

(令和8年3月26日時点)

社会保障審議会医療部会委員名簿

氏名	所属
石飛 厚志	全国市長会（島根県雲南市長）
伊藤 伸一	日本医療法人協会会長
井上 隆	日本経済団体連合会専務理事
内堀 典保	日本歯科医師会副会長
※ 内堀 雅雄	全国知事会（福島県知事）
◎ ※ 遠藤 久夫	学習院大学長
岡 俊明	日本病院会副会長
荻野 構一	日本薬剤師会副会長
小野 太一	政策研究大学院大学教授
※ 角田 徹	日本医師会副会長
勝又 浜子	日本看護協会副会長
神野 正博	全日本病院協会会長
木戸 道子	日本赤十字社医療センター 副院長・第一産婦人科部長
鈴木 美穂	認定NPO法人マギーズ東京共同代表理事
永井 幸子	日本労働組合総連合会総合政策推進局長
長島 公之	日本医師会常任理事
野村 さちい	つながるひろがる子どもの救急代表
※ 松田 晋哉	福岡国際医療福祉大学看護学部教授
※ 松原 由美	早稲田大学人間科学学術院教授
望月 泉	全国自治体病院協議会会長
望月 幹也	全国町村会理事（山梨県身延町長）
山崎 學	日本精神科病院協会会長
○ ※ 山本 修一	地域医療機能推進機構理事長
米川 孝	健康保険組合連合会副会長

◎：部会長

○：部会長代理

※：社会保障審議会委員

〔 令和 8 年 3 月 26 日（木）
15 時 00 分～17 時 00 分
航 空 会 館 大 会 議 室 〕

第 126 回

社会保障審議会医療部会

議 事 次 第

1. 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会とりまとめについて
2. 精神疾患に係る第 8 次医療計画の見直しについて（報告）
3. 医療法人の経営情報の第三者提供制度の施行に伴う専門委員会の設置について
4. 健康保険法等の一部を改正する法律案の閣議決定について（報告）

<配布資料>

資料 1 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会とりまとめについて

資料 2 精神疾患に係る第 8 次医療計画の見直しについて（報告）

資料 3 医療法人の経営情報の第三者提供制度の施行に伴う専門委員会の設置について

資料 4 健康保険法等の一部を改正する法律案の閣議決定について（報告）

参考資料 1－1 新たな地域医療構想に関するとりまとめ

参考資料 1－2 医師確保計画の見直し等に向けたとりまとめ

参考資料 1－3 医師確保計画の見直し等に関する参考資料

新たな地域医療構想に関するとりまとめ

令和8年3月19日

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会

1. はじめに
2. 新たな地域医療構想について
 - (1) 地域における人口構造の変化を踏まえた取組
 - (2) 構想区域
 - (3) 地域医療構想調整会議
 - (4) 関係者に期待される役割等
 - ① 都道府県
 - ② 国
 - ③ 市町村
 - ④ 大学病院本院
 - ⑤ 医療関係者
 - ⑥ 公立・公的病院等
 - ⑦ 医療保険者
 - ⑧ 介護関係者
 - ⑨ 地域医療構想アドバイザー
 - (5) 策定・推進のためのデータ
3. 医療機関機能の確保について
 - (1) 基本的な考え方
 - (2) 高齢者救急・地域急性期機能
 - ① 高齢者救急について
 - ② 医療機関機能について
 - (3) 急性期拠点機能
 - (4) 在宅医療等連携機能
 - (5) 専門等機能
 - (6) 医療機関の連携・再編・集約化について
 - (7) 医育及び広域診療機能
4. 医療需要の推計と病床機能報告について
5. 人口規模に応じた地域ごとの課題について
6. 策定について
 - (1) 策定のプロセス
 - ① 策定のプロセスについて

- ②スケジュールの共有・現状の把握
- ③課題・目的の設定
- ④対応案の検討、地域医療構想の策定
- ⑤取組の推進

- (2) 構想区域
- (3) 入院医療
- (4) 外来医療
- (5) 在宅医療
- (6) 介護との連携
- (7) 人材確保

- 7. 地域医療構想と医療計画の関係
- 8. 精神保健医療福祉との関係について

1. はじめに

(新たな地域医療構想について)

- これまで、いわゆる団塊の世代が全て 75 歳以上となる 2025 年を目途に、病床の機能の分化及び連携に向けて、医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議により進められることを前提として、地域医療構想の取組が進められてきた。
- 今後、2040 年頃にかけて、医療と介護の複合ニーズを抱える高齢者や認知症高齢者の増加と生産年齢人口の減少が一層見込まれ、医療従事者の確保がますます困難となることや、急性期医療の需要の減少、高齢者救急・在宅医療のニーズの増加が進むことが想定される。
- こうした地域医療を取り巻く様々な変化に対応し、全ての地域・全ての世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院して、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できるよう、新たな地域医療構想における取組を通じて、医療機関の連携・再編・集約化等を進め、2040 年を見据えた効率的かつ効果的な医療提供体制を構築していく必要がある。
- 具体的には、地域包括ケアシステムの構築にも資するよう、2040 年に向けた新たな地域医療構想においては、増加する高齢者救急や在宅医療への対応、人口減少する地域でも安心して医療にアクセスできる体制の確保、必要病床数や医療機関機能に着目した連携・再編・集約化、医歯薬連携等の推進、医療と介護の連携による認知症患者も含めた早期退院に向けた取組等を進めていくことが重要である。
- また、今後、人口が少ない地域においては、医療需要が減る中で、医療従事者の確保が困難となる一方、都市部においては、医療需要における高齢者の占める割合が高まり、急性期を担う医療機関が多く過当競争となるなど、一層、地域ごとに課題が異なっていく。このため、地域ごとの医療資源に応じた提供体制を確保し、都道府県内や、必要に応じて都道府県外との連携体制を確保し、補完していく必要がある。

(新たな地域医療構想策定ガイドラインについて)

- 新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめ(2024 年 12 月 18 日)において、新たな地域医療構想においては「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築すべきといった方向性がとりまとめられ、その後当該方向性に沿った必要な制度改正が進められているところ。
- 今後、都道府県が具体的に地域医療構想を策定・推進するにあたり必要と

なる地域医療構想策定ガイドライン(以下「ガイドライン」という。)の策定に向けて、2025年7月から地域医療構想及び医療計画等に関する検討会において検討を進めてきたところであり、本検討会におけるこれまでの議論を踏まえ、次のとおりとりまとめを行う。

- ガイドラインは、都道府県が2040年やその先を見据えて地域の医療提供体制を確保するため、地域の実情に応じた地域医療構想を策定し、医療計画の方向性を示すほか、その策定や継続的なPDCAを含めた今後の取組の指針となるものであり、これまでの病床の機能分化・連携だけではなく、医療提供体制全体の課題解決を図るものとして地域医療構想を位置付けるものである。
- 国においては、本とりまとめのほか、医療法等の一部を改正する法律(令和7年法律第87号。以下「改正医療法」という。)に係る事項やこれまでの地域医療構想の取組において示してきた事項を踏まえ、速やかにガイドラインを策定すべきである。

2. 新たな地域医療構想について

(1) 地域における人口構造の変化を踏まえた取組

- 2040年に向けて、日本全体としては、医療と介護の複合ニーズを抱える85歳以上の高齢者が増加する中、高齢者の救急や在宅医療の需要の増加、生産年齢人口の減少が見込まれている。このほか、例えば以下のとおり、地域の人口規模に応じた課題がある。
- 大都市型の地域では、高齢者人口の大幅な増加と生産年齢人口の緩やかな減少があり、増加する高齢者救急への対応等が課題となる。相対的に医療資源が多く存在し、医療の担い手の不足は限定的である。
- 地方都市型の地域では、高齢者人口は増加し、生産年齢人口は減少する。増加する高齢者に対する医療提供の確保と同時に、医療の担い手の確保も課題となる。
- 人口の少ない地域では、高齢者人口と生産年齢人口がともに急激に減少し、将来にわたって地域の医療提供体制を維持するため、効率的で持続可能な提供体制の確保を速やかに確保していくことが課題となる。
- また、現在の人口規模が同じような地域であっても、人口変化の度合いや医療資源のあり方は多様であり、地域特有の課題がある。そうした課題も踏まえて、地域ごとにデータを踏まえながら個別に課題を整理していく必要がある。

(2) 構想区域

- これまで、二次医療圏の中で、一定の医療が完結することを目的に構想区域を設定してきており、このため、医療計画において、人口20万人未満の二次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられる場合は、その設定を見直すこととされてきた。また、構想区域は原則として二次医療圏に一致させて運用をしてきている。
- 現在、二次医療圏の半数近くが20万人以下となっており、人口減少が進む中、こうした地域において入院医療等の完結を引き続き目指していくことは困難である。現在の患者動向を前提として、その人口動態、医療資源、医療へのアクセス等を踏まえながら、将来にわたって医療機関機能を確保し、必要病床数等の制度運用や、地域の医療関係者が実効的な協議をするために適当な単位として、必要に応じて、現在の構想区域の広域化等を検討する必要がある。
- また、在宅医療や外来医療等について、地域医療構想調整会議は都道府県が主体となって開催するものであり、会議の開催や開催に当たっての関係者との調整などの事務的な負担がある中、さらに、現場レベルの連携までを含め、全てを都道府県が把握し、介入することは不可能である。これまでも在宅医療・介護連携推進事業等においては市町村等が主体となって、地域の医療・介護の関係団体等が集い、情報共有や協議を行う場等を地域の実情に応じて開催してきており、こうした会議体と地域医療構想調整会議が連携し、それらの取組状況を把握しながら、県内でも圏域ごとの取組状況を踏まえ、メリハリをつけて必要な介入を行い、協議をするなどの工夫をすることが必要である。

(3) 地域医療構想調整会議

- 新たな地域医療構想については、入院医療だけでなく様々な議論が必要となることを踏まえ、複数の議題を同時に協議することや、既存の協議の場を活用するなど、効率的かつ効果的に協議を進めることができるよう、都道府県の体制等に応じて柔軟な会議運営ができるようにすることが必要である。
- 都道府県単位と、構想区域単位の地域医療構想調整会議を設定することが考えられる。また、介護との連携や在宅医療等について、サービス提供者が具体的な連携等を検討する場合は、構想区域よりも狭い単位で検討することが適切な場合が想定される。他方、都道府県が開催する地域医療構想調整会議として、市町村ごとなどの小さい単位で設定することが困難な場合も想定される。このため、将来にわたる慢性期の医療需要や人材確保等の見通しに関する現状把握・課題の整理等は、構想区域単位や都道府県単位で行うこと、また、サービス提供者間の連携等のより実務的な連携を検討する

場として市町村単位ではなく、郡市区医師会単位や構想区域より狭い在宅医療の圏域等の単位で検討することや、議題等に応じた会議体を設置すること、特に課題がある地域について会議体を設置すること等、都道府県の体制等に応じて設定することが必要である。その際、市町村が主体となる会議体等を活用して連携する場合でも、都道府県は地域医療構想の策定主体として、主体的に関わることが求められる。

- 参加者については、議題に応じて都道府県が設定することを可能とするなど、柔軟に協議の場の設定ができるようにすることが重要である。
- 例えば、都道府県単位における全般的な事項（現状の把握、議題の共有、対応案の検討等）については、関係者全体で協議を行う一方、構想区域単位で急性期拠点機能の確保等といった医療機関機能に関する議論や、病床の許可等に関する事項等といった個別の医療機関の経営方針が関係する協議については、当該医療機関、医師会、病院団体等に限って協議を行うこと等が考えられる。
- また、今後、都道府県が地域住民の理解を深めるため、積極的な情報公開や地域医療構想調整会議等への住民の参加を一層進めることが求められる。
- このため、都道府県単位の地域医療構想調整会議に住民の意見を反映させられるような者を参加させることも重要である。加えて、地域医療構想調整会議における現状の把握、課題の設定、取組案の検討や決定の策定に向けた各段階において、都道府県は案を公表すること、また、その際、例えば、都道府県職員や公衆衛生学の教員等による説明会の開催やパブリックコメントの実施等により、住民に対し説明し、住民からの意見を十分把握できるよう努めることが求められる。
- 介護との連携においては、市町村や介護関係者が協議に参加することが想定されるが、地域や議題によって、知見を有している者や関係する者が異なることも想定されることから、各都道府県が地域の実態に応じて、協議が円滑に進むような検討体制を整備することが重要である。

(4)関係者に期待される役割等

① 都道府県

- 地域医療構想の策定や推進の主体として、引き続き地域医療構想調整会議の運営や各医療機関の取組への支援等を行う。
- また、新たな地域医療構想は、これまでと同様、介護保険事業（支援）計画との整合性の確保を図ることとされており、都道府県庁内の介護部門と連携して対応することが求められるとともに、市町村によっては医療提供に関する

部署がない場合等があるため、都道府県は地域医療構想調整会議等に市町村の参加を求めるに当たり、研修の実施など、必要な支援を行うことが求められる。

- また、都道府県庁内の介護関係部署をはじめとして、医療へのアクセスの確保等のため、公共交通等について、当該庁内の関係部署や関連する市町村、都道府県間での連携体制の構築も求められる。
- 特に、人口の少ない地域であって、都道府県境に位置する区域については、隣接する都道府県の区域に患者が多く流出又は流入している場合がある。こうした場合、都道府県間で、地域医療構想調整会議における医療機関機能等に関する議論を両区域で一体的に進め、両都道府県で連携して取組を推進するなど、実質的な取組が進むよう、都道府県間で連携を行うことも考えられる。

② 国

- 地域医療構想の取組主体としての都道府県に対して、必要な助言や支援等を引き続き実施する。都道府県に対し、地域医療構想の策定や推進に係る考え方の提示、都道府県の進捗や運用に対するフォローアップ、地域医療介護総合確保基金等を通じた財政的な支援やデータ分析に関する体制構築支援、都道府県ごとに行われている取組の把握や横展開のほか、定期的に地域医療構想の策定や推進に資するための研修を実施すること等、さらなる支援体制の強化が求められる。
- また、議論のために必要なデータ等のうち、都道府県ごとの把握が困難であり、国から提供する必要があるものについて、国から都道府県に対し、適宜提供することが求められる。

③ 市町村

- 市町村は、病院開設者の立場、介護保険事業の主体としての立場、行政の中で住民に最も近い立場など、様々な観点を踏まえながら、地域医療構想の策定や推進に協力する必要がある。
- 病院開設者としては、人口の少ない地域における自治体立病院は、当該地域での唯一の基幹的な医療機関として地域を支えている医療機関でもある一方で、都市部においては、他の医療機関と機能が競合している医療機関があるなど、地域における役割は様々である。市町村は、自治体立病院の開設者としての観点だけではなく、他の医療機関と同様に、病床数の適正化（ダウンサイズ）や提供する医療内容の見直し等を行い、地域全体に係る提供体制の構築・維持や連携・再編・集約化の取組への協力が求められる。

- 介護保険関連では、介護保険事業の実施主体として、介護保険事業(支援)計画との整合性の確保を図りつつ、都道府県と連携しながら、介護に係る課題について地域医療構想調整会議において共有するとともに、医療側の課題を把握し、医療と介護の連携に向けた取組を推進することが求められる。
 - また、隣接する自治体や構想区域内の他の市町村と連携しながら、医療提供体制の構築や医療と介護の連携を進めることが求められる。
- ④ 大学病院本院(「3. (7) 医育及び広域診療機能」も参照のこと。)
- 大学は医師の卒前・卒後教育をはじめ、診療以外の側面からも医療提供体制の構築において役割を担っている。今後、大学病院本院は、診療のみならず、人的協力や人材育成について、都道府県と密な連携体制のもと、地域医療構想の取組を推進することが求められる。
- ⑤ 医療関係者
- 医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、有床診療所団体、病院、診療所等は医療提供の主体として、引き続き主たる関係者として、地域医療構想の策定や推進に積極的な関与が求められる。関連する議題に応じて、協議に参画することが期待される。
 - 都道府県全体の調整会議には全ての関係者が参画し、県全体の医療提供体制についての協議を行うことや、構想区域ごとの調整会議には、関連する議題に応じて、協議に参画し、取組を推進することが求められる。
- ⑥ 公立・公的病院等
- ③の市町村と同様、県立病院や公的病院等や、その設置主体である都道府県、日本赤十字社、済生会、厚生連、国立病院機構、労働者健康安全機構等においても、地域全体に係る提供体制の構築・維持や連携・再編・集約化の取組への協力の観点を踏まえて取組を進めることが求められる。
- ⑦ 医療保険者
- 健康保険組合や全国健康保険協会等の医療保険者は、都道府県単位での地域医療構想調整会議に参画することや、地域ごとの調整会議への参加者については、都道府県ごとに設置された保険者協議会に照会の上、選定する。また、地域ごとの協議について都道府県が保険者協議会の場等において定期的に報告する場を設定することが求められる。
 - また、都道府県及び市町村についても、後期高齢者医療広域連合や市町村国保の保険者としての観点から、効率的な提供体制の構築に向けて構想の

推進に取り組むことが求められる。

⑧ 介護関係者

- 高齢者救急や在宅医療の需要の増加が更に見込まれる中、地域の医療提供体制の課題を共有し、医療機関との協力体制の構築等を通じた体制整備への協力が求められる。
- 特に介護老人保健施設、介護医療院等では、慢性期の医療ニーズを有する者の受入や高齢者の入院前や退院後を支える役割を担うことが求められる。
- 増加する在宅医療のニーズの見込み等については、在宅医療を担う医療機関の関係者等とともに把握し、将来的な提供体制の確保の議論や、協力医療機関の確保等、医療、介護の相互の地域での資源についての課題を共有し、早期の退院や適切な受診につなげられる体制整備が求められる。

⑨ 地域医療構想アドバイザー

- データの整理や論点の提示を通じ、地域の再編等に係る協議を活性化するものとして、都道府県ごとに地域の医師会関係者や地域の医療提供体制に詳しい学識経験者等が任命されている。こうした地域の医療提供体制に関する有識者に加えて、医療提供体制に関する公衆衛生学の教員等の医療政策に関する有識者等の需要推計等を提供体制の議論に活用できる者、他の地域で医療機関の再編や統合の実務や地域医療連携推進法人の設立に携わった者等の現場での利害調整を行うことができる者、利害調整が可能な中立的なファシリテーターを務めることができる者等を任命することが望ましい。医療計画が地域医療構想の実行計画として推進されるよう、地域医療構想に加え、医療計画の策定・推進にも一貫して助言することが期待される。

(5) 策定・推進のためのデータ

- 現状の把握やその後の議論において必要となる人口推計などの基本となるデータについて、ガイドラインで整理することが必要である。また、診療領域ごとの病院単位での入院患者数のデータ等といった詳細なデータについては、国以外で作成されているデータの活用のほか、国における、データ提供や、都道府県が公開データから必要なデータを加工できるような体制作りに向けた支援を行うことが求められる。
- 今後の地域の協議において把握が必要なデータで、病院からの報告により把握が可能なものについては、医療機関機能報告・病床機能報告において報告することが求められる。

3. 医療機関機能の確保について

(1)基本的な考え方

- 今後の人口動態に応じた地域ごとの入院医療や在宅医療の確保等の諸課題に対応するため、医療機関機能の確保の協議を通じて将来の医療提供体制の確保の取組を推進する必要がある。
- 医療機関の連携・再編・集約化については、地域における急性期拠点機能を担う医療機関の確保をはじめとして、高齢者救急等の救急搬送への対応や慢性期の医療需要への対応等、単に医療機関機能を選択するだけでなく、それぞれの機能において求められる医療提供体制の課題や、必要に応じて医療機関の経営状況等を踏まえながら、地域ごとに把握し協議を行い、地域全体で取り組むことが重要となる。
- また、関係者が医療機関の役割を理解できるようにするため、医療機関機能報告において、医療機関がそれぞれの機能に対応する診療実績等を報告することが必要である。
- まずは各医療機関が自ら検討を行った上で、現在担っている機能に近い医療機関機能、2040年に向けて担う医療機関機能、診療実績等を医療機関機能報告において報告し、その後、地域医療構想調整会議において、診療実績等の客観的なデータも踏まえながら協議を行う。協議において、遅くとも2028年度までに、各医療機関が2040年に向けて担う医療機関機能を決定した上で、地域医療構想調整会議での決定以降は、決定された医療機関機能とその診療実績等を都道府県へ報告する。また、2028年度以降に、医療機関の取組の状況や地域の医療需要の変化等を踏まえて、医療機関機能の見直しが行われることも想定されるため、そうした変更があった場合には、必要に応じて、地域医療構想調整会議において医療機関機能の報告内容や医療提供体制への影響について確認することが求められる。
- 在宅医療を担う医療機関であっても、救急車の受入も多い医療機関があるなど、地域の医療資源や医療需要の状況によっては複数の医療機関機能を担うことが考えられる。他方、多くの医療機関が高齢者救急と在宅医療における後方支援等、複数の役割を担っており、そうした場合に多くの医療機関で複数の役割を報告する中でも、将来の役割分担に資するよう、例えば、2040年に向けて医療機関が複数の機能を担う場合に、それぞれの機能に加えて主たる機能にも着目しながら協議することも考えられることなど、複数の医療機関機能を報告する上での考え方を整理することが必要である。

(2)高齢者救急・地域急性期機能

① 高齢者救急について

- 高齢者は一般的に、年齢が上昇するほど介護が必要となり、また、高齢者救急については、誤嚥性肺炎や心不全等の疾患や症候が多く見られることから、入院医療の需要は高まるものの、高齢となるほど手術を要する入院の割合は低下していく。そうした疾患は、地域の基幹的な医療機関以外の医療機関も含め、多くの医療機関で対応されている。
- また、入院により ADL が低下し、在宅復帰が遅くなる場合もあり、入院早期からリハビリテーション・栄養管理・口腔管理を提供して早期からの離床を促すとともに、退院に向けて在宅医療や介護との連携も包括的に行うことが求められる。
- さらに、高齢者個人に着目すると、同年齢でも ADL 等の差が大きく、また、高齢者に特徴的な疾患や症候であっても、集中的な医療資源を投入して救命の上、生活に復帰する場合も存在するなど、年齢で一概に高齢者救急を定義づけることは困難である。
- こうした特徴を踏まえると、患者の救急搬送先を選定する際に、何らか一律の基準をもって当該患者が高齢者救急であると判断して包括期の病床を有する医療機関に搬送する、といった一律な対応は困難であるが、救急隊と医療機関の情報連携や平時からの治療状況・方針等の情報連携の体制の構築や地域の医療提供体制の確保状況を踏まえながら、高齢者救急について、傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準(実施基準)に位置づけることが必要である。
- また、高齢者への適切な医療やリハビリテーションを提供するため、医療機関に加えて、介護保険施設でのリハビリテーション提供が可能であること等、介護側の資源を理解し、早期退院や適切な受診につなげられる体制の確保が必要である。

② 医療機関機能について

- 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリテーション・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリテーション等の提供を確保する。
- 救急の受入に当たっては、特定の施設からの受入に限定せず、高齢者救急等の二次救急や受入れ後の早期からの医療やリハビリテーションの提供、早期退院に向けた取組、介護施設の協力医療機関として、介護施設と連携を行う等が求められる。
- 人口の少ない地域等で、急性期拠点機能を担うような医療機関が二次救急

の役割を担う地域も存在すると考えられるが、地域内のアクセスや地域全体の医療需要の観点を踏まえると、基本的に、急性期拠点機能を担う医療機関や高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関が連携して受入体制を確保することとなる。そうした場合であっても、手術等の医療資源を要する急性期医療を安定的に提供していくためには、地域の個別の実情、地域全体の医師の数や働き方の状況等を踏まえ、急性期拠点機能を担う医療機関に集約しつつ、それ以外の救急搬送については、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関が主に受け入れるなどの役割分担について協議することが重要となる。

(3) 急性期拠点機能

- 急性期拠点機能は、地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行うものである。
- 急性期拠点機能は、救急医療の提供や、手術等の医療資源を多く要する医療について、幅広く総合的に提供することが求められる。提供する医療の内容については、緊急性及び頻度の高い疾患を基本としながら、地域の医療資源や医療需要を踏まえて検討し、不足する医療サービスについては、大学病院本院や他の構想区域の急性期拠点機能を有する医療機関等との連携体制を構築することが必要である。
- また、急性期拠点機能に、地域において相対的に多くの医療資源や急性期に係る症例が集約化されることとなるため、単に手術の実施や救急医療の提供を行うだけでなく、例えば、災害医療への対応、新興感染症対応、医育（臨床研修・専門研修）、地域の医療機関への人的協力、地域における必要な病床の確保のための積極的な役割など、各地域において政策的に必要な医療等も含め、地域において求められる医療を提供する必要がある。
- その他、診療実績だけに着目した場合に、急性期拠点機能を担うことが想定される医療機関であっても、当該医療機関の建物が老朽化している場合や経営状況が悪い場合もある。2040年やその先を見据え、当該医療機関の経営状況が悪く、医療提供体制全体に係る費用が大きくなることが見込まれる場合や、当該医療機関以外に、急性期に係る診療実績は相対的に低いものの、建物の建替が当面必要ない病院が存在する場合には、その他の医療機関が急性期拠点機能を担うことも考えられる。
- このため、急性期拠点機能については、診療実績やその他の関連データも踏まえ、診療実績データを基本としつつも、政策医療の実施状況や経営状況、建物の状況等も含め、総合的に地域で協議することが重要である。

- 今後は、人口構造や医療資源に応じて効率的な急性期医療の提供体制を構築することが求められていく。こうした中、二次医療圏内で2日に1日以上緊急手術が発生する医療圏は人口30万人以上が多いことや、人口20万人未満の医療圏には時間外緊急手術が圏域内でほとんど実施されていない医療圏が一定数存在すること等を踏まえ、一定以上の緊急手術の需要が生じる単位で急性期拠点機能を一つ確保することが必要である。このため、急性期拠点機能は、人口の少ない地域においては、一つ確保・維持することとし、地方都市型の地域や大都市型の地域において、人口20万人から30万人の単位で一つ確保することを基本的な考え方として確保する。
- 大学病院本院が所在する構想区域の場合であって、当該大学病院本院が当該区域より広域な三次医療圏などを対象とした医療を主に提供している場合等においては、大学が担う医療の内容や病院間の役割分担等を踏まえた上で、効率的な提供体制の構築が可能であれば、必要に応じて大学病院本院と別に急性期拠点機能を確保することも検討する。
- また、人口の少ない構想区域においても、手術件数等や他区域からの流入が多い場合に二つ確保することや、人口が30万人を超える場合であっても他区域への流出が多く、手術件数等の症例数が少ない場合には一つ確保することを目安とする。
- 急性期拠点機能を確保する数が増加し、医師等の医療資源や急性期に係る症例数が分散されると、医療従事者の働き方に不均等や非効率が生じ、結果として、必要な24時間の救急医療提供や緊急手術等への対応体制の維持が地域全体として困難になること、医育や医療の質の確保に必要な症例数が集積されなくなり、医師の偏在傾向が悪化すること等、医療提供体制の持続可能性が懸念される。

(4) 在宅医療等連携機能

- 在宅医療等連携機能は、地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行うものである。
- 人口の少ない構想区域や、局所的に在宅医療を提供する医療機関等が少ない場合等において、地域の医療資源に応じながら、在宅医療や訪問看護を提供すること、また、診療所による在宅医療の実施等が多い場合に入院対応等の後方支援や、介護施設と連携して協力医療機関になること等、地域の医療資源に応じた在宅医療を支える役割が求められる。
- 特に、在宅医療を提供する場合には、在宅医療に係る生産性向上に資する取組等を通じて効率的な在宅医療の提供体制を構築できるよう、往

診、D to P with N を含むオンライン診療や、在宅療養患者のバイタル等の遠隔モニタリング等を積極的に活用することが求められる。

(5) 専門等機能

- 専門等機能は、高齢者救急・地域急性期機能、急性期拠点機能、在宅医療等連携機能にあてはまらないが、集中的なリハビリテーション、中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行うものである。
- 集中的なリハビリテーションを提供する医療機関としては、入院時におけるリハビリテーションに加え、地域の外来や在宅においてリハビリテーションを必要とする患者に対してリハビリテーションを提供することが期待される。
- 中長期にわたる入院医療を担う医療機関としては、今後増加する在宅医療等の慢性期の医療需要が増加する中で、長期にわたり入院医療を必要とするマルチモビディティ(多疾病併存状態)の患者に対する医療の提供が期待される。
- 有床診療所においては、基本的に専門等機能を選択するが、地域において在宅医療の積極的な提供や高齢者救急の受け入れ等を担っている場合等については、有床診療所における在宅医療等連携機能や高齢者救急・地域急性期機能として報告する。
- 一部の診療科に特化した診療を行う医療機関については、専門等機能を報告することが基本となる。
- 大腿骨骨折等の今後増加する整形外科領域に対して、夜間の救急対応も含めて地域において効率的に機能している医療機関もある一方で、地域の中で、減少傾向にある脳血管疾患患者等に対する手術の需要がさらに減少することや、麻酔科医や外科医等の確保が更に困難となることが見込まれる中で、地域としてそうした医師等を確保し、効率的な医療提供を行うためには、地域内で手術等の集約化が必要であることも想定される。
- また、がん診療連携拠点病院等のうち、専門等機能を担うこととなる医療機関については、地域全体の医療機関機能の連携・再編・集約化の観点を踏まえつつ、第9次医療計画等に向けて、5疾病6事業における医療機関の類型の考え方についても必要に応じて整理することが求められる。

(6) 医療機関の連携・再編・集約化について

- 今後、2040 年に向けて、人口の少ない地域においては、高齢者人口も減少し、医療の担い手の不足が見込まれ、様々な医療需要が減少する。
- 大都市型の地域においては、医療需要の総量としては大きく減少はしない

が、手術等の集学的な医療は相対的に減少し、高齢者救急等の包括期の医療需要や慢性期の需要が相対的に増加していくなど、医療需要の質が変化していく。こうした中で、大都市型の地域における提供体制が非効率であることは、当該地域での医師の働き方等への影響だけでなく、医療従事者が都市部を志向する傾向等により、結果として医師の偏在等が助長されること等も懸念されることを踏まえると、それぞれの地域ごとにその状況に応じた医療機関の連携・再編・集約化の取組が求められる。

- 急性期医療については、構想区域ごとに、緊急性の高い疾患や頻度の高い疾患等の確保すべき疾患に対応できる体制の確保が必要となる。がん手術やその他の高度な外科手術については、症例数が多い医療機関ほど、医療の質が高いことが一般的に知られており、こうした高度な手術等については、地域の医療資源に応じて、構想区域よりも広域な単位で集約して実施することを検討する必要がある。
- また、胆嚢炎の手術等といった頻度が高い全身麻酔を要する手術については、均てん化され、構想区域ごとに確保されることが求められるが、医療資源が潤沢ではない地域であって、複数の医療機関で同じ診療科の手術をそれぞれ小規模で実施しているなど、小規模で全身麻酔手術を実施する医療機関が多く存在している地域においては、外科医師の確保や育成、麻酔科医等の周術期に関係するその他の職種を確保するという観点を踏まえながら、体制について検討する必要がある。
- 救急医療の役割分担については、救命救急センター等の基幹的な病院が多くの救急車を受け入れて下り搬送を行う地域や、多くの医療機関で救急車を受け入れ、初期診療を実施した結果、緊急性が高く、専門的な医療が必要な場合等に、救命救急センター等に上り搬送を行うといった地域が存在している。増加する高齢者救急への対応等のため、急性期拠点機能を担う医療機関以外でも救急対応を確保する必要がある。高齢者救急に係る実施基準の検討にあたっては、地域の実情に応じて下り搬送や上り搬送の活用等についても、メディカルコントロール協議会等において、地域医療構想の考え方も踏まえて検討することが求められる。
- また、医療機関機能の連携・再編・集約化について、例えば急性期拠点機能や急性期病床の集約化だけではなく、救急車の受入れや手術の実施を行う医療機関の集約化や役割分担、夜間に緊急手術を行う医療機関の集約化等も取組として検討が必要である。

(7) 医育及び広域診療機能

- 今後、人材の確保がますます困難となるほか、症例数の減少が見込まれる

中、地域の医療提供体制を持続可能なものとする観点に加え、医師の育成の観点からも、人的協力について、都道府県と大学病院本院で密な連携が必要となる。

- 具体的には、大学病院本院は都道府県に対し、医局に属する医師数等の情報を共有し、都道府県は地域医療構想を踏まえながら、地域で特に医師の派遣が必要な病院を調整した上で、都道府県は、都道府県内全体の状況や地域枠の医師の勤務状況等の情報を整理した上で、大学病院本院に共有し、大学病院本院と都道府県間で医師の派遣先を調整することになることが考えられる。その中で、都道府県単位で、特に、大学病院本院から急性期拠点機能を中心とした、地域医療構想全体を踏まえた人的協力のあり方について協議を行うことが重要である。
- その際、急性期拠点機能を有する医療機関に対して外科医や麻酔科医等の人的協力を行う場合には、地域ごとの医療機関の連携・再編・集約化の取組に沿った人的協力が行われることが求められる。なお、地域枠の医師について、これまでは都道府県職員として地域の都道府県立病院等において勤務するといった取組が見られた。今後は、民間病院も含め、地域医療構想に沿った人的協力や地域枠の医師の派遣が可能となるよう取組を進める必要がある。
- 広域な観点での診療については、小児がんや移植医療など、症例数が少ない医療提供のため、都道府県単位又はより広域な単位で連携して医療の提供を将来にわたって維持できるようにすること、医育については、これらの地域で多様な症例に対応する人材を育成する体制が構築できるようにすること等が求められる。
- 現在は、いわゆる1県1医大の県において当該県の人材の多くが当該大学に関係するところもあれば、他の都道府県に所在する大学に人材の提供を頼っているところ、都道府県内に多くの大学があるところなど、都道府県と大学の関係性は様々である。今後の具体的な取組も都道府県と大学との関係性により様々ではあるが、求められる役割に関する取組状況については病床機能報告等を通じて把握し、先進事例について横展開すること等が求められる。
- 広域な観点での診療について、大学病院本院では、都道府県がんセンターや救命センター等、医療計画における都道府県の基幹となる役割をはじめとして、小児がんや小児血管外科や移植医療等、希少性の高い疾患に対する医療の提供を担っている。引き続きこうした役割や、場合によっては都道府県を越えた連携体制の構築も含め、検討が必要である。
- また、大学病院本院についても、他の医療機関と同様に、地域全体に係る

提供体制の構築・維持や連携・再編・集約化の取組への協力の観点を踏まえて、病床数の適正化(ダウンサイズ)や提供する医療内容の見直し等を行う等の取組を進めることが重要である。

- なお、大学病院本院は地域毎に確保する医療機関機能ではなく、医育及び広域診療機能のみを報告するものとする。

4. 医療需要の推計と病床機能報告について

- 病床については、入院医療の協議の主な議題の一つとして、引き続き協議を行うことが重要である。推計方法としては、これまでの推計方法を基本として、2040年の性・年齢階級別人口について、2024年のNDBデータを用いて算出した入院受療率を乗じるとともに、NDBデータに含まれない自然分娩、労災保険、自賠責保険の患者についても、機能区分ごとの医療受療に比例するよう按分して追加することで地域医療構想の取組がない場合の病床数を計算する。
- その後、地域医療構想の取組による効果等(改革モデル)を反映させ、必要病床数を算出する。具体的には、
 - 入院受療率の低下傾向やこれまでの地域医療構想の取組等による効果を反映させるため、医療機関の連携・再編・集約化等に伴う病床利用の効率化分、入院の受入時からリハビリ等を提供し早期退院による効率化分、在宅医療や介護との連携による効率化分として、現在の地域医療構想における見込みと実際の医療需要との差分を反映させる。
 - 令和7年度補正予算において、病床数の適正化に対する支援を行うこととしている。本事業は、新たな地域医療構想の取組開始前に病床の適正化に取り組むことを目的としており、この事業趣旨を踏まえると、必要病床数の推計にあたっては、この事業による病床数の削減を前提とする必要がある。このため、NDBデータから算出される医療需要に対する、当該事業において削減が見込まれる病床数に病床利用率を乗じて換算した医療需要の割合を減少率として算出し、「1－減少率」を性・年齢階級別の入院患者数に乘じることで反映する。
 - 75歳以上の患者のうち4割程度の患者において、急性期医療として主に実施されることが想定される手術や処置が実施されていることや、そういった治療は行わないものの引き続き急性期入院医療として実施される患者が存在することを鑑み、これまで急性期と区分してきた75歳以上の患者のうち5割を引き続き急性期の需要として見込み、残りの5割の患者を包括期の需要として見込む。
 - 回復期リハビリテーション入院料を算定している整形外科疾患の患者につ

いて、入院後からの速やかなリハビリテーションの提供や、入院での集中的なリハビリテーションを要さない状態となった後に速やかに外来・在宅等でも切れ目なく必要なリハビリテーションを提供する体制を構築し、さらなる効果的・効率的な提供の推進による平均在院日数の短縮を進めることを見込む。

- 必要病床数の算出にあたり用いる値(病床稼働率)については、これまでの地域医療構想においては、高度急性期 75%、急性期 78%、回復期 90%、慢性期 92%としてきたところ、実際の病床稼働率としては、急性期 78%といった数字では医療機関の経営は成り立たないといったことや、新興感染症等に対応できるよう、一定の余裕が必要であることが指摘されている。
- 医療需要が変化している中で、低下している現在の病床利用率をそのまま用いて必要病床数を算出することは、実際よりも過大に病床数が推計されるおそれがある。このため、現在の各機能区分の病床稼働率を基本として、効率的な病床の運用により病床稼働率を高める取組に資するよう、低い病床稼働率を除いた上で中央値により算出した、高度急性期 78%、急性期 83%、包括期 87%、慢性期 92%とする。
- さらに、今後の医療DX等の取組を進め、特に高齢者救急への対応が期待される包括期の病床を中心として、急性期や、慢性期においても入退院の円滑化や病床管理の質の向上等による効率化の取組や病床数の適正化を進める必要がある。このため、必要病床数の算出に当たり用いる値について、高度急性期・急性期+1%、包括期+2%、慢性期+0.5%をそれぞれ加えることで、これらの取組による効率化分を見込むこととする。
- この数値は、必要病床数の算定のためのものであり、医療機関が目指すべき数値ではないことに留意する必要がある。
- このほか、必要病床数については、人口推計や今後の受療率の変化を反映するため、医療計画の見直しのタイミングにあわせ、2030年・2036年に、都道府県ごとの取組状況等を踏まえて必要に応じて見直しを行う。
- 高度急性期及び急性期については、急性期一般入院料を算定している病棟のうち高度急性期として報告されている割合について、都道府県ごとに差があることや、医療機関内で同じ入院料を届け出ている場合でも高度急性期と急性期を区別して報告することが難しいといった指摘もある。こうしたことを踏まえ、高度急性期及び急性期について、医療需要の推計や病床機能の報告に当たってはこれまでどおり、高度急性期及び急性期のそれぞれを報告することとするが、地域での協議においては、高度急性及び急性期の病床数を一体として取り扱う。

- 病床機能の報告に当たっては、これまでと同様、自主的に医療機関が報告することとするが、一定の客観性をもった報告となるよう、病床機能に対応する診療報酬の入院料の種類について、ガイドラインで示すことが必要である。
- 外来医療や在宅医療について、地域別等の将来推計人口データを用いて将来の医療需要を算出するほか、地域差に係る指標の推計値についても、2040年の人口推計を基に推計し、地域ごとの協議に活用できるよう検討する。
- 医療機関機能と病床機能については、必ずしも一対一で対応するものではない。ただし、急性期拠点機能を担う医療機関は高度急性期機能・急性期機能の病床を有し、高齢者救急・地域急性期を報告する医療機関は包括期機能の病床を有することが想定される。
- 病床機能報告と必要病床数についての考え方も、関係者がその意義等を理解できるように示す必要がある。具体的には、
 - 必要病床数については、現在の医療需要と将来の推計人口から、将来の医療需要を推計し、地域における病床の機能の分化及び連携が推進されるよう、現在の患者の受療率が変わらないものと仮定し、人口変化を踏まえて2040年の推計人口に受療率を乗じ、算出するものである。
 - 設定に当たっては、地域ごとに患者の日ごとの医療資源投入量を確認し、医療資源投入量等に応じてどの機能区分に該当するかを精緻に算出している。このため、医療機関や病棟によらない地域全体で見込まれる医療需要を算出したものとなる。
 - 病床機能報告については、医療機関が有する病床が担う役割を明確化し、機能分化を推進するために報告をしている。病棟には通常、様々な機能区分に該当する患者が混在するが、病床機能報告としては、最も適する一つの機能区分を選択することとしている。
 - このため、医療機関から報告される病床機能報告における機能区分ごとの病床数の総和は、サービス提供単位としての病棟ごとの病床数の総和であり、必ずしも必要病床数と一致するものではない。
 - こうした、それぞれの算出方法が異なることを理解した上で、必要病床数を地域における機能別の病床数としてとらえ、現在の病床数との差分について、単に数字上で、必要病床数が現在の病床数を上回るため必要病床数となるよう病床を整備する、ということではなく、地域ごとに実際の診療実態等を踏まえて病床の過不足を議論し、取組を推進していくことが重要である。
- また、基準病床数と必要病床数について、基本的な算定式の考え方は同様であるが、これらはそれぞれ、6カ年計画である医療計画において設定する

ものであるか、地域医療構想として中長期に設定するものであるかということや、基準病床は一般病床と療養病床の数字を合算しており、必要病床数は機能区分ごとに病床数を算出していること等、算定に当たって目標とする時期や意義等が異なる。そのため、増床の申請に対する許可の検討に当たっては、それぞれの病床数の相違点等に留意しつつ、両者の数字について足下の病床数(既存病床数及び許可病床数)との関係をそれぞれ適切に考慮することが必要である。

- 必要病床数と基準病床数について、そのどちらかが現状の病床数より多い場合には、現在の医療需要が長期的に減少することが見込まれることを踏まえ、特に慎重に増床等の許可を検討することが必要である。
- また、構想区域の広域化を検討する中で、構想区域全体としては数字上、増床が考えられうる場合であっても、病床機能によっては、新たな構想区域内でも、広域化前の相対的に医療資源が少ない地域等での増床が望ましいと考えられる場合において、広域化後の構想区域内の地域のうち、特に増床することが考えられる地域(例えば A 市 B 区など)を地域医療構想調整会議であらかじめ協議しておくこと等、増床等の許可の検討に当たっての考え方の整理が必要である。

5. 人口規模に応じた地域ごとの課題について

- 特に人口の大きな都市部においては、医療資源の差異以外の、交通網の発達等といった様々な要因により、患者の受診行動が多様となり、区域間の流出入が複雑となっている。また、医療機関が極めて近接している場合等もあり、区域の境界部にも多くの医療機関が存在するなど、適切な区域の設定が困難である。流出入率等が一定あることを踏まえながらも、地域での医療提供体制の協議や必要病床数の運用が可能な単位で、実態を踏まえて適切に区域を設定することが求められる。
- 大都市型や地方都市型の構想区域等においては、急性期拠点機能で全ての手術に対応することは困難であり、高齢者救急・地域急性期機能においても、例えば高齢者に対する骨折の手術等、頻度の高い一部の手術について対応することが考えられる。こうした手術の役割分担については、足下における、各医療機関が担っている手術の状況、区域内の手術数、麻酔科医の数等も踏まえながら、地域ごとに協議し、役割分担を進めることが重要である。
- また、こうした手術や救急医療を一定数担う医療機関が複数存在している場合において、近接するあまり実績のない医療機関については、在宅医療等の他の役割を担うことを検討することが求められる。

- 大都市型の地域を含み、構想区域が広大な場合であっても、局所的に在宅医療を担う診療所が少ない場合等は、在宅医療等連携機能を担う医療機関が在宅医療等を提供することも考えられる。
- 生産年齢人口の減少と高齢者人口の増加が起きることとなる地方都市型の地域においては、大都市型の地域と同様に、高齢者救急・地域急性期機能においても、例えば高齢者に対する骨折の手術等、頻度の高い一部の手術について対応する必要がある場合もあれば、手術等が必要な症例については地域の医療資源に応じて、急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送する場合もあると考えられることから、地域ごとに医療需要等を踏まえながら協議や役割分担を進めることが必要である。
- 人口の少ない地域においては、生産年齢人口の減少に加え、高齢者人口の減少が生じていることから、急性期医療の需要が現時点においても少なく、今後更に減少することが見込まれる。このため、手術等の医療資源を多く投入する医療行為について集約化して区域内に急性期拠点機能を一つ確保し、持続可能な提供体制を構築することが求められる。また、高齢者救急・地域急性期機能等についても、2040年の人口も見据えながら、適切な医療機関数や病床数となるよう、適正化を進めることが求められる。

6. 策定について

- 地域医療構想の具体的な策定や推進に係る事項について整理した上で、入院医療、外来医療等の議題に応じた主な課題や協議事項について、ガイドラインで具体的に示すべきである。

(1) 策定のプロセス

① 策定のプロセスについて

- 地域医療構想の策定は 2028 年度までに行うこととされている。まずは地域における現状を把握し、地域ごとの課題を共有しながら、区域の設定や必要病床数の推計、医療機関機能の確保等の目的ごとに、それぞれにおいて具体的な目標を設定・共有し、取組や協議を行う。課題の把握や対応案の設定等の各段階において、その内容を公表する。
- 策定に向けて、2026 年度から 2027 年度上半期を目途に、構想区域ごとに現状の把握、必要病床数の設定、医療機関機能の確保その他の 2040 年に向けて中心的に取り組むべき課題や都道府県単位で取り組むべき課題を設定し、必要に応じて区域の見直しを行う。
- 課題の設定後、取組の方向性について 2028 年度中までに決定し、具体的な取組については第9次医療計画の検討の過程等で検討し、2035 年を目途

に一定の成果の確保を行う。

②スケジュールの共有・現状の把握

- 地域医療構想の策定に向けた検討プロセスやスケジュール、検討の基本となるデータとしての人口推計、現在の病床数、人材等の医療資源、必要病床数等の将来の見込み等を関係者で共有する。また、具体的な地域の課題の把握や必要病床数の算出に当たっては、まずは区域の設定が必要となる。このため、現在の構想区域について、必要病床数の議論をするという観点や、医療機関機能の確保を行う単位という観点を踏まえて、構想区域の設定について検討し、必要に応じて見直しを行い、必要病床数を設定する。
- その後の地域医療構想の策定に向けたプロセスにおいて区域の見直しの必要性が認められた場合は適宜見直しを行う。また、すでに新たな地域医療構想の方向性を踏まえ、区域の見直しを行うことが決定している場合は、あらためての協議は不要とする。

③課題・目的の設定

- 入院医療をはじめとした医療提供や人材の確保についての地域における課題をデータに基づき把握し、当該地域で中心となる課題や都道府県全体で取り組むべき課題や目的を設定し、関係者間で共有する。

④対応案の検討、地域医療構想の策定

- 設定された課題や目的に応じて、対応案を検討する。その際、病床数等だけでなく、働き方の改善も含めた医療従事者の確保や医療機関へのアクセス等の様々な要素を踏まえた案を検討する等、基本的に複数の案を設定し協議を行う。
- 医療提供体制への影響、医療へのアクセス、医療の担い手の確保等の観点到に係るメリット・デメリット等を比較考量し、対応案について協議の上、取組方針を決定し、地域医療構想を策定する。

⑤取組の推進

- 都道府県は、医療所管部署を中心に、介護担当・薬務担当・国保担当等の関係部署とも連携して、地域医療構想の実現に必要な事業の進捗評価を定期的実施し、必要に応じて施策の見直しを図るなど、PDCAサイクルを効果的に機能させることが必要である。
- その成果に関しては、毎年度、医療機関機能の確保状況、病床数、在宅等の慢性期需要に対応する体制の確保状況や協議で合意が得られた事項の

取組状況等について、地域医療構想の進捗状況として把握・公表し、地域医療構想調整会議での議論を踏まえて必要な対策を検討し、実施することが必要である。

(2) 構想区域

- 構想区域については、必要病床数の設定の観点や急性期拠点機能の確保等の提供体制を協議するための適切な範囲かといった観点を踏まえ、将来にわたって地域での医療提供に関する協議を行う場として設定するために、区域の設定や隣接する他都道府県の区域との連携体制の必要性について協議を行う。
- 構想区域の見直しに当たって、当該区域の人口規模等が大きく、交通等の整備状況によっては、区域内で病床数等の医療資源の偏在等の課題が生じる。また、人口規模等が小さすぎると、多くの医療が区域内で完結しなくなる。こうした点に留意しながら、都道府県ごとに地域の実態を踏まえながら検討することが必要となる。
- 構想区域は、現有する医療資源の状況や患者のアクセス等を踏まえながら設定することが必要である。このため、構想区域の見直しに当たっては、現在の人口や人口推計、医療機関数、機能区分別の病床数、必要病床数、建物・医療機器等の整備状況、医療従事者の医療資源や他の都道府県も含めた隣接する区域の医療資源、患者の流出入等について把握する必要がある。
- 人口が少なく、住民の相当程度が流出していること等により、単独の構想区域として将来の提供体制を検討することが困難であることが見込まれる場合は、構想区域の統合や再編を検討する。
- また、人口の少ない二つの地域で、都道府県域を越えた隣接する区域間で実質的に流出入がある場合等について、都道府県同士で区域を一体とすることが困難であっても、急性期拠点機能を担う医療機関を両区域で一つ整備する方向性を共有し、アクセスの支援や病院の運営等の連携を検討することも必要であり、具体的な運用をガイドラインにおいて示す必要がある。

