

# 今後の専門研修制度に向けた検討について

- 前回の議論

## 論点① 専門研修制度の今後に向けて

- 専門研修は、「専門医」について国民の視点に立った上で、育成される側のキャリア形成支援の視点を重視しつつ、制度が地域医療提供体制に与える影響も考慮しながら、日本専門医機構、関係学会等の関係者により、構築・運用されてきている。



- 引き続き、専門研修制度に係る経緯、議論に基づき、「育成される側の視点」及び「地域医療提供体制の視点」に留意するという基本的考え方を維持しつつ、これまでの運用上の課題や、専門研修制度を取り巻く状況を踏まえ、専門研修制度に関する必要な見直しについて検討すべき。
- 今回については、専門研修制度における定員上限（シーリング）の設定の在り方について、見直しを検討してはどうか。
- また、その他の論点についても、今後、本部会で更に検討を加え、必要に応じて見直すこととしてどうか。

# シーリングの仕組みの見直しについて（案）

令和6年度第3回 医道審議会  
医師分科会 医師専門研修部会  
令和6年12月13日

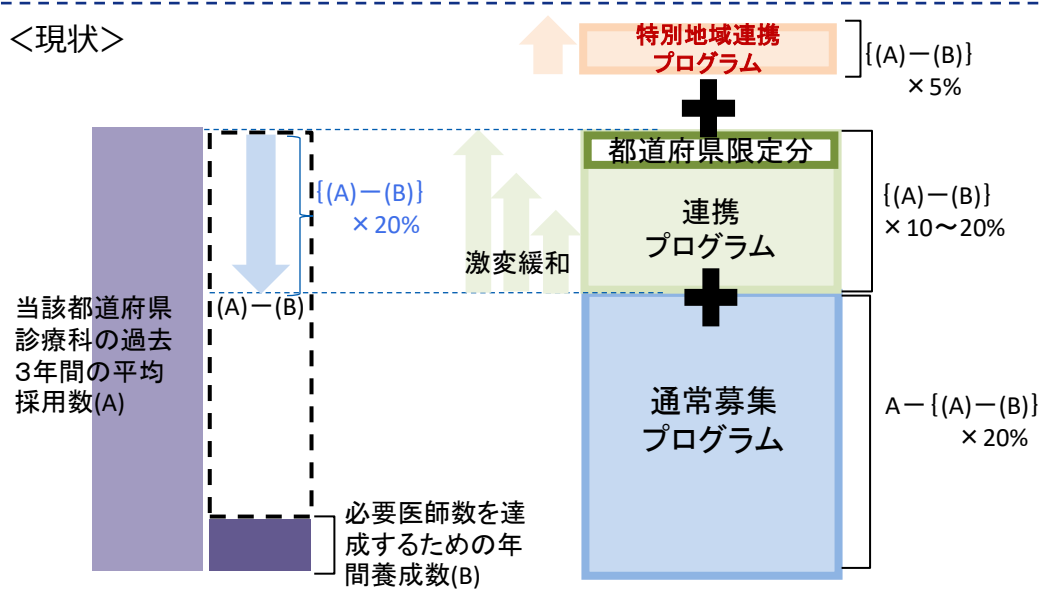
資料1

## 1. シーリング対象都道府県の選定

- 「2018年医師数」が「2018年の必要医師数」および「2024年の必要医師数」と同数あるいは上回る都道府県別診療科  
※ 過去3年間の採用数の平均が5以下の都道府県別診療科はシーリングの対象外とする。
- 令和8(2026)年度専攻医採用においては、最新のデータである「2022年医師数」が「2024年必要医師数」を下回っている場合、シーリングの対象外とする。  
※ 診療科別都道府県別必要医師数については、令和6年度厚生労働科学特別研究事業「専門研修の募集定員設定のための都道府県別・診療科別の医師ニーズの算出に係る研究」において、情報収集等を進めているところであり、今後、事務局において数値の更新等を行う予定。

## 2. シーリング数や採用上限数、プログラムの内訳等

### <現状>

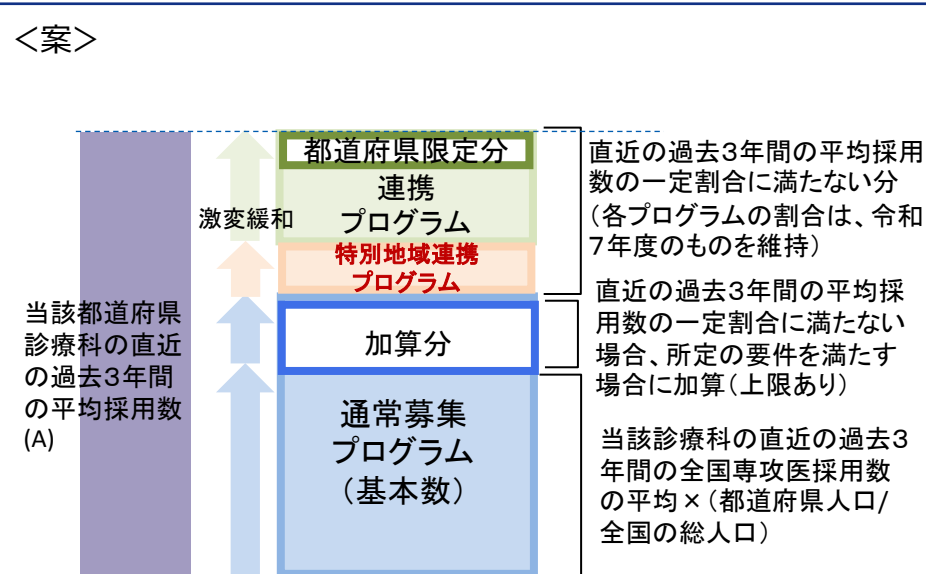


※シーリング数の合計（通常+連携）の下限を2020年の95%とし、95%に満たない数を連携プログラムとして追加する。

※平成30(2018)～令和2(2020)年の採用数のいずれかが10未満である都道府県診療科のシーリング数を、平成30(2018)年～令和2(2020)年採用数の内最も大きい数とする。

※連携プログラムの設置には地域貢献率が原則20%以上が必須要件。

### <案>



※シーリング数が少数である都道府県診療科（例えば、算出されたシーリング数が当該診療科の専攻医採用数の1.7%を下回る場合）について、一定のシーリング数を保障する。

※連携プログラムの設置には地域貢献率が原則20%以上が必須要件。  
（継続）

## 前回（令和 6 年度第 3 回）における主なご意見①

### 全般的な事項について

- シーリング数を超えた人数分を、採用された専攻医みんなで分担して医師不足地域に行くこととしてはどうか。連携プログラムなどで人気がないところが歴然としている。ある程度を分担して地域に半年間ずつ行けば、地域偏在が大分解消するのではないか。
- 優れた指導医や金銭的インセンティブにより、医師不足地域で勤務してもよいという専攻医が出てくるのではないか。
- 新たな地域医療構想や他の医師偏在対策などの議論と整合性をとっていく必要がある。
- 地域枠による効果についても検討してはどうか。

### 新たなシーリング数や採用上限設定について

- 人口当たり平均採用数をシーリング数算出の要素として入れることについては、大学がどの程度あるかが大きく影響する。大学病院に採用された医師は、大学病院にとどまるわけではなく、派遣先で地域医療を支える側面が非常に大きいので、その点も考慮すべき。
- 都道府県から、厳格なシーリングの運用、特別地域連携プログラムのシーリングの枠内での実施、指導医を地域に派遣した実績の評価を要望してきた中で、それらを盛り込んでシーリングの在り方を見直すことを評価する。
- 激変を緩和する観点で、直近の過去 3 年間の平均採用数を満たすまで定員数を許容する考え方について、定員数の固定化に繋がらないよう適切に運用すべき。
- 特別地域連携プログラムをシーリングの枠内に設置することは、専攻医の視点を反映し慎重に議論しないと、希望する専攻医がいなくなるのではないか。特別地域連携プログラムは、拡大していかななくてはならない。
- 連携プログラム及び特別地域連携プログラムは応募者数が定員を満たしているかというデータはあるか。

## 前回（令和6年度第3回）における主なご意見②

### 地域における指導医の確保や派遣等について

#### 【指導医の意義について】

- 基本的には、専攻医が勉強するということ、どのような医師を育てていくかを考えていかなければいけない。プログラムが充実していることや指導者がいるということが必要。この点を専攻医は重視しているため、地域偏在を是正するには、しっかりとした指導医がいることが大前提になる。
- 過疎地域で臨床を積む経験が、ジェネラルの医師にとって非常に大きな財産になるが、そのためには指導医の存在が必須である。
- 都道府県内の医学部がある都市には医師が多く、離れると少なくなるが、それを克服し、医師が少ない方へ医師を引っ張っていく力となる前提は指導医の存在である。
- 専攻医がよりよい研修をすることを念頭に、指導医の要素という新しい観点が入ったことは、前進的・発展的な提案である。
- 指導医はたくさんいると思うが、専攻医が求めているのは、優れた指導医である。
- 指導医派遣は、医師少数区域における専攻医採用数の増加や専門研修の質向上が期待される。指導医の存在は非常に重要な視点。専攻医の受入れが困難な地域などに重点を置いて進めるべき。

#### 【指導医の実態や確保・派遣について】

- プロフェッショナルオートノミーの原則に基づき、専門医機構として専門医や指導医を育成しているが、指導医が現実的には不足しているのではないかと。指導医の育成そのものに、経済的なことを含めて支援する考えがあるべきではないか。
- 指導医は全国で何人いるのか。
- 専攻医の育成、研究、診療を行いながら、医師の働き方改革に適用しなければならず負担がある。指導医になること自体のインセンティブを、考え直さなければいけない時期にきている。
- 優れた指導医の多くが医師多数県にいて、医師多数県から少数県に行っていただかないということになるが、強制的に行ってもらうことは難しい。専門医・指導医の維持には一定数の症例数が必要であり、過疎地域にいて症例数の確保に期間を要したり、症例数が足りなくなったりするため、元の勤務先に戻らないといけなくなる。
- 主に大学病院で研修する領域や、大学病院以外で研修することが多い領域など、診療科による差があるか。大学病院と大学病院以外のプログラム数の内訳はあるか。大学病院の医局に入るとは医師派遣されるのであれば、大都市の大学病院以外の研修病院に行った方がよい、という認識になると、ますます大学に専門医が集まらなくなる可能性がある。
- 大学病院への負担が非常に大きくなっている中で、指導医派遣の話により、大学病院への負担が変わらないのか、さらに大きくなるのか、かなり考える必要がある。

## 前回（令和 6 年度第 3 回）における主なご意見③

### 地域における指導医の確保や派遣等について（続き）

#### 【指導医派遣の要件や運用について】

- 医師不足地域で勤務した際の給与がどれほどあるか等、金銭的インセンティブも考える必要がある。
- 指導医の派遣の一人あたりの期間や勤務形態等をどのように評価するか、あまりにハードルが高いと、結局行ける人が少なくなり、制度として運用が難しくなることを懸念する。また、県をまたいだ派遣の評価だけでなく、県内の医師不足地域への派遣による県内の偏在是正も重要であり検討してほしい。遠方の場合、交通費や引っ越しなど細かな点もハードルとなる場合がある。
- 指導医の定義を明確化する必要がある。

## 前回（令和6年度第3回）における議論及び対応

- 前回、事務局案で示したシーリングの仕組みの見直しについて、以下の指摘があった。
- ご指摘に対する対応について、今回、整理した上で、事務局案をベースとしつつ、ご指摘の事項も踏まえた場合の「想定されるシーリング数（シミュレーション）」をお示ししたい。

区分	主なご指摘	対応（案）
全般事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・都道府県からの要望が反映された見直しになっている。</li> <li>・指導医の要素を加えることで、専門研修をよりよくすることに繋がるのではないかな。</li> <li>・シーリングを適切に実施することが地域医療にとって重要。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・前回の議論を更に深め、本部会でお示しいただく方向性を踏まえ、日本専門医機構（機構）において適切にシーリングを設定。</li> </ul>
専門研修指導医の派遣について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・様々な派遣の形態を評価に含めるなど、柔軟な対応が適切。</li> <li>・地域へ長期間指導医を派遣することは、指導医自身の能力や資格の維持等にも影響を及ぼす可能性がある。</li> <li>・大学病院に所属すると地域に派遣されるとの誤認を生じ、さらに大学への負担を大きくしてしまう可能性がある。</li> <li>・指導医は重要だが、特により優れた指導医が求められている。</li> <li>・指導医については、機構のみならず厚労省としても必要な対応を図るべき。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・指導医派遣について、シーリングにおいてどのような場合に加算を行うかについて、本日考え方を提示。</li> <li>・この際、指導医はもとより、大学病院等のプログラム設定側への負担の観点も踏まえ、検討。</li> <li>・指導医の質の向上については、機構において対応を検討いただく。</li> <li>・事務局においても対応を検討していく。</li> </ul>
連携プログラムについて	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特別地域連携プログラムは、拡充していく必要があるが、各機関において設置できるようにしていくべきではないかな。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各機関において設置が進むよう、令和7年度大臣意見を踏まえ機構で検討中。</li> </ul>
基礎データ等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・専門研修プログラムにおける基幹病院等の状況（大学病院とその他の病院の割合）</li> <li>・特別地域連携プログラム等の充足状況（定員に対して応募者がいるか）</li> <li>・地域医療構想の検討状況や、地域枠の検討状況等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本日提示（日本専門医機構提出資料）</li> <li>・本日提示（日本専門医機構提出資料）</li> <li>・本日提示</li> </ul>



- 1． 専門研修指導医の派遣について
- 2． 連携プログラムについて
- 3． 試算結果
- 4． 今後の進め方


- 1． 専門研修指導医の派遣について
- 2． 連携プログラムについて
- 3． 試算結果
- 4． 今後の進め方

## 論点②-3 シーリングの内訳（プログラムの設定）について（その1）

- シーリングの内訳としては、基本となる「通常プログラム」のほか、採用数の激変緩和の観点から設けられた「連携プログラム」がある。
- 連携プログラムには、地域医療に資する観点から、シーリング対象外の都道府県での一定期間の研修を設けており、さらに一部のプログラムについては連携先都道府県を足下充足率の低い地域に指定している。
- 令和5(2023)年度専攻医採用から導入された特別地域連携プログラムは、足下充足率が低い都道府県の医師少数区域に指定している。当該プログラムについては、法に基づく大臣意見として日本専門医機構に対して、当該プログラムに係る地域偏在是正の実効性を検証しながら改良を加えること、としており、現在、日本専門医機構において必要な検討が行われている。
- シーリング対象かどうかを問わず、地域における専門研修の充実化を図るためには、十分な指導医の確保が重要であり、都道府県からも、地域における指導医の確保が必要であるとの指摘がある。



## 論点②-3 シーリングの内訳（プログラムの設定）について（その2）

- 
- 特別地域連携プログラムについては、導入後の検証等がなされているところであり、日本専門医機構における検討状況を踏まえつつ、育成される側及び地域医療提供体制の双方の視点から引き続き検討し、必要に応じて見直しを行う等の対応を行うこととしてはどうか。
  - 連携プログラムの連携先での研修を含め、地域における専門研修の質の向上を図る観点から、例えば、大学病院等の基幹病院から指導医を地域に派遣した実績を有する場合については、以下のような観点で評価を行うこととしてはどうか。
    - ・ 指導医の派遣に係る実績に応じて、通常プログラムの定員数を増加する。
    - ・ 指導医不足がより顕著な地域への指導医の派遣については、更なる評価を行う。
    - ・ こうした評価に当たっては、連携プログラムの定員数とのバランスの確保やシーリング制度の趣旨等の観点で、一定の上限を設ける。
  - 連携プログラム（都道府県限定分を含む）及び特別地域連携プログラムの各プログラムの定員数については、過去3年間の平均採用数を満たすまで連携プログラムの設定を許容する考え方（論点②-2）としながら、令和8(2026)年度採用以降も令和7(2025)年度開始専門研修で採用された専攻医数の一定程度を確保し、各プログラムの採用数の比については、激変を緩和する観点から、令和7(2025)年度のを維持することとしてはどうか。
  - また、連携プログラムを設ける場合の要件については、令和7(2025)年度募集に係る考え方と同様、前年度募集プログラムの地域貢献率を一定の割合を確保することとしてはどうか。

## 論点③ 専門研修制度を取り巻く状況との関係性

- 現在、2040年に向けた、新たな地域医療構想等に関する検討が進められており、この検討においては、医療機関の機能に着目することとされている。
- この中で、大学病院本院が担う医師の派遣や医育機能等の重要性が指摘されている。



- 本部会とは別に検討が進められている大学病院等の基幹病院が担う医師の派遣機能については、指導医の不足する地域への医師派遣を通じた地域医療提供体制の確保の視点や、医師の地域偏在対策の視点のみならず、専門研修の充実化を通じた育成される側の視点からも重要である。
- 専門研修制度において、大学病院等の基幹病院から指導医を地域に派遣した実績を有する場合について、通常プログラムの定員数を増加する等の評価を行うこと（論点②-3に示すような対応）は、新たな地域医療構想や医師の偏在対策といった施策とも整合的だと考えられるのではないかと。

# 専門研修指導医に関する規定

日本専門医機構の専門医制度整備指針において、専門研修指導医の役割や要件に関する考え方が定められている。

## 【専門医制度整備指針 第三版（2020年2月 一般社団法人日本専門医機構）】（抄）

### Ⅱ．専門医育成

#### 3．専門研修プログラム制における専門研修プログラムの詳細

##### (1) (略)

##### (2) 専門研修プログラム整備基準（抄）

・基準には、次のことも含まなければならない。（抄）

➢専門研修プログラム統括責任者の要件、専門研修指導医の要件、専門研修施設群の構成要件（各専門研修施設の診療実績・指導体制）

➢専攻医登録数についての基本的な考え方

教育資源（専門研修施設群の診療実績、専門研修指導医数等）による専攻医登録数の基準は必須であり、地域の診療体制に配慮する。

指導医1名に対する、専攻医登録数は、原則として、3名までとするが、担当学会で策定し機構と相談する。学会は地域性を考慮し、機構と相談する。

##### (3) 専門研修プログラムの構成要素

##### i．専門研修基幹施設、専門研修連携施設（抄）

・各専門研修施設には、学会の定める専門研修指導医を置く。

常勤の専門研修指導医が在籍しない施設での研修が地域医療を考慮して必要となる場合には、期間を限定するとともに他の専門研修施設から随時適切な指導を受けられる等、医療の質を落とさない研修環境を整えることが必要である。例えば「関連施設」等の連携施設に準じる枠組みを基本領域学会の定める施設基準で考慮する。すなわち、地域医療を維持するために必要な施設において常勤の専門研修指導医を置くことが困難な場合、研修連携施設に準ずる施設を基幹施設の承認のもと研修プログラムに組み入れ、これらの施設での研修も各領域が定める期間、指導医が不在であっても研修として認めるように基幹施設の責任において配慮する。

##### ii．専門研修指導医

・専門研修指導医とは、当該領域における十分な診療経験を有し、教育・指導能力を有する医師である。

・専門研修指導医の要件（診療経験、専攻医に対する教育法、評価法の習得状況、医療倫理・安全管理講習の受講、研究指導能力など）については、各基本領域学会が定め、機構の承認を得る。

・専門研修指導医の認定・更新は各基本領域学会において行う。

##### iii～v．（略）

##### (4)～(8)（略）

各領域の専門研修プログラム整備基準において、専門研修指導医の要件が定められている。

内科	<p>指導医は日本内科学会が定める以下の要件を満たすことが必要である。</p> <p>【必須要件】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 内科専門医資格を取得していること。</li> <li>2. 専門医取得後に臨床研究論文(症例報告含む)を発表(「first author」もしくは「corresponding author」であること)しているか、もしくは学位を有していること。</li> <li>3. 厚生労働省の指導医講習会を修了していること。</li> <li>4. 内科医師として十分な診療経験を有すること。</li> </ol> <p>【選択とされる要件(下記の1, 2いずれかを満たすこと)】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. CPC、CC、学術集会(医師会含む)等への主導的立場での関与・参加。</li> <li>2. 日本内科学会での教育活動(病歴要約の査読、JMECC のインストラクター等)</li> </ol> <p>これら「必須要件」と「選択とされる要件」を満たした後、各プログラム管理委員会から指導医としての推薦を受ける必要がある。この推薦を踏まえて審査を受け、合格したものを内科指導医として認定する。</p> <p>※ただし、当初は指導医の数も多く見込めないことから、すでに「総合内科専門医」を取得している方々は、申請時に指導実績や診療実績が十分であれば、内科指導医の登録を認める。また、移行期における指導医の引き抜き等の混乱を避けるために、現行の日本内科学会の定める指導医については、これまでの指導実績から、移行期間(2027年度までコロナ禍の期間を配慮)においてのみ指導医と認める。</p>
小児科	<p>日本小児科学会では、①小児科専門医としての高い診療能力、②医療人としての優れた資質、③指導者としての優れた能力を有する方を認定小児科指導医として認定する。具体的な要件を下記に示す。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 小児科専門医資格を1回以上更新していること(専門医の初回更新時も申請可)</li> <li>2) 日本小児科学会が指定するいかのいずれかを受講すること             <ul style="list-style-type: none"> <li>・小児科医のための臨床研修指導医講習会</li> <li>・小児科指導医オンライン・セミナーコンテンツNo.1～No.9(計9編)</li> </ul> </li> <li>3) 申請年から遡って5年前の1月以降に、査読制度のある雑誌に以下の①～③のいずれかが確認できる小児科関連論文1編が掲載されていること             <ol style="list-style-type: none"> <li>① 筆頭著者であること</li> <li>② 論文中に責任著者あるいは著者連絡先に記載がある著者であること</li> <li>③ ①②以外で出版社より責任著者の証明書が得られること</li> </ol> </li> </ol>



精神科	<p>研修指導医は、日本精神神経学会が認定する学会精神科専門研修指導医資格の保持者とし、これを資格とする。          なお、日本精神神経学会が認定する研修指導医の要件は下記のとおりである。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1)精神科専門医の資格を持ち、更新を1回以上行なっている。</li> <li>2)これまでに、精神保健福祉に関わる教育指導(医学生、精神科医(指定医研修、専門医研修)を行ったことがある。</li> <li>3)これまでの5年間に、日本精神神経学会の指導医講習会を1回以上受講したこと。</li> <li>4)これまでに、教育指導・評価について学習したこと。</li> <li>5)これまでに、臨床論文・教育に関する論文を1編以上あるいは精神科関連学会において発表を1回以上していること。</li> </ol> <p>※過渡的措置として、旧制度で精神科専門研修を修了した精神科専門医については、旧制度の指導医新規認定要件である「精神科臨床経験年数5年以上」の要件を満たせば学会精神科専門研修指導医資格を付与することとする。ただし、5年経過後の更新時に1)～5)の要件を満たしていること。</p>
外科	<p>《基準》          1回以上の更新を経た外科専門医、またはこれと同等と考えられる外科専門医(日本外科学会専門医制度委員会の承認を要する)。          注1. 専門研修指導医は「役割」で、「資格」である日本外科学会指導医と別名称          注2. 移行期間中は日本外科学会外科専門医</p>
整形外科	<p>専門研修認定施設に勤務し、整形外科専門医の資格を1回以上更新し、なおかつ日本整形外科学会が開催する指導医講習会を5年に1回以上受講している整形外科専門医。その指導医講習会には、以下に掲げる項目のいくつかがテーマとして含まれていること。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 新たな専門医制度における研修</li> <li>(2) 医療の社会性</li> <li>(3) 患者と医師との関係</li> <li>(4) 医療面接</li> <li>(5) 医療安全管理</li> <li>(6) 地域保健・医療</li> <li>(7) 指導医の在り方</li> <li>(8) 研修プログラムの立案(研修目標、研修方略及び研修評価の実施計画の作成)</li> <li>(9) 専攻医、指導医及び研修プログラムの評価</li> <li>(10) その他専門医研修に必要な事項</li> </ol>



総合診療	<p>《認定要件》</p> <p>以下(1)(4)(5)の全てと、(2)または(3)のいずれかを満たしている。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1)総合診療専門医である。</li> <li>(2)総合診療専門医を1回以上更新している(総合診療専門研修を経て専門医となった場合)。</li> <li>(3)医師免許取得後10年間以上の臨床経験を有している(移行措置を経て専門医となった場合)。</li> <li>(4)下記 1)2)の書類審査を通過している。 <ul style="list-style-type: none"> <li>1)指導医認定申請書</li> <li>2)専門医認定証の写し</li> </ul> </li> <li>(5)日本専門医機構が指定する指導医講習(eーラーニング研修)をMy Portfolio(更新単位管理システム)で修了している。</li> </ul> <p>※総合診療専門研修を経て専門医に認定され、初回の専門医更新の年度以降に指導医に認定される場合、専門医更新時までには指導医講習会を修了していれば指導医の認定要件(5)を満たす事とする。</p> <p>※指導医の認定に伴い特任指導医は失効する。</p> <p>《認定期間》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1)原則として指導医講習修了翌年度の4月1日より5年間</li> <li>2)ただし総合診療専門研修を経て専門医に認定され、初回の専門医更新の年度以降に指導医に認定される場合、または移行措置を経て専門医に認定され、その年度以降に指導医に認定される場合、次回の専門医の更新と同じ年度に指導医の更新も必要である。</li> </ul>
------	---

※その他の領域についても、同様に専門研修指導医の要件が定められている。

指導医数の正確な把握には課題があるが、少なくとも、各診療領域において一定程度の指導医が確保されている。また、例えば内科指導医については、ほとんどの二次医療圏に所在している。

## 【専門研修指導医数】

○ 各専門研修プログラムの基幹施設の指導医として登録された人数の合計数は、下表のとおり。

内科	9,994	眼科	713	病理	493
小児科	2,535	耳鼻咽喉科	695	臨床検査	127
皮膚科	689	泌尿器科	661	救急科	1,628
精神科	1,690	脳神経外科	938	形成外科	268
外科	3,858	放射線科	915	リハビリテーション科	243
整形外科	1,918	麻酔科	2,620	総合診療	11,332
産婦人科	1,262				

※指導医数が入力されていないプログラムがある場合がある。

※プログラムにおける連携施設の指導医数は計上されていない。また、基幹施設-連携施設間や、連携施設-連携施設間で、指導医数を按分せずに登録されている場合がある。

※総合診療は「特任指導医」を含む。

## 【内科指導医の分布】

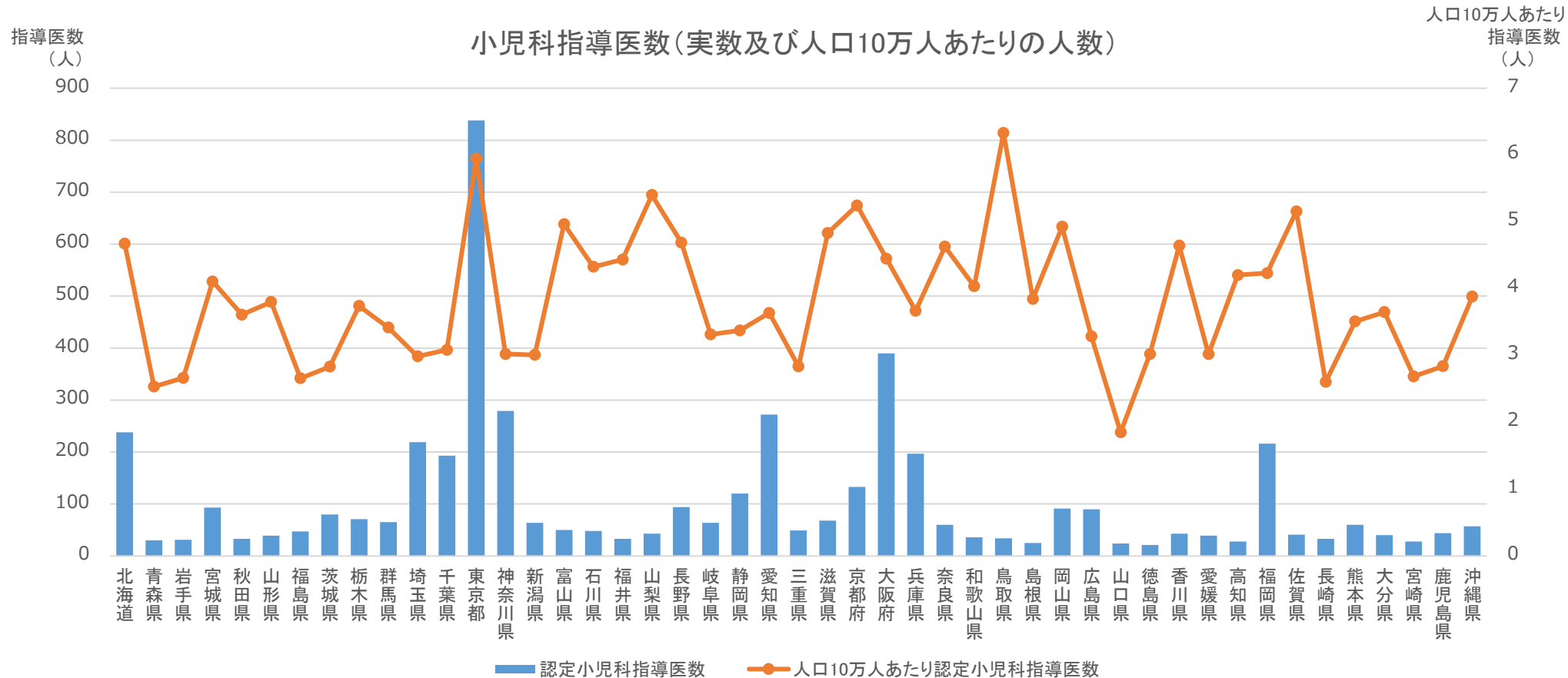
○ 内科の専門研修指導医は、323/330の二次医療圏に所在している。

○ 医師少数区域においては、100/107に内科指導医が存在する。

※日本内科学会により提供されたデータを用いて集計。

学会の厚意により提供された小児科指導医の都道府県別の分布をみると、指導医数及び人口10万人当たり指導医数にはばらつきがある。

## 【小児科指導医の分布】



出典: 日本小児科学会「認定小児科指導医 認定者一覧」及び総務省「人口推計(2023年(令和5年)10月1日現在)」を基に算出  
 ※小児科の専門研修指導医の要件は、「認定小児科指導医」の要件と同一。

# 国立大学病院における地域への医師派遣

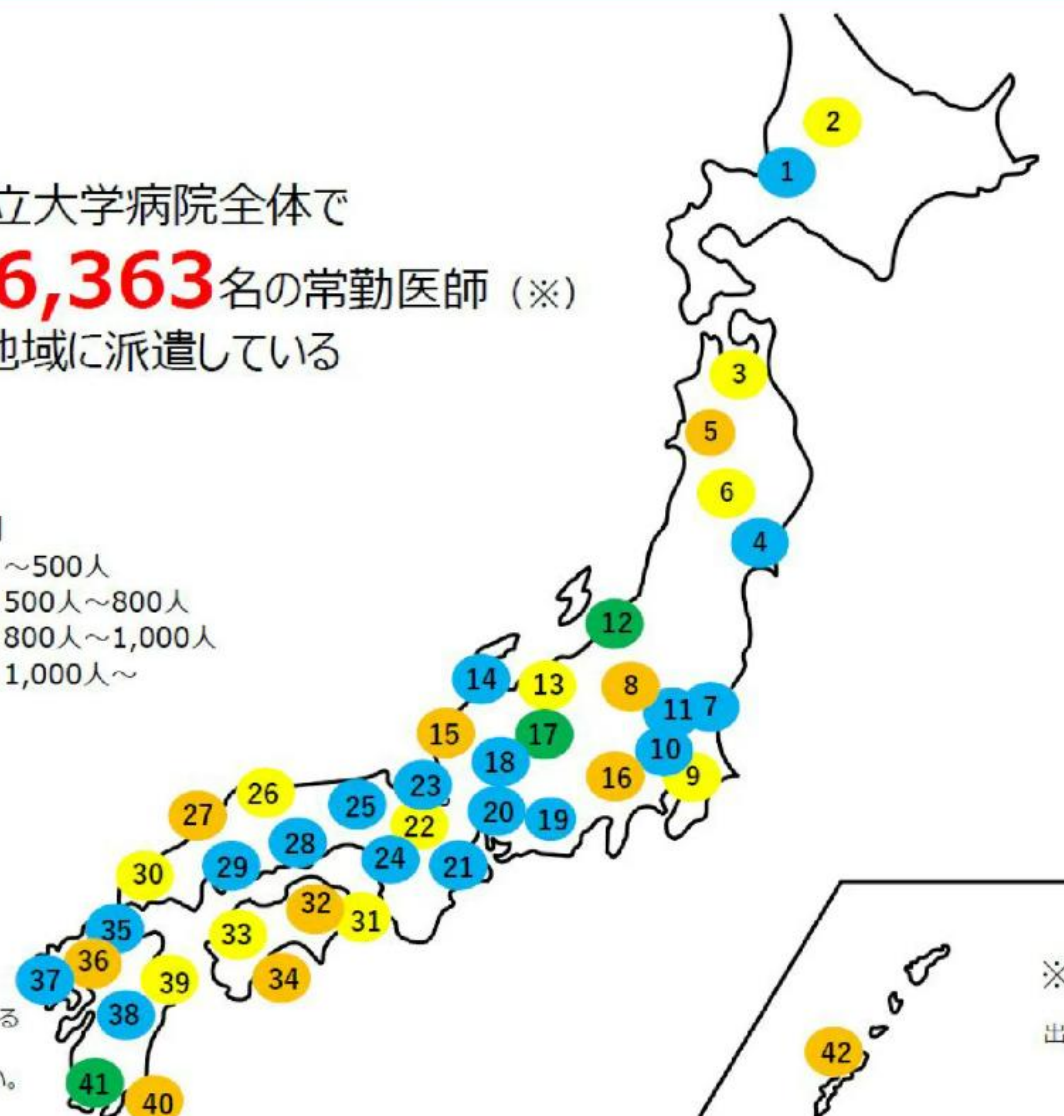
国立大学病院全体で  
**46,363**名の常勤医師（※）  
を地域に派遣している

凡例

- ～500人
- 500人～800人
- 800人～1,000人
- 1,000人～

- ②① 三重大学 (1,152人)
- ②② 滋賀医科大学 (660人)
- ②③ 京都大学 (2,568人)
- ②④ 大阪大学 (3,605人)
- ②⑤ 神戸大学 (2,027人)
- ②⑥ 鳥取大学 (555人)
- ②⑦ 島根大学 (450人)
- ②⑧ 岡山大学 (2,825人)
- ②⑨ 広島大学 (2,184人)
- ③⑩ 山口大学 (693人)
- ③⑪ 徳島大学 (713人)
- ③⑫ 香川大学 (339人)
- ③⑬ 愛媛大学 (756人)
- ③⑭ 高知大学 (278人)
- ③⑮ 九州大学 (2,441人)
- ③⑯ 佐賀大学 (457人)
- ③⑰ 長崎大学 (1,013人)
- ③⑱ 熊本大学 (1,126人)
- ③⑲ 大分大学 (603人)
- ④⑩ 宮崎大学 (236人)
- ④⑪ 鹿児島大学 (903人)
- ④⑫ 琉球大学 (281人)

