

第13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	資料1-2
令和8年2月25日	

医師の確保・偏在対策における 医師養成過程の取組に関する参考資料

前回（第12回検討会）の主なご意見

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 総論、位置づけ

- 章立てや内容の方向性に異論はなく、このまま進めることに賛同する。
- 都道府県における医師の動向（流入・流出状況）を把握することで、県間の動きが可視化され、ブロック単位での医師の動向が把握できるようになるのではないかと。
- 特定機能病院のあり方においても医師派遣が議論されていることから、医師養成過程においても、県と大学等との協議の場を設けて、地域全体で対策を検討していくことが重要である。
- 医師養成過程のそれぞれの段階で取組があるが、各県においては、まだ実施できていない取組や余地のある取組などが存在すると考えられるため、各県の先進事例を集積し、ガイドラインに記載することは大きな意義がある。

② 医学部定員、地域枠

- 地域枠を医師偏在対策の重要な施策として拡充するにあたり、キャリア形成プログラムを充実させることで、地域医療を志す学生・医師に、キャリアや生活のサポートをすることが重要である。
- 地域枠以外の学生にも、地域医療の必要性を伝え、教育していくことが今後一層重要になる。

③ 臨床研修制度（広域連携型プログラム）

- 広域連携型プログラムの運用において生じる課題や、医師偏在対策の効果の検証を、情報共有し、議論を進めていくべき。
- 医師偏在対策のために広域連携型プログラムを活用するにあたっては、県が主体的に臨床研修医を配置できるように連携元と連携先のマッチングの工夫を検討すべき。

前回（第12回検討会）の主なご意見

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

④ 専門研修制度

- 人口の少ない地域では症例数が限られることから、専門研修における地域連携の仕組みを活用し、一定期間、症例が豊富な医療施設で経験を積み、地域に戻って貢献するような研修を提供することで、地域全体で医師の育成を行う仕組みを推進すべき。
- 専門研修においては、単なる地域への定着を前提とするのではなく、一定期間の派遣や双方向の行き来など、医師が流動的に働ける仕組みが重要である。
- 医師少数県では地域枠の専攻医がより医師の少ない地域で勤務するため、大学病院等の基幹施設で、医師不足が生じている。他県から専攻医が派遣される場合には、まずは基幹施設で勤務できる仕組みとすることで、基幹施設の人材確保を図るとともに、県間の連携の強化や人材の流動化につながるのではないかと。

⑤ 必要な診療科の医師の育成・確保（総合診療、働き方）

- 総合的な診療能力を持つ医師の育成については、特定機能病院の在り方に関する議論も踏まえ、地域で活躍できる医師を育てる取組を一層進めていくべき。
- 多様なライフプランの中で医師として働くことは重要であり、例えば、子どもの教育など、家庭生活と医師のキャリアを両立させるための課題を地域ごとに総合的に考えることが必要である。

前々回（第11回検討会）の主なご意見

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。
- 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。
- 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。

本検討会における議論に対する都道府県からの意見

本検討会における議論について、令和8年1月25日に都道府県説明会を行い意見を募った。

○総論的事項

- 地域偏在、診療科偏在に対する国の是正対策（専門研修におけるシーリング等）の強化が必要。
- 医師免許取得後の医師不足地域での診療義務づけなど、義務や規制を伴う抜本的な仕組みが必要。
- 医師多数県にも医師少数区域が存在することや、医療需要の増加なども見込まれる一方、医学部定員やシーリング等によって人員削減が行われているため、次期ガイドラインにおいては、医師多数県における実情も考慮した記載が必要。

○国からの支援について

- 財政的支援（都道府県による医療機関等への支援、都道府県が主に活用する確保基金等）が必要。
- 都道府県の医師確保対策に従事する人員が少なく、都道府県内の医師状況や地域枠の分析について、国の技術的支援が重要。

○データに関する要望

- より詳細なデータ（医学部生・臨床研修医の出身地、二次医療圏別の必要医師数、臨床研修医・専攻研修医の流出入状況、専門研修プログラムの充足率、診療科ごとの医師偏在指標、地域枠医師の定着状況）が必要。
- 恒久定員内地域枠など、大学との調整で難航することが予測される取組については、国からの支援が重要。
- 学生→初期臨床研修→専門研修における自他県出身医師の状況把握等ができる全国統一のスキームの整備が必要。

本検討会における議論に対する都道府県からの意見

本検討会における議論について、令和8年1月25日に都道府県説明会を行い意見を募った。

○医師確保計画策定ガイドラインの記載について

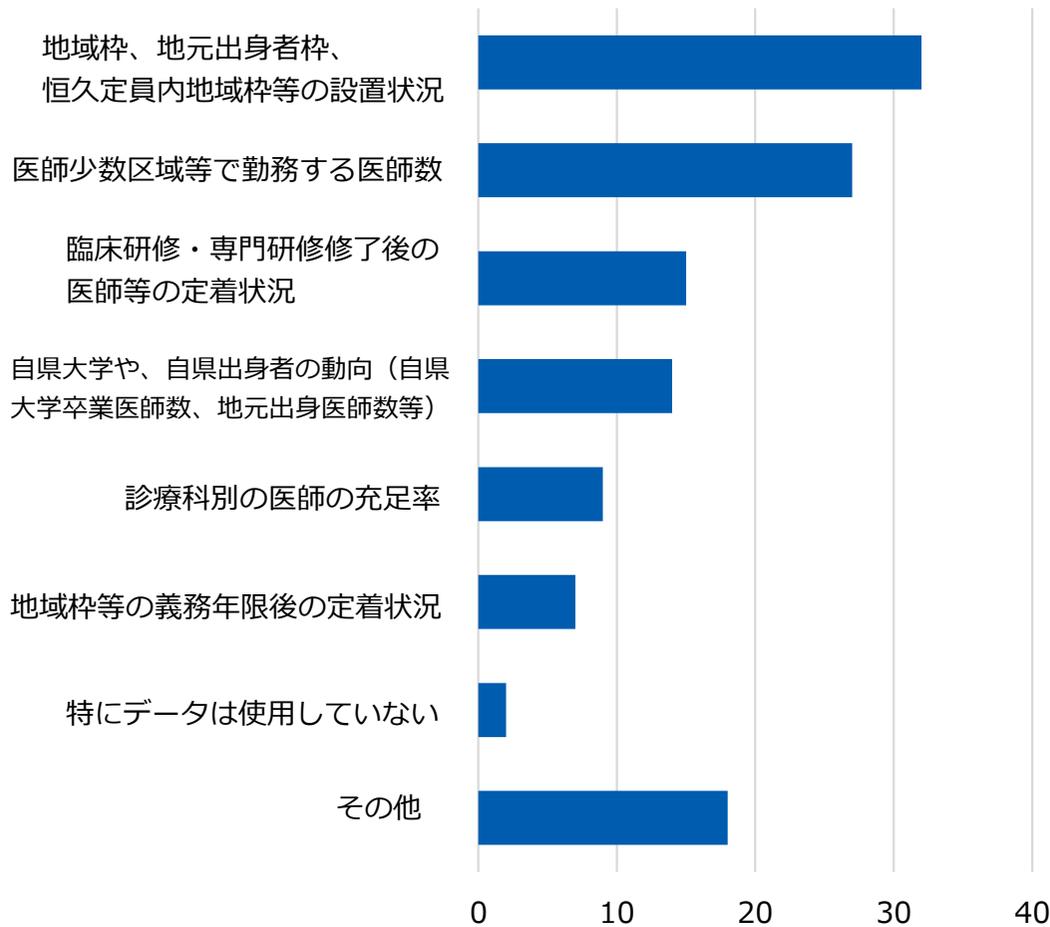
- 他県の好事例（勤務環境改善、医師確保全般）を共有して欲しい。
- 総合的な診療能力を有する医師の養成について、大学における取組が重要と認識しており、こうした事例に関する記載を充実させて欲しい。
- 医師偏在是正プランとそれ以外の医師確保計画の部分での重複・齟齬を防ぐため、構成についてガイドラインで示すことが必要。
- 医師確保計画の策定にあたっては、ステージごと（医学部、臨床研修、専門研修）に各県が具体的な取組を記載することが難しいケースも想定されるので、医師確保計画の立案に対して網羅的かつ柔軟な記載を可能としてほしい。

○ その他の事項

- 地域枠奨学生への派遣において、医局の人事都合に影響されてしまうことが課題。
- 患者の受療行動が隣県にわたることがあることから、近隣県の医療機関に対してもキャリア形成プログラムで人員を派遣できるようルールを見直す必要があるのではないかと。

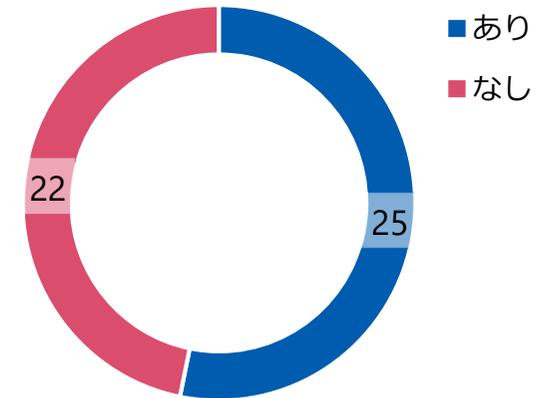
都道府県アンケート

Q4. 貴都道府県では、医師確保計画を策定する際、どのようなデータを使用していますか。（※複数回答）



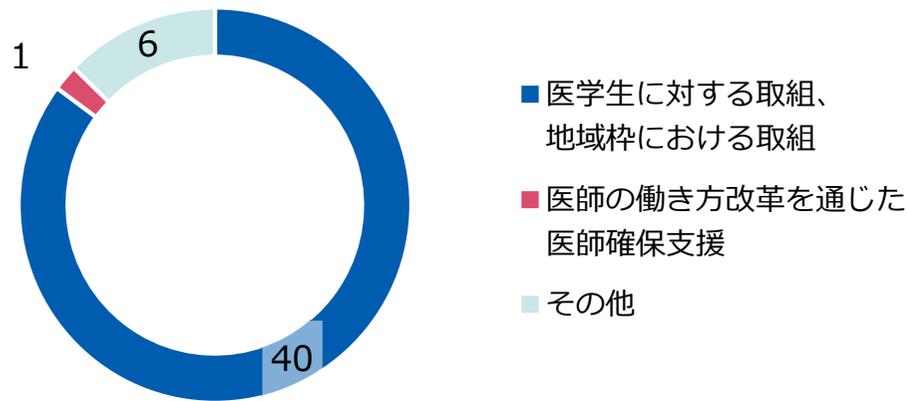
(県)

Q5. 医師確保計画を策定する上で、現状使用しているデータ以外に必要なデータはありますか。

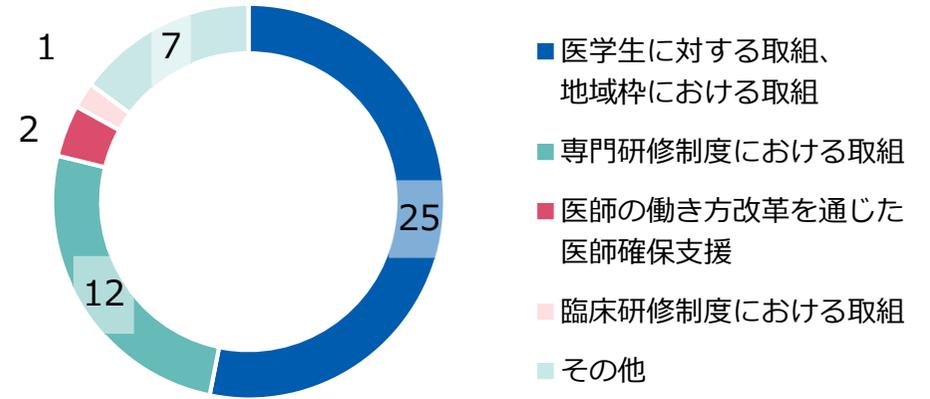


都道府県アンケート

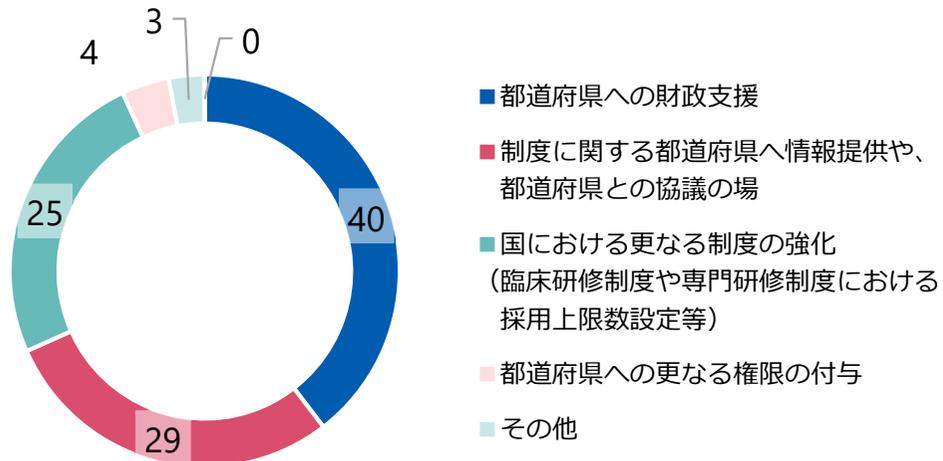
Q7. これまで、貴都道府県における医師確保対策において、医師を養成する過程（医師養成過程）を通じた取組で、どれが最も重要だと考えていますか。



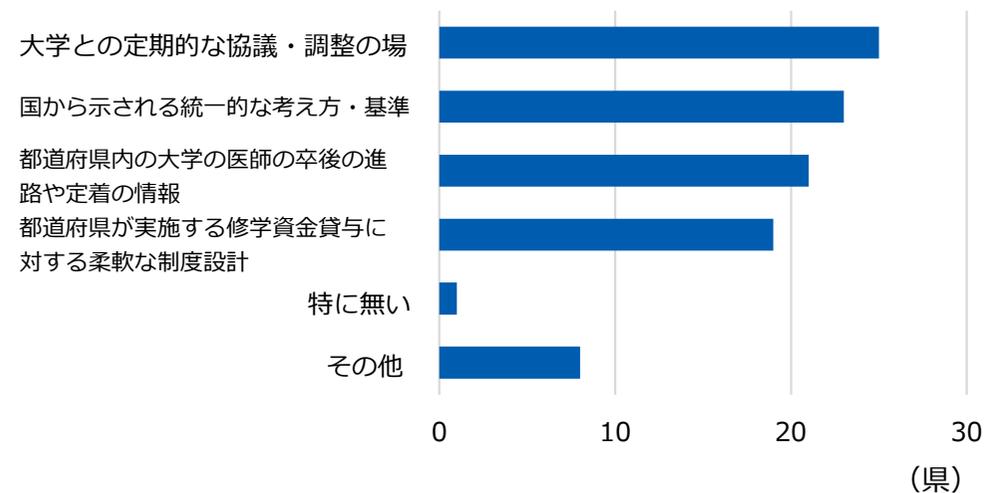
Q8. Q7に関連して、今後はどの対策が貴都道府県にとって最も重要（又は、今後さらに力を入れるべき対策はどの対策）と考えていますか。



Q9. 貴都道府県における医師確保対策において、医師養成過程を通じた取組を加速するために、どのような対策が必要だと考えていますか。（※複数回答）

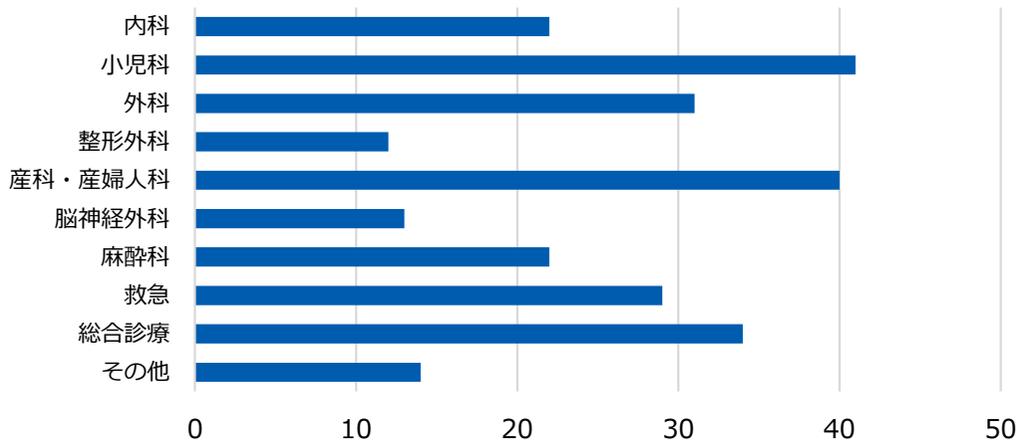


Q10. 貴都道府県で大学と地域枠等の医師養成に関する調整を行う際、特に必要だと感じているものは何ですか。（※複数回答）



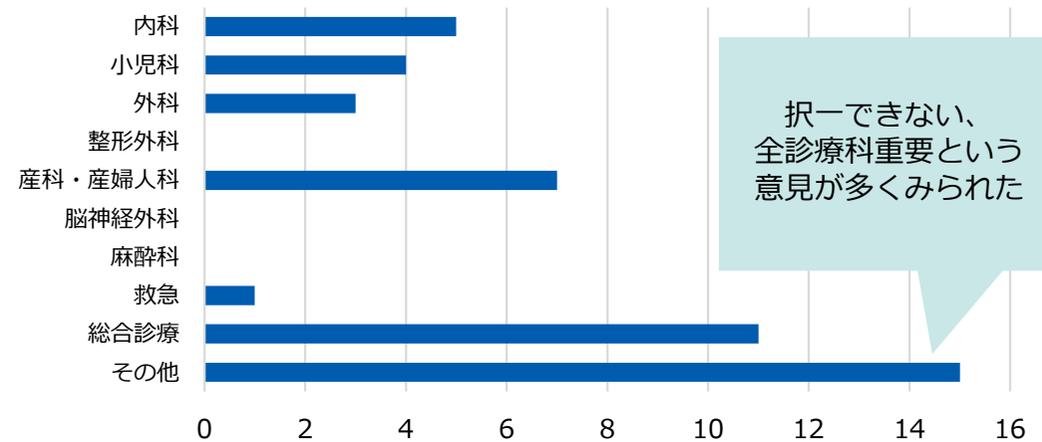
都道府県アンケート

Q11. 貴都道府県において、特に医師の確保が必要である診療科（診療科偏在対策が必要な診療科）はどの診療科ですか。（※）



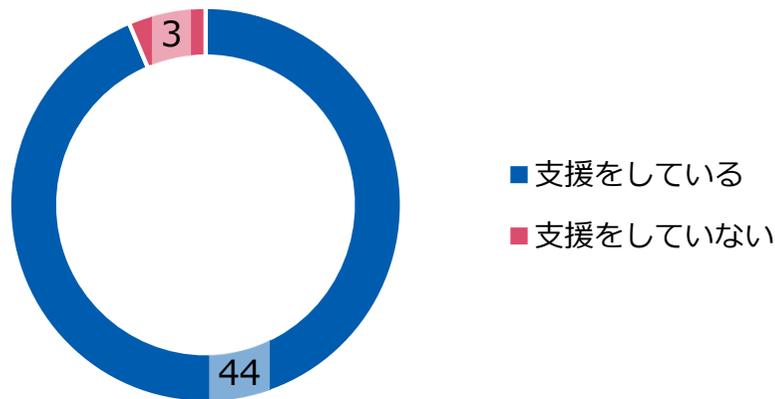
(県)

Q12. また、その中で最も対策が必要である診療科はどの診療科ですか。

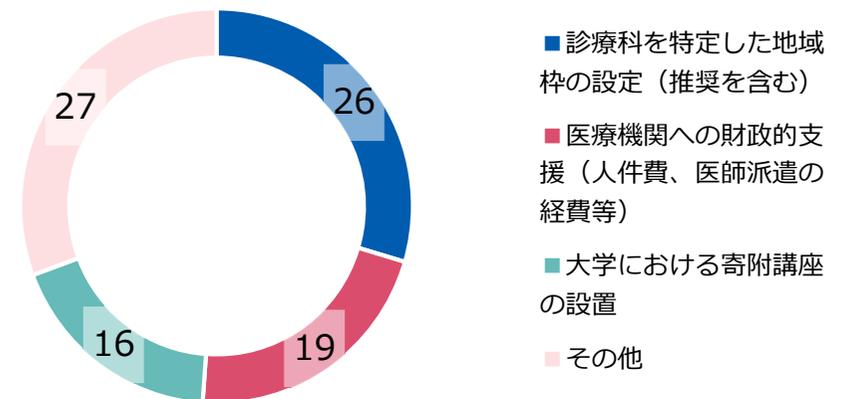


(県)

Q13. 貴都道府県では特定の不足している診療科の医師の確保に向けて何か支援をしていますか。



Q14. (Q13で「支援をしている」と回答した場合) 貴都道府県における、医師が不足している診療科への主な取組を教えてください。（※複数回答）



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. 背景
2. 各論

医師養成過程における取組

【大学医学部】

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

【臨床研修】

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

【専門研修】

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

各都道府県の取組

【医師確保計画】

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

＜具体的な施策＞

● **大学と連携した地域枠の設定**

● **地域医療対策協議会・地域医療支援センター**

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

● **キャリア形成プログラム（地域枠医師等）**

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

● **認定医師制度の活用**

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

医師の働き方改革

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

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

医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。

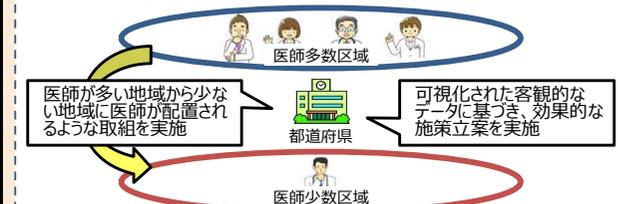
- (例)・大学医学部の地域枠を15人増員する
- ・地域医療対策協議会で、医師多数区域のA医療圏から医師少数区域のB医療圏へ10人の医師を派遣する調整を行う等

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



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

医師養成過程

6年
学部教育

大学医学部 – 地域枠の設定 (地域・診療科偏在対策)

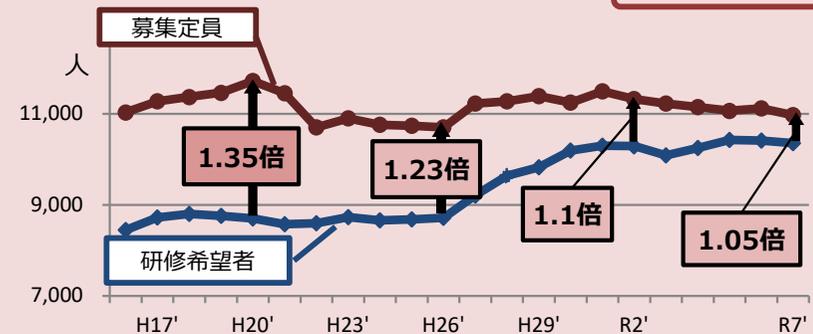
医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会

- 大学が特定の地域や診療科で診療を行うことを条件とした選抜枠を設け、都道府県が学生に対して奨学金を貸与する仕組みで、都道府県の指定する区域で一定の年限従事することにより返還免除される (一部例外あり)
- 2026 (令和8) 年度の臨時定員は、2024 (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
- 2027 (令和9) 年度以降の臨時定員は、各都道府県・大学の医師確保の現状を踏まえて検討

臨床研修 – 臨床研修制度における地域偏在対策

医師臨床研修部会

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

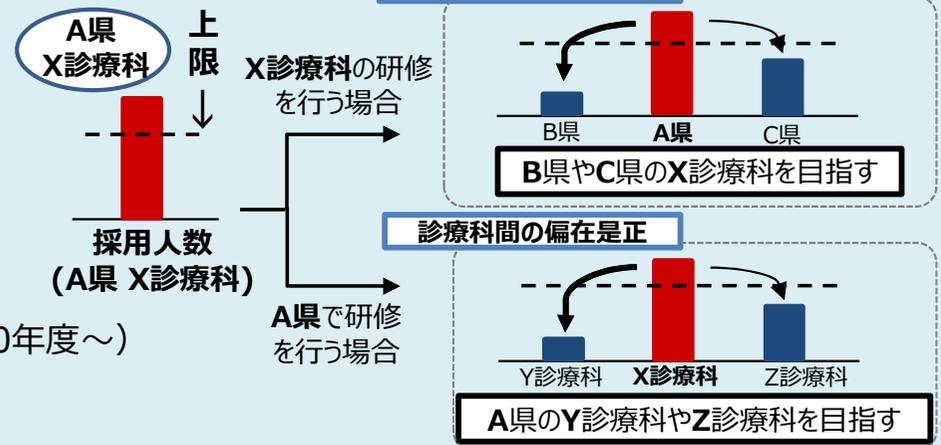


※臨床研修病院の指定、募集定員の設定権限を都道府県へ移譲 (2020年4月～)

専門研修 – 専門医制度における地域・診療科偏在対策

医師専門研修部会

- 日本専門医機構が、都道府県別・診療科別の採用数の上限 (シーリング) を設定
- ※医師法の規定により、都道府県の意見を踏まえ、厚生労働大臣から日本専門医機構等に意見・要請を実施
- 5大都市を対象としたシーリング (2018年度～) から、都道府県別・診療科別必要医師数に基づいたシーリングへ変更 (2020年度～)
- 特別地域連携プログラムの導入 (2023年度～)



3年以上
専門研修

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】

現状課題

医師偏在は一つの取組では是正が図られるものではない

若手医師を対象とした医師養成過程中心の対策

へき地保健医療対策を超えた取組が必要

基本的な考え方

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

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

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

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

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

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

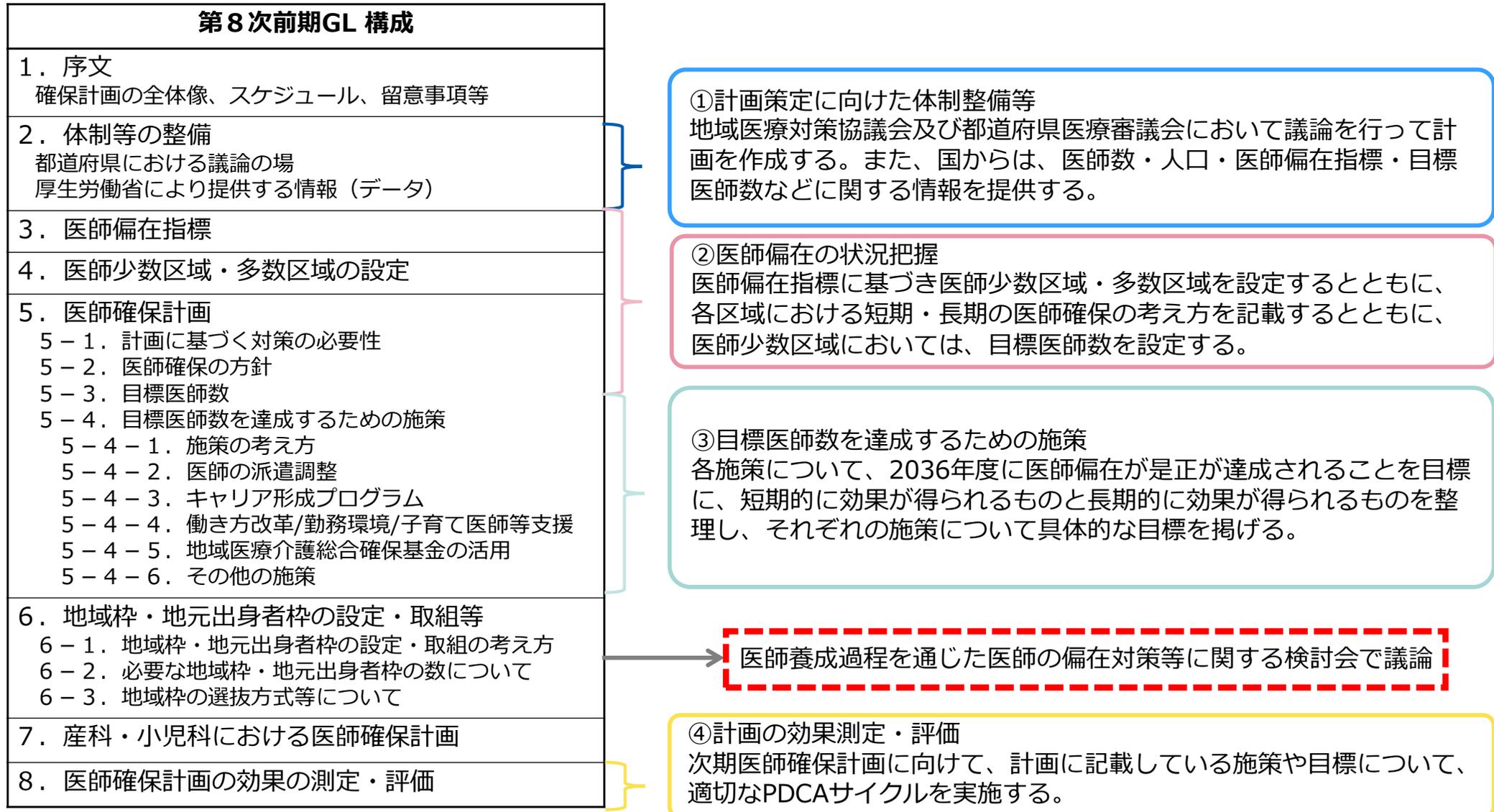
- <医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大等>
 - ・対象医療機関に公的医療機関及び国立病院機構・地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構の病院を追加
 - ・勤務経験期間を6か月以上から1年以上に延長。施行に当たって柔軟な対応を実施
- <外来医師過多区域における新規開業希望者への地域に必要な医療機能の要請等>
 - ・都道府県から外来医師過多区域の新規開業希望者に対し、開業6か月前に提供予定の医療機能等の届出を求め、協議の場への参加、地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請を可能とする
 - ・要請に従わない医療機関への医療審議会での理由等の説明の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