(3) 入院医療

- 病床数や各医療機関の診療実績等を踏まえながら、医療機関機能の確保や必要病床数に関する協議にあわせて、急性期や包括期の医療需要に関する役割分担、手術や救急搬送における役割分担等について協議し、症例数が減少するとともに医療従事者の確保が困難となる中で持続可能な急性期医療提供体制の確保を進める。具体的には、以下の事項について協議を

行う。

- ・ 医療機関機能について、急性期拠点機能の確保に関する事項
- ・ 包括期機能の確保等、病床機能に関する事項
- ・ 実施基準の検討を含む救急搬送や手術、診療科ごと等の役割分担に関する事項
- ・ 在宅医療等のバックベッドや協力医療機関の確保に関する事項
- ・ 慢性期の医療需要の体制整備に関する事項
- ・ 介護との連携に関する事項
- ・ 人材の確保に関する事項
- ・ 患者の医療アクセスに関する事項
- ・ 退院後のリハビリテーションの確保に関する事項 等

(4) 外来医療

- ・ 外来医療の需要は一部の大都市型の地域を除いて減少が見込まれる中、すべての地域の患者が安心して地域で療養できるよう、地域において診療体制やかかりつけ医機能で求められる役割が充足しているか、医歯薬連携体制が構築されているかを確認し、必要な取組を行う。
- ・ また、高齢者救急が増加する中、入院から外来まで必要な患者に適切なりハビリテーション・栄養管理・口腔管理が提供され、速やかな在宅復帰が進むよう、医療保険での外来のリハビリテーションや、介護保険での通所や訪問リハビリテーションの活用を進めることが求められる。
- ・ 初診・再診や D to P with N を含むオンライン診療の活用状況や将来の見込み、かかりつけ医機能報告等も踏まえつつ、医療機関、歯科医療機関、薬局の数等を把握しながら、外来医療を引き続き診療所中心で提供できるか、患者の医療アクセスを担保できるか、といった観点で以下の事項について協議が求められる。
 - ・ 外来医療の体制確保に関する事項
 - ・ 休日、夜間等の診療体制の確保に関する事項
- ・ 特に人口の少ない地域を中心に、診療所の減少が進む中、診療所では担いきれない外来医療へのアクセスを確保する観点から、地域の病院を中心に提供体制を構築する必要があり、急性期拠点機能や高齢者救急・地域急性期機能等を担う医療機関が対面診療を基本としつつ、オンライン診療の適切な実施に関する指針を遵守し、オンライン診療を組み合わせた外来医療の提供を担うことも考える必要がある。また、へき地や診療所の数が限られている地域等において、オンライン診療の活用を推進することが必要である。
- ・ また、大都市型の地域において、高齢者の外来医療の需要等が増加するこ

とが見込まれる地域もあるが、日本全体における効率的な医療提供体制の構築や医師の偏在是正の観点も踏まえ、そうした地域においても効率的な外来医療の提供に向けた協議は重要である。

(5) 在宅医療

- 高齢者の増加に伴い、在宅医療の需要の増加が見込まれる。在宅医療は医師等の従事者が患家等へ移動する必要があり、外来医療等と比較すると効率的ではなく、在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループにおいても、今後の在宅医療のあり方の検討が必要とされている。
- 在宅医療については、現在の提供実態や需要の将来見込みなどを活用し、将来の需要の状況を把握した上で、現状と比較して、今後充足できるかを把握する。
- 在宅医療と介護施設、療養病床の一部については患者像が重複する場合があります。地域の資源に応じてサービス提供が行われている。さらに需要が増加する場合、体制強化や効率化等による在宅医療の提供量の増加のほか、介護施設や療養病床も含めて、慢性期の需要を地域で支える提供体制を構築することが必要である。また、歯科医療機関と連携した口腔健康管理の実施体制の構築や、薬局と連携した切れ目のない薬剤情報連携体制の構築が重要である。
- 都道府県は、都道府県単位や構想区域単位の議論において、在宅医療等連携機能を報告する予定の医療機関や在宅医療を提供する医療機関、在宅歯科医療を担う歯科医療機関、訪問薬剤管理指導を行う薬局、訪問看護ステーション、介護関係者等とともに、在宅医療の需要の増加や、在宅医療を提供する医療機関、在宅歯科医療を担う歯科医療機関、訪問薬剤管理指導を行う薬局の数、療養病床の数、介護保険施設の定員、訪問看護や訪問介護に係る人員の充足状況、医歯薬連携体制に係る状況等を把握する。
- 一般的には、在宅医療等連携機能を担う医療機関が、地域において在宅医療を提供する診療所等に対し、バックベッド機能の提供や、小児・難病等に関する専門的な訪問診療・訪問看護等に係る技術的な支援等を通じて、後方的な支援を行うことが求められる。
- また、人口の少ない地域を中心に、地域の在宅医療の提供が十分ではない場合等においては、在宅医療等連携機能や専門等機能(有床診療所)を担う医療機関が在宅医療の提供を推進する必要がある。
- また、在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループにおいて、患者が在宅での療養を継続するためには、疾患の重症化予防とともに、患者の生活機能を維持することが必要であり、そのためには、病院、診療所や

介護老人保健施設が提供する訪問リハビリテーションや通所リハビリテーション等を、患者の状況に応じて組み合わせながら、地域において切れ目なくリハビリテーション・栄養管理・口腔管理を提供していくことが重要である、と指摘されており、こうしたことも踏まえながら取組の検討が必要。

- 地域ごとに、効率的な在宅医療の提供体制を構築できるよう、D to P with Nを含むオンライン診療等による効率化や病院による実施体制の強化、介護施設などの在宅医療以外の資源により支えていく、といった様々な方策を組み合わせるなどの取組について検討していく。

(6)介護との連携

- 地域医療構想においては、慢性期の医療需要について、現在の療養病床数や介護保険施設定員数、在宅医療を提供している医療機関数、在宅歯科医療を担う歯科医療機関数、訪問薬剤管理指導を行う薬局数、訪問看護の看護師やヘルパーの確保状況、看護小規模多機能型居宅介護を提供する事業所数等を踏まえ、介護を含む地域の資源を確認し、総合確保方針に基づく医療と介護の協議の場等も活用しながら、介護保険事業支援計画との整合性の確保を図りつつ、在宅医療等とあわせた体制整備や、人材確保に関する事項について取組を進める必要がある。
- 介護老人保健施設は、医療ニーズのある利用者に対して、点滴等の必要な医療を提供し、居宅における生活を継続できるようにするため、医学管理を実施する者等にショートステイを提供している実態や、リハビリテーションが必要な者に入所や訪問、通所によりリハビリテーションを提供する機能があり、また、認知症を有する患者が急性期を経過した後の退院先の選択肢として挙げられている。介護老人保健施設や介護医療院等の医療と介護の連携に資する介護施設等の機能を地域ごとに適切に医療関係者が把握するほか、介護関係者は各医療機関の機能(高齢者救急・地域急性期機能等)について把握し、医療と介護の連携を進めていくことが重要である。
- 高齢者施設等における医療需要への対応強化や介護老人保健施設等の有する医療やリハビリテーションを提供する機能の活用による早期の退院促進など、介護保険施設の協力医療機関の確保や医療と介護の相互理解の推進等については、すぐにでも取り組むことができる事項もあり、こうしたことについては、地域医療構想策定の時期に関わらず取り組む必要がある。
- 医療機関と介護施設の具体的な連携については、在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ等において検討が進められており、得られた好事例については横展開を図ることが重要である。

(7)人材確保

- 医師の確保について、医師確保計画や医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージにおいて取組が進められている。また、医師以外の医療従事者については、第8次医療計画等において、確保に係る取組が進められている。
- また、厚生労働省の各担当部局において、各職種に関する需給推計等が進められているところ、新たに、将来の医療提供体制の確保に向けた人材確保等の方向性が定まった場合等には、その内容を踏まえ、ガイドライン又は医療計画において内容を反映させることや、それぞれの取組の好事例の把握や横展開が重要である。
- 急性期拠点機能を担う医療機関は、大学病院本院から人的協力を受けるなど、相対的に医師が多く勤務することが想定される。このため、当該医療機関は地域の医療機関における代診医や当直医の確保に協力するなどの体制の確保への協力が重要であり、構想区域単位の調整会議において協力のあり方について協議を行う。

7. 地域医療構想と医療計画の関係

- これまで、地域医療構想は、医療計画の記載事項の一つとされてきたが、今後、地域医療構想は医療計画の上位概念として位置付けられることとなる。
- 地域医療構想の方向性を踏まえ、医療計画に基づき取組を実行していくため、第9次医療計画の見直しの際には、二次医療圏は、見直し等を通じて設定された構想区域と原則として一致させる必要がある。
- 医療計画は、地域医療構想の実行計画として5疾病・6事業、在宅医療、外来医療、医師確保、医師以外の医療従事者の確保等の具体的な取組を定めることとなる。地域全体での医療に係る課題を把握し、病床機能や医療機関機能の確保等を進める中で、第9次医療計画から、新たな地域医療構想を踏まえた医療計画を策定する。

8. 精神保健医療福祉との関係について

- 改正医療法が成立し、新たな地域医療構想に精神医療が位置付けられたことに伴い、精神科病院における医療機関機能、医療機関機能報告・病床機能報告の内容や、必要病床数の推計方法、精神医療と障害福祉サービスとの連携等について、施行に向けて検討を進めていく必要がある。
- 本検討会のもとにワーキンググループを設置し、2027年(令和9年)10月から病床機能や医療機関機能の報告が開始されることを見据え、精神医療

における地域医療構想のガイドラインの策定に向けて、2026年度(令和8年度)中を目途に結論を得るべく、検討を進める。

医師確保計画の見直し等に向けたとりまとめ

令和8年3月19日

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会

I. はじめに

II. 医師確保計画策定ガイドライン

1. 医師偏在指標及び医師少数区域・多数区域の設定
2. 医師確保計画
 - (1) 医師確保の方針
 - (2) 目標医師数
 - (3) 目標医師数を達成するための施策
 - (4) 医師偏在是正プランの策定
 - ① 重点医師偏在対策支援区域等の考え方
 - ② 重点医師偏在対策支援区域における支援対象医療機関の考え方
 - ③ 重点医師偏在対策支援区域における医師偏在対策を推進するための施策
 - (5) 医師確保計画の効果の測定・評価
3. 医師養成過程を通じた医師の偏在対策

III. 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

1. 外来医師過多区域の設定
2. 外来医療提供体制の協議及び協議を踏まえた取組
 - (1) 外来医師過多区域における取組
 - ① 外来医師過多区域の基準及び指定方法
 - ② 地域で不足している医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容
 - ③ 新規開業希望者の事前届出事項、事前届出義務の猶予対象となる場合
 - ④ 事前届出の流れ
 - ⑤ 外来医療に関する協議の場
 - ⑥ 要請・勧告
 - ⑦ 保険医療機関の指定期間の短縮等
 - (2) 外来医師多数区域における取組

I. はじめに

- 医師確保及び医師偏在是正に向けた対策については、累次の制度改革を経て、医師養成過程を通じた取組、医師確保計画に基づく取組、医師の働き方改革を柱として、相互に連携を図りながら、地域の実情に応じた取組が進められてきた。
- 地域ごとに人口構造が急激に変化する中で、将来にわたり地域に必要な医療提供体制を確保し、適切な医療サービスを提供するため、①医師確保計画に基づく取組を進めつつ、経済的インセンティブ、地域の医療機関の支え合いの仕組み、医師養成過程を通じた取組等を組み合わせた総合的な対策を実施する、②医師の価値観の変化やキャリアパス等を踏まえ、医師の勤務・生活環境、柔軟な働き方等に配慮しながら、中堅・シニア世代を含む全ての世代の医師にアプローチする、③医師偏在指標だけでなく、可住地面積あたり医師数、アクセス等の地域の実情を踏まえ、支援が必要な地域を明確にした上で、従来のへき地対策を超えた取組を実施する、という基本的な考え方に基づき、実効性のある総合的な医師偏在対策を推進するため、令和6年12月25日に医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（以下「総合パッケージ」という。）を策定した。
- 令和7年夏以降の地域医療構想及び医療計画等に関する検討会（以下「検討会」という。）及び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におけるこれまでの議論を踏まえ、総合パッケージに係る各種施策の実施に関する具体的な事項、医師確保計画策定ガイドライン（第8次後期）及び外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン（第8次後期）の改定に向け見直しが必要と考えられる事項を中心に、次のとおり意見のとりまとめを行う。
- なお、国においては、今回のとりまとめを踏まえ、医師確保及び医師偏在是正に向けた対策について、制度の適切な運用、都道府県に対する技術的助言、地域医療介護総合確保基金等を通じた財政的支援等の支援策について、引き続き取り組んでいく必要がある。

II. 医師確保計画策定ガイドライン

1. 医師偏在指標及び医師少数区域・多数区域の設定

【現状・課題及び検討会における意見】

- 現行の医師確保計画策定ガイドラインにおいては、医師偏在指標の下位33.3%に該当する二次医療圏を「医師少数区域」、上位33.3%に該当する二次医療圏を「医師多数区域」と設定している。
- この医師偏在指標を用いた区域の設定については、従来から、二次医療圏内の山間部にへき地を多く抱えている場合や、医療機関のアクセスに時間を

要する場合といった地理的要素が医師偏在指標に反映されていないことが課題として指摘されている一方、検討会においては、現行の医師偏在指標の計算式をより複雑にすることは望ましくないという意見があった。

- 地理的要素に関する尺度として、我が国においては、①人口密度、②最寄りの二次救急医療機関までの距離、③離島、④特別豪雪地帯を要素とした、日本国内における医療機関へのアクセスに関する尺度（Rurality Index for Japan（以下「へき地尺度（RIJ）」という。））が開発されており、へき地尺度（RIJ）が上位10%の地域で勤務する医師は、他の地域の医師と比較して対応する診療の幅が大きい傾向にある。
- 現在、厚生労働科学研究班において、医師少数区域の設定に活用することを念頭に、より精緻なへき地尺度（RIJ）の検討が進められている。
- その他、検討会においては、医師偏在指標の更新については、実情をより精緻に反映させるために、可能な限り最新の調査結果を医師偏在指標に用いるべきであるとの意見があった。また、医師多数区域であったとしても、高齢医師の割合が多い場合には、中長期的には医師少数区域等となる可能性があることに留意すべきとの意見があった。

【対応の方向性】

- 現在、厚生労働科学研究班において、医師少数区域の設定に活用することを念頭に、より精緻なへき地尺度（RIJ）の開発に向けて検討が進められていることを踏まえ、第8次後期医師確保計画における医師少数区域の設定に当たっては、現行の医師偏在指標のみでなく、へき地尺度（RIJ）も組み合わせることにより、地理的要素を一定程度反映した上で医師少数区域を設定することとする。
- 具体的には、①医師偏在指標が下位33.3%に該当する区域を医師少数区域と設定することに加えて、②医師偏在指標が中位33.3%に該当する区域のうち、「へき地尺度（RIJ）が特に高い区域」についても、医師少数区域と設定することとする。
- その際、「へき地尺度（RIJ）が特に高い区域」については、へき地尺度（RIJ）が上位10%の地域で勤務する医師は、他の地域の医師と比較して対応する診療の幅が大きい傾向にあることも踏まえ、へき地尺度（RIJ）が上位10%の区域として設定することとする。なお、へき地尺度（RIJ）が上位10%に該当しない区域であっても、医師の確保等に課題がある場合も考えられることから、都道府県においては、地域の実情に応じて、必要となる対策について引き続き検討を行うこと。
- 第8次後期医師確保計画に向けた医師偏在指標の算出に当たっては、従来と同様の項目のデータを用いた上で、可能な限り最新の調査結果を反映することとする。

- 高齢医師の割合が高く、若手医師の割合が低い場合には、医師多数区域であったとしても、今後少数区域等となる可能性があることを踏まえ、都道府県においては、都道府県全体及び都道府県内の各区域における医師の年齢構成を的確に把握し、中長期的な医師数の動向を踏まえて、適切な医師確保の取組を進める一方、都道府県内の区域で医師不足が進行する場合においては、例えばオンライン診療を活用するなど、医師確保対策を補完する取組を含め、医療の確保に向け必要な対策を講じることとする。

2. 医師確保計画

(1) 医師確保の方針

- 従来の医師確保の方針を踏まえつつ、診療科偏在に配慮した医師確保の方針について、医師確保計画策定ガイドラインに新たに追記する。

(診療科偏在に配慮した医師の確保)

【現状・課題】

- 全体の医師数は経時的に増加傾向にあるが、診療科ごとの医師数の増加ペースは異なる。また、医師少数区域においても、診療科によって医師数の少なさの程度は差がある。
- 診療科偏在は様々な課題を内包していると考えられ、以下のような視点に基づいて検討する必要がある。
 - ・ 地域でのニーズがある一方で、医師数の伸びが緩慢であるなど、担い手の確保の観点で対策が必要な診療科（例：総合的な診療に従事する医師、外科に従事する医師 等）
 - ・ 医療計画に基づき、地域の医療提供体制を維持する観点で対策が必要な診療科（例：小児科、産科 等）
 - ・ 医師少数区域における医師数が少ない一方、一定の医療ニーズが見込まれる場合について、地域でのアクセスを確保する観点での対策が必要な診療科（例：皮膚科、耳鼻咽喉科、眼科 等）

【対応の方向性】

- 小児科及び産科については、小児医療及び周産期医療の提供体制等に関するWGにおける議論を踏まえ、引き続き小児医療圏・周産期医療圏の見直し、医療機関の集約化・重点化などに加えて、必要に応じて小児科・産科における医師の派遣調整、勤務環境の改善等に取り組むこととする。
- 分娩取扱医師偏在指標、小児科医師偏在指標については、必要な更新作業を行うとともに、当該指標が地域の実態を全て反映しているものではなく、医療ニーズの充足を示す観点が含まれていないといった指摘を踏まえ、適切な運用が行われるよう、都道府県に対して情報提供を行うこととする。

- 皮膚科、耳鼻咽喉科、眼科等、専門性を有する医師が少ない地域がある一方、一定の医療ニーズが存在しうる領域については、人口減少が進む地域では患者数が限られること、常勤医師の確保がさらに困難になること等を念頭に、国において、関係学会や自治体等の事例を含め、各診療科の特性を踏まえた遠隔医療の効果的・効率的な活用等に資する知見の収集等に取り組み、都道府県に対して必要な情報提供を行うこととする。
- オンライン診療を含む遠隔医療の活用に当たっては、国の定めるオンライン診療基準、オンライン診療指針等を遵守することが必要である。そのうえで、適時適切な対面診療への切替や急変時の対応等も念頭に、地域の既存の医療提供体制との連携が不可欠であり、さらに地域のニーズや地域医療への影響を踏まえた対応を行う必要もあることから、都道府県が中心となり、地域の関係者（大学、医師会等）が関与して、地域で必要な体制の整備を図ることとする。
- 都道府県における遠隔診療の取組の導入の在り方については、例えば対応する医師の不足等の課題が顕在化しやすい休日・夜間対応等で遠隔医療による対応の導入を検討するなど、取組の優先順位を定め、地域における課題等を整理しながら順次取組を進めることが適当である。
- なお、担い手の確保の観点で対策が必要な、総合的な診療に従事できる医師や外科医師の確保等の、必要な診療科の医師の育成・確保に関する取組については、3. 医師養成過程を通じた医師の偏在対策で後述する内容を参照の上、都道府県で必要な対応を検討することが適当である。

(2) 目標医師数

【現状・課題】

(医師少数区域における目標医師数の設定)

- 現行の医師確保計画において、医師少数区域の目標医師数は、計画終了時の医師偏在指標の値が、計画開始時の下位 33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数と定義している。ただし、計画期間開始時に既に下位 33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師数を達成している場合には、医師の地域偏在の解消を図る観点から、原則として、目標医師数は計画開始時の医師数を設定上限数としている。

(医師少数区域以外における目標医師数の設定)

- 現行の医師確保計画において、医師少数区域以外の二次医療圏における目標医師数は、原則として、計画開始時の医師数を設定上限数としている。ただし、今後の需要の増加が見込まれる地域では、厚生労働省が参考として提

示する「計画終了時に計画開始時の医師偏在指標を維持するための医師数」を踏まえ、その数を設定上限数としている。

(医師少数都道府県における目標医師数の設定)

- 現行の医師確保計画において、医師少数都道府県における目標医師数については、計画終了時の医師偏在指標が、計画開始時の全都道府県の医師偏在指標について下位 33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数と定義している。

(医師少数都道府県以外における目標医師数の設定)

- 現行の医師確保計画において、医師少数都道府県以外は、目標医師数を既に達成しているものとして取り扱うが、自県の二次医療圏の設定上限数の合計が都道府県の計画開始時の医師数を上回る場合は、二次医療圏の目標医師数の合計が都道府県の計画開始時の医師数を上回らない範囲で、二次医療圏の目標医師数を設定することとしている。

【対応の方向性】

(新たな医師少数区域における目標医師数の設定)

- 「医師偏在指標による下位 33.3%の区域」における目標医師数は、原則として、計画終了時の医師偏在指標の値が、計画開始時の下位 33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数としつつ、例えば、医師少数区域であっても地域住民の医療へのアクセスが既に確保されていると考えられる場合は、必ずしも追加で医師を確保する必要がない場合も考えられることから、各区域における医療提供体制に係る地域医療対策協議会の意見を踏まえ、都道府県において決定することとする。
- 「医師偏在指標による中位 33.3%の区域かつへき地尺度 (RIJ) が特に高い区域」については、新たに医師少数区域に位置づけるものの、医師の地域偏在の解消を図る観点から、従前の医師少数区域以外の二次医療圏における目標医師数とする（原則として、計画開始時の医師数を設定上限数とする）こととする。その上で、地域医療対策協議会の意見を踏まえつつ、幅広い診療領域を担える医師や特に不足している診療科の医師の確保、オンライン診療を組み合わせた不足する診療機能の補完等にも取り組むこととする。なお、今後の当該区域における政策立案の際には、従前の医師少数区域との違いに留意が必要である。

(新たな医師少数区域以外における目標医師数の設定)

- 「医師偏在指標による中位 33.3%の区域かつへき地尺度 (RIJ) が特に高い区域に該当しない区域 (医師中程度区域)」及び「医師偏在指標による上位

33.3%の区域（医師多数区域）」については、従前の医師少数区域以外の二次医療圏における目標医師数とする。

（医師少数都道府県における目標医師数の設定）

- 第8次後期医師確保計画において、医師少数都道府県における目標医師数については、原則として、計画終了時の医師偏在指標が、計画期間開始時の全都道府県の医師偏在指標について下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するための必要医師の総数としつつ、例えば、地域住民の医療へのアクセスが既に確保されていると考えられる場合は、必ずしも追加で医師を確保する必要がない場合も考えられることから、各都道府県における地域医療提供体制に係る地域医療対策協議会の意見を踏まえ、都道府県において決定することとする。

（医師少数都道府県以外における目標医師数の設定）

- 医師少数都道府県以外の都道府県については、従前の目標医師数の設定の考え方を維持することとする。なお、医師多数都道府県については、引き続き当該都道府県以外からの医師の確保は行わないこととする。

(3) 目標医師数を達成するための施策

（医師少数区域等の勤務経験を求める管理者要件）

【現状・課題及び検討会における意見】

- 現行の医師少数区域等で勤務した医師を認定する制度は、医師少数区域等における6か月以上の勤務を行ったものを厚生労働大臣が認定し、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とされている。
- 総合パッケージにおいて、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、公的医療機関等を追加すること、医師少数区域等での勤務経験期間について、現行の6か月以上から1年以上に延長すること等が定められている。
- 一方で、検討会においては、
 - ・ 現在、病院長のなり手が少ない所で、この見直しが病院長になることを断る理由になるなど、逆インセンティブになり得る
 - ・ 病院の管理者としては総合判断力など全人的な要素が必要であり、こうした要件で縛りつけると限られた者の中からでしか管理者を選べなくなる懸念がある
 - ・ 臨床研修病院などで指導医を担っていることなどを緩和要件として考慮して欲しいといった意見があった。

【対応の方向性】

- 管理者の要件として医師少数区域等における一定期間の勤務経験を求める対象医療機関について、医療法（昭和23年法律第205号）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などが求められている公的医療機関及び国立病院機構・地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構が開設する病院を追加することとする。
- 厚生労働大臣が認定する医師の要件である、医師少数区域等での勤務経験期間について、現行の6か月以上から1年以上に延長することとする。
- 厚生労働大臣の認定する医師以外の対象医療機関の管理者要件については、
 - ① 6か月以上医師少数区域等で勤務（医師少数区域等での勤務に係る6か月以内の期間は、臨床研修の期間も対象とすることを可能とする。また、医師少数区域等以外の区域の臨床研修病院等で指導医として勤務している場合も6ヶ月以内に限り対象とすることを可能とする。）かつ、
 - ② 1年から当該勤務期間を引いた残りの期間、地域医療対策協議会において調整された医師派遣や、地域医療対策協議会で認められた管理者に求められる幅広い経験（例えば医育機関や臨床研修指定病院で医療従事者等の指導等に従事）をした者として等々の規定を新たに設けることとする。

（医師偏在是正に向けた広域マッチング事業等の活用）

【現状・課題及び検討会における意見】

- 現行の医師確保計画策定ガイドラインにおいては、医師多数都道府県であり、かつ、医師少数区域を有さない都道府県であって、継続的に医師の数が増加している都道府県については、他の医師少数都道府県からの求めに応じた医師派遣等について、地域医療対策協議会の議題として必ず取り扱うなど、全国的な医師偏在是正に対する協力を求めている。
- 一方、検討会においては、医師多数都道府県の取組をどのように実効性をもたせるのかといった意見があった。
- また、住民や患者にとっては総合的な診療能力を持つ医師に来て頂けると安心であり、リカレント教育やマッチング事業を介して中堅・シニア世代の医師を活用していく必要がある、という意見があった。

【対応の方向性】

- 国においては、全国的に、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やキャリアコンサルティングを行い、必要に応じてリカレント教育や現場体験につなぎ、医師少数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の財政支援を行う医師偏在是正に向けた広域マッチング事業（以下「広域マッチング事業」と

いう。)を推進し、当該事業等を通じて、医師多数都道府県から医師少数都道府県に対する医師派遣の取組を後押しすることとする。

- 医師多数都道府県においては、ドクターバンクや広域マッチング事業への登録について周知するとともに、登録者数を把握することに努めることとする。
- また、総合的な診療能力を持つ医師養成のためのリカレント教育推進事業が実施されているが、当該事業と広域マッチング事業については連携しながら進めることが有効と考えられる。また、国においては、関係学会の協力を得ながら、リカレント教育の取組を進めていくことが重要である。

(4) 医師偏在是正プランの策定

① 重点医師偏在対策支援区域等の考え方

【現状・課題及び検討会における意見】

- 総合パッケージにおいては、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等を「重点医師偏在対策支援区域」と設定した上で、優先的かつ重点的に対策を進めることとしている。
- また、総合パッケージにおいては、都道府県は、医師確保計画の中で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を対象とした医師偏在是正プランを策定することが求められている。
- 検討会においては、国で候補区域を示し、それを参考に都道府県内でメリハリの対応ができるような制度設計を行って欲しいとの意見があった。

【対応の方向性】

- 重点医師偏在対策支援区域の設定については、総合パッケージに記載された考え方を基に、都道府県において、厚生労働省の提示する候補区域を参考としつつ、地域の実情に応じて、医師偏在指標、可住地面積あたり医師数、住民の医療機関へのアクセス、診療所医師の高齢化率、地域住民の医療のかかり方、今後の人口動態等を考慮した上で、地域医療対策協議会及び保険者協議会で協議した上で、区域外から医師を確保できないと医療提供体制の維持が困難と考えられるような、真に重点的に医師を確保する必要がある区域に限り、設定することとする。
- 厚生労働省の提示する候補区域については、①医師少数県の医師少数区域、②医師少数区域かつ可住地面積あたりの医師数が少ない二次医療圏（全国下位1/4）、③各都道府県の医師偏在指標が最も低い二次医療圏のいずれかに該当する区域を提示することとする。
- なお、医師多数都道府県等においては、候補区域となる二次医療圏が、必ずしも地域住民の医療へのアクセス等に困難を抱える区域ではないと考えられる

場合は、重点医師偏在対策支援区域が優先的かつ重点的に医師偏在対策を実施すべき区域であることを鑑み、候補区域となる二次医療圏を重点医師偏在対策支援区域として設定しないことも考えられる。

- 重点医師偏在対策支援区域における必要医師数については、厚生労働省が提示する候補区域を都道府県が重点医師偏在対策支援区域として設定する場合は、候補区域の要件を脱することができるために必要な医師数を原則としつつ、地域医療対策協議会及び保険者協議会に協議した上で設定することとする。
- 医師偏在是正プランについては、都道府県において、地域の実情に応じた緊急的な医師偏在対策を実施する観点から、医師確保計画策定ガイドラインにおいて基本的な考え方を示すこととする。

② 重点医師偏在対策支援区域における支援対象医療機関の考え方

【現状・課題及び検討会における意見】

- 令和6年度に厚生労働省が示した重点医師偏在対策支援区域の候補区域について、候補区域間を比較すると、診療所数や二次救急病院の数といった医療資源にばらつきがあった。
- 検討会においては、こうした候補区域において医療機関の整備状況に差がある中、経済的インセンティブにより優先して支援を行う対象医療機関については、なるべく明確な考え方を示して欲しいとの意見があった。

【対応の方向性】

- 厚生労働省の提示する重点医師偏在対策支援区域の候補区域間においても医療資源にばらつきがあることを踏まえ、対象医療機関については、重点医師偏在対策支援区域内に存在する全ての医療機関を一律に対象とするのではなく、重点医師偏在対策支援区域に存在する医療機関のうち特に支援を行う必要がある医療機関を選定することとする。
- 都道府県が重点医師偏在対策支援区域において支援を行う対象医療機関を選定するにあたっては、設立母体に係わらず、今後策定する新たな地域医療構想を踏まえ、地理的条件や国から配分される医師手当事業に係る費用等も考慮しながら、地域医療対策協議会及び保険者協議会で合意を得ることとする。
- 対象医療機関については、都道府県が、経済的インセンティブに係る事業ごとに個別に設定できることとする。

③ 重点医師偏在対策支援区域における医師偏在対策を推進するための施策

【現状・課題及び検討会における意見】

- 総合パッケージにおいては、不足する地域における医師の勤務を促進するためには、医師の価値観、勤務・生活環境、キャリアパス等を踏まえた経済的イン

センティブを通じて、医師が意欲をもって勤務する環境を整備することが重要であるとしている。

- 検討会においては、
 - ・ 重点医師偏在対策支援区域における経済的インセンティブは医師の確保の観点から有効であると思われるが、併せて、こうして確保された医師が地域に定着するための対策も重要である
 - ・ 都道府県が医師偏在是正プランにおいて具体的な政策を検討・実施する際には、保険者協議会が適切に関与できるよう、医師確保計画策定ガイドラインに記載して欲しいとの意見があった。

【対応の方向性】

- 国においては、以下の経済的インセンティブに係る事業を推進する。都道府県においては、医師が意欲をもって勤務できる環境を整備するために、地域医療対策協議会及び保険者協議会と協議を行いつつ、これらの事業を通じて、重点医師偏在対策支援区域における医師の確保に継続的に取り組むことが必要である。

(診療所の承継・開業支援事業)

- ・ 重点医師偏在対策支援区域において、診療所を承継又は開業する場合に、当該診療所に対して、①施設整備、②設備整備、③一定期間の地域への定着支援を行う。

(医療機関に医師派遣する派遣元医療機関支援事業)

- ・ 特定機能病院からの医師派遣とは別に、中核病院等からの医師派遣により重点医師偏在対策支援区域の医師の確保を推進するため、当該区域内の医療機関に新たに医師を派遣する医療機関に対して、医師派遣に要する費用の支援を行う。

(医師の勤務・生活環境改善のための代替医師確保支援事業)

- ・ 重点医師偏在対策支援区域において、医師の離職防止や新たに勤務する医師の増加を図るため、医師の勤務・生活環境の改善のための土日の代替医師確保への支援を行う。

(5) 医師確保計画の効果の測定・評価

【現状・課題及び検討会における意見】

- 従来の医師確保計画策定ガイドラインにおいては、都道府県における医師確保計画の進捗等の評価に資する指標については提示していない。各都道府県の医師確保計画において、医師確保数以外の評価指標として、都道府県の派遣調整医師数、医学部生の地域枠数等、臨床研修医・専攻医採用数を用いている都

道府県が一定数存在したが、評価指標の設定は都道府県によってばらつきがある。

- また、医師確保計画に基づき取組を進めることによる、地域住民の医療へのアクセス等の改善といったアウトカム指標の設定についても、従来の医師確保計画策定ガイドラインにおいては特段位置づけられていない。
- 検討会においては、
 - ・ 医師偏在の問題解決のためには、少数地域だけでなく、多数地域の対策のモニタリングが必要である。
 - ・ 都道府県ごとに、地域医療対策協議会の開催回数、議題の量・質にばらつきがあるのが現状である。
 - ・ 定量的な評価指標は重要である。都道府県にも目安となるような指標について検討を深めて欲しい。といった意見があった。

【対応の方向性】

- 都道府県等が医師確保計画に基づく取組の進捗等の状況を経時的に把握・評価することを可能とするために、目標医師数のみでなく、医師確保計画に係る定量的な指標の例として、以下の指標を、第8次後期医師確保計画策定ガイドラインで提示することとする。なお、都道府県においてかかりつけ医機能報告のデータ等を踏まえて、独自に指標を設定することも考えられる。

都道府県の課題	区分	設定すべき評価指標	取得頻度	取得方法
・都道府県全体の医師の確保	・都道府県全体の医師の確保の状況	・都道府県内の全体の医師数（年代別、人口・可住地面積あたり）	2年に1回	三師統計
	・医師養成の動向	・自県大学や、自県出身者の動向（自県大学卒業医師数、地元出身医師数等） ・臨床研修修了後の医師等の定着状況	2年に1回 年1回	三師統計 都道府県調査
	・地域枠医師等の動向	・地域枠、地元出身者枠、恒久定員内地域枠等の設置状況 ・地域枠等の義務年限後の定着状況	年1回	都道府県調査 都道府県調査
・都道府県内の地域偏在の解消	・二次医療圏ごとの医師の確保の状況	・二次医療圏別の医師数（年代別、人口・可住地面積あたり） ・二次医療圏内外の患者の流出入数 ・ドクターバンク・広域マッチング事業登録者数 ・新たに確保した医師の採用経緯（医局派遣、人材紹介会社等）の内訳	2年に1回 3年に1回	三師統計 患者調査 事業者等より取得 都道府県調査
	・医師少数スポット、重点医師偏在対策支援区域の動向	・医師少数スポットの医師数（年代別、人口・可住地面積あたり） ・重点医師偏在対策支援区域の医師数	年1回 年1回	都道府県調査 都道府県調査
	・医師派遣調整	・地域医療対策協議会で調整された、医師少数区域等に派遣された医師総数・地域枠医師数とその割合	年1回	都道府県調査
・都道府県内での必要な診療科の確保	・総合診療	・総合診療専門医の養成に係る状況（専門研修プログラム数、採用人数、充足率等） ・リカレント教育受講者数、都道府県による管内への周知回数	年1回	都道府県調査 事業者より取得、都道府県調査
	・地域で不足する診療科	・地域で不足する特定診療科について、二次医療圏別医師数	2年に1回	三師統計

- 医療へのアクセス等のより精緻なアウトカム指標については、第9次医師確保計画への反映を念頭に、引き続き厚生労働科学研究において検討を進めることとする。

3. 医師養成過程を通じた医師の偏在対策

【現状・課題】

- 医師養成過程を通じた医師の偏在対策は、医学部臨時定員を含む医学部への地域枠の設置、臨床研修制度及び専門研修制度を通じた対策、総合的な診療能力を有する医師の育成等がある中、現行の医師確保計画策定ガイドラインにおける医師養成過程を通じた取組は、医学部臨時定員を含む医学部への地域枠の設置及び地域枠医師の地域におけるキャリア形成支援が中心となっていた。

【見直しの方向性】

- 医師養成過程に関わる制度については累次の見直しを行ってきており、都道府県が制度を効果的に活用することで地域の偏在対策をより充実させることにつながる。このため、地域の実情に合わせて効果的に制度を活用できるよう、制度の趣旨等も踏まえて医師養成過程を通じた医師偏在対策に関する都道府県等の対応の在り方を整理し、第8次後期医師確保計画策定ガイドラインに網羅的に位置づけ、都道府県に対する情報提供等を行う。
- 具体的な議論の整理及び対応の方向性については「医師確保計画策定ガイドラインの見直しに向けた医師養成過程の取組に係る議論のとりまとめ（令和8年3月2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）」に基づき取り組むこととする。

III. 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

1. 外来医師過多区域の設定

【現状・課題及び検討会における意見】

- 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。このため、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を構築するとともに、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」という。）が定められているところである。
- 外来医療計画においては、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し、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した上で、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、外来医療に関する協議の場における協議の内容を踏まえて、初期救急（夜間・休日の診療）、公衆衛生（学校医、産業医、予防接種等）等の地域に必要なとされる医療機能を担うよう求めている。

- しかしながら、外来医師多数区域における新規開業希望者に対して地域に必要とされる医療機能を要請したもののうち、合意に至ったものは25%、協議の場への出席の要請対象となる新規開業希望者のうち、協議の場を活用した件数は17%、実際に出席要請を行った例はない等、必ずしも外来医師多数区域における一連の取組が進んでいるとは評価できない。
- こうした状況に鑑み、総合パッケージにおいては、外来医師偏在指標が一定数値を超える地域（外来医師過多区域）における新規開業希望者に対して、医療法に基づき、開設6か月前までに事前届出を求め、地域で不足している医療機能等の要請等を行うことができることとし、要請等の実効性を確保するための仕組みとして勧告、公表を行うことができるなど、対応を強化することとした。
- こうした内容を盛り込んで令和7年12月に成立した医療法等の一部を改正する法律（令和7年法律第87号）については、衆議院において「政府は、令和8年4月1日に施行される外来医師過多区域等に関する規定の施行後3年を目途として、外来医師過多区域において、新たに開設された診療所の数が廃止された診療所の数を超える区域がある場合には、当該区域における新たな診療所の開設の在り方について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。」との修正が行われた。
- また、衆議院厚生労働委員会及び参議院厚生労働委員会の附帯決議においては、「地域医療構想の推進にも資するよう、外来医師過多区域における新規開設者のみならず既存の無床診療所についても、現に診療が行われていることや、地域の医療提供体制の確保に留意しつつ、改正後の医療法第三十条の十八の六に規定する届出事項に準ずる事項に関する実態を把握するための必要な環境整備の検討を行うこと」とされたところである。
- 検討会においては、都道府県が地域の不足する医療機能を新規開業希望者に求めるなどの現在の外来医師多数区域に関する取組は、機能しているとは言い難いとの意見があった。

2. 外来医療提供体制の協議及び協議を踏まえた取組

(1) 外来医師過多区域における取組

① 外来医師過多区域の基準及び指定方法

【対応の方向性】

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

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

都道府県	二次医療圏名	該当市区町村
東京都	区中央部	千代田区、中央区、港区、文京区、台東区
東京都	区西部	新宿区、中野区、杉並区
東京都	区西南部	目黒区、世田谷区、渋谷区
京都府	京都・乙訓	京都市、向日市、長岡京市、大山崎町
大阪府	大阪市	大阪市
福岡県	福岡・糸島	福岡市、糸島市
東京都	区南部	品川区、大田区
東京都	区西北部	豊島区、北区、板橋区、練馬区
兵庫県	神戸	神戸市

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

② 地域で不足している医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容

【対応の方向性】

- 外来医師過多区域において示すこととしている地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供の例については、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で示している外来医師多数区域における地域に必要とされる医療機能の内容（夜間や休日等における地域の初期救急医療、在宅医療、公衆衛生に係る医療等）を踏まえ、
 - （地域で不足する医療機能）
 - ・ 夜間や休日等における地域の初期救急医療の提供（夜間・休日等の診療、在宅当番医制度への参加、夜間休日急患センターへの出務、二次救急医療機関の救急外来への出務等）
 - ・ 在宅医療の提供（提供が不足している地域がある場合）
 - ・ 学校医・予防接種等の公衆衛生に係る医療の提供
 - （医師不足地域での医療）

- ・ 都道府県内外の医師不足地域での定期的な外来医療（地域で不足している診療科）の提供
- ・ 都道府県内外の医師不足地域での夜間休日急患センターへの出務、二次救急医療機関の救急外来への出務 等

を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示すこととする。また、今後、かかりつけ医機能報告のデータ等を踏まえ、必要に応じて追加を検討することとする。

- 都道府県においては、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の内容を踏まえ、外来医療に関する協議の場において、不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容について協議し、内容を取りまとめた上で公表することとする。
- また、ガイドラインにおいて、以下の内容を記載することとする。
 - ・ 外来医療提供の要請内容として、一つかつ特定の診療科のみとすることは想定していない（例えば、要請内容を「小児科の医療提供」のみとすると、小児科以外の診療科が開業する場合に、要請された医療の提供ができない恐れがある。このため、特定の診療科を要請する場合は、「初期救急医療の提供や在宅医療の提供といった他の要請内容と併せて、例えば小児科の医療提供」等とすることが考えられる。）。
 - ・ 地域で不足する医療機能を協議する際は、かかりつけ医機能報告のデータ、各項目の全国値との比較、医療計画の指標、各都道府県による医療機関への独自アンケート等を参考とすることが望ましい。
 - ・ 医師不足地域での医療の提供の要請を行う際、都道府県は、都道府県内外の特定の重点医師偏在対策支援区域や医師少数区域・医師少数スポット等の医師不足地域を指定する場合には、指定した区域で不足している医療を提供するよう求めること、特定の区域を指定しない場合には、都道府県内・近隣都道府県の重点医師偏在対策支援区域や医師少数区域・医師少数スポット等で不足している医療を提供するよう求めること。あわせて広域マッチング事業等への登録を求めること。
- 外来医師過多区域、地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容は、都道府県において、外来医療に関する協議の場における協議内容を踏まえ、事前に各都道府県のHP等で公表するとともに、外来医療計画において、地域で不足する医療機能や医師不足地域での医療の提供の内容に加えて、これらは随時変更する可能性がある旨を記載すること。

③ 新規開業希望者の事前届出事項、事前届出義務の猶予対象となる場合

【対応の方向性】

- 開設6か月前の事前届出の記載事項は、以下のとおりとする。
 - ・ 届出者の住所及び氏名

- ・届出者以外の者が開設者となる予定である場合は、その者の住所及び氏名
 - ・開設予定の診療所の名称
 - ・開設予定の住所（未定の場合は市区町村等可能な限り詳細な地域）
 - ・開設予定の年月日
 - ・診療を行おうとする科目
 - ・医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の従業者の定員
 - ・地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供に関する意向の有無
 - ・地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供する意向がある場合、提供する予定の地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の内容（当該提供の頻度及び時期に関する事項を含む。）
 - ・地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供しない場合は、その理由等
- 事前届出義務の猶予対象となる場合は、親が開設していた診療所について親の死亡により子が急遽承継する場合等、予期せず前任の開設者が不在となり、事業承継が必要となった場合とするなど、事前届出に関する例外を設けることとする。
- また、猶予対象の場合は、事業承継が終わった後に届出を求めるとともに、その「やむを得ない場合として厚生労働省令で定める場合」に該当する者を「届出をした者その他厚生労働省令で定める者」とした上で、通常のプロールの通り、必要に応じて協議参加の求め・要請・勧告・公表等を行うこととする。

④ 事前届出の流れ

【対応の方向性】

- 都道府県は「外来医師過多区域」及び当該区域の要請内容となる「地域で不足する医療機能や医師不足地域での医療の提供の内容」を公表し、都道府県が公表する外来医師過多区域、地域で不足する医療機能や医師不足地域での医療の提供の内容、届出様式についての周知を行うこととする。
- 新規開業希望者は、既存の開設手続きに加え、都道府県への事前相談を行った上で、開設6か月前までに都道府県に対して、地域で不足する医療機能や医師不足地域での医療の提供に関する意向等を示した事前届出を提出することとする。届出の内容を踏まえて都道府県は、新規開業希望者に、必要に応じ外来医療に関する協議の場への参加の求め・要請を行うこととする。

⑤ 外来医療に関する協議の場

【対応の方向性】

- 事前届出において不足する医療機能等を提供しないと回答した者に加え、事前届出義務があるが事前届出を行わなかった者及び事前届出義務の猶予といった例外対象となる「やむを得ない場合として厚生労働省令で定める場合」に該当する

者を「届出をした者その他厚生労働省令で定める者」として規定し、必要に応じて外来医療に関する協議の場への参加を求めることとする。

- 外来医療に関する協議の場において新規開業希望者に説明を求める事項は、地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供をしない理由や当該診療所で提供する予定の医療の具体的な内容といった事項とする。
- 外来医療に関する協議の場において、新規開業希望者に対して、地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供しない理由等の説明を求めることや、地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供するよう働きかけることの重要性に鑑み、「新規開業希望者に対して参加を求める外来医療に関する協議の場は、原則として対面又はオンラインで開催することとして、都道府県における手続き上やむを得ない場合は持ち回り開催や書面による開催等の対応も可能である」こととする。
- 外来医療に関する協議の場の開催頻度については、事前届出の提出後、届出内容の確認、地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供の要請（1～2週間程度の期限）、厚生局への通知の期間が必要であり、こうした状況を鑑みると、少なくとも3か月に1回は外来医療に関する協議の場を開催することが必要であると想定される。外来医療に関する協議の場の効果的・効率的な運用の観点から、必要に応じて外来医療に関する協議の場の下にワーキング等を設置することも可能とする。
- 外来医師過多区域の対応を適切に実施する観点から、事前届出の内容確認、外来医療に関する協議の場の運営、地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供状況の確認等に関する都道府県の事務負担については、地域医療介護総合確保基金を活用可能とする。

⑥ 要請・勧告

【対応の方向性】

- 新規開業希望者が要請に従わない場合は保険医療機関の指定期間が短縮されることがある旨を周知した上で、原則として1～2週間程度の回答期限を定めて要請を行うこととする。また、期限内に回答がない場合、または地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供する意向ありと回答しない場合は、要請に応じないものとして、厚生局へ保険医療機関の指定期間を3年に短縮することの通知、都道府県医療審議会への出席及び理由等の説明の求めを行うこととなる。
- 地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供しない「やむを得ない理由」については、真に当該医療を提供しない事情がある場合に限って個別に判断されるものであり、事前届出において地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供しないとした場合には、原則として要請の対象となることが想定されるが、例えば、

- ・ 夜間や休日における地域の初期救急医療の提供が求められているが、診療所に勤務する全ての医師が乳幼児の世話や家族の介護等を現に担っており夜間や休日の対応ができない場合
 - ・ 学校医となることが求められているが、学校側等との調整中である場合等が該当すると考えられる。
- 都道府県は、要請・勧告内容の実施状況（地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供状況）の確認のため、要請に応じなかった診療所を対象に、年1回程度、都道府県医療審議会又は外来医療の協議の場への参加を求め、要請・勧告した不足する医療機能等の提供状況を確認することとする。
 - また、要請・勧告に応じなかった診療所が、その後、都道府県医療審議会又は協議の場において、要請・勧告に応じて地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供していることが確認できた場合、次回の保険医療機関の指定期間は6年とする。
 - 今般、医療法等の一部を改正する法律により導入される外来医師過多区域に関する仕組みについて、その取組に実効性を持たせるためには、都道府県が事前届出の内容を踏まえて、適切に外来医療の協議の場への参加・理由等の説明を求め、要請・勧告等を行うことが不可欠である。このため、外来医師過多区域における事前届出の状況や、要請・勧告の状況等について、国が都道府県に対して毎年報告を求めることとする。そのうえで、国においては、事前届出において地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供しないこととした診療所のうち、外来医療の協議の場への参加を求めた割合や、都道府県における要請・勧告の対象となった割合等を把握し、都道府県に対して状況の確認を行う。また、地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療を提供することとした診療所が、実際に適切に必要なとされる医療を提供しているかについても、国において医療関係団体と連携しつつ、確認するための方法を今後検討する。
 - その上で、施行後3年を目途として、外来医師過多区域において、新たに開設された診療所の数が廃止された診療所の数を超える区域がある場合には、当該区域における新たな診療所の開設の在り方について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとされていることを踏まえ、国において必要な対応を行うこととする。

⑦ 保険医療機関の指定期間の短縮等

【対応の方向性】

- 保険医療機関の指定期間を3年以下とする場合の標準的な期間について以下のとおりとする。

指定期間	類型
3年	<ul style="list-style-type: none"> ・ 要請を受けて、期限までに応じなかった診療所 ・ 勧告を受けた診療所 ・ 保険医療機関の再指定時に、勧告に従わない状態が続いた場合（2度目の指定）
2年	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保険医療機関の再々指定時以降に、勧告に従わない状態が続いた場合（3度目の指定以降）

- 保険医療機関の指定期間が短縮された者に対しては、医療機能情報提供制度（ナビイ）において、各都道府県における「外来医師過多区域」及び「地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容」の公表がされてから半年以降に、外来医師過多区域で開設した無床診療所について、「地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供の有無・内容及び実績、医療法による要請又は勧告の有無、有の場合提供をしない理由」を項目として追加することとする。

(2) 外来医師多数区域における取組

【対応の方向性】

- 現行運用されている外来医師多数区域における、新規開業希望者に対する地域で必要とされる医療機能の要請やその合意、外来医療に関する協議の場の活用等の対応は、必ずしも機能していると評価することはできないことから、外来医師過多区域は管内に有さないが、外来医師多数区域を有している都道府県においても、外来医療機能の偏在対策に資する外来医師多数区域における取組を、これまで以上に進めることが重要である。
- このため、国においては、外来医師過多区域の取組のほか、外来医師多数区域の取組についても引き続き毎年報告を求め、必要に応じてその取組状況の公表を行うとともに、国としても、都道府県の取組の実態を踏まえ、必要な制度運用の見直しを検討する。