他医療機関で常勤の勤務形態をとっている  
場合のみを集計しており、  
週1回程度の非常勤や短期派遣は含まない。



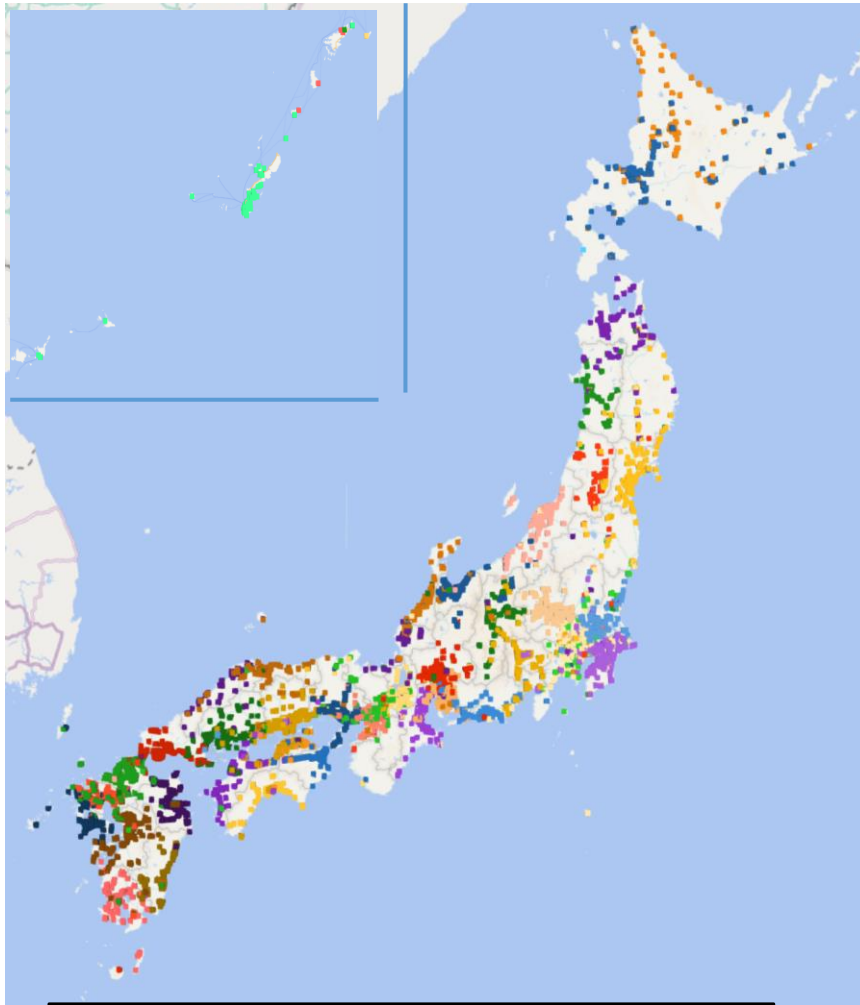
- ① 北海道大学 (1,318人)
- ② 旭川医科大学 (619人)
- ③ 弘前大学 (539人)
- ④ 東北大学 (1,145人)
- ⑤ 秋田大学 (473人)
- ⑥ 山形大学 (585人)
- ⑦ 筑波大学 (1,584人)
- ⑧ 群馬大学 (461人)
- ⑨ 千葉大学 (747人)
- ⑩ 東京大学 (1,167人)
- ⑪ 東京科学大学 (1,941人)
- ⑫ 新潟大学 (860人)
- ⑬ 富山大学 (514人)
- ⑭ 金沢大学 (1,191人)
- ⑮ 福井大学 (344人)
- ⑯ 山梨大学 (381人)
- ⑰ 信州大学 (921人)
- ⑱ 岐阜大学 (1,059人)
- ⑲ 浜松医科大学 (1,123人)
- ⑳ 名古屋大学 (3,526人)

※ R6年11月21日時点（速報値）

出典：「令和5年度国立大学病院 病院機能指標」  
（データベース管理委員会調べ）より  
国立大学病院長会議にて加工

# 1. 大学病院における医師派遣の状況 ①

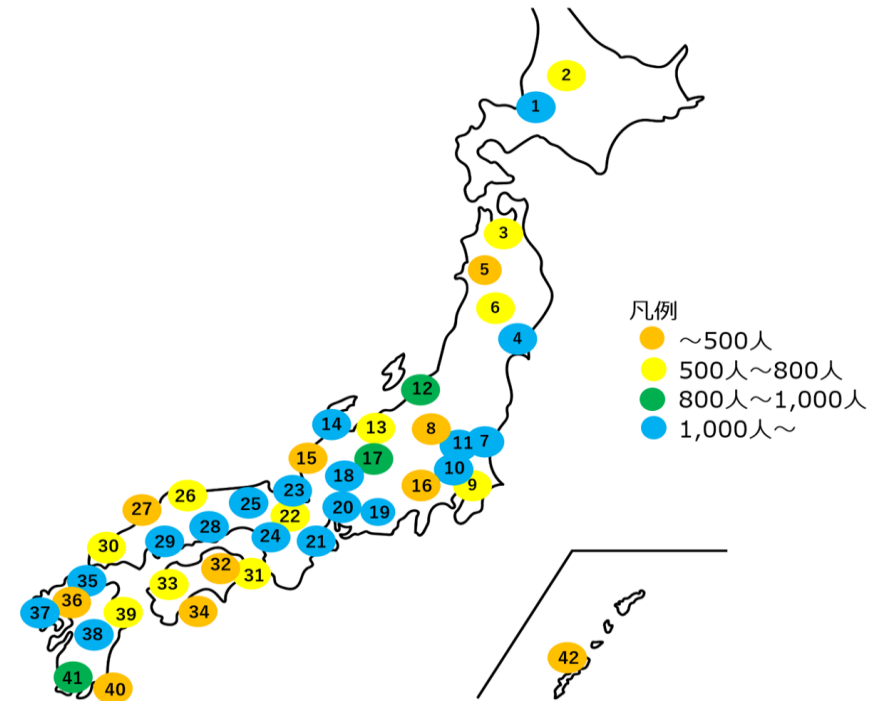
## 地域医療を支える国立大学病院の医師派遣機能



8,892か所兼業による非常勤の派遣

### 国立大学病院からの常勤医師派遣状況

令和5年6月時点で、国立大学病院42病院から46,363人の医師を常勤医師として全国に派遣



出典（常勤）：「国立大学病院 病院機能指標」国立大学病院長会議データベース管理委員会調べ（R6.11時点速報値）

出典（非常勤）：国立大学病院長会議調査「国立大学病院を主たる勤務先としている医師の派遣・兼業先の件数について」（R5.3時点）

46,363人の常勤医師の派遣



2

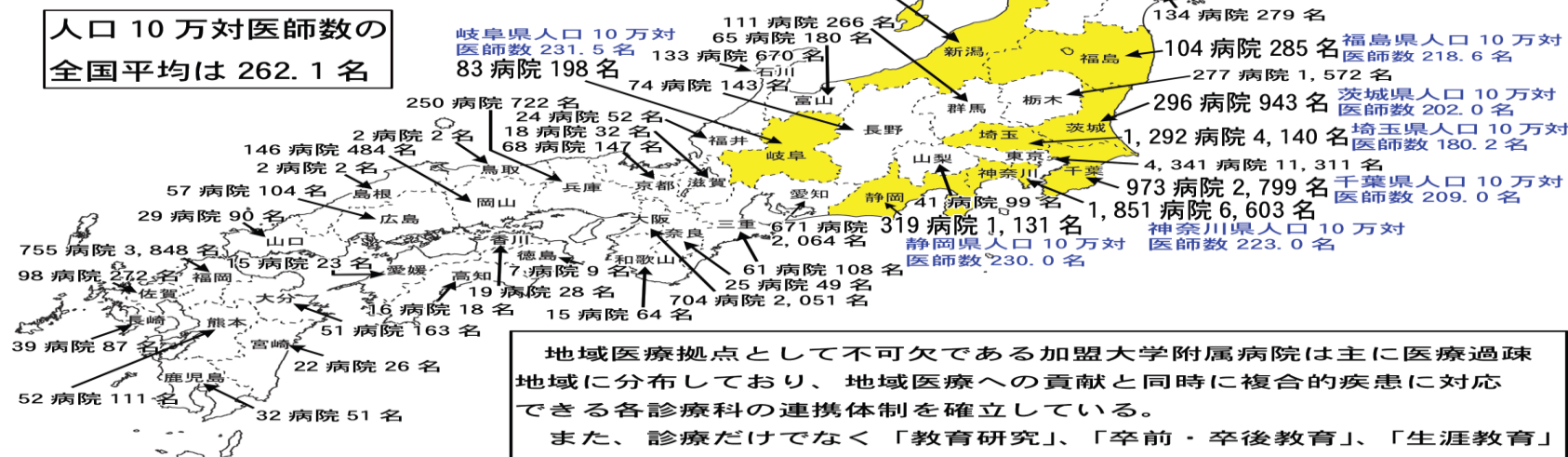
(令和 6 年 10 月現在)

(令和 6 年 10 月現在)



黄色で表示した。また、同統計の人口10万対医師数を青色で記載した。

人口 10 万対医師数の  
全国平均は 262.1 名



また、診療だけでなく「教育研究」、「卒前・卒後教育」、「生涯教育」の拠点として、本院と分院で連携し、分院を含めた「大学病院群」として高次機能の役割を果たしている。

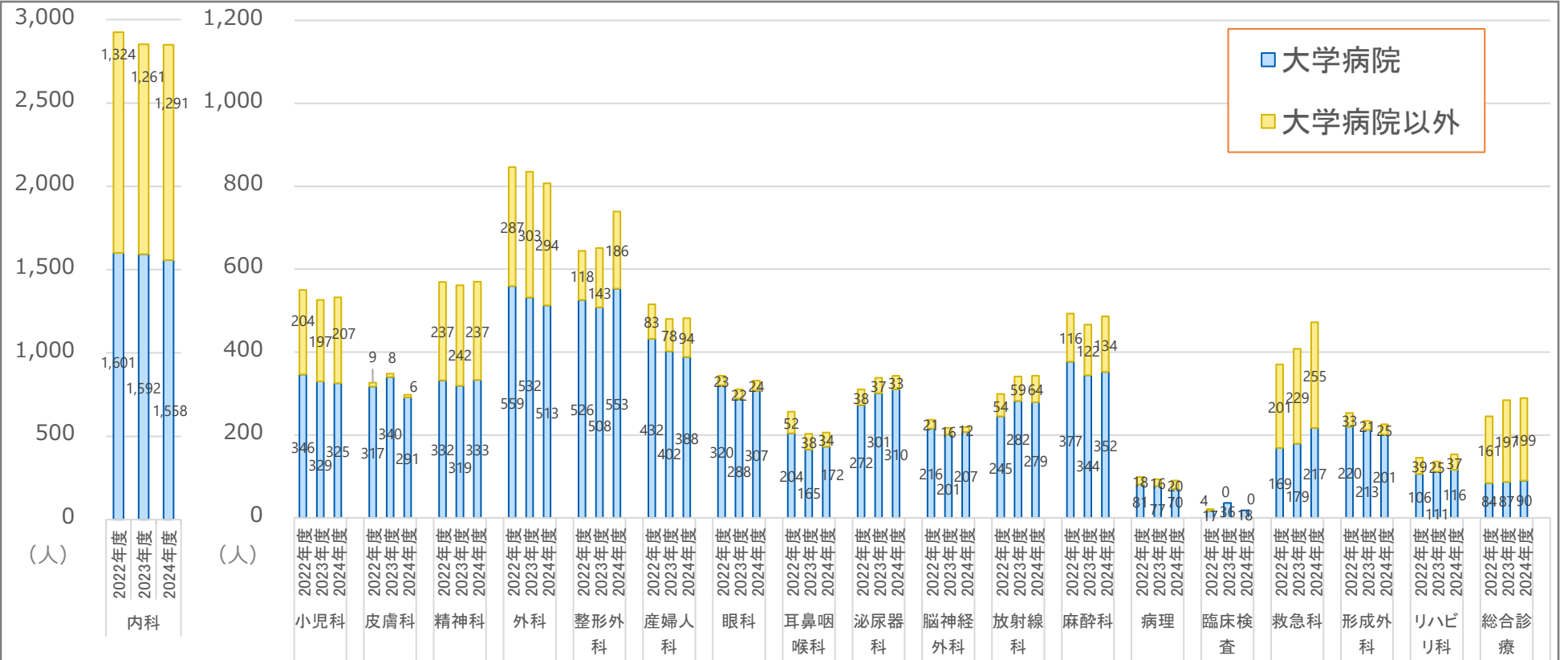
22

特に採用者数ベースでの大学病院及びそれ以外の病院の内訳を見ると、大学病院での採用が比較的多い。

● プログラム数、応募定員数及び採用者数の状況(大学病院とそれ以外の病院との内訳)

	2022年度			2023年度			2024年度		
	プログラム数	応募定員数	採用者数	プログラム数	応募定員数	採用者数	プログラム数	応募定員数	採用者数
大学病院	1,585	11,895	6,242	1,608	11,680	6,306	1,623	11,730	6,300
大学病院以外	1,901	6,958	3,022	1,992	6,837	3,014	2,078	6,993	3,152

● 診療科別の採用数の状況(大学病院とそれ以外の病院との内訳)



※内科は他の診療科と比較して採用数が多いため、別途示している。

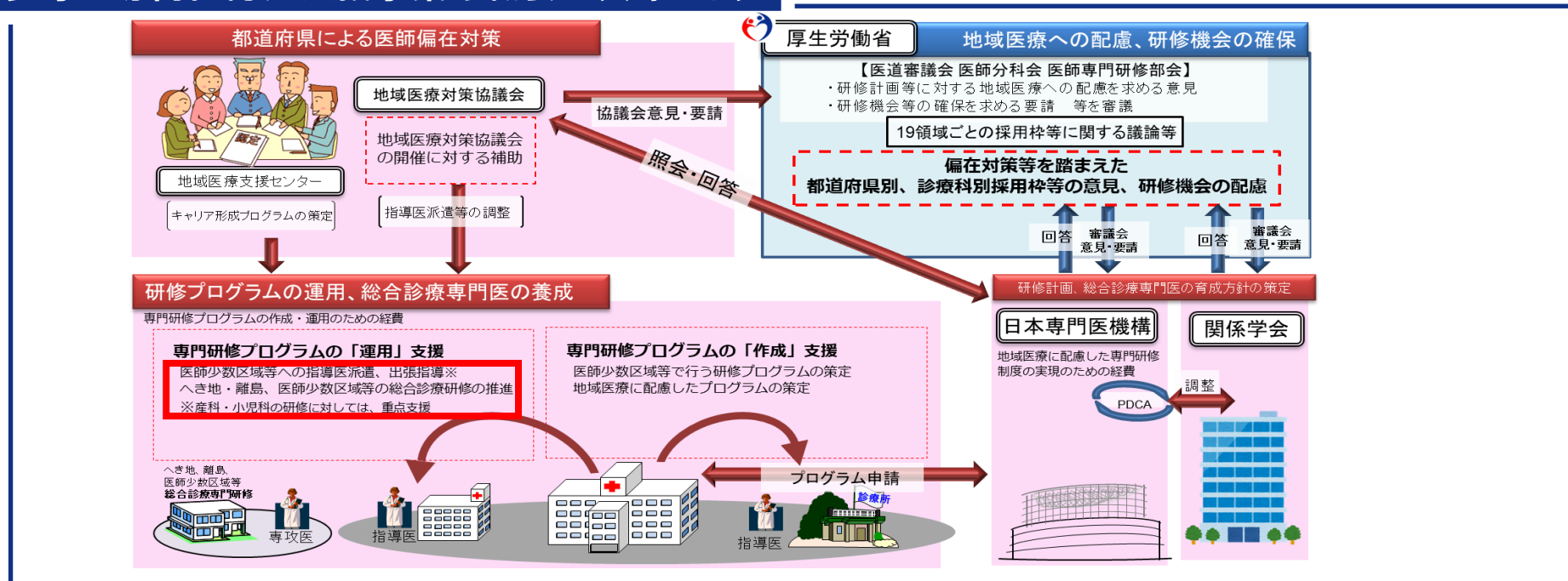
# 指導医派遣に関連する取組【国】

厚生労働省としても、医師少数区域等への指導医の派遣に対する支援を行っており、一定の実績がある。

## 専門医認定支援事業を活用した医師少数区域等への指導医の派遣等に係る実績

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
実績（都道府県数）	15都道府県	16都道府県	17都道府県
実績（派遣数）	64件	88件	85件
うち医師少数県	15件	17件	20件

## 参考：専門医認定支援事業の概要・スキーム





地域医療介護総合確保基金を活用し、医師派遣を行う医療機関の運営等に対する支援を行うことが可能。

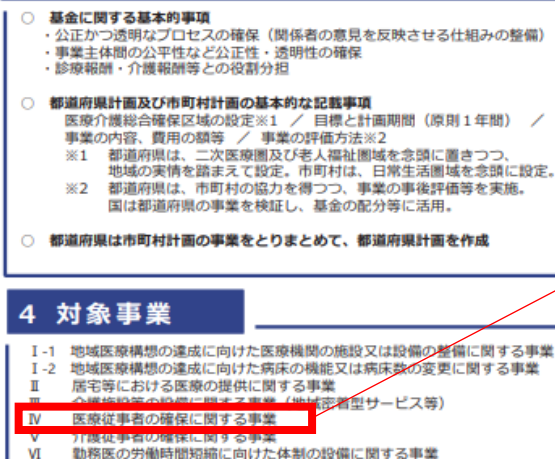
医政局地域医療計画課（内線2771）

令和7年度当初予算案 613億円 (733億円) ※()内は前年度当初予算額

※国負担：医療分 613億円  
※公費：医療分 909億円

- 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。

### 3 都道府県計画及び市町村計画（基金事業計画）

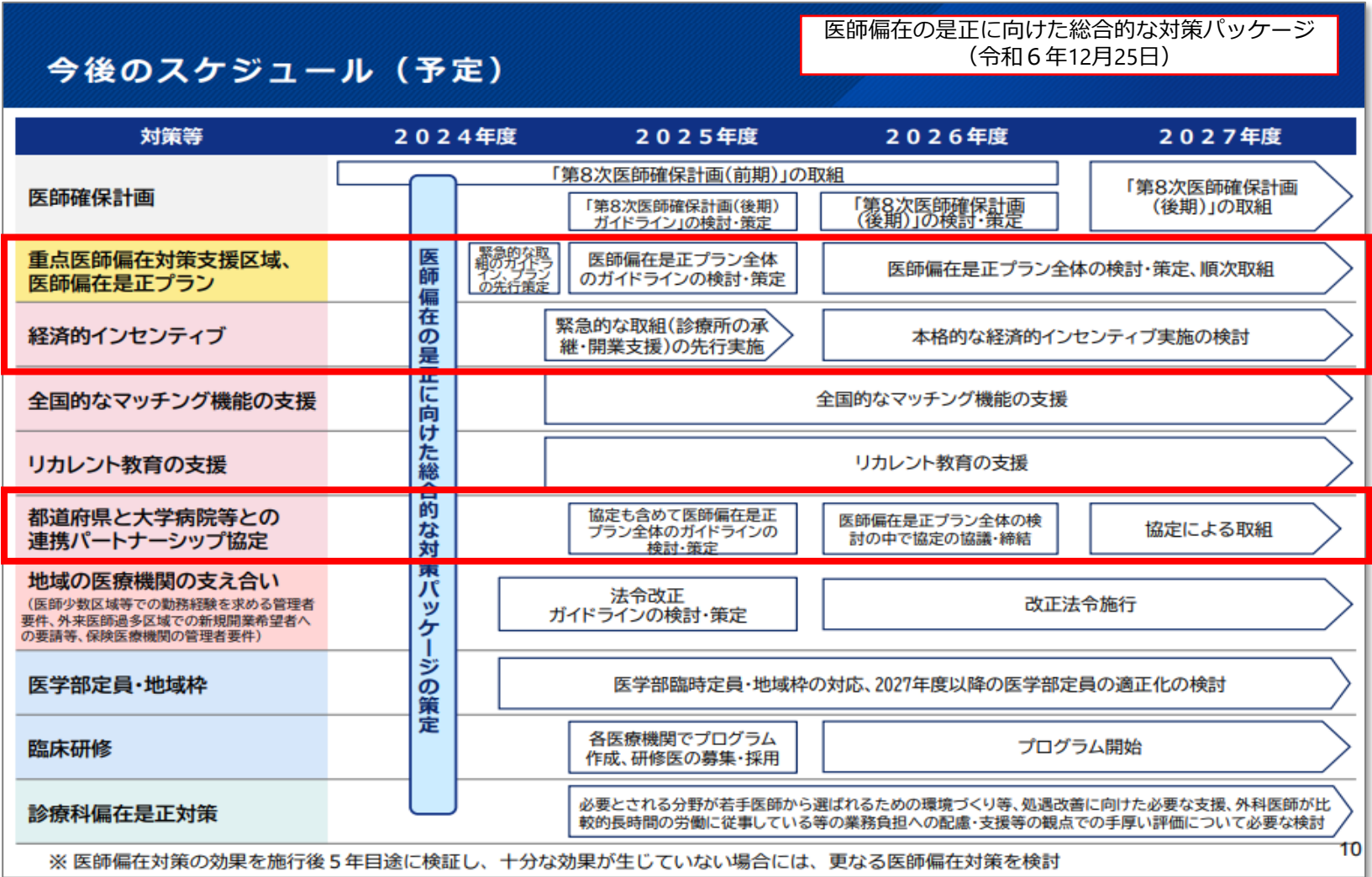


◆ 令和5年度交付決定額：522億円（47都道府県で実施）

25

指導医派遣に関する取組【国】

「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」においては、経済的インセンティブとして、重点医師偏在対策支援区域の一定の医療機関に対する派遣される医師への手当増額の支援等が盛り込まれている。



### 地域偏在対策における経済的インセンティブ等①

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ  
(令和6年12月25日)

#### ① 経済的インセンティブ

- 不足する地域における医師の勤務を促進するためには、医師の価値観、勤務・生活環境、キャリアパス等を踏まえた経済的インセンティブを通じて、医師が意欲をもって勤務する環境を整備することが重要である。
- 重点医師偏在対策支援区域における医師確保を推進するため、都道府県の医師偏在是正プランに基づき、経済的インセンティブを講じることとし、医師偏在是正プラン全体の策定にあわせて、令和8年度から経済的インセンティブの本格実施とする。
- 具体的には、令和8年度予算編成過程において、重点医師偏在対策支援区域における以下のような支援について検討する。
  - ・ 当該区域で承継・開業する診療所の施設整備、設備整備、一定期間の地域への定着に対する支援（緊急的に先行して実施）
  - ・ 当該区域における一定の医療機関に対する派遣される医師及び従事する医師への手当増額の支援
  - ・ 当該区域内の一定の医療機関に対する土日の代替医師確保等の医師の勤務・生活環境改善の支援、当該区域内の医療機関に医師を派遣する派遣元医療機関に対する支援
- その際、国において、事業費の総額を設定した上で、その範囲内で、人口、可住地面積、医師の高齢化率、医師偏在指標等に基づき、都道府県ごとに予算額の上限を設定し、その範囲内で支援を行うこととする。
- 重点医師偏在対策支援区域における支援のうち、当該区域の医師への手当増額の支援については、全ての被保険者に広く協力いただくよう保険者からの負担を求める。また、医師への手当増額の支援については、診療報酬を代替するものであることを踏まえ、給付費の中で一体的に捉える。当該事業の実施について、保険者が実施状況や効果等を確認するための枠組みを検討する。
- 診療報酬において、医師偏在への配慮を図る観点から、どのような対応が考えられるか、さらに必要な検討を行う。



# 医師派遣に関連する事例紹介

都道府県及び市が、派遣元となる大学と、寄付講座の開設に関する協定を締結し、派遣先となる医療機関が特別地域連携プログラムの連携先とされるとともに、指導医と専攻医の派遣が行われている例がある。

（補足）茨城県では、救急、小児、周産期などの政策医療を確保するという観点から、特に早急な医師確保が必要なものを、「最優先で医師確保に取り組む医療機関・診療科」として選定し、大学医学部への寄附講座の設置など、重点的な医師確保に取り組んでいる。

### 「茨城県地域循環器救急医学寄付講座」開設に関する協定締結

ページID: 0069670 更新日: 2023年2月2日更新

令和5年1月31日、昭和大学・茨城県・鹿嶋市による「茨城県地域循環器救急医学寄付講座」開設に関する協定の締結式が茨城県庁で行われました。



茨城県／昭和大学／鹿嶋市  
茨城県地域循環器救急医学寄付講座に関する協定締結式

左から医療法人社団善仁会 小山善仁理事長、山口市長、茨城県 大井川和彦知事、昭和大学 小口勝司理事長、昭和大学 久光正学長、昭和大学 小出隆平総括病院担当理事

#### 開設期間

令和5年4月1日から令和10年3月31日

#### 講座設置場所

昭和大学

#### 研究拠点

小山記念病院

#### 寄付者

茨城県及び鹿嶋市

この協定により、令和5年4月から市内二次救急医療機関である小山記念病院に、昭和大学の循環器内科内和医2名が配置されます。鹿嶋市を中心とした鹿行地域における循環器救急医療体制の向上が期待されます。

2024年12月27日更新  
専任講師スティーション  
クックにおいて年間に  
おこないます。

2024年12月26日更新  
令和7年度開始に伴う  
西地域包括支援センタ  
アの募集結果について

2024年12月7日更新  
鹿嶋市国民保健計画に  
くくコメントの募集は  
た。

AI(人工知能)  
こんなページをおす

- 令和6年度人間ドック  
動します
- キャンパス・グラン  
いで
- 日本赤十字社 活動  
いで
- 【募集要項】令和  
種子教室 大助大組
- インフルエンザ予防  
成します

見つかからない  
ときは

### 昭和大学

#### 学校法人昭和大学が茨城県及び鹿嶋市と寄付講座の開設に関する協定を締結

大学ニュース / 産官学連携 / 地域貢献  
2023.02.01 16:06 (最終更新日: 2023.02.01 16:30)

📧 ポスト 📌 ブックマーク

2023年1月31日、学校法人昭和大学（東京都品川区／理事長：小口勝司）は茨城県及び鹿嶋市と寄付講座開設に関する協定を締結しました。本寄付講座は、茨城県及び鹿嶋市の要請に基づき、心血管疾患の医療体制が脆弱な鹿行地域における循環器内科学分野の医師の育成と心血管領域における研究を行うとともに、茨城県の地域医療の向上に寄与することを目的に2023年4月1日より開設される予定です。

2023年1月31日、茨城県庁において、学校法人昭和大学は茨城県及び鹿嶋市と寄付講座（茨城県地域循環器救急医学寄付講座）開設に関する協定を締結しました。

協定締結式には、本学より小口理事長、久光学長、小出総括病院担当理事が出席しました。茨城県からは大井川知事、鹿嶋市からは山口市長、研究拠点病院である医療法人社団善仁会 小山記念病院からは小山理事長が出席されました。

本寄付講座は、茨城県及び鹿嶋市の要請に基づき、心血管疾患の医療体制が脆弱な鹿行地域における循環器内科学分野の医師の育成と心血管領域における研究を行うとともに、茨城県の地域医療の向上に寄与することを目的に2023年4月1日より開設される予定です。

協定内容は以下のとおり。

《協定内容》

- (1)心血管疾患領域における専門医療人材の育成に関すること。
- (2)地域医療を担う医師等の養成及び研修プログラムの開発に関すること。
- (3)心血管疾患領域における臨床研究に関すること。
- (4)心血管疾患領域における地域救急医療提供体制の構築に関すること。
- (5)第1号から第4号による知見に基づく医療人材の教育に関すること。

出典：鹿嶋市ホームページ <https://city.kashima.ibaraki.jp/soshiki/39/69670.html>

昭和大学プレスリリース <https://www.u-presscenter.jp/article/post-49938.html>

## 指導医派遣に対するニーズ

- 指導医派遣に対する専攻医や派遣先施設のニーズ等を踏まえ、専門研修制度における指導医の派遣に求められる役割は、以下のように考えられるのではないか。

### 【指導医派遣に対するニーズ】

専攻医	・ 様々な地域で充実した研修環境を享受できる
派遣先施設	・ 専門研修指導医及び専攻医の受入による人材の充実 ・ 派遣元施設との連携強化、ネットワーク形成



### 【指導医の派遣に求められる役割】

- ・ 専門研修の質の向上に資する指導体制を構築すること
- ・ 指導医に対するニーズの高い地域での専門研修体制を確保すること

# シーリング制度において期待される指導医の派遣の考え方（案）

シーリング制度において期待される指導医派遣は、専門研修の質を向上させることの他、指導医に対するニーズの高い地域への派遣などが想定され、こうした医師の派遣は重要であり、さらにその中でも、より重要な役割を果たす場合も考えられる。

期待される役割	考え方	具体例
専門研修の質の向上に資する指導体制を構築すること	<p>【対象の医師やその勤務形態】</p> <p>(1)原則、各基本領域の専門研修プログラム整備基準に定める専門研修指導医の要件を満たす医師</p> <p>(2)派遣元と派遣先の連携・調整により派遣された医師</p> <p>(3)専攻医の指導を行うこと等を通じて、専門研修の充実に資する勤務形態であること</p>	<p>(2)の例</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>派遣元から、出向等の形式で異動した上で、所定の期間が経過した後に派遣元に戻る予定の医師。</li> <li>その他、派遣元から専攻医を受け入れて指導を行っているなど、専門研修環境の向上に資する医師 等。</li> </ul> <p>(3)の例</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>常勤/非常勤の勤務形態や、派遣期間によらず、専攻医の指導に当たることが想定される場合。</li> </ul> <p>※ 勤務日数や派遣期間について、過当たり勤務日数が週5日未満の場合や月単位の勤務であっても、専攻医の指導を担当しうる。ただし、派遣実績を期間・時間に応じて計算する必要がある。</p> <p>※ なお、既存の支援スキーム（地域医療介護総合確保基金における事業）で、派遣実績を月単位で報告している場合がある。</p>
指導医に対するニーズの高い地域での専門研修体制を確保すること	<p>【派遣先】</p> <p>(1)専門研修施設（基幹施設または連携施設）への派遣であること</p> <p>(2)シーリング対象外の都道府県への派遣であること</p>	<p>(2)の例</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>連携プログラム等の連携先要件を満たす地域への派遣。</li> </ul> <p>※ 指導医と専攻医が共に派遣先（連携先）で勤務することが望ましいが、指導医単独での派遣も評価の対象としうる。</p> <p>※ 連携先の中でも、連携プログラムの都道府県限定分や特別地域連携プログラムの連携先など、足下充足率が特に低く指導医派遣のニーズが高い地域への派遣については、追加的な評価を行うことが妥当。</p>

# 1. シーリング制度における指導医の派遣の評価に関する論点

## 【前回の議論】

- 前回、事務局案として、以下のとおりシーリング制度における指導医の派遣の評価について、提示した。

連携プログラムの連携先での研修を含め、地域における専門研修の質の向上を図る観点から（中略）指導医を地域に派遣した実績を有する場合については、以下のような観点で評価を行うこととしてはどうか。

- ・ 指導医の派遣に係る実績に応じて、通常プログラムの定員数を増加する。
- ・ 指導医不足がより顕著な地域への指導医の派遣については、更なる評価を行う。
- ・ こうした評価に当たっては、連携プログラムの定員数とのバランスの確保やシーリング制度の趣旨等の観点で、一定の上限を設ける。

- 委員からは、指導医の地域への派遣の重要性に加えて、以下のような指摘があった。

- ・ 様々な派遣の形態を評価に含めるなど、柔軟な対応が適切。
- ・ 地域へ長期間指導医を派遣することは、指導医自身の能力の維持等にも影響を及ぼすおそれ。
- ・ 大学病院に所属すると地域に派遣されるとの誤認を生じ、さらに大学への負担を増加するおそれ。

## 【指導医の状況及び医師の派遣の実情等】

- 専門研修制度における指導医は、日本専門医機構や関係学会等が一定の基準を定めており、質の担保と指導体制の確保の両立が図られている。日本専門医機構のデータベースによると、各領域に一定数の指導医が登録されており、また、今回協力が得られた小児領域のデータによると、指導医数の地域ごとのばらつきが確認された。
- 大学病院は、現に地域における医師の供給の役割を果たしており、相当数の医師の派遣を行っている。派遣される医師の過度な負担を避ける観点からは、こうした既存の取組を含め、適切に考慮することが考えられる。
- 医師の派遣については、関係団体による実態調査がなされている事例や、地域医療介護総合確保基金において医師の派遣に対する支援を行うなど、既に一定の情報収集や支援のスキームが存在する。医師の派遣について、専門研修制度においても評価を行う際には、指導医はもとより医師の派遣を担う大学病院や都市部の基幹病院等の過度の負担を避ける観点から、既存のスキームと可能な限り整合的な形で実施することが考えられる。



# 1. シーリング制度における指導医の派遣の評価に関する論点

## 【シーリング制度における指導医の派遣の評価】

- 専門研修指導医の派遣を行う実績等については、専門研修制度の充実への貢献を評価する観点から、
  - (1)専門研修の質の向上に資する指導体制を構築すること
  - (2)指導医に対するニーズの高い地域での専門研修体制を確保することといった視点で評価してはどうか。
- 具体的には、以下のような指導医の派遣実績に基づき評価してはどうか。

- ・原則として、各基本領域の専門研修プログラム整備基準に定める専門研修指導医の要件を満たす医師が専門研修施設に派遣された場合を対象とし、
- ・派遣元医療機関（大学を含む。）と派遣先医療機関の連携・調整により、次の①及び②を満たす指導医を派遣した場合
  - ① 専門研修の質の向上に資する、常勤及び非常勤の指導医
  - ② ニーズの高い地域での専門研修体制の確保に資する、シーリング外都道府県に派遣される指導医

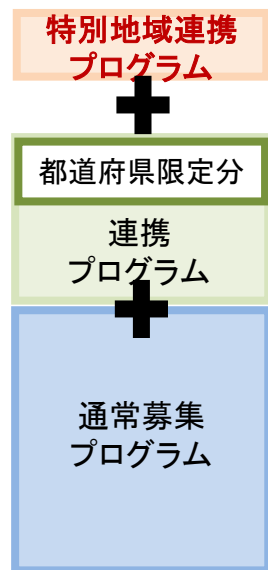
- また、医師派遣の既存のスキームに応じた評価を可能とする観点や、医師への過度の負担を避ける観点から、年単位の派遣のみならず月単位の派遣の場合についても実績に加えるなど、実績の柔軟な積み上げを可能としてどうか。  
さらに、指導医に対するニーズのより高い地域への派遣実績については、より高い評価を行うこととしてはどうか。
- なお、この評価として、通常プログラム数の加算を行う場合の加算数の上限については、都道府県診療科毎の通常プログラム数基本数に応じて設定することが合理的であることから、例えば、通常プログラム基本数の一定割合としてはどうか。



- 1． 専門研修指導医の派遣について
- 2． 連携プログラムについて
- 3． 試算結果
- 4． 今後の進め方

# 各プログラムについて

- シーリングの内訳としては、基本となる「通常プログラム」のほか、採用数の激変緩和の観点から設けられた「連携プログラム」がある。
- 連携プログラムには、地域医療に資する観点から、シーリング対象外の都道府県での一定期間の研修を設けており、さらに一部のプログラムについては連携先都道府県を足下充足率の低い地域に指定している。
- さらに、令和5(2023)年度専攻医採用から導入された特別地域連携プログラムは、足下充足率が低い都道府県の医師少数区域に指定している。



	連携先	連携先の研修期間
特別地域連携プログラム	足下充足率0.7以下（小児科は0.8以下）の都道府県の医師少数区域等	1年以上
都道府県限定分	足下充足率0.8以下の都道府県	1年6ヶ月以上
連携プログラム（都道府県限定分を除く）	シーリング対象外の都道府県	1年6ヶ月以上
通常プログラム	募集や採用にあたり生じる要件はない ※基本領域毎のプログラム整備基準において定められる地域研修等の要件はある	募集や採用にあたり生じる要件はない ※基本領域毎のプログラム整備基準において定められる地域研修等の要件はある

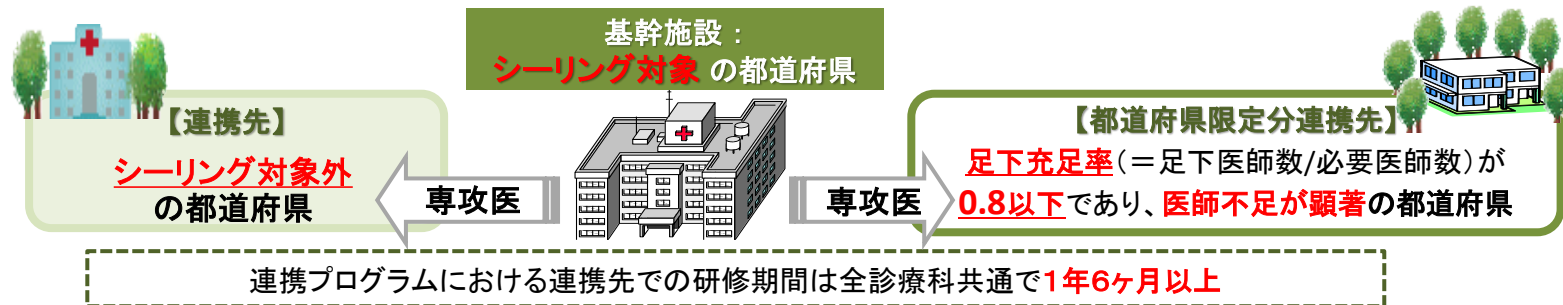
※精神科は、他に精神保健指定医連携枠を設置することが可能。

## 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ヵ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。



## 連携プログラムを設定するための通常募集プログラムの条件

連携プログラムの設定には、通常募集のプログラムにおいて地域貢献率が原則20%以上必要

通常募集の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確保

$\Sigma$ (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)

$\Sigma$ (各専攻医における専門研修プログラムの総研修期間)

## 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<sup>※1</sup> ≤ 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＝ (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)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 =  $\frac{\text{過去3年の平均数の全診療科合計}}{\text{年間養成数の全診療科合計}}$

## 特別地域連携プログラムについて

特別地域連携プログラムは、専攻医の増加が認められない東北地方等への偏在是正効果を期待し、令和5(2023)年度専攻医採用から導入された。地域偏在是正の実効性を検証しながら、改良を加えていく方向性としている。

- 医師が多い大都市圏で医師が抑制され、周辺県では増加している一方で、それ以外のシーリングの効果が認められづらい地域との連携プログラムとして日本専門医機構より提案された。
- 令和5(2023)年度から導入され、採用実績は、令和5(2023)年度：60名/287、令和6(2024)年度：42名/287である。
- 令和7(2025)年度専門研修におけるシーリング案に対する厚生労働大臣から日本専門医機構への意見として、地域偏在是正の実効性を検証しながら改良を加えること等を伝えた。

