

広域連携型プログラムについて

医道審議会医師分科会医師臨床研修部会報告書 ～医師臨床研修制度の見直しについて～

(令和6年3月25日 抜粋)

(③地域における研修機会の充実について)

- 医師少数県等12県の知事で構成される「地域医療を担う医師の確保を目指す知事の会」は、臨床研修について、「地域の医療機関で研修する期間を、例えば半年程度確保できる制度に見直す」よう提言している。
- 医師多数県に所在する基幹型病院に採用された研修医が、医師多数県における研修を中心としつつ、医師少数県に所在する臨床研修病院においても一定の期間研修することは、双方の特性・魅力を生かした良質な研修を受けられる、キャリアの選択肢が広がる、自身の適性に気づく契機となる、といったメリットが考えられる。
- このため、研修医本人が希望することを前提として、このような研修を受けられる機会を創設することとし、令和8(2026)年度以降は、医師多数県の募集定員上限のうち一定割合については、医師少数県等に所在する臨床研修病院において24週程度の研修を行う研修プログラムの募集定員に充てるものとする。
- 具体的には、医師多数県のうち募集定員上限に占める採用人数の割合（以下「採用率」という。）が全国平均以上の都道府県は、当該都道府県の募集定員上限の5%程度及び激変緩和措置による加算分の一部を、医師の確保が困難な地域、例えば、医師中程度県（医師多数県及び医師少数県以外の都道府県をいう。）のうち採用率が全国平均以下の都道府県の医師少数区域や、医師少数県のうち採用率が全国平均以下の都道府県に所在する協力型臨床研修病院（以下「協力型病院」という。）において24週程度の研修を行う研修プログラム（以下「広域連携型プログラム」という。）の募集定員に充てるものとする。
- 広域連携型プログラムにおいて研修医を派遣する基幹型病院は、協力型病院との調整など研修プログラムの設定・運用等に係る負担が増すと考えられる。このため、厚生労働省は、広域連携型プログラムに取り組む基幹型病院に対して、適切に支援することが必要である。具体的には、医師臨床研修費補助事業による支援や、協力型病院の候補となる病院の情報提供が必要である。
- また、研修医の派遣を受ける都道府県及び協力型病院においても、基幹型病院と協力し、研修医の受入に向けて必要な取組を実施することが求められる。
- なお、基幹型病院において広域連携型プログラムの研修医を募集する際は、研修医マッチングに先立って、プログラムの特徴等に関して丁寧に情報提供することが必要である
- 広域連携型プログラムの詳細については、本部会において、関係の都道府県の意見も踏まえつつ、引き続き検討することとする。

広域連携型プログラムの概要案①

医師多数県の基幹型病院（連携元病院）に採用された研修医が、医師多数県における研修を中心としつつ、医師少数県等の臨床研修病院（連携先病院）においても一定期間研修するプログラム

地域における研修機会の充実に

－医師少数区域など地域の医療現場を経験できる機会を充実

複数の医療現場の魅力・特性を生かした充実した研修が可能に

－異なる医療現場を経験できる、地域における医療現場を経験できるなど

研修医のキャリアの選択肢に

－異なる環境で医療に従事する中で、研修医の将来のキャリア検討の選択肢や自分の特性に気づく契機になる

全国の臨床研修ネットワークの形成に

－異なる地域の臨床研修に関するネットワークが形成され知見の共有等につながる

以上に加え、本プログラムを通じて地域における医療へのキャリアの選択肢が広がるなど、医師偏在対策に資する

参考①：大学病院で臨床研修を行った研修医が、病院（プログラム）を選んだ理由として、いわゆる「たすきがけプログラム」が上位に挙がる

臨床研修を行った病院（プログラム）を選んだ理由（臨床研修修了者アンケート 研修先：大学病院）

	令和2年3月修了者	令和3年3月修了者	令和4年3月修了者
第1位	出身大学である（37.9%）	臨床研修のプログラムが充実（36.2%）	臨床研修のプログラムが充実（35.7%）
第2位	臨床研修のプログラムが充実（34.4%）	出身大学である（35.2%）	出身大学である（32.5%）
第3位	「たすきがけプログラム」があったから（27.7%）	「たすきがけプログラム」があったから（29.1%）	「たすきがけプログラム」があったから（26.0%）

参考②：臨床研修医の中でも長期の地域での研修を希望する者が一定数存在する

臨床研修修了者（令和3年度修了）アンケートにおいて、地域医療研修の期間が「短かった」と回答した者：約15%

広域連携型プログラムの概要案②

1. 対象区域

- ・連携元区域：医師多数県のうち募集定員上限に占める採用率が全国平均以上の都道府県（但し、地理的事情などの特殊事情を有する沖縄県は除く。）（以下「医師多数県」という）
- ・連携先区域：医師少数県のうち募集定員上限に占める採用率が全国平均以下の都道府県
医師中程度県のうち募集定員上限に占める採用率が全国平均以下の都道府県の医師少数区域
連携元区域に該当する医師多数県の医師少数区域（対象人数の一部）
（以下「医師少数県等」という）

※対象区域は令和5年度の医師偏在指標等を用いて決定する。また、プログラムの継続実施の観点から当面の間は本プログラムの対象区域を固定するが、今後のプログラムの実施状況や指標の更新状況等を踏まえつつ対象区域の変更も並行して検討する。

※連携元区域に該当する医師多数県の医師少数区域について、人口30万人以上の二次医療圏は連携先区域から除く。

2. 対象病院

- ・連携元病院：医師多数県の基幹型病院
- ・連携先病院：医師少数県等の基幹型病院、協力型病院等

3. 対象人数

- ・医師多数県の募集定員上限の5%以上

※連携先病院が連携元区域に該当する医師多数県の医師少数区域に所在する病院である場合には、募集定員上限の5%のうち2%を限度とする。

※激変緩和措置適用都道府県はこれに激変緩和措置により加算された定員数の1/2を加えた数。但し、連携先病院の確保の観点から当初の間は本規定は適用しない。

※令和8年度の募集定員上限は、令和8年度の募集定員上限の5%を基本としつつ、令和8年度募集定員上限が令和7年度募集定員上限を上回る場合は、令和7年度募集定員上限の5%とすることも可とする。

