

第 190 回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

令和 6 年 12 月 19 日（木）
10 時 00 分～12 時 00 分
場 所：全 国 都 市 会 館

（ 議 題 ）

1. 医師偏在是正対策について
2. その他

（ 配布資料 ）

- 資料 1－1 医師偏在是正対策について
- 資料 1－2 医師偏在対策に関するとりまとめ
- 参 考 資 料 マイナ保険証の利用促進等について

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

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

医師偏在是正対策について

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

医師偏在対策に関するとりまとめの概要

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会報告書より作成

医師偏在の是正に向けた基本的な考え方

① 医師偏在対策の総合的な実施

・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進める

② 全ての世代の医師へのアプローチ

・若手医師を対象とした医師養成過程中心の対策から、中堅・シニア世代を含む全ての世代の医師へのアプローチ

③ へき地保健医療対策を超えた取組の実施

・人口規模、地理的条件等から医療機関の維持が困難な地域については、医師偏在指標だけでなく、可住地面積あたりの医師数等の地域の実情を踏まえ、都道府県ごとに支援が必要な地域を明確化の上で対策を実施

⇒「保険あってサービスなし」との事態に陥る可能性があることから、将来にわたり国民皆保険を維持し、地域の必要な医療機能を確保することが必要であり、全ての関係者が協働することが重要。

今後の医師偏在対策の具体的な取組

(1) 医師確保計画の実効性の確保

① 重点医師偏在対策支援区域(仮称)、② 医師偏在是正プラン(仮称)

・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早い地域等を「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」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、地対協・保険者協議会で協議の上で選定(市区町村単位・地区単位等含む)。

・医師確保計画で「医師偏在是正プラン(仮称)」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

・是正プランは緊急的取組を要する事項から策定、R8年度全体策定

(2) 地域の医療機関の支え合いの仕組み

① 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

・管理者要件として医師少数区域等での勤務経験を求める医療機関に、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。医師少数区域等での勤務経験期間は6か月以上から1年以上に延長。施行時に柔軟な対応が必要

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

・都道府県から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可能とする

・要請に従わない医療機関に対する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

③ 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、保険診療に一定期間従事したことを要件とし(医師少数区域等は一定配慮)、責務を課す

(3) 経済的インセンティブ

・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)※保険給付と関連の乏しい用途に当たるとはならないかとの意見あり

・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、診療報酬の対応をさらに検討。

(4) 全国的なマッチング機能の支援等

・医師の掘り起こし、現場体験、医師不足地域の医療機関とのマッチングや定着等のための全国的なマッチング支援

(5) リカレント教育の支援

(6) 都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定

(7) 医師偏在指標のあり方

(8) 医師養成過程を通じた取組

(9) 診療科偏在の是正に向けた取組

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合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

不足する機能等を提供しない

要請

通知

保険医療機関の指定を3年とする

※ 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

② 要請に従い、不足する機能等を提供しているか

提供している

提供していない

都道府県医療審議会での理由等の説明の求め

※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。

③ 要請された機能等を提供しない理由はやむを得ないか

やむを得ない理由である

やむを得ない理由でない

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

※要請時と事情が変更した場合等

勧告

通知

※ 都道府県医療審議会の意見を事前に聴く

④ 勧告に従い、不足する機能等を提供しているか

提供している

提供していない

指定を6年とする

再度指定を3年とする
 ※ 3年以内も可

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

公表

※上記と同じ

開業
6か月前

開業

開業
3年後

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

保険医療機関の管理者（案）

○趣旨

- ・ 「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）において、医科については、適正な保険医療を効率的に提供するため、適切な管理能力を有する医師を、各保険医療機関において管理者として置くことが提示されていることを踏まえ、良質な医療の提供にもつなげるよう、当該管理者の責務や要件について検討する必要がある。
- ・ また、これは歯科においても必要であることから、同様に歯科の保険医療機関についても適切な管理能力を有する歯科医師を管理者として置くこととし、併せて検討することとする。

○責務

- ・ 保険医療機関の管理者に対し、現に医療法の管理者に課している義務を参考に、保険医療機関の管理及び運営の責務を課すこととする。
- ・ 具体的には、現に療養担当規則において保険医療機関に課している、診療報酬の請求を適正に行う責務等について、当該機関に勤務する従事者が遵守するよう、管理者が保険医療機関内の体制を整備すること等とする。

<参考>

○医療法（昭和23年法律第205号）（抄）

第15条 病院又は診療所の管理者は、この法律に定める管理者の責務を果たせるよう、当該病院又は診療所に勤務する医師、歯科医師、薬剤師その他の従業者を監督し、その他当該病院又は診療所の管理及び運営につき、必要な注意をしなければならない。

2・3（略）

○保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）（抄）
（適正な手続の確保）

第二条の三 保険医療機関は、その担当する療養の給付に関し、厚生労働大臣又は地方厚生局長若しくは地方厚生支局長に対する申請、届出等に係る手続及び療養の給付に関する費用の請求に係る手続を適正に行わなければならない。

○要件

- ・ この管理者の要件として、現に保険医であるとともに、次の要件を求めることとする。
- ・ 医師は、2年の臨床研修修了後、保険医療機関（病院に限る）における3年以上の保険医従事経験
- ・ 歯科医師は、1年の臨床研修修了後、保険医療機関における3年以上の保険医従事経験

※ 従事経験は、一定の所定労働時間/週を定めることとし、育児や介護をする者へは配慮を行う。

※ 経過措置として、施行の際、次の措置を検討。

①現に保険医療機関の管理者である者は、同一機関の管理者である間は要件を適用しないこと

②現に臨床研修を修了した医師又は歯科医師である者（①が適用される者を除く。）は、現に保険医であるとともに、保険医療機関における3年以上の保険医従事経験を有することにより要件を満たすこと

※ 上記のほか、次の要件を満たす場合等についても、保険医療機関の管理者となることを可能とすることを検討。

⑦地域枠等・自治医科大学を卒業した者のうち義務年限中の医師、キャリア形成プログラムの適用を受けて医師少数区域等に所在する保険医療機関において従事する医師、日本専門医機構が認定する基本領域の専門医資格を持つ医師である場合

⑧矯正医官、医師又は歯科医師である自衛官等の公務員として5年の従事経験がある場合

⑨やむを得ない事情により、保険医療機関を継承する場合

○その他

- ・ 管理者が、相当の注意及び監督を尽くしていなかったために、当該保険医療機関において診療報酬の不正請求等が行われた場合（※）は、管理者が保険医療機関を管理及び運営する責務を果たせていないことから、厚生労働大臣は保険医療機関の指定取消し又は保険医の登録取消しを行うことを可能とする。