### 医師法第16条の10第1項に基づく厚生労働大臣から一般社団法人日本専門医機構への意見

#### 1. 医療提供体制の確保に重大な影響を与える可能性に関すること（医師法第16条の10関係）

##### ○令和7年度専攻医募集におけるシーリング案について（抄）


- ・ 特別地域連携プログラムについては、地域偏在の解消や、専攻医が地域医療を経験できること等の目的を維持し、地域偏在是正の実効性を検証しながら、連携先の要件や研修期間等について改良を加えていくこと。
- ・ 令和6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の意見であった「特別地域連携プログラムの連携施設の候補の一覧を作成、公表する等、研修プログラム基幹施設が特別地域連携プログラムの連携先を検討、設定しやすいように配慮すること」について、速やかな対応を行うこと。

## 論点②-2 シーリング数や採用上限設定について（その1）

- シーリング数は、通常プログラム数に加えて、激変緩和措置として、平成30(2018)～令和2(2020)年の3年間の平均採用数に至るまで、連携プログラム数を追加して設定している。更に、令和5年度専攻医採用から導入された特別地域連携プログラムは、シーリング数に加えて設定することができることとなっている。
- シーリング数に係る現在の算出方法が令和2(2020)年度募集において採択された後、新型コロナウイルス感染症の影響や、制度の検証の必要性等から、シーリング数は据え置かれている。
- 診療科別専攻医採用数や都道府県別専攻医採用数は、新型コロナウイルス感染症の流行前後で、全体として大きな傾向の変化は見られない。
- 人口10万人当たりの専攻医採用数をみると、全国平均から大きく上回る都道府県別診療科や、逆に全国平均を下回る都道府県別診療科がみられるなど、平均からの乖離が存在している。
- 都道府県から、シーリング数に関する厳格な運用を求める指摘がある。また、実務上も、シーリング数の算出ルールが複雑化している。



## 論点②-2 シーリング数や採用上限設定について（その2）

- 
- シーリング数の設定に当たっては、専攻医の採用数が全国の平均を大幅に超える場合に適正なシーリング数を設定することはもとより、平均を下回る場合であっても、各地域において定常的に一定数の若手医師を育成する必要性があることに留意が必要ではないか。
  - 以上を踏まえ、通常プログラムの定員数の算出について、これまでの「当該都道府県別診療科の平均採用数」ベースの算出から「当該診療科全体の人口当たり平均採用数」ベースの算出とするとともに、これまでシーリング外に設定していた特別地域連携プログラムの定員数を、シーリング内に設定することとしてはどうか。
  - 他方、令和7(2025)年度採用までの状況からの激変を緩和する観点で、直近の過去3年間の平均採用数を満たすまで連携プログラムの定員数の設定を許容する考え方については、維持することとしてはどうか。


## 論点②-3 シーリングの内訳（プログラムの設定）について（その1）

- シーリングの内訳としては、基本となる「通常プログラム」のほか、採用数の激変緩和の観点から設けられた「連携プログラム」がある。
- 連携プログラムには、地域医療に資する観点から、シーリング対象外の都道府県での一定期間の研修を設けており、さらに一部のプログラムについては連携先都道府県を足下充足率の低い地域に指定している。
- 令和5(2023)年度専攻医採用から導入された特別地域連携プログラムは、足下充足率が低い都道府県の医師少数区域に指定している。当該プログラムについては、法に基づく大臣意見として日本専門医機構に対して、当該プログラムに係る地域偏在是正の実効性を検証しながら改良を加えること、としており、現在、日本専門医機構において必要な検討が行われている。
- シーリング対象かどうかを問わず、地域における専門研修の充実化を図るためには、十分な指導医の確保が重要であり、都道府県からも、地域における指導医の確保が必要であるとの指摘がある。





## 論点②-3 シーリングの内訳（プログラムの設定）について（その2）

- 
- 特別地域連携プログラムについては、導入後の検証等がなされているところであり、日本専門医機構における検討状況を踏まえつつ、育成される側及び地域医療提供体制の双方の視点から引き続き検討し、必要に応じて見直しを行う等の対応を行うこととしてはどうか。
  - 連携プログラムの連携先での研修を含め、地域における専門研修の質の向上を図る観点から、例えば、大学病院等の基幹病院から指導医を地域に派遣した実績を有する場合については、以下のような観点で評価を行うこととしてはどうか。
    - ・ 指導医の派遣に係る実績に応じて、通常プログラムの定員数を増加する。
    - ・ 指導医不足がより顕著な地域への指導医の派遣については、更なる評価を行う。
    - ・ こうした評価に当たっては、連携プログラムの定員数とのバランスの確保やシーリング制度の趣旨等の観点で、一定の上限を設ける。
  - 連携プログラム（都道府県限定分を含む）及び特別地域連携プログラムの各プログラムの定員数については、過去3年間の平均採用数を満たすまで連携プログラムの設定を許容する考え方（論点②-2）としながら、令和8(2026)年度採用以降も令和7(2025)年度開始専門研修で採用された専攻医数の一定程度を確保し、各プログラムの採用数の比については、激変を緩和する観点から、令和7(2025)年度のを維持することとしてはどうか。
  - また、連携プログラムを設ける場合の要件については、令和7(2025)年度募集に係る考え方と同様、前年度募集プログラムの地域貢献率を一定の割合を確保することとしてはどうか。



# 特別地域連携プログラム採用実績

令和6年3月28日時点 確定値

診療科		令和5年 (2023年) 採用実績	令和6年 (2024年) 採用実績	令和6年 (2024年) 枠数
1	内科	21(1)	21	115
2	小児科	8	3	13
3	皮膚科	0	0	14
4	精神科	15(1)	9	25
5	外科	0	0	－
6	整形外科	2	2	20
7	産婦人科	0	0	－
8	眼科	2	0	15
9	耳鼻咽喉科	0	0	6
10	泌尿器科	0	0	0
11	脳神経外科	0	0	6
12	放射線科	6	6	9
13	麻酔科	1(1)	0	37
14	病理	0	0	－
15	臨床検査	0	0	－
16	救急科	0	0	－
17	形成外科	2	0	12
18	リハビリテーション科	3	1	15
19	総合診療	0	0	－
	計	60(3)	42(0)	287

※( )内は特別地域連携枠で採用された専攻医のうち、連携先が年通算の時間外・休日労働時間が1860時間を超える医師等が所属する施設であることを理由に認められたもの

※黄緑色のセルはシーリング対象の診療科  
※赤色のセルは、医政局医事課が集計、追記

# 令和6年度 特別地域連携プログラム連携先都道府県(実績)

令和6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6年7月19日	資料1 (日本専門医 機構資料)
---	------------------------

令和6年3月28日時点 確定値

	内科 ※	足下充足率	小児 科 ※	足下充足率	精神 科	足下充足率	整形 外科	足下充足率	放射 線科	足下充足率	リハ ビリ テー ション 科	足下充足率	総計
山形県	2	0.70/0.66											2
福島県	1	0.71/0.69											1
茨城県	9	0.68/0.70			2	0.62/0.69			5	0.53/0.53			16
栃木県					1	0.65/0.72							1
埼玉県	6	0.69/0.70	2	0.74/0.78			2	0.69/0.70	1	0.50/0.56	1	0.65/0.68	12 ※
千葉県			3	0.76/0.77									3 ※
新潟県	4	0.72/0.70			6	0.68/0.67							10 ※
総計	22 (21)		5 (3)		9		2		6		1		45 (42)

足下充足率:2016年/2018年

※内科、小児科は複数県で研修する専攻医が含まれるため、延べ人数を示す。

( )内は実人数

各診療領域において、専攻医が十分な経験を積めるよう、専門研修施設の基準を定めており、基幹施設及び連携施設で相互補完的に症例数を含めた研修の質を確保している。

	基幹施設	連携施設
内科	<ul style="list-style-type: none"> <li>・カリキュラムに示された内科領域13分野のうち7分野以上で定常的に専門研修が可能な症例数を診療していること。</li> <li>・70疾患群のうち35以上の疾患群が研修可能であること。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・カリキュラムに示された内科領域13分野のうちいずれかの分野で定常的に専門研修が可能な症例数を診療していること。</li> </ul>
小児科	<ul style="list-style-type: none"> <li>・診療対象となる小児疾患の種類に大きな偏りがなく、「小児科医の到達目標」に基づいたカリキュラムに見合う症例数を有していなければならない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・症例数が不十分(1領域につき年間の外来・入院患者が10症例を満たさない)で、専攻医の研修が行えない領域は、連携施設が専門研修を分担する。</li> </ul>
外科	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年間500例以上のNCD登録外科手術症例数を有している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年間50例以上のNCD登録外科手術例数を有している。</li> </ul>
精神科	<ul style="list-style-type: none"> <li>・研修施設群として、10名の専攻医を受け入れる場合、1年間あたり以下の症例数を満たすこと。                         <ol style="list-style-type: none"> <li>①統合失調症:200例以上</li> <li>②気分(感情)障害:100例以上</li> <li>③精神作用物質による精神及び行動の障害:20例以上</li> <li>④症状性を含む器質性精神障害(認知症など。精神症状のないてんかん、睡眠障害を含んでよい):20例以上</li> <li>⑤児童・思春期精神障害(摂食障害を含んでよい):20例以上</li> <li>⑥神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害(摂食障害を含んでよい):100例以上</li> <li>⑦成人のパーソナリティと行動の障害:20例以上</li> </ol> </li> </ul>	

# 地域における症例数について

専攻医当たり経験症例数の状況をみると、様々な地域において、一定数の症例を経験することが可能であることが示唆される。

都道府県ごとの承認済み症例数

No.	都道府県	承認済み 症例	専攻医あたり 平均値
1	福井県	1,454	161.56
2	青森県	3,403	154.68
3	香川県	3,690	153.75
4	奈良県	4,300	148.28
5	埼玉県	17,656	145.92
6	静岡県	10,608	145.32
7	東京都	69,443	144.67
8	富山県	2,427	142.76
9	長崎県	5,815	141.83
10	兵庫県	23,785	140.74
11	愛媛県	3,780	140.00
12	大阪府	31,561	139.65
13	京都府	9,773	139.61
14	岐阜県	5,433	139.31
15	群馬県	3,579	137.65
16	岡山県	8,382	137.41

No.	都道府県	承認済み 症例	専攻医あたり 平均値
17	宮崎県	2,319	136.41
18	北海道	11,721	136.29
19	長野県	4,756	135.89
20	愛知県	24,261	134.78
21	高知県	2,012	134.13
22	千葉県	15,423	134.11
23	神奈川県	28,334	133.02
24	滋賀県	4,376	132.61
25	山口県	3,429	131.88
26	山梨県	2,091	130.69
27	福島県	4,045	130.48
28	宮城県	6,305	128.67
29	徳島県	1,918	127.87
30	茨城県	6,381	127.62
31	広島県	6,724	124.52
32	福岡県	15,459	122.69

No.	都道府県	承認済み 症例	専攻医あたり 平均値
33	鹿児島県	5,368	122.00
34	沖縄県	3,525	121.55
35	秋田県	2,668	121.27
36	岩手県	3,373	116.31
37	佐賀県	3,002	115.46
38	石川県	3,099	114.78
39	栃木県	3,944	112.69
40	山形県	1,458	112.15
41	熊本県	3,798	111.71
42	三重県	2,922	108.22
43	鳥取県	1,284	107.00
44	新潟県	4,077	104.54
45	大分県	3,020	104.14
46	和歌山県	2,787	103.22
47	島根県	2,365	102.83

- 日本専門医機構においては、専攻医の期間を含め、多様な地域における診療実績が認定された場合に、専門医更新審査の審査基準である、共通講習の受講必修8項目のうちの5項目（必修講習Bの「医療制度と法律」「地域医療」等の5項目）を免除することとしている。
- また、専門医取得後5年間のうち、最低1年間を医師が比較的少ない都道府県で勤務し、多様な地域における診療を通じて幅広い経験を積むことにより、充実した生涯教育になる、としている。

「整備指針（第三版2020年2月版）における「専門医の認定・更新」に関する補足説明」（2024年1月19日一般社団法人日本専門医機構）

## Ⅱ.「専門医の更新」に関する補足説明

### （2）更新基準

#### ⑧多様な地域における診療実績（抄）

医師の生涯教育の一環として、更新1期目（専門医取得後5年間）までは専門医としての資質を十分生かせる場での研鑽が望まれており、そのうちの最低1年間を医師が比較的少ない都道府県\*で勤務することにより、指導医とともに専攻医の教育に当たると同時に、多様な地域における診療を通じて幅広い経験を積むことにより充実した生涯教育になるものと思われる。

ただし、ライフイベントや留学・サブスペシャルティ領域の修得及び地域枠要件による制約により最初の5年間は困難である場合は、その旨本機構に連絡の上、少なくとも3回目の更新時（おおむね15年間）までには1年間の地域医療への参加をすることにより自己研鑽を積むことを期待する。

上記の多様な地域における診療実績が認定された場合は、(2)～③における共通講習全領域のうち、必修講習B:医療制度と法律、地域医療、医療福祉制度、医療経済（保険医療等）、両立支援の受講を免除する。その上で、各領域学会も該当領域の特性に応じたインセンティブを設定することができるものとする。

なお、専攻医時代に連携プログラム、または、同等の地域における研修をした者は、その旨本機構に連絡（マイページに記載）することで、多様な地域における診療実績と見なす。また、学会専門医から更新した機構専門医も、すでに多様な地域における診療実績と見なす。

また、当該地域における勤務時の待遇については、施設間で調整するものとするが、問題が生じた場合は、本機構が当該都道府県の協力も求めつつ調整を行うこととする。

\* 領域学会の判断によるが、例えば、当該医師が専門研修を開始した時点における当該診療科の足下充足率が0.8以下の都道府県などが想定される。

※各領域学会の特性に鑑み、上記の原則と異なる要件での認定を行う場合は、各領域学会と本機構が協議をした上で、別途示すこととする。

## 参考：地域医療の向上に関する意識調査①

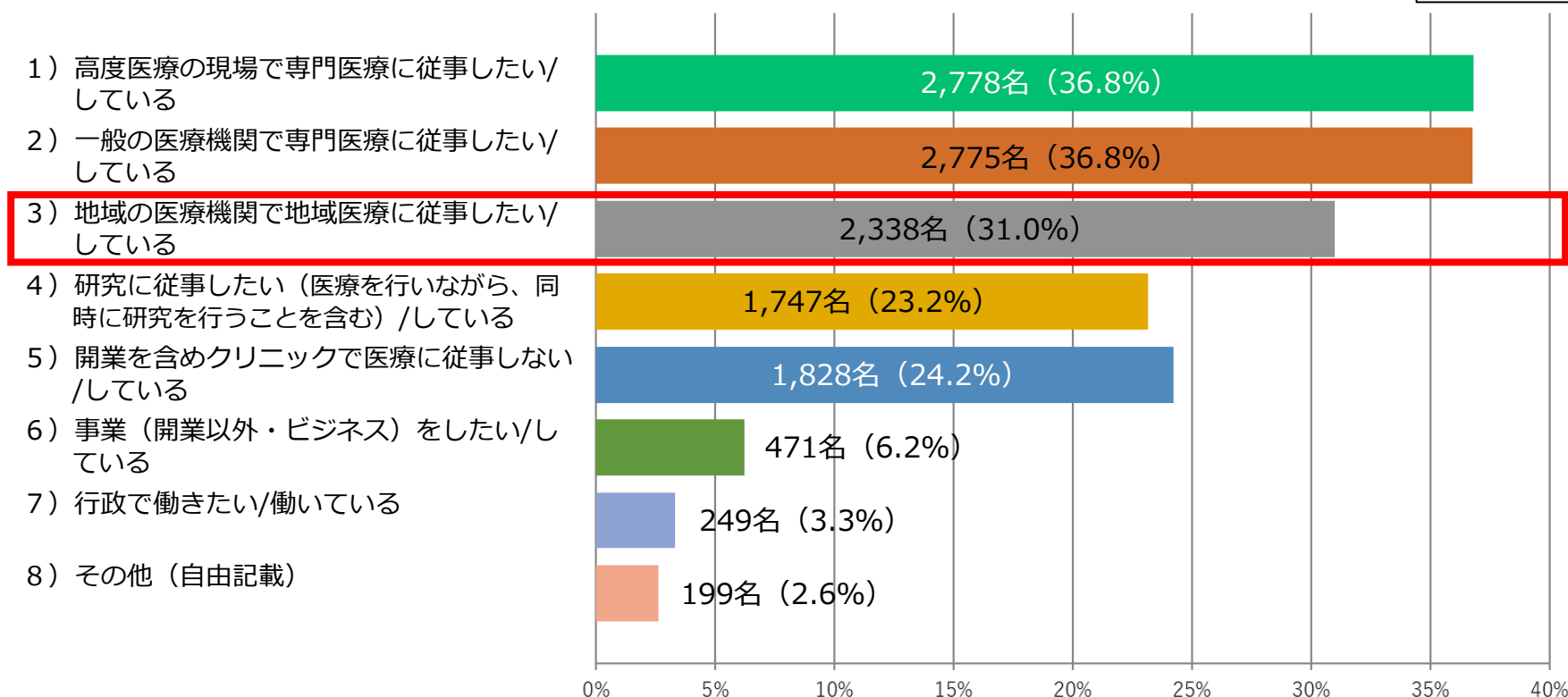
臨床系の学会会員を対象にした意識調査によれば、キャリアプランの中で「地域の医療機関で地域医療に従事したい/している」と回答した医師が一定数いる。

### 調査結果①

あなたのキャリアプランをどのように考えていますか。（複数選択可）

一般社団法人  
日本医学会連合  
The Japanese Medical Society Union

回答者数：7,545名



調査対象：日本医学会連合加盟学会のうち臨床系の学会会員\*を対象にしたアンケート調査

(\* ) 臨床内科部会、臨床外科部会、基礎部会、社会部会のうち臨床系の学会

調査期間：令和6年11月27日～12月9日

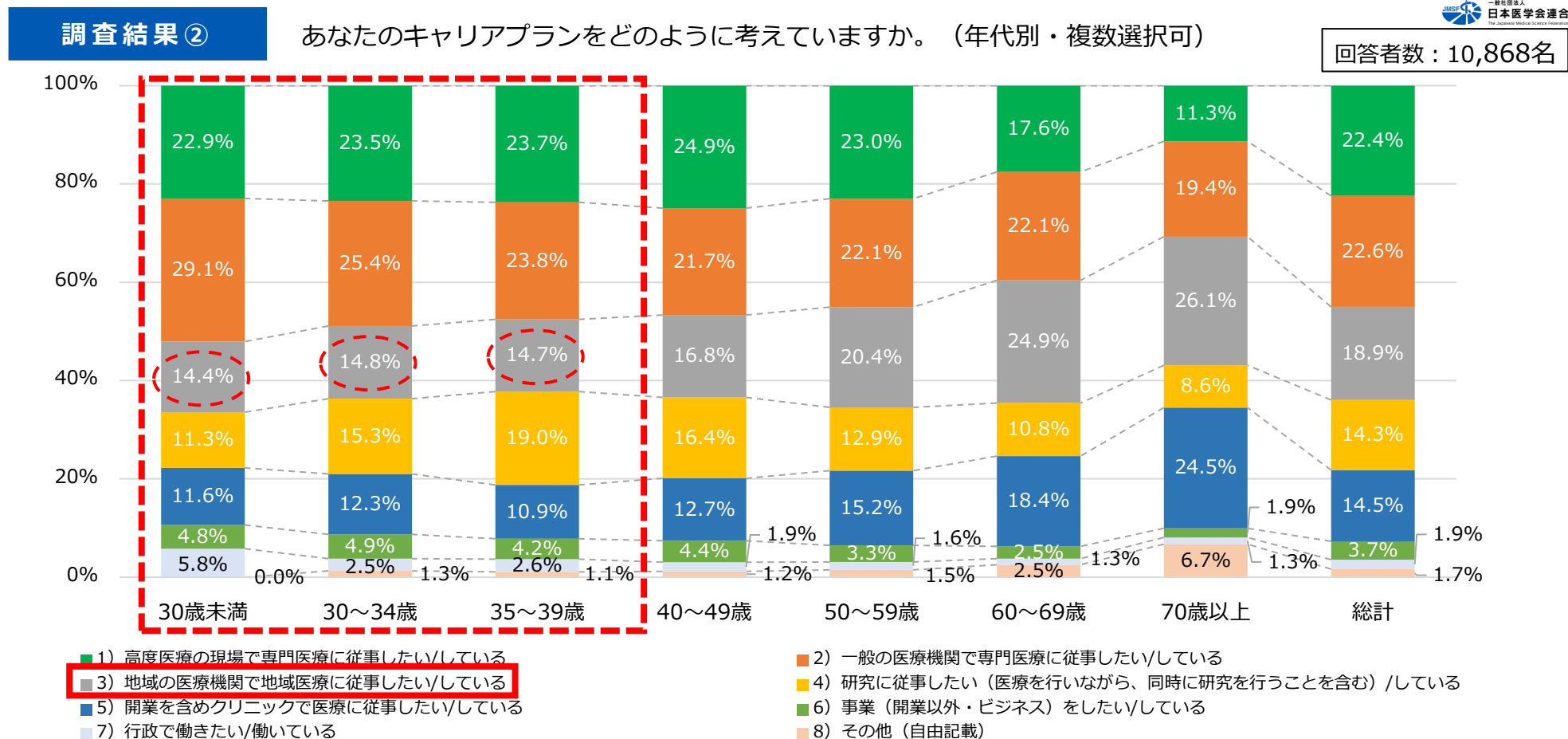
出典：地域医療の向上と研究力の向上に関する意識調査（中間報告）

（一般社団法人日本医学会連合（令和6年12月12日））



## 参考：地域医療の向上に関する意識調査②

年代別にみた場合、40歳未満の若手医師が「地域の医療機関で地域医療に従事したい/している」と回答した割合は他の年代に比べると小さいものの、一定数は存在する。

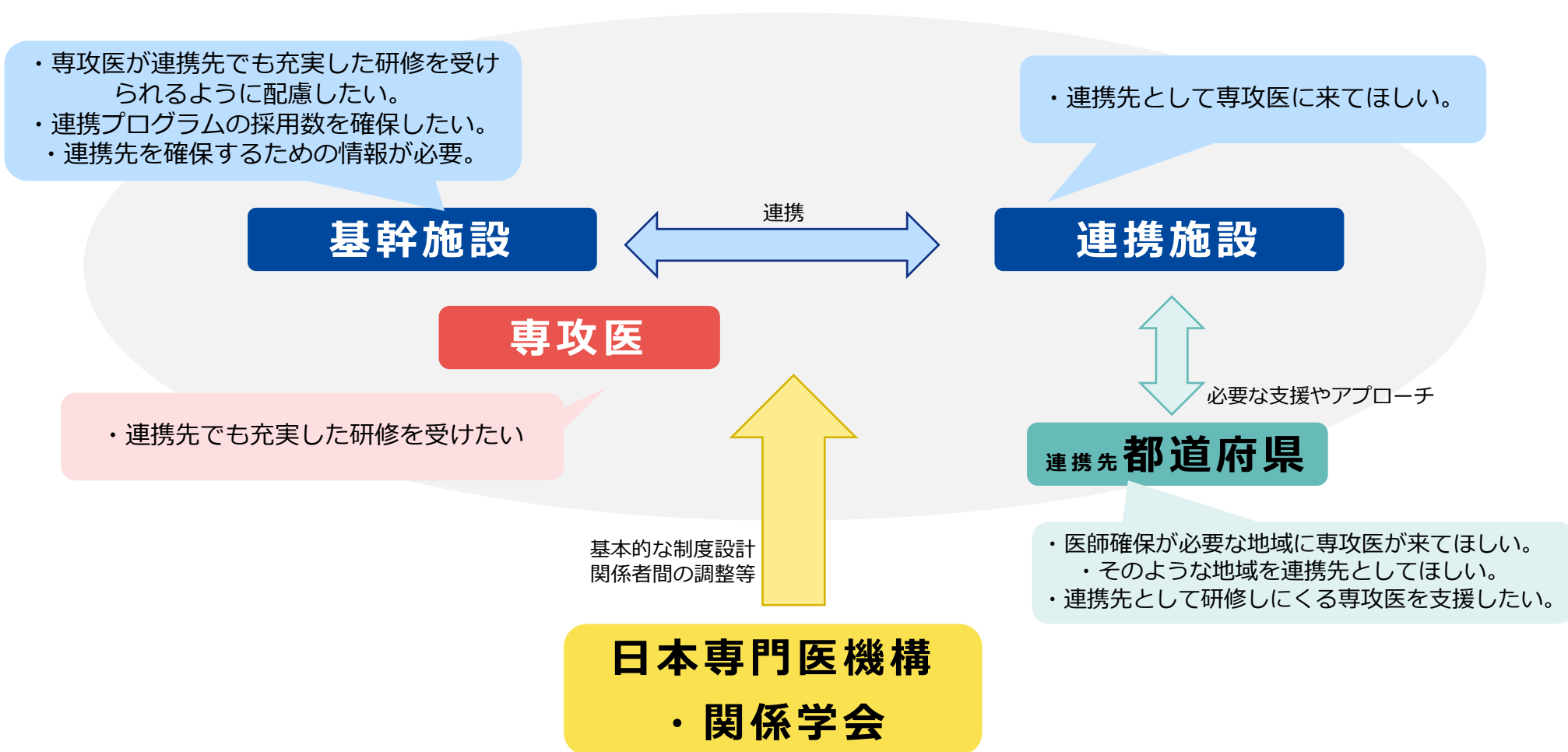


調査対象：日本医学会連加盟学会のうち臨床系の学会会員\*を対象にしたアンケート調査  
 （\*）臨床内科部会、臨床外科部会、基礎部会、社会部会のうち臨床系の学会  
 調査期間：令和6年11月27日～12月9日

出典：地域医療の向上と研究力の向上に関する意識調査（中間報告）  
 （一般社団法人日本医学会連合（令和6年12月12日））


## 連携プログラム等の運用における課題

連携プログラム等の運用においては、複数の関係者が関わっており、専攻医を送り出す基幹施設においては、専攻医が連携先において充実した研修を行うことを保証するため、事前に連携先の情報を得ておく必要があること等、連携先の確保に向けた課題があり、施設間のみならず、その他の関係者の役割や連携が不可欠である。



## 2. 連携プログラムについて 論点

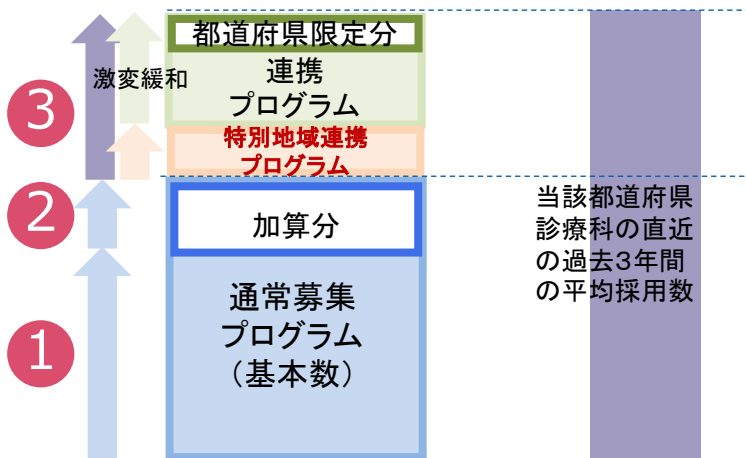
- 前回の議論を踏まえ、特別地域連携プログラムをシーリング内に設置する場合は、特別地域連携プログラムの採用数は次年度のシーリング数に影響するため、シーリング数を維持するためには特別地域連携プログラムにおける採用率を確保する必要がある。
- 一方で、令和5年度、6年度の採用率は低く、また、令和7年度専門研修に対する大臣意見においては、連携先施設候補一覧の速やかな作成や、連携先の要件や研修期間の見直し等を伝え、日本専門医機構において検討が進められている。

- 
- 令和8年度の専攻医募集に向けては、前回の議論を踏まえ、特別地域連携プログラムをシーリング内に設置することとする一方で、以下のとおり、当該プログラムに関する更なる改善や、プログラム設置側の視点に立った一定の配慮等を行ってはどうか。
    - ・ 令和7年度大臣意見に基づく対応（連携先の要件や研修期間等の検討、連携先施設の候補の一覧の作成等）を進めるとともに、今後、連携元（専攻医を送り出す側）として認識している課題への対応についても、現場の意見を踏まえつつ検討を行う。
    - ・ 令和8年度専攻医募集に向けた新たな連携先の確保は、連携元の負担が大きいことから、令和8年度募集に限り、新たに追加された特別地域連携プログラムの枠から連携プログラム（都道府県限定分を含む）への枠の振替を可能とする。

- 1． 専門研修指導医の派遣について
- 2． 連携プログラムについて
- 3． 試算結果
- 4． 今後の進め方

# シーリングの仕組みの見直しについて（案）

<案>



※シーリング数が少数である都道府県診療科（例えば、算出されたシーリング数が当該診療科の専攻医採用数の1.7%を下回る場合）について、一定のシーリング数を保障する。（右記の3.）

※連携プログラムの設置には地域貢献率が原則20%以上が必須要件。  
（継続）

## 1. 通常プログラム数の設定

### （1）通常プログラム基本数

（当該診療科の直近の過去3年間の全国専攻医採用数の平均）  
×（都道府県人口/全国の総人口）

※小児科は、15歳未満人口を使用

### （2）通常プログラムの加算分

専門研修指導医の派遣実績に応じ、通常プログラム基本数の一定割合を上限とした加算を設定

※（1）においては、直近の過去3年間平均採用数を超過して設定することを許容。一方で、（2）は過去3年間平均採用数に満たない範囲で加算することとする。

## 2. 連携プログラム等の設定

### （1）連携プログラム等の設置数

直近の過去3年間の平均採用数の100%に満たない分

### （2）各連携プログラム等の内訳の設定

令和7年度のシーリング数の割合を元に各プログラム数を設定

- ※ 連携プログラム設定のためには、地域貢献率が原則20%以上が必須条件。
- ※ 1. の時点で、直近の過去3年間平均採用数を超過した場合は、連携プログラムは設置されない。
- ※ 令和8年度においては、特別地域連携プログラムを連携プログラム（都道府県限定分を含む）へ振替えることを許容。

## 3. シーリング数が全国採用数の一定割合に満たない場合の配慮

2. ままで算出されたシーリング数が、「当該診療科の全国専攻医採用数（過去3年間平均）」の1.7%に満たない場合、前回シーリング数を超えない範囲で通常プログラムを追加（通常プログラム配慮分）

# シーリングの仕組みの見直し（案）を踏まえた試算結果（概要）

- 指導医派遣に応じた通常プログラム数の加算の上限を通常プログラム基本数の5%～25%(※1)とした場合、シーリング数は下表のとおり。

	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
	合計シーリング数 (②+⑥)	通常プログラム シーリング数 (案)	内数 基本数	内数 加算分	内数 配慮分	連携プログラム等 シーリング数 (案)	内数 (都道府県限定分を除く) 連携プログラム	内数 (都道府県限定分) 連携プログラム	内数 特別地域連携プログラム
(単位：人)									
加算分の上限を5%とした場合		2,004		70		602	238	139	225
加算分の上限を15%とした場合	2,606	2,137	1,900	203	34	469	187	110	172
加算分の上限を25%とした場合		2,251		317		355	142	85	128
(参考) 令和6年度採用人数	2,496	2,162	-	-	-	332	217	73	42

※1 {当該診療科の全国採用数(過去3年間平均)}×(都道府県人口/全国総人口)の5～25%とし、最大まで加算された場合の数を示した。

※2 上記に計上した都道府県別診療科は、令和8年度募集が令和7年度募集と同様のシーリング対象と仮定した場合であり、実際は対象外となる見込みを含む。

※3 各種連携プログラムの枠数は、現行のシーリング数の割合を元に按分しているが、連携プログラムの設定がなかった一部の都道府県診療科については現行のシーリング数算出方法の原則に基づき設定。なお、各種連携プログラムの内数については、按分の際の端数処理(四捨五入)により変動する場合がある。

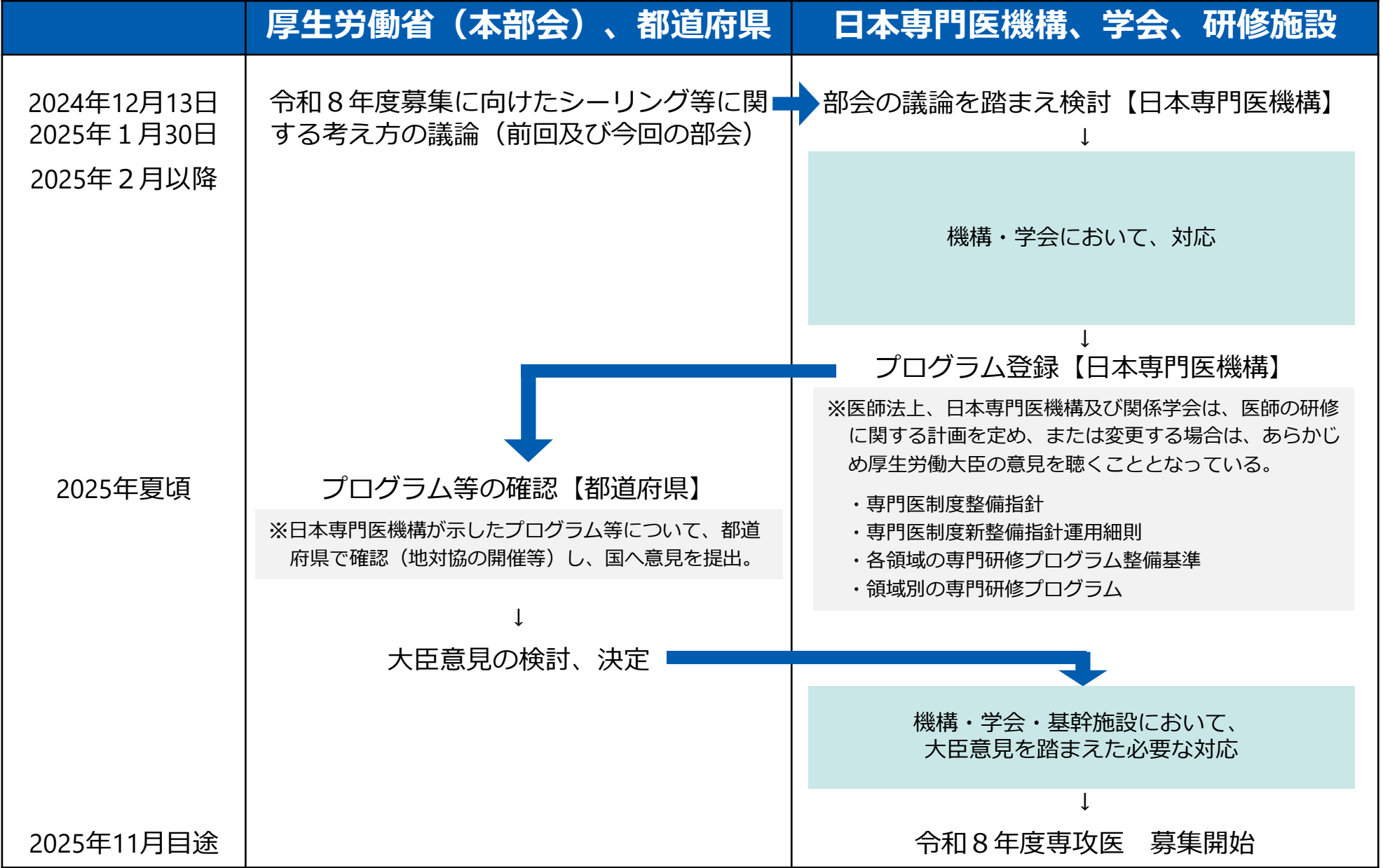
※4 令和6年度採用数において精神科指定医連携枠は合計に含む。

- 通常プログラムの加算分の上限は、通常プログラム基本数の15%程度としてはどうか。



- 1． 専門研修指導医の派遣について
- 2． 連携プログラムについて
- 3． 試算結果
- 4． 今後の進め方

今後の進め方（イメージ）



- 参考

# シーリングの仕組み

## 1. シーリング対象都道府県別診療科の選定

原則：「2018年医師数」が「2018年及び2024年の必要医師数」と同数以上の都道府県別診療科を対象。

例外：過去3年間の採用数の平均が5以下の都道府県別診療科はシーリングの対象外。

## 2. シーリング数や採用上限数の決定

原則：「平均採用数（3年間）」から「必要医師数達成の年間養成数」を減じた数（基礎数）の20%を減じる。

激変緩和①：連携プログラムを、減じた分の50%～100%を復元。

激変緩和②：シーリング数合計の下限を令和2（2020）年の95%とし、不足分を連携プログラム（都道府県限定）で復元。

追加措置：特別地域連携プログラムを、基礎数の5%追加。

## 3. シーリングの内訳（プログラムの設定）

原則：基礎数の20%を減じた数を通常プログラムとして設定。

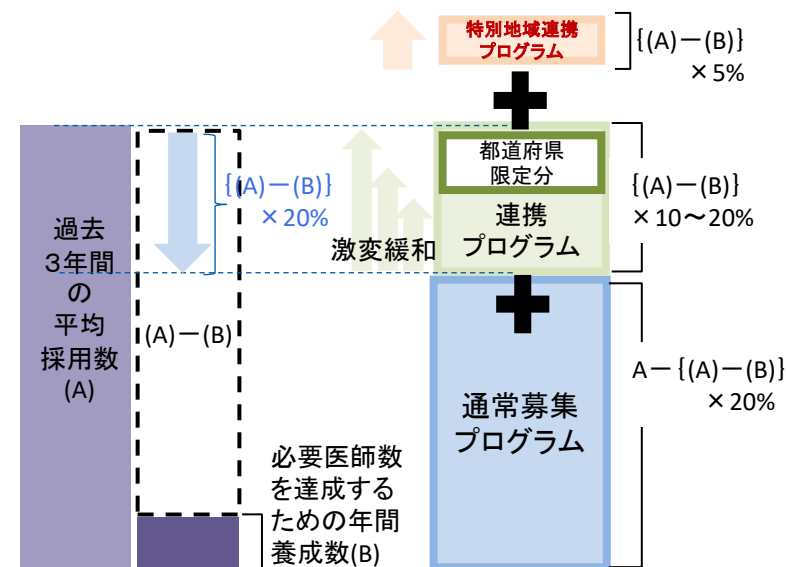
地域医療への配慮：連携プログラムを設けている。

- シーリング対象都道府県以外で1年半以上研修を実施するプログラムを設定。（基礎数の10%～20%）
- 内数として、連携先を足下充足率0.8以下の都道府県に限定したプログラムを設定。（基礎数の5%）
- さらに、足下充足率0.7以下の都道府県の医師少数区域にある施設等の連携先で1年以上研修する特別地域連携プログラムを別途、設定。

