

令和6年度第3回 医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会	資料1
令和6年12月13日	

今後の専門研修制度に向けた検討について

- 前回の議論

前回意見①

【全般的な事項について】

- 地域医療の観点では、シーリングに対して医師偏在に対する期待がある。
- シーリング対象県の中に、専攻医採用数が全国平均を下回る県が含まれている。大都市部におけるシーリングの激変緩和措置の見直しを含めて検討が必要。
- シーリング対象の診療科で採用数が確実に減少していくような激変緩和措置の見直し、シーリングの厳格な適用が必要。
- 特別地域連携プログラムは、シーリング枠内で実施すべき。

【連携プログラム等について】

- 連携プログラムや特別地域連携プログラムは、東北、東海、甲信越に重点を置くなどの必要な見直しを検討してほしい。
- 特別地域連携プログラムの連携先や研修期間について今後も改良を加えてほしい。
- 特別地域連携プログラムを推進する上で、内科や外科などのサブスペシャリティが分化されているところでは、専門領域のハイボリュームセンターへ所属することを希望する方が多くなり、大都市に偏在しがちになることは、今後の課題として重要。
- 連続性を考慮すると、初期研修医の広域連携型プログラムと連携していくことが重要ではないか。

【専門研修の充実等について】

- 専門研修制度の中で充実した研修を受けること、若い医師たちの研修の充実を一義に考えないといけない。
- 専攻が何を望んでいるのかまず考えないといけない。しっかりとした研修がしたいと言うことが一番にあるのではないか。研修の質、給与面での観点からニーズを把握する必要がある。
- 教育が人を引きつける一番のファクター。指導医をどのように配置するか、環境整備等、本当に良い学びができる場をどのように構築し専攻医に伝えていくかが非常に重要。
- DXの活用なども行いながら、医師少数地域に行っても専攻医がきちんと教育を受けられるようにすべき。
- 専攻医や現状の医師数がないと指導医を育成することも難しい。医師不足が顕著な医師少数県などに指導医を派遣した都市部の病院や本人に対するインセンティブなど、都市部から地方へ指導医が派遣されるような実行性のある仕組みを検討してほしい。
- 国公立病院や大学を退官された先生に地域で指導医になってもらえば、若い先生はついて行くはず。地域研修は専攻医が自ら進んで行きたいと思えるような制度設計をするべき。

前回意見②

【データや調査・分析等について】

- 必要医師数と実態が離れているように感じるのは、医師が多くても必要なところで勤務していないことの表れではないか。働き方は様々であり、どういった場所でどれくらいの年齢の医師がどういった働き方をしているかといった調査もしたうえで、必要医師数の算出に結びつけてほしい。
- 本当に足りないところ、困っているところが反映されるような調査方法を考えてほしい。
- 今後の専攻医の研修の在り方を考える際に、病院と診療所を別にして医師数を評価し、それらが専攻医の研修先に該当する医療機関なのか把握することが大事ではないか。
- 診療科別医師数には高齢の開業医もカウントされているが、数年以内に廃業する声も多くあり、危惧している。
- どの医療圏で見えていくべきか。都道府県単位だけで考えていいのか。二次医療圏ごとや診療科間の詳細なデータ分析をしていただきたい。
- 大学病院の医学教育・研究が非常に厳しい状況になっており、医師数や採用数を考慮する際に、臨床研修に100%集中しているとはいえない大学院生の存在を考慮してほしい。

【総合診療専門医等について】

- 総合診療専門医のその後の動向を調べ、これから専攻医になる方に魅力あるキャリアパスを情報提供すべき。
- 総合診療医のキャリアパスは多彩で活躍する場所も多様であるから、専攻医や学生にとっての見えにくさが指摘されている。どのようなキャリアパスをたどっているか現状分析をするべき。
- 地方にはジェネラルに診ることが出来る内科や外科の医師が必要。臨床研修を修了した内科医であればある程度の総合診療能力をもって対応できないといけず、総合診療専門医ではないから診療できないということがあってはならない。サブスペシャリティであっても、総合診療能力を同時に得るようにしないとイケない。

- 専門研修制度の趣旨や位置づけについて



専門医の質

- ・各学会が、自律的に独自の方針で専門医制度を設け、運用。
- ・学会の認定基準が統一されておらず、専門医の質の担保に懸念。

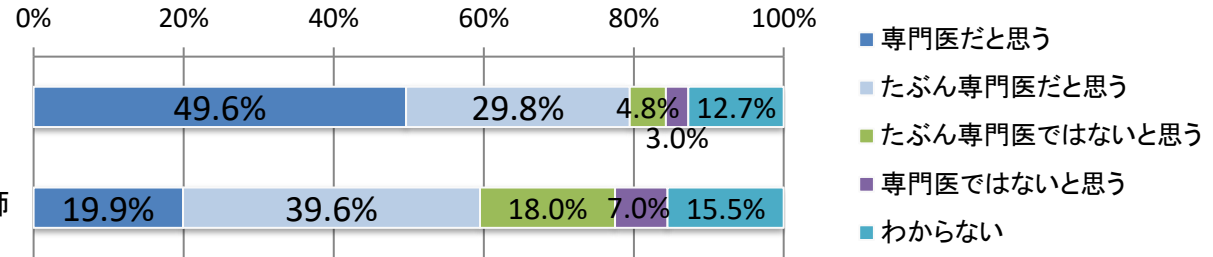
求められる専門医像

- ・専門医としての能力について、医師と国民との間に捉え方のギャップが存在。
- ・現在の専門医制度は国民にとって分かりやすい仕組みになっていない。

<イメージする専門医像>

テレビなどで取り上げられているスーパードクター

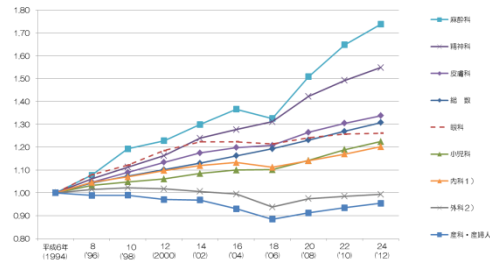
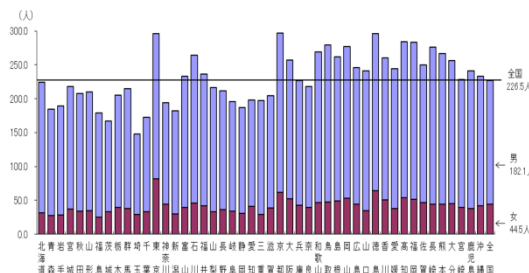
診療所(医院・クリニック)から紹介された医療機関の医師



出典：(社)日本専門医制評価・認定機構「専門医に関する意識調査」調査報告書

地域医療との関係

- ・医師の地域偏在・診療科偏在は近年の医療を巡る重要な課題。



新たな専門医に関する仕組み

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

趣旨

医師の質の一層の向上及び医師の偏在是正を図ることを目的として検討会を開催。

現状

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

新たな仕組みの概要

(基本的な考え方)

- 国民の視点に立った上で、育成される側のキャリア形成支援の視点も重視して構築。
- プロフェッショナルオートノミー(専門家による自律性)を基盤として設計。

(中立的な第三者機関)

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

(専門医の養成・認定・更新)

- 専門医の認定は、経験症例数等の活動実績を要件とする。

(総合診療専門医)

- 「総合診療専門医」を基本領域の専門医の一つとして加える。

(地域医療との関係)

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

(スケジュール)

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

○専門医の質の一層の向上(良質な医療の提供)

○医療提供体制の改善

新たな専門医の仕組みの経緯①

医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会
令和元年度 第1回 参考資料8 一部改変

平成25(2013)年 4月	厚労省	「専門医の在り方に関する検討会報告書」取りまとめ
平成26(2014)年 5月	機 構	一般社団法人日本専門医機構設立
平成28(2016)年 2月～		地域医療の関係者から、医師偏在の懸念が示される
6月7日	日 医 ・四病協	「新たな専門医の仕組みへの懸念について」 ※専門医機構及び基本領域学会に対する要望書 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・一度立ち止まり、地域医療、公衆衛生、地方自治、患者・国民の代表による幅広い視点を加えた検討の場を新たに設置 ・新たな検討の場で、医師及び研修医の偏在が深刻化しないかどうか集中的に精査 </div>
6月7日	大臣談話	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>「要望書の趣旨を理解するとともに、専門医機構と学会が、地域医療関係者や自治体等の意見を真摯に受け止め、なお一層の取組をすることを強く期待。」</p> </div>
6月27日	機 構	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>平成29年度は新プログラムを認定せず、平成30年度を目途に一齐に開始</p> </div> <p>社員総会を開催し、新理事を選出 → 学会中心の体制から、地方自治体、患者・国民の代表など、幅広い関係者の体制に</p>
7月20日	機 構	「専門医研修プログラムと地域医療にかかわる新たな検討委員会」(精査の場)を開催
11月18日	日 医	「要望書」 ※専門医機構に対する要望書(新たな整備指針に関する要望)
12月16日	機 構	<p>社員総会を開催し、「専門医制度新整備指針」を決定</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・基幹研修施設の基準を、原則、大学病院以外の医療機関も認定される水準とする ・機構は、研修プログラムの認定に際し、都道府県協議会に事前協議 ・妊娠、出産、育児等の理由による研修中断に柔軟に対応 等 </div>

新たな専門医の仕組みの経緯②

医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会
令和元年度 第1回 参考資料8 一部改変

平成29(2017)年 3月17日	機 構	理事会を開催し、新整備指針の運用細則および補足説明を決定
4月12日	市長会	「国民不在の新専門医制度を危惧し、拙速に進めることに反対する緊急要望」 ※厚生労働大臣に対する要望書(2月に全国医系市長会から厚生労働大臣に対して同趣旨の要望あり)
4月24日	厚労省	第1回「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」開催
8月2日	大臣談話	「新たな専門医制度」に対する厚生労働大臣談話を公表
8月～9月	機 構	研修プログラムの認定に際し、各都道府県協議会と協議
10月10日	機 構	平成30年度の研修開始に向け、専攻医の仮登録開始
平成30(2018)年 3月27日	機 構	「今後の医師養成在り方と地域医療に関する検討会」にて、H30年度は5都府県については、採用人数が、過去5年分の平均内に収まったとの報告有り。
4月1日	機 構	日本専門医機構平成30年度専門研修プログラム 研修開始
7月25日	厚労省	医療法及び医師法の一部を改正する法律を公布
7月20日	機 構	理事会を開催し、理事長、副理事長を選出(寺本民生理事長、今村聡副理事長、兼松隆之副理事長)

医師法における専門研修制度に係る規定

平成30年の医師法改正において、医療提供体制の確保に与える影響に配慮して医師の研修が行われるよう、適切な役割分担を担い、相互に連携を図りながら協力することが努力義務とされた。

医師法（昭和23年法律第201号）

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

2 （略）

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

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

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

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

2 （略）

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

医師法施行規則（昭和23年厚生省令第47号）

第19条の3 法第16条の10第1項の厚生労働省令で定める場合は、次に掲げる場合とする。

一 前条第一号に規定する団体（補足：日本専門医機構）が、**医師の研修に関する計画（研修施設、研修を受ける医師の定員又は研修期間に関する事項が定められているものに限る。）**を定め、又は変更する場合

二 （略）

※「医療法及び医師法の一部を改正する法律」の一部の施行に伴う医師法施行規則の一部を改正する省令の施行について(通知)（平成30年10月15日医政発1015第7号）において、具体的には、一般社団法人日本専門医機構が、次に掲げるものを定め、又は変更する場合を想定としている。

ア 専門医制度新整備指針

イ 専門医制度新整備指針運用細則

ウ、エ （略）

新専門医制度の採用数上限設定（シーリング）にかかる最近の経緯

平成30(2018)年度より開始された新専門医制度では、下記のとおり採用数の上限設定（シーリング）が設定されており、直近では新型コロナウイルス感染症の影響等を踏まえ、シーリング数を据え置く措置等が講じられてきた。

平成30(2018)年度	日本専門医機構により、 五大都市（東京都、神奈川県、愛知県、大阪府、福岡県） について、各診療科（外科、産婦人科、病理、臨床検査および総合診療科以外）のシーリング数として 過去5年間の採用数の平均 が設定された。
平成31(2019)年度	引き続き五都府県に平成30(2018)年度と同様のシーリングを実施。ただし、平成30(2018)年度専攻医が東京都に集中したことを受け、 東京都のシーリング数が5%削減 された。
令和2(2020)年度	厚生労働大臣からの意見・要請を踏まえ、日本専門医機構が、厚生労働省の発表した 都道府県診療科別必要医師数を基に、各都道府県別診療科の必要医師数に達している診療科に対して、一定のシーリングを設定 し、募集を行った。また、激変緩和措置として、通常プログラムとは別に連携プログラムが設置された。
令和3(2021)年度	日本専門医機構がシーリングを検討するための協議体を設置し、各学会や都道府県からのヒアリング等を踏まえ検討がなされ、 令和2(2020)年度と同様の考え方 に基づき、一部修正を加えたシーリングを設定した。
令和4(2022)年度	新型コロナウイルス感染症の影響により、採用数が例年と異なる動向であること等を踏まえ、令和3(2021)年度の採用数を用いた再計算を行わず、 令和3(2021)年度採用と同じシーリングが設定 された。
令和5(2023)年度	引き続き、新型コロナウイルス感染症の影響を考慮し、既存のプログラムのシーリング数について、 令和4(2022)年度採用と同じシーリングが設定 とされた。通常プログラム、連携プログラムに加え、特別地域連携プログラムが導入された。
令和6(2024)年度	医師専門研修部会の議論を踏まえ、シーリングの効果検証を令和5(2023)年より実施することとなり、当該検証の結果を踏まえた対応のため、令和6(2024)年は 令和5(2023)年度採用と同じシーリング数が設定 された。

研究の概要

- 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）により、「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）を実施した。
- 医師養成過程を通じた医師偏在対策は、従来、地域枠を中心とした医学部定員の増員や臨床研修制度における募集定員の上限設定が行われてきた。また、医師の専門研修においては、2018年度専攻医募集より5大都市（東京都、神奈川県、愛知県、大阪府、福岡県）の14基本領域に対して、2020年度専攻医募集からは、13基本領域に対して、都道府県別・診療科別の必要医師数に基づいて、専門研修プログラムにシーリングが設定されるようになったが、その効果・影響について、これまで報告された研究はなかった。
- 本研究では、日本専門医機構における専門研修プログラム登録データベースの解析、専攻医及び専門研修プログラム統括責任者を対象としてアンケート調査等を行った。
- その結果、
【専攻医の都道府県・基本領域の選択行動】
 - ・募集定員等の制約がなければ他の都道府県・基本領域を選択したという専攻医が一定程度みられた中でも、基本領域を変更するよりは研修先の都道府県を変更する専攻医のほうが多かった
 - 現行のシーリングは、専攻医の都道府県・基本領域の選択行動に一定の効果があったと考えられる**
【専門研修終了後の専攻医の動向】
 - ・専門研修終了後、派遣先の都道府県での勤務を希望する専攻医が一定程度みられた
ただし、自記式アンケートのため、回答者の属性に留意が必要である
 - 連携プログラムや特別地域連携プログラムは、専門研修終了後もその地域への定着を期待できる取組と評価できると考えられた。**
- 本研究により、専攻医が専門研修プログラム（領域、地域、プログラム）を選択する上で重要なこと、基本領域を決定する時期、専門研修終了後も地域に定着する上で必要な取組・支援等、今後の医師偏在対策のあり方を検討する上で重要な示唆が得られた。

研究目的

- 日本専門医機構がもつデータ、専攻医に対する網羅的なアンケート調査、ならびに現時点で利用可能なデータを用いて、現在行われている**シーリング**が医師の地域・診療科偏在に対する**効果を検証**することである。
- さらに、**専攻医**がいかにして専門研修を行う都道府県や診療科を**選択**しているのか、その**要因の分析**を試みる。

研究方法

1 データベース解析

専攻医の研修履歴情報等のデータベースを、匿名化して抽出し、卒業大学所在地、臨床研修実施病院所在地、専門研修プログラム期間中の研修施設所在地、専門研修後の勤務地について集計・分析

調査内容：

- ・専攻医が専門医取得するまでの間の都道府県移動
- ・専攻医期間中の医師不足地域への勤務状況
- ・研修プログラム不合格者の動向分析
- ・大学・臨床研修・専門研修実施地と勤務地の関係把握
- ・シーリング設定が専門研修プログラム採用者数に与えた影響の確認

