

[第 69 回社会保険指導者講習会資料]

2040 年を展望した医療について

2025 年 10 月 26 日

厚生労働省医政局



厚生労働省

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

2040年を展望した医療について

令和7年10月26日

医政局長 森光 敬子

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

(地域医療構想)

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

- ・2026年度以降の地域医療構想の取組について、今後、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大や現役世代の減少に伴う医療需要の変化に対応できるよう、2040年頃を視野に入れつつ、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、中長期的課題を整理して検討を行う。
- ・こうした対応に実効性を持たせるため、都道府県の責務の明確化等に關し必要な法制上の措置等について検討を行う。

経済財政運営と改革の基本方針2024（令和6年6月21日閣議決定）【抜粋】

第3章 中長期的に持続可能な経済社会の実現～「経済・財政新生計画」～

（社会医療・介護サービスの提供体制等）

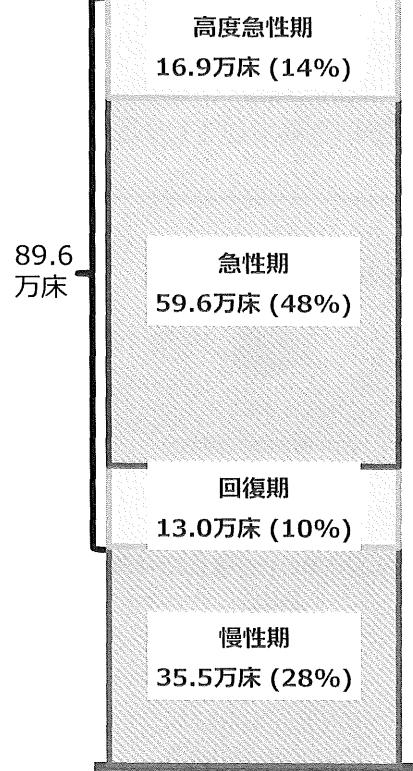
高齢者人口の更なる増加と人口減少に対応するため、限りある資源を有効に活用しながら、質の高い効率的な医療・介護サービスの提供体制を確保するとともに、医療・介護DXの政府を挙げての強力な推進、ロボット・デジタル技術やICT・オンライン診療の活用、タスクシフト／シェア、医療の機能分化と連携など地域の実情に応じ、多様な政策を連携させる必要がある。国民目線に立ったかかりつけ医機能が発揮される制度整備、地域医療連携推進法人・社会福祉連携推進法人の活用、救急医療体制の確保、持続可能なドクターヘリ運航の推進や、居住地によらず安全に分べんできる周産期医療の確保、都道府県のガバナンスの強化を図る。地域医療構想について、2025年に向けて国がアウトリーチの伴走支援に取り組む。また、2040年頃を見据えて、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大や現役世代の減少等に対応できるよう、地域医療構想の対象範囲について、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体に拡大するとともに、病床機能の分化・連携に加えて、医療機関機能の明確化、都道府県の責務・権限や市町村の役割、財政支援の在り方等について、法制上の措置を含めて検討を行い、2024年末までに結論を得る。

2023年度病床機能報告について

2015年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告)※6

2015年
合計 125.1万床



出典:2023年度病床機能報告

※1:2023年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

※2:対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

(報告医療機関数/対象医療機関数(報告率) 2015年度病床機能報告:13,863/14,538(95.4%)、2023年度病床機能報告:12,173/12,352(98.6%))

※3:端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある

※4:平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、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(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計

※5:高度急性期のうちICU及びHCUの病床数(*):18,423床(参考 2022年度病床機能報告:18,399床)

*救命救急入院料1~4、特定集中治療室管理料1~4、ハイケアユニット入院医療管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数

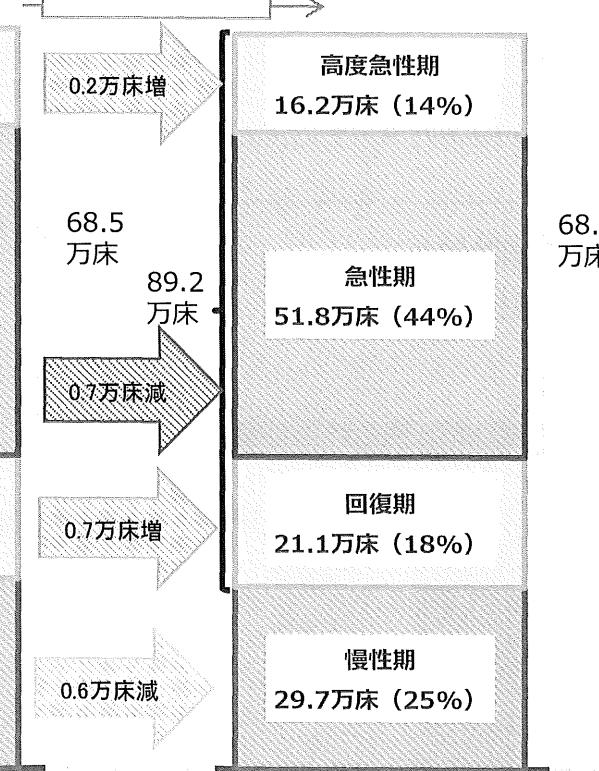
※6:病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

2023年度病床機能報告

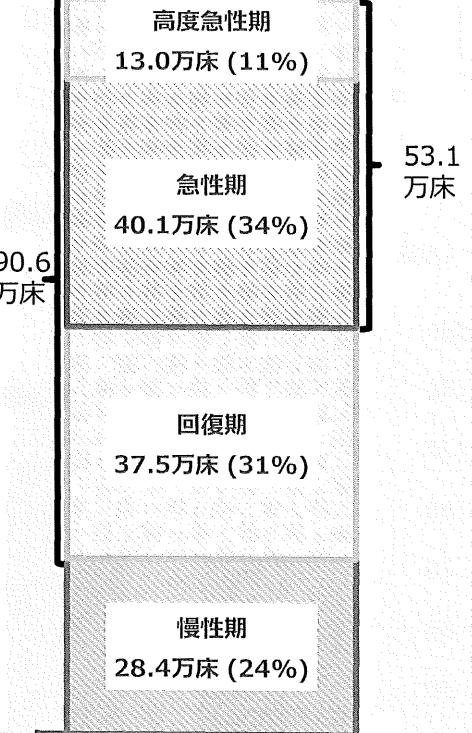
(各医療機関が病棟単位で報告)※6

2023年
合計 119.2万床

約0.4万床減
2025年見込
合計 118.8万床^{※1}



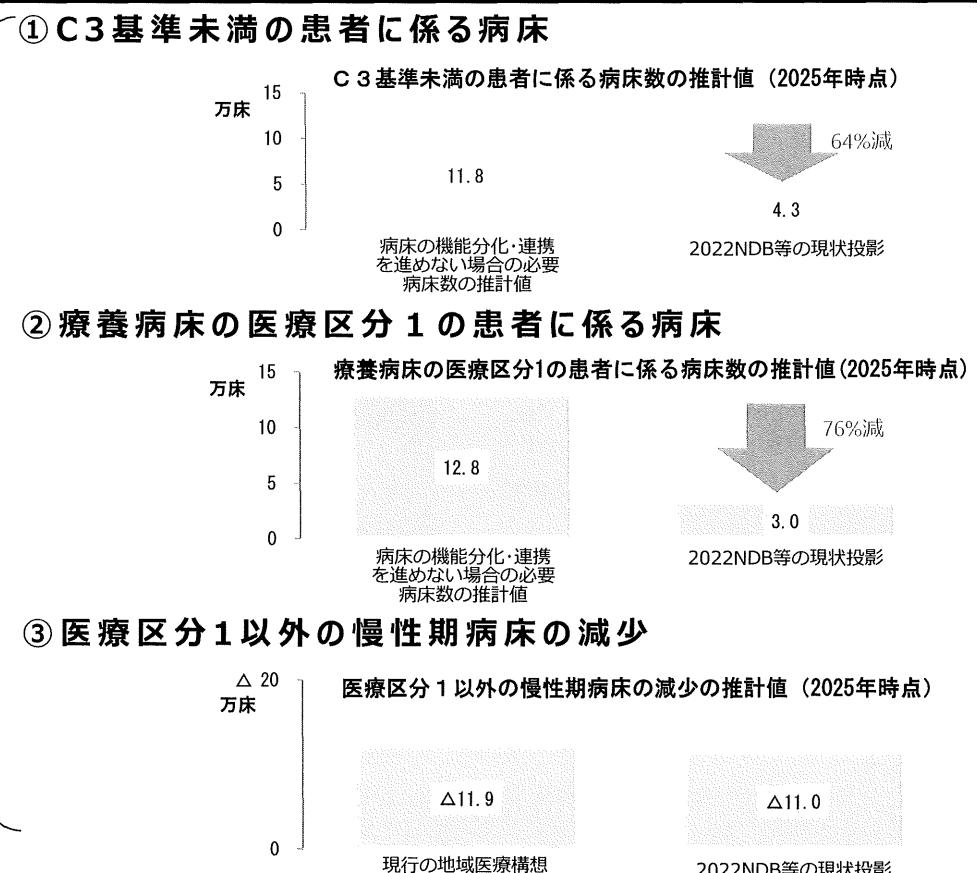
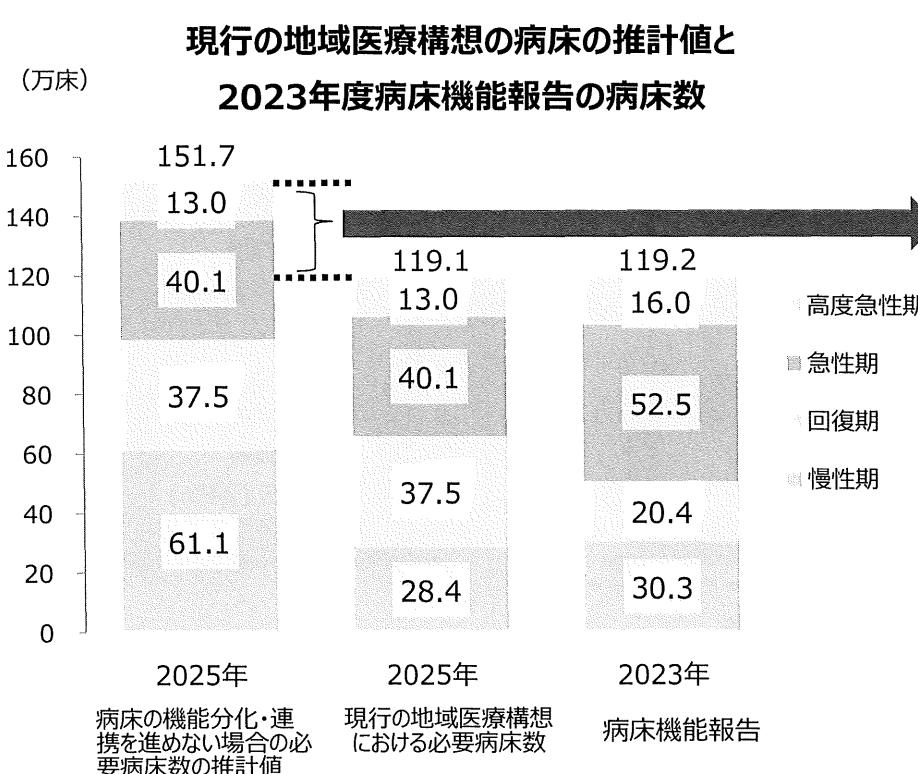
合計 119.1万床



地域医療構想における2025年の病床の必要量
(入院受療率や推計人口から算出した2025年の医療需要に基づく推計(平成28年度末時点))^{※4}※6

現行の地域医療構想の評価について

- 現行の地域医療構想においては、病床の機能分化・連携を進めない場合は高齢化により2025年時点で152万床程度の病床が必要と推計されたが、①一般病床のC3基準未満の医療資源投入量の患者数は在宅医療等の医療需要とすること、②療養病床の医療区分1の患者の70%は在宅医療等の医療需要とすること、③療養病床の入院受療率の地域差解消の取組を進めることにより、2025年時点の必要病床数を119万床程度とする目標としている。
- 2025年時点の必要病床数の推計値（病床の機能分化・連携を進めない場合）と、2022年度の診療実績（NDBのデータ）に基づく2025年時点の推計値を比べると、①一般病床のC3基準未満の患者に係る病床数は11.8万床から4.3万床に減少（64%減）、②療養病床の医療区分1の患者に係る病床数は12.8万床から3.0万床に減少（76%減）、③医療区分1以外の慢性期病床の減少は11.9万床に近い11.0万床の減床となっている。

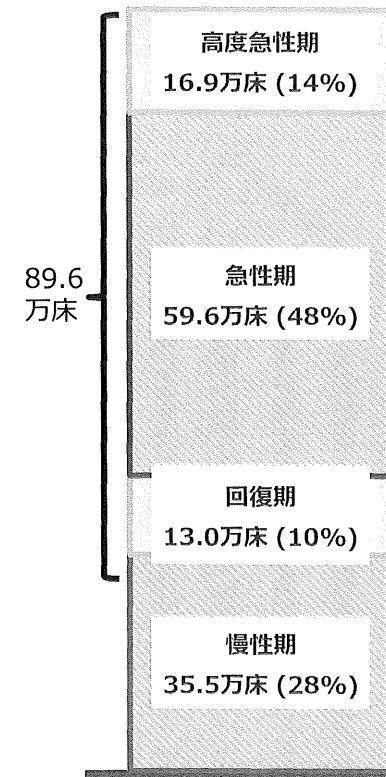


※病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

2024年度病床機能報告について

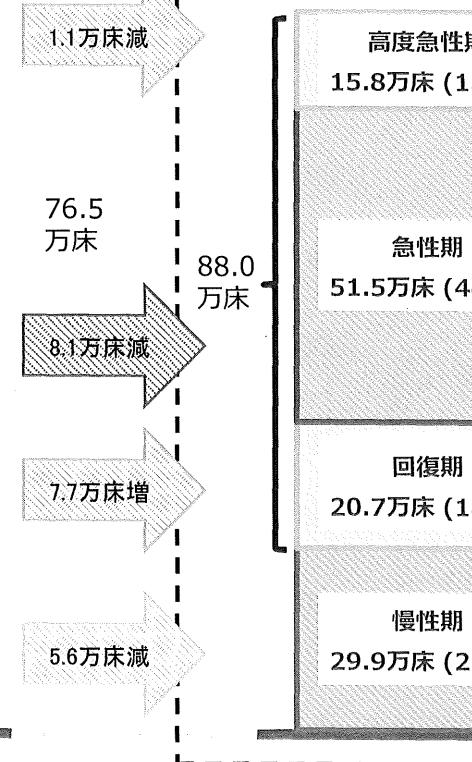
2015年度病床機能報告
(各医療機関が病棟単位で報告)※5

2015年
合計 125.1万床



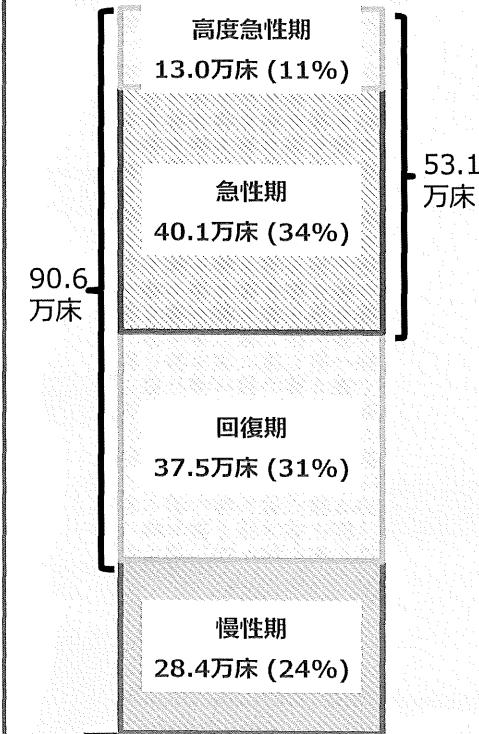
2024年度病床機能報告
(各医療機関が病棟単位で報告)※5

2024年
合計 117.8万床



地域医療構想における2025年の病床の必要量
(入院受療率や推計人口から算出した2025年の医療需要に基づく推計(平成28年度末時点))※3※5

合計 119.1万床



出典:2024年度病床機能報告

※1: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

(報告医療機関数/対象医療機関数(報告率) 2015年度病床機能報告:13,863/14,538(95.4%)、2024年度病床機能報告:11,846/12,064(98.2%))

※2: 端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある

※3: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、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(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計

※4: 高度急性期のうちICU及びHCUの病床数(*): 18,274床(参考 2023年度病床機能報告:18,423床)

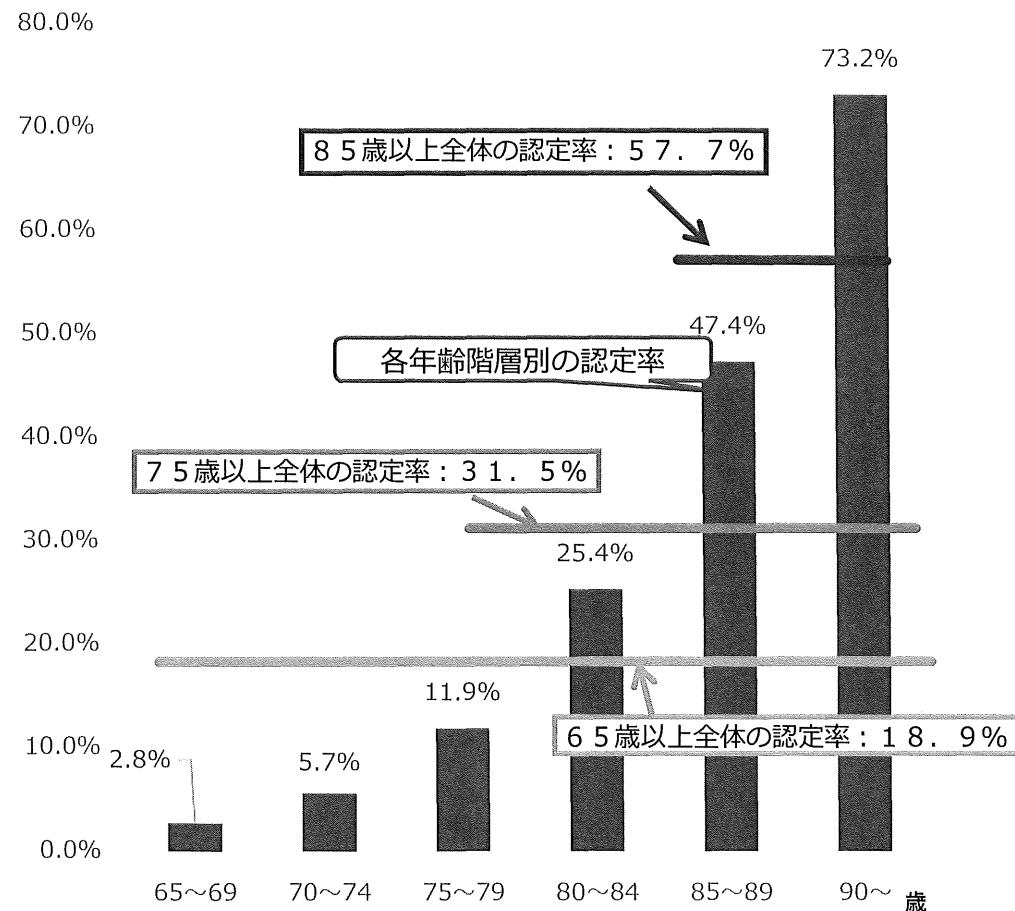
*救命救急入院料1~4、特定集中治療室管理料1~6、ハイケアユニット入院医療管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数

※5: 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。

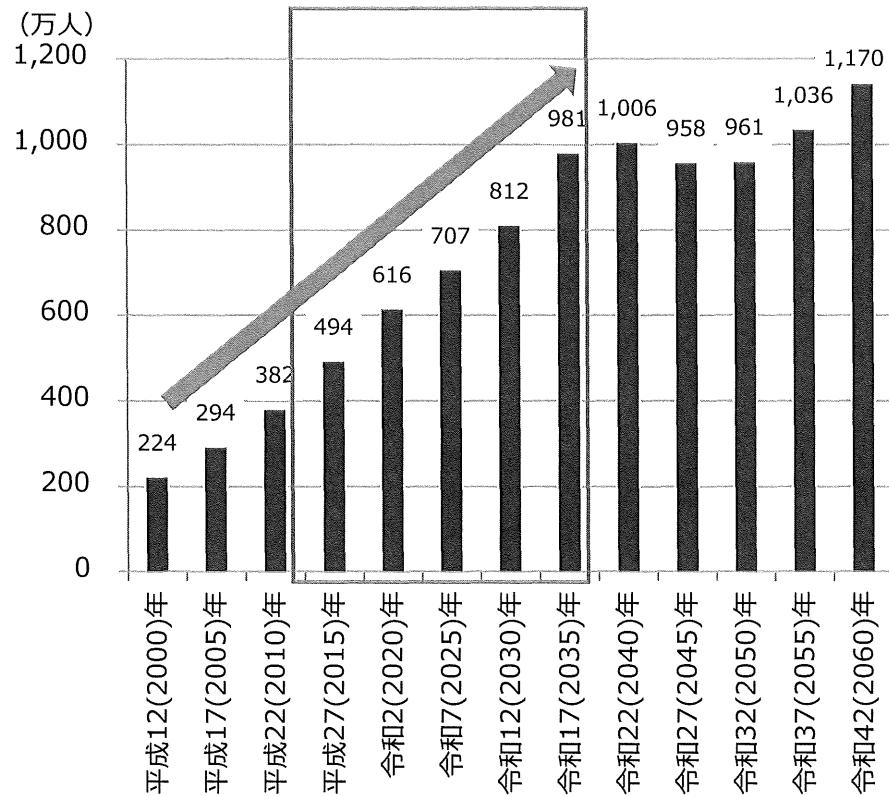
医療需要の変化④ 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

- 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



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)

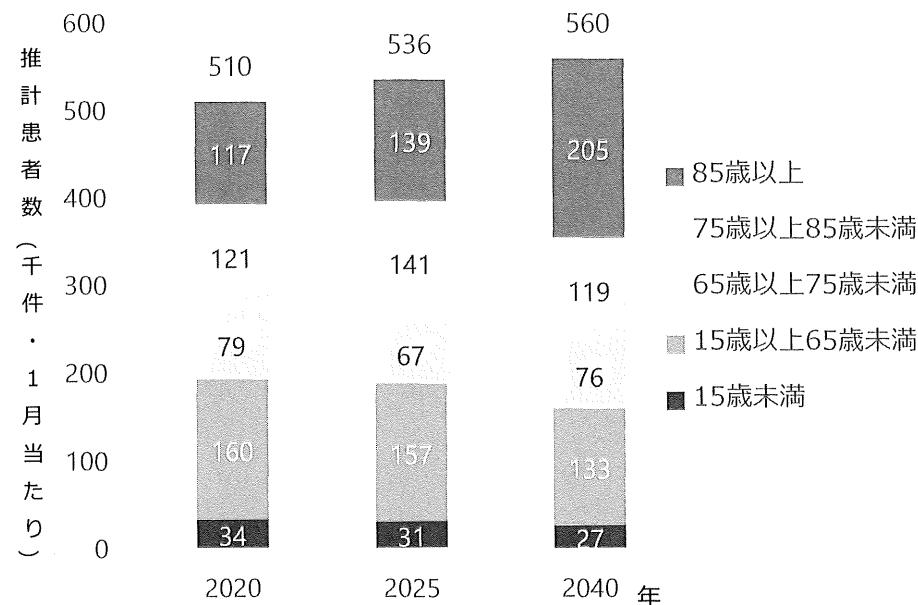
出典：2022年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2022年10月1日
 人口（総務省統計局人口推計）から作成

2040年の医療需要について

医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者が増加することが見込まれる。2020年から2040年にかけて、85歳以上の救急搬送は75%増加し、85歳以上の在宅医療需要は62%増加することが見込まれる。

