

令和7年度第1回 医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会	資料1
令和7年6月12日	

専門研修における連携プログラムについて

厚生労働省 医政局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

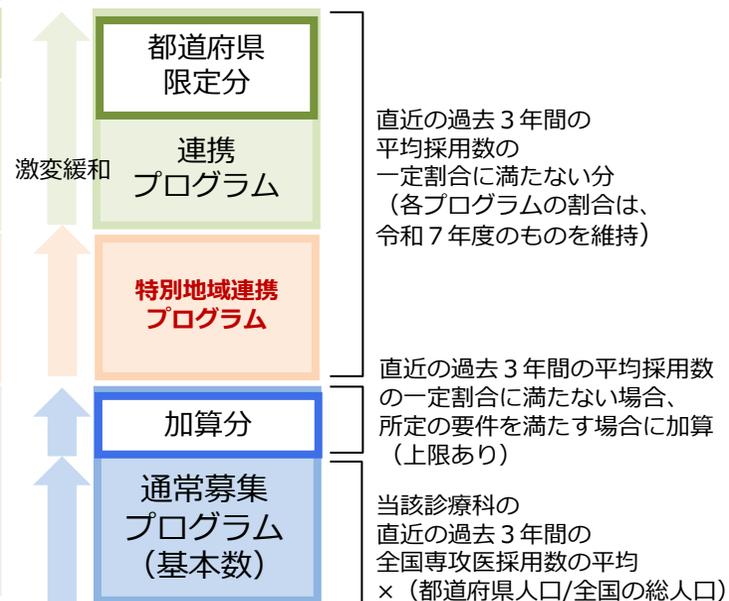
- 1． 連携プログラムの基本的事項
- 2． 連携先の要件について
- 3． 関係者による連携について
- 4． 論点

1. 連携プログラムの基本的事項
2. 連携先の要件について
3. 関係者による連携について
4. 論点

シーリングにおける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
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
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
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ヶ月以上研修を行うプログラム(連携プログラム)を策定できるとされている。

<見込まれる効果>

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



連携プログラム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

Σ (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)

Σ (各専攻医における専門研修プログラムの総研修期間)

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。

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性が生じる。
- 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。

前回（令和6年度第3回）の議論（連携プログラムに関するもの）

連携プログラムに係る主なご意見

- 都道府県内の病院に連携プログラムを作ってもらうに当たって、どこが候補なのかということが分からないとプログラムは作成できない。
- 特別地域連携プログラムの連携先については、東北地方が中心になっているが、関西以西ではもともとの地理的な結びつきや連携が薄い地域であるため、ハードルが高い。
- 指導医派遣が進み教育体制や指導体制でも連携が進んだ上で連携プログラムが進んでいくことも期待されるが、現実的に安心して派遣できる、すなわちもともとの連携体制がある程度とれている、地理的にも近いところの連携も可能となるように、ハードルを下げた実効性が高い連携も可能である選択肢を作ることも大事ではないか。
- 連携プログラムにおいては、地方において必要となる例えば車の入手などの生活環境の問題と、領域により地域で研修することの意義の違いから生ずる研修環境の問題が起こることがある。派遣する側の意見を聴くのが良いのではないか。

1. 連携プログラムについて
2. 連携先の要件について
3. 関係者による連携について
4. 論点

連携等プログラムにおける連携先の対象都道府県一覧

日本専門医機構提出資料

診療科	都道府県限定分（足下充足率0.8以下）	特別地域連携プログラム（足下充足率0.7（小児科0.8）以下）
内科	群馬、千葉、福井、山梨、長野、山口、宮崎	青森、岩手、秋田、山形、福島、茨城、埼玉、新潟、静岡
小児科	青森、岩手、福島、茨城、栃木、埼玉、千葉、静岡、愛知、三重、宮崎、鹿児島	
皮膚科	青森、宮城、山形、茨城、埼玉、千葉、新潟、山梨、岐阜、静岡、滋賀、愛媛、大分、宮崎、鹿児島	岩手、秋田、福島、群馬、長野
精神科	岩手、福島、埼玉、千葉、静岡、愛知、滋賀、和歌山、愛媛	茨城、栃木、新潟、岐阜
整形外科	宮城、秋田、福島、茨城、新潟、岐阜、静岡	青森、岩手、埼玉
眼科	北海道、山形、茨城、栃木、群馬、長野、静岡、島根、山口、大分、宮崎	青森、岩手、秋田、福島、新潟
耳鼻咽喉科	秋田、福島、埼玉、千葉、新潟、長野、島根、熊本、宮崎、鹿児島	青森、岩手、茨城、群馬、大分
泌尿器科	宮城、福島、埼玉、千葉、富山、愛知、三重、広島、沖縄	茨城、栃木、新潟、長野、岐阜
脳神経外科	秋田、茨城、神奈川、富山、長野、岐阜、静岡、三重、長崎、熊本、宮崎、沖縄	青森、宮城、山形、福島、栃木、群馬、埼玉、千葉、新潟、鳥取、島根
放射線科	宮城、山形	北海道、青森、岩手、秋田、福島、茨城、栃木、埼玉、千葉、新潟、長野、岐阜、静岡
麻酔科	福井、愛媛	青森、岩手、秋田、山形、福島、茨城、埼玉、千葉、新潟、岐阜、静岡、三重
形成外科	北海道、栃木、埼玉、千葉、滋賀、愛媛、大分	青森、岩手、秋田、山形、福島、茨城、群馬、新潟、富山、福井、山梨、岐阜、愛知、三重、奈良、和歌山、鳥取、島根、広島、山口、佐賀、熊本、宮崎、鹿児島
リハビリテーション科	栃木、長野、大分	青森、岩手、山形、福島、茨城、埼玉、新潟、岐阜、三重、香川、長崎、宮崎

各領域から、連携先等に関する意見が寄せられている。

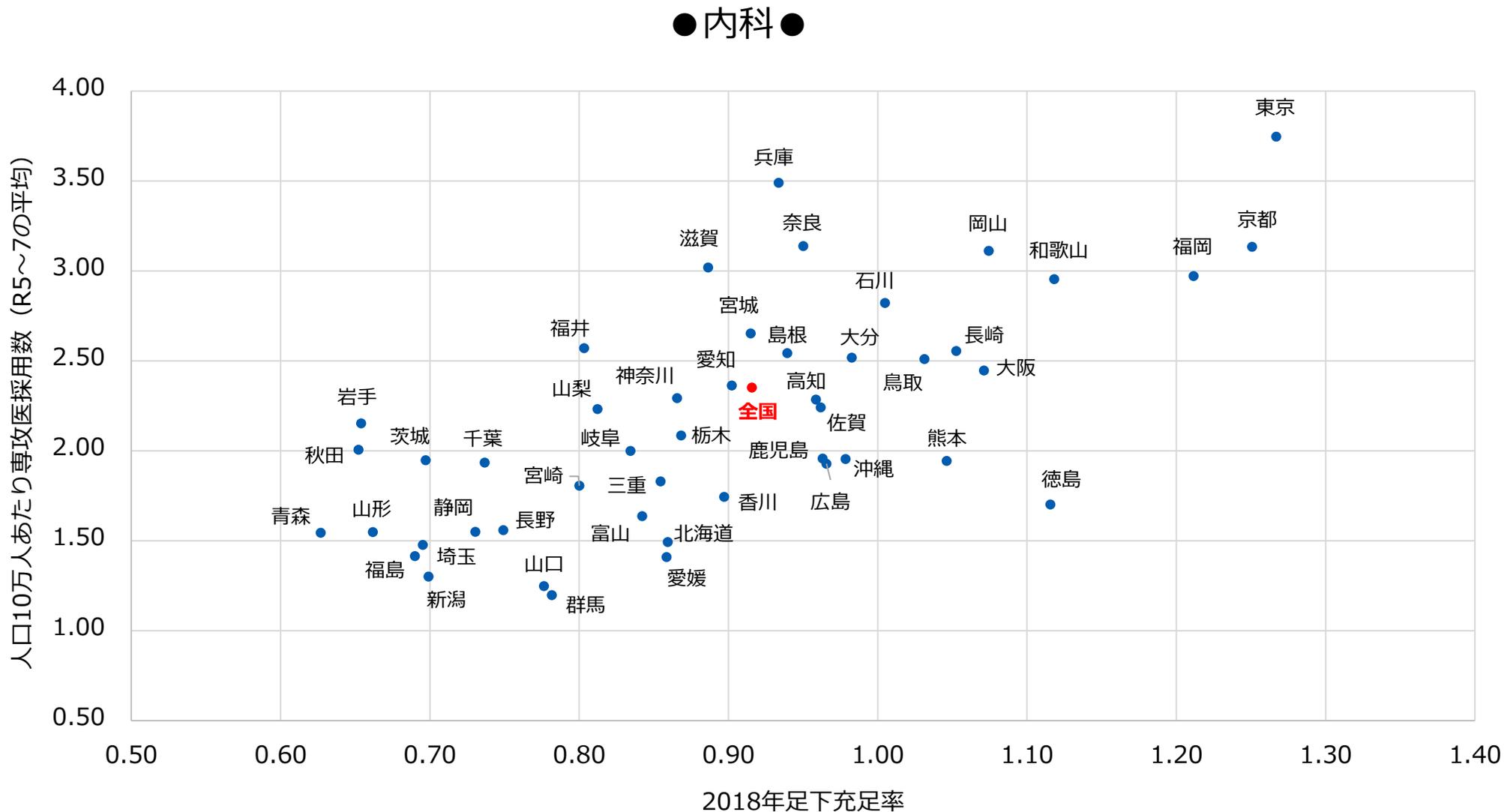
<連携先について>

- 連携先施設を紹介してほしい。
- 特別地域連携プログラムの連携先を、医師少数区域に限定するのではなく、医師少数都道府県の基幹施設や中核的な施設への派遣拡大も認めてほしい。医師少数区域には、経験すべき症例や指導体制が十分な病院が少なくよい研修を行うことが難しい。
- 足下充足率0.7以下の県にある研修施設基幹施設以外の病院は、皮膚科等の専門性の高い診療科の常勤医が不在であることが多く、専攻医が研修を受ける環境を整備するのが困難である地域が多い。/医師少数区域に、新たに複数の指導医や専攻医の採用枠を設定する経営的余裕はないという声がある。/連携の話が進んでいる中で急に断られることがあり、連携を本当に望んでいるのか疑問。
- 各連携枠の連携先について、「医師少数区域」であれば都道府県を問わず連携先として認めてほしい。
- 西日本から東日本で研修させるのは容易ではない。

<その他>

- 研修計画の立てやすさの観点から、連携期間を全て年単位としてほしい。
- 医師少数県として1年でも来てもらうことはありがたいが、定着度や継続性を期待している。しかしそれに繋がる専攻医目線の取り組みがないと継続は難しいと思う。
- 専攻医が率先して特別地域連携プログラム希望するようなインセンティブ(研修単位数の特別付与、共通講習の更なる免除など)を設けて特別地域連携プログラム派遣者を増やすべき。
- 専攻医への負担に配慮し枠外にしていた。枠内にするなら、金銭面での支援が必要。/生活環境を含めた対応が必要。

