

2026-9-4 第2回医道審議会医師分科会医師専門研修部会

○濱田主査 それでは、定刻になりましたので、ただいまから、令和8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、御多忙のところ御出席を賜り、誠にありがとうございます。

初めに、本日の出欠状況について御報告いたします。

望月委員から欠席の連絡をいただいております。野木委員は御都合により、17時30分頃をめぐりに退席される予定です。

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名中11名に出席いただいております。過半数を満たしておりますので、本部会は成立することを御報告いたします。

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

また、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ですが、都合により、30分ほど遅れての参加となります。

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報告いたします。

医師養成等企画調整室長が和泉から吉川に交代しております。

それでは、撮影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。

続いて、事前にメールでお送りしております資料を御確認ください。

本日の資料は、議事次第、資料1-1、資料1-2、資料2、参考資料1、参考資料2となります。

会場の皆様には配付しておりますが、不足がありましたら、事務局までお申しつけください。

なお、御発言の際は、部会長の指名後にお願いいたします。オンライン参加の委員におかれましては、御発言を希望される場合、Zoomの「手を挙げる」機能を御利用ください。また、御発言される時以外は、マイクをミュートにさせていただくようお願いいたします。

それでは、以降の議事運営につきましては、部会長にお願いいたします。遠藤部会長、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。皆様、本日もどうぞよろしくお願いいたします。

それでは、議事に入らせていただきます。

本日の議題は2つでございます。議題1が「令和9（2027）年度専攻医募集におけるシーリング案に対する厚生労働大臣からの意見案」、議題2が「令和10（2028）年度以降

のシーリングに向けた検討について」の2つでございます。

まず、議題1につきまして、事務局から資料1－1、関連の資料でございますけれども、この説明をお願いしたいと思います。

○山本課長補佐 事務局でございます。よろしくお願いいたします。

それでは、資料1－1「令和9（2027）年度専攻医募集におけるシーリング案に対する厚生労働大臣からの意見案」を御覧ください。

まず初めに、これまでの振り返りと本日の議論の前提となる事項について説明いたします。

令和9年度の専攻医募集開始に向けたスケジュールは、3ページ目のとおりになっております。

令和9年度のシーリング（案）は、3月までの本部会において日本専門医機構より提示いただいております。その後、医師法に基づく都道府県協議を行っておりまして、本日は、都道府県の意見などを踏まえて、事務局で取りまとめた厚生労働大臣から日本専門医機構への意見案について御議論いただきたいと思います。最終的に、大臣意見を踏まえて、適宜、プログラムの修正などを行っていただき、11月頃から専攻医募集が開始となります。

4ページ目から9ページ目は、これまでに日本専門医機構が提示した令和9年度シーリングの方針（案）になっております。基本的に令和8年度と同様の仕組みですが、主な変更点の概要を説明いたします。

まず1点目、シーリングの対象となる都道府県診療科の選定に当たっては、必要医師数などのデータを用いて決定しておりますが、令和9年度のシーリングでは、令和7年度に算出した最新のデータを適用してシーリング対象を決めております。

2点目、特別地域連携プログラムについて、地域のニーズや領域ごとの特性に応じて柔軟な対応を可能にするという観点で、連携先の要件を見直すなどの変更を行っております。

3点目、指導医派遣実績について。こちらは後ほど、別途説明いたします。

続いて、5ページ目も基本的に令和8年度と同様ですが、真ん中の2番にあります「シーリング数や採用上限数、プログラムの内訳等」という部分について、後ほど説明する内容の前提となる事項ですので説明いたします。

こちらは、令和8年度から通常プログラム基本数を、診療科ごとの全国の専攻医採用数の平均を都道府県人口に応じて按分する形で算出するようにしたことが令和8年度以降の変更点になっております。

6ページ目と7ページ目は、記載のとおりになっております。

続けて、8ページ目も基本的に令和8年度と同様ですが、資料の下の部分「留意事項」について、後ほど説明する内容の前提になる部分がございますので説明いたします。

現在のシーリング制度では、地域枠などの医師のうち、専攻医の期間に各都道府県が定めた医師少数区域や医師少数スポットで専門研修を行う医師についてはシーリング対象外とする運用となっております。

続いて、9ページ目は、令和8年度から導入された指導医派遣実績についてです。こちらにも基本的に令和8年度と同様ですが、後ほど説明する内容の前提となる事項ですので説明いたします。

この指導医派遣実績については、地域における専門研修を促進するために、シーリング対象の都道府県からシーリング対象外の都道府県へ指導医を派遣した場合に、派遣実績に応じて通常プログラム数にシーリングの枠数が加算される仕組みとなっております。9ページに示しております（１）、（２）それぞれの要件を満たす場合に加算の対象となります。

続いて、10ページ目です。10ページ目は、この派遣の実績からシーリングの枠へ換算する方法についての説明となっております。

まず、オレンジの枠囲みの部分ですが、こちらが派遣実績の収集方法について示したものです。令和9年度のシーリングでは、学会などの負担を考慮して、原則として新たな実績収集は行わず、令和8年度の制度導入時に収集した令和7年度以前の実績を用いて加算を算定することとしています。

なお、令和9年度から初めてシーリング対象になって新たに加算対象となる都道府県診療科については、別途、実績を収集しますが、公平性を担保するという意味で、既存の加算対象と同様に、令和7年度以前の実績を用いて、そちらも加算を算定することとしています。

次に、実績からシーリング枠への換算としましては、資料の真ん中にございます通常プログラム加算と常勤派遣分というものの2種類がございます。前者は非常勤の派遣なども含む実績を評価したもので、後者は常勤相当の週5日間かつ医師少数区域への派遣を評価したものです。

換算方法としましては、通常プログラム加算では、真ん中の表に示しておりますように、実績は人・年で評価して、その実績に0.5を掛けてシーリング枠へ換算するという仕組みになっておりますので、例えば年2人の派遣実績がある場合は1人分のシーリング枠として換算されます。ただし、この際、加算には通常プログラム基本数の15%までの範囲といった上限が設けられております。常勤派遣分の換算方法は記載のとおりです。

以上が、これまでの振り返りと本日の議論の前提となる内容についての説明になります。

続きまして、11ページ目以降が、令和9年度のシーリング（案）等に対する御意見です。

まず、12ページ目が、本部会でのこれまでの御意見です。

全般的なこととしまして、これまでの本部会での議論が反映されているとの御意見、また、特別地域連携プログラムや指導医派遣実績について、今後の検討課題となる事項に関して御意見を幾つかいただいております。

続きまして、13ページ目以降が、都道府県からの意見をまとめたもので、項目ごとに整理しておりますので、幾つかピックアップして概要を説明いたします。

まず、1つ目の項目、シーリング制度全般に関する御意見です。○の1つ目、シーリン

グ制度は、医師少数県にとって、地域偏在を是正するために必要不可欠・重要な制度であるという御意見。○の4つ目、シーリング制度が非常に複雑化しており、より分かりやすい内容、仕組みを検討してほしいという御意見。○の7つ目、日本専門医機構においては、引き続き、地域の実情を把握した上で、シーリングの合理性や意義について検討してほしいという御意見がございました。

続きまして、2つ目の項目、採用上限数の算出・設定方法に関する御意見です。○の3つ目、通常プログラム数の算出に当たっては、単なる人口比だけではなく、若手医師の充足率などを反映した形で算出を検討すべきという御意見。○の4つ目、医師数を算定する際に、教育など臨床以外に従事する医師について、教育研究と診療の各業務におけるエフォート等を考慮するべきという御意見がございました。

続きまして、14ページ目になります。こちらは、3つ目の項目、連携プログラム等に関する御意見です。たくさん意見をいただいておりますが、まず、○の2つ目、特別地域連携プログラムの見直しは、一定の評価ができる一方で、医師少数県で専攻医を直接採用する仕組みとなっていないことなどから、医師偏在是正の効果が限定的であり、実効性のある対応について引き続き検討してほしいという御意見。○の6つ目、各種連携プログラムが地域医療に与える効果を検証するため、専門研修修了後の医師の動向などについて把握、分析を検討すべきという御意見がございました。

続きまして、15ページ目です。4つ目の項目、指導医派遣に関する御意見です。

○の2つ目、これまでの派遣実績に基づく評価となっているため、現状の追認にとどまるものになっている。新規に連携先となる病院や医師少数県への新たな派遣を高く評価するなど、都市部から地方への指導医派遣が促進される実効性のある仕組みを構築することという御意見。○の3つ目と4つ目、ほかの都道府県への派遣だけでなく、県内の医師少数区域への派遣で専門研修の充実に資すると認められる場合であったり、県内の離島の二次医療圏への派遣も評価してほしいという御意見。それから、○の7つ目、加算数の上限を15%から50%に引き上げること。少なくとも、派遣実績がある場合は加算数1を保障することという御意見がございました。

続きまして、5つ目の項目、シーリングの在り方に関する御意見です。こちらは小児科専攻医におけるシーリングの在り方に関するもので、冒頭で説明しました地域枠などのシーリング対象外となる医師の要件に関連した御意見になっております。こちらは後ほど詳細に説明いたします。

16ページ目です。6つ目の項目は、シーリング制度の運用に関する御意見になっておりまして、現在のスケジュールでは、専攻医の応募開始直前の10月頃まで制度が決定せず、採用定員数が確定しないため、医療機関、専攻医双方の採用活動に支障が出ているという御意見がございました。

続いて、7つ目の項目。こちらは、シーリング制度に限らない、専門研修制度全般に関する御意見です。○の1つ目、新専門医制度が導入されて8年が経過したが「新制度全体

の点検評価と見直し」に関する動きは見えてこない。新制度導入の目的であった「専門医の質の担保」や「地域医療との両立（均てん化）」が本当に達成されるのか、日本専門医機構が中心となって議論することが必要という御意見。ほかにも複数ありますが、記載のとおりです。

続きまして、17ページ目。こちらで最後になります。8つ目の項目、その他として、こちらに記載しているような御意見がございました。

以上が、都道府県からの意見の概要になります。

続きまして、18ページ目以降で、これらの御意見を踏まえて、日本専門医機構より提示いただいた令和9年度シーリング（案）について、事務局から一部修正を検討している点について説明したいと思います。

