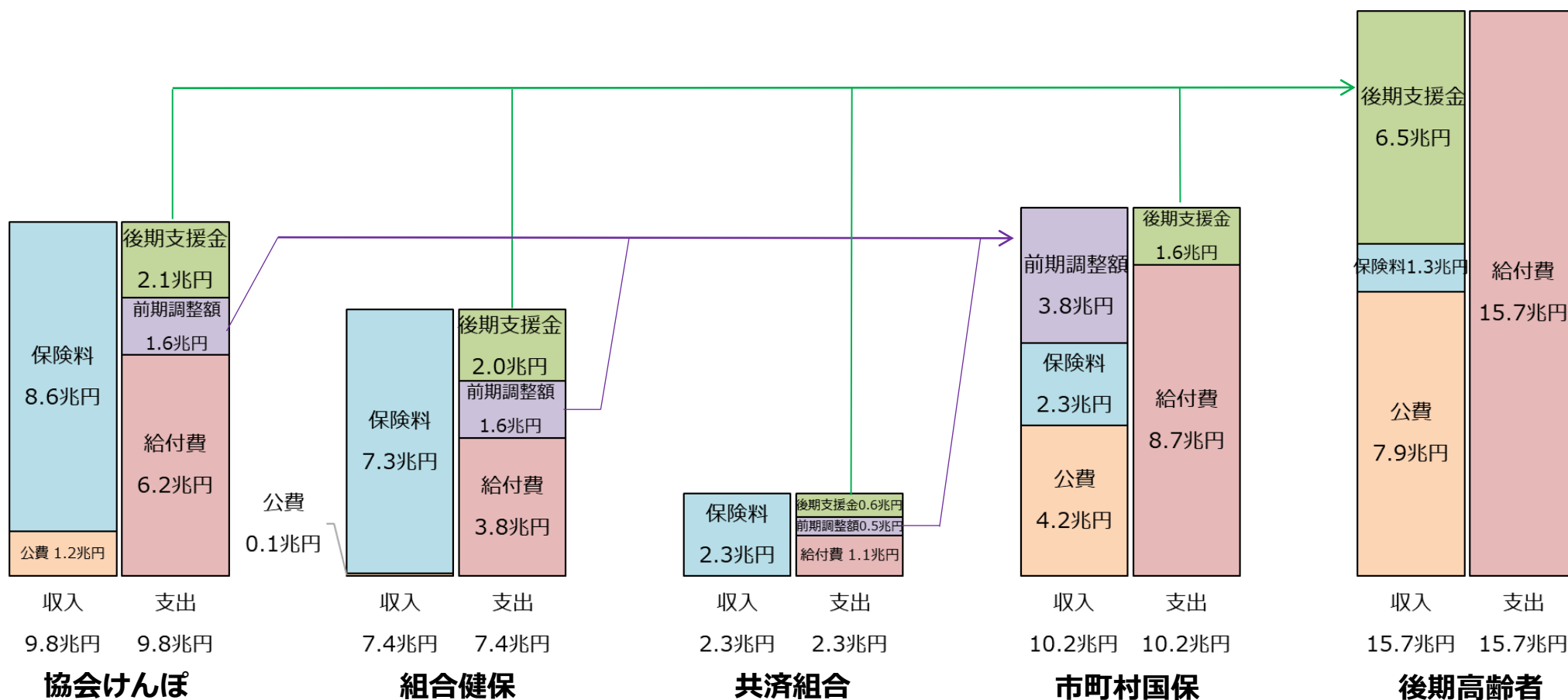
注7：令和元年10月消費税引上げに伴う診療報酬改定に係る平年度効果分を含む。

注8：令和3年度の国民医療費を用いて、薬価改定の影響を医療費に対する率へ換算した値。

注9：70-74歳の者の一部負担金割合の予算凍結措置解除（1割→2割）。平成26年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。