人口10万人あたり専攻医採用数と足下充足率の比較

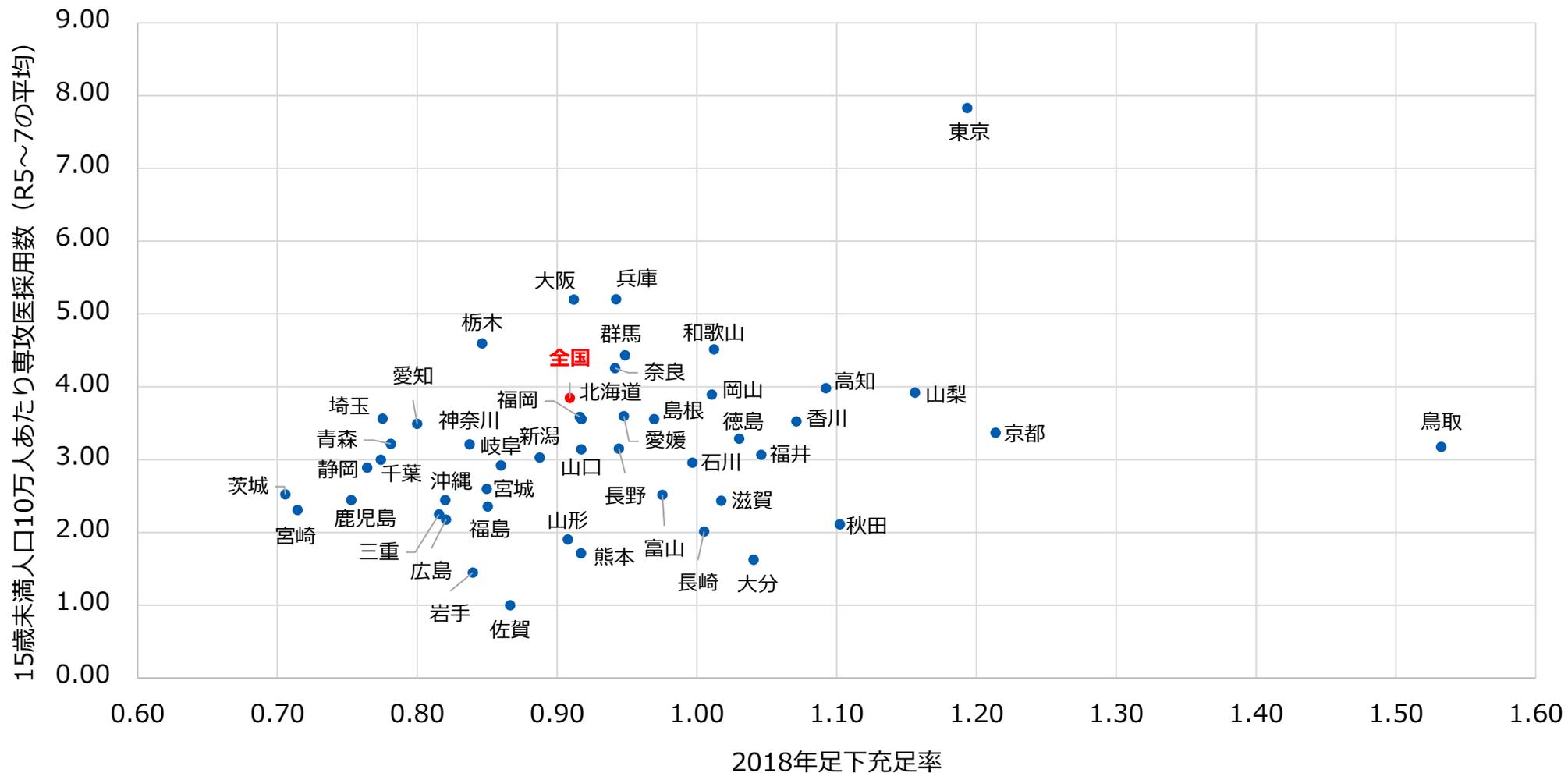


※専攻医採用数及び足下充足率は、日本専門医機構のデータを使用

※人口10万人あたり専攻医採用数を算出するに当たっては、総務省「人口推計（2024年（令和6年）10月1日現在）」を使用

15歳未満人口10万人あたり専攻医採用数と足下充足率の比較

●小児科●

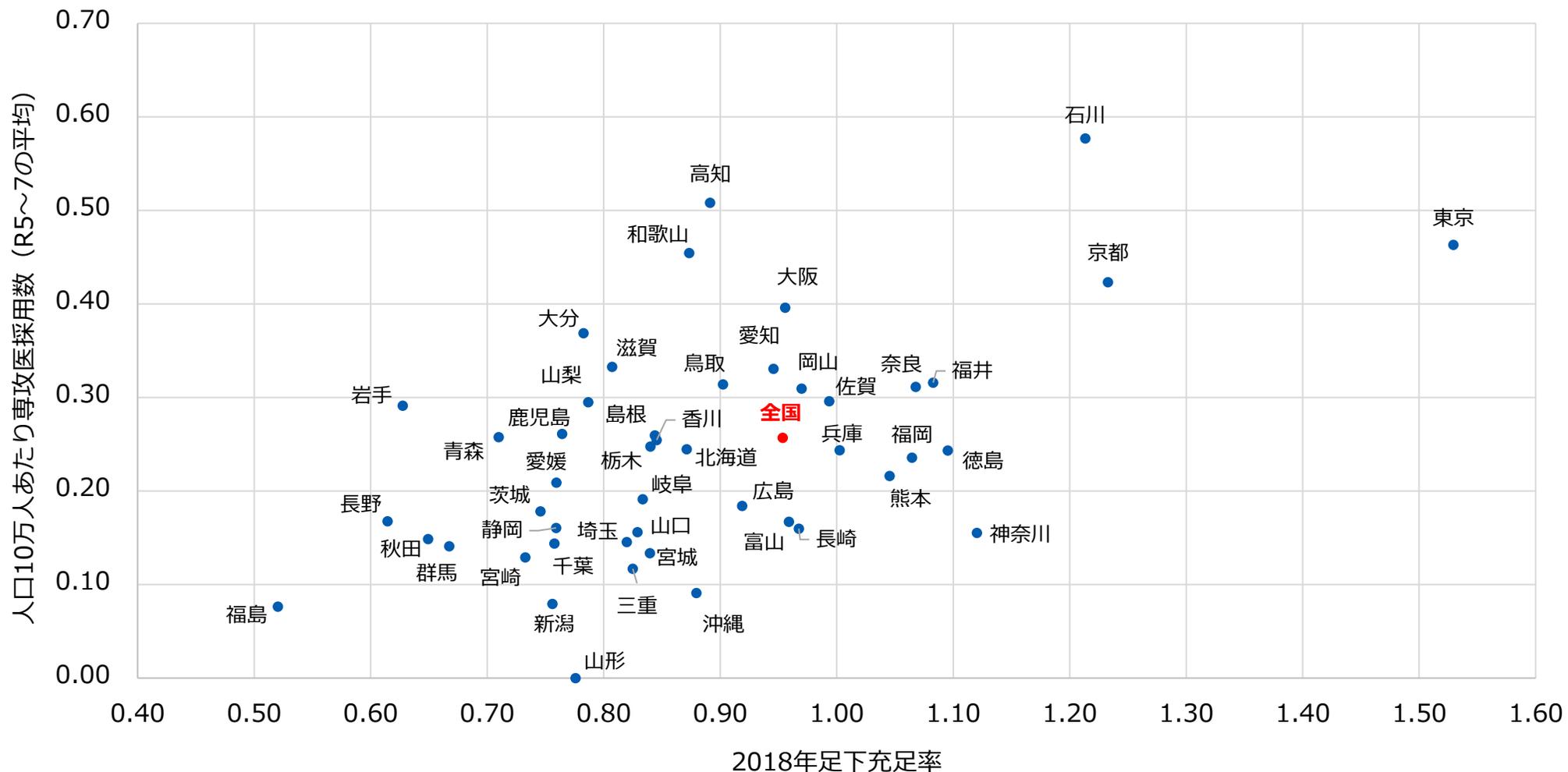


※専攻医採用数及び足下充足率は、日本専門医機構のデータを使用

※人口10万人あたり専攻医採用数を算出するに当たっては、総務省「人口推計（2024年（令和6年）10月1日現在）」を使用

人口10万人あたり専攻医採用数と足下充足率の比較

●皮膚科●

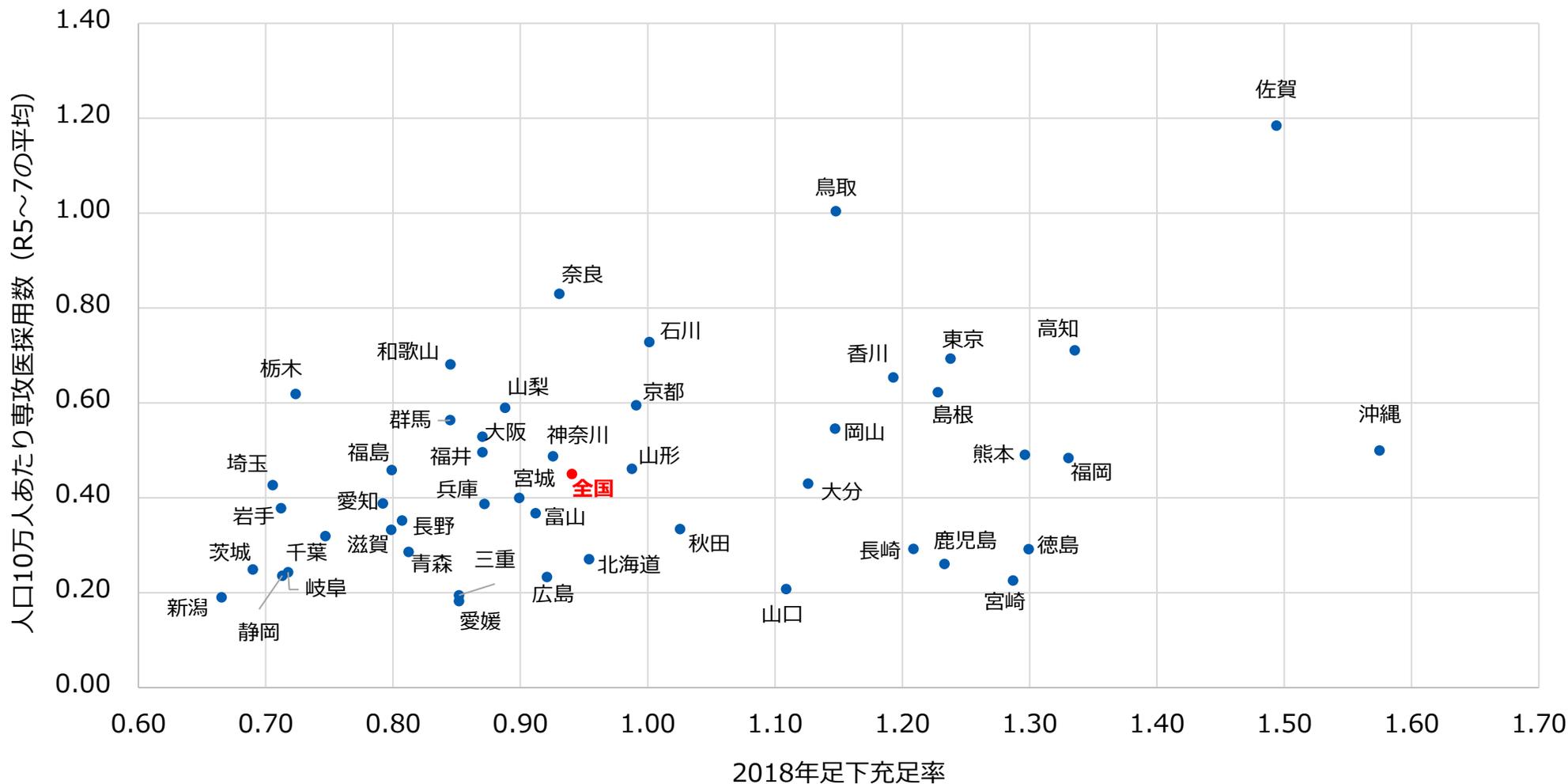


※専攻医採用数及び足下充足率は、日本専門医機構のデータを使用

※人口10万人あたり専攻医採用数を算出するに当たっては、総務省「人口推計（2024年（令和6年）10月1日現在）」を使用

人口10万人あたり専攻医採用数と足下充足率の比較

●精神科●

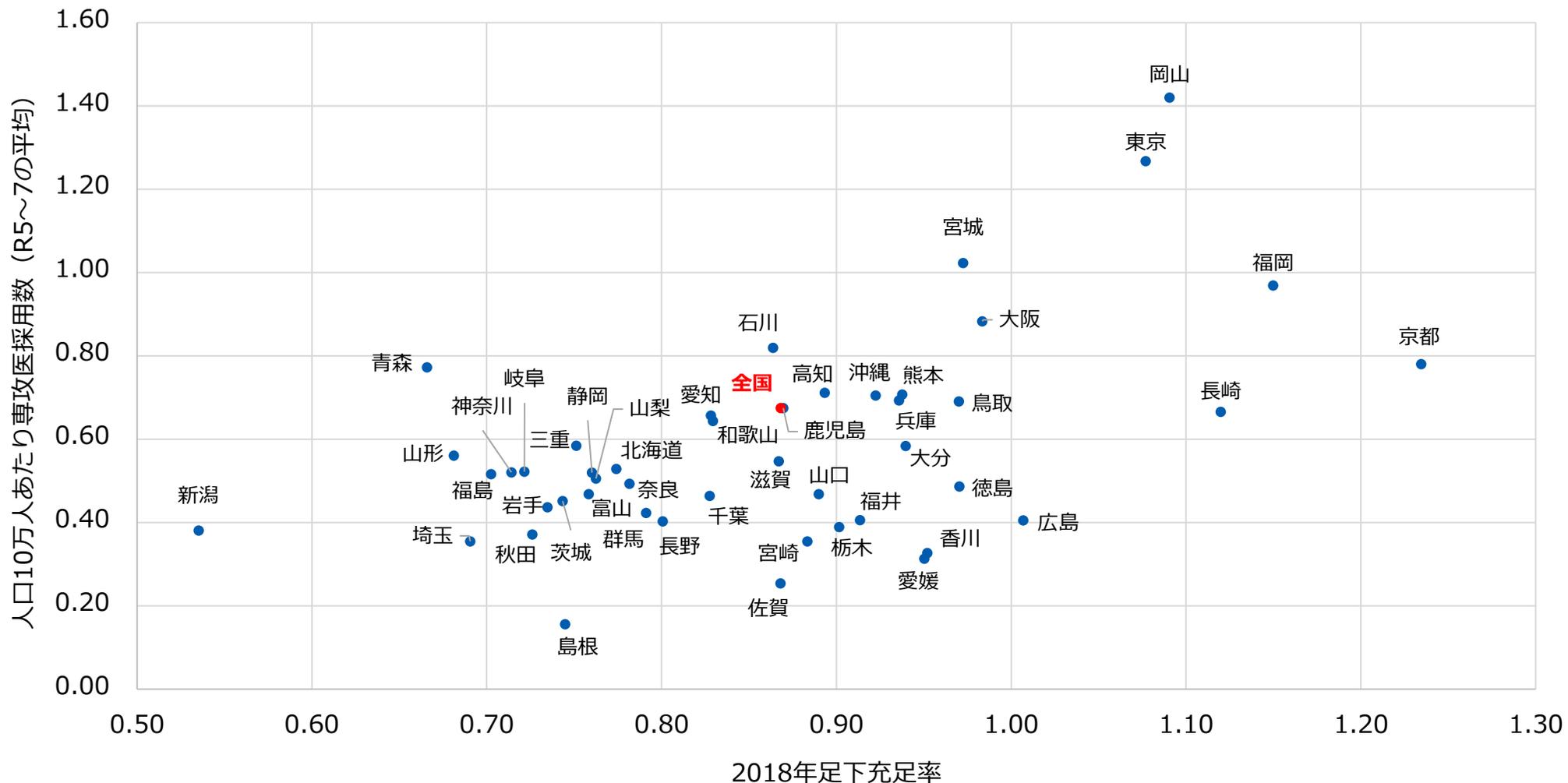


※専攻医採用数及び足下充足率は、日本専門医機構のデータを使用

※人口10万人あたり専攻医採用数を算出するに当たっては、総務省「人口推計（2024年（令和6年）10月1日現在）」を使用

人口10万人あたり専攻医採用数と足下充足率の比較

●外科●

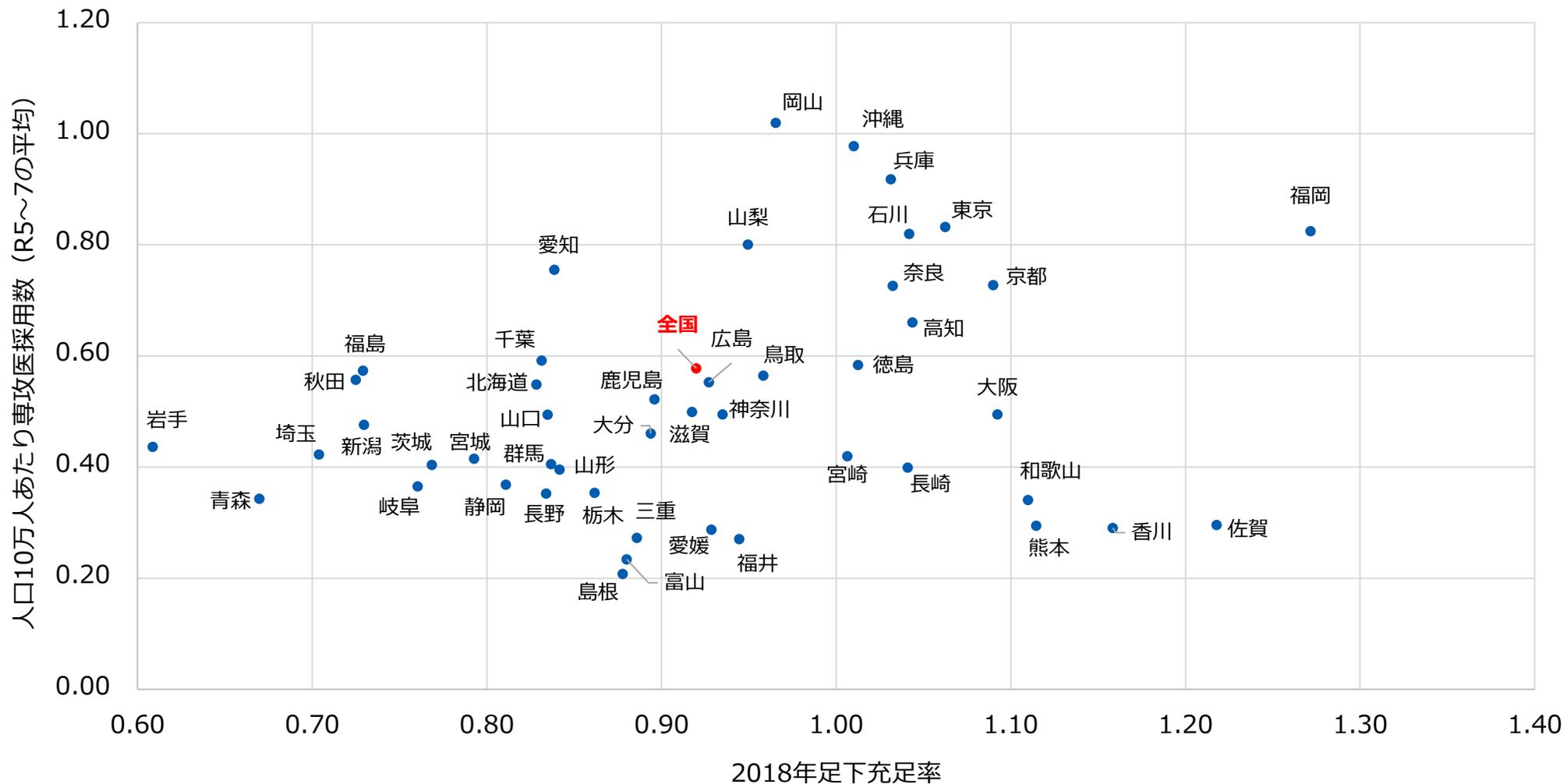


※専攻医採用数及び足下充足率は、日本専門医機構のデータを使用

※人口10万人あたり専攻医採用数を算出するに当たっては、総務省「人口推計（2024年（令和6年）10月1日現在）」を使用

人口10万人あたり専攻医採用数と足下充足率の比較

● 整形外科 ●

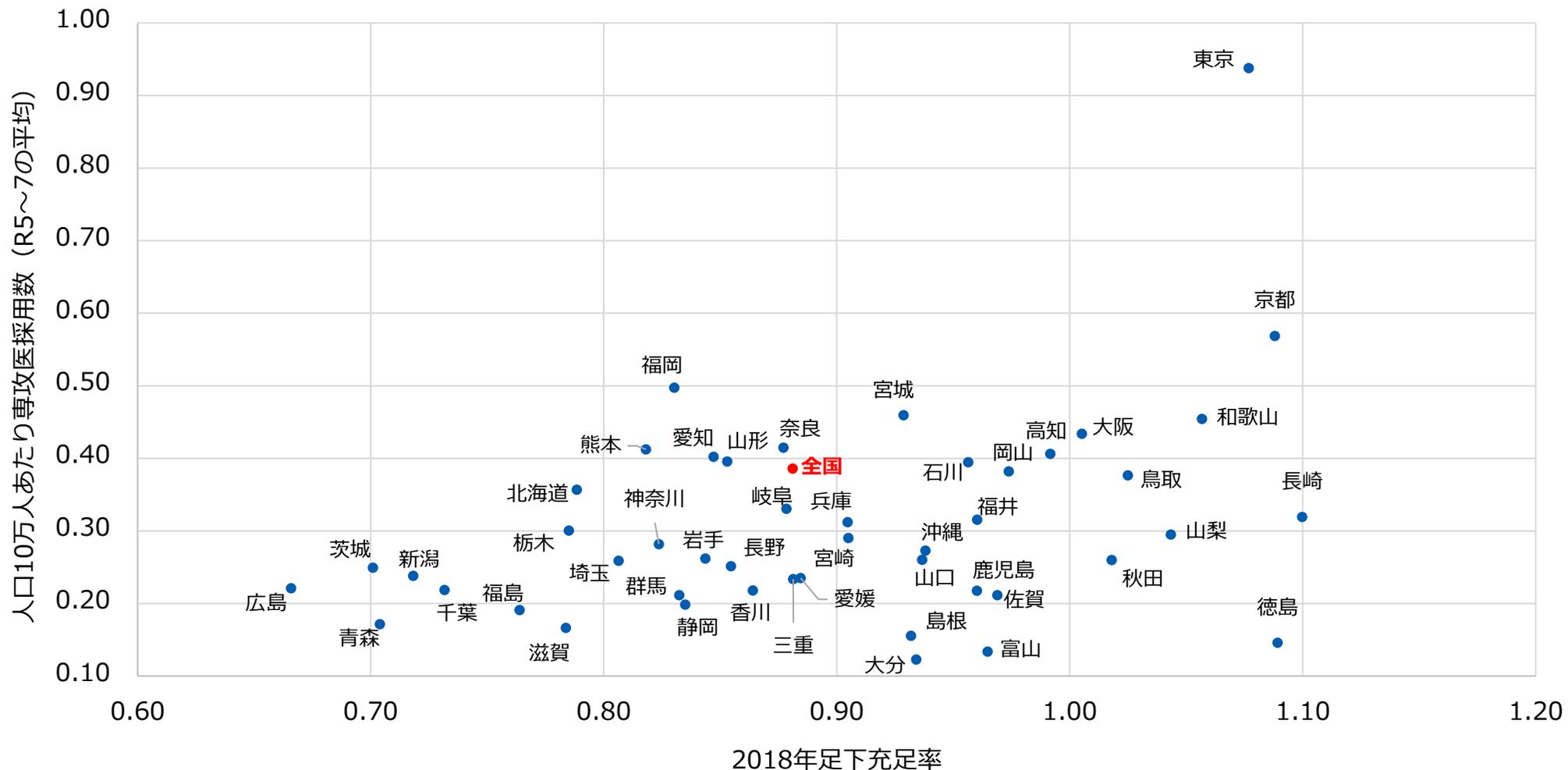


※専攻医採用数及び足下充足率は、日本専門医機構のデータを使用

※人口10万人あたり専攻医採用数を算出するに当たっては、総務省「人口推計（2024年（令和6年）10月1日現在）」を使用

人口10万人あたり専攻医採用数と足下充足率の比較

●産婦人科●

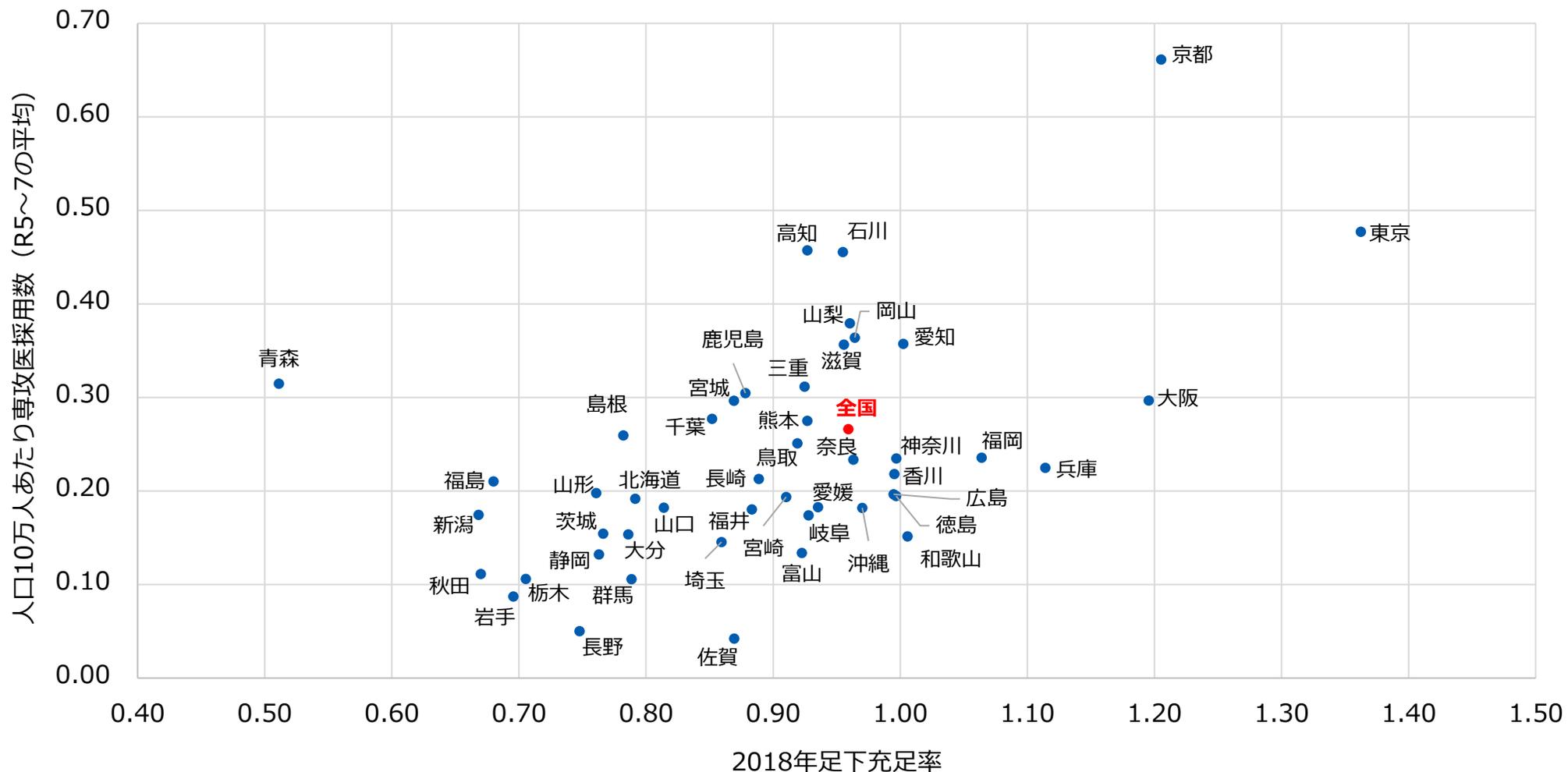


※専攻医採用数及び足下充足率は、日本専門医機構のデータを使用

※人口10万人あたり専攻医採用数を算出するに当たっては、総務省「人口推計（2024年（令和6年）10月1日現在）」を使用

人口10万人あたり専攻医採用数と足下充足率の比較

●眼科●

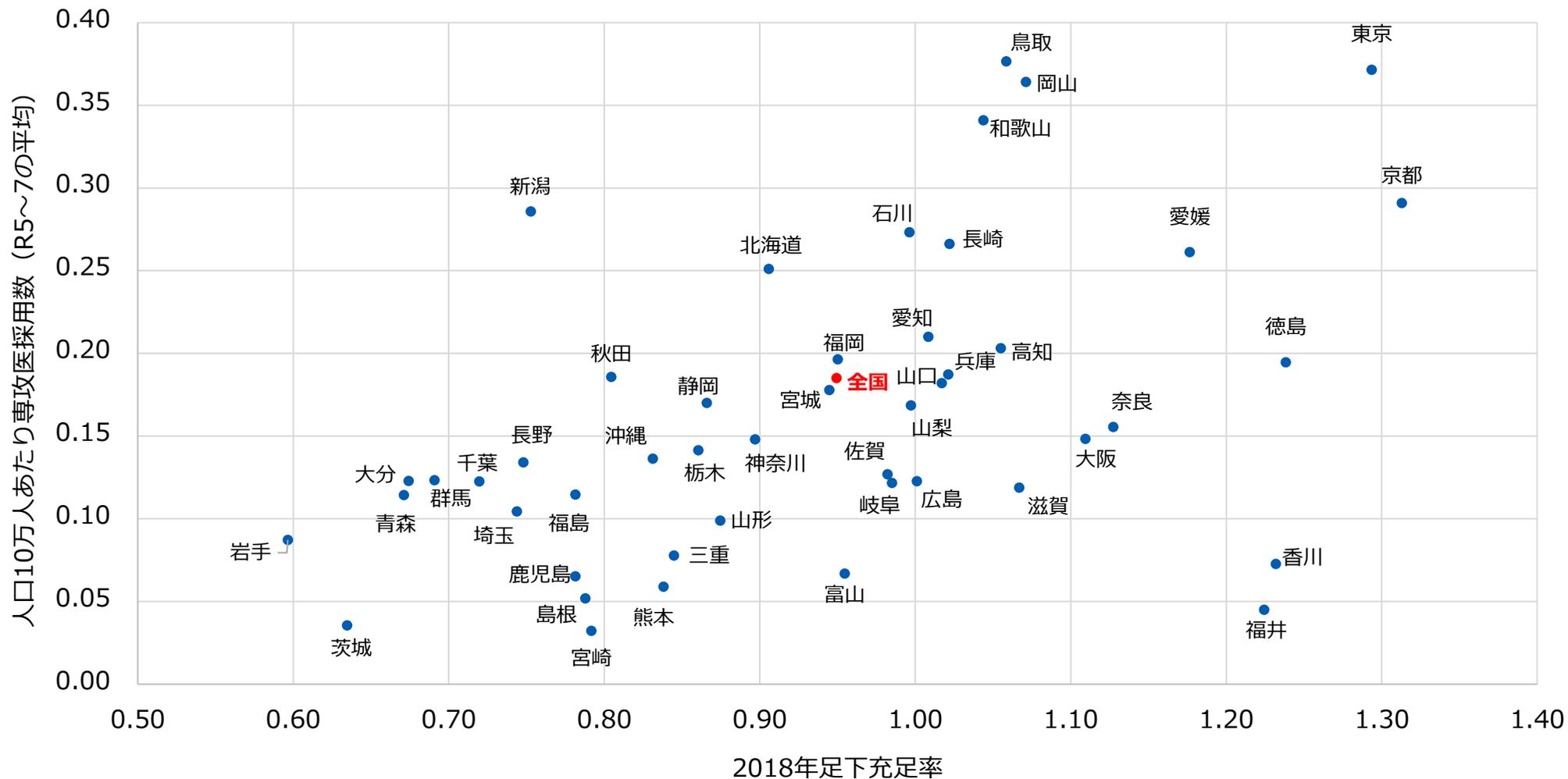