2 アンケート調査

専門研修プログラム専攻医アンケート調査（以下「専攻医調査」）、専門研修プログラム統括責任者アンケート調査（以下「責任者調査」）の2種類をWEB形式で実施

①専攻医調査

対象：2020年度～2023年度に19基本領域の専門研修プログラムに登録した専攻医（既にプログラムを修了した者を含む）

回答率：46.3%（15,857名／36,427名）

主な調査項目：属性、経歴、プログラム選択要因、専門研修修了後の進路等

②責任者調査

対象：基本領域19領域の専門研修プログラム統括責任者
回答率：60.5%（2,249名／3,716名）

対象：基本領域19領域の専門研修プログラム統括責任者
主な調査項目：属性、シーリングへの対応や影響について、専門研修プログラム作成について等

3 海外調査

ドイツ及びフランスの専門医の偏在対策調査

1. データベース解析

【シーリング設定が専門研修プログラム採用者数に与えた影響の確認】

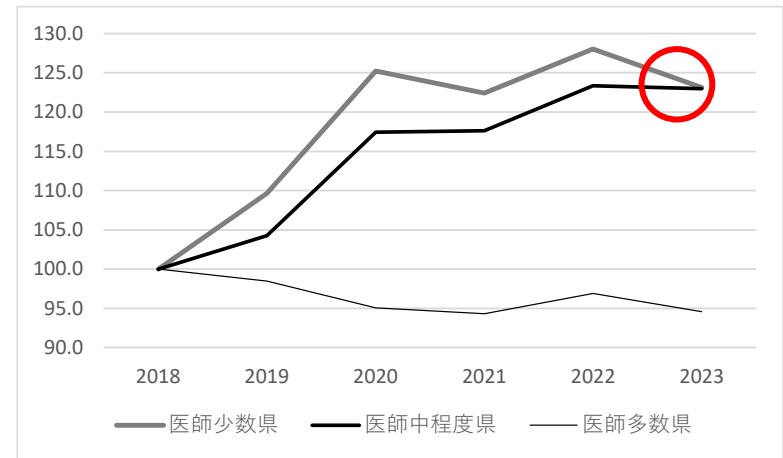
＜新たにシーリングが設定された際の採用者数変化＞

採用年	シーリング設定		採用者数		
	前年	当年	前年	当年	変化数
2020	あり	あり	1881	1754	-127
	あり	なし	1261	1440	179
	なし	あり	719	585	-134
	なし	なし	13369	14245	876
2021	あり	あり	2220	2184	-36
	あり	なし	119	159	40
	なし	あり	344	270	-74
	なし	なし	15341	15389	48
2022	あり	あり	2378	2476	98
	あり	なし	76	86	10
	なし	あり	-	-	-
	なし	なし	15548	16235	687
2023	あり	あり	2476	2459	-17
	あり	なし	-	-	-
	なし	あり	-	-	-
	なし	なし	16321	16111	-210

表：シーリングの設定状況別に見た採用者数の変化

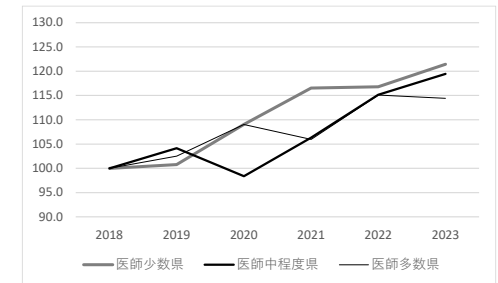
○ 前年にシーリング設定がなく、当年新規に設定された都道府県・基本領域での採用者数は前年と比較して減少していた。

＜シーリングの有無による都道府県別の採用者数推移＞



上図：シーリングのある
 右図：シーリングのない
 診療科の採用者数の推移

医師多数県 東京、石川、滋賀、京都、大阪、和歌山、鳥取、岡山、徳島、香川、高知、福岡、佐賀、長崎、熊本、沖縄
 医師中程度県 北海道、宮城、神奈川、富山、福井、山梨、愛知、兵庫、奈良、島根、広島、山口、愛媛、大分、鹿児島
 医師少数県 青森、岩手、秋田、山形、福島、茨城、栃木、群馬、埼玉、千葉、新潟、長野、岐阜、静岡、三重、宮崎



○ シーリングのある領域では、医師多数県における採用数が抑制され、医師少数県及び医師中程度県における採用者数が増加していた。

考察

- 2020年度～2023年度の4年間に専門研修プログラムに登録した専攻医15,876名の回答が得られた。
- 制約がない場合、16.4%が専門研修プログラムにおいて、別の都道府県・基本領域を希望したと回答した。
→必ずしもシーリングによる直接的な効果に限ったものではないことに留意する必要があるが、**シーリングは医師偏在対策として専攻医の都道府県・基本領域の選択行動に一定の効果があったと評価できる。**
- <地域偏在>
 - ・シーリングのある領域では、シーリングのない領域と比較して、医師多数県での採用者数が抑制されている。
 - ・一方で、医師少数県の採用者数の増加については、地域によってばらつきがあり、特に東北・東海・甲信越地方の医師少数県においては、シーリングによる効果が十分に発揮されているとは言えない。
- <診療科偏在>
 - ・シーリングによる効果の可能性が示唆されたものの、対象となる都道府県や採用上限数等、設定方法により大きく異なってくると考えられ、本研究で十分に解析することは困難であった。
- 専攻医は都道府県を変更してでも基本領域を優先する意向が強いことがうかがえる。

結論

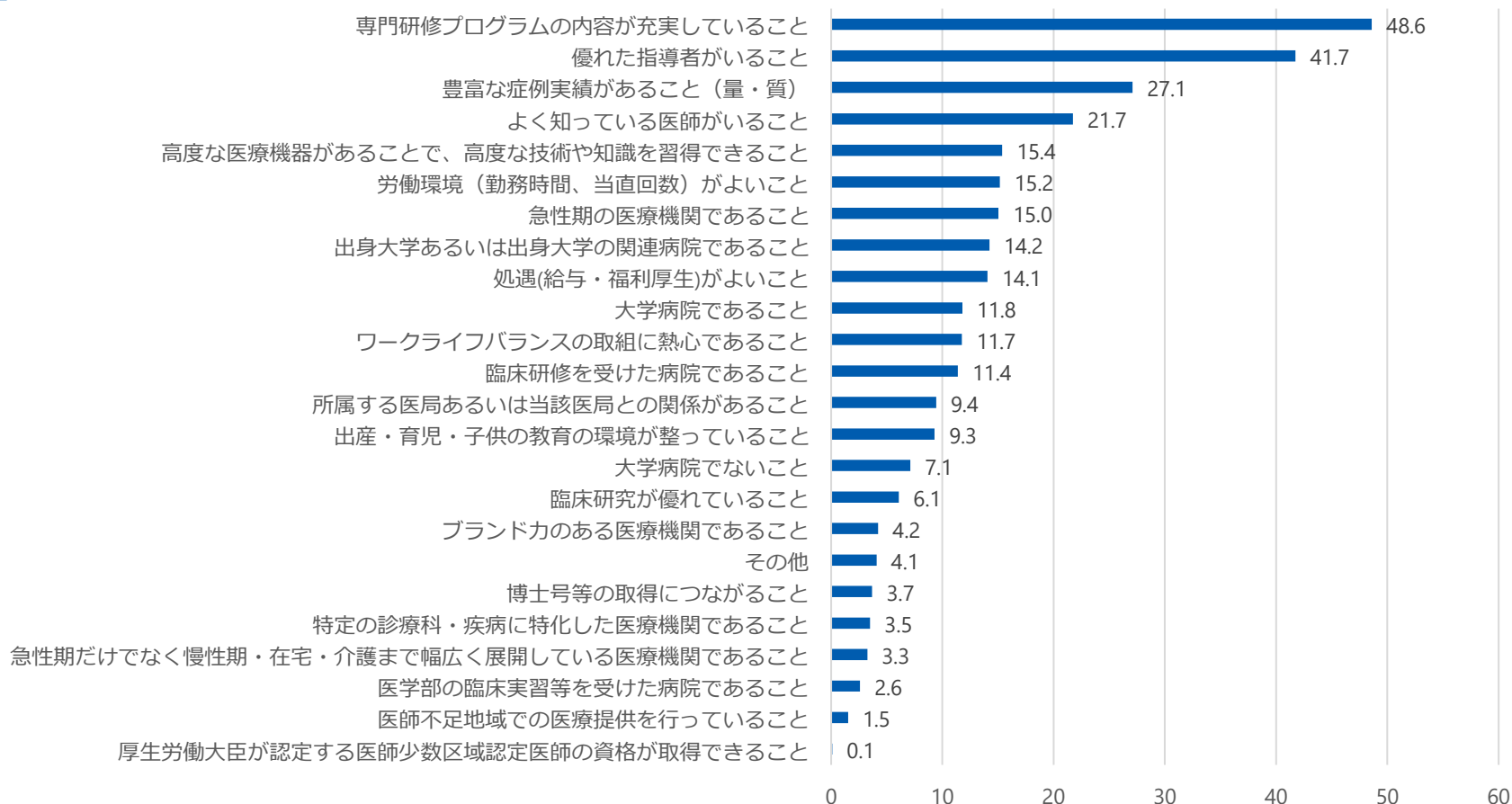
- 現行のシーリングは、医師の地域偏在対策・診療科偏在対策において、専攻医の選択行動に一定の効果があると推察される。
- 今後、今回得られた結果も踏まえ、地域枠をはじめとしたその他の医師偏在対策の効果を除いたシーリングによる効果の解析等を含む、他の視点からの継続的な解析が必要である。
- そのうえで、専攻医の意向等を踏まえた適切な医師偏在対策を行うことが重要である。

専攻医にとって専門研修プログラムを選ぶ際に重要な要素

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

専攻医を対象にした
アンケート調査

専門研修プログラムを選ぶ際に、重要な要素（複数回答、n=15,857）



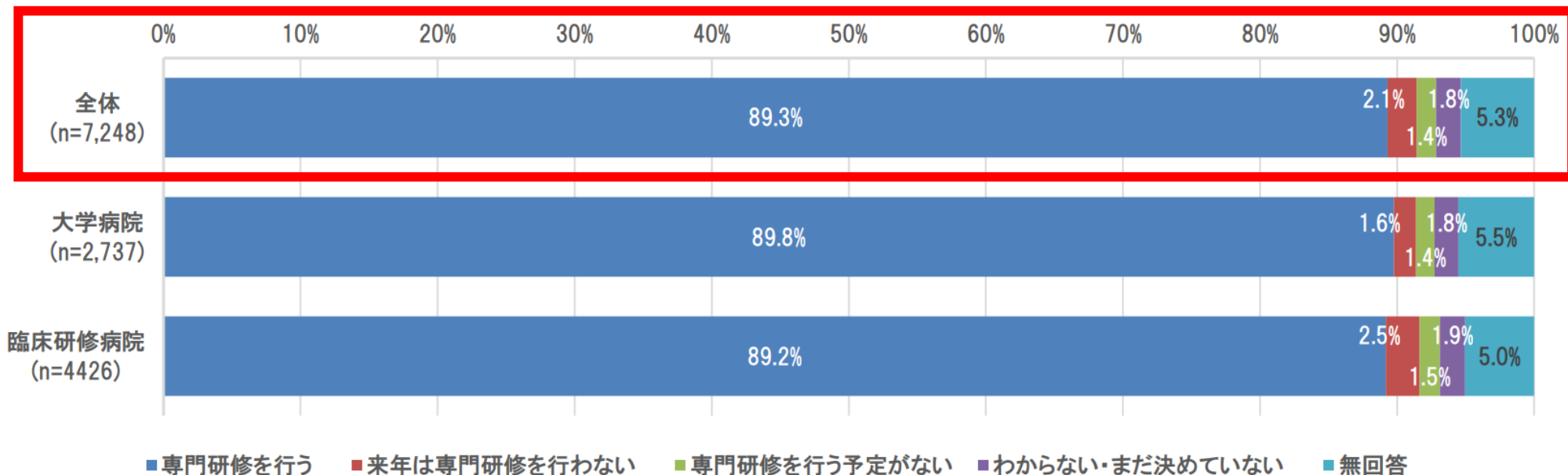
出典：令和5年度厚生労働行政推進調査事業費補助金厚生労働科学特別研究事業

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

専門研修を行う予定の医師の割合について

臨床研修を修了した医師の約9割が、専門研修を行う予定としている。

臨床研修を行った主たる病院の種類



専門研修修了後の専門研修修了地における定着率

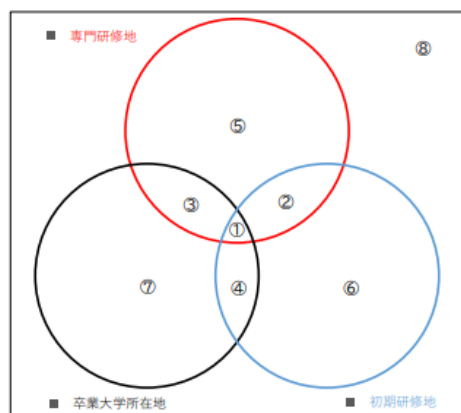
専門研修修了後に、専門研修地で引き続き就業する割合は、約8割である。

研究結果

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3
---	-----

1. データベース解析（参考図表）

日本専門医機構資料



	卒業大学	初期研修	専門研修	人数	%
①	○	○	○	1389	40.6%
②	×	○	○	743	21.7%
③	○	×	○	257	7.5%
④	○	○	×	33	1.0%
⑤	×	×	○	344	10.1%
⑥	×	○	×	85	2.5%
⑦	○	×	×	59	1.7%
⑧	×	×	×	507	14.8%
合計				3417	100.0%