4. 時期・期間

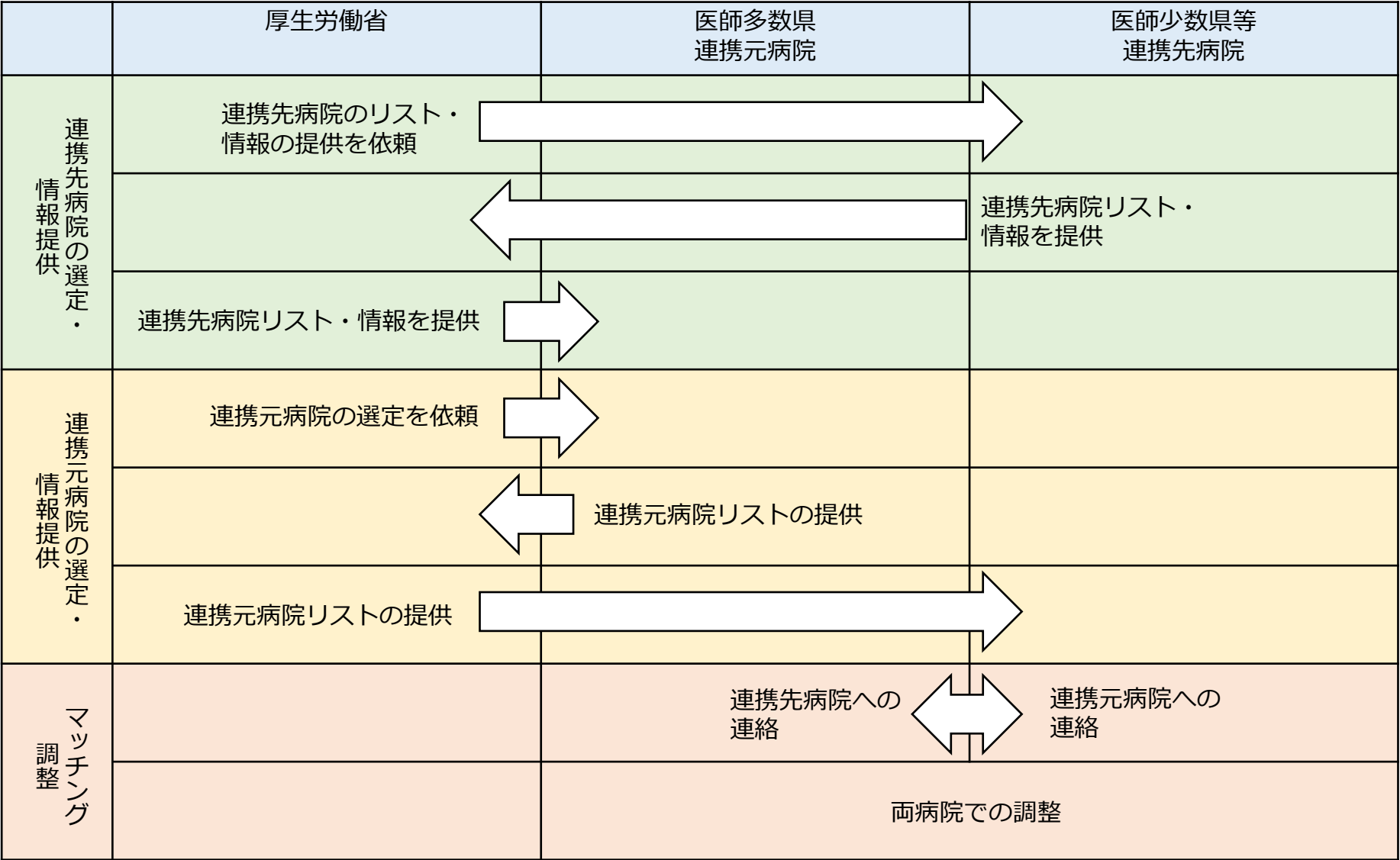
- ・プログラムの実施時期は原則として臨床研修の2年目とする。
- ・プログラムの実施期間は24週又はそれ以上とする。

5. 費用負担

- ・プログラムの作成・実施に係る費用に関する国による支援を検討。

- 広域連携型プログラムを設定・運用するにあたり、例えば、以下のような費用負担が考えられる。
 - ・広域連携型プログラムの責任者となるプログラム責任者に係る負担（連携元）
 - ・研修医の移動に伴う旅費に係る負担（主に連携先）
 - ・研修医の滞在に係る負担（主に連携先）
- これらに係る負担については、医師臨床研修費補助金において支援することを検討。

連携病院間のマッチングの流れ（案）



※病院間の連絡調整の前に医師多数県や医師少数県等で連絡調整を行うことも考えられる。
※上記流れに限らず、連携元病院が独自にリストにない連携先病院と連携することも可能。但し、当該連携先病院は、連携の状況を医師少数県等に連絡することとする。

連携元病院、連携先病院について

1. 連携元病院の考え方

- 医師多数県の連携元病院が通常のプログラムと広域連携型プログラムの双方を安定的に実施できる研修体制を有しつつ（目安として研修医募集定員が20名程度又はそれ以上）、研修医は、大学病院等の連携元病院で専門分化した医療を学びながら医師少数県等の連携先病院で地域における研修の機会を持つような場合、本プログラムの趣旨を踏まえると実施する意義が大きく、このような場合に該当する病院が本プログラムを積極的に実施する必要がある。
- 上記に限らず、本プログラムの実施を希望する連携元病院があれば、実施する上での指導体制等が充実していることを確認しつつ連携元病院となることを妨げない。

2. 連携先病院のリストアップについて

- 医師少数県等は、受入れ可能な連携先病院をリストアップするとともに、連携元病院とのマッチングに資するよう、連携先病院に関する情報等を収集する（具体的な情報は次ページ）。
- 厚生労働省は、医師少数県等に対し、一定数以上の受入れ可能連携先病院をリストアップするよう依頼する。

医師少数県等の連携先病院に関する情報項目等（案）

（全体）

- ・連携先病院の強みや特色がわかる情報（わかりやすさの観点から別途説明資料（紙媒体や動画媒体）を用意することを推奨）

（研修面）

- ・病院の概要、病床数
- ・受入れ可能人数、受入れ可能時期
- ・研修に対応できる診療科、指導ガイドラインで定める症候・疾病・疾患等のうち経験できるもの
- ・指導医の数
- ・通常の研修の内容・スケジュール（研修医の受け持ち患者数、カンファレンス・外来等の情報も適宜提供）
- ・省令施行通知で定める必須・推奨研修の実施状況（感染対策、予防医療、虐待、社会復帰支援、緩和ケア、ACP、CPC等）
- ・研修医へのフィードバックの頻度、内容
- ・研修医室等の概要（上級医と同室か別室か、文献検索システム・シミュレーター等の有無等を適宜記入）
- ・当直の体制（当直回数、医師の配置状況、上級医との連携体制、救急外来の患者・救急車件数、入院件数等）
- ・たすきがけプログラム等による他病院との連携実績（研修医の送り出し・受入れ人数等）
- ・妊娠・出産・育児等に関する事項（健康・安全管理、研修遂行の管理、指導医の役割、病院の環境整備）
- ・研修医の勤怠管理、メンタルヘルスなどへの対応
- ・給与、保険、福利厚生等（医師賠償責任保険、労災保険、雇用保険、厚生年金保険等）
- ・JCEPによる第三者評価の受審状況

（生活面）

- ・宿舎（寮）の有無
- ・住居、交通費への支援の有無

（都道府県における取組）

- ・各都道府県における臨床研修医採用促進に向けた取組や、都道府県内の臨床研修に係る偏在対策に資する取組（都道府県内における医師少数区域病院とのたすきがけプログラムなど）

