

令和 8 年度の医学部臨時定員と今後の偏在対策等について

厚生労働省 医政局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

目次

1. 前回までの議論の振り返り・・・P. 3
2. 令和8年度の医学部定員の方針について・・・P. 10
3. 医学部臨時定員の配分方針について・・・P. 12
4. 今後の医師偏在対策について・・・P. 18
5. 参考資料：医師偏在対策等の現状・・・P. 49

1. 前回までの議論の振り返り

- 人口減少や全体の医師数増を踏まえ、医師の増加ペースについて検討する必要があるのではないか。
- 個別の地域や医療機関における医師不足感については今後も生じうるが、医師不足感の原因は様々であり、単に医師数の増加により改善するものではないことから、原因に応じた対策を推進する必要があるのではないか。

1. 医師増加ペースについての検討

- ・ 医師数は、全国レベルで平成22年から令和2年までの10年間で約4万5千人増加
- ・ 中長期的な医療ニーズや医師の働き方改革を織り込んだ医師の需給推計を踏まえると、令和11年頃に需給が均衡（※）
- ・ 人口減少に伴い将来的には医師需要が減少局面 など

【医師需給分科会第5次とりまとめ R4.2.7】
 ※労働時間を週60時間程度に制限する等の仮定をおくケースにおいて、令和5年の医学部入学者が医師となると想定される令和11年頃に均衡。

2. 医師不足感の原因への対応

- ・ 医師の地域偏在・診療科偏在
- ・ 提供体制の非効率・医師の散在（*）
- ・ 働き方のミスマッチ（*） など

* 当検討会の主たる検討課題ではないものの、関連する課題として必要に応じ検討を実施。

スケジュール案（現時点のイメージ）

色網掛けは本検討会での検討を予定している事項

	短期的課題			長期的課題	
	R7年度臨時定員	R8年度臨時定員	R9年度以降の臨時定員	地域偏在対策	診療科偏在対策
令和5年11月	<p>R7医学部臨時定員を大学への通知</p>				
令和6年1月					
春		<p>・全国の臨時定員の設置方針の検討</p>			
夏	<p>意向調査</p> <p>↓</p> <p>・各都道府県・大学への臨時定員設置の検討</p> <p>臨時定員内示</p> <p>募集開始</p>	<p>R8医学部臨時定員を大学への通知</p>	<p>・医学部定員増員のペースの見直しの検討</p>	<p>・既存の地域偏在対策の評価</p> <p>・今後の地域偏在対策の検討</p>	<p>専門研修部会</p>
令和7年春		<p>意向調査</p> <p>↓</p> <p>・各都道府県・大学への臨時定員設置の検討</p> <p>臨時定員内示</p> <p>募集開始</p>	<p>・全国の臨時定員の設置方針の検討</p>		
夏					<p>専門研修部会</p>
令和8年春					<p>中間とりまとめ（予定）</p>

(1) 医学部臨時定員について

- 平成20年度以降、医学部の入学定員が過去最大規模となっており、**令和2年度以降、前年度比増が継続**している。
- そのため、18歳人口に占める医学部進学者数も年々増加しており、令和6年（2024年）度の入学者数が継続した場合、**2050年には約85人に1人が医学部に進学**することとなる。また、**令和6年（2024年）の18歳人口に対する医師養成数の比率が継続すると仮定した場合、2035年においては医師養成数は総恒久定員数を割り込む**と算出される。
- 労働時間を週60時間程度に制限する等の仮定をおいた需給推計では、令和2年度の医学部定員（9,330名）と同様のペースで医師養成された場合、令和5年の医学部入学者が医師となると想定される**令和11年頃に需給が均衡**すると推計され、その後人口減少に伴い医師需要が減少局面になる。

(2) 地域枠について

【地域枠の効果について】

- 地域枠はその他の枠と比較して**医師の地元定着率が9割程度と高い**。
- 平成20年に地域枠等として入学した医学生が一般的に医療機関に従事を開始した**平成26年以降、医師少数県における若手医師数の割合が上昇**している。
- 一方で、人口10万人あたり若手医師数については、特に病院における勤務医において、医師多数県と比較すると医師少数県で依然低い。

【地域枠の活用状況について】

- 臨時定員地域枠については、医師少数県がその半数以上を占めるが、医師多数県や医師中程度県においても設置されている。
- また、**医師少数区域の存在する都道府県の約9割で医師少数区域に地域枠医師が配置**され、医師少数県等での医師確保に活用されている。
- 一方で、医師少数区域等で勤務することとされている一般的な年限（4年程度）を考慮した場合に、**医師少数区域等に配置されていない割合が高い都道府県もある**。
- 恒久定員内地域枠について見ると、**医師少数県では約7割の都道府県で、医師多数県では約4割の都道府県で大学に恒久定員内地域枠を設置**している。

(3) 構成員の関連するご意見（抜粋）（第1回検討会）

- 地域枠は、本人の意思を尊重しながら地域に必要な医師に定着してもらうという取組で、非常に有効。
- 有意義な対策だが、地域に残っていない卒業生も一定数いるなど、その原因や運用状況の実態把握が必要。
- 医師養成数の在り方と偏在対策は対である。医師養成数の削減はやむを得ないが、偏在対策が重要であり、それがないまま削減を行うと、偏在が拡大するのではないか。
- 医師増加ペースの見直しについては、真に実効性のある医師の地域偏在対策とセットで行われることが必要。ほか

(1)-(3) 等を踏まえ



論点

- 臨時定員地域枠の効果やその活用状況、今後の医師需給推計とともに、医師の供給が需要を上回る場合の留意点等を踏まえ、令和8年度医学部臨時定員についてはどの程度設置し、また、偏在対策としてどのように活用すべきか。

【医師の質・医療費について】

- 医療費増加の最大の要因は医師数であるという分析がある。
- 医師数の増加を放置すると、医師一人当たりの収入が減少する中で、人口当たり医師数が増加し総医療費は増加することになり、国民皆保険の堅持への懸念や、医療の質の低下につながる。
- 人口減少で住民・患者が減ってしまうところに、医師が必要以上に多くいても、医療経済学的に問題である。
- 医師が必要以上に多いと、研修中の医師の教育だけでなく、若手医師を指導する中堅以上の医師のスキルを維持する症例数も確保できなくなり、医療の質の確保の点で大きな問題。
- 医師の質の担保も必要である。
- 医師偏在指標が高い都道府県ほど、年間報酬額は有意に低い傾向がある。（10%水準）

【医学部定員・偏在対策について】

- 総定員数の維持は、地域の医師不足問題解決の必要条件ではない。そのため、総定員の削減を視野に入れながら、地域枠、地元出身者枠の配分や、その他の手法によって偏在を縮小する政策手段の議論をすべき。
- 歯科医師も薬剤師も供給が需要を上回っている推計だが、定員を増やしても偏在は解消しない。
- 医師数を増やすことではなく、医師の移動を促すなどの政策案の検討が重要。
- 現在医師が足りないと言われている地域や診療科において、令和8年度入学の学生が専門医になる将来の需給がどうなのか、足下ではなく先を見据えて議論する必要がある。

【医学部定員・偏在対策について】（続き）

- まずは令和8年度にしっかりキャップをかぶせることを考えないといけない。
- 定員決定と効果が現れるのは随分時間がずれ、人口構成も変わってくるので、現時点では、まず、約178人に1人が医学部に進学する程度（令和6年では6,130人相当）で考えないと現実に沿わない。
- 人口構成が変わってくるなかで、医学部定員に関しては、大幅に減らしていく方向を実現しないと、非常に大きな禍根を残す。
- 激変緩和は必要なので、医師少数区域で医師が不足するところに医師を増やすことは、臨時定員とは別の手立てを考えていくべき。
- 医師数は令和11年度にマクロで需給が均衡し、将来的に需要は減少局面になることはそのとおりだが、都道府県単位で見ると均衡には遠い。
- 臨時定員に関しては、医師不足が深刻な県の医師確保を図ることが目的である。
- 臨時定員をどの程度設置するかは、マクロではなく都道府県ごとの需要推計を踏まえ決定すべき。
- 将来時点において医師が不足している都道府県については、前年度比増も含めて必要な数の臨時定員を認める方針としてほしい。
- 都道府県間の偏在を是正するために臨時定員を有効に活用していくべき。

2. 令和8年度の医学部定員の方針について

令和8年度の医学部定員の方向性

- 医学部定員の減員が必要という意見と同時に、医師偏在対策を併せて進める必要があるとの意見がある。
- そのため、現時点での医学部定員数の急激な変更は行うことなく、まずは、令和8年度の医学部定員については、令和6年度の定員数を上限としてはどうか。

医学部定員減が必要というご意見

医学部定員減員の必要性

- ◆ 令和11年頃にはマクロで医師の需給が均衡
- ◆ 医師の質の低下を招く
- ◆ 医師総数の増で偏在問題の解決にはならない
- ◆ 医師数増は医療経済的にも国民の負担となる
- ◆ 今後の人口構成の変化 等

医師偏在対策を進めるべきというご意見

医師偏在対策の必要性

- ◆ 医師養成数の削減はやむを得ないが、偏在対策がないまま削減を行うと、偏在が拡大する懸念
- ◆ 将来時点において医師が不足している都道府県については、前年度比増も含めて必要な数の臨時定員を認めて欲しい
- ◆ 将来的に需要は減少局面になるが、都道府県単位では需給が均衡していない
- ◆ 都道府県間の偏在是正のため、臨時定員の有効活用を

令和8年度の医学部定員について

現時点での医学部定員数の急激な変更は行うことなく、まずは、令和8年度の医学部定員については、実効性のある医師偏在対策を行いつつ、令和6年度の医学部定員数を上限としてはどうか。

- ・ 医学部定員の上限については、令和7年度まで9,420人で設定されているものの、令和2年度以降の最大の医学部定員数は9,403人であったことを踏まえ、令和8年度の医学部定員は、令和6年度の水準（9,403人）を上限とする。
- ・ 都道府県間の偏在是正の観点から、実効性のある医師偏在対策とともに、適切な臨時定員の配分方針についても併せて検討を行う。

3. 医学部臨時定員の配分方針について

地域枠及び地元出身者枠数について（R5）

都道府県名	恒久定員合計	恒久定員内地域枠		恒久定員内 地元出身者 枠	臨時定員 〈地域枠〉	
		全体	うち、地元 出身要件あり		全体	うち、地元 出身要件あり
北海道	312	7	7	0	8	8
青森	105	35	15	0	27	27
岩手	94	1	0	0	37	25
宮城	183	30	0	0	7	7
秋田	102	2	2	0	29	24
山形	106	1	0	0	8	8
福島	85	7	0	0	47	0
茨城	107	4	4	0	59	37
栃木	110	0	0	0	10	0
群馬	105	0	0	0	18	18
埼玉	110	0	0	0	45	2
千葉	240	5	0	0	34	0
東京	1,397	5	5	0	20	20
神奈川	414	35	10	0	22	22
新潟	100	0	0	0	70	43
富山	100	0	0	0	12	12
石川	215	0	0	0	10	0
福井	105	0	0	0	10	5
山梨	105	15	15	0	22	22
長野	105	0	0	0	20	15
岐阜	85	3	3	0	25	25
静岡	105	0	0	0	68	0
愛知	409	0	0	0	32	32
三重	105	15	15	0	20	15

都道府県名	恒久定員合計	恒久定員内地域枠		恒久定員内 地元出身者 枠	臨時定員 〈地域枠〉	
		全体	うち、地元 出身要件あり		全体	うち、地元 出身要件あり
滋賀	105	6	6	0	5	0
京都	207	2	2	0	5	5
大阪	510	0	0	0	15	0
兵庫	213	3	0	0	16	14
奈良	100	0	0	25	15	0
和歌山	90	20	0	0	12	10
鳥取	85	7	5	0	19	7
島根	100	14	14	0	17	10
岡山	215	0	0	0	4	4
広島	105	5	5	0	15	15
山口	100	28	28	0	17	17
徳島	100	0	0	0	12	12
香川	100	0	0	0	14	14
愛媛	100	5	5	0	15	15
高知	100	10	5	0	15	15
福岡	430	0	0	0	5	5
佐賀	98	0	0	0	6	2
長崎	100	0	0	0	22	16
熊本	105	3	0	0	5	0
大分	100	3	3	0	10	10
宮崎	100	40	25	0	2	2
鹿児島	100	0	0	0	20	20
沖縄	105	5	5	0	12	12

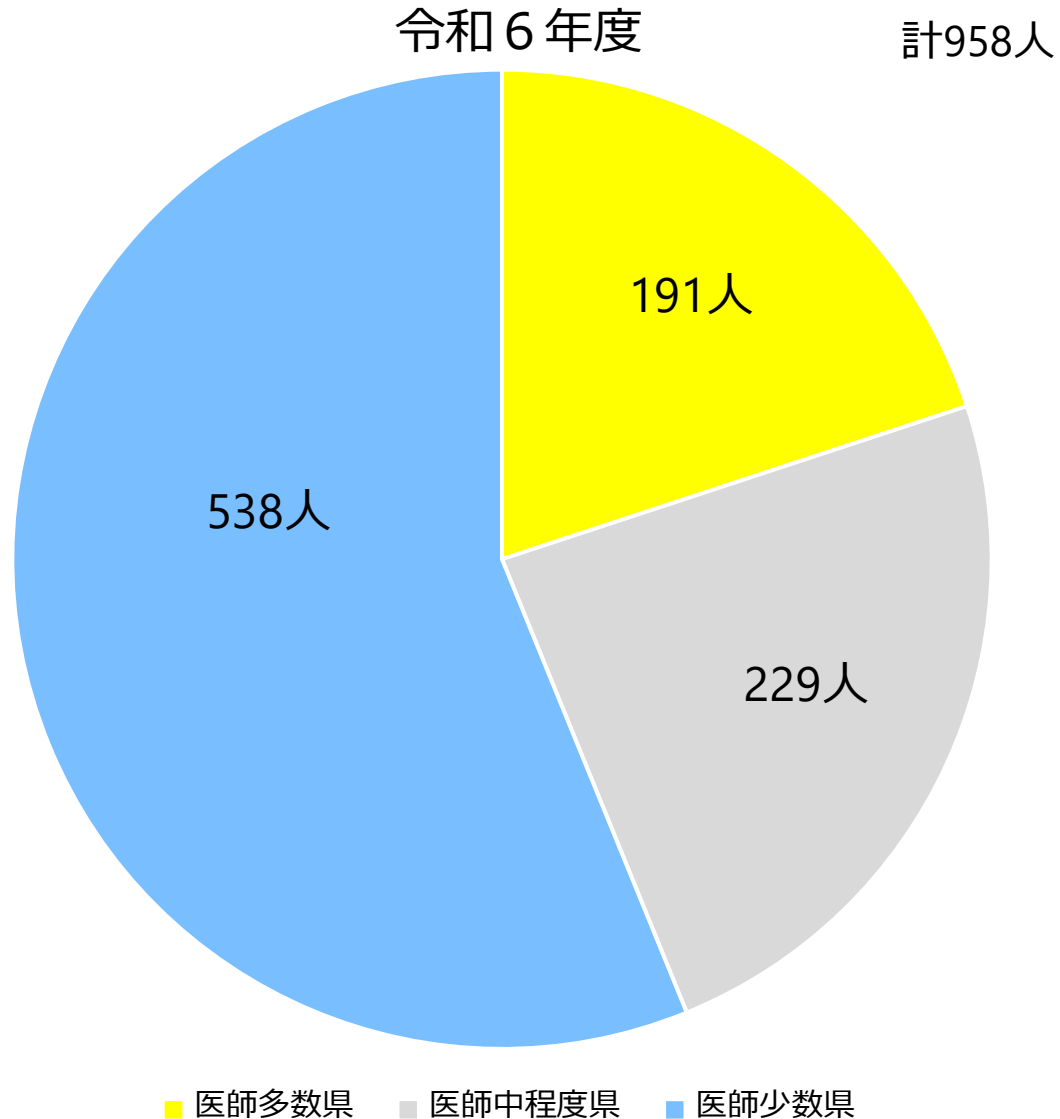
- ・恒久定員内地域枠：恒久定員のうち、当該都道府県内で卒後一定期間従事要件があり、具体的な従事要件の設定や配置に地域医療対策協議会もしくは都道府県が関与するもの（一部地元出身要件あり。）
- ・恒久定員内地元出身者枠：当該都道府県での従事要件はないが、地元出身要件がある恒久定員
- ・臨時定員（地域枠）：当該都道府県での従事要件がある臨時定員（一部地元出身要件あり。）

文部科学省調べ（他県の大学に設置している地域枠・地元出身者枠の数を含む。）
（※なお、東北医科薬科大学、帝京大学の恒久定員内地域枠の一部は、複数の都県のいずれかの修学資金制度に申込みを条件としており、本表に含まない。自治医科大学の臨時定員23枠は、栃木県指定枠3枠を含み本表には含まない。）

青：医師少数県
※現医師確保計画（R2-5年度）に用いられている
医師偏在指標による

臨時定員地域枠数（R6）

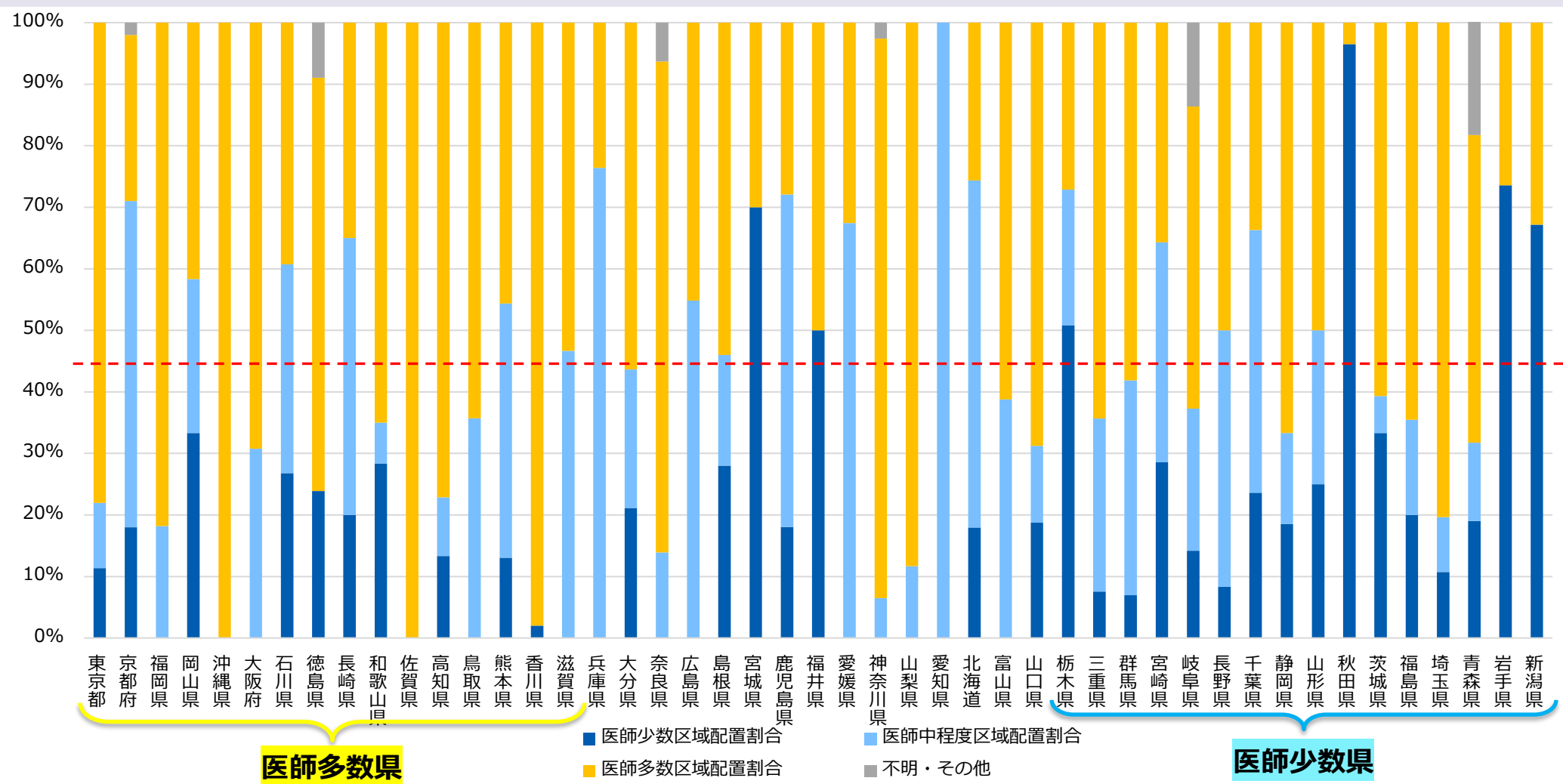
- 全国の臨時定員地域枠の半数以上は医師少数県を従事先として設置されているが、一部医師多数県等も従事先として設置されている。



※ 自治医科大学の臨時定員23枠のうち、栃木県指定枠3枠を除く20枠は計上していない。 14

都道府県別の地域枠医師の配置状況【医師偏在指標順】

- 医師少数県では、医師少数区域に地域枠医師を多く配置している県が複数見られる。
- 一方、医師多数県では、医師少数区域への地域枠医師の配置がない県や、そもそも医師少数区域が存在しない県もあるが、医師少数区域へ地域枠を配置し、地域枠を活用している都道府県も見られる。



医師多数県

医師少数県

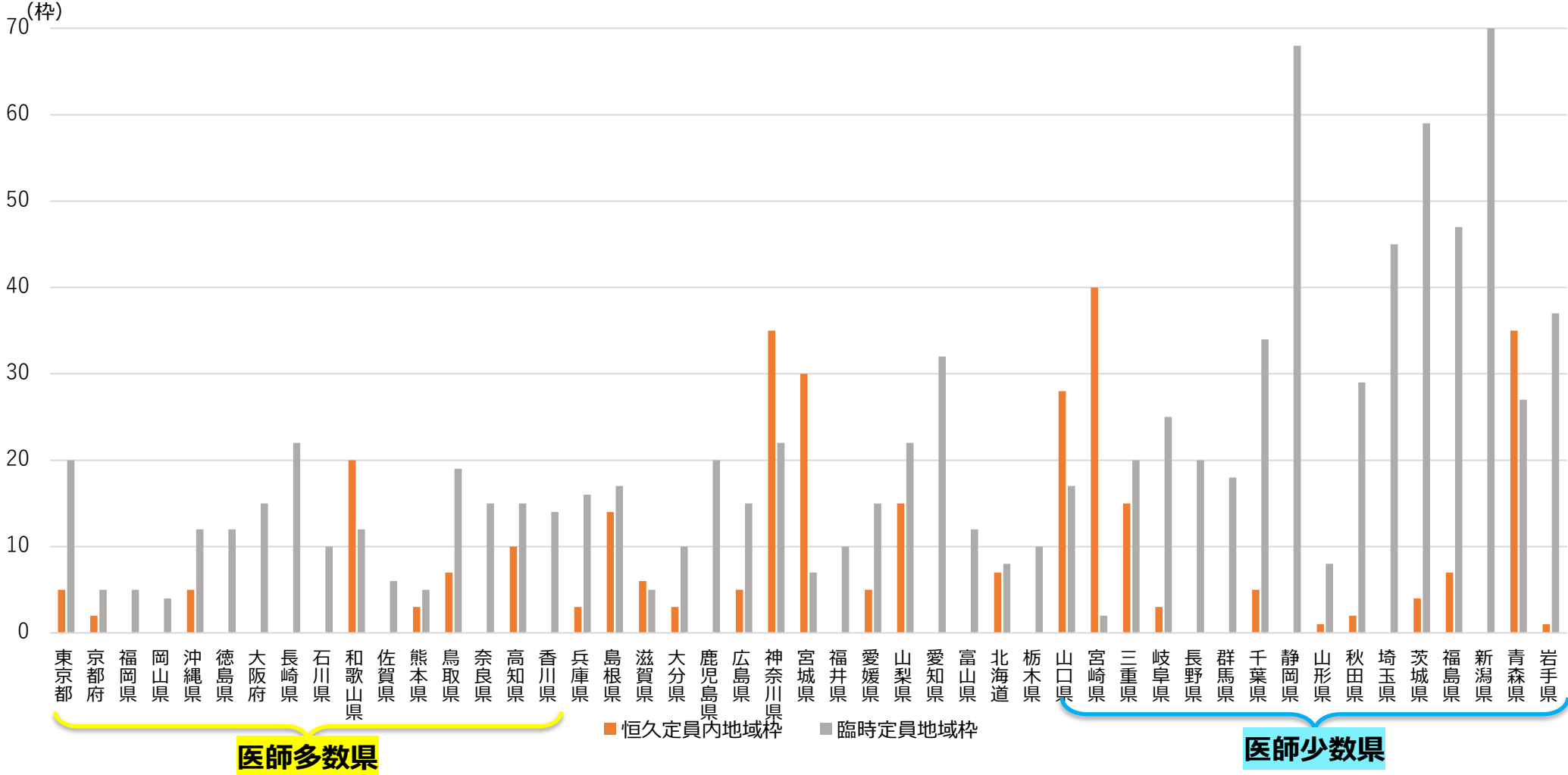
※ 左からR2-5年度の医師確保計画に用いられている医師偏在指標が大きい都道府県順

※ 同医師偏在指標で、神奈川県、富山県、山梨県、滋賀県、大阪府、兵庫県、奈良県、鳥取県、広島県、愛媛県、沖縄県は、医師少数区域なし

※ 卒後3年目以降の配置状況を集計。ただし、愛知県は専門研修終了後の医師、滋賀県は卒後6年目以降の医師の配置状況 (令和6年度医学部臨時定員増に関する都道府県意向調査結果より)

都道府県別の恒久定員内地域枠数と臨時定員地域枠数（令和5年度）【医師偏在指標順】

- 医師少数県の多くは恒久定員内地域枠を活用しており、大学に臨時定員地域枠数より多くの恒久定員内地域枠を設置している県もある一方で、全く設置していない県もいくつか見られる。
- 医師多数県では臨時定員地域枠を全県で大学に設置している一方で、医師少数県と比較して、恒久定員内地域枠を設置していない県が多い。



医師多数県

医師少数県

・恒久定員内地域枠：恒久定員のうち、当該都道府県内で卒業一定期間従事要件があり、具体的な従事要件の設定や配置に地域医療対策協議会もしくは都道府県が関与するもの（一部地元出身要件あり。）
 ・臨時定員地域枠：当該都道府県での従事要件がある臨時定員（一部地元出身要件あり。）
 ※ 左から医師偏在指標（令和6年1月10日更新）が大きい都道府県順
 ※ 東北医科薬科大学の恒久定員内地域枠は、東北地方の一部の県
 ※ 自治医科大学の臨時定員23枠は、栃木県指定枠3枠を含み計上していない

医学部臨時定員の配分について

- 各都道府県の医学部臨時定員の意向が医学部総定員数の上限を超えた場合の、各都道府県への配分方針をどのように設定すべきか。

臨時定員の基本方針について

- ◆ 各都道府県は、積極的に大学と恒久定員内への地域枠や地元出身者枠の設置について調整を行った上で、臨時定員の必要性を慎重に検討すること。
- ◆ その上で、意向のうち、医師偏在対策として、真に必要な範囲で臨時定員を設置することとする。

臨時定員の意向が医学部総定員の上限を超えた場合の対応（案）

以下の通り、医師多数県の臨時定員の意向の一部を配分・調整することでどうか。

- ・ 各都道府県への臨時定員地域枠の配分については、各都道府県において毎年必要な臨時定員地域枠が一定程度安定してきたことから、令和6年度の臨時定員地域枠数を基準とする。
- ・ 医師少数県を中心として、将来的に医師不足となる都道府県の臨時定員地域枠については、真に必要な範囲で、令和6年度比増での設置となる場合がある。
- ・ 医師少数県から令和6年度比増の臨時定員地域枠の意向があった場合は、医師多数県の臨時定員地域枠の意向の一部を医師少数県へ配分・調整することで、医学部総定員が上限数以内となるよう調整する。
- ・ ただし、医師多数県の臨時定員地域枠の意向が、配分・調整により意向より減少する場合であっても、原則、減少数が令和6年度比1/5を上回らない範囲*1で意向を認めることとし、当該都道府県や大学の定員の急激な変化に配慮する。

（*1：端数は四捨五入）

※ 医師多数県の臨時定員地域枠が、配分・調整により意向より減少する可能性があることを前提に、なお地域枠が必要である場合には、恒久定員内に地域枠等を設置できるよう、予め医師多数県と大学は調整を行う。

※ 臨時定員については、地域枠の他に少数ながら研究医枠の2種類があり、それらの臨時定員の意向全体が、医学部総定員の上限を超えないように調整・配分を行う。

※ 臨時定員の配分・調整にあたっては、必要に応じて、医師少数区域への地域枠医師の配置状況や診療科選定の状況、恒久定員内地域枠の設置状況、医師偏在指標の多寡等についても考慮する。

4. 今後の医師偏在対策について

医師養成過程における取組

【大学医学部】

- 中長期的な観点から、医師の需要・供給推計に基づき、**全国の医師養成数**を検討
- **地域枠**（特定の地域や診療科で診療を行うことを条件とした選抜枠）の医学部における活用方針を検討

【臨床研修】

- 全国の研修希望者に対する**募集定員の倍率を縮小**するとともに、都道府県別に、**臨床研修医の募集定員上限数**を設定
- その際、都市部や複数医学部を有する地域について、上限数を圧縮するとともに、医師少数地域に配慮した定員設定を行い、**地域偏在を是正**

【専門研修】

- 日本専門医機構において、将来の必要医師数の推計を踏まえた都道府県別・診療科別の**専攻医の採用上限数（シーリング）を設定**することで、**地域・診療科偏在を是正**（産科等の特に確保が必要な診療科や、地域枠医師等についてはシーリング対象外）

各都道府県の取組

【医師確保計画】

- 医師偏在指標により医師偏在の状況を把握
計画期間の終了時点で確保すべき目標医師数を設定

＜具体的な施策＞

●大学と連携した地域枠の設定

●地域医療対策協議会・地域医療支援センター

- ・ 地域医療対策協議会は、**医師確保対策の方針**（医師養成、医師の派遣調整等）について協議
- ・ 地域医療支援センターは、**地域医療対策協議会の協議結果に基づき、医師確保対策の事務**（医師派遣事務、派遣される医師のキャリア支援・負担軽減、勤務環境改善支援センターとの連携等）を実施

●キャリア形成プログラム（地域枠医師等）

- ・ 「**医師不足地域の医師確保**」と「**派遣される医師の能力開発・向上**」の両立を目的としたプログラム

●認定医師制度の活用

- ・ **医師少数区域等に一定期間勤務した医師を厚労大臣が認定する制度を活用し、医師不足地域の医師を確保**

医師の働き方改革

地域の医療を支えている勤務医が、安心して働き続けられる環境を整備することが重要であることから、都道府県ごとに設置された医療勤務環境改善支援センター等による医療機関への支援を通じて、適切な労務管理や労働時間短縮などの医師の働き方改革を推進。具体的には、

- 医療機関における医師労働時間短縮計画の作成や追加的健康確保措置等を通じて、労働時間短縮及び健康確保を行う
- 出産・育児・介護などのライフイベントを経験する医師が、仕事と家庭を両立できるよう勤務環境の改善を推進

都道府県別の医師偏在指標（令和5年11月）

（都道府県別）

都道府県コード	都道府県	医師偏在指標
00	全国	255.6
01	北海道	233.8
02	青森県	184.3
03	岩手県	182.5
04	宮城県	247.3
05	秋田県	199.4
06	山形県	200.2
07	福島県	190.5
08	茨城県	193.6
09	栃木県	230.5
10	群馬県	219.7
11	埼玉県	196.8
12	千葉県	213.0
13	東京都	353.9
14	神奈川県	247.5
15	新潟県	184.7
16	富山県	238.8
17	石川県	279.8
18	福井県	246.8
19	山梨県	240.8
20	長野県	219.9
21	岐阜県	221.5
22	静岡県	211.8
23	愛知県	240.2

