

| |
|-----------------------------------|
| 第12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7年11月20日 |

資料 1

医師の確保・偏在対策における 医学部臨時定員の方針と医師養成過程の取組について

厚生労働省 医政局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1. **令和9年度医学部臨時定員の方針について**
2. **次期医師確保計画策定ガイドラインにおける
医師養成過程の取組に係る見直しについて**

1. **令和9年度医学部臨時定員の方針について**
2. 次期医師確保計画策定ガイドラインにおける
医師養成過程の取組に係る見直しについて

令和9年度の医学部臨時定員に係る基本的な考え方について（案）

- 医師養成過程を通じた医師の確保・偏在対策のうち、地域枠医師の養成・確保は、地域における医師確保に関する取組のひとつであり、地域の医療、大学、都道府県等にとって重要な役割を有する。このため、都道府県等からは医学部臨時定員の臨時的な増加の枠組みの維持について要望がある。
- 本検討会においては、幅広い視点から医学部臨時定員に関して議論いただいております。地域の実情への配慮の他にも、我が国の人口動態や医師養成の方針が将来に与える影響等の観点も考慮することが必要との考えの下、中長期的な視点に立ち、地域における医師確保への大きな影響が生じない範囲で、適正化を図る方向性が妥当との方向性をお示しいただいているが、医師の偏在対策について、実効性のある形で取り組むことが前提として必要であるという考え方も踏まえ、昨年末に厚生労働省において「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」が取りまとめられており、着実に進めていくことが重要である。
- 本検討会の議論を踏まえた医学部臨時定員の配分等を通じて、医師多数県における恒久定員内への地域枠の設置が進んでいる。医療法の規定に基づき、都道府県は、大学に対して地域枠等の設置を求めることができることとされている一方で、実務上は調整が難航するケースは少なくない。また、本検討会では、大学の設置主体毎に異なる特性があることにも留意すべきとの指摘もいただいている。



- 地域医療における役割や、恒久定員内への地域枠の設置に一定の調整期間を要すること等を踏まえ、令和9年度入学における医学部臨時定員については、令和8年度入学における定員と同様、臨時的な増員の枠組みを暫定的に維持することとしてはどうか。
- 我が国の人口動態の状況等、本検討会における議論等を踏まえ、令和9年度の医学部定員については全体として適正化を進めることとし、地域における主体的な医師の確保等を後押ししつつ、地域の置かれた状況（医師の年齢構成や地理的な条件等）に適切に配慮するための、医学部臨時定員の配分方法について、ご議論いただきたい。（後述）

令和9年度の医学部臨時定員の配分の考え方について（案）

- 医学部臨時定員の配分の考え方には、医師偏在指標のみならず、①<地域の医師確保のニーズに配慮しつつ、地域の主体的な取組を後押しする視点>、②<地域の置かれた状況に適切に配慮する視点>、③<全国的な取組を促す視点>が必要と考えられる。
- それぞれの視点から、医学部臨時定員の配分に当たって考慮し得る要素については以下のものが考えられ、それぞれの要素の現状についても報告した。
 - ① **恒久定員内への地域枠設置**：主に医師多数県において設置が進んでいる。設置を進めた県のうち、令和6年度から令和7年度における増分は22名（恒久定員100名あたり平均約1.7名）であった。
 - ② **医師の年齢構成**：医師多数県であっても、若手医師や高齢医師の占める割合はさまざまであった。
地理的要素：地域医療構想及び医療計画等に関する検討会において、現行の医師偏在指標に、地理的な要素（人口密度、医療機関へのアクセス、離島や豪雪地帯といった地理上の特性）を反映した上で区域を設定することについて、検討が開始されている。
医師の流入や流出の状況：一般的に地元出身である医師の地元定着率は高い一方で、地元出身でない医師の卒業大学所在地への定着率は低い傾向にあるが、とりわけ後者の定着率には大きなばらつきがみられた。また、比較的若手である医籍登録後3～5年目の医師の動向を見ると、地域の医師確保において自県大学が大きな役割を占める地域と、他県大学からの流入が多い地域とがみられた。
 - ③ **地域に定着する医師を増やすための取組**：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については一定程度実施されている一方で、県内の全ての医学生を対象とした取組や専攻医確保に向けた取組を実施している都道府県は限定的であった。

- 本日お示したたたき台やデータを踏まえ、令和9年度の医学部定員について適正化を進めつつ、具体的な配分方法は以下の考え方を念頭に議論してはどうか。

- 医師多数県については臨時定員地域枠を一定数削減していく一方で、恒久定員内への地域枠の設置の状況や医師の年齢構成に加えて、**地理的要素を新たに配慮すること**についてどう考えるか。また、他に考慮すべき要素はあるか。
- 当該都道府県に所在する大学卒業生の地域への定着に向けた取組を行うことが必要であり、そうした取組が継続されることを前提として、**医師の流入や流出の動向についても配慮すること**についてどう考えるか。
- 医師多数県以外であっても、**安定した医師確保を行うにあたって、恒久定員内への地元出身者枠や地域枠の設置をはじめとした地域に定着する医師を確保するための取組の状況を踏まえ**た上で、**必要な臨時定員地域枠数を設定すること**についてどう考えるか。

- なお、配分・調整方法にあたり必要なデータについては、その時点で得られる最新のデータに基づき行うこととする。

前回（第11回検討会）の主なご意見

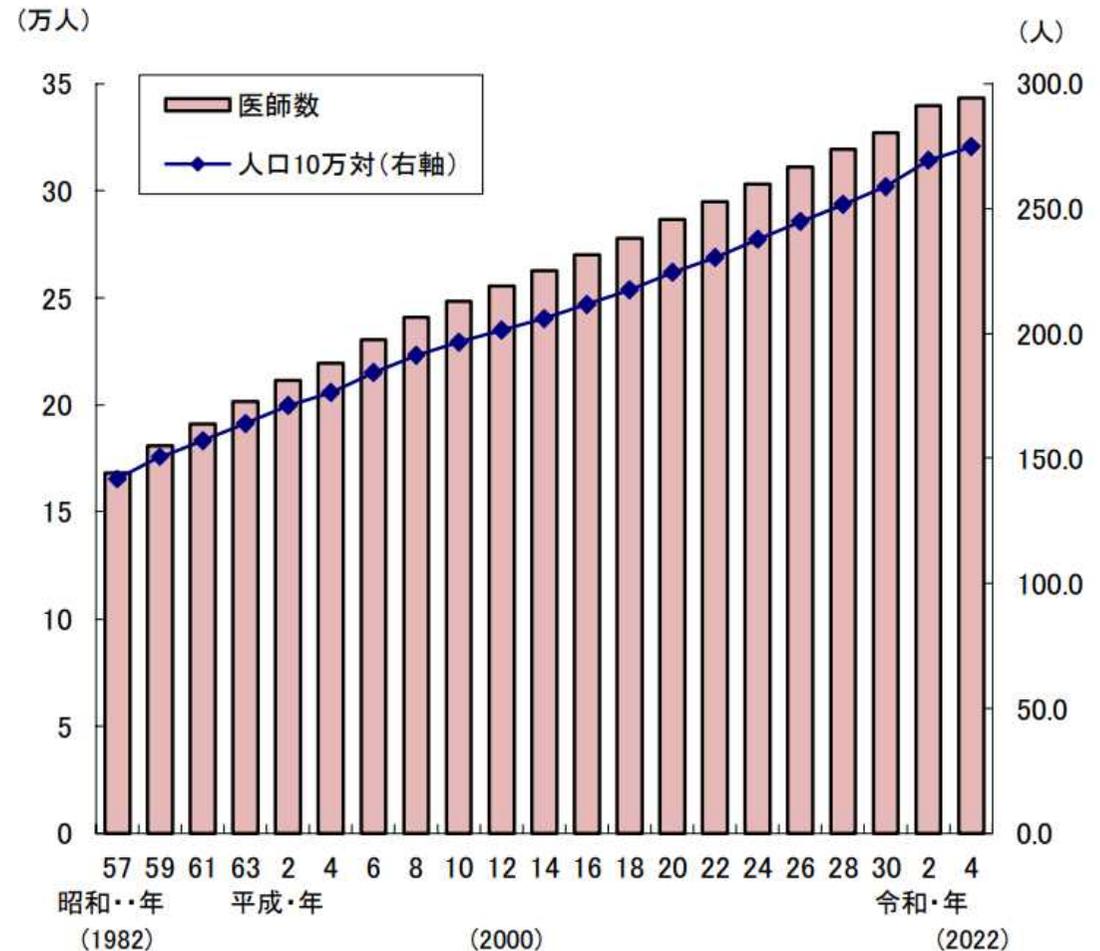
医師養成数や医学部臨時定員の配分等

- 急速な人口減少・構成の変化を考えると、医師養成数のあり方を再考する時期である。また、単なる医学部定員の適正化だけではなく、実効性のある医師偏在対策とセットである。
- 若い世代が活躍できる環境整備と就職先の確保が前提。性別や年齢だけでなく、時代に応じて変化する意識の多様化を踏まえて、医師の需給を精査すべき。性年齢階級別の労働時間の違いから、女性医師の増加に伴い、女性医師の実態（キャリア）の考慮が必要。
- 地域枠は臨時定員ではなく、恒久定員内に増やす方向へシフトし、増加を行った県に対してはインセンティブを検討すべき。
- 宮崎大学における恒久定員内地域枠の拡充の事例について、より詳細な分析結果を共有してほしい。
- 地理的要素は、実質的な医療アクセスを考慮できるよう、例えば中核病院からの医師派遣や、オンライン診療の実態も把握すべき。地元出身者の定着率が高いことから、地元出身要件の定員数も重要ではないか。
- 医師の流入・流出は、医師個人の自由意志での移動と、病院間による医師派遣の要請による移動の2つがあり、区別するのがよい。
- 臨時定員地域枠の本来の趣旨に立ち返り、効果が乏しい地域枠（例えば、医師多数区域への配置割合が多い県）は削減すべき。また、県における人口と大学定員（設置主体を含む）が比例しない場合があり、設置主体別の地域枠の活用状況のデータを把握すべき。
- 県の取組状況を踏まえて地域枠数を設定することが重要ではないか。取組状況とその効果は毎年丁寧に検証し、それをもとに定員数の適正化を進めるべき。
- 地域枠以外の医学生への地域医療への関心や意欲を喚起・周知する活動を活発化すべき、その上ではまず実態把握が必要。地域枠以外の医学生にも地域で働く意義や魅力を教育する必要がある。
- 県取組のデータだけでなく、大学に対する調査を行い、好事例を収集すべき。
- 従来の制度での医師偏在対策は限界であり、診療科ごとの定員制度など、より踏み込んだ対策が必要である。

医師数の年次推移

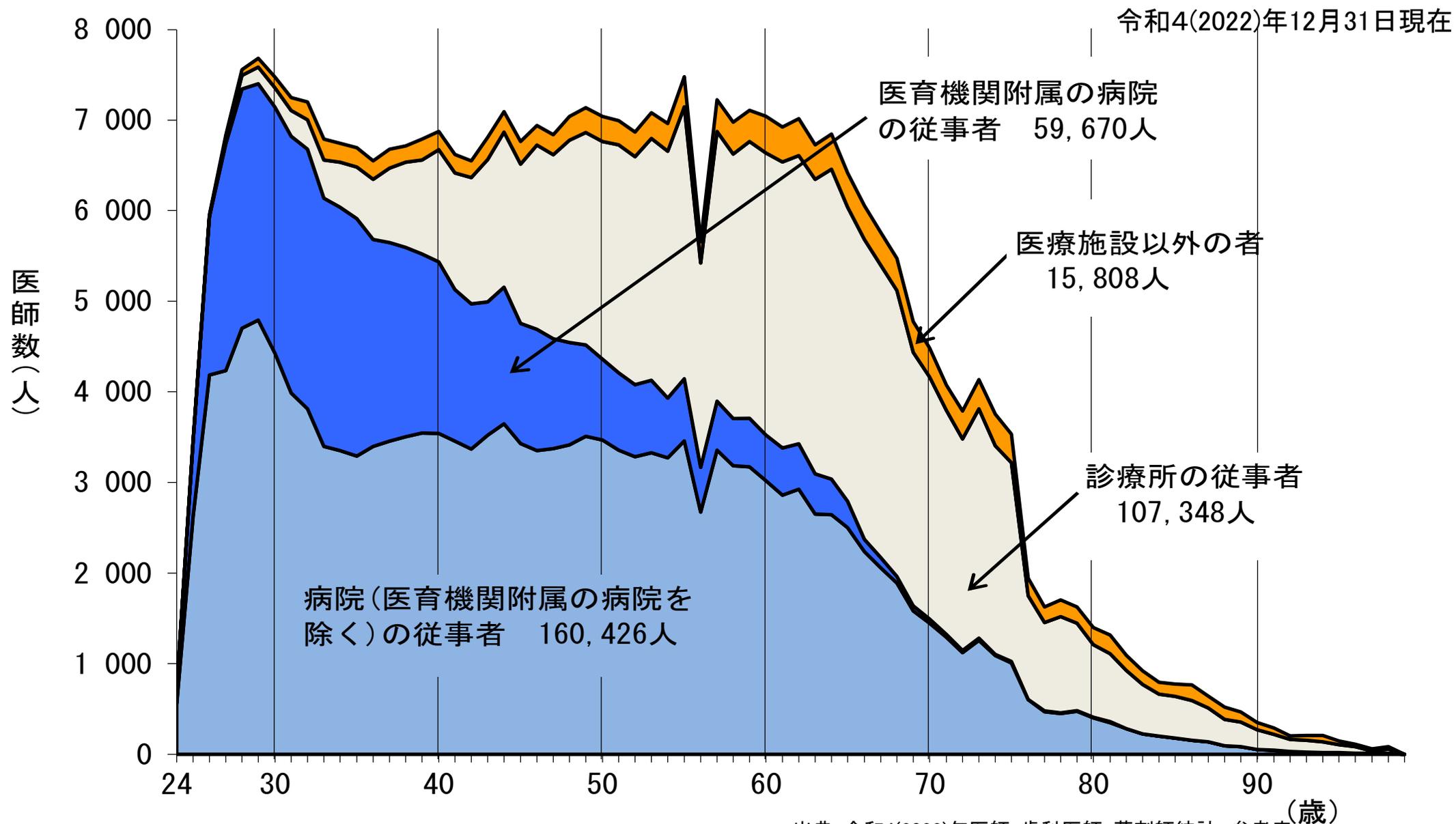
各年12月31日現在

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



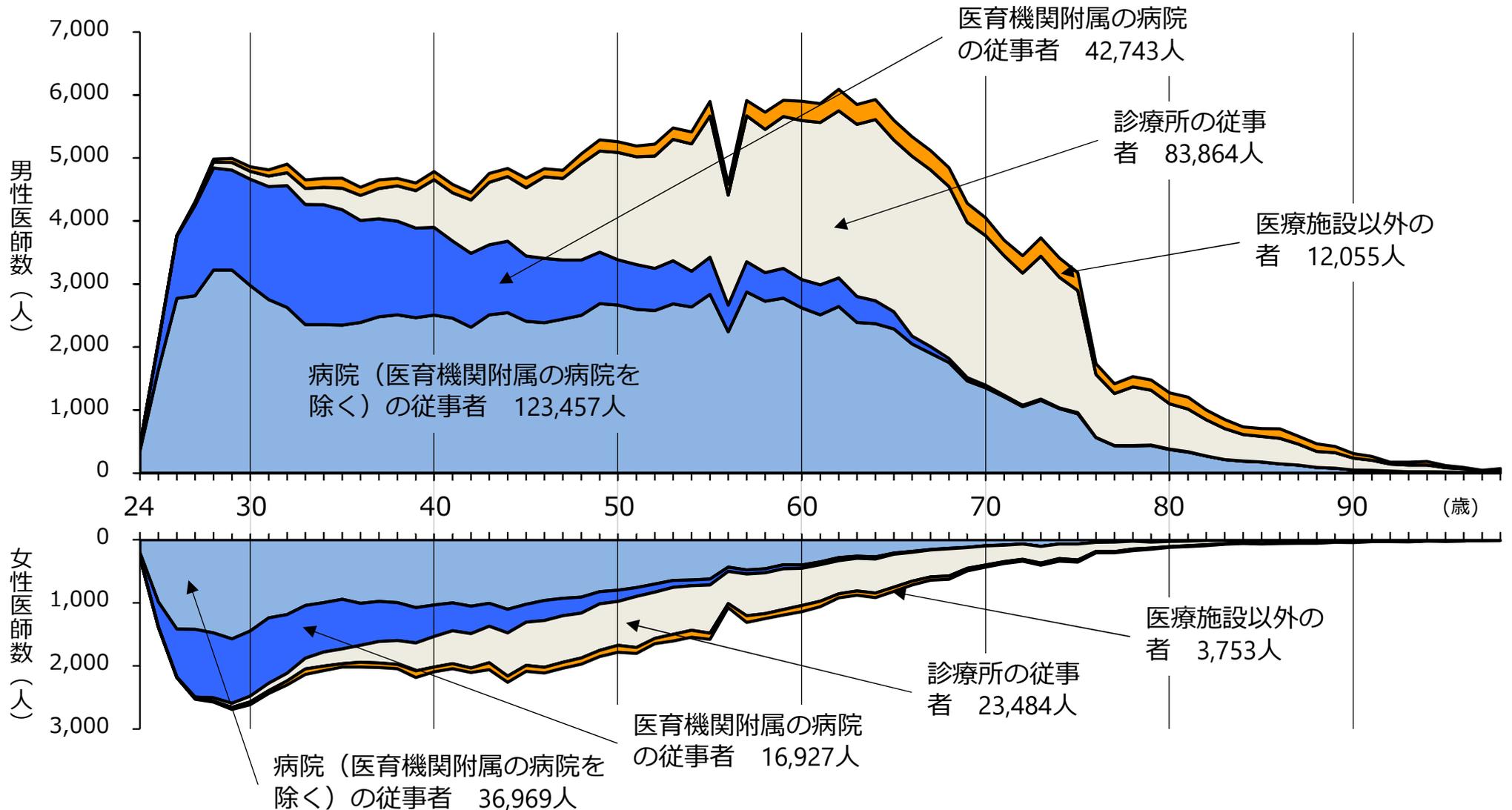
施設の種別・年齢別にみた医師数 (R4)

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



男女別の施設の種別・年齢別にみた医師数

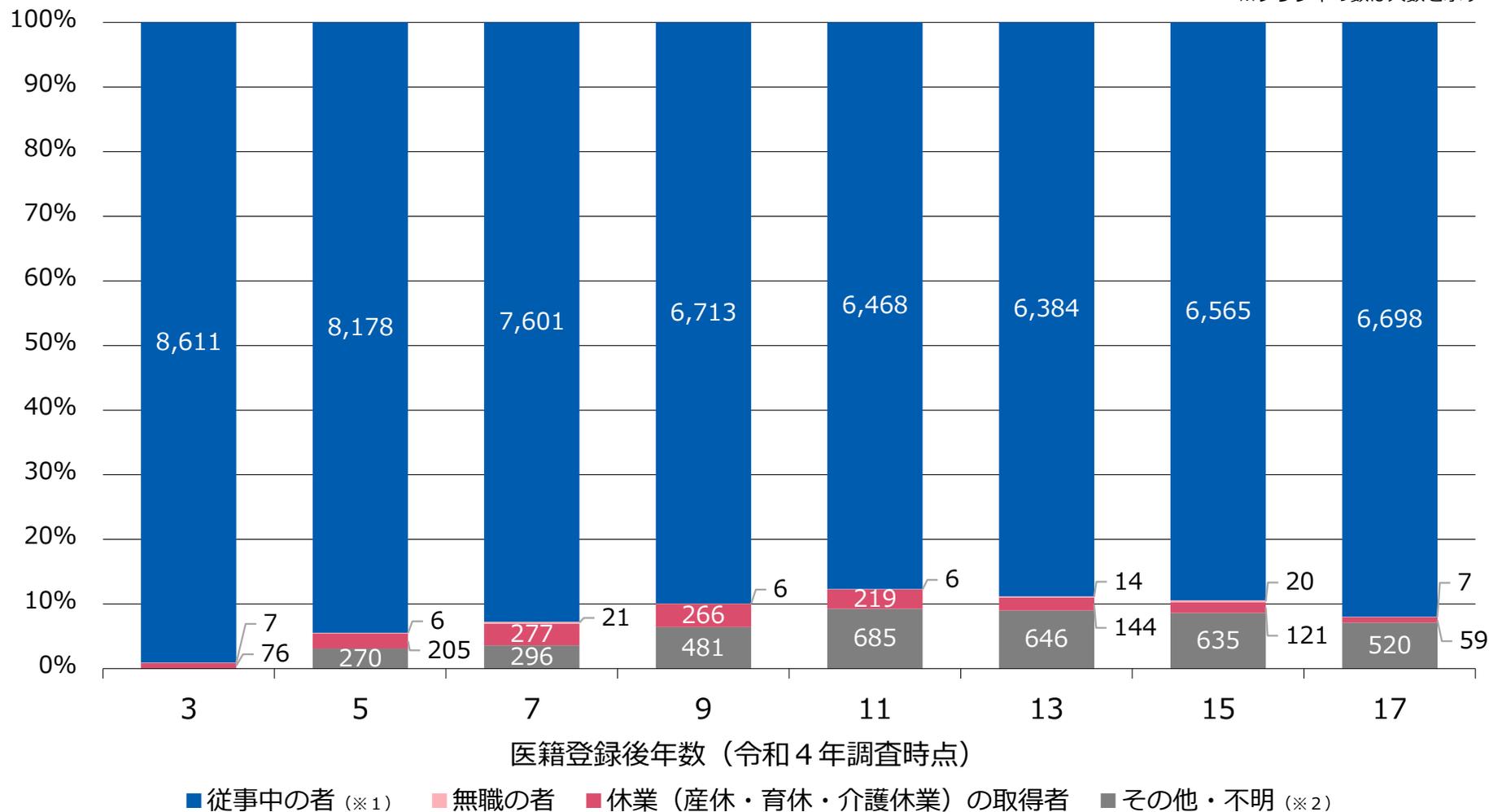
- 男女問わず、診療所の従事者は年齢とともに一貫して増加する一方で、医育機関附属の病院の従事者は減少する。
- 男女別にみると、女性における30歳以降の総数は少ない。



医籍登録後年数別の就業状況（休業の取得者等の割合）

- 医籍登録後のキャリアパスにおいて、就業形態ごとの変化をみると、医籍登録後11年目（おおよそ35歳前後と想定される）前後において、休業の取得者等の割合が多く、医師全体に占める割合は10%強である。

※グラフ中の数は人数を示す

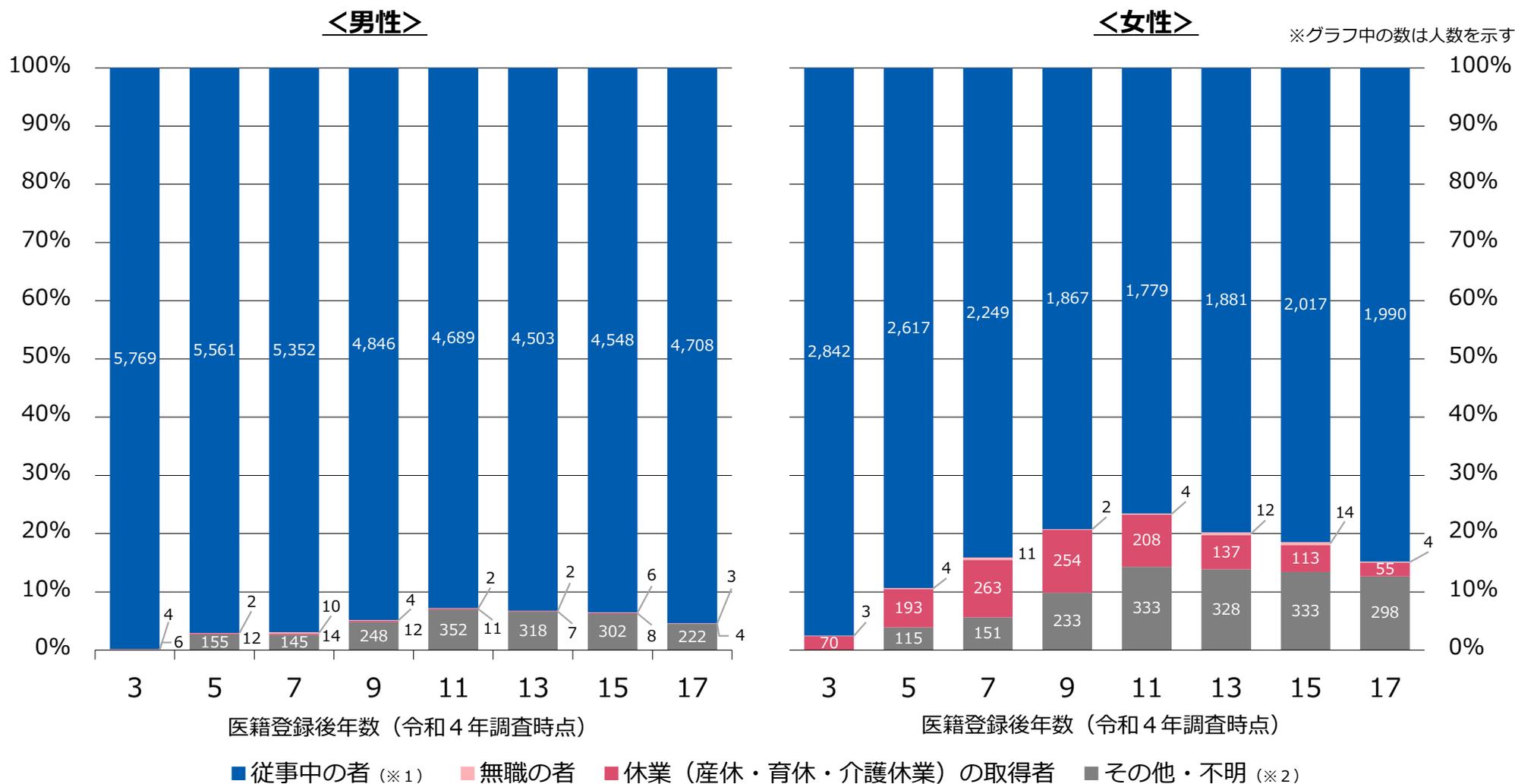


(※1) 令和4年医師届出票において「休業の取得」または「無職」と回答していない者

(※2) 各階級において医籍登録後3年目時点の年度の医師届出票の届出数を基準（100%）とし、令和4年医師届出票において回答が得られていない者（想定の数）

医籍登録後年数別（男女別）の就業状況（休業の取得者等の割合）

- 医籍登録後のキャリアパスにおいて、就業形態ごとの変化をみると、医籍登録後11年目（おおよそ35歳前後と想定される）前後において、休業の取得者等の割合が多く、全体に占める割合は男性医師では数%であるが、女性医師では20%強と比較的大きくなる。



(※1) 令和4年医師届出票において「休業の取得」または「無職」と回答していない者

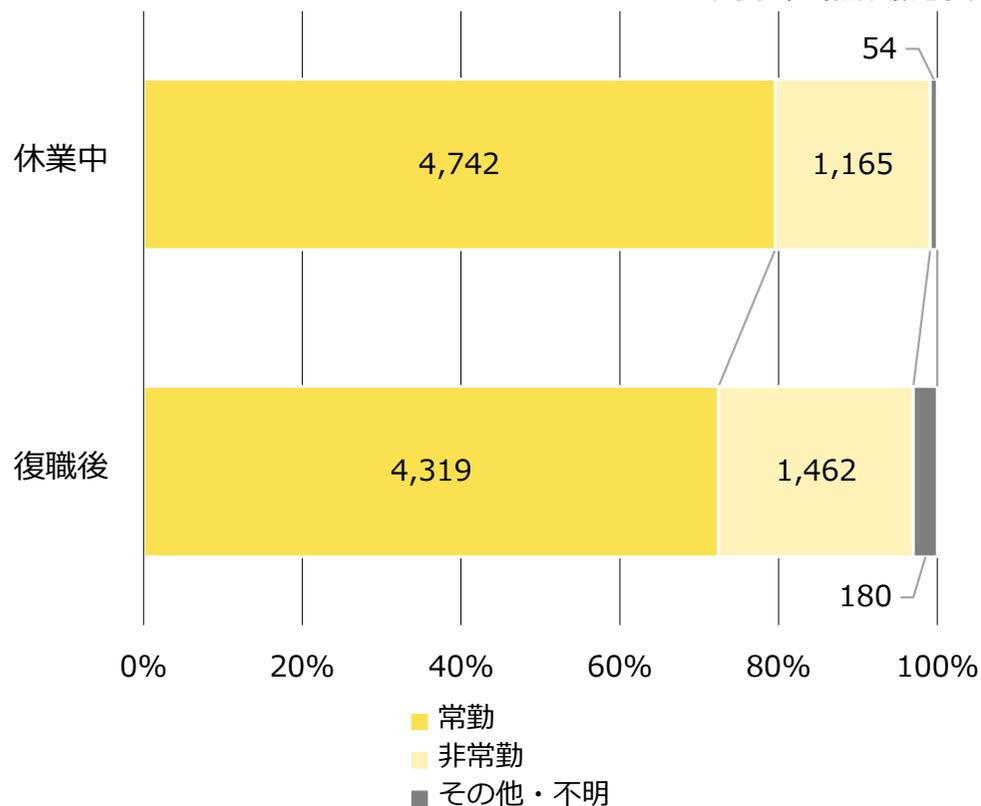
(※2) 各階級において医籍登録後3年目時点の年度の医師届出票の届出数を基準（100%）とし、令和4年医師届出票において回答が得られていない者（想定の数）

休業取得中と復職後の就業状況の変化

- 過去3回分の医師届出票において、いずれかで休業取得中と回答し、その後の調査年で復帰した者の就業状況の変化を比較すると、休業から復帰した後は、常勤形態や医育機関で従事する医師の割合は減少し、非常勤形態や診療所で従事する医師の割合が増加する。

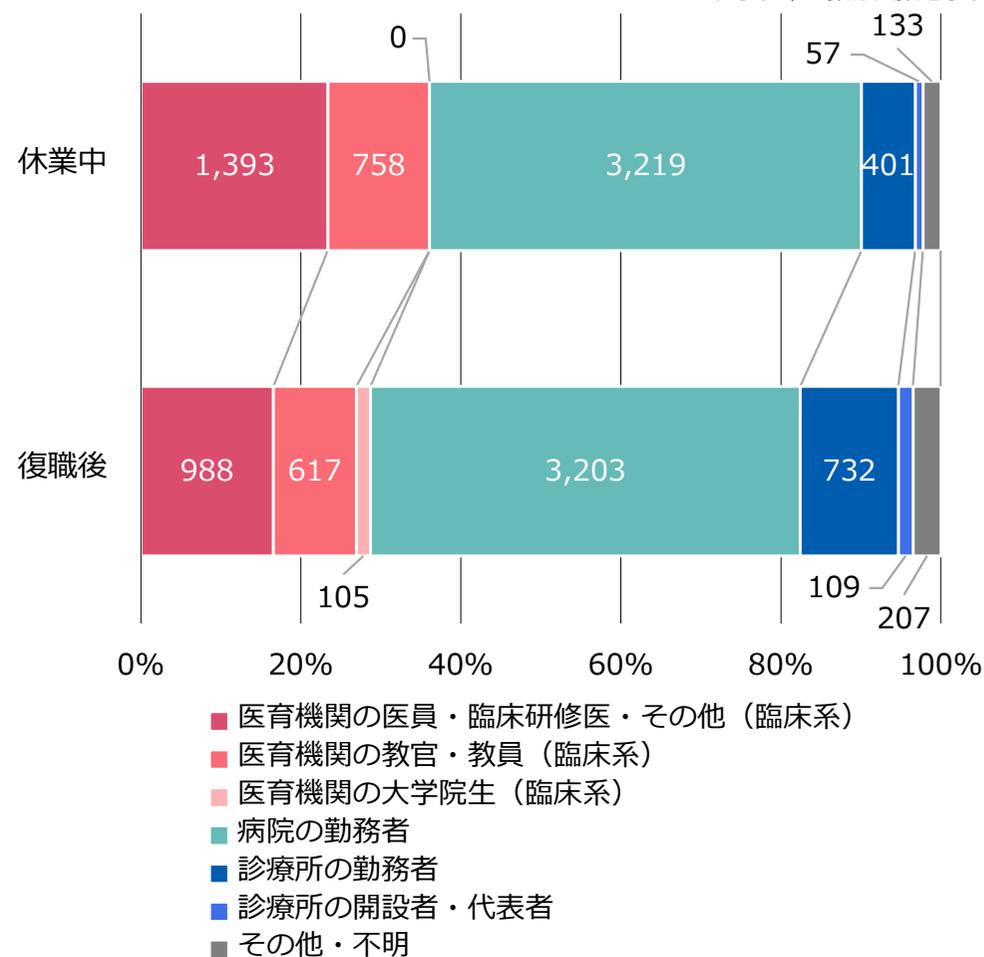
<就業形態の変化>

※グラフ中の数は人数を示す



<業務の種別の変化>

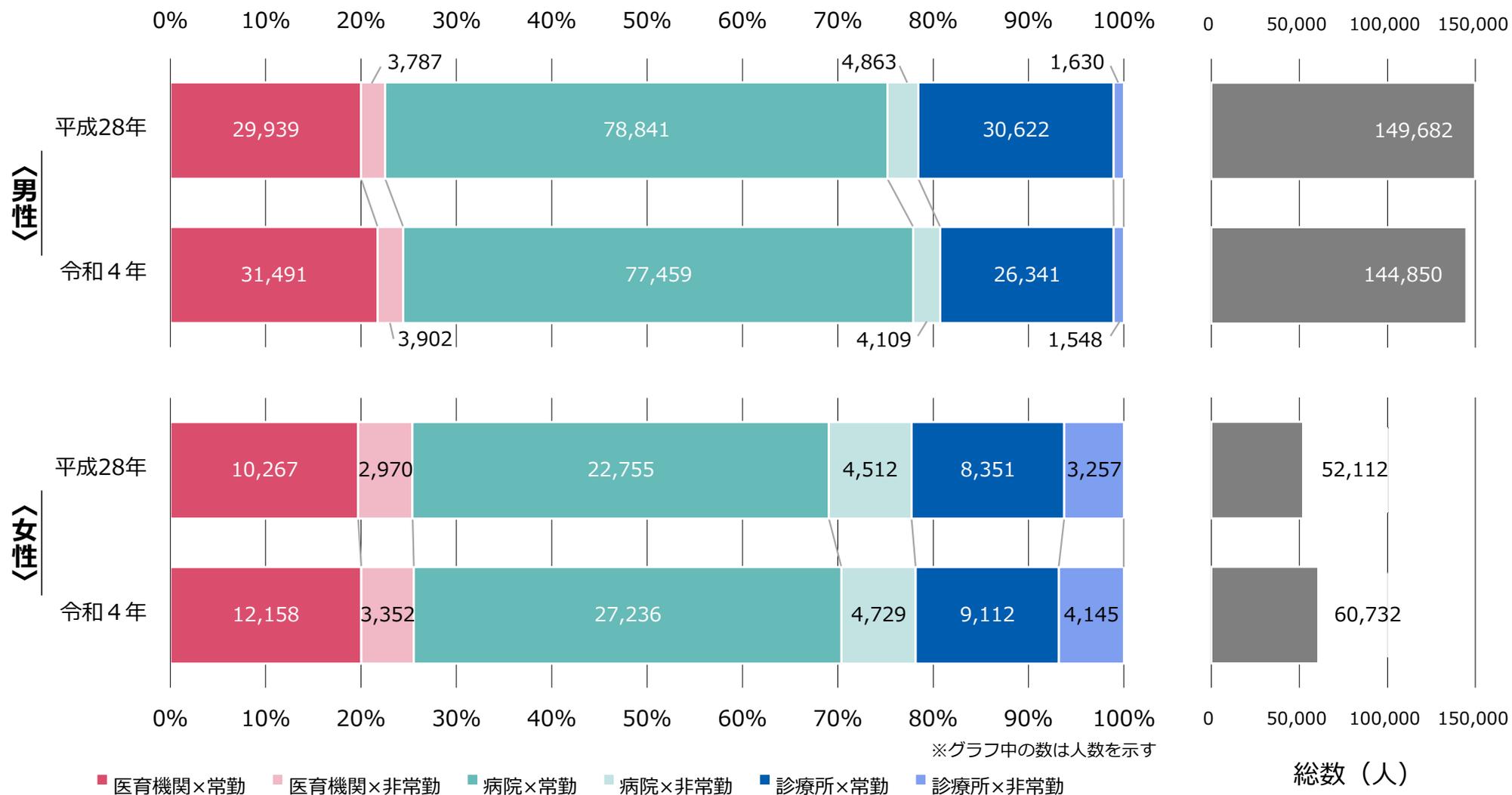
※グラフ中の数は人数を示す



(※) 平成28年・平成30年・令和2年の医師届出票において、いずれかの調査で「休業の取得」に回答し、その後の調査年で医師届が提出され、「休業の取得」が未取得である医師を集計 (N=5,961)
 ・1人の医師が複数回「休業→復職」を繰り返している場合は、それぞれの「休業→復職」ペアを独立したイベントとして扱う
 ・医療施設従事医師に限らず、すべての業務種別を含めて分析対象とする（「その他・不明」として集計）

異なる調査年における就業状況の比較

- 医籍登録後30年目までの医師について、異なる調査年における就業状況を比較すると、平成28年調査に比べて令和4年調査では、医育機関や病院における常勤の医師の割合が増加し、診療所の従事者の割合が減少する傾向にある。



(※) それぞれの調査年の医師届出票で医籍登録後30年目以内の医療施設従事医師のうち、就業形態の回答がある医師を集計

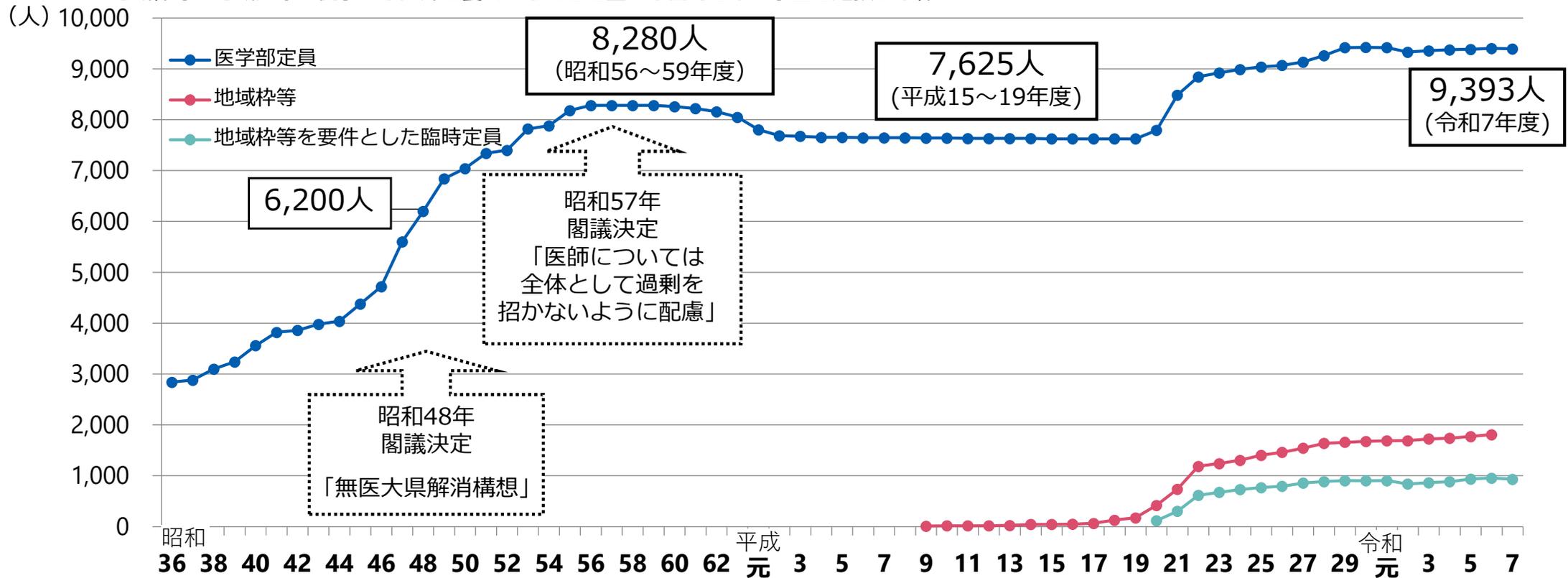
医学部入学定員と地域枠の年次推移

第9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7年1月21日

資料1
一部改

- 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7年度：1,837人（19.8%））

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



| | H19 | H20 | H21 | H22 | H23 | H24 | H25 | H26 | H27 | H28 | H29 | H30 | R1 | R2 | R3 | R4 | R5 | R6 | 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 | 7,607 | 7,591 | 7,623 | 7,763 | 7,743 | 7,731 | 7,640 | 7,632 | 7,636 | 7,611 | 7,595 | 7,556 |
| 地域枠等 | 173 | 418 | 736 | 1,186 | 1,242 | 1,304 | 1,406 | 1,462 | 1,543 | 1,639 | 1,657 | 1,676 | 1,689 | 1,690 | 1,725 | 1,738 | 1,773 | 1,808 | 1,837 |
| 地域枠等の割合 | 2.3% | 5.4% | 8.8% | 13.6% | 14.1% | 14.7% | 15.8% | 16.3% | 17.1% | 17.9% | 17.8% | 18.0% | 18.2% | 18.4% | 18.7% | 18.8% | 19.1% | 19.5% | 19.8% |
| 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 | 933 |
| 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、文部科学省高等教育局医学教育課調べ）14

地域枠及び地元出身者枠数について（令和7年度）

第11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7年8月6日

資料1

| 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 | 36 | 15 | 0 | 27 | 27 |
| 岩手 | 94 | 1 | 0 | 0 | 37 | 25 |
| 宮城 | 181 | 10 | 0 | 0 | 7 | 7 |
| 秋田 | 102 | 2 | 2 | 0 | 29 | 29 |
| 山形 | 106 | 6 | 5 | 0 | 8 | 8 |
| 福島 | 86 | 1 | 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 | 24 | 20 |
| 埼玉 | 110 | 0 | 0 | 0 | 47 | 2 |
| 千葉 | 240 | 5 | 0 | 0 | 34 | 0 |
| 東京 | 1,402 | 7 | 7 | 0 | 16 | 16 |
| 神奈川 | 415 | 27 | 16 | 0 | 25 | 25 |
| 新潟 | 100 | 0 | 0 | 0 | 79 | 25 |
| 富山 | 100 | 0 | 0 | 0 | 12 | 12 |
| 石川 | 215 | 2 | 2 | 0 | 8 | 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 | 3 | 3 | 0 | 4 | 4 |
| 大阪 | 510 | 0 | 0 | 0 | 12 | 0 |
| 兵庫 | 213 | 3 | 0 | 0 | 16 | 14 |
| 奈良 | 100 | 3 | 3 | 0 | 12 | 0 |
| 和歌山 | 90 | 20 | 0 | 0 | 11 | 10 |
| 鳥取 | 85 | 7 | 5 | 0 | 17 | 6 |
| 島根 | 100 | 10 | 10 | 0 | 17 | 10 |
| 岡山 | 215 | 1 | 1 | 0 | 3 | 3 |
| 広島 | 105 | 5 | 5 | 0 | 15 | 15 |
| 山口 | 100 | 0 | 0 | 0 | 17 | 17 |
| 徳島 | 100 | 6 | 6 | 0 | 11 | 11 |
| 香川 | 100 | 3 | 3 | 0 | 11 | 11 |
| 愛媛 | 100 | 5 | 5 | 0 | 15 | 15 |
| 高知 | 100 | 11 | 5 | 0 | 14 | 14 |
| 福岡 | 430 | 0 | 0 | 0 | 4 | 4 |
| 佐賀 | 98 | 7 | 0 | 0 | 5 | 2 |
| 長崎 | 100 | 1 | 1 | 0 | 18 | 14 |
| 熊本 | 105 | 4 | 4 | 0 | 4 | 4 |
| 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 | 11 | 11 |

- ・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。）

文部科学省高等教育局医学教育課調べ
（他県にある大学に設置している地域枠・地元出身者枠を含む。）
（※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（栃木県指定枠3枠を含む）は、本表に含まない。）

黄：医師多数県
灰：医師中程度県
青：医師少数県

※令和6年1月10日更新の
医師偏在指標に基づく

医学部臨時定員の配分方法

- 令和7年度及び8年度の医学部臨時定員の配分に当たっては、恒久定員内への地域枠の設置状況、医師の年齢構成などを踏まえ、よりニーズの高い地域への臨時定員の配分と総定員数の適正化の両立を図ることとしてきた。
- 令和9年度の医学部臨時定員の配分に当たって考慮することが考えられる要素について、たたき台を示す。

| | 医師多数県 | | 医師少数県 | 医師中程度県 |
|-------|-------|---|---|--|
| | 原則 | 配慮要素 | | |
| 令和7年度 | 20%減 | <ul style="list-style-type: none"> 恒久定員内への地域枠設置：定員100名あたり4名以上 | <p><希望あれば原則配分></p> <p>原則、前年度比増の意向に沿った配分</p> | <p><総数上限内で配分></p> <p>総数上限の範囲内で、恒久定員内への地域枠設置や医師少数区域のある県については、前年度比増の意向に沿った配分</p> |
| 令和8年度 | 20%減 | <ul style="list-style-type: none"> 恒久定員内への地域枠設置：定員100名あたり4名以上 医師の年齢構成：35歳未満の若年医師又は75歳以上の高齢医師の割合が全国1/2より低い又は高い | | |



| | |
|---------------------------------------|---|
| <p>令和9年度の配分にあたり考えられる要素 (たたき台)</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1 <地域の医師確保のニーズに配慮しつつ、地域の主体的な取組を後押しする視点> <ul style="list-style-type: none"> ・ 恒久定員内への地域枠設置の状況 2 <地域の置かれた状況に適切に配慮する視点> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師の年齢構成 ・ 地理的要素 ・ 医師の流入や流出の状況 等 3 <全国的な取組を促す視点> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師多数県以外においても、恒久定員内への地元出身者枠や地域枠設置をはじめとした地域に定着する医師を確保するために取り組むべき事項 |
|---------------------------------------|---|

医学部臨時定員の配分方法

- 視点1. 地域の医師確保のニーズに配慮しつつ、地域の主体的な取組を後押しする視点
- 視点2. 地域の置かれた状況に適切に配慮する視点
- 視点3. 全国的な取組を促す視点

恒久定員内地域枠の設置数の推移

第11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7年8月6日

資料1

○ 恒久定員内への地域枠設置は、主に医師多数県で進んでいる。

| 都道府県名 | 恒久定員 合計 | 恒久定員内地域枠 | | |
|-------|------------|----------|-------|-------|
| | | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 |
| 北海道 | 312 | 7 | 7 | 7 |
| 青森 | 106 | 36 | 36 | 36 |
| 岩手 | 94 | 1 | 1 | 1 |
| 宮城 | 181 | 30 | 30 | 10 |
| 秋田 | 102 | 3 | 2 | 2 |
| 山形 | 106 | 1 | 6 | 6 |
| 福島 | 86 | 1 | 1 | 1 |
| 茨城 | 107 | 4 | 4 | 4 |
| 栃木 | 110 | 0 | 0 | 0 |
| 群馬 | 105 | 0 | 0 | 0 |
| 埼玉 | 110 | 0 | 0 | 0 |
| 千葉 | 240 | 5 | 5 | 5 |
| 東京 | 1,402 | 5 | 5 | 7 |
| 神奈川 | 415 | 27 | 27 | 27 |
| 新潟 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| 富山 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| 石川 | 215 | 0 | 1 | 2 |
| 福井 | 105 | 0 | 0 | 0 |
| 山梨 | 105 | 15 | 15 | 15 |
| 長野 | 105 | 0 | 7 | 7 |
| 岐阜 | 85 | 3 | 3 | 3 |
| 静岡 | 105 | 0 | 0 | 0 |
| 愛知 | 409 | 0 | 0 | 0 |
| 三重 | 105 | 15 | 15 | 15 |

| 都道府県名 | 恒久定員 合計 | 恒久定員内地域枠 | | |
|-------|------------|----------|-------|-------|
| | | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 |
| 滋賀 | 105 | 6 | 11 | 11 |
| 京都 | 207 | 2 | 2 | 3 |
| 大阪 | 510 | 0 | 0 | 0 |
| 兵庫 | 213 | 3 | 3 | 3 |
| 奈良 | 100 | 0 | 0 | 3 |
| 和歌山 | 90 | 20 | 20 | 20 |
| 鳥取 | 85 | 7 | 7 | 7 |
| 島根 | 100 | 10 | 10 | 10 |
| 岡山 | 215 | 0 | 0 | 1 |
| 広島 | 105 | 5 | 5 | 5 |
| 山口 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| 徳島 | 100 | 0 | 5 | 6 |
| 香川 | 100 | 0 | 0 | 3 |
| 愛媛 | 100 | 5 | 5 | 5 |
| 高知 | 100 | 10 | 10 | 11 |
| 福岡 | 430 | 0 | 0 | 0 |
| 佐賀 | 98 | 0 | 0 | 7 |
| 長崎 | 100 | 0 | 0 | 1 |
| 熊本 | 105 | 3 | 3 | 4 |
| 大分 | 100 | 3 | 3 | 3 |
| 宮崎 | 100 | 40 | 40 | 40 |
| 鹿児島 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| 沖縄 | 105 | 5 | 5 | 5 |