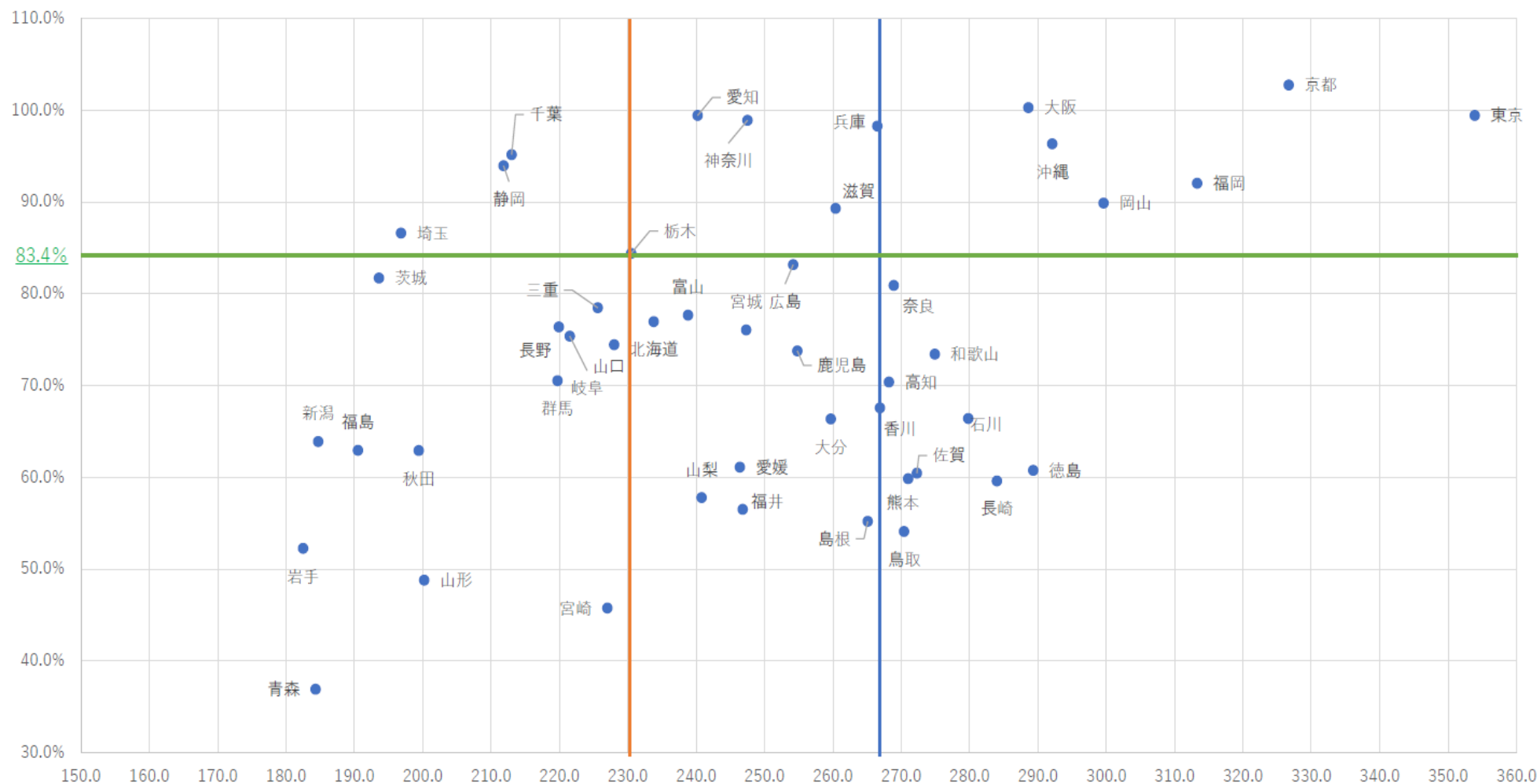
今後のスケジュール（案）

	厚生労働省	医師多数県・連携元病院	医師少数県等・連携先病院
令和6年 7月	・都道府県向け説明会	・連携元病院を選定 ・連携元病院を厚労省に報告	・連携先病院のリストアップ ・連携先病院の情報を厚労省に提出
8月	・医師多数県宛てに連携先病院リスト・情報を提供		
9月	・医師少数県等宛てに連携元病院リストを提供		
10月			
11月			
12月	・令和8年度都道府県募集定員上限の決定（広域連携型プログラム含む）		
令和7年 1月			
2月			
3月			
4月		・都道府県が連携元病院に募集定員を通知 ・連携元病院が都道府県にプログラムを届出（広域連携型プログラム含む）	
9月～		マッチングの実施、2次募集等の実施	
令和8年 4月		令和8年度臨床研修を開始	

