○木村医師需給専門官 それでは、定刻になりましたので、ただいまから令和7年度第2回「医道審議会医師分科会医師専門研修部会」を開催いたします。

委員の皆様方におかれましては、本日は御多忙のところ出席を賜り、誠にありがとうございます。

本日の出欠状況について、牧野委員、山崎委員から御欠席との御連絡をいただいております。

また、大井川委員の代理として茨城県保健医療部長の丸山参考人に、花角委員の代理として新潟県福祉保健部長の中村参考人に御参加いただいております。

現時点で委員10名の出席があり、過半数を満たしておりますので、本部会は成立しますことを御報告申し上げます。

また、参考人として、一般社団法人日本専門医機構より渡辺理事長に御出席いただいております。

また、遅れての御参加と伺っておりますが、オブザーバーとして文部科学省高等教育局医学教育課から松本企画官に御出席いただく予定となっております。

議題に入る前に、前回から事務局で人事異動がございましたので御紹介いたします。

審議官の榊原でございます。

また、公務によりオンラインでの参加となっておりますが、医事課長の中田でございます。

それでは、撮影についてはここまでとさせていただきます。

なお、引き続き傍聴される方は、今後は写真撮影、ビデオ撮影、録音をすることはできませんので御留意ください。

それでは、資料の御確認をお願いいたします。資料については、事前に事務局からメールでお送りさせていただいております。会場出席の皆様については、お手元に配付しております議事次第、資料1-1、1-2、1-3、資料2-1、2-2、資料3、参考資料1、2の御確認をお願いいたします。不足する資料がございましたら、事務局にお申しつけください。

それでは、以後の議事運営につきましては、部会長をお願いいたします。遠藤先生、よろしくをお願いいたします。

○遠藤部会長 皆様、おはようございます。本日もどうぞよろしくお願いいたします。

それでは、議事に移りたいと思います。本日は議題が3つございまして、議題の1「令和7年度の専攻医採用と令和8年度の専攻医募集について」、議題の2「令和9年度のシーリングについて」、議題の3「専門研修における連携プログラムについて」の3つでございます。

まず議題の1についてでございますが、初めに日本専門医機構理事長の渡辺参考人より

資料1-1「令和7年度の専攻医採用と令和8年度の専攻医募集について」、また、資料1-2「令和8年度プログラム募集シーリング（案）」について御説明をいただき、引き続きまして、事務局から資料1-3「令和8年度、シーリング等に関する論点」を御説明いただいた後に、それらを全て交えて御議論いただきたいと思いますと考えております。

それでは、まずは議題1に早速入りたいと思います。

それでは、渡辺参考人から、令和7年度の専攻医採用と令和8年度の専攻医募集について御説明をいただきたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

○渡辺参考人 日本専門医機構の理事長を拝命しております渡辺でございます。

それでは、御説明を申し上げます。

資料1-1の3ページは今年の募集のスケジュールです。専門研修部会、都道府県からの御意見をいただき、それらに基づいた厚労大臣からの御意見をいただいた上で、昨年度は11月から採用を開始することができました。募集期間に関しては11月から開始していただくということが混乱を招かないという意味で非常に大事なことです。

令和7年度のプログラムのシーリングの方針といたしましては、基本的には令和6年のものを踏襲したということです。特別連携プログラムという足下充足率が0.7以下の都道府県と連携するプログラムについては、医師少数都道府県の病院に1年以上派遣した場合ということも提案されましたが、厚労大臣の御意見でこれに関しては見送り、医師少数地域に限定するというようになっております。

それから、働き方改革における1,860時間を超える、もしくは超えるおそれのある施設を特別連携プログラムの連携先と認めることも継続することとなっております。

それから、研修プログラムの基幹施設が特別連携プログラムの連携先を設定しやすいように、都道府県と協力して連携先の施設の候補一覧を作成し、公表する準備は既に整っているという状況です。令和9年度からは利用できるという状況でございます。

それから、資料の5ページは実際に設定された都道府県別、診療科別のシーリングでございます。数字は、東京都でいえば、内科では398が基本数で、次の数字が連携プログラム、括弧内が特別連携プログラム定員となっております。

それから、6ページに参りますが、これは実際の採用数です。これは都道府県別の一覧表ですが、右のナンバーが青塗りになっているのは医師少数県を示し、黄色は医師多数県を示します。御覧になってお分かりのように、令和7年度に専攻医登録の総数は9,762人で、これまでは毎年徐々に増えてまいりまして、過去で最高の数となりました。これは、臨床研修を修了した方の約95%弱が専攻医に登録されているということになります。

次の7ページは、診療科領域別の専攻医登録数でして、薄いグリーンで塗られている領域がシーリングのかかった領域、白塗りの領域はシーリングがかかっていないということです。御覧になってお分かりのように、多少の増減はございますけれども、経年的な傾向は大きく変わっておりませんし、シーリングがかかっている領域とがかかっていない領域で増減の比率に大きな違いがあるということは認められません。

次の8、9ページは、実際に都道府県別の診療科別の採用数の一覧です。黄色で塗られているのは実際にシーリングのかかっている都道府県別の診療科ということです。

次の10ページですが、特別連携プログラムの診療科別の経年的な採用実績です。御覧になってお分かりのように、令和5年の制度発足以後、主として内科、精神科、小児科、放射線科で特別連携プログラムが組まれています。しかし、残念ながら当初期待したほどの登録数は認めておりませんし、むしろ漸減傾向とも考えられます。特別連携プログラムに関しては、プログラム枠の総数を足し算いたしますと約287と聞いておりますので、充足率もかなり低いということで、これに関しては今後の課題だと考えております。

では、派遣元ではなくて派遣先はどうなっているかを示したのが次の11ページです。御覧になってお分かりのように、茨城県、埼玉県など東京の近辺で派遣が多いことが認められます。埼玉県、茨城県は人口別では医師数が最も低い県ですからそれなりに意義はあると思います。一方、御覧になってお分かりのように、従来から医師不足が問題になっている東北地方に関して言えば、あまり大きな派遣がないということも明らかになっております。

そういうことで、これから特別連携プログラムに関しては、医師の地域偏在を是正するという目的のために何か工夫をしていかななくてはいけないという状況であると思います。

12ページは、令和7年度専攻医採用のまとめです。

次の13ページからは令和8年度、次年度の募集に関してです。現在、今日専門研修部会が7月24日に開かれておりますが、今後のスケジュールとしては、9月頃に専門研修部会でシーリングの方針を決定していただいて、11月に採用開始出来ることが当機構の希望です。

令和8年度のシーリングの方針に関しましては、かなり大きな変更がございました。これに関しては、過去直近の3年間の採用数の平均を基にしてということに変わりはないのですけれども、基本数の集計算には、全国の人口を分母にした都道府県人口の割合を掛け合わせて決定することです。

もう一つは、指導医派遣による加算を行うことです。これは研修環境を整えるのに指導医が非常に大事だということは当然のことですが、指導医を派遣しているという実績に対して一定の割合、次年度に関しては基本プログラムの15%を上限とした定員の加算を行うということです。この15%に関しては、確定的な論拠があるというよりは取りあえず15%でやってみるという意味合いです。

それから、特別連携に関しては、前年度まではシーリングの枠外、すなわちシーリングの数定員に入らないということになっておりましたが、それをシーリングの内側に設定するということが大きな変化です。また、シーリングが全国の採用数の一定割合に満たない場合、要するに採用数が非常に少ない都道府県に関してはシーリングを外すということに関しては変化はございません。

16～17ページは令和8年度のシーリングの設定方法を記述しております。令和8年度に

シーリングの対象となる診療科に変化はございません。16ページの最初の四角で囲まれた13診療科がシーリング対象で、シーリング対象外の6診療科も変化はございません。これは、2018年厚労省の審議会で決定された2018年かつ24年の予測必要医師数が、実際の医師数を上回っている領域もしくは都道府県に対してはシーリングは採用されないという原則に基づいています。

シーリングの総数は、過去の3年間の平均専攻医登録数が上限となります。その範囲内で、通常プログラムに関しては、今申し上げましたように、都道府県の人口と全国の総人口との割合で決定していくということです。それから、通常プログラムの15%以内で指導医派遣に基づく加算を行い、シーリング総数との差が連携プログラムとなります。また、連携プログラムで足元充足率0.8以下の都道府県を対象とするのが都道府県限定分です。

この各プログラムの関係は、18ページの右側のカラムを見ていただければ判り易いと思います。

連携先の研修期間に関しては、左に書いていますように、都道府県限定分を含む連携プログラムに関しては1年6か月、特別連携は1年以上となっております。

そのほか、今度新しく設定された派遣実績による加算取り扱いは19ページに書かれています。基本的には専門研修の指導医は領域ごとに指導医の要件は決まっておりますので、その要件を満たすということと、派遣元と派遣先が連携することが必要です。この場合、大学の派遣プログラムが多いと思いますけれども、そこと派遣元の病院が調整されて派遣されたということで、指導医の指導を通して専門研修の充実に資する勤務形態というものが必要であるというようなことが書かれてかれています。

もちろん派遣先に関しては、当然シーリング外の都道府県ということになると思います。

次に、先ほど申し上げました派遣実績の加算の計算方法が20ページに書かれています。これに関しましては、各領域に当機構から調査をいたしました。後でその結果を御報告しますが、その数をそのまま採用すると、結果として非常に多くの派遣が行われているということが今回の調査で明確になりました。

