

令和8年度第2回 医道審議会
医師分科会 医師専門研修部会

資料2

令和8年9月4日

令和10（2028）年度以降のシーリングに向けた検討について

厚生労働省 医政局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

- 1． これまでに寄せられているご意見等
- 2． 令和10（2028）年度以降のシーリングに向けた検討

これまでの意見（令和7年度第1～5回医師専門研修部会）

※これまでの意見について、事務局で一部内容を整理したものを含む。

1. 全般的事項

- シーリング制度の見直しは必要だが、制度が複雑化して分かりにくくなる懸念があるとともに、学会等へも負担になるのではないかな。長期的な視点で一貫性のある制度運用を行い、研修の質を担保しながら、分かりやすいシンプルなものに集約していくことも必要。
- シーリングの幅が広がっており、専攻医数とシーリング数のバランスについて把握する必要があるのではないかな。希望する専攻医数よりもシーリング数が上回れば、医師少数区域に行く専攻医の減少につながる。
- 現場の実際の声を含む関係者の意見、特に専攻医の意見を丁寧に聴取してほしい。

2. 令和8年度・9年度のシーリングにおける見直しについて

- 連携プログラム等について、連携元・連携先・診療科の関係性等に関する連携実績のデータ収集や、連携期間の上限設定の必要性、各プログラムにおける連携期間の妥当性等について、データや専攻医への意見聴取等を踏まえた議論が必要ではないかな。
- 連携プログラム等について、各プログラムの診療科・都道府県毎の採用率や研修修了者数等を確認したい。
- 指導医派遣実績の常勤派遣分については、指導医に来てもらい、専門研修がきちんと成立するための前向きな評価であると認識。
- 指導医派遣実績について、派遣機能の持続可能性や常勤派遣の在り方を含め、今後の取扱いについて中長期的な視点での検討が必要。
- 指導医派遣実績について、前年度からの派遣数の増加や新たな派遣を評価する仕組みなど、指導医派遣を促すための更なる検討が必要。
- 指導医派遣の実態について、派遣元・派遣先の情報や診療科毎の違い、派遣の形態、期間等に関するより詳細な分析を行ってほしい。

3. その他

- 専攻医はライフイベントを経験する年代でもあり、研修の質そのものの担保だけでなく、落ち着いて研修に取り組めるような安心できる環境をきちんと保障することが重要。
- 医師少数県の地域においても、専攻医や指導医が当該地域でこういったことが可能、といった魅力の発信をしてほしい。

医師法第16条の10に基づき聴取した 令和9（2027）年度シーリング案に係る都道府県の意見（概要）①

1. シーリング制度全般

- 専門研修修了医師を含む関係者から意見を聴くなどして、専門研修の教育内容や、シーリング等のシステムについて検証を行い、制度の改善を図ることが必要。
- シーリング案の内容が非常に複雑化しているため、シーリング制度を複雑化するのではなく、よりわかりやすい内容で、医師少数県に対して、確実な専攻医配置ができるような仕組みを検討されたい。

2. 指導医派遣

- 新規に連携先となる病院や医師少数県への新たな派遣を高く評価するなど、都市部から地方への指導医派遣が促進される実効性のある仕組みを構築すること。
- 指導医の派遣実績に係る通常プログラムへの加算については、「シーリング対象外の都道府県へ指導医を派遣すること」が条件の1つとされているが、都道府県単位として考えるのではなく、医師少数区域への派遣で専門研修の充実に資すると認められる場合は、加算の対象とすべきである。
- 指導医不足が顕著な地域への指導医の派遣を考慮いただいているが、本県は離島を多く有し、離島の二次医療圏の指導医が不足している状況であるため、医師少数県への派遣と同様に、離島の二次医療圏への指導医派遣も評価していただきたい。
- 指導医派遣実績の加算数の上限を15%から50%に引き上げること。少なくとも、派遣実績がある場合は加算数1を保障すること。
- 派遣体制の継続性を評価できるよう、派遣先ごとの同一医師の継続勤務年数、人事異動または後任補充の有無および実施時期についても、収集項目に含めていただきたい。

3. 連携プログラム等

- 特別地域連携プログラムが医師少数県の専攻医数増加に資するよう、今後効果の検証や制度の見直しを行うことにより、厳格なシーリング運用となるよう求める。
- 特別地域連携プログラムの連携先候補の一覧作成に当たっては、連携先の都道府県も協力してきたところであるが、現状、どの施設で連携が成立したのか、また、採用できたのかどうかといった状況を都道府県が把握できていないため、今後、連携先候補を増やしていくためにも、特別地域連携プログラムでの具体の連携の状況を共有いただくことについて早急に公表すること。
- 各種連携プログラムが地域医療に与える効果を検証するため、専門研修修了後の医師の動向等の把握、分析を検討されたい。

医師法第16条の10に基づき聴取した 令和9（2027）年度シーリング案に係る都道府県の意見（概要）②

4. その他

- 医療資源の乏しい地域における一定期間の研修を、専門研修プログラムの評価項目として位置づけ、地域医療への貢献を促進する制度設計とすること。
- 専門医制度導入による医師の偏在改善に関する効果検証を継続的に行うとともに、都道府県の意見がしっかりと制度運営に反映されるよう、日本専門医機構へ積極的に働きかけること。
- 専門研修の過程においては、専門医の質の向上という制度本来の目的に鑑み、医師の偏在是正の観点からの取組を過度に推し進めることなく、専攻医の声を十分に取り入れたうえで、専攻医が希望する質の高い研修を受けられるようにしていただきたい。

- 1． これまでに寄せられているご意見等
- 2． 令和10（2028）年度以降のシーリングに向けた検討

令和10（2028）年度以降のシーリングに向けた検討

- これまでの本部会におけるご意見や都道府県協議の内容等を踏まえ、令和10（2028）年度以降のシーリングに向けては、以下の事項を中心に検討を行ってはどうか。

- ・ 指導医派遣実績について
 - 前年度からの派遣数の増加や新たな派遣を評価する仕組み
 - 実績の収集頻度・収集項目など今後の運用の在り方
 - 加算の在り方
- ・ 連携プログラム等について
 - 各プログラムにおける連携期間の妥当性、連携期間の上限設定
 - 特別地域連携プログラムの推進に向けた検討

指導医派遣実績について

＜ 前年度からの派遣数の増加や新たな派遣を評価する仕組み、実績の収集頻度・収集項目など運用の在り方＞

- 現状、実績の収集に係る学会等の負担を考慮し、新たな実績は収集せず、令和6年度の実績を基準として枠数を算定しているため、前年度から派遣数が増加しても、当該増加分は加算に反映されない仕組みとなっている。
- 新たに加算の対象となる都道府県診療科についても、同様の方法で収集した実績を基準として加算を算出しており、必ずしも直近の最新実績を反映していない。
- また、派遣実績の収集にあたり、収集する項目の内容についてもご意見をいただいている。

【論点】

- 指導医の派遣は地域における専門研修の質の向上に寄与すると考えられ、医師の地域遍在の解消を図るうえでも重要である。今後の指導医の派遣を促すためにも、派遣の実態を適切に評価する仕組みが必要ではないか。
- 上記を踏まえると、今後の派遣実績の収集頻度・方法、収集する項目等、運用の在り方について整理が必要。

【今後の進め方（案）】

- 以下のような運用案が考えられるのではないかと。
 - ・ 前年度と比較して派遣数が増加した場合、又は新規に派遣を行った場合は、直近の最新実績（任意提出）に基づき、加算へ反映させるものとする。
 - ・ 上記以外の場合等については、前年度の加算数を維持することを原則とするが、一定期間ごとに見直す仕組みとする。