## 4. その他

- 採用数が少数の都道府県別診療科に対する例外
  - ① 平成30（2018）年～令和2（2020）年の採用数のいずれかが10未満である場合は、当該期間の採用数の最大数を保障する。
  - ② 過去3年間の採用数の平均が5以下の場合は、シーリングの対象外とする。（再掲）
- シーリング対象外とする医師（地域枠医師、自治医大卒医師等）の設定

## シーリングの仕組み（イメージ）



※連携プログラムの設置には地域貢献率\*が原則20%以上であることが必要。

\* 地域貢献率

$$= \frac{\sum (\text{各専攻医が「シーリング対象外の都道府県」および「当該都道府県の医師少数区域」で研修している実施期間})}{\sum (\text{各専攻医における専門研修プログラムの総研修期間})}$$

※精神科は、他に精神保健指定医連携枠を設置することが可能。

# 2024年度専攻医募集におけるシーリングの基本的な考え方

- 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)

特別地域連携  
プログラム



都道府県限定分

連携  
プログラム



通常募集  
プログラム

(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

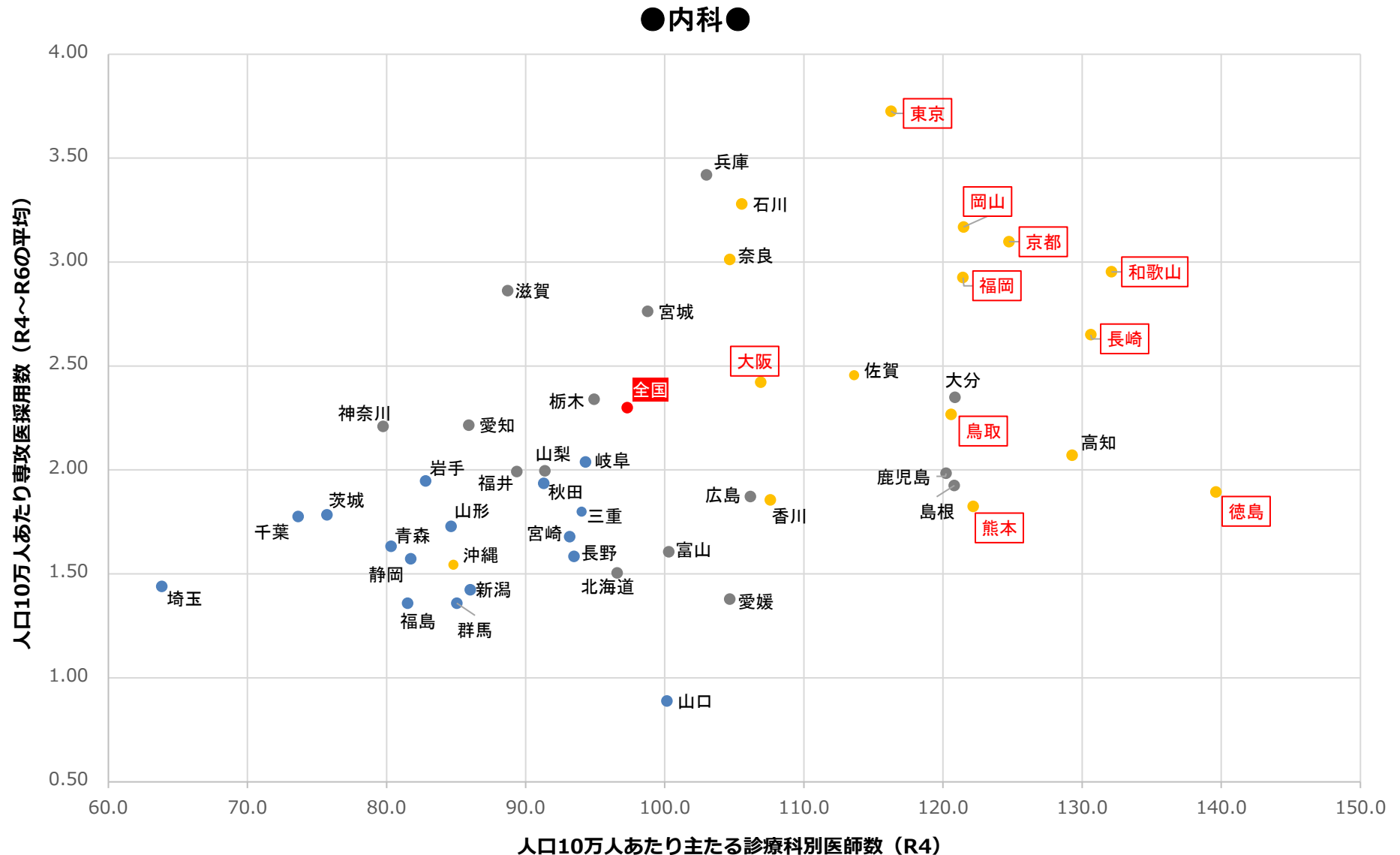
※3 宿日直許可の取得、タスクシフト／シェアの推進などの取組を行ってもなお、地域医療を維持するために年通算の時間外・休日労働時間が1860時間を超えるもしくは超えるおそれがある医師が所属する施設であって、指導医・指導体制が確保され、かつ、適切な労働時間となるように、研修・労働環境が十分に整備されている施設。なお、その際、年通算の時間外・休日労働時間が1860時間を超える又は超えるおそれがある医師の労働時間の短縮に資する分野の専攻医が連携先において研修を行う場合に限り設置可能とする。

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

※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)

# 人口10万人あたり専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較

令和6年度第2回 医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会 令和6年9月9日	資料2
--	-----



※主たる診療科別医師数は、「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和4年）の医療施設従事医師数（主たる診療科）が、内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科（胃腸内科）、腎臓内科、糖尿病内科（代謝内科）、血液内科、感染症内科、アレルギー科、リウマチ科、心療内科、脳神経内科である人数を集計  
※人口10万人あたりを算出するに当たっては、総務省「人口推計（2022年（令和4年）10月1日現在）」を使用

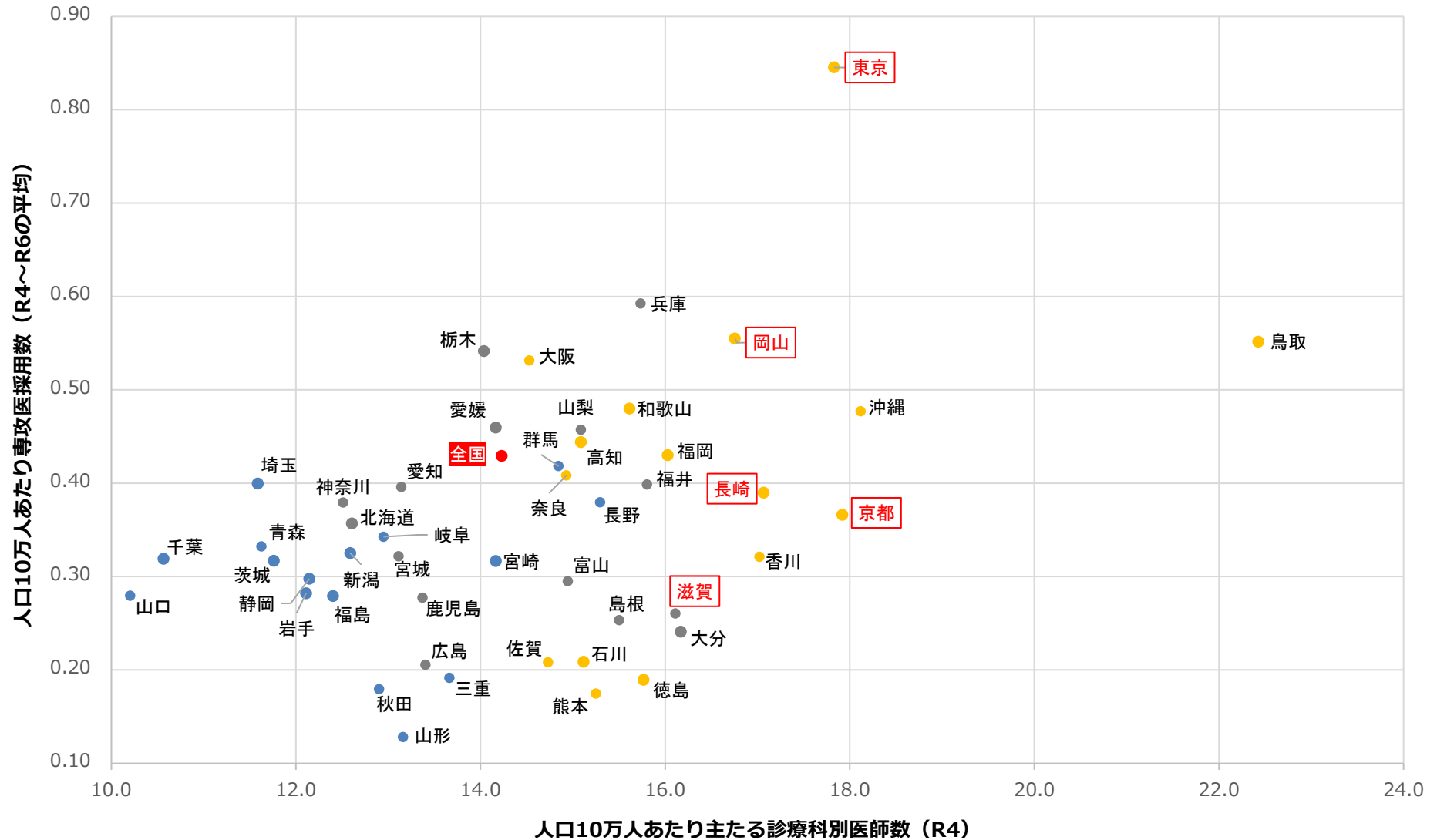
■ 医師多数県 ■ 医師中程度県 ■ 医師少数県  
（令和6年1月10日更新：医師偏在指標による）  
□ シーリング対象都道府県 (R3~)



# 人口10万人あたり専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較

令和6年度第2回 医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会 令和6年9月9日	資料2
--	-----

## ●小児科●



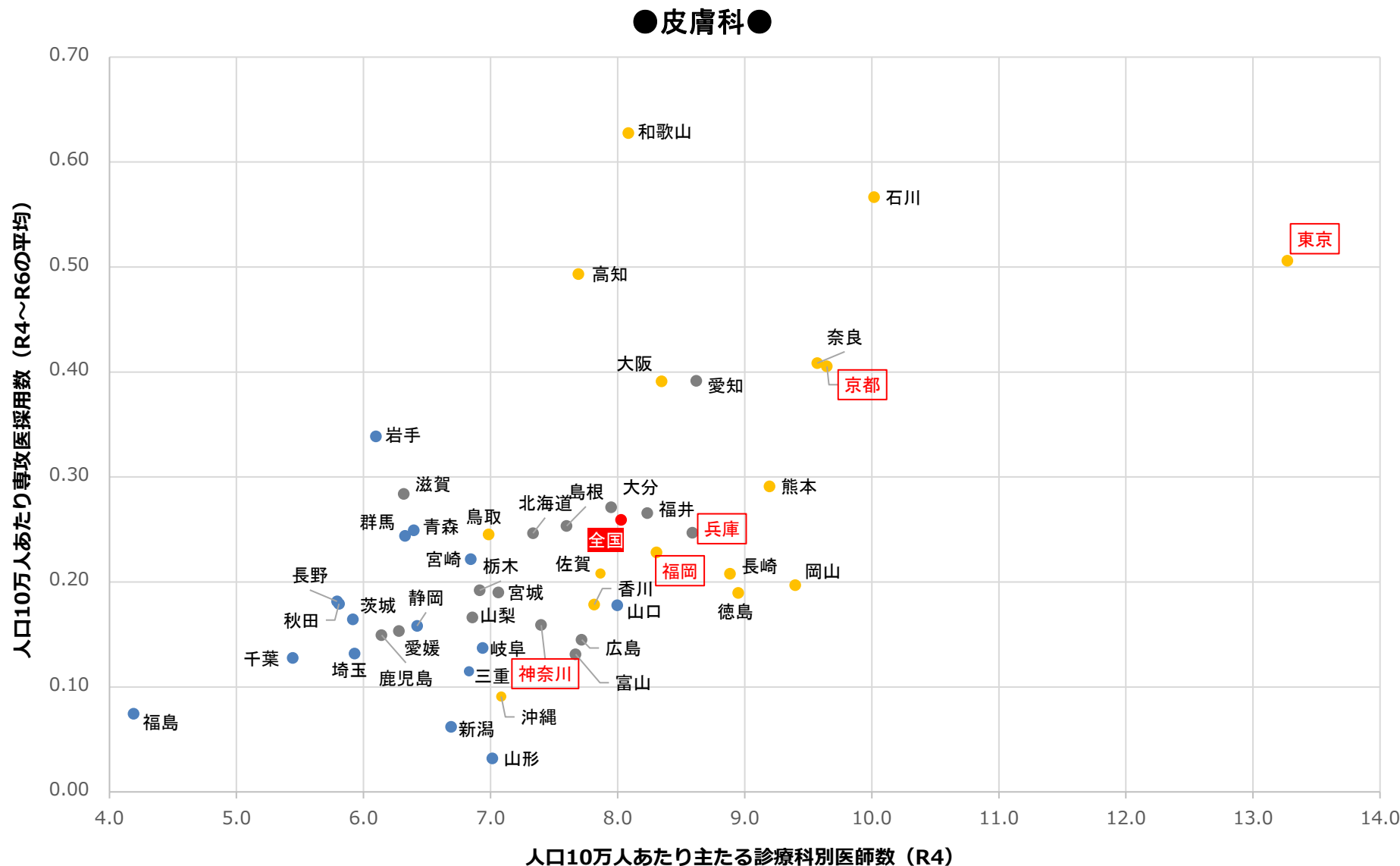
※主たる診療科別医師数は、「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和4年）の医療施設従事医師数（主たる診療科）の人数を集計  
 ※人口10万人あたりを算出するに当たっては、総務省「人口推計（2022年（令和4年）10月1日現在）」を使用

■ 医師多数県 ■ 医師中程度県 ■ 医師少数県  
 （令和6年1月10日更新：医師偏在指標による）

□ シーリング対象都道府県 (R3~)

# 人口10万人あたり専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較

令和6年度第2回 医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会 令和6年9月9日	資料2
--	-----

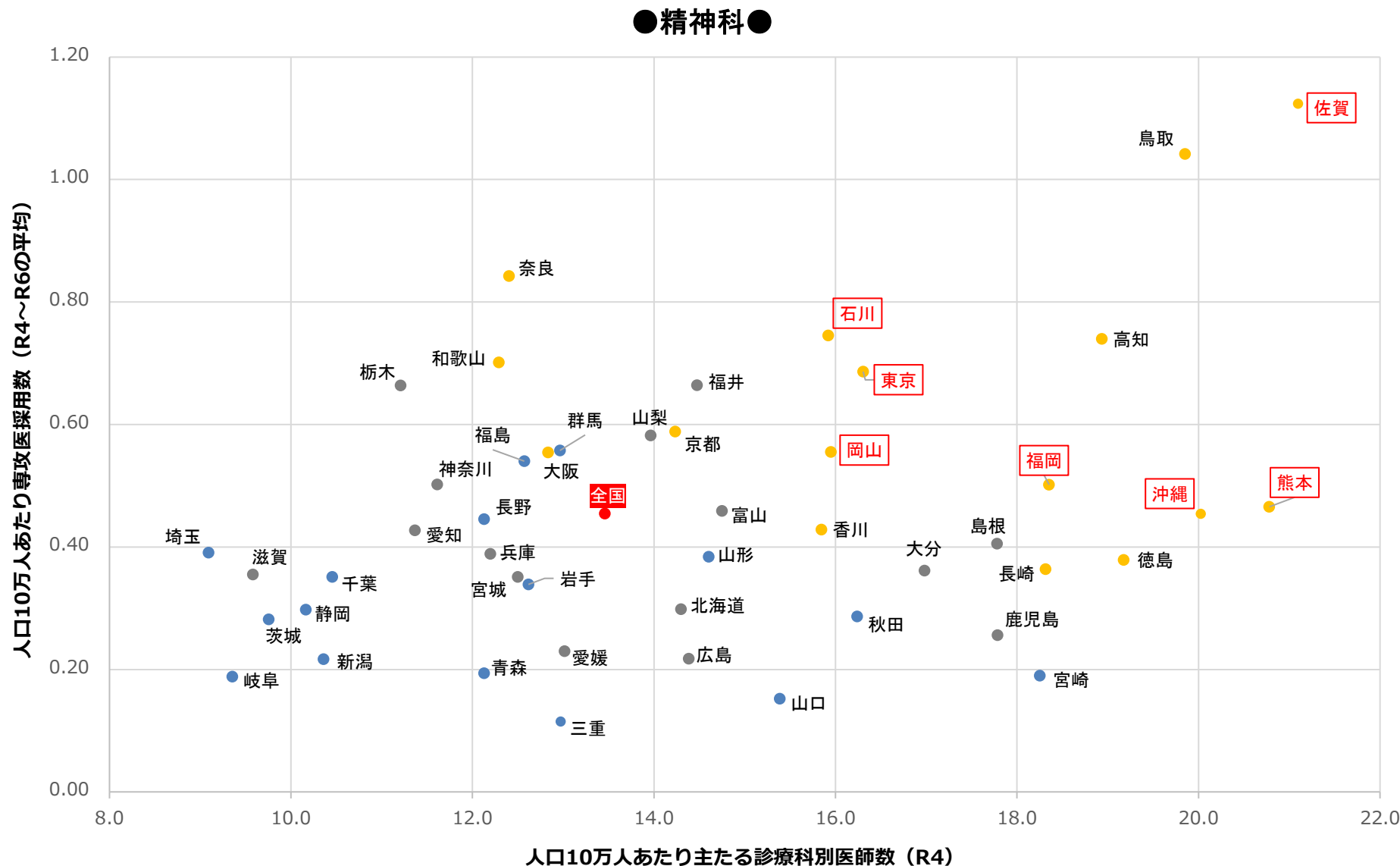


※主たる診療科別医師数は、「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和4年）の医療施設従事医師数（主たる診療科）の人数を集計  
 ※人口10万人あたりを算出するに当たっては、総務省「人口推計（2022年（令和4年）10月1日現在）」を使用

令和6年1月10日更新：医師偏在指標による  
 □シーリング対象都道府県 (R3~)

# 人口10万人あたり専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較

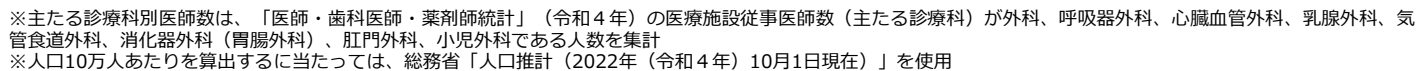
令和6年度第2回 医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会	資料2
令和6年9月9日	



■医師多数県 ■医師中程度県 ■医師少数県  
(令和6年1月10日更新: 医師偏在指標による)  
□シーリング対象都道府県 (R3~)

※主たる診療科別医師数は、「医師・歯科医師・薬剤師統計」(令和4年)の医療施設従事医師数(主たる診療科)の人数を集計  
※人口10万人あたりを算出するに当たっては、総務省「人口推計(2022年(令和4年)10月1日現在)」を使用

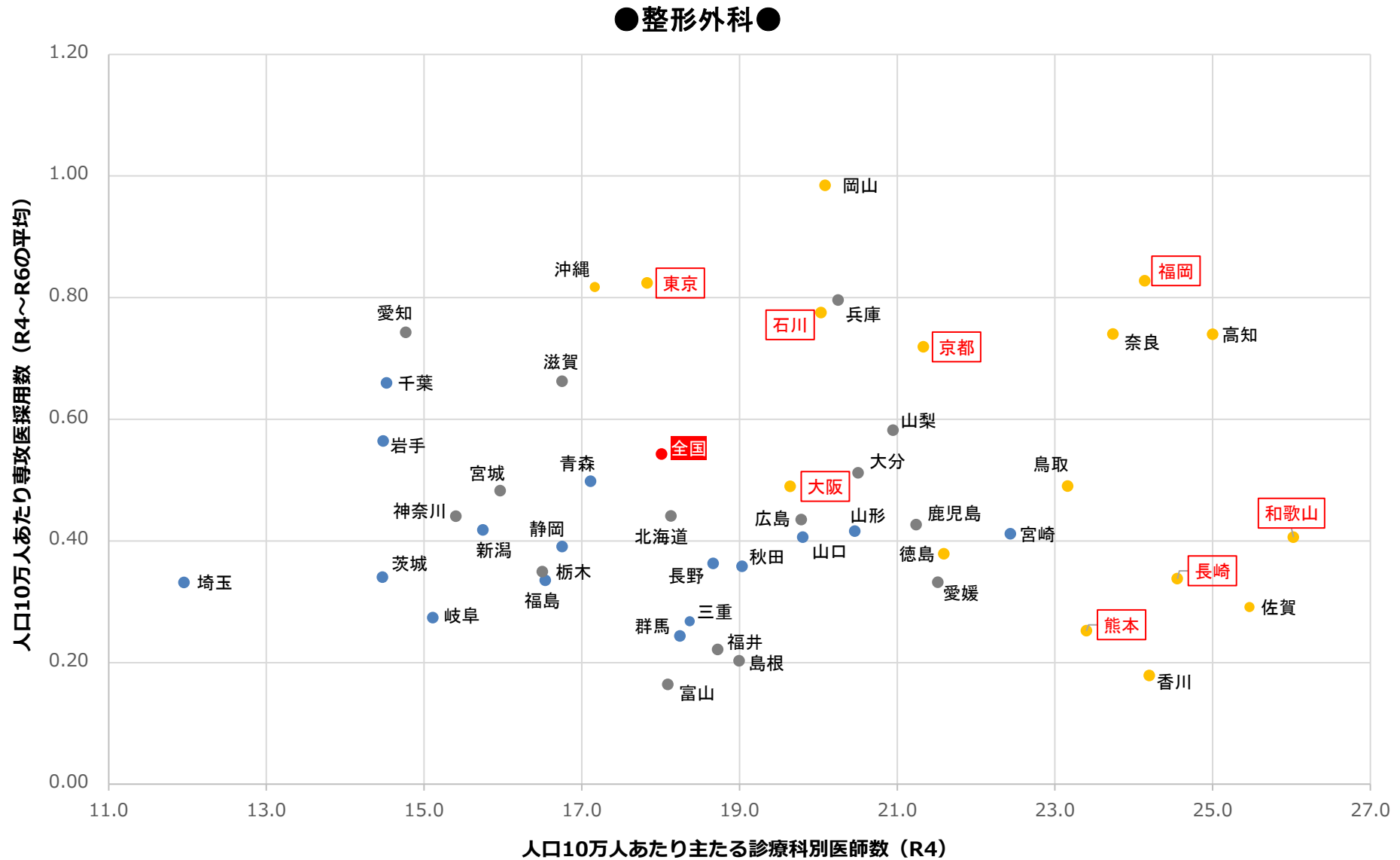
令和6年度第2回 医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会 令和6年9月9日	資料2
--	-----



□シーリング対象都道府県(R3～)

# 人口10万人あたり専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較

令和6年度第2回 医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会	資料2
令和6年9月9日	



※主たる診療科別医師数は、「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和4年）の医療施設従事医師数（主たる診療科）の人数を集計  
 ※人口10万人あたりを算出するに当たっては、総務省「人口推計（2022年（令和4年）10月1日現在）」を使用

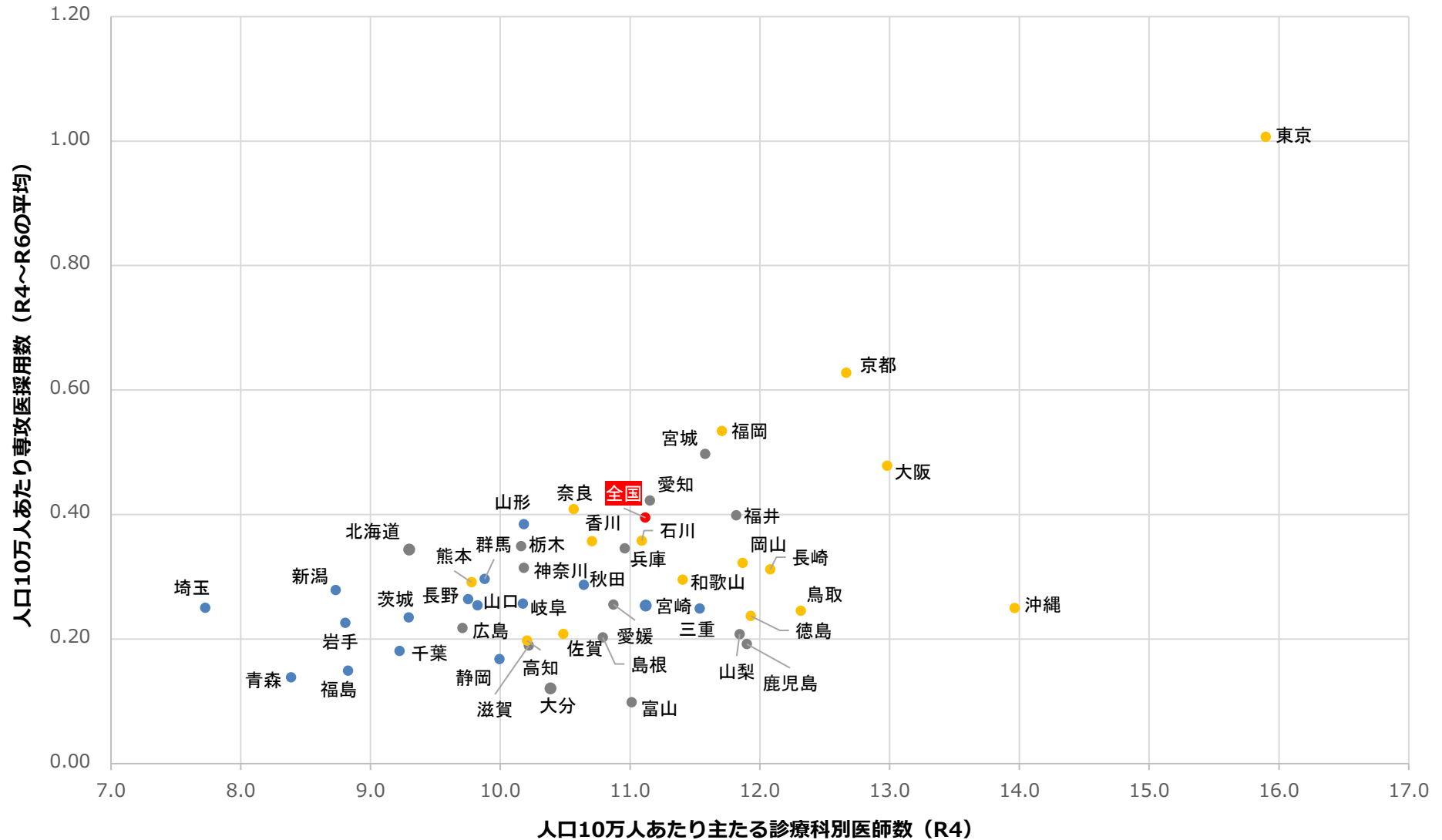
（令和6年1月10日更新：医師偏在指標による）

□ シーリング対象都道府県 (R3~)

# 人口10万人あたり専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較

令和6年度第2回 医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会	資料2
令和6年9月9日	

## ●産婦人科●



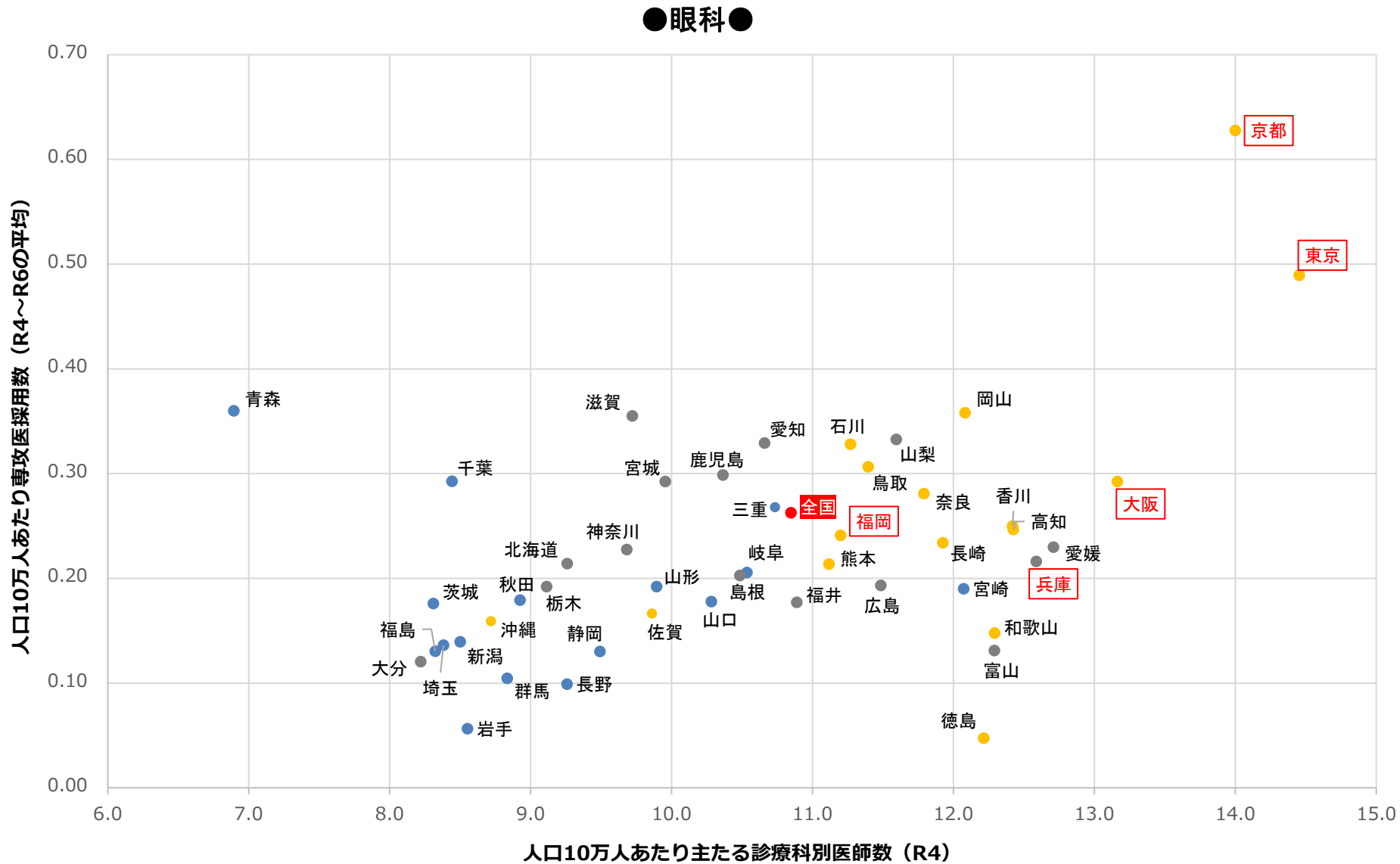
※主たる診療科別医師数は、「医師・歯科医師・薬剤師統計」(令和4年)の医療施設従事医師数(主たる診療科)が、産婦人科、産科、婦人科である人数を集計  
※人口10万人あたりを算出するには、総務省「人口推計(2022年(令和4年)10月1日現在)」を使用

■ 医師多数県 ■ 医師中程度県 ■ 医師少数県  
(令和6年1月10日更新: 医師偏在指標による)  
□ シーリング対象都道府県 (R3~)



# 人口10万人あたり専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較

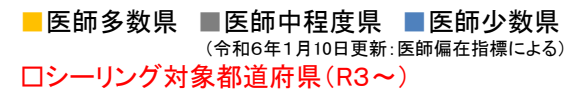
令和6年度第2回 医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会	資料2
令和6年9月9日	



※主たる診療科別医師数は、「医師・歯科医師・薬剤師統計」(令和4年)の医療施設従事医師数(主たる診療科)の人数を集計  
 ※人口10万人あたりを算出するに当たっては、総務省「人口推計(2022年(令和4年)10月1日現在)」を使用

令和6年1月10日更新:医師偏在指標による)

シーリング対象都道府県 (R3~)

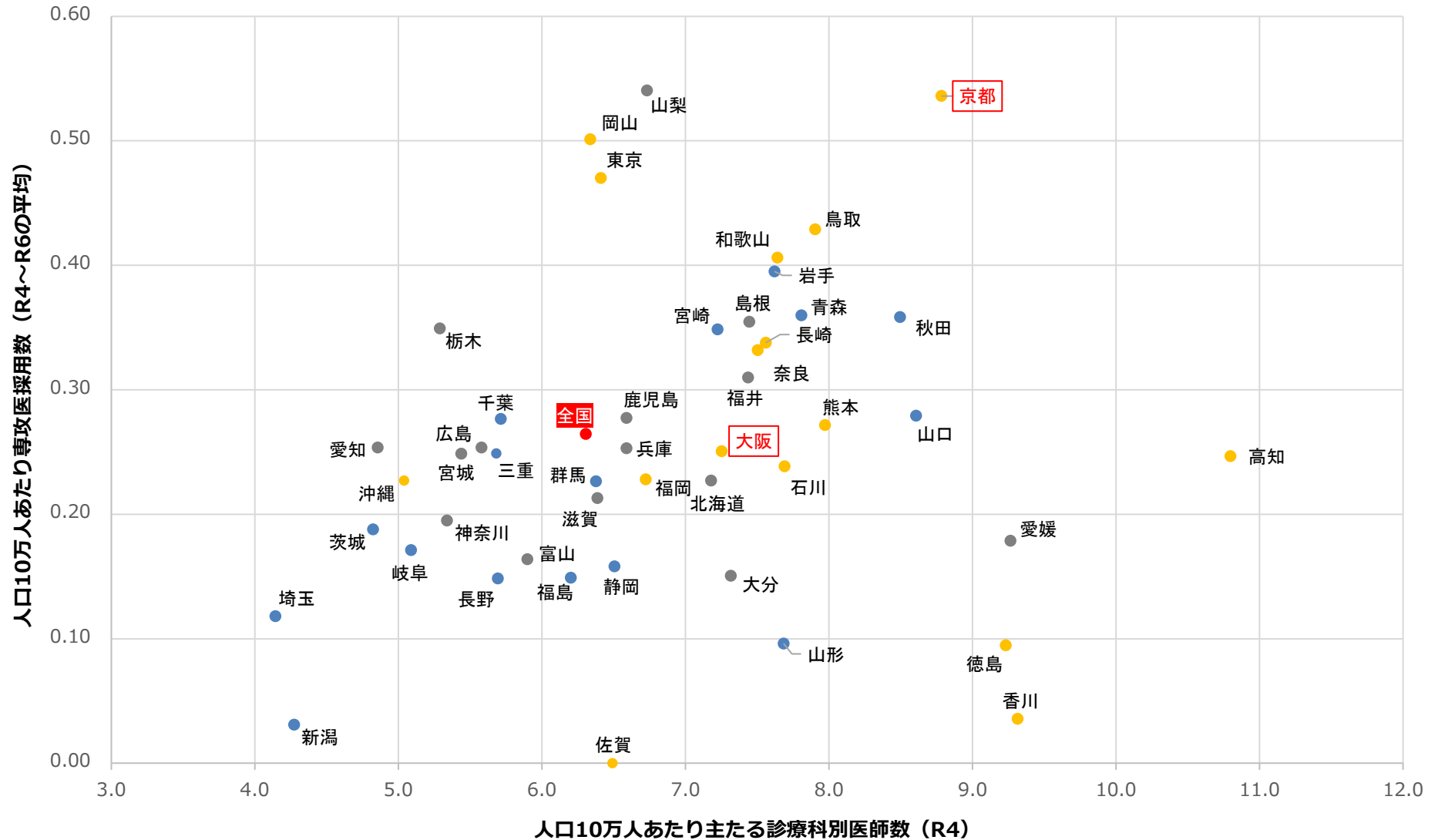


□シーリング対象都道府県(R3～)

