

医学部臨時定員の配分の考え方と今後の医師偏在対策について

目次

1. 医師偏在是正に向けた総合的な対策パッケージの骨子案について・・・P. 3
2. 医学部臨時定員の配分の考え方について・・・P. 9
3. 恒久定員内地域枠の活用について・・・P. 20
4. 総合的な診療能力を有する医師の育成・リカレント教育について・・・P. 27
5. 医師養成過程における診療科選択について・・・P. 32
6. 参考資料・・・P. 39

1. 医師偏在是正に向けた総合的な対策パッケージの骨子案について

第3章 中長期的に持続可能な経済社会の実現～「経済・財政新生計画」～

3. 主要分野ごとの基本方針と重要課題

(1) 全世代型社会保障の構築

(医療・介護サービスの提供体制等)

(前略)

医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在の是正を図るため、医師確保計画を深化させるとともに、**医師養成過程での地域枠の活用、大学病院からの医師の派遣、総合的な診療能力を有する医師の育成、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**、経済的インセンティブによる偏在是正、医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の大幅な拡大等の規制的手法を組み合わせた取組の実施など、**総合的な対策のパッケージを2024年末までに策定する。**あわせて、**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。**

(後略)

(太字、下線は加筆)

医師偏在是正に向けた総合的な対策

少子高齢化が進展する中、持続可能な医療提供体制の構築に向け、地域間・診療科間の医師偏在の是正を総合的に推進する。

➤ ①医師確保計画の深化・②医師の確保・育成・③実効的な医師配置を柱として、2024年末までに総合的な対策のパッケージを策定し、これらを組み合わせた医師偏在是正に係る取組を推進する。

<総合的な対策パッケージの骨子案>

対策	2024年度	2025年度	2026年度	2027年度	
①医師確保計画の深化	◆人口や医療アクセス状況等を踏まえ、都道府県における医師偏在の是正プランの策定、国における重点的な支援対象区域の選定。	「第8次医師確保計画(後期)ガイドライン」策定	「第8次医師確保計画(後期)」策定	「第8次医師確保計画(後期)」開始	
②医師の確保・育成	◆医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の大幅な拡大、外来医師多数区域の都道府県知事の権限強化、保険医制度における取扱い等の規制的手法を検討。	必要に応じて 法令改正		改正法令 施行	
	◆臨床研修の広域連携型プログラムの制度化。	各医療機関でプログラム作成、研修医の募集・採用	プログラム開始		
	◆中堅以降医師等の総合的な診療能力等に係るリカレント教育について、R7年度予算要求。	リカレント教育事業開始			
③実効的な医師配置	◆医師多数県の臨時定員地域枠の医師少数県への振替を検討。	医師少数県の臨時定員地域枠の拡充			
	◆地域医療介護総合確保基金等による重点的な支援区域の医療機関や処遇改善のための経済的インセンティブ、当該区域への医師派遣等を行う中核的な病院への支援、全国的なマッチング機能の支援等を検討。	地域医療介護総合確保基金等による財政措置			
	◆大学病院との連携パートナーシップについて、都道府県・大学病院にヒアリング等を行い、対応を検討。	都道府県・大学病院と協議、パートナーシップのプランの内容整理	「第8次医師確保計画(後期)」にプランを反映	プラン開始	

医師偏在是正に向けた総合的な対策パッケージの骨子案の主な論点

主な論点

- ① 医師確保計画の実効性
 - 都道府県が医師偏在是正に主体的に取り組み、国は都道府県をサポートする仕組みを検討すべきではないか。
 - ② 医師の確保・養成
 - 医師少数区域等での勤務を後押しするため、医学生・若手医師の地域への理解・意識を涵養し、地域での活躍を推進するとともに、臨床研修の広域連携型プログラムの制度化、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大幅な拡大を検討すべきではないか。
 - 外来医師多数区域における新規開業希望者に対する医療機能の要請等の現行の仕組みをより実効力のあるものとする等の規制的手法について、医療法等における位置づけを含めて検討すべきではないか。
 - 保険医制度の中で、保険診療の質を高めつつ医師の偏在是正に向けて、どのような方策が考えられるか検討すべきではないか。
 - 地域の医療需要や働き方改革推進の観点から、より一層の対応が必要な診療科の医師について、インセンティブを高める方策についてどのように考えるか。
 - 医師少数区域等で勤務することも念頭に、中堅以降医師等の総合的な診療能力等に係るリカレント教育を推進すべきではないか。
 - 医師養成過程や診療報酬を通じた対策についても、医師偏在是正の観点から検討すべきではないか。
- ※ なお、骨太方針2024においては「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。」とされている。
- ③ 実効的な医師配置
 - 新たに選定する重点的な支援対象区域（都道府県において医師偏在対策に重点的に取り組む支援対象区域）における開業・承継の支援や、経済的インセンティブを含め、医師の勤務意欲につながる方策について検討すべきではないか。
 - 新たに選定する重点的な支援対象区域に医師派遣等を行う大学病院等の中核的な病院への支援や、全国的なマッチング機能の支援等を検討すべきではないか。
 - ④ 実施に向けて
 - ①～③の取組を推進していく上で、規制的手法はもとより、経済的インセンティブとして、どのような対応が必要か。経済的インセンティブによる偏在是正を進めるにあたっては、国や地方のほか、保険者等からの協力を得るなど、あらゆる方策を検討すべきではないか。
 - ①～③の取組を国、地方、医療関係者、保険者等がどのように協力して実施していくべきか。

新たな地域医療構想等に関する検討会 開催要綱

令和6年9月5日

第110回社会保障審議会医療部会

資料2

新たな地域医療構想等に関する検討会 開催要綱（抜粋）

1. 目的

- 地域医療構想は、中長期的な人口構造や地域の医療ニーズの質・量の変化を見据え、医療機関の機能分化・連携を進め、良質かつ適切な医療を効率的に提供できる体制の確保を目的としている。
- 本検討会は、現行の地域医療構想が2025年までの取組であることから、新たな地域医療構想について、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、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、地域の医療提供体制全体の地域医療構想として検討することを目的に開催するものである。

2. 検討事項

- (1) 新たな地域医療構想の策定及び施策の実施に必要な事項
- (2) 医師偏在対策に関する事項（医師養成過程を通じた対策を除く）**
- (3) その他本検討会が必要と認めた事項

<新たな地域医療構想等に関する検討会 構成員>

(敬称略、五十音順)

石原 靖之	岡山県鏡野町健康推進課長	河本 滋史	健康保険組合連合会専務理事
伊藤 伸一	一般社団法人日本医療法人協会会長代行	櫻木 章司	公益社団法人日本精神科病院協会常務理事
猪口 雄二	公益社団法人全日本病院協会会長	高橋 泰	国際医療福祉大学大学院教授
今村 知明	奈良県立医科大学教授	玉川 啓	福島県保健福祉部次長（保健衛生担当）
江澤 和彦	公益社団法人日本医師会常任理事	土居 丈朗	慶應義塾大学経済学部教授
○ 遠藤 久夫	学習院大学長	東 憲太郎	公益社団法人全国老人保健施設協会会長
大屋 祐輔	一般社団法人全国医学部長病院長会議地域の医療及び医師養成の在り方に関する委員会委員長	松田 晋哉	産業医科大学教授
岡 俊明	一般社団法人日本病院会副会長	望月 泉	公益社団法人全国自治体病院協議会会長
□ 尾形 裕也	九州大学名誉教授	森山 明	富山県魚津市民生部参事兼魚津市健康センター所長
香取 照幸	一般社団法人未来研究所臥龍代表理事/兵庫県立大学大学院特任教授	山口 育子	認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長
		吉川 久美子	公益社団法人日本看護協会常任理事

○：座長、□：座長代理 ※ 必要に応じて参考人の出席を要請

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 開催要綱（抜粋）

1. 目的

- 医師の偏在対策や需給については、「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会」等で議論されており、地域における医師確保の状況も踏まえながら、医学部臨時定員の在り方が検討されてきた。
- その中で、医学部臨時定員については、医療計画の策定を通じた医療提供体制や医師の配置の適正化と共に検討する必要があるため、「第8次医療計画等に関する検討会」等の検討状況を踏まえ検討する必要があるとされた。
- その後、医療計画に関する検討が一定のとりまとめをされたことを踏まえ、地域枠をはじめとした医師養成過程を通じた医師の地域偏在・診療科偏在について検討する。
- また、医師の偏在対策を検討するにあたり、医学部臨時定員の在り方についても一体的に検討することとし、本検討会を開催する。

2. 検討事項

(1) 医師養成過程を通じた医師偏在対策について

(2) 医学部臨時定員の在り方等について

<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 構成員>

(敬称略、五十音順)

今村 英仁	公益社団法人日本医師会常任理事
印南 一路	慶應義塾大学総合政策学部教授
○ 遠藤 久夫	学習院大学長
小笠原邦昭	一般社団法人日本私立医科大学協会
神野 正博	四病院団体協議会（公益社団法人全日本病院協会副会長）
木戸 道子	日本赤十字社医療センター第一産婦人科部長
□ 国土 典宏	国立研究開発法人国立国際医療研究センター理事長
坂本 純子	認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML 委員バンク登録会員
野口 晴子	早稲田大学政治経済学術院教授
花角 英世	全国知事会
横手幸太郎	一般社団法人国立大学病院長会議特任委員

○：座長、□：座長代理 ※ 必要に応じて参考人の出席を要請

2. 医学部臨時定員の配分の考え方について

これまでの主なご意見（抜粋）

今後の臨時定員と地域枠の活用について

- 真に必要な臨時定員を検討することが重要であり、どの診療科でどの地域にどれだけ臨時定員の配分が必要かを確定した上で考える必要がある。
- 2026年度の医学部入学者が一人前の専門医となるのは2037年、今から13年後。その頃の需給がどうなっているのか。13年後、20年後、医師少数県、多数県の分布や診療科偏在の様子も大きく変わっているのではないか。もっと先を見据えて議論すべき。
- 臨時定員が増えることによる**教育の質の低下がないよう担保する方策を検討してほしい。**
- 医師多数県・少数県というくくりに加えて**若手医師がどれくらいいるかということも考慮して配分すべき**ではないか。
- 県が新たに臨時定員増を検討する場合、**大学と県が調整するための時間の確保と、調整先となる大学の情報提供**をお願いしたい。
- 修学資金を貸与する地域枠は財政負担と人的コストが大変多く発生するので、国からの強力な財政支援をお願いしたい。
- 修学資金の貸与を行って養成し従事要件のある医師において、都道府県間の交換を可能にしていきたい。

令和7年度の医学部臨時定員の意向の配分・調整方法（第4回検討会で合意された配分方針）

各都道府県の令和6年度臨時定員地域枠数を基準として、以下①～③の順で調整を行う

① 医師多数県の意向の調整

医師多数県については、医師少数県・中程度県と比較して、臨時定員として地域枠を確保する必要性が低い一方で、大幅な変更は教育・研修・診療体制への影響等も考えられることから、その臨時定員については、原則として令和6年度臨時定員地域枠に0.8を乗じたものとした上で、③の調整を行う。

② 医師少数県の意向の調整

医師少数県については、医師多数県・中程度県と比較して、現状の医師が少ないだけでなく、若手医師についても少ない傾向があることから、臨時定員地域枠の要件を満たしつつ、教育・研修体制が維持される範囲内で、医師多数県から削減等した定員数分を活用して、原則、令和6年度比増となる意向がある場合には、意向に沿った配分を行う。

③ 残余臨時定員数の意向の調整

①②の対応を行った上で、臨時定員総数が令和6年度臨時定員総数に達していない場合には、その範囲内において※

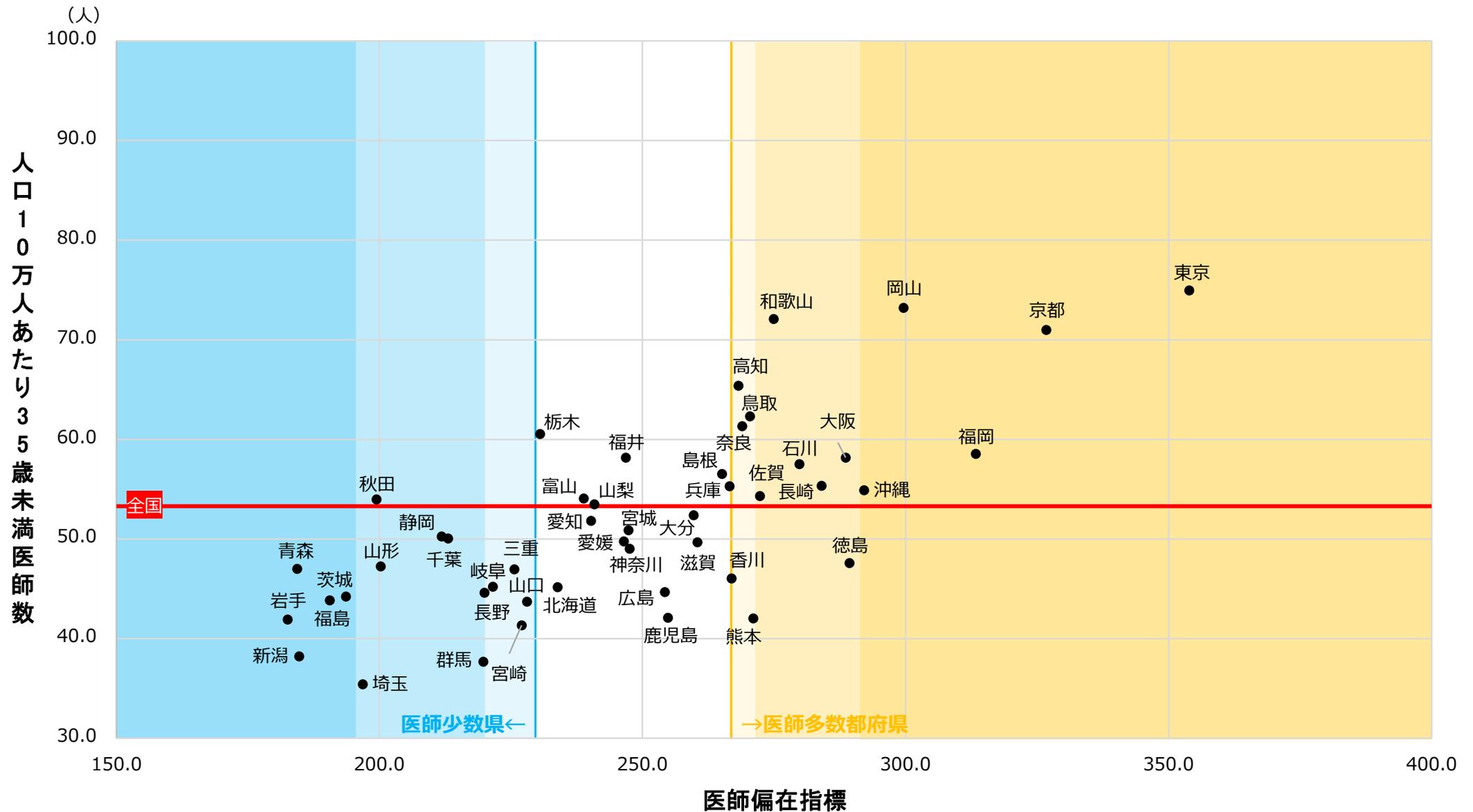
- － 恒久定員100名あたり、恒久定員内地域枠を4名以上設置している等、更なる県内の偏在是正が必要な都道府県については、
 - ・ 医師多数県では、例えば令和6年度臨時定員地域枠の一割等、一部の意向を復元する
 - ・ 医師少数区域のある医師中程度県では、令和6年度比増となる意向がある場合、医師少数区域等に従事する枠となっているか等、地域枠の趣旨の範囲内で配分を行う
- － 臨時定員研究医枠の令和6年度比増希望がある場合には、その趣旨の範囲内で配分を行う。

※ 配分を行うにあたっては、臨時定員地域枠の要件を満たした上で、必要に応じて教育・研修体制、医師少数区域への地域枠医師の配置状況や診療科選定の状況、若手の医師数、医師偏在指標の多寡、過年度の臨時定員地域枠充足率等についても考慮する。

令和7年度医学部臨時定員の意向について、前回の配分方針に沿って臨時定員を配分した場合、令和7年度医学部定員上限の範囲内に収まることから、当該方針に沿って配分可能となる見込み。

人口10万人あたり35歳未満医師数と医師偏在指標

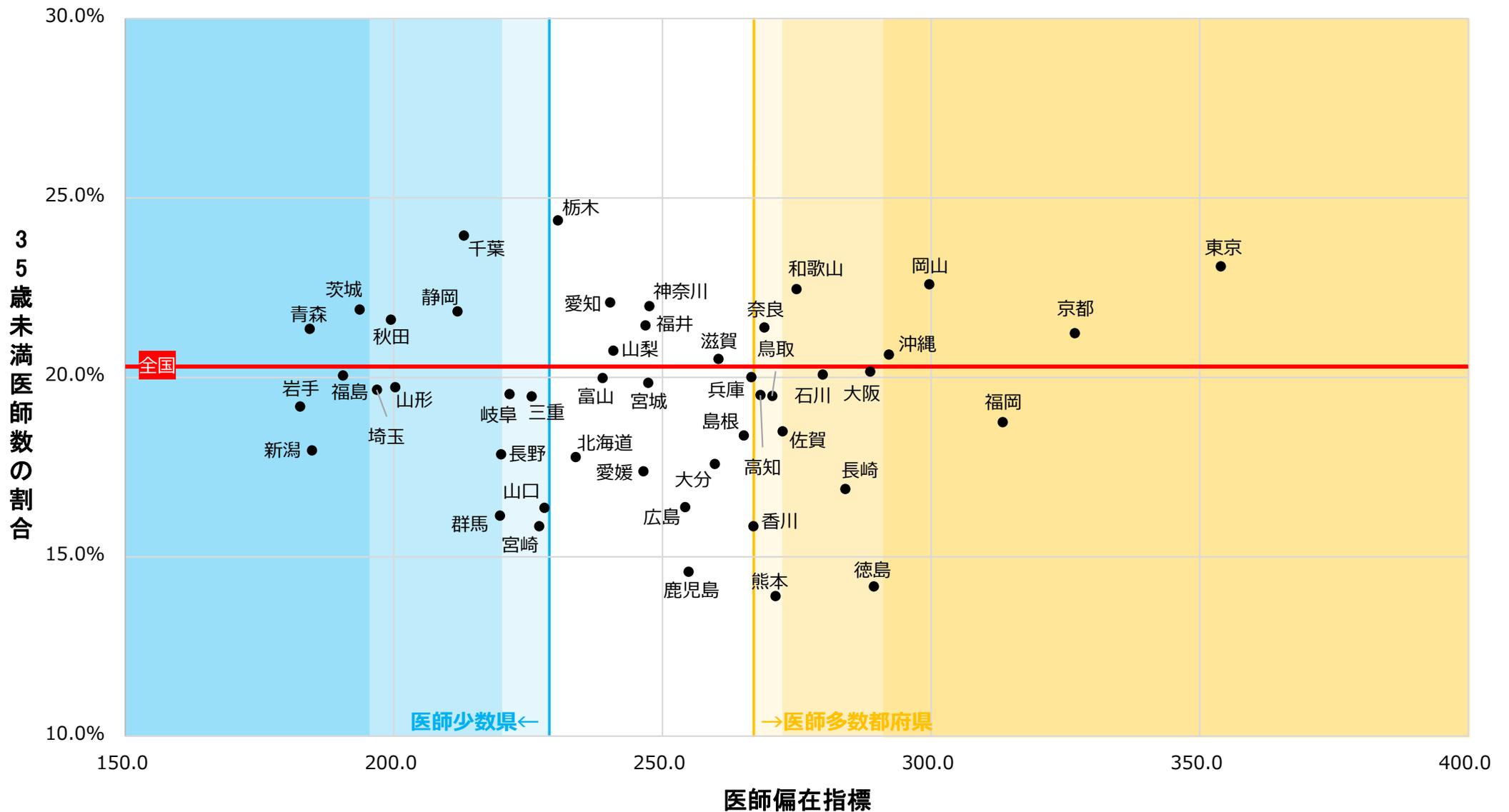
○ 人口10万対35歳未満医師数は、東京、岡山、和歌山、京都など医師多数県ほど多く、医師少数県ほど少ないが、秋田は全国平均を上回っている。



※「医師・歯科医師・薬剤師統計」(令和4年)の医療施設従事医師数の人数を集計
 ※人口10万人あたりを算出するに当たっては、総務省「人口推計(2022年(令和4年)10月1日現在)」を使用
 ※令和6年1月10日更新の医師偏在指標を使用

35歳未満医師数の割合と医師偏在指標

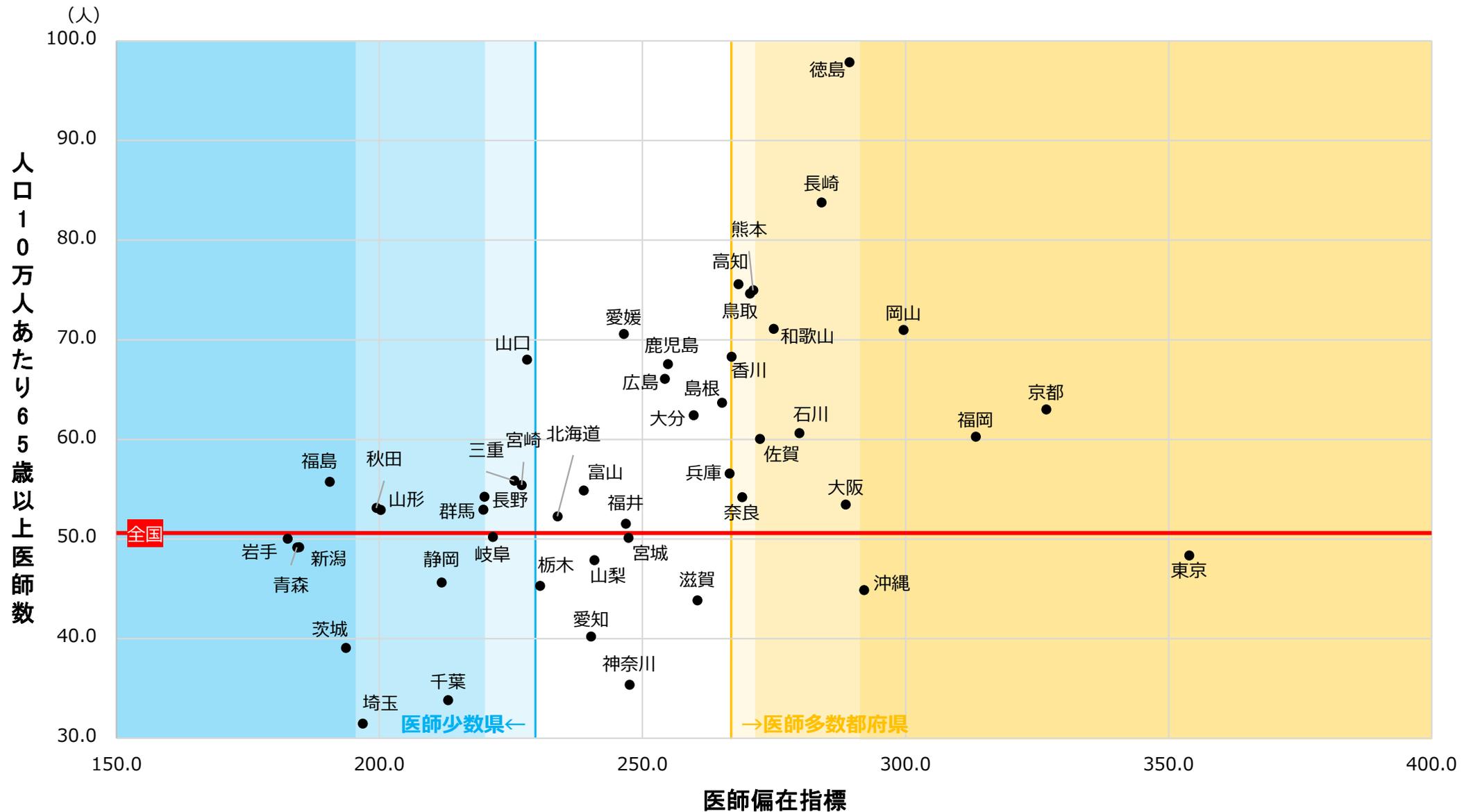
○ 都道府県別の医療施設従事医師数に占める35歳未満医師数の割合は、栃木、千葉、東京、岡山、和歌山が高く、医師多数県であっても熊本、徳島は15%未満と低くなっている。



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

人口10万人あたり65歳以上医師数と医師偏在指標

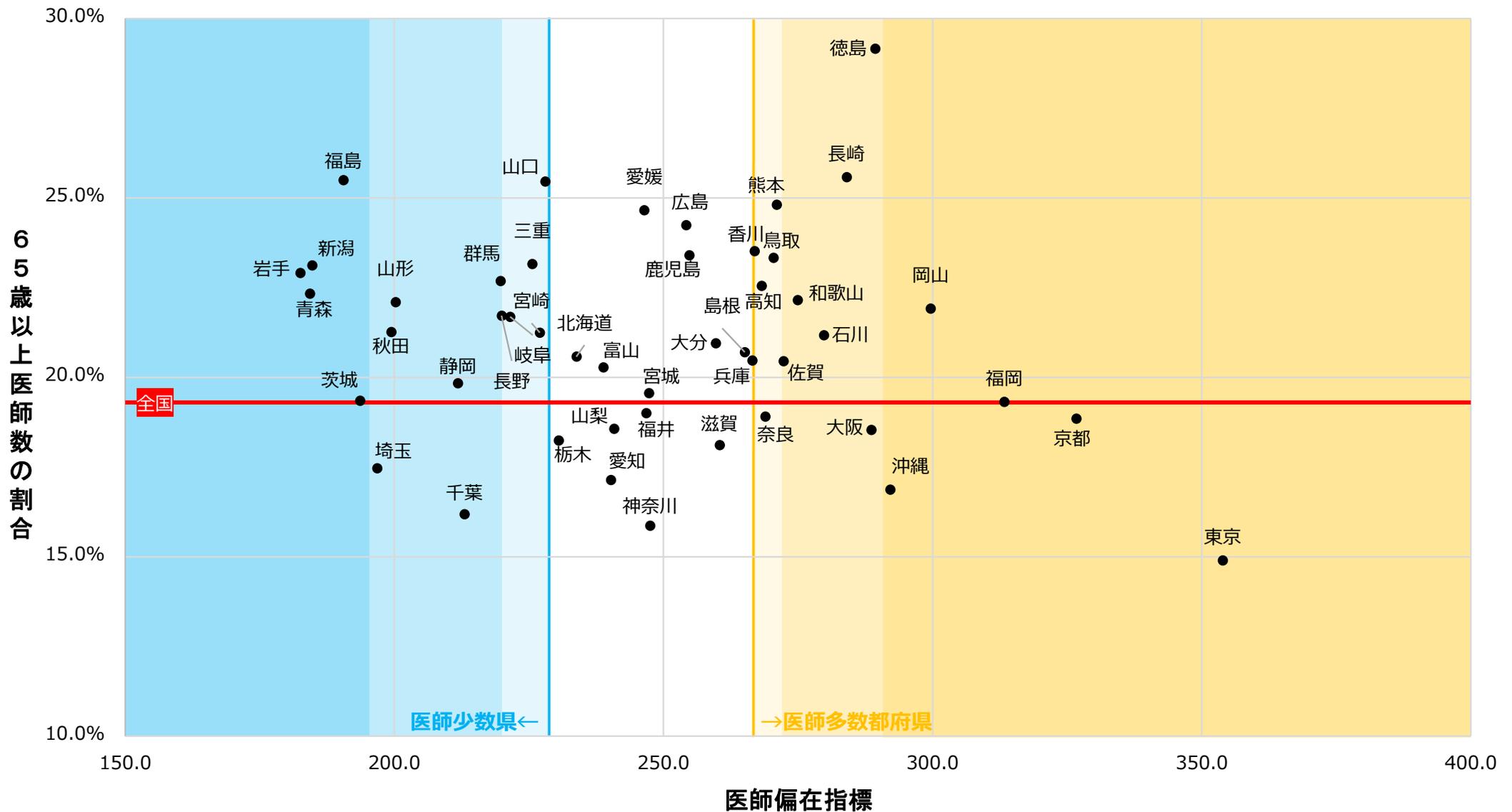
○ 人口10万対65歳以上医師数は、徳島、長崎、高知など医師多数県ほど多い傾向はあるものの、医師多数県であっても東京や沖縄で全国平均を下回っている。



※「医師・歯科医師・薬剤師統計」(令和4年)の医療施設従事医師数の人数を集計
 ※人口10万人あたりを算出するに当たっては、総務省「人口推計(2022年(令和4年)10月1日現在)」を使用
 ※令和6年1月10日更新の医師偏在指標を使用

65歳以上医師数の割合と医師偏在指標

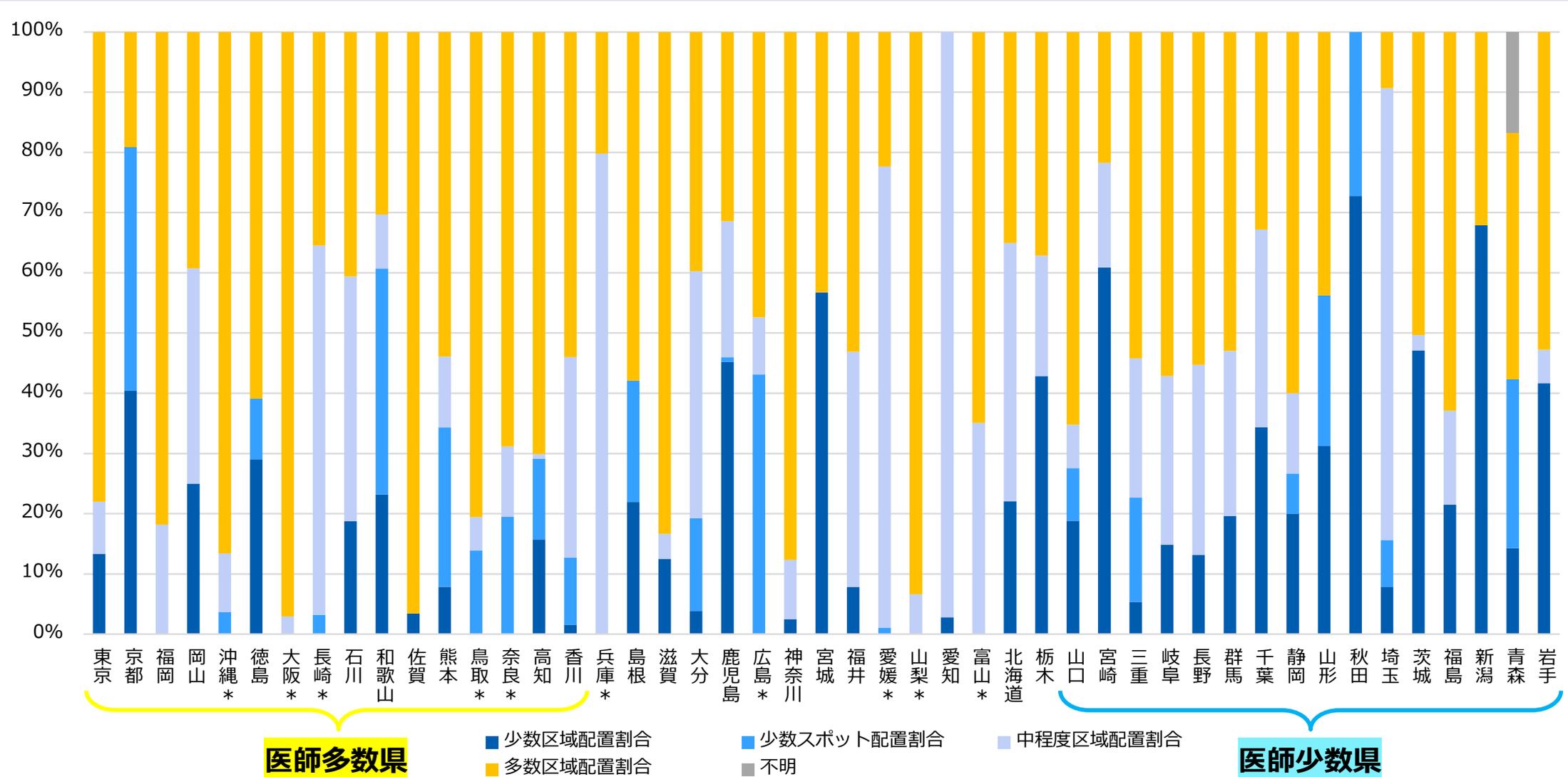
○ 都道府県別の医療施設従事医師数に占める65歳以上医師数の割合は、徳島、長崎、福島、山口が25%以上となっており、東京は15%未満となっている。



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

都道府県別の地域枠医師の配置状況【医師偏在指標順】

- 医師少数県では、医師少数区域に地域枠医師を多く配置している県が複数見られる。
- 一方、医師多数県では、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を配置し、地域枠を活用している都道府県も見られる。



(令和6年度医学部臨時定員増に関する都道府県意向調査結果より)

※ 左からR6年度以降の医師確保計画に用いられている医師偏在指標が大きい都道府県順。

※ 「*」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のものを除く。）を集計。ただし、愛知県は専門研修終了後の医師、滋賀県は卒後6年目以降の医師の配置状況。

概要

- 医師確保計画の策定において基礎となる、地域ごとの医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価するための医師偏在指標について精緻化等を行う。
- 地域の実情に応じて安定した医師確保を行うため、地域枠等の恒久定員内への設置、寄附講座の設置、地域における子育て医師等支援などを進める。

医師偏在指標の精緻化等

- 三師統計で用いる医師届出票において、「従たる従事先」に記載された医療機関が主たる従事先と異なる医療圏である場合、医師数を主たる従事先では0.8人、従たる従事先では0.2人として医師偏在指標を算出する。

※分娩取扱医師偏在指標及び小児科医師偏在指標も同様

(9) 従たる従事先 (複数の施設に従事している場合、(7)欄の「従たる施設・業務の種別」に01~17のいずれかを記入した場合の従事先について記入すること。)

ふりがな			電 話
名 称			代表電話 (- -)
所 在 地	〒 □□□□ - □□□□ 都道府県 市 郡 区 町 村		
勤務状況 該当する項目を 1つで囲むこと。	12月1日~7日の勤務日数(日/週)(宿直・日直を除く)	0日	0.5 1.0 1.5 2.0 2.5 3.0 3.5 4.0 4.5 5.0 5.5 6.0 6.5 7.0
	11月の宿直・日直回数(回/月)	0回	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10~15未満 15~20未満 20以上
従たる従事先の件数	件 (今年度12月31日現在で雇用契約等のある全ての従たる従事先。)		

- 新たに、地域の実情に応じた施策を検討する際に活用することができるよう、勤務施設別（病院及び診療所）の医師偏在指標を参考として都道府県に提示する。

恒久定員内への地域枠等の設置促進等

- 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。
- 都道府県は、寄附講座の設置、派遣元医療機関への逸失利益の補填に加えて、その他の既存の施策を組み合わせることで、医師少数区域等の医師確保を推進する。
- 地域の医療関係者、都道府県、市区町村等が連携し、地域の実情に応じた子育て医師等支援に取り組む。

地域枠及び地元出身者枠数について（R6）

都道府県名	恒久定員合計	恒久定員内地域枠		恒久定員内 地元出身者枠	臨時定員 (地域枠)	
		全体	うち、地元 出身要件あり		全体	うち、地元 出身要件あり
北海道	312	7	7	0	8	8
青森	105	36	15	0	27	27
岩手	94	1	0	0	37	25
宮城	183	30	0	0	7	7
秋田	102	2	2	0	29	24
山形	106	6	5	0	8	8
福島	85	43	35	0	47	0
茨城	107	4	3	0	62	37
栃木	110	0	0	0	10	0
群馬	105	0	0	0	18	18
埼玉	110	0	0	0	47	2
千葉	240	5	0	0	34	0
東京	1,397	5	5	0	20	20
神奈川	414	27	16	0	25	25
新潟	100	0	0	0	77	25
富山	100	0	0	0	12	12
石川	215	1	1	0	10	0
福井	105	0	0	0	10	5
山梨	105	15	15	0	24	24
長野	105	7	0	0	20	0
岐阜	85	3	3	0	25	25
静岡	105	0	0	0	68	0
愛知	409	0	0	0	32	32
三重	105	15	15	0	20	15

都道府県名	恒久定員合計	恒久定員内地域枠		恒久定員内 地元出身者枠	臨時定員 (地域枠)	
		全体	うち、地元 出身要件あり		全体	うち、地元 出身要件あり
滋賀	105	11	9	0	5	0
京都	207	2	2	0	5	5
大阪	510	0	0	0	15	0
兵庫	213	3	0	0	16	14
奈良	100	0	0	0	15	0
和歌山	90	20	0	0	12	10
鳥取	85	7	5	0	19	7
島根	100	14	14	0	17	10
岡山	215	0	0	0	4	4
広島	105	5	5	0	15	15
山口	100	0	0	0	17	17
徳島	100	5	5	0	12	12
香川	100	0	0	0	14	14
愛媛	100	5	5	0	15	15
高知	100	10	5	0	15	15
福岡	430	0	0	0	5	5
佐賀	98	0	0	0	6	2
長崎	100	0	0	0	22	16
熊本	105	3	3	0	5	5
大分	100	3	3	0	10	10
宮崎	100	40	25	0	2	2
鹿児島	100	0	0	0	20	20
沖縄	105	5	5	0	12	12

- ・恒久定員内地域枠：恒久定員のうち、当該都道府県内で卒業後一定期間従事要件があり、具体的な従事要件の設定や配置に地域医療対策協議会もしくは都道府県が関与するもの（一部地元出身要件あり。）
- ・恒久定員内地元出身者枠：当該都道府県での従事要件はないが、地元出身要件がある恒久定員
- ・臨時定員（地域枠）：当該都道府県での従事要件がある臨時定員（一部地元出身要件あり。）

文部科学省調べ（速報値）（他県の大学に設置している地域枠・地元出身者枠の数を含む。）（※なお、東北医科薬科大学の恒久定員内地域枠の一部は、複数の県のいずれかの修学資金制度に申込みを条件としており、本表に含まない。自治医科大学の臨時定員23枠は、栃木県指定枠3枠を含み本表には含まない。）

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

医学部臨時定員の配分の考え方について

臨時定員地域枠について（第5回検討会で示した考え方）

- 今後、医師の供給が需要を上回ってくることを踏まえ、医師増加のペースは見直しが必要となっている。そのため、医師多数県については、医師少数県・中程度県と比較して臨時定員における地域枠の確保の必要性が低いことから、令和7年度の医学部臨時定員の配分においては、各医師多数県の県内の偏在対策の必要性にも配慮しつつ、令和6年度と比較して一定数減じることとした。
 - 一方で、医師少数県や一部の中程度県については、依然、臨時定員地域枠の設置の必要性が高いことから、令和6年度比増となる臨時定員の意向がある場合には、意向に沿った配分を行うこととした。
- ↓
- 令和8年度以降も、少なくともこの数年間は、医師の需給や都道府県の偏在の傾向について、推計より大きく変わらないため、医学部定員の適正化の検討を進めていくことも踏まえつつ、医師多数県については臨時定員地域枠を一定数削減していく一方で、都道府県を超えた偏在是正が特に必要な医師少数県・一部の中程度県については令和6年度比増となることも許容してはどうか。

医学部臨時定員の配分の考え方について

- 医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在の是正を図るため、2024年末までに策定することとしている総合的な対策のパッケージに関する具体的な議論や内容を注視しながら、医学部臨時定員の配分について、以下のような方向性で議論してはどうか。
 - 令和8年度医学部臨時定員の配分において、医師多数県については臨時定員地域枠を一定数削減していく一方で、若手医師が少ない場合や医師の年齢構成が高齢医師に偏っている場合などは配慮してはどうか。
 - 令和8年度医学部臨時定員の配分において、令和8年度までに恒久定員内地域枠を一定程度設置する等、更なる県内の偏在対策に取り組む都道府県については、配慮してはどうか。
 - 医学部臨時定員の配分方針について、引き続き地域枠医師の医師少数区域・医師少数スポット等への配置状況等を踏まえ、検討してはどうか。

3. 恒久定員内地域枠の活用について

臨時定員地域枠について

- 今後、医師の供給が需要を上回ってくることを踏まえ、医師増加のペースは見直しが必要となっている。そのため、医師多数県については、医師少数県・中程度県と比較して臨時定員における地域枠の確保の必要性が低いことから、令和7年度の医学部臨時定員の配分においては、各医師多数県の県内の偏在対策の必要性にも配慮しつつ、令和6年度と比較して一定数減じることとした。
 - 一方で、医師少数県や一部の中程度県については、依然、臨時定員地域枠の設置の必要性が高いことから、令和6年度と比較して臨時定員の意向の配分の増加を行うこととした。
- ↓
- 令和8年度以降も、少なくともこの数年間は、医師の需給や都道府県の偏在の傾向について、推計より大きく変わらないため、医学部定員の適正化の検討を進めていくことも踏まえつつ、医師多数県については臨時定員地域枠を一定数削減していく一方で、都道府県を超えた偏在是正が特に必要な医師少数県・一部の中程度県については令和6年度比増となることも許容してはどうか。

恒久定員内地域枠について

- 恒久定員内地域枠については、既存の定員の中で、地域に必要な医師を安定的に確保することに一定の効果があると考えられることから、改めてその必要性を認識し、他の実効性ある偏在対策と併せて、**その設置について調整を行うよう促すこととしてはどうか。**
- 一方で、都道府県や大学の協議等の状況によっては、恒久定員内地域枠の設置が、まだ十分に進んでいない場合もあることから、**恒久定員内地域枠の設置が進んでいる都道府県と大学の取り組みを確認し、好事例を広めてはどうか。**

宮崎大学において恒久定員内地域枠を拡充した経緯等

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

宮崎県医師養成・定着推進宣言

～宮崎で医師を育て県内定着を応援する宣言～

背景

- 本県では、徐々に医師数が増加しているものの、高齢化や地域間の偏在が進行し、「医師少数県」（全国の下位1/3）
- そのため、令和元年度に医師確保計画及びキャリア形成プログラムを策定し、医師確保の取組を加速化
- このような中、新型コロナウイルス感染症の全国的な感染拡大を受け、県民の健康と命を守る医師の確保について重要性が更にクローズアップ
- 加えて宮崎大学医学部では、県内定着が期待できる医師を更に養成するため、令和4年度より地域枠を拡充

→ これらを踏まえ、県内の子どもたちやその親、県内外に居住する医学生や医師に対し、県内の関係機関が一体となって、取組を進める姿勢を「宣言」として示し、更なる医師の養成・県内定着を目指す。

宣言の内容

1 地域枠の適切な定員設定と医学生教育の充実

- ・医師を目指す子どもたちを増やし、受け皿となる宮崎大学医学部地域枠を適切に設定。
- ・宮崎大学医学部における教育環境の整備、医師修学資金の貸与により本県の医療を支える優れた人材を育成。

2 宮崎県キャリア形成プログラムに基づく若手医師の養成・確保

- ・宮崎県キャリア形成プログラムの理解促進、プログラムの充実により、若手医師が安心して能力開発・向上に取り組める環境を整備。
- ・本人の希望、医師不足地域の状況などを踏まえた最適な勤務ローテーションを構築。

3 医師の勤務環境の改善による県内定着促進

- ・医師の時間外労働上限規制を見据え、労働時間短縮、仕事と家庭の両立を支援。
- ・かかりつけ医を持つなど上手な医療のかかり方について県民へ啓発。

宮崎大学医学部の地域枠拡充

現 行

地域枠

県内の高校卒業者（現役のみ）

10名

地域特別枠

県内の高校卒業者（既卒1年目まで）
全国の高校卒業者（現役のみ）
※ただし、県内の小・中学校卒業者

15名

令和4年度以降

地域枠A

県内の高校卒業者（現役のみ）

10名

地域枠B

県内の高校卒業者（既卒2年目まで）

15名

地域枠C（全国公募） 「日本のひなた枠」

全国の高校卒業者（既卒2年目まで）
※県内の高校卒業者も含む

15名

キャリア形成プログラムの適用

地域枠拡充

※受験資格を既卒2年目まで上げるとともに、全国公募を別枠とすることで県内高校生の受験機会を拡大。
※地域枠拡充にあわせ、全体の定員を100名へ変更。

受験者確保に向け関係機関一体となって広くPR

若手医師の
更なる養成・確保

宮崎県医師養成・定着推進宣言

宮崎県医師養成・定着推進宣言

～宮崎で医師を育て県内定着を応援する宣言～

●背景



●宣言の内容

- 本県では、徐々に医師数が増加しているものの、**高齢化や地域間の偏在が進行し、「医師少数県」(全国の下位1/3)**
- そのため、令和元年度に**医師確保計画及びキャリア形成プログラム**を策定し、**医師確保の取組を加速化**
- このような中、**新型コロナウイルス感染症の全国的な感染拡大を受け、県民の健康と命を守る医師の確保について重要性が更にクローズアップ**
- 加えて**宮崎大学医学部**では、**県内定着が期待できる医師を更に養成するため、令和4年度より地域枠を拡充**

これらを踏まえ、県内の子どもたちやその親、県内外に居住する医学生や医師に対し、県内の関係機関が一体となって、取組を進める姿勢を「宣言」として示し、更なる医師の養成・県内定着を目指す。

1 地域枠の適切な定員設定と医学生教育の充実

- ・医師を目指す子どもたちを増やし、受け皿となる宮崎大学医学部地域枠を適切に設定。
- ・宮崎大学医学部における教育環境の整備、医師修学資金の貸与により本県の医療を支える優れた人材を育成。

2 宮崎県キャリア形成プログラムに基づく若手医師の養成・確保

- ・宮崎県キャリア形成プログラムの理解促進、プログラムの充実により、若手医師が安心して能力開発・向上に取り組める環境を整備。
- ・本人の希望、医師不足地域の状況などを踏まえた最適な勤務ローテーションを構築。

3 医師の勤務環境の改善による県内定着促進

- ・医師の時間外労働上限規制を見据え、労働時間短縮、仕事と家庭の両立を支援。
- ・かかりつけ医を持つなど上手な医療のかかり方について県民へ啓発。

宮崎県医師養成・定着推進宣言に基づく主な取組

高校生等

医学生

臨床研修

専門研修

県内定着

●
主
な
取
組

1 地域枠の適切な設定・
医学生教育の充実

2 キャリア形成プログラムに基づく
若手医師の養成・確保

3 勤務環境改善による
県内定着促進

地域枠拡充 ※R4～

医師修学資金

キャリア形成プログラム(9年)
※勤務ローテーションを通して能力向上

勤務環境改善支援
女性医師就労支援

キャリア形成卒前支援プラン

宮崎から
医師を目指そう!
応援フォーラム

地域医療実習
キャリアサポート
セミナー

専門研修資金(小児・産科・総診)

地域医療研修

スキルアップ補助金
(専門医等資格取得支援)

オール宮崎で医師を育て、
県内定着を応援します!