（例）3年に1回、全ての派遣元施設に対して実績報告を求め、派遣実績が減少している場合は加算を見直す。

ただし、この見直しにあたっては、継続的な派遣体制の確保を評価する観点から、単年度の実績ではなく、直近3年間の平均実績を用いるものとする。

- 派遣実績をより適切に評価する観点から、収集項目の内容については、現行の収集項目に基づく実績の分析を踏まえ、加算の在り方とあわせて今後検討することとしてはどうか。

指導医派遣実績について

< 加算の在り方 >

- 現状、指導医派遣実績の加算上限は「通常プログラム基本数の15%までの範囲」としているが、この上限設定の引き上げを求めるご意見がある。
- また、通常プログラム基本数が小さい都道府県診療科では、現行の上限（15%）を適用すると、加算上限が0となり、実際に派遣を行っているにもかかわらず、加算として評価されない可能性がある。
- この点について、上限値の設定の在り方、加算への反映の仕方について検討が必要。
- 通常プログラム加算数について、都道府県内での医師少数区域への派遣で専門研修の充実に資すると認められる場合は加算の対象とすべきといったご意見や、離島など二次医療圏への派遣も評価対象とすべき、といったご意見がある。

【論点】

- 加算上限については、これまでの本部会で通常プログラム基本数の5～25%とした場合の各試算を示し、15%と設定したもの。※次項参照
- 本加算は、指導医の派遣を促進し地域における専門研修の質の向上に資すると考えられる一方、指導医派遣は運用開始から十分な期間が経過していない。加算上限の引き上げは、将来的な連携プログラム等の採用枠の減少に伴う医師の地域遍在を助長する等の懸念もあることから、まずは現行制度における実施状況について検証をした上で、慎重に検討を行う必要がある。
- 一方、派遣の実績がある場合は、加算上限にかかわらずその実績が適切に評価される仕組みが妥当ではないか。
- 医師少数区域や離島等への派遣を評価対象とすることについて、都道府県外への派遣を評価する本加算の趣旨を踏まえ、どのように考えるか。

【今後の進め方（案）】

- 加算上限について、当面は現行の「通常プログラム基本数の15%までの範囲」で維持しつつ、今後の実績の蓄積や運用の状況等を踏まえながら、加算の在り方について検討してはどうか。
- その上で、今後の指導医の派遣を促すためにも、加算上限は0であるものの派遣の実績がある場合の取扱いについて、整理してはどうか。
- 医師少数区域等への指導医派遣が地域医療の確保に果たす役割は重要である一方、その派遣実態や当該地域における専門研修の実施に与える影響については必ずしも明らかでない。また、シーリングは都道府県間の偏在是正を目的としたものであり、評価対象の見直しは実態を踏まえつつ慎重に検討してはどうか。

シーリングの仕組みの見直し（案）を踏まえた試算結果（概要）

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

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

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

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

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

※4 令和6年度採用数において精神科指定医連携枠は合計に含む。

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

連携プログラム等について

< 各プログラムにおける連携期間の妥当性 >

- 特別地域連携プログラムの連携先要件の変更に伴い、連携プログラム（都道府県限定分）が統合された。連携期間が「1年半以上」とされていた連携プログラム（都道府県限定分）の連携期間が「1年以上」と短縮される形となり、シーリング対象外の都道府県で研修する専攻医の数が減少するのではないかとのご意見がある。

< 連携期間の上限設定 >

- 現状では、連携プログラム等の連携期間について上限が設定されておらず、シーリング対象外の基幹施設のプログラムにおいて、研修期間の大部分をシーリング対象地域における連携先で研修を行うようなケースがあるのではないかとのご意見がある。

< 特別地域連携プログラムの推進に向けた検討 >

- 特別地域連携プログラムにおける連携先候補施設の一覧作成などの取組が進められている一方、今後の更新時期やそのタイミングについては現時点で定まっていない。

- 連携期間の在り方等については、これまでの本部会において、令和8年度以降の連携実績の収集や専攻医に対する意見の聴取等を行った上で検討することとされていた。今般、専攻医を対象としたアンケート調査により一定のデータ（※次々頁以降参照）が得られたことから、その結果を踏まえて具体的な検討を行いたい。
- 特別地域連携プログラムにおける連携先候補施設の一覧について、今後の更新頻度など運用の在り方について整理してはどうか。

連携プログラム等について

- 連携期間の在り方を検討するにあたっては、診療科によって専門研修期間が異なる点に留意。
(例) 内科：3年間、眼科：4年間、皮膚科：5年間 等 (※)
- 次頁以降の結果は、専攻医へのアンケート調査に基づくものであり、連携プログラム等を対象とした実態調査の結果ではない点に留意。
- 本アンケートは、連携プログラム・特別地域連携プログラム以外の専門研修プログラムで採用された専攻医等も含めたものであり、連携プログラム・特別地域連携プログラムにおける連携期間の状況のみを把握したものではない点に留意。

(※) 出典

日本内科学会 専門研修プログラム整備基準【内科領域】改訂第2版

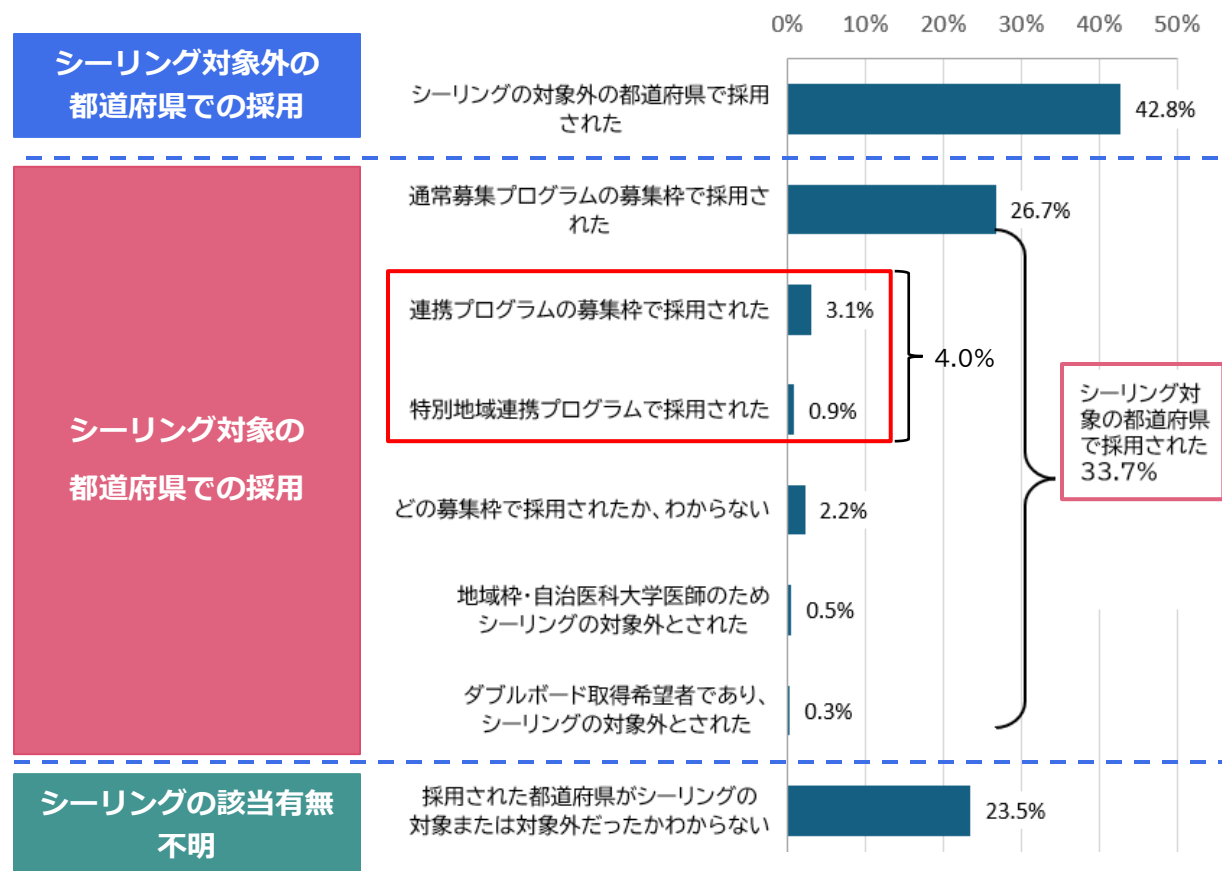
日本眼科学会 眼科専門研修プログラム整備基準 2024.12.20 機構理事会承認