※ 監査要綱（要改正）に基づき、管理者の責務違反が故意又は重大な過失の繰り返しに該当するか否かを個別具体的に判断。

重点医師偏在対策支援区域（仮称）に派遣される医師又は勤務する医師 に対しての手当増額支援の概要（案）

○支援対象

- ・ 今後も一定の定住人口が見込まれるものの、必要な医師が確保できず、人口減少よりも医療機関の減少のスピードの方が早い地域など、人口規模、地理的条件、今後の人口動態等から、医療機関の維持が困難な地域である「重点医師偏在対策支援区域（仮称）」(※)において、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に対して、派遣される医師及び従事する医師への手当増額の支援を行う。

(※) 重点医師偏在対策支援区域（仮称）については、都道府県において、厚生労働省が提示した候補区域を参考としつつ、地域の实情に応じて、医師偏在指標、可住地面積あたり医師数、住民の医療機関へのアクセス、診療所医師の高齢化率、今後の人口動態等を考慮して、地域医療対策協議会及び保険者協議会で協議して、区域を選定する。

○所要額の算定方法及び都道府県ごとの配分方法

- ・ 国において、事業費の総額を設定した上で、その範囲内で、人口、可住地面積、医師の高齢化率、医師偏在指標等に基づき、都道府県ごとに按分し、配分する。

○財源構成

- ・ 保険者：10/10

○実施主体

- ・ 医療計画の策定主体であり、医療提供体制・医師の確保の責任を持つ**都道府県が実施主体**。
- ・ 一方、医師の手当増額支援に要する費用については、保険者から徴収する拠出金をもって充てることとするため、保険者からの徴収システムを持つ**支払基金を徴収事務の実施主体**とする。また、業務の一部は国保連に委託することができることとする（直近の年度の診療報酬支払実績を支払基金に対して通知することを想定）。

○保険者間の按分等

- ・ 本事業が、本来診療報酬により賄われている人件費に充てられるものであることを踏まえ、拠出金の各保険者の負担は、把握できる直近の年度の診療報酬支払実績に応じて按分し、一般保険料として徴収する
- ・ 医療給付費と同様の、保険者間の財政調整（前期高齢者財政調整、後期高齢者支援金）及び公費負担を行う。
- ・ 保険者からの拠出は、保険者の事務を簡素化するため、後期高齢者支援金等と相殺する。

○実施時期

- ・ 国保・後期の保険料設定の考え方や、システム改修期間を考慮して検討。

参考資料



5. 今後の医師偏在対策の具体的な取組

(2) 地域の医療機関の支え合いの仕組み

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

- 外来医療については、地域で中心的に外来医療を担う診療所の開設状況が都市部に偏っているほか、初期救急医療提供体制の構築等の医療機関の連携の取組が、個々の医療機関の自主的な取組に委ねられている。例えば、在宅当番医制については、外来医師偏在指標が高い二次医療圏は、その他の二次医療圏と比べて、在宅当番医制に参加している診療所の割合が少ない。
- こうした中、国が定める「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」（以下「ガイドライン」という。）において、都道府県は、外来医療機能に関する協議の場を設置し、少なくとも外来医師多数区域においては、新規開業希望者に対して、協議の内容を踏まえて、地域に必要とされる医療機能を担うよう求めることとしている。都道府県において、ガイドラインに基づき、地域で不足する医療機能の要請がなされているが、対応していない新規開業者が一定数存在すること等を踏まえ、要請やフォローアップの仕組みを強化することが求められる。
- このため、地域で不足している医療機能の確保によってより適切な医療提供体制を構築する観点から、現行のガイドラインによる外来医師多数区域における新規開業希望者への地域で必要な医療機能の要請等の仕組みについて、実効性を確保することが必要である。

- 具体的には、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ことが適当である。
- 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、事前に公表することが適当である。また、要請に当たっては、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。
- 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ことが適当である。
- その上で、要請等の実効性を確保する観点からの意見として、
 - ・ これまでの医師不足対策で十分な成果が得られなかったことを踏まえ、過多区域で特に厳しい規制をかけるべきであり、都道府県からの要請に応じず、勧告にも従わない新規開業者に対して、勧告等の基準を明確にした上で、保険医療機関の指定の可否について、開業時だけではなく、更新時にも厳しく判断すべき、
 - ・ 要請・勧告後にどうなるか意識しながら外来医師過多区域での開業を判断いただくことが重要であり、要請・勧告を行った場合の牽制効果という意味でも、保険医療機関の不指定や取消を規定すべき、との意見があった。

医師偏在対策に関するとりまとめ 抜粋 ① - 3 (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)

赤字又は赤枠部が関係箇所

- 一方で、保険医療機関の指定をしない、又は保険医療機関の取消を行うことについては、
 - ・ 保険医療機関の不指定や指定取消については、診療所の経営に関わる強い規制であり、憲法上の職業選択の自由や営業の自由に抵触するおそれがあるもので、認める余地はない、
 - ・ 健康保険法上の保険医療機関の不指定や指定取消は、医療保険制度を著しく毀損するような場合に認められるものであり、一方、今回検討している医療法上の不足する医療機能の要請等は、医療保険制度の外にある学校医、公衆衛生上の貢献を含めたもので、そうした貢献をしないからといって著しく医療保険制度を損なうことにはならず、不指定や指定取消の議論に論理的に結びつかない、
 - ・ 診療所の新規参入に対する過度な抑制を行った場合、その地域の新規開業が減少し、競争原理が働かず、医療の質の低下を招きかねない、
 - ・ 駆け込み開業が発生し、診療所医師の年齢構成にひずみが出るなど、地域医療をゆがめる可能性があり、慎重に検討するべき、との意見もあった。

- これらの意見も踏まえ、今般の制度改正に当たっては、要請等の実効性を確保するため、下記の見直しを行うことが適当である。その上で、この見直しも含めて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が検討されるべきである。

医師偏在対策に関するとりまとめ 抜粋 ① - 4 (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)

