

資料 No.1

<令和 6 年度地域包括医療・ケア研修会>

—令和 7 年 1 月 17 日(金) / 1 日目-13:45~14:55

講演 I

国民健康保険制度と地域包括ケアシステム

■講師

厚生労働省保険局国民健康保険課長

唐木 啓介 氏

■司会

国診協副会長

千葉県:国保直営総合病院君津中央病院名誉院長

海保 隆

国民健康保険制度と地域包括ケアシステム

令和 6 年度 地域包括医療・ケア研修会講演資料

令和 7 年 1 月 1 7 日

厚生労働省保険局

国民健康保険課長 唐木 啓介

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

目次

0. 総論

1. 地域包括ケアと地域共生

2. 国保の課題と取組

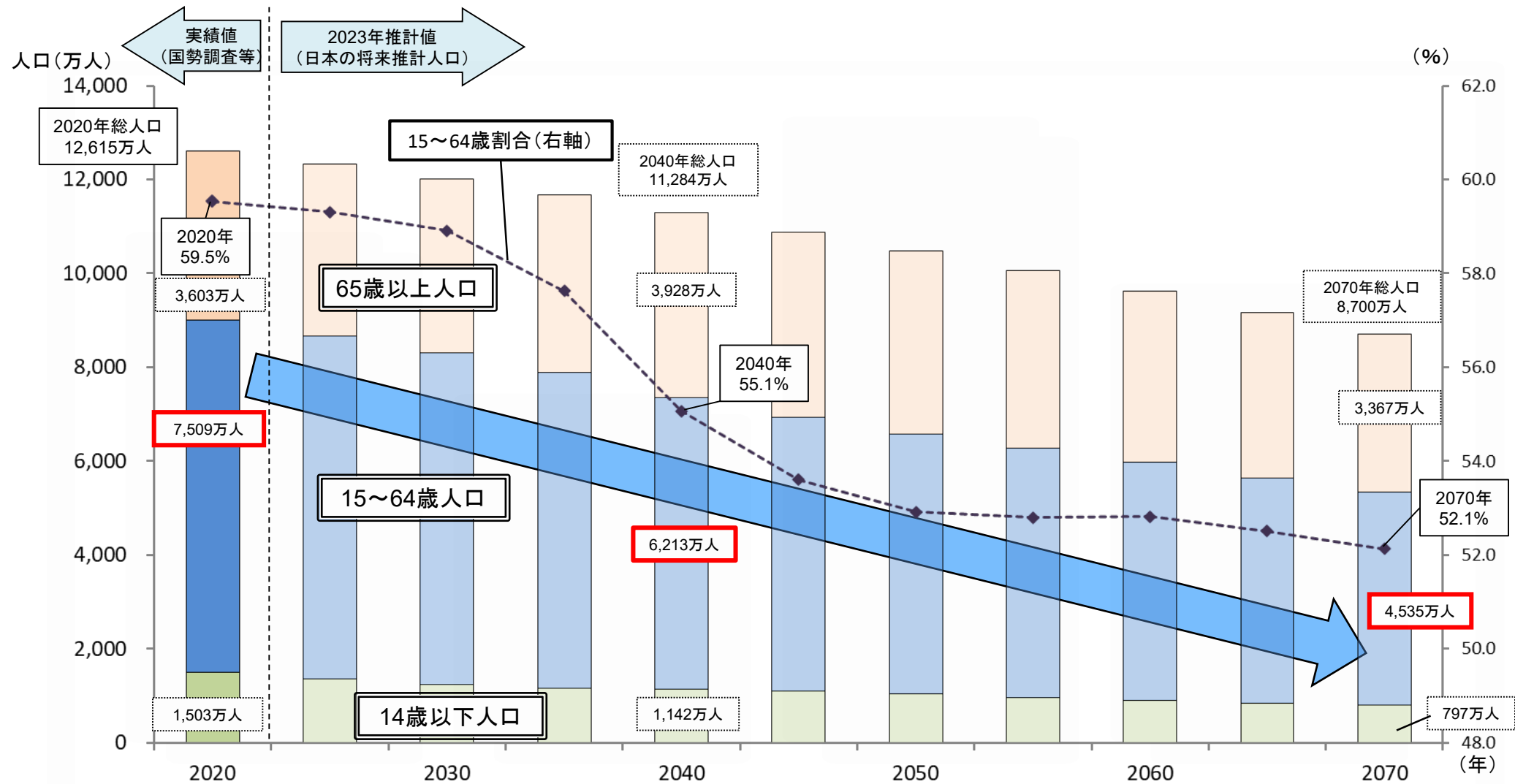
3. DXに向けた取組

4. 医療提供体制等

0. 総論

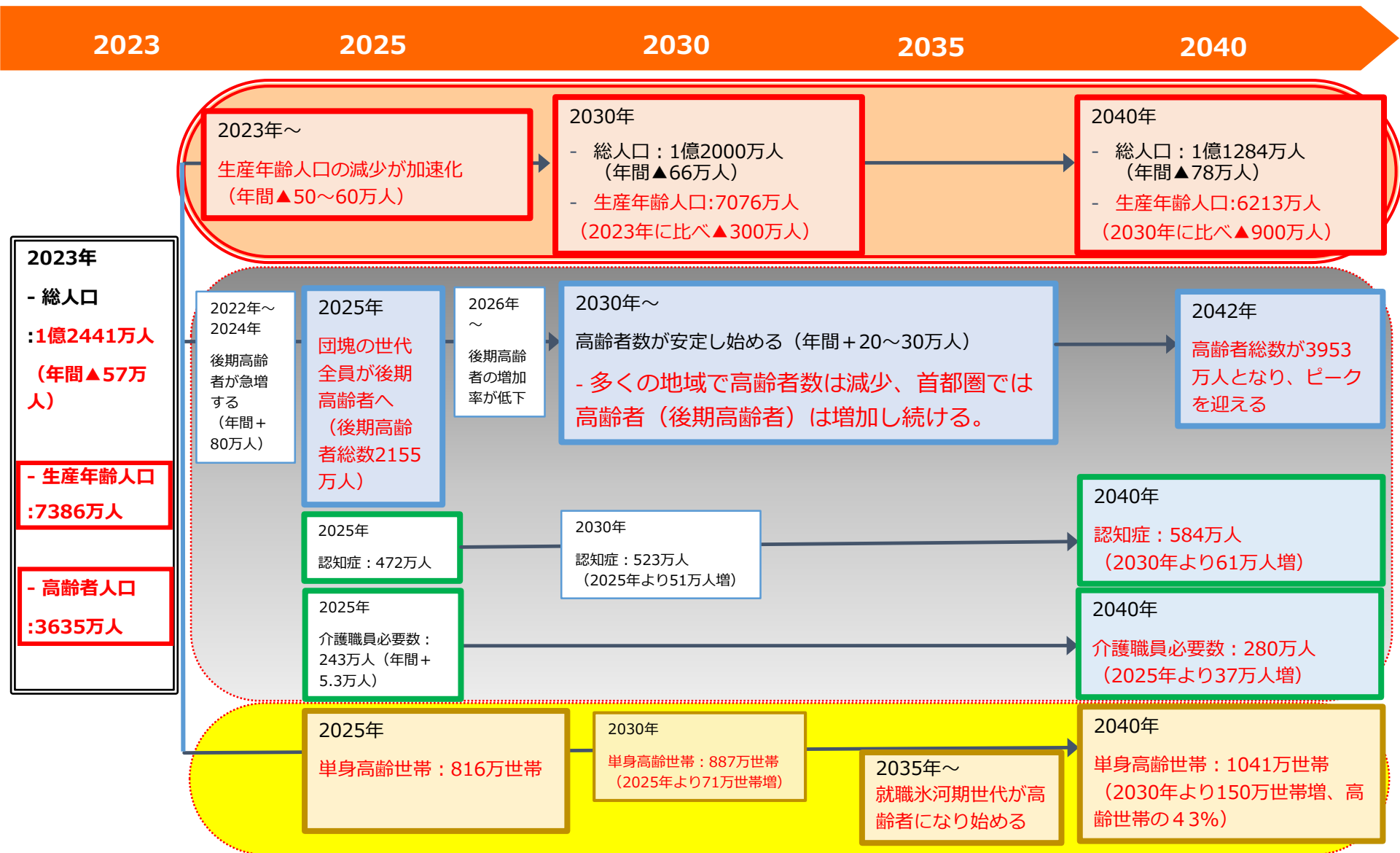
日本の人口の推移

- 日本の人口は、今後減少していくが、特に15～64歳人口の減少ペースが顕著（▲60万人、▲1%/年）。



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

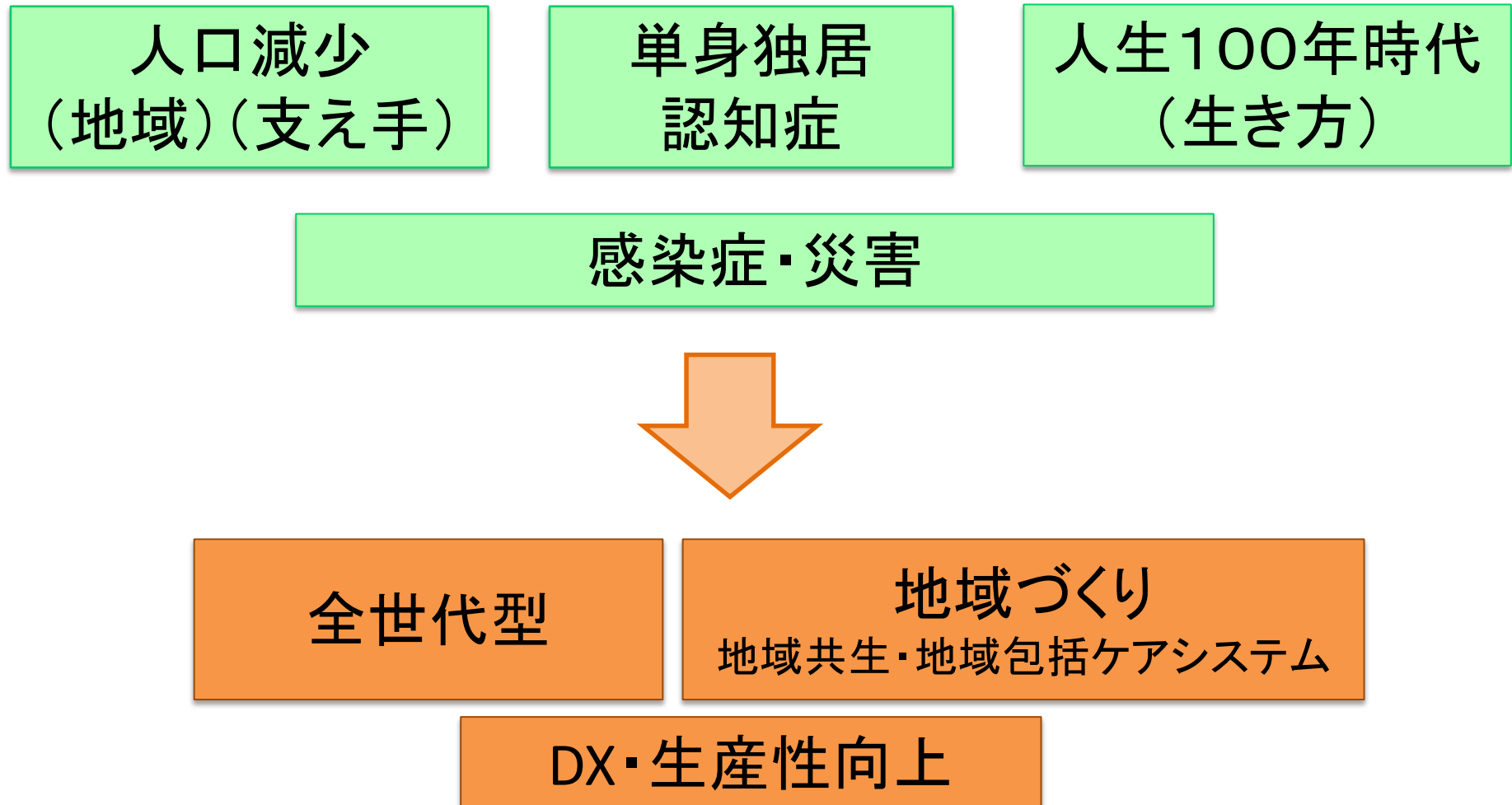
2040年までの人口等に関する短期・中期・長期の見通し



【出典】

- ・人口について：総務省「人口推計」（令和4年1月1日現在）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」（出生中位（死亡中位）推計）
- ・世帯数について：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（全国推計）（平成30年推計）」
- ・認知症について：厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（研究代表者：二宮利治（平成27年3月））。各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計。
- ・介護職員数の必要数について：市町村により第8期介護保険事業計画に位置づけられたサービス見込み量（総合事業を含む）等に基づく都道府県による推計値を集計したもの。

2040年に向けた社会経済の変化と対応

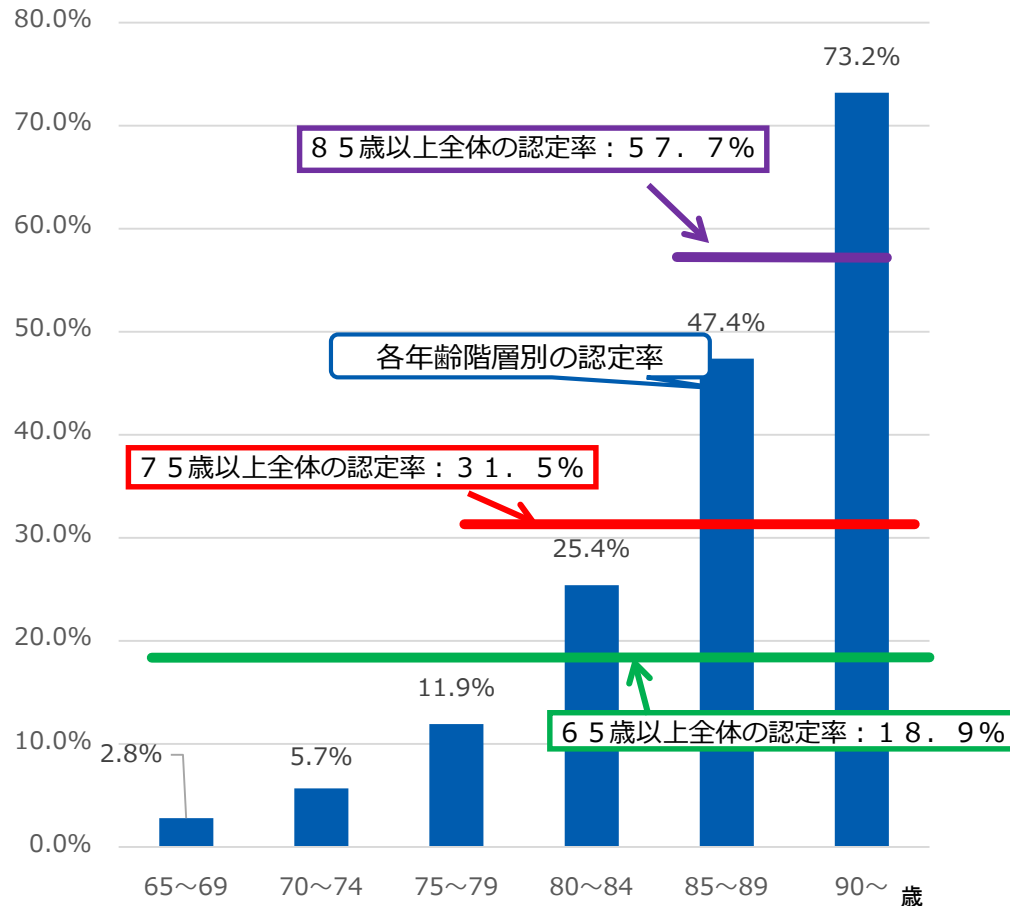


1. 地域包括ケアと地域共生

医療需要の変化 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

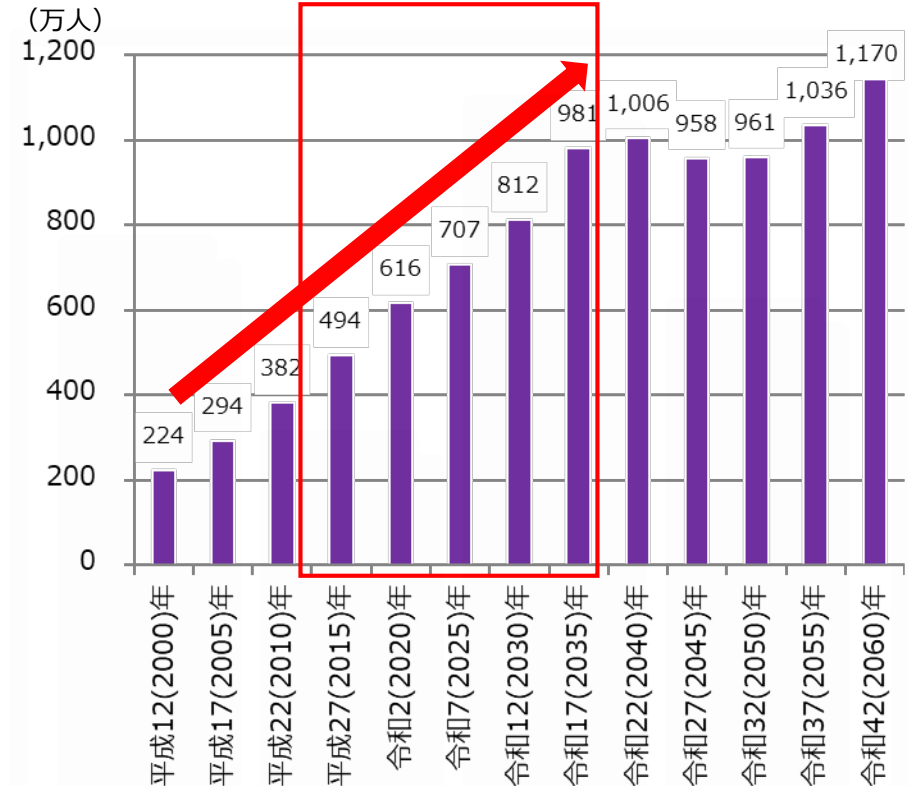
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