日本皮膚科学会 皮膚科専門研修プログラム整備基準 (第12版)

連携プログラム等で採用された専攻医の割合

- 専攻医等の若手医師を対象とした調査では、シーリング対象の都道府県で採用された専攻医の割合は約3割であり、連携プログラム、特別地域連携プログラムで採用された専攻医の割合は全体の4.0%である。

ご自身がプログラムに応募し、採用された都道府県はシーリングの対象でしたか、対象外でしたか。



出典：令和8年度専攻医アンケート調査（専門医機構実施）

対象期間 令和8年4月13日～令和8年5月12日

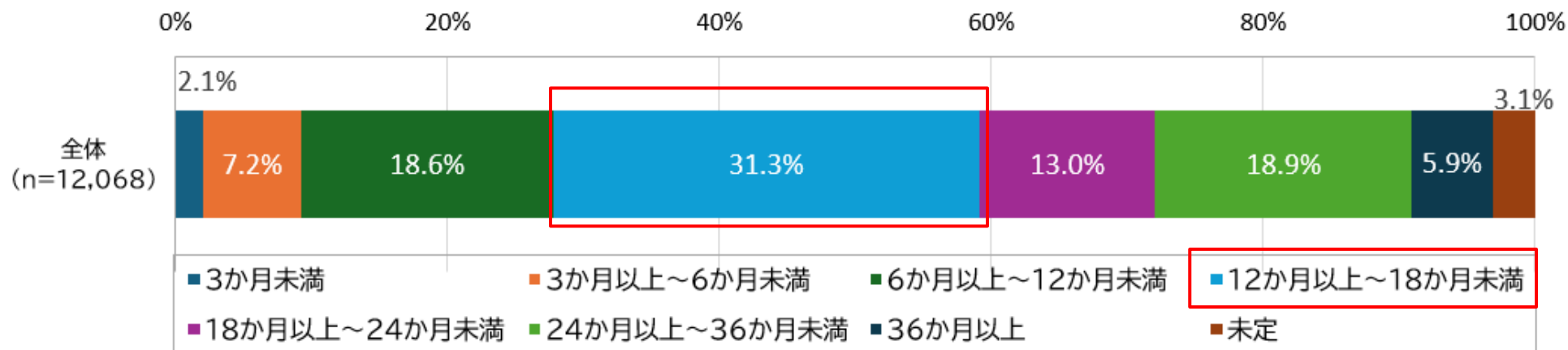
調査対象、有効回答数 令和2年度～令和7年度に基本領域の専門研修を開始した医師：12,246人（回収率22.8%）

調査主体 日本専門医機構

専門研修における連携施設での研修期間

- 専攻医等の若手医師を対象とした調査では、連携施設での研修期間として1年以上1年半未満と回答した医師の割合が最も多かった。

連携施設における研修期間は、どのくらいの期間でしたか（これから研修する場合は予定期間）。複数の連携施設で研修した（する）場合は、最も長い期間について回答してください。



※「連携施設では研修していない」(178人)を除いている。

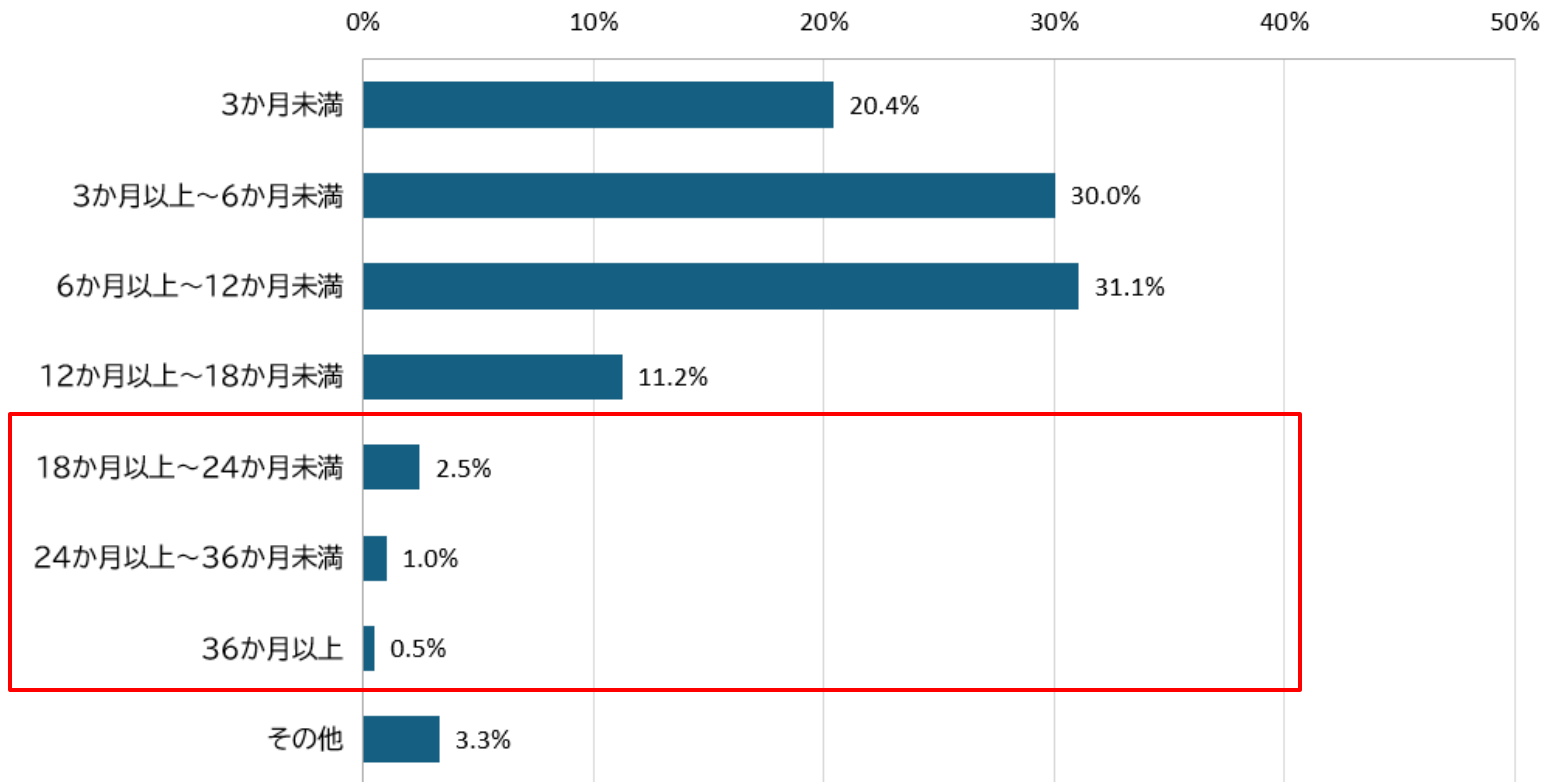
※ 本回答の解釈にあたっては、以下の点に留意が必要。

- ・ 本回答は、連携プログラム・特別地域連携プログラム以外の専門研修プログラムで採用された専攻医等も含めたものである。
- ・ 専門研修の期間は診療科によって異なる（研修期間：約3年：11診療科、約4年：7診療科、約5年：1診療科）。