厚生労働省

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

医師確保計画の見直し等に関する参考資料

医政局地域医療計画課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1. 医師確保計画の見直しの進め方について
2. 医師偏在指標及び医師少数区域・多数区域の設定について
3. 医師確保の方針について
4. 目標医師数を達成するための施策について
5. 医師偏在是正プランの策定について
6. 医師確保計画の効果の測定・評価について
7. 外来医師過多区域について

1. 医師確保計画の見直しの進め方について
2. 医師偏在指標及び医師少数区域・多数区域の設定について
3. 医師確保の方針について
4. 目標医師数を達成するための施策について
5. 医師偏在是正プランの策定について
6. 医師確保計画の効果の測定・評価について
7. 外来医師過多区域について

医師確保対策に関する取組（全体像）

医師養成過程における取組

【大学医学部】

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

【臨床研修】

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

【専門研修】

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

各都道府県の取組

【医師確保計画】

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

＜具体的な施策＞

●大学と連携した地域枠の設定

●地域医療対策協議会・地域医療支援センター

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

●キャリア形成プログラム（地域枠医師等）

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

●認定医師制度の活用

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

医師の働き方改革

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

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

医師確保計画策定ガイドラインの策定(国)

医師の偏在の状況把握

医師偏在指標の算出(国)

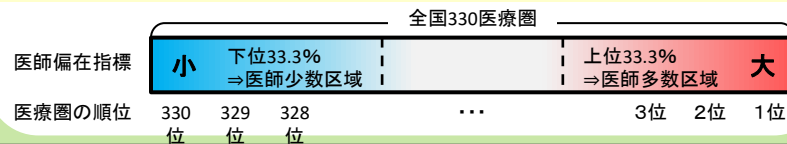
都道府県・二次医療圏ごとに、**医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成等を踏まえた**医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

医師偏在指標で考慮すべき「5要素」

- ・ 医療需要（ニーズ）及び将来の人口・人口構成の変化
- ・ 患者の流出入等
- ・ へき地等の地理的条件
- ・ 医師の性別・年齢分布
- ・ 医師偏在の種類（区域、診療科、入院/外来）

医師多数区域・医師少数区域の設定(都道府県)

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



医師確保計画策定ガイドラインを参考にした『医師確保計画』の策定(都道府県)

医師の確保の方針

(都道府県、二次医療圏ごとに策定)

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

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

確保すべき医師の数の目標(目標医師数)

(都道府県、二次医療圏ごとに策定)

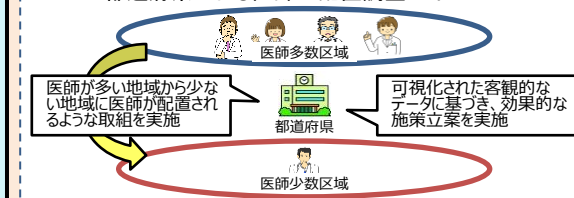
医師確保計画策定時に、3年間の計画期間の終了時点で確保すべき目標医師数を、医師偏在指標を踏まえて算出する。

目標医師数を達成するための施策

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

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

都道府県による医師の配置調整のイメージ



3年*ごとに、都道府県において計画を見直し(PDCAサイクルの実施)

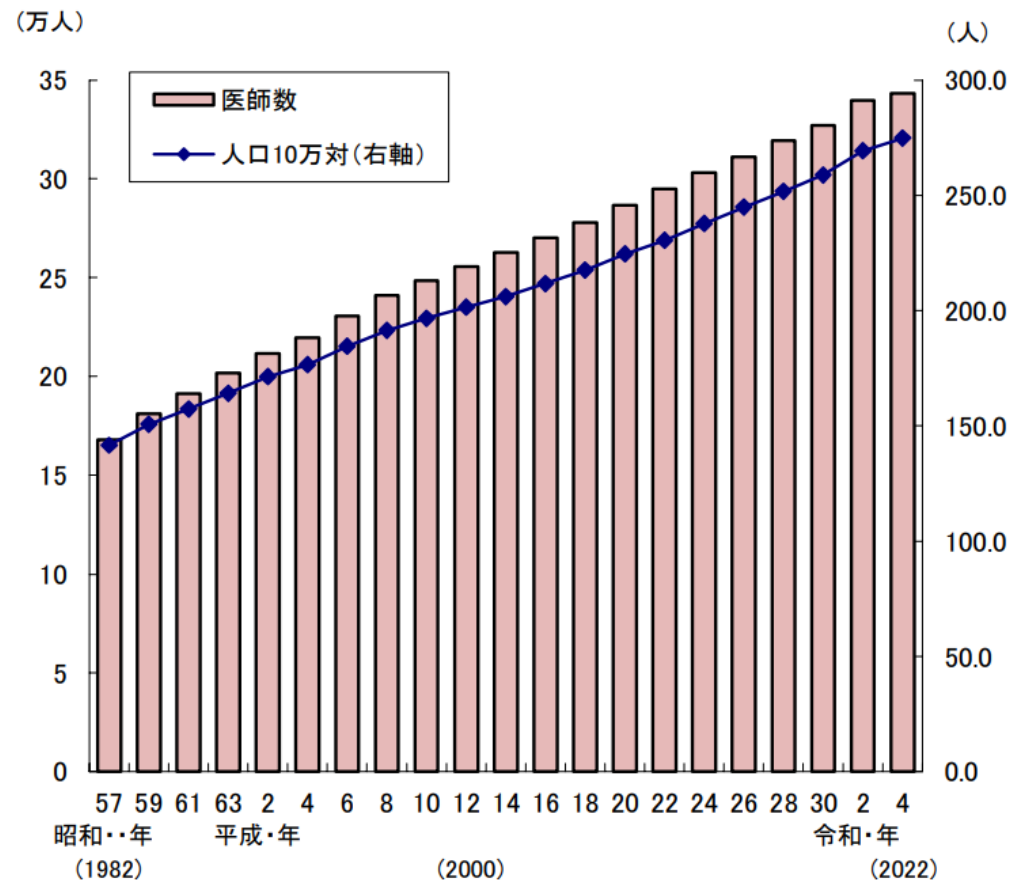
西暦	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
医療計画	第7次						第8次					
医師確保計画	指標設計(国)	計画策定(県)	第7次				第8次(前期)		第8次(後期)			

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

医師数の年次推移

各年12月31日現在

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



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

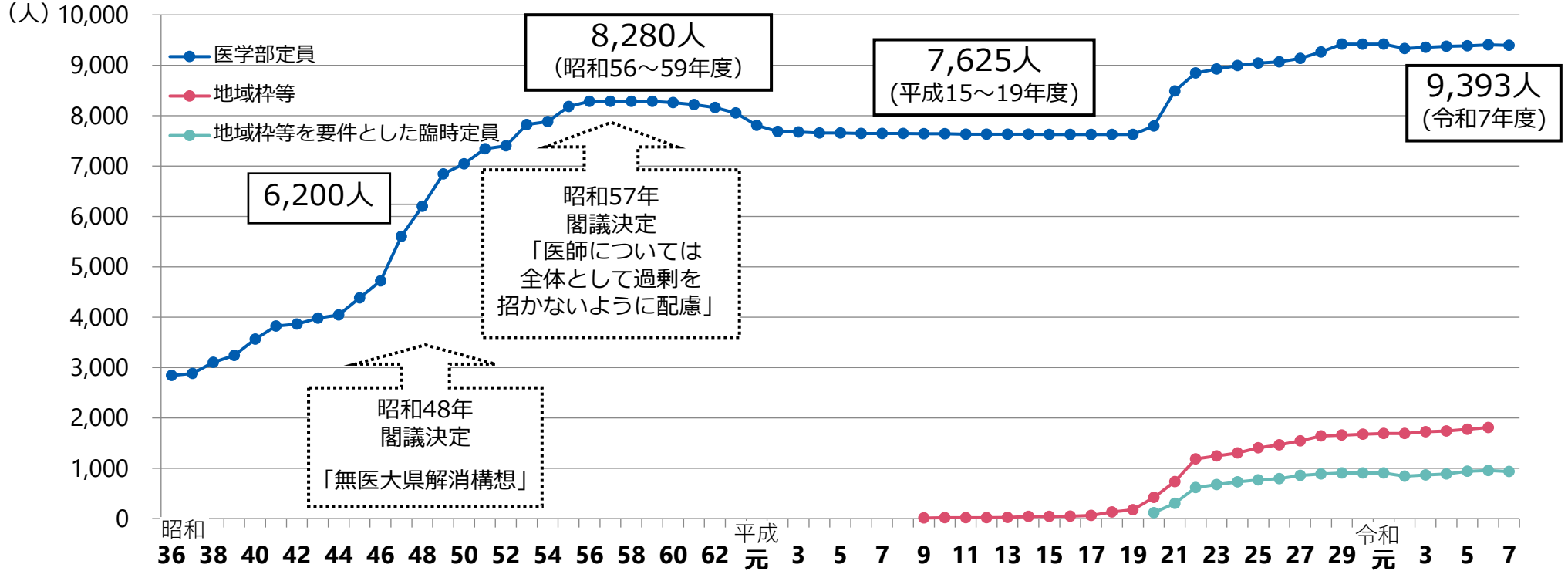
医学部入学定員と地域枠の年次推移

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

資料1
一部改

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

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



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

※自治医科大学は、設立の趣旨に鑑み地域枠等からは除く。

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

地域枠及び地元出身者枠数について（令和7年度）

都道府県名	恒久定員合計	恒久定員内地域枠		恒久定員内 地元出身者枠	臨時定員 (地域枠)	
		全体	うち、地元 出身要件あり		全体	うち、地元 出身要件あり
北海道	312	7	7	0	8	8
青森	106	36	15	0	27	27
岩手	94	1	0	0	37	25
宮城	181	10	0	0	7	7
秋田	102	2	2	0	29	29
山形	106	6	5	0	8	8
福島	86	1	0	0	47	0
茨城	107	4	3	0	62	37
栃木	110	0	0	0	10	0
群馬	105	0	0	0	24	20
埼玉	110	0	0	0	47	2
千葉	240	5	0	0	34	0
東京	1,402	7	7	0	16	16
神奈川	415	27	16	0	25	25
新潟	100	0	0	0	79	25
富山	100	0	0	0	12	12
石川	215	2	2	0	8	0
福井	105	0	0	0	10	5
山梨	105	15	15	0	24	24
長野	105	7	0	0	20	0
岐阜	85	3	3	0	25	25
静岡	105	0	0	0	68	0
愛知	409	0	0	0	32	32
三重	105	15	15	0	20	15

都道府県名	恒久定員合計	恒久定員内地域枠		恒久定員内 地元出身者枠	臨時定員 (地域枠)	
		全体	うち、地元 出身要件あり		全体	うち、地元 出身要件あり
滋賀	105	11	9	0	5	0
京都	207	3	3	0	4	4
大阪	510	0	0	0	12	0
兵庫	213	3	0	0	16	14
奈良	100	3	3	0	12	0
和歌山	90	20	0	0	11	10
鳥取	85	7	5	0	17	6
島根	100	10	10	0	17	10
岡山	215	1	1	0	3	3
広島	105	5	5	0	15	15
山口	100	0	0	0	17	17
徳島	100	6	6	0	11	11
香川	100	3	3	0	11	11
愛媛	100	5	5	0	15	15
高知	100	11	5	0	14	14
福岡	430	0	0	0	4	4
佐賀	98	7	0	0	5	2
長崎	100	1	1	0	18	14
熊本	105	4	4	0	4	4
大分	100	3	3	0	10	10
宮崎	100	40	25	0	2	2
鹿児島	100	0	0	0	20	20
沖縄	105	5	5	0	11	11

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

文部科学省高等教育局医学教育課調べ
（他県にある大学に設置している地域枠・地元出身者枠を含む。）
（※東北医科薬科大学の恒久定員内地域枠の一部は、複数の県のいずれかの修学資金制度に申込みを条件としており、本表に含まない。自治医科大学の恒久定員及び臨時定員23枠（栃木県指定枠3枠を含む）は、本表に含まない。）

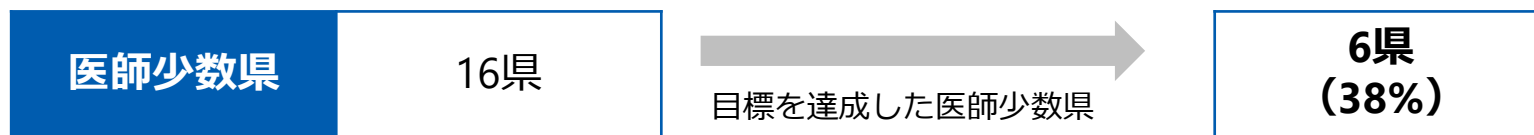
黄：医師多数県
灰：医師中程度県
青：医師少数県
※令和6年1月10日更新の
医師偏在指標に基づく

第7次医師確保計画を通じた目標達成状況

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

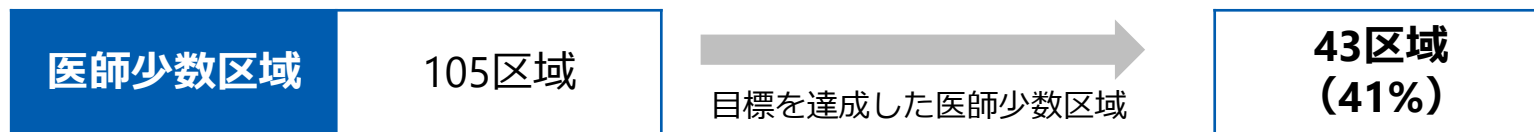
● 医師少数県における目標の達成状況

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



● 医師少数区域における目標の達成状況

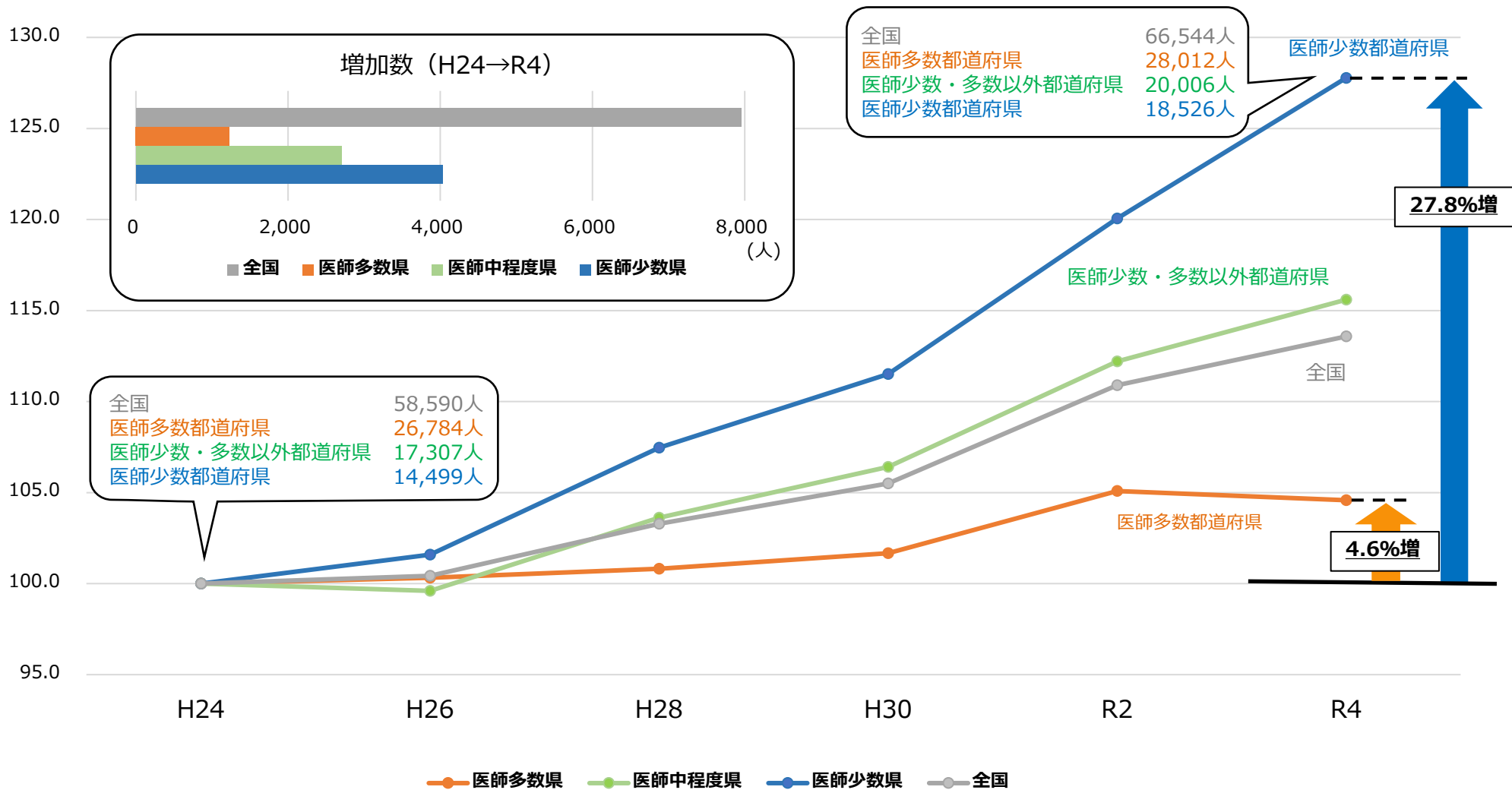
医師少数区域においては、第7次医師確保計画終了時（2023年度）までに当該計画開始時（2020年度）の医師偏在指標の下位1/3基準値に達することを目標としていた。達成状況は以下のとおり。



※ 医療圏の見直し（8→3）を行った秋田県を除いて比較。

35歳未満の医療施設従事医師数推移（平成24年を100とした場合）

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

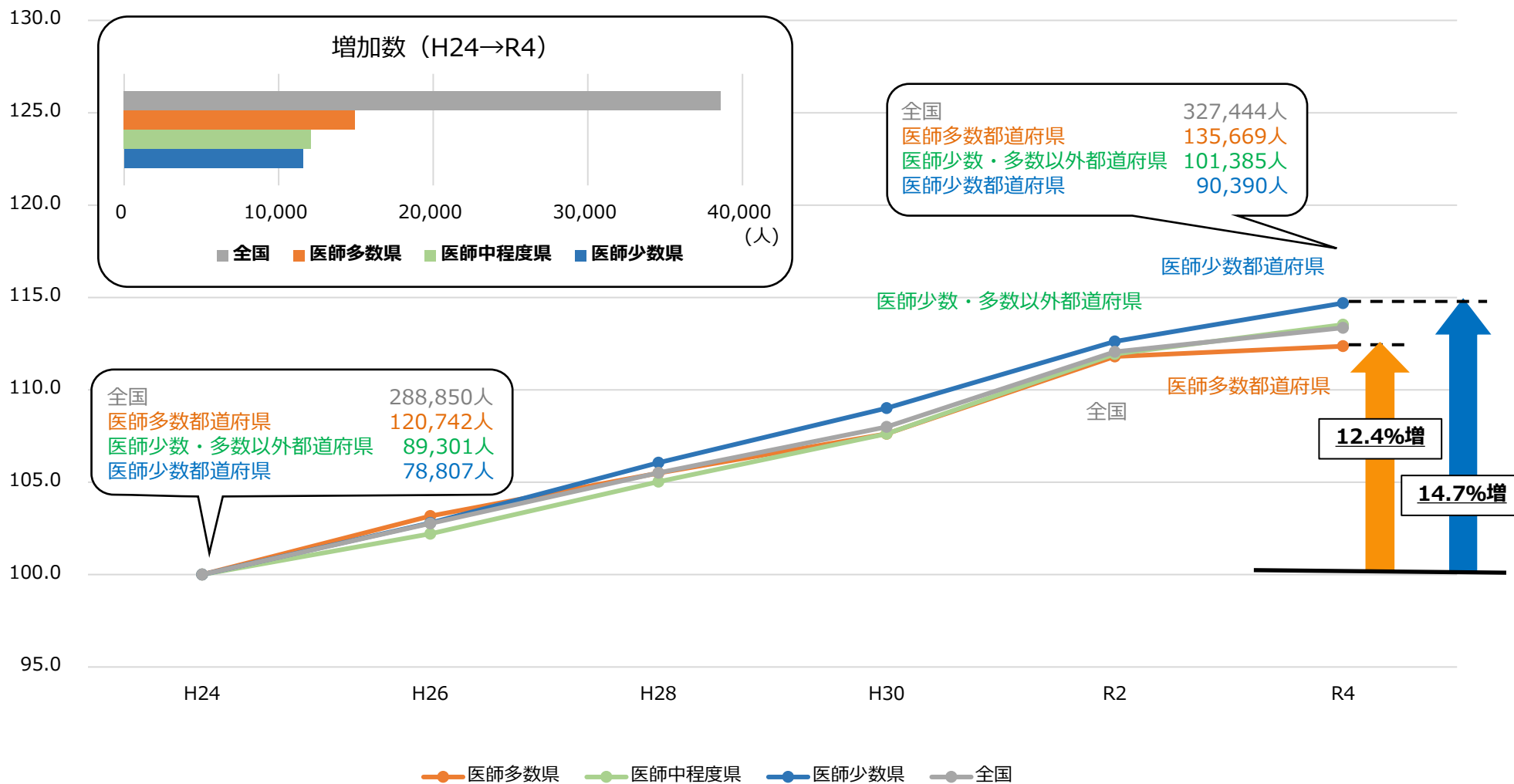


※ 医師多数都道府県：医師偏在指標の上位33.3%の都道府県
 医師少数都道府県：医師偏在指標の下位33.3%の都道府県
 医師少数・多数以外都道府県：医師偏在指標の上位・下位33.3%以外の都道府県

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

医療施設従事医師数推移（平成24年を100とした場合）

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



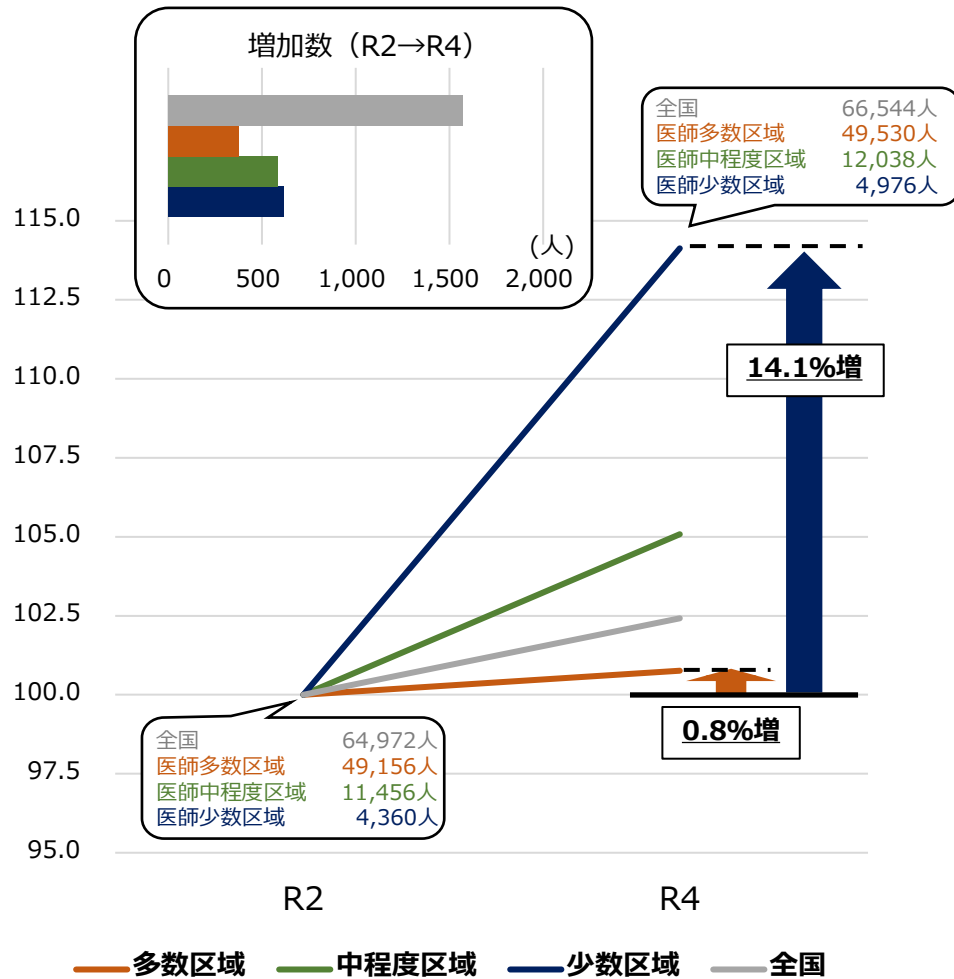
※ **医師多数都道府県**：医師偏在指標の上位33.3%の都道府県
医師少数都道府県：医師偏在指標の下位33.3%の都道府県
医師少数・多数以外都道府県：医師偏在指標の上位・下位33.3%以外の都道府県

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

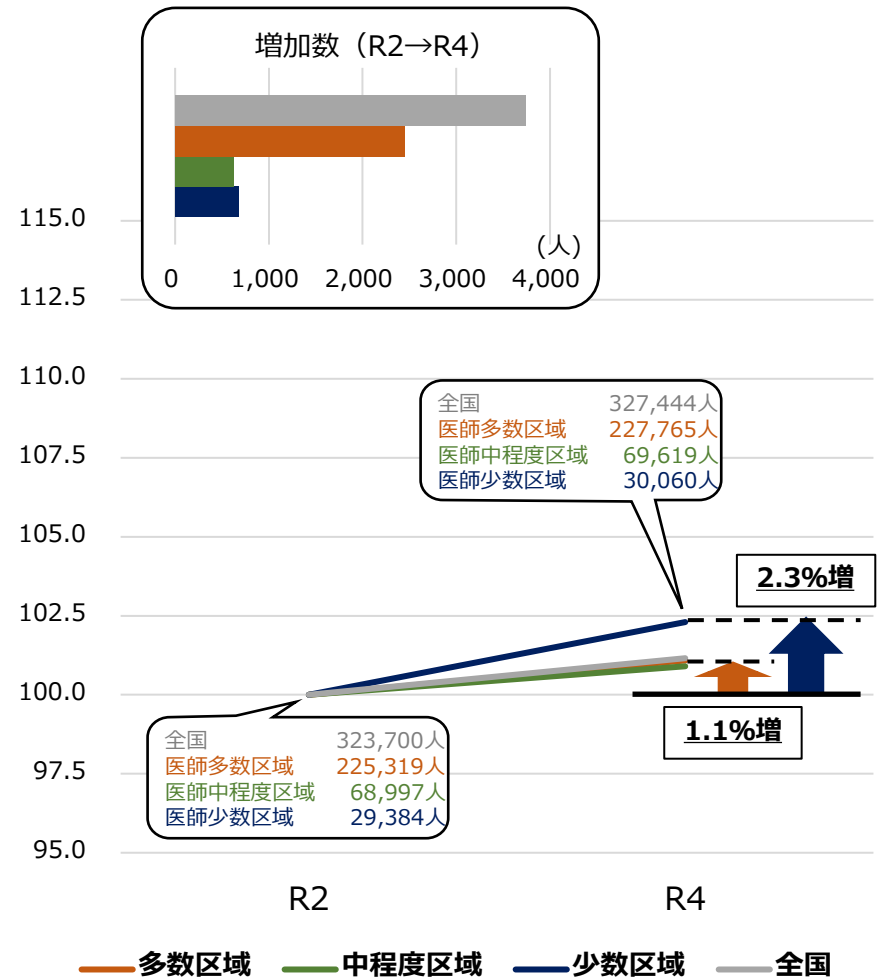
二次医療圏別における医療施設従事医師数推移（令和2年を100とした場合）

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

35歳未満医療施設従事医師数の推移



医療施設従事医師数の推移



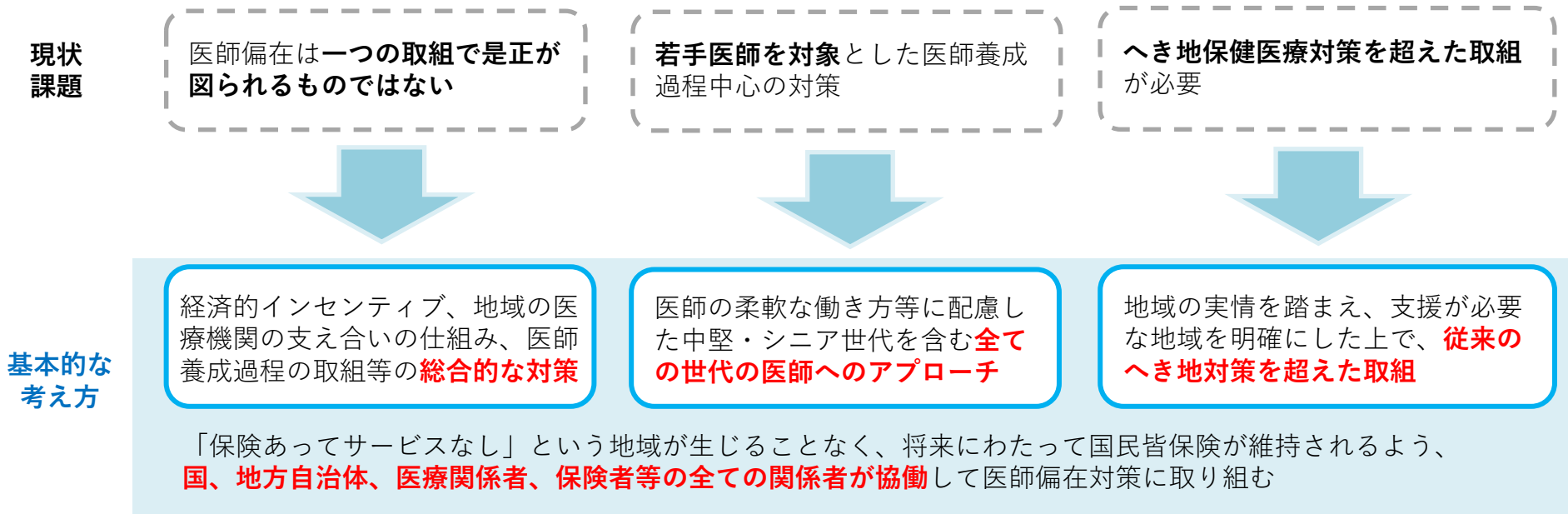
※医師多数/中程度/少数区域：第7次医師確保計画における二次医療圏ごとの医師偏在指標に基づく集計

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

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

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

【基本的な考え方】



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

【総合的な対策パッケージの具体的な取組】

若手

中堅・シニア世代

医師養成過程を通じた取組

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

医師確保計画の実効性の確保

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

地域偏在対策における経済的インセンティブ等

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

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

地域の医療機関の支え合いの仕組み

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

診療科偏在の是正に向けた取組

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

今後のスケジュール（予定）

令和6年12月25日厚生労働省

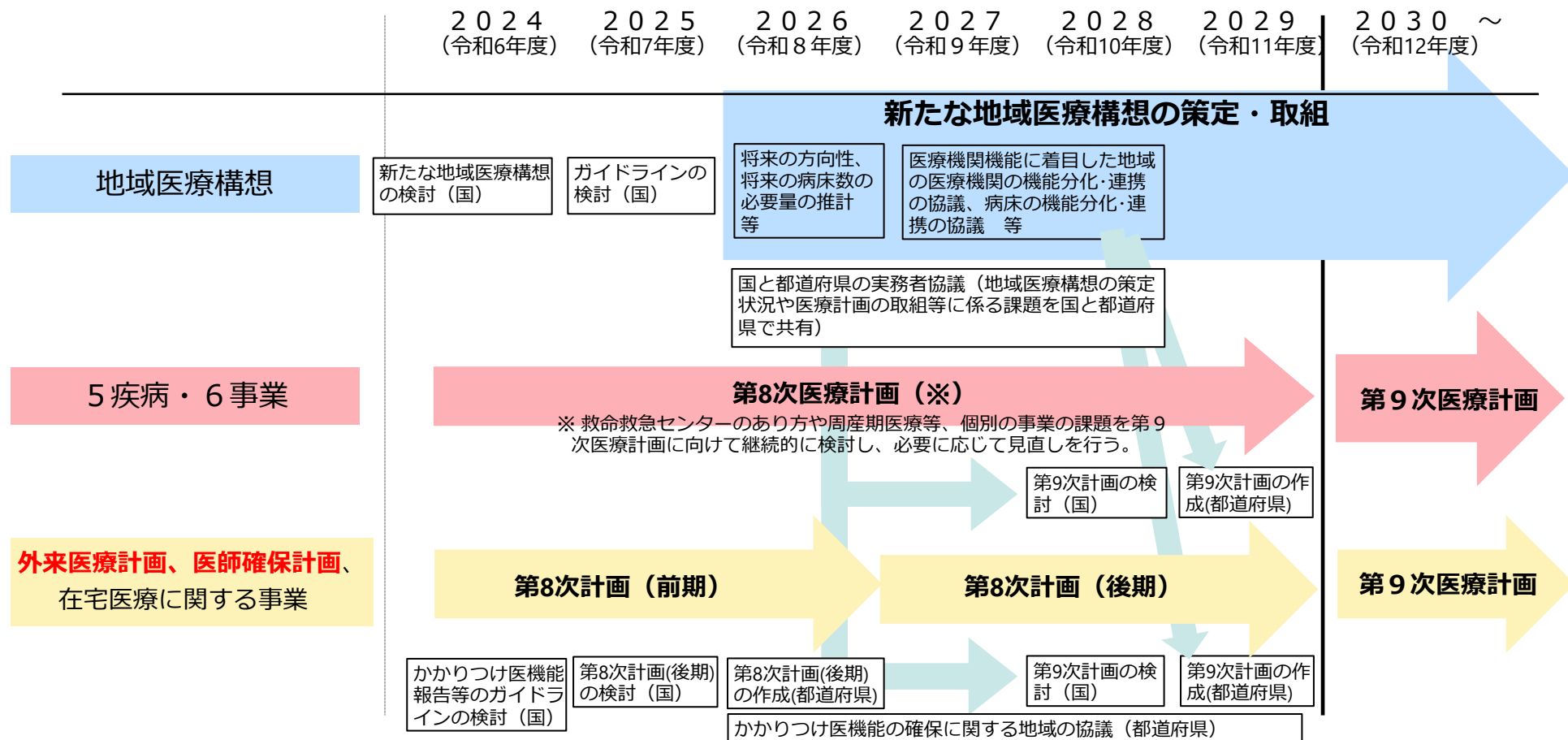
「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」（一部改）

対策等	2024年度	2025年度	2026年度	2027年度
医師確保計画	「第8次医師確保計画(前期)」の取組			「第8次医師確保計画(後期)」の取組
重点医師偏在対策支援区域、医師偏在是正プラン	緊急的な取組のガイドライン・プランの先行策定	医師偏在是正プラン全体のガイドラインの検討・策定	「第8次医師確保計画(後期)」の検討・策定	
経済的インセンティブ	緊急的な取組(診療所の承継・開業支援)の先行実施		本格的な経済的インセンティブ実施の検討	
全国的なマッチング機能の支援	全国的なマッチング機能の支援			
リカレント教育の支援	リカレント教育の支援			
都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定	協定も含めて医師偏在是正プラン全体のガイドラインの検討・策定		医師偏在是正プラン全体の検討の中で協定の協議・締結	協定による取組
地域の医療機関の支え合い <small>(医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件、外来医師過多区域での新規開業希望者への要請等、保険医療機関の管理者要件)</small>	法令改正ガイドラインの検討・策定		改正法令施行	
医学部定員・地域枠	医学部臨時定員・地域枠の対応、2027年度以降の医学部定員の適正化の検討			
臨床研修	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	
診療科偏在是正対策	必要とされる分野が若手医師から選ばれるための環境づくり等、処遇改善に向けた必要な支援、外科医師が比較的長時間の労働に従事している等の業務負担への配慮・支援等の観点での手厚い評価について必要な検討			

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージの策定

※ 医師偏在対策の効果を施行後5年目途に検証し、十分な効果が生じていない場合には、更なる医師偏在対策を検討

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



地域医療構想、医師偏在対策等に関する検討体制

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

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会

【検討事項】

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

在宅医療及び医療・介護連携に関するWG

【検討事項】

- 在宅医療に関する事項
- 医療・介護連携に関する事項 等

救急医療等に関するWG

【検討事項】

- 救命救急センターに関する事項
- 救急搬送に関する事項 等

小児医療及び周産期医療の提供体制等に関するWG

【検討事項】

- 小児・周産期医療提供体制に関する事項 等

災害医療・新興感染症医療に関するWG

【検討事項】

- 災害、新興感染症発生・まん延時、国民保護事案等への対応 等



連携

その他5疾病等に関する検討体制

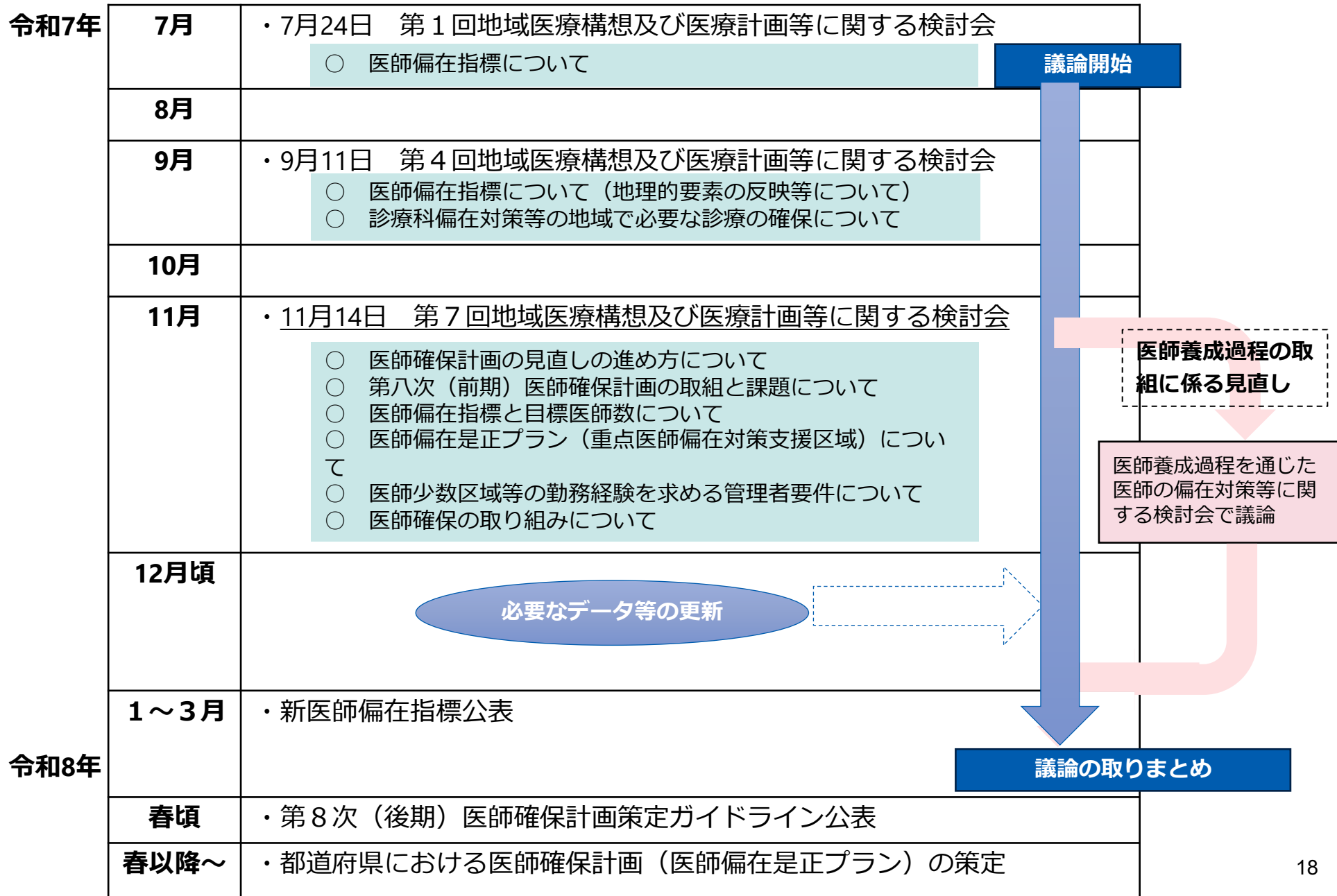
がん、循環器疾患、精神医療 等

検討会スケジュール（各WGは必要に応じて順次開催）

7月～	議論の開始
秋頃	中間とりまとめ
12月～3月	とりまとめ

→ ガイドライン及び医療計画指針(外来、在宅、医師確保)の発出

※ 医療法等改正法案の法律事項は法案成立後に検討



医師確保計画策定ガイドラインについて

○第8次（前期）医師確保計画においては、医師確保計画策定ガイドライン（第8次前期）に基づき、①計画策定に向けた体制整備等、②医師偏在の状況把握、目標医師数の設定、③目標医師数を達成するための施策、④計画の効果測定・評価に関する事項について定められている。

第8次前期ガイドライン 構成
1. 序文 確保計画の全体像、スケジュール、留意事項等
2. 体制等の整備 都道府県における議論の場 厚生労働省により提供する情報（データ）
3. 医師偏在指標
4. 医師少数区域・多数区域の設定
5. 医師確保計画 5-1. 計画に基づく対策の必要性 5-2. 医師確保の方針 5-3. 目標医師数 5-4. 目標医師数を達成するための施策 5-4-1. 施策の考え方 5-4-2. 医師の派遣調整 5-4-3. キャリア形成プログラム 5-4-4. 働き方改革/勤務環境/子育て医師等支援 5-4-5. 地域医療介護総合確保基金の活用 5-4-6. その他の施策
6. 地域枠・地元出身者枠の設定・取組等 6-1. 地域枠・地元出身者枠の設定・取組の考え方 6-2. 必要な地域枠・地元出身者枠の数について 6-3. 地域枠の選抜方式等について
7. 産科・小児科における医師確保計画
8. 医師確保計画の効果の測定・評価

①計画策定に向けた体制整備等
地域医療対策協議会及び都道府県医療審議会において議論を行って計画を作成する。また、国からは、医師数・人口・医師偏在指標・目標医師数などに関する情報を提供する。

②医師偏在の状況把握、目標医師数の設定
医師偏在指標に基づき医師少数区域・多数区域を設定するとともに、各区域における短期・長期の医師確保の考え方を記載するとともに、医師少数区域においては、目標医師数を設定する。

③目標医師数を達成するための施策
各施策について、2036年度に医師偏在が是正が達成されることを目標に、短期的に効果が得られるものと長期的に効果が得られるものを整理し、それぞれの施策について具体的な目標を掲げる。

→ 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で議論

④計画の効果測定・評価
次期医師確保計画に向けて、計画に記載している施策や目標について、適切なPDCAサイクルを実施する。

1. 医師確保計画の見直しの進め方について
2. 医師偏在指標及び医師少数区域・多数区域の設定について
3. 医師確保の方針について
4. 目標医師数を達成するための施策について
5. 医師偏在是正プランの策定について
6. 医師確保計画の効果の測定・評価について
7. 外来医師過多区域について

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

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

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

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

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

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

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

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

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

第8次（前期）医師確保計画策定時の医師偏在指標の見直しの内容

① 複数の医療機関に勤務する医師の取扱い

医師偏在指標の精緻化を図る観点から、三師統計で「従たる従事先」に主たる従事先とは異なる医療圏に所在する医療機関を記載している医師について、その状況を踏まえ、主たる従事先で0.8人、従たる従事先で0.2人として算出することとした。

② 勤務施設別の医師偏在指標

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値として都道府県に提示することとした。

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

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

5. 今後の医師偏在対策の具体的な取組

（7）医師偏在指標のあり方

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

<これまでにいただいた主なご意見>

【地理的要素について】

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

【実態に即した医師の労働時間比の反映について】

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

【高齢医師が多い等の医師の年齢構成について】

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

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

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

医師偏在対策を進める上での考え方（案）

- ▶ 現行の医師偏在指標に、地理的な要素（人口密度、医療機関へのアクセス、離島や豪雪地帯といった地理上の特性）を反映した上で区域を設定することについて
 - 次期医師確保計画（R9年度～）における医師少数区域の設定にあたっては、現行の医師偏在指標に加え、地理的要素を一定反映して医師少数区域を設定することとする。

- ▶ 性年齢階級別の医師の労働時間比率について、実態に即したデータを反映することについて
 - 医師偏在指標に用いられている医師の性年齢階級別労働時間比を含め、次期医師確保計画に向けた医師偏在指標の算出に用いるデータについては、可能な限り最新の調査結果を反映することとする。

- ▶ 高齢医師が多く、数年後に医師少数区域になる可能性がある等、医師の年齢構成の違いの反映について
 - 高齢医師の割合が高い都道府県や区域については、医師確保の取組を進める一方、それでも現時点で医師不足が進行する地域については、例えば拠点病院からのオンライン診療を実施するなど、現時点での医療の確保に向け、対策を講じることとする。

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

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

反映することが可能な地理的要素（例）



①地域の人口密度



②地域の中心から直近の二次救急病院までの直線距離



③二次・三次救急病院を含まない離島



④二次・三次救急病院を含まない特別豪雪地帯

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

へき地尺度 (Rurality Index for Japan) について

- へき地医療に関わる関係者（医療専門職、行政職、住民）へのアンケート調査等に基づき、①人口密度、②最寄りの二次・救急医療機関までの直線距離、③離島、④特別豪雪地帯を項目として選定し、日本国内の医療におけるへき地の度合いを示す「へき地尺度 (Rurality Index for Japan)」という尺度が2023年に報告されている。

研究内容：へき地医療に知見のある医師・看護師・患者団体の代表からなる専門委員会を選定。過去の研究レビュー結果をもとに、専門委員会がRIJの候補因子（人口規模・人口密度、医療アクセス、医師数、離島、二次医療機関までのアクセス、気候等）を選定し、候補因子リストを作成した後、へき地医療の知見を有するステークホルダー（へき地医療の知見を有する医療従事者、行政官、住民）100名を募り、修正デルファイ法による計3回のオンライン調査を実施して因子を決定した後、因子の解釈を行った。

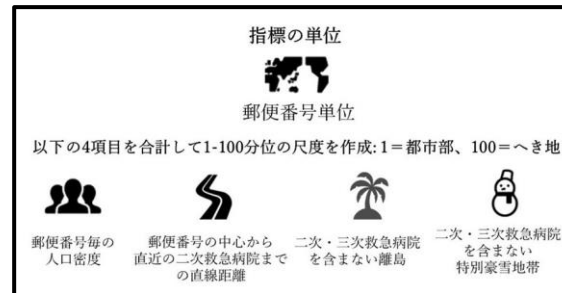
結果：探索的因子分析を用いて算出した各因子の因子負荷量を各因子の重みとして用い、変換前RIJ (pre-conversion RIJ)を以下に示す式で算出。

$$\text{pre-conversion RIJ} = \text{人口密度} * (-0.3) + \text{直近の二次もしくは三次救急医療機関までの直線距離} * 0.46 + \text{離島} * 0.47 + \text{特別豪雪地帯} * 0.3$$

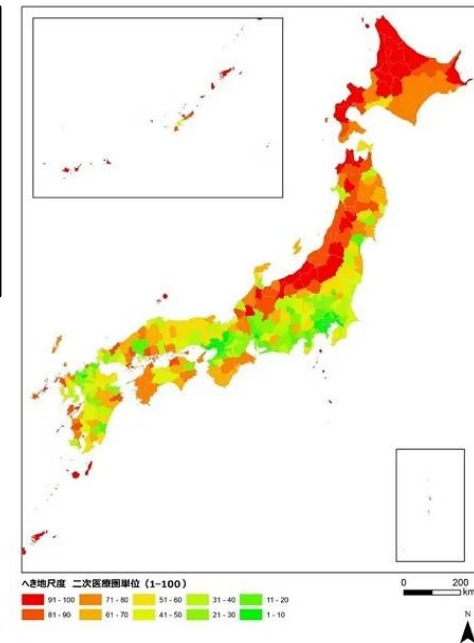
上記式で算出したpre-conversion RIJを整数値に変換した上で、百分位としてスコア化したものをRIJとして使用した。

※RIJは、1に近づくほどより都会に、100に近づくほどより地方になる。

＜へき地尺度に用いた因子＞



＜二次医療圏別へき地尺度＞



Kaneko M, Ikeda T, Inoue M, Sugiyama K, Saito M, Ohta R, Cooray U, Vingilis E, Freeman TR, Mathews M. Development and validation of a rurality index for healthcare research in Japan: a modified Delphi study. BMJ Open. 2023 Jun 19;13(6):e068800. doi: 10.1136/bmjopen-2022-068800. PMID: 37336534; PMCID: PMC10314574.