年齢階級別の要介護認定率



出典：2022年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2022年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成

85歳以上の人口の推移



（資料）将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和5(2023)年4月推計）出生中位（死亡中位）推計
2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」（年齢不詳人口を按分補正した人口）

地域包括ケアシステムの「植木鉢」

地域生活はこうやって支える：地域包括ケアシステムの植木鉢

関係者が「**まとまる**」取組

葉っぱ：多職種連携



土：地域づくり

関係者が「**まじわる**」取組

資格や専門的な知識をもった専門職

医師、看護師、リハビリテーション職、介護職、ケアマネジャー、保健師、ケースワーカー。介護保険は引き続き生活支援サービスも提供するが、より「専門職にしかできない業務」に集中。バラバラに経営されている事業者が連携してチームに。

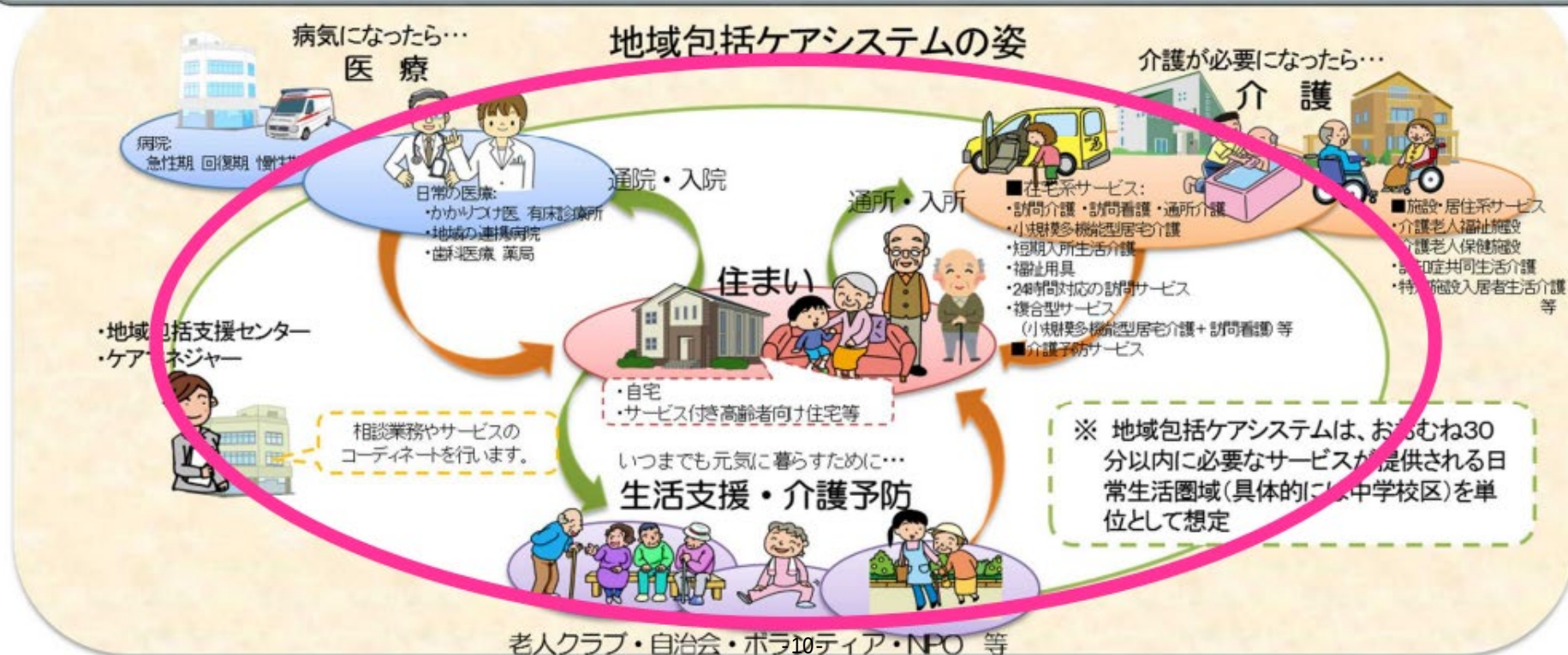
日常生活／地域生活

地域の様々な主体や関係者を表している。住民グループは趣味の会、ボランティアグループ、民生委員、町内会、ご近所づきあい、民間企業、商店街、コンビニ、郵便局など。多様な資源を組み合わせ多様な選択肢を提示することで、住民は、心身能力が低下しても従前の生活を維持しやすくなる。

出所）植木鉢の絵：三菱UFJリサーチ＆コンサルティング「地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書」（地域包括ケア研究会）、平成27年度老人保健健康増進等事業。

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても**住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができる**よう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）の構築を実現。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。



【現行】

意義

- 「団塊の世代」が全て75歳以上となる2025年に向け、利用者の視点に立って切れ目のない医療及び介護の提供体制を構築。自立と尊厳を支えるケアを実現

【見直し案】

意義

- 「団塊の世代」が全て75歳以上となる2025年、**その後の生産年齢人口の減少の加速等を見据え**、患者・利用者・国民の視点に立った医療・介護の提供体制を構築。自立と尊厳を支えるケアを実現。

基本的方向性

- (1) 効率的で質の高い医療提供体制の構築と地域包括ケアシステムの構築
- (2) 地域の創意工夫を活かせる仕組み
- (3) 質の高い医療・介護人材の確保と多職種連携の推進
- (4) 限りある資源の効率的かつ効果的な活用
- (5) 情報通信技術（ICT）の活用

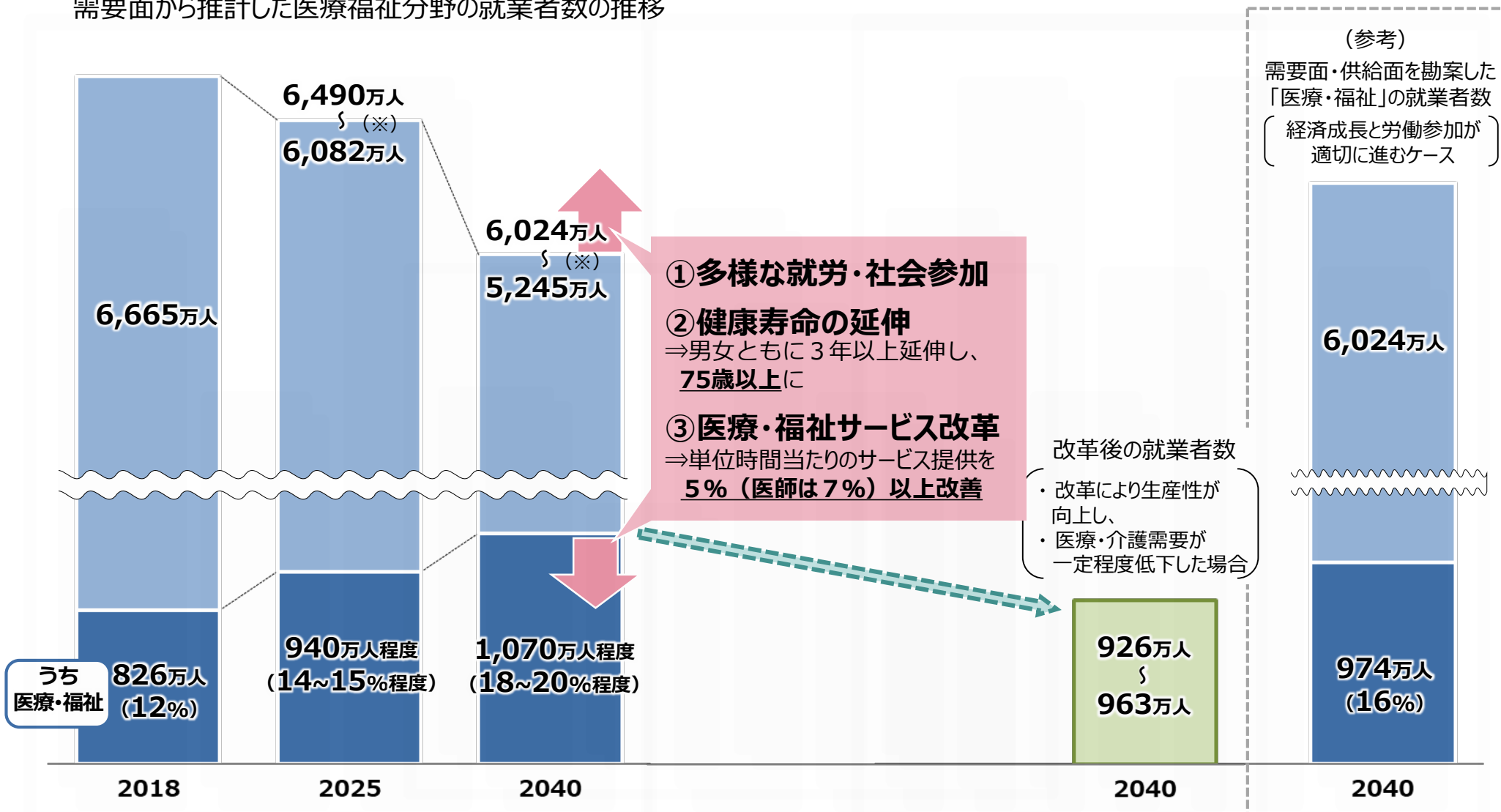
基本的方向性

- (1) 「地域完結型」の医療・介護提供体制の構築
 - (2) サービス提供人材の確保と働き方改革
 - (3) 限りある資源の効率的かつ効果的な活用
 - (4) デジタル化・データヘルスの推進**
 - (5) 地域共生社会の実現**
- (別添) ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿

2040年に向けたマンパワーのシミュレーション（平成30年5月21日）の改定

令和元年5月29日
2040年を展望した社会保障・
働き方改革本部 配付資料

需要面から推計した医療福祉分野の就業者数の推移



※総就業者数は独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」（2019年3月）による。

総就業者数のうち、下の数値は経済成長と労働参加が進まないケース、上の数値は進むケースを記載。

※2018年度の医療・福祉の就業者数は推計値である。

ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿（令和5年3月17日）

1. ポスト2025年に対応した医療・介護提供体制の姿

- 医療・介護提供体制の改革を進めていくに当たっては、実現が期待される医療・介護提供体制の姿を関係者が共有した上でそこから振り返って現在すべきことを考える形（バックキャスト）で具体的に改革を進めていくことが求められる。
- その際、限りある人材等で増大する医療・介護ニーズを支えていくため、医療・介護提供体制の最適化・効率化を図っていくという視点も重要。
- 高齢者人口がピークを迎える中で、医療・介護の複合的ニーズを有する高齢者数が高止まりする一方、生産年齢人口の急減に直面する局面において、実現が期待される医療・介護提供の姿として現時点で想起し得るものを、患者・利用者など国民の目線で描いたもの。

2. ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿の3つの柱

ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿は、以下の3つの柱を同時に実現することを通じて、患者・利用者など国民が必要な情報に基づいて適切な選択を行い、安心感が確保されるものでなければならない。

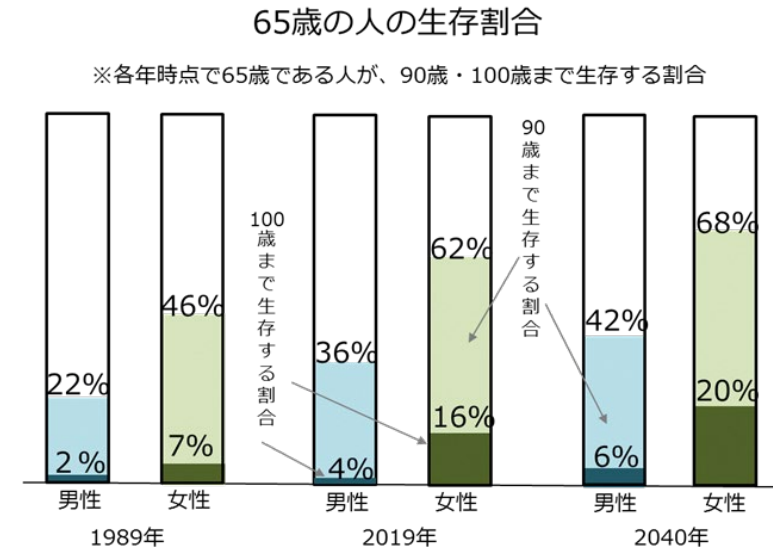
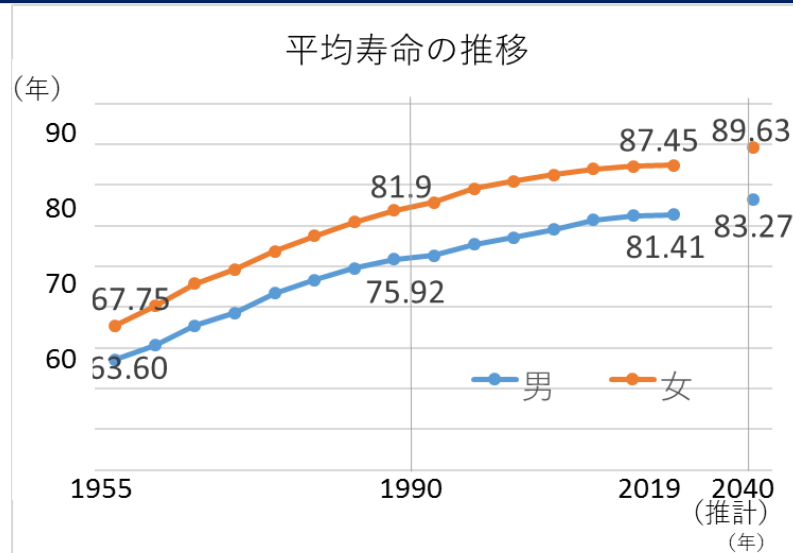
Ⅰ 医療・介護を提供する主体の連携により、必要なときに「治し、支える」医療や個別ニーズに寄り添った柔軟かつ多様な介護が地域で完結して受けられること

Ⅱ 地域に健康・医療・介護等に関して必要なときに相談できる専門職やその連携が確保され、さらにそれを自ら選ぶことができること

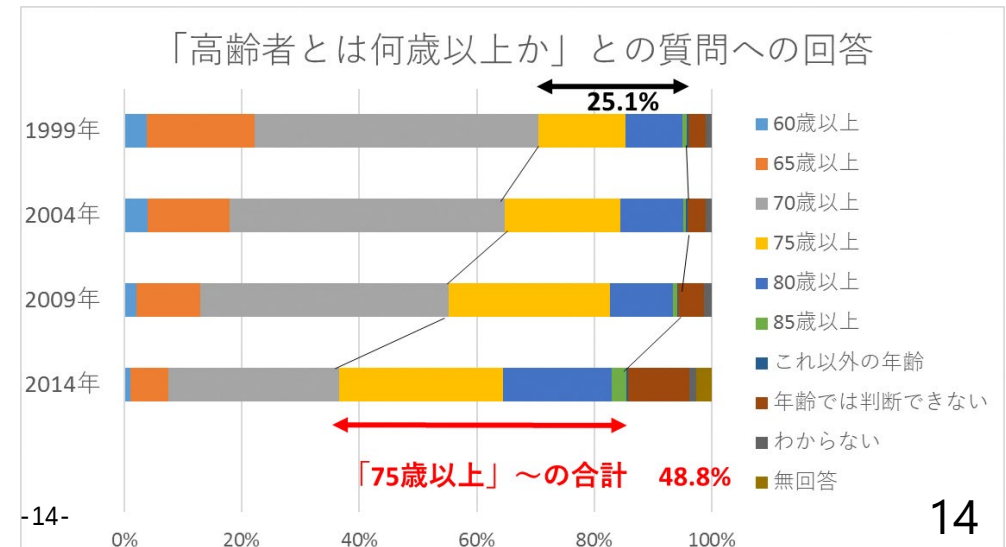
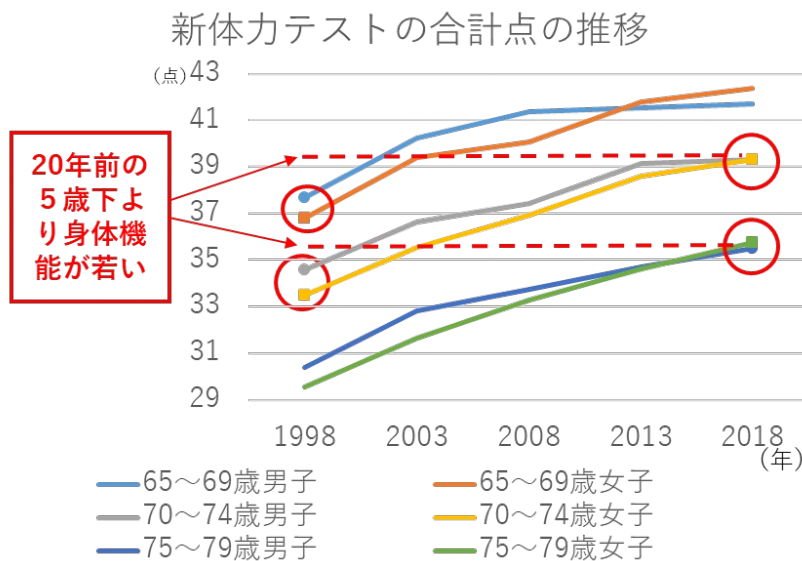
Ⅲ 健康・医療・介護情報に関する安全・安心の情報基盤が整備されることにより、自らの情報を基に、適切な医療・介護を効果的・効率的に受けることができること