救急搬送の増加

年齢階級別の救急搬送の件数の将来推計



2020年から2040年にかけて、75歳以上の救急搬送は36%増、うち85歳以上の救急搬送は75%増と見込まれる。

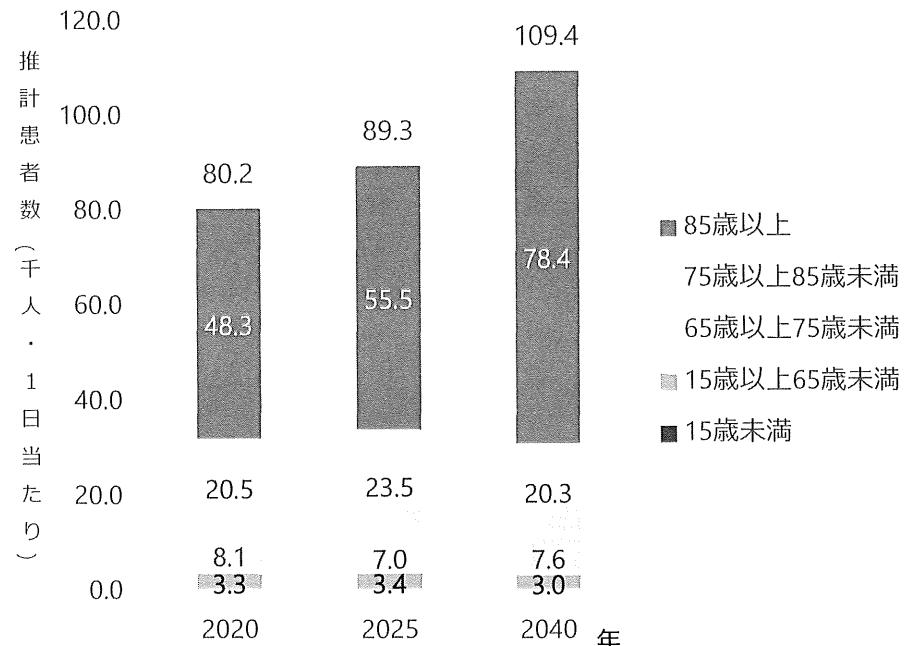
資料出所：消防庁データを用いて、救急搬送（2019年度分）の件数を集計したものを、2020年1月住民基本台帳人口で把握した都道府県別人口で除して年齢階級別に利用率を作成し、地域別将来推計人口に適用して作成。

※ 救急搬送の1月当たり件数を、年齢階級別人口で除して作成。

※ 性別不詳については集計対象外としている。また、年齢階級別人口については、年齢不詳人口を除いて利用した。

在宅医療需要の増加

年齢階級別の訪問診療患者数の将来推計



2020年から2040年にかけて、75歳以上の訪問診療の需要は43%増、うち85歳以上の訪問診療の需要は62%増と見込まれる。

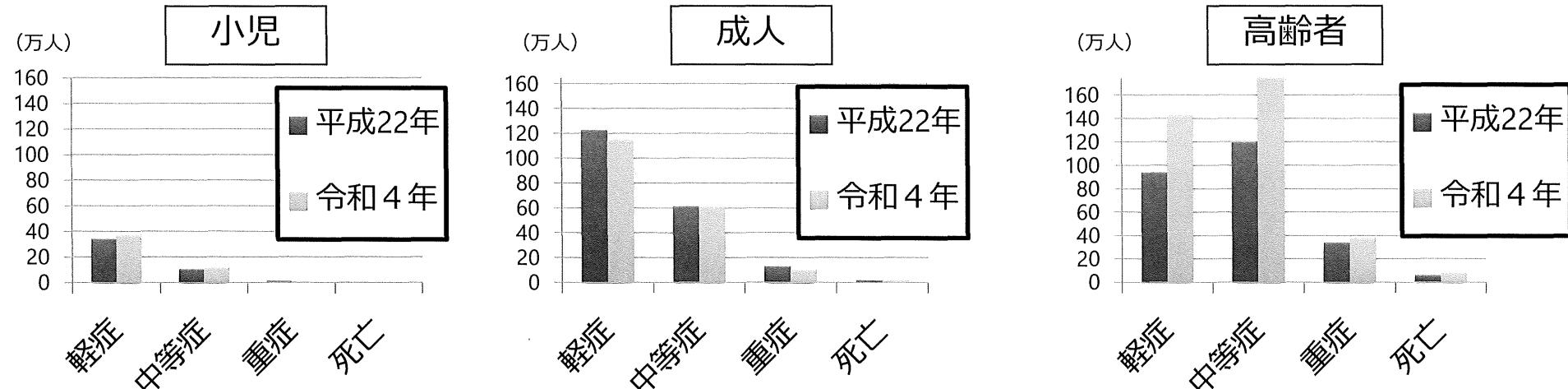
出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）

総務省「人口推計」（2017年）

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」
を基に地域医療計画課において推計。

2010年と2022年の救急搬送人員の比較（年齢・重症度別）

- 高齢者的人口増加に伴い、高齢者の軽症・中等症の救急搬送が増加している。



2010年中

	小児	成人	高齢者
死亡	0.09万人	1.6万人	5.9万人
重症	1.1万人	12.7万人	34.0万人
中等症	10.2万人	61.2万人	119.8万人
軽症	34.1万人	122.8万人	93.9万人
総人口	2049.6万人	7807.7万人	2948.4万人

傷病程度とは、救急隊が傷病者を医療機関に搬送し、初診時における医師の診断に基づき、分類する。

死亡：初診時において死亡が確認されたもの

重症（長期入院）：傷病程度が3週間の入院加療を必要とするもの

中等症（入院診療）：傷病程度が重症または軽症以外のもの

軽症（外来診療）：傷病程度が入院加療を必要としないもの

令和5年度「救急・救助の現況」（総務省消防庁）のデータ（第32及び38表）をもとに分析。総人口については、「救急・救助の現況」に準じ令和2年国勢調査人口を記載



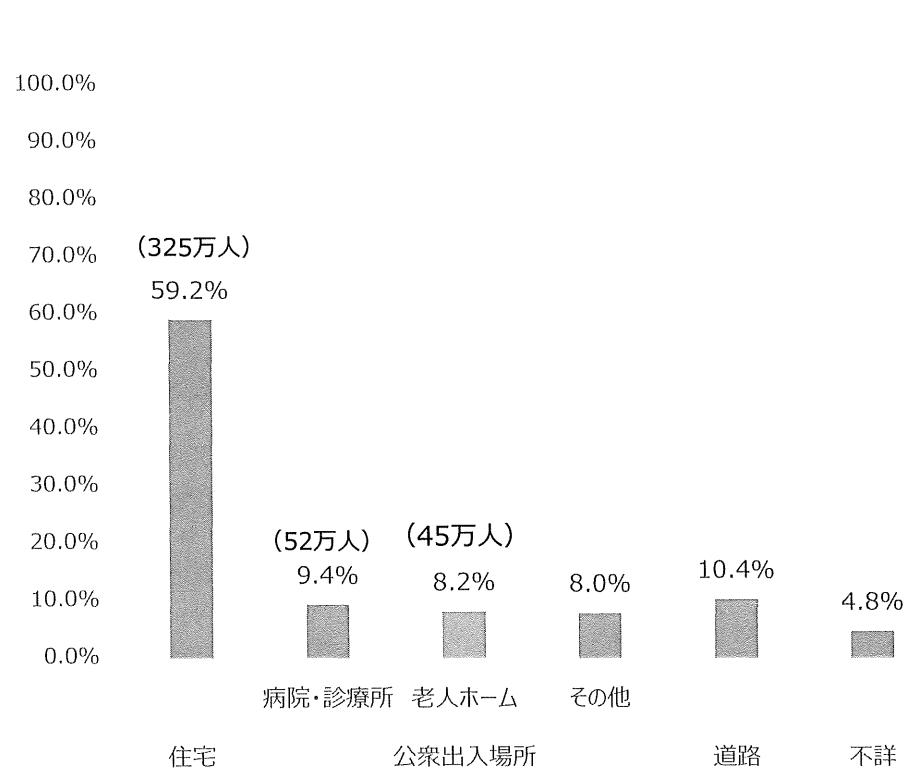
2022年中

	小児 (18歳未満)	成人 (18歳~64歳)	高齢者 (65歳以上)
死亡	0.06万人 - 0.03万人 ▲33%	1.3万人 - 0.3万人 ▲19%	7.8万人 + 1.9万人 +32%
重症 (長期入院)	0.8万人 - 0.3万人 ▲27%	9.6万人 - 3.1万人 ▲24%	37.7万人 + 3.7万人 +11%
中等症 (入院診療)	11.4万人 + 1.2万人 +12%	60.8万人 - 0.4万人 ▲1%	198.0万人 + 78.2万人 +65%
軽症 (外来診療)	36.9万人 + 2.8万人 +8%	114.5万人 - 8.3万人 ▲7%	142.7万人 + 48.8万人 +52%
総人口	1826.2万人 - 223.4万人 ▲11%	6961.6万人 - 846.1万人 ▲11%	3533.6万人 + 585.2万人 +20%

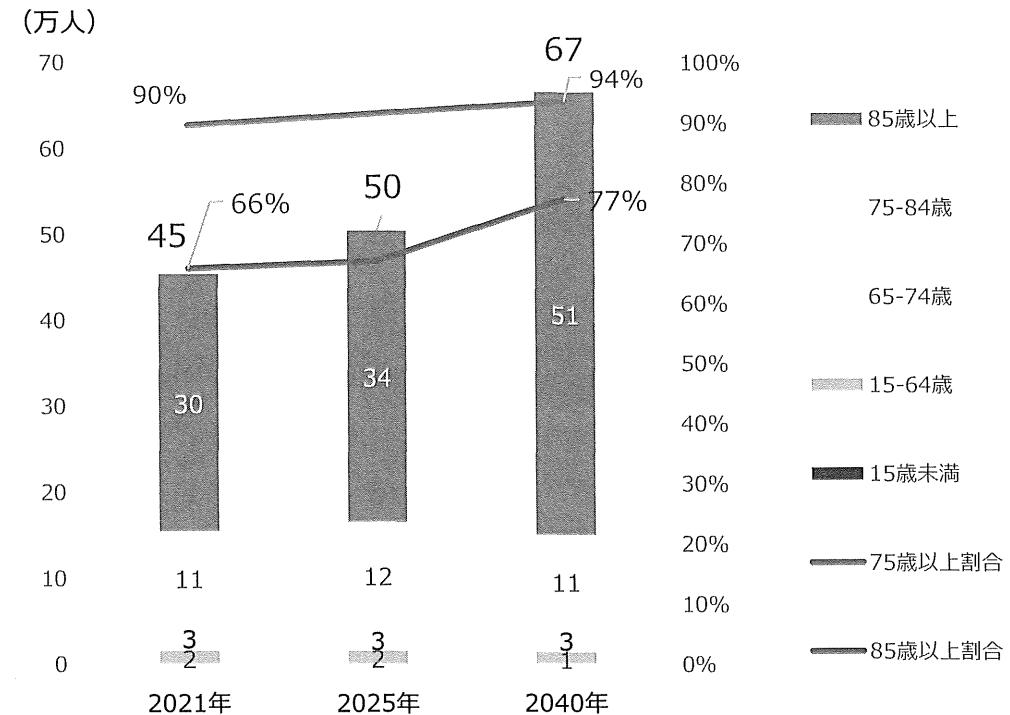
老人ホームからの救急搬送件数の見通し

老人ホーム(特養、有老等)からの救急搬送件数について、令和3年(2021年)の約45万人(全体の8.2%)から、2040年には約67万人に増加、特に85歳以上が増加する見込み。

事故発生場所別の搬送人員内訳（令和3年）



老人ホームからの救急搬送件数の見通し



資料出所：総務省消防庁「救急統計」データ（2021年）特別集計データ、総務省統計局「人口推計」（2021年）及び
国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（2023年推計）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

高齢者の急性期における疾病の特徴

85歳以上の急性期における入院は、若年者と比べ、医療資源を多く要する手術を実施するものは少なく、疾患の種類は限定的で、比較的多くの病院で対応可能という特徴がある。

85歳以上の頻度の高い傷病名（注）

傷病名	手術	割合	累積	病院数
食物及び吐物による肺臓炎	なし	5.8%	5.8%	3,726
うつ血性心不全	なし	5.1%	10.8%	3,350
コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	なし	3.6%	14.5%	3,369
肺炎、詳細不明	なし	2.7%	17.2%	3,399
転子貫通骨折 閉鎖性	あり	2.4%	19.6%	2,510
尿路感染症、部位不明	なし	2.3%	21.9%	3,399
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	あり	2.0%	23.9%	2,511
細菌性肺炎、詳細不明	なし	1.6%	25.4%	2,615
体液量減少（症）	なし	1.6%	27.0%	3,480
腰椎骨折 閉鎖性	なし	1.4%	28.4%	3,540

15-65歳の頻度の高い傷病名（注）

傷病名	手術	割合	累積	病院数
大腸＜結腸＞のポリープ	あり	2.2%	2.2%	2,811
睡眠時無呼吸	なし	1.2%	3.4%	1,881
コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	なし	0.8%	4.2%	2,680
尿管結石	あり	0.8%	5.0%	1,138
穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	なし	0.8%	5.8%	2,603
乳房の悪性新生物＜腫瘍＞, 乳房上外側4分の1	あり	0.8%	6.6%	1,129
急性虫垂炎、その他及び詳細不明	あり	0.8%	7.3%	1,877
子宮平滑筋腫、部位不明	あり	0.7%	8.0%	840
一側性又は患側不明のそけい＜鼠径＞ヘルニア、 閉塞及びえ＜壊＞疽を伴わないもの	あり	0.7%	8.8%	2,141
気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞, 上葉、気管支又は肺	なし	0.7%	9.5%	1,055

85歳以上の上位50疾患までの 手術ありの数 累積割合

15 51%

15歳～65歳の上位50疾患までの

手術ありの数 累積割合

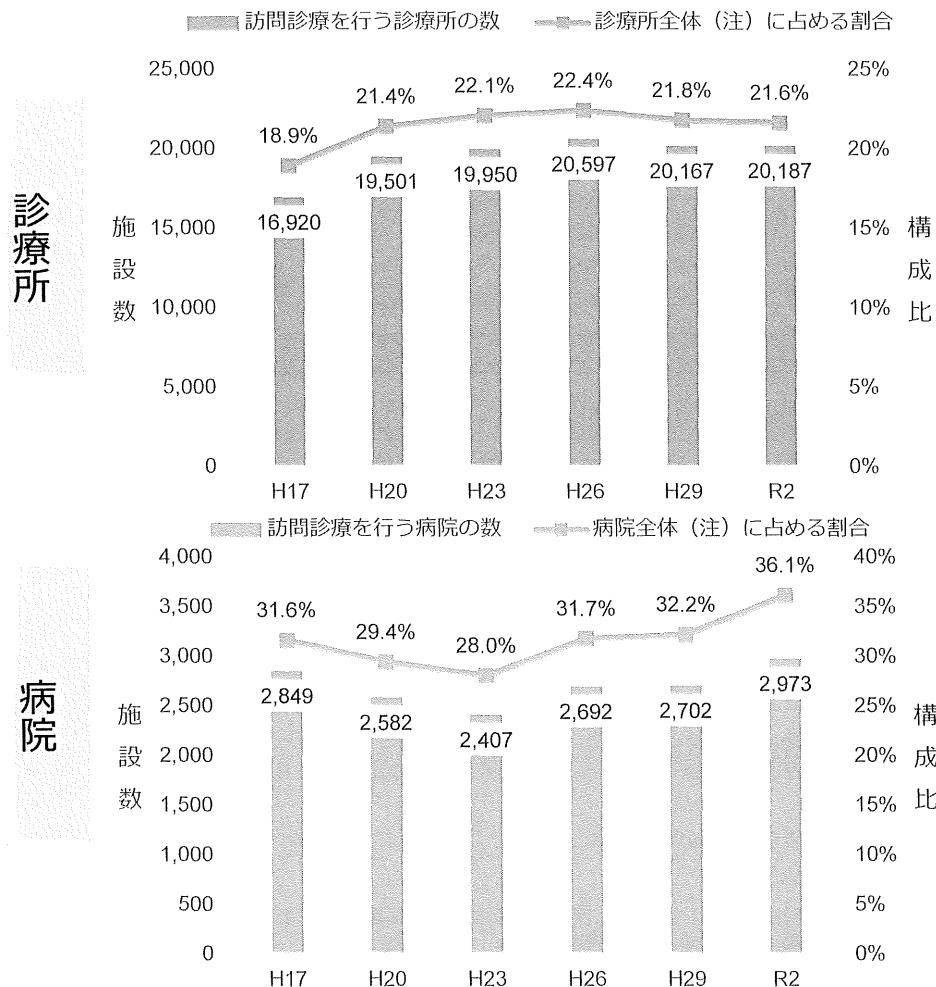
30 28%

注 傷病名は、急性期入院料等を算定する病棟におけるICD-10傷病名

在宅医療の需要と供給

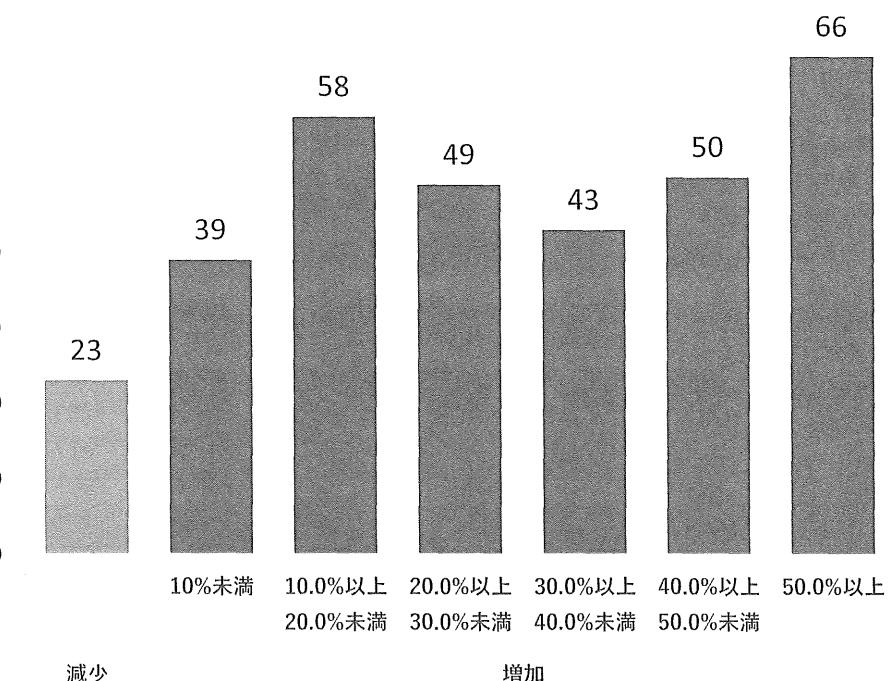
在宅医療を提供する医療機関は、近年、病院数は増加傾向にあるが、診療所数は横ばい。在宅医療の需要は、2020年から2040年にかけて需要が50%以上増加する二次医療圏が66あるなど、増加が見込まれる。

在宅医療の提供体制



在宅医療の需要（二次医療圏毎）

2020年から2040年への
訪問診療需要の変化率別二次医療圏数



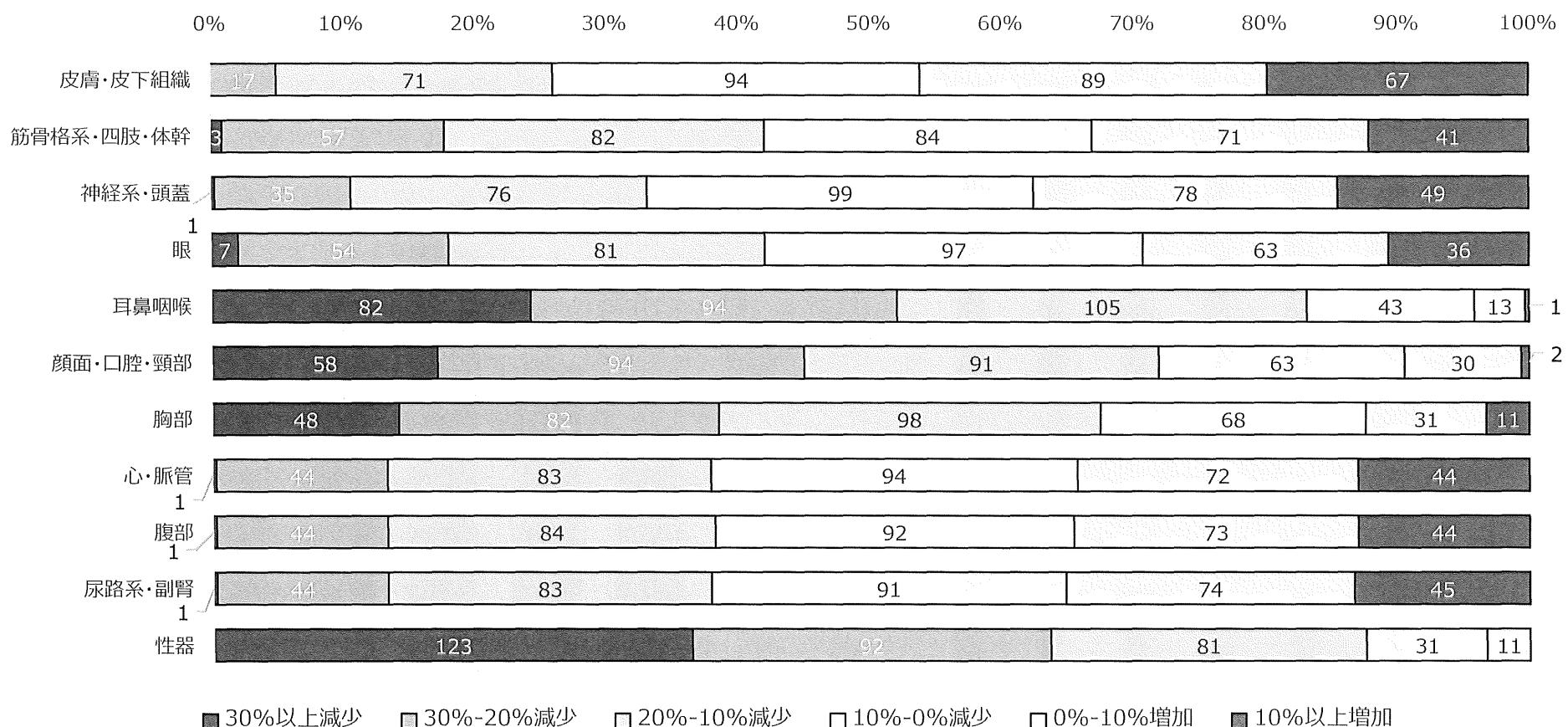
出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）総務省「人口推計」（2017年）
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」
を基に地域医療計画課において推計。

※令和6年4月1日時点において二次医療圏は330であるが、上記の将来推計人口について、福島県相双及びいわきの2二次医療圏は推計結果がないため、328二次医療圏の推計結果である。

2040年における診療領域別の手術件数の変化について

多くの医療資源を要する医療について、2020年から2040年にかけて、全ての診療領域において、半数以上の構想区域で手術件数が少なくなる。

2020年から2040年への手術の算定回数の変化率別構想区域数（診療領域別）



資料出所：厚生労働省「NDBオープンデータ」（令和4年度）、総務省「人口推計」2022年、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」を用いて、厚生労働省医政局地域医療計画課において作成。

※推計については、年齢構成の変化による需要の変化をみるため、全国計の性・年齢階級別の領域別の算定回数を分子、全国の性・年齢階級別人口を分母として受療率を作成し、これを構想区域別の性・年齢階級別の2020年、2040年時点のそれぞれの人口に適用して作成しているものであり、地域別の受療行動の変化の実態を織り込んでいるものではないことに留意が必要。

医療機関機能について（案）

医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、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。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
 - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
 - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

高齢者救急・地域急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
在宅医療等連携機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
急性期拠点機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。
専門等機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の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。 <p>※ 高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリを含む、治し支える医療の観点が重要</p>

広域な観点の医療機関機能

医育及び広域診療機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。 ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。
------------	---

新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめより作成

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

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

- ・「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- ・外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想