制度別の財政の概要（令和3年度）

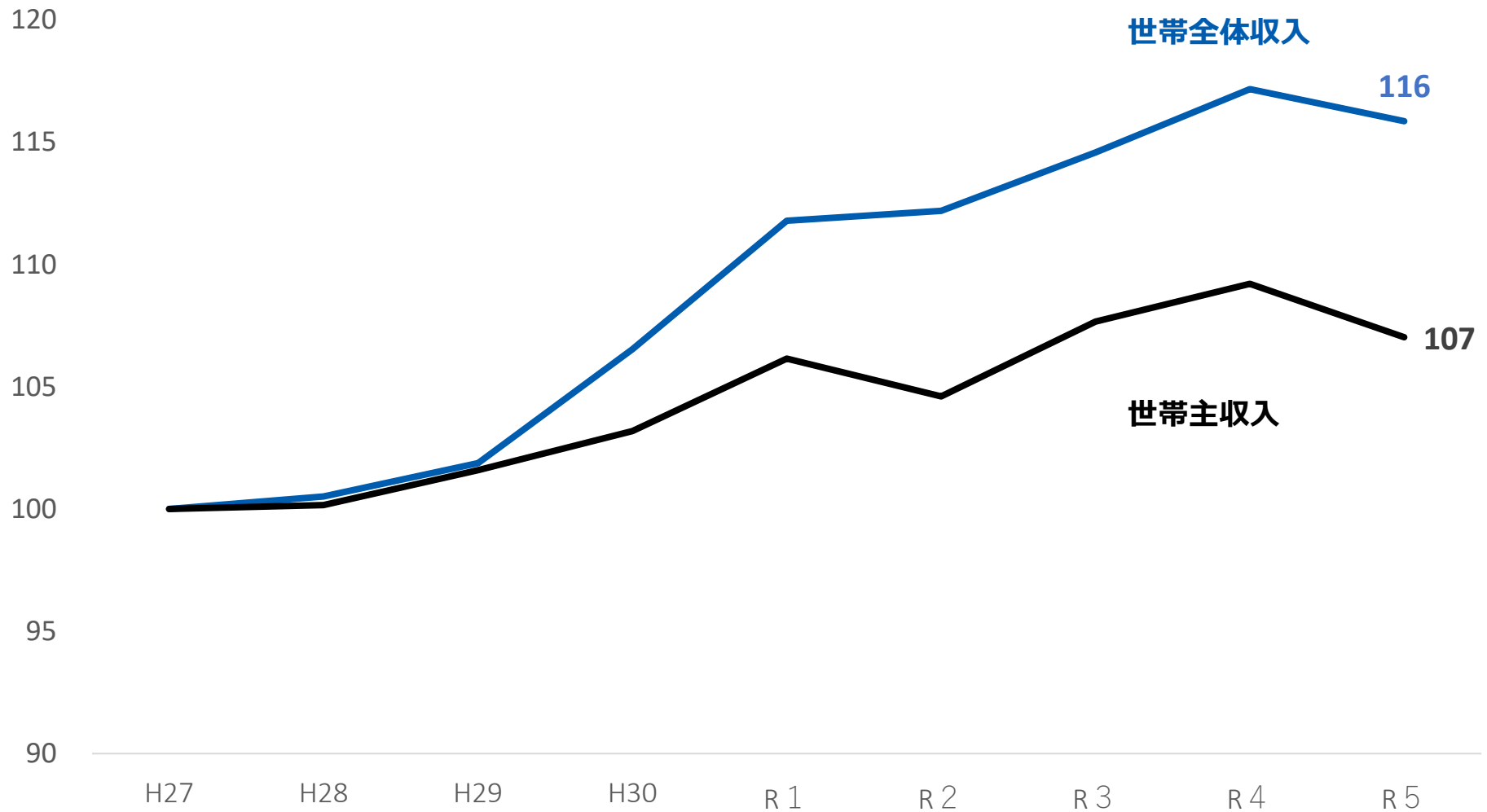
医療保険制度間では、年齢構成による医療費の違いなどによる財政の負担を調整するために、負担を調整する仕組みとなっています（前期調整額）。また後期高齢者に係る給付費の一部は他の制度も支援金という形で負担しています（後期支援金）。



注1 前期調整額及び後期支援金の拠出側の合計と交付側の金額が一致しないのは、表示されていない他制度（国保組合など）があるため。

注2 「前期調整額」には、退職拠出金も含む。また、市町村国保の後期高齢者支援金に係る前期調整額は、「収入」の「前期調整額」に含めており、「支出」の「後期支援金」には調整前の金額を記載している。