人生100年時代に向けて

2040年時点で65歳の人、男性の約4割が90歳まで、女性の2割が100歳まで生きると推計され、「人生100年」が射程に。

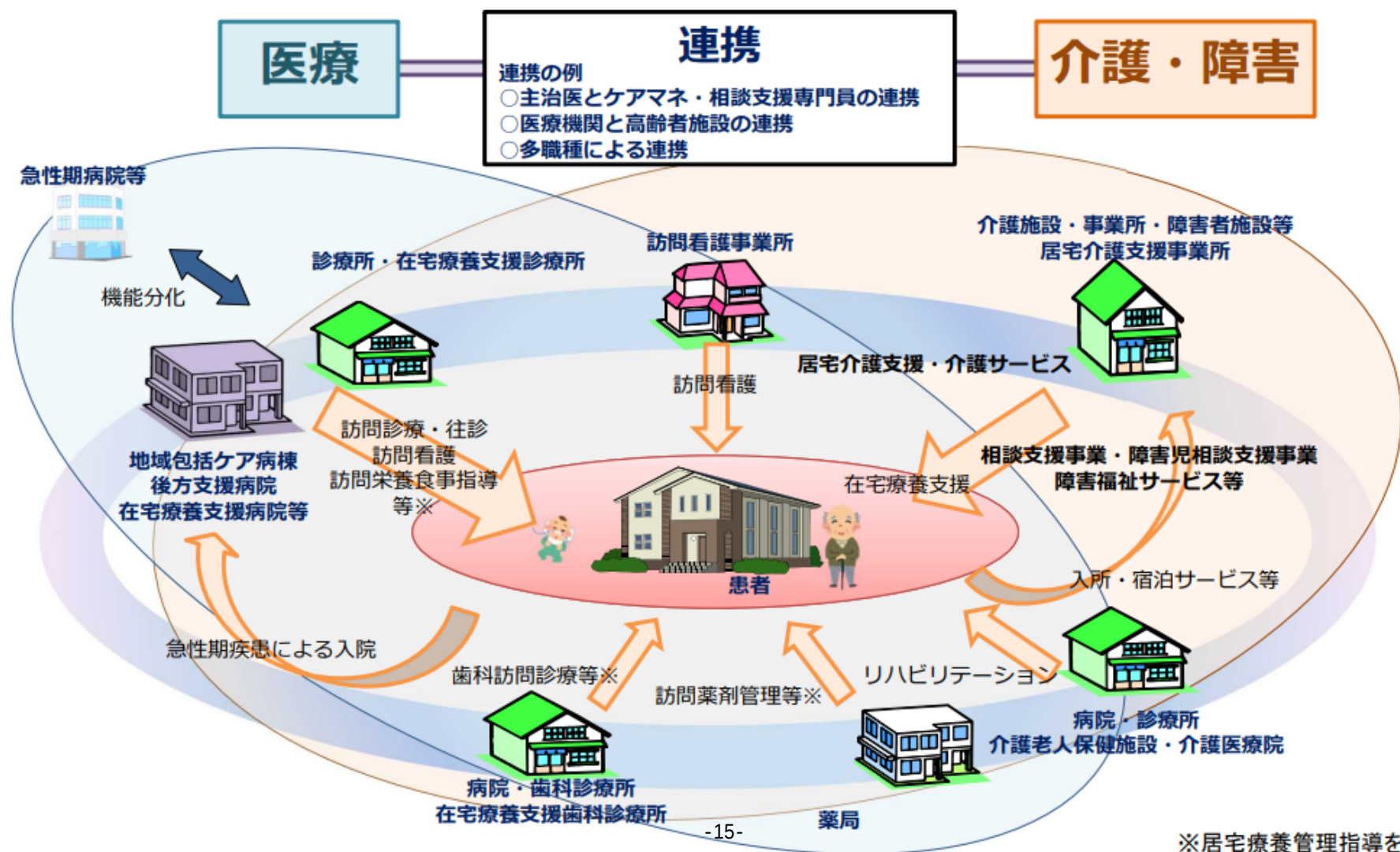


高齢期の身体機能が若返る中、「高齢者像」が大きく変化。



地域包括ケアシステムにおける在宅医療（イメージ）

- 在宅医療は、高齢になっても、病気や障害の有無にかかわらず、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムの不可欠な構成要素である。



※居宅療養管理指導を含む

ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進

- コロナ禍の経験を踏まえて、介護保険施設等と地域包括ケア病棟を持つ医療機関や在宅支援診療所の平時および急変時における対応の強化に関する評価の見直し等を実施。
- また、在宅医療分野においては、患者の望む医療・ケアの提供を推進する観点から、ICTを用いた情報連携に関する評価の見直し等を行うとともに、患者の状態に応じた在宅医療の提供を推進する観点から、評価の見直し等を実施。

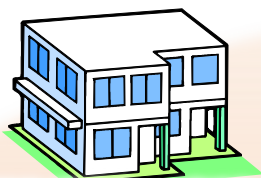
マイナ保険証やICTを用いた情報連携

- ・ 在宅医療DX情報活用加算の新設によるマイナ保険証を活用した情報連携を推進
- ・ 在宅医療情報連携加算、往診時医療情報連携加算、介護保険施設等連携往診加算等の新設により平時からの介護サービス事業者等との連携促進



人生の最終段階における医療・ケアの充実

- ・ 適切な意思決定支援に係る指針の作成に関する要件の対象拡大
- ・ 在宅麻薬等注射指導管理料の新設（心不全等の患者）
- ・ 在宅強心剤持続投与指導管理料の新設
- ・ 在宅ターミナルケア加算等の見直し
- ・ ICTを用いた情報連携に関する緩和ケア病棟緊急入院初期加算の要件緩和



在宅療養支援診療所・病院

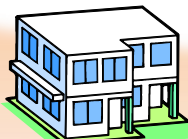
在宅療養支援診療所・病院における評価の見直し

- ・ 在支診・病でない医療機関との連携の推進に関する評価の新設
- ・ 訪問診療の回数が多い場合の施設総管等（複数人）の見直し※
- ・ 訪問診療の頻度が多い場合の在宅患者訪問診療料の見直し
- ・ 訪問栄養食事指導に係る要件見直し
- ・ データ提出に関する要件見直し（機能強化型に限る）

※在支診・病でない医療機関においても同様

地域包括診療料・加算の見直し

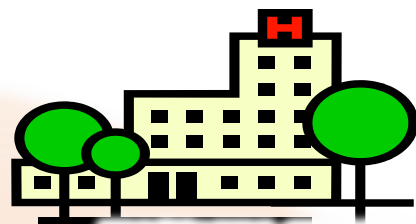
- ・ サービス担当者会議/地域ケア会議への参加経験あるいはいわゆるケアマネタイム設置の要件化
- ・ 認知症研修の要件化（望ましい要件）



診療所等



ケアマネジャー



地域包括ケア病棟 在支診・在支病、後方支援病院

医療機関と介護保険施設等の 平時からの連携の推進等

- ・ 協力医療機関になることを望ましい要件に
- ・ 感染対策向上加算等の専従要件緩和
- ・ 平時からの連携を要件とした評価の新設



介護保険施設等 （老健、介護医療院、特養）

介護サービス

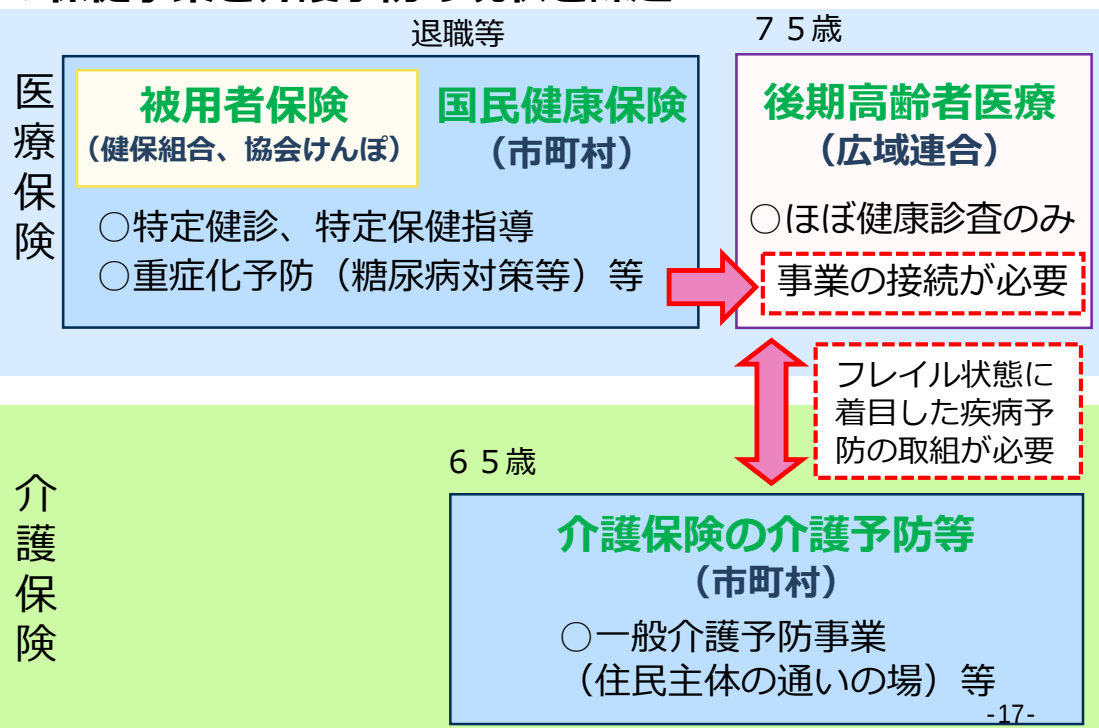
高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

- 広域連合が高齢者保健事業を国民健康保険保健事業及び介護予防の取組と一体的に実施する取組が令和2年4月から開始された。
- 広域連合は、その実施を構成市町村に委託することができる。

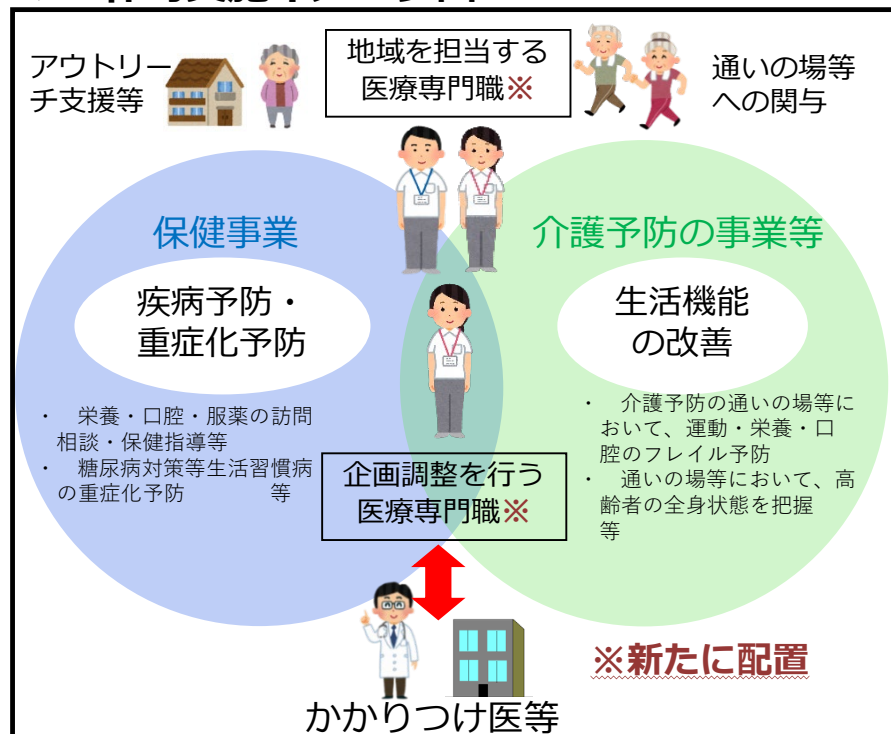
- 令和5年度の実施済みの市町村は **1,396市町村**、全体の**80%**
- 令和6年度中に実施予定の市町村は **1,708市町村**、全体の**98%**
- 令和6年度までに全ての市町村において一体的な実施を展開することを目指す。

高齢者医療課調べ（令和5年11月時点）

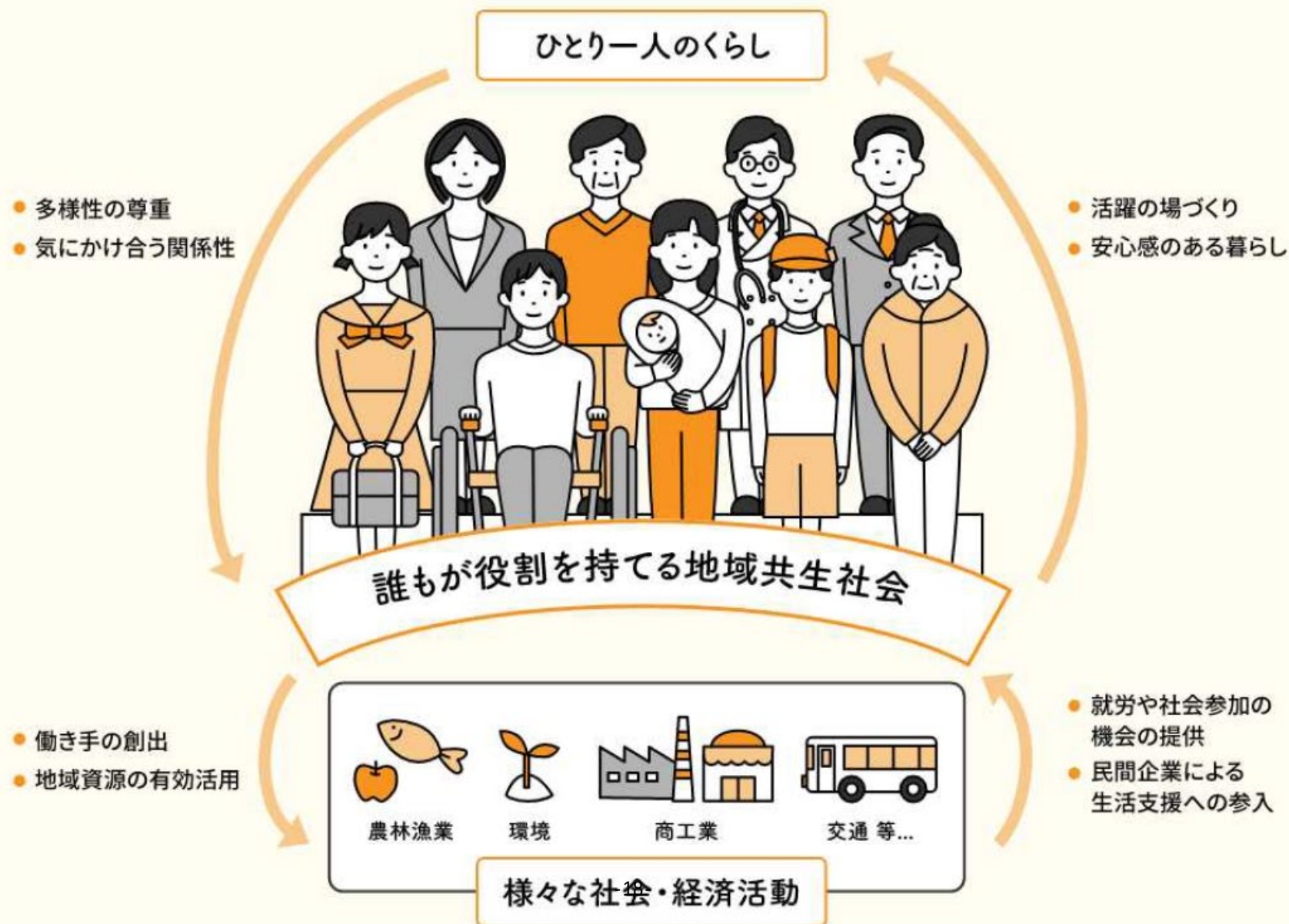
▼保健事業と介護予防の現状と課題



▼一体的実施イメージ図



地域共生社会の実現



地域共生社会に向けた法律改正の内容（令和3年4月施行）

1 課題

- ・一つの世帯に複数の課題が存在している状態、世帯全体が孤立している状態
（例）8050世帯や、介護と育児のダブルケア、ごみ屋敷 など
- ・制度が縦割り（高齢者、障がい、子ども、生活困窮）