- ：就業都道府県と同一都道府県
- ×：就業都道府県と異なる都道府県で実施

卒業大学所在地で勤務 (①+③+④+⑦)	50.8%
初期研修地で勤務 (①+②+④+⑥)	65.8%
専門研修地で勤務 (①+②+③+⑤)	79.9%

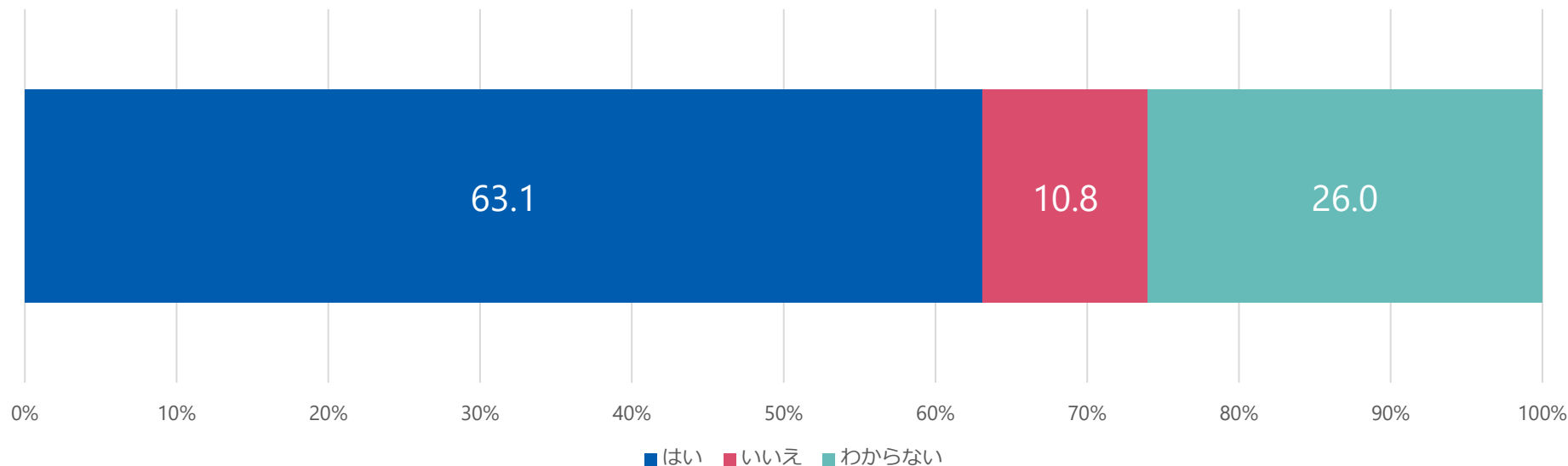
表：卒業大学所在地、初期研修地、専門研修地と勤務地の一致状況

研修修了後に基幹施設が所在する都道府県に残る意向

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

専攻医を対象にした
アンケート調査

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

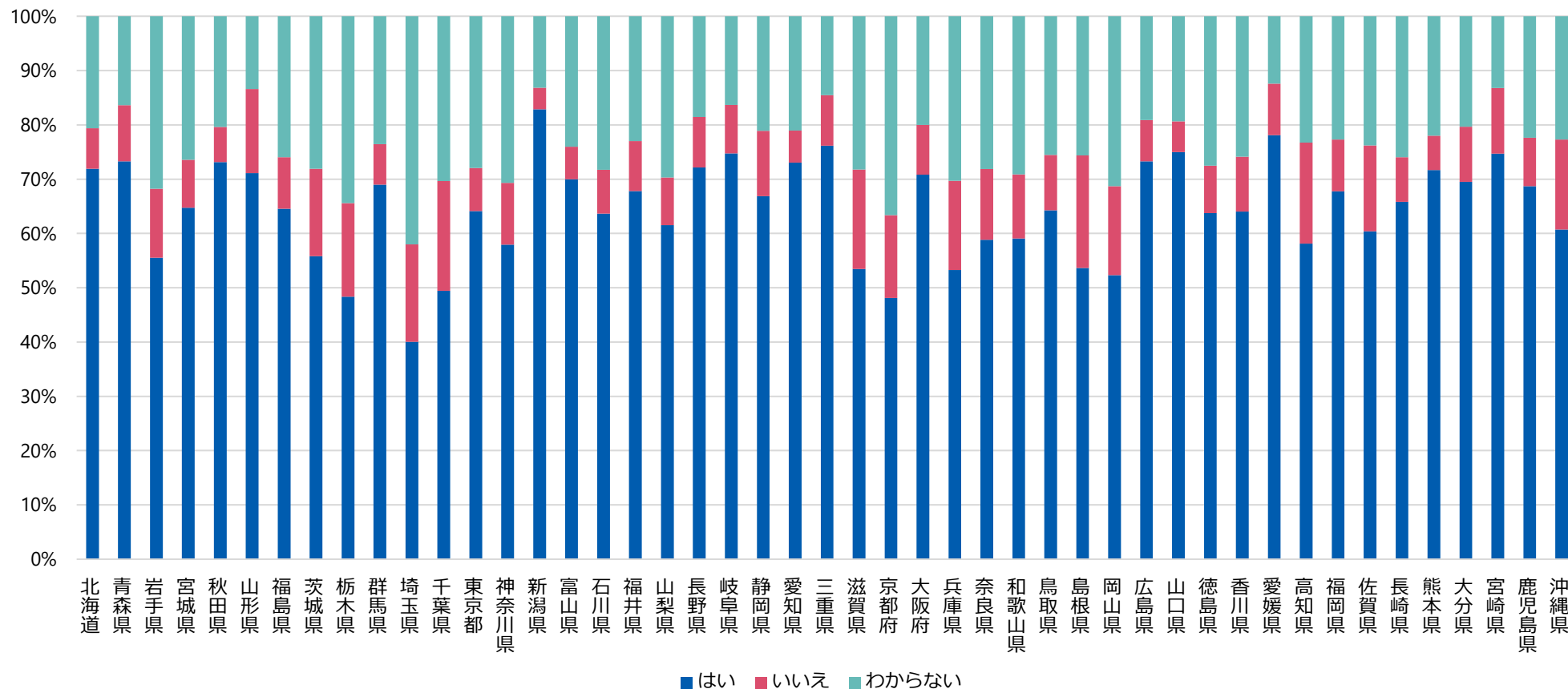


参考：研修修了後に基幹施設が所在する都道府県に残る意向（都道府県別）

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

専攻医を対象にした
アンケート調査

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



出典：令和5年度厚生労働行政推進調査事業費補助金厚生労働科学特別研究事業

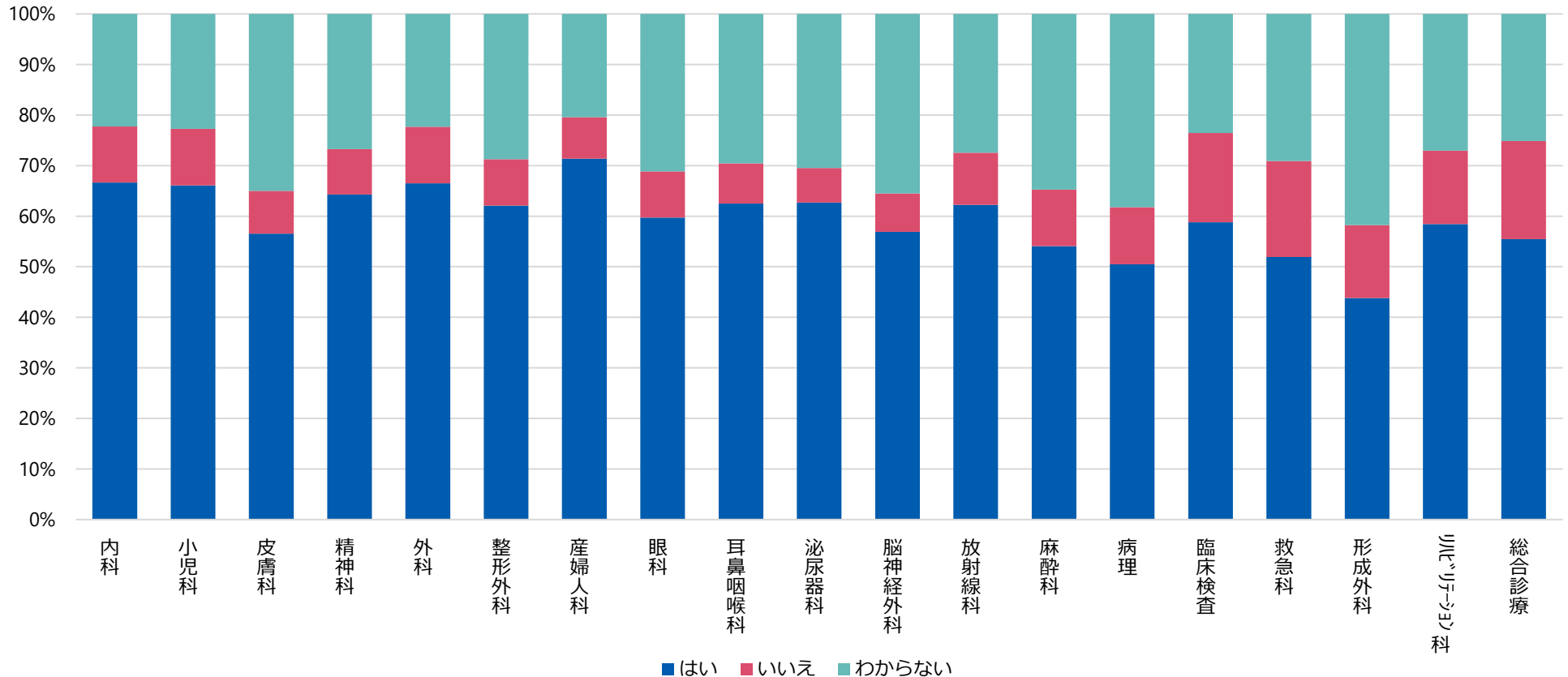
「日本専門医機構における医師専門研修シーリングによる医師偏在対策の効果検証」（研究代表者 渡辺毅）の報告書を基に医政局医事課において作成

参考：研修修了後に基幹施設が所在する都道府県に残る意向（診療科別）

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

専攻医を対象にした
アンケート調査

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



出典：令和5年度厚生労働行政推進調査事業費補助金厚生労働科学特別研究事業

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

専門研修制度の趣旨や位置づけ、検証等を踏まえた対応方針（案）

- 専門研修は、「専門医」について国民の視点に立った上で、育成される側のキャリア形成支援の視点を重視しつつ、制度が地域医療提供体制に与える影響も考慮しながら、日本専門医機構、関係学会等の関係者により、構築・運用されてきている。
- 「育成される側」の視点では、専攻医が専門研修において重視する事項として、半数近くが「専門研修プログラムの内容の充実」を挙げるなど、専門医資格の取得を目指しながら専門領域を学ぶ期間である。
- 「地域医療提供体制」の視点では、医師の9割は専門研修を受け、専門研修修了後に引き続き専門研修地で勤務する医師の割合は8割に達していること等から、地域医療提供体制に与える影響を考慮した対応が必要であり、医師法（※）においても、医師の研修が行われる際は、医療提供体制への配慮について定められている。

※ 医師法第16条の9：国、都道府県、病院又は診療所の管理者、大学、医学医術に関する学術団体、診療に関する学識経験者の団体その他の関係者は、医療提供体制（中略）の確保に与える影響に配慮して医師の研修が行われるよう、適切な役割分担を行うとともに、相互に連携を図りながら協力するよう努めなければならない。

- 専門研修制度において重要な位置を占める採用数上限設定（シーリング）に関しては、現在の都道府県別診療科別必要医師数を基にする方法が令和2（2020）年に採択された後、新型コロナウイルス感染症の発生や、制度の検証の必要性等から、算出方法等の見直しについては、今後の論点とされてきた。
- 令和5（2023）年度に日本専門医機構が実施した「シーリングに関する研究の報告」では、シーリングは医師偏在対策として専攻医の都道府県・基本領域の選択行動に一定の効果があったとされた一方で課題も指摘されている。
- 以上の視点、状況等を考慮しつつ、専門研修制度に係る様々な期待や要望、医療提供体制や医師偏在対策に係る検討状況等を踏まえ、専門研修制度に関する必要な見直しについて検討する必要があるのではないか。この際、特に、シーリングについて、現状の仕組み等を整理した上で、検討することとしてはどうか。

- シーリングの仕組み等について



シーリングの仕組み

1. シーリング対象都道府県別診療科の選定

原則：「2018年医師数」が「2018年及び2024年の必要医師数」と同数以上の都道府県別診療科を対象。

例外：過去3年間の採用数の平均が5以下の都道府県別診療科はシーリングの対象外。

2. シーリング数や採用上限数の決定

原則：「平均採用数（3年間）」から「必要医師数達成の年間養成数」を減じた数（基礎数）の20%を減じる。

激変緩和①：連携プログラムを、減じた分の50%～100%を復元。

激変緩和②：シーリング数合計の下限を令和2(2020)年の95%とし、不足分を連携プログラム（都道府県限定）で復元。

追加措置：特別地域連携プログラムを、基礎数の5%追加。

3. シーリングの内訳（プログラムの設定）

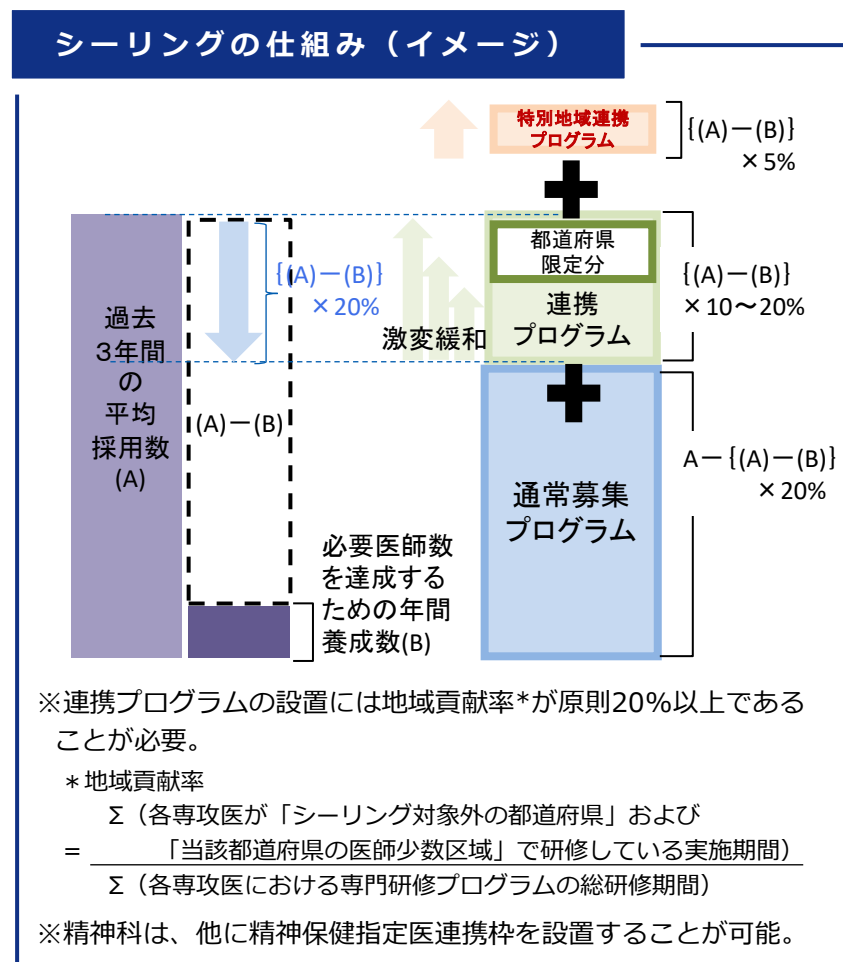
原則：基礎数の20%を減じた数を通常プログラムとして設定。

地域医療への配慮：連携プログラムを設けている。

- シーリング対象都道府県以外で1年半以上研修を実施するプログラムを設定。（基礎数の10%～20%）
- 内数として、連携先を足下充足率0.8以下の都道府県に限定したプログラムを設定。（基礎数の5%）
- さらに、足下充足率0.7以下の都道府県の医師少数区域にある施設等の連携先で1年以上研修する特別地域連携プログラムを別途、設定。

4. その他

- 採用数が少数の都道府県別診療科に対する例外
 - ① 平成30(2018)年～令和2(2020)年の採用数のいずれかが10未満である場合は、当該期間の採用数の最大数を保障する。
 - ② 過去3年間の採用数の平均が5以下の場合、シーリングの対象外とする。（再掲）
- シーリング対象外とする医師（地域枠医師、自治医大卒医師等）の設定



- シーリングの仕組み等について
 - (1) シーリング対象都道府県別診療科の選定
 - (2) シーリング数や採用上限数の決定について
 - (3) シーリングの内訳（プログラムの設定）について
 - (4) その他

シーリングの対象の考え方

○ シーリングの対象とする都道府県別診療科は、**2018年医師数(仕事量)(A)が、必要医師数(勤務時間調整後)(B)および2024年の必要医師数(勤務時間補正後)(C)と同数あるいは上回る診療科とする。**

	2018年		2024年
	(A)	(B)	(C)
	医師数(仕事量) 足下の数	必要医師数(勤務時間調整後)	必要医師数(勤務時間補正後)
A県	90	≤ 100	or 110
	医師数(仕事量)の数が必要医師数より少ない場合 シーリング対象外		
B県	150	≥ 110	and 120
	医師数(仕事量)の数が必要医師数を超過している場合 シーリング対象		

	2018年		2024年
	(A)	(B)	(C)
	2018年医師数(仕事量)	必要医師数(勤務時間調整後)	必要医師数(勤務時間補正後)
現状の医師数(A)が必要医師数(B,C)を上回っている場合は、 シーリング対象 とする。			
千葉県	338	503	508
東京都	1,408	≥ 1,129	and 1,138
神奈川県	668	≤ 712	or 722
新潟県	115	201	193
現状の医師数(A)が必要医師数(B,C)を下回っている場合は、 シーリング対象外 とする。			

※ 過去3年の採用数の平均が少数(5以下)の都道府県別診療科はシーリングの対象外とされている。
 ※ 例外として、外科・産婦人科¹⁾、病理・臨床検査²⁾、救急・総合診療科³⁾の6診療科はシーリングの対象外とされている。
 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

シーリングの設定に当たって必要な指標等

シーリングの対象都道府県別診療科は、医師・歯科医師・薬剤師統計等のデータから算出した必要医師数等に基づき設定している。

必要医師数の
計算方法
(厚生労働省試算)

①

2018年 都道府県別 各診療科 医師数 (平成30年医師・歯科医師・薬剤師統計)					
	内科	小児科	...	形成外科	リハビリテーション科
北海道	4944	631		101	108
青森県	937	130		16	12
岩手県	926	142		24	18

①→②：性年齢階級別勤務時間比を掛け、診療科別に性年齢構成を調整した仕事量を算出

②→③：診療科別に週60時間以上の勤務時間が削減された場合の医師数を計算

③→④：診療科別の推計患者数を用いて必要医師数を計算（各診療科の対応表等に将来人口推計を用いて診療科ごとの将来の患者数を推計）

⑤、⑥：診療科別の生残率などを考慮し、将来時点の必要医師数が満たされるよう年間必要養成数を算出

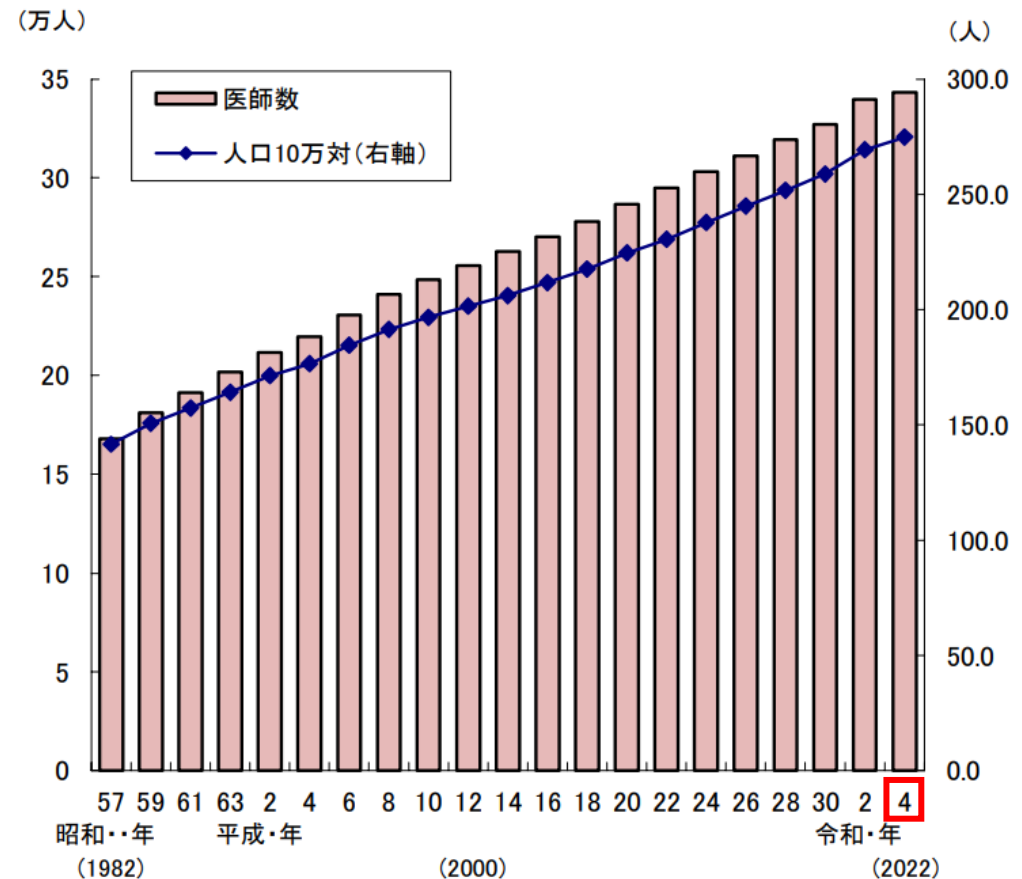
	2018年	2024年	2030年	2036年	必要養成数に係る推計				
	② 2018年医師数（仕事量）	③ 必要医師数（勤務時間調整後）	④ 必要医師数（勤務時間補正後）	必要医師数（勤務時間補正後）	⑤ 維持する2018年の年間養成数を	⑥ 達成する2024年の年間養成数を	達成する2030年の年間養成数を	達成する2036年の年間養成数を	
北海道	4,824	5,614	5,820	5,913	5,845	106	253	190	160
青森県	899	1,435	1,446	1,424	1,383	21	102	61	46