世帯全体収入及び世帯主収入の推移【家計調査】



出典：総務省「家計調査」
※平成27年の値を100として計算。

全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）

- ◆ 能力に応じて全世代が支えあう「全世代型社会保障」の構築に向け、将来世代も含めた全世代の安心を保障し、社会保障制度の持続可能性を高めるため、「時間軸」に沿って、今後取り組むべき課題をより具体化・深化させた「改革工程」を取りまとめ。
- ◆ 3つの「時間軸」で実施（①来年度（2024年度）に実施する取組、②加速化プランの実施が完了する2028年度までに実施について検討する取組、③2040年頃を見据えた、中長期的な課題に対して必要となる取組）
- ◆ 上記②の取組は、2028年度までの各年度の予算編成過程において、実施すべき施策を検討・決定

主な改革項目と工程

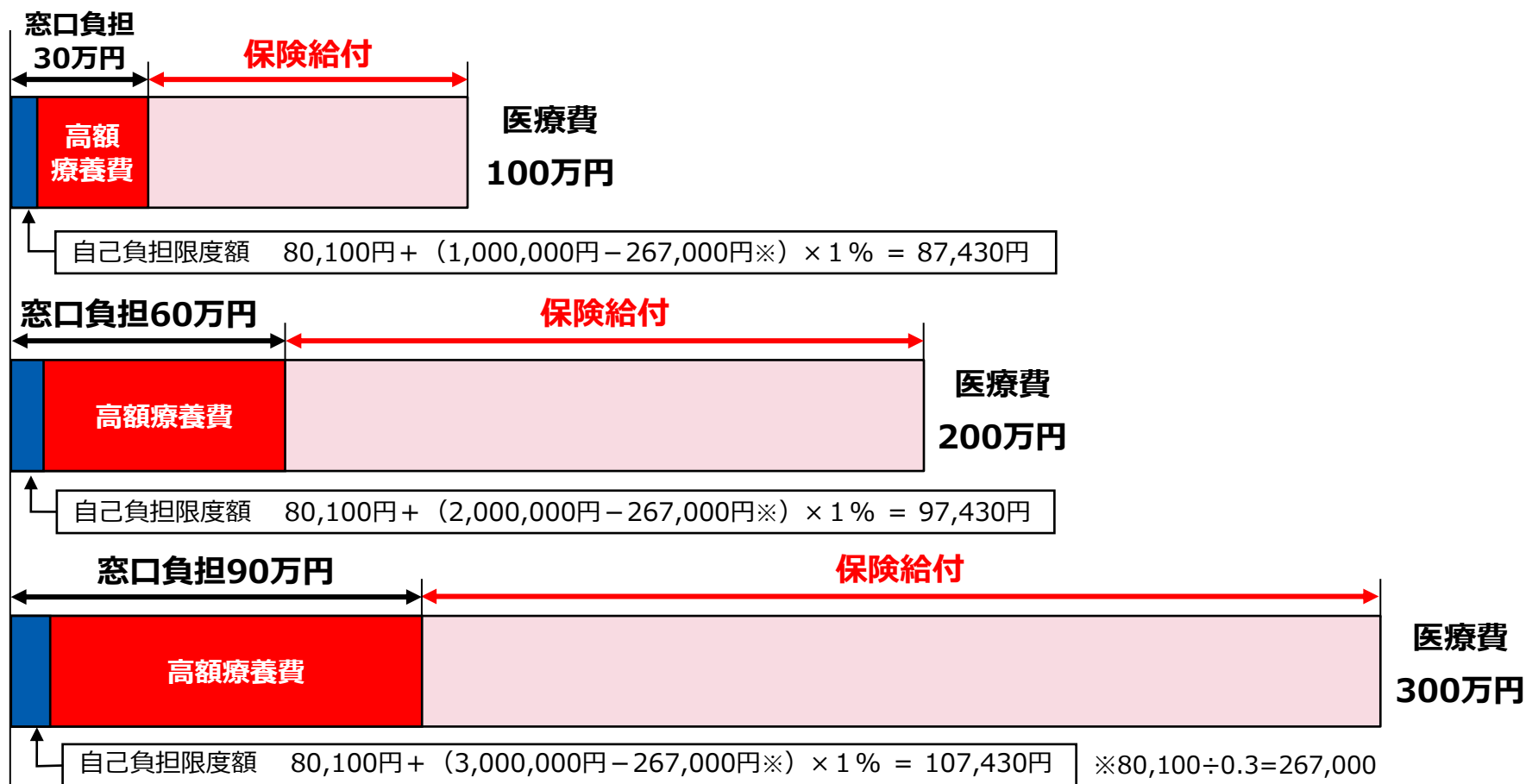
※ 2040年頃を見据えた中長期的取組については、省略。

	2024年度に実施する取組	2028年度までに検討する取組
働き方に中立的な社会保障制度等の構築	（労働市場や雇用の在り方の見直し） ・「同一労働同一賃金ガイドライン」等の必要な見直しの検討 ・「多様な正社員」の拡充に向けた取組 等	（勤労者皆保険の実現に向けた取組） ・短時間労働者への被用者保険の適用に関する企業規模要件の撤廃等 ・フリーランス等の社会保険の適用の在り方の整理 ・年収の壁に対する取組 等
医療・介護制度等の改革	・前期財政調整における報酬調整の導入 ・後期高齢者負担率の見直し ※上記2項目は法改正実施済み ・介護保険制度改革（第1号保険料負担の在り方） ・介護の生産性・質の向上（ロボット・ICT活用、経営の協働化・大規模化、人員配置基準の柔軟化等） ・イノベーションの適切な評価などの更なる薬価上の措置を推進するための長期収載品の保険給付の在り方の見直し ・診療報酬改定、介護報酬改定、障害福祉サービス等報酬改定の実施 ・入院時の食費の基準の見直し等 ・生活保護制度の医療扶助の適正化	（生産性の向上、効率的なサービス提供、質の向上） ・医療DXによる効率化・質の向上 ・生成AI等を用いた医療データの利活用の促進 ・医療機関、介護施設等の経営情報の更なる見える化 ・医療提供体制改革の推進（地域医療構想、かかりつけ医機能が発揮される制度整備） ・介護の生産性・質の向上 ・イノベーションの推進、安定供給の確保と薬剤保険給付の在り方の見直し ・国保の普通調整交付金の医療費勘案等 ・国保の都道府県保険料率水準統一の更なる推進 ・介護保険制度改革（ケアマネジメントに関する給付の在り方、軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方） ・サービス付き高齢者向け住宅等における介護サービス提供の適正化 ・福祉用具貸与のサービスの向上 ・生活保護の医療扶助の適正化等 ・障害福祉サービスの地域差の是正（能力に応じた全世代の支え合い） ・介護保険制度改革（利用者負担（2割負担）の範囲、多床室の室料負担） ・医療・介護保険における金融所得の勘案や金融資産等の取扱い ・医療・介護の3割負担（「現役並み所得」）の適切な判断基準設定等 ・障害福祉サービスの公平で効率的な制度の実現（高齢者の活躍促進や健康寿命の延伸等） ・高齢者の活躍促進 ・疾病予防等の取組の推進や健康づくり等 ・経済情勢に対応した患者負担等の見直し（高額療養費自己負担限度額の見直し/入院時の食費の基準の見直し） 等
「地域共生社会」の実現	・重層的支援体制整備事業の更なる促進 ・社会保障教育の一層の推進 ・住まい支援強化に向けた制度改革 等	・孤独・孤立対策の推進 ・身寄りのない高齢者等への支援 等

高額療養費制度の概要

- 高額療養費制度は、家計に対する医療費の自己負担が過重なものにならないよう、医療機関の窓口において医療費の自己負担を支払っていただいた後、月ごとの自己負担限度額を超える部分について、事後的に保険者から償還払い（※）される制度。
（※1）入院の場合、医療機関の窓口での支払いを自己負担限度額までにとどめる現物給付化の仕組みを導入
（※2）外来でも、平成24年4月から、同一医療機関で自己負担限度額を超える場合に現物給付化を導入
- 自己負担限度額は、被保険者の所得に応じて設定される。