参 考 資 料

募集定員上限に占める採用人数の割合と医師偏在指標

募集定員上限に占める採用人数の割合 (R5) 全国平均83.4%



医師少数県 ← 医師偏在指標 (R5) → 医師多数県 【出典】 医師偏在指標は令和6年1月時点

広域連携型プログラムの対象区域

1. 連携元区域（医師多数県）

医師多数県のうち募集定員上限に占める採用率が全国平均以上の都道府県（但し、地理的事情などの特殊事情を有する沖縄県は除く。）

東京都、大阪府、京都府、岡山県、福岡県

2. 連携先区域（医師少数県等）

①医師少数県のうち募集定員上限に占める採用率が全国平均以下の都道府県

青森県、岩手県、秋田県、山形県、福島県、茨城県、群馬県、新潟県、長野県、岐阜県、三重県、山口県、宮崎県

②医師中程度県のうち募集定員上限に占める採用率が全国平均以下の都道府県の医師少数区域

北海道、宮城県、福井県、島根県、大分県、鹿児島県の医師少数区域

※医師中程度県のうち募集定員上限に占める採用率が全国平均以下の都道府県の中で富山県、山梨県、広島県、愛媛県は医師少数区域がない。

③連携元区域に該当する医師多数県の医師少数区域（対象人数の一部）

東京都、京都府、岡山県、福岡県の医師少数区域

※連携元区域に該当する医師多数県の医師少数区域について、人口30万人以上の二次医療圏は連携先区域から除く。

※連携先病院が連携元区域に該当する医師多数県の医師少数区域に所在する病院である場合には、募集定員上限の5%のうち2%を限度とする。

※連携元区域に該当する医師多数県のうち、大阪府には医師少数区域がない。

5 臨床研修病院の指定の基準

（1）基幹型臨床研修病院の指定の基準

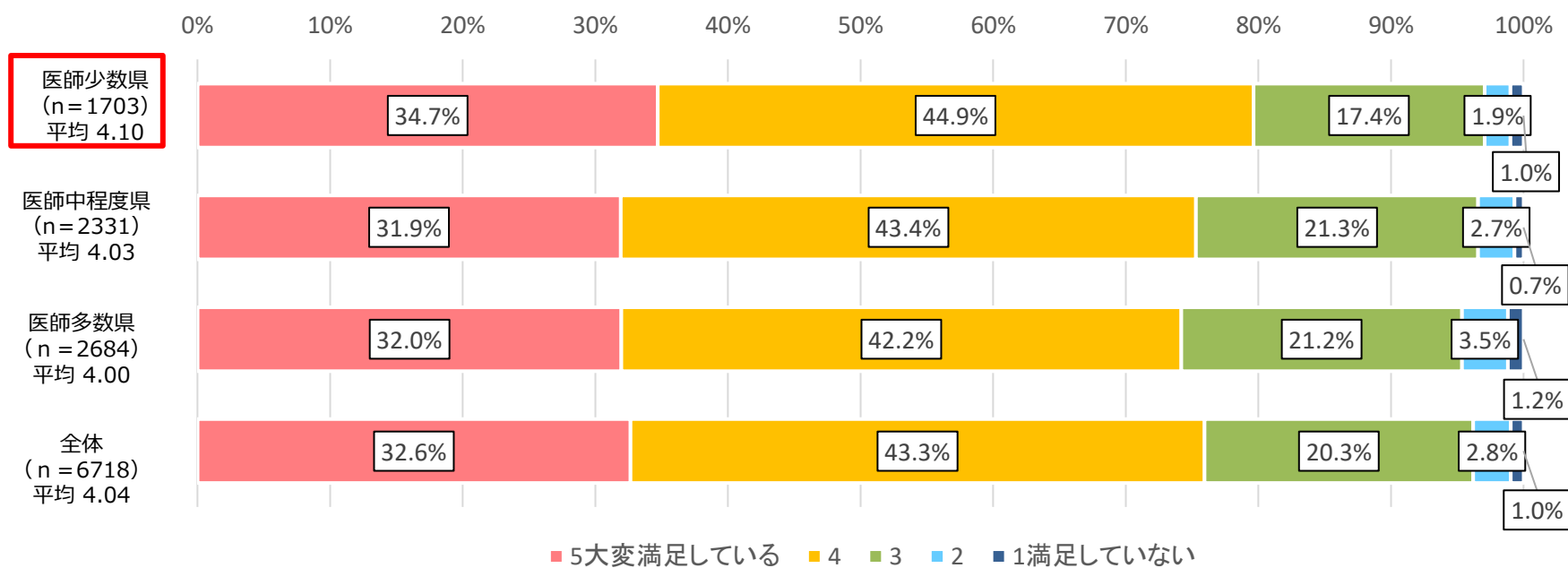
チ 臨床研修病院群を構成する関係施設相互間で緊密な連携体制を確保していること。

（ア）「緊密な連携体制」とは、医師の往来、医療機器の共同利用等、診療及び臨床研修について機能的な連携が具体的に行われている状態をいうものであること。

（イ）地域医療のシステム化を図り、臨床研修病院群における緊密な連携を保つため、臨床研修病院群を構成する臨床研修病院及び臨床研修協力施設（病院又は診療所に限る。）は、原則、同一の二次医療圏内又は同一の都道府県内にあることを基本とし、それらの地域を越える場合は、以下のような正当な理由があること。

- ① ヘキ地・離島等を含めた医師不足地域における地域医療研修であること。
- ② 生活圏を同じくする県境を越えた隣接する二次医療圏における協力型臨床研修病院及び臨床研修協力施設との連携であること。
- ③ その他、基幹型臨床研修病院と連携し、十分な指導体制の下で様々なバリエーションの経験及び能力形成が可能であり、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるような基本的な診療能力を身に付けることのできる良質な研修が見込まれる場合であること。

臨床研修を行った都道府県（基幹型病院が所在する都道府県）と臨床研修全体の満足度



【出典】 令和4年臨床研修修了者アンケート

※医師少数県、医師中程度県及び医師多数県の区別は医師偏在指標（厚生労働省：令和6年1月時点）による ※赤枠は満足度の平均値が最大の区分

総合的な診療能力を身に付けるために重要だと思うこと（複数回答可）

臨床研修修了者に対するアンケートにおいて「総合的な診療能力を身につけるために重要だと思うこと」という質問に対し、「地域医療研修の期間の延長」と回答した者が9.5%、「医療資源の乏しい地域での診療経験」と回答した者が14.2%。



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

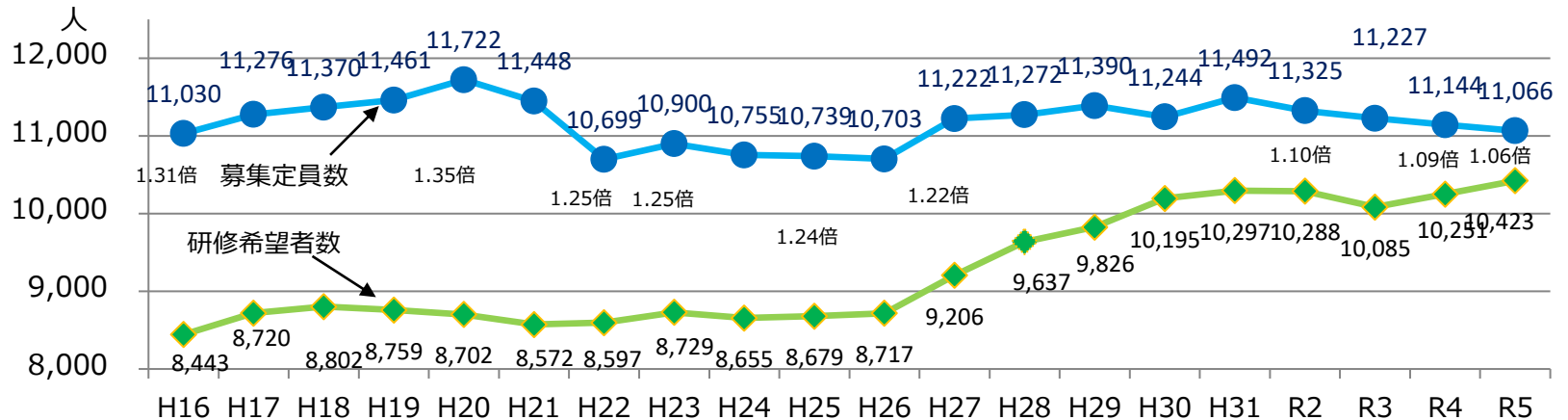
- ・平成22年度から臨床研修を開始する研修医について、厚生労働省が各都道府県の募集定員上限を設定