19ページ目です。シーリングの在り方に関して、特に小児科について、都道府県から幾つか御意見がございました。

○の1つ目と2つ目が同様の御意見になっております。内容としましては、まず、小児科は、専門性・特殊性の高い医療を担っていて、安心して子育てができる環境の整備の観点からも、医師確保を政策的に推進すべきであるという御意見。また、冒頭で説明しましたように、シーリング対象外とされている医師は、専攻医の期間に医師少数区域または医師少数スポットで専門研修を行う予定の者とされていますが、御意見として、小児科医師の不足状況は「医師少数区域」よりも「都道府県小児科医師確保計画に基づく相対的医師少数区域」のほうが、よりその実態を正確に反映している考え方であり、小児科については相対的医師少数区域での研修もこの除外の要件に加えるなど、実情に即した運用を検討いただきたいという御意見。こちらが○の1つ目、2つ目の御意見です。

そして最後、○の3つ目ですけれども、小児科に限定した御意見ではないのですが、そのことと関連した内容となっております。地域への従事要件のある医師がシーリング対象外であることは、今後の地域医療の維持存続のため非常に重要であり、この運用を堅持していただきたいという御意見がございました。

続いて、20ページ以降を御覧ください。こちらでは、こうした御意見の背景にある小児科の現状について説明いたします。

まず、診療科別の専攻医採用数で見えますと、小児科の専攻医は、棒グラフの下から2番目、オレンジ色の部分になりますが、毎年550人前後で、現状、大きな減少傾向はありません。

続きまして、21ページ目です。背景としまして、小児科は政策医療の観点からも、医師偏在対策の必要性が高いとされておりまして、都道府県における医師確保計画の策定について、産科とともに個別の考え方が示されております。

具体的には、こちらの資料の黄緑色の部分に記載がありますように、小児科では都道府県において、小児医療圏ごとの小児科医師偏在指標が下位の一定割合に該当する医療圏を相対的医師少数区域と設定すること。その上で、そうした区域を小児医療提供体制の整備

について特に配慮が必要な医療圏と位置づけ、医師確保の取組を進めることとされております。

続きまして、22ページは参考になりますが、令和7年度に行われた調査で、地域における小児医療提供体制に医師の働き方改革が一定影響しているといったことが示唆されております。

23ページ目は、小児科におけるこうした背景を踏まえまして、事務局から論点を提示したいと思います。

点線の枠囲みが論点です。冒頭で説明しましたように、令和9年度のシーリングでは、最新の必要医師数などのデータを適用したことに伴い、一部の県で小児科が新たにシーリング対象となりました。一方で小児科は、医師確保計画の策定について個別の考え方が示されており、各都道府県の小児科医師確保計画との整合を図る観点で、シーリングの設定について一定の配慮を行うことが必要と考えております。そこで、都道府県の御意見も踏まえまして、令和9年度のシーリングについて、方針の一部を修正してはどうかと考えております。

具体的には、こちらの下の方枠の部分で示しておりますように、シーリング対象外とする医師の要件に、小児科については相対的医師少数区域も含めてはどうかということ。以上が事務局の提示する修正の方向性です。

この点については、日本専門医機構からも後ほど御説明いただければと思っております。

続きまして、24ページ目以降で、ここまでの御意見を踏まえて、令和9年度シーリング（案）に対する大臣意見の方向性を提示いたします。

25ページ目です。大きく4つの項目に分けて、それぞれの概要を説明いたします。

1つ目は、全般的な事項について、令和8年度、9年度のシーリングでは様々な制度の見直しを行っておりまして、その見直しの効果や地域医療への影響を継続的に検証するとともに、専門研修の質の向上や医療提供体制の確保、また、専攻医や関係者などの制度運用上の負担の観点などから課題を整理していただき、令和10年度以降のシーリングの在り方の検討に生かしていただきたいということが1つ目になります。

2つ目は、連携プログラム等についての意見で、こちらは2点ございます。まず1点目、令和9年度のシーリングに向けては特別地域連携プログラムの円滑な実施に向けた協力体制などを整備いただきました。この点について、今後、関係者の御意見を踏まえながら継続的な改善を図って、制度のさらなる活用・推進につなげていただきたいということが1点目です。

それから、2点目、連携プログラム・特別地域連携プログラムについては、専攻医が地域医療を経験する機会を得られるだけではなく、医師の地域偏在是正にも資する制度であるということが望ましいと考えております。そのため、今後も、連携先の要件ですとか連携期間の妥当性等といったことも含めて、この制度運用の在り方を検証して、必要な対応を検討いただきたいということを2点目に入れております。

続きまして、26ページ目です。3つ目は、指導医の派遣実績についての意見で、こちらでも2点ございます。1点目、より医師が不足する地域への派遣を適切に評価する仕組みの導入や、都道府県からの御意見にもありましたように、現状、過去の派遣実績に基づく評価となっているため、新規の派遣を適切に評価する仕組みを検討いただきたいということ。併せて、派遣体制の状況ですとか地域医療への効果を把握するために、収集した派遣実績の分析や検証を行っていただきたいということが1点目です。

それから、2点目、今後の派遣実績の収集に当たっては、学会などの負担に配慮しつつ、派遣の実態や地域医療への効果を適切に把握・評価できる運用とし、また、効果検証や制度運用の改善に資する情報の把握に向けて、収集項目の在り方などについても検討いただきたいということが2点目でございます。

4つ目は、その他の意見として2点ございます。1点目は、都道府県から専攻医募集に向けたスケジュールの早期化を求める御意見がございました。その点について、専門研修の円滑な実施ですとか、関係者の負担軽減などの観点からも、学会などと連携していただきながら、その調整方法や手続の見直しを行うなど、スケジュールの早期化に向けた検討を進めていただきたいということが1点目になります。

それから、2点目、先ほど説明しましたシーリング対象外となる医師の要件について、小児科医師確保計画で定める相対的医師少数区域において専門研修を行う地域枠などの医師を含めていただきたいということ。

以上が、令和9年度シーリング（案）に対する大臣意見の方向性です。

こちらで資料1－1の説明は以上になります。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、続きまして、ただいま事務局からの説明の中でも触れておられましたけれども、資料1－2につきまして、日本専門医機構より御説明をお願いしたいと思います。それでは、今野参考人、どうぞよろしくお願いいたします。

○今野参考人 日本専門医機構の理事長を拝命しております今野でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

ただいま御説明ございましたけれども、機構としての御説明を追加させていただきます。令和7年度第4回医道審議会医師分科会専門研修部会にて資料1－1として提示した内容を踏まえまして、令和9年度専攻医シーリング（案）に関する都道府県協議をさらに踏まえ、一部、内容を修正いたしました。

6ページを御覧ください。令和9年度シーリング方針において新しくシーリング対象となった都道府県から、医師少数区域が存在しないという御意見がございました。

「留意事項」の部分でありますけれども、都道府県と卒業後一定期間、当該都道府県内で医師として就業する契約を締結した方、自治医科大学を卒業した医師、のうち、専攻医期間に医師少数区域または医師少数スポットで専門研修を行う予定の方をシーリングに含まず採用することができるとしております。都道府県内に医師少数区域または医師少数ス

ポットが存在しない場合、いずれの方もシーリング対象外として採用することができないということになります。このことから、小児科については、相対的医師少数区域で専門研修を行う医師についてもシーリング対象外とさせていただきます。

相対的医師少数区域等は、ただいま御説明ございましたけれども、小児科の医師偏在指標を基に各都道府県が設定するものとなっております、シーリングでは2026年度まで特別地域連携プログラムの小児科の派遣先の要件となっております。科の特性を考慮することとして、小児科については相対的医師少数区域で専門研修を行う医師についてもシーリング対象外とすることについて御承認いただければと存じます。

私からの説明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。

それでは、ただいま御説明の資料、2つ御説明いただきましたけれども、この議題1について、御意見、御質問等あればいただきたいと思います。

会場参加の委員から、では、山口委員、どうぞ。

○山口委員 山口でございます。御説明、どうもありがとうございました。

まず、今、専門医機構からも御説明ございました小児科について、相対的医師少数区域を含むということについては賛成でございます。

それを踏まえまして、今回の大臣意見案のところですけども、26ページのマル3のところで、1つ目のポツの3行目で「指導医派遣実績について、詳細な分析を行うこと」と書いてございます。これは今までの、12ページのところでこの部会で出てきた意見としても少し触れられていますけれども、私たち医師専門研修部会の委員は思っていた以上に指導医の派遣数が多いことにびっくりしたという経緯がありまして、多いだけではなくて、実際にどれぐらいの派遣実績があるのかをきちんと調査して報告していただきたいという意見がこれまで出てきていると思います。このことについて実態を見たいと思っているのですが、今回もまだ出てきていないので、大体いつ頃にそういった報告をしていただけるのかということを専門医機構にお尋ねしたいと思います。

それから、その下のその他のところで、スケジュールの早期化ということについては、私もいろいろ都道府県の方からお話を聞きますけれども、やはりできるだけ早くにいろいろと決めていただきたい。そうしないと、きちんとした専攻医の選定はできないということをお聞きしておりますので、ぜひとも、このスケジュールの早期化については明確に早くしていただきたいと思います。

もう一つ、専門医機構がお出しになった資料の7ページのところに2027年度のシーリング対象都道府県診療科の一覧等がございます。これは今までとシーリング対象になっている都道府県が変更になっている部分があると思うのです。その対象の都道府県が変更になった理由であるとか、そういったことをやはり都道府県に説明責任があるのではないかと思いますので、どうしてそこがシーリング対象でなくなって今回入ったのかということも含めて、この部会でもそうですけれども、御説明いただきたいということをお願い

したいと思います。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、これは今野参考人へのお尋ねということでよろしゅうございますか。

○山口委員 はい。

○遠藤部会長 では、可能な限りで結構でございますので、御意見があればお伝えください。

○今野参考人 いずれも大変重要な御質問だと思います。

指導医の実績に関しましては、これは厚労省と共にデータを集積しておりますので、かなり詳細にデータを集めているがゆえに、派遣先や派遣期間、週当たりの勤務日数等をデータとして厚労省と共有しています。その具体的な実績は、今、私どものほうでは把握していないのですけれども、どうですか。