# 人口10万人あたり専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較

令和6年度第2回 医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会	資料2
令和6年9月9日	

## ●泌尿器科●



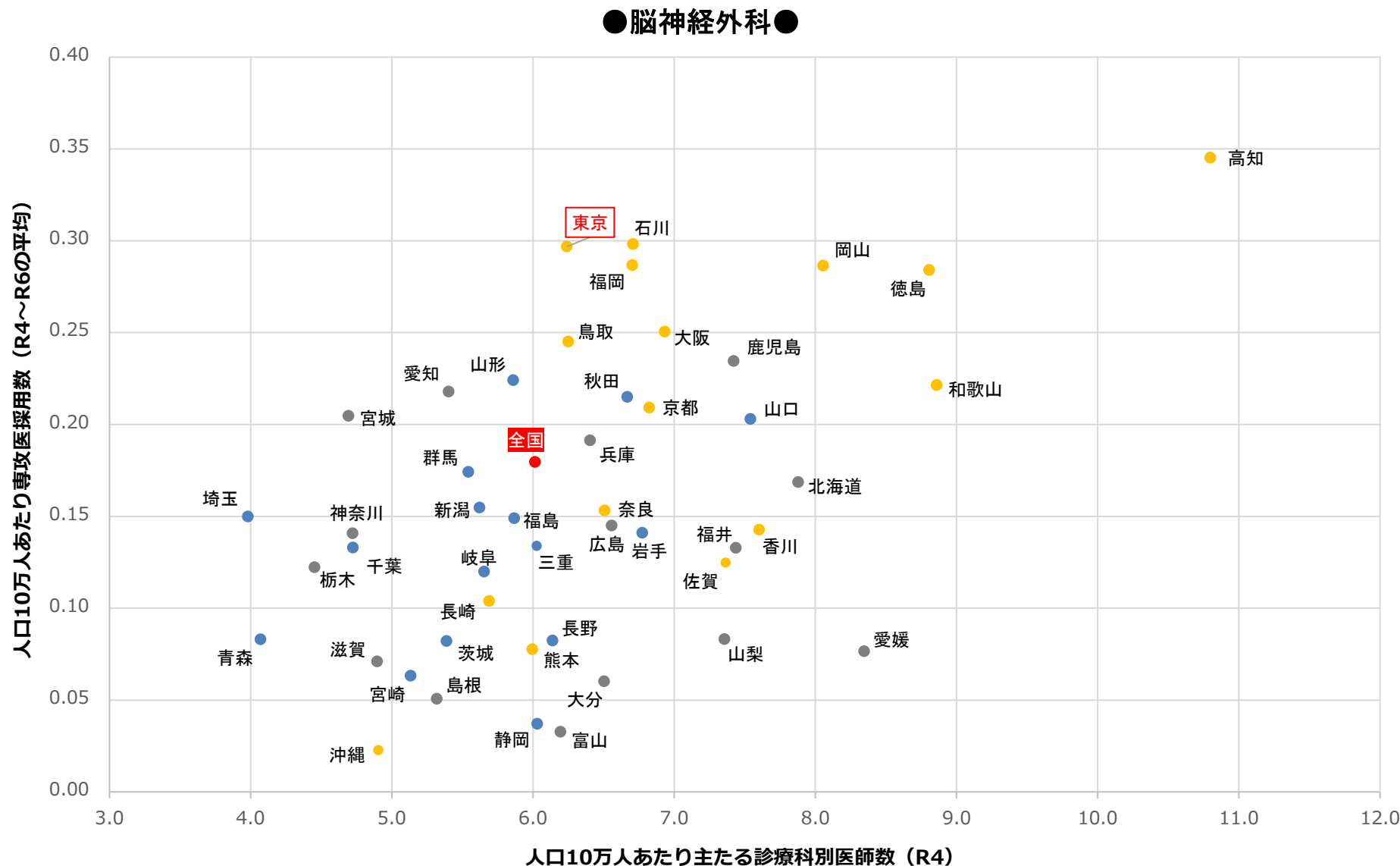
※主たる診療科別医師数は、「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和4年）の医療施設従事医師数（主たる診療科）の人数を集計  
 ※人口10万人あたりを算出するに当たっては、総務省「人口推計（2022年（令和4年）10月1日現在）」を使用

■ 医師多数県 ■ 医師中程度県 ■ 医師少数県  
 （令和6年1月10日更新：医師偏在指標による）

□ シーリング対象都道府県 (R3~)

# 人口10万人あたり専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較

令和6年度第2回 医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会 令和6年9月9日	資料2
--	-----



※主たる診療科別医師数は、「医師・歯科医師・薬剤師統計」(令和4年)の医療施設従事医師数(主たる診療科)の人数を集計  
 ※人口10万人あたりを算出するに当たっては、総務省「人口推計(2022年(令和4年)10月1日現在)」を使用

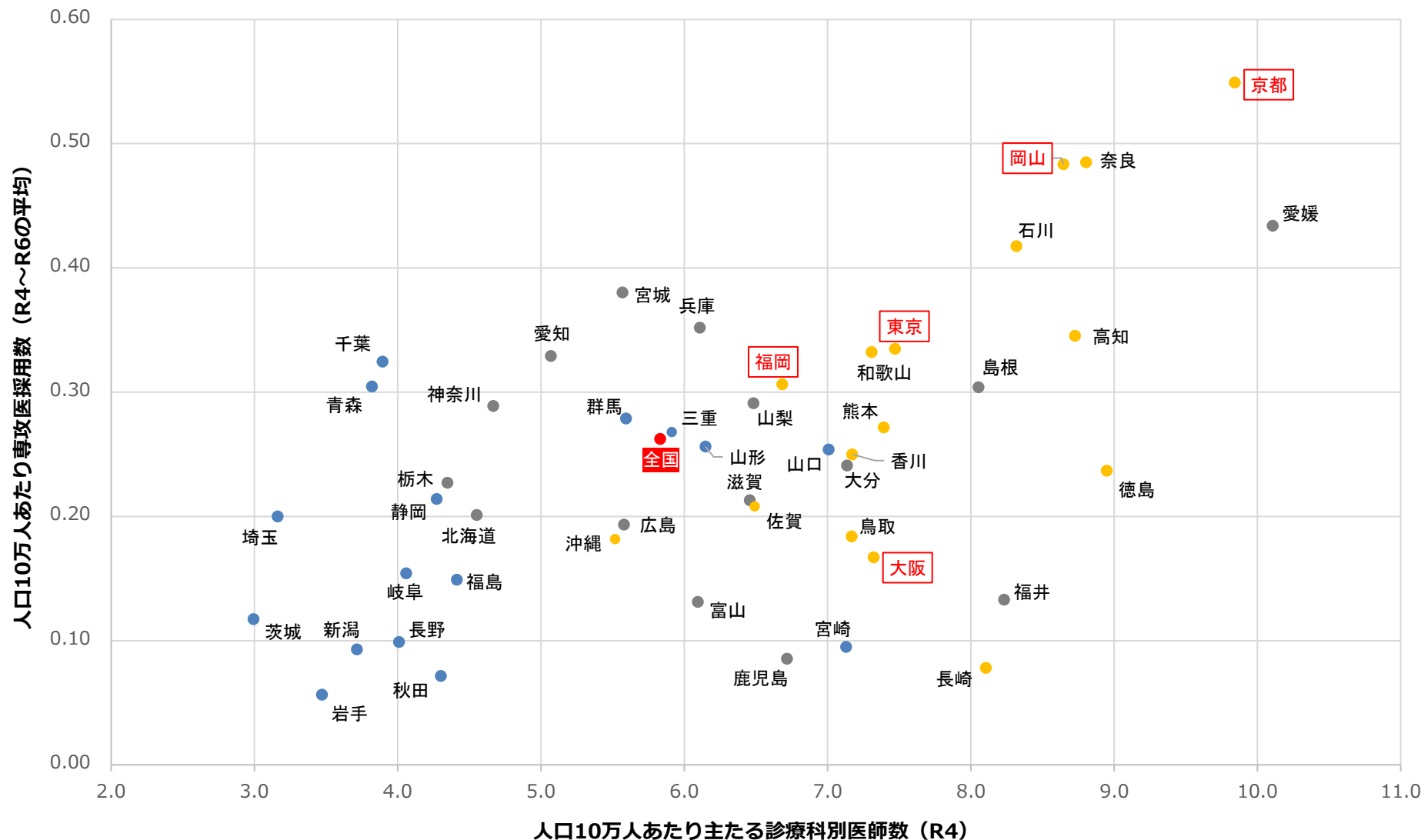
令和6年1月10日更新: 医師偏在指標による

シーリング対象都道府県 (R3~)

# 人口10万人あたり専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較

令和6年度第2回 医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会	資料2
令和6年9月9日	

## ●放射線科●

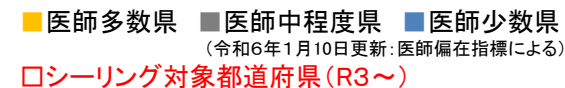


※主たる診療科別医師数は、「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和4年）の医療施設従事医師数（主たる診療科）の人数を集計  
 ※人口10万人あたりを算出するに当たっては、総務省「人口推計（2022年（令和4年）10月1日現在）」を使用

■ 医師多数県 ■ 医師中程度県 ■ 医師少数県  
 （令和6年1月10日更新：医師偏在指標による）

□ シーリング対象都道府県 (R3~)

令和6年度第2回 医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会 令和6年9月9日	資料2
--	-----

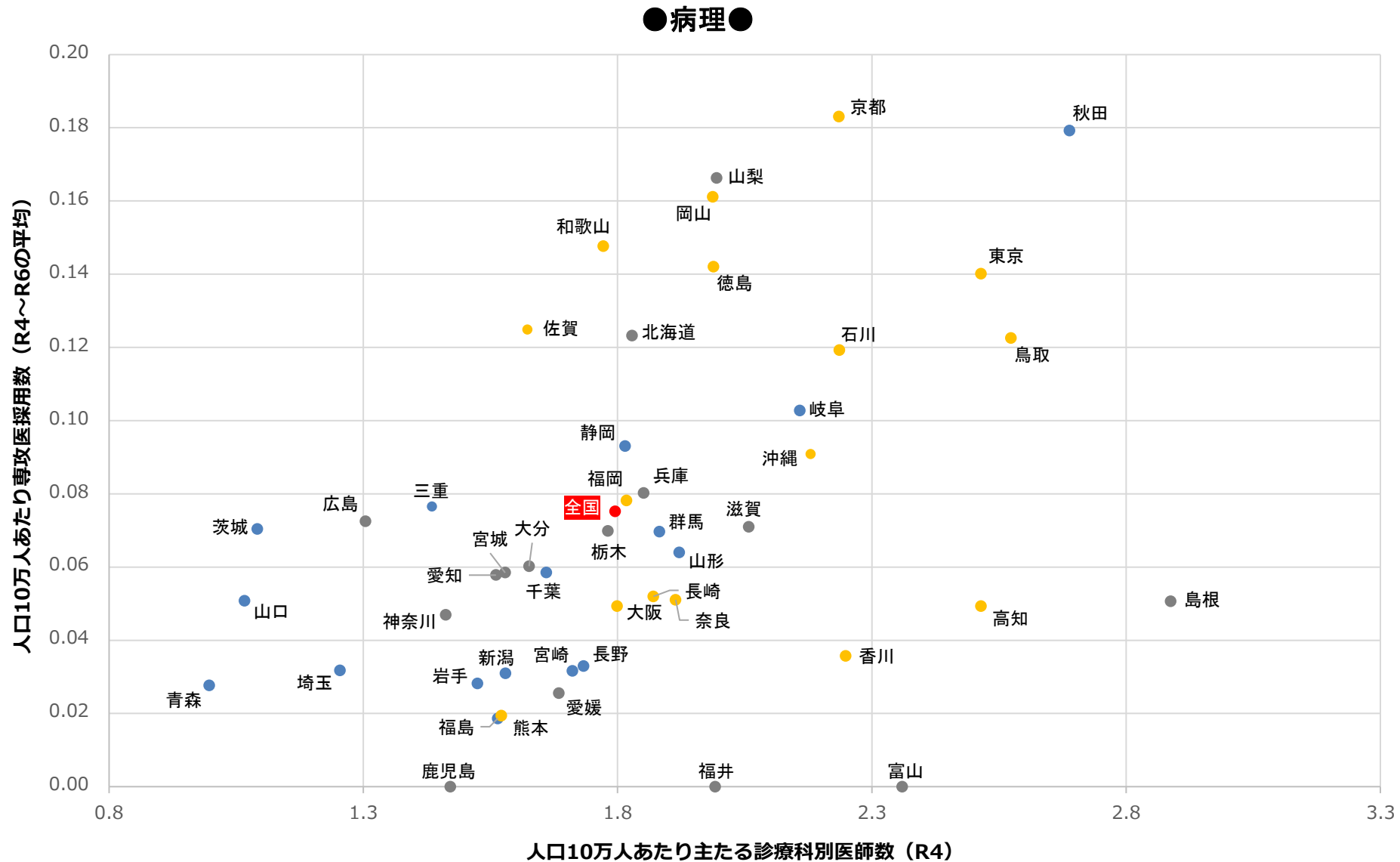


□シーリング対象都道府県(R3～)



# 人口10万人あたり専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較

令和6年度第2回 医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会	資料2
令和6年9月9日	



※主たる診療科別医師数は、「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和4年）の医療施設従事医師数（主たる診療科）の人数を集計  
 ※人口10万人あたりを算出するに当たっては、総務省「人口推計（2022年（令和4年）10月1日現在）」を使用

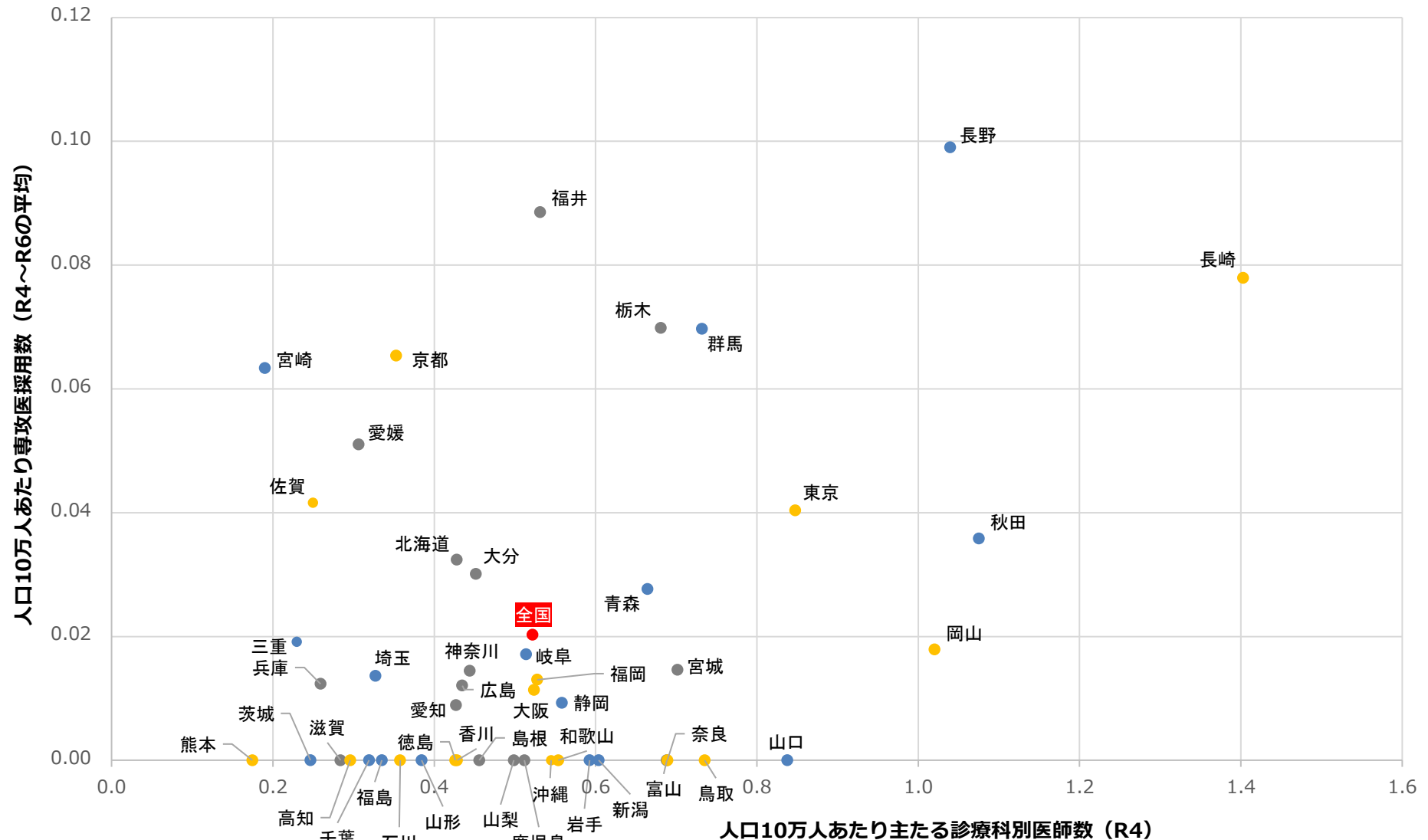
令和6年1月10日更新：医師偏在指標による

シーリング対象都道府県 (R3~)

# 人口10万人あたり専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較

令和6年度第2回 医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会 令和6年9月9日	資料2
--	-----

## ●臨床検査●

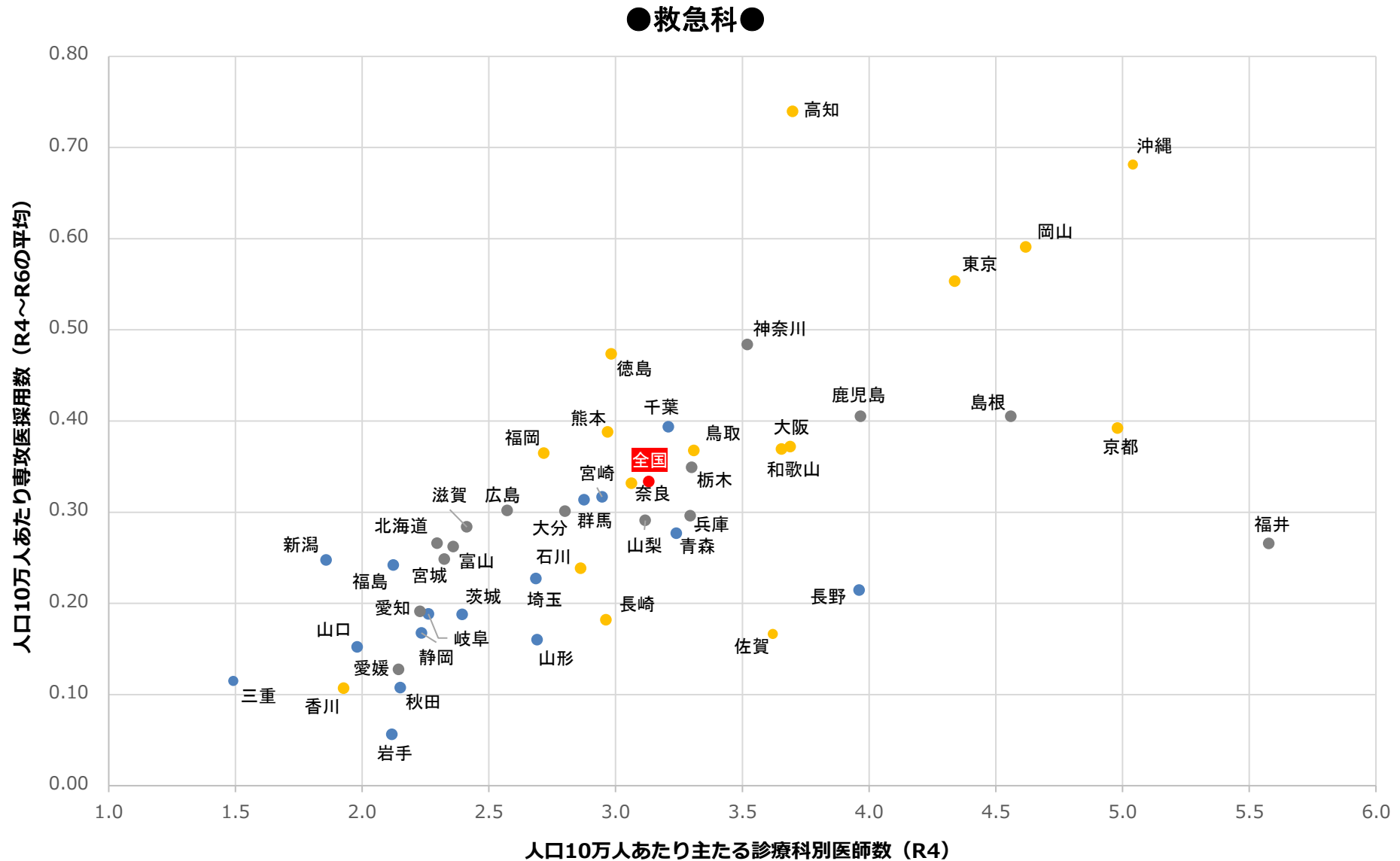


※主たる診療科別医師数は、「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和4年）の医療施設従事医師数（主たる診療科）の人数を集計  
 ※人口10万人あたりを算出するに当たっては、総務省「人口推計（2022年（令和4年）10月1日現在）」を使用

令和6年1月10日更新：医師偏在指標による

# 人口10万人あたり専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較

令和6年度第2回 医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会 令和6年9月9日	資料2
--	-----



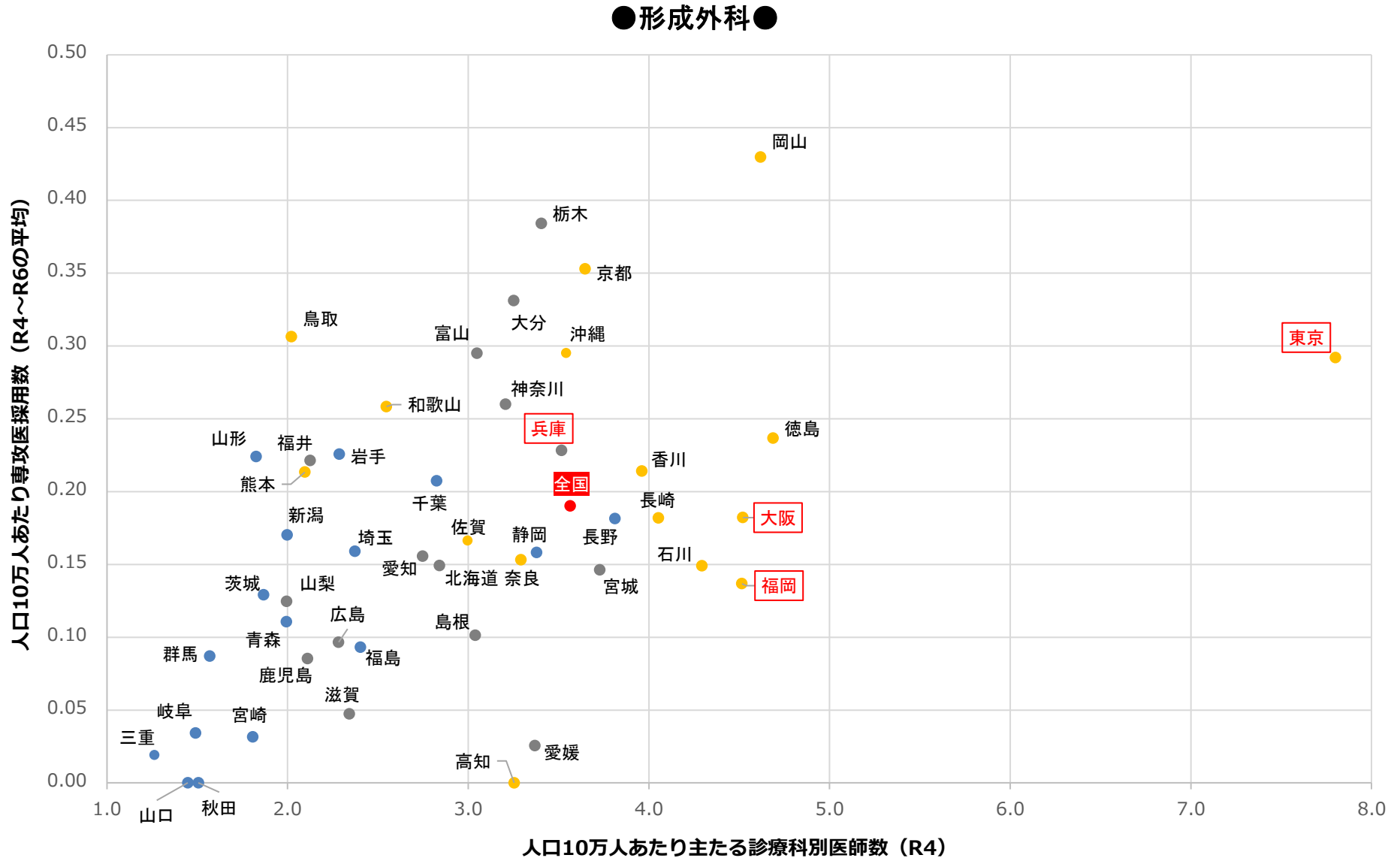
※主たる診療科別医師数は、「医師・歯科医師・薬剤師統計」(令和4年)の医療施設従事医師数(主たる診療科)の人数を集計  
 ※人口10万人あたりを算出するに当たっては、総務省「人口推計(2022年(令和4年)10月1日現在)」を使用

■ 医師多数県 ■ 医師中程度県 ■ 医師少数県  
 (令和6年1月10日更新: 医師偏在指標による)

□シーリング対象都道府県(R3~)

# 人口10万人あたり専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較

令和6年度第2回 医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会 令和6年9月9日	資料2
--	-----

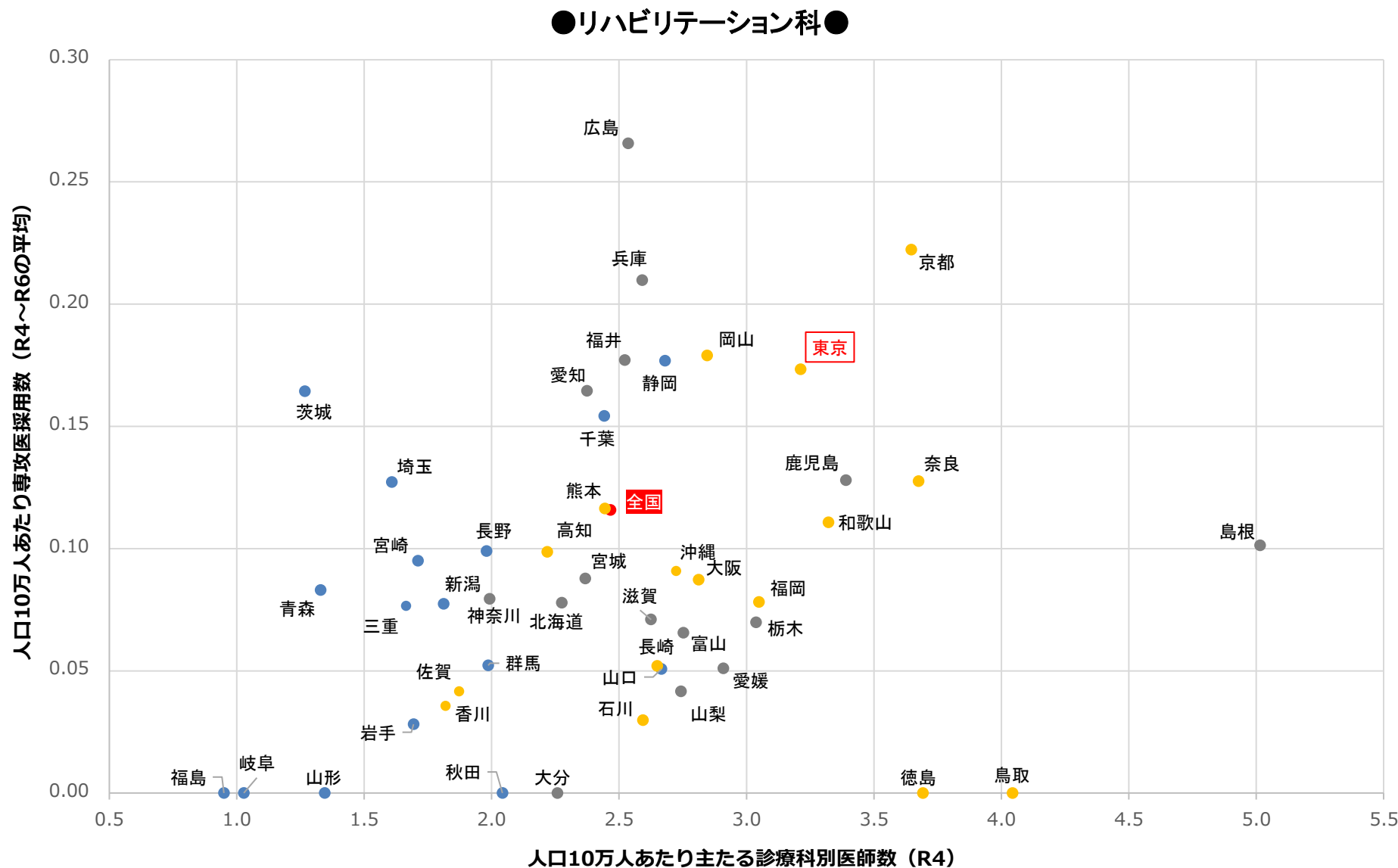


※主たる診療科別医師数は、「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和4年）の医療施設従事医師数（主たる診療科）が、形成外科、美容外科である人数を集計  
※人口10万人あたりを算出するに当たっては、総務省「人口推計（2022年（令和4年）10月1日現在）」を使用

■医師多数県 ■医師中程度県 ■医師少数県  
（令和6年1月10日更新：医師偏在指標による）  
□シーリング対象都道府県（R3～）

# 人口10万人あたり専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較

令和6年度第2回 医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会 令和6年9月9日	資料2
--	-----



※主たる診療科別医師数は、「医師・歯科医師・薬剤師統計」(令和4年)の医療施設従事医師数(主たる診療科)の人数を集計  
 ※人口10万人あたりを算出するに当たっては、総務省「人口推計(2022年(令和4年)10月1日現在)」を使用

令和6年1月10日更新: 医師偏在指標による  
 □シーリング対象都道府県 (R3～)

参考：関連施策



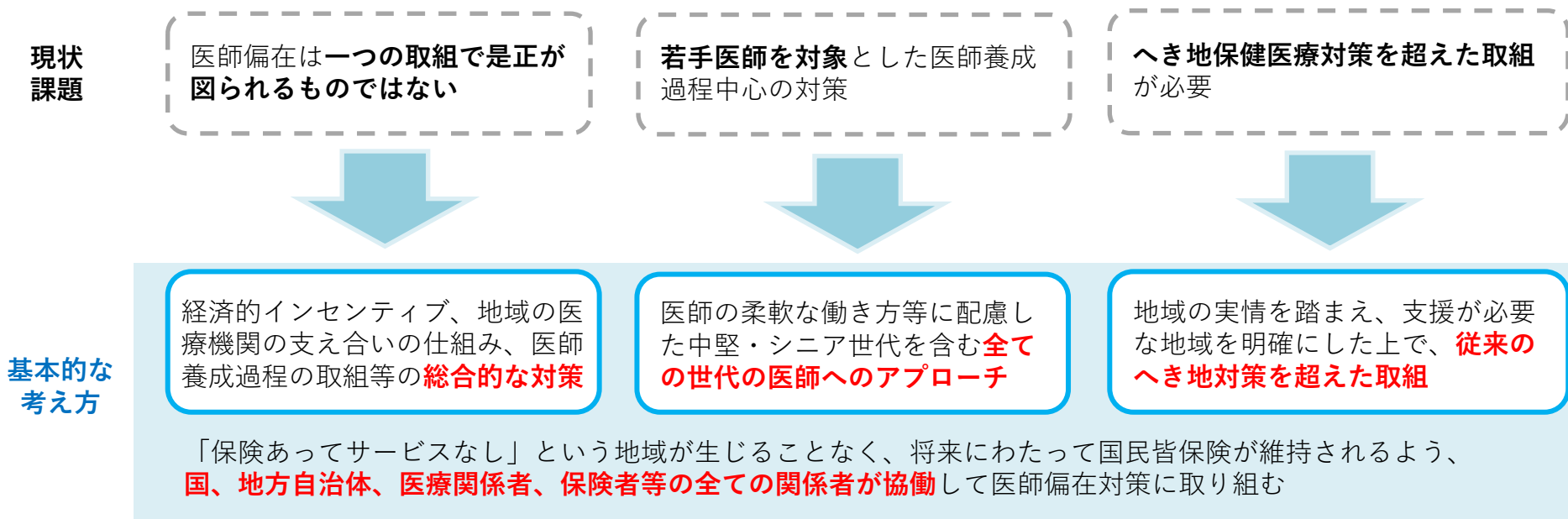
- 医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ

- 地域ごとに人口構造が急激に変化する中で、将来にわたり地域に必要な医療提供体制を確保し、適切な医療サービスを提供するため、以下の基本的な考え方に基づき、制度改革を含め必要な対応に取り組み、**実効性のある総合的な医師偏在対策**を推進する。

- **総合的な医師偏在対策**について、医療法に基づく**医療提供体制確保の基本方針に位置付ける**。

※ 医師偏在対策は、新たな地域医療構想、働き方改革、美容医療への対応、オンライン診療の推進等と一体的に取り組む。

## 【基本的な考え方】



- ・ 医師偏在対策の効果を施行後5年目途に検証し、十分な効果が生じていない場合には、更なる医師偏在対策を検討
- ・ 医師確保計画により3年間のPDCAサイクルに沿った取組を推進

【総合的な対策パッケージの具体的な取組】

若手

中堅・シニア世代

医師養成過程を通じた取組

<医学部定員・地域枠>

- ・医学部臨時定員について、医師の偏在対策に資するよう、都道府県等の意見を十分に聞きながら、必要な対応を進める
- ・医学部臨時定員の適正化を行う医師多数県において、大学による恒久定員内の地域枠設置等への支援を行う
- ・今後の医師の需給状況を踏まえつつ、2027年度以降の医学部定員の適正化の検討を速やかに行う

<臨床研修>

- ・広域連携型プログラム※の制度化に向けて令和8年度から開始できるよう準備
- ※ 医師少数県等で24週以上の研修を実施

医師確保計画の実効性の確保

<重点医師偏在対策支援区域>

- ・今後も定住人口が見込まれるが人口減少より医療機関の減少スピードが速い地域等を「重点医師偏在対策支援区域」と設定し、優先的・重点的に対策を進める
- ・重点区域は、厚労省の示す候補区域を参考としつつ、都道府県が可住地面積あたり医師数、アクセス、人口動態等を考慮し、地域医療対策協議会・保険者協議会で協議の上で選定（市区町村単位・地区単位等を含む）

<医師偏在是正プラン>

- ・医師確保計画の中で「医師偏在是正プラン」を策定。地対協・保険者協議会で協議の上、重点区域、支援対象医療機関、必要な医師数、取組等を定める
- ※ 医師偏在指標について、令和9年度からの次期医師確保計画に向けて必要な見直しを検討

地域偏在対策における経済的インセンティブ等

<経済的インセンティブ>

- ・令和8年度予算編成過程で重点区域における以下のような支援について検討
  - ・診療所の承継・開業・地域定着支援（緊急的に先行して実施）
  - ・派遣医師・従事医師への手当増額（保険者から広く負担を求め、給付費の中で一体的に捉える。保険者による効果等の確認）
  - ・医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関へ支援
  - ※ これらの支援については事業費総額等の範囲内で支援
- ・医師偏在への配慮を図る観点から、診療報酬の対応を検討