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。

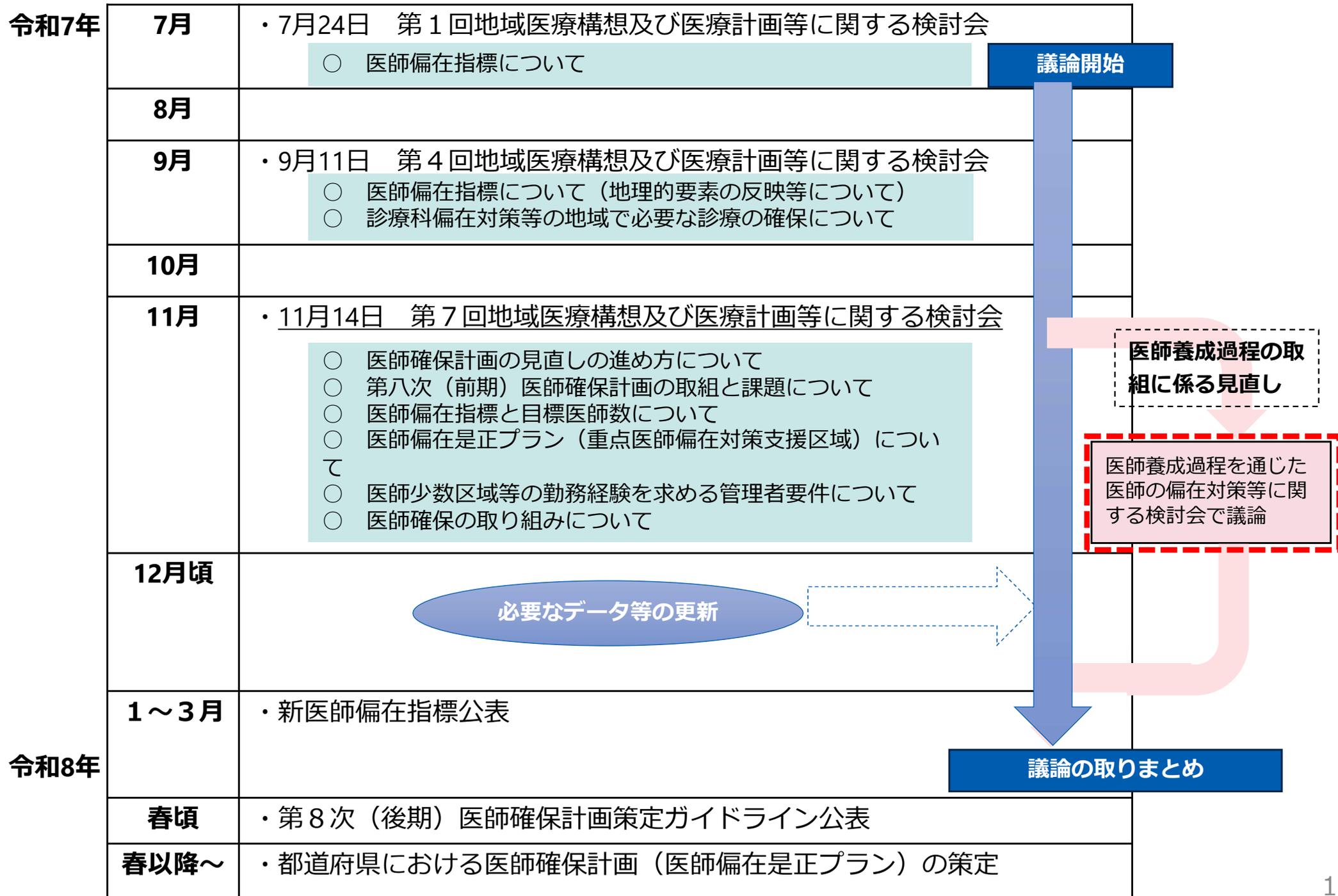
<キャリア形成プログラム>

- ✓ 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>

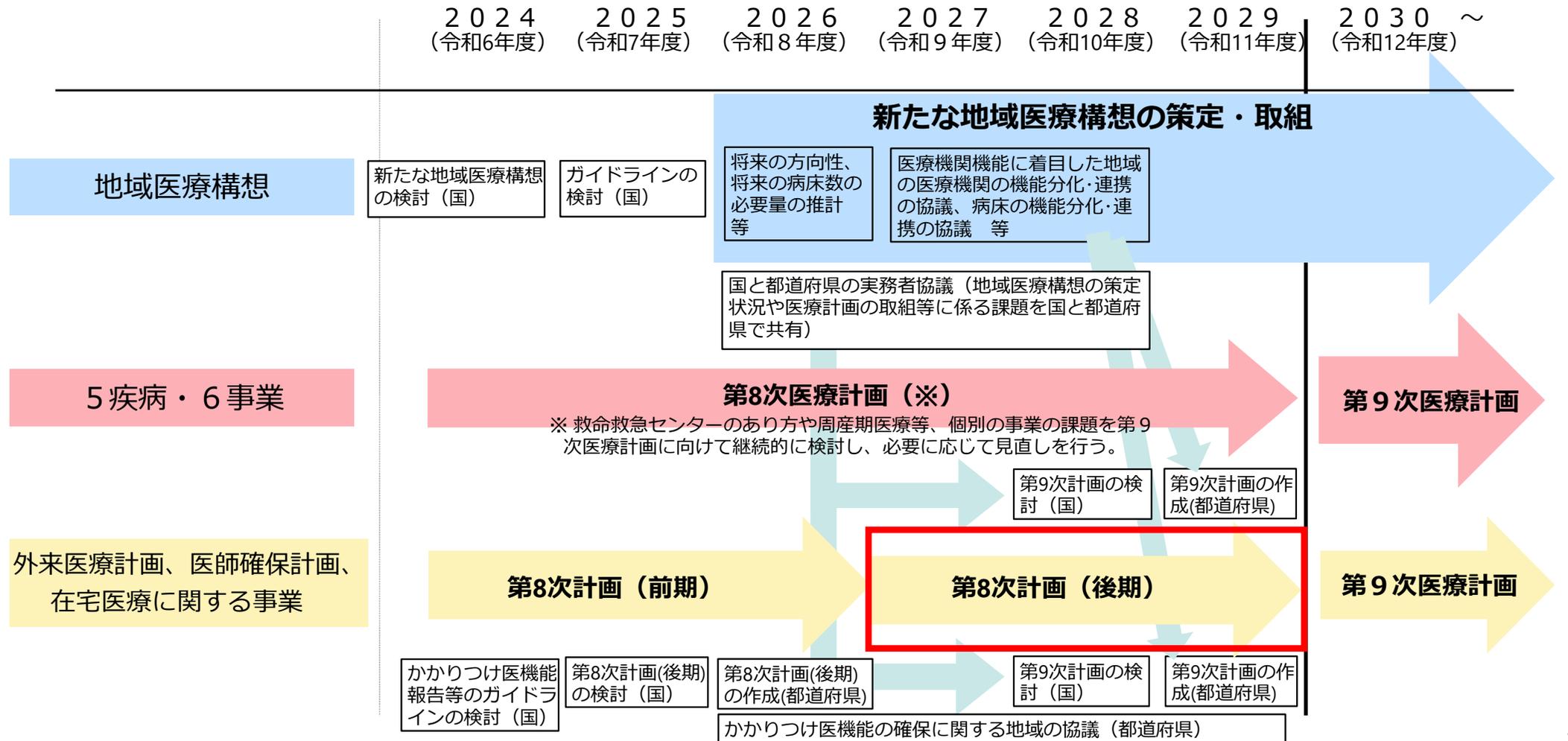
- ✓ 地域に定着する医師の確保の観点から、地元出身の医師の養成を目的とした中高生を対象とする医療セミナーの開催や、地域医療を担う医師を増やすことを目的とした医学部生を対象とする地域医療実習の拡充及び支援等の施策の検討を行うこと。また、地域枠を中心とした、都道府県における就業に一定の関心を持つ医学部生や若手医師が大学、所属医療機関を超えて情報共有や意見交換を行うことのできるプラットフォームを整備することも有用であると考えられる。
- ✓ 各都道府県内の基幹型臨床研修病院と協力型臨床研修病院は、地域重点型プログラムなどを用いてより多くの研修医が医師少数区域における地域医療研修を行えるようにするの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

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）



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。



都道府県における医師確保に向けた取組状況

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

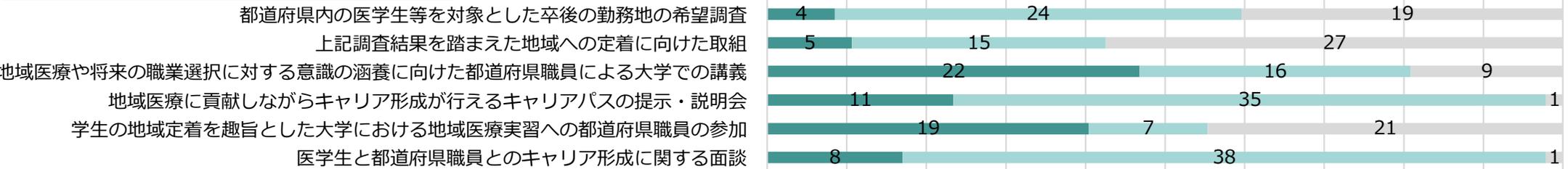
- 医学部入学前の高校生等、医学生、臨床研修医、専攻医、全世代の医師といった対象別の医師確保に向けた取組の実施状況について、都道府県に対してアンケート調査を実施した。都道府県のうち、取組の実施割合を以下に示す。

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

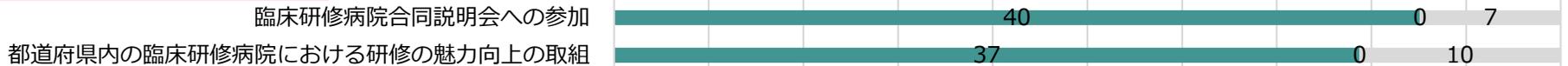
出典：医学部臨時定員増に関する意向調査（令和7年3月実施）（厚生労働省医政局医事課調べ）



2. 医学生を対象とした取組の実施割合



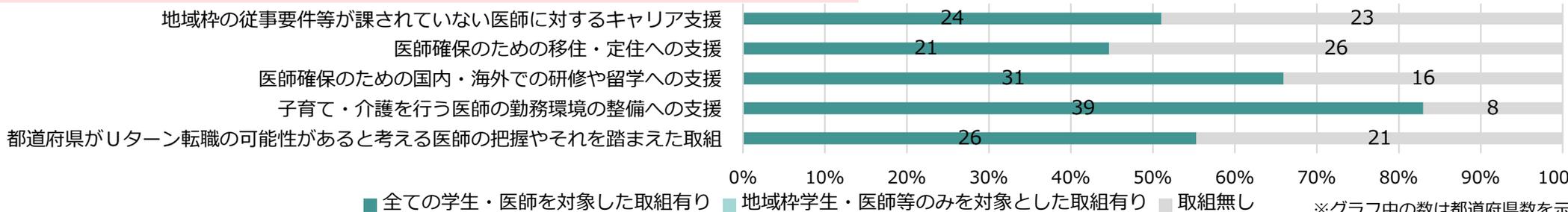
3. 臨床研修医の確保に向けた取組の実施割合



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. 背景

2. 各論

- (1) 医学部定員における地域枠等の取組
- (2) 臨床研修における取組
- (3) 専門研修における取組
- (4) 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

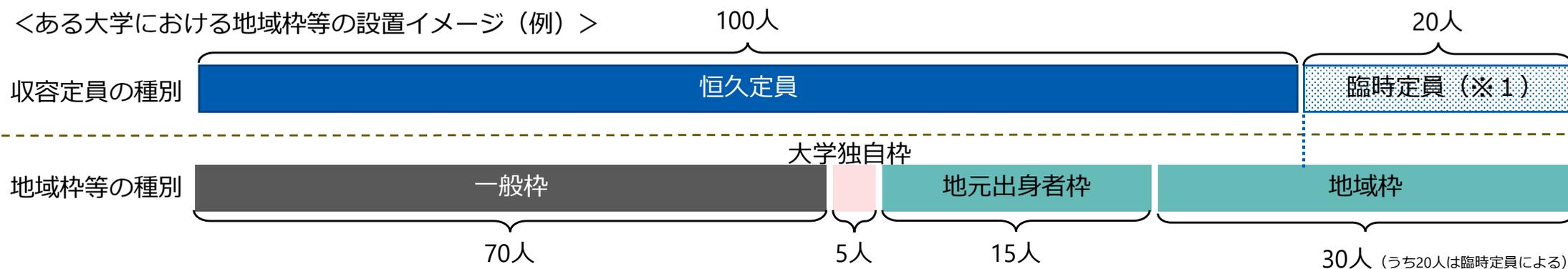
地元出身者枠

- 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

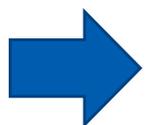
- ① 対象は問わない
- ② 選抜方法は問わない
- ③ 従事要件は問わない 等

<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

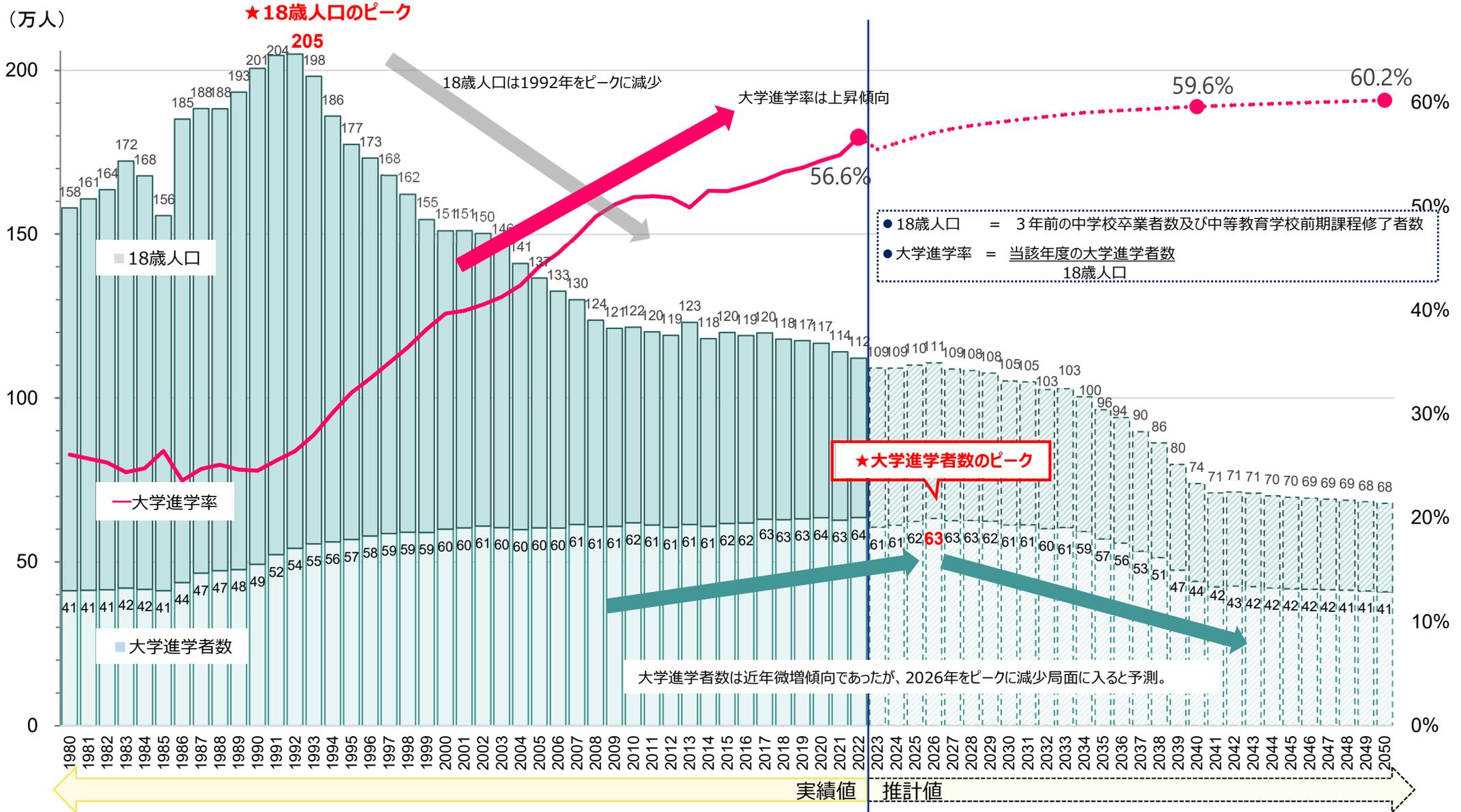
- 安定した医師確保を行うため、都道府県は、積極的に恒久定員内への地域枠や地元出身者枠の設置について大学と調整を行う。
- 特に医師少数都道府県においては、地元出身者を対象として他都道府県に所在する大学にも地域枠を設置し、卒前からキャリア形成に関する支援を行うことで医師確保を促進する。

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。

大学進学者数等の将来推計について

18歳人口が減少し続ける中でも、大学進学率は上昇し、大学進学者数も増加傾向にあったが、2026年以降は18歳人口の減少に伴い、大学進学率が上昇しても大学進学者数は減少局面に突入すると予測される。



※ 出生低位・死亡低位での推計
 ※ 18歳人口：3年前の中学校卒業業者数及び中等教育学校前期課程修了者数

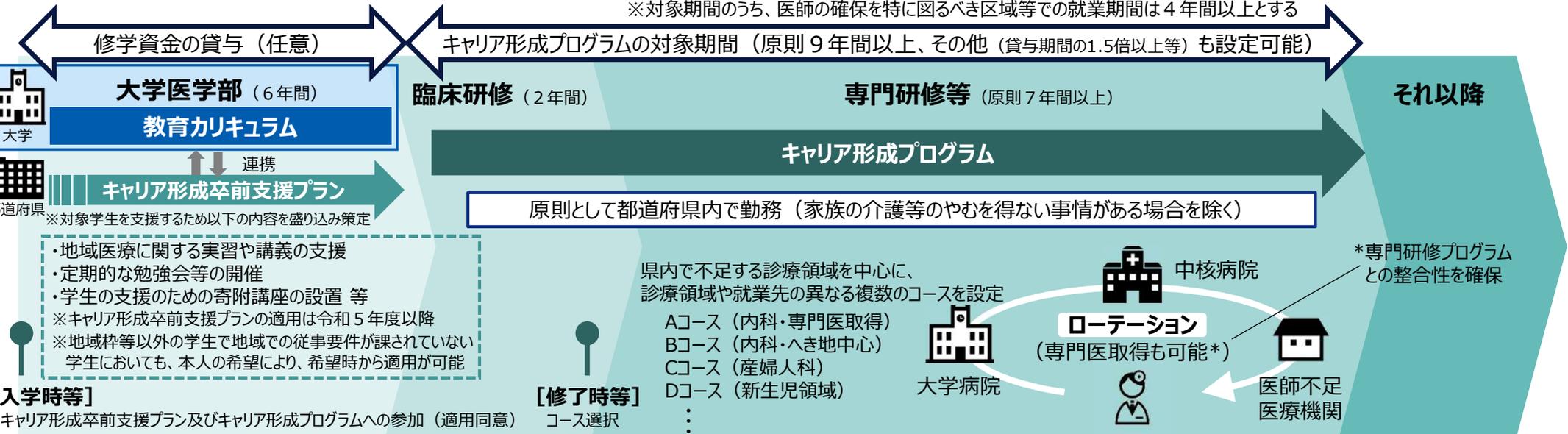
(出典) 推計値：国立社会保障・人口問題研究所

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>



【入学時等】
キャリア形成卒前支援プラン及びキャリア形成プログラムへの参加(適用同意)

【修了時等】
コース選択

<キャリア形成プログラムの対象者>

- ・ 地域卒を卒業した医師
 - ・ 地域での従事要件がある地元出身者卒を卒業した医師
 - ・ 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

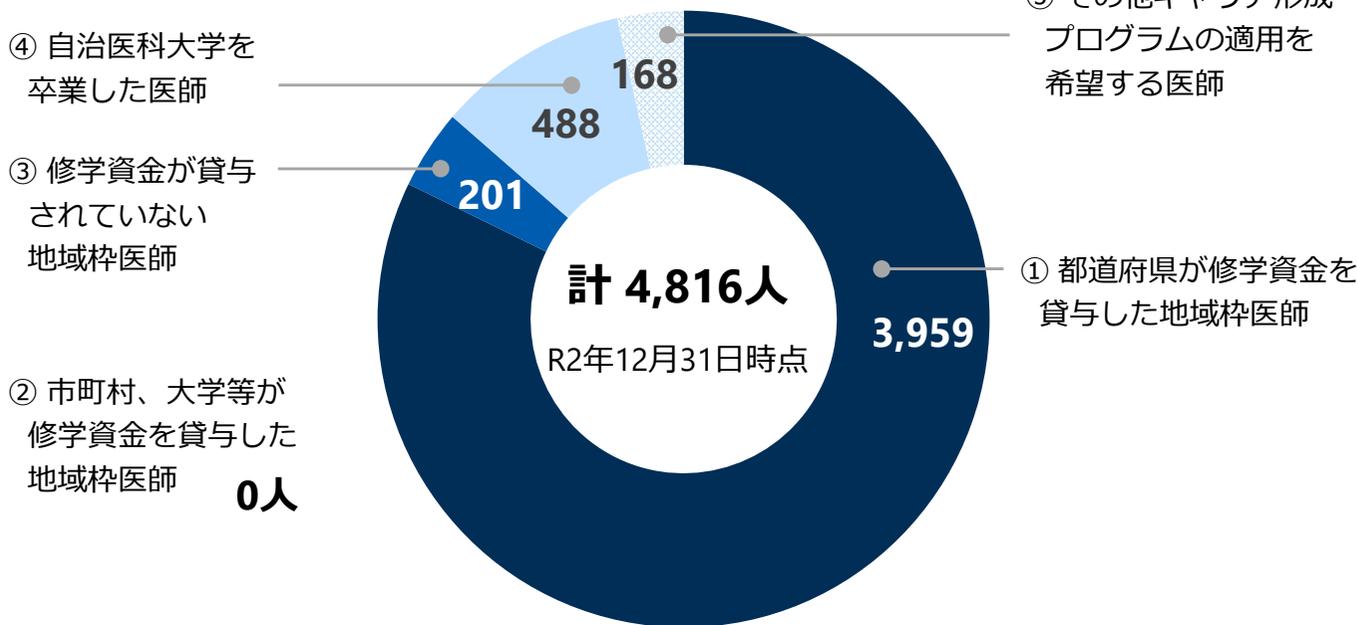
○ キャリア形成プログラムの対象者は、「キャリア形成プログラム運用指針」において、次に掲げる者を対象としている

- 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

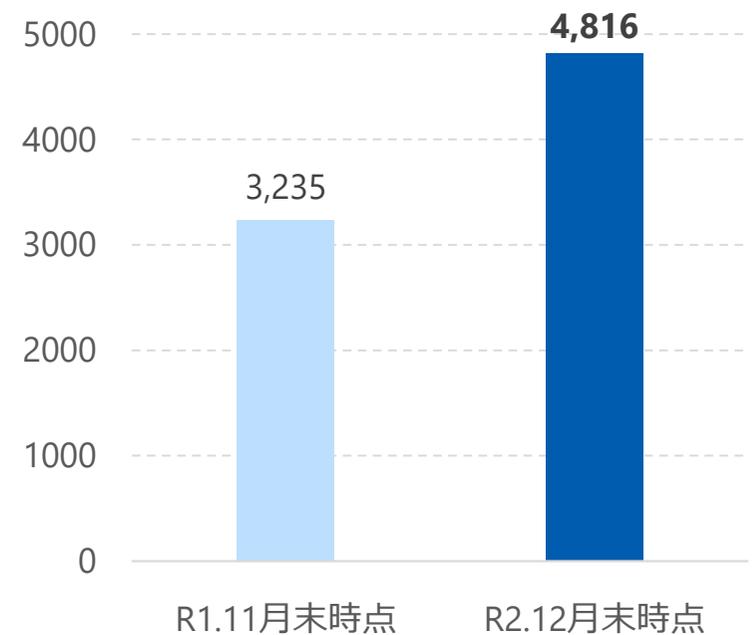
※ 都道府県は、①④⑤に対し、その者の同意を得て当該プログラムを適用しなければならない（ただし、④については、平成31年度以降に同大学の医学部に入学した者に限る者とし、それ以前の入学者については、その者の同意を得て当該プログラムを適用するよう努めるものとする）

※ 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。

地域医療対策協議会・地域医療支援センター

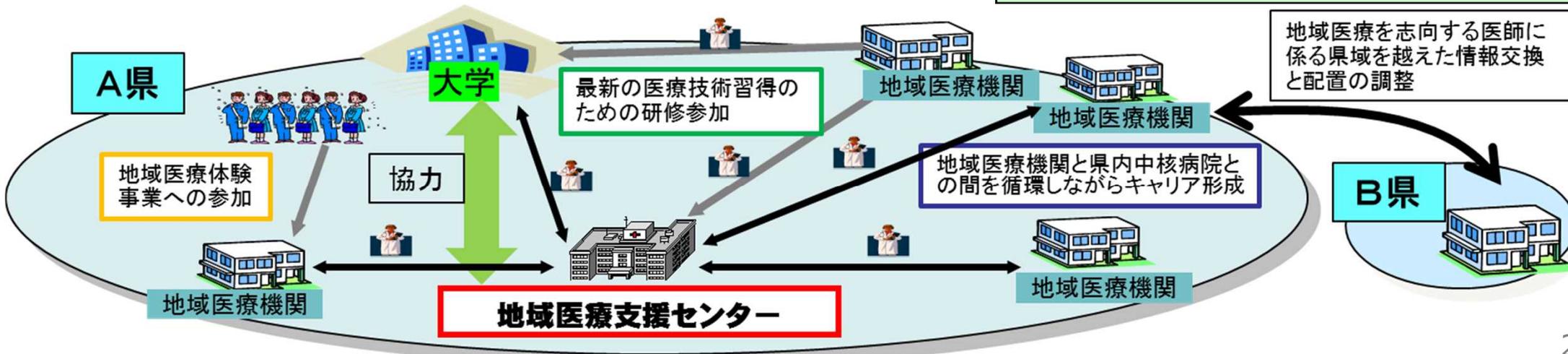
平成30年医療法改正により、地域医療対策協議会の役割の明確化、協議プロセスの透明化を図るとともに、地域医療支援センターとの関係や役割について明確化

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



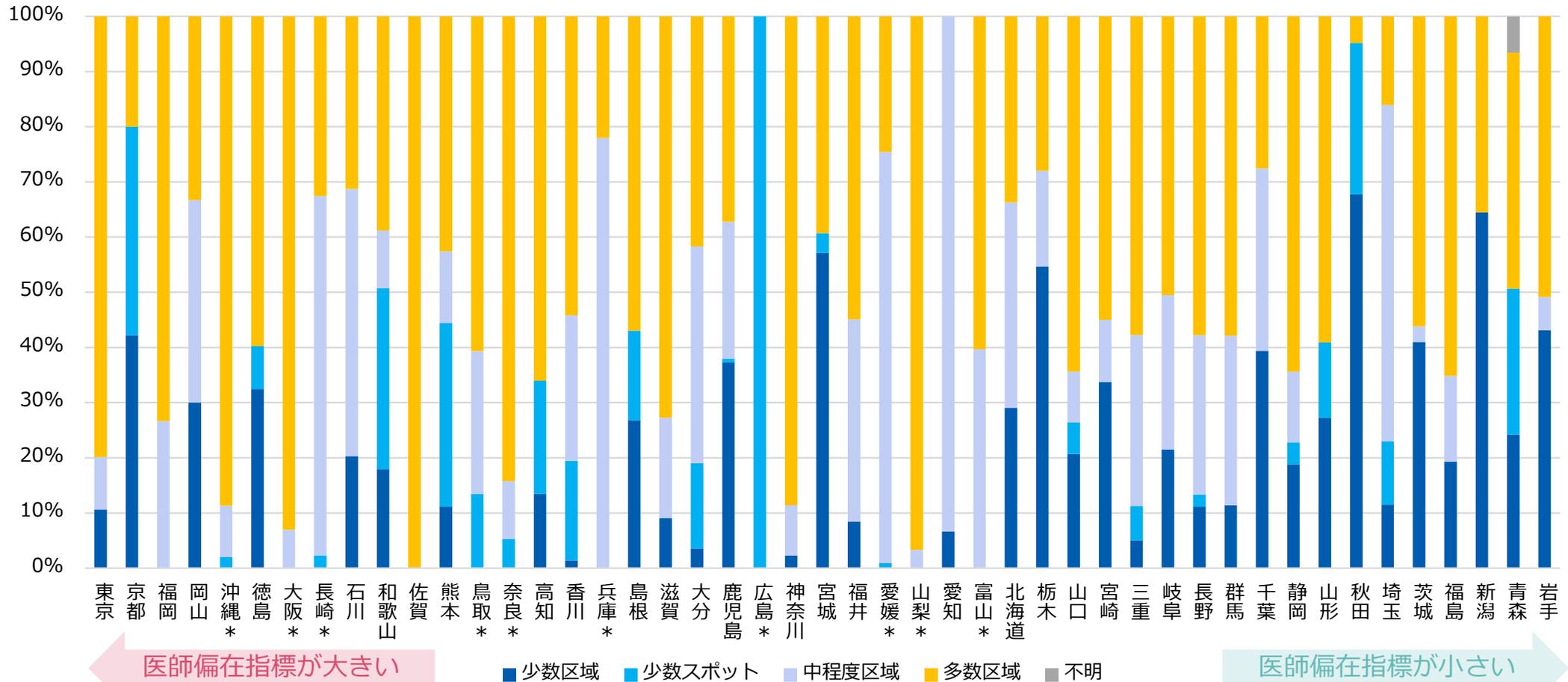
都道府県が実施する医師派遣等の対策は、地域医療対策協議会において協議が調った事項に基づいて行う

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>



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。

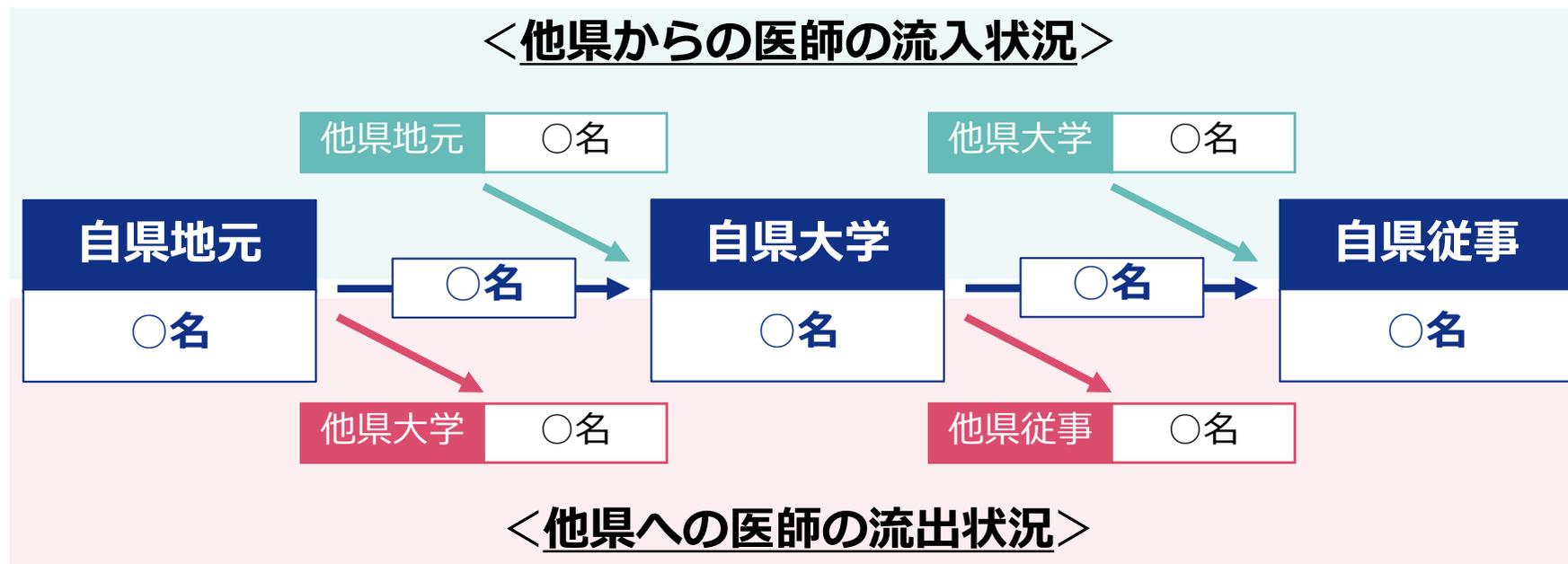
「*」を付した沖縄県、大阪府、長崎県、鳥取県、奈良県、兵庫県、広島県、愛媛県、山梨県、富山県は、医師少数区域がない都道府県。

（※）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。

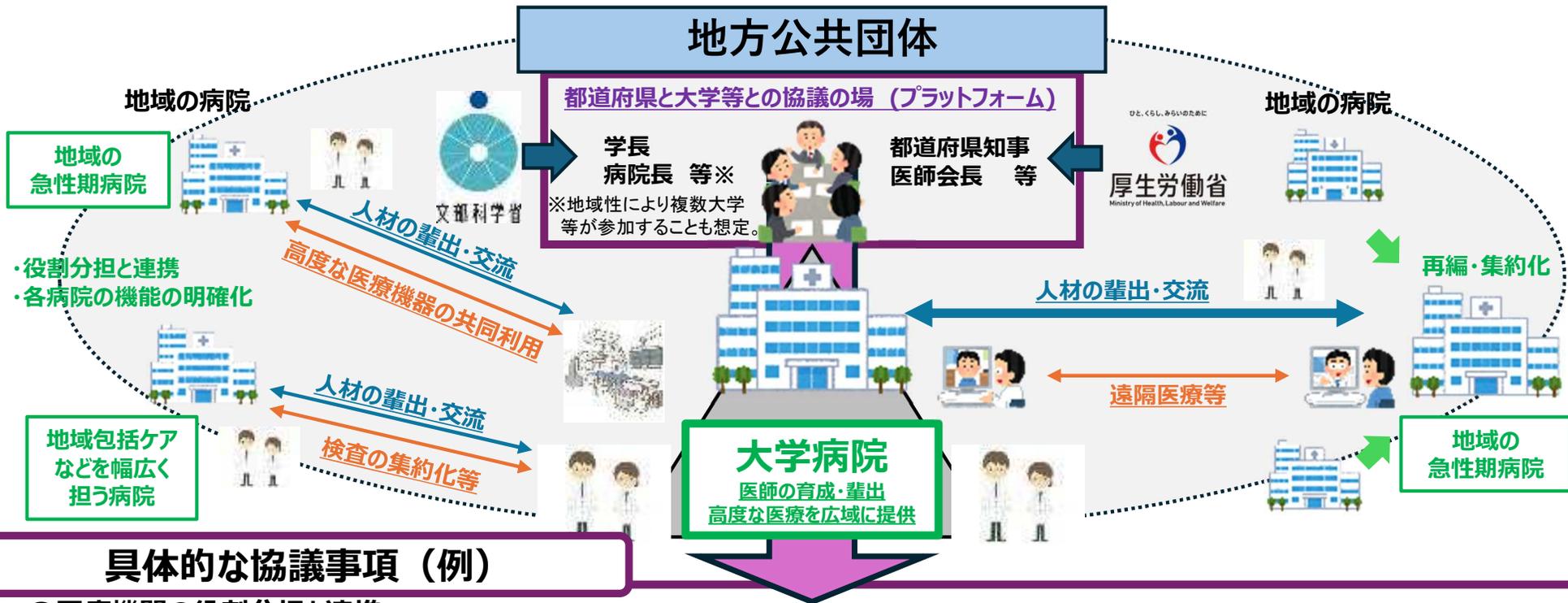
地域との連携強化

<地域医療の課題>

- 2040年頃やその先を見据え、高齢者の増加や人口減少に対応すべく、効率的な医療提供体制の構築が必要。
- そのため、新たな地域医療構想に基づく医療機関の役割分担・連携の推進、再編・集約化が必要。

