

【参考資料】医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ

読売新聞 令和6年12月22日(日)

都市部・開業規制 不足地・手当増額

医師偏在対策硬軟交ぜ

患者を診察する花輪理事長（中央）。医師確保にも奔走する（11月、埼玉県秩父市の秩父病院で）

●医師偏在対策のポイント

- 規制**
- 1 都道府県が、診療所が多い地域で新たに開業する医師に、医師不足地域で土日の診療にあたることなどを要請
 - 2 公立病院などの院長になる要件に、医師がいない地域での1年以上の勤務経験を課す

支援

都道府県が対策を重点的に進める区域を選定し、区域内で働く医師の手当を増額。公的医療保険の保険料を財源に、早ければ2026年度から実施



※厚生労働省の資料を基に作成

理事長再登板

「医師の確保に努めてきたが限界だ。秩父病院（埼玉秩父市）の花輪理事長は2022年3月にいったん現場を離れたが、1年ほどで復帰。外来や手術にあ

厚労省 実効性疑問の声も

たっている。当直を担う医師は足りず、来年度、夜間の救急診療を中止する。今回の総合対策は、支援と規制を組み合わせる。土台となるのが、厚労省の有識者検討会が18日にまとめた具体案だ。

まず、都道府県が、医師の人口当たりの数や年齢分布、地理的条件などから、対策を重点的に進める医師不足の区域を選定。区域内で働く医師の手当を増額する。都会の医療機関から派遣される医師も含まれる。

厚労省は、来年の通常国会に関連する法改正案を提出し、早ければ26年度からの実施を目指す考えだ。規制では、診療所が多い地域で新たに開業する医師に、都道府県が診療内容を要請できる制度を設ける。訪問診療や夜間・休日の救急対応など地域に足りない診療のほか、医師が不足する地域で土日の診療にあたることも対象となる。応じない場合、勧告や医療機関名の公表、補助金の不交付や診療報酬の引き下げも可能とした。

さらに、公立病院などの院長になる要件に、医師がいない地域での1年以上の勤務経験を課す。



財源巡り攻防

具体的案のとりまとめは関係者の調整が難航した。開業規制について、各省庁の予算を査定する財務省は、都道府県からの要請に応じない場合、公的医療保険の診療を担う医療機関の組合などの保険者側は「病

機関に指定しない措置を講じるよう厚労省に迫った。診療所が乱立し、1施設当たりの患者数が減少する、過剰な検査や治療を招き医療費が膨らむことを警戒したためだ。

これに対し、日本医師会が「不正を働いたわけでもないのに罰金」（松本吉郎会長）と猛反発。厚労省は勧告や公表などにとどめようとしたが、財務省が「医師にとっては痛くもかゆくもない」としたため、補助金の不交付などを加えて折り合いをつけた。

厚労省は、医師の手当を増やす財源は、公的医療保険の加入者が支払う保険料にあてると方針だ。健康保険料については、「今は『院長になりたくない』と思う若手が

多い」との指摘もあった。規制の導入に慎重な専門家もいる。近年、医師のキャリアは多様化し、健康医療分野のスタートアップ（新興企業）など保険診療とは異なる領域でやりがいを持って働く若手医師が目立つ。吉村健佑・千葉大特任教授（医療政策）は「規制を強めるほど、若手医師は息苦しさから保険診療とは別の領域に飛び出していく。これが偏在対策はをどう支えるかが問われている」と考える。

厚労省は、一連の対策について5年をめぐりに効果を検証し、必要に応じて対策を強化する構えだ。

充足度 7倍の開き

東京・中央部と岩手・釜石

●医師の充足度（全国330の圏域別の偏在指標）

都道府県	圏域
1 東京	区中央部・台東・千代田・文京・台東・港
2 東京	区西部・杉並・中野・新宿
3 東京	区西南部・世田谷・渋谷・目黒
4 福岡	久留米
5 京都	京都・乙訓
326 山形	最上
327 北海道	根室
328 北海道	北渡島・檜山
329 香川	小豆
330 岩手	釜石

※2024年1月の現在、厚生労働省の資料を基に作成

に、医師の充足度を示す医師偏在指標をみると、最上位の「東京・区中央部」と最下位の「岩手・釜石」は7倍の開きがある。厚労省が総合対策づくりから乗り出したのは、今年4月、勤務医の残業時間を規制する医師の働き方改革が始まったことが背景にある。医療現場では、手術枠を減らしたり、救急患者の受け入れを制限したりする影響が出始めている。全国自治体病院協議会長の望月京・八幡平市立病院（岩手県）統括院長は「偏在対策は待ったなしだ。国は経済的支援などを速やかに進めてほしい」と訴える。