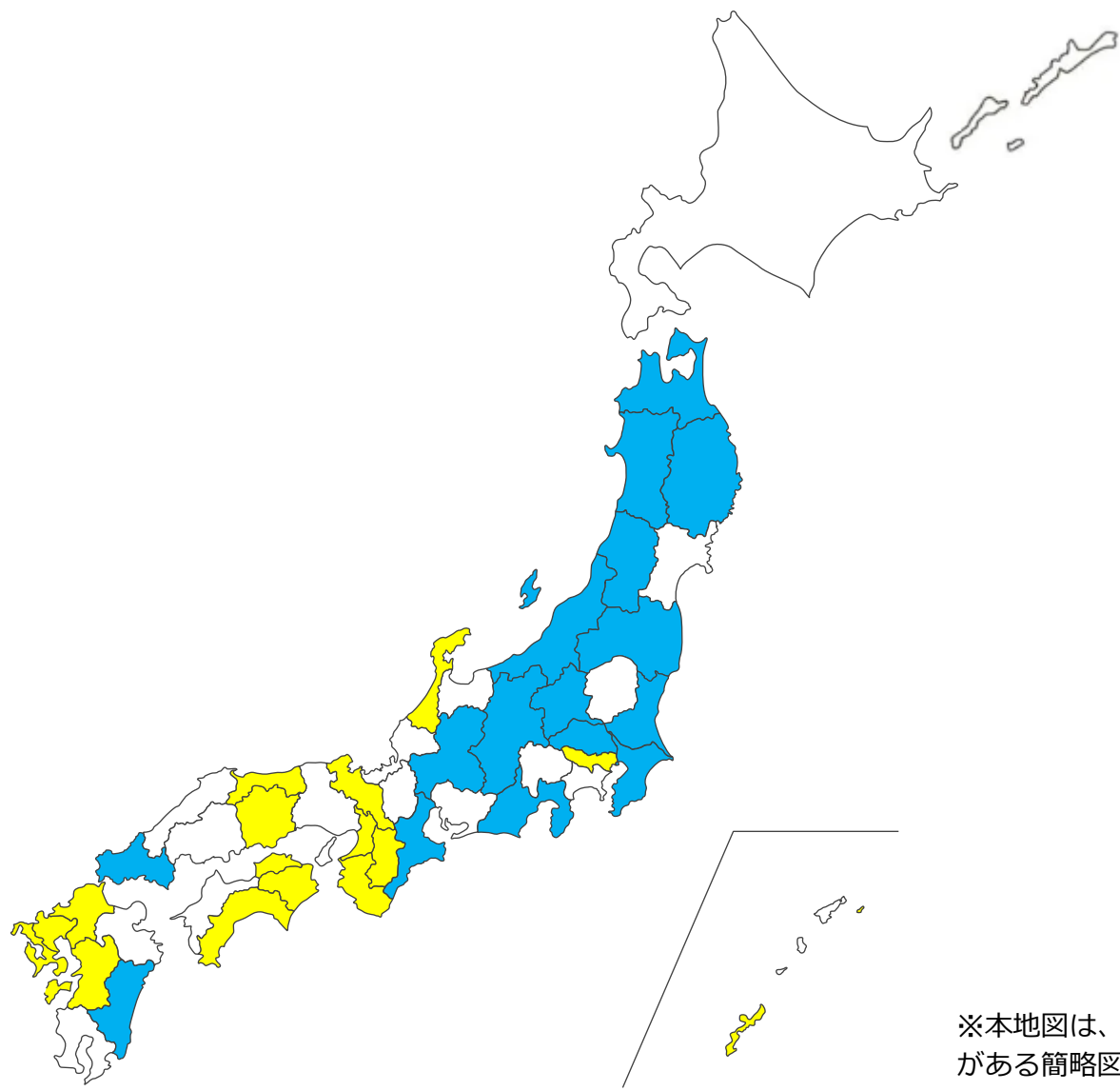
■ 上位1/3 ■ 下位1/3

都道府県コード	都道府県	医師偏在指標
24	三重県	225.6
25	滋賀県	260.4
26	京都府	326.7
27	大阪府	288.6
28	兵庫県	266.5
29	奈良県	268.9
30	和歌山県	274.9
31	鳥取県	270.4
32	島根県	265.1
33	岡山県	299.6
34	広島県	254.2
35	山口県	228.0
36	徳島県	289.3
37	香川県	266.9
38	愛媛県	246.4
39	高知県	268.2
40	福岡県	313.3
41	佐賀県	272.3
42	長崎県	284.0
43	熊本県	271.0
44	大分県	259.7
45	宮崎県	227.0
46	鹿児島県	254.8
47	沖縄県	292.1

黄色：医師多数都道府県
青色：医師少数都道府県

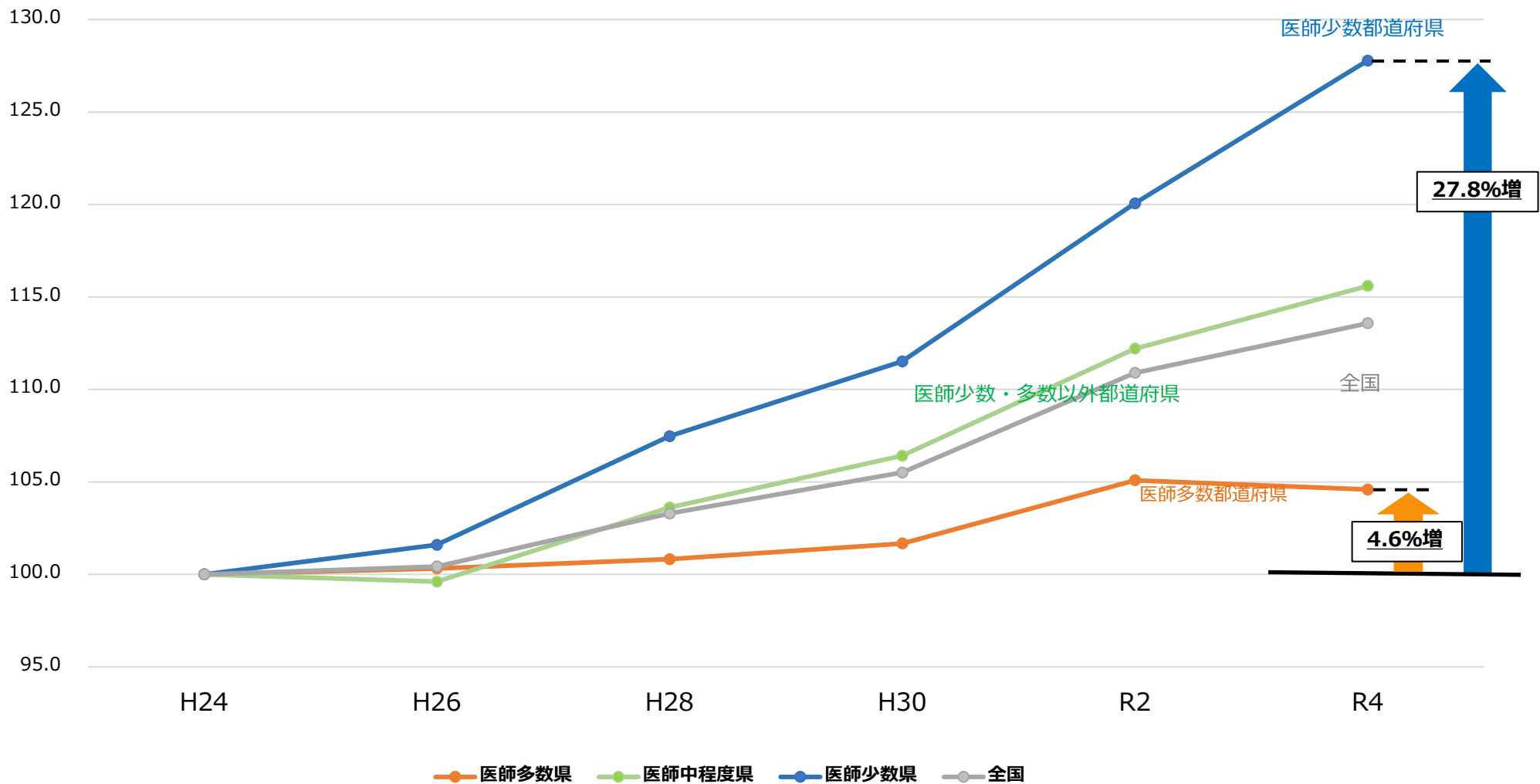
※上位1/3の閾値を266.9、下位1/3の閾値を228.0と設定している。

都道府県別の医師偏在指標（令和5年11月）



35歳未満の医療施設従事医師数推移（平成24年を100とした場合）

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

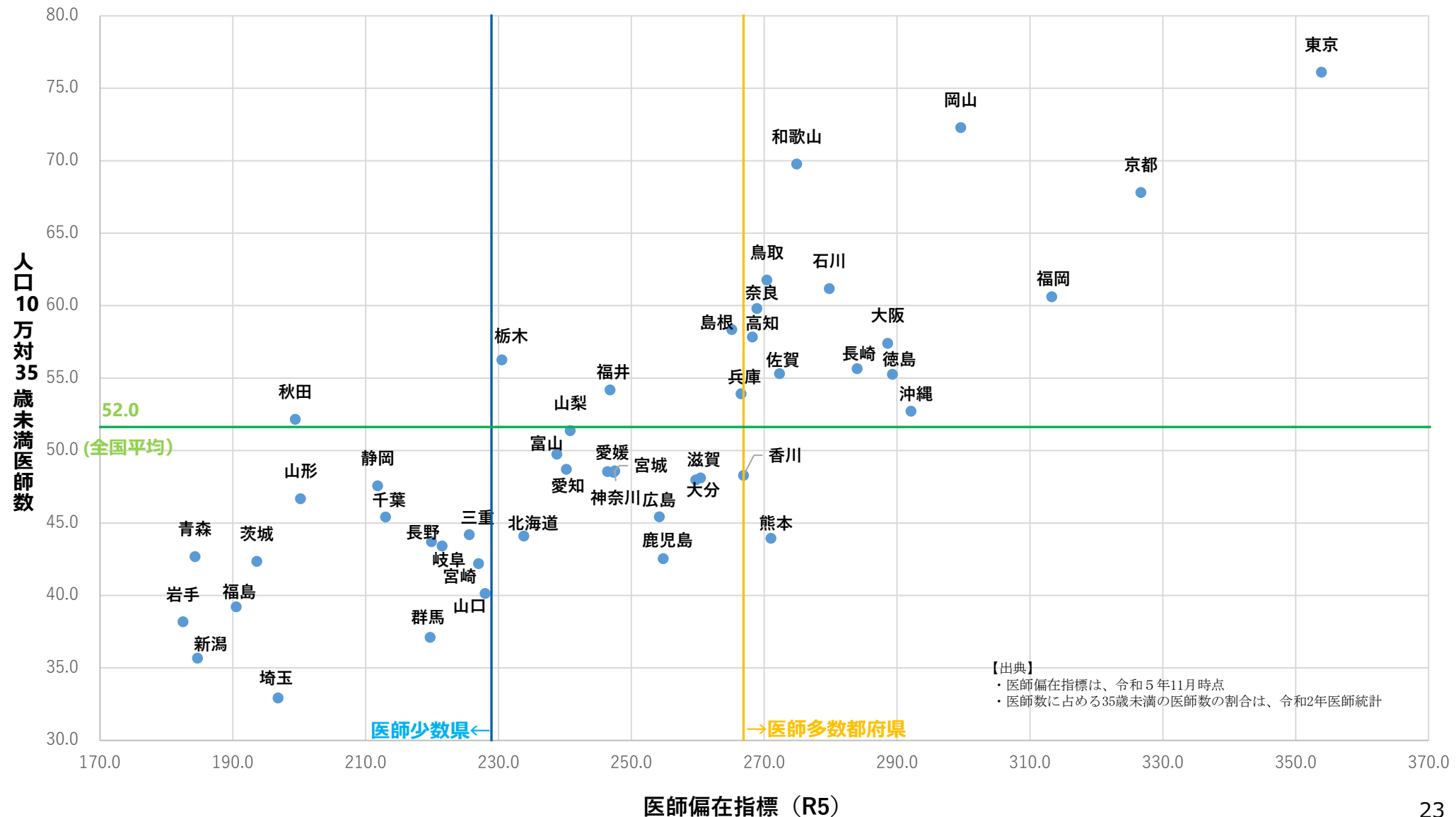


※ 医師多数都道府県：医師偏在指標の上位33.3%の都道府県
 医師少数都道府県：医師偏在指標の下位33.3%の都道府県
 医師少数・多数以外都道府県：医師偏在指標の上位・下位33.3%以外の都道府県

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

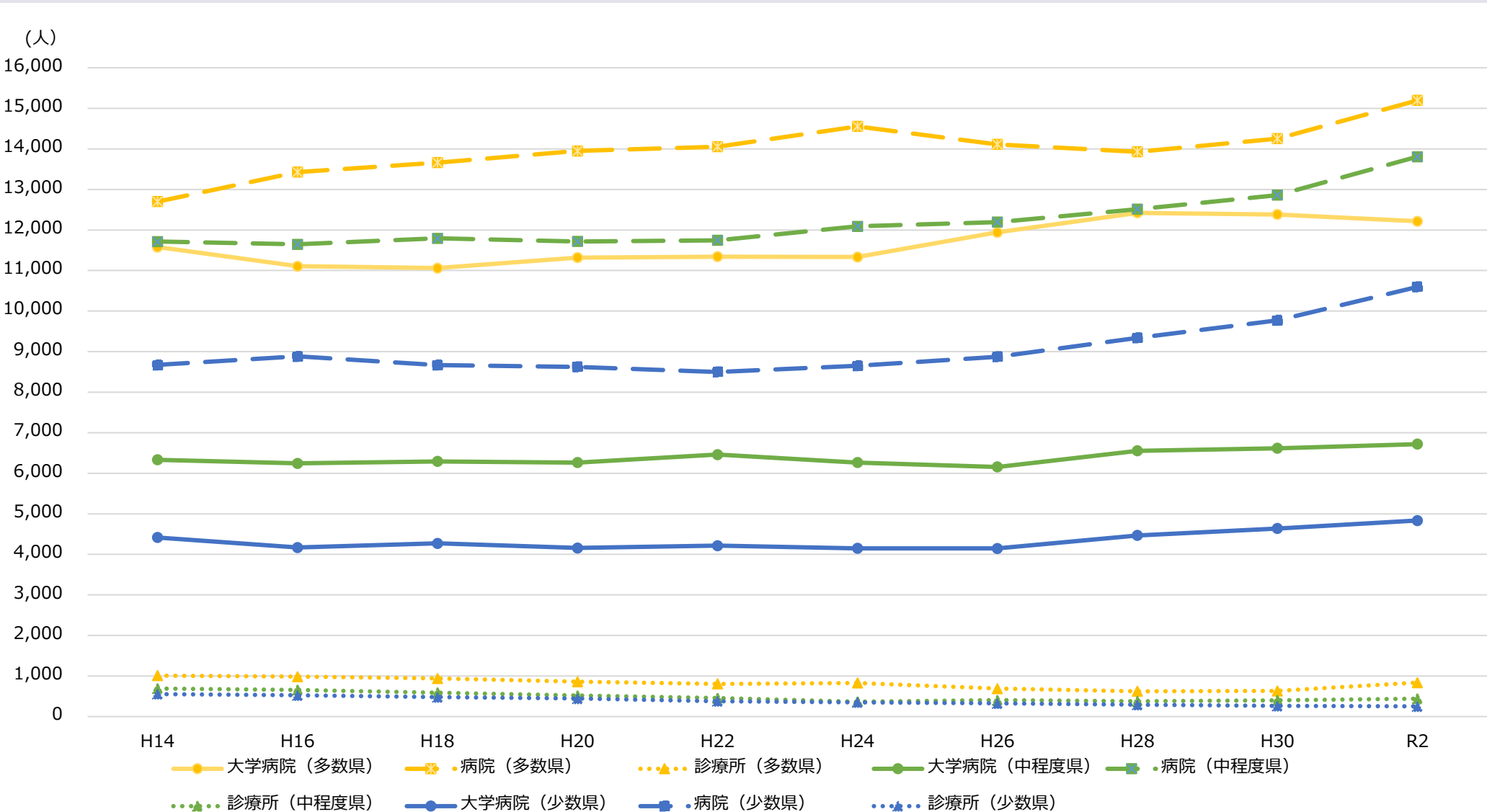
人口10万対35歳未満医師数と医師偏在指標

○ 人口10万対35歳未満医師数は、東京、岡山、和歌山、京都など医師多数県ほど多く、医師少数県ほど少ないが、秋田は全国平均を上回っている。



35歳未満の医師数（主たる従事施設別）の推移

- 大学病院を除く病院を主たる従事施設とする医師の数が最も多く、増加してきている。
- 診療所を主たる従事施設とする医師の割合は少なく、ほぼ横ばいである。

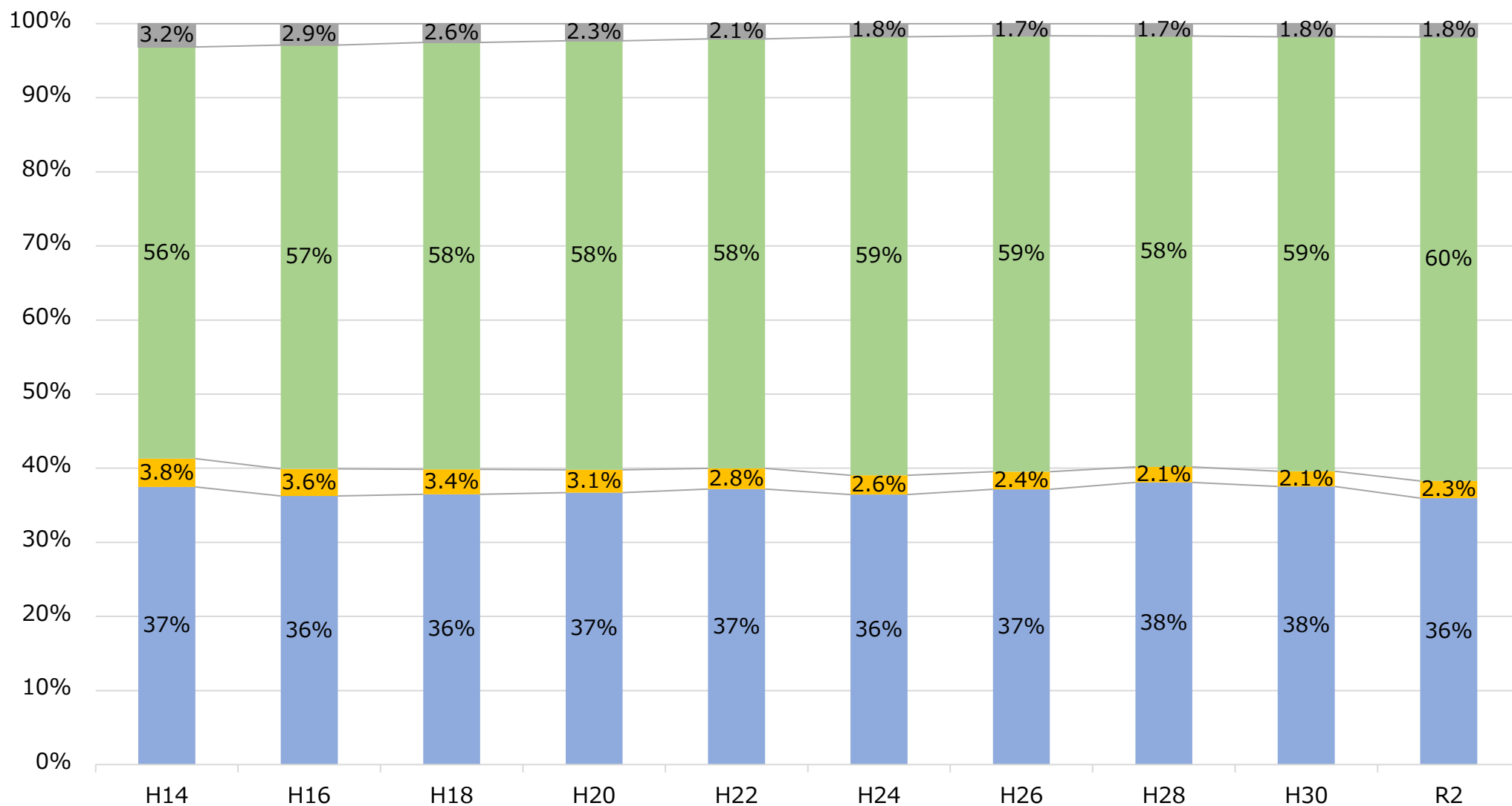


※ 診療所：開設者又は法人の代表者、勤務者を集計
 病院：医育機関附属の病院を除く病院をいう。開設者又は法人の代表者、勤務者を集計
 大学病院：医育機関附属の病院の臨床系の教官又は教員、臨床系の大学院生、臨床系の勤務医を集計

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査、統計（厚生労働省）
 医師多数県・医師中程度県・医師少数県は医師偏在指標
 （厚生労働省：令和6年1月）による

35歳未満の医師（主たる従事施設別）の割合の推移

- 35歳未満の医師のうち、大学病院を除く病院を主たる従事施設とする医師の割合は増えてきている。
- 35歳未満の医師のうち、診療所を主たる従事施設とする医師の割合は減ってきている。



※ 診療所：開設者又は法人の代表者、勤務者を集計

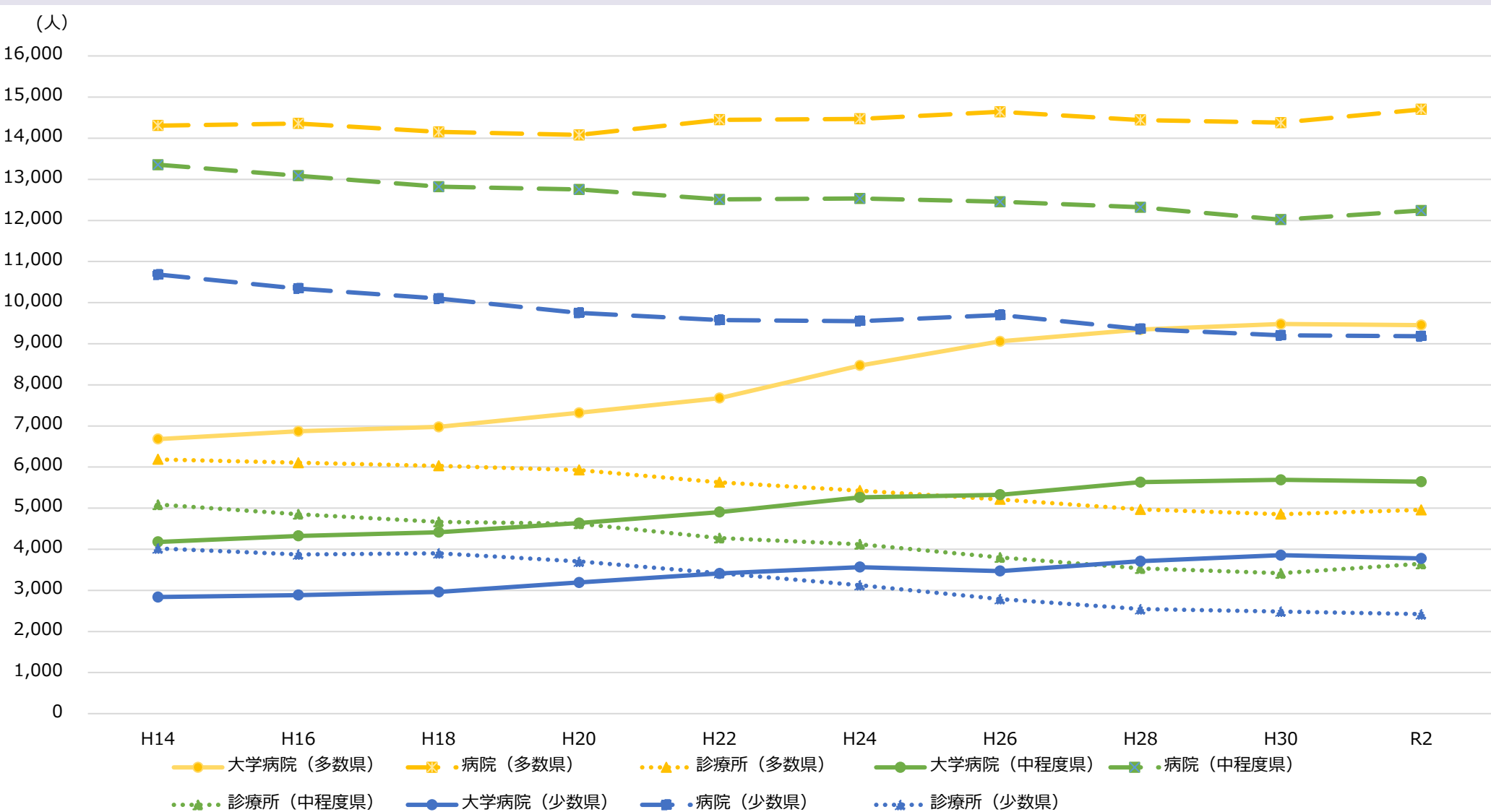
■ 大学病院 ■ 診療所 ■ 病院 ■ 医療施設以外

病院：医育機関附属の病院を除く病院をいう。開設者又は法人の代表者、勤務者を集計

大学病院：医育機関附属の病院の臨床系の教官又は教員、臨床系の大学院生、臨床系の勤務医を集計

35～44歳の医師数（主たる従事施設別）の推移

- 大学病院を主たる従事施設とする医師数は、特に医師多数県で増加している。
- 診療所を主たる従事施設とする医師数は、医師偏在指標にかかわらず減少してきている。

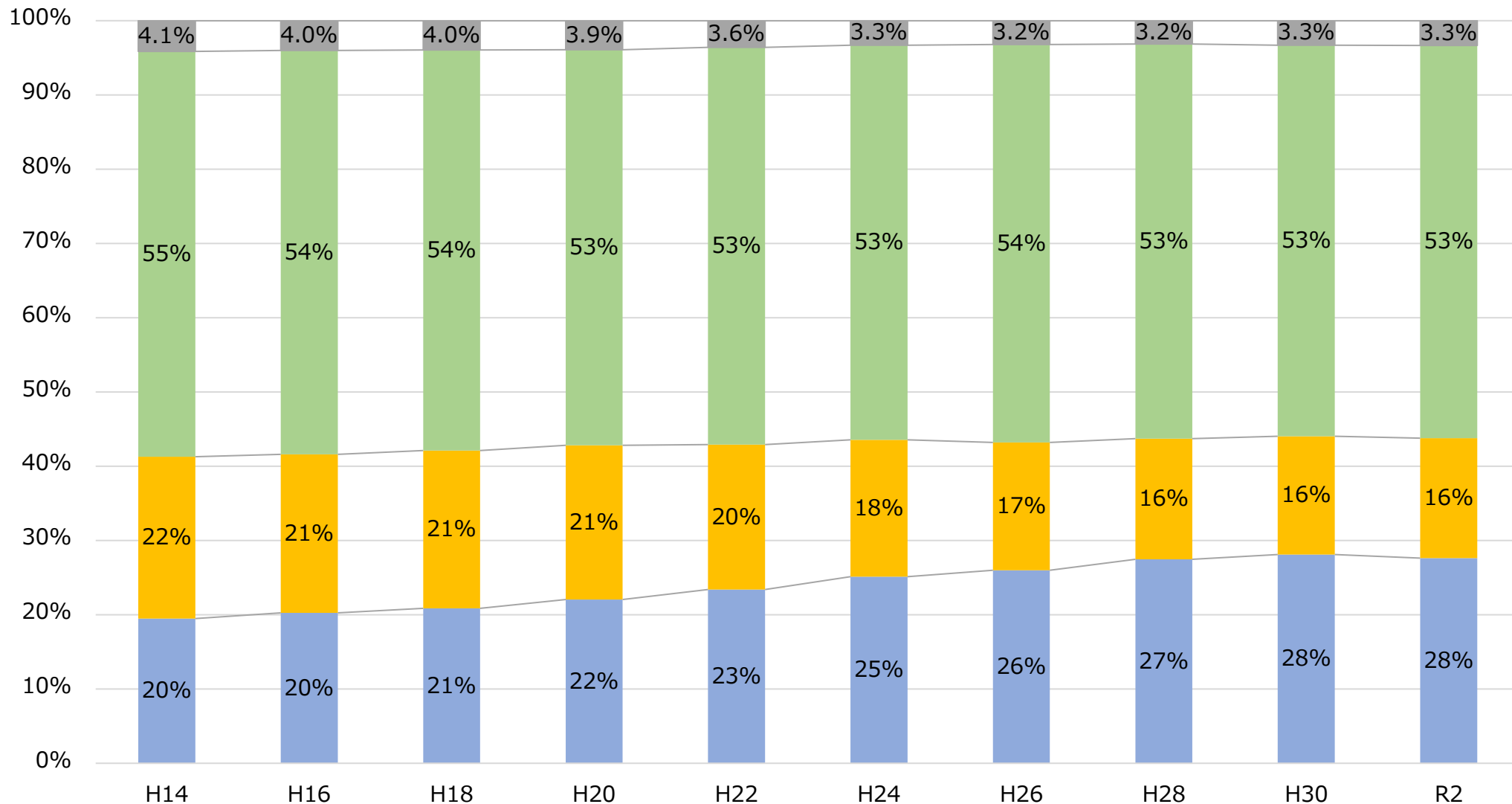


※ 診療所：開設者又は法人の代表者、勤務者を集計
 病院：医育機関附属の病院を除く病院をいう。開設者又は法人の代表者、勤務者を集計
 大学病院：医育機関附属の病院の臨床系の教官又は教員、臨床系の大学院生、臨床系の勤務医を集計

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査、統計（厚生労働省）
 医師多数県・医師中程度県・医師少数県は医師偏在指標
 （厚生労働省：令和6年1月）による

35～44歳の医師（主たる従事施設別）の割合の推移

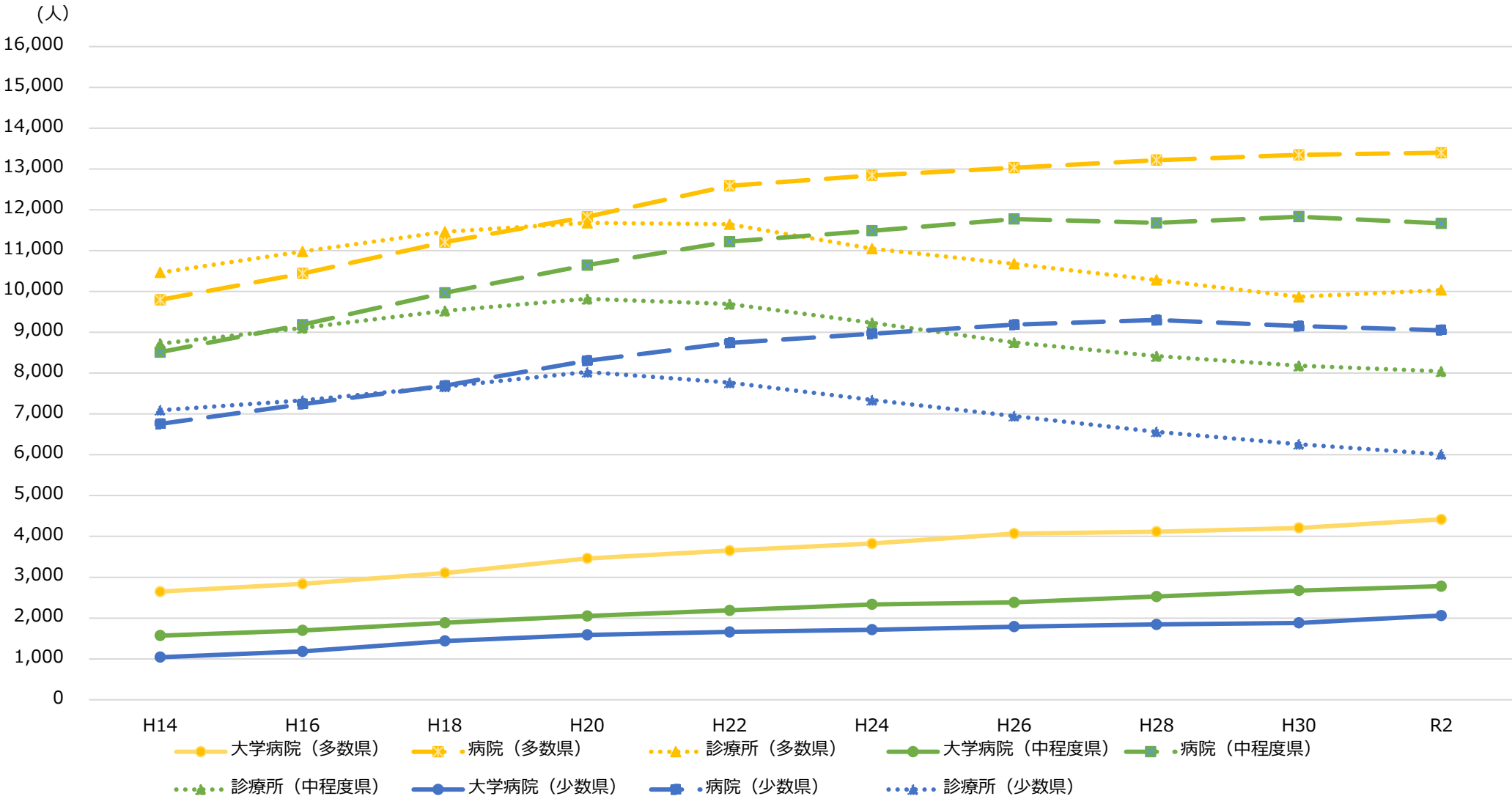
- 35～44歳の医師のうち、大学病院を主たる従事施設とする医師の割合は増えてきている。
- 35～44歳の医師のうち、診療所を主たる従事施設とする医師の割合は減ってきている。