重層的支援体制整備事業
R6実施自治体数
346自治体

2 新しい支援・地域づくり事業

- ・各支援機関・拠点が、
属性を超えた支援を円滑に行うことを
可能とするため、国の財政支援に関し、
高齢、障害、子ども、生活困窮の各制
度の関連事業について、一体的な執行。

現行の仕組み

高齢分野

障害分野

子ども分野

生活困窮分野

重層的支援体制

属性・世代を問わない

相談・地域づくりの実
施体制

2. 国保の課題と取組

国民健康保険制度の足下の課題

1. 被保険者の状況 ⇒被保険者数は大きく減少、高齢化は進行、低所得

①被保険者数

…被保険者数は直近10年間で1,000万人減少している（平成24年度:3,466万人⇒令和4年度:2,413万人）。

②年齢構成…高齢化が進行。ただし団塊世代の後期移行により、令和4年度に65～74歳割合は低下（R3:45.5%⇒R4:44.8%）平均年齢も令和4年度に低下（R3:54.4歳⇒R4:54.2歳）

③属性構成…最大割合の無職は45.3%、被用者は32.0%（適用拡大で被用者割合は低下見込み）。

④所得…平均月額所得は7.8万円（協会けんぽは14.1万円）

2. 保険者の状況 ⇒厳しい財政状況、小規模保険者の増加

①単年度収支（R4）…都道府県：▲1,067億円（黒字14、赤字33）	} 赤字自治体は概ね減少傾向 R4決算では増加 (R3：638市町村・▲349億円)。
市町村：▲125億円（黒字778、赤字938）	
国保組合：63億円（黒字76、赤字84）	

②小規模保険者

- ・小規模保険者数は増加傾向。全保険者数の3分の1が被保険者数3千人未満。
- ・市町村国保の職員数はほぼ横ばいだが、専任職員は減少傾向（H26：13.6千人→R4：12.9千人）

③法定外繰入の状況（R4）…748億円（対平成29年度⁻²¹⁻▲1,003億円）で着実に削減。

国民健康保険制度の足下の課題

3. 保険料の状況 ⇒保険料は増加するが水準統一により平準化、収納率は上昇し堅調

①1人当たり保険料調定額…上昇傾向（市町村：99,378円（R4）、国保組合：216,184円（R4））

※県内の市町村で地域差はあるが、保険料水準統一の過程で平準化される。

※都道府県間の1人当たり調定額の差は1.50倍（最大：東京都110,997円、最小：沖縄県74,139円）

②保険料負担率…市町村国保 9.6%（協会けんぽは7.2%）

③収納率…上昇傾向で推移（R4：94.14%）

4. 財源 ⇒保険料の割合の減少、公費・前期交付金の割合の増加

○財源構成

・R6予算ベースでは公費：保険料：前期交付金の割合は44%：22%：33%。

・推移としては、平成30年度の国保改革以後はほぼ変化なし。改革以前（公費（41%）、保険料（28%）、前期（30%））と比較すると、保険料負担以外の割合が増加。

5. 医療費の状況 ⇒医療費総額は減少するも、1人当たり医療費は増加

①医療費総額

・被保険者数の減少の影響により減少（令和元年度：10.9兆円⇒令和5年度：10.5兆円）

②1人当たり医療費

・増加（平成30年度：35.3万円⇒令和4年度：38.6万円）

※特に市町村国保の地域差大（【最大】佐賀県:50.3万円【最小】茨城県:35.1万円）

国民健康保険制度を取り巻く状況

国保が抱える構造的課題

- ・年齢構成や医療費水準が高い
- ・所得水準が低い、保険料負担が重い
- ・保険料等の収納率、一般会計繰入
- ・小規模保険者、市町村間の格差 等

国保改革（平成30年度～）

- ① **財政運営の都道府県単位化・都道府県と市町村の役割分担**
 - ・都道府県が統一的な方針として国保運営方針を示し、保険料水準の統一、市町村が担う事務の効率化、標準化、広域化を推進 等
- ② **財政支援の拡充（毎年約3,400億円の確保）**
 - ・低所得者対策の強化、保険者努力支援制度 等

課題の拡大・変化

- 被保険者数は、この10年で**3割（1000万人）減**
- 高齢化、被用者保険の適用拡大**による低所得化など加入者構成の変化
- 被保険者数3千人未満の**小規模保険者が増加（3割強）**
- こども施策や医療DXの推進

国保法改正（令和3、5年改正）

- 出産時における保険料負担軽減
- 国保運営方針に基づく保険料水準統一、医療費適正化
- その他保険者機能の強化

改革工程表・財政当局等の指摘

- ・普通調整交付金の配分方法の見直し（標準的な医療費勘案）
- ・高額医療費負担金の見直し
- ・生活保護受給者の国保等への加入 等

- 財政運営の安定化を図りつつ、保険料水準統一や医療費適正化等の取組を一層進める。
- 「財政運営の都道府県単位化」の趣旨の更なる深化を図る

全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋(改革工程)の概要 ＜2028年度までに検討する取組(国保関係)＞【主なもの】

働き方に中立的な社会保障制度等の構築

(勤労者皆保険の実現に向けた取組)

・短時間労働者への被用者保険の適用に関する企業規模要件の撤廃等

医療・介護制度等の改革

(生産性の向上、効率的なサービス提供、質の向上)

○医療DXによる効率化・質の向上

全国医療情報プラットフォームの構築、標準型電子カルテの整備、診療報酬DX等

○国保の都道府県保険料率水準統一の更なる推進

(能力に応じた全世代の支え合い)

○医療・介護保険における金融所得の勘案や金融資産等の取扱い

○医療・介護の3割負担(「現役並み所得」)の適切な判断基準設定等

(高齢者の活躍促進や健康寿命の延伸等)

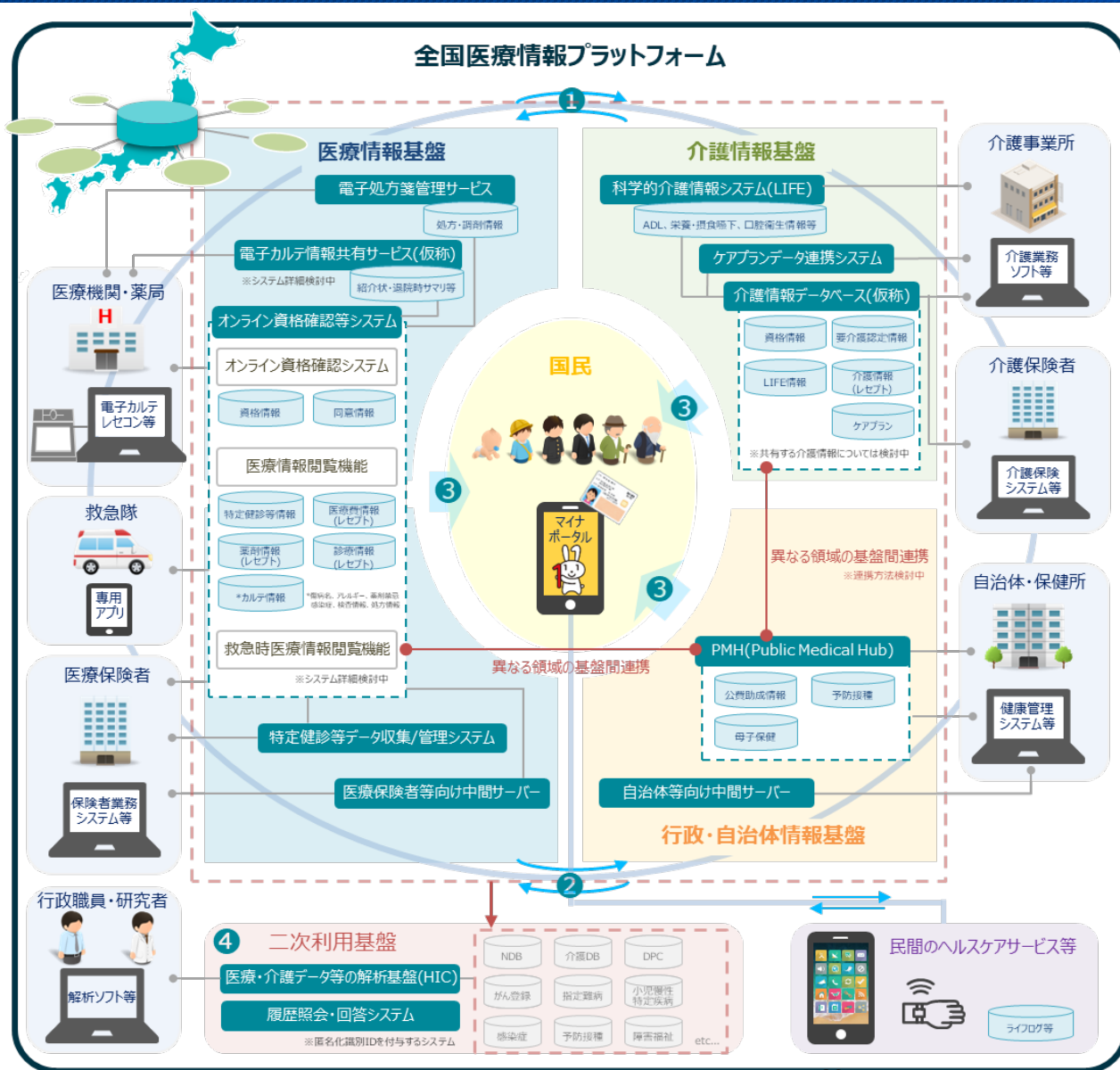
○疾病予防等の取組の推進や健康づくり等

○経済情勢に対応した患者負担等の見直し(高額療養費自己負担限度額の見直し)

等

3. DXに向けた取組

全国医療情報プラットフォームの全体像（イメージ）



「医療DXのユースケース・メリット例」

1 救急・医療・介護現場の切れ目のない情報共有

- ✓ 意識不明時に、検査状況や薬剤情報等が把握され、迅速に的確な治療を受けられる。
- ✓ 入退院時等に、医療・介護関係者で状況が共有され、より良いケアを効率的に受けられる。



2 医療機関・自治体サービスの効率化・負担軽減

- ✓ 受診時に、公費助成対象制度について、紙の受給者証の持参が不要になる。
- ✓ 情報登録の手間や誤登録のリスク、費用支払に対する事務コストが軽減される。



3 健康管理、疾病予防、適切な受診等のサポート

- ✓ 予約票や接種券がデジタル化され、速やかに接種動員が届くので能動的でスムーズな接種ができる。予約票・問診票を何度も書きまわす必要がなくなる。
- ✓ 自分の健康状態や病歴に関するデータを活用し、生活習慣病を予防する行動や、適切な受診判断等につなげることができる。



4 公衆衛生、医学・産業の振興に資する二次利用

- ✓ 政策のための分析ができることで、次の感染症危機への対応力強化につながる。
- ✓ 医薬品等の研究開発が促進され、よりよい治療や的確な診断が可能になる。



医療・介護DXの更なる推進

活力ある健康活躍社会を築く上で、デジタル化とデータサイエンスを前提とする医療・介護DXの推進は、国民一人ひとりの健康・生命を守り、今後の医療等の進歩のための基盤となるもの。より質の高い医療やケアを効率的に提供する体制を構築するとともに、医療分野のイノベーションを促進し、その成果を国民に還元していく環境整備を進めていく。

- 本年12月にマイナ保険証を基本とする仕組みへの移行を控える中で、医療DXの基盤であるマイナ保険証の利用促進を図りつつ、「医療DXの推進に関する工程表」に基づき、各取組をより実効的かつ一体的に進める。また、速やかに関係法令の整備を行う。

全国医療情報プラットフォームの構築等

- ◆ 電子カルテ情報共有サービスの構築・普及(大病院における電子カルテ情報の標準化の加速化、診療所への標準型電子カルテの導入促進、必要な支援策の検討)、電子処方箋の普及促進
- ◆ 次の感染症危機に備え、電子カルテ情報と発生届との連携や臨床研究における電子カルテ情報との連携促進、JHIS(国立健康危機管理研究機構)への情報集約
- ◆ 診療報酬改定DX、介護情報基盤の構築、PMH(公費負担医療等の情報連携基盤)の推進

医療等情報の二次利用の推進

- ◆ 医療・介護等の公的DBの利用促進(仮名化情報の利用・提供、電子カルテ情報共有サービスで収集するカルテ情報の二次利用等)
- ◆ 公的DB等を一元的かつ安全に利活用できるクラウド環境の情報連携基盤の構築、利用手続のワンストップ化
- ◆ 検査や薬剤等に関するコードの標準化・質の高い医療データを整備、維持・管理するための取組推進

医療DXの実施主体

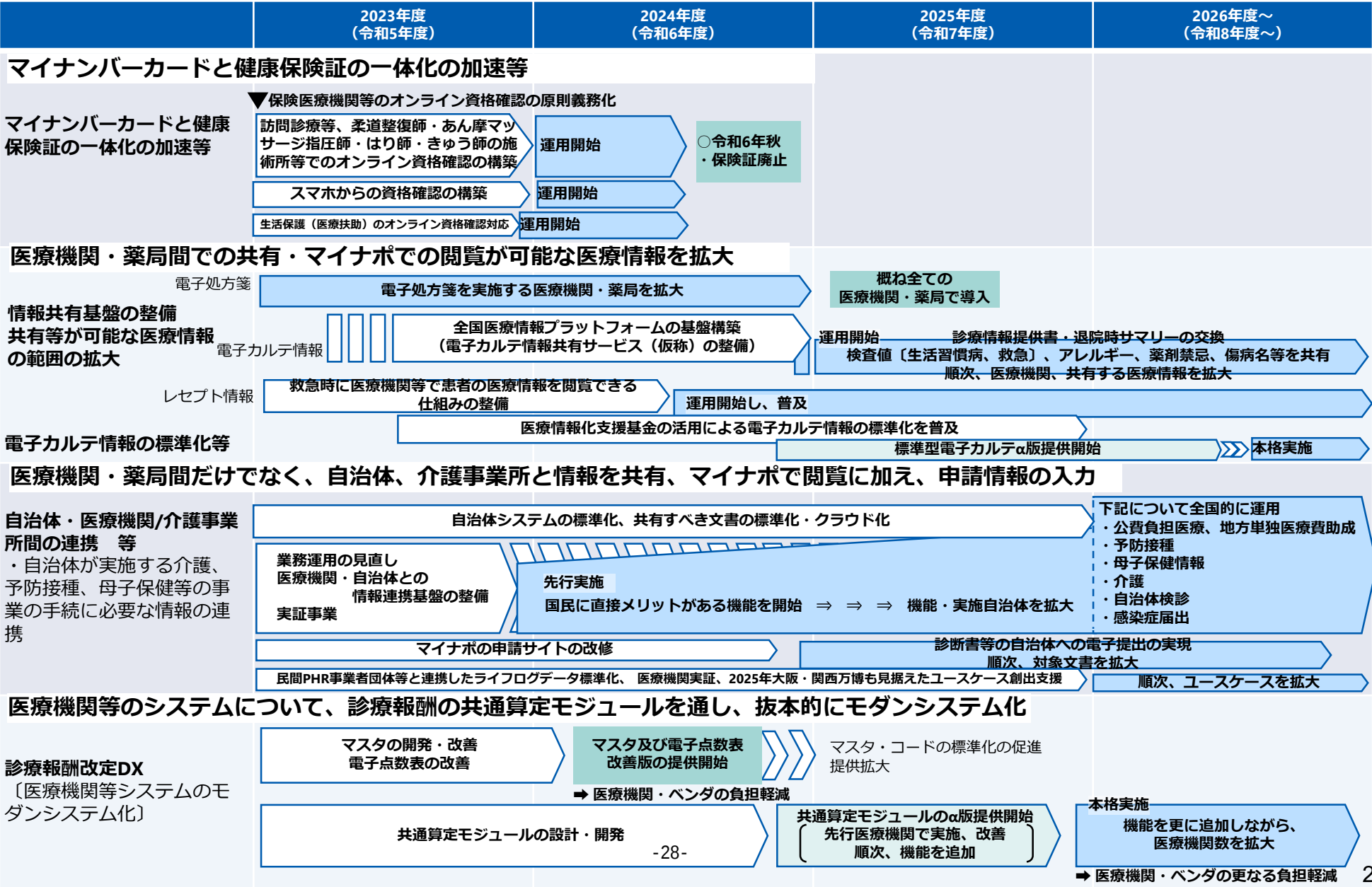
- ◆ 社会保険診療報酬支払基金を、医療DXに関するシステムの開発・運用主体の母体(「医療DX推進機構(仮称)」)として、抜本的に改組
- ◆ 国が医療DXの総合的な方針を示し、支払基金が中期的な計画を策定。保険者に加え、国・地方が参画し、運営する組織。情報技術の進歩に応じた迅速・柔軟な意思決定、DXに精通した専門家が意思決定に参画する体制に改組