※専攻医採用数及び足下充足率は、日本専門医機構のデータを使用

※人口10万人あたり専攻医採用数を算出するに当たっては、総務省「人口推計（2024年（令和6年）10月1日現在）」を使用

人口10万人あたり専攻医採用数と足下充足率の比較

●耳鼻咽喉科●

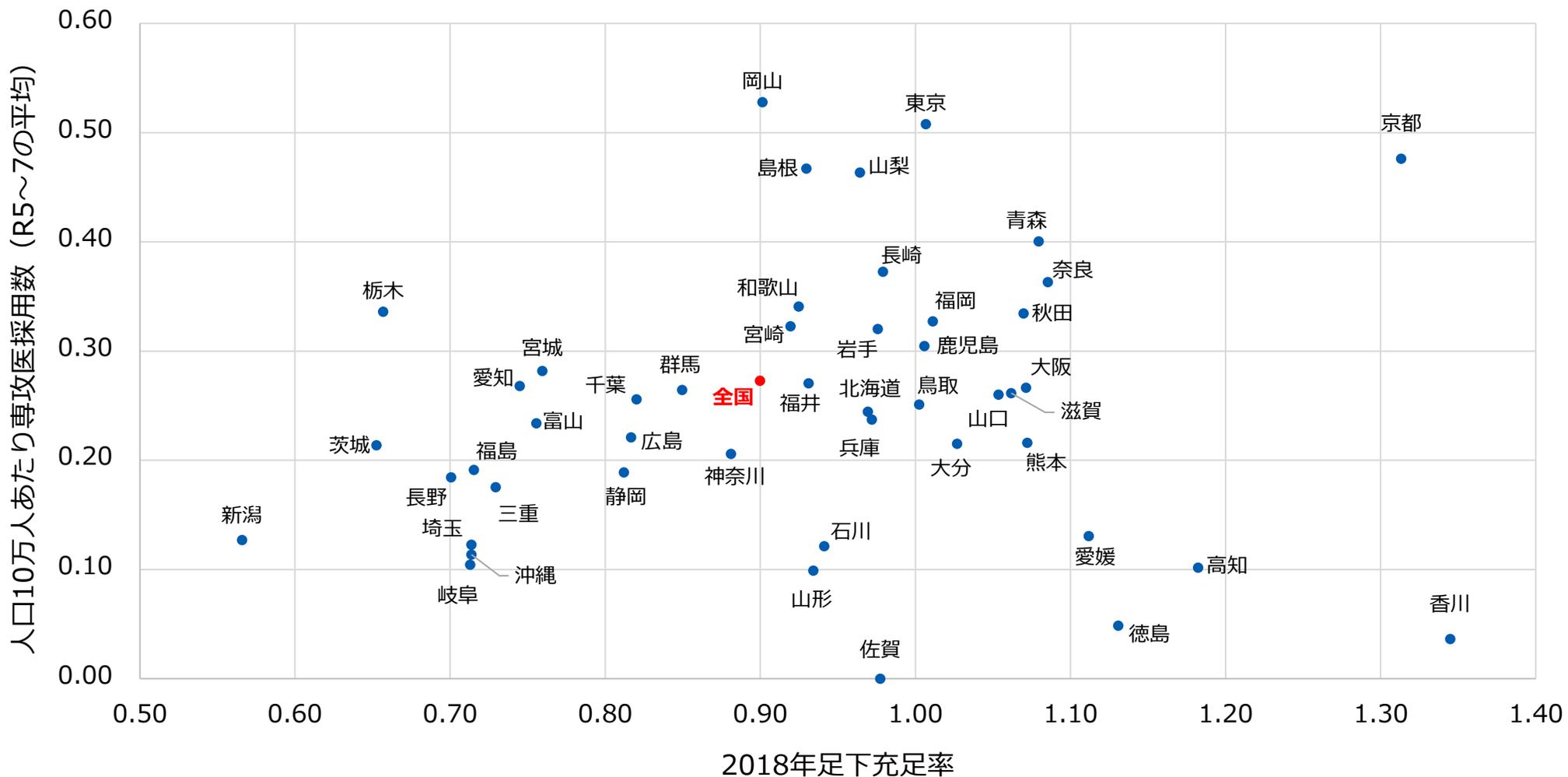


※専攻医採用数及び足下充足率は、日本専門医機構のデータを使用

※人口10万人あたり専攻医採用数を算出するに当たっては、総務省「人口推計（2024年（令和6年）10月1日現在）」を使用

人口10万人あたり専攻医採用数と足下充足率の比較

● 泌尿器科 ●

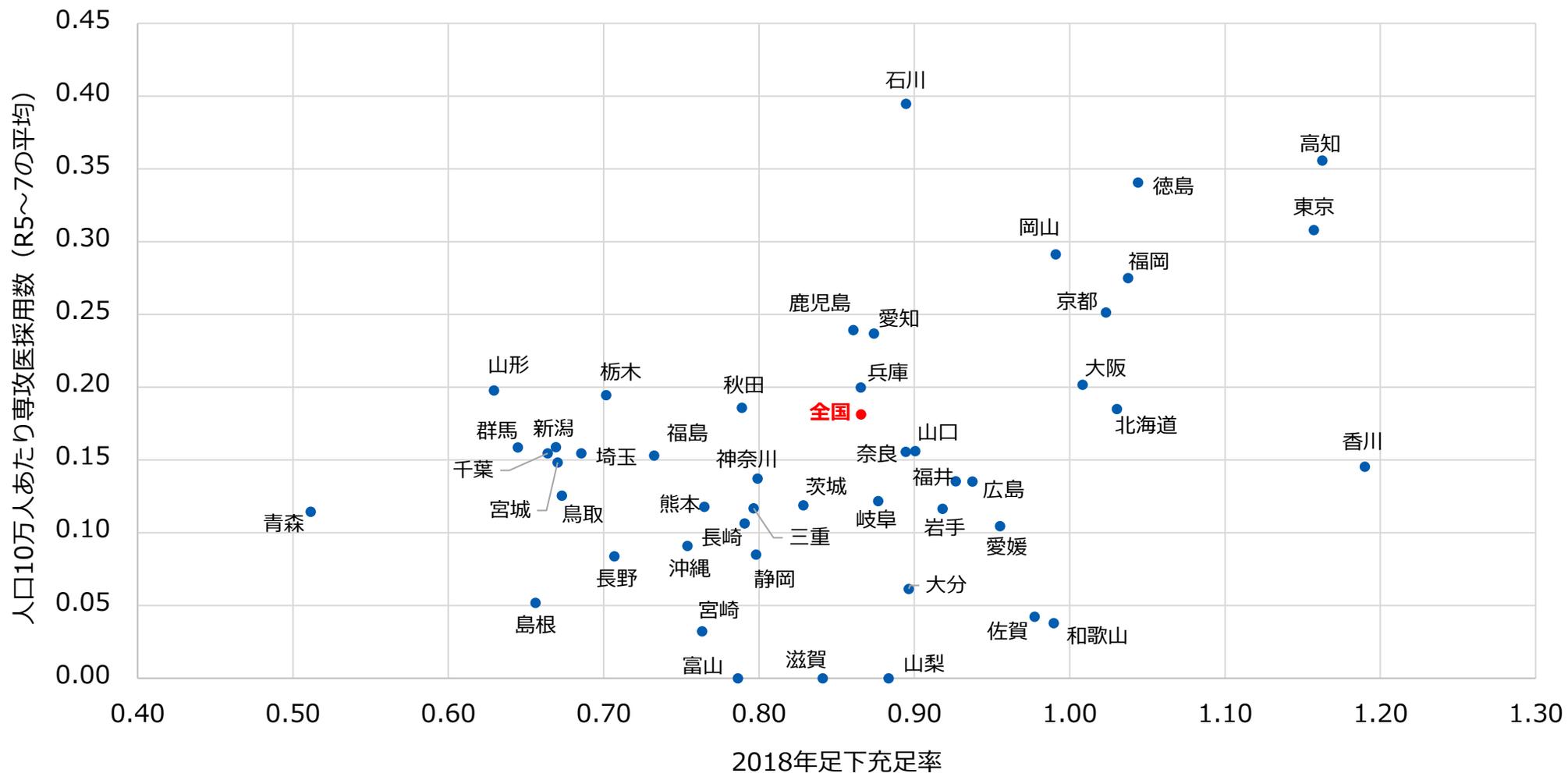


※専攻医採用数及び足下充足率は、日本専門医機構のデータを使用

※人口10万人あたり専攻医採用数を算出するに当たっては、総務省「人口推計（2024年（令和6年）10月1日現在）」を使用

人口10万人あたり専攻医採用数と足下充足率の比較

●脳神経外科●

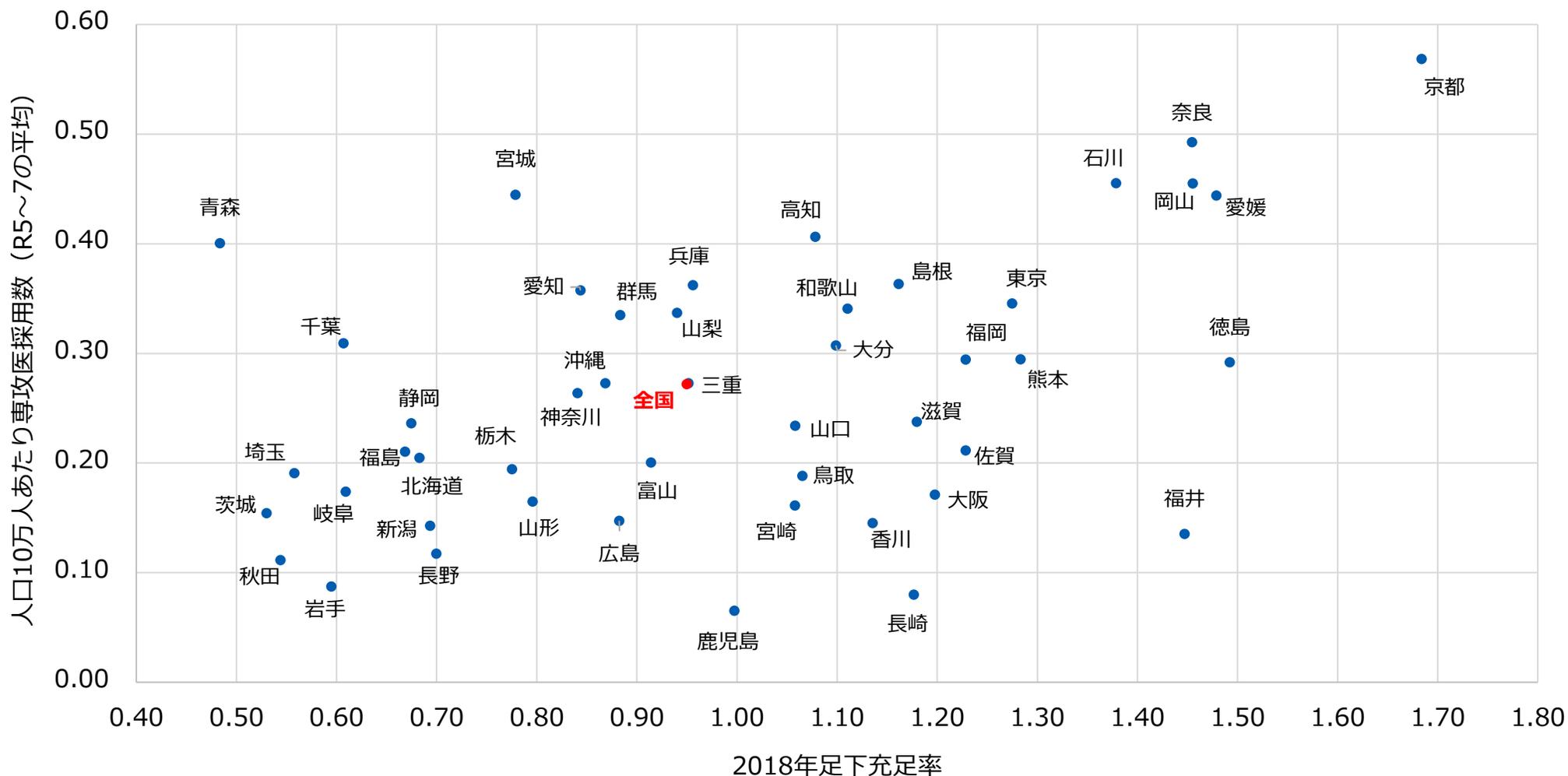


※専攻医採用数及び足下充足率は、日本専門医機構のデータを使用

※人口10万人あたり専攻医採用数を算出するに当たっては、総務省「人口推計（2024年（令和6年）10月1日現在）」を使用

人口10万人あたり専攻医採用数と足下充足率の比較

●放射線科●

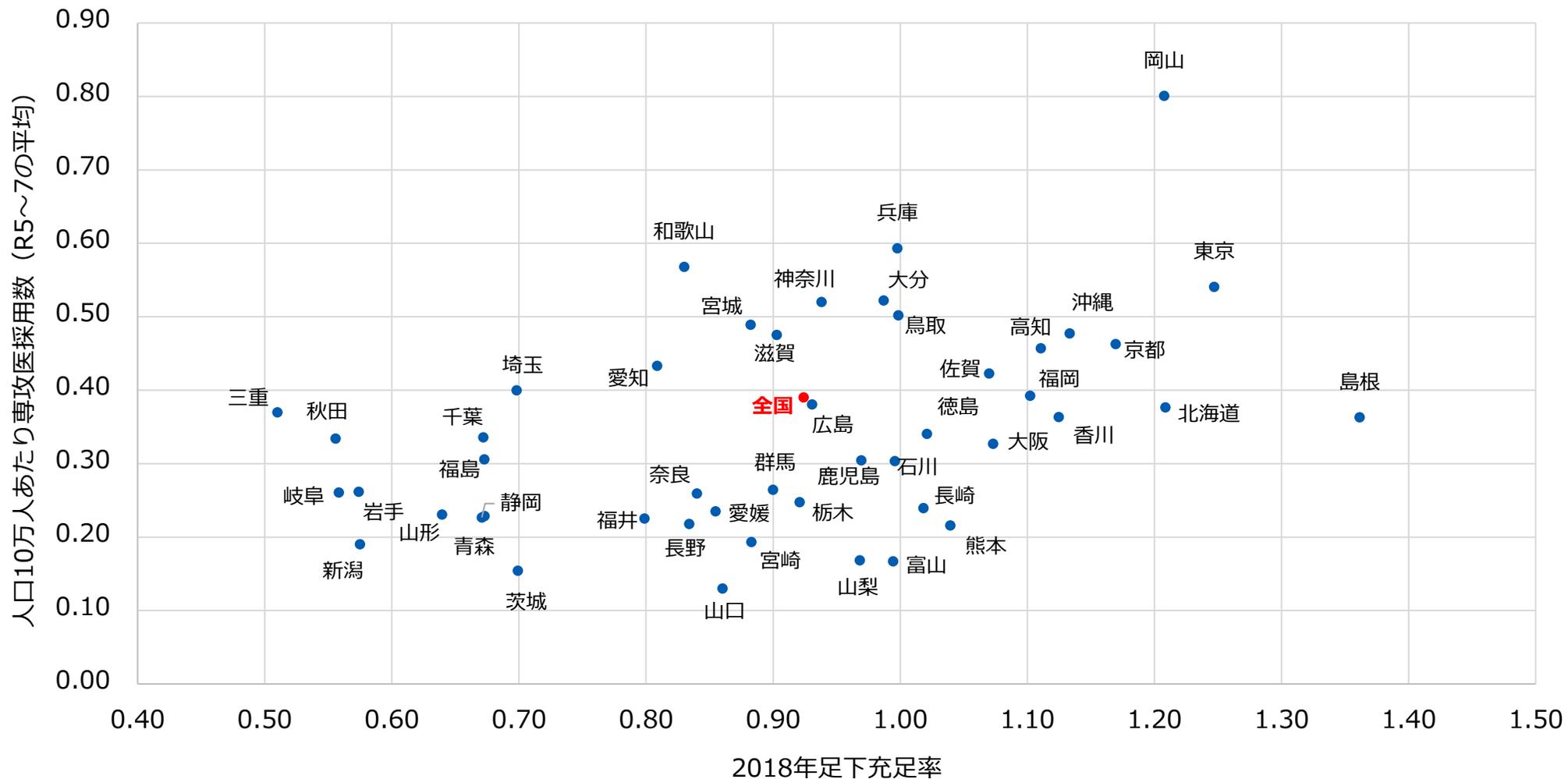


※専攻医採用数及び足下充足率は、日本専門医機構のデータを使用

※人口10万人あたり専攻医採用数を算出するに当たっては、総務省「人口推計（2024年（令和6年）10月1日現在）」を使用

人口10万人あたり専攻医採用数と足下充足率の比較

● 麻酔科 ●

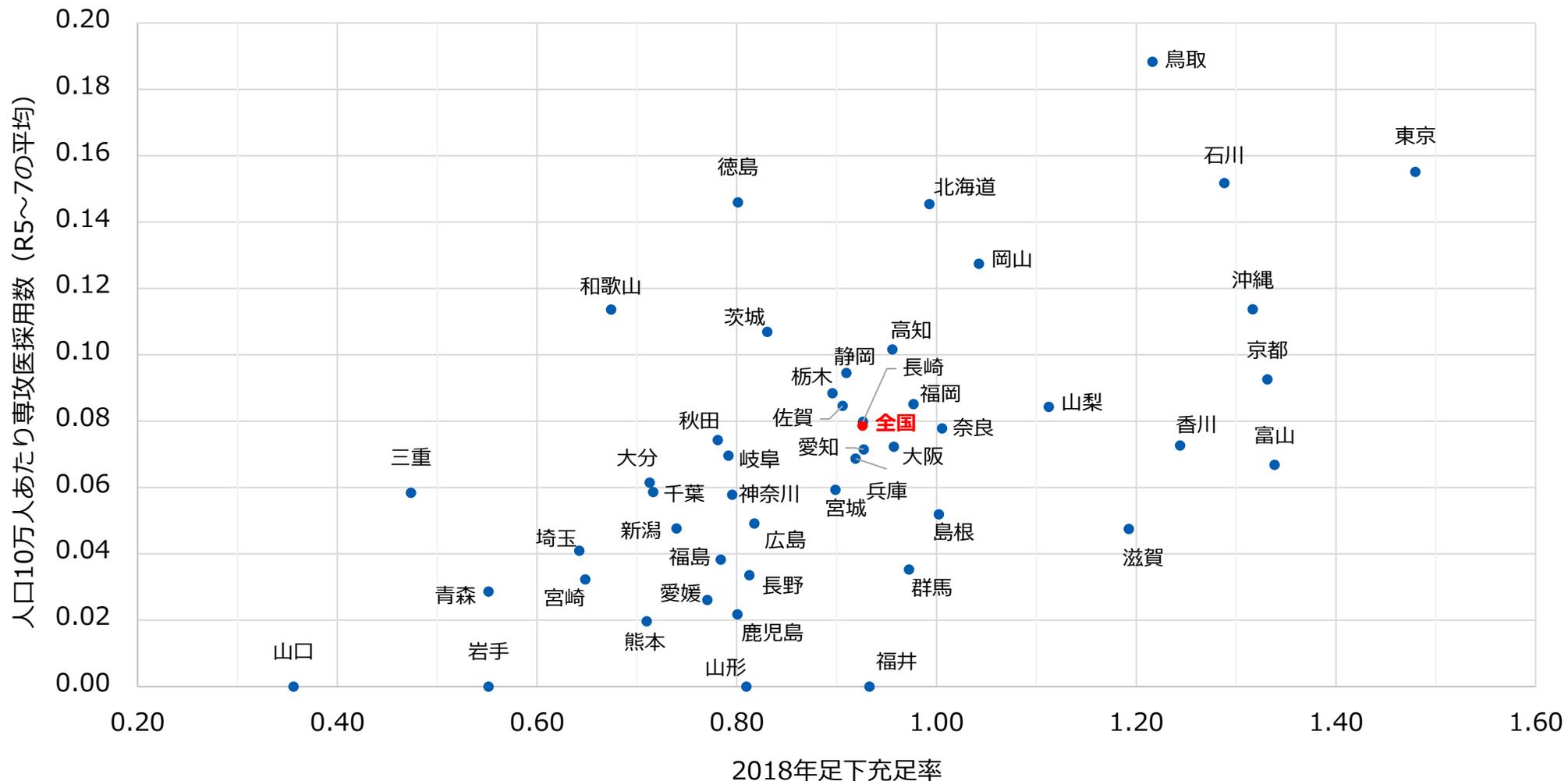


※専攻医採用数及び足下充足率は、日本専門医機構のデータを使用

※人口10万人あたり専攻医採用数を算出するに当たっては、総務省「人口推計（2024年（令和6年）10月1日現在）」を使用

人口10万人あたり専攻医採用数と足下充足率の比較

●病理●

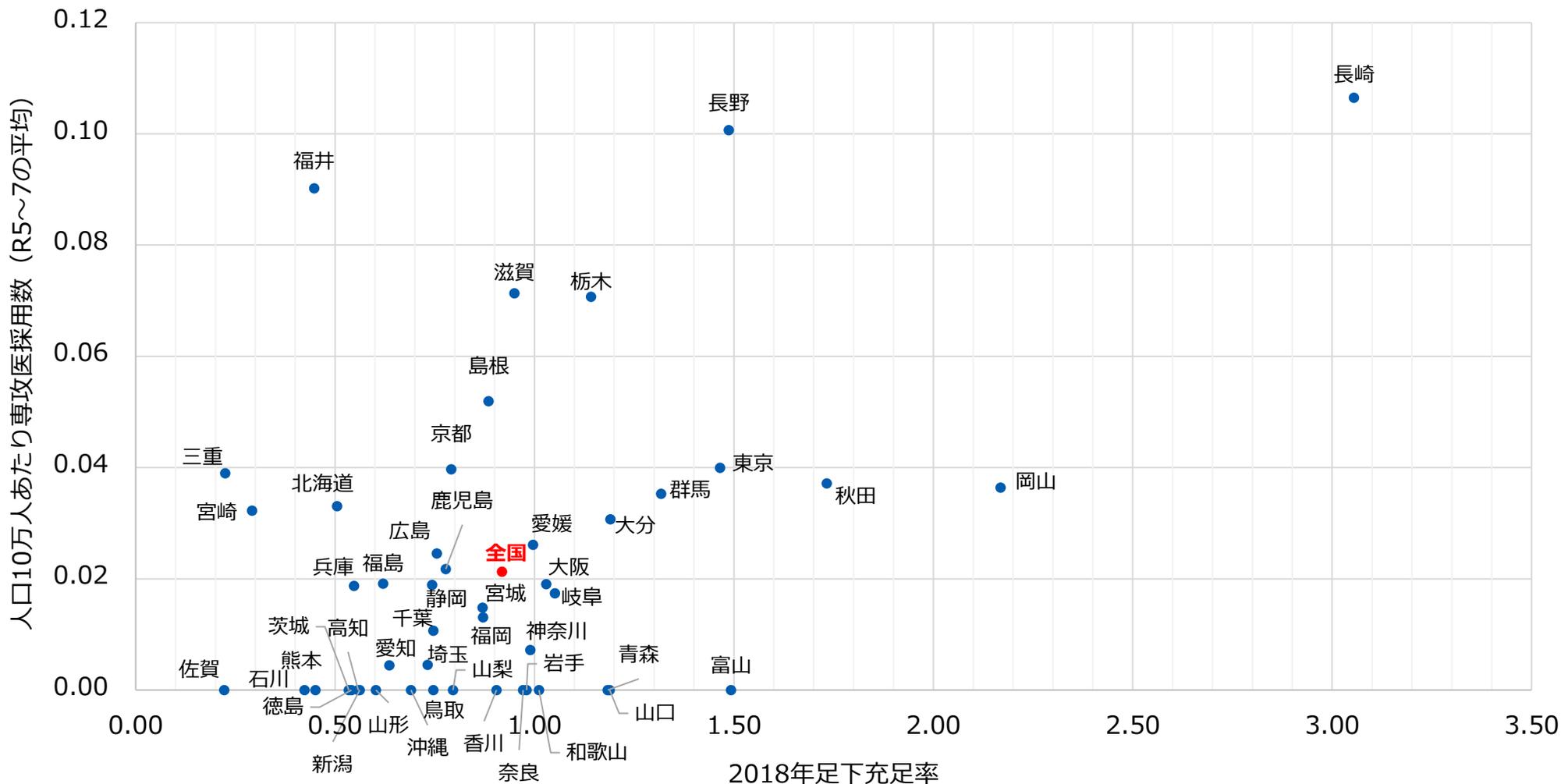


※専攻医採用数及び足下充足率は、日本専門医機構のデータを使用

※人口10万人あたり専攻医採用数を算出するに当たっては、総務省「人口推計（2024年（令和6年）10月1日現在）」を使用

人口10万人あたり専攻医採用数と足下充足率の比較

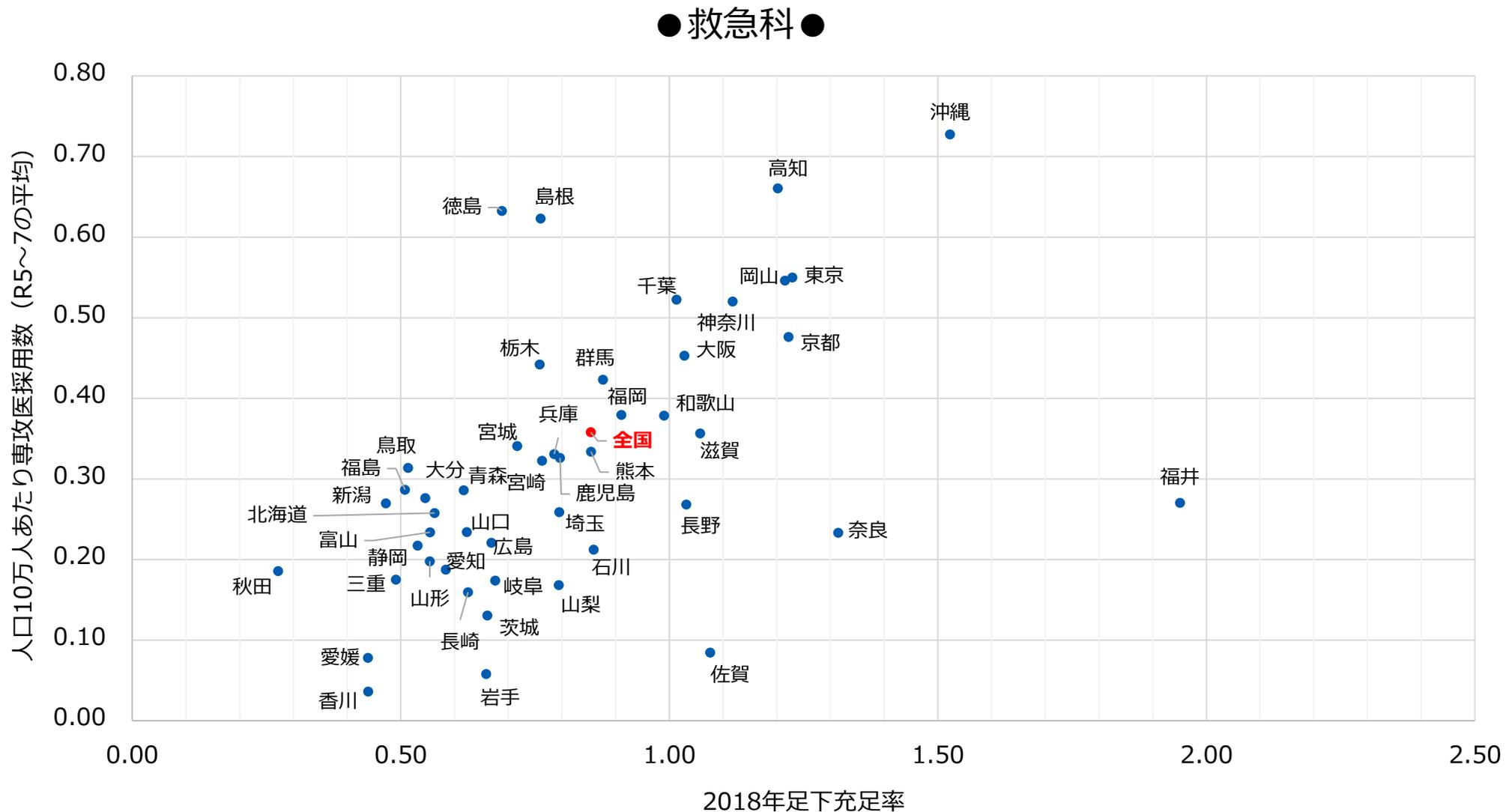
● 臨床検査 ●



※専攻医採用数及び足下充足率は、日本専門医機構のデータを使用

※人口10万人あたり専攻医採用数を算出するに当たっては、総務省「人口推計（2024年（令和6年）10月1日現在）」を使用