※ 診療所：開設者又は法人の代表者、勤務者を集計
 大学病院：医育機関附属の病院を除く病院をいう。開設者又は法人の代表者、勤務者を集計
 病院：医育機関附属の病院を除く病院をいう。開設者又は法人の代表者、勤務者を集計
 医療施設以外：開設者又は法人の代表者、勤務者を集計

45～54歳の医師数（主たる従事施設別）の推移

○ 平成14～18年頃は、病院と診療所で医師数はほぼ同じであったが、その後、診療所を主たる従事施設とする医師数は減少を続け、病院（大学病院を除く）や大学病院を主たる従事施設とする医師数が増えてきている。

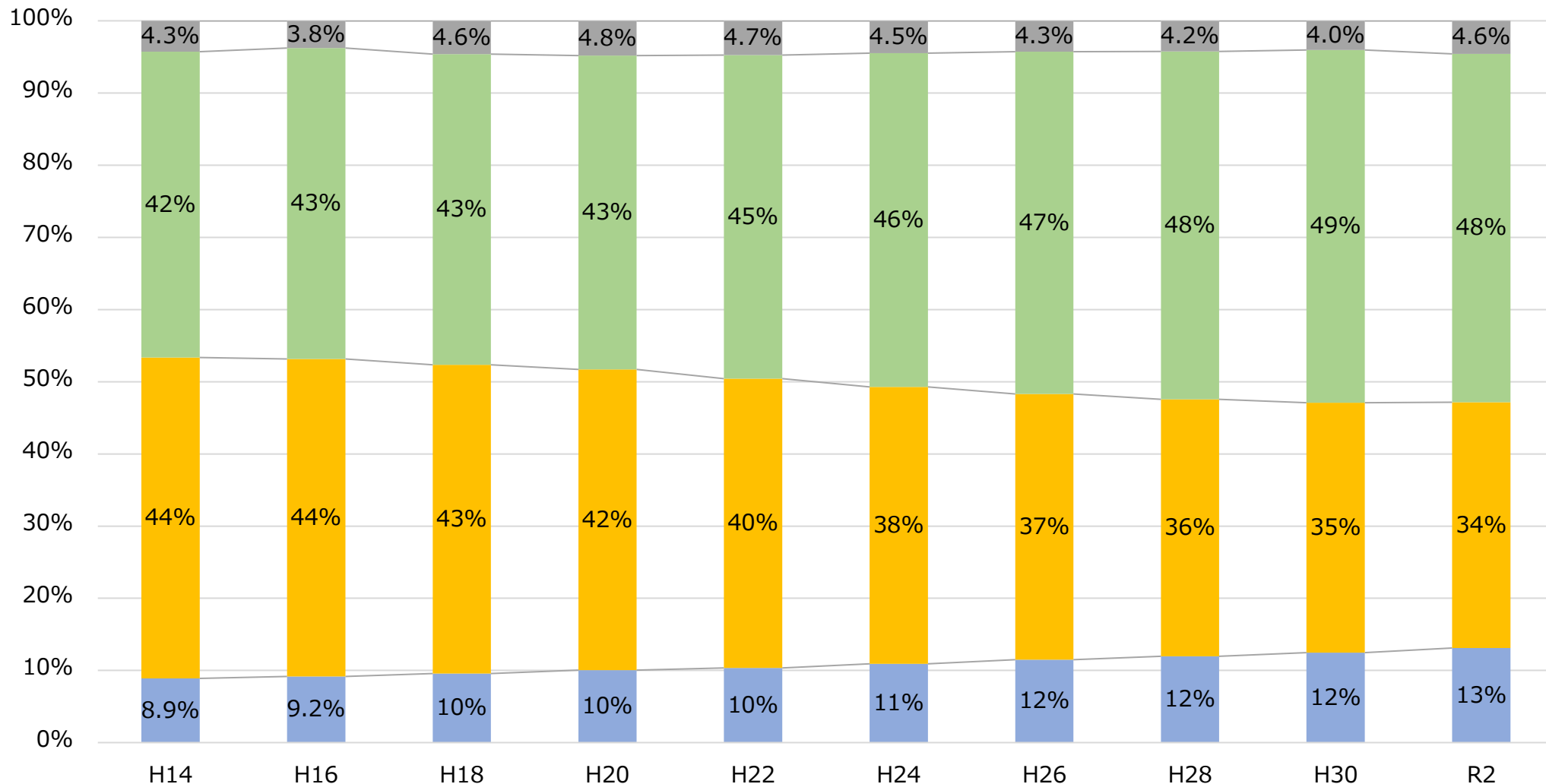


※ 診療所：開設者又は法人の代表者、勤務者を集計
 病院：医育機関附属の病院を除く病院をいう。開設者又は法人の代表者、勤務者を集計
 大学病院：医育機関附属の病院の臨床系の教官又は教員、臨床系の大学院生、臨床系の勤務医を集計

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査、統計（厚生労働省）
 医師多数県・医師中程度県・医師少数県は医師偏在指標
 （厚生労働省：令和6年1月）による

45～54歳の医師（主たる従事施設別）の割合の推移

- 各年の医師数を100%としたとき、45～54歳の医師のうち、病院（大学病院を除く）や大学病院を主たる従事施設とする医師の割合は増えてきている。
- 45～54歳の医師のうち、診療所を主たる従事施設とする医師の割合は減ってきている。



※ 診療所：開設者又は法人の代表者、勤務者を集計

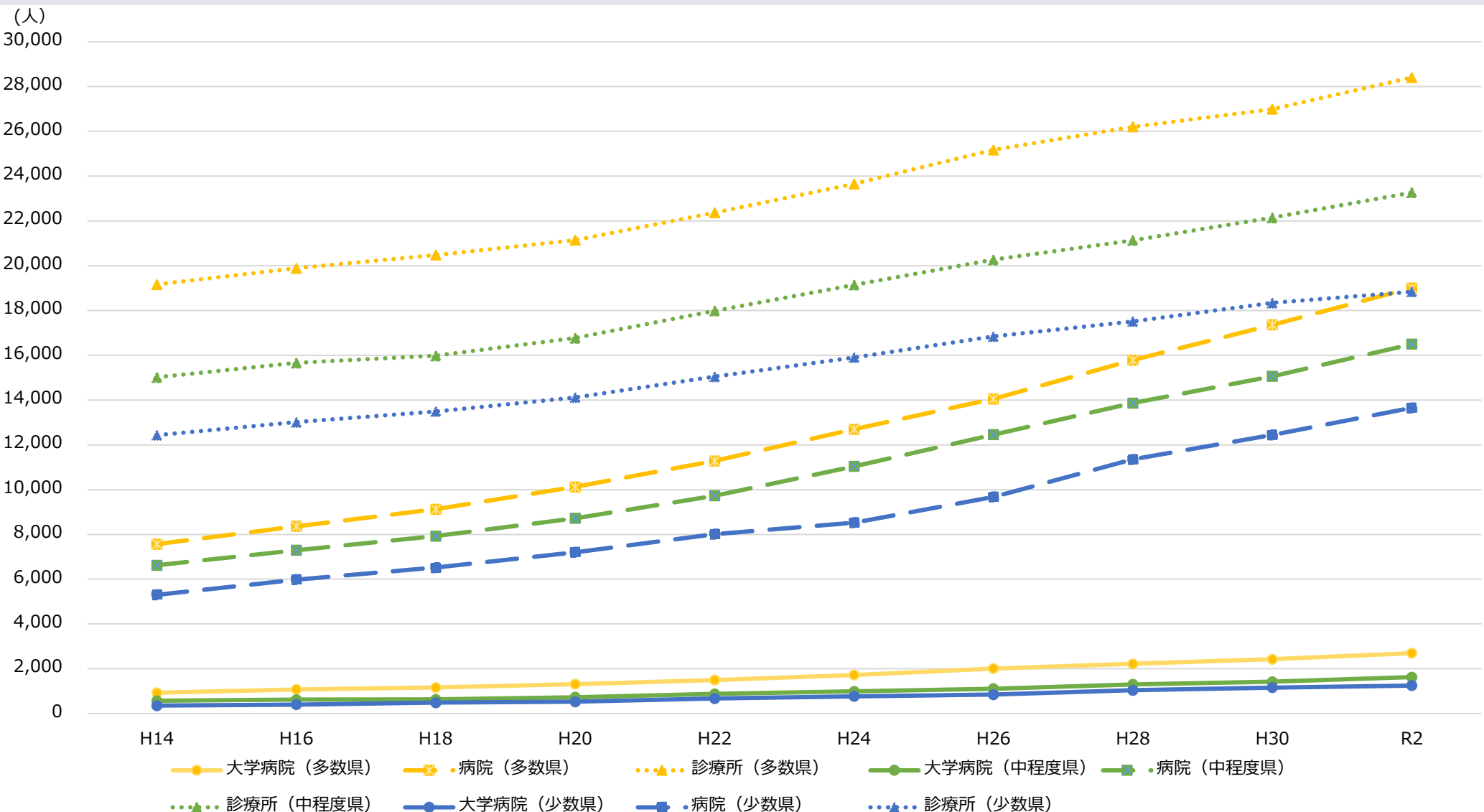
■ 大学病院 ■ 診療所 ■ 病院 ■ 医療施設以外

病院：医育機関附属の病院を除く病院をいう。開設者又は法人の代表者、勤務者を集計

大学病院：医育機関附属の病院の臨床系の教官又は教員、臨床系の大学院生、臨床系の勤務医を集計

55歳以上の医師数（主たる従事施設別）の推移

- 55歳以上では、診療所を主たる従事施設とする医師の割合が最も多い。
- 医師偏在指標にかかわらず、診療所や病院(大学病院を除く)、大学病院を主たる従事施設とする医師数は増えてきている。

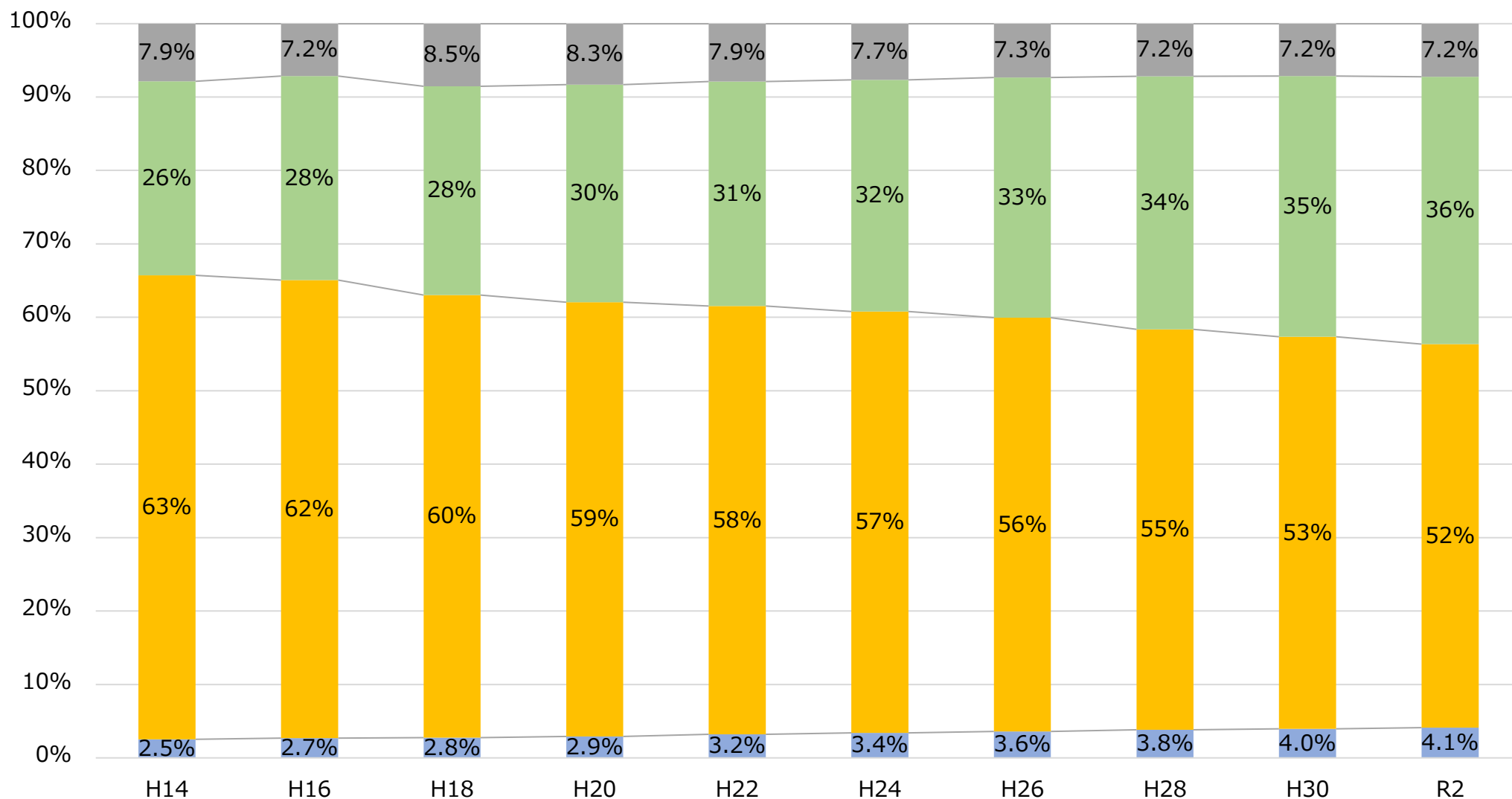


※ 診療所：開設者又は法人の代表者、勤務者を集計
 病院：医育機関附属の病院を除く病院をいう。開設者又は法人の代表者、勤務者を集計
 大学病院：医育機関附属の病院の臨床系の教官又は教員、臨床系の大学院生、臨床系の勤務医を集計

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査、統計（厚生労働省）
 医師多数県・医師中程度県・医師少数県は医師偏在指標
 （厚生労働省：令和6年1月）による

55歳以上の医師（主たる従事施設別）の割合の推移

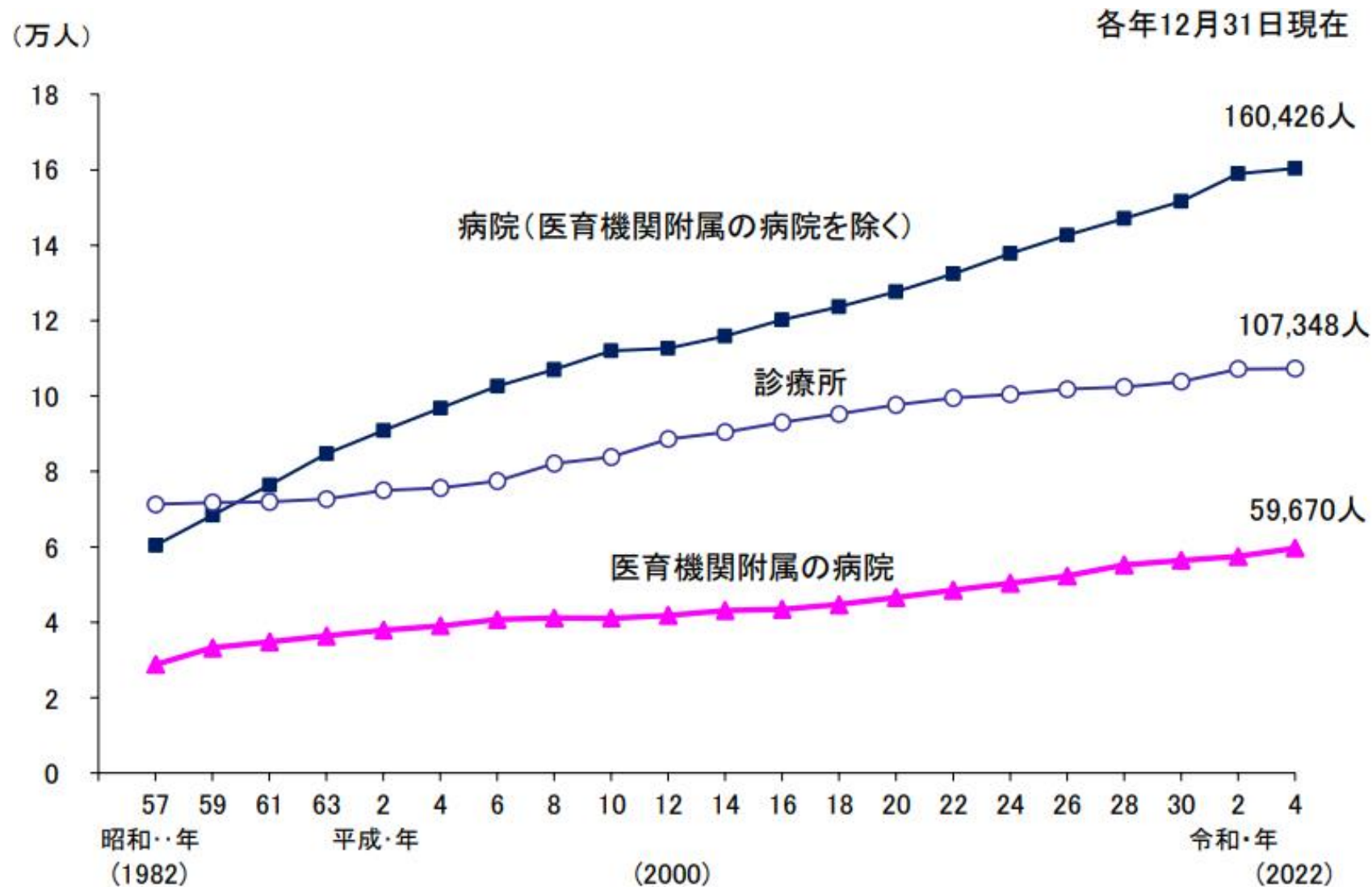
- 55歳以上の医師のうち、病院（大学病院を除く）を主たる従事施設とする医師の割合は増えてきている。
- 55歳以上の医師のうち、診療所を主たる従事施設とする医師の割合は減ってきている。



■ 大学病院 ■ 診療所 ■ 病院 ■ 医療施設以外
 ※ 診療所：開設者又は法人の代表者、勤務者を集計
 病院：医育機関附属の病院を除く病院をいう。開設者又は法人の代表者、勤務者を集計
 大学病院：医育機関附属の病院の臨床系の教官又は教員、臨床系の大学院生、臨床系の勤務医を集計

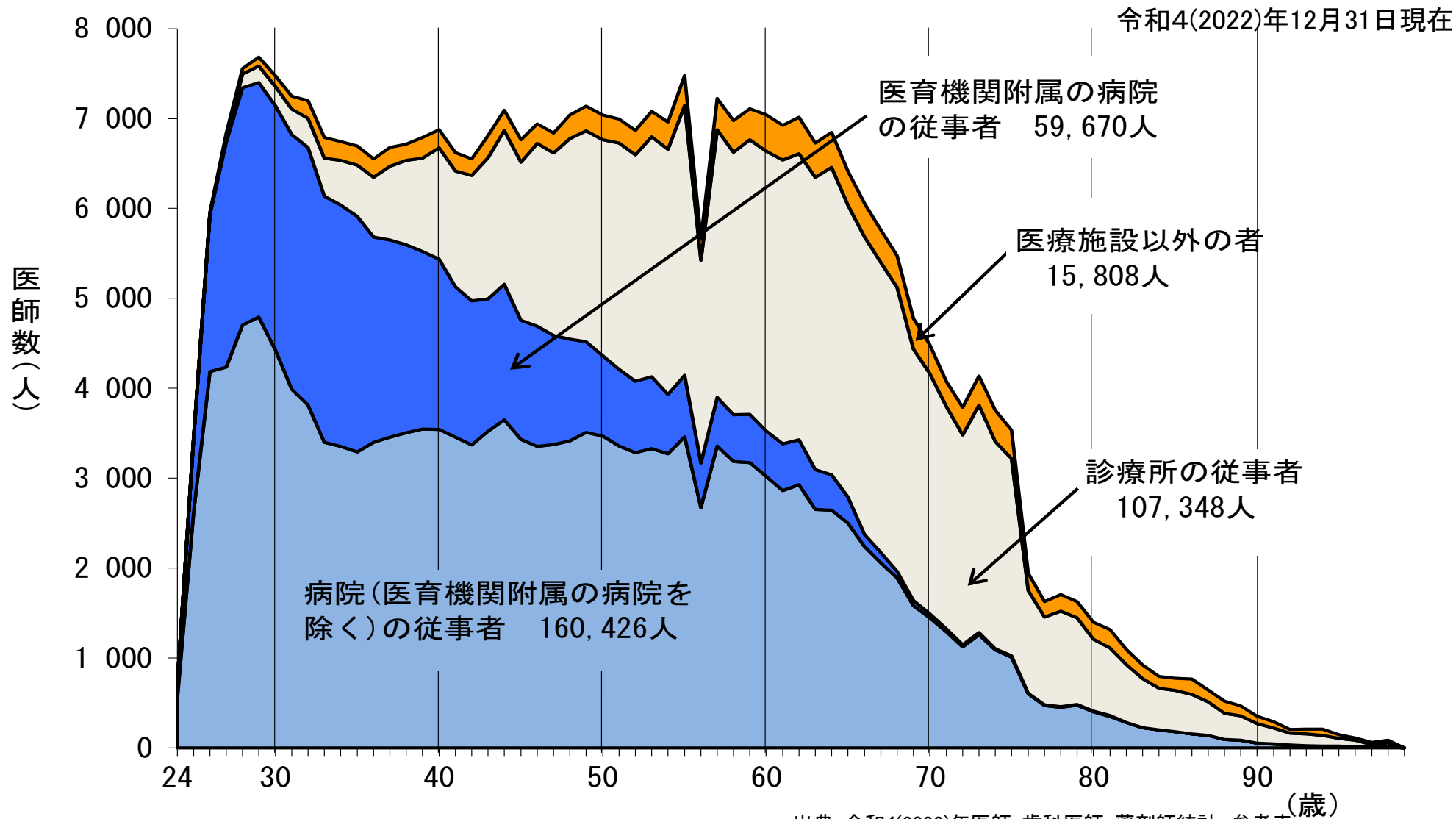
施設の種別に応じた医師数の年次推移

- 主に従事している施設の種別に医師数をみると、「病院（医育機関附属の病院を除く）」160,426人が最も多く、「診療所」107,348人、「医育機関附属の病院」59,670人となっている。
- 年次推移でも、昭和61年以降「病院（医育機関附属の病院を除く）」を主たる従事先とする医師が最も多い。



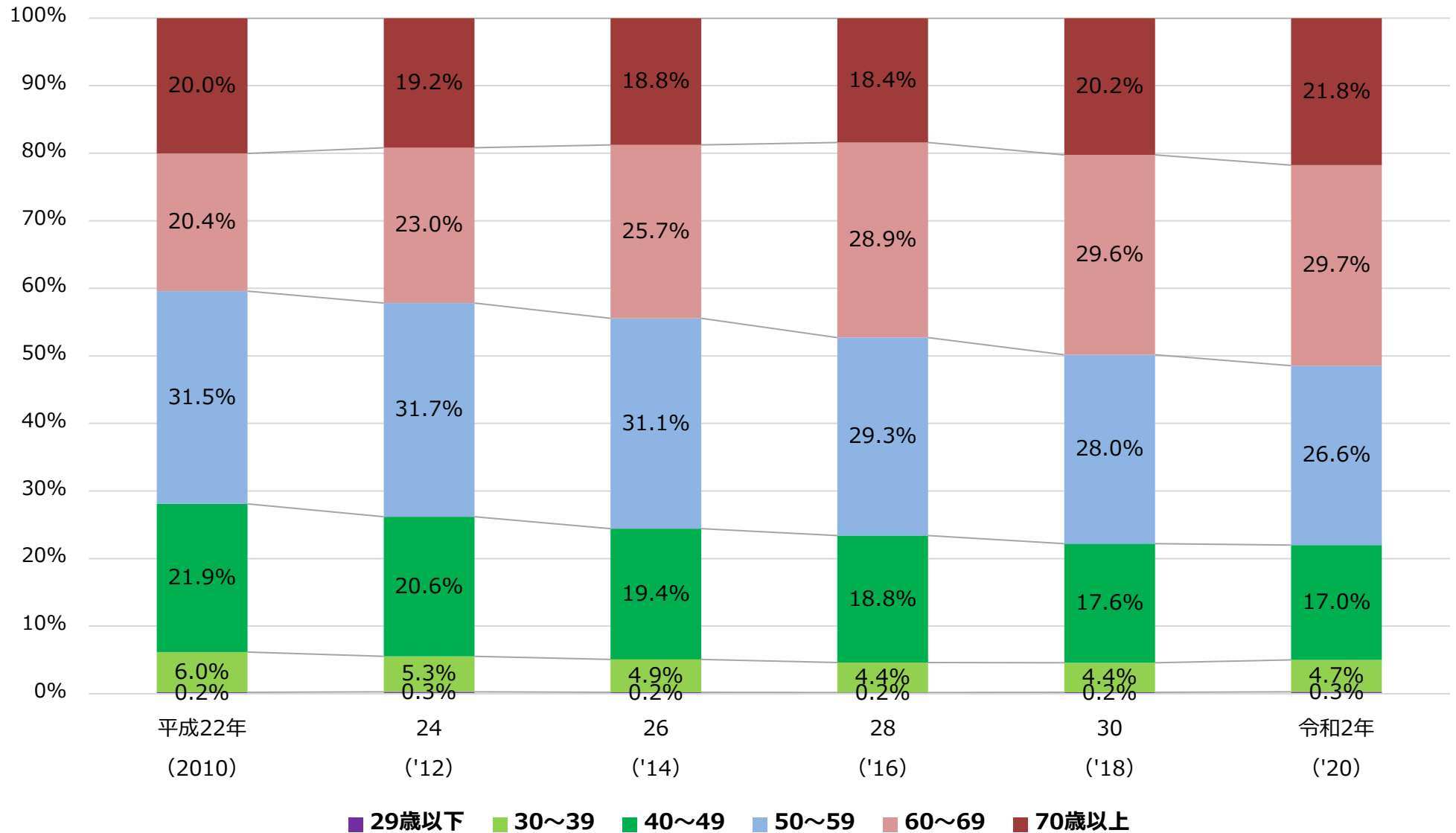
施設の種別・年齢別にみた医師数 (R4)

○令和2年に比べ令和4年は、病院（医育機関附属の病院を除く）の従事者は約1,430人増加、医育機関附属の病院の従事者は約2,190人増加している。診療所の従事者は、約120人増加となっている。



診療所従事医師の年齢階級別の割合の推移

- 診療所が主たる従事先の医師については、40歳未満の医師の割合は約5%である。
- 診療所が主たる従事先の医師については、60歳以上の医師の割合が増加してきている。

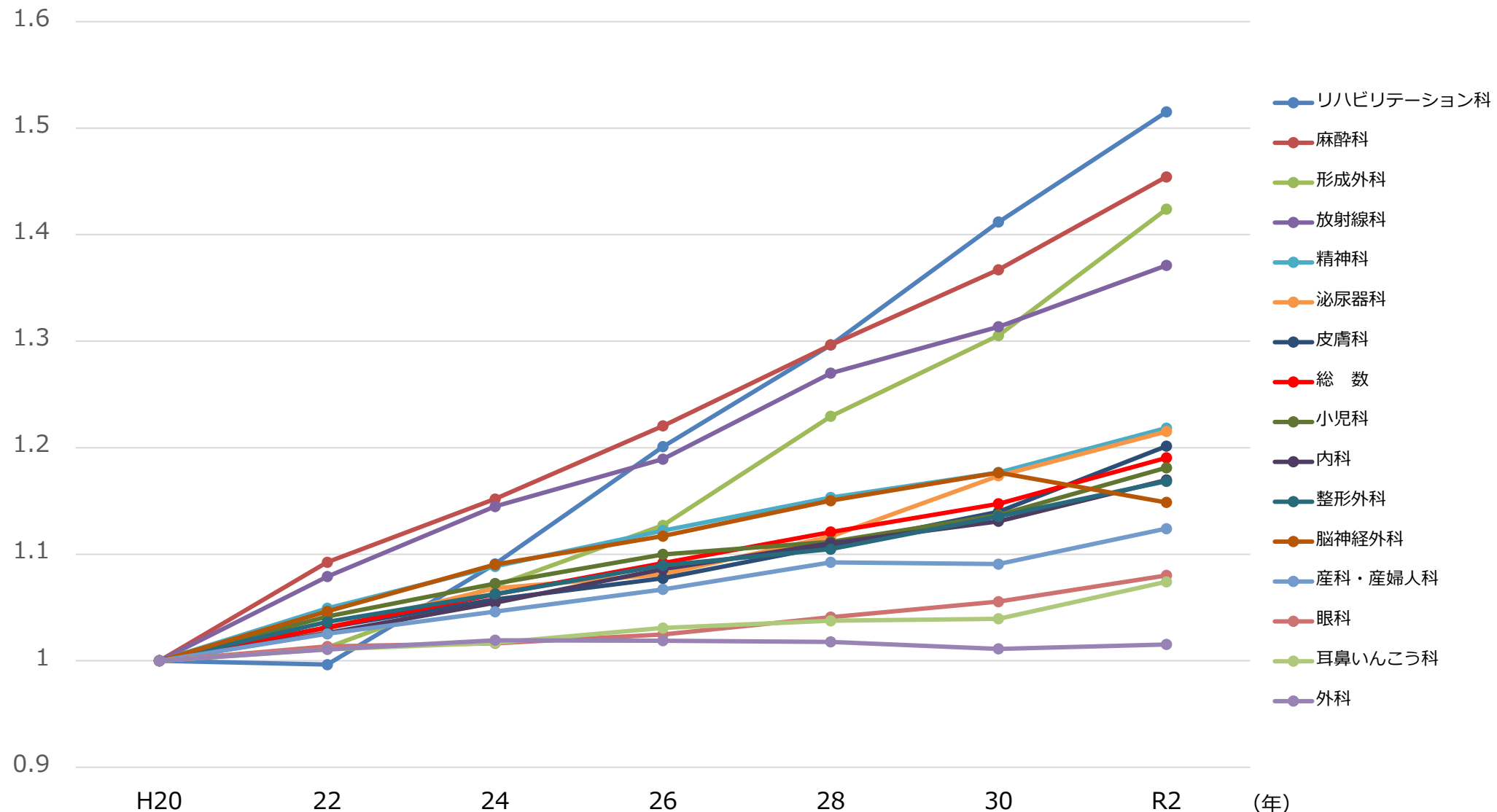


出典：医師・歯科医師・薬剤師調査、統計（厚生労働省）

診療科別医師数の推移（平成20年を1.0とした場合）

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

資料1

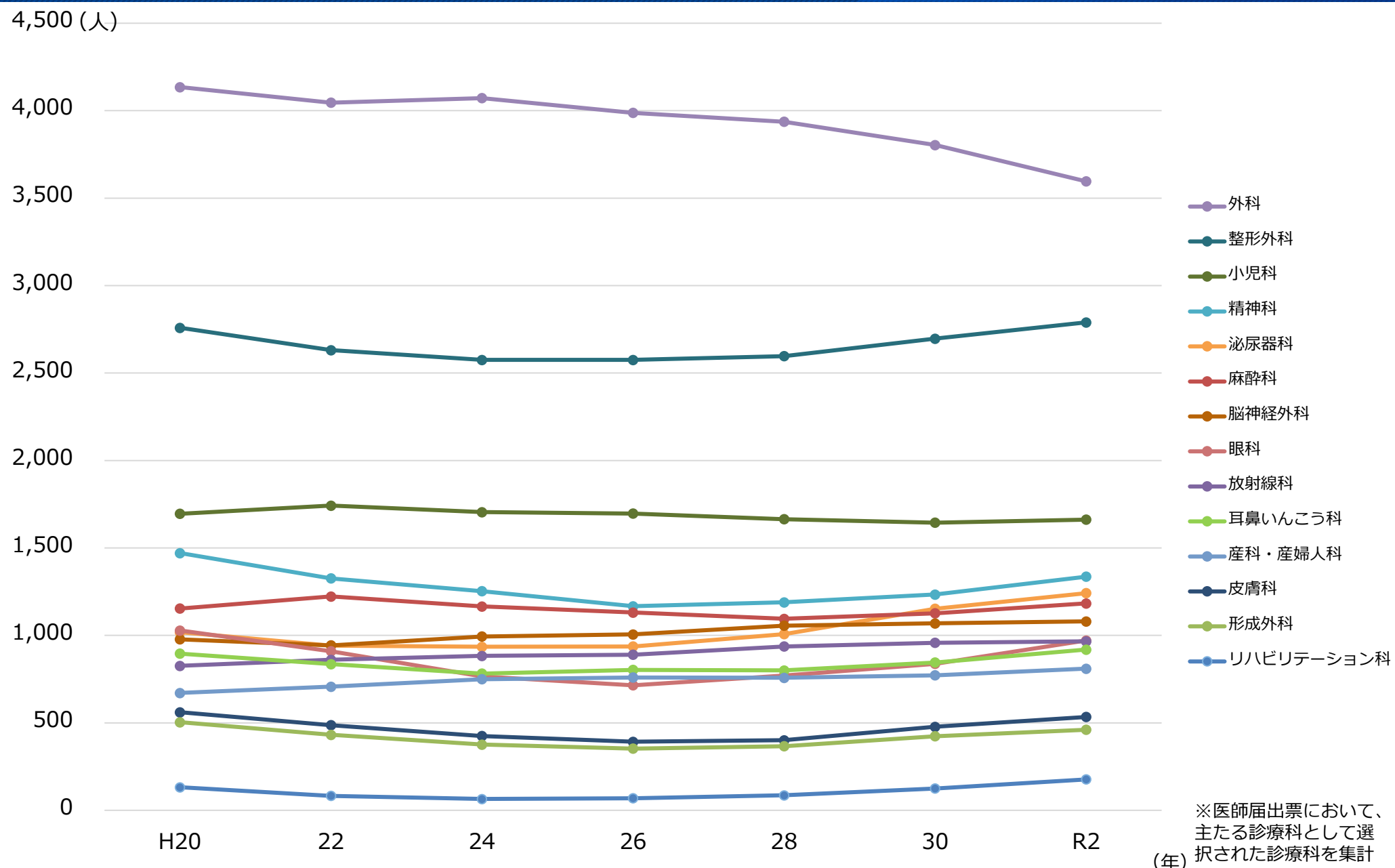


※内科・・・内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科
 ※外科・・・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