赤字又は赤字部が関係箇所

- 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などは、**有限な保険料財源を原資とする保険医療機関として、より効率的な医療提供を行うよう、その提供内容の見直しを促す観点から、厚生労働大臣が行う保険医療機関の指定については、その指定期間を6年でなく3年とすることが考えられる。**これによって、医療法に基づく都道府県知事の要請・勧告・公表と、健康保険法に基づく厚生労働大臣の保険医療機関の指定を連携して運用することが可能となる。
- 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ことも考えられる。**
- 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ことが考えられる。
- なお、上記の対応の対象とならない外来医師多数区域等や新規開業者以外の者については、引き続き、ガイドラインによる地域で必要な医療機能の要請等の取組を推進することが適当である。

5. 今後の医師偏在対策の具体的な取組

(2) 地域の医療機関の支え合いの仕組み

③ 保険医療機関の管理者要件

- 2040年頃に向けて、複数疾患や医療・介護の複合ニーズを抱えた高齢者の増加及びこれによる医療費の増加が見込まれるところ、当該高齢者を支える中心となる保険医療機関については、適正な保険医療を効率的に提供することが求められる。このためには、地域内の他の医療機関や他職種との連携の強化、自機関内におけるチーム医療の推進をより一層求めていくことが必要であり、これを担う適切な管理能力を有する医師を各保険医療機関において確保することが必要である。
- 適切な管理能力を有する医師を各保険医療機関において確保することが必要であることを踏まえ、保険医療機関に運営管理の責任者として管理者を設け、保険診療に一定期間従事したことを要件とし、従業者の監督や当該機関の管理及び運営の責務を課すことが考えられる。また、医師少数区域等においては、要件の適用に当たって一定の配慮を行うことが考えられる。

5. 今後の医師偏在対策の具体的な取組

(3) 地域偏在対策における経済的インセンティブ

- 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。
- このため、「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」における医師確保を推進するため、都道府県の「医師偏在是正プラン(仮称)」に基づき、経済的インセンティブを講じることとし、「医師偏在是正プラン(仮称)」全体の策定にあわせて、令和8年度から経済的インセンティブの本格実施とすることが適当である。
- 具体的には、診療所医師が高齢化し、人口規模が小さい二次医療圏等で診療所数が減少傾向にある中、「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」で承継・開業する診療所の施設整備、設備整備、一定期間の地域への定着に対する支援を行うことが考えられる。この支援については、緊急的に先行して取り組むことが考えられる。
また、急激な人口構造の変化や医師の高齢化により医療提供体制の維持に課題が生じる地域を下支えする観点から、「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」における一定の医療機関に対して、派遣される医師及び従事する医師への手当増額の支援を行うことが考えられる。あわせて、当該区域内の一定の医療機関に対して、土日の代替医師確保等の医師の勤務・生活環境改善の支援を行うことが考えられる。
さらに、「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」において、中核病院等からの医師派遣により医師を確保するため、当該区域内の医療機関に医師を派遣する派遣元医療機関に対する支援を行うことが考えられる。
- その際、国において、事業費の総額を設定した上で、その範囲内で、人口、可住地面積、医師の高齢化率、医師偏在指標等に基づき、都道府県ごとに予算額の上限を設定し、その範囲内で支援を行うことが適当である。

- また、地域の医療提供体制の確保は、国と都道府県が連携して取り組んできた。一方、国民皆保険制度において「保険あってサービスなし」とならないよう、保険者においても、医師少数地域における適正な給付の維持・確保の一定の役割を果たしてきたと考えられる。このため、「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」における支援のうち、「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」の医師への手当増額の支援については、医師の人件費は本来診療報酬により賄われるものであるが、特定の地域に対して診療報酬で対応した場合、当該地域の患者負担の過度の増加をまねくおそれがあることから、診療報酬の対応でなく、全ての被保険者に広く協力いただくよう保険者からの負担を求めることも考えられる。また、医師への手当増額の支援については、診療報酬を代替するものであることを踏まえ、給付費の中で一体的に捉えることも考えられる。
- なお、①地域に必要な医療提供体制の確保は国・都道府県の責務であり、公的責任において負担するものであること、②そのための地域医療介護総合確保基金が消費税財源により措置されていること、③医師の人件費は医療費の一部であり、保険者は現に診療報酬を通じて必要な負担をしていること等の理由から、医師偏在対策にかかる費用を保険者の拠出財源に求めることには合理性がなく、保険給付と関連性の乏しい用途に保険料を充当することは、著しく妥当性を欠くとの意見もあった。
- 診療報酬において、医師偏在への配慮を図る観点から、どのような対応が考えられるか、さらに必要な検討を行うことが考えられる。
なお、診療報酬による対応を検討する場合でも、補助金や税制との役割分担を明確にした上で、医療の適正化も念頭に、最低限、財政中立を前提としてメリハリを付けるべきであるとの意見があった。

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

目次

1. はじめに
2. 医師偏在対策のこれまでの取組
3. 現状と課題
4. 医師偏在の是正に向けた基本的な考え方
5. 今後の医師偏在対策の具体的な取組
 - (1) 医師確保計画の実効性の確保
 - (2) 地域の医療機関の支え合いの仕組み
 - ① 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
 - ② 外来医師多数区域における新規開業希望者への地域で必要な医療機能の要請等の仕組みの実効性の確保
 - ③ 保険医療機関の管理者要件
 - (3) 経済的インセンティブ
 - (4) 全国的なマッチング機能の支援等
 - (5) リカレント教育の支援
 - (6) 都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定
 - (7) 医師偏在指標のあり方
 - (8) 医師養成過程を通じた取組
 - (9) 診療科偏在の是正に向けた取組
6. おわりに

1. はじめに

- 医師偏在対策については、令和6年6月21日に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2024」において、医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在の是正を図るため、医師養成過程での取組、経済的インセンティブ、規制的手法等を組み合わせた総合的な対策のパッケージを令和6年末までに策定することとされている。
- 厚生労働省において、令和6年8月30日に近未来健康活躍社会戦略が公表され、その中で、①医師確保計画の深化、②医師の確保・育成、③実効的な医師配置を柱として、医師偏在是正に向けた総合的な対策のパッケージの骨子案が示された。また、令和6年9月3日には、厚生労働大臣を本部長とする「厚生労働省医師偏在対策本部」が設置され、主な論点が示された。
- 新たな地域医療構想等に関する検討会（以下「本検討会」という。）においては、こうした政府の方針を踏まえつつ、持続可能な医療提供体制を確保するため、医師養成過程を通じた対策を除く医師偏在対策について、新たな地域医療構想とあわせて検討を進めてきた。医師養成過程を通じた取組については、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において検討が進められてきた。
- 今般、政府が医師偏在是正に向けた総合的な対策のパッケージを策定するに当たり、本検討会において、これまでの議論の内容を踏まえ、今後の医師偏在対策の考え方、取組の進め方等について整理し、とりまとめを行うものである。