※令和5年度の実績値において、地域医療対策協議会もしくは都道府県との関与の有無を整理した結果、これまでの資料と一部数値が異なる県がある。

(赤字：前年度比増) (青字：前年度比減)

・恒久定員内地域枠：恒久定員のうち、当該都道府県内で卒業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。）
※恒久定員合計の枠数は令和7年度のものに基づく。

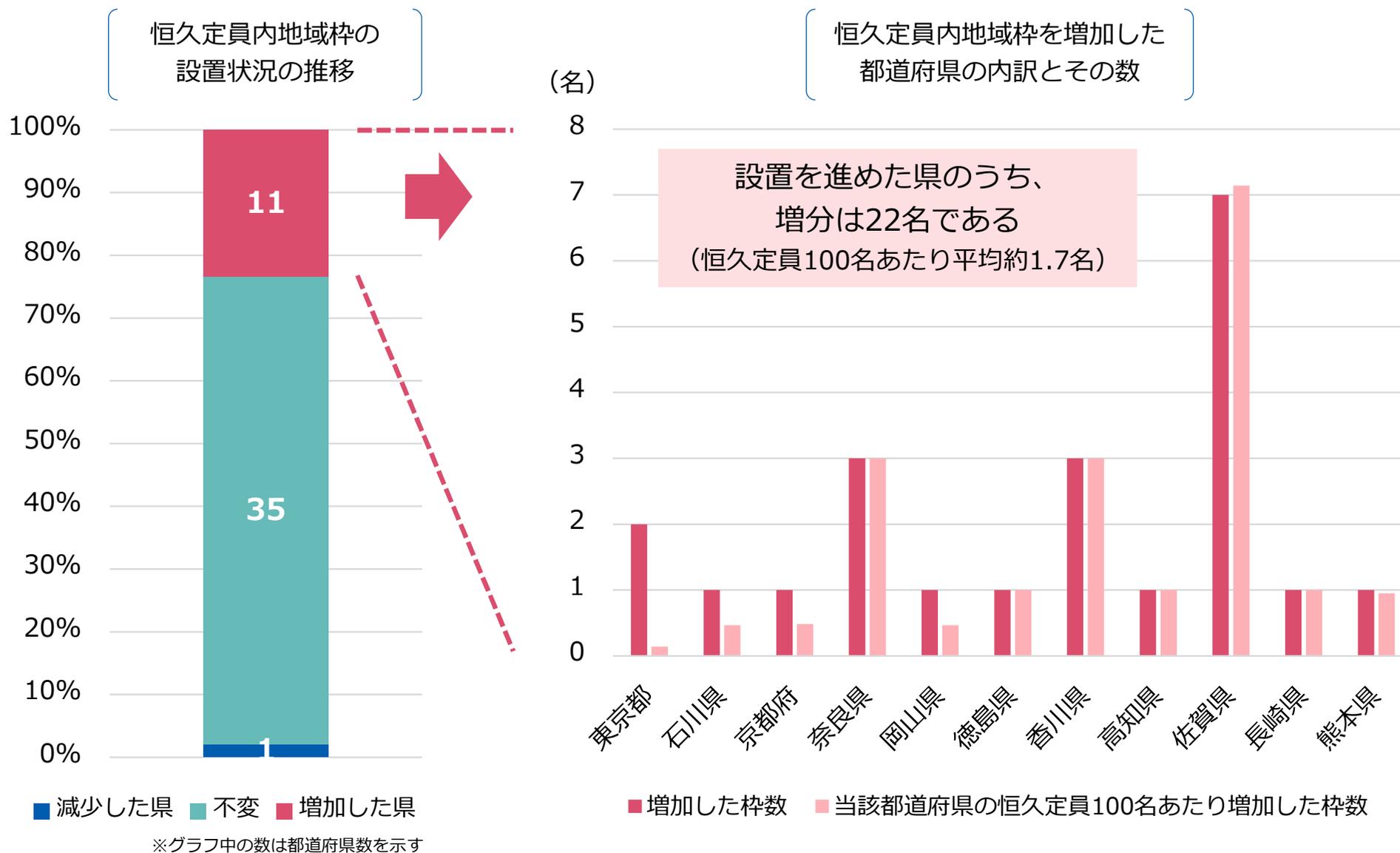
文部科学省高等教育局医学教育課調べ
(他県にある大学に設置している地域枠・地元出身者枠を含む。)
(※東北医科薬科大学の恒久定員内地域枠の一部は、複数の県のいずれかの修学資金制度に申込みを条件としており、本表に含まない。自治医科大学の恒久定員は、本表に含まない。)

黄：医師多数県
灰：医師中程度県
青：医師少数県

※令和6年1月10日更新の
医師偏在指標に基づく

令和6→7年度における恒久定員内地域枠の変化

- 恒久定員内への地域枠の設置を進めた県のうち、令和6年度から令和7年度における増分は22名（恒久定員100名あたり平均約1.7名）であった。



文部科学省高等教育局医学教育課によるデータに基づき厚生労働省医政局医事課にて集計

（他県にある大学に設置している地域枠・地元出身者枠を含む。）
（※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は、本表に含まない。）

・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。）
※恒久定員合計の枠数は令和7年度のものに基づく。

医学部定員における地域枠の設置状況（大学の設置主体別）

○ 大学の設置主体によらず、恒久定員内に地域枠が設置されているが、設置主体別に割合をみると、国立大学や公立大学において、恒久定員内への地域枠が設置されている割合が高い傾向にある。

令和7年度

＜設置主体別の医学部定員の設置割合＞



(注) 恒久定員内地域枠：恒久定員のうち、当該都道府県内で卒業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。）

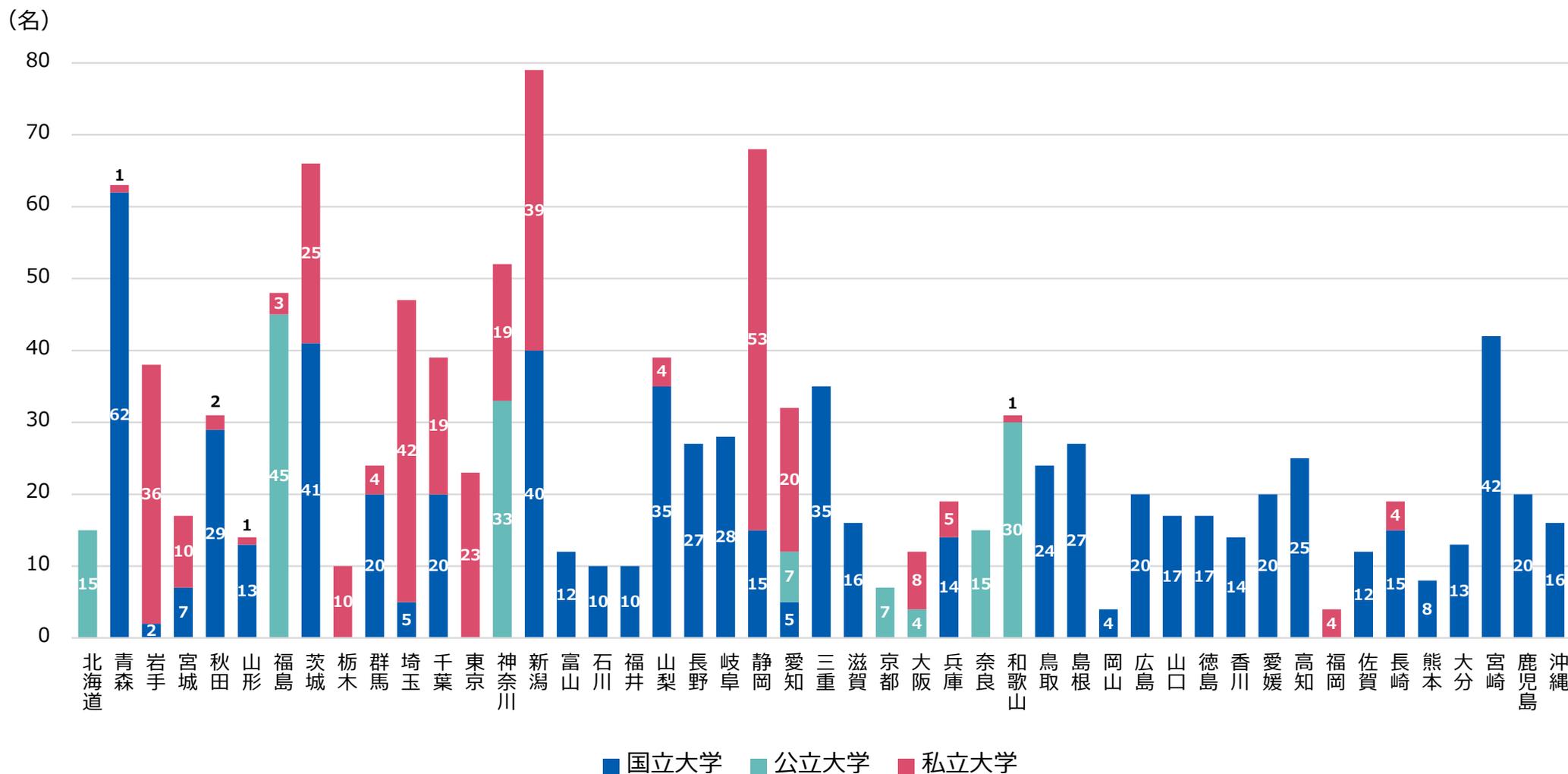
※ 自治医科大学（私立大学）は、設立の趣旨に鑑み、本集計から除く。

都道府県における地域枠の設置状況（大学の設置主体別）

○ 大学の設置主体によらず、地域枠が設置されており、国立大学であっても地域枠数の設置が比較的少ない都道府県もあれば、私立大学であっても地域枠数の設置が比較的多い都道府県もある。

令和7年度

＜都道府県における恒久定員内地域枠及び臨時定員地域枠の設置主体別状況＞



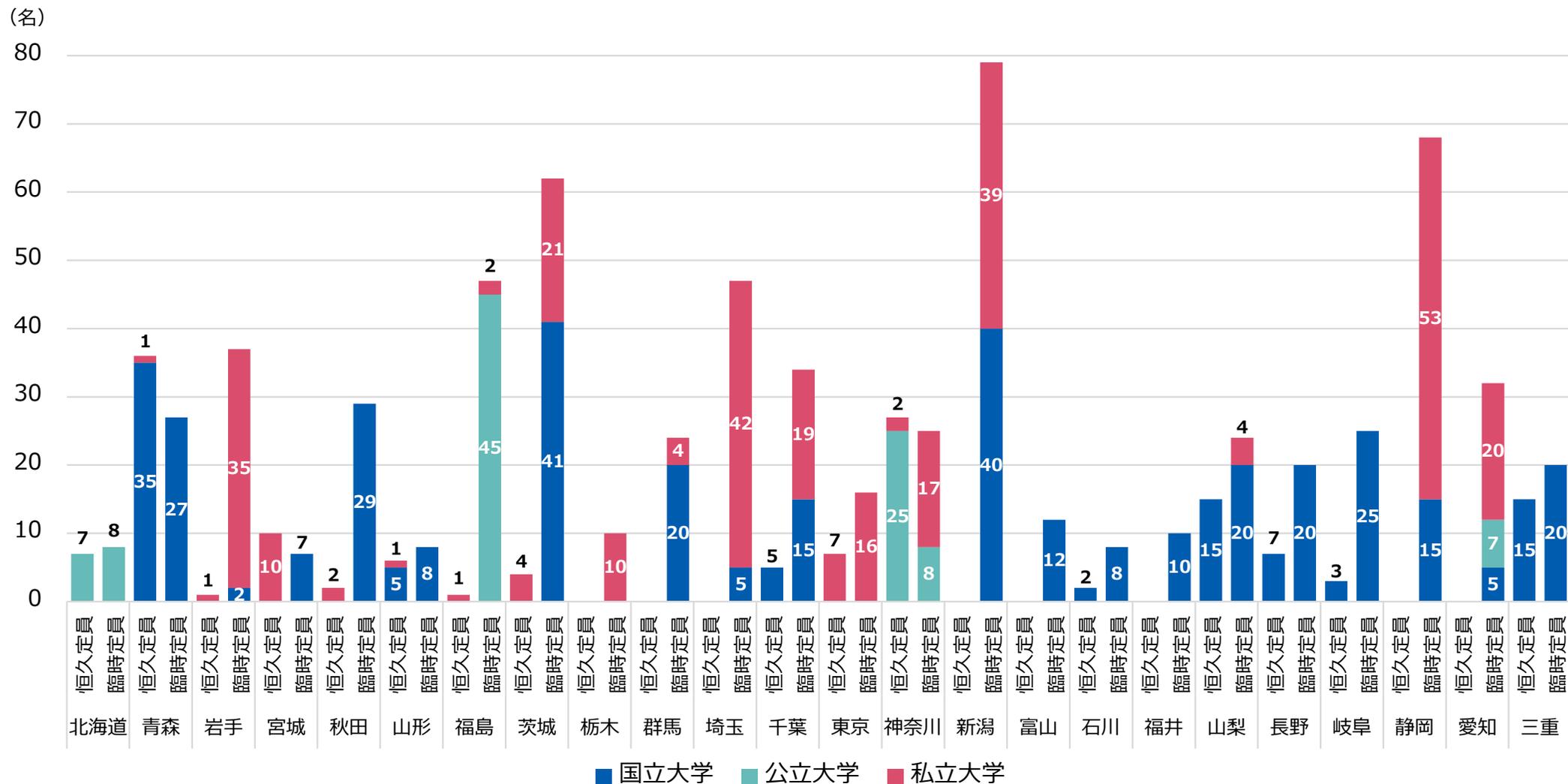
(注) 恒久定員内地域枠：恒久定員のうち、当該都道府県内で卒後一定期間従事要件があり、具体的な従事要件の設定や配置に地域医療対策協議会もしくは都道府県が関与するもの（一部地元出身要件あり。）
 ※ 他県にある大学に設置している地域枠・地元出身者枠は従事要件のある県の集計に含む。
 ※ 東北医科薬科大学の恒久定員内地域枠の一部は、複数の県のいずれかの修学資金制度に申込みを条件としており、含まない。また、自治医科大学の定員は、含まない。

都道府県における地域枠の設置状況①（大学の設置主体別）

○ 大学の設置主体によらず、地域枠が設置されており、国立大学であっても地域枠数の設置が比較的少ない都道府県もあれば、私立大学であっても地域枠数の設置が比較的多い都道府県もある。

令和7年度

＜都道府県における恒久定員内地域枠及び臨時定員地域枠の設置主体別状況＞



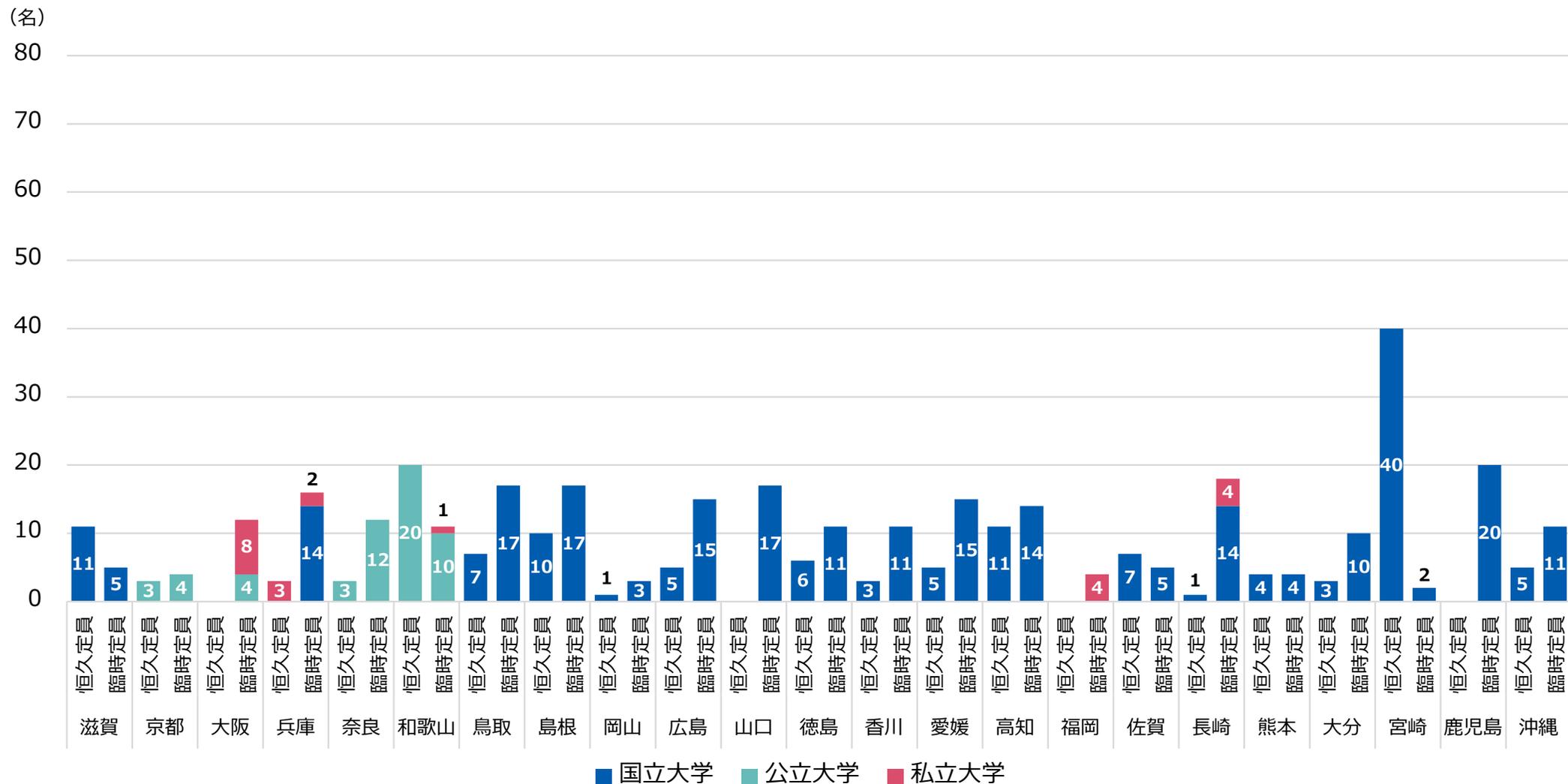
(注) 恒久定員内地域枠：恒久定員のうち、当該都道府県内で卒後一定期間従事要件があり、具体的な従事要件の設定や配置に地域医療対策協議会もしくは都道府県が関与するもの（一部地元出身要件あり。）
 ※ 他県にある大学に設置している地域枠・地元出身者枠は従事要件のある県の集計に含む。
 ※ 東北医科薬科大学の恒久定員内地域枠の一部は、複数の県のいずれかの修学資金制度に申し込むことを条件としており、含まない。また、自治医科大学の定員は、含まない。

都道府県における地域枠の設置状況②（大学の設置主体別）

○ 大学の設置主体によらず、地域枠が設置されており、国立大学であっても地域枠数の設置が比較的少ない都道府県もあれば、私立大学であっても地域枠数の設置が比較的多い都道府県もある。

令和7年度

＜都道府県における恒久定員内地域枠及び臨時定員地域枠の設置主体別状況＞



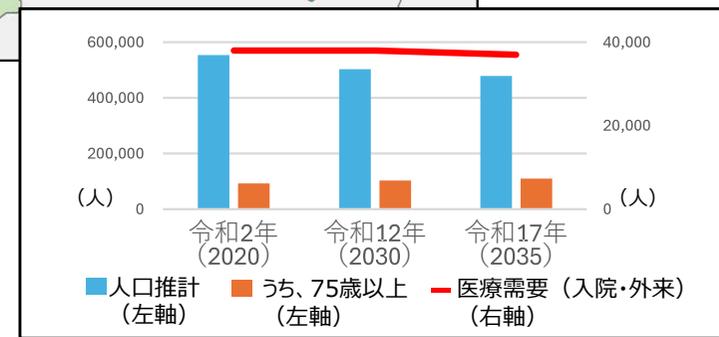
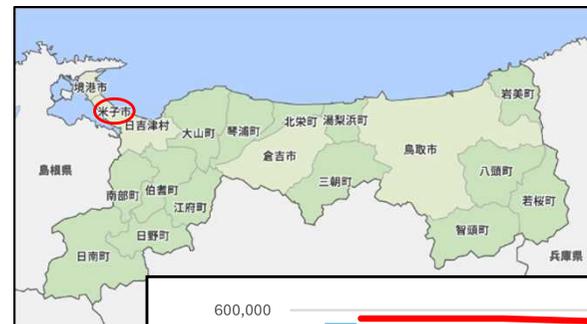
(注) 恒久定員内地域枠：恒久定員のうち、当該都道府県内で卒後一定期間従事要件があり、具体的な従事要件の設定や配置に地域医療対策協議会もしくは都道府県が関与するもの（一部地元出身要件あり。）

※ 他県にある大学に設置している地域枠・地元出身者枠は従事要件のある県の集計に含む。

※ 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し込むことを条件としており、含まない。また、自治医科大学の定員は、含まない。

県の状況

- 鳥取県は、医師の県外への流出、県西部の米子市に鳥取大学医学部があり、米子市周辺での勤務指向の高まり等から**中山間地域など遠隔地での勤務や派遣が困難になりつつあり、大学の医師派遣機能の強化が必要。**
- 他の地域と同様に人口減少が進む一方で、受療率が高い75歳以上の人口が増加することで、県内の医療需要の大きな減少は見込まれず、**一定の医療提供体制の維持が必要。**



県の取組

- 鳥取県と鳥取大学で協議を重ね（1～3ヶ月ごと）、**大学病院の医療機能の向上に向けて、県・大学が協力することを確認**した上で、**恒久定員内へ新たな地域枠「とっとり医療人養成枠」を7枠設定（新規5枠+恒久定員内臨時養成枠2枠振り替え）し、大学の医師派遣機能の強化を図る。**
- 卒後臨床研修は大学病院で研修するとともに、その後は「専門研修（大学病院、県内連携病院・診療所）」「公衆衛生（大学医学部社会医学系講座、行政機関）」「基礎研究」のコースから選択可能とした。

令和7年度

恒久定員 ← | → 臨時定員

| 一般枠 | 学士編入 | 地域枠 | 臨時養成枠 | 特別養成枠 | 島根県枠 | 兵庫県枠 |
|-----|------|-----|-------|-------|------|------|
| 73名 | 5名 | 5名 | 2名 | 11名 | 6名 | 5名 |

令和8年度～

| 一般枠 | 学士編入 | 地域枠 | とっとり医療人養成枠 | 臨時養成枠 | 特別養成枠 | 島根県枠 | 兵庫県枠 |
|-----|------|-----|------------|-------|-------|------|------|
| 68名 | 5名 | 5名 | 7名 | 11名 | 6名 | 5名 | 2名 |

注：鳥取県では、県内の医療機関等で一定期間勤務した場合は返還を免除する奨学金を貸与する仕組みについて、その貸付期間、義務年限、対象者、試験区分に応じて枠を設けている。

宮崎大学において恒久定員内地域枠を拡充した経緯等

宮崎大学
提出資料

- 宮崎県第7次医療計画（平成30～令和5年度）において、**県内で新たに臨床研修を開始する研修医の目標数が80名に設定**されていること（別紙参照）、一方で医師の増加のペースは見直しが必要とされていることを踏まえて、平成30年6月に宮崎大学における適切な医学部定員数や地域枠の定員数に関する第1回WGを開催し、これ以降、本格的な検討が開始された。
- 宮崎大学は宮崎県との議論や以下の**分析結果（★）も踏まえ、令和4年度以降、医学部入学定員の臨時定員地域枠の設置は行わず、恒久定員内に地域枠を新たに15名拡充した**。具体的には地域枠A10名（県内の高校卒業者：現役のみ）、地域枠B15名（県内の高校卒業者：既卒2年目まで）、地域枠C15名（宮崎県を含む全国の高卒業者：既卒2年目まで）を設置した。
 - ★ **宮崎大学卒業生のうち、宮崎県内で臨床研修を行う割合は、県内の高校卒業者が「66%」に対し、県外の高校卒業者は『15%』であった。** ※平成23～26年度卒業生 406名を対象に調査
 - **キャリア形成プログラムの運用開始を踏まえ、地域枠C（＝全国枠）15名の拡充により、県外の高校卒業者が宮崎県内で臨床研修・専門研修を受け、地域医療に貢献する体系へ**
- なお、本見直しに伴い、臨時定員増を行わないこととしたことから、令和4年度以降、医学部入学定員は110名から100名となり、実習を含む専門科目を中心に、教職員の負担軽減や教育資源の確保をはじめ、今後の学年進行にあわせて診療参加型臨床実習の指導にも質向上が期待される。
- 地域枠の拡充にあわせてキャリア形成プログラム卒前支援の充実をはかり、地域枠入学生の地域医療への意識・意欲の向上とあわせて、学業成績の向上も期待されている。 ※ 今後、詳細を分析予定

宮崎大学医学部地域枠入学者の学修成績状況(R4～R7年度, 恒久定員内地域枠拡大後)

★入試区分間のアウトカム(留年経験)の比較

※除籍・退学者(R4年:前期1名、R5年:前期1名、R6年:前期・後期2名)を除く

| 入試区分【定員数】 | R4年度入学 【4年目】 | R5年度入学 【3年目】 | R6年度入学 【2年目】 | R7年度入学 【1年目】 | R4～6年度入学 【2～4年目】 |
|---------------------------------|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|---------------------|
| 一般枠(前期)【定員45名】 留年経験者/入学者(%) | 10 / 48 (20.8%) | 2 / 45 (4.4%) | 2 / 44 (4.6%) | — / 51 | 14 / 137 (10.2%) |
| 一般枠(後期)【定員15名】 留年経験者/入学者(%) | 2 / 21 (9.5%) | 0 / 14 (0.0%) | 1 / 14 (7.1%) | — / 13 | 3 / 49 (6.1%) |
| 地域枠(A～C)【定員40名】 留年経験者/入学者(%) | 1 / 33 (3.0%) | 2 / 40 (5.0%) | 1 / 40 (2.5%) | — / 36 | 4 / 113 (3.5%) |
| 入学者全体【定員100名】 留年経験者/入学者(%) | 13 / 102 (12.8%) | 4 / 99 (4.0%) | 4 / 98 (4.1%) | — / 100 | 21 / 299 (7.0%) |

★入試区分間のアウトカム(R7年度共用試験CBT)の比較

| 入試区分、CBT受験者数* | IRT値 |
|-------------------|---------|
| R4一般枠(前期)入学、n=38 | X + 0.0 |
| R4一般枠(後期)入学、n=19 | X + 1.0 |
| R4地域枠(A～C)入学、n=32 | X + 3.8 |

*受験者はR4年度に入学し、
ストレート進級した学生となる
・前期入学 48名中38名
・後期入学 21名中19名
・地域枠入学33名中32名

★解析時点(2025年10月)では、
地域枠入学者は、一般枠(前期・
後期)入学者と比較して、留年発
生割合が低めで、共用試験CBTの
IRT値も同等～わずかに高い(た
だし今後更なる追跡検証が必要)。

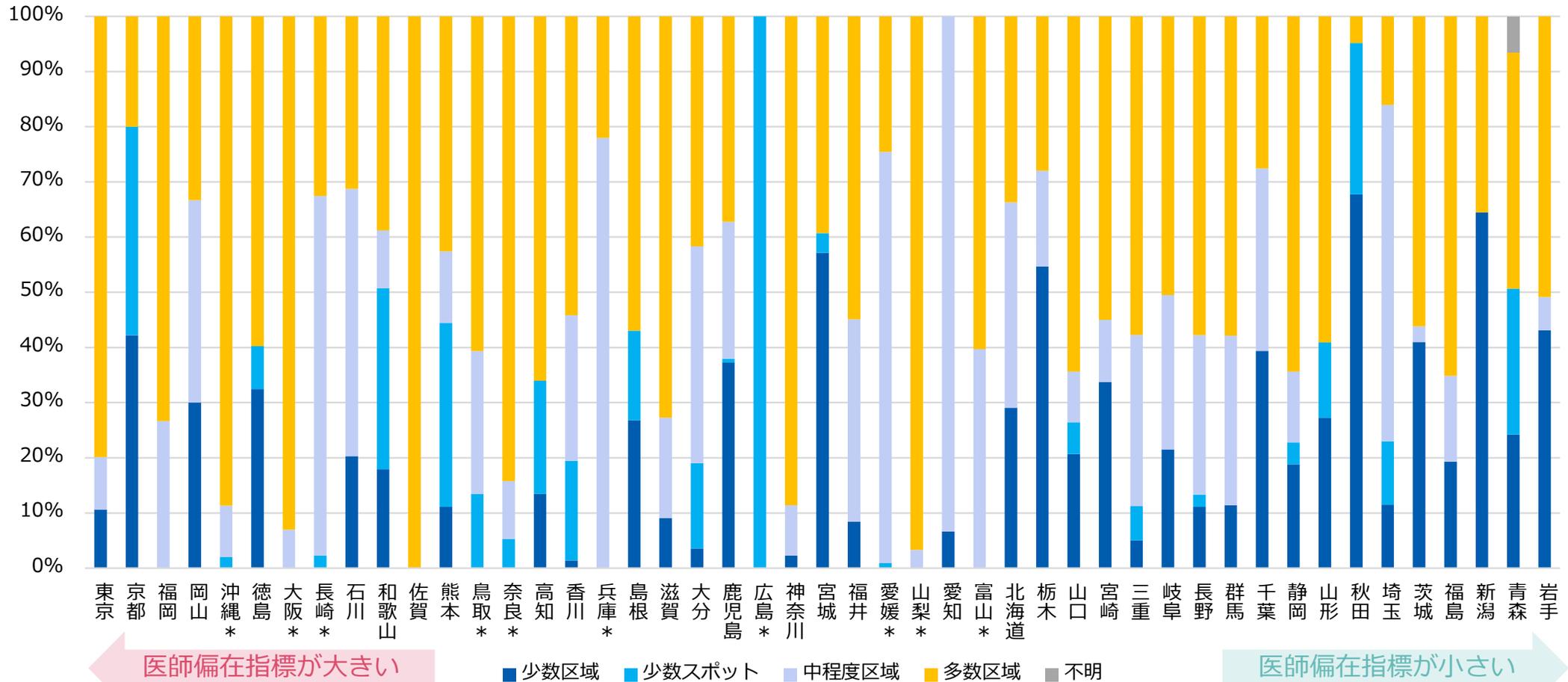
作成者:小松弘幸(宮崎大学医学部 医療人育成推進センター)

(注) IRT (Item Response Theory: 項目反応理論):

項目の特性(困難度と識別力)が判明している場合、その項目に対する反応(解答状況)を用いて、当該試験の結果から測定できる能力を推測するもの

都道府県別の地域枠医師（卒後3年目以降）の配置状況

- 医師偏在指標が小さい都道府県ほど、医師少数区域に地域枠医師を多く配置している傾向がみられる。
- 医師偏在指標が大きい都道府県では、医師少数区域への地域枠医師の配置がない県や、そもそも医師少数区域が存在しない県もあるが、医師少数区域へ地域枠医師を配置し、地域枠を活用している県もみられる。



医学部臨時定員増に関する都道府県意向調査（令和7年度実施）に基づき厚生労働省医政局医事課にて集計

(注) 左から第8次前期医師確保計画の医師偏在指標が大きい都道府県順に記載している。

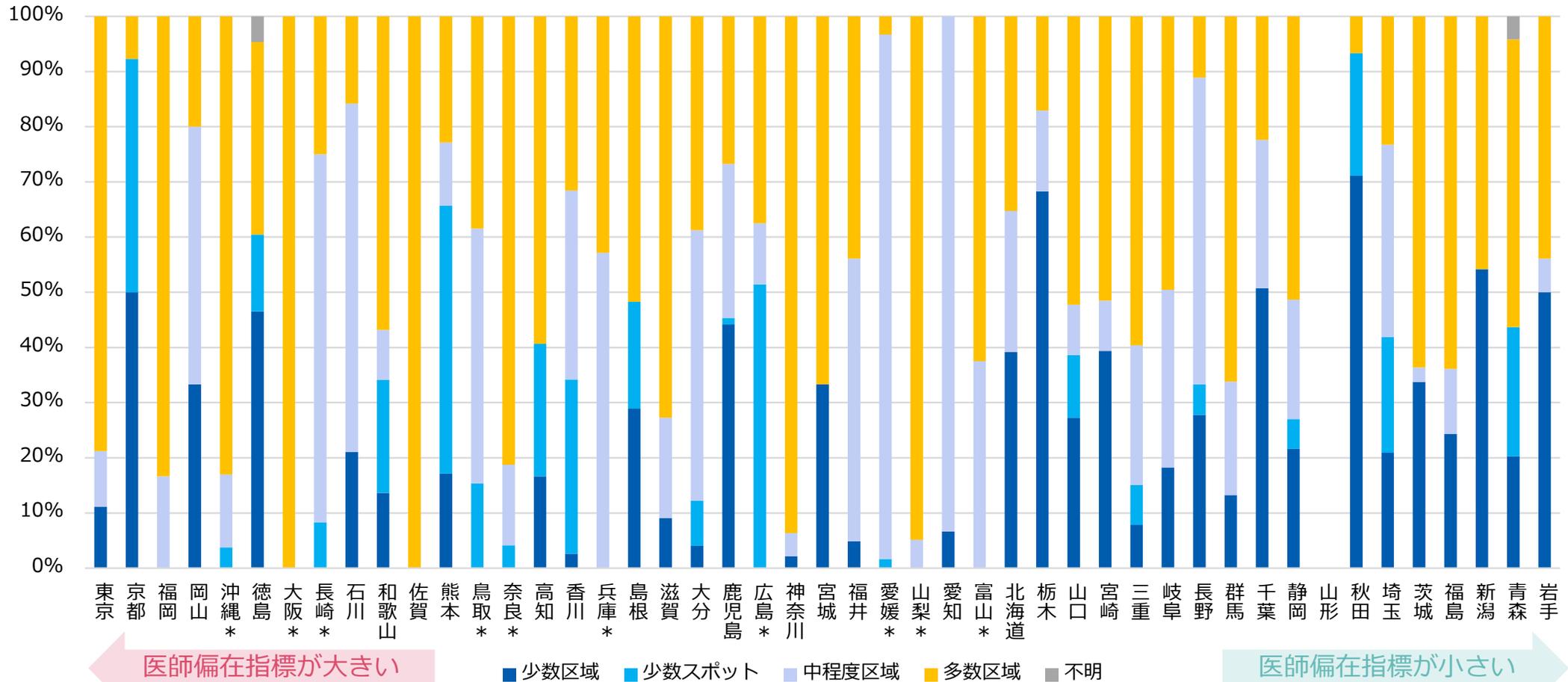
「*」を付した沖縄県、大阪府、長崎県、鳥取県、奈良県、兵庫県、広島県、愛媛県、山梨県、富山県は、医師少数区域がない都道府県。

(※) 卒後3年目以降の配置状況（義務履行期間猶予中を除く。）を集計。ただし、愛知県は専門研修修了後の配置状況。

滋賀県は県内医療機関での従事要件を課している地域枠医師のうち、県が配置を行っている者（義務年限6～9年目の医師）のみ記載。山形県は卒後6年目以降のデータが得られていない。

都道府県別の地域枠医師（卒後6年目以降）の配置状況

- 卒後6年目以降の地域枠医師についてみても、卒後3年目以降の場合と同様の傾向であり、医師偏在指標が小さい都道府県ほど、医師少数区域に地域枠医師を多く配置している傾向がみられる。
- 医師偏在指標が大きい都道府県では、医師少数区域へ地域枠医師を配置し地域枠を活用している県がある一方で、医師多数区域にのみ地域枠医師を配置している県がみられる。



医学部臨時定員増に関する都道府県意向調査（令和7年度実施）に基づき厚生労働省医政局医事課にて集計

(注) 左から第8次前期医師確保計画の医師偏在指標が大きい都道府県順に記載している。

「*」を付した沖縄県、大阪府、長崎県、鳥取県、奈良県、兵庫県、広島県、愛媛県、山梨県、富山県は、医師少数区域がない都道府県。

(※) 卒後6年目以降の配置状況（義務履行期間猶予中を除く。）を集計。ただし、愛知県は専門研修終了後の配置状況。

滋賀県は県内医療機関での従事要件を課している地域枠医師のうち、県が配置を行っている者（義務年限6～9年目の医師）のみ記載。山形県は卒後6年目以降のデータが得られていない。

医学部臨時定員の配分方法

- 視点1. 地域の医師確保のニーズに配慮しつつ、地域の主体的な取組を後押しする視点
- 視点2. 地域の置かれた状況に適切に配慮する視点
- 視点3. 全国的な取組を促す視点

都道府県別の医師偏在指標（令和6年1月公表版）

（医師偏在指標について）

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

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

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

（都道府県別）

| 都道府県コード | 都道府県 | 医師偏在指標 |
|---------|------|--------|
| 00 | 全国 | 255.6 |
| 01 | 北海道 | 233.8 |
| 02 | 青森県 | 184.3 |
| 03 | 岩手県 | 182.5 |
| 04 | 宮城県 | 247.3 |
| 05 | 秋田県 | 199.4 |
| 06 | 山形県 | 200.2 |
| 07 | 福島県 | 190.5 |
| 08 | 茨城県 | 193.6 |
| 09 | 栃木県 | 230.5 |
| 10 | 群馬県 | 219.7 |
| 11 | 埼玉県 | 196.8 |
| 12 | 千葉県 | 213.0 |
| 13 | 東京都 | 353.9 |
| 14 | 神奈川県 | 247.5 |
| 15 | 新潟県 | 184.7 |

| 都道府県コード | 都道府県 | 医師偏在指標 |
|---------|------|--------|
| 16 | 富山県 | 238.8 |
| 17 | 石川県 | 279.8 |
| 18 | 福井県 | 246.8 |
| 19 | 山梨県 | 240.8 |
| 20 | 長野県 | 219.9 |
| 21 | 岐阜県 | 221.5 |
| 22 | 静岡県 | 211.8 |
| 23 | 愛知県 | 240.2 |
| 24 | 三重県 | 225.6 |
| 25 | 滋賀県 | 260.4 |
| 26 | 京都府 | 326.7 |
| 27 | 大阪府 | 288.6 |
| 28 | 兵庫県 | 266.5 |
| 29 | 奈良県 | 268.9 |
| 30 | 和歌山県 | 274.9 |
| 31 | 鳥取県 | 270.4 |

■ 上位1/3 ■ 下位1/3

| 都道府県コード | 都道府県 | 医師偏在指標 |
|---------|------|--------|
| 32 | 島根県 | 265.1 |
| 33 | 岡山県 | 299.6 |
| 34 | 広島県 | 254.2 |
| 35 | 山口県 | 228.0 |
| 36 | 徳島県 | 289.3 |
| 37 | 香川県 | 266.9 |
| 38 | 愛媛県 | 246.4 |
| 39 | 高知県 | 268.2 |
| 40 | 福岡県 | 313.3 |
| 41 | 佐賀県 | 272.3 |
| 42 | 長崎県 | 284.0 |
| 43 | 熊本県 | 271.0 |
| 44 | 大分県 | 259.7 |
| 45 | 宮崎県 | 227.0 |
| 46 | 鹿児島県 | 254.8 |
| 47 | 沖縄県 | 292.1 |

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数}^{\ast 1}}{\text{地域の人口} / 10万 \times \text{地域の標準化受療率比}^{\ast 2}}$$

$$(\ast 1) \text{ 標準化医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$(\ast 2) \text{ 地域の標準化受療率比} = \frac{\text{地域の期待受療率}^{\ast 3}}{\text{全国の期待受療率}}$$

$$(\ast 3) \text{ 地域の期待受療率} = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別調整受療率}^{\ast 4} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

$$(\ast 4) \text{ 全国の性年齢階級別調整受療率} = \text{無床診療所医療医師需要度}^{\ast 5} \times \text{全国の無床診療所受療率} + \text{全国の入院受療率}$$

$$(\ast 5) \text{ 無床診療所医療医師需要度} = \frac{\text{マクロ需給推計における外来医師需要} / \text{全国の無床診療所外来患者数}^{\ast 6}}{\text{マクロ需給推計における入院医師需要} / \text{全国の入院患者数}}$$

$$(\ast 6) \text{ 全国の無床診療所外来患者数} = \text{全国の外来患者数} \times \frac{\text{初診・再診・在宅医療算定回数} [\text{無床診療所}]}{\text{初診・再診・在宅医療算定回数} [\text{有床診療所・無床診療所}]}$$

さらに、患者の流出入に基づく増減を反映するために、(※4) 全国の性年齢階級別調整受療率を次のように修正を加えて計算する

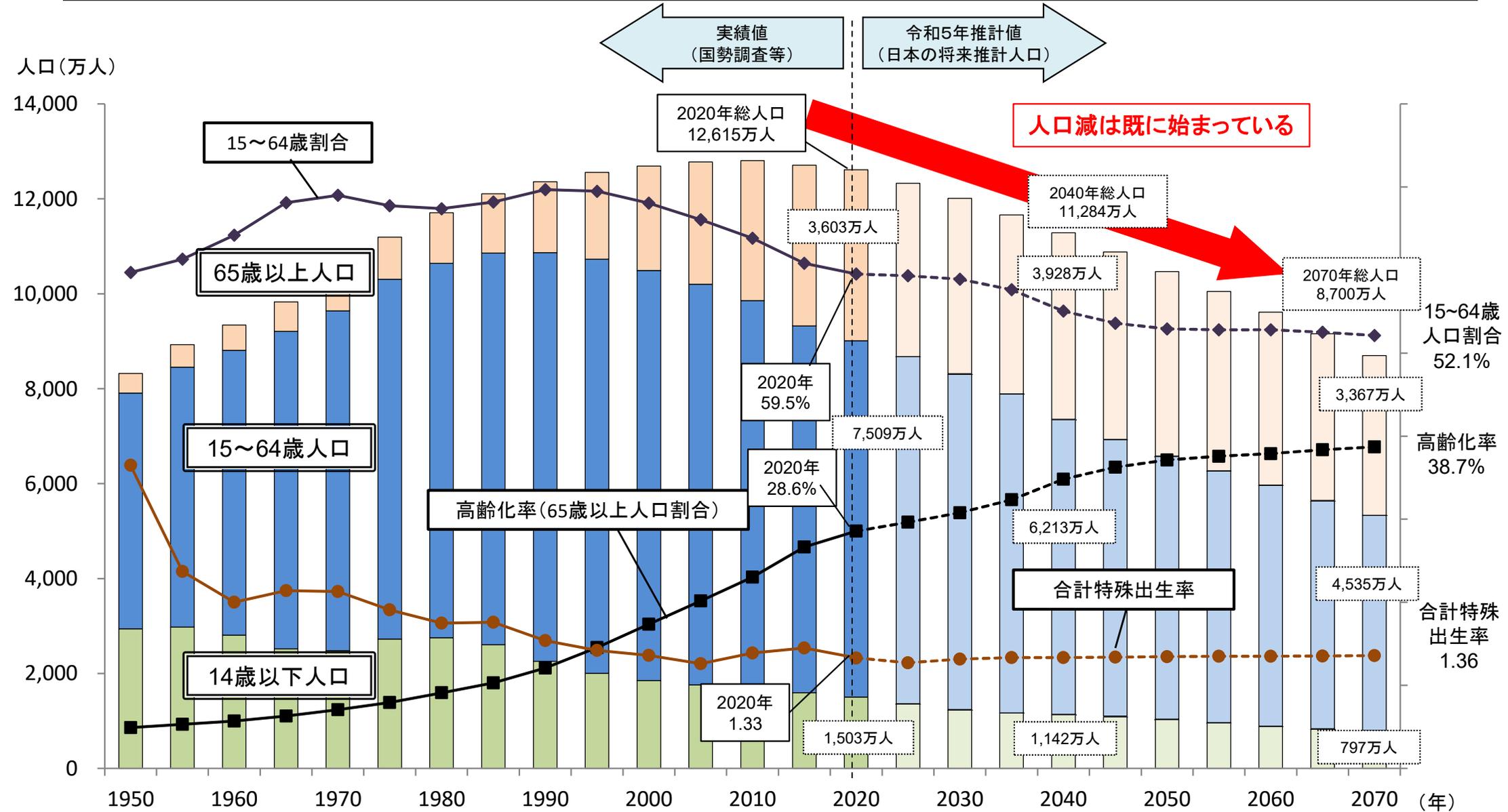
$$\text{性年齢階級別調整受療率 (流出入反映)} = \text{無床診療所医療医師需要度} \times \text{全国の無床診療所受療率} \times \text{無床診療所患者流出入調整計数}^{\ast 7} + \text{全国の入院受療率} \times \text{入院患者流出入調整計数}^{\ast 8}$$

$$(\ast 7) \text{ 無床診療所患者流出入調整計数} = \frac{\text{無床診療所患者数 (患者所在地)} + \text{無床診療所患者流入数} - \text{無床診療所患者流出数}}{\text{無床診療所患者数 (患者所在地)}}$$

$$(\ast 8) \text{ 入院患者流出入調整計数} = \frac{\text{入院患者数 (患者所在地)} + \text{入院患者流入数} - \text{入院患者流出数}}{\text{入院患者数 (患者所在地)}}$$

日本の人口の推移

○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2070年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は39%の水準になると推計されている。



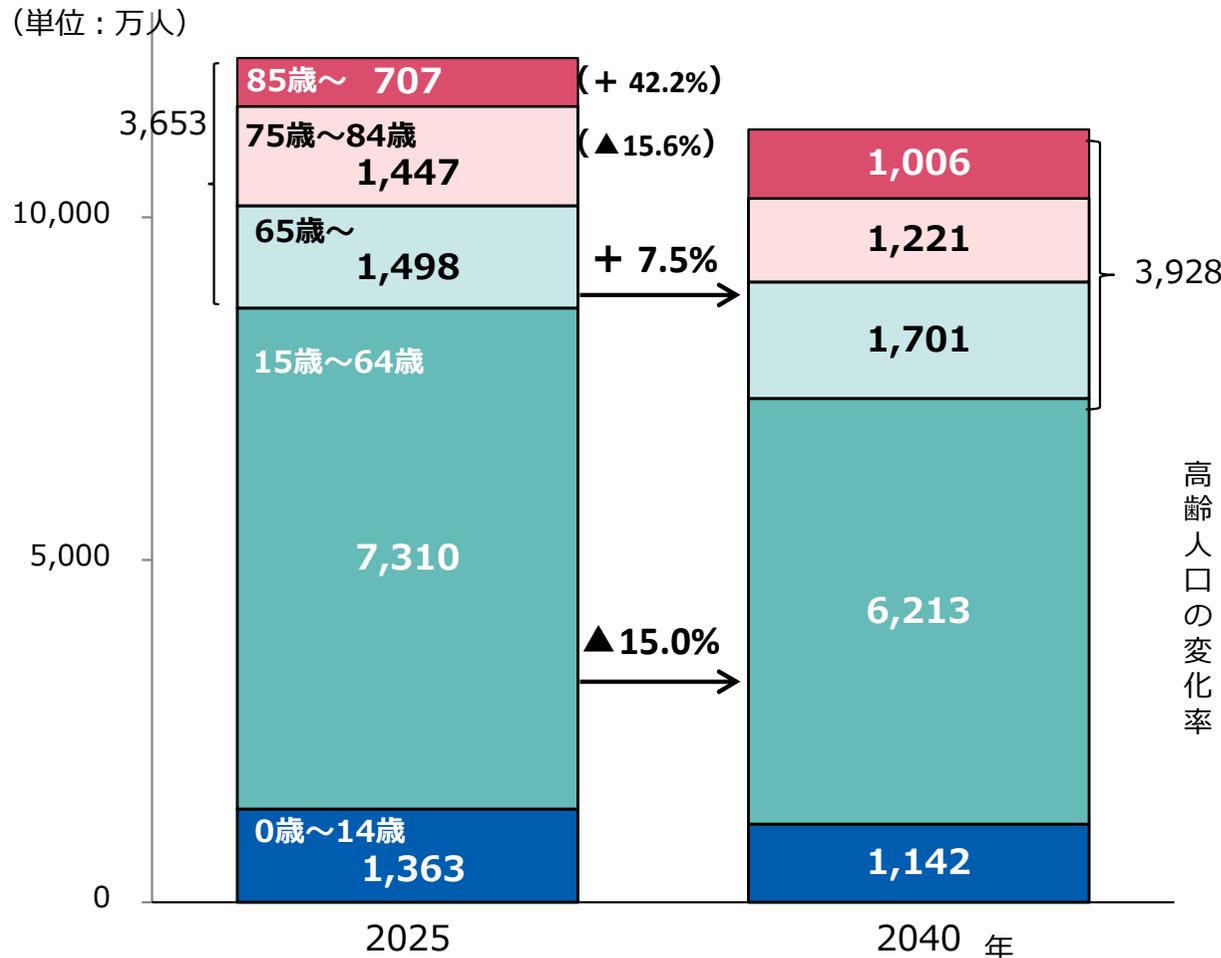
(出所) 2020年までの人口は総務省「国勢調査」、合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」、2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5年推計)」(出生中位(死亡中位)推計)