（例）70歳未満・年収約370万円～約770万円の場合（3割負担）



患者負担割合及び高額療養費自己負担限度額（現行）

70歳未満		負担割合	月単位の上限額（円）	
	年収約1,160万円～ 健保：標報83万円以上／国保：旧ただし書き所得901万円超	3割（※1）	$252,600 + (\text{医療費} - 842,000) \times 1\%$ <多数回該当：140,100>	
	年収約770～約1,160万円 健保：標報53万～79万円／国保：旧ただし書き所得600万～901万円		$167,400 + (\text{医療費} - 558,000) \times 1\%$ <多数回該当：93,000>	
	年収約370～約770万円 健保：標報28万～50万円／国保：旧ただし書き所得210万～600万円		$80,100 + (\text{医療費} - 267,000) \times 1\%$ <多数回該当：44,400>	
	～年収約370万円 健保：標報26万円以下／国保：旧ただし書き所得210万円以下		57,600 <多数回該当：44,400>	
	住民税非課税		35,400 <多数回該当：24,600>	
70歳以上			外来（個人ごと）	上限額（世帯ごと）
	年収約1,160万円～ 健保：標報83万円以上／国保・後期：課税所得690万円以上	3割	$252,600 + (\text{医療費} - 842,000) \times 1\%$ <多数回該当：140,100>	
	年収約770～約1,160万円 健保：標報53万～79万円／国保・後期：課税所得380万円以上		$167,400 + (\text{医療費} - 558,000) \times 1\%$ <多数回該当：93,000>	
	年収約370～約770万円 健保：標報28万～50万円／国保・後期：課税所得145万円以上		$80,100 + (\text{医療費} - 267,000) \times 1\%$ <多数回該当：44,400>	
	～年収約370万円 健保：標報26万円以下(※2)／国保・後期：課税所得145万円未満(※2)(※3)	70-74歳 2割	18,000 (※5) [年14.4万円 (※6)]	57,600 <多数回該当：44,400>
	住民税非課税	75歳以上 1割 (※4)	8,000	24,600
	住民税非課税 (所得が一定以下)			15,000

※1 義務教育就学前の者については2割。

※2 収入の合計額が520万円未満(1人世帯の場合は383万円未満)の場合も含む。

※3 旧ただし書き所得の合計額が210万円以下の場合も含む。

※4 課税所得が28万円以上かつ年金収入＋その他の合計所得金額が200万円以上(複数世帯の場合は320万円以上)の者については2割。

※5 75歳以上の2割負担対象者について、施行後3年間、1月分の負担増加額は3000円以内となる。

※6 1年間のうち一般区分又は住民税非課税区分であった月の外来の自己負担額の合計額について、14.4万円の上限を設ける。

高額療養費の在り方について（案）

○ 高額療養費については、

- ・ 昨年末に閣議決定された「**改革工程**」に「**高額療養費の自己負担限度額の見直し**」が盛り込まれており、
- ・ また、11月15日に開催された「**全世代型社会保障構築会議**」においても、**複数の委員から、年齢ではなく負担能力に応じた負担という全世代型社会保障の理念や、保険料負担の軽減等といった観点から、見直しを早急に求める意見があった**

ことを踏まえ、以下の視点を勘案しつつ、必要な見直しを検討していくべきではないか。

【社会経済情勢の変化】

- ・ 高齢化の進展、医療の高度化等により高額療養費の総額が年々増加（総医療費の6～7%相当）する中で、近年、高額療養費の自己負担限度額の上限は実質的に維持されてきた。このような要因もあり、医療保険制度における実効給付率は上昇。
- ・ 他方で、前回実質的な見直しを行った約10年前（平成27年）と比較すると、賃上げの実現等を通じた世帯主収入や世帯収入の増加など、経済環境も大きく変化している。また、足下では、生活必需品をはじめとした継続的な物価上昇が続く中で、現役世代を中心に保険料負担の軽減を求める声も多くある。

【検討の方向性（案）】

- ・ このように、物価・賃金の上昇など経済環境が変化する中でも、高額療養費の自己負担限度額の上限が実質的に維持されてきたこと等を踏まえ、セーフティネットとしての高額療養費の役割を維持しつつ、**健康な方を含めた全ての世代の被保険者の保険料負担の軽減を図る**観点から、①**高額療養費の自己負担限度額の見直し（一定程度の引き上げ）**、②**所得区分に応じたきめ細かい制度設計とする観点からの所得区分の細分化**などが考えられないか。
- ・ その際、能力に応じて全世代が支え合う全世代型社会保障を構築する観点から**負担能力に応じた負担**を求める仕組みとすべきではないか。
- ・ 施行時期については、国民への周知、保険者・自治体の準備期間（システム改修等）などを考慮しつつ、被保険者の保険料負担の軽減というメリットをできる限り早期に享受できるようにする観点から検討すべきではないか。