(1) 基本的な考え方

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

(2) 病床機能・医療機関機能

① 病床機能

- ・これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ

② 医療機関機能報告 (医療機関から都道府県への報告)

- ・構想区域ごと(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)、広域な観点(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告

③ 構想区域・協議の場

- ・必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議(議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)

(3) 地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

(4) 都道府県知事の権限

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

(5) 国・都道府県・市町村の役割

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

(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

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な内容、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



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

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

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

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

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

検討会スケジュール（各WGは必要に応じて順次開催）

7月～ 秋頃	議論の開始 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

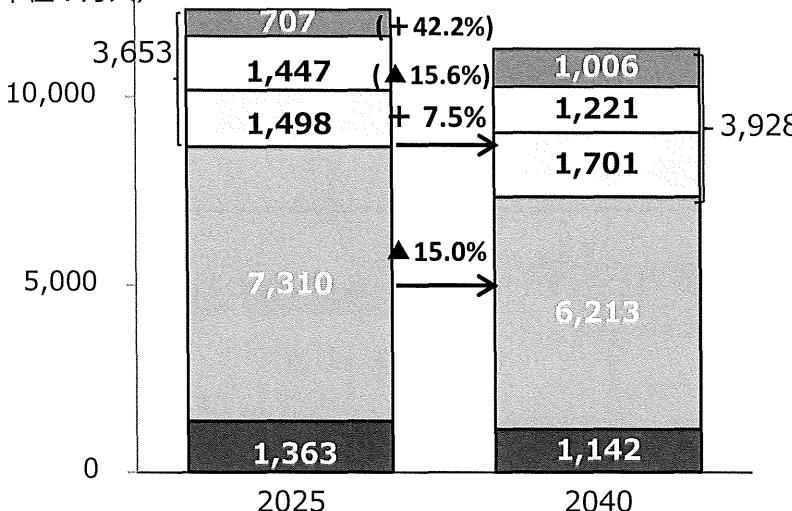
※ 医療法等改正法案の法律事項は法案成立後に検討

2040年に向けた課題

- ガイドラインにおいては、日本全体としての高齢化や生産年齢人口の減少等の課題や、地域ごとの異なる課題を踏まえながら、整理していく必要がある。

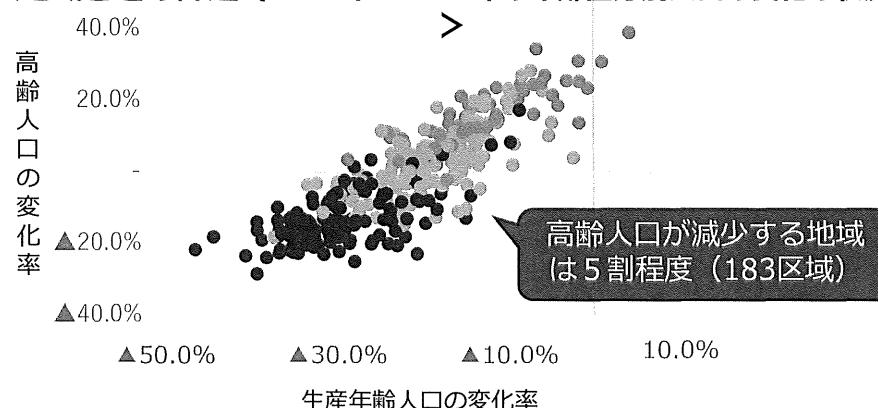
<日本全体の課題（人口構造の変化）>

(単位：万人)



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

<地域ごとの課題（2025年→2040年の年齢区分別人口の変化の状況）>



大都市型

医療需要

- 地域の人口：横ばい →
- 高齢者人口：増 ↑
- 在宅医療需要：増 ↑
- 外来医療需要：横ばい →

生産年齢人口

- 一部の地域で増 ↑
- 多くは 0～30%程度減 ↓

課題

- 増加する高齢者救急・在宅医療の受け皿の整備 等

地方都市型

医療需要

- 地域の人口：減 ↓
- 高齢者人口：増 ↑
- 在宅医療需要：増 ↑
- 外来医療需要：減 ↓

生産年齢人口

- 0～40%程度減 ↓

課題

- 支え手の減少に対応できる 提供体制の構築 等

人口の少ない地域

医療需要

- 地域の人口：減 ↓
- 高齢者人口：減 ↓
- 在宅医療需要：増 ↑～減 ↓
- 外来医療需要：減 ↓

生産年齢人口

- 10～50%程度減 ↓

課題

- 地域の実情に応じた必要な医療機能の維持 等

※地域毎に状況は異なるものの、大きな方向性について記載

新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会報告書より作成

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

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

- ・「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- ・外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想

(1) 基本的な考え方

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

(2) 病床機能・医療機関機能

① 病床機能

- ・これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性
期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ

② 医療機関機能報告 (医療機関から都道府県への報告)

- ・構想区域ごと(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点
機能、専門等機能)、広域な観点(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能
や今後の方向性等を報告

③ 構想区域・協議の場

- ・必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で
協議 (議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)

(3) 地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

(4) 都道府県知事の権限

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

(5) 国・都道府県・市町村の役割

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

(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会 とりまとめ（概要）

令和7年7月25日

地域における「連携」を通じたサービス提供体制の確保と地域共生社会

- 2040年に向けて、高齢化・人口減少のスピードが異なる中、地域の実情を踏まえつつ、事業者など関係者の分野を超えた連携を図り、サービス需要に応じた介護、障害福祉、子どもの福祉分野のサービス提供体制の構築が必要。
- 地域住民を包括的に支えるための包括的支援体制の整備も併せて推進することで、地域共生社会を実現。

2040年に向けた課題

- 人口減少、85歳以上の医療・介護ニーズを抱える者や認知症高齢者、独居高齢者等の増加
- サービス需要の地域差。自立支援のもと、地域の実情に応じた効果的・効率的なサービス提供
- 介護人材はじめ福祉人材が安心して働き続け、利用者等とともに地域で活躍できる地域共生社会を構築

方向性

（1）サービス需要の変化に応じた提供体制の構築 等

【中山間・人口減少地域】サービス維持・確保のための柔軟な対応

- ・地域のニーズに応じた柔軟な対応の検討
 - 配置基準等の弾力化、包括的な評価の仕組み、訪問・通所などサービス間の連携・柔軟化、市町村事業によるサービス提供 等
 - ・地域の介護等を支える法人への支援

※介護は、特に地方において地域の雇用や所得を支える重要なインフラ。人手不足、移動、生産性向上など他分野との共通課題の解決に向け、関係者が連携して地域共生社会を構築し、地方創生を実現

※サービス需要変化の地域差に応じて3分類

【大都市部】需要急増を踏まえたサービス基盤整備

- ・重度の要介護者や独居高齢者等に、ICT技術等を用いた24時間対応
- ・包括的・在宅サービスの検討

【一般市等】サービスを過不足なく提供

- ・既存の介護資源等を有効活用し、サービスを過不足なく確保
- 将来の需要減少に備えた準備と対応

（2）人材確保・生産性向上・経営支援 等

- ・テクノロジー導入・タスクシフト/シェアによる生産性向上
※2040年に先駆けた対応。事業者への伴走支援や在宅技術開発
- ・都道府県単位で、雇用管理・生産性向上など経営支援の体制の構築
- ・大規模化によるメリットを示しつつ、介護事業者の協働化・連携（間接業務効率化）の推進

（3）地域包括ケアシステム、医療介護連携 等

- ・地域の医療・介護状況の見える化・状況分析と2040年に向けた介護・医療連携の議論（地域医療構想との接続）
- ・介護予防支援拠点の整備と地域保健活動の組み合わせ
※地リハ、介護予防、一体的実施、「通いの場」、サービス・活動C等の組み合わせ
- ・認知症高齢者等に対する、医療・介護等に加え、地域におけるインフォーマルな支援の推進

（4）福祉サービス共通課題への対応 (分野を超えた連携促進)

- ・社会福祉連携推進法人の活用を促進するための要件緩和
- ・地域の中核的なサービス主体が間接業務をまとめることへの支援

- ・地域の実情に応じた既存施設の有効活用等（財産処分等に係る緩和）
- ・人材確保等に係るプラットフォーム機能の充実
- ・福祉医療機関による法人の経営支援、分析スコアカードの活用による経営課題の早期発見

本検討会における検討の前提

- 新たな地域医療構想や医師偏在対策等は多岐にわたるところ、その一部は法律改正を要する事項もある。関連する改正事項を含む医療法等の一部を改正する法律案が継続審議とされていることを踏まえ、本検討会においては、法案を前提としない事項（法律事項以外）から具体的な検討を進める。

<医療法改正法案を前提とせずに検討する事項>

- ・ 必要病床数、医療機関や病床の機能
- ・ 構想区域のあり方
- ・ 医師偏在指標

等

<医療法改正法案の成立後に検討する事項>

- ・ 地域医療構想への精神病床の追加
- ・ 医師手当事業の創設
- ・ 外来医師過多区域における無床診療所の新規開設者への要請等

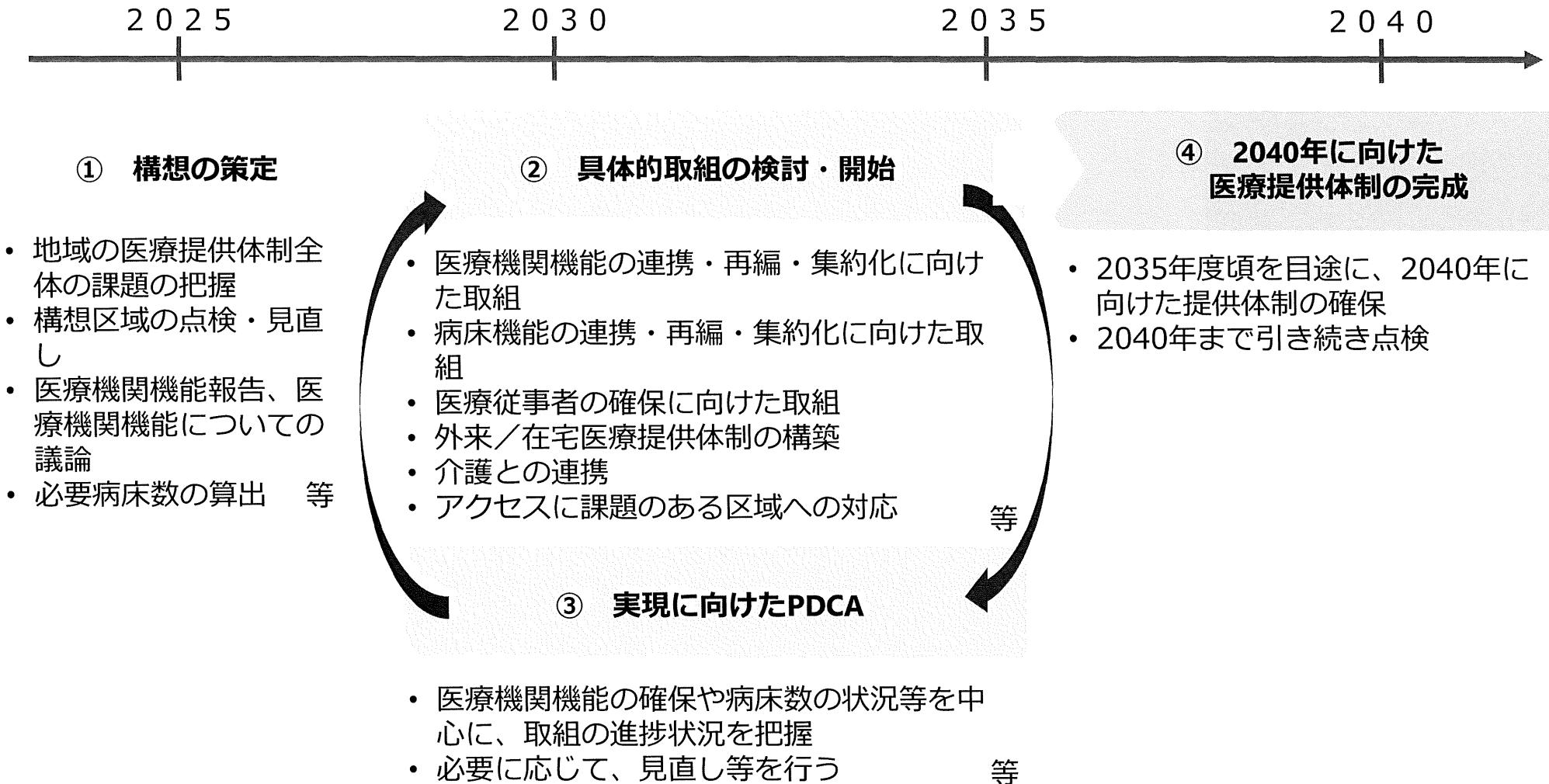
等

新たな地域医療構想と医療計画の進め方

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



都道府県における2040年に向けた構想の進め方（イメージ）



※ 医療法改正法案において、新たな地域医療構想の取組は令和9年（2027年）4月1日施行とされている。
なお、改正法案の附則において、令和10年（2028年）度中までは新構想の取組を猶予する旨の経過措置が設けられている。

(医師偏在対策)

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省

Ministry of Health, Labour and Welfare

1. 医師偏在指標に関する考え方について
2. 診療科偏在対策等の地域で必要な診療の確保について

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

1. 医師偏在指標に関する考え方について

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

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

医師養成過程を通じた医師偏在対策

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



大学医学部－地域枠の設定（地域・診療科偏在対策）

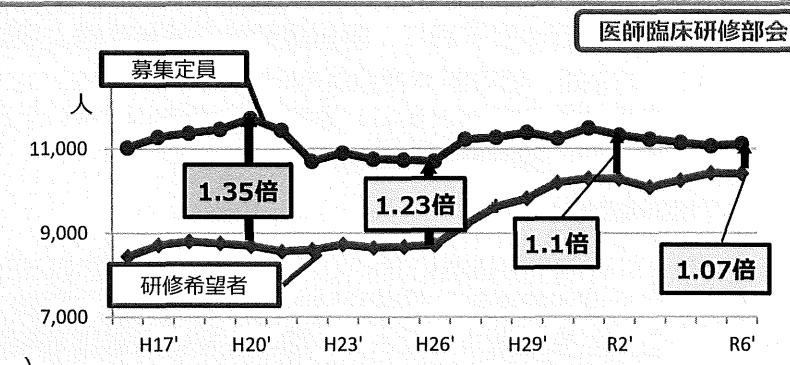
医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会

- 大学が特定の地域や診療科で診療を行うことを条件とした選抜枠を設け、都道府県が学生に対して奨学金を貸与する仕組みで、都道府県の指定する区域で一定の年限従事することにより返還免除される（一部例外あり）
- 2026（令和8）年度の臨時定員は、2024（令和6）年度の医学部総定員数（9,403人）を上限とし、臨時増員の枠組みを維持
- 2027（令和9）年度以降の臨時定員は、各都道府県・大学の医師確保の現状を踏まえて検討

臨床研修－臨床研修制度における地域偏在対策

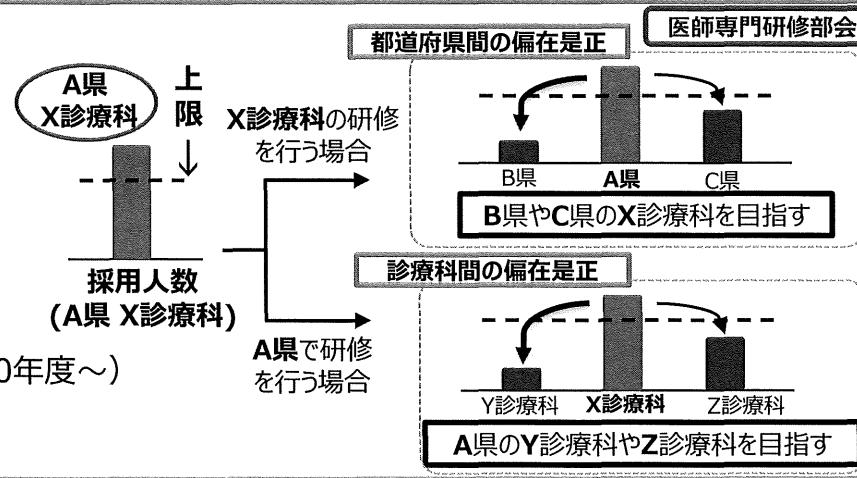
- 都道府県別の募集定員上限数の設定
- 全国の研修希望者に対する募集定員の倍率を縮小
- 医師少数区域へ配慮した都道府県ごとの定員設定方法への変更
- 地域医療重点プログラムの新設（2022年度～）

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



専門研修－専門医制度における地域・診療科偏在対策

- 日本専門医機構が、都道府県別・診療科別の採用数の上限（シーリング）を設定
- ※医師法の規定により、都道府県の意見を踏まえ、厚生労働大臣から日本専門医機構等に意見・要請を実施
- 5大都市を対象としたシーリング（2018年度～）から、都道府県別・診療科別必要医師数に基づいたシーリングへ変更（2020年度～）
- 特別地域連携プログラムの導入（2023年度～）



医師確保計画を通じた医師偏在対策について

令和6年9月5日
第110回社会保障審議会医療部会資料

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

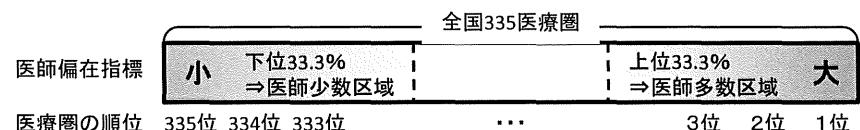
三次医療圏・二次医療圏ごとに、医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示すために、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成等を踏まえた医師偏在指標の算定式を国が提示する。

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												
医師確保計画												
指標設計 (国)	第7次											

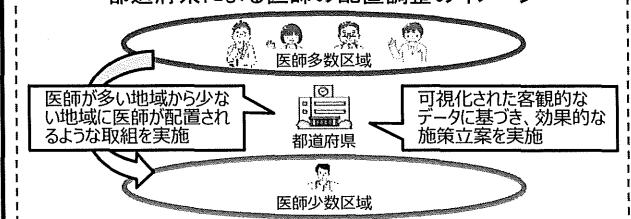
第7次 第8次

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）

29

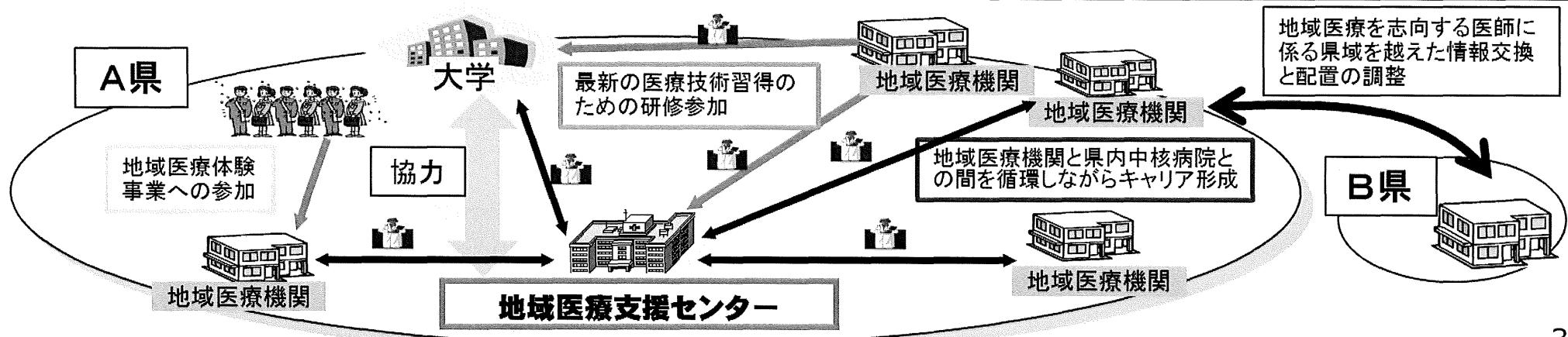
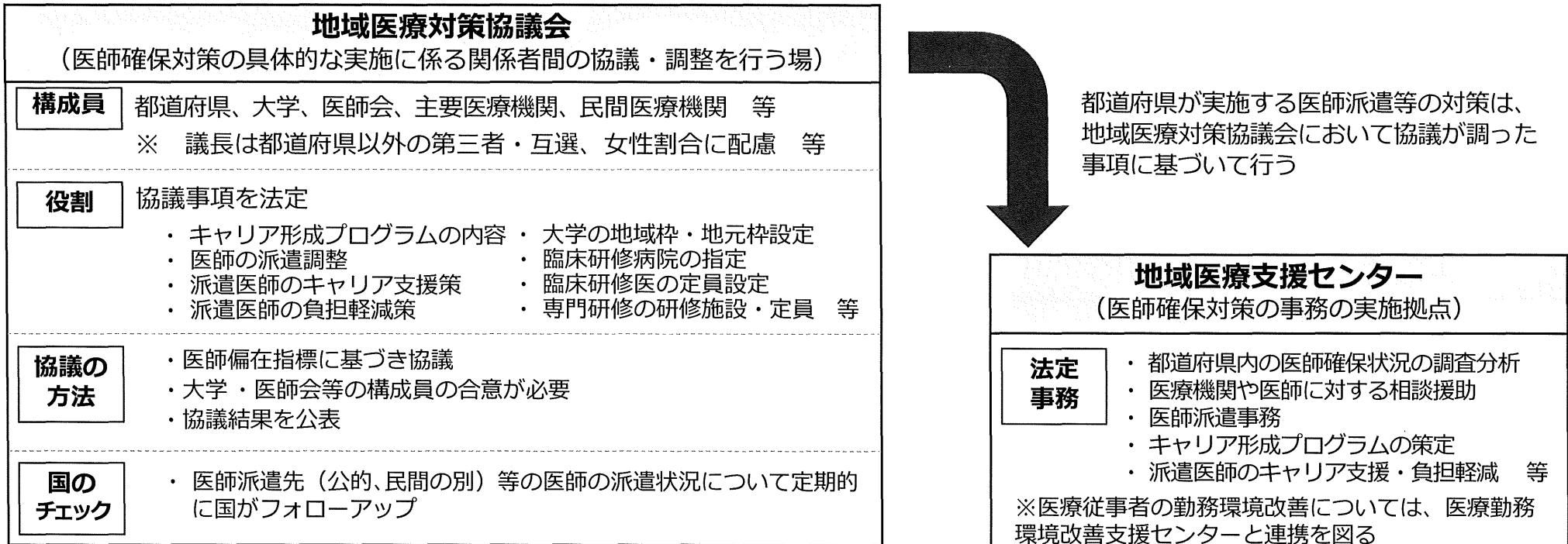
都道府県による医師の配置調整のイメージ



29

地域医療対策協議会・地域医療支援センター

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

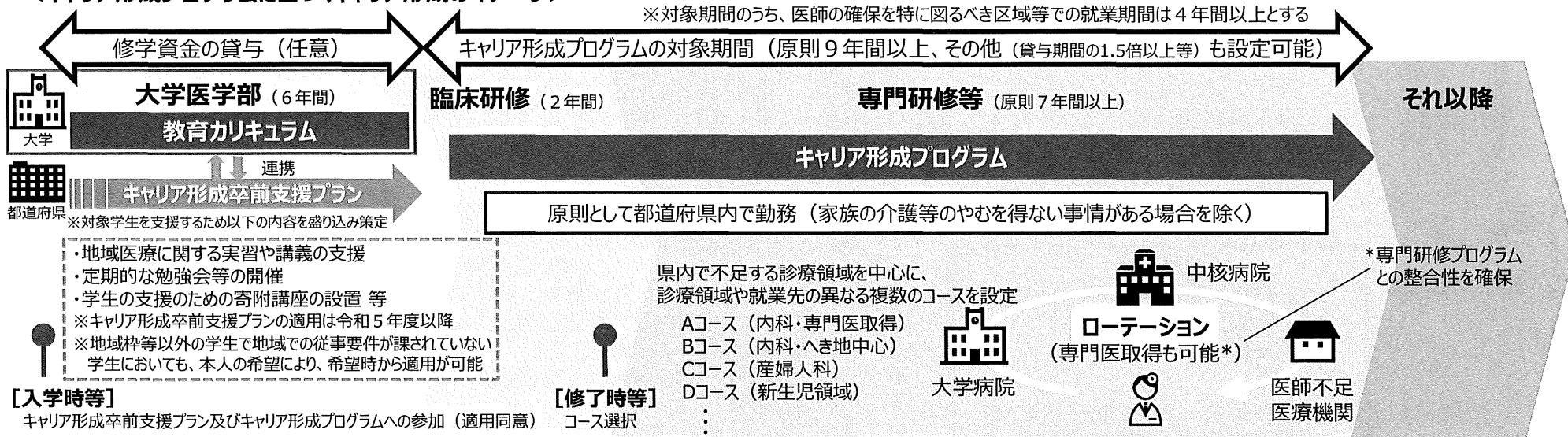


キャリア形成プログラムについて

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>



<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実施し、勤務環境改善・負担軽減を図る

対象者の地域定着促進の方策

<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聞き、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）