○遠藤部会長 これは事務局、何かあればコメントをお願いいたします。

○山本課長補佐 事務局です。指導医の派遣実績は専門医機構から収集していただきまして、データ自体は専門医機構がお持ちと認識しております。

○今野参考人 今の御質問に答えられるような詳細なデータは、今、具体的にありますか。

○山口委員 今でなくても。

○今野参考人 そこまで詳細なデータはまだお示しすることはできません。

○遠藤部会長 山口委員、どうぞ。

○山口委員 今、出してくださいと申し上げたわけではなくて、やはりまとめて資料にしないといけないと思いますので、大体いつ頃になりますかという質問です。

○今野参考人 1つだけお願いしてもいいですか。

実は、機構の業務は非常に膨大になっておりまして、いろいろな御要望は確かにごもつともで、ぜひお応えしたいのですが、正直言って、今、事務局も疲弊している状況です。なるべく重要な案件から、今厚労省と相談しながらお示しでき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。

山口委員、どうぞ。

○山口委員 重大なところからおっしゃったのですけれども、資料1の26ページのところに大臣意見案として、ここに「シーリング数の算出に当たり収集した指導医派遣実績について、詳細な分析を行うこと」と書いてあるということは結構重大なことではないかと思しますので、できるだけ早くにお願いしたいと思います。

○今野参考人 重要であることはもちろんです。

それから、スケジュールの御質問がございました。これは学会との調整ももちろんですが、委員御存じのように、この部会の承認が必要ということもあります。種々のステップを踏まないとスケジュールとしてなかなか早めることはできないという実際の問題がございます。それでも少しずつ現在早めようという努力しており、例えば最初の段階で2週間

早めるとか、できるところを少しずつでも詰めるようにしております。ぜひ、御理解いただきたいと思います。

○遠藤部会長　ありがとうございます。

会場で何かございますか。

今村委員、どうぞ。

○今村委員　質問というより、今、お二人のいろいろなお話をお聞きしていて、少しお願いということにもなろうかと思えます。私自身、この会の委員と実は専門医機構のほうの仕事にも携わっております。その中で1つ分かってきているのが、先ほど今野参考人も申しましたけれども、今、専門医機構の仕事が通常業務だけでもこれは本当にこなせるのかなというぐらい多くなっています。今の専門医機構の事務局能力からすると、ここ出てくる課題を専門医機構で果たしてできるのか非常に疑問に思えます。

一方で、山口委員がおっしゃったように、これは大臣からのというような非常に大事な項目だということで、恐らく生データは専門医機構のほうでしっかりあるのだけれども、例えばそういった統計的な部分については、厚労省と専門医機構で第三者にお願いするのか、厚労省側で行うのか。いずれにしても、その仕組み自体も御検討いただきたい。単に専門医機構に依頼するだけでは答えが出ないと思います。大変差し出がましいですけれども、今、両方に携わっている者として、ここはぜひお願いしておきたいというところではあります。

よろしくお願いします。

○遠藤部会長　ありがとうございます。非常に現実的な御提案だったと思いますので、事務局としても何らかの御対応を検討いただければと思いますので、よろしくお願いいたします。

○吉川医師養成等企画調整室長　承知いたしました。

○遠藤部会長　今野参考人、どうぞ。

○今野参考人　すみません。御発言の機会をいただきありがとうございます。

実今村委員から御指摘があり、山口委員からも御要望があった課題を含め、厚労省と検討を重ねていく予定です。機構と厚労省の話し合いの場を定例会のように毎月やろうではないかということで、つい先日も実施したばかりです。何をデータとしてお示しするのが国民にとって重要でかつ分かりやすいのか。そういう観点から、我々の取り組むべき課題の順位づけといいますか、重要度を明らかにして、我々ができることを、厚労省の協力を得ながら、データとしてお示したい。

今、山口委員が言われたことも重要なことでありますけれども、前段のお話になりますが、実は指導医派遣は我々が想像した以上に行われているわけです。15%というパーセンテージをはるかにクリアするぐらい行われておりまして、シーリング対象となっている都道府県、つまり、医師が多い都道府県からの派遣というものは我々の想像以上に実際に行われています。これは極めて歓迎すべきことでありまして、学会の努力が反映されている。

このことをデータとして明らかにしていくという御質問だと思います。厚労大臣の御意見案としてもありますので、厚労省と一緒に検討させていただきたいと思います。

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。

それでは、お待たせしました。オンラインで御参加の委員の方々の御発言をいただきたいと思いますが、いかがでございましょうか。

野木委員、お手を挙げておられます。野木委員、よろしくお願いいたします。

○野木委員 聞こえているでしょうか。大丈夫でしょうか。

○遠藤部会長 聞こえています、ちょっと声が小さいですか。

○野木委員 そうですか。分かりました。

○遠藤部会長 大きくなりました。

○野木委員 ありがとうございます。

私の理解が足りないのかどうか、分かりませんが、教えてもらいたいのですけれども、今度、令和9年からいわゆる特別地域連携プログラムと連携プログラムが合体するといいますか、一緒になるという理解でここはよろしいでしょうか。

○遠藤部会長 これは事務局ですか。お答えはどちらでしょうか。

○野木委員 どちらでも結構です。

○遠藤部会長 これは私もどちらでもいいのですが、正確にお答えできれば。

○野木委員 それでは、事務局のほうでお願いできますか。

○遠藤部会長 では、事務局、どうぞ。

○山本課長補佐 事務局です。

見直して、先生の御認識のとおりかと思います。

○野木委員 その場合、今までは特別地域連携プログラムは研修期間を1年半以上としていましたし、連携プログラムは1年以上という形にしていたけれども、そこはどうされるのかというところは決めておかないと、どちらなのですかという、これは次の議論にもなってくるのですけれども、私、個人的には1年以上1年半以下というぐらいの感じにするほうがいいのではないかと考えていて、今までのように何年以上とだけ決めていて、以下は決めないというのは間違っているのではないかと考えていまして、ただ、ここは連携プログラムと一緒にするのであれば、期間はやはり決めるべきだと思っていますので、お願いしたいと思っています。

それから、2点目の、先ほど指導医が結構多いという話が出ていたのですけれども、今野参考人が今回初めて出られるということで、あまり酷なことも言いたくないですけれども、指導医がいるというのは個人的には当たり前のことであって、今まで指導医がいなくてそのまま研修させていたのかということのほうに驚きで、やはりしっかり指導医がいるということが研修の大前提になってくる形になるので、そこであえて加算としていくのは、本来、シーリングを設けている意味の中での加算という、シーリングで制限しているの

に加算をどんどん増やしていくというのは個人的には矛盾を感じるころがありました。

以上です。

○遠藤部会長 御意見として承りましたが、今野参考人、何かありますか。

○今野参考人 温かい御配慮ありがとうございます。

私の認識として、シーリング県からの派遣に関しましては、これは従前から行われていることだと思いますけれども、指導医としての派遣が増えることで研修できる施設が増えるため、指導医派遣を加算対象とするという流れだと思います。

指導医が全くいない中で専攻医が研修するという教育体制は基本的にあり得ません。派遣がなくてもその地域における立派な指導医はいっぱいいらっしゃいます。ただ、これはあくまでシーリングとの兼ね合いからの指導医の派遣にフォーカスを当てたということで、これは御認識が違うかなと思います。

あとは何でしたか。

○野木委員 連携プログラムのほうです。

○今野参考人 増やしていくということですね。

これは、15%からさらにどんどん増やしていきますと通常枠のところに影響が来ますので、連携枠・特別地域連携枠の人員が減る、枠が減ってくる痛しかゆしのところがあります。それで今は15%という数値になっていますけれども、実際にはもっと派遣しているわけで、その辺をどのように改善していくか。厚労省と協議しながら進めていきたいと思っています。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

事務局、よろしいですね。

○野木委員 すみません。あと、連携プログラムの期間はどうされるのですか。

○吉川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。

連携プログラムの期間については、後ほどまたディスカッションさせていただきますので、少々お待ちいただけますでしょうか。

○遠藤部会長 野木委員、よろしいでしょうか。後ほど、また議論が行われるということでもあります。

それでは、続きまして、お手を挙げておられます牧野委員、よろしくお願いします。

○牧野委員 牧野です。声は大丈夫でしょうか。

○遠藤部会長 よく聞こえています。

○牧野委員 私からは2点お話ししたいと思います。

まず一つが、今日、いろいろと説明ありました中で、小児科の件ですけれども、これには賛成いたします。

2点目です。こちらは若干、不規則発言にも聞こえるかもしれませんが、今回の部会は知事からの意見提出後にその意見を踏まえての議論と認識しておりますので、御容

赦ください。今回は医師数が少ない、すなわち、医師の偏在指標が全国平均以下の道県にシーリングがかかっているということの妥当性についてお聞きしたいのと、意見を述べたいと思います。

北海道のことを言いますと、資料１－２の７ページのところで、従来から麻酔科でかかっていたことに加えて、今回から脳神経外科でもシーリングがかかるということが起きて、北海道内では結構大きな問題になっています。現在のシーリングというものは都道府県の診療科単位での医師必要数を計算し、シーリング対象を選定していきまして、都道府県単位の医師が多い少ないということは考慮されていない、あくまでも診療科単位ということになります。したがって、いわゆる医師少数県にもその診療科の医師が必要数よりも多いと判断されればシーリングがかかるという理屈になります。

シーリング開始当初は、医師が多いとされている大都市圏、東京、大阪、福岡、愛知、神奈川が対象でしたけれども、愛知とか神奈川が必ずしも医師多数県ではないということなどもあって、対象とする県の見直しが行われて、現在の医師必要数を計算する方式に変わったと認識しています。実際のところ、シーリング対象となっている都道府県の多くが大都市圏や医師偏在指標が高い地域であって、医師偏在指標の平均指標が平均値以下の大都市圏以外の道県でシーリング対象となったのは北海道の麻酔科ぐらいなのです。

この部会での議論では、大部分が大都市圏を意識した連携プログラム・特別連携プログラムといった内容でして、医師が少ない地域にシーリングをかけたことで何が起きているのかということについては議論されていませんでした。私自身も、シーリングの評価自体が見えない中で個別の事案を取り上げることが適切でないと考えていましたので、今までこの点に関しては特に主張しませんでした。しかし、今、既にシーリングについては一定の評価が下されています。それは、東京の専攻医が増えるという偏在に歯止めがかかり、その周辺、埼玉、神奈川、千葉といったところの専攻医が増えましたけれども、東北などの医師少数地域の専攻医の増加には結びついていないというものです。