※「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」、第35回医師需給分科会における勤務時間を週60時間に制限する等の仮定をおくマクロ需要推計の推計値（需要ケース2）、患者調査、DPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口、医師・歯科医師・薬剤師統計等」を利用し、厚生労働省医政局医事課において算出。

医師数の年次推移

各年12月31日現在

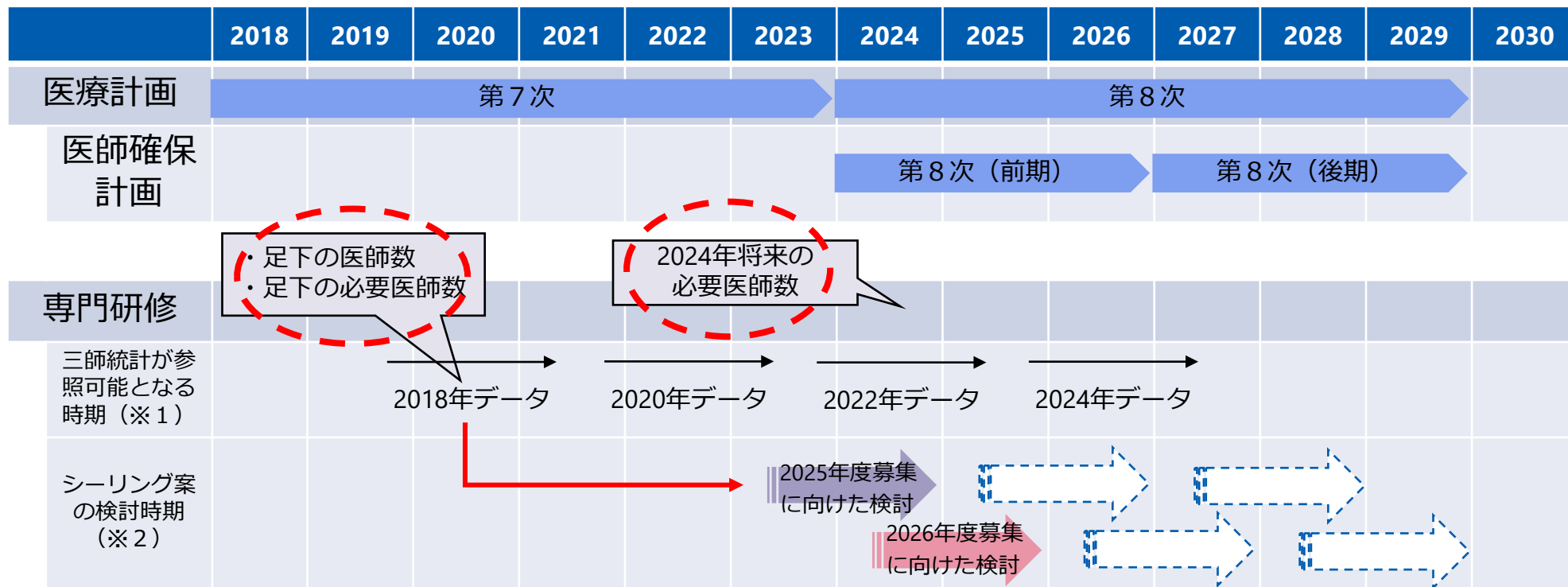
	医師数 (人)	増減率 (%)	人口10万対 (人)
昭和 57 年 (1982)	167 952	...	141.5
59 ('84)	181 101	7.8	150.6
61 ('86)	191 346	5.7	157.3
63 ('88)	201 658	5.4	164.2
平成 2 年 ('90)	211 797	5.0	171.3
4 ('92)	219 704	3.7	176.5
6 ('94)	230 519	4.9	184.4
8 ('96)	240 908	4.5	191.4
10 ('98)	248 611	3.2	196.6
12 (2000)	255 792	2.9	201.5
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



2年ごとに実施される医師統計で、現在参照可能な最新のデータは2022(令和4)年統計である。

シーリング対象選定基準や必要医師数等と他の計画のサイクル等との関係

- シーリング対象選定基準等に用いる「必要医師数」及び「足下の医師数」は、地域における専門医の養成・確保に一定の影響を与えるものである。
- シーリング対象選定基準の設定や必要医師数等の指標算出に関わる状況として、都道府県が策定する医療計画及び医師確保計画の計画期間や、最新のデータの参照可能時期等がある。
- なお、足下の医師数は、直近の検討（令和7(2025)年度募集）において「平成30(2018)年」のデータを用いている。



※1 三師統計：医師・歯科医師・薬剤師統計。三師統計は「足下の医師数」及び「足下の必要医師数」の算出に必要。参照可能となる時期は近年の公表時期をベースとした場合。

※2 「2025年度募集に向けた検討」は実績ベース、「2026年募集に向けた検討」以降は実績通りの検討スケジュールとした場合の仮のもの。

シーリングの仕組み等について

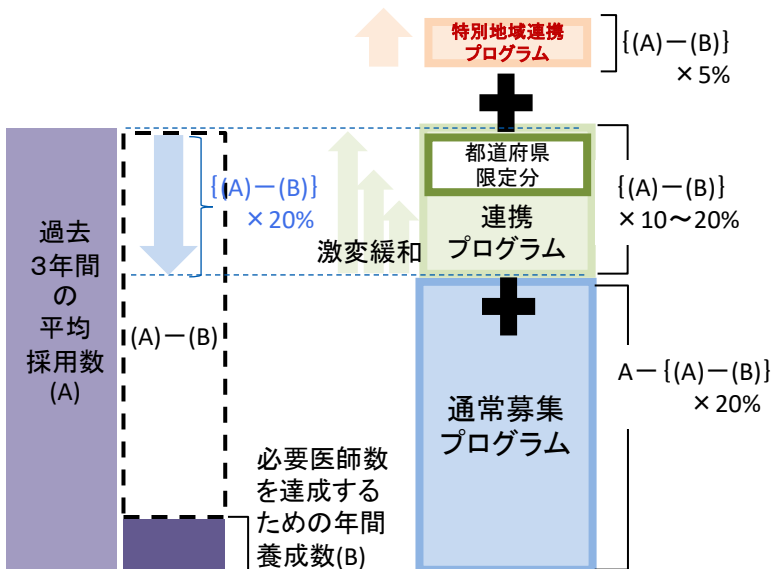
(1) シーリング対象都道府県別診療科の選定 小括

- シーリングの対象は、「2018年医師数（足下の医師数）」が「2018年(足下)及び2024年(将来)の必要医師数」と同数以上を満たす都道府県別診療科としている。
- シーリングの対象とする都道府県別診療科の設定は、医師・歯科医師・薬剤師統計等のデータから算出した都道府県別診療科別必要医師数等に基づいて実施している。
- 足下の医師数や都道府県別診療科別必要医師数等のデータは、シーリングの対象の選定等の基準となる指標であり、実態を反映する観点から可能な限り最新化することが望ましいものの、地域における専門医の養成・確保に一定の影響を与えうることから、医療計画等のサイクルを考慮し算出することが合理的である。
- 足下の医師数は、直近の検討（令和7(2025)年度募集）において「平成30(2018)年」のデータを用いているが、参照可能な最新のデータは、「令和4(2022)年」のデータとなっている。

- シーリングの仕組み等について
 - (1) シーリング対象都道府県別診療科の選定
 - (2) シーリング数や採用上限数の決定について
 - (3) シーリングの内訳（プログラムの設定）について
 - (4) その他

シーリング数・採用上限数の算出方法について（現状）

プログラム基礎数 = 「過去3年間の平均採用数 (A)」 - 「必要医師数を達成するための年間養成数 (B)」 とする



		枠数
③	特別地域連携プログラム	・プログラム基礎数の5% (都道府県限定分と同数)
②'	連携プログラムのうち都道府県限定分	・プログラム基礎数の5% (連携プログラムのの内数)
②	連携プログラム (※1)	・プログラム基礎数の10~20%(※2)
①	通常プログラム	・「過去3年間の平均採用数」 - 「プログラム基礎数」×20%

※2 診療科ごとの「専攻医充足率」に応じて以下の割合を乗じる。

専攻医充足率 ≤ 100% の場合:	20%	(内科・整形外科・脳神経外科)
100% < 専攻医充足率 ≤ 150% の場合:	15%	(眼科・耳鼻科・泌尿器科・リハビリテーション科)
150% ≤ 専攻医充足率 の場合:	10%	(小児科・皮膚科・精神科・放射線科・麻酔科・形成外科)

※2により、各診療科における各種連携プログラムの枠数の割合は、次のようになる。

都道府県限定分を除く連携プログラム (②-②')	都道府県限定分 (②')	特別地域連携プログラム (③)	=
内科・整形外科・脳神経外科	3:1:1	(基礎数の15% : 基礎数の5% : 基礎数の5%)	
眼科・耳鼻科・泌尿器科・リハビリテーション科	2:1:1	(基礎数の10% : 基礎数の5% : 基礎数の5%)	
小児科・皮膚科・精神科・放射線科・麻酔科・形成外科	1:1:1	(基礎数の5% : 基礎数の5% : 基礎数の5%)	

※1 連携プログラムの設置には地域貢献率が原則20%以上であることが必要。

* 地域貢献率

Σ (各専攻医が「シーリング対象外の都道府県」

= $\frac{\text{及び「当該都道府県の医師少数区域」で研修している実施期間}}{\text{Σ (各専攻医における専門研修プログラムの総研修期間)}}$

<シーリング数 (通常+連携) の合計>

内科・整形外科・脳神経外科

眼科・耳鼻科・泌尿器科・リハビリテーション科

小児科・皮膚科・精神科・放射線科・麻酔科・形成外科

⇒ 過去3年間採用数

⇒ 過去3年間採用数 - プログラム基礎数 × 5%

⇒ 過去3年間採用数 - プログラム基礎数 × 10%

<特別地域連携プログラムを加えた採用上限数>

内科・整形外科・脳神経外科

眼科・耳鼻科・泌尿器科・リハビリテーション科

小児科・皮膚科・精神科・放射線科・麻酔科・形成外科

⇒ 過去3年間採用数 + プログラム基礎数 × 5%

⇒ 過去3年間採用数

⇒ 過去3年間採用数 - プログラム基礎数 × 5%

※精神科は、上記①+②の時点で、精神保健指定医連携枠を2020年のシーリング数 (通常+連携) と同数となるよう、追加することが可能。

シーリングの対象

- 「2018年医師数」が「2018年の必要医師数¹⁾」および「2024年の必要医師数²⁾」と同数あるいは上回る都道府県別診療科
- 例外として、外科・産婦人科³⁾、病理・臨床検査⁴⁾、救急・総合診療科⁵⁾の6診療科はシーリングの対象外とする

1,2)各診療科別勤務時間等(「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」結果を基に作成)及び医師需給分科会第3次中間取りまとめにおけるマクロ需要推計の推計値(需要ケース2)、DPCデータを用いた疾病別診療科別患者数シェア等を利用して算出 3)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 4)専攻医が著しく少数である等の理由 5)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

シーリング数(通常募集プログラム)

「2018年～2020年の3年間の平均採用数」から
(「2018年～2020年の3年間の平均採用数」－「2024年の必要医師数を達成するための年間養成数」)×20% を除いた数とする

連携(地域研修)プログラム

- 上記のシーリング案による急激な変化によってもたらされる影響への配慮などの理由から、専攻医不足の都道府県との「連携(地域研修)プログラム」を追加可能。但し、連携プログラムの設定には、連携プログラムを除く令和6年度募集プログラムの地域貢献率が原則20%以上が必須条件。
- 地域貢献率は次の式で計算する。

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

定義

○ 連携(地域研修)プログラム

シーリング対象外の都道府県の施設において1年6ヵ月以上の専門研修を行える環境が整った場合、募集可能とする。
ただし、都道府県限定分に関しては、以下の条件が整った場合のみ募集可能とする

○ 連携(地域研修)プログラムのうち都道府県限定分

2016年または2018年の足下充足率(＝足下医師数/必要医師数)が0.8以下であり、医師不足が顕著である都道府県の施設において1年6ヵ月以上の専門研修を行える環境が整った場合、募集可能とする

計算方法

- 「2018年～2020年の3年間の平均採用数」－「2024年の必要医師数を達成するための年間養成数」に対して、診療科ごとの「専攻医充足率」に応じて以下の割合を乗じた数とする

専攻医充足率≤100%の場合:	20%	(内科・整形外科・脳神経外科)
100%<専攻医充足率≤150%の場合:	15%	(眼科・耳鼻科・泌尿器科・リハビリテーション科)
150%≤専攻医充足率の場合:	10%	(小児科・皮膚科・精神科・放射線科・麻酔科・形成外科)

- 上記のうち都道府県限定分を5%分とする

シーリング数の下限

- シーリング数合計(通常+連携)の下限を、2020年の95%とし、95%に満たない数を連携プログラム(都道府県限定分)として追加する。

精神保健指定医連携枠

- 精神科について、指定医連携枠を設け、シーリング数の合計が2020年のシーリング数(通常+連携)と同数になるように追加する。
- 指定医連携枠で採用を行う場合の要件は下記の通りとする。
 - ・指定医が相対的に少ない下位1/3の都道府県※と連携を組み、研修期間の半分(1年6ヵ月)を当該都道府県で研修を行うこと。
 - ・専攻医が研修を行う連携先に常勤の指導医が1名以上いること。
- 精神科専門医の更新要件として、指定医業務の実績をいれ、指定医業務を行っていない者の更新要件を厳しくすることを前提とする。

※ 日本精神神経学会が算出した業務換算指定医数に基づき、下記の都道府県とする。
青森県、岩手県、秋田県、山形県、福島県、千葉県、福井県、長野県、静岡県、滋賀県、和歌山県、鳥取県、島根県、広島県、徳島県、長崎県

採用数が少数の県に対する例外

- 2018年～2020年の採用数のいずれかが10未満である都道府県別診療科のシーリング数を、2018年～2020年の採用数のうち最も大きい数とする。
- 過去3年の採用数の平均が少数(5以下)の都道府県別診療科はシーリングの対象外とする。

特別地域連携プログラム

- 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(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、もしくは、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^(※2)を連携先とするプログラムを別途設けることを可能とする。
 - ※1 2016年または2018年の足下充足率(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 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。
- 枠数は、原則連携プログラムのうち都道府県限定分と同数とし、連携先における研修期間は全診療科共通で1年以上とする。

シーリングの対象外とする医師

- 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。

シーリング数の設定に係るこれまでの経緯

シーリング数に係る現在の都道府県別診療科別必要医師数を基にする方法が令和2(2020)年度募集において採択された後、新型コロナウイルス感染症の発生や、制度の検証の必要性等から、シーリング数は据え置かれている。

○ これまでの専攻医募集におけるシーリングの考え方

令和3(2021)年度

- 令和3(2021)年度のシーリング数の計算方法については、
 - ・令和2(2020)年度の計算方法によるシーリングは、採用結果を踏まえると偏在是正対策として一定程度の効果があると考えられること
 - ・ただし、単年度のみの実施では、効果の評価に限界があること
 - ・頻回に制度を変更することで、現場の負担が大きくなること等から、令和2(2020)年度と同様の方法で実施する。

令和4(2022)年度

- 令和4(2022)年度は、新型コロナウイルス感染症の影響により、採用数が例年と異なる動きをしていたことから、令和3(2021)年度の採用数を用いた再計算を行わず、連携プログラムに関する規定を含めシーリング数は令和3(2021)年度と同様とした。