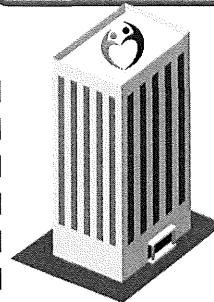
<プログラム満了前の離脱の防止>

- 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）

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

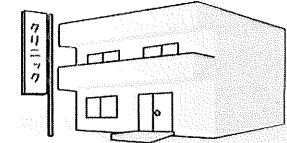
認定



医師

医師少数区域等における

6ヶ月以上^{*1}の勤務^{*2}



医師少数区域等の医療機関

*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。）

【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
響を測るために、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。

<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

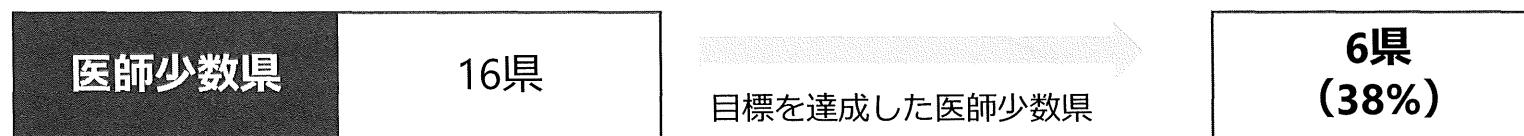
- 認定を取得した医師が医師少数区域等で診療を実施する際の医療レベルの向上や取得している資格等の維持に係る経費（研修受講料、旅費等）について支援を行う。

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。

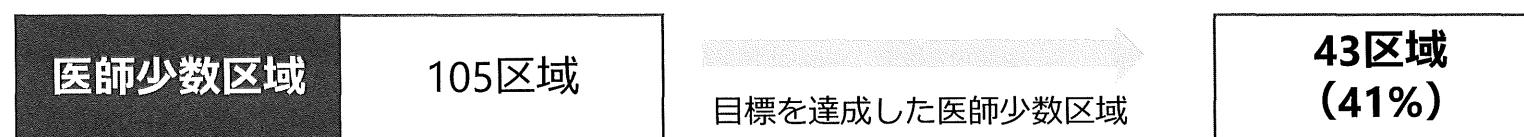
●医師少数県における目標の達成状況

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

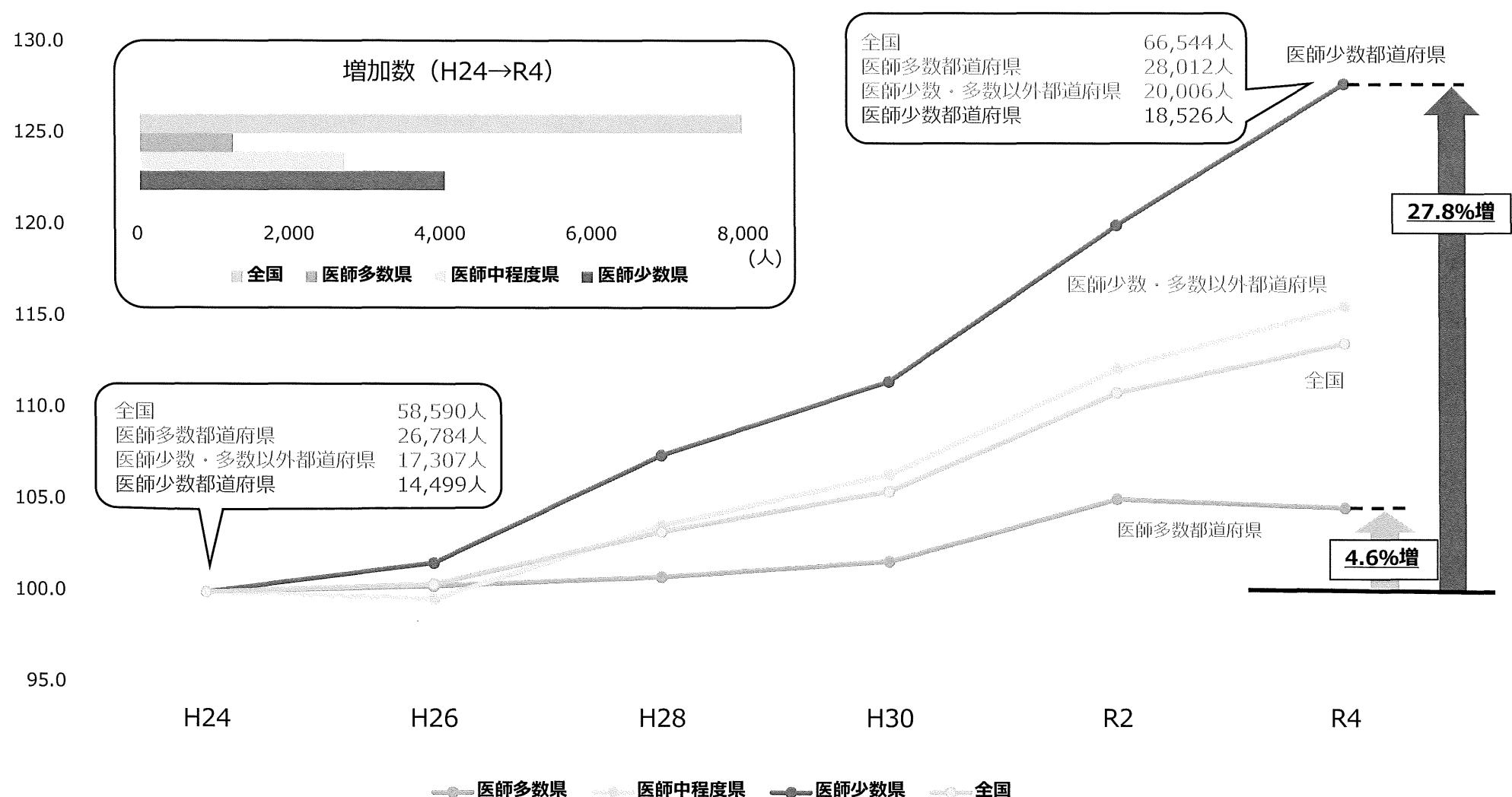
医師少数区域においては、第7次医師確保計画終了時（2023年度）までに当該計画開始時（2020年度）の医師偏在指標の下位1/3基準値に達することを目標としていた。達成状況は以下のとおり。



※ 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26年の前後で比較すると、医師少数都道府県の若手医師の数は、医師多数都道府県と比較し伸びており、若手医師については地域偏在が縮小してきている。



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

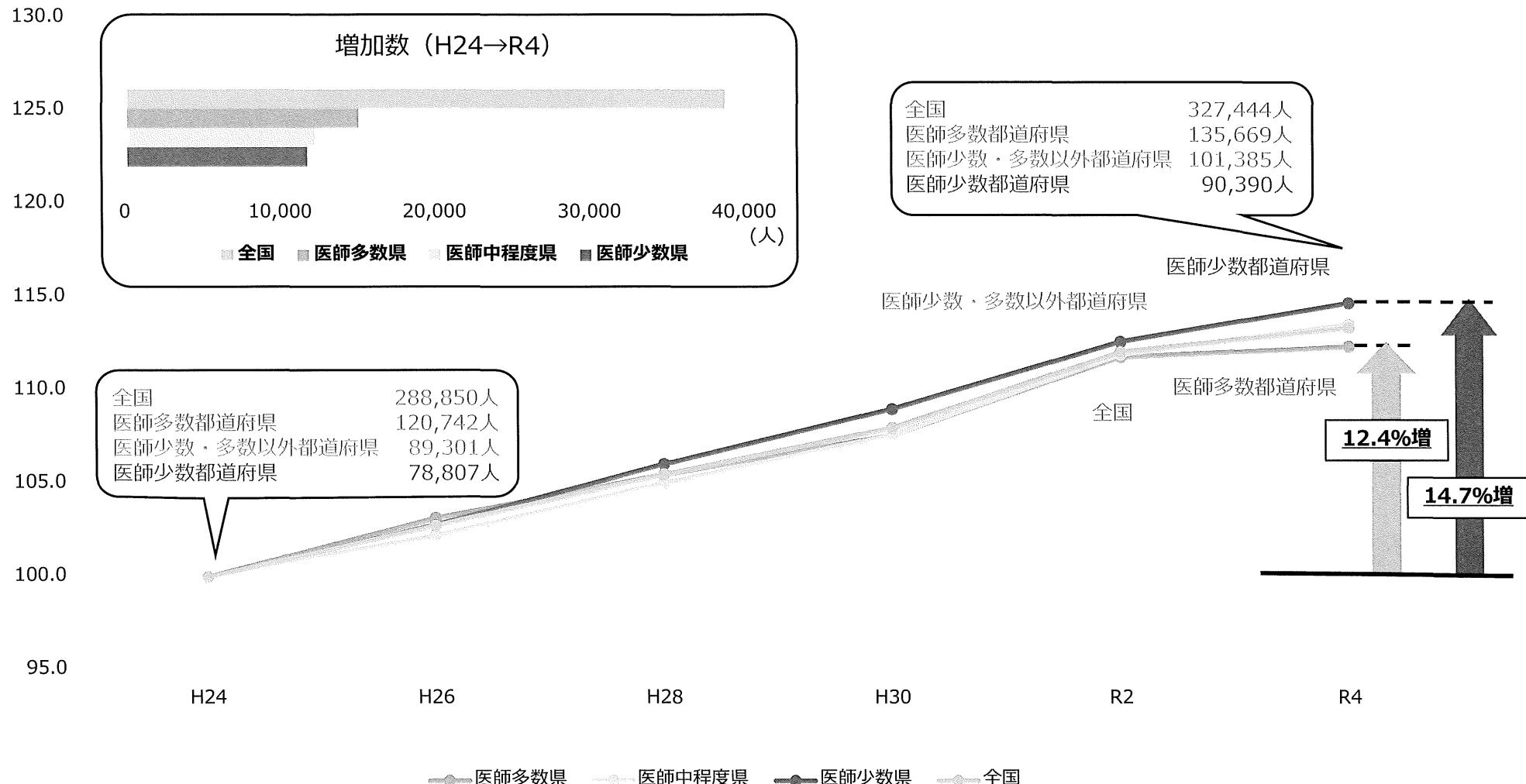
出典：医師・歯科医師・薬剤師調査、統計（厚生労働省）
医師少数都道府県及び医師多数都道府県は医師偏在指標
(厚生労働省：令和2年2月)による

医療施設従事医師数推移（平成24年を100とした場合）

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
令和6年7月3日

資料2
一部改

- 平成26年の前後で比較すると、医師少数都道府県の医師数の伸び率は、医師多数都道府県より大きいが、その伸び率の差は、若手医師（35歳未満）における伸び率の差と比較してわずかである。



※医師多数都道府県：医師偏在指標の上位33.3%の都道府県

医師少数都道府県：医師偏在指標の下位33.3%の都道府県

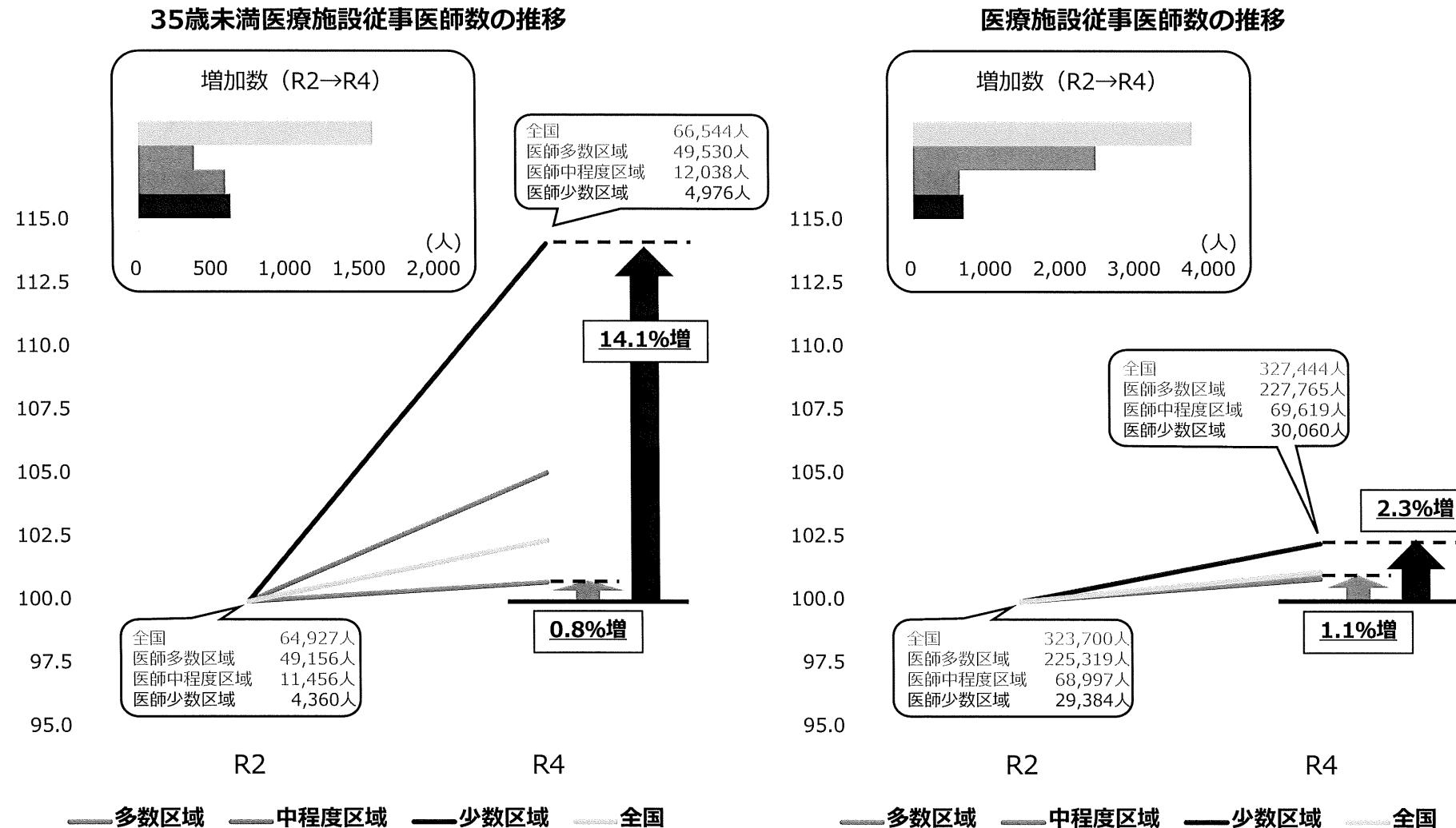
医師少数・多数以外都道府県：医師偏在指標の上位・下位33.3%以外の都道府県

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査、統計（厚生労働省）

医師少数都道府県及び医師多数都道府県は医師偏在指標
(厚生労働省：令和2年2月)による

二次医療圏別における医療施設従事医師数推移（令和2年を100とした場合）

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



※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

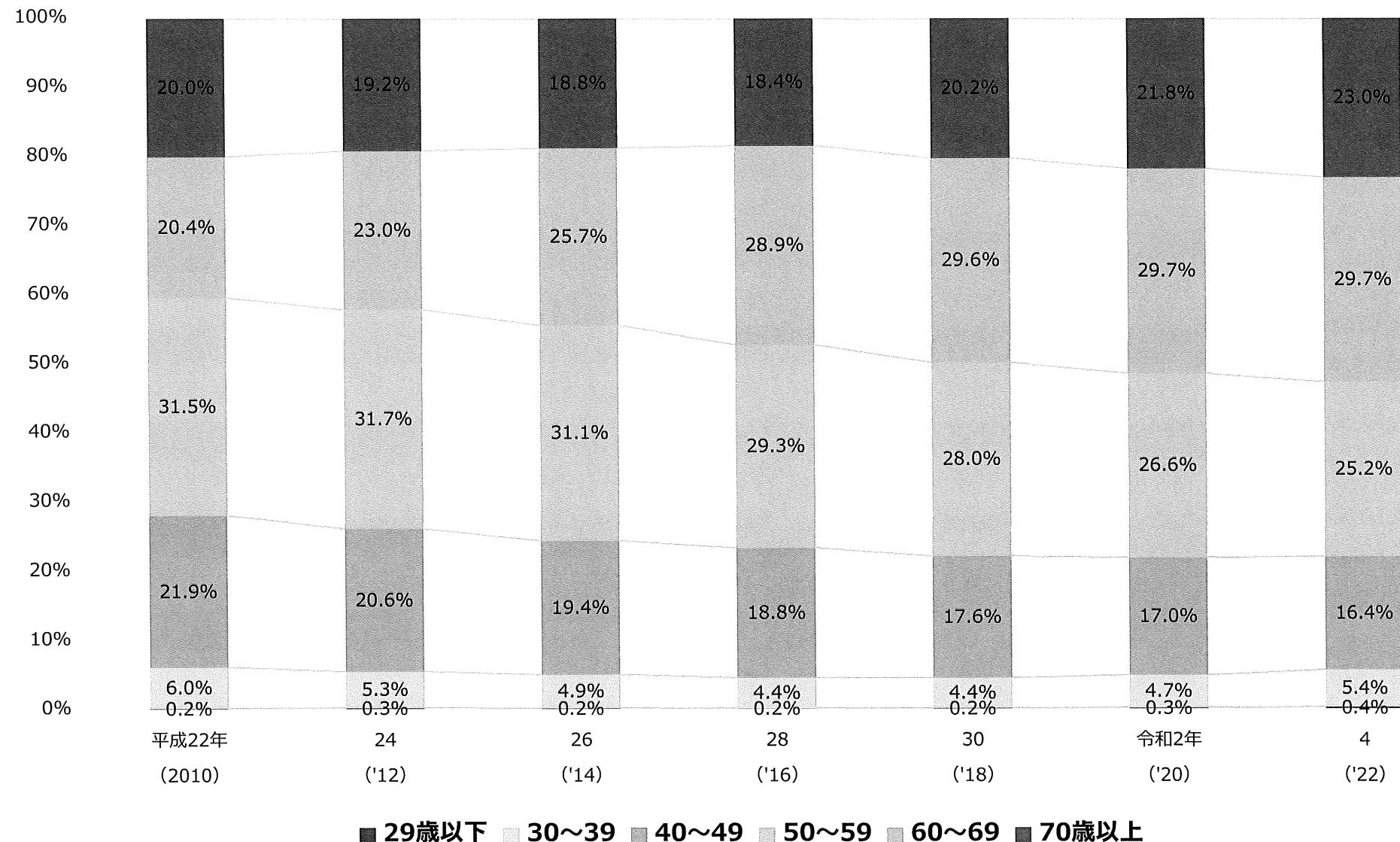
出典：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

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

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

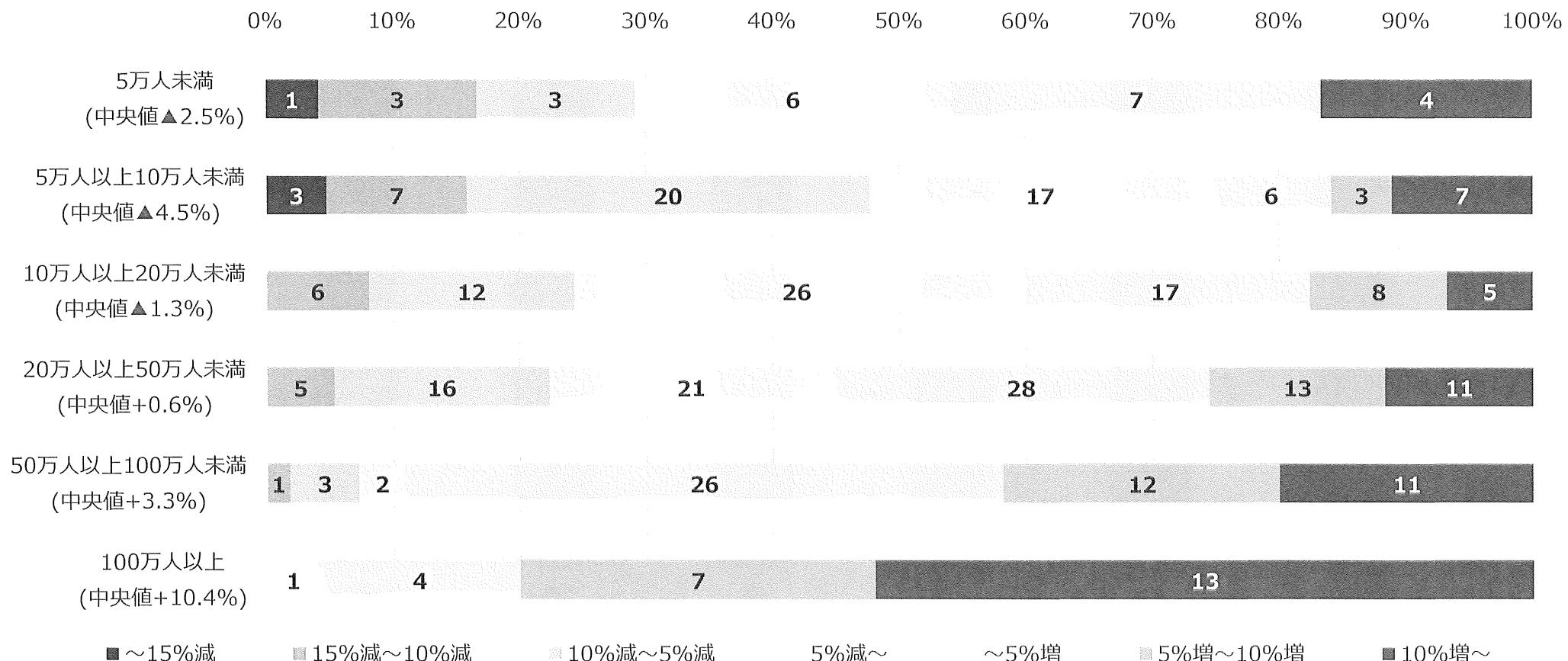
- 診療所が主たる従事先の医師については、40歳未満の医師の割合は約6%である。
- 診療所が主たる従事先の医師については、60歳以上の医師の割合が増加してきている。