人口10万人あたり専攻医採用数と足下充足率の比較

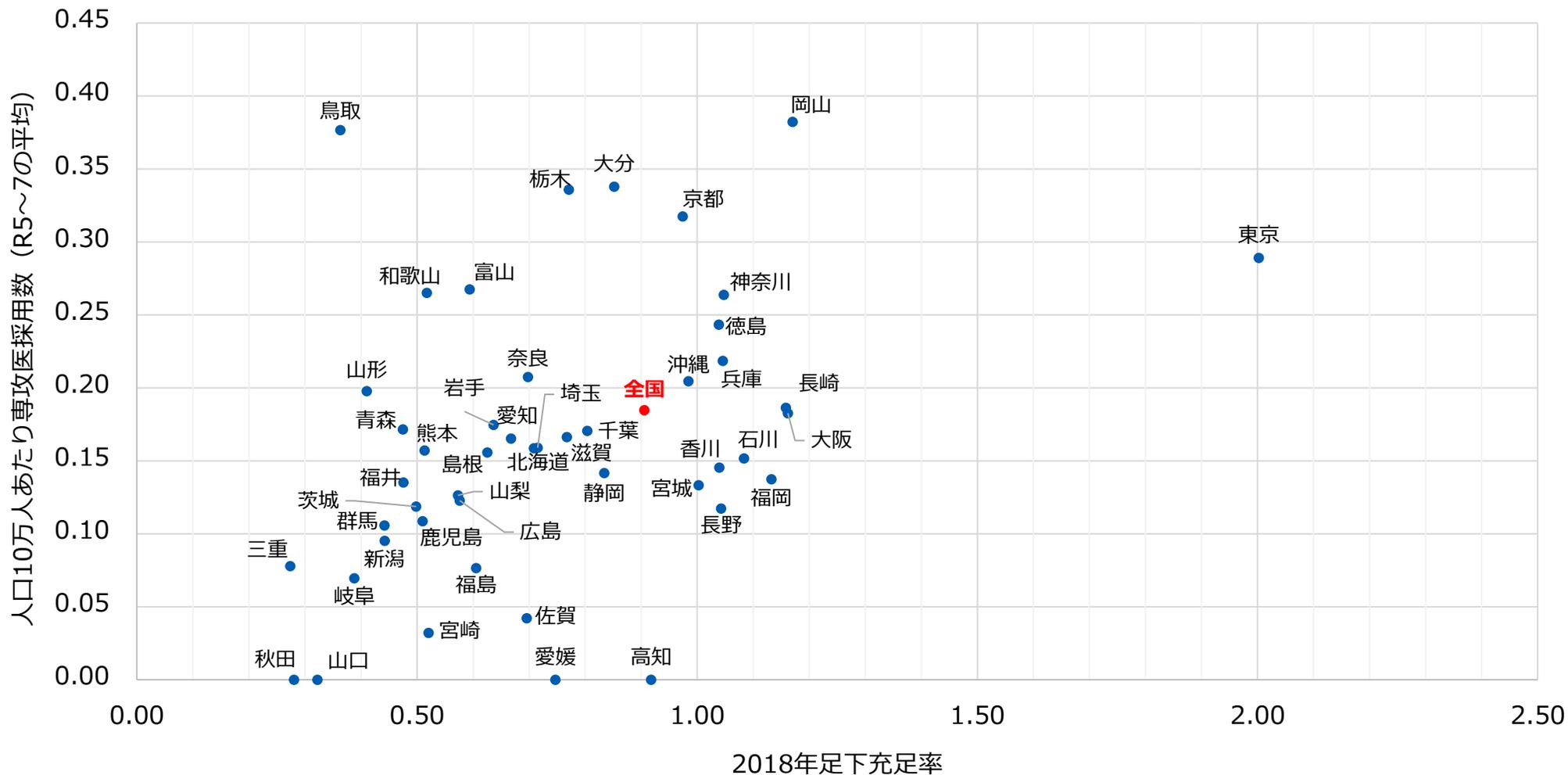


※専攻医採用数及び足下充足率は、日本専門医機構のデータを使用

※人口10万人あたり専攻医採用数を算出するに当たっては、総務省「人口推計（2024年（令和6年）10月1日現在）」を使用

人口10万人あたり専攻医採用数と足下充足率の比較

●形成外科●

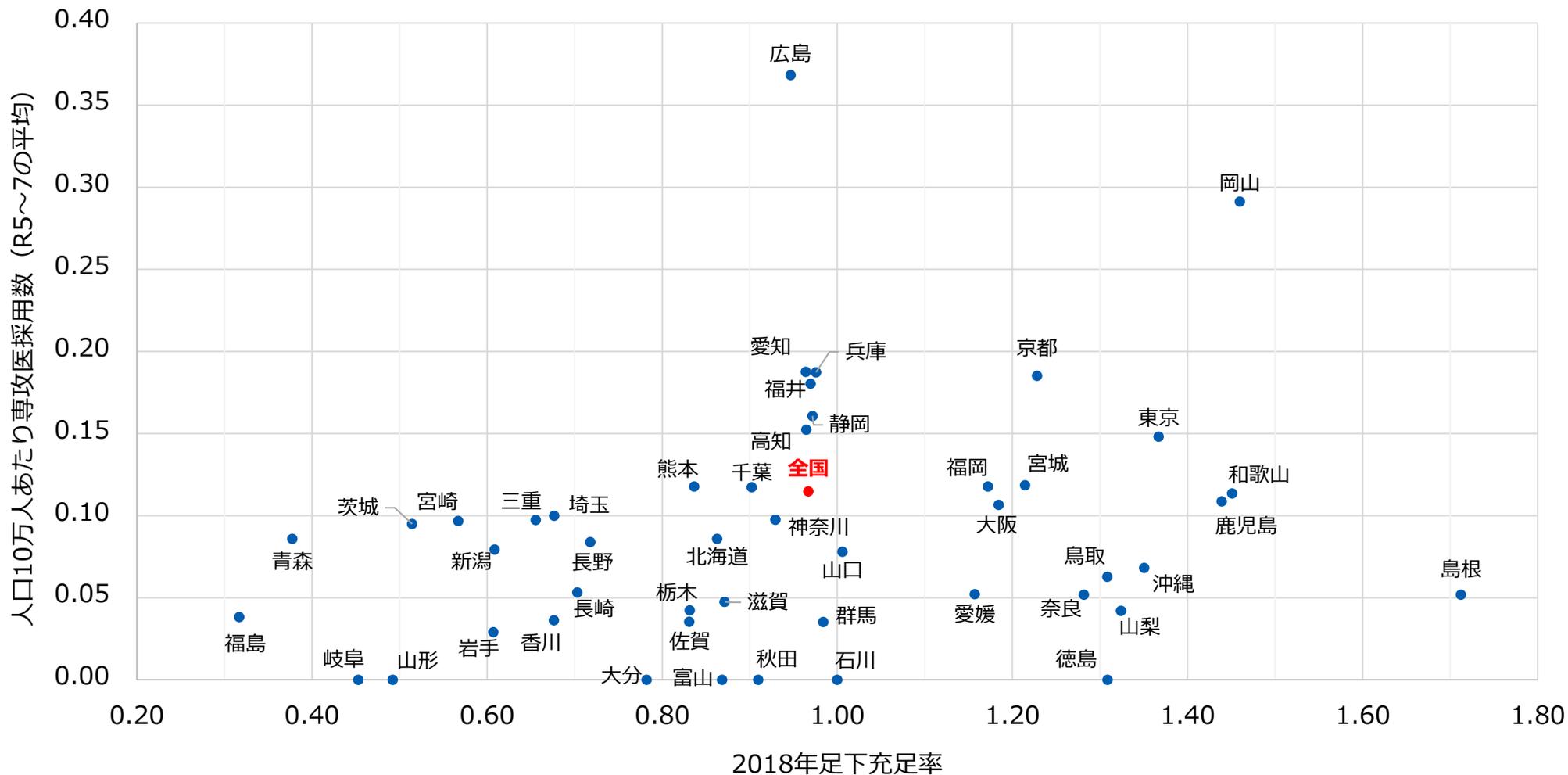


※専攻医採用数及び足下充足率は、日本専門医機構のデータを使用

※人口10万人あたり専攻医採用数を算出するに当たっては、総務省「人口推計（2024年（令和6年）10月1日現在）」を使用

人口10万人あたり専攻医採用数と足下充足率の比較

●リハビリテーション科●



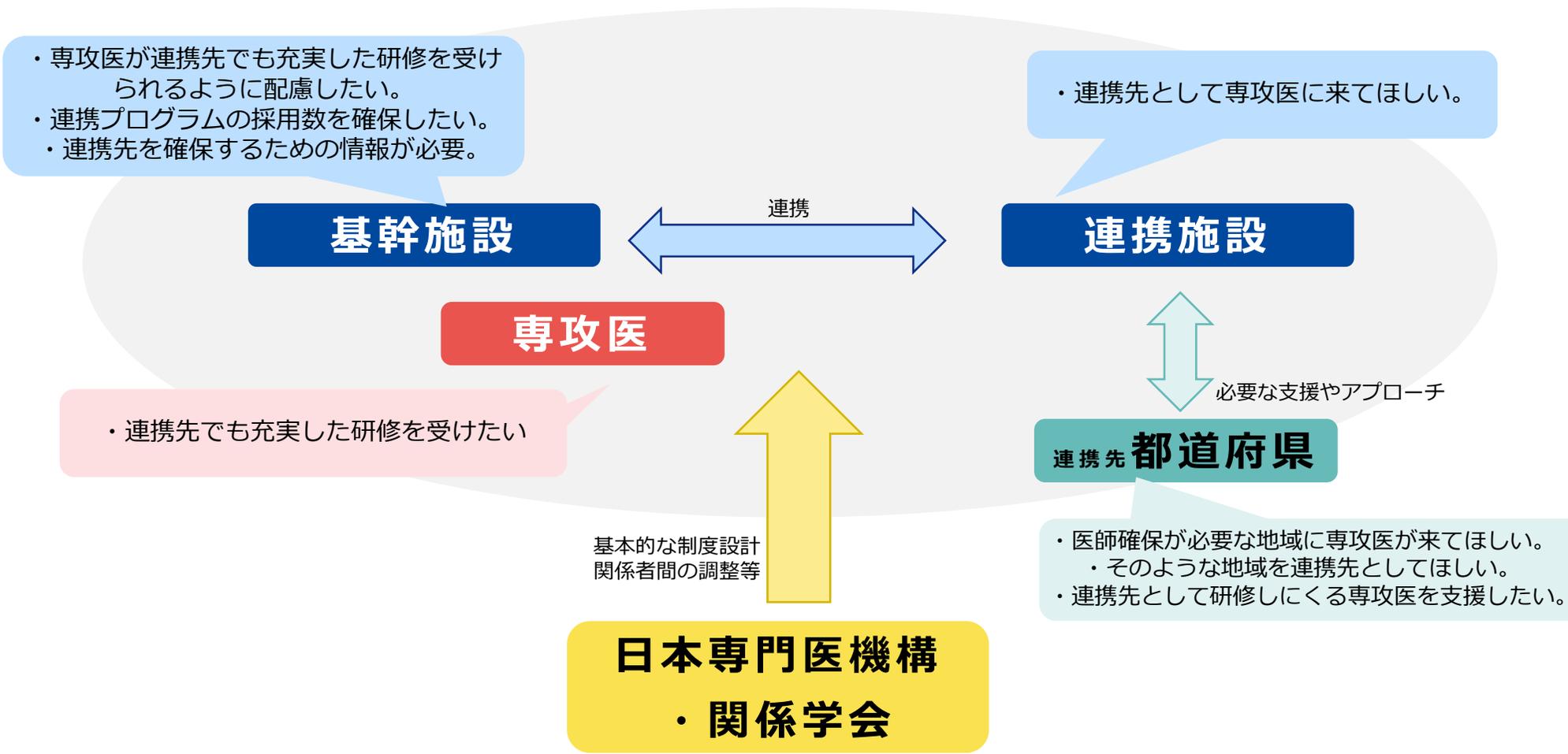
※専攻医採用数及び足下充足率は、日本専門医機構のデータを使用

※人口10万人あたり専攻医採用数を算出するに当たっては、総務省「人口推計（2024年（令和6年）10月1日現在）」を使用

1. 連携プログラムの基本的事項
2. 連携先の要件について
3. 関係者による連携について
4. 論点

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。



学会における取組（日本整形外科学会）

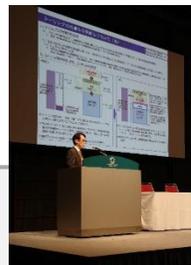
日本整形外科学会では、足下充足率が0.7以下の青森、岩手、埼玉のプログラム統括責任者と、シーリング対象都府県のプログラム統括責任者の合同会議を開催する等、学会として特別地域連携プログラムの実施に取り組んでいる。

学会としての方針

- 令和8年度採用専攻医から、特別地域連携プログラムがシーリング内に入ることから、枠を満たさなければ、シーリング数が減少することとなるため、地域間の情報共有を進めて連携が進むように対応する必要がある。

取組

- 第98回日本整形外科学会学術総会（2025年5月22日～25日）の機会を活用し、シーリング対象地域と特別地域連携プログラムの連携先地域のプログラム統括責任者等が情報交換。



- ・ 医師少数区域とはどのような地域が該当するか？
- ・ ○○大学のプログラムに、××大学病院が入ることは可能か？

シーリング対象地域

【東京、京都、福岡】

特別地域連携対象地域

【青森、岩手、埼玉】

- ・ 医師数に対する手術数や経験数は豊富。研究等の指導にも取り組む。
- ・ 専攻医の就労環境や金銭的負担にも配慮が必要。

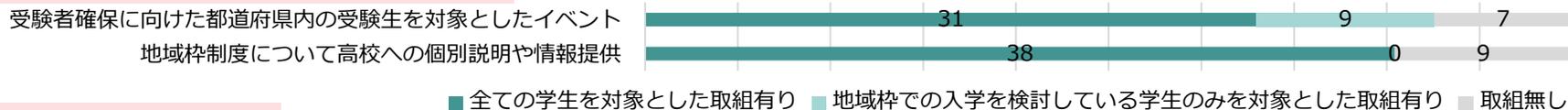
- 連携先の調整にあたっては、「医師少数区域に（指導医・専攻医を含めた）複数の整形外科医を勤務させる医療的なニーズや受け入れ体制があるかどうか」が課題となった。