令和5(2023)年度

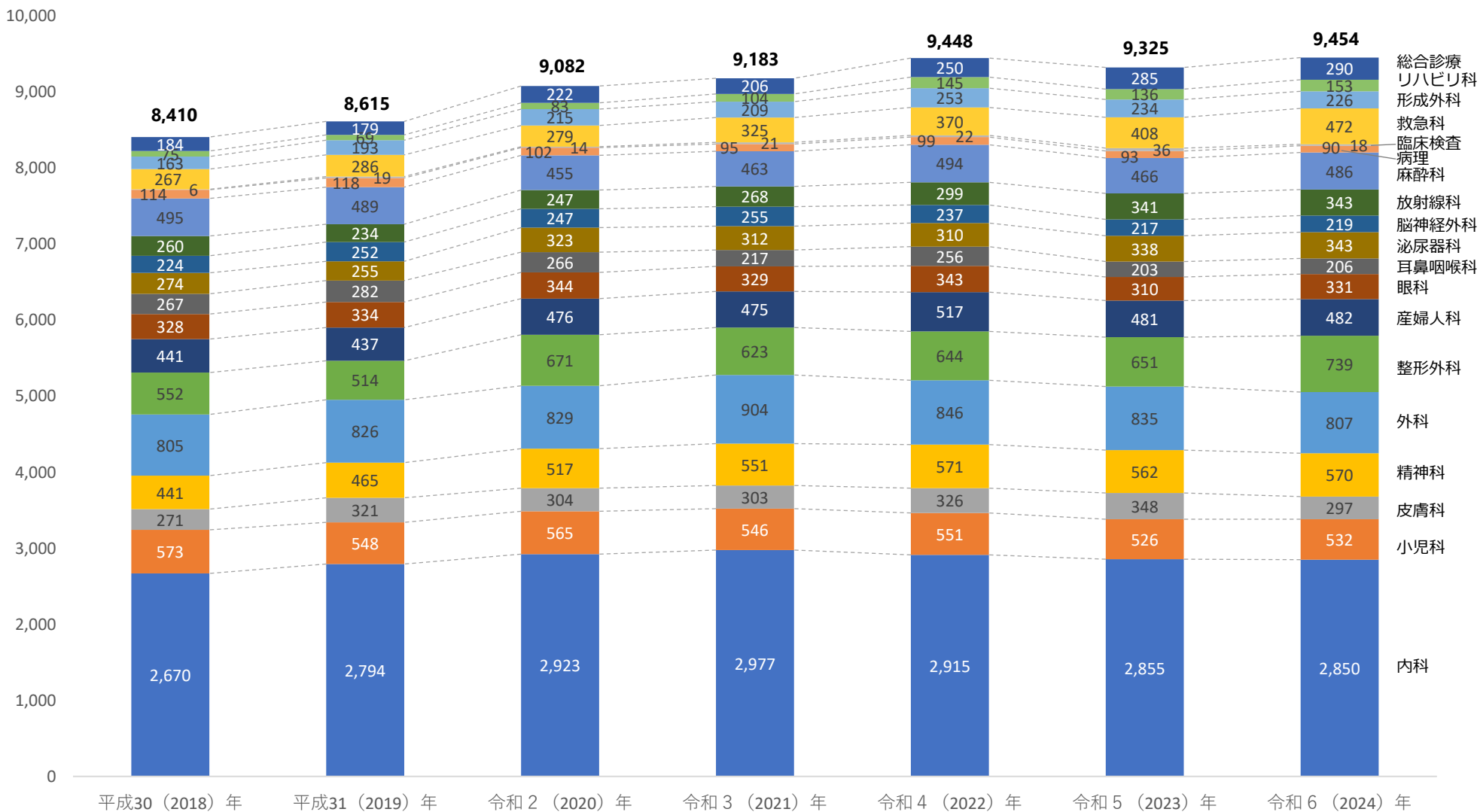
- 新型コロナウイルス感染症の影響により、採用数が例年と異なる動きをしており、令和4(2022)年度の採用については、過年度の採用数を用いた再計算を行わずに、令和3(2021)年度の採用数を用いた。令和5(2023)年度についても、引き続き、新型コロナウイルス感染症の影響のため、再計算を避けるべき、また、検討が十分でないまま、令和4(2022)年度からの大きな数値変動を避けるべき、との意見があり、既存のプログラムのシーリング数について、令和4(2022)年度と同数とした。

令和6(2024)年度

- シーリングの効果検証については、医師専門研修部会よりその必要性の指摘を受けたことを踏まえて、令和5(2023)年度に検証を開始することとしたため、シーリング数についても、拙速に更新するのではなく、同検証の結果を踏まえて検討すべきとの考えより、プログラムのシーリング数については、令和5(2023)年度と同数とした。

診療科別専攻医採用数の推移

診療科別専攻医採用数は、新型コロナウイルス感染症の流行前後で、全体として傾向の大きな変化は見られない。



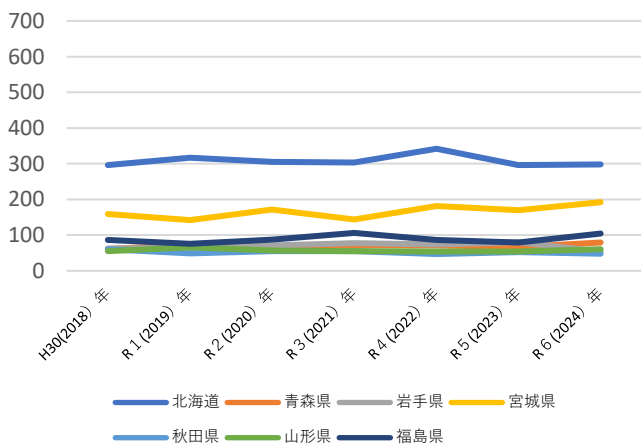
令和 2 (2020) 年 1 月
WHOよりPHEIC宣言

令和 5 (2023) 年 5 月
感染症法上の 5 類感染症へ

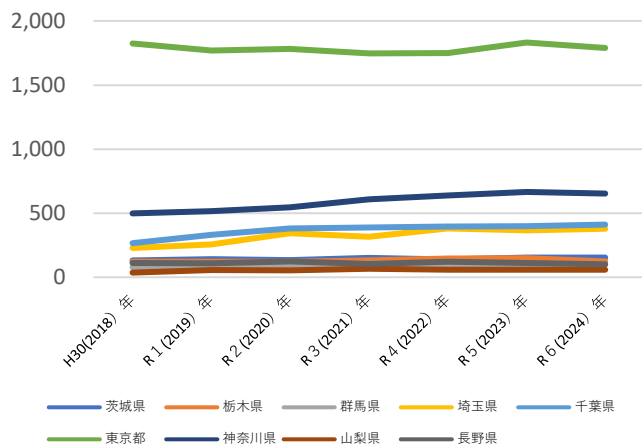
都道府県別専攻医採用数の推移

都道府県別専攻医採用数は、新型コロナウイルス感染症の流行前後で、全体として傾向の大きな変化は見られない。

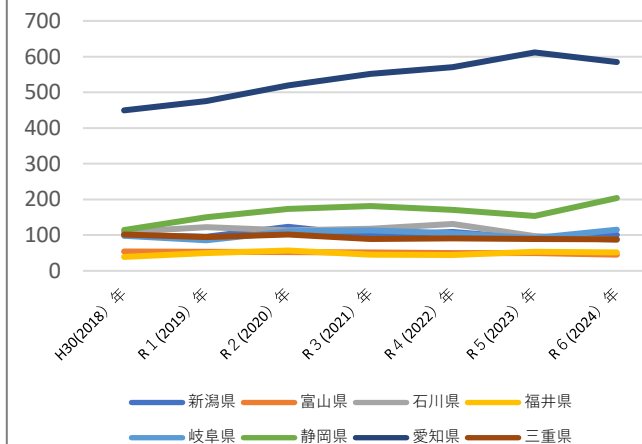
北海道・東北ブロック



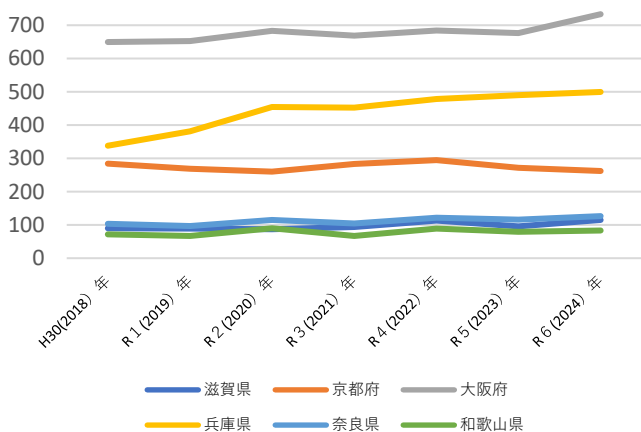
関東・甲信ブロック



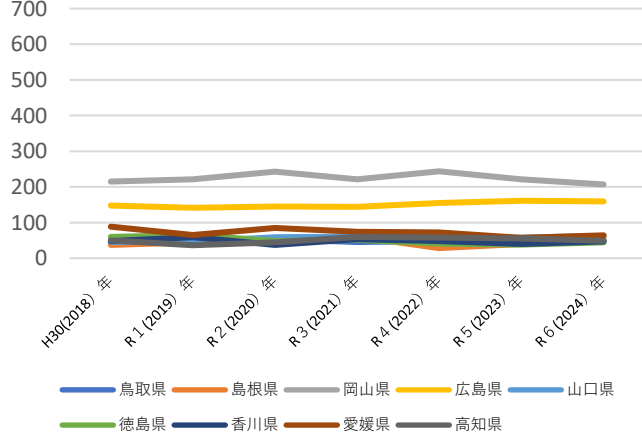
中部ブロック



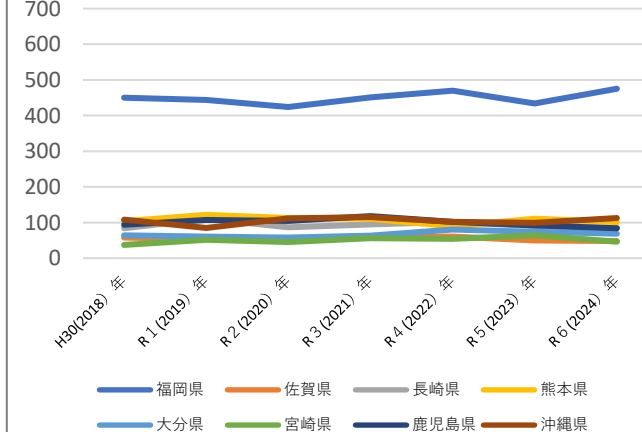
近畿ブロック



中国・四国ブロック



九州ブロック



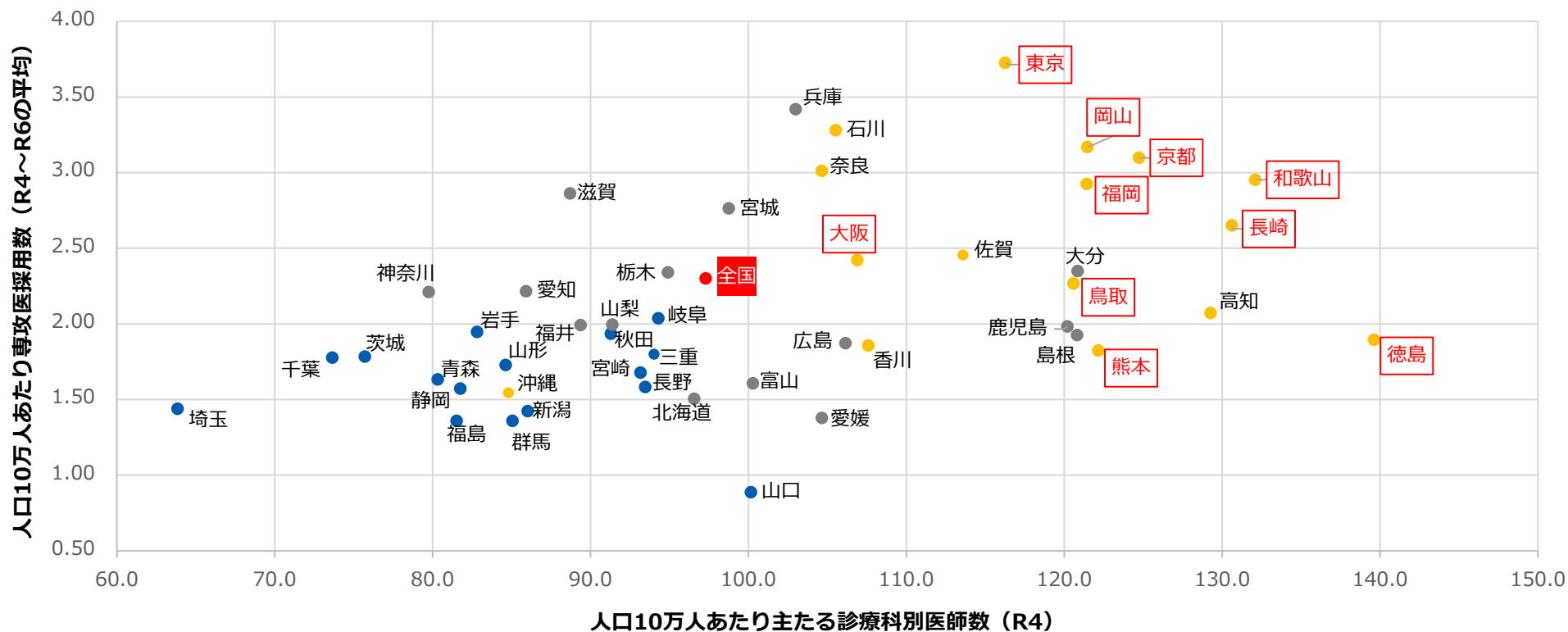
注 関東・甲信ブロックと、それ以外のブロックで縦軸が異なることに留意。

人口10万人あたり専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較

人口10万人あたり専攻医採用数については、シーリング対象県間でばらつきがみとめられ、全国平均を大きく上回る都道府県がある一方、全国平均に達していない都道府県も存在する。

内科の例

●内科●



※主たる診療科別医師数は、「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(主たる診療科)が、内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科(胃腸内科)、腎臓内科、糖尿病内科(代謝内科)、血液内科、感染症内科、アレルギー科、リウマチ科、心療内科、脳神経内科である人数を集計
 ※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

■ 医師多数県 ■ 医師中程度県 ■ 医師少数県
 (令和6年1月10日更新:医師偏在指標による)
 □ シーリング対象都道府県(R3~)

シーリング数や採用上限数等に関する都道府県意見

医師法第16条の10に基づき、令和7(2025)年度専門研修に関する都道府県知事の意見を聴いたところ、シーリング数の設定等に関して、厳格なシーリングの実施、年齢構成への配慮、医師派遣の評価等を求める意見が寄せられた。

都道府県からの意見（概要）

【全体的な方向性について】

- 都市部においては、必要な医師養成数とシーリング数に大きな乖離があることから、地域偏在解消に向け、より有効な制度となるよう更なる見直しを行うこと。
- 激変緩和措置（連携プログラム）により大都市部の募集定員が固定化されている。シーリングを厳格に実施すべき。
- 特別地域連携プログラムは、シーリング枠外の上乗せであり、医師の地域偏在を助長する恐れがあることから、地域偏在是正の実効性を十分に検証し、シーリングの枠内で実施するなど、必要な見直しを行うこと。

【シーリング数の算出方法や考慮すべき事項について】

- シーリング数について、過去3年間の採用数が考慮されると単年度の一時的な採用数の増加に影響を受ける。シーリング数の算定方法の見直しを行うこと。
- シーリング対象県における、若手医師の減少・流出や、医師の高齢化に配慮すべき。
- 連携プログラムにおける地域貢献率の算定には、医師少数スポットの医師の派遣も含めてほしい。
- 専門医の資格取得後、大学等から多数の医師が県内外の関連施設へ派遣され、医師偏在や診療科偏在の是正に一定の貢献をしている実情がある。
- 医師の養成・派遣は県境を越えて広域的に行われている実態を踏まえ、こうした医師の養成・派遣を担う大学の役割を適切に評価すべき。
- シーリング数の算定に当たっては、教育・研究に多くの時間を充てている大学病院医師の勤務実態を適切に反映すること。

シーリングの仕組み等について

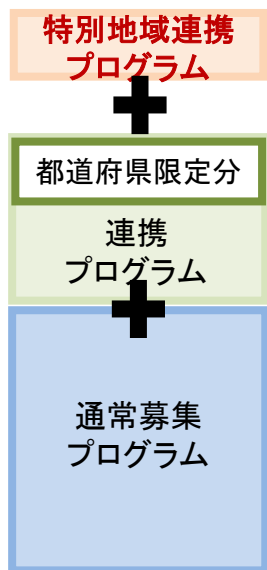
(2) シーリング数や採用上限数の決定について 小括

- シーリング数は、通常プログラム数に加えて、激変緩和措置として、平成30(2018)～令和2(2020)年の3年間の平均採用数に至るまで、連携プログラム数を追加して設定している。更に、令和5年度専攻医採用から導入された特別地域連携プログラムは、シーリング数に加えて設定することができることとなっている。
- シーリング数に係る現在の算出方法が令和2(2020)年度募集において採択された後、新型コロナウイルス感染症の発生や、制度の検証の必要性等から、シーリング数は据え置かれている。
- 診療科別専攻医採用数や都道府県別専攻医採用数は、新型コロナウイルス感染症の流行前後で、全体として大きな傾向の変化は見られない。
- 令和5(2023)年度に日本専門医機構が実施した「シーリングに関する研究の報告」では、シーリングは医師偏在対策として専攻医の都道府県・基本領域の選択行動に一定の効果があったとされた一方で課題も指摘されている。(再掲)
- 人口10万人当たりの専攻医採用数をみると、全国平均から大きく上回る都道府県別診療科や、逆に全国平均を下回る都道府県別診療科がみられるなど、平均からの乖離が存在している。
- 都道府県から、シーリング数に関する厳格な運用を求める指摘がある。また、実務上も、シーリング数の算出ルールが複雑化している。