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。

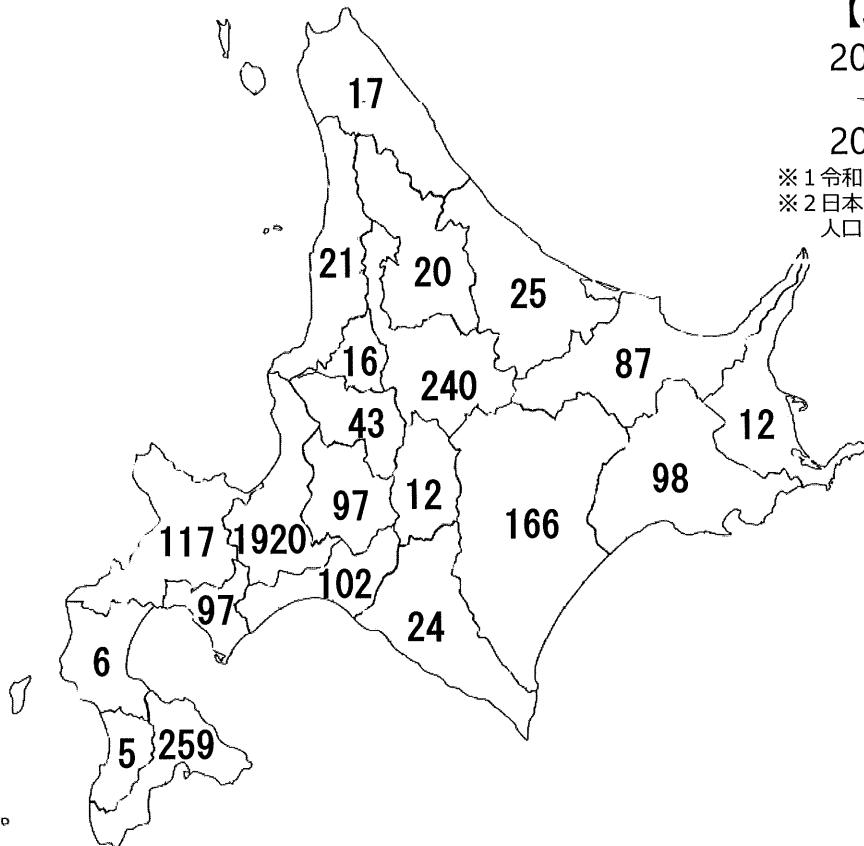
参考

北海道における現在の診療所医師数と2040年の見込み

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

- 北海道全体の診療所医師数については、現在から2040年にかけて、47.2%の減少が見込まれている。
- 北海道の二次医療圏ごとの診療所医師数については、21の二次医療圏のうち、16（76.1%）の二次医療圏において、50%以上の減少が見込まれている。

2022年 診療所医師数 : 3,384



2040年 診療所医師数 : 1,786

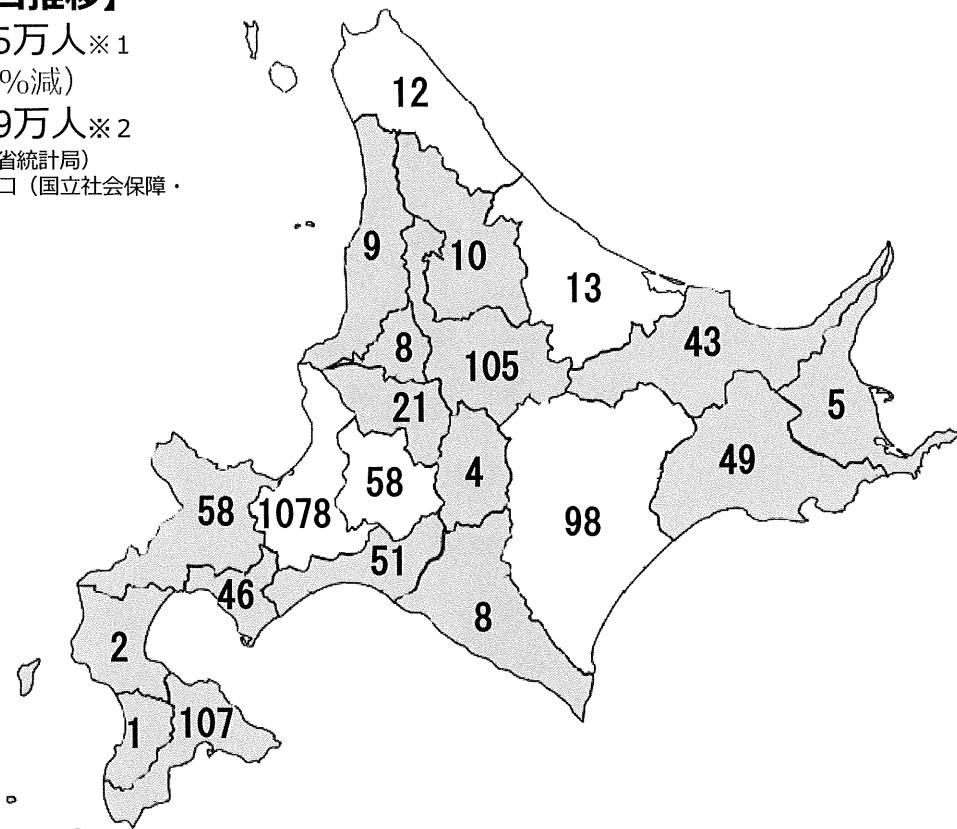
※50%以上減少の二次医療圏を青塗り

【北海道の人口推移】

2020年 522.5万人※1
(17.3%減)

2040年 431.9万人※2

※1 令和2年国勢調査（総務省統計局）
※2 日本の地域別将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所）

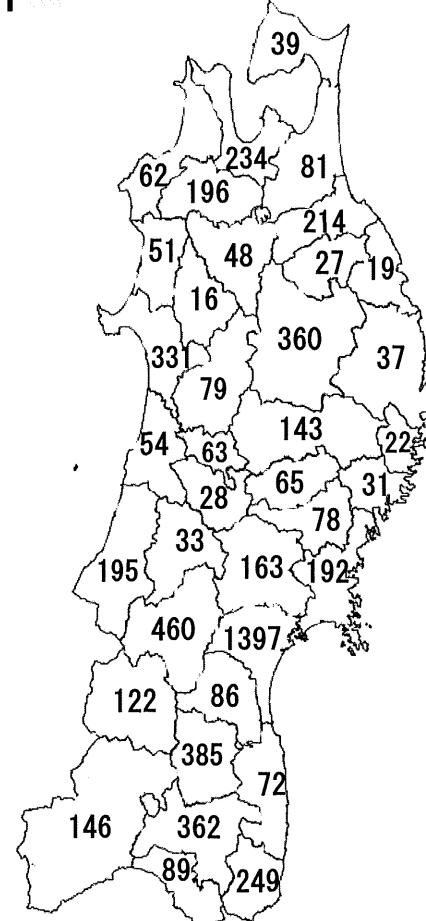


東北地方における現在の診療所医師数と2040年の見込み

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

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

2022年 診療所医師数 : 6,229



2040年 診療所医師数 : 2,899

※50%以上減少の二次医療圏を青塗り

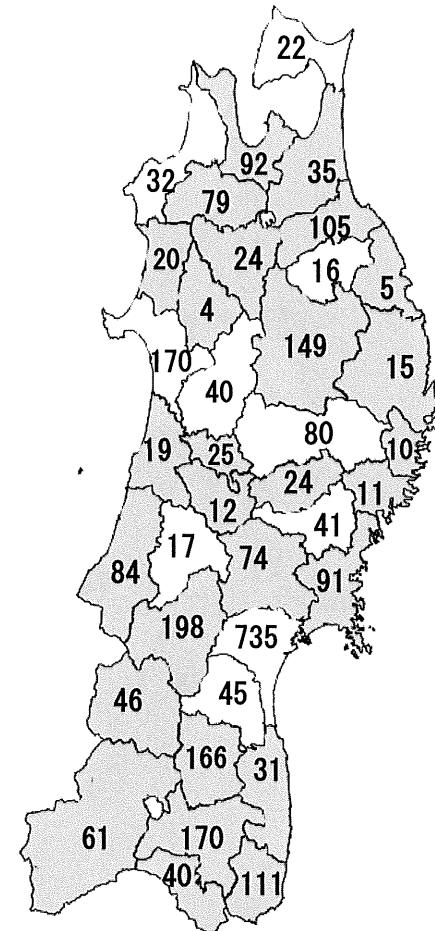
【東北地方の人口推移】

2020年 861.1万人※1

(20.9%減)

2040年 681.5万人※2

※1 令和2年国勢調査（総務省統計局）
※2 日本の地域別将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所）

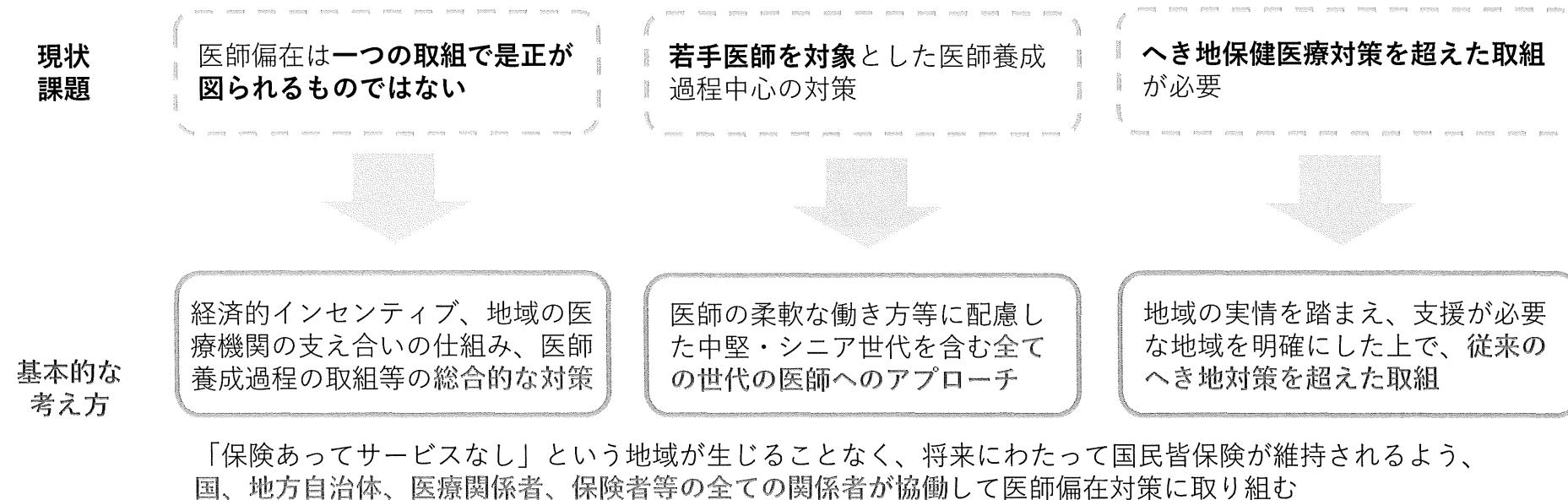


資料出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和4年）を特別集計。

※市区町別診療所医師数の見込みについては、医師届出票による主従事先市区町村の診療所医師数、80歳で引退し承継がない、新規開業がないと仮定。

- 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、以下の基本的な考え方に基づき、制度改正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P D C Aサイクルに沿った取組を推進

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（概要）②

【総合的な対策パッケージの具体的な取組】

若手

中堅・シニア世代

医師養成過程を通じた取組

<医学部定員・地域枠>

- ・医学部臨時定員について、医師の偏在対策に資するよう、都道府県等の意見を十分に聞きながら、必要な対応を進める
- ・医学部臨時定員の適正化を行う医師多数県において、大学による恒久定員内の地域枠設置等への支援を行う
- ・今後の医師の需給状況を踏まえつつ、2027年度以降の医学部定員の適正化の検討を速やかに行う

<臨床研修>

- ・広域連携型プログラム※の制度化に向けて令和8年度から開始できるよう準備
- ※ 医師少数県等で24週以上の研修を実施

医師確保計画の実効性の確保

<重点医師偏在対策支援区域>

- ・今後も定住人口が見込まれるが人口減少より医療機関の減少スピードが速い地域等を「重点医師偏在対策支援区域」と設定し、優先的・重点的に対策を進める
- ・重点区域は、厚労省の示す候補区域を参考としつつ、都道府県が可住地面積あたり医師数、アクセス、人口動態等を考慮し、地域医療対策協議会・保険者協議会で協議の上で選定（市区町村単位・地区単位等を含む）

<医師偏在是正プラン>

- ・医師確保計画の中で「医師偏在是正プラン」を策定。地対協・保険者協議会で協議の上、重点区域、支援対象医療機関、必要な医師数、取組等を定める

※ 医師偏在指標について、令和9年度からの次期医師確保計画に向けて必要な見直しを検討

地域偏在対策における経済的インセンティブ等

<経済的インセンティブ>

- ・令和8年度予算編成過程で重点区域における以下のような支援について検討
 - ・診療所の承継・開業・地域定着支援（緊急的に先行して実施）
 - ・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で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

① 施策の目的

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、医師少数地域の医療機関に対する支援による医師偏在是正に取り組む。

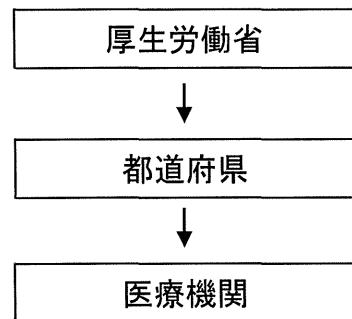
② 対策の柱との関係

I	II	III
○		○

③ 施策の概要

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、診療所医師が高齢化する中で、医師を確保するため、支援区域内で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、③一定期間の定着支援を行う。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



⑤ 施策の対象・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)

医師少数地域での医師確保が図られ、医療提供体制の維持・確保に寄与する。

① 施策の目的

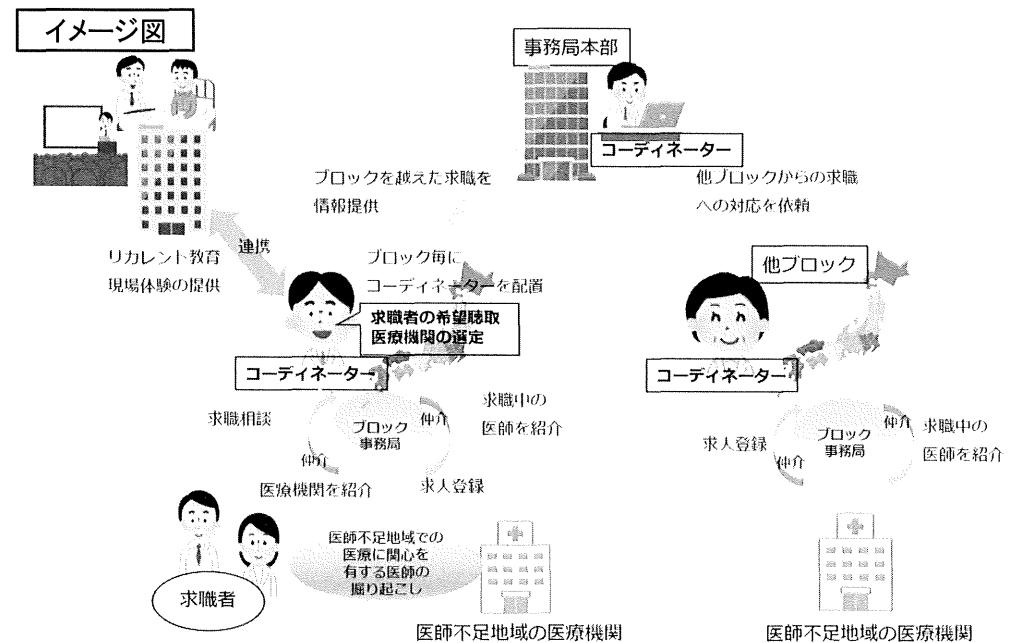
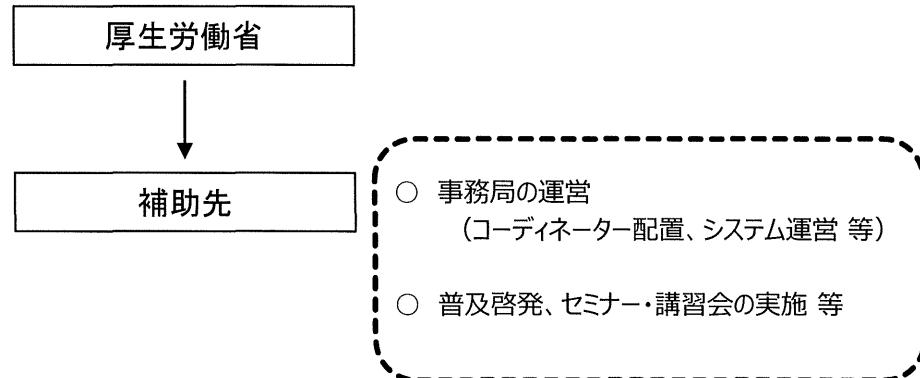
少子高齢化が進展する中、持続可能な医療提供体制の構築に向け、医師偏在の是正を総合的に実施するため、中堅・シニア世代等の医師を対象とした広域マッチング支援による医師偏在是正に取り組む。

② 対策の柱との関係

I	II	III
○		○

③ 施策の概要

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。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等**⑤ 施策の対象・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)**

医師少数地域での医師確保が図られ、医療提供体制の維持・確保に寄与する。

医師偏在指標の算定式

令和7年7月24日

第1回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会資料

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

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

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

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

$$(\times 4) \text{ 性年齢階級別調整受療率 (流入出反映)} = \frac{\text{無床診療所医療医師需要度}^{\times 5} \times \text{全国の無床診療所受療率} \times \text{無床診療所患者流入出調整計数}^{\times 6}}{\text{+ 全国の入院受療率} \times \text{入院患者流入出調整計数}^{\times 7}}$$

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

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

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

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

都道府県別の医師偏在指標（令和6年1月公表版）

(医師偏在指標について)

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

このため、医師偏在指標の活用に当たっては、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。

(都道府県別)

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

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

上位1/3 下位1/3

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

二次医療圏別の医師偏在指標①（令和6年1月公表版）

(医師偏在指標について)

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

このため、医師偏在指標の活用に当たっては、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。

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

(二次医療圏別)

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
00	全国	全国	255.6
0101	北海道	南渡島	205.5
0102	北海道	南檜山	139.0
0103	北海道	北渡島檜山	112.6
0104	北海道	札幌	282.4
0105	北海道	後志	205.9
0106	北海道	南空知	166.9
0107	北海道	中空知	195.1
0108	北海道	北空知	145.0
0109	北海道	西胆振	184.0
0110	北海道	東胆振	180.7
0111	北海道	日高	152.0
0112	北海道	上川中部	291.0
0113	北海道	上川北部	186.6

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標
0114	北海道	富良野	135.3
0115	北海道	留萌	181.3
0116	北海道	宗谷	130.2
0117	北海道	北網	144.1
0118	北海道	遠紋	148.3
0119	北海道	十勝	192.8
0120	北海道	釧路	158.8
0121	北海道	根室	116.6
0201	青森県	津軽地域	253.2
0202	青森県	八戸地域	164.4
0203	青森県	青森地域	186.6
0204	青森県	西北五地域	126.3
0205	青森県	上十三地域	139.6
0206	青森県	下北地域	152.7

医療圏コード	都道府県	二次医療圏	医師偏在指標	上位1/3	下位1/3
0301	岩手県	盛岡	244.6		
0302	岩手県	岩手中部	135.4		
0303	岩手県	胆江	144.9		
0304	岩手県	両磐	151.1		
0305	岩手県	気仙	144.1		
0306	岩手県	釜石	107.8		
0307	岩手県	宮古	134.5		
0308	岩手県	久慈	142.4		
0309	岩手県	二戸	200.9		
0401	宮城県	仙南	169.7		
0403	宮城県	仙台	288.8		
0406	宮城県	大崎・栗原	172.6		
0409	宮城県	石巻・登米・気仙沼	164.0		
0501	秋田県	県北	142.0		

医師偏在指標に関する主なご意見等と進め方について

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

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

5. 今後の医師偏在対策の具体的な取組

（7）医師偏在指標のあり方

- 医師偏在指標については、医師の性別、年齢等を考慮しているが、医師不足の実態と大きく乖離することができないよう、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>

【地理的因素について】

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

【実態に即した医師の労働時間比の反映について】

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

【高齢医師が多い等の医師の年齢構成について】

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

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

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

第1回「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」における主な意見

- ・現行の医師偏在指標に地理的な要素を反映した上で医師少数・多数区域を設定することについては異論なし。適切に区域を設定していることが客観的に判断できるようにすることが重要。
- ・医師偏在の課題は総数の面での都道府県格差、都道府県内の少数地域、地方における若手医師の流出・減少、診療科の偏在があり、全体的な内容の把握が必要。

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入出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

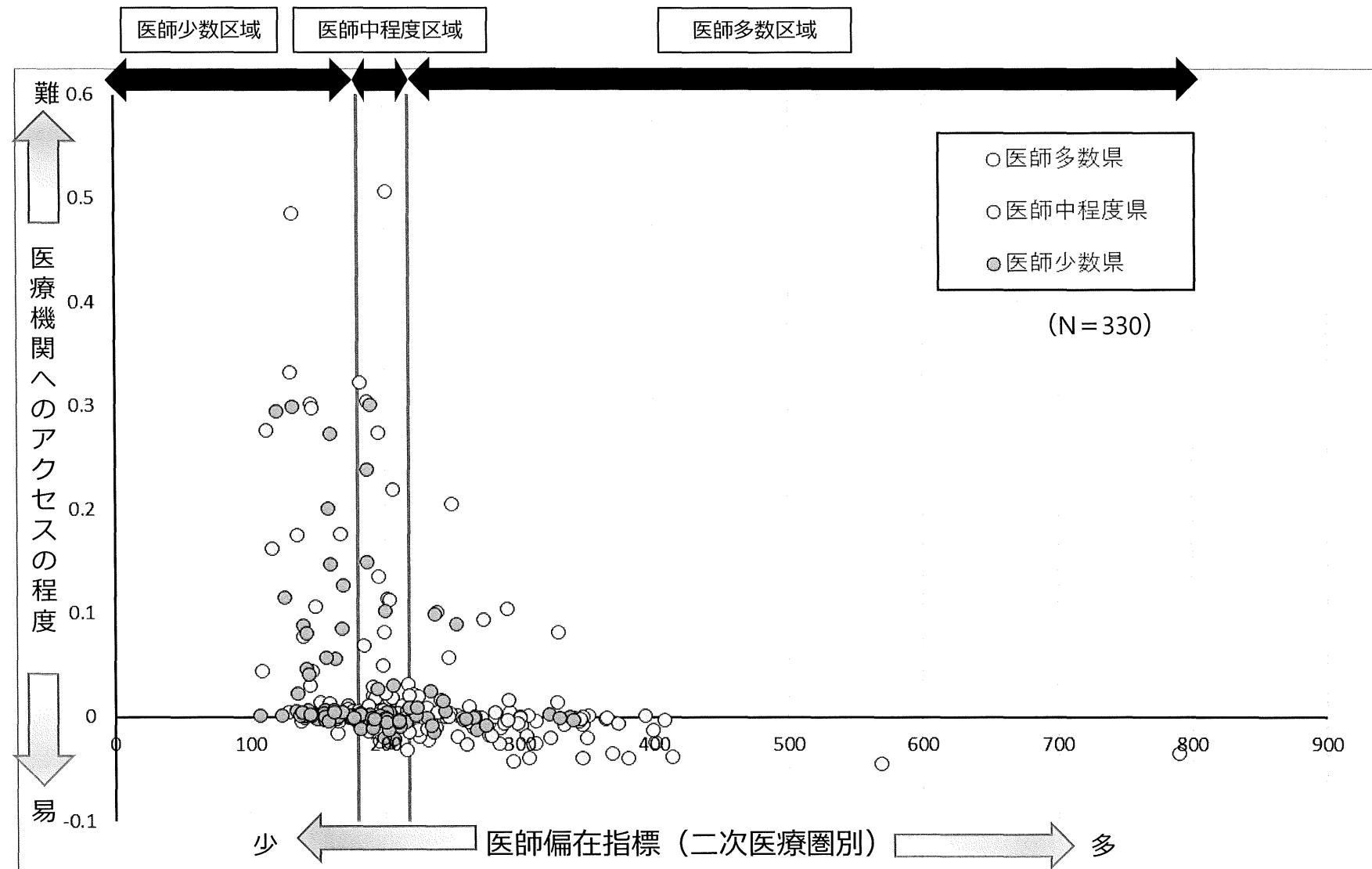


④二次・三次救急病院を
含まない特別豪雪地帯

- 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、こうした地理的因素を一定程度反映して医師少数区域を設定することとしてはどうか。
- 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。