- 今後、シーリング対象都府県における専攻医がすでに連携プログラム等に該当しないかを確認するとともに、受け入れ可能かどうかの最新の情報を整理し、地域同士のマッチングを試みる予定。

都道府県における医師確保に向けた取組状況

○ 医学部入学前の高校生等、医学生、臨床研修医、専攻医、全世代の医師といった対象別の医師確保に向けた取組の実施状況について、都道府県に対してアンケート調査を実施した。都道府県のうち、取組の実施割合を以下に示す。

1. 医学部入学前の高校生等を対象とした取組の実施割合

出典：医学部臨時定員増に関する意向調査（令和7年3月実施）（厚生労働省医政局医事課調べ）



2. 医学生を対象とした取組の実施割合



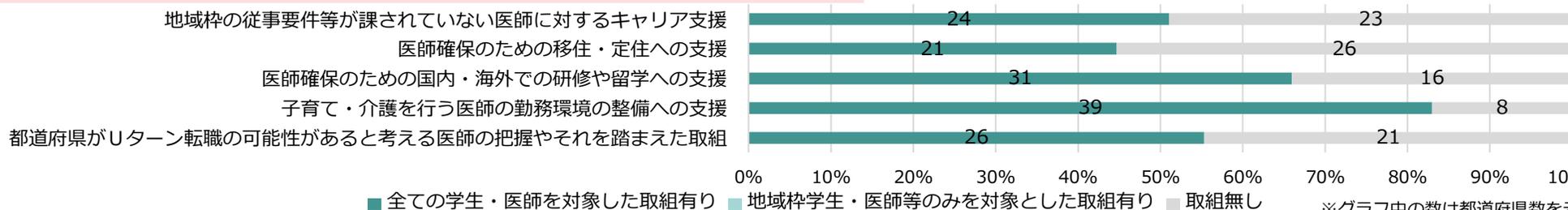
3. 臨床研修医の確保に向けた取組の実施割合



4. 専攻医の確保に向けた取組の実施割合



5. 中堅・シニア世代を含む全ての世代の医師の確保に向けた取組の実施割合



- 医学部入学前の高校生等を対象とした取組や臨床研修医の確保に向けた取組項目の実施率は8割以上となっている。
- 医学生を対象とした取組の項目については、地域枠学生を対象とした取組は一定程度実施されている一方で、全ての医学生を対象とした取組は限定的である。

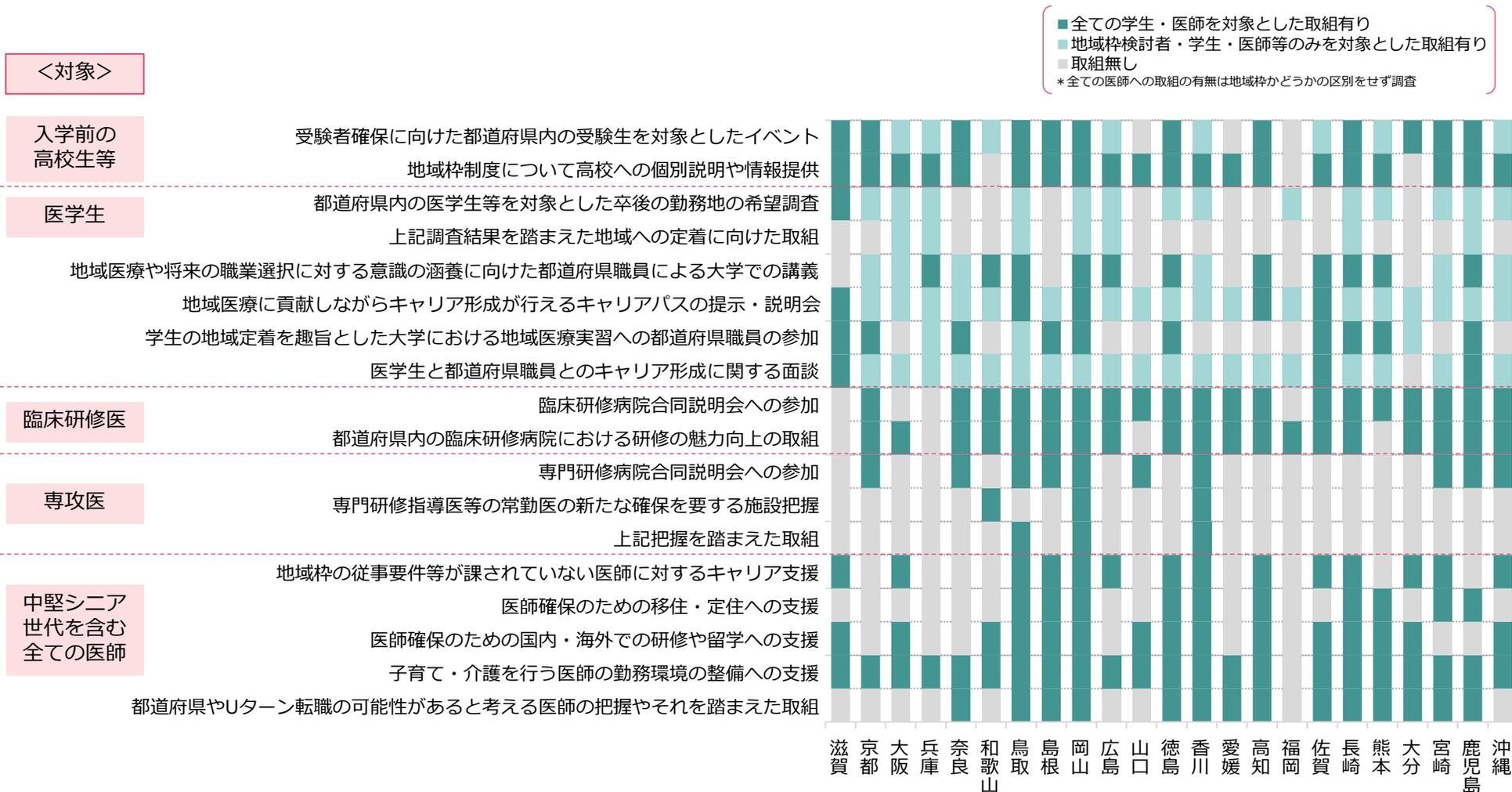
都道府県における医師確保に向けた取組状況（都道府県別①）

- 都道府県により取組の有無に差はあるが、おおむね医学生を対象とした取組は地域枠学生に限定しているものが多い。
- 臨床研修医の確保に向けた取組は多くの県で実施しているが、専攻医の確保に向けた取組の実施率は低い。



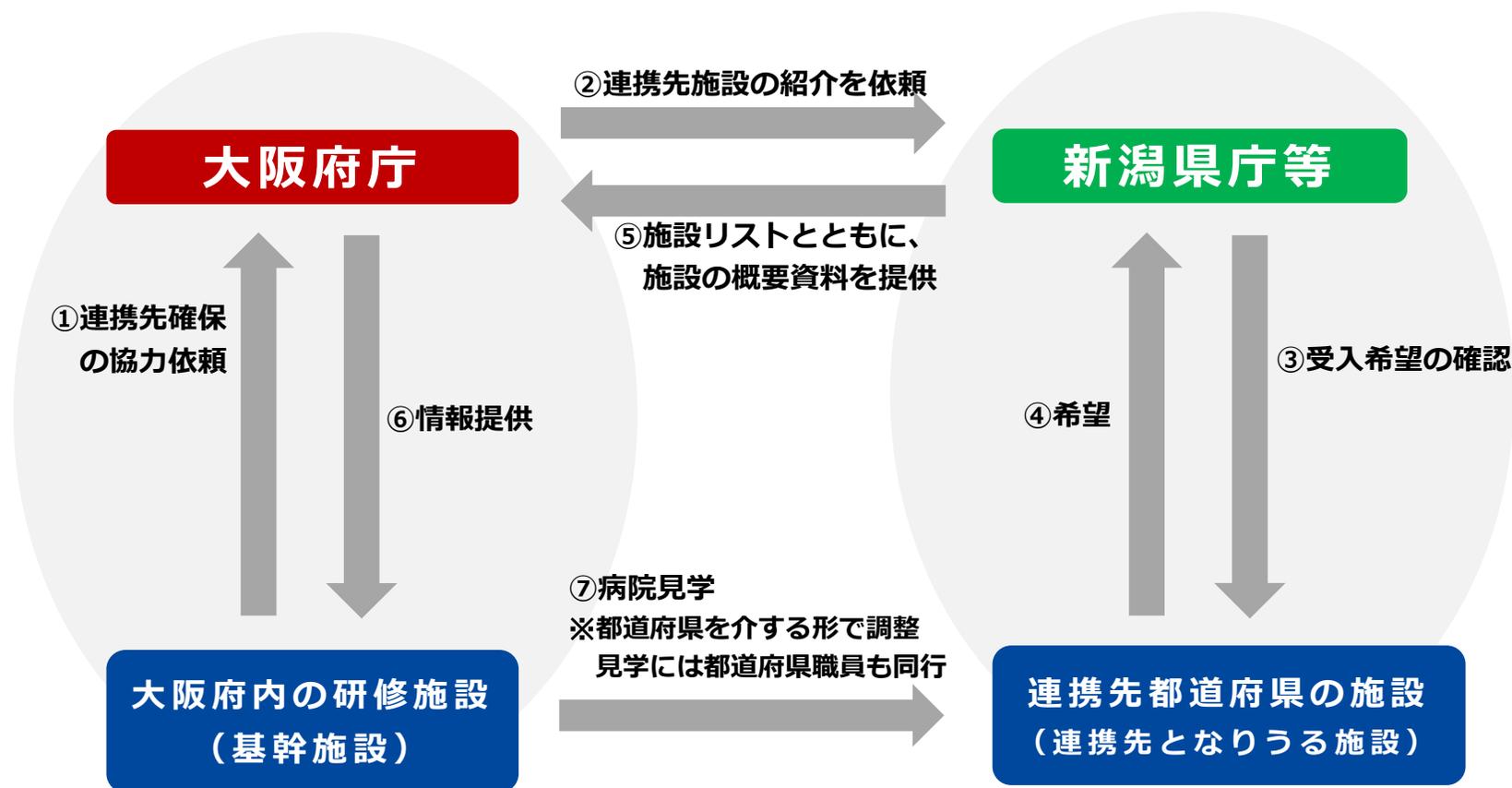
都道府県における医師確保に向けた取組状況（都道府県別②）

- 都道府県により取組の有無に差はあるが、おおむね医学生を対象とした取組は地域枠学生に限定しているものが多い。
- 臨床研修医の確保に向けた取組は多くの県で実施しているが、専攻医の確保に向けた取組の実施率は低い。



シーリング対象都道府県における連携先確保及び研修の質向上に関する取組

- 連携元の都道府県と、連携先の都道府県の調整により、連携先施設の確保を実現させた事例がある。
- 本事例においては、（１）地域（受入施設）への希望聴取等の地域のニーズの把握、（２）施設概要の情報共有や研修環境の確認等の研修の質の担保 のための取組が実施されている。



大阪府庁及び新潟県庁へのヒアリングを基に作成。

(参考) 医師確保計画策定ガイドラインにおける連携プログラムの位置づけ

医師確保計画策定ガイドラインにおいては、寄附講座を連携プログラム等の取組と組み合わせて実施することが、必要な医師を確保するための有効な策の一つとして紹介されている。