令和7年度の厚生労働科学研究班（研究代表者：福岡国際医療福祉大学 松田晋哉教授）において、医師少数区域の設定に活用することを念頭に、より精緻な「へき地尺度」を開発するための研究を実施している。

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

【目的】

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

【方法】

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

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

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

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

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

【結果】

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

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

【結論】

・へき地度が高い地域で診療している医師は診療の幅が広い傾向にあった。

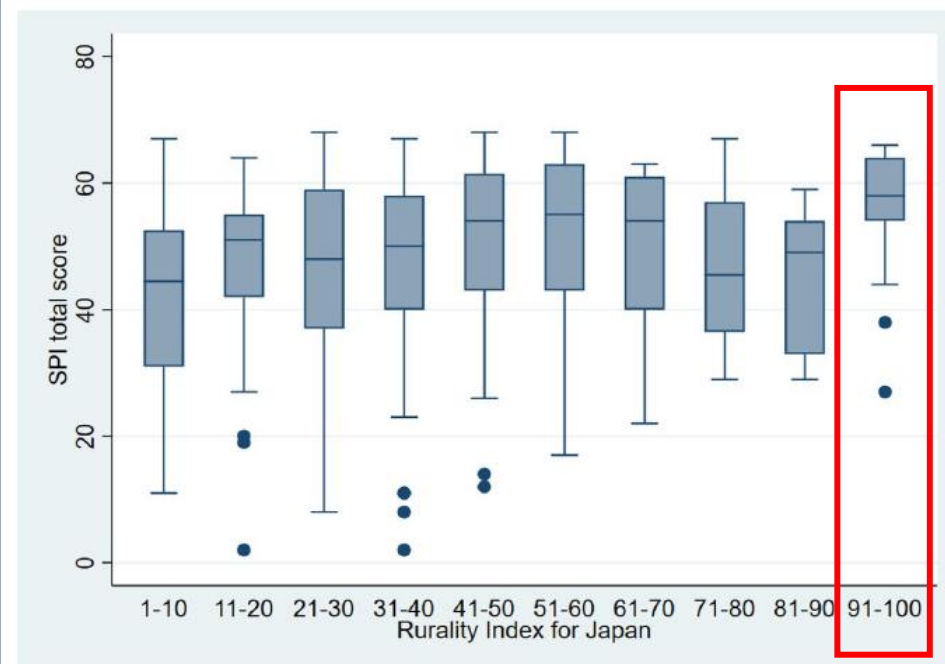


Fig.1a Boxplot of the SPI score and the RIJ

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

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

現状・課題

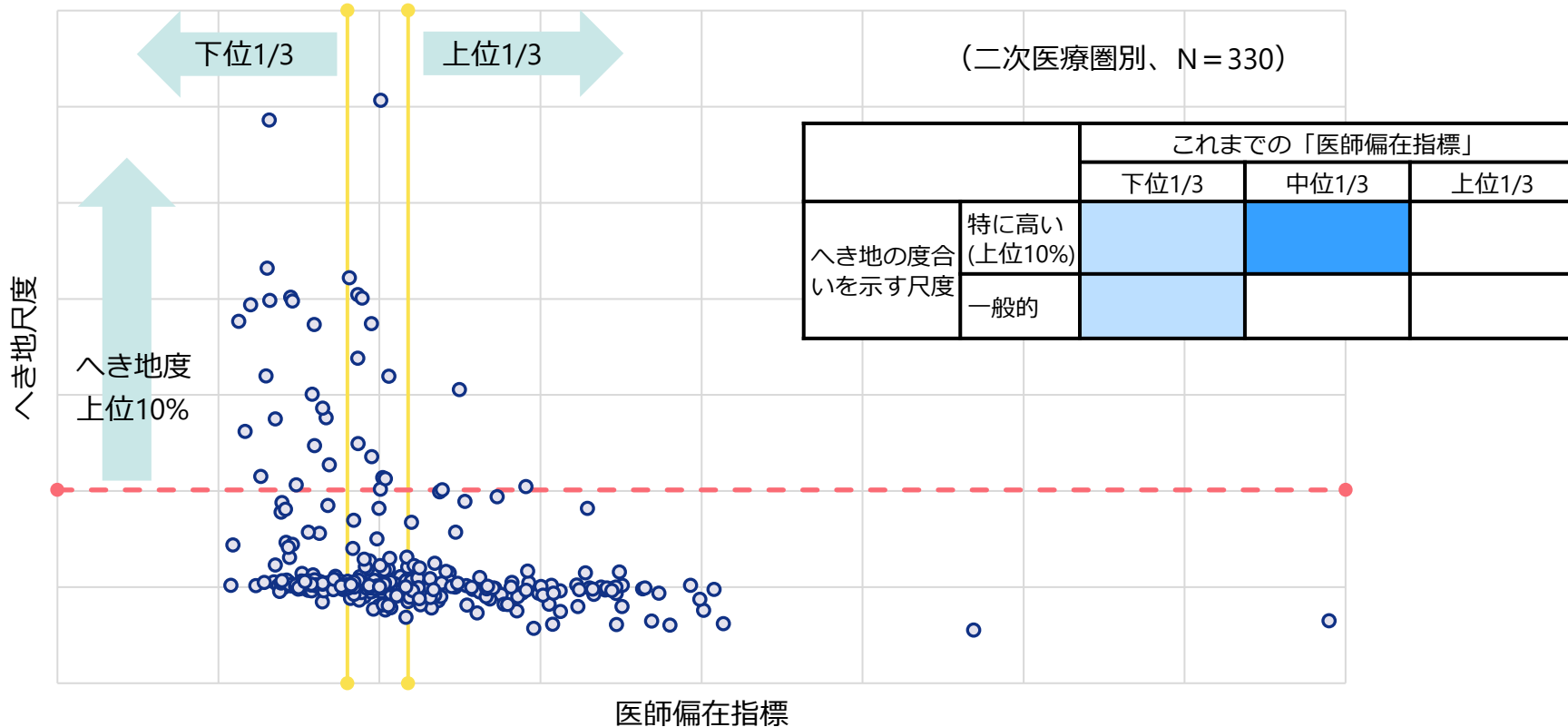
- 医師偏在指標を用いた医師少数区域等の設定について、
 - ・ 医師偏在指標のみを用いた場合には、山間部にへき地を多く抱えていたり、医療機関のアクセスに時間を要するといった地理的要素が反映されていないことが課題である。
 - ・ 実情をより精緻に反映させるために、可能な限り最新の調査結果を医師偏在指標に用いるべきであるといった意見があった。
- ①人口密度、②最寄りの二次救急医療機関までの距離、③離島、④特別豪雪地帯を項目を用いた「へき地尺度（RIJ）」について、へき地尺度が上位10%の地域で勤務する医師は、他の地域の医師と比較して対応する診療の幅が大きい傾向にある。
- 令和7年度の厚生労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

論点

- 次期医師確保計画（R9年度～）における医師少数区域等の設定にあたっては、現行の医師偏在指標のみでなく、へき地尺度（RIJ）についても組み合わせることで、地理的要素を一定程度反映したうえで医師少数区域を設定することとする。
- 具体的には、①現行の医師偏在指標による下位1/3に該当する区域に加えて、②現行の医師偏在指標による中位1/3の区域のうち、「へき地尺度（RIJ）が特に高い区域」を追加し、新たな「医師少数区域」とすることとする。
- へき地尺度が特に高い区域については、例えばへき地尺度が上位10%の区域として設定することとする。

- 医師偏在指標の計算式は現行と同様としつつ、医師少数区域の設定に当たり、①現行の**医師偏在指標による下位1/3に該当する区域に加えて**、②**現行の医師偏在指標による中位1/3の区域のうち、「へき地尺度」が特に高い区域（仮に上位10%の区域と設定）**を追加し、**新たな「医師少数区域」と**することとした場合のイメージは以下のとおり。

医師偏在指標とへき地尺度（二次医療圏別）



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

論点

- 第8次（後期）医師確保計画に係る医師偏在指標の算出にあたっては、従来と同様の項目のデータを用いたうえで、下表の通り可能な限り最新のデータを用いることとする。

用いるデータ	出典（調査の間隔）	第8次（前期）に用いた 医師偏在指標	第8次（後期）に用いる 新たな医師偏在指標
医療施設従事医師数	医師・歯科医師・薬剤師統計 （調査）（2年）	2020年	2024年
労働時間比	医師の勤務実態調査（随時）	2022年	2022年（※2）
人口	住民基本台帳人口（1年）	2017年（※1）	2024年
患者数	患者調査（3年）	2017年（※1）	2023年
流出入調整係数	都道府県への調査（随時）	2022年	2026年1月実施

※1 患者調査については、2020年調査結果を用いることが可能であったが、新型コロナウイルス感染症の影響を受けていない2017年調査を用い、住民基本台帳人口も、調査年が同じものを用いた。

※2 2025年調査の調査結果が利用可能になる時期が、2026年3月3日時点で未定である。

医師確保の方針について（第8次（前期）医師確保計画策定ガイドライン）

令和7年11月14日

第7回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料1

【都道府県における医師確保の方針の主な記載】

- 医師少数都道府県については、医師の増加を医師確保の方針の基本とし、医師多数都道府県からの医師の確保ができることとしている。
- 医師少数でも多数でもない都道府県は、都道府県内に医師少数区域が存在する場合には、必要に応じて医師多数都道府県からの医師の確保ができることとしている。
- 医師多数都道府県は、当該都道府県以外からの医師の確保は行わないこととしている。ただし、これまでの既存の施策による医師の確保の速やかな是正を求めるものではない。また、都道府県内の医師の充足状況や他の都道府県からの医師の流入状況等を勘案し、医師少数都道府県への医師派遣についても検討を行うこととする。特に、医師多数都道府県であり、かつ、医師少数区域を有さない都道府県であって、継続的に医師の数が増加している都道府県については、他の医師少数都道府県からの求めに応じた医師派遣等について、地域医療対策協議会の議題として必ず取り扱うなど全国的な医師偏在是正に対する協力をお願いしたい。なお、例えば、医師多数都道府県であっても、当該都道府県内における産科医師又は小児科医師がその勤務環境等を鑑みて不足していると考えられる場合に産科医師又は小児科医師に特化して確保する方針とすることや、外来医師多数区域が多く存在するような都道府県においては特に、診療所が地域で不足する医療機能を担うことができるよう、環境の整備を行う方針とする等、様々な形の医師の偏在に対して適切な医療提供体制を構築するために、医師確保方針を決定することが可能である。

【二次医療圏における医師確保の方針の主な記載】

- 医師少数区域については、医師の増加を医師確保の方針の基本とし、医師少数区域以外の二次医療圏からの医師の確保ができることとしている。
- 医師少数でも多数でもない二次医療圏は、必要に応じて、医師多数区域の水準に至るまでは、医師多数区域からの医師の確保を行えることとしている。
- 医師多数区域は、他の二次医療圏からの医師の確保は行わないこととしている。これまでの既存の施策による医師の確保の速やかな是正を求めるものではないが、医師少数区域への医師派遣を行うことは求められる。なお、例えば、医師多数区域であっても、圏内における産科医師又は小児科医師が、その勤務環境等を鑑みて不足している場合、産科医師又は小児科医師に特化して確保する方針とすることや、外来医師多数区域においては特に、診療所が地域で不足する医療機能を担うことができるよう、環境の整備を行う方針とする等、様々な形の医師の偏在に対して、適切な医療提供体制を構築するための方針は採択可能である。
- ただし、医師多数都道府県内に存在する医師少数区域については、当該都道府県以外からの医師の確保を行わないこととしている。

二次医療圏における目標医師数の設定について

令和7年11月14日
第7回地域医療構想及び医療計画等に関する
検討会 資料1 (一部改)

現状・課題

現行の医師確保計画に係る二次医療圏における目標医師数については、

- **医師少数区域**の目標医師数は、計画終了時の医師偏在指標の値が、計画開始時の下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数と定義している。ただし、計画期間開始時に既に下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師数を達成している場合には、医師の地域偏在の解消を図る観点から、原則として、目標医師数は計画開始時の医師数を設定上限としている。
- **医師少数区域以外**の二次医療圏における目標医師数は、原則として、計画開始時の医師数を設定上限数としている。ただし、今後の需要の増加が見込まれる地域では、厚生労働省が参考として提示する「計画終了時に計画開始時の医師偏在指標を維持するための医師数」を踏まえ、その数を設定上限数としている。

論点

新たな医師少数区域 = ①これまでの「医師偏在指標」による下位1/3の区域、②これまでの「医師偏在指標」による中位1/3の区域 かつ 「へき地尺度」が特に高い区域

- ①現行の「医師偏在指標」による下位33.3%の区域における目標医師数は、原則として、計画終了時の医師偏在指標の値が、計画開始時の下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数としつつ、各区域における医療提供体制に係る地域医療対策協議会の意見を踏まえ、都道府県において決定することとする。
- ②現行の「医師偏在指標」による中位33.3%の区域かつ「へき地尺度」が特に高い区域については、新たに医師少数区域に位置づけるものの、医師の地域偏在の解消を図る観点から、従前の医師少数区域以外の二次医療圏における目標医師数としてはどうか。そのうえで、地域医療対策協議会の意見を踏まえつつ、幅広い診療領域を担える医師や特に不足している診療科の医師の確保、オンライン診療を組み合わせた不足する診療機能の補完等にも取り組むこととする。
※今後の当該区域における政策立案の際には、従前の医師少数区域との違いに留意が必要である。

新たな医師中程度区域 = これまでの「医師偏在指標」による中位1/3の区域 かつ 「へき地尺度」が特に高い区域に該当しない区域

- これまでの「医師偏在指標」による中位33.3%の区域かつ「へき地尺度」が特に高い区域に該当しない区域については、従前の医師少数区域以外の二次医療圏における目標医師数とする。

新たな医師多数区域 = これまでの「医師偏在指標」による上位1/3の区域

- これまでの「医師偏在指標」による上位33.3%の区域については、従前の医師少数区域以外の二次医療圏における目標医師数とする。

現状・課題

現行の医師確保計画に係る都道府県における目標医師数については、

- **医師少数都道府県**の目標医師数は、計画終了時の医師偏在指標が、計画期間開始時の全都道府県の医師偏在指標について下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数と定義している。
- **医師少数都道府県以外**は、目標数を既に達成しているものとして取り扱うが、自県の二次医療圏の設定上限数の合計が都道府県の計画開始時の医師数を上回る場合は、二次医療圏の目標医師数の合計が都道府県の計画開始時の医師数を上回らない範囲で、二次医療圏の目標医師数を設定することとしている。

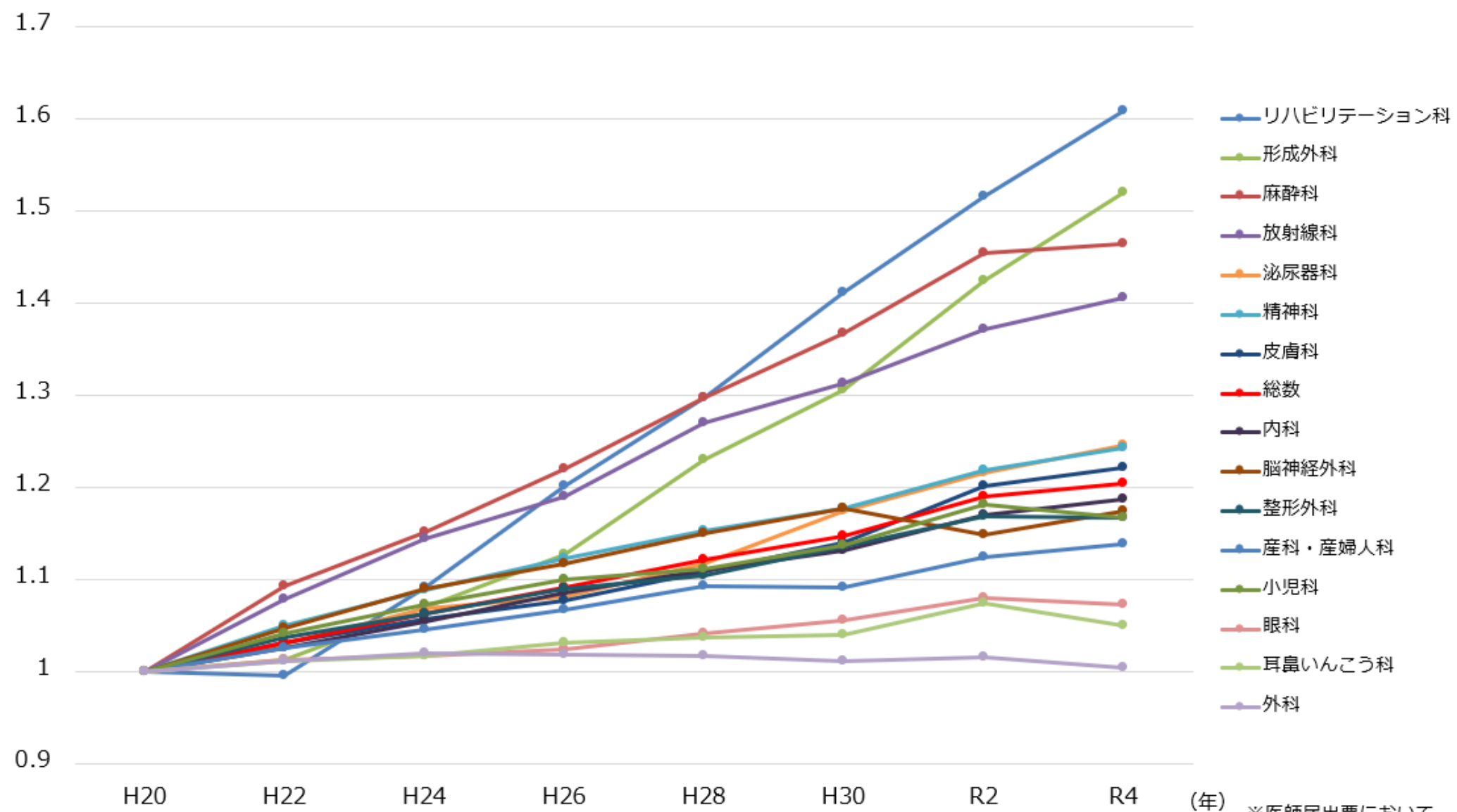
論点

第8次（後期）医師確保計画に係る都道府県における目標医師数については、

- 医師少数都道府県については、原則として、計画終了時の医師偏在指標が、計画期間開始時の全都道府県の医師偏在指標について下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するための必要医師の総数としつつ、各都道府県における地域医療提供体制に係る地域医療対策協議会の意見を踏まえ、都道府県において決定することとする。
- 医師少数都道府県以外の都道府県については、従前の目標医師数の設定の考え方を維持することとする。
- なお、医師多数都道府県については、引き続き当該都道府県以外からの医師の確保は行わないことするとともに、国において、医師偏在是正に向けた広域マッチング事業等を通じて、医師多数都道府県の医師少数都道府県への医師派遣の取組を後押しすることとする。

1. 医師確保計画の見直しの進め方について
2. 医師偏在指標及び医師少数区域・多数区域の設定について
3. 医師確保の方針について
4. 目標医師数を達成するための施策について
5. 医師偏在是正プランの策定について
6. 医師確保計画の効果の測定・評価について
7. 外来医師過多区域について

診療科別医師数の推移（平成20年を1.0とした場合）



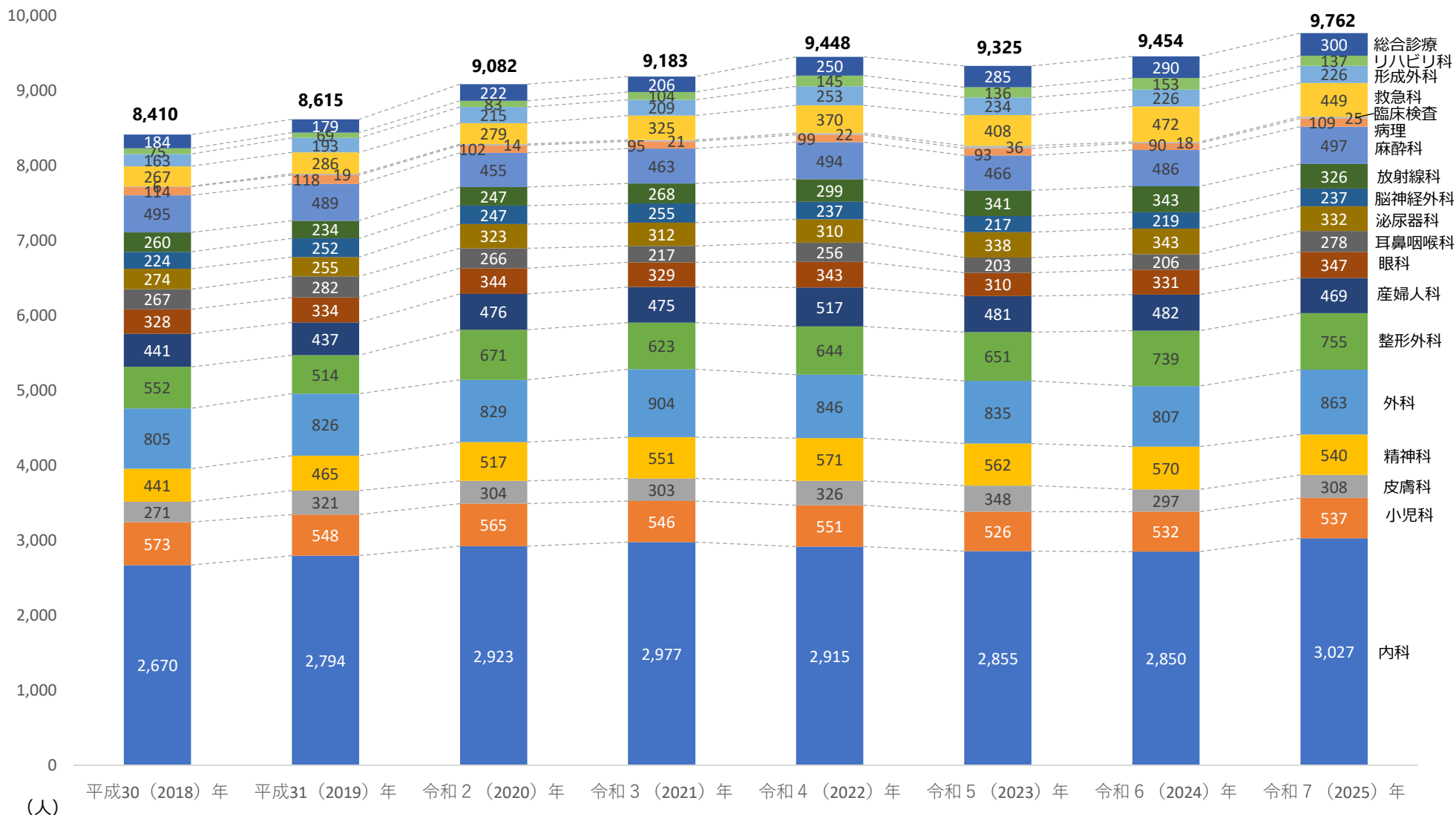
※内科・・・内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科
 ※外科・・・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

※医師届出票において、
主たる診療科として選
択された診療科を集計

診療科別専攻医採用数の推移

令和7年9月11日 第4回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料1

○ 近年、専攻医数は経時的に増加している。また、診療科の内訳には大きな変化はない。



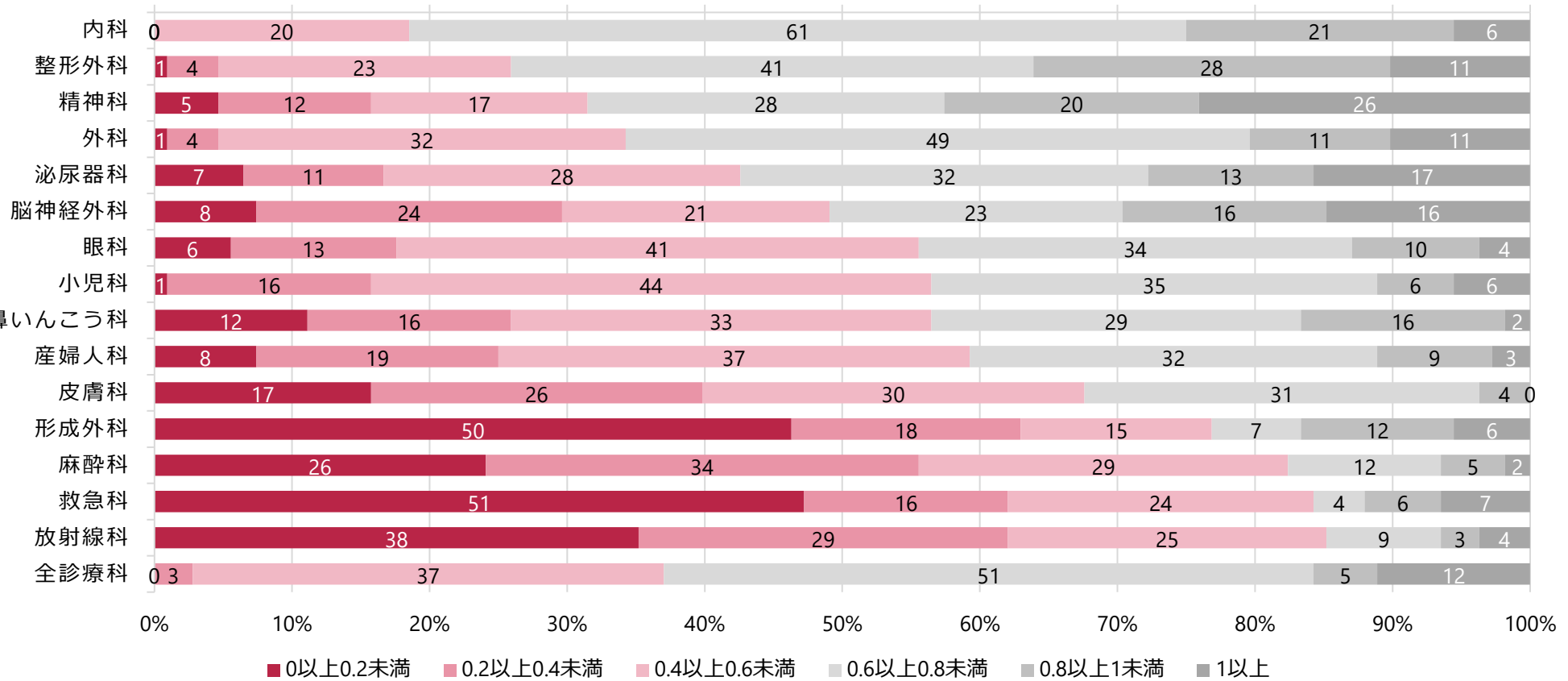
医師少数区域に従事する医師数が少ない区域の診療科ごとの状況

○ 医師少数区域（二次医療圏）に従事する診療科ごとの人口10万対医師数を全国と比較すると、医師少数区域の医師が少ない（全国比0.6未満の区域が多くを占める）地域の状況は診療科ごとに差がある。

医師少数区域（二次医療圏ごと）の各診療科における人口10万対医師数の全国比率別区域数

（当該二次医療圏における各診療科の人口10万対医師数） / （全国における各診療科の人口10万対医師数）

（区域数）



※医師・歯科医師・薬剤師統計（令和4年）を基に、医療施設従事医師数を、主たる従業地による二次医療圏、主たる診療科別に集計
 ※二次医療圏人口は、国勢調査2020のデータを使用

- 医師の数全体は経時的に増加傾向にあるが、診療科ごとの医師数の増加ペースは異なっている。医療計画等に基づき地域の医療提供体制を確保するため、特に周産期等で取組を進めてきた。
- 二次医療圏ごとの医師少数区域における医師数をみると、全国と比べて医師数が少ない傾向の地区もあり、これは診療科ごとに程度が異なる。
- 「診療科偏在」は様々な課題を内包していると考えられることから、以下のような視点に基づいて検討することが考えられる。



視点1 地域でのニーズがある一方で、医師数の伸びが緩慢であるなど、担い手の確保の観点での対策が必要な診療科

→ 例：総合的な診療に従事する医師、外科に従事する医師 等

視点2 医療計画に基づき地域の医療提供体制を維持する観点での対策が必要な診療科・領域

→ 例：小児科、産科 等

視点3 医師少数区域における医師数が少ない一方、一定の医療ニーズが見込まれる場合について、地域でのアクセスを確保する観点での対策が必要な診療科

→ 例：皮膚科、耳鼻咽喉科、眼科 等

診療領域ごとの患者数

- 患者調査による推計外来患者数を、類似する傷病を一定程度統合した上で、患者数の多いものを整理すると、高血圧や糖尿病等の内科領域の疾患の他に、整形外科、皮膚科、眼科、耳鼻科等の疾患が多く見られる。

傷病名	推計外来患者数 (千人)
高血圧	602.9
腰痛症	375.1
かぜ・感冒	319.7
皮膚の疾患	293.9
関節症（関節リウマチ、脱臼）	281.8
糖尿病	201
外傷	173.3
脂質異常症	162
下痢・胃腸炎	129.3
慢性腎臓病	128.8
喘息・COPD	114.7
がん	109.6
アレルギー性鼻炎	99.7
骨折	87.6
うつ（気分障害、躁うつ病）	76.8
緑内障	68.5
白内障	66.5
結膜炎・角膜炎・涙腺炎	62.3
骨粗しょう症	58.4
認知症	58.1
不安・ストレス（神経症）	52.9
脳梗塞	52.4

統合失調症	49.5
近視・遠視・老眼	46.3
不整脈	43.2
前立腺肥大症	38.8
睡眠障害	38.1
中耳炎・外耳炎	38.1
狭心症	32.5
心不全	31.7
正常妊娠・産じょくの管理	28.5
便秘	24
頭痛（片頭痛）	22
更年期障害	20
慢性肝炎（肝硬変、ウイルス性肝炎）	17.4
末梢神経障害	17.4
難聴	15.1
貧血	13.6
乳房の疾患	10.3
頰腕症候群	9

出典：令和5年「患者調査」

- ・推計外来患者数が15千人以上を基準にして傷病名を抽出。
- ・ICD-10による疾病分類（中分類）を参考にして、類似する傷病名を統合して集計。
- ・ただし、「X X I 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用」「X X II 特殊目的用コード」および、その他の大分類の疾患、歯科系疾患は除く。

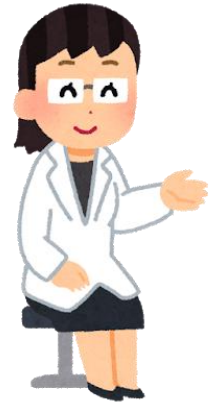
- オンライン診療を含む遠隔医療は、様々な形で活用されており、一部については診療報酬において評価されている。

	診療形態		ユースケース
医師対医師 (D to D)	情報通信機器を用いて画像等の送受信を行い特定領域の専門的な知識を持っている医師と連携して診療を行うもの		<ul style="list-style-type: none"> ・ 遠隔での診療支援、指導 ・ 遠隔での専門的な診断等の支援 <ul style="list-style-type: none"> － 画像診断や病理診断等 － 集中治療の支援 － 脳卒中对応に関する医療機関間の連携 － 放射線治療計画の支援
医師対患者 (D to P)	情報通信機器を用いた診療	[D to P] 患者側に医療従事者の同席なしで、医師と患者間で診療を行う	・ 情報通信機器を用いた外来診療、在宅診療及び通院精神療法
		[D to P with D] 患者が医師という場合のオンライン診療	<ul style="list-style-type: none"> ・ 遠隔での難病等の専門的な診療を連携して実施 ・ 遠隔での遺伝カウンセリングを連携して実施
		[D to P with N] 患者が看護師等という場合のオンライン診療	・ へき地医療において患者が看護師等という場合のオンライン診療
	情報通信機器を用いた遠隔モニタリング	情報通信機能を備えた機器を用いて患者情報の遠隔モニタリングを行うもの	・ 心臓ペースメーカー、在宅酸素療法等の対応する医療機器がある場合

オンライン診療の適切な実施に関する指針の概要

1. 本指針の位置づけ

- 情報通信機器を用いた診療を「遠隔診療」と定義していたものを、新たに「オンライン診療」と定義を変更。
- 医師-患者間で情報通信機器を通じて行う遠隔医療を下図のとおり分類し、オンライン診療について、「最低限遵守する事項」と「推奨される事項」を示す。
- 「最低限遵守する事項」に従いオンライン診療を行う場合には、医師法第20条に抵触するものではないことを明確化。



2. 本指針の適用範囲

情報通信機器を通じて行う遠隔医療のうち、医師-患者間において行われるもの

	定義	本指針の適用
診断等の 医学的判断 を含む	オンライン診療 診断や処方等の診療行為をリアルタイムで行う行為	全面適用
	オンライン 受診勧奨 医療機関への受診勧奨をリアルタイムで行う行為	一部適用
一般的な 情報提供	遠隔健康医療相談 一般的な情報の提供に留まり、診断等の医師の医学的判断を伴わない行為	適用なし



3. 本指針のコンテンツ

オンライン診療の提供に関する事項

- 医師-患者関係/患者合意
- 適用対象
- 診療計画
- 本人確認
- 薬剤処方・管理
- 診察方法

オンライン診療の提供体制に関する事項

- 医師の所在
- 患者の所在
- 患者が看護師等といる場合のオンライン診療
- 患者が医師といる場合のオンライン診療
- 通信環境

その他オンライン診療に関連する事項

- 医師教育/患者教育
- 質評価/フィードバック
- エビデンスの蓄積

オンライン診療の適切な実施に関する指針における対面診療の必要性

- オンライン診療の適切な実施に関する指針では、基本理念として対面診療を適切に組み合わせてオンライン診療を行うことが求められており、指針上、最低限遵守する事項として以下のような記載がある。

オンライン診療の提供に関する事項

医師－患者関係／患者合意

- ・ オンライン診療を実施する都度、医師が医学的な観点から実施の可否を判断し、**オンライン診療を行うことが適切でないと判断した場合はオンライン診療を中止し、速やかに適切な対面診療につなげる**こと。【V 1（1）② iii、P.12】

適用対象

- ・ オンライン診療の実施の可否の判断については、安全にオンライン診療が行えることを確認しておくことが必要であることから、**オンライン診療が困難な症状として、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえて医師が判断し、オンライン診療が適さない場合には対面診療を実施**する（対面診療が可能な医療機関を紹介する場合を含む。）こと。【V 1（2）② ii、P.13】

診察方法

- ・ 医師がオンライン診療を行っている間、**患者の状態について十分に必要な情報が得られていると判断できない場合には、速やかにオンライン診療を中止し、直接の対面診療を行う**こと。【V 1（6）② i、P.19】

オンライン診療の提供体制に関する事項

医師の所在

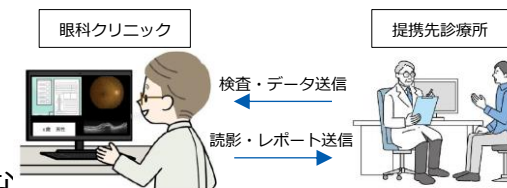
- ・ **患者の急病急変時に適切に対応**するため、患者が速やかにアクセスできる医療機関において直接の対面診療を行える体制を整えておくこと。【V 2（1）② ii、P.21】

現状

- ・ **視覚障害のある高齢者の移動は困難**であり、遠方の中核施設へ定期的に通院することは患者負担が大きい。
- ・ 眼科診療は通常、複数の画像検査が終わってからの診察であり、これをオンライン診療で実現するためには検査の結果待ちの時間が多くかかり、効率的な運営に課題があった。
- ・ 地方では**派遣医師の疲弊、医療アクセスの差なども課題**となっていた。

取組事例

- ・ 近隣に眼科施設のない各自治体診療所と都市部の眼科クリニックをオンラインでつなぎ、各地域における眼科診療をサポートする体制（コンサルタント契約）を構築【D to D】
 - 提携先の診療所では看護師が検査を行い、検査データを眼科医のいるクリニックに送信
 - 眼科医は読影を行い電子カルテに記載、レポートを提携先の診療所に送信
 - 診療所では後日、担当医（非眼科医）による説明と受診勧奨を行い、対面の診療が必要な場合は近隣主要都市の眼科を紹介。



特徴・メリット

- **糖尿病網膜症や、緑内障など、身近な眼科疾患であり、フォローが必要なもの**について評価するための検査機器を導入。
- 患者は**いつもの主治医から眼科疾患に関する説明を受けられる**。
- 必要に応じて、地元的主治医を紹介できる。



課題や今後の方向性

- ・ 地域で遠隔診療を適切に実施するためには、**地元の大学やクリニック等との連携、行政その他の関係者との協力**が不可欠。
- ・ さらに、専門的な診療のために**最低限必要な機器の導入や、コンサルト体制の構築のための支援**が必要。

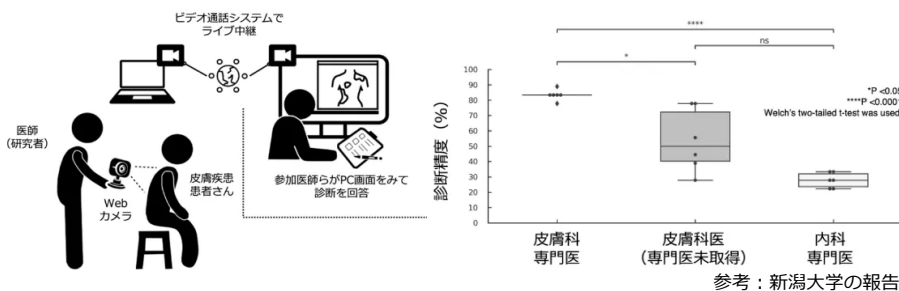


ニーズ等

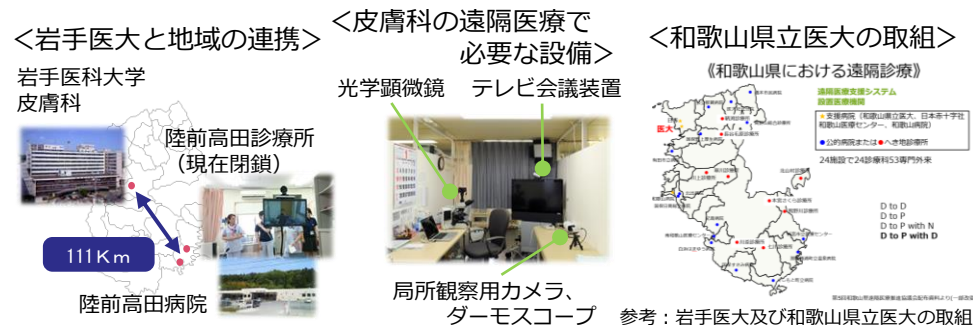
- 日本臨床皮膚科医会及び日本看護協会が実施した調査によると、訪問看護を利用する566名の**在宅療養者のうち、何らかの皮膚疾患を有していたのは399名(70.5%)**であり、代表的な疾患は皮膚真菌症222名(33.6%)、湿疹・皮膚炎群208名(31.5%)、褥瘡48名(7.3%)、爪のトラブル43名(7.3%)等がみられた。また、**皮膚疾患が未治療であったのは114(28.1%)**で、理由としては本人・家族が希望しない場合の他、**「近くに往診する皮膚科医がない」「皮膚科は往診しないと思っていた」等があった。**

取組事例

- 一般的なビデオ通話システム及びWebカメラを利用した皮膚疾患をもつ患者の遠隔での診断について、皮膚科専門医は他のグループ(内科専門医、皮膚科専攻医)と比較して診断精度が高かった。【D to P】



- 岩手医科大学、新潟大学、和歌山県立医科大学、島根大学、長崎大学では、遠隔地の地域医療機関と連携し、皮膚疾患に関する遠隔診療を支援。遠隔医療の中でも、専門医の診療を必要とする皮膚疾患の占める割合が多かった。【D to D、D to P】



課題や今後の方向性

- 前述の在宅医療の場面をはじめとして、さまざまな地域における皮膚科医療へのニーズは十分に存在しているものの、**往診を含む地域医療機関における皮膚科診療の提供には、患者および皮膚科医それぞれのアクセス不良など様々な課題も示唆**されている。
- 在宅医療のほか、外来・入院中の患者を含め、オンライン診療の活用により、皮膚科の専門的医療へのアクセスを改善し、皮膚科専門医のリソースを効率的に活用することは有益。**そのためには、**皮膚科診療を支援するためのインフラ**(遠隔対応検査機器、高解像度対応オンライン診療システム)、**診療補助に当たる看護師の研修、ニーズがある患者・医療機関と皮膚科医療のマッチング**等も重要。

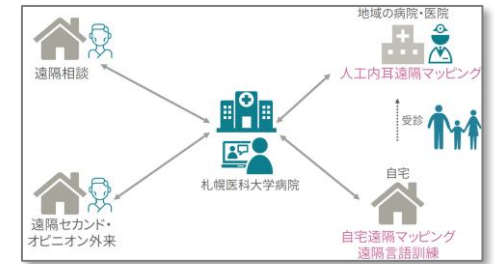


現状

- 人工内耳の埋込を行っている患者は、装用者の要望や環境に応じて、人工内耳の設定をリアルタイムに微調整（マッピング）する必要があり、**定期的な通院（成人で手術後の最初の1年は年6～8回程度、安定すれば年1～2回程度、小児では1～2ヶ月に1回程度）が必要。**
- 人工内耳のマッピングには専門的技術や専門人材（言語聴覚士）が必要。

取組事例

- 札幌医科大学においては、大学病院と地域の病院・医院や自宅をオンラインでつなぎ、人工内耳の遠隔によるマッピングや、遠隔による言語訓練を実施【D to P with D】
 - 遠隔での医師の診療に加え、遠隔での言語聴覚士によるマッピングやリハビリテーションを実施。
 - 人工内耳のマッピングには、コンピュータ端末に専用のソフトを導入することで実施が可能であり、患者側は地域の病院等にいる医療従事者等が同伴することで対応。



メリット

- 年に1～3回程度の**大学病院での対面マッピングと併用**することで、適切なマッピングにより患者の「聞こえ」の改善、**患者の移動に必要な負担が軽減。**
- 確保が難しい**専門人材へのアクセスを改善。**
- 長崎県に所在する耳鼻咽喉科診療所においても、同様に人工内耳の埋込を行っている患者に対して遠隔によるマッピングや、難聴児に対する発達検査、聴覚言語リハビリテーションを遠隔診療で行っている。【D to P】【D to P with D】等

メリット

- 離島から長崎市まで毎月は行けないが、年に1～3回の対面に減らすことが可能。また台風や大雨、地震などの緊急災害時にも遠隔で療法ができ患者・家族の安心に繋がっている。

課題や今後の方向性

- 遠隔による人工内耳のマッピング以外の**耳鼻科領域の疾患（その他の難聴への対応や、補聴器の調整等）への適用については、現在知見を収集している。**
- 地域の比較的都市部にある耳鼻咽喉科のある病院や診療所などで実施できれば、さらに広く展開できる可能性がある。

現状

- 骨粗鬆症など処方をする外来患者はオンライン診療の良い適応である。また、術後の患者であっても、**病状が落ち着いていれば、現状確認と処方の継続が中心となるのでオンライン診療の良い適応**となる。
- 青森県は遠隔地から2-3時間かけて受診する患者もおり、特に**冬場は雪等の天候不良や路面状況により受診が困難な場合もある**。
- 青森県はスマートフォン所持率が約60%とワースト2位の低さや、高齢者の一人暮らしが多く家族の協力も得られづらい状況もあり、患者の参加の面で障壁がある。

取組事例

- ① 津軽半島の西側に位置する中泊町で、術後患者など再診患者に対して、**デイサービス施設でのグループオンライン診療（患者が集まって行うオンライン診療）を開始**し、対象地域を拡大。【D to P with スタッフ】
 - ▶ デイサービス終了後に施設内で患者が待機し、個室でオンライン診療を受診。
 - ▶ クレジットカードを所持していない患者のために、連携しているデイサービス職員が金庫をクリニックから預かり、現金での会計を代行。
- ② クリニックの診察室1カ所を用いて、大都市（札幌）の専門医による、オンラインによる外来支援（骨粗鬆症専門外来）を施行。
 - ▶ 半日の外来で約50人の診察も可能。



県からの支援

- こうした取組に当たって、**県より医師会への説明、業務報告のための様式作成などの事務的な支援**
- オンライン診療導入に必要な機材等の整備を支援・補助率を引上げ 1/2→10/10（2年限定）**

課題や今後の方向性

- 遠隔地でオンライン診療を行っても、**電子処方箋、オンライン服薬指導に対応している薬局が不足しており、患者自身が薬局に直接赴く必要がある**ため、自宅に処方が届くように薬局の体制整備も必要。
- 医師不足に少しでも対応するために、**地域枠出身の医師がオンライン診療を週に1回実施した場合**でも、地域枠の義務年限の算定に含まれるように制度変更し、地域枠出身の医師が参加しやすい体制整備を今年度中に開始予定。

- 「診療科偏在」については、様々な視点での課題がある中、診療科ごとの状況や特性等に応じた対策を組み合わせつつ、各都道府県の状況に応じた取組を進めることを念頭に、具体的には以下のような対応の方向性が考えられる。

(総合的な診療に従事できる医師や外科医師等の確保)

- ・ 総合的な診療に従事できる医師や外科医師の確保等については、昨年末にとりまとめた「医師偏在是正に向けた総合的な対策パッケージ」等に基づき、引き続き取組を進める。

(医師確保計画を通じた対策)

- ・ 小児科及び産科については、医師確保計画を通じた医師偏在対策等、引き続き取組を進めつつ、小児医療及び周産期医療の提供体制等に関するWGにおいて医師確保も含めた提供体制のあり方について具体的に検討する。

(遠隔医療の活用を通じた必要な診療へのアクセスの確保)

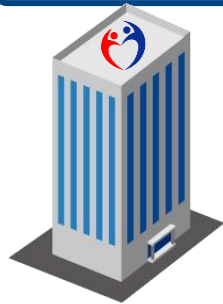
- ・ 皮膚科、耳鼻咽喉科、眼科等、専門性のある医師が少ない地域が多い傾向がある一方で、一定の医療ニーズが存在しうる領域について、人口減少が進む地域では患者数が限られること、常勤医師の確保がさらに困難になること等を念頭に、学会や自治体等の事例や、へき地保健医療対策なども参考に、遠隔医療の効果的・効率的な活用等による対応を含めて検討する。
- ・ オンライン診療を含む遠隔医療の活用にあたっては、適時適切な対面診療への切り換えや急変時の対応等も念頭に、地域の既存の医療提供体制との連携が不可欠であり、さらに地域のニーズや地域医療への影響を踏まえた対応を行う必要もあることから、都道府県が中心となり、地域の関係者(大学、医師会等)が関与して、地域で必要な体制の整備を図ることとする。
- ・ 遠隔医療を活用したアクセスの確保の方策については、地域における対策の効果的な実装を支援するために、D to P、D to P with Nの他、地域の医師を支援する趣旨でのD to D、D to P with Dの活用を含め、診療科ごとの特性や都道府県の取組事例等を収集した上で、都道府県等に対する必要な情報提供等を行うこととする。
- ・ 取組の導入の在り方については、都道府県や医療機関の負担や住民・患者等の混乱を回避するため、遠隔医療を全ての診療科や状況に一斉に導入するのではなく、例えば、対応する医師の不足等の課題が顕在化しやすい休日・夜間対応等で遠隔医療による対応の導入を検討する等、優先順位を定めて取組を進め、地域における課題等を整理しながら順次進めることが適当である。
- ・ 遠隔医療の活用を進めるに当たり、必要な支援について検討を進めることとする。また、医学的な安全性や有効性の確保とともに、各診療科の特性を踏まえた適切な遠隔医療の実施を図るため、関係学会の協力等も得つつ、領域ごとの必要な知見の収集やマニュアルの作成等を行うことを検討する。

1. 医師確保計画の見直しの進め方について
2. 医師偏在指標及び医師少数区域・多数区域の設定について
3. 医師確保の方針について
4. 目標医師数を達成するための施策について
5. 医師偏在是正プランの策定について
6. 医師確保計画の効果の測定・評価について
7. 外来医師過多区域について

医師少数区域等で勤務した医師を認定する制度について

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

認定に必要な勤務期間や業務内容



厚生労働省

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

申請

認定

【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。

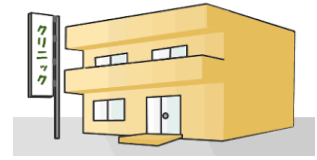


医師

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

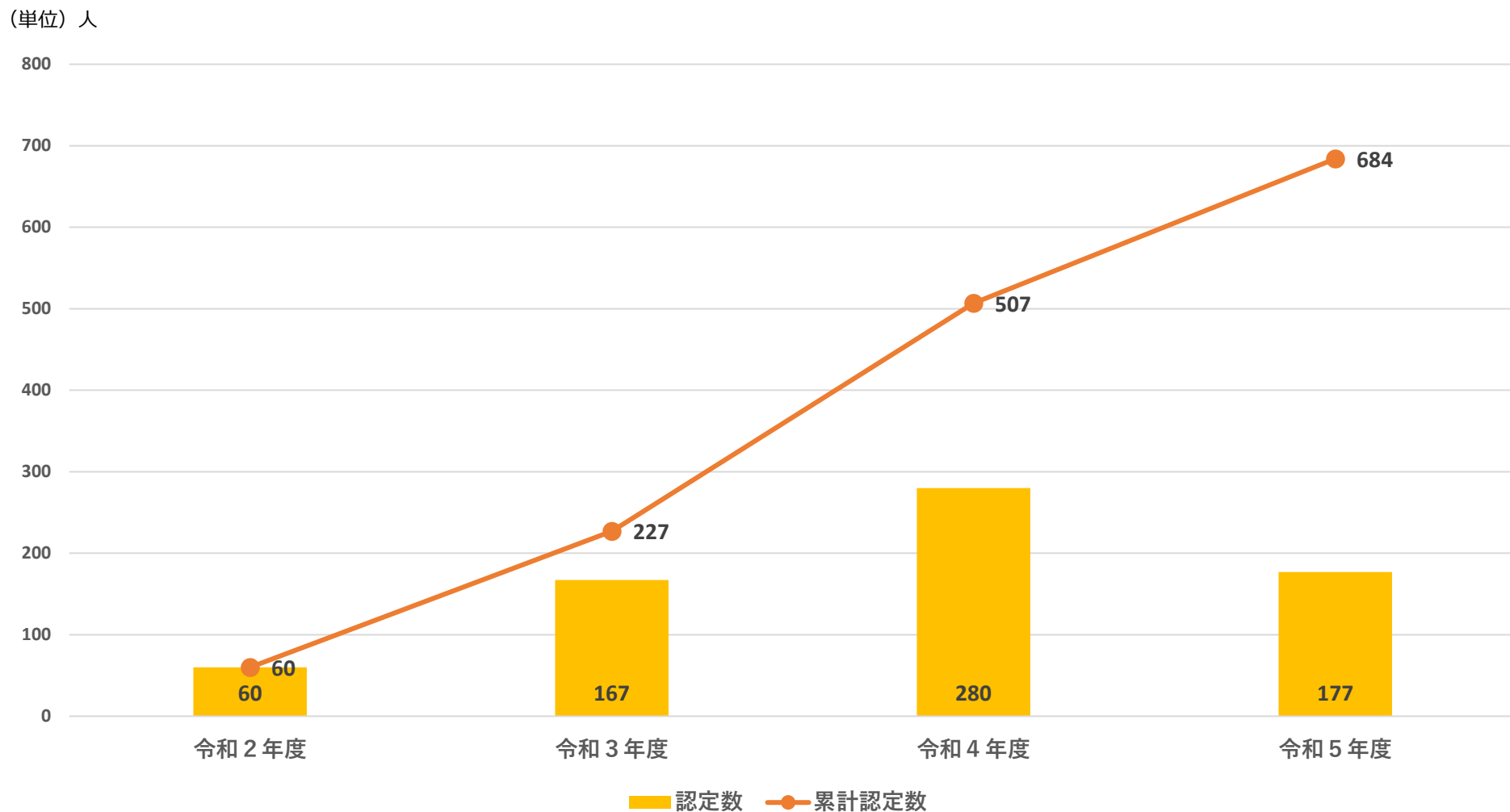
- ・ 地域医療支援病院の管理者は、認定医師でなければならないこととする。（2020年度以降に臨床研修を開始した医師を管理者とする場合に限る。）