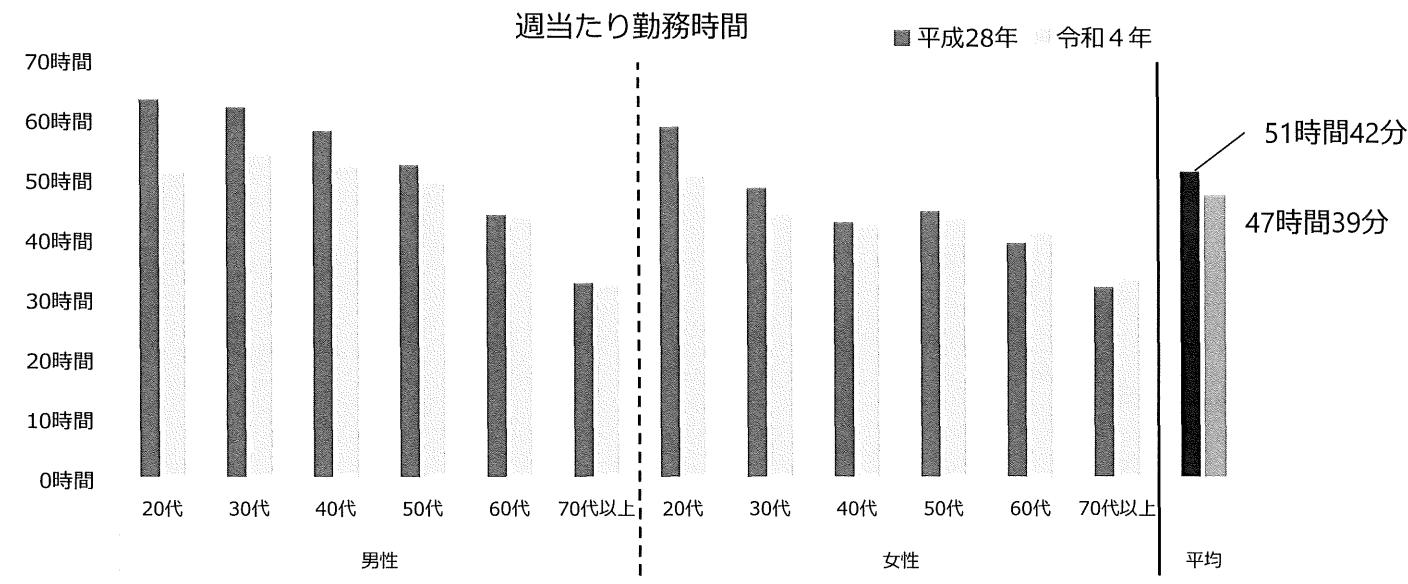
(参考) 令和6年度医師偏在指標と医療機関へのアクセスとの関係

○医師中程度区域や医師多数区域であっても、医療機関へのアクセスの程度には、ばらつきが存在する。



②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

- 令和5年度の医師偏在指標の算出において用いた令和4年の労働時間比に関する調査では、20代・30代の若手医師を中心に労働時間の短縮が見られる。また、女性よりも男性の労働時間の短縮が相対的に大きい。
- 都道府県における医師確保計画の策定に向けた準備期間の確保の観点からは、可能な限り早期に医師偏在指標を算出することが望ましいものの、より実態に即したデータを指標に反映する観点から、最新の調査結果を反映した医師偏在指標の算出が求められると考える。



- 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してはどうか。

出典：平成28年度厚生労働科学研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」（研究代表者 東京大学 井元清哉）
令和4年度厚生労働科学研究「医師の勤務環境把握に関する研究」（研究代表者 自治医科大学 小池創一）

③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

- 医師偏在指標は、人口10万人当たり医師数を基本として、医師数（性年齢階級別分布、労働時間を加味）及び受療量（性年齢階級別の地域人口分布、性年齢階級別受療率、患者流出入数を加味）の状況を一定程度精緻に反映させた指標であり、すでに、医師の年齢構成については、標準化医師数の算出過程において反映されている。
- 一方で、都道府県や二次医療圏によっては、医師偏在指標の値が同じであっても、受療量あたりの標準化医師数が等しくとも、高齢医師の割合が高く、若手医師の流入がなければ、将来的には医師が不足してしまう地域も考えられるが、そのような地域における医師の確保については、各地域の実情に応じて適切に対応する必要があると考える。

- 医学部臨時定員の配分方法について、令和8年度の医学部臨時定員は、医師の年齢が高齢医師に偏っている場合などは削減幅を緩和する又は削減をしない取扱いとしており、令和9年度の医学部臨時定員においても、地域の実情に応じた配慮については継続することを検討している。
- また、当該区域が医師少数区域でない場合であっても医師少数スポット（原則市町村単位）に指定することで、キャリア形成プログラム対象医師の派遣先区域等として若手医師を確保することができるほか、「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」に基づく経済的インセンティブの対象となる「重点医師偏在対策支援区域」に指定することで、重点的かつ優先的に対策を進めることができる。
- このような取組を行ってもなお医師不足が進行する地域又は将来的な医師不足が懸念される地域については、医師確保の取組は継続しつつも、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してはどうか。

医師偏在対策を進める上で考え方（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～）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してはどうか。
- 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してはどうか。
- 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
 - 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してはどうか。

2. 診療科偏在対策等の地域で必要な診療の確保について

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

医師数の年次推移

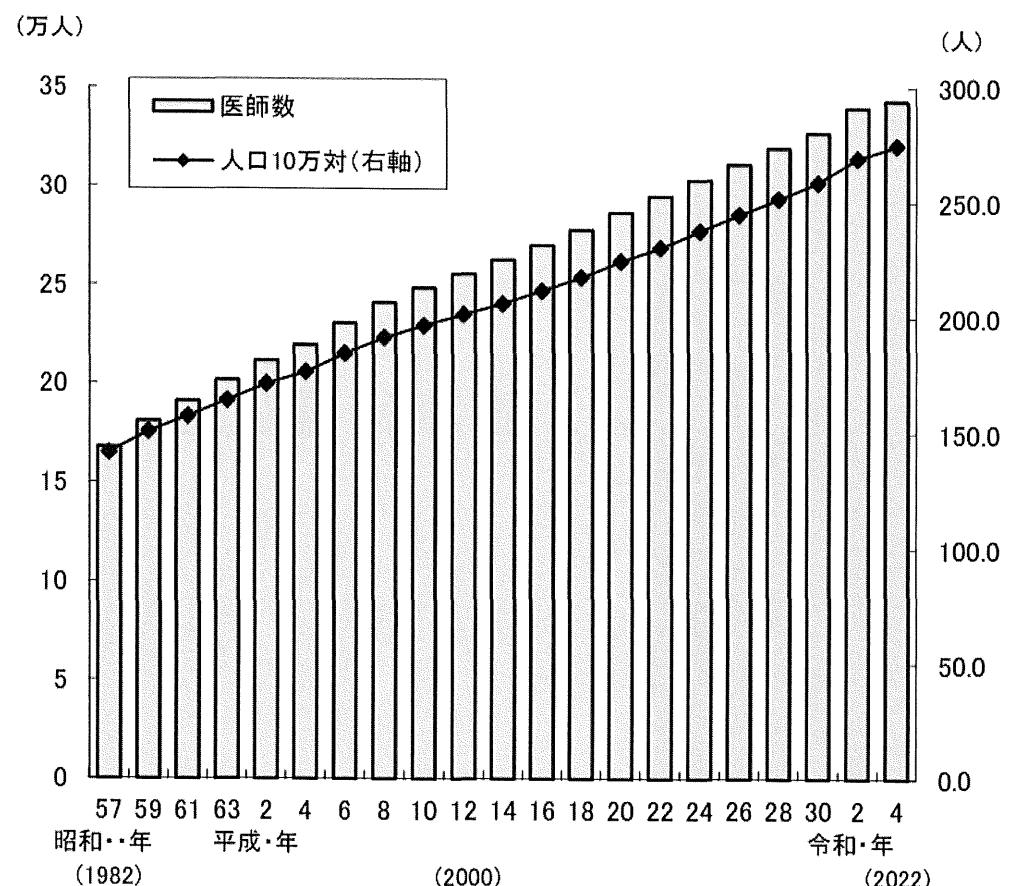
第3回医師養成過程を通じた
医師の偏在対策等に関する検討会
令和6年3月27日

資料1

医師数の年次推移

	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

各年 12 月 31 日現在



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

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
令和6年1月29日

資料1
一部改

1.7

1.6

1.5

1.4

1.3

1.2

1.1

1

0.9

H20

H22

H24

H26

H28

H30

R2

R4

(年)

※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

※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

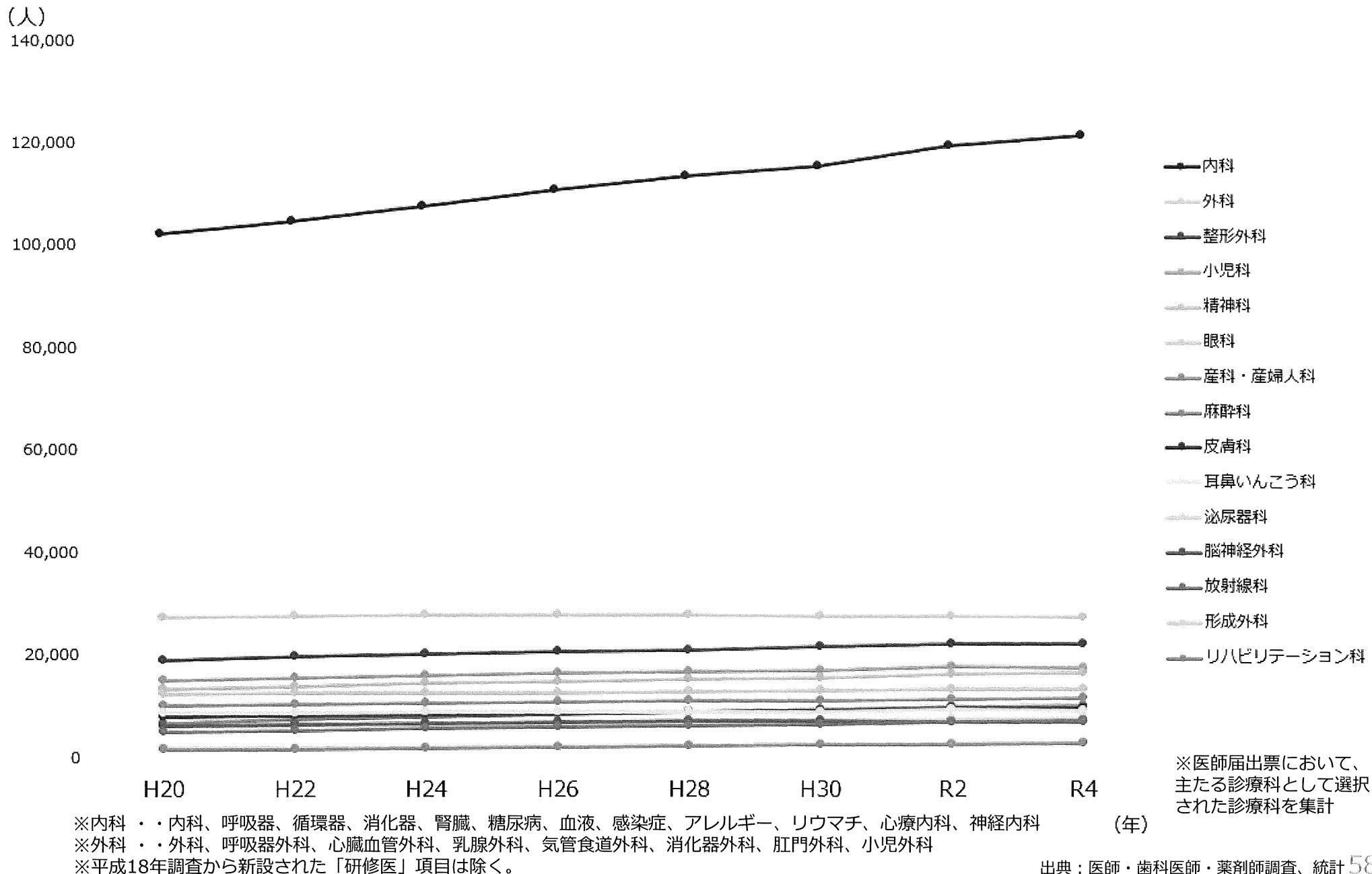
出典：医師・歯科医師・薬剤師調査、統計 57

- リハビリテーション科
- 形成外科
- 麻酔科
- 放射線科
- 泌尿器科
- 精神科
- 皮膚科
- 総数
- 内科
- 脳神経外科
- 整形外科
- 産科・産婦人科
- 小児科
- 眼科
- 耳鼻いんこう科
- 外科

診療科別医師数の推移

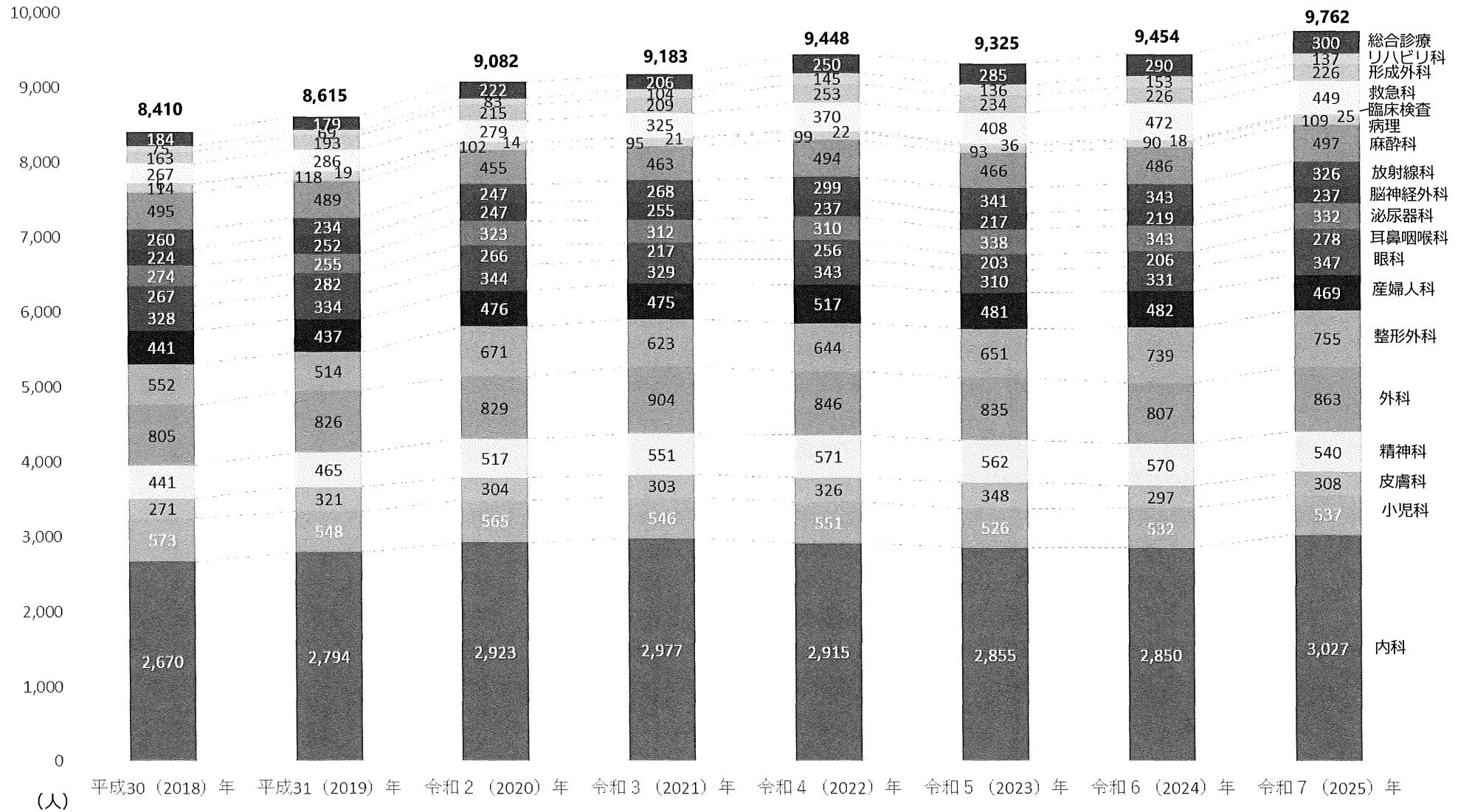
第1回医師養成過程を通じた
医師の偏在対策等に関する検討会
令和6年1月29日

資料1
一部改



診療科別専攻医採用数の推移

○ 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。



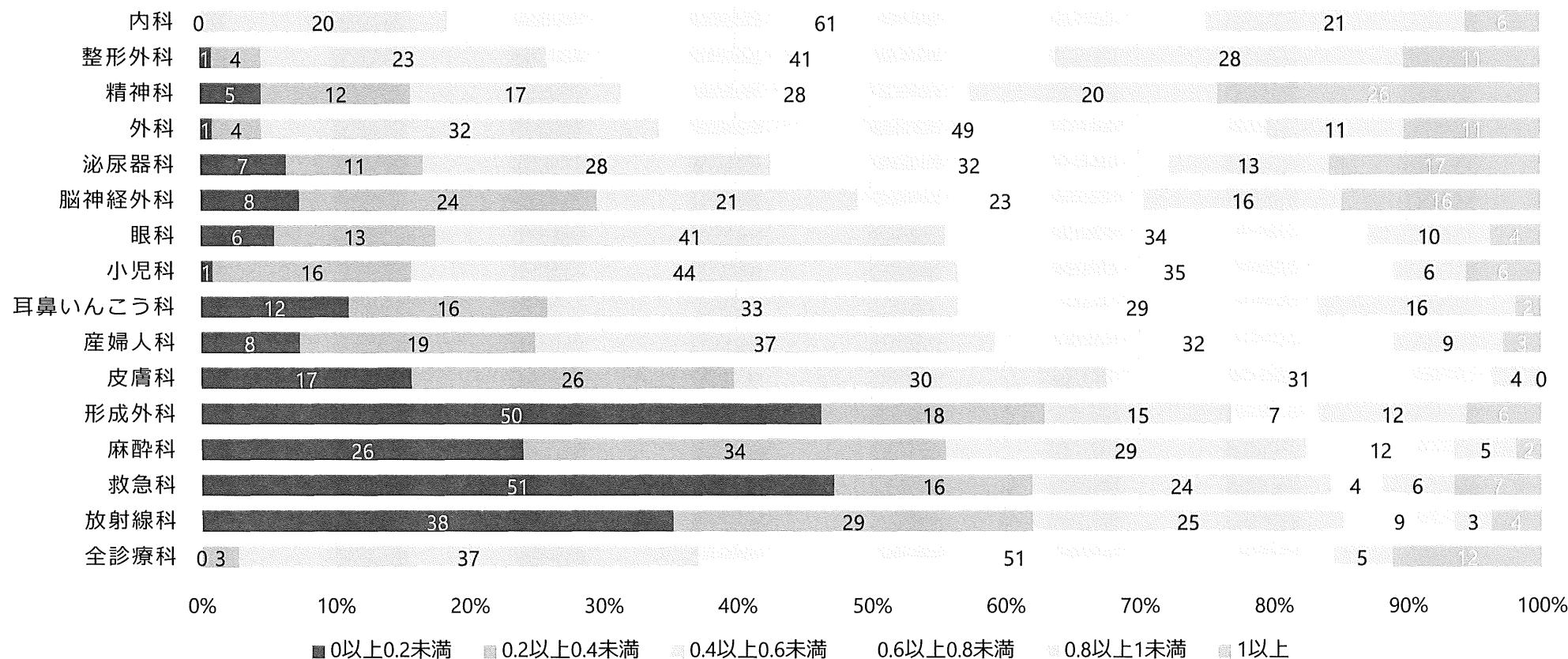
医師少数区域に従事する医師数が少ない区域の診療科ごとの状況

○ 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、医師少數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。

医師少數区域（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

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	統合失調症	49.5
腰痛症	375.1	近視・遠視・老眼	46.3
かぜ・感冒	319.7	不整脈	43.2
皮膚の疾患	293.9	前立腺肥大症	38.8
関節症（関節リウマチ、脱臼）	281.8	睡眠障害	38.1
糖尿病	201	中耳炎・外耳炎	38.1
外傷	173.3	狭心症	32.5
脂質異常症	162	心不全	31.7
下痢・胃腸炎	129.3	正常妊娠・産じょくの管理	28.5
慢性腎臓病	128.8	便秘	24
喘息・COPD	114.7	頭痛（片頭痛）	22
がん	109.6	更年期障害	20
アレルギー性鼻炎	99.7	慢性肝炎（肝硬変、ウイルス性肝炎）	17.4
骨折	87.6	末梢神経障害	17.4
うつ（気分障害、躁うつ病）	76.8	難聴	15.1
緑内障	68.5	貧血	13.6
白内障	66.5	乳房の疾患	10.3
結膜炎・角膜炎・涙腺炎	62.3	頸腕症候群	9
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		

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、「XX 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」「XX 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。

医師偏在対策を進める上で考え方

- 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
 - 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。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、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が、反映の仕方については、引き続き検討する。
- 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
 - 都道府県における医師確保計画の策定に向けた準備期間の確保の観点からは、可能な限り早期に医師偏在指標を算出することが望ましいものの、より実態に即したデータを指標に反映する観点から、最新の調査結果を反映した医師偏在指標の算出が求められると考えられる。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。
- 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
 - 都道府県や二次医療圏によっては、医師偏在指標の値が同じであっても、高齢医師の割合が高く、若手医師の流入がなければ、将来的には医師が不足してしまう地域も考えられるが、そのような地域における医師の確保については、各地域の実情に応じて適切に対応する必要があると考えられる。そのため、こうした地域については、既存の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。

診療科偏在対策等の地域で必要な診療の確保について①

- ・「診療科偏在」については、本検討会の議論においてもその重要性に関する指摘がある一方、多様な課題を内包していると考えられ、代表的な視点としては、①担い手の確保の観点、②地域の医療提供体制を維持する観点、③地域偏在が大きい診療科のアクセス確保の観点がある。それぞれの点について、現状等は以下の通り。

- ①・・・ 専門研修制度における総合診療専門医の育成、偏在対策パッケージに基づく外科医師の業務負担への配慮・支援等を通じた対策やリカレント教育等の取組を進めている。
- ②・・・ 産科・小児科における医師確保計画を通じた医師偏在対策を進めつつ、出生数減少等の影響を受けて経営が困難な状況にある小児医療機関や分娩取扱施設の少ない地域における産科医療機関への支援等を通じ、体制の確保を進めている。
- ③・・・ 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地域の状況は診療科ごとに差がある。また、今後、地域における診療所数の減少も見込まれる。地域における各診療科へのアクセスの確保のため、学会、大学、医療機関、自治体等で、オンライン診療を含む遠隔医療を活用した取組が見られる。また、放射線科における遠隔画像診断など、一部の領域では遠隔による対応が進んでいるものもある。

希少な疾患への対応については、オンライン診療の「D to P with D」により、身近な医療機関において専門的な医師の診療を受けられる枠組みがある。

がん医療提供体制について、2040年を見据え、提供される医療の性質に応じた均てん化・集約化の考え方として、高度な技術を要する手術等、症例数が少ない場合、医療従事者が不足している診療領域等は集約化して提供する一方、がん予防や支持療法・緩和ケア等については均てん化の観点から、オンライン診療等の活用を含め、身近な診療所・病院での提供が望ましいとされている。

- ・ 若手医師に対して行った意識調査によると、医師不足地域での勤務に当たっては、診療上のサポート体制を重要視している。



診療科偏在対策等の地域で必要な診療の確保について②

- 「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のではないか。

(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)

- ・ 小児科及び産婦人科については、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してはどうか。

(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、べ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してはどうか。
- ・ オンライン診療を含む遠隔医療の活用に当たっては、適時適切な対面診療への切り替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が適当ではないか。
- ・ 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してはどうか。
- ・ 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としてはどうか。
- ・ 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してはどうか。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かつ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してはどうか。

(医療提供体制の総合的な改革について)

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

2040年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革（案）

2040年頃を見据えた新たな地域医療構想

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

医療DXの推進

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

オンライン診療の推進

- オンライン診療の法定化・基準の明示
- オンライン診療受診施設の設置者における届出 等

医師偏在対策

<医師確保計画の実効性の確保>

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

<地域の医療機関の支え合いの仕組み>

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

<経済的インセンティブ等>

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

美容医療への対応

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

その他、一般社団法人立医療機関に対する非営利性の徹底、持ち分なし医療法人への移行計画の認定期限の延長等の措置を行う。

(医療人材確保)