医師多数地域の医師数を抑え、医師少数地域の医師を増やすのが本来の目的だったはずですが、医師が全国平均よりも少ない地域、ちなみに、令和８年４月公表の医師偏在指標で、今回問題にします北海道は47都道府県中31位で、医師少数県との基準との差が0.4ポイントと、ほぼ医師少数区域になっています、北海道にシーリングがかかってきました。令和９年度もかかる予定です。

地域医療への影響を判断するに当たり、都道府県知事からの意見を聞くというプロセスが盛り込まれ、今回も北海道は意見・要望を出しています。ただ、今回の資料の中で個別には取り上げられていません。恐らく、各都道府県の意見が同列に扱われて、医師が少数であるにもかかわらずシーリングがかかったという特殊事情が考慮されなかったと推察しています。

今回、医師少数地域でシーリングがかかったのは北海道の麻酔科、脳神経外科と長野県の小児科です。この小児科については別の観点から今回取り上げられ、提案がなされてい

ます。ここでは北海道という医師が少ない地域にシーリングをかけることの問題を、北海道からの意見書の内容を基に、少しお話ししたいと思います。

今回、北海道では麻酔科と脳神経外科がシーリング対象です。まず、麻酔科ですが、2019年からシーリング対象となっています。北海道の麻酔科は他の地域とは異なり、周術期麻酔をかけることのみならず、救急医療を担ってきました。北海道では、シーリング対象外である救急医が少ないため、麻酔医が北海道内の多くの救命救急センターを支えてきました。麻酔医の減少は救急医療で働く麻酔医の減少につながり、救急医療にかなりの影響を与えてきました。麻酔医が対応していた部分をほかの診療科の医師がカバーする体制に変換して何とか維持していますが、どの診療科も医師は決して潤沢ではなく、大きな負担を強いられています。また、周術期麻酔に関しては、多くの麻酔医が札幌に在籍しており、地方の基幹病院へは大学病院から派遣していました。しかし、シーリングによって大学病院の麻酔医が減少し、地方の基幹病院に派遣していた麻酔医を引き上げる事態となり、地域医療に深刻な影響を与えています。また、麻酔科のシーリングのためだけではないと考えますが、北海道における医師偏在指標は徐々に低下して、シーリング開始当初の29位から31位に下がっています。

次に、令和9年度からは脳外科もシーリング対象になっています。北海道の脳神経外科には2つの特殊性があります。一つは、北海道は神経内科医が少なく、その業務を脳神経外科医が担ってきたことです。全国における脳神経外科医と神経内科医の数はほぼ同数ですが、北海道においては異なっています。北海道から厚労省に提出された資料を見ますと、脳卒中を取り扱う上位の医療機関において、脳神経外科の医師数が86%に対して神経内科医は13.7%と、圧倒的に脳神経外科が多く在籍していて、それが脳卒中診療を担っているわけです。もう一つが、北海道という広大な面積です。脳卒中、頭部外傷といった病態は、救急搬送時の所要時間が治療成績に大きく関わるため、手術や高度医療に対応可能な脳神経外科医をできる限り地域の中心的な病院に十分配置する必要があります。今まで脳神経外科医も一定数いたため、その配置も可能でした。しかし、高齢化による医師の第一線からの離脱が今後見込まれます。脳神経外科医の60歳以上の割合は、北海道では36.1%と、全国平均の31%に比べ高くなっています。このような状況の中で、若い脳神経外科の担い手が確保できないことは今後の脳神経外科領域の診療に影響が極めて大きいと言えます。

今、話した内容は北海道からの要望書と添付資料に記載されています。地域医療は1つの診療科のみで行うものではなく、複数の診療科が協力しながら行っています。医師数が少ない地域においては、その協力が極めて重要です。1つの診療科の医師数が多いことでシーリングをかけることは、その地域の医療全体に影響を与えていただきたいと思います。

医師少数区域に対するシーリングが妥当かどうかの判断というものは、地域の事情を十分に考慮した上で行うべきと考えます。今後、自治体の意見を聞いて議論するなど、新たな対応を望みたいと考えますが、いかがでしょうか。

以上です。

○遠藤部会長　ありがとうございます。

それでは、これは各自治体からの御意見をベースに事務局から提案なされた内容でありますので、まず、事務局から意見を聞きたいと思います。よろしくお願いします。

○吉川医師養成等企画調整室長　牧野委員、御意見ありがとうございます。

北海道の御意見が、ほかの地域も例えば若い方の流入が止まってしまうとみたいな都道府県があったものですから、まとめて記載させていただきました。北海道の特殊な事情が考慮されなかったという印象を与えてしまって申し訳ございません。

その上で、御指摘の北海道の脳神経外科の点であるとか、もともと医師少数のところシーリングがかかってしまったこと、北海道という広大な地理的要素であったり、そして、地域の実情、脳神経外科医や神経内科医の問題であったりとか、そういうことを考慮すべきという御意見は本当にそのとおりかなと思います。

都道府県御指摘流入や地理的要素を組み込んで、必要な医師数を算出することを考慮すべきと我々も考えております。技術的に可能かどうかも含めて、ぜひ検討させていただきたいと思っております。

また、本当に専門研修を超えた大きな枠組み、重要な点を御指摘いただいたと思っております。医師偏在・診療科偏在の問題だと思うのですが、この偏在解消におきまして、ここでは専門研修のお話をさせていただいております。ただ、偏在対象は専門医・専攻医の方だけでなく、あらゆる世代の医師の方への対策が必要と我々は認識しております。今、医政局医事課でそれに取り組んでいるところでございます。

国といたしまして、医師の養成課程における、例えば学生さんのところであったりとか、もちろん、専門研修のところであったりとか、あるいはもうちょっとシニア世代であったりとか、様々な段階での地域偏在であったりとか、診療科偏在の対策に取り組んでまいりたいと思っております。

引き続き、御指導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。

機構として、何かコメントはございますか。特段、よろしいですか。

○今野参考人　特にございません。

○遠藤部会長　分かりました。

牧野委員、事務局から今のようなお答えがありましたけれども、いかがでございましょうか。

○牧野委員　この次の議題のほうにも関係すると思うのですが、この部会とかの、シーリングの在り方の今後の検討というところでそういった医師少数区域でのシーリングということを取り上げていただければと考えております。

以上です。

○遠藤部会長　ありがとうございました。

それでは、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 ありがとうございます。茨城県知事が参加できず、申し訳ありません。保健医療部長の丸山と申します。

厚労省に確認させていただきたいのですけれども、資料１－１の26ページ、今回、シーリングの対象外として、小児科であれば相対的医師少数区域も含むという書き方をされていて、当県であれば、医師少数区域を定めるいわゆる二次医療圏と小児の医療圏が違うものですから「含む」にすると、かなり多くの市町村レベルで見ると候補地が増えてきてしまうのですけれども、これは事務局案としては対象となる地域を増やしたいという意図なのでしょうか。

○遠藤部会長 では、事務局、コメントをお願いいたします。

○吉川医師養成等企画調整室長 事務局からお答えいたします。丸山参考人、どうもありがとうございます。

今回、複数の都道府県から、この小児のシーリング対象外、地域枠の方々が実情に即していないという御意見をいただいたところでございます。実際、現行の小児科における医師確保計画とこの医師少数区域という言いぶりに齟齬があるということで、今回、整合性を取りたいということで、令和９年度のシーリング対象ということで、ある種、喫緊に見直しをしようとしたところでございます。

一方、丸山参考人の御指摘で、小児以外の医師少数区域、地域枠の方々が対象というのが前提ですけれども、これを除外するというので、そこで既に専門研修を行うことで令和９年度シーリング対象外となっている地域枠の医師に影響が出る可能性があるというのも我々は危機感を覚えております。

そういった観点で、今回、この令和９年度におきましては、医師少数区域と相対的医師少数区域、小児のほうを両方対象とするのですけれども、令和10年度以降の在り方については、この除外要件の対象になり得る医師の数、区域設定の実態等を確実に把握した上で整理させていただきたいと思っております。

○遠藤部会長 丸山参考人、いかがでしょうか。

○丸山参考人 すみません。ありがとうございます。

もともとが医師少数区域ではないところに相対的医師少数区域、小児科の医師少数区域があることに端を発しているように私は理解していたので、そうだとするなら「を含む」の３文字は要らないのではないか。要は、小児科は小児科の指標で判断すればいいのではないかと考えたのですが、そういうことではないということですね。

○吉川医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

必ずしも、御存じのとおり、小児科の医師、相対的医師少数区域と小児科以外のところの医師少数区域が一緒であったりとか違ったりとか、そういうことが実際に起こってきているところでございます。小児科以外のところの医師少数区域で既にシーリング対象外になっている方もいらっしゃるものですから、令和９年度は「含む」にさせていただいて、

令和10年度以降、その実態を踏まえて見直し、検証させていただきたいと思っております。
○丸山参考人 これは医師少数県側の一意見で、新潟県さんもいらっしゃるので、当方としては、実態に合わせるというのだったら、小児科は小児科の指標で判定していただいたほうがいいのかという気がしております。

あとは、年限の話は次の議題ということですので、そのときに述べさせていただければと思います。

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。

それでは、続きまして、片岡委員、よろしくお願いいたします。

○片岡委員 ありがとうございます。私のほうから1点、御検討いただきたいということで発言させていただきます。

シーリング対象県に関しては、様々な新しいデータも加えて、いろいろと検討されているところではあると思うのですが、シーリング対象の中でも、専攻医の採用から見ると、かなり専攻医採用数が減っているところも出てきていると思います。先ほど牧野委員からも御指摘がありましたように、医師全体の数も大事ですが、若手医師が減ってしまうと、今現在ということだけでなく、将来的な医療提供体制に影響が及んでくる可能性があると思いますので、その辺りは各都道府県、また、各診療科で詳細なデータの分析も、経時的にどのようなになっているのかということも見ていく必要があるのではないかと思いますので、意見として述べさせていただきました。

この部会で、令和6年度第2回の資料で診療科別の人口10万人当たりの専攻医採用数が、これは多分、3年間分ぐらいのデータをまとめて示してあったと思うのですが、そういう解析も引き続き行っていただきたいと考えました。