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

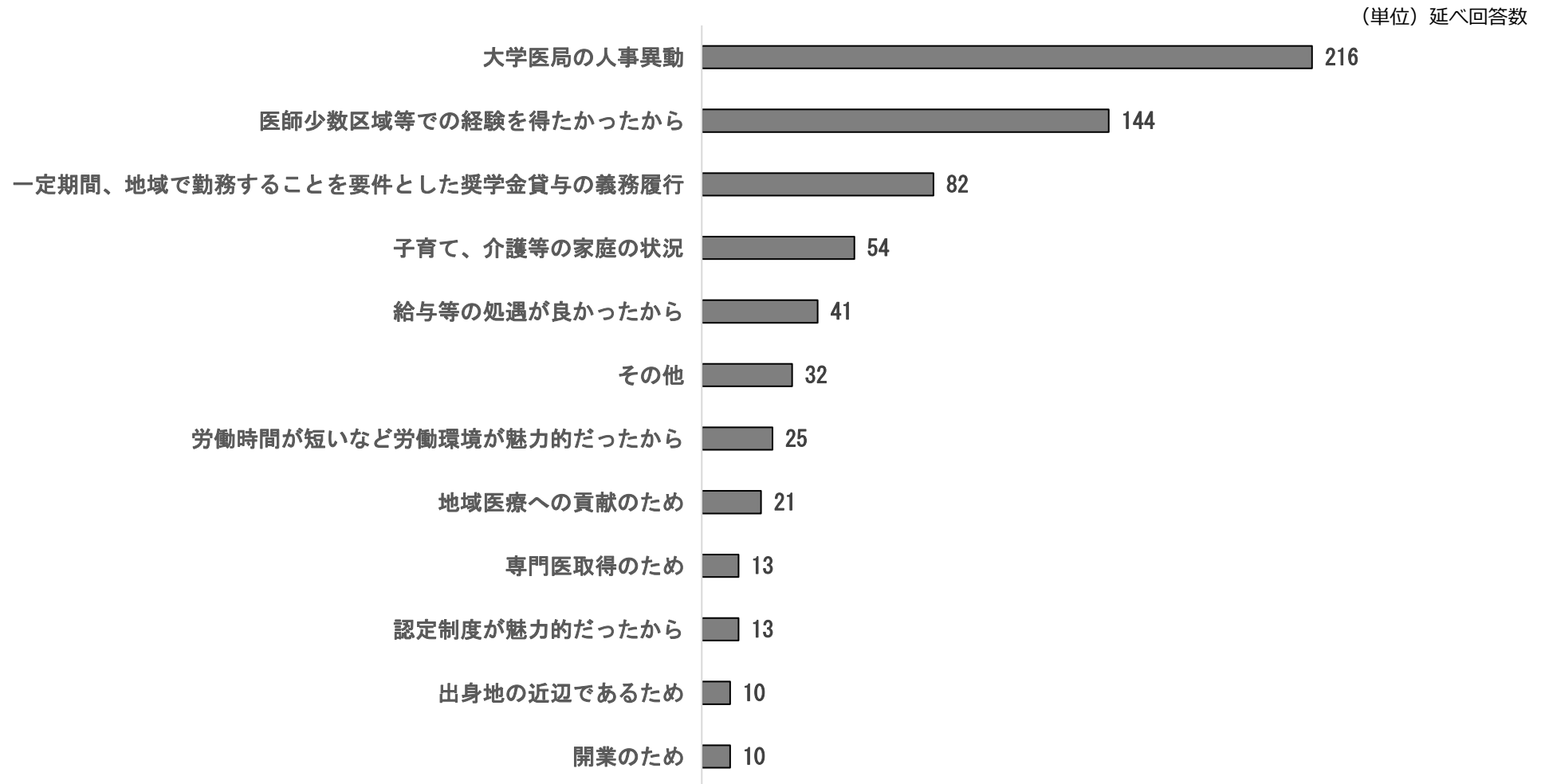
○ 令和6年3月末現在の医師少数区域経験認定医師の認定数は684人となっている。



資料出所：厚生労働省医政局地域医療計画課調べ

医師少数区域等所在病院等での勤務理由

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



【医師少数区域等の勤務経験を求める管理者要件について】

- 病院長のなり手が少ない所で断る理由になるなど、逆インセンティブになり得る。臨床研修病院などで指導医していることなどを必須の6か月の中に入れて要件を少しでも弱めることを期待していた。要件をぜひ緩和してほしい。
- 少数区域に派遣される医師は、修学資金を貸与された医師や自治医科大学の卒業生などと限られている。一方、病院の管理者としては、知識と経験だけでなく、多職種を束ねるリーダーシップ、経営的な知識、将来の方向を決める総合判断力など全人的な要素が必要と思われ、この要件で縛りつけていくと、限られた人からしか管理者を選べなくなり、危険ではないか。
- 医育機関・臨床研修指定病院での指導医経験についてもカウントすると記載されているが、管理者になるための条件はこのような（指導医経験などの）部分で判断されている以上、慎重によく考えて記載して欲しい。若い医師は病院長になりたくないので少数区域には行かないということもあり得るのではないか。
- 地方の病院の管理者になってもらうときに、逆にこの縛りが足かせになってしまうのではないか。
- 若い医師が専門的な医療について集中的に経験を積める貴重な時間を犠牲にしてしまうのではないか。病院長になる際に逆インセンティブになるのではないか。

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（抜粋）

- 管理者の要件として医師少数区域等における一定期間の勤務経験を求める対象医療機関について、医療法第31条において医師の確保に関する事項の実施に協力すること等が求められている公的医療機関及び国立病院機構・地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構が開設する病院を追加する。
- 施行に当たっては柔軟な対応も必要であり、医師少数区域等に所在する対象医療機関の管理者となる場合は対象から除外する。また、地域医療対策協議会において調整された医師派遣の期間や、地域医療対策協議会で認められた管理者に求められる幅広い経験の機会となる期間（例えば医育機関や臨床研修指定病院で医療従事者等の指導等に従事した期間等）について、医師少数区域等での勤務経験の期間に一部認める。令和2年度以降に臨床研修を開始した医師を管理者とする場合に適用する。
- また、医師少数区域等での勤務経験期間について、現行の6か月以上から1年以上に延長する。あわせて、医師免許取得後9年以上経過している場合は断続的な勤務日の積み上げを可能とし、9年以上経過していない場合は、最初の6か月以上の勤務は原則1か月以上の連続した勤務（妊娠・出産等による中断は可）の積み上げとし、残りの期間は断続的な勤務日の積み上げを可能とする。

論点

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

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

- ※1：医師免許取得後9年以上経過している場合は断続的な勤務日の積み上げを可能とし、9年以上経過していない場合は、医師少数区域等における最初の6か月以上の勤務は原則1か月以上の連続した勤務（妊娠・出産等による中断は可）の積み上げとし、1年から当該勤務期間を引いた残りの期間は断続的な勤務日の積み上げを可能とする
- ※2：令和8年10月以降に認定医師の申請をする者から適用
- ※3：改正前に認定医師となった者は、改正後の認定医師とみなして管理者となることが可

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

かつ

1年から当該勤務期間を引いた残りの期間、地域医療対策協議会において調整された医師派遣や、地域医療対策協議会で認められた管理者に求められる幅広い経験（例えば医育機関や臨床研修指定病院で医療従事者等の指導等に従事）をした者

- ※1：1年間、医師少数区域等で勤務することも可
- ※2：医師免許取得後9年以上経過している場合は断続的な勤務日の積み上げを可能とし、9年以上経過していない場合は、医師少数区域等における最初の6か月以上の勤務は原則1か月以上の連続した勤務（妊娠・出産等による中断は可）の積み上げとし、1年から当該勤務期間を引いた残りの期間は断続的な勤務日の積み上げを可能とする

3. 医師少数区域等に所在する対象医療機関の管理者となる者

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

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

事業実施主体

公募・選定の結果、公益社団法人日本医師会に決定（令和7年4月）。

事業内容

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

取組状況

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

お問い合わせ 会員登録 03-3942-2850 受付時間：平日10:00～17:00

医師と医療現場をつなぐ マッチング事業

このたび、日本医師会は厚生労働省より「医師偏在是正に向けた広域マッチング事業」を受託いたしました。

本事業は、全国的に、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中心・希望を有する医師の掘り起こしやキャリアコンサルティングを行い、必要に応じてリカレント教育や現場体験につなぐ、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ものです。

現在、事業運営について準備を進めているため、求職者・求人施設様の登録を、暫定的に日本医師会女性医師バンクの登録様式にて受け付ける（※）ことといたします。

主に、医師不足地域での勤務をご検討中の医師や、医師不足地域において広く求人をご検討中の医療施設の皆様のご登録をよろしくお願いいたします。

公益社団法人日本医師会

医師のための無料求人紹介・相談窓口 [受け付けはこちら](#)

※本事業の運営は日本医師会女性医師バンクが行っております。

医師偏在是正に向けた広域マッチング事業

令和7年度補正予算額 2.0億円 ※令和6年度補正予算額 1.6億円

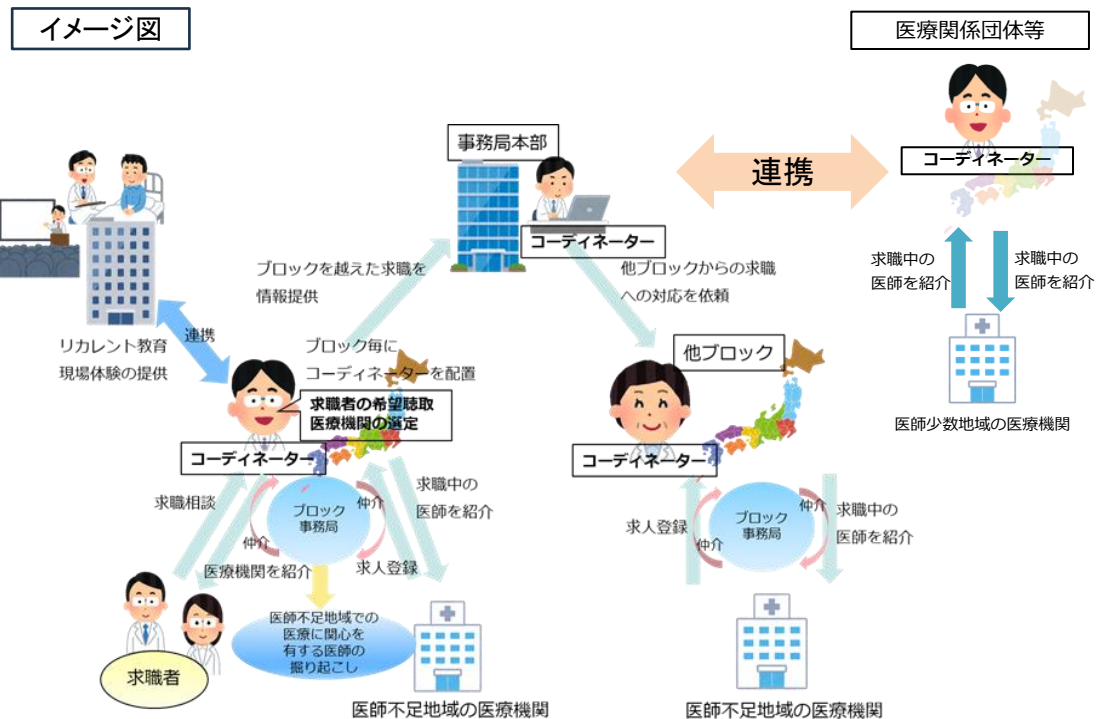
1 事業の目的

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、医師偏在の是正を総合的に実施するため、中堅・シニア世代等の医師を対象とした広域マッチング支援による医師偏在是正に取り組む。

2 事業の概要・事業スキーム・実施主体等

全国的に、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やキャリアコンサルティングを行い、必要に応じてリカレント教育や現場体験につなぎ、医師少数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の財政支援を行う。

- ① 医師不足地域での勤務を希望する医師に対し、医師不足地域の保険医療機関等とのマッチング
- ② 勤務を希望する医師へキャリアコンサルティング/リカレント研修や現場体験への橋渡し/その後の定着支援等
- ③ 医師不足地域での勤務を希望する医師の掘り起こし
- ④ データ分析等



3 実施主体等

実施主体：民間団体等 補助率：定額（10/10相当）

1. 医師確保計画の見直しの進め方について
2. 医師偏在指標及び医師少数区域・多数区域の設定について
3. 医師確保の方針について
4. 目標医師数を達成するための施策について
5. 医師偏在是正プランの策定について
6. 医師確保計画の効果の測定・評価について
7. 外来医師過多区域について

医師確保計画策定ガイドラインについて

論点

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

第8次後期ガイドライン 構成

1. 序文

確保計画の全体像、スケジュール、留意事項等

2. 体制等の整備

都道府県における議論の場
厚生労働省により提供する情報（データ）

3. 医師偏在指標

4. 医師少数区域・多数区域の設定

5. 医師確保計画

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

6. 地域枠・地元出身者枠の設定・取組等

7. 産科・小児科における医師確保計画

8. 医師確保計画の効果の測定・評価

①計画策定に向けた体制整備等

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

②医師偏在の状況把握、目標医師数の設定

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

③目標医師数を達成するための施策

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

④医師偏在是正プランの策定

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

⑤計画の効果測定・評価

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

重点医師偏在対策支援区域及び医師偏在対策プランについて

現状・課題

- 重点医師偏在対策支援区域の設定については、医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（以下、「パッケージ」という。）において、都道府県において、厚生労働省の提示する候補区域を参考としつつ、地域の実情に応じて、医師偏在指標、可住地面積あたり医師数、住民の医療機関へのアクセス、診療所医師の高齢化率、地域住民の医療のかかり方、今後の人口動態等を考慮して選定することとされている。また、区域については、二次医療圏単位のほか、地域の実情に応じて、市区町村単位、地区単位等も考えられるとしている。さらに、区域の設定にあたっては、地域医療対策協議会及び保険者協議会に協議することとしている。
- **厚生労働省の提示する候補区域については、①各都道府県の医師偏在指標が最も低い二次医療圏、②医師少数県の医師少数区域、③医師少数区域かつ可住地面積あたりの医師数が少ない二次医療圏（全国下位1/4）のいずれかに該当する区域を提示することとしている。**
- パッケージに基づき、重点医師偏在対策支援区域で承継・開業する診療所の施設整備、設備整備、定着支援については、令和6年度補正予算により緊急的に先行して実施している。
- パッケージにおいては、医師確保計画の中で、重点医師偏在対策支援区域を対象として医師偏在是正プランを策定することとしており、当該プランにおいては、具体的な区域や、区域における必要な医師数、医師偏在是正に向けた取組のほか、支援対象とする医療機関についても定めることとしている。
- 令和6年度補正予算における候補区域においては、各区域における診療所数や二次救急病院の数についてばらつきがある。

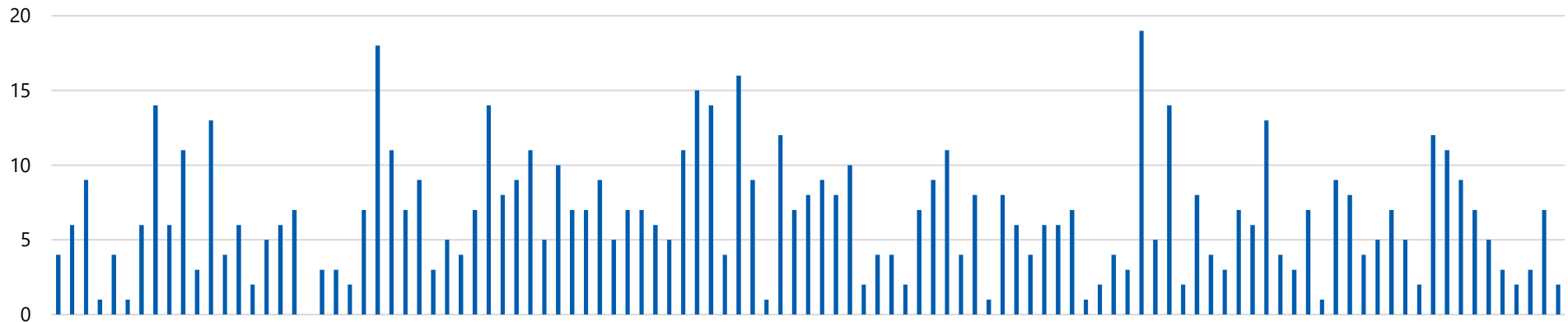
論点

- 重点医師偏在対策支援区域については、パッケージに記載された考え方を基に、令和6年度補正予算と同様に、厚生労働省において候補区域を提示するとともに、都道府県において候補区域を参考にしつつ、地域の実情に応じて、地域医療対策協議会及び保険者協議会に協議したうえで設定することとする。
- 重点医師偏在対策支援区域における必要医師数については、厚生労働省が提示する候補区域を都道府県が重点医師偏在対策支援区域として設定する場合は、候補区域の要件を脱することができるために必要な医師数を原則としつつ、地域医療対策協議会及び保険者協議会に協議したうえで設定することとする。
- 候補区域間及び区域内においても医療資源にばらつきがあるなかで、都道府県が重点医師偏在対策支援区域において優先して支援を行う対象医療機関について、一定の考え方を示すこととする。

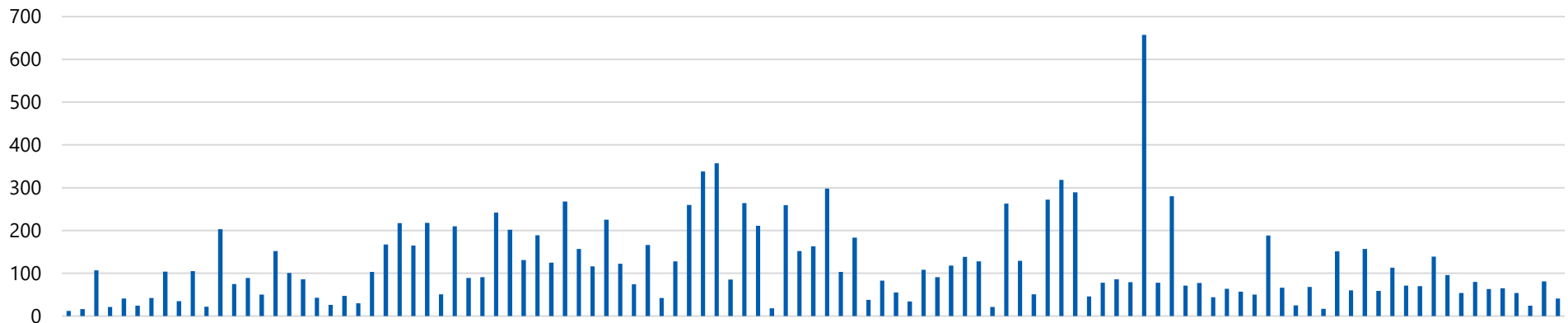
重点医師偏在対策支援区域における支援対象医療機関について

- 令和6年度補正予算において候補区域とされた109区域において、各区域における二次救急病院数や診療所数にはばらつきがあった。

重点医師偏在対策支援区域（109区域）における二次救急病院数



重点医師偏在対策支援区域（109区域）における診療所数



出典：令和5年度医療施設（静態）調査

現状・課題

- 令和6年度補正予算における重点医師偏在対策支援区域の候補区域においては、区域間及び区域内においても診療所数や二次救急病院の数といった医療資源にばらつきがあることを踏まえると、都道府県が重点医師偏在対策支援区域内に含まれる全ての医療機関を一律に支援するのではなく、重点医師偏在対策支援区域において支援を行う医療機関を選定する必要がある。
- 新たな地域医療構想においては、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告することとなる。



論点

- 都道府県が重点医師偏在対策支援区域において支援を行う対象医療機関を選定するにあたっては、今後策定する新たな地域医療構想を踏まえ、地理的条件や国より配分される医師手当事業に係る費用等も考慮しながら、地域医療対策協議会及び保険者協議会で合意を得ることとする。
- 重点医師偏在対策支援区域において支援を行う医療機関に関しては、都道府県が、経済的インセンティブに係る各事業ごとに設定ができることとする。

医師確保計画策定ガイドラインにおける医師偏在是正プランの内容について

論点

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

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

重点医師偏在対策支援区域における診療所の承継・開業支援事業

令和8年度当初予算案 20億円（一）※（）内は前年度当初予算額

1 事業の目的

今後も一定の定住人口が見込まれるものの、必要な医師を確保できず、人口減少よりも医療機関の減少のスピードの方が早い地域などを重点医師偏在対策支援区域と設定した上で、重点区域において診療所を承継又は開業する場合に、当該診療所に対して、①施設整備、②設備整備、③一定期間の地域への定着支援を行うことにより、地域の医療提供体制を確保することを目的とする。

2 事業の概要

【事業概要】

①施設整備事業

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

②設備整備事業

診療所の運営に必要な医療機器の整備に対する補助を行う。

③地域への定着支援事業

診療所を承継又は開業する場合に、一定期間の地域への定着支援を行う。

【実施主体】

- 重点区域内で承継又は開業する診療所であって、都道府県の地域医療対策協議会及び保険者協議会で支援対象として合意を得た診療所

※ 都道府県において、医師偏在是正プランを策定（重点区域、支援対象医療機関等）

3 補助基準額等

①施設整備事業

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

②設備整備事業

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

③地域への定着支援事業

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

重点医師偏在対策支援区域の医療機関に医師派遣する派遣元医療機関支援事業

令和8年度当初予算案 4.6億円（一億円）※（）内は前年度当初予算額

1 事業の目的

今後も一定の定住人口が見込まれるものの、必要な医師を確保できず、人口減少よりも医療機関の減少のスピードの方が早い地域などを重点医師偏在対策支援区域と設定した上で、特定機能病院からの医師派遣とは別に、中核病院等からの医師派遣により重点区域の医師を確保するため、重点区域内の医療機関に医師を新たに派遣する医療機関に対して、医師派遣に要する費用の支援を行う。

2 事業の概要・スキーム



厚生労働省

補助



地方自治体

補助



派遣元医療機関

医師派遣（※）



※都道府県の地域医療対策協議会及び保険者協議会で合意を得たもの



派遣先医療機関

医師派遣に要する費用の支援

重点医師偏在対策支援区域内

3 実施主体

重点区域内の医療機関に医師を派遣する医療機関であって、都道府県の地域医療対策協議会及び保険者協議会で支援対象として合意を得た医療機関

4 補助基準額等

基準額：61,000円 × 延日数

対象経費：重点区域内の医療機関への常勤医や代診医等の医師派遣に要する費用

補助率： 国1/2 都道府県1/4 事業者（派遣元医療機関）1/4

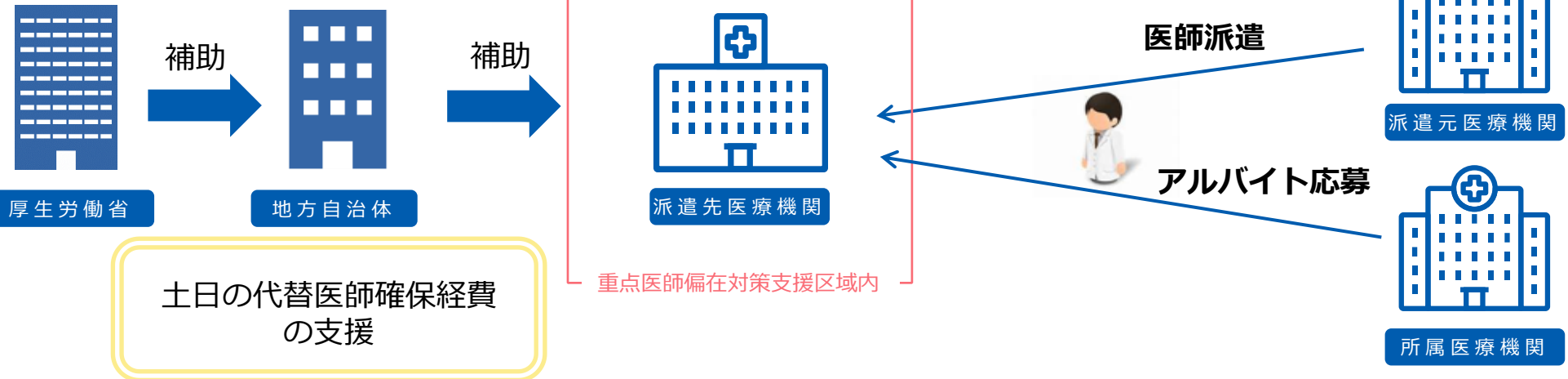
重点医師偏在対策支援区域における医師の勤務・生活環境改善のための代替医師確保支援事業

令和8年度当初予算案 5.3億円（一億円）※（）内は前年度当初予算額

1 事業の目的

今後も一定の定住人口が見込まれるものの、必要な医師を確保できず、人口減少よりも医療機関の減少のスピードの方が早い地域などを重点医師偏在対策支援区域と設定した上で、重点区域における医師の勤務・生活環境を改善して、重点区域への派遣の納得感や重点区域で勤務する意欲の向上を図ることにより、重点区域で新たに勤務する医師を増やし、重点区域の医師の離職を減らすため、土日の代替医師確保への支援を行う。

2 事業の概要・スキーム



3 実施主体

重点区域内の医療機関であって、都道府県の地域医療対策協議会及び保険者協議会で支援対象として合意を得た医療機関

4 補助基準額等

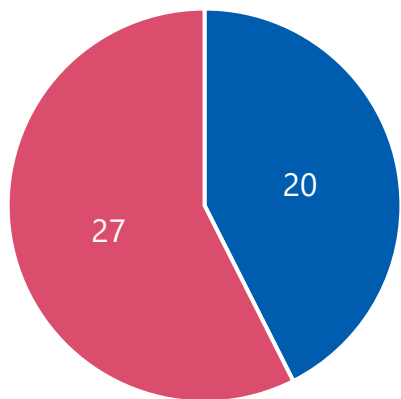
基準額：60,000円 × 延日数（日直、宿直数）
対象経費：土日祝日の代替医師を雇上にかかる経費
補助率：国1/3 都道府県1/6 事業者（派遣先医療機関）1/2

1. 医師確保計画の見直しの進め方について
2. 医師偏在指標及び医師少数区域・多数区域の設定について
3. 医師確保の方針について
4. 目標医師数を達成するための施策について
5. 医師偏在是正プランの策定について
6. 医師確保計画の効果の測定・評価について
7. 外来医師過多区域について

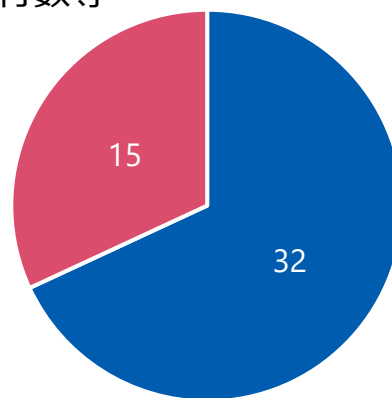
○第8次（前期）医師確保計画において、医師確保数以外の評価指標として、都道府県で派遣調整した医師数、医学部生の地元出身者数・地域枠数・修学資金貸付数等、都道府県内の臨床研修医採用数・マッチング率、専攻医採用数を用いている都道府県が一定数あったが、医師確保計画に係る評価指標の設定は都道府県によりばらつきが多かった。

○その他の指標として、義務年限終了後の地域定着率に言及しているのは2県であった。

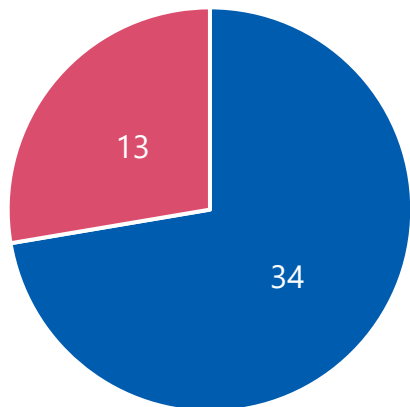
●都道府県で派遣調整した医師数



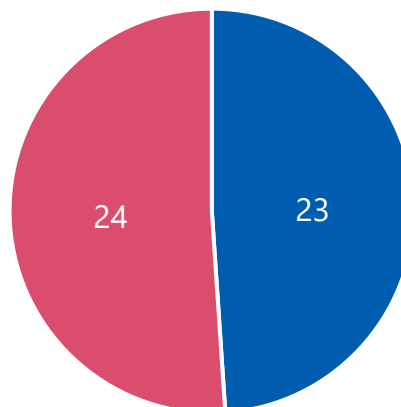
●医学部生の地元出身者数・地域枠数・修学資金貸付数等



●臨床研修医採用数



●専攻医採用数



■ 評価あり
■ 評価なし

出典：各都道府県の第8次（前期）医師確保計画の記載内容もとに、厚生労働省医政局地域医療計画課にて集計。

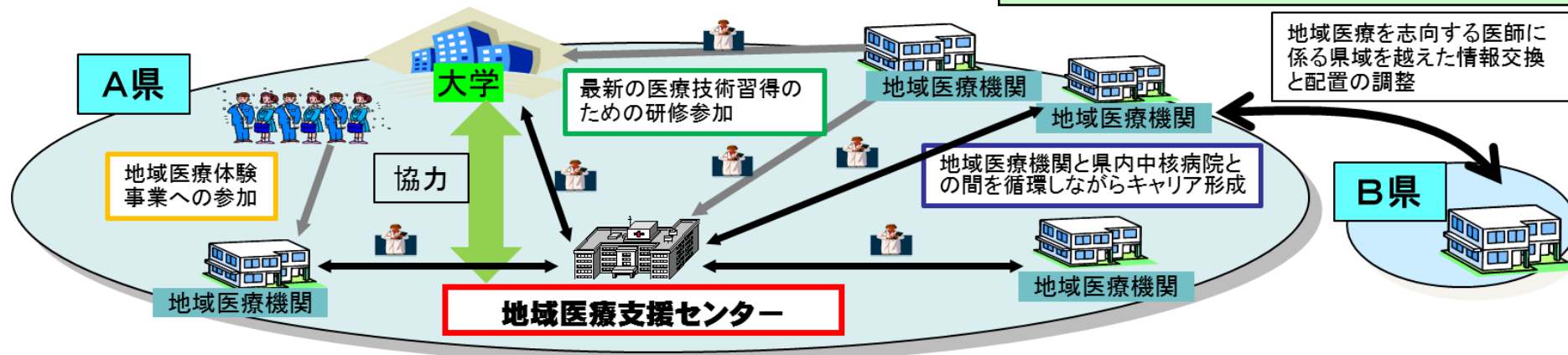
平成30年医療法改正により、地域医療対策協議会の役割の明確化、協議プロセスの透明化を図るとともに、地域医療支援センターとの関係や役割について明確化

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 <ul style="list-style-type: none"> キャリア形成プログラムの内容 大学の地域枠・地元枠設定 医師の派遣調整 臨床研修病院の指定 派遣医師のキャリア支援策 臨床研修医の定員設定 派遣医師の負担軽減策 専門研修の研修施設・定員 等
協議の方法	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	



キャリア形成プログラムについて

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

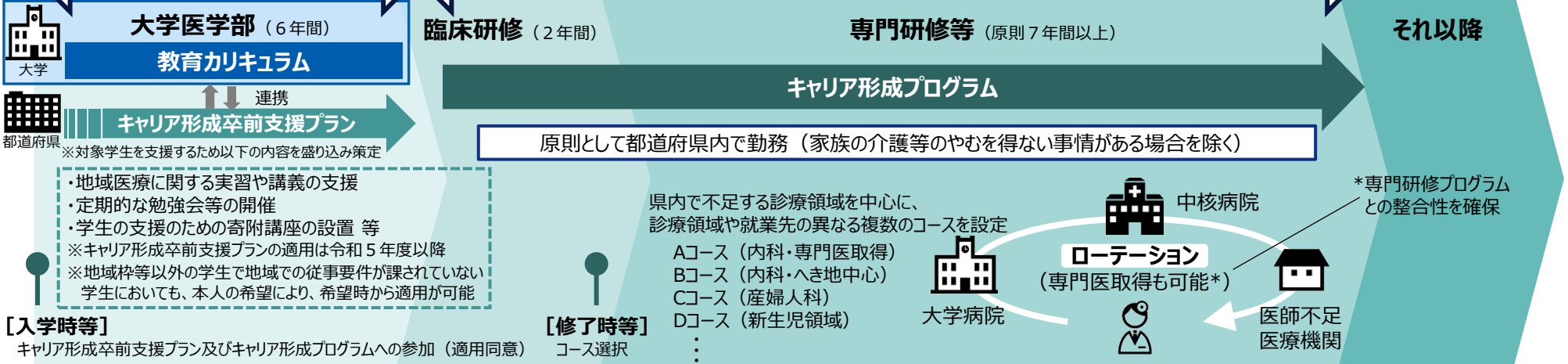
※医療法及び医師法の一部を改正する法律(平成30年法律第79号)により地域医療支援事務として医療法に明記。キャリア形成プログラムの詳細については、医療法施行規則(省令)及びキャリア形成プログラム運用指針(通知)に規定

＜キャリア形成プログラムに基づくキャリア形成のイメージ＞

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

修学資金の貸与(任意)

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



＜キャリア形成プログラムの対象者＞

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

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

＜キャリア形成プログラムに基づく医師派遣＞

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

※地域医療構想における機能分化・連携の方針との整合性を確保する

※理由なく公立・公的医療機関に偏らないようにする

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

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

対象者の地域定着促進のための方策

＜対象者の納得感の向上と主体的なキャリア形成の支援＞

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

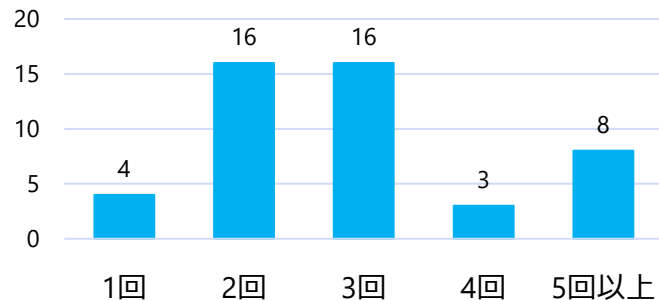
＜プログラム満了前の離脱の防止＞

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

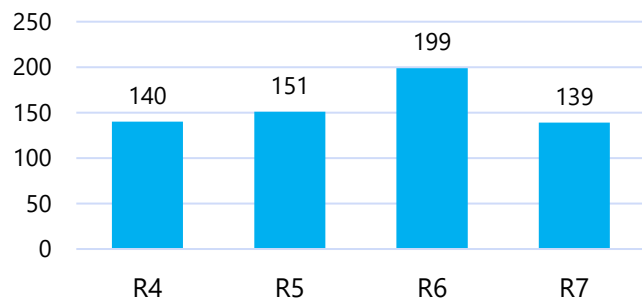
○地域医療対策協議会においては、医師の確保を図るために、「地域医療対策協議会運営指針」で定めた次に掲げる事項について協議を行う。

- ① キャリア形成プログラムに関する事項
- ② 医師の派遣に関する事項
- ③ キャリア形成プログラムに基づき医師の確保を特に図るべき区域に派遣された医師の能力の開発及び向上に関する継続的な援助に関する事項
- ④ 医師の確保を特に図るべき区域に派遣された医師の負担の軽減のための措置に関する事項
- ⑤ 医師の確保を特に図るべき区域における医師の確保のために大学と都道府県とが連携して行う取組に関する事項
- ⑥ 医師法の規定によりその権限に属させられた事項
- ⑦ その他医師の確保を図るために必要な事項

47都道府県における地域医療対策協議会の開催回数（令和7年度調査）

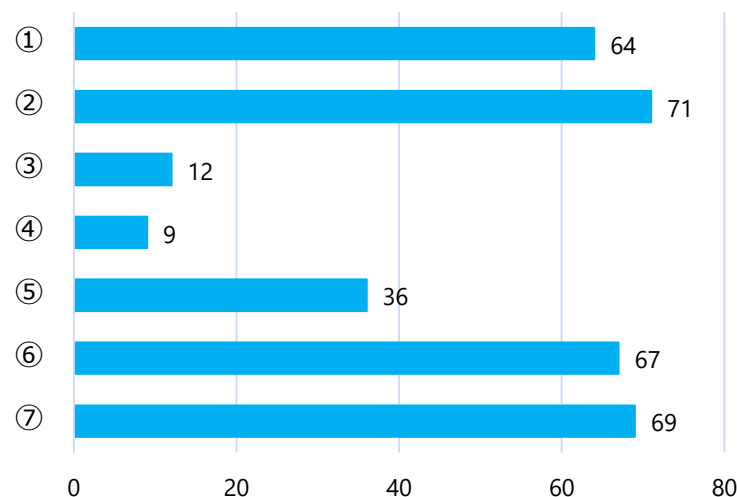


地域医療対策協議会の開催数の推移（47都道府県の合計）



議題ごとの協議回数（複数回答可）

47都道府県の合計（令和7年度調査）



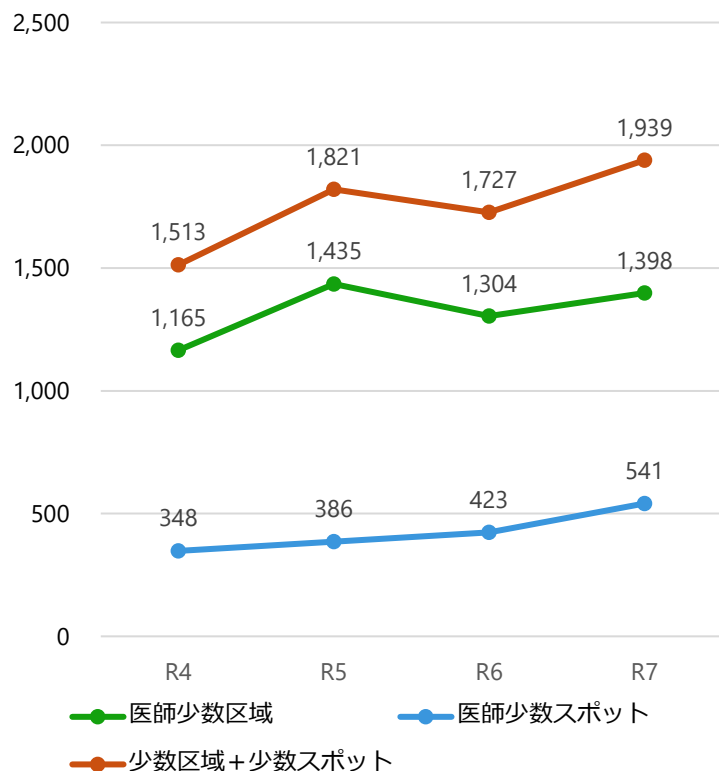
全ての都道府県において、継続的に地域医療対策協議会が開催され、キャリア形成プログラム、医師派遣等に関して協議が行われている。

出典：平成30年度改正医療法の施行状況等調査（令和4～7年度実施
※それぞれ令和3～6年12月31日時点の状況を調査したものである）

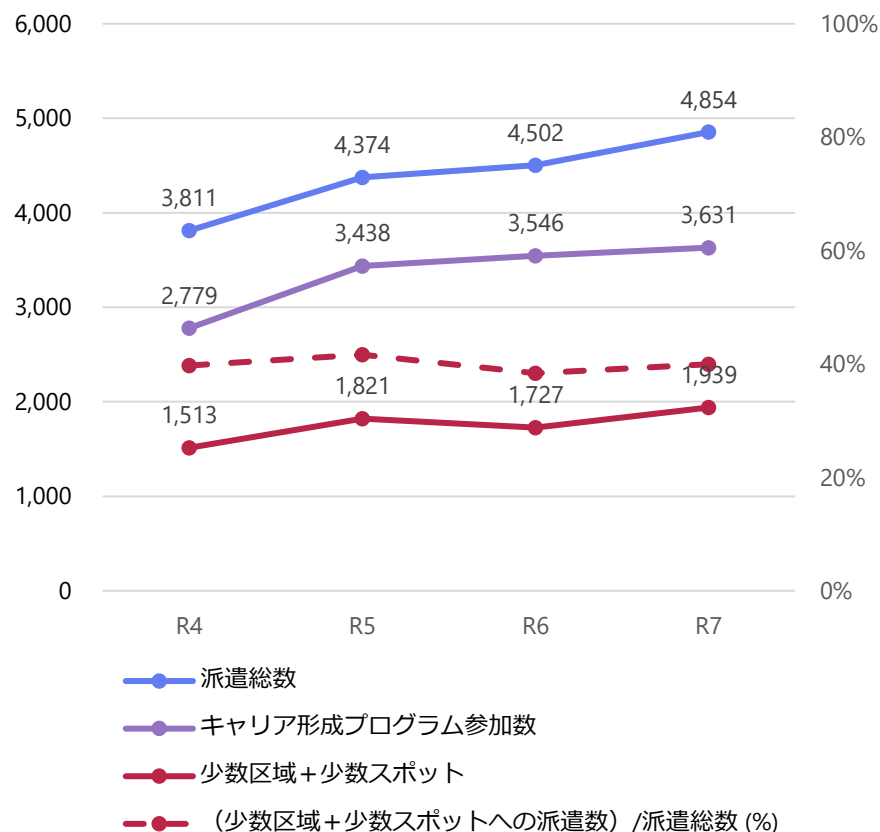
○地域医療対策協議会が調整した医師少数区域及び医師少数スポットへの派遣医師数は、年々増加傾向である。

○地域医療対策協議会が調整した医師派遣総数とキャリア形成プログラム参加者数も増加しており、医師派遣総数に占める医師少数区域及び医師少数スポットへの派遣医師数の割合は4割程度で横ばいである。

地域医療対策協議会が調整した医師少数区域等への医師派遣数の推移



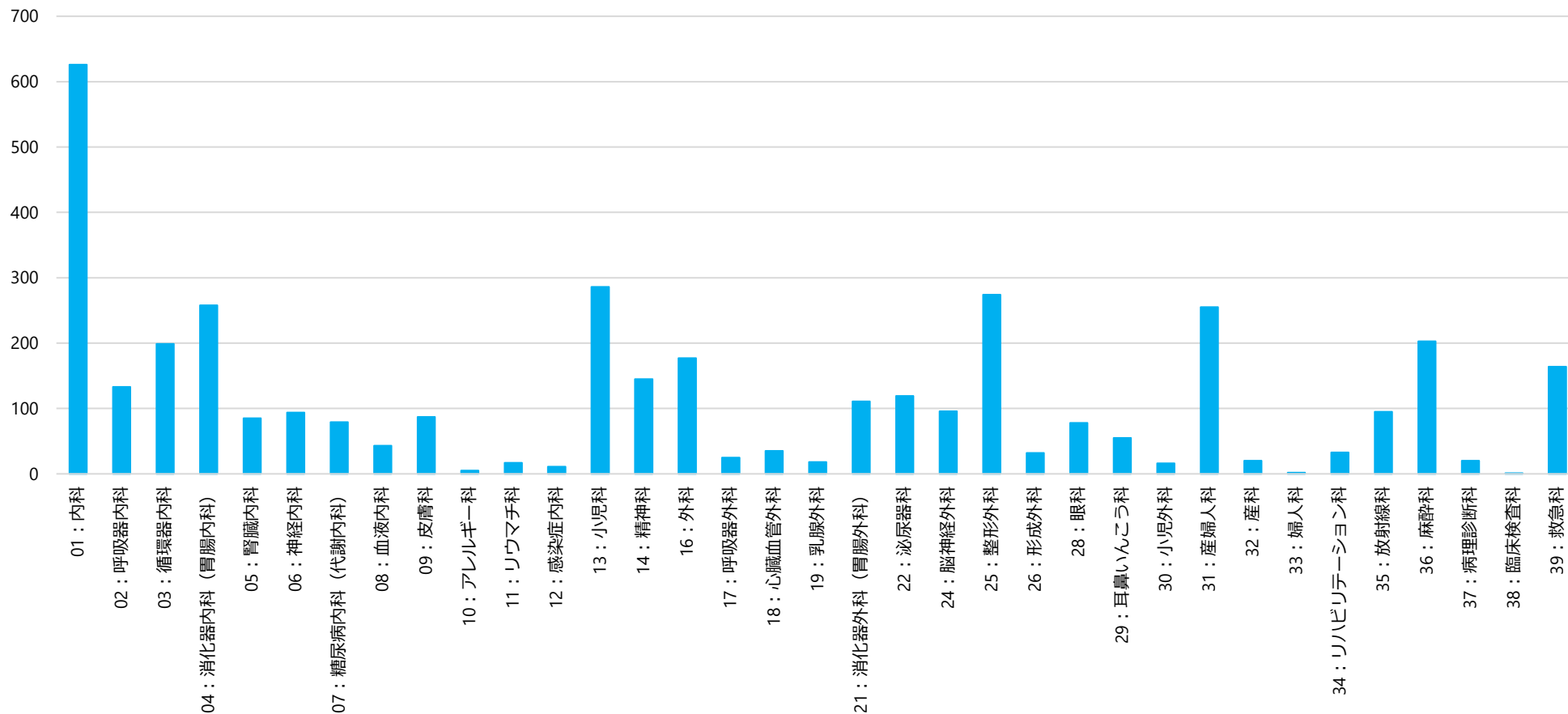
地域医療対策協議会が調整した医師派遣数とキャリア形成プログラム参加者数



出典：平成30年度改正医療法の施行状況等調査（令和4～7年度実施）
※それぞれ令和3～6年12月31日時点の状況を調査したものである

○派遣された診療科別の医師数については、内科、消化器内科、小児科、整形外科、産婦人科が多い。

診療科別医師数（令和7年度調査）

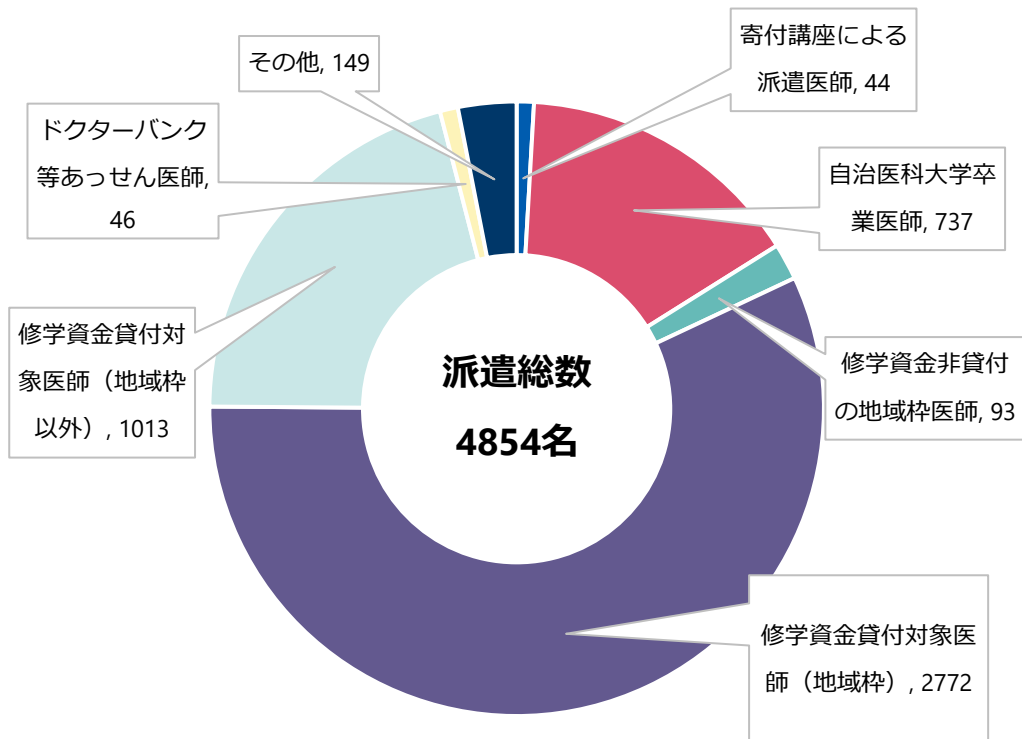


出典：平成30年度改正医療法の施行状況等調査
（令和7年度実施 ※令和6年12月31日時点の
状況を調査したものである）

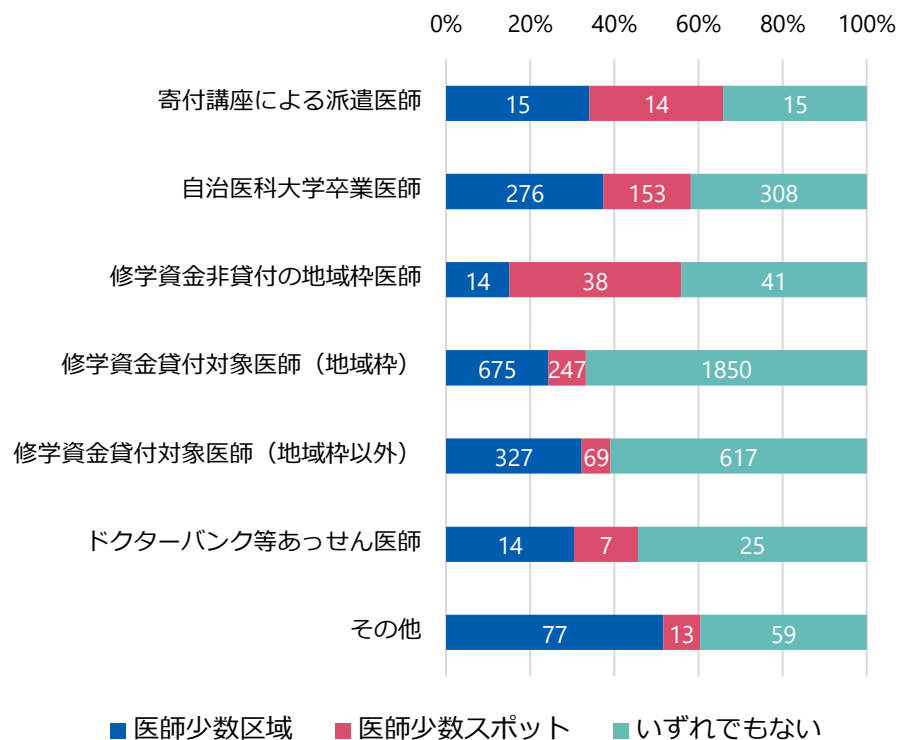
○地域医療対策協議会において派遣される医師の類型は、修学資金貸付対象医師（地域枠・地域枠以外）、自治医科大学卒業医師の占める割合が大きい。

