

○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4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。

冒頭、構成員の変更がございますので事務局より御紹介させていただきます。

全国町村会、前岡山県鏡野町長の山崎親男委員が辞任され、代わって、全国町村会理事、山梨県身延町長の望月幹也氏が臨時委員に任命されました。

本日の委員の出席状況について、立谷委員から御欠席との御連絡をいただいております。また、山口委員につきましては所用により遅れて御参加いただく予定でございます。野木委員につきましては、御都合により14時30分頃をめどに御退席される予定でございます。

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、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12名のうち9名の出席があり、過半数を満たしておりますので、本部会が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、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いております。

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。

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、資料2-1、2-2、資料3、参考資料1～5の御確認をお願いします。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、以降の議事運営につきましては部会長をお願いいたします。

遠藤部会長、よろしく願いいたします。

○遠藤部会長 本日もどうぞよろしく願いいたします。

それでは、議事に入らせていただきます。

本日の議題は1つございまして「令和9（2027）年度専攻医募集におけるシーリングについて」でございます。

まず、資料1～3につきまして、日本専門医機構理事長の渡辺参考人から御説明をいただきたいと思っておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

○渡辺参考人 それでは、資料1-1から説明させていただきたいと思っております。令和9（2027）年度における専攻医募集のシーリングの基本的な方針ということでございます。

2 ページ目、まず、1 つ目の○ですけれども、令和 9 年度については、今後に向けた運用上の課題把握等も念頭に置きながら、基本的に令和 7 年 7 月 24 日医道審議会医師分科会医師専門研修部会において厚生労働省より示された案を踏まえた方針とする。これが令和 8 年度のシーリングに反映された見直し内容であります、こちらを踏まえた方針とするということになります。

2 つ目の○ですけれども、主な変更点が 3 つございます。

1 つ目が、昨年 7 月の専門研修部会で医事課よりシーリングの根拠として使っている必要医師数を更新したという報告がございました。こちらを令和 9 年度のシーリングとして使ってはいかがかということで併せて示されましたので、それに沿った内容になっております。要するに必要医師数が新しいデータに変わることです。令和 7 年に算出された最新の必要医師数や足下医師数のデータを用いることとして、2022 年の医師数が 2022 年の必要医師数及び 2030 年の必要医師数と同数、もしくはそれを上回る診療科をシーリングの対象の都道府県とするということになっております。

2 番目に関しては、特別地域連携プログラムについてですけれども、連携先として従来、足下充足率 0.7 以下から 9 年度には 0.8 に引き上げるということであり、小児科は 0.9 に引き上げるということであり、

もう一つは、医師少数区域から都道府県が候補とした施設に変更する、特別地域連携プログラムとして連携プログラムの都道府県限定分を統合するということがございます。要するに特別地域連携プログラムの対象を足下充足率の引き上げと同時に、都道府県限定分をどちらも足下充足率 0.8 以下ということで統合していくということであり、

3 番目が、指導医派遣につきまして、通常プログラムの加算に関する指導医派遣の実績については、実績の収集等の負担を考慮して新たに収集することはせず、令和 8 年度のシーリングの算出に用いた実績を利用、ただし、令和 9 年度のシーリングにおいて、新たにシーリングがかかることになった都道府県の診療科についても、令和 8 年度のシーリング算出と同様の実績を収集する。要するに新たに加わったところも、以前からシーリングにかかっているものも同じ年のデータを用いるということであり、

それから、3 ページ目は、今お話をした内容を整理して図にしたものであります。

1 つ目は、シーリング対象都道府県ということで、令和 7 年に算出された最新の必要医師数を用いて各都道府県診療科における 2022 年の足下医師数と 2022 年の必要医師数及び 2030 年の必要医師数を比較して、両者と同数、もしくはそれを上回る場合とするということであり、

印がついているものが 2 つありますけれども、従来どおりですけれども、過去 3 年間の平均医師数が 5 以下の都道府県診療科に関しては、シーリングの対象外とするということに関しては変わっておりません。

2 番目でございますけれども、例外としてシーリングの対象外とする診療科は、外科・産婦人科、病理・臨床検査、救急・総合診療科の 6 診療科に関しては、9 年度に関しても

シーリングの対象外とするということでもあります。

2つ目ですけれども、シーリングの数や採用の上限数、プログラムの内容について、基本的には令和8年度の仕組みと同様とする。特別地域連携プログラムの連携先の要件を変更して連携プログラムの都道府県限定分と統合するということでもあります。

5ページ目、4番ですけれども、連携プログラムの設置に関して書かれておまして、通常プログラム数が過去3年間の平均に満たない場合、過去3年間の平均数に達しない範囲内で連携プログラムの設置を可能とするということになっております。連携プログラムの内訳の設定としては、令和7年度におけるプログラム設置数の比率を維持して設定するということになっております。そこに書かれている式を適用するということでもあります。

6ページ目、5番ですけれども、留意分等としてシーリングが全国採用数の一定割合に満たない場合の配慮、(6)に関しては常勤派遣分ですけれども、通常プログラムとは別に、先ほど申し上げた加算にプラスする形で、常勤、週5日以上指導医を派遣しているという実績を評価して加算するというものであります。ただし、常勤の採用に関しては、次年度に採用の実績ということには計上しない、計算の上では計算に使わないということでもあります。

留意事項、シーリング外とする医師に関しては変更ございません。

7ページ目、令和9年度にシーリングのかかる診療科の都道府県の図でございます。令和8年度以前のシーリング対象の表に関しては、最後の12ページに書かれております。したがって、この引き算といいますか、この差が新たにシーリングのかかった都道府県の診療科と考えていただければ結構だと思います。