地域医療ガイダンス

みやざきドクターバンク・県外医師招へい活動



主
な
推
進
体
制

宮崎県地域医療対策協議会・地域医療支援機構

地域医療支援機構(大学分室)
地域医療・総合診療医学講座

医師確保対策推進協議会

医療勤務環境改善
支援センター

地域医療を守る
住民活動

臨床研修・専門研修運営協議会

宮崎大学医学部
医学部附属病院

県・県教育委員会・病院局
市町村・公的医療機関

宮崎県医師会
民間医療機関

県民

4. 総合的な診療能力を有する医師の育成・リカレント教育について

総合診療専門医について

- 2018年より総合的な診療能力を有する医師の専門性を評価する取組として、総合診療専門医の養成が新たに開始された。
- また、総合診療専門医については、医師を確保する観点等から、専攻医募集時の都道府県別・診療科別募集定員上限設定（シーリング）の対象外となっており、その採用数は年々増加している。
- また、総合診療専門医を取得するための研修の指導医についても、特任指導医という形で、一定の要件を満たした医師について、順次認定を行い、指導体制の充実が図られている。
- 今後の総合診療専門医の養成については、シーリングの在り方の検討も踏まえながら、引き続き、地域で必要な総合的な診療能力を有する医師の確保ができるよう検討を行っていく。

総合的な診療能力を有する医師の養成について

- 大学にて総合的な診療能力を有する医師を育成・確保するための拠点を整備し、一貫した指導体制のもと医師のキャリアパスの構築等を支援する事業を実施しており、令和6年度は様々な地方の全国8大学が採択され、事業による取組みを進めている。
- 中堅以降の医師でも地域での勤務の意向のある医師は一定数いることや、今後、高齢者が増加するなか、複数疾患を抱える患者を診療できる能力が重要となると考えられることから、総合的な診療能力を有する医師の養成については、現状の各大学における総合診療医センターを中心とした養成に加えて、例えば、学会や病院団体が協力して、研修・地域における実践的な機会の提供・総合診療の魅力発信を一体的に実施するような方策を検討してはどうか。

これまでの主なご意見（抜粋）

総合的な診療能力を有する医師・リカレント教育について

- **総合診療専門医が取得できるサブスペ領域を拡大すべきではないか。**
- 総合診療と専門医による診療についての仕組みや限界などについては、国民にきちんと理解していただくことが重要ではないか。
- 総合診療専門医をさらに増やす方策を考える必要がある。
- リカレント教育は総合診療医を増やすうえで大切であるが、学会にリカレント教育を求めるとするなら、偏在是正などの視点を共有していくことが不可欠ではないか。
- **地域で新たに総合的な診療能力を有する医師が勤務する場合、働き方に配慮することで、地域で持続的に活躍するための仕組みづくりが不可欠ではないか。**
- 総合的な診療能力を有する医師が能動的に医師不足地域へ行ってもらうには、**経済的インセンティブは極めて重要ではないか。**さらに、**子供の教育面で都会に比べてハンデを追わないような環境整備も必要ではないか。**
- 総合診療については、若い人たちのキャリアを考えられていないのではないか。
- **中堅の医師が地域で必要な診療科について学び直す際に、個人の気持ちに頼るのではなくて、システムとして学び直す機会があるべきではないか。**

総合的な診療能力を持つ医師養成の推進事業

令和7年度概算要求額 5.6億円 (3.0億円) ※ ()内は前年度当初予算額

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の設置【拡充】

総合診療医センターの箇所数増

総合診療医を全国的に養成

総合診療医センター(仮称)の設置

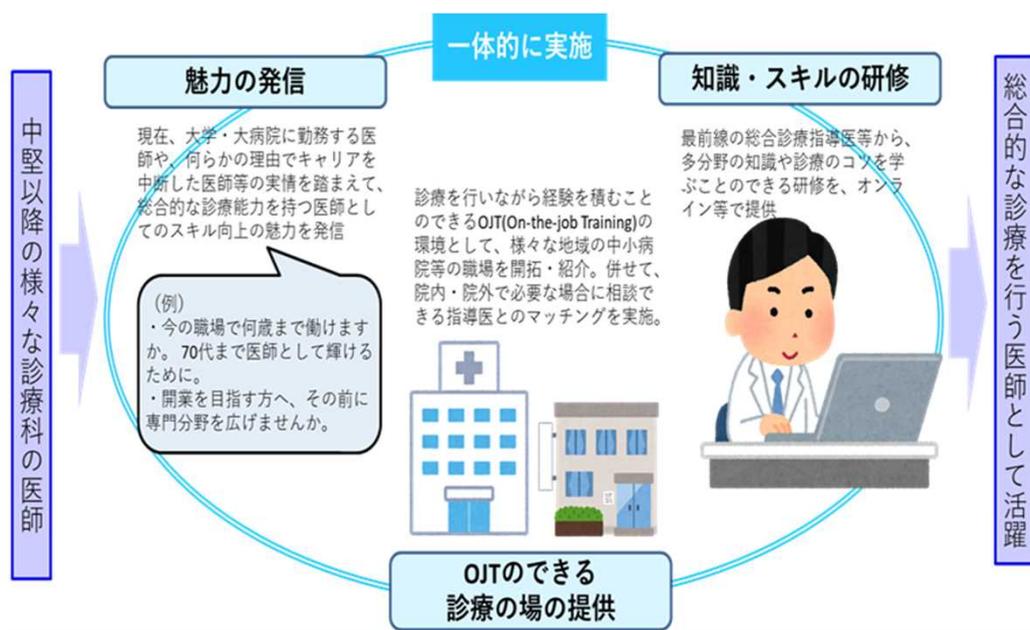
- ・総合診療科医師を責任者とするいわゆる総合診療の医局・講座をブロック毎に設置し、経験豊富で指導力がある指導医を集約する
- ・主に地域枠学生を対象としたシームレスな実習・研修プログラムの策定
- ・地域枠学生の選考時から、卒業後のキャリア支援まで行う一貫した指導体制を確立する。
- ・医師少数区域等、地域医療を担う医療機関でのバックアップ等体制整備
- ・医学生・医師の総合診療医(家庭医や病院総合医など)の多様なキャリアパスを構築支援

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	補助事業内容	医学教育	補助事業内容	臨床研修	補助事業内容	専門研修とその後
・総合診療センターの医師が自らキャリアパスのモデルを提示		・総合診療科の講座構築のための講師派遣		・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)		・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	
・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		・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				・医師少数区域で診療する際のバックアップ機能	
・研修後の勤務先の提供、調整							
・他科の医師の総合診療研修支援・他科からの総合診療転向支援							

○リカレント教育(総合的診療能力)のための全国推進事業【新規】

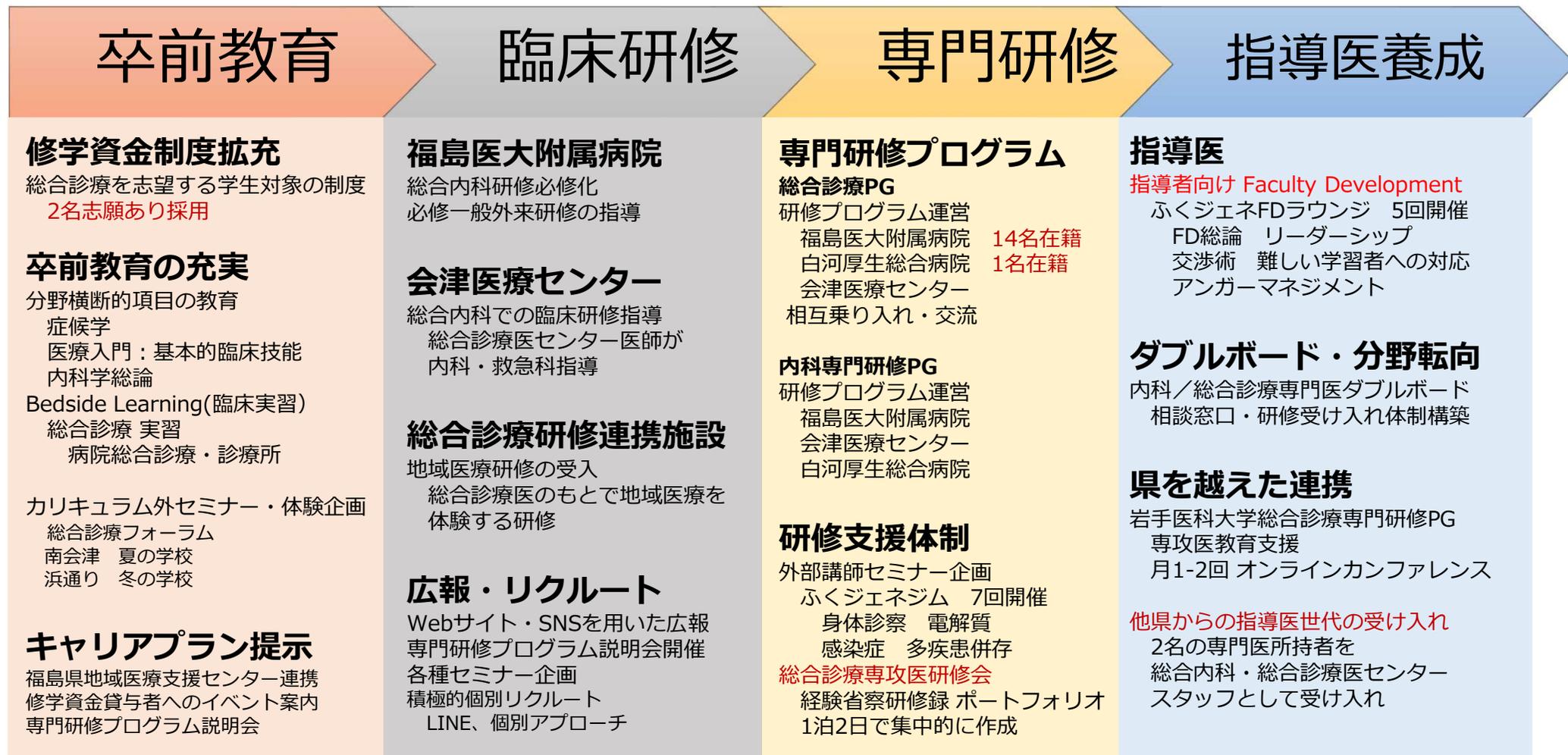


3 実施主体等

- ◆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、関係学会等
- ◆補助率：定額 ◆事業実績：令和5年度交付対象大学数→8大学

総合診療医センター（総合的な診療能力を持つ医師養成の推進事業）の取組の紹介

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



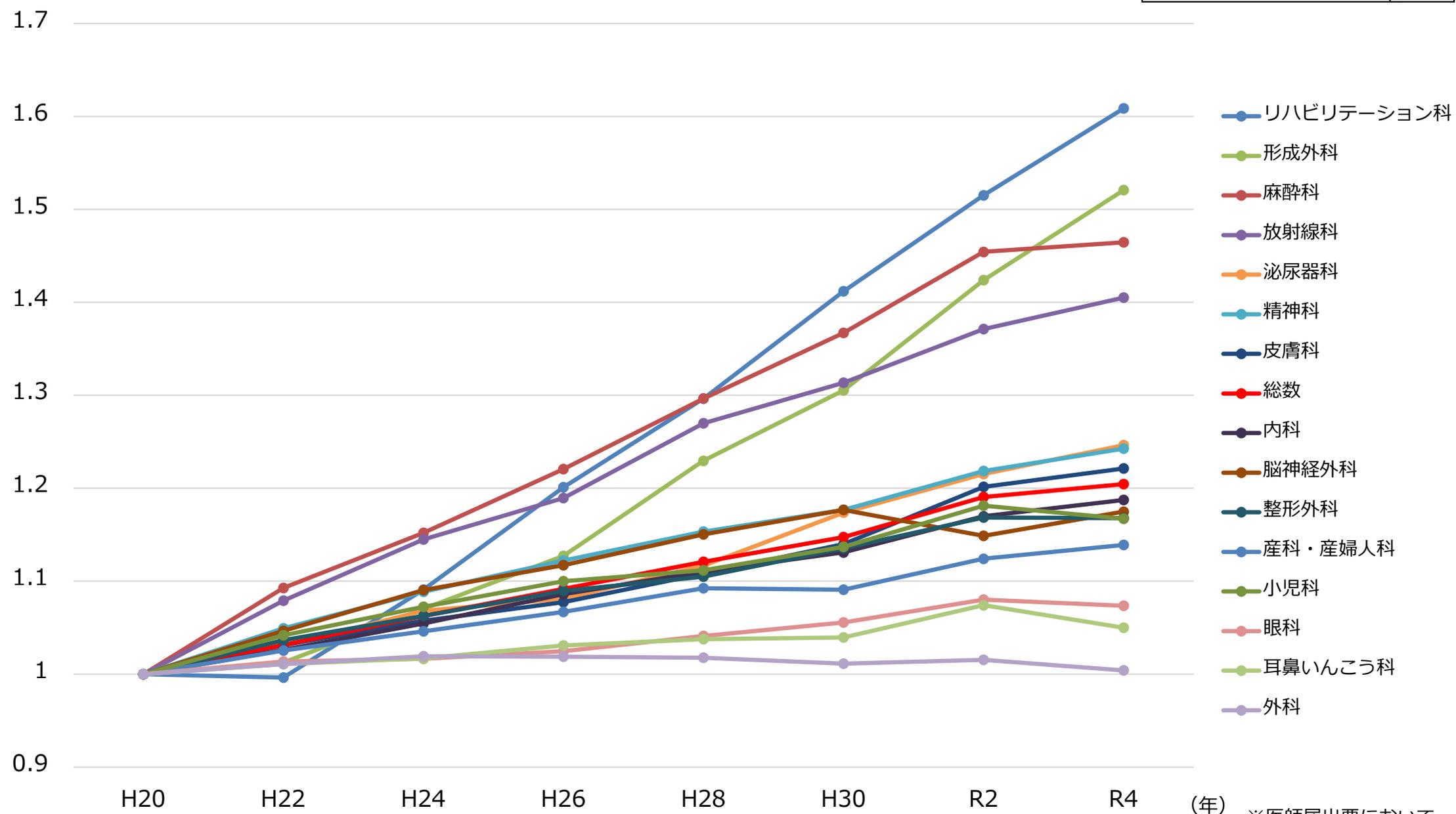
その他大学の取組例

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

5. 医師養成過程における診療科選択について

診療科別医師数の推移（平成20年を1.0とした場合）

第1回医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会
令和6年1月29日
資料1
改編

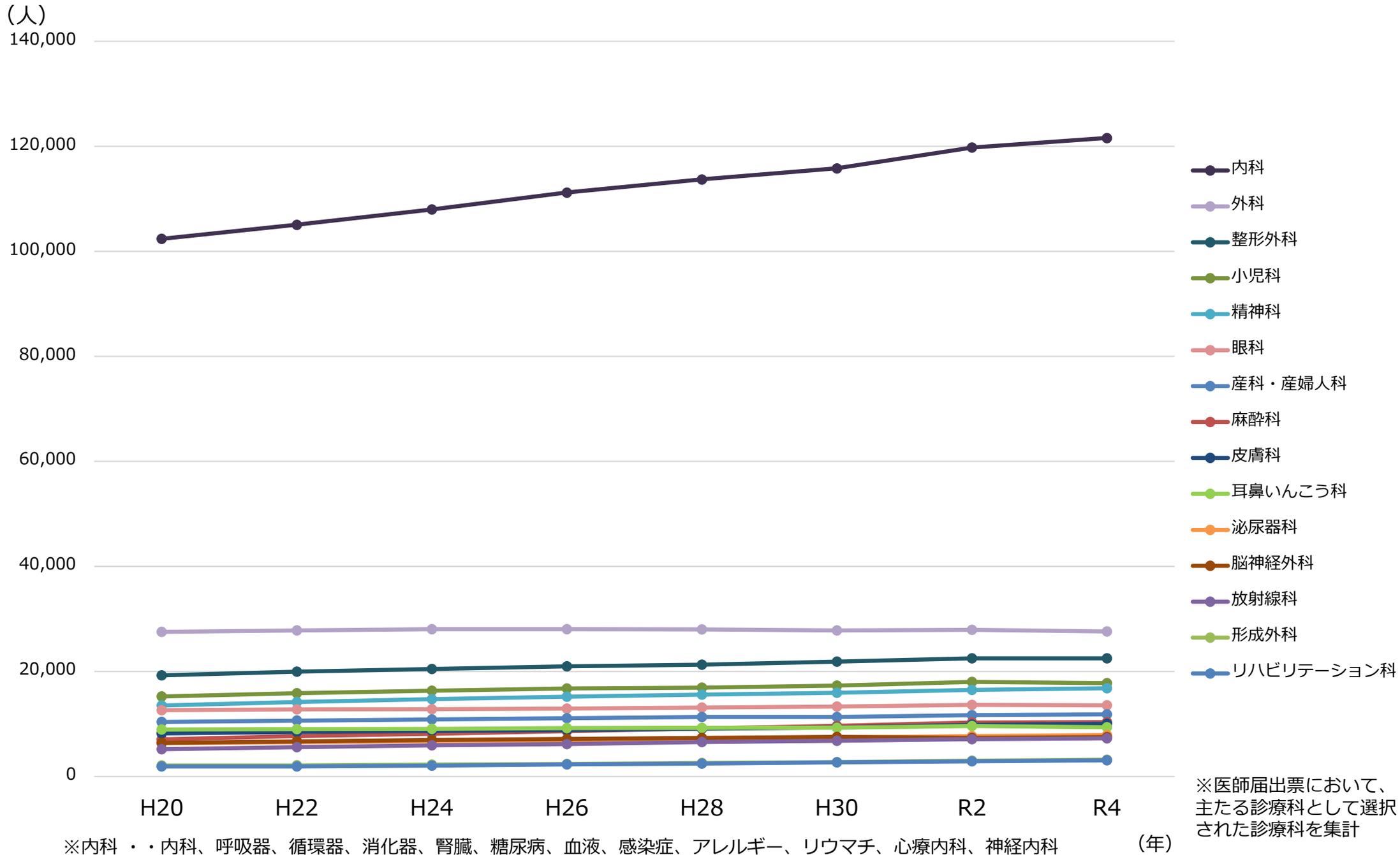


※内科・・・内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科
 ※外科・・・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

※医師届出票において、主たる診療科として選択された診療科を集計

診療科別医師数の推移

第1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
令和6年1月29日 改編



※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

「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」における 専攻医アンケート調査結果

専門研修プログラムの専攻領域を決めた時期

【専攻医調査（有効回答数15,857件・有効回答率46.3%、WEB形式）】

	人数 (人)	医学部 入学前	医学部 前半 (臨床 実習開 始前)	医学部 後半 (臨床 実習開 始後)	臨床研 修1年目	臨床研 修2年目	臨床研 修修了 後	その他
全体	15,857	7.4	3.7	15.7	14.4	53.2	4.6	1.0
内科	4,829	3.7	3.4	13.7	17.6	58.5	2.9	0.3
小児科	1,158	22.8	5.4	19.5	9.6	40.2	2.2	0.2
皮膚科	529	7.4	2.6	11.0	12.9	61.4	3.8	0.9
精神科	865	13.8	3.6	9.4	12.6	45.3	12.6	2.8
外科	1,565	7.0	4.0	24.2	13.1	47.5	3.6	0.6
整形外科	1,037	12.9	2.1	14.9	13.0	52.6	4.1	0.5
産婦人科	1,062	10.6	4.2	22.8	12.0	47.6	2.5	0.2
眼科	504	9.9	3.2	15.9	15.3	52.2	3.2	0.4
耳鼻咽喉科	413	4.8	2.2	15.5	9.7	66.3	1.5	0.0
泌尿器科	453	2.0	1.3	16.8	14.8	63.6	1.3	0.2
脳神経外科	355	7.9	7.0	25.4	13.5	43.4	2.0	0.8
放射線科	601	2.0	2.8	15.5	15.5	56.7	5.8	1.7
麻酔科	777	1.8	2.2	13.1	19.7	56.4	5.4	1.4
病理	204	3.9	18.1	17.2	6.4	36.8	12.7	4.9
臨床検査	51	0.0	0.0	2.0	2.0	11.8	51.0	33.3
救急科	553	6.3	3.1	9.0	14.3	58.0	7.2	2.0
形成外科	292	4.5	3.1	13.7	18.2	55.5	4.1	1.0
リハビリテーション科	207	1.0	1.4	8.2	9.7	46.9	23.2	9.7
総合診療	402	5.0	7.5	11.9	7.5	53.7	10.4	4.0

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） 35

「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」における 専攻医アンケート調査結果

現在の基本領域を選択した理由（複数回答）

【専攻医調査（有効回答数15,857件・有効回答率46.3%、WEB形式）】

	人数 (人)	し将来に やすいわ たから つて専 門性を 維持	やりが いを感じ るから	適性・ 才能が あるから	生命に 直結す るから	生命に 直結し ないから	手技が 少ない から	手技が 多いから	手技が 高度だ から	手技が 簡単だ から	訴訟リ スクが 小さい から	診療で きる疾 患が広 いから	開業が しやす いから	親族が 開業し ている 科と関 連	ないか ら	医師が 不足し ており 競争が 少	医師が 多く業 務の分 担が期 待	進んで いるか ら	医師以 外の職 種との タスク シェア リング が	地域性 の指定 診療科 が含ま れる	患者と コミュニ ケーション を	患者と コミュニ ケーション を	取得の 機会が 多いか ら	給与等 処遇が 良いか ら	ワーク ライフ バランス の確保	ラハス メント が少な そうだ か	博士号 が取り やすい から	指導・ 教育体 制が充 実して い	専門医 が取得 しやす いから	先輩や 教授等 に誘わ れたか ら	総合的 な診療 能力を 獲得し や	地域に 貢献で きる科 だから	試験中 では最 も希望 した採 用	他に、 より希 望する 診療科 は	あつた ものの 、定員 が繰り 入	他に、 より希 望する 診療科 は	その他
全体	15,857	36.6	62.6	19.1	12.9	4.8	5.1	27.4	6.8	1.0	1.4	19.1	7.1	6.1	5.0	1.5	1.5	1.6	12.2	2.3	4.4	24.4	4.0	0.8	6.6	3.7	8.9	14.3	7.8	0.3	0.5	3.8					
内科	4,829	44.9	57.0	17.6	11.9	1.7	9.3	19.4	3.6	1.1	1.3	23.0	8.9	6.7	4.3	1.9	0.6	1.6	14.7	0.1	2.1	16.1	3.3	0.9	7.5	1.3	8.6	22.6	7.4	0.2	0.5	3.3					
小児科	1,158	15.5	86.0	16.4	10.9	0.3	1.1	6.0	1.0	0.1	0.1	23.9	3.7	4.7	2.0	0.5	0.2	2.7	22.3	0.0	0.3	5.9	4.8	0.5	6.9	1.7	3.9	22.8	12.0	0.6	0.5	3.4					
皮膚科	529	36.7	47.3	21.2	0.2	21.0	1.1	23.1	1.1	3.8	6.4	18.9	21.4	11.5	0.8	1.7	0.2	0.6	12.5	0.0	1.7	52.7	7.4	1.1	4.3	0.2	6.4	3.2	5.7	0.6	0.8	4.3					
精神科	865	42.5	57.9	36.3	1.2	11.7	21.2	0.1	0.0	1.8	2.0	3.4	7.7	6.6	0.8	2.2	3.1	0.9	25.5	0.0	7.1	50.8	9.8	1.4	7.5	4.9	5.9	1.5	6.6	0.5	0.5	6.1					
外科	1,565	24.3	77.7	12.6	26.3	0.5	0.3	51.8	23.3	0.7	0.0	10.5	1.3	1.9	7.9	0.2	0.2	1.2	6.8	0.1	0.8	8.6	1.2	0.4	4.6	1.2	11.4	10.0	4.4	0.1	0.6	2.6					
整形外科	1,037	44.8	66.2	15.5	0.6	12.5	0.4	45.1	6.4	0.5	0.6	13.5	13.4	10.5	0.8	3.7	1.0	1.3	8.0	0.1	8.2	11.2	1.4	0.8	6.8	4.5	12.9	2.3	9.7	0.4	0.5	2.5					
産婦人科	1,062	33.9	81.5	11.7	22.8	0.2	0.1	39.5	1.9	0.9	0.1	15.7	2.2	6.5	8.0	0.8	0.8	2.6	12.1	0.0	12.1	6.3	1.3	0.2	3.6	9.6	8.7	2.1	7.5	0.5	0.1	3.4					
眼科	504	52.8	42.7	15.1	0.4	22.8	0.2	39.3	14.7	0.0	2.6	1.4	12.5	22.0	1.0	0.6	1.4	0.4	4.4	0.2	5.6	46.4	4.4	0.2	4.8	3.4	6.0	1.4	2.2	0.4	0.2	2.8					
耳鼻咽喉科	413	43.1	50.6	10.4	2.4	3.4	0.0	53.5	8.7	0.5	1.5	27.4	23.0	13.8	4.6	1.5	0.7	0.0	9.7	0.0	2.4	31.7	7.7	0.2	5.8	2.9	13.1	2.7	5.6	0.7	0.5	2.2					
泌尿器科	453	45.3	54.1	13.9	2.2	3.1	0.0	51.7	6.6	2.2	1.1	25.2	6.6	4.9	5.5	0.9	1.3	0.2	6.4	0.0	3.5	32.7	6.0	0.7	4.6	7.3	17.2	6.4	3.8	0.2	0.2	4.0					
脳神経外科	355	29.0	75.8	12.4	35.8	0.3	0.3	39.4	36.6	0.6	0.3	12.4	0.6	2.8	5.6	0.3	0.0	0.3	2.0	0.0	4.5	0.0	0.6	0.0	2.8	0.3	9.6	6.5	4.8	0.6	0.6	5.6					
放射線科	601	43.6	49.1	34.1	4.2	6.8	12.0	6.3	3.8	0.7	6.7	30.0	0.3	1.0	10.1	2.3	6.7	0.2	3.2	22.5	4.0	61.9	11.6	2.7	12.1	3.3	12.0	6.7	2.3	0.0	0.8	4.2					
麻酔科	777	34.7	50.3	30.1	23.3	0.1	0.5	41.8	4.6	0.5	0.8	5.7	0.4	1.3	3.3	4.0	2.7	1.8	0.4	18.0	16.2	59.7	1.8	0.6	6.0	6.6	6.8	6.6	0.5	0.3	0.1	3.2					
病理	204	45.1	51.5	34.3	1.5	6.4	11.8	0.0	0.5	1.0	2.5	26.0	0.0	0.5	21.6	0.0	1.5	1.0	0.0	32.4	1.5	53.4	3.4	5.9	5.9	2.5	6.9	4.9	1.5	0.5	1.0	14.2					
臨床検査	51	37.3	13.7	11.8	0.0	3.9	2.0	2.0	3.9	0.0	0.0	5.9	0.0	0.0	17.6	0.0	9.8	0.0	0.0	3.9	0.0	51.0	2.0	7.8	7.8	9.8	31.4	11.8	2.0	2.0	0.0	25.5					
救急科	553	16.3	69.1	17.5	53.9	0.7	0.0	31.6	6.0	1.1	0.5	35.8	1.3	0.7	5.8	1.1	6.0	3.1	6.7	0.7	7.8	35.1	1.3	0.5	6.5	12.7	7.4	38.7	17.0	0.0	1.1	2.2					
形成外科	292	20.2	64.7	28.4	0.0	25.3	0.0	61.0	24.3	1.4	1.0	17.5	7.2	2.4	0.7	0.3	0.7	0.7	2.7	0.0	2.7	28.1	3.4	0.3	4.5	1.7	4.8	0.7	2.4	0.7	1.7	4.8					
リハビリテーション科	207	38.2	53.1	23.2	0.5	18.8	11.6	0.5	0.0	1.9	10.6	29.0	1.9	3.9	26.1	0.5	11.1	0.0	31.4	0.0	4.3	62.8	13.0	1.4	5.8	15.9	11.6	18.4	19.3	1.0	1.4	7.2					
総合診療	402	17.2	59.7	28.9	2.7	0.7	6.0	1.5	0.2	1.7	1.0	42.8	14.2	6.0	8.2	0.7	3.5	6.2	31.8	0.0	2.2	25.9	7.0	0.0	14.2	8.7	6.2	63.9	44.0	0.7	1.2	8.5					

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） 36

「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」における 専攻医アンケート調査結果

希望していた基本領域を選択しなかった理由（複数回答）

【専攻医調査（有効回答数15,857件・有効回答率46.3%、WEB形式）】

	人数 (人)	将来的に専門性を維持しづら いから	仕事の内容が想像と違った から	やりがいを感じないから	適性・才能がないから	生命に直結するから	生命に直結しないから	手技が少ないから	手技が多いから	訴訟リスクが大きいから	開業しにくいから	医師が不足しており過酷な イメージがあるから	医師が過剰であり競争が激 しいイメージがあるから	患者とコミュニケーション を取る機会が多いから	患者とコミュニケーション を取る機会が少ないから	給与等処遇が悪いから	ワークライフバランスの確 保が難しいから	ハラスメントが多そうだか ら	協力的でないから	出産・育児・子供の教育に 博士号が取りにくいから	指導・教育体制が十分でな いから	専門医が取得しづらいから	継続したキャリアプランが 見えづらいから	感じたから	専門領域の将来性に不安を 感じたから	定員が厳しいから／採用試 験で受からなかったから	その他
全体	1,118	17.2	14.9	7.1	9.1	3.6	2.1	4.7	2.3	3.8	5.2	8.8	7.1	1.2	1.3	5.2	14.8	5.0	6.9	0.7	3.9	8.2	11.4	7.4	12.9	14.4	
内科	189	14.3	16.9	9.5	12.2	7.9	1.6	10.1	1.6	1.6	2.1	12.7	5.3	1.1	0.5	8.5	27.0	6.3	8.5	0.5	5.8	16.9	10.1	6.9	10.6	14.3	
小児科	62	14.5	8.1	4.8	4.8	4.8	1.6	3.2	0.0	4.8	0.0	16.1	1.6	1.6	0.0	6.5	24.2	3.2	4.8	0.0	1.6	4.8	4.8	6.5	11.3	22.6	
皮膚科	87	9.2	10.3	10.3	4.6	0.0	3.4	4.6	1.1	1.1	1.1	0.0	12.6	0.0	0.0	2.3	3.4	8.0	6.9	1.1	0.0	16.1	8.0	5.7	34.5	9.2	
精神科	58	10.3	17.2	8.6	10.3	1.7	1.7	5.2	1.7	3.4	1.7	0.0	24.1	5.2	0.0	1.7	1.7	0.0	0.0	0.0	3.4	8.6	3.4	0.0	25.9	17.2	
外科	109	24.8	15.6	3.7	11.9	4.6	0.0	1.8	2.8	5.5	6.4	21.1	2.8	0.0	0.0	9.2	33.9	12.8	19.3	0.9	2.8	8.3	13.8	8.3	1.8	11.0	
希望していた基本領域																											
整形外科	39	7.7	28.2	5.1	15.4	2.6	7.7	5.1	5.1	0.0	2.6	5.1	15.4	0.0	0.0	0.0	5.1	2.6	7.7	0.0	0.0	2.6	7.7	5.1	2.6	12.8	
産婦人科	41	2.4	14.6	4.9	9.8	9.8	2.4	4.9	4.9	22.0	2.4	17.1	0.0	2.4	0.0	7.3	14.6	2.4	4.9	0.0	2.4	2.4	2.4	4.9	2.4	22.0	
眼科	63	9.5	11.1	4.8	11.1	1.6	3.2	0.0	11.1	3.2	1.6	0.0	17.5	3.2	0.0	1.6	4.8	4.8	1.6	0.0	0.0	6.3	7.9	1.6	33.3	12.7	
耳鼻咽喉科	16	31.3	18.8	0.0	6.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	12.5	6.3	6.3	0.0	6.3	12.5	6.3	6.3	0.0	6.3	0.0	6.3	6.3	12.5	12.5	
泌尿器科	29	10.3	10.3	6.9	13.8	0.0	0.0	3.4	6.9	0.0	10.3	0.0	6.9	0.0	3.4	3.4	10.3	6.9	6.9	0.0	0.0	0.0	13.8	3.4	10.3	17.2	
脳神経外科	29	27.6	17.2	3.4	20.7	6.9	3.4	3.4	3.4	13.8	6.9	27.6	6.9	3.4	0.0	10.3	41.4	17.2	20.7	6.9	10.3	3.4	24.1	6.9	10.3	6.9	
放射線科	39	10.3	15.4	2.6	7.7	0.0	0.0	5.1	0.0	0.0	15.4	5.1	5.1	0.0	7.7	5.1	5.1	2.6	2.6	0.0	5.1	10.3	10.3	23.1	15.4	23.1	
麻酔科	60	15.0	8.3	13.3	11.7	6.7	0.0	6.7	3.3	5.0	15.0	10.0	6.7	0.0	6.7	0.0	5.0	5.0	3.3	3.3	3.3	6.7	8.3	5.0	8.3	18.3	
病理	13	0.0	23.1	0.0	7.7	0.0	7.7	0.0	0.0	0.0	15.4	15.4	0.0	0.0	15.4	7.7	7.7	0.0	7.7	0.0	7.7	7.7	15.4	7.7	0.0	23.1	
臨床検査	4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	25.0	25.0	0.0	25.0	50.0	
救急科	83	27.7	22.9	6.0	6.0	3.6	1.2	2.4	0.0	6.0	12.0	8.4	3.6	1.2	2.4	3.6	8.4	2.4	8.4	1.2	3.6	2.4	18.1	8.4	3.6	7.2	
形成外科	79	11.4	10.1	2.5	6.3	0.0	8.9	0.0	2.5	2.5	7.6	2.5	8.9	0.0	0.0	5.1	12.7	0.0	3.8	0.0	5.1	7.6	10.1	6.3	25.3	17.7	
リハビリテーション科	30	30.0	10.0	26.7	0.0	3.3	0.0	10.0	0.0	3.3	6.7	0.0	6.7	0.0	0.0	10.0	10.0	3.3	3.3	0.0	10.0	3.3	26.7	16.7	10.0	6.7	
総合診療	88	39.8	17.0	6.8	4.5	0.0	0.0	5.7	0.0	2.3	2.3	3.4	0.0	1.1	1.1	3.4	5.7	1.1	1.1	0.0	8.0	3.4	20.5	14.8	1.1	13.6	

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） 37

診療科選択に関する内容について

専攻領域の選択に係るアンケート調査結果のまとめ

【専攻医調査（有効回答数15,857件・有効回答率46.3%、WEB形式）】

- 専攻領域を決めた時期については、**半数近くの専攻医（53.2%）が「臨床研修2年目」**であったが、領域によって、決めた時期に特徴がみられ、小児科では「医学部入学前」、外科、産婦人科、脳神経外科では「医学部後半（臨床実習開始後）」の割合が相対的に高かった。
- 専攻領域を選択した理由としては、「**やりがいを感じるから**」（62.6%）が最も多く、次いで「将来にわたって専門性を維持しやすいから」（36.6%）であるが、**基本領域によって最も多かった選択理由は異なる結果**となった。
- 専攻領域として外科を選択した理由として、「やりがいを感じるから」（77.7%）が最も多く、次いで「手技が多いから」（51.8%）、「生命に直結するから」（26.3%）、「将来的に専門性を維持しやすいから」（24.3%）が多かった。
- 専攻領域として外科を希望していたが選択しなかった理由として、「**ワークライフバランスの確保が難しいから**」（33.9%）が最も多く、「将来的に専門性を維持しづらいから」（24.8%）、「医師が不足しており過酷なイメージがあるから」（21.1%）、「出産、育児、子供の教育に協力的でないから」（19.3%）が多かった。



- 医師の総数が増加している中、外科などの一部診療科の増加が乏しいことに対して、医師の働き方改革の推進など既存の施策に加えて、どのような対策が考えられるか。

6. 參考資料

医師確保～第7次宮崎県医療計画の進捗状況～

第7次医療計画の状況

数値目標（2023年）	第7次策定時点の数値目標	第7次策定時点の現状値	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	進捗状況	(参考)全国値	これまでの主な取組
○ 若手医師の養成										
1 臨床研修医数	80名	56名 (2017年度合計)	59人	57人	56人	64人	51人	C		・臨床研修病院の説明会を県内外で実施するとともに、医学生等に病院見学に係る旅費を支援 ・臨床研修医等を対象とした研修会の実施 ・令和4年度より宮崎大学医学部の地域枠を拡充（25名→40名）
○ 医師の地域的な偏在解消										
2 二次医療圏別医師数（10万人対）の県内格差の最大値	2.30 (2022年度)	2.61 (2014年度)	2.67	2.67	2.91	2.91	2.91	C		・県内で9年間、うち4年間で医師少数区域等で勤務するキャリア形成プログラムの運用 ・自治医科大学卒業医師の計画的な派遣
○ 特定診療科の医師不足の解消										
3 主たる診療科（内科系、外科系、小児科系及び産婦人科系）別医療施設従事医師数（10万対）が全国値を上回る数	4 (2022年度)	2 (2014年度)	1	1	2	2	2	C		・小児科や産科などの専攻医に対して、研修資金を貸与 ・小児科の症例研修会の実施 ・産科医等に対する分娩手当支給の支援 ・産科医の魅力発信支援
○ 女性医師の就労環境の整備										
4 院内保育所設置地域数（保健所別・1か所以上）	8	7 (2017年度)	7	7	7	7	7	C		・医療勤務環境改善支援センターの設置 ・病院内保育所運営支援