医師が不足する地域での研修期間に関する認識

- 専攻医等の若手医師を対象とした調査では、医師が不足する地域で専門研修を行う場合、適当だと考える期間について、1年半以上と回答した医師は1割に満たない。

医師が不足する地域で専門研修を行う場合、どのくらいの期間が適当だと考えますか。



出典：令和8年度専攻医アンケート調査（専門医機構実施）

対象期間 令和8年4月13日～令和8年5月12日

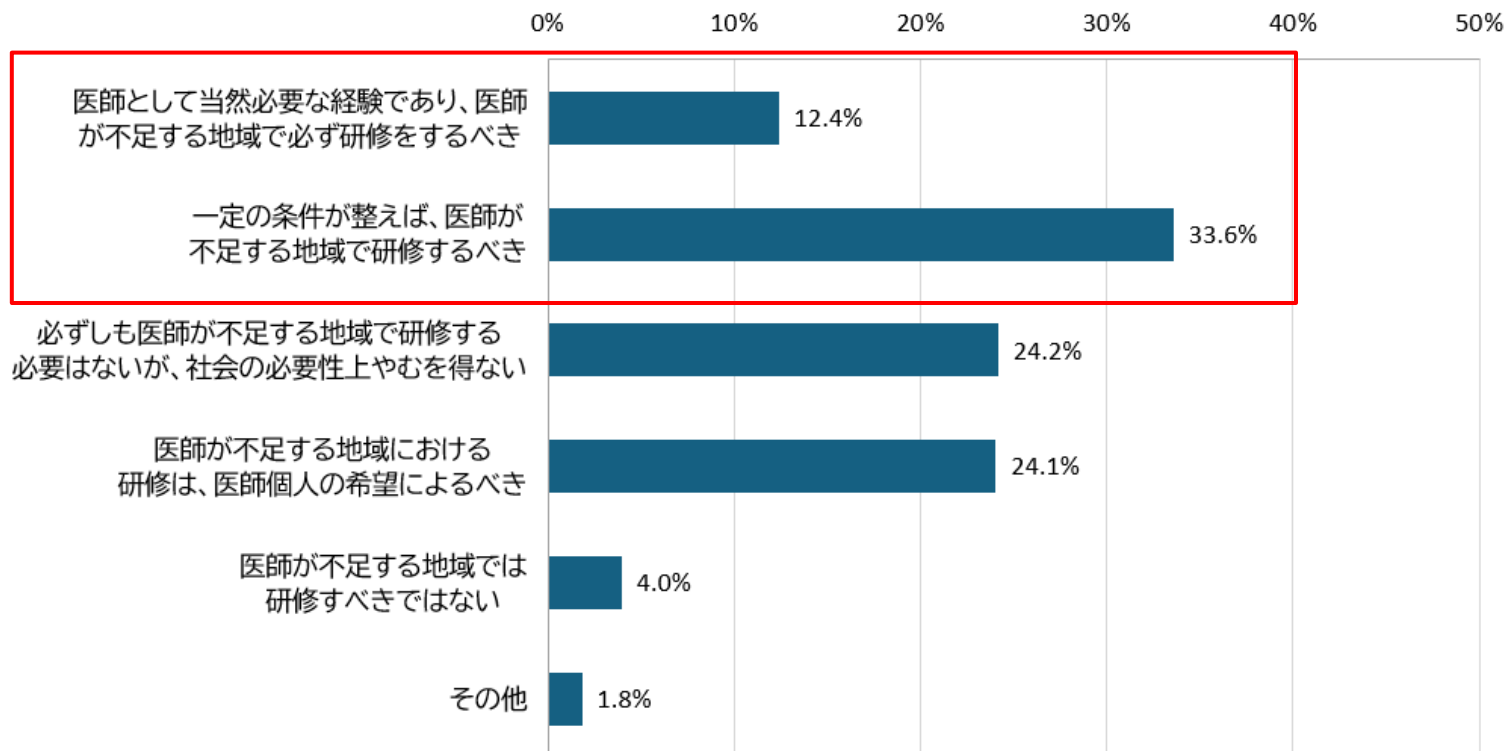
調査対象、有効回答数 令和2年度～令和7年度に基本領域の専門研修を開始した医師：12,246人（回収率22.8%）

調査主体 日本専門医機構

医師が不足する地域で一定期間勤務することについての認識

- 専攻医等の若手医師を対象とした調査では、医師が不足する地域での研修について、約45%の医師が必要性を認識している一方で、約3割の医師は、一定の条件が整っていることを前提と考えている。

専門研修の期間において、医師が不足する地域で一定期間勤務することをどう考えますか。



出典：令和8年度専攻医アンケート調査（専門医機構実施）

対象期間 令和8年4月13日～令和8年5月12日

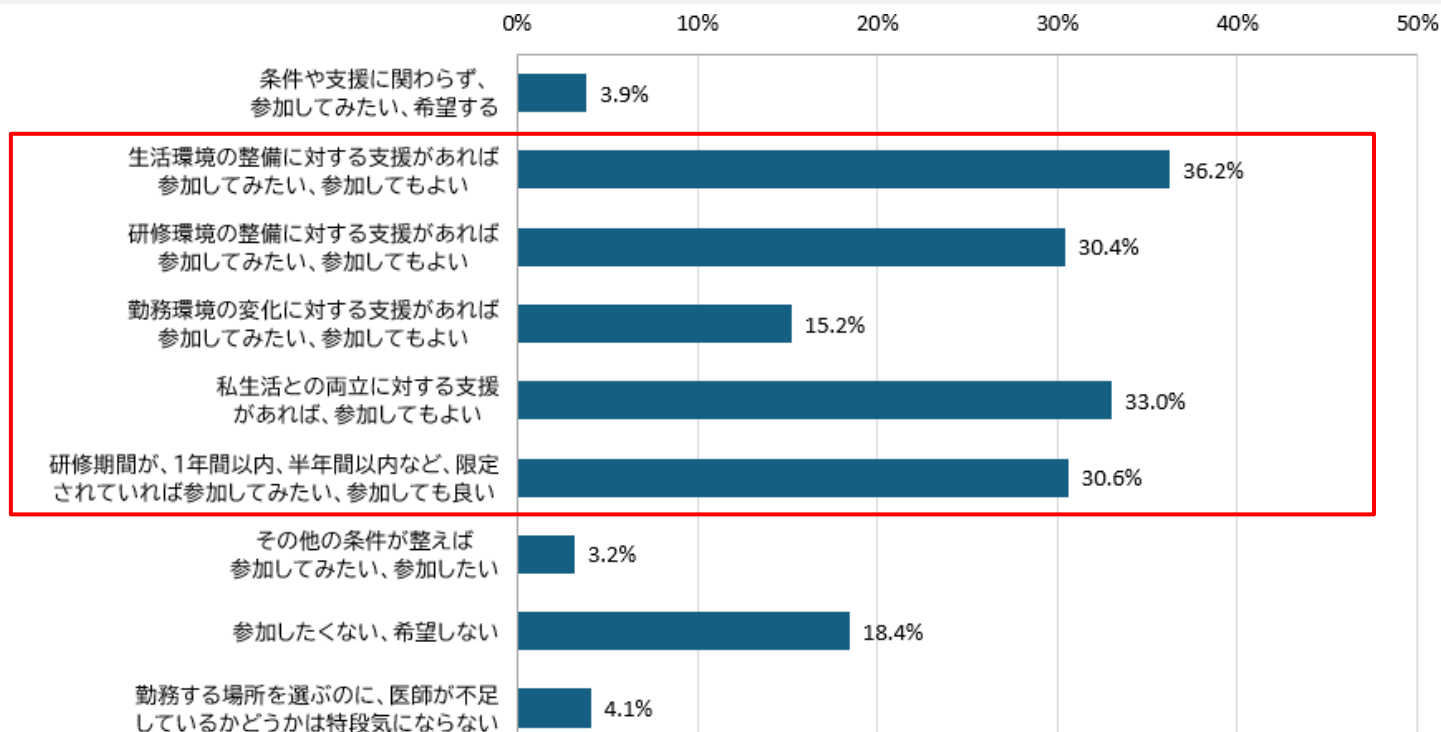
調査対象、有効回答数 令和2年度～令和7年度に基本領域の専門研修を開始した医師：12,246人（回収率22.8%）