<地域における大学病院の役割の強化>

- 幅広い領域をカバーする医療人材を養成し、卒後を含めて人材が交流しながら資質向上を図る機能を強化。
- 都道府県等と緊密に連携し、地域の医療人材の確保や広域的な高度医療の提供を積極的に実施。



具体的な協議事項（例）

- 医療機関の役割分担と連携
 - ・ 大学病院における高度急性期医療の強化
 - ・ 高難度でない医療の地域の医療機関へのシフト
- 地域の医療人材の確保
 - ・ 大学医学部の恒久定員における地域枠の拡大
 - ・ 寄附講座等を活用した専攻医・指導医等の育成・配置
 - ・ 地域の医療機関の再編・集約化
 - ・ 大学病院における人材の確保、地域の医療機関への組織的な医師の輩出・交流
- 広域的な高度医療の提供
 - ・ 大学病院の遠隔医療等による地域全体の医療機関へのサポート
- 上記の取組に対する、国の基金等を活用した地方公共団体等による負担

岩手医科大学における取組

総合型選抜（地域医療医師育成特別枠）

募集人員

8名程度

全国公募

恒久定員内に大学独自の地域枠を設定している等、大学として地域医療に貢献する取り組みを行っている

出願資格

次の要件をすべて満たしている者

1. 高等学校または中等教育学校を令和6年3月以降に卒業した者、および令和8年3月卒業見込みの者
2. 調査書の全体の学習成績の状況が3.8以上の学力を有し、学業及び生活態度が優秀であり、かつ医師となる適性と明確な目的意識を持つ者
3. 圭陵会正会員（大学の職員および志願者の2親等以内を除く）の推薦を得た者
4. 合格した場合、入学を確約できる者
5. 卒業後、大学附属病院および大学関連病院に通算6年以上（大学附属病院での臨床研修2年を含む）勤務し、岩手県の地域医療に従事することを確約できる者

22

令和7年度 地域医療体験実習 実施要項 **医学部1年**

1. 責任者

医学教育学講座 地域医療学分野 伊藤 智範 教授

2. 教育成果（アウトカム）

本研修は early clinical exposure として位置づけられている。
地域医療機関で働く医師の活動を学ぶことで、医師になる者としての自覚を高めるとともに医師の果たすべき役割を習得することができる。

3. 行動目標（SBOs—Specific Behavioral Objectives）

- (1) 医療チームにおいて、医師の果たしている役割を述べることができる。
- (2) 医療チームがどのようなメンバーで行われているか概説できる。
- (3) 病院スタッフ（指導医、看護師、薬剤師等）とのコミュニケーションをとることができる。
- (4) 患者さんや家族とのコミュニケーションをとることができる。
- (5) 地域医療機関で医師不足や看護師不足にどのような対策を取っているかを述べることができる。

5. 研修日程及び研修場所

- (3) 研修日程 2025年7月24日(木)～25日(金) 2日間
※遠方の病院へは7/23(水)午前のガイダンス後から現地へ移動し、2泊3日の対応とする。
- (4) 研修場所 県内外の医療機関

24



岩手医大臨床研修キャッチフレーズ

時代にマッチした

自分にマッチした

岩手医科大学ならではの臨床研修

31

総合臨床医学 **医学部5年**

ナンバリング

M5-S1-I01

責任者・コーディネーター	臨床実習部会長		
担当講座・学科(分野)	臨床実習担当講座・学科		
担当教員	臨床実習担当講座・学科教員		
対象学年	5 学年	期 間	通年
区 分	講義・演習		

■ 学習方針（講義概要等）

目の前の患者の医学的な問題の解決のために、自分の持っている医学的知識や社会的知識を有効かつ効率的に活用する訓練を行う。臨床実習で自らの課題を確認すると同時に、講義によって、臨床場面に則した知識の活用の仕方を体系的に学習する。

■ 教育成果（アウトカム）

基礎医学、社会医学、臨床医学の知識を臨床場面に則した形で学修することにより、医学的な問題の解決のためにこれらの知識を活用する能力を身につける。

（ディプロマ・ポリシー：1、2、3、4、5、6、7）

26

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

医師需給分科会第5次中間とりまとめにおける検討

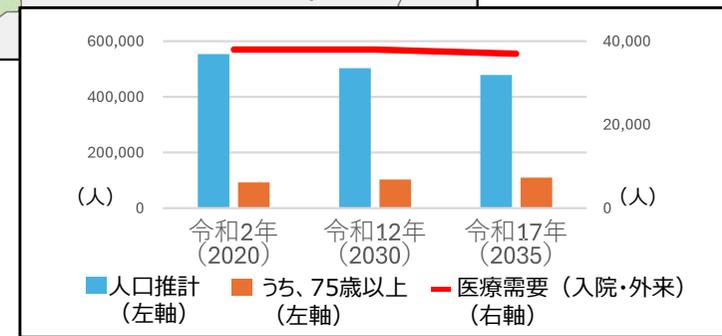
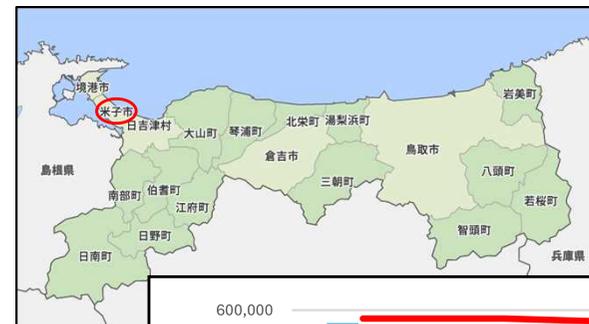
- 大学医学部、臨床研修、専門医制度における医師偏在対策を進めてきたが、大学医学部における地域枠の設定は、地域における医師の確保を図るために有効な手段の一つと考えられるため、地域の実情に応じて地域枠の設置・増員を進めると共に、現行の臨時定員の数や都道府県・大学に対する配分を見直した上でその活用を図ることも必要である。その際、安定した運用の観点からは、恒久定員内で措置することが望ましく、自治体や大学の状況や考えを十分に踏まえながら、各都道府県の医学部定員内に必要な数の地域枠を確保し、地域における医師の確保を図ることが重要である。

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。

県の状況

- 鳥取県は、県西部の米子市に鳥取大学があり、医師の県外への流出、専門分化に伴う県西部での勤務指向の高まり等から **県東部まで医師を派遣すること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（2～3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、 **恒久定員内への地域枠数を、令和7年度までの2枠から、令和8年度以降は7枠まで増加**することで、 **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を中心に研修するとともに、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	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

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。

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

- 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枠医師による講演と、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。



令和9年度の医学部臨時定員の暫定的な維持について（別紙・抜粋）

（3）令和9年度の医学部入学定員の臨時的な増員に当たっての考え方について

令和9年度の医学部入学定員の臨時的な増員に当たっては、各都道府県は、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の調整を行った上で、臨時定員の必要性を慎重に検討すること。前年度を上回る地域枠数を設定する場合は、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、各都道府県の臨時定員地域枠数は原則として令和8年度の数を超えないよう調整すること。なお、各都道府県は、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つつ、都道府県ごとの医師の流出入、地域枠医師以外を含む都道府県内への定着の意向の状況等を考慮した上で、確保すべき医師数（例えば、臨床研修や臨床研修修了後の時点で確保すべき人数等）を検討し、真に必要な地域枠数を検討すること。

文部科学省及び厚生労働省は、臨時定員全体の必要性に加えて、当該都道府県の医師確保計画の進捗状況や地域枠医師の配置・運用状況、医師養成過程における教育・研修環境の体制、医学部定員の欠員状況等を慎重かつ丁寧に精査し、地域の医師確保・診療科偏在対策等に有用で、真に必要な範囲に限り臨時定員の設置を認めることとする。ただし、すべての地域枠において、特定の診療科での従事を要件とするものではない。また、研究医養成のための入学定員増についても、研究医の養成にかかる取組の進捗状況等を踏まえて、慎重かつ丁寧に精査し、臨時定員の設置を認めることとする。

このため、必要に応じ、医学部入学定員の臨時的な増員を希望する都道府県・大学に対し、臨時定員の必要性等について有識者も含めた検討の場等でヒアリング等を実施することとする。

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. 背景

2. 各論

- (1) 医学部定員における地域枠等の取組
- (2) 臨床研修における取組
- (3) 専門研修における取組
- (4) 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。

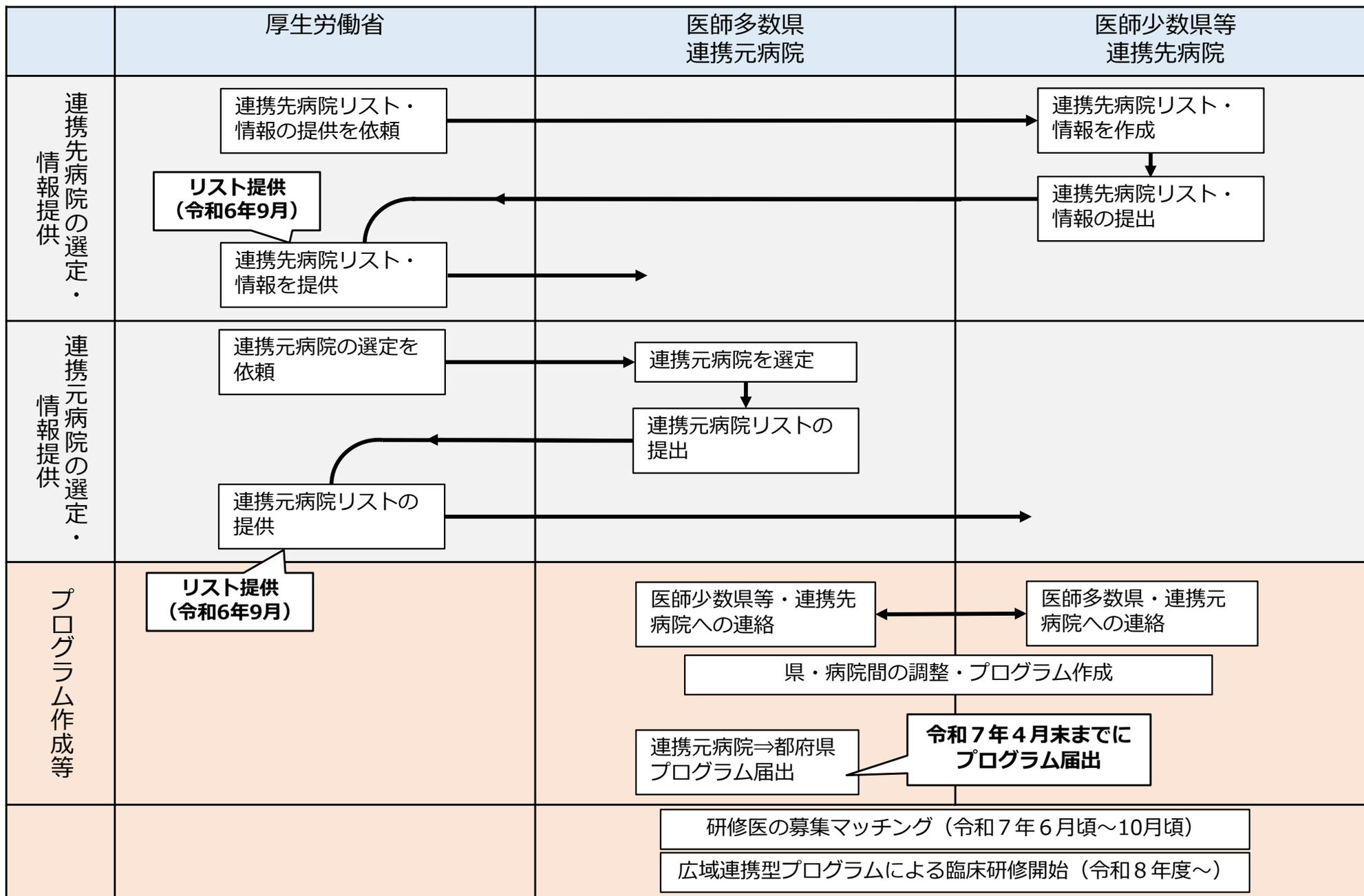
・プログラムの実施期間は24週又はそれ以上とする。

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



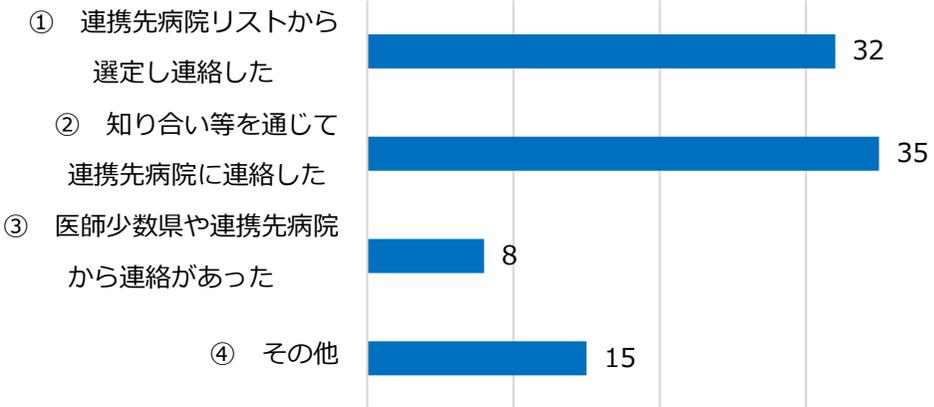
令和8年度の広域連携型プログラムの状況③

第2回医道審議会医師分科会
医師臨床研修部会
令和7年8月21日

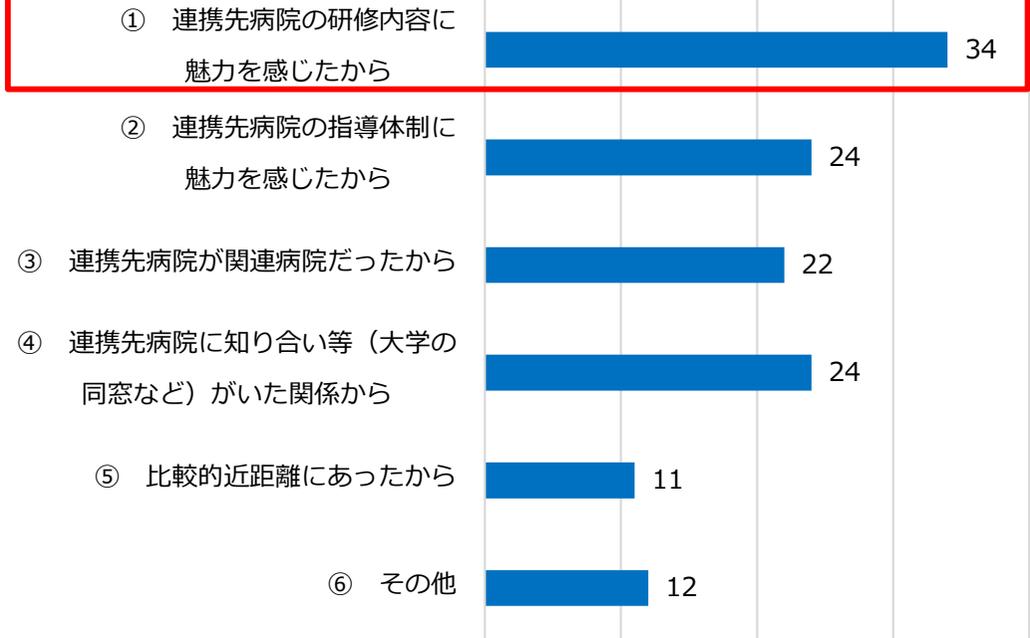
資料3
一部改

- 広域連携型プログラムについて、**医師多数県（連携元病院）**に対し、アンケート調査を実施（令和7年5月実施）。
- 連携元病院の61病院から回答があり、結果は以下のとおり。

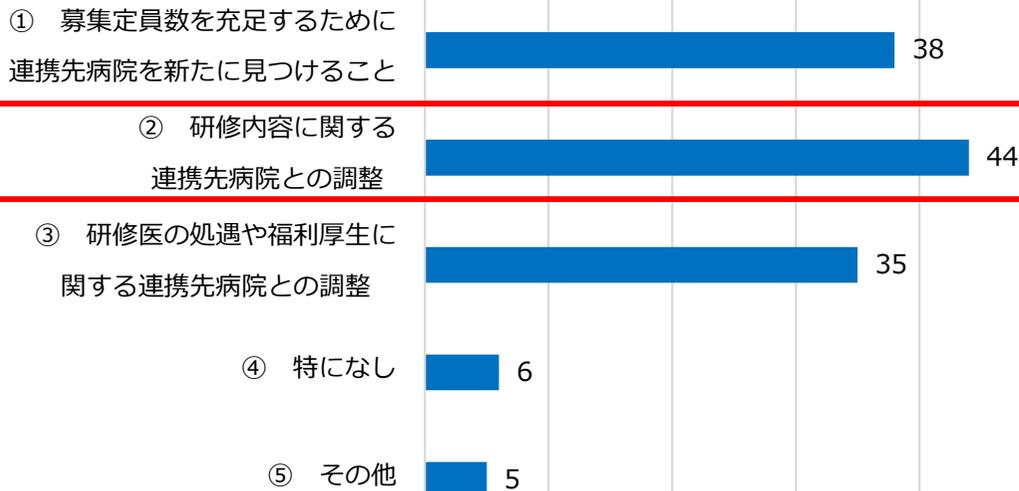
1. 連携先病院への連絡方法（複数回答可）



2. 連携先病院の選定理由（複数回答可）



3. プログラムを作成する上で特に困難だったこと（複数回答可）

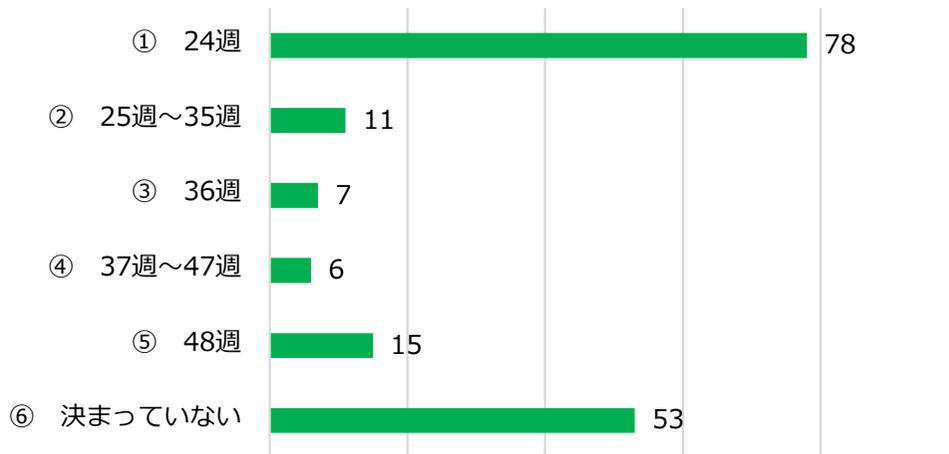


1. 連携先の見つけ方としては、「知り合い等を通じて連絡した」や「連携先病院リストから連絡した」が多かった。
2. 連携先の選定理由としては、「連携先の研修内容に魅力を感じた」が最も多く、次いで「連携先の指導体制に魅力を感じた」や「知り合いがいた関係から」が多かった。
3. プログラム作成で特に困難だった点としては、「連携先を見つけること」や「研修内容に関する連携先との調整」が多かった。

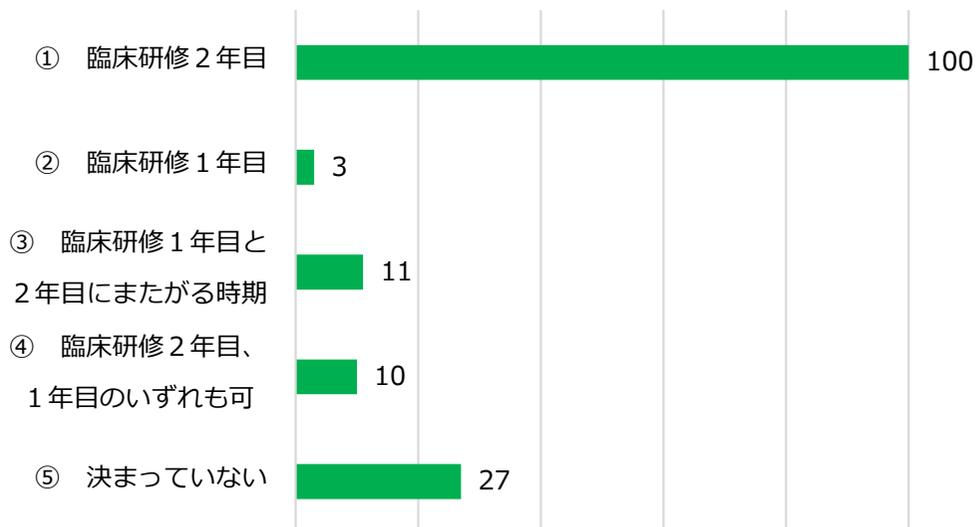
令和8年度の広域連携型プログラムの状況④

- 広域連携型プログラムについて、**医師少数県等（連携先病院）**に対し、アンケート調査を実施（令和7年5月実施）。
- 連携先病院として手挙げした病院のうち、143病院から回答があった。

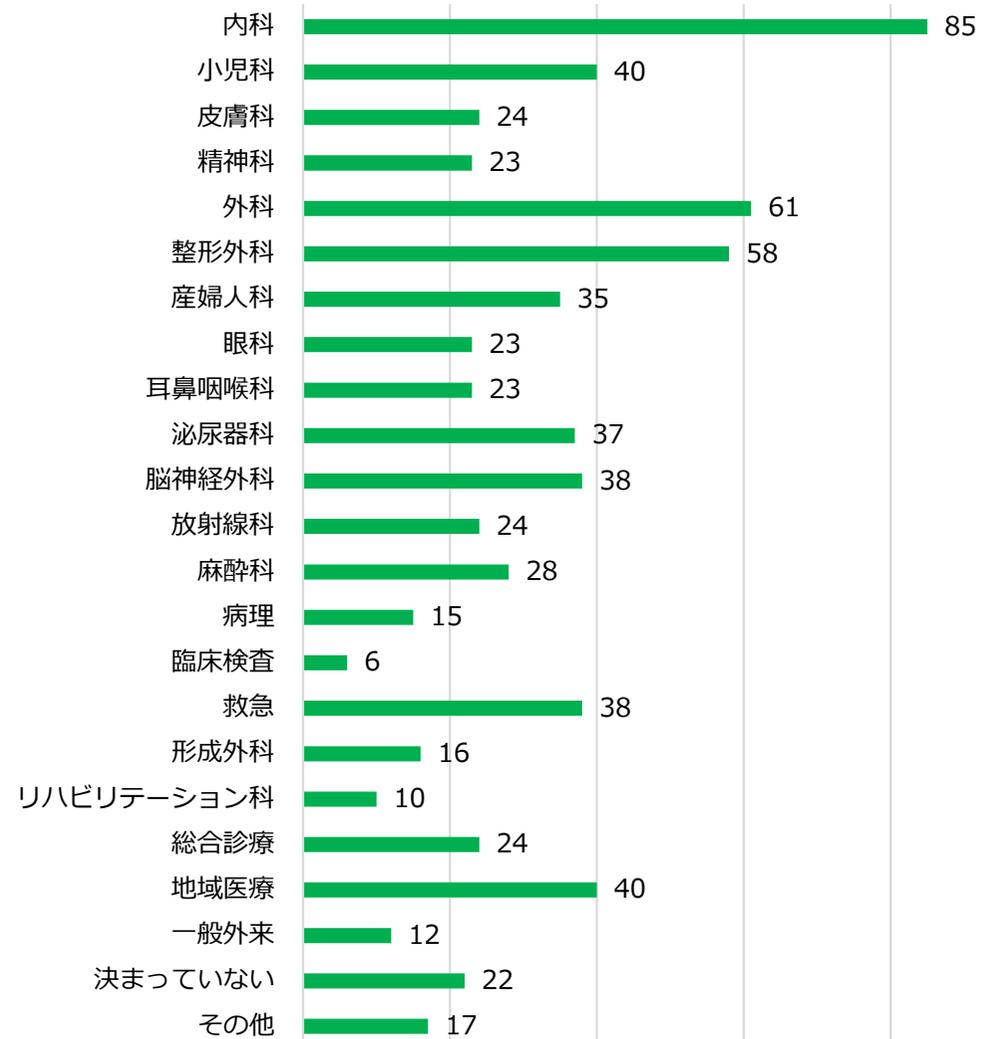
1. 連携先病院での研修期間（複数回答可）



2. 連携先病院での研修実施時期（複数回答可）



3. 連携先病院で実施する予定の研修内容（複数回答可）

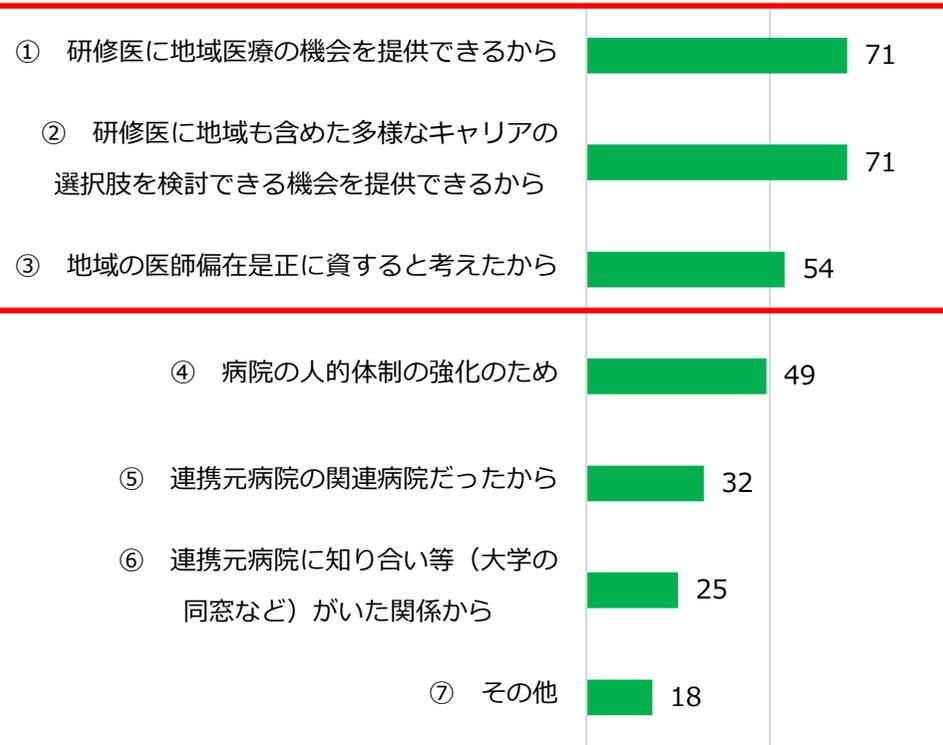


令和8年度の広域連携型プログラムの状況⑤

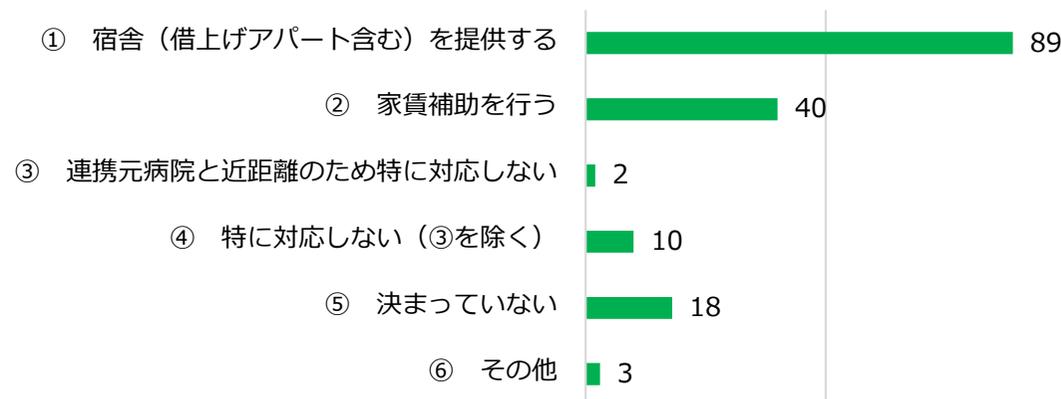
第2回医道審議会医師分科会
医師臨床研修部会
令和7年8月21日

資料3
一部改

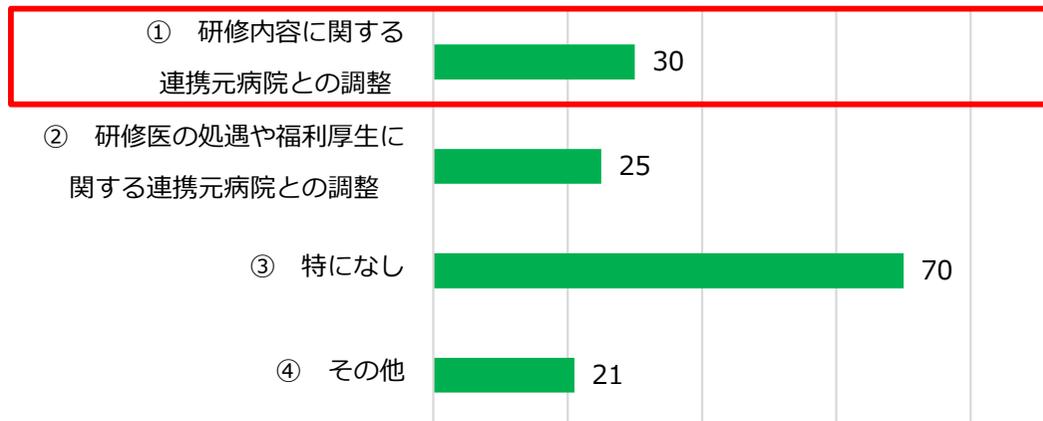
4. 連携先病院として手挙げた理由 (複数回答可)



5. 研修医への宿舍等の支援予定 (複数回答可)



6. プログラムを作成する上で特に困難だったこと (複数回答可)



1. 連携先での研修期間は、「24週」が最も多く、次いで「未だ決まっていない」も多かった。
2. 連携先での研修実施時期としては、「臨床研修2年目」が最も多かった。
3. 連携先での研修内容としては、「内科」が最も多く、次いで「外科」が多かった。
4. 連携先として手挙げた理由としては、「研修医への地域医療の機会の提供」や「多様なキャリア選択肢の機会の提供」が多かった。
5. 研修医への宿舍等の支援予定については、「宿舍を提供する」が最も多く、次いで「家賃補助を行う」が多かった。
6. プログラム作成で特に困難だった点としては、「特になし」との回答が多かった。

令和8年度臨床研修からの広域連携型プログラムの運用に係る取組

- 令和8年度臨床研修からの広域連携型プログラムについては、届出期限の令和7年4月末までに医師多数県の連携元病院となる61病院からプログラムの届出があり、6月から10月にかけて研修医の募集マッチングが実施される。
- 今後も病院間において広域連携型プログラムによる研修の個別具体的な調整があると考えられるが、研修開始後の研修医への支援や良質な研修につなげるために、実施病院に対し、以下の事項について必要な準備や取組を行っていただくよう周知することとする。