※進捗状況の表記について
A：すでに目標を達成している
B：計画策定時より改善している
C：改善が見られていない

達成状況の分析

- ・地域枠医師の拡充や県外での臨床研修病院説明会などに取り組んでいるものの、目標は達成できなかった。関係機関が連携して、宮崎大学医学部出身者及び県外医学部進学の内県内出身者を確保していく必要がある。
- ・医師総数は増加しているものの、宮崎東諸県医療圏に集中し、偏在が拡大した。引き続きキャリア形成プログラムによる医師少数区域等への派遣により偏在解消を図る必要がある。
- ・内科系及び小児科系において全国値を下回った。医師総数の増加を図るとともに、小児科等の特定診療科を選択するための意欲醸成を図っていく必要がある
- ・院内保育所が未設置である西臼杵地区は、地区内の保育所及び家庭等で対応できている状況にあるものの、医療従事者のニーズを確認の上、今後検討していく必要がある。

【演題名】 GPA (Grade Point Average) を用いた地域枠入学者と一般枠入学者の医学部在学時学修成績の比較

Comparison of academic performance by GPA (Grade Point Average) between regional and general admission students in medical school

【発表者】 中村佳菜子、小松弘幸、黒木純、明利聡瑠、宮本美由貴、安倍弘生、船元太郎、宮内俊一、齋藤勝俊、菱川善隆

【所属】 宮崎大学医学部 医療人育成推進センター

【抄録】

〔背景・目的〕医学部地域枠入試制度は将来的に地域の医療を担う高い意欲を持った医学生の実績として本邦でも広く実施されている。一方で、入試時に二次学力試験が実施されない場合も多く、地域枠入学者の医学部在籍中の学修成績への影響も懸念されている。今回我々は、宮崎大学医学部における地域枠入学者と一般枠入学者の在学中の学修成績を履修科目成績に単位数の重み付けをした平均値である GPA (Grade Point Average)を用いて比較検討した。

〔方法〕対象は2015～2023年の9年間に本学を卒業した地域枠入学者156名と一般枠(前期・後期・一般推薦)入学者790名とした。主要評価項目は医学科1～6年次の通算GPAとした。本学では各科目の素点を線形に変形してGPを算出するfunctional GPAを採用しており、 $GPA = \frac{\sum (\text{登録科目のGP} \times \text{その科目の単位数})}{(\text{登録科目の単位数の合計})}$ で算出した。副次評価項目は在学中の原級経験率および医師国家試験不合格率とした。両群の比較は変数に応じてt検定、カイ2乗検定、Fisher直接確率法を用いた。

〔結果〕9年間の平均 GPA は地域枠 2.314、一般枠 2.247 で両群に有意差はなかった。単年度別の比較では 2015～2022 年度まで両群に有意差はなかったが、医学科 1 年次より医療法改正によるキャリア形成プログラム策定が示され、医師による個別面談等での関与が増えた 2023 年度卒業生では、地域枠の GPA が一般枠より有意に高値となった (2.664 vs. 2.268, $p < 0.001$)。9年間の平均原級経験率 (地域枠 19.2%、一般枠 20.0%)、国試不合格者率 (地域枠 4.5%、一般枠 7.1%) は両群に有意差はなかった。

〔Limitation〕9年間に GPA 算出根拠となる科目責任者の変更が一定数生じている点。GPA には原級期間の成績や再試験の成績 (再試験での合格は一律 60 点) も反映しているが、全てを網羅できていない可能性。GPA 算出方法は大学による違いがあり他大学との比較検討には留意が必要。

〔結語〕地域枠入学者は一般枠入学者と比較して GPA に基づく学修成績は同等である。むしろ、今後はキャリア形成卒前支援プランが学修意欲の向上やキャリア教育の充実を促進し、一般枠者より卒業時成績が向上する可能性も示唆され、今後の継続的検討が必要である。

GPA (Grade Point Average) を用いた 地域枠入学者と一般枠入学者の医学部在学時学修成績の比較

中村佳菜子、小松弘幸、黒木純、明利聡瑠、宮本美由貴、安倍弘生、船元太郎、宮内俊一、齋藤勝俊、菱川善隆
宮崎大学医学部 医療人育成推進センター

背景・目的

- ✓ 医学部地域枠入試制度は将来的に地域の医療を担う高い意欲を持った医学生を選抜方法として本邦で広く実施されている。一方で、入試時に二次学力試験が実施されない場合も多く、地域枠入学者の医学部在籍中の学修成績への影響が懸念されている。
- ✓ 宮崎大学医学部における地域枠入学者と一般枠入学者の在学中のGPA (Grade Point Average) を比較検討することで、本学における入試区分の学修成績への影響を調査した。

方法



補足①：GPA (Grade Point Average)

- ✓ 平成29年度の調査ではすべての国立大学が導入している成績評価方法。
- ✓ 履修科目成績に単位の重みづけをした平均。
$$GPA = \frac{\sum(\text{科目のGrade Point (GP)} \times \text{科目の単位})}{\sum(\text{履修登録単位数})}$$
- ✓ 従前のGP算出方法はLetter grade (例：秀・優・良・可・不可) をGP (例：4、3、2、1、0) に対応変換し算出するが、本学では100点満点のRaw Score (RS) から一定の値を引いてGPを算出するfunctional GPA方式を採用している²⁾。
- ✓ 本学のGPA算出法

$$GP = (RS - 54.5) / 10$$
 但し、不合格(TS<60点)の場合はGP=0とする。

$$GPA = \frac{\sum(\text{科目のGP} \times \text{科目の単位})}{\sum(\text{履修登録単位数})}$$

補足②：宮崎大学の地域枠制度

- 2006年：宮崎大学医学部「地域枠」開始 (定員10人/年)
就学資金貸与はなく、卒業後の義務年限もなし
- 2009年：地域枠に加えて、宮崎大学医学部「地域特別枠」開始
(定員5人/年(～2010年)→10人/年(2011～2019年)→15人/年(2020年～))
宮崎県医師就学資金貸与あり、就学資金に紐づく義務年限あり
- 2018年：医療法改正→2019年 キャリア形成プログラム策定
- 2021年：キャリア形成プログラム運用指針の一部改正
→2023年よりキャリア形成卒前支援プラン運用開始

補足③：地域枠推薦の選考方法(2009～2018年度入学者)

第一次選考(宮崎県)

- <2006～2010年度>
小論文+調査書/推薦書/自己推薦書
- <2010～2018年度>

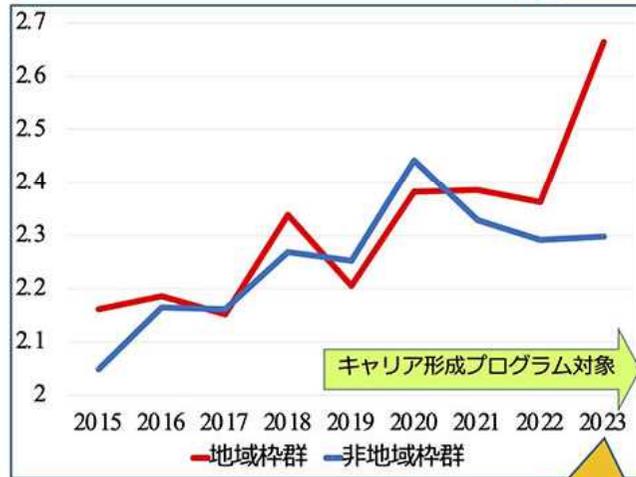
個人面談+調査書/推薦書/自己推薦書

第二次選考(宮崎大学)

- 大学教員による面接+大学入試センター試験成績5教科7科目
+調査書/推薦書/自己推薦書

結果

卒業年度	対象者数		①通算GPA			②原級経験 number(%)			③国家試験不合格 number(%)		
	地域枠群	非地域枠群	地域枠群 (n=156)	非地域枠群 (n=790)	P値	地域枠群 (n=156)	非地域枠群 (n=760)	P値	地域枠群 (n=156)	非地域枠群 (n=760)	P値
2015-2023	156	790	2.322±0.449	2.249±0.439	0.0608	30(19.2)	158(20.8)	0.913	7(4.49)	56(7.09)	0.292
2015	7	89	2.161±0.411	2.049±0.388	0.463	0(0)	17(19.1)	0.346	0(0)	4(4.49)	1.000
2016	22	81	2.186±0.434	2.165±0.454	0.843	3(13.6)	14(17.3)	1.000	0(0)	6(7.41)	0.337
2017	18	102	2.152±0.465	2.162±0.478	0.934	5(27.8)	25(24.5)	0.772	1(5.56)	12(11.76)	0.689
2018	21	87	2.338±0.478	2.268±0.470	0.542	5(23.8)	15(17.2)	0.534	2(9.52)	14(16.10)	0.733
2019	19	89	2.206±0.356	2.253±0.404	0.641	4(21.1)	16(18.0)	0.750	3(15.79)	3(3.37)	0.066
2020	21	90	2.383±0.305	2.442±0.438	0.558	3(14.3)	12(13.3)	1.000	1(4.76)	2(2.22)	0.470
2021	16	85	2.385±0.517	2.329±0.408	0.631	3(18.8)	14(16.5)	0.730	0(0)	6(7.06)	0.586
2022	14	78	2.363±0.415	2.291±0.428	0.561	3(21.4)	17(21.8)	1.000	0(0)	3(3.85)	1.000
2023	18	89	2.664±0.487	2.298±0.365	<0.001	4(22.2)	28(31.5)	0.576	0(0)	6(6.74)	0.587



図：通算GPA平均値の推移

キャリア教育卒前支援
プラン運用開始

- ✓ 9年間の通算GPAは地域枠群と非地域枠群の両群に有意差はなかった(2.322 vs. 2.249)。
- ✓ 単年度別の比較では、2015～2022年度まで両群に有意差はなかったが、2023年度卒業生では地域枠群が非地域枠群より有意に高値となった(2.664 vs. 2.298 (p< 0.001))。
- ✓ 2019年度以降の地域枠群は、入学後にキャリア形成プログラムが策定され、その適応対象者となった。そのため、制度説明会や個別面談等により教員との接触機会が増えた。
- ✓ 2023年度より地域枠群に対して宮崎県卒前支援プランの運用が開始され、在学中の教育体制が強化された。2023年度卒業生は、本調査の対象において唯一卒前支援プランが適用された学年であった。
- ✓ 9年間の平均原級経験率(19.2% vs. 20.8%)、国試不合格者率(4.5% vs. 7.1%) はともに両群に有意差はなく、単年度別の比較でも同様であった。

Limitation

- ✓ GPA算出根拠となる科目責任者の変更が9年間で一定数生じている。
- ✓ GPAには原級期間の成績や再試験の成績(再試験での合格は一律 60 点)も反映しているが、全てを網羅できていない可能性がある。
- ✓ GPA算出方法は大学により異なる。

結語

地域枠入学者は一般枠入学者と比較して GPA に基づく学修成績はほぼ同等であった。キャリア形成卒前支援プランが学修意欲の向上やキャリア教育の充実を促進し、一般枠者より卒業時成績が向上する可能性も示唆され、今後の継続的検討が必要である。

参考文献

1) 文部科学省 国内大学のGPSの算定および活用に係る実態の把握に関する調査研究報告書
www.mext.go.jp/a_menu/koutou/itaku/icsFiles/afieldfile/2018/11/12/1410961_1_1.pdf

2) 半田智久 2011 「GPA算法の比較検証：従前のGPAからfunctional GPA への移行とその最適互換性をめぐって」 高等教育と学生支援, 2, 22-30.

日本医学教育学会大会
COI開示
筆頭発表者：中村 佳菜子

演題発表に関連し、開示すべきCOI
関係にある企業などはありません。

宮崎県内高等学校校長に対して、恒久定員に組み込まれた後の地域枠の位置づけや学生推薦に際してのお願いで使用した説明資料①

1. 宮崎県キャリア形成プログラム ①コンセプト、②概要図

<①コンセプト>

- ☛ 医療法に基づき、宮崎県の実情を踏まえて、柔軟性と独自性のあるプログラムを策定し、
- ☛ 地域枠の理念、医学部入学時の情熱を体現した医師キャリアを達成するために、
- ☛ 先輩医師(メンター)と適切な時期により良い経験を積める研修勤務プランを一緒に考える

<②概要図>



2. 宮崎県キャリア形成プログラム ③基本モデル、④A～C群

<③ 基本モデル>

臨床研修後の7年間で医師少数区域での勤務が4年以上

卒後年数	1	2	3	4	5	6	7	8	9
医師 キャリア	臨床 研修	臨床 研修	専門 研修	専門 研修	専門 研修	専門医	専門医	専門医	専門医
従事区分	基幹型 研修 病院	基幹型 研修 病院	A群	B群	A群	A～C 群	B群 又は C群	B群 又は C群	B群 又は C群

<④ A～C群設定>



二次医療圏	医師偏在指標 (2019→2023)	判定	区分
宮崎東諸県	292.2→308.1	医師多数区域	A群
日南串間	175.7→180.1	どちらでもない*	B, C群
西都児湯	154.6→157.7	医師少数区域	B, C群
都城北諸県	151.7→171.4	医師少数区域	B, C群
西諸	146.4→164.7	医師少数区域	B, C群
延岡西臼杵	143.9→160.5	医師少数区域	B, C群
日向入郷	137.6→149.8	医師少数区域	B, C群
宮崎県	210.4→227.0	35位→33位	—
全国	239.8→255.6	—	—

*宮崎県キャリア形成プログラムでは日南串間も医師少数区域と同等に取り扱う

3. 宮崎県キャリア形成プログラム ⑤特長、⑥サポート体制

<⑤ 特長>

- ◆ 自由度の高いプログラム
 - ☞ 臨床研修：県内8基幹型臨床研修病院、専門研修：県内26専門コース選択
- ◆ 医師少数区域(B/C群)の病院も多彩
 - ☞ B群：県立延岡病院、県立日南病院、都城医療センター等の総合病院も含む
- ◆ 国内外留学や大学院進学、出産・育児等のライフイベントにも柔軟に対応
 - ☞ 留学・進学：最大5年間の中断可能、ライフイベント：年数制限なしの中断可能

<⑥ サポート体制>

- ◆ 各専門コースに卒後10～15年目の“良き相談者”(コース・メンター)を任命
 - ☞ どの時期にどの病院での勤務が経験向上に効果的か、一緒に考えてくれる
- ◆ 宮崎大学内に宮崎県地域医療支援機構の分室を設置し、地域枠経験医師がサポート

4. 校長先生へのお願い

【資料作成者】 2024/08/20, 小松 弘幸
(宮崎大学医療人育成推進センター、宮崎県地域医療支援機構専任医師)

●地域枠にまつわる根拠のない憶測や誤情報に惑わされないでいただきたい

【例1】 本人の意向を確認せずに勤務先が決定する(×誤情報)

- ☛ 本人の意向を重視し、メンター、プログラム責任者との調整を経て公正に決定される。

【例2】 県内のへき地医療機関に長期間縛り付けられる(×誤情報)

- ☛ 医師少数区域(4年以上勤務)には都城市・延岡市・日南市等の総合病院も含まれ、専門医も取得できるようにプログラム設計されている。国内外留学や大学院進学も可能。

●地域枠にまつわる誤情報に惑わされず、正しい理解に努めていただきたい

- ☛ 正確な情報源:「宮崎県地域医療支援機構」のWebホームページをご参照下さい。
- ☛ 10月6日開催:「宮崎から医師を目指そう! 応援フォーラム」への参加をご検討下さい。

●学校推薦を行う地域枠希望者に学校側からぜひ問いかけていただきたいこと

高校3年生時点で、医学部6年間と卒業後9年間の計15年間を考えるのが難しいことは十分承知しています。一方で、医学部入試合格の戦略のためだけに地域枠利用を考えるような学生には、この枠での受験は相応しくないと考えています(☛一般枠での受験が妥当)。

県民は宮崎で安心して医療が受けられるよう地域枠学生に大きな期待を寄せています。

「学校推薦型選抜募集要項」の記載のとおり、『宮崎の医療の発展・向上に貢献したいという強い意欲を持った学生』をぜひ推薦していただきたいです。

そのために、校長先生からも地域枠希望者へ推薦前に「あなたは宮崎県キャリア形成プログラムで頑張る強い意志を持っていますか」と問いかけていただければ幸いです。

臨時定員地域枠数について（R5、R6）

都道府県名	臨時定員地域枠 令和5年度	臨時定員地域枠 令和6年度
北海道	8	8
青森	27	27
岩手	37	37
宮城	7	7
秋田	29	29
山形	8	8
福島	47	47
茨城	59	62
栃木	13	13
群馬	18	18
埼玉	45	47
千葉	34	34
東京	20	20
神奈川	22	25
新潟	70	77
富山	12	12
石川	10	10
福井	10	10
山梨	22	24
長野	20	20
岐阜	25	25
静岡	68	68
愛知	32	32
三重	20	20

都道府県名	臨時定員地域枠 令和5年度	臨時定員地域枠 令和6年度
滋賀	5	5
京都	5	5
大阪	15	15
兵庫	16	16
奈良	15	15
和歌山	12	12
鳥取	19	19
島根	17	17
岡山	4	4
広島	15	15
山口	17	17
徳島	12	12
香川	14	14
愛媛	15	15
高知	15	15
福岡	5	5
佐賀	6	6
長崎	22	22
熊本	5	5
大分	10	10
宮崎	2	2
鹿児島	20	20
沖縄	12	12
医師多数県合計	191	191
医師中程度県合計	224	229
医師少数県合計	526	538
合計	941	958

黄色：医師多数都道府県
青色：医師少数都道府県

(令和5年8月9日更新の医師偏在指標による)

(赤字はR5年度比増)

※ 自治医科大学の臨時定員23枠のうち、栃木県指定枠3枠を除く20枠は計上していない。

(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年度以降については、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。

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

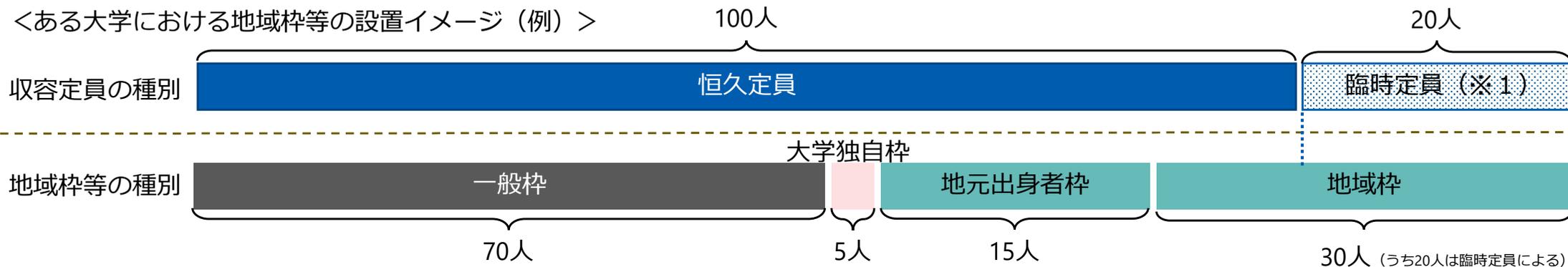
地元出身者枠

- 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

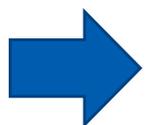
- ① 対象は問わない
- ② 選抜方法は問わない
- ③ 従事要件は問わない 等

＜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

地域枠・地域枠以外の地域定着割合の比較

第8回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ

資料1

令和4年10月12日

医学部卒業後の医師定着割合を比較すると、地域枠及び地元出身者の医師の地域定着割合が高い。

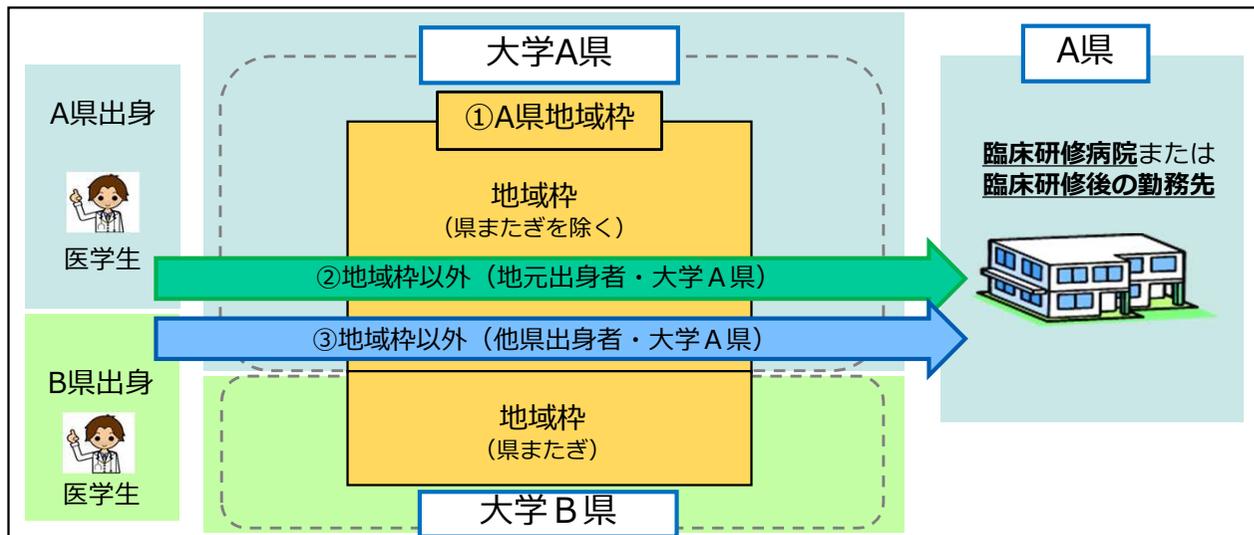
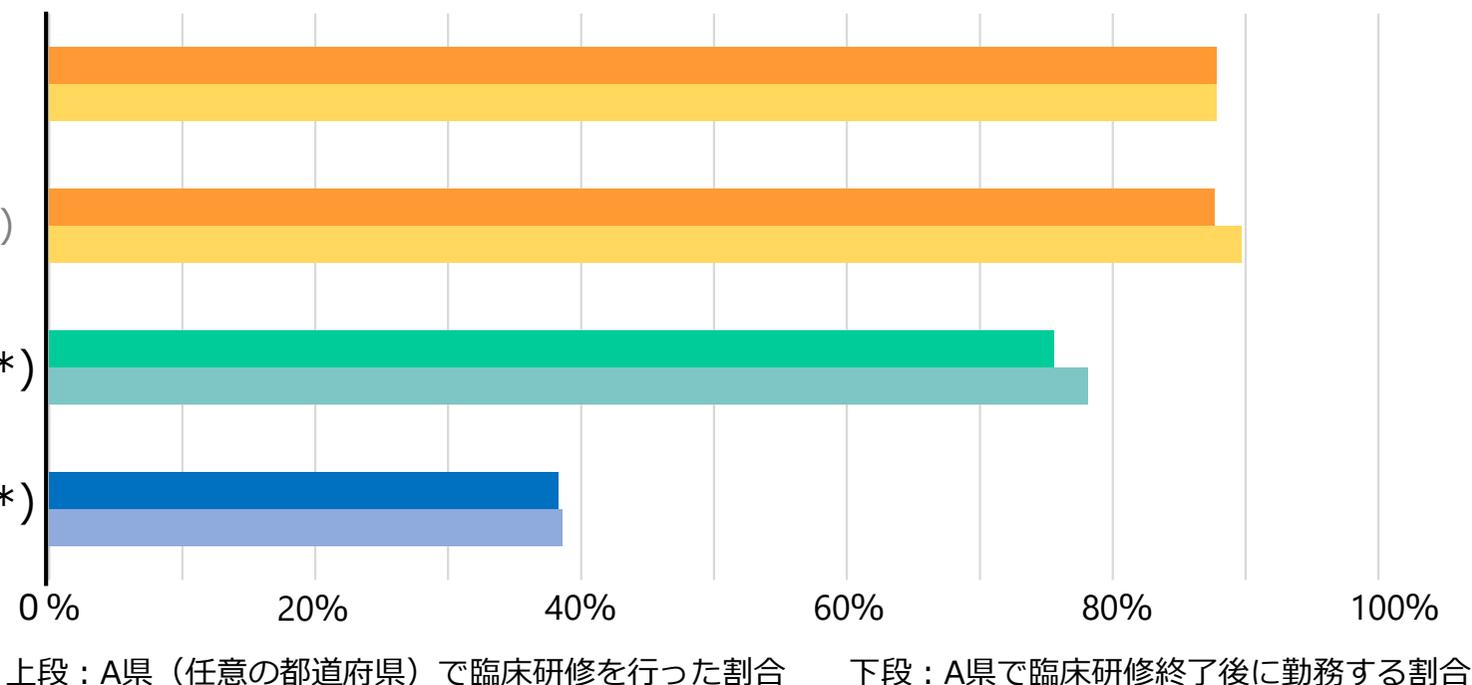
①地域枠

(①の内 医師少数県のみ)

②地域枠以外 (地元出身者*)

③地域枠以外 (他県出身者*)

*②, ③共に大学はA県に所在の場合
(下図参照)



出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成29～31年）厚生労働省調べ

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

地域枠について

- 令和4年度以降の臨時定員（地域枠）の増員にあたっては、以下で示す要件を満たしていることを必要としている。

対象	地元出身者（一定期間当該都道府県に住所を有した者）もしくは全国より選抜する。
選抜方法	別枠方式
協議の場	地域医療対策協議会で協議の上、設定する。
設定する上で協議する事項	地域医療対策協議会において、地域枠の設定数、従事要件・キャリア形成プログラムの内容、奨学金の額、地域定着策（面接頻度、セミナー開催等）並びに前述を進めるための都道府県から大学への経済的支援、離脱要件等を協議する。
同意取得方法	志願時に、都道府県と本人と保護者もしくは法定代理人が従事要件・離脱要件に書面同意している。
従事要件	①卒直後より当該都道府県内で9年間以上従事する※1,2。 ②将来のキャリアアップに関する意識の向上に資する都道府県のキャリア形成プログラムに参加すること。
奨学金貸与	問わない。

※1 従事要件の9年間のうち、医師の確保を特に図るべき区域等の医療機関における就業期間を4年間程度とし、当該医師のキャリアアップに配慮すること。

※2 医師の確保を特に図るべき区域とは、都道府県が医療計画に定めた医師少数区域及び医師少数スポットを指すものである。

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、地域の実情に応じた地域枠の設置・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。

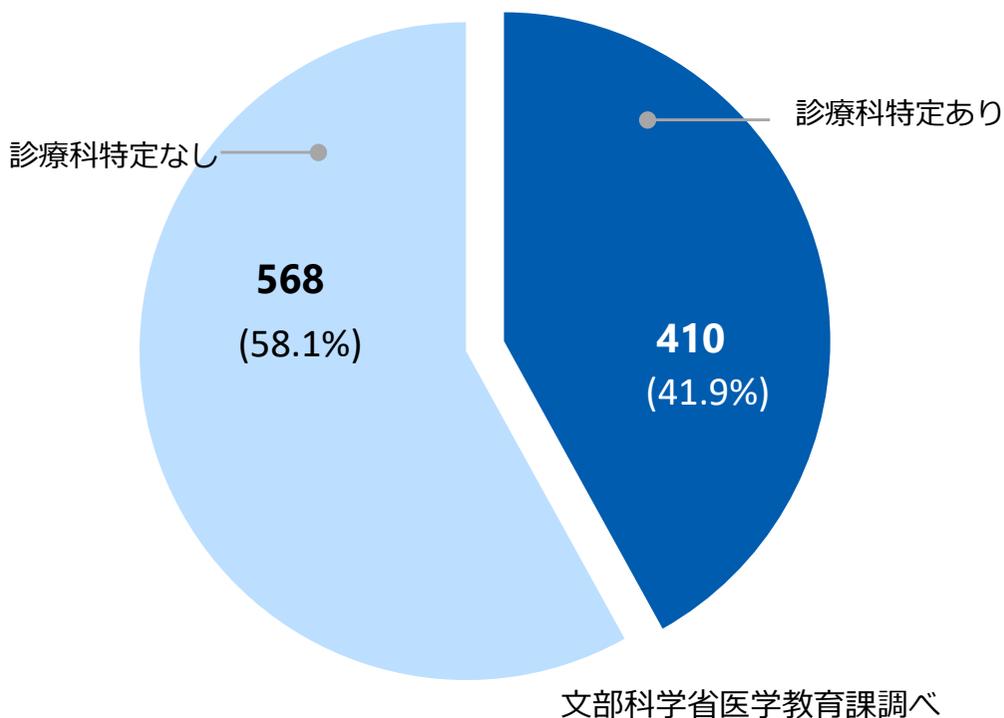
第8次医療計画の見直しのポイント

- 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。

地域枠の診療科特定について

- 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

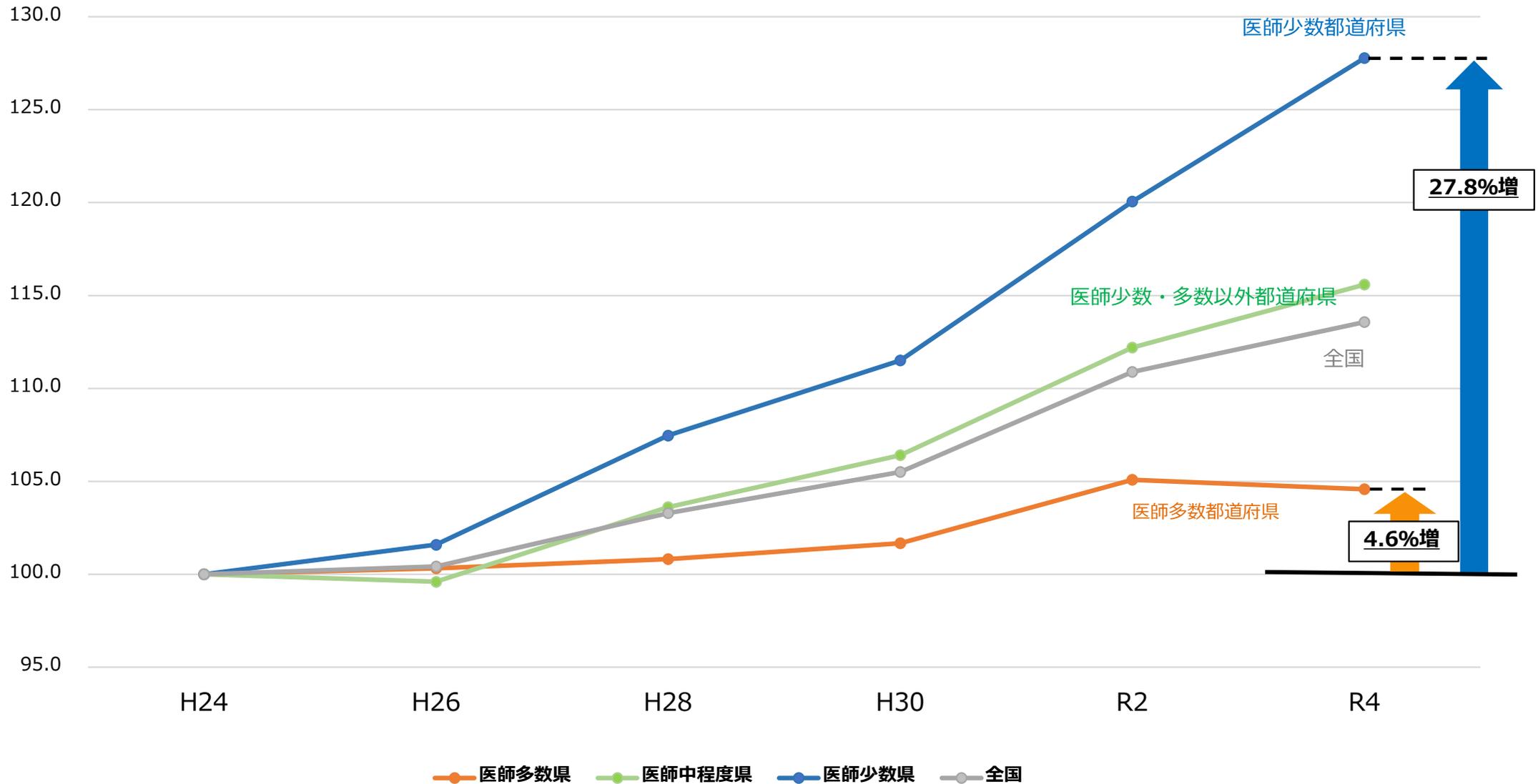
- 外科、小児科、産婦人科、救急科、麻酔科及び総合診療のいずれかを選択することを要件
- 救急科、産科、新生児科を選択することを要件
- 知事が指定する県内の医療機関において、地域医療に必要な診療科（小児科・外科・呼吸器外科・消化器外科・乳腺外科・小児外科・産科・麻酔科・救急科・総合診療科・脳神経外科・感染症内科）に9年間（臨床研修を含めて11年間）勤務
- 専攻する診療科に制限はないが、地域派遣時の診療科は内科・総合診療とする（産科、精神科を専攻する場合を除く）
- 特定地域の公的医療機関であれば診療科に制限はないが、それ以外の医療機関であれば、産科、小児科、救命救急センターである必要がある
- 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）

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

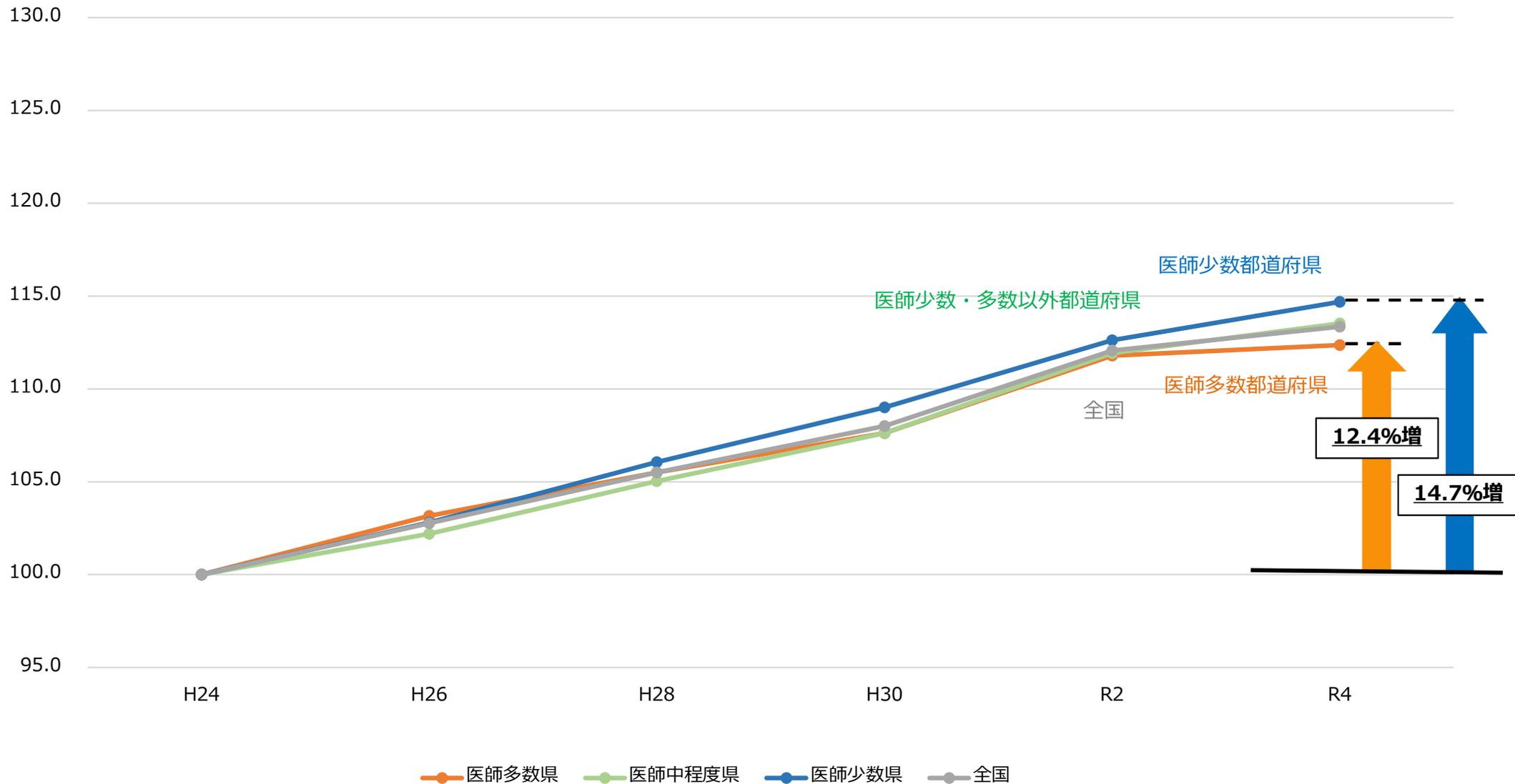


※ 医師多数都道府県：医師偏在指標の上位33.3%の都道府県
 医師少数都道府県：医師偏在指標の下位33.3%の都道府県
 医師少数・多数以外都道府県：医師偏在指標の上位・下位33.3%以外の都道府県

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査、統計（厚生労働省）
 医師少数都道府県及び医師多数都道府県は医師偏在指標（厚生労働省：令和2年2月）による

医療施設従事医師数推移（平成24年を100とした場合）

○ 平成26年の前後で比較すると、医師少数都道府県の医師数の伸び率は、医師多数都道府県より大きいですが、その伸び率の差は、若手医師（35歳未満）における伸び率の差と比較してわずかである。

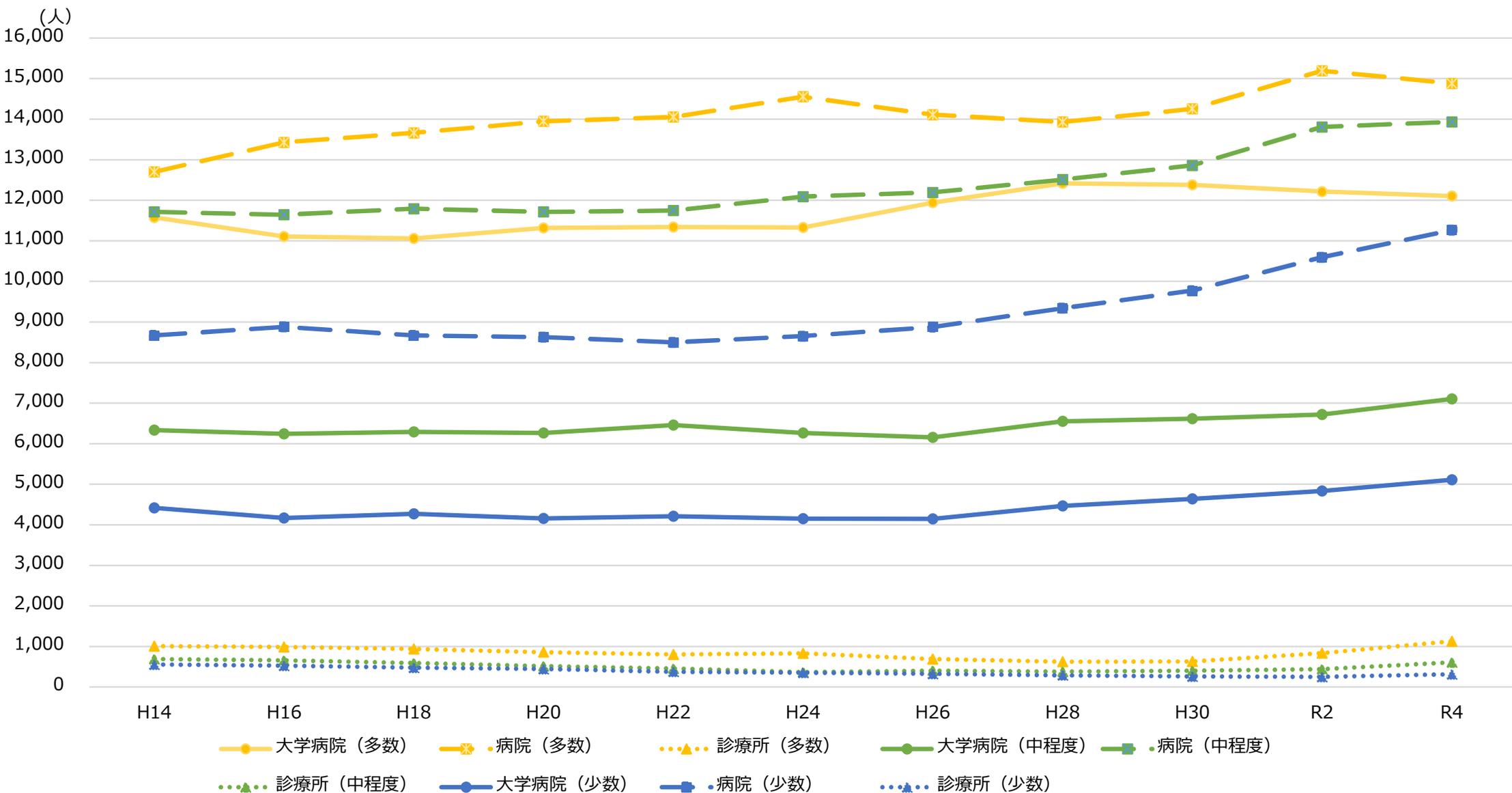


※ **医師多数都道府県**：医師偏在指標の上位33.3%の都道府県
医師少数都道府県：医師偏在指標の下位33.3%の都道府県
医師少数・多数以外都道府県：医師偏在指標の上位・下位33.3%以外の都道府県

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査、統計（厚生労働省）
 医師少数都道府県及び医師多数都道府県は医師偏在指標（厚生労働省：令和2年2月）による

35歳未満の医師数（主たる従事施設別）の推移

- 大学病院を除く病院を主たる従事施設とする医師の数が最も多く、医師少数県、医師中程度県では増加が続いている。
- 大学病院を主たる従事施設とする医師数は、医師多数県では減少傾向だが、医師少数県、医師中程度県では増加が続いている。
- 診療所を主たる従事施設とする医師の割合は小さいものの、医師多数県では減少傾向が増加傾向に転じている。