派遣されている指導医数には、パートといいますか、週何回かの派遣でもカウントするということになっており、それを人・年に換算した場合に関してもかなり多くの数の派遣があります。そこで、派遣数をそのまま採用するのではなく、足元充足率の低い0.7以下の都道府県への派遣実績を評価する意味合いも含めて、派遣の人・年に関しては0.5枠、足元充足率0.7以下での派遣の実績があればそれを0.5枠として足すという形を来年度に関しては採用するということが、実際の調査とその結果が21～22ページに出ております。

左から領域、次に、基幹施設の存在する都道府県、基本数の15%に当たる加算上限、次に一番上の欄の①という表示の欄が実際の派遣人数です。東京都の内科でいえば1,265というような大きな数字が出ております。②は派遣数を人・年に直した数字です。パートの場合に関しては、例えば1日であれば5分の1ということになるので、それを人・年で表示すると884というような形で、それから、③は足元充足率が0.7以下のところへの派遣が543

というのが内科の東京の場合です。それを人・年に合わせると415ということで④に示します。先ほどの換算0.5、プラス0.5という形にすると④に示す649となります。通常枠の15%ということで、実際の加算数の上限は50ですのですから、御覧になってお分かりのように、各領域、各都道府県ともに派遣実績の換算数というのが実際の加算上限を大きく上回っているということがお分かりになると思います。

ただし、その例外として、22ページにございますけれども、麻酔科です。沖縄の麻酔科に関しては実際に派遣実績がないのです。ただし、これに関しては、沖縄県の方に問い合わせますと、沖縄は離島が多いということで、離島に医師をたくさん派遣しているので、他の都道府県にまで派遣するのは不可能だということが理由になっております。今後、そのことはやはり留意しなければならないことかと考えております。

さらに、参考資料の29ページには、⑤、⑥が付け加わっておりますが、⑤には足下充足率0.7以上で0.8未満の連携プログラム都道府県限定分と⑥は人・年に計算した結果です。

それから、⑦に関しては少数区域への派遣の数でして、それによる派遣の実績の人・年が一番右⑧のカラムとなっております。これは補足でございますけれども、こういう派遣の実態が今回の調査で明らかになったということでございます。これは今後の様々な検討に非常に役に立つものだと我々は期待しております。これを基にしていろいろな検討をしていけるのではないかと考えております。

次に、資料1-2に移りますが、資料1-2は複雑になっておりますけれども、各領域別に都道府県別のシーリング数を記載したものでして、これに基づいて来年度は募集をすることになります。赤塗りになっている都道府県は医師少数県だという意味です。

これに関しては、全部説明していると時間がございませんので、御覧になっていただければと思います。

私からの御説明は以上でございます。

○遠藤部会長 渡辺参考人、丁寧な御説明をありがとうございました。

では、引き続きまして、事務局から提出されている資料についての説明をお願いしたいと思います。

○加藤課長補佐 事務局でございます。

資料1-3「令和8年度シーリング等に関する論点」を御覧ください。

2ページ目でございます。枠の中に現状をまとめております。令和8年度の専攻医募集については、日本専門医機構及び基本領域学会において、本部会におけるシーリングの仕組みの見直しの議論を踏まえ、基本的には提示した案に沿った形で準備を進めていただいているところでございます。その中では、令和8年度の特別地域連携プログラムを連携プログラムに振り替えることを許容する等、現場の負担に配慮した経過措置も設けておまして、令和9年度以降に向けた円滑な運用が期待される場所であると考えております。

また、通常プログラム加算数の算出の根拠となる指導医派遣の実績が把握されております。一部の都道府県診療科においては、加算上限数に比して多くの派遣を行っており、特

に医師少数区域の派遣の実態についても明らかとなっております。こうした都道府県を超えた指導医の派遣は、幅広い地域での専門研修の充実に資することはもとより、医療提供体制の確保の観点からも重要と考えられると思っております。また、常勤の指導医については、専攻医の受入れを求める地域から高いニーズがあると考えられるとさせていただいております。

論点でございます。令和8年度募集は、見直しを取り入れ行われる初回の募集となるため、令和9年度以降に向けては、指導医派遣実績の収集等を含む運用や、その他の現場における課題の有無の把握等を行うことが重要ではないかとさせていただいております。

2点目でございます。加算上限数に比して多くの派遣を行っている場合があることが明らかになったことを踏まえ、特に医師少数区域に対して加算上限数に比して大きい割合で常勤の指導医を派遣している都道府県に対しては、その比率に応じてシーリング数を追加することについてどう考えるか。その際、シーリング数全体への大きな影響を及ぼさないよう上限を設定するとともに、追加した枠による採用はシーリング数算出時に用いる採用実績には含めないこととしてはどうかとさせていただいております。

あわせて、指導医派遣の実績については、現場で聞かれた課題や負担軽減の観点も踏まえ、実績を収集する頻度や方法等についても、今後必要な検討を行う方向性をどう考えるかとさせていただいております。

事務局からは以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、ただいま御説明のありました内容について御意見をいただきたいと思っております。いかがでございましょうか。

山口委員、どうぞ。

○山口委員 ありがとうございます。山口でございます。

まず、今回は見直しということで、資料1-1の18ページを見ますと、ますます複雑になってきていると感じています。15ページにどういう変更があったかということが書かれているのですけれども、恐らく特別地域連携プログラムをシーリング内に設置したことが影響したのだと思いますが、私が聞き及んでおりますのが、前回の部会のときに新潟と大阪の特別地域連携枠というのが好事例としてここで紹介されました。ところが、大阪の話をお聞きすると、今回の変更によって、今まであった内科の地域連携枠10枠と特別地域連携枠21というのが令和8年度にはゼロになってしまうと聞いております。これは一生懸命連携先をつくって努力したにもかかわらず、それがゼロになったということで、非常に努力した医師たちもがっかりしていると伺っております。医師少数地域に行く専攻医が地域連携の内科はとて多くの志願者がいて、安定した採用実績もあったそうです。それが逆行するような形になってしまうということがとても残念だなと思ったのですけれども、ほかの地域でもこういったことが起きているのかどうかをもし把握されていたらお尋ねしたいというのがまず一点です。

もう一つ、指導医の派遣のことについて、今回新たなルールを定めるというような御説明だったと思いますけれども、派遣の人数を見ていますと、思いのほか多くてびっくりいたしました。これだけ指導医の方が医師少数地域も含めて行ってくださっているということは、私は研修医や専攻医よりも中堅の医師たちを医師少数地域に派遣するということのほうが実効性があると思っておりますけれども、そういうことにもつながると思っております、とても独自に努力されているということに敬意を表したいと数を見て思いました。

ただ、今回初めて指導医の実態がどうなのかということ进行调查されて明らかになったのだと思うのです。その明らかになった結果を見て、意外に多いのでルールを定めてというようなことで、令和8年度からそれを反映されるということですが、本来ルールというのはこういう実態を見た後に、こういうことであればプラスしようというようなルールを決めて、そのルールが定まってから次に実行するというのがフェアなやり方ではないかと思っております。恐らく今回3年間影響するというのもあって9年度から始めることができないということかと思うのですけれども、やはり各都道府県、実態は報告したけれども、まさかそれがルールになって反映されて、指導医は出しているけれども医師少数地域には少ないからうちはプラスが少ないとかというような不満も出てきかねないかなということを危惧しております。そのことについて、事務局としては、あるいは専門医機構としては、どのように御説明されるおつもりなのかということをお尋ねしたい。その2点をお願いいたします。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

最初の御質問については専門医機構へのお尋ねですか。事務局へのお尋ね、両方に聞きましょうか。

では、事務局、何かあればお答えいただければと思います。

○和泉医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

まず、2点あったうちの1点目ですが、大阪で特別地域連携枠が結果としてなくなったというところでございます。これは事務局としても把握しておりまして、こういった事例がある都道府県診療科はほかにも若干あると思っております。今回、客観的な計算の仕方を提案して、全体としてこのように人口の割合で計算することであったり、連携枠の比率は前のまを維持してはどうかという形で全体的なルールを御提案した中で、結果として連携が進んでいくところへの配慮は数字の計算上なかなか入れることができなかったのは事実でありまして、確かにせっかくここに向けて調整してくださったところに対しての方向性としては少し逆になってしまうというのはおっしゃるとおりと思っております。

一方で、これはなかなか難しいことかもしれないのですけれども、通常プログラムというものも特別な規制がないところがございますので、そういった地域を超えたたすきがけみたいな研修を取り入れていただくということは通常プログラムの中でしていただくことは可能だとは思いますが、現実性が高いかどうかは分かりませんが、今回、大

阪に関しましては、従前よりは通常プログラムが若干増えていると思いますので、そういった中でこのつながりというものを使っていただくということではできないわけではないとは思っているところでございます。

いずれにしても、計算上そういった形で連携枠が結果として減ったということがあるのは事実と認識しております。

それから、今回、派遣の追加をしてはどうかということを経済局案の2ページ目の2つ目の○で御提案させていただいている趣旨でありますけれども、山口委員がおっしゃったとおりで、まさに少数区域への多くの派遣というものが当初15%という加算の上限を設定したことの想定よりも多くあったと感じておりました。そういった取組については非常に地域にとってのニーズが大きいだろうということも考えまして、より早い段階でプラスの評価を適用してはどうかということで今回御提案しているところでありまして、確かにあらかじめルールを決めるのはあるべき姿であるとは思っておるところなのですが、今回明らかになったデータがある種今後の検討の発射台になると思いますので、次の次の改正ということがあれば、もちろんこれを前提として派遣がどうなのかということはどう評価に結びつけるかというのを事前によくオープンに議論させていただいた上で適用させていくということは次の反省にもぜひさせていただきたいと思いますが、今回に関しましては、まさに先生がおっしゃったように、いち早い段階でこのプラスの評価をしてはどうかということで事務局として御提案させていただいているものでございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