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



都道府県知事による臨床研修病院ごとの研修医の定員の決定

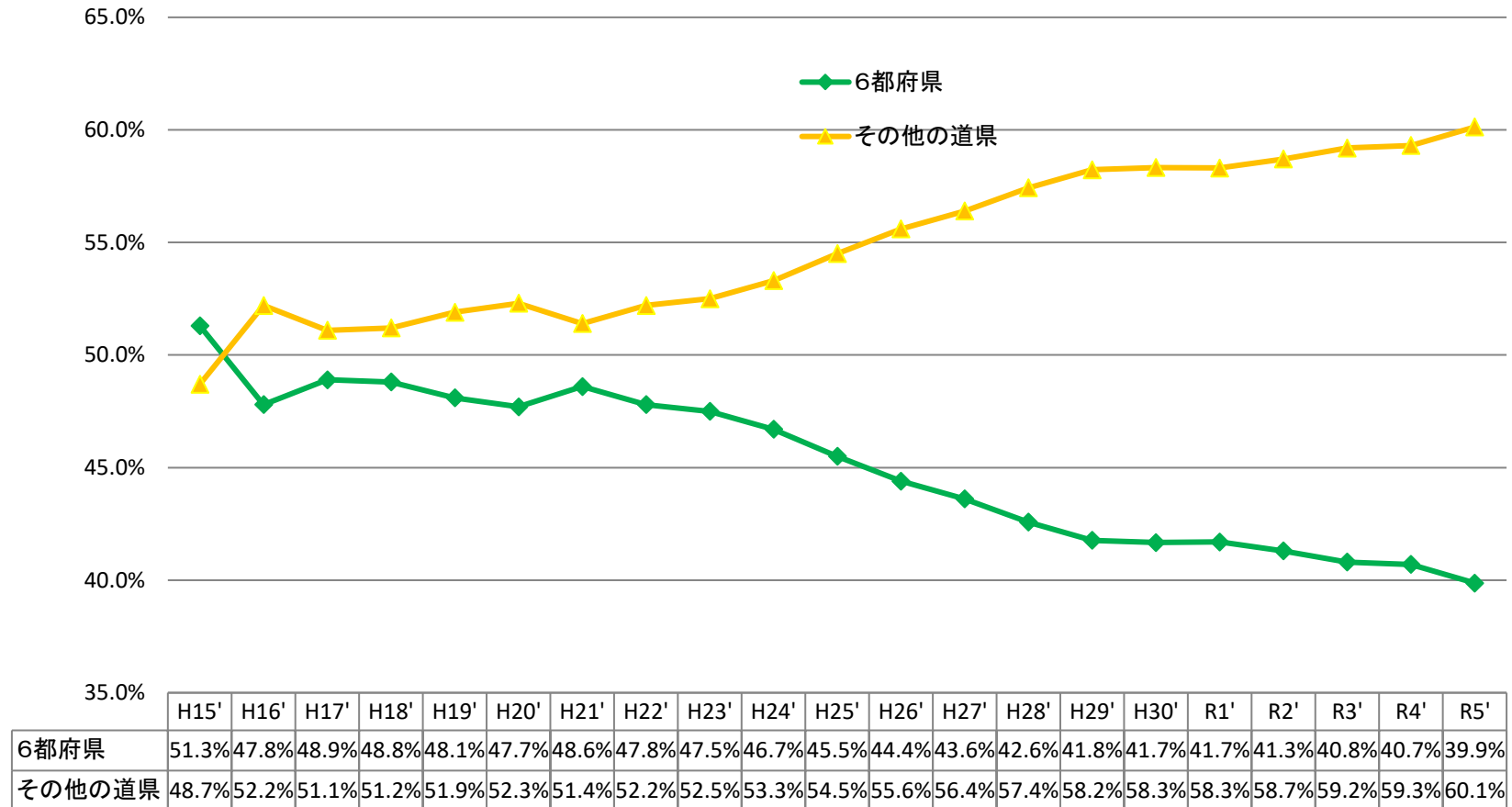
○医師法（昭和23年法律第201号）

第十六条の三 厚生労働大臣は、毎年度、都道府県ごとの研修医（臨床研修病院（前条第一項に規定する都道府県知事の指定する病院をいう。第三項及び次条第一項において同じ。）において臨床研修を受ける医師をいう。以下この条及び第十六条の八において同じ。）の定員を定めるものとする。

- 2 厚生労働大臣は、前項の規定により研修医の定員を定めようとするときは、あらかじめ、医道審議会の意見を聴かなければならない。
- 3 都道府県知事は、第一項の規定により厚生労働大臣が定める都道府県ごとの研修医の定員の範囲内で、毎年度、当該都道府県の区域内に所在する臨床研修病院ごとの研修医の定員を定めるものとする。
- 4 都道府県知事は、前項の規定により研修医の定員を定めようとするときは、医療法第五条の二第一項に規定する医師の確保を特に図るべき区域における医師の数の状況に配慮しなければならない。
- 5 都道府県知事は、第三項の規定により研修医の定員を定めようとするときは、あらかじめ、その内容について厚生労働大臣に通知しなければならない。
- 6 都道府県知事は、前項の規定による通知をしようとするときは、あらかじめ、地域医療対策協議会の意見を聴かなければならない。
- 7 都道府県知事は、前項の規定により地域医療対策協議会の意見を聴いたときは、第三項の規定により研修医の定員を定めるに当たり、当該意見を反映させるよう努めなければならない。