以上です。

○遠藤部会長 どうもありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。よろしゅうございますか。

大体、意見は出尽くしたかと思います。

それでは、事務局からの原案が出されたわけでありましたが、大臣意見の方向性という形ではありますが、これにつきまして、幾つか御意見は出されましたけれども、大きな反対はなかったとは思いますが、一部にいろいろな御意見もありましたので、これを反映させるかさせないかについては、実は11月から募集は開始ということでもございますので、もう一度、皆様方の御発言を聞いてみて、反映させる必要があるかないか、あるとすればどうする必要があるかを若干、部会長預かりということで対応させていただければと思いますけれども、それでよろしゅうございますか。

(首肯する委員あり)

○遠藤部会長 それでは、そのような形にさせていただきます。基本的には大きな反対はなかったと理解しております。そのようなことで対応させていただきます。ありがとうございます。

ざいました。

では、事務局、そのような形で対応をよろしくお願いいたします。

それでは、議題1は以上のとおりといたします。

では、議題2について、資料2の説明を事務局からお願いしたいと思います。

○山本課長補佐 事務局です。では、続きまして、資料2について御説明します。資料2「令和10（2028）年度以降のシーリングに向けた検討について」を御覧ください。

2ページ目から5ページ目までについては、今後に向けた検討の前提として、これまでに寄せられている御意見等をまとめたものになっております。先ほどの資料1と重複する内容がかなり多くなっておりますので、この後の議論に特に関連のあるものについて幾つかピックアップして御紹介いたします。

まず、3ページ目です。昨年度の本部会での御意見になります。

2番目の、令和8年度・9年度のシーリングにおける見直しについては、○の1つ目、連携プログラム等について、連携期間の上限設定の必要性、各プログラムにおける連携期間の妥当性などについて、データや専攻医への意見聴取などを踏まえた議論が必要ではないかという御意見。それから、○の5つ目、指導医派遣実績について、前年度からの派遣数の増加や新たな派遣を評価する仕組みについて、指導医派遣を促すためのさらなる検討が必要ではないかという御意見がございました。

続いて、4ページ目、5ページ目が、都道府県からの御意見です。

4ページ目の2番目の指導医派遣について、○の2つ目と3つ目ですけれども、指導医派遣の通常プログラムへの加算は「シーリング対象外の都道府県へ指導医を派遣すること」が条件とされているが、都道府県内の医師少数区域や離島などの二次医療圏へ派遣した場合も評価してもらいたいという御意見。○の4つ目、指導医派遣実績の加算数の上限を15%から50%に引き上げること。少なくとも、派遣実績がある場合は加算数1を保障することという御意見がございました。

5ページ目については、記載のとおりになっております。

以上が、この後の議論に特に関連のある御意見になります。

続きまして、6ページ目以降で、令和10年度以降のシーリングに向けた具体的な検討をお示ししております。

7ページ目です。先ほど御紹介したような、これまでに寄せられている御意見を踏まえまして、令和10年度以降のシーリングに向けては、こちらに提示したような検討を行ってはどうかと考えております。

具体的には、大きく分けて2つございまして、指導医派遣実績についてと連携プログラム等についてです。前者の1つ目ですけれども、前年度からの派遣数の増加や新たな派遣を評価する仕組みについてどう考えるかというところ。2つ目は、実績の収集頻度、収集する項目などについて今後の運用の在り方をどうすべきかという点。3つ目は、この派遣実績の加算自体の在り方について、以上を検討したいと考えております。

後者の連携プログラム等については、まず1つ目、各プログラムにおける連携期間の妥当性、それから、先ほど委員からも御指摘をいただいていた点かと思いますが、連携期間の上限設定。そして、2つ目が、特別地域連携プログラムの推進に向けた検討についてです。本日は、以上について具体的な検討を行えればと考えております。

8ページ目からが具体的な内容になっておりまして、まず、指導医派遣実績における、前年度からの派遣数の増加や新たな派遣を評価する仕組みと、実績の収集頻度・収集項目など今後の運用の在り方についてどうすべきか、という点でございます。

まず、青枠部分が現状になります。青枠の○の1つ目、資料1の冒頭でも説明させていただきましたが、現状、学会などの負担を考慮して、新たな実績は収集せずに、令和8年度の制度導入時に収集した、令和6年度などが主になりますが、そういった過去の実績を用いて加算を算定しておりますので、前年度から派遣数が増加していても、その増加分は加算に反映されていないという仕組みになっております。そして、○の2つ目、新たに加算対象となる都道府県診療科については、実績を収集しますが、公平性を担保するという事で、既存の加算対象と同様に、過去の実績を収集して加算を算定しておりまして、必ずしもこちらも直近における最新の実績が反映されていないという運用になっております。○の3つ目、派遣実績の収集に当たり、収集する項目の内容についても一部御意見をいただいております。こちらは読み上げなかったのですが、4ページ目のほうにそちらの意見を入れております。

こうした現状を踏まえての論点です。指導医の派遣は地域での専門研修の質の向上ですとか、医師の地域偏在の解消を図る上でも重要でありまして、今後の指導医の派遣を促すためにも、派遣の実態を適切に評価する仕組みが必要であって、そうした派遣実績の収集頻度ですとか収集する内容の項目といったものの運用の在り方については整理が必要と考えております。

その上で、今後の進め方（案）ということで、事務局の案を資料の下半分のほうに提示しております。まず、○の1つ目です。この派遣実績の今後の収集頻度について、こうやってはどうかという案になりますが、前年度と比較して派遣数が増加した場合、または新規に派遣を行った場合は、最新の実績について任意での提出として、その分については加算へ反映させるものとします。それ以外のケース、つまり、任意での提出がない場合には、派遣数の増加がないものとみなして、前年度の加算数をそのまま維持するという事を原則としますが、一定期間ごとに全体を見直す仕組みとはしたいと考えております。

具体的に申しますと（例）というところにありますように、例えば3年に1回は全ての派遣元施設に対して実績報告を求めて、派遣実績が減少している場合は加算を見直す、下方修正するという事を考えたいと思います。ただし、この見直しに当たっては、継続的な派遣体制の確保というものを評価する観点から、単年度のスポット的な実績ではなくて、直近3年間の平均実績を用いるといった運用ができればと考えております。

最後、○の2つ目です。収集する実績の項目や内容についても御意見をいただいております。

ましたが、この点については、この派遣実績の加算の仕組みが昨年度、令和8年度から導入されたということで、導入してまだ間もないということもありますので、まずは現行の収集項目に基づく実績の分析も踏まえて、今後検討してはどうかと考えております。

続きまして、9ページ目が、指導医派遣の加算の在り方についての内容でございます。

まず、上の青枠の部分が現状についてです。青枠の○の1つ目は、資料1でも説明しましたように、加算には「通常プログラム基本数の15%までの範囲」といった上限がございますが、この上限の設定を引き上げてほしいというような御意見があります。それから、○の2つ目、通常プログラム基本数、この15%がかかるところになりますけれども、これが小さい都道府県診療科では、現行の15%という上限を適用すると、加算上限が0となっていて、実際にどんなに派遣を行っていても、仕組みとして加算されないという可能性があります。○の4つ目で、この加算はシーリング対象の都道府県から他県へ指導医の派遣を行った場合に加算されるものになっておりますが、その都道府県内での医師少数区域への派遣ですとか、県内の離島など、二次医療圏への派遣も評価してもらいたいといった御意見がございます。

こうした現状を踏まえて、事務局から論点の提示です。この加算上限につきましては、以前の本部会で通常プログラム基本数の5～25%とした場合の各試算を示して、最終的に15%と設定しております。

その際の資料が次の10ページ目でございますので、一度、10ページ目を御覧いただければと思います。

先ほど専門医機構の今野理事長からもお話が少しございましたけれども、この派遣実績の加算は、この資料で言いますと、図の④に該当し、通常プログラムの一部に含まれるものになります。紫で示すトータルのシーリング数と、青で示す通常プログラム数の差分が、オレンジで示す連携プログラムと特別地域連携プログラムの数になります。そのため、加算上限が上がって、派遣実績による加算が増えるほど、青で示す通常プログラムの総数が増しますので、オレンジで示す差分の連携プログラムと特別地域連携プログラムの数が減るということになります。そうすると、連携プログラム等を活用してシーリング対象外の都道府県で研修を行う専攻医の数が少なくなります。加算上限の15%は、こうした点のバランスですとか、こういったことを考慮して、試算の結果も踏まえて過去に決めたものになっております。

では、また少し9ページに戻っていただきまして、9ページ目の論点の○の2つ目になります。指導医の派遣は地域での専門研修の質の向上に資すると考えられる一方で、制度の運用開始から、令和8年度からですので、十分な期間が経過していないということに加えまして、この加算上限の引上げは、先ほど申しましたように、将来的な連携プログラム等の採用枠の減少につながり、医師の地域偏在を助長するといった懸念も一定あることから、慎重に検討を行う必要があると考えております。一方で、○の3つ目、派遣の実績がある場合は、加算上限にかかわらず適切に評価される仕組みが妥当ではないか。そして、

○の4つ目、都道府県内での派遣も評価対象とすることについて、どのように考えるかということ。以上が論点でございます。

その上で、今後の進め方（案）ということで、事務局の案を提示したいと思います。今後の進め方（案）という枠の部分の○の1つ目、加算上限15%の話については、先ほど申しましたような経緯ですとか趣旨がございますので、当面は現行の「通常プログラム基本数の15%までの範囲」で維持しつつ、今後の実績の蓄積などを踏まえながら、上げる又は下げるといった話をどうするか検討してはどうかと考えております。それから、○の2つ目、その上で、今後の指導医の派遣を促すためにも、加算上限は0であるものの派遣の実績が少なからずあるという場合の取扱いについて、整理してはどうかと考えております。そして、○の3つ目、医師少数区域などへの指導医派遣が地域医療の確保に果たす役割というものは重要であると思っておりますけれども、その派遣実態などが必ずしも明らかでないということですか、また、このシーリングはそもそも、都道府県間の偏在是正を目的としたものでありまして、今回、こちらの御意見を受けて、この評価対象の見直しをするかどうかというのは、今後、様々な実態を踏まえて慎重に検討してはどうかと考えております。

以上が、指導医派遣の加算の在り方についての検討事項になります。

続きまして、11ページ目以降は、連携プログラム等についてです。

まず、青枠部分が現状の内容です。大きく分けて2つになりますが、一つが連携期間に関するもので、○の1つ目と2つ目。それから、もう一つが特別地域連携プログラムに関するもので、○の3つ目になります。