- シーリングの仕組み等について
 - (1) シーリング対象都道府県別診療科の選定
 - (2) シーリング数や採用上限数の決定について
 - (3) シーリングの内訳（プログラムの設定）について
 - (4) その他

各プログラムについて

- シーリングの内訳としては、基本となる「通常プログラム」のほか、採用数の激変緩和の観点から設けられた「連携プログラム」がある。
- 連携プログラムには、地域医療に資する観点から、シーリング対象外の都道府県での一定期間の研修を設けており、さらに一部のプログラムについては連携先都道府県を足下充足率の低い地域に指定している。
- さらに、令和5(2023)年度専攻医採用から導入された特別地域連携プログラムは、足下充足率が低い都道府県の医師少数区域に指定している。



	連携先	連携先の研修期間
特別地域連携プログラム	足下充足率0.7以下（小児科は0.8以下）の都道府県の医師少数区域等	1年以上
都道府県限定分	足下充足率0.8以下の都道府県	1年6ヶ月以上
連携プログラム （都道府県限定分を除く）	シーリング対象外の都道府県	1年6ヶ月以上
通常プログラム	募集や採用にあたり生じる要件はない ※基本領域毎のプログラム整備基準において定められる地域研修等の要件はある	募集や採用にあたり生じる要件はない ※基本領域毎のプログラム整備基準において定められる地域研修等の要件はある

※精神科は、他に精神保健指定医連携枠を設置することが可能。

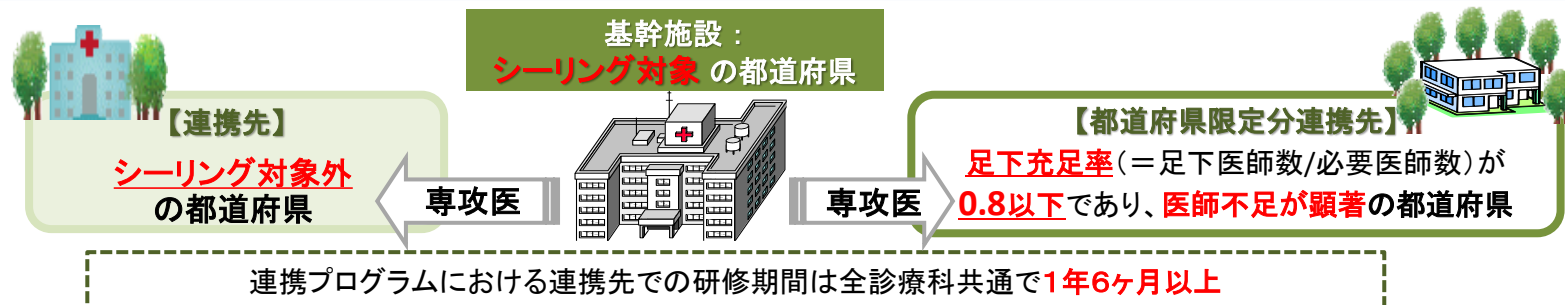
専門研修における連携プログラム

連携プログラムの概要

基幹施設がシーリング対象の都道府県において、一定の条件の下、通常のプログラムに加え、シーリング対象外の都道府県において1年6か月以上研修を行うプログラム(連携プログラム)を策定できるとされている。

<見込まれる効果>

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



連携プログラムを設定するための通常募集プログラムの条件

連携プログラムの設定には、通常募集のプログラムにおいて地域貢献率が原則20%以上必要

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

Σ (各専攻医が「シーリング対象外の都道府県」および「当該都道府県の医師少数区域」で研修を実施している期間)

Σ (各専攻医における専門研修プログラムの総研修期間)

連携プログラムの計算方法

● 連携(地域研修)プログラム採用数＝

(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) ×

- 20% : (専攻医充足率^{※1} ≤ 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)

● 都道府県限定分＝ (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)のうちの5%分

【連携(地域研修プログラム)の実績】

	連携プログラム	うち都道府県限定分
2020年	271	67
2021年	388	145

※1 診療科の専攻医充足率 = $\frac{\text{過去3年の専攻医採用数の平均}}{\text{2024年の必要医師数を達成するための年間養成数} \times \text{補正項}^{※2}}$

※2 補正項 = $\frac{\text{過去3年の平均数の全診療科合計}}{\text{年間養成数の全診療科合計}}$

特別地域連携プログラムについて

特別地域連携プログラムは、専攻医の増加が認められない東北地方等への偏在是正効果を期待し、令和5(2023)年度専攻医採用から導入された。地域偏在是正の実効性を検証しながら、改良を加えていく方向性としている。

- 医師が多い大都市圏で医師が抑制され、周辺県では増加している一方で、それ以外のシーリングの効果が認められづらい地域との連携プログラムとして日本専門医機構より提案された。
- 令和5(2023)年度から導入され、採用実績は、令和5(2023)年度：60名/287、令和6(2024)年度：42名/287である。
- 令和7(2025)年度専門研修におけるシーリング案に対する厚生労働大臣から日本専門医機構への意見として、地域偏在是正の実効性を検証しながら改良を加えること等を伝えた。

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

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

○令和7年度専攻医募集におけるシーリング案について（抄）

- ・ 特別地域連携プログラムについては、地域偏在の解消や、専攻医が地域医療を経験できること等の目的を維持し、地域偏在是正の実効性を検証しながら、連携先の要件や研修期間等について改良を加えていくこと。
- ・ 令和6年度専攻医募集におけるシーリング案に対する厚生労働大臣の意見であった「特別地域連携プログラムの連携施設の候補の一覧を作成、公表する等、研修プログラム基幹施設が特別地域連携プログラムの連携先を検討、設定しやすいように配慮すること」について、速やかな対応を行うこと。

特別地域連携プログラムに関する都道府県意見

医師法第16条の10に基づき、令和7(2025)年度専門研修に関する都道府県知事の意見を聴いたところ、特別地域連携プログラム等に関して、効果検証の必要性、プログラム作成に係る運用の改善等の意見がみられた。

都道府県からの意見（概要）

【特別地域連携プログラムについて】

（1）効果検証等について

- 特別地域連携プログラムにより連携先の医療圏で医師数がどう変化するのか分析と効果の検証が必要。
- 専門研修期間だけでなくその先の偏在対策を見据えた仕組みとなるよう考えるべき。

（2）プログラム作成等の運用について

- 該当県と特別地域連携プログラムを組むにも研修病院の実態がわからないため、プログラムを作成することが非常に困難であり、連携希望の病院側から手上げるなど、基幹施設からコンタクトしやすい仕組みが必要である。
- 特別地域連携プログラムにおける専攻医の採用は難しいものがあり、また採用元だけでなく派遣先における充実した指導体制等が必要不可欠であり、採用元と派遣先が連携して取り組む必要がある。
- 実績では、東京都のプログラムが大半を占めており、研修期間の設定や専攻医採用が地方で進む運用となっているか検証すること。

（3）連携先の要件等について

- 特別地域連携プログラムの連携先となる要件について、足下充足率のみではかれない偏在があることから、一律で対応するのではなく、都道府県の意向を反映させることの出来る形で実施すべき。
- 特別地域連携プログラムの連携先は、足下充足率が0.7以下の都道府県に限らず、全国の都道府県で医師少数区域に専攻医を派遣できるように拡大してほしい。

特別地域連携プログラム採用実績

令和6年度第1回 医道審議会
 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)に追記

令和6年3月28日時点 確定値

診療科		令和5年 (2023年) 採用実績	令和6年 (2024年) 採用実績	令和6年 (2024年) 枠数
1	内科	21(1)	21	115
2	小児科	8	3	13
3	皮膚科	0	0	14
4	精神科	15(1)	9	25
5	外科	0	0	-
6	整形外科	2	2	20
7	産婦人科	0	0	-
8	眼科	2	0	15
9	耳鼻咽喉科	0	0	6
10	泌尿器科	0	0	0
11	脳神経外科	0	0	6
12	放射線科	6	6	9
13	麻酔科	1(1)	0	37
14	病理	0	0	-
15	臨床検査	0	0	-
16	救急科	0	0	-
17	形成外科	2	0	12
18	リハビリテーション科	3	1	15
19	総合診療	0	0	-
	計	60(3)	42(0)	287

※()内は特別地域連携枠で採用された専攻医のうち、連携先が年通算の時間外・休日労働時間が1860時間を超える医師等が所属する施設であることを理由に認められたもの

※黄緑色のセルはシーリング対象の診療科
 ※赤色のセルは、医政局医事課が集計、追記

令和6年度 特別地域連携プログラム連携先都道府県(実績)

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

令和6年3月28日時点 確定値

	内科 ※	足下充足率	小児科 ※	足下充足率	精神科	足下充足率	整形外科	足下充足率	放射線科	足下充足率	リハビリテーション科	足下充足率	総計
山形県	2	0.70/0.66											2
福島県	1	0.71/0.69											1
茨城県	9	0.68/0.70			2	0.62/0.69			5	0.53/0.53			16
栃木県					1	0.65/0.72							1
埼玉県	6	0.69/0.70	2	0.74/0.78			2	0.69/0.70	1	0.50/0.56	1	0.65/0.68	12 ※
千葉県			3	0.76/0.77									3 ※
新潟県	4	0.72/0.70			6	0.68/0.67							10 ※
総計	22 (21)		5 (3)		9		2		6		1		45 (42)

足下充足率:2016年/2018年

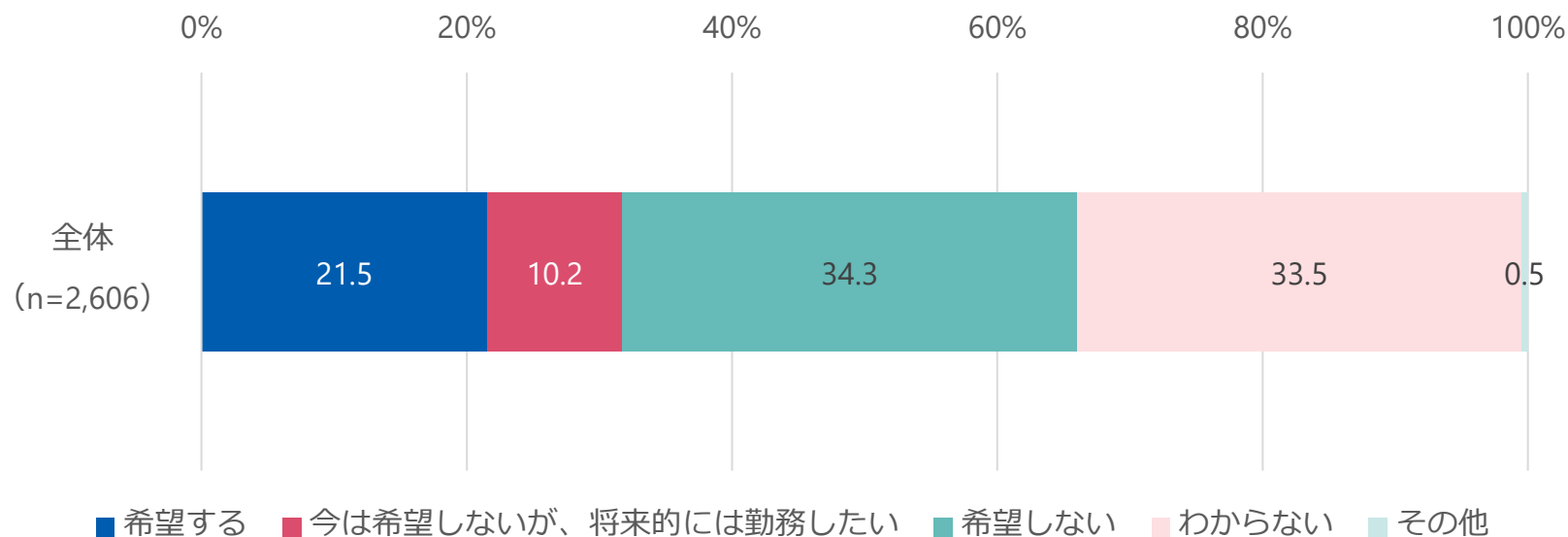
※内科、小児科は複数県で研修する専攻医が含まれるため、延べ人数を示す。
()内は実人数

専門研修修了後の連携先都道府県への勤務希望について

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

専攻医を対象にした
アンケート調査

専門研修修了後の、派遣されていた連携先の都道府県での勤務希望 (n=2606)



連携先における研修環境等に関する都道府県意見

医師法第16条の10に基づき、令和7(2025)年度専門研修に関する都道府県知事の意見を聴いたところ、連携先における研修環境等に関して、指導医不足等の実情などの意見がみられた。

都道府県からの意見（概要）

【連携先における研修環境について】

- 特別地域連携プログラムにおける連携先については、医師不足の解消に重点を置くのではなく、研修環境を重視し、医師少数県の中でも、症例数や指導医数が充実しているなど、研修環境が整っている医療機関を連携先として認めるべき。
- 医師少数区域等においては、指導医不足により連携施設を設定できないことがある。より多くの医師少数区域の施設が連携先となれるようにすること。
- シーリング制度により医師少数県に専攻医を派遣しても、指導医がいないケースもある。
- 連携先施設での症例数や指導体制等を十分確保することが必要。地域偏在対策を推し進めるあまり、研修の質が損なわれることがあってはならない。

【その他】

- 専門医資格を取得するに際して、医師少数県へ貢献をしたことによる何らかのインセンティブが必要。
- 専門研修は専門領域を深く学ぶ期間として充実した研修先で行うべき。制度の趣旨を踏まえた医師偏在対策とすること。
- 特定の世代にシーリングとして押しつけるのではなく、一定程度経験を積んだ医師が過疎地域の医療に従事する制度等、全年代の医師を対象に医師の偏在対策を検討すべき。
- 若手医師が医師少数地域へ派遣される仕組みは、異動等に伴う金銭面や生活面への影響が大きく、転居費用や連携先での住居費が専攻医本人の負担になっている現状もあり、専攻医への配慮が欠如している。

専門研修指導医に関する規定

【専門医制度整備指針 第三版（2020年2月 一般社団法人日本専門医機構）】（抄）

II. 専門医育成

3. 専門研修プログラム制における専門研修プログラムの詳細

(1) (略)

(2) 専門研修プログラム整備基準（抄）

・ 基準には、次のことも含まなければならない。（抄）

➢ 専門研修プログラム統括責任者の要件、専門研修指導医の要件、専門研修施設群の構成要件（各専門研修施設の診療実績・指導体制）

➢ 専攻医登録数についての基本的な考え方

教育資源（専門研修施設群の診療実績、専門研修指導医数等）による専攻医登録数の基準は必須であり、地域の診療体制に配慮する。

指導医1名に対する、専攻医登録数は、原則として、3名までとするが、担当学会で策定し機構と相談する。学会は地域性を考慮し、機構と相談する。

(3) 専門研修プログラムの構成要素

i. 専門研修基幹施設、専門研修連携施設（抄）

・ 各専門研修施設には、学会の定める専門研修指導医を置く。

常勤の専門研修指導医が在籍しない施設での研修が地域医療を考慮して必要となる場合には、期間を限定するとともに他の専門研修施設から随時適切な指導を受けられる等、医療の質を落とさない研修環境を整えることが必要である。例えば「関連施設」等の連携施設に準じる枠組みを基本領域学会の定める施設基準で考慮する。すなわち、地域医療を維持するために必要な施設において常勤の専門研修指導医を置くことが困難な場合、研修連携施設に準ずる施設を基幹施設の承認のもと研修プログラムに組み入れ、これらの施設での研修も各領域が定める期間、指導医が不在であっても研修として認めるように基幹施設の責任において配慮する。

ii. 専門研修指導医

・ 専門研修指導医とは、当該領域における十分な診療経験を有し、教育・指導能力を有する医師である。

・ 専門研修指導医の要件（診療経験、専攻医に対する教育法、評価法の習得状況、医療倫理・安全管理講習の受講、研究指導能力など）については、各基本領域学会が定め、機構の承認を得る。

・ 専門研修指導医の認定・更新は各基本領域学会において行う。

iii～v. (略)

(4)～(8) (略)

(参考) 専門研修指導医の要件等について (内科領域の例)

【専門研修プログラム整備基準【内科領域】改訂第2版 (一般社団法人日本内科学会)】 (抄)

5. 専門研修施設とプログラムの認定基準

① 専門研修施設の認定基準

- 1) (略)
- 2) 専門研修プログラムの環境 (抄)
 - ・ 指導医が3名以上在籍していること。
- 3) ~ 4) (略)

② 専門研修連携施設の認定基準

- 1) (略)
- 2) 専門研修プログラムの環境 (抄)
 - ・ 指導医が1名以上在籍していること (施設の研修委員会)。
- 3) ~ 4) (略)

6. 専門研修プログラムを支える体制 (抄)