○寄付講座による派遣医師、自治医科大学卒業医師、修学資金非貸付対象の地域枠医師の医師少数区域・医師少数スポットへの派遣は約60%、修学資金貸付対象の地域枠医師の医師少数区域・医師少数スポットへの派遣は約30%であった。

派遣された医師の類型



医師の類型による派遣地域の割合



出典：平成30年度改正医療法の施行状況等調査（令和7年度実施 ※令和6年12月31日時点の状況を調査したものである）

現状・課題

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

論点

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

論点

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

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

医師確保計画のアウトカムと関連する評価指標

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

アウトカム指標（イメージ）

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

【その他実現可能性の検討を進めるべき内容】

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

1. 医師確保計画の見直しの進め方について
2. 医師偏在指標及び医師少数区域・多数区域の設定について
3. 医師確保の方針について
4. 目標医師数を達成するための施策について
5. 医師偏在是正プランの策定について
6. 医師確保計画の効果の測定・評価について
7. 外来医師過多区域について

改正の趣旨

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

改正の概要

※赤字は、衆議院による修正部分

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

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

2. 医師偏在是正に向けた総合的な対策【医療法、健康保険法、総確法等】

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

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

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

（その他）

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

施行期日

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

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

附帯決議について③（衆議院厚生労働委員会）

十二 地域医療構想の推進にも資するよう、外来医師過多区域における新規開設者のみならず既存の無床診療所についても、現に診療が行われていることや、地域の医療提供体制の確保に留意しつつ、改正後の医療法第三十条の十八の六に規定する届出事項に準ずる事項に関する実態を把握するための必要な環境整備の検討を行うこと。

十三 総合診療専門医の育成と活用に向けた取組を更に推進すること。また、薬剤師や看護師等医師以外の医療従事者の職能の向上と活用に向けた取組を進めること。

十四 良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築するため、かかりつけ医機能に関する診療報酬制度について、疾病に応じた包括支払制度の在り方について検討を行うこと。

附帯決議について②（参議院厚生労働委員会）

- 四、医療機関の業務における情報の電子化の実現に当たっては、官民データ活用推進基本法第二条第四項に規定するクラウド・コンピューティング・サービス関連技術その他の先端的な技術を活用すること。
- 五、電子カルテ情報共有サービスの運用に伴う費用の負担について、サービスの普及状況及び効果等を定期的に検証した上で、最低でも五割程度の普及率に達するまでの基盤整備期間中は、国において必要な財政支援を行うこと。
- 六、社会保険診療報酬支払基金の組織体制の見直しに当たっては、医療DXに関する専門人材を十分確保すること。また、改組後の組織運営に要する費用負担の在り方については、審査支払業務と医療DX関連業務の双方を十全に担っていくこと等を踏まえて、検討すること。
- 七、地域医療介護総合確保基金の運用状況を踏まえ、新たに市町村が都道府県と連携して「医療機関の施設又は設備の整備に関する事業」及び「医療従事者の確保に関する事業」を行うモデル事業を実施し、その実施状況を踏まえ、地域医療介護総合確保基金の運用の在り方を含め、事業の在り方について検討を行うこと。
- 八、介護・障害福祉従事者の適切な処遇の確保についての検討は、介護・障害福祉に関するサービスを担う優れた人材の確保が要介護者等及び障害者・障害児に対するサービスの水準の向上に資することにも鑑み、介護・障害福祉に関するサービスの種類ごとの介護・障害福祉従事者の処遇の状況等を踏まえて行うこと。その上で、介護・障害福祉従事者の処遇改善については、全産業との間で差があることも踏まえ、他職種と遜色のない処遇改善に向けて、賃上げに結び付く措置を早急に講ずること。
- 九、地域医療構想の推進にも資するよう、外来医師過多区域における新規開設者のみならず既存の無床診療所についても、現に診療が行われていることや、地域の医療提供体制の確保に留意しつつ、改正後の医療法第三十条の十八の六に規定する届出事項に準ずる事項に関する実態を把握するための必要な環境整備の検討を行うこと。
- 十、総合診療専門医の育成と活用に向けた取組を更に推進すること。また、薬剤師や看護師等医師以外の医療従事者の職能の向上と活用に向け、適切な処遇改善を含む取組を進めること。

医療法等の一部を改正する法律案 外来医師過多区域における要請に係る関係条文

○ 医療法（昭和23年法律第205号）【令和8年4月1日施行】

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

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

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

ロ 外来医療に係る医療提供体制の状況に関する事項

二～七 （略）

2～6 （略）

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

2 都道府県知事は、前項の指定をしたときは、厚生労働省令で定めるところにより、その旨を公示しなければならない。

3 第一項の指定を受けた区域において、診療所（医業を行う場所であつて、患者を入院させるための施設を有しないものに限る。）を開設しようとする者は、やむを得ない場合として厚生労働省令で定める場合を除き、当該診療所を開設する日の六月前までに、厚生労働省令で定めるところにより、当該区域における地域外来医療の提供に関する意向その他の厚生労働省令で定める事項を都道府県知事に届け出なければならない。

4 都道府県知事は、第一項の指定を受けた区域において、前項の届出をした者その他厚生労働省令で定める者（以下この条において「届出者等」という。）が当該区域における地域外来医療の提供をしない意向を示しているときは、当該届出者等に対し、前条第一項に規定する協議の場における協議に参加し、当該提供をしない理由その他の厚生労働省令で定める事項（以下この条において「理由等」という。）について説明をするよう求めることができる。

5 届出者等は、前項の規定により都道府県知事から求めがあつたときは、当該協議の場における協議に参加し、理由等について説明をするよう努めなければならない。

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

7 都道府県知事は、前項の規定による要請を受けた届出者等により開設された診療所の開設者又は管理者が、当該要請に係る地域外来医療の提供をしていないと認めるときは、当該開設者又は管理者に対し、都道府県医療審議会に出席し、理由等について説明をするよう求めることができる。

8 当該診療所の開設者又は管理者は、前項の規定により都道府県知事から求めがあつたときは、都道府県医療審議会に出席し、理由等について説明をするよう努めなければならない。

9 都道府県知事は、前項の説明の内容を踏まえ、理由等がやむを得ないものと認められないときは、当該診療所の開設者又は管理者に対し、都道府県医療審議会の意見を聴いて、当該区域における地域外来医療の提供をすべきことを勧告することができる。

10 都道府県知事は、前項の規定による勧告をした場合において、当該勧告を受けた診療所の開設者又は管理者がこれに従わなかつたときは、その旨を公表することができる。

11 都道府県知事は、第六項の規定による要請を受けた届出者等がこれに応じなかつたとき、第九項の規定による勧告をしたとき又は当該勧告を受けた診療所の開設者若しくは管理者がこれに従わなかつたときは、その旨を厚生労働大臣に通知するものとする。

○ 健康保険法

第六十八条の二 厚生労働大臣は、診療所の開設者又は管理者が医療法第三十条の十八の六第六項の規定による都道府県知事の要請を受け、これに応じなかつた場合、同条第九項の規定による都道府県知事の勧告を受けた場合又は当該勧告を受け、これに従わなかつた場合には、前条第一項の規定にかかわらず、厚生労働省令で定めるところにより、第六十三条第三項第一号の指定を行うに当たっては、三年以内の期限を付することができる。

概要

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

外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項 (法第30条の18の4)

① 外来医師偏在指標を踏まえた外来医療に係る医療提供体制の状況

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

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

③ 外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進

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

④ 複数の医師が連携して行う診療の推進

⑤ 医療提供施設の建物の全部又は一部、設備、器械及び器具の効率的な活用

地域ごとの**医療機器の配置状況を可視化**し、共同利用を推進。

⑥ その他外来医療に係る医療提供体制を確保するために必要な事項

* 令和4年4月施行

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

(区 域) 二次医療圏その他当該都道府県の知事が適当と認める区域

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

(その他) 地域医療構想調整会議を活用することが可能

外来医師偏在指標を活用した地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

経緯

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

外来医療機能に関する情報の可視化

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

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

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

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

新規開業希望者等に対する情報提供

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

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

外来医療機能に関する協議及び協議を踏まえた取組

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

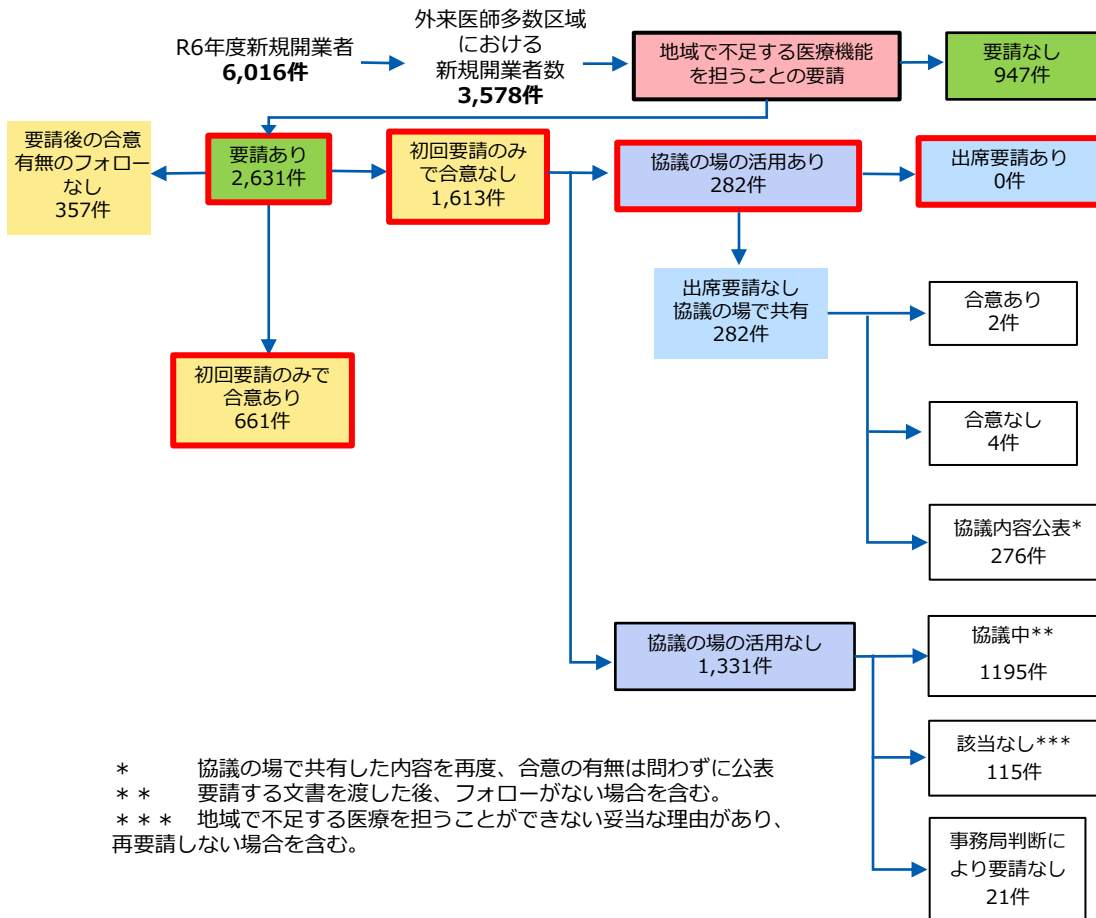
○ 外来医療計画の実効性を確保するための方策例

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

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

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

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



要請の結果、不足する医療機能を担うことに合意が得られた件数

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

* 協議の場で共有した内容を再度、合意の有無は問わずに公表
 ** 要請する文書を渡した後、フォローがない場合を含む。
 *** 地域で不足する医療を担うことができない妥当な理由があり、再要請しない場合を含む。

外来医師過多区域における課題と関係条文

課 題	医療法等の一部を改正する法律案の関係条文
①外来医師過多区域の基準及び指定方法	<p>第三十条の十八の六 都道府県知事は、第三十条の四第二項第十四号に規定する区域であつて、外来医療を行う医師の数の、外来患者の数に対する比率に相当するものとして厚生労働省令で定めるところにより算定した率その他厚生労働省令で定める指標が、厚生労働省令で定める基準を超えるものがある場合において、当該区域のうち、特に地域外来医療を確保する必要がある区域があると認めるときは、当該区域を指定するものとする。</p>
②地域で不足している医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容	<p>第三十条の十八の五 都道府県は、第三十条の四第二項第十四号に規定する区域その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域（以下この条において「対象区域」という。）ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者（以下この項及び次項において「関係者」という。）との協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ、次に掲げる事項（第三号、第五号及び第六号に掲げる事項については、外来医療に係る医療提供体制の確保に関するものに限る。第五項において同じ。）について協議を行い、その結果を取りまとめ、公表するものとする。</p> <p>一 第三十条の四第二項第十一号口に規定する指標によつて示される医師の数に関する情報を踏まえた次に掲げる事項</p> <p>イ 地域において特に必要とされる外来医療（次条において「地域外来医療」という。）に関する事項</p>
③新規開業希望者の事前届出事項、事前届出義務の猶予対象となる場合	<p>第三十条の十八の六 （略）</p> <p>3 第一項の指定を受けた区域において、診療所（医業を行う場所であつて、患者を入院させるための施設を有しないものに限る。）を開設しようとする者は、やむを得ない場合として厚生労働省令で定める場合を除き、当該診療所を開設する日の六月前までに、厚生労働省令で定めるところにより、当該区域における地域外来医療の提供に関する意向その他の厚生労働省令で定める事項を都道府県知事に届け出なければならない。</p>
④事前届出の流れ	<p>4 都道府県知事は、第一項の指定を受けた区域において、前項の届出をした者その他厚生労働省令で定める者（以下この条において「届出者等」という。）が当該区域における地域外来医療の提供をしない意向を示しているときは、当該届出者等に対し、前条第一項に規定する協議の場における協議に参加し、当該提供をしない理由その他の厚生労働省令で定める事項（以下この条において「理由等」という。）について説明をするよう求めることができる。</p>
⑤協議の場	
⑥要請・勧告	<p>第三十条の十八の六 （略）</p> <p>6 都道府県知事は、前項の説明の内容を踏まえ、理由等がやむを得ないものと認められないときは、届出者等に対し、期限を定めて、当該区域における地域外来医療の提供をすべきことを要請することができる。</p> <p>7 都道府県知事は、前項の規定による要請を受けた届出者等により開設された診療所の開設者又は管理者が、当該要請に係る地域外来医療の提供をしていないと認めるときは、当該開設者又は管理者に対し、都道府県医療審議会に出席し、理由等について説明をするよう求めることができる。</p> <p>8 当該診療所の開設者又は管理者は、前項の規定により都道府県知事から求めがあつたときは、都道府県医療審議会に出席し、理由等について説明をするよう努めなければならない。</p> <p>9 都道府県知事は、前項の説明の内容を踏まえ、理由等がやむを得ないものと認められないときは、当該診療所の開設者又は管理者に対し、都道府県医療審議会の意見を聴いて、当該区域における地域外来医療の提供をすべきことを勧告することができる。</p> <p>11 都道府県知事は、第六項の規定による要請を受けた届出者等がこれに応じなかつたとき、第九項の規定による勧告をしたとき又は当該勧告を受けた診療所の開設者若しくは管理者がこれに従わなかつたときは、その旨を厚生労働大臣に通知するものとする。</p>
⑦保険医療機関の指定期間の短縮等	<p>第三十条の十八の六 （略）</p> <p>11 都道府県知事は、第六項の規定による要請を受けた届出者等がこれに応じなかつたとき、第九項の規定による勧告をしたとき又は当該勧告を受けた診療所の開設者若しくは管理者がこれに従わなかつたときは、その旨を厚生労働大臣に通知するものとする。</p> <p>改正後の健康保険法</p> <p>第六十八条の二 厚生労働大臣は、診療所の開設者又は管理者が医療法第三十条の十八の六第六項の規定による都道府県知事の要請を受け、これに応じなかつた場合、同条第九項の規定による都道府県知事の勧告を受けた場合又は当該勧告を受け、これに従わなかつた場合には、前条第一項の規定にかかわらず、厚生労働省令で定めるところにより、第六十三条第三項第一号の指定を行うに当たっては、三年以内の期限を付することができる。</p>

改正後の医療法

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

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（抜粋）

- 都道府県において、**外来医師偏在指標が一定数値（例えば標準偏差の数倍）を超える地域（外来医師過多区域）**における新規開業希望者に対して、医療法に基づき、開業の6か月前に、提供する予定の医療機能等を記載した届出を求めた上で、当該届出の内容等を踏まえ、地域の外来医療の協議の場への参加を求めることができ、また、地域で不足している医療機能（夜間や休日等における地域の初期救急医療、在宅医療、公衆衛生等）の提供や医師不足地域での医療の提供（土日の代替医師としての従事等）を要請することができることとする。
- その際、外来医師過多区域、地域で不足している医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容は、都道府県において、地域の外来医療の協議の場における協議内容を踏まえ、事前に公表する。また、今後の人口動態等も踏まえつつ、**人口あたり医師数や可住地面積あたり医師数等が特に高い市区町村や地区がある場合は、要請の対象区域について、外来医師過多区域単位ではなく、市区町村単位や地区単位**とすることも考えられる。

論点

① 外来医師過多区域の基準について

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

② 都道府県による外来医師過多区域の指定方法について

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

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

論点

外来医師過多区域の基準について

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

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

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

※可住地面積あたり診療所数の上位10%の対全国値比は3.59倍に相当

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

(参考) 外来医師偏在指標の計算式

$$\text{外来医師偏在指標} = \frac{\text{標準化診療所医師数}^{\ast 1}}{(\text{地域の人口} / 10\text{万} \times \text{地域の標準化受療率比}^{\ast 2}) \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合}^{\ast 4}}$$

$$(\ast 1) \text{ 標準化診療所医師数} = \sum (\text{性年齢階級別診療所医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{診療所医師の平均労働時間}})$$

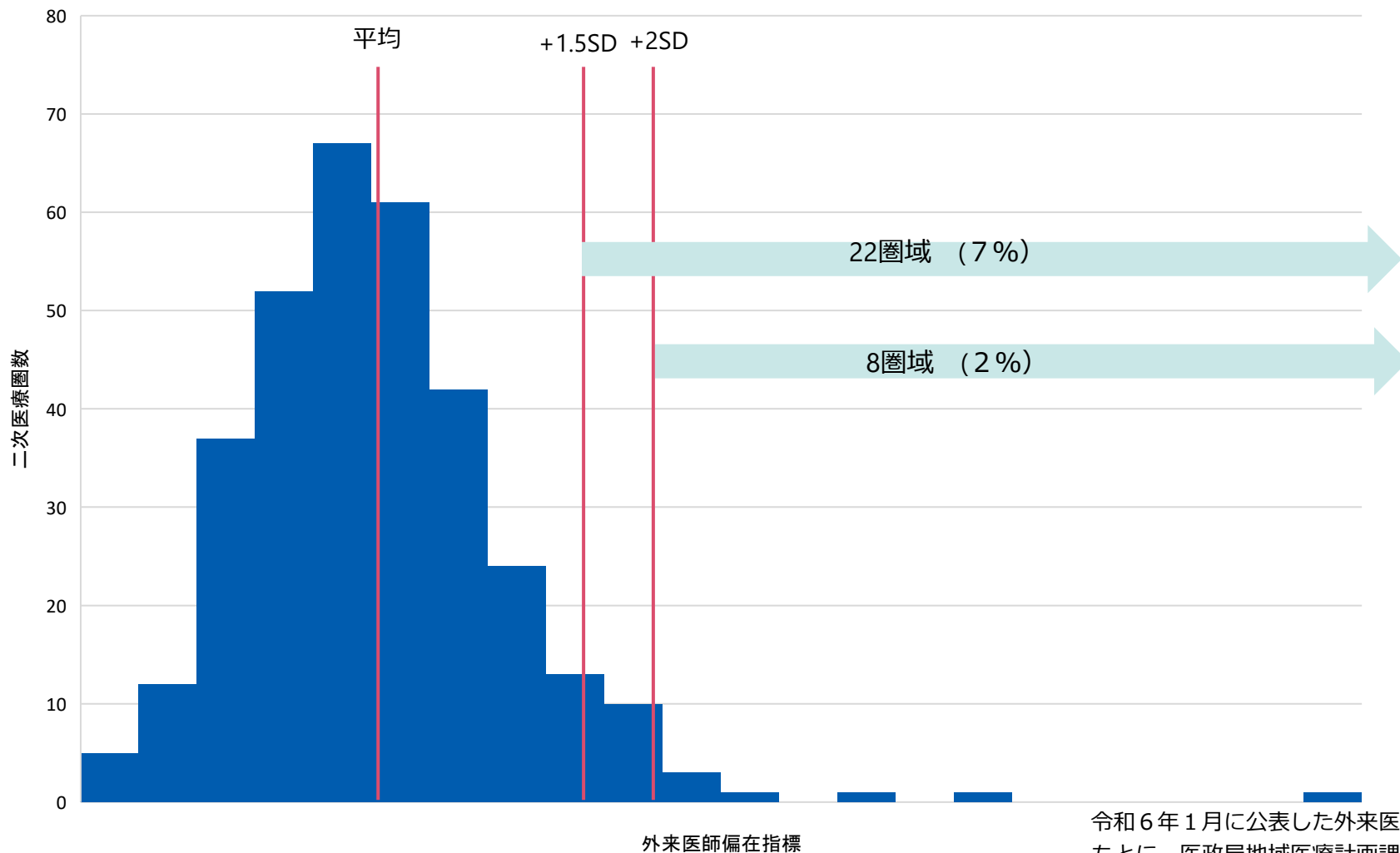
$$(\ast 2) \text{ 地域の標準化外来受療率比} = \frac{\text{地域の外来期待受療率}^{\ast 3}}{\text{全国の外来期待受療率}}$$

$$(\ast 3) \text{ 地域の外来期待受療率} = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別外来受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

$$(\ast 4) \text{ 地域の診療所の外来患者対応割合} = \frac{\text{地域の診療所の外来延べ患者数}}{\text{地域の診療所} + \text{病院の外来延べ患者数}}$$

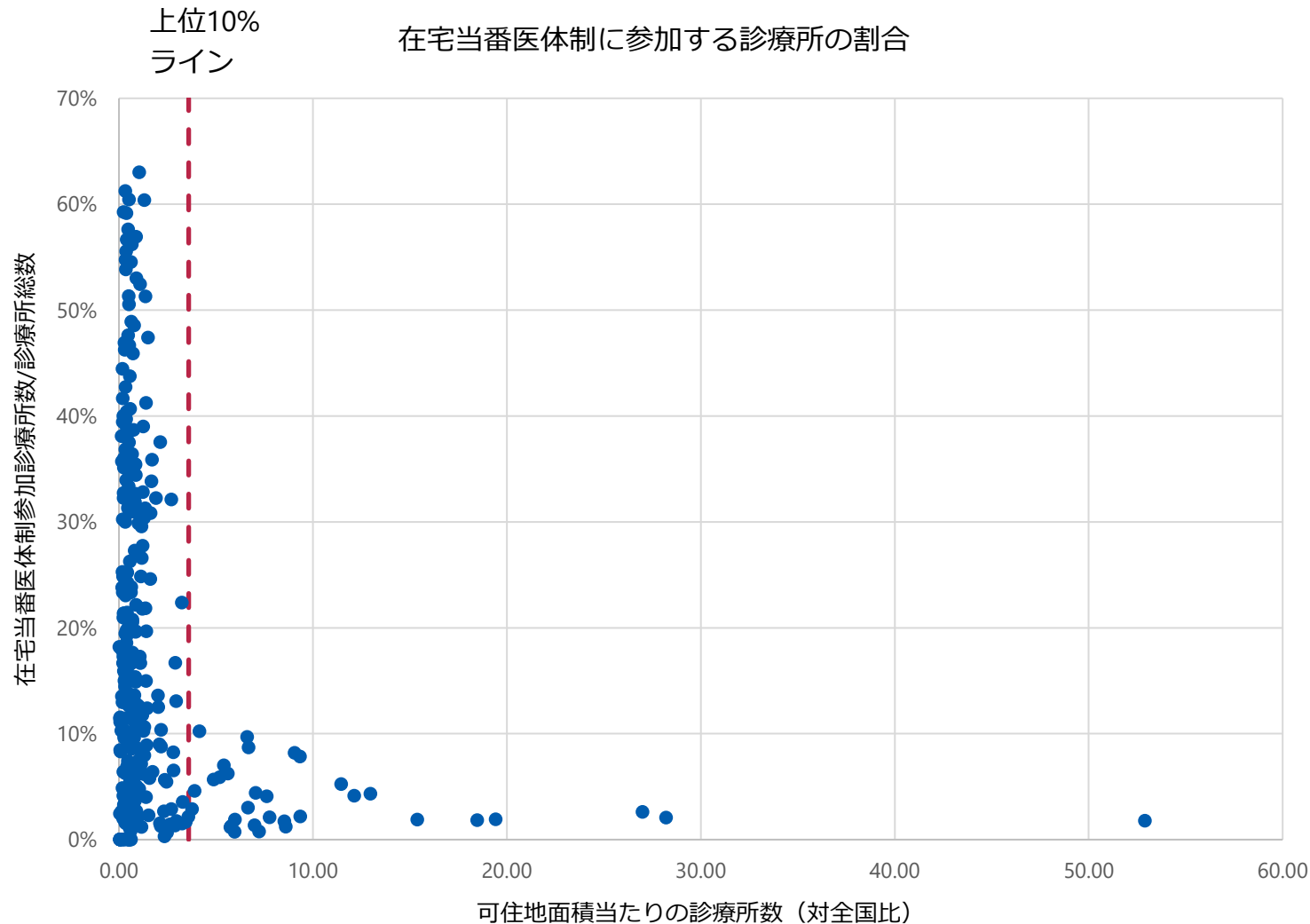
- 外来医師過多区域に係る厚生労働省令で定める基準については、医師偏在の是正に向けた総合的なパッケージにおいて、外来医師偏在指標が一定数値（例えば標準偏差の数倍）を超える地域としている。
- 現在公表している外来医師偏在指標については、「全国平均値+標準偏差の1.5倍」を超える圏域が7%である。

外来医師偏在指標と二次医療圏数



(参考) 可住地面積あたりの診療所数と在宅当番医体制に参加する診療所割合

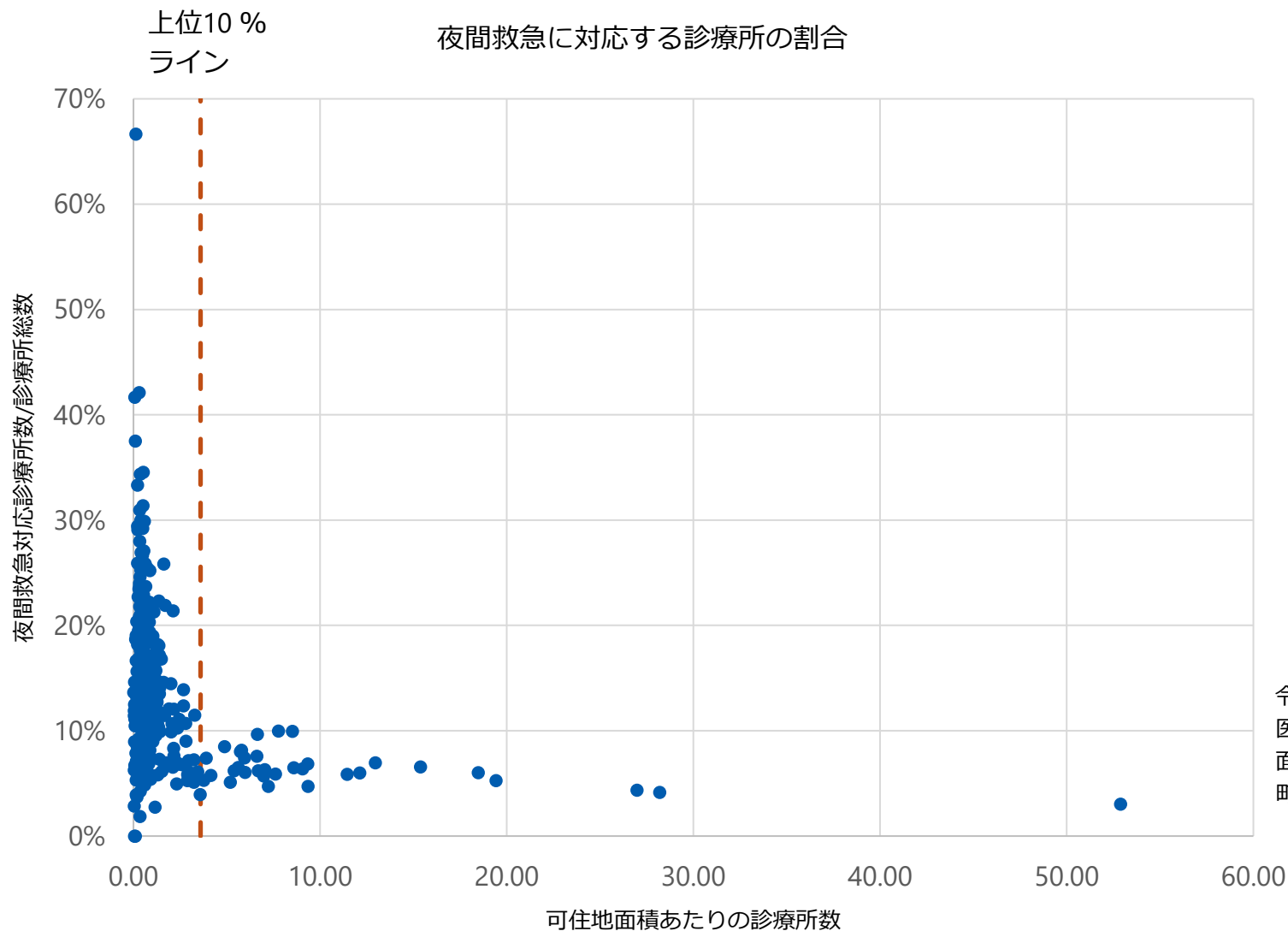
○ 可住地面積あたりの診療所数が上位10%の二次医療圏については、在宅当番医体制に参加する診療所の割合は概ね10%以下と他の圏域に比較して低い傾向であった。



令和5年医療施設静態調査をもとに、
医政局地域医療計画課で集計。可住地
面積は総務省統計局「統計でみる市区
町村のすがた」を出典とした。

(参考) 可住地面積あたりの診療所数と夜間救急に対応する診療所割合

○ 可住地面積あたりの診療所数が上位10%の二次医療圏については、夜間救急に対応する診療所の割合は概ね10%以下と他の圏域に比較して低い傾向であった。



令和5年医療施設静態調査をもとに、
医政局地域医療計画課で集計。可住地
面積は総務省統計局「統計でみる市区
町村のすがた」を出典とした。

②地域で不足している医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容

改正後の医療法

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

一 第三十条の四第二項第十一号ロに規定する指標によつて示される医師の数に関する情報を踏まえ次に掲げる事項
イ **地域において特に必要とされる外来医療（次条において「地域外来医療」という。）に関する事項**

第三十条の十八の六（略）

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

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（抜粋）

- （略）また、**地域で不足している医療機能（夜間や休日等における地域の初期救急医療、在宅医療、公衆衛生等）の提供や医師不足地域での医療の提供（土日の代替医師としての従事等）を要請**することができることとする。
- その際、外来医師過多区域、**地域で不足している医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容は、都道府県において、地域の外来医療の協議の場における協議内容を踏まえ、事前に公表**する。また、今後の人口動態等も踏まえつつ、人口あたり医師数や可住地面積あたり医師数等が特に高い市区町村や地区がある場合は、要請の対象区域について、外来医師過多区域単位ではなく、市区町村単位や地区単位とすることも考えられる。

論点

① 地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容

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

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

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

○ また、**ガイドライン**において、以下の内容を記載することとする。

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

② 公表方法

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

③新規開業希望者の事前届出事項、事前届出義務の猶予対象となる場合

改正後の医療法

第三十条の十八の六 (略)

- 3 第一項の指定を受けた区域において、診療所（医業を行う場所であつて、患者を入院させるための施設を有しないものに限る。）を開設しようとする者は、やむを得ない場合として厚生労働省令で定める場合を除き、当該診療所を開設する日の六月前までに、厚生労働省令で定めるところにより、当該区域における地域外来医療の提供に関する意向その他の厚生労働省令で定める事項を都道府県知事に届け出なければならない。
- 4 都道府県知事は、第一項の指定を受けた区域において、前項の届出をした者その他厚生労働省令で定める者（以下この条において「届出者等」という。）が当該区域における地域外来医療の提供をしない意向を示しているときは、当該届出者等に対し、前条第一項に規定する協議の場における協議に参加し、当該提供をしない理由その他の厚生労働省令で定める事項（以下この条において「理由等」という。）について説明をするよう求めることができる。
- 6 都道府県知事は、前項の説明の内容を踏まえ、理由等がやむを得ないものと認められないときは、届出者等に対し、期限を定めて、当該区域における地域外来医療の提供をすべきことを要請することができる。

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（抜粋）

- 都道府県において、外来医師偏在指標が一定数値（例えば標準偏差の数倍）を超える地域（外来医師過多区域）における新規開業希望者に対して、医療法に基づき、開業の6か月前に、提供する予定の医療機能等を記載した届出を求めた上で、当該届出の内容等を踏まえ、地域の外来医療の協議の場への参加を求めることができ、また、地域で不足している医療機能（夜間や休日等における地域の初期救急医療、在宅医療、公衆衛生等）の提供や医師不足地域での医療の提供（土日の代替医師としての従事等）を要請することができることとする。

論点

① 事前届出事項

- 開設6か月前の事前届出の記載事項は、以下のとおりとする。（医療法第8条の開設届出と同じ事項は下線）
 - ・ 届出者の住所及び氏名
 - ・ 届出者以外の者が開設者となる予定である場合は、その者の住所及び氏名
 - ・ 開設予定の診療所の名称
 - ・ 開設予定の住所（未定の場合は市区町村等可能な限り詳細な地域）
 - ・ 開設予定の年月日
 - ・ 診療を行おうとする科目
 - ・ 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の従業者の定員
 - ・ 地域外来医療の提供に関する意向
 - ・ 地域外来医療を提供する意向がある場合、提供する予定の地域外来医療の内容（当該提供の頻度及び時期に関する事項を含む。）
 - ・ 地域外来医療を提供しない場合は、その理由

② 事前届出義務の猶予対象となる「やむを得ない場合として厚生労働省令で定める場合」

- 親が開設していた診療所について親の死亡により子が急遽承継する場合等、予期せず前任の開設者が不在となり、事業承継が必要となった場合とする。
- また、その場合は、事業承継が終わった後に届出を求めるとともに、その「やむを得ない場合として厚生労働省令で定める場合」に該当する者を「届出をした者その他厚生労働省令で定める者」とした上で、通常のフローのとおり、必要に応じて協議参加の求め・要請・勧告・公表等を行うこととする。

改正後の医療法

第三十条の十八の六 (略)

- 3 第一項の指定を受けた区域において、**診療所（医業を行う場所であつて、患者を入院させるための施設を有しないものに限る。）を開設しようとする者は、やむを得ない場合として厚生労働省令で定める場合を除き、当該診療所を開設する日の六月前までに、厚生労働省令で定めるところにより、当該区域における地域外来医療の提供に関する意向その他の厚生労働省令で定める事項を都道府県知事に届け出なければならない。**
- 4 都道府県知事は、第一項の指定を受けた区域において、**前項の届出をした者その他厚生労働省令で定める者（以下この条において「届出者等」という。）**が当該区域における地域外来医療の提供をしない意向を示しているときは、当該届出者等に対し、前条第一項に規定する協議の場における協議に参加し、当該提供をしない理由その他の厚生労働省令で定める事項（以下この条において「理由等」という。）について**説明をするよう求めることができる。**
- 6 都道府県知事は、前項の説明の内容を踏まえ、理由等がやむを得ないものと認められないときは、**届出者等に対し、期限を定めて、当該区域における地域外来医療の提供をすべきことを要請することができる。**

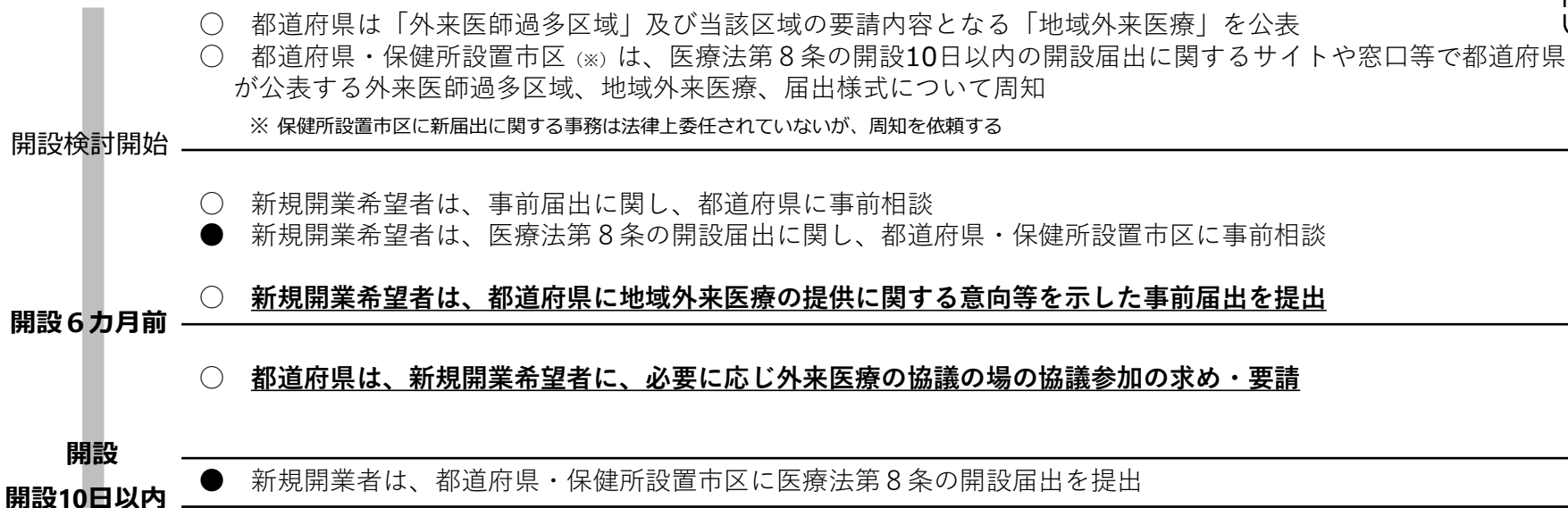
医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（抜粋）

- 都道府県において、外来医師偏在指標が一定数値（例えば標準偏差の数倍）を超える地域（外来医師過多区域）における新規開業希望者に対して、医療法に基づき、開業の6か月前に、**提供する予定の医療機能等を記載した届出**を求めた上で、当該届出の内容等を踏まえ、地域の外来医療の協議の場への参加を求めることができ、また、地域で不足している医療機能（夜間や休日等における地域の初期救急医療、在宅医療、公衆衛生等）の提供や医師不足地域での医療の提供（土日の代替医師としての従事等）を要請することができることとする。

論点

- 事前届出の流れは、以下のフローが想定され、こうした取扱いを周知することとする。

○ 新し続
● 既存し続



※ 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の記載

- ・ 個別の開業希望者に対する対応としては、開業に当たっての事前相談の機会や新規開業者が医療機関の開設のための届出様式を入手する機会に、開業する場所が外来医師多数区域に属することや、外来医療計画に定められている当該区域の方針に関する事項を情報提供すること。したがって、届出様式を掲載するサイトや窓口等においては当該情報を明示的に掲げること。

改正後の医療法

第三十条の十八の六 (略)

- 3 第一項の指定を受けた区域において、診療所（医業を行う場所であつて、患者を入院させるための施設を有しないものに限る。）を開設しようとする者は、やむを得ない場合として厚生労働省令で定める場合を除き、当該診療所を開設する日の六月前までに、厚生労働省令で定めるところにより、当該区域における地域外来医療の提供に関する意向その他の厚生労働省令で定める事項を都道府県知事に届け出なければならない。
- 4 都道府県知事は、第一項の指定を受けた区域において、前項の届出をした者その他厚生労働省令で定める者（以下この条において「届出者等」という。）が当該区域における地域外来医療の提供をしない意向を示しているときは、当該届出者等に対し、前条第一項に規定する協議の場における協議に参加し、当該提供をしない理由その他の厚生労働省令で定める事項（以下この条において「理由等」という。）について説明をするよう求めることができる。
- 6 都道府県知事は、前項の説明の内容を踏まえ、理由等がやむを得ないものと認められないときは、届出者等に対し、期限を定めて、当該区域における地域外来医療の提供をすべきことを要請することができる。

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（抜粋）

- 都道府県において、外来医師偏在指標が一定数値（例えば標準偏差の数倍）を超える地域（外来医師過多区域）における新規開業希望者に対して、医療法に基づき、開業の6か月前に、提供する予定の医療機能等を記載した届出を求めた上で、当該届出の内容等を踏まえ、地域の外来医療の協議の場への参加を求めることができ、また、地域で不足している医療機能（夜間や休日等における地域の初期救急医療、在宅医療、公衆衛生等）の提供や医師不足地域での医療の提供（土日の代替医師としての従事等）を要請することができることとする。

論点

① 協議の場への参加を求める対象者

- 事前届出をした者に加え、事前届出義務があるが事前届出を行わなかった者及び事前届出義務の猶予対象となる「やむを得ない場合として厚生労働省令で定める場合」に該当する者を「届出をした者その他厚生労働省令で定める者」として規定し、必要に応じて協議の場の参加を求めることとする。

② 協議の場において説明を求める内容

- 協議の場では、新規開業希望者に対し、地域外来医療の提供をしない理由及び当該診療所で提供する予定の医療の具体的な内容について説明を求めることができることとする。

論点

③ 協議の場の開催形式

- 協議の場において、新規開業希望者に対して、地域外来医療を提供しない理由等の説明を求めるとや、地域外来医療を提供するよう働きかけることの重要性にかんがみ、「新規開業希望者に協議参加を求める外来医療の協議の場は、**原則として対面又はオンラインで開催**することとして、**やむを得ない場合は持ち回り開催や書面による開催等の対応を取ることも可能**である」こととする。

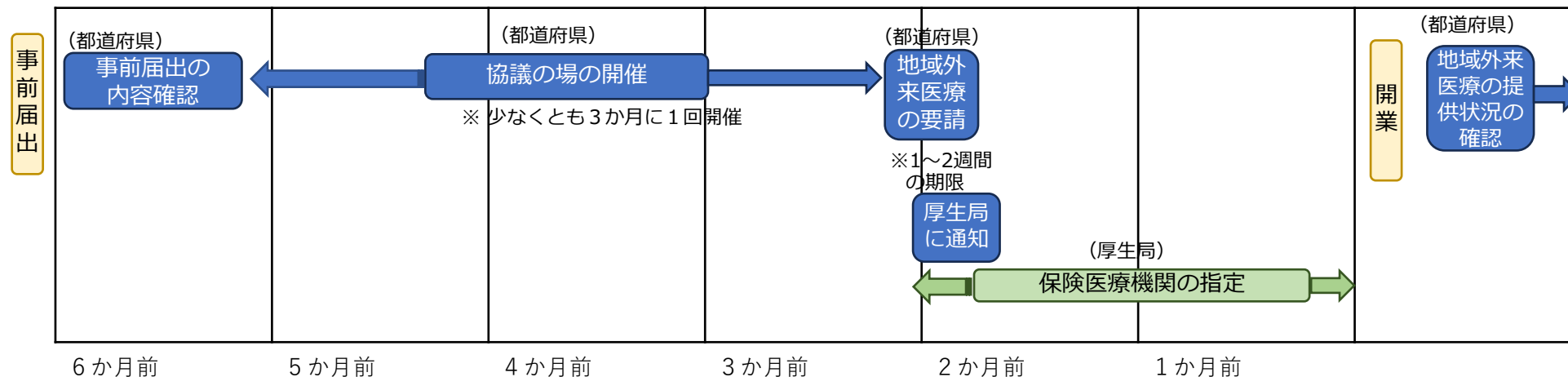
※ 現行のガイドラインの記載

- 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中で協議を行い、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。

④ 協議の場の開催頻度

- 届出内容の確認、地域外来医療の要請（1～2週間の期限）、厚生局への通知、保険医療機関の指定の期間が必要であり、協議の場は**少なくとも3か月に1回開催**することとする。協議の場については、効果的、効率的な運用の観点から、外来医療に係る医療提供体制に関する協議の場に必要に応じてワーキング等を設置することも検討することとする。

<開業6か月前からのスケジュール（イメージ）>



⑤ 都道府県の事務負担に関する基金での対応

- 外来医師過多区域の対応を適切に実施する観点から、**事前届出の内容確認、外来医療の協議の場の運営、地域外来医療の提供状況の確認等に関する都道府県の事務負担について、地域医療介護総合確保基金を活用可能**とする。

改正後の医療法

第三十条の十八の六 (略)

- 6 都道府県知事は、前項の説明の内容を踏まえ、**理由等がやむを得ないものと認められないときは**、届出者等に対し、**期限を定めて**、当該区域における**地域外来医療の提供をすべきことを要請**することができる。
- 7 都道府県知事は、前項の規定による要請を受けた届出者等により開設された診療所の開設者又は管理者が、**当該要請に係る地域外来医療の提供をしていないと認めるときは**、当該開設者又は管理者に対し、**都道府県医療審議会に出席し、理由等について説明をする**よう求めることができる。
- 8 当該診療所の開設者又は管理者は、前項の規定により都道府県知事から求めがあつたときは、都道府県医療審議会に出席し、理由等について説明をするよう努めなければならない。
- 9 都道府県知事は、前項の説明の内容を踏まえ、**理由等がやむを得ないものと認められないときは**、当該診療所の開設者又は管理者に対し、都道府県医療審議会の意見を聴いて、当該区域における**地域外来医療の提供をすべきことを勧告**することができる。
- 11 都道府県知事は、第六項の規定による**要請を受けた届出者等がこれに応じなかつたとき**、第九項の規定による**勧告をしたとき**又は当該勧告を受けた診療所の開設者若しくは管理者が**これに従わなかつたとき**は、その旨を**厚生労働大臣に通知**するものとする。

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（抜粋）

- 都道府県において、外来医師偏在指標が一定数値（例えば標準偏差の数倍）を超える地域（外来医師過多区域）における新規開業希望者に対して、医療法に基づき、開業の6か月前に、提供する予定の医療機能等を記載した届出を求めた上で、当該届出の内容等を踏まえ、**地域の外来医療の協議の場への参加を求める**ことができ、また、**地域で不足している医療機能（夜間や休日等における地域の初期救急医療、在宅医療、公衆衛生等）の提供や医師不足地域での医療の提供（土日の代替医師としての従事等）を要請**することができることとする。
- 開業前に行われた要請等の実効性を確保するための仕組みとして、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。