出典:厚生労働省HP 我が国の人口について
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_21481.html
に一部加筆

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。
- 地域ごとにみると、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。

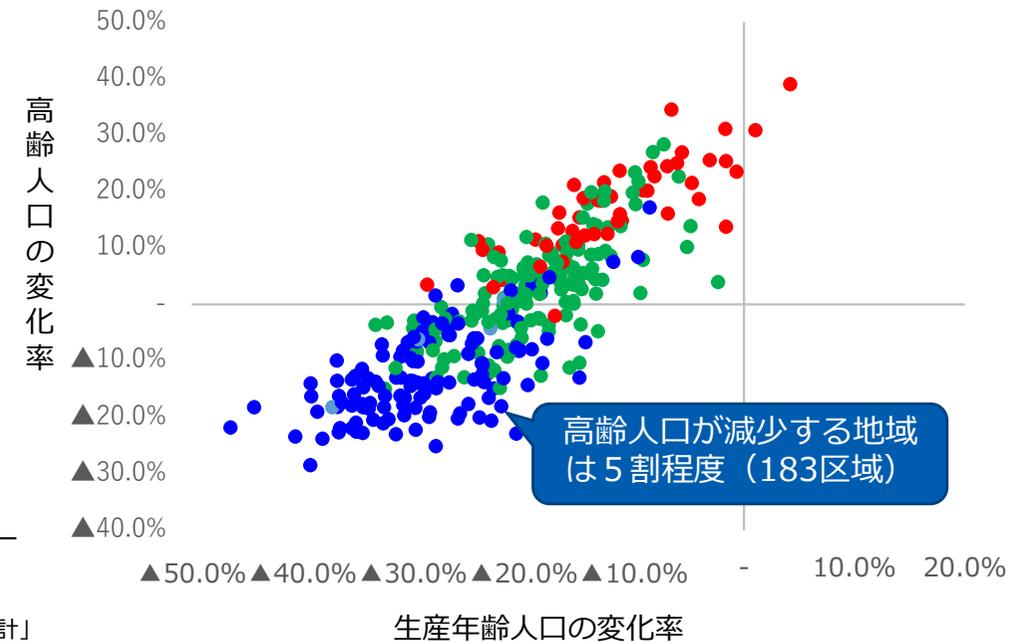
<人口構造の変化>



<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% |

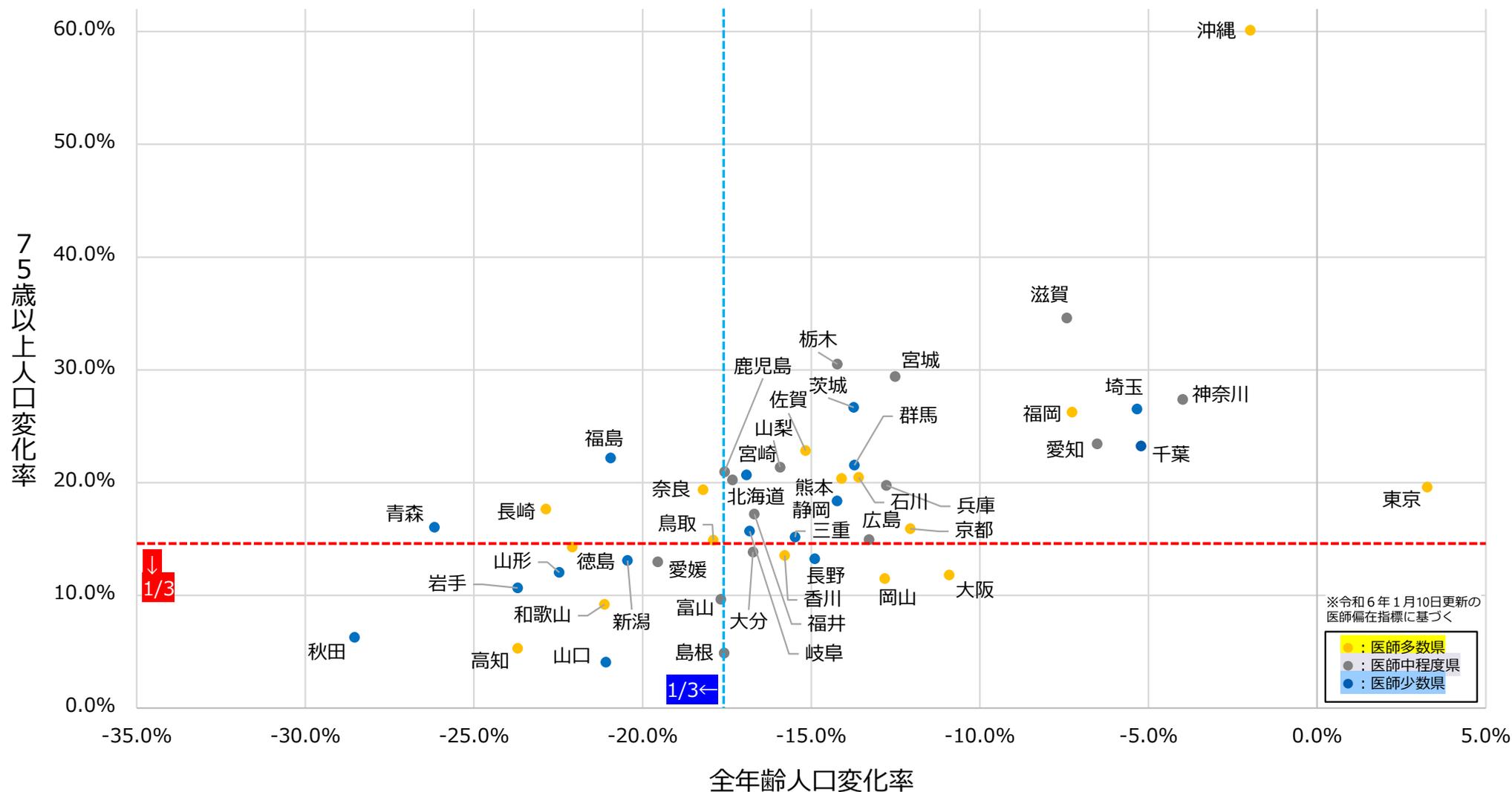
大都市型：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上
 地方都市型：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上
 過疎地域型：上記以外



都道府県別の人口の推移

2020年から2040年にかけての都道府県別の人口の推移をみると、多くの都道府県において、全年齢の人口は減少するが、75歳以上の人口の増加率も併せて考慮すると、全年齢の人口が比較的大幅に減少し、かつ75歳以上の人口が比較的大幅に増加する県が存在する。

<2020年 → 2040年の人口の変化率（全年齢人口：横軸、75歳人口：縦軸）>



① 現行の医師偏在指標に、地理的な要素（人口密度、医療機関へのアクセス、離島や豪雪地帯といった地理上の特性）を反映した上で区域を設定することについて

- 地理的要素は医師不足地域の医療提供体制を検討する上で重要であるが、医師偏在指標は、「人口10万人当たり医師数」をできるだけ精緻に把握する目的の指標であり、その計算式には医療機関へのアクセス等の結果である流出入調整係数を含んでいるものの、地理的要素を十分に反映できていないという意見が多い。
- 現在、人口密度、医療機関への距離、離島、特別豪雪地帯を要素とした、日本国内における医療機関へのアクセスに関する尺度が存在している。

反映することが可能な地理的要素（例）



①地域の人口密度



②地域の中心から直近の二次救急病院までの直線距離



③二次・三次救急病院を含まない離島



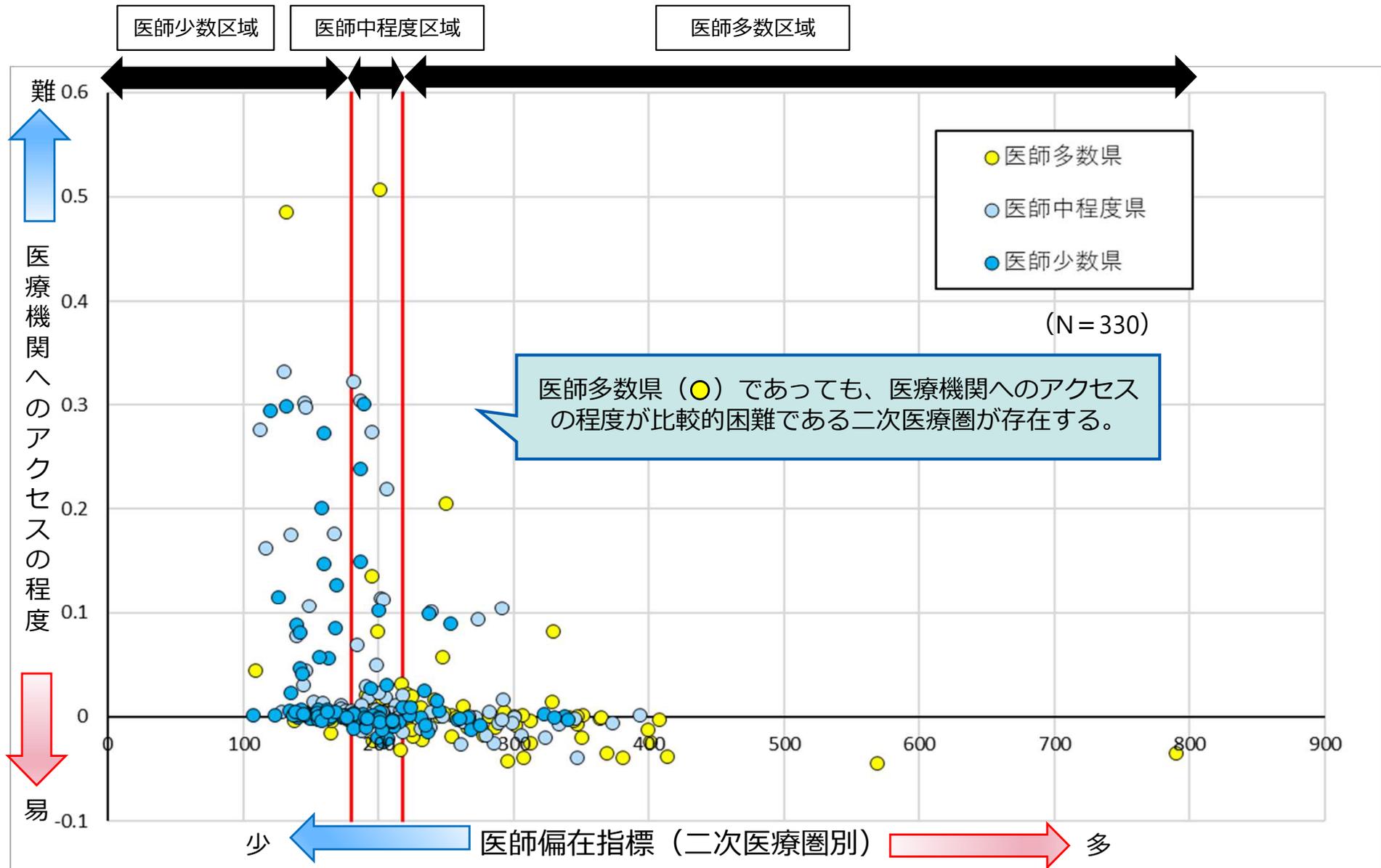
④二次・三次救急病院を含まない特別豪雪地帯

○次期医師確保計画（R9～）における医師少数区域の設定にあたっては、こうした地理的要素を一定程度反映して医師少数区域を設定することとしてはどうか。

○地理的な要素を具体的にどのように反映させるかについては、引き続き検討。

(参考) 令和6年度医師偏在指標と医療機関へのアクセスとの関係

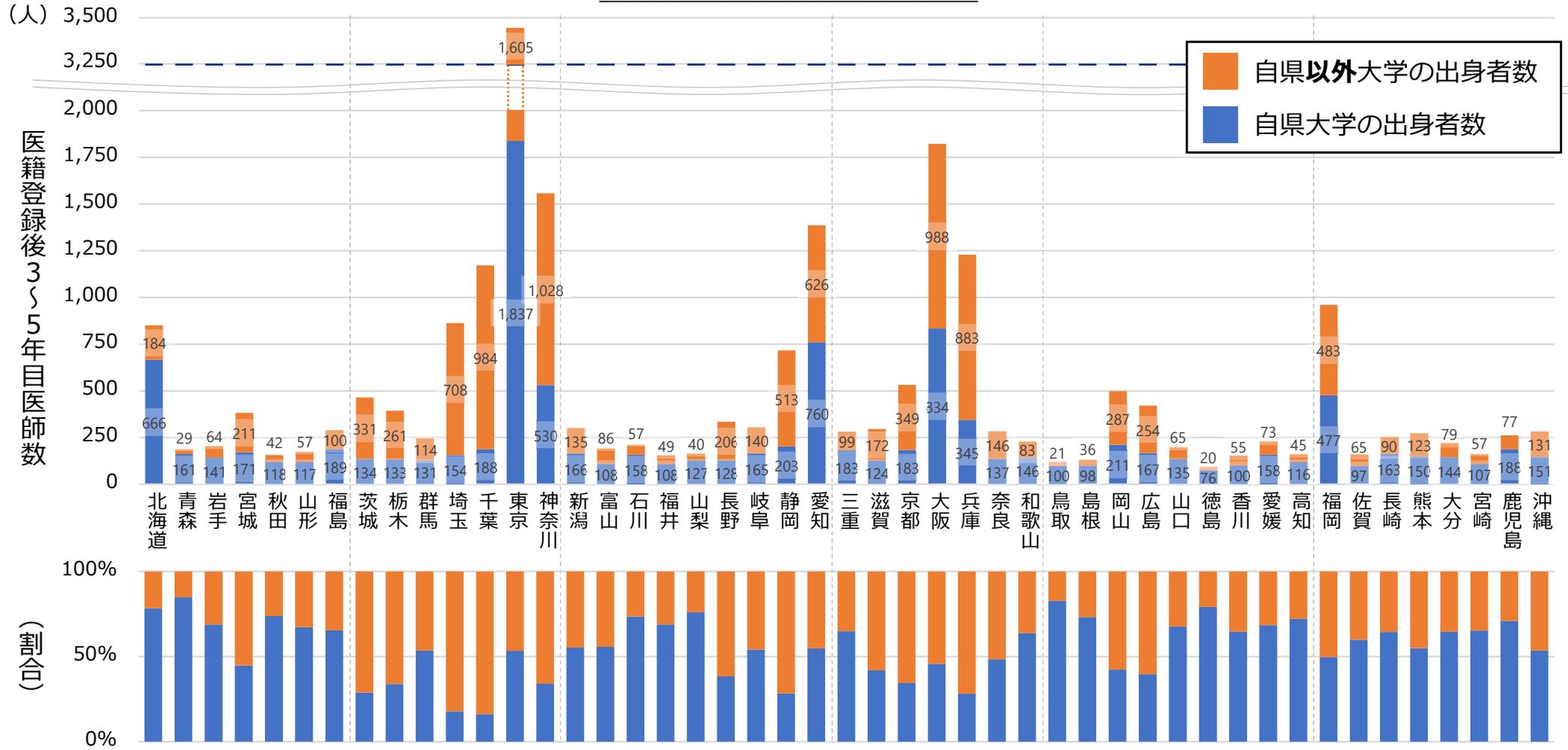
○医師中程度区域や医師多数区域であっても、医療機関へのアクセスの程度には、ばらつきが存在する。



医籍登録後3～5年目医師における出身大学の内訳

都道府県ごとの医籍登録後3～5年目医師における出身大学の内訳をみると、自県又は自県以外の大学出身者の占める割合には都道府県ごとにばらつきがある。特に、自県の大学出身者が多くを占める場合は、他県からの医師を呼び込むことよりも自県の大学卒業者の定着等による医師確保が比較的重要となると考えられる。

＜自県従事医師の出身大学の内訳＞

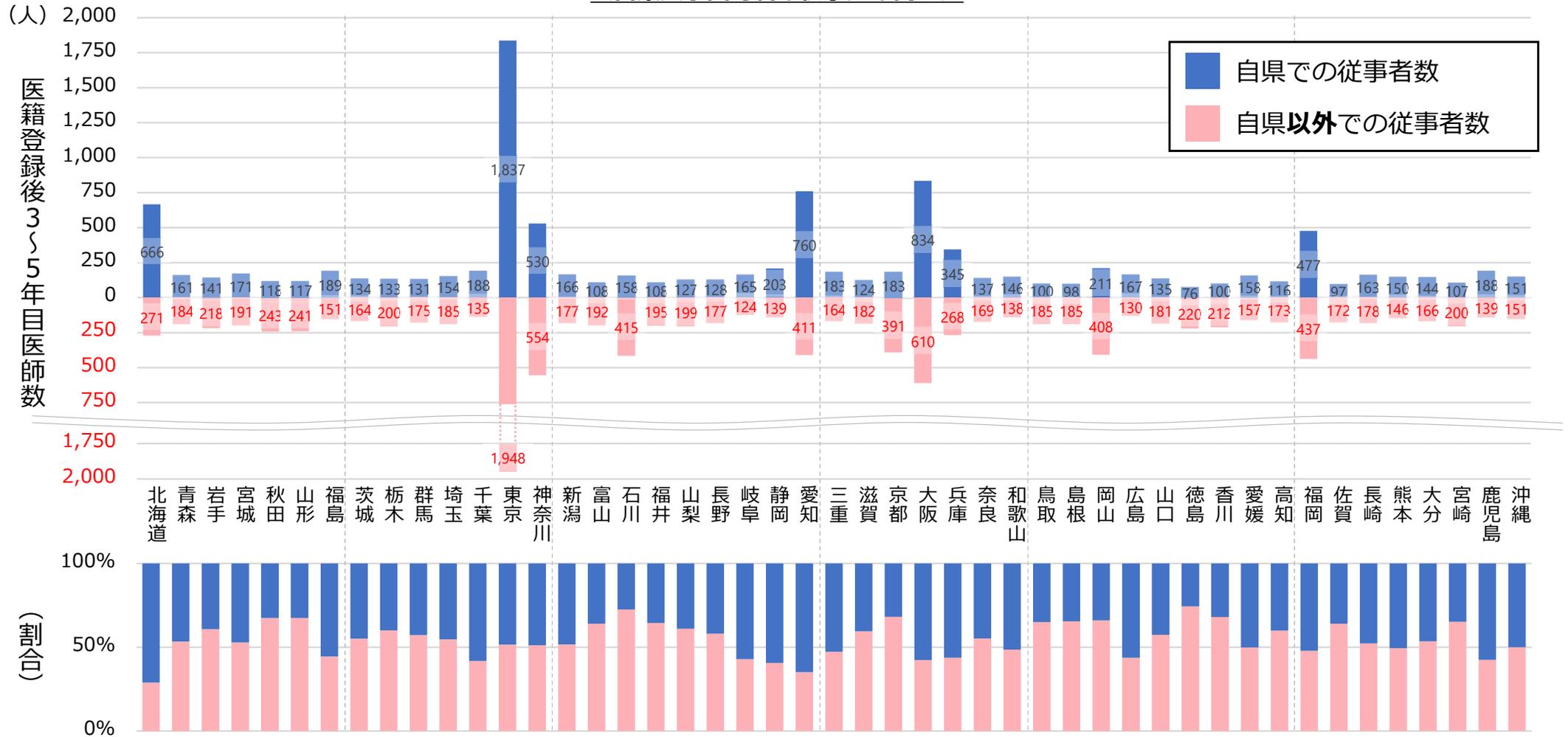


(注) 令和4年医師届出票で医籍登録後3～5年目(医籍登録年月日が2018年1月1日～2020年12月31日)の医師を対象に集計(N=23,434)
出身大学が「自治医科大学」「産業医科大学」「防衛医科大学」「外国の医学校」「その他」「無回答」の場合は除外して集計
出身地が「無回答」など無効な回答の場合も除外して集計

医籍登録後3～5年目医師の自県大学出身者における従事先の内訳

都道府県ごとの医籍登録後3～5年目医師の自県大学出身者における従事先の内訳をみると、自県大学出身者が自県に従事する割合は都道府県ごとにばらつきがある。特に、自県大学出身者の自県以外に従事する割合が多くを占める場合は、自県の大学卒業者の定着等による医師確保が比較的重要となると考えられる。

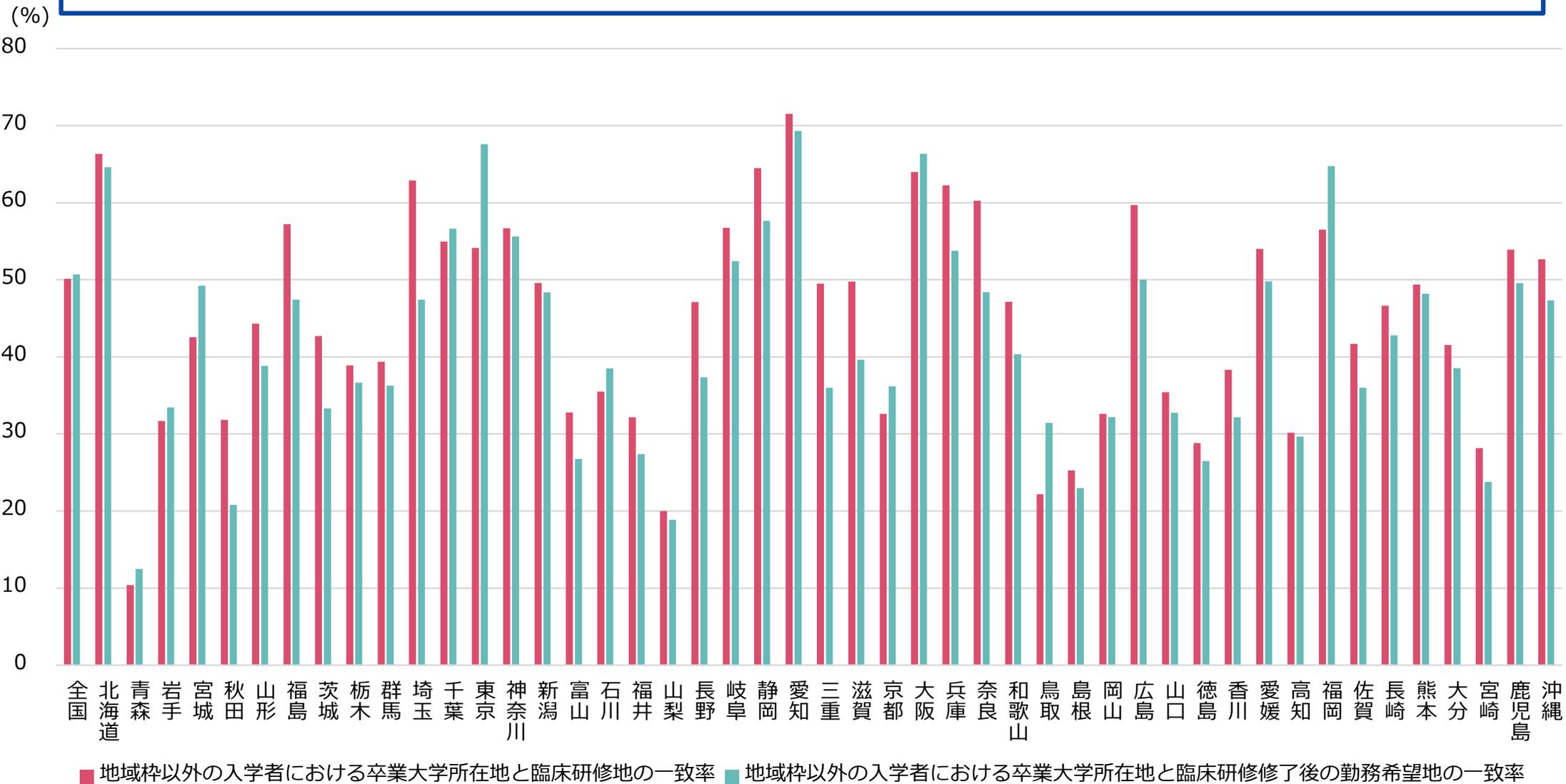
＜自県大学出身者の従事先の内訳＞



(注) 令和4年医師届出票で医籍登録後3～5年目(医籍登録年月日が2018年1月1日～2020年12月31日)の医師を対象に集計(N=23,434)
 出身大学が「自治医科大学」「産業医科大学」「防衛医科大学」「外国の医学校」「その他」「無回答」の場合は除外して集計
 出身地が「無回答」など無効な回答の場合も除外して集計

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

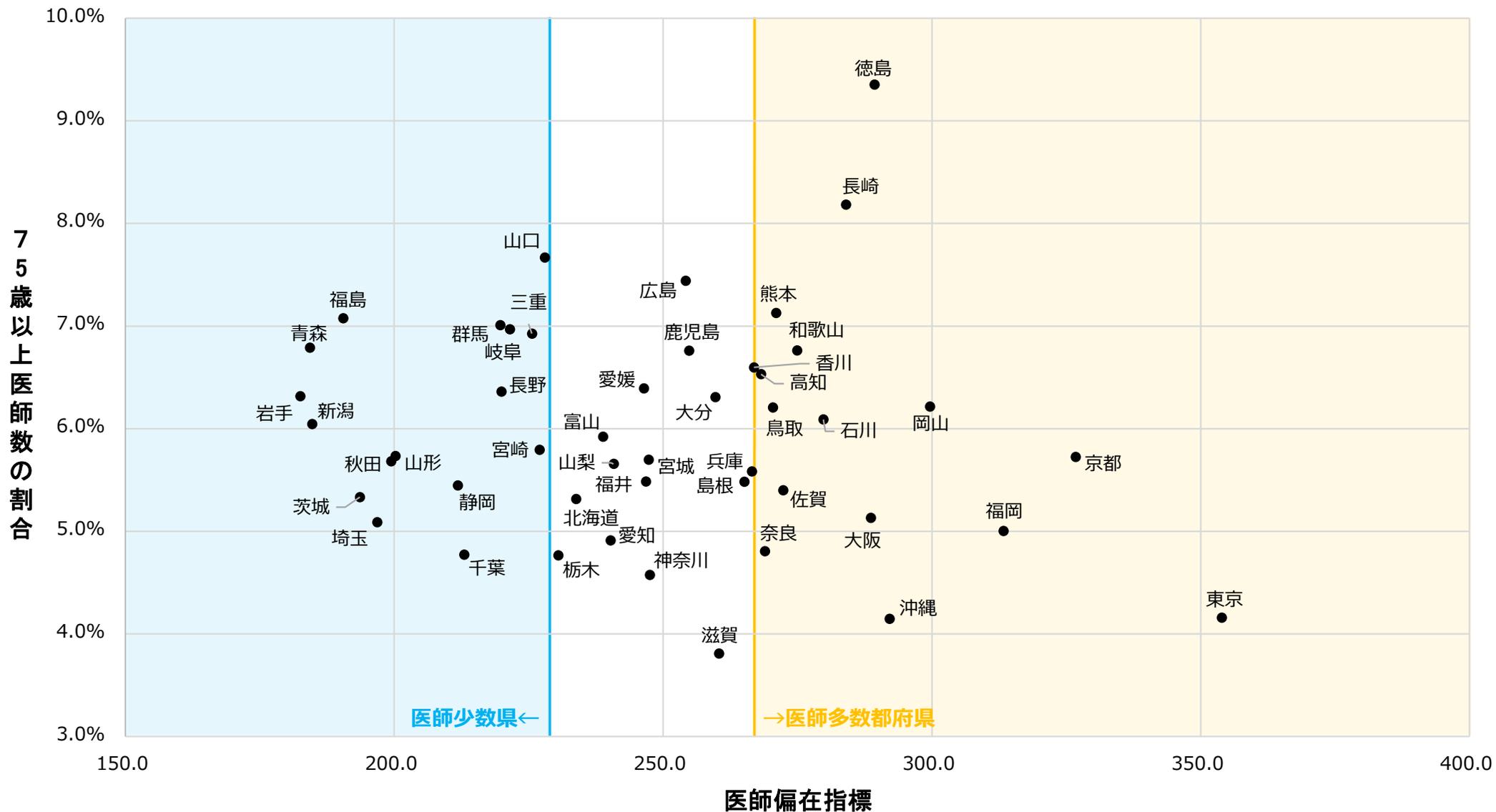
地域枠以外の入学者における卒業大学所在地と臨床研修修了後の勤務希望地の一致率は、全国平均では5割程度だが、秋田、富山、福井、島根、徳島、高知、宮崎は3割未満、青森、山梨は2割未満となっている。



※ 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

75歳以上医師数の割合と医師偏在指標

- 都道府県別の医療施設従事医師数に占める75歳以上医師数の割合は、徳島、長崎が高く、医師多数県であっても沖縄、東京、奈良は5%未満と低くなっている。

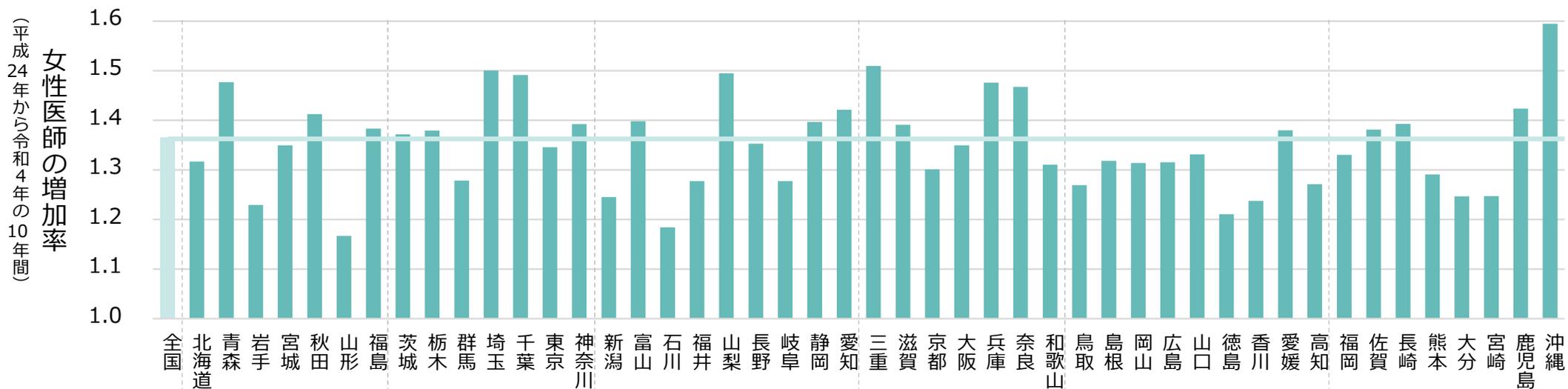


※「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和4年）の医療施設従事医師数の人数を集計
※令和6年1月10日更新の医師偏在指標を使用

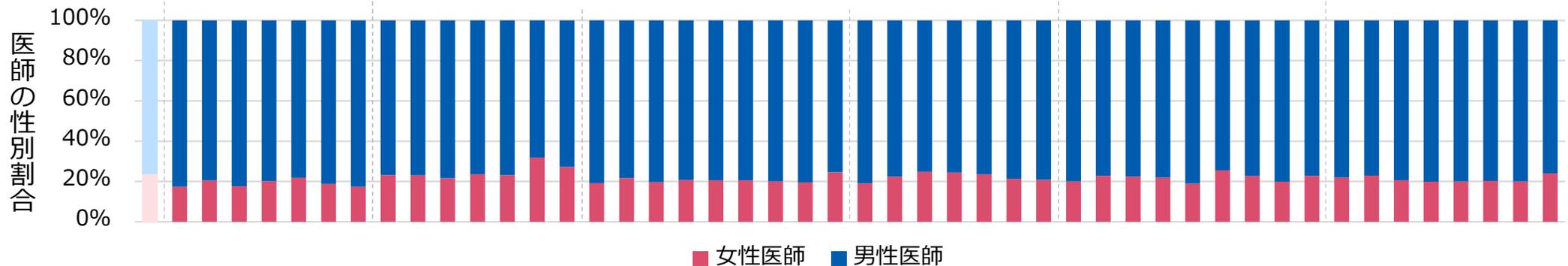
都道府県別の女性医師数の推移や占める割合

- 都道府県別の女性医師の占める割合は概ね20～30%程度の間にある。
- 直近の10年間（平成24年から令和4年）における女性医師の増加率をみると、全国平均では1.3倍程度で、都道府県別では概ね1.2～1.6倍程度の間にある。

＜女性医師数の推移（平成24年を1.0とした場合）＞



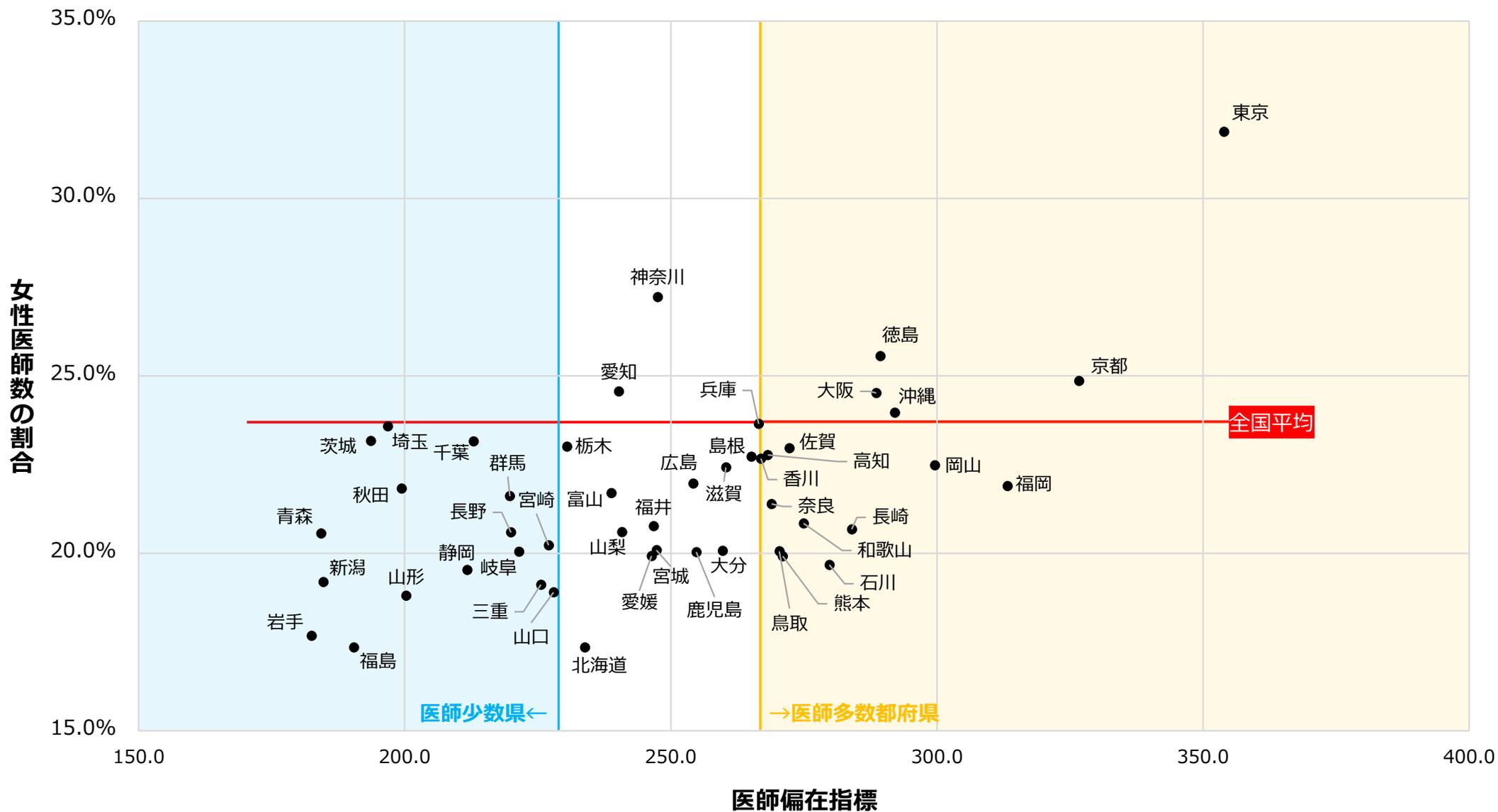
＜女性医師数の占める割合（令和4年）＞



※「医師・歯科医師・薬剤師調査」（平成24年）および「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の人数を集計

女性医師数の割合と医師偏在指標

○ 都道府県別の医療施設従事医師数に占める女性医師数の割合は、東京、神奈川の順に高い。



※「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の人数を集計
 ※令和6年1月10日更新の医師偏在指標を使用

医学部臨時定員の配分方法

- 視点1. 地域の医師確保のニーズに配慮しつつ、地域の主体的な取組を後押しする視点
- 視点2. 地域の置かれた状況に適切に配慮する視点
- 視点3. 全国的な取組を促す視点

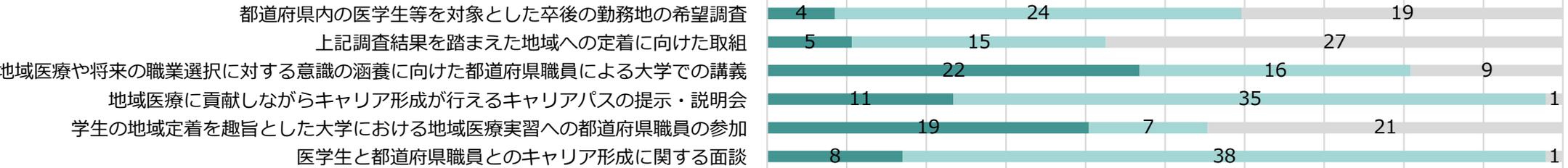
- 医学部入学前の高校生等、医学生、臨床研修医、専攻医、全世代の医師といった対象別の医師確保に向けた取組の実施状況について、都道府県に対してアンケート調査を実施した。都道府県のうち、取組の実施割合を以下に示す。

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

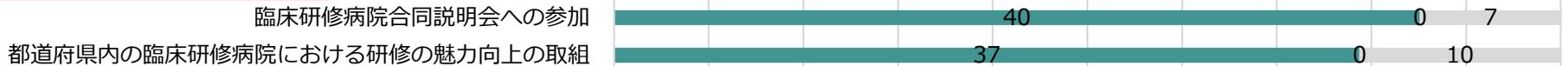
出典：医学部臨時定員増に関する意向調査（令和7年3月実施）（厚生労働省医政局医事課調べ）



2. 医学生を対象とした取組の実施割合



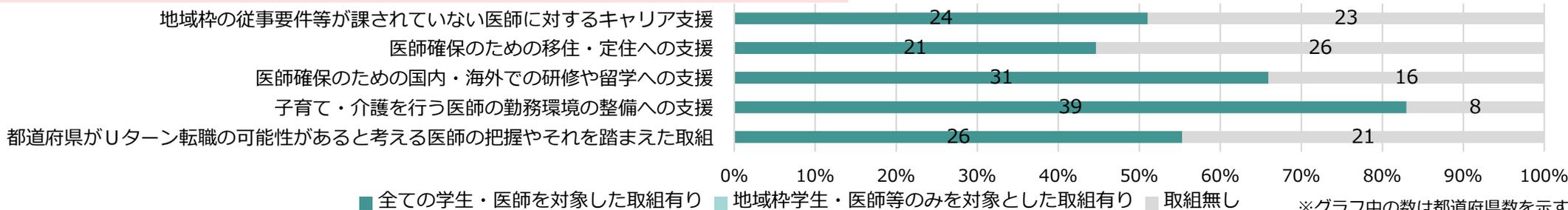
3. 臨床研修医の確保に向けた取組の実施割合



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。

黄：医師多数県 灰：医師中程度県 青：医師少数県
※令和6年1月10日更新の医師偏在指標に基づく

※恒久定員内地域枠：恒久定員のうち、当該都道府県内で卒業一定期間
従事要件があり、具体的な従事要件の設定や配置に地域医療対策協議
会もしくは都道府県が関与するもの（一部地元出身要件あり。）

※東北医科薬科大学の恒久定員内地域枠の一部と
自治医科大学の恒久定員及び臨時定員23枠（除く栃木県指定枠3枠）は含めず。

令和6年度
地域枠等数

（文部科学省医学教育課調べ）

臨時定員地域枠
恒久定員内地域枠

<対象>

入学前の
高校生等

医学生

臨床研修医

専攻医

中堅シニア
世代を含む
全ての医師

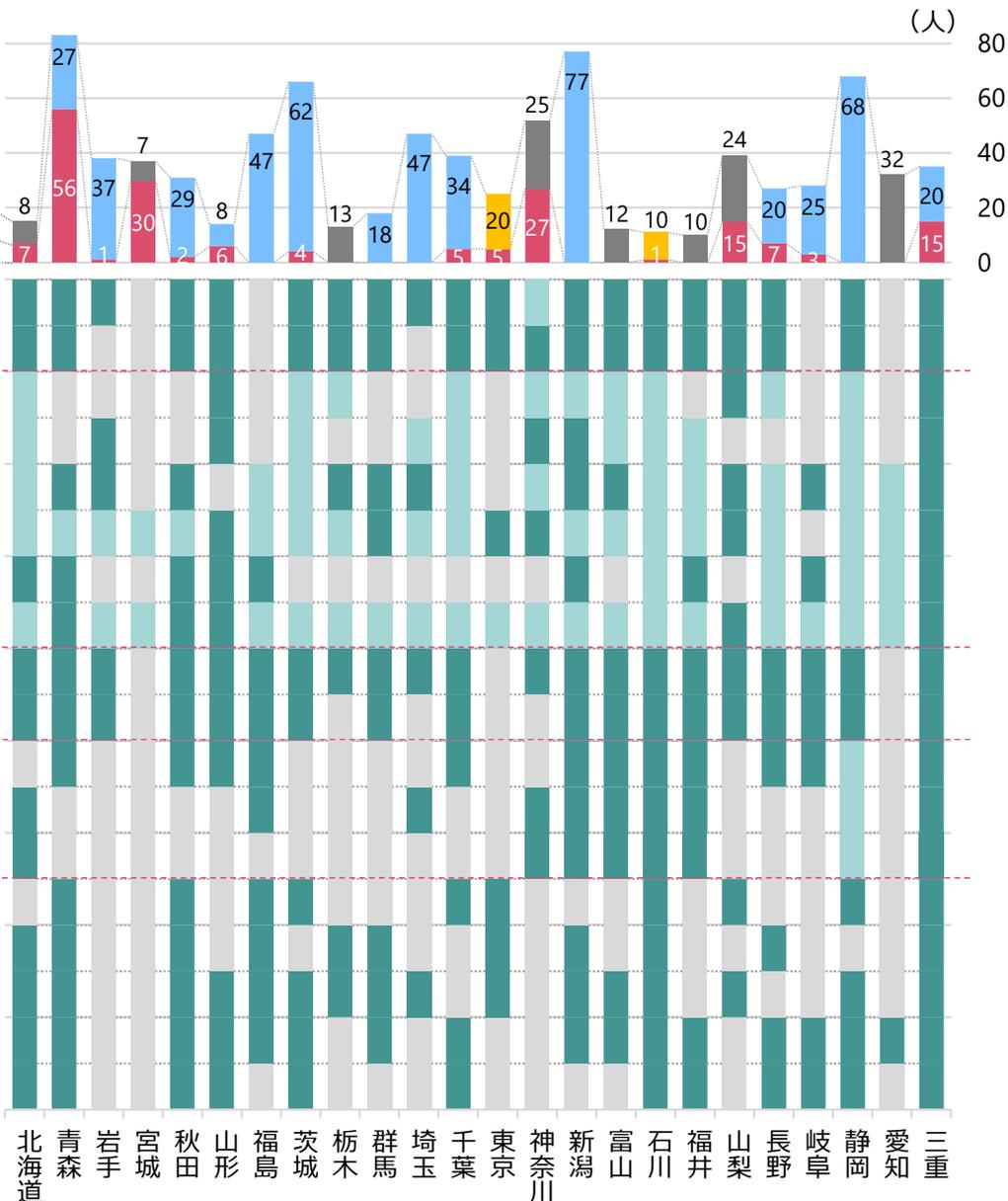
受験者確保に向けた都道府県内の受験生を対象としたイベント
地域枠制度について高校への個別説明や情報提供

都道府県内の医学生等を対象とした卒後の勤務地の希望調査
上記調査結果を踏まえた地域への定着に向けた取組
地域医療や将来の職業選択に対する意識の涵養に向けた都道府県職員による大学での講義
地域医療に貢献しながらキャリア形成が行えるキャリアパスの提示・説明会
学生の地域定着を趣旨とした大学における地域医療実習への都道府県職員の参加
医学生と都道府県職員とのキャリア形成に関する面談

臨床研修病院合同説明会への参加
都道府県内の臨床研修病院における研修の魅力向上の取組
専門研修病院合同説明会への参加

専門研修指導医等の常勤医の新たな確保を要する施設把握
上記把握を踏まえた取組

地域枠の従事要件等が課されていない医師に対するキャリア支援
医師確保のための移住・定住への支援
医師確保のための国内・海外での研修や留学への支援
子育て・介護を行う医師の勤務環境の整備への支援
都道府県やUターン転職の可能性があると考える医師の把握やそれを踏まえた取組



■ 全ての学生・医師を対象とした取組有り
■ 地域枠検討者・学生・医師等のみを対象とした取組有り
■ 取組無し
* 全ての医師への取組の有無は地域枠かどうかの区別をせず調査

- 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。

黄：医師多数県 灰：医師中程度県 青：医師少数県
※令和6年1月10日更新の医師偏在指標に基づく

令和6年度 地域枠等数

※恒久定員内地域枠：恒久定員のうち、当該都道府県内で卒業一定期間
従事要件があり、具体的な従事要件の設定や配置に地域医療対策協議
会もしくは都道府県が関与するもの（一部地元出身要件あり。）