○の1つ目、連携期間の妥当性についてです。令和9年度シーリングでは、先ほど御指摘があってお話になりましたけれども、特別地域連携プログラムの連携先の要件の変更に伴い、連携プログラムのうち特に都道府県限定分と特別地域連携プログラムが統合されております。それに伴って、連携期間が「1年半以上」とされていた連携プログラム（都道府県限定分）の期間が、特別地域連携プログラムの「1年以上」に合わせる形で短縮されることになっており、シーリング対象外の都道府県で研修する専攻医の数が減少するのではないかとといった御意見がございます。

そして、○の2つ目、連携期間の上限設定についてです。連携プログラム等の連携期間については、先ほどもお話がありましたように、上限が設定されておらず、シーリング対象外の基幹施設のプログラムにおいて、研修期間の大部分をシーリング対象地域の連携先で研修を行うようなケースがあるのではないかとといった御意見があります。

○の3つ目は、特別地域連携プログラムの推進に向けた検討についての内容です。令和9年度のシーリングに向けて、特別地域連携プログラムの連携先候補の一覧を作成するなど、取組を進めていただいておりますが、今後の一覧の更新時期などについて、現時点で定まっていないという状況です。

こうした現状を踏まえて、事務局から2点提示したいと思います。下の点線の四角になりますけれども、まず1点目、この連携期間の在り方等については、これまでの本部会に

において、令和8年度以降の連携実績の収集ですとか専攻医に対する意見の聴取などを行った上で検討することとされておりました。今回、専攻医を対象とした日本専門医機構のアンケート調査で一定のデータが得られましたので、13ページ目以降でアンケート結果を御紹介しながら具体的な検討を行いたいと思います。

そして、2点目、特別地域連携プログラムにおける連携先候補施設の一覧については、今後の更新頻度など運用の在り方を整理してはどうかと考えております。

では、続きまして、12ページ目です。次ページからアンケートの結果をお示ししますが、その前に幾つか留意事項がございます。

まず1点目、この連携期間の在り方を検討するに当たりまして、診療科によって専門研修期間が異なるという点に留意が必要と考えております。例えば、専門研修期間が3年の内科での1年半と、専門研修期間が5年の皮膚科での1年半とでは、同じ1年半でもいろいろと意味が異なってくるのではないかと考えております。それから、2点目、13ページ目以降でお示しするこの結果は、あくまで専攻医へのアンケート調査に基づくものでありまして、連携プログラム等を対象とした実態調査ではない点に留意が必要となっております。それから、3点目、このアンケートは、連携プログラム・特別地域連携プログラム以外の専門研修プログラムで採用された専攻医の方なども対象に含まれておりますので、連携プログラム・特別地域連携プログラムにおける連携期間の状況だけに限定して把握したものではないという点に留意が必要となっております。

ですので、まとめますと、アンケートの解釈の仕方に一定留意が必要ということでございます。

それでは、続きまして、13ページ目以降でアンケートの結果を御紹介いたします。

まず、13ページ目です。こちらのアンケートにおいて、シーリング対象の都道府県で採用された専攻医の割合は、ピンクの四角で示していますように、約3割となっております。連携プログラムと特別地域連携プログラムで採用された専攻医の割合は、赤枠で囲っております、全体の4%ということになっております。

続いて、14ページ目です。専門研修における連携施設での研修期間について尋ねたところ、連携施設での研修期間として1年以上1年半未満と回答した医師の割合が最も多いという結果でした。

続きまして、15ページ目です。医師が不足する地域での研修期間に関する認識を尋ねたところ、そうした地域で専門研修を行う場合、適当だと専攻医が考える期間については、1年半以上と回答した専攻医は1割に満たないという結果でした。

続いて、16ページ目です。医師が不足する地域で一定期間勤務することについての認識を尋ねたところ、そうした地域での研修について、約45%の医師が必要を感じている一方で、約3割の医師は、一定の条件がそろっていることを前提と考えているという結果でございました。

続きまして、17ページ目です。医師が不足する地域における研修プログラムへの参加の

意向を尋ねたところ、そうした地域での研修プログラムへ参加することについては、研修期間が1年間以内あるいは半年間以内など限定されていることですか、生活環境や研修環境などの整備に対する支援などがあるということが参加の前提条件として挙げられたというものでございました。

では、18ページ目です。専攻医などを対象にしたアンケート調査の結果は青枠にあるとおりで、今、御紹介したとおりです。

その上で論点を提示いたします。まず、○の1つ目で、このアンケート調査からは、専攻医の多くが1年以上1年半未満の期間で連携施設で研修を行っていて、1年半以上の連携期間を望む専攻医の割合は限定的であったこと。それから、医師が不足する地域での研修について否定的な意見は少ないものの、そうした地域での研修の前提条件として、研修環境の整備ですとか1年以内などという短期間であることといった御意見が見られました。○の2つ目、3つ目ですけれども、一方で、連携期間の長い短いといったことが専攻医の確保などにどのような影響を与えるかといったことについては、このアンケートからは必ずしも全てが明らかでなく、また、特別地域連携プログラムは効果検証を行うための実績データの蓄積などもまだまだ不十分だと思いますので、今後さらなる分析が必要であると考えております。

その上で、今後の進め方（案）について、事務局の案を提示いたします。連携プログラム等の在り方については、連携期間の妥当性も含めて、例えば連携状況や診療科の傾向などに関する連携期間別の実績ですとか、研修終了後の専攻医の動向なども可能な範囲で把握・分析して、診療科ごとの特性や実態を踏まえてさらなる検証を行った上で検討してはどうかと考えております。

以上が、連携期間に関する検討事項になります。

続きまして、次で最後になりますけれども、19ページ目になります。こちらは特別地域連携プログラムの推進に向けた検討ということで、具体的には青枠にあります特別地域連携プログラムの連携先候補の一覧について、今後の更新頻度をどうすべきかという点についてです。

この点につきましては、今後の進め方（案）として、まず、事務局の案を提示したいと思います。今後の活用を図るべく、適宜、このリストの更新は必要と考えておりますが、収集だったりとか、実際の更新だったり、作業に当たる都道府県の事務的な負担も踏まえまして、全体的な更新は数年おきに実施することを基本として、掲載情報の追加ですとか既存情報の修正が生じた場合は、必要に応じて随時対応することとしてはどうかと考えております。具体的には、あくまでこれは事務局の案ですけれども、（例）というところにありますように、全体的な更新の頻度を、都道府県が医師確保計画の策定を行う3年ごとのタイミングに合わせてはどうかと考えております。

以上が、特別地域連携プログラムの推進に向けた検討事項です。

そして、これで資料2の説明が以上となります。

○遠藤部会長　ありがとうございました。

それでは、ただいま御説明のあった内容につきまして、御意見、御質問等をいただければと思います。

会場参加の委員から何かあればお願いいたします。

○山口委員　野木委員が早く出られる、17時30分ぐらいに退室されるとおっしゃっていました。

○遠藤部会長　失礼しました。それでは、野木委員、御退室の御予定ということでありますので。

○野木委員　いえ、次の会議を30分ずらしてもらったので、18時までいられるので、大丈夫です。ありがとうございます。

○遠藤部会長　御配慮ありがとうございました。

それでは、山口委員、どうぞ。

○山口委員　では、先に、山口でございます。

まず、指導医派遣のところですが、8ページで【今後の進め方（案）】として「前年度と比較して派遣数が増加した場合」とあるのですが、最初にとっても頑張ってお出したところとスタートラインが違ってくると思うのです。精いっぱい指導医も派遣したところでは、これ以上増やそうと思っても増やせないというところもあるのではないかと思いますので、そうすると、最初は少しだけしか指導医を派遣していなくて、その後、徐々に増やしたところが得になってしまうと、これは公平ではないのではないかなという感じがして、その辺の問題がないのかということが一つ疑問に思いましたので、もし解釈が間違っていたら御指摘いただければと思います。

それから、指導医派遣実績の次の9ページのところですが、これは15%からさらに増やしてということの試算をその次の10ページでしてくださっていますけれども、割合を増やすと実際に専攻医自体を医師少数地域に派遣数が減ってしまうということだと、確かにこれは矛盾を感じますので、指導医がたくさん行ったら専攻医は少なくてもいいのかなというようなことになってくると思うので、この辺は悩ましいなと思いつつ、先ほど牧野委員、それから、片岡委員もおっしゃっていましたが、やはり地域の実態に合ったシーリングになっていないということと、以前から私は申し上げていますが、医師多数県は絞ることができているけれども、あふれた人が医師少数県に行っているかということ、そうならない実績もあるわけですので、偏在対策ということで、このシーリングについてもいろいろな対策を取ってきた結果、ここまで複雑になってしまった。実際に、本当にこのシーリングということについて、もう少しで10年を迎えるわけですので、私はいま一度、抜本的な見直しといいますか、検討をする必要があるのではないかと考えています。

シーリングと割り振りにしても、先ほどから出てきているように、いろいろな問題がどんな地域でも医師多数県でも感じていらっしゃる場所もあると思いますので、できれば10年目ぐらいに向けて精緻な検証をしていただきたいと思います。

それから、連携プログラムについてということで、11ページのところで、研修期間の大部分をシーリング対象地域にという、実際にそういう専攻医の方がいらっしゃるのか。ここに書いてあるということはいらっしゃることなのかなと思ったのですが、それはどういう理由で、例えば先ほどの眼科の5年というようなことがあるので、1年半や2年でも問題ないということで長期になっているのかというようなことをお尋ねしたい。

あと、私は本来、専攻医の期間に十分な専門研修を受けられる環境を提供することを一番に考えないといけないことだと思っています。これも今までずっと申し上げてきたのですが、先ほどの専攻医のアンケート調査を見ましても、やはり1年半までということが妥当なのかなという気がしますので、1年から1年半の間とかにして、もし本人の本意ではなく長くなるということがないようにする必要があるのではないかと思います。

以上です。

○遠藤部会長　ありがとうございます。

それでは、事務局へのお尋ねもありましたので、コメントをお願いしたいと思います。

○吉川医師養成等企画調整室長　まず、抜本的な見直しということで、今村委員からの御指摘もあったと思うのですが、本当に我々も効果検証が必要だというのは同じ意見でございます。地域偏在にどれだけ資するものなのかとか、あるいは専門研修の後、どうなっておられるのかとか、そういうことも踏まえつつ、10年たちまして、コロナの期間はあまり動いていなかったということもあって実質のところはもう少し短いのですが、そろそろ検証すべき時期に来ているとは承知しているところでございます。