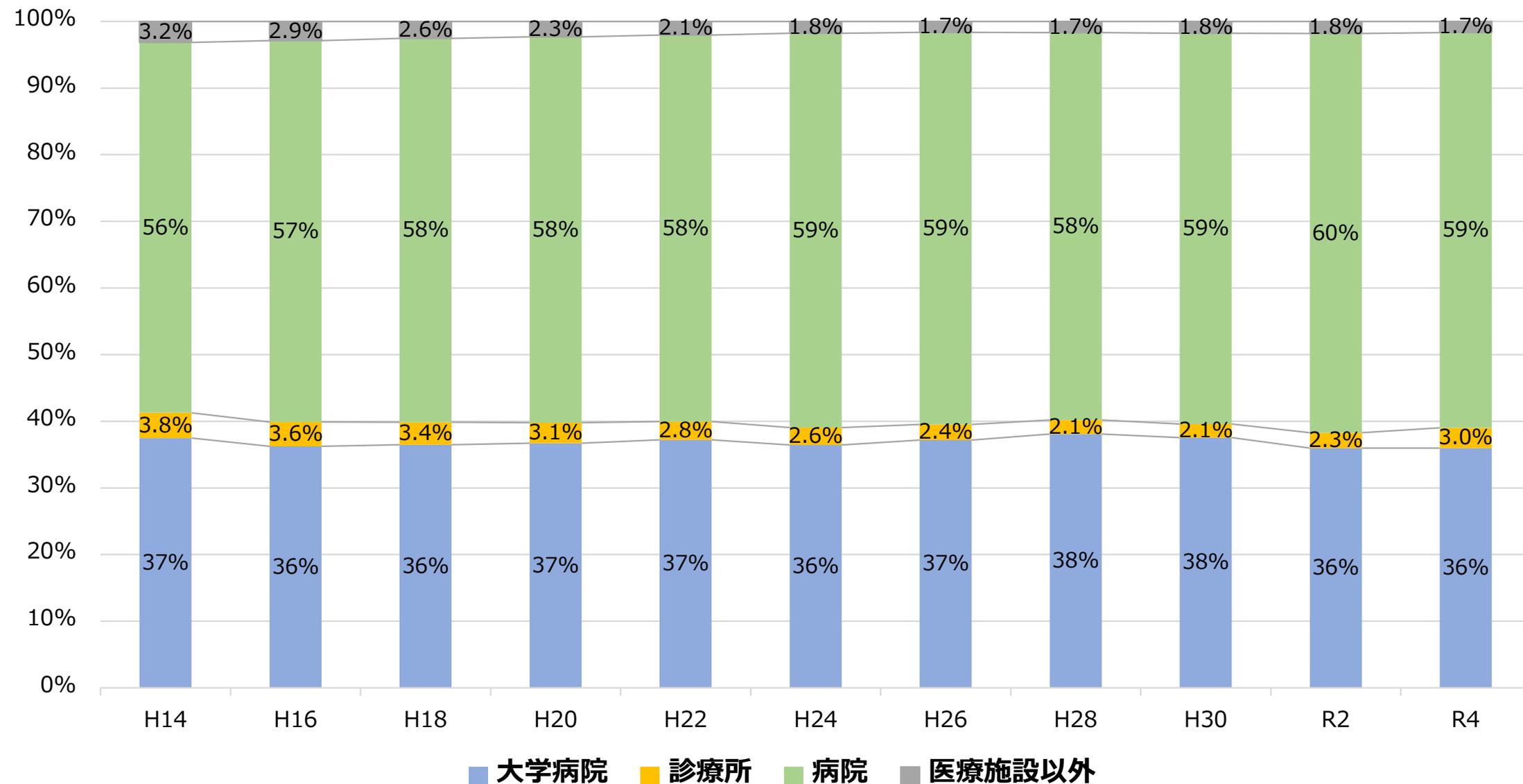


※ 診療所：開設者又は法人の代表者、勤務者を集計
 病院：医育機関附属の病院を除く病院をいう。開設者又は法人の代表者、勤務者を集計
 大学病院：医育機関附属の病院の臨床系の教官又は教員、臨床系の大学院生、臨床系の勤務医を集計

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

35歳未満の医師（主たる従事施設別）の割合の推移

- 35歳未満の医師のうち、大学病院を除く病院を主たる従事施設とする医師の割合は増えてきている。
- 35歳未満の医師のうち、診療所を主たる従事施設とする医師の割合は小さいものの、令和2年以降、増加に転じている。

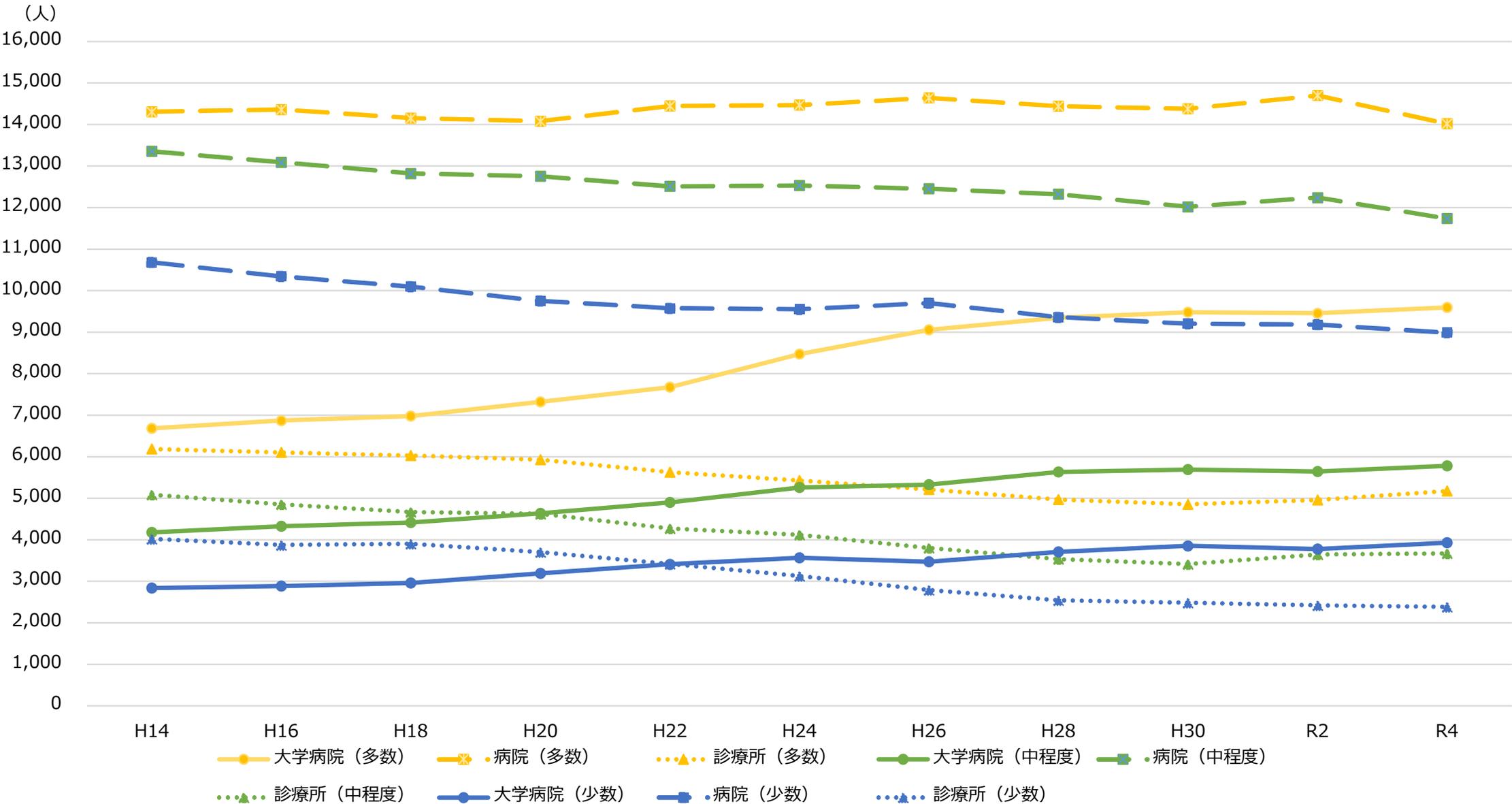


※ 診療所：開設者又は法人の代表者、勤務者を集計
 病院：医育機関附属の病院を除く病院。開設者又は法人の代表者、勤務者を集計
 大学病院：医育機関附属の病院の臨床系の教官又は教員、臨床系の大学院生、臨床系の勤務医を集計

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査、統計（厚生労働省）

35～44歳の医師数（主たる従事施設別）の推移

○大学病院を主たる業務とする医師は、特に医師多数県で増加している。



※ 診療所：開設者又は法人の代表者、勤務者を集計

病院：医育機関附属の病院を除く病院。開設者又は法人の代表者、勤務者を集計

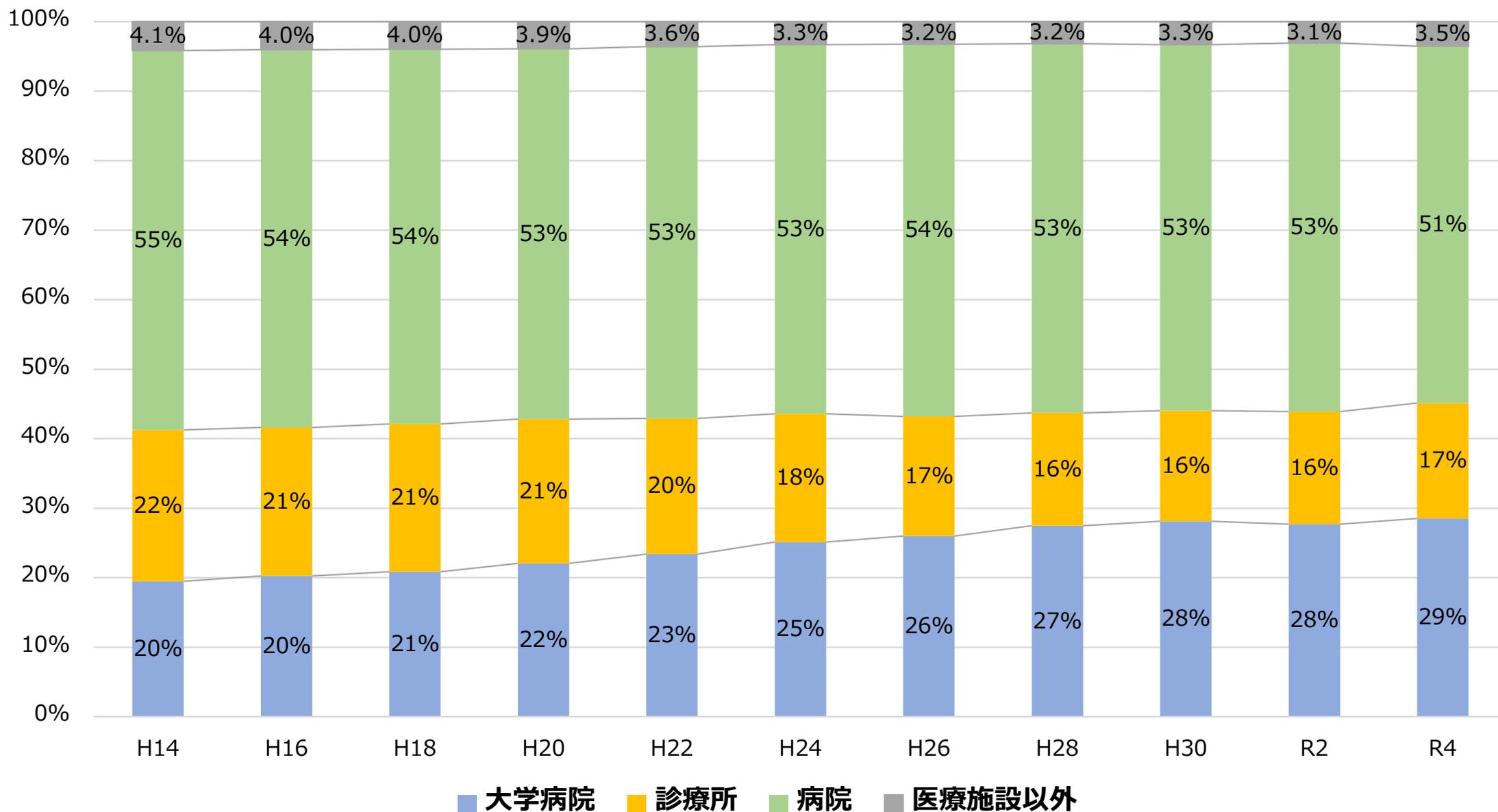
大学病院：医育機関附属の病院の臨床系の教官又は教員、臨床系の大学院生、臨床系の勤務医を集計

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査、統計（厚生労働省）

医師多数県・医師中程度県・医師少数県は医師偏在指標（厚生労働省：令和6年1月）による

35～44歳の医師（主たる従事施設別）の割合の推移

- 35～44歳の医師のうち、大学病院を主たる従事施設とする医師の割合は増えてきている。
- 35～44歳の医師のうち、診療所を主たる従事施設とする医師の割合は減ってきた後、ほぼ横ばいである。

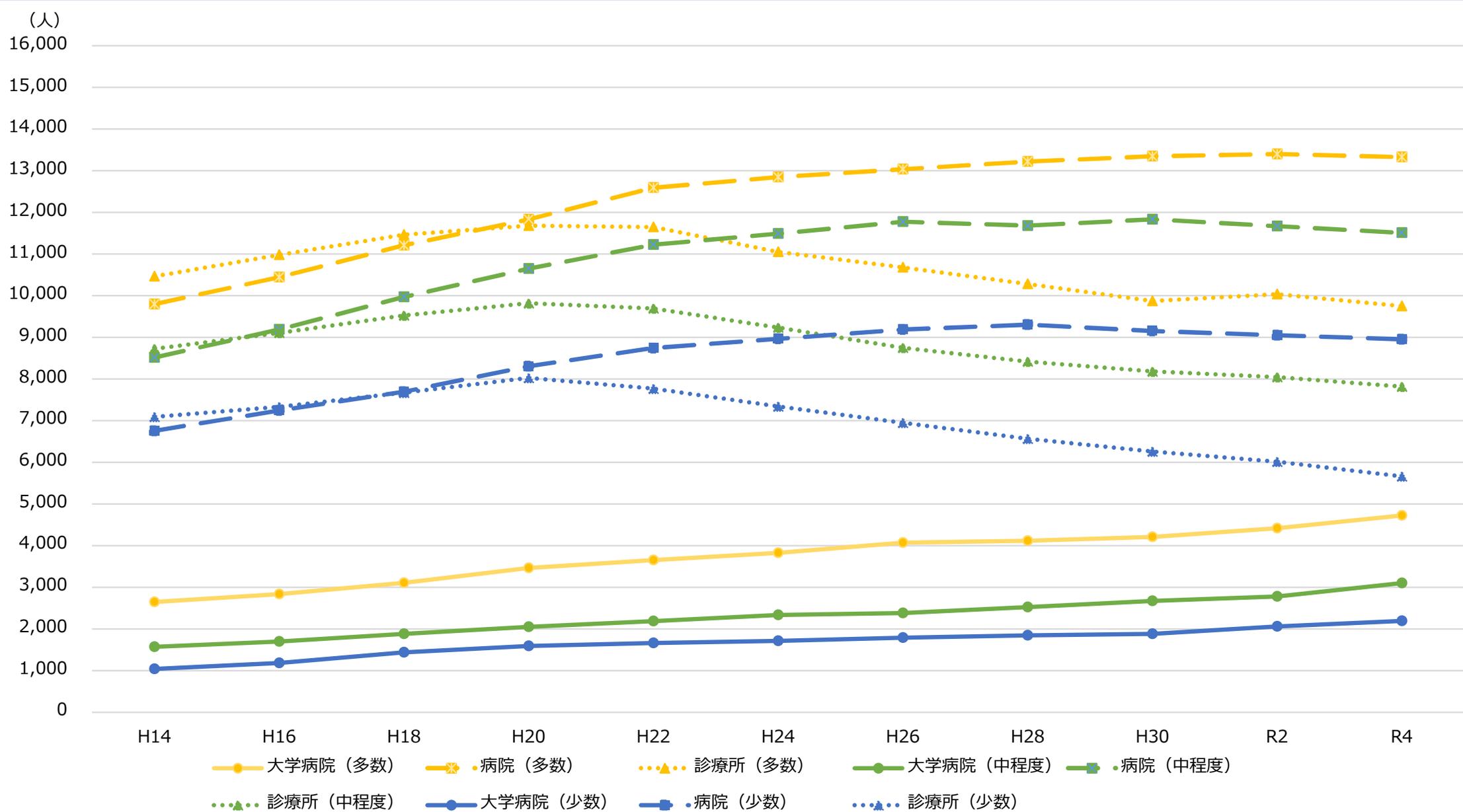


※ 診療所：開設者又は法人の代表者、勤務者を集計
 病院：医育機関附属の病院を除く病院。開設者又は法人の代表者、勤務者を集計
 大学病院：医育機関附属の病院の臨床系の教官又は教員、臨床系の大学院生、臨床系の勤務医を集計

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査、統計（厚生労働省）

45～54歳の医師数（主たる従事施設別）の推移

○ 診療所を主たる従事施設とする医師数は減少してきている一方で、大学病院を主たる従事施設とする医師が増えてきている。

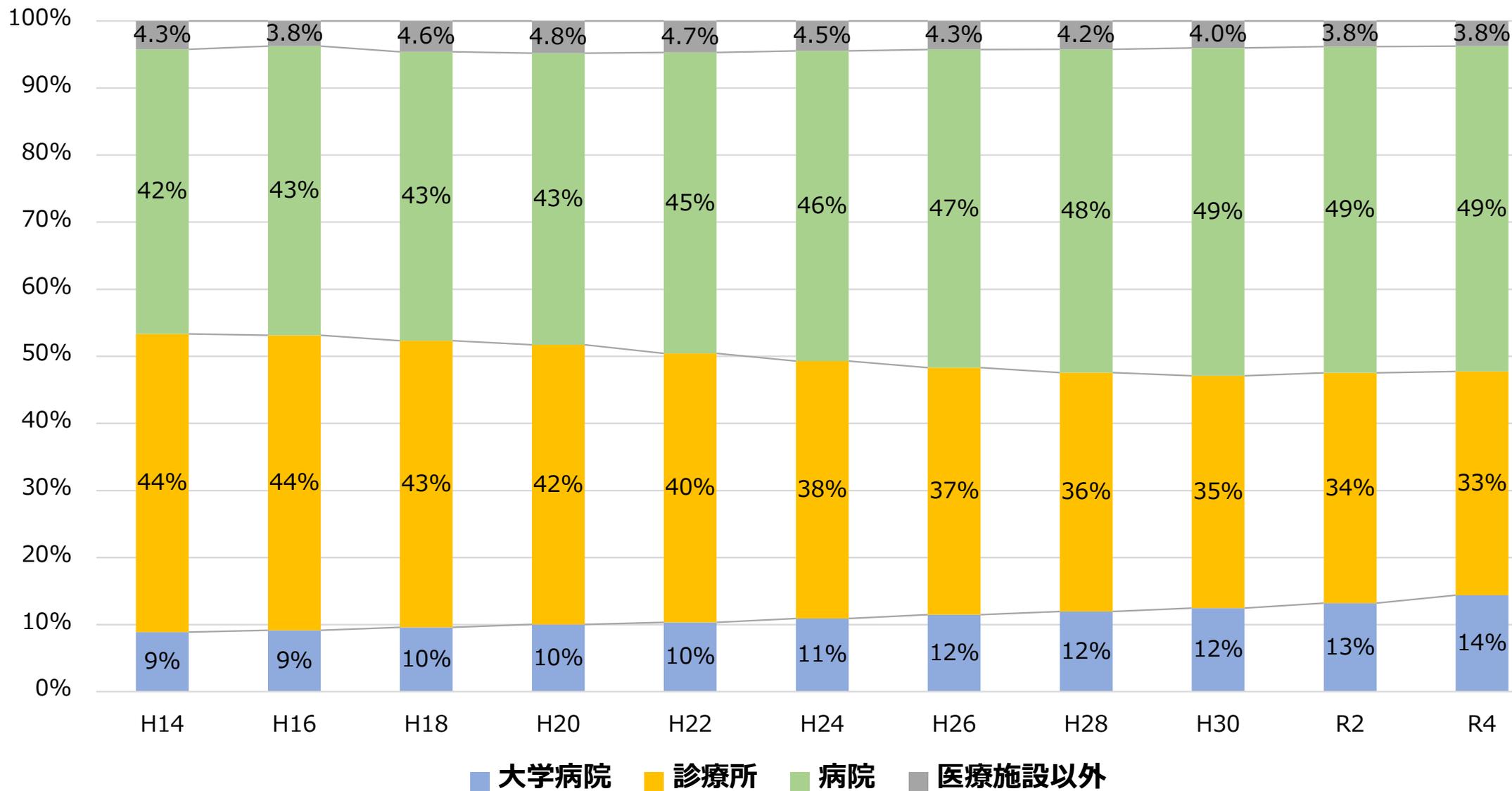


※ 診療所：開設者又は法人の代表者、勤務者を集計
 病院：医育機関附属の病院を除く病院をいう。開設者又は法人の代表者、勤務者を集計
 大学病院：医育機関附属の病院の臨床系の教官又は教員、臨床系の大学院生、臨床系の勤務医を集計

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査、統計（厚生労働省）
 医師多数県・医師中程度県・医師少数県は医師偏在指標
 （厚生労働省：令和6年1月）による

45～54歳の医師（主たる従事施設別）の割合の推移

- 45～54歳の医師のうち、病院（大学病院を除く）や大学病院を主たる従事施設とする医師の割合は増えてきている。
- 45～54歳の医師のうち、診療所を主たる従事施設とする医師の割合は減ってきている。

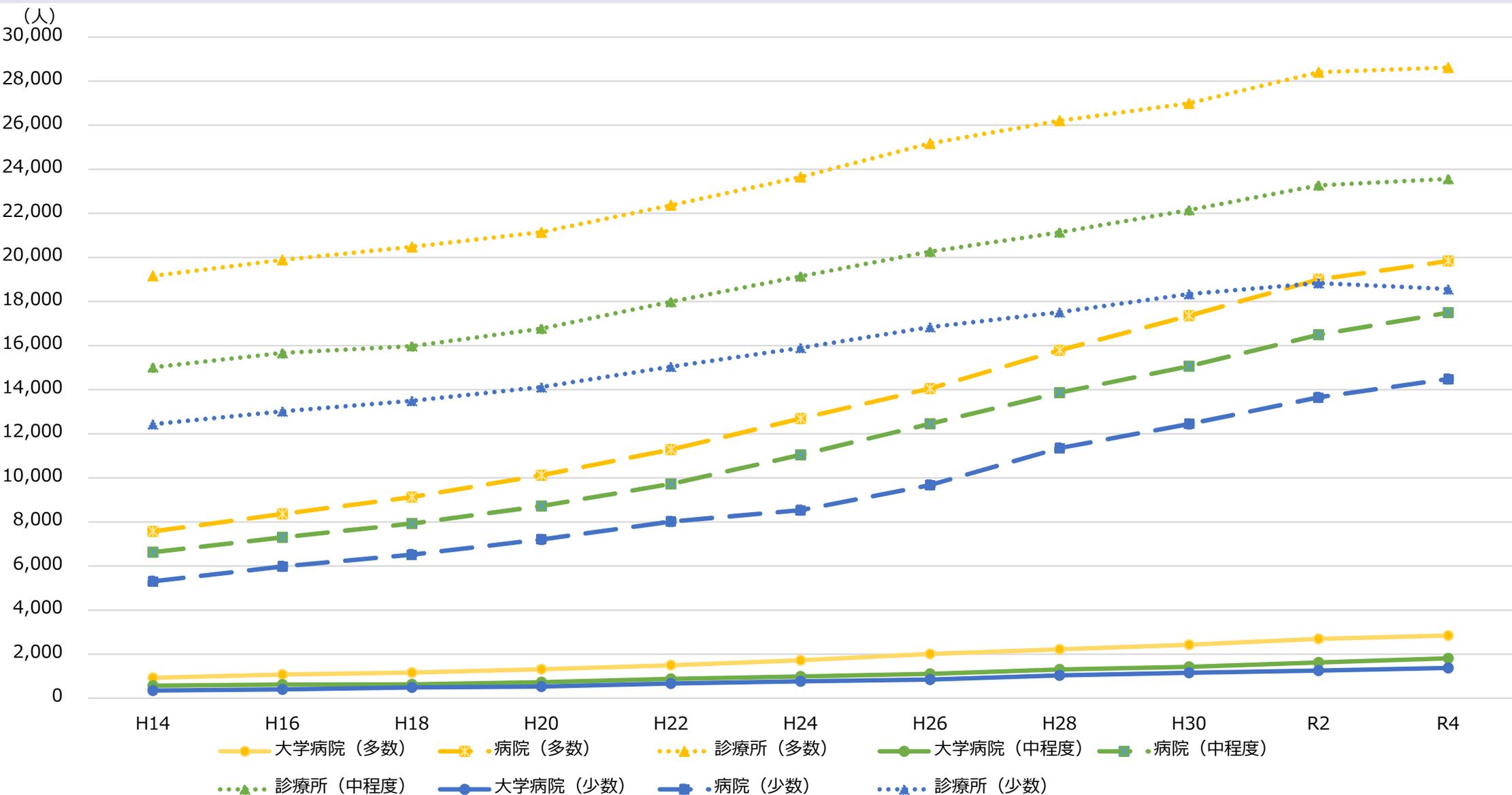


※ 診療所：開設者又は法人の代表者、勤務者を集計
 病院：医育機関附属の病院を除く病院。開設者又は法人の代表者、勤務者を集計
 大学病院：医育機関附属の病院の臨床系の教官又は教員、臨床系の大学院生、臨床系の勤務医を集計

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査、統計（厚生労働省）

55歳以上の医師数（主たる従事施設別）の推移

- 診療所を主たる従事施設とする医師の割合が最も高く、医師多数区域や医師中程度区域の増加は緩やかになり、医師少数区域では増加が減少に転じている。
- 病院（大学病院を除く）、大学病院を主たる従事施設とする医師数は増加が続いている。

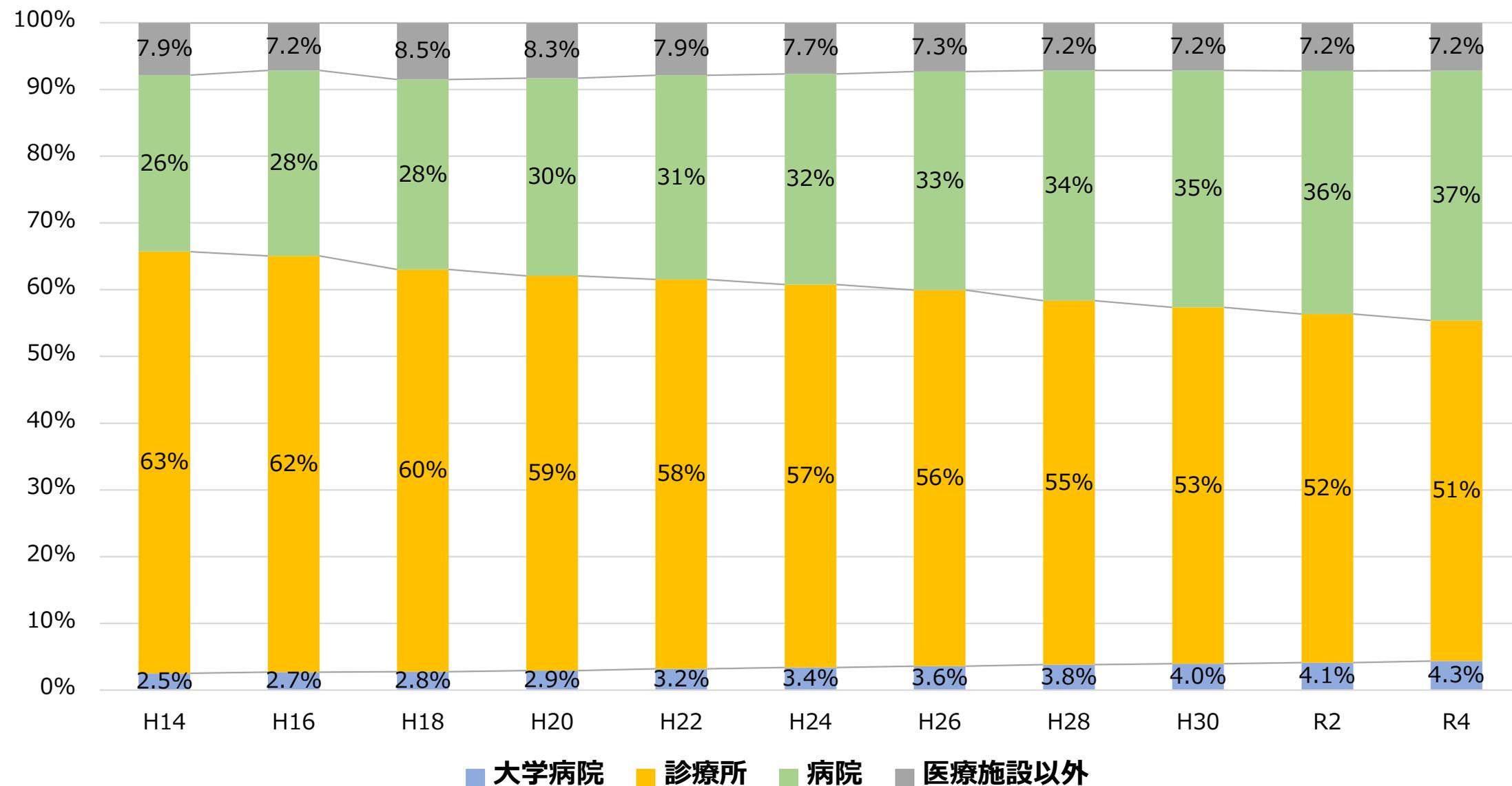


※ 診療所：開設者又は法人の代表者、勤務者を集計
 病院：医育機関附属の病院を除く病院。開設者又は法人の代表者、勤務者を集計
 大学病院：医育機関附属の病院の臨床系の教官又は教員、臨床系の大学院生、臨床系の勤務医を集計

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査、統計（厚生労働省）
 医師多数県・医師中程度県・医師少数県は医師偏在指標
 （厚生労働省：令和6年1月）による

55歳以上の医師（主たる従事施設別）の割合の推移

- 55歳以上の医師のうち、病院（大学病院を除く）、大学病院を主たる従事施設とする医師の割合は増えてきている。
- 55歳以上の医師のうち、診療所を主たる従事施設とする医師の割合は減ってきている。

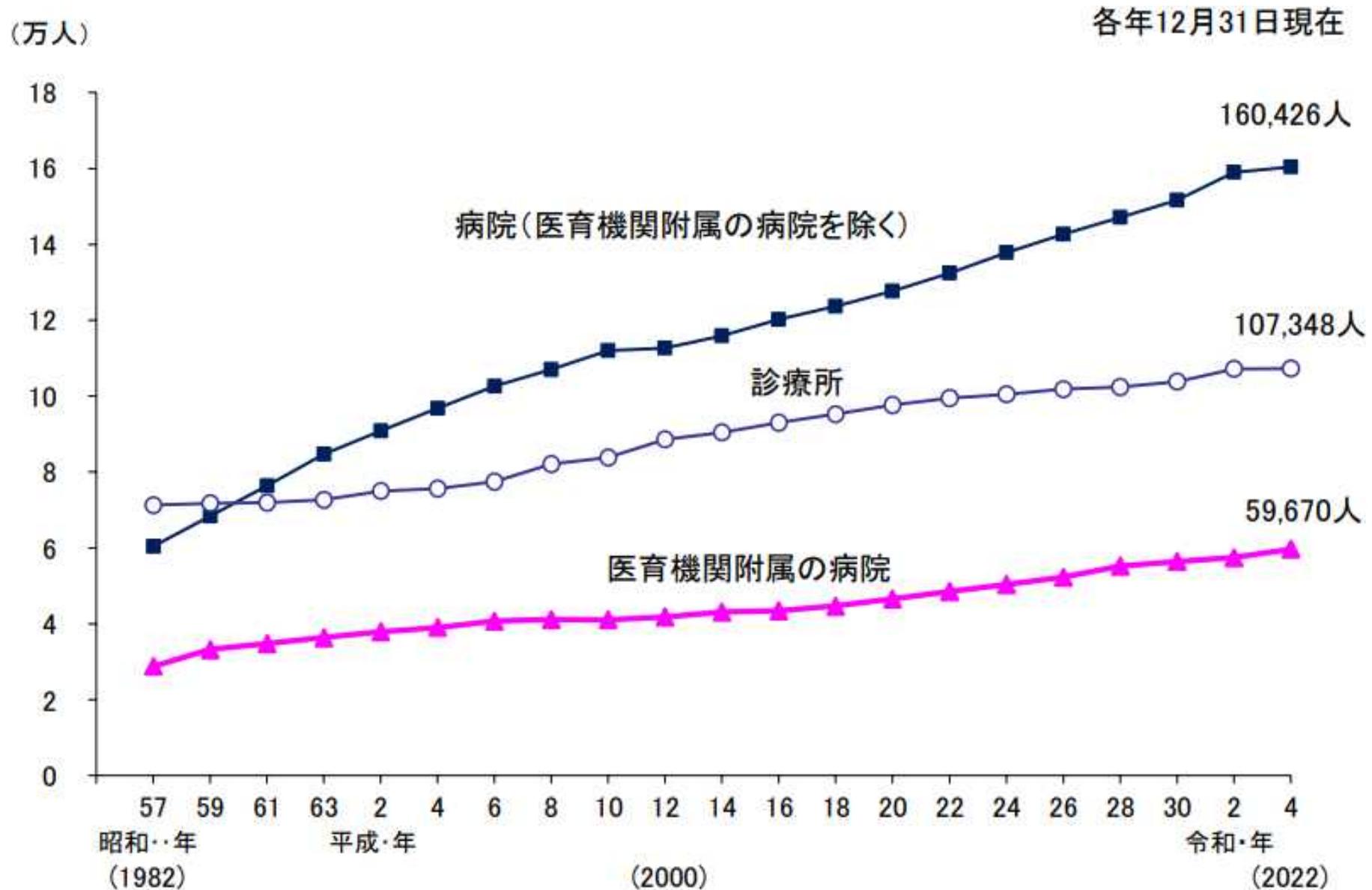


※ 診療所：開設者又は法人の代表者、勤務者を集計
 病院：医育機関附属の病院を除く病院。開設者又は法人の代表者、勤務者を集計
 大学病院：医育機関附属の病院の臨床系の教官又は教員、臨床系の大学院生、臨床系の勤務医を集計

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査、統計（厚生労働省）

施設の種別に応じた医師数の年次推移

- 主に従事している施設の種別に応じた医師数をみると、「病院（医育機関附属の病院を除く）」160,426人が最も多く、「診療所」107,348人、「医育機関附属の病院」59,670人となっている。
- 年次推移でも、昭和61年以降「病院（医育機関附属の病院を除く）」を主たる従事先とする医師が最も多い。

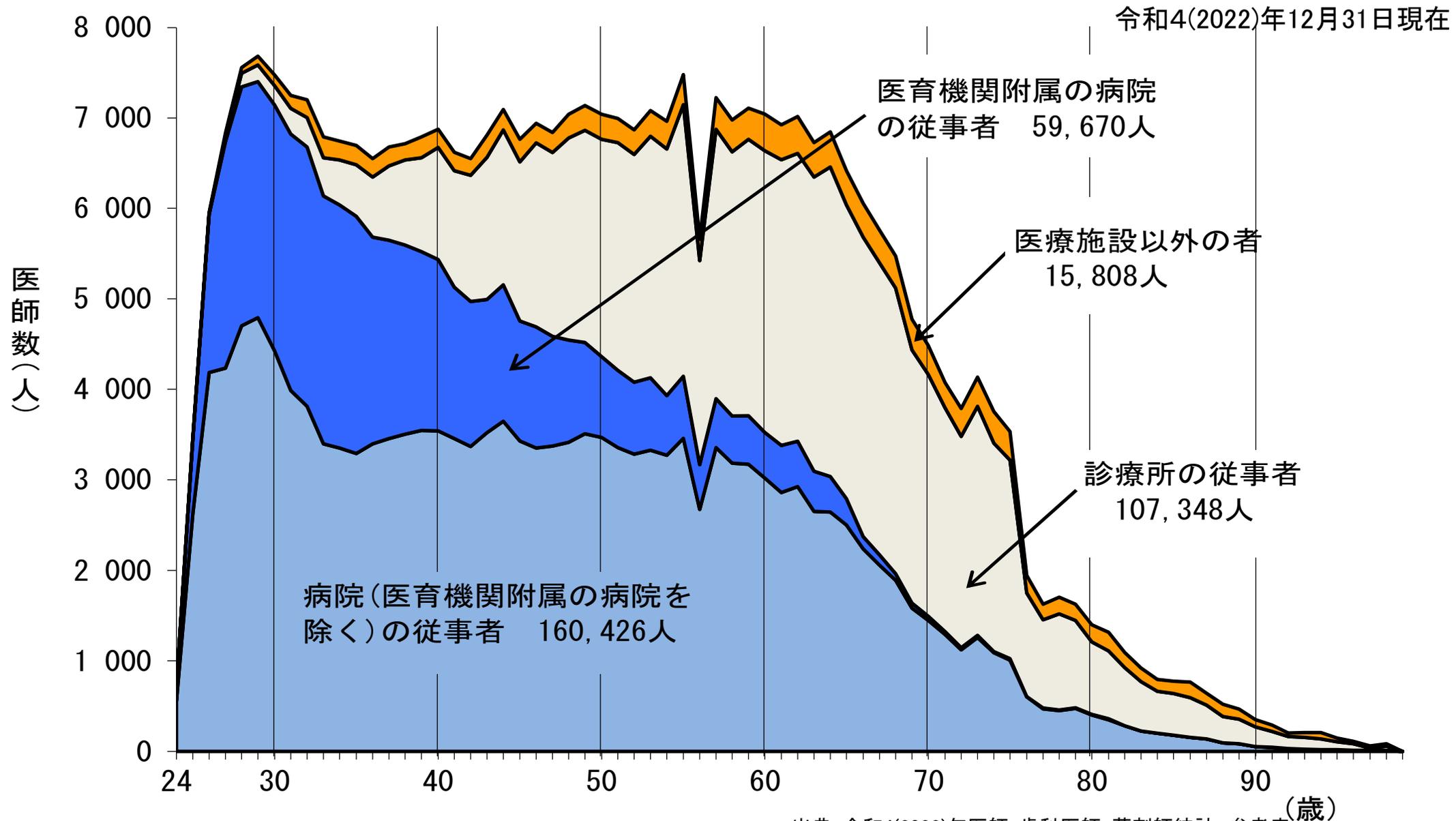


出典：令和4(2022)年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況（結果の概要）

https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/22/dl/R04_kekka-1.pdf 65

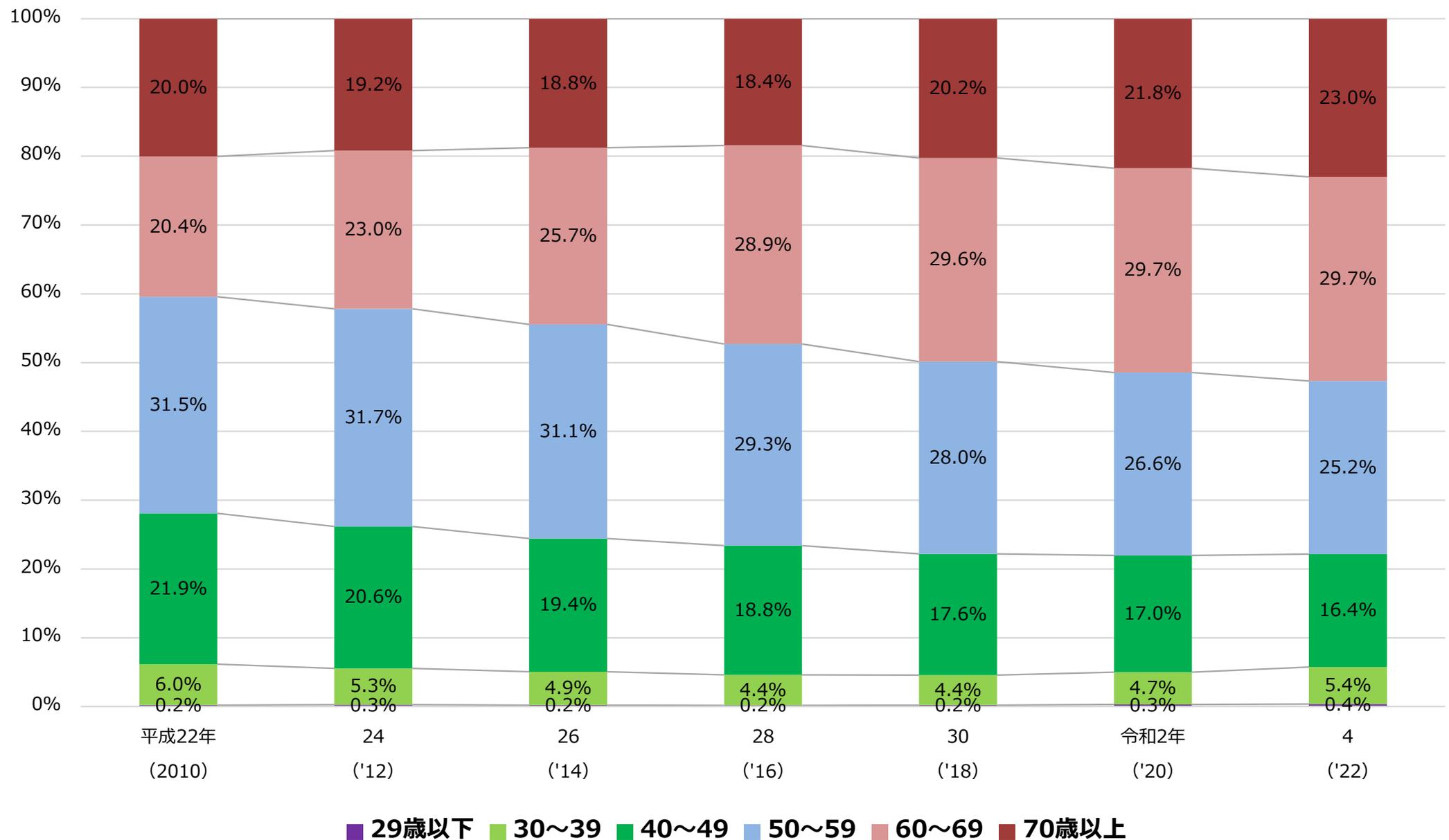
施設の種別・年齢別にみた医師数 (R4)

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



診療所従事医師の年齢階級別の割合の推移

- 診療所が主たる従事先の医師については、40歳未満の医師の割合は約6%である。
- 診療所が主たる従事先の医師については、60歳以上の医師の割合が増加してきている。