（文部科学省医学教育課調べ）

※東北医科薬科大学の恒久定員内地域枠の一部と
自治医科大学の恒久定員及び臨時定員23枠（除く栃木県指定枠3枠）は含めず。

<対象>

入学前の 高校生等

医学生

臨床研修医

専攻医

中堅シニア 世代を含む 全ての医師

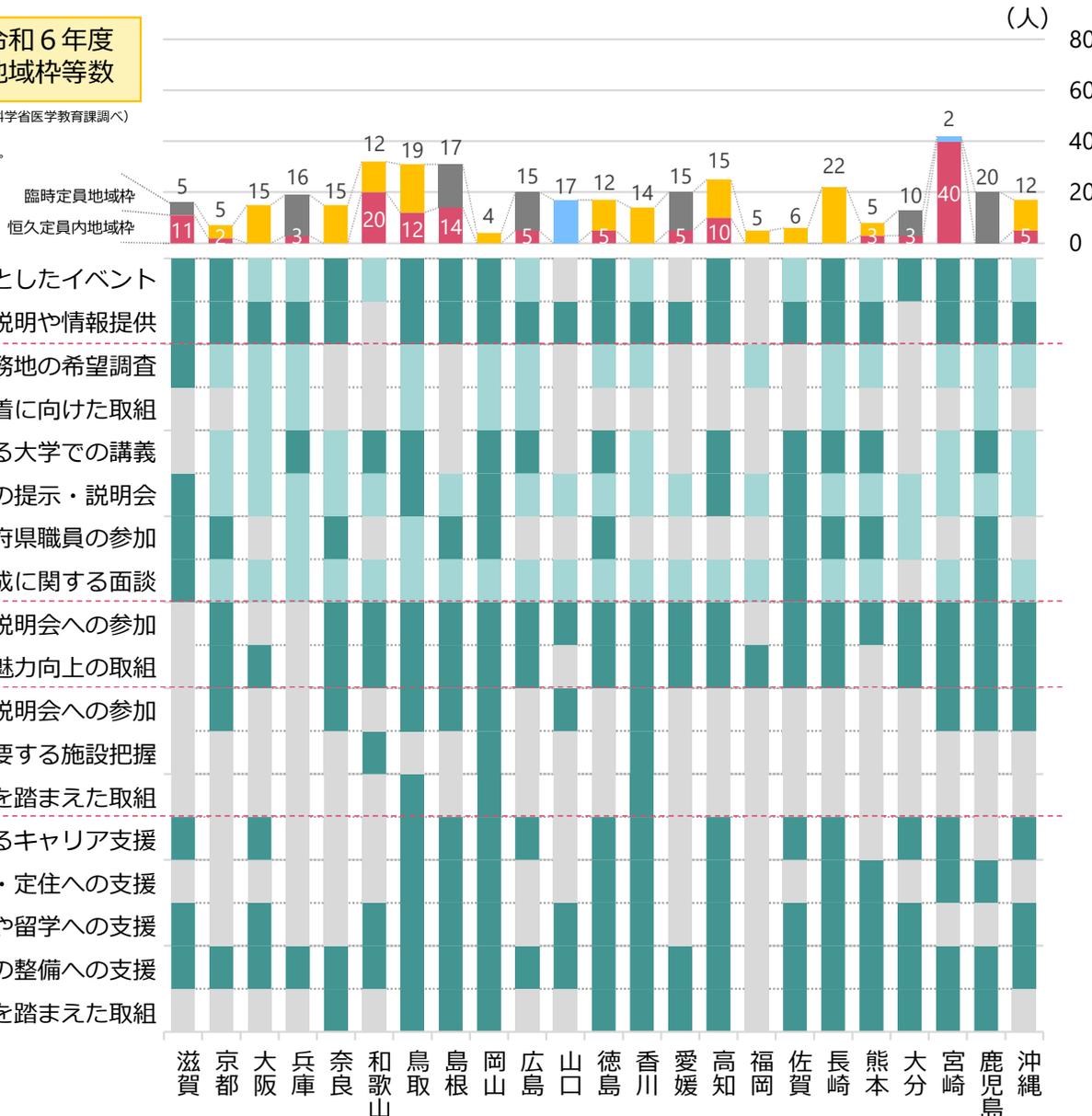
受験者確保に向けた都道府県内の受験生を対象としたイベント
地域枠制度について高校への個別説明や情報提供

都道府県内の医学生等を対象とした卒後の勤務地の希望調査
上記調査結果を踏まえた地域への定着に向けた取組

地域医療や将来の職業選択に対する意識の涵養に向けた都道府県職員による大学での講義
地域医療に貢献しながらキャリア形成が行えるキャリアパスの提示・説明会
学生の地域定着を趣旨とした大学における地域医療実習への都道府県職員の参加
医学生と都道府県職員とのキャリア形成に関する面談

臨床研修病院合同説明会への参加
都道府県内の臨床研修病院における研修の魅力向上の取組
専門研修病院合同説明会への参加
専門研修指導医等の常勤医の新たな確保を要する施設把握
上記把握を踏まえた取組

地域枠の従事要件等が課されていない医師に対するキャリア支援
医師確保のための移住・定住への支援
医師確保のための国内・海外での研修や留学への支援
子育て・介護を行う医師の勤務環境の整備への支援
都道府県やUターン転職の可能性があると考える医師の把握やそれを踏まえた取組



■ 全ての学生・医師を対象とした取組有り
■ 地域枠検討者・学生・医師等のみを対象とした取組有り
■ 取組無し
* 全ての医師への取組の有無は地域枠かどうかの区別をせず調査

- 岩手医科大学における医師確保に向けた取組

経済財政運営と改革の基本方針2025（令和7年6月13日閣議決定）

第3章中長期的に持続可能な経済社会の実現

2. 主要分野ごとの重要課題と取組方針

(1) 全世代型社会保障の構築

（中長期的な医療提供体制の確保等）

2040年頃を見据え、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大や現役世代の減少に対応できるよう、コロナ後の受診行動の変化も踏まえ、質が高く効率的な医療提供体制を全国で確保する。このため、医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進めつつ、かかりつけ医機能の発揮される制度整備、医療の機能分化・連携や医療・介護連携、救急医療体制の確保、ドクターヘリの安全かつ持続可能な運航、大学病院・中核病院からの医師派遣の充実、適切なオンライン診療の推進、減少傾向にある外科医師の支援、都道府県のガバナンス強化等を進める。

地域医療構想については、地域での協議を円滑に進めるため、医療機関機能・病床機能の明確化、国・都道府県・市町村の役割分担など、2025年度中に国がガイドラインを策定し、各都道府県での2026年度以降の新たな地域医療構想の策定を支援する。

医師の地域間・診療科間の偏在への対応については、経済的インセンティブや規制的な手法といった地域の医療機関の支え合いの仕組みを含めた総合的な対策のパッケージを順次実施し、その効果を検証する。

こうした医師の適正配置のための支援の在り方について、全国的なマッチング機能やリカレント教育、医学教育を含めた総合的な診療能力を有する医師の育成、医師養成過程の取組と併せて、2025年末までに検討を行う。**地域の医師確保への影響にも配慮し、医師偏在是正の取組を進め、医師需給や人口減少等の中長期的な視点に立ち、2027年度以降の医学部定員の適正化を進める。**また、偏在対策を含む看護職員の確保・養成や訪問看護におけるICT活用を含む看護現場におけるDXの推進、在宅サービスの多機能化といった在宅医療介護の推進に取り組む。

医師偏在指標等を用いた医師少数区域等の考え方について②

論点

- 第8次（後期）医師確保計画に係る医師偏在指標の算出にあたっては、従来と同様の項目のデータを用いたうえで、下表の通り可能な限り最新のデータ用いることとしてはどうか。

| 用いるデータ | 出典（調査の間隔） | 第8次（前期）に用いた 医師偏在指標 | 第8次（後期）に用いる 新たな医師偏在指標 |
|-----------|---------------------------|-----------------------|--------------------------|
| 医療施設従事医師数 | 医師・歯科医師・薬剤師統計 （調査）（2年） | 2020年 | 2024年実施分（集計中） |
| 労働時間比 | 医師の勤務実態調査（随時） | 2022年 | 2022年（※2） |
| 人口 | 住民基本台帳人口（1年） | 2017年（※1） | 2024年 |
| 患者数 | 患者調査（3年） | 2017年（※1） | 2023年 |
| 流出入調整係数 | 都道府県への調査（随時） | 2022年 | 2025年11月頃実施予定 |

※1 患者調査については、2020年調査結果を用いることが可能であったが、新型コロナウイルス感染症の影響を受けていない2017年調査を用い、住民基本台帳人口も、調査年が同じものを用いた。

※2 2025年調査の調査結果が利用可能になる時期が、2025年11月14日時点で未定である。

令和9年度の医学部臨時定員の方針について①（案）

○ 令和9年度の医学部定員については全体として適正化を進めることとし、配分の考え方には、医師偏在指標のみならず、地域の実情等を踏まえた様々な視点で検討することについて、前回の本検討会において事務局案をお示ししてご議論頂いている。

○ 医学部臨時定員の配分にあたり考慮し得る要素を、前回までの議論等を踏まえ、さらに検討したところ、以下の現状であった。

① <地域の医師確保のニーズに配慮しつつ、地域の主体的な取組を後押しする視点>

・恒久定員内への地域枠設置：

- 設置を進めた県のうち、令和6年度から令和7年度における増分は22名（恒久定員100名あたり平均約1.7名）であった。
- 大学の設置主体によらず恒久定員内にも地域枠が設置されているが、国立大学であっても地域枠数の設置が比較的少ない都道府県もあった。

② <地域の置かれた状況に適切に配慮する視点>

・地域における人口の変化：

- 日本の人口は全体として減少し、高齢化率が高くなると推計されている中、都道府県別に人口の推移をみると、全年齢の人口が大幅に減少し、かつ75歳以上の人口が相対的に大きく増加する県が存在していた。

・地理的要素：

- 「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」において、次期医師確保計画にあたって、地理的要素（人口密度、医療機関への距離、離島、特別豪雪地帯）を一定程度反映して医師少数区域を設定することについて、検討されており、医師多数県であっても、医療機関へのアクセスが比較的困難である二次医療圏が存在していた。

・医師の流入や流出の状況と医師の年齢や性別の構成：

- 比較的若手である医籍登録後3～5年目の医師の動向をみると、自県大学出身者の割合や卒業大学所在地への定着率には、都道府県ごとに大きなばらつきがみられた。
- こうした動向の蓄積として、現時点における医師の年齢や性別の構成に、地域差が生じていると考えられた。

③ <全国的な取組を促す視点>

- 都道府県や大学においては、それぞれの地域の置かれた状況を踏まえ、地域に定着する医師を確保するための様々な取組が実施されていた一方で、各都道府県で養成した医師の少ない割合が都道府県外に流出している状況も見られた。

○ 医師偏在指標については、令和9年度からの次期医師確保計画に向けて更新を行う方向で「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」において議論されている。

令和9年度の医学部臨時定員の方針について②（案）

- 令和9年度の医学部定員の方針については、「経済財政運営と改革の基本方針2025」（令和7年6月13日閣議決定）やこれまでの本検討会における議論等を踏まえ、医師の偏在対策について取組を充実させつつ、令和9年度の医学部総定員は、令和7年度の医学部総定員数（9,393人）に対して、地域の実情等に配慮しながら全体として削減が図られるよう対応してはどうか。
- 令和9年度の医学部臨時定員の配分にあたっては、医師多数県については臨時定員地域枠を一定数削減する一方で、前回の議論や本日新たにお示ししたデータを踏まえ、考慮すべき要素や方法については、具体的に以下の観点から検討してはどうか。

① <地域の医師確保のニーズに配慮しつつ、地域の主体的な取組を後押しする視点>

- 大学の設置主体毎の特性等を踏まえながら、必要な調整等により、特に医師多数県において恒久定員内への地域枠の設置が進んでいる状況を踏まえ、これまでの「恒久定員100名あたり恒久定員内地域枠を4名以上設置する」という復元要件について、基準を引き上げるよう見直してはどうか。

② <地域の置かれた状況に適切に配慮する視点>

- 将来の人口動態を踏まえ、人口減少率が急激な地域では、地域の人口を分母とする医師偏在指標において、時点の更新により医師偏在指標の値が相対的に上位となることが想定されることや、75歳以上人口の増加率が比較的大幅に増加する場合には、医療提供体制を一定程度維持する必要があることから、地域における「全年齢の人口変化率に対して、75歳以上の人口増加率が比較的高い」場合は、時限的な措置として削減幅を緩和することを検討してはどうか。
- 地理的要素を配慮するにあたっては、都道府県単位では、地域ごとの地理的な要素の違いが平準化されることに留意し、次期医師確保計画（令和9年度から）では、地理的要素を一定反映して医師少数区域を設定する方向で検討が進んでいることを踏まえて、都道府県内に「医療機関へのアクセスが比較的困難な二次医療圏が一定数存在する」場合は、削減幅を緩和することを検討してはどうか。
- これまでの「医師の年齢構成」による復元要件について、定員の固定化を防ぐ観点から、基準を引き上げるよう見直してはどうか。

③ <全国的な取組を促す視点>

- 各都道府県における安定した医師確保や医師の偏在対策のために臨時定員として当該都道府県内の大学を中心に医学部定員を増員している一方で、医師が県外に流出している実態もあることを踏まえ、今後、前年度を上回る地域枠数を設定する場合は、当該都道府県に所在する大学の恒久定員内への地域枠や地元出身者枠の設置を行うことを基本としてはどうか。その際、それぞれの都道府県と当該都道府県内の大学の必要な協議を促すとともに、各県の臨時定員地域枠数は原則として前年度の数を超えないよう調整することとしてはどうか。
- 地域に定着する医師を確保するためのその他の取組の状況についても、本日のヒアリングを含めた都道府県や大学の事例を踏まえ、地域の取組を後押しする方策を検討してはどうか。また、都道府県と大学との協議が円滑に進むような対応について、文部科学省とも連携して検討してはどうか。
- 次期医師確保計画に向けた医師偏在指標の更新により、区分が変更となる都道府県における臨時定員地域枠の取扱いについては、「これまでの区分に基づく対応とのバランス」や「激変への配慮」に留意し、改めて検討してはどうか。

1. 令和9年度医学部臨時定員の方針について
2. 次期医師確保計画策定ガイドラインにおける
医師養成過程の取組に係る見直しについて

医師養成過程を通じた医師の確保・偏在対策について（案）

- 医学部定員のうち地域枠以外の定員（一般枠）が多くを占める中、地域における医師の確保については、
 - ・ 地元出身者や地元の医学生の定着を促すためのアプローチ
 - ・ 医学部卒業後の若手医師へのアプローチ
 - ・ 医師の流入／流出の状況や地元大学への依存度等の都道府県毎に異なる特徴を踏まえたアプローチ等が考えられる。
- 都道府県における医師確保に向けた取組の状況をみると、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については一定程度実施されている一方で、県内の全ての医学生を対象とした取組や専攻医確保に向けた取組を実施している都道府県は限定的であった。
- 都道府県における医師確保に関する取組の状況等（取組の結果の評価を含む。）を踏まえ、効果的な取組事例の情報収集を行うとともに、国における関連事業の取組状況も併せて、都道府県に対する調査や情報提供等を行うことについて、前回の本検討会において事務局から提案していたところ。



- 医師養成過程を通じた取組については、国において基本的な方針や仕組みを整備し、都道府県においては、例えば地域枠医師のキャリア形成支援等に取り組んでいるところ。今後は、地域におけるより効果的な医師確保を図る観点から、都道府県においても、地域枠医師以外を含めた医師の養成過程を通じた取組を進めていくことが重要ではないか。
- 一方、都道府県がこうした取組を進めるに当たっては、地元大学等との連携を構築するなどの一定の準備期間が必要であること、具体的な取組内容について情報提供しなければ地域での取組に繋げることが難しい可能性があることなど、実効性を確保するための方策について検討する必要があるのではないか。
- その上で、地域医療構想や医療計画の推進等の検討状況と併せて、医師養成過程を通じた対策として、医師のキャリアステージ毎（入学前の高校生等、医学生、臨床研修医や専攻医等の若手医師、リカレント教育等の生涯教育を必要とする医師等）にどのような対策が考えられるか。
- 本日を含め、ご議論頂いた結果について、例えば今後予定されている次期の「医師確保計画策定ガイドライン」に盛り込んで都道府県に情報提供する他、地域の医師確保を支援する観点からどのような対応が考えられるか。

前回（第11回検討会）の主なご意見（一部再掲を含む）

医師養成過程を通じた医師の確保・偏在対策

- 地域枠以外の医学生への地域医療への関心や意欲を喚起・周知する活動を活発化すべき、その上ではまず実態把握が必要。地域枠以外の医学生にも地域で働く意義や魅力を教育する必要がある。（再掲）
- 県取組のデータだけでなく、大学に対する調査を行い、好事例を収集すべき。（再掲）
- 県だけではなく、大学における地域枠医師へのきめ細かいサポートが必要である。
- 医師確保のための情報として、多くの県において、必要な医師数を正確に把握していないのではないか。
- 若手医師のいない病院が地方には多く、今後10年後など、医師確保が困難な病院の数を把握すべき。
- 若手医師だけでなく、40歳代以降の医師への定着には、教育や子育て等の生活面のサポートが必要で、若手のうちに検討していることが多い。
- 指導医への働きかけは重要であり、専門医や指導医の維持取得に係る支援を進めるべき。
- 県単位での地域枠医師の運用のままだと、北東北において隣県間で医師派遣が行われている実態にあわず、医師少数県間で地域枠医師が義務年限を消化できるよう、柔軟な運用を認めてほしい。
- 地元出身者に限定せずとも、柔軟な対応により、地域定着を加速できている事例（新潟県）はある。
- 地域では遠隔医療の導入に、運用的負担等から消極的な例があり、厚生労働省主導で遠隔医療の導入を、県に対して促して欲しい。
- リカレント教育システムが中堅・シニア世代に受講しやすいものとなっているか、検討すべき。
- 診療科偏在（具体的には外科医不足）に対する県の取組をさらに周知すべき。
- 市民・患者もタスクフォースとして関与させ、地域医療の課題を地域一丸で検討すべき。

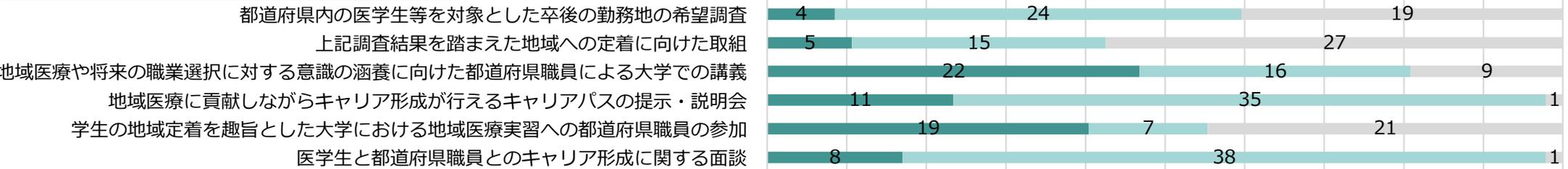
- 医学部入学前の高校生等、医学生、臨床研修医、専攻医、全世代の医師といった対象別の医師確保に向けた取組の実施状況について、都道府県に対してアンケート調査を実施した。都道府県のうち、取組の実施割合を以下に示す。

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

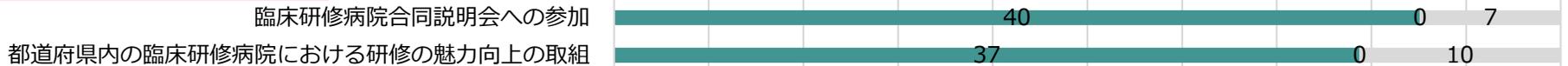
出典：医学部臨時定員増に関する意向調査（令和7年3月実施）（厚生労働省医政局医事課調べ）



2. 医学生を対象とした取組の実施割合



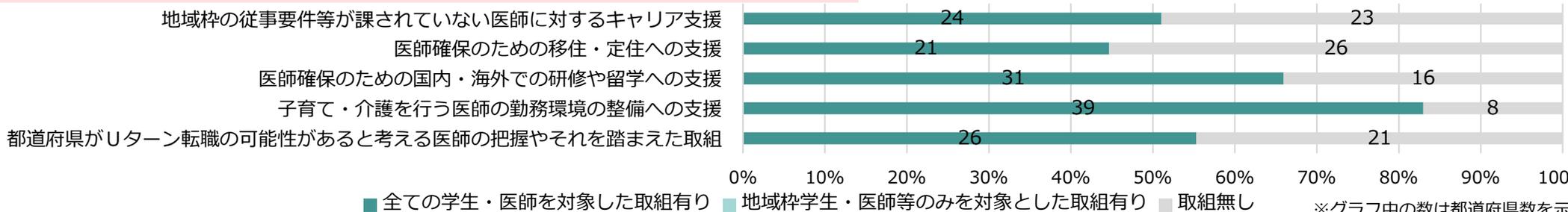
3. 臨床研修医の確保に向けた取組の実施割合



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

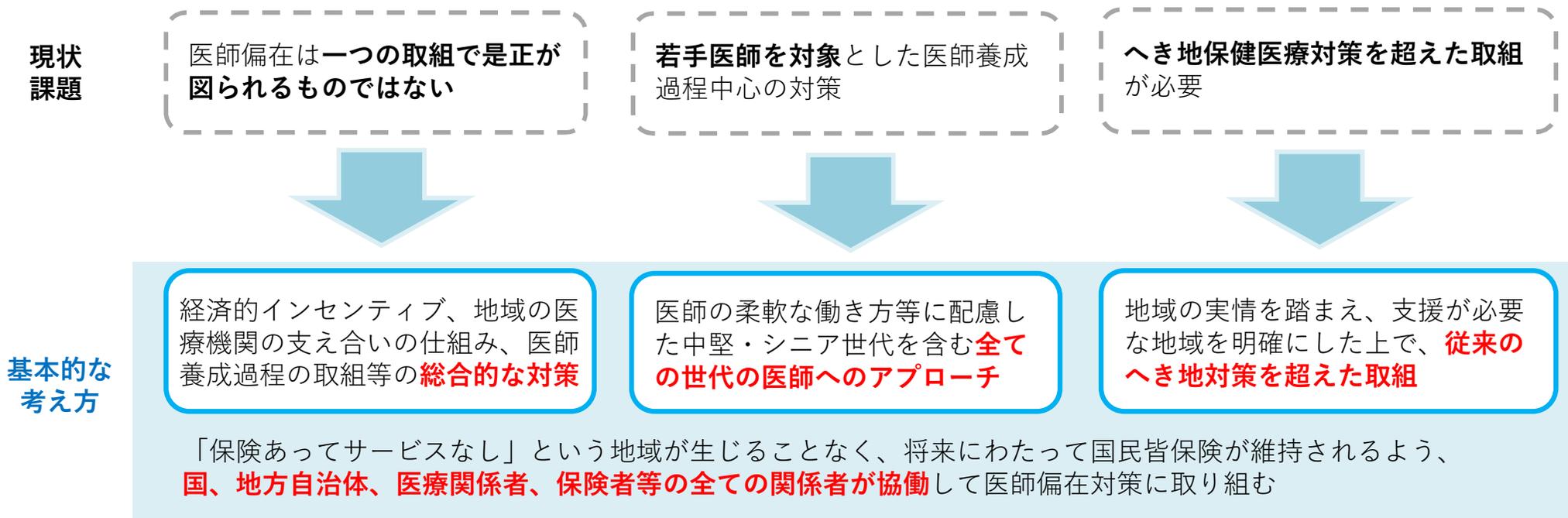


- 医学部入学前の高校生等を対象とした取組や臨床研修医の確保に向けた取組項目の実施率は8割以上となっている。
- 医学生を対象とした取組の項目については、地域枠学生を対象とした取組は一定程度実施されている一方で、全ての医学生を対象とした取組は限定的である。

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（概要）①

- 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

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（概要）②

【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。地对協・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

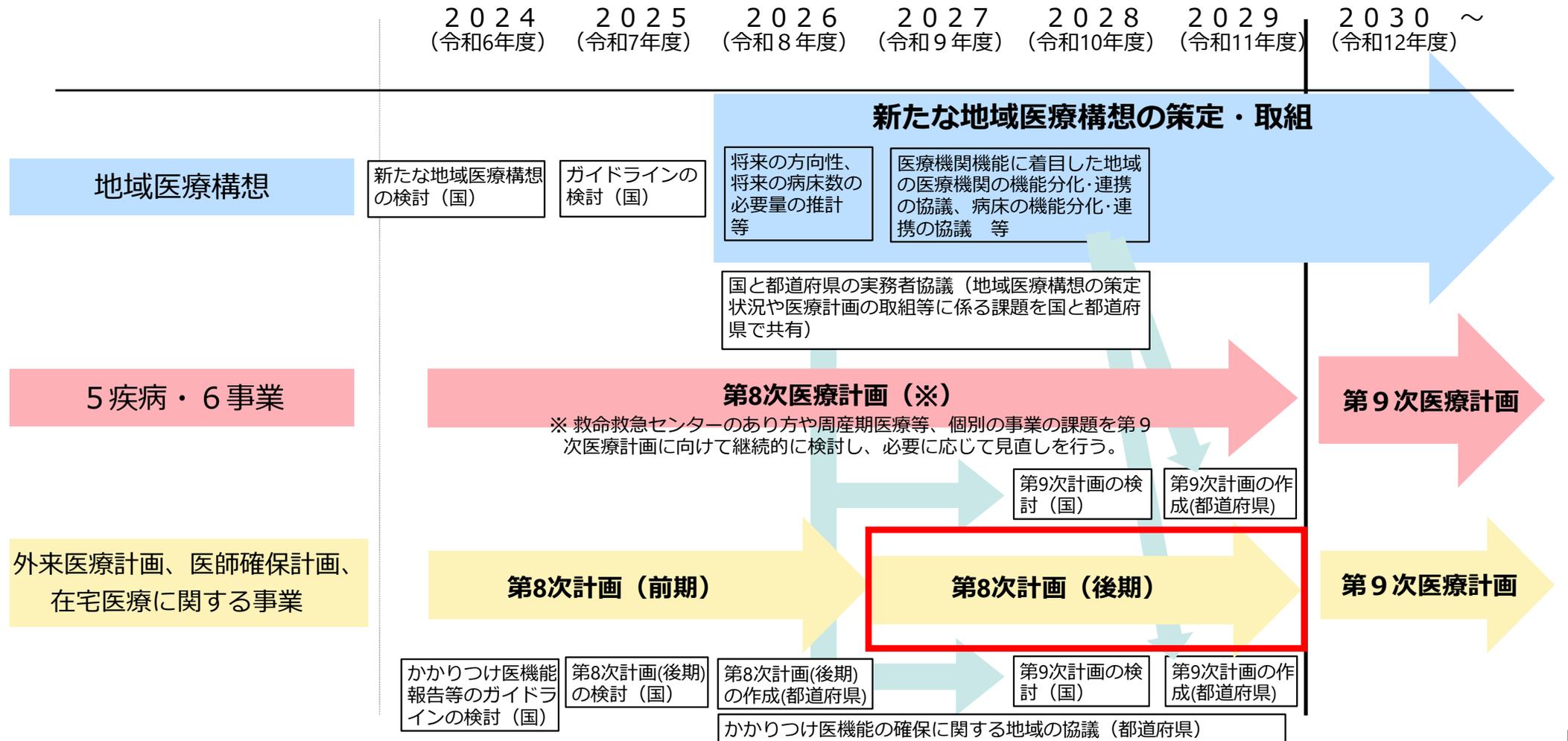
- < 医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大等 >
 - ・ 対象医療機関に公的医療機関及び国立病院機構・地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構の病院を追加
 - ・ 勤務経験期間を6か月以上から1年以上に延長。施行に当たって柔軟な対応を実施
- < 外来医師過多区域における新規開業希望者への地域に必要な医療機能の要請等 >
 - ・ 都道府県から外来医師過多区域の新規開業希望者に対し、開業6か月前に提供予定の医療機能等の届出を求め、協議の場への参加、地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請を可能とする
 - ・ 要請に従わない医療機関への医療審議会で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

新たな地域医療構想と医療計画の進め方

- 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。



医師確保計画を通じた医師偏在対策について

医師確保計画策定ガイドラインの策定(国)

医師の偏在の状況把握

医師偏在指標の算出(国)

都道府県・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(都道府県)

全国の330二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よう国が提示した基準に基づき、都道府県が設定する。**



医師確保計画策定ガイドラインを参考にした『医師確保計画』の策定(都道府県)

医師の確保の方針

(都道府県、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)

(都道府県、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。

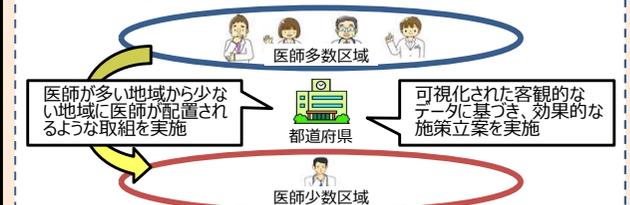
- (例)・大学医学部の地域枠を15人増員する
- ・地域医療対策協議会で、医師多数区域のA医療圏から医師少数区域のB医療圏へ10人の医師を派遣する調整を行う等

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



地域医療対策協議会・地域医療支援センター

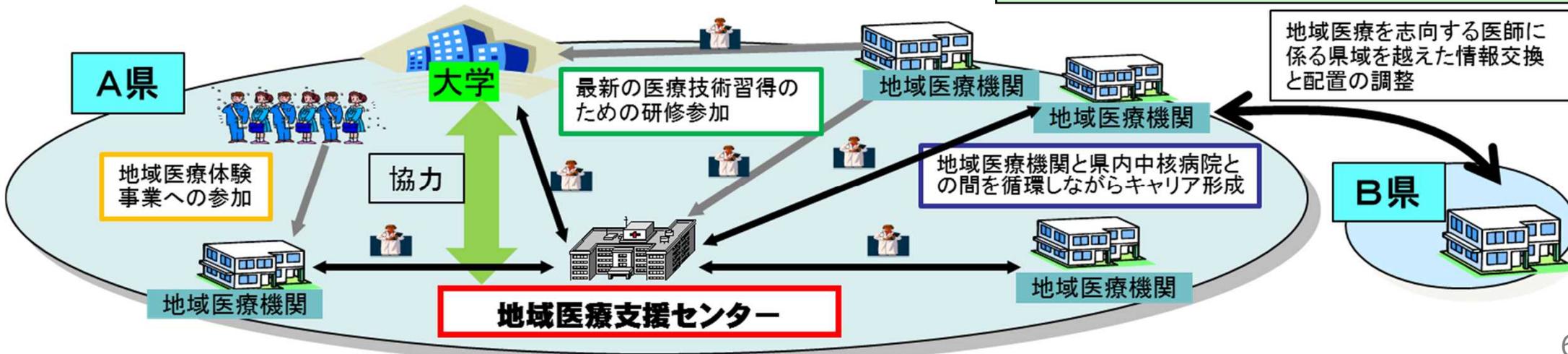
平成30年医療法改正により、地域医療対策協議会の役割の明確化、協議プロセスの透明化を図るとともに、地域医療支援センターとの関係や役割について明確化

| 地域医療対策協議会 (医師確保対策の具体的な実施に係る関係者間の協議・調整を行う場) | |
|---|--|
| 構成員 | 都道府県、大学、医師会、主要医療機関、民間医療機関 等 ※ 議長は都道府県以外の第三者・互選、女性割合に配慮 等 |
| 役割 | 協議事項を法定 <ul style="list-style-type: none"> ・ キャリア形成プログラムの内容 ・ 医師の派遣調整 ・ 派遣医師のキャリア支援策 ・ 派遣医師の負担軽減策 ・ 大学の地域枠・地元枠設定 ・ 臨床研修病院の指定 ・ 臨床研修医の定員設定 ・ 専門研修の研修施設・定員 等 |
| 協議の方法 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師偏在指標に基づき協議 ・ 大学・医師会等の構成員の合意が必要 ・ 協議結果を公表 |
| 国のチェック | <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師派遣先（公的、民間の別）等の医師の派遣状況について定期的に国がフォローアップ |



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

| 地域医療支援センター (医師確保対策の事務の実施拠点) | |
|--------------------------------|---|
| 法定事務 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 都道府県内の医師確保状況の調査分析 ・ 医療機関や医師に対する相談援助 ・ 医師派遣事務 ・ キャリア形成プログラムの策定 ・ 派遣医師のキャリア支援・負担軽減 等 <p>※医療従事者の勤務環境改善については、医療勤務環境改善支援センターと連携を図る</p> |

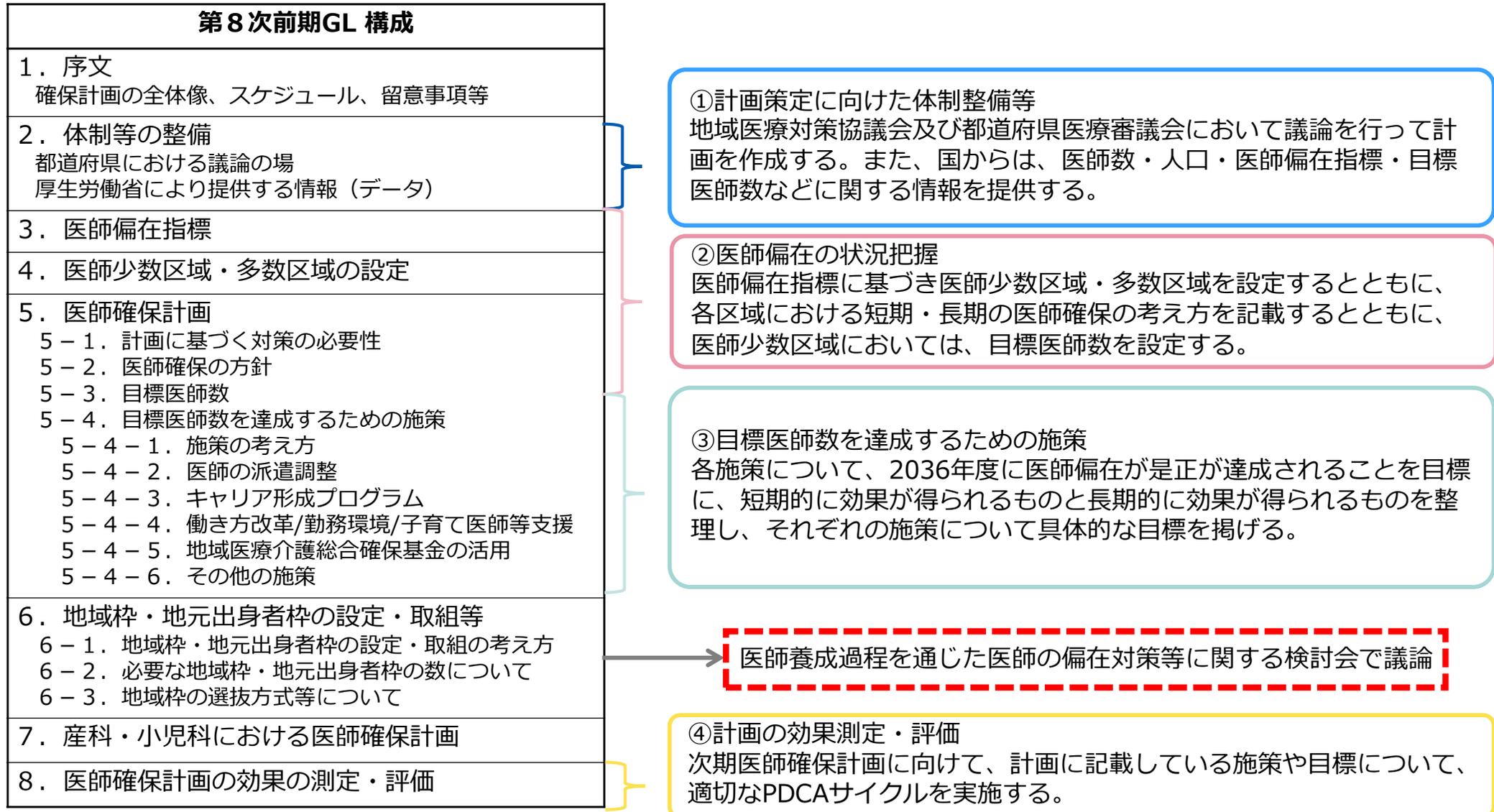


医師確保計画策定ガイドラインにおける 医師養成過程の取組に係る見直し

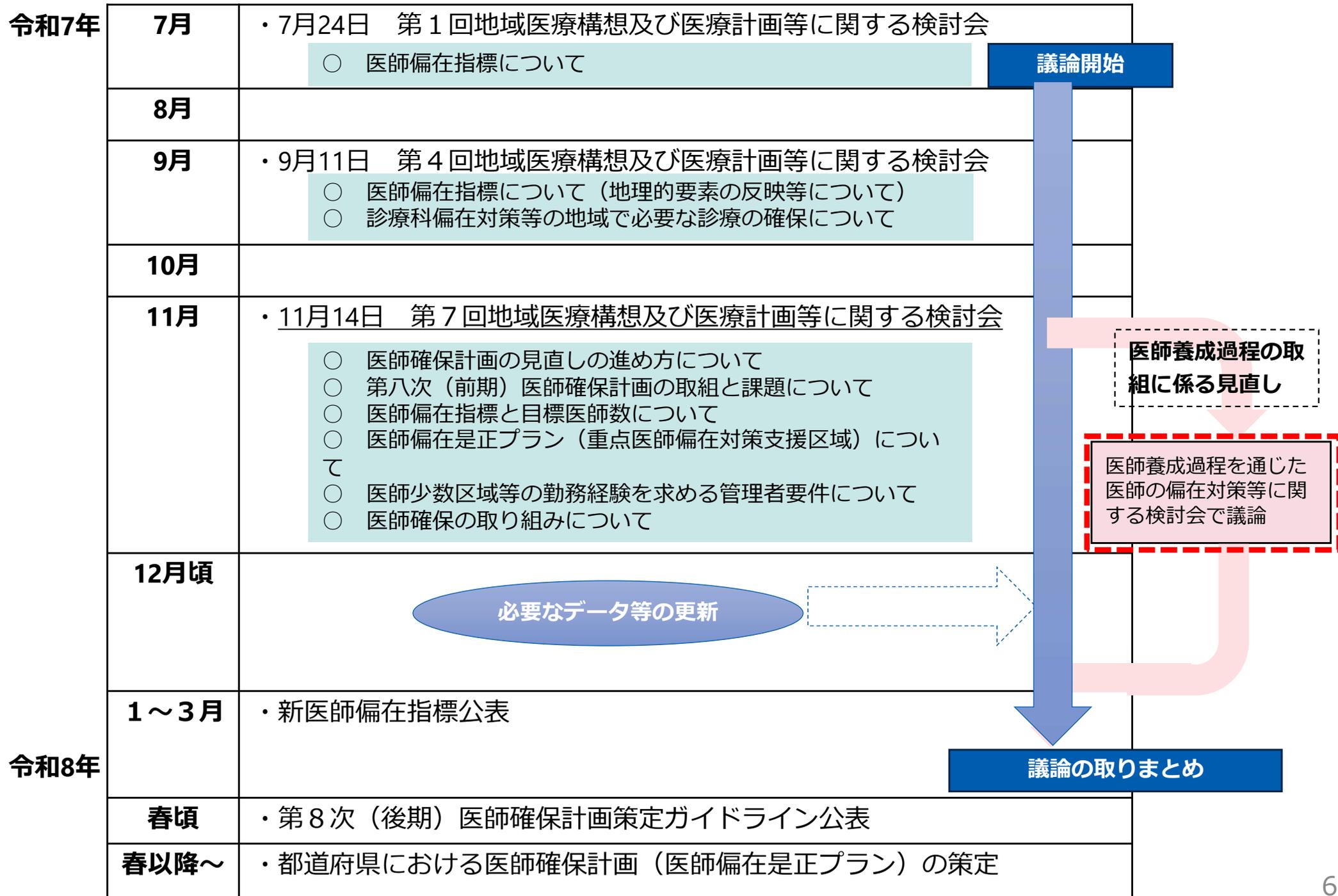
1. 医師養成過程を通じた取組の位置づけ
2. 医学部定員における取組
3. 臨床研修制度における取組
4. 専門研修制度における取組
5. 必要な診療科の医師の育成・確保に関する取組

医師確保計画策定ガイドラインについて

○第8次（前期）医師確保計画においては、医師確保計画策定ガイドライン（第8次前期）に基づき、①計画策定に向けた体制整備等、②医師偏在の状況把握、目標医師数の設定、③目標医師数を達成するための施策、④計画の効果測定・評価に関する事項について定められている。



医師確保計画の見直しの進め方について（現時点のイメージ）



医師確保計画策定ガイドライン～第8次（前期）～（抜粋）

- 医師確保計画において定められる都道府県が行う対策は、地域枠医師等のキャリア形成プログラムの適用を受ける医師に関する事項が中心になるものと考えられる。しかし、キャリア形成プログラムの適用を受ける医師以外についても、医師確保計画が都道府県内の関係者の合意の上で策定されていることを勘案し、都道府県内の大学や医師会、医療機関等が可能な限り医師確保計画に沿った対応を行うことが望まれることから、都道府県は、適切な関与を行うこと。

具体的な施策（例）

<医師の派遣調整>

- ✓ 医師派遣については、都道府県が、医師派遣を必要としている医師少数区域等の医療機関と、医師派遣が可能な県内の医療機関を十分に把握していない場合もあることから、例えば、地域医療支援センターは医師確保が必要な診療科・医師数や、派遣元医療機関の候補を調査し、医師派遣に必要な情報を正確に把握すること。

<キャリア形成プログラム>

- ✓ 都道府県は、「医師少数区域等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」の両立を目的としてキャリア形成プログラムを策定すること。（中略）キャリア形成プログラムにおいて、医師少数区域等の医療機関における就業期間を定めること。ただし、都道府県の実情に合わせて、キャリア形成プログラムの内容を都道府県内で不足している診療領域に限る等、不足している分野の解消に資するプログラムを設計すること。

<その他の施策>

- ✓ 地域に定着する医師の確保の観点から、地元出身の医師の養成を目的とした中高生を対象とする医療セミナーの開催や、地域医療を担う医師を増やすことを目的とした医学部生を対象とする地域医療実習の拡充及び支援等の施策の検討を行うこと。また、地域枠を中心とした、都道府県における就業に一定の関心を持つ医学部生や若手医師が大学、所属医療機関を超えて情報共有や意見交換を行うことのできるプラットフォームを整備することも有用であると考えられる。
- ✓ 各都道府県内の基幹型臨床研修病院と協力型臨床研修病院は、地域重点型プログラムなどを用いてより多くの研修医が医師少数区域における地域医療研修を行えるようにするのが望ましい。
- ✓ 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ることで実施することが有効であると考えられる。

都道府県の医師確保における医師養成過程を通じた取組の位置づけ

現状や課題

- 医師の偏在対策はひとつの対策のみでは解決せず、様々な取組を組み合わせるとともに、都道府県、地域の大学等の関係者がそれぞれの立場から取り組む必要がある。
- 医師養成過程を通じた医師の偏在対策には、医学部臨時定員を含む医学部への地域枠の設置、臨床研修制度及び専門研修制度を通じた対策、総合的な診療能力を有する医師の育成等がある中で、現行の医師確保計画策定ガイドラインにおける医師養成過程を通じた取組については、医学部臨時定員を含む医学部への地域枠の設置及び地域枠医師の地域におけるキャリア形成支援が中心となっていた。
- こうした中、現在、本検討会における議論等を通じて、医師養成過程に関わる制度の累次の見直しを行ってきており、都道府県がこうした制度を効果的に活用することで、地域の偏在対策をより充実することが可能となり得る。例えば、臨床研修制度における広域連携型プログラムや専門研修制度における特別地域連携プログラムの設定、総合的な診療能力を有する医師の育成、中堅・シニア世代を中心としたリカレント教育の実施といった仕組みや取組が新たに取り入れられている。

論点

- 地域の実情に合わせて効果的に制度を活用できるよう、制度の趣旨等も踏まえて医師養成過程を通じた医師偏在対策に関する都道府県等の対応の在り方を整理する必要があるのではないか。
- 医学部の段階における取組以外にも様々なアプローチを組み合わせた対策がより一層重要となることから、「医師養成過程を通じた対策」についても今後予定されている次期の「医師確保計画策定ガイドライン」に網羅的に位置づけることとした上で、地域に必要な医師の確保の実効性を高めてはどうか。
- 以下のような章立てを念頭に、それぞれの取組について、都道府県に対する情報提供等の内容を検討してはどうか。
 - ・ 医学部定員における取組
 - ・ 臨床研修制度における取組
 - ・ 専門研修制度における取組
 - ・ 必要な診療科の医師の育成・確保に関する取組

医師確保計画策定ガイドラインにおける 医師養成過程の取組に係る見直し

1. 医師養成過程を通じた取組の位置づけ
2. 医学部定員における取組
3. 臨床研修制度における取組
4. 専門研修制度における取組
5. 必要な診療科の医師の育成・確保に関する取組

(1) 地域枠及び地元出身者枠の概要

- 大学が、卒後に特定の地域や診療科で診療を行うことを条件とした選抜枠を設け、他の入学者と区別して選抜を行う仕組み。
(一般入学者から募集する等の方法も一部あり)
- 平成20年度以降、地域枠等を中心に医学部定員数を暫定的に増加し、令和元年度には9,420人に達した。令和2年度から令和7年度については、全体として令和元年の医学部総定員を超えない範囲で、臨時定員増員の申請を認めている。
- 令和8年度については、令和6年度の医学部総定員数(9,403人)を上限とし、臨時増員の枠組みを維持することとしている。

現在の枠組みの概要 (令和4年～)

※1) 臨時定員の設置にあたっては、地域枠の定義を満たしている必要がある

都道府県と大学が連携した枠

地域枠

- ① 地元出身者もしくは全国より選抜
- ② 別枠方式で選抜
- ③ 従事要件あり 等

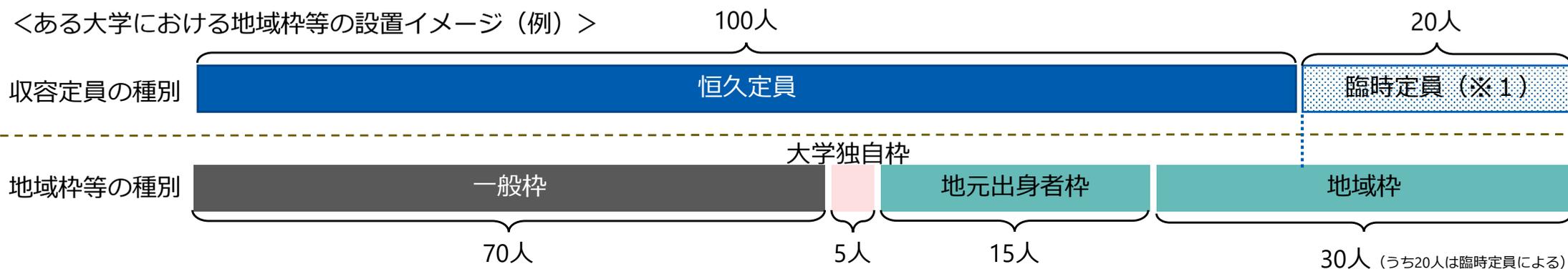
地元出身者枠

- ① 地元出身者より選抜
- ② 選抜方法は問わない
- ③ 従事要件は問わない 等

大学独自枠

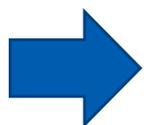
- ① 対象は問わない
- ② 選抜方法は問わない
- ③ 従事要件は問わない 等

<ある大学における地域枠等の設置イメージ(例)>



(2) 地域枠及び地元出身者枠の要請権限

- 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、都道府県知事から大学に対する地域枠及び地元出身者枠の設定・拡充の要請権限が創設された。



医師確保計画ガイドラインにおいて、地域枠及び地元出身者枠設定の考え方等について具体的に記載

医療法及び医師法の一部を改正する法律

平成30年7月25日 公布
平成31年4月1日 施行

医療法

第30条の23

都道府県は、次に掲げる者の管理者その他の関係者との協議の場(次項において「地域医療対策協議会」という。)を設け、これらの者の協力を得て、同項各号に掲げる医療計画において定める医師の確保に関する事項の実施に必要な事項について協議を行い、当該協議が調った事項について、公表しなければならない。

第1～9号(略)

第2項

前項の規定により地域医療対策協議会において協議を行う事項は、次に掲げる事項とする。

第1～4号(略)

第5号 (新設)

医師の確保を特に図るべき区域における医師の確保のために大学と都道府県とが連携して行う文部科学省令・厚生労働省令で定める取組に関する事項

第30条の24

都道府県知事は、前条第1項に規定する協議が調った事項(次条第1項、第30条の27及び第31条において「協議が調った事項」という。)に基づき、特に必要があると認めるときは、前条第1項各号に掲げる者の開設者、管理者その他の関係者に対し、医師の派遣、研修体制の整備その他の医師の確保を特に図るべき区域の病院又は診療所における医師の確保に関し必要な協力を要請することができる。

医療法第三十条の二十三第二項第五号に規定する取組を定める省令

平成31年3月28日 公布
平成31年4月1日 施行

医療法(昭和二十三年法律第二百五号。以下「法」という。)第三十条の二十三第二項第五号の文部科学省令・厚生労働省令で定める取組は、次の各号に掲げるものとする。

- 一 大学(学校教育法(昭和二十二年法律第二十六号)第一条に規定する大学をいう。以下同じ。)の医学部の入学者の一部を、**他の入学者と区別して、卒業後に一定の期間にわたり、都道府県(将来において医師の数が少ないことが見込まれると厚生労働大臣が認めた法第三十条の四第二項第十四号に規定する区域を有するものに限る。)**に所在する医療提供施設において、**法第三十条の二十三第二項第一号に規定する計画に基づき診療に従事する意思を有する者のうちから選抜すること。**
(→地域枠)
- 二 将来において医師の数が少ないことが見込まれると厚生労働大臣が認めた都道府県に所在する大学の医学部の入学者の一部を、**他の入学者と区別して、一定の期間以上当該都道府県に住所を有した者のうちから選抜すること。**
(→地元出身者枠)
- 三 **都道府県が、前二号の取組を行う大学に対し、必要な支援を行うこと。**
(→寄附講座の設置や地域医療実習に係る経費の支援等、大学の要望を踏まえた都道府県の支援を規定)