医師確保計画策定ガイドライン～第8次（前期）～（令和5年3月）

5. 医師確保計画

5-4 目標医師数を達成するための施策

5-4-6. その他の施策（抄）

- 各医療圏において、医療計画に定める医療提供体制を構築するために必要な医師を確保する上で、都道府県内外の大学医学部に対して、寄附講座を設置することも有用な施策である。寄附講座の設置に当たっては、若手医師等にとって魅力ある講師の選定や、医師の具体的な派遣人数、派遣期間等についても事前に取り決めておくことが必要であるとともに、専門研修における連携プログラム等の取組と組み合わせて実施することが有効であると考えられる。なお、都道府県外の大学医学部に対して寄附講座を設置するにあたっては、事前に都道府県内の医師派遣等の調整を実施することや、当該寄附講座の情報について、必要に応じ、都道府県内の大学医学部とも共有することが重要である。

1. 連携プログラムの基本的事項
2. 連携先の要件について
3. 関係者による連携について
4. 論点

今後の連携プログラムに関する論点

- 今後の連携プログラムについては、令和7年度大臣意見に基づく対応（連携先の要件の検討等）を進めることや、連携元として認識している課題への対応について現場の意見を踏まえた検討を行うこと等、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う方針としている。
- 特別地域連携プログラムの連携先は、「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」としており、特に充足率の低い都道府県・地域への偏在対策に資することを期待した要件を定めている。
- 基本領域学会等から、連携先施設（特に医師少数区域に所在する施設）の把握や研修環境の担保が難しいことや、遠方にあることによる専攻医の負担等が課題となり、連携先の確保が困難である実態が指摘されている。
- 特別地域連携プログラムの連携先については、診療科によっては数県に限定される場合がある。「足下充足率0.7」を上回る都道府県診療科であっても、採用数が全国平均と比較して低いなど、更なる専攻医の確保が必要となり得る都道府県も存在する。
- 連携プログラムの運用に当たっては、関係者の役割や連携が重要であり、学会や都道府県において、地域のニーズの把握や研修環境の担保を行いながら、関係者間で連携し、特別地域連携プログラムの推進等に積極的に取り組んでいる例が存在する。

- 
- 特別地域連携プログラムについては、専門研修制度を通じた医師の偏在対策を進める観点で重要な仕組みであることから、研修の質を担保しつつ、設置を進めることが適当ではないか。
 - 特別地域連携プログラムの連携先について、学会等の意見も参考に、以下のような視点で見直しを検討してはどうか。
 - ・ 連携先を「医師少数区域の医療機関」に限定しているものを、都道府県の関与の下、現場でより柔軟な運用を可能とする
 - ・ 連携先を「足下充足率0.7（小児科に限り0.8）以下の都道府県」に限定しているものを、医師確保の必要性を念頭に、足下充足率以外の要素も加味する
 - 地域のニーズの把握や研修環境の担保を行いながら、特別地域連携プログラムを推進するため、関係者間の協力体制をどのように構築することが望ましいか。特に、受入先となる都道府県や、学会等の各立場に期待される役割、実施可能な取組として、どのようなことが考えられるか。

- 参考



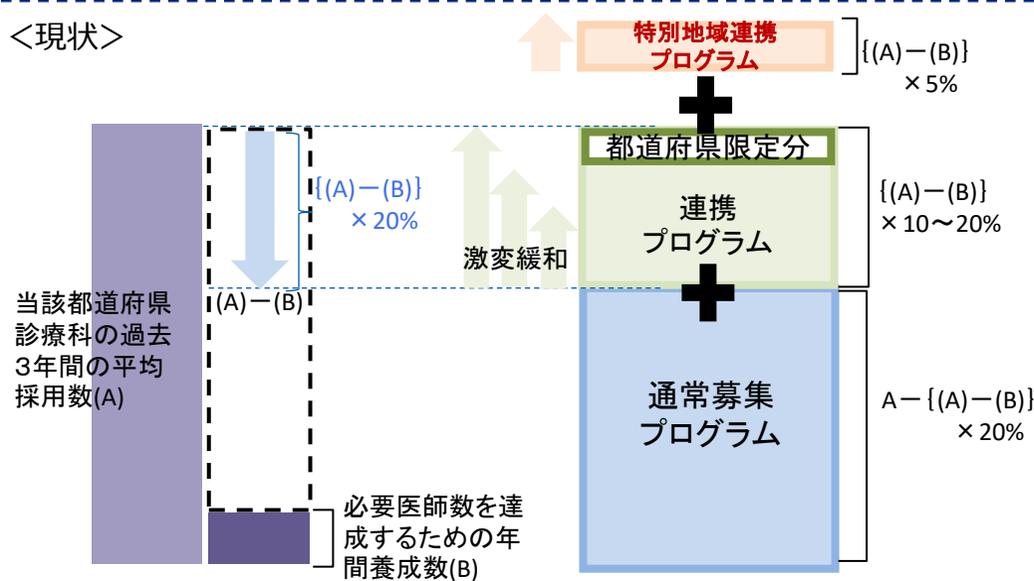
シーリングの仕組みの見直しについて

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>

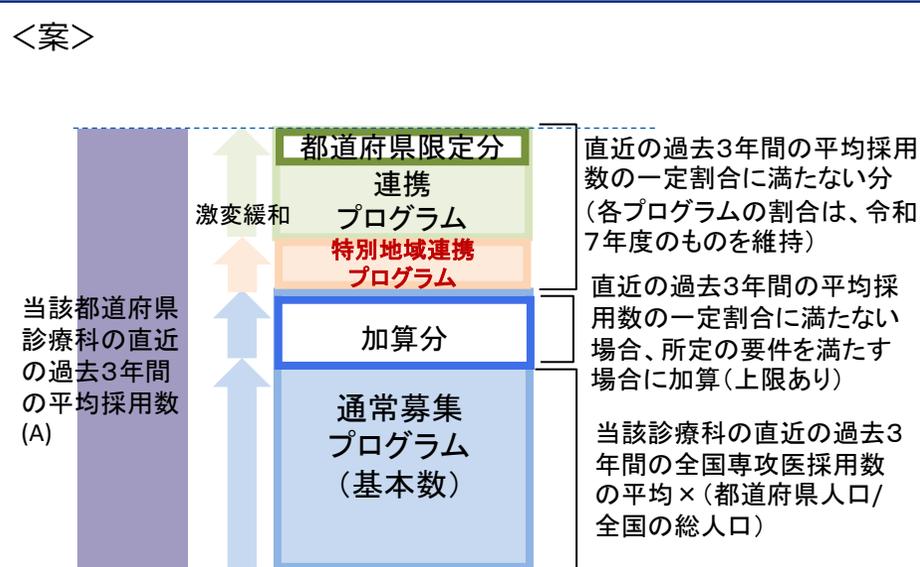


※シーリング数の合計（通常+連携）の下限を2020年の95%とし、95%に満たない数を連携プログラムとして追加する。

※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)

特別地域連携プログラム採用実績

令和6年度第1回 医道審議会 資料1
 医師分科会 医師専門研修部会 (日本専門医機構
 令和6年7月19日 資料) 追記

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

主な診療領域における専門研修施設の基準(症例数)

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"> 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。 70疾患群のうち35以上の疾患群が研修可能であること。 	<ul style="list-style-type: none"> 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。
小児科	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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。
外科	<ul style="list-style-type: none"> 年間500例以上のNCD登録外科手術症例数を有している。 	<ul style="list-style-type: none"> 年間50例以上のNCD登録外科手術例数を有している。
精神科	<ul style="list-style-type: none"> 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"> ①統合失調症:200例以上 ②気分(感情)障害:100例以上 ③精神作用物質による精神及び行動の障害:20例以上 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 ⑤児童・思春期精神障害(摂食障害を含んでよい):20例以上 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 ⑦成人のパーソナリティと行動の障害:20例以上 	

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見ると、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

令和6年度第4回 医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会	資料1
令和7年1月30日	

- 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・サブスペシャリ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。

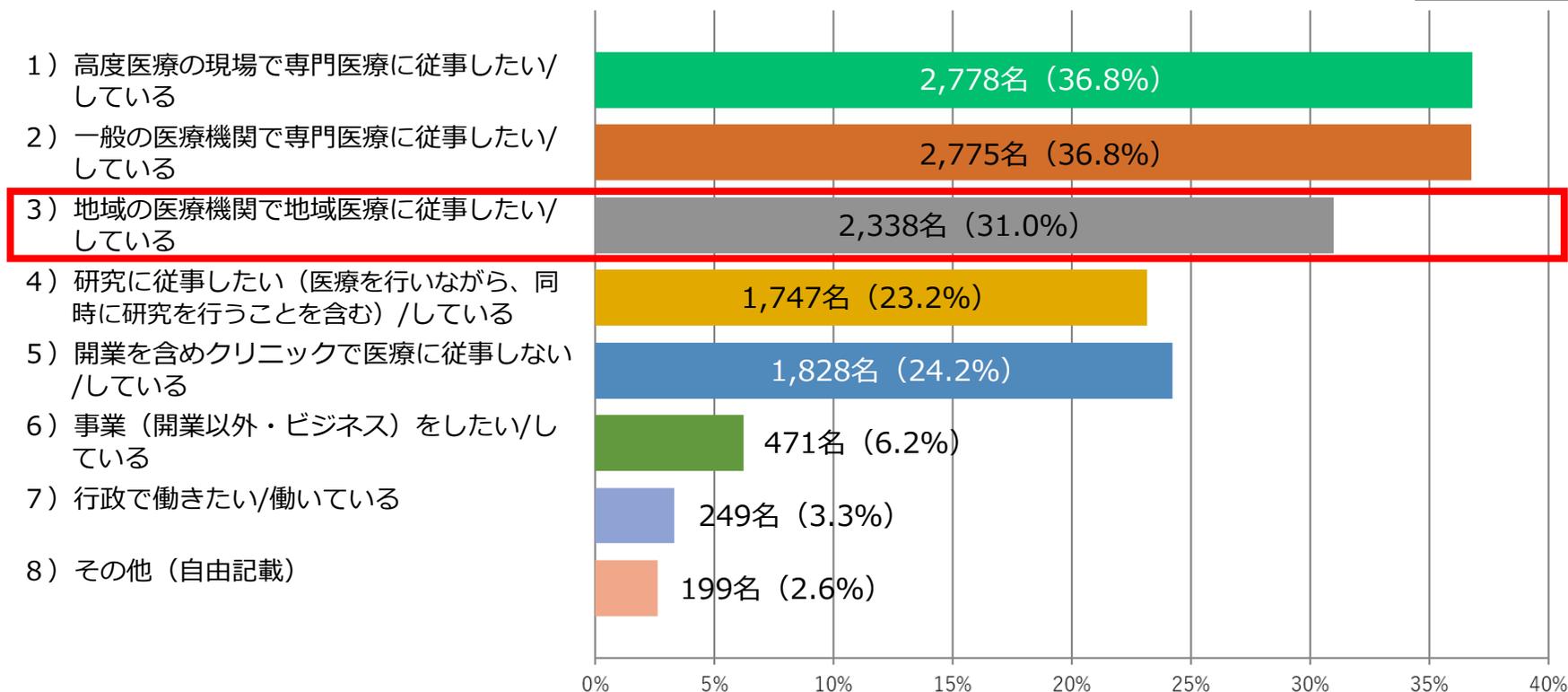
参考：地域医療の向上に関する意識調査①

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

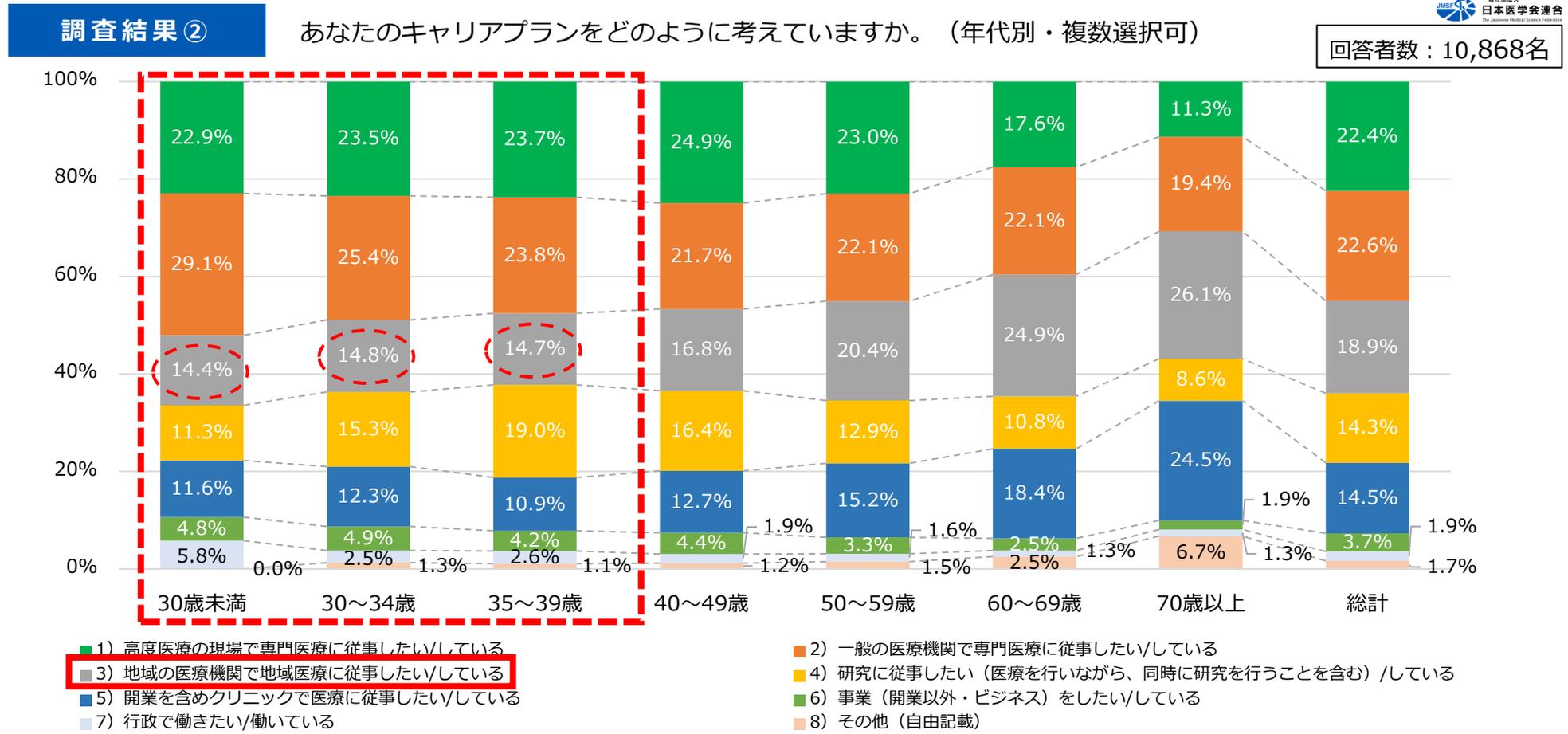
あなたのキャリアプランをどのように考えていますか。（複数選択可）

回答者数：7,545名



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学会連合（令和6年12月12日））

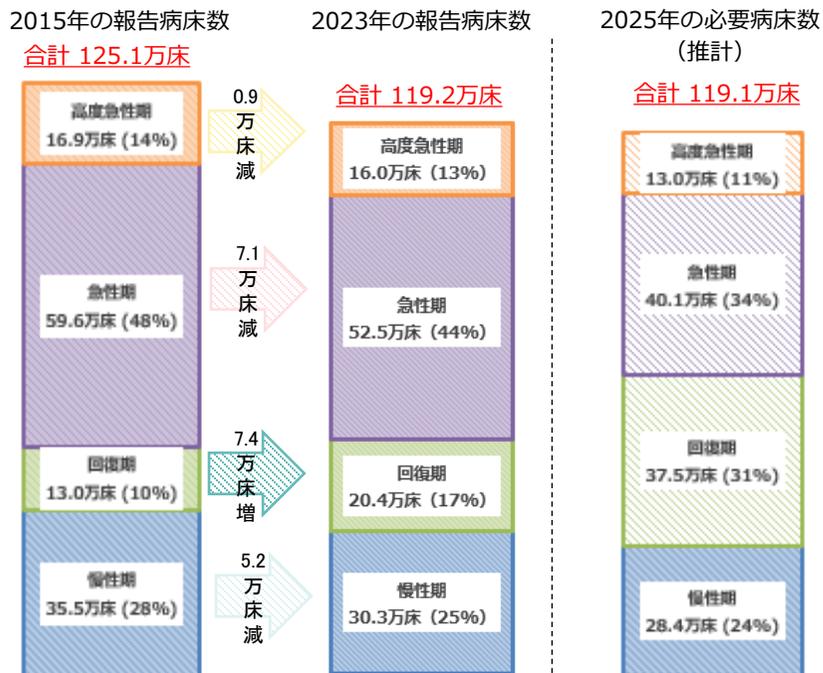
これまでの主な議論（新たな地域医療構想の基本的な方向性（案））

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

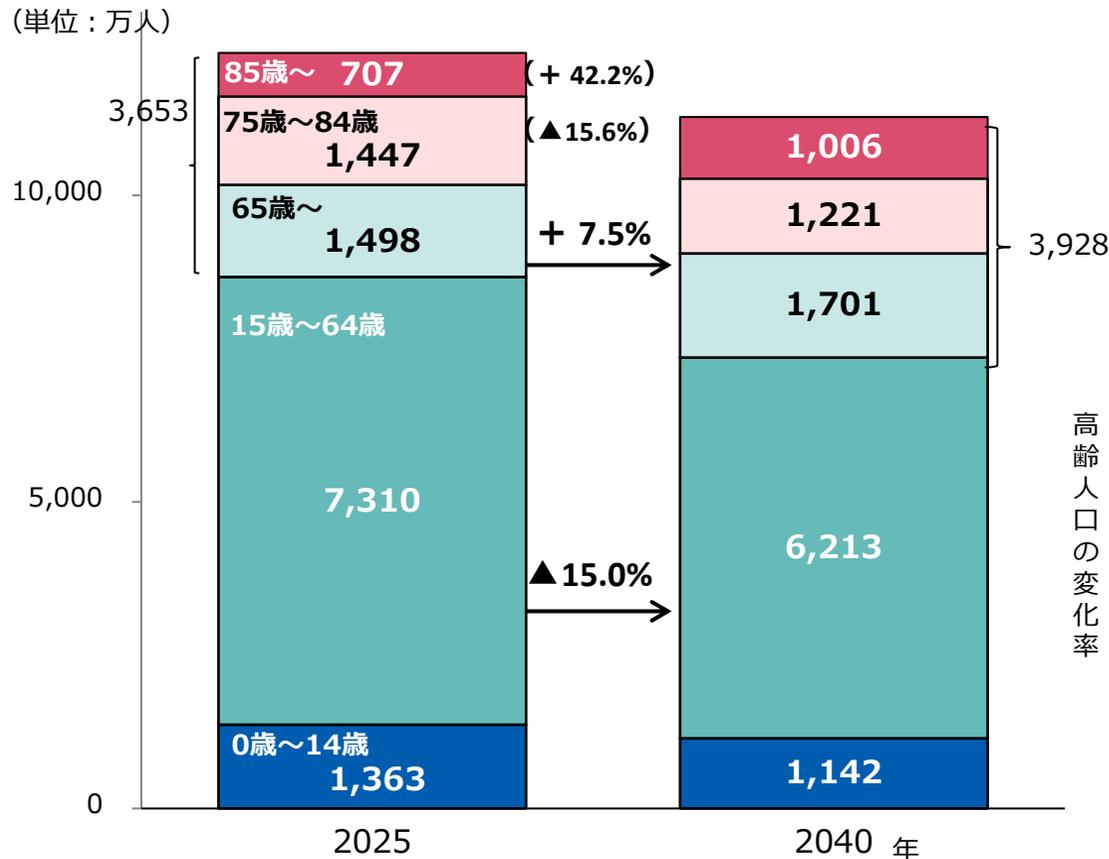
医療DXや働き方改革の取組、地域の医療・介護の連携強化等を通じて、生産性を向上させ、持続可能な医療提供体制モデルを確立する。