※医師届出票において、主たる診療科として選択された診療科を集計

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査、統計

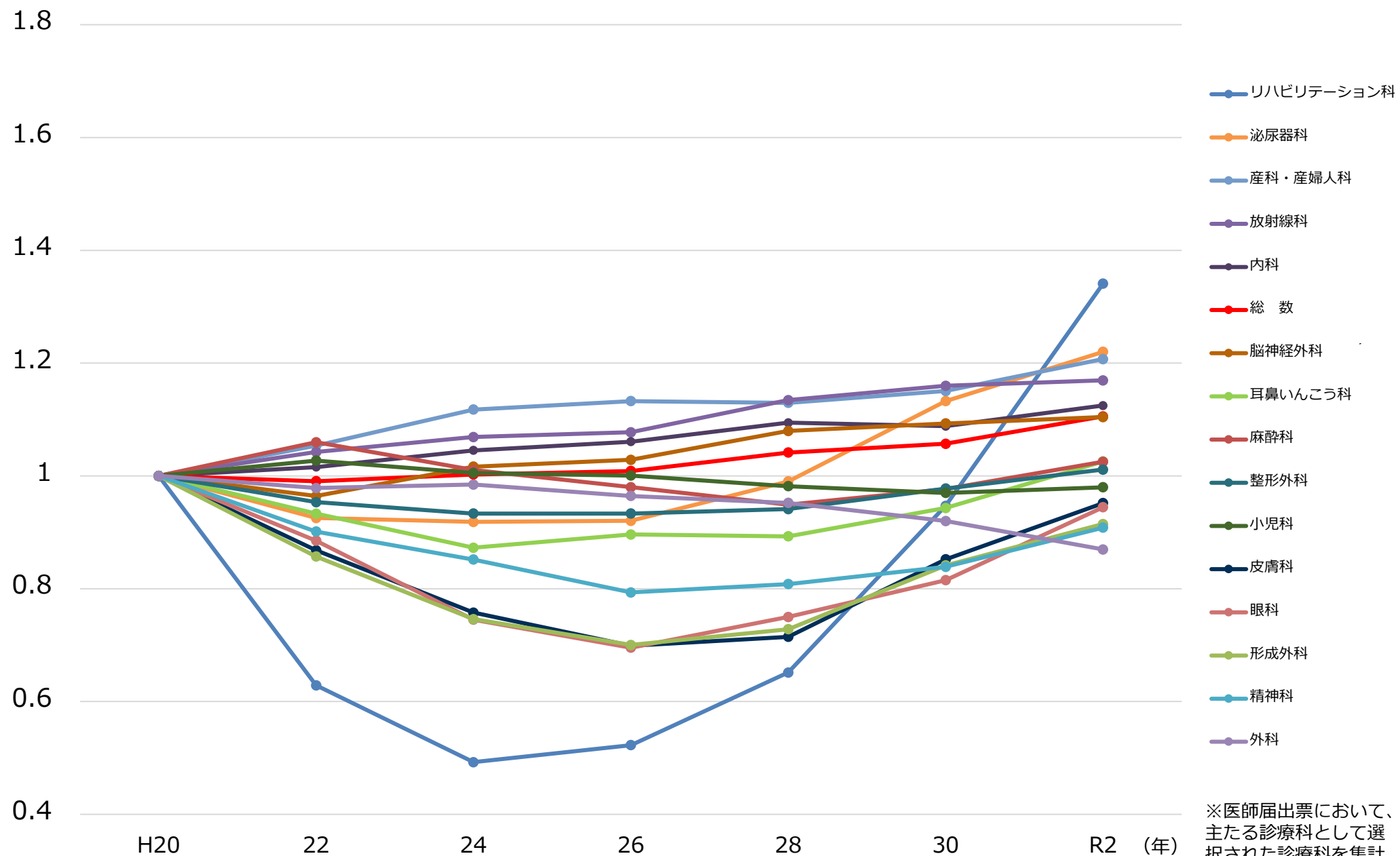
男性医師（35歳未満）の診療科別医師数の推移（内科を除く）



※医師届出票において、主たる診療科として選択された診療科を集計
(年)

※内科・・・内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科
 ※外科・・・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

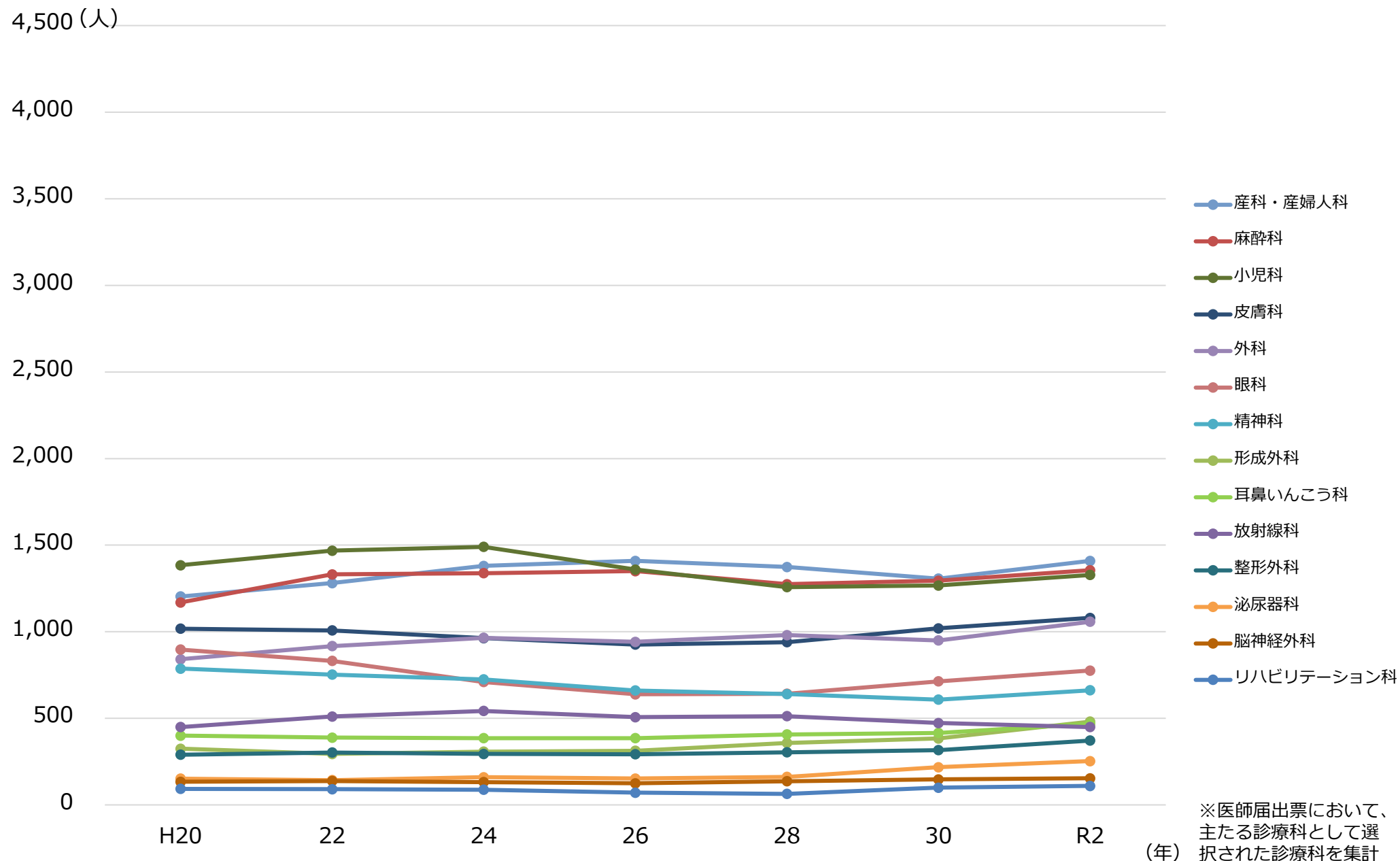
男性医師（35歳未満）の診療科別医師数の推移（平成20年を1.0とした場合）



※医師届出票において、主たる診療科として選択された診療科を集計

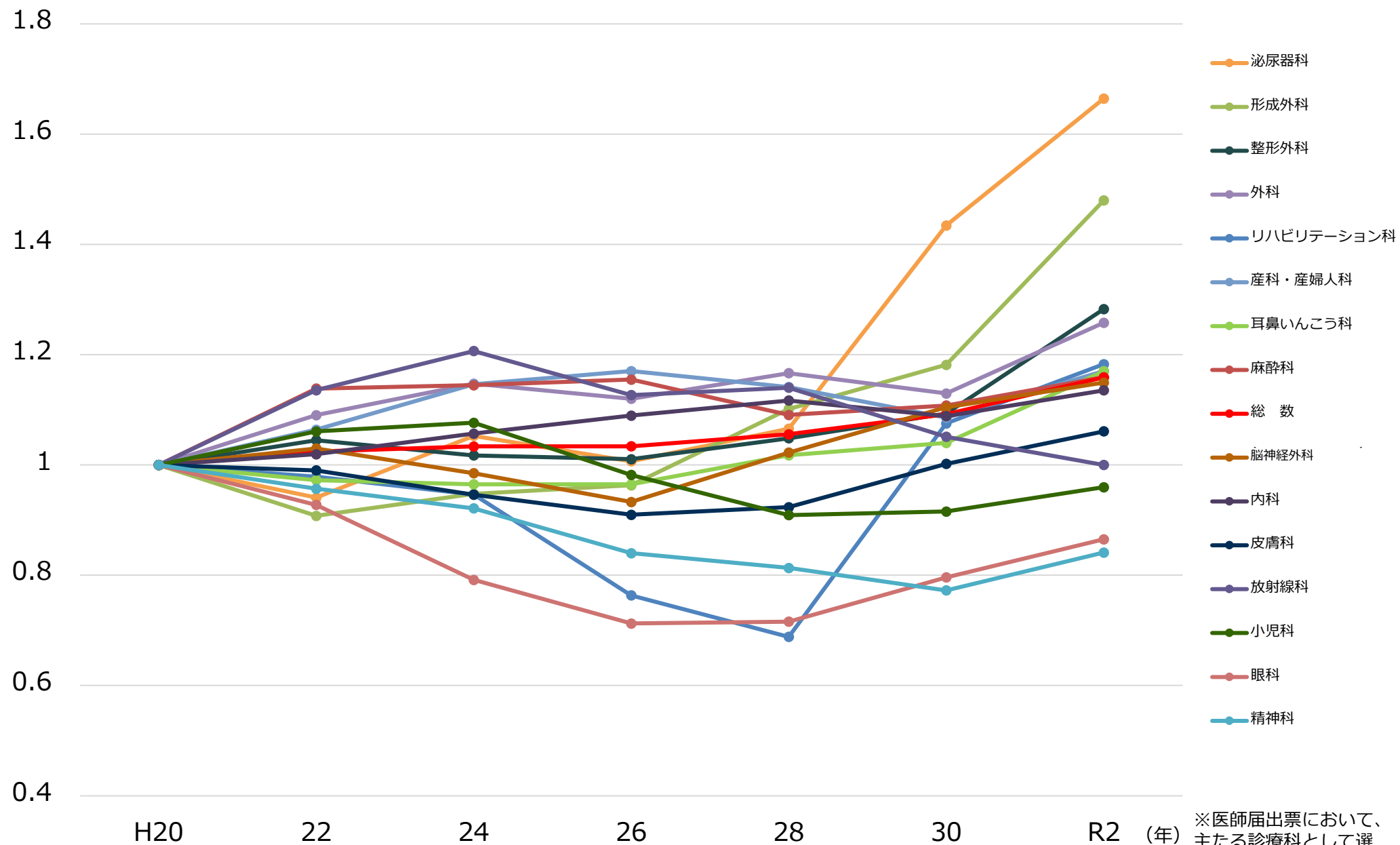
※内科・・・内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科
 ※外科・・・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

女性医師（35歳未満）の診療科別医師数の推移（内科を除く）



※内科・・・内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科
 ※外科・・・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

女性医師（35歳未満）の診療科別医師数の推移（平成20年を1.0とした場合）

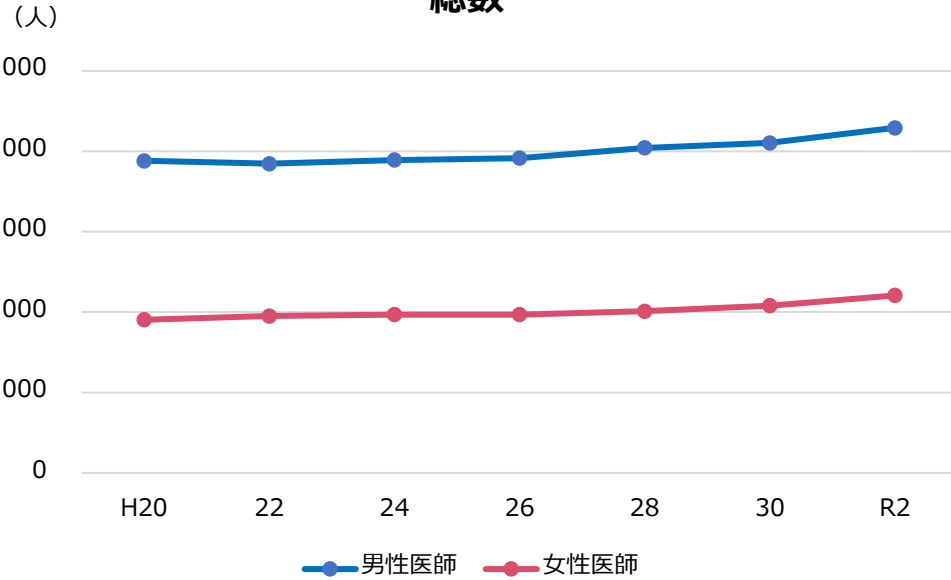


※内科・・・内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科
 ※外科・・・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

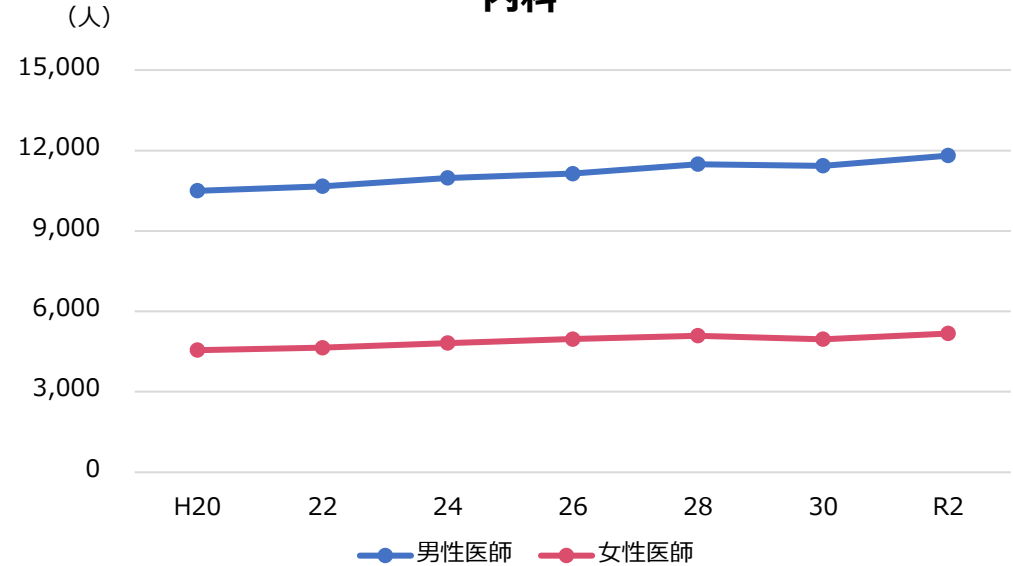
※医師届出票において、主たる診療科として選択された診療科を集計

35歳未満医療施設従事医師数の推移（従事する主たる診療科別）①

総数

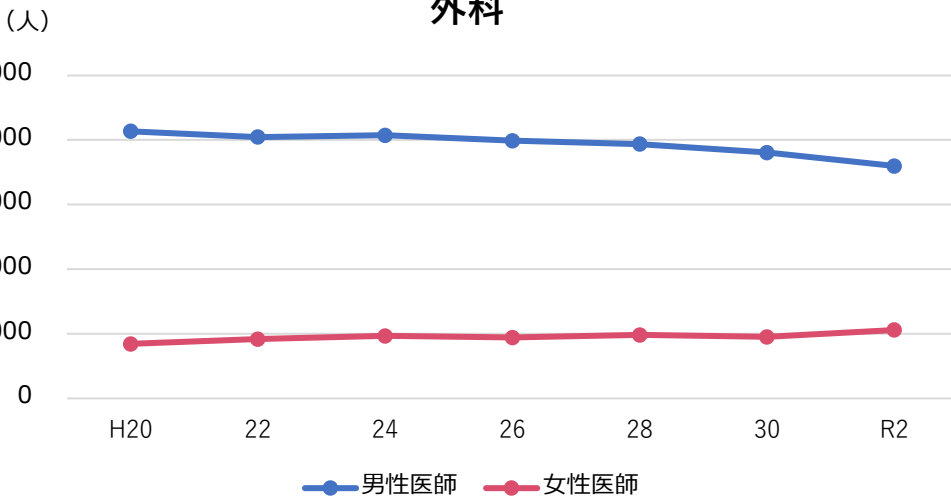


内科

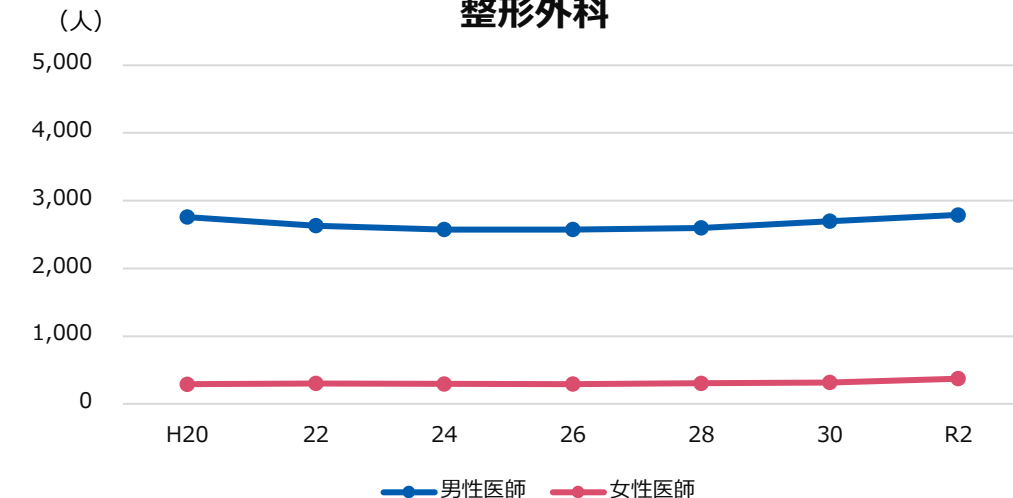


※内科・・・内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科

外科



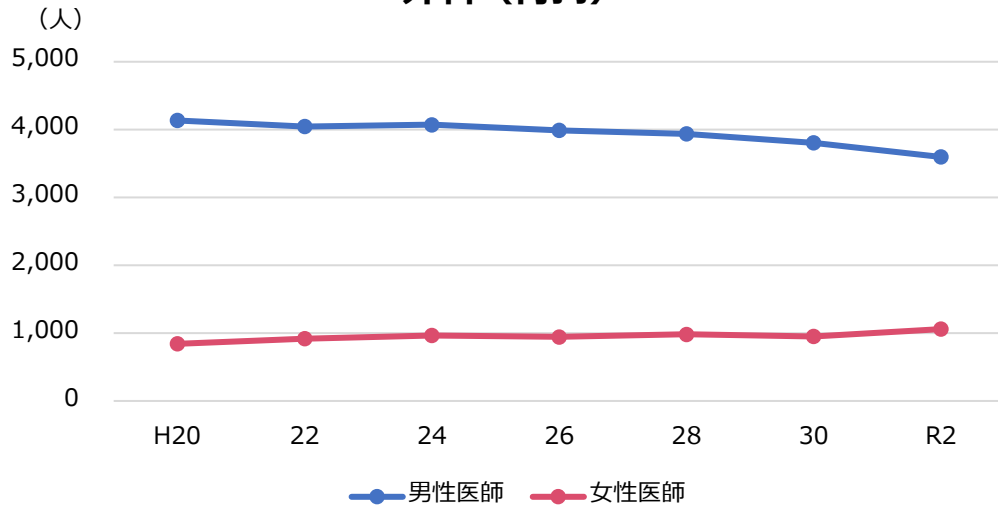
整形外科



※外科・・・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

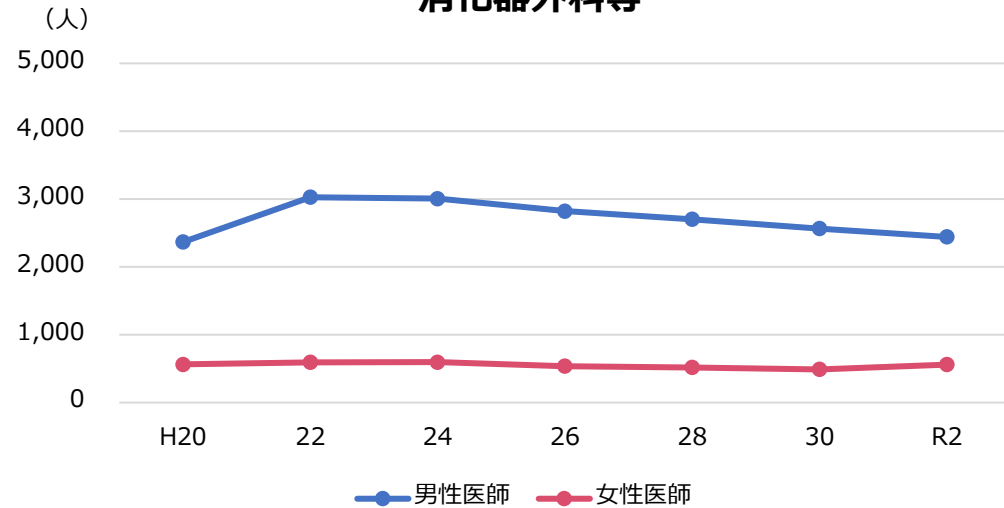
35歳未満医療施設従事医師数の推移（従事する主たる診療科別）②

外科（再掲）



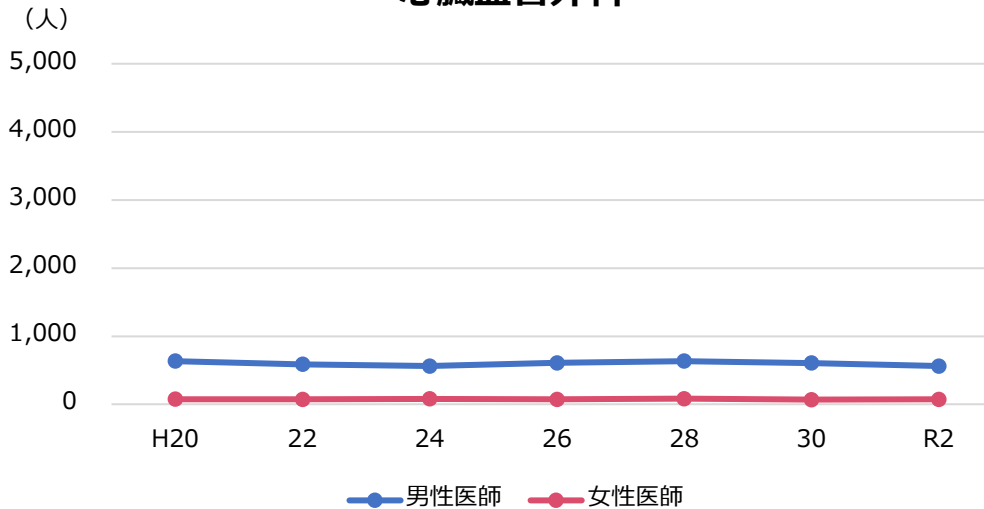
※外科・・・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