調査主体 日本専門医機構

医師が不足する地域における研修プログラムへの参加の意向

- 専攻医等の若手医師を対象とした調査では、医師が不足する地域での研修プログラムへの参加について、研修期間が1年間以内・半年間以内など限定されていることや、生活環境や研修環境の整備に対する支援等があることが参加の前提条件として挙げられた。

医師が不足する地域における研修プログラムに参加したいと思いますか。（複数回答可）



※「その他の条件が整えば参加してみたい/参加したい」と回答した人の「条件」の具体的な内容として、「給与が良ければ」、「手術症例などの確保」、「専門医の症例報告作成に必要なデータを、異動後も確認しやすい環境があれば参加したい」等が挙げられた。

出典：令和8年度専攻医アンケート調査（専門医機構実施）

対象期間 令和8年4月13日～令和8年5月12日

調査対象、有効回答数 令和2年度～令和7年度に基本領域の専門研修を開始した医師：12,246人（回収率22.8%）

調査主体 日本専門医機構

連携期間の在り方について

< 専攻医等を対象としたアンケート調査の結果（概要） >

- 連携施設での研修期間として1年以上1年半未満と回答した医師の割合が最も多かった。
- 医師が不足する地域で専門研修を行う場合に適当だと考える期間について、1年半以上と回答した医師は1割に満たない。
- 医師が不足する地域での研修について、約45%の医師が必要性を認識している一方で、約3割の医師は、一定の条件が整っていることを前提と考えている。
- 医師が不足する地域での研修プログラムへの参加する場合の条件として、「研修期間の限定（1年以内・半年以内）」や、「生活環境や研修環境の整備に対する支援」等が挙げられた。

【論点】

- アンケート調査からは、専攻医の多くは1年以上1年半未満の期間で連携施設において研修を行っており、1年半以上の連携期間を望む専攻医の割合は限定的であった。また、医師が不足する地域での研修そのものについて否定的な意見は少ないものの、医師が不足する地域での研修の前提条件として、研修環境の整備や短期間（一年以内等）の研修という意見が見られた。
- 一方、連携期間の長短が、専攻医の確保、研修の継続や研修修了後の地域定着等に与える影響については、本アンケートから必ずしも明らかではない。
- また、特別地域連携プログラムについては採用実績が少なく、その効果を評価するための実績データの蓄積は途上にあることから、今後更なる分析が必要である。

【今後の進め方（案）】

- 連携プログラム等の在り方については、連携期間の妥当性も含め、例えば、連携状況や診療科の傾向等に関する連携期間別の実績や、研修終了後の専攻医の地域定着の状況等も可能な範囲で把握・分析し、診療科毎の特性や実態を踏まえて更なる検証を行ったうえで検討してはどうか。

連携先候補施設の一覧について

< 特別地域連携プログラムの推進に向けた検討 >

- 特別地域連携プログラムにおける連携先候補施設の一覧について、今後の更新の頻度をどのようにすべきか。



【今後の進め方（案）】

- 連携先候補施設の一覧について、今後さらなる活用を図るべく適宜更新が必要だが、都道府県における事務的負担も踏まえ、全体的な更新は数年おきに実施することを基本とし、掲載情報の追加や既存情報の修正が生じた場合は、必要に応じて随時対応することとしてはどうか。

（例）全体的な更新の頻度としては、都道府県が医師確保計画の策定を行う３年ごとのタイミングに合わせてはどうか。

参考

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

方針(案)

日本専門医機構資料

- 令和9(2027)年度については、今後に向けた運用上の課題の把握等も念頭にしながら、基本的には、令和7(2025)年7月24日医道審議会医師分科会医師専門研修部会において厚生労働省より示された案を踏まえた方針とする。
- 令和9(2027)年度のシーリングについては、基本的には令和8(2026)年度の仕組みと同様とするが、具体的な変更点等は、以下のとおり。
 - 1. シーリング対象
 - ・ 令和7(2025)年に算出された最新の必要医師数や足下医師数のデータを用いることとし、「2022年医師数」が、「2022年の必要医師数」及び「2030年の必要医師数」と同数あるいは上回る都道府県診療科とする。
※ただし、過去3年間(令和5～7年度)の採用数の平均が5以下の都道府県診療科は、対象外とする。
 - 2. 特別地域連携プログラム
 - ・ 特別地域連携プログラムの連携先要件について
 - ①足下充足率の基準を「0.7以下」から「0.8以下」に引き上げる。※小児科は「0.8以下」から「0.9以下」に引き上げ
 - ②「医師少数区域」から「都道府県が候補とした施設」に変更する。
 - ・ 特別地域連携プログラムと連携プログラム(都道府県限定分)を統合する。
 - 3. 指導医派遣実績について
 - ・ 通常プログラムの加算数の算出に用いる指導医派遣実績については、実績の収集等の負担等を考慮し、新たに収集することはせず、令和8(2026)年度のシーリング算出に用いた実績を使用する。
 - ・ ただし、令和9(2027)年度のシーリングにおいて新たに加算数の設置の対象となる都道府県診療科については、令和8(2026)年度のシーリング算出と同様の方法で実績を収集し、算出に用いる。

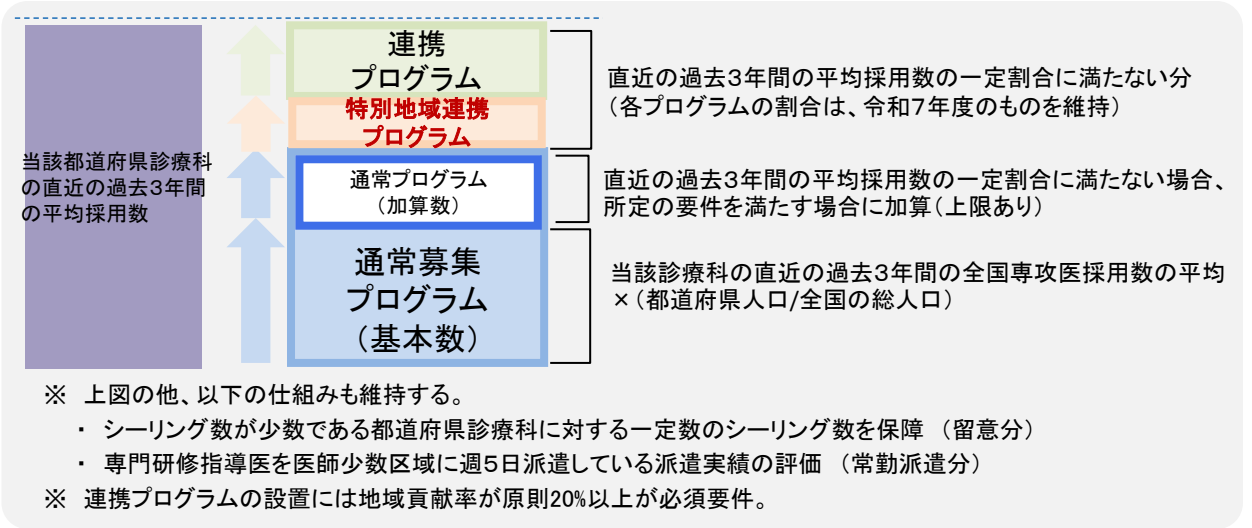
令和9(2027)年度専攻医募集におけるシーリング基本方針 全体像

1. シーリング対象都道府県の選定

- 令和7(2025)年に算出された最新の必要医師数等を使用し、各都道府県診療科における「2022年の足下医師数」と、「2022年の必要医師数」及び「2030年の必要医師数」を比較し、両者と同数又は上回る場合とする。
- ※ 過去3年間の採用数の平均が5以下の都道府県診療科はシーリングの対象外とする。
- ※ 例外としてシーリングの対象外とする診療科は、外科・産婦人科¹⁾、病理・臨床検査²⁾、救急・総合診療科³⁾ の6診療科
- 1)平成6年度と比較して平成28年度の医師数自体が減少しているなどの理由 2)専攻医が著しく少数である等の理由 3)今後の役割についてさらなる議論が必要とされている等の理由