論点

① 要請を行う場合の回答期限

- **要請に従わない場合は保険医療期間の指定期間が短縮されることがある旨を付記した上で、1～2週間程度の回答期限を定めて要請を行うこととする。**
- **期限内に回答がない場合、地域外来医療を提供する意向ありと回答しない場合は、要請に応じないものとして、都道府県医療審議会への出席の求め、厚生局への通知を行う（→保険医療機関の指定期間の短縮）こととする。**

② 地域外来医療を提供しない「やむを得ない理由」（要請・勧告を行わない場合）

- 地域外来医療を提供しない「やむを得ない理由」については、**個別の状況を踏まえて総合的に判断されるものであるが**、例えば、
 - ・ 夜間や休日における地域の初期救急医療の提供が求められているが、**診療所に医師が1人しかおらず、当該医師が病気や育児・介護等で夜間や休日の対応ができない場合**
 - ・ 学校医となることが求められているが、**学校側等との調整中である場合** 等が該当する。

③ 要請・勧告内容の実施状況（地域外来医療の提供状況）の確認

- 都道府県は、要請を受けた診療所を対象に、**年1回程度、要請・勧告内容の実施状況（地域外来医療の提供状況）を確認**することとする。
 - ※ 地域外来医療の提供状況の確認について、地域医療介護総合確保基金を活用可能とする。
- 要請・勧告に応じなかつた診療所が、その後、**要請・勧告に応じて地域外来医療を提供している場合、保険医療機関の次回の指定期間は6年**とする。
- 外来医師過多区域における要請、勧告の状況等について、**国が都道府県に対して毎年報告を求める**こととする。

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

医療法（都道府県）

健康保険法（厚生労働大臣）

外来医師過多区域、地域で不足している医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容の公表

※ 外来医療の協議の場における協議内容を踏まえる

提供する予定の医療機能を記載した事前届出

不足する機能等を提供する

不足する機能等を提供しない

外来医療の協議の場への参加・理由等の説明の求め

① 外来医療の協議の場での調整

不足する機能等を提供する・やむを得ない理由等である

不足する機能等を提供しない・やむを得ない理由等でない

期限を定めて要請 ※ 地域で不足する機能、医師不足地域での医療の提供の要請

要請に応じる

要請に応じない

通知

開設 6か月前

保険医療機関の指定を3年とする

② 要請に従い、不足する機能等を提供しているか

提供している

提供していない

※年に1回、都道府県医療審議会又は外来医療の協議の場への参加を求める。

都道府県医療審議会への出席・理由等の説明の求め

③ 要請された機能等を提供しない理由等はやむを得ないか

やむを得ない理由等である ※要請時と事情が変更した場合等

やむを得ない理由等でない

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

勧告

※ 都道府県医療審議会の意見を事前に聴く

通知

指定を6年とする

再度指定を3年とする ※3年以内も可

④ 勧告に従い、不足する機能等を提供しているか

提供している

提供していない

開設 3年後

※上記と同じ

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

公表

要請された機能等を提供していることの報告・確認（随時）

※都道府県における外来医師過多区域対応事業（地域医療介護総合確保基金）

※④を3年ごとに実施

改正後の医療法

第三十条の十八の六 (略)

11 都道府県知事は、第六項の規定による要請を受けた届出者等がこれに応じなかつたとき、第九項の規定による勧告をしたとき又は当該勧告を受けた診療所の開設者若しくは管理者がこれに従わなかつたときは、その旨を厚生労働大臣に通知するものとする。

改正後の健康保険法

第六十八条の二 厚生労働大臣は、診療所の開設者又は管理者が医療法第三十条の十八の六第六項の規定による都道府県知事の要請を受け、これに応じなかつた場合、同条第九項の規定による都道府県知事の勧告を受けた場合又は当該勧告を受け、これに従わなかつた場合には、前条第一項の規定にかかわらず、厚生労働省令で定めるところにより、第六十三条第三項第一号の指定を行うに当たっては、三年以内の期限を付することができる。

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（抜粋）

- さらに、開業前に要請された診療所が当該要請後に保険医療機関の指定を受けた場合は、厚生労働大臣が行う保険医療機関の指定について、指定期間を6年ではなく3年とする。都道府県は、指定期間が3年となった保険医療機関が3年後の更新を行う前に、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といった地域医療への貢献等を都道府県医療審議会等において確認した上で、必要に応じて、前述の勧告を行い、厚生労働大臣は勧告を受けた診療所の保険医療機関の指定期間を3年より短い期間とすることを可能とし、事例によって標準的な期間を示しておく。
- あわせて、これらの開業者に必要な対応を促す観点から、都道府県医療審議会や外来医療の協議の場への毎年1回の参加を求めるとともに、要請又は勧告を受けたことの医療機能情報提供制度による報告・公表、都道府県のホームページ等での勧告に従わない医療機関名や理由等の公表、保健所等による確認、診療報酬上の対応、補助金の不交付等を行う。

論点

① 保険医療機関の指定期間を3年以下とする場合の標準的な期間

- 保険医療機関の指定期間を3年以下とする場合の標準的な期間について、以下のとおりとする。
- ※ 経済的ディスインセンティブ等について、以下の類型に合わせた対応を求められる可能性があることに留意

指定期間	類型
3年	<ul style="list-style-type: none"> ・ 要請を受けて、期限までに応じなかつた診療所 ・ 勧告を受けた診療所 ・ 保険医療機関の再指定時に、勧告に従わない状態が続いた場合（2度目の指定）
2年	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保険医療機関の再々指定時以降に、勧告に従わない状態が続いた場合（3度目の指定以降）

② 保険医療機関の指定期間が短縮された者に対する対応

- **医療機能情報提供制度（ナビイ）**において、「**外来医師過多区域で令和8年10月以降に開設した無床診療所について、地域外来医療の提供の有無及び内容、医療法による要請又は勧告の有無**」を項目として追加することとする。

(外来医師過多区域における診療報酬上の対応について)

- 都道府県は、外来医師過多区域の新規開業者に対し、開業6か月前に提供予定の医療機能等の届出を求め、協議の場への参加、地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請を行うことが可能となる。当該要請に応じない場合、保険医療機関の指定について、3年以内の期限を付すことができることとしている。

(オンライン診療に関する総体的な規定の創設に伴う対応について)

- 医療法の改正に伴い、オンライン診療の総体的な規定を設けるほか、オンライン診療受診施設が新たに設けられるところ。
- 保険医療機関及び保険医療養担当規則や保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則において、保険薬局と保険医療機関との間には、一体的な構造・経営の禁止、経済上の利益の提供による誘引の禁止や、特定の保険薬局への誘導の禁止に係る規定が設けられている。

【論点】

- 地域で不足している医療機能等にかかる医療提供の要請に応じず、保険医療機関の指定が3年以内とされた医療機関は、地域医療への寄与が不十分との位置づけであることを踏まえ、当該医療機関について、機能強化加算や地域包括診療加算等のかかりつけ医機能や地域医療提供体制への貢献に関する評価が含まれる診療報酬項目の評価についてどのように考えるか。
- 医療法の改正に伴い、オンライン診療受診施設が新たに設けられるが、医薬分業に関するこれまでの取り扱いとその趣旨を踏まえ、保険診療の受診が可能なオンライン診療受診施設の、保険薬局内への開設のあり方について、その是非や取り扱いを含め、どう考えるか。また、医療資源が少ない地域の医療提供体制の確保等を踏まえた配慮についてどう考えるか。

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

令和8年1月16日

第9回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料3

第8次後期ガイドライン 構成

1. はじめに

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

2. 外来医療計画の策定を行う体制等の整備

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

3. 外来医療計画の策定及び実施に必要なデータの収集、分析及び共有

4. 外来医師偏在指標と外来医師多数区域・外来医師過多区域の設定

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

5. 外来医療提供体制の協議及び協議を踏まえた取組

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

6. 医療機器の効率的な活用に係る計画

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

7. 外来機能報告

8. 外来医療計画の実行に関するPDCAサイクル

9. 留意点

①計画策定に向けた体制整備

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

②外来医師多数区域の設定

外来医師偏在指標を用い、外来医師多数区域及び外来医師過多区域を設定する。

③外来医師多数区域における新規開業者への取組

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

④外来医師過多区域における新規開業者への取組

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

⑤医療機器の共同利用

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

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会とりまとめについて

医政局地域医療計画課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会とりまとめ (地域医療構想策定ガイドライン骨子)の概要

地域医療構想が目指す方向性

- 85歳以上の高齢者の増加や人口減少が更に進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できるよう、住民を含め地域の関係者の理解を得ながら医療提供体制を構築する

入院医療

持続可能な急性期医療の確保

- 医療機関機能を踏まえ、急性期の医療需要や、手術や救急搬送における医療機関ごとの役割分担等について地域ごとに協議

高齢者救急の受入体制の整備

- 救急の実施基準において、高齢者救急の考え方を位置付け
- 入院早期からのリハビリテーション等の提供の推進

外来・在宅医療

外来医療提供体制の維持

- 診療所の減少が進む中、地域の病院を中心に提供体制を構築
- へき地や診療所の数が限られている地域等において、D to P with Nを含むオンライン診療の活用を推進

在宅医療の受け皿の整備

- 在宅医療、介護施設、療養病床を一体的に捉え受け皿を整備
- 医歯薬連携の推進
- D to P with Nを含むオンライン診療等による効率化や病院による実施体制の強化、介護施設などの在宅医療以外の資源により受け皿を整備

介護との連携

医療と介護のニーズを有する者への対応の推進

- 地域医療構想における市町村と介護関係者の役割を明確化
- 慢性期の医療需要について、在宅医療等とあわせた体制整備
- 医療と介護の相互理解の推進

人材確保

地域における医療人材の確保

- 都道府県単位で、大学病院本院から急性期拠点機能を中心とした、地域医療構想全体を踏まえた人的協力のあり方について協議
- 看護師等の将来の人材確保の方向性を反映

構想区域の見直し

医療機関の連携・再編・集約化など医療提供体制構築のための議論の単位や、必要病床数の運用が可能となる単位等を踏まえ、人口20万人以上を基本としつつ、地域の実情を踏まえ柔軟に設定

医療機関機能の新設

医療機関機能の確保の協議を通じて将来の提供体制の確保の取組を推進

急性期拠点機能

- 構想区域毎に、人口20万～30万に1つを目安に確保
- 手術等の急性期医療を集約して提供
- 新興感染症等への対応
- 地域の人口や医療需要等を踏まえた病床のダウンサイジング

在宅医療等連携機能

- 地域での在宅医療の提供
- 他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を実施

高齢者救急・地域急性期機能

- 誤嚥性肺炎等の高齢者救急を受入
- 高齢者を中心に入院早期からのリハビリテーションを提供
- 大都市等においては頻度の多い手術を提供

専門等機能

- 集中的なリハビリ、中長期にわたる入院医療、有床診療所の担う地域に根ざした診療、一部の診療科に特化した地域ニーズに応じた診療を提供

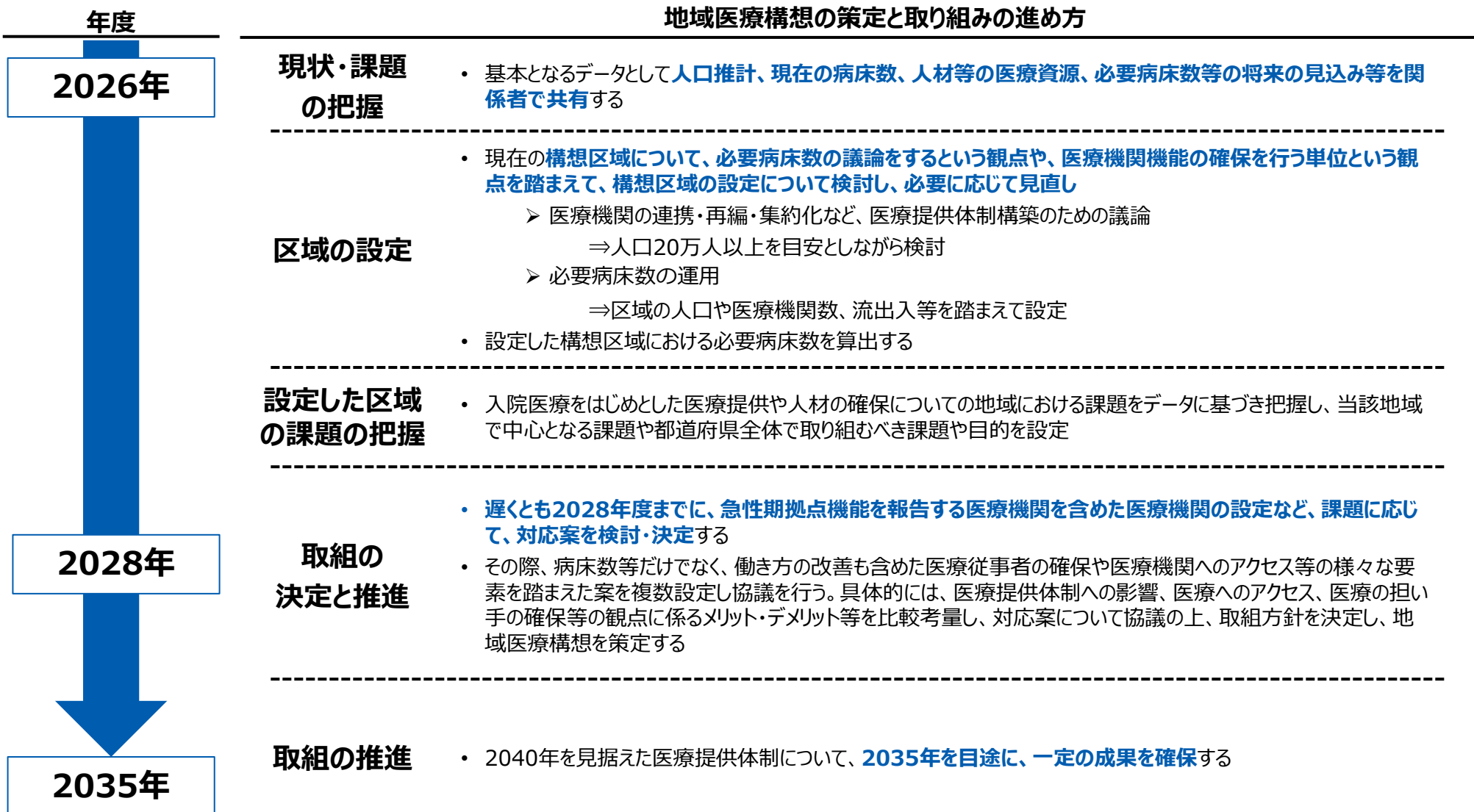
医育及び広域診療機能(大学病院本院)

- 都道府県と連携した人的協力
- 症例数が少ない医療などの広域な観点での診療
- 地域で多様な症例に対応する人材の育成

病床機能報告・必要病床数の見直し

これまでの地域医療構想の取組に加え、病床機能について回復期を包括期とするとともに、必要病床数について新たな地域医療構想の取組を踏まえた推計を実施し、病床機能の分化・連携を推進

新たな地域医療構想の策定・推進に向けたスケジュール（イメージ）



※ 議論のために必要なデータ等のうち、国から提供する必要があるものについて、国から都道府県に対し、順次提供。また、国から都道府県に対して、定期的に地域医療構想の策定や推進に資するための研修を実施予定。

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 とりまとめ（医師偏在対策）の概要

- 第8次（後期）医師確保計画・外来医療計画（令和9年4月～）の見直しに向けて、令和7年夏より検討会（※1）において、医師確保計画策定ガイドライン等の見直しに係る議論を行った。
（※1）医師養成過程を通じた医師の偏在対策については、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で議論

主な見直し事項

【医師確保計画策定ガイドライン】

- 医師少数区域の考え方の見直し
 - ・ 現行の医師偏在指標のみでなく、地理的要素（※2）を反映した上で医師少数区域を設定
（※2）人口密度、二次救急病院までの距離、離島、特別豪雪地帯
- 医師少数区域等の勤務経験を認める管理者要件の対象医療機関の拡大等
 - ・ 対象医療機関に公的医療機関及びNHO、JCHO、労働者健康安全機構の病院を追加
 - ・ 勤務経験期間を6か月以上から1年以上に延長
- 重点医師偏在対策支援区域の設定
 - ・ 国の提示する候補区域を参考に、都道府県が優先的・重点的に支援する区域を設定し、都道府県が新たに「医師偏在是正プラン」策定し、経済的インセンティブに係る事業を実施（※3）
（※3）診療所の承継・開業支援事業、派遣元医療機関支援事業、代替医師確保支援事業
- 医師確保計画の効果測定・評価に係る指標の設定
 - ・ 目標医師数のみでなく、計画の取組進捗等を経時的に把握・評価するための指標を新たに導入
- 医師養成過程を通じた医師の偏在対策
 - ・ 大学医学部における地域枠等、臨床研修、専門研修等の医師養成過程に係る制度を都道府県が効果的に活用できるよう、医師養成過程を通じた医師偏在対策に関する都道府県等の対応の在り方を整理

【外来医療計画に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン】

- 外来医師過多区域における無床診療所の新規開業希望者への対応の強化
 - ・ 新規開設の事前届出制、地域で不足する医療機能・医師不足地域での医療の提供の要請、要請に応じなかった場合の勧告・公表、保険医療機関の指定期間の短縮等

精神医療に関する地域医療構想の今後の検討体制について

- 改正医療法が成立し、新たな地域医療構想に精神病床が位置付けられたことに伴い、精神科病院における医療機関機能、医療機関機能報告・病床機能報告の内容や、必要病床数の推計方法等について、施行に向けて検討を進めていく必要がある。
- このため、「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」のもとにワーキンググループを設置し、精神医療の専門家や関係者等の有識者に参画いただきながら、検討を進めていくこととしてはどうか。検討に当たっては、2027年（令和9年）10月から病床機能や医療機関機能の報告が開始されることを見据え、精神医療における地域医療構想のガイドラインの策定に向けて、2026年度（令和8年度）中を目途に結論を得るべく、検討を進めることとしてはどうか。

<精神医療に関する地域医療構想検討ワーキンググループ>

○主な検討事項

- 2040年における精神医療の課題とそれを踏まえた地域医療構想における取組の内容
- 精神医療における医療機関機能の考え方
- 精神医療に係る医療機関機能報告及び病床機能報告の内容
- 必要病床数の推計方法 等

○構成員

- 精神医療の専門家、一般医療の専門家、自治体、当事者、学識者 等

○検討スケジュール

2026年（令和8年）春 WGにおいて議論

年度内を目途にとりまとめ

※ ワーキンググループは医政局、障害保健福祉部で開催する。

精神疾患に係る第8次医療計画の見直しについて（報告）

厚生労働省 社会・援護局

障害保健福祉部 精神・障害保健課

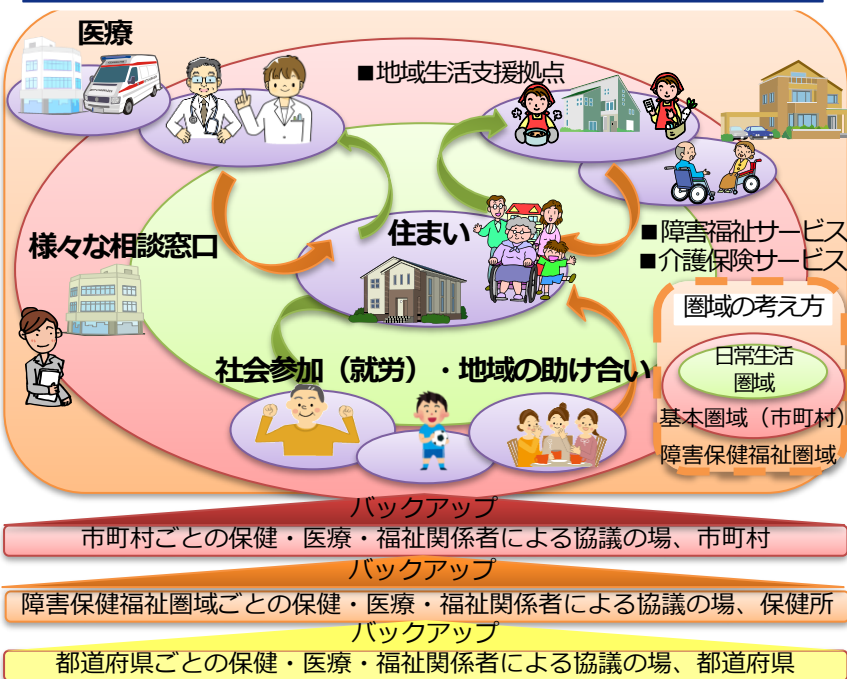
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

精神疾患の医療体制（第8次医療計画後期（令和9年～11年）のポイント）

指針について

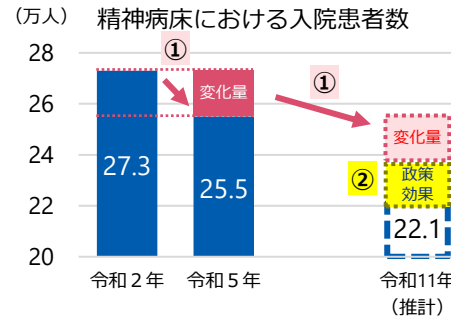
- ① 以下のような体制の整備等を一層推進する観点^①を踏まえた指針の見直しを行い、引き続き精神障害にも対応した地域包括ケアシステムと多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築を進める。
 - 行政と医療、障害福祉サービス、介護サービス等の顔の見える連携を推進し、精神保健医療福祉上のニーズを有する方が、その意向やニーズに応じ、切れ目なくこれらのサービスを利用し、**安心してその人らしい地域生活を送ることができるよう、地域における多職種・多機関が有機的に連携する体制を構築**する。
 - 精神障害の特性として、疾病と障害とが併存しており、その時々^②の病状が障害の程度に大きく影響するため、**医療、障害福祉・介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制を整備**する。
- ② 当初見直しの考え方を踏襲し、**入院患者の年齢構成の変化等の要因と、政策効果の要因を勘案**して、将来の推計を行うこととする。
- ③ **患者の病状に応じ、医療、障害福祉・介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制を整備する観点から**、引き続き**4つの視点**から、**ストラクチャー・プロセス・アウトカム**に関する指標例を設定するとともに、**指標例に非自発的入院の件数等を追加**する。

①精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築



②基準病床数の算定式

令和2年と令和5年の患者数から令和11年の患者数を推計し、基準病床数を設定する

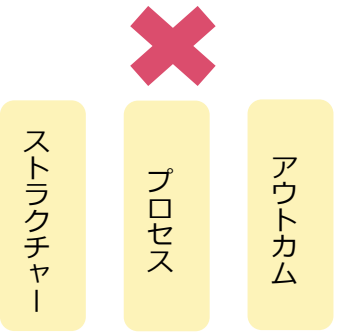


- ① R2 ⇒R5の入院患者数の変化を踏まえて、今後の患者数の変化を推計する
 - 政策効果以外の要因（入院患者の年齢構成の変化等）による変化
 - 当時の政策効果（近年の基盤整備の取り組み等）による変化
- ② ①に加え、その後の新たな取り組み（政策効果）を反映して、将来の入院患者数の推計を行う

③現状把握のための指標例

- 普及啓発、相談支援
- 地域における支援
危機介入
- 診療機能(※)
- 拠点機能(※)

(※)：疾患毎の診療機能及び拠点機能を含む。



指標例に、**非自発的入院の件数等を追加**する。

精神病床に係る都道府県別の基準病床数算定式の計算結果（令和11年）

暫定値

	基準病床数 (令和8年)	基準病床数の計算結果 (令和11年)	注	
			注1	注2
全 国	265,903	233,008	(230,363 ~ 235,158)	
北 海 道	15,351	13,358	(13,196 ~ 13,522)	
青 森	3,498	3,018	(2,989 ~ 3,047)	
岩 手	3,261	2,723	(2,692 ~ 2,755)	
宮 城	4,618	4,293	(4,239 ~ 4,348)	
秋 田	2,969	2,716	(2,683 ~ 2,747)	
山 形	2,927	2,538	(2,509 ~ 2,565)	
福 島	4,240	3,666	(3,621 ~ 3,712)	
茨 城	5,551	4,788	(4,725 ~ 4,851)	
栃 木	3,881	3,356	(3,312 ~ 3,401)	
群 馬	4,366	3,887	(3,837 ~ 3,938)	
埼 玉	12,003	10,644	(10,533 ~ 10,678)	
千 葉	10,677	8,811	(8,705 ~ 8,916)	
東 京	19,396	16,836	(16,689 ~ 16,863)	
神 奈 川	12,080	10,701	(10,596 ~ 10,723)	
新 潟	5,114	4,599	(4,544 ~ 4,654)	
富 山	2,601	2,231	(2,201 ~ 2,260)	
石 川	2,846	2,581	(2,552 ~ 2,611)	
福 井	1,707	1,480	(1,466 ~ 1,495)	
山 梨	1,714	1,531	(1,513 ~ 1,548)	
長 野	3,766	3,293	(3,256 ~ 3,329)	
岐 阜	3,359	2,894	(2,854 ~ 2,934)	
静 岡	5,483	5,007	(4,956 ~ 5,020)	
愛 知	11,508	10,035	(9,925 ~ 10,114)	

	基準病床数 (令和8年)	基準病床数の計算結果 (令和11年)	注	
			注1	注2
三 重	3,748	3,423	(3,382 ~ 3,464)	
滋 賀	1,812	1,671	(1,655 ~ 1,675)	
京 都	4,212	3,703	(3,664 ~ 3,720)	
大 阪	15,992	13,504	(13,363 ~ 13,539)	
兵 庫	9,869	8,632	(8,541 ~ 8,721)	
奈 良	2,423	2,086	(2,064 ~ 2,108)	
和 歌 山	1,366	1,192	(1,177 ~ 1,205)	
鳥 取	1,345	1,176	(1,163 ~ 1,187)	
島 根	1,829	1,516	(1,501 ~ 1,533)	
岡 山	3,931	3,547	(3,513 ~ 3,581)	
広 島	7,045	6,426	(6,354 ~ 6,498)	
山 口	4,727	4,077	(4,023 ~ 4,132)	
徳 島	2,832	2,613	(2,578 ~ 2,647)	
香 川	2,628	2,432	(2,402 ~ 2,461)	
愛 媛	3,229	2,795	(2,759 ~ 2,829)	
高 知	2,747	2,362	(2,336 ~ 2,386)	
福 岡	17,040	14,808	(14,626 ~ 14,989)	
佐 賀	3,388	3,089	(3,052 ~ 3,126)	
長 崎	5,715	4,887	(4,822 ~ 4,953)	
熊 本	6,812	6,032	(5,961 ~ 6,101)	
大 分	4,114	3,601	(3,556 ~ 3,646)	
宮 崎	4,359	3,967	(3,916 ~ 4,017)	
鹿 児 島	7,313	6,639	(6,556 ~ 6,720)	
沖 縄	4,511	3,846	(3,807 ~ 3,887)	

注) 基準病床数算定式の計算結果については、「慢性期入院患者に係る政策効果に関する割合」及び「認知症慢性期入院患者に係る政策効果に関する割合」を、それぞれ最大または最小に設定した時の幅を含めて記載している。

注1：慢性期／認知症慢性期入院患者に係る政策効果に関する割合に、それぞれ 0.02 を加えた場合

注2：慢性期／認知症慢性期入院患者に係る政策効果に関する割合に、それぞれ、当該割合が0を下回らない範囲で最も小さくなるよう、0以上0.02以下の値を減じた場合

第8次医療計画後期（令和9年～11年）における指標例のイメージ

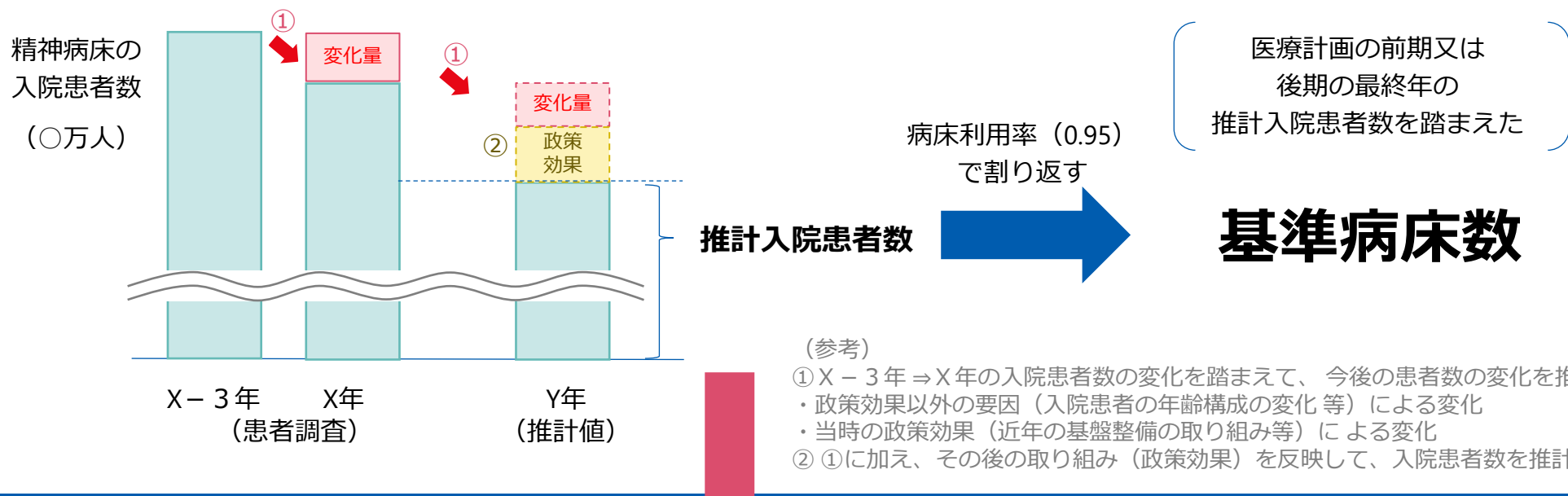
	普及啓発、相談支援	地域における支援、危機介入	診療機能	拠点機能
ストラクチャー	保健所保健福祉サービス調整推進会議の開催回数	救急患者精神科継続支援料を算定した医療機関数	各疾患、領域【※】それぞれについて、入院診療を行っている精神科床を持つ医療機関数	てんかん支援拠点病院数
	● 都道府県及び市町村における精神保健福祉の相談支援に専従している職員数	● 精神科救急医療機関数（病院群輪番型、常時対応型、外来対応施設及び身体合併症対応施設）	各疾患、領域【※】それぞれについて、外来診療を行っている医療機関数	依存症専門医療機関のうち依存症治療拠点機関の数
	心のサポーター養成研修の実施回数	DPAT先遣隊登録機関数	● 精神科救急・合併症入院料又は精神科身体合併症管理加算を算定した医療機関数	● 摂食障害支援拠点病院数
	認知症サポート医養成研修修了者数	救命救急入院料精神疾患診断治療初回加算を算定した医療機関数	● 精神疾患診療体制加算又は精神科疾患患者等受入加算を算定した医療機関数	● 指定通院医療機関数
		精神科救急急性期医療入院料を算定した医療機関数	● 精神科リエゾンチーム加算を算定した医療機関数	高次脳機能障害支援拠点機関数
		在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した医療機関数	● 閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した医療機関数	認知症疾患医療センターの指定医療機関数
		早期診療体制充実加算を算定した医療機関数	認知療法・認知行動療法を算定した医療機関数	
		精神科訪問看護・指導料を算定している又は精神科訪問看護基本療養費の届出を行っている施設数	認知症ケア加算を算定した医療機関数	
プロセス	保健所保健福祉サービス調整推進会議の参加機関・団体数	精神科救急医療体制整備事業における入院件数	各疾患、領域【※】それぞれについての入院患者数	認知症疾患医療センターの鑑別診断数
	● 都道府県及び市町村における精神保健福祉の相談支援の実施件数	精神科救急医療体制整備事業における受診件数	各疾患、領域【※】それぞれについての外来患者数	指定通院医療機関の患者数
	心のサポーター養成研修の修了者数	救急患者精神科継続支援料を算定した患者数	精神科救急・合併症入院料又は精神科身体合併症管理加算を算定した患者数	てんかん支援拠点病院における紹介患者数及び逆紹介患者数
	かかりつけ医うつ病対応力向上研修の修了者数	救命救急入院料精神疾患診断治療初回加算を算定した患者数	● 精神疾患診療体制加算又は精神科疾患患者等受入加算を算定した患者数	依存症専門医療機関のうち依存症治療拠点機関における紹介患者数及び逆紹介患者数
	かかりつけ医認知症対応力向上研修の修了者数	在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した患者数	精神科リエゾンチーム加算を算定した患者数	摂食障害支援拠点病院における紹介患者数及び逆紹介患者数
		● 精神科訪問看護・指導料又は精神科訪問看護指示料を算定した患者数	閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した患者数	
		精神疾患の救急車平均搬送時間	認知療法・認知行動療法を算定した患者数	
			隔離指示件数	
			身体的拘束指示件数	
			非自発的入院の件数（措置入院・緊急措置入院・応急入院・医療保護入院毎の件数）	
アウトカム	●	精神科床における入院後3,6,12ヶ月時点の退院率		
	●	精神障害者の精神科床から退院後1年以内の地域での平均生活日数(地域平均生活日数)		
	●	精神科床における急性期・回復期・慢性期入院患者数(65歳以上・65歳未満別)		
	●	精神科床における新規入院患者の平均在院日数		

（●は重点指標） 【※】統合失調症、うつ・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患（知的障害、発達障害含む）、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、PTSD、摂食障害、てんかん

参考資料

精神病床の基準病床数と障害福祉計画における基盤整備量の考え方について（現状）

- これまで、障害福祉計画において、地域の基盤整備を進めるにあたっては、各都道府県の医療計画と連動する形で医療計画における入院患者数の推移等を踏まえることとされてきた。



医療計画と連動

障害福祉計画において、入院患者数の推移等を踏まえ、地域の基盤整備量を設定することを求めている。

政策効果に係る係数について

- 慢性期の入院患者数については、地域移行を一層推進する観点から、今後の政策効果に係る係数を設定する。
- 今後の政策効果に係る係数は、各都道府県の慢性期の入院患者数が、人口当たりの慢性期の入院患者数が十分に少ない県に近づく方向で設定する。
- なお、ここでの政策効果とは、慢性期の入院患者について、医療の向上や基盤整備等による受け皿の充実、認知症施策の推進等により、地域移行を推進し入院患者数を減少させる効果のことをいう。

係数について

- 人口あたりの慢性期の入院患者数の将来推計値が、現時点での人口当たりの慢性期の入院患者数が十分に少ない県の水準を上回る県は、その水準に近づける方向で、将来推計値を調整する係数を設定。
 - 地域移行を一層推進する観点から、今後の政策効果についての目標として機能するものとする。
 - 優れた取り組みを参考にするとともに、現実的な目標である必要があることから、実際にその水準を達成している県（47都道府県の上位10%）の値を参考としたうえで、その値に一定程度近づけるものとする。

算出方法

- 目標年の人口当たりの慢性期の推定入院患者数（X）と、現時点で人口当たりの慢性期の入院患者数が少ない県の水準（Y）を比較。
 - ✓ $X \leq Y$ → 係数は0とする。
 - ✓ $X > Y$ → 慢性期の入院患者数が少ない県の水準に一定程度近づくよう、以下の方法で設定する。
 - 差がXの2割未満【 $(X - Y) / X$ が0.2未満】の場合、 $(X - Y) / X$ の半分を標準の係数として設定する。
 - 差がXの2割以上【 $(X - Y) / X$ が0.2以上】の場合、0.1を標準の係数に設定する。
- なお、都道府県は、上記の手法で算出した標準の係数から、 ± 0.02 の範囲で係数を調整することができる
- 1からこの係数を差し引いた値を、慢性期の患者数の推定値に乗じて、基準病床数の算出に用いることとする。

(参考) 精神病床における基準病床数の算定式

- 患者数の推計値を、急性期・回復期・慢性期ごとに算出した上、慢性期の患者数の推計値については、認知症以外・認知症のそれぞれについて、政策効果に係る係数を反映させる。
- 基準病床数の算定式においては、更に、病床利用率を考慮する。

都道府県毎の令和〇年における基準病床数算定式 =

$$\left(\begin{array}{l} \text{令和〇年における} \\ \text{当該都道府県の} \\ \text{急性期} \\ \text{患者数推計値} \end{array} + \begin{array}{l} \text{令和〇年における} \\ \text{当該都道府県の} \\ \text{回復期} \\ \text{患者数推計値} \end{array} + \begin{array}{l} \text{令和〇年における} \\ \text{当該都道府県の} \\ \text{慢性期} \\ \text{患者数推計値} \\ \text{(認知症を除く)} \end{array} \times \text{政策効果} \right. \\
 \left. + \begin{array}{l} \text{令和〇年における} \\ \text{当該都道府県の} \\ \text{慢性期} \\ \text{患者数推計値} \\ \text{(認知症)} \end{array} \times \text{政策効果} \right) \\
 + (\text{他都道府県から当該都道府県への流入入院患者数}) - (\text{当該都道府県から他都道府県への流出入院患者数}) \\
 \times (1 / \text{病床利用率})$$

政策効果に関する係数

- 政策効果A：認知症を除く慢性期入院患者に係る係数
(地域移行を促す基盤整備や治療抵抗性統合失調症治療薬の普及等に関する政策効果)
- 政策効果B：認知症の慢性期入院患者に係る係数
(認知症施策の推進等に関する政策効果)

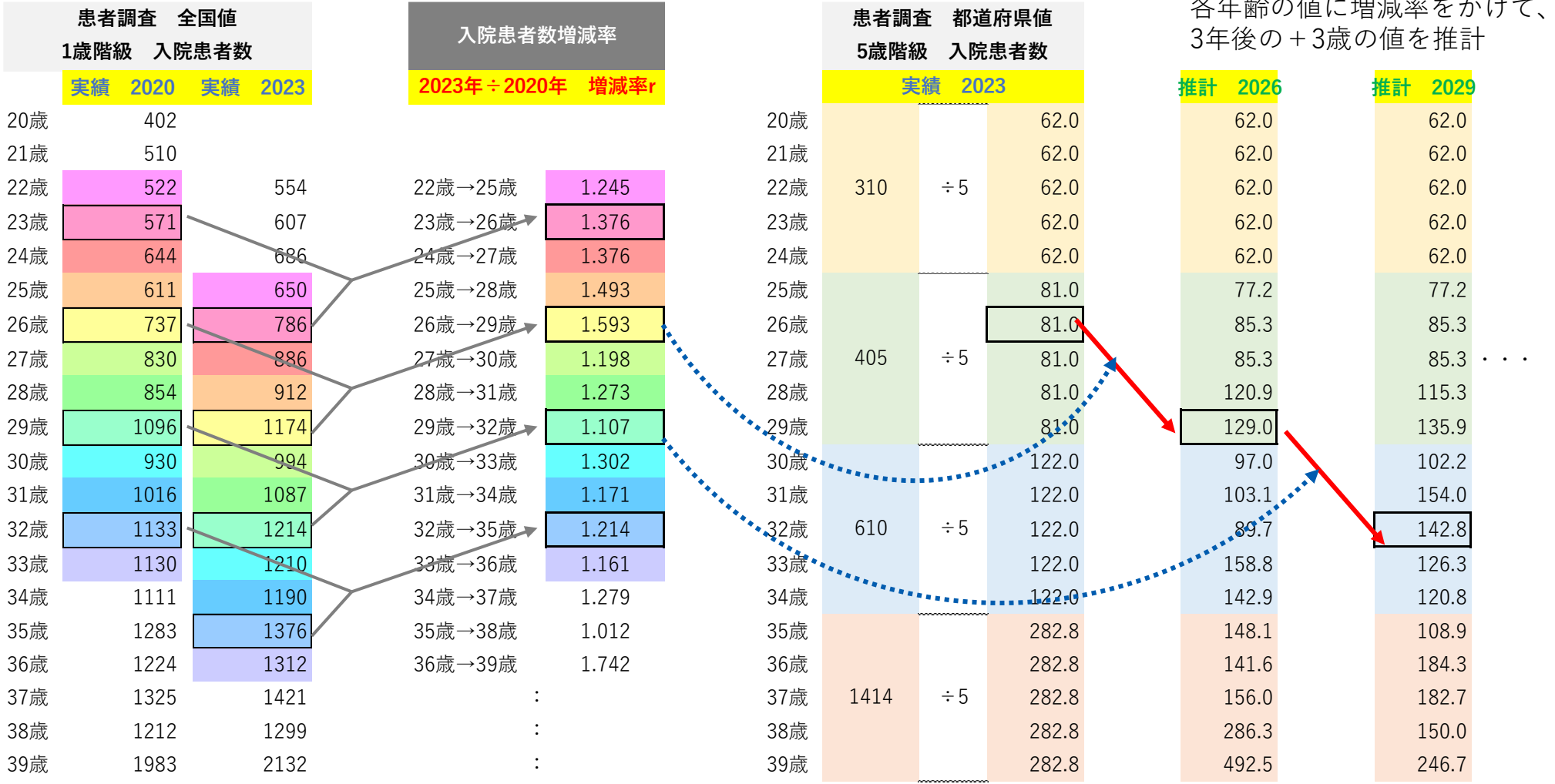
※ 精神病床数の地域差に基づく係数とする。

病床利用率

- 現行の算定式においては0.95を用いている。

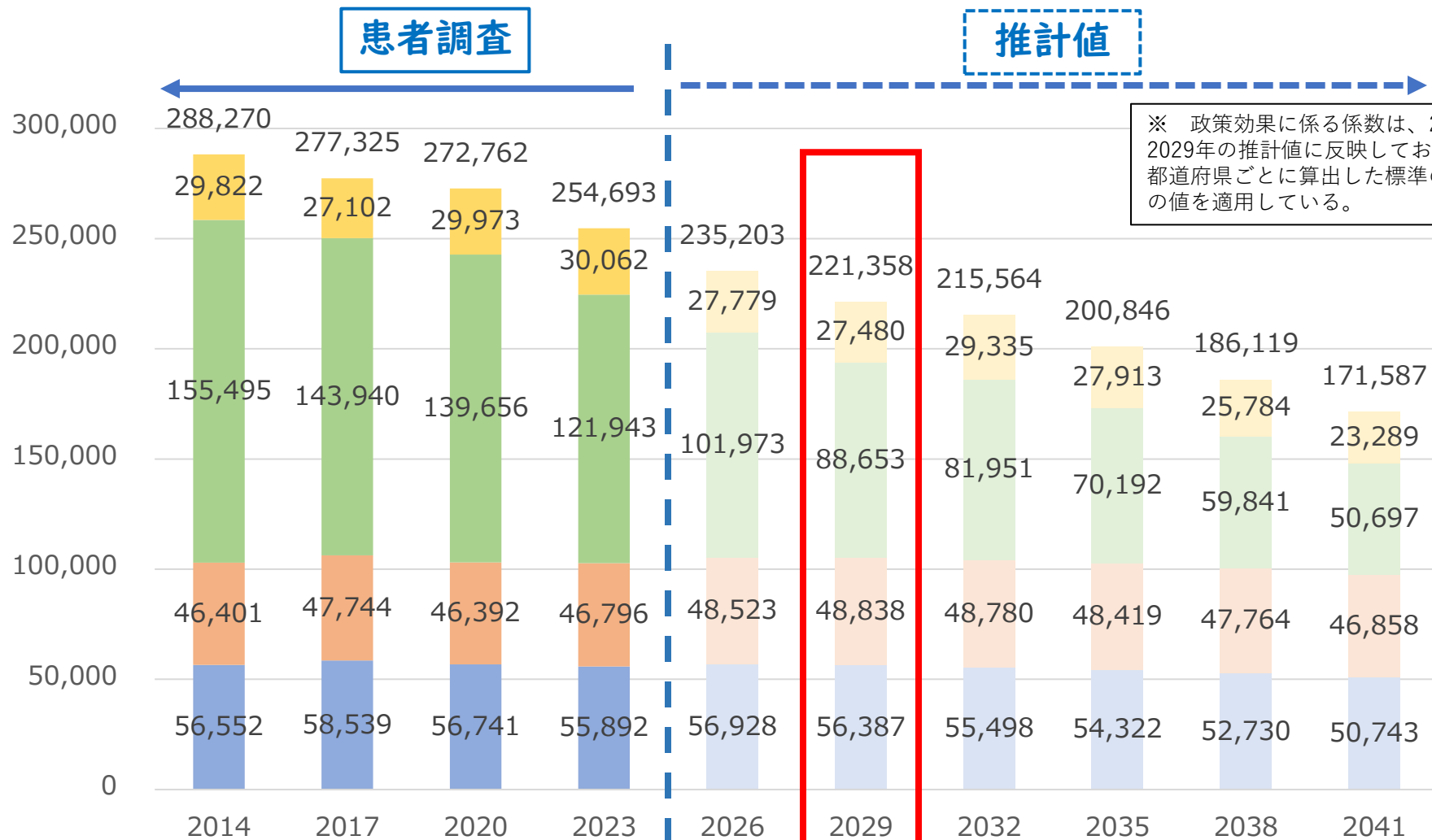
(急性期：3か月未満、回復期：3か月以上1年未満、慢性期：1年以上)

令和11年（2029年）の入院患者数の推計方法



令和11年（2029年）の推計入院患者数

将来入院患者数の推計※



※ 政策効果に係る係数は、2026年、2029年の推計値に反映しており、各都道府県ごとに算出した標準の係数の値を適用している。

■ 急性期 ■ 回復期 ■ 認知症以外の慢性期 ■ 認知症の慢性期
 (急性期：3か月未満、回復期：3か月以上1年未満、慢性期：1年以上)

入院医療に関する方向性の整理

第1回から第11回までの本検討会の御議論の内容を整理したものであり、引き続き必要な検討を行うこととする。

入院機能・地域移行

- ◆ 入院機能等については、以下の内容の御議論があった。
- 将来的に期待される精神科の主な入院機能については、地域と密着して環境面を整えながら地域での生活を後押しすることを前提として、救急※を含む急性期の時期を中心とした医療を提供し早期の退院を目指す機能や急性期からやむを得ず急性期を超えた患者にも医療を提供し早期の退院を目指す機能が基本と考えられること。
※ 単に入院形態ではなく、緊急的な医療的介入の必要性を踏まえたもの
- その上で、将来の医療需要等を踏まえた取り組みにおいて、障害福祉サービス、介護保険サービスや精神科の入院外医療により地域や施設等の対応能力を高めつつ、地域の実情を踏まえながら「にも包括」の構築を進め、地域ごとにあるべき姿を目指していくこと。
- また、小規模な病院において、地域と密着して患者の地域生活を支えるため、多職種により外来、在宅医療、障害福祉サービスを一体的に提供し、必要に応じて入院サービスを提供することが求められること。
- なお、高齢の長期入院者への退院支援に当たっては、当該患者の意向を尊重しつつ、病状等も十分に踏まえたうえでの対応が求められる点に留意しつつ、一般的な地域移行の取り組みを前提としたうえで、高齢の長期入院者の介護ニーズへの対応については、介護保険制度に基づく在宅や施設サービスが受け皿となり得ること。また、障害福祉サービス、介護保険サービスや精神科の入院外医療によって地域や施設等の対応能力を高めることで、地域移行の取り組みを後押ししていくこと。
注 精神医療における地域医療構想の取り組みについて、精神医療を位置付けることを含む医療法等改正法案の法律事項は法案成立後、然るべき場において改めて検討を行うことを想定。

人員配置

- ◆ 人員配置については、以下の内容の御議論があった。
- 精神病床においては、身体合併症対応を含めた身体的ケアや患者の高齢化や入院の長期化に伴う身体機能の低下防止の充実等を図るため、医師、看護職員をはじめ精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師等を含めた多職種による手厚い医療を提供できる体制を確保し、地域移行に向けた取組を推進していくこと。また、一般病床と同様にリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組を推進していくこと。
- 精神科医療機関に従事する精神保健福祉士は、入院前から退院後までのあらゆる場面において活躍が期待されている一方で、精神科医療機関を選択する精神保健福祉士の減少に伴い人員の確保が困難であることや、制度改正に伴う事務的な作業の増加が指摘されていることを踏まえ、病棟や入院退院支援部門等における精神保健福祉士のタスクシェアや事務的な作業等への精神保健福祉士以外の活用等を推進していくこと。

身体合併症について

- ◆ 身体合併症については、以下の内容の御議論があった。
- 地域ごとに人口規模や医療資源の状況等が大きく異なることや身体合併症を有する患者の受け入れ体制が異なることを踏まえ、医療需要を踏まえた検討や精神科以外の医療との連携が重要であることから、一定の仮定に基づくデータ等を参考に、地域における議論の場※等を活用し、医療機関の役割分担を明確にしていくこと。
※地域医療構想調整会議に資する協議の場を想定。
- 都道府県が身体合併症に係る医療提供体制を構築するにあたって、精神病床を有する総合病院の確保が適切に実施されることが期待されること。
- 精神科病院においては、入院患者の高齢化に伴って、生活習慣病等の身体合併症への対応を要する慢性期の患者が多くなってきている実態があるため、慢性期の身体合併症を中心に、より一層内科医等が関わりながら対応できる体制の構築や専門性の高い看護師の活用を進めていくこと。
- また、慢性期の身体合併症では特に高い専門性が求められる透析、緩和ケア等については、医療計画において対応する医療機関の明確化を図るとともに、精神科医療機関及び精神科以外の医療機関との連携体制の構築を進めていくこと。
- 精神科病棟以外の入院患者に対応する精神科リエゾンチームについては、多様な疾患に対して幅広く活躍することで、身体科による精神科疾患を有する患者の受け入れが進み、結果として精神科医療を特別視しない素地も期待されるため、より積極的な活用を進めていくこと。