全世代型社会保障構築会議（2024年11月15日開催）における主なご意見①

- 負担軽減という話になると、高額療養費についても、当然としてメスを入れるべきだと考えます。大事な仕組みではあるものの、負担の観点から見ると、高額療養費の適用を受ける方が増えるにつれて、自己負担率が医療保険財政全体で下がってきていて、自己負担率が下がってくることと連動して保険料負担も増やさざるを得ないので、そういう意味では高額療養費もきちんと見直しを進めていただくということが給付の効率化と合わせて必要になってくると考えます。
- 高額療養費制度は何かあった場合のセーフティネットとして極めて大切な制度であると思います。ただ、確率的に発生する高い自己負担の支払いに対する補助という制度の趣旨を考えますと、ここ10年のように高額な薬剤が次々と収載され、自己負担の分布が右にシフトすることが起こっているので、そういう状況のもとでは、自己負担の上限というのはある程度引き上がるのは妥当であり、かつ自然であると考えております。
加えて、制度としても、高額療養費については、年齢ごとに区分されていたところが多かったが、近年の制度改正で段々と年齢による区分から一本化に近づいてきているところなので、そうした方向での見直しを期待したい。
高齢者の場合には特に、新しく収載された年間300万円の認知症治療薬も自己負担が月8000円以内のケースがあるので、多くの方が公的保険の役割というのをどう考えているのか、なかなかわからないところもあるものの、公的保険の役割をある程度超えた補助ではないかという懸念があるので、年齢によって負担が変わる制度の見直しは必要だと考えました。
やはり保険の収載と高額療養費の在り方は、ある種の牽制関係が働く必要があると思うので、そうした制度の片面だけを見るのではなく、複眼で見ていただくように運営制度の設計というのを心掛けていただきたい。
そうした望ましい制度を作る中で、結果として現役世代の負担の軽減につながるのであれば良いことと考えます。

全世代型社会保障構築会議（2024年11月15日開催）における主なご意見②

- 改革工程に記載のある給付と負担に関する各種項目はいずれも重要な課題です。例えば制度のメンテナンスが長い間実施されていないことで、サービス利用者の実効負担率の低下などを招いている高額療養費制度の在り方などについて、ぜひともスピード感を持って改革に取り組んでいただきたいと思います。
- 高額療養費について言えば、応能負担の観点から、物価・賃金の上昇という経済環境の変化と整合性を踏まえながら、一定の所得に応じた階段はつけて良いと思うとともに、自己負担限度額の上限の引き上げは必須だと思っています。
上限額が今の形になった2015年、9年前、ということですが、その後デフレ脱却の取組で継続的な賃上げ、特に最近の大幅なベースアップ、それから株価上昇を通じた資産効果の実現、それから、私ももう年金受給世代ですけれども、年金額も額面でプラスと一定の大きな変化があり、この10年間で世代を問わず世帯全体の所得は着実に上昇しておりますので、この経済環境の変化を踏まえて制度の見直しを早急に行わなければいけない、と考えています。是非、この自己負担限度額の引き上げを頑張って実現していただきたい、と期待しているところです。
- 全世代型社会保障制度を構築するに当たって求められることは、国民の今の暮らし方の実態に合わせたものとなるよう、時代の変化に対応して制度を不断に見直すことではないかと思います。その上で、将来にわたって維持可能なセーフティネットたる社会保障はどういうものであるか、そのために国民が負担するべきものはこういったものになるかについて考える必要がある、と思っています。
こうした点を踏まえ、厚生労働省におかれては、昨年末に決定した改革工程に沿って、できるものから着実に制度改革を進めていただければと考えております。また、その際には、社会経済環境が著しく変化していく中で、これに対応して必要な制度改革を迅速に進めていく必要もございます。特に本日、複数の委員から言及がございました高額療養費の見直しにつきましては、持続可能な医療保険制度の構築に向けて、負担能力に応じた負担を求めるという観点から、速やかに検討に着手していただければと考えております。

高額療養費の所得区分別の加入者数（令和３年度）

[70歳未満]