<全国的なマッチング機能の支援、リカレント教育の支援>

- ・医師の掘り起こし、マッチング等の全国的なマッチング支援、総合的な診療能力を学び直すためのリカレント教育を推進
- <都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定>
  - ・都道府県と大学病院等で医師派遣・配置、医学部地域枠、寄附講座等に関する連携パートナーシップ協定の締結を推進

地域の医療機関の支え合いの仕組み

<医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大等>

- ・対象医療機関に公的医療機関及び国立病院機構・地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構の病院を追加
- ・勤務経験期間を6か月以上から1年以上に延長。施行に当たって柔軟な対応を実施

<外来医師過多区域における新規開業希望者への地域で必要な医療機能の要請等>

- ・都道府県から外来医師過多区域の新規開業希望者に対し、開業6か月前に提供予定の医療機能等の届出を求め、協議の場への参加、地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請を可能とする
- ・要請に従わない医療機関への医療審議会での理由等の説明の求めや勧告・公表、保険医療機関の指定期間の6年から3年等への短縮

<保険医療機関の管理者要件>

- ・保険医療機関に管理者を設け、2年の臨床研修及び保険医療機関(病院に限る)において3年等保険診療に従事したことを要件とし、責務を課す

診療科偏在の是正に向けた取組

- ・必要とされる分野が若手医師から選ばれるための環境づくり等、処遇改善に向けた必要な支援を実施
- ・外科医師が比較的長時間の労働に従事している等の業務負担への配慮・支援等の観点での手厚い評価について必要な議論を行う

## 医師養成過程における取組

(医学部定員、地域枠、臨床研修等)

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare

## 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

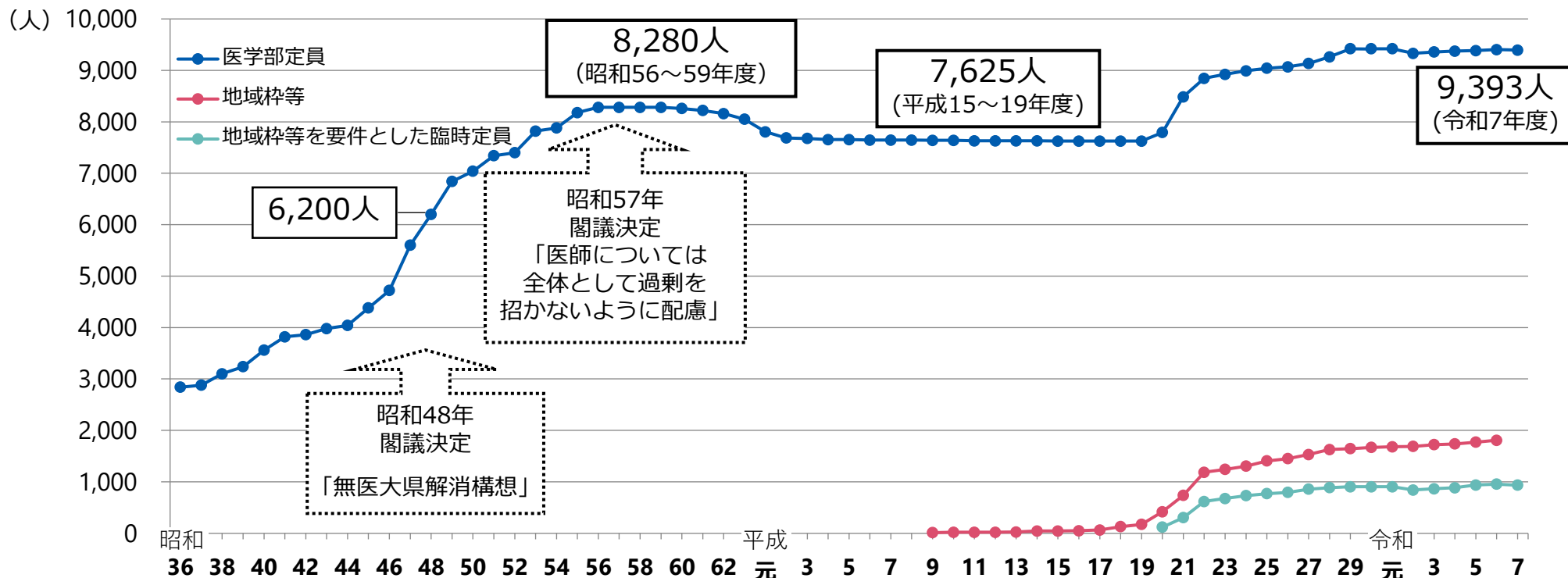
地域の医療を支えている勤務医が、安心して働き続けられる環境を整備することが重要であることから、都道府県ごとに設置された医療勤務環境改善支援センター等による医療機関への支援を通じて、適切な労務管理や労働時間短縮などの医師の働き方改革を推進。具体的には、

- 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

# 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6年1,808人（19.5%））

※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	R7
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	9,393
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	9,270
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	7,595	—
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	1,808	—
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%	19.5%	—
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	936
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%	10.1%

※自治医科大学は、設立の趣旨に鑑み地域枠等からは除く。

（地域枠等及び地域枠等を要件とした臨時定員の人数について、令和6年文部科学省医学教育課調べ） 82



# 地域枠及び地元出身者枠数について（R6）

第5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7月3日  
資料1  
一部改

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	106	56	15	0	27	27
岩手	94	1	0	0	37	25
宮城	181	30	0	0	7	7
秋田	102	2	2	0	29	24
山形	106	6	5	0	8	8
福島	86	0	0	0	47	0
茨城	107	4	3	0	62	37
栃木	110	0	0	0	10	0
群馬	105	0	0	0	18	18
埼玉	110	0	0	0	47	2
千葉	240	5	0	0	34	0
東京	1,402	5	5	0	20	20
神奈川	415	27	16	0	25	25
新潟	100	0	0	0	77	25
富山	100	0	0	0	12	12
石川	215	1	1	0	10	0
福井	105	0	0	0	10	5
山梨	105	15	15	0	24	24
長野	105	7	0	0	20	0
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	11	9	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	0	15	0
和歌山	90	20	0	0	12	10
鳥取	85	12	10	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	0	0	0	17	17
徳島	100	5	5	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	3	0	5	5
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、東北医科薬科大学の恒久定員内地域枠の一部は、複数の県のいずれかの  
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。自治医科大学の恒  
久定員及び臨時定員23枠は、栃木県指定枠3枠を含み本表には含まない。）

黄：医師多数県  
青：医師少数県  
※現医師確保計画（R6年度）に  
用いられている医師偏在指標による

# 医学部卒業後の地域への医師の定着に係る意向の状況

医学部卒業後の地域への医師の定着に係る意向の割合をみると、地域枠や地元出身者はその割合が高い。

## 医学部卒業後の医師定着に係る意向の割合

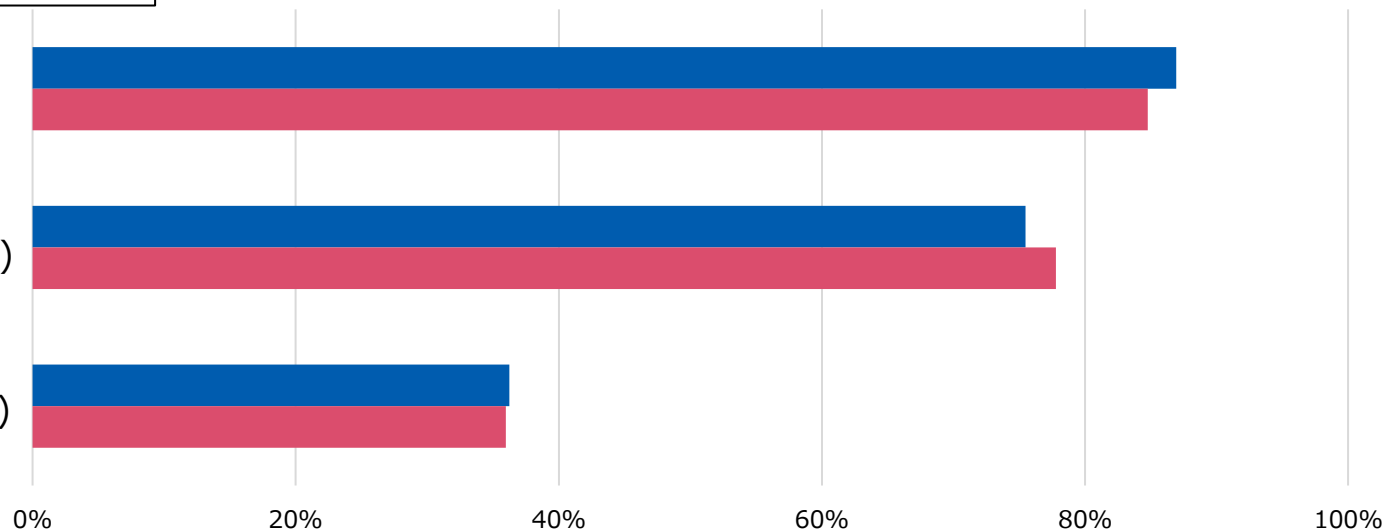
①地域枠

②地域枠以外（地元出身者\*）

③地域枠以外（他県出身者\*）

\* ②，③共に大学はA県に所在の場合

（下図参照）

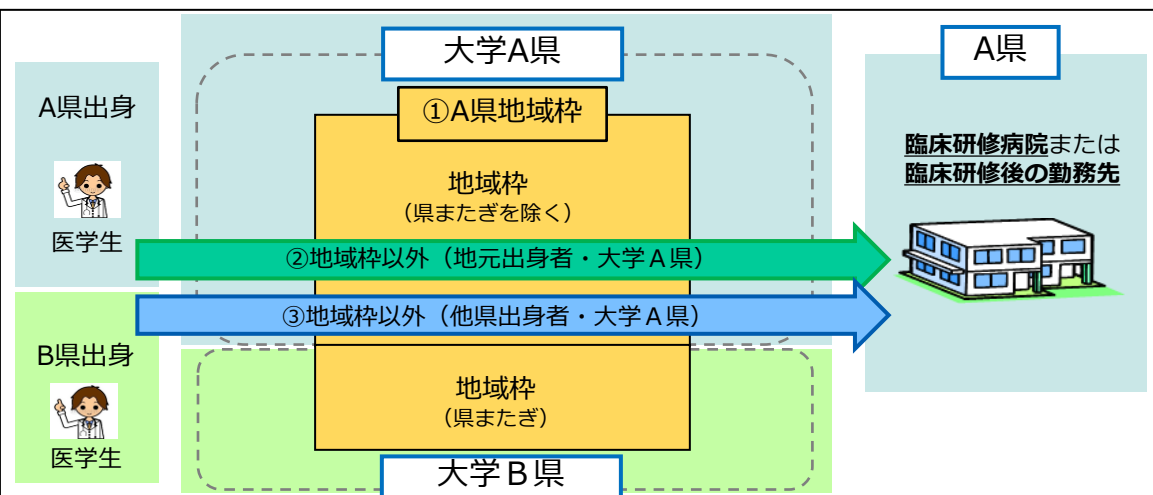


上段：A県で臨床研修を行った割合

下段：A県で臨床研修修了後に勤務する割合

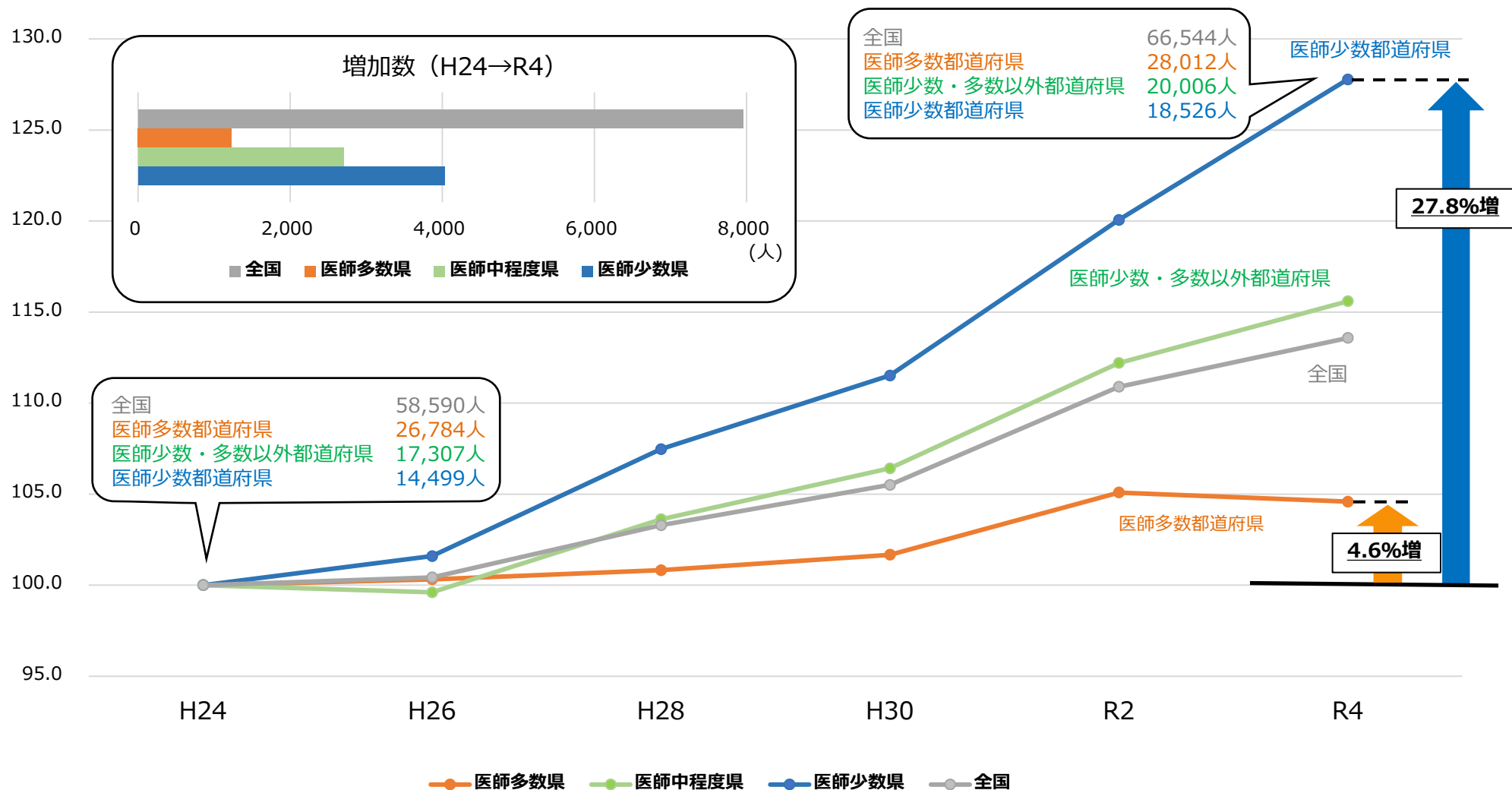
出典：臨床研修修了者アンケート調査（令和2～令和4年）厚生労働省調べ

- ※ A県は任意の都道府県。B県はA県以外の都道府県。（特定の一つの都道府県のデータはなく、全ての都道府県のデータから算出。）
- ※ 出身地又は大学が海外の場合及び当該項目について無回答の場合は除外。
- ※ 出身地：高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県。
- ※ 県またぎ地域枠：出身大学の所在地以外の都道府県（A県）における勤務義務がある地域枠。
- ※ 自治医科大学、防衛医科大学及び産業医科大学は除外。



## 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医師の数は、医師多数都道府県と比較し伸びており、若手医師については地域偏在が縮小してきている。



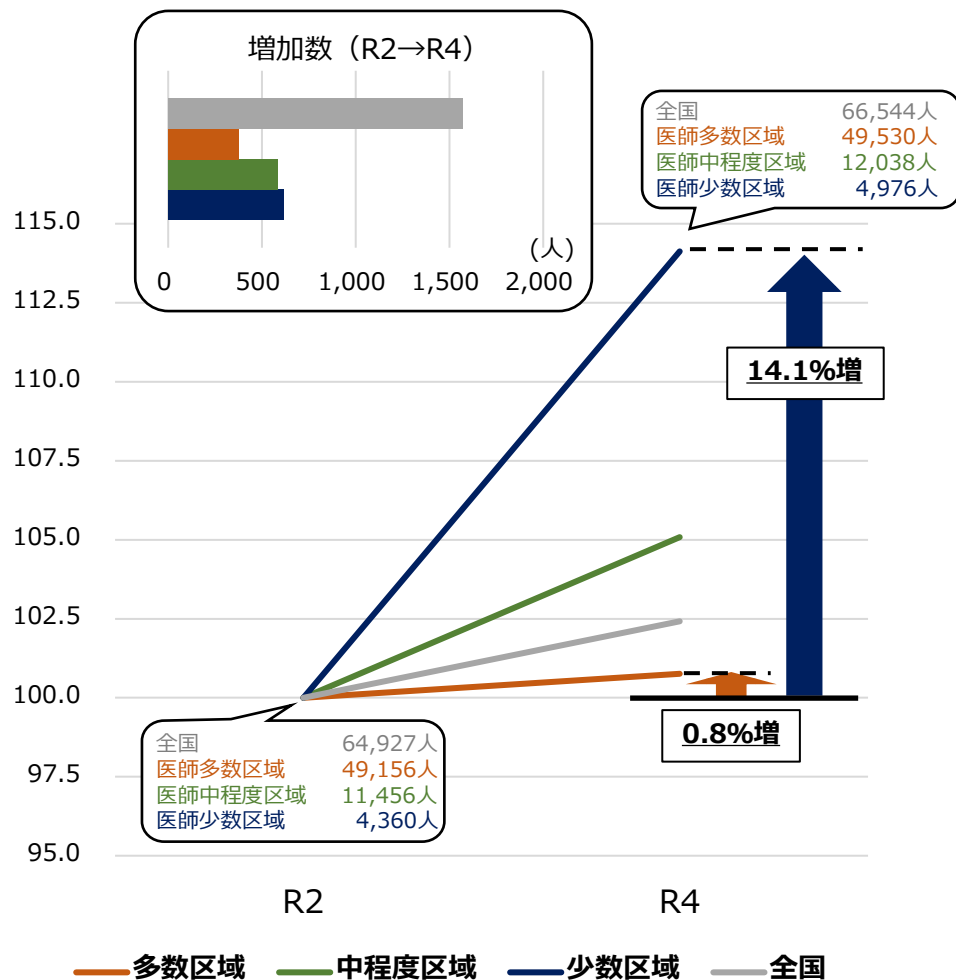
※**医師多数都道府県**：医師偏在指標の上位33.3%の都道府県  
**医師少数都道府県**：医師偏在指標の下位33.3%の都道府県  
**医師少数・多数以外都道府県**：医師偏在指標の上位・下位33.3%以外の都道府県

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

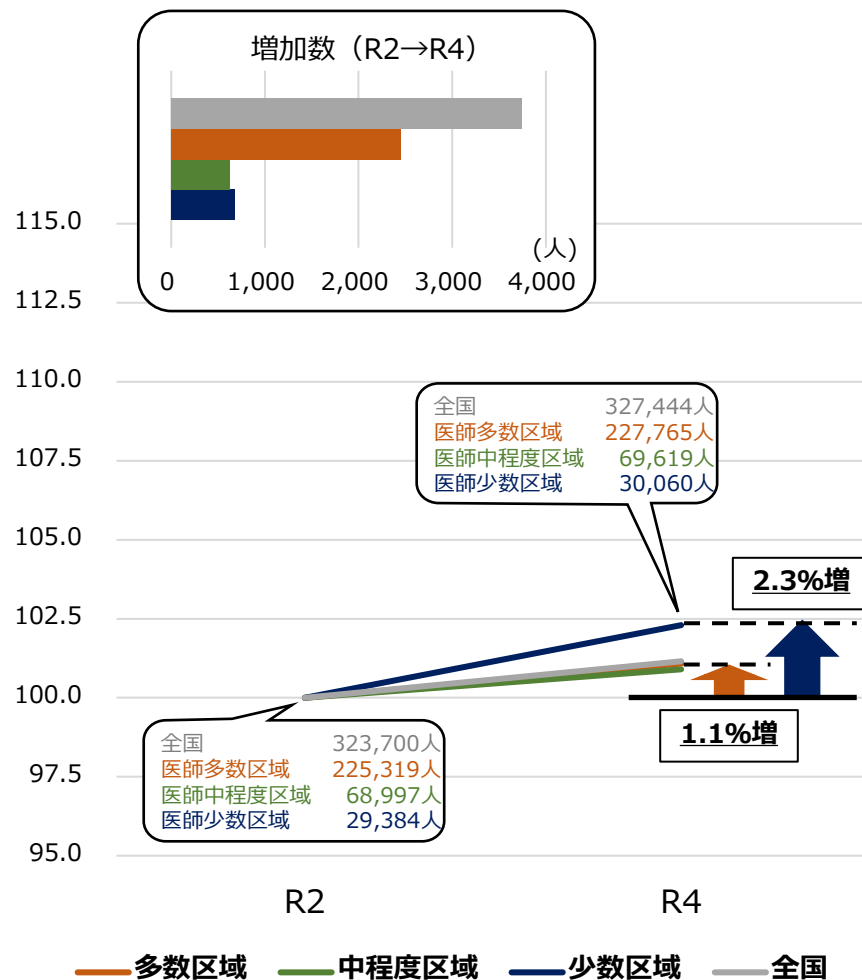
# 二次医療圏別における医療施設従事医師数推移（令和2年を100とした場合）

- 医師少数区域では、その他の区域と比較して、特に若手医師（35歳未満）の増加数及び増加率ともに大きい。
- 全ての世代の医師については、医師少数区域における増加率はやや大きいものの、増加数は小さい。

## 35歳未満医療施設従事医師数の推移



## 医療施設従事医師数の推移

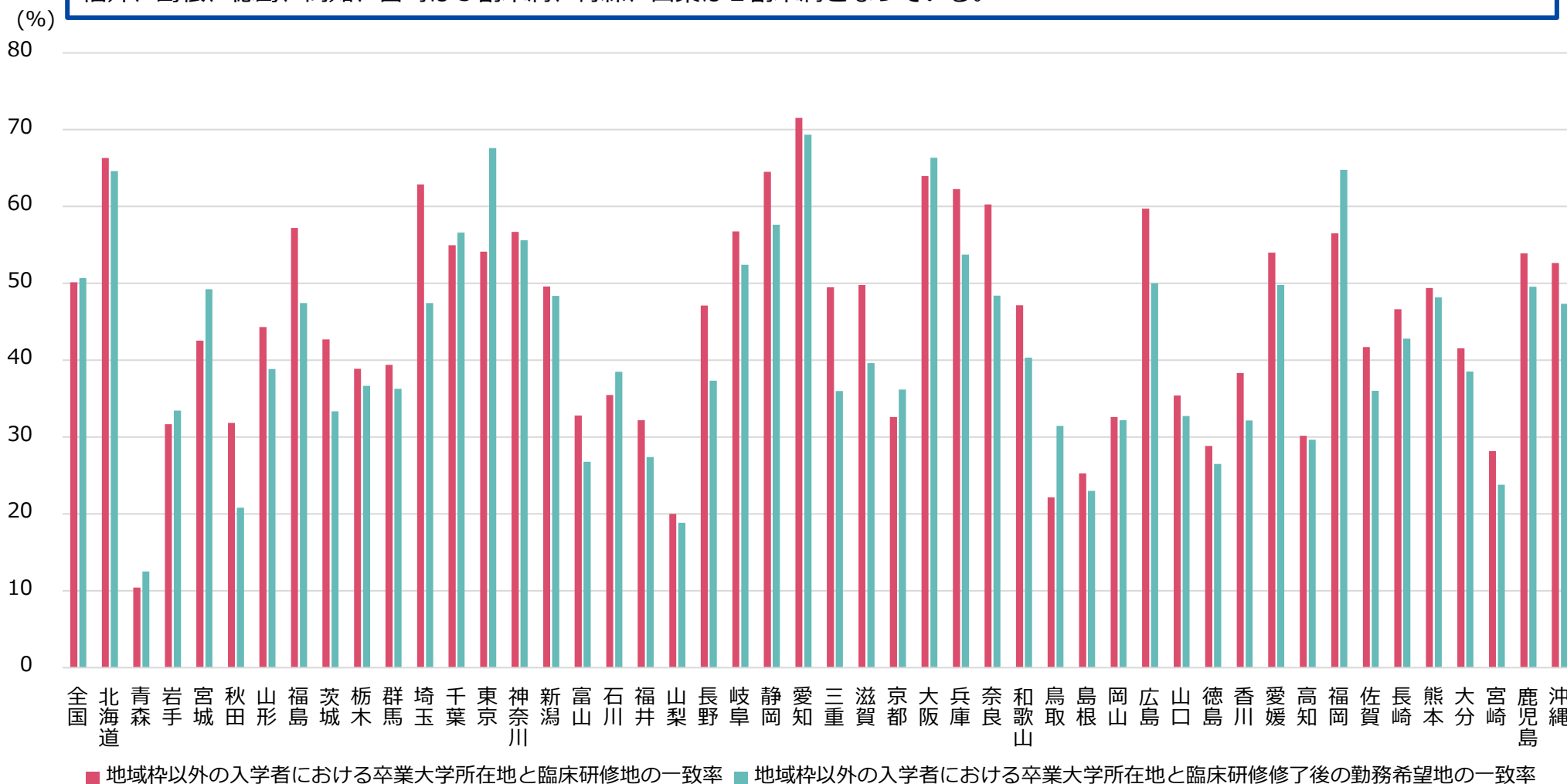


※医師多数/中程度/少数区域：第7次医師確保計画における二次医療圏ごとの医師偏在指標に基づく集計

出典：医師・歯科医師・薬剤師統計（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

# 地域枠以外の入学者における 卒業大学所在地と臨床研修地及び臨床研修修了後の勤務希望地の一致率

地域枠以外の入学者における卒業大学所在地と臨床研修修了後の勤務希望地の一致率は、全国平均では5割程度だが、秋田、富山、福井、島根、徳島、高知、宮崎は3割未満、青森、山梨は2割未満となっている。



- ※ 地域枠以外の入学者とは、「地域医療等に従事する意思を持った学生選抜枠」で入学していないと回答した者
- ※ 自治医科大学、産業医科大学、防衛医科大学については除外
- ※ 大学が海外の場合及び当該項目について無回答の場合は除外

## 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

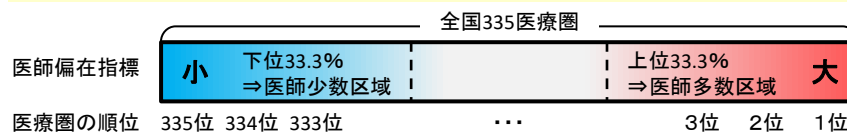
三次医療圏・二次医療圏ごとに、**医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成等を踏まえた**医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

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
- ・ 医師偏在の種別（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。

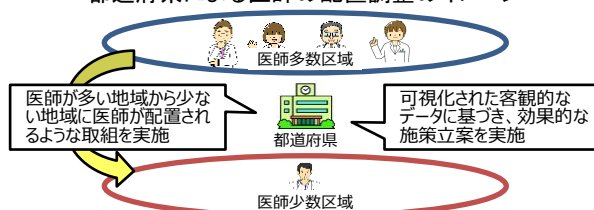
- （例）・ 大学医学部の地域枠を15人増員する
- ・ 地域医療対策協議会で、医師多数区域のA医療圏から医師少数区域のB医療圏へ10人の医師を派遣する調整を行う等

## 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



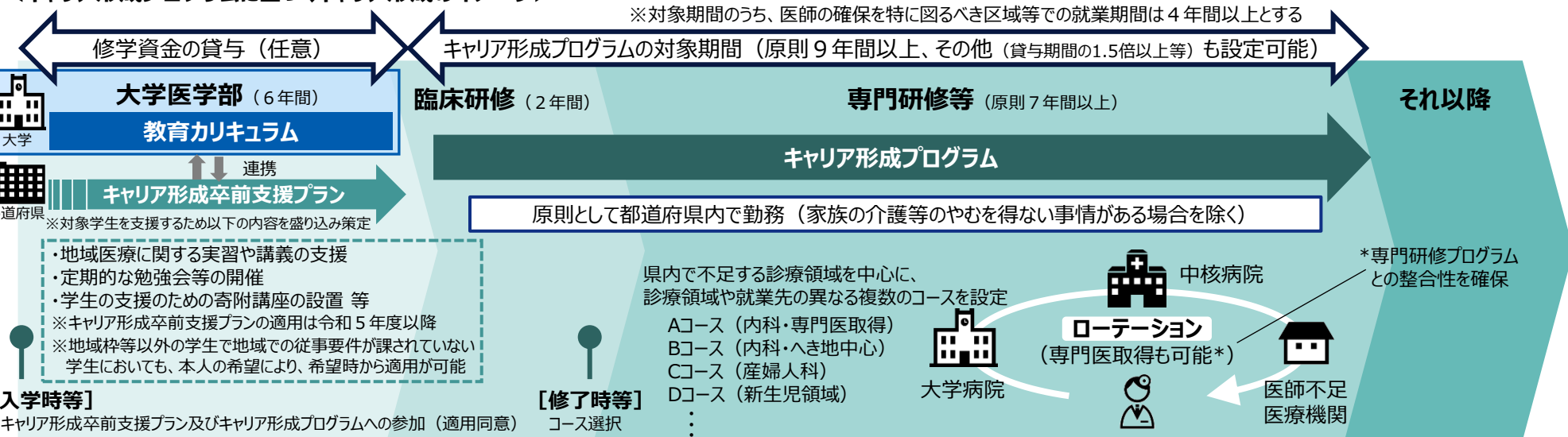


# キャリア形成プログラムについて

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）

# 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

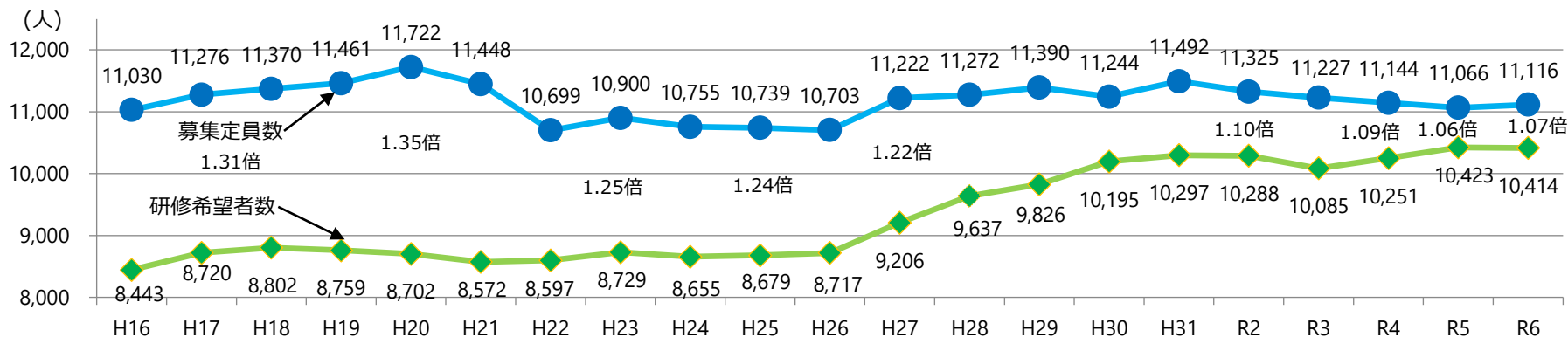
○研修希望者に見合った募集定員の総枠を設定するとともに、研修医の地域的な適正配置を誘導するため、人口分布を始め医師養成規模・地理的条件等を考慮した都道府県別の募集定員の上限を設定する。

・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

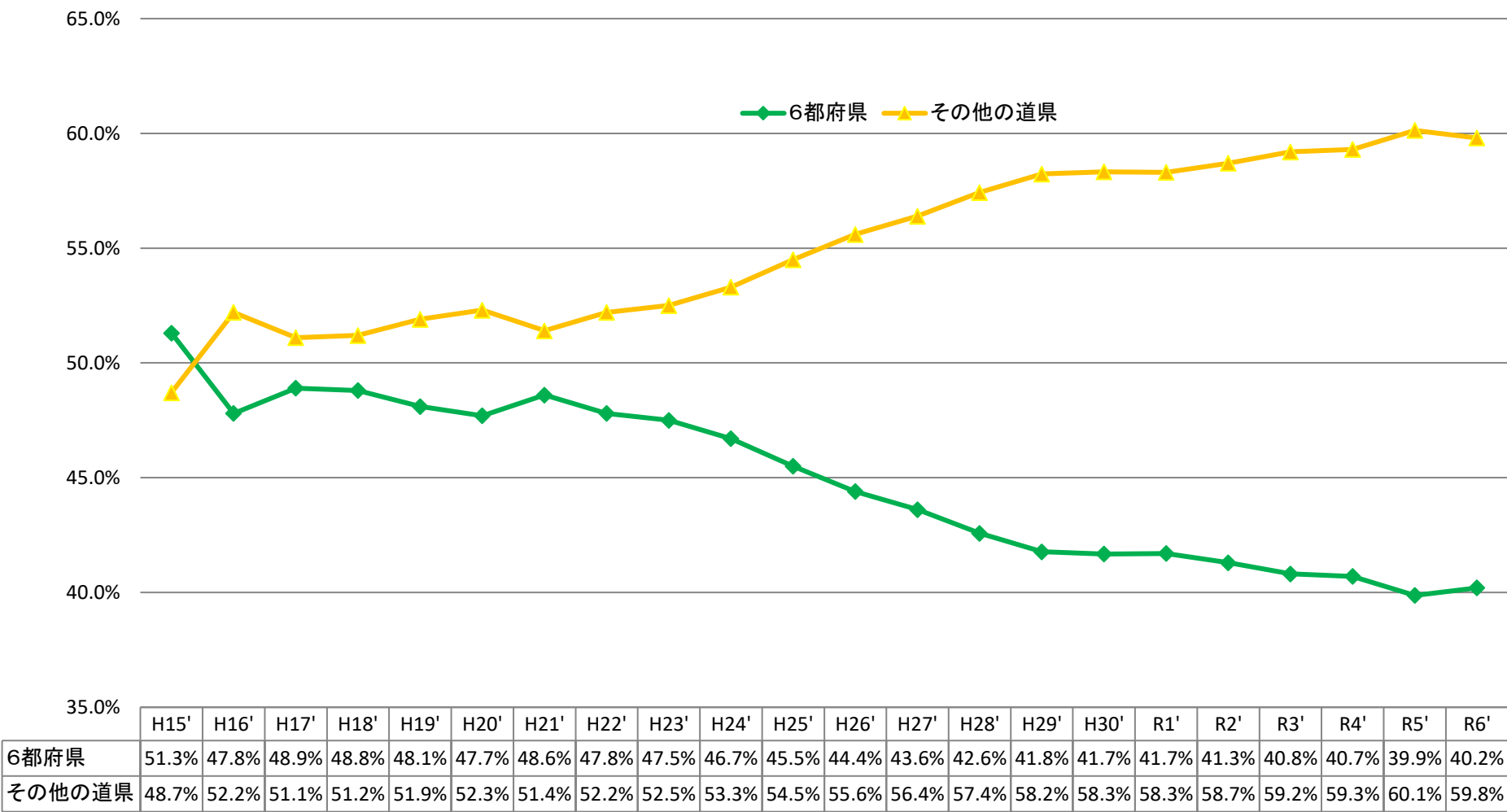
・令和3年度から臨床研修を開始する研修医について、各都道府県が、厚生労働省が設定した各都道府県の募集定員上限の範囲内で、当該都道府県内の病院の募集定員を設定

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〈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40.2%（令和6年度）まで減少している



（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、このような研修が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。