③ 専門研修指導医の基準

指導医は日本内科学会が定める以下の要件を満たすことが必要である。

【必須要件】

1. 内科専門医資格を取得していること。
2. 専門医取得後に臨床研究論文 (症例報告含む) を発表 (「first author」もしくは「corresponding author」であること) しているか、もしくは学位を有していること。
3. 厚生労働省の指導医講習会を修了していること。
4. 内科医師として十分な診療経験を有すること。

【選択とされる要件 (下記の1, 2いずれかを満たすこと)】

1. CPC、CC、学術集会 (医師会含む) 等への主導的立場での関与・参加。
2. 日本内科学会での教育活動 (病歴要約の査読、JMECCのインストラクター等) これら「必須要件」と「選択とされる要件」を満たした後、各プログラム管理委員会から指導医としての推薦を受ける必要がある。この推薦を踏まえて審査を受け、合格したものを内科指導医として認定する。

※ただし、当初は指導医の数も多く見込めないことから、すでに「総合内科専門医」を取得している方々は、申請時に指導実績や診療実績が十分であれば、内科指導医の登録を認める。また、移行期における指導医の引き抜き等の混乱を避けるために、現行の日本内科学会の定める指導医については、これまでの指導実績から、移行期間 (2027年度までコロナ禍の期間を配慮) においてのみ指導医と認める。

専門医認定支援事業について

令和6年度当初予算額 1.5億円 (1.7億円) ※()内は前年度当初予算額

1. 目的

- 本事業は、新専門医制度の仕組みが円滑に構築され、地域医療への配慮や研修機会の確保に資するよう、**指導医派遣等を行う医療機関に対する支援**、都道府県に対する新専門医制度の仕組みに係る地域医療対策協議会の開催の支援及び一般社団法人日本専門医機構に対する専門医に関する情報データベース作成等の支援を行うことにより、専門医の質の一層の向上や医療提供体制の改善を図ることを目的とする。

2. 事業の内容

- 研修医療機関に対する指導医の派遣等 (抄)
- ② 医師不足地域の研修医療機関において、地域医療に配慮した形で専門医研修を促進するため、以下に示すいずれかの手法で指導医の派遣等を行う。
 - ア 都道府県 (地域医療支援センター等) と連携しつつ行われる指導医の派遣
 - イ 都道府県 (地域医療支援センター等) と連携しつつ行われる指導医による出張指導
- (2) (3) 略

3. 事業の実施主体等

- (1) 研修医療機関に対する指導医の派遣等
次の者のうち、厚生労働大臣が適当と認める者を選定する。
 - ① 医療法 (昭和23年法律第205号) 第7条の規定に基づき許可を受けた病院又は診療所の開設者
 - ② 医療法第8条の規定に基づき届出をした診療所の開設者
- (2) (3) 略

◆指導医の派遣に係る実施主体：都道府県

◆指導医の派遣に係る補助率：都道府県 (1/2 (国1/2・都道府県1/2))

その他プログラムに関する都道府県意見

医師法第16条の10に基づき、令和7(2025)年度専門研修に関する都道府県知事の意見を聴いたところ、各プログラムに関して、プログラムに問わず医師少数区域での経験を積むことを促す方策や、より地域偏在是正に資するような運用や対策を求める意見が寄せられた。

都道府県からの意見（概要）

【プログラムの全般的な事項について】

- 通常プログラムも含め、医師多数県に対し医師多数県以外の都道府県の医師少数区域等との連携を推奨し、より多くの専攻医が一定期間当該地域での経験を積むことを促すよう方法を検討すべき。
- 専攻医自らがシーリング対象外県などの研修先を選択できるよう、病院の指導医確保等の環境整備や、病院の症例数、周辺的生活環境等の情報提供の充実などに取り組む必要がある。

【連携プログラムについて】

- 連携プログラムについては、シーリング対象外の都道府県における専攻医確保に資するよう厳格に運用すべき。
- 連携プログラムについては、大都市近郊の都道府県に集中しないよう、都市部の病院と医師少数県の病院を仲介する仕組みを設けるなど、必要な対策を講じること。
- 都市部の基幹施設が、医師を多く抱える大学病院と連携することで募集定員の増加が可能となることは、地域偏在の是正にはつながらないことから、連携先は医師少数区域の医療施設を中心とするなどの見直しを行うこと。

シーリングの仕組み等について (3) 各プログラムについて 小括

- シーリングの内訳としては、基本となる「通常プログラム」のほか、採用数の激変緩和の観点から設けられた「連携プログラム」がある。
- 連携プログラムには、地域医療に資する観点から、シーリング対象外の都道府県での一定期間の研修を設けており、さらに一部のプログラムについては連携先都道府県を足下充足率の低い地域に指定している。
- 令和5(2023)年度専攻医採用から導入された「特別地域連携プログラム」は、専攻医の派遣先を、足下充足率が低い都道府県の医師少数区域に指定している。当該プログラムについては、法に基づく大臣意見として日本専門医機構に対して、当該プログラムに係る地域偏在是正の実効性を検証しながら改良を加えること、としており、現在、日本専門医機構において必要な検討が行われている。
- シーリング対象かどうかを問わず、地域における専門研修の充実化を図るためには、十分な指導医の確保が重要であり、都道府県からも、地域における指導医の確保が必要であるとの指摘がある。

- シーリングの仕組み等について

- (1) シーリング対象都道府県別診療科の選定

- (2) シーリング数や採用上限数の決定について

- (3) シーリングの内訳（プログラムの設定）について

- (4) その他

その他のシーリングの仕組み（採用数が少数である場合等の対応）

専攻医の採用数が少数である都道府県診療科については、シーリング数の減少がわずかでも影響が大きいことや、専攻医・専門医を含めた若手医師はどの地域であっても一定程度確保する必要があること等に留意し、シーリングの計算上の配慮措置が講じられている。

○ 専攻医採用数が少数である場合の配慮措置

	具体的な対応
一定数の定員数の保障	平成30(2018)～令和2(2020)年の採用数のいずれかが 10未満 である都道府県別診療科のシーリング数を、平成30(2018)～令和2(2020)年の採用数のうち最も大きい数とする。

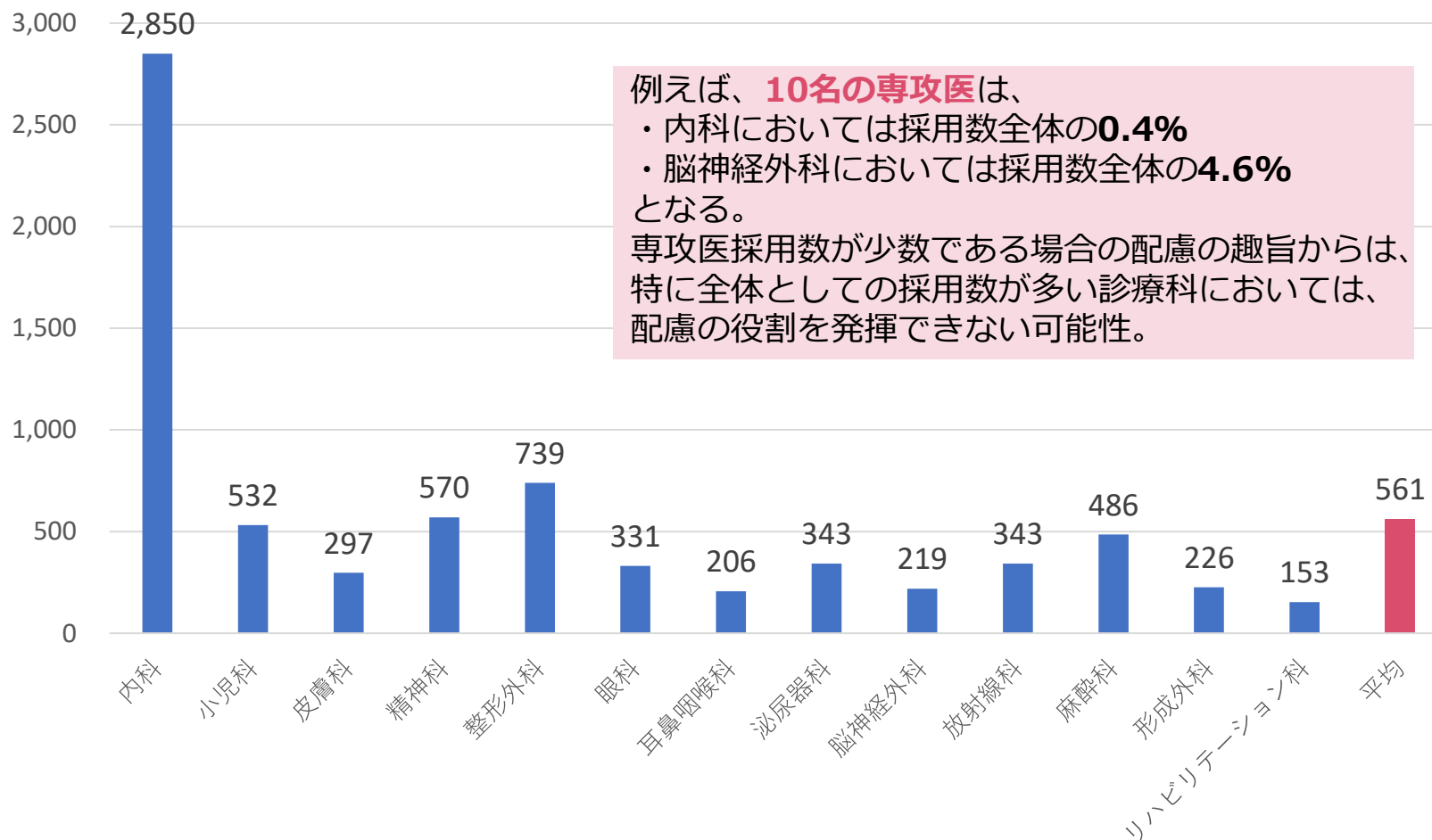
○ その他考慮要素

	具体的な対応
シーリングの対象外とする医師	<ul style="list-style-type: none">○ 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。<ul style="list-style-type: none">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。

診療科別の専攻医採用数

専攻医の採用数は診療科毎に異なっている。

○ 令和6（2024）年度専攻医採用実績



採用数が少ない場合等に関する都道府県意見

医師法第16条の10に基づき、令和7(2025)年度専門研修に関する都道府県知事の意見を聴いたところ、採用数が少ない都道府県への配慮や、シーリング対象外とする医師に関する意見がみられた。

都道府県からの意見（概要）

【採用数が少ない都道府県への配慮について】

- 採用数が少ない診療科への配慮をするべき。
- 単年度のみ一時的に採用数が増加した場合であってもシーリングの対象となることから、医師の採用数が少ない都道府県に不利益が生じないよう基準の見直しを行うこと。
- 医師の絶対数が少ない地域においては、専攻医の採用数の年度ごとの変動が専門医の育成に大きく影響するため、そのような地域はシーリングから除外していただきたい。

【シーリング対象外とする医師について】

- 地域への従事要件のある医師が、この制度においてシーリング対象外であることは、今後の地域医療の維持存続のため非常に重要。引き続き、対象外としていただきたい。
- 地域枠医師については、医師少数区域または医師少数スポットで研修を行う予定の者がシーリングの対象外とされているが、地域枠医師等が医師の確保を特に図るべき区域等で就業する期間については、当該医師のキャリア形成に配慮した上で設定することとされており、専門研修を実施する期間に医師少数区域等で研修することを義務づけることまで求めるものではない。

シーリングの仕組み等について

(4) その他 小括

- 機構のシーリング数の設定方法によると、採用数が少数である場合のシーリング上の配慮に関して以下の方法を採用している。
 - ・ 平成30(2018)～令和2(2020)年の採用数のいずれかが10未満である都道府県別診療科のシーリング数を、平成30(2018)～令和2(2020)年の採用数のうち最も大きい数とする。(一定数の定員数保障)
- 専攻医の採用数が少数である都道府県別診療科においてはシーリング数の減少がわずかでも影響が大きいことや、専攻医・専門医を含めた若手医師はどの地域であっても一定程度確保する必要があること等に留意した運用として、こうした配慮の措置が設けられているものと考えられる。
- シーリング上の配慮に係る基準を設けるに当たっては、専攻医数は診療科によって異なることから、当該診療科の専攻医数に対する割合に基づき基準を設定することが合理的と考えられる。

- 専門研修制度を取り巻く動向について



2040年に求められる医療機関機能（イメージ）

**高齢者救急の受け皿
となり、地域への復
帰を目指す機能**

かかりつけ医等と連携し、増大する高齢者救急の受け皿となる機能

**在宅医療を提供し、地
域の生活を支える機能**

地域での在宅医療を実施し、緊急時には患者の受け入れも行う機能

**救急医療等の急性期
の医療を広く提供す
る機能**

高度な医療や広く救急への対応を行う機能（必要に応じて圏域を拡大して対応）

地域ごとに求められる医療提供機能

医師の派遣機能

医育機能

**より広域な観点で診療を
担う機能**

より広域な観点から、医療提供体制を維持するために求められる機能

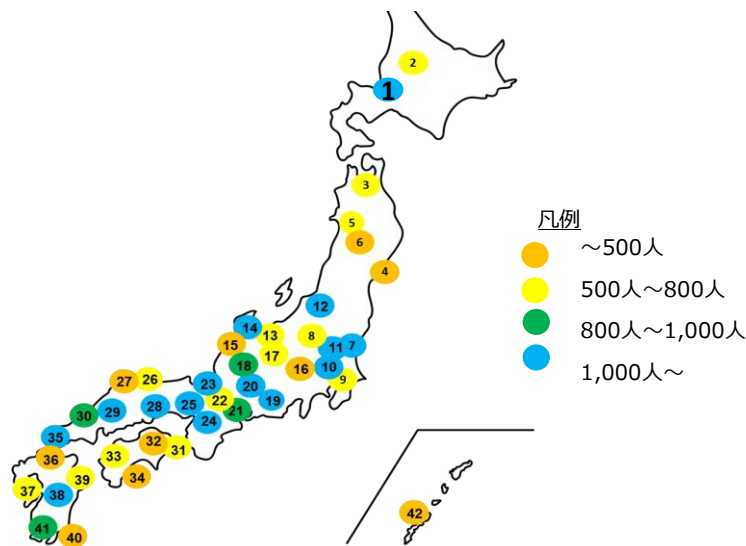
大学病院による医師の派遣機能

R5.5.26 「今後の医学教育の在り方に関する検討会（第1回）資料4より作成

大学病院は、常勤医師の派遣や代診医等の派遣を通じて、所在する都道府県の外も含め、約6万人程度の常勤医師の派遣等、医療提供体制の確保に貢献している。

国立大学病院からの常勤医師派遣状況

令和3年6月時点で、国立大学病院42病院から43,157人の医師を常勤医師として全国に派遣

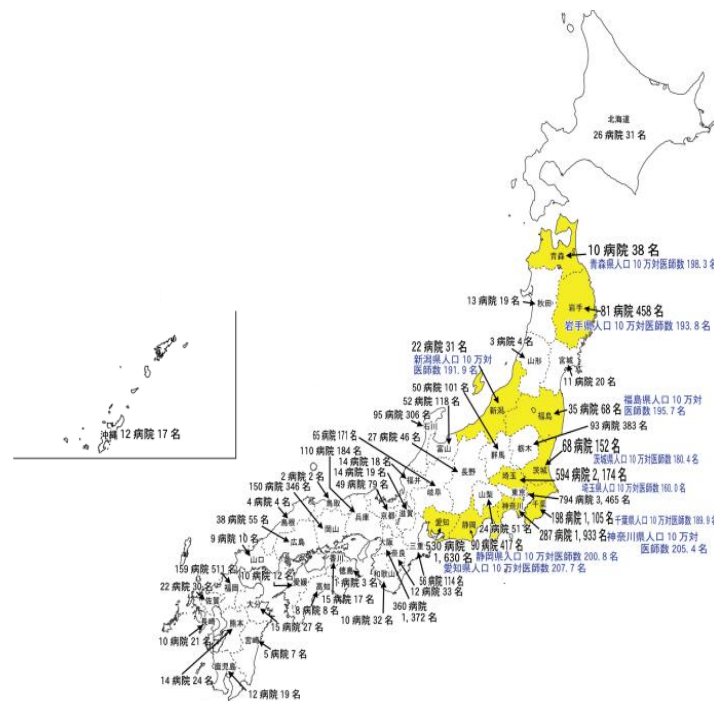


出典：R4.6.24 国立大学病院長会議 記者会見資料（「国立大学病院 病院機能指標」国立大学病院長会議データベース管理委員会調べ）

国立大学病院長会議調査「国立大学病院を主たる勤務先としている医師の派遣・兼業先の件数について」（令和5年3月現在）

私立大学からの常勤医師派遣状況

平成31年1月時点で、私立大学29大学から、4,279の医療機関に対し、15,685人の医師を常勤医師として派遣



※ 厚生労働省大臣官房統計情報部 平成28年「医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」（平成28年12月31日現在）より、都道府県（従業地）別にみた医療施設に従事する人口10万対医師数が少ない県10番目までの県は黄色で表示されている。