2. シーリング数や採用上限数、プログラムの内訳等

- 基本的には令和8(2026)年度の仕組みと同様とする。
- 特別地域連携プログラムの連携先要件を変更し、連携プログラム(都道府県限定分)を統合する。
- 通常プログラムの加算数の算出に用いる指導医派遣実績は、実績収集等の負担等を考慮し、基本的には、新たに収集することはせず、令和8(2026)年度のシーリング算出に用いた実績を使用する。



	連携先	連携先における研修期間
連携プログラム	シーリング対象外の都道府県	1年6ヶ月以上
特別地域連携プログラム	足下充足率0.8以下(小児科は0.9以下)の都道府県にあり、当該都道府県が候補とした施設	1年以上
通常プログラム	募集や採用にあたり生じる要件はない ※基本領域毎のプログラム整備基準において定められる地域研修等の要件はある	募集や採用にあたり生じる要件はない ※基本領域毎のプログラム整備基準において定められる地域研修等の要件はある

※足下充足率 2022足下医師数/2022必要医師数
※精神科は、他に精神保健指定医連携枠を設置することが可能

【令和9(2027)年度募集】シーリングの設定方法について①

令和7年度第4回 医道審議会
医師分科会 医師専門研修部会
令和8年1月21日

資料
1-1

日本専門医機構資料

1. シーリング対象の診療科 ※変更なし

内科、小児科、皮膚科、精神科、整形外科、眼科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、脳神経外科、放射線科、麻酔科、形成外科、リハビリテーション科の13診療科

例外としてシーリングの対象外とする診療科は、
外科・産婦人科¹⁾、病理・臨床検査²⁾、救急・総合診療科³⁾
の6診療科

- 1)平成6年度と比較して平成28年度の医師数自体が減少しているなどの理由
- 2)専攻医が著しく少数である等の理由
- 3)今後の役割についてさらなる議論が必要とされている等の理由

2. シーリング対象とする都道府県診療科の選定

「令和4年(2022年)の医師数」 $\geq$ 「令和4年(2022年)の必要医師数」
かつ「令和4年(2022年)の医師数」 $\geq$ 「令和12年(2030年)の必要医師数」を満たす都道府県診療科。

※過去3年間(令和5(2023)–7(2025)年度)の採用数の平均が5人以下の場合は、シーリング対象外とする。
※「医師数」は、いずれも性年齢構成を反映した仕事量に換算した人数。

3. 通常プログラム数の設定

(1)通常プログラムの基本数:

当該診療科の過去3年間(令和5(2023)–7(2025)年度)の全国専攻医採用数の平均 $\times$ (都道府県の人口/全国の総人口)
※小児科については、(都道府県の15歳未満人口/全国の15歳未満総人口)とする。

(2)通常プログラムの加算数:

(1)の数が、過去3年間の平均採用数に達していない場合、「過去3年間の平均採用数に達しない範囲」かつ「通常プログラム基本数の15%までの範囲」で、指導医派遣実績に応じた通常プログラムの加算を可能とする。

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

➡(次ページに続く)

【令和9（2027）年度募集】シーリングの設定方法について②



日本専門医機構資料

令和7年度第4回 医道審議会
医師分科会 医師専門研修部会
令和8年1月21日

資料
1-1

4. 連携プログラムの設置

(3) 連携プログラムの設置数

3. による通常プログラム数が、過去3年間の平均採用数に満たない場合、過去3年間の平均採用数に達しない範囲で、連携プログラムの設置を可能とする。(※1)

ただし、当該年度の通常プログラムにおける地域貢献率(※2)が原則20%以上であることを連携プログラムの設置のための必須条件とする。

※1 3.の時点で、直近の過去3年間平均採用数を超えた場合は、連携プログラムは設置されない。

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

(4) 連携プログラムの内訳の設定

各連携プログラムは、令和7年度募集における各プログラムの設置数の比率(実績がない場合は令和7年度募集における設置数の比率の原則(※3))を維持して設定する。ただし、特別地域連携プログラムの比率には、都道府県限定分と特別地域連携プログラムを含めることとする。

	区分	連携先	連携期間	シーリング数
(イ)	連携プログラム	シーリング対象外の都道府県に所在する施設	1年半以上	{(3)連携プログラムの設置数} × 令和7年度の連携プログラム総数に おける連携プログラムの割合
(ロ)	特別地域連携 プログラム	足下充足率0.8以下(小児科は0.9以下)の都道府 県にあり、当該都道府県が候補とした施設	1年以上	{(3)連携プログラムの設置数} × 令和7年度の連携プログラム総数に おける都道府県限定分及び特別地域連 携プログラムの割合

※3 連携プログラム:特別地域連携プログラム(都道府県限定分を含む)＝
3:2 (内科・整形外科・脳神経外科)
1:1 (眼科・耳鼻科・泌尿器科・リハビリテーション科)
1:2 (小児科・皮膚科・精神科・放射線科・麻酔科・形成外科)



(次ページに続く)

【令和9（2027）年度募集】シーリングの設定方法について③



日本専門医機構資料

令和7年度第4回 医道審議会
医師分科会 医師専門研修部会
令和8年1月21日

資料
1-1

5. 留意分等

（5）シーリング数が全国採用数の一定割合に満たない場合の配慮（留意分）

算出されたシーリング数が、当該診療科の過去3年間（令和5(2023)–7(2025)年度）の全国専攻医採用数の平均の1.7%に満たない場合、前回シーリング数を超えない範囲で通常プログラムを追加することを可能とする。

※新たにシーリング対象となった都道府県診療科など「前回シーリング数」が存在しない都道府県診療科は、

- ・これまでシーリング対象となったことがある場合は、直近のシーリング数
- ・これまでシーリング対象となっていない場合は、過去3年間（令和5(2023)–7(2025)年度）の平均採用数を「前回シーリング数」として代用する。

（6）常勤派遣分

通常プログラム加算数の対象である都道府県診療科について、指導医の全派遣実績のうち、医師少数区域に週5日派遣している派遣実績を更に評価し通常プログラムを追加することを可能とする。

ただし、常勤派遣分での採用については次年度以降の採用実績には計上しない。

留意事項

＜シーリング対象外とする医師＞

- ・①又は②の医師のうち、専攻医期間に医師少数区域又は医師少数スポットで専門研修を行う予定の者。
 - ① 都道府県と卒業後一定期間、当該都道府県内で医師として就業する契約を締結した者（修学資金の貸与の有無を問わない）
 - ② 自治医科大学を卒業した医師
- ・既に基本領域専門医を取得済みのダブルボード取得希望者。

【令和9（2027）年度募集】専門研修指導医の派遣実績の定義等

日本専門医機構資料

令和7年度第4回 医道審議会
医師分科会 医師専門研修部会
令和8年1月21日

資料
1-1

- 通常プログラム加算数の算出に用いる専門研修指導医の派遣実績は、令和8(2026)年度と同様、下記の(1)と(2)のいずれも満たす場合を対象とする。

(1) 医師や派遣先における勤務形態

(イ) 原則、各基本領域の専門研修プログラム整備基準に定める専門研修指導医の要件を満たす医師であること

(ロ) 派遣元と派遣先の連携・調整により派遣された医師であること

具体例

- ・ 派遣元から、出向等の形式で異動した上で、所定の期間が経過した後、派遣元に戻る予定の医師
- ・ その他、派遣元から専攻医を受け入れて指導を行っているなど、専門研修環境の向上に資する医師
- ・ いわゆる医局からの派遣も実績の対象としてよい