消化器外科等

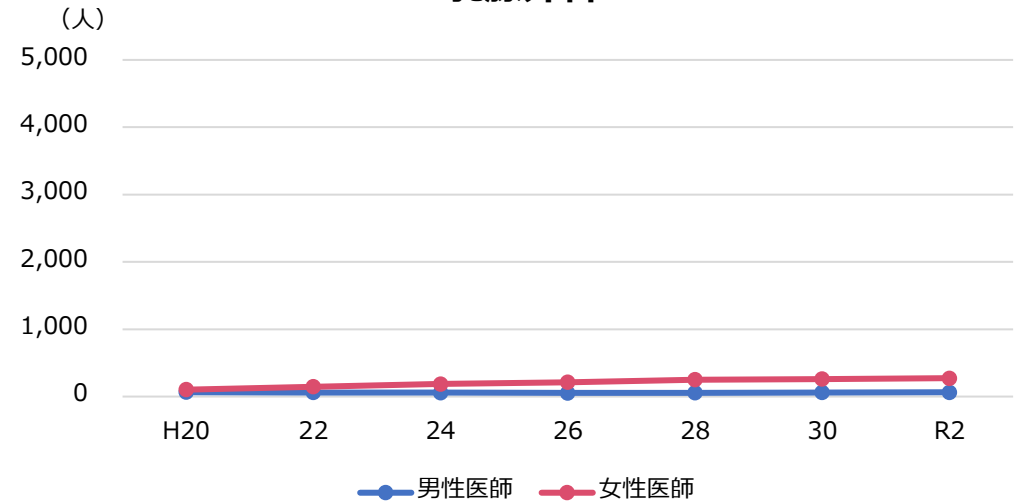


※消化器外科等・・・外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科

心臓血管外科

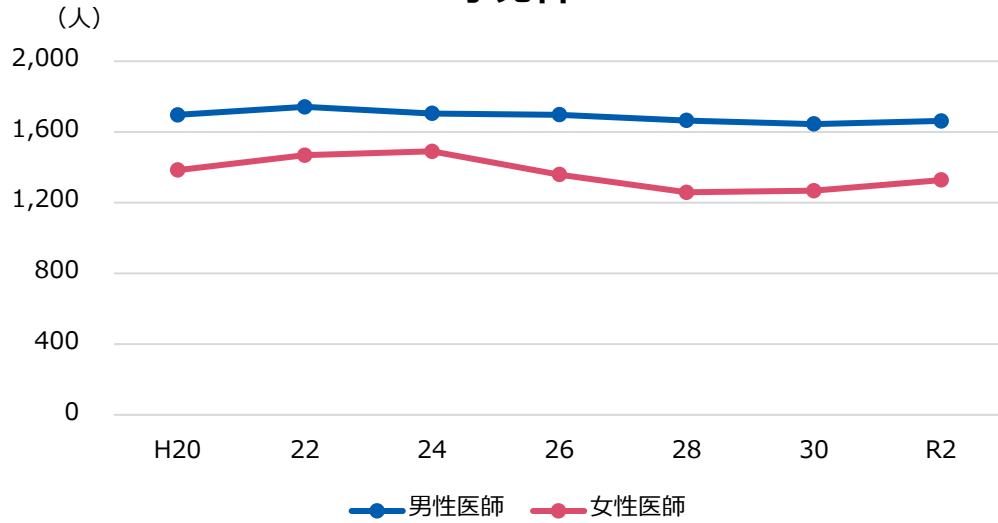


乳腺外科

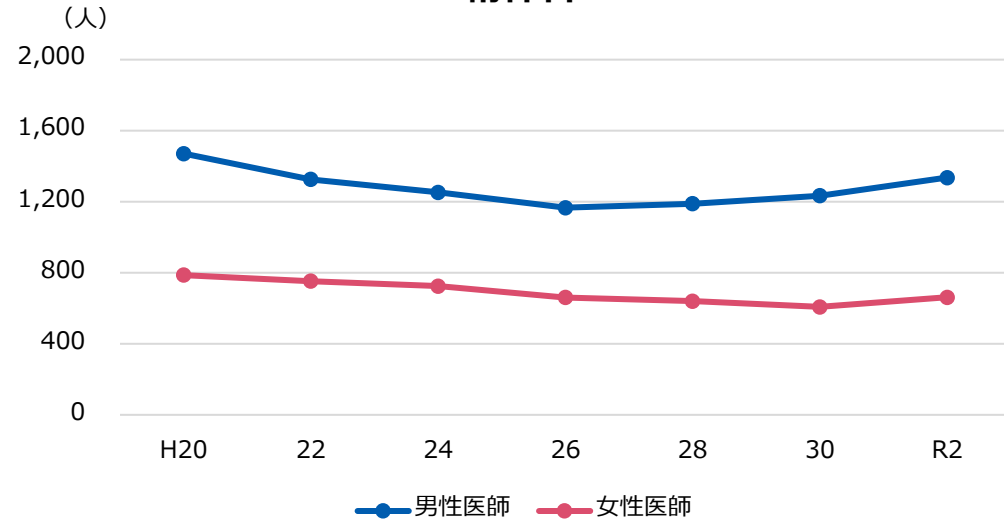


35歳未満医療施設従事医師数の推移（従事する主たる診療科別）③

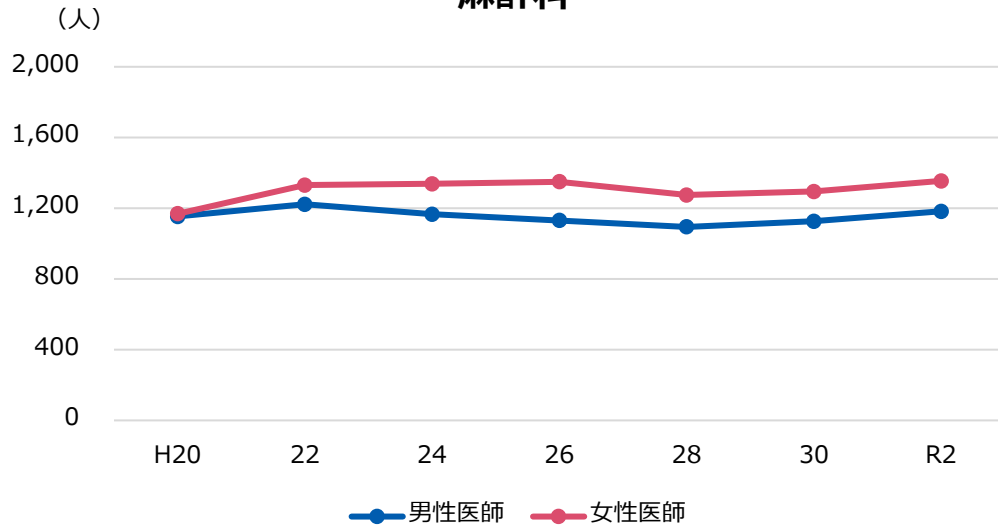
小児科



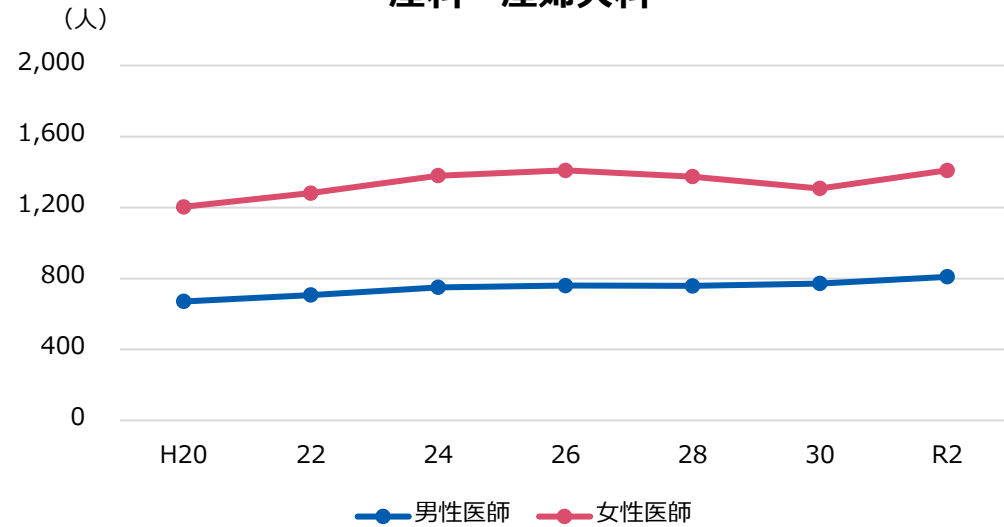
精神科



麻酔科

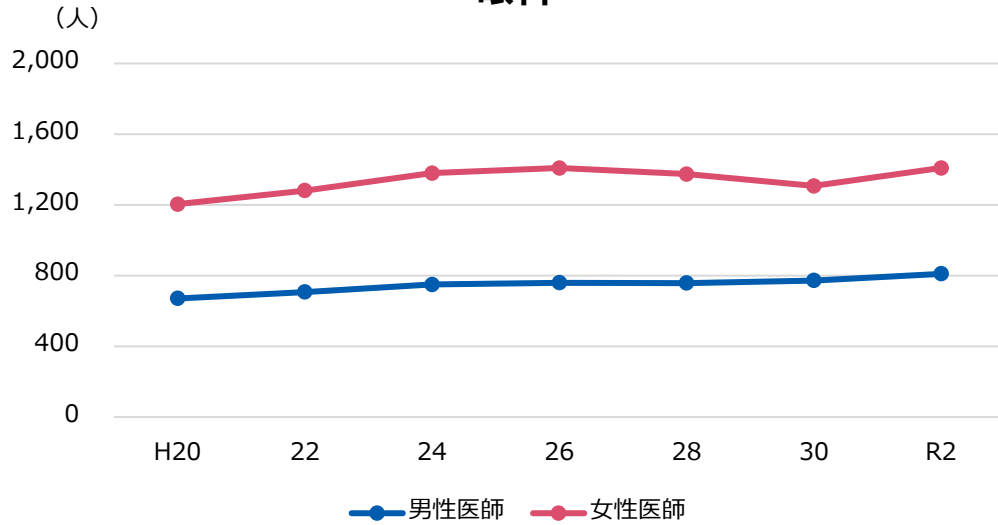


産科・産婦人科

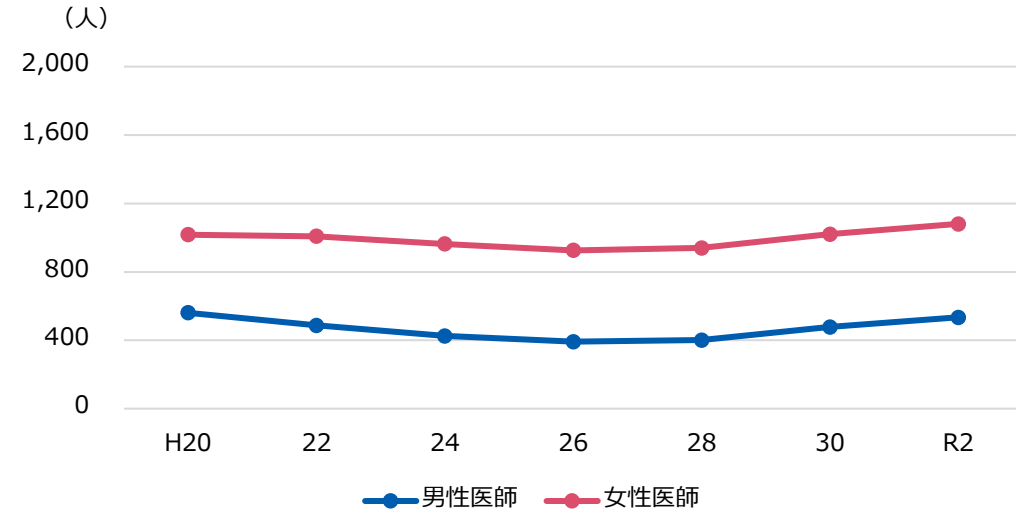


35歳未満医療施設従事医師数の推移（従事する主たる診療科別）④

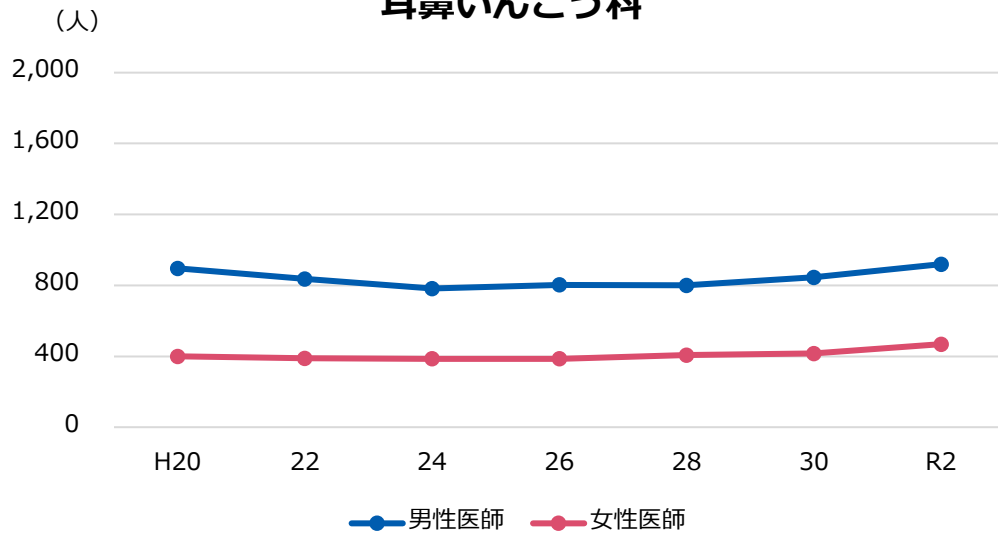
眼科



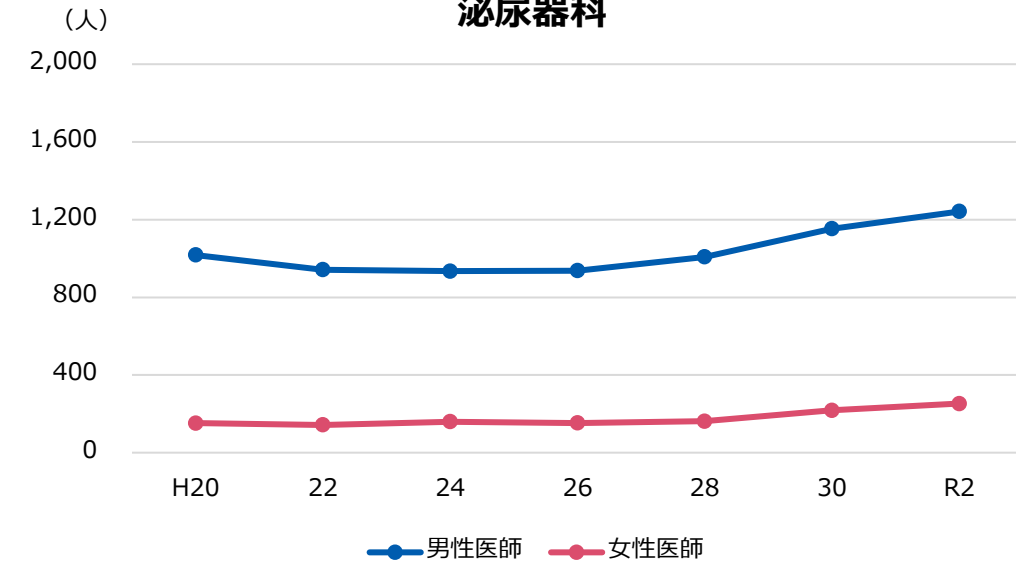
皮膚科



耳鼻いんこう科

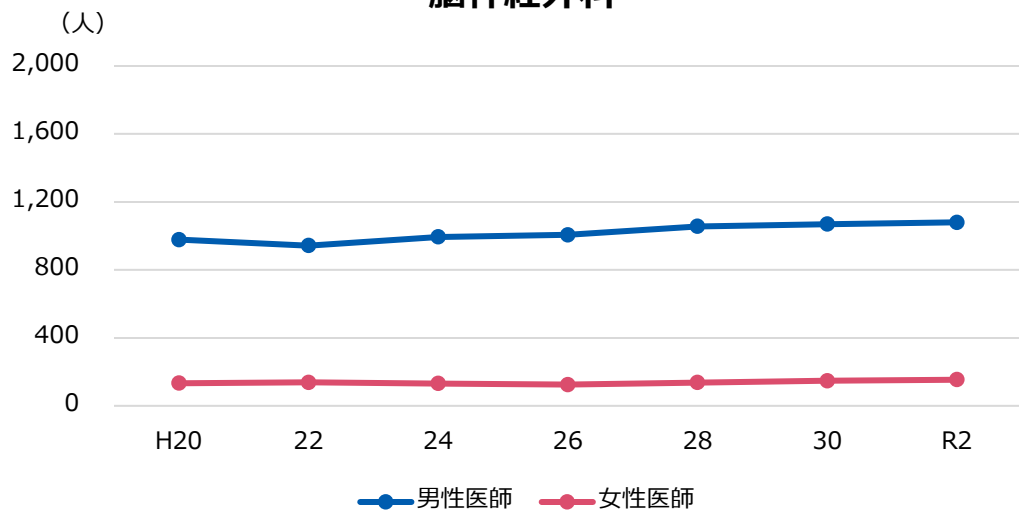


泌尿器科

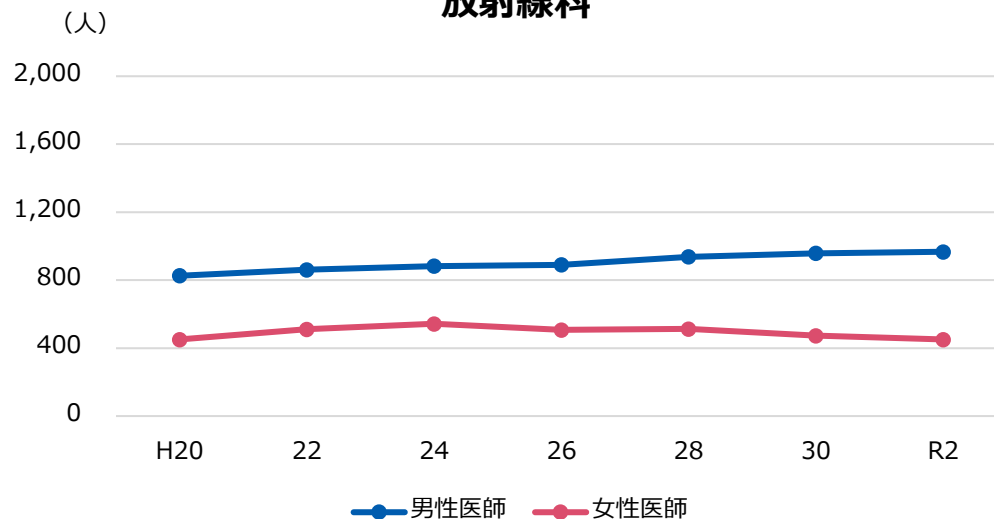


35歳未満医療施設従事医師数の推移（従事する主たる診療科別）⑤

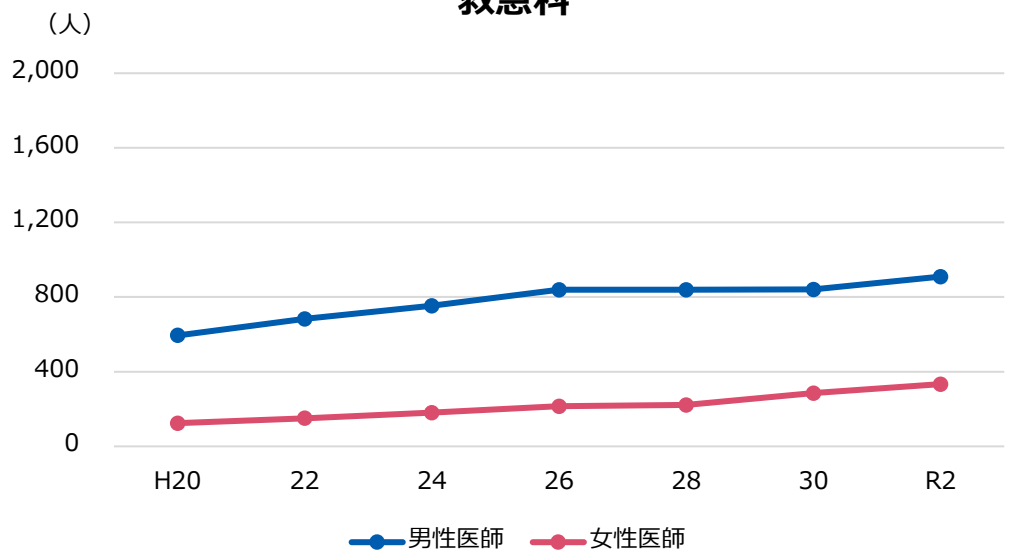
脳神経外科



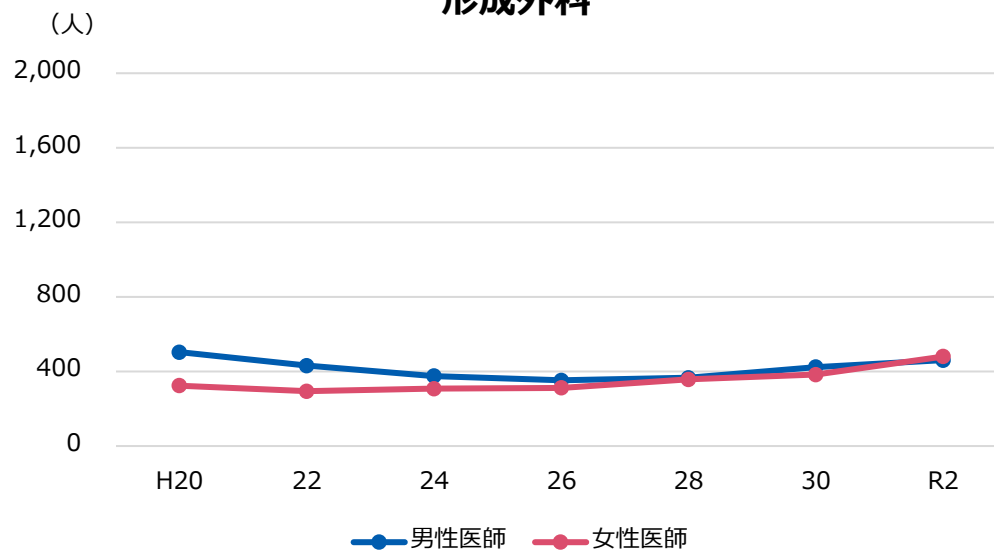
放射線科



救急科

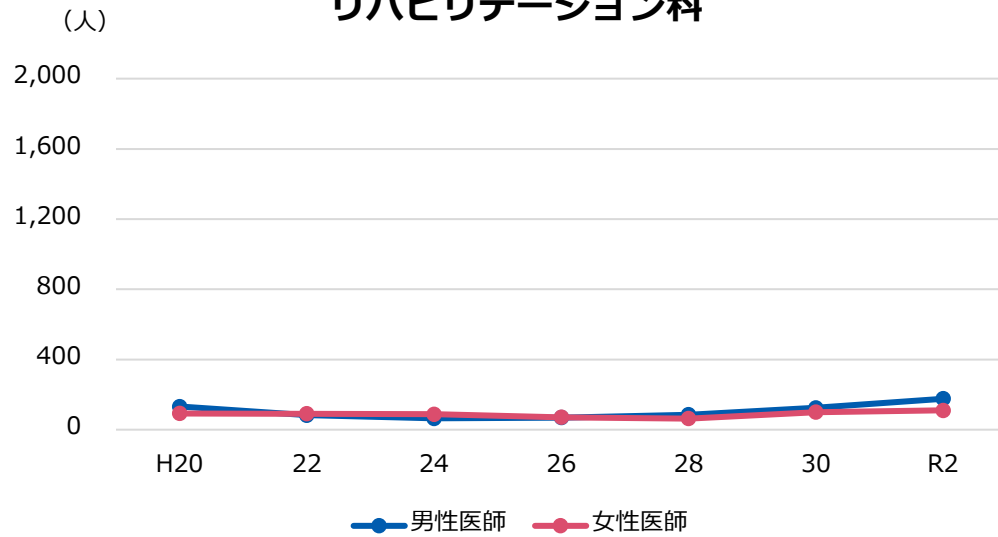


形成外科

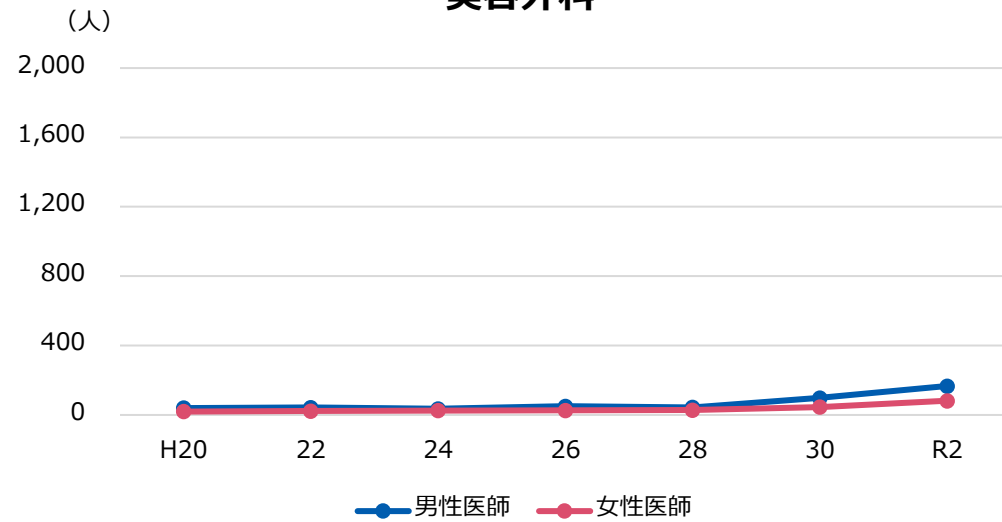


35歳未満医療施設従事医師数の推移（従事する主たる診療科別）⑥

リハビリテーション科



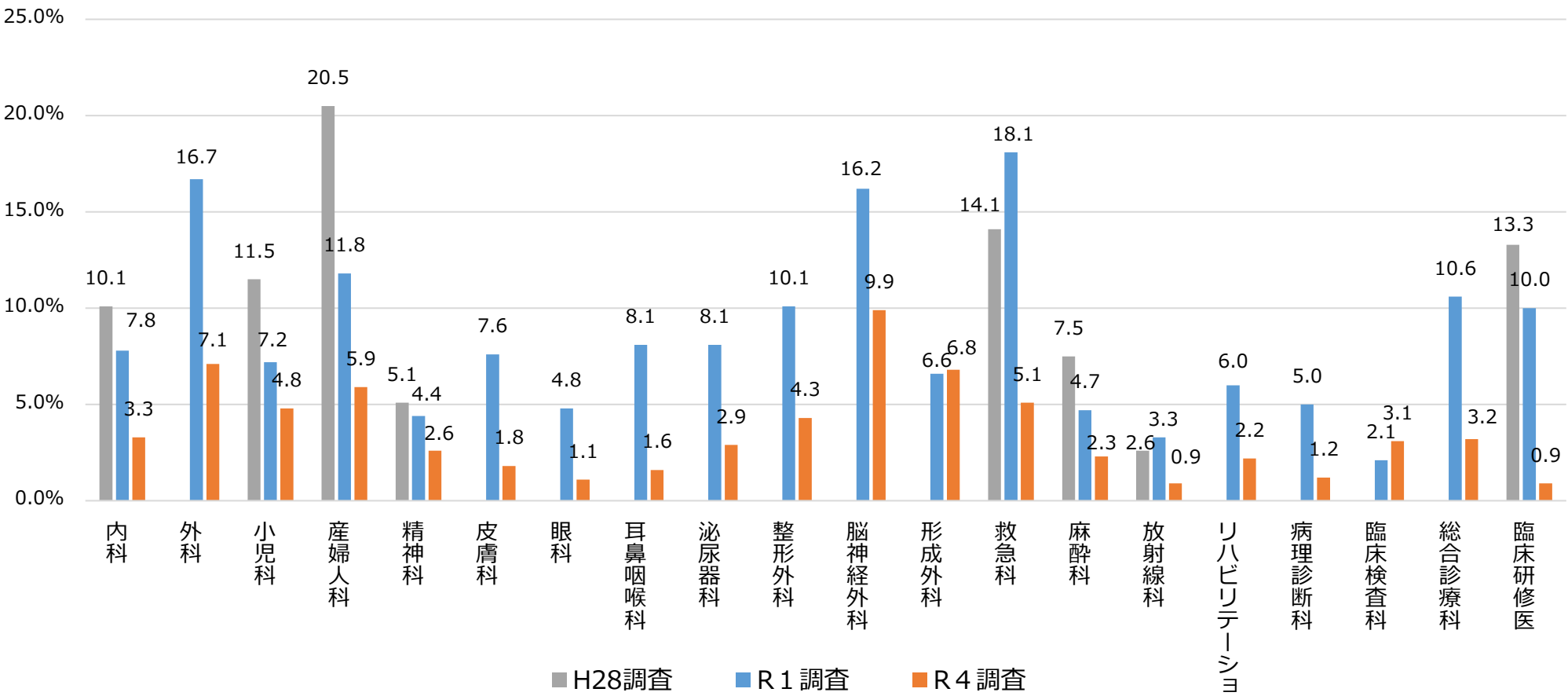
美容外科



診療科別の時間外・休日労働時間が年1,860時間超の医師の割合

○ H28調査、R1調査、今回調査（R4調査）の病院・常勤勤務医の時間外・休日労働時間が年1,860時間換算を超える医師の割合を診療科別に集計した。

□ 時間外・休日労働時間が年1,860時間換算を超える医師の割合が高い診療科は脳神経外科（9.9%）、外科（7.1%）、形成外科（6.8%）、産婦人科（5.9%）、救急科（5.1%）であった。



※ H28調査の分析対象者は常勤勤務医であり、勤務先を問わない。
 ※ H28調査の設問は、19診療科ではないため、比較不可な診療科がある。
 ※ 労働時間には、兼業先の労働時間を含み、指示無し時間を除外している。
 ※ 宿日直の待機時間は労働時間に含め、オンコールの待機時間は労働時間から除外した（労働時間＝診療時間＋診療外時間＋宿日直の待機時間）。
 ※ R1調査、R4調査では宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を労働時間から除外している。
 ※ R1調査ではさらに診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。
 ※ 「時間外・休日労働時間が年1,860時間超」は週78時間45分超勤務と換算した。

◆ 医師偏在対策等

- 医師の偏在対策の観点から、医師養成過程における取組を進めるとともに、医師少数区域等で勤務した医師を認定する制度において、管理者として評価する医療機関を拡大するなど、医師が少ない地域での医師確保の取組について更なる検討を進める。あわせて、オンライン診療の活用やタスク・シフト/シェアの推進を図る。
- 医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在是正に向けて、医学部臨時定員、経済的インセンティブや、外来医師多数区域における都道府県知事の権限強化を始めとする規制的手法の在り方について検討する。

今後の偏在対策の方向性

- 医師養成過程を通じた偏在対策や、医師確保計画を通じた各都道府県の取組を通じてこれまで偏在対策を行ってきた。
- 若手医師の地域偏在については改善傾向にあるものの、実効性のある医師偏在対策の検討が必要。

これまでの医師偏在に関する取組

【医師養成過程を通じた偏在対策】

- ◆ 地域枠・地元出身者枠の活用
- ◆ 臨床研修医の募集定員数の設定
(小児科・産科プログラム、広域連携型プログラムの設置等)
- ◆ 専門医制度における採用上限数の設定
(地域連携プログラム、特例地域連携プログラムの設置等)

【都道府県における取組】

- ◆ 医師確保計画を通じた取組
(地域枠の設置、地域医療対策協議会での協議、キャリア形成プログラムの設定等)

医師の偏在に関する現状

【医師の地域偏在】

- ◆ 若手医師の地域偏在については改善傾向
- ◆ 都道府県・二次医療圏単位での医師全体の偏在が課題
- ◆ 地域枠が十分に活用されていない都道府県もある

【医師の診療科偏在】

- ◆ 多くの診療科で医師数は増加
- ◆ リハビリテーション科・泌尿器科・産婦人科等の若手医師は、その他の診療科と比較して増加している
- ◆ 一方で、外科は全体として平成20年以降横ばいであり、若手男性医師も減少傾向

今後の医師偏在対策について

医師養成過程を通じた偏在対策や、医師確保計画を通じた各都道府県の取組等、複数の取組を通じて偏在対策を行っているが、今後さらなる偏在対策としてどのような実効性のある取組が考えられるか。

- ・ これまでの医師偏在対策を踏まえ、今後どのような世代、診療科等に着目した取組を検討する必要があるか
(中堅以降の医師への取組、若手医師数の伸びが少ない診療科や長時間労働となっている診療科に対する取組等)
- ・ 既存の対策について、更なる改善は可能か
(地域枠の診療科指定・地域指定の強化、キャリア形成プログラムの幅広い活用等)
- ・ 「改革工程」(令和5年12月22日閣議決定)を踏まえて、どのような取組みが考えられるか

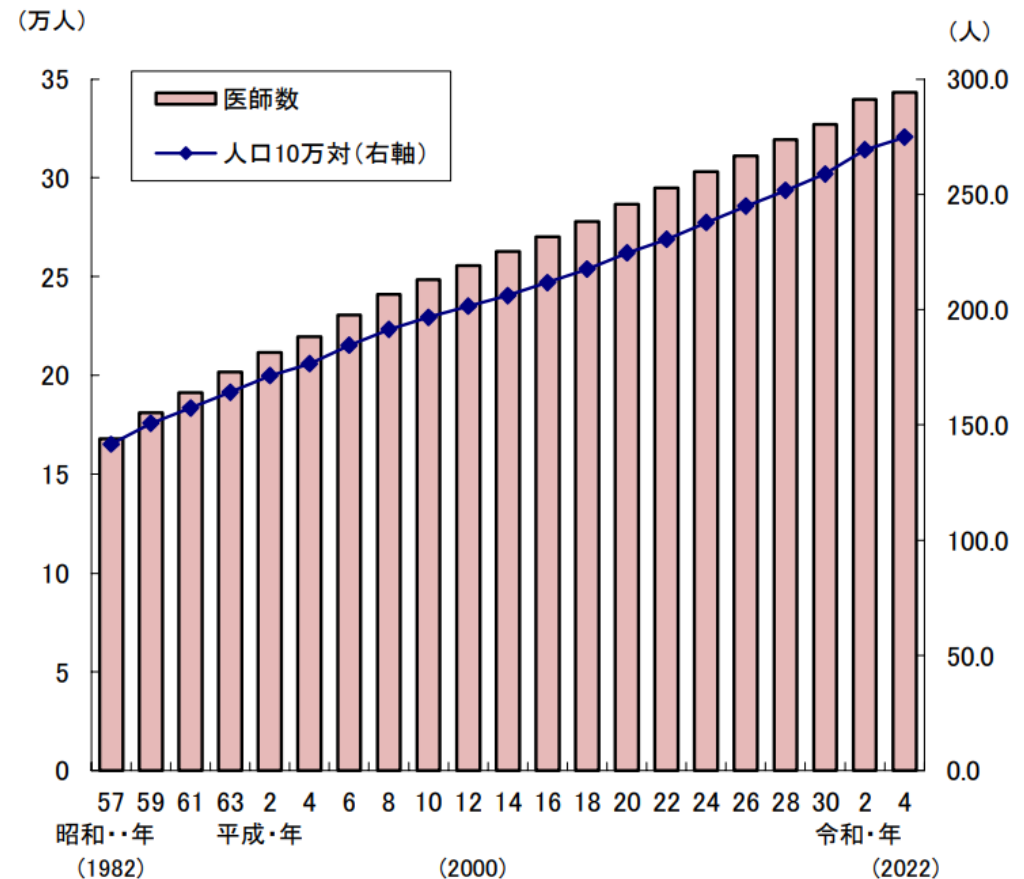
5. 参考資料：医師偏在対策等の現状

医師数の年次推移

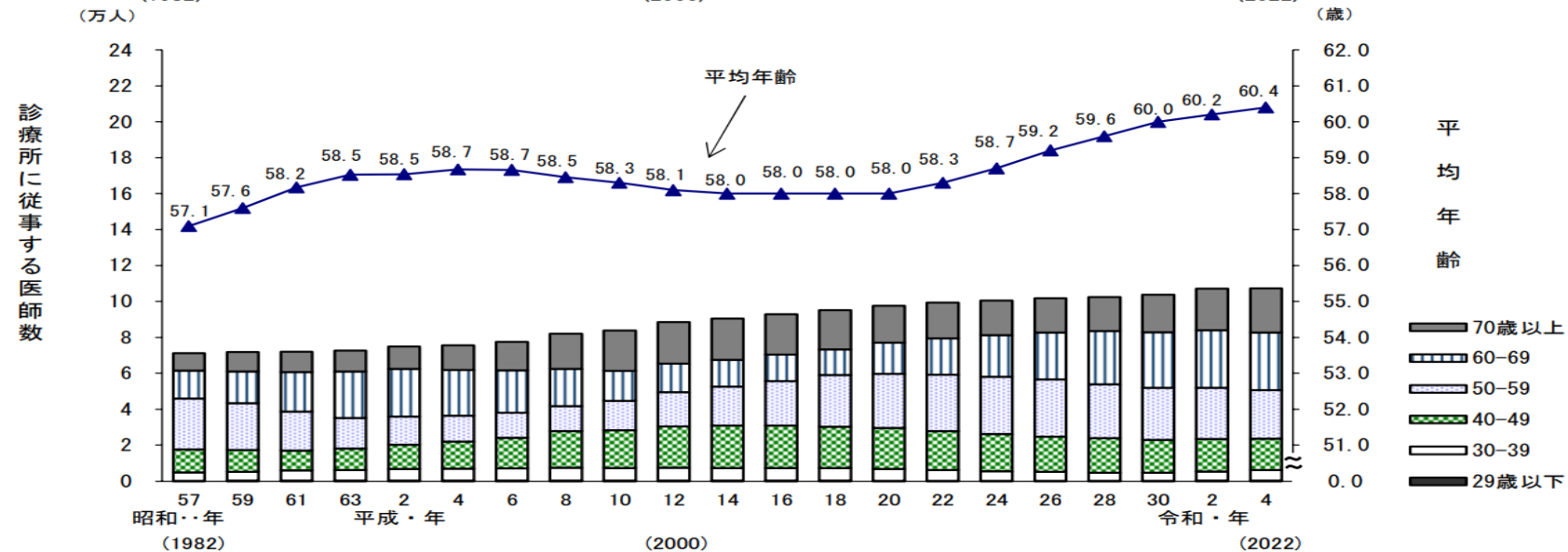
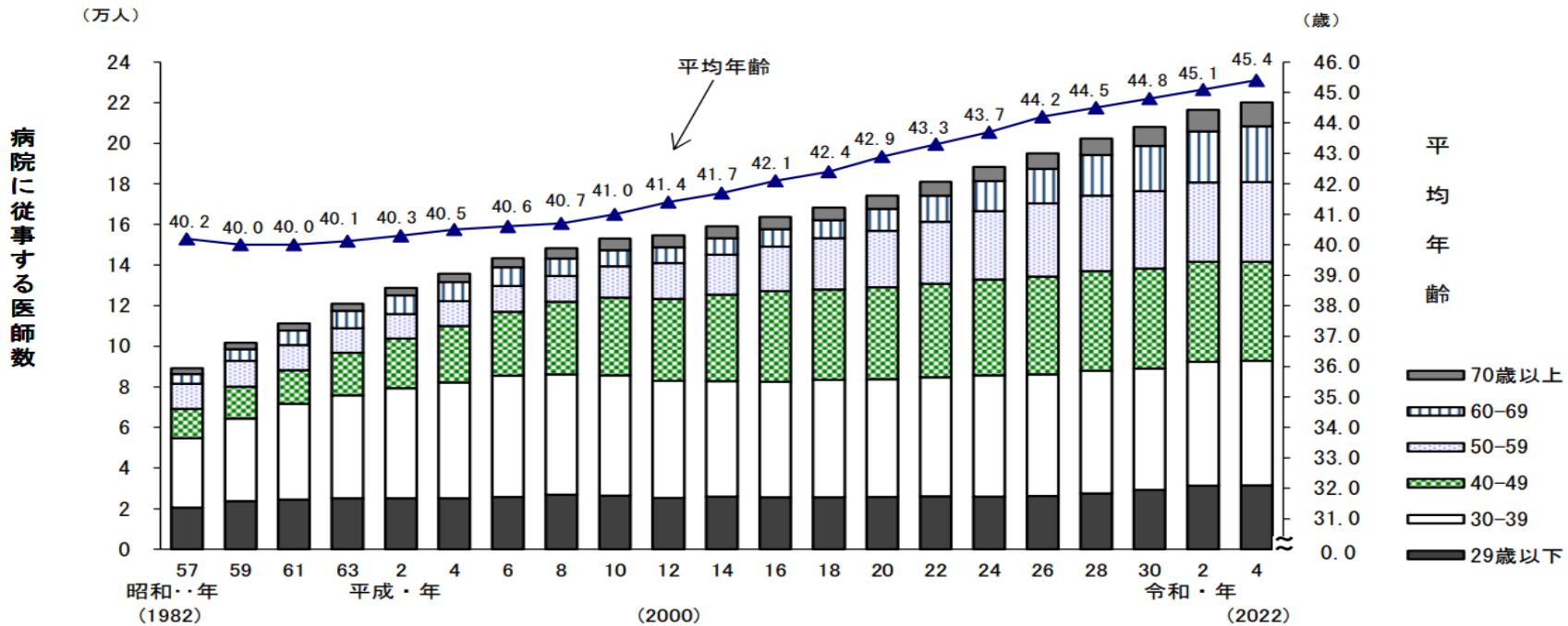
医師数の年次推移