その上で、どういう体制で、どんなふうに検証するかということも含めて、検討しないといけないと思っております。その辺も専門医機構さんと連携しながら考えていきたいと思っております。そもそも、やはり専門医の研修の質の担保というものが最も大事なことから思っております。この大前提がある中で、連携期間もそうですし、それだけでなく、今後の専門研修の在り方を踏まえ、しっかり検討していきたいと思っております。

あと、お尋ねはありましたか。期間ですか。

○山口委員　期間が長くなっている方が、どういう理由でそうなのかな。

○吉川医師養成等企画調整室長　そこも、今、詳細なデータというものが持っておりませんので、こちらの資料に書かせていただきましたけれども、専門医機構さんとデータのやり取りをしながら、どういう方が長く行っているのかとか、それによってどうなっているのかということは検討させていただきたいと思っております。

○遠藤部会長　山口委員、どうぞ。

○山口委員　それと、最初にお尋ねしたかったのが、前年度ということで見直すと不公平になるのではないかとことです。

○吉川医師養成等企画調整室長　すみません。御指摘の点もそのとおりかと思います。そういう点も踏まえまして、この在り方について考えていきたいと思っております。

○遠藤部会長　よろしいですか。

○山口委員 はい。

○遠藤部会長 それでは、関連で、今野参考人、よろしくお願いいたします。

○今野参考人 ありがとうございます。

1点だけ申し上げたいのは、我々のところで個々人の研修の過程を把握できるのは専門医取得の段階です。それまでは把握できません。振り返ってみるというのが毎年できるわけではない。そこをぜひ御理解いただきたい。

それから、個人情報がありますので、非常にその扱いは難しいですので、全部、データを把握しているからすぐに出るのではないかな。そうお思いの方もいらっしゃるかもしれませんが、かなり難しい状況にあるということはぜひ御理解いただきたいと思います。

課題にお答えしたいという思いは、厚労省も我々も共通していますので、先ほど来、申し上げているように、優先順位をつけて、できるところから出していききたいと思います。

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。

ほかにいかがでございましょう。

それでは、関連で、松本企画官、お願いいたします。

○松本文部科学省高等教育局医学教育課企画官 文部科学省の松本でございますけれども、オブザーバーとして参加させていただきありがとうございます。文科省というよりは、技官ですので、技術的なことでコメントできるかなと思ったので、2点ほどさせていただきたいのです。

先ほど山口委員がおっしゃった不公平なところですが、評価の手法は世界的にもこれだというものがなくて、技術論としては色々あると思うのですけれども、「それまであるもの」と「増分」というものの両方を合わせて評価していくということがセオリーかなと思いますので、一方だけがやると公平・不公平ということではなくて、混ぜていくというのが一般論としてはセオリーなのかなというのが一点。

たまたま、私はシーリングをつくるときに医政局にいたのですけれども、「抜本的な」ということをおっしゃっていて、お忘れかもしれませんがということで、念のためなのですけれども、恐らく、今、シーリングがかかっている量的なものは本来、計算上必要とされるものの2割にすぎないというのが技術的には最も抜本との関係では重要な指標になるかと思うので、そういうことも含めておっしゃっているのだと思いますけれども、改めてのところでということで申し上げさせていただきました。

我々文科省のほうは卒前と大学病院の担当所管ということで、質もそうですし、特定機能病院の医政局さんのほうの制度の中で、医師派遣機能といいますか、地域医療への貢献であるとかということが評価されている。文科省のほうでも地域医療への貢献というのが令和7年補正予算の大学病院への支援などでも重要なファクターになっておりますので、決して文科省も卒前だけではなくて卒後も含めて、大学病院と地域医療ということで、積極的に偏在対策のほうを一緒に解決していきたい思いがあるということも述べさせていた

だければと思います。

以上でございます。

○遠藤部会長　ありがとうございました。

では、会場参加の委員、よろしゅうございますか。

それでは、お待たせしました。オンラインで御参加の委員の方で、野木委員、よろしくお願いします。

○野木委員　ありがとうございます。

山口委員がおっしゃったことと非常に似ているのですけれども、まず大前提として、専門医の育成という意味合いで、この3年間は若い医師が力を伸ばしていくようにしないといけないわけであって、成長を妨げるようなことは絶対してはいけないと思っているのです。その中で、やはり公平性とか、いわゆる妥当性とか透明性を確保しながら、この制度をつくっていくというのが必要なことだという形で思っています。

元はといえば加算の話は、地域の連携施設に行ったときに、指導医がいないと困るのではないか。要するにちゃんとした研修を受けたいというのが若い先生方の大きな意見だったので、やはり指導医をしっかりしようということで始まって、では、それに前理事長が加算をつけてくれと言われて加算がついたわけですが、もともと本来、地方に行っても、連携施設にしっかりした指導医がいるならば加算をつける必要は全くなかったのですよ。それなのにたまたま、しっかりとした指導医がいなくてもいいから、別のしっかりとした指導医を送らなければならないということで、その代わり、加算をつけてくださいというような話が出て、この加算の問題が出てきたわけですが、これはより複雑化してきて、訳が分からなくなっている現状があるということで、山口委員がおっしゃったとおり、初心に返って、どういうことをすべきかをもうちょっと考えるべきではないかと思っています。

私見ですが、以前からシーリングなどやめたらどうですかと言っているのですけれども、このシーリング制度を残しながら、地方にもちゃんとドクターをやっていくという考え方をすれば、いわゆるシーリングをもっと厳しくして、逆にこの連携プログラムの方を増やす。シーリングの部分をすごく厳しく、その代わり、連携プログラムの人を増やして、やはり研修医の先生方ができればみんな地域を支えていくこともしてくださいという方向に変えるほうがいいのではないかと思います。それは先ほど出たアンケートの結果でも、一定の期間だったら地域に行ってもいい先生が多いので、そういう方向性に変えていくやり方を考えるほうがやりやすいのではないかなとは思っています。

それと、資料の14ページでびっくりしたのですけれども、1年半が31.3%。これは、特別地域連携枠というものはこれでいいのかもしれませんが、その右側ですよ。1年半以上が40%もおられるのですよ。本当にこれでちゃんと研修できたのか。研修できていればいいです。できていなかったら非常に、そこに行った若い先生は不幸な状態に陥っているのではないかと感じているので、やはり上限を取りあえずは設けないといけないとい

う、何でこんなに2年も3年も行くようなことになってしまったのか。ここはおかしいのではないかと考えていて、ここは見直さないと本当に変なことになってきてしまっているのではないかという気はいたしました。

だから逆に、1年半未満ではなしに、1年半以上の方がこうなっている。前から言っていますけれども、1年半以上、もっと言えば、2年半ぐらい行っている人がいるのではないですかという、いや、そんな人はほとんどいないと前の理事長はおっしゃいましたけれども、このデータを見ると40%もいるではないですか。そういう回答になるのではないかと思います。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。御意見として承りました。

丸山参考人、よろしくお願いします。

○丸山参考人 いろいろ御検討いただいてありがとうございます。当方から2～3点御指摘を申し上げたいと思っています。

まず、山口委員、野木委員から御指摘があったように、やはりちゃんとした研修の質を担保しなければ駄目ですねというのは大いに賛成です。まさに専攻医はそうあるべきだと思っています。その中で、野木先生が御紹介いただいたように、指導医を派遣しよう、加算を評価しようということで、シーリング対象県のシーリング率を緩和するような施策を取ってきたわけですので、少数県の立場からすると、もっと派遣してほしいのに、そこは都内なりに残っていいですというものを許容してきたわけでございます。

その中で、8ページ目に書いていただいている言葉についてですけれども、やはり山口委員も御指摘でしたけれども、派遣数の増加と新規派遣が何を意味しているのか。言い方を変えれば、ここに行っていたAさんが交代してBさんが来ましたというのが新規派遣なのか何なのかというものはちゃんとクリアにしなければいけないと思っています。ただ、継続して常勤医が1人行っているということであれば、それはちゃんと評価してあげるべきだ。我々としても、そこにちゃんとした指導医が行ってくださるということは非常に重要なことですので、そういうことをコアに研修体制が確立していることを評価していただきたいと思っています。

これは若干、脇道にそれますが、3月のこの専門研修部会で指導医の派遣評価のデータを出していただいているのですけれども、人・年で評価したときと常勤で評価したときにかなり乖離のある都道府県診療科というものは一部見られました。だから、それはバイトで行っている人と本当に常勤で地元で地に足をつけて、そこにいる専攻医を指導している指導医の違いを一定程度表していると我々は思っていますので、やはりちゃんと指導体制を確立するのだということに今後、データの解析をする際は重きを置いていただきたいと思います。

次に、2点目ですけれども、12ページから18ページ目のアンケート結果は若干、ミスリーディングだなと私自身は思っております。野木委員が御指摘の14ページ目が、やはり私

自身もこのデータを見てびっくりいたしましたけれども、これは前の13ページを見ると、事務局が触れてくださっているのですけれども、連携もしくは特別地域連携の人は4%しか入っていないので、14ページ目のデータのうちの4%がどこにいるか、正直分からないわけですので、そこのクロスをかけられるのであればかけていただきたいし、無理だとしたら、これは解釈不能なデータだと私は思っていますので、これを基に上限の期間を議論するのは正直に申し上げて反対です。

専門研修の、これはむしろ、専門医機構さんがきっちり管理してくださっていると思いますけれども、プログラム申請をする以上は、ここにこういう指導医がいて、こういうプログラムでやりますという計画表を出して認定しているはずですので、パーフェクトとは申しませんが、クオリティーの一定の担保はされているはずだという認識ですので、それであるならば、先ほど山口委員が御指摘のように、こんなにシーリング対象県に行っている事例があるのですかという話がありましたので、基幹施設にはミニマムに何年いなければいけないのだみたいな話はあってもいいのだと思うのですけれども、地方に行く連携の期間の上限を1.5であるべきだというのは、私は少数県の立場としては違和感があると思います。