留意事項

- ・ 双方の合意形成の元で派遣されている医師に限ること。調整の事実がないことが疑われる場合は改めて確認する場合がある。

(ハ) 専攻医の指導を行うこと等を通じて、専門研修の充実に資する勤務形態であること

具体例

- ・ 常勤/非常勤の勤務形態や、派遣期間によらず、専攻医の指導に当たることが想定される場合
- ・ 週当たり勤務日数が週5日未満の場合や月単位の勤務(例:週3日の非常勤勤務を6か月間行う場合など)であっても、専攻医の指導を担当しうる場合

留意事項

- ・ 週あたり派遣日数については、概ね半日(午前または午後)以上の勤務を1日とカウントする。
- ・ 派遣期間については、概ね半月以上を1か月とカウントする。
- ・ 常勤医とは、派遣先で週32時間以上勤務する医師を指す。

(2) 派遣先

(イ) 専門研修施設(基幹施設または連携施設)又はその認定を受けようとする医療機関への派遣であること

留意事項

- ・ 報告時点で研修施設となっていないものの、指導医が派遣されることにより、研修施設の要件を満たし、研修施設としての学会の認定を受けようとしている場合も、研修施設への派遣実績に含める。

(ロ) シーリング対象外の都道府県への派遣であること

具体例

- ・ 連携プログラム等の連携先要件を満たす地域への派遣

留意事項

- ・ 指導医と専攻医が共に派遣先(連携先)で勤務することが望ましいが、指導医単独での派遣も実績に含めることができる。
- ・ 派遣先については、派遣元の研修プログラムの連携施設のみならず、他のプログラムの基幹施設や連携施設も実績に含めることができる。

【令和9(2027)年度募集】 専門研修指導医の派遣実績の枠数への換算

- 専門研修指導医の派遣実績の枠数への換算及び設定数については、令和8年度と同様、以下のとおりとした。
- また、実績の収集等の負担等を考慮し、基本的には、令和8(2026)年度のシーリング算出に用いた実績を使用する。令和9(2027)年度のシーリングにおいて新たに加算数の設置の対象となる都道府県診療科(※)においては、令和8(2026)年度のシーリング算出と同様の方法で実績を収集し、算出に用いる。

通常プログラム加算数

対象とする派遣実績	枠数への換算	設定可能数	扱い
要件を満たす全派遣実績	派遣実績(人・年)×0.5 ・・・(ア)	(ア)+(イ)を、以下のいずれか小さい数を上限とし設定可能とする	通常プログラム
要件を満たす全派遣実績のうち、足下充足率0.7以下の都道府県への派遣実績	派遣実績(人・年)×0.5 ・・・(イ)	(a)過去3年間の平均採用数に達しない範囲 (b)通常プログラム基本数の15%までの範囲	

常勤派遣分

対象とする派遣実績	枠数への換算	設定可能数	扱い
要件を満たす全派遣実績のうち、常勤に相当する週5日間の医師少数区域への派遣実績	派遣実績(人・年)/(通常プログラム基本数の15%分)・・・(ウ)	(ウ)を、通常プログラム基本数の15%分を上限とし設定可能とする	通常プログラム(ただし、次年度の採用実績に計上しない)

※内科(鳥取県)、小児科(兵庫県、奈良県)、皮膚科(愛知県、岡山県)、精神科(京都府、香川県)、整形外科(奈良県)、眼科(愛知県、岡山県)、泌尿器科(東京都、福岡県)、麻酔科(兵庫県)

注: 令和8年1月21日の医師専門研修部会で示した常勤派遣分に関する記載に誤りがあったため、下線部の通り、修正しています。

経緯

- 連携プログラムについては、本部会において関係者間の協力体制の構築の重要性等が議論され、また、厚生労働大臣から、連携先確保に関する仕組みの構築準備等、特別地域連携プログラムの推進に向けた取組等を進めるよう意見を受けた。

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

(令和7年9月22日)(抄)

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

(1) 令和8年度専攻医募集におけるシーリング案について

②連携プログラム等について(抄)

- ・ 医道審議会医師分科会医師専門研修部会における連携先要件及び研修期間等に関する議論や、連携先確保の取組を推進する方向性を踏まえ、今後の検討に資するよう、特別地域連携プログラムを経験した専攻医の意見を聴取することや、連携先確保に必要とされる都道府県や学会等が協力できる仕組みの構築準備等、特別地域連携プログラムの推進に向けた取組を進めること。

- また、令和9(2027)年度募集から、特別地域連携プログラムの連携先要件を、「足下充足率が0.8以下(小児科は0.9以下)の都道府県にあり、当該都道府県が候補とした施設」と変更する方針とされた。
- こうした議論等を踏まえ、令和9年度以降の専攻医募集に向けては、連携先要件に関する運用上の基本的な考え方や、関係者が必要とする連携先に関する情報項目の検討を行った。さらに、学会に対して説明会を開催した上で、令和7年11月には都道府県に対して候補とする連携先の情報提供を依頼するなど、取組を進めてきた。

- 連携先施設及び連携期間については、本部会の議論等を踏まえ、それぞれ下記のように扱う。

連携先施設となるための基準

- 連携先は、足下充足率が0.8以下(小児科は0.9以下)の都道府県にあり、当該都道府県が候補とした施設とする。なお、足下充足率は「2022年医師数/2022年必要医師数」とし、2022年医師数及び2022年必要医師数は、2025年の算出によるものとする。
- 「都道府県が候補とした施設」の選定における基本的な考え方については、下記のとおりとする。
 - (ア)原則として、医師少数区域に所在する施設を中心に候補を選定しつつ、都道府県が必要と認める場合は、それ以外の区域に所在する施設を選定することとする。
 - (医師少数区域以外の施設を選定することが考えられる状況の例)
 - ・ 医師少数区域に研修施設が存在しない。
 - ・ 医師少数区域の施設に専門研修指導医が存在しない。
 - ・ 医師少数区域に受入を希望する施設が存在しない。
 - ・ 症例数が一定数確保されているなど、医師の研修により適したものとしてキャリア形成プログラム等に位置づけるなど、都道府県が指定した施設である。
 - ・ 臨床研修指定病院である。
 - ・ 地域医療構想調整会議等の議論に基づき、今後の医療提供体制を見据えて選定した施設である。
 - ・ 重点医師偏在対策支援区域にある施設である。等
 - (イ)令和8年度までに特別地域連携プログラム及び都道府県限定分において連携先となっていた施設は、引き続き連携先(候補)に含めることを基本とする。