2. 医師偏在対策のこれまでの取組

- 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、医師養成過程における取組、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。
- 医師偏在対策については、医師養成過程における取組として、特定の地域等で診療を行うことを条件とした医学部定員の地域枠の設定に加えて、臨床研修における都道府県別の募集定員上限数の設定、専門研修における都道府県別・診療科別の専攻医採用数の上限（シーリング）の設定を行い、若手医師を中心とした偏在対策が進められている。

- また、医師確保計画に基づく取組としては、都道府県において、地域医療対策協議会を通じた医師の派遣や、専門医の取得など本人のキャリアパスに配慮しつつ、医師不足地域等で診療に従事できるようにするためのキャリア形成支援等の取組が進められている。小児科・産科については、別途、医師確保計画を策定した上で、医師の派遣等の取組が進められている。
- 国においては、こうした都道府県の地域の実情に応じた取組に対して、地域医療介護総合確保基金等による財政支援や、データの分析・提供等の技術的支援が行われている。

3. 現状と課題

- 医師養成については、平成20年度から、特定の地域等での勤務を条件とした地域枠を中心に、医学部定員を臨時的に増員しており、医師数は、令和4年までの10年間で、全国で約30万3千人から約34万人3千人へ、約4万人増加してきている。
- こうした中、医師養成過程の取組を進めており、地域偏在については、医師少数都道府県・医師少数区域の若手医師の数は医師多数都道府県・医師多数区域と比較して増加しており、若手医師の地域偏在は縮小してきている。他方、全年齢の医師で見ると、地域偏在は縮小しているとは言えず、中堅・シニア世代を対象とする取組が課題となっている。
- また、第7次医師確保計画（令和2～5年度）では、当該計画期間中に医師偏在指標が下位1/3である医師少数都道府県や医師少数区域が当該下位1/3基準値に達することを目標としていたところ、16の医師少数都道府県のうち6都道府県（38%）が目標を達成し、105の医師少数区域のうち43区域（41%）が目標を達成しているが、依然として一部の都道府県・地域では地域偏在が解消されていない。都道府県における取組とともに、都道府県域を超えた全国的な医師偏在対策の基盤となる取組を行うことが求められている。
- 診療所については、診療所医師の高齢化が進行している中で、診療所医師が80歳で引退し、承継がなく、新規開業がないと仮定した場合、2040年においては、診療所がない市区町村が170程度増加すると推計されており、診療所の地域偏在への対応も求められる。

- 診療科偏在については、平成20年度から令和4年度までの診療科別の医師数の推移をみると、総数は約1.2倍に増加している中、診療科別の増加幅は様々であり、リハビリテーション科、形成外科、麻酔科、放射線科で約1.4～1.6倍に増加しているが、外科等の一部の診療科は横ばいとなっている。また、近年、特に若手医師において、美容医療に従事する医師が増加傾向にある。
- さらに、診療科別の時間外・休日労働時間について、年1,860時間を超えている医師の割合をみると、脳神経外科、外科等で高く、一部の診療科で長時間労働により医師の負担が大きくなっている。このような中、診療科偏在の是正に向けて、地域医療構想を通じた医療機関の機能分化・連携の推進や、働き方改革の推進による医師の負担軽減とあわせて、対策を強化する必要がある。

4. 医師偏在の是正に向けた基本的な考え方

- 医師少数の地域や診療科における医師の配置は、これまで基本的に職業選択の自由・営業の自由に基づき医師が働く場所や診療科を自由に選択することができるという考え方の下、へき地保健医療対策とともに、医師養成過程での取組を中心に進めてきた。
- しかしながら、今後、地域ごとに人口構造が急激に変化していく中で、地域や診療科の医師配置の不均衡が拡大しかねない状況にある。また、日本の人口減少が進み、人材制約が大きくなる一方、医師数は毎年増加しており、医師の需要と供給は2029年頃に均衡する推計もある中、医師確保対策について、総数の確保から適切な配置へと重心をシフトしていく必要がある。
- こうした中、将来にわたり地域で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、3の現状と課題を踏まえ、次の3つの観点から、実効性のある医師偏在対策を進めていく必要がある。
- 一点目は、医師偏在対策を総合的に実施することである。医師偏在は一つの取組で是正が図られるものではなく、医師の価値観の変化、医師の意向や地域の実情等を踏まえながら、様々な取組を幅広く実施することが必要であり、医師確保計画に基づく取組を進めるとともに、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進めるべきである。

- 二点目は、全ての世代の医師にアプローチすることである。若手医師を対象とした医師養成過程中心の対策から、中堅・シニア世代を含む全ての世代の医師へのアプローチが求められる。アプローチに当たっては、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することが求められる。
- 三点目は、へき地保健医療対策を超えた取組を行うことである。へき地でなくても、人口規模、地理的条件、今後の人口動態等から、医療機関の維持が困難な地域もあることから、医師偏在指標だけではなく、可住地面積あたりの医師数、住民の医療機関へのアクセス状況、医師の高齢化の状況、今後の人口動態等の地域の実情を十分に踏まえ、都道府県において、支援が必要な地域を明確化した上で、従来のへき地保健医療対策を超えた対策を進めていくべきである。
- さらに、人口減少が進む中で、定住人口が見込まれる地域であっても、「保険あってサービスなし」という事態に陥る可能性があることから、将来にわたって国民皆保険を維持し、こうした地域を守るため、地域の必要な医療機能を確保することが必要であり、国、地方自治体、医療関係者、保険者等の全ての関係者が協働して医師偏在対策に取り組むことが重要である。

5. 今後の医師偏在対策の具体的な取組

(1) 医師確保計画の実効性の確保

- 医師確保計画に基づく取組の更なる実効性を確保するためには、国によるサポートを行いながら、都道府県の地域の実情に応じた医師偏在対策を促進することが必要である。
- ① 「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」
- 早急に医師確保を要する地域については、今後も一定の定住人口が見込まれるものの、必要な医師が確保できず、人口減少よりも医療機関の減少のスピードの方が早い地域など、へき地でなくても、人口規模、地理的条件、今後の人口動態等から、医療機関の維持が困難な地域もある。このため、まず早急に取り組む地域の対策として、「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」を設定した上で、優先的かつ重点的に対策を進めることが適当である。