8ページ目、通常プログラムの加算数の算出に用いる専門研修指導医の派遣実績は、令和8年度と同様に(1)と(2)を満たす場合を対象とするということになっております。

9ページ目、専門研修指導医の派遣実績の枠数の換算及び設定については、令和8年度と同様、以下のとおりとしました。また、実績の収集等の負担を考慮して、基本的には令和8年度のシーリング算出に用いた実績を使用する。新たな実績を提出していただかないということです。令和9年度のシーリングにおいて新たに加算数の対象となる都道府県においても、令和8年度のシーリング算出と同様の実績を収集して算出に用いるということで、同じ年のデータを用いて新たなところを計算するということになっております。今後提出していただいた際は、資料1-2は1つの表として報告するという予定になっております。

次に、資料2-1につきましては、2ページ目にこれまでの経緯をまとめております。

通常プログラムについては、本部会によって関係者間の協力体制の構築の重要性が議論され、また、厚生労働大臣から連携先確保に関する仕組みの構築の準備等、特別地域連携プログラムの推進に向けた取組を進めるようにという御指示をいただきました。

また、令和9年度の募集から特別地域連携プログラムの連携先要件を足下充足率0.8以下、小児科は0.9以下の都道府県で、当該都道府県が候補とした施設、要するに都道府県か

らリストをいただいて、それを使用するということでもあります。

こうした議論を踏まえて、令和9年度以降の専攻医募集に向けては、連携先要件に関する運用上の基本的な考え方や関係者が必要とする連携先に関する情報項目の検討を行いました。さらに学会に対して説明会を開催した上で、令和7年11月には都道府県に対して候補とする連携先の情報提供を依頼するなどの取組を進めてまいりました。

以上がこれまでの動きです。

3ページ目、連携先の条件等の考え方になります。連携先施設及び連携期間について、本部会の議論を踏まえて、それぞれ以下のように扱うということになっております。

マル1ですけれども、連携先は足下充足率が0.8、小児科は0.9以下の都道府県であり、当該都道府県が候補とした施設、これまでは機構が学会に確認した上で、リストをつくって、そこに送るような形で進めてまいったのを都道府県から情報をいただくということでもあります。都道府県が候補とした施設の選定における基本的な考え方については、「ア」で、原則として医師少数区域に所属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することもできるということでもあります。

破線の中ですが、医師少数区域以外の施設を選定するときに考えられる条件等が書かれております。具体的には、医師少数区域にそういう領域の研修施設が存在しない、医師少数区域の施設に専門研修指導医がいない、もしくは受け入れを希望する施設が無いなどです。これはあくまでも例でございますけれども、基本的には何らかの理由があれば認めていくということでございます。

4ページ目、これはアンケート調査ですが、医政局医事課のほうから都道府県を対象にアンケートをした報告です。都道府県が候補とする施設の選定に当たって、医師少数区域以外の施設を選定できる状況として考慮すべき要素についての設問がございまして、このように内容としては医師少数区域の専攻医の受入体制がない場合等々の回答が多いということでございます。これを参照していただければと思います。

3ページ目に戻りまして、「イ」ですけれども、令和8年度までに特別地域連携プログラム及び都道府県限定分において連携先となっていた施設は、引き続き連携先に含めることを基本とする。要するに9年度になって前年度の連携先であったところを取り消すことはないということでもあります。

下の枠が連携先の期間でありますけれども、特別地域連携プログラムにおいては、連携先で研修する期間は1年以上ということになっております。従来から連携プログラムの都道府県限定分は1.5年ということになっておりましたけれども、今回の特別地域連携プログラムは1年以上ということになります。

5ページ目、特別地域連携プログラムの連携先確保に向けた具体的な手順です。学会、連携元施設、要するに派遣側と日本専門医機構と都道府県、もしくは大学、地域医師会等も含む。いわゆる地対協が主体になるものと考えております。連携先確保のために都道府

県へ連携先の施設の候補のリスト作成の依頼を行いました。

県の希望する研修先のリストを送って、機構でとりまとめをした上で、2段目の左に移りますけれども、学会等でそれをまとめて基幹施設等々に連絡して、基幹施設が都道府県の連携施設に連絡を取るというような形になる。こういうプロセスで連携先が決まっていく。すなわち派遣される施設が決まっていくということでございます。

6ページ目と7ページ目に関しては、先ほども申しましたように、都道府県にいろいろな情報を提示していただく。前のページで都道府県から当機構のほうに情報を出していただく中に、施設名だけではなくて、そこに書かれているような情報、研修環境、生活環境、それから、待遇、特に子育て支援の方策があるかというようなことに関して、そこに必須と書かれているものに関しては必ず書き込んでいただくということでもあります。

特に7ページ目に関しては、宿舎とか住居、交通費、引っ越しの手当、プログラムの特徴とか、あとは御自身で、もし、研修医が欲しいという施設に関しては自己PRまで含めて書き込むというものであります。

8ページ目、今のところ連携プログラムの受け入れの可能数であります。各領域別の特別地域連携プログラムの採用数ということでもあります。これは通常プログラムの上限の一定割合ということになっておりますので、この数がプログラムとして採用できる上限であるということです。現在、我々のほうでどの程度の数が上がってくるかというようなことを都道府県から集めておりますけれども、1診療科を除いて、現在、受入可能な施設というのは上限数を超えております。したがって、そこに皆さんが応募するわけではありせんけれども、受入可能なプログラムというのは、ここに書かれている上限数を上回っているということを御報告したいと思っております。