【研修医への支援】

連携元病院

連携元病院の指導医やメンターなどは、研修医とWeb面談等を行い、定期的なコミュニケーションを通じて、研修生活などについての助言や精神面でのサポートなど、継続的な支援を行うこと。

連携先病院

連携先病院の指導医等は、研修医と継続的に十分な意思疎通を図り、定期的に研修の進捗状況を共有するとともに、助言等を行うこと。また、研修医が孤立しないよう事務職など他の職種も含めて積極的に研修医とコミュニケーションをとるよう促すこと。

【病院間の連携】

連携元病院と連携先病院それぞれの指導医やメンターなどは、定期的にWeb会議等を設け、研修の進捗状況や研修医の様子・生活などについて情報共有を行うなど、病院間で相互に緊密に連携すること。

- 経費負担に係る国の支援については、令和6年度補正予算において、広域連携型プログラムの作成・調整を行うため、プログラムを設置する基幹型臨床研修病院のプログラム責任者等に係る経費を計上。
令和8年度以降に生じる研修医の移動・滞在に伴う経費や連携先病院の指導経費などについては、引き続き国による支援を検討。

令和9年度の広域連携型プログラムの方向性

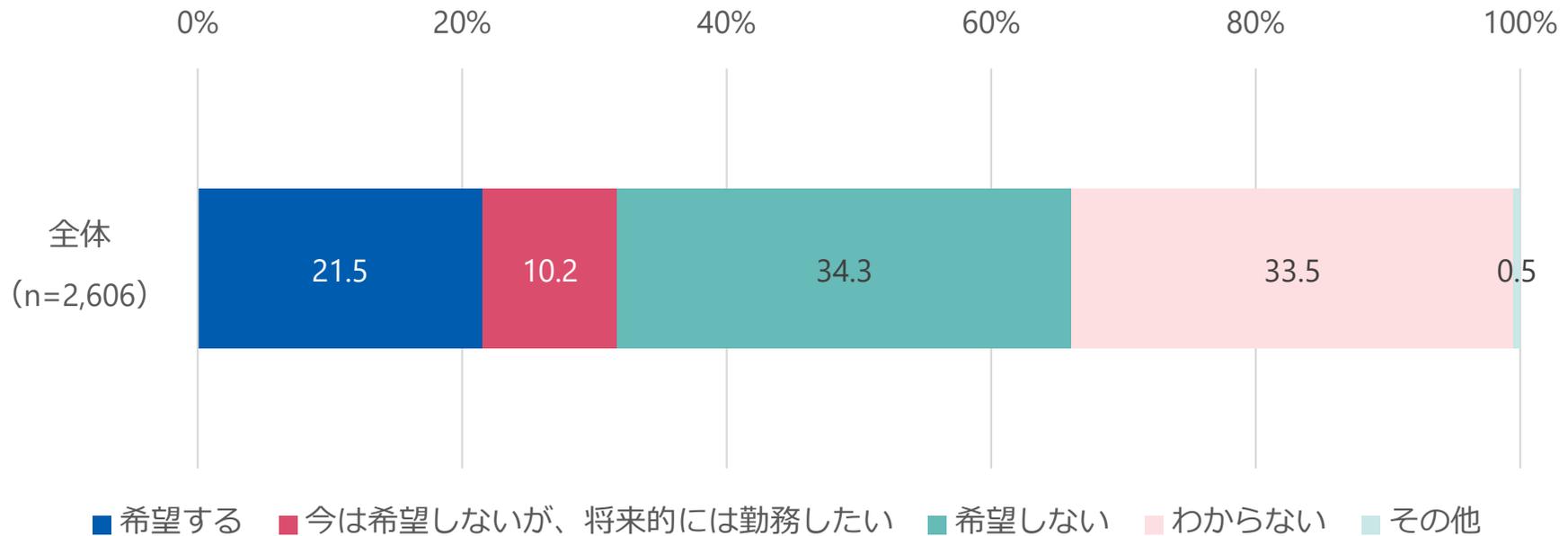
- 今回のアンケート結果から、連携先病院を見つけることが課題だったことから、令和9年度に向けても、連携元・連携先双方の病院の基本情報や医師少数県等の病院における研修の魅力・強みなどの情報収集・提供を行いつつ、医師少数県側からのアプローチを促すなどにより、円滑な連携に取り組むこととする。
- 令和8年度開始のため、未だプログラムが実際にスタートしておらず、今後も開始に向けてフォローが必要な状況。引き続き随時必要な改善を行っていくが、対象地域や募集定員上限等の基本的な枠組みについては、令和9年度のプログラムも前年通りとしつつ、今後の実際の実施状況を踏まえ、更なる実態把握や成果・課題の検証を行いながら必要な見直しを行うこととする。

(参考) 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。広域連携型プログラムも、連携先施設で一定期間の研修を行う点で、専門研修の連携プログラムと共通しており、地域への定着の契機となり得る。

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)



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. 背景

2. 各論

- (1) 医学部定員における地域枠等の取組
- (2) 臨床研修における取組
- (3) 専門研修における取組
- (4) 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。

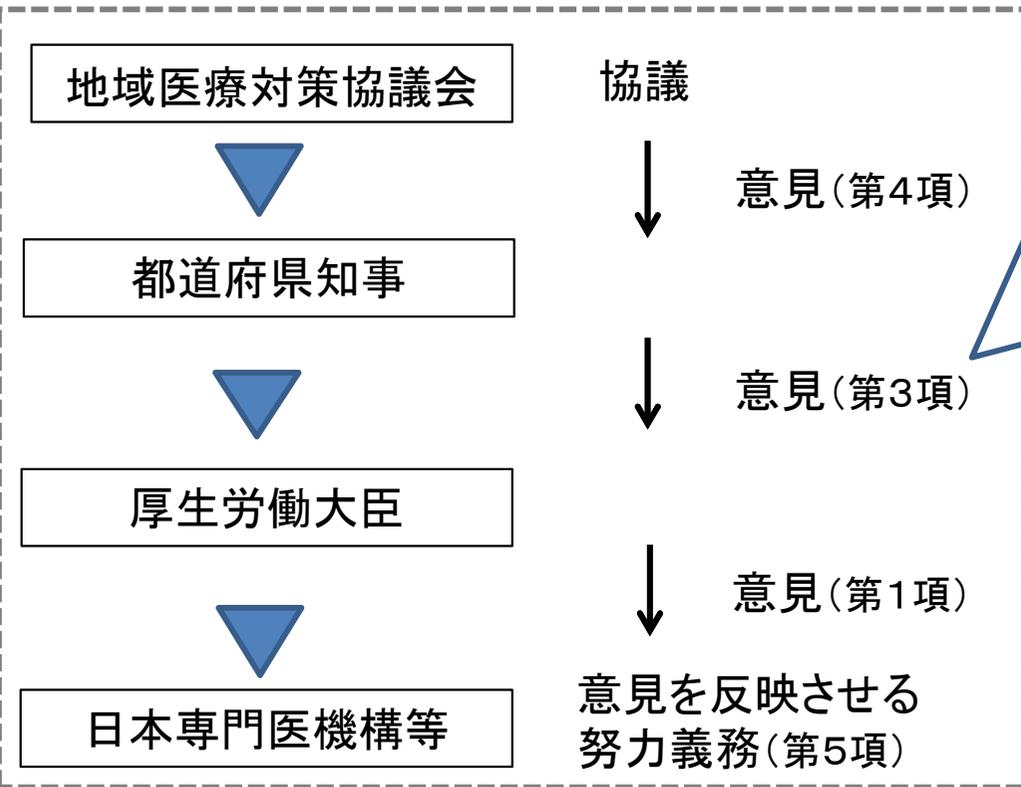
(スケジュール)

- 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。

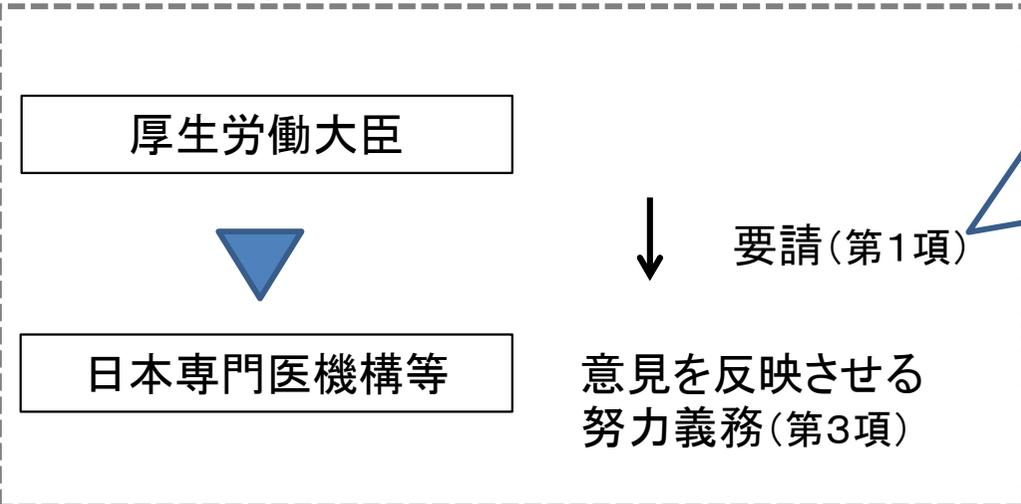
2 (略)

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。

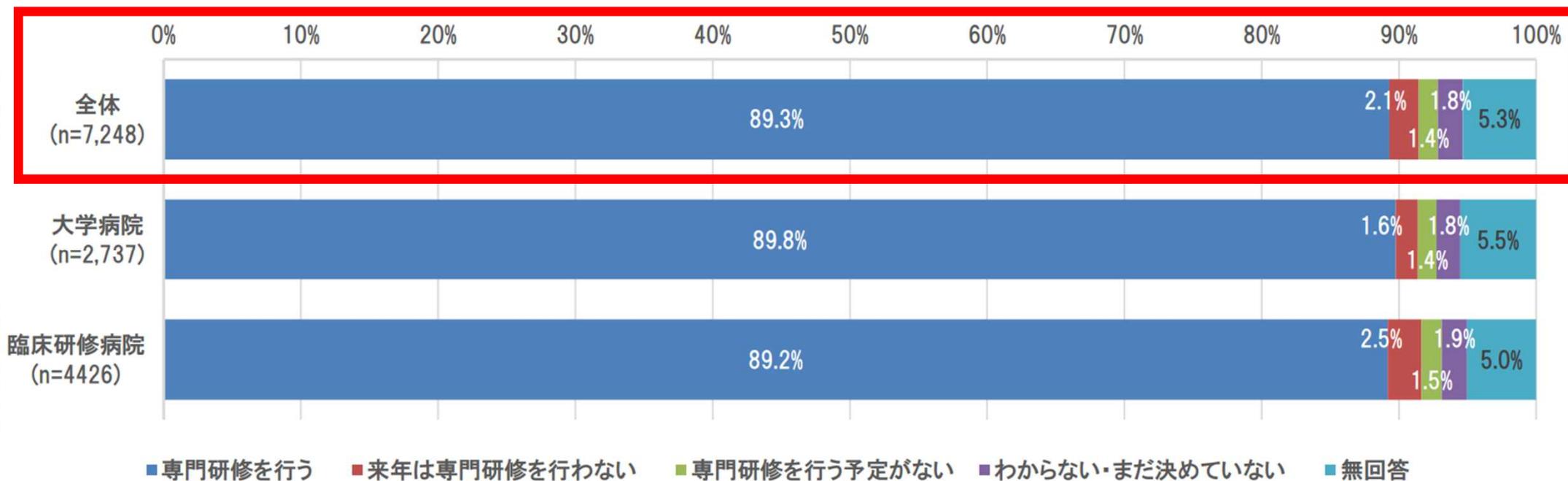
2 (略)

3 第一項の厚生労働省令で定める団体は、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

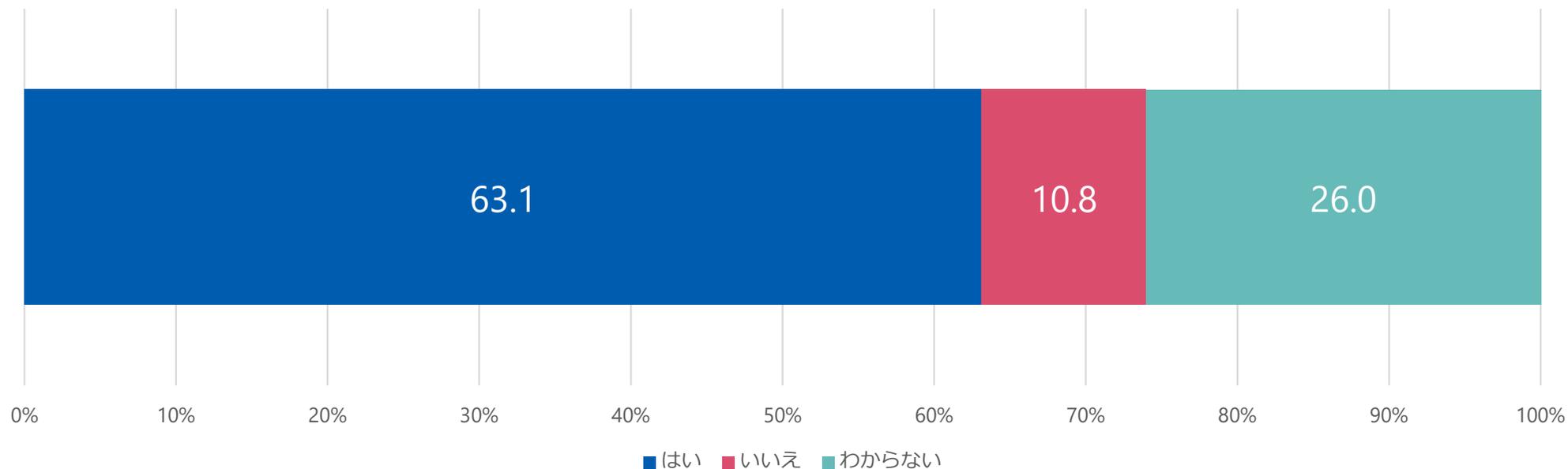


研修修了後に基幹施設が所在する都道府県に残る意向

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)

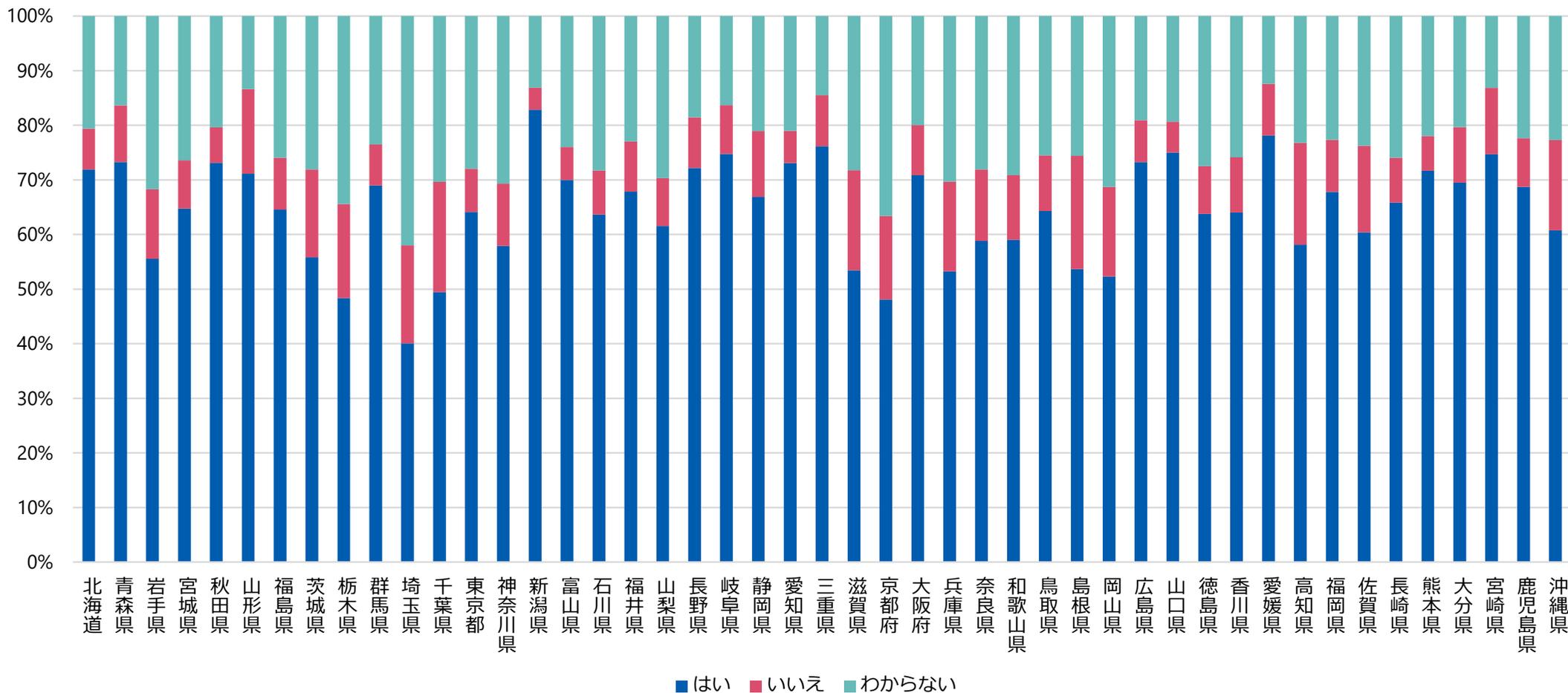


参考：研修修了後に基幹施設が所在する都道府県に残る意向（都道府県別）

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

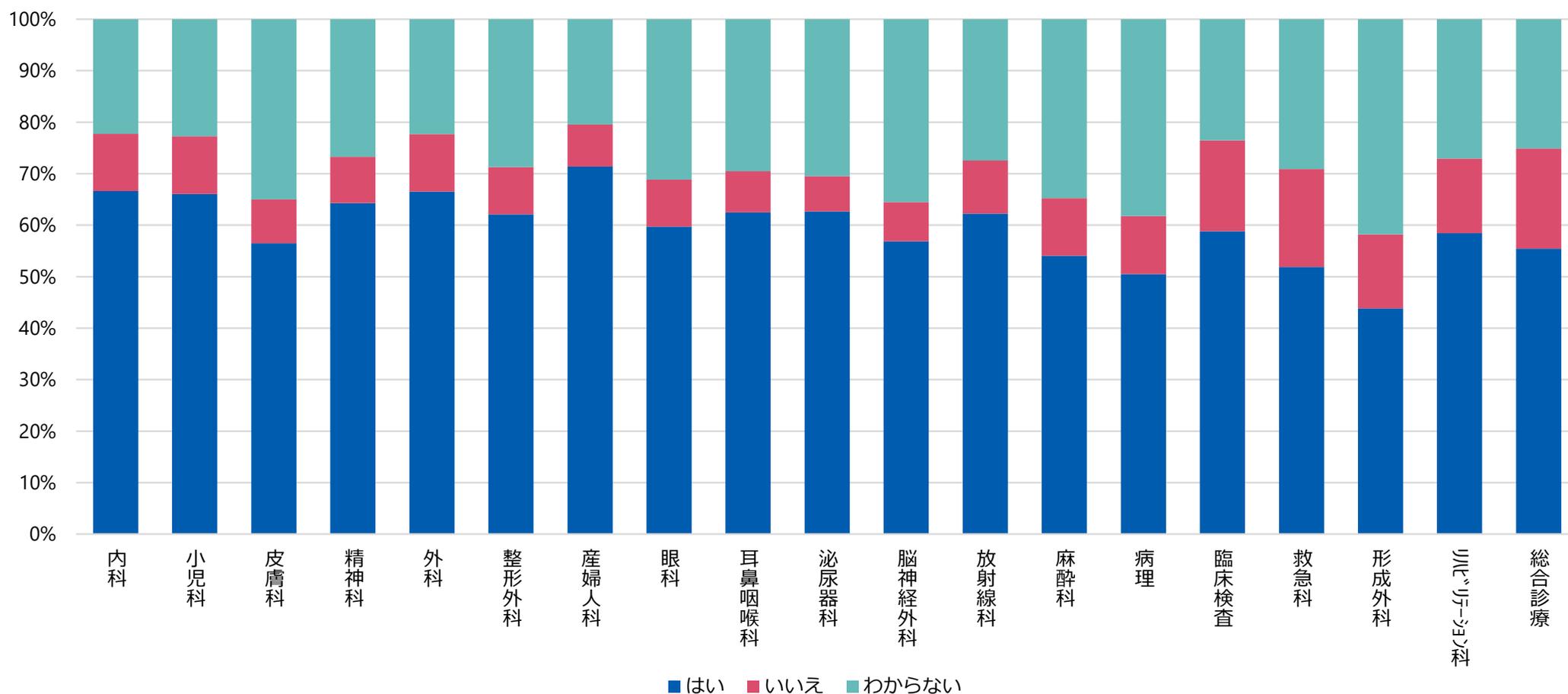
「日本専門医機構における医師専門研修シーリングによる医師偏在対策の効果検証」（研究代表者 渡辺毅）の報告書を基に医政局医事課において作成

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（診療科別）

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、診療科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

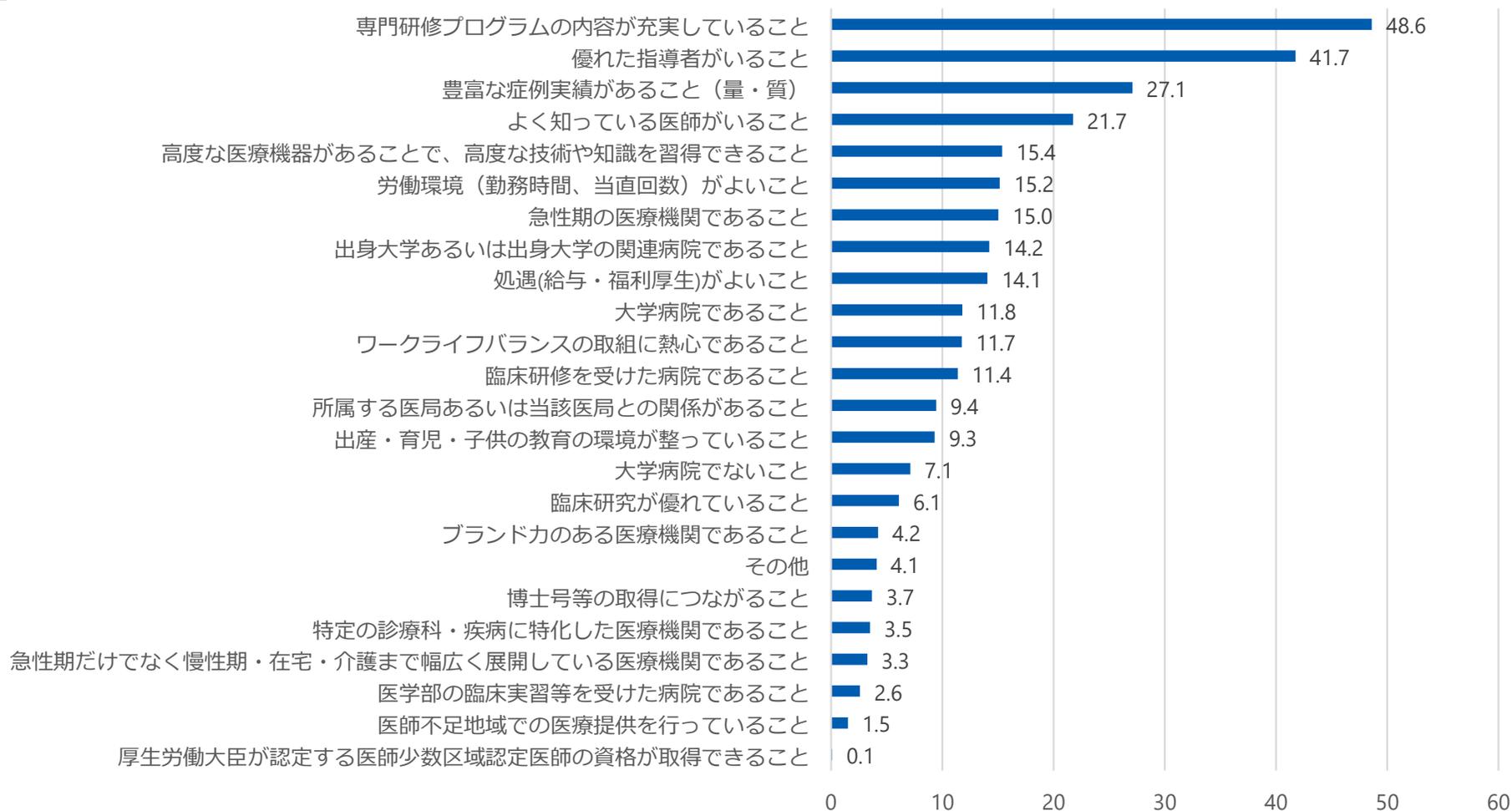
「日本専門医機構における医師専門研修シーリングによる医師偏在対策の効果検証」（研究代表者 渡辺毅）の報告書を基に医政局医事課において作成

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

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

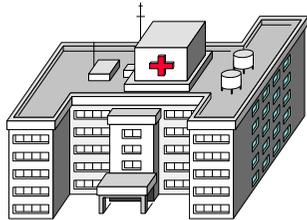
連携プログラムの概要

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)

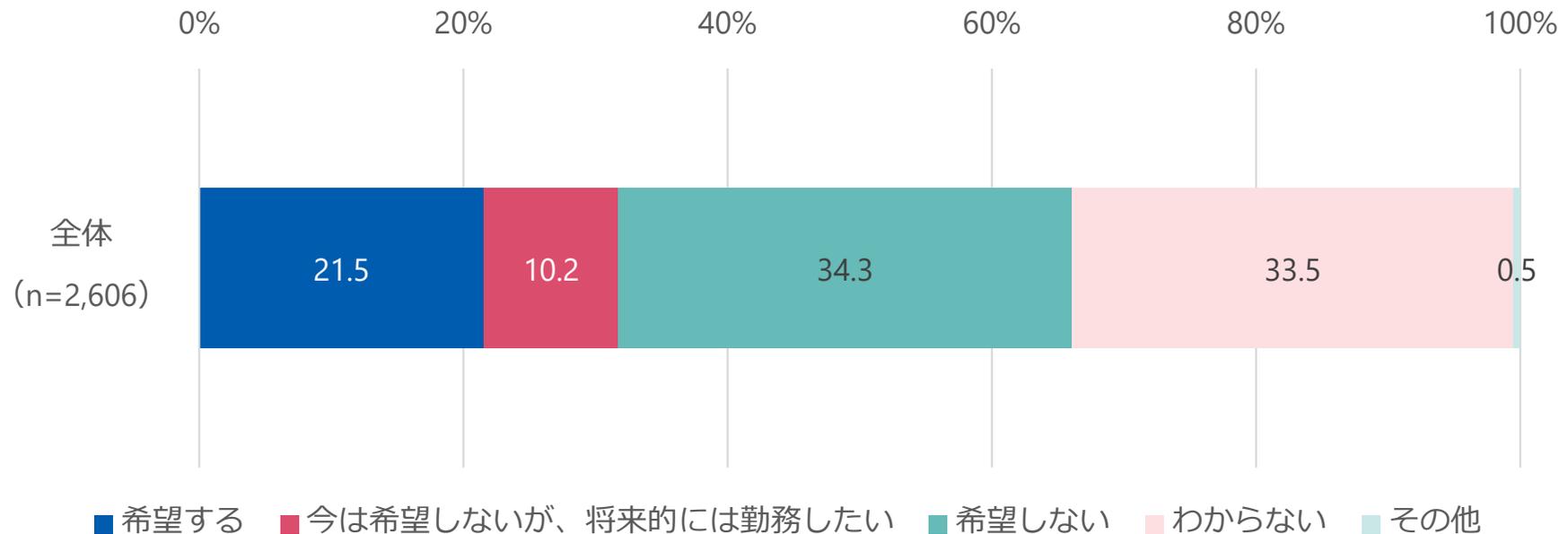
Σ (各専攻医における専門研修プログラムの総研修期間)

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

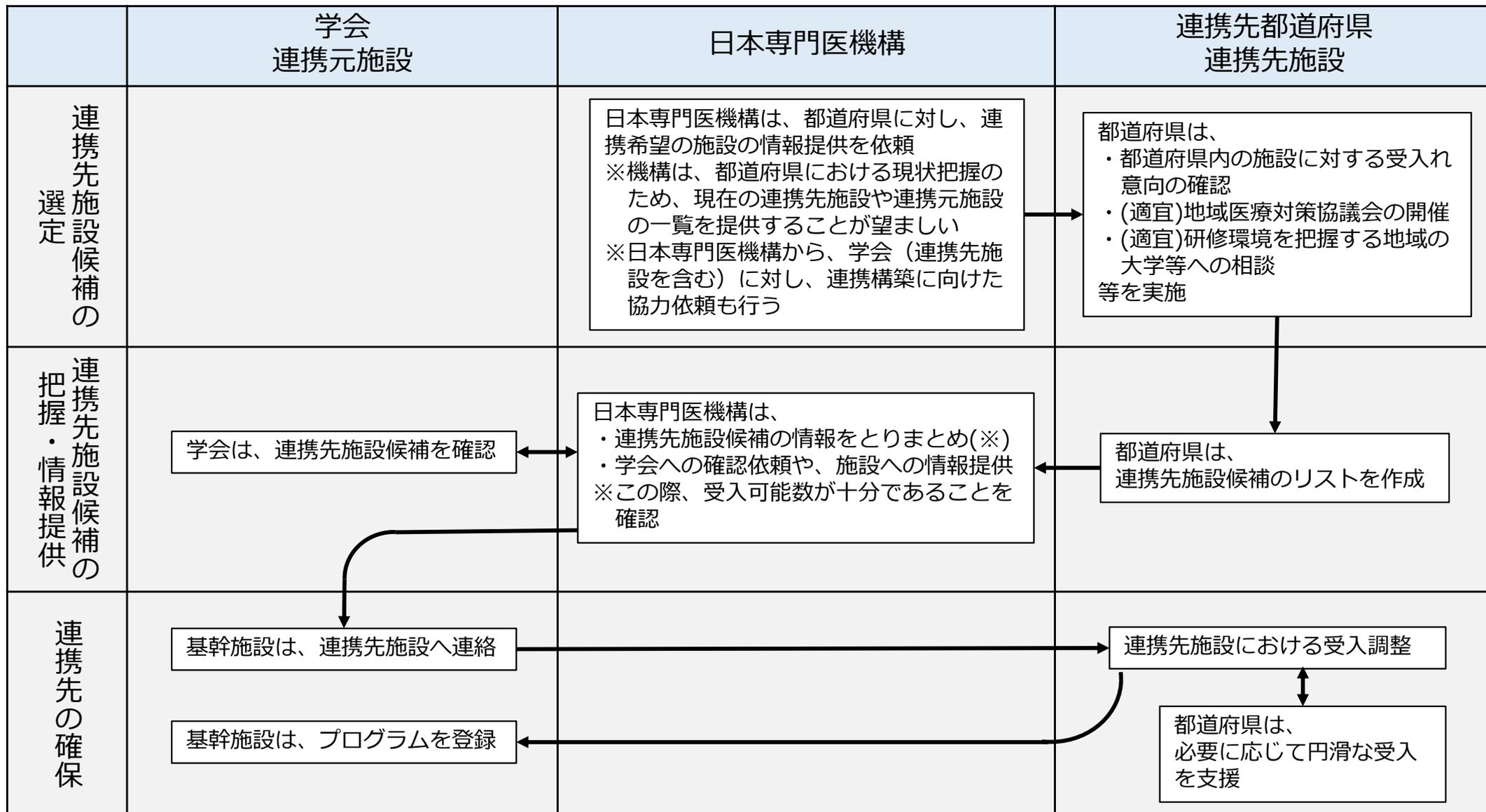
専門研修修了後に、連携先の都道府県で勤務する希望は、将来的な希望を含めると約3割である。

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)