各年 12 月 31 日現在

	医師数		人口10万対 (人)
	(人)	増減率 (%)	
昭和 57 年 (1982)	167 952	...	141.5
59 ('84)	181 101	7.8	150.6
61 ('86)	191 346	5.7	157.3
63 ('88)	201 658	5.4	164.2
平成 2 年 ('90)	211 797	5.0	171.3
4 ('92)	219 704	3.7	176.5
6 ('94)	230 519	4.9	184.4
8 ('96)	240 908	4.5	191.4
10 ('98)	248 611	3.2	196.6
12 (2000)	255 792	2.9	201.5
14 ('02)	262 687	2.7	206.1
16 ('04)	270 371	2.9	211.7
18 ('06)	277 927	2.8	217.5
20 ('08)	286 699	3.2	224.5
22 ('10)	295 049	2.9	230.4
24 ('12)	303 268	2.8	237.8
26 ('14)	311 205	2.6	244.9
28 ('16)	319 480	2.7	251.7
30 ('18)	327 210	2.4	258.8
令和 2 年 ('20)	339 623	3.8	269.2
4 ('22)	343 275	1.1	274.7



年齢階級、施設の種別にみた医師数及び平均年齢の年次推移



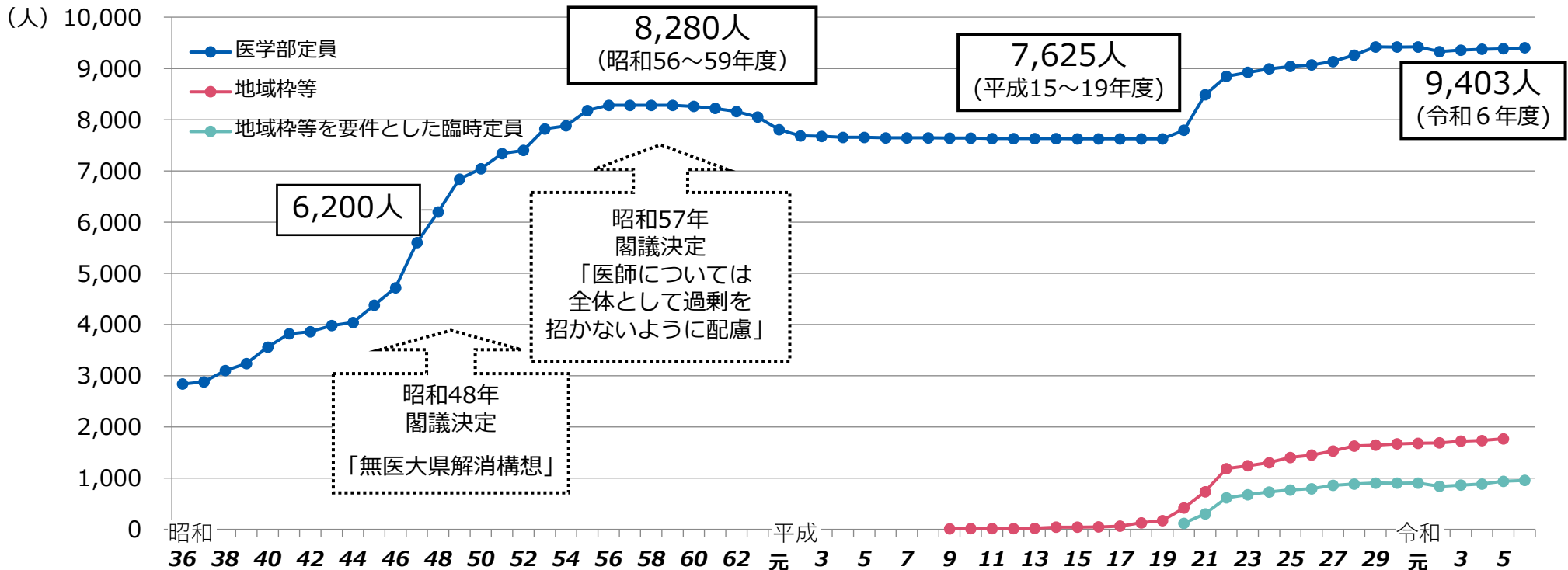
出典：令和4(2022)年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況（結果の概要）

https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/22/dl/R04_kekka-1.pdf

医学部入学定員と地域枠の年次推移

- 平成20年度以降、医学部の入学定員が過去最大規模となっており、令和2年度以降、前年度比増が継続している。
- 医学部定員に占める地域枠等*の数・割合も、増加してきている。（平成19年度173人（2.3%）→令和4年1,736人（18.8%））

※地域枠等：地域医療に従事する医師を養成することを主たる目的とした学生を選抜する枠

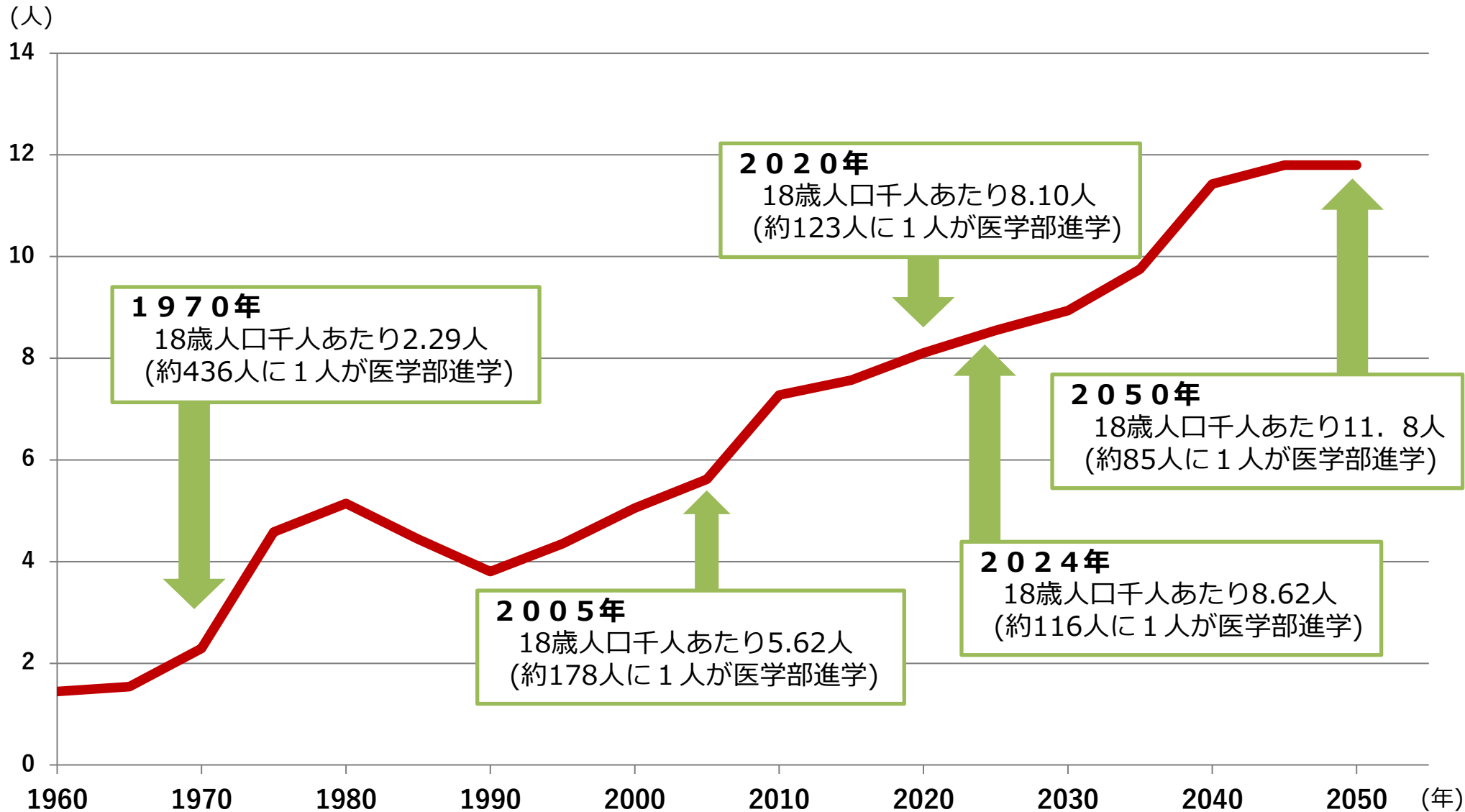


	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6
医学部定員	7,625	7,793	8,486	8,846	8,923	8,991	9,041	9,069	9,134	9,262	9,420	9,419	9,420	9,330	9,357	9,374	9,384	9,403
医学部定員（自治医科大学を除く）	7,525	7,683	8,373	8,733	8,810	8,868	8,918	8,946	9,011	9,139	9,297	9,296	9,297	9,207	9,234	9,251	9,261	9,280
地域枠等以外の医学部定員	7,452	7,375	7,750	7,660	7,681	7,687	7,635	7,619	7,603	7,635	7,775	7,745	7,733	7,635	7,634	7,638	7,614	-
地域枠等	173	418	736	1,186	1,242	1,304	1,406	1,450	1,531	1,627	1,645	1,669	1,682	1,688	1,723	1,736	1,770	-
地域枠等の割合	2.3%	5.4%	8.8%	13.6%	14.1%	14.7%	15.8%	16.2%	17.0%	17.8%	17.7%	18.0%	18.1%	18.3%	18.7%	18.8%	19.1%	-
地域枠等を要件とした臨時定員	0	118	304	617	676	731	770	794	858	886	904	903	904	840	865	885	938	955
地域枠等を要件とした臨時定員の割合	0%	1.5%	3.6%	7.1%	7.7%	8.2%	8.6%	8.9%	9.5%	9.7%	9.7%	9.7%	9.7%	9.1%	9.4%	9.6%	10.1%	10.3%

※自治医科大学は、設立の趣旨に鑑み地域枠等からは除く。

18歳人口千人あたりの医師養成数

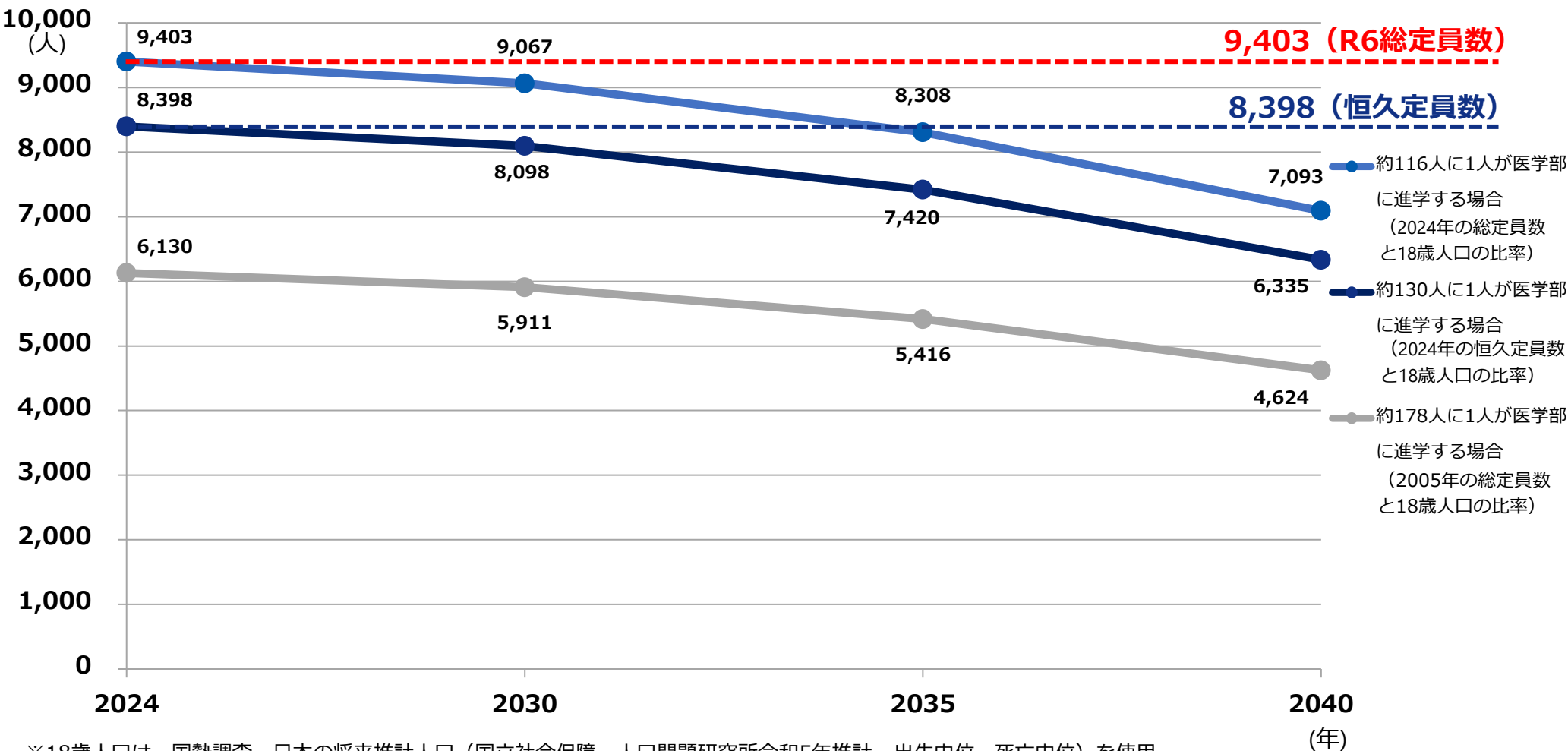
○ 1970年は約436人に1人が医学部進学していたところ、2024年度の募集定員数で固定した場合、2050年には約85人に1人が医学部進学することとなる。



※18歳人口は1960～2020年までが国勢調査、2021年以降は日本の将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所令和5年推計 出生中位・死亡中位）を使用。
※医学部定員に関しては、2024年度の定員数で固定されたと仮定。

18歳人口に占める医師養成数の比率を固定した場合の医師養成数

- 2024年の18歳人口に占める医師養成数の比率(18歳人口あたり約116人に1人が医学部に進学)を、各年の18歳人口に乗算した場合、医師養成数は2035年においては現在の恒久定員数を割り込む程度の数になると算出される。
- 2024年の18歳人口に対する恒久定員数の比率(18歳人口あたり約130人に1人が医学部に進学)を、各年の18歳人口に乗算した場合、医師養成数は2030年に8,098人、2040年には6,335人と算出され、人口減少に伴い減少する。
- 2005年(臨時定員増員前)の18歳人口に占める医師養成数の比率(18歳人口あたり約178人に1人が医学部に進学)を2024年の18歳人口に乗算した場合、医師養成数は6,130人と算出され、その後も人口減少に伴い減少する。



※18歳人口は、国勢調査、日本の将来推計人口(国立社会保障・人口問題研究所令和5年推計 出生中位・死亡中位)を使用。

令和2年度 医師の需給推計について

医療従事者の需給に関する検討会
第35回 医師需給分科会
令和2年8月31日 資料1(一部改)

医師需給は、労働時間を週60時間程度に制限する等の仮定をおく「需要ケース2」において、2023年(令和5年)の医学部入学者が医師となると想定される2029年(令和11年)頃に均衡すると推計される。

・供給推計 今後の医学部定員を令和2年度の9,330人として推計。

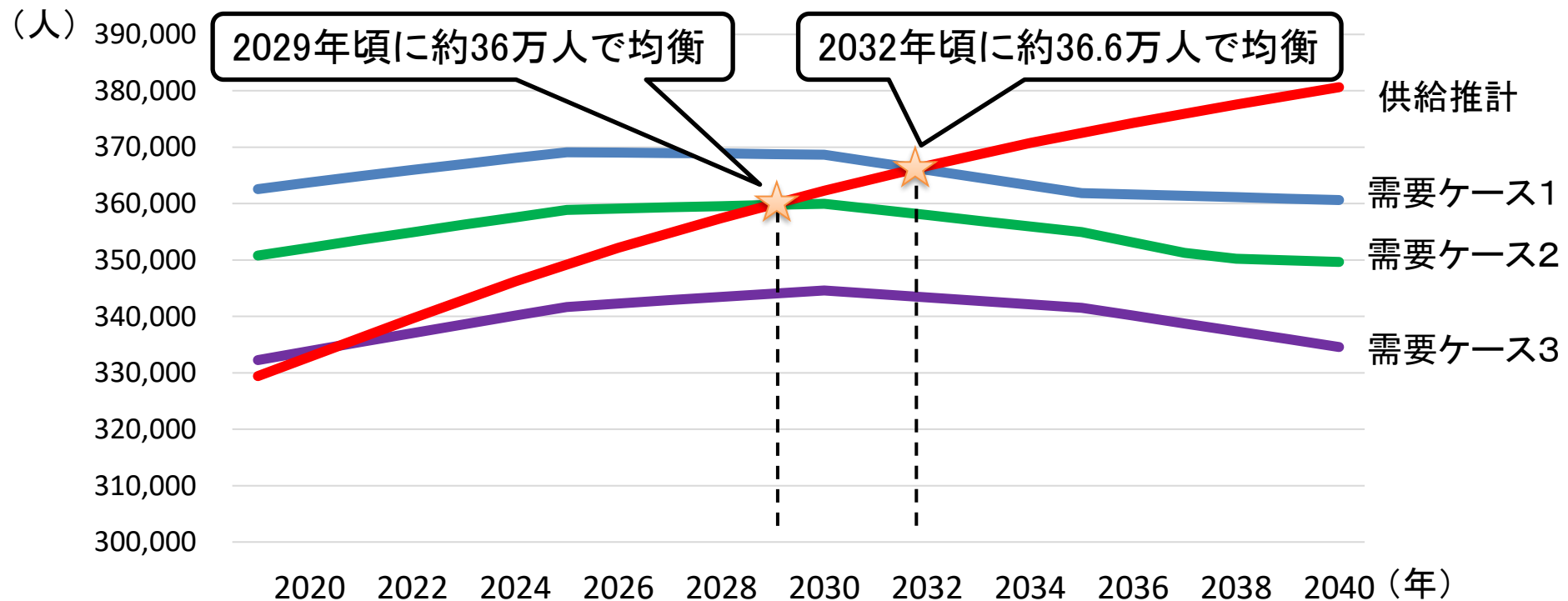
※ 性年齢階級別に異なる勤務時間を考慮するため、全体の平均勤務時間と性年齢階級別の勤務時間の比を仕事率とし、仕事量換算した。

・需要推計 労働時間、業務の効率化、受療率等、一定の幅を持って推計を行った。

・ケース1(労働時間を週55時間に制限等 ≡年間720時間の時間外・休日労働に相当)

・ケース2(労働時間を週60時間に制限等 ≡年間960時間の時間外・休日労働に相当)

・ケース3(労働時間を週78.75時間に制限等 ≡年間1860時間の時間外・休日労働に相当)



医師養成過程における取組

【大学医学部】

- 中長期的な観点から、医師の需要・供給推計に基づき、**全国の医師養成数**を検討
- **地域枠**（特定の地域や診療科で診療を行うことを条件とした選抜枠）の医学部における活用方針を検討

【臨床研修】

- 全国の研修希望者に対する**募集定員の倍率を縮小**するとともに、都道府県別に、**臨床研修医の募集定員上限数**を設定
- その際、都市部や複数医学部を有する地域について、上限数を圧縮するとともに、医師少数地域に配慮した定員設定を行い、**地域偏在を是正**

【専門研修】

- 日本専門医機構において、将来の必要医師数の推計を踏まえた都道府県別・診療科別の**専攻医の採用上限数（シーリング）を設定**することで、**地域・診療科偏在を是正**（産科等の特に確保が必要な診療科や、地域枠医師等についてはシーリング対象外）

各都道府県の取組

【医師確保計画】

- 医師偏在指標により医師偏在の状況を把握
計画期間の終了時点で確保すべき目標医師数を設定

<具体的な施策>

● 大学と連携した地域枠の設定

● 地域医療対策協議会・地域医療支援センター

- ・ 地域医療対策協議会は、**医師確保対策の方針**（医師養成、医師の派遣調整等）について協議
- ・ 地域医療支援センターは、**地域医療対策協議会の協議結果に基づき、医師確保対策の事務**（医師派遣事務、派遣される医師のキャリア支援・負担軽減、勤務環境改善支援センターとの連携等）を実施

● キャリア形成プログラム（地域枠医師等）

- ・ 「**医師不足地域の医師確保**」と「**派遣される医師の能力開発・向上**」の両立を目的としたプログラム

● 認定医師制度の活用

- ・ **医師少数区域等に一定期間勤務した医師を厚労大臣が認定する制度を活用し、医師不足地域の医師を確保**

医師の働き方改革

地域の医療を支えている勤務医が、安心して働き続けられる環境を整備することが重要であることから、都道府県ごとに設置された医療勤務環境改善支援センター等による医療機関への支援を通じて、適切な労務管理や労働時間短縮などの医師の働き方改革を推進。具体的には、

- 医療機関における医師労働時間短縮計画の作成や追加的健康確保措置等を通じて、労働時間短縮及び健康確保を行う
- 出産・育児・介護などのライフイベントを経験する医師が、仕事と家庭を両立できるよう勤務環境の改善を推進

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

医師養成過程

6年

学部教育

大学医学部 – 地域枠の設定 (地域・診療科偏在対策)

医師需給分科会

- 大学が特定の地域や診療科で診療を行うことを条件とした選抜枠を設け、都道府県が学生に対して奨学金を貸与する仕組みで、都道府県の指定する区域で一定の年限従事することにより返還免除される (一部例外あり)
- 令和7年度の医学部臨時定員については、令和元年度の医学部総定員数 (9,420人) を上限とし、令和6年度の枠組みを維持
- 令和8年度以降の医学部臨時定員については、各都道府県・大学の医師確保の現状を踏まえて改めて検討

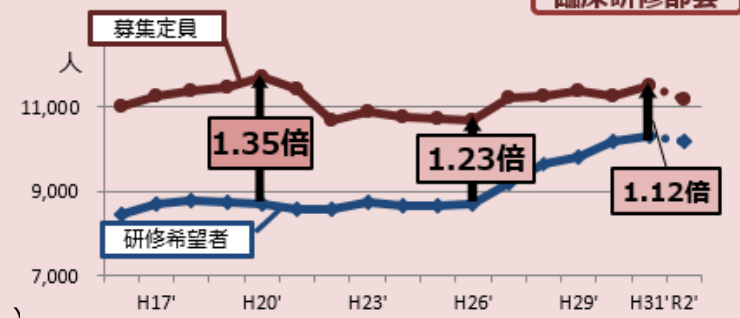
2年

臨床研修

臨床研修 – 臨床研修制度における地域偏在対策

臨床研修部会

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



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

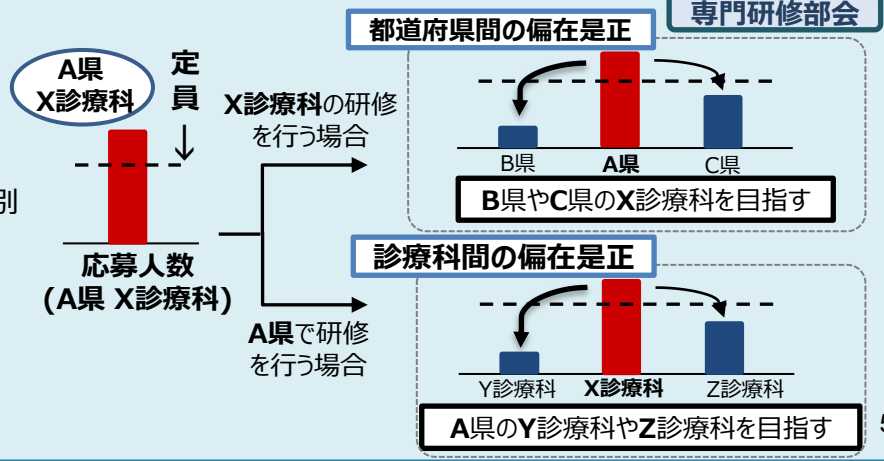
3年以上

専門研修

専門研修 – 専門医制度における地域・診療科偏在対策

専門研修部会

- 日本専門医機構が、都道府県別・診療科別採用上限数を設定 (シーリング)
 ※5大都市を対象としたシーリング→厚生労働省が算出した都道府県別・診療科別必要医師数に基づいたシーリングへ変更されている (2020年度研修～)
- 医師法の規定により、都道府県の意見を踏まえ、厚生労働大臣から日本専門医機構等に意見・要請を実施



臨床研修医の募集定員について

- 臨床研修の必修化後、研修医の募集定員が研修希望者の1.3倍を超える規模まで拡大し、研修医が都市部に集中する傾向が続いた。
- このため、平成22年度研修から各都道府県の募集定員上限を設定し、研修医の偏在是正を図っている。

平成16年度



平成22年度～



平成27年度～



令和3年度～

・研修医の募集定員は、全国の定数管理や地域別の偏在調整が行われず募集定員倍率（研修希望者数に対する募集定員数の比率）が1.3倍を超える規模まで拡大

・平成22年度から臨床研修を開始する研修医について、厚生労働省が各都道府県の募集定員上限を設定

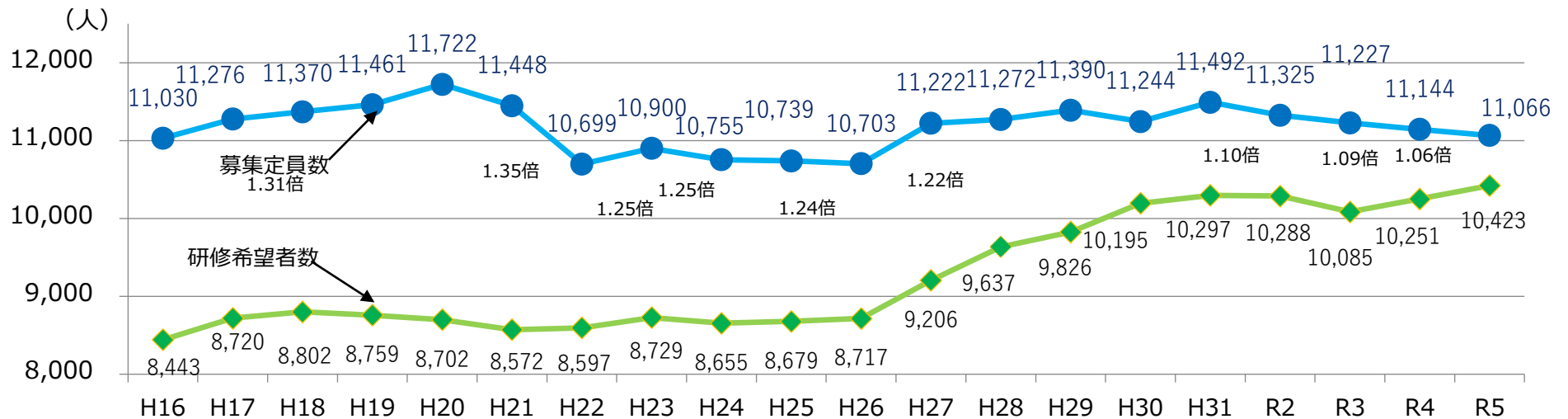
臨床研修制度等に関する意見のとりまとめ（平成21年2月18日 臨床研修制度のあり方等に関する検討会）
（2）募集定員や受入病院のあり方の見直し
○研修希望者に見合った募集定員の総枠を設定するとともに、研修医の地域的な適正配置を誘導するため、人口分布を始め医師養成規模・地理的条件等を考慮した都道府県別の募集定員の上限を設定する。

・募集定員倍率を令和2年度に向けて約1.10倍まで縮小する

・募集定員倍率を令和7年度に約1.05倍まで縮小する

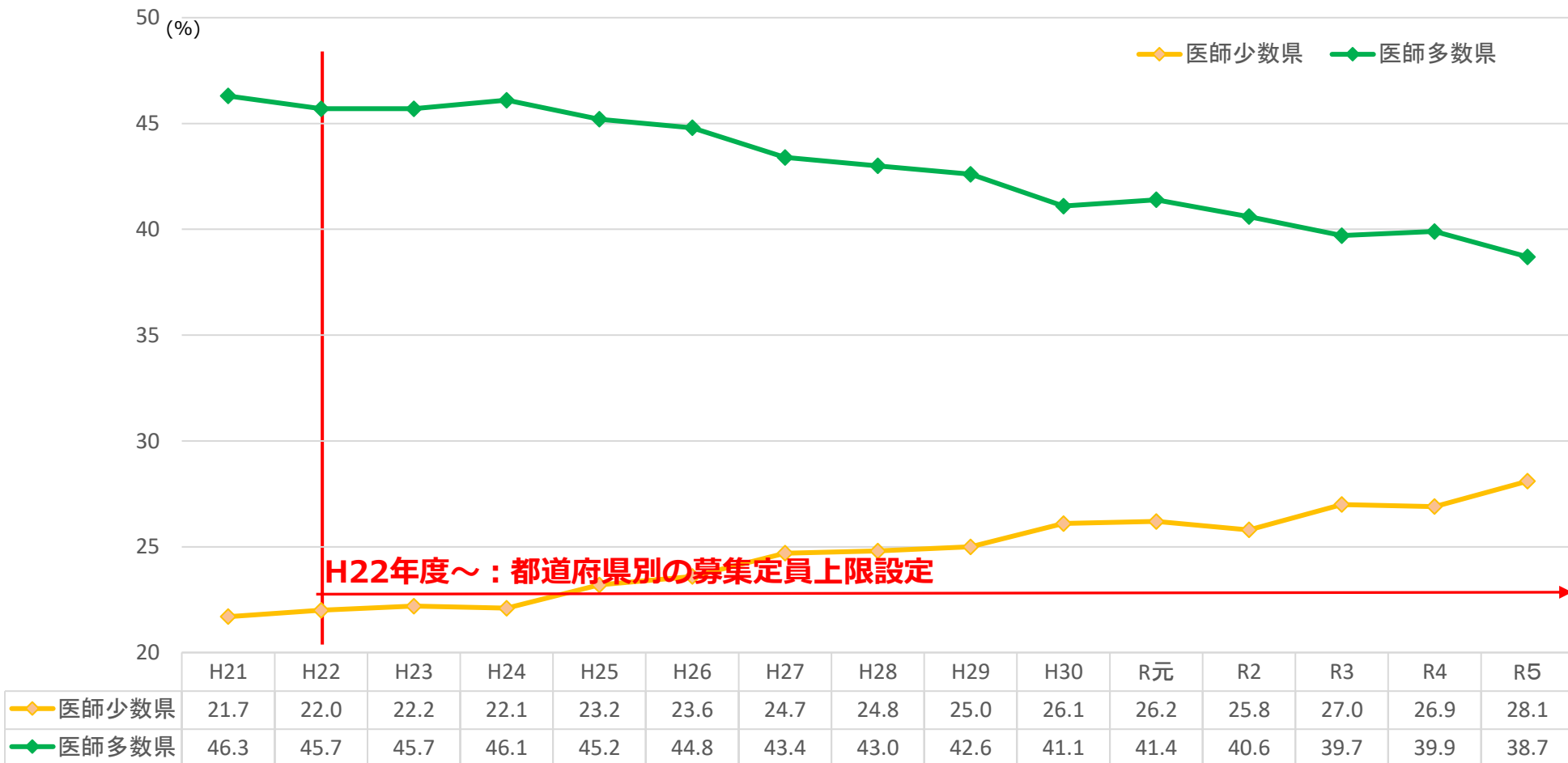
・令和3年度から臨床研修を開始する研修医について、各都道府県が、厚生労働省が設定した各都道府県の募集定員上限の範囲内で、当該都道府県内の病院の募集定員を設定