現時点で、集計に関しては、今後引き続いて都道府県や学会の協力を得ながら連携先候補のリストを集める予定であります。これに関してはできるだけ早く集めたいのですけれども、ある時期を決めて、それに遅れたからといってそれを拒否するということではなくて、可能な限り追加で受け入れていくような柔軟な体制を取りたいと思っております。

資料2-2は表でございますけれども、これが連携先、もしくは連携元になる都道府県の一覧でございます。都道府県にはこちらを参照いただいて準備を進めていただいております。

資料3に関しては今後の進め方でございます。

2ページ目、令和9年度専攻医募集については、特別地域連携プログラムの連携先を確保するための期間や、基本領域や地域等においてプログラムを確認するための期間、要するに情報をいただくというようなことも含めて、全体として可能な範囲で前倒ししたスケジュールで進める。プログラムの募集に関しては例年どおり、令和9年の4月に開始できるように持っていくということでもあります。

シーリング数については、新たに加算対象となった都道府県に指導医派遣の提出を求めた上で、専門研修部会に報告するというようになっております。

私のほうからの御報告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、事務局から何か追加で御報告があれば、よろしくお願ひしたいと思います。

○加藤課長補佐 事務局でございます。

特別地域連携プログラムに関連する事項について御紹介させていただければと思います。

参考資料5の18ページ、令和7年度補正予算において、特別地域連携プログラムの推進のため、プログラムの運用や作成の支援のための経費を確保しております。実施主体を都道府県としておまして、補助率は2分の1でございますけれども、連携先、または連携元の都道府県の方々には指導医派遣等の支援などにおいて活用を御検討いただければと考えております。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ただいま渡辺参考人から非常に丁寧な御説明がございました。令和9年度のシーリングに関する基本的な方針、また、特別地域連携プログラムの取組の状況、それから、今後の進め方に等々についての御説明がありました。これについて何か御質問・御意見等があれば承りたいと思いますが、いかがでございましょう。

それでは、野木委員、よろしくお願ひいたします。

○野木委員 3点お聞きしたいと思っています。

前回決まったことを中心として、地域連携プログラムと連携プログラムと2つにまとまって、非常に分かりやすくなってありがたいと思います。

一方、今回、資料1-1の2ページ目でも3ページ目でもいいのですが、特別地域連携プログラムが足下充足率0.8以下、小児科が0.9という形で、0.1%ずつ上がったということで、これは医師の充足率が上がってきたという見方で、いい側面はあると思いますが、資料1-2の1ページ目、内科のシーリングの話が出ています。0.7から0.8に上げるというのはいいことでもあるのかもしれませんが、科によっては、東北エリア、例えば資料1-2の1ページ目にある内科でも、青森、岩手、秋田、山形は、結構0.7ぎりぎり、0.6というところも実際はあるということになってくる。

ここを上げてしまうと、一部の科によっては、ドクターが特別地域連携に乗りにくいということで、全体の医師数は満足してきているけれども、東北エリアに関しては、なかなかこれが充足しづらい傾向になってしまうのではないかと思います。これは小児科みたいにエリアごとに少し考えるべきではないかなという気がしています。

2点目は、資料1の3ページ、前回も言ったと思うのですが、特別地域連携プログラム、連携プログラムもそうなのですが、連携先における研修期間が1年6か月以上とか、1年以上となっています。前回も言いましたけれども、上限を決めるべきではないかと思っています。と言いますのは、基幹病院の研修は最低6か月でいいと思いますので、2年6か月間連携プログラムや特別地域連携プログラムのところに行く可能性が出てくる

ので、基本的に2年以内というぐらいの制限をつけたほうがいいのではないかと個人的には思います。

そうでないと、研修先で指導医がしっかりして、いい研修先であればいいのですけれども、あまり指導医もはっきりしないような研修先で2年半の研修をさせられるとなると、専攻医としては結構しんどいことが発生しないかなという気がしています。その辺り、ここは期間以内と入れるべきではないかという気がしています。

3番目の質問は、資料1-1の4ページ目の3、通常プログラム数の設定というところで(2)通常プログラムの加算数というのがあります。加算は2つあって、過去3年間の平均採用数に達しない範囲、かつ通常プログラム基本数の15%の範囲で指導医派遣実績に応じた通常プログラムの加算を可能とするということで、例えば東京の内科とかは、資料1-2を見ていただいたら分かると思うのですが、一般的な採用数、基本プログラムの採用数が335に対して加算が50あるという形になっていますので、かなり加算が多い。

加算が多い少ないは問題ではないと思うのですが、私はここに2つの問題点があると思っています。加算が多いということは、いわゆる3年間の平均採用数に満たしていないということになるので、シーリングを設ける意味があるのかどうかという疑問点が出てきます。もう1点は、例えば連携プログラムとか特別地域連携枠が埋まっていないから加算数に加えるということになると、これは変な話ですけども、また地域に行くお医者さんが逆に減ってしまうのではないかという、数字のマジック的なところがあるのではないかという疑問点があります。その辺りはいかがなのでしょう。

○遠藤部会長 ただいま3つの御質問がありました。これは渡辺参考人、お答えいただけますか。場合によっては事務方からも御意見を承りたいと思います。

では、渡辺参考人、よろしくをお願いします。

○渡辺参考人 私が完全に理解しているかどうか分からないので、もし、答えがずれているようだったら厚生労働省の方、もしくは質問者にも確認したいと思います。

1つ目は、特別地域連携プログラムの足下充足率0.8ということに関して、地域によって、あと、診療科によっても違うのではないかと。もし、内科の場合だと、東北は皆、従来どおり0.7以下のところも結構多いというようなこともあるのでどうかという御質問だったと思います。