専門医機構として何かコメントはございますか。

○渡辺参考人 今、事務局がおっしゃったとおりなのですが、今回影響が大きいのは人口別に通常枠を設定することです。その結果、大阪など都市部においては通常枠が減る訳です。その影響と、もう一つは派遣枠に関しては通常枠の15%という形で上限設定したということの影響です。また、御指摘の特別連携に関しては前年度までは枠外でしたので、自由に自己努力で増やせた。枠を増やせたのですが、今回は枠内に入ったため、これの増減が次年度のシーリング総数に影響することになります。実際、先ほど申し上げましたように二百八十数枠あるうちの40程度しか連携できていないのも事実です。その中で、大阪、新潟のルートに関しては個別の府県で非常に努力をされたのが反映しない恐れはあると思います。

事務局がおっしゃったように、今回のルールに当てはめるとそうなってしまったので、それに関しては15%ルールとか、特別連携枠は特別に扱うかということについて、枠外にするかも含めて今後検討していくべきではないのかなと考えております。

あと、ルールを決めてという話なのですが、今回に関しては、さっき発射台とおっしゃいましたが、実態が分かった上でルールを決めていくという形でしか出来ない、すなわち、シーリングに関してはまだそういう段階であると考えざるを得ないのではないかなと思っております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

山口委員、いかがでしょうか。

○山口委員 各都道府県にしても、研修先の病院にしても、この専門医制度に翻弄されている現状が結構あると思うのです。その中で、それでもいろいろな対策を立てているのにこういったことになると、やはりやる気がそがれてしまうということが残念だなと思っていきますので、ぜひそうならないようにしていただきたい。特別地域連携枠も本当に数が少ない中で、それを一生懸命実現しようとしたのが無になってしまうということはほかの地域にも影響が及ぶのではないかなと思いますので、その辺りはぜひ前向きに、がっかり感がないように進めていただきたいなと思います。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

では、渡辺参考人、どうぞ。

○渡辺参考人 それに関しましては、次年度からは例えば特別地域連携プログラムの派遣先の領域別の施設リストを都道府県に見ていただいて、逆にそこから情報をいただくというようなことを考えております。そとれによって、改善につながるのではないかなと思っています。といいますのは、特別連携が当初の目標どおりいかないことの理由の一つは、実際に派遣を打診した場合に研修施設から断られるというケースもございます。要するに、領域のプログラム上の派遣先と都道府県が実際に派遣していただきたいと思っている領域、施設、病院に食い違いがある場合があります。それをまず是正するということに関しては、まず行っていきたいと思っております。それも幾らかは、役に立つのではないかと考えております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、オンラインでお手を挙げておられます丸山参考人、お願いいたします。

○丸山参考人 お世話になります。茨城県の丸山でございます。

本日、全国知事会につきまして、知事の大井川が参加できず、申し訳ございません。

私からは、医師少数県の一つの茨城として発言をさせていただければと思います。

今回、日本専門医機構におかれてはすごく調査に御尽力いただいたことと、資料1-3を拝見すると、事務局も指導医派遣をしてくださっている県、都会のほうにどうやって評価を加えるかということに御尽力いただいたことに御礼を申し上げたいと思います。

まずは、6月の議論でちゃんとシーリングを効かせようと、何で地方に医者が来ないかという話がありました。我々としてやはりちゃんとシーリングを効かせていただきたいという思いがありますが、今回、ここをしっかりと堅持していただいている枠組みになっていると思っております。

その中で、資料1-3の2の○で、先ほど和泉室長がおっしゃいましたけれども、プラスアルファ、シーリングの外の加算として御提案をいただいているわけでございますが、我々地域から申し上げますと、やはり専門研修をする上では、きっちりとした常勤の指導医がいて、指導ができるから、専攻医もそこで安心して研修を受けられるということござ

いますので、常勤に限って評価をしていただくということ、しかも、それがシーリングの外で加算となる御提案だと理解しておりますが、一方で、そこで加算された数については、次年度以降の3年平均でシーリング数を算出する基礎とはしないということにしておりますので、ほかの医師少数県と相談しているわけではございませんが、当県としては一定の理解ができる。やはり当県に指導医が来ていただいて、それで専門研修がちゃんと成立していくための前向きな評価だと理解しております。

実際に資料1-1、専門医機構が作っていただいた資料の21ページなどを見ていただきますと、医師少数区域に派遣している人の数と人・年の乖離があるところはやはり非常勤の先生が結構行っているのかなと思っておりますので、その評価というよりは、きっちり指導体制を確立するという意味で常勤の評価を重ねてお願いできればと思っております。

私からは以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、同じくオンラインでお手を挙げておられました野木委員、お願いいたします。

○野木委員 ありがとうございます。

私のほうから聞きたいのは、今回、この方向に大きく反対をするということではなく、シーリングの幅が広がっていくということは、専攻医としては希望するところにたくさん行けるということで、私は昔からシーリングなんて設けないほうがよくて、みんな行きたいところに行って、それで地方に行ったほうがいいのではないかと、みんなで分担していったほうがいいのではないかといい形で言っていますけれども、それに近づいてくるという感じ方もしているので、大きく反対するものではないのですけれども、一方で、加算があって、加算にまた加算が加わってみたい本来のシーリングをしている意味合いがだんだんなくなってきているのではないかなと。いつでもそうなのですから、複雑怪奇に物事が進んでいくという形で、今回まとまる部分もあるみたいですが、やはりシンプルにしていけないと、加算した場合はどこの基幹施設の先生が加算の対象になるのか、その辺も明確ではないですし、もしくは地域にたくさん派遣している大学病院が例えばこれ以上シーリングを加算してもらってもうちは到底できませんよということになると、ほかの施設に加算されるのか。その辺のルールが明確でないと、山口委員が言われましたけれども、何となしにぼんやりとしたまま話が進んでいくということが一貫性を欠くのではないかなという気はしました。

それと、シーリングが増えていくということは、私は個人的には反対ではないのですけれども、実際にシーリングがどんどん増えていったら、希望専攻医がどれぐらいいるのかという辺りとの兼ね合いも考えておかないと、シーリングのほうがかんたん広がっていくと、今度は希望人数よりもシーリングの枠のほうが大きいくということになったら、また都道府県のいわゆる医師少数域に行く人が減るのではないかなという不安もあるような気がしまして、その辺をどう考えておられるのかなということをお聞きしたいと思いました。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

御意見ですけれども、事務局、何か関連でコメントはありますか。

○和泉医師養成等企画調整室長 野木先生、ありがとうございます。

現状、コメントに対する見解を述べさせていただければと思います。ルールが複雑になっているというところに御指摘をいただきました、もともと複雑だったところを一度棚卸しして修正を加えていますので、議論の過程が非常に複雑になっているのは事務局の至らなところでありまして、そちらについては大変恐縮に思っておるところなのですが、先ほど酌んでいただいたとおり、後半の議題では少しシンプル化ということも御提案させていただこうと思いますので、この結果、分かりやすくすることと、それに加えて、恐らく先生の問題意識としてそれを分かりやすくお伝えしていくことが要るのではないかとということもおっしゃられたのかなと思いましたが、結果、見直しがお諮りをして了承された暁には、もう少し分かりやすく情報を整理したいと思っております。

それから、シーリングを一定程度拡充するというのが今回1-3の2の○の事務局案でございますけれども、まず、先ほど丸山参考人からも御指摘がありました、どんどん大きくなるということは歯止めとして避けなければいけないかと思っておりますので、少し広がるというところはありますけれども、大きくなり過ぎることについては避けるということをお前に認識しております。

その上で、希望の専攻医との数との関係ということをお尋ねいただいたと思いますが、私も網羅的に調べているわけではないのですけれども、東京であったり、会話をしたことのある県等の話を聞きますと、かなり多くのレジデントの希望がある中で、採用できるかどうかは11月までなかなか決まらない中で様々調整をされて、結果、今の採用実績みたいな形になっていると承知しておりますので、まだ希望のほうがやはり都市部というかシーリングがかかっているエリアには比較的多いのかなと思っておりますので、希望数をシーリング数が上回っているということは現状で全体としてはないのかなと思っておりますが、少し実態のほうを機構の先生方とも一緒に把握して、この会に報告できるタイミングになりましたら報告したいと思っております。

現状は以上でございます。

○遠藤部会長 コメントありがとうございました。

それでは、ほかに対面で御発言のある先生方はいらっしゃいますか。

それでは、今村委員、どうぞ。

○今村委員 日本医師会の今村です。

本当にいろいろと工夫をしながら、ここまで令和8年度がこういう結果になったということなのだろうと思います。

まず、質問というか、資料1-1の8ページ、9ページで2024年の結果と2025年の結果を見させていただいたときに、やはり感じるのが、青森、宮城、山形、茨城といった県で

は、この数字から見ると2024年より対応数が減ったということなのではないでしょうか。まずこれが1点目の質問で、もしそうだとすると、実際に今回の対策はこういった県においてはあまり有効ではなかったということなのか、ここはまず医師少数県の皆さんの御意見をいただきたいというのが一点です。

それと、今までこうやって見ていきますと、資料としては、それぞれの診療科別で医師少数県の状況というのが出てくるかと思えますけれども、それが出たのが資料1-2ですかね。これでは診療科ごとに出ています。これらをぱっと見て一つ感じるのは、やはりこの医師少数県の状況からすると、いわゆるブロックで考えていきますと、東北ブロックと中部ブロックの日本海側が圧倒的に医師少数県として課題を抱えているのだなということかと思えます。