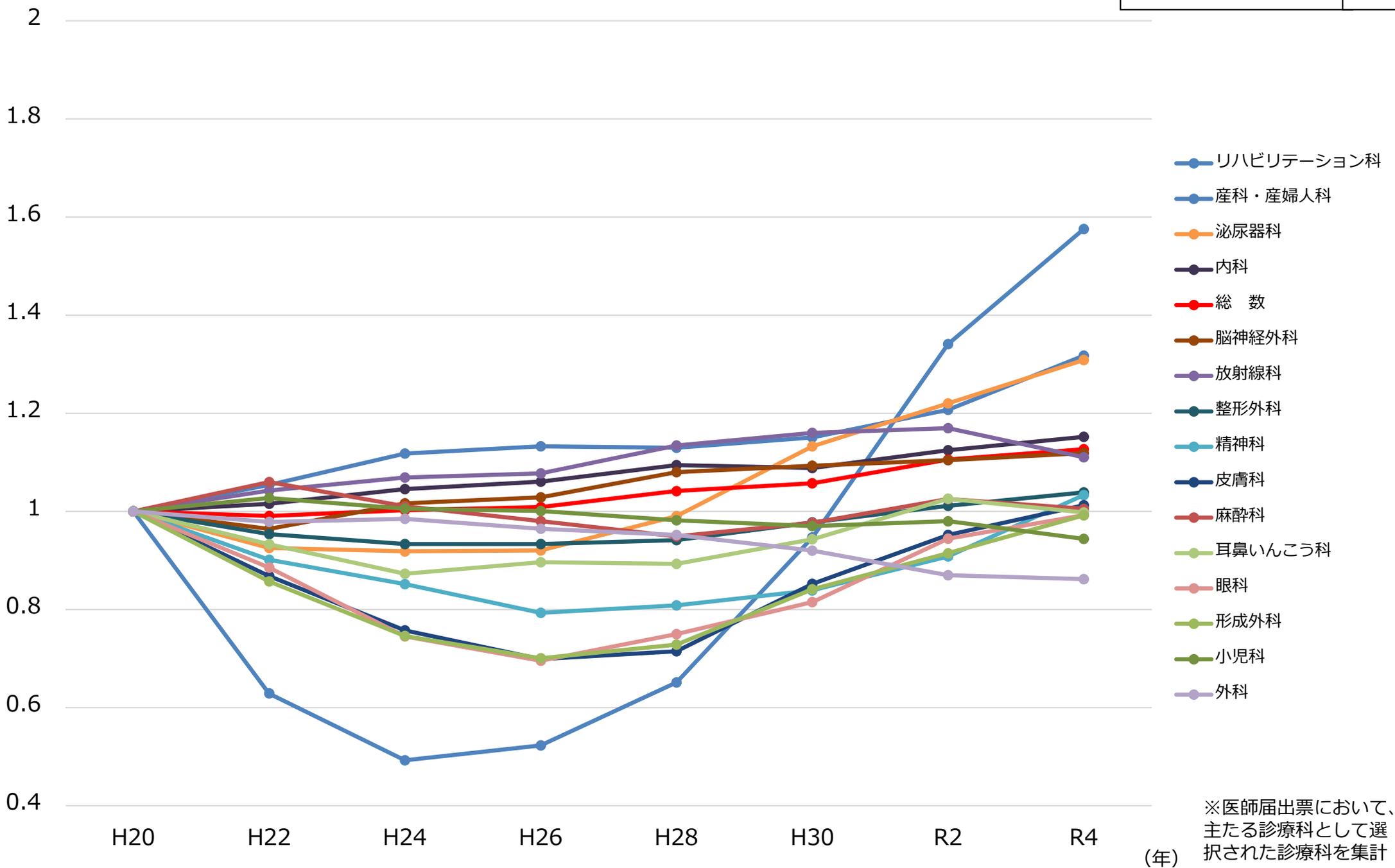


出典：医師・歯科医師・薬剤師調査、統計（厚生労働省）

https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/isshi/22/dl/R04_toukeihyo.pdf

男性医師（35歳未満）の診療科別医師数の推移（平成20年を1.0とした場合）

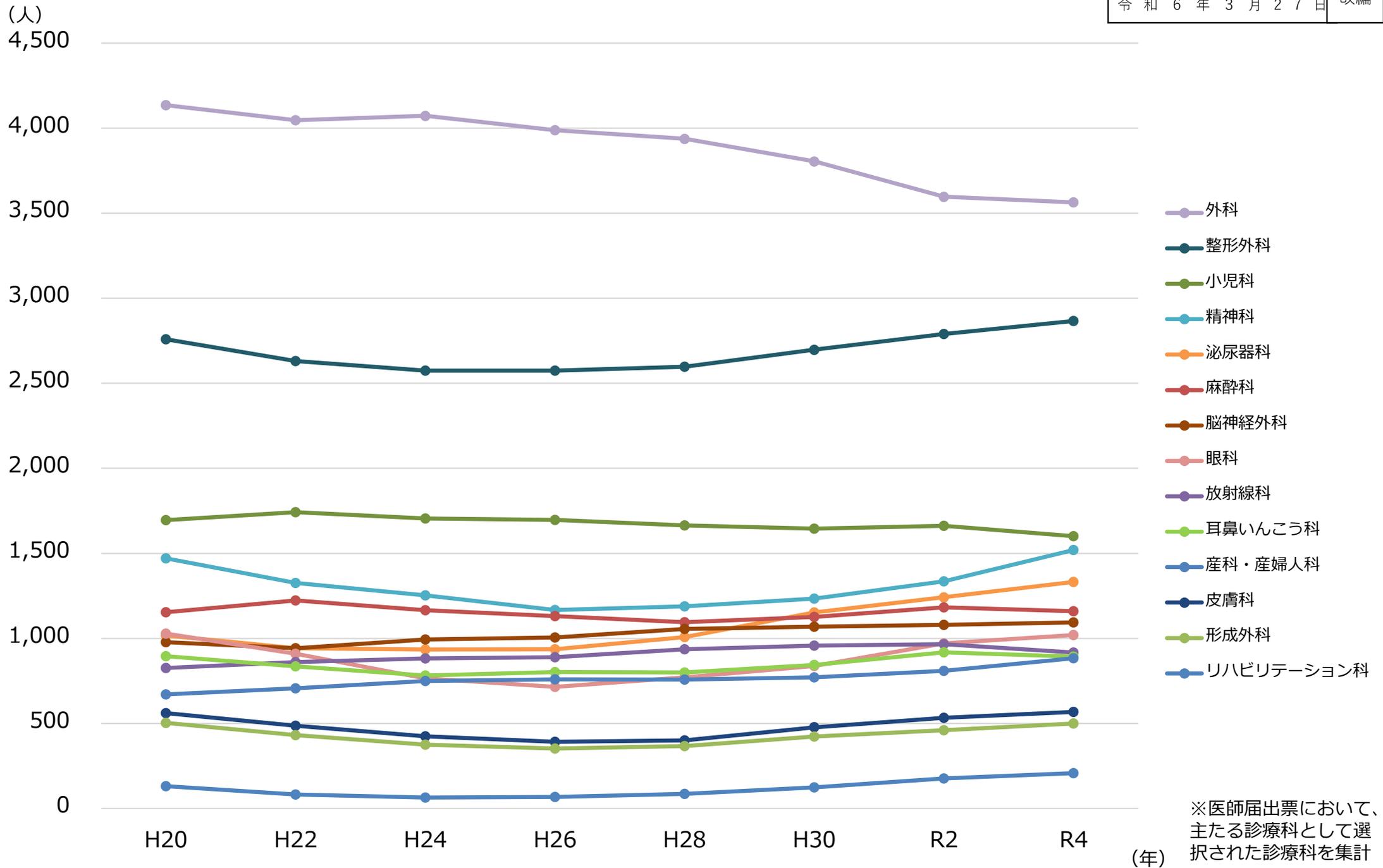
第3回医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会 資料1
 令和6年3月27日 改編



※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

※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

男性医師（35歳未満）の診療科別医師数の推移（内科を除く）

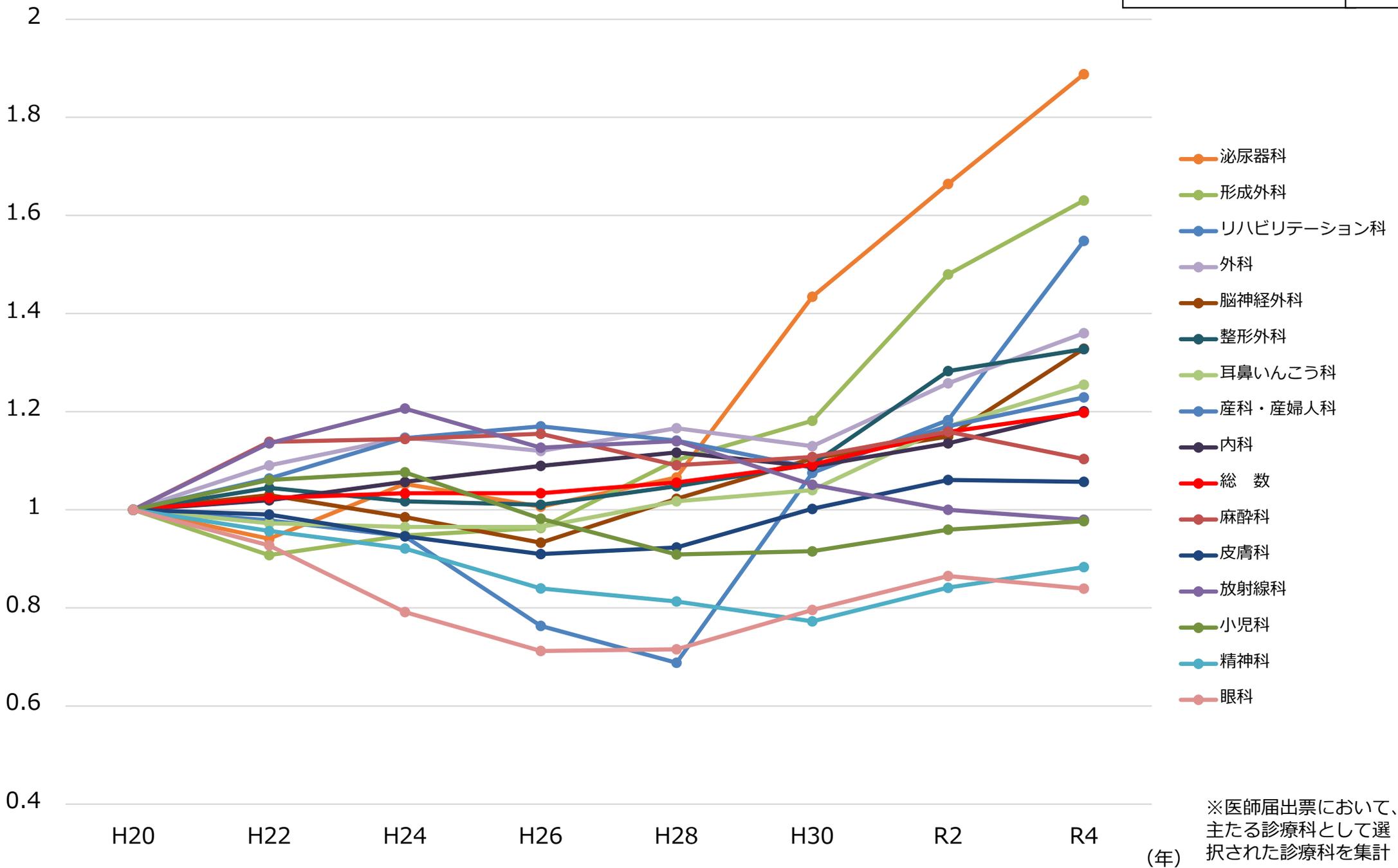


※医師届出票において、主たる診療科として選択された診療科を集計

※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

女性医師（35歳未満）の診療科別医師数の推移（平成20年を1.0とした場合）

第3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
 令和6年3月27日 改編

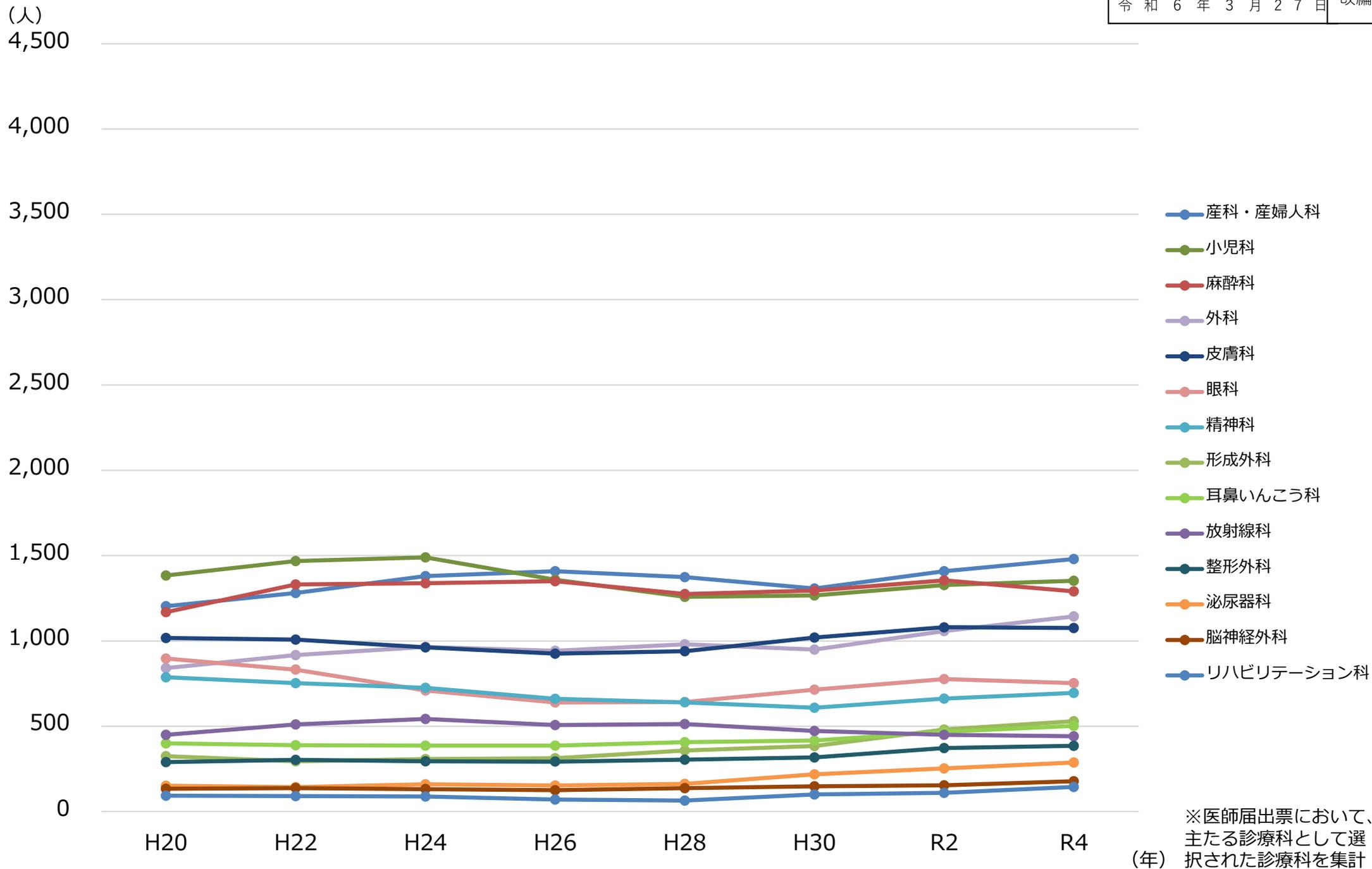


※医師届出票において、主たる診療科として選択された診療科を集計

※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

女性医師（35歳未満）の診療科別医師数の推移（内科を除く）

第3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
令和6年3月27日 改編

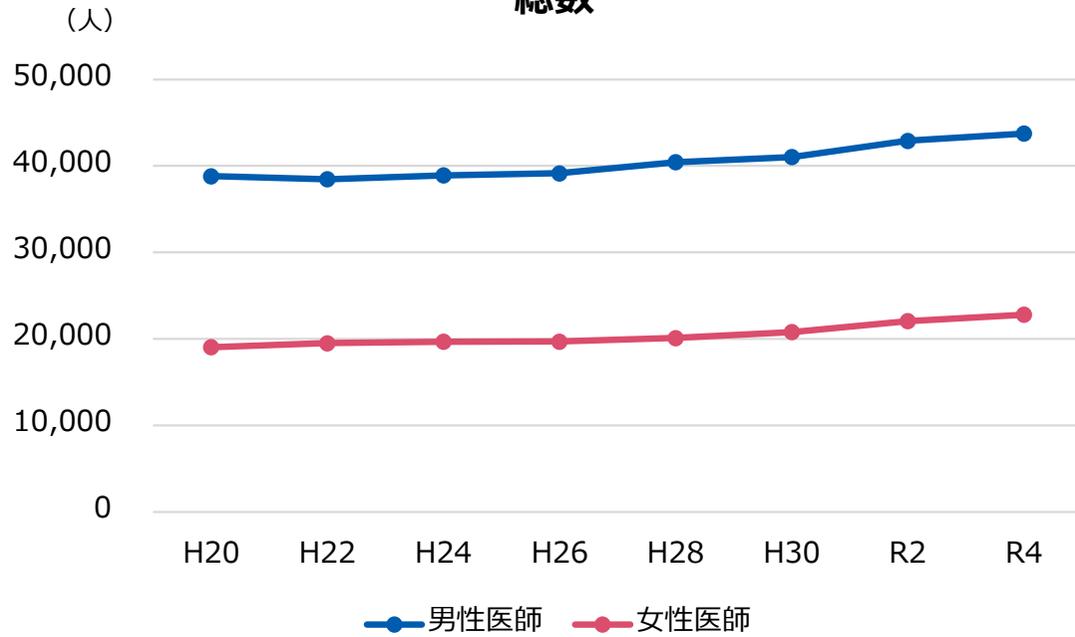


※医師届出票において、主たる診療科として選択された診療科を集計

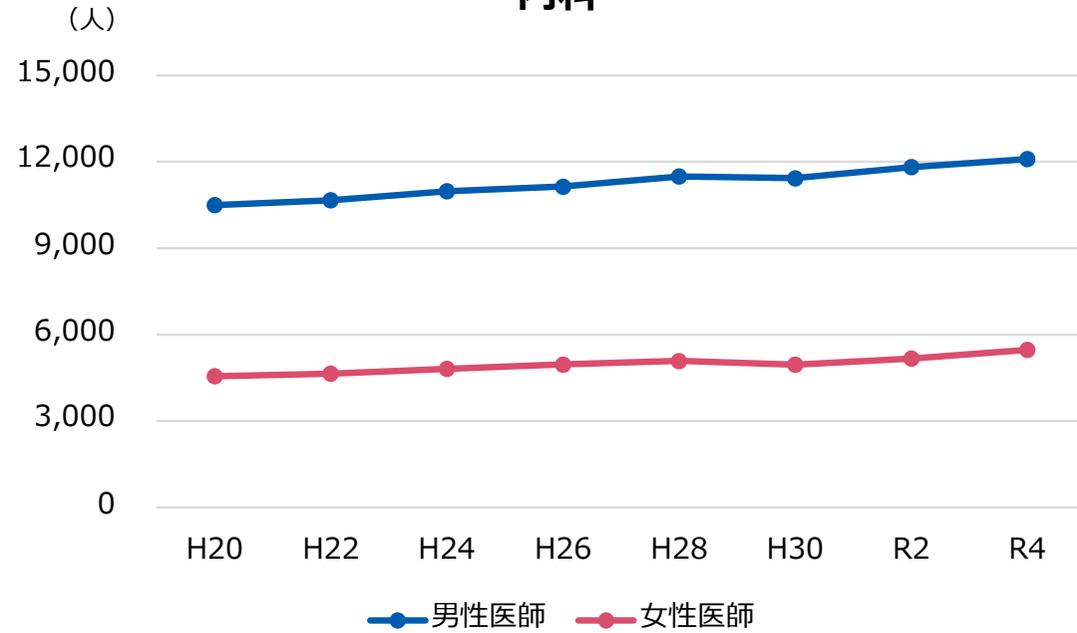
※内科・・・内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科
 ※外科・・・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

35歳未満医療施設従事医師数の推移（従事する主たる診療科別）①

総数

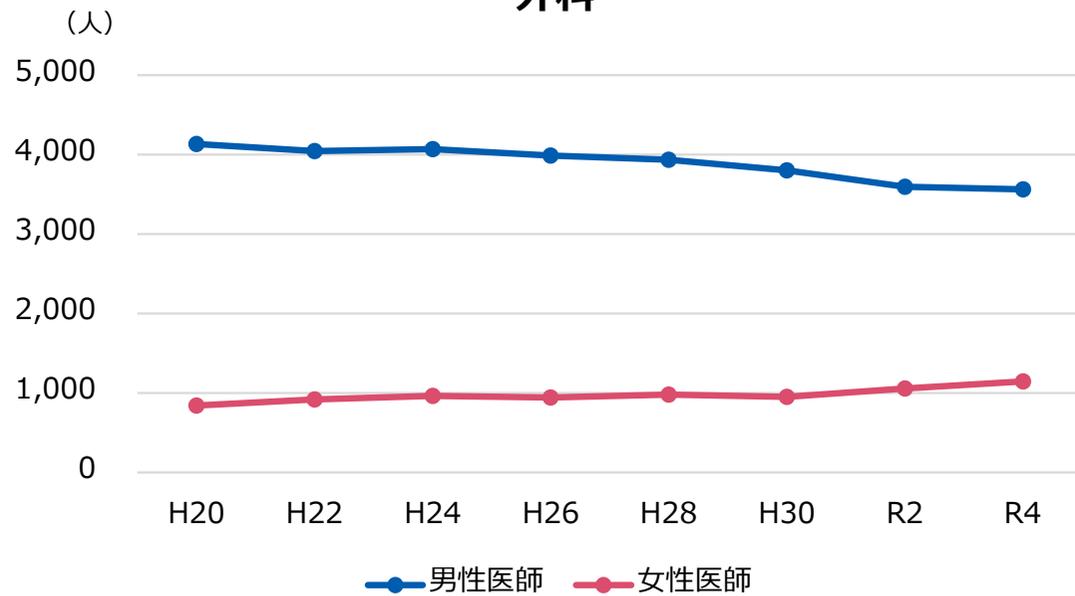


内科

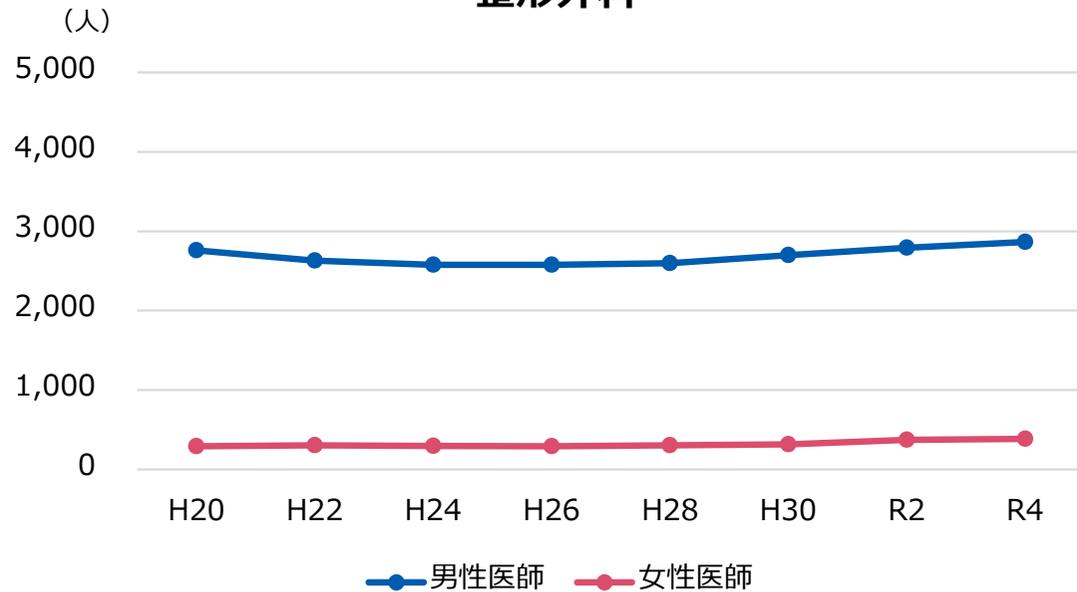


※内科・・・内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科

外科



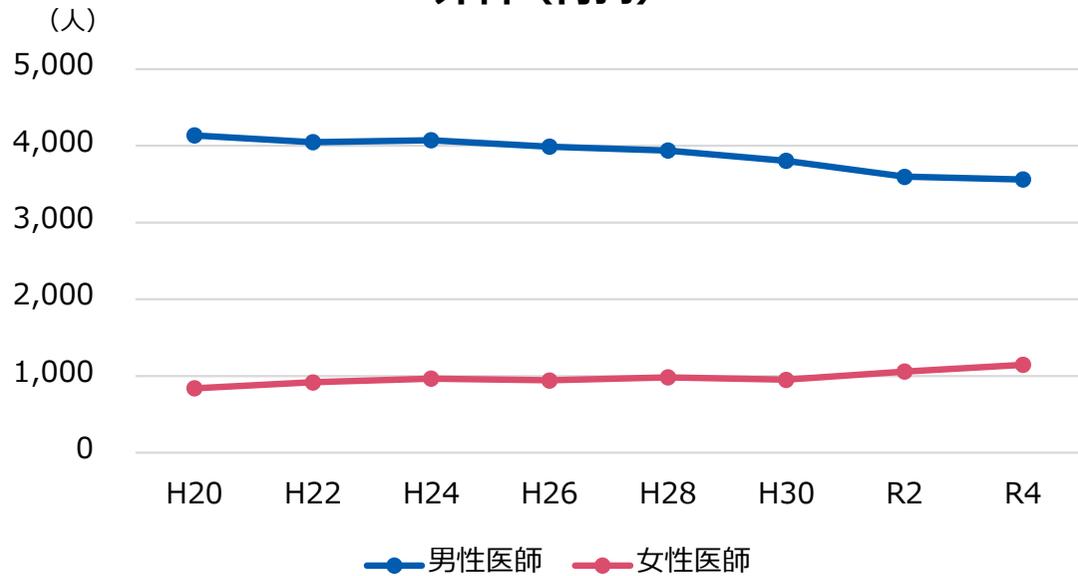
整形外科



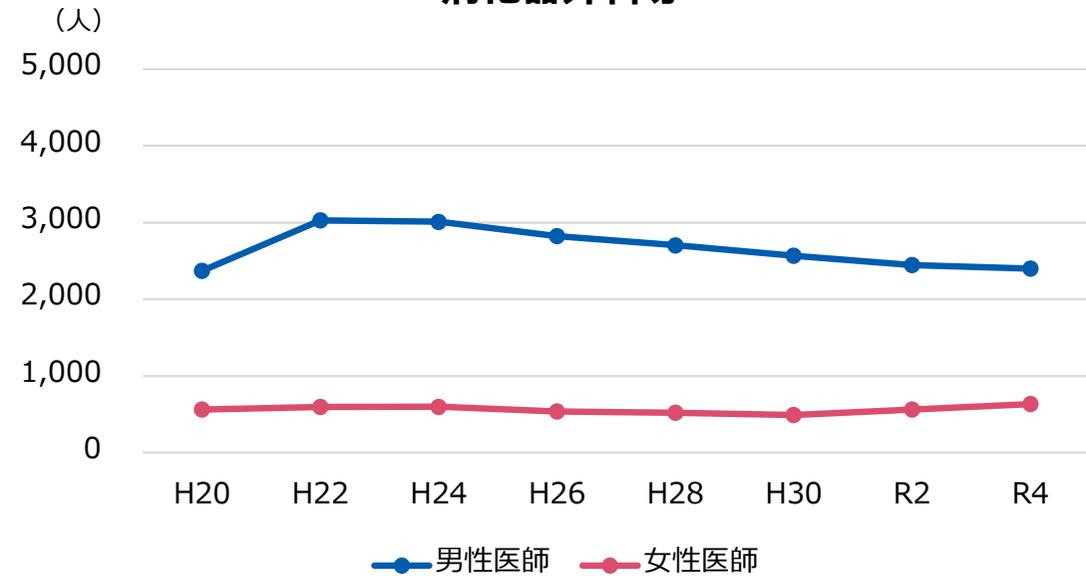
※外科・・・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

35歳未満医療施設従事医師数の推移（従事する主たる診療科別）②

外科（再掲）



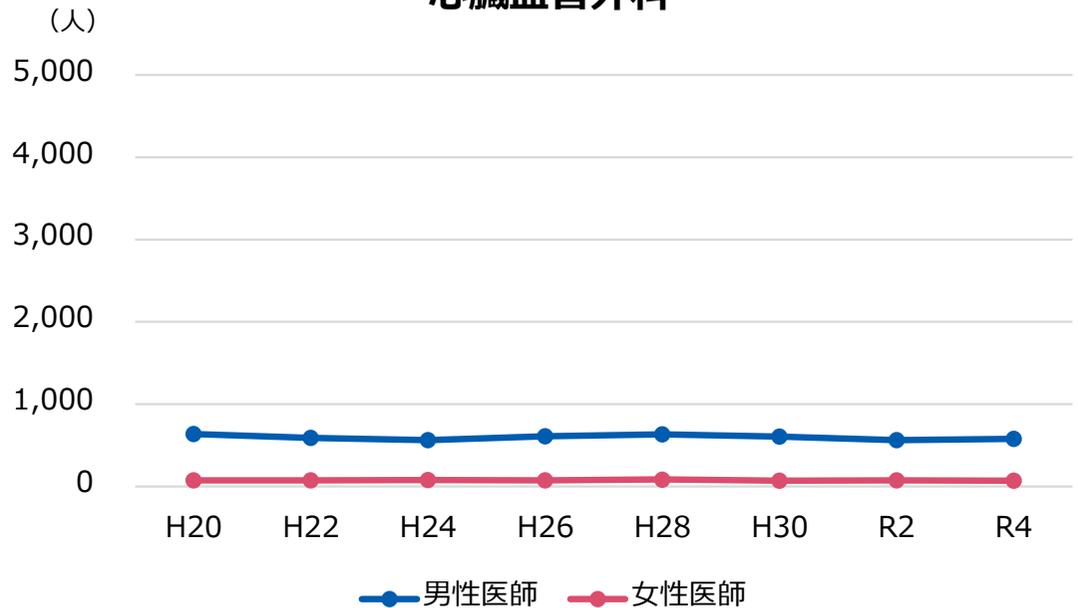
消化器外科等



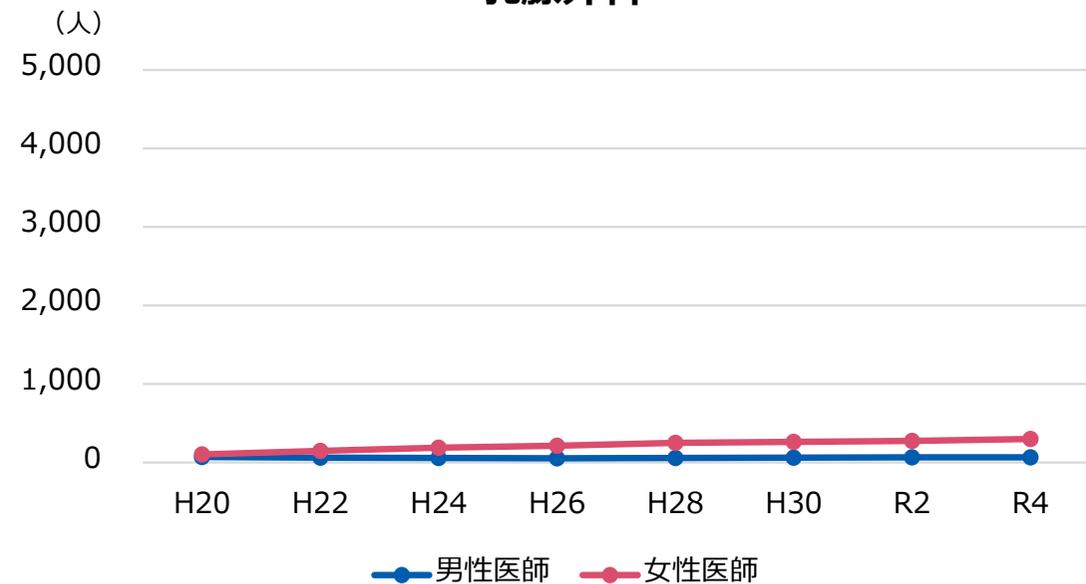
※外科・・・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