今回の内科を見ていただいてもお分かりのように、東北でも福島とか、茨城は東北といえるかどうか分かりませんが、医師が少ないとされているところ、あと、岩手、そういうところでも、0.7幾らということになりますので、もし、これを0.7で区切りますと、逆にここが入らないとなってしまうということがございます。

もう一つは、診療科別に設定する、内科はそうなのだからということですが、これは診療科ごとの基準を設定するというに関して言えば、いろいろな意味での合意が得られるかどうか、必要医師数を計算する上でもそうなのでしょうけれども、診療科ごとに定数を決めていくということに関して学会を含めた全体的な合意が得られるかどうか。

ある意味では、東北地方では内科でも0.7を超えるところが幾つか出てきたということで、とりあえずこれでやるしかない、いろいろな条件をつけてそれを選別するのは実態として非常に困難である。したがって、新しくこういう形になりますので、この結果を見てまた議論させていただければと思います。

それから、連携の派遣期間に関しまして、特別地域連携という枠組みで今度統合したものに関しては1年、それ以外の都道府県に関して1年半という、統一すべきかという議論もあったのは存じ上げておりますけれども、急には変えられない。

あと、上限を設けるべきであるという議論は、私はよく理解できなかつたのですけれども、これに関しては必然的に基幹プログラムに研修する期間が決まっておりますので、そういう基幹施設と連携施設の関係等々から、おのずから上限は決まってくると私どもは考えております。

それから、通常プログラムの加算数に関して、趣旨として少し理解できなかつたので、加藤課長補佐、お願いできますか。

○遠藤部会長 事務局、補足をお願いいたします。

○加藤課長補佐 この仕組みは事務局から提案したものでございますので御説明させていただきます。

加算については上限がございまして、通常プログラムの基本数を100としたときに15%分を設定できるということで、先ほど東京の333に対して50というのがありますけれども、こちらは15%分が50ということで設定されている数でございます。

順番としまして、加算を算出したのち、特別地域連携プログラムにあまりがあれば設定するという順になりますので、特別地域連携プログラムが埋まらないから加算がつくというような仕組みにはなっておりません。加算の趣旨としては、都道府県の外に専門研修指導医を派遣しているような貢献といいますか、医療提供体制ですとか、あとは専門研修の研修環境の整備というものに寄与しているところについては、加算という形で数を追加してはどうかというような仕組みという趣旨でございます。

○遠藤部会長 渡辺参考人、どうぞ。

○渡辺参考人 追加で、加算が多すぎるという御質問があったような気がするのですけれども、加算をするときの指導医派遣の派遣先というのは少数県に限られていますので、これが増えるということは地域の偏在ということに関して言えば、いいことではないかと考えております。

○遠藤部会長 お答的に大体よろしいでしょうか。野木委員、何かございますか。

○野木委員 ありがとうございます。分かりやすい説明で理解できると思います。

ただ、シーリングに関しましては、1番目の質問に関してはおっしゃるとおり、0.7がいいのか、0.8がいいのかというのは一つ形になると思いますけれども、ここに来ると、0.75とか、微妙なところをつくるのも一つの形かなと、非常に微妙なラインになってきたかなというのが個人的な意見です。

それから、2番目の質問に対しては、基幹病院にいるのは最短半年間でいいと思いますので、2年6か月間、いわゆる連携機関になってもいいと思いますので、基幹病院には半年だけというパターンが出てこないかなと思ったのです。逆に、私は精神科では専攻医の研修プログラムの委員会をやっていますので、一時見かけたのはシーリングのかかっているところ、シーリングがかかっている基幹病院で半年だけ研修して、あとの2年半を東京の病院で研修するという、東京で研修がしたいがために逆パターンを利用するということになる、このシーリングをつくっている部分とシーリング逃れの部分が逆転して存在しているという実態が今でも少し散見されます。その辺りはきれいに整理するべきかと思ったので、以内というのを設けるべきかと思いました。

以上です。

○遠藤部会長 どうもありがとうございました。

野木委員がおっしゃられたことに関連して何かございますか。

渡辺参考人、どうぞ。

○渡辺参考人 いわゆるシーリング逃れ、シーリング外のところに拠点を置いてシーリングのかかっているところで研修するということに関しては、一昨年の厚生労働大臣の当機構に対する意見書・要請書の中でもそれを調べなさいという御指示があったところです。それに関しては当機構でも調べております。

それに関しては結果の説明が参考資料に出ているのでしたか、厚労大臣への御返事、今日は出ていないのですね。経過報告というのを厚生労働のほうから求められておまして、そこに1年後の経過ということでお書きしたのですけれども、それが出れば見ていただければよかったですけれども、それがないのであれば御説明します。

シーリングの制度は非常に変わってきております。初年度の2018年度は5都道府県だけ、都市部だけ、それから、2020年度から必要医師数という概念が出て、それで連携プログラムというものが緩和措置として出て、2023年度から特別地域連携といったものが出てまいりました。そのシーリング制度そのものが非常に変わってきているということ。それから、フォローしていく場合は研修が終わってどこに勤めるかということまで、あるスパンで見えないと、当機構のデータベースでもフォローできないところがあります。1年目の2018年度に開始したものに関しては一部出てきておりますけれども、それ以降のものに関して正確なデータを提出するには、もう少し、数年かかるということが一つであります。