MEDIFAX

株式会社 じほう

<https://mf.jiho.jp/>

■ 偏在総合対策パッケージ、きょう公表

医師手当支援など

厚生労働省は25日の医師偏在対策推進本部で、医師偏在是正に向けた総合的な対策パッケージを公表する見通しだ。重点医師偏在対策支援区域（仮称）に派遣される医師や、そこで勤務する医師への手当増額支援などを盛り込む。来年の通常国会へ提出する関連法案に関わる内容となっている。

●改正医療法を中心に、来年提出目指す 高宮参事官

本紙の取材に答えた、厚労省医政局の高宮裕介医療提供体制改革参事官は、総合対策パッケージにつながった検討会や社会保障審議会の議論について「医師偏在対策を講ずることの重要さは、関係者の共通理解であった」と指摘した。

その上で「将来に向けて、保険あってサービスなしにならないよう、しっかり医師偏在対策に取り組む必要があることが重く受け止められた。一方で、保険者側を中心にさまざまな懸念の声も頂いた。それらに答えられるよう、制度改正、施行に向けてしっかり取り組んでいきたい」と述べた。

医師偏在対策に加え、新たな地域医療構想についても「これから制度改正案の作成を進め、年明けの通常国会への法案提出を目指す」と言及。医療法改正をメインに、管理者要件に関する健康保険法改正なども含む見通し。「詳細は政府内で協議している段階」だ。

●健保連が会議体設置を要求、厚労省は枠組み検討

医師偏在対策の議論で調整が難航したのが、規制の実効性を確保するための、保険医療機関の取り消し・不指定に対する賛否だった。「一致点を見いだすのが難しかった」（高宮氏）点で、検討会の取りまとめでは、双方の意見が併記された。

また、最後まで議論されたのが、経済的インセンティブの一つである、派遣医師などへの手当の増額支援を保険者の負担で賄う点だ。

健保連は保険料を充てる用途を限定し、偏在対策などの進捗状況を確認できる会議体を作することを要求している。高宮氏は「保険者側の意見を踏まえた具体的な枠組みは今後検討する」と話した。

一方、新たな地域医療構想に関しては「制度改正を行った後、施行に向けて、実務的な方向性を示すガイドライン（GL）で詳細を決めていきたい」と説明。GLの作成方法については「範囲が広範になるため、いくつかの検討の場を設けて議論されることになるのではないか」と見通した。

新地域医療構想でポイントになる「医療機関機能」の報告内容はGLで詳細が設定される。「医療現場の実態を踏まえ必要に応じ複数の機能を報告することになるが、主たる機能をどう扱うかはGLの作成過程でさらに検討する」と述べた。

第2回 厚生労働省医師偏在対策推進本部 議事次第

令和6年12月25日（水）
11時55分～12時05分
場所：厚生労働省省議室

（議 題）

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（案）について

（配布資料）

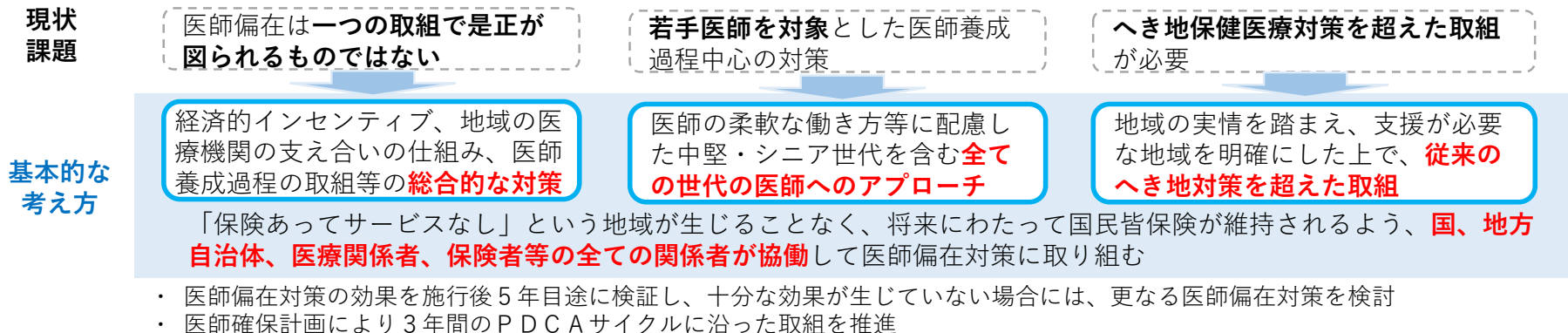
資 料 1 医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（案）（概要）