※ 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。

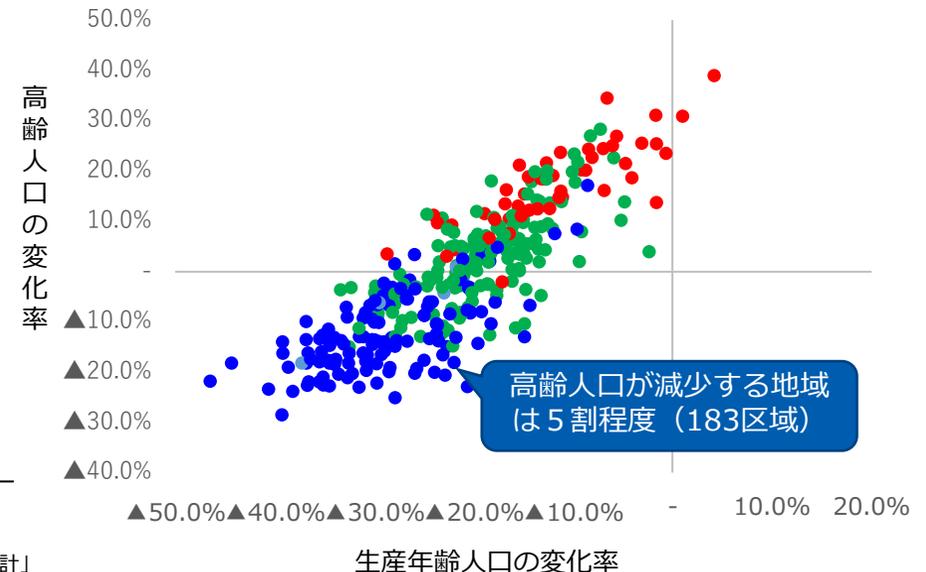
<人口構造の変化>



<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/km²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/km²以上
 過疎地域型：上記以外

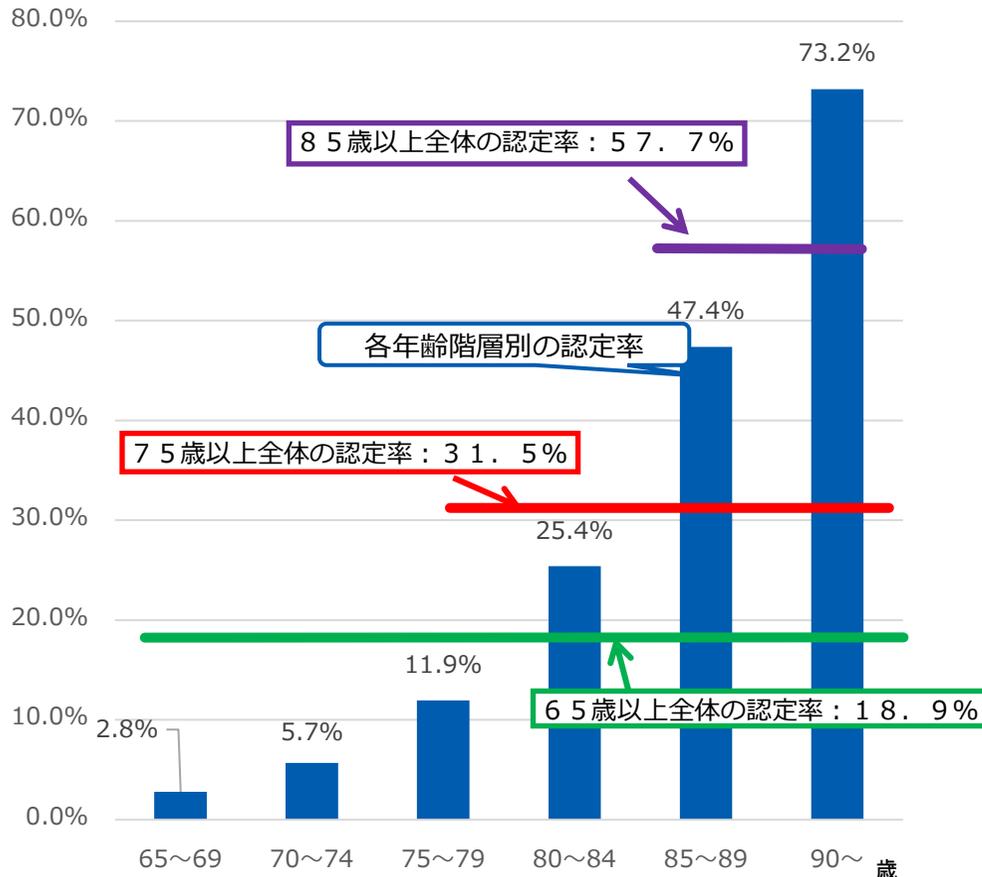


(出典) 総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 令和5年推計」

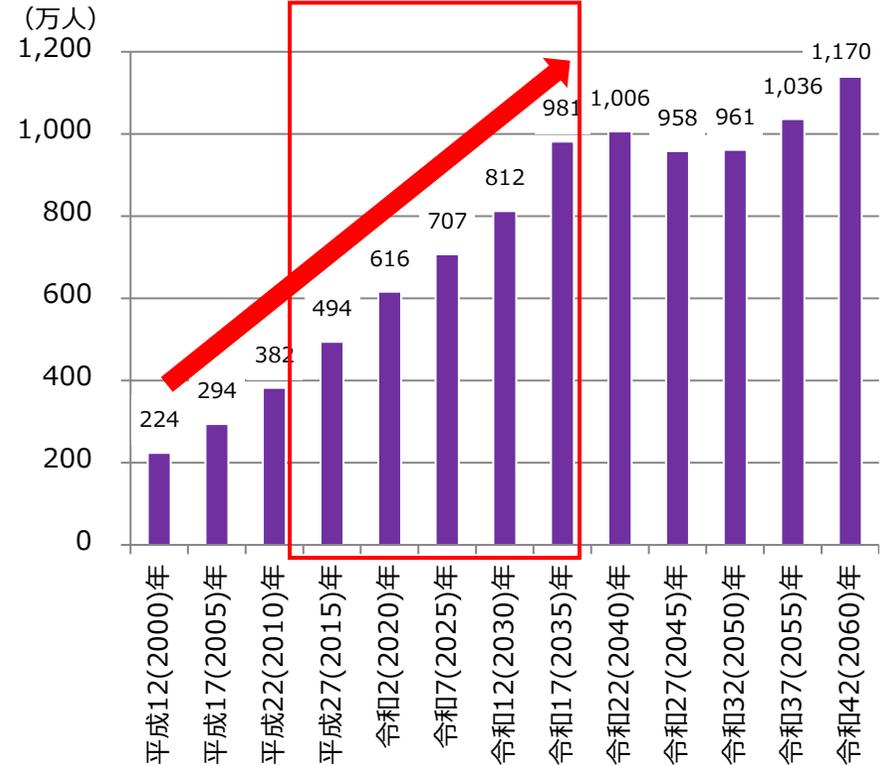
医療需要の変化④ 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

- 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



85歳以上の人口の推移



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

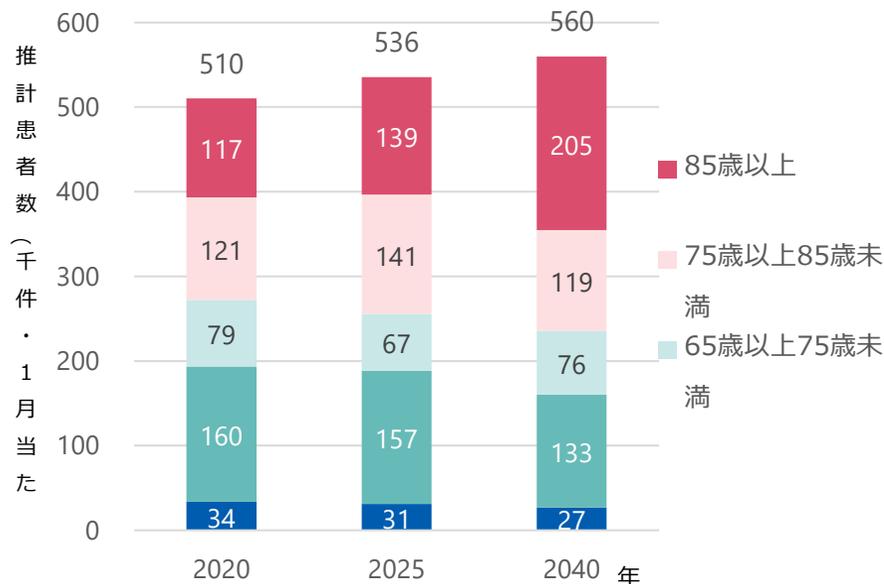
（資料）将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和5(2023)年4月推計）出生中位（死亡中位）推計
2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」（年齢不詳人口を按分補正した人口）

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

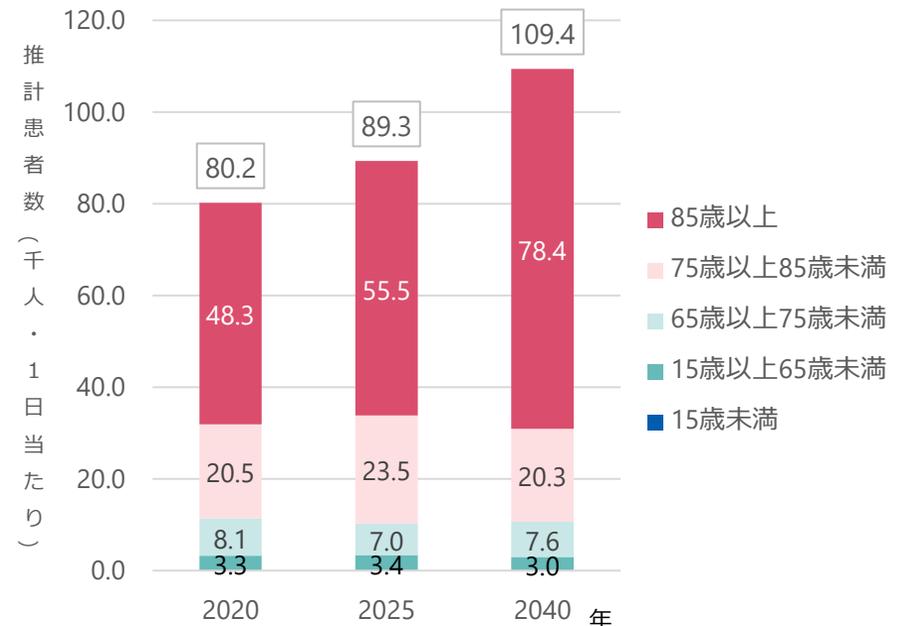


2020年から2040年にかけて、75歳以上の救急搬送は36%増、うち85歳以上の救急搬送は75%増と見込まれる。

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。

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



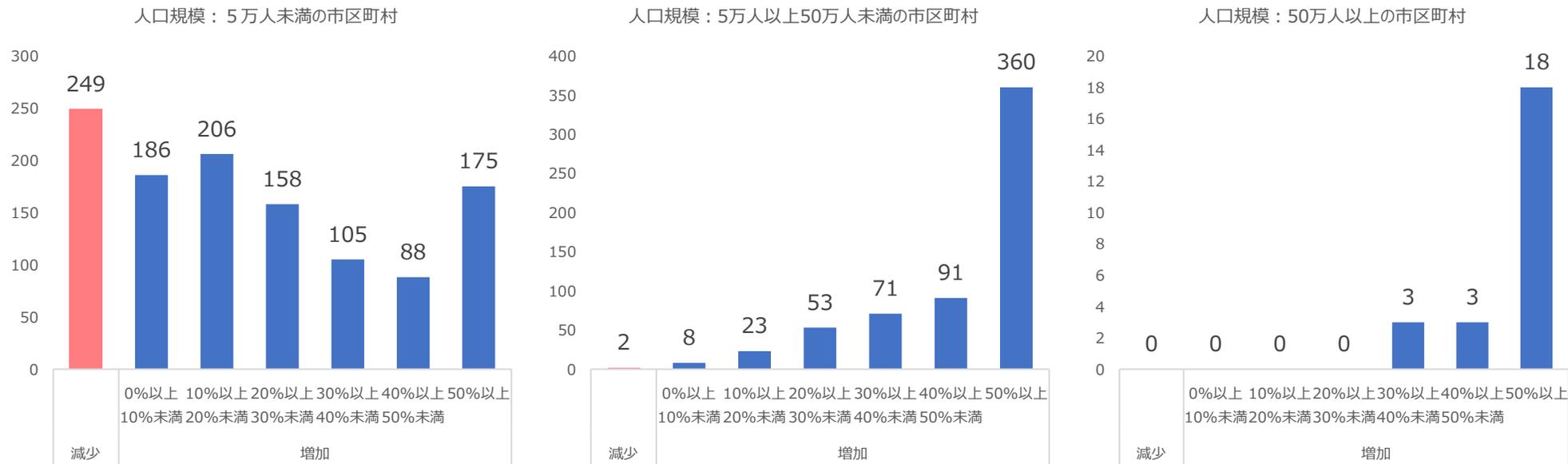
2020年から2040年にかけて、75歳以上の訪問診療の需要は43%増、うち85歳以上の訪問診療の需要は62%増と見込まれる。

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）



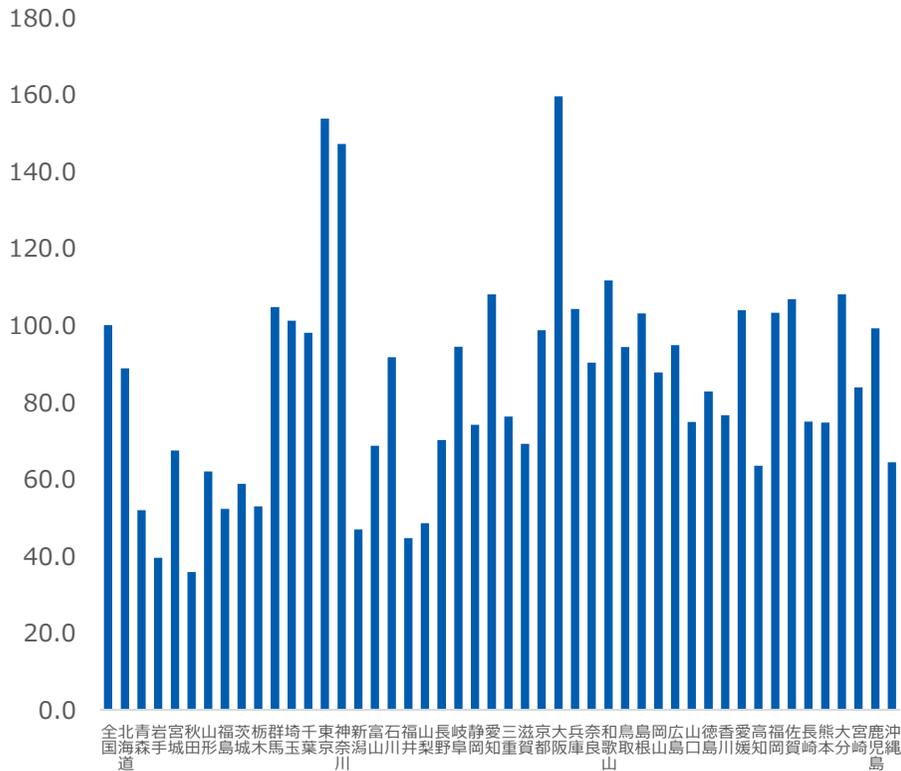
資料出所：厚生労働省医政局地域医療計画課において、2019年度NDB及び総務省「住民基本台帳人口」(2020年1月)を用いて構想区域別の訪問診療受療率を作成し、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」(2019年推計)に適用して作成。