医師需給分科会第5次中間とりまとめにおける検討

- 大学医学部、臨床研修、専門医制度における医師偏在対策を進めてきたが、大学医学部における地域枠の設定は、地域における医師の確保を図るために有効な手段の一つと考えられるため、地域の実情に応じて地域枠の設置・増員を進めると共に、現行の臨時定員の数や都道府県・大学に対する配分を見直した上でその活用を図ることも必要である。その際、安定した運用の観点からは、恒久定員内で措置することが望ましく、自治体や大学の状況や考えを十分に踏まえながら、各都道府県の医学部定員内に必要な数の地域枠を確保し、地域における医師の確保を図ることが重要である。

第8次医療計画の見直しのポイント

- 安定した医師確保を行うため、都道府県は、積極的に恒久定員内への地域枠や地元出身者枠の設置について大学と調整を行う。
- 特に医師少数都道府県においては、地元出身者を対象として他都道府県に所在する大学にも地域枠を設置し、卒前からキャリア形成に関する支援を行うことで医師確保を促進する。

平成18年度（2006年）からの医学部臨時定員増に係る方針

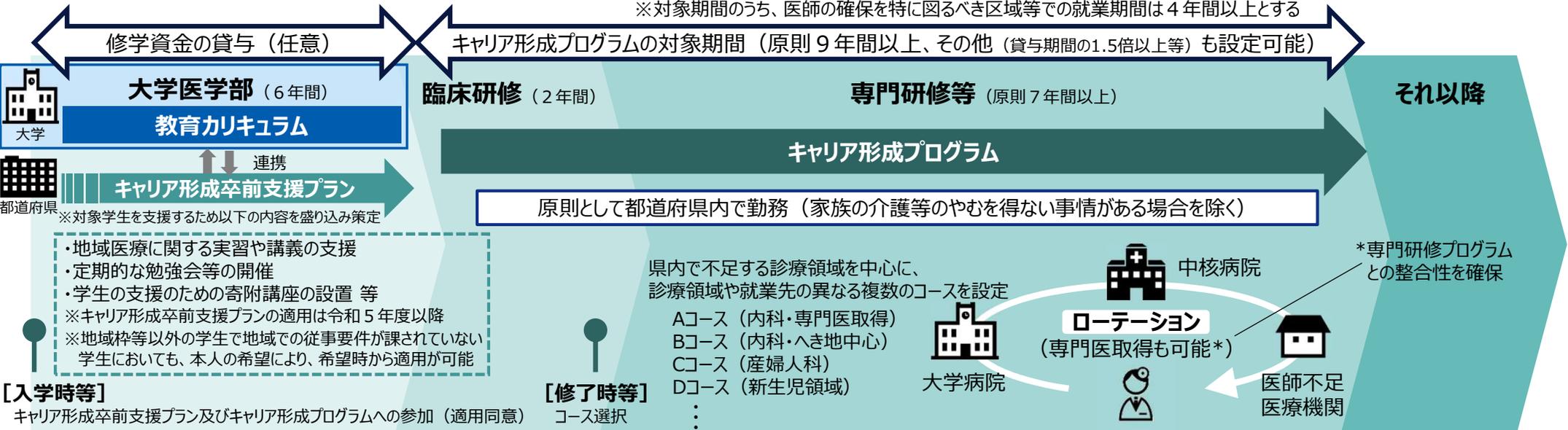
- 以下の閣議決定等に基づき、平成20年度以降、医学部臨時定員を暫定的に増員する取組が実施されたが、平成31年までに全ての臨時定員の設置期限を迎えることとなっていた。
 - ・ **「新医師確保総合対策」**（平成18年8月31日4大臣※合意） ※4大臣：総務大臣、財務大臣、文科大臣、厚労大臣
 - ・ **「緊急医師確保対策」**（平成19年5月31日政府・与党決定）
 - ・ **「経済財政改革の基本方針2009」**（平成21年6月23日閣議決定）
 - ・ **「新成長戦略」**（平成22年6月18日閣議決定）
- **平成30年6月15日閣議決定「経済財政運営と改革の基本方針2018」**
2020年度、2021年度については、2019年度の医学部定員を超えない範囲で、その必要性を慎重に精査しつつ、暫定的に現状の医学部定員を概ね維持する。2022年度以降については、定期的に医師需給推計を行った上で、働き方改革や医師偏在の状況等に配慮しつつ、将来的な医学部定員の減員に向け、医師養成数の方針について検討する。
- **令和元年6月21日閣議決定「経済財政運営と改革の基本方針2019」**
医師偏在指標を活用し、臨床研修や専門研修を含む医師のキャリアパスも踏まえた実効性のある地域及び診療科の医師偏在対策を推進する。2022年度以降の医学部定員について、定期的に医師需給推計を行った上で、医学部定員の減員に向け、医師養成数の方針について検討する。
- **令和4年度（2022年度）から令和7年度（2025年度）の医学部臨時定員に係る方針**
 - ・ 2022年度の医学部臨時定員については、新型コロナウイルスの感染拡大の影響により、当初令和4年度以降の医師養成数の方針を示すこととしていた2020年4月までの間に十分な議論を行うことができなかったことから、**暫定的に2020・2021年度と同様の方法で設定することとした。**
 - ・ 2023年度の医学部臨時定員については、**歯学部振替枠を除き2022年度と同様の方法で設定することとし、歯学部振替枠は廃止したうえで、地域の医師確保・診療科偏在対策に有用な範囲に限って、地域枠臨時定員として活用することとした。**
 - ・ 2024・2025年度の医学部臨時定員については、臨時定員全体の必要性を十分に精査し、地域における医師の確保に必要な範囲で臨時定員の設置を認めることとした上で、**令和元年度の医学部総定員数を上限とし、前年度の枠組みを暫定的に維持することとした。**
- **令和6年6月21日閣議決定「経済財政運営と改革の基本方針2024」**
2026年度の医学部定員の上限については2024年度の医学部定員を超えない範囲で設定するとともに、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。
- **令和7年6月13日閣議決定「経済財政運営と改革の基本方針2025」**
地域の医師確保への影響にも配慮し、医師偏在是正の取組を進め、医師需給や人口減少等の中長期的な視点に立ち、2027年度以降の医学部定員の適正化を進める。

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実施し、勤務環境改善・負担軽減を図る

対象者の地域定着促進のための方策

<対象者の納得感の向上と主体的なキャリア形成の支援>

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

<プログラム満了前の離脱の防止>

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

キャリア形成プログラムの適用者について

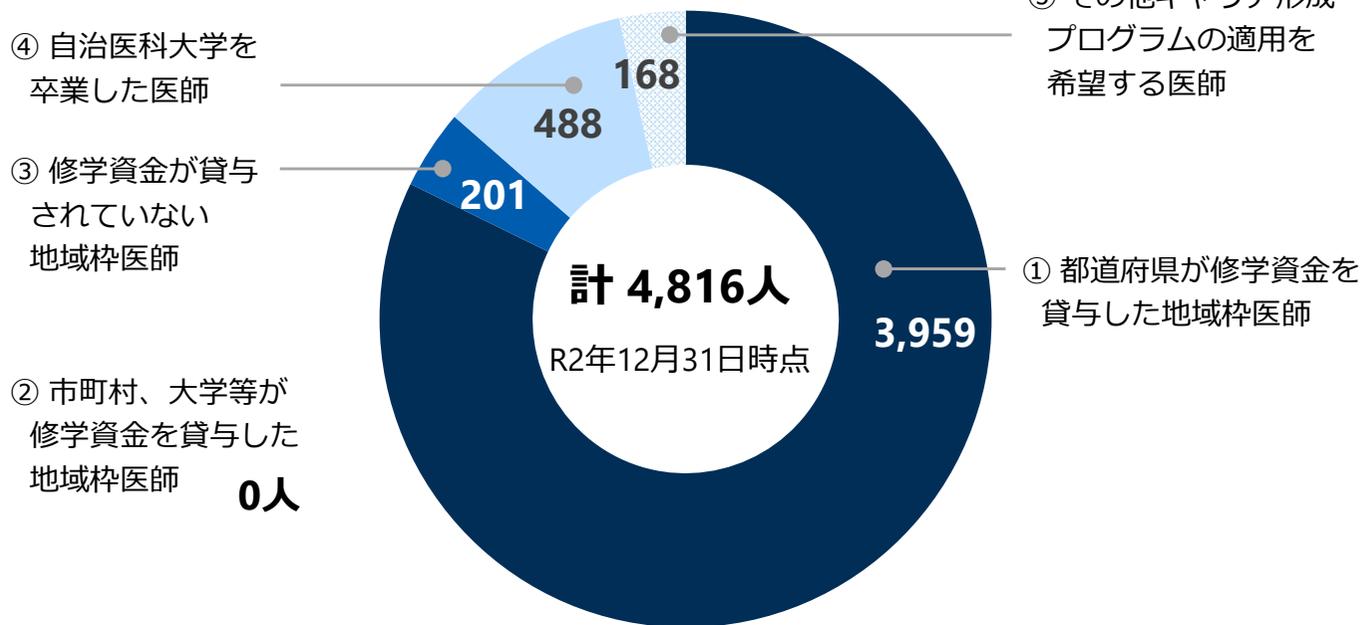
○ キャリア形成プログラムの対象者は、「キャリア形成プログラム運用指針」において、次に掲げる者を対象としている

- ① 都道府県が修学資金を貸与した地域枠医師
- ② 市町村、大学等が修学資金を貸与した地域枠医師
- ③ 修学資金が貸与されていない地域枠医師
- ④ 自治医科大学を卒業した医師
- ⑤ その他キャリア形成プログラムの適用を希望する医師

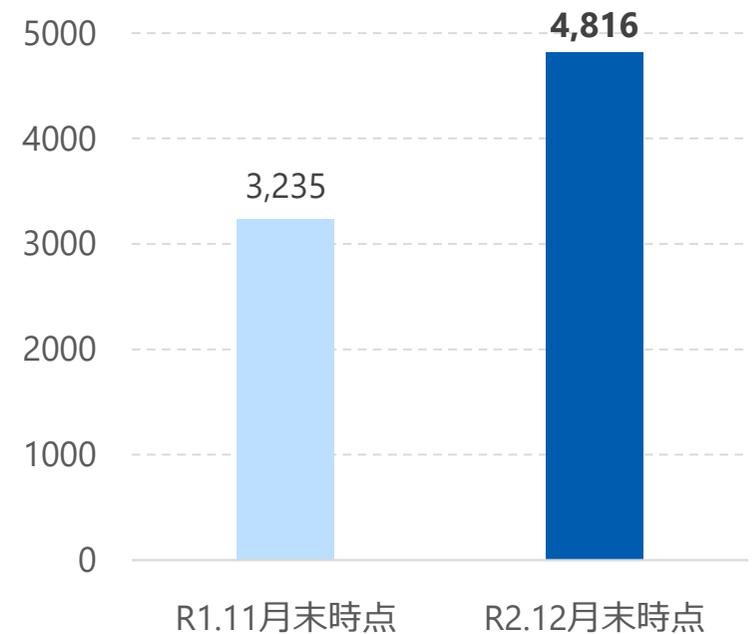
※ 都道府県は、①④⑤に対し、その者の同意を得て当該プログラムを適用しなければならない（ただし、④については、平成31年度以降に同大学の医学部に入学した者に限る者とし、それ以前の入学者については、その者の同意を得て当該プログラムを適用するよう努めるものとする）

※ 都道府県は、②③に対し、その者の同意を得て当該プログラムを適用するよう努めなければならない

キャリア形成プログラムが
適用されている医師



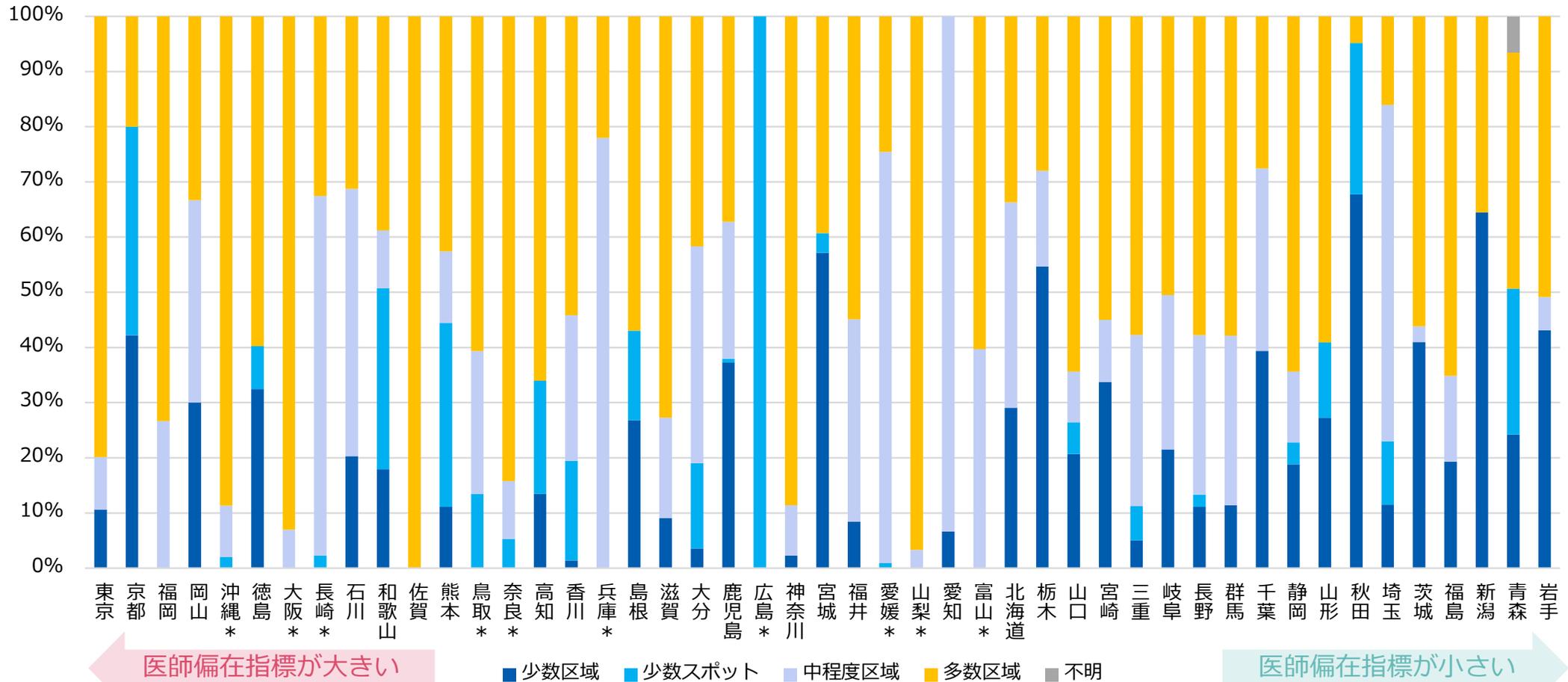
適用医師数の推移



- キャリア形成プログラムの適用者のうち3,959人（82%）は都道府県が修学資金を貸与した地域枠医師であり、キャリア形成プログラム適用医師の総数は増加傾向である。

都道府県別の地域枠医師（卒後3年目以降）の配置状況【再掲】

- 医師偏在指標が小さい都道府県ほど、医師少数区域に地域枠医師を多く配置している傾向がみられる。
- 医師偏在指標が大きい都道府県では、医師少数区域への地域枠医師の配置がない県や、そもそも医師少数区域が存在しない県もあるが、医師少数区域へ地域枠医師を配置し、地域枠を活用している県もみられる。

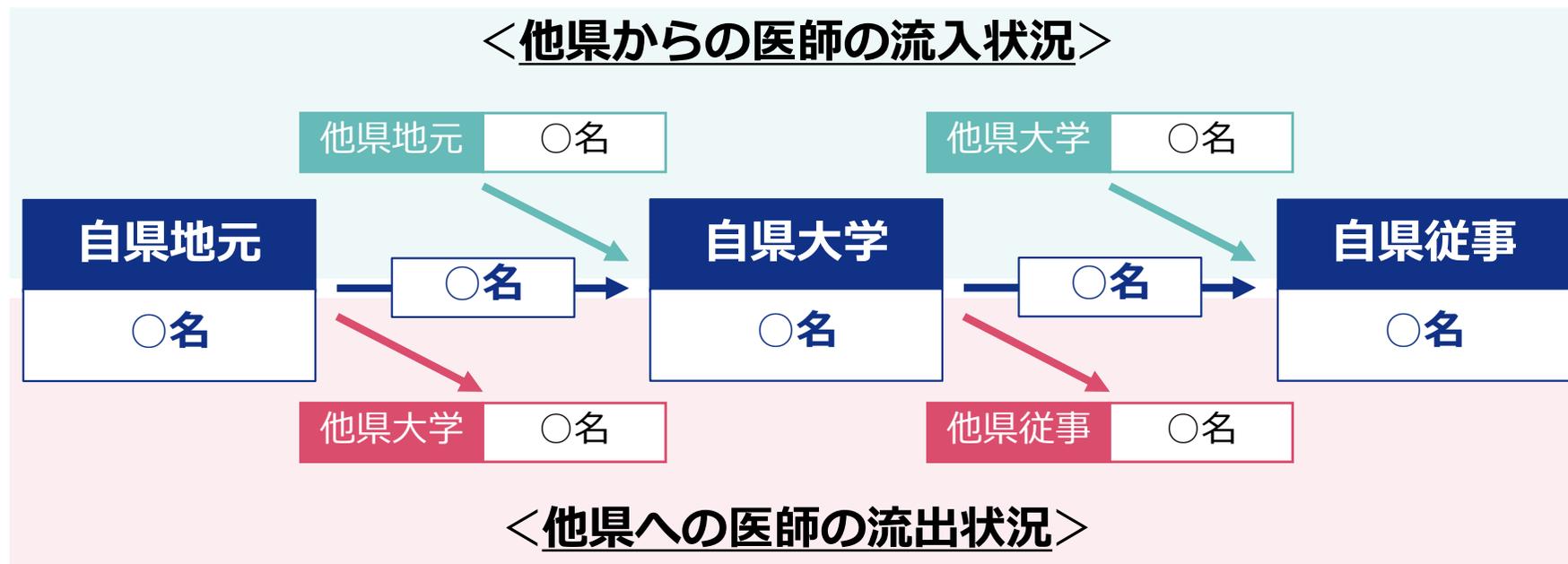


医学部臨時定員増に関する都道府県意向調査（令和7年度実施）に基づき厚生労働省医政局医事課にて集計

(注) 左から第8次前期医師確保計画の医師偏在指標が大きい都道府県順に記載している。
 「*」を付した沖縄県、大阪府、長崎県、鳥取県、奈良県、兵庫県、広島県、愛媛県、山梨県、富山県は、医師少数区域がない都道府県。
 (※) 卒後3年目以降の配置状況（義務履行期間猶予中を除く。）を集計。ただし、愛知県は専門研修修了後の配置状況。
 滋賀県は県内医療機関での従事要件を課している地域枠医師のうち、県が配置を行っている者（義務年限6～9年目の医師）のみ記載。山形県は卒後6年目以降のデータが得られていない。

都道府県における医師の動向（フロー図）

- 医師法の規定に基づく、医療従事者による2年に一度の届出（三師届）により得られるデータの集計によって、都道府県ごとに、下記のフロー図における、各段階の医師数（○名）を把握することができ、他県からの医師の流入や流出の客観的な状況が得られる。



<他県からの医師の流入状況>における視点

- 他県地元者や他県に所在する大学を卒業した医師が多く流入している都道府県においては、地域医療の担い手として長期的な定着ができるよう、医師養成過程を通じたキャリア形成支援等の体制を図ることが適当である。

<他県への医師の流出状況>における視点

- 自県地元者が他県に所在する大学へ進学する割合の多い都道府県においては、自県大学と連携して、入学前からの地元の中高生に対する地域に定着するための取組や、医学部定員における地元出身者枠の活用を検討することが適当である。
- 自県大学卒業生が他県で従事する割合の多い都道府県においては、在学中からの地域枠以外を含めた学生に対する地域に定着するための取組や、医学部定員における地域枠等の活用を検討することが適当である。

<全体>における視点

- 各段階における医師の流出入の状況と、自県大学における地域枠や地元出身者枠の定着のバランスを考慮することが適当である。

北海道の取組：地元の中学生を対象とする医療体験事業を通じた地域医療を担う人材育成を目的とした取組

第10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7年6月25日

資料1

- 地域における医師の確保を図るため、北海道と北海道医師会等が連携して、中学生を対象とする医療体験事業を実施している。

地域医療を担う青少年育成事業

目的

地域の医師不足に対応するため、道・道医師会等が連携して中学生を対象とする医療体験事業を実施し、将来、本道の地域医療を担う人材を育成することを目的とする。

対象者

中学生

事業概要

- ・平成24年度より開始している（令和2～4年度は新型コロナウイルス感染症の流行のため中止）。
- ・例年、医師少数区域などの地域の中学校で3ヶ所程度実施している。
- ・北海道医師会及び地域卒医師による講演と、医療機器メーカー及び市町村立病院などの医療機関の協力による医療体験を行う。

医療体験：電子内視鏡システム体験、腹腔鏡手術トレーニング、超音波エコー操作、術衣試着体験 等

実施主体等

北海道 <協力> 北海道医師会

予算・財源

予算額：（令和7年度）528（千円）

財源：地域医療介護総合確保基金（医療分：区分4）



青森県の取組：①地元の医学部進学者数の増加を図る取組 ②県外に勤務する医師へのUIJターンを通じた医師確保の取組

- 医師を目指す地元の高校生等を対象に医師の魅力を知る機会を設け、地域医療に対する理解を深めるとともに、気概と目的意識を持った医学部志願者の養成を行っている。
- 地域医療の充実と医師の確保等を行う、地域医療支援センターを県に設置するとともに、青森県の勤務の可能性がある医師の情報収集等を行う特別推進員を設置し、県外医師等への働きかけを行っている。

①地元の医学部進学者数の増加を図る取組

医療チュートリアル体験事業

ドクタートーク

目的

医師を目指す中学生及び高校生が、医師の職業的な魅力を知り、地域医療に対する理解を深めるとともに、医師に求められる高い倫理観や使命感を学ぶことを目的として、現役医師による講演を実施し、気概と目的意識を持った医学部医学科志願者を養成する。

対象者

県内全域の将来医師等を目指す中学生・高校生

事業概要

・医師による講演、意見交換、行政の施策説明（修学資金支援制度など）等を実施している。

実施主体等

青森県、青森県教育委員会

外科手術体験セミナー

（主催：NPO法人外科支援機構弘前 共催：青森県）

②県外に勤務する医師へのUIJターンを通じた医師確保の取組

青森県良医育成支援特別推進員

目的

県内勤務の可能性がある医師の情報収集及び県外医師・医学生に対する働きかけ等を行い、医師確保対策の推進を図るため、特別推進員を設置する。

活動

- ・県外勤務医師のUIJターンに向けた情報収集と招へい活動。
- ・医学生に対する本県の医療環境の情報提供と本県勤務への働きかけ。
- ・その他、本県における医師確保対策に資する活動。

青森県地域医療支援センター

⇒ こうした取組により、令和6年度以降に本県医療機関等とマッチングした医師は3名（県外からのマッチング2名を含む）の実績がある。



医学部定員における地域枠等の取組

現状や課題

- 医学部定員における地域枠等は、地域における医師不足の解消や医師偏在の是正を目的に、地域に根ざした医師を計画的に養成・確保する仕組みであり、地域に強い関心や定着意欲を有する学生を受け入れることで、地域における安定的な医師確保につながることを期待される。
- 医学部卒業後の比較的若手である医籍登録後3～5年目の医師の動向をみると、自県の大学出身者の占める割合や自県の大学卒業者の定着率には都道府県ごとに大きなばらつきがある一方で、地域枠や地元出身者は地域への定着に係る意向の割合が高い。そのため、医学部における地域枠等の設置やキャリア形成支援は、地域における医師確保の観点から重要である。
- こうした中、医師養成数については、生産年齢人口の減少や医療需要の変化等の我が国の置かれた状況や、医学部定員に係る取組の効果の発揮には一定の期間を要することを踏まえ、中長期的な視点に立ち、地域における医師確保に大きな影響が生じない範囲で、適正化を図る方向性としている。
- 現行の医師確保計画策定ガイドラインでは、医学部定員における地域枠等の設定根拠として主に必要医師数など量的指標に基づいているが、都道府県ごとに傾向の異なる医師の動向や定着意向等の地域の実情を踏まえた対応は十分とはいえない。
- また、地域枠の運用をみると、都道府県ごとの配置状況等が異なっていることを踏まえ、地域枠制度をより実効的で効果のあるものとする必要がある。

論点

- 医学部定員における地域枠や地元出身者枠の定員設定にあたって、地域の特性を適切に踏まえる観点から、これまでの地域枠数の実績等に加えて、都道府県ごとの医師の流入や流出状況、地域枠以外を含む定着意向等の状況を地域で分析することが重要ではないか。
また、自県における地域枠医師の配置状況や従事要件が明けた地域枠医師の地域への定着状況等についての把握や分析が重要ではないか。
- 地域枠や地元出身者枠を設定するにあたって、前述の分析を踏まえ、地域医療に必要な医師を安定的に確保するとともに、人口減少等の状況にも対応するため、これまでに養成した地域枠医師の定着の促進、地域の大学を卒業した医師の地域への定着・出戻りを図る対応、医師養成過程に関する制度も活用した都道府県間での医師の人的交流等について、取り組むことが考えられるのではないか。
必要な地域枠等を新たに設置する場合は、今後は原則として恒久定員内で設置することについて、検討する必要があるのではないか。
- 地域枠以外の医学生についても、地元出身者等に対して、早期から地域医療への関心や定着意欲を育む取組が重要ではないか。
- これらの取組を進めるにあたっては、地域における医師養成を担う大学と、在学中の医学生に対する地域の定着に向けた取組や地域の医療ニーズに応じた卒業後の研修環境の整備等の協議を行い、地域医療の実情に応じて検討することが重要ではないか。

医師確保計画策定ガイドラインにおける 医師養成過程の取組に係る見直し

1. 医師養成過程を通じた取組の位置づけ
2. 医学部定員における取組
3. 臨床研修制度における取組
4. 専門研修制度における取組
5. 必要な診療科の医師の育成・確保に関する取組

臨床研修の広域連携型プログラムの概要

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

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。

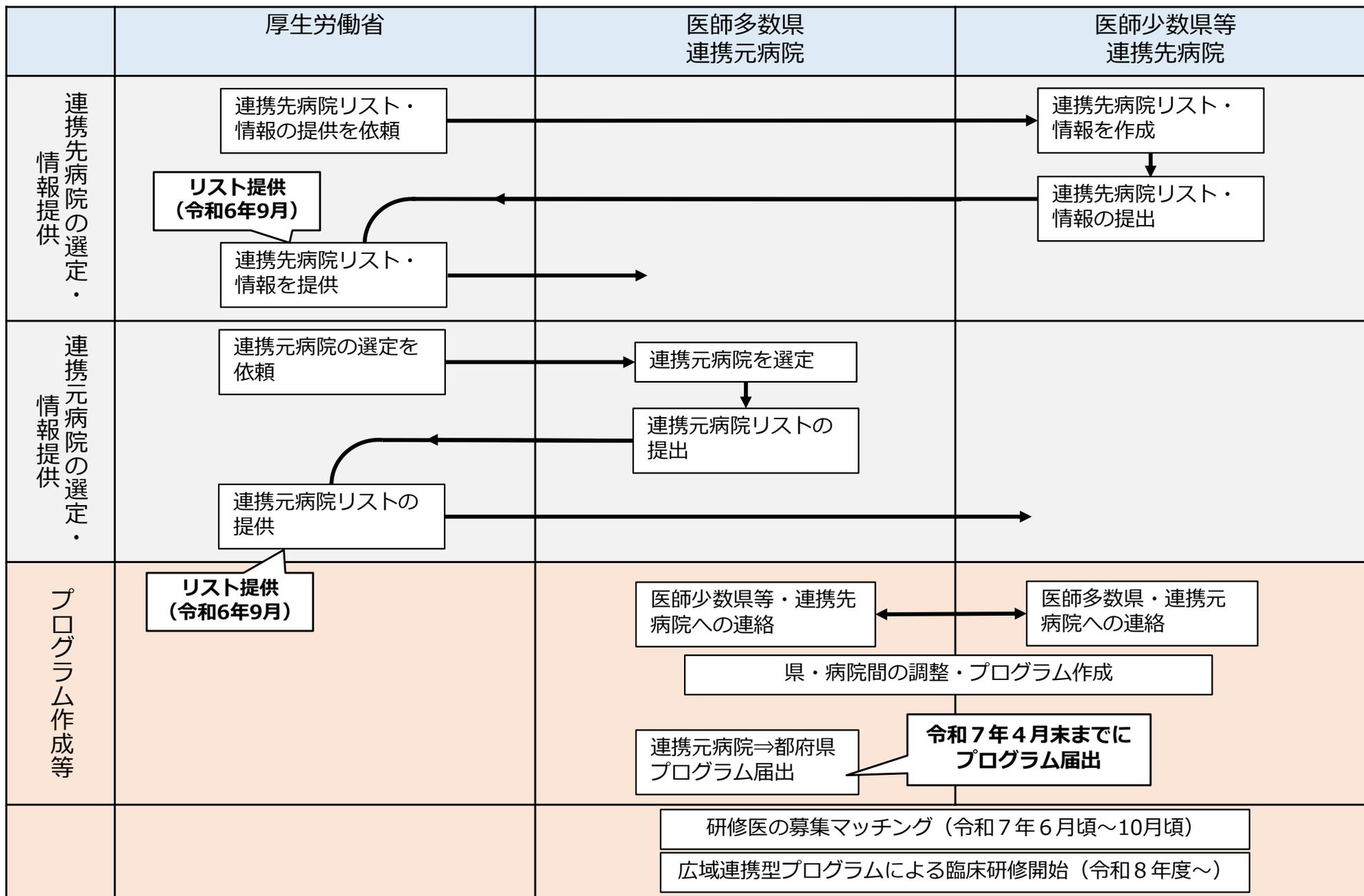
・プログラムの実施期間は24週又はそれ以上とする。

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6年度補正予算においては、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計上。

臨床研修の広域連携型プログラムの作成スケジュール



臨床研修制度における広域連携型プログラムの設定

現状や課題

- 臨床研修制度は、医師法第十六条の二の規定に基づき、医師が、医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付けることを目的としている。
- 臨床研修制度を通じた医師偏在対策として、医道審議会医師分科会医師臨床研修部会の議論を踏まえ、臨床研修医の都道府県ごとの募集定員上限数の設定を行っているほか、令和8年度から、医師多数県に所在する基幹型臨床研修病院（連携元病院）に採用された研修医の一部が、医師少数県等に所在する地域の病院（連携先病院）において半年以上研修を行う「広域連携型プログラム」を開始することとしている。
- 特に研修医を受け入れる都道府県（医師少数県等）においては、受け入れる研修医の将来的な都道府県への定着を図る機会となるため、広域連携型プログラムによる研修の機会に定着への取組を行うことは有効であると考えられる。

論点

- 臨床研修制度における広域連携型プログラムの設定については、医師臨床研修部会の議論を踏まえて都道府県や対象となる臨床研修病院等に対して周知を行った内容のうち、都道府県が行う以下の取組については、医師確保の観点でも重要と考えられるのではないかと。
 - ・ 広域連携型プログラムの対象都道府県において、連携先病院での研修内容や指導体制、研修の進捗状況や研修医の様子・生活などについて、病院間で適切な情報共有が行われているか等、管内の対象病院の状況を把握し、必要に応じてフォローを行うよう努める。
- 研修医を受け入れた医師少数県等においては、将来的な都道府県への定着を図る取組も地域の医師確保の観点で重要ではないかと。

<取組の例>

- ・ 地域の魅力を活かした特色ある研修プログラム作成への関与
- ・ 臨床研修修了後のキャリアプランの提示を目的とした都道府県内の専門研修プログラムに関する情報提供 等

医師確保計画策定ガイドラインにおける 医師養成過程の取組に係る見直し

1. 医師養成過程を通じた取組の位置づけ
2. 医学部定員における取組
3. 臨床研修制度における取組
4. 専門研修制度における取組
5. 必要な診療科の医師の育成・確保に関する取組

新たな専門医に関する仕組み

(専門医の在り方に関する検討会(高久史磨座長)報告書(平成25(2013)年4月22日)概要)

趣旨

医師の質の一層の向上及び医師の偏在是正を図ることを目的として検討会を開催。

現状

- | | |
|-------------|------------------------------------|
| <専門医の質> | 各学会が独自に運用。学会の認定基準の統一性、専門医の質の担保に懸念。 |
| <求められる専門医像> | 専門医としての能力について医師と国民との間に捉え方のギャップ。 |
| <地域医療との関係> | 医師の地域偏在・診療科偏在は近年の医療を巡る重要な課題。 |

新たな仕組みの概要

(基本的な考え方)

- 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も重視して構築。
- プロフェッショナルオートノミー(専門家による自律性)を基盤として設計。

(中立的な第三者機関)

- 中立的な第三者機関を設立し、専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を統一的に行う。

(専門医の養成・認定・更新)

- 専門医の認定は、経験症例数等の活動実績を要件とする。

(総合診療専門医)

- 「総合診療専門医」を基本領域の専門医の一つとして加える。

(地域医療との関係)

- 専門医の養成は、第三者機関に認定された養成プログラムに基づき、大学病院等の基幹病院と地域の協力病院等(診療所を含む)が病院群を構成して実施。

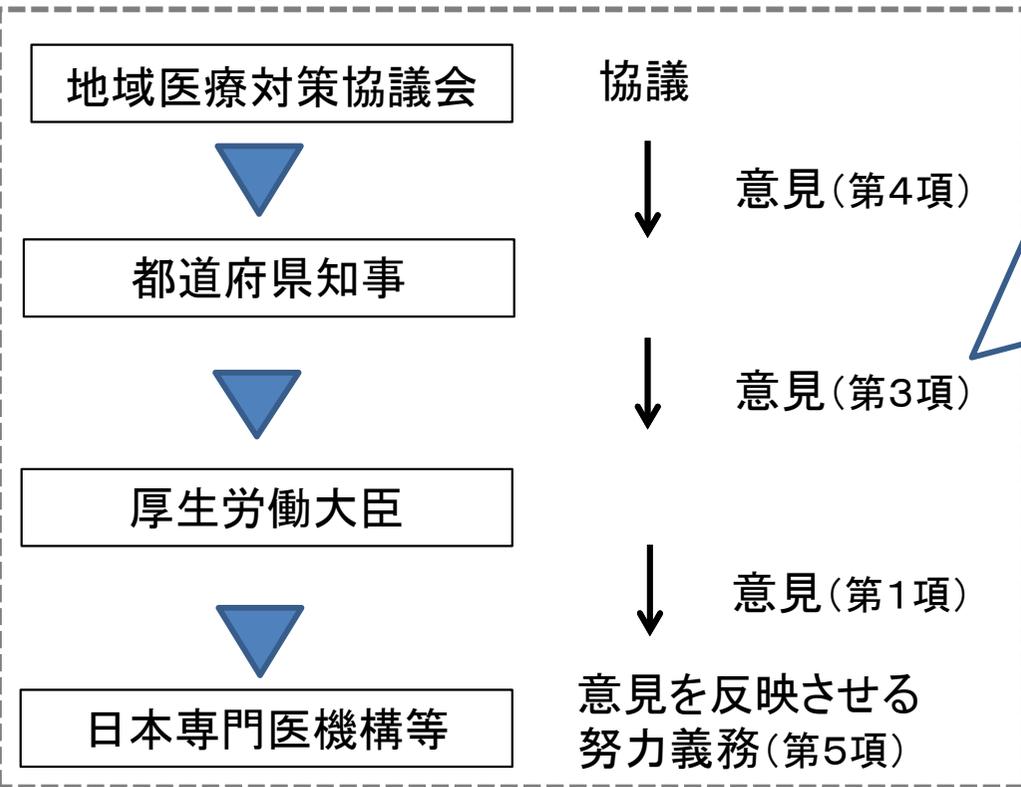
(スケジュール)

- 新たな専門医の養成は、平成29(2017)年度を目安に開始※。研修期間は、例えば3年間を基本とし、各領域の実情に応じ設定。
- ※平成30(2018)年度を目途に19基本領域の養成を一斉に開始予定。

○専門医の質の一層の向上(良質な医療の提供)

○医療提供体制の改善

医師法16条の10



医師法第16条の10 医学医術に関する学術団体その他の厚生労働省令で定める団体は、医師の研修に関する計画を定め、又は変更しようとするとき(当該計画に基づき研修を実施することにより、医療提供体制の確保に重大な影響を与える場合として厚生労働省令で定める場合に限る。)は、あらかじめ、厚生労働大臣の意見を聴かなければならない。

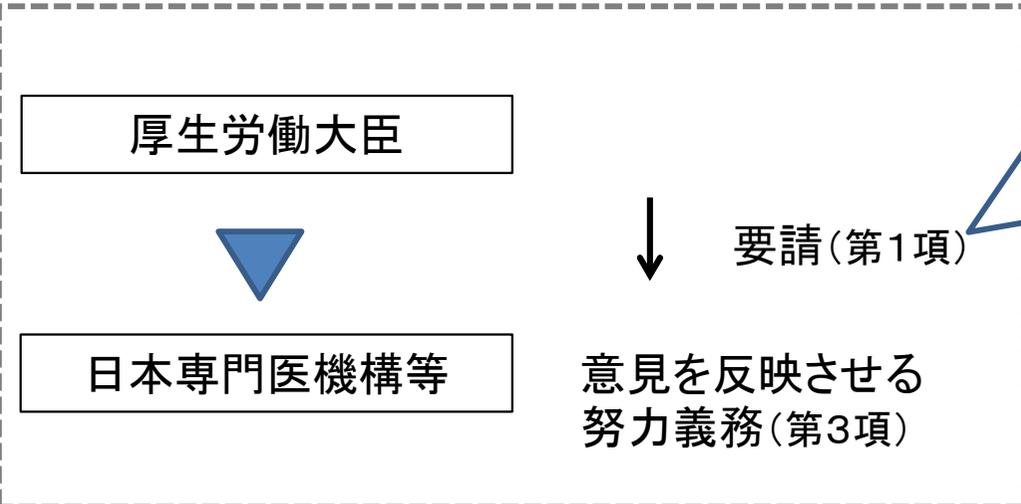
2 (略)

3 厚生労働大臣は、第一項の規定により意見を述べるときは、あらかじめ、関係都道府県知事の意見を聴かなければならない。

4 都道府県知事は、前項の規定により意見を述べるときは、あらかじめ、地域医療対策協議会の意見を聴かなければならない。

5 第一項の厚生労働省令で定める団体は、同項の規定により厚生労働大臣の意見を聴いたときは、同項に規定する医師の研修に関する計画の内容に当該意見を反映させるよう努めなければならない。

医師法16条の11



医師法第16条の11 厚生労働大臣は、医師が医療に関する最新の知見及び技能に関する研修を受ける機会を確保できるようにするため特に必要があると認めるときは、当該研修を行い、又は行おうとする医学医術に関する学術団体その他の厚生労働省令で定める団体に対し、当該研修の実施に関し、必要な措置の実施を要請することができる。

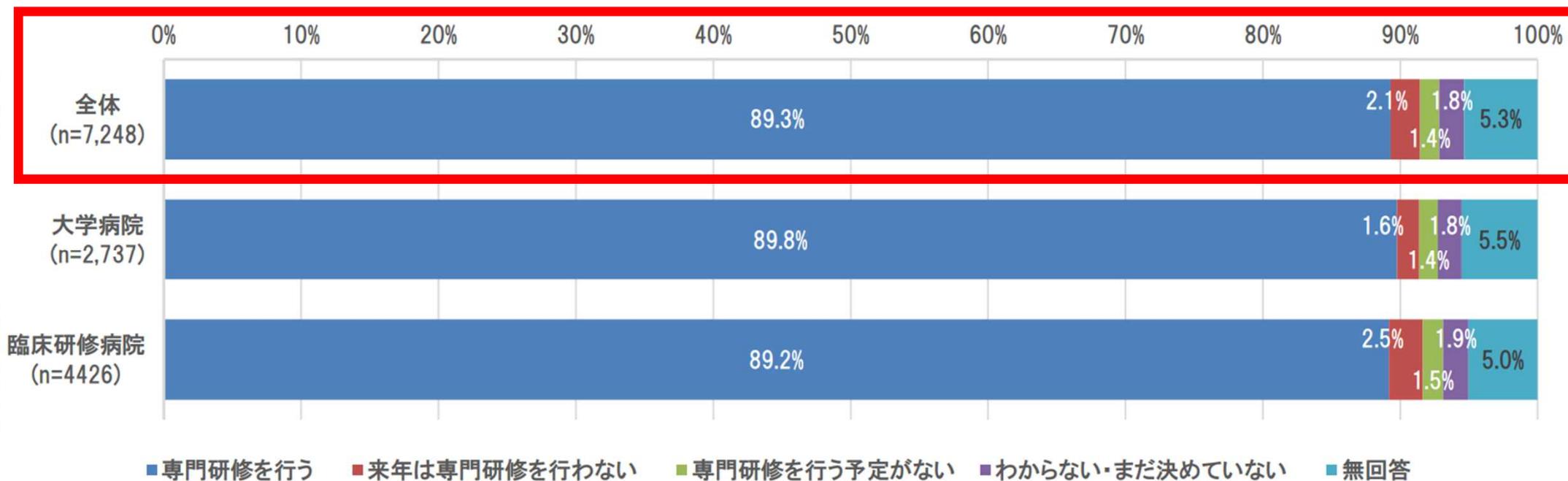
2 (略)

3 第一項の厚生労働省で定める団体は、同項の規定により、厚生労働大臣から研修の実施に関し、必要な措置の実施を要請されたときは、当該要請に応じるよう努めなければならない。

専門研修を行う予定の医師の割合について

臨床研修を修了した医師の約9割が、専門研修を行う予定としている。

臨床研修を行った主たる病院の種類

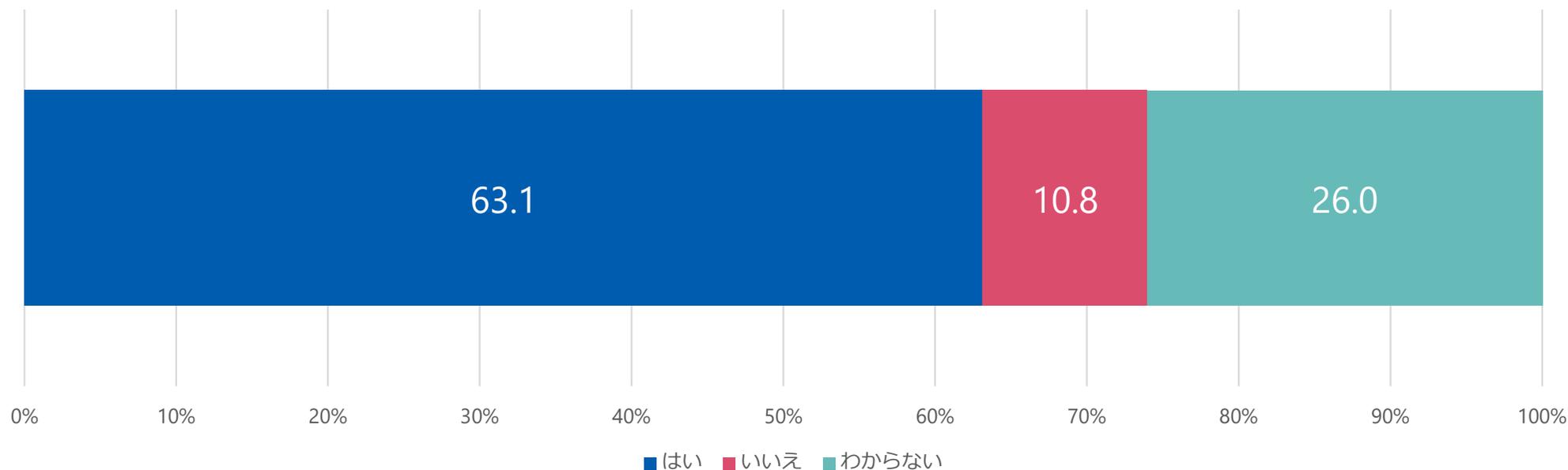


研修修了後に基幹施設が所在する都道府県に残る意向

専攻医に対するアンケート調査においては、6割を超える専攻医が、専門研修修了後にプログラムの基幹施設が所在する都道府県に残ると回答した。

専攻医を対象にした
アンケート調査

専門研修プログラム修了後、プログラム医療機関所在の都道府県に残るか (n=15,857)

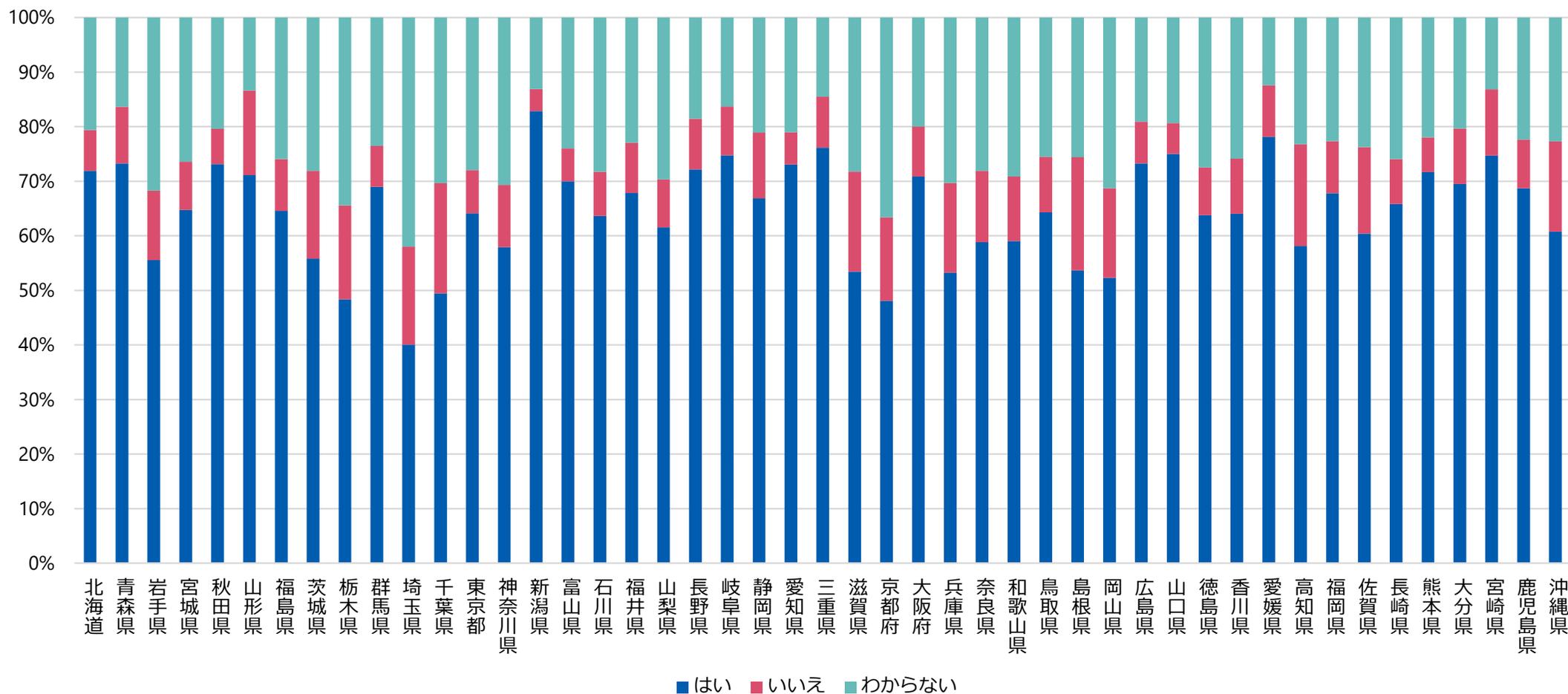


参考：研修修了後に基幹施設が所在する都道府県に残る意向（都道府県別）

専攻医が専門研修修了後にプログラム医療機関所在の都道府県に残る意向については、都道府県によってばらつきがみられる。

専攻医を対象にした
アンケート調査

専門研修プログラム修了後、プログラム医療機関所在の都道府県に残るか（n=15,857）



出典：令和5年度厚生労働行政推進調査事業費補助金厚生労働科学特別研究事業

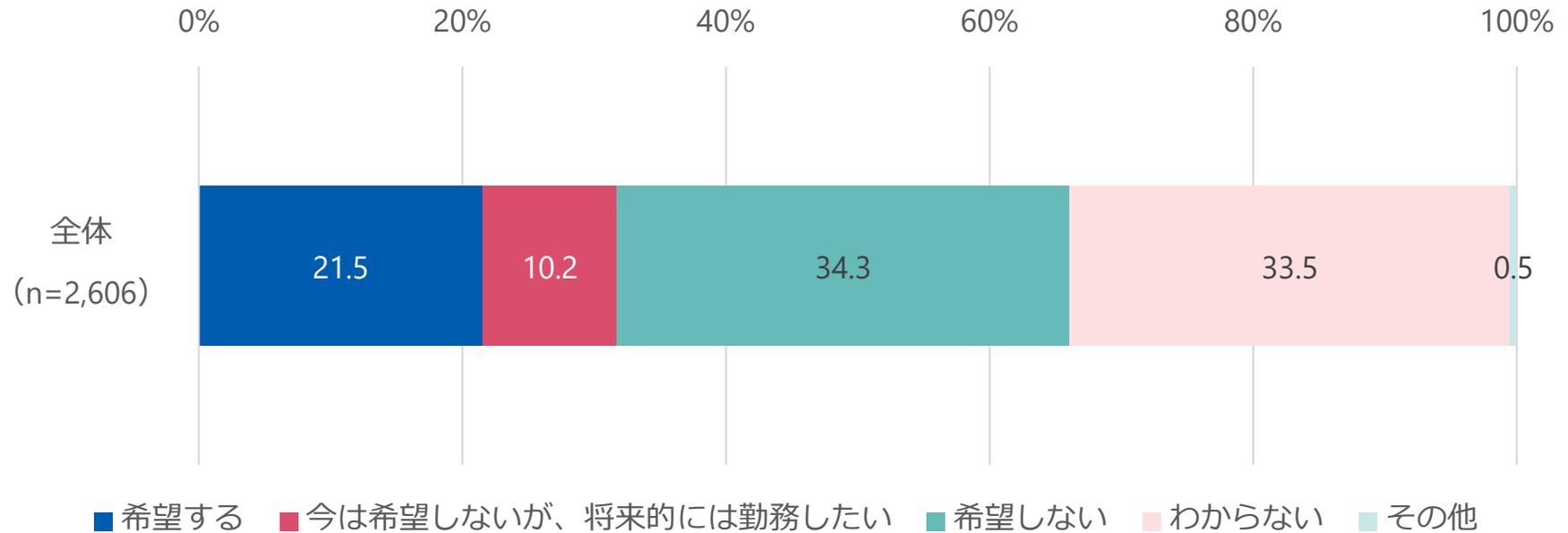
「日本専門医機構における医師専門研修シーリングによる医師偏在対策の効果検証」（研究代表者 渡辺毅）の報告書を基に医政局医事課において作成