	医療保険計	協会けんぽ	組合健保	市町村国保
年収約1,160万円～ 健保：標報83万円以上／国保：旧ただし書き所得901万円超	約 370 万人 (3.8%)	約 120 万人 (3.1%)	約 150 万人 (5.3%)	約 40 万人 (2.1%)
年収約770～約1,160万円 健保：標報53万～79万円／国保：旧ただし書き所得600万～901万円	約 1,090 万人 (11.2%)	約 240 万人 (6.1%)	約 600 万人 (21.4%)	約 40 万人 (2.1%)
年収約370～約770万円 健保：標報28万～50万円／国保：旧ただし書き所得210万～600万円	約 4,120 万人 (42.3%)	約 1,790 万人 (45.9%)	約 1,450 万人 (51.5%)	約 310 万人 (16.3%)
～年収約370万円 健保：標報26万円以下／国保：旧ただし書き所得210万円以下	約 3,440 万人 (35.4%)	約 1,710 万人 (43.9%)	約 610 万人 (21.8%)	約 820 万人 (43.4%)
住民税非課税	約 720 万人 (7.4%)	約 30 万人 (0.9%)	約 1 万人 (0.0%)	約 680 万人 (36.1%)
計	約 9,730 万人 (100.0%)	約 3,900 万人 (100.0%)	約 2,820 万人 (100.0%)	約 1,880 万人 (100.0%)

[70歳以上]

	70～74歳計	協会けんぽ	組合健保	市町村国保	後期高齢者
年収約1,160万円～ 健保：標報83万円以上／国保・後期：課税所得690万円以上	約 10 万人 (1.2%)	約 4 万人 (3.1%)	約 1 万人 (3.3%)	約 4 万人 (0.6%)	約 20 万人 (1.3%)
年収約770～約1,160万円 健保：標報53万～79万円／国保・後期：課税所得380万円以上	約 10 万人 (0.9%)	約 3 万人 (2.2%)	約 0 万人 (1.3%)	約 4 万人 (0.6%)	約 20 万人 (1.1%)
年収約370～約770万円 健保：標報28万～50万円／国保・後期：課税所得145万円以上	約 80 万人 (8.5%)	約 20 万人 (14.9%)	約 10 万人 (26.8%)	約 40 万人 (5.8%)	約 80 万人 (4.4%)
～年収約370万円 健保：標報26万円以下(※2)／国保・後期：課税所得145万円未満(※2)(※3)	約 540 万人 (59.9%)	約 100 万人 (74.5%)	約 20 万人 (68.3%)	約 400 万人 (56.6%)	約 940 万人 (51.6%)
住民税非課税 (注3)	約 190 万人 (21.4%)	約 2 万人 (1.8%)	約 0 万人 (0.2%)	約 190 万人 (26.8%)	約 450 万人 (24.9%)
住民税非課税（所得がない者） (注4)	約 70 万人 (8.1%)	約 5 万人 (3.5%)	約 0 万人 (0.1%)	約 70 万人 (9.5%)	約 300 万人 (16.6%)
計	約 900 万人 (100.0%)	約 130 万人 (100.0%)	約 40 万人 (100.0%)	約 710 万人 (100.0%)	約 1,820 万人 (100.0%)

※1 義務教育就学前の者については2割。 ※2 収入の合計額が520万円未満（1人世帯の場合は383万円未満）の場合も含む。
※3 旧ただし書き所得の合計額が210万円以下の場合も含む。 ※4 課税所得が28万円以上かつ年金収入＋その他の合計所得金額が200万円以上（複数世帯の場合は320万円以上）の者については2割。
※5 協会けんぽの欄には日雇特例を含む。
※6 協会けんぽ及び組合健保は、「健康保険・船員保険被保険者実態調査」により推計したもの。なお、標準報酬月額7.8万円以下（総報酬約100万円以下）の加入者を低所得区分（うち70歳以上にについては標準報酬月額5.8万円以下の加入者を低所得Ⅰ）と仮定して推計。
※7 市町村国保は、「国民健康保険実態調査報告」における所得不詳の人数を除いた所得区分の割合等から推計したもの。
※8 後期高齢者は、「後期高齢者事業月報」による。 ※9 日雇特例及び国保組合は、協会けんぽの所得区分別加入者割合より推計。共済組合は、組合健保の所得区分別加入者割合より推計。