マイナ保険証の利用促進、生成AI等の医療分野への活用

- ◆ 国が先頭に立って、あらゆる手段を通じてマイナ保険証の利用を促進
- ◆ 生成AI等の医療分野への活用

医療DXの推進に関する工程表〔全体像〕

全国医療情報プラットフォームの構築



医療DXの基盤となるマイナ保険証

患者本人の薬剤や診療のデータに基づくより良い医療の実現等を図るため、医療DXのパスポートであるマイナ保険証の利用促進を図っていくことが重要。

電子処方箋

処方・調剤情報をリアルタイムで共有
→ 併用禁忌・重複投薬を回避

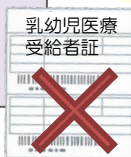
電子処方箋管理サービス



レセプト返戻の減少

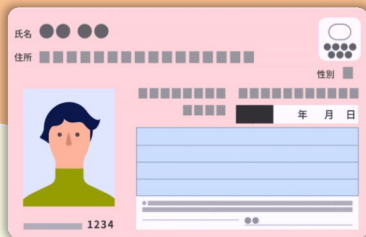


公費負担医療の受給者証・
診察券とマイナンバーカードの一体化



確実な本人確認により
なりすましを防止

オンライン資格確認等システム



マイナ保険証
→ 将来的には、スマート
フォン1台で受診可能に

患者本人の健康・医療
データに基づくより良い
医療の実現

電子カルテ

- 医療機関間での文書のオンライン送信、診療に必要なカルテ情報の共有
- マイナポータルでの自己情報閲覧（PHR）

電子カルテ情報共有サービス



高額療養費の自己負担限
度額を超える分の
支払を免除



救急医療における
患者の健康・医療データ
の活用



- ✓ マイナ保険証の利用を通じた医療機関・薬局における薬剤情報（レセプト）閲覧の利用件数は784万件（R6.9）、診療情報（レセプト）閲覧の利用件数は1,548万件（R6.9）。さらに、薬局における電子処方箋の導入（R6.12の導入率：59%）によって、電子処方箋対応医療機関・薬局ではリアルタイムの薬剤情報の閲覧が可能になる。
- ✓ 救急隊がマイナ保険証を活用して患者の医療情報を正確かつ早期に把握する取組について、R6年度に67消防本部660隊で全国規模の実証事業を実施し、R7年度に全国展開を推進。「生命の危機、身体保護の必要がある」と判断された場合に、マイナ保険証を活用して患者の同意不要で医療情報を閲覧できる仕組みをR6年12月より開始。
- ✓ マイナ保険証を活用して全国の医療機関等が患者の6情報（傷病名、感染症、薬剤アレルギー等、その他アレルギー等、検査、処方）を閲覧できる電子カルテ情報共有サービスについて、R7年度中に本格稼働。

マイナンバーカードと健康保険証の一体化

マイナンバー法等の一部改正法（令和5年法律第48号）

- **健康保険証の新規発行停止**は、**令和6年12月2日（月）**
- **発行済みの健康保険証**は、改正法**施行後1年間（先に有効期間が到来する場合は有効期間まで）有効**とみなす経過措置が設けられている。
- 健康保険証を廃止するとともに、**マイナンバーカードによりオンライン資格確認を受けることができない状況にある者**（※1）が必要な保険診療等を受けられるよう、当該者からの求めに応じ、各医療保険者等は、**医療機関等を受診する際の資格確認のための「資格確認書」**（※2、※3）を交付することとする。

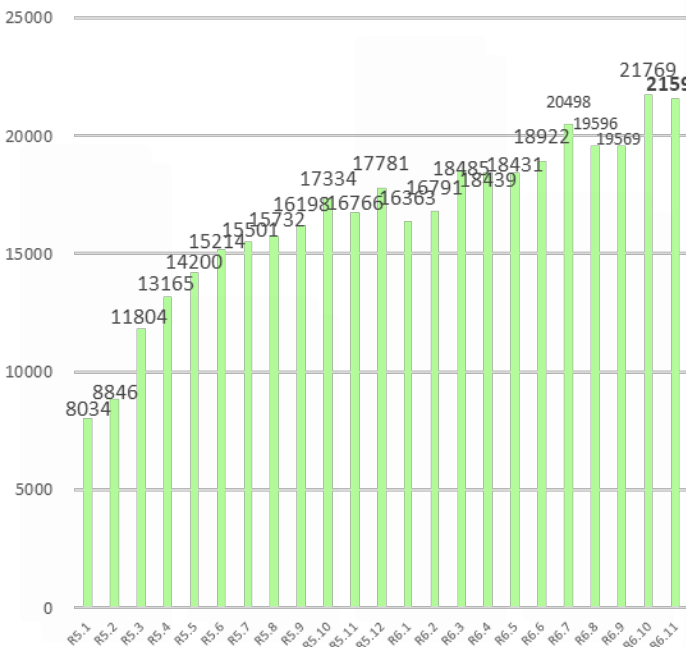
（※1）マイナンバーカードを紛失した者、マイナンバーカードを取得していない者など

（※2）資格確認書の有効期間は、**5年以内で保険者が設定（更新あり）**。様式は国が定める。（省令事項）

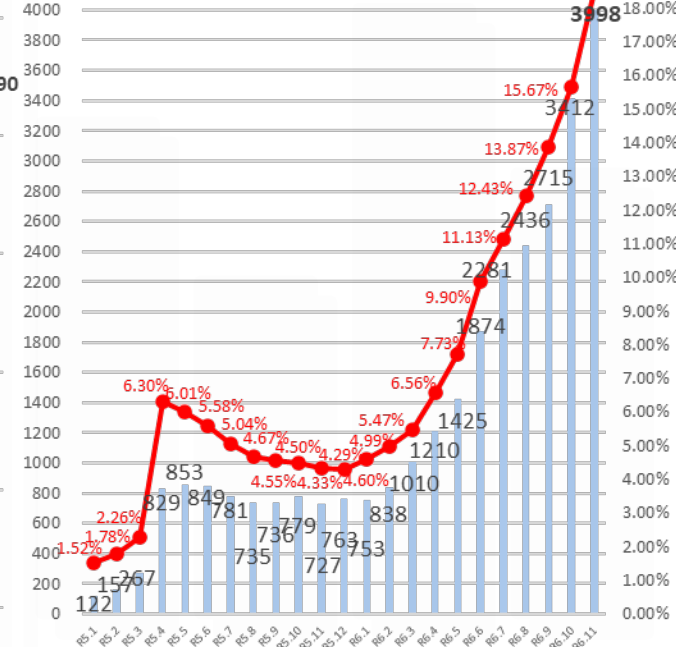
（※3）保険者が必要と認めるときは、本人からの申請によらず資格確認書を交付できる。（改正法附則規定）

※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）



【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。

4. 医療提供体制等

(1) . 国保直診施設の状況と取組

国保直営診療施設の概要

□ 国保直営診療施設とは

- 国民健康保険直営診療施設（直診）は、国保被保険者への療養の給付を確保する必要性から、保険者が設置する病院・診療所をいう。（具体的には国保条例・施設設置条例等で規定）

※ 保険者が設置する診療施設を継承した地方独立行政法人が設置する診療施設を含む。

- 主に、療養の給付の確保の必要性から、民間の医療機関の進出が期待できない地域や医療機関の整備が不十分な地域等に設置・運営されてきた。
- 現在では、「保健・医療・福祉」の連携の中心的な役割を果たし、地域住民の健康の保持・増進を図るため幅広い活動を実施し、国保保健事業の一翼を担っている。

<令和6年4月1日現在 1, 059施設（病院273、診療所786）>

□ 国保直営診療施設の役割

- ◆ 国保被保険者に対する療養の給付の確保
- ◆ 国保保健事業の中核として、医療と予防の一体的運営
- ◆ 地域住民の健康の保持・増進

国保直営診療施設に対する助成

□ 国保直営診療施設に対する助成

① 施設・設備整備

以下の整備（購入等）に要した経費を助成する。

- 建物（病院、診療所、医師住宅、看護師宿舎、院内託児施設等） 基準面積 × 1 m²あたり建築基準単価 × 1 / 3
- 医療機械等（レントゲン装置、その他医療機械器具、患者輸送車、巡回診療車、巡回診療船） 基準額 × 1 / 3

② へき地診療所運営費赤字補助

へき地という自然条件、社会経済的条件に恵まれない地域の医療を確保するために、へき地に所在する国保直営診療所の不可避的な運営赤字に対し助成を行う。

- (a) 算定省令に定める年間診療実日数等に応じた額（交付基準額）
 - (b) 支出から収入を控除した額（赤字額）
- (a) と (b) を比較し、いずれか低い方の額の 2 / 3（第1種へき地）又は 1 / 2（第2種へき地）

③ 直診特別事情（直診の運営に特別に要した費用）

以下の事業に要した経費を助成する。

（ア）災害等により被害を受け復旧に要した費用

- ・ 施設の復旧に要した費用：300万円（600万円以上の場合1/2）
- ・ 人的支援：100万円（200万円以上の場合1/2）

（イ）経営合理化に要した費用

- ・ 統合系医療情報システムの導入・更新
病院：4,000万円 診療所：3,000万円
- ・ その他 300万円

（ウ）療養環境の改善に要した費用

300万円（600万円以上の場合1/2）※修理・修繕費は含まず

（エ）医師等確保に要した費用

（※）は令和6年度新設

- ・ 医師、看護師、保健師等の確保支援
実支出額 × 2/3（上限100万円）
- ・ 救急患者受入体制支援（外部医師の協力に要した費用）
（1回あたり単価 × 年間実施日数） × 2/3（上限500万円）
- ・ 代診医等の確保支援（※）
（1日あたり単価 × 年間実施日数） × 2/3（上限200万円）
- ・ 医学教育費用の支援（※）
実支出額 × 2/3（上限200万円）

（オ）マイナ保険証の利用促進に要した費用（※） 200万円

国保へき地診療所の運営費に対する助成

へき地という自然条件、社会経済的条件に恵まれない地域の医療を確保するため、**へき地に所在する国保直営診療所の不可避的な運営赤字に対し助成**を行う。

○ 立地条件

➤ 第1種へき地

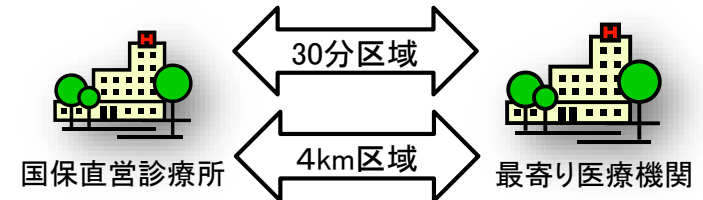
過疎関係法の指定地域※（以下「特定地域」という。）内に所在する診療所であって、当該診療所から通常の交通機関を利用して30分以内に到達することができる区域（以下「30分区域」という。）内に他の医療機関がないもの

又は

特定地域以外の地域内に所在する診療所であって、30分区域内に他の医療機関がなく、かつ、おおむね半径4キロメートルの区域（以下「4キロ区域」という。）に他の医療機関がないもの。

➤ 第2種へき地

上記に該当しない診療所であって、4キロ区域内に他の医療機関がないもの。

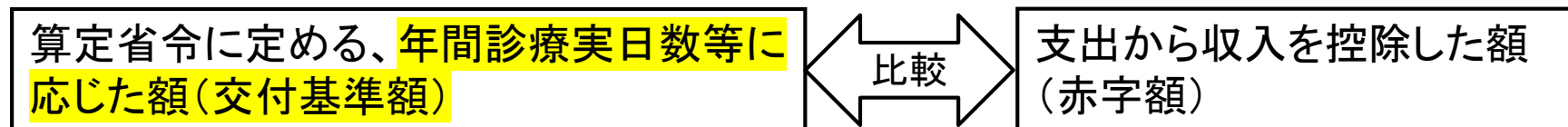


（※）過疎地域自立促進特別措置法、離島振興法、奄美群島振興開発特別措置法、豪雪地帯対策特別措置法、山村振興法、小笠原諸島振興特別措置法、沖縄振興開発特別措置法の指定区域内

○ 助成対象経費

へき地診療所における1月から12月までの1年間の収支

○ 交付額の算定方法



上記を比較し、いずれか低い方の額の $\frac{2}{3}$ （第1種へき地）又は $\frac{1}{2}$ （第2種へき地）

国保直営診療施設における医師等の確保対策について①

■ 国保直営診療施設に対する助成（国保特別調整交付金（その他特別の事情がある場合））

※ 国民健康保険の調整交付金等の交付額の算定に関する省令（昭和三十八年厚生省令第十号）第6条第1号ヲに基づき、令和6年度の特別調整交付金交付基準は令和6年11月14日保国発1114第1号（厚生労働省保険局国民健康保険課長通知）にて規定。

国保直営診療施設の運営に係る特別に要した費用

※1月～12月の経費を助成対象とする。

① 医師等の確保支援事業

医師、看護師、保健師等の確保のための事業に要した費用に応じて、以下の表に定める額を助成。

対象額	助成額
1, 500千円以下	実支出額×2／3 (千円未満切捨)
1, 500千円超	1, 000千円

【交付要件】

助成対象経費は、医師、看護師、保健師等を確保するために実施した大学、専門学校等の訪問、就職説明会の開催、その他必要な事業の実施に要した費用とする。

なお、当該事業との関係が少ないとみられる費用（土産代などの交際費、昼食代等）は助成対象外。

② 救急患者受入体制支援事業

夜間・休日の救急患者受入体制を確保するための事業に要した費用に応じて、以下の表に定める額を助成。

対象額	助成額
7, 500千円以下	実支出額×2／3 (千円未満切捨)
7, 500千円超	5, 000千円

【交付要件】

助成対象経費は、開業医等の外部医師に協力を求めるために要した賃金及び交通費等の費用とする。

医師1人1回当たりの助成対象経費の上限額は休日13,570円、夜間（休日~~の~~夜間を含む。）18,659円とする。

国保直営診療施設における医師等の確保対策について②

③ 代診医等の確保支援事業

令和6年度新設

医師等の不在時（夜間・休日を除く。）における診療体制の確保を目的として、外部から代診を行う医師等の派遣を受けるために要した費用に応じて、以下の表に定める額を助成。

対象額	助成額
3,000千円以下	実支出額×2/3 (千円未満切捨)
3,000千円超	2,000千円

【交付要件】

助成対象経費は、常勤の医師等が休暇及び研修等のやむを得ない理由による不在時（夜間・休日を除く。）に外部から代診を行う医師等の派遣を受けるために要した賃金及び交通費等の費用とする。

なお、定員不足により定期的に医師等の派遣を受けている場合は助成対象外。

1人1日当たりの助成対象経費の上限額は医師71,000円、看護師25,000円とする。

④ 医学教育費用の支援事業

令和6年度新設

地域医療に従事する医療者の養成等を目的として、医学生、看護学生、研修医、専攻医等に地域医療の医学教育を行うための事業に要した費用に応じて、以下の表に定める額を助成。

対象額	助成額
3,000千円以下	実支出額×2/3 (千円未満切捨)
3,000千円超	2,000千円

【交付要件】

助成対象経費は、医学生、看護学生、研修医及び専攻医等に地域医療の医学教育を行うための研修費用、環境整備費用及びその他必要な事業の実施に要した費用とする。

なお、学生等を対象とした奨学金や、当該事業との関係が少ないとみられる費用（施設運営費、食事代等）は助成対象外。

国保直営診療施設におけるマイナ保険証の利用促進について

● マイナ保険証の利用促進

令和6年度新設

マイナ保険証（健康保険証の利用登録をしたマイナンバーカードをいう。）の利用促進の取組に要した費用に応じて、以下の表に定める額を助成。

対象額	助成額
2,000千円以下	実支出額 (千円未満切捨)
2,000千円超	2,000千円

【交付要件】

助成対象経費は、マイナ保険証（健康保険証の利用登録をしたマイナンバーカードをいう。）利用者のための専用レーンの設定及び説明員の配置等（人件費や事務費など含む。）に要した費用とする。

なお、顔認証付きカードリーダー又は資格確認端末にかかる費用（購入費用、設置費用及び保守費用等）や、説明員の配置において窓口職員等が説明員を兼任している場合の人件費は助成対象外。