質が担保されている以上は基幹施設に、基幹なのだから一定数いたほうがいいねというのと、その後は質の担保されている場所だったらどこで研修してもいいねという考え方に基づいて研修が行われるべきではないかと思っております。これもちゃんと研修が担保されているという前提ではあります。今のが2点目のアンケートに関する付言でした。

最後、3点目は19ページで、特別地域連携の推進に向けた検討ということで、かなり都道府県に御配慮いただいた事務局提案をいただいたと思っておりますが、これは当県といたしましては、やはり県職員なり病院さんも定期的な人事異動がありますので、3年に一遍とされると、あれは何でしたかというところで、全で一から説明し直さなければいけないというのは迷うところでありますから、正直、去年もやりましたねということで時点修正をお願いするというほうがトータルとしての事務負担は少ないかもしれませんが、47都道府県、事情が違う可能性がありますので、そこは御配慮を、よくよく都道府県の意見を聞いていただきたいということです。

申し訳ありません。1点目の指導医派遣で1点言い忘れました。大変失礼いたしました。8ページに戻っていただくと、増加した分だけ評価する。これは大事な点でした。増加した分だけ評価するというのは、これ自体がシーリング対象県への、要は例外規定を増やす方向に働きますので、指導医派遣が、いろいろな事情があるのだと思います。家庭事情も含めて減ったのであれば、減った分もちゃんと評価していただかないと、少数県としては増だけの評価するというのは許容し難いかなと。それであれば毎年、ちゃんと増えた分も減った分も評価するのがフェアだと思っております。

長くなりましたが、以上です。

○遠藤部会長 どうもありがとうございました。御意見として承りました。

それでは、中村参考人、お手を挙げておられますので、よろしくお願いします。

○中村参考人 花角知事の代理の中村でございます。

私も多少重複するところもございますけれども、まず、資料の8ページからなのですが、今回の案に関しましては、基本的に運用面についてのお話が多かったと思っておりますが、それぞれの本来の目的があると思しますので、やはり実際、一番注目すべきなのは目的に沿った形で成果が出ているかどうかという観点で見ていくことが大事なのかなと思っております。

例えば指導医派遣の加算のところなのですが、この加算制度のそもそもの目的といたすのは、地域への指導医派遣を促すことで地域における専門研修体制の確保、質の向上につなげるということが本来の目的であると認識しておりますので、運用もそうなのですが、まず、この制度によって新たな指導医の派遣や派遣数の増加が実際に生じているのか、それが地域の専門研修体制の充実につながっているのかという、制度本来の目的が達成されているかという視点からの検証が重要と考えておりますので、そちらをしっかりと進めていただければと考えております。

その上で【今後の進め方（案）】として書いてありますような新たな派遣をどう評価するかということに関しては、これは茨城県さんが御指摘いただいたように、やはり実際、それが本当にどう増えているのかということをしかりとつかみ取ることが大事だと思っておりますので、それを適切に評価することが可能かどうかということを確認いただければと思います。

続いて、資料9ページなのですが、この加算上限がゼロというところに関してどう整理するかということなのですが、こちら、今、お話があったように、そもそもの目的自体が地域に指導医派遣を促すということが目的ですので、その趣旨に沿っているのか。つまり、加算上限がゼロだとそれが促せないのではないかというような視点は重要だと考えております。

一方で、この加算上限について、資料の10ページに書いてある議論がされた令和6年第4回の部会においては、花角知事が出席させていただき、医師多数県等から指導医を派遣するインセンティブとなるよう、一定規模は必要だということは理解するが、必要最小限、バランスの取れたものとすべきというような意見を申し上げておりますので、シーリング制度全体との関係も踏まえて、上限がゼロというところをどう扱うかということに関しても、これはバランスの観点、それから、インセンティブとして成り立つかどうかという両方の観点を踏まえて検討いただくことが必要だと考えております。

続きまして、先ほど来ございます連携期間のお話なのですが、こちら、制度の趣旨に立ち返ってみますと、特別地域連携プログラムなどにつきましては、医師が不足する地域において一定期間研修する専攻医を確保するとともに、多様な地域での経験を積んだ専門医を要請するという本来の目的に沿ったものとするのが重要と考えております。そのために、連携先における研修につきましては、専門研修として質を十分に担保すること

を前提にですけれども、こうした制度の目的を実現するために、必要な一定以上の期間を確保することが必要ではないかと考えております。

また、専攻医の中には条件や研修環境を整えば医師不足地域で勤務することを希望する者がいることや、地域医療の経験を重視する考え方もこれまでの調査などから示されているところがございますので、したがって、一定以上の期間を確保した上で、本人がさらに地域での研修を継続して経験を積むことを希望する場合などには、それに応えられる期間の選択肢を設けるなど、柔軟な仕組みとしていただくことが制度の本来目的にかなったものになるのではないかと考えます。

最後に、連携先候補の一覧のことにつきましての更新頻度の話なのですが、都道府県負担に配慮いただいていることは感謝いたしますけれども、こちらにも新たに連携先候補となることを希望する医療機関が出てきたときに、連携プログラムの構築に時期を失することがないように、毎年度、適切な時期に追加・修正などが行われて、連携元の施設が変更箇所を確認できるようにするなどといったことが必要だと考えていますので、円滑な連携の構築に資する運用を検討いただければと考えております。

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した。御意見として承りました。

ほかにございますか。よろしゅうございますか。

大体、御意見は出尽くしたかと思えます。

事務局が原案を出されまして、様々な御意見が出ました。これは令和10年度以降のシーリングでございますので、本部会で議論する余裕はまだ。

どなたかいらっしゃいますか。

失礼しました。松村委員、お手を挙げておられましたね。松村委員、お願いいたします。

○松村委員　宇治市の松村でございます。議事の部分の1番、2番から少し離れるかもしれないので、最後に手を挙げさせていただいたところでございます。

今回の都道府県間の医師偏在、また、診療科の医師偏在というものを是正するために、シーリングでありますとか、専門医機構と連携した専門医制度が成り立ってきたものと思っております。この間、この制度が運用されて約10年、今、私自身が感じていますのは、医師そのものの偏在は一定数、きっと評価として出てくるものかなと。偏在が一定評価として見られるものになってきているのだろうというのは、肌感覚ではございますけれども、感じているのが一点。

あと、今の専門医・専攻医の先生方がより専門性の高い医療知識を持つための研修を受けていらっしゃると感じているところがございます。その一方で、市町村、いわゆる市町をやっていると感じますのは、これからの高齢化あるいは多死社会というものを考えますと、孤独死でありますとか地域医療という名の、言葉の違い方がありますがけれども、在宅医療を含めた地域医療をしっかりとやっていただかなければいけないと考えています。

2040年問題とか2045年問題を考えますと、今、専攻医として研修を受けていらっしゃる

方々が本当に地域の中で在宅医療を担っていただかなければいけない先生方になるというのを考えますと、今の専門医機構が実施されています、例えば総合診療医であるとか、その他のプログラムのところで孤独死をはじめとした高齢化に対しての在宅医療というものの考え方もしっかり、この中に入れていただけたらと思っております。

もちろん、かかりつけ医、在宅医療をしていただいています開業医の先生方は市町村の社会福祉施設等の診療もしていただいているというのが多くの医師でございますので、その医師をしっかりと地域偏在がないような形で配置していく。そういう観点も、今、この時期に必要なかと思っております。私の意見は今回の検討のところで答えが出るとは思っておりませんので、意見という形で述べさせていただきました。

以上でございます。

○遠藤部会長　ありがとうございます。御意見として承りました。

それでは、大体、御意見が出尽くしたということで、先ほど申し上げましたように、本件につきましては令和10年度以降のシーリングに向けた検討でございますので。

○吉川医師養成等企画調整室長　まだ片岡委員が。

○遠藤部会長　まだいらっしゃいますか。

片岡委員がお手を挙げておられましたね。失礼しました。

○片岡委員　すみません。感想だけです。

先ほどの松村委員の御発言を受けてのことなのですけれども、本当に地域の現場で、いわゆる派遣ということではなくて、そこに根差して、根づいて、地域医療を展開して、かつ非常に教育的に学生あるいは専攻医・研修医を指導しておられる、本当に素晴らしい先生方がたくさんおられるということもよく了承しておりますし、やはり地域を支えるとか、あるいはこれからの社会課題をどう解決していくかを現場で学んでいくということは、それは若い世代にとっても本当に非常に、それは義務ではなくて、すごく意義深いことでもあるという、その価値観を、私は大学におりますので、通常教育としてきちんと卒後教育とも連結していくということも併せて、とても大事だと思ったのです。

これは本当に制度にどう落とし込むか、ということとは別に、価値観とか教育との連結をいかにしていくかという観点での感想を述べさせていただきました。以上です。

○遠藤部会長　とんでもありません。ありがとうございます。

突然ですが、今野参考人、今の最後のお二人のことで何かお考え、コメントはございますか。

○今野参考人　ありがとうございます。誠に正鵠を射た御発言だなと思って拝聴いたしました。

私も地域におりますので、地域医療を支えることは極めて重要だと認識しております。2018年には機構のミッションとして、地域医療格差の是正が加わり、シーリングも含めた対策を行ってまいりました。ただ、機構の基本理念として最も重要なのは品質保証です。質の高い専門医を育て、国民に分かりやすく、専攻医自身が前向きに学べる制度設計とい

う視点は今後も堅持すべきと考えます。大学、行政、学会、厚労省など関係機関が一致協力し、専攻医が地域医療もしっかりと認識した上で、技術も知識も習得できるような体制ができればと思います。ありがとうございます。

○遠藤部会長 どうもありがとうございました。

それでは、本日の議論はこれぐらいにさせていただきたいと思いますが、もういらっしゃいませんね。

これぐらいにさせていただきます。

本日、様々な御意見が出ました。令和10年度以降のシーリングに向けてということですから、まだ議論する時間は余裕がございますので、事務局におかれましては、本日、様々な御意見が出ましたので、そういった御意見の内容を反映する形で、また内容の整理をしていただいて、今後、ここで議論ができるような形をつくっていただければと思いますので、御対応のほど、どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、以上で、本日予定しておりました議題は終了させていただきたいと思いますが、事務局から何かございますか。

○濱田主査 ありがとうございます。事務局でございます。

次回の部会開催日程については、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、本日は長時間にわたりまして活発な御意見を頂戴できまして、どうもありがとうございました。これをもちまして、令和8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。