※消化器外科等・・・外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科

心臓血管外科

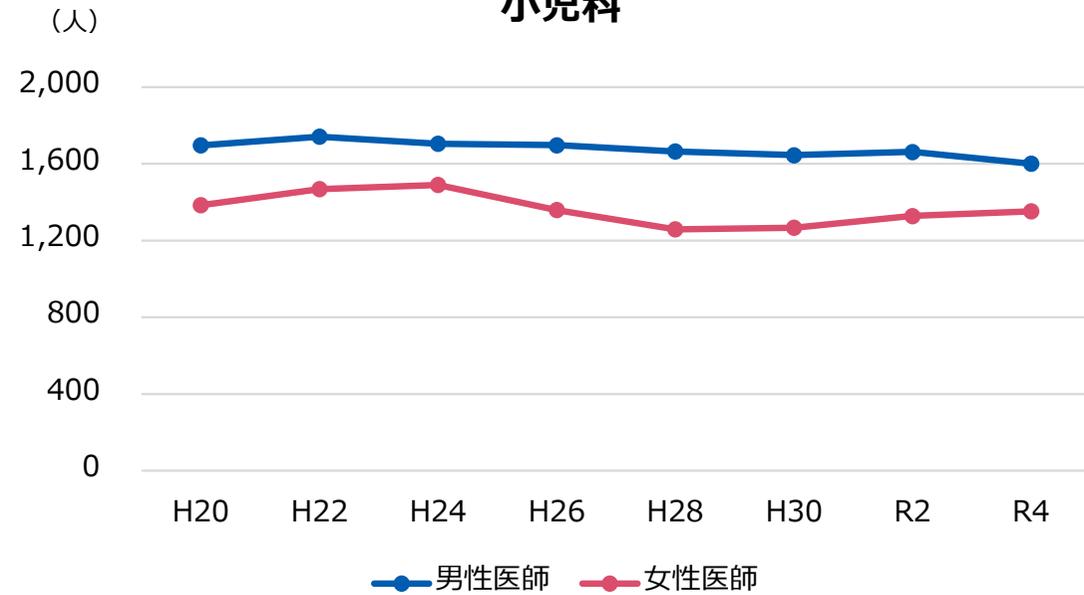


乳腺外科

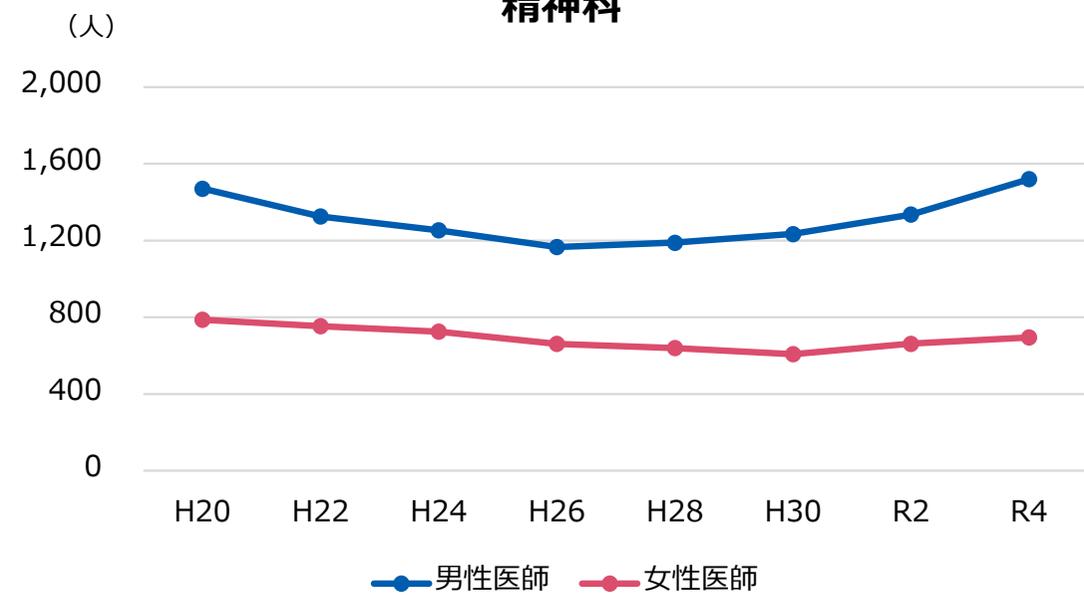


35歳未満医療施設従事医師数の推移（従事する主たる診療科別）③

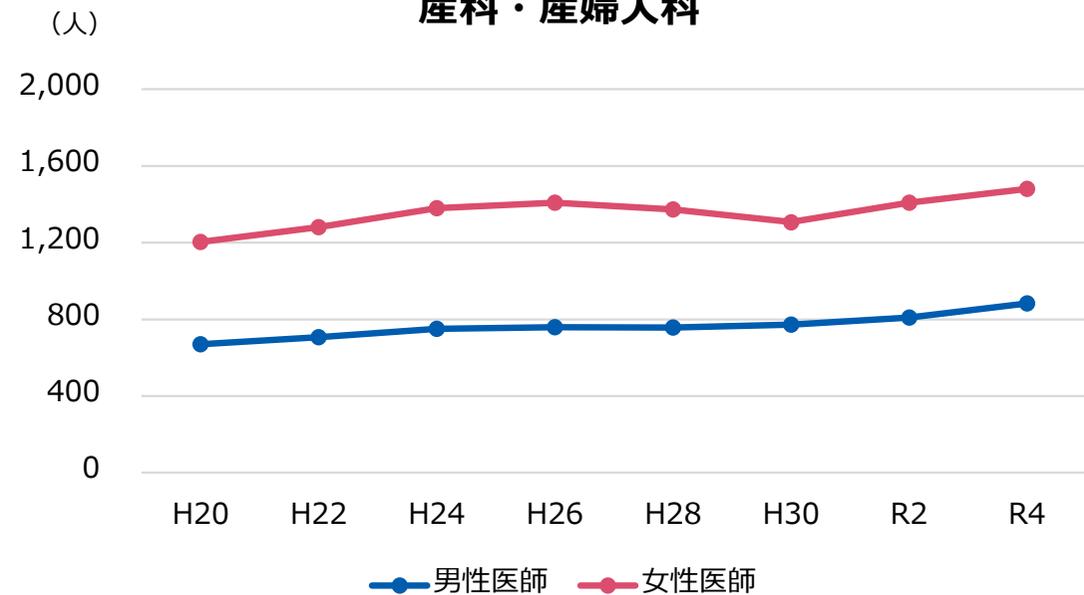
小児科



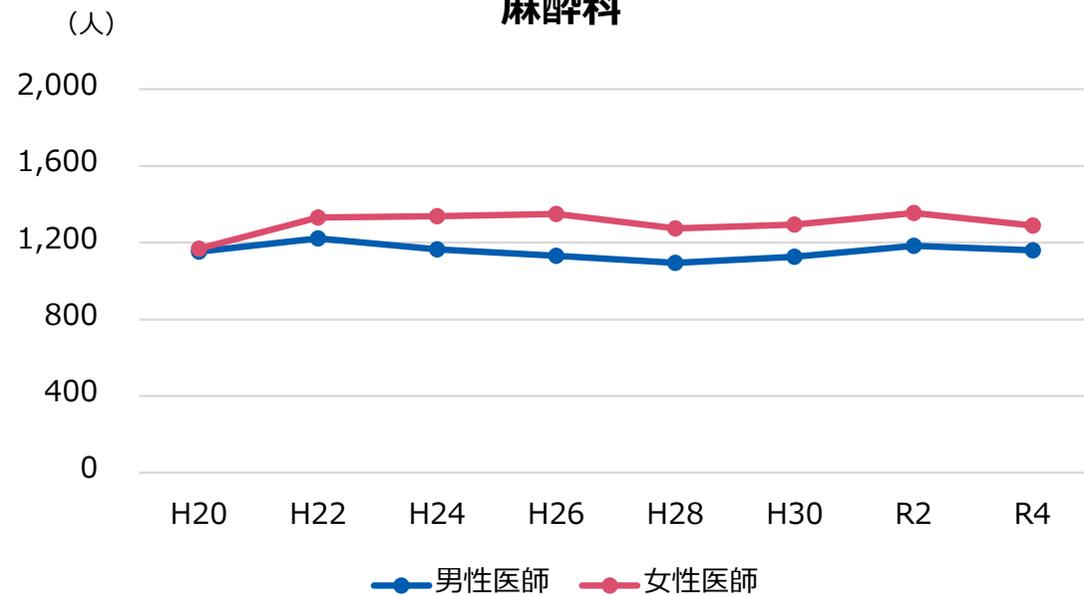
精神科



産科・産婦人科

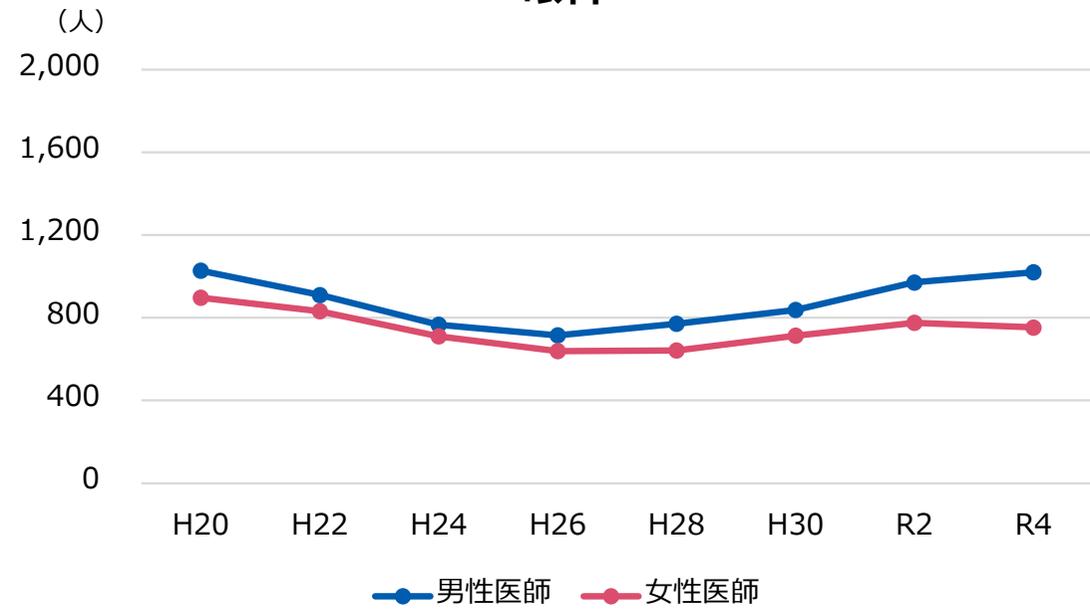


麻酔科

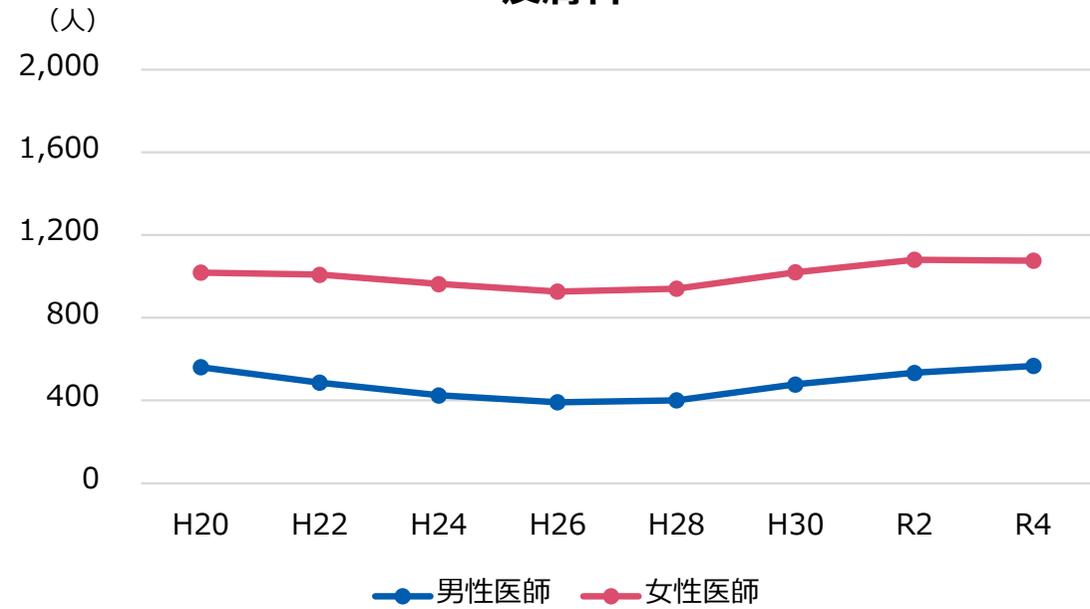


35歳未満医療施設従事医師数の推移（従事する主たる診療科別）④

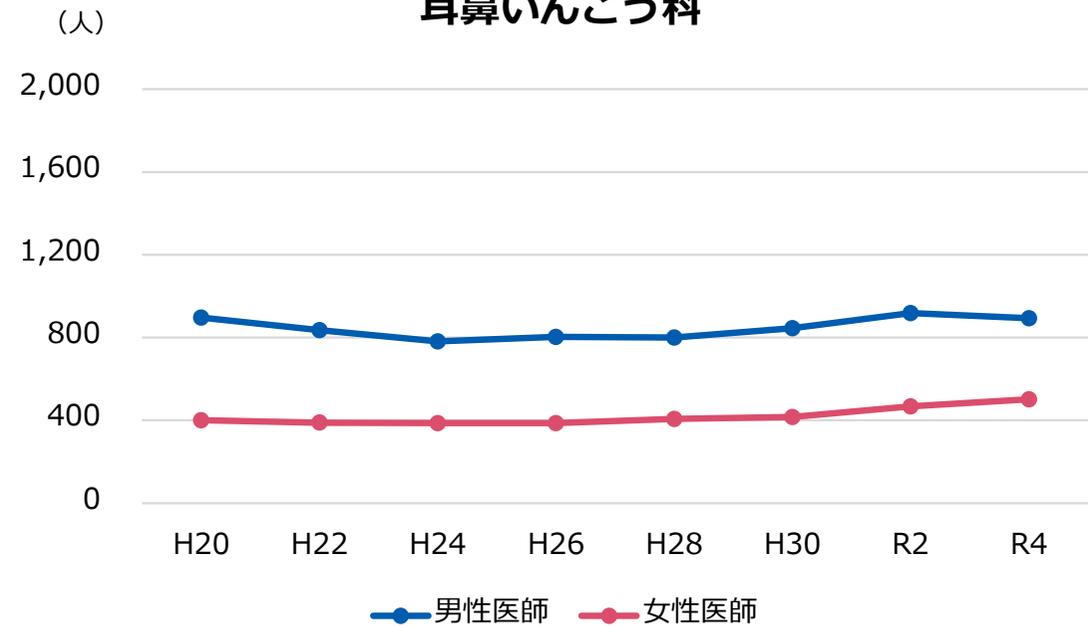
眼科



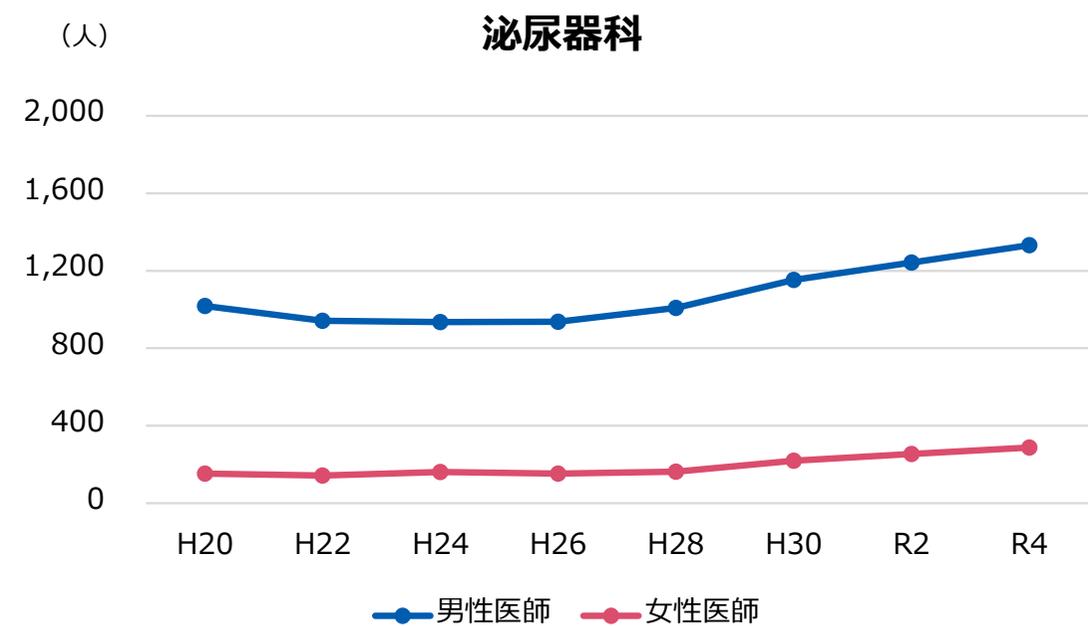
皮膚科



耳鼻いんこう科

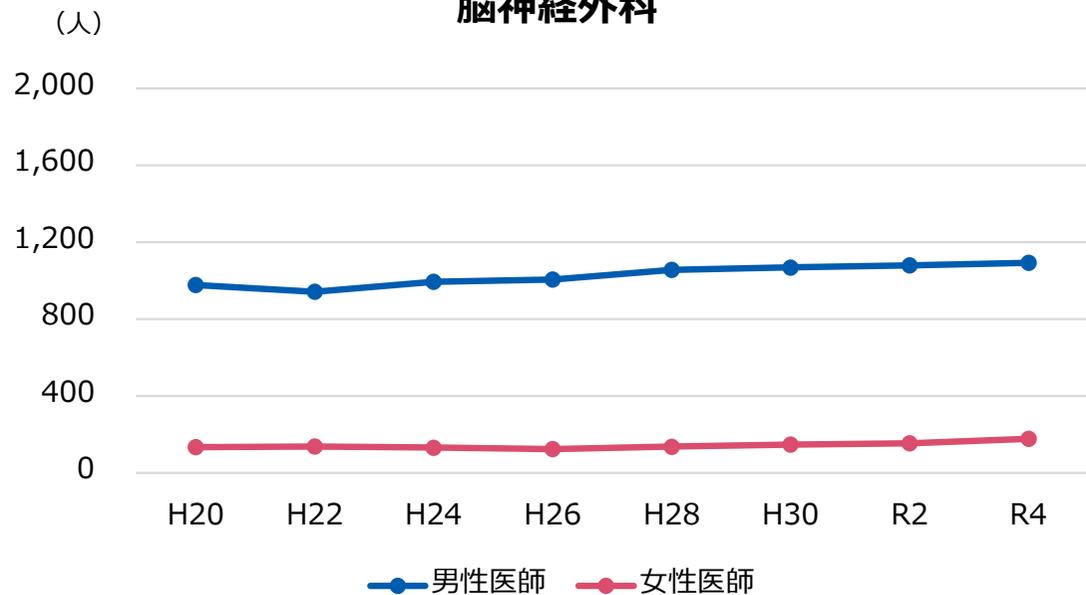


泌尿器科

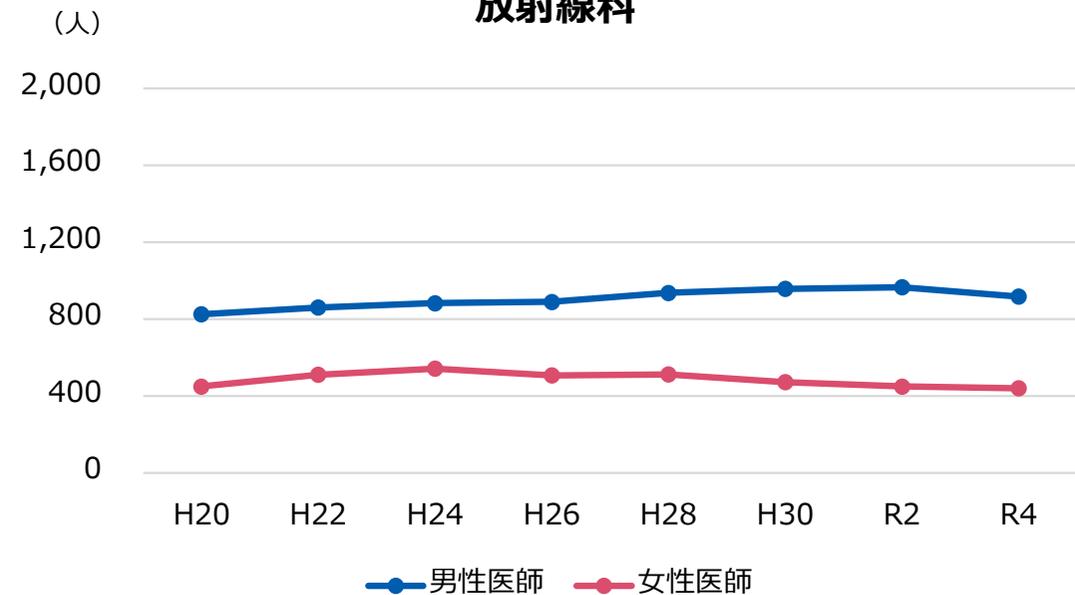


35歳未満医療施設従事医師数の推移（従事する主たる診療科別）⑤

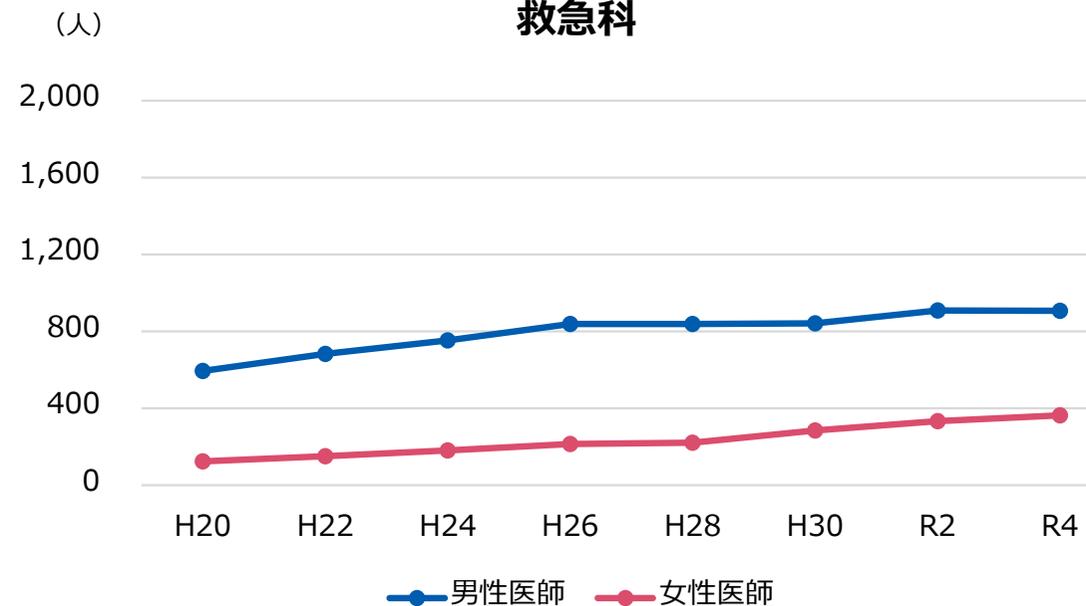
脳神経外科



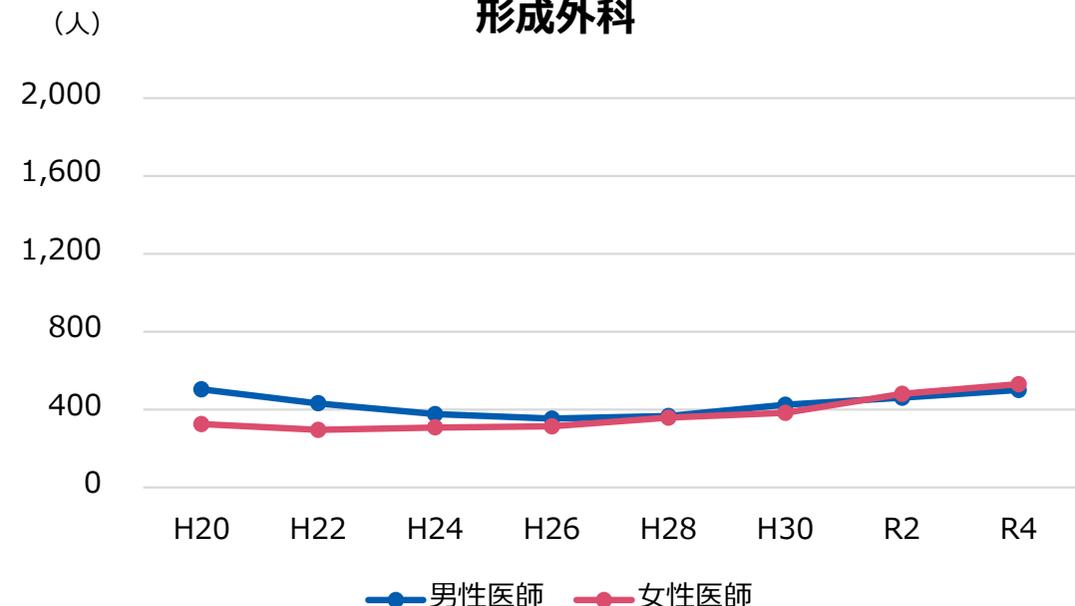
放射線科



救急科

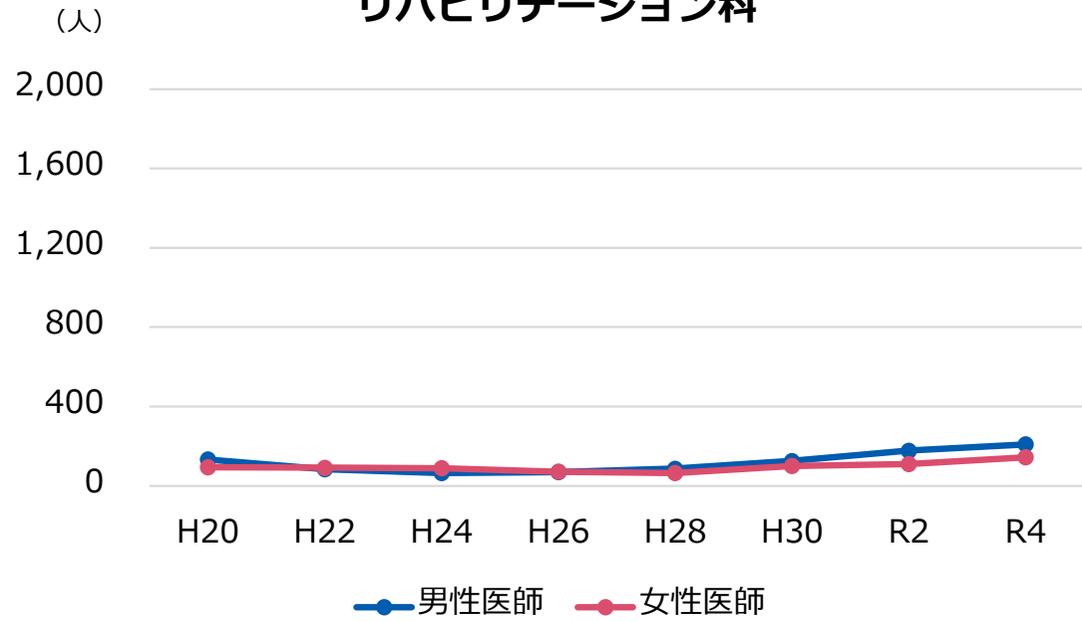


形成外科

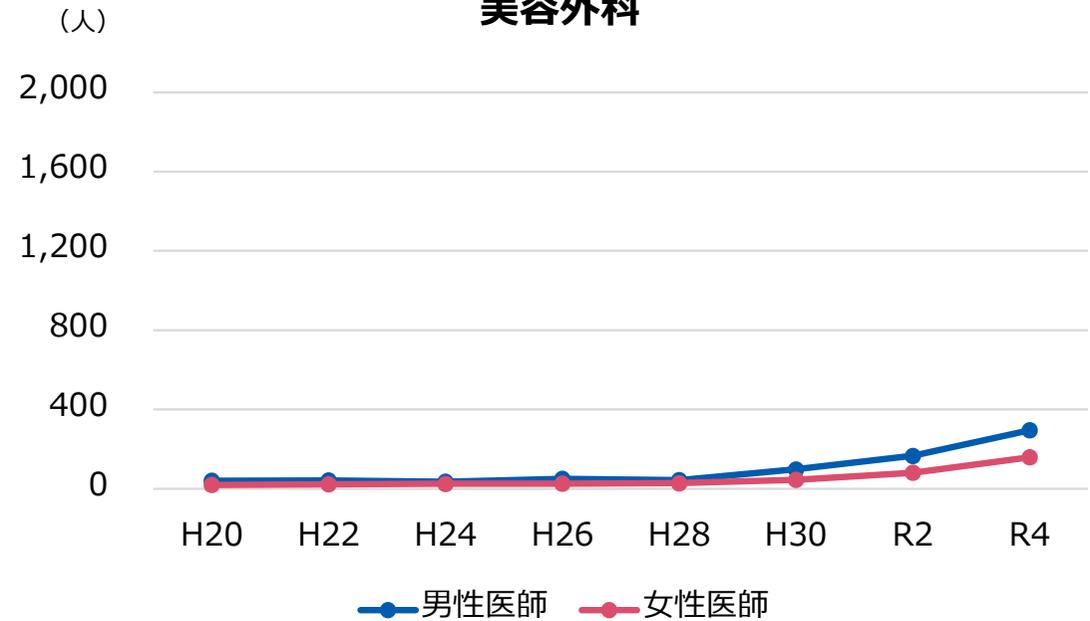


35歳未満医療施設従事医師数の推移（従事する主たる診療科別）⑥

リハビリテーション科



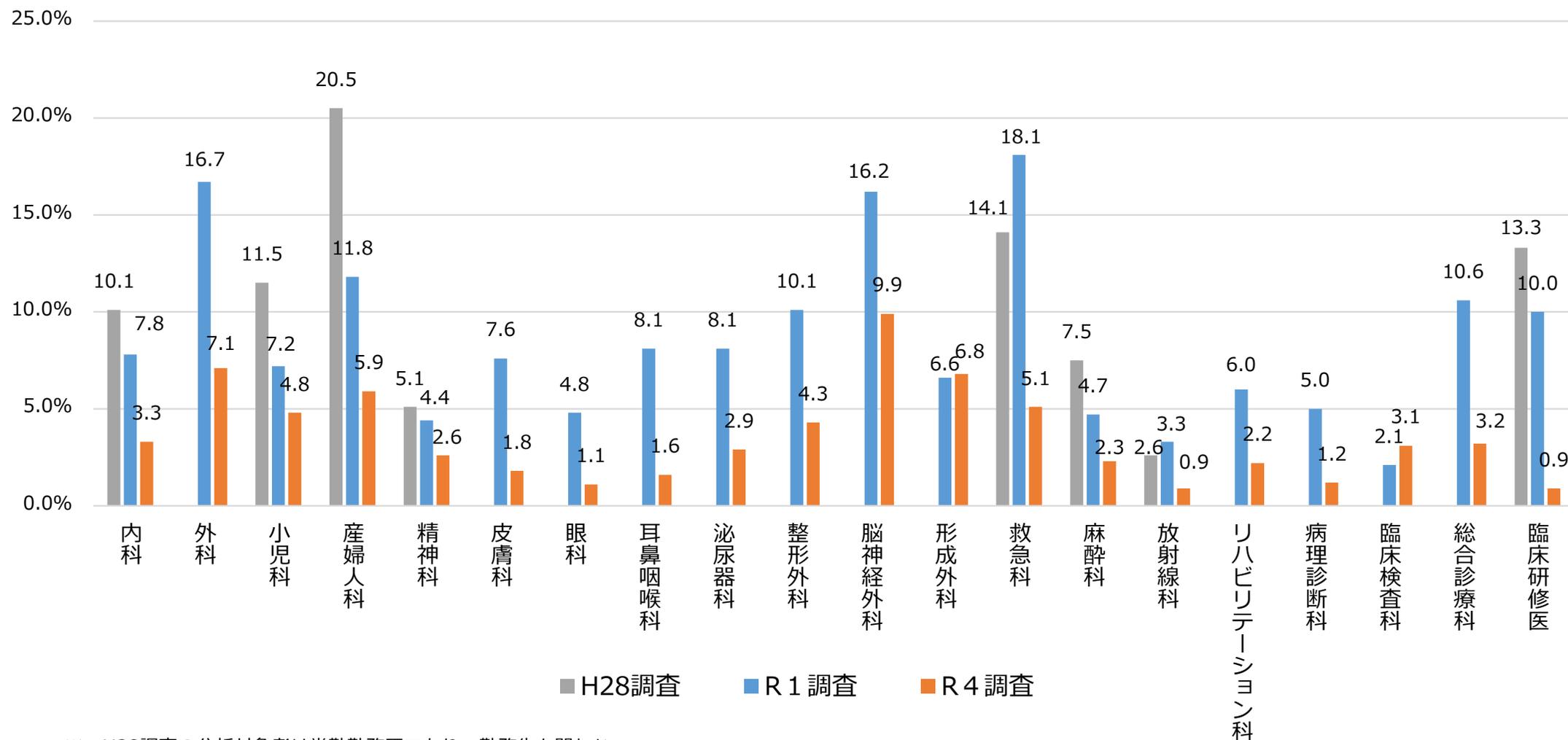
美容外科



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。

- 人口減少や全体の医師数増を踏まえ、医師の増加ペースについて検討する必要があるのではないか。
- 個別の地域や医療機関における医師不足感については今後も生じうるが、医師不足感の原因は様々であり、単に医師数の増加により改善するものではないことから、原因に応じた対策を推進する必要があるのではないか。

1. 医師増加ペースについての検討

- ・ 医師数は、全国レベルで平成22年から令和2年までの10年間で約4万5千人増加
- ・ 中長期的な医療ニーズや医師の働き方改革を織り込んだ医師の需給推計を踏まえると、令和11年頃に需給が均衡（※）
- ・ 人口減少に伴い将来的には医師需要が減少局面 など

【医師需給分科会第5次とりまとめ R4.2.7】

※労働時間を週60時間程度に制限する等の仮定をおくケースにおいて、令和5年の医学部入学者が医師となると想定される令和11年頃に均衡。

2. 医師不足感の原因への対応

- ・ 医師の地域偏在・診療科偏在
- ・ 提供体制の非効率・医師の散在（*）
- ・ 働き方のミスマッチ（*） など

* 当検討会の主たる検討課題ではないものの、関連する課題として必要に応じ検討を実施。

医師偏在における課題の全体像（案）

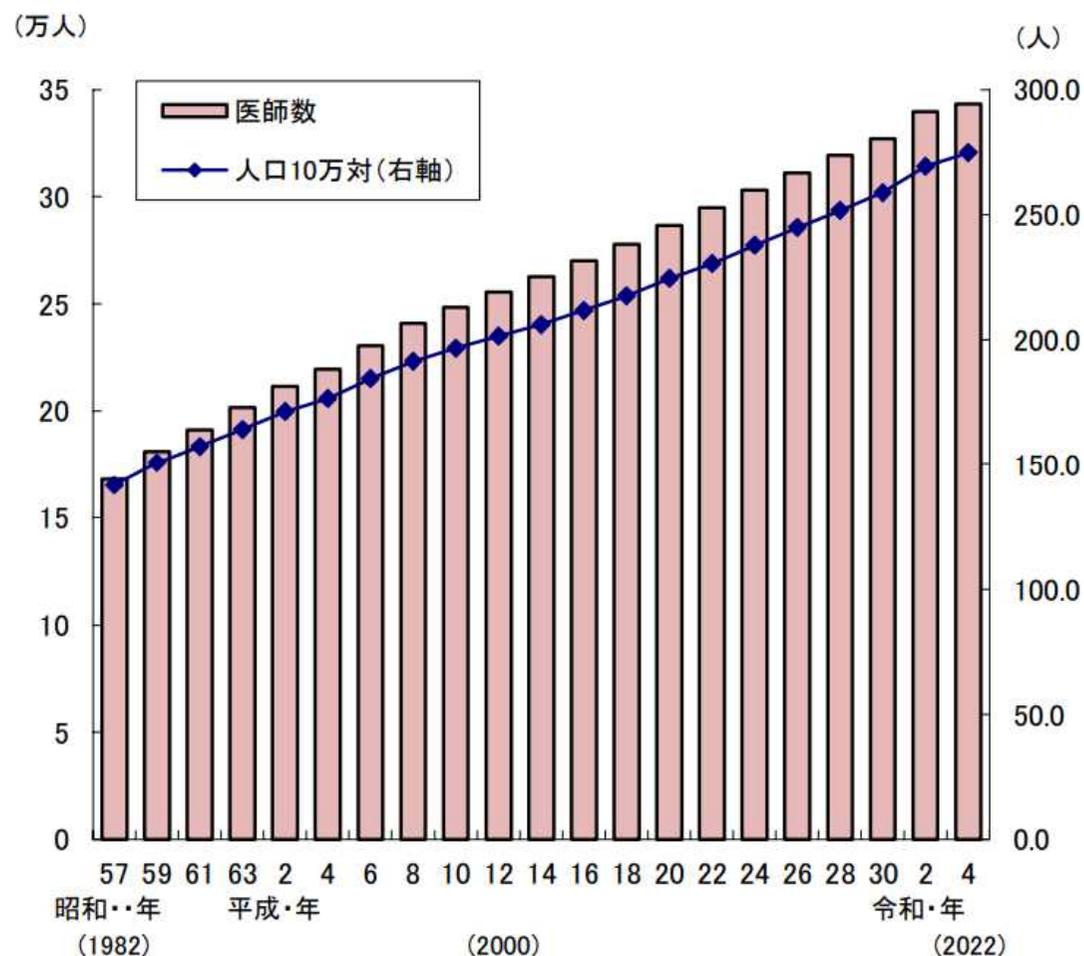
	地域偏在	診療科偏在	
		診療科間の偏在	診療科の細分化
考えられる偏在要因	<ul style="list-style-type: none"> ○医師少数区域の生活・教育環境 ○出身大学県への定着の低下 ○大学病院等からの医師派遣の変化 ○若手医師の価値感の変化（タイム・コストパフォーマンス） 	<ul style="list-style-type: none"> ○診療科間の働き方・処遇の違い ○外科・内科の対象疾病・手術の変化 ○若手医師の価値観の変化（将来性、タイム・コストパフォーマンス） ○負荷の強い診療科からの中堅医師以降での離脱 	<ul style="list-style-type: none"> ○臓器別講座への細分化 ○高度な専門性への高い評価 ○専門性重視の教育 ○限られた再教育の機会
これまでの主な偏在対策	<ul style="list-style-type: none"> ○地域枠・地元出身者枠の設置 ○医師養成過程（臨床研修・専門研修）における採用数上限設定 ○医師確保計画の策定 ○医師派遣・ドクターバンク事業 	<ul style="list-style-type: none"> ○専門研修制度におけるシーリング ○診療科選定地域枠 ○医師の働き方改革 	<ul style="list-style-type: none"> ○臨床研修の必修化 ○総合診療専門医創設 ○総合診療医支援事業
なお残る課題	<ul style="list-style-type: none"> ○医師全体での地域偏在 ○病院、診療所勤務のバランス（少ない割合ながら医師多数県を中心とした、若手医師の診療所勤務の増加） ○都道府県内における偏在 ○過疎地域における医療アクセス 	<ul style="list-style-type: none"> ○外科医を中心とした、一部の診療科医師の減少 ○美容外科医師等の増加 	<ul style="list-style-type: none"> ○増加する高齢者等における併存疾患への対応 ○へき地診療所、中小病院を中心としたプライマリケアの対応

医師数の年次推移

医師数の年次推移

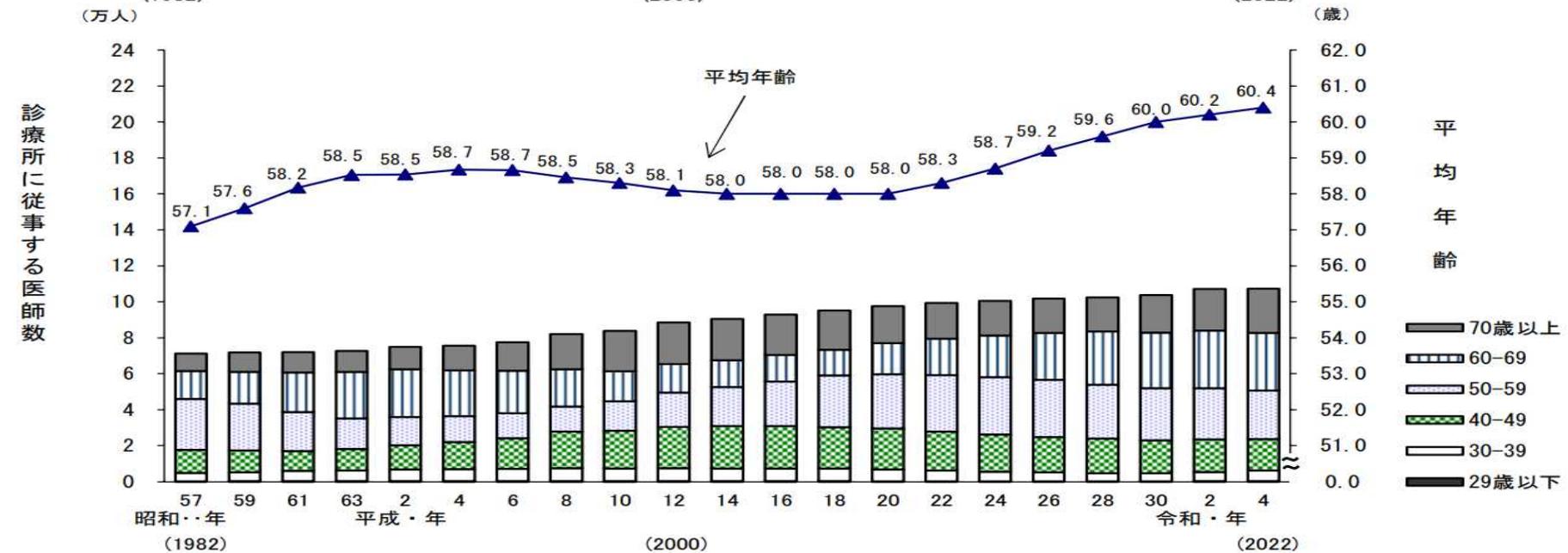
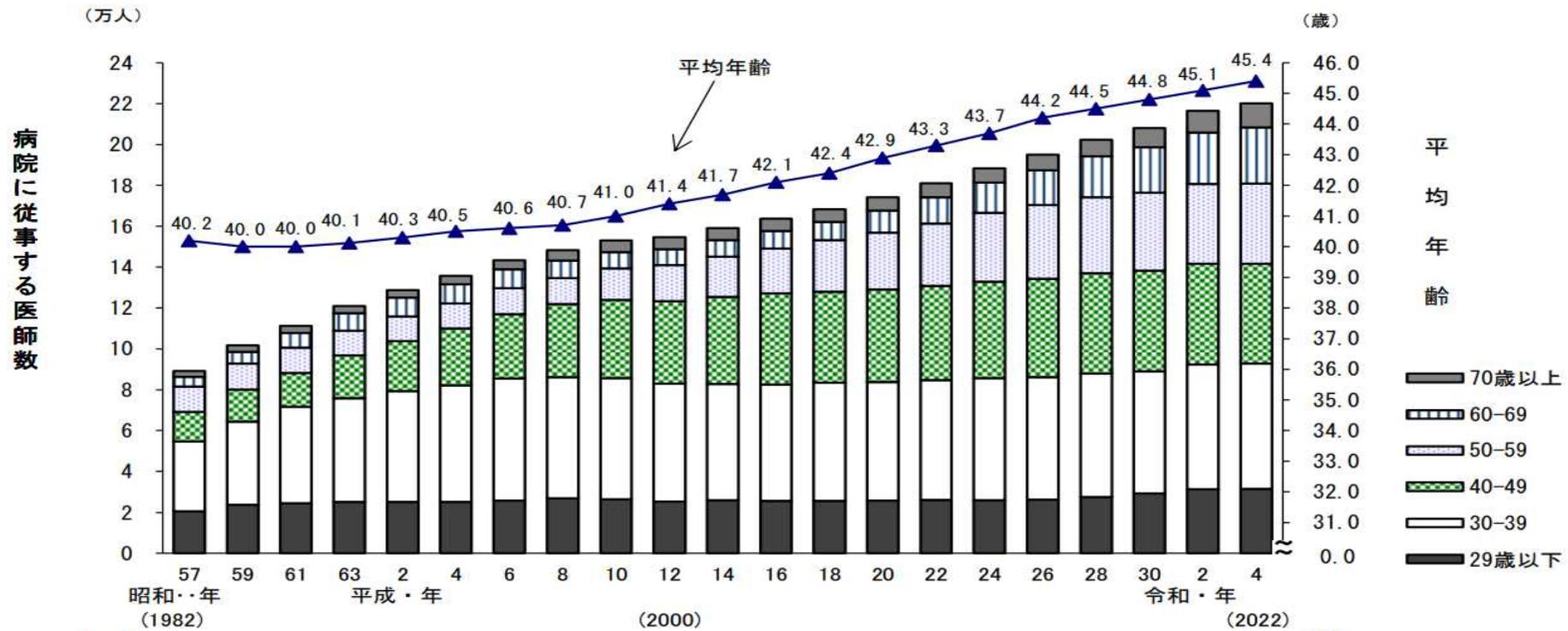
各年12月31日現在

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



出典：令和4(2022)年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況（結果の概要）
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/22/dl/R04_kekka-0.pdf

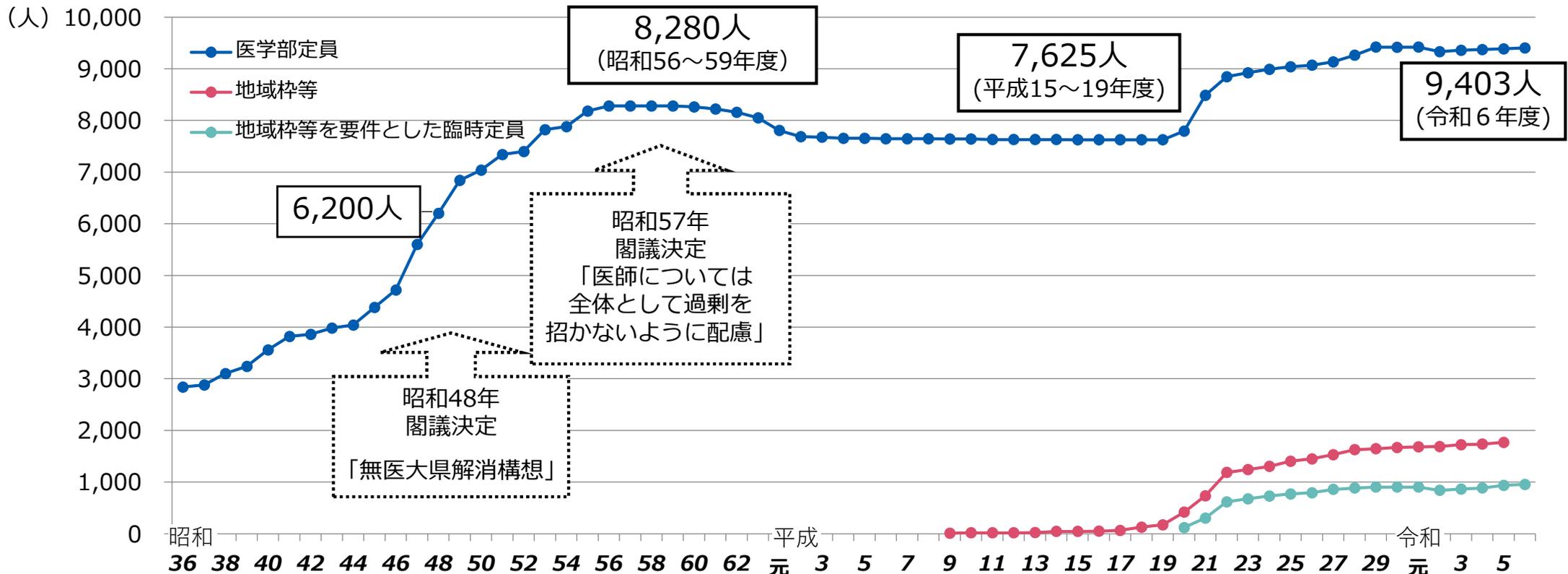
年齢階級、施設の種別にみた医師数及び平均年齢の年次推移



医学部入学定員と地域枠の年次推移

- 平成20年度以降、医学部の入学定員が過去最大規模となっており、令和2年度以降、前年度比増が継続している。
- 医学部定員に占める地域枠等*の数・割合も、増加してきている。（平成19年度173人（2.3%）→令和4年1,736人（18.8%））

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



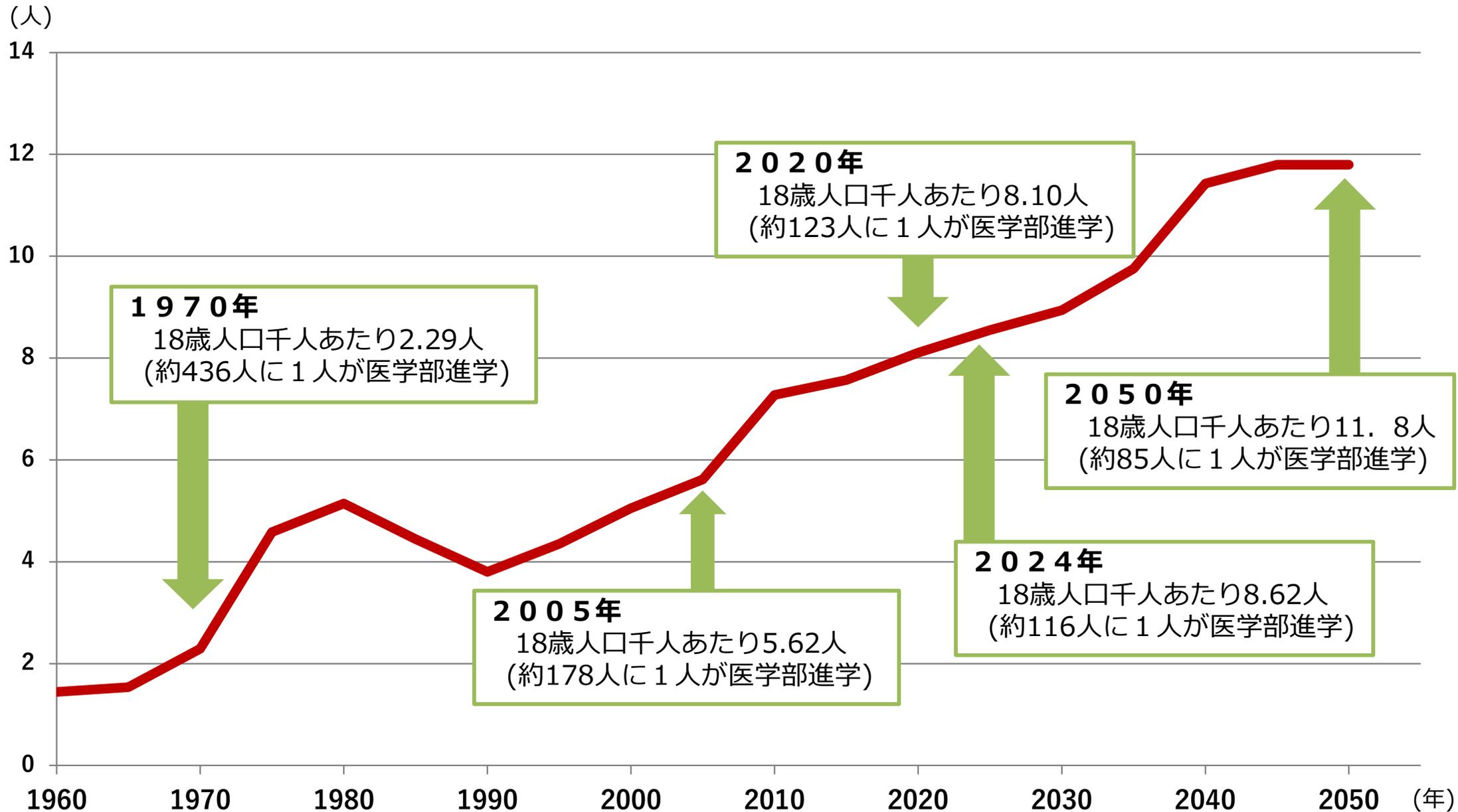
	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6
医学部定員	7,625	7,793	8,486	8,846	8,923	8,991	9,041	9,069	9,134	9,262	9,420	9,419	9,420	9,330	9,357	9,374	9,384	9,403
医学部定員（自治医科大学を除く）	7,525	7,683	8,373	8,733	8,810	8,868	8,918	8,946	9,011	9,139	9,297	9,296	9,297	9,207	9,234	9,251	9,261	9,280
地域枠等以外の医学部定員	7,452	7,375	7,750	7,660	7,681	7,687	7,635	7,619	7,603	7,635	7,775	7,745	7,733	7,635	7,634	7,638	7,614	-
地域枠等	173	418	736	1,186	1,242	1,304	1,406	1,450	1,531	1,627	1,645	1,669	1,682	1,688	1,723	1,736	1,770	-
地域枠等の割合	2.3%	5.4%	8.8%	13.6%	14.1%	14.7%	15.8%	16.2%	17.0%	17.8%	17.7%	18.0%	18.1%	18.3%	18.7%	18.8%	19.1%	-
地域枠等を要件とした臨時定員	0	118	304	617	676	731	770	794	858	886	904	903	904	840	865	885	938	955
地域枠等を要件とした臨時定員の割合	0%	1.5%	3.6%	7.1%	7.7%	8.2%	8.6%	8.9%	9.5%	9.7%	9.7%	9.7%	9.7%	9.1%	9.4%	9.6%	10.1%	10.3%