特別地域連携プログラムの連携先確保のための手順（案）



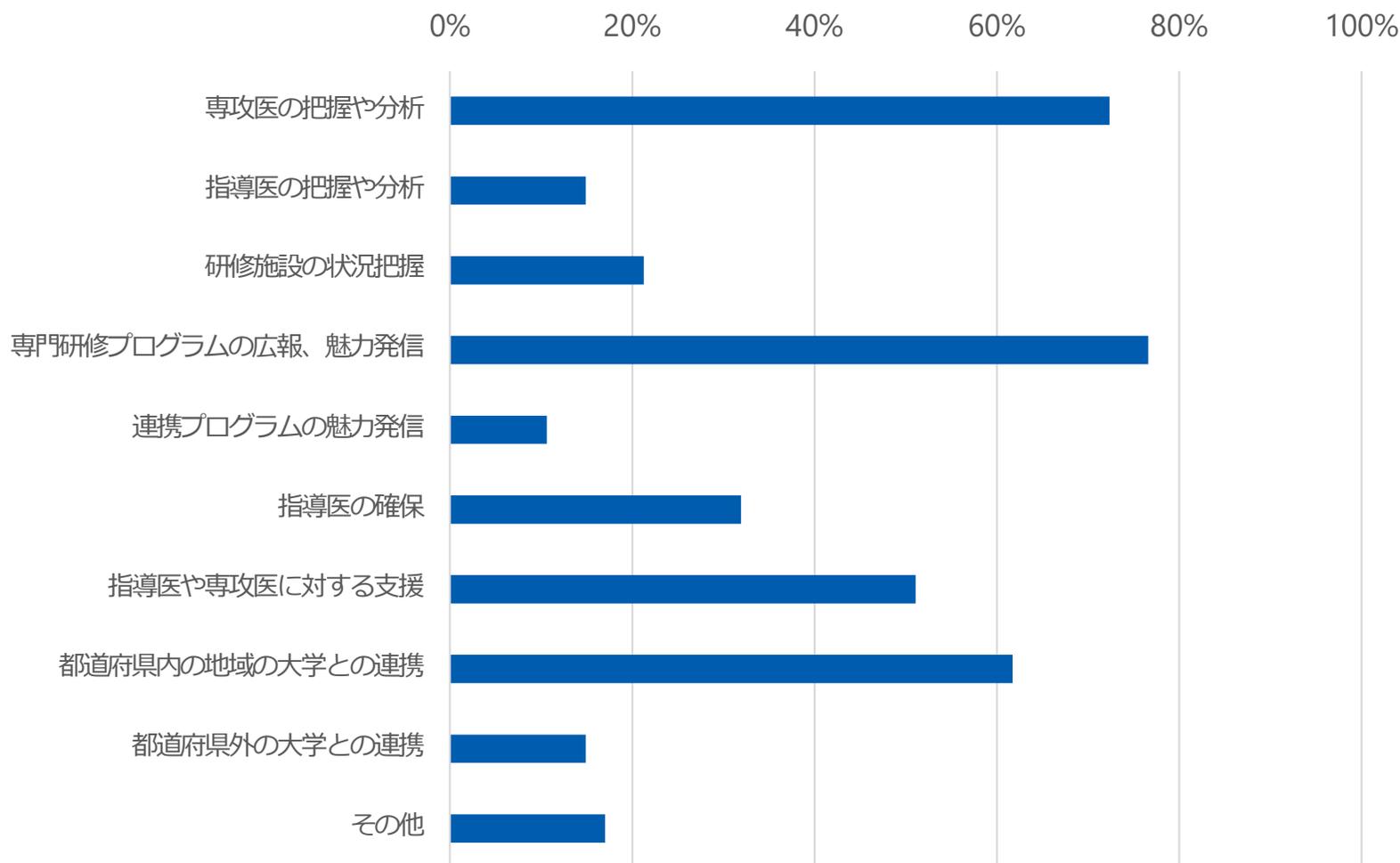
※ 日本専門医機構を中心とし、都道府県の過度の負担に配慮しながら、関係者が協力できる仕組みを構築。

※ 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している取組（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 小山善仁理事長、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 📌 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事。
- (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事。
- (3) 心血管疾患領域における臨床研究に関する事。
- (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事。
- (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事。

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>

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. 背景

2. 各論

- (1) 医学部定員における地域枠等の取組
- (2) 臨床研修における取組
- (3) 専門研修における取組
- (4) 必要な診療科の医師の育成・確保に関する取組

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

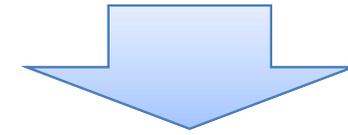
- ※ 日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等について、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供。

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)

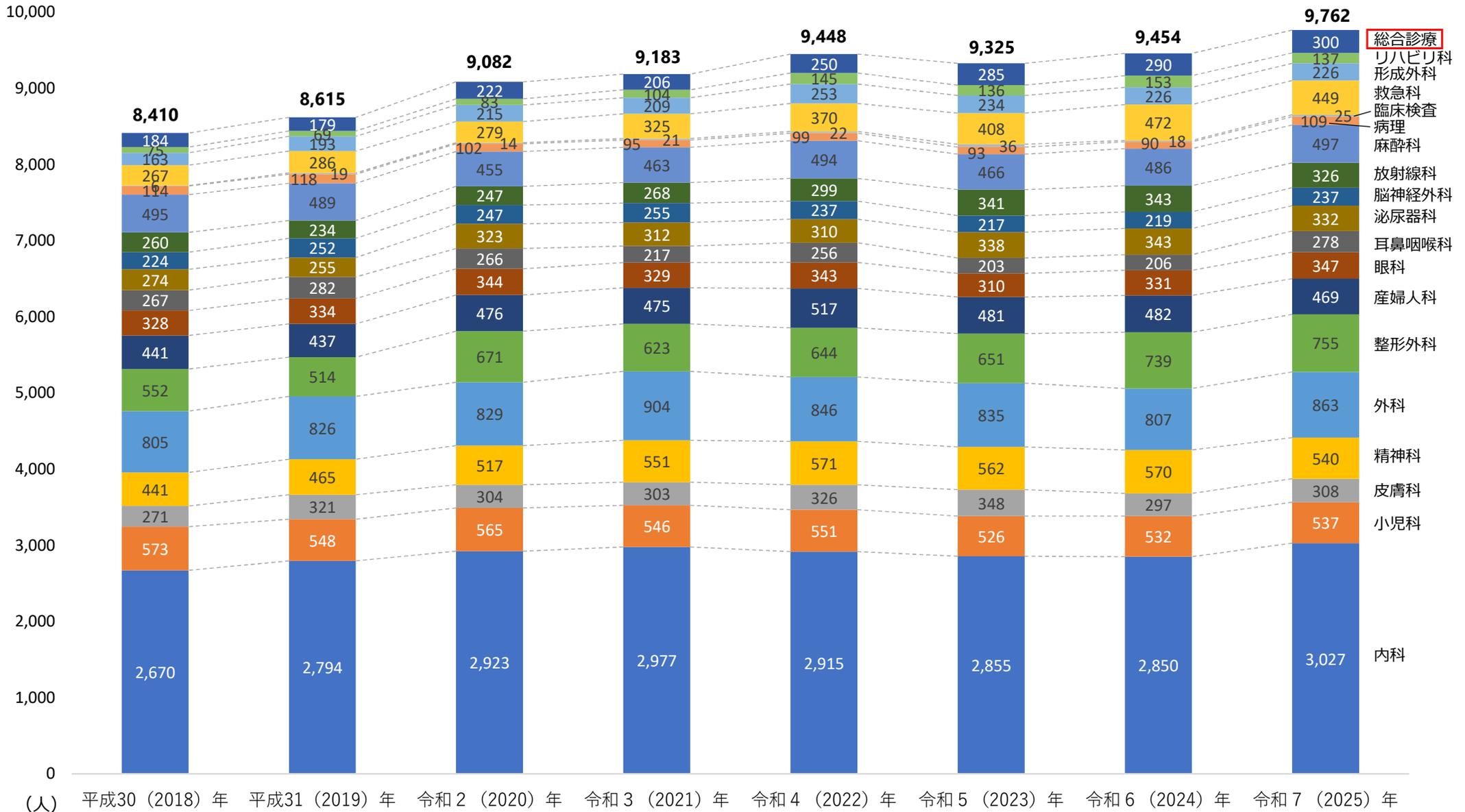
一般社団法人 日本専門医機構・理事会 (2025.1.17)

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

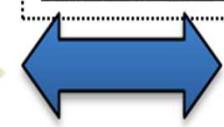
- 医師の地域偏在と診療科偏在の解消に向けた取組のひとつとして、幅広い領域の疾患等を総合的に診ることができる総合診療医の養成を推進することを目的としている。

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

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。

専門研修

- 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。

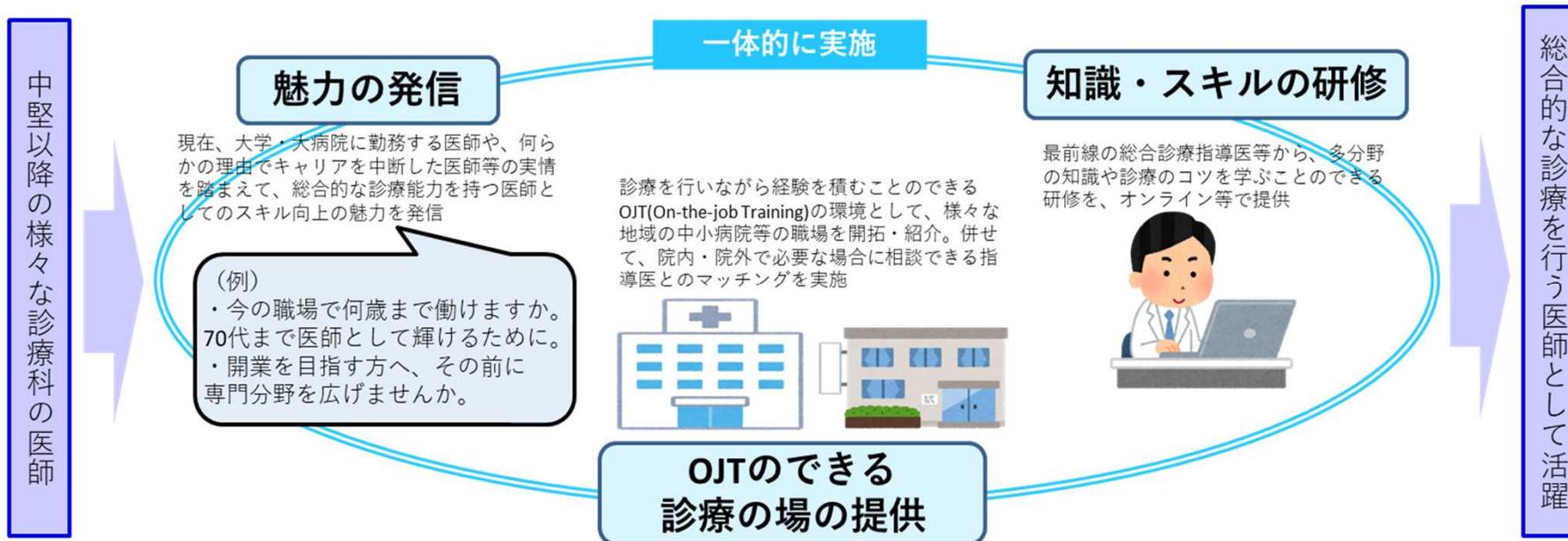
総合的な診療能力を持つ医師養成のためのリカレント教育推進事業

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でき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)

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

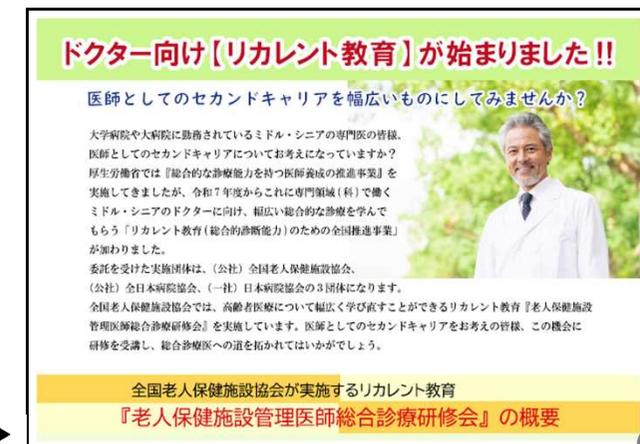
- 病院において総合的な医療を展開する医師を育成するため、これまでの知識と経験に基づいた医師個別の目標設定を行い、「病院総合医養成事業」として、臨床を重視した研修を実施している。
- 8月以降研修施設の募集を進めつつ、11月からは研修者の募集も開始しており、来年当初の研修開始に向けて、ホームページや受講者管理のためのシステム構築を進めている。



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。



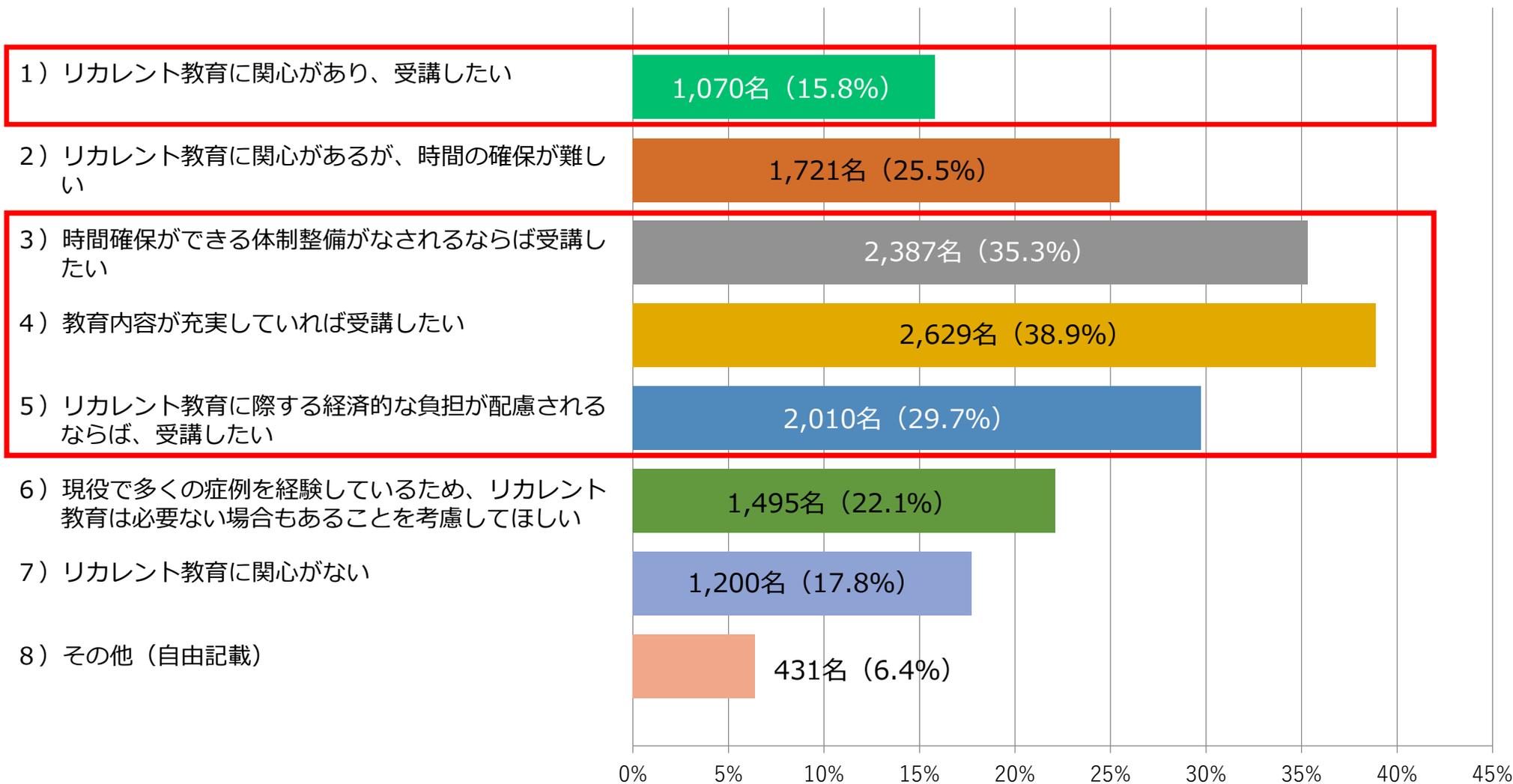
全国老人保健施設協会におけるパンフレットによる周知 ▶

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））

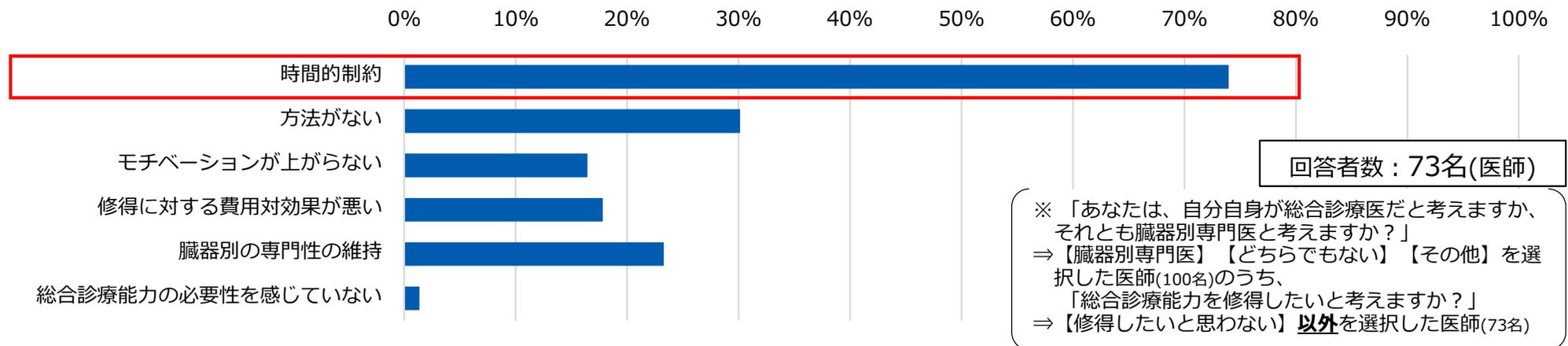
参考：総合的な診療能力を有する医師に関するアンケート調査結果

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。

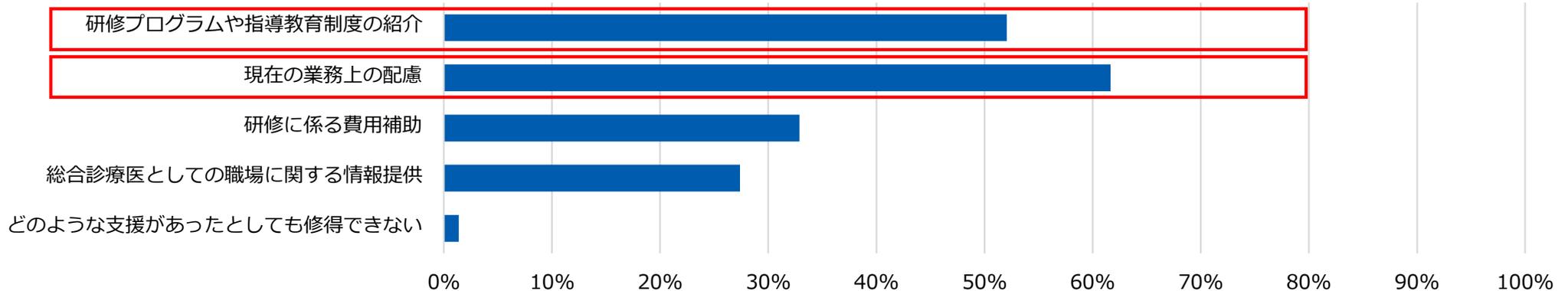
調査結果①

総合診療能力を修得する障害はなんですか？（複数回答可）



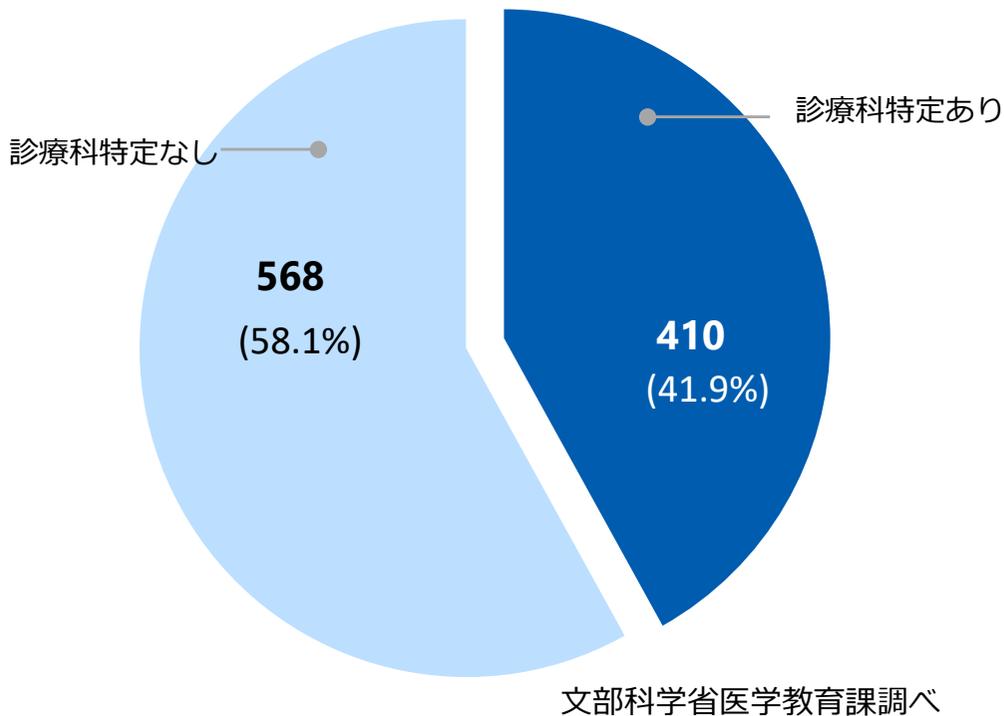
調査結果②

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）



- 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）

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。

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

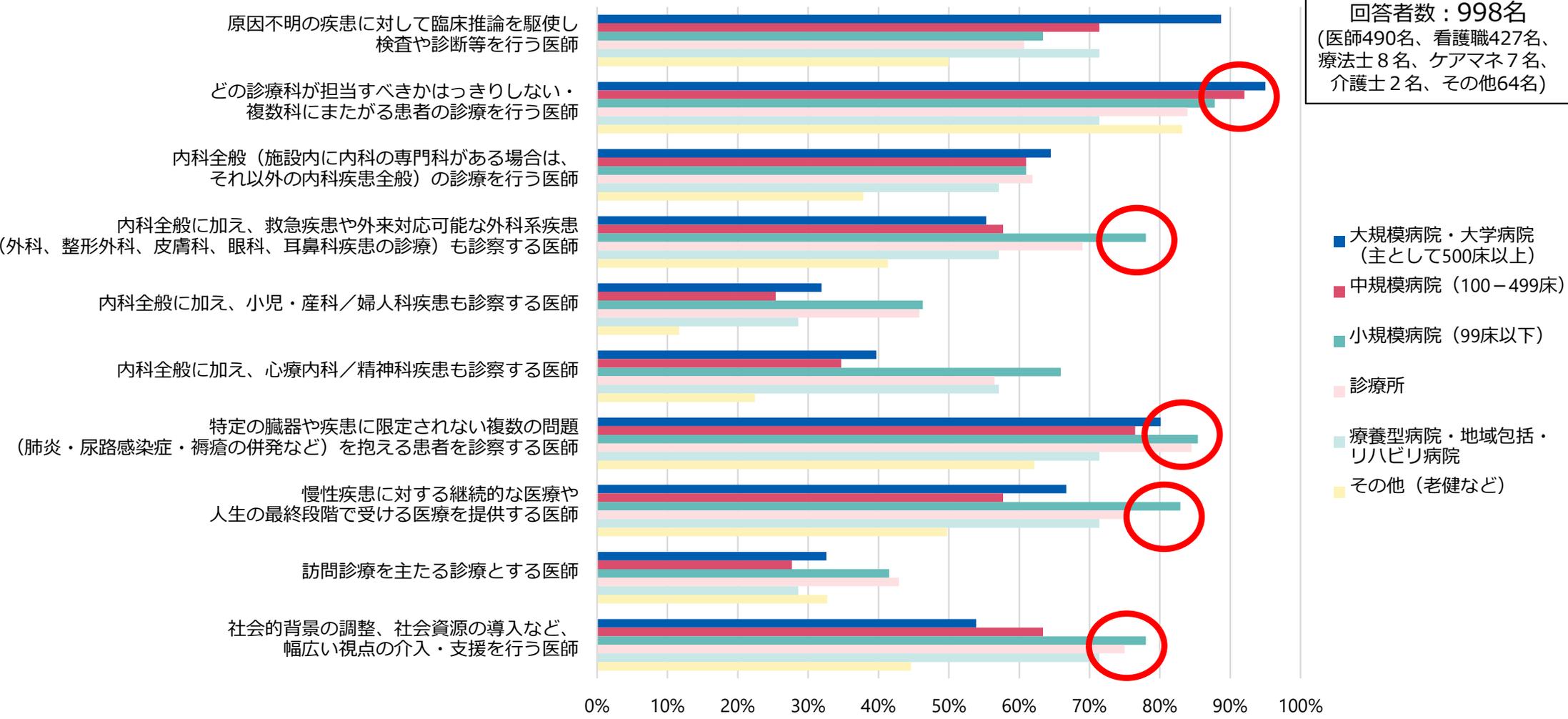
総合診療医が担うことを求められる役割

- 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 74

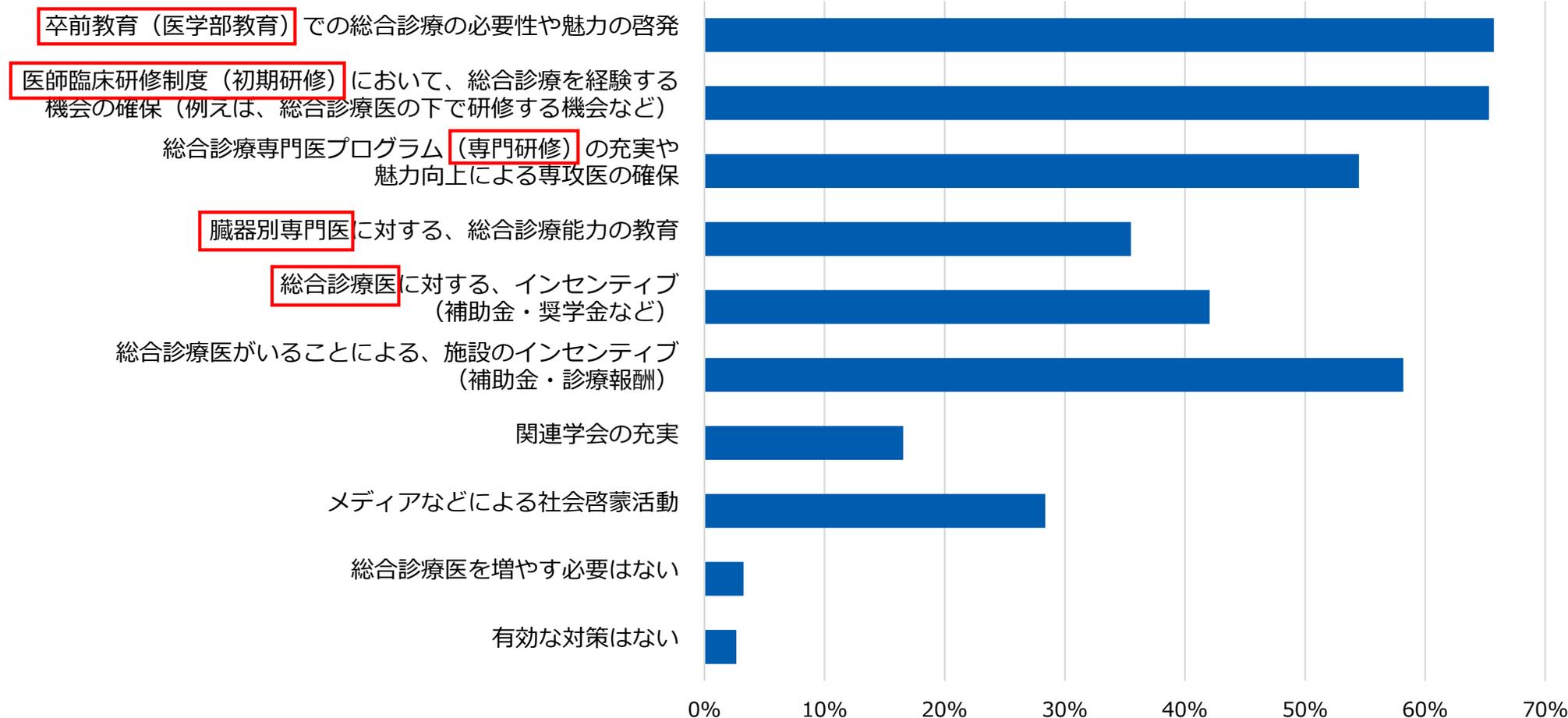
参考：総合的な診療能力を有する医師に関するアンケート調査結果 総合診療医を増やすための取組

- 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

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。

▶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「総合医リカレント診療研修会」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
 いただくことができます。

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

■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		
陰囊 42.0		
足関節部 0.42	足底 0.14	

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

（「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・点眼抗菌薬・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、清潔な500ml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チェックが完了している。さらに片眼を洗浄

◇ 鼻腔内異物の好発部位

鼻腔上部や鼻腔の後方の異物は見つけにくい。鼻腔後方の異物が確認できず下すことがあり注意する

◇ 鼻腔内異物の除去法

小児 其の若 血管収縮剤点鼻

使いどき
鼻腔内異物の除去の前駆に必ず行う

やり方
0.1%アドリナリン外用薬を10回連続し鼻腔内に、0.9%ナトリウムクローリド注射液の噴霧を10分程度連続して鼻腔に噴霧される。鼻をかんだり、鼻を挿入するなどして異物を排出する