そう考えていきますと、今は県単位で考えていっているわけですがけれども、今後、新たな地域医療構想を見ている、既に県単位での医療提供体制もおぼつかない県も出てくるという状況の中で、各県ごとで医師を増やそうというのは限界が来る可能性もあるのではないかと。そうしたときに、今までのように県単位で考えるのが適切なのか、県単位は基本としながらも各ブロックで工夫するというのも一つ考えていかないといけないのではないかと。ここについては質問です。

それと、2点目は、さっき茨城県のほうからありましたように、指導医派遣の結果を見させていただきますと、当初予定もしくは想定より非常に多いという結果なので、これをまずどういうふうに評価するのかというのは非常に大事なポイントなのだろうなと思えます。これだけの派遣がされているにもかかわらず、医師少数県が生じるということはどういうふうに評価するのか。先ほど茨城県のほうからは、これは常勤ではなくて非常勤なので、本当の常勤医だとこんなに多くないのではないかとのお話かとは思いますが、一方で、今どこの地域も簡単に派遣ができない状況の中で、今度は常勤医だけの換算とか、常勤医だけを派遣しろ、みたいな形というのは、どう考えても今後の少子高齢化を含めて、なかなかそこはそういった規制的な手法ではうまくいかないのではないかと。

そういった意味では、まず、これだけの派遣が現実に今されているので、むしろこれを持続してもらおう。ここは先ほど山口委員からも出ましたけれども、これは評価と取扱いを慎重にしなければ、それこそ常勤でなく非常勤を含めての派遣自体がうまくいなくなる可能性があるのかなと感じるところです。そういった意味では、今回、この指導医派遣の部分が明らかになったというか、これが見える化できたことは非常に意義深いと思えますが、この評価と今後の取扱いはやはり中長期的なことを含めて慎重に考えていかないといけないのではないかとということかと思えます。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

御意見が中心だったと思えますけれども、少数地域の御意見もお聞きしたいというようなことをおっしゃっておられましたが、いかがでございましょうか。事務局でも機構でも

結構ですし、あるいは医師少数区域の県の方、委員のコメントでも結構でございますけれども、今のことにに関して何かございますか。

では、事務局からお願いいたします。

○和泉医師養成等企画調整室長 まず、少数県の皆さんの御意見もということでありましたが、一旦事務局の見解をコメントさせていただければと思っております。

順番が前後してしまいますけれども、常勤のところについてはこの部会でもいろいろ議論させていただいて、特に指導医がいないと専門研修ができなくて専攻医を採用できないという問題をすごく抱えているというのを県の皆さんあるいは市の皆さんから伺ってきたところで、今回はプラスの加算ということでもありますので、ここについては常勤というところに重きを置いてみてはどうかということ御提案させていただいているところですが、今村先生の御指摘のようにこの数字をどう見ていくかというのは非常に重要でありますし、また、示唆に富むデータではあると思いますので、今回粗いというか、データをまず機構の皆さんに御紹介いただきましたけれども、いろいろなデータを根元では取っているところがございますので、少し見方を変えてどう評価できるかということも含めて、この部会で今後お出しできるように機構の先生方とも相談をさせていただければなど思っていて、特に柔軟な派遣の形をとらまえられるようなデータの取り方をしておりますので、それを踏まえて今後どうあるべきかということも含めて御議論できるような形で共有したいなと思っております。

一旦事務局からのコメントは以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

渡辺参考人、何かコメントはございますか。

○渡辺参考人 今、事務局がおっしゃったとおりなのですが、指導医派遣に関してはこれまで実態が把握できていなかったのですが、派遣実態を評価しなくてはならないということから出発しています。常勤が欲しいのか、非常勤でも派遣して欲しいのかということは、先ほども少し触れましたが、次回からは都道府県からの要望をお聞きする制度も加えていきます。

それから、その制度でもう一つ大切なのは、派遣される方の研修環境、さらに生活環境がネックになっているということも確かなのです。それに関しては、私どもは権限はございませんが、国とか都道府県に対しては、派遣された指導医もしくは専攻医に関しての環境整備をしていただきたいと希望したいと思っております。

それから、現時点ではまだデータを取った出発点だとお考えいただいて、今村委員も機構の理事でありますので、そこで議論をしていただければと思っております。

それから、都道府県単位というのは、先生がおっしゃるように問題があるのは、東北もそうなのですが、首都圏や関西圏に関しても、東京都は人口当たり医師過剰になっていますが、茨城、埼玉、千葉は全国的には人口比率で医師数が少ない県です。医療の実態は、患者さんが茨城、埼玉、千葉からは東京の医療機関に集まっているというようなことがご

ざいます。医療圏を都道府県単位で線引きすることに関しては、私も個人的には、地域医療の実態を把握するうえでは疑問に思っております。ではどのように線引きするのかに関して言えば、これから議論をしていかざるを得ないのではないかと思っておりますが、都道府県単位ということに関しては絶対ではないということに関しては賛同したいと思っております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、オンラインでお手を挙げておられる立谷委員、ただいまの議論と関連のあるコメントでも結構ですし、独自の御議論でも結構ですけれども、よろしく願いいたします。

○立谷委員 大変いい議論になってきていると思います。というのは、専門医機構で行っている専門の方々の質的な問題、立派な研修をしてそれぞれの専門医になってもらいたいというそもそものテーマと、私たちは地方の代表として申し上げますけれども、医師の地域偏在の問題、医師少数県、少数地域の改善の問題ということに関して、この議論の大きなウエートを占めているということに対して、大変歓迎を申し上げたいと思っております。

そこで、前回からの話の一つの大きなポイントになっていると思いますが、専攻医が地域に行き勉強するということは、その専攻医のキャリアにとっても非常に意味のあることだと私は思います。そのことは皆さんも認めていらっしゃるのですが、問題は専攻医が一人行っても指導医がいなければどうにもならないというところだったかと思っております。

その指導医について、今回御提示いただいた資料の21ページに意外と多くの指導医の方々が地域に行ってくださっていると。ただ、これが常勤なのか非常勤なのかという問題があるかと思っております。常勤換算にしたらどうなのかと。そこで、やはり非常勤の先生の足し算ではなくて、常勤でなければしょうがないよという御意見をいただきまして、大変ありがたい意見だなと思ひ、地方としては大歓迎の御意見です。私が非常に違和感を覚えるのは、これだけの指導医の方が地方に行っているけれども、これは専攻医の教育のために指導医が必要だという議論だったはずなのに、この指導医の派遣というものと専攻医がどのように関連しているのかが今のところ見えてこないということです。

その問題については、これも先ほどからいろいろ議論がございましたけれども、私は医師会の今村先生と意見が違ってきますが、やはり県単位で考えていかざるを得ないと思ひます。例えば東北地方の中でも宮城県は医師が足りないわけではありません。比較的多いのです。ただ、ほかの5県は医師が足りない。渡辺先生はかつて福島医大の教授をなさっていて、非常に力をもった大変ありがたい存在であります。福島県はやはり医師不足なのです。

そこで、福島県として大きく掲げているテーマとして、指導医を呼んでこないことには専攻医を呼ぶことはできない。指導医と専攻医がセットでなければ福島県の医師不足対策ということにはならないと。専門医機構として医師の研修ということだけではなくて、地域医療をどうやって確保していくかということを考えてときに、やはり県の地域医療審議

会の中での大きな議論になってこようかと思っています。

そういった意味では、先ほど渡辺先生がおっしゃっていた都道府県との連携は非常に大きな問題になってこようかと思います。ただ、都道府県としてその考えがしっかりまとまっていないという側面もあろうかと思っています。この件については、この際要望しておきたいと思いますが、厚生労働省として各県に対してしっかりとした指導をいただきたい。私が今回覚える違和感というのはそこなのです。実際に指導医の方々はいっぱい行かれています、結果として見えてこないということです。医師少数県にその結果がうまく反映されてこないという違和感を覚えています。ですから、この件については、厚生労働省が各県と連携の上でしっかりと指導をいただきたいということをまず申し上げておきたい。

それから、先ほど意見としてありましたが、指導医が地域に行く際に生活環境が一つの問題であるという話がありました。ですが、医師を欲しいという病院の立場にしてみれば、生活環境をよくするというのは当然の義務ですから、これは逆に病院のほうにきちんと要請していただければ、私は福島県ですが、福島県のどの病院であろうと環境が悪いから行けませんなんてことを言うところはないと思います。もしありましたらどんどん言っていただきたいと思います。それが市立病院のような行政に関するようなところであれば私が申し上げてもいいぐらいの話かとも思います。そのようなことで医師を拒絶するようなことがあってはいけないことですので、そのこともしっかり指導をいただいてもいいことなのかなと思っています。

とにかく、今回指導医の話が出てきたというのは、私は非常にありがたい話です。

もう一つ懸念なのは、推測ですが、指導医が行っている先は関東圏が多いのではないかなど。仮にそういうことだと、これは先ほどから指摘のある医師少数地域、地方に対してはあまり意味のないこと。全く意味のないことではないと思いますが、そのところの効果の検証あるいは調整ということも必要になってくるのではないかと、思いますので、この件については厚生労働省の御意見をお聞きしたいと思います。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

事務局、お願いいたします。

○和泉医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

まず、前半にたしか厚労省としても都道府県とよく連携せよということをお指摘いただいたかなと思います。指導という立場にはありませんので、この話をぜひ都道府県の皆さんとも共有させていただきたいと思っておりますが、全体的に医師養成過程の取組というのは国で仕組みを結構つくってきたり、あるいは機構でつくってきたりというところがございまして、都道府県のフィードバックは国としても若干弱かったかなと担当部局としては思っておりますので、ぜひこの議論の結果等を都道府県にもよくお知らせしたり、あるいは趣旨をお知らせしたりということを通じて、都道府県とも目線を合わせて医師確保を地域で実効性のあるものにできるようにということは取り組んでまいりたいと思います。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、若干時間が押しておりますので、続きまして、手を挙げておられます中村参考人、お願いいたします。