※自治医科大学は、設立の趣旨に鑑み地域枠等からは除く。

（地域枠等及び地域枠等を要件とした臨時定員の人数について、令和5年文部科学省医学教育課調べ）

18歳人口千人あたりの医師養成数

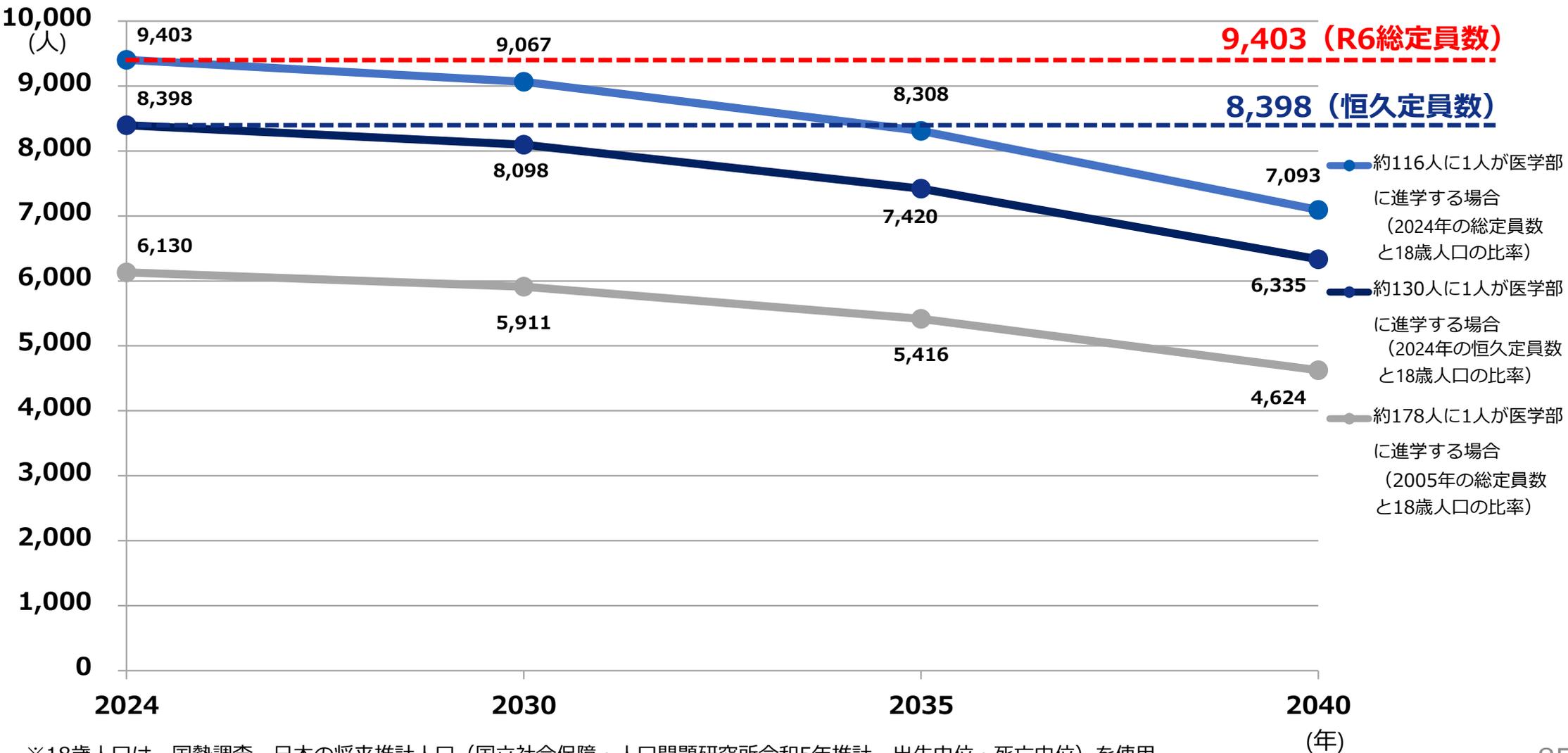
○ 1970年は約436人に1人が医学部進学していたところ、2024年度の募集定員数で固定した場合、2050年には約85人に1人が医学部進学することとなる。



※18歳人口は1960～2020年までが国勢調査、2021年以降は日本の将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所令和5年推計 出生中位・死亡中位）を使用。
※医学部定員に関しては、2024年度の定員数で固定されたと仮定。

18歳人口に占める医師養成数の比率を固定した場合の医師養成数

- 2024年の18歳人口に占める医師養成数の比率(18歳人口あたり約116人に1人が医学部に進学)を、各年の18歳人口に乗算した場合、医師養成数は2035年においては現在の恒久定員数を割り込む程度の数になると算出される。
- 2024年の18歳人口に対する恒久定員数の比率(18歳人口あたり約130人に1人が医学部に進学)を、各年の18歳人口に乗算した場合、医師養成数は2030年に8,098人、2040年には6,335人と算出され、人口減少に伴い減少する。
- 2005年(臨時定員増員前)の18歳人口に占める医師養成数の比率(18歳人口あたり約178人に1人が医学部に進学)を2024年の18歳人口に乗算した場合、医師養成数は6,130人と算出され、その後も人口減少に伴い減少する。



※18歳人口は、国勢調査、日本の将来推計人口(国立社会保障・人口問題研究所令和5年推計 出生中位・死亡中位)を使用。

令和2年度 医師の需給推計について

医療従事者の需給に関する検討会
第35回 医師需給分科会
令和2年8月31日 資料1(一部改)

医師需給は、労働時間を週60時間程度に制限する等の仮定をおく「需要ケース2」において、2023年(令和5年)の医学部入学者が医師となると想定される2029年(令和11年)頃に均衡すると推計される。

・供給推計 今後の医学部定員を令和2年度の9,330人として推計。

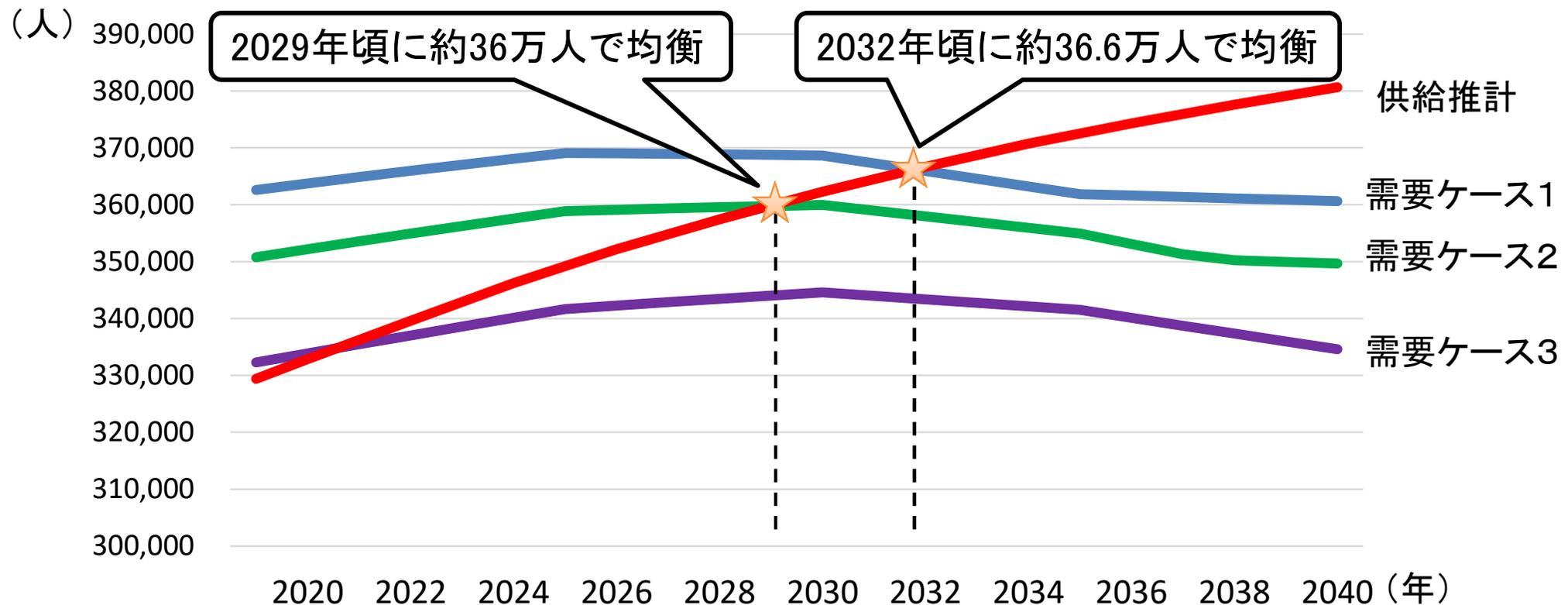
※ 性年齢階級別に異なる勤務時間を考慮するため、全体の平均勤務時間と性年齢階級別の勤務時間の比を仕事率とし、仕事量換算した。

・需要推計 労働時間、業務の効率化、受療率等、一定の幅を持って推計を行った。

・ケース1(労働時間を週55時間に制限等 ≡年間720時間の時間外・休日労働に相当)

・ケース2(労働時間を週60時間に制限等 ≡年間960時間の時間外・休日労働に相当)

・ケース3(労働時間を週78.75時間に制限等 ≡年間1860時間の時間外・休日労働に相当)



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

・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

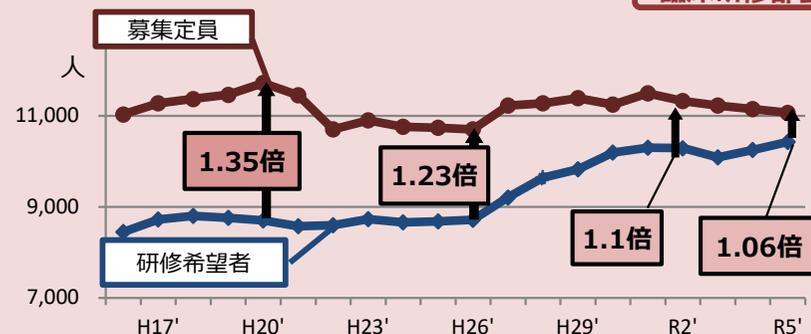
- 大学が特定の地域や診療科で診療を行うことを条件とした選抜枠を設け、都道府県が学生に対して奨学金を貸与する仕組みで、都道府県の指定する区域で一定の年限従事することにより返還免除される (一部例外あり)
- 令和8年度の医学部臨時定員については、令和6年度の医学部総定員数 (9,403人) を上限とし、臨時増員の枠組みを維持
- 令和9年度以降の医学部臨時定員については、各都道府県・大学の医師確保の現状を踏まえて改めて検討

2年
臨床研修

臨床研修 – 臨床研修制度における地域偏在対策

臨床研修部会

- 都道府県別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～)



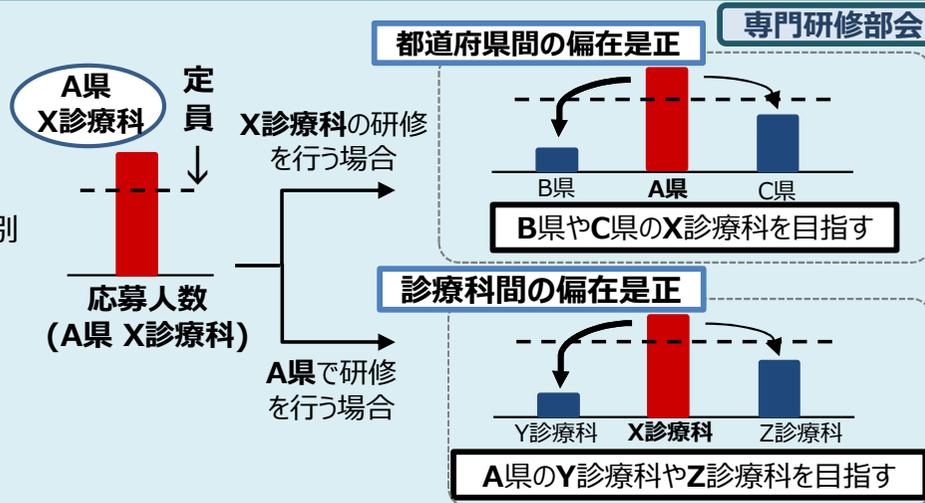
※臨床研修病院の指定、募集定員の設定権限を都道府県へ移譲 (2020年4月～)

3年以上
専門研修

専門研修 – 専門医制度における地域・診療科偏在対策

専門研修部会

- 日本専門医機構が、都道府県別・診療科別採用上限数を設定 (シーリング)
- ※5大都市を対象としたシーリング→厚生労働省が算出した都道府県別・診療科別必要医師数に基づいたシーリングへ変更されている (2020年度研修～)
- 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



臨床研修医の募集定員について

- 臨床研修の必修化後、研修医の募集定員が研修希望者の1.3倍を超える規模まで拡大し、研修医が都市部に集中する傾向が続いた。
- このため、平成22年度研修から各都道府県の募集定員上限を設定し、研修医の偏在是正を図っている。

平成16年度



平成22年度～



平成27年度～



令和3年度～

・研修医の募集定員は、全国の定数管理や地域別の偏在調整が行われず募集定員倍率（研修希望者数に対する募集定員数の比率）が1.3倍を超える規模まで拡大

・平成22年度から臨床研修を開始する研修医について、厚生労働省が各都道府県の募集定員上限を設定

臨床研修制度等に関する意見のとりまとめ（平成21年2月18日 臨床研修制度のあり方等に関する検討会）

（2）募集定員や受入病院のあり方の見直し

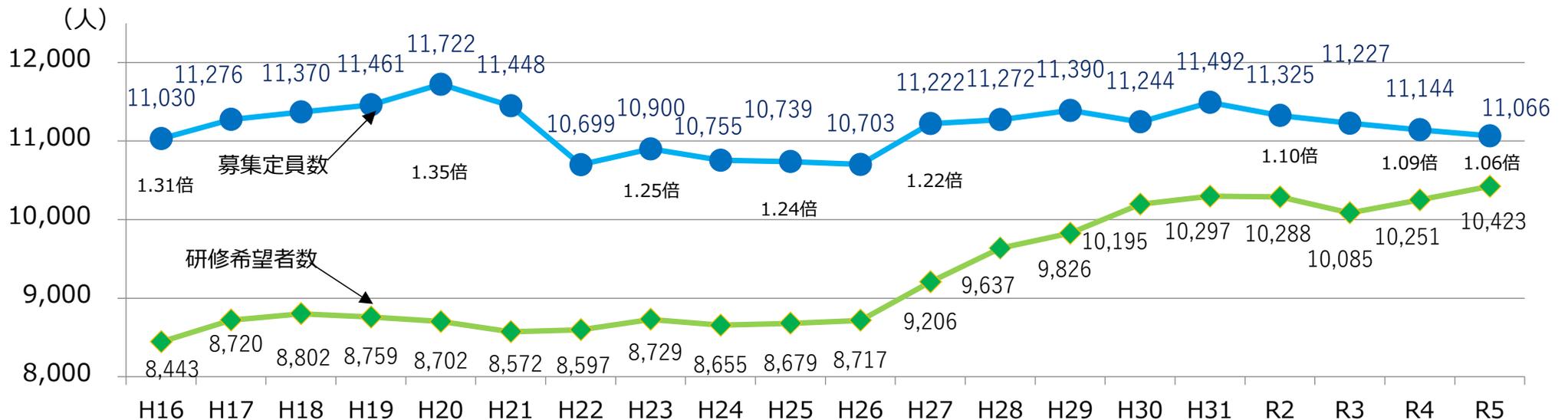
○研修希望者に見合った募集定員の総枠を設定するとともに、研修医の地域的な適正配置を誘導するため、人口分布を始め医師養成規模・地理的条件等を考慮した都道府県別の募集定員上限を設定する。

・募集定員倍率を令和2年度に向けて約1.10倍まで縮小する

・募集定員倍率を令和7年度に約1.05倍まで縮小する

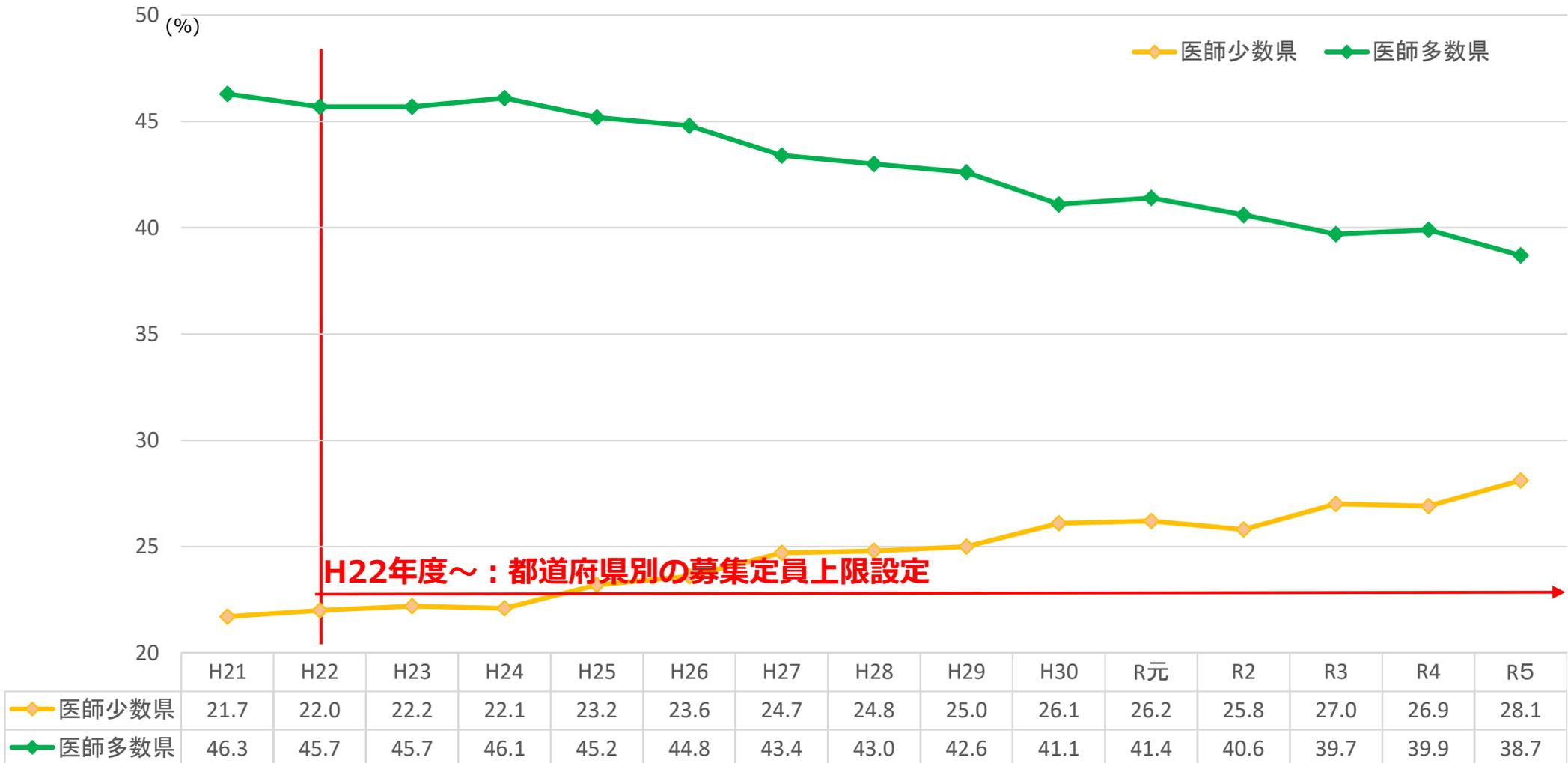
・令和3年度から臨床研修を開始する研修医について、各都道府県が、厚生労働省が設定した各都道府県の募集定員上限の範囲内で、当該都道府県内の病院の募集定員を設定

研修医の募集定員数、研修希望者数、募集定員倍率（募集定員数÷研修希望者数）の推移



研修医の採用人数の割合の推移〈医師多数県と医師少数県〉

- 平成22年度より、都道府県別の募集定員上限を設定しており、全国の臨床研修医の採用人数に占める医師多数県の割合は減少（▲7.6ポイント）する一方で、医師少数県における臨床研修医の割合が増加（+6.4ポイント）しており、医師多数県と医師少数県の差が縮小してきている。



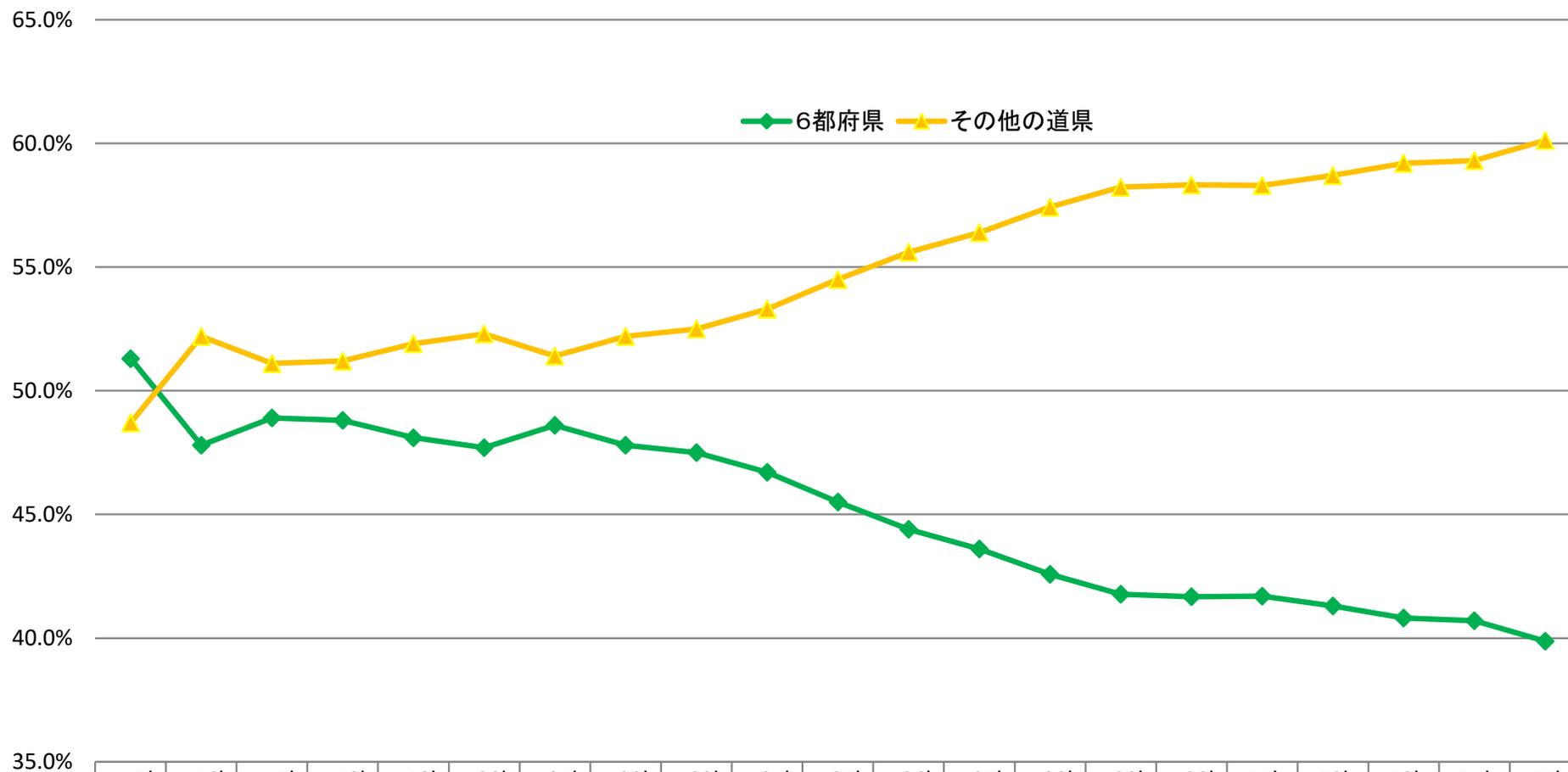
医師多数県及び医師少数県は医師偏在指標（厚生労働省：令和5年8月時点）による

医師多数県（16都府県）：東京、京都、福岡、岡山、沖縄、徳島、大阪、長崎、石川、和歌山、佐賀、熊本、鳥取、奈良、高知、香川

医師少数県（16県）：岩手、青森、新潟、福島、茨城、埼玉、秋田、山形、静岡、千葉、群馬、長野、岐阜、三重、宮崎、山口

研修医の採用人数の割合の推移〈6都府県とその他の道県〉

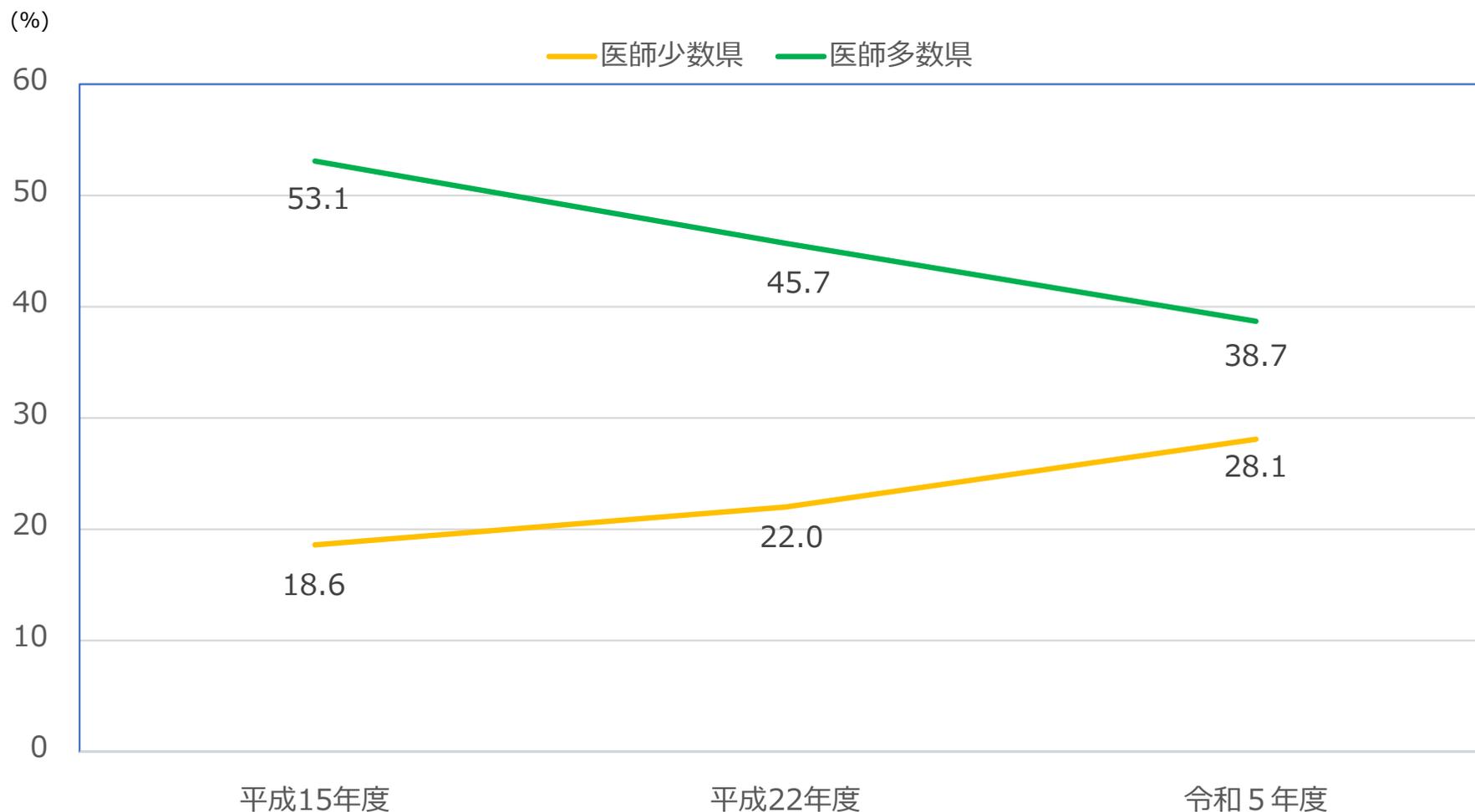
大都市部のある6都府県（東京・神奈川・愛知・京都・大阪・福岡）の採用人数の割合は、臨床研修の必修化前の51.3%（平成15年度）から39.9%（令和5年度）まで減少している



	H15'	H16'	H17'	H18'	H19'	H20'	H21'	H22'	H23'	H24'	H25'	H26'	H27'	H28'	H29'	H30'	R1'	R2'	R3'	R4'	R5'
6都府県	51.3%	47.8%	48.9%	48.8%	48.1%	47.7%	48.6%	47.8%	47.5%	46.7%	45.5%	44.4%	43.6%	42.6%	41.8%	41.7%	41.7%	41.3%	40.8%	40.7%	39.9%
その他の道県	48.7%	52.2%	51.1%	51.2%	51.9%	52.3%	51.4%	52.2%	52.5%	53.3%	54.5%	55.6%	56.4%	57.4%	58.2%	58.3%	58.3%	58.7%	59.2%	59.3%	60.1%

研修医の採用人数の割合の推移〈医師多数県と医師少数県〉

研修医の採用人数の割合は、平成15年度から令和5年度にかけて、医師多数県は53.1%から38.7%に減少した一方で（マイナス14.4ポイント）、医師少数県は18.6%から28.1%に増加した（プラス9.5ポイント）



医師多数県及び医師少数県は医師偏在指標（厚生労働省：令和5年8月時点）による

医師多数県（16都府県）：東京、京都、福岡、岡山、沖縄、徳島、大阪、長崎、石川、和歌山、佐賀、熊本、鳥取、奈良、高知、香川

医師少数県（16県）：岩手、青森、新潟、福島、茨城、埼玉、秋田、山形、静岡、千葉、群馬、長野、岐阜、三重、宮崎、山口

- 医師少数県等における研修医の更なる確保のため、令和8年度開始の臨床研修から、**医師多数県*1の募集定員上限のうち一定程度*2を、例えば「医師少数県*3」又は「医師中程度県*3の医師少数区域」に所在する臨床研修病院で半年間以上研修を行うプログラムに参加するようにする**ことが、令和6年3月25日 医道審議会 医師分科会 医師臨床研修部会報告書に記載された。

*1 募集定員上限に占める採用人数の割合が全国平均以上の都道府県に限る

*2 原則として5%程度

*3 募集定員上限に占める採用人数の割合が全国平均以下の都道府県に限る

【参考】令和2年12月9日 医師養成の過程から医師偏在是正を求める議員連盟「地域医療の安定のための医師養成制度改革」に関する要望（抜粋）

○地域における二一ズと地域の教育研修体制を踏まえた上で、臨床研修2年目における地域医療研修の期間について半年間を目途に義務化することを含め、臨床研修制度が医師偏在是正にも貢献しうる制度とすること。

医師多数県の基幹型病院（連携元病院）に採用された研修医が、医師多数県における研修を中心としつつ、医師少数県等の臨床研修病院（連携先病院）においても一定期間研修するプログラム

地域における研修機会の充実に

— 医師少数区域など地域の医療現場を経験できる機会を充実

複数の医療現場の魅力・特性を生かした充実した研修が可能に

— 異なる医療現場を経験できる、地域における医療現場を経験できるなど

研修医のキャリアの選択肢に

— 異なる環境で医療に従事する中で、研修医の将来のキャリア検討の選択肢や自分の特性に気づく契機になる

全国の臨床研修ネットワークの形成に

— 異なる地域の臨床研修に関するネットワークが形成され知見の共有等につながる

以上に加え、本プログラムを通じて地域における医療へのキャリアの選択肢が広がるなど、医師偏在対策に資する

参考①：大学病院で臨床研修を行った研修医が、病院（プログラム）を選んだ理由として、いわゆる「たすきがけプログラム」が上位に挙がる

臨床研修を行った病院（プログラム）を選んだ理由（臨床研修修了者アンケート 研修先：大学病院）

	令和2年3月修了者	令和3年3月修了者	令和4年3月修了者
第1位	出身大学である（37.9%）	臨床研修のプログラムが充実（36.2%）	臨床研修のプログラムが充実（35.7%）
第2位	臨床研修のプログラムが充実（34.4%）	出身大学である（35.2%）	出身大学である（32.5%）
第3位	「たすきがけプログラム」があったから（27.7%）	「たすきがけプログラム」があったから（29.1%）	「たすきがけプログラム」があったから（26.0%）

参考②：臨床研修医の中でも長期の地域での研修を希望する者が一定数存在する

臨床研修修了者（令和3年度修了）アンケートにおいて、地域医療研修の期間が「短かった」と回答した者：約15%

1. 対象区域

- ・ 連携元区域：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。）（以下「医師多数県」という）
- ・ 連携先区域：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
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
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）
（以下「医師少数県等」という）

※対象区域は令和5年度の医師偏在指標等を用いて決定する。また、プログラムの継続実施の観点から当面の間は本プログラムの対象区域を固定するが、今後のプログラムの実施状況や指標の更新状況等を踏まえつつ対象区域の変更も並行して検討する。

※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。

2. 対象病院

- ・ 連携元病院：医師多数県の基幹型病院
- ・ 連携先病院：医師少数県等の基幹型病院、協力型病院等

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。

※激変緩和措置適用都道府県はこれに激変緩和措置により加算された定員数の1/2を加えた数。但し、連携先病院の確保の観点から当初の間は本規定は適用しない。

※令和8年度の募集定員上限は、令和8年度の募集定員上限の5%を基本としつつ、令和8年度募集定員上限が令和7年度募集定員上限を上回る場合は、令和7年度募集定員上限の5%とすることも可とする。

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。

- 広域連携型プログラムを設定・運用するにあたり、例えば、以下のような費用負担が考えられる。
 - ・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負担（連携元）
 - ・研修医の移動に伴う旅費に係る負担（主に連携先）
 - ・研修医の滞在に係る負担（主に連携先）
- これらに係る負担については、医師臨床研修費補助金において支援することを検討。

令和6年度専攻医採用におけるシーリング

令和6年度第1回 医道審議会
 医師分科会 医師専門研修部会
 令和6年7月19日

資料1(日本専門医機構資料)

	シーリング対象 の診療科数	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
北海道	1											20+3+[6]		
青森県	0													
岩手県	0													
宮城県	0													
秋田県	0													
山形県	0													
福島県	0													
茨城県	0													
栃木県	0													
群馬県	0													
埼玉県	0													
千葉県	0													
東京都	12	398+123+[52]	98+19+[11]	54+18+[11]	74+12+[14]+(5)	104+13+[9]	52+16+[6]	44+11+[3]		41+7+[6]	36+7+[5]	75+15+[11]	30+10+[6]	16+4+[15]
神奈川県	1			14+1+[1]										
新潟県	0													
富山県	0													
石川県	2				9+0+[2]	10+0+[1]								
福井県	0													
山梨県	0													
長野県	0													
岐阜県	0													
静岡県	0													
愛知県	1							16+1+[1]						
三重県	0													
滋賀県	1		7+0+[0]											
京都府	9	62+18+[8]	9+0+[2]	8+2+[2]		16+1+[1]	14+3+[2]	8+2+[1]	19+0+[0]		14+0+[0]	11+2+[4]		
大阪府	8	200+10+[21]				41+2+[4]	22+4+[5]	17+2+[1]	18+1+[0]		14+3+[2]	30+2+[6]	15+2+[2]	
兵庫県	4			13+0+[0]			12+1+[0]	14+0+[0]					13+0+[2]	
奈良県	0													
和歌山県	2	20+3+[2]				9+0+[1]								
鳥取県	1	15+1+[2]												
島根県	0													
岡山県	5	55+7+[6]	14+0+[0]		10+1+[2]						9+0+[0]	14+3+[6]		
広島県	0													
山口県	0													
徳島県	1	16+4+[2]												
香川県	0													
愛媛県	0													
高知県	0													
福岡県	8	118+29+[15]		11+1+[0]	17+5+[3]+(1)	33+10+[3]	11+0+[2]				15+0+[2]	20+4+[4]	7+0+[2]	
佐賀県	1				8+0+[1]									
長崎県	4	33+4+[4]	9+0+[0]			7+0+[0]						6+0+[0]		
熊本県	3	33+0+[3]			11+0+[2]	8+0+[1]								
大分県	0													
宮崎県	0													
鹿児島県	0													
沖縄県	2				7+0+[1]							8+0+[0]		

※都道府県の各診療科の数値は通常募集プログラム数+連携プログラム数+【特別地域連携プログラム数】(精神科のみ:精神保健指定医連携枠)

専攻医採用実績数 都道府県別一覽表

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

令和6年3月28日時点 確定値

都道府県	H30年 (2018)	R1年 (2019)	R2年 (2020)	R3年 (2021)	R4年 (2022)	R5年 (2023)	R6年 (2024)
1 北海道	296	317	305	303	342	296	298
2 青森県	61	72	68	72	71	67	79
3 岩手県	62	65	71	77	74	80	54
4 宮城県	159	142	172	144	181	170	192
5 秋田県	60	49	55	55	47	52	48
6 山形県	55	66	57	55	54	54	60
7 福島県	86	76	87	106	86	79	104
8 茨城県	130	142	134	151	138	154	154
9 栃木県	120	121	122	130	147	149	124
10 群馬県	79	78	84	105	103	102	99
11 埼玉県	228	256	343	317	381	366	378
12 千葉県	267	332	381	388	395	397	410
13 東京都	1,824	1,770	1,783	1,748	1,749	1,832	1,791
14 神奈川県	497	516	546	607	639	665	652
15 新潟県	100	95	123	99	109	90	101
16 富山県	54	53	52	51	50	50	45
17 石川県	109	122	113	118	131	97	86
18 福井県	39	50	57	45	44	53	51
19 山梨県	37	57	53	66	58	58	58
20 長野県	112	109	124	103	121	111	100
21 岐阜県	98	85	111	113	105	92	115
22 静岡県	114	150	173	181	171	154	204
23 愛知県	450	476	520	552	571	612	585
24 三重県	102	94	102	89	91	89	88

都道府県	H30年 (2018)	R1年 (2019)	R2年 (2020)	R3年 (2021)	R4年 (2022)	R5年 (2023)	R6年 (2024)
25 滋賀県	90	89	87	94	113	96	115
26 京都府	284	269	260	283	295	272	262
27 大阪府	649	652	683	669	684	676	733
28 兵庫県	338	381	454	452	478	490	499
29 奈良県	103	97	115	104	122	116	126
30 和歌山県	72	67	90	67	89	79	83
31 鳥取県	45	55	53	45	48	43	50
32 島根県	37	44	46	61	28	40	57
33 岡山県	215	221	243	221	244	221	207
34 広島県	148	141	145	144	155	161	159
35 山口県	45	46	59	61	55	58	62
36 徳島県	60	65	48	52	41	38	44
37 香川県	48	59	37	53	48	40	47
38 愛媛県	88	65	85	74	72	57	64
39 高知県	50	36	44	60	58	55	49
40 福岡県	450	444	424	451	470	434	475
41 佐賀県	58	53	53	59	61	50	48
42 長崎県	84	111	87	95	102	90	85
43 熊本県	104	122	113	111	89	111	101
44 大分県	64	61	58	63	80	74	69
45 宮崎県	37	52	45	56	54	64	46
46 鹿児島県	94	107	105	118	102	92	84
47 沖縄県	108	85	112	115	102	99	113
計	8,410	8,615	9,082	9,183	9,448	9,325	9,454

※青いセルは**医師少数県**、黄色いセルは**医師多数県**(令和6年度医師確保計画に用いられる医師偏在指標に基づく)