(2) . 医師の現状

医師数の年次推移

第5回医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会

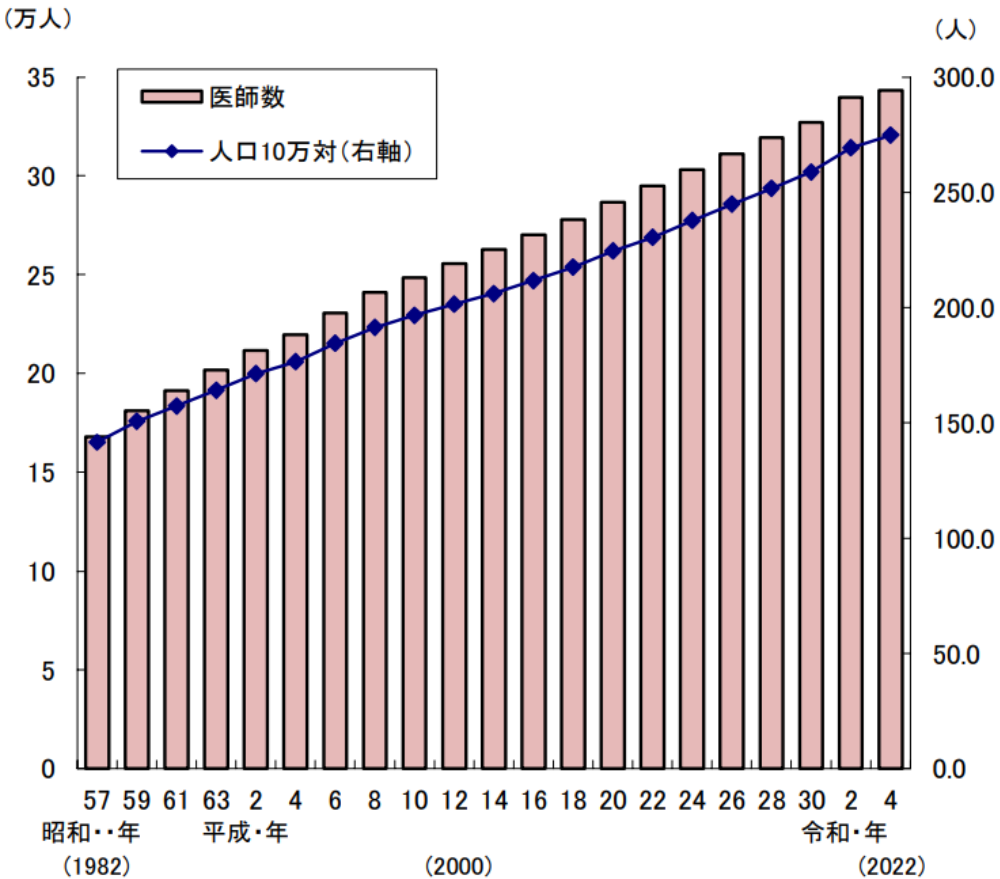
資料 2

令和6年7月3日

医師数の年次推移

各年12月31日現在

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



都道府県別の医師偏在指標（令和6年1月公表版）

（都道府県別）

■ 上位1/3 ■ 下位1/3

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

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

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

（医師偏在指標について）

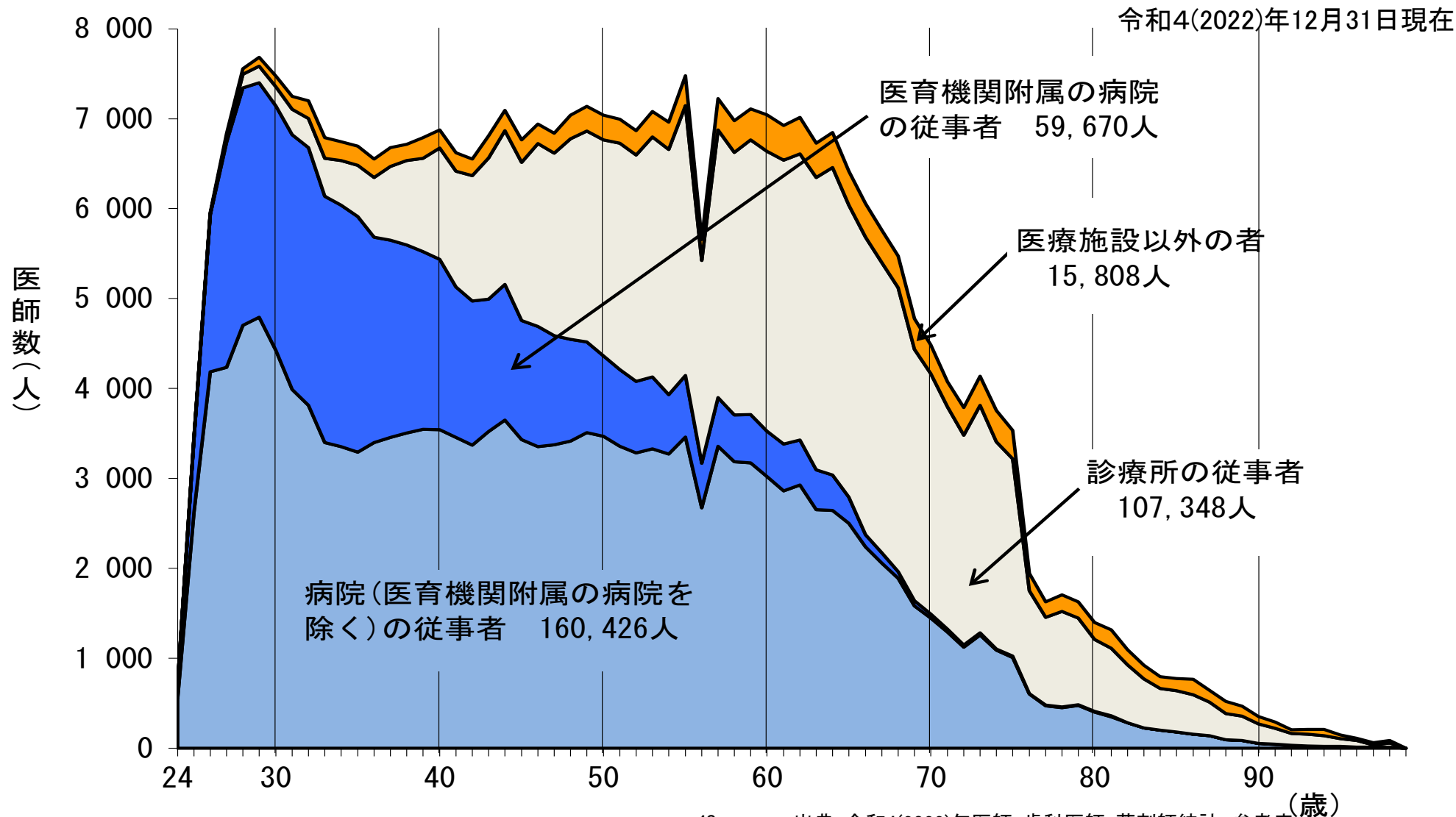
医師偏在指標は、医師偏在対策の推進において活用されるものであるが、指標の算定に当たっては、一定の仮定が必要であり、また、入手できるデータの限界などにより指標の算定式に必ずしも全ての医師偏在の状況を表しうる要素を盛り込んでいるものではない。このため、医師偏在指標の活用に当たっては、医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまでも相対的な偏在の状況を表すものであるという性質を十分に理解した上で、数値を絶対的な基準として取り扱うことや機械的な運用を行うことのないよう十分に理解した上で、活用する必要がある。

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

施設の種別・年齢別にみた医師数（R4）

第5回医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会 資料2
令和6年7月3日

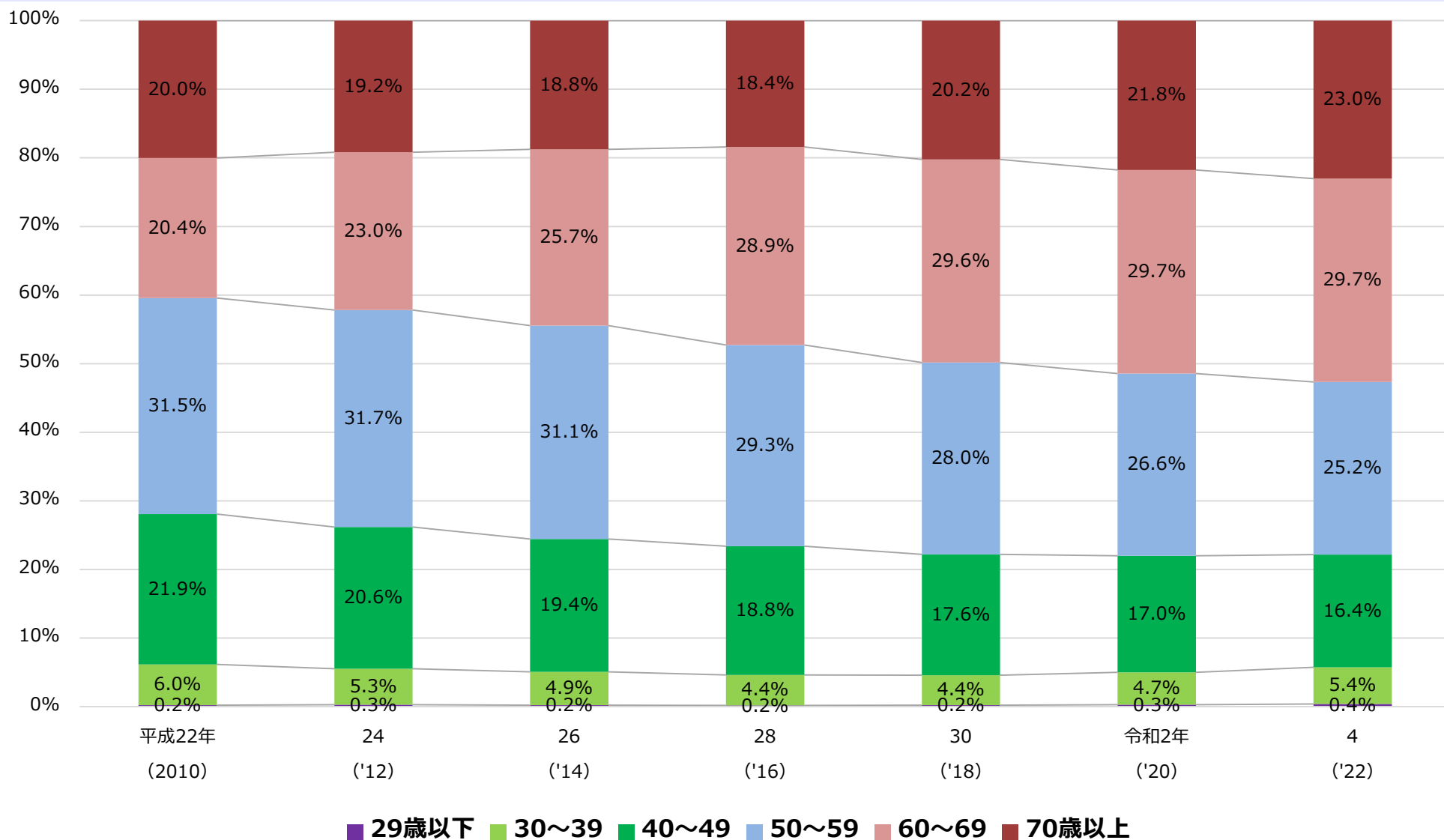
○令和2年に比べ令和4年は、病院（医育機関附属の病院を除く）の従事者は約1,430人増加、医育機関附属の病院の従事者は約2,190人増加している。診療所の従事者は、約120人増加となっている。



診療所従事医師の年齢階級別の割合の推移

第5回医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会 資料2
令和6年7月3日

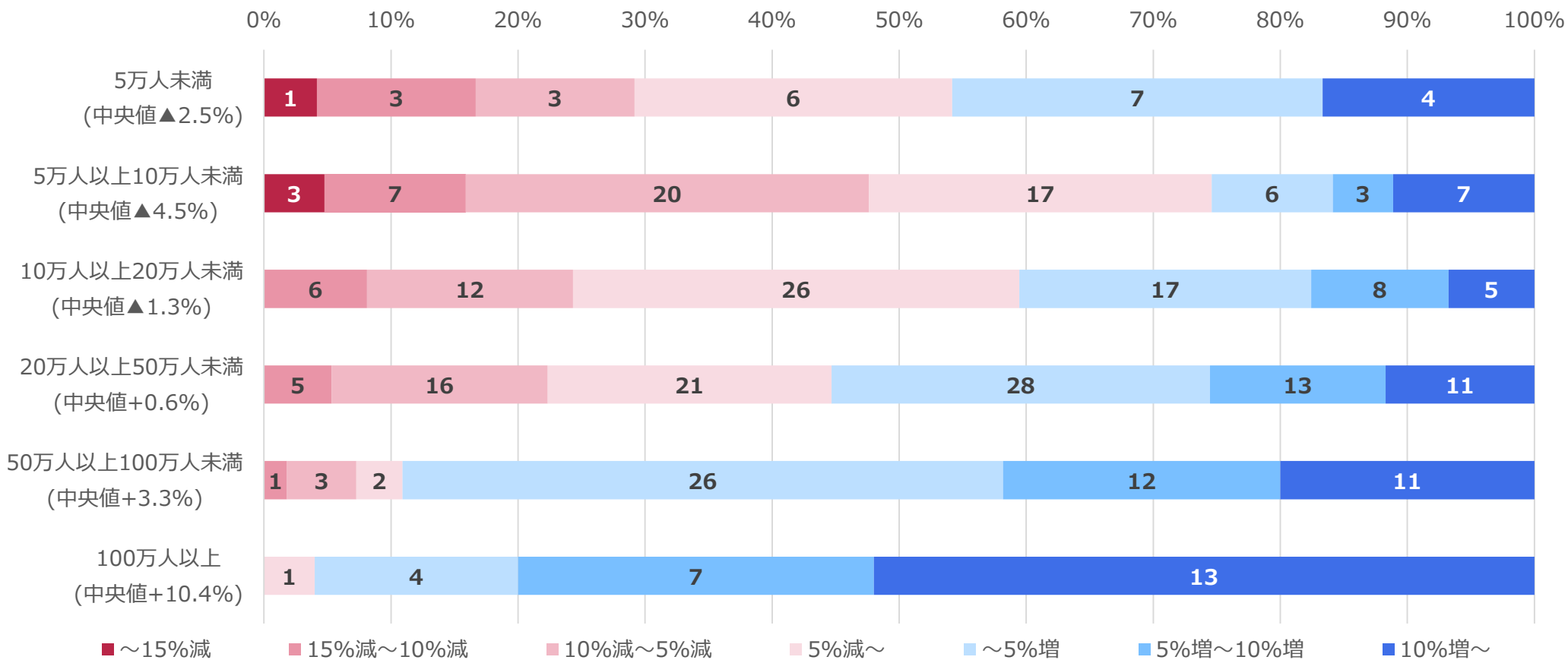
- 診療所が主たる従事先の医師については、40歳未満の医師の割合は約6%である。
- 診療所が主たる従事先の医師については、60歳以上の医師の割合が増加してきている。