○ 「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」の設定に当たっては、厚生労働省において候補区域を提示することとし、都道府県において、この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が考えられる。当該区域については、二次医療圏単位のほか、地域の実情に応じて、市区町村単位、地区単位等も考えられる。また、対策の実施に当たっては、地域の関係者の理解が重要であることから、地域医療対策協議会及び保険者協議会で協議した上で当該区域を選定することが適当である。

○ 厚生労働省が提示する候補区域については、

- ① 各都道府県の医師偏在指標が最も低い二次医療圏
- ② 医師少数県の医師少数区域
- ③ 医師少数区域かつ可住地面積当たりの医師数が少ない二次医療圏（全国下位 1/4）

のいずれかに該当する区域を提示することが考えられる。

② 「医師偏在是正プラン(仮称)」

○ 都道府県において、医師確保計画の中でより実効性のある医師偏在対策の取組を進めるため、「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」を対象とした「医師偏在是正プラン(仮称)」を策定することが適当である。

○ 「医師偏在是正プラン(仮称)」においては、「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」、支援対象医療機関、必要な医師数、医師偏在是正に向けた取組等を定めることとし、策定に当たっては、地域医療対策協議会及び保険者協議会で協議することが適当である。また、「医師偏在是正プラン(仮称)」は、国の定めるガイドラインを踏まえ、緊急的な取組を要する事項から先行して策定し、令和8年度に全体を策定することが考えられる。

(2) 地域の医療機関の支え合いの仕組み

① 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

○ 平成30年の医療法改正により、医師少数区域等で勤務した医師を厚生労働大臣が認定する制度が創設された。その際、一定の医療機関の管理者には、財務・労務管理といった経営能力のみならず、地域への貢献を含めた幅広いマネジメント能力が求められるため、地域医療支援病院の管理者については、医師少数区域等での勤務経験を要件とすることとされ、令和2年4月から施

行された。

- 医師確保等の地域への貢献が求められる医療機関においては、地域の状況等を踏まえながら、行政や医育機関、他医療機関、多職種等と連携して、地域全体の医療提供における役割を一層発揮する観点から、管理者が医師少数区域等での勤務を行い地域医療等の実情を経験していることが一つの重要な要素として考えられる。このため、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ことが考えられる。
- 医師少数区域等での勤務の実効性を確保するためには、全ての医療機関を対象とするべきとの意見があったが、上記の病院を対象に追加し、その効果等を検証することが適当である。
- 対象医療機関の拡大に際しては、管理者には医師少数区域等での勤務のみでない幅広い経験が求められることや、若い医師を中心に管理者となることを避ける傾向があり、対象医療機関の管理者の確保に課題が生じるおそれがあることを踏まえ、施行に当たっては柔軟な対応も必要である。医師少数区域等に所在する対象医療機関の管理者となる場合は、その後に医師少数区域等の勤務を経験することとなるため、対象から除外することが考えられる。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ことも考えられる。
- こうした見直しの適用に当たっては、管理者の確保等に配慮する観点から、現行の地域医療支援病院の管理者と同様、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ことが適当である。
- また、医師少数区域等での勤務経験期間について、医師少数区域等での勤務をさらに促進し、地域における安定的な医療提体制を確保する観点から、現行の「6か月以上」から「1年以上」に延長することが適当である。
- あわせて、医師少数区域等で勤務する医師の意向や出産、育児、介護等の

ライフプランを考慮するため、

- ・ 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、
- ・ 医師免許取得後 9 年以上経過していない場合、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

を可能とすることが適当である。

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

- 外来医療については、地域で中心的に外来医療を担う診療所の開設状況が都市部に偏っているほか、初期救急医療提供体制の構築等の医療機関の連携の取組が、個々の医療機関の自主的な取組に委ねられている。例えば、在宅当番医制については、外来医師偏在指標が高い二次医療圏は、その他の二次医療圏と比べて、在宅当番医制に参加している診療所の割合が少ない。
- こうした中、国が定める「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」（以下「ガイドライン」という。）において、都道府県は、外来医療機能に関する協議の場を設置し、少なくとも外来医師多数区域においては、新規開業希望者に対して、協議の内容を踏まえて、地域に必要とされる医療機能を担うよう求めることとしている。都道府県において、ガイドラインに基づき、地域で不足する医療機能の要請がなされているが、対応していない新規開業者が一定数存在すること等を踏まえ、要請やフォローアップの仕組みを強化することが求められる。
- このため、地域で不足している医療機能の確保によってより適切な医療提供体制を構築する観点から、現行のガイドラインによる外来医師多数区域における新規開業希望者への地域で必要な医療機能の要請等の仕組みについて、実効性を確保することが必要である。
- 具体的には、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のが適当である。

- 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、事前に公表することが適当である。また、要請に当たっては、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。
- 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ことが適当である。
- その上で、要請等の実効性を確保する観点からの意見として、
 - ・ これまでの医師不足対策で十分な成果が得られなかったことを踏まえ、過多区域で特に厳しい規制をかけるべきであり、都道府県からの要請に応じず、勧告にも従わない新規開業者に対して、勧告等の基準を明確にした上で、保険医療機関の指定の可否について、開業時だけではなく、更新時にも厳しく判断すべき、
 - ・ 要請・勧告後にどうなるか意識しながら外来医師過多区域での開業を判断いただくことが重要であり、要請・勧告を行った場合の牽制効果という意味でも、保険医療機関の不指定や取消を規定すべき、との意見があった。
- 一方で、保険医療機関の指定をしない、又は保険医療機関の取消を行うことについては、
 - ・ 保険医療機関の不指定や指定取消については、診療所の経営に関わる強い規制であり、憲法上の職業選択の自由や営業の自由と抵触するおそれがあるもので、認める余地はない、
 - ・ 健康保険法上の保険医療機関の不指定や指定取消は、医療保険制度を著しく毀損するような場合に認められるものであり、一方、今回検討している医療法上の不足する医療機能の要請等は、医療保険制度の外にある学校医、公衆衛生上の貢献を含めたもので、そうした貢献をしないからといって著しく医療保険制度を損なうことにはならず、不指定や指定取消の議論

に論理的に結びつかない、

- ・ 診療所の新規参入に対する過度な抑制を行った場合、その地域の新規開業が減少し、競争原理が働かず、医療の質の低下を招きかねない、
- ・ 駆け込み開業が発生し、診療所医師の年齢構成にひずみが出るなど、地域医療をゆがめる可能性があり、慎重に検討するべき、との意見もあった。