資 料 2 医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（案）

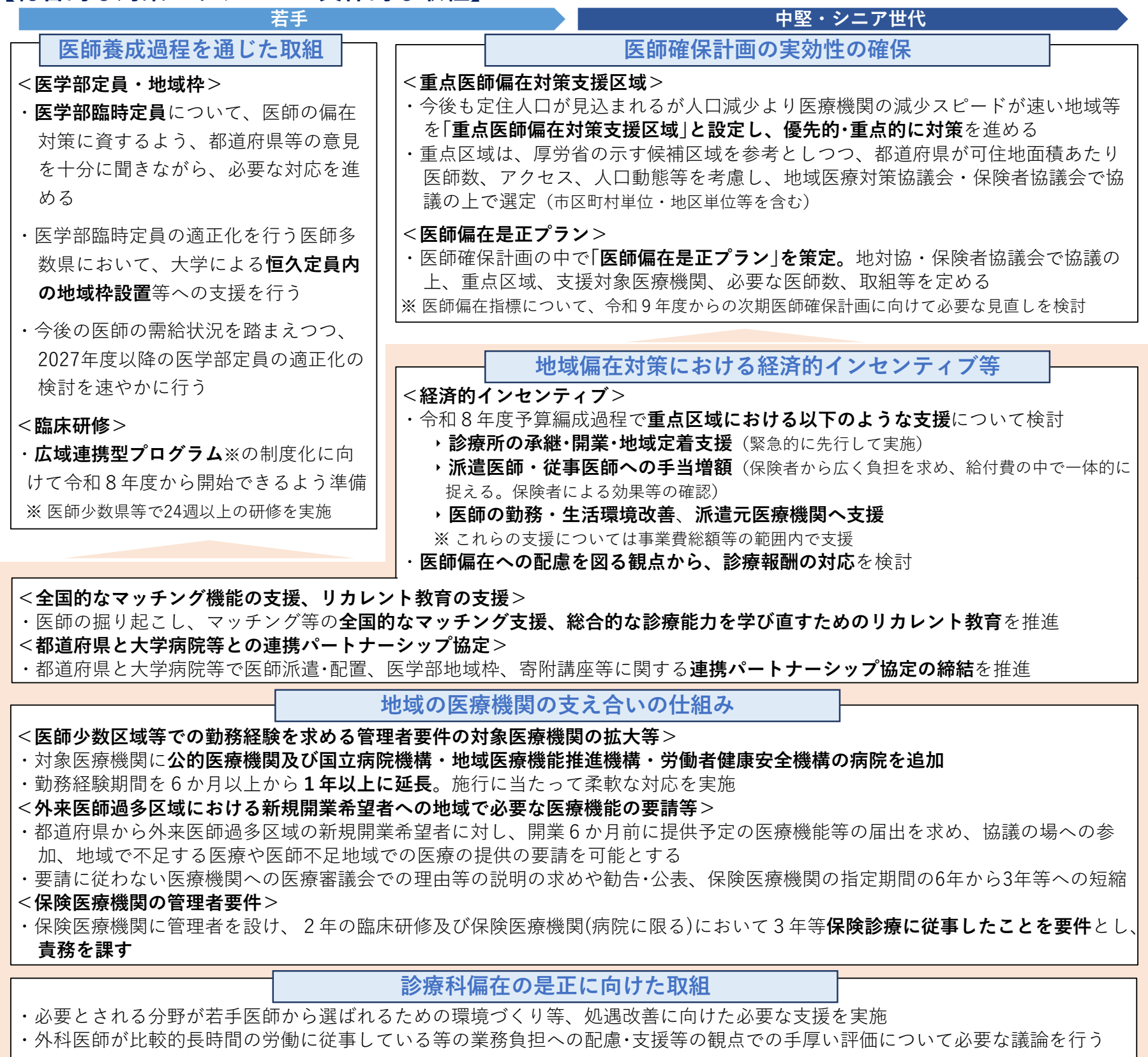
医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（概要）