それで、最初の年のデータを見てみますと、いわゆるシーリング逃れに該当するものはそれほど多くない、数はここで申し上げられませんが、全体のプログラムの数パーセントまでいっているか、いらないかと記憶しております。その中には、例えば特に関東なのですけれども、実は日本で人口別の医師数が一番少ない県が埼玉であったり、それから、千葉であったりするわけです。かつ東京とも距離が非常に接しております。したがって、例えば千葉・埼玉の基幹病院で同じ医療圏と言っているようなところに、例えば江戸川区であるとか、北区であるとかというな、埼玉・千葉に近いところと連携を組んでい

るものまで、それに関しては計算上、加わるということがあります。

数字を出さないで何を言うのだと言われるかもしれませんが、私の印象では、御心配なさっているようなシーリング逃れに関してはさほど多くないと、何割もあるようなものではない、1桁のパーセンテージの範囲内であって、かつ今言ったようなものを含みますので、私はそれほどルール違反をしているということはないと思っております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

続けて、中村参考人がお手を挙げておられますので、よろしく申し上げます。

○中村参考人 花角知事の代理の中村でございます。

今日、日本専門医機構から提案されました令和9年度の専攻医募集におけるシーリングの基本的な方針につきましては、これまでの部会で方針が決定されてきた令和8年度の仕組みと同様とするということに関しまして、基本的に賛同させていただきます。

その上で、昨年度の第4回の部会には花角知事が出席させていただきまして、もともとこの専攻医募集におけるシーリングで指導医の派遣を要素として盛り込んでいただいたこと、これは医師少数県の知事の会などで要望を提言していたものですので、そちらで感謝を申し上げさせていただいたところでございます。

そして、我々としては、この加算制度によって、医師多数県等から指導医が派遣されるインセンティブとなることを期待しています。本公示された算出方法におきましては、令和8年度のシーリングの算出に用いた実績を使用するとされておりまして、つまり従前の派遣実績を評価して加算が継続されるということです。

7月に指導医の派遣実績がとりまとめられてから期間が短いということもありまして、改めて派遣実績を収集することの負担が生じるということは理解できるのですが、今年度の第2回の部会でも申し上げたとおり、派遣実績による加算が固定化されずに医師偏在の是正に資するものとなるように、新たな派遣を評価するなど、令和10年度のシーリングに向けては御検討いただきたいと考えているところでございます。

もう1つ、特別地域連携プログラムの話もあります。特別地域連携プログラムの候補施設のリストを作成するなど、今回の見直しを通じて様々な情報がこれからも見えるようになってくるところだと考えております。指導医の派遣につきましては、以前の部会でも立谷委員から単に関連病院へ出しているだけではないかというような指摘もあったと存じますので、機構におかれましては、例えばどこからどこか、どれくらいの期間とか、どれくらいの人数がとか、関連病院かどうかとか、そういったことも含めて、詳細な情報をしっかりと分析していただきたいと思っております。

そして、特別地域連携プログラムの連携元、それから、連携先の実態、まさに連携の実態、そういったものもこれから出てくると思いますので、しっかりと分析をした上で、改めてこの部会に報告していただければと、地域の実態というものをしっかりと踏まえた議論につながるものと考えておりますので、ぜひよろしく願いいたします。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

御要望といいますか、御提案もございましたけれども、渡辺参考人、何かコメントはございますか。

○渡辺参考人 派遣実績、要するに1年前のものを使うとかということですが、これに関しては、むしろ公平性と言ったらおかしいのですけれども、シーリングが既にかかっている都道府県とかかかっていない都道府県で同じ基準で設定していかなければならないだろうということを重視したということでもあります。

では、新しいデータを全部集めたらということですが、これに関しては当機構も含めた事務的な手続上の判断ということで、したがって、令和8年の実績をずっと使い続けることはないと思いますので、それに関しては御理解いただければ、今年の特例で、かつ公平性を考えたということでもあります。

あと、連携に関して連携元と連携先のリストとかということに関しては、多分、これは厚生労働大臣のほうからまた御意見書で要請が来る可能性もあると思っておりますので、我々のほうとしても今後しっかりとデータ化していきたいです。それはデータベースを使えば可能であります。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

続きまして、山口委員、よろしく申し上げます。

○山口委員 山口でございます。遅れて申し訳ありませんでした。

もし、同じような話が出てきているとしたら、そうおっしゃっていただければ、議事録等で後から確認したいと思いますのでよろしくお願いします。

今、理事長からシーリングが変化してきているというお話があったのですけれども、ますます複雑になってきているという印象がございまして、分かりやすくすることも今後の方向性としては必要になってくるのではないかなと感じました。

資料1-1の7ページ目のところに、シーリング対象都道府県、診療科の一覧がございまして、その前の年の一覧が参考資料として最後の12ページのところがございます。それを見比べると、令和9年度のシーリング対象から大阪がかなり外れていて、東京や京都は相変わらず前と同じようにあるわけなのです。

これについて、指定の仕方について何か不公平なことが起きていないのだろうかとか、実際にシーリングの対象になることにすごく抵抗を示している都道府県がございまして、不公平なことになってはいけないと思って、選ぶときの医師の数え方など、そういったことに課題がないのかどうかということをお明らかにしていただいて、もし、何か問題を把握されているのであれば、それを明らかにして、今後どのようにする方針なのかということを示していただきたいと思います。