- これらの意見も踏まえ、今般の制度改正に当たっては、要請等の実効性を確保するため、下記の見直しを行うことが適当である。その上で、この見直しも含めて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が検討されるべきである。
- 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などは、有限な保険料財源を原資とする保険医療機関として、より効率的な医療提供を行うよう、その提供内容の見直しを促す観点から、厚生労働大臣が行う保険医療機関の指定については、その指定期間を6年でなく3年とすることが考えられる。これによって、医療法に基づく都道府県知事の要請・勧告・公表と、健康保険法に基づく厚生労働大臣の保険医療機関の指定を連携して運用することが可能となる。
- 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ことも考えられる。
- 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ことが考えられる。
- なお、上記の対応の対象とならない外来医師多数区域等や新規開業者以外の者については、引き続き、ガイドラインによる地域で必要な医療機能の要請等の取組を推進することが適当である。

③ 保険医療機関の管理者要件

- 2040年頃に向けて、複数疾患や医療・介護の複合ニーズを抱えた高齢者の増加及びこれによる医療費の増加が見込まれるところ、当該高齢者を支える中心となる保険医療機関については、適正な保険医療を効率的に提供することが求められる。このためには、地域内の他の医療機関や他職種との連携の強化、自機関内におけるチーム医療の推進をより一層求めていくことが必要であり、これを担う適切な管理能力を有する医師を各保険医療機関において確保することが必要である。

- 適切な管理能力を有する医師を各保険医療機関において確保することが必要であることを踏まえ、保険医療機関に運営管理の責任者として管理者を設け、保険診療に一定期間従事したことを要件とし、従業者の監督や当該機関の管理及び運営の責務を課すことが考えられる。また、医師少数区域等においては、要件の適用に当たって一定の配慮を行うことが考えられる。

(3) 地域偏在対策における経済的インセンティブ

- 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。

- このため、「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」における医師確保を推進するため、都道府県の「医師偏在是正プラン(仮称)」に基づき、経済的インセンティブを講じることとし、「医師偏在是正プラン(仮称)」全体の策定にあわせて、令和8年度から経済的インセンティブの本格実施とすることが適当である。

- 具体的には、診療所医師が高齢化し、人口規模が小さい二次医療圏等で診療所数が減少傾向にある中、「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」で承継・開業する診療所の施設整備、設備整備、一定期間の地域への定着に対する支援を行うことが考えられる。この支援については、緊急的に先行して取り組むことが考えられる。
また、急激な人口構造の変化や医師の高齢化により医療提供体制の維持に課題が生じる地域を下支えする観点から、「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」における一定の医療機関に対して、派遣される医師及び従事する医師への手当増額の支援を行うことが考えられる。あわせて、当該区域内の一定の医療

機関に対して、土日の代替医師確保等の医師の勤務・生活環境改善の支援を行うことが考えられる。

さらに、「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」において、中核病院等からの医師派遣により医師を確保するため、当該区域内の医療機関に医師を派遣する派遣元医療機関に対する支援を行うことが考えられる。

- その際、国において、事業費の総額を設定した上で、その範囲内で、人口、可住地面積、医師の高齢化率、医師偏在指標等に基づき、都道府県ごとに予算額の上限を設定し、その範囲内で支援を行うことが適当である。
- また、地域の医療提供体制の確保は、国と都道府県が連携して取り組んできた。一方、国民皆保険制度において「保険あってサービスなし」とならないよう、保険者においても、医師少数地域における適正な給付の維持・確保の一定の役割を果たしてきたと考えられる。このため、「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」における支援のうち、「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」の医師への手当増額の支援については、医師の人件費は本来診療報酬により賄われるものであるが、特定の地域に対して診療報酬で対応した場合、当該地域の患者負担の過度の増加をまねくおそれがあることから、診療報酬の対応でなく、全ての被保険者に広く協力いただくよう保険者からの負担を求めることも考えられる。また、医師への手当増額の支援については、診療報酬を代替するものであることを踏まえ、給付費の中で一体的に捉えることも考えられる。
- なお、①地域に必要な医療提供体制の確保は国・都道府県の責務であり、公的責任において負担するものであること、②そのための地域医療介護総合確保基金が消費税財源により措置されていること、③医師の人件費は医療費の一部であり、保険者は現に診療報酬を通じて必要な負担をしていること等の理由から、医師偏在対策にかかる費用を保険者の拠出財源に求めることには合理性がなく、保険給付と関連性の乏しい使途に保険料を充当することは、著しく妥当性を欠くとの意見もあった。
- 診療報酬において、医師偏在への配慮を図る観点から、どのような対応が考えられるか、さらに必要な検討を行うことが考えられる。

なお、診療報酬による対応を検討する場合でも、補助金や税制との役割分担を明確にした上で、医療の適正化も念頭に、最低限、財政中立を前提としてメリハリを付けるべきであるとの意見があった。

(4) 全国的なマッチング機能の支援等

- これまで中堅・シニア世代の医師を対象とした対策が十分には行われていない一方、中堅・シニア世代の医師の中には、地域医療への関心を示す者が一定程度存在することから、これらの人材を医師不足地域における医療ニーズに上手くつなげていくことが求められる。また、これまでの都道府県内の医師確保計画に基づく取組だけではなく、都道府県域を超えた全国的な地域偏在の是正につなげる取組が求められる。

- 中堅・シニア世代等の医師を希望に応じて医師不足地域における医療ニーズにつなげるため、中堅・シニア世代等の医師を対象として、医師不足地域での医療に関心・希望を有する医師の掘り起こしを行い、必要に応じてリカレント教育や現場体験につなぎ、医師不足地域の医療機関とのマッチング、その後の定着支援等を行うため、全国的なマッチング機能の支援を行うことが適当である。これらの取組は地域において不足する診療科への対応にも一定程度資するものと考えられる。

(5) リカレント教育の支援

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

(6) 都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定

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

- こうした状況を踏まえ、都道府県における地域医療対策協議会等による医

師派遣調整機能等を強化するため、都道府県と大学病院等の間で、医師派遣・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することが適当である。あわせて、大学病院からの派遣体制を強化するためには、医師確保対策における大学病院の位置づけを明確化し、医師の確保に向けた取組を進めることが重要である。

(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に、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。

(8) 医師養成過程を通じた取組

- 医学部臨時定員、臨床研修の広域連携型プログラムの制度化等の医師養成過程を通じた取組については、医師確保計画策定ガイドラインに沿った取組のほか、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等における議論を踏まえ、個々の地域の実情や都道府県の意見を十分に聞きながら、必要な対応を進めることが適当である。