○中村参考人 ありがとうございます。新潟県の中村です。

全国知事会の開催中であるため、花角知事の代理で参加しておりますけれども、昨日の全国知事会議で花角知事は地方の指導環境を充実させるために、都市部から地方へ指導医が派遣される実効性のある仕組みの創設の必要性について発言させていただいております、今回のこの加算がそのインセンティブとして機能するというようなことを期待しております。

同時に知事会としてなのですけれども、専攻医の特定の地域への集中を是正するような制度設計にするべきというようなことも提言しております、今まで話が出ていますが、指導医の話と専攻医の話というものは、指導医は地方に派遣する、専攻医も地方にちゃんと行くようにするという話になっていると思います。

その中で、今回の追加の加算についてなのですけれども、もともとの通常プログラムの基本数の15%までの範囲という専攻医のプログラムのパターンなのですけれども、まずそれはその形で進めて、形を検証しながらということでこの部会で決定されたものと承知しておりますので、その枠をさらに拡大するのであれば、それは慎重に考えるべきだと考えております。

今回の記載なのですけれども、加算上限に比して多くの派遣を行っている場合があることが明らかになったというようなことが記載されておりますけれども、もともと指導医の派遣の数と専攻医のプログラムの数というものは本来独立しているものですので、そして、その換算を今回換算式として0.5を新しく掛けるということが機構から示されたところで、これは新しい換算の数字として出てきたものですので、その換算した数字で実績を既存のもので比較して、それがより多かったから追加でやるべきだというストーリーは違和感を覚えているところでございます。実際に小数点県としましては、先ほど来、話がある現状の指導医の派遣の環境の下で指導医が不足しているということですので、それをさらに増やすためのインセンティブになるような形になることを期待しております。

その中で、今回の提案なのですけれども、慎重に考えるべきと私は申し上げましたが、今回はシーリング全体に大きな影響を及ぼさないように上限を設定するというのと、シーリングの数の算出時に用いる採用実績には含めないというような条件は示されているところでございますので、こちらは許容できると思っておりますけれども、いずれにしても、現状のところからさらに指導医の派遣が増えるというような形での運用につながることを期待しているということでございます。

私からは以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、引き続きまして、片岡委員、お手を挙げておられますのでお願いいたします。

○片岡委員 ありがとうございます。

少し繰り返しになる部分もあるかもしれないので、手短にいきます。

まず、指導医派遣の実態について御提示いただきまして、ありがとうございます。現場の認識とある程度合っている感覚もあるかと思えますけれども、今後も実態について引き続き調査を続けていただきたいと思います。

私も今村先生の御意見のとおり、非常勤の派遣もやはり引き続き丁寧に評価をしていただけたらと思います。指導医派遣に関しましては、常勤が大切という意見もあると思えますけれども、一方で連続性というのもとても大事だと思っていて、常勤であっても短く切れてしまうと、現場がかえって混乱するといったこともなくはないと思います。非常勤も含めて継続性、連続性ということも何らかの形で評価していただければいいのではないかと思います。

また、指導医派遣について、今回一定の評価をしていただくということは大変ありがたいと思っています。というのが、派遣される指導医自身も若手であることも多く、そういった方の努力が見える化されて評価されるということは大変重要だと思っています。一方で、少数区域といいますか、派遣される側の皆さんがどのように受け止めていらっしゃるかということも評価していただけたらというのは既にたくさん意見が出ているところですので、併せて御評価いただけたらと思います。

また、シーリングそのものについてですけれども、例えばエリアで見るとか県単位かという意見があったかと思えますけれども、例えば近畿圏で見ましても、やはりシーリングがあるところ、ないところで著しい差がついてきているというのが実態だと思います。ですので、この辺りも、たとえ多数県の中であっても、シーリングそのものの妥当性についてはやはり細かくといいますか、引き続き評価も続けていっていただけたらと思っています。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかに何かございますか。よろしゅうございますか。

ありがとうございます。非常に重要な御指摘をいただきました。

本日、議題の1では事務局から提案が出されておるわけでありましてけれども、それについては大筋ではお認めいただいているかなと思う御意見が多かったと思えますけれども、慎重論というものもあったのも事実でございますので、事務局原案につきましては継続審議といいたいでしょうか、今後も少し議論させていただければなと思います。といいましても、これは来年度からということでありまして、11月からの募集の開始に間に合うようにやらなければいけないので、非常にそういう意味ではタイトなスケジュールでありますけれども、慎重論があったというのは事実でございますので、それらも含めて継続審議ということにさせていただきたいと思えますけれども、事務局としてはそういうスタンスでスケジュール的にいかがですか。

○和泉医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

座長の御指摘のように11月に間に合わせるという観点と、この件は都道府県に協議をしているということもございます。そのため、座長のおまとめのとおり、継続的に確認をする必要があるというところはあると思うのですが、一点、最後に中村参考人から慎重意見をいただいたところで、大きな影響を与えないようにというところで、今回机上配布で数字をお出ししているのですが、常勤に絞ったデータを今回お出しできませんでしたので、そのデータを少し事務局と機構のほうで整理をさせていただいて、なるべく簡便な方法で先生方に見ていただいて、その結果が差し支えないようであれば、御了解をいただけるようであれば、それで都道府県にも情報提供をするなど、少し時間を意識した形で進めさせていただければと思っております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

そういう制約条件があるということでございますので、審議の仕方も工夫をさせていただければと思います。

事務局としては、今机上配布の中身について説明はされますか。

○和泉医師養成等企画調整室長 少しだけ机上配布の資料を説明させていただきます。

右肩に机上配布としております一枚紙であります。先ほど御議論いただいた内容でありますけれども、加算上限と医師少数区域への派遣実績（人・年）の比較において大きく上回っている場合は少し加算を足してはどうかということ（4）の数字として出しております。これについても上限を設けるということで、下線の引いている数字は（1）の数字を最大として上限を設けるということですが、こちらは左下に書いてありますとおり、非常勤も含んだ実績になっておりますので、今回プラスの加算に関しては常勤に限るべきではないかという御意見もございましたので、この計算をし直して、この表を少しリバイスする形で先生方にお諮りをさせていただきたいと思っております。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

といいますと、これは常勤に絞ったものを新たに計算して各先生方にお送りするというニュアンスでよろしいでしょうか。

○和泉医師養成等企画調整室長 一旦座長とどんな形になるかというのを相談の上で、先生方にメール等でお送りして見ていただくということを考えております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

したがって、次回の会合で出すというのではなくて、計算でき次第、私もチェックいたしますけれども、皆様にお送りしますので、そこでまた御検討いただければということでございます。ありがとうございます。

それでは、議題の1についてはそのような対応させていただきたいと思っております。ありがとうございました。

それでは、続きまして、議題の2に移りたいと思っております。議題の2は「令和9年度のシ

ーリングについて」でございます。

それでは、事務局から説明いただきたいと思えます。

○加藤課長補佐 事務局でございます。

資料2-1「令和9年度のシーリングについて」を御覧ください。

1枚おめくりいただきまして、今回はシーリング対象に関する内容でございます、必要医師数の更新結果の報告と、それを踏まえた9年度のシーリング対象の考え方を提示させていただき、御意見をいただければと思っております。

3ページ目でございます。現行のシーリング対象の考え方でございまして、シーリングの対象とする都道府県別診療科は、2018年を足下、2024年を将来時点としまして、2018年の医師数が2018年の必要医師数及び2024年の必要医師数と同数あるいは上回る診療科をシーリング対象とするという考え方でございます。

4ページ目でございます。このシーリング対象の都道府県別診療科ですけれども、三師統計等のデータから算出した必要医師数に基づいているということでございます。

簡単にマル1からマル2、マル3という形で赤字で示しておりますけれども、まず、三師統計から得られた医師の頭数を性年齢階級別の勤務時間を考慮して仕事量に換算しております。そちらの仕事量に対して、週60時間の勤務時間に制限をした場合に必要となる医師数を足下の必要医師数としてございます。

マル3からマル4にかけてですけれども、診療科別の推計患者数というものを示しておりまして、これが医師の数と比例するという仮定の下、将来の必要医師数を算出しております。

5ページ目でございます。こちらの表にありますとおり、この必要医師数は様々なデータを使っておりますけれども、今回、こちらを最新のデータに更新しまして、前回と同様の方法で推計を行っております。推計結果については資料2-2に表でまとめておりますので、併せて御覧いただければと思えます。

6ページ目以降に基礎データの御紹介をしております、6ページ目については、医師数を仕事量に換算するに当たって勤務時間を考慮しまして、平均勤務時間と性年齢階級別の勤務時間の比を仕事率とするということで、右側の列にあるような係数を使っているということでございます。

7ページ目が診療科別の勤務時間でございまして、週の勤務時間を60時間に制限した場合に右側のD列にあるような仕事量になるということでございます。

8ページ目、病院・診療所勤務医師の平均勤務時間を参考としてお示ししております。

9ページ目が必要医師数を基にしまして必要養成数を算出する際に使用しております生残率でございます。9ページ目が男性のグラフ、10ページ目が女性のグラフでございます。

続いて11ページ目でございます。足下と将来として設定する年について考え方を示しております、表の中、左側にあります前回とある緑色の部分ですけれども、前回の推計においては、足下医師数の足下の時点を当時参照可能だった最新の三師統計より2018年とし