**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%



## 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。

## 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。

## 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。

※令和7年度概算要求においては、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経費等を要求。

- 新たな地域医療構想



# これまでの主な議論（新たな地域医療構想の基本的な方向性（案））

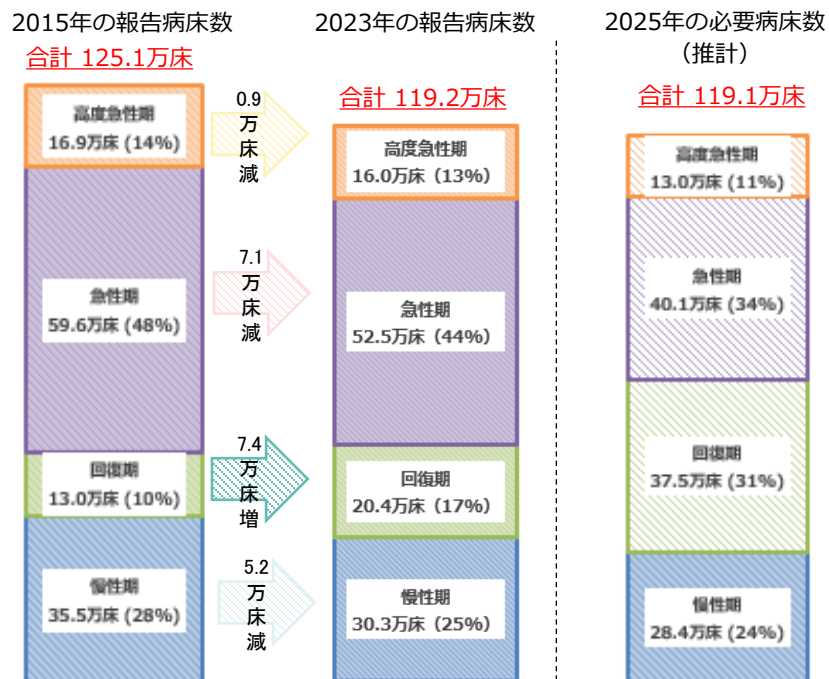
## 現行の地域医療構想

### 病床の機能分化・連携

団塊の世代が全て75歳以上となる2025年に向けて、高齢者の医療需要が増加することが想定される。

このため、約300の構想区域を対象として、**病床の機能分化・連携を推進**するための2025年に向けた地域医療構想を策定。

#### ＜全国の報告病床数と必要病床数＞



※ 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

## 新たな地域医療構想

**入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の課題解決を図るための地域医療構想へ**

2040年頃に向けて、医療・介護の複合ニーズ等を抱える85歳以上の増加、人材確保の制約、地域差の拡大が想定される。

こうした中、限られた医療資源で、増加する高齢者救急・在宅医療需要等に対応するため、**病床の機能分化・連携に加え、医療機関機能（高齢者救急の受入、在宅医療の提供、救急・急性期の医療提供等）に着目し、**地域の实情に応じて、**「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化を推進。**

#### ＜新たな地域医療構想における基本的な方向性＞

##### 地域の患者・要介護者を支えられる地域全体を俯瞰した構想

85歳以上の高齢者の増加に伴う高齢者救急や在宅医療等の医療・介護需要の増大等、2040年頃を見据えた課題に対応するため、入院に限らず医療提供体制全体を対象とした地域医療構想を策定する。

##### 今後の連携・再編・集約化をイメージできる医療機関機能に着目した医療提供体制の構築

病床機能だけでなく、急性期医療の提供、高齢者救急の受け皿、在宅医療提供の拠点等、地域で求められる医療機関の役割も踏まえ医療提供体制を構築する。

##### 限られたマンパワーにおけるより効率的な医療提供の実現

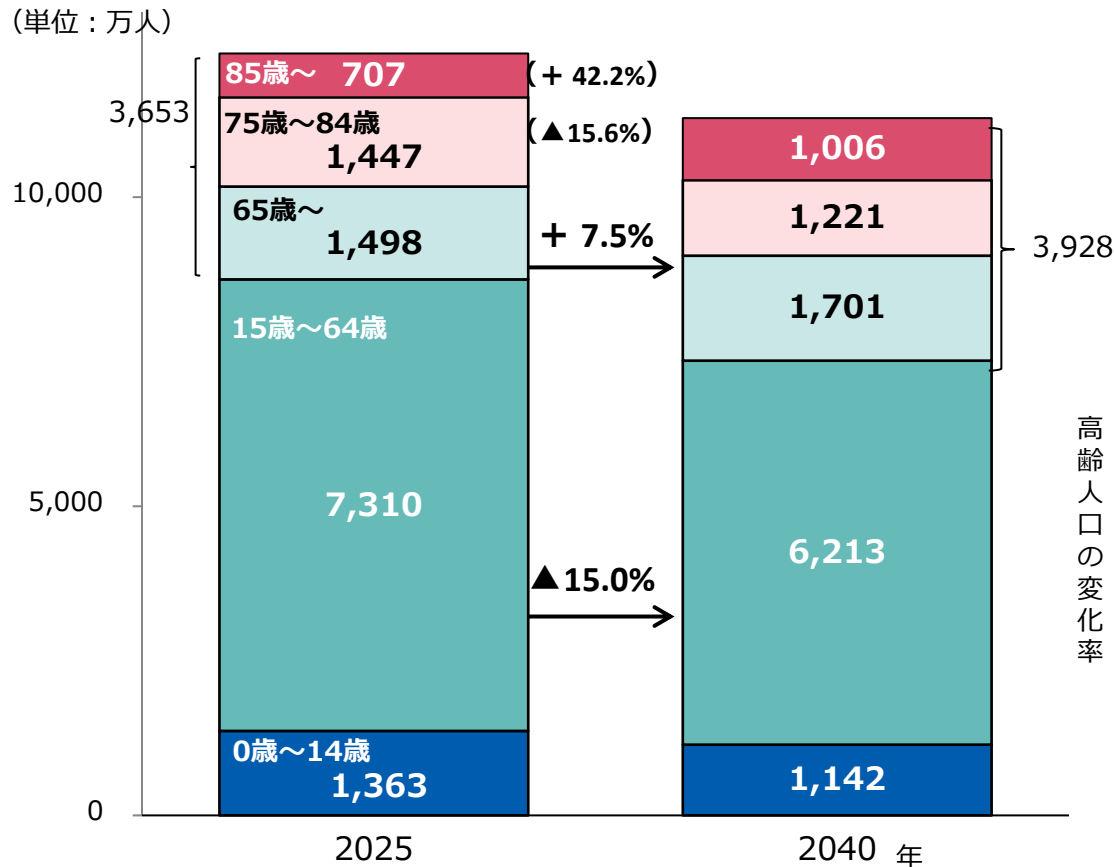
医療DXや働き方改革の取組、地域の医療・介護の連携強化等を通じて、生産性を向上させ、持続可能な医療提供体制モデルを確立する。

※ 都道府県において、令和8年度（2026年度）に新たな地域医療構想を策定し、令和9年度（2027年度）から取組を開始することを想定

# 2040年の人口構成について

- 2040年には、85歳以上人口を中心とした高齢化と生産年齢人口の減少が見られる。
- 地域ごとに見ると、生産年齢人口はほぼ全ての地域で減少し、高齢人口は、大都市部では増加、過疎地域では減少、地方都市部では高齢人口が増加する地域と減少する地域がある。

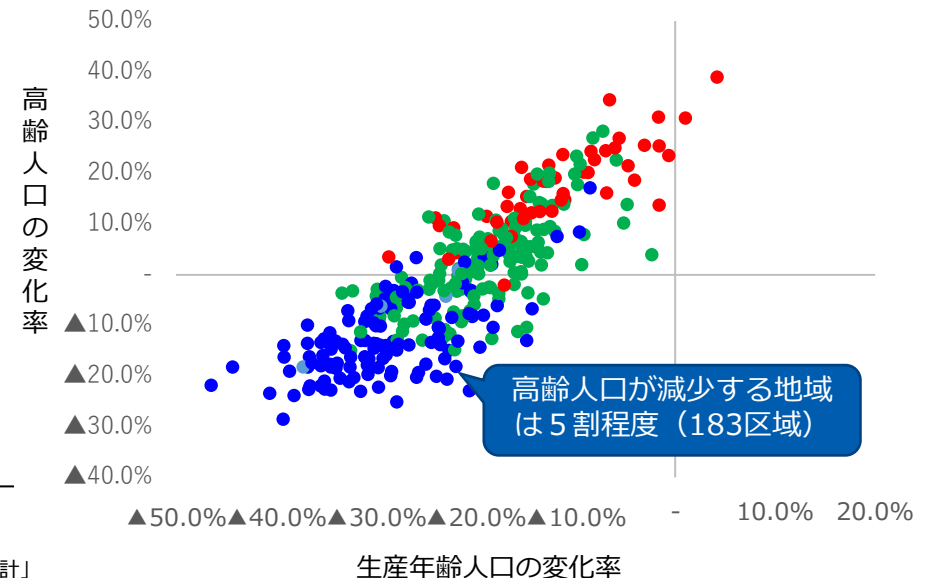
## <人口構造の変化>



## <2025年→2040年の年齢区分別人口の変化の状況>

	年齢区分別人口の変化率の平均値	
	生産年齢人口	高齢人口
● 大都市型	-11.9%	17.2%
● 地方都市型	-19.1%	2.4%
● 過疎地域型	-28.4%	-12.2%

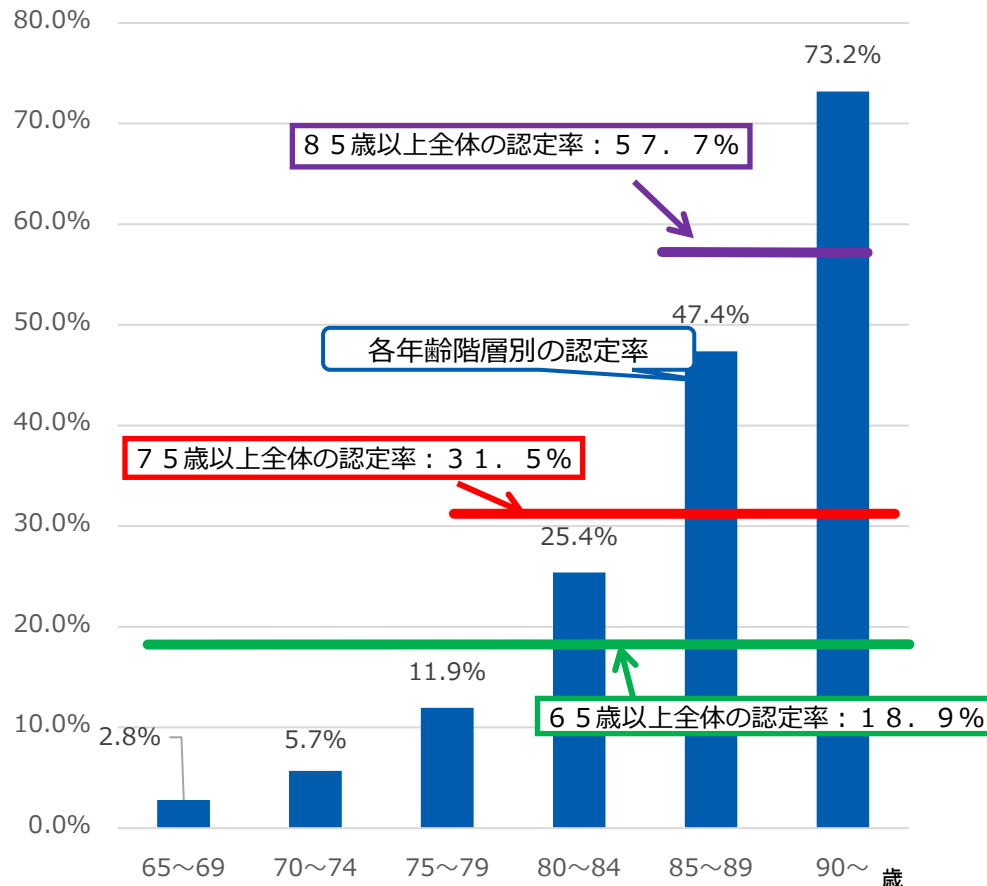
大都市型：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km<sup>2</sup>以上  
 地方都市型：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km<sup>2</sup>以上  
 過疎地域型：上記以外



## 医療需要の変化④ 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

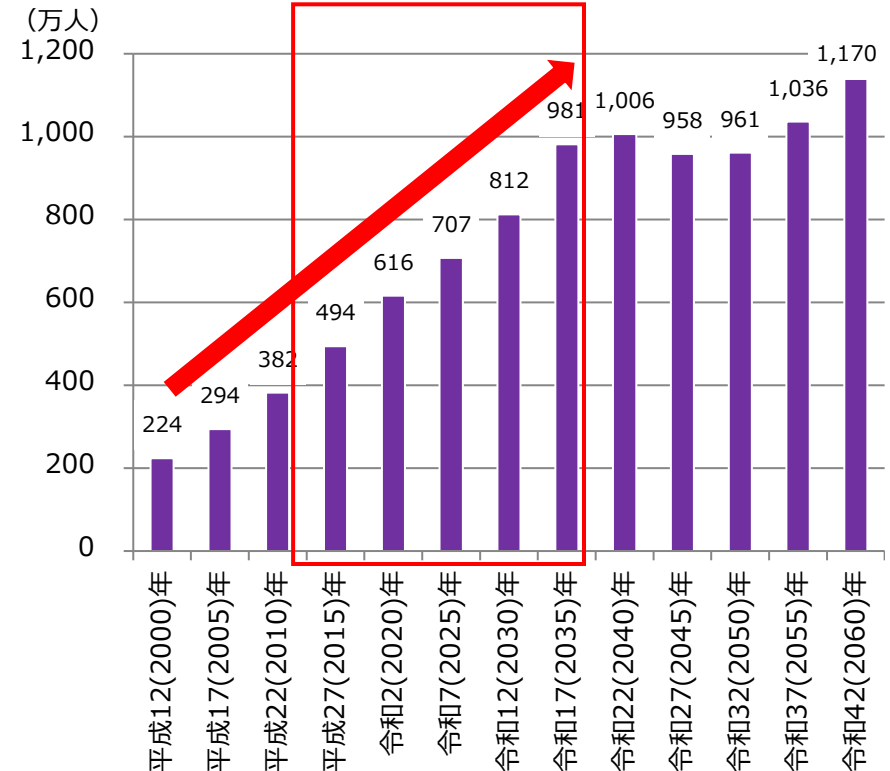
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

### 年齢階級別の要介護認定率



出典：2022年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2022年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成

### 85歳以上の人口の推移



（資料）将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和5(2023)年4月推計）出生中位（死亡中位）推計

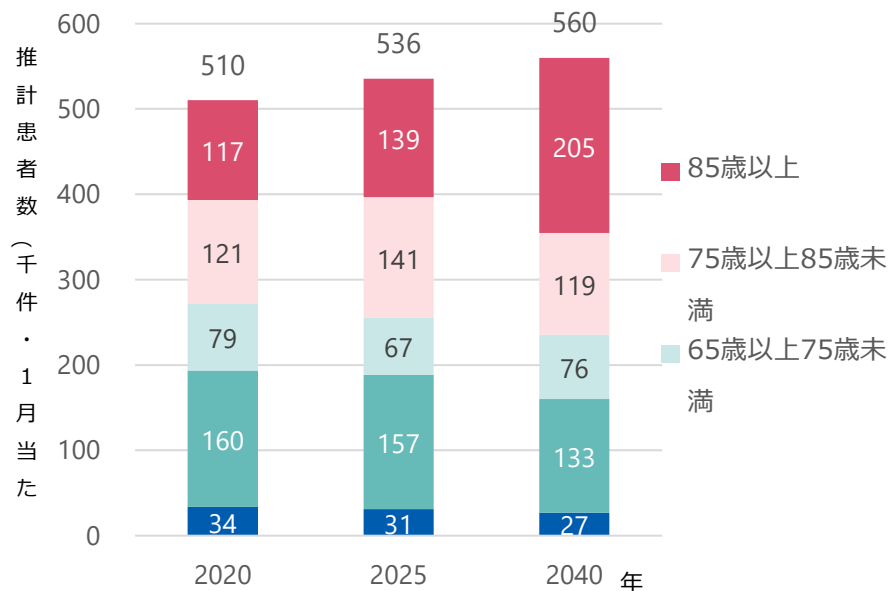
2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」（年齢不詳人口を按分補正した人口）

# 2040年の医療需要について

医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者が増加することが見込まれる。2020年から2040年にかけて、85歳以上の救急搬送は75%増加し、85歳以上の在宅医療需要は62%増加することが見込まれる。

## 救急搬送の増加

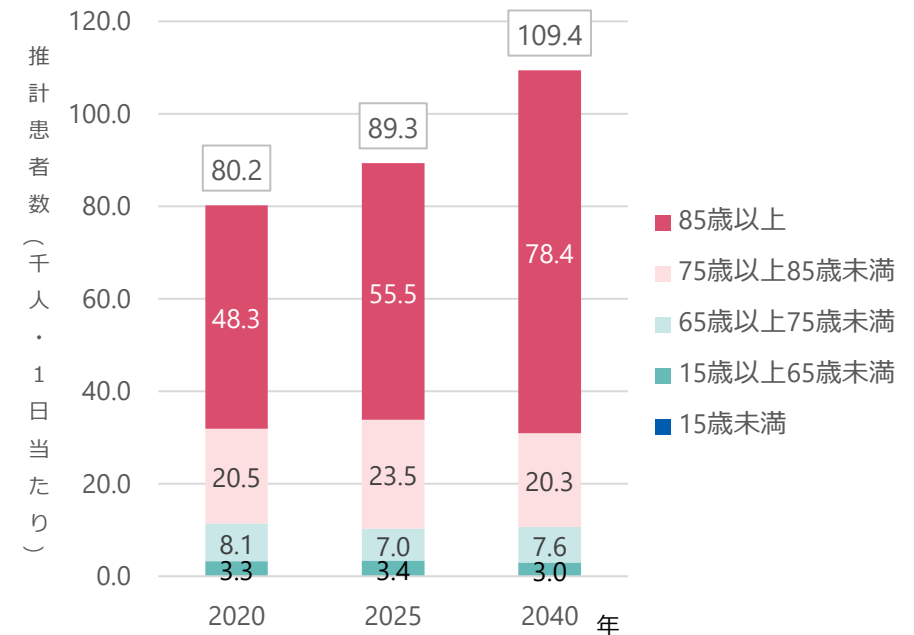
年齢階級別の救急搬送の件数の将来推計



2020年から2040年にかけて、75歳以上の救急搬送は36%増、うち85歳以上の救急搬送は75%増と見込まれる。

## 在宅医療需要の増加

年齢階級別の訪問診療患者数の将来推計



2020年から2040年にかけて、75歳以上の訪問診療の需要は43%増、うち85歳以上の訪問診療の需要は62%増と見込まれる。

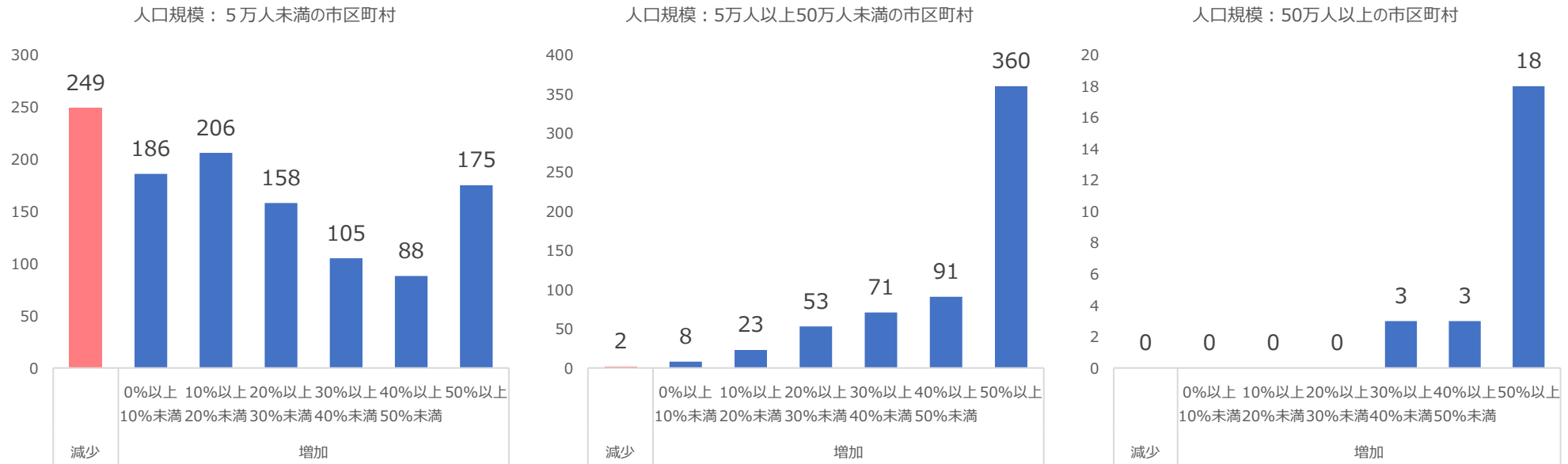
資料出所：消防庁データを用いて、救急搬送（2019年度分）の件数を集計したものを、2020年1月住民基本台帳人口で把握した都道府県別人口で除して年齢階級別に利用率を作成し、地域別将来推計人口に適用して作成。  
 ※ 救急搬送の1月当たり件数を、年齢階級別人口で除して作成。  
 ※ 性別不詳については集計対象外としている。また、年齢階級別人口については、年齢不詳人口を除いて利用した。

出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）  
 総務省「人口推計」（2017年）  
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に地域医療計画課において推計。

## 地域別にみた訪問診療需要の変化の状況

- ・2020年から2040年にかけて、人口規模5万人未満の一部の市区町村を除き、多くの市区町村で訪問診療の需要は増加する見込み。特に、人口規模5万人以上50万人未満、50万人以上の市区町村では、多数の市区町村で訪問診療の需要が50%以上増加する見込み。

### 2020年から2040年への訪問診療需要の変化率別市区町村数（人口規模別）



資料出所：厚生労働省医政局地域医療計画課において、2019年度NDB及び総務省「住民基本台帳人口」(2020年1月)を用いて構想区域別の訪問診療受療率を作成し、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」(2019年推計)に適用して作成。

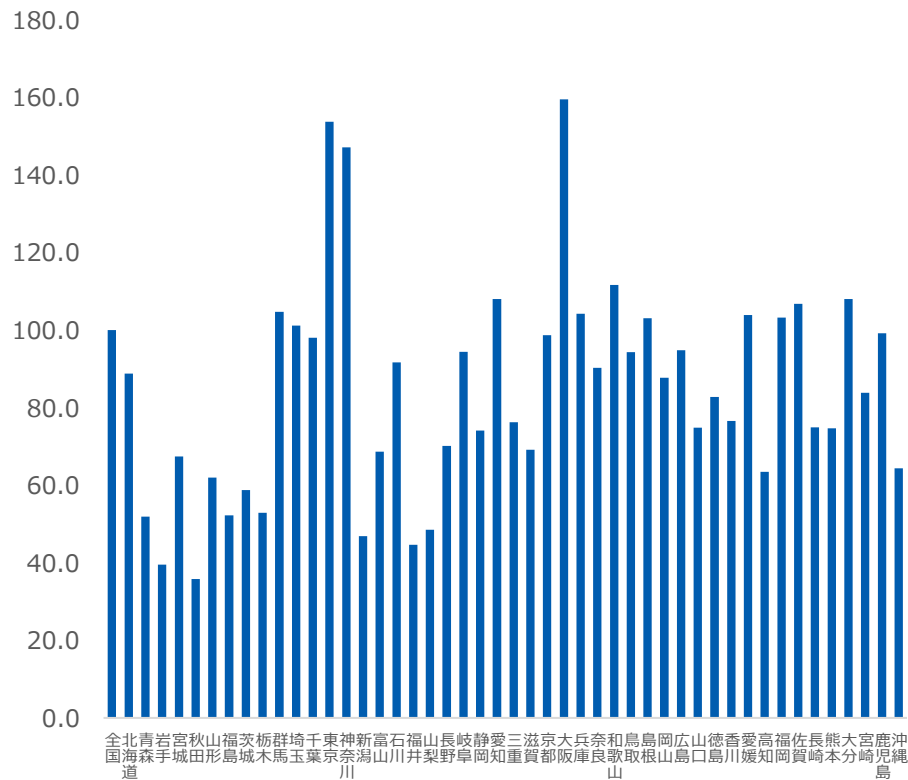
※東京都特別区部及び政令市については、各区を一つの市区町村とみなして集計

# 訪問診療患者数の地域差、訪問診療患者数と介護保険施設定員数の地域差

在宅医療と介護保険施設は患者像が重複する場合があります、地域の資源に応じてサービス提供が行われている。訪問診療患者数に係る地域差については、介護保険施設定員数と合わせると地域差は縮小する。

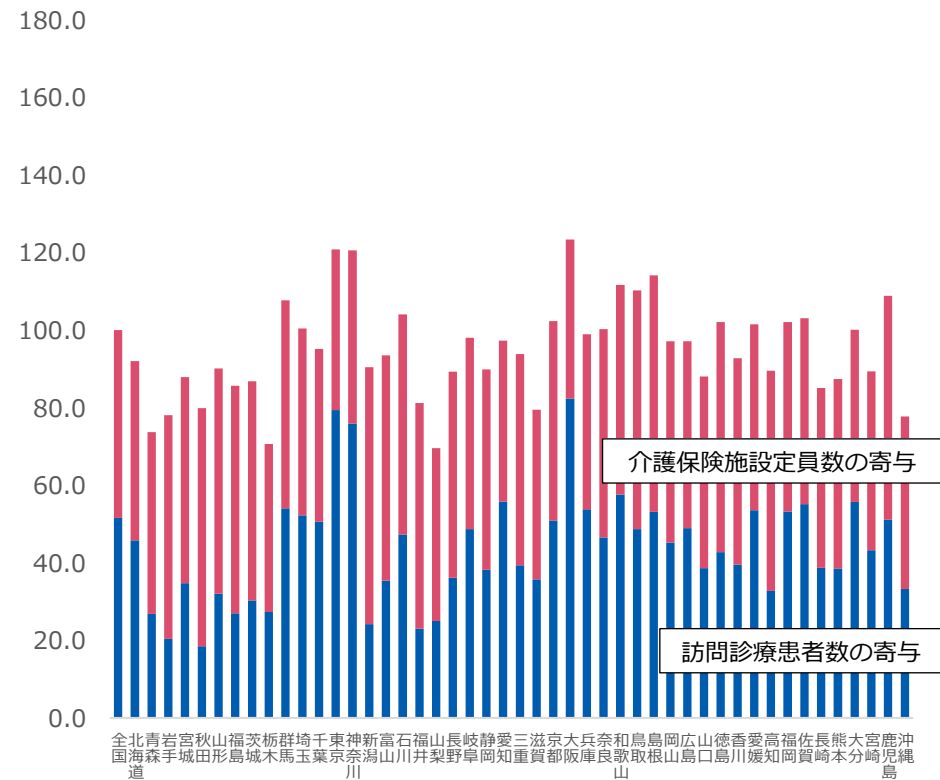
訪問診療患者数の65歳以上人口比

(指数：全国=100) (変動係数0.32)



訪問診療患者数と介護保険施設定員数の65歳以上人口比

(指数：全国=100) (変動係数0.13)



資料出所：NDBデータ（2022年10月分）、厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」（2022年）及び総務省「住民基本台帳人口」（2023年1月）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成。

※ 訪問診療患者数については、65歳以上の者に限る。

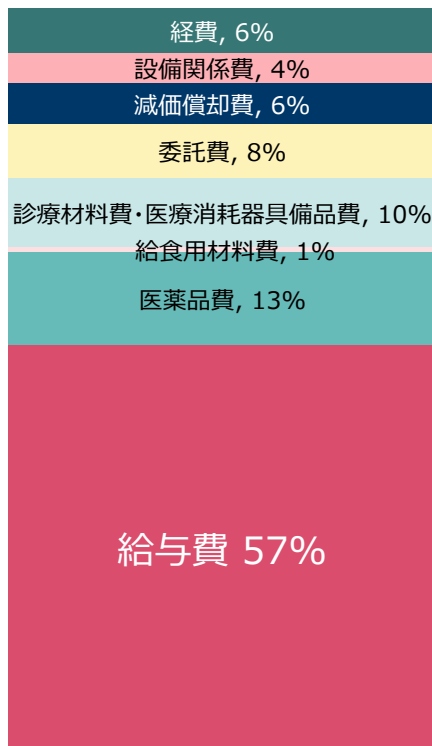
※ 介護保険施設定員数については、介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び介護医療院の定員数の合計。



# 病院の経営状況について

一般病院において、医業・介護収益に対する給与費は57%を占めている。給与費は病床数に比例して増加するところ、病床利用率は低下している。このような中、一般病院等の医業利益率は低下している。

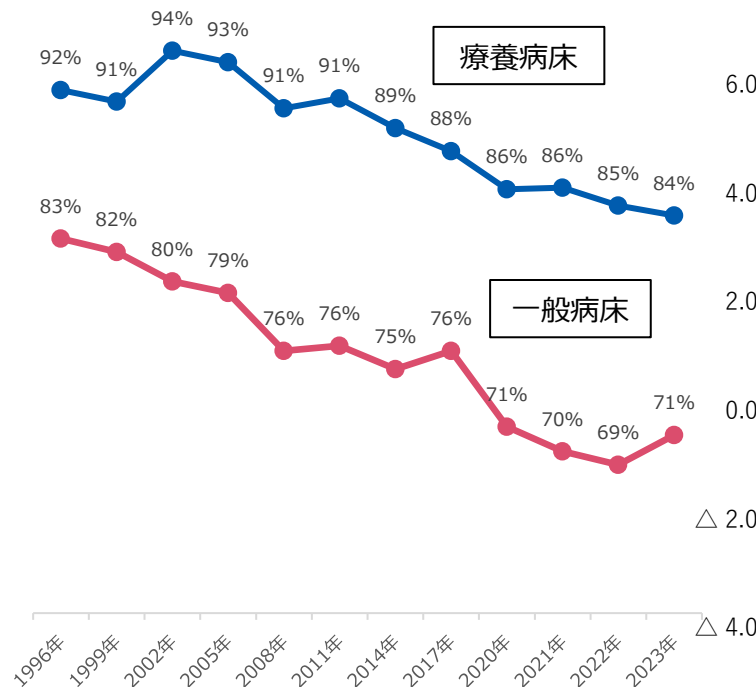
## 一般病院の費用構造



医業・介護収益に占める比率

資料出所：医療経済実態調査（令和5年調査）

## 病床利用率の推移

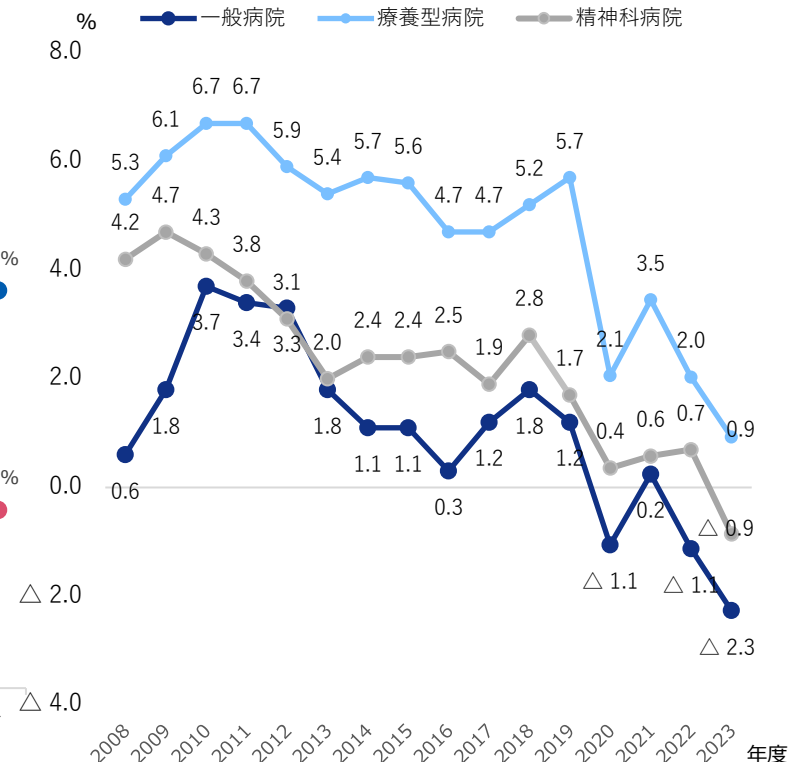


資料出所：厚生労働省「病院報告」

※1 療養病床については、平成8～11年は療養型病床群、平成14年は療養病床及び経過の旧療養型病床群の数値である。

※2 一般病床については、平成8～11年まではその他の病床（療養型病床群を除く。）、平成14年は一般病床及び経過の旧その他の病床（経過の旧療養型病床群を除く。）の数値である。  
注）2020年以降、コロナの影響があることに留意が必要

## 病院の医業利益率の推移



注1）コロナ対応等の補助金について、多くの病院では医業外収益に計上しているものの、一部の病院では医業収益内や特別利益に計上している。そのため、医業利益率については、一部の補助金収益が含まれている点に留意されたい

注2）コロナ対応のかかり増し経費等は医業費用として計上される一方、注1のとおり補助金収益の計上先は異なるため、医業利益率と経常利益率の間には乖離が生じている。

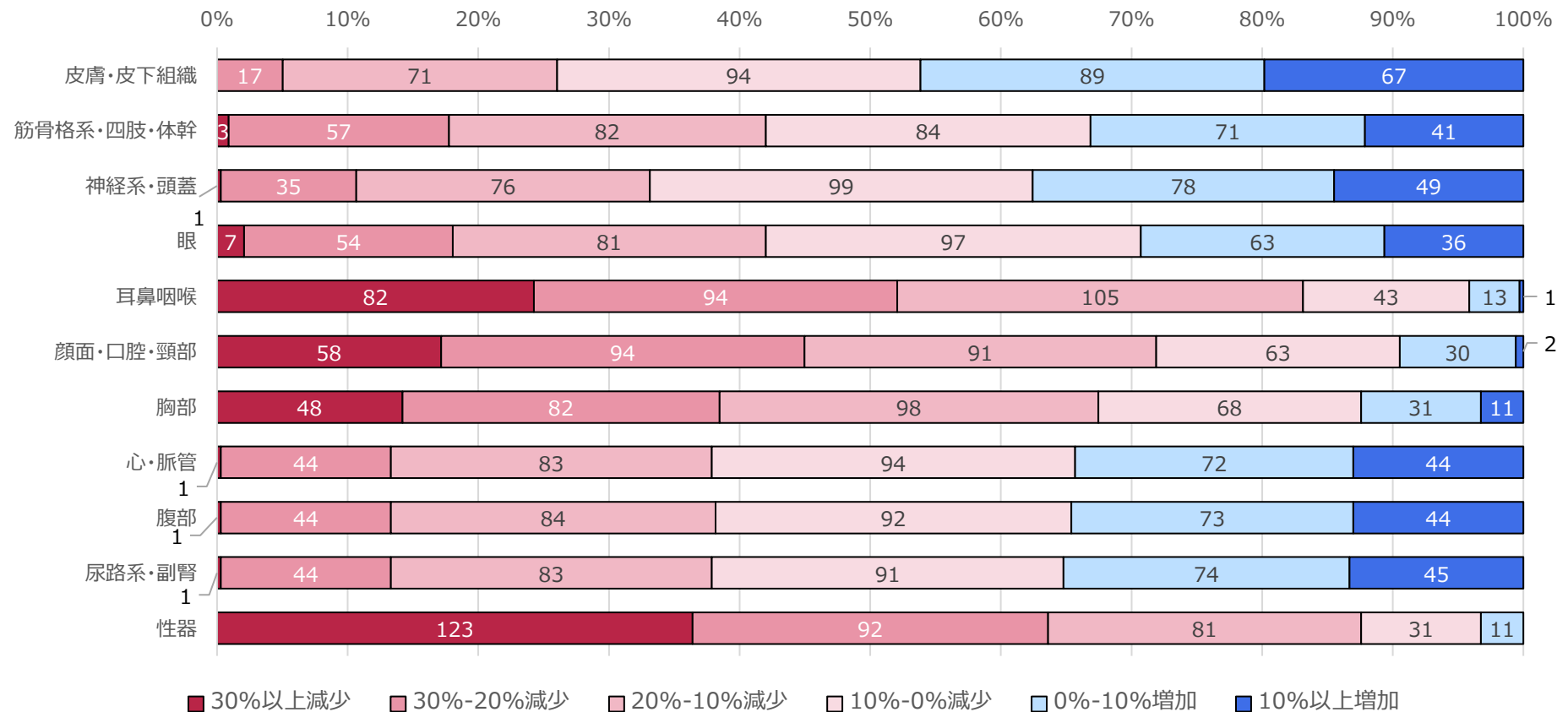
出典：「2023年度 病院の経営状況（速報値）とりまとめ」（令和6年11月）WAM Research Reportより



# 2040年における診療領域別の手術件数の変化について

多くの医療資源を要する医療について、2020年から2040年にかけて、全ての診療領域において、半数以上の構想区域で手術件数が少なくなる。

2020年から2040年への手術の算定回数の変化率別構想区域数（診療領域別）



資料出所：厚生労働省「NDBオープンデータ」（令和4年度）、総務省「人口推計」2022年、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」を用いて、厚生労働省医政局地域医療計画課において作成。