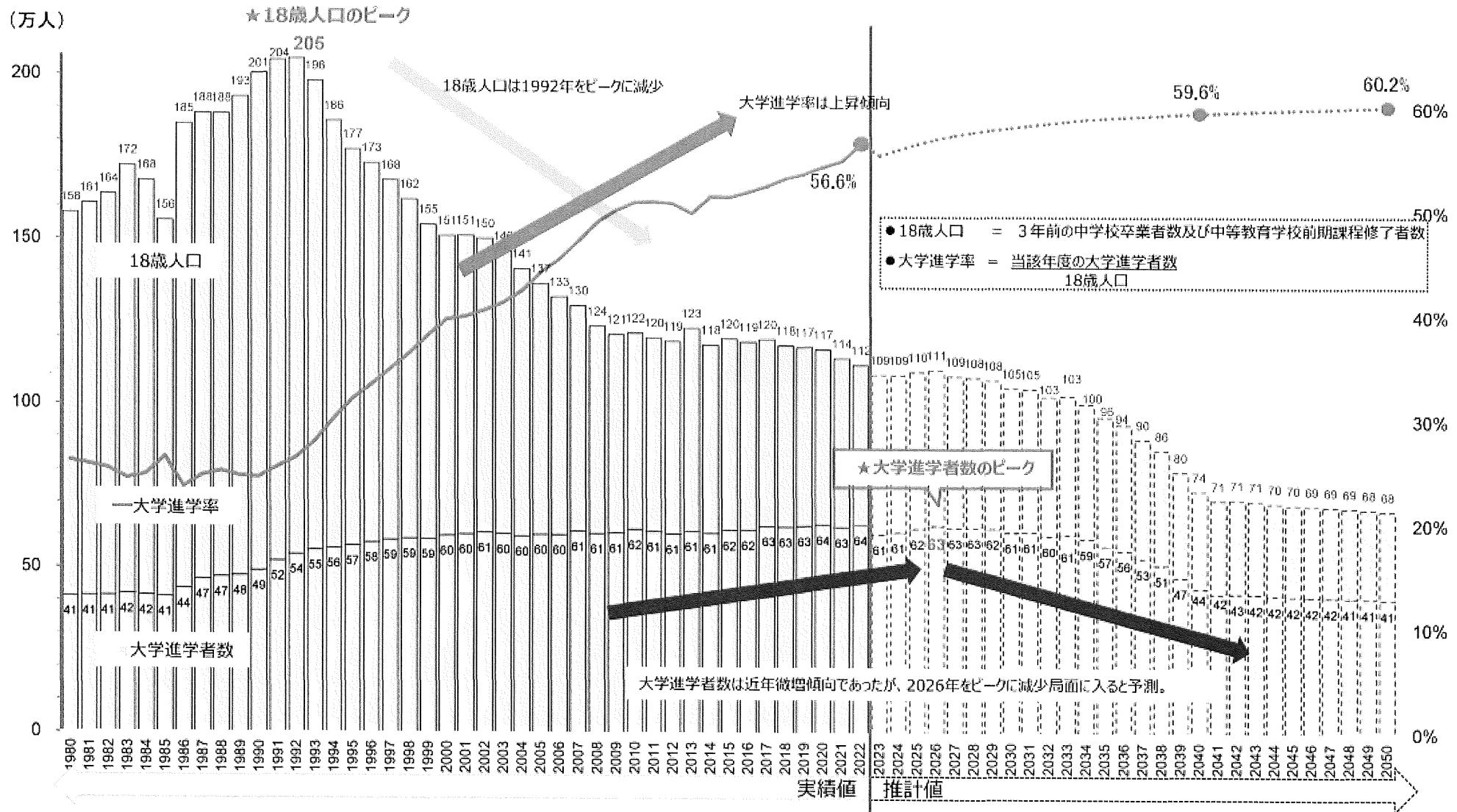
ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

大学進学者数等の将来推計について

18歳人口が減少し続ける中でも、大学進学率は上昇し、大学進学者数も増加傾向にあったが、2026年以降は18歳人口の減少に伴い、大学進学率が上昇しても大学進学者数は減少局面に突入すると予測される。



(出典) 推計値：国立社会保障・人口問題研究所

2040年の各都道府県進学者等推計（出生低位・死亡低位）①

2040年の10歳人口推計が2021年の10歳人口に比べて
半分以下の地方自治体【青森県、岩手県、秋田県】

	北海道	青森県	岩手県	宮城県	秋田県	山形県	福島県	茨城県	栃木県	群馬県	埼玉県	千葉県
10歳人口【2021】	45,027	11,830	11,379	20,988	9,171	10,209	17,622	27,454	18,417	18,006	64,508	54,908
高校等卒業者数【2021】	40,596	11,056	10,565	19,412	7,586	9,555	16,130	25,234	17,183	16,649	56,216	49,294
大学進学者数【2021】	21,039	4,975	4,460	9,982	3,345	4,097	7,215	14,797	9,063	8,971	35,056	30,362
大学進学率【2021】	46.7%	42.1%	39.2%	47.5%	40.9%	39.9%	40.9%	53.9%	49.2%	47.7%	54.3%	55.3%
大学進学率(国公私別) 【2021】	10.0% 3.4% 33.4%	12.0% 5.1% 25.0%	11.2% 5.4% 22.6%	9.3% 2.6% 35.0%	14.4% 4.4% 22.2%	11.0% 2.7% 26.2%	7.6% 3.2% 30.1%	8.5% 2.1% 43.3%	8.5% 2.0% 38.6%	7.9% 3.7% 36.0%	4.2% 0.9% 49.3%	4.3% 0.6% 50.4%
短大進学率【2021】	4.1%	4.8%	4.2%	4.5%	5.9%	4.7%	5.0%	2.7%	4.0%	4.2%	3.5%	3.1%
専門学校進学率(現値) 【2021】	20.8%	14.8%	17.8%	16.2%	18.5%	18.1%	15.6%	17.2%	16.8%	15.5%	16.1%	17.8%
大学数【2021】	37	10	6	14	7	6	8	10	9	15	27	27
大学数(国公私別) 【2021】	7 0 24	1 2 7	1 1 4	2 1 11	1 3 3	1 2 3	1 2 5	3 1 6	1 0 6	1 4 10	1 1 25	1 1 25
入学定員【2021】	18,036	3,363	2,509	11,511	2,090	2,766	3,579	6,461	4,668	5,785	28,855	25,751
入学定員(国公私別) 【2021】	5,600 1,345 11,861	1,322 516 1,525	1,030 440 1,039	2,722 420 8,369	955 685 470	1,663 145 958	945 599 2,035	3,760 170 2,501	910 0 3,758	1,096 1,482 3,205	1,535 395 26,925	2,592 180 22,979
大学入学者数【2021】	19,119	3,407	2,544	11,713	2,075	2,792	3,451	6,697	4,823	5,983	28,847	27,402
(国公私別)【2021】	5,756 1,434 11,929	1,371 548 1,487	1,088 473 1,003	2,779 463 8,481	985 684 386	1,690 148 954	991 605 1,856	3,829 171 2,697	929 0 3,884	1,142 1,651 3,290	1,508 405 26,843	2,635 180 24,587
県外から流入【2021】	4,954	1,083	1,261	6,061	1,194	1,608	1,822	3,727	2,638	3,248	18,497	17,051
県内から流出【2021】	6,874	2,931	3,197	4,330	2,464	3,173	5,586	11,827	6,879	6,233	24,706	20,011
出入り差(流入-流出) 【2021】	-1,921	-1,568	-1,918	1,731	-1,270	-1,305	-3,764	-8,101	-4,240	-2,988	-6,229	-2,931
自県進学率【2021】	67.3%	41.1%	28.3%	56.6%	28.3%	22.6%	22.6%	20.1%	24.1%	30.5%	29.6%	34.1%
18歳人口推計【2040】	25,440	5,732	5,609	12,328	3,865	5,334	8,873	15,183	10,379	10,284	41,712	35,741
大学進学者数推計【2040】	14,472	2,575	2,373	6,248	1,792	2,250	4,077	9,274	5,305	5,213	25,180	21,026
大学進学率推計【2040】	68.9%	44.9%	42.3%	50.7%	46.4%	42.2%	46.0%	61.1%	51.1%	50.7%	60.4%	61.2%
大学入学者数推計【2040】	13,186	1,939	1,465	7,223	1,250	1,691	2,093	4,832	3,034	4,702	21,386	20,123
(国公私別)【2040】	3,970 989 8,227	780 313 846	615 272 578	1,714 279 5,230	593 418 239	1,024 80 578	601 387 1,125	2,763 123 1,946	584 0 2,450	897 1,219 2,585	1,185 301 19,902	1,935 132 18,056
入学定員充足率推計 【2040】	70.1%	57.7%	56.4%	62.7%	59.8%	61.1%	58.5%	74.8%	65.0%	61.3%	74.1%	76.1%
(国公私別)【2040】	70.9% 73.5% 66.4%	69.0% 60.6% 66.5%	59.7% 61.3% 56.5%	53.0% 66.5% 62.5%	62.1% 62.8% 80.8%	61.5% 61.8% 60.3%	63.6% 61.2% 55.3%	73.5% 72.5% 76.9%	64.2% - 65.2%	61.7% 62.2% 60.7%	77.2% 76.2% 73.9%	74.7% 73.4% 78.6%
大学進学者数【2021】-大 学進学者数推計【2040】	-6,567 (-31%)	-2,400 (-18%)	-2,087 (-47%)	-3,734 (+37%)	-1,553 (-46%)	-1,817 (-15%)	-3,138 (-43%)	-5,523 (-37%)	-3,758 (-41%)	-3,768 (-42%)	-9,876 (-28%)	-6,477 (-28%)
大学入学者数【2021】-大 学入学者数推計【2040】	-6,532 (-31%)	-1,458 (-43%)	-1,078 (-42%)	-4,480 (+38%)	-825 (-40%)	-1,101 (-39%)	-1,358 (-39%)	-1,854 (-28%)	-1,789 (-37%)	-1,261 (-21%)	-7,459 (-26%)	-7,278 (-27%)
2040年適格就学人口推計 / 2021年適格就学人口 の割合(%)	56.5%	48.5%	49.3%	58.7%	47.3%	51.9%	50.4%	55.3%	56.4%	54.7%	64.7%	65.1%

(参考)

大学進学者…各県に所在する高校等を卒業した者で、全国いずれかの大学に進学した者

大学入学者…各県に所在する大学に入学した者

2040年の各都道府県進学者等推計（出生低位・死亡低位）②

	東京都	神奈川県	新潟県	富山県	石川県	福井県	山梨県	長野県	岐阜県	静岡県	愛知県	三重県
10歳人口【2021】	104,150	78,433	19,807	9,656	10,574	7,564	7,768	20,242	20,034	34,622	71,537	17,456
高校等卒業者数【2021】	101,907	67,477	16,071	8,858	10,073	7,246	7,874	18,424	17,986	31,948	63,402	15,401
大学進学者数【2021】	76,100	44,498	9,693	4,561	5,607	4,104	5,018	9,289	9,760	16,879	30,573	7,064
大学進学率【2021】	75.1%	56.7%	43.9%	47.2%	53.0%	54.1%	64.6%	45.8%	48.7%	48.6%	53.9%	45.0%
大学進学者数(国公私別)【2021】	6.7% 1.0% 67.3%	3.7% 1.2% 51.9%	9.9% 4.0% 30.4%	13.6% 5.6% 28.2%	13.7% 6.2% 34.1%	14.6% 6.3% 33.3%	9.5% 5.7% 49.4%	8.5% 4.1% 33.2%	9.1% 3.2% 36.4%	8.4% 3.9% 36.4%	9.6% 3.0% 41.2%	8.7% 2.5% 35.0%
短大進学率【2021】	1.9%	2.6%	3.8%	6.4%	5.7%	4.8%	5.4%	6.9%	5.4%	3.5%	3.1%	4.8%
専門学校進学率(別段)【2021】	11.8%	14.7%	24.6%	15.8%	13.5%	13.5%	17.5%	19.5%	12.4%	15.7%	12.1%	12.8%
大学数【2021】	146	32	22	5	14	8	7	11	13	14	62	7
大学数(国公私別)【2021】	12 2 132	2 2 28	3 4 15	1 1 3	2 4 8	1 2 3	1 2 4	1 4 6	1 3 9	2 4 8	4 3 45	1 1 5
入学定員【2021】	153,377	44,693	6,693	2,575	6,502	2,303	4,169	4,020	4,940	8,090	41,984	3,190
入学定員(国公私別)【2021】	9,715 1,570 142,091	1,682 1,130 42,101	2,467 765 3,487	1,770 455 310	1,726 560 4,188	855 450 995	825 990 2,354	1,978 980 1,082	1,240 203 3,500	2,145 935 5,010	3,978 1,764 36,224	1,310 103 1,760
大学入学者数【2021】	153,519	46,619	6,592	2,568	5,402	2,362	4,245	4,153	4,826	7,970	42,451	3,303
(国公私別)【2021】	10,055 1,592 141,872	1,697 1,174 42,748	2,647 826 3,219	1,832 480 276	1,764 620 4,108	895 465 982	851 1,075 2,310	2,023 1,007 1,133	1,265 220 3,340	2,166 1,051 4,753	4,092 1,830 36,538	1,335 102 1,866
県外から流入【2021】	120,599	28,384	3,132	1,640	3,813	1,683	3,012	2,276	2,679	3,185	14,960	1,554
県内から派出【2021】	25,261	27,263	5,238	3,619	2,928	2,825	3,785	7,362	7,614	12,074	11,072	6,115
済出入差(流入-流出)【2021】	75,338	1,121	-2,106	-1,073	885	-1,742	-773	-6,108	-4,935	-8,000	3,688	-4,561
自県立学率【2021】	67.7%	38.7%	39.8%	20.8%	47.8%	31.2%	24.6%	20.4%	22.0%	28.5%	71.3%	22.2%
10歳人口推計【2040】	92,106	52,183	11,136	5,640	6,596	4,651	4,521	11,393	10,959	19,553	49,082	10,376
大学進学者数推計【2040】	74,162	32,200	5,417	3,070	3,968	2,826	3,308	6,113	6,176	9,720	28,536	5,082
大学進学率推計【2040】	80.5%	61.7%	48.8%	54.4%	60.0%	60.8%	73.2%	53.7%	56.3%	49.7%	59.1%	49.0%
大学入学者数推計【2040】	121,312	34,648	4,163	1,773	4,473	1,848	3,025	2,831	3,307	5,082	30,988	2,276
(国公私別)【2040】	7,945 1,258 112,109	1,289 892 32,468	1,600 522 2,033	1,255 329 189	1,215 427 2,831	624 338 685	605 766 1,662	1,376 685 770	887 151 2,289	1,381 570 3,031	2,927 1,309 26,132	820 70 1,266
入学定員充足率推計【2040】	79.1%	77.2%	62.1%	66.8%	66.8%	71.5%	72.5%	70.4%	67.0%	62.8%	72.4%	71.4%
(国公私別)【2040】	61.6% 80.1%	78.9% 77.6%	78.9% 77.1%	65.2% 66.2%	56.6% 70.9%	66.4% 61.0%	70.4% 72.4%	67.6% 73.0%	75.2% 66.8%	73.5% 77.4%	70.2% 69.5%	71.3% 71.2%
大学進学者数【2021】-大学進学者数推計【2040】	-3,998 (-5%)	-12,298 (-26%)	-3,281 (-38%)	-1,491 (-33%)	-1,649 (-29%)	-1,278 (-31%)	-1,710 (-34%)	-3,156 (-34%)	-3,584 (-37%)	-7,169 (-42%)	-10,097 (-26%)	-2,762 (-35%)
大学入学者数【2021】-大学入学者数推計【2040】	-32,206 (-21%)	-10,571 (-24%)	-2,420 (-37%)	-815 (-32%)	-2,019 (-31%)	-714 (-30%)	-1,220 (-29%)	-1,332 (-32%)	-1,518 (-31%)	-2,888 (-36%)	-12,093 (-28%)	-1,027 (-31%)
(2040年の10歳人口推計)/(2021年の10歳人口)の割合 [%]	88.4%	66.5%	56.2%	58.4%	62.4%	61.3%	58.2%	56.3%	54.8%	56.5%	68.6%	59.4%

(参考)

大学進学者…各県に所在する高校等を卒業した者で、全国いずれかの大学に進学した者
大学入学者…各県に所在する大学に入学した者

2040年の各都道府県進学者等推計（出生低位・死亡低位）③

	滋賀県	京都府	大阪府	兵庫県	奈良県	和歌山県	鳥取県	島根県	岡山県	広島県	山口県	徳島県
18歳人口【2021】	14,328	23,145	79,549	51,482	12,973	8,809	5,195	6,233	16,190	26,108	12,219	6,581
高校等卒業者数【2021】	12,836	22,526	71,803	45,157	11,685	8,163	4,820	6,014	17,342	22,985	10,855	6,054
大学進学者数【2021】	7,185	15,965	47,460	29,769	7,877	4,366	2,177	2,748	9,328	14,387	4,706	3,246
大学進学率【2021】	50.1%	69.0%	59.7%	57.8%	60.7%	49.6%	41.9%	44.1%	51.3%	55.1%	38.5%	49.3%
大学進学率(国公私別)【2021】	6.7% 3.3% 40.1%	8.6% 4.2% 56.1%	5.9% 3.0% 50.7%	8.9% 4.2% 44.8%	10.5% 3.9% 46.3%	9.5% 3.9% 36.2%	14.2% 5.1% 22.8%	12.5% 7.0% 24.6%	12.7% 4.2% 34.4%	11.4% 5.2% 38.5%	10.0% 4.9% 23.6%	15.0% - 29.9%
短大進学率【2021】	4.7%	4.1%	4.6%	3.8%	4.2%	4.0%	7.2%	5.0%	4.0%	2.9%	4.5%	4.0%
専門学校進学率(現役)【2021】	15.3%	13.1%	13.7%	12.1%	11.2%	16.8%	18.0%	20.1%	17.3%	10.7%	14.2%	14.9%
大学数【2021】	9	34	56	36	11	5	3	2	18	21	10	4
大学数(国公私別)【2021】	2 1 6	3 4 27	2 2 52	2 4 30	3 2 6	1 1 3	1 1 1	1 0	1 2 15	1 5 15	1 3 6	2 0 2
入学定員【2021】	7,548	35,123	54,721	27,777	4,858	2,035	1,519	1,617	9,905	13,399	4,211	2,893
入学定員(国公私別)【2021】	945 600 6,003	3,705 1,046 30,371	4,155 2,863 47,703	2,690 1,902 23,185	730 348 3,780	690 280 665	1,139 300 80	1,157 460 0	2,195 550 7,160	2,336 1,570 9,493	1,917 1,084 1,210	1,388 0 1,505
大学入学者数【2021】	7,661	35,049	56,375	27,050	4,777	2,038	1,554	1,682	9,068	13,328	4,306	2,638
(国公私別)【2021】	957 625 6,079	3,820 1,092 30,147	4,278 2,843 49,154	2,767 1,887 22,386	770 348 3,859	639 281 818	1,161 315 78	1,205 476 0	2,257 577 6,234	2,437 1,677 9,244	1,955 1,113 1,228	1,422 0 1,216
県外から流入【2021】	6,052	26,717	28,439	13,666	3,648	1,261	1,223	1,203	5,111	5,662	3,090	1,455
県内から流出【2021】	5,576	7,633	19,533	16,585	6,746	3,589	1,846	2,269	5,371	6,721	3,490	2,063
流出入差(流入-流出)【2021】	476	19,004	8,906	-2,719	-3,100	-2,328	-623	-1,066	-260	-1,059	-400	-606
白県進学率【2021】	22.4%	52.2%	58.9%	44.3%	14.3%	17.8%	15.2%	17.4%	42.4%	53.3%	25.8%	36.4%
18歳人口推計【2040】	9,494	14,655	51,865	32,315	7,294	4,953	3,259	3,996	11,892	16,006	7,083	3,029
大学進学者数推計【2040】	5,104	11,080	35,810	30,725	5,043	2,048	1,601	1,884	6,952	9,211	2,721	2,034
大学進学率推計【2040】	59.0%	75.6%	69.0%	64.1%	69.1%	58.3%	48.5%	46.6%	58.5%	55.2%	38.5%	53.1%
大学入学者数推計【2040】	5,606	25,337	41,204	19,487	3,376	1,434	1,100	1,169	6,514	8,838	3,011	1,778
(国公私別)【2040】	700 457 4,448	2,762 782 21,793	3,122 2,151 35,927	1,993 1,357 15,127	545 246 2,588	651 198 576	421 223 66	838 331 0	1,621 414 4,478	1,586 1,112 6,130	1,374 778 859	958 0 820
入学定員充足率推計【2040】	74.3%	72.1%	75.3%	70.2%	69.5%	70.5%	72.4%	72.3%	65.8%	66.0%	71.5%	61.5%
(国公私別)【2040】	74.1% 76.2% 74.1%	74.5% 74.0% 71.6%	75.3% 75.1% 75.3%	74.1% 71.9% 69.6%	74.6% 70.7% 68.5%	74.2% 70.6% 66.5%	72.1% 74.3% 69.0%	72.4% 71.9% -	73.9% 75.4% 62.5%	68.3% 73.8% 64.6%	71.7% 71.8% 71.0%	69.0% - 54.5%
大学進学者数【2021】-大学進学者数推計【2040】	-1,581 -22%	-4,585 (-31%)	-11,659 -25%	-9,044 (-30%)	-2,834 -30%	-1,478 -34%	-596 -27%	-864 -32%	-2,376 -25%	-5,176 -35%	-1,995 (-42%)	-1,212 (-37%)
大学入学者数【2021】-大学入学者数推計【2040】	-2,055 -27%	-9,712 (-28%)	-15,171 -27%	-7,563 (-38%)	-1,399 -29%	-604 -30%	-454 -29%	-513 -31%	-2,554 -28%	-4,490 -34%	-1,295 (-30%)	-860 (-33%)
(2020年の18歳人口推計) (2021年の18歳人口) の割合 (%)	66.3%	63.3%	65.2%	62.8%	56.2%	56.2%	62.7%	64.1%	65.4%	63.9%	57.8%	58.2%

(参考)