ておりました。また、将来必要医師数については、医師確保計画等のスケジュールを踏まえまして2024年としております。

今回、赤い部分ですけれども、前回と同様の考え方によりまして、足下医師数の時点を参照可能な最新の三師統計より2022年とすること、将来の必要医師数については、都道府県が策定する医師確保計画等の計画期間を踏まえ、2030年とすることが考えられるのではないかとさせていただいております。

以上を踏まえまして、12ページ目に論点でございます。枠の中に現状をまとめております。今回、都道府県別診療科別の必要医師数について、入手可能な最新のデータを用いて、前回と同様の方法で推計を行いました。

論点の1つ目ですが、令和9年度以降のシーリング対象の基準には今回算出した最新の必要医師数を用いることとしてはどうか。

また、シーリング対象を選定する基準につきましては、現行の仕組みと同様にしまして、足下を2022、将来を2030としまして、点線の枠の中のとおり、2022年医師数が2022年の必要医師数及び2030年の必要医師数と同数あるいは上回る都道府県診療科別としまして、「ただし」とありますのが、現在も小規模の都道府県診療科に対する配慮としてでございます例外規定ですけれども、過去3年間の採用数の平均が5以下の都道府県別診療科はシーリングの対象外とするということとしてはどうかということでございます。

最後、3点目の○ですが、今後の必要医師数の見直しのタイミング等については、今回の見直しの影響の評価等を踏まえ、今後検討することとしてはどうかとさせていただいております。

事務局からは以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

こちらは令和9年度からということで、若干時間的な余裕はある話でありますけれども、ただいまの内容につきまして御意見、御質問等をいただければと思います。いかがでございましょう。御質問でも結構でございます。

新しいデータを使ってこういう形でやりたいという話ですので、おおむね御賛同いただいているという理解でよろしゅうございますか。

(委員首肯)

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、当部会としましては、御提示いただきました原案につきましておおむね御了承をさせていただいたということにさせていただきたいと思っております。さらに細かいところは固めていかなければいけないと思っておりますけれども、あるいは具体的な数字等も入れていただかなければいけないと思っておりますが、引き続きその方向で進めていただければと思いますので、事務局のほうはよろしくお願いたします。ありがとうございました。

それでは、続いて議題の3番目は「専門研修における連携プログラムについて」でございます。

事務局から資料3の説明をお願いしたいと思います。

○加藤課長補佐 事務局でございます。

資料3「専門研修における連携プログラムについて」を御覧ください。

まず、前回の議論の振り返りでございまして、4ページ目に前回御議論いただいた論点を再掲しております。

矢印の先、2つ目の○ですけれども、特別地域連携プログラムの連携先の見直しとして2点お示ししておりました。連携先を医師少数区域の医療機関に限定しているものを、都道府県の関与の下、現場でより柔軟な運用を可能とするということ。それから、連携先を足下充足率0.7以下の都道府県に限定しているものを、足下充足率以外の要素を加味するということでもございました。1点目については論点に沿った方向性で御議論いただいたと思っております、2点目については慎重に議論するべきという御意見をいただきましたと思っております。

3つ目の○ですけれども、特別地域連携プログラムの推進に向けて、関係者間の協力体制についても御議論いただいたところでございました。

5ページ目からのところに前回の御意見を、まとめてございまして、まず連携先の要件にかかる主な御意見としまして、例えば1つ目のところすけれども、各都道府県の関与の下で現場でより柔軟な運用可能にすることはやる必要があるという御意見。

それから、3つ目、連携が進まない原因が、マッチングがうまくいかないのか、そもそも対象地域に連携施設が存在しないのか、明確ではないという御指摘もいただきました。

4つ目ですが、ほかの連携プログラムとの区別が不明確になり、本来の特別地域連携プログラムの目的から離れてしまうということを懸念するお話もありましたし、最後から2つ目のところ、制度が分かりにくいものになってきているのでシンプルにしていくことも必要という御意見もございました。

それから、6ページ目が都道府県の関与、関係者の連携に係る主な御意見でございます。大学や学会、地域の医師会と連携することの重要性も御意見をいただきましたし、また、都道府県の関与の重要性についても多く御意見をいただきましたと思っております。また一方で、調整に係る都道府県の負担もあるということで、それを軽減するための工夫の必要性についても御意見をいただきました。

それから、7ページ目が、連携先における生活環境への配慮、研修に係る主な御意見でございまして、1つ目の○のところですが、専攻医の立場からすると、研修内容に関する具体的な紹介ができるような仕組みをつくる必要性についても御意見をいただきました。

このようなことを踏まえまして、9ページ目に本日の議論の内容をまとめております。

左側の表ですけれども、(1)領域の特性に対応した柔軟な仕組みにする必要性というところで、現状としまして、連携先を医師少数区域に限ることで、領域の特性上、研修に適した施設や受入可能施設が限定される場合があるという現状がございました。

それから、連携元と連携先の施設が個人的なつながり等に頼らざるを得ないということや、専攻医にとっても連携先における研修環境や生活環境に関する情報が重要であるということで、連携先に関する情報の重要性についても課題があると思っております。

続いて、地域のニーズに応える連携確保の必要性ということで、連携元が調整を凶っても連携先から断られる事例があるなど、連携が円滑に進まない場合があるということや、関係者の連携の重要性が指摘されたという現状がございます。

それから、先ほど議題2のほうで御報告しましたとおり、必要医師数を更新した結果、足下充足率というものも更新されておりますので、そちらを踏まえた適切な基準の設定を検討する必要もあると考えております。

最後に、制度の変遷により仕組みが複雑化しているということや、それぞれのプログラムの意義を保つ必要性についても指摘をいただいたところでございます。

右側は本日新たに紹介する事項でございますが、関係者の関与の在り方に関する現状や臨床研修における先行した取組、必要医師数更新後の足下充足率の状況等を紹介させていただきまして、令和9年度以降の特別地域連携プログラムの推進に必要な対応について御意見をいただければと思っております。

先に必要医師数更新後の足下充足率の状況について、11ページ目を御覧ください。

更新後の必要医師数により2022年の足下充足率を計算しますと、特別地域連携プログラムの連携先要件であります足下充足率0.7以下という基準を満たす都道府県は減少傾向であるということがございます。例えば内科でいいますと、現状では9あるものが4になる。また、小児科は0.8という基準を用いておりますが、12から4に減るということがございます。

診療科別に少し詳細に示しておりますのが13ページ目でございます。内科に関するデータでございます。縦軸が新しい足下充足率、横軸が前回の足下充足率となっております。斜めに赤色の点線を引いておりますけれども、この赤線よりも上側にあれば足下充足率が今回上がったという都道府県になります。全体としてこの線よりも上側にありますので、足下充足率は上がっている傾向であるということが分かるかと思えます。

1枚おめくりいただきまして14ページ目でございます。こちらは左側が従来の特別地域連携プログラムの連携要件を満たす都道府県となっております。右側が最新の足下充足率で0.7以下を満たすのが赤となっております。赤いところが減るということが視覚的にも分かるかと思えます。また、ピンク色にしておりますのが0.8以下というものでして、0.8以下という形にすると同じくらいの都道府県の数が見られるということがございます。

このような形で、15ページ目以降、小児科に始まりまして、全てのシーリング対象の診療科に関するデータを掲載させていただいております。

続いて、39ページ目以降になります。関係者の関与の在り方、連携構築に関する内容でございます。

40枚目を御覧ください。特別地域連携プログラムに係る日本専門医機構による取組の現

状でございまして、日本専門医機構のシステムにおいて特別地域連携プログラムの連携先要件を満たす地域の一覧を公表いただいているところでございます。

また、特別地域連携プログラムの連携先要件を満たし、現在連携施設となっている施設の一覧を抽出していただいております、こちらは公表する予定ということでございます。

こういった形で取組が進んできているところでございますが、今後、さらに関係者による連携を構築する仕組みが求められるのではないかと考えております。

続いて、41枚目から臨床研修の取組の紹介でございまして。臨床研修において、令和8年度から開始する予定となっております広域連携型プログラムというものがございまして。こちらは医師多数県の基幹型病院（連携元病院）に採用された研修医が、医師多数県における研修を中心としつつ、医師少数県等の臨床研修病院においても一定期間研修するプログラムでございまして、特別地域連携プログラムに類似する部分があると思っております。

令和8年度からの開始に向けて準備を進めていただいているところでございますが、42枚目にその進め方を掲載しております。

まず、厚生労働省のほうで連携先病院のリストや情報の提供を連携先となります都道府県に対して依頼させていただいております、提出いただいたリストや情報を連携元病院となります医師多数県に対して提供させていただいたというところでございます。こうした情報やリストを踏まえまして、連携先病院と連携元病院の間で連絡を取っていただいておりますプログラムの作成がされているというところでございます。

この取組の中でこの連携先に関する情報というものも収集いただいていたところですが、43枚目にその情報項目をお示ししております。全体としまして連携先病院の強みや特色が分かる情報というものもございまして、研修面でいいますと、病院の概要、病床数、受入可能人数、受入可能時期、経験できる疾患ですとか、指導医の数、研修の内容、研修医室等の概要や当直の体制等も含まれているというところでございます。それから、生活面でいいますと、宿舎の有無、住居、交通費への支援の有無といったこともこの項目の中に含まれていたというところでございます。

臨床研修と専門研修では必要な情報に差はあると思っておりますけれども、参考になるのではないかなと思っておりますのでございます。

以上を踏まえまして、論点でございまして。

45枚目にここまでの現状のまとめをさせていただきます。

まず、前回の本部会においては、特別地域連携プログラムの連携先要件を医師少数区域と限定していることについて、診療科の特性や地域のニーズにより的確に対応できるよう、都道府県の関与の下、より柔軟な運用を可能とする方向性で御議論をいただいたと思っております。