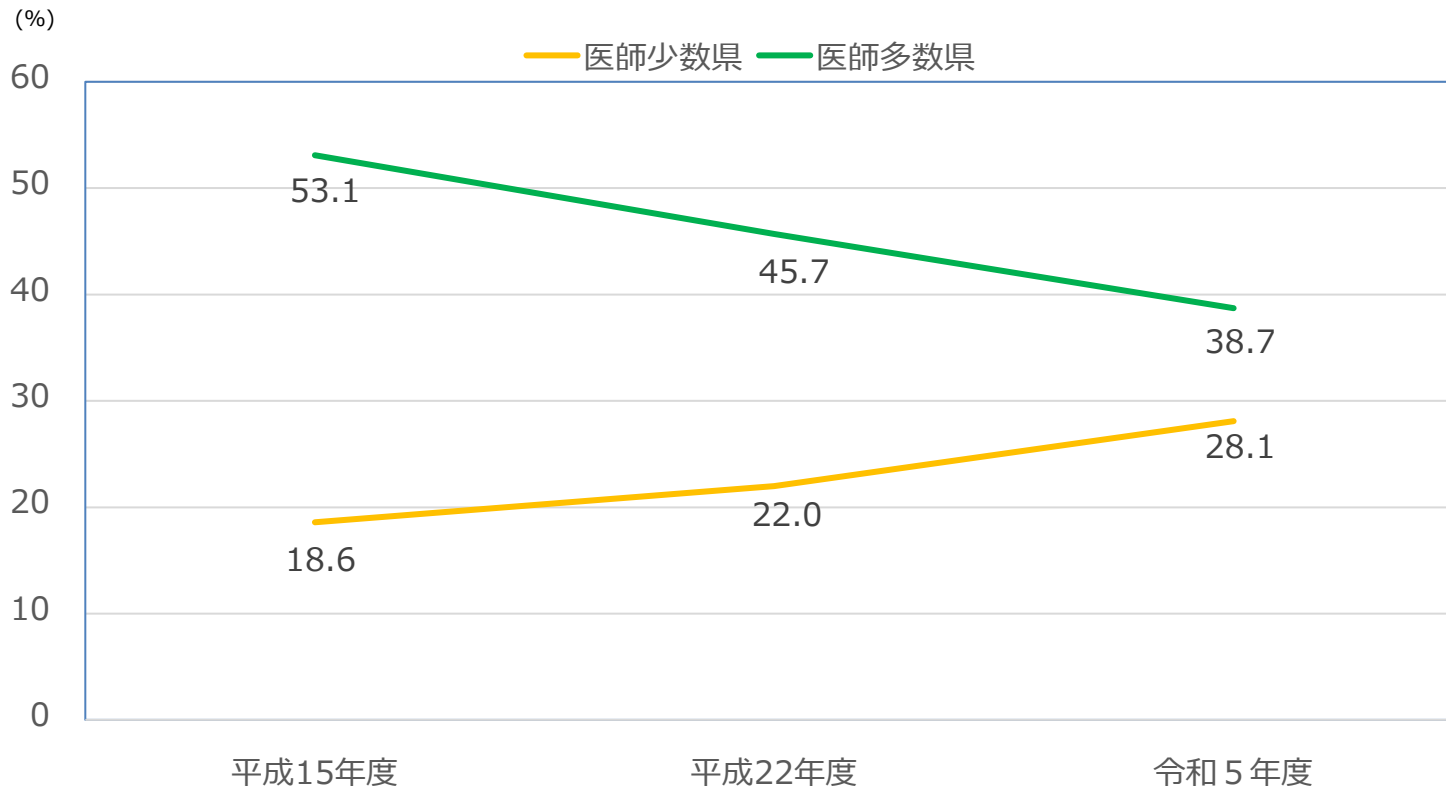
研修医の採用人数の割合の推移〈6都府県とその他の道県〉

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



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）



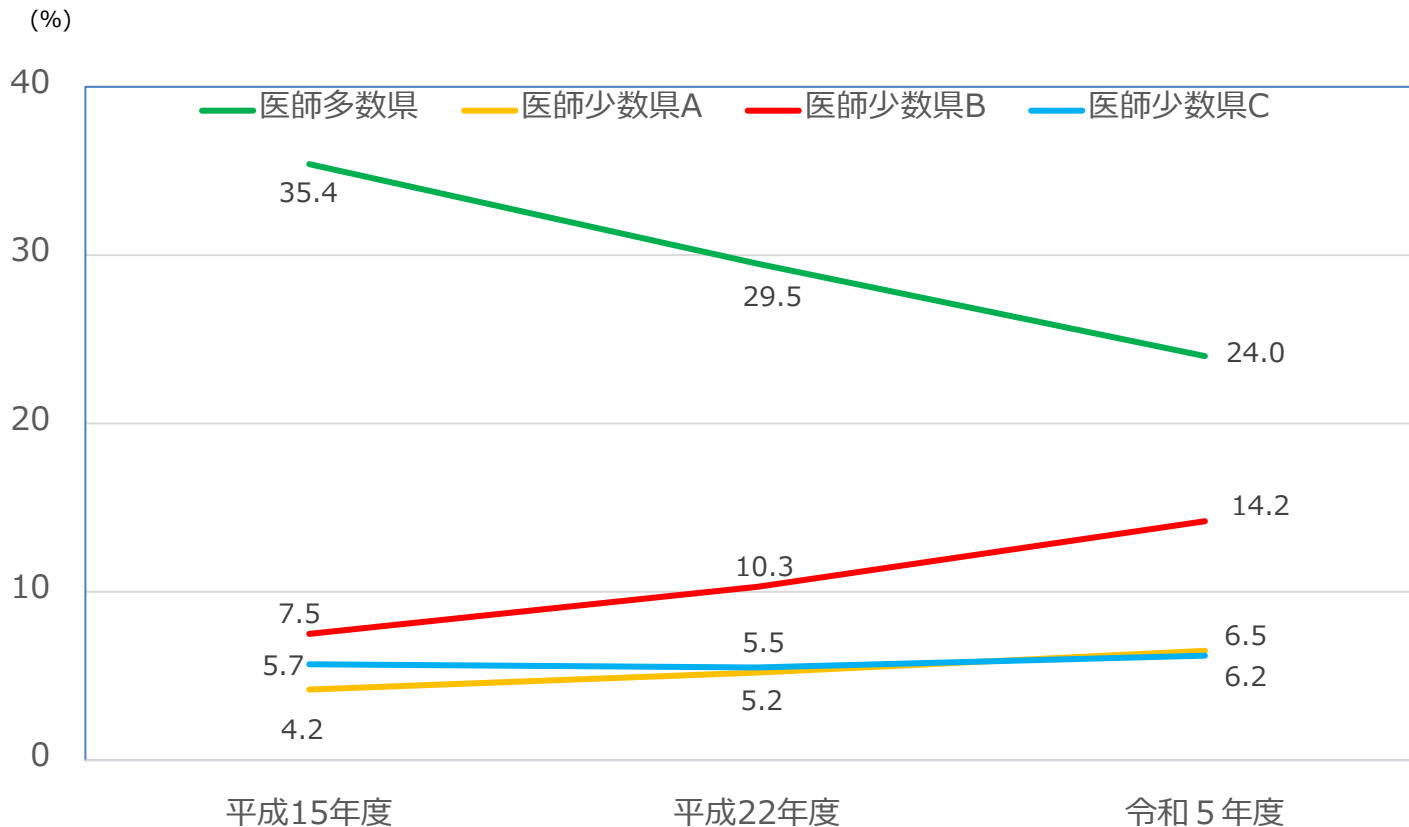
医師多数県及び医師少数県は医師偏在指標（厚生労働省：令和6年1月時点）による

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〈医師多数県上位5県と医師少数県下位5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、医師多数県上位5県は35.4%から24.0%に減少した一方で（マイナス11.4ポイント）、医師少数県下位5県は4.2%から6.5%に増加した（プラス2.3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6年1月時点）による

- 医師多数県は、医師多数県の上位5都府県 : 東京、京都、福岡、岡山、沖縄
- 医師少数県Aは、医師少数県の下位5県 : 岩手、青森、新潟、福島、茨城
- 医師少数県Bは、医師少数県の下位6～10位の県 : 埼玉、秋田、山形、静岡、千葉
- 医師少数県Cは、医師少数県の下位11～15位の県 : 群馬、長野、岐阜、三重、宮崎

各都道府県の研修医の採用人数の割合

	H15年度	H22年度	R5年度	少	中	多
北海道	3.5%	3.5%	3.6%		○	
青森県	0.7%	0.9%	0.8%	○		
岩手県	0.5%	0.9%	0.7%	○		
宮城県	1.1%	1.5%	1.9%		○	
秋田県	0.7%	0.8%	0.8%	○		
山形県	0.7%	1.0%	0.6%	○		
福島県	1.0%	1.0%	1.3%	○		
茨城県	1.0%	1.3%	2.1%	○		
栃木県	1.5%	1.4%	1.8%		○	
群馬県	1.5%	1.0%	1.2%	○		
埼玉県	1.4%	2.7%	4.8%	○		
千葉県	3.3%	3.6%	5.1%	○		
東京都	20.9%	17.4%	13.6%			○
神奈川県	4.9%	7.5%	6.8%		○	
新潟県	1.1%	1.1%	1.6%	○		
富山県	0.7%	0.7%	0.9%		○	
石川県	1.2%	1.3%	0.9%			○
福井県	0.6%	0.9%	0.6%		○	
山梨県	0.7%	0.6%	0.7%		○	
長野県	1.3%	1.5%	1.4%	○		
岐阜県	1.4%	1.4%	1.5%	○		
静岡県	1.3%	2.1%	3.0%	○		
愛知県	5.3%	6.6%	5.9%		○	