- 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】



【総合的な対策パッケージの具体的な取組】



医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ

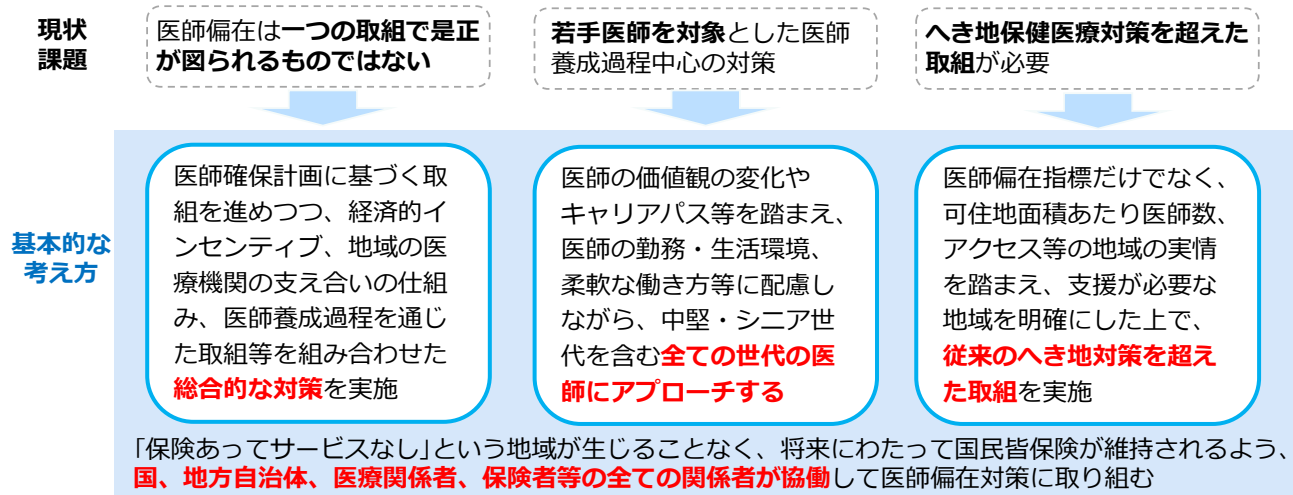
令和6年12月25日

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

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

3

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。

4

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（例えば育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。

5

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。

6

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。

7

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。

8

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。

9

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)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			「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	緊急的な取組のガイドラインの先行策定	医師偏在是正プラン全体のガイドラインの検討・策定	医師偏在是正プラン全体の検討・策定、順次取組
経済的インセンティブ		緊急的な取組(診療所の承継・開業支援)の先行実施		本格的な経済的インセンティブ実施の検討
全国的なマッチング機能の支援		全国的なマッチング機能の支援		
リカレント教育の支援		リカレント教育の支援		
都道府県と大学病院等との 連携パートナーシップ協定		協定も含めて医師偏在是正プラン全体のガイドラインの検討・策定	医師偏在是正プラン全体の検討の中で協定の協議・締結	協定による取組
地域の医療機関の支え合い (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

10

毎日新聞 令和6年12月22日(日)

強い偏在対策 拒む医師

「営業自由」政府踏み込めず

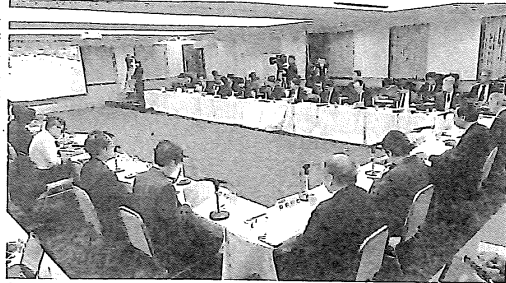
都心は過密状態、へき地には足りない医師偏在問題。抜本的な改善を図るべく、厚生労働省による医療関係者間の調整が大詰めを迎えている。だが強い規制が課されることには反発がある。政府は近く総合的な対策を策定するが、踏み込み不足となる可能性がある。

「前例にとられない対策を検討すべきだ」。今年4月、武蔵野三厚労相(当時)が問題提起したのを発端に議論が始まった。複数の検討会で医療関係者間の議論が行われ、強い対策は組上には上がった。一つは都心での医師数を抑制するための新規開業の規制だ。

これまで都道府県はガイドラインに基づいて、開業する医療機関には夜間や休日の救急などの地域医療に必要な機能を備えるよう求めてきた。ただ罰則はなく、2023年度に都道府県が