連携先とする都道府県の要件に新たな要素を考慮することによる連携先となる都道府県の見直しについては、慎重に検討するべきとの御意見もいただきました。一方で、本日お示ししたとおり、必要医師数を更新すると、多くの診療科において連携先となる都道府県

数は大幅に減少する見込みでございます。

また、連携先の見直しに当たっては、特別地域連携プログラムの目的や施策の効果の維持に加えて、制度の分かりやすさの観点でほかの連携プログラムとの区別や配分を見直すことに関する意見もいただきました。

それから、関係者間の協力体制の構築に向けては、地域のニーズを捉える役割が期待される都道府県、地域の関係者の関与の重要性や、診療科ごとの事情を把握する学会や地域の大学等の関与の重要性、また、専攻医の研修の質や生活環境の担保に関して情報共有する仕組みや検討する機会等の重要性についても御意見をいただきました。

最後5点目、先ほど御説明したとおり、日本専門医機構において連携先要件を満たす地域等の一覧を公表するなどの取組を進めていただいているところでありますし、また、臨床研修制度における広域連携型プログラムの設置に向けた取組においては、連携先病院に関する様々な情報を収集し、都道府県等に提供するなどの先行した取組があるというところでございます。

46枚目が論点でございます。

1つ目でございます。特別地域連携プログラムの連携先については、地域のニーズ及び領域ごとの特性の柔軟な対応や、足下充足率の更新を踏まえて、以下のような方向性で見直してはどうかということで2点ございます。1点目が、都道府県の関与の下、医師少数区域以外の地域の施設も連携先とできることとすること。2点目が、相対的に医師が充足していない地域のニーズに引き続き応えるため、足下充足率の基準を0.7以下から0.8に引き上げることでございます。

2つ目の○ですが、特別地域連携プログラムの連携先要件である足下充足率の基準を0.7から0.8に引き上げますと、現行の連携プログラムの都道府県限定分の基準と同じ値となります。制度をシンプルなものとする御意見もありましたので、そういった観点から、連携プログラムの都道府県限定分を特別地域連携プログラムと統合してはどうかということでございます。

3つ目、各都道府県が候補とする施設に関する考え方ですが、プログラムの意義を保つ観点や、ある程度の統一的な方向性を示すということで、以下のような考え方を2点お示ししております。1点目が、原則として、医師少数区域に所在する施設を中心に候補を選定しつつ、都道府県が必要と認める場合は、それ以外の区域に所在する施設を選定できることとすること。また、令和8年度までに連携先となっていた施設は、引き続き連携先に含まれることを基本とするということでございます。

4つ目の○が関係者の協力体制に関する内容でございます。地域のニーズへの対応、研修の質や必要な生活環境の担保等の各観点の向上に向けて、受入希望、これには受入可能数などを含むことが望ましいかと思っておりますが、こうしたことの把握、連携元や専攻医等が必要とする情報の収集等、日本専門医機構を中心として関係者が協力できる仕組みを構築することとしてはどうか。その際、都道府県の過度の負担に配慮するため、地域の

大学を含む学会等の協力を得るといった対応を日本専門医機構を通じて周知することとしてはどうかとさせていただいております。

最後の○でございます。以上の見直しは令和9年度の専攻医募集から適用してはどうか。この際、見直し後の特別地域連携プログラムにおける連携先施設の募集定員数等の状況や、都道府県等における事務の変更に配慮する必要があることから、必要な経過措置を設ける等、現場での対応に混乱を来さないような運用上の対応を必要に応じて検討してはどうかとさせていただいております。

47枚目に今御説明した内容を図で示してありまして、矢印の先が令和9年度以降の見直しの案でございます。ポイントとしまして、特別地域連携プログラムの連携先要件について、足下充足率の基準を0.7以下から0.8以下に引き上げること、医師少数区域としていたことを「都道府県が候補とした施設」に変更すること、それから、特別地域連携プログラムを連携プログラムの都道府県限定分と統合することでございます。

最後のスライドでございまして、48枚目に日本専門医機構を中心として関係者が協力できる仕組みの一案としてお示ししております。日本専門医機構から都道府県に対して連携希望の施設の情報提供を依頼するという一方で、都道府県は都道府県内の施設に対する受入意向の確認等を実施いただいた上で、リストを日本専門医機構に提供する。日本専門医機構においては、そういった情報を基幹施設に対して情報提供しまして、基幹施設から連携先施設の間で調整を行うというようなことを想定しております。

こうした受入規模の把握や連携元や専攻医等が必要とする情報の収集等の取組等を通じて、連携元、連携先の調整や専攻医による前向きな応募を後押しする仕組みを想定しているところでございます。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、ただいま説明のあった内容につきまして、御意見、御質問等があればいただきたいと思っております。いかがでございましょうか。

丸山参考人、お手を挙げておられます。よろしくお願ひします。

○丸山参考人 よろしくお願ひいたします。茨城県の丸山でございます。

まずは全体、足下の充足率の改善に伴いまして、やはり制度が複雑だというほかの委員の御指摘もありましたし、シンプル化する方向性については当県も賛成でございます。

1点、資料3の最後のほうのページでございます。御提案いただいた47ページが一番分かりやすいかと思っておりますけれども、都道府県限定分と特別地域連携を統合するという御提案だったと思っておりますが、資料1-1、専門医機構にお示しいただいたデータを見ると、令和7年度の採用実績で特別地域連携が41、都道府県限定分が幾つかは分かりませんが、やはり地方から見ると、地域に来ていただく、シーリング対象外の都道府県に来ていただく専攻医の

数が減る可能性がそれなりにあるのではないかと考えております。そういった意味で、シーリングをちゃんと効かせて地域に行く専攻医を増やすという話に逆行しかねない統合だと思いますので、令和9年にどうするか、1年がいいのか、1年半がいいのかというのは引き続きデータに基づいた議論が必要ではないかと考えております。

もう一つは、令和8年度、専門医機構からは特別地域連携プログラムを都道府県限定分に振り替えていいですよという御提案をさきほどの資料でいただいておりますが、これとも若干逆向きの統合になるのではないかとこの懸念いたしますので、併せて検討の要素としていただければと考えております。

もう一つ意見を申し上げますと、都道府県の裁量の件です。46ページ目の3ポツ目において、医師少数区域に所在する施設を中心に選定しつつ、都道府県が必要と認める場合はそれ以外の区域に所在する施設を選定できるようにしましょうという御提案をいただいているわけですが、やはり診療科別にどの診療科でオーケーとするかという要素と、医師少数区域外でも研修をオーケーとするという2つの要素で我々も説明責任が伴うわけですので、学会としてもA県ではこういう取扱いだったのにB県ではこういう取扱いだというように、都道府県ごとの取扱いが違っていると、なかなか戸惑いも広がるかと思っておりますので、一定程度の判断基準をお示しいただけないかと考える次第でございます。

当県の事例で言えば、やはり専門研修でございますので、非常にドクターが少ない例えば心臓血管外科とか外科系の先生は、こういう医師不足地域ではない基幹施設でない研修が成り立たないというお声もいただいているのは事実ですので、一定程度そういった要素を、全国的にこういうことを考えていただきたいというのを厚労省にお示しいただきたいという趣旨であります。

私からは以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

御意見でありましたけれども、事務局、何か関連でコメントがあればお願いしたいと思います。

○和泉医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

連携の機関の御指摘をいただき、ありがとうございます。ここは名前に単純にひきつれてということではあるのですが、特別地域連携プログラムはシーリング外であると同時に、場所にもかなり制限がかかっておりますので、従前1年ということであったかと思えますし、これを引き伸ばしたところでもありますので、一旦1年と書かせていただいたところですが、ここは議論の可能性はあるかと思っておりますので、引き続き様々御議論いただいて、この在り方については検討できるかと思いました。

それから、考え方をもう少し示していただきたいということでございまして、具体的な例も丸山参考人からいただきました。ここについては、様々な御事情が都道府県にあると思っておりますので、例示的になると思うのですが、ぜひこの場でもあるいはそれ以外の場でも、こういった例は例外といいますか、少数区域以外も考えられるのではないかと

いうところを少し事務局にもインプットいただければ、そういったものを周知するということが可能かと思ひまして、先ほど例として挙げていただいた、非常に医師の数が少なく指導体制が少ないということかと思ひましたけれども、そういったところは例外として、少数区域以外のところも認め得るということを知することは可能かと思ひました。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかに何か御意見はございますか。

今村委員、どうぞ。

○今村委員 全体のこの方向性について云々というのは特になところなのですが、先ほどの46ページの部分においては、やはり4ポツ目、先ほど山口委員から大阪府の場合では逆のことが起こってしまったみたいなことを含めて、きめ細かくしっかり一つ一つのプログラムについてもどなたかが責任を持ってそこをつなぐということをしなさいといけないのだろうと。そうした場合に、その役割が専門医機構でもあるし、各都道府県のほうにおいても、特に医師少数系の都道府県においては、その担当の方がしっかりしていないと、お互いにコミュニケーションはうまくいかないのかなと。こういったところをどのような形でこの4ポツ目をやっていくのかということは大事なポイントかなと思ひます。

その上で、48ページ目、私自身、これは日本医師会から専門医機構に関わる人間として、今の日本専門医機構は本当に頑張っていて、いろいろなことを全部専門医機構でやらないといけないという中で、非常に大事な専攻医のプログラムのある意味のコーディネート役を、ここまで見てきて、本当にこのままできるのかなと非常に懸念しているところです。

そういったことを含めて、令和9年にそれぞれ医師少数県や、やはり一番大事なのはプログラムを専攻する専攻医の先生方が満足できるような形を実現可能なものとしてつくれるようにということ、これは1つ希望というか、お願いということでございます。