※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

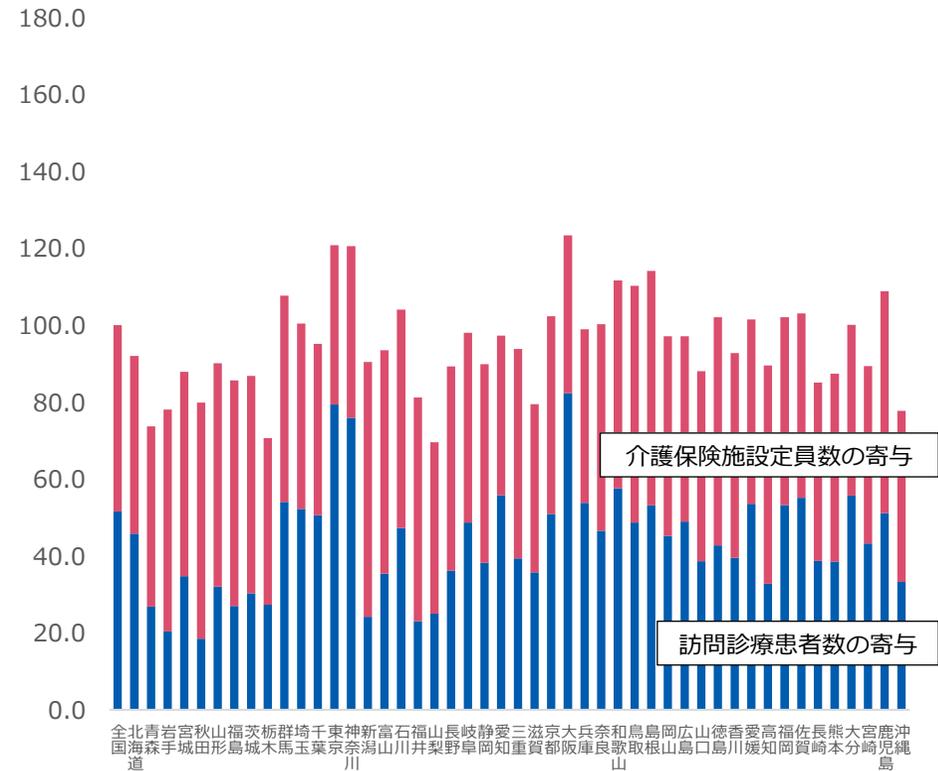
訪問診療患者数の地域差、訪問診療患者数と介護保険施設定員数の地域差

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。

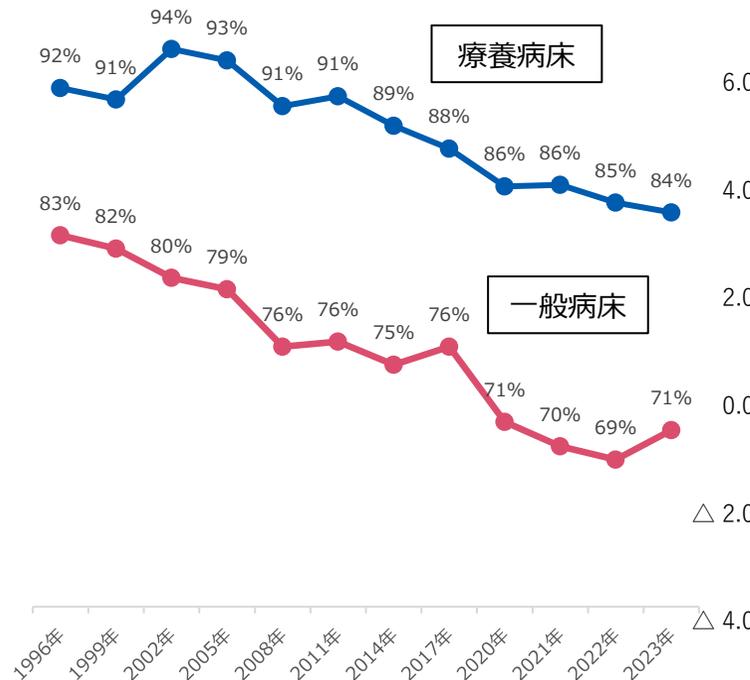
一般病院の費用構造



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

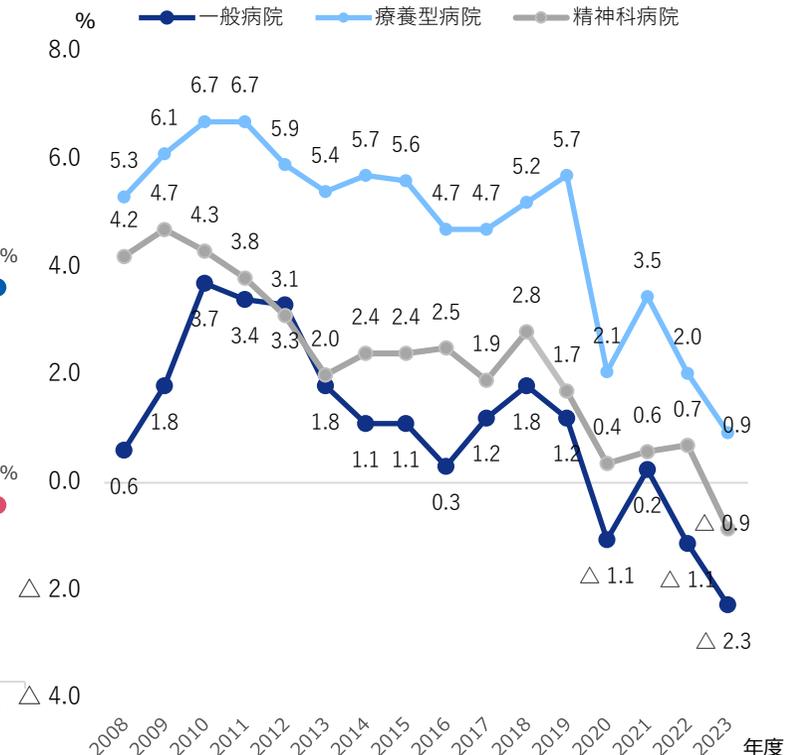


資料出所：厚生労働省「病院報告」

※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

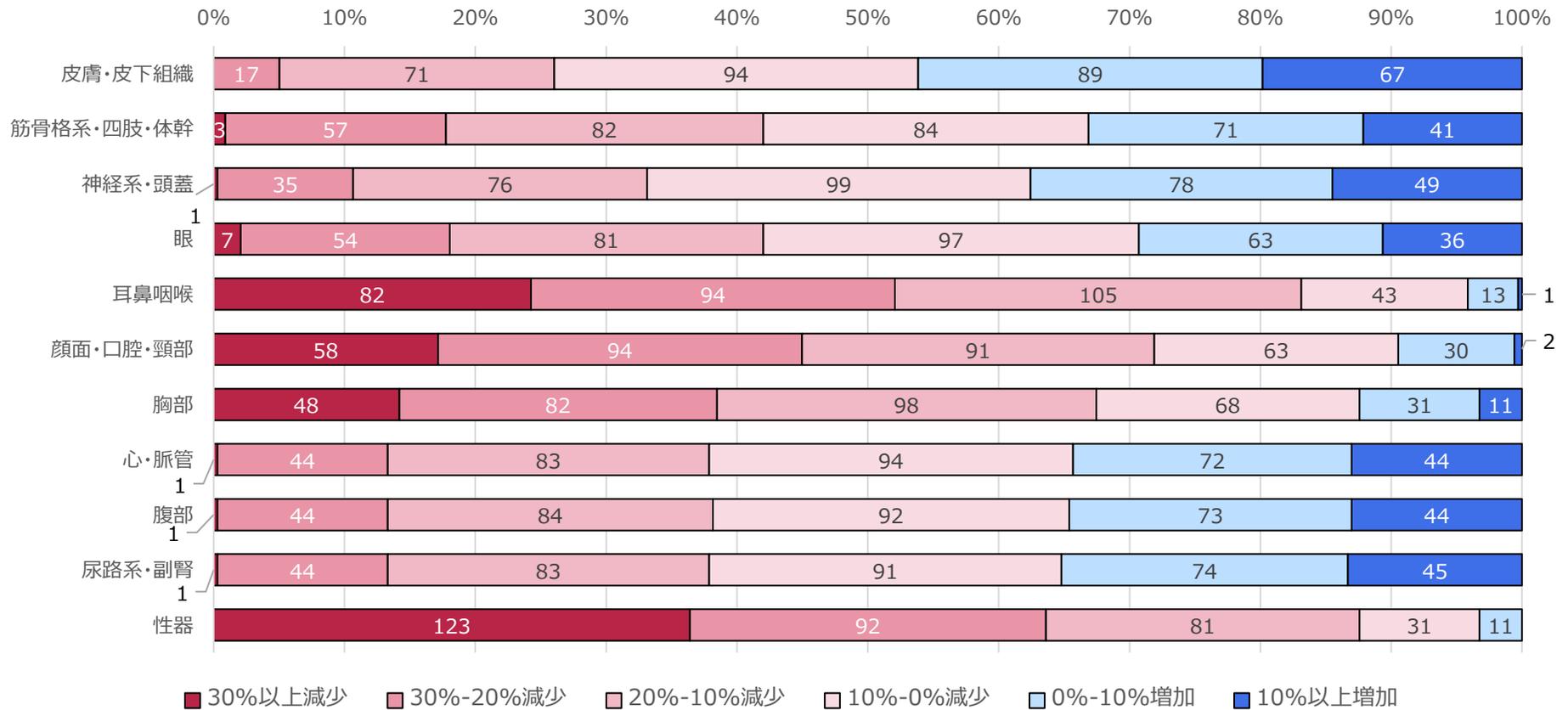
注2) コロナ対応のかかり増し経費等は医業費用として計上される一方、注1のとおり補助金収益の計上先は異なるため、医業利益率と経常利益率の間には乖離が生じている。

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）



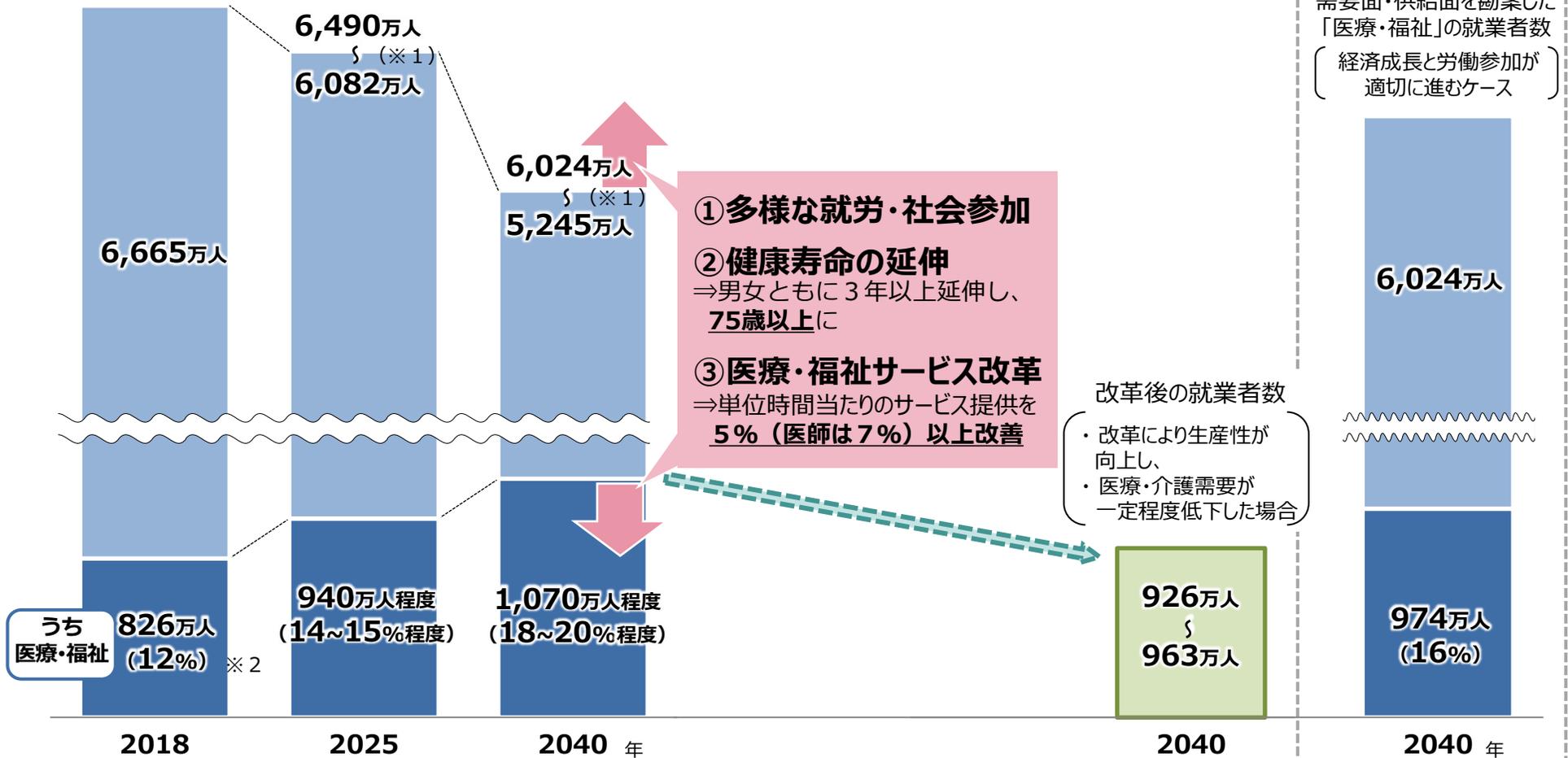
資料出所：厚生労働省「NDBオープンデータ」（令和4年度）、総務省「人口推計」2022年、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」を用いて、厚生労働省医政局地域医療計画課において作成。
 ※推計については、年齢構成の変化による需要の変化をみるため、全国計の性・年齢階級別の領域別の算定回数を分子、全国の性・年齢階級別人口を分母として受療率を作成し、これを構想区域別の性・年齢階級別の2020年、2040年時点のそれぞれの人口に適用して作成しているものであり、地域別の受療行動の変化の実態を織り込んでいるものではないことに留意が必要。

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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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"> • 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 • 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 • 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）
慢性期機能	<ul style="list-style-type: none"> • 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 • 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

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"> ・ 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。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
在宅医療等連携機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
急性期拠点機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ※ 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。
専門等機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なりハビリテーション、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。

※ 高齢者医療においては、マルチモビリティ（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

- | | |
|------------|---|
| 医育及び広域診療機能 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 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、広域な観点が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

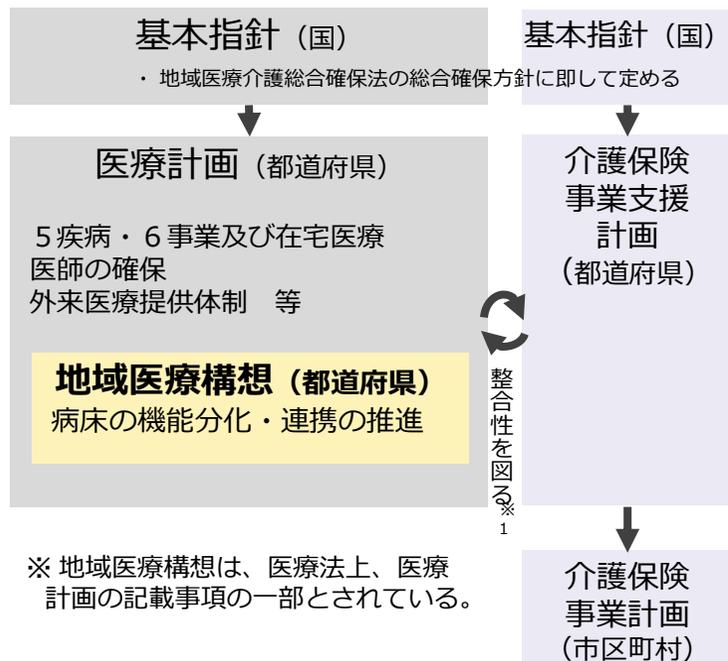
より狭い区域

- 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。

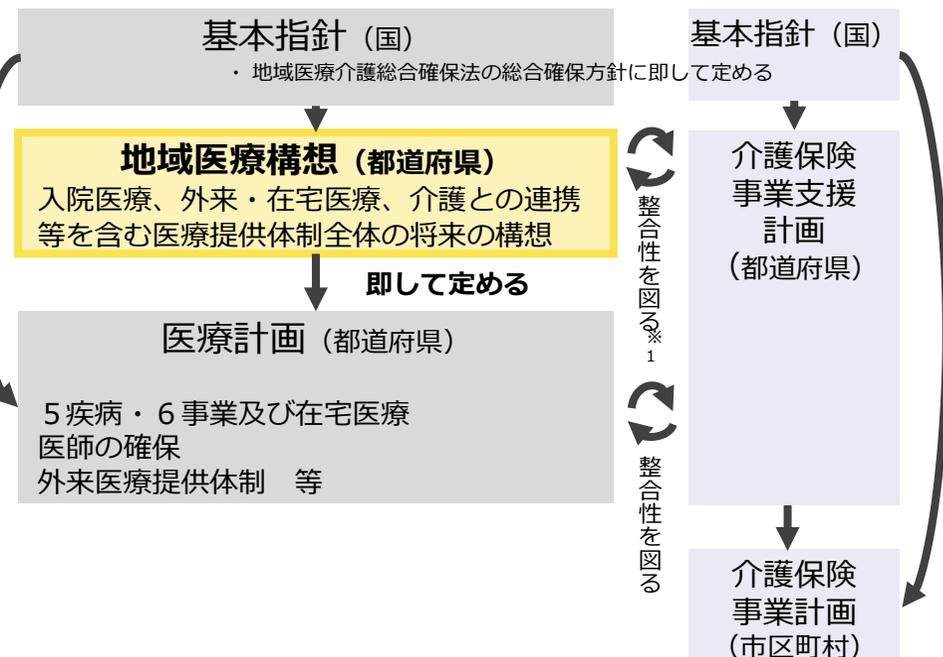
<現行>



※ 地域医療構想は、医療法上、医療計画の記載事項の一部とされている。

※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）

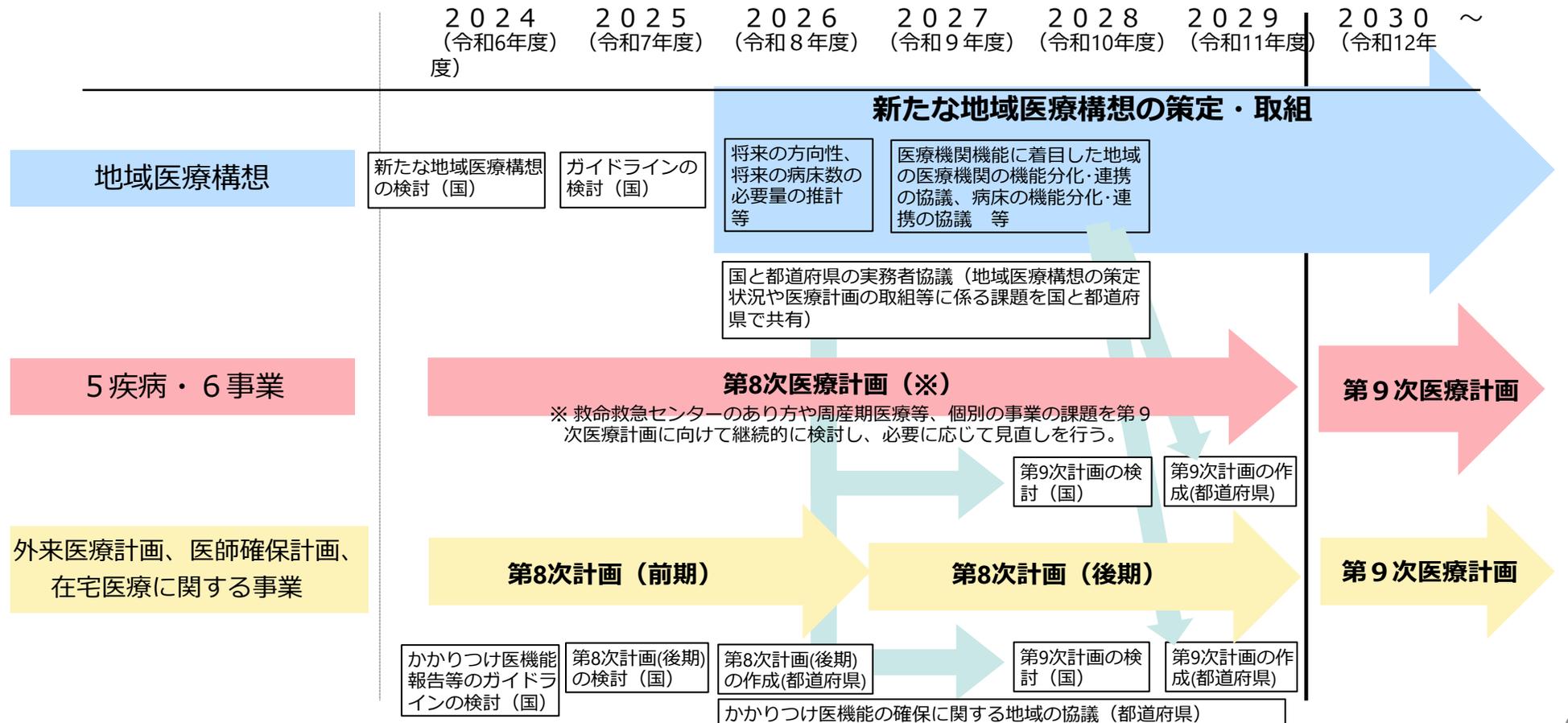
- **地域の医療提供体制全体の将来のビジョン・方向性**
 - ※ 入院医療、外来医療、在宅医療、介護との連携、人材確保等を含む医療提供体制全体の将来のビジョン・方向性
- **構想区域における将来の医療機関機能の確保のあり方**
- 構想区域における将来の病床数の必要量
- **地域医療構想の達成に向けた医療機関の機能分化・連携の推進に関する取組**
- 地域医療構想の達成に向けた病床の機能分化・連携の推進に関する取組
- **医療機関機能の情報提供の推進**
- 病床機能の情報提供の推進
 - ※ 具体的な記載内容等はガイドラインで検討

※ 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

○ 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】

現状課題

医師偏在は一つの取組で是正が図られるものではない

若手医師を対象とした医師養成過程中心の対策

へき地保健医療対策を超えた取組が必要

基本的な考え方

経済的インセンティブ、地域の医療機関の支え合いの仕組み、医師養成過程の取組等の**総合的な対策**

医師の柔軟な働き方等に配慮した中堅・シニア世代を含む**全ての世代の医師へのアプローチ**

地域の実情を踏まえ、支援が必要な地域を明確にした上で、**従来のへき地対策を超えた取組**

「保険あってサービスなし」という地域が生じることなく、将来にわたって国民皆保険が維持されるよう、**国、地方自治体、医療関係者、保険者等の全ての関係者が協働**して医師偏在対策に取り組む

- ・ 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に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