◇ 耳鏡の使い方

耳介をつかんで成人であれば、後上方に小児であれば、後方に引っ張りながら耳鏡を挿入

異物は何か、どの辺りにあるかを確認できればその奥の鼓膜穿孔の有無も確認

◇ 外耳道内異物の除去法

小児 其の若 オイル綿法

使いどき
異物が入ったとき

やり方
綿棒にベビーオイルやオリーブオイルを少量塗布し、動かなくなった異物を綿棒で除去する

小児 其の若 Parent's Kool-Aid

使いどき
血管収縮剤点鼻+鼻をかんでも出てこなかった場合、小児など鼻がむくむという能力が落ちた場合

やり方
綿棒の先端を鼻先、口から鼻を逆流させるもしくはバッグバルブマスクで鼻腔をかける

小児 其の若 吸引による吸引法

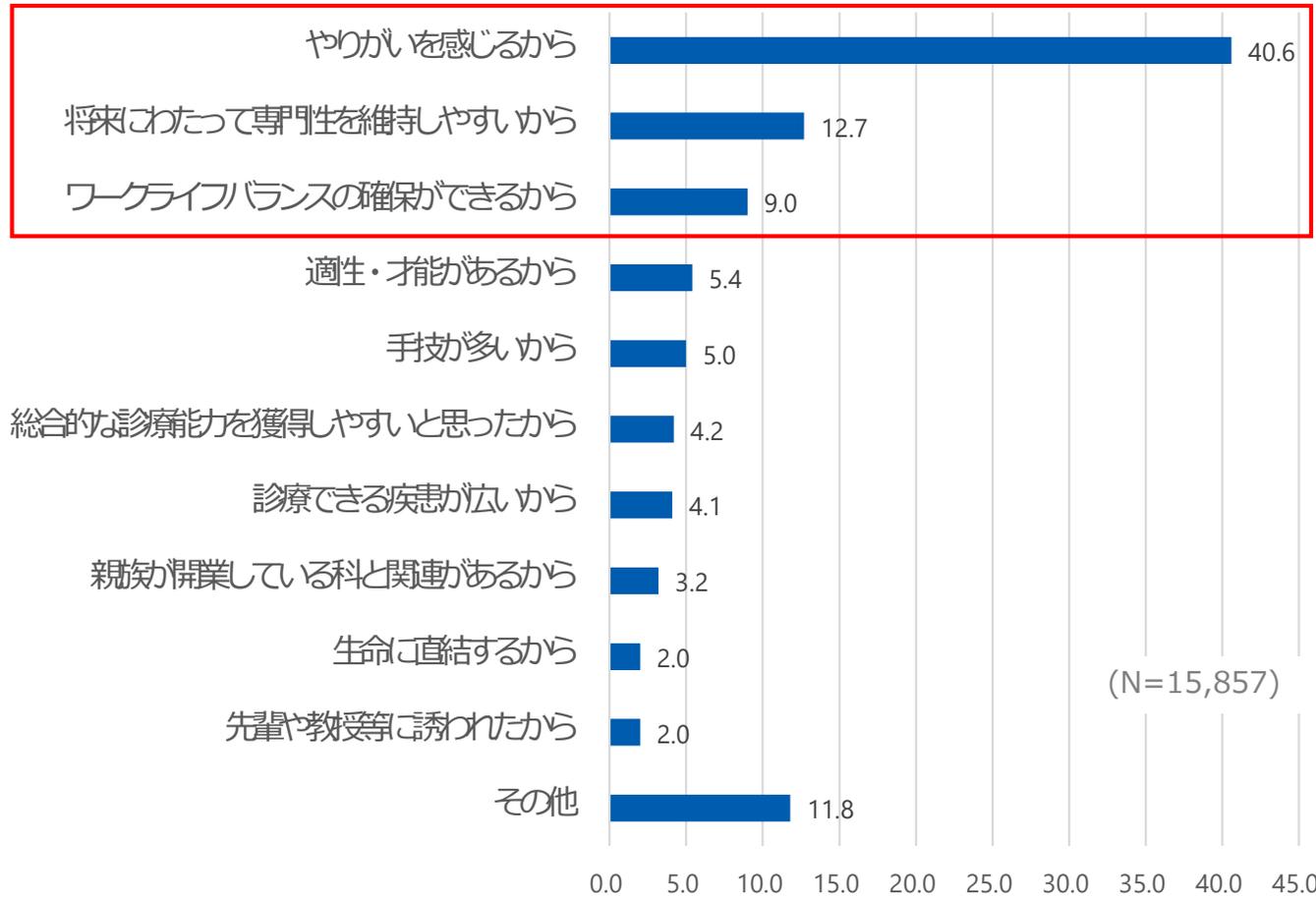
使いどき
つかみにくい 鼓膜に異物に達している

やり方
約15~20kPa
吸引チューブを約100~140mmHgの流量で吸引

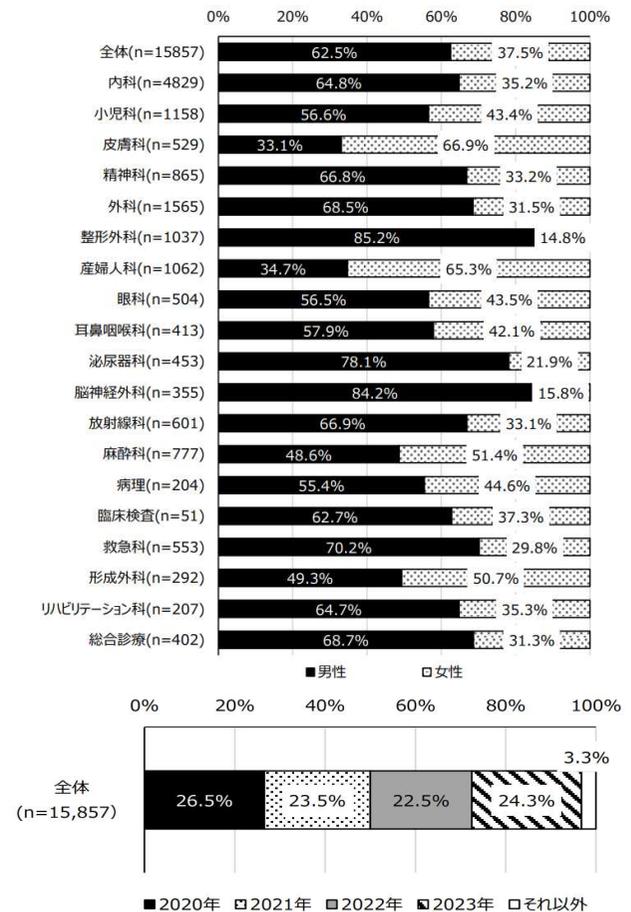
専攻医が専門研修に求めるもの

専攻医が基本領域を選択する際の理由をみると、「やりがい」や「将来の専門性の維持」に次いで、「ワークライフバランスの確保」を重視していることが伺える。

専攻医が現在の基本領域を選択した最大の理由（単数回答、%）



参考：調査の基本情報



出典：令和5年度厚生労働行政推進調査事業補助金（厚生労働科学特別研究）

「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：日本専門医機構理事長 渡辺毅）

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。

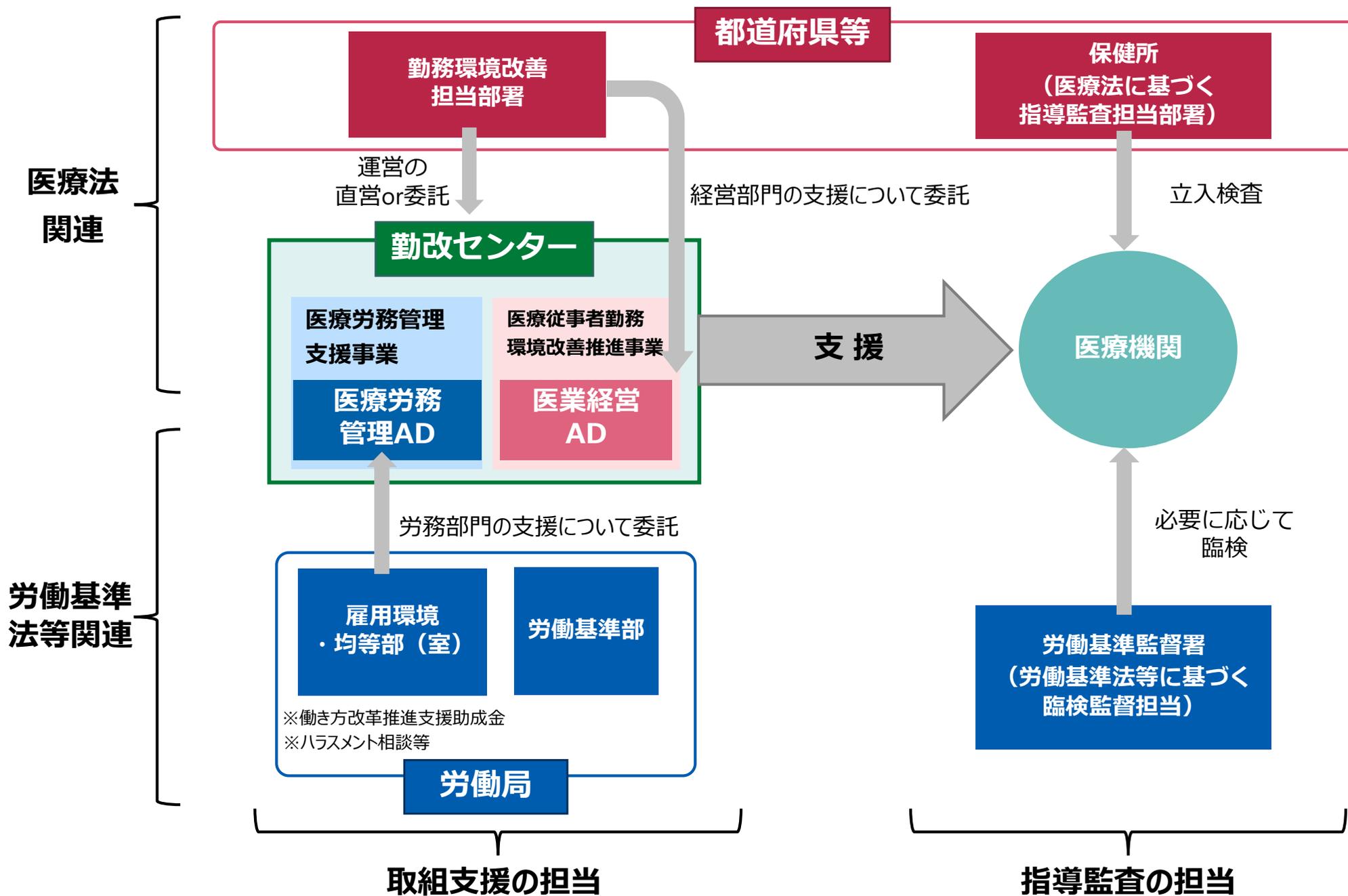
第三十条の二十二 国は、前条第一項各号に掲げる事務の適切な実施に資するため、都道府県に対し、必要な情報の提供その他の協力を行うものとする。

○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。

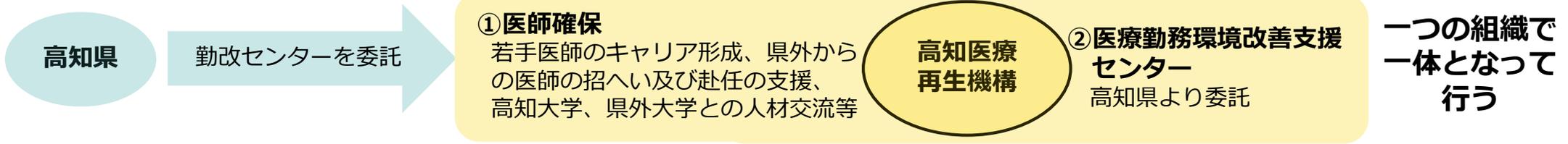
医療勤務環境改善の都道府県内各行政機関の関係と役割（概略図）

○ 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



高知県における取組

高知県では、医療勤務環境改善支援センターに係る業務を、県内の医師確保を担当する一般社団法人高知医療再生機構に委託して実施している。これにより、医師確保と勤務環境改善にかかわる取組を一つの組織で一体となり行っている。



医療再生機構における取組例

① 医師確保

高知県奨学金学生の卒後フォローアップ

高知地域医療支援センターと協力してフォローアップや制度改善の提案

県外在住医師への勧誘活動

WEBや医学専門誌等により、高知での就業を検討中の医師を勧誘、就職後のフォローアップを実施

キャリア形成支援と若手医師の自主的活動支援

専門医・指導医養成支援事業とともに、若手医師（コーチレジ）の自主的活動を支援

地域医療研修プログラム

県内病院群（上図）で地域医療研修プログラムを作成し、県外研修医を受け入れ



② 医療勤務環境改善支援センター

医療勤務環境改善モデル支援事業

医療勤務環境改善マネジメントシステムの導入・活用を推進し、医療機関の勤務環境改善・課題解決を支援

医師の働き方改革支援事業（医療機関への定期的な状況確認と支援）

- ・ 特例水準取得に向けた労働環境改善、宿日直許可申請等の手続き、時短計画作成支援
- ・ 特例水準取得後の定期的な状況確認・訪問による改善活動継続支援
- ・ 医師の働き方改革による地域の医療提供体制への影響軽減
- ・ 認定看護師、特定行為看護師の養成によるタスク・シフト/シェア推進

他職種ワークショップの開催

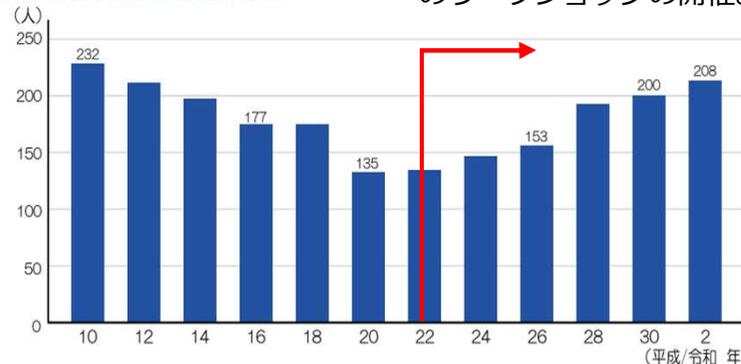
タスク・シフト/シェアの推進に向けた、他職種で構成される小グループでのワークショップの開催および開催支援

高知県 臨床研修開始医師数



(平成30年は高知大学医学部の卒業生が少なかったための一時的な現象です。)

高知県 30歳未満の医療施設従事医師数



H22～ 高知医療再生機構の設立後(赤矢印線)より、臨床研修開始医師数及び30歳未満の医療施設従事医師数は増加傾向

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。

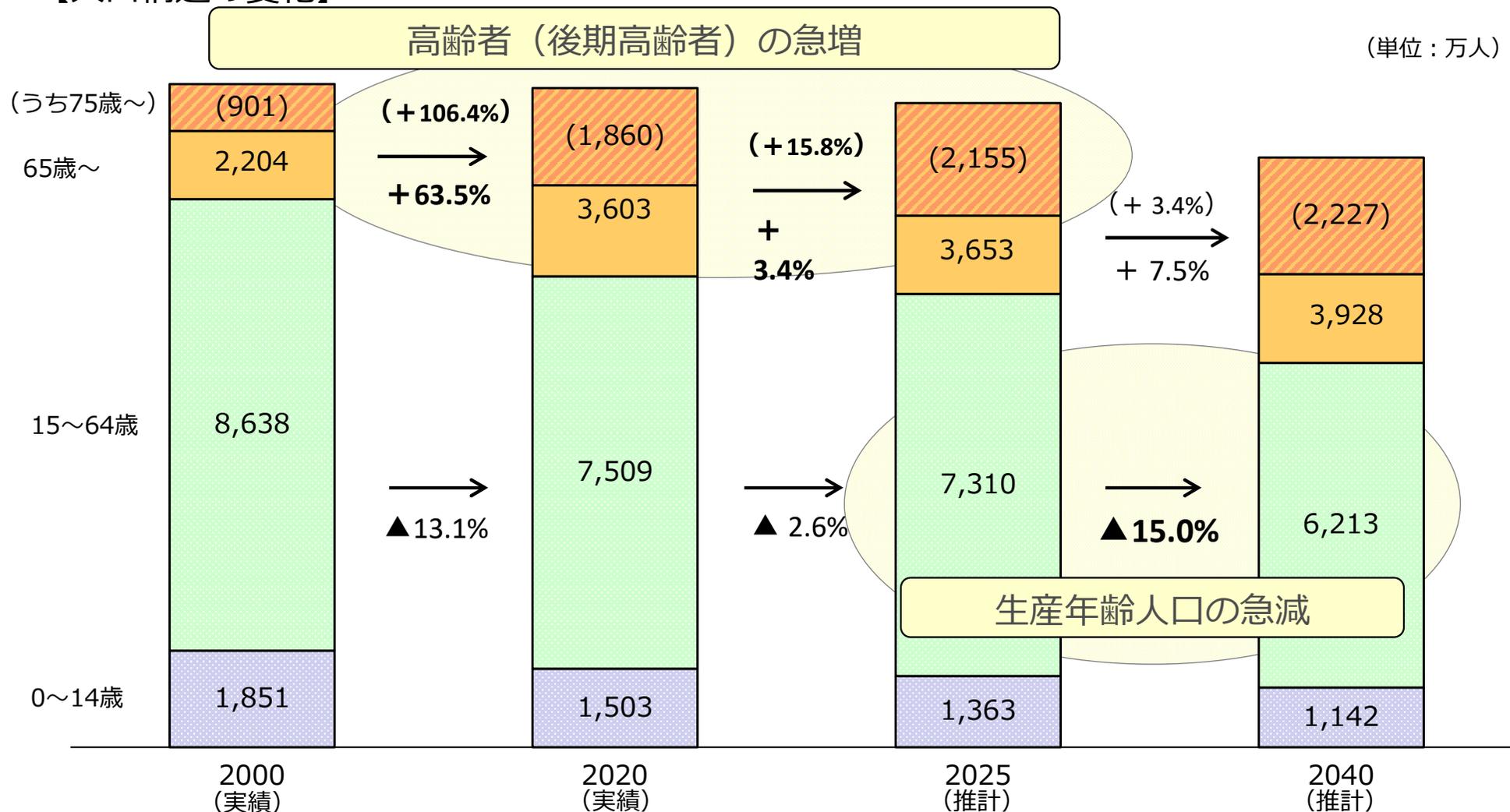
参考資料

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】



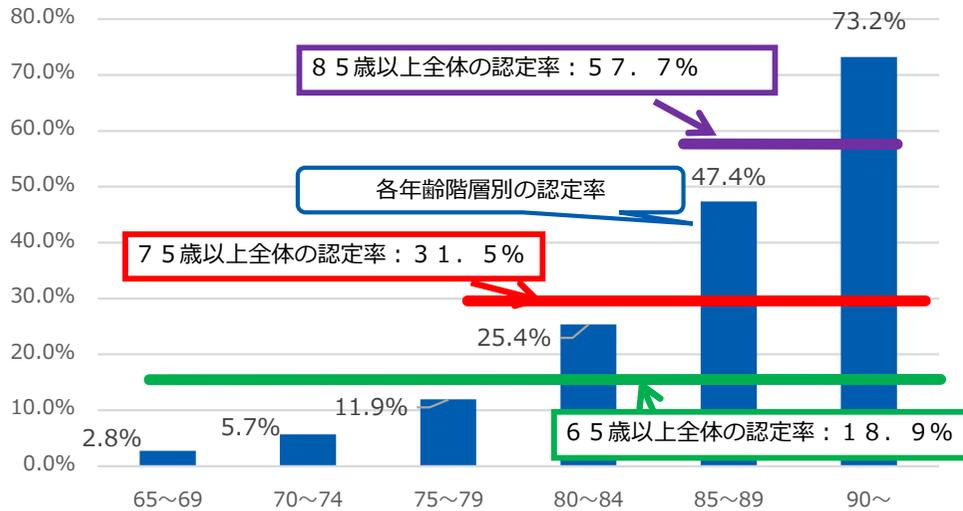
(出典)総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 令和5年推計」

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

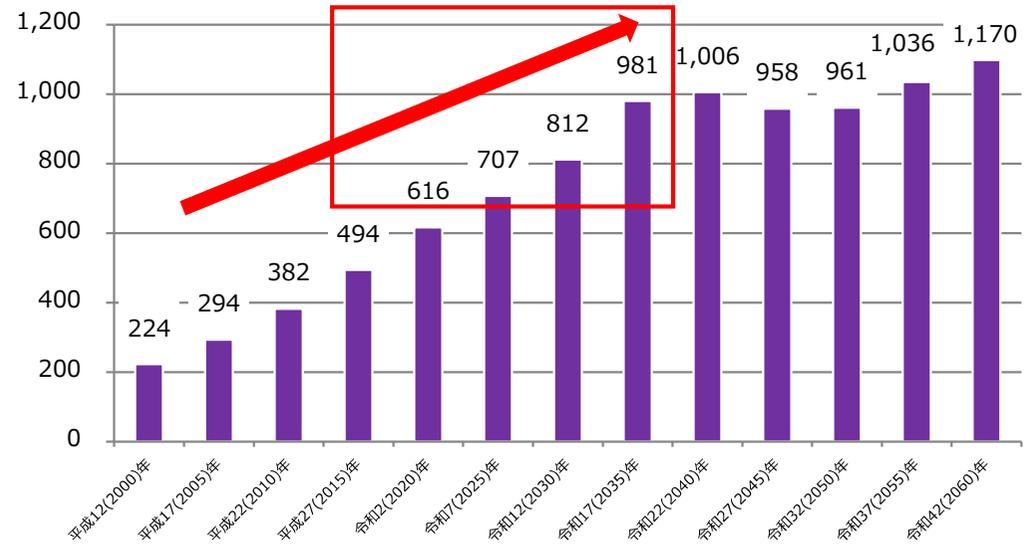
- 人口は、85歳以上を中心に高齢者数は2040年頃のピークまで増加見込み。
- 医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者の増加に伴い、85歳以上を中心に高齢者の救急搬送は増加、在宅医療の需要も増加。

《年齢階級別の要介護認定率》



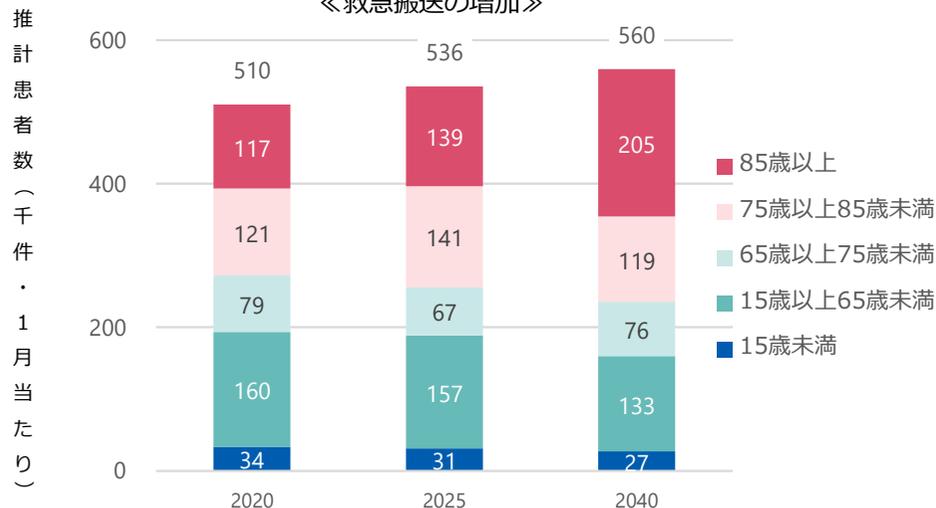
出典：2022年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2022年10月1日人口から作成

《85歳以上の人口の推移》



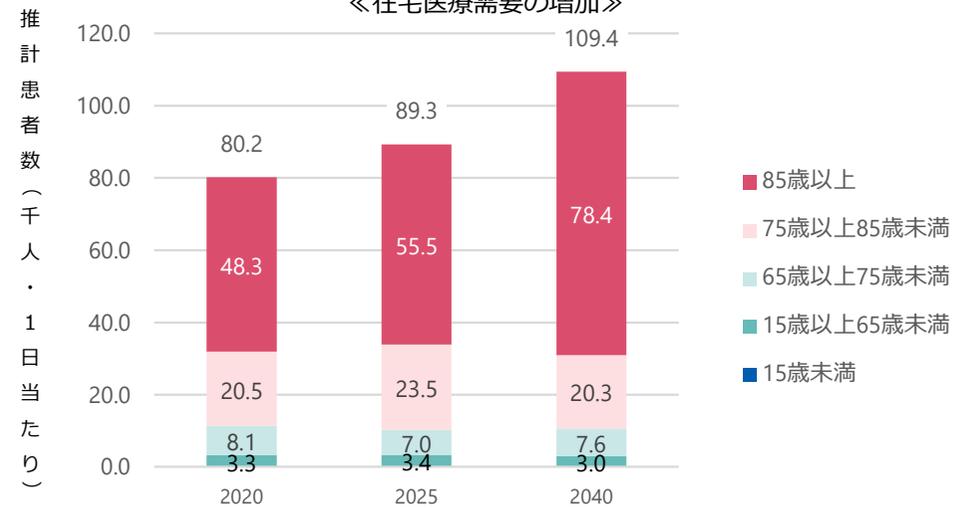
(資料) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(令和5年4月推計) 出生中位(死亡中位)推計 2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」

《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》



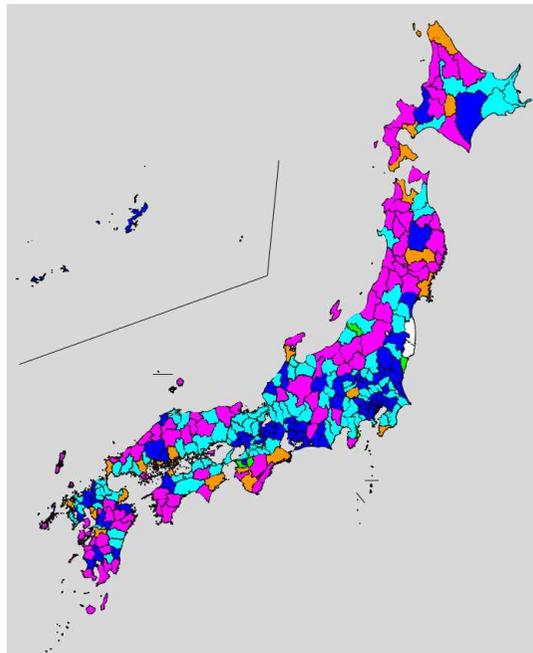
出典：厚生労働省「患者調査」(2017年) 総務省「人口推計」(2017年) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(2023年推計)」を基に推計

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）▶



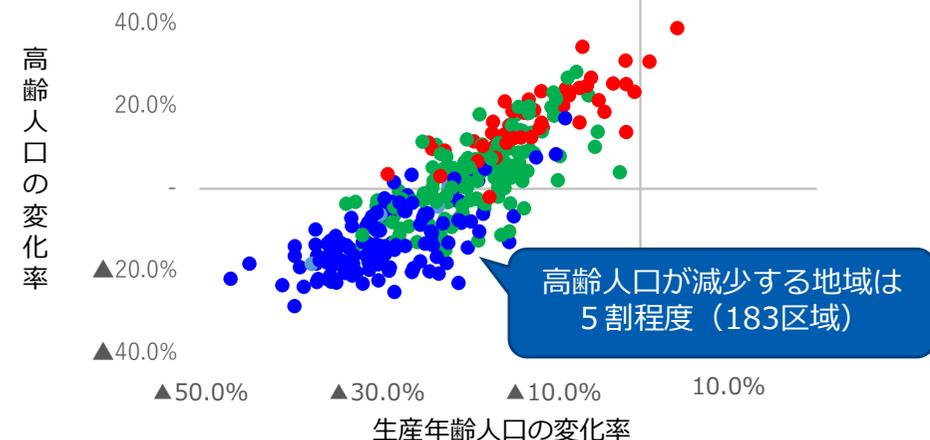
- : 2020年以前に最大
- : 2025年に最大
- : 2030年に最大
- : 2035年に最大
- : 2040年以降に最大

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

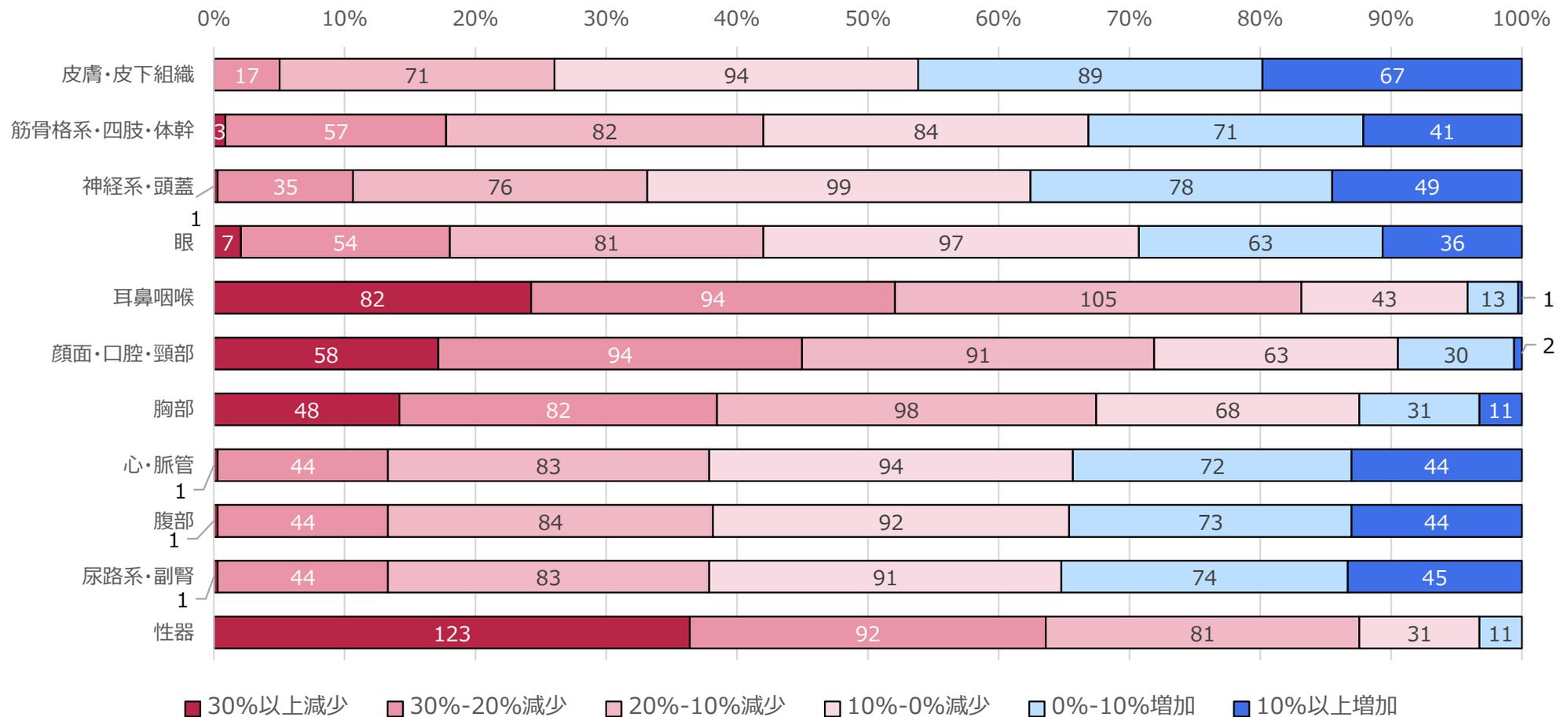
- 生産年齢人口の減少に伴い、医療従事者の確保が更に困難となる中、働き方改革等とあわせて、医療DX等を着実に推進していくことが重要。
- 医師については、人口が減少する中での医師養成のあり方や医師偏在が課題となっているほか、特に診療所の医師は高齢化しており、診療所数は人口が少ない二次医療圏では減少傾向、人口の多い二次医療圏では増加傾向にある。
- 歯科医師、看護師等の医療従事者についても、将来にわたって医療提供体制を確保するため、その養成のあり方や偏在等の課題、専門性を発揮した効果的な活用の重要性が指摘されている。
- これらの課題に対応し、85歳以上の高齢者の増加や人口減少がさらに進む2040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