(9) 診療科偏在の是正に向けた取組

- 診療科偏在は、地域ごとの取組のみでは十分でなく、国全体として取り組むべき課題である。労働環境の改善や今後の医療需要の見込み等を踏まえ、新たな地域医療構想等を通じた一定の医療の集約化を図りつつ、女性医師・男性医師を問わず、必要とされる分野が若手医師から選ばれるための環境作り等、処遇改善に向けた必要な支援を実施することが適当である。
- なお、外科医師が比較的長時間の労働に従事している等の業務負担への配慮・支援等の観点での手厚い評価について、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等における議論を踏まえつつ、別途、必要な議論を行うことが適当である。

6. おわりに

- 今後の医師偏在対策については、4. の基本的な考え方にに基づき、5. の具体的な取組を進めることが重要であり、厚生労働省においては、医師偏在

是正に向けた総合的な対策のパッケージに反映した上で、制度改正を含め、必要な対応を行うべきである。また、今後の対策の実施に当たっても、引き続き、医療関係者、保険者、都道府県、市町村等の意見を真摯に受け止め、実効性のある取組が行われることを期待する。

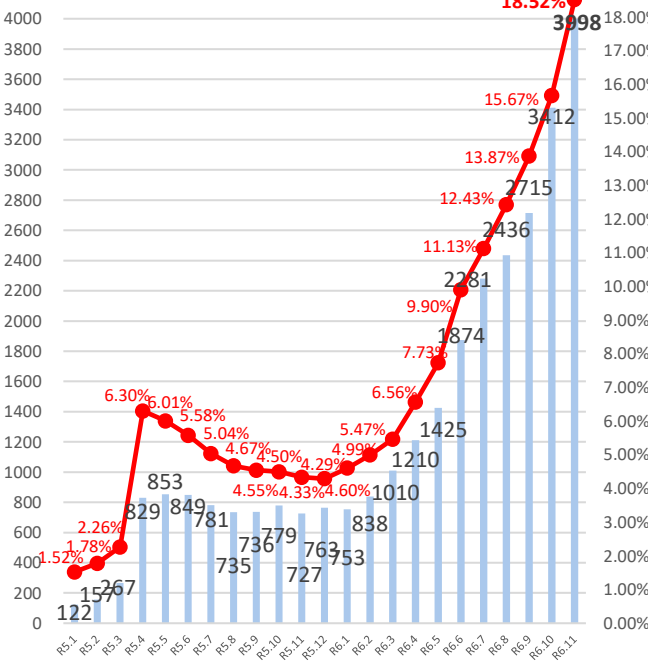
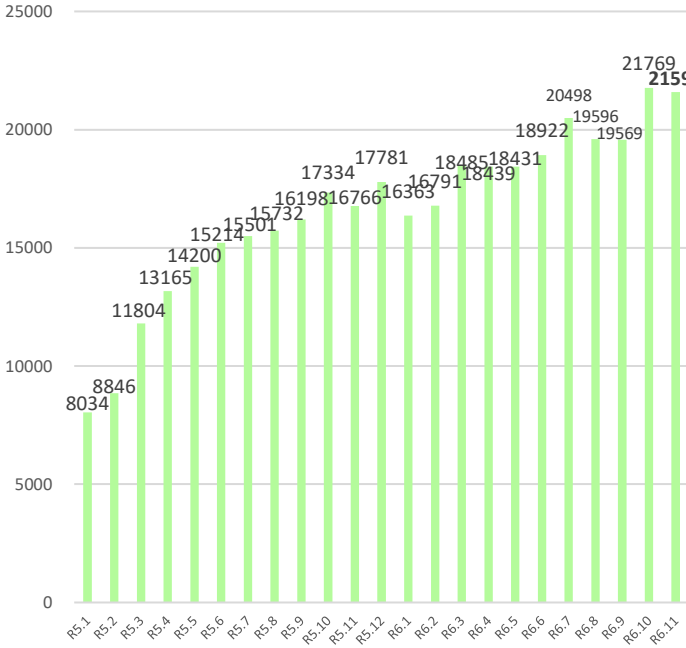
※利用率=マイナ保険証利用件数/オンライン資格確認利用件数

■ オンライン資格確認の利用件数 (万件)

■ マイナ保険証の利用件数 (万件)

● 利用率

【11月分実績の内訳】



	合計	マイナンバーカード	保険証
病院	13,613,978	4,460,220	9,153,758
医科診療所	91,542,420	14,317,957	77,224,463
歯科診療所	15,293,140	4,050,169	11,242,971
薬局	95,451,334	17,151,302	78,300,032
総計	215,900,872	39,979,648	175,921,224

	特定健診等情報 (件)	薬剤情報 (件)	診療情報 (件)
病院	1,223,876	705,356	2,023,632
医科診療所	4,278,151	5,397,555	12,088,154
歯科診療所	1,024,940	887,769	928,565
薬局	5,274,811	4,429,316	8,833,569
総計	11,801,778	11,419,996	23,873,920

マイナンバーカードの健康保険証利用登録件数 (令和6年11月30日時点) : **78,743,686**件 (令和6年10月31日時点との差分: +1,271,983件)

※利用登録解除件数 (速報値) (令和6年10月28日~11月30日) : 13,147件

※この数値は中間サーバーで受け付けた件数であり、実際の解除済み件数の合計ではない

<参考>

令和6年11月のマイナ保険証利用人数 (1,920万人) から、当該月に医療機関に受診した人の推計値 (6,610万人) を用いて、一月に医療機関を受診した人のうち、マイナ保険証を利用した人の割合 (推計値) を算出すると以下のとおり。

- 医療機関受診者に占めるマイナ保険証利用者の割合 29.0%
- 医療機関受診者 (MNC保有者) に占めるマイナ保険証利用者の割合 38.1%
- 医療機関受診者 (マイナ保険証登録者) に占めるマイナ保険証利用者の割合 46.1%

※医療機関受診者数とマイナ保険証利用者数は、月内に保険者を異動し、両保険者において医療機関を受診した又はマイナ保険証を利用した場合はダブルカウントされる。
 ※医療機関受診者数については、加入者数に患者割合をかけることで算出。加入者数については令和6年7月までは医療保険医療費データベースによる実績値、8~11月は過去の伸び率から推計して算出。
 患者割合は、令和4年度の医療給付実態調査における診療種別計の患者割合を元に、医療保険医療費データベースにおける直近の入院外+歯科の受診率を用いて推計し算出。
 ※医療機関受診者のうちMNC保有者及びマイナ保険証保有者の算出は、全人口のうちMNC保有者 (76.3%) やMNC保有者のうちマイナ保険証利用登録者 (82.6%) を用いて推計。