大学進学者…各県に所在する高校等を卒業した者で、全国いずれかの大学に進学した者
大学入学者…各県に所在する大学に入学した者

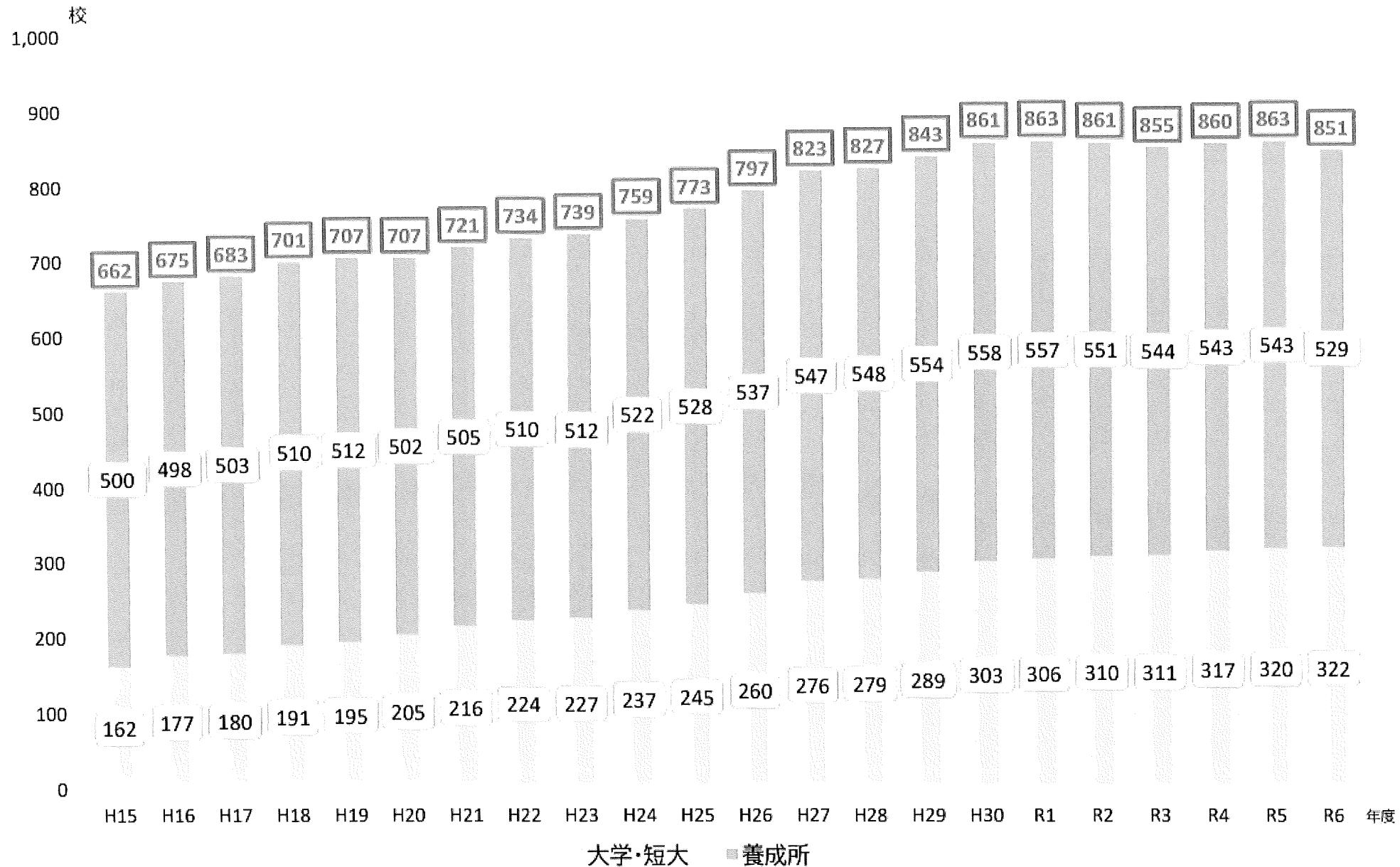
2040年の各都道府県進学者等推計（出生低位・死亡低位）④

	香川県	愛媛県	高知県	徳島県	佐賀県	長崎県	熊本県	大分県	宮崎県	鹿児島県	沖縄県	その他
18歳人口【2021】	9,310	12,483	6,184	46,624	8,412	12,691	16,741	10,244	10,617	15,626	16,363	
高校等卒業者数【2021】	8,593	11,445	5,691	41,518	7,097	11,857	15,073	9,745	9,842	14,227	14,424	
大学進学者数【2021】	4,840	6,144	2,845	22,333	3,455	5,434	7,075	4,091	4,180	6,126	7,002	17,919
大学進学率【2021】	52.0%	49.2%	46.0%	48.0%	41.1%	42.8%	42.3%	39.8%	39.7%	39.2%	42.8%	
大学進学率(国公私別)【2021】	13.5% 3.7% 34.7%	14.8% 4.2% 30.2%	9.9% 6.2% 20.8%	9.3% 3.0% 35.7%	12.3% 2.1% 26.7%	14.2% 5.3% 23.3%	10.1% 3.4% 28.8%	13.5% 4.2% 22.3%	12.8% 4.2% 22.8%	12.0% 2.4% 24.9%	9.6% 3.4% 29.8%	
短大進学率【2021】	4.8%	4.5%	4.3%	4.4%	4.2%	3.8%	3.2%	7.1%	4.7%	7.2%	3.6%	
専門学校進学率(現役)【2021】	15.6%	17.1%	16.1%	16.1%	16.5%	15.5%	18.1%	20.1%	16.1%	19.6%	24.0%	
大学数【2021】	4	5	6	35	2	8	9	5	7	8	8	
大学数(国公私別)【2021】	1 1 2 1 1 3 1 2 2 3 4 28 1 0 1 1 1 6 1 1 7 1 1 3 1 2 4 2 0 4 1 3 4											
入学定員【2021】	2,189	3,860	2,215	25,781	1,818	3,988	5,712	3,520	2,335	3,883	3,972	
入学定員(国公私別)【2021】	1,239 90 860 1,770 100 1,990 1,075 860 280 4,110 1,998 19,852 1,278 0 540 1,641 730 1,815 1,657 480 3,585 1,070 80 2,370 1,035 300 1,000 2,053 0 1,630 1,547 840 1,785											
大学入学者数【2021】	2,092	3,875	2,212	25,983	1,817	3,914	5,643	3,029	2,174	3,882	4,153	
(国公私別)【2021】	1,275 90 727 1,816 100 1,957 1,110 805 196 4,214 2,097 19,652 1,315 0 502 1,657 752 1,905 1,705 505 3,432 1,085 61 1,852 1,064 312 798 2,100 0 1,552 1,657 664 1,622											
県外から流入【2021】	1,260	1,840	1,450	11,422	1,244	1,942	2,357	1,947	1,095	1,801	937	
県内から流出【2021】	4,008	4,109	2,002	7,792	2,882	3,462	3,789	3,009	3,102	4,075	3,786	
済出入差(流入-流出)【2021】	-2,748	-2,269	-633	3,630	-1,638	-1,520	-1,432	-1,082	-2,006	-2,474	-2,848	
自県進学率【2021】	17.2%	33.1%	26.5%	65.1%	16.6%	36.3%	46.4%	26.4%	25.0%	33.5%	45.9%	
10歳人口推計【2040】	5,640	7,171	3,528	34,719	5,622	7,814	11,584	6,503	6,501	10,500	13,062	
大学進学者数推計【2040】	3,278	3,958	1,617	17,081	2,438	3,889	5,003	2,649	2,845	4,371	6,212	19,268
大学進学者数推計【2040】	56.1%	55.7%	51.5%	49.2%	43.4%	49.8%	43.2%	43.8%	41.2%	41.6%	47.5%	
大学入学者数推計【2040】	1,444	2,589	1,497	19,315	1,326	2,857	4,052	2,813	1,529	2,673	3,527	
(国公私別)【2040】	880 62 502 1,215 67 1,307 751 613 133 3,138 1,660 14,620 959 0 366 1,209 549 1,098 1,225 363 2,465 1,009 75 1,729 748 219 561 1,537 0 1,135 1,331 664 1,632											
入学定員充足率推計【2040】	66.0%	67.1%	67.6%	75.0%	72.5%	71.7%	70.9%	79.9%	65.5%	72.5%	88.8%	
(国公私別)【2040】	71.0% 69.0% 68.3% 68.6% 68.0% 65.7% 69.9% 71.3% 47.4% 76.3% 78.0% 74.4% 75.1% - 67.6% 73.7% 75.2% 80.0% 71.5% 75.5% 69.1% 94.3% 94.0% 73.0% 72.3% 73.1% 68.1% 74.9% - 69.7% 88.0% 88.1% 91.4%											
大学進学者数【2021】—大学進学者数推計【2040】	-1,062 (-32%)	-2,146 (-35%)	-1,028 (-36%)	-6,262 (-24%)	-1,017 (-28%)	-1,046 (-28%)	-2,072 (-28%)	-1,242 (-30%)	-1,335 (-32%)	-1,755 (-28%)	-790 (-11%)	
大学入学者数【2021】—大学入学者数推計【2040】	-648 (-31%)	-1,286 (-33%)	-715 (-32%)	-4,648 (-28%)	-491 (-27%)	-1,057 (-27%)	-1,591 (-28%)	-216 (-7%)	-646 (-30%)	-479 (-27%)	-426 (-15%)	
(参考) 100年後の18歳人口推計 ／2021年の18歳人口の 割合 (%)	60.6%	57.4%	57.1%	74.6%	66.8%	61.6%	69.2%	63.5%	65.6%	67.2%	79.9%	

大学進学者…各県に所在する高校等を卒業した者で、全国いずれかの大学に進学した者

大学入学者…各県に所在する大学に入学した者

大学・養成所別 看護師学校養成所(3年課程)施設数の推移



看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況調査

看護師養成所(3年課程)における1学年定員数、入学者数及び定員充足率

(人)

35,000

110%

30,000

100%

25,000

90%

20,000

80%

15,000

70%

10,000

60%

5,000

50%

0

40%

23,977 24,686 25,024 25,364 25,741 26,271 26,957 27,874 28,281 28,907 28,802 28,447 28,232 27,807 27,146 26,811 26,499

23,186 24,187 25,794 25,839 26,029 26,590 26,767 27,595 27,694 28,434 27,963 27,197 27,064 26,435 25,553 23,952 21,724

H20 H21 H22 H23 H24 H25 H26 H27 H28 H29 H30 R1 R2 R3 R4 R5 R6

■ 1学年定員数 □ 入学者数 ━ ━ 定員充足率

大学(3年課程)における1学年定員数、入学者数及び定員充足率

(人)

30,000

120%

110%

100%

90%

80%

70%

60%

50%

40%

30%

20%

10%

0%

25,000

20,000

15,000

10,000

5,000

0

107.5% 107.2% 110.2% 108.7% 109.4% 108.4% 107.9% 107.0% 106.9% 106.0% 105.1% 103.7% 103.1% 103.2% 102.7% 101.4%

13,193 14,322 15,504 16,059 16,975 17,878 19,674 21,034 21,619 22,656 23,840 24,695 25,048 25,310 25,825 26,245 26,685

14,183 15,356 17,085 17,457 18,569 19,376 21,223 22,512 23,106 24,007 25,048 25,619 25,815 26,110 26,517 26,604 26,044

H20 H21 H22 H23 H24 H25 H26 H27 H28 H29 H30 R1 R2 R3 R4 R5 R6

■ 1学年定員数 □ 入学者数 —— 充足率

(省力化に向けて)

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

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（令和6年12月25日 社会保障審議会医療部会）（抄）

1. 基本的な考え方

- 将来の人口構造の変化に対応した医療提供体制を構築することが求められている。
- 人口は、全国的に生産年齢人口を中心に減少するが、85歳以上を中心に高齢者数は2040年頃のピークまで増加すると見込まれる。
(略)
- さらに、生産年齢人口の減少に伴い、医療従事者の確保が更に困難となることが見込まれ、働き方改革等による労働環境の改善や、医療DX、タスクシフト・シェア等を着実に推進していくことが重要となる。

医療分野における省力化投資に関し、下記の取組を進めていく

○ 医師の長時間労働の是正に資する機器等の整備

- | | |
|---------------|--------------------------------|
| ① 電子問診・AI問診 | ④ 電子カルテ用音声入力システム |
| ② 患者向け説明動画 | ⑤ 電子カルテ閲覧モバイル端末 |
| ③ AIによる診断書等作成 | ⑥ ビジネスチャット等医療関係者間コミュニケーションアプリ等 |

○ 看護業務の効率化の推進に資する機器等の評価・導入支援

- ① 音声入力、② バイタルサイン値等の自動反映、③ インカム

○ 医療分野における適切で有効な医療の提供のための機器等の開発・実装

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| ① 救急外来カルテ記載支援AI&治験のデジタル化 | ③ 内視鏡外科手術におけるAI自動技術評価システム |
| ② 循環制御用ロボット麻酔システム | ④ SaMD(プログラム医療機器)の普及支援 |

(話題 病床適正化支援事業、三党合意)

ひと、くらし、みらいのために



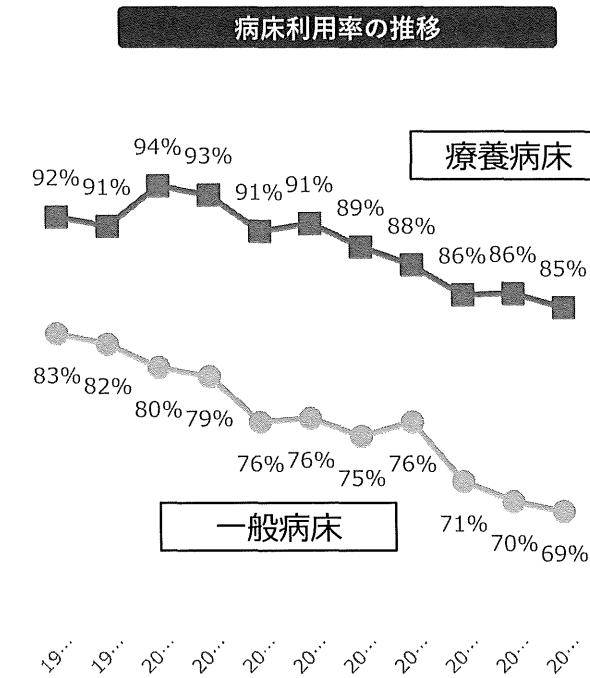
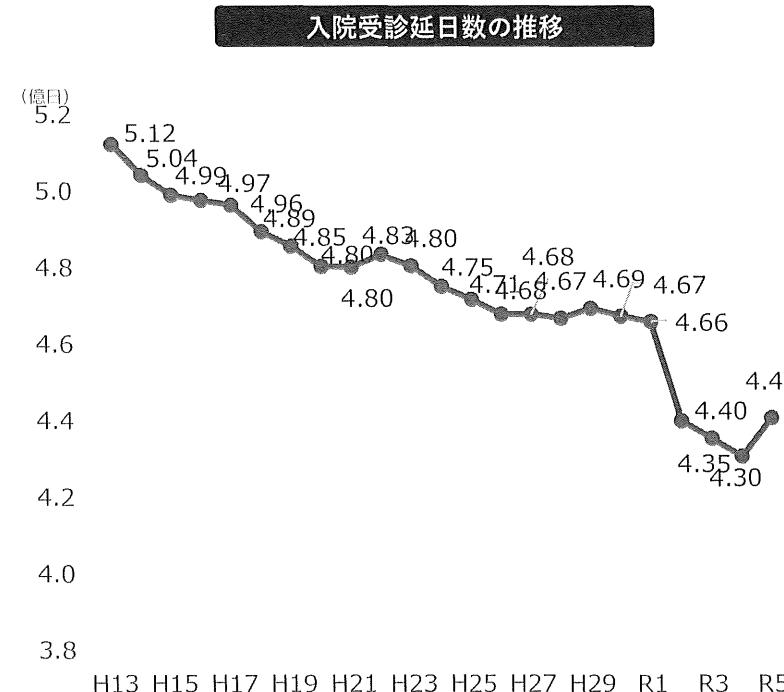
厚生労働省

Ministry of Health, Labour and Welfare

近年の入院受療の推移について

令和6年12月3日新たな地域医療構想等に関する検討会資料

入院受診延日数は減少傾向にあり、それに伴い病床利用率も低下している。



資料出所：厚生労働省「医療費の動向調査」(2023年度)

※1 労災・全額自費等の費用を含まない概算医療費ベース。なお、概算医療費は、医療機関などを受診し傷病の治療に要した費用全体の推計値である国民医療費の約 98%に相当。

※2 各年度の入院受診延日数の推移をみたもの。

資料出所：厚生労働省「病院報告」

※1 療養病床については、平成 8～11年は療養型病床群、平成14年は療養病床及び経過的旧療養型病床群の数値である。

※2 一般病床については、平成 8～11年まではその他の病床（療養型病床群を除く。）、平成14年は一般病床及び経過的旧その他の病床（経過的旧療養型病床群を除く。）の数値である。

注) 2020年以降、コロナの影響があることに留意が必要

自由民主党、公明党、日本維新の会 合 意

1. 社会保障改革による国民負担の軽減を実現するための3党の協議体の成果の一環として、次の2点を実現する。

(1) 病床再編の拡大

人口減少等により不要となると推定される、約11万床（※1）の一般病床・療養病床・精神病床といった病床について、地域の実情を踏まえた調査を行った上で、2年後の新たな地域医療構想に向けて、不可逆的な措置を講じつつ、調査を踏まえて次の地域医療構想までに削減を図ることとし、その旨を骨太の方針に明記する。当該削減が実現した際には、「一定の合理性のある試算」（※2）に基づけば、約1兆円の医療費削減効果と計算されるなど、一定規模の入院医療費の削減効果が期待できる。その上で、感染症等に対応する病床は確実に確保しつつ、削減される病床の区分や病床の稼働状況、代替する在宅・外来医療等の増加等を考慮した上で、精査を行う。

（※1）一般病床及び療養病床の必要病床数を超える病床数約5万6千床並びに精神病床の基準病床数を超える病床数約5万3千床を合算した病床数（厚生労働省調べ）。

（※2）別紙参照

(話題 地域の変化に応じた小児医療体制の 検討)

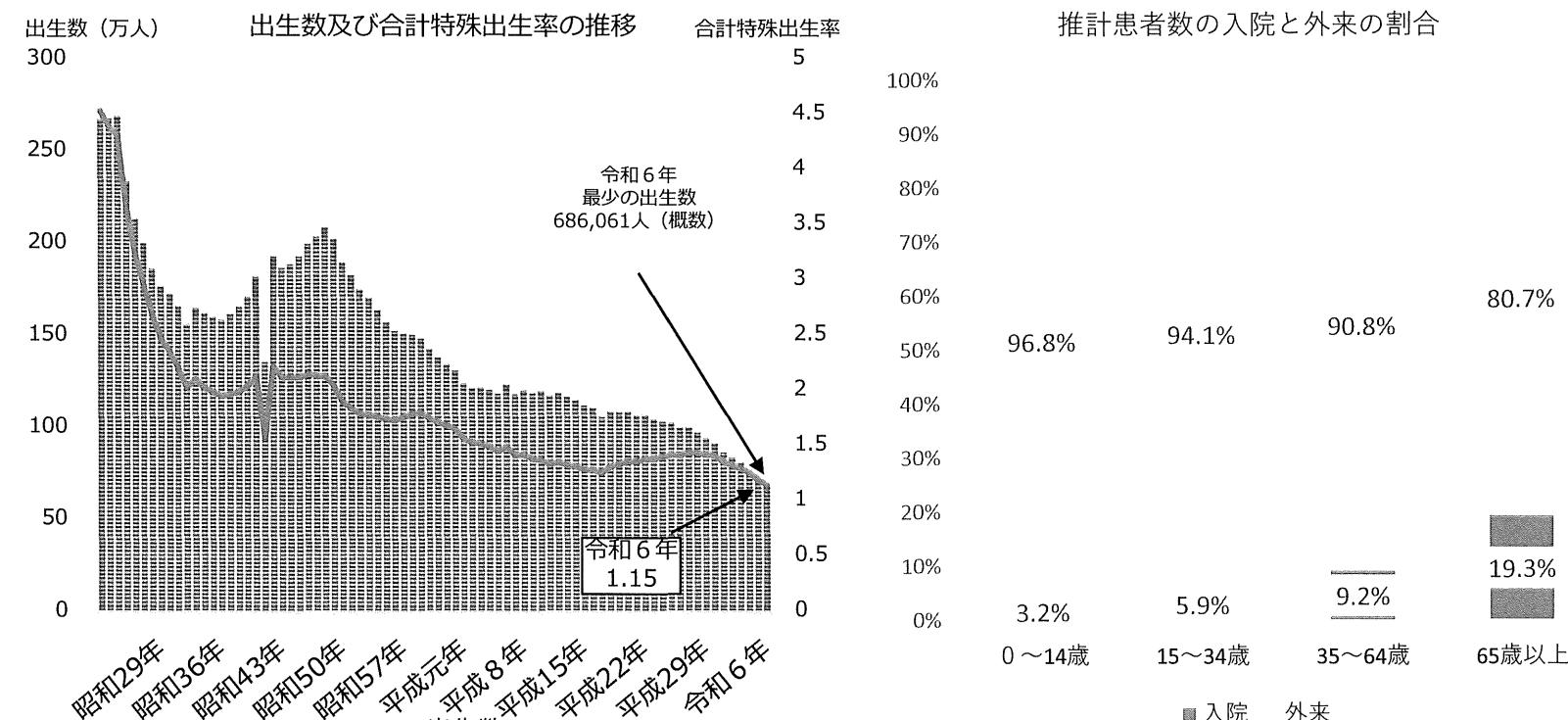
ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

小児医療（外来）について

- 小児医療について、出生数の減少により小児医療の需要は減少するが、小児では外来医療のニーズが相対的に高く、また、外来診療に加え、予防接種、乳幼児健診、学校医など、幅広い役割が求められる。このため、地域ごとに、小児の外来医療提供体制の維持・確保が重要。



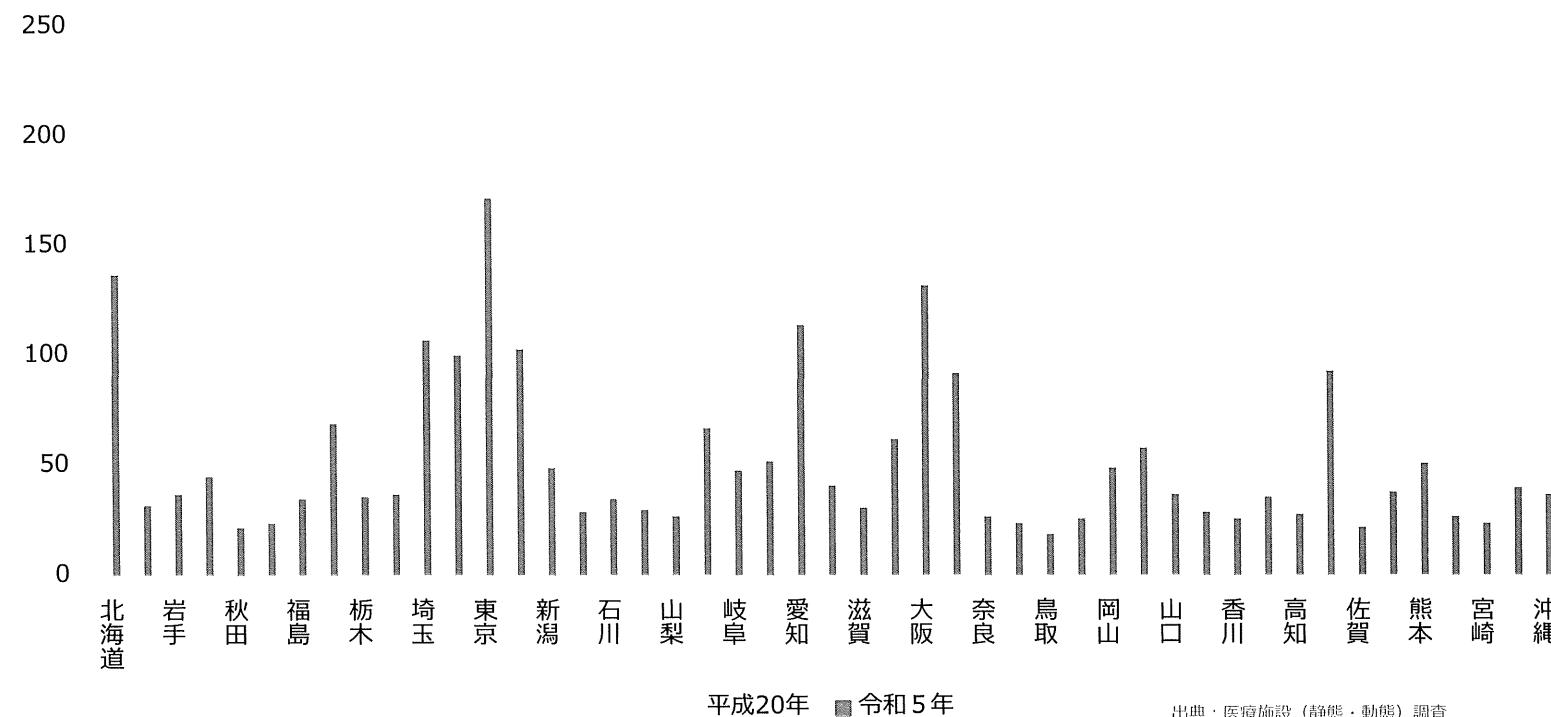
出典：人口動態統計、人口推計

資料出所：令和5年度患者調査 82

小児医療（入院）について

- ・ 小児科を標ぼうする病院数は減少しているところ、子どもを安心して生み育てるため、地域ごとに、小児の入院医療提供体制の維持・確保が重要。

小児科を標ぼうする病院数（都道府県別）



平成20年 ■ 令和5年

出典：医療施設（静態・動態）調査

ご静聴ありがとうございました！

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省

Ministry of Health, Labour and Welfare