研修医の募集定員数、研修希望者数、募集定員倍率（募集定員数÷研修希望者数）の推移



研修医の採用人数の割合の推移〈医師多数県と医師少数県〉

- 平成22年度より、都道府県別の募集定員上限を設定しており、全国の臨床研修医の採用人数に占める医師多数県の割合は減少（▲7.6ポイント）する一方で、医師少数県における臨床研修医の割合が増加（+6.4ポイント）しており、医師多数県と医師少数県の差が縮小してきている。



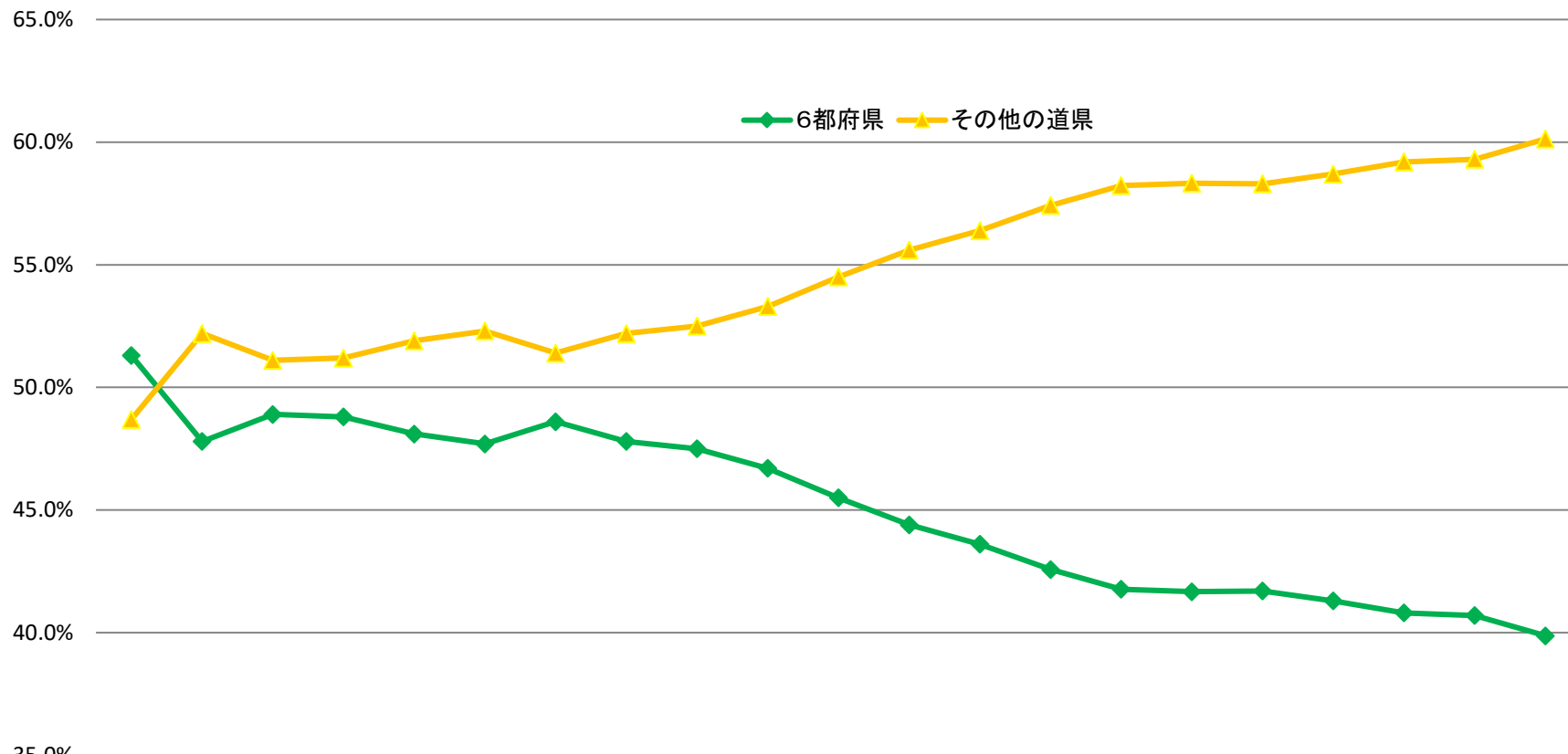
医師多数県及び医師少数県は医師偏在指標（厚生労働省：令和5年8月時点）による

医師多数県（16都府県）：東京、京都、福岡、岡山、沖縄、徳島、大阪、長崎、石川、和歌山、佐賀、熊本、鳥取、奈良、高知、香川

医師少数県（16県）：岩手、青森、新潟、福島、茨城、埼玉、秋田、山形、静岡、千葉、群馬、長野、岐阜、三重、宮崎、山口

研修医の採用人数の割合の推移〈6都府県とその他の道県〉

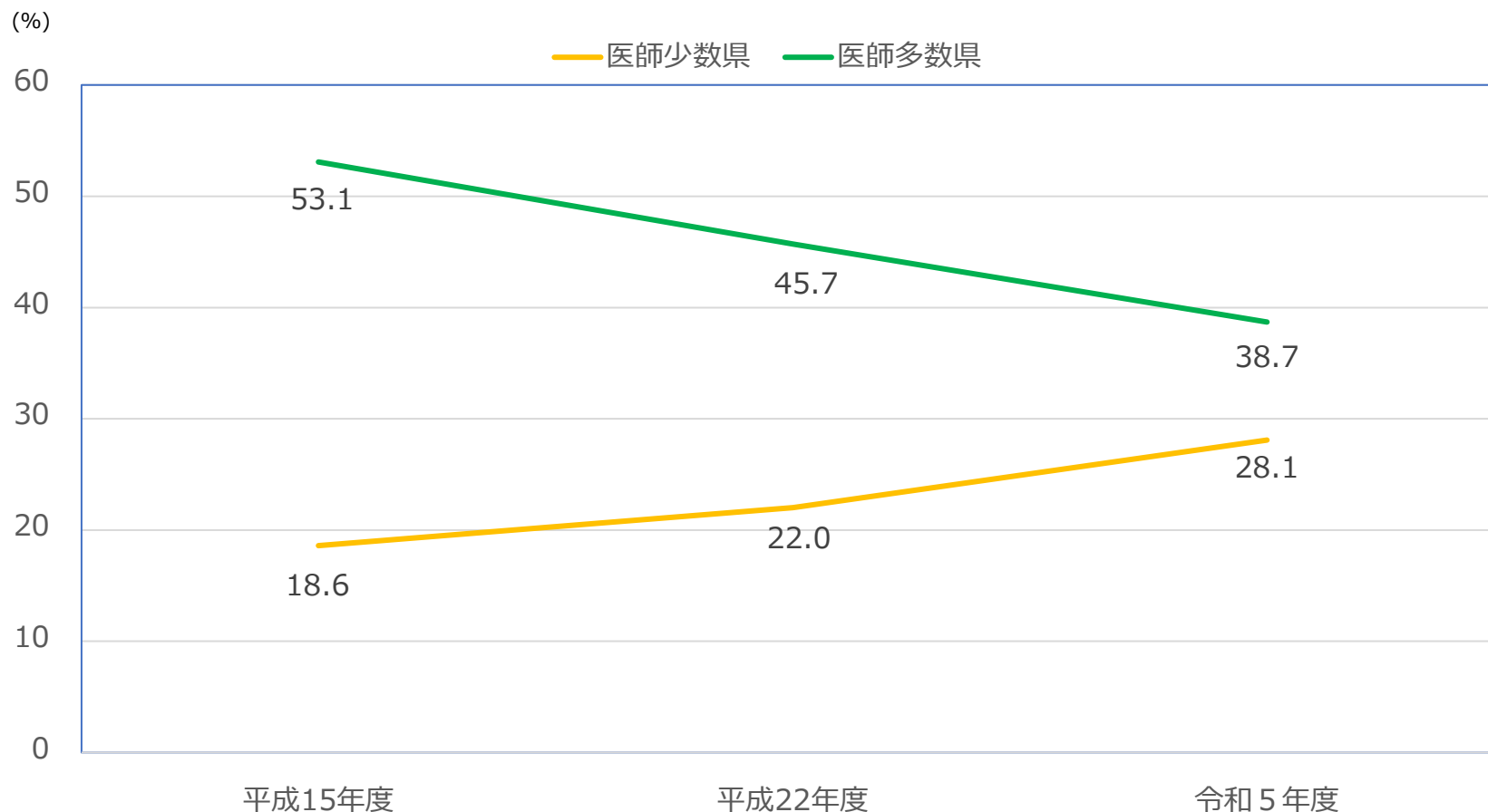
大都市部のある6都府県（東京・神奈川・愛知・京都・大阪・福岡）の採用人数の割合は、臨床研修の必修化前の51.3%（平成15年度）から39.9%（令和5年度）まで減少している



	H15'	H16'	H17'	H18'	H19'	H20'	H21'	H22'	H23'	H24'	H25'	H26'	H27'	H28'	H29'	H30'	R1'	R2'	R3'	R4'	R5'
6都府県	51.3%	47.8%	48.9%	48.8%	48.1%	47.7%	48.6%	47.8%	47.5%	46.7%	45.5%	44.4%	43.6%	42.6%	41.8%	41.7%	41.7%	41.3%	40.8%	40.7%	39.9%
その他の道県	48.7%	52.2%	51.1%	51.2%	51.9%	52.3%	51.4%	52.2%	52.5%	53.3%	54.5%	55.6%	56.4%	57.4%	58.2%	58.3%	58.3%	58.7%	59.2%	59.3%	60.1%

研修医の採用人数の割合の推移〈医師多数県と医師少数県〉

研修医の採用人数の割合は、平成15年度から令和5年度にかけて、医師多数県は53.1%から38.7%に減少した一方で（マイナス14.4ポイント）、医師少数県は18.6%から28.1%に増加した（プラス9.5ポイント）



医師多数県及び医師少数県は医師偏在指標（厚生労働省：令和5年8月時点）による

医師多数県（16都府県）：東京、京都、福岡、岡山、沖縄、徳島、大阪、長崎、石川、和歌山、佐賀、熊本、鳥取、奈良、高知、香川

医師少数県（16県）：岩手、青森、新潟、福島、茨城、埼玉、秋田、山形、静岡、千葉、群馬、長野、岐阜、三重、宮崎、山口

医師少数県等の地域での研修機会の充実について

- 医師少数県等における研修医の更なる確保のため、令和8年度開始の臨床研修から、**医師多数県*1の募集定員上限のうち一定程度*2を、例えば「医師少数県*3」又は「医師中程度県*3の医師少数区域」に所在する臨床研修病院で半年間以上研修を行うプログラムに参加するようにする**ことが、令和6年3月25日 医道審議会 医師分科会 医師臨床研修部会報告書に記載された。

*1 募集定員上限に占める採用人数の割合が全国平均以上の都道府県に限る

*2 原則として5%程度

*3 募集定員上限に占める採用人数の割合が全国平均以下の都道府県に限る

【参考】令和2年12月9日 医師養成の過程から医師偏在是正を求める議員連盟「地域医療の安定のための医師養成制度改革」に関する要望（抜粋）

○地域におけるニーズと地域の教育研修体制を踏まえた上で、臨床研修2年目における地域医療研修の期間について半年間を目途に義務化することを含め、臨床研修制度が医師偏在是正にも貢献しうる制度とすること。

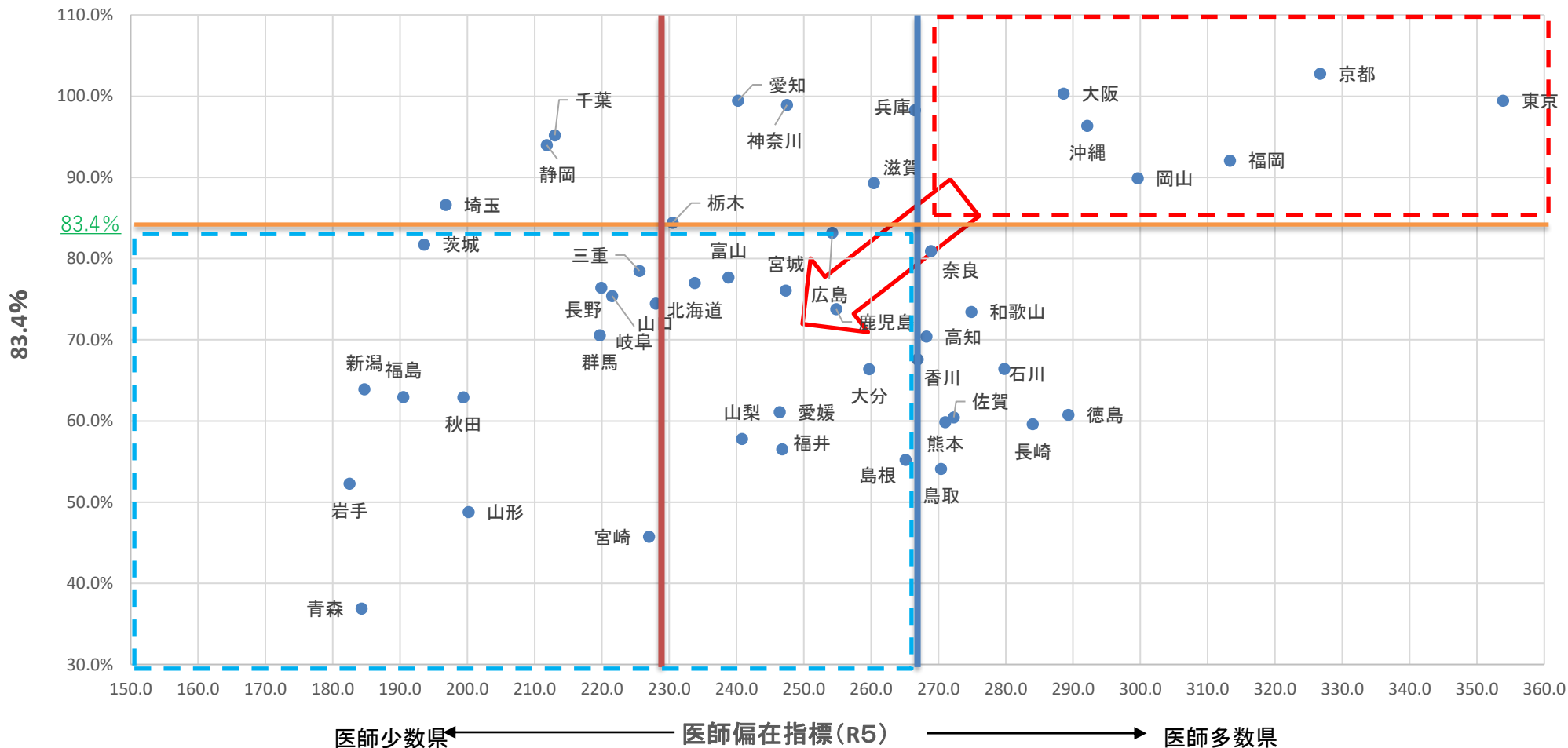
募集定員上限に占める採用人数の割合と医師偏在指標

令和5年度第3回医道審議会医師分科会
医師臨床研修部会

資料1
一部改

令和5年10月4日

募集定員上限に占める採用人数の割合(R5) 全国平均



【出典】
・医師偏在指標は令和6年1月時点

令和5年度専攻医採用におけるシーリング

令和5年度第1回 医道審議会
 医師分科会 医師専門研修部会
 令和5年6月22日
 資料1(日本専門医機構資料)

	シーリング対象 の診療科数	内科	小児科	皮膚科	精神科	整形外科	眼科	耳鼻咽喉科	泌尿器科	脳神経外科	放射線科	麻酔科	形成外科	リハビリ テーション科
北海道	1											20+3+[6]		
青森県	0													
岩手県	0													
宮城県	0													
秋田県	0													
山形県	0													
福島県	0													
茨城県	0													
栃木県	0													
群馬県	0													
埼玉県	0													
千葉県	0													
東京都	12	398+123+[52]	98+19+[11]	54+18+[11]	74+12+[14]+(5)	104+13+[9]	52+16+[6]	44+11+[3]		41+7+[6]	36+7+[5]	75+15+[11]	30+10+[6]	16+4+[15]
神奈川県	1			14+1+[1]										
新潟県	0													
富山県	0													
石川県	2				9+0+[2]	10+0+[1]								
福井県	0													
山梨県	0													
長野県	0													
岐阜県	0													
静岡県	0													
愛知県	1							16+1+[1]						
三重県	0													
滋賀県	1		7+0+[0]											
京都府	9	62+18+[8]	9+0+[2]	8+2+[2]		16+1+[1]	14+3+[2]	8+2+[1]	19+0+[0]		14+0+[0]	11+2+[4]		
大阪府	8	200+10+[21]				41+2+[4]	22+4+[5]	17+2+[1]	18+1+[0]		14+3+[2]	30+2+[6]	15+2+[2]	
兵庫県	4			13+0+[0]			12+1+[0]	14+0+[0]					13+0+[2]	
奈良県	0													
和歌山県	2	20+3+[2]				9+0+[1]								
鳥取県	1	15+1+[2]												
島根県	0													
岡山県	5	55+7+[6]	14+0+[0]		10+1+[2]						9+0+[0]	14+3+[6]		
広島県	0													
山口県	0													
徳島県	1	16+4+[2]												
香川県	0													
愛媛県	0													
高知県	0													
福岡県	8	118+29+[15]		11+1+[0]	17+5+[3]+(1)	33+10+[3]	11+0+[2]				15+0+[2]	20+4+[4]	7+0+[2]	
佐賀県	1				8+0+[1]									
長崎県	4	33+4+[4]	9+0+[0]			7+0+[0]						6+0+[0]		
熊本県	3	33+0+[3]			11+0+[2]	8+0+[1]								
大分県	0													
宮崎県	0													
鹿児島県	0													
沖縄県	2				7+0+[1]							8+0+[0]		

※都道府県の各診療科の数値は通常募集プログラム数+連携プログラム数+【特別地域連携プログラム数】(精神科のみ:精神保健指定医連携枠)

専攻医採用数 都道府県別一覧表

令和5年4月13日時点 確定値

都道府県	平成30年 (2018年) 採用実績	平成31年 (2019年) 採用実績	令和2年 (2020年) 採用実績	令和3年 (2021年) 採用実績	令和4年 (2022年) 採用実績	令和5年 (2023年) 採用実績
1 北海道	296	317	305	303	342	296
2 青森県	61	72	68	72	71	67
3 岩手県	62	65	71	77	74	80
4 宮城県	159	142	172	144	181	170
5 秋田県	60	49	55	55	47	52
6 山形県	55	66	57	55	54	54
7 福島県	86	76	87	106	86	79
8 茨城県	130	142	134	151	138	154
9 栃木県	120	121	122	130	147	149
10 群馬県	79	78	84	105	103	102
11 埼玉県	228	256	343	317	381	366
12 千葉県	267	332	381	388	395	397
13 東京都	1,824	1,770	1,783	1,748	1,749	1,832
14 神奈川県	497	516	546	607	639	665
15 新潟県	100	95	123	99	109	90
16 富山県	54	53	52	51	50	50
17 石川県	109	122	113	118	131	97
18 福井県	39	50	57	45	44	53
19 山梨県	37	57	53	66	58	58
20 長野県	112	109	124	103	121	111
21 岐阜県	98	85	111	113	105	92
22 静岡県	114	150	173	181	171	154
23 愛知県	450	476	520	552	571	612
24 三重県	102	94	102	89	91	89

都道府県	平成30年 (2018年) 採用実績	平成31年 (2019年) 採用実績	令和2年 (2020年) 採用実績	令和3年 (2021年) 採用実績	令和4年 (2022年) 採用実績	令和5年 (2023年) 採用実績
25 滋賀県	90	89	87	94	113	96
26 京都府	284	269	260	283	295	272
27 大阪府	649	652	683	669	684	676
28 兵庫県	338	381	454	452	478	490
29 奈良県	103	97	115	104	122	116
30 和歌山県	72	67	90	67	89	79
31 鳥取県	45	55	53	45	48	43
32 島根県	37	44	46	61	28	40
33 岡山県	215	221	243	221	244	221
34 広島県	148	141	145	144	155	161
35 山口県	45	46	59	61	55	58
36 徳島県	60	65	48	52	41	38
37 香川県	48	59	37	53	48	40
38 愛媛県	88	65	85	74	72	57
39 高知県	50	36	44	60	58	55
40 福岡県	450	444	424	451	470	434
41 佐賀県	58	53	53	59	61	50
42 長崎県	84	111	87	95	102	90
43 熊本県	104	122	113	111	89	111
44 大分県	64	61	58	63	80	74
45 宮崎県	37	52	45	56	54	64
46 鹿児島県	94	107	105	118	102	92
47 沖縄県	108	85	112	115	102	99
計	8,410	8,615	9,082	9,183	9,448	9,325

※青いセルは医師少数県、黄色いセルは医師多数県

専攻医採用数 診療科別一覽表

令和5年4月13日時点 確定値

診療科		平成30年 (2018年) 採用実績	平成31年 (2019年) 採用実績	令和2年 (2020年) 採用実績	令和3年 (2021年) 採用実績	令和4年 (2022年) 採用実績	令和5年 (2023年) 採用実績
1	内科	2,670	2,794	2,923	2,977	2,915	2,855
2	小児科	573	548	565	546	551	526
3	皮膚科	271	321	304	303	326	348
4	精神科	441	465	517	551	571	562
5	外科	805	826	829	904	846	835
6	整形外科	552	514	671	623	644	651
7	産婦人科	441	437	476	475	517	481
8	眼科	328	334	344	329	343	310
9	耳鼻咽喉科	267	282	266	217	256	203
10	泌尿器科	274	255	323	312	310	338
11	脳神経外科	224	252	247	255	237	217
12	放射線科	260	234	247	268	299	341
13	麻酔科	495	489	455	463	494	466
14	病理	114	118	102	95	99	93
15	臨床検査	6	19	14	21	22	36
16	救急科	267	286	279	325	370	408
17	形成外科	163	193	215	209	253	234
18	リハビリテーション科	75	69	83	104	145	136
19	総合診療	184	179	222	206	250	285
	計	8,410	8,615	9,082	9,183	9,448	9,325

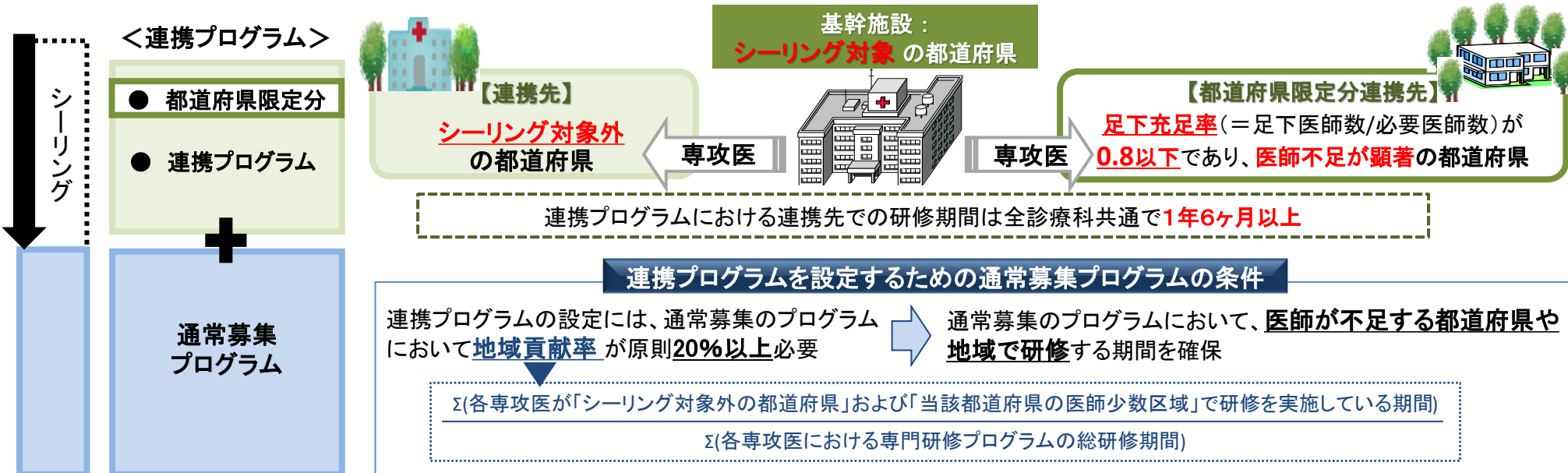
※黄緑色のセルはシーリング対象の科

連携プログラムの概要

基幹施設がシーリング対象の都道府県において、一定の条件の下、通常のプログラムに加え、シーリング対象外の都道府県において1年6ヶ月以上研修を行うプログラム(連携プログラム)を策定できるとされている。

<見込まれる効果>

- ① 基幹施設としては十分な研修体制を整備できない都道府県において、研修プログラムの一貫として勤務する専攻医が増加する。
- ② 連携プログラムを設置する前提条件を満たすため、通常プログラムにおける医師が比較的少ない都道府県や地域での研修期間が長くなる。
- ③ 多様な地域での経験を積んだ専門医が多く養成され、医師の質の向上にもつながり得る。



連携プログラムの計算方法

- 連携(地域研修)プログラム採用数 = (過去3年の平均採用数 - 2024年の必要医師数を達成するための年間養成数) ×

20%	:(専攻医充足率 ^{※1} ≤ 100%の診療科の場合)
15%	:(100% < 専攻医充足率 ≤ 150%の診療科の場合)
10%	:(専攻医充足率 > 150%の診療科の場合)
- 都道府県限定分 = 上記連携(地域研修)プログラムのうちの**5%分**

【連携(地域研修プログラム)の実績】

	連携プログラム	うち都道府県限定分
2020年	271	67
2021年	388	145

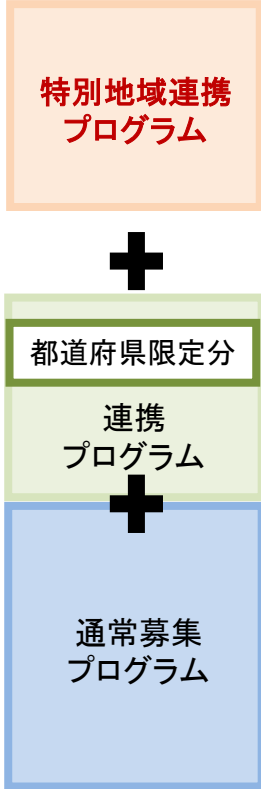
※1 診療科の専攻医充足率 = $\frac{\text{過去3年の専攻医採用数の平均}}{\text{2024年の必要医師数を達成するための年間養成数} \times \text{補正項}^{※2}}$

※2 補正項 = $\frac{\text{過去3年の平均数の全診療科合計}}{\text{年間養成数の全診療科合計}}$

2024年度専攻医募集におけるシーリング(案)の基本的な考え方

- 2023年度同様、足下医師充足率が低い都道府県のうち、医師少数区域等にある施設を1年以上連携先とする特別地域連携プログラムを通常募集プログラム等のシーリングの枠外として別途設ける。

（特別地域連携プログラムを加えた2023・2024シーリング）



【連携先】

- 原則 足下充足率※1が0.7以下(小児科については0.8以下)の都道府県のうち、
- ・ 医師少数区域にある施設※2
 - ・ 年通算の時間外・休日労働時間が1860時間を超える医師等が所属する施設※3

【採用数】

原則 都道府県限定分と同数

【研修期間】

全診療科共通で 1年以上

注：特別地域連携プログラムの採用数については、診療科別の個別事情も考慮し設定

- 通常募集及び連携プログラムにおけるシーリング数の計算は2023年度と同様とする。
- シーリング対象の都道府県別診療科が「連携プログラム」を設定するためには、通常プログラムの地域貢献率※4を原則20%以上とし、通常プログラムにおいて医師が不足する都道府県や地域で研修する期間をあらかじめ確保する。
- 連携プログラムにおける連携先(シーリング対象外の都道府県)での研修期間は、全診療科共通で1年6ヶ月以上とする。
- 連携プログラム採用数 = 連携プログラム基礎数※5 × $\begin{cases} 20\% & : (\text{専攻医充足率} \leq 100\% \text{の診療科の場合}) \\ 15\% & : (100\% < \text{専攻医充足率} \leq 150\% \text{の診療科の場合}) \\ 10\% & : (\text{専攻医充足率} > 150\% \text{の診療科の場合}) \end{cases}$
- 連携プログラム採用数の基礎数の5%は、「都道府県限定分」として足下充足率が0.8以下の医師不足が顕著な都道府県で研修を行うプログラムとして採用。

※1 足下充足率 = 2016足下医師数 / 2024必要医師数、もしくは、2018足下医師数 / 2024必要医師数

※2 小児科については小児科医師偏在指標に基づく相対的医師少数区域にある施設

※3 宿日直許可の取得、タスクシフト／シェアの推進などの取組を行ってもなお、地域医療を維持するために年通算の時間外・休日労働時間が1860時間を超えるもしくは超えるおそれがある医師が所属する施設であって、指導医・指導体制が確保され、かつ、適切な労働時間となるように、研修・労働環境が十分に整備されている施設。なお、その際、年通算の時間外・休日労働時間が1860時間を超える又は超えるおそれがある医師の労働時間の短縮に資する分野の専攻医が連携先において研修を行う場合に限り設置可能とする。

※4 地域貢献率 = $\frac{\text{各専攻医が「シーリング対象外の都道府県」および「当該都道府県の医師少数区域」で研修を実施している期間}}{\text{各専攻医における専門研修プログラムの総研修期間}}$

※5 連携プログラム基礎数 = (過去3年の平均採用数 - 2024年の必要医師数を達成するための年間養成数)

医師確保計画を通じた医師偏在対策について

背景

- ・ 人口10万人対医師数は、医師の偏在の状況を十分に反映した指標となっていない。
- ・ 都道府県が主体的・実効的に医師確保対策を行うことができる体制が十分に整っていない。

医師の偏在の状況把握

医師偏在指標の算出

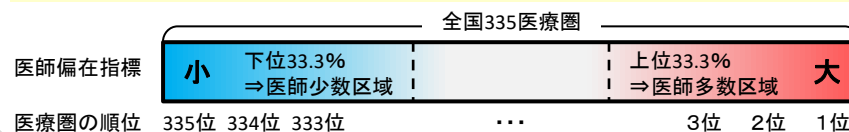
三次医療圏・二次医療圏ごとに、**医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成等を踏まえた**医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

医師偏在指標で考慮すべき「5要素」

- ・ 医療需要（ニーズ）及び将来の人口・人口構成の変化
- ・ 患者の流出入等
- ・ へき地等の地理的条件
- ・ 医師の性別・年齢分布
- ・ 医師偏在の種類（区域、診療科、入院／外来）

医師多数区域・医師少数区域の設定

全国の335二次医療圏の医師偏在指標の値を一律に比較し、上位の一定の割合を医師多数区域、下位の一定の割合を医師少数区域とする基準を国が提示し、それに基づき都道府県が設定する。



国は、都道府県に医師確保計画として以下の内容を策定するよう、ガイドラインを通知。

『医師確保計画』（＝医療計画に記載する「医師の確保に関する事項」）の策定

医師の確保の方針

（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

医師偏在指標の大小、将来の需給推計などを踏まえ、地域ごとの医師確保の方針を策定。

- （例）
- ・ 短期的に医師が不足する地域では、医師が多い地域から医師を派遣し、医師を短期的に増やす方針とする
 - ・ 中長期的に医師が不足する地域では、地域枠・地元出身者枠の増員によって医師を増やす方針とする等

確保すべき医師の数の目標（目標医師数）

（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

医師確保計画策定時に、3年間の計画期間の終了時点で確保すべき目標医師数を、医師偏在指標を踏まえて算出する。

目標医師数を達成するための施策

医師の確保の方針を踏まえ、目標医師数を達成するための具体的な施策を策定する。

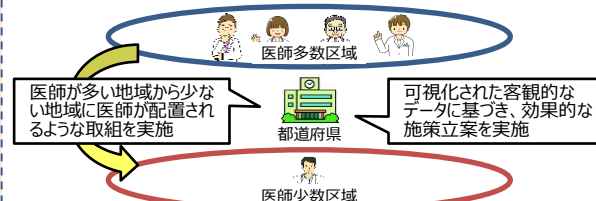
- （例）
- ・ 大学医学部の地域枠を15人増員する
 - ・ 地域医療対策協議会で、医師多数区域のA医療圏から医師少数区域のB医療圏へ10人の医師を派遣する調整を行う