人口規模別の二次医療圏毎の診療所数の変化（2012年→2022年）

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

2012年から2022年への診療所数の変化率別二次医療圏数（人口規模別）

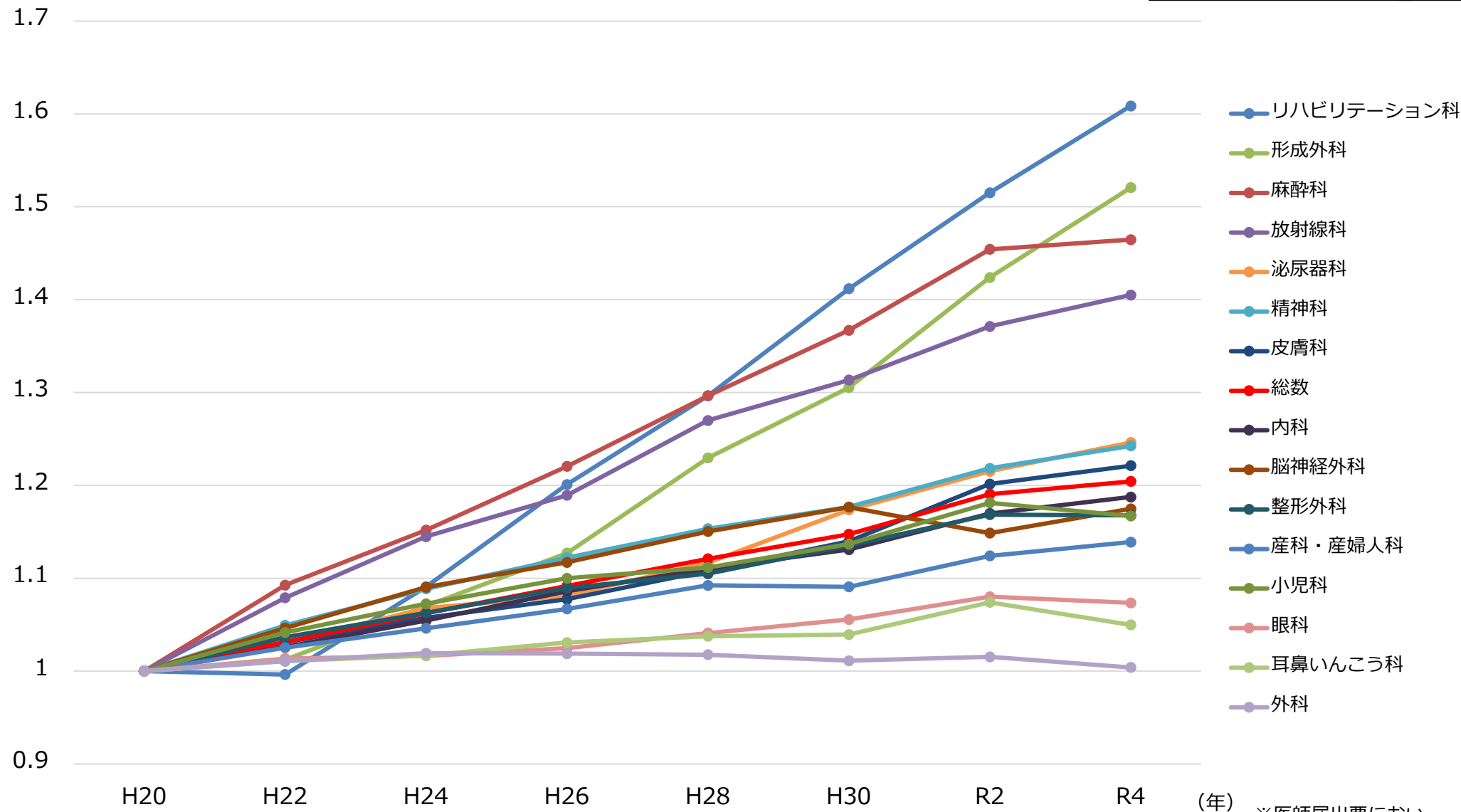


資料出所：厚生労働省「医療施設調査」を基に地域医療計画課において作成。

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

診療科別医師数の推移（平成20年を1.0とした場合）

第1回医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会	資料1
令和6年1月29日	改編



※内科・・・内科、呼吸器、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

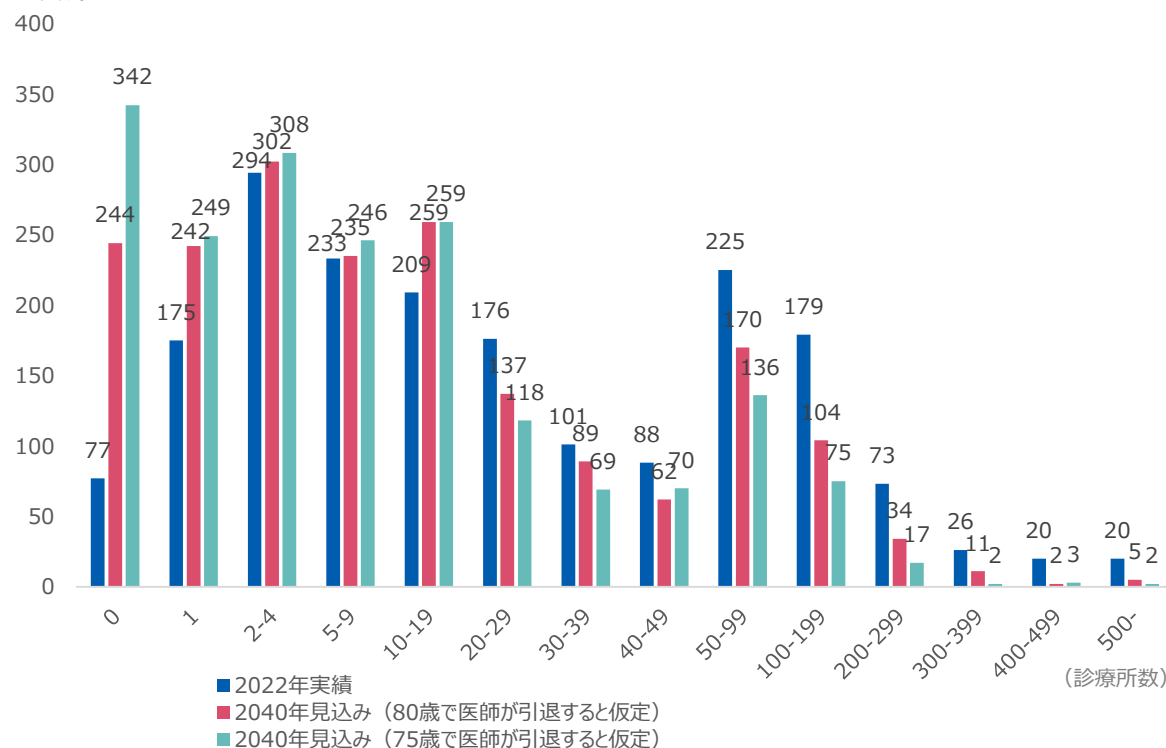
市区町村における診療所数と2040年の見込み

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

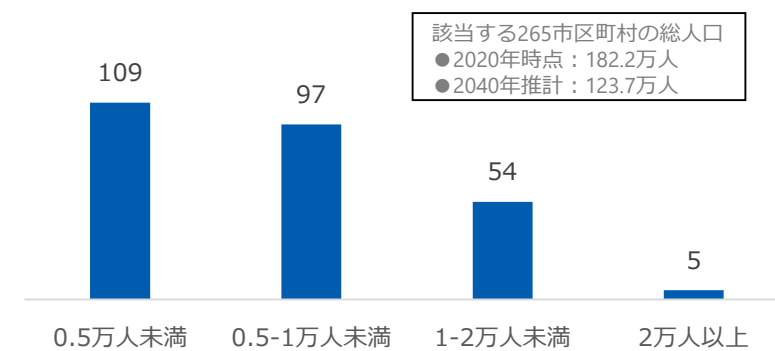
※ 75歳で引退すると仮定した場合は270程度増加する見込み。

■ 市区町村別診療所数の見込み（2022年実績、2040年見込み）

（市区町村数）



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



■ （参考）常勤医師数別の無床診療所数



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

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

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

(3) . これまでの取組

医師確保対策に関する取組（全体像）

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

医師養成過程における取組

【大学医学部】

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

【臨床研修】

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

【専門研修】

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

各都道府県の取組

【医師確保計画】

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

＜具体的な施策＞

●大学と連携した地域枠の設定

●地域医療対策協議会・地域医療支援センター

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

●キャリア形成プログラム（地域枠医師等）

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

●認定医師制度の活用

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

医師の働き方改革

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

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

医師確保計画を通じた医師偏在対策について

令和6年1月29日医師養成過程を通じた
医師の偏在対策等に関する検討会資料

背景

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

医師の偏在の状況把握

医師偏在指標の算出

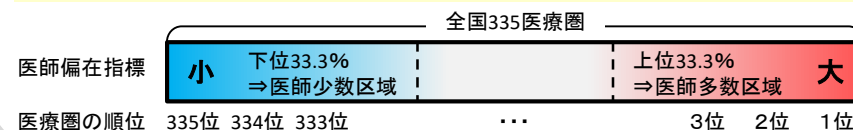
三次医療圏・二次医療圏ごとに、**医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成等を踏まえた**医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

医師偏在指標で考慮すべき「5要素」

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

医師多数区域・医師少数区域の設定

全国の335二次医療圏の医師偏在指標の値を一律に比較し、上位の一定の割合を医師多数区域、下位の一定の割合を医師少数区域とする基準を国が提示し、それに基づき都道府県が設定する。



国は、都道府県に医師確保計画として以下の内容を策定するよう、ガイドラインを通知。

『医師確保計画』（＝医療計画に記載する「医師の確保に関する事項」）の策定

医師の確保の方針

（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

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

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

確保すべき医師の数の目標（目標医師数）

（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

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

目標医師数を達成するための施策

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

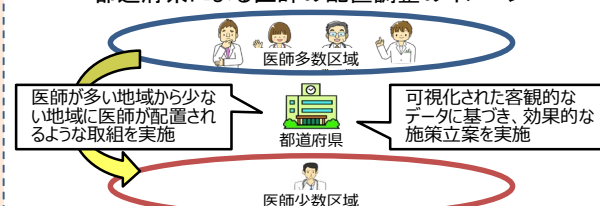
- （例）・ 大学医学部の地域枠を15人増員する
- ・ 地域医療対策協議会で、医師多数区域のA医療圏から医師少数区域のB医療圏へ10人の医師を派遣する調整を行う等

3年*ごとに、都道府県において計画を見直し（PDCAサイクルの実施）

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

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

都道府県による医師の配置調整のイメージ



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

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

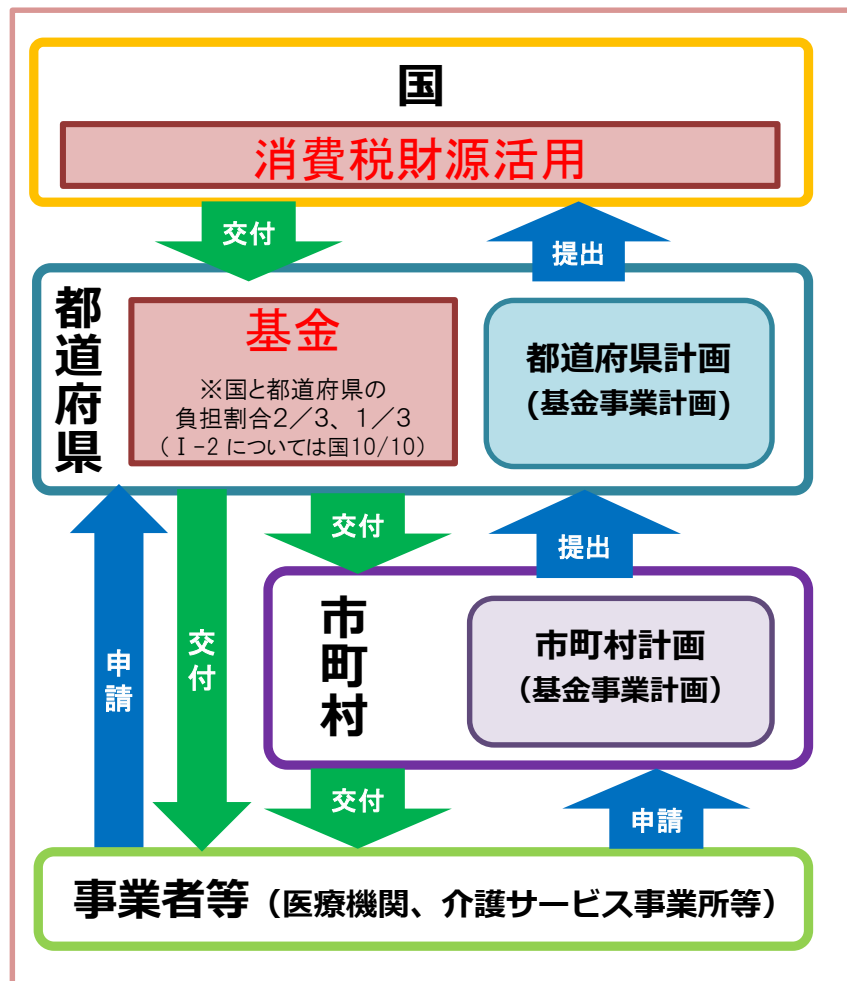
・恒久定員内地域枠：恒久定員のうち、当該都道府県内で卒後一定期間従事要件があり、具体的な従事要件の設定や配置に地域医療対策協議会もしくは都道府県が関与するもの（一部地元出身要件あり。）
 ・恒久定員内地元出身者枠：当該都道府県での従事要件はないが、地元出身要件がある恒久定員
 ・臨時定員（地域枠）：当該都道府県での従事要件がある臨時定員（一部地元出身要件あり。）

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

地域医療介護総合確保基金

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

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



都道府県計画及び市町村計画（基金事業計画）

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

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

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

地域医療介護総合確保基金の対象事業

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

(4) . 医師偏在の是正に向けた総合的な対策 パッケージの基本方針

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージの基本方針への位置付け

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

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

【基本的な考え方】

現状
課題

医師偏在は一つの取組で是正
が図られるものではない

若手医師を対象とした医師
養成過程中心の対策

へき地保健医療対策を超えた
取組が必要

基本的な
考え方

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

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

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

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

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

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージにおける具体的な取組

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
- ② 医師偏在是正プラン

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 外来医師過多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
- ③ 保険医療機関の管理者要件

3. 地域偏在対策における経済的インセンティブ等

- ① 経済的インセンティブ
- ② 全国的なマッチング機能の支援
- ③ リカレント教育の支援
- ④ 都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定

4. 医師養成過程を通じた取組

- ① 医学部定員・地域枠
- ② 臨床研修

5. 診療科偏在の是正に向けた取組

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

○ 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。

○ 重点医師偏在対策支援区域の設定に当たっては、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する。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。

○ 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。

② 医師偏在是正プラン

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

○ 医師偏在是正プランにおいては、重点医師偏在対策支援区域、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。また、医師偏在是正プランは、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。

※ 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。 -56-

① 施策の目的

効率的な医療提供体制の確保を図るため、医療需要の急激な変化を受けて病床数の適正化を進める医療機関は、診療体制の変更等による職員の雇用等の様々な課題に対して負担が生じるため、その支援を行う。

また、現下の物価高騰を含む経済状況の変化により、地域医療構想の推進や救急医療・周産期医療体制の確保のための施設整備等が困難となっている場合への対応を図る。

加えて、賃上げ等のための生産性向上の取組を支援し、医療人材の確保・定着を図る。

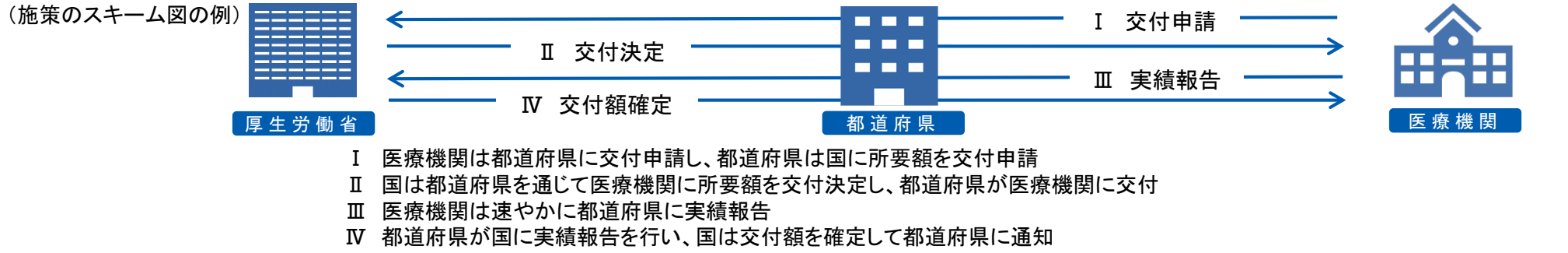
② 対策の柱との関係

I	II	III
○		○

③ 施策の概要

- 生産性向上・職場環境整備支援
 - ・ 生産性向上・職場環境整備等事業・・・設備導入や生産性向上の取組を進める医療機関等（ベースアップ評価料算定機関）を支援し、生産性向上・賃上げを図る
- 経営状況の急変等を踏まえた支援
 - ・ 医療需要等の変化を踏まえた医療機関に対する支援・・・患者減少等により経営状況の急変に直面している医療機関への支援を実施するとともに、現下の物価高騰を含む経済状況の変化により施設整備等が困難な病院等への支援
 - ・ 産科・小児科医療確保事業・・・急激な分娩減少などにより特に支援が必要な産科・小児科に対して支援を実施

④ 施策のスキーム図、実施要件（対象、補助率等）等



⑤ 成果イメージ（経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む）

足元の経営状況の急変等に直面している医療機関等へ必要な財政支援を行うことで、医療機関の連携・再編・集約化に向けた取組を加速するとともに、地域に必要な医療提供体制を確保する。