もし、把握されていないということであれば、私だけでも幾つか医師の人数の数え方とか、各都道府県によって差があるというようなことの御意見を聞いていますので、そこは見直しが必要ではないかなと思いましたので、そこを確認したいと思いました。よろしくお願いいたします。

○遠藤部会長 これ厚労省ですか、事務局、お願いします。

○和泉医師養成等企画調整室長 山口先生、ありがとうございます。

まず、不公平というところが何を意味するかというのはなかなか難しいところではあるのですが、基本的にはこの必要医師数、あるいは充足率等々の数字の出し方については、前回といいますか、これまでのやり方を完全に踏襲する形でございまして、数字を何か操作するということは当然ございませんので、そういう意味ではフラットに算出させていただいたものだと思います。これは厚生労働省としてお出ししているものでございます。

一方で、御要望として、例えば医師の働く時間の実態でもう少し直近のものを踏まえるべきだとか、あるいは例えば医師の中でも研究に従事している先生もおられますので、そういったところをもう少し、ある種の割引みたいなものをすべきではないかとか、そういった御提案、あるいは御要望をいただいていることは事実だと思っております。

一方で、それを行うことによって、全体としてシーリングが例えば緩和されていくことを偏在対策の中でどう考えるかというところは論点としてあるとも思っているところでございます。

現状、お答えを持っているわけではないのですけれども、今、把握をしているかというお尋ねでしたので、そういう意味では把握をさせていただいていると思っておりますし、こちらについてはいろいろな有識者の先生にも御意見をいただきながら、その算出の在り方を見直す必要があるということであれば、ぜひ考えていきたいと思っておりますし、様々な意見を伺いながら検討させていただきたいと思っているところでございます。

一旦以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

山口委員、よろしいでしょうか。

○山口委員 今回何かあって不公平になったと思っているわけではなくて、これまでと同じような算出だと思うのですけれども、もし、そもそものところに問題があったりするのであれば、そこは是正していく必要があるのではないかと思いますので、ぜひ御検討をよろしくお願いいたします。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

お待たせしました。丸山参考人、よろしくお願いいたします。

○丸山参考人 茨城県の丸山でございます。大井川が不在で恐れいたします。

まず、専門医機構におかれましては、これまでの部会での議論を踏まえて当県から提案をさせていただいた意見、種々盛り込んでいただきましたことに改めて感謝を申し上げます。

その中で、私も新潟県さんと同様に、今後の課題ということで3点ほど述べさせていただければと思います。

資料の1-1の順番に沿ってまいりますと、まず、3ページ目でお示しをいただきました連携と特別地域連携が統合されることによって、研修期間というのが最低1年というこ

とになりますので、当県、医師少数県といたしましては、来ていただける期間が短くなることの影響を今後データに基づいて検証していただきたい。これまでのお話を伺うと、今後、専門医機構さんが調査をされるように伺っておりますので、可能ならばこの令和9年からと思っておりますが、実行上の問題もあろうかと思っておりますので、可及的速やかに実態を反映するような調査設計をお願いできればと思っております。

少しそれますが、先ほど野木先生から御指摘をいただいた上限設定については、どちらかという、もし、シーリング逃れが問題意識におありなのであれば、これ自体はシーリングがかかっているものに対するものだと思いますので、別のフィールドで御検討を専門医機構にお願いできたらという話かと存じました。

あと2点、9ページ目のほうで通常プログラム加算数と常勤派遣分ということで、常勤派遣を評価いただきたいということで当県も申し上げていたところでございます。今後、新たな指導医の派遣というのが地域偏在を解消していく上では重要だと思っております、今回はその新たなところまでは調査の関係もあろうかと思っておりますので、新潟県さんも御指摘いただいていたけれども、今後、新たな指導医の派遣というものをこの場でもデータに基づいて議論させていただきたいです。

もう一つ、今回、常勤医の派遣というのも我々は申し上げていたのですけれども、この計算に基づけば、常勤の指導医が派遣されていた場合、アとイとウで合わせて1.5枠、シーリング対象県には枠が増えるということになりますので、1名の派遣に対して1.5枠シーリング数が上がるということに対するバランス感覚については、次の年に繰り越さないという前提での1.5だと思っておりますが、そういったバランスの妥当性についてはデータに基づいて議論させていただきたいと考えておりますので、委員の皆様におかれましても御承知おきいただければ幸いと存じます。

私からは以上でございます。

○遠藤部会長 どうもありがとうございました。

ただいまの御発言について専門医機構、あるいは事務局として、何かコメントはございますか。

渡辺参考人、お願いします。

○渡辺参考人 おっしゃるとおり、研修期間に関して、次々年度に関しては検討課題だと私どもは思っております。とりあえず激変ということ避けるという意味もあります。

あと、常勤派遣に関して、常勤派遣を評価しろという専門研修部会での御意見を踏まえ、常勤派遣に関しては別個に評価といいますか、計算の中に入れたわけですがけれども、新たに派遣する次年度派遣という意味だと思います。もしくは専攻医と一緒に派遣というのも非常に大事なかもしれないと思っておりますから、そういう視点に関しては、9年度に関してできるわけではございませんけれども、検討課題を提案していただいたと受け止めております。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

お待たせしました。片岡委員、よろしくお願ひいたします。

○片岡委員 既にある程度議論になっていることで、若干繰り返しながら恐縮なのですが、シーリングがかかるかどうかに関して、医師数をどう取り扱うかというのが非常に重要であるということが先ほど来から出ております。