専攻医採用実績数 診療科別一覧表

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

令和6年3月28日時点 確定値

診療科		平成30年 (2018年) 採用実績	平成31年 (2019年) 採用実績	令和2年 (2020年) 採用実績	令和3年 (2021年) 採用実績	令和4年 (2022年) 採用実績	令和5年 (2023年) 採用実績	令和6年 (2024年) 採用実績
1	内科	2,670	2,794	2,923	2,977	2,915	2,855	2,850
2	小児科	573	548	565	546	551	526	532
3	皮膚科	271	321	304	303	326	348	297
4	精神科	441	465	517	551	571	562	570
5	外科	805	826	829	904	846	835	807
6	整形外科	552	514	671	623	644	651	739
7	産婦人科	441	437	476	475	517	481	482
8	眼科	328	334	344	329	343	310	331
9	耳鼻咽喉科	267	282	266	217	256	203	206
10	泌尿器科	274	255	323	312	310	338	343
11	脳神経外科	224	252	247	255	237	217	219
12	放射線科	260	234	247	268	299	341	343
13	麻酔科	495	489	455	463	494	466	486
14	病理	114	118	102	95	99	93	90
15	臨床検査	6	19	14	21	22	36	18
16	救急科	267	286	279	325	370	408	472
17	形成外科	163	193	215	209	253	234	226
18	リハビリテーション科	75	69	83	104	145	136	153
19	総合診療	184	179	222	206	250	285	290
	計	8,410	8,615	9,082	9,183	9,448	9,325	9,454

※黄緑色のセルはシーリング対象の診療科

2024年度専攻医募集におけるシーリングの基本的な考え方

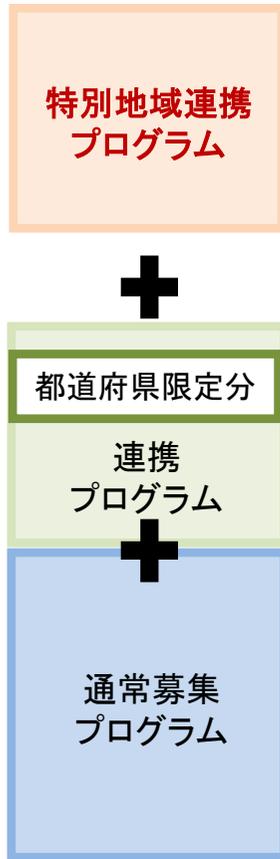
令和5年度第1回 医道審議会
医師分科会 医師専門研修部会

資料1
(日本専門医
機構資料)

令和5年6月22日

- 2023年度同様、足下医師充足率が低い都道府県のうち、医師少数区域等にある施設を1年以上連携先とする特別地域連携プログラムを通常募集プログラム等のシーリングの枠外として別途設ける。

(特別地域連携プログラムを加えた2023・2024シーリング)



【連携先】

- 原則 足下充足率※1が0.7以下(小児科については0.8以下)の都道府県のうち、
- ・ 医師少数区域にある施設※2
 - ・ 年通算の時間外・休日労働時間が1860時間を超える医師等が所属する施設※3

【採用数】

原則 都道府県限定分と同数

【研修期間】

全診療科共通で 1年以上

注：特別地域連携プログラムの採用数については、診療科別の個別事情も考慮し設定

- 通常募集及び連携プログラムにおけるシーリング数の計算は2023年度と同様とする。
- シーリング対象の都道府県別診療科が「連携プログラム」を設定するためには、通常プログラムの地域貢献率※4を原則20%以上とし、通常プログラムにおいて医師が不足する都道府県や地域で研修する期間をあらかじめ確保する。
- 連携プログラムにおける連携先(シーリング対象外の都道府県)での研修期間は、全診療科共通で1年6ヶ月以上とする。
- 連携プログラム採用数 = 連携プログラム基礎数※5 ×

}	20%	:(専攻医充足率 ≤ 100%の診療科の場合)
	15%	:(100% < 専攻医充足率 ≤ 150%の診療科の場合)
	10%	:(専攻医充足率 > 150%の診療科の場合)
- 連携プログラム採用数の基礎数の5%は、「都道府県限定分」として足下充足率が0.8以下の医師不足が顕著な都道府県で研修を行うプログラムとして採用。

※1 足下充足率 = 2016足下医師数 / 2024必要医師数、もしくは、2018足下医師数 / 2024必要医師数

※2 小児科については小児科医師偏在指標に基づく相対的医師少数区域にある施設

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

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

※5 連携プログラム基礎数 = (過去3年の平均採用数 - 2024年の必要医師数を達成するための年間養成数)

医師確保計画を通じた医師偏在対策について

背景

- ・ 人口10万人対医師数は、医師の偏在の状況を十分に反映した指標となっていない。
- ・ 都道府県が主体的・実効的に医師確保対策を行うことができる体制が十分に整っていない。

医師の偏在の状況把握

医師偏在指標の算出

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

医師偏在指標で考慮すべき「5要素」

- ・ 医療需要（ニーズ）及び将来の人口・人口構成の変化
- ・ 患者の流入等
- ・ へき地等の地理的条件
- ・ 医師の性別・年齢分布
- ・ 医師偏在の種別（区域、診療科、入院／外来）

医師多数区域・医師少数区域の設定

全国の335二次医療圏の医師偏在指標の値を一律に比較し、上位の一定の割合を医師多数区域、下位の一定の割合を医師少数区域とする基準を国が提示し、それに基づき都道府県が設定する。



国は、都道府県に医師確保計画として以下の内容を策定するよう、ガイドラインを通知。

『医師確保計画』（＝医療計画に記載する「医師の確保に関する事項」）の策定

医師の確保の方針

（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

医師偏在指標の大小、将来の需給推計などを踏まえ、地域ごとの医師確保の方針を策定。

- （例）
- ・ 短期的に医師が不足する地域では、医師が多い地域から医師を派遣し、医師を短期的に増やす方針とする
 - ・ 中長期的に医師が不足する地域では、地域枠・地元出身者枠の増員によって医師を増やす方針とする 等

確保すべき医師の数の目標（目標医師数）

（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

医師確保計画策定時に、3年間の計画期間の終了時点で確保すべき目標医師数を、医師偏在指標を踏まえて算出する。

目標医師数を達成するための施策

医師の確保の方針を踏まえ、目標医師数を達成するための具体的な施策を策定する。

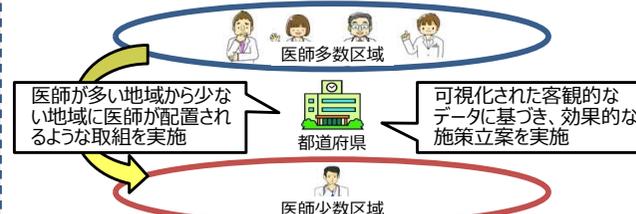
- （例）
- ・ 大学医学部の地域枠を15人増員する
 - ・ 地域医療対策協議会で、医師多数区域のA医療圏から医師少数区域のB医療圏へ10人の医師を派遣する調整を行う 等

3年*ごとに、都道府県において計画を見直し(PDCAサイクルの実施)

西暦	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
医療計画	第7次						第8次					
医師確保計画	指標設計(国)	計画策定(県)	第7次				第8次(前期)		第8次(後期)			

* 2020年度からの最初の医師確保計画のみ4年（医療計画全体の見直し時期と合わせるため）

都道府県による医師の配置調整のイメージ



都道府県別の医師偏在指標（令和6年1月）

（都道府県別）

都道府県コード	都道府県	医師偏在指標
00	全国	255.6
01	北海道	233.8
02	青森県	184.3
03	岩手県	182.5
04	宮城県	247.3
05	秋田県	199.4
06	山形県	200.2
07	福島県	190.5
08	茨城県	193.6
09	栃木県	230.5
10	群馬県	219.7
11	埼玉県	196.8
12	千葉県	213.0
13	東京都	353.9
14	神奈川県	247.5
15	新潟県	184.7
16	富山県	238.8
17	石川県	279.8
18	福井県	246.8
19	山梨県	240.8
20	長野県	219.9
21	岐阜県	221.5
22	静岡県	211.8
23	愛知県	240.2

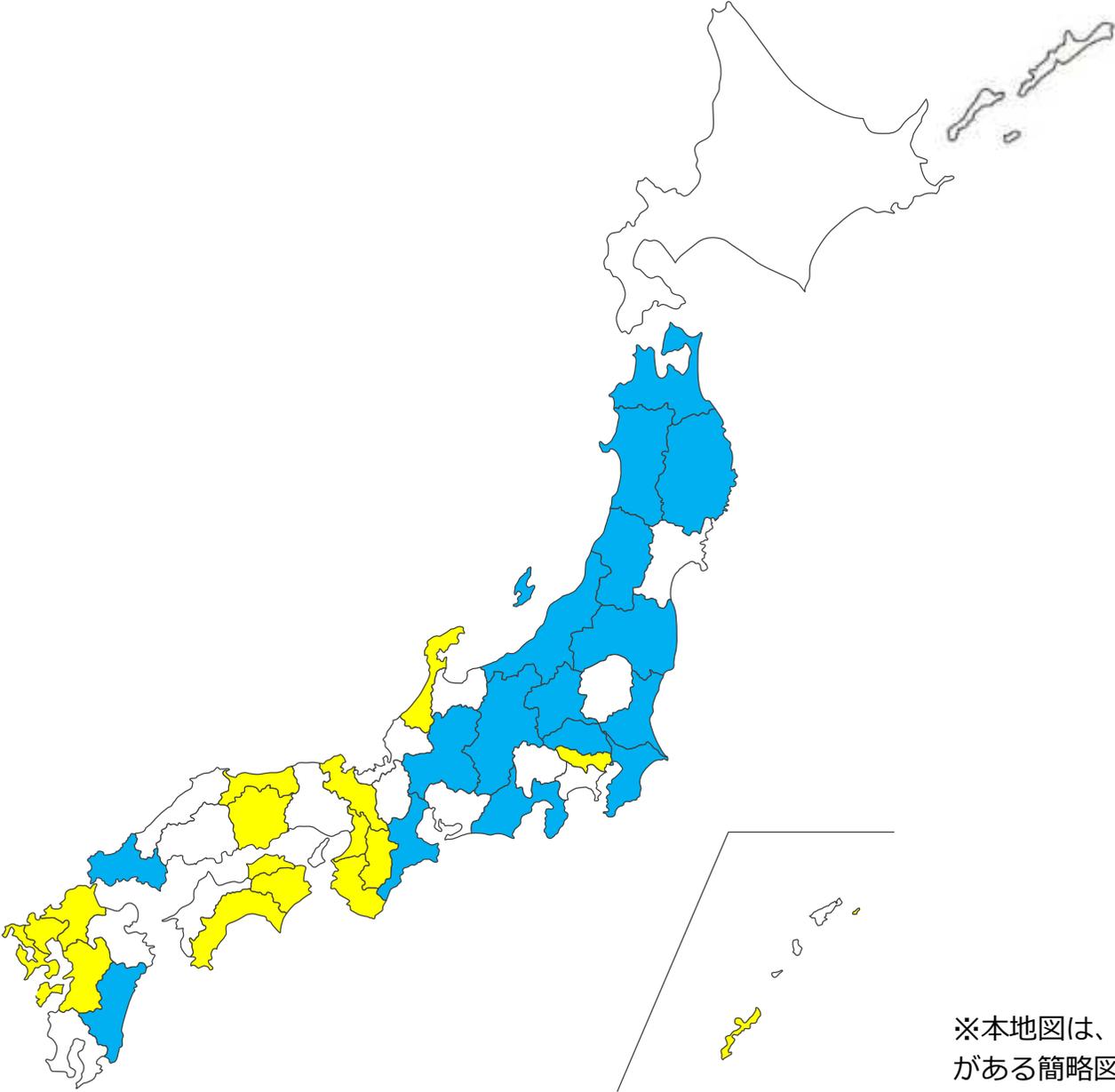
■ 上位1/3 ■ 下位1/3

都道府県コード	都道府県	医師偏在指標
24	三重県	225.6
25	滋賀県	260.4
26	京都府	326.7
27	大阪府	288.6
28	兵庫県	266.5
29	奈良県	268.9
30	和歌山県	274.9
31	鳥取県	270.4
32	島根県	265.1
33	岡山県	299.6
34	広島県	254.2
35	山口県	228.0
36	徳島県	289.3
37	香川県	266.9
38	愛媛県	246.4
39	高知県	268.2
40	福岡県	313.3
41	佐賀県	272.3
42	長崎県	284.0
43	熊本県	271.0
44	大分県	259.7
45	宮崎県	227.0
46	鹿児島県	254.8
47	沖縄県	292.1

黄色：医師多数都道府県
青色：医師少数都道府県

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

都道府県別の医師偏在指標（令和6年1月）



黄色：医師多数都道府県
青色：医師少数都道府県

※本地図は、一部掲載が省略された島等がある簡略図である。

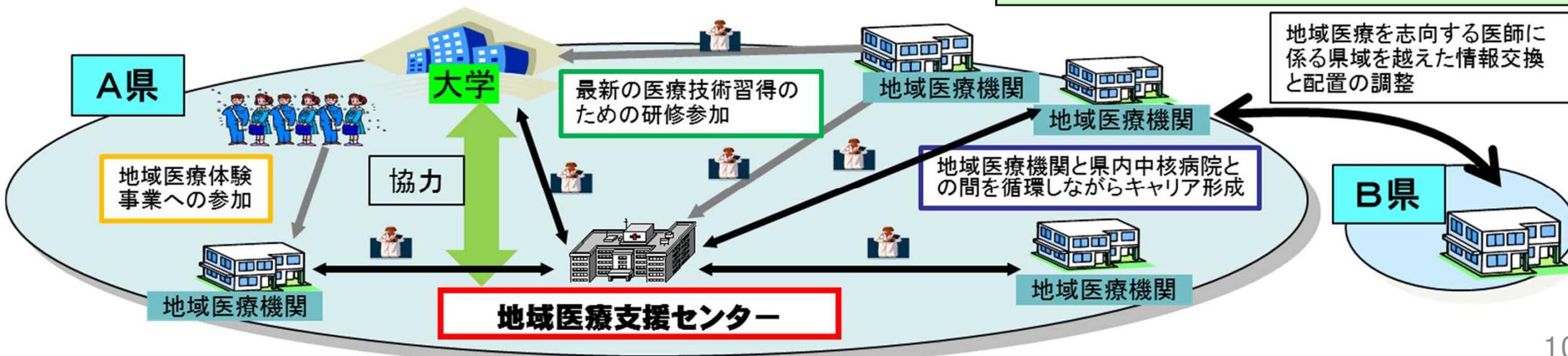
平成30年医療法改正により、地域医療対策協議会の役割の明確化、協議プロセスの透明化を図るとともに、地域医療支援センターとの関係や役割について明確化

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>

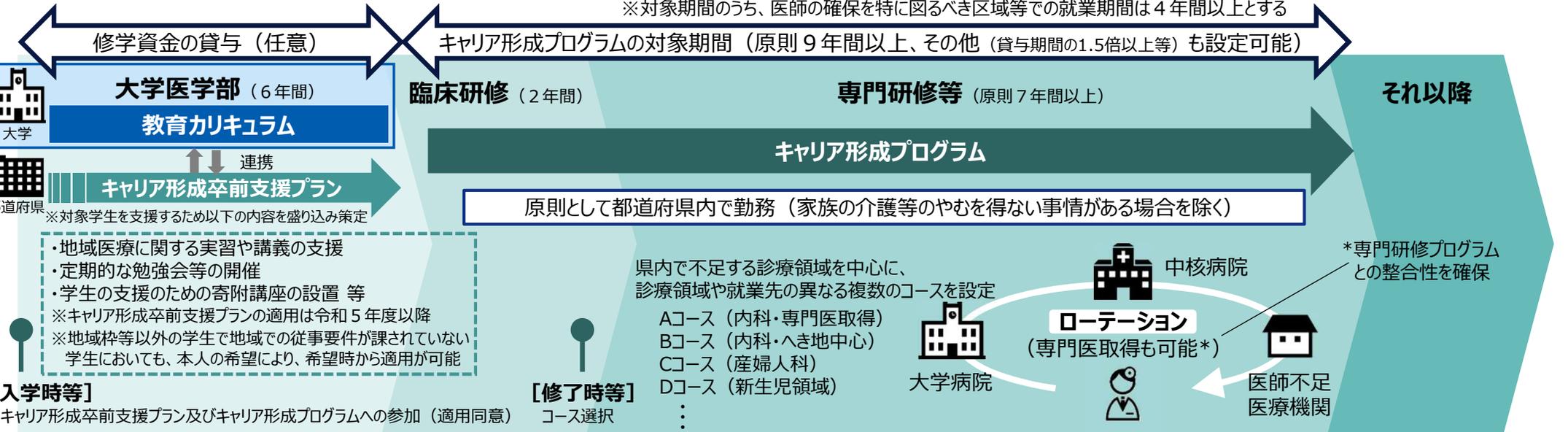


キャリア形成プログラムについて

都道府県は、地域医療対策協議会において協議が調った事項に基づき、「医師不足地域における医師の確保」と「医師不足地域に派遣される医師の能力開発・向上の機会の確保」の両立を目的とするキャリア形成プログラムを策定することとされている

※医療法及び医師法の一部を改正する法律(平成30年法律第79号)により地域医療支援事務として医療法に明記。キャリア形成プログラムの詳細については、医療法施行規則(省令)及びキャリア形成プログラム運用指針(通知)に規定

<キャリア形成プログラムに基づくキャリア形成のイメージ>



<キャリア形成プログラムの対象者>

- ・ 地域枠を卒業した医師
- ・ 地域での従事要件がある地元出身者枠を卒業した医師
- ・ 自治医科大学卒業医師（平成30年度入学者までは任意適用）
- ・ その他プログラムの適用を希望する医師

※キャリア形成プログラムの適用に同意した学生に対しては、修学資金の貸与に地域医療介護総合確保基金の活用が可能

<キャリア形成プログラムに基づく医師派遣>

大学等による医師派遣との整合性を確保するため、地域医療対策協議会で派遣計画案を協議

※地域医療構想における機能分化・連携の方針との整合性を確保する

※理由なく公立・公的医療機関に偏らないようにする

※都道府県は、医師偏在対策と対象医師のキャリア形成の両立を円滑に推進するため、各地域の医師偏在の状況や対象医師の希望を勘案しつつ、就業先について、大学等の専門医の研修プログラム責任者等との調整を行うとともに、対象学生の支援を行う人材（キャリアコーディネーター）を配置する

※都道府県は、対象医師から満足度等も含む意見聴取を定期的実施し、勤務環境改善・負担軽減を図る

対象者の地域定着促進のための方策

<対象者の納得感の向上と主体的なキャリア形成の支援>

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

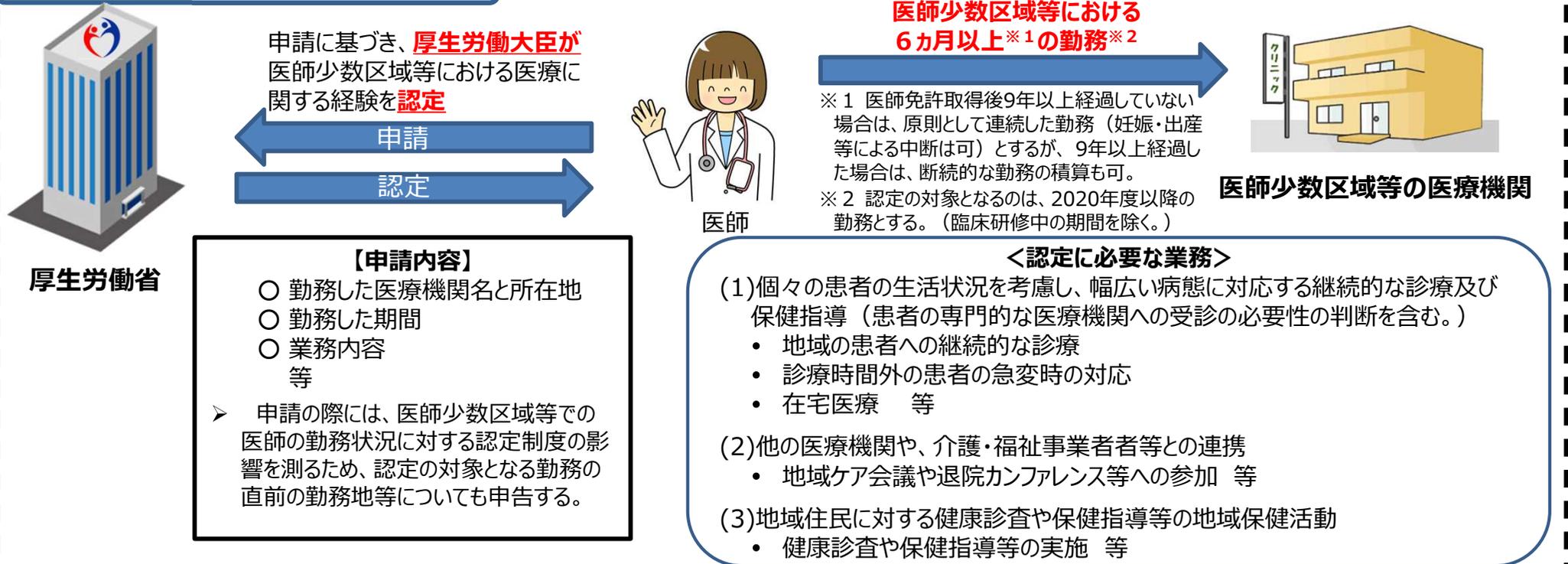
<プログラム満了前の離脱の防止>

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

医師少数区域等で勤務した医師を認定する制度について

- 医師少数区域等における勤務の促進のため、医師少数区域等に一定期間勤務し、その中で医師少数区域等における医療の提供のために必要な業務を行った者を厚生労働大臣が認定する。

認定に必要な勤務期間や業務内容



認定医師等に対するインセンティブ

① 一定の病院の管理者としての評価

- ・ 地域医療支援病院の管理者は、認定医師でなければならないこととする。（2020年度以降に臨床研修を開始した医師を管理者とする場合に限る。）

② 認定医師に対する経済的インセンティブ

- ・ 認定を取得した医師が医師少数区域等で診療を実施する際の医療レベルの向上や取得している資格等の維持に係る経費（研修受講料、旅費等）について支援を行う。

外来医師偏在指標を活用した地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

第1回第8次医療計画
等に関する検討会
令和3年6月18日 資料
2改

経緯

- 外来医療については、無床診療所の開設状況が都市部に偏っていること、診療所における診療科の専門分化が進んでいること、救急医療提供体制の構築等の医療機関間の連携の取組が、個々の医療機関の自主的な取組に委ねられていること、等の状況にある。
- それを踏まえ、「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会 第2次中間取りまとめ」において、**外来医療機能に関する情報の可視化、外来医療機能に関する協議の場の設置**等の枠組みが必要とされ、また、医療法上、医療計画において外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項（以下、「**外来医療計画**」）が追加されることとなった。

外来医療機能に関する情報の可視化

- 地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握を行うために、診療所の医師の多寡を**外来医師偏在指標**として可視化。

$$\text{外来医師偏在指標} = \frac{\text{標準化診療所医師数}}{\left(\frac{\text{地域の人口}}{10万} \times \text{地域の標準化受療率比} \right) \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合}}$$

※ 医師偏在指標と同様、医療ニーズ及び人口・人口構成とその変化、患者の流入、へき地などの地理的条件、医師の性別・年齢分布、医師偏在の単位の5要素を考慮して算定。

- 外来医師偏在指標の上位33.3%に該当する二次医療圏を、**外来医師多数区域**と設定。

新規開業希望者等に対する情報提供

- 外来医師偏在指標及び、外来医師多数区域である二次医療圏の情報を、医療機関のマッピングに関する情報等、開業に当たって参考となるデータと併せて公表し、**新規開業希望者等に情報提供**。

※ 都道府県のホームページに掲載するほか、様々な機会を捉えて周知する等、新規開業希望者等が容易に情報にアクセスできる工夫が必要。また、適宜更新を行う等、質の担保を行う必要もある。
※ 新規開業者の資金調達を担う金融機関等にも情報提供を行うことが有効と考えられる。

外来医療機能に関する協議及び協議を踏まえた取組

- 地域ごとにどのような外来医療機能が不足しているか議論を行う、**協議の場を設置**。
※ 地域医療構想調整会議を活用することも可能。 ※ 原則として二次医療圏ごとに協議の場を設置することとするが、必要に応じて市区町村単位等での議論が必要なものについては、別途ワーキンググループ等を設置することも可能。
- **少なくとも外来医師多数区域においては、新規開業希望者に対して、協議の内容を踏まえて、初期救急（夜間・休日の診療）、在宅医療、公衆衛生（学校医、産業医、予防接種等）等の地域に必要とされる医療機能を担うよう求める。**

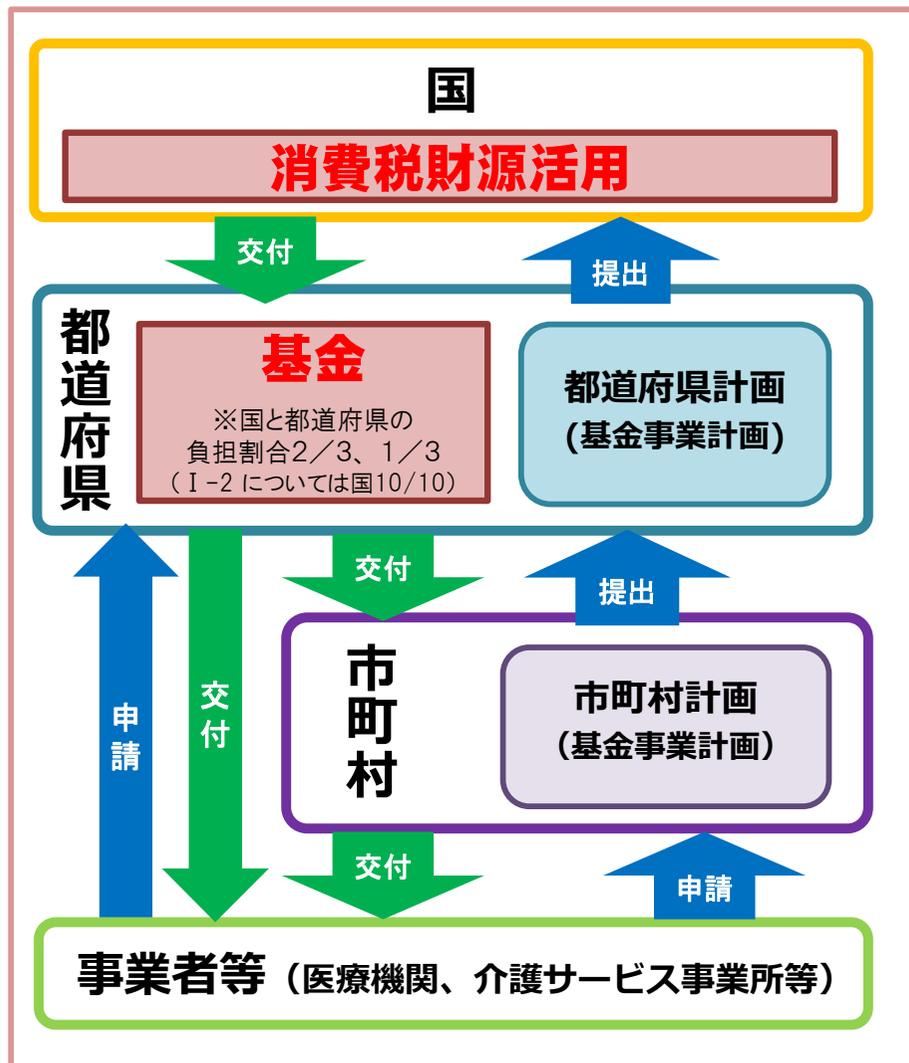
- 外来医療計画の実効性を確保するための方策例

- ・ 新規開業希望者が開業届出様式を入手する機会を捉え、地域における地域の外来医療機能の方針について情報提供
- ・ **届出様式に、地域で定める不足医療機能を担うことへの合意欄を設け、協議の場で確認**
- ・ 合意欄への記載が無いなど、**新規開業者が外来医療機能の方針に従わない場合、新規開業者に対し、臨時的協議の場への出席要請を行う**
- ・ 臨時的協議の場において、構成員と新規開業者で行った**協議内容を公表** 等

地域医療介護総合確保基金

令和6年度予算額:公費で1,553億円
(医療分 1,029億円、介護分 524億円)

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
- このため、平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度(地域医療介護総合確保基金)を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



都道府県計画及び市町村計画 (基金事業計画)

- **基金に関する基本的事項**
 - ・公正かつ透明なプロセスの確保(関係者の意見を反映させる仕組みの整備)
 - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
 - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
- **都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項**
医療介護総合確保区域の設定※1 / 目標と計画期間(原則1年間) / 事業の内容、費用の額等 / 事業の評価方法※2
 - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏域を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏域を念頭に設定。
 - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施
国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用
- 都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成

地域医療介護総合確保基金の対象事業

- I-1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- I-2 地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業
- II 居宅等における医療の提供に関する事業
- III 介護施設等の整備に関する事業(地域密着型サービス等)
- IV 医療従事者の確保に関する事業
- V 介護従事者の確保に関する事業
- VI 勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

地域医療対策協議会における医師派遣実績について

○ 地域医療対策協議会における医師派遣実績

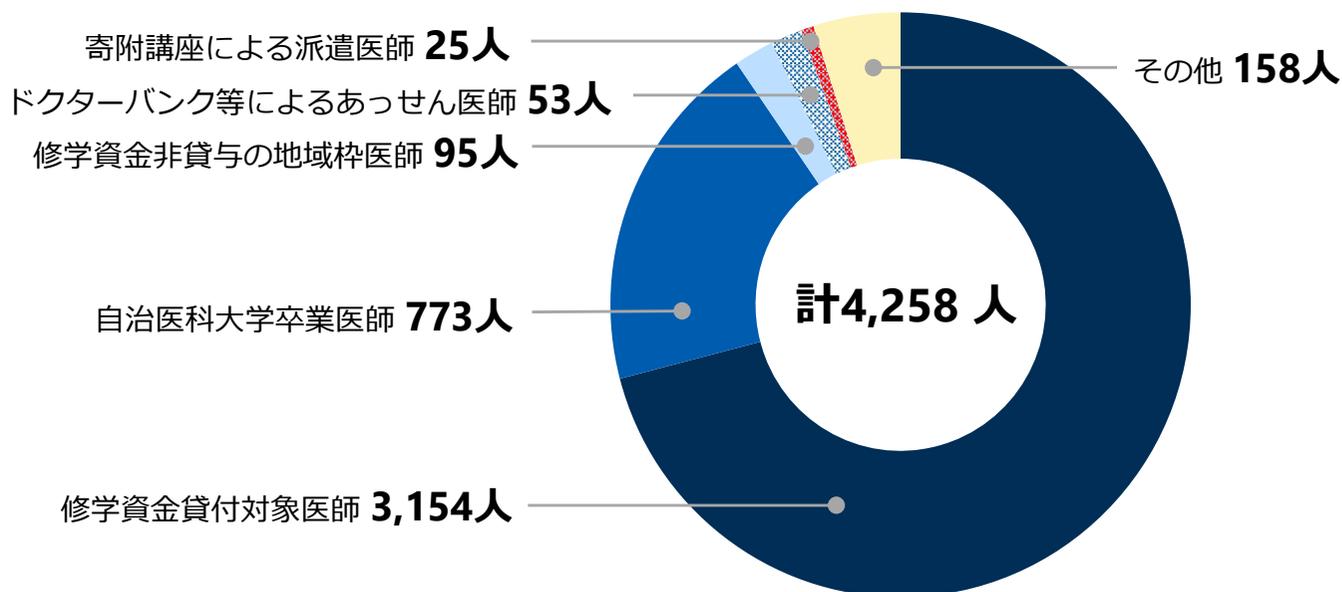
※ 令和4年4月1日～令和5年3月31日に派遣を開始した実績

地域医療対策協議会における医師派遣実績

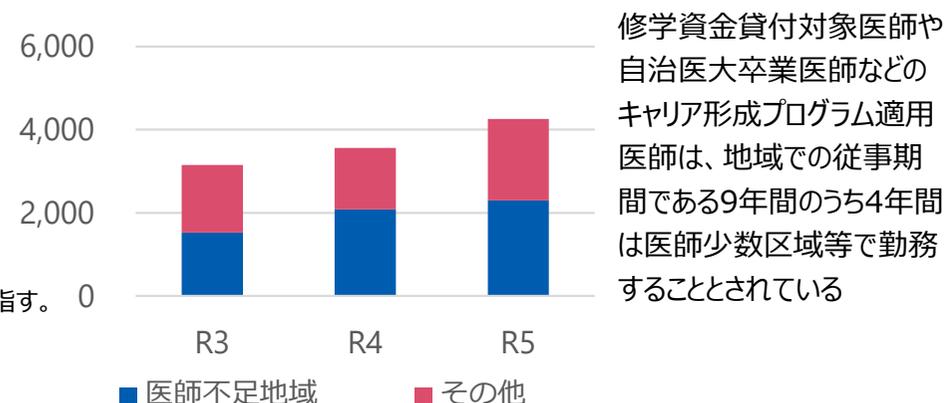
	医師不足地域	その他の地域	小計
常勤医師	2,164	1,948	4,112
非常勤医師	134	12	146
小計	2,298	1,960	4,258

「医師不足地域」とは、医師少数区域、医師少数スポット、へき地、離島、その他都道府県が医師不足と考える地域を指す。
 （医師少数区域：1,434人）（医師少数スポット：385人）（へき地：232人）（離島：118人）
 （その他都道府県が医師不足と考える地域：456人）※重複項目あり

派遣された医師の類型



派遣人数（常勤換算）



- 派遣された4,258人のうち、2,298人(54%)が医師不足地域に派遣されている。
- 派遣された4,258人のうち、3,927人(92%)が修学資金貸付対象医師・自治医大卒業医師となっている。
- 今後、修学資金貸付対象医師等の増加が見込まれるため、更なる医師派遣の増加が見込まれる。

キャリア形成プログラムの適用者について

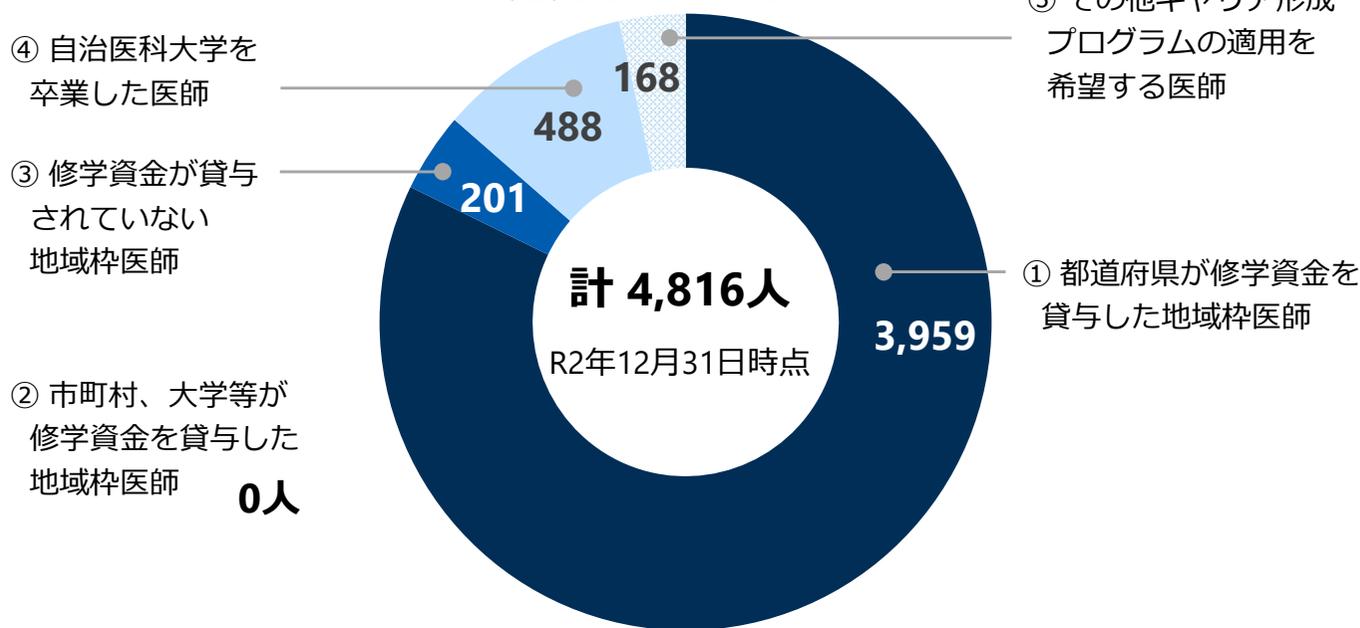
○ キャリア形成プログラムの対象者は、「キャリア形成プログラム運用指針」において、次に掲げる者を対象としている

- 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

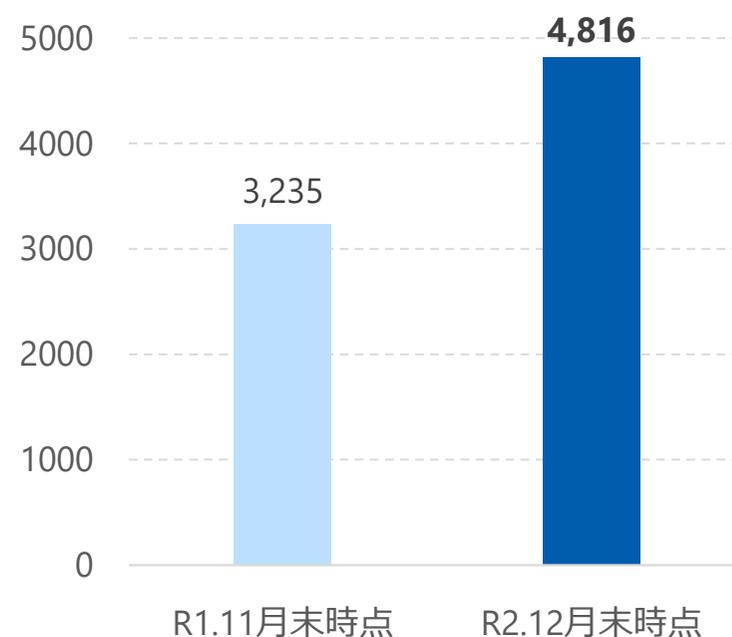
※ 都道府県は、①④⑤に対し、その者の同意を得て当該プログラムを適用しなければならない（ただし、④については、平成31年度以降に同大学の医学部に入学した者に限る者とし、それ以前の入学者については、その者の同意を得て当該プログラムを適用するよう努めるものとする）

※ 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。

第7次医師確保計画を通じた目標達成状況

令和6年9月5日

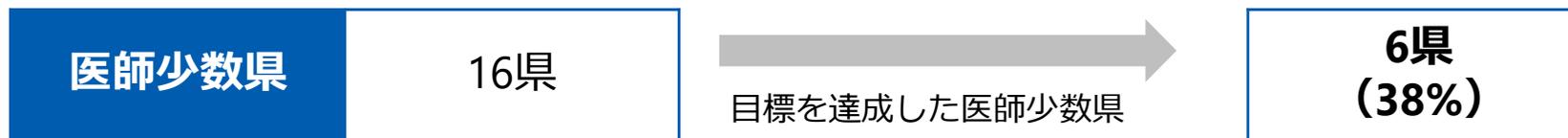
第110回社会保障審議会医療部会

資料2

- ・ 医師偏在是正の目標年である2036年に向けて、第7次医師確保計画では、当該計画期間中（2020～2023年度）に、医師偏在指標が下位1/3である医師少数県や医師少数区域が、当該下位1/3基準値に達することを目標としていた。
- ・ 第8次（前期）医師確保計画（2024～2026年度）の策定に向けて、新たな医師偏在指標を算出しており、新旧の医師偏在指標を比較し、目標の達成状況を示す。

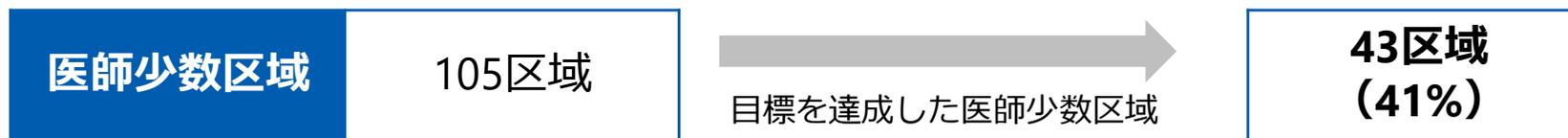
● 医師少数県における目標の達成状況

医師少数県においては、第7次医師確保計画終了時（2023年度）までに当該計画開始時（2020年度）の医師偏在指標の下位1/3基準値に達することを目標としていた。達成状況は以下のとおり。



● 医師少数区域における目標の達成状況

医師少数区域においては、第7次医師確保計画終了時（2023年度）までに当該計画開始時（2020年度）の医師偏在指標の下位1/3基準値に達することを目標としていた。達成状況は以下のとおり。



※ 医療圏の見直し（8→3）を行った秋田県を除いて比較。

2. 研究医枠の概要

研究医枠の概要

- 平成22年度より、「経済財政改革の基本方針2009」を踏まえ、複数大学の連携によるコンソーシアムを形成し、研究医養成の観点から卒後・大学院教育を一貫して見通した特別コース（増員数の倍以上）を設定し適切に履修者を確保すること等を要件とする「研究医枠」の臨時定員増を開始した。

入試段階で学生を選抜する地域枠と異なり、特定の年次に選抜を行う一貫した特別コースを通じて、研究医養成を図る。

「特別コース」とは

- 養成・確保の一貫した取組を通じて研究医の確実な定着を図るため、特定の年次に編入学生の選抜や学内選抜の上、学部・大学院教育を一貫して見通した研究者養成のための重点的プログラム。
- 大学ごとに取組内容は異なるが、例えば、
 - ・大学院進学のコースとして、MD-PhDコースや、臨床研修と並行した進学コースの設定
 - ・研究医を志す学生ための特別な入学者選抜
 - ・特別コース開始前のプレプログラムの実施
 - ・研究医としてのキャリア支援（常勤ポストの設定等）などの取組を組み合わせながら、各大学で研究医養成を図っている。

研究医枠について

- ・昭和57年及び平成9年の閣議決定に基づき、医師過剰の懸念から医学部定員を抑制。
- ・平成22年度より、「経済財政改革の基本方針2009」を踏まえ、地域枠、研究医枠、歯学部振替枠により臨時的な定員増を開始。
- ・研究医枠は、他大学と連携し基礎医学及び社会医学に関する優れた研究者の養成を重点的に担おうとする場合に限り、3名以内の定員増を認めるもの。