2040年における診療領域別の手術件数の変化について

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

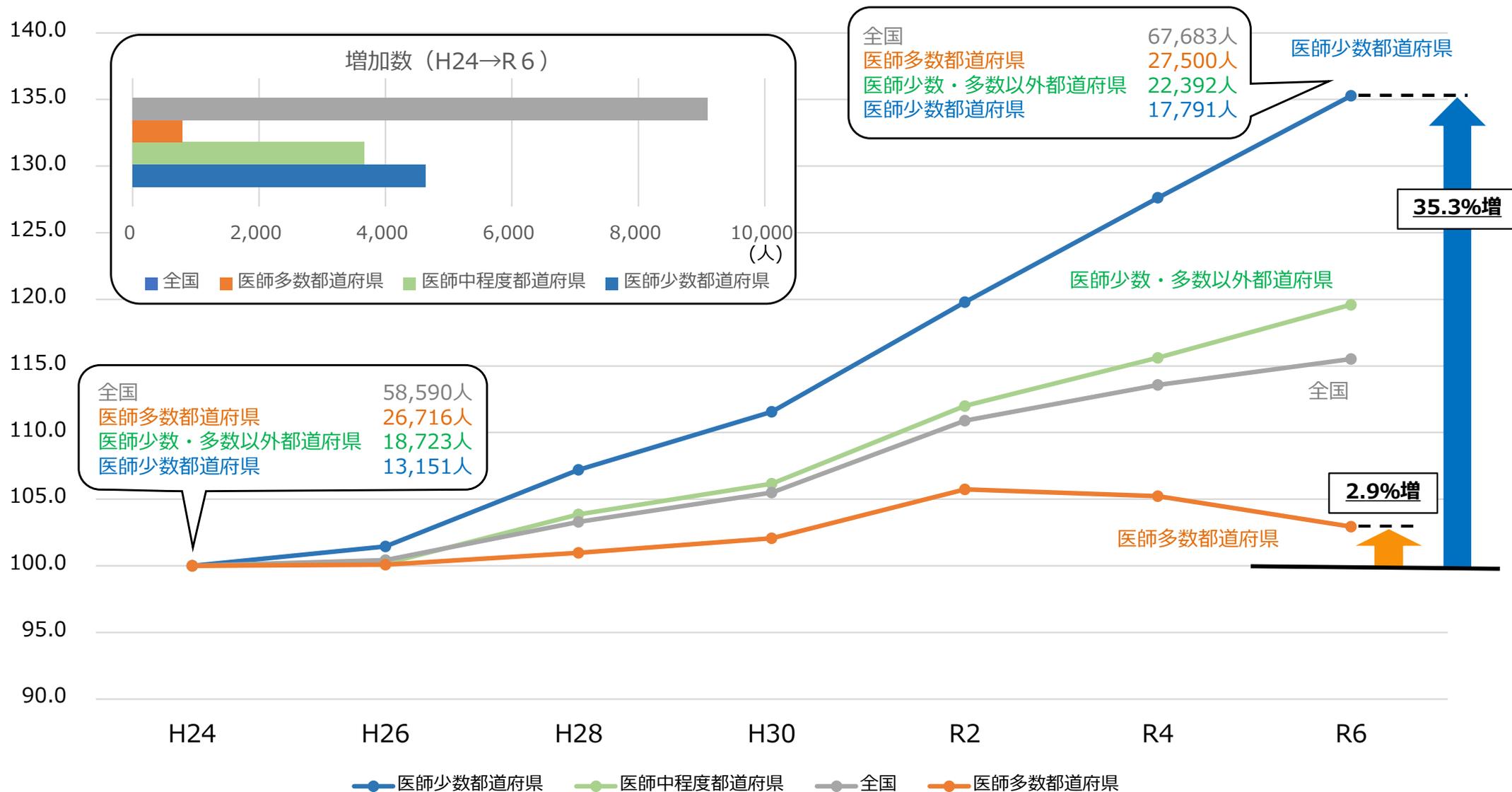
2020年から2040年への手術の算定回数の変化率別構想区域数（診療領域別）



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

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。

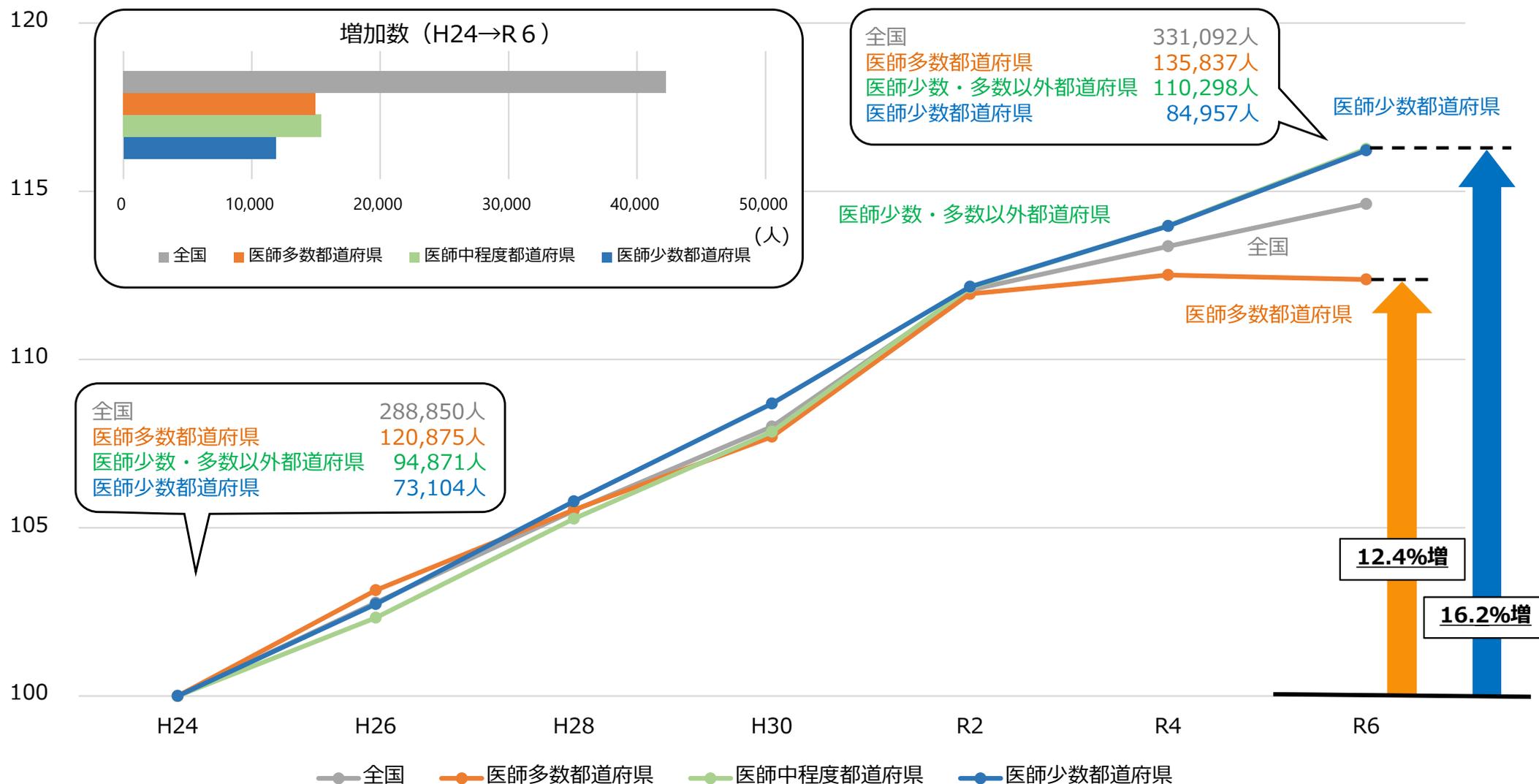


※ **医師多数都道府県**：医師偏在指標の上位33.3%の都道府県
医師少数都道府県：医師偏在指標の下位33.3%の都道府県
医師少数・多数以外都道府県：医師偏在指標の上位・下位33.3%以外の都道府県

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6年1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24年以降、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。



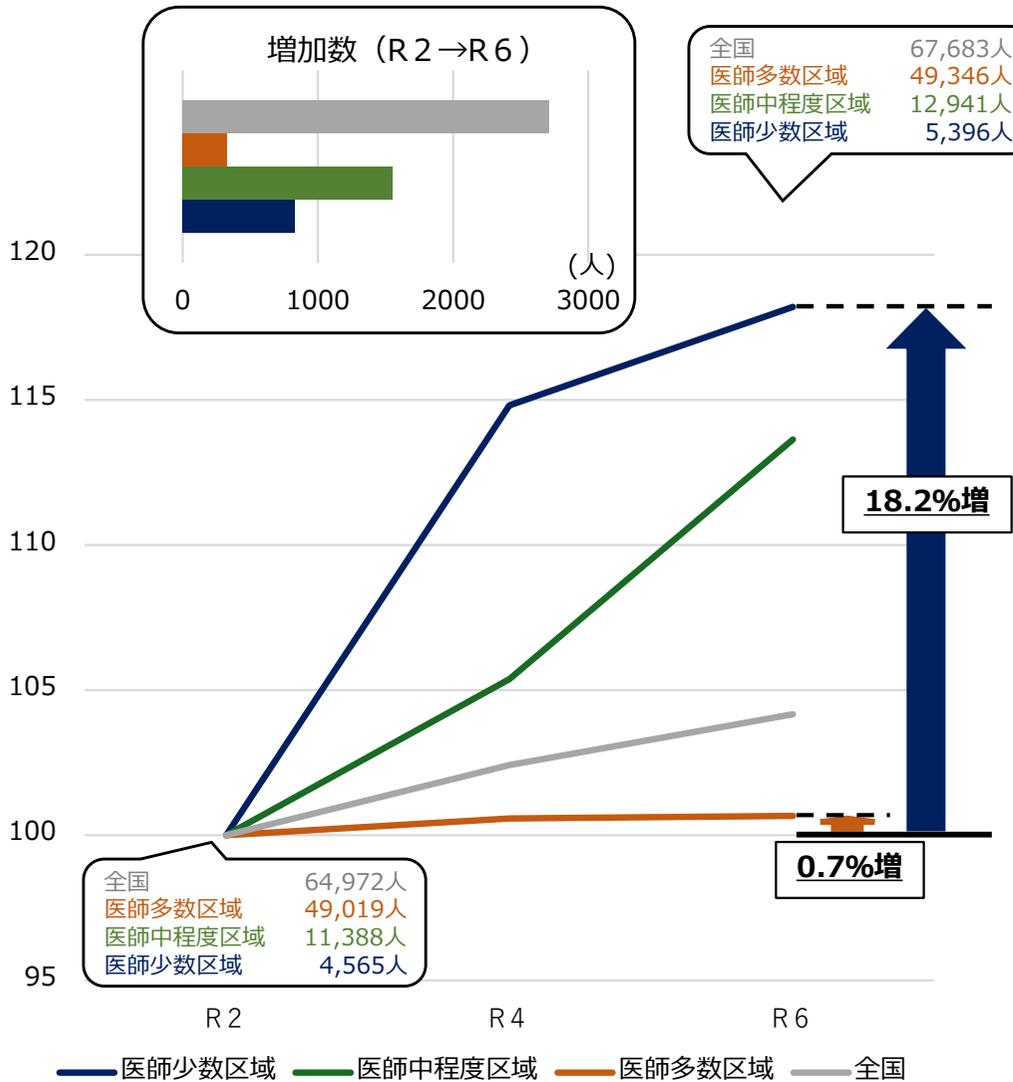
※ **医師多数都道府県**：医師偏在指標の上位33.3%の都道府県
医師少数都道府県：医師偏在指標の下位33.3%の都道府県
医師少数・多数以外都道府県：医師偏在指標の上位・下位33.3%以外の都道府県

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

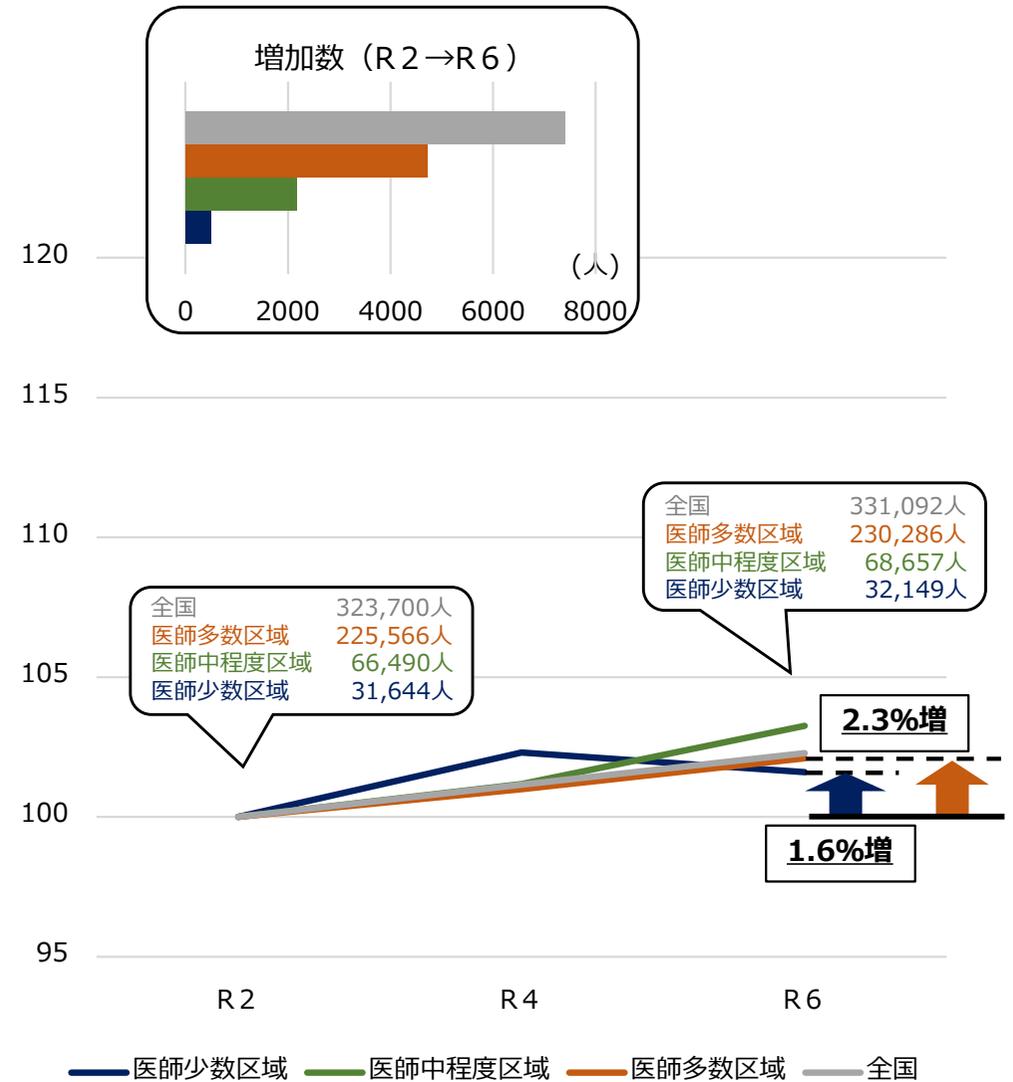
二次医療圏別における医療施設従事医師数推移（令和2年を100とした場合）

- 医師少数区域、中程度区域では、医師多数区域と比較して、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、医師少数区域において減少が認められている。

35歳未満医療施設従事医師数の推移



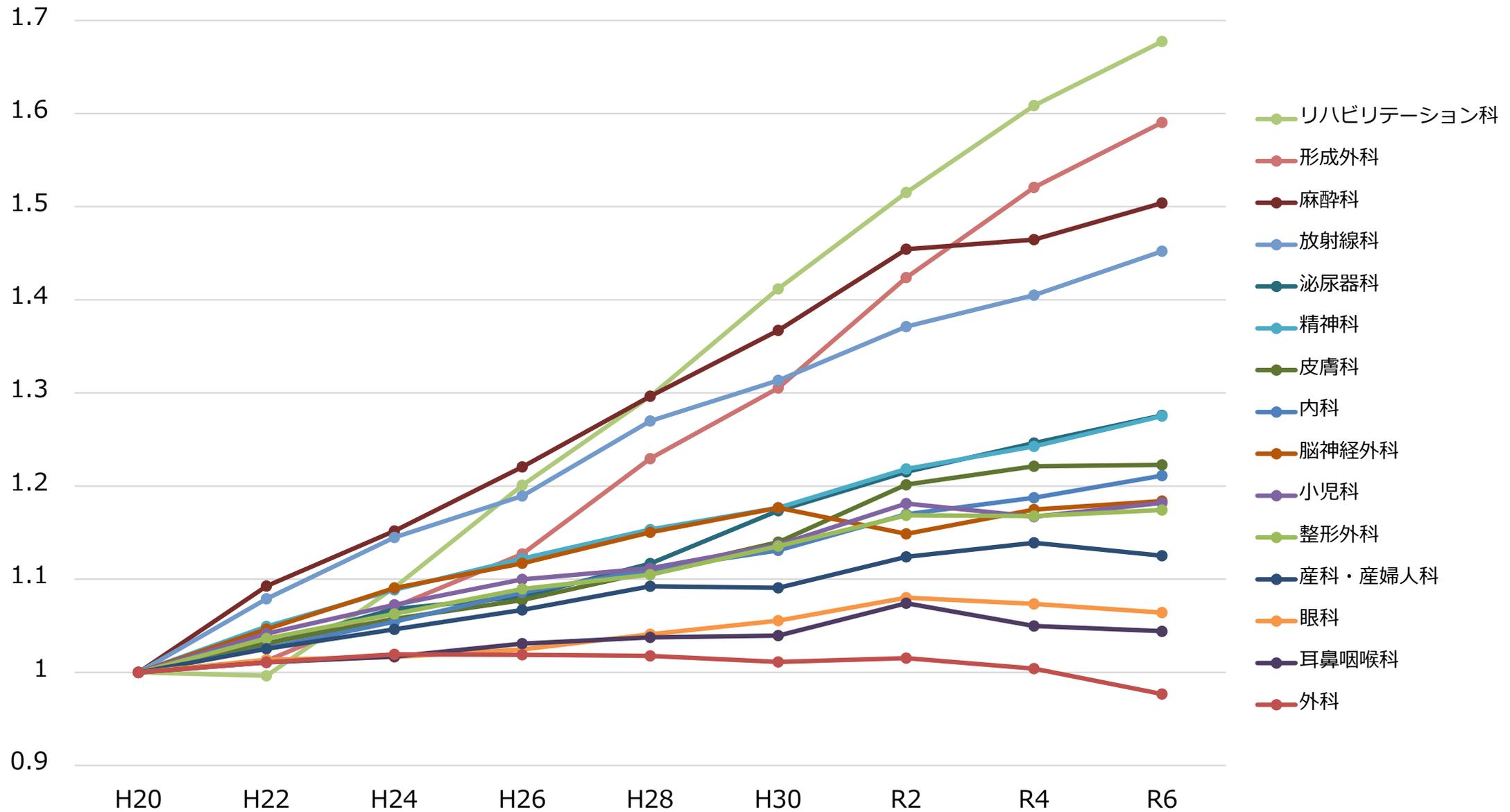
医療施設従事医師数の推移



※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6年1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）

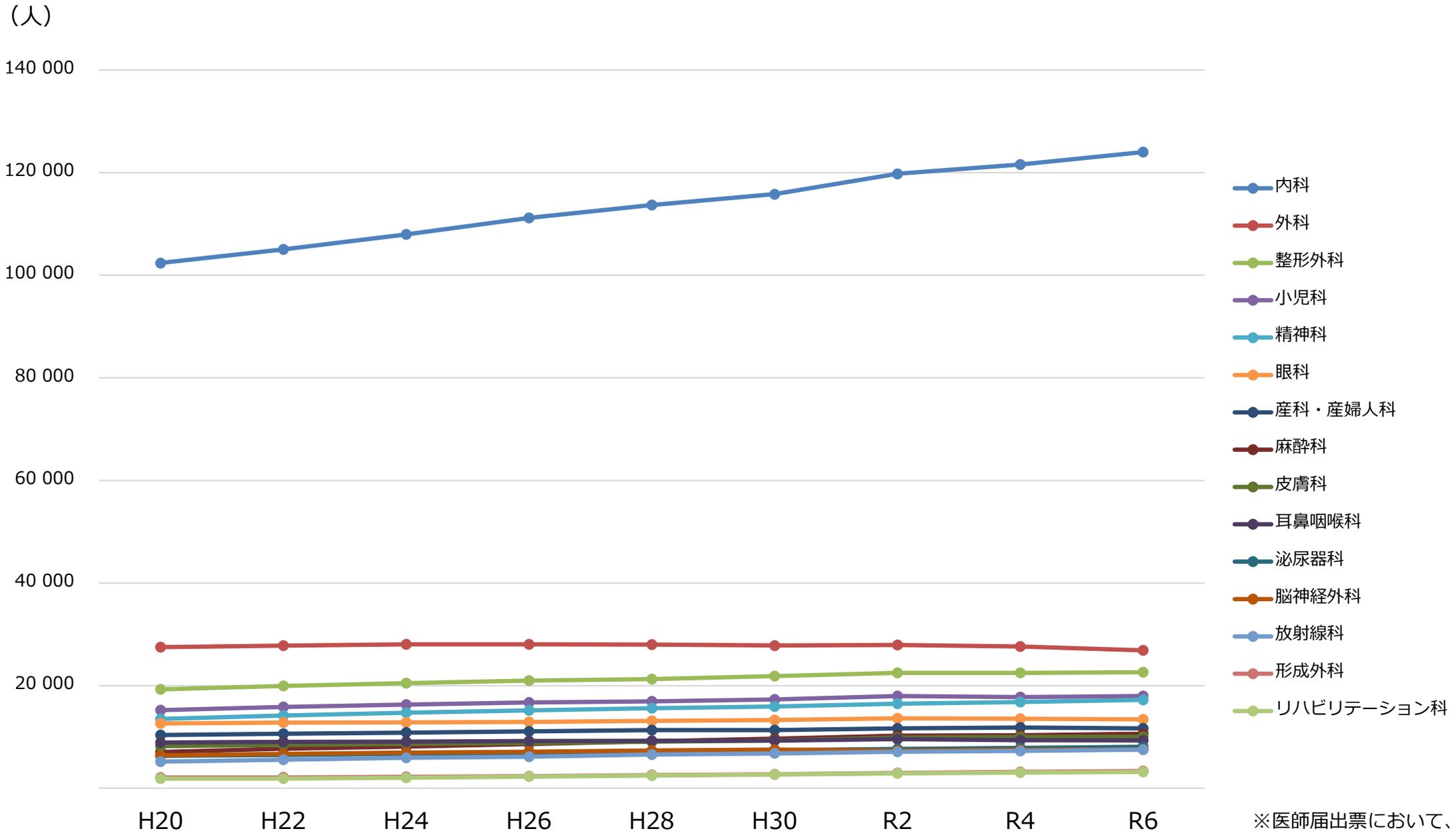


※内科・・・内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科
 ※外科・・・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

(年) ※医師届出票において、主たる診療科として選択された診療科を集計

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査、統計

診療科別医師数



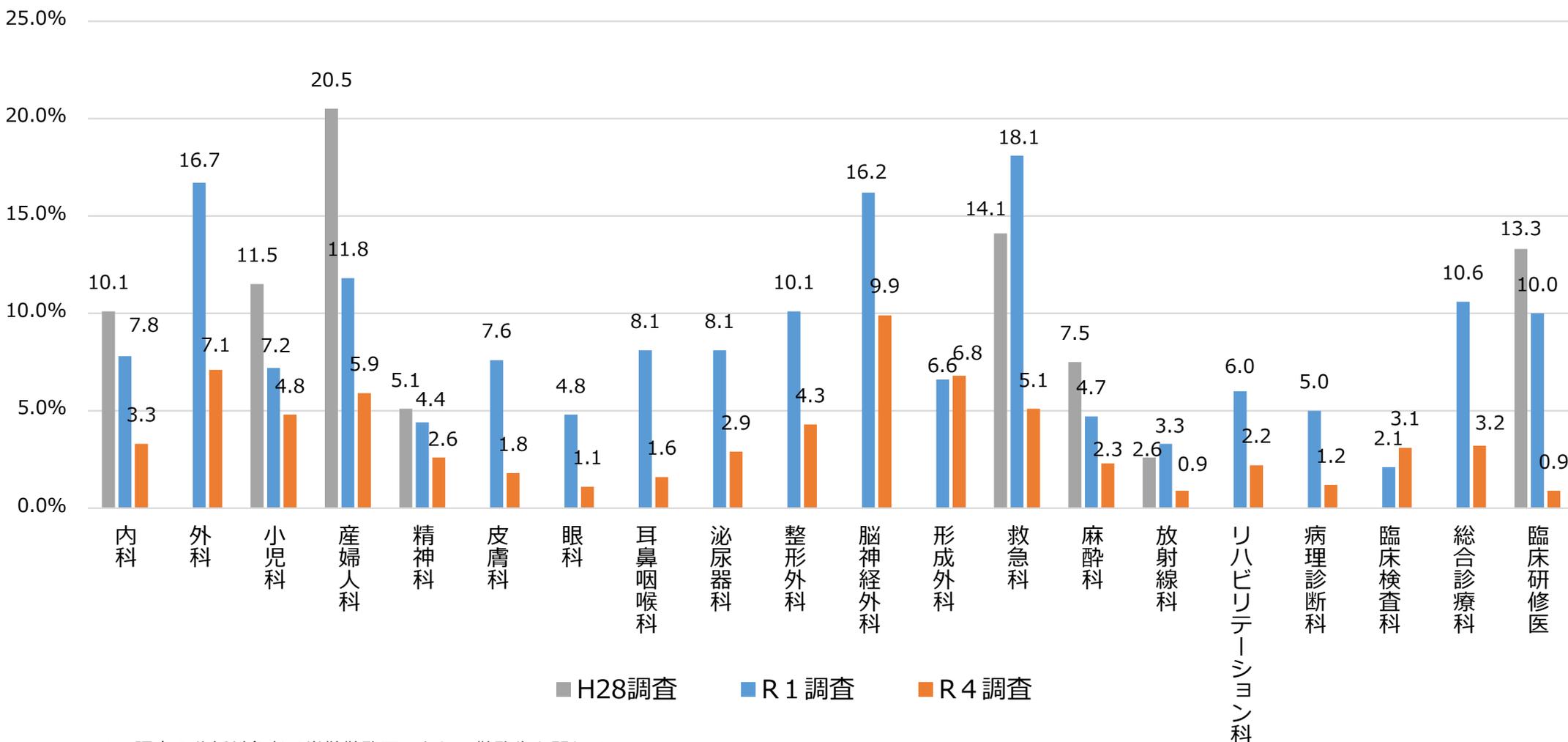
※内科・・・内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科
 ※外科・・・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科
 ※平成18年調査から新設された「研修医」項目は除く。

※医師届出票において、主たる診療科として選択された診療科を集計

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。

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

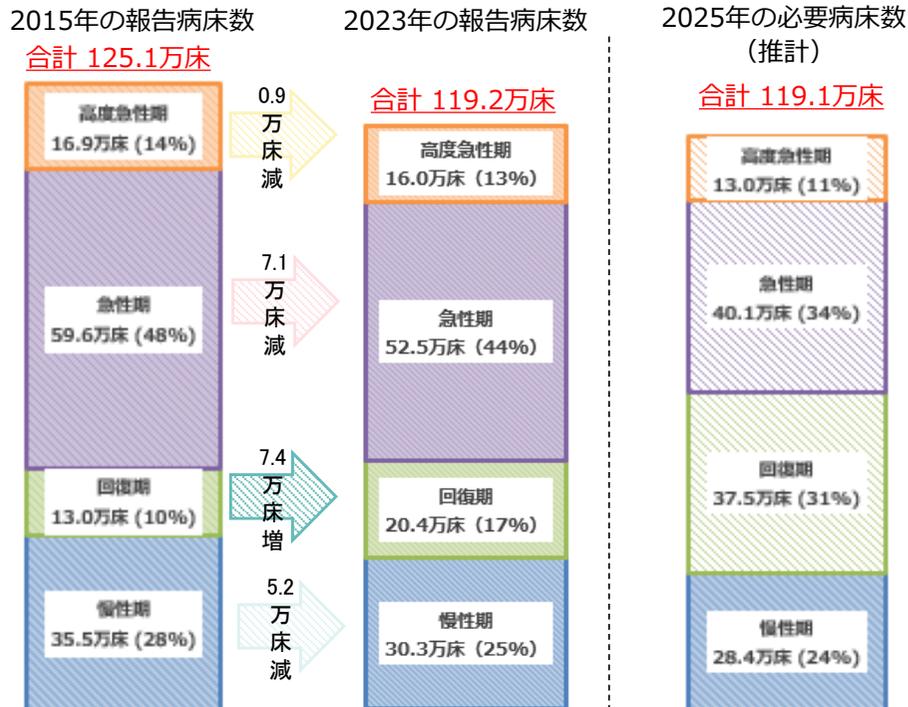
1. 地域医療構想の見直し等① 新たな地域医療構想の概要

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)

論点

- 都道府県等が医師確保計画の現状を経時的に把握・評価することを可能とするために、目標医師数のみでなく、医師確保計画に係る定量的な指標の例として、厚生労働科学研究班から提示された以下の指標を、第8次（後期）医師確保計画策定ガイドラインで提示してはどうか。
- 医療へのアクセス等のより精緻なアウトカム指標については、第9次医師確保計画策定ガイドラインへの反映を念頭に、引き続き厚生労働科学研究で検討を進めてはどうか。

都道府県の課題	区分	設定すべき評価指標	取得頻度	取得方法
・都道府県全体の医師の確保	・医師養成の動向	<ul style="list-style-type: none"> ・自県大学や、自県出身者の動向（自県大学卒業医師数、地元出身医師数等） ・臨床研修修了後の医師等の定着状況 	2年に1回	三師統計
	・地域枠医師等の動向	<ul style="list-style-type: none"> ・地域枠、地元出身者枠、恒久定員内地域枠等の設置状況 ・地域枠等の義務年限後の定着状況 	年1回	都道府県調査 都道府県調査
・都道府県内の地域偏在の解消	・医師少数区域、医師少数都道府県の動向	<ul style="list-style-type: none"> ・二次医療圏別の医師数（年代別、人口・可住地面積あたり） ・二次医療圏内外の患者の流出入数 ・ドクターバンク・全国マッチング登録者数 ・新たに確保した医師の採用経緯（医局派遣、人材紹介会社等）の内訳 	2年に1回 3年に1回	三師統計 患者調査 事業者等より取得 都道府県調査
	・医師少数スポット、重点医師偏在対策支援区域の動向	<ul style="list-style-type: none"> ・医師少数スポットの医師数（年代別、人口・可住地面積あたり） ・重点医師偏在対策支援区域の医師数 	年1回 年1回	都道府県調査 都道府県調査
	・医師派遣調整	<ul style="list-style-type: none"> ・地域医療対策協議会で調整された、医師少数区域等に派遣された医師総数・地域枠医師数とその割合 	年1回	都道府県調査
・都道府県内での必要な診療科の確保	・総合診療	<ul style="list-style-type: none"> ・総合診療専門医の養成に係る状況（専門研修プログラム数、採用人数、充足率等） ・リカレント教育受講者数、都道府県による管内への周知回数 	年1回	都道府県調査 事業者より取得、 都道府県調査
	・地域で不足する診療科	<ul style="list-style-type: none"> ・地域で不足する特定診療科について、二次医療圏別医師数 	2年に1回	三師統計

医師確保計画のアウトカムと関連する評価指標

- 本来は医師確保計画の効果モニタリングするうえで、住民の各種医療へのアクセス等をアウトカム指標に設定することが望ましい。 第9次医師確保計画への反映を目指して、幅広い有識者の意見を伺いつつ、各種公的データベース等を活用しながら、下記のような指標について研究を進めていく必要がある。

アウトカム指標（イメージ）

- 通院時間を考慮した、脳卒中や心筋梗塞の急性期治療、悪性腫瘍に対する外来化学療法等の対応が可能な医療機関の人口カバー割合
- 医師確保による、産科医師等の地域で不足している医師の勤務状況の改善 等

【その他実現可能性の検討を進めるべき内容】

- 政策医療の提供施設が医師確保により追加された場合の効果のシミュレーション
- 政策医療の施設単位の提供量と、在籍する各診療科医師数の関係
- 10年以上同地域で勤務している医師数、その年齢構成（※医師届出票で収集している情報の、さらなる詳細な集計） 等

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

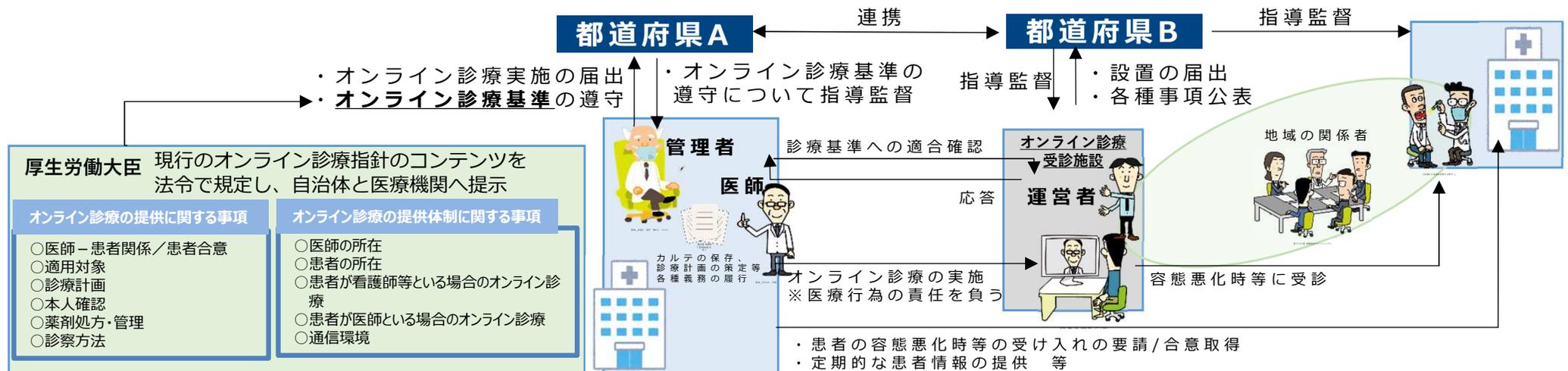
オンライン診療を行う医療機関

- 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。

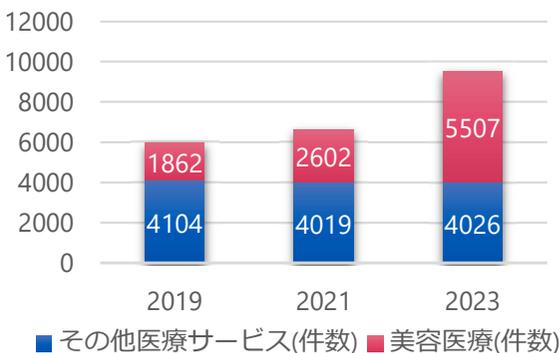
（※） オンライン診療を行う医療機関の管理者は、容態急変の事態に備え、患者の所在地近隣の医療機関と受け入れの合意等を取得し、その過程で、地域医療に与える影響やその可能性について、地域の関係者と連携して把握することとする。