例えば大学病院が多い都道府県ではどうしても医師数が多く算出されて、京都、あるいは岡山などは1つの県、あるいは府の中に複数大学を有しているということが、かなりこの医師数というところに大きく響いていると考えます。研究、あるいは教育に主に従事する方をどのように、すなわち、臨床100%の方と同じように1と数えるかどうかというのは、工夫の余地が大いにあるのではないかと思います。

そこを考慮していただく、例えば基礎系の大学院に在籍している方は数に含めないとか、そういったことを少しずつでも工夫を重ねていただかないと、見かけ上の医師数と、現実に臨床に従事している方とのギャップというのが次第に大きくなっていくかと思いません。シーリングがかかる、かからないというのが現場に非常に大きな影響を及ぼすので、ぜひ、その点について御検討、あるいは御考慮いただきたいと思っております。よろしくお願ひいたします。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ただいまの御意見について、もし、何かコメントがあれば承りたいと思ひます。

では、事務局からお願ひします。

○和泉医師養成等企画調整室長 事務局で一旦お答えさせていただきます。どうもありがとうございます。

先ほど山口委員から御指摘いただいたことに似ていると思つた次第でございます。先ほども申し上げたとおりでございますけれども、研究という切り口のみでいいのかということも含めてだと思ひますが、より適切に実態に即して把握するという点については宿題だと思ひます。

一方で、今、いわゆる医師届出表というもので医師の勤務実態を把握しているところがございますけれども、研究のコミットメントの度合いというものをどこまで正確に把握できるのかということについては、推察のとおり、一定の限界もございしますので、どんなことができるかについては、先生の御指摘を踏まえましてぜひ検討させていただいて、今後の見直しに活用させていただきたいと思っております。今どこまでできるのかということについては、確定的にはお答えができないというのが現状でございます。今日の議論を踏まえて、できることを考えたいと思ひているところでございます。

以上でございます。

○片岡委員 ありがとうございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかにはいかがでございましょうか。

それでは、今村委員、よろしく申し上げます。

○今村委員 日本医師会の今村です。

私のほうは、今回のこの方針については特に異存ございません。

その上で、少し将来御検討いただきたい部分と、現場からの声ということで幾つかお話をさせていただきたいと思います。

資料1-2に今回の実際の各診療科のシーリングがかかっている県と、特別連携プログラムで医師少数県が示されているかと思えます。例えば1ページ目の内科を見ていきますと、明らかに西高東低の状況が見て取れます。結局、西側の県でシーリングが高くなっています。

これらのシーリングがかかった県においては、東側、場合によっては東北が、そういう意味では医師少数になっている診療科が多いようですけれども、そちらのほうにこの特別連携プログラムを組まないといけない、近ければこれも派遣しやすいのだけれども、これが非常に距離的にも遠くなると、送り出すほうも、また、行くほうも非常に負担が大きい。また、心理的にもなかなか、すぐに喜んで行きますとなりにくいという、ここら辺を将来どのような形で考えるかというのは、ぜひ御検討いただきたい。

特に整形外科を見ていただきますと、シーリングがかかるのが、京都、奈良、福岡ということになっております。例えば福岡県ですと、最低でも愛知、それから、その上を見ていきますと、東北で特別連携プログラムをつくらないといけないということで、これは福岡県の大学、もしくは福岡県からすると、かなりの負担になるということ、ここら辺を将来考えていただきたいです。

あと、今回も基本的には常勤・非常勤を含めての指導医派遣ということですが、医師少数県からすると、なるべく長期に常勤派遣をしてもらいたいという希望ではないかと思えます。今後も医師の働き方であるとか、必ずしも医師数がどんどん増えるということではなく少子高齢化を考えていくと、長期の常勤派遣ということの基本としつつも、非常勤派遣であっても、しっかりとした指導体制が組めるような仕組みづくりを考えていかないといけないのではないかと考えます。

今後、特にオンラインの活用等を含めて、必ずしも常勤の指導医派遣でないけれども、常勤派遣と同等のしっかりとした指導体制が組めるというようなことができないか、研究していく必要があるのだろうと思います。

また、先ほどの西高東低の状況を踏まえ、ぜひ医師少数県の地域におきましても、専攻医や指導医が、これだったら行ってみたいという魅力発信をしていただきたい。特にこの西高東低の状況で、西側から行かないといけないとするならば、自分のところに来ていただくと、こういったところがさらに専門性の追求ができるというようなところのアピールをしていただくことは、非常にこれから大事になるのかなと思っています。

今回のということだけでなく、今後の検討の中で、ぜひ御検討いただければと思います。以上です。

○遠藤部会長 重要な御指摘をいただきました。

ただいまの発言で何かコメントはございますか。

では、事務局、どうぞ。

○和泉医師養成等企画調整室長 コメントということで、ぜひ今後に生かしていきたいところがございますが、現状として、今回、事務局案を去年の議論を踏まえて機構で整理していただいたものが今出てきているところがございます、その考え方を少しだけ補足させていただきます。

まず、西から東へはかなりハードルがあるという議論は、この部会でも御指摘を常にいただいていたと思っております、確かに距離的な観点は克服できておりませんが、連携がしやすいようにということで、今回まさにリストをつくったり、あるいは連携先の要件を少数区域という一つに決まったものではなくて、様々な可能性があるということで見直しをさせていただいたと思っております。

この仕組みはなかなか難しいという御指摘も先ほどほかの委員からいただきましたが、周知をして運用していくことが重要だと思っておりますので、送る側の視点も踏まえながら、ぜひ検討させていただきたいと思っております。