専門研修修了後の連携先都道府県への勤務希望について

専門研修修了後に、連携先の都道府県で勤務する希望は、将来的な希望を含めると約3割である。

専攻医を対象にした
アンケート調査

専門研修修了後の、派遣されていた連携先の都道府県での勤務希望 (n=2,606)

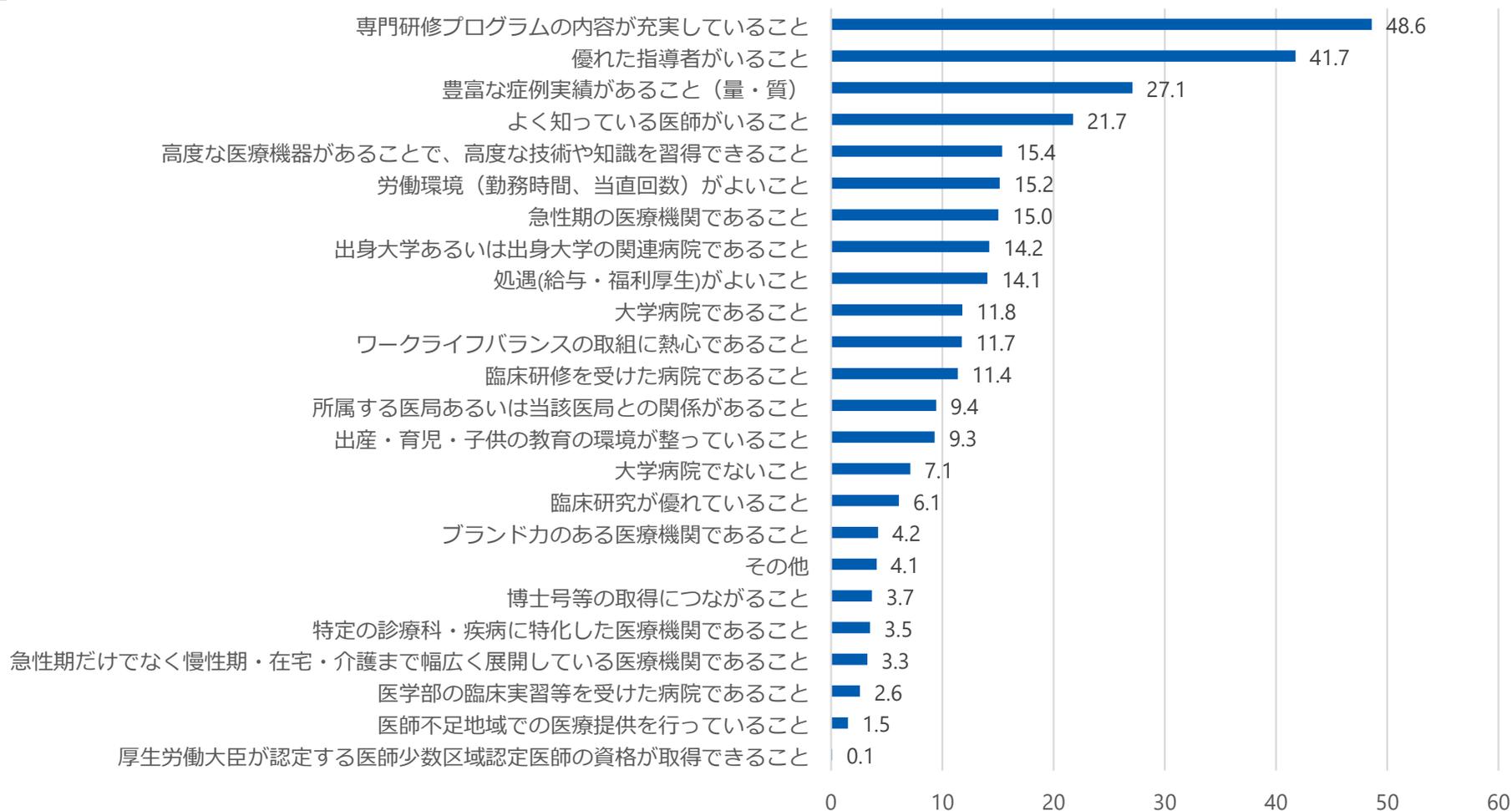


専攻医にとって専門研修プログラムを選ぶ際に重要な要素

半数近くの専攻医が、専門研修プログラムの内容や優れた指導者の存在を、専門研修を選ぶ際の重要な要素であると回答した。

専攻医を対象にした
アンケート調査

専門研修プログラムを選ぶ際に、重要な要素（複数回答、n=15,857）



出典：令和5年度厚生労働行政推進調査事業費補助金厚生労働科学特別研究事業

「日本専門医機構における医師専門研修シーリングによる医師偏在対策の効果検証」（研究代表者 渡辺毅）の報告書を基に医政局医事課において作成

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と。

【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

専門研修における連携プログラム

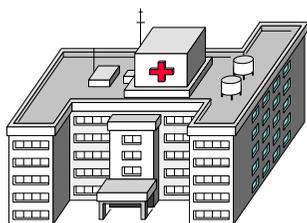
連携プログラムの概要

シーリング対象の都道府県に所在する基幹施設が、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年間～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 医師が不足する都道府県において、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。

基幹施設：
シーリング対象の都道府県



専攻医

専攻医

【連携プログラム】

シーリング対象外
の都道府県



連携期間は1年半以上

【特別地域連携プログラム】

足下充足率が0.8以下の都道府県
※医師少数区域を中心として、
当該都道府県が候補とした施設



連携期間は1年間以上

※令和9年度以降の見直し案に基づき記載

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

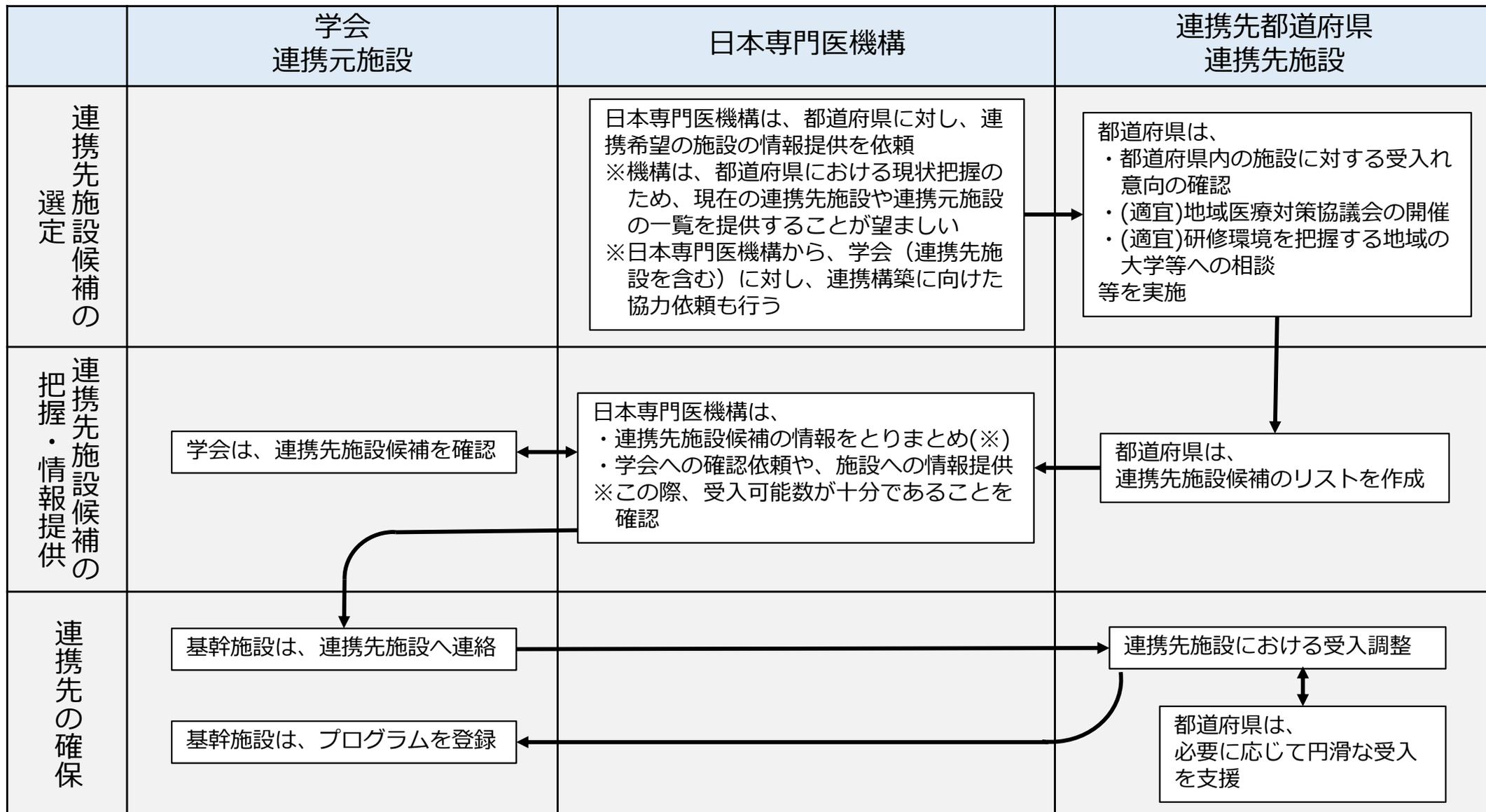


通常募集のプログラムにおいて、
医師が不足する都道府県や地域で研修する期間を確保

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の連携先確保のための手順（案）



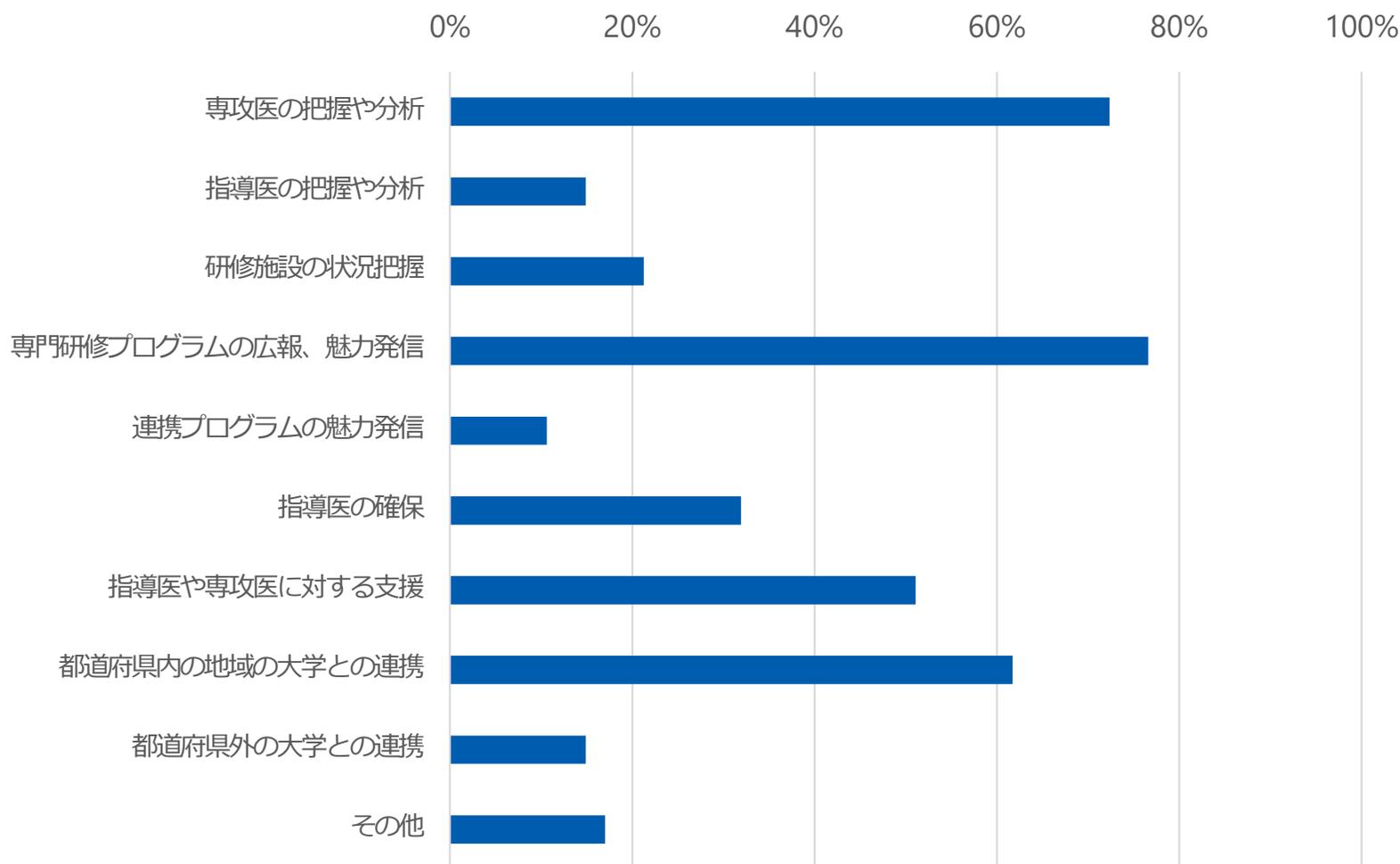
※ 日本専門医機構を中心とし、都道府県の過度の負担に配慮しながら、関係者が協力できる仕組みを構築。

※ 受入希望（受入可能数等を含む。）の把握、連携元や専攻医等が必要とする情報の収集等の取組を通して、連携元と連携先の調整及び専攻医による前向きな応募を後押し。

都道府県による専門研修に関する取組の状況

都道府県による専門研修に関する取組として、「専門研修プログラムの広報、魅力発信」「専攻医の把握や分析」「都道府県内の地域の大学との連携」が、比較的多く行われている。

専攻医の確保・定着、指導医の確保のために行っている取組（予定も含む。）



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

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 小山善会理事長、田口市長、茨城県 大井川知事、昭和大学 小口勝司理事長、昭和大学 久光正学長、昭和大学 小出良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、昭和大学の常勤循環器内科医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疾患救急医療体制の向上が期待されます。

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 B1 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、鹿嶋市からは田口市長、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>

香川県の取組：若手医師の確保に向けた、 県内の指導医を育成するための取組

- 県内で指導医を確保することが大きな課題となっている中、特に不足感の強い又は必要性が高いと考えられる基本6領域（内科・産婦人科・小児科・外科・救急科・総合診療）における指導医体制を一層充実させ、将来の医療需要の変化に対応した医療提供体制の強化を図るため、専門研修基幹施設病院が負担する指導医取得経費の一部を補助している。

指導医養成支援事業

目的

専門医を目指す臨床研修医が専門研修先を検討する際、指導医の存在は重要な要素であるほか、専門研修プログラムの作成において、指導医の不在により連携施設となれない医療機関が存在するといった状況を踏まえ、県内の指導医を質・量ともに確保していくことを目的としている。

事業概要

- ・基本6領域における指導医取得経費の一部を補助する。
- ・具体的に対象となる経費は、資格登録料、講習会等への参加費及び旅費などである。
- ・平成31年度の事業開始以降、1～7名/年程度の実績となっている。

予算・財源

予算額：（令和7年度）280（千円）
財源：地域医療介護総合確保基金（医療分：区分4）
負担割合：県10/10

専門研修における取組

現状や課題

- 医師の専門研修は、プロフェッショナルオートノミーを基盤とし、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も重視して構築されてきた。
- 専門研修に関する知見として、以下のようなデータが存在する。
 - ・ 臨床研修を修了した医師の約9割が、専門研修を行う予定としている。
 - ・ 6割を超える医師が、専門研修修了後に基幹施設が所在する都道府県に残るとされている。
 - ・ 約3割の医師が、専門研修において派遣された連携先の都道府県で勤務する希望（将来的な希望を含む。）を持つ。
 - ・ 半数近くの専攻医が、専門研修を選ぶ際の重要な要素として「専門研修のプログラムの内容」や「優れた指導者の存在」を回答している。
- また、医道審議会医師分科会医師専門研修部会においては、専門研修の質の向上に資する指導体制の構築や、指導医に対するニーズの高い地域における専門研修体制の確保等の観点から、専門研修指導医の重要性を議論してきた。連携プログラムについても、連携先のニーズの把握や、連携先における研修環境の担保のため、様々な関係者が協力する体制を構築するなど、推進する方針としている。

論点

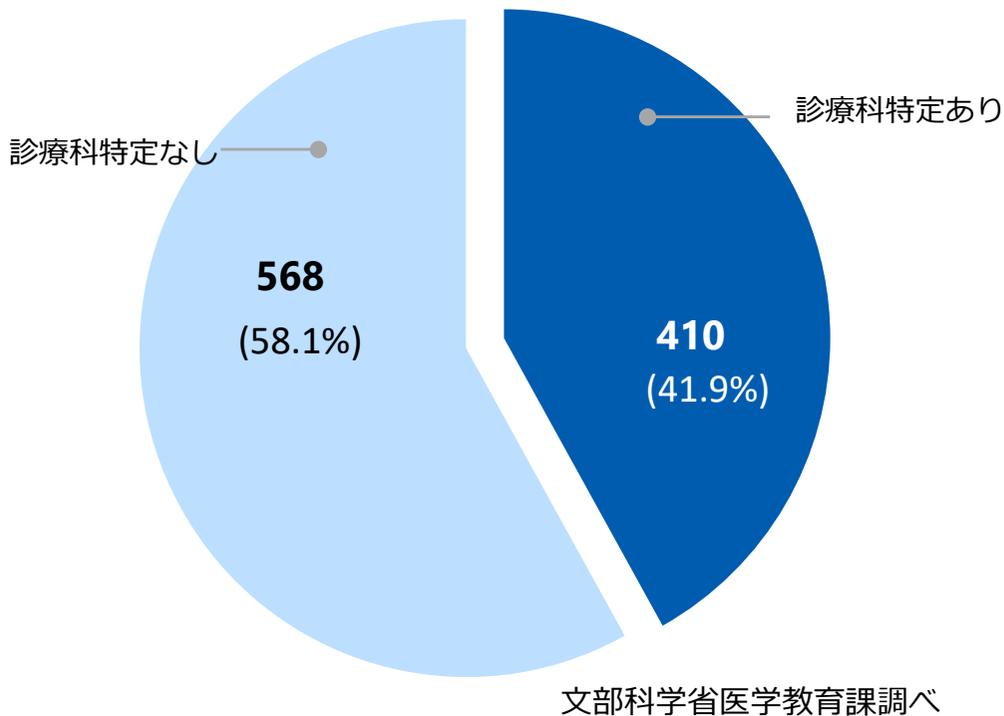
- 医師のキャリアパスの特徴や専攻医の定着率のデータ等から、医師確保対策において専門研修に着目した取組を行うことは重要ではないか。また、プロフェッショナルオートノミーを基盤として構築されてきた制度であることを踏まえ、都道府県においては、まずは管内の専門研修に関する状況の十分な把握を行い、専門研修施設に対する支援等を行うことが考えられるのではないか。
- また、都道府県における取組状況や取組事例、専門研修に関する動向を踏まえると、専門研修における取組のアプローチは、以下の3つの視点があるのではないか。
 - ・ 専門研修プログラムの周知等、専攻医を確保するための施策
 - ・ 専門研修指導医の確保を含む研修環境の整備等、専攻医の定着支援につながりうる施策
 - ・ 連携プログラムの活用等、県内外の医療機関間のネットワークの形成及び強化

医師確保計画策定ガイドラインにおける 医師養成過程の取組に係る見直し

1. 医師養成過程を通じた取組の位置づけ
2. 医学部定員における取組
3. 臨床研修制度における取組
4. 専門研修制度における取組
5. **必要な診療科の医師の育成・確保に関する取組**

- 地域枠の一部は、専門とする診療科を特定した要件が設定されており、各都道府県で必要と考える診療科の医師養成を進めている。

地域枠の要件に診療科特定（推奨含む）が含まれる割合 （令和6年度医学部臨時定員での集計）



（※）令和6年度医学部臨時定員地域枠（n=978枠，自治医科大学含む）

具体的な診療科特定の例

- 外科、小児科、産婦人科、救急科、麻酔科及び総合診療のいずれかを選択することを要件
 - 救急科、産科、新生児科を選択することを要件
 - 知事が指定する県内の医療機関において、地域医療に必要な診療科（小児科・外科・呼吸器外科・消化器外科・乳腺外科・小児外科・産科・麻酔科・救急科・総合診療科・脳神経外科・感染症内科）に9年間（臨床研修を含めて11年間）勤務
 - 専攻する診療科に制限はないが、地域派遣時の診療科は内科・総合診療とする（産科、精神科を専攻する場合を除く）
 - 特定地域の公的医療機関であれば診療科に制限はないが、それ以外の医療機関であれば、産科、小児科、救命救急センターである必要がある
 - 10年間のうち4年間以上は、保健医療計画に明記される医師不足地域の特定病院又は特に不足する診療科に従事
 - 内科・総合診療・小児科・産婦人科・外科・救急科・整形外科・精神科 等
- 令和4年度の地域枠についての都道府県アンケートより
（厚生労働省医政局医事課）

- 26都道府県（55.3%）において、特定の診療科への従事（推奨を含む）を要件とする臨時定員地域枠を設置。
- 臨時定員地域枠*のうち診療科特定（推奨を含む）の要件が含まれるのは、約42%（410/978枠）。（共に令和6年度，文科省調べ）

臨床研修制度における地域医療研修の概要

地域医療研修の到達目標

C 基本的診療業務

4. 地域医療

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

地域医療研修を行う施設・研修内容

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

地域医療研修の週数

 必修

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

※地域医療は**8週以上**が望ましいとしている

総合的な診療能力の必要性

- 高齢化に伴い、特定の臓器や疾患を超えた多様な問題を抱える患者が増加。
- これらの患者には、複数の領域別専門医による診察よりも、一人の総合的な診療能力を有する医師による診察のほうが適切な場合がある。



総合診療専門医を新たに位置づけ

総合診療医：総合的な診療能力を有する医師

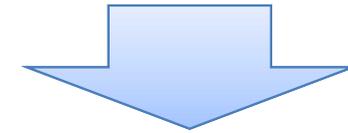
- ※ 日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等について、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供。

総合診療専門医：総合診療医の専門医としての名称

- ※ 新たな専門医の一つとして基本領域に加える。
- ※ 「地域を診る医師」としての視点も重要。
他の領域別専門医や他職種と連携して、多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供することが期待される。

総合診療専門医の基準

- 総合診療専門医の認定・更新基準や養成プログラム・研修施設の基準については、関連する諸学会や医師会等が協力して、第三者機関において作成すべきである。



総合診療専門研修プログラム整備基準^(概要)

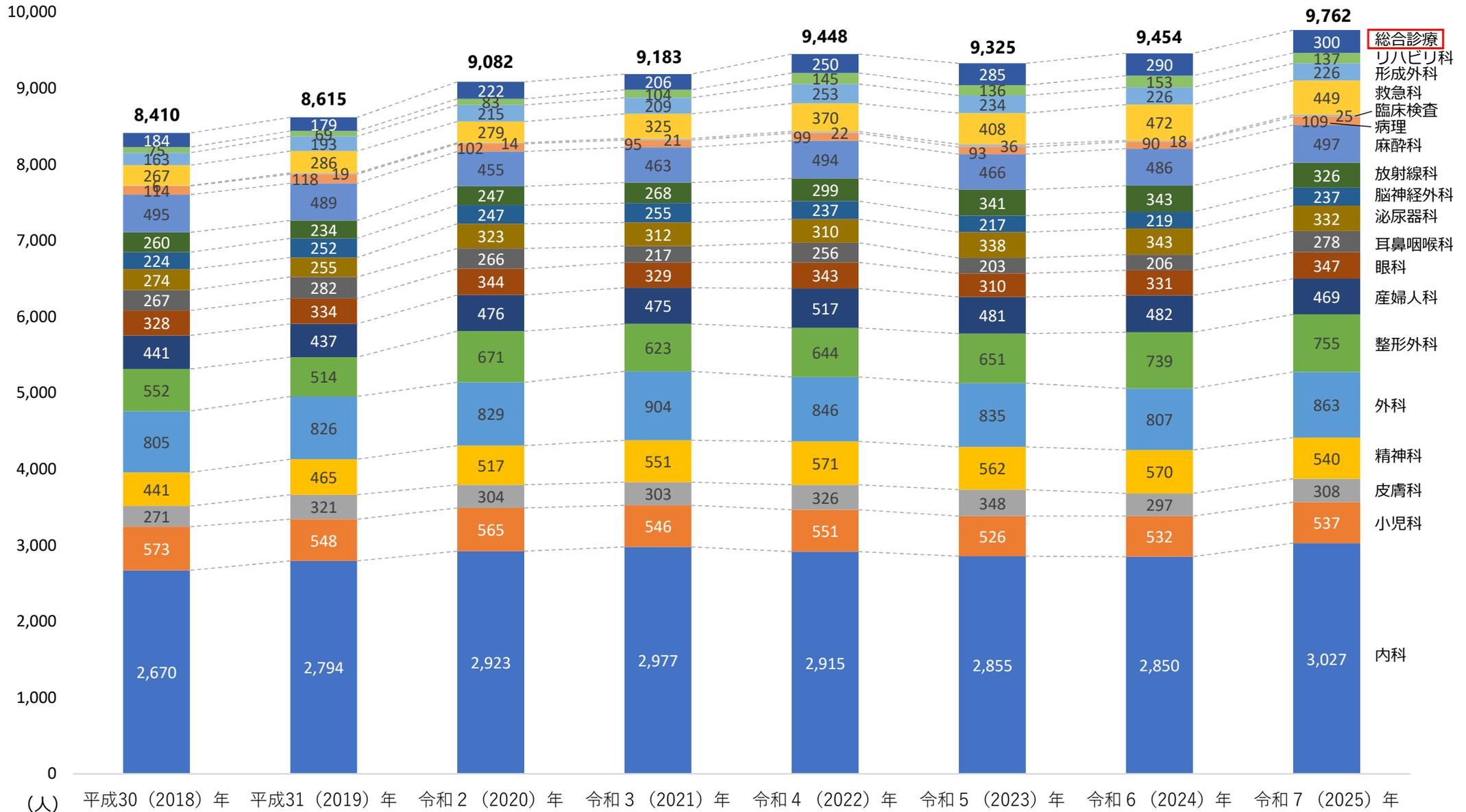
一般社団法人 日本専門医機構・理事会 (2025.1.17)

研修プログラム (3年以上)

- **総合診療専門研修 (合計18ヶ月以上)**
 - ・ 診療所・地域の中小病院で、外来診療、訪問診療及び地域包括ケアの研修 (6ヶ月以上)
 - ・ 病院総合診療部門 (総合診療科・総合内科等) で、臓器別でない病棟診療と外来診療の研修 (6ヶ月以上)
- **必須領域別研修**
 - ・ 内科6ヶ月以上 小児科3ヶ月以上 救急科3ヶ月以上
- **その他の領域の研修**
 - ・ 外科・整形外科・産婦人科・精神科・皮膚科・眼科・耳鼻咽喉科などの各科での研修可

診療科別専攻医採用数の推移

○ 総合診療を選択する専攻医の数は、経時的に増加傾向にある。



○ 総合的な診療能力を持つ医師の養成を地域で推進するための事業について、令和7年度採択大学を決定し、取組を進めている。

総合的な診療能力を持つ医師養成拠点の形成事業

令和7年度当初予算額 4.5億円 (3.0億円)

※ ()内は前年度当初予算額

1 事業の目的

- 医師の地域偏在と診療科偏在の解消に向けた取組のひとつとして、幅広い領域の疾患等を総合的に診ることができる総合診療医の養成を推進することを目的としている。

2 事業の概要・スキーム

総合診療医センター(仮称)の設置

- ・総合診療科医師を責任者とするいわゆる総合診療の医局・講座をブロック毎に設置し、経験豊富で指導力がある指導医を集約する
- ・主に地域枠学生を対象としたシームレスな実習・研修プログラムの策定
- ・地域枠学生の選考時から、卒後のキャリア支援まで行う一貫した指導体制を確立する。
- ・医師少数区域等、地域医療を担う医療機関でのバックアップ等体制整備
- ・医学生・医師の総合診療医(家庭医や病院総合医など)の多様なキャリアパスを構築支援

ブロック毎の総合診療研修施設ネットワークの確立
総合診療医センターはハブとして機能
学術的な側面は、地域における実習や研修において支援



ブロック内医師少数地域等



補助事業内容 各過程横断項目

- ・総合診療医センターの医師が自らキャリアパスのモデルを提示
- ・総合診療医を目指す医師(特に地域枠入学者)の専門研修へ向けたキャリアに関するサポート
- ・研修後の勤務先の提供、調整

補助事業内容 医学教育

- ・総合診療科の講座構築のための講師派遣
- ・ネットワークを用いて指導体制が充実した地域実習(総合診療)を提供し、地域枠学生の医師少数地域等での実習促進

補助事業内容 臨床研修

- ・広域ネットワーク化した地域重点型研修プログラムの整備・提供(医師少数区域を含む充実した研修)

補助事業内容 専門研修とその後

- ・診療内容の相談対応、診療時対応の際の指導医・上級医のサポート
- ・医師少数区域で診療する際のバックアップ機能

3 実施主体等

◆実施主体：医師養成課程を有する学校教育法（昭和22年法律第26号）第1条の規定に基づく大学

◆補助率：定額 ◆事業実績：令和7年度交付対象大学数→12大学
 (秋田大学、福島県立医科大学、新潟大学、金沢大学、福井大学、三重大学、島根大学、広島大学、山口大学、香川大学、愛媛大学、大分大学)

総合診療医センター（総合的な診療能力を持つ医師養成の推進事業）の取組の紹介

○ 福島県立医科大学 総合内科・総合診療医センターの取組例（令和5年度事業報告より）



その他大学の取組例

- 総合診療医センターの医師が県外の病院で実施する総合診療医育成コースの実習を支援。
- 総合診療医センターにおいて診療録の情報を安全に共有できる遠隔教育システムを構築した上で、医師間で症例相談できる環境を整備し、中山間地域で働く専攻医をサポート。

広島県における取組： 総合診療や地域医療の人材確保や養成のための大学との連携

○ 広島県では、広島大学病院総合診療医センターにおける、医師養成過程それぞれのキャリアステージの医師を対象とした総合診療医養成の取組に対して、広島県庁が支援や連携を行っている。

広島県庁

第8次広島県保健医療計画

| 区分 | 指標等 | 目標の考え方 | 現状値 | 目標値 | 指標の出典 |
|----|---------------------|--------------|-------------|-------------|-----------|
| ○ | 総合診療専門研修プログラム採用専攻医数 | 毎年8人ずつ増やします。 | [R5] 22人 | [R8] 46人 | 日本専門医機構調べ |

行政的視点を活かした支援

- ・臨床研修病院への広報
- ・市区町村との情報交換
- ・定期的なweb会議による課題抽出や情報共有 等

広島大学病院総合診療医センター

総合内科・総合診療科

イベントの企画や主催
県の支援により、
対象者の選定、告知募集等を
効率的に実施



広島大学医学部
地域医療システム学講座
(広島県による寄附講座)

地域枠学生・医師や
自治医大医師も関わり協力

大学医学部

県外医学部に進学した
学生に対する広報

総合診療関連学会への
参加費助成

現場見学会

臨床研修医を対象に、
総合診療の臨床現場
での実際を学ぶ現場
見学会を実施。



プロモーション
ビデオの制作

HP、YouTubeで公開し、総合医としての役割、広島県の魅力、総合診療医センターでのサポートについて紹介

リクルートイベントへの出展



県内8プログラム
合同説明会



県内8プログラム責任者会議
※広島県も参加

医学部卒前教育

講義や実習を通じて早期から
地域医療・総合診療への
理解を深め、将来のキャリア
形成を支援
※県から経費支援あり



広島大学病院総合診療医センターを拠点とし
圏内二次医療圏を基盤にした人材配置

各二次医療圏に、人員配置調整機能、教育機能を有する
二次基幹施設を設定し、広島大学総合診療医センターを
中心とした人材整備を行う



中長期的には、県内各二次医療圏に地域連携センター
を設置し、総合診療医センターと連携しつつ、地域の
実情に応じた医師配置・地域医療を目指している。

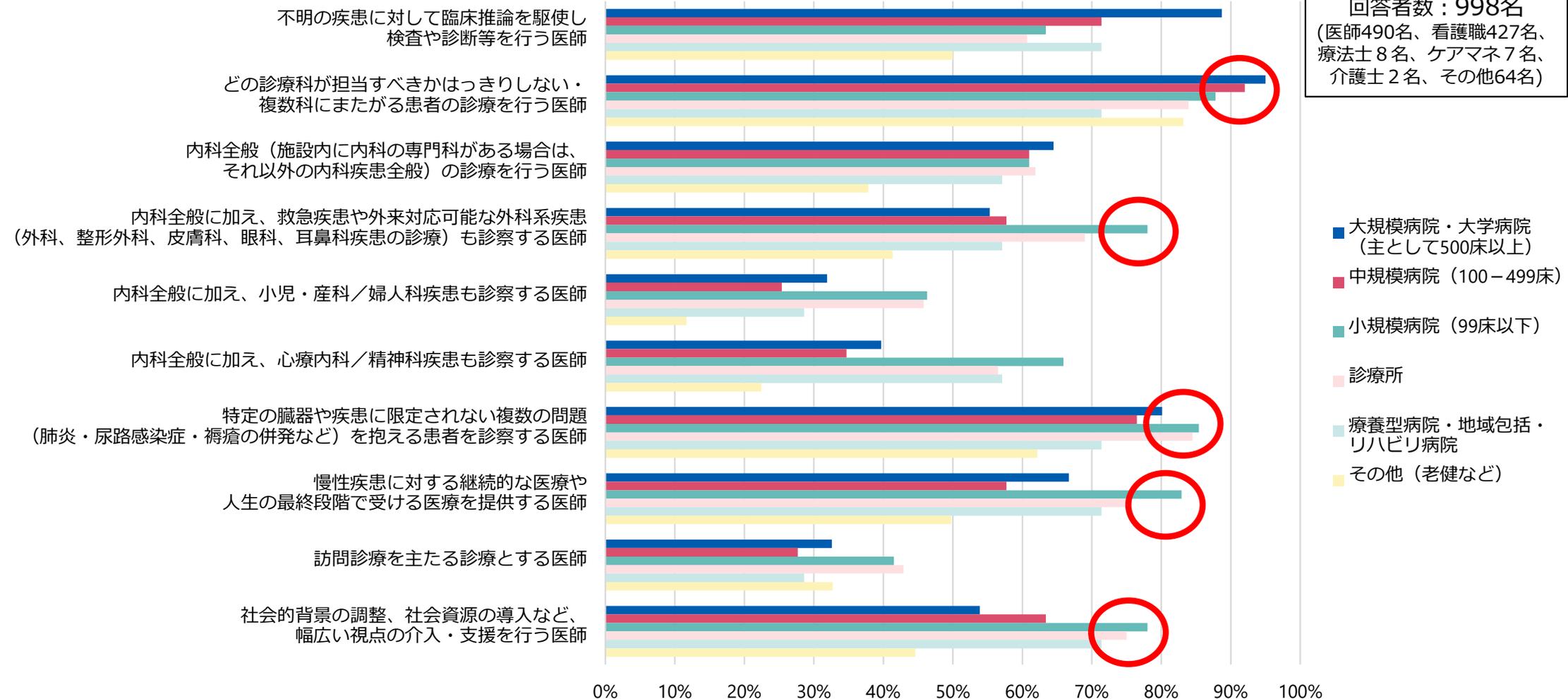
参考：総合的な診療能力を有する医師に関するアンケート調査結果 総合診療医が担うことを求められる役割

- 医療・介護従事者を対象に、総合診療医に求められる役割についてアンケート調査を行ったところ、中・小規模病院では、特定の診療科や臓器等に限定されない問題を抱える患者の診療を行うこと等への期待が示唆された。

調査結果

あなたが考える総合診療医の役割は、以下のうち、どれに当てはまりますか？（複数選択可）

回答者数：998名
(医師490名、看護職427名、療法士8名、ケアマネ7名、介護士2名、その他64名)



出典：令和6年度厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））

「総合的な診療能力を有する医師の活躍推進方策に関する調査研究」（研究代表者：小林大輝）のアンケート調査結果（速報）を基に医政局医事課にて作成 106

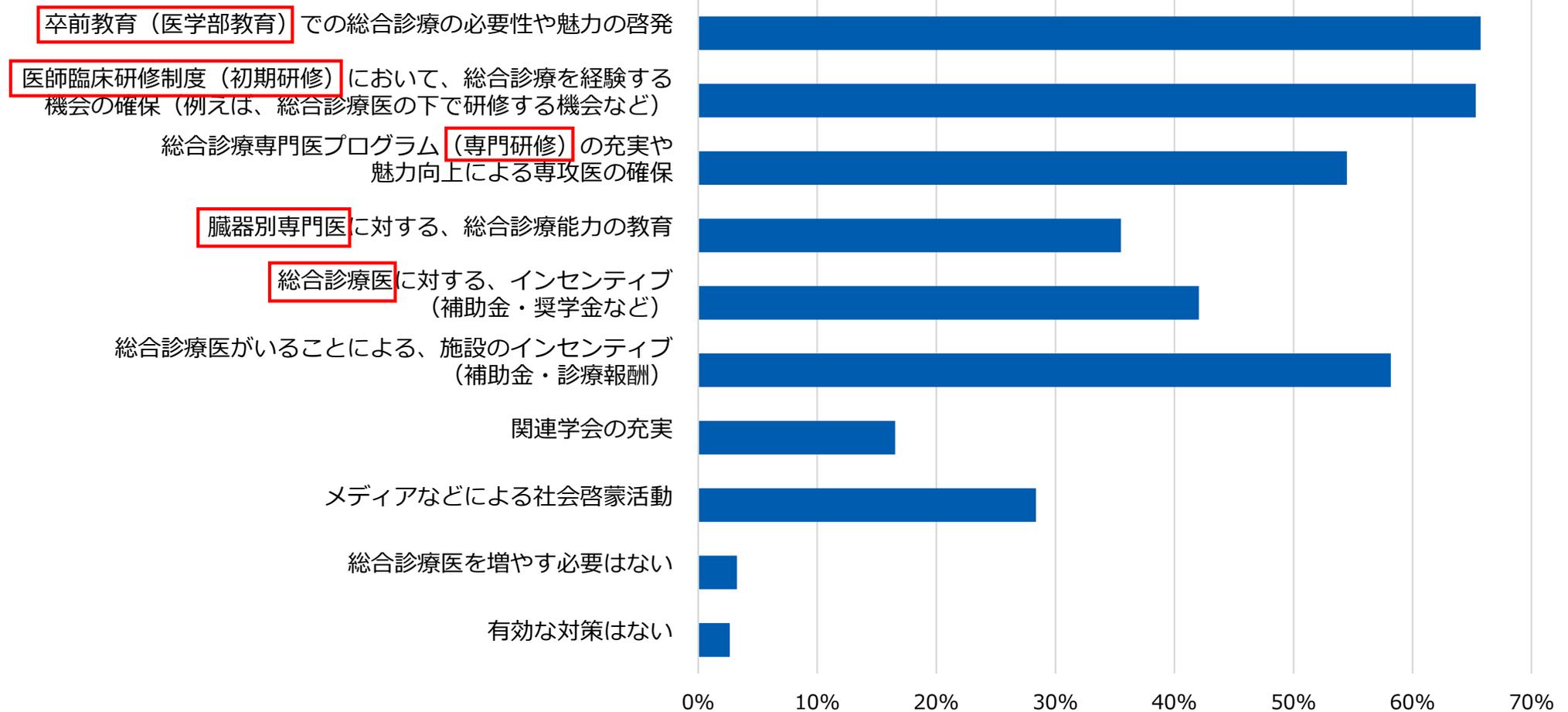
参考：総合的な診療能力を有する医師に関するアンケート調査結果 総合診療医を増やすための取組

- 医師を対象に総合診療医を増やすための取組に関してアンケート調査を行ったところ、幅広い世代や役割の医師に対する取組が有効であることが示唆された。

調査結果

総合診療医を増やすためには、どのような対策をすべきと考えますか。（複数選択可）

回答者数：490名(医師)



出典：令和6年度厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））

「総合的な診療能力を有する医師の活躍推進方策に関する調査研究」（研究代表者：小林大輝）のアンケート調査結果（速報）を基に医政局医事課にて作成 107

- 中堅・シニア世代以降の医師を主な対象とした、総合的な診療能力を有する医師養成を全国的に推進するリカレント教育事業について、採択団体を決定し、取組を進めている。

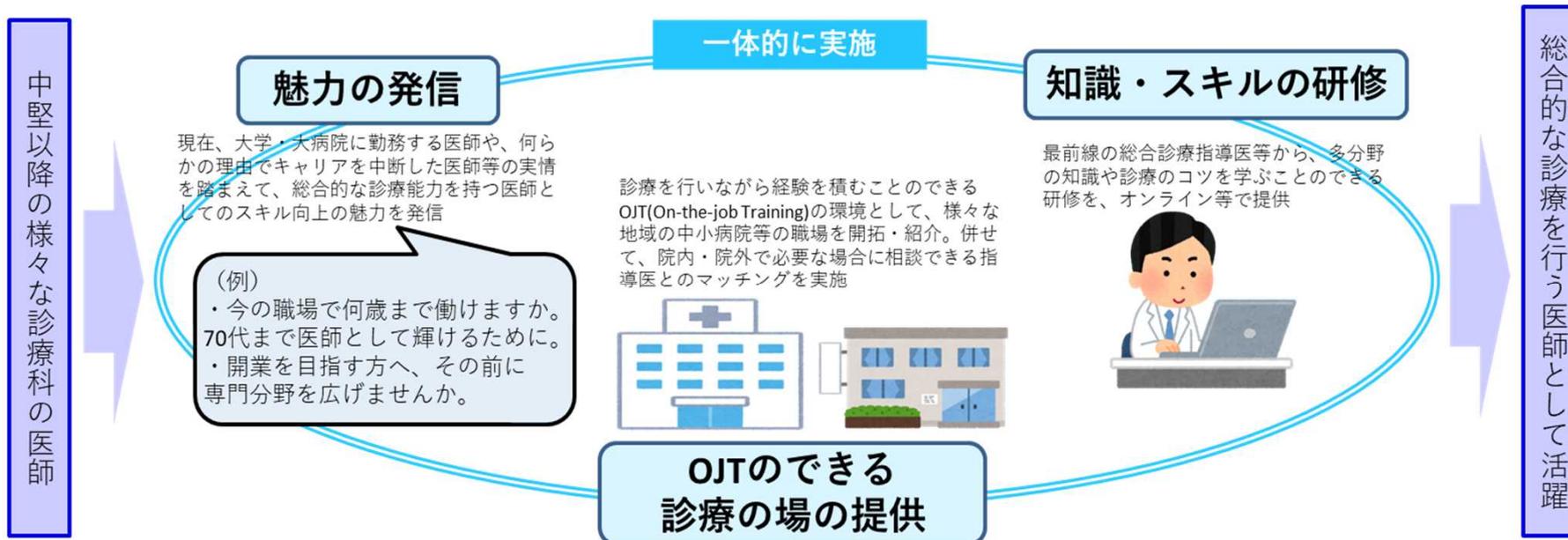
総合的な診療能力を持つ医師養成のためのリカレント教育推進事業

令和6年度補正予算額 1.1億円

1 事業の目的

- 経済財政運営と改革の基本方針2024において、総合的な診療能力を有する医師の育成や、リカレント教育の実施等の必要な人材を確保するための取組を実施することとされており、医師の地域偏在と診療科偏在の解消に向けた取組のひとつとして、幅広い領域の疾患等を総合的に診ることが出来る総合診療医の養成を推進することを目的としている。

2 事業の概要・スキーム



3 実施主体等

◆実施主体：関係学会等 ◆補助率：定額

◆事業実績：令和7年度採択団体→総合的な診療能力を持つ医師養成のためのリカレント教育事業 連絡協議会

(全日本病院協会、日本プライマリ・ケア連合学会/日本病院会、全国自治体病院協議会、全国国民健康保険診療施設協議会/全国老人保健施設協会、日本老年医学会による共同運営)

総合的な診療能力を持つ医師養成のためのリカレント教育事業 連絡協議会

- 総合的な診療能力を有する医師養成のためのリカレント教育の実施に向けて、受講を希望する医師がアクセスしやすいように、連絡協議会のホームページの作成が進められており、今後、医師のニーズに応じて、各リカレント教育の周知が図られる予定である。

セカンドキャリアとして

総合医を目指す方へ

▶事業の背景
 少子高齢化と人口減少が急激に進む中で、地域医療の第一線を担う**総合医の養成は、喫緊の課題**です。厚生労働省は2025年度より、医師偏在対策の一環として本事業「**総合的な診療能力を持つ医師養成のためのリカレント教育推進事業**」を実施することになりました。「総合医リカレント実践事業 ReGeneral」、「病院総合医3団体共同事業」、「老人保健施設管理医師総合診療研修会」の実施3主体による本連絡協議会が、この補助事業として採択されています。

総合的な診療能力を持つ医師養成のためのリカレント教育事業 連絡協議会とは

- ▶目的
- ▶概要

研修

- ▶総合医リカレント実践事業 ReGeneral
- ▶病院総合医 3団体共同事業
- ▶老人保健施設管理医師総合診療研修会

運営委員会・事務局

- ▶運営委員会
- ▶事務局

リンク

サイトマップ

お問合せ

▶事業の目的
 本事業では、総合的な診療地域で働くうえで必要な総合医として働く新たな

▶連絡協議会
 本事業は「総合医リカレント実践事業 ReGeneral」の実施3主体効果的に進めていくためご自身がこれから希望す
 ことができま

■Topics &
 2025年●月×日 総合的
 2026年●月△日 2026年

■研修

当協議会を構成する実施3主体では、研修事業を下記のように実施しています。詳細は各ホームページをご覧ください。

| 事業名 | 総合医リカレント実践事業 ReGeneral | 病院総合医3団体共同事業 | 老人保健施設管理医師総合診療研修会 |
|------|---------------------------------------|---|-----------------------|
| 研修名 | 総合医育成プログラム | 病院総合医育成事業 | 老人保健施設管理医師総合診療研修会 |
| 実施主体 | 全日本病院協会 日本プライマリ・ケア連合学会 筑波大学 | 日本病院会 全国国民健康保険診療施設協議会 全国自治体病院協議会 | 全国老人保健施設協会 日本老年医学会 |
| 受講対象 | おおむね医師経験6年以上で研修受講を希望する全ての診療科の医師 | 卒後6年目以降の医師 ※日本病院会、全国自治体病院協議会、または全国国民健康保険診療施設協議会の会員病院・施設。会員施設に勤務予定の医師も対象。 | 老健施設等に勤務する医師 |
| | ▶全34単位（診療実践23単位、ノンテクニカルスキル11単位）のカリキュラ | | |