(注) ・黄マーカーの29道県は、平成15年度＜令和5年度の道県

・表中の「少」は医師少数県、「中」は医師中程度県、

「多」は医師多数県（令和6年1月時点）

	H15年度	H22年度	R5年度	少	中	多
三重県	0.9%	1.1%	1.4%	○		
滋賀県	1.0%	0.9%	1.2%		○	
京都府	5.0%	3.3%	2.8%			○
大阪府	8.4%	7.7%	6.7%			○
兵庫県	3.8%	4.1%	4.3%		○	
奈良県	1.2%	1.0%	1.1%			○
和歌山県	0.8%	0.9%	1.0%			○
鳥取県	0.6%	0.3%	0.5%			○
島根県	0.4%	0.4%	0.6%		○	
岡山県	1.8%	1.8%	1.9%			○
広島県	2.2%	1.9%	1.9%		○	
山口県	1.1%	1.0%	1.1%	○		
徳島県	0.8%	0.7%	0.5%			○
香川県	0.6%	0.8%	0.8%			○
愛媛県	0.8%	0.7%	0.9%		○	
高知県	0.6%	0.5%	0.7%			○
福岡県	6.7%	5.3%	4.1%			○
佐賀県	0.7%	0.7%	0.6%			○
長崎県	1.3%	1.1%	1.0%			○
熊本県	1.4%	1.2%	0.9%			○
大分県	0.7%	0.8%	0.8%		○	
宮崎県	0.6%	0.5%	0.6%	○		
鹿児島県	1.1%	1.0%	1.3%		○	
沖縄県	1.0%	1.6%	1.7%			○