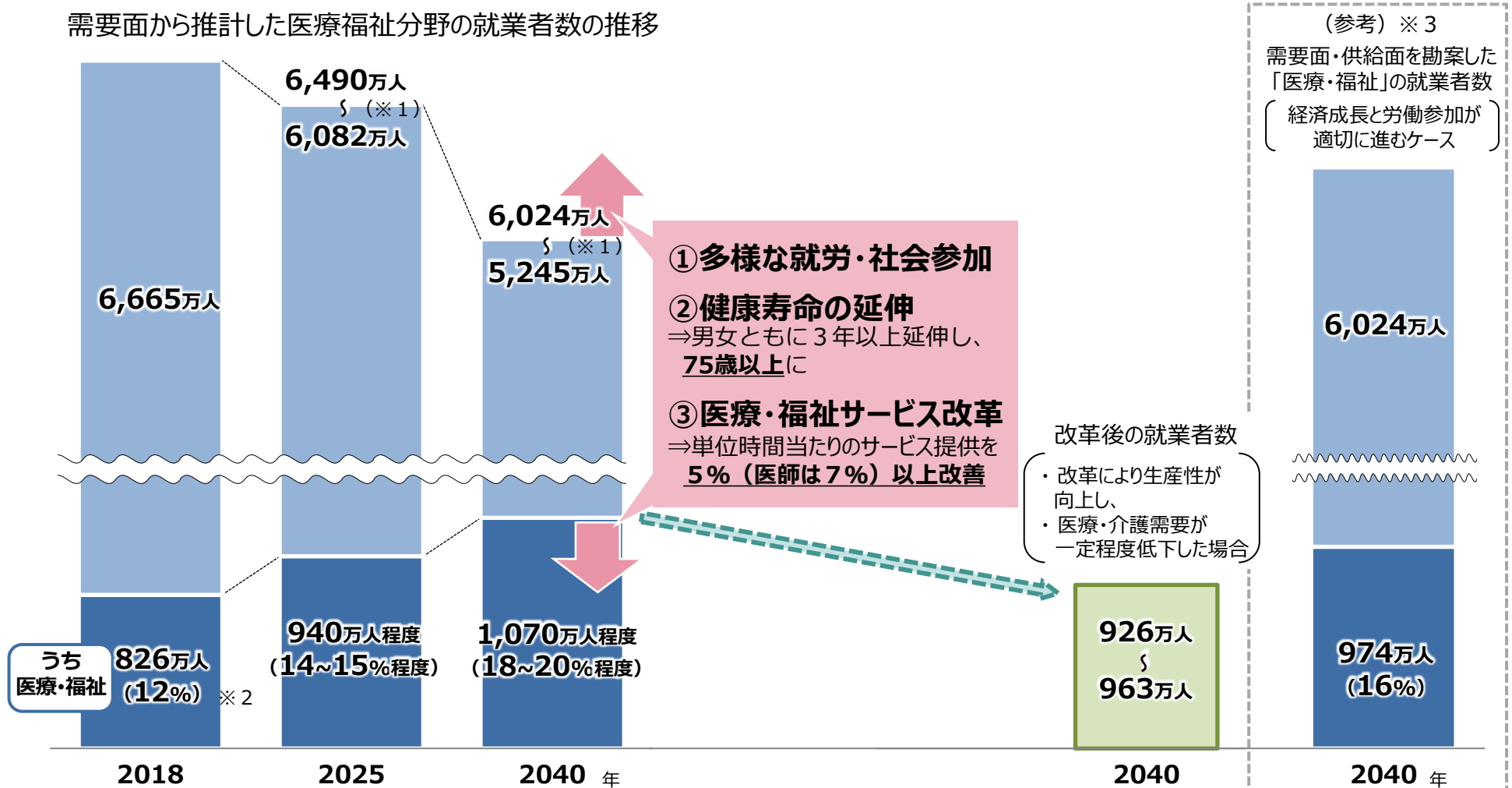
※推計については、年齢構成の変化による需要の変化をみるため、全国計の性・年齢階級別の領域別の算定回数を分子、全国の性・年齢階級別人口を分母として受療率を作成し、これを構想区域別の性・年齢階級別の2020年、2040年時点のそれぞれの人口に適用して作成しているものであり、地域別の受療行動の変化の実態を織り込んでいるものではないことに留意が必要。

# マンパワー① 2025年以降、人材確保がますます課題となる

令和4年3月4日第8次医療計画等に関する検討会資料1（一部改）

○2040年には就業者数が大きく減少する中で、医療・福祉職種の人材は現在より多く必要となる。

需要面から推計した医療福祉分野の就業者数の推移



※1 総就業者数は独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」（2019年3月）による。総就業者数のうち、下の数値は経済成長と労働参加が進まないケース、上の数値は進むケースを記載。

※2 2018年度の医療・福祉の就業者数は推計値である。

※3 独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」は、2024年3月11日に新しい推計が公表されている。2024年3月推計では、成長実現・労働参加進展シナリオで、総就業者数は、2022年の6,724万人から2040年に6,734万人と概ね横ばいであり、「医療・福祉」の就業者数は、2022年の897万人から2040年に1,106万人と増加する推計となっている。現時点では、『需要面から推計した医療福祉分野の就業者数』を更新したデータはないため、比較には留意が必要。

## 病床機能について（案）②

- 病床機能区分のうち、これまでの【回復期機能】について、2040年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、【包括期機能】として位置づけてはどうか。
- 現行制度では、既存病床数が基準病床数を下回る場合は、将来の病床数の必要量を上回っても、基準病床数まで増床が可能である。基準病床数制度と地域医療構想の整合性を確保し、基準病床数制度による効率的な病床整備を図ることが重要である。このため、新たな地域医療構想の実現に向けて、原則6年ごとに策定する医療計画の基準病床数について、連携・再編・集約化を通じた効率的な病床整備を念頭に置いて設定するものとし、基準病床数の算定においては、将来の病床数の必要量を上限とすることとしてはどうか。その際、地域の実情に応じて、医療機関の再編・集約化に伴い必要な場合や、地域の医療機関が果たせない機能を提供する場合等には、特例措置により都道府県は増床等の許可を行うことができることとしてはどうか。（再掲）
- 将来の病床数の必要量の推計については、合計の病床数を上記の基準病床数の設定に活用することとし、受療率の変化等を踏まえ、定期的に（例えば将来推計人口の公表毎に）2040年の病床数の必要量の見直しを行うこととしてはどうか。また、これまでの取組との連続性等の観点から、これまでの推計方法を基本としつつ、受療率の変化等も踏まえ、基本的に診療実績データをもとに病床機能区分ごとの推計を行うこととし、ガイドラインの検討において、改革モデルも含め、具体的な推計も検討することとしてはどうか。

### 病床機能区分

#### 機能の内容

高度急性期機能	• 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	• 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
包括期機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能</li> <li>• 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能</li> <li>• 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）</li> </ul>
慢性期機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能</li> <li>• 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能</li> </ul>

# 医療機関機能について（案）

## 医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
  - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
  - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

## 地域ごとの医療機関機能

### 主な具体的な内容（イメージ）

高齢者救急・地域急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。</li> <li>※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定</li> </ul>
在宅医療等連携機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。</li> <li>※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定</li> </ul>
急性期拠点機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。</li> <li>※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。</li> </ul>
専門等機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。</li> </ul>

※ 高齢者医療においては、マルチモビディティ（多疾病併存状態）患者への治し支える医療の観点が重要

## 広域な観点の医療機関機能

- ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点で求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。

- ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

# 新たな地域医療構想における構想区域について

- 新たな地域医療構想においては、入院医療だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携等も含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図るものとして位置づける。このため、構想区域について、**二次医療圏を基本としたこれまでの構想区域**のほか、広域な観点が求められる診療や医療従事者の育成等を検討するための**広域な区域**、在宅医療等についてきめ細かく対応するための**より狭い区域**を設定して取組を推進する。
- 区域全体の医療資源に応じて確保する医療や、区域内で確保が困難な医療に関する隣接区域等との連携のあり方等の具体的な運用については、2025年度に策定予定の新たな地域医療構想に関するガイドラインの作成段階で検討する。

## 基本となる構想区域

- 高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能の医療機関機能を整備
- 二次医療圏（330程度）を基本としつつ、人口が20万人未満の区域や、100万人以上の区域で医療提供体制上の課題がある場合には必要に応じて構想区域の見直しを行う

## 広域な区域

- 大学病院や、その他急性期の拠点となる医療機関による広域な観点で確保すべき医師の派遣や診療、人材育成を議論するための区域を設定。
- 都道府県単位（必要に応じて三次医療圏）で設定

## より狭い区域

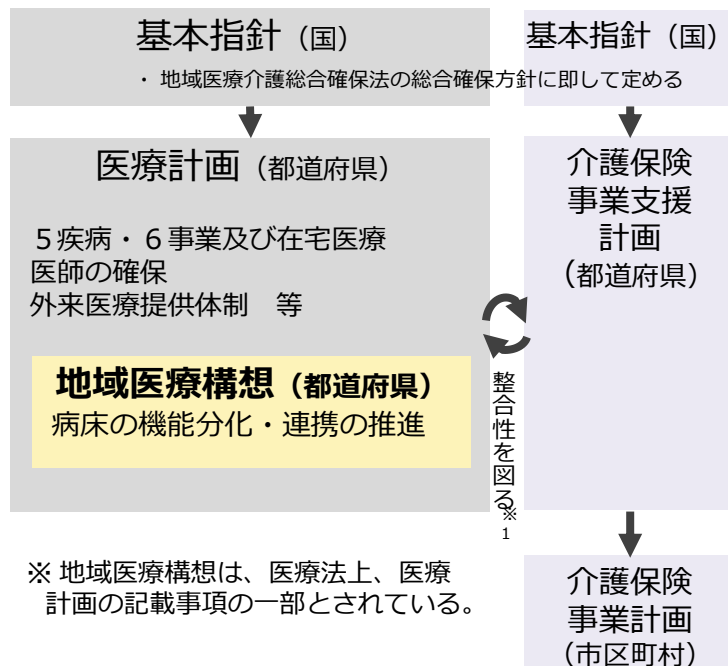
- 在宅医療等については地域の医療及び介護資源等の実情に応じて、より狭い区域を設定
- 医療計画の在宅医療の圏域の設定は、地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定



# 新たな地域医療構想と医療計画の関係の整理（案）

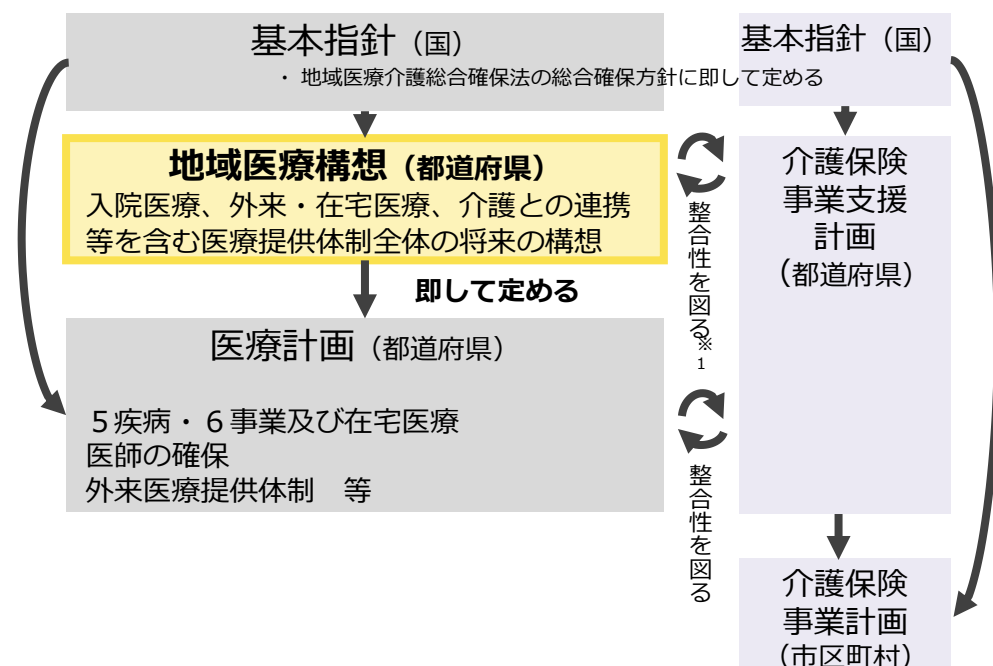
- 新たな地域医療構想について、入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等も含めた医療提供体制全体の地域医療構想とする方向で検討を行っており、地域医療構想と医療計画の関係の整理を行うこととしてはどうか。
- 新たな地域医療構想について、医療計画の記載事項の一つではなく、地域の医療提供体制全体の将来のビジョン・方向性を定めるとともに、医療機関機能に着目した医療機関の機能分化・連携、病床の機能分化・連携等を定めるものとする。新たな地域医療構想においても、介護保険事業支援計画等の関係する計画との整合性を図る。
  - 医療計画について、地域医療構想の6年間（一部3年間）の実行計画として、新たな地域医療構想に即して、5疾病・6事業及び在宅医療、医師確保、外来医療等に関する具体的な取組を定めるものとする。

## <現行>



※ 1 地域医療介護総合確保法の都道府県計画、感染症法の予防計画、新型インフルエンザ等特措法の都道府県行動計画とも整合性を図る。

## <今後>



※ 1 地域医療介護総合確保法の都道府県計画、感染症法の予防計画、新型インフルエンザ等特措法の都道府県行動計画とも整合性を図る。

## 新たな地域医療構想の記載事項（案）

- 現行の地域医療構想は将来の病床数の必要量、病床の機能分化・連携の推進に関する取組等を定めるものであるが、新たな地域医療構想においては、これらに加えて、地域の医療提供体制全体の将来のビジョン・方向性、将来の医療機関機能の確保のあり方、医療機関の機能分化・連携の推進に関する取組等を定めることとしてはどうか。

※ 具体的な記載内容等はガイドラインで検討

### 現行の地域医療構想の主な記載事項

- 構想区域における将来の病床数の必要量
- 地域医療構想の達成に向けた病床の機能分化・連携の推進に関する取組
- 病床機能の情報提供の推進

### 新たな地域医療構想の主な記載事項（案）

- 地域の医療提供体制全体の将来のビジョン・方向性
  - ※ 入院医療、外来医療、在宅医療、介護との連携、人材確保等を含む医療提供体制全体の将来のビジョン・方向性
- 構想区域における将来の医療機関機能の確保のあり方
- 構想区域における将来の病床数の必要量
- 地域医療構想の達成に向けた医療機関の機能分化・連携の推進に関する取組
- 地域医療構想の達成に向けた病床の機能分化・連携の推進に関する取組
- 医療機関機能の情報提供の推進
- 病床機能の情報提供の推進
  - ※ 具体的な記載内容等はガイドラインで検討

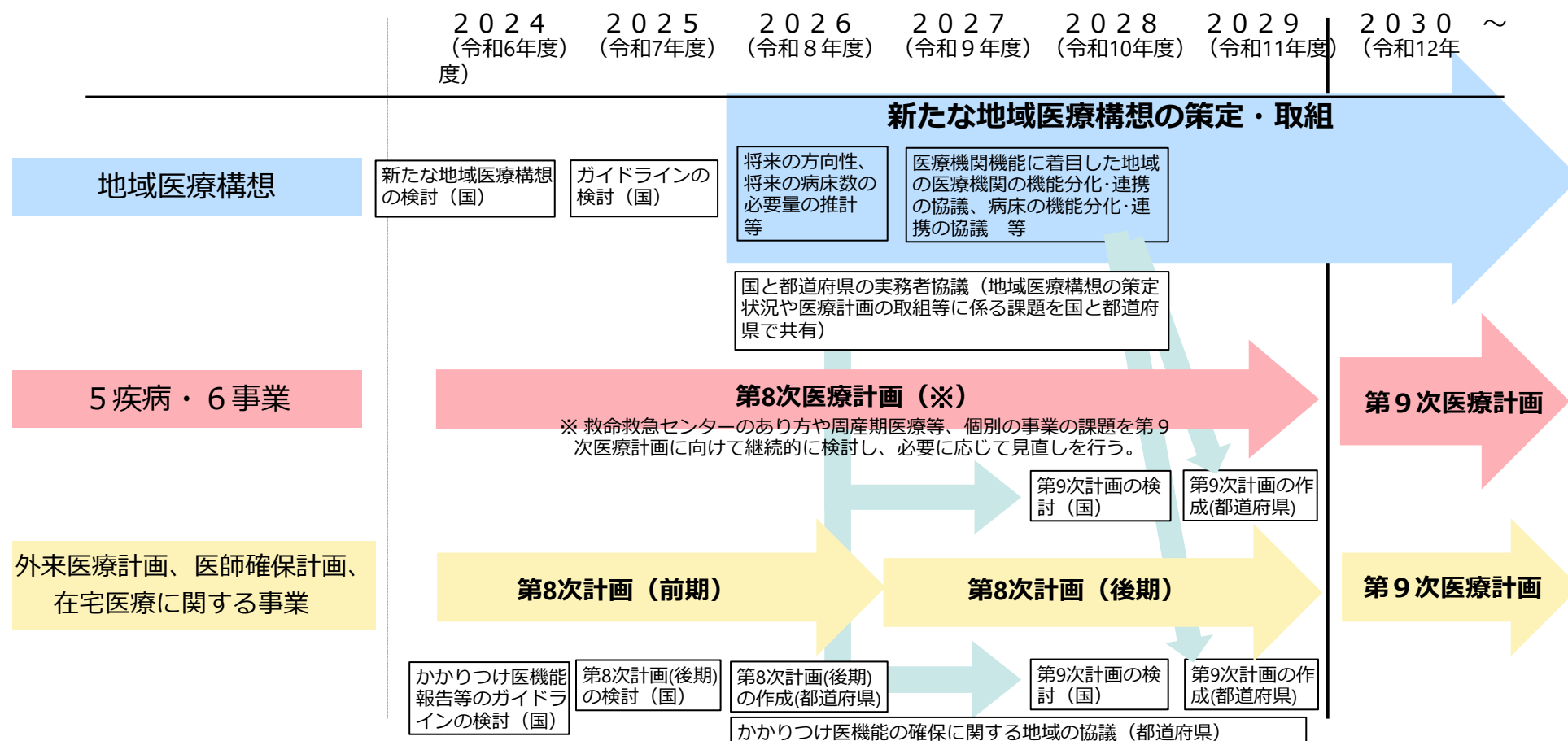
※ 医療計画において、新たな地域医療構想に即して、5疾病・6事業及び在宅医療、医師確保、外来医療等に関する具体的な取組を定める。

※ 新たな地域医療構想においても、介護保険事業支援計画等の関係する計画との整合性を図る。



# 新たな地域医療構想と医療計画の進め方（案）

- 新たな地域医療構想について、令和7年度に国でガイドラインを検討・策定し、都道府県において、まず令和8年度に地域の医療提供体制全体の方向性、将来の病床数の必要量の推計等を検討・策定した上で、それを踏まえ、令和9～10年度に医療機関機能に着目した地域の医療機関の機能分化・連携の協議等を行うこととしてはどうか。
- 新たな地域医療構想の内容について、基本的に第9次医療計画に適切に反映されるよう、地域医療構想の策定状況や医療計画の取組等に係る課題を国と県で共有することとしてはどうか。医療計画のうち、5疾病・6事業については、個別の事業の課題を第9次医療計画に向けて継続的に検討し、必要に応じて見直しを行い、また、外来医療計画等の3か年の計画については、令和9年度からの後期計画に向けて必要な検討を行うこととしてはどうか。



# 新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめより作成

## 医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- ・「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- ・外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

## 新たな地域医療構想

### (1) 基本的な考え方

- ・2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進  
(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- ・新たな構想は27年度から順次開始  
(25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- ・新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

### (2) 病床機能・医療機関機能

- ① 病床機能
  - ・これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ
- ② 医療機関機能報告 (医療機関から都道府県への報告)
  - ・構想区域ごと(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)、広域な観点(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告
- ③ 構想区域・協議の場
  - ・必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議 (議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)

### (3) 地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

### (4) 都道府県知事の権限

- ① 医療機関機能の確保 (実態に合わない報告見直しの求め)
- ② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等
  - ・必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
  - ・既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

### (5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国(厚労大臣)の責務・支援を明確化 (目指す方向性・データ等提供)
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

### (6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

## 2040年頃を見据えた新たな地域医療構想

- 入院医療だけではなく、外来・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図る新たな地域医療構想の策定
- ・ 病床の機能区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）について「回復期機能」を「包括期機能」として位置付け
- 医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能、医育及び広域診療機能）の報告制度の創設
- ・ 二次医療圏を基本とした地域での協議のほか、都道府県単位での協議、在宅医療等により狭い区域での協議を実施
- ・ 新たな構想の取組を推進するための総合確保基金の見直し
- 都道府県知事の権限（医療機関機能報告の創設に伴う必要な機能の確保、基準病床数と必要病床数の整合性の確保等）
- 厚労大臣の責務明確化（データ分析・共有、研修等の支援策）
- 新たな地域医療構想に精神医療を位置付ける

## 医療DXの推進

- 電子カルテ情報共有サービスの構築・普及、次の感染症危機に備えた電子カルテ情報の利用等
- マイナ保険証1枚で医療費助成を受けられる仕組みの整備等
- 公的DBの利用促進などの医療等情報の二次利用の推進
- 社会保険診療報酬支払基金を、医療DXに係るシステム開発・運用主体として抜本的に改組 等

## オンライン診療の推進

- オンライン診療の法定化・基準の明示
- オンライン診療受診施設の設置者における届出 等

## 医師偏在対策

## &lt;医師確保計画の実効性の確保&gt;

- 「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」の設定
- ・ 「医師偏在是正プラン(仮称)」の策定

## &lt;地域の医療機関の支え合いの仕組み&gt;

- ・ 医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の公的医療機関等への拡大等
- 外来医師過多区域における、新規開業希望者への地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請・勧告・公表と、保険医療機関の指定(6年から3年等への短縮)を連携して運用
- 保険医療機関の管理者要件

## &lt;経済的インセンティブ等&gt;

- 重点医師偏在対策支援区域における支援を実施
  - 診療所の承継・開業・地域定着支援
  - 派遣医師・従事医師への手当増額
    - 保険者から広く負担を求め、給付費の中で一体的に捉える
  - 医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関へ支援
- ※ 医師偏在への配慮を図る観点から、診療報酬の対応をさらに検討。
- ・ 全国的なマッチング機能の支援
- ・ 医師養成過程を通じた取組

## 美容医療への対応

- 美容医療を行う医療機関等の報告・公表の仕組みの導入（報告事項）
  - 安全管理措置の実施状況/専門医資格の有無/相談窓口の設置状況等
- ・ 関係学会によるガイドライン策定 等

その他、一般社団法人立医療機関に対する非営利性の徹底、持ち分なし医療法人への移行計画の認定期限の延長等の措置を行う。

- 特定機能病院

- 特定機能病院の制度創設後に起こった医療の高度化、医師需給状況の変化、臨床研修制度・専門医制度等の医師教育環境の変化、他の病院類型の創設などの制度環境の変化、臨床研究・競争的資金・等の環境変化や医学雑誌の環境変化等の研究環境の変化等を踏まえ、改めて特定機能病院に求められる機能について整理が必要ではないか。
- その際、地域において高度な医療を提供するために特定機能病院が拠点となるという観点の一つの軸となるのではないか。教育や研究の観点は、高度な医療を提供するための基盤であるという切り口で考えることができるのではないか。
- 高度な医療、研究、教育等について検討する際は、量的・質的な違い、網羅性と高度性のバランス、実績と体制のバランス、医師とそれ以外の職種の関係、医師多数県か少数県かの違い、診療科などの部門を横断する課題・病院全体のガバナンス上の課題など様々な観点・論点があることを踏まえて検討する必要があるのではないか。
- 大学附属病院本院は、医療・研究・教育をいずれも高度に行っており、さらに対象疾患は幅広く、医学生等の卒前教育やそこから連続する卒後教育の流れも踏まえた医師派遣機能を担っている。大学附属病院本院については、求める機能や承認要件等を検討する際、他の特定機能病院、特に特定領域型の特定機能病院とは分けて議論をした方が良いのではないか。また、その際、医師派遣機能についても議論を行ってはどうか。
- 都市部と地方部などの所在地による相違、他の特定機能病院が近隣にあるか等の相違など、置かれている条件によって医療・研究・教育・医師派遣の実情、求められ方、負担などが異なっているという指摘があるため、現状分析やあり方についての議論についても、必要に応じて、いくつかの類型に切り分けて行うことも検討してはどうか。



## （今後の議論の進め方）

- 前頁に提示した様々な状況の変化等を踏まえ、今般、特定機能病院に求められる機能について改めて整理・検討を行ってはどうか。
- その際、まずは、大学附属病院本院について求められる機能を整理することとし、それ以外の特定機能病院とは異なる承認基準を設けることも含めて、現状分析を含めた検討を行ってはどうか。
- その後、大学附属病院本院について、整理された論点を活用し、その他の特定機能病院に求められる機能等（必要に応じて、承認基準等に関する議論も含む。）を引き続いて整理することとしてはどうか。

- 【P5再掲】医療提供の内容だけでは、必ずしも特定機能病院と一般病院（本資料中では、「特定機能病院以外の病院」を指す。以下同じ）特に400床以上の一般病院の違いは明らかではないのではないか。
- 同一都道府県内に、医療提供の幅の広さや実績数で比較した際に、大学附属病院本院よりも実績が高い病院が存在する場合が一定程度ある。
- さらに、一定程度高度な医療について、実績が特に低い大学附属病院本院が存在する。  
（例えば、実績数の25%タイル～75%タイルが、「大学附属病院本院」と「特定機能病院以外の400床以上の病院」ではほぼ重なりがなく、大学附属病院本院での実績が著しく高いものについては、実績が低い～ほぼない大学附属病院が一定程度存在等）
- 一方で、腎以外の移植医療等、大学附属病院本院において主に提供されている高度な医療が存在する。
- また、「新たな地域医療構想等に関する検討会」においては、医師派遣機能や医育機能と一定程度組み合わせる形で、「より広域な観点で診療を担う機能」が「より広域な観点から、医療提供体制を維持するために求められる機能」として2040年頃に求められる医療機関機能のイメージとして検討されている。また、大学附属病院と都道府県の地域医療構想上の連携についても、議論が行われている。  
（前回指摘事項との関連では、地域医療構想調整会議等での協議を踏まえつつ、地域で求められる医療を提供する面と地域には、当該本院以外では提供できない医療や特に設備等を要する医療を提供する面等に関する観点）



- 一般病院と重複する医療提供が相当程度行われていることや、「新たな地域医療構想等に関する検討会」における今後の検討を踏まえることを前提としつつ、（特に、地域内で比較等を行う際に）一定程度実績が低い大学附属病院が存在することを踏まえ、特定機能病院として大学附属病院本院に求める（高度な）医療の提供内容をどのように考えるか。



- 【P9再掲】医師派遣機能は、地域医療の維持の観点からも重要であり、特定機能病院の要件として取り扱うことも含めて、様々な観点から検討してはどうか。
- 【P9再掲】医師多数県に対する医師派遣機能の意味合いと医師少数県に対する医師派遣機能の意味合いは異なるのではないか。その点も踏まえた検討が必要ではないか。医師派遣機能の検討を行う際に、マンパワーが限られている等の観点からも、地域医療構想のような地域医療提供体制の議論と整合するような検討をする必要があるのではないか。
- 大学附属病院本院からの医師派遣機能は様々な地域に対して行われているが、医師少数区域への派遣については、ばらつきがあり、実績が少数に留まっている病院が一定数存在する。  
また、一つの都道府県に所在する大学附属病院本院が1つの都道府県では、医師派遣数全体で見ても、医師少数区域に対するもので見ても、医師派遣数が多い傾向にあり、医師少数区域に対するものは顕著である。また、医師1人当たりでみると、この傾向がより顕著になる。医師少数区域への派遣数が低値に留まっている病院については、研究実績が低値に留まっている場合もあり、必ずしも関連が見られない。



- 新たな地域医療構想に関する今後の検討、特に都道府県との連携・協力等のあり方等を踏まえることを前提としつつ、特定機能病院として大学附属病院本院の承認要件を含めた求められる医師派遣等の内容をどのように考えるか。
- 特に、特定機能病院として、医療提供、研修（教育）、医療技術の開発・評価（研究）、医療安全（求めるとすれば）医師派遣のそれぞれについて、軸となるのは、高度な医療を提供する観点ではないかという議論があったことを踏まえ、どのような医師派遣について、より議論・検討すべきか。

- 地方部等においてのみならず都市部においても論文発表等の実績が低調となっている大学附属病院がある。（また、必ずしも、医師派遣等とトレードオフになっていないことがある）
- 研究実績のみならず、研究を支える体制（CRC、倫理体制等を含む）についても重要であるという指摘がある。
- 論文発表実績として、Case ReportやLetter等もOriginal articleと同等の評価とするか検討すべきであるという指摘がある。また、筆頭著者としての論文発表に至らずとも、体制の整った臨床研究への参画・貢献等を行っている大学附属病院本院があるという指摘やそのような研究を含めた研究を一定程度実施することで、教育等の体制強化にも効果があるという指摘もある。
- また、現在、臨床研究法・特定臨床研究の枠組みやJRCTのような治験以外の臨床研究によるエビデンス創出・臨床研究登録の枠組みが一定程度定着してきている一方で、医薬品・医療機器に関する研究以外の臨床研究（臨床所見や手術・手技に関するもの等）はこれらの枠組みの主な対象とはされておらず、実績把握の体制には差異がある。



- 特定機能病院としての大学附属病院に求められる医療の開発・評価（研究）をどのように考えるか。
- 特に、Case ReportやLetter等も、Original articleと同等の評価とされていることを含め、論文実績の内容（質を含む）について、どのように具体的なものを求めるか。また、筆頭著者としての論文実績以外の内容（CRC、ARO、倫理審査等の体制や国際共同治験を含む多施設共同研究等への貢献等が筆頭以外の著者として評価されている場合等を含む）について、承認要件を含めて大学附属病院本院に求めるものをどのように考えるか。
- 特に、地方部において、教育や医師派遣等により資源を割かざるを得ない状況を踏まえ、それらの実態に即して、求める研究等をどのように考えるか。

- 【P7再掲】大学附属病院本院が行っている卒前教育から卒後までの連続性のある医学生～医師等の教育は手間がかかる。また、地域に医師を留める観点からもこれらの教育は非常に重要ではないか。また、その他の医療系学生への卒前教育も大学附属病院本院でかなり部分が実施されているのではないか。
- 大学附属病院本院においては多数の臨床研修医を受け入れている病院もあるが、一部の大学附属病院本院では、臨床研修医の受入実績が低い状況にある。
- 大学附属病院本院において、基幹型専攻医プログラムが整備されており、ほとんどの大学附属病院本院で、基本19診療領域をほぼ網羅している。都道府県及び診療領域によっては、当該大学附属病院本院が都道府県内唯一のプログラムを提供している場合もあるという指摘がある。また、専攻医数を公表している外科領域において、専攻医数は大学附属病院本院において特に多い状況である。
- また、専門研修よりも高次のサブスペシャリティの研修などについても大学附属病院本院が果たしている役割が大きいという指摘がある。
- 一方で、大学附属病院本院でも、一部で上記の実績が低値に留まる場合がある。都市部であっても、一部で実績が低値となっている場合がある。
- また、コメディカルの卒前教育、リカレント教育および看護師の特定行為研修などの高度な教育についても大学附属病院本院が一定の役割を果たしているという指摘がある。



- 特定機能病院としての大学附属病院に求められる医療に係る研修（教育）をどのように考えるか。
- 特に現在は、定量的には、研修医数（30名/1年目＋2年目）のみ承認要件となっているところ、大学附属病院本院が置かれている前提条件の違い（都市部/地方部または医師多数/少数都道府県等）や臨床研修制度、専門研修制度等の現状等、サブスペシャリティ等高度な研修の観点、常勤としてトレーニングを行う、研修会や勉強会の主催を行う等、頻度/程度の観点などをどう考えるか。

- 医療の提供、医療に係る開発・評価（研究）、医療に係る研修（教育）、医師派遣等の実績を鑑みると、必ずしも地方と都市部とを比較した際に地方において実績が低調となっている訳ではない。しかし、傾向として、地方部や一県一医大となっている大学附属病院において、これらの実績が低調となるところがある。また、地方において、医師の確保が困難である等、医療資源の確保に課題があるため特に研究が低調となっているケースがあるという指摘がある。
- 一方で、都市部であっても、医療の提供、研究等の実績が低調となっている又は代替性がある（一般病院でも同等以上の実績がある等）ケースが散見される。



- 特定機能病院としての大学附属病院に求められる内容を検討する際の地理的条件（地方部に存在すること、人口密度が低いこと、医師少数都道府県であること等）の取扱をどのように考えるか。特に、前提が異なる類型として議論するとした場合、どのような（特に前提条件に基づく）グループ分けを行っていくことを検討すべきか。
- 特に、医療資源が比較的豊富な都市部等においても、それぞれの実績が低調である大学附属病院が存在することを踏まえ、どのような医療等を提供することを求めていくことを検討すべきか。

- 大学附属病院本院は、医療・研究・教育・医療安全をいずれも高度に行っており、さらに対象疾患は幅広い。また、医学生等の卒前教育やそこから連続する卒後教育の流れも踏まえた医師派遣機能を担っており、幅広い領域を網羅するためにコスト、手間もかかっている。これらを踏まえ、大学附属病院本院全体について、他の一般病院とは異なるものとして、特定機能病院としてのあり方を検討することとされた。
- 大学附属病院本院それぞれの医療、研究、教育、医師派遣等の実績を鑑みると、実績にはばらつきがあり、一部、実績が低調となっているものも存在する。その際、地理的条件を鑑みた場合であっても、（例えば都市部において）実績が低調となっている場合もある一方、地方部や医師少数都道府県である等、一定の前提条件等により、研究等よりも医療提供や医師派遣等に資源を割かざるを得ないと考えられるケースも存在する。
- 同じ大学附属病院本院同士で比較したとしても、例えば、都市部と地方部では特定機能病院として果たしている機能が異なっているのではないかという指摘があったところ、大学附属病院本院の中を異なる類型に分けることも含めて、検討を深めていってはどうか。
- また、これまで、定量的な要件として、医療においては先進医療の実績等、研究においては査読付き英語論文の本数、教育については研修医の人数が定められているところ、大学附属病本院の実態やこれまでの指摘等を踏まえ、これらの要件を含めて、適宜見直していってはどうか。



# 専門医資格の取得における事情を有する医師への配慮

日本専門医機構においては、地域枠医師やライフイベント等の事情を有する医師であっても、専門医資格の取得ができるよう、カリキュラム制を選択することを可能とする等の配慮がなされている。

## 【専門医制度整備指針 第三版（2020年2月 一般社団法人日本専門医機構）】（抄）

### I. 専門医制度の理念と設計

#### 3. 研修方略について

##### (1) 研修プログラム制と研修カリキュラム制について（抄）

###### i. 研修カリキュラム制

（略）

研修修了に際しては各学会が定めた認定施設（基幹施設、連携施設など）における研修実績が評価される。ただし、特定の従事要件を有する医科大学卒業生または地域枠での入学者、医師少数地域の地域医療従事者や、出産、育児等により休職・離職を選択した女性医師等、介護、留学など、相当の合理的理由がある医師であっても専門医の取得ができるよう、以下の場合には、研修プログラム制と同等の当該分野全般にわたる症例を経験し専門医育成の教育レベルが担保されることを条件に柔軟な研修施設選択や研修期間の延長ができるような対応を行う。

1. 義務年限を有する医科大学卒業生、地域医療従事者（地域枠医師等）
2. 出産、育児、介護等のライフイベントにより、休職、離職を選択する医師
3. 海外・国内留学する医師
4. タブルボードを希望する医師
5. その他領域学会と機構が認めた相当の合理的な理由な場合

なお、専攻医が希望する専門医を取得できるように、機構は都道府県など関係団体、諸機関に対し勤務先選定など専門医育成体制について要望し、専門医育成の環境が整備されるように可能な限り努めるものとする。

# 専門医の認定や更新における事情を有する医師への配慮

日本専門医機構においては、海外留学や妊娠・出産・育児等の理由がある場合であっても、研修を完遂することや、資格を維持することが出来るよう、専門研修の一時的な中断や、申請や承認を経た専門医資格更新の延長を可能とする等の配慮がなされている。

## 【専門医制度整備指針 第三版（2020年2月 一般社団法人日本専門医機構）】（抄）

### Ⅲ. 専門医の認定と更新

#### 1. 専門医の認定（抄）

##### （4）特定の理由のある場合の措置

特定の理由（海外への留学や勤務、妊娠・出産・育児、病気療養、介護、管理職、災害被災など）のために専門研修が困難な場合は、申請により、専門研修を中断することができる。6ヶ月までの中断であれば、残りの期間に必要な症例等を埋め合わせることで、研修期間の延長を要しない。また、6か月以上の中断の後研修に復帰した場合でも、中断前の研修実績は、引き続き有効とされる。

#### 2. 専門医の更新（抄）

##### （4）特定の理由のある場合の措置

特定の理由（海外への留学や勤務、妊娠・出産・育児、病気療養、介護、管理職、災害被災など）のために専門医の更新が困難な場合は、所定の更新申請の年に、申請により更新延長を行うことができる。延長期間は原則1年とし、事情によって1年単位での延長も可能である。理由書を添えて認定期限までに申請し、各基本領域学会で審査認定の後、専門医機構によって承認される。猶予期間中は、各基本領域学会専門医とし、機構認定専門医とはならない。更新に必要な規定の実績を取得できれば専門医資格を回復し、次回の更新の対象となる。