出典：総合的な診療能力を持つ医師養成のためのリカレント教育事業 連絡協議会ホームページ（案）
 （令和7年12月頃公開予定）

リカレント教育事業における各主体実施事業の取組

■全日本病院協会、日本プライマリ・ケア連合学会

- 2018年から実施してきた「総合医育成事業」を基盤として、内容の充実を図りながら、全体の事業名称を「総合医リカレント実践事業 ReGeneral」とし、取組を進めている。
- 研修の受講を希望する医師は増加傾向にあり、今後「診療の場の提供」として、研修する医師を支援する病院の公募を開始する予定。



全日本病院協会、日本プライマリ・ケア連合学会におけるHP ▲ [\(https://sougouji.jp/\)](https://sougouji.jp/)

■日本病院会、全国自治体病院協議会、全国国民健康保険診療施設協議会

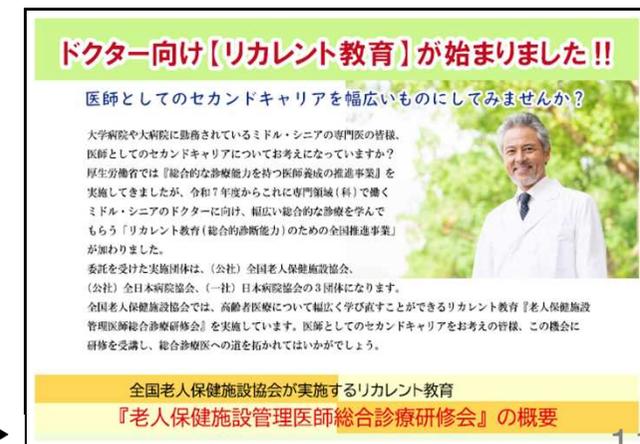
- 病院において総合的な医療を展開する医師を育成するため、これまでの知識と経験に基づいた医師個別の目標設定を行い、「病院総合医養成事業」として、臨床を重視した研修を実施している。
- 8月以降研修施設の募集を進めつつ、11月からは研修者の募集も開始しており、来年当初の研修開始に向けて、ホームページや受講者管理のためのシステム構築を進めている。



日本病院会、全国自治体病院協議会、全国国民健康保険診療施設協議会におけるHP ▲ [\(https://sites.google.com/jha-analysis.jp/3sogoi/\)](https://sites.google.com/jha-analysis.jp/3sogoi/)

■全国老人保健施設協会／日本老年医学会

- 従来から実施している「老人保健施設管理医師総合診療研修会」を組み込み、高齢者医療に関する知識習得を重視した研修を実施している。
- 「魅力の発信」として、動画配信による情報発信のほか、全国の医療機関へのパンフレット配布による周知を進めている。



全国老人保健施設協会におけるパンフレットによる周知 ▶

リカレント教育における取組の一例

○ リカレント教育の研修プログラムでは、内科・外科領域に限らず、皮膚科や眼科等を含む様々な領域の日常的に高頻度で遭遇する疾患について、適切な初期対応とマネジメントを行うために必要な知識・技術を修得できる学習を提供している。

＜「総合医育成プログラム（運営：日本プライマリ・ケア連合学会、全日本病院協会）」の研修プログラム、教材＞
 （「皮膚科」教材より抜粋）

| | | |
|-------------------------|-----------|---------------------------------|
| ノンテクニカルスキルコース（全11単位） | | |
| 診療実践コース（全23単位） | | |
| 小児科 | EBM | 認知症 |
| 呼吸器 | 皮膚科 | 精神科 |
| 臨床推論 | 循環器 | 消化器 |
| 耳鼻科 | 産婦人科 | 感染症 |
| 整形外科 | 血液・膠原病 | 神経 |
| 腎・泌尿器 | リハビリテーション | 行動変容 |
| 糖尿病 | 地域包括ケア実践 | T&A (triage&action)マイナーエマージェンシー |
| T&A (triage&action)救急初療 | 医療運営 | |

※ 研修プログラムや教材の内容はニーズに合わせてアップデートしている。

ステロイド外用薬の使い方

□ 部位

- a. 顔・首・陰部 ← **Mediumクラス**
ex)アルメタ、ロコイド、キンダベート
- b. その他 ← **Strong以上 OK**
ex)ネリゾナ、メサデルム、リンデロンVG
- c. 手掌・足底 ← **Strongest クラス**
ex)デルモベート

正しい塗布方法

■ 外用薬の経皮吸収率は部位・皮膚の状態・患者の年齢などによって異なります。

部位別の吸収率 年齢(年齢)を1とした時の比率

| | | |
|------------|------------|---|
| 前額部 6.0 | 頭皮 3.5 | ● 角層の薄い部位(顔面、首など)では吸収率が高くなります。 |
| 下顎 13.0 | 背中 1.7 | ● 乳幼児や高齢者は角層が薄いため吸収率が高くなります。 |
| 脇窩 3.6 | 前腕(伸側) 1.1 | ● 乾燥した皮膚、炎症部位、びらん面などではバリア機能が低下しているため吸収率が高くなります。 |
| 前腕(屈側) 1.0 | | |
| 手掌 0.83 | | |
| 陰嚢 42.0 | | |
| 足関節部 0.42 | 足底 0.14 | |

(Feldman et al.) Invest Derm 48(2):181-183, 1967より引用改変)

（「T&A (triage&action)マイナーエマージェンシー」教材より抜粋）

眼表面異物(特にアルカリ眼症)

◇ 診療アルゴリズム

```

    graph TD
        A[ABC + バイタルサイン] -- 異常あり --> B[OMIしてバイタルサインの安定化]
        A -- 異常なし --> C[5W1H+LAMP]
        B --> D[5W1H+LAMPして転院]
        C --> E[眼表面のpHチェック]
        E -- pH異常あり --> F[眼科に相談]
        E -- pH異常なし --> G[眼洗浄]
        F --> H[異物の残存確認]
        H -- あり --> I[結膜：自分で除去  
角膜：眼科に紹介]
        H -- なし --> J[眼教育・点眼抗感染薬・内服鎮痛薬を処方し  
痛ま可(翌日眼科へ)]
    
```

1 ペンキール®で表面を洗浄し、結膜で異物をしっかり取り除く

2 片眼につき、清潔300mlの生理食塩水で洗浄

3 1セット洗浄が終わったところで、結膜縁で眼薬のpHチェックが実施されている。さらに片眼を洗浄

◇ 鼻腔内異物の好発部位

◇ 鼻腔内異物の除去法

◇ 耳鏡の使い方

◇ 外耳道内異物の除去法

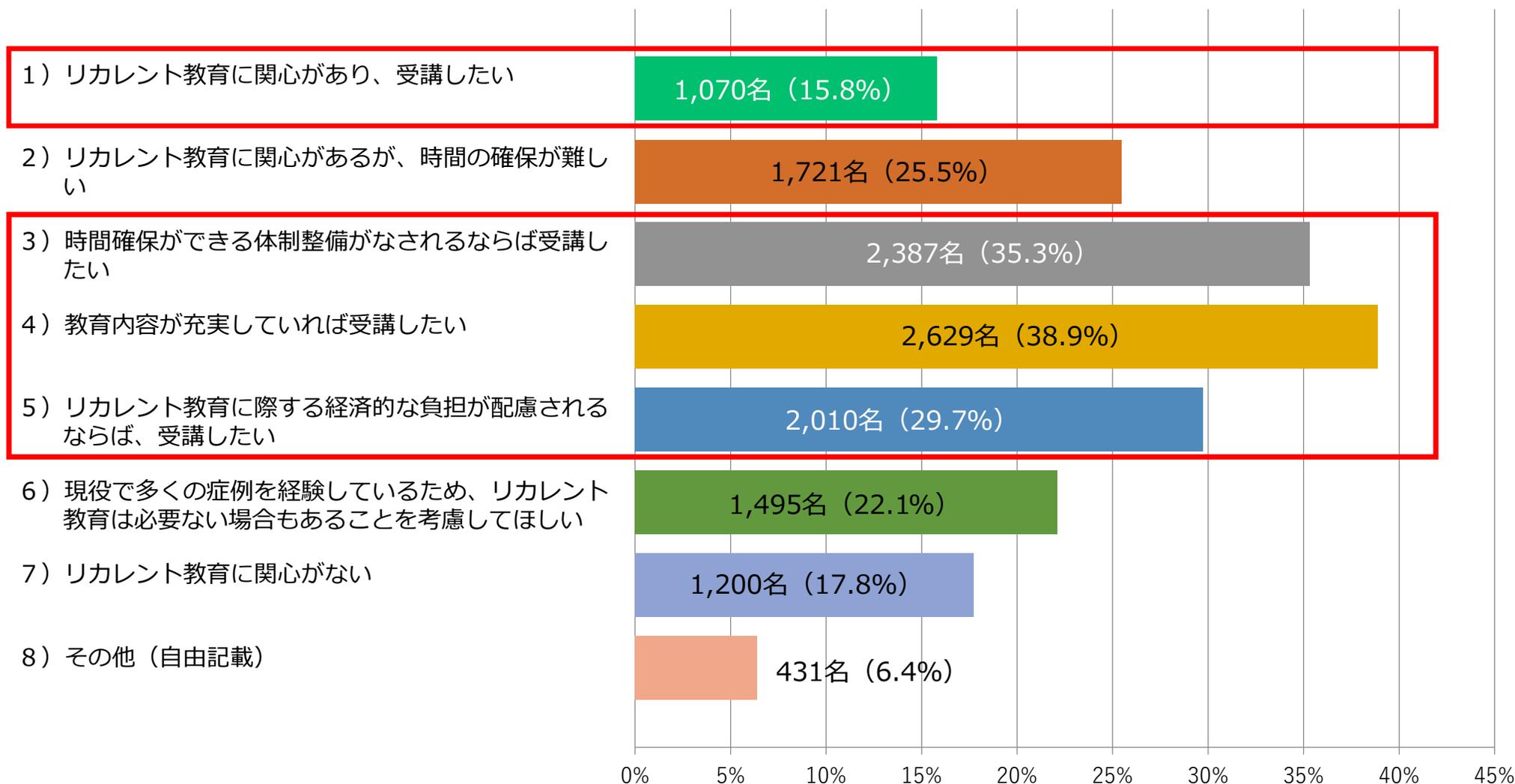
参考：（一社）日本医学会連合 アンケート調査結果

調査結果①

リカレント教育について、あなたはどのように思いますか。（複数選択可）



回答者数：6,760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））

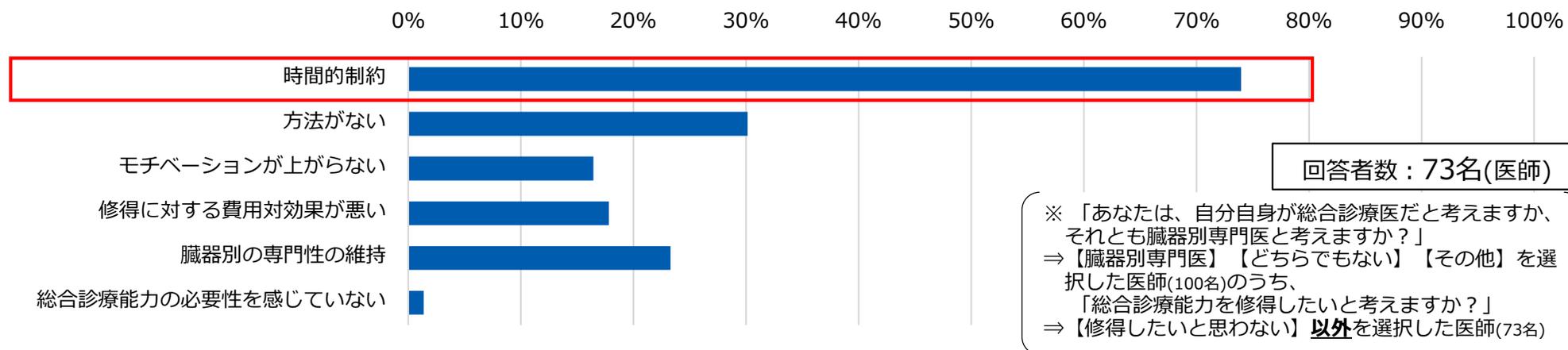
参考：総合的な診療能力を有する医師に関するアンケート調査結果

総合的な診療能力を修得するために必要な支援

- 臓器別専門医のうち、総合的な診療能力の修得に前向きな医師を対象にアンケート調査を行ったところ、
 - ・総合的な診療能力を修得するにあたっての障壁として最も多く挙げられたのは、「時間的制約」であった。
 - ・修得に必要な支援としては、現在の業務上の配慮、研修プログラムの紹介等を求める声が多かった。

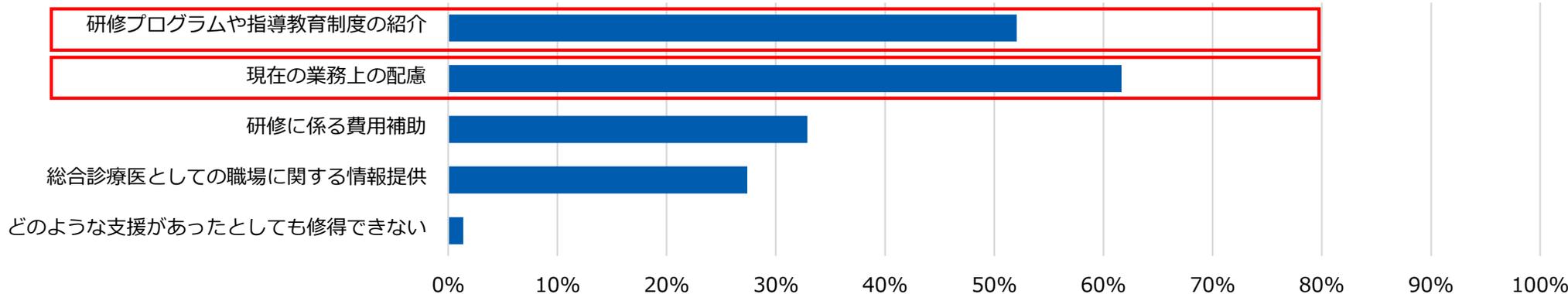
調査結果①

総合診療能力を修得する障害はなんですか？（複数回答可）



調査結果②

総合診療能力を修得する上で必要な支援はなんですか？（複数回答可）



出典：令和6年度厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））

「総合的な診療能力を有する医師の活躍推進方策に関する調査研究」（研究代表者：小林大輝）のアンケート調査結果（速報）を基に医政局医事課にて作成 113

医師養成過程を通じた取組、診療科偏在の是正に向けた取組

<医師養成過程を通じた取組>

① 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、個々の地域の実情や都道府県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、地域枠学生を受入れ育成する大学が恒久定員内への地域枠の設置等を含む地域への定着の取組を促進するための支援を行う。
- 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。

② 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を進めていく。
※ 医師少数県等で24週以上の研修を実施

<診療科偏在の是正に向けた取組>

- 診療科偏在は、地域ごとの取組のみでは十分でなく、国全体として取り組むべき課題である。労働環境の改善や今後の医療需要の見込み等を踏まえ、新たな地域医療構想等を通じた一定の医療の集約化を図りつつ、女性医師・男性医師を問わず、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する。
- 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検討を行う。

経済財政運営と改革の基本方針2025（令和7年6月13日閣議決定）

第3章中長期的に持続可能な経済社会の実現

2. 主要分野ごとの重要課題と取組方針

(1) 全世代型社会保障の構築

（中長期的な医療提供体制の確保等）

2040年頃を見据え、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大や現役世代の減少に対応できるよう、コロナ後の受診行動の変化も踏まえ、質が高く効率的な医療提供体制を全国で確保する。このため、医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進めつつ、かかりつけ医機能の発揮される制度整備、医療の機能分化・連携や医療・介護連携、救急医療体制の確保、ドクターヘリの安全かつ持続可能な運航、大学病院・中核病院からの医師派遣の充実、適切なオンライン診療の推進、**減少傾向にある外科医師の支援**、都道府県のガバナンス強化等を進める。

地域医療構想については、地域での協議を円滑に進めるため、医療機関機能・病床機能の明確化、国・都道府県・市町村の役割分担など、2025年度中に国がガイドラインを策定し、各都道府県での2026年度以降の新たな地域医療構想の策定を支援する。

医師の地域間・診療科間の偏在への対応については、経済的インセンティブや規制的な手法といった地域の医療機関の支え合いの仕組みを含めた総合的な対策のパッケージを順次実施し、その効果を検証する。

こうした医師の適正配置のための支援の在り方について、全国的なマッチング機能やリカレント教育、医学教育を含めた総合的な診療能力を有する医師の育成、医師養成過程の取組と併せて、2025年末までに検討を行う。地域の医師確保への影響にも配慮し、医師偏在是正の取組を進め、医師需給や人口減少等の中長期的な視点に立ち、2027年度以降の医学部定員の適正化を進める。また、偏在対策を含む看護職員の確保・養成や訪問看護におけるICT活用を含む看護現場におけるDXの推進、在宅サービスの多機能化といった在宅医療介護の推進に取り組む。

医療勤務環境改善支援センターの概要

概要

- ◇ 医療勤務環境改善支援センター（勤改センター）は、**医療従事者の勤務環境改善を促進するための拠点**として、**各都道府県が設置**。
※ 改正医療法（平成26年10月施行）に基づき、平成29年3月までに全都道府県に設置。都道府県の直接運営や県医師会や病院協会等の団体への委託により運営。
- ◇ 勤改センターには、医療労務管理アドバイザー（社会保険労務士等）や、医業経営アドバイザー（医業経営コンサルタント等）が配置され、医療機関からの相談に応じて、**医療機関の勤務環境改善**や**医師の働き方改革の取組**を支援。

医療機関

勤務環境改善に取り組む医療機関



医療従事者の勤務環境改善や
医師の働き方改革の取組等に関する相談



相談に基づく助言/支援（電話相談、訪問支援）
医療機関の状況に応じたプッシュ型の助言/支援

※ 地域の関係者や、医療労務管理AD・医業経営ADによる一体的な支援を実施。



都道府県 医療勤務環境改善支援センター

勤改センター運営協議会

都道府県が主催。地域の行政機関や関係機関（※）が参画し、医療従事者の勤務環境改善促進の地域の拠点として、連携して医療機関の支援方針を決定。

※ 都道府県労働局、大学病院、都道府県医師会、看護協会、病院団体、社会保険労務士会、医業経営コンサルタント協会 等



- ・医療労務管理アドバイザー（都道府県労働局の委託事業：労務管理面の助言/支援）
- ・医業経営アドバイザー（都道府県の基金事業：診療報酬、関連補助制度の活用、組織マネジメント・経営管理面の助言/支援）

医療従事者の勤務環境改善に関する助言・支援（例）

- 基本的な労務管理（労働時間管理、36協定等）に関する助言
- 勤務環境の改善に向けた取組方法やプロセス（勤務環境改善マネジメントシステム）に関する助言・支援
 - ・医療従事者に対するアンケート調査（満足度調査等）の実施
 - ・多職種による意見交換会の実施、取組に関する計画作成支援 等
- 具体的な取組への助言・支援（関係機関との連携）
 - ・ハラスメント対策、育児や介護との両立支援対策、メンタルヘルス対策、医療従事者のキャリア形成等に関する助言、研修、好事例紹介等

医師の働き方改革に関する助言・支援（例）

- 医師に関する適切な労務管理に関する助言
 - ・副業・兼業、研鑽、宿日直許可取得後の適切な労務管理等
- 時間外・休日労働時間の特例を受ける医療機関の指定申請に向けた取組支援
 - ・労働時間短縮計画の作成支援、医療機関勤務環境評価センターの評価受審支援等
- 医師の労働時間短縮に向けた具体的な取組への助言・支援
 - ・労働時間短縮計画を実行していくためのPDCAサイクル実施のための助言
 - ・タスク・シフト/シェア、ICTの導入等に関する助言、研修、好事例紹介等
- 長時間労働医師に対する面接指導、勤務間インターバルの実施に関する取組支援

医療勤務環境改善支援センター（勤改センター）の法的位置付け

○医療法（昭和23年法律第205号）

第三十条の十九 **病院又は診療所の管理者は、当該病院又は診療所に勤務する医療従事者の勤務環境の改善その他の医療従事者の確保に資する措置を講ずるよう努めなければならない。**

第三十条の二十 厚生労働大臣は、前条の規定に基づき病院又は診療所の管理者が講ずべき措置に関して、その適切かつ有効な実施を図るための指針となるべき事項を定め、これを公表するものとする。（→医療勤務環境改善マネジメントシステムに関する指針）

第三十条の二十一 **都道府県は、医療従事者の勤務環境の改善を促進するため、次に掲げる事務を実施するよう努めるものとする。**

- 一 病院又は診療所に勤務する医療従事者の勤務環境の改善に関する**相談に応じ、必要な情報の提供、助言その他の援助を行うこと。**
- 二 病院又は診療所に勤務する医療従事者の勤務環境の改善に関する**調査及び啓発活動**を行うこと。
- 三 前二号に掲げるもののほか、医療従事者の勤務環境の改善のために**必要な支援**を行うこと。

2 都道府県は、前項各号に掲げる事務の全部又は一部を厚生労働省令で定める者に委託することができる。

3 都道府県又は前項の規定による委託を受けた者は、第一項各号に掲げる事務又は当該委託に係る事務を実施するに当たり、次に掲げる事項について特に留意するものとする。

- 一 医師の確保を特に図るべき区域に**派遣される医師が勤務することとなる病院又は診療所における勤務環境の改善**の重要性
- 二 医療従事者の勤務環境の改善を促進するための**拠点としての機能の確保**の重要性

4 都道府県又は第二項の規定による委託を受けた者は、第一項各号に掲げる事務又は当該委託に係る事務を実施するに当たっては、第三十条の二十五第三項に規定する地域医療支援事務又は同項の規定による委託に係る事務を実施する者（→地域医療支援センター）と相互に連携を図らなければならない。

5 第二項の規定による委託を受けた者若しくはその役員若しくは職員又はこれらの者であつた者は、正当な理由がなく、当該委託に係る事務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

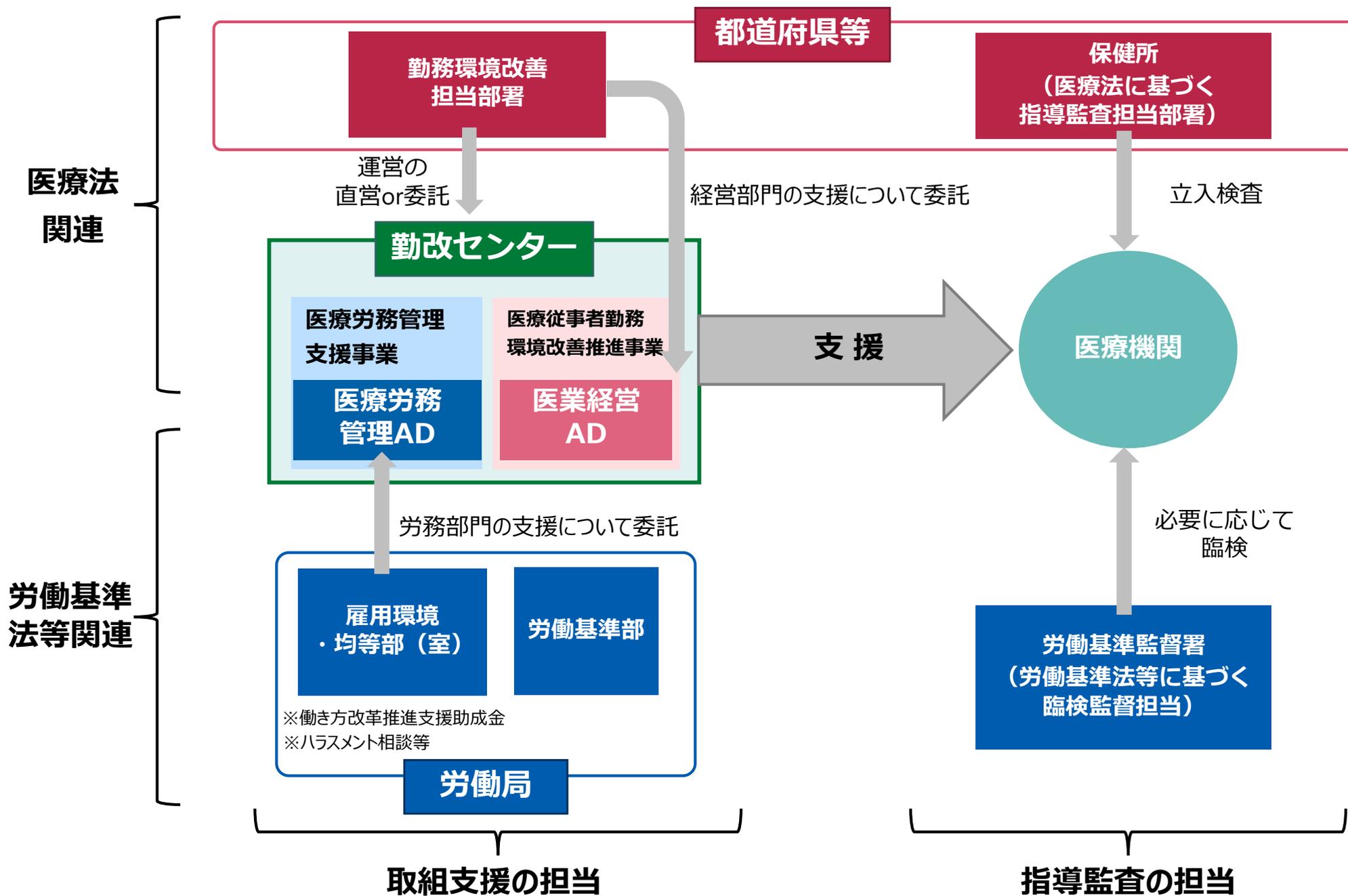
第三十条の二十二 国は、前条第一項各号に掲げる事務の適切な実施に資するため、都道府県に対し、必要な情報の提供その他の協力を行うものとする。

○医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）

第三十条の三十三の十一 法第三十条の二十一第二項の厚生労働省令で定める者は、同条第一項各号に掲げる事務を適切、公正かつ中立に実施できる者として都道府県知事が認めた者とする。

医療勤務環境改善の都道府県内各行政機関の関係と役割（概略図）

○ 勤改センターは、医療機関の勤務環境改善に向けた伴走的なワンストップ支援を行う立場であることに留意



必要な診療科の医師の育成・確保に関する取組①

現状や課題

【地域において必要な診療を担う医師の育成・確保】

- 我が国においては、医療の専門分化・高度化が進む中、臓器別・疾患別専門医の育成が進む一方で、急速な高齢化が同時に進行しており、患者個人の複数疾患や生活上の課題を総合的に診ることができ、地域包括ケアにおいても中心的な役割を担える、総合的な診療能力を有する医師の確保が求められている。
- 若手医師までを中心とした取組
 - 厚生労働省においては、大学医学部における総合診療医の養成・確保のための拠点の整備に対する支援、日本専門医機構による総合診療専門医の養成を進めるための経費の補助を行っており、各養成過程において取組が行われている。
 - アンケート調査によると、総合的な診療能力を有する医師が求められ活躍する状況は、地域、施設によって異なることや、こうした医師を増やすための取組として、卒前教育（医学部教育）における総合診療の必要性及び魅力の啓発や、臨床研修における総合診療を経験する機会の確保等が有用であることが示唆されている。
 - 大学の総合診療医センターにおける医師養成過程それぞれのキャリアステージの医師を対象とした総合診療医養成の取組に対して、都道府県が支援や連携を行っている事例が存在する。
- 中堅・シニア世代を中心とした取組
 - 中堅・シニア世代の、臓器別の専門的な診療に従事してきた医師を主な対象に、その後のキャリアにおいて総合的な診療能力を持つ医師として活躍するために必要な研修等を提供する取組として、令和7年度より補助事業を開始した。

【必要な診療科の医師の確保に資する医師の働き方改革の推進】

- 専攻医に対するアンケート調査によると、ワークライフバランスの確保が研修に当たって重要な要素であると多くが回答するなど、医師自身も働き方を意識した職場選択を行うようになっている。
- さらに近年、外科を選択する医師の増加が他の基本領域を選択する医師と比較して最も小さく、長時間労働の傾向もある状況下において、過酷な労働環境の改善や適切な処遇の確保が必要である。

必要な診療科の医師の育成・確保に関する取組②

論点

【地域において必要な診療を担う医師の育成・確保】

- 地域の人口構造の変化や高齢者救急の需要の増加への対応等、地域のニーズに適切に対応する観点で、総合的な診療能力を有する医師など、地域において必要な診療を担う医師の育成や確保において、都道府県が関与することが重要ではないか。
- 若手医師までを中心とした取組や、中堅・シニア世代を中心とした取組について、国や関係者による既存の取組の他、都道府県が担うことができる役割を整理し、医師確保の取組につなげることが重要ではないか。

| | 国、大学、日本専門医機構等の役割の例 | 都道府県の役割の例 |
|------------------|--|---|
| 若手医師までを中心とした取組 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 大学における地域医療や総合診療に係る講座の開設・地域医療実習の充実等による養成 ・ 臨床研修において地域医療を経験する機会の確保 ・ 総合診療専門研修の仕組みの整備 ・ 総合診療領域における専門研修基幹施設の整備・運営 等 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域枠を含めた医学生への情報提供 ・ 臨床研修・専門研修のプログラムの充実に向けた支援 ・ 管内の専門研修プログラムや基幹施設（大学、医療機関）の把握 ・ 専門医以降のキャリア形成支援 等 |
| 中堅・シニア世代を中心とした取組 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 関連学会や団体等による取組について、国においても予算事業で支援を開始 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 管内の医療機関における取組状況の把握 ・ 管内の医療機関に対するリカレント教育の周知 等 |

- また、都道府県のこうした取組にあたっては、女性医師の増加や育児・介護等と仕事の両立に係るニーズ等を踏まえ、地域医療を支える意欲のある医師が、多様なライフプランやキャリアステージに応じて、常勤・非常勤といった勤務形態を問わず、また、地域間の人的な交流なども活用しながら、柔軟かつ持続可能な形で診療に参加できる体制や運用を念頭に検討していくことがより一層重要となるのではないか。

【必要な診療科の医師の確保に資する医師の働き方改革の推進】

- 地域で必要な診療科、例えば、労働時間が長い傾向にある外科や、周産期に関わる診療科、麻酔科などについては、都道府県の医師確保に関わる部局と勤務環境改善に関わる部局が連携を図りつつ、現場の状況を把握し、必要な支援を検討することが考えられるのではないか。

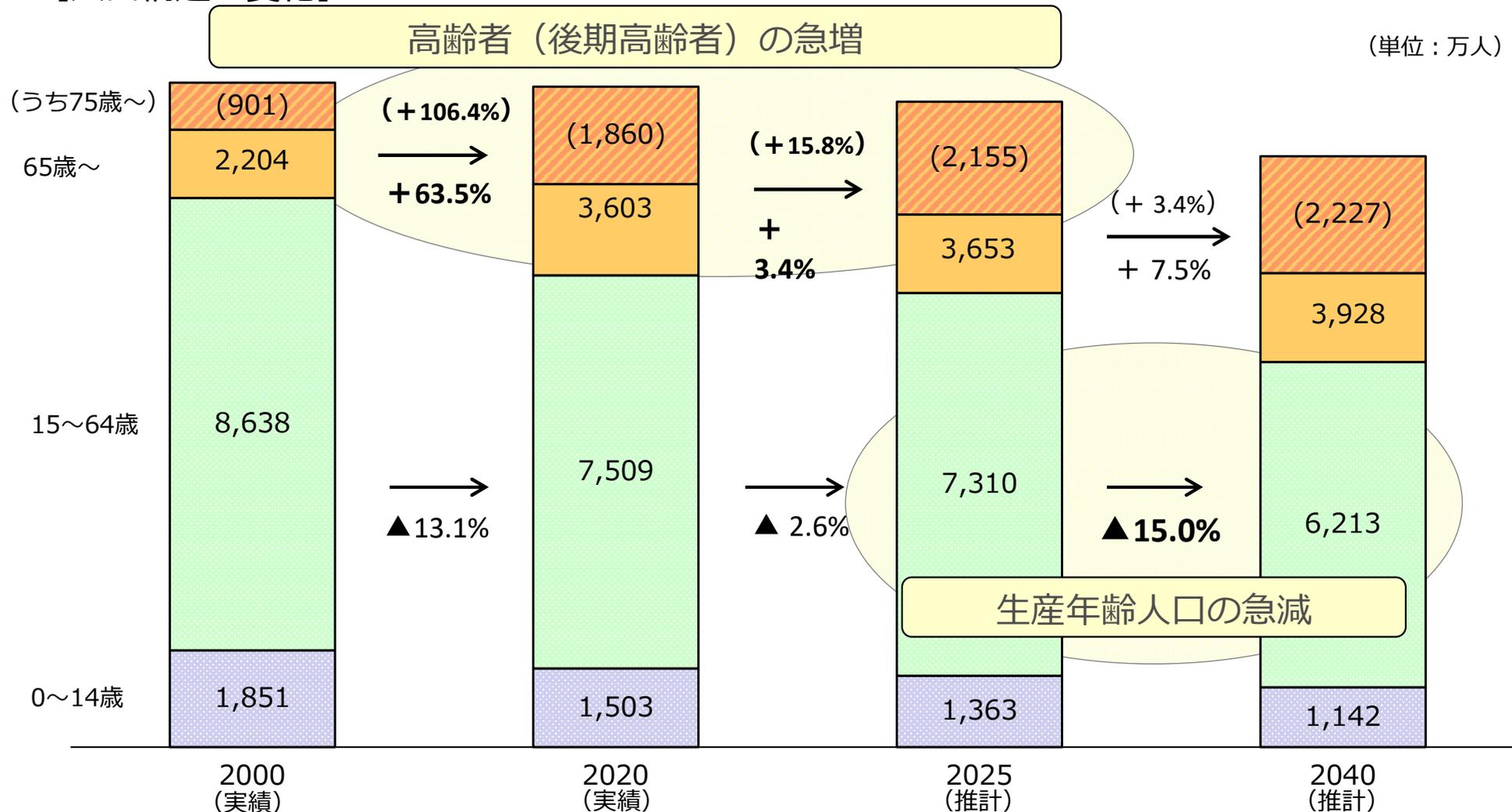
3. 参考資料

人口動態 2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化する

令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1 (一部改)

- 2025年に向けて、高齢者、特に後期高齢者の人口が急速に増加した後、その増加は緩やかになる一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速する。

【人口構造の変化】



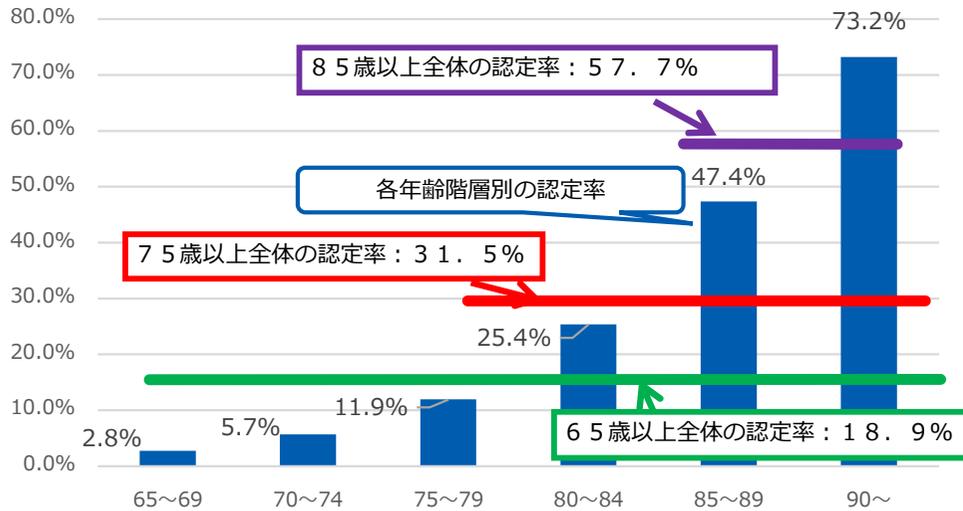
(出典)総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 令和5年推計」

2040年頃に向けた医療の課題①

I. 将来の人口構造の変化と求められる医療需要①

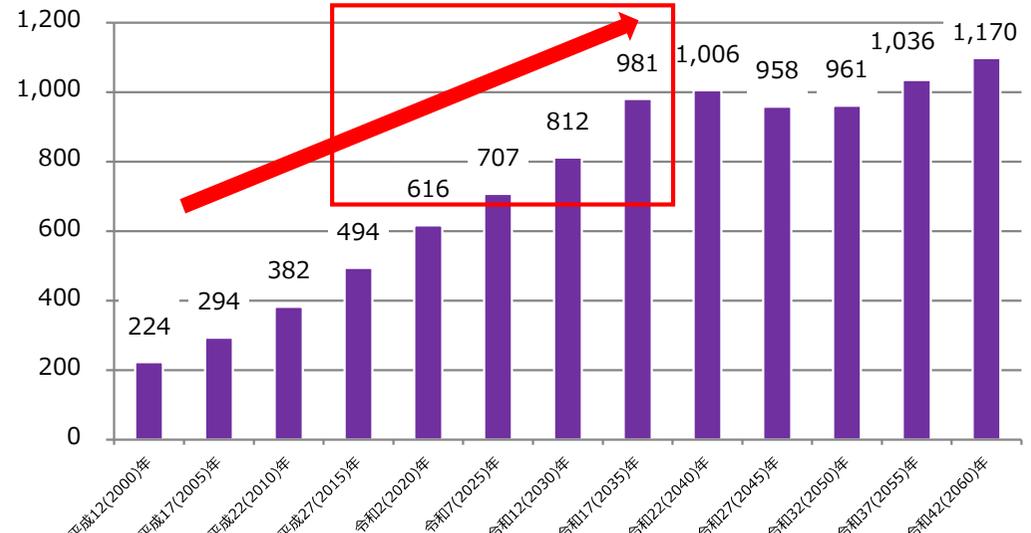
- 人口は、85歳以上を中心に高齢者数は2040年頃のピークまで増加見込み。
- 医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者の増加に伴い、85歳以上を中心に高齢者の救急搬送は増加、在宅医療の需要も増加。

《年齢階級別の要介護認定率》



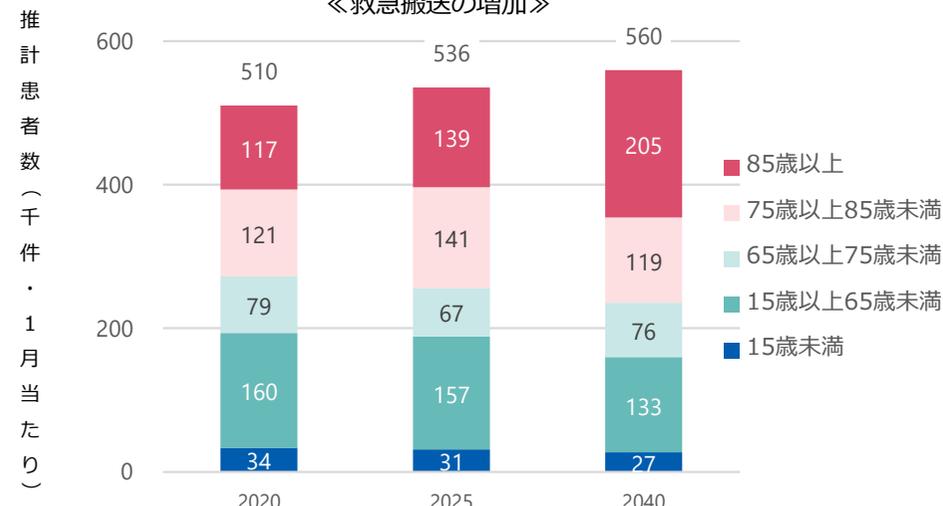
出典：2022年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2022年10月1日人口から作成

《85歳以上の人口の推移》



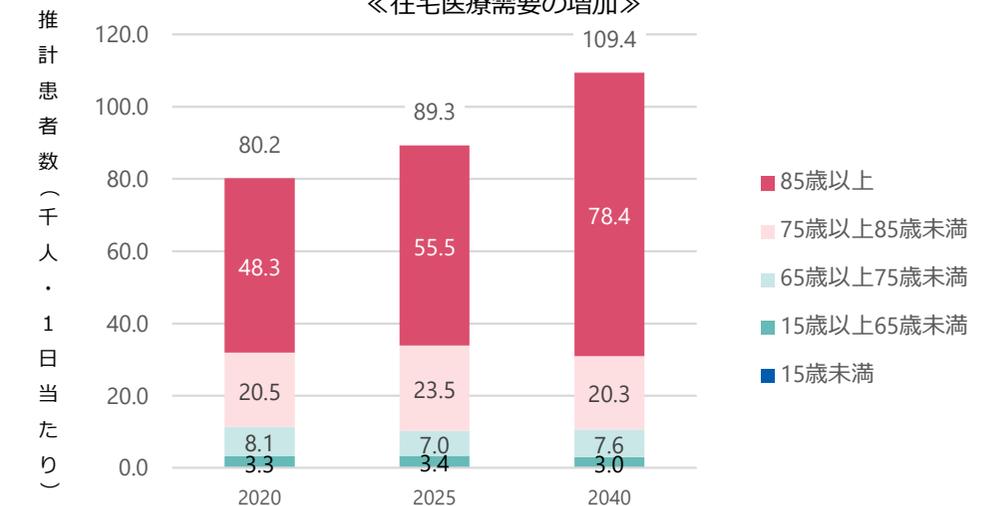
(資料) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(令和5年4月推計) 出生中位(死亡中位)推計 2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」

《救急搬送の増加》



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

《在宅医療需要の増加》



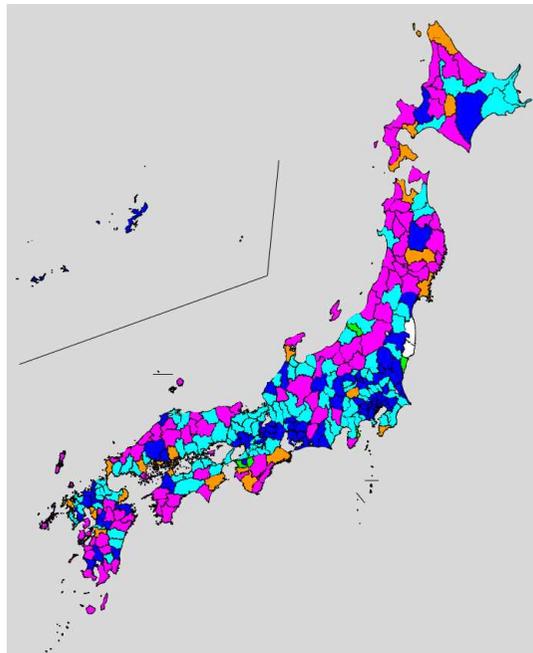
出典：厚生労働省「患者調査」(2017年) 総務省「人口推計」(2017年) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(2023年推計)」を基に推計

2040年頃に向けた医療の課題②

I. 将来の人口構造の変化と求められる医療需要②

- 地域ごとにみると、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。
- こうした地域差の拡大に伴い、地域ごとの課題や地域に求められる医療提供体制のあり方はそれぞれ異なったものとなる。

◀入院患者数が最大となる年（二次医療圏別）▶



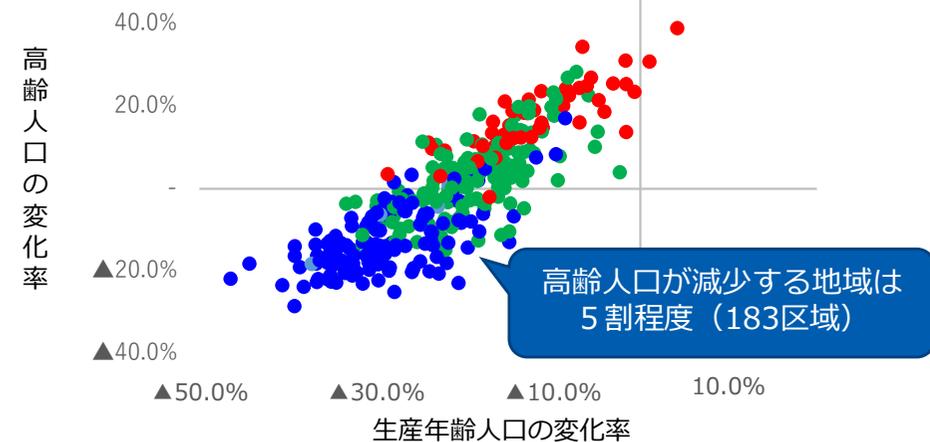
- : 2020年以前に最大
- : 2025年に最大
- : 2030年に最大
- : 2035年に最大
- : 2040年以降に最大

出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

◀2025年→2040年の年齢区分別人口の変化の状況（構想区域（337区域）別）▶

| | 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



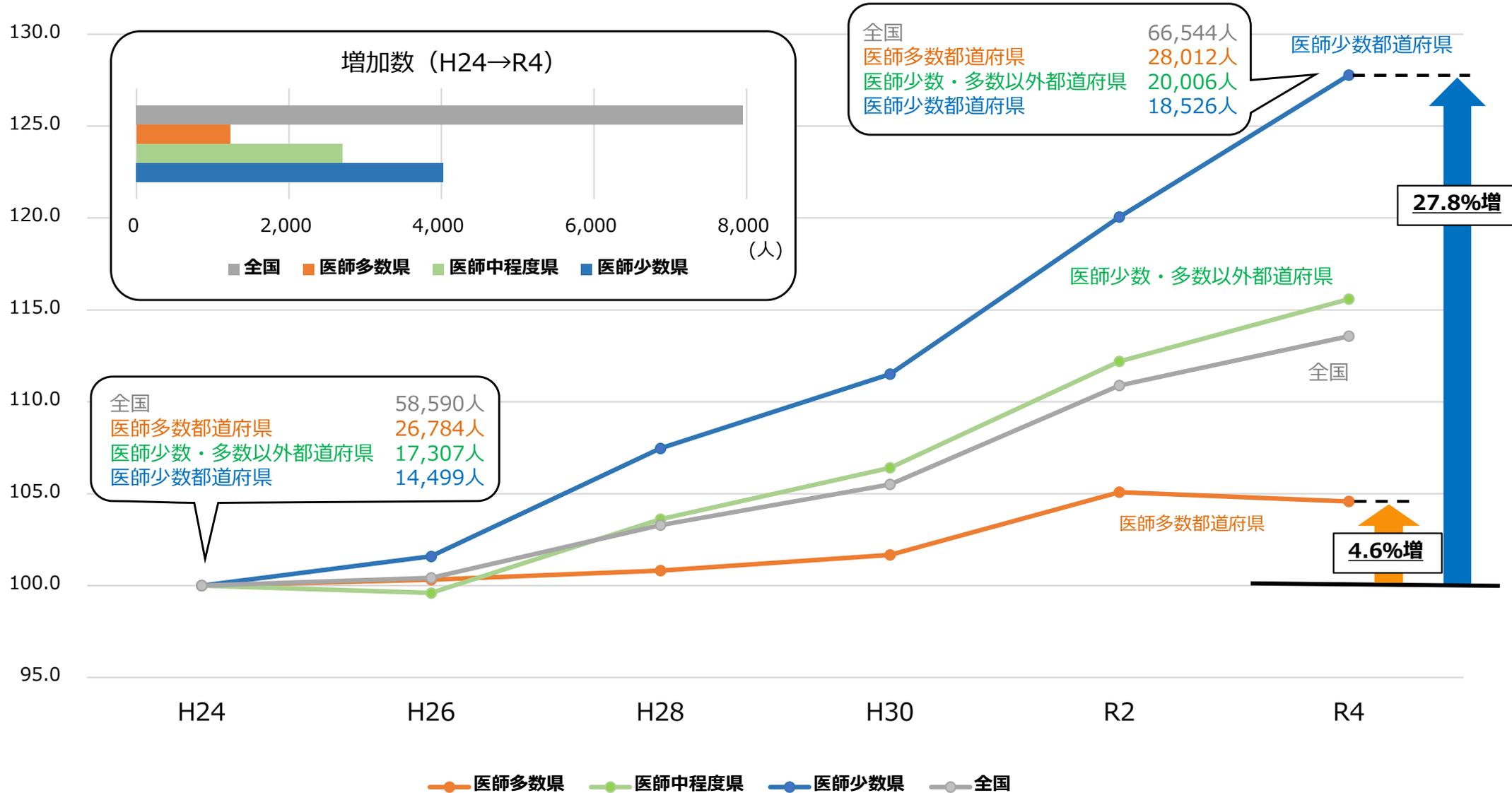
II. 生産年齢人口の減少に伴う、医療従事者の確保の課題

- 生産年齢人口の減少に伴い、医療従事者の確保が更に困難となる中、働き方改革等とあわせて、医療DX等を着実に推進していくことが重要。
- 医師については、人口が減少する中での医師養成のあり方や医師偏在が課題となっているほか、特に診療所の医師は高齢化しており、診療所数は人口が少ない二次医療圏では減少傾向、人口の多い二次医療圏では増加傾向にある。
- 歯科医師、看護師等の医療従事者についても、将来にわたって医療提供体制を確保するため、その養成のあり方や偏在等の課題、専門性を発揮した効果的な活用の重要性が指摘されている。
- これらの課題に対応し、85歳以上の高齢者の増加や人口減少がさらに進む2040年以降においても、全ての地域・全ての世代の患者が、適切な医療・介護を受け、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することを目指す。