合計（人）	8,166	7,506	9,388
-------	-------	-------	-------

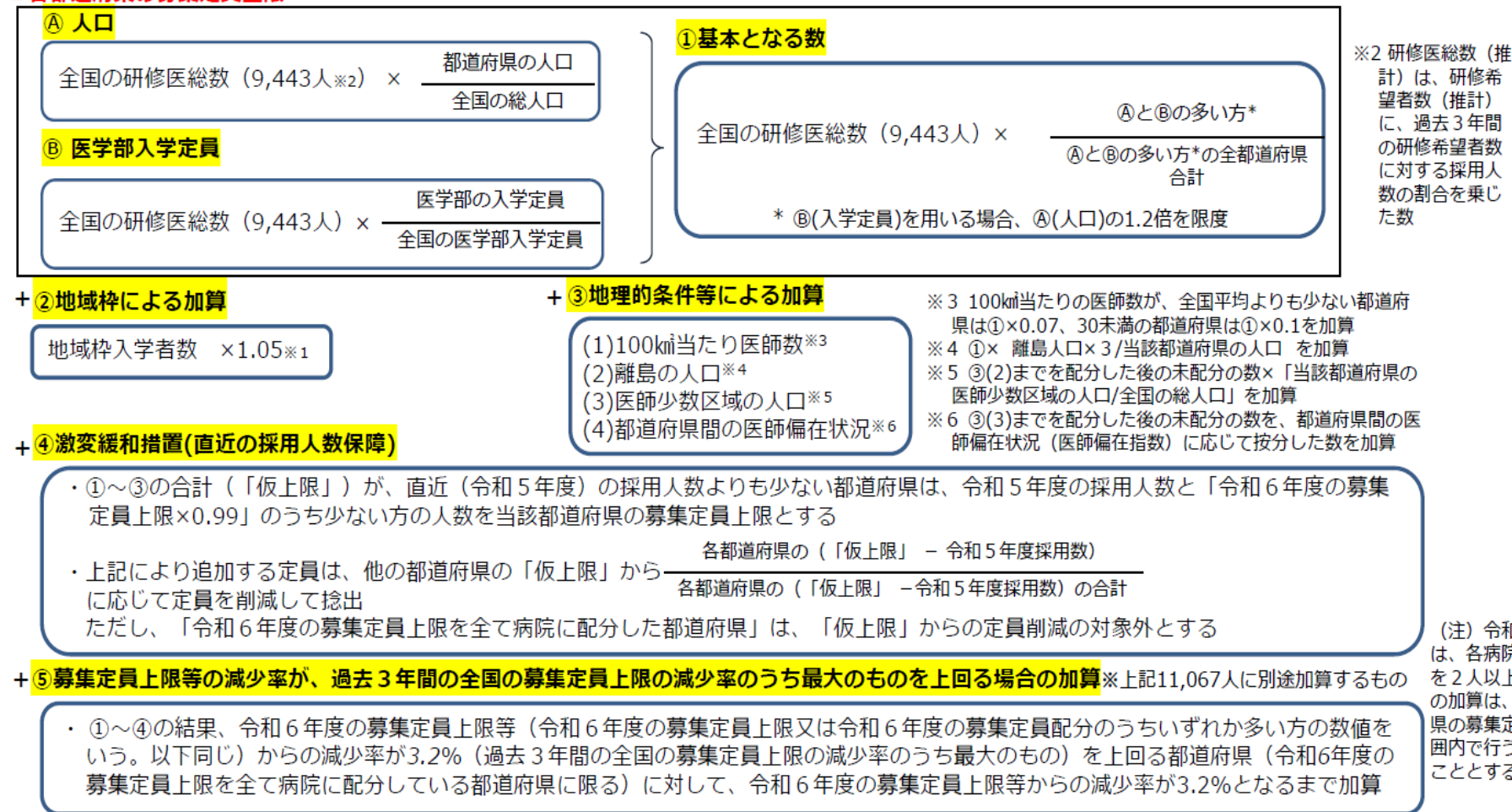
令和7年度の各都道府県の募集定員上限の算出方法

■ 全国の募集定員上限（11,067人）

研修希望者数（推計）（10,540人）× 1.05 ※1

※1 令和7年度までに段階的に1.05まで縮小

■ 各都道府県の募集定員上限



各都道府県の募集定員上限

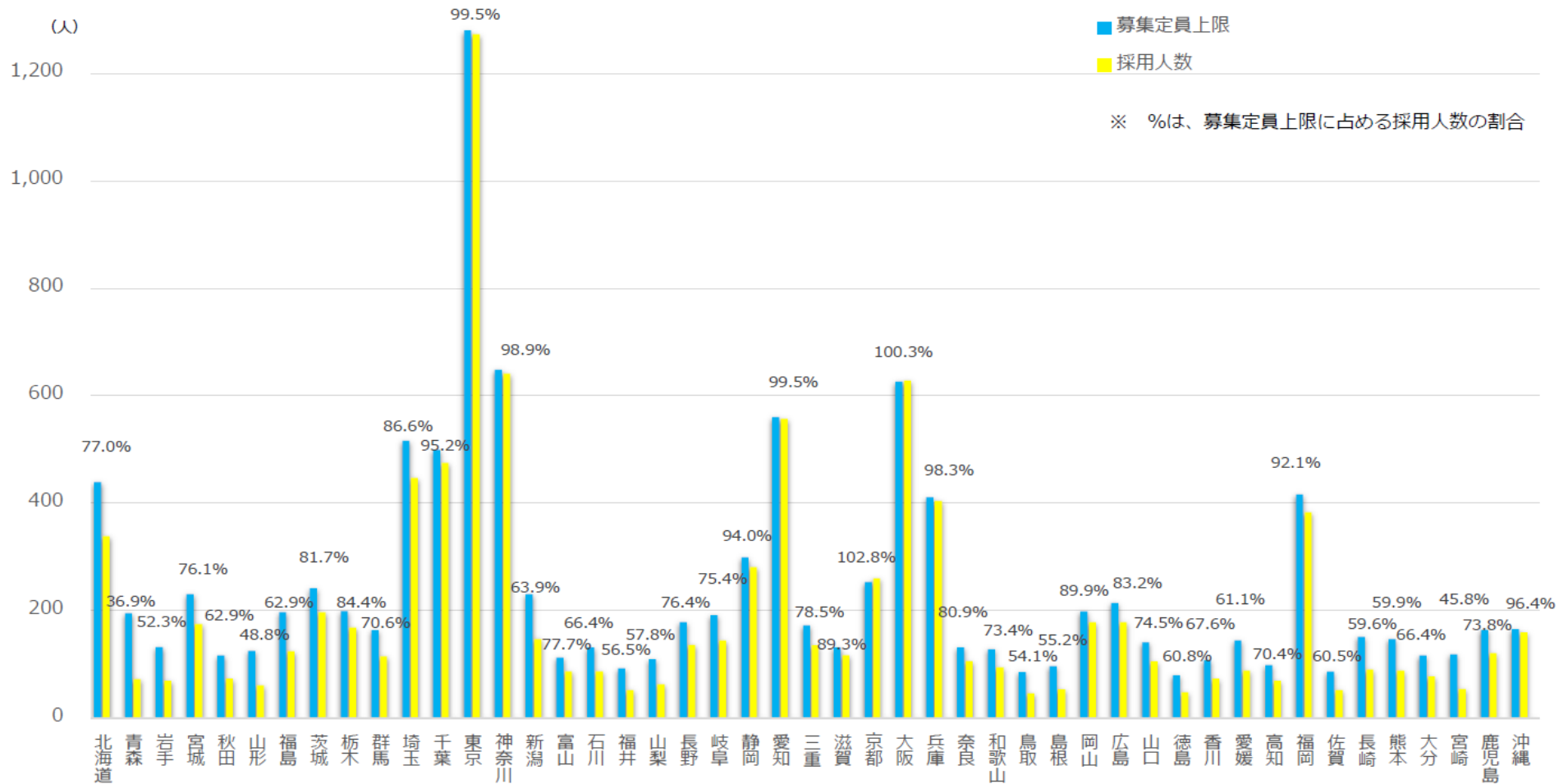
	R 5 年度の 採用数	R 6 年度募集 定員上限	R 6 年度 募集定員 (※)	R 7 年度募集 定員上限
北海道	338	438	441	427
青森	72	182	156	173
岩手	69	146	125	143
宮城	175	229	229	222
秋田	73	119	109	116
山形	61	120	120	120
福島	124	196	174	193
茨城	197	265	250	260
栃木	168	198	198	192
群馬	115	162	147	160
埼玉	447	538	498	542
千葉	475	497	497	491
東京	1,273	1,280	1,281	1,267
神奈川	641	667	668	668
新潟	147	229	229	222
富山	87	111	111	109
石川	87	130	135	131
福井	52	92	92	89
山梨	63	114	83	106
長野	136	171	172	167
岐阜	144	190	190	184
静岡	281	306	306	314
愛知	557	571	573	557
三重	135	181	167	177

	R 5 年度の 採用数	R 6 年度募集 定員上限	R 6 年度 募集定員	R 7 年度募集 定員上限
滋賀	117	130	130	126
京都	260	253	261	253
大阪	628	637	652	636
兵庫	404	409	414	404
奈良	106	128	128	124
和歌山	94	127	127	123
鳥取	46	85	85	82
島根	53	97	78	91
岡山	178	197	201	195
広島	178	221	209	220
山口	105	137	132	136
徳島	48	78	78	77
香川	73	107	107	104
愛媛	88	138	141	143
高知	69	98	98	95
福岡	383	414	414	412
佐賀	52	86	86	83
長崎	90	149	146	154
熊本	88	146	146	141
大分	77	117	110	112
宮崎	54	118	110	117
鹿児島	121	171	148	165
沖縄	159	164	164	162
計	9,388	11,339	11,116	11,185

※令和 6 年度までは、都道府県が、各病院の募集定員を 2 人以上とするために加算することを認めていたため、募集定員が募集定員上限を上回る場合がある

各都道府県の募集定員上限と採用人数（令和5年度研修）

募集定員上限1人に対して、実際に採用される人数は、都道府県によって0.369人（青森県）～1.028人（京都府）までの差がある（平均0.834人）



（注）都道府県が、各病院の募集定員を2人以上とするための加算をすることにより、都道府県の募集定員が募集定員上限を上回ることがある。その場合、採用人数が募集定員上限を上回ることがある。

医師偏在指標（令和6年1月10日更新）

医師偏在指標

（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

※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。

（医師偏在指標について）

医師偏在指標は、医師偏在対策の推進において活用されるものであるが、指標の算定に当たっては、一定の仮定が必要であり、また、入手できるデータの限界などにより指標の算定式に必ずしも全ての医師偏在の状況を表しうる要素を盛り込んでいるものではない。

このため、医師偏在指標の活用にあたっては、医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまでも相対的な偏在の状況を表すものであるという性質を十分に理解した上で、数値を絶対的な基準として取り扱うことや機械的な運用を行うことのないよう十分に理解した上で、活用する必要がある。

地域医療研修の概要

地域医療研修の到達目標

C 基本的診療業務

4. 地域医療

地域医療の特性及び地域包括ケアの概念と枠組みを理解し、医療・介護・保健・福祉に関わる種々の施設や組織と連携できる。

地域医療研修を行う施設・研修内容

- ⑮地域医療については、適切な指導体制の下で、**患者が営む日常生活や居住する地域の特性に即した医療（在宅医療を含む）について理解し、実践するという考え方**に基づいて、**へき地・離島の医療機関、許可病床数が200床未満の病院又は診療所**を適宜選択して研修を行うこと。また、研修を行う上で有益な施設、例えば、保健所等で1日から2日程度の研修を行うことは差し支えないこと。さらに研修内容としては、**一般外来での研修と在宅医療の研修を含める**こと。ただし、地域医療以外で在宅医療の研修を行う場合に限り、必ずしも在宅医療の研修を行う必要はないこと。病棟研修を行う場合は慢性期・回復期病棟での研修を含めること。医療・介護・保健・福祉に係わる種々の施設や組織との連携を含む、地域包括ケアの実践について学ぶ機会を十分に含めること。また、研修を行う病院又は診療所については、各都道府県に設置されている地域医療対策協議会や、関係する地方公共団体の意向を踏まえるなど、地域の実情に応じて選定するよう配慮すること。

地域医療研修の週数

☐ 必修

内科 24週	救急 12週 <4週まで 麻酔科可>	外科 4週	小児科 4週	産婦人科 4週	精神科 4週	地域医療 4週	選択科目 48週
-----------	-----------------------------	----------	-----------	------------	-----------	------------	-------------

※地域医療は**8週以上**が望ましいとしている

【参考】医政局発第0612004号「医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」（抜粋）

(1)ア(イ) 原則として、研修期間全体の1年以上は、基幹型臨床研修病院で研修を行うものであること。なお、地域医療等における研修期間を、12週を上限として、基幹型臨床研修病院で研修を行ったものとみなすことができること。

(オ)⑨ 臨床研修協力施設と共同して臨床研修を行う場合には、原則として、臨床研修協力施設における研修期間を合計12週以内とすること。ただし、地域医療に対する配慮から、へき地・離島の医療機関における研修期間についてはこの限りでないこと。