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。

医療法等の一部を改正する法律の概要

改正の趣旨

高齢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。
 厚生労働大臣は、医療計画で定める都道府県において達成すべき五疾病・六事業及び在宅医療の確保の目標の設定並びに当該目標の達成のための実効性のある取組及び当該取組の効果に係る評価の実施が総合的に推進されるよう、都道府県に対し、必要な助言を行うものとする。
 都道府県は、その地域の実情を踏まえ、医療機関がその経営の安定を図るために緊急に病床数を削減することを支援する事業を行うことができることとともに、医療機関が当該事業に基づき病床数を削減したときは、厚生労働省令で定める場合を除き、医療計画において定める基準病床数を削減するものとする。また、国は、医療保険の保険料に係る国民の負担の抑制を図りつつ持続可能な医療保険制度を構築するため、予算の範囲内において、当該事業に要する費用を負担するものとする。
- 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 必要な電子診療録等情報（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。
 政府は、医療情報の共有を通じた効率的な医療提供体制の構築を促進するため、電子診療録等情報の電磁的方法による提供を実現しなければならない。
 政府は、令和12年12月31日までに、電子カルテの普及率が約100%となることを達成するよう、クラウド・コンピューティング・サービス関連技術その他の先端的な技術の活用を含め、医療機関の業務における情報の電子化を実現しなければならない。
- 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。

（その他）

- ・ 政府は、令和8年4月1日に施行される外来医師過多区域等に関する規定の施行後3年を目途として、外来医師過多区域において、新たに開設された診療所の数が廃止された診療所の数を超える区域がある場合には、当該区域における新たな診療所の開設の在り方について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。
- ・ 政府は、都道府県が医師手当事業を行うに当たり、保険者協議会その他の医療保険者等が意見を述べる事ができる仕組みの構築について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。
- ・ 政府は、この法律の公布後速やかに、介護・障害福祉従事者の賃金が他の業種に属する事業に従事する者と比較して低い水準にあること、介護・障害福祉従事者が従事する業務が身体的及び精神的な負担の大きいものであること、介護又は障害福祉に関するサービスを担う優れた人材の確保が要介護者等並びに障害者及び障害児に対するサービスの水準の向上に資すること等に鑑み、現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減を図りつつ介護・障害福祉従事者の人材の確保を図るため、介護・障害福祉従事者の適切な処遇の確保について、その処遇の状況等を踏まえて検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を機動的に講ずるものとする。

施行期日

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。

令和9年4月1日（ただし、一部の規定は公布日（1①の一部及びその他の一部）、令和8年4月1日（1②、2①の一部、②及び③並びにその他の一部）、令和8年10月1日（1①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



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

進学率・進学者数推計結果（出生低位・死亡低位）

中央教育審議会大学分科会高等教育の在り方に関する特別部会（第12回）

令和6年11月12日

資料2

- 出生中位・死亡中位の出生数推計より、実際の出生数が少なく推移しているため、進学率・進学者数推計を**出生低位・死亡低位で推計**。
- 急速な人口減少に伴い、大学進学率の伸長を加味したとしても、**2040年の各都道府県の大学進学者数の合計は40万人台**。
- **外国人留学生数が上昇すると仮定しても**、現在の大学の入学定員の規模が維持された場合には、2040年の**定員充足率は70%台**。

【外国人留学生数が現状のままであった場合】

年	2021（実績値）	2025	2030	2035	2040	2045	2050
18歳人口	1,141,140	1,100,314	1,051,986	964,129	739,050	697,120	678,482
進学率	54.90%	56.65%	58.22%	59.14%	59.60%	59.94%	60.22%
(a)進学者数	609,121	623,368	612,514	570,194	440,489	417,861	408,566
(b)留学生等	15,138	17,096	17,096	17,096	17,096	17,096	17,096
(c)その他※1	2,781	3,074	3,021	2,812	2,172	2,061	2,015
大学入学者数 ((a)+(b)+(c))	627,040	643,539	632,631	590,102	459,757	437,018	427,677
定員充足率※2	100.56%	101.83%	100.11%	93.38%	72.75%	69.15%	67.68%

【外国人留学生数が増加すると仮定した場合】（2033年政府目標の留学生比率5%（教育未来創造会議第二次提言）の増加ペースで2023年から2040年まで増加すると仮定）

年	2021（実績値）	2025	2030	2035	2040	2045	2050
18歳人口	1,141,140	1,100,314	1,051,986	964,129	739,050	697,120	678,482
(a)進学者数	609,121	623,368	612,514	570,194	440,489	417,861	408,566
(b)留学生等	15,138	20,077	27,531	34,984	42,438	42,438	42,438
(c)その他	2,781	3,074	3,021	2,812	2,172	2,061	2,015
大学入学者数 ((a)+(b)+(c))	627,040	646,520	643,066	607,990	485,099	462,360	453,019
定員充足率	100.56%	102.31%	101.76%	96.21%	76.76%	73.16%	71.69%

※1 高等学校卒業程度認定試験合格者・専修学校高等課程修了者で大学に進学した者

※2 2023年度の定員に対する定員充足率（2021年度は2021年度の定員に対する定員充足率）

2040年の各都道府県進学者等推計（出生低位・死亡低位）①

2040年の18歳人口推計が2021年の18歳人口に比べて
半分以下の地方自治体【青森県、岩手県、秋田県】

中央教育審議会大学分科会高等教育の在り方に関する特別部会（第12回）

資料2

令和6年11月12日

	北海道			青森県			岩手県			宮城県			秋田県			山形県			福島県			茨城県			栃木県			群馬県			埼玉県			千葉県		
18歳人口【2021】	45,007			11,830			11,379			20,998			8,171			10,269			17,622			27,454			18,417			18,806			64,508			54,908		
高校等卒業生数【2021】	40,596			11,056			10,585			19,412			7,586			9,555			16,130			25,234			17,183			16,849			56,216			49,294		
大学進学者数【2021】	21,039			4,975			4,460			9,982			3,345			4,097			7,215			14,797			9,063			8,971			35,056			30,362		
大学進学率【2021】	46.7%			42.1%			39.2%			47.5%			40.9%			39.9%			40.9%			53.9%			49.2%			47.7%			54.3%			55.3%		
大学進学率(国公私別)【2021】	10.0%	3.4%	33.4%	12.0%	5.1%	25.0%	11.2%	5.4%	22.6%	9.3%	2.6%	35.6%	14.4%	4.4%	22.2%	11.0%	2.7%	26.2%	7.6%	3.2%	30.1%	8.5%	2.1%	43.3%	8.5%	2.0%	38.8%	7.9%	3.7%	36.0%	4.2%	0.9%	49.3%	4.3%	0.6%	50.4%
短大進学率【2021】	4.1%			4.8%			4.2%			4.6%			5.9%			4.7%			5.0%			2.7%			4.0%			4.2%			3.5%			3.1%		
専門学校進学率(現役)【2021】	20.8%			14.8%			17.8%			16.2%			16.5%			18.1%			15.6%			17.2%			16.9%			15.5%			16.1%			17.6%		
大学数【2021】	37			10			6			14			7			6			8			10			9			15			27			27		
大学数(国公私別)【2021】	7	6	24	1	2	7	1	1	4	2	1	11	1	3	3	1	2	3	1	2	5	3	1	6	1	0	8	1	4	10	1	1	25	1	1	25
入学定員【2021】	18,806			3,363			2,509			11,511			2,090			2,766			3,579			6,461			4,668			5,785			28,855			25,751		
入学定員(国公私別)【2021】	5,600	1,345	11,861	1,322	516	1,525	1,030	440	1,039	2,722	420	8,369	955	665	470	1,663	145	958	945	599	2,035	3,760	170	2,531	910	0	3,758	1,098	1,482	3,205	1,535	395	26,925	2,592	180	22,979
大学入学者数【2021】	19,119			3,407			2,544			11,713			2,075			2,792			3,451			6,697			4,823			5,983			28,847			27,402		
(国公私別)【2021】	5,756	1,434	11,929	1,371	549	1,487	1,068	473	1,003	2,779	453	8,481	985	694	396	1,690	148	954	991	605	1,855	3,829	171	2,697	929	0	3,894	1,142	1,551	3,290	1,598	406	26,843	2,635	180	24,587
県外から流入【2021】	4,954			1,363			1,281			6,061			1,194			1,868			1,822			3,727			2,639			3,249			18,497			17,051		
県内から流出【2021】	6,874			2,931			3,197			4,330			2,464			3,173			5,586			11,827			6,879			6,237			24,706			20,011		
流出入差(流入-流出)【2021】	-1,921			-1,568			-1,916			1,731			-1,270			-1,305			-3,764			-8,101			-4,240			-2,988			-6,209			-2,961		
自県進学率【2021】	67.3%			41.1%			28.3%			56.6%			26.3%			22.6%			22.6%			20.1%			24.1%			30.5%			29.5%			34.1%		
18歳人口推計【2040】	25,440			5,732			5,609			12,328			3,865			5,334			8,873			15,183			10,379			10,284			41,712			35,741		
大学進学者数推計【2040】	14,472			2,575			2,373			6,248			1,792			2,250			4,077			9,274			5,305			5,213			25,180			21,885		
大学進学率推計【2040】	56.9%			44.9%			42.3%			50.7%			46.4%			42.2%			46.0%			61.1%			51.1%			50.7%			60.4%			61.2%		
大学入学者数推計【2040】	13,186			1,939			1,465			7,223			1,250			1,691			2,093			4,832			3,034			4,702			21,388			20,123		
(国公私別)【2040】	3,970	989	8,227	780	313	846	615	272	578	1,714	279	5,230	593	418	239	1,024	90	578	601	367	1,125	2,763	123	1,946	584	0	2,450	897	1,219	2,585	1,185	301	19,902	1,935	132	18,056
入学定員充足率推計【2040】	70.1%			57.7%			58.4%			62.7%			59.8%			61.1%			58.5%			74.8%			65.0%			81.3%			74.1%			78.1%		
(国公私別)【2040】	70.9%	73.5%	69.4%	59.0%	60.6%	55.5%	59.7%	61.9%	55.6%	63.0%	66.5%	62.5%	62.1%	62.9%	50.8%	61.6%	61.8%	60.3%	63.6%	61.2%	55.3%	73.5%	72.6%	76.9%	64.2%	-	65.2%	81.7%	82.2%	80.7%	77.2%	76.2%	73.9%	74.7%	73.4%	78.6%
大学進学者数【2021】-大学進学者数推計【2040】	-6,567 (-31%)			-2,400 (-48%)			-2,087 (-47%)			-3,734 (-37%)			-1,553 (-46%)			-1,847 (-45%)			-3,138 (-43%)			-5,523 (-37%)			-3,758 (-41%)			-3,758 (-42%)			-9,876 (-28%)			-8,477 (-28%)		
大学入学者数【2021】-大学入学者数推計【2040】	-5,932 (-31%)			-1,468 (-43%)			-1,079 (-42%)			-4,490 (-38%)			-825 (-40%)			-1,101 (-39%)			-1,358 (-39%)			-1,864 (-28%)			-1,789 (-37%)			-1,281 (-21%)			-7,459 (-26%)			-7,278 (-27%)		
2040年の18歳人口推計/2021年の18歳人口の割合(%)	56.5%			48.5%			49.3%			58.7%			47.3%			51.9%			50.4%			55.3%			56.4%			54.7%			64.7%			65.1%		

(参考)

大学進学者…各県に所在する高校等を卒業した者で、全国いずれかの大学に進学した者
大学入学者…各県に所在する大学に入学した者

2040年の各都道府県進学者等推計（出生低位・死亡低位）②

中央教育審議会大学分科会高等教育の在り方に関する特別部会（第12回）

令和6年11月12日

資料2

	東京都			神奈川県			新潟県			富山県			石川県			福井県			山梨県			長野県			岐阜県			静岡県			愛知県			三重県		
18歳人口【2021】	104,150			78,433			19,807			9,656			10,574			7,584			7,768			20,242			20,034			34,622			71,537			17,458		
高校等卒業生数【2021】	101,997			67,477			18,071			8,898			10,073			7,246			7,874			18,424			17,986			31,948			63,402			15,401		
大学進学者数【2021】	78,180			44,498			8,698			4,561			5,607			4,104			5,018			9,269			9,760			16,879			38,573			7,864		
大学進学率【2021】	75.1%			56.7%			43.9%			47.2%			53.0%			54.1%			64.6%			45.8%			48.7%			48.8%			53.9%			45.0%		
大学進学率(国公私別)【2021】	6.7%	1.0%	67.3%	3.7%	1.2%	51.8%	9.6%	4.0%	30.4%	13.5%	5.6%	28.2%	13.7%	5.2%	34.1%	14.6%	6.3%	33.3%	9.5%	5.7%	49.4%	8.5%	4.1%	33.2%	9.1%	3.2%	36.4%	8.4%	3.9%	36.4%	9.6%	3.0%	41.3%	8.7%	2.5%	33.8%
短大進学率【2021】	1.9%			2.9%			3.8%			6.4%			5.7%			4.8%			5.4%			6.9%			5.4%			3.5%			3.1%			4.9%		
専門学校進学率(現役)【2021】	11.8%			14.7%			24.6%			15.8%			13.5%			13.9%			17.9%			19.5%			12.4%			15.7%			12.1%			12.8%		
大学数【2021】	146			32			22			5			14			6			7			11			13			14			52			7		
大学数(国公私別)【2021】	12	2	132	2	2	28	3	4	15	1	1	3	2	4	8	1	2	3	1	2	4	1	4	6	1	3	9	2	4	8	4	3	45	1	1	5
入学定員【2021】	153,377			44,893			6,699			2,575			6,502			2,300			4,169			4,020			4,940			8,090			41,964			3,190		
入学定員(国公私別)【2021】	9,716	1,570	142,091	1,662	1,130	42,101	2,467	765	3,467	1,770	495	310	1,726	590	4,186	855	450	995	825	990	2,354	1,978	960	1,082	1,240	200	3,500	2,145	935	5,010	3,976	1,764	36,224	1,310	100	1,780
大学入学者数【2021】	153,519			45,619			6,592			2,588			6,492			2,362			4,245			4,163			4,825			7,970			42,461			3,303		
(国公私別)【2021】	10,055	1,592	141,872	1,697	1,174	42,748	2,547	826	3,219	1,832	480	276	1,764	620	4,108	895	485	982	851	1,075	2,319	2,023	1,007	1,133	1,265	220	3,340	2,166	1,051	4,753	4,092	1,830	36,539	1,335	102	1,866
県外から流入【2021】	100,599			28,384			3,132			1,640			3,813			1,083			3,012			2,276			2,679			3,165			14,960			1,554		
県内から流出【2021】	25,261			27,263			5,238			3,613			2,928			2,825			3,785			7,382			7,614			12,074			11,072			6,115		
流出入差(流入-流出)【2021】	75,339			1,121			-2,106			-1,973			885			-1,742			-773			-5,106			-4,935			-8,909			3,888			-4,561		
自県進学率【2021】	67.7%			38.7%			39.8%			20.8%			47.8%			31.2%			24.6%			20.4%			22.0%			28.5%			71.3%			22.2%		
18歳人口推計【2040】	92,106			52,183			11,136			5,640			6,596			4,651			4,521			11,393			10,969			19,553			49,082			10,378		
大学進学者数推計【2040】	74,182			32,200			5,417			3,070			3,958			2,826			3,308			6,113			6,176			9,720			28,536			5,082		
大学進学率推計【2040】	80.5%			61.7%			48.6%			54.4%			60.0%			60.8%			73.2%			53.7%			56.3%			49.7%			58.1%			49.0%		
大学入学者数推計【2040】	121,312			34,648			4,163			1,773			4,473			1,648			3,025			2,831			3,307			5,082			30,368			2,276		
(国公私別)【2040】	7,946	1,258	112,109	1,289	892	32,468	1,609	522	2,033	1,255	329	189	1,215	427	2,831	624	338	685	606	766	1,652	1,376	685	770	867	151	2,289	1,381	670	3,031	2,927	1,309	26,132	920	70	1,286
入学定員充足率推計【2040】	79.1%			77.2%			62.1%			68.8%			68.8%			71.6%			72.6%			70.4%			67.0%			62.8%			72.4%			71.4%		
(国公私別)【2040】	81.8%	80.1%	78.9%	77.6%	78.9%	77.1%	65.2%	68.2%	58.6%	70.9%	66.4%	61.0%	70.4%	72.4%	67.6%	73.0%	75.2%	68.8%	73.5%	77.4%	70.2%	69.5%	71.3%	71.2%	69.9%	75.4%	65.4%	64.4%	71.7%	60.5%	73.6%	74.2%	72.1%	70.2%	70.3%	72.2%
大学進学者数【2021】-大学進学者数推計【2040】	-3,998 (-5%)			-12,298 (-28%)			-3,281 (-38%)			-1,491 (-33%)			-1,649 (-29%)			-1,278 (-31%)			-1,710 (-34%)			-3,156 (-34%)			-3,584 (-37%)			-7,159 (-42%)			-10,037 (-26%)			-2,782 (-35%)		
大学入学者数【2021】-大学入学者数推計【2040】	-32,206 (-21%)			-10,971 (-24%)			-2,429 (-37%)			-815 (-32%)			-2,019 (-31%)			-714 (-30%)			-1,220 (-29%)			-1,332 (-32%)			-1,518 (-31%)			-2,888 (-36%)			-12,093 (-28%)			-1,027 (-31%)		
2040年の18歳人口推計/2021年の18歳人口の割合(%)	88.4%			66.5%			56.2%			58.4%			62.4%			61.3%			58.2%			56.3%			54.8%			56.5%			68.6%			59.4%		

(参考)

大学進学者…各県に所在する高校等を卒業した者で、全国いずれかの大学に進学した者
 大学入学者…各県に所在する大学に入学した者

2040年の各都道府県進学者等推計（出生低位・死亡低位）③

中央教育審議会大学分科会高等教育の在り方に関する特別部会（第12回）

資料2

令和6年11月12日

	滋賀県			京都府			大阪府			兵庫県			奈良県			和歌山県			鳥取県			島根県			岡山県			広島県			山口県			徳島県		
18歳人口【2021】	14,328			23,145			79,549			51,482			12,973			8,809			5,195			6,233			18,190			26,108			12,219			6,581		
高校等卒業者数【2021】	12,836			22,526			71,803			45,157			11,585			8,163			4,820			6,014			17,342			22,985			10,855			6,054		
大学進学者数【2021】	7,185			15,965			47,469			29,769			7,877			4,366			2,177			2,748			9,328			14,387			4,706			3,246		
大学進学率【2021】	50.1%			69.0%			59.7%			57.8%			60.7%			49.6%			41.9%			44.1%			51.3%			55.1%			38.5%			49.3%		
大学進学率(国公私別)【2021】	6.7%	3.3%	40.1%	8.6%	4.2%	56.1%	5.9%	3.0%	50.7%	8.9%	4.2%	44.8%	10.5%	3.9%	46.3%	9.5%	3.9%	36.2%	14.2%	5.1%	22.6%	12.5%	7.0%	24.6%	12.7%	4.2%	34.4%	11.4%	5.2%	38.5%	10.0%	4.9%	23.6%	16.0%	-	29.9%
短大進学率【2021】	4.7%			4.1%			4.6%			3.6%			4.2%			4.0%			7.2%			5.0%			4.0%			2.9%			4.5%			4.0%		
専門学校進学率(現役)【2021】	15.3%			13.1%			13.7%			12.1%			11.2%			16.6%			18.0%			20.1%			17.3%			10.7%			14.2%			14.9%		
大学数【2021】	9			34			56			36			11			5			3			2			18			21			10			4		
大学数(国公私別)【2021】	2	1	6	3	4	27	2	2	52	2	4	30	3	2	6	1	1	3	1	1	1	1	1	0	1	2	15	1	5	15	1	3	6	2	0	2
入学定員【2021】	7,548			35,123			54,721			27,777			4,858			2,035			1,519			1,617			9,905			13,399			4,211			2,893		
入学定員(国公私別)【2021】	945	600	6,003	3,706	1,046	30,371	4,155	2,863	47,703	2,690	1,902	23,185	730	348	3,780	890	280	865	1,139	300	80	1,157	460	0	2,195	550	7,160	2,336	1,570	9,493	1,917	1,084	1,210	1,388	0	1,505
大学入学者数【2021】	7,661			35,049			56,375			27,050			4,777			2,038			1,554			1,682			9,068			13,328			4,306			2,638		
(国公私別)【2021】	957	625	6,079	3,820	1,082	30,147	4,278	2,943	49,154	2,767	1,897	22,386	770	348	3,659	939	281	818	1,161	315	78	1,206	476	0	2,257	577	6,234	2,407	1,677	9,244	1,965	1,113	1,228	1,422	0	1,216
県外から流入【2021】	6,052			26,717			28,439			13,866			3,648			1,261			1,223			1,203			5,111			5,662			3,090			1,455		
県内から流出【2021】	5,576			7,633			19,533			16,585			6,748			3,589			1,846			2,269			5,371			6,721			3,490			2,063		
流出入差(流入-流出)【2021】	476			19,084			8,906			-2,719			-3,100			-2,328			-623			-1,066			-260			-1,059			-400			-608		
自県進学率【2021】	22.4%			52.2%			58.9%			44.3%			14.3%			17.8%			15.2%			17.4%			42.4%			53.3%			25.8%			36.4%		
18歳人口推計【2040】	9,494			14,655			51,865			32,315			7,294			4,953			3,259			3,996			11,892			16,686			7,063			3,829		
大学進学者数推計【2040】	5,604			11,080			35,810			20,725			5,043			2,888			1,581			1,864			6,952			9,211			2,721			2,034		
大学進学率推計【2040】	59.0%			75.6%			69.0%			64.1%			69.1%			58.3%			48.5%			46.6%			58.5%			55.2%			38.5%			53.1%		
大学入学者数推計【2040】	5,606			25,337			41,204			19,487			3,378			1,434			1,100			1,169			6,514			8,838			3,011			1,778		
(国公私別)【2040】	700	457	4,448	2,762	782	21,793	3,127	2,151	35,927	1,993	1,367	16,127	545	246	2,588	661	198	576	821	223	55	838	331	0	1,621	414	4,478	1,596	1,112	6,130	1,374	778	859	958	0	820
入学定員充足率推計【2040】	74.3%			72.1%			75.3%			70.2%			69.5%			70.5%			72.4%			72.3%			65.8%			66.0%			71.5%			61.5%		
(国公私別)【2040】	74.1%	76.2%	74.1%	74.5%	74.8%	71.8%	75.3%	75.1%	75.3%	74.1%	71.9%	69.6%	74.6%	70.7%	68.5%	74.2%	70.6%	66.5%	72.1%	74.3%	69.0%	72.4%	71.9%	-	73.9%	75.4%	62.5%	68.3%	70.8%	64.6%	71.7%	71.8%	71.0%	69.0%	-	54.5%
大学進学者数【2021】-大学進学者数推計【2040】	-1,581 (-22%)			-4,885 (-31%)			-11,659 (-25%)			-9,044 (-30%)			-2,834 (-36%)			-1,478 (-34%)			-596 (-27%)			-884 (-32%)			-2,376 (-25%)			-5,176 (-36%)			-1,985 (-42%)			-1,212 (-37%)		
大学入学者数【2021】-大学入学者数推計【2040】	-2,055 (-27%)			-9,712 (-28%)			-15,171 (-27%)			-7,563 (-28%)			-1,399 (-29%)			-604 (-30%)			-454 (-29%)			-513 (-31%)			-2,554 (-28%)			-4,490 (-34%)			-1,295 (-30%)			-860 (-33%)		
2040年の18歳人口推計/2021年の18歳人口の割合(%)	66.3%			63.3%			65.2%			62.8%			56.2%			56.2%			62.7%			64.1%			65.4%			63.9%			57.8%			58.2%		

(参考)

大学進学者…各県に所在する高校等を卒業した者で、全国いずれかの大学に進学した者
 大学入学者…各県に所在する大学に入学した者

2040年の各都道府県進学者等推計（出生低位・死亡低位）④

中央教育審議会大学分科会高等教育の在り方に関する特別部会（第12回）

資料 2

令和 6年11月12日

	香川県			愛媛県			高知県			福岡県			佐賀県			長崎県			熊本県			大分県			宮崎県			鹿児島県			沖縄県			その他
18歳人口【2021】	9,310			12,483			6,184			46,524			8,412			12,691			16,741			10,244			10,517			15,625			16,363			
高校等卒業者数【2021】	8,593			11,445			5,891			41,516			7,697			11,857			15,073			9,745			9,842			14,227			14,424			
大学進学者数【2021】	4,840			6,144			2,845			22,333			3,455			5,434			7,075			4,091			4,180			6,126			7,002			17,919
大学進学率【2021】	52.0%			49.2%			46.0%			48.0%			41.1%			42.8%			42.3%			39.9%			39.7%			39.2%			42.8%			
大学進学率(国公私立)【2021】	13.5%	3.7%	34.7%	14.8%	4.2%	30.2%	9.9%	6.2%	29.8%	9.3%	3.0%	35.7%	12.3%	2.1%	26.7%	14.2%	5.3%	23.3%	10.1%	3.4%	28.8%	13.5%	4.2%	22.3%	12.8%	4.2%	22.8%	12.0%	2.4%	24.8%	9.6%	3.4%	29.8%	
短大進学率【2021】	4.8%			4.5%			4.3%			4.4%			4.2%			3.8%			3.2%			7.1%			4.7%			7.2%			3.6%			
専門学校進学率(現役)【2021】	15.8%			17.1%			16.1%			16.1%			16.5%			15.5%			18.1%			20.1%			16.1%			19.6%			24.0%			
大学数【2021】	4			5			5			35			2			8			9			5			7			6			8			
大学数(国公私立)【2021】	1	1	2	1	1	3	1	2	2	3	4	28	1	0	1	1	1	6	1	1	7	1	1	3	1	2	4	2	0	4	1	3	4	
入学定員【2021】	2,189			3,860			2,215			25,761			1,818			3,986			5,712			3,520			2,335			3,683			3,972			
入学定員(国公私立)【2021】	1,239	90	860	1,770	100	1,990	1,075	860	280	4,110	1,999	19,652	1,278	0	540	1,641	730	1,615	1,667	480	3,565	1,070	80	2,370	1,035	300	1,000	2,053	0	1,630	1,547	640	1,785	
大学入学者数【2021】	2,092			3,875			2,212			25,963			1,817			3,914			5,643			3,029			2,174			3,652			4,153			
(国公私立)【2021】	1,275	90	727	1,818	100	1,957	1,110	906	196	4,214	2,097	19,652	1,315	0	502	1,657	752	1,505	1,706	505	3,432	1,086	81	1,862	1,064	312	798	2,100	0	1,552	1,567	664	1,922	
県外から流入【2021】	1,260			1,840			1,459			11,422			1,244			1,942			2,357			1,947			1,096			1,601			937			
県内から流出【2021】	4,008			4,109			2,092			7,792			2,882			3,462			3,789			3,009			3,102			4,075			3,786			
流出入差(流入-流出)【2021】	-2,748			-2,269			-633			3,630			-1,638			-1,520			-1,432			-1,062			-2,006			-2,474			-2,849			
自県進学率【2021】	17.2%			33.1%			26.5%			65.1%			16.6%			36.3%			46.4%			26.4%			25.8%			33.5%			45.9%			
18歳人口推計【2040】	5,640			7,171			3,528			34,719			5,622			7,814			11,584			6,503			6,901			10,500			13,082			
大学進学者数推計【2040】	3,278			3,998			1,817			17,081			2,438			3,889			5,003			2,849			2,845			4,371			6,212			19,268
大学進学率推計【2040】	58.1%			55.7%			51.5%			49.2%			43.4%			49.8%			43.2%			43.8%			41.2%			41.6%			47.5%			
大学入学者数推計【2040】	1,444			2,589			1,497			19,315			1,326			2,857			4,052			2,813			1,528			2,673			3,527			
(国公私立)【2040】	880	62	502	1,215	67	1,307	751	613	133	3,135	1,560	14,620	959	0	366	1,209	549	1,098	1,225	363	2,465	1,009	75	1,729	748	219	561	1,537	0	1,136	1,331	564	1,632	
入学定員充足率推計【2040】	66.0%			67.1%			67.6%			75.0%			72.9%			71.7%			70.9%			79.9%			65.5%			72.6%			88.8%			
(国公私立)【2040】	71.0%	69.0%	58.3%	68.6%	66.8%	65.7%	69.9%	71.3%	47.4%	76.3%	78.0%	74.4%	75.1%	-	67.8%	73.7%	75.2%	68.0%	73.5%	75.5%	69.1%	94.3%	94.0%	73.0%	72.3%	73.1%	56.1%	74.9%	-	69.7%	86.0%	88.1%	91.4%	
大学進学者数【2021】-大学進学者数推計【2040】	-1,562		(-32%)	-2,146		(-35%)	-1,028		(-36%)	-5,252		(-24%)	-1,017		(-29%)	-1,545		(-28%)	-2,072		(-29%)	-1,242		(-30%)	-1,335		(-32%)	-1,755		(-29%)	-790		(-11%)	
大学入学者数【2021】-大学入学者数推計【2040】	-648		(-31%)	-1,286		(-33%)	-715		(-32%)	-6,648		(-26%)	-491		(-27%)	-1,057		(-27%)	-1,591		(-28%)	-216		(-7%)	-646		(-30%)	-979		(-27%)	-626		(-15%)	
2040年の18歳人口推計/2021年の18歳人口の割合(%)	60.6%			57.4%			57.1%			74.6%			66.8%			61.6%			69.2%			63.5%			65.6%			67.2%			79.9%			

(参考)

大学進学者…各県に所在する高校等を卒業した者で、全国いずれかの大学に進学した者
 大学入学者…各県に所在する大学に入学した者

【令和5年7月発表】

○ 全体

出生中位・死亡中位の推計※を用いて、18歳人口を推計

○ 各都道府県進学者等推計

「全国の大学進学者数推計【2040】」に、「全国の大学入学者数【2021】」に占める各都道府県の大学入学者数【2021】の割合を掛けて算出

例：東京都の大学入学者数【2040】

$$= \text{全国の大学進学者数推計【2040】} \times \frac{\text{東京都の大学入学者数【2021】}}{\text{全国の大学入学者数【2021】}}$$

【令和6年11月更新】

出生低位・死亡低位の推計※を用いて、18歳人口を推計

「各都道府県の大学進学者数推計【2040】」に、「各都道府県の大学進学者数のうちの特定の都道府県に位置する大学への進学者の割合【2021】を掛け合わせたもの」を全都道府県分合計することにより算出

例：東京都の大学入学者数【2040】

$$= \text{北海道から東京都にある大学への大学進学者数【2021】} \\ = \text{北海道の大学進学者数【2040】} \times \frac{\text{北海道から東京都にある大学への大学進学者数【2021】}}{\text{北海道の大学進学者数【2021】}}$$

$$+ \text{青森県から東京都にある大学への大学進学者数【2021】} \\ + \text{青森県の大学進学者数【2040】} \times \frac{\text{青森県から東京都にある大学への大学進学者数【2021】}}{\text{青森県の大学進学者数【2021】}}$$

+ …… (47都道府県分合計)

(参考)

大学進学者…各県に所在する高校等を卒業した者で、全国いずれかの大学に進学した者
大学入学者…各県に所在する大学に入学した者

※【出典】国立社会保障・人口問題研究所

(参考)大学入学者数等の将来推計について【推計の考え方】①

中央教育審議会大学分科会高等教育の
在り方に関する特別部会（第12回）
令和6年11月12日

資料2

推計の考え方

将来の大学入学者数（E）は、推計18歳人口（B）に推計大学進学率（A）を掛けて算出される各都道府県からの大学進学者数（C）に、外国人留学生（D）等を足すことによって求められる。

A.大学進学率の推計について

- 2018年度～2021年度における都道府県別、男女別の大学進学率の伸び率によって今後2050年まで大学進学率が上昇すると仮定して都道府県別に推計。

（例外）

- ①男性の進学率が2021年度と比較して5pt以上上回った場合、+5ptを上限として以降据置き。
- ②女性の進学率が男性の進学率を上回った場合、以降は男性の進学率と同値と仮定。
- ③進学率伸び率がマイナスの場合、2021年度の大学進学率が今後維持されると仮定。