資格確認書に関する周知 ①（医療機関・薬局＋国民への周知）

医療機関・薬局ならびに国民に対しても、厚生労働省HPで掲載。また、作成したリーフレットも掲載して周知。

健康保険証は 12月2日以降新たに発行されなくなります

現行の健康保険証は、令和6年12月2日以降新たに発行されなくなります。新規発行終了後は、マイナンバーカードの健康保険証利用(マイナ保険証)を基本とするしくみに移行します。ただし移行後も、

お手元の健康保険証は、有効期限までの間、**最長1年間**使用できます。
※後期高齢者医療保険加入者の方の有効期限は2025年7月31日となりますのでご注意ください

マイナ保険証ならではのメリット

- ✓ 過去のお薬・診療データに基づく、より良い医療が受けられる
- ✓ 突然の手術・入院でも高額支払いが不要になる
- ✓ 救急現場で、搬送中の適切な応急処置や病院の選定などに活用される

健康保険証として利用できるだけでなく、日常生活の中で利用できるシーンが広がっています。ぜひ日頃からマイナンバーカードを持ち歩いて、ご活用ください！



よくある質問

Q. マイナンバーカードに大事な情報が入っていますか？

A. マイナンバーカードにはプライバシー性の高い情報は入っていません。

また、カード裏面のマイナンバー(12桁)を知らただけでは悪用されません。保険証利用時、医療機関がマイナ保険証で参照できるデータは、現行の健康保険証と同じ情報と、ご本人の同意があった場合のみ、受けている治療内容やお薬の履歴のみとなります。

Q. 本人が顔認証付きカードリーダーを操作できない場合はどうするのですか？

A. 顔認証のかわりにマイナンバーカード作成時に設定した暗証番号を代理人が入力することなどで受付することができます。待合スペース等にいるご本人のお顔とマイナンバーカードのお写真を、職員が目視で確認する本人確認も可能です。



それでもマイナ保険証ではなく別の方法で受診したいときはどうすればいい？

詳しくは裏面に

マイナ保険証をお持ちでなくても 資格確認書によりこれまで通り医療にかかれます

マイナ保険証を使わない場合の受診方法

- 2024年12月2日以降は、「**資格確認書**」でもこれまで通り医療にかかることができます。

<イメージ>

※ 保険者によって様式・発行形態が異なります。
※ 資格確認書の交付等に関する事項は、ご自身が加入している医療保険者からの情報をご確認ください。ご不明点等についても、同保険者にお問合せをお願いします。

- マイナンバーカードの健康保険証利用登録をしていない方には、**現行の健康保険証の有効期限がきる前に「資格確認書」を無償で申請によりお届けします。**ご自身の申請は不要です。なお、すでに利用登録されている方であっても、解除された方には同様に届けます。

- ・ マイナ保険証を持っていても、マイナンバーカードでの受診等が困難な方(高齢者、障害者等)は、申請いただくことで、資格確認書を無償で交付します。(更新時の申請は不要)
- ・ 病態の変化などにより、顔認証付きカードリーダーを上手く使えなくなった場合、資格確認書をご使用ください。現行の健康保険証と同様、親族等の法定代理人や、介助者等による代理申請も可能です。
- ・ 後期高齢者医療制度の被保険者は、2025年7月未までの暫定的な運用として、**現行の健康保険証が失効する方に資格確認書を無償で申請によりお届けします。**そのため、当分の間、申請は不要です。

移行後もご安心ください

マイナンバーカードでのカードリーダーの操作が上手くいかなくても、**医療費が10割負担になることはありません。**



マイナンバーカードの保険証利用について知りたい方はこちら

0120-95-0178

5層を選択のうえ、音声ガイダンスにしたがってお申し込みください。

受付時間(※受付時間)

平日:9時30分～20時00分
土日祝:9時30分～17時30分



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

資格確認書に関する周知 ②（医療機関・薬局＋国民への周知）

10月24日以降、政府広報と連携して新聞広告を実施。また、医療機関や国民に配布できるリーフレットを作成した上で、12月12日に全医療機関・薬局にメールで送付。

<全医療機関・薬局に対して周知したリーフレット（12/12）>

<新聞広告（10/24～10月末）>


政府広報 | 厚生労働省 あしたの暮らしをわかりやすく

まだ、マイナ保険証をお持ちでなくても、これまでどおりの医療を、あなたに。

今年の12月2日に、現行の健康保険証は新たに発行されなくなり、マイナ保険証を基本とする仕組みに移行します。切り替えがまだお済みでない方も申請不要で届けられる資格確認書で保険診療を受けられます。ご安心ください。また、今お持ちの保険証は、有効期限まで最大1年間、利用できます。有効期限が切れる場合でも、必要な方には資格確認書が交付されます。

- マイナ保険証をお持ちでない方 **申請不要で** 資格確認書をお届けします。
- 新たに後期高齢者になった方 **申請不要で** 資格確認書をお届けします。 ※来年7月末まで
- マイナ保険証での受診が困難な方 **申請いただくことで** 資格確認書をお届けします。
(ご高齢の方・障害をお持ちの方など)

診療履歴に基づいたより良い医療が受けられるなど、さらに詳しい情報は [こちらから検索](#) →

政府広報 **マイナ保険証** | 🔍 

政府広報 | 厚生労働省 あしたの暮らしをわかりやすく

まだ、マイナ保険証をお持ちでなくても、これまでどおりの医療をあなたに。

2024年12月2日に、現行の健康保険証は新たに発行されなくなり、マイナ保険証を基本とする仕組みに移行します。切り替えがまだお済みでない方も申請不要で届けられる資格確認書で保険診療を受けられます。ご安心ください。また、2024年12月2日時点で有効な保険証は、最大1年間ご利用になります。有効期限が切れる場合でも、必要な方には資格確認書が交付されます。

- マイナ保険証をお持ちでない方 **申請不要で** 資格確認書をお届けします。
- 新たに後期高齢者になった方 **申請不要で** 資格確認書をお届けします。 ※2025年7月末まで
- マイナ保険証での受診が困難な方 **申請いただくことで** 資格確認書をお届けします。
(ご高齢の方・障害をお持ちの方など)

診療履歴に基づいたより良い医療が受けられるなど、さらに詳しい情報は [こちらから検索](#) →

政府広報 **マイナ保険証** | 🔍 