3年*ごとに、都道府県において計画を見直し（PDCAサイクルの実施）

西暦	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
医療計画	第7次						第8次					
医師確保計画	指標設計(国)	計画策定(県)	第7次				第8次(前期)		第8次(後期)			

* 2020年度からの最初の医師確保計画のみ4年（医療計画全体の見直し時期と合わせるため）

都道府県による医師の配置調整のイメージ



平成30年医療法改正により、地域医療対策協議会の役割の明確化、協議プロセスの透明化を図るとともに、地域医療支援センターとの関係や役割について明確化

地域医療対策協議会

(医師確保対策の具体的な実施に係る関係者間の協議・調整を行う場)

構成員 都道府県、大学、医師会、主要医療機関、民間医療機関 等
 ※ 議長は都道府県以外の第三者・互選、女性割合に配慮 等

役割 協議事項を法定

- ・ キャリア形成プログラムの内容
- ・ 医師の派遣調整
- ・ 派遣医師のキャリア支援策
- ・ 派遣医師の負担軽減策
- ・ 大学の地域枠・地元枠設定
- ・ 臨床研修病院の指定
- ・ 臨床研修医の定員設定
- ・ 専門研修の研修施設・定員 等

協議の方法

- ・ 医師偏在指標に基づき協議
- ・ 大学・医師会等の構成員の合意が必要
- ・ 協議結果を公表

国のチェック

- ・ 医師派遣先（公的、民間の別）等の医師の派遣状況について定期的に国がフォローアップ

都道府県が実施する医師派遣等の対策は、地域医療対策協議会において協議が調った事項に基づいて行う

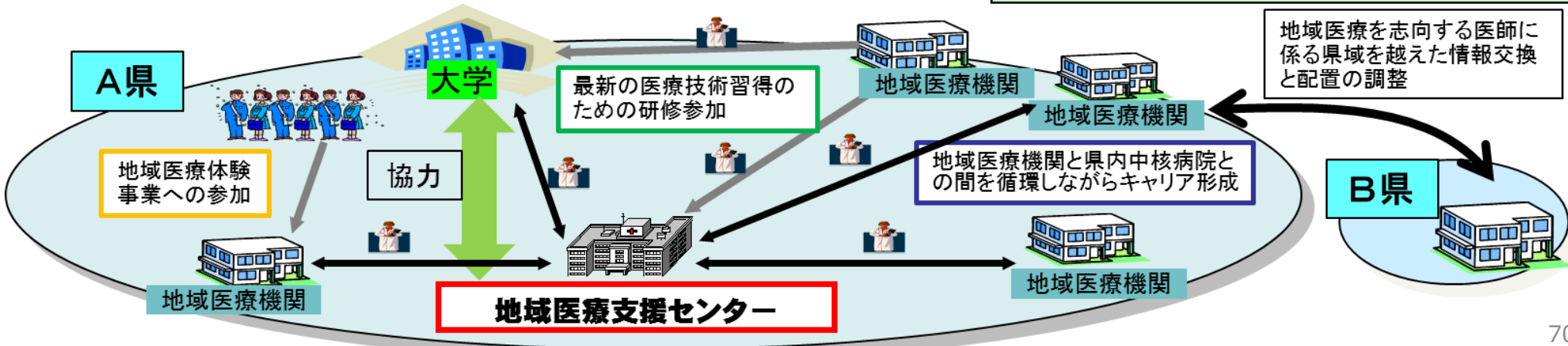
地域医療支援センター

(医師確保対策の事務の実施拠点)

法定事務

- ・ 都道府県内の医師確保状況の調査分析
- ・ 医療機関や医師に対する相談援助
- ・ 医師派遣事務
- ・ キャリア形成プログラムの策定
- ・ 派遣医師のキャリア支援・負担軽減 等

※ 医療従事者の勤務環境改善については、医療勤務環境改善支援センターと連携を図る



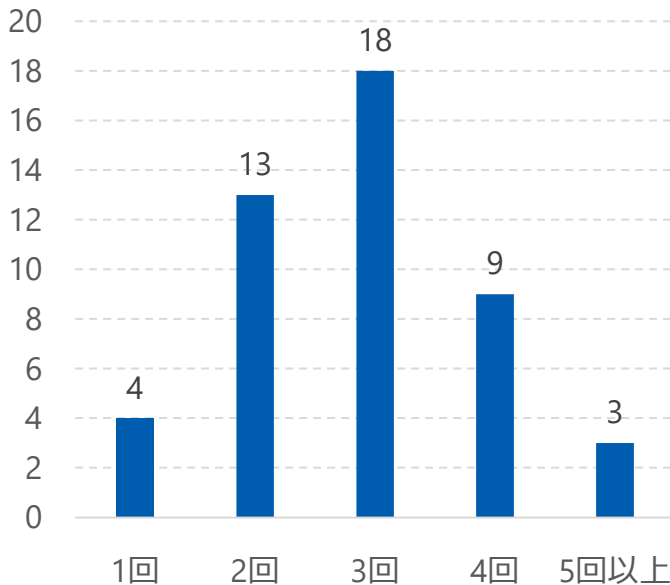
地域医療対策協議会の開催状況について

○ 地域医療対策協議会の協議内容は、「地域医療対策協議会運営指針」において、以下の通りとしている

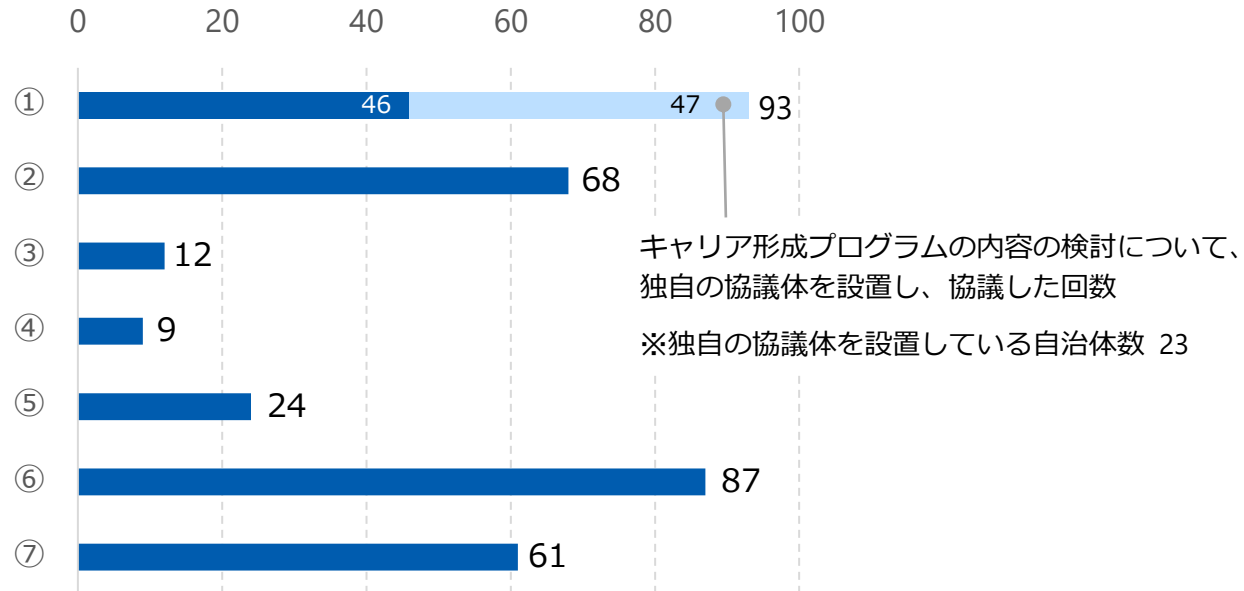
地域医療対策協議会においては、医師の確保を図るために必要な次に掲げる事項について協議を行い、協議が調った事項を公表する。

- ①キャリア形成プログラムに関する事項
- ②医師の派遣に関する事項
- ③キャリア形成プログラムに基づき医師の確保を特に図るべき区域に派遣された医師の能力の開発及び向上に関する継続的な援助に関する事項
- ④医師の確保を特に図るべき区域に派遣された医師の負担の軽減のための措置に関する事項
- ⑤医師の確保を特に図るべき区域における医師の確保のために大学と都道府県とが連携して行う取組に関する事項
- ⑥医師法の規定によりその権限に属された事項
- ⑦その他医師の確保を図るために必要な事項

地域医療対策協議会の開催回数 (n=47)



議題ごとの協議回数 (複数回答可)



令和2年度では、すべての都道府県において、少なくとも1回は地域医療対策協議会を開催している。

地域医療対策協議会における医師派遣実績について

○ 地域医療対策協議会における医師派遣実績

※ 令和2年4月1日～令和3年3月31日までの期間における実績

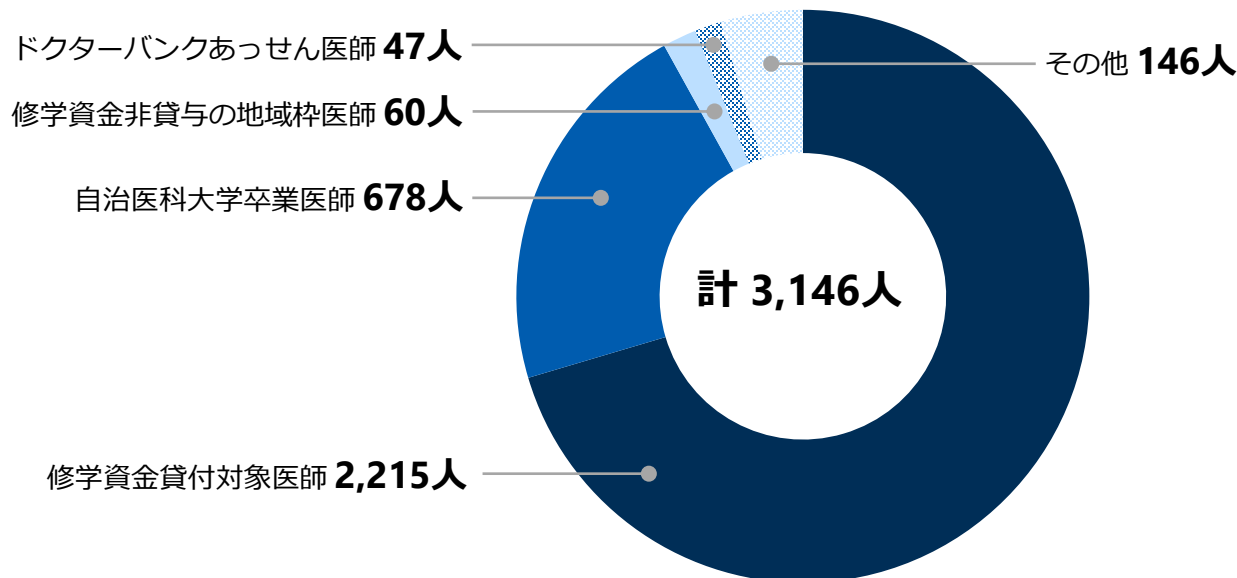
地域医療対策協議会における医師派遣実績

	医師不足地域への派遣	その他の地域への派遣	小計
常勤医師の派遣	1,475	1,582	3,057
非常勤医師の派遣	50	39	89
小計	1,525	1,621	3,146

修学資金貸付対象医師や自治医大卒業医師などのキャリア形成プログラム適用医師は、地域での従事期間である9年間のうち4年間は医師少数区域等で勤務することとされている

「医師不足地域」とは、医師少数区域等の都道府県において医師が不足していると認識している地域を指す

派遣された医師の類型

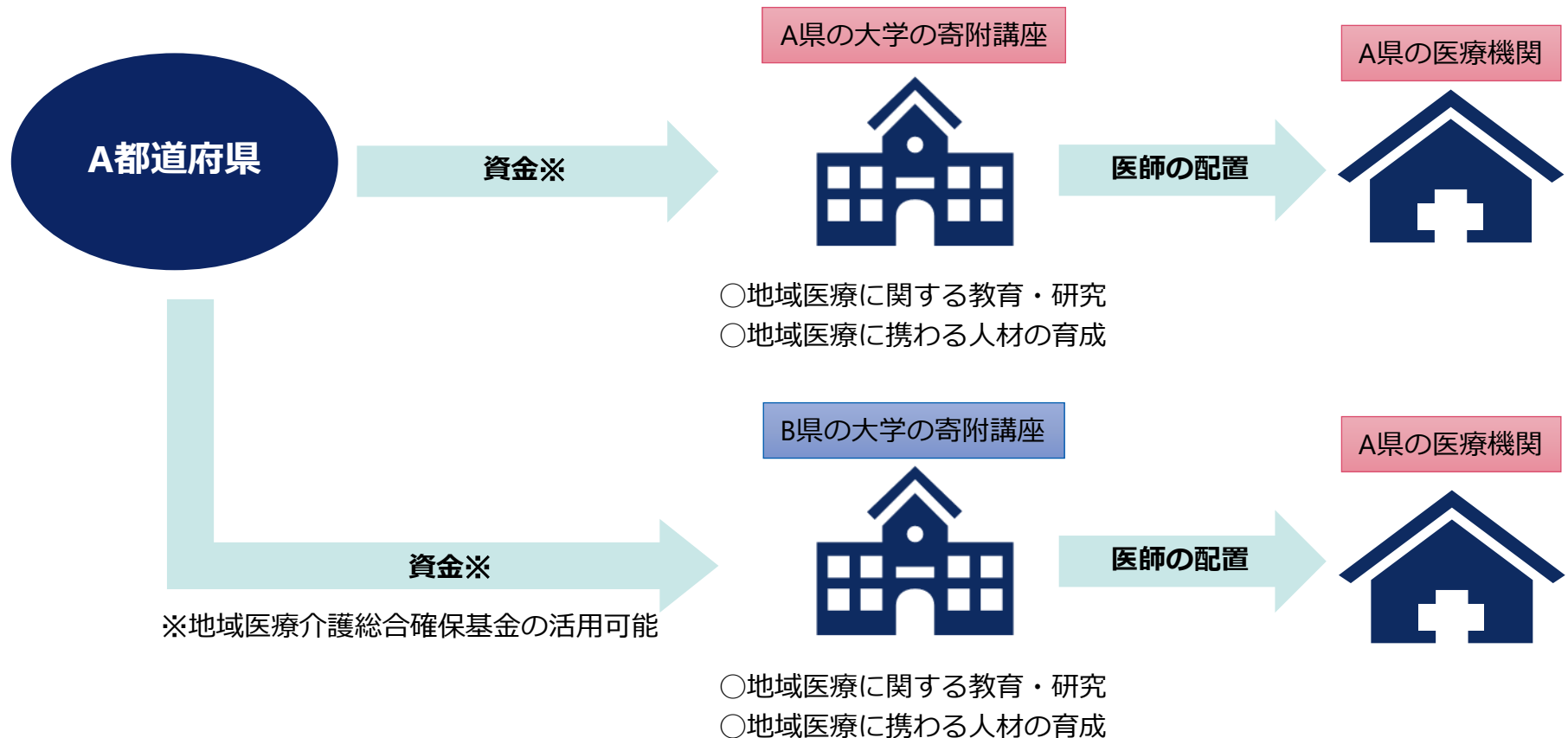


- 派遣された3,146人のうち、1,525人(48%)が医師不足地域に派遣されている。
- 派遣された3,146人のうち、2,893人(92%)が修学資金貸付対象医師・自治医大卒業医師となっている。
- 今後、修学資金貸付対象医師等の増加が見込まれるため、更なる医師派遣の増加が見込まれる。

都道府県等が設置する寄附講座について

- 大学や研究機関において、都道府県等からの資金を財源に開設される講座で、地域医療に関する研究や、地域医療に携わる人材の育成とともに、地域での人材確保に役立てる目的で開設されるケースがある。
- 一般的には、産学連携を趣旨として、研究・教育活動を目的として民間企業や企業団体からの寄付金で開設されることが多く、2004年の国立大学の法人化以降設置が進められている。

<寄附講座の設置イメージ>

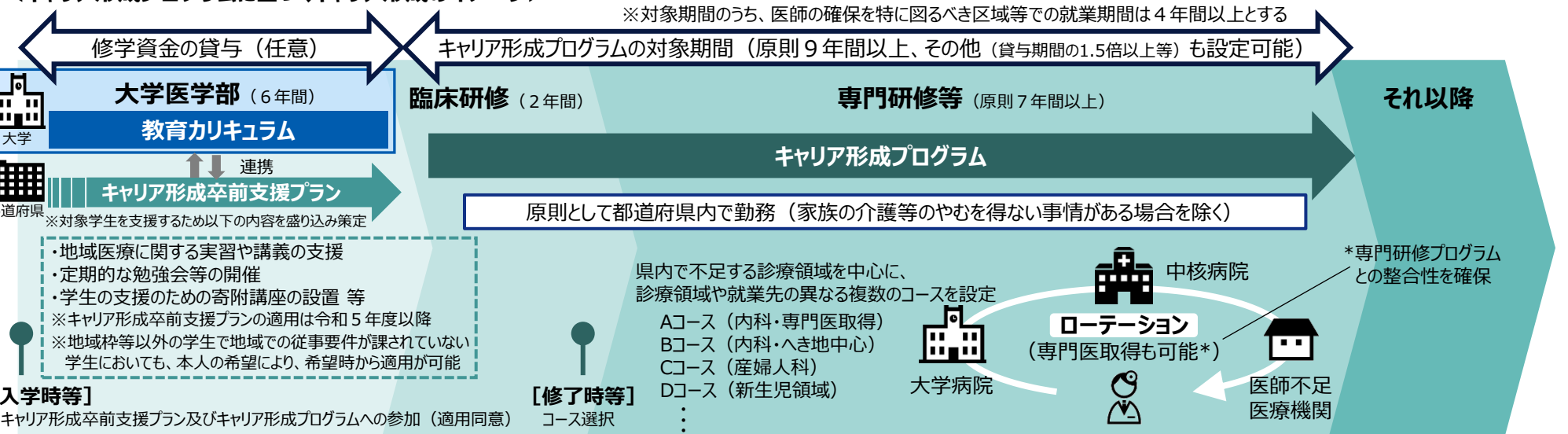


キャリア形成プログラムについて

都道府県は、地域医療対策協議会において協議が調った事項に基づき、「医師不足地域における医師の確保」と「医師不足地域に派遣される医師の能力開発・向上の機会の確保」の両立を目的とするキャリア形成プログラムを策定することとされている

※医療法及び医師法の一部を改正する法律(平成30年法律第79号)により地域医療支援事務として医療法に明記。キャリア形成プログラムの詳細については、医療法施行規則(省令)及びキャリア形成プログラム運用指針(通知)に規定

<キャリア形成プログラムに基づくキャリア形成のイメージ>



<キャリア形成プログラムの対象者>

- ・ 地域枠を卒業した医師
- ・ 地域での従事要件がある地元出身者枠を卒業した医師
- ・ 自治医科大学卒業医師（平成30年度入学者までは任意適用）
- ・ その他プログラムの適用を希望する医師

※キャリア形成プログラムの適用に同意した学生に対しては、修学資金の貸与に地域医療介護総合確保基金の活用が可能

<キャリア形成プログラムに基づく医師派遣>

大学等による医師派遣との整合性を確保するため、地域医療対策協議会で派遣計画案を協議

※地域医療構想における機能分化・連携の方針との整合性を確保する

※理由なく公立・公的医療機関に偏らないようにする

※都道府県は、医師偏在対策と対象医師のキャリア形成の両立を円滑に推進するため、各地域の医師偏在の状況や対象医師の希望を勘案しつつ、就業先について、大学等の専門医の研修プログラム責任者等との調整を行うとともに、対象学生の支援を行う人材（キャリアコーディネーター）を配置する

※都道府県は、対象医師から満足度等も含む意見聴取を定期的に行い、勤務環境改善・負担軽減を図る

対象者の地域定着促進のための方策

<対象者の納得感の向上と主体的なキャリア形成の支援>

- ・ 都道府県は、対象者の希望に対応したプログラムとなるよう努め、診療科や就業先の異なる複数のコースを設定する
- ・ 都道府県は、コースの設定・見直しに当たって、対象者からの意見を聴き、その内容を公表し反映するよう努める
- ・ 出産、育児等のライフイベントや、大学院進学・海外留学等の希望に配慮するため、プログラムの一時中断を可能とする（中断可能事由は都道府県が設定）

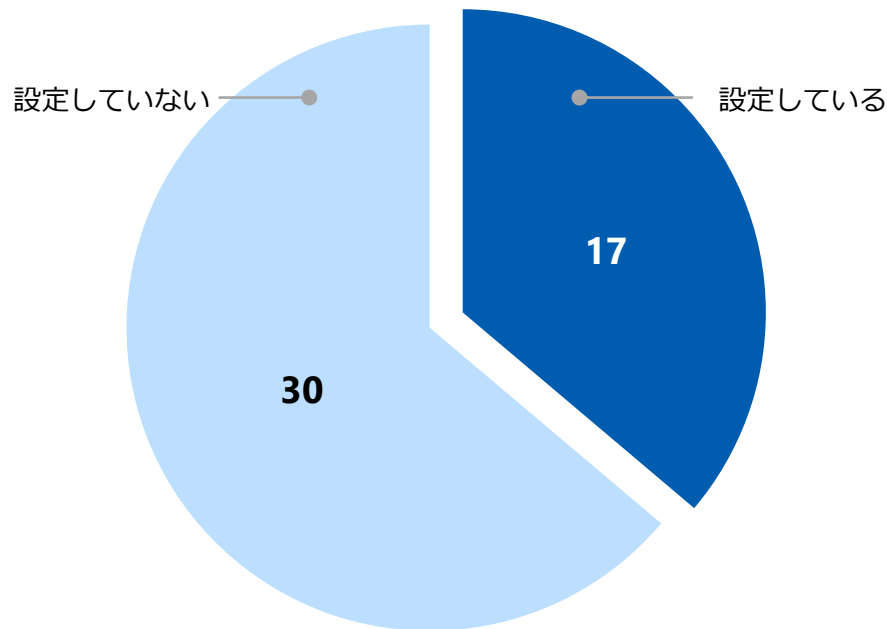
<プログラム満了前の離脱の防止>

- ・ キャリア形成プログラムは都道府県と対象者との契約関係であり、対象者は満了するよう真摯に努力しなければならないことを通知で明示
- ・ 一時中断中は、中断事由が継続していることを定期的な面談等により確認（中断事由が虚偽の場合は、契約違反となる）
- ・ 都道府県は、キャリア形成プログラムを満了することを、修学資金の返還免除要件とする（家族の介護等のやむを得ない事情がある場合を除く）

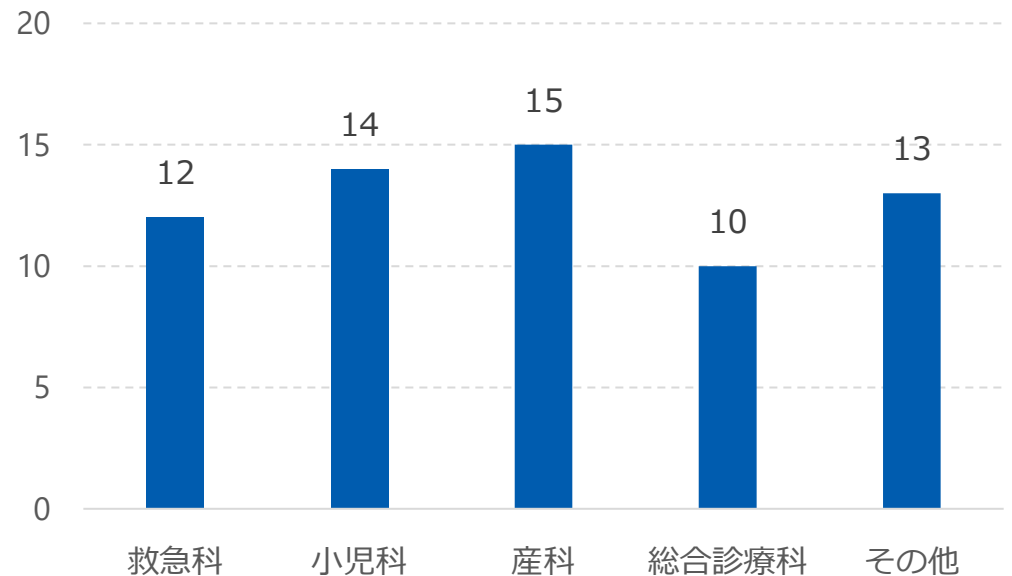
キャリア形成プログラムのコースについて（特定の診療科）

○ キャリア形成プログラムのコースについては、「キャリア形成プログラム運用指針」において、特定の診療科での就業が修学資金の貸与要件となっている場合には、当該診療科のコースを必ず設定することとしている

特定の診療科での就業を修学資金の貸与要件とするプログラムを設定している都道府県 (n=47)



設定している自治体 (n=17) における特定診療科の内訳 (複数回答可)



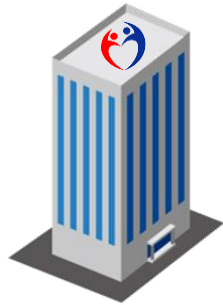
(内科、外科、
麻酔科など)

- 17 (36%) の自治体において、特定の診療科での就業を修学資金の貸与要件とするプログラムを設定している。
- 設定された特定の診療科は、主として産科、小児科、救急科となっている。

医師少数区域等で勤務した医師を認定する制度について

- 医師少数区域等における勤務の促進のため、医師少数区域等に一定期間勤務し、その中で医師少数区域等における医療の提供のために必要な業務を行った者を厚生労働大臣が認定する。

認定に必要な勤務期間や業務内容



厚生労働省

申請に基づき、**厚生労働大臣が**
医師少数区域等における医療に
関する経験を**認定**

申請

認定

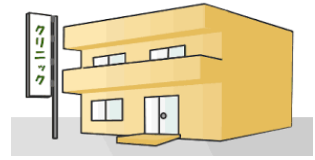


医師

医師少数区域等における
6か月以上※1の勤務※2

※1 医師免許取得後9年以上経過していない場合は、原則として連続した勤務（妊娠・出産等による中断は可）とするが、9年以上経過した場合は、断続的な勤務の積算も可。

※2 認定の対象となるのは、2020年度以降の勤務とする。（臨床研修中の期間を除く。）



医師少数区域等の医療機関

【申請内容】

- 勤務した医療機関名と所在地
 - 勤務した期間
 - 業務内容等
- 申請の際には、医師少数区域等での医師の勤務状況に対する認定制度の影響を測るため、認定の対象となる勤務の直前の勤務地等についても申告する。

＜認定に必要な業務＞

- (1) 個々の患者の生活状況を考慮し、幅広い病態に対応する継続的な診療及び保健指導（患者の専門的な医療機関への受診の必要性の判断を含む。）
 - ・ 地域の患者への継続的な診療
 - ・ 診療時間外の患者の急変時の対応
 - ・ 在宅医療 等
- (2) 他の医療機関や、介護・福祉事業者等との連携
 - ・ 地域ケア会議や退院カンファレンス等への参加 等
- (3) 地域住民に対する健康診査や保健指導等の地域保健活動
 - ・ 健康診査や保健指導等の実施 等

認定医師等に対するインセンティブ

① 一定の病院の管理者としての評価

- ・ 地域医療支援病院の管理者は、認定医師でなければならないこととする。（2020年度以降に臨床研修を開始した医師を管理者とする場合に限る。）

② 認定医師に対する経済的インセンティブ

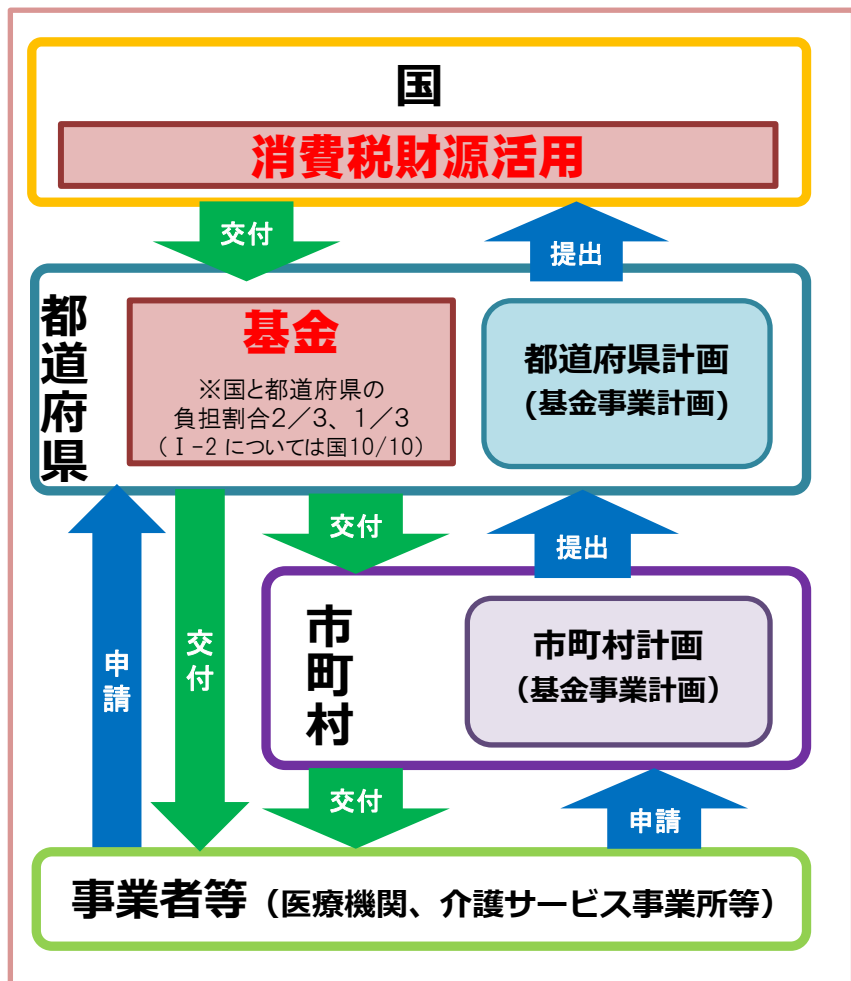
- ・ 認定を取得した医師が医師少数区域等で診療を実施する際の医療レベルの向上や取得している資格等の維持に係る経費（研修受講料、旅費等）について支援を行う。

実績：令和4年3月末 227名、令和5年3月末 507名

地域医療介護総合確保基金

令和6年度予算案:公費で1,553億円
(医療分 1,029億円、介護分 524億円)

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
- このため、平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度(地域医療介護総合確保基金)を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



都道府県計画及び市町村計画（基金事業計画）

- **基金に関する基本的事項**
 - ・公正かつ透明なプロセスの確保(関係者の意見を反映させる仕組みの整備)
 - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
 - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
- **都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項**

医療介護総合確保区域の設定※1 / 目標と計画期間(原則1年間) / 事業の内容、費用の額等 / 事業の評価方法※2

 - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏域を念頭に設定。
 - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施。国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用。
- **都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成**

地域医療介護総合確保基金の対象事業

- I-1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- I-2 地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業
- II 居宅等における医療の提供に関する事業
- III 介護施設等の整備に関する事業(地域密着型サービス等)
- IV 医療従事者の確保に関する事業
- V 介護従事者の確保に関する事業
- VI 勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

2. 研究医枠の概要

研究医枠の概要

- 平成22年度より、「経済財政改革の基本方針2009」を踏まえ、複数大学の連携によるコンソーシアムを形成し、研究医養成の観点から卒業・大学院教育を一貫して見通した特別コース（増員数の倍以上）を設定し適切に履修者を確保すること等を要件とする「研究医枠」の臨時定員増を開始した。

入試段階で学生を選抜する地域枠と異なり、特定の年次に選抜を行う一貫した特別コースを通じて、研究医養成を図る。

「特別コース」とは

- 養成・確保の一貫した取組を通じて研究医の確実な定着を図るため、特定の年次に編入学生の選抜や学内選抜の上、学部・大学院教育を一貫して見通した研究者養成のための重点的プログラム。
- 大学ごとに取組内容は異なるが、例えば、
 - ・大学院進学のコースとして、MD-PhDコースや、臨床研修と並行した進学コースの設定
 - ・研究医を志す学生ための特別な入学者選抜
 - ・特別コース開始前のプレプログラムの実施
 - ・研究医としてのキャリア支援（常勤ポストの設定等）などの取組を組み合わせながら、各大学で研究医養成を図っている。

研究医枠について

- ・昭和57年及び平成9年の閣議決定に基づき、医師過剰の懸念から医学部定員を抑制。
- ・平成22年度より、「経済財政改革の基本方針2009」を踏まえ、地域枠、研究医枠、歯学部振替枠により臨時的な定員増を開始。
- ・研究医枠は、他大学と連携し基礎医学及び社会医学に関する優れた研究者の養成を重点的に担おうとする場合に限り、3名以内の定員増を認めるもの。