○遠藤部会長 御意見として承りましたが、これについて何かお考え、コメントはございますか。

それでは、渡辺参考人からお願いいたします。

○渡辺参考人 日本専門医機構としてこの業務が可能かという話だと思ひます。確かに機構の体制、特に事務局の体制からは単独で当たるには厳しい面があると思ひます。私自身は、これは領域、実態は学会ですが、担当学会にコーディネートをしていただくということを考えなくてはならないのかなと思ひております。先ほども茨城県の方が心臓血管外科の例を挙げられましたが、心臓血管外科や脳神経外科など、我々の言葉で言えば本当に専門的な、よく俗語で「とがった」領域と言うのですが、そういう領域に関して言えば、ある種の集約化はどうしても必要になってくるので、県の基幹病院的な施設への派遣が認められるような方向に行かなくてはならないと思ひます。ただし、逆に、我々がジェネラリストと呼んでおりますが、総合診療とか、内科の総合内科でとか、救急、小児科等に関して言えば、やはり地域、少数区域にも医師がいなくてはならないし、逆に、そういう領域

に関して言えば、先ほど立谷委員がおっしゃっていましたが、少数区域で研修することが医師の資質向上に非常に役に立つわけです。要するに、何処に移ったとしても、そこでひとり立ちしてやっていくはそのようなジェネラルな領域に関しては非常に大切なことだと思います。その辺も含めて、領域学会にある程度調整にも参加していただくようなシステムを考えたほうが良いと思います。私ども専門医機構は、どちらかというところ、その間に入って調整役をしていくということで、過度な負担は負わないような形にしていきたいと思っております。

当機構でもそのような考え方で、ジェネラリストといわゆるスペシャリスト、サブスペシャリストとの役割分担、医師全体のどの程度の割合で必要かというようなことに関しては検討を始めております。その視点としては、私ども医師のキャリアを考えても、若い頃はサブスペシャリティーサブスペシャルティといいますか、ごく専門的なことに従事していたのが、中年になってくると、外科系だとメスを置いた外科医というか、ジェネラルに戻っていくということになるのです。その前提としては、リカレント教育、リスクリング教育は当機構でも今テーマとして取り上げていますが、各領域でも検討しています。領域でも内科とか総合診療などでは、既に始めているというところがございます。一言で言うと領域学会と我々と都道府県が連携してやっていくという形がよろしいのかなと思っております。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

では、山口委員、先ほどお手を挙げておられましたので、お願いします。

○山口委員 山口でございます。

今回の論点については特に異論はないのですけれども、ただ、頭で考えているのと現場の感覚とは違う場合があると思っております。令和8年度のプログラムのことについて、この後都道府県の意見を求められると思うのですが、例えばそういうところに今回こういった論点を提示されて、各地域によってこういうふうな変更するとすればどうなるのかということを知りたいということも私は前もってする必要があると思います。ぎりぎりになってからでは遅いと思いますので、そういったことは可能なのでしょうか。とすれば、各都道府県からの意見も出てくるのではないかなと思っておりました。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

事務局、コメントをお願いします。

○和泉医師養成等企画調整室長 率直に申し上げますと、ちょっと難しいかと思っております。今、意見照会というプロセスの中で既に発出しているのですけれども、地対協に諮っていただくものもございまして、それに合わせてという形でやっております。

一方で、都道府県の意見を刈り取ってみてどうかという御指摘だと思うので、それ以外の方法で47都道府県にこういったことをどう考えますかということについて意見を取ってみるということはあるのかなと思っておりますので、別のプロセス、ダブルトラックみたいに

なるかもしれませんが、少し意見を聞いてみて、どんなところに困るのかとか、どういうところがポイントかというところを聞いてみて、そこを仕組みに落とし込むということは検討できる余地はあるかなと思いますので、宿題にさせていただければと思います。

○遠藤部会長 よろしくをお願いします。

山口委員、どうぞ。

○山口委員 どの形でということは別にこだわりませんので、何らかの方法で意見を求めていただけたらと思います。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、オンラインで中村参考人がお手を挙げておられますので、中村参考人、どうぞ。

○中村参考人 ありがとうございます。

今回の特別地域連携プログラムの連携先要件の足下充足率の基準、これを0.7以下から0.8以下への引上げなのですけれども、前回慎重に考えるべきだという話をさせていただきましたけれども、今回0.7以下に据え置いた場合に、最新の必要医師数を用いますと、連携先の対象となる県が減少して、連携先の確保が困難になるというような状況については理解したところでございます。

ただ、足下充足率の基準を0.8に引き上げると、連携先となる要件を緩和することで都市部の近隣県が新たに対象となる診療科もございまして。これは地図上でそのようなことが示されております。都道府県限定分は今回一本化という話がございましたけれども、もともと都道府県限定分は都市部の近隣県のところに偏っていたと承知しておりますので、今回の緩和によってこの特別地域連携プログラムも都市部の近隣県のところに連携先が偏らないようにしっかりと調整をしていく必要があると思っております。0.8以下にしたとしても、優先順位としてはより充足率が低いところを優先すべきだと考えております。

そういう意味で、46ページにあります下から2ポツ目については結構議論がされているところでございますけれども、まさにこの都道府県の負担というものに配慮をしていただきながら、大学、学会、機構などとの調整をしっかりと進めていただければと考えております。我々、もちろん大阪府との連携の事例もありましたので、県としてできることはさせていただきたいと思っておりますけれども、関係者がしっかりと協力をして、偏りがないような意識の下に進めていくことが大事かなと思っております。

あとは、茨城県さんがおっしゃってございましたまさに1.5年と1年ということについての継続の検討が必要ではないかとか、そういったことに関しては新潟県としても賛成でございますので、申し上げさせていただきます。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

事務局、何かコメントはありますか。今、中村参考人から御指摘をいただいて、ある種の慎重論というか懸念事項もあったかと思っておりますけれども、お願いいたします。

○和泉医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

御指摘のとおり、従前もそうだったのですけれども、都市の周辺も実は相対的には医師が数字上は充足していないということで、前の特別地域連携プログラムのときも比較的東京の周辺もあったというところでありまして、今回0.8にするとまさにそこが少し拾われてくるというところもございまして、なかなかこの数字で表現するのが難しいなというのは事務局としても悩んでいるところではあります、様々なニーズのある地域への連携を可能とするということが今回の趣旨でございまして、連携の進み具合等、今回、特別地域連携プログラムはシーリングの中に入れたということでございまして、より設置が進むという観点に立ちますと、様々な地域で連携が進めばよろしいかとは思っているところですが、いずれにしても、結果として一部に集中してしまうようであれば、そこは少しまた見直す余地があるのかなと感じたところでございます。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかに何かございますか。よろしゅうございますか。

ありがとうございました。

それでは、議題の3につきましては、事務局から出されました原案につきましてはおおむね御賛同を得たと思っております。ただ、中身については検討する課題もあるという御指摘も受けておりますので、基本的には御承認いただいたという形で考えさせていただきますけれども、令和9年度ということもありますので、課題については引き続き議論を進めていきたいと考えております。

とはいいまして、これは連携先を考える話でありますので、できるだけ早急に考え方をまとめて、関係各所にそれを周知しておかないと、それこそどたばたになってしまいますので、そういう意味では早期に議論を進めていきたいと考えておりますが、事務局としてはそういうスタンスでスケジュール的には可能でしょうか。

○和泉医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

そのような形で一定程度準備ができればなと思っておりますので、なるべく早くこの部会をまた開催させていただいて、セットできたところからどんどん周知をさせていただければと思っておりますので、そういうような進め方で問題ないかと思っております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

そういうことでございますけれども、委員の皆様、いかがでございましょうか。特段よろしゅうございますか。

(委員首肯)

○遠藤部会長 ありがとうございます。それでは、議題の3についてはそのような形で対応させていただきたいと思っております。

それでは、本日予定しておりました議題は以上のとおりでございますけれども、本日の議題はこのぐらいにさせていただきたいと思っております。

事務局から何かございますでしょうか。

○木村医師需給専門官 事務局でございます。

次回の部会開催日程につきましては、追って調整の上、改めて御連絡をさせていただきたいと思っております。よろしくお願いたします。

○遠藤部会長 それでは、本日は長時間にわたりまして御議論いただきまして、誠にありがとうございました。

それでは、これをもちまして、本日の令和7年度第2回「医道審議会医師分科会医師専門研修部会」を終了させていただきます。どうもありがとうございました。

<後日、書面により行った追加審議の概要>

1. 審議開始日

令和7年8月5日(火)

2. 議決日

令和7年8月12日(月)

3. 内容

「議事1. 令和7(2025)年度の専攻医採用と令和8(2026)年度の専攻医募集について」における常勤の専門研修指導医を医師少数区域に派遣した実績に応じて追加するシーリング数について

4. 追加審議の結果

常勤の専門研修指導医を医師少数区域への派遣実績に応じたシーリング数の追加(案)について、部会として了承する。

5. 追加審議における主な意見

- ・常勤の指導医の派遣に限って評価すべきという意見を踏まえた案となっている。
- ・指導医派遣実績による加算について、多くの派遣が行われているとしているが、現在の派遣実績の下でも医師少数県における指導医不足が課題となっている。事務局案の派遣実績に基づくさらなる加算では、派遣をさらに促すための強い動機づけとならず、指導医不足につながらないものとする。初年度において、事務局案により実施することはやむを得ないが、次年度以降については、前年度からの派遣医師数の増加や、医師少数県への新たな派遣など積極的な取組など、さらなる指導医派遣へのインセンティブとなるよう改めて検討することを了承の条件とする。