要請した2112件のうち、合意に至ったのは3割の640件にとどまる。検討会では当初、応じない医療機関に対して、保険診療が行える保険医療機関の指定を取り消す仕組みも含めて議論がされた。慶応大の土居丈朗教授(財政学)は検討会で、タクシー業界などでも新規参入規制があることに言及し、「(医師)養成の過程で多額の税金が投じられ、診療報酬の財源の9割は税金と「保険料」だとして、規制の必要性を主張した。強く反対したのは日本医師会。憲法が保障する「営業の自由」に抵触する恐れがあると主張する。医師偏在対策が議題から抜けた日の会議でも、今村英仁常任理事が「憲法に抵触し、また合理性もない」と強調する場面があった。

こうした意見を受け、厚生労働省のまとめる対策では、正当な理由無く要望に応えなければ警告や施設名の公表、保険医療機関の指定を通常の6年から3年に短縮できるようにすることと



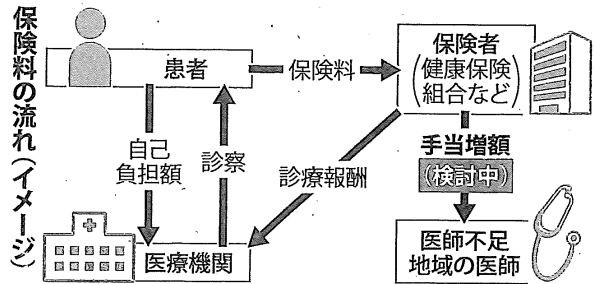
医師偏在対策のとりまとめ案が示された厚生労働省の検討会。東京都千代田区で10日

どまりそうだ。「踏み込みが甘い」(松本真人・健康保険組合連合会理事)との声もある。医療機関への

人確保に保険料負担は

医師偏在対策を進めるため、新たに保険料を財源として活用することも固まった。ただ、本来は診療などの対価として集められているもので、道理に合わない」と異論がくすぶる。細部は煮詰まっておらず、患者負担がどうなるのかによって火種が膨らむ可能性がある。

「保険者等からの協力を得るなど、あらゆる方策を検討」。保険料を活用する案は、8月に厚生省が出した対策の骨子案で記載され



た。

保険者側はさまざま反発した。「保険料は(診療など)保険給付の対価。給付以外への拠出は、加入者の理解が得られない」と偏在対策の検討会で一貫して反論してきた。医療提供体制整備は、一義的に国や都道府県の責任であり、既存の財源の活用をまず検討すべきだと訴えた。

民間企業では保険料は労使の負担で、大企業の健康保険組合などをつくる健康保険組合連合会(健保連)に加え、連合や経団連を含む5団体が11月、厚生省に反対の意見書を提出した。理解を示す意見を述べたのは、全国の国民健康保険の保険者をつくる国民健康保険中央会。原勝則理事長は「(医師がおらず診療を受けられない)『保険あつてサービスなし』の事態は避けなければならない。手放して賛同できないが、一定の合理性はある」とした。

検討会で示されたとりまとめ案では、偏在対策のため医師不足地域の医師に対して手当を増額するとし、財源について「保険者からの拠出を求めることも考えられる」と方向性は示した。ただ、反対意見も併記する形で落着けた。

要請は都道府県の業務で、ある自治体の関係者は「規制をするには根拠が必要。要請に応えられない事情などへの聞き取りや調査も必要で、どれだけ人手や時間をかけられるか分からない」と話す。

19日あった社会保障審議会の部会でも懸念の声は相次いだ。健保連の佐野雅宏会長代理は「仮に保険者から拠出することになった場合として、検証のための『国・都道府県と保険者で会議体を作る』ことを提案。現役世代の新たな負担とならないこと、医師偏在対策として効果が出ていくことなどをチェックできる仕組みが必要と訴えた。負担について、「トータル」の保険料は変わらない」と厚生省幹部は説明する。ただ、偏在対策という支出が増える分の帳尻をどう合わせるのか、在り方は見えていない。

ニッセイ基礎研究所の三原岳・上席研究員は、保険料を医師偏在対策に使うことについて「道理に合わない」と述べる。理由を「社会保険料は給付と負担がセットである仕組み。さらに医療保険は疾病のリスクに備えるもの」と指摘する。26年度から少子化対策財源を医療保険料に上乗せする形で徴収することが決まった。三原さんは「少子化財源があしき先例となつた」と語り、保険料の用途が無秩序に広がることを懸念している。

【松本光樹、写真も】