連携先における研修期間

- 特別地域連携プログラムにおいては、連携先で研修する期間は1年間以上と設定することとしている。

特別地域連携プログラムの連携先確保に向けた具体的な手順

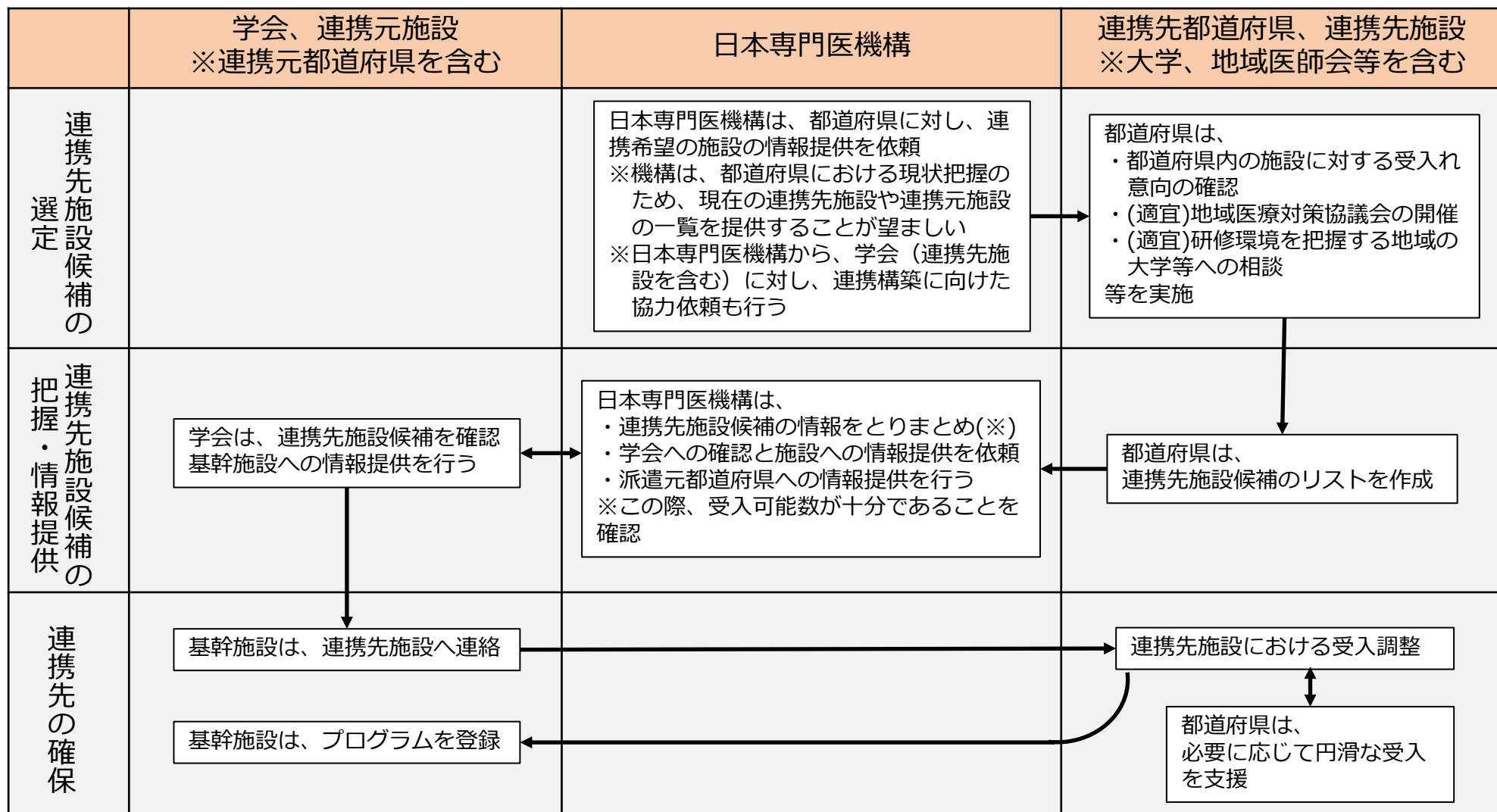
令和7年度第4回 医道審議会
医師分科会 医師専門研修部会

資料
2-1

令和8年1月21日

日本専門医機構資料

- 連携先の確保のため、都道府県への連携先施設候補のリストの作成依頼を行った。
- 今後、取りまとめたリストを各領域学会等に提供し、基幹施設に連携先確保及びプログラム策定を進めていただく予定。



※ 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。

情報収集項目①

日本専門医機構資料

令和7年度第4回 医道審議会
医師分科会 医師専門研修部会

令和8年1月21日

資料
2-1

項目	詳細	回答要件	記入例
病院の概要	所在市町村	必須	例) ○○市
	二次医療圏の名称	必須	
	医師少数区域に所在する (○/×)	必須	
	病院の紹介がされているURL (病院のホームページ等)	任意	
専攻医の受入態勢	専門研修施設の認定基準を満たす	必須	
	受入可能な人数 (人/年)	必須	例) 202○年度 ○人
	他病院からの専攻医受け入れ実績	任意	
研修内容	指導医数 (人)	必須	
	専攻医数 (人)	必須	
	専攻医の平均受け持ち患者数 (人)	任意	
	経験可能な症例等	任意	例)○○疾患 ○例●●疾患 ●例手術週○件 等
	当直の体制	専攻医の当直回数 (回/月)	必須
		当直体制・医師の配置状況	任意
勤務環境	医局等の概要		任意
	文献データベース等の利用環境		任意
	妊娠・出産・育児・介護等に関する事項	妊娠・出産をサポートする体制の有無 (○/×)	必須
		院内保育所の有無 (○/×)	任意
	専攻医の勤怠管理、メンタルヘルスへの対応		任意
待遇	月の給与 (円)	必須	例) ●●●,●●●円
	年間の賞与 (円)	任意	例) ●●●,●●●円

情報収集項目②

日本専門医機構資料

令和7年度第4回 医道審議会
医師分科会 医師専門研修部会

令和8年1月21日

資料
2-1

項目	詳細	回答要件	記入例
宿舎（寮）	単身用の有無（○/×）	必須	○の場合の例） 築○年 3LDK 病院まで徒歩○分 等
	世帯用の有無（○/×）		
住居費への手当	（宿舎以外に住む場合）住居費への手当の有無（○/×）	必須	
交通費（通勤費用）への手当	交通費（通勤費用）への手当の有無（○/×）	必須	
引っ越し（移転）への手当	引っ越し（移転）に関連する手当の有無（○/×）	必須	手当が出る場合の例）転居費用を〇〇円まで支給
研修プログラムの特徴	自由記載	必須	例） 期間施設、連携施設等である場合は、どのような研修プログラムを実施しているかの説明。病院やプログラムの中で掲げている理念や、どのような指導体制を取っているか等を記載。連携施設でない場合も、特別地域連携プログラムの連携先としてどのような研修が行えるかを記載。適宜病院のホームページ等の情報が掲載されているURLを記載するなど可能。
当院で研修を行う魅力・PRポイント	自由記載	任意	例） 魅力として掲げているPRポイント（専門研修の内容、地域の魅力、福利厚生等）について、幅広く記載。適宜病院のホームページ等の情報が掲載されているURLを記載するなど可能。
連携調整に関する連絡先	担当部署・担当者	任意	例） ●●課●●研修センター 山田
	電話番号		例） 000-000-0000
	メールアドレス		例） ○○○@○○○○

特別地域連携プログラムの受入可能数(令和8年1月15日時点の集計結果)

○ 現時点(令和8年1月15日時点)で集計した特別地域連携プログラムの連携先候補施設の受入可能数は、下表のとおり。引き続き、都道府県や学会の協力を得ながら、連携先施設候補のリストの収集を進める予定。

	受入可能数(1/15時点の集計結果)	特別地域連携プログラム採用上限数
内科	317	87～90
小児科	50	40～43
皮膚科	20	28～30
精神科	30	27～29
整形外科	62	3～5
眼科	25	20～22
耳鼻咽喉科	19	14～15
泌尿器科	24	15～21
脳神経外科	34	9
放射線科	45	12
麻酔科	69	23～25
形成外科	15	11
リハビリテーション科	23	3

※ 令和8(2026)年度専攻医募集におけるシーリングにおいて指導医派遣実績提出が不要だった都道府県診療科については、今後提出いただく指導医派遣実績を用いて採用上限数を決定する方針のため、本表においては、連携元の特別地域連携プログラムによる採用上限数を、「仮に通常プログラム加算分が0だった場合の数(最小値)～仮に通常プログラム加算分が上限まで付与された場合の数(最大値)」として示している。