入院外医療等に関する方向性の整理

第1回から第11回までの本検討会の御議論の内容を整理したものであり、引き続き必要な検討を行うこととする。

かかりつけ精神科医機能

- ◆ かかりつけ精神科医機能については、以下の内容の御議論があった。
- 地域において必要な入院外医療の機能を確保する取り組みの一環として、特定機能病院及び歯科医療機関以外の全ての医療機関が、かかりつけ医機能報告制度を実施することを踏まえ、これまで使用してきた「かかりつけ精神科医機能」は、名称の混乱もあることから使用しないこととし、「精神科におけるかかりつけ医機能」として、引き続き必要な機能を確保することとする。
- その際、かかりつけ医機能報告制度において、地域における協議の場で必要な対策を議論し、講じていくという取り組みが始まる予定であるため、精神科領域においても、この取り組みを行い、地域に必要な機能を、複数の医療機関が補完しあいながら面として確保していくこと。

初診待機

- ◆ 初診待機については、以下の内容の御議論があった。
- 初診にかかる前の相談支援体制を確保する観点から、都道府県や市町村等において実施している精神保健に関する相談支援や地域において医療機関等が実施している相談体制等を活用することが重要であるため、それらの情報を整理して、初診の前に当該相談を希望される方が利用できるように、住民に対して広く周知を行うことを進めていくこと。
- 初診の前に実施した相談によって受診が推奨される場合には、速やかに医療機関を受診できるようにする必要があり、医療機関の紹介や相談者本人の同意のもと相談内容を医療機関に提供する等の連携を行うことを推進すること。
- また、初診待機が課題であるとされていることを踏まえ、地域において医療機関が初診を優先的に受ける輪番体制を組むことや可能な患者については再診の受診間隔をあけることを含め、医療機関が初診をより積極的に診療することを促していくこと。

情報通信機器を用いた精神療法

- ◆ 情報通信機器を用いた精神療法については、以下の内容の御議論があった。
- 「にも包括」に資することを前提に、患者自身の希望を踏まえ、対面診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせることを引き続き基本とする。
- 情報通信機器を用いた精神療法については、初診を適切に実施できることを示す科学的知見が明らかではなく、科学的知見の集積が期待される。
- 他方で、情報通信機器を用いた精神療法に十分な経験がある医師が行うことを前提に、自治体が対応を行う未治療者、治療中断者や引きこもりの者等を対象に、医療機関と行政との連携体制が構築され、診察時に患者の側に保健師等がいる状況で、十分な情報収集や情報共有が可能であって、患者自身の希望がある場合には、初診による情報通信機器を用いた精神療法を活用して、継続した治療につなげることを可能とする。

精神科訪問看護

- ◆ 精神科訪問看護については、以下の内容の御議論があった。
 - 精神科訪問看護については、一部の事業所において利用者の意向とは異なる過剰なサービスを提供しているのではないかとの指摘があることに留意して体制整備を行うとともに、地域包括ケアシステムの推進のため、精神障害者や精神保健に課題を抱える者に対する地域における看護・ケアの拠点となる訪問看護事業所[※]が求められること。
- ※ 24時間対応できる体制を構築しており、必要に応じて利用者又は家族などの求めに応じ緊急に訪問看護を提供すること、措置入院を経て退院した利用者等への精神科訪問看護の提供体制が確保されていること、長期間の利用者を含め包括的なマネジメントを行い、訪問看護計画を立案するとともに、医療機関や障害福祉サービス事業所等と連携して定期的にカンファレンスを行っていること等の役割が期待される。

行政が行うアウトリーチ支援

- ◆ 行政が行うアウトリーチ支援については、以下の内容の御議論があった。
- 未治療者、治療中断者やひきこもり状態の者等に対する行政が行うアウトリーチ支援を充実する観点から、当事者の意向を尊重しつつ、病状等も十分に踏まえたうえで必要な方を医療機関につなぐ等の体制を推進すること。

医療法人の経営情報の第三者提供制度の施行に伴う専門委員会の設置について

Medical **C**orporation Financial **D**ata **B**ase

医政局医療経営支援課医療法人支援室

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

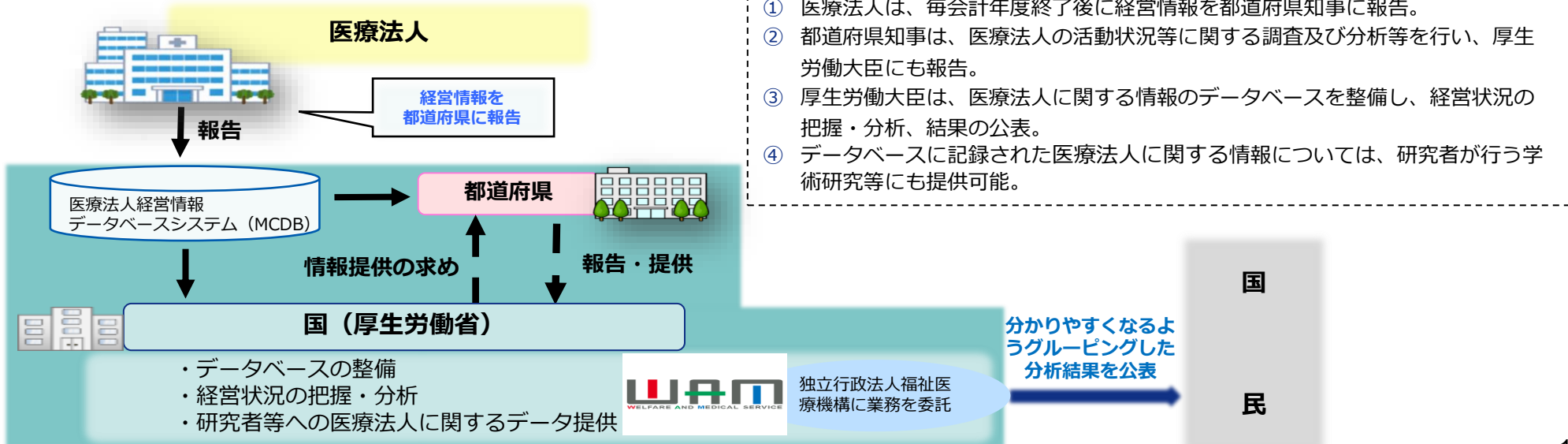
医療法人の経営情報の調査及び分析等

- ▶ 医療の置かれている現状と実態を把握するために必要な情報を収集し、政策の企画・立案に活用するとともに、国民に対して丁寧に説明していくため、①医療法人の経営情報の収集及びデータベースの整備をし、②収集した情報を国民に分かりやすくなるよう属性等に応じてグルーピングした分析結果の公表、③**医療法人に関するデータベースの情報を研究者等へ提供する制度を創設する。**

【施行日：①及び② 令和5年8月1日 ③は公布日から三年以内に政令で定める日（令和8年4月1日施行予定）】

【データベースの概要】

- 対象：原則、全ての医療法人
- 収集する情報：病院・診療所における収益及び費用並びに、任意項目として職種別の給与（給料・賞与）及びその人数
※病床機能報告・外来機能報告等と連携させるとともに、データの活用にあたっては、公立医療機関の経営情報などの公開情報及び、必要に応じて統計調査も活用した分析等に取り組む。
〔収集する内容は省令以下で規定〕
- 公表方法：国民に分かりやすくなるよう属性等に応じてグルーピングした分析結果の公表



医療法人の経営情報のデータベース（MCDB）に係る第三者提供制度の概要

目的及び基本的な考え方※1

- 医療法人の経営情報のデータベースは「**国民共有の財産として有効活用されるべきであり、研究目的等のためにデータを利用する第三者への提供制度について検討が必要**」
- 医療法人情報※2には、医療法人の競争上の利益を侵害するおそれのある情報等が含まれていることに留意し、**個人及び法人の権利利益が侵害されない制度とする**

※1 「医療法人の経営情報のデータベース」の在り方に関する報告書（R4.11.9）及び医療法人情報の第三者提供制度に関する報告書（R7.8.26）より、要約・抜粋

※2 医療法人の活動の状況その他の厚生労働省令で定める事項(例：事業報告書等、経営情報等、その他必要な事項)に関する情報を収集し、整理した情報

施行予定※3の仕組み

- **オーダーメイド集計**
 - 一般からの委託を受けて、厚生労働省（独立行政法人福祉医療機構（WAM）に委託）が医療法人情報を利用して相当の公益性を有する統計の作成等を行い、その結果を提供する。
- **医療法人情報の提供**
 - 相当の公益性を有する調査、学術研究又は分析を行う**研究者等に医療法人情報を提供する**。
ただし、特定の商品・役務の広告・宣伝に利用するための調査等を除く。
 - 研究目的がオーダーメイド集計によって達成できる場合、医療法人情報は原則として提供しない。
 - データ提供に当たって、**あらかじめ、社会保障審議会の意見を聴くことを義務付ける**。
- **再識別の防止措置・安全管理措置**
 - 特定の個人や医療法人等の識別を防止する措置を別途ガイドライン及び利用規約に定める。
 - 医療法人情報の提供を受ける者に必要な安全管理措置を別途厚生労働省令、ガイドライン及び利用規約に定める。

※3 医療法人情報の第三者提供制度に関する報告書（R7.8.26）より、要約・抜粋。本資料において引用する第三者提供制度に関する医療法上の条文は未施行であり、公布の日（R5.5.19）から3年を超えない範囲内において政令で定める日に施行（令和8年4月1日施行予定）。

医療法人情報の第三者提供に関する専門委員会（仮称）の設置について

設置の経緯・背景

- 改正後の医療法第69条の4第2項（※1）の規定により、医療法人の経営情報のデータベース（MCDB）の医療法人情報を第三者に提供しようとする場合には、厚生労働大臣は、社会保障審議会の意見を聴かなければならないとされている。
- 具体的には、申出のあった医療法人情報の個々の利用申請について相当の公益性（※2）の有無を判断するため、社会保障審議会運営規則（※3）に則り、社会保障審議会医療部会に、「医療法人情報の第三者提供に関する専門委員会（仮称）」を設置する。

※1 医療法（昭和二十三年法律第二百五号）（抄）

第六十九条の四 厚生労働大臣は、厚生労働省令で定めるところにより、医療提供体制の確保に資する調査、学術研究又は分析その他の医療法人情報の提供を受けて行うことについて相当の公益性を有する調査、学術研究又は分析（特定の商品又は役務の広告又は宣伝に利用するために行うものを除く。）を行う者に医療法人情報を提供することができる。

2 厚生労働大臣は、前項の規定により医療法人情報を提供しようとする場合には、あらかじめ、社会保障審議会の意見を聴かなければならない。

※2 「相当の公益性」については、『医療法人情報の提供に係るガイドライン』に別途定める。

※3 社会保障審議会運営規則（平成十三年一月三十日社会保障審議会決定）（抄）

第八条 分科会長又は部会長は、必要があると認めるときは、それぞれ分科会又は部会に諮って委員会を設置することができる。

専門委員会の業務

1. 医療法人情報の提供申出の審査について

- 改正後の医療法第69条の4第2項の規定により、申出のあった医療法人情報の利用について、相当の公益性の有無を判断するとともに、個人及び法人の権利利益の侵害防止等も含め総合的に審査する。
- 審査の頻度は、原則として、月に1回開催する。

2. ガイドラインの検討について

- 専門委員会は、医療法人情報の提供に係る事務処理及び専門委員会が行う審査の基準を定めた『医療法人情報の提供に関するガイドライン』※について検討を行う。

※ 設置後、当面はガイドラインの策定に向けた検討を予定。

3. その他関連事項について

- 医療法人情報の第三者提供制度に関連する事項について必要に応じて審議する。

スケジュール（予定）及びガイドライン検討時の視点について

第三者提供制度施行までのスケジュール(2026年の予定)

3月

専門委員会の趣旨・進め方
ガイドラインの事前準備

事前準備

4月

第三者提供等に関する法律及び政省令施行
予定日（令和8年4月1日）

ガイドラインの策定に向けたご議論

5月

議論後ガイドラインを策定

6月～

個別の申請内容を審議

ガイドラインの検討に際して考えられる視点

● 個人及び法人の権利利益が侵害されない制度に向け、「匿名化処理基準」をどのように策定するか。

- ・ 統計法のガイドラインでは、匿名化の基準や具体的な匿名化処理の技法（※1）があることや、匿名化が困難な場合はオーダーメイド集計による統計の作成等での対応を検討していること
- ・ これとは別に、医療法人情報の特性（※2）を踏まえた匿名化処理も有り得ること等を踏まえて、医療法人情報の「匿名化処理基準」をどのように考えるか。

● 医療法人情報を利用する必要性、意義、有用性等及び相当の公益性をどのように確認するか。

- ・ 医療法人情報を利用することに相当の公益性を有するものとして「学術研究の発展」、「教育の発展」及び「医療提供体制の確保」があり、医療法人情報を利用する必要性、意義及び有用性等をどのように確認するか。
- ・ 「相当の公益性」を担保するために研究成果等の公表を求めるが、そのあり方をどう考えるか。（※3）

● 安全管理措置、手数料、申請方法、不適切利用への対応が、他制度と並べて妥当か。

※1 例えば、「識別情報（氏名、勤務先等）の削除」、「トップ（ボトム）コーディング（例：100歳→80歳以上）」、「リコーディング」（例：52歳→50歳～59歳）等の技法が考えられる。

※2 「都道府県」と「病床数」が匿名化処理されない場合は地域によっては医療機関が特定できる点や、病床機能報告と紐付いたデータの提供時に匿名化処理されない場合は病床機能報告のオープンデータから医療機関が特定できる点を踏まえる必要がある。

また、「医療法人情報の第三者提供制度に関する報告書」（令和7年8月26日 医療法人の経営情報のデータベースの在り方に関する検討会）において示された、第三者提供制度の在り方を遵守する必要がある。

※3 例えば、統計法のガイドラインでは、「偏見を助長するおそれがあるなど、提出された統計等をそのまま公表することが適当でないと判断される場合には、その概要を公表することとして差し支えない。」とされている。

参 考 资 料

(参考) 医療法人情報の第三者提供に関する専門委員会(仮称)設置要綱案の骨子

【1 設置の趣旨】

社会保障審議会医療部会に、全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律(令和5年法律第31号)による改正後の医療法(昭和23年法律第205号。以下「法」という。)の規定により、厚生労働大臣が医療法人情報を第三者に提供する法的根拠が設けられたとともに、医療法人情報の提供にあたって、あらかじめ社会保障審議会の意見を聴かなければならないとされた。

このため、医療法人情報の提供の可否等について専門的観点から審査を行うため、当該規定により社会保障審議会の権限に属せられた事項について調査審議するための専門委員会として、社会保障審議会医療部会(以下「医療部会」という。)に「医療法人情報の第三者提供に関する専門委員会(仮称)」を設置する。

【2 構成等】

- (1) 専門委員会の委員は、医療関係のほか、会計・統計・公益・個人情報保護関係の有識者を中心に構成予定であり、部会長と相談の上確定する。
- (2) 専門委員会に委員長を置く。

【3 検討事項】

専門委員会は、医療法人情報の提供に係る事務処理及び専門委員会が行う審査の基準その他関連する事項を定めた「医療法人情報の提供に関するガイドライン」について検討を行う。また、医療法人情報の提供申出があった場合には、当該提供申出のあった医療法人情報の利用について、ガイドラインも踏まえつつ、相当の公益性の有無を次の①から③までに掲げる事項を踏まえて判断するとともに、個人及び法人の権利利益の侵害防止等も含め総合的に審査する。そのほか、医療法人情報の第三者提供制度に関連する事項についても必要に応じて審議する。

- ① 医療法人情報の利用目的
- ② 医療法人情報の利用内容
- ③ 成果物の内容およびその公表方法 等

【4 運営等】

- (1) 専門委員会は、原則として、月に1回開催する。
- (2) 専門委員会の議事は原則公開とする。ただし、委員長が、提供申出対象の情報について、個人及び法人の権利利益保護等の観点から特別な配慮が必要と認めるときは、非公開とすることができる。
- (3) 専門委員会の検討の結果については、医療部会に毎年報告する。なお、専門委員会の議決は、医療部会長の同意を得て、医療部会の議決とすることができる。
- (4) 専門委員会の庶務は、厚生労働省医政局医療経営支援課において行う。
- (5) 上記のほか、専門委員会の運営に関し必要な事項は、委員長が定める。

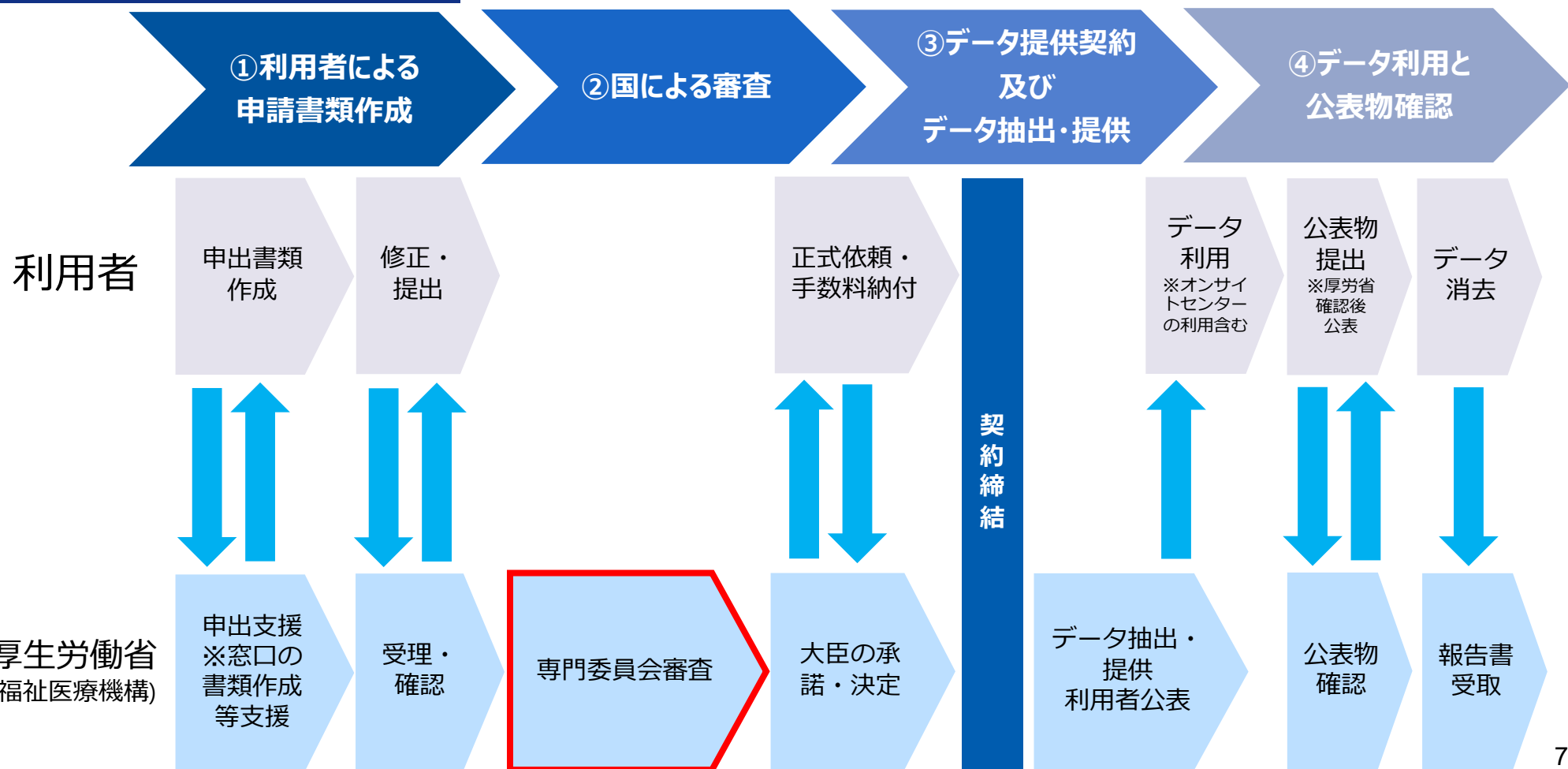
附則

この要綱は、令和8年4月1日から施行する。

(参考) 医療法人情報の第三者への提供の流れ (案)

- ① 利用者による申請書類作成
- ② 国による審査
- ③ 国・利用者によるデータ提供契約及びデータ抽出・提供
- ④ データ利用と公表物確認

申出から公表まで (案)



(参考) 医療法 (昭和23年法律第205号) (抄)

※赤字は令和8年4月1日施行予定

第69条の2 都道府県知事は、地域において必要とされる医療を確保するため、当該都道府県の区域内に主たる事務所を有する医療法人の活動の状況その他の厚生労働省令で定める事項について、調査及び分析を行い、その内容を公表するよう努めるものとする。

- 2 医療法人（厚生労働省令で定める者を除く。）は、厚生労働省令で定めるところにより、当該医療法人が開設する病院又は診療所ごとに、その収益及び費用その他の厚生労働省令で定める事項を都道府県知事に報告しなければならない。
- 3 厚生労働大臣は、医療法人の活動の状況その他の厚生労働省令で定める事項に関する情報を収集し、整理し、及び当該整理した情報（以下「医療法人情報」という。）の分析の結果を国民にインターネットその他の高度情報通信ネットワークの利用を通じて迅速に提供することができるよう必要な施策を実施するものとする。
- 4 厚生労働大臣は、前項の施策を実施するため必要があると認めるときは、都道府県知事に対し、当該都道府県の区域内に主たる事務所を有する医療法人の活動の状況その他の厚生労働省令で定める事項に関する情報の提供を求めることができる。
- 5 都道府県知事は、前項の規定による厚生労働大臣の求めに応じて情報を提供するときは、電磁的方法その他の厚生労働省令で定める方法によるものとする。

第69条の3 厚生労働大臣は、その業務の遂行に支障のない範囲内において、厚生労働省令で定めるところにより、一般からの委託に応じ、医療法人情報を利用して、医療法人情報を利用して行うことについて相当の公益性を有する統計の作成及び統計的研究として厚生労働省令で定めるもの（第69条の7及び第69条の8第1項において「統計の作成等」という。）を行うことができる。

第69条の4 厚生労働大臣は、厚生労働省令で定めるところにより、医療提供体制の確保に資する調査、学術研究又は分析その他の医療法人情報の提供を受けて行うことについて相当の公益性を有する調査、学術研究又は分析（特定の商品又は役務の広告又は宣伝に利用するために行うものを除く。）を行う者に医療法人情報を提供することができる。

- 2 厚生労働大臣は、前項の規定により医療法人情報を提供しようとする場合には、あらかじめ、社会保障審議会の意見を聴かなければならない。

第69条の5 前条第1項の規定により医療法人情報の提供を受けた者は、当該医療法人情報の漏えい、滅失又は毀損の防止その他の当該医療法人情報の安全管理のために必要かつ適切なものとして厚生労働省令で定める措置を講じなければならない。

(参考) 医療法 (昭和23年法律第205号) (抄)

※赤字は令和8年4月1日施行予定

第69条の6 第69条の4第1項の規定により医療法人情報の提供を受けた者若しくはその者の行う当該医療法人情報に係る調査、学術研究若しくは分析に従事する者又はこれらの者であつた者は、当該医療法人情報の利用に関して知り得た医療法人情報の内容をみだりに他人に知らせ、又は不当な目的に利用してはならない。

第69条の7 厚生労働大臣は、第69条の2第3項の規定による情報の収集及び整理並びに分析の結果の提供、第69条の3の規定による統計の作成等並びに第69条の4第1項の規定による医療法人情報の提供に関する事務の全部又は一部を独立行政法人福祉医療機構（次条において「機構」という。）に委託することができる。

第69条の8 第69条の3の規定により厚生労働大臣に委託をする者及び第69条の4第1項の規定により医療法人情報の提供を受ける者は、実費を勘案して政令で定める額の手数料を国（前条の規定による委託を受けて機構が第69条の3の規定による統計の作成等及び第69条の4第1項の規定による医療法人情報の提供に関する事務の全部を行う場合にあつては、機構）に納めなければならない。

2 厚生労働大臣は、前項の手数料を納めようとする者が都道府県その他の良質かつ適切な医療の効率的な提供のために特に重要な役割を果たす者として政令で定める者であるときは、政令で定めるところにより、当該手数料を減額し、又は免除することができる。

3 第1項の規定により機構に納められた手数料は、機構の収入とする。

第85条の2 第69条の6の規定に違反して、医療法人情報の利用に関して知り得た医療法人情報の内容をみだりに他人に知らせ、又は不当な目的に利用したときは、その違反行為をした者は、1年以下の拘禁刑若しくは50万円以下の罰金に処し、又はこれを併科する。

第85条の3 前条の罪は、日本国外において同条の罪を犯した者にも適用する。

第90条 法人（法人でない社団又は財団で代表者又は管理人の定めがあるもの（以下この条において「人格のない社団等」という。）を含む。以下この項において同じ。）の代表者（人格のない社団等の管理人を含む。）又は法人若しくは人の代理人、使用人その他の従業者が、その法人又は人の業務に関して第85条の2、第87条、第87条の2又は前条の違反行為をしたときは、行為者を罰するほか、その法人又は人に対しても各本条の罰金刑を科する。

2 人格のない社団等について前項の規定の適用がある場合には、その代表者又は管理人がその訴訟行為につき当該人格のない社団等を代表するほか、法人を被告人又は被疑者とする場合の刑事訴訟に関する法律の規定を準用する。

(参考) 医療法施行令の改正案について

令和7年9月4日第117回
社会保障審議会医療部会資料
(一部改変)

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号。以下「改正法」という。）による改正後の医療法（昭和23年法律第205号。以下「改正後医療法」という。）第69条の3及び第69条の4の規定に基づき行われる**第三者提供制度の施行に向けて、令和7年度中に、施行日を定める政令を制定するとともに、医療法施行令（昭和23年政令第326号）の改正を行い、手数料等に関する規定を整備する。**

施行日（案）について

改正法公布の日（R5.5.19）から3年を超えない範囲内において政令で定める日に施行することとされており、施行に必要な政省令、ガイドライン及び利用規約を定めるための期間を確保するため、**令和8年4月1日から施行する。**

手数料（案）について

改正後医療法第69条の8の規定に基づき、オーダーメイド集計(医療法第69条の3)を委託する者及び医療法人情報の提供(医療法第69条の4)を受ける者が納める**手数料の額**や、**当該手数料の減免・免除対象を医療法施行令に規定する。**

改正後医療法（抄）（令和8年4月1日施行予定）

- 第69条の8 第69条の3の規定により厚生労働大臣に委託をする者及び第69条の4第1項の規定により医療法人情報の提供を受ける者は、**実費を勘案して政令で定める額（①）**の手数料を国（前条の規定による委託を受けて機構が第69条の3の規定による統計の作成等及び第69条の4第1項の規定による医療法人情報の提供に関する事務の全部を行う場合にあつては、機構）に納めなければならない。
- 2 厚生労働大臣は、**前項の手数料を納めようとする者が都道府県その他の良質かつ適切な医療の効率的な提供のために特に重要な役割を果たす者として政令で定める者（②）**であるときは、**政令で定めるところ（③）**により、**当該手数料を減額し、又は免除することができる。**
- 3 第1項の規定により機構に納められた手数料は、機構の収入とする。

規定する主な内容（案）	①手数料の額	②減免対象	③減免割合
オーダーメイド集計	○6,300円/時間（作業に要する人件費等） ○その他実費（記録媒体費用・送付費用）	ア. 公的機関(国の行政機関・自治体)、厚労省から補助金等（間接含む。）を受けて研究を行う者、及びこれらからの受託者	ア. 全額免除
医療法人情報の提供	○6,300円/時間（作業に要する人件費等） ○社会保障審議会における審査経費 ⇒162,100円を超えない範囲で告示で規定するが、現時点では実費が見込めないため、当面は0円とする。 ○その他実費（記録媒体費用・送付費用）	イ. 公的機関等（厚労省除く）から補助金等を受けて研究を行う者、その他厚生労働省令で定める公共法人・公益法人等、及びこれらからの受託者 ウ. イのうち、更なる減額をしない場合は業務の遂行に著しい支障を及ぼすおそれがあると厚生労働大臣が認めた者	イ. 50%減額 ウ. イから更に減額

※上記の手数料額、減免対象や割合は今後の改正プロセスにおいて変更となる可能性があることに留意が必要。

(参考) 医療法施行規則の改正案について

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号。以下「改正法」という。）による改正後の医療法（昭和23年法律第205号。以下「改正後医療法」という。）第69条の3及び第69条の4の規定に基づき行われる**第三者提供制度（オーダーメイド集計及び医療法人情報の提供）の施行に向けて、令和7年度中に、医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）の改正を行い、申請手続、安全管理措置等に関する規定を整備。**

改正後医療法第69条の3（オーダーメイド集計）

第六十九条の三 厚生労働大臣は、その業務の遂行に支障のない範囲内において、**厚生労働省令で定めるところにより**、一般からの委託に応じ、医療法人情報を利用して、**医療法人情報を利用して行うことについて相当の公益性を有する統計の作成及び統計的研究として厚生労働省令で定めるもの**（第六十九条の七及び第六十九条の八第一項において「統計の作成等」という。）を行うことができる。

1. 申請手続について

提供の方法や手続については、類似の制度（統計法施行規則等）の例を参考として定める。

具体的には、提供申出者は、必要事項を記入した提供申出書等を、厚生労働大臣に提出することにより提供申出を行うこととする旨を規定することを想定。

<省令に規定する必要事項の例>

- 提供申出者の氏名・名称、住所・所在地、連絡先
- 統計の作成に必要な情報を特定するための年次その他の情報
- 統計等の内容、利用目的、提供を受ける方法、成果の公表方法等

2. 相当の公益性を有する統計の作成等について

相当の公益性を有する統計の作成等の要件として、類似の制度である統計法施行規則を参考として、以下を規定する。

学術研究の発展に資すると認められる統計の作成等	教育の発展に資すると認められる統計の作成等	医療提供体制の確保に係る統計の作成等
<ul style="list-style-type: none">統計成果物を研究の用に供すること統計成果物を利用して行った研究の成果が公表され、又は当該成果を得るまでの過程の概要が公表されること欠格事由に該当しないこと	<ul style="list-style-type: none">統計成果物を高等学校等の学校における教育の用に供することを直接の目的とするもの統計成果物を利用して行った教育内容が公表されること欠格事由に該当しないこと	<ul style="list-style-type: none">統計成果物を研究の用に供することにより、医療提供体制の確保に資すると認められるもの統計成果物を利用して行った事業等の内容が公表されること欠格事由に該当しないこと

(参考) 医療法施行規則の改正案について

改正後医療法第69条の4 (医療法人情報の提供)

第六十九条の四 厚生労働大臣は、**厚生労働省令で定めるところにより**、医療提供体制の確保に資する調査、学術研究又は分析その他の医療法人情報の提供を受けて行うことについて相当の公益性を有する調査、学術研究又は分析（特定の商品又は役務の広告又は宣伝に利用するために行うものを除く。）を行う者に医療法人情報を提供することができる。

2 厚生労働大臣は、前項の規定により医療法人情報を提供しようとする場合には、あらかじめ、社会保障審議会の意見を聴かなければならない。

1. 申請手続について

提供の方法や手続については、オーダーメイド集計と同様に、類似の制度（統計法施行規則等）の例を参考として定める。

具体的には、提供申出者は、必要事項を記入した提供申出書等を、厚生労働大臣（福祉医療機構）に提出することにより提供申出を行うこととする旨を規定することを想定。

<省令に規定する必要事項の例>

- 提供申出者の氏名・名称、住所・所在地、連絡先
- 統計の作成に必要な情報を特定するための年次その他の情報
- 統計等の内容、利用目的、提供を受ける方法、成果の公表方法 等

2. 相当の公益性を有する調査等について

医療法人情報の第三者提供制度に関する報告書（令和7年8月26日「医療法人の経営情報のデータベースの在り方に関する検討会」）において、医療法人情報の提供における相当の公益性については、個々の事例に則した総合的な審査が必要として、省令には定めず、社会保障審議会が個別に審査することとされている。

そのため、医療法人情報の提供における相当の公益性については、第三者提供に係るガイドラインに定めることとする。

(参考) 医療法施行規則の改正案について

改正後医療法第69条の5 (安全管理措置)

第六十九条の五 前条第一項の規定により医療法人情報の提供を受けた者は、当該医療法人情報の漏えい、滅失又は毀損の防止その他の当該医療法人情報の安全管理のために必要かつ適切なものとして厚生労働省令で定める措置を講じなければならない。

安全管理措置について

医療法人情報の提供を受けた者におけるセキュリティ対策が不十分であることによる情報漏洩や、提供を受けた目的と異なる不適切な利用を防止するため、改正法により、医療法人情報の利用者に対して安全管理の措置を講ずることを義務付けたところ。この措置の具体的な内容について、省令で規定する必要がある。

機微な情報を取り扱う者に対して当該情報の適正な管理のための措置を求めている点で類似性のある統計法施行規則や高齢者の医療の確保に関する法律施行規則の規定を参考に規定する。

(参考) 規定する具体的な措置の例 (法人等の場合)

	内容
組織的管理措置	<ul style="list-style-type: none">情報を取り扱う者の権限・責任の明確化管理簿の整備規程の策定及び実施、運用の評価・改善漏えい、滅失、毀損発生時の事務処理体制の整備 等
人的管理措置	<ul style="list-style-type: none">情報を取り扱う者が欠格事由に該当しないこと情報を取り扱う者に対する教育・訓練の実施
物理的管理措置	<ul style="list-style-type: none">情報を取り扱う区域の設定情報を取り扱う区域への立入制限の措置機器の盗難防止のための措置 等
技術的管理措置	<ul style="list-style-type: none">情報を取り扱う者を限定する措置不正アクセス行為を防止するための措置漏えい、滅失、毀損の防止のための措置 等
その他の管理措置	<ul style="list-style-type: none">情報の取扱いに関する業務を委託する場合は、委託先の情報の適正管理について必要な確認及び監督を行うこと 等

その他医療法施行規則の改正案で定める事項

- 第三者提供制度 (オーダーメイド集計及び医療法人情報の提供) に係る申請手続、安全管理措置等のほか、医療法施行令で定める手数料の減免に係る手続、対象等の詳細についても、統計法施行規則を参考に規定する。
- 医療法施行規則の改正案は、改正法の施行の日 (令和8年4月1日予定) から施行する。

(参考) 医療法人情報の第三者提供制度に関する検討会報告書の概要 (R7.8.26)

項目	方針
オーダーメイド集計	<ul style="list-style-type: none"> ○ 申請手続きを、統計法施行規則にならって厚生労働省令に定める。 ○ MCDBを利用することに相当の公益性を有するものとして「学術研究の発展」、「教育の発展」及び「医療提供体制の確保」を厚生労働省令に定める。 ○ さらに、これらの研究等の成果が公表されることとする。
医療法人情報の提供	<ul style="list-style-type: none"> ○ 申請手続きを、統計法施行規則にならって厚生労働省令に定める。 ○ MCDBを利用することに相当の公益性を有するものとして「学術研究の発展」、「教育の発展」及び「医療提供体制の確保」を第三者提供に係るガイドラインに定め、社会保障審議会において審査する。 ○ さらに、これらの研究等の成果が公表されることとする。
再識別の防止措置	<ul style="list-style-type: none"> ○ オーダーメイド集計及び医療法人情報の提供における再識別の防止措置を第三者提供に係るガイドライン等に定める。 ○ 「病床機能報告」及び「外来機能報告」と連携した情報の提供を求める研究者等については、社会保障審議会において当該情報の必要性を審査し特定の個人や医療法人等の識別につながらないように十分に配慮した上で提供する。 ○ 上記以外の調査と連携した情報の第三者提供での活用は、個人及び法人の権利利益が侵害されないこと、提供範囲を必要最小限に限定すること及び再識別されない形で公表することを前提として、社会保障審議会において必要性を審査することとし、制度の実施状況や活用状況を評価しながら、活用に向けて引き続き検討する。
安全管理措置 ※ 医療法人情報の提供のみ	<ul style="list-style-type: none"> ○ 組織的管理措置（取扱者の権限等の明確化、管理簿整備等） ○ 人的管理措置（暴力団員等、不適切行為者等排除） ○ 物理的管理措置（取扱区域特定、盗難防止、記録機器等廃棄等） ○ 技術的管理措置（処理者限定、不正アクセス行為防止等） ○ その他の管理措置（業務委託） ○ 独立行政法人福祉医療機構におけるオンサイトセンターの設置を求める。
手数料	<ul style="list-style-type: none"> ○ 実費を勘案して政令に定める。
手数料の免除	<ul style="list-style-type: none"> ○ 高齢者の医療の確保に関する法律施行令を踏まえて政令に定める。
不適切利用への対応 ※ 医療法人情報の提供のみ	<ul style="list-style-type: none"> ○ 統計法及びNDBの措置にならって第三者提供に係るガイドライン等に定める。

(参考) 医療法人情報の第三者提供制度に関する報告書 (抄)

(2) ① 医療法人情報の提供における相当の公益性

(略)

一方、医療法人情報の提供における相当の公益性については、個々の事例に即した総合的な審査が必要として、厚生労働省令には定めずに社会保障審議会が個別に審査することとされている。

このため、**同審議会が審査する際の基本的な考え方として、統計法施行規則を踏まえつつ、医療法人情報の提供における相当の公益性として以下の事項を第三者提供に係るガイドラインに定めるべきである。**

- ・ 医療法人情報を利用することにより「学術研究の発展に資する」と認められること、
医療法人情報を利用することにより「教育の発展に資する」と認められること、又は
医療法人情報を利用することにより「医療提供体制の確保に資する」と認められること
- ・ 個人及び法人の権利利益、国の安全等を害するおそれがないこと
- ・ 医療法人情報の利用目的が、特定の商品・役務の広告・宣伝に利用するためではないこと
- ・ 医療法人情報を利用して行った研究の成果の内容、教育の内容又は事業等の内容が、客観性が確保された上で公表されること
- ・ 医療法人情報を適正に管理するために必要な措置が講じられていること
- ・ 法や統計法等違反により罰金刑以上に処せられて5年を経過しない者等に該当しないこと 等

なお、社会保障審議会における審査は、丁寧な審査を行うための審査期間を確保しつつも、可能な限り速やかに行うことに努めるとともに、同審議会における審査結果は、原則として公表すること。

(参考) 医療法人情報の第三者提供制度に関する報告書 (抄)

(2) ④ 医療法人情報の提供における再識別の防止措置

医療法人情報には、医療法人の競争上の利益を侵害するおそれのある情報や、特定の個人の収入等を容易に推知することができる情報が含まれることから、**提供にあたっては、情報の範囲を研究目的に照らして必要最小限の範囲の情報に限定することや、提供先から特定の個人や医療法人等の識別につながる形での公表がなされないようにすること等、個人及び法人の権利利益が侵害されない制度とする必要がある。**

そのため、**医療法人情報の提供にあたっては、以下の事項を第三者提供に係るガイドライン及び利用規約に定めるべきである。**

- ・ 提供する情報は、研究目的に照らして必要最小限の範囲に限定するとともに、直ちに特定の個人や医療法人等の識別につながる情報（法人名、個人名、医療法人整理番号、医療機関コード等）は提供しないこと。
また、研究目的がオーダーメイド集計によって達成できる場合は、オーダーメイド集計の結果を提供し、医療法人情報は原則として提供しないこと。
- ・ 公表可能な最小集計単位を定め、研究者等は、その最小単位以上で研究成果等を公表すること。
- ・ 多角的な分析を行うために「病床機能報告」及び「外来機能報告」と連携した情報の提供を求める研究者等については、社会保障審議会において当該情報の必要性を審査し特定の個人や医療法人等の識別につながらないように十分に配慮した上で提供すること。
- ・ 厚生労働省は、公表内容に再識別可能な情報が含まれていないか、最小集計単位が遵守されているかどうか、公表前に確認を行うこと。

なお、「病床機能報告」及び「外来機能報告」以外の調査と連携した情報の第三者提供での活用は、提供する情報の範囲を研究目的に照らして必要最小限の範囲に限定することや、提供先から特定の個人や医療法人等の識別につながる形での公表がなされないようにすること等、個人及び法人の権利利益が侵害されないことや上記の事項を前提として、社会保障審議会において必要性を審査することとし、制度の実施状況や活用状況を評価しながら、活用に向けて引き続き検討することが必要である。

(参考) 医療法人情報の第三者提供制度に関する報告書 (抄)

(3) ② 医療法人情報の不適切利用への対応

- 法第85条の2、85条の3及び90条において、医療法人情報の内容をみだりに他人に知らせ、又は不当な目的に利用した者は、刑事罰が科せられることが規定されている。
- 刑事罰に相当する場合以外にも、第三者提供に係る利用規約に反する行為を行った場合には、事実関係を確認の上、速やかに是正措置を講ずるよう指導するとともに、必要に応じて提供の取消しや一定期間の利用停止等の措置を講ずる必要がある。
- 厚生労働省所管の統計の調査票情報の提供制度においては、統計法や利用規約に反する行為があった場合、その内容に応じた再発防止策や一定期間の利用停止等の措置を講じることが、利用申出手引等に規定されている。
また、**NDBの第三者提供制度においても、不適切利用発生時の対応として、不適切利用の疑いが生じた場合に提供データの利用停止を求めることや、専門委員会の意見を踏まえた上で措置すること等がガイドライン等に規定されている。**
- 以上のことから、医療法人情報の提供においても、**不適切利用を把握する方法（苦情相談窓口の設置等）や不適切利用が生じた場合の対応・措置について、第三者提供に係るガイドライン及び利用規約に定めるべきである。**

(参考) 医療法人の経営情報のデータベース (MCDB) で把握可能なデータ

- 令和5年8月以降に決算期を迎えた医療法人から下記情報を収集し、データベース化を実施。
- データベース上、令和5年8月決算法人、9月決算法人…と決算期ごとのデータが蓄積。
- 二期連続で比較可能な法人の収益や費用の推移を分析することで経営状況の変化が把握可能。

事業報告書等 (法人ごと)

○事業報告書(※) ○貸借対照表 ○損益計算書

※名称、事務所の所在地、設立認可年月日、設立登記年月日、役員及び評議員、本来業務、附帯業務、収益業務

経営情報等 (病院・診療所ごと)

令和5年5月医療法改正で追加

○**医業収益** (入院診療収益、室料差額収益、外来診療収益、その他の医業収益)

※ 入院診療収益及び外来診療収益は任意項目として「保険診療収益(患者負担含む)」及び「公害等診療収益」を別掲。

※ その他の医業収益は任意項目として「保健予防活動収益」を別掲。

※ 診療所の「室料差額収益」は入院診療収益の内数として記載。

○**材料費** (医薬品費、診療材料費・医療消耗器具備品費、給食用材料費)

○**給与費** (役員報酬、給料、賞与、賞与引当金繰入額、退職給付費用、法定福利費)

○**委託費** (給食委託費) ○**設備関係費** (減価償却費、機器賃借料) ○**研究研修費**

○**経費** (水道光熱費)

※ 診療所は「設備関係費」、「研究研修費」及び「経費」の科目は設けず「その他の医業費用」の科目を設ける。

○**控除対象外消費税等負担額**

○**本部費配賦額**

※ 診療所の「水道光熱費」、「控除対象外消費税等負担額」及び「本部費配賦額」はその他の医業費用の内数として記載。

○**医業利益 (又は医業損失)** ○**医業外収益** (受取利息及び配当金、運営費補助金収益、施設設備補助金収益) ○**医業外費用** (支払利息)

○**経常利益 (又は経常損失)**

○**臨時収益**、○**臨時費用**

○**税引前当期純利益 (又は税引前当期純損失)**

○**法人税、住民税及び事業税負担額**

○**当期純利益 (又は当期純損失)**

○**職種別の給与 (給料・賞与) 及び、その人数**(病床機能報告で分かる情報は当該報告の情報を活用)

<職 種> 医師、歯科医師、薬剤師、看護職員(保健師、助産師、看護師、准看護師)、その他の医療技術者等(診療放射線技師、臨床工学技士、臨床検査技師、リハビリスタッフ(理学療法士、作業療法士、視能訓練士、言語聴覚士)、歯科衛生士、歯科技工士、栄養士等(管理栄養士、栄養士、調理師)、社会福祉士、精神保健福祉士、保育士、看護補助者、事務職員(事務(総務、人事、財務、医事等)担当職員、医師事務作業補助者、診療情報管理士)、その他の職員)

赤文字の項目は、病院・診療所とも必須
緑文字の項目は、病院・診療所とも任意
青文字の項目は、病院は必須・診療所は任意

健康保険法等の一部を改正する法律案の閣議決定について（報告）

厚生労働省医政局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

健康保険法等の一部を改正する法律案の概要

改正の趣旨

持続可能な医療保険制度の実現に向けて、必要な保険給付等の適切な実施と世代間や世代内での負担の公平性の確保を図るため、一部保険外療養の創設、後期高齢者医療における金融所得の保険料等への勘案、出産に係る給付体系の見直し、国民健康保険における子どもに係る均等割保険料等の軽減の拡充等の措置を講ずるほか、医療機関の業務効率化と勤務環境改善の取組等に係る措置を講ずる。

改正の概要

1. より公平な負担の実現、効率的な給付の確保

【健康保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等】

- ① OTC医薬品との代替性が特に高い薬剤を用いた療養等について、薬剤費の一部を保険給付外とする一部保険外療養を創設する。
- ② 後期高齢者医療において、上場株式の配当等の金融所得を保険料の算定や窓口負担割合等の判定に公平に反映するため、金融所得の支払に係る報告書等（法定調書）を金融機関等がオンラインにより後期高齢者医療広域連合へ提出する義務等を設ける。

2. 出産等の次世代支援や現役世代からの予防・健康づくりの拡充

【健保法、船員保険法、国保法、母子保健法等】

- ① 出産に伴う妊婦の経済的負担を軽減するため、出産の標準的な費用に係る給付体系の見直し等を行う。
- ② 妊婦健診に伴う妊婦の経済的負担を軽減するため、妊婦健診（望ましい基準内）の実施に係る標準額を定める等の環境の整備をするほか、サービス及び費用の見える化を進める。※こども家庭庁所管事項
- ③ 国民健康保険制度において、子どもに係る均等割保険料（税）の5割を軽減する措置の対象を、未就学児から高校生年代まで拡充する。
- ④ 現役世代の予防・健康づくりを強化するため、全国健康保険協会が取り組む保健事業に関する責務を明確化する。

3. 必要な医療の提供の確保

【健保法、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律、医療法等】

- ① 高額療養費の支給要件等を定める際には、特に長期療養者の家計への影響が適切に考慮されるよう、法律上明確化する。
- ② 業務効率化・勤務環境改善に取り組む医療機関を支援する新たな事業を地域医療介護総合確保基金に設けるほか、計画を作成し業務効率化・勤務環境改善を推進する病院を厚生労働大臣が認定する仕組みを設ける。併せて、医療機関は業務効率化・勤務環境改善に努めるものとする。

4. その他

【健保法、国保法、高確法等】

- ① 全国健康保険協会の平均保険料率の引き下げとあわせ、令和8年度から令和10年度までの時限措置として、全国健康保険協会への国庫補助に係る特例減額の控除額を引き上げる特例措置を講じる。
- ② 国民健康保険組合に対する国庫補助について、一定の場合に、現行の補助率の下限よりも低い補助率を例外的に適用する。
- ③ 国民健康保険の財政安定化基金（本体基金分）について、納付金（保険料）の抑制のための取崩しを認める。等

このほか、平成19年の雇用保険法等の一部改正法で改正を要した船員保険法第76条第6項について、規定の形式的修正を行う。

施行期日

令和9年4月1日（ただし、2④及び4①は公布日、3①は令和8年8月1日、3②の一部は令和9年1月1日、1④は公布後1年以内に政令で定める日、2①及び②は公布後2年以内に政令で定める日、1②は公布後5年以内に政令で定める日等）

医療機関の業務効率化・勤務環境改善への支援

趣旨・概要

- 2040年に向けて、医療従事者を安定的に確保し、質が高く効率的な医療提供体制を構築するために、医療機関の業務効率化・勤務環境改善の取組の支援について、以下の制度的対応を行う。
 - ① 今後継続的に支援することができるよう、地域医療介護総合確保基金に、業務効率化・勤務環境改善の取組を支援する新たな事業を設ける。
(参考) 業務のDX化に取り組む多くの医療機関を支援するため、令和7年度補正予算において、200億円を計上。
 - ② 業務効率化・勤務環境改善に積極的・計画的に取り組む病院を厚生労働大臣が認定できる仕組みを設け、認定を受けた病院は特定の表示を行うことができることとする。
 - ③ 都道府県の医療勤務環境改善支援センターの体制拡充・機能強化を図り、医療機関の労務管理等の支援に加え、業務効率化に係る助言・指導等も行うよう努める旨を明確化する。
 - ④ 医療法上、病院又は診療所の管理者は、勤務環境の改善に加え、業務効率化にも取り組むよう努める旨を明確化する。併せて、健保法上の保険医療機関の責務として、業務効率化・勤務環境改善に取り組むよう努める旨を明確化する。

地域医療介護総合確保基金 対象事業

R8年度当初予算案 647億円
※国負担：医療分 647億円
公費：医療分 960億円

- 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 介護施設等の設備に関する事業（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【本法案による改正に伴い見直しを予定】

新区分 業務効率化・勤務環境改善に関する事業【本法案による改正】

【業務のDX化に関する取組例】

- (1) スマートフォンによる情報共有の効率化

チャット機能、ビデオ通話、ファイルの共有などにより、1対1だけでなく、グループでの一斉の情報共有が可能



- (2) 見守りカメラ・スマートグラスによる見守り業務の効率化

患者の同意のもと、病室にカメラを設置し、看護師が装着しているスマートグラスから病室の状況を確認。



- (3) 音声入力・バイタルの自動入力・生成AIによる文書自動作成支援