① 施策の目的

賃上げ等のための生産性向上の取組を支援し、医療人材の確保・定着を図る。

② 対策の柱との関係

I	II	III
○		

③ 施策の概要

生産性向上に資する設備導入等の取組を進める医療機関等（ベースアップ評価料算定機関に限る。）に対して経費相当分の給付金を支給し、生産性向上・職場環境整備等を図る。

（交付額）病院・有床診療所：4万円／病床数、診療所（医科・歯科）・訪問看護ステーション：18万円／施設（補助率10/10）

【生産性向上に資する取組のイメージ】

○ ICT機器の導入による業務の効率化

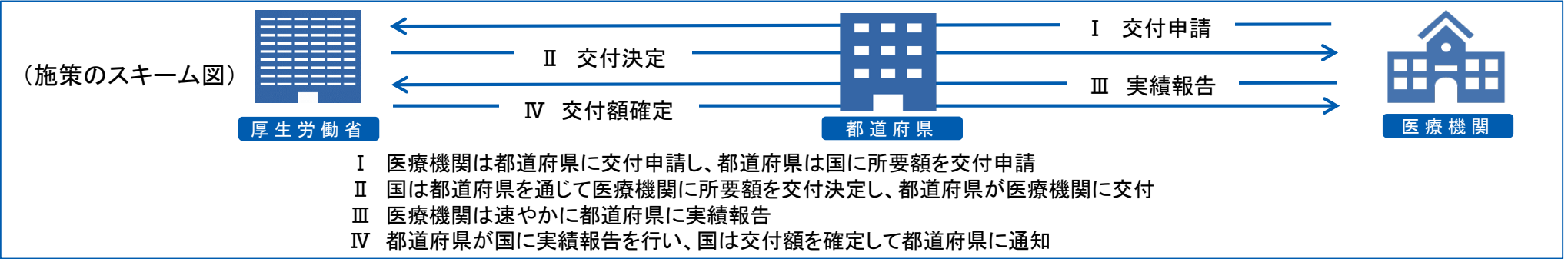
- ・ タブレット端末、離床センサー、インカム、WEB会議設備等の導入 → 職員間の情報伝達の効率化（チーム医療の推進）
- ・ 床ふきロボット、監視カメラ等の導入 → 清掃業務、院内監視業務等の効率化

○ タスクシフト／シェアによる業務の効率化

- ・ 医師事務作業補助者・看護補助者の配置 → 医師・看護師の業務効率化（診断書作成、病室内の環境整備や看護用品の整理等）

※ 新たに配置する際に必要な経費の他、既に雇用している職員の人件費に充てることが可能

④ 施策のスキーム図、実施要件（対象、補助率等）等



⑤ 成果イメージ（経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む）

医療機関等へ業務の生産性向上に資する財政支援を行うことで、職場内の生産性向上・環境整備等を図り、地域に必要な医療提供体制を確保する。

① 施策の目的

- ・ 効率的な医療提供体制の確保を図るため、医療需要の急激な変化を受けて病床数の適正化を進める医療機関は、診療体制の変更等による職員の雇用等の様々な課題に対して負担が生じるため、その支援を行う。
- ・ また、現下の物価高騰を含む経済状況の変化により、地域医療構想の推進や救急医療・周産期医療体制の確保のための施設整備等が困難となっている場合への対応を図る。

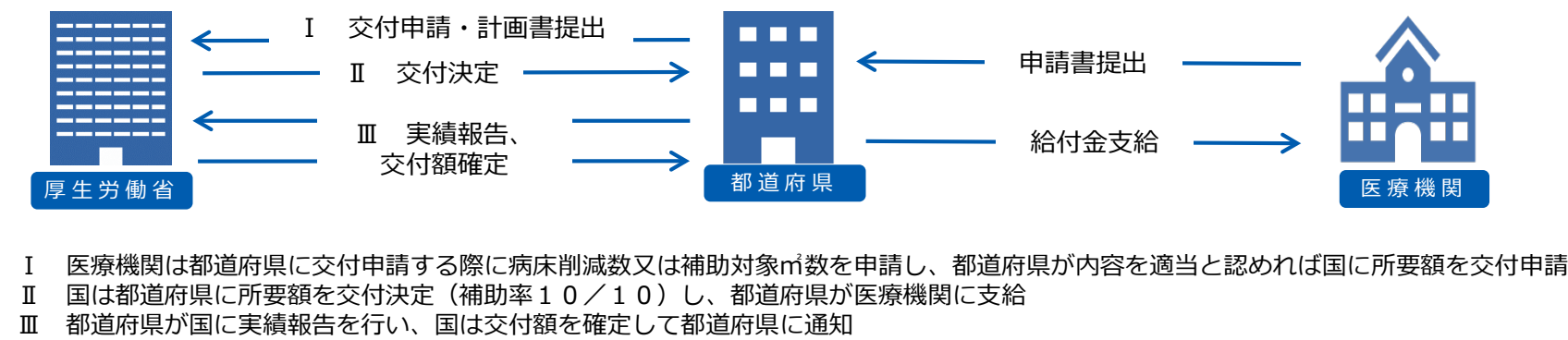
② 対策の柱との関係

I	II	III
○		

③ 施策の概要

- 患者減少等により経営状況の急変に直面している医療機関への支援
(概要) 医療需要の急激な変化を受けて病床数の適正化を進める医療機関を対象とした経費相当分の給付金を支給する。
(交付額) 病院(一般・療養・精神)・有床診療:4,104千円/床
- 現下の物価高騰を含む経済状況の変化により施設整備等が困難な病院等への支援
(概要) 整備計画を進めており、国庫補助事業の交付対象となる医療機関等を対象として、施設整備を進めるために必要な給付金を支給する。
(交付額) (市場価格－補助事業単価) × 国負担分相当

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

足元の経営状況の急変等に直面している医療機関等へ必要な財政支援を行うことで、医療機関の連携・再編・集約化に向けた取組を加速するとともに、地域に必要な医療提供体制を確保する。

地域の医療機関の支え合いの仕組み①

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。

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

- 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。

地域の医療機関の支え合いの仕組み②

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（続き）

- 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。
- 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。
- 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。

③ 保険医療機関の管理者要件

- 適正な保険医療を効率的に提供するため、各保険医療機関に運営管理の責任者として管理者を設け、医師は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、歯科医師は1年の臨床研修及び保険医療機関において3年、保険診療に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。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。

地域偏在対策における経済的インセンティブ等①

① 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。
- 重点医師偏在対策支援区域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。
- 具体的には、令和8年度予算編成過程において、重点医師偏在対策支援区域における以下のような支援について検討する。
 - ・ **当該区域で承継・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（緊急的に先行して実施）**
 - ・ **当該区域における一定の医療機関に対する派遣される医師及び従事する医師への手当増額の支援**
 - ・ 当該区域内の一定の医療機関に対する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、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
- その際、国において、事業費の総額を設定した上で、その範囲内で、人口、可住地面積、医師の高齢化率、医師偏在指標等に基づき、**都道府県ごとに予算額の上限を設定**し、その範囲内で支援を行うこととする。
- **重点医師偏在対策支援区域における支援のうち、当該区域の医師への手当増額の支援**については、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。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**。当該事業の実施について、保険者が実施状況や効果等を確認するための枠組みを検討する。
- 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。

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、地域の実情に応じて、医師偏在指標、可住地面積あたり医師数、住民の医療機関へのアクセス、診療所医師の高齢化率、今後の人口動態等を考慮して、地域医療対策協議会及び保険者協議会で協議して、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。

地域偏在対策における経済的インセンティブ等②

② 全国的なマッチング機能の支援

○ 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。

③ リカレント教育の支援

○ 若い世代を中心とした専門医制度における総合診療専門医の養成に加えて、中堅以降の医師を主な対象として、地域で働く上で必要とされる総合的な診療能力について学び直すためのリカレント教育に係る取組を推進する。具体的には、学会や病院団体等が協力して、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なリカレント教育事業を支援するとともに、継続的に事業の評価を実施する。

④ 都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定

○ 都道府県における地域医療対策協議会等による医師派遣調整機能等を強化するため、都道府県と大学病院等の間で、医師派遣・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。あわせて、大学病院からの派遣体制を強化するため、医師確保対策における大学病院の位置づけを明確化する。

施策名：総合的な診療能力を持つ医師養成の推進事業

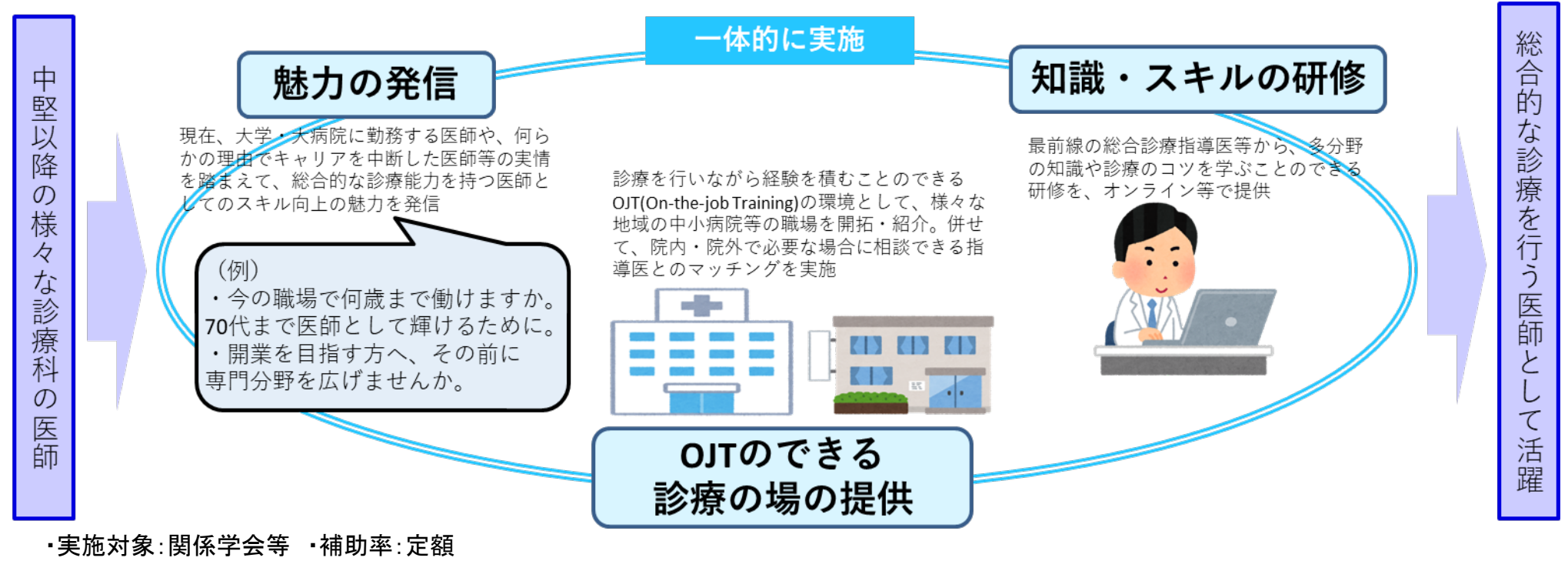
① 施策の目的

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

② 対策の柱との関係

I	II	III
○		

③④ 施策の概要、スキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

・中堅以降の様々な診療科の医師等に対しリカレント教育を実施することで、幅広い領域の疾患等を総合的に診ることができる医師の育成に寄与し、地域偏在と診療科偏在対策の更なる推進が見込まれる。

医師養成過程を通じた取組、診療科偏在の是正に向けた取組

<医師養成過程を通じた取組>

① 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、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。
- 医学部臨時定員の適正化を行う医師多数県において、地域枠学生を受入れ育成する大学が恒久定員内への地域枠の設置等を含む地域への定着の取組を促進するための支援を行う。
- 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。

② 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を進めていく。

※ 医師少数県等で24週以上の研修を実施

<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づくり等、処遇改善に向けた必要な支援を実施する。
- 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を行う。

今後のスケジュール（予定）

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	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	「第8次医師確保計画(後期)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	医師偏在是正プラン全体の検討・策定、順次取組	
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 (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)		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

医療提供体制改革

- 高齢者人口の増大や現役世代の減少に伴う医療需要の変化等に対応すべく、2040年度頃を視野に入れて、入院だけでなく、外来・在宅、介護連携や人材確保等も含める形で、あるべき医療提供体制を実現することが可能となるよう、新たな地域医療構想を策定する。2027年度から同構想に基づく医療提供体制改革が全国各地域で着実に進められるよう国として必要な対応を図る。
- **医師偏在対策**については、新たな地域医療構想を通じて、将来の人口動向や医療需要等の変化に対応した効率的かつ効果的な医療提供体制の構築を進めることを踏まえ、**重点医師偏在対策支援区域における財政支援について真に必要となる対応を検討**する。その上で、**医師の適正配置につなげるための支援の具体的な内容**については、全国的なマッチング機能やリカレント教育、医師養成過程の取組等とあわせて、支援の継続性の観点から安定的な財源の確保を図りつつ、**令和8年度予算編成過程で検討**する。
- その際、**令和8年度診療報酬改定**において、外来医師過多区域における要請等を受けた診療所に必要な対応を促すための負の動機付けとなる診療報酬上の対応とともに、**その他の医師偏在対策の是正に資する実効性のある具体的な対応について更なる検討**を深める。併せて、**重点医師偏在対策支援区域における医師への手当増額の支援**については、当該事業と診療報酬を給付費の中で一体的に捉える観点から、当該事業の財源について、給付費や保険料の増とならないようにする形で、診療報酬改定において一体的に確保する。

これまでの主な議論（新たな地域医療構想の基本的な方向性（案））

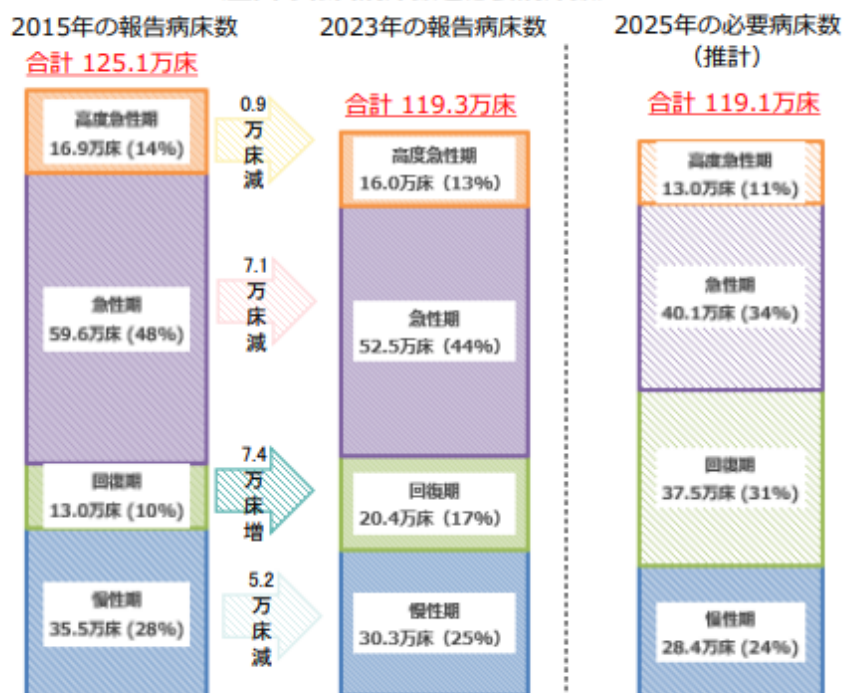
現行の地域医療構想

病床の機能分化・連携

団塊の世代が全て75歳以上となる2025年に向けて、高齢者の医療需要が増加することが想定される。

このため、約300の構想区域を対象として、**病床の機能分化・連携を推進**するための2025年に向けた地域医療構想を策定。

＜全国の報告病床数と必要病床数＞



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

新たな地域医療構想

入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等を含む、**医療提供体制全体の課題解決を図るための地域医療構想へ**

2040年頃に向けて、医療・介護の複合ニーズ等を抱える85歳以上の増加、人材確保の制約、地域差の拡大が想定される。

こうした中、限られた医療資源で、増加する高齢者救急・在宅医療需要等に対応するため、**病床の機能分化・連携に加え、医療機関機能（高齢者救急の受入、在宅医療の提供、救急・急性期の医療提供等）に着目し、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化を推進。**

＜新たな地域医療構想における基本的な方向性＞

地域の患者・要介護者を支えられる地域全体を俯瞰した構想

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

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

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

限られたマンパワーにおけるより効率的な医療提供の実現

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

-69- 都道府県において、令和8年度（2026年度）に新たな地域医療構想を策定し、令和9年度（2027年度）から取組を開始することを想定

ご清聴ありがとうございました。



講師略歴

唐木 啓介（からき けいすけ）

厚生労働省保険局国民健康保険課長

◆経歴

2001 年 4 月 厚生労働省 入省（医薬局総務課配属）

その後、医薬局、職業能力開発局、老健局、政策統括官付社会保障担当参事官室、内閣府参事官補佐付参事官、大臣官房、保険局、医政局などを経て、

2018 年 7 月 厚生労働省大臣官房厚生科学科健康危機管理・災害対策室長

2019 年 7 月 厚生労働省大臣官房総務課企画官（併：子ども家庭局、行政改革推進室）

2019 年 9 月 厚生労働省大臣官房付（併：内閣官房）（命：西村国務大臣秘書官事務取扱）

2020 年 8 月 厚生労働省社会・援護局地域福祉課生活困窮者自立支援室長

2022 年 7 月 群馬県健康福祉部副部長（感染症危機管理担当）

2023 年 4 月 群馬県健康福祉部長

2023 年 9 月 群馬県健康福祉部長（兼：こどもまんなか推進監）

2024 年 7 月 厚生労働省保険局国民健康保険課長

現在に至る

※海外勤務

2014 年 7 月 外務省在タイ日本国大使館一等書記官