それから、柔軟な対応の在り方についての御示唆をいただいております、実は御紹介がなかったですけれども、参考資料の5番目になります、今、医師養成過程を通じた偏在対策の検討会のほうで、次期医師確保計画策定ガイドラインに向けた検討をさせていただいております。これは座長を遠藤先生にやっていたところがございます。

その中で、16枚目のところ、いろいろな論点で議論をさせていただいているのですけれども、様々な診療科が地域に必要なようになってくだろうということに関する取組の論点として、私ども事務局で挙げさせていただいた紙でございます。

○が4つほど並んで見えると思いますが、下から2番目の○のところ、いろいろな診療科で医師を確保するに当たっての今後の対応の在り方、抽象的ではありますが、女性医師の増加であったり、育児・介護との両立といったことのニーズもかなりあると思っておりますので、先ほど今村先生から御指摘いただいたように、常勤でフルコミットできる人がいない場合であっても、しっかり活躍いただけるような形が重要なのではないかといったことを書かせていただいております。ただ、これだけではまだ理念的でありますので、具体的な例などいろいろな場面から刈り取りをして周知をしていきたいと思っております、こういう議論もさせていただいておりますというところがございます。

最後に、少数県からの発信をということで、今回、連携先のリストを出していただいているのですが、ここの文脈においては少数県というのは正しくないのですけれども、充足率の低い県から相当程度のリストを出していただく努力をいただいたと思っております、事務局としてもお礼を申し上げたいところであります。

こういった形で、少数県等の場で働くということの見える化を図っていくことが、まさに魅力の発信であったり、アピールというところの一助になると思っておりますので、こういっ

た仕組みを通じて、事務局としてもその発信を後押ししたいと思っております。ぜひこの経過を見ながら御意見をいただければと思っておりますのでございます。

以上、簡単ですがコメントとさせていただきます。

○遠藤部会長 どうもありがとうございます。

渡辺参考人、お願いいたします。

○渡辺参考人 今村先生が最後におっしゃったPRということに関しては、令和9年度の場合、病院で先ほどいった宿舎とか、そういうことで特別なPR欄もつくっております。それが先生のおっしゃっていることの先駆けだと思っておりますのでいただければいいのだと思います。

もう一つ、西高東低という話は数字上、どうしても昔から大学が西のほうに多かったことを反映してきていると思います。もう一つ、例えば私の知る高知県などの方がおっしゃっているのは、医師はいるが皆さん高齢化しているということで、必要医師数の計算には年齢とかキャリアも入っていると聞いておるのですけれども、そういうことも入れたほうがいいのではないかと。実効的に働ける者という観点が入っていると聞いております。

ただ、遠隔地に派遣することに関しては、来てほしい側のPRとか、待遇とかをアピールしていただくことにかかっていると思っております。全ての人が九州から東北は嫌だという人ばかりではないだろうと思っておりますので、その辺は徐々に改善していけるのではないかと期待しております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、野木委員、お願いいたします。

○野木委員 何度もすみません。要望という意味合いで2つお願いしたいと思っております。

機構側はいろいろ頑張ってくださっていて、データもいろいろ出てきて分かりやすくなってきたと思うのですけれども、今村委員や山口委員が言われたとおり、今後、我々が見ていけないといけないのは、連携プログラムとか、特別地域連携プログラムが、各診療科並びに都道府県において、どういう採用率なのか、どれぐらい募集があるのか、どれぐらいの人数が終了されたのかという、それぞれの率と実数をあまり見ていないと思うので、その辺は見ていってもいいのではないかなと、今回の話ではないのですけれども、資料としては今後出していただきたいという気はしています。どれぐらい希望があったのかということ。

2点目としましては、これも山口委員が言われたとおり、私も時々言われるのですけれども、例えば精神科においては、佐賀県はずっとシーリングがかかっているのです。以前も言ったかと思いますが、佐賀県はそんなに大きくないのですが、1つ大きな国立の精神科病院があるので、そこにドクターがいっぱいいるからシーリングもかかっているため、ほかの民間病院は全然精神科の先生が来てくれない。これを何とかしてほしいという話です。

あるいはシーリングがかかっても、兵庫県などは例えば神戸にはたくさんドクターがいるけれども、北側の日本海側の豊岡とかにはドクターが少ないという、いわゆる二

次医療圏でドクターがどれぐらいいるのかというのは、今後少し見ていくべきという気もしました。それは次の段階となると思うのですが、その辺も見ていかないと、偏在というのは防げないのかなと思いましたが、要望として言わせていただきました。

○遠藤部会長 ありがとうございます。御要望として承りました。

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。

それで、大体御意見は出尽くしたということにさせていただきたいと思います。

様々な非常に重要な御指摘を頂戴したと思いますが、御説明をいただきました内容について大きな反対はなかったと理解させていただきます。したがって、御説明をいただいたこの内容につきましては、御承認をいただいたということにさせていただきたいと思いますが、よろしゅうございますか。

(委員首肯)

○遠藤部会長 特段反対がないということで、お認めいただいたということにさせていただきます。

したがって、機構の皆様におかれましては、この内容で進めていただければと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

また、事務局におかれましても、それに対してサポートができる内容については御支援をしていただくということで、よろしくお願いいたしますと思います。

それでは、こちらの用意いたしましたアジェンダは全て終了いたしましたけれども、事務局は何かございますか。

○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、改めて御連絡いたします。よろしくお願いいたします。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、長時間にわたりまして活発な御意見をありがとうございました。

本日の委員会は、これにて終了させていただきたいと思います。どうもありがとうございました。