2040年に向けて、総合的な改革によって、より質の高い医療やケアを効率的に提供する体制を構築

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。

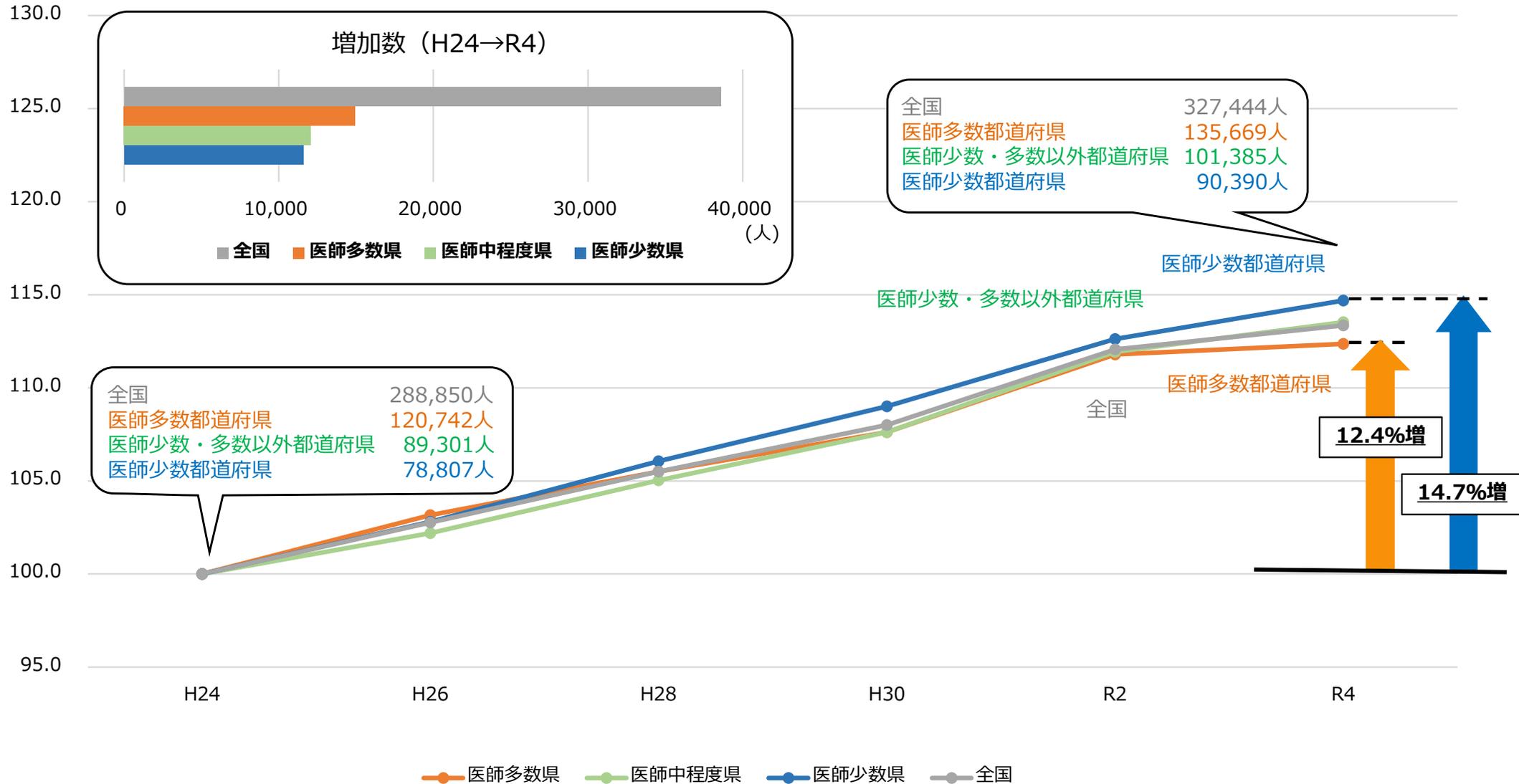


※ **医師多数都道府県**：医師偏在指標の上位33.3%の都道府県
医師少数都道府県：医師偏在指標の下位33.3%の都道府県
医師少数・多数以外都道府県：医師偏在指標の上位・下位33.3%以外の都道府県

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

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医師数の伸び率は、医師多数都道府県より大きいですが、その伸び率の差は、若手医師（35歳未満）における伸び率の差と比較してわずかである。



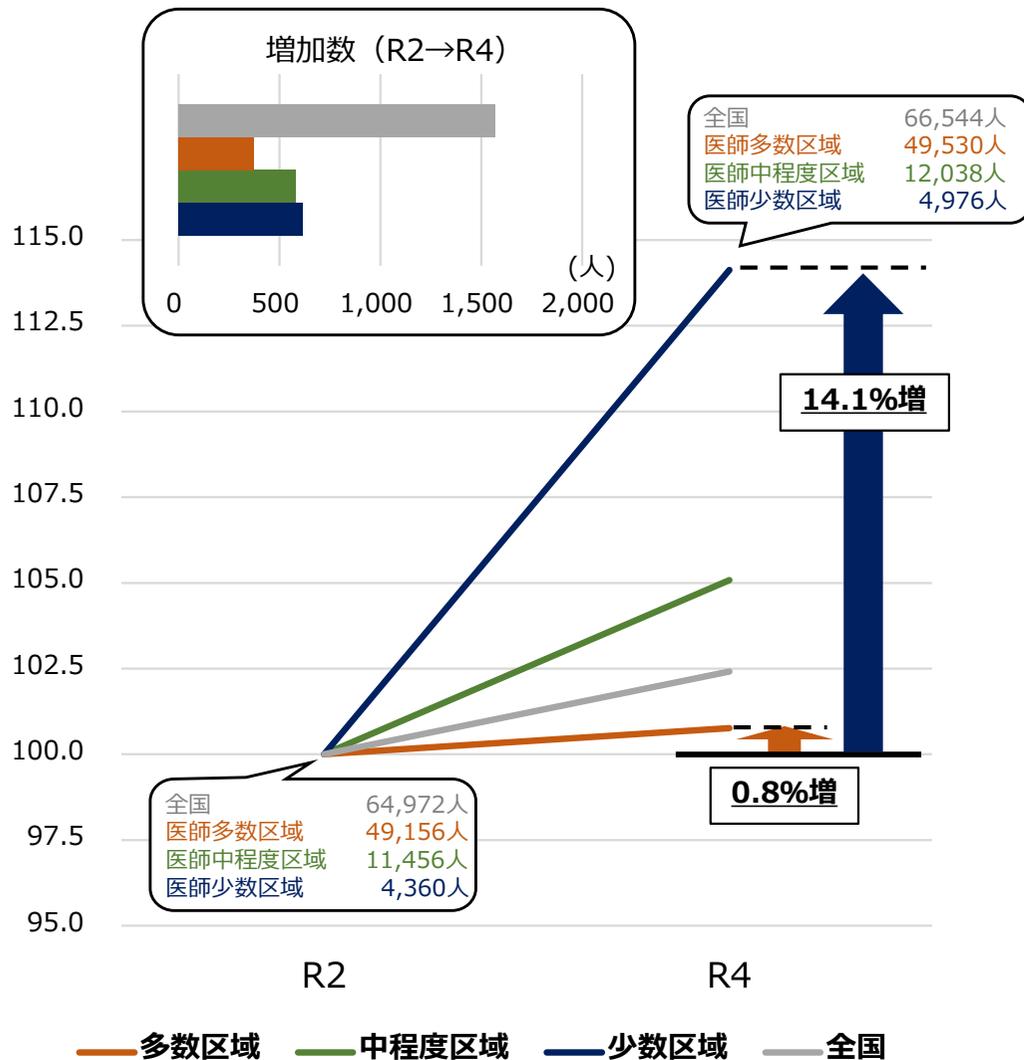
※ **医師多数都道府県**：医師偏在指標の上位33.3%の都道府県
医師少数都道府県：医師偏在指標の下位33.3%の都道府県
医師少数・多数以外都道府県：医師偏在指標の上位・下位33.3%以外の都道府県

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

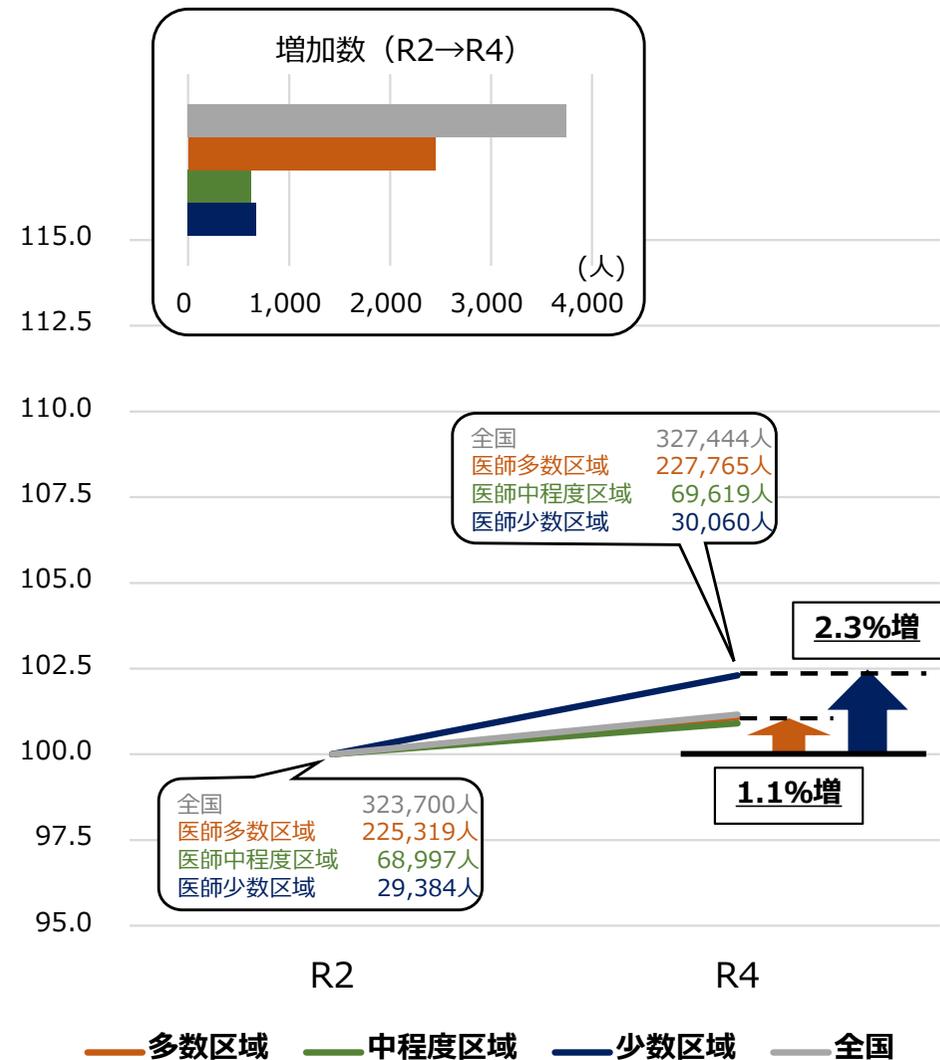
二次医療圏別における医療施設従事医師数推移（令和2年を100とした場合）

- 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



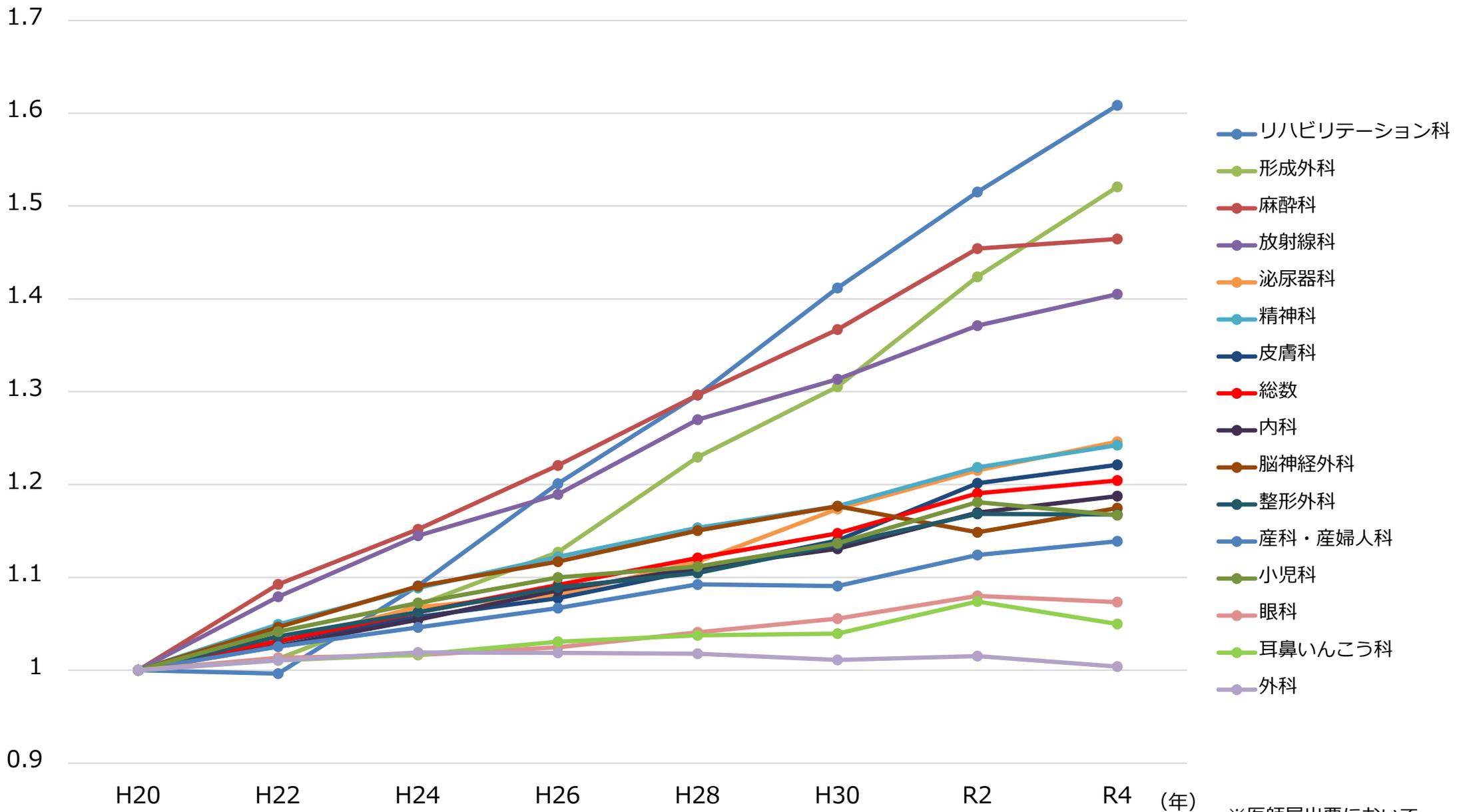
医療施設従事医師数の推移



※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

診療科別医師数の推移（平成20年を1.0とした場合）



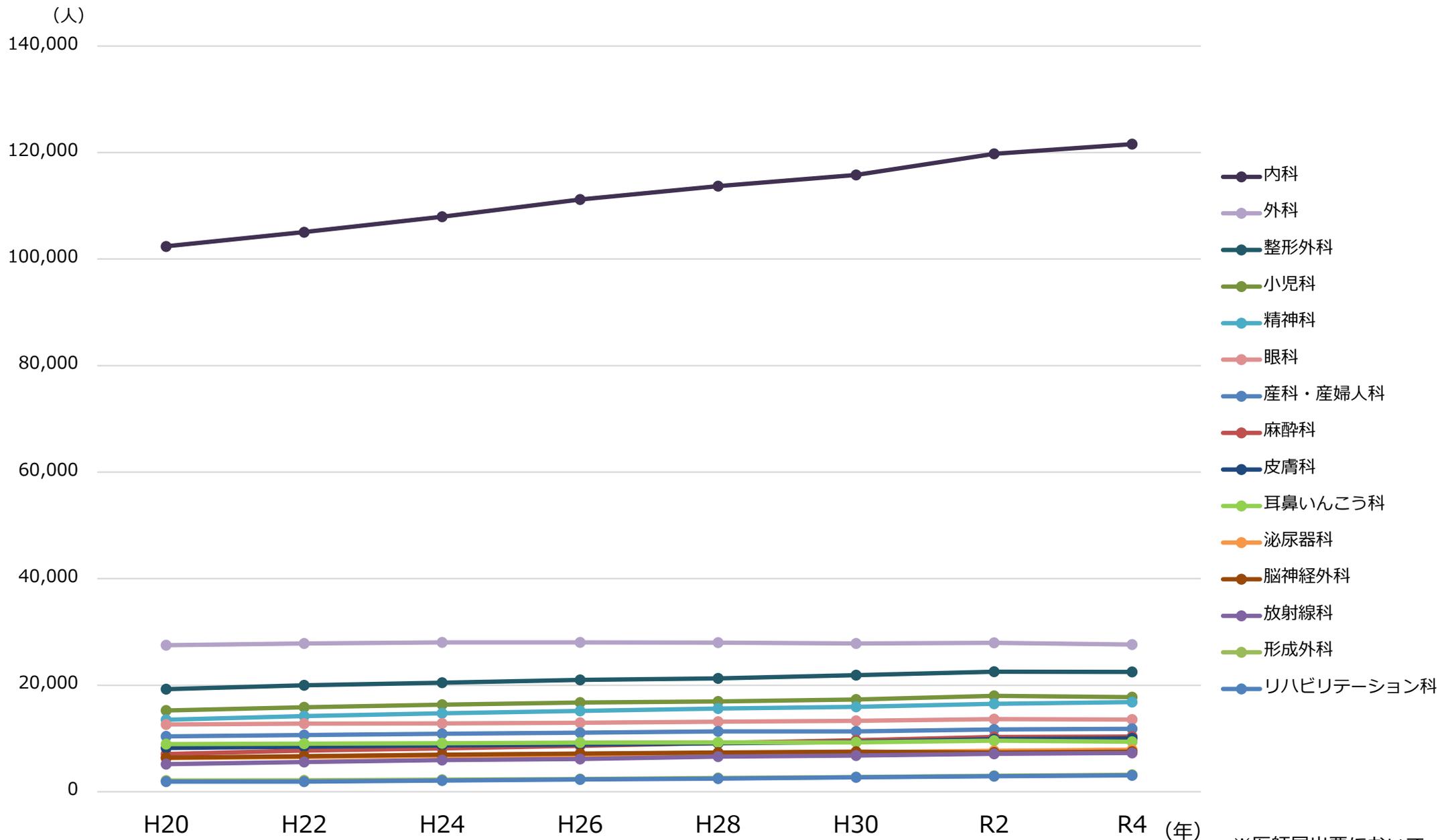
※内科・・・内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科
 ※外科・・・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

※医師届出票において、
主たる診療科として選
択された診療科を集計

診療科別医師数

第4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4月26日

資料1



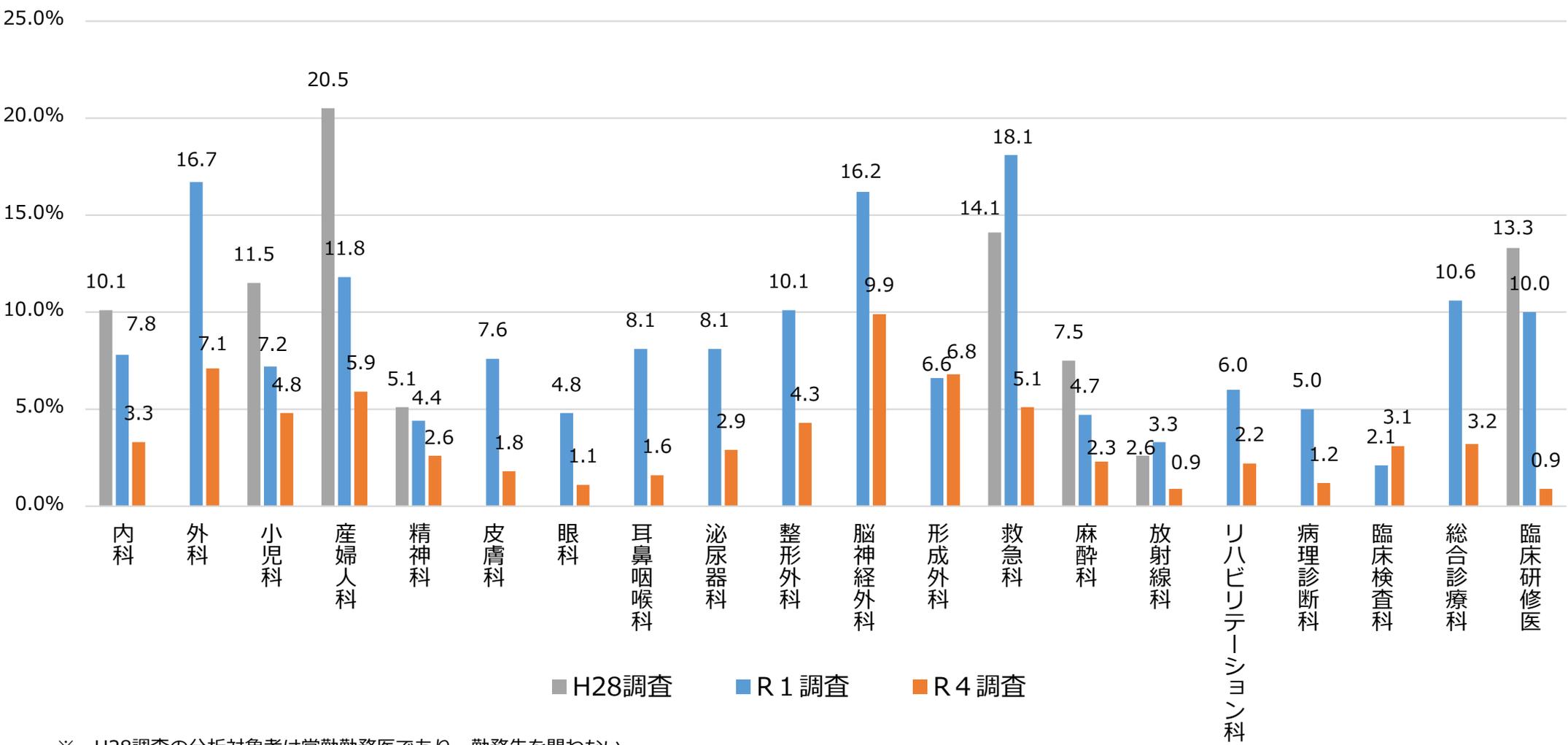
※内科・・・内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科
 ※外科・・・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

※医師届出票において、
主たる診療科として選
択された診療科を集計

診療科別の時間外・休日労働時間が年1,860時間超の医師の割合

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

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



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

医師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

※「●」は法律事項

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よる届出 等

その他、下記の措置を行う

- ・ 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

医師偏在対策

<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」の設定
- ・ 「医師偏在是正プラン」の策定

<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

<経済的インセンティブ等>

- 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、派遣元医療機関への支援
- ※ 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

(※) 現行の期限（令和8年12月31日）から更に3年延長。
本制度に係る税制優遇措置の延長については、令和8年度税制改正要望を行う。

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報告書より作成

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

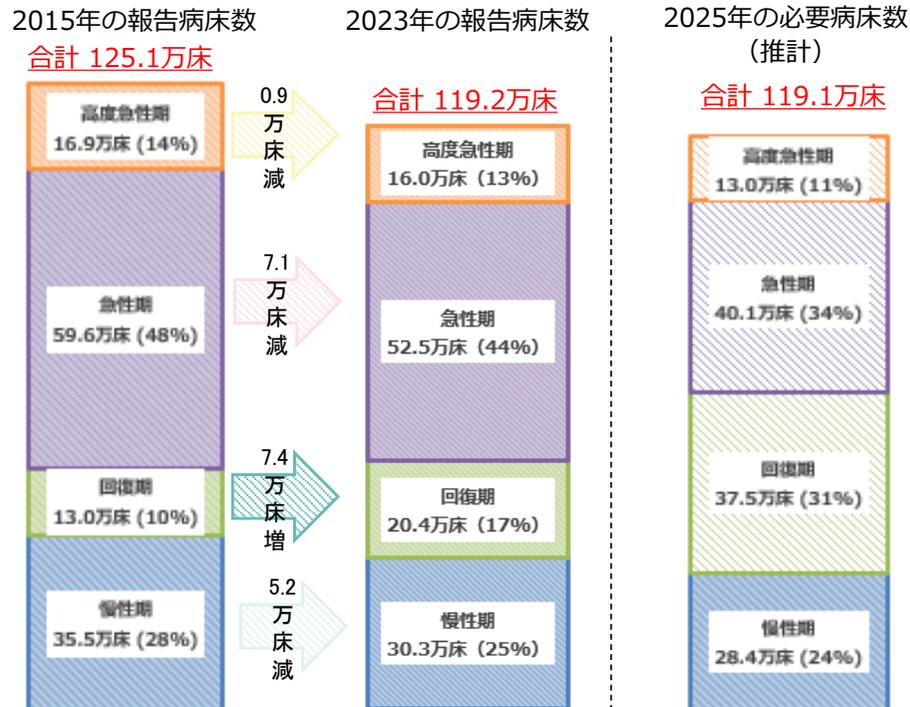
1. 地域医療構想の見直し等① 新たな地域医療構想の概要

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。
- 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、外来医療・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。
- 増加する高齢者救急・在宅医療の需要への対応、医療の質や医療従事者の確保、地域における必要な医療機能の維持が求められる。
- 病床の機能分化・連携だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めたあるべき医療提供体制の実現に資する新たな地域医療構想を策定。
- 2040年やその先を見据えて、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・集約化を推進することが重要。
このため、病床の機能分化・連携に加え、
 - ・ 地域ごとの医療機関機能 (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)
 - ・ 広域な観点の医療機関機能 (医育及び広域診療等の総合的な機能) の確保に向けた取組を推進。

<今後のスケジュール>

- 令和7年度 新たな地域医療構想に関するガイドラインの作成 (国)
- 令和8年度～ 新たな地域医療構想の策定 (県)
- 令和9年度～ 新たな地域医療構想の取組を順次開始 (県)

1. 地域医療構想の見直し等② オンライン診療に関する総体的な規定の創設

1 現状

- **医事法制上、オンライン診療は解釈運用**によって、機動的・柔軟にその実施が図られてきた。
- 法制上の位置づけを明確化し、**適切なオンライン診療を更に推進**していくため、**現行制度の運用を活かす形で、医療法にオンライン診療の総体的な規定**を設ける。

2 改正の内容

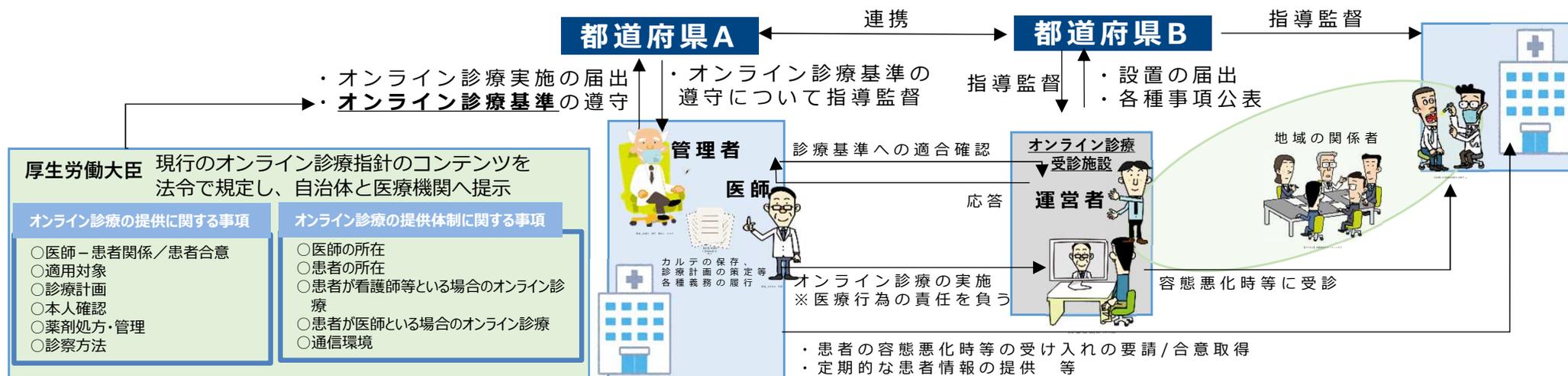
オンライン診療を行う医療機関

- 医療法にオンライン診療を定義づけ、**オンライン診療を行う医療機関はその旨を届け出る**（都道府県Aへの届出）。
- **厚生労働大臣は、オンライン診療の適切な実施に関する基準（オンライン診療基準）を定め、オンライン診療は同基準に従って行うこととする。**
- オンライン診療を行う**医療機関の管理者は、オンライン診療基準を遵守するための措置を講じる**こととする。

オンライン診療受診施設

- **患者がオンライン診療を受ける専用の施設として、医療法に「オンライン診療受診施設」を創設する。**
 （定義）施設の設置者が、業として、オンライン診療を行う医師又は歯科医師の勤務する病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院に対して、その行うオンライン診療を患者が受ける場所として提供する施設
- オンライン診療受診施設の設置者は、**設置後10日以内に届け出る**（都道府県Bへの届出）。
- **オンライン診療を行う医療機関の管理者が、オンライン診療受診施設の設置者に対して、オンライン診療基準への適合性を確認**することとする。
- オンライン診療受診施設の**広告・公表事項等は省令で定める**こととする。

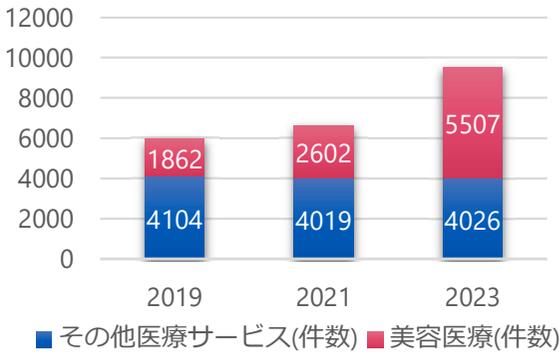
（※） オンライン診療を行う医療機関の管理者は、容態急変の事態に備え、患者の所在地近隣の医療機関と受け入れの合意等を取得し、その過程で、地域医療に与える影響やその可能性について、地域の関係者と連携して把握することとする。



1. 地域医療構想の見直し等③ 美容医療の適切な実施

1 現状 美容医療を取り巻く状況

医療の相談件数の推移



患者

「シワを取るはずが顔面麻痺が残った…」
 「医師ではない人に治療方針を決定された…」
 「オンラインで無診察処方された…」
 「強引に高額な契約を結ばされた…」
 「SNS広告を見て受診しトラブルに…」



医療機関



医師

「関係法令&ルールを知らない…」
 「提供した医療の内容や契約内容について患者とトラブルになる…」
 「研修・教育体制が不十分…」
 「問題が起こっても対処できない…」



保健所等

「安全管理の状況・体制等を把握しにくい…」
 「通報を受けたが立入検査に入っ
 よいケースかどうか分からない…」
 「カルテを見ても診療の実態がわからず、指導ができない…」

美容医療がより安全に、より高い質で提供されるに当たっての課題・対応

2 課題

- 美容医療を提供する医療機関における院内の安全管理の実施状況・体制等を保健所等が把握できていない
- 患者側も医療機関の状況・体制を知る手段がなく、医療機関における相談窓口を知らない
- 関係法令&ルール（オンライン診療に係るものを含む。）が浸透していない
- 合併症等への対応が困難な医師が施術を担当している
- 安全な医療提供体制や適切な診療プロセスが全般的・統一的に示されていない
- アフターケア・緊急対応が行われない医療機関がある
- 保健所等の指導根拠となる診療録等の記載が不十分な場合がある
- 悪質な医療広告が放置されている

3 改正の内容

- **美容医療を行う医療機関の報告・公表の仕組みの導入**
 ⇒ 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について都道府県等に対する報告を求め、そのうち国民に必要な情報を公表
- **関係法令&ルールに関する通知の発出**
 ⇒ 保健所等による立入検査や指導のプロセス・法的根拠の明確化
- **医療機関による診療録等への記載の徹底**
- **オンライン診療指針が遵守されるための法的整理**
- **関係学会によるガイドライン策定**
 ⇒ 遵守すべきルール/標準的な治療内容/記録の記載方法/有害事象発生時の対応方針/適切な研修のあり方/契約締結時のルール等を盛り込んだガイドラインを策定
- **医療広告規制の取締り強化**
- **行政等による周知・広報を通じた国民の理解の促進等**

オンライン診療の適切な実施に関する指針の概要

1. 本指針の位置づけ

- 情報通信機器を用いた診療を「遠隔診療」と定義していたものを、新たに「オンライン診療」と定義を変更。
- 医師-患者間で情報通信機器を通じて行う遠隔医療を下図のとおり分類し、オンライン診療について、「最低限遵守する事項」と「推奨される事項」を示す。
- 「最低限遵守する事項」に従いオンライン診療を行う場合には、医師法第20条に抵触するものではないことを明確化。



2. 本指針の適用範囲

情報通信機器を通じて行う遠隔医療のうち、医師-患者間において行われるもの

| | 定義 | 本指針の適用 |
|----------------------|--|--------|
| 診断等の 医学的判断 を含む | オンライン診療 診断や処方等の診療行為をリアルタイムで行う行為 | 全面適用 |
| | オンライン受診勧奨 医療機関への受診勧奨をリアルタイムで行う行為 | 一部適用 |
| 一般的な 情報提供 | 遠隔健康医療相談 一般的な情報の提供に留まり、診断等の医師の医学的判断を伴わない行為 | 適用なし |



3. 本指針のコンテンツ

オンライン診療の提供に関する事項

- 医師-患者関係/患者合意
- 適用対象
- 診療計画
- 本人確認
- 薬剤処方・管理
- 診察方法

オンライン診療の提供体制に関する事項

- 医師の所在
- 患者の所在
- 患者が看護師等という場合のオンライン診療
- 患者が医師という場合のオンライン診療
- 通信環境

その他オンライン診療に関連する事項

- 医師教育/患者教育
- 質評価/フィードバック
- エビデンスの蓄積

オンライン診療の適切な実施に関する指針における対面診療の必要性

- オンライン診療の適切な実施に関する指針では、基本理念として対面診療を適切に組み合わせてオンライン診療を行うことが求められており、指針上、最低限遵守する事項として以下のような記載がある。

オンライン診療の提供に関する事項

医師－患者関係／患者合意

- ・ オンライン診療を実施する都度、医師が医学的な観点から実施の可否を判断し、**オンライン診療を行うことが適切でないと判断した場合はオンライン診療を中止し、速やかに適切な対面診療につなげる**こと。【V1(1)②iii、P.12】

適用対象

- ・ オンライン診療の実施の可否の判断については、安全にオンライン診療が行えることを確認しておくことが必要であることから、**オンライン診療が困難な症状として、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえて医師が判断し、オンライン診療が適さない場合には対面診療を実施**する（対面診療が可能な医療機関を紹介する場合を含む。）こと。【V1(2)②ii、P.13】

診察方法

- ・ 医師がオンライン診療を行っている間、**患者の状態について十分に必要な情報が得られていると判断できない場合には、速やかにオンライン診療を中止し、直接の対面診療を行う**こと。【V1(6)②i、P.19】

オンライン診療の提供体制に関する事項

医師の所在

- ・ **患者の急病急変時に適切に対応**するため、患者が速やかにアクセスできる医療機関において直接の対面診療を行える体制を整えておくこと。【V2(1)②ii、P.21】

診療科偏在対策等の地域で必要な診療の確保について①

- ・「診療科偏在」については、本検討会の議論においてもその重要性に関する指摘がある一方、多様な課題を内包していると考えられ、代表的な視点としては、①担い手の確保の観点、②地域の医療提供体制を維持する観点、③地域偏在が大きい診療科のアクセス確保の観点がある。それぞれの点について、現状等は以下の通り。
 - －①・・・ 専門研修制度における総合診療専門医の育成、偏在対策パッケージに基づく外科医師の業務負担への配慮・支援等を通じた対策やリカレント教育等の取組を進めている。
 - －②・・・ 産科・小児科における医師確保計画を通じた医師偏在対策を進めつつ、出生数減少等の影響を受けて経営が困難な状況にある小児医療機関や分娩取扱施設の少ない地域における産科医療機関への支援等を通じ、体制の確保を進めている。
 - －③・・・ 医師少数区域（二次医療圏）に従事する診療科ごとの人口10万対医師数を全国と比較すると、医師少数区域の医師が少ない地域の状況は診療科ごとに差がある。また、今後、地域における診療所数の減少も見込まれる。地域における各診療科へのアクセスの確保のため、学会、大学、医療機関、自治体等で、オンライン診療を含む遠隔医療を活用した取組が見られる。また、放射線科における遠隔画像診断など、一部の領域では遠隔による対応が進んでいるものもある。

希少な疾患への対応については、オンライン診療の「D to P with D」により、身近な医療機関において専門的な医師の診療を受けられる枠組みがある。

がん医療提供体制について、2040年を見据え、提供される医療の性質に応じた均てん化・集約化の考え方として、高度な技術を要する手術等、症例数が少ない場合、医療従事者が不足している診療領域等は集約化して提供する一方、がん予防や支持療法・緩和ケア等については均てん化の観点から、オンライン診療等の活用を含め、身近な診療所・病院での提供が望ましいとされている。
- ・ 若手医師に対して行った意識調査によると、医師不足地域での勤務に当たっては、診療上のサポート体制を重要視している。

診療科偏在対策等の地域で必要な診療の確保について②

- 「診療科偏在」については、様々な視点での課題がある中、診療科ごとの状況や特性等に応じた対策を組み合わせつつ、各都道府県の状況に応じた取組を進めることを念頭に、具体的には以下のような対応の方向性が考えられるのではないかと。

(総合的な診療に従事できる医師や外科医師等の確保)

- ・ 総合的な診療に従事できる医師や外科医師の確保等については、昨年末にとりまとめた「医師偏在是正に向けた総合的な対策パッケージ」等に基づき、引き続き取組を進める。

(医師確保計画を通じた対策)

- ・ 小児科及び産婦人科については、医師確保計画を通じた医師偏在対策等、引き続き取組を進めつつ、小児医療及び周産期医療の提供体制等に関するWGにおいて医師確保も含めた提供体制のあり方について具体的に検討してはどうか。

(遠隔医療の活用を通じた必要な診療へのアクセスの確保)

- ・ 皮膚科、耳鼻咽喉科、眼科等、専門性のある医師が少ない地域が多い傾向がある一方で、一定の医療ニーズが存在しうる領域について、人口減少が進む地域では患者数が限られること、常勤医師の確保がさらに困難になること等を念頭に、学会や自治体等の事例や、へき地保健医療対策なども参考に、遠隔医療の効果的・効率的な活用等による対応を含めて検討してはどうか。
- ・ オンライン診療を含む遠隔医療の活用にあたっては、適時適切な対面診療への切り換えや急変時の対応等も念頭に、地域の既存の医療提供体制との連携が不可欠であり、さらに地域のニーズに応じた対応を行う必要もあることから、都道府県が中心となり、地域の関係者（大学、医師会等）が関与して、地域で必要な体制の整備を図ることが適当ではないかと。
- ・ 遠隔医療を活用したアクセスの確保の方策については、地域における対策の効果的な実装を支援するために、D to P、D to P with Nの他、地域の医師を支援する趣旨でのD to D、D to P with Dの活用を含め、診療科ごとの特性や都道府県の取組事例等を収集した上で、都道府県等に対する必要な情報提供等を行うこととしてはどうか。
- ・ 取組の導入の在り方については、都道府県や医療機関の負担や住民・患者等の混乱を回避するため、遠隔医療を全ての診療科や状況に一斉に導入するのではなく、例えば、対応する医師の不足等の課題が顕在化しやすい休日・夜間対応等で遠隔医療による対応の導入を検討する等、優先順位を定めて取組を進め、地域における課題等を整理しながら順次進めることとしてはどうか。
- ・ 遠隔医療の活用を進めるに当たり、必要な支援について検討を進めることとしてはどうか。また、各診療科の特性を踏まえた適切な遠隔医療の実施を図るため、関係学会の協力等も得つつ、領域ごとの必要な知見の収集やマニュアルの作成等を行うことを検討してはどうか。

子育て世代や女性医師等への支援に関する主な取組

- 子育て世代や女性医師等が、希望すれば継続的に診療を続けることができるよう、現場における取組に係る好事例の収集や、都道府県において取り組みを進めるための事業を行っている。

子育て世代の医療職支援事業（旧：女性医療職等の働き方支援事業）

令和7年度予算額 51,816千円（51,816千円）

- 子育て世代の医療職支援の先駆的な取組を行う医療機関に対して、地域の医療機関に普及可能な支援策のモデルの構築や、シンポジウム等の普及・啓発等のための必要経費等を支援する。
- 令和6年度実施機関：8機関
＜女性医療職等支援に資する先駆的な取組例＞
 - ・ 女性医療職等に対するキャリア教育
 - ・ 育児支援（院内保育所の利用促進等）
 - ・ 復職支援（Eラーニング、シミュレーターを用いた実技練習等）
 - ・ 勤務環境改善（ワークシェアリング等）

女性医師等就労支援事業

地域医療介護総合確保基金で実施可

- 各都道府県において女性医師等支援に係る取組を実施
 - ・ 大学病院や医師会等において相談窓口を設置 ・ 復職のための研修を実施する医療機関への補助
 - ・ 勤務環境改善の取組を実施する医療機関への補助 等

女性医師支援センター事業

令和7年度予算額 160,935千円（160,935千円）

- （公社）日本医師会において、就職を希望する女性医師に対する医療機関や再研修先の紹介や、都道府県医師会等において病院管理者や医学生、研修医に対する女性医師のキャリア形成や勤務環境改善に関連する講習会等の開催等を実施

子育て支援等に関する取組例（関西医科大学）

○ 各医療機関においては、子育て世代への支援等の観点での様々な取組がみられる。

キャリア支援講演会

働く医師が実際に利用した子育て支援制度やキャリアの経験談から、自身のキャリアを考えるための機会、周囲との協働・関わり方を見直す機会や支援制度等の正確な情報を知る機会を提供。

育休等に関わる制度の紹介や、実際に利用した方の生の声を共有することで、多くの参加者の参考となった。また、自院の強み等を職員にも周知する機会となった。

育児中業務代替支援補助

医師が、子の発熱やけが等のために休暇を取得又は遅刻や早退した際の業務を、交代し担当した医師に対し手当を支給することで、互いに働きやすい職場環境を整備し、業務の円滑な遂行に繋がるよう支援。



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。

医療法等の一部を改正する法律案の概要

改正の趣旨

高齢化に伴う医療ニーズの変化や人口減少を見据え、地域での良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築するため、地域医療構想の見直し等、医師偏在是正に向けた総合的な対策の実施、これらの基盤となる医療DXの推進のために必要な措置を講ずる。

改正の概要

1. 地域医療構想の見直し等【医療法、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律等】

- ① 地域医療構想について、2040年頃を見据えた医療提供体制を確保するため、以下の見直しを行う。
 - ・病床のみならず、入院・外来・在宅医療、介護との連携を含む将来の医療提供体制全体の構想とする。
 - ・地域医療構想調整会議の構成員として市町村を明確化し、在宅医療や介護との連携等を議題とする場合の参画を求める。
 - ・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、急性期拠点機能等）報告制度を設ける。
- ② 「オンライン診療」を医療法に定義し、手続規定やオンライン診療を受ける場所を提供する施設に係る規定を整備する。
- ③ 美容医療を行う医療機関における定期報告義務等を設ける。

2. 医師偏在是正に向けた総合的な対策【医療法、健康保険法、総確法等】

- ① 都道府県知事が、医療計画において「重点的に医師を確保すべき区域」を定めることができることとする。
保険者からの拠出による当該区域の医師の手当の支給に関する事業を設ける。
- ② 外来医師過多区域の無床診療所への対応を強化（新規開設の事前届出制、要請勧告公表、保険医療機関の指定期間の短縮等）する。
- ③ 保険医療機関の管理者について、保険医として一定年数の従事経験を持つ者であること等を要件とし、責務を課すこととする。

3. 医療DXの推進【総確法、社会保険診療報酬支払基金法、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等】

- ① 必要な電子カルテ情報の医療機関での共有等や、感染症発生届の電子カルテ情報共有サービス経由の提出を可能とする。
- ② 医療情報の二次利用の推進のため、厚生労働大臣が保有する医療・介護関係のデータベースの仮名化情報の利用・提供を可能とする。
- ③ 社会保険診療報酬支払基金を医療DXの運営に係る母体として名称、法人の目的、組織体制等の見直しを行う。

また、厚生労働大臣は、医療DXを推進するための「医療情報化推進方針」を策定する。その他公費負担医療等に係る規定を整備する。

このほか、平成26年改正法において設けた医療法第30条の15について、表現の適正化を行う。

施行期日

令和9年4月1日（ただし、一部の規定は令和8年4月1日（1②並びに2①の一部、②及び③）、令和8年10月1日（1④の一部）、公布後1年以内に政令で定める日（3①の一部）、公布後1年6月以内に政令で定める日（3③の一部）、公布後2年以内に政令で定める日（1③及び3③の一部）、公布後3年以内に政令で定める日（2①の一部並びに3①の一部及び3②）等）

地域医療構想、医師偏在対策等に関する検討体制

- 新たな地域医療構想の策定や医師偏在対策の推進、それらの内容を反映した第9次医療計画の策定等に向け、以下の検討会及びその下に関連WGを設置することとしてはどうか。
- 具体的には、地域医療構想や医療計画全般に関する事項、医師偏在対策に関する事項等について検討会で議論し、新たな地域医療構想の策定や医師偏在対策の推進等について、令和7年度中に一定のとりまとめを行う。また、医療計画のうち、外来医療計画等の3か年の計画について、第8次医療計画(後期)に向けて令和7年度中に一定のとりまとめを行う。なお、在宅医療・医療介護連携、救急医療等について、新たな地域医療構想の策定に向けて議論が必要なものは検討会で議論を行う。
- 在宅医療・医療介護連携について、第8次医療計画(後期)に向けてWGで議論を行い、令和7年度中に一定のとりまとめを行う。小児医療・周産期医療について、WGで議論を行い、令和7年度中に一定のとりまとめを行う。救急医療、災害医療・新興感染症医療等については、第9次医療計画の策定等に向けてWGで議論する。

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会

【検討事項】

- 地域医療構想の策定及び施策の実施に必要な事項
(⇒新たな地域医療構想の具体的内容、現行の地域医療構想の進捗等)
- 医療計画の策定及び施策の実施に必要な事項
- 医師確保計画及び医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージに関する事項
- 外来医療計画に関する事項
- その他本検討会が必要と認めた事項



連携

その他5疾病等に関する検討体制

がん、循環器疾患、精神医療 等

在宅医療及び医療・介護連携に関するWG

【検討事項】

- 在宅医療に関する事項
- 医療・介護連携に関する事項 等

小児医療及び周産期医療の提供体制等に関するWG

【検討事項】

- 小児・周産期医療提供体制に関する事項 等

救急医療等に関するWG

【検討事項】

- 救命救急センターに関する事項
- 救急搬送に関する事項 等

災害医療・新興感染症医療に関するWG

【検討事項】

- 災害、新興感染症発生・まん延時、国民保護事案等への対応 等

検討会スケジュール（各WGは必要に応じて順次開催）

| | |
|---------------------------------|---------|
| 7月～ | 議論の開始 |
| 秋頃 | 中間とりまとめ |
| 12月～3月 | とりまとめ |
| → ガイドライン及び医療計画指針(外来、在宅、医師確保)の発出 | |

※ 医療法等改正法案の法律事項は法案成立後に検討