出典：日本私立医科大学協会「加盟大学における地域医療体制に関する調査」（平成31年1月現在）

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基本的な考え方（案）

- 医師少数の地域や診療科における医師の配置は、これまで基本的に職業選択の自由・営業の自由にに基づき医師が働く場所や診療科を自由に選択することができるという考え方の下、へき地保健医療対策とともに、医師養成過程での取組を中心に進めてきた。
- しかしながら、今後、地域ごとに人口構造が急激に変化していく中で、地域や診療科の医師配置の不均衡が拡大しかねない状況にある。また、日本の人口減少が進み、人材制約が大きくなる一方、医師数は毎年増加しており、医師の需要と供給は2029年頃に均衡する推計※もある中、医師確保対策について、総数の確保から適切な配置へと重心をシフトしていく必要がある。
※ 令和2年度の医師の需給推計における労働時間を週60時間程度に制限する等の仮定をおく需要ケース2
- このような中、従来のへき地保健医療対策を超えた、新たな総合的な対策を講じていく必要がある。その際、若手医師を対象とした医師養成過程中心の対策から、全ての世代の医師へのアプローチが求められる。
- さらに、人口減少が進む中で、定住人口が見込まれる地域であっても、「保険あってサービスなし」という事態に陥る可能性があり、将来にわたって国民皆保険を維持し、こうした地域を守るため、地域の必要な医療機能を確保することが必要であり、国、地方自治体、医療関係者、保険者等の全ての関係者が協働して医師偏在対策に取り組むことが重要。

都道府県と大学病院等の連携パートナーシップ協定について（案）

骨子案

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。

（主な論点）9/5厚生労働省医師偏在対策推進本部

- 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。

I 現状・課題

- 地域における医師確保・医師派遣の取組を進める上で、都道府県と大学病院等との連携は重要。
- 一部の都道府県においては、大学病院等との連携パートナーシップ協定の締結を通じ、医師確保のための取組を推進している例がみられる。
- 一方、連携パートナーシップ協定の内容は都道府県によって様々であり、医師確保に向けた実効性の観点から課題がある。

II 取組の方向性案

- 都道府県における地域医療対策協議会等による医師派遣調整機能等を強化するため、都道府県と大学病院等の連携パートナーシップ協定の締結を推進することについて、どのように考えるか。

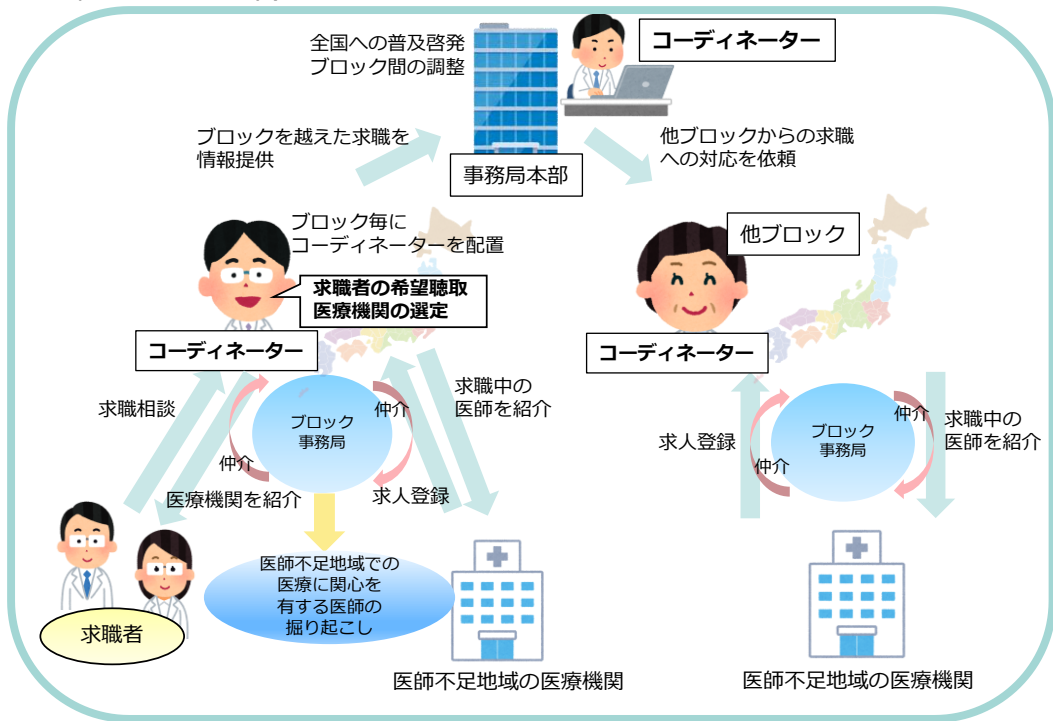
全国的なマッチング機能の支援等、都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定（案）

第12回新たな地域医療構想等に関する検討会	資料 1 (一部改)
令和 6 年 1 月 2 0 日	

【全国的なマッチング機能の支援等】

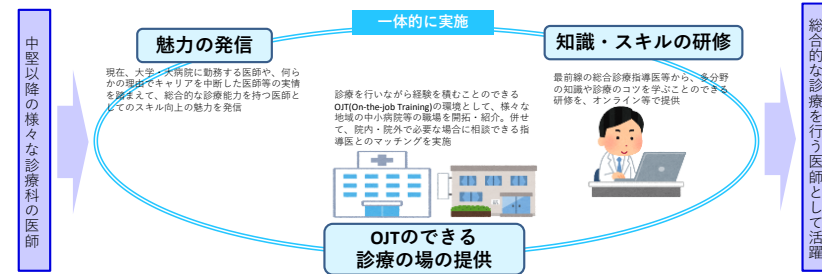
- 中堅・シニア世代等の医師を希望に応じて医師不足地域における医療ニーズにつなげるため、中堅・シニア世代等の医師を対象として、医師不足地域での医療に関心・希望を有する医師の掘り起こしを行い、必要に応じてリカレント教育や現場体験につなぎ、医師不足地域の医療機関とのマッチング、その後の定着支援等を行うため、全国的なマッチング機能の支援を行うこととしてはどうか。

<事業イメージ（案）>



<リカレント教育の支援>

- 中堅・シニア世代等の医師に対する総合的な診療能力等に係るリカレント教育の推進を支援



【都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定】

- 都道府県における地域医療対策協議会等による医師派遣調整機能等を強化するため、都道府県と大学病院等の間で、医師派遣、医学部地域枠等に関する連携パートナーシップ協定の締結を推進することとしてはどうか。

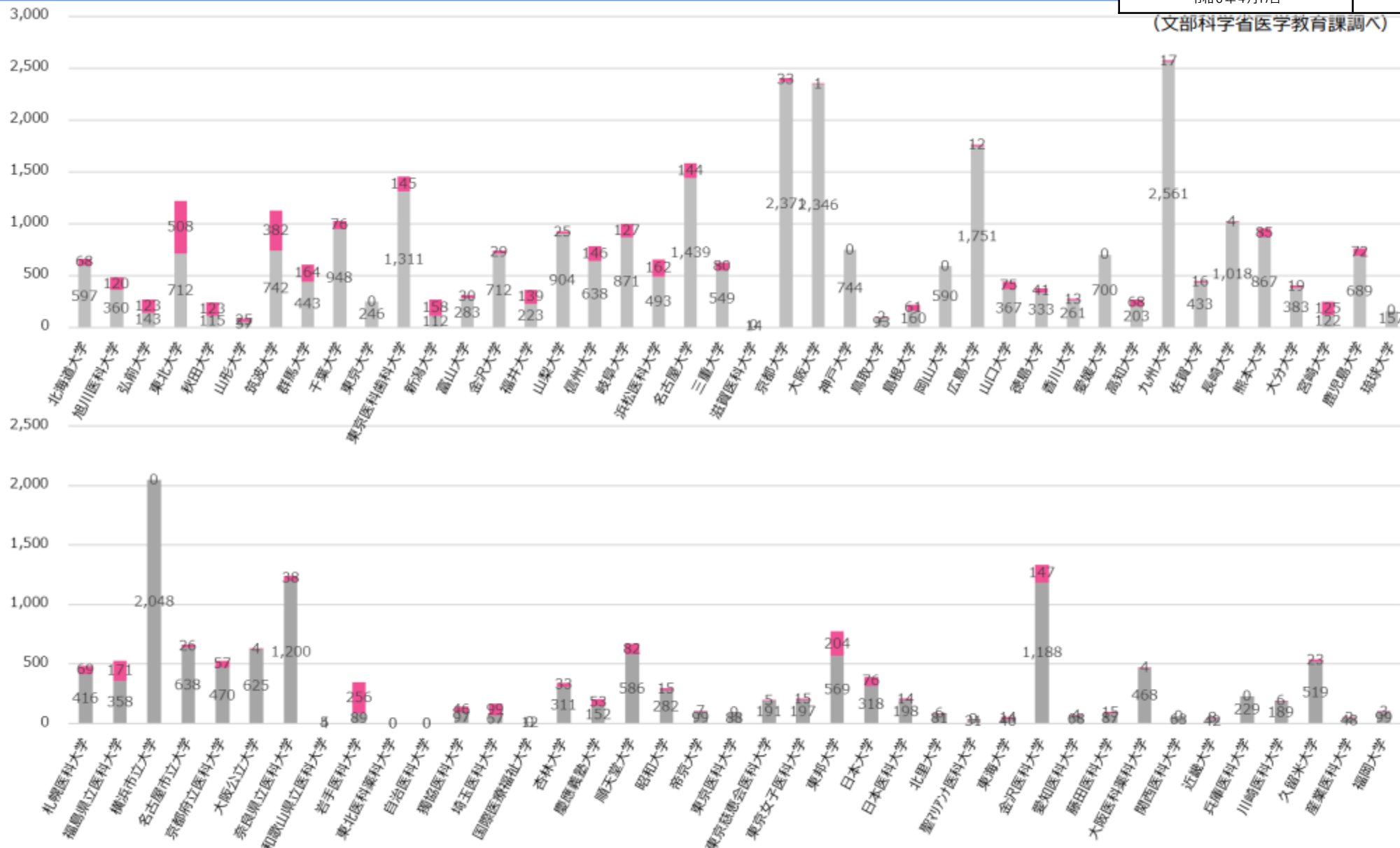
大学病院から常勤医師の派遣医師数（令和5年9月30日）

今後の医学教育の在り方に関する検討会

資料2

令和6年4月17日

（文部科学省医学教育課調べ）



※赤色部分は医師少数区域にある医療機関への派遣（厚生労働省「医師少数区域等（医師少数区域、医師少数スポット）一覧（令和5年4月1日時点）参照）

※ここで示す「常勤医師」は下記の①～③を満たす者である。

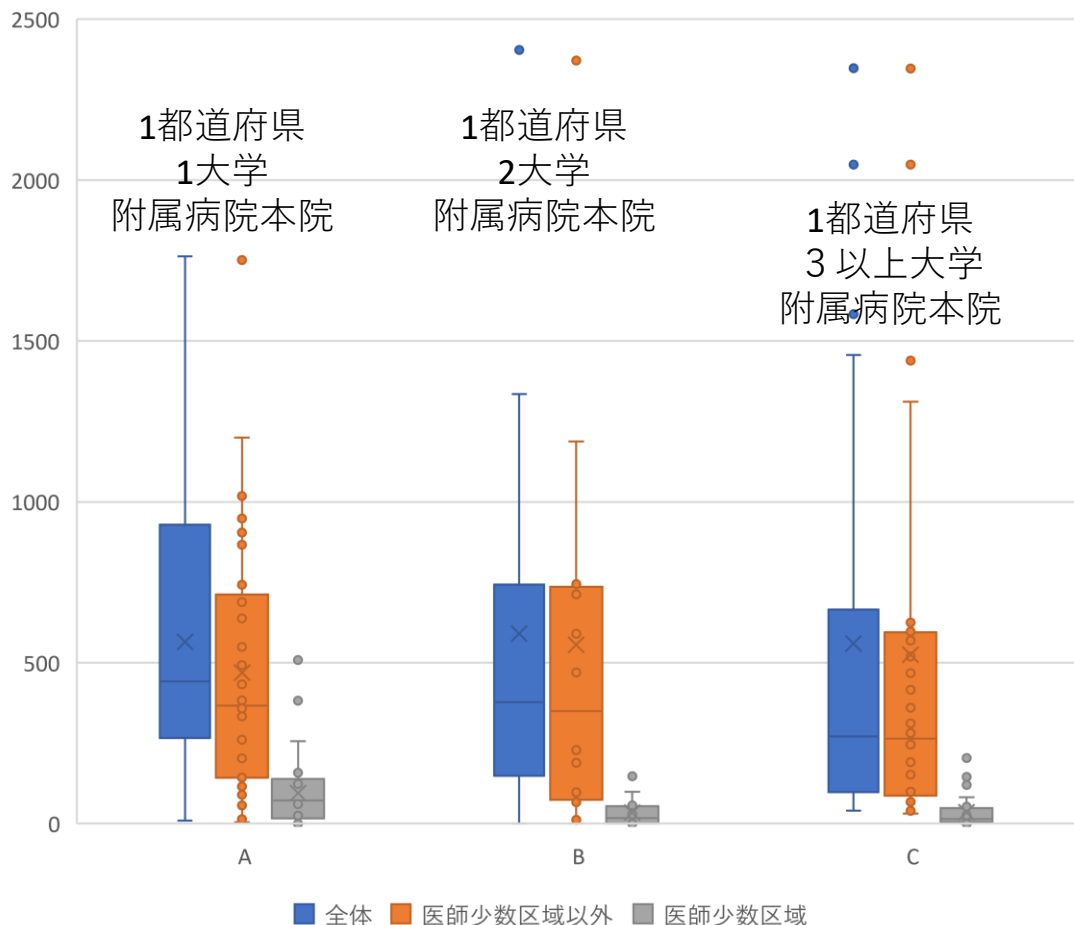
- ①当該大学病院本院の在籍期間が3年以上の医師であること。
 - ②雇用契約上の定義に関わらず、原則として派遣先医療機関で定めた医師の勤務時間の全てを勤務する医師であること。
 - ③病院の管理者（病院長）としての派遣ではないこと。
- （ただし、医師の1週間の勤務時間が、32時間未満の場合は常勤医師とみなさない。）

大学附属病院本院からの医師派遣の状況③（都道府県内医学部数別）

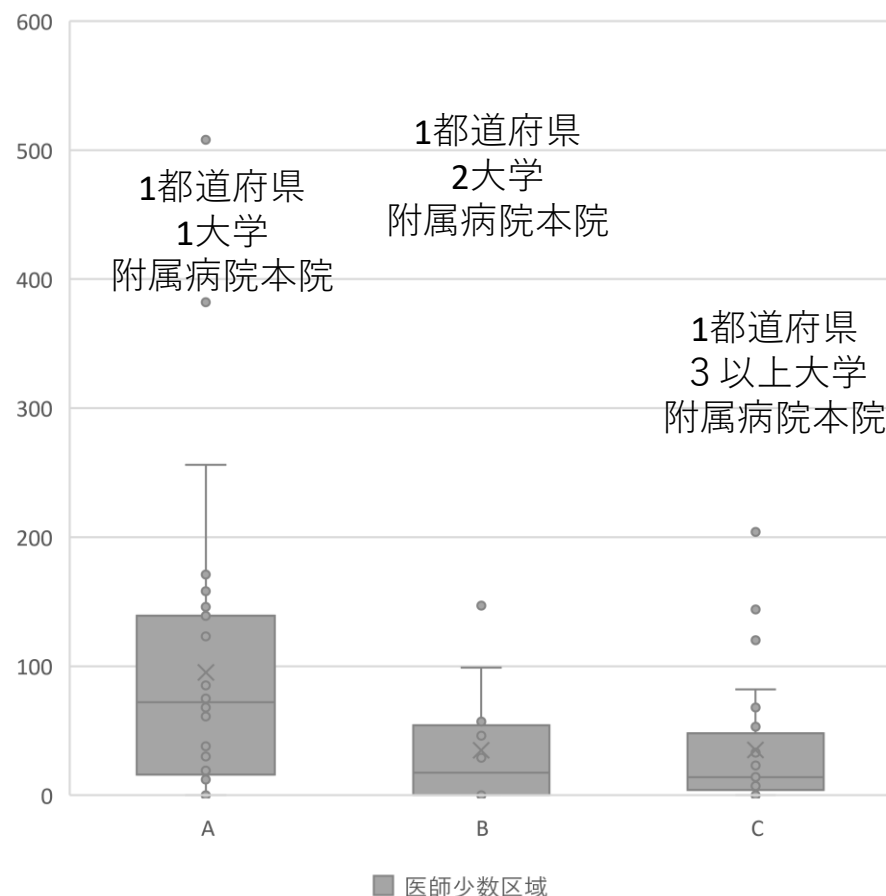
令和6年11月27日

- 都道府県内に所在する大学附属病院本院の数が増えるごとに、医師派遣実績は低下する傾向にある。
（1つの都道府県に所在する大学附属病院本院の数が増えるごとに医師派遣実績の中央値、25%タイル値、75%タイル値は低下する。（平均値は変わらない））
- 医師少数区域への派遣は、1大学附属病院本院の都道府県が多い。

常勤派遣医師数



医師少数区域への常勤派遣医師数



※ 常勤医師派遣数は「大学病院から常勤医師の派遣医師数（令和5年9月30日現在）」（文部科学省医学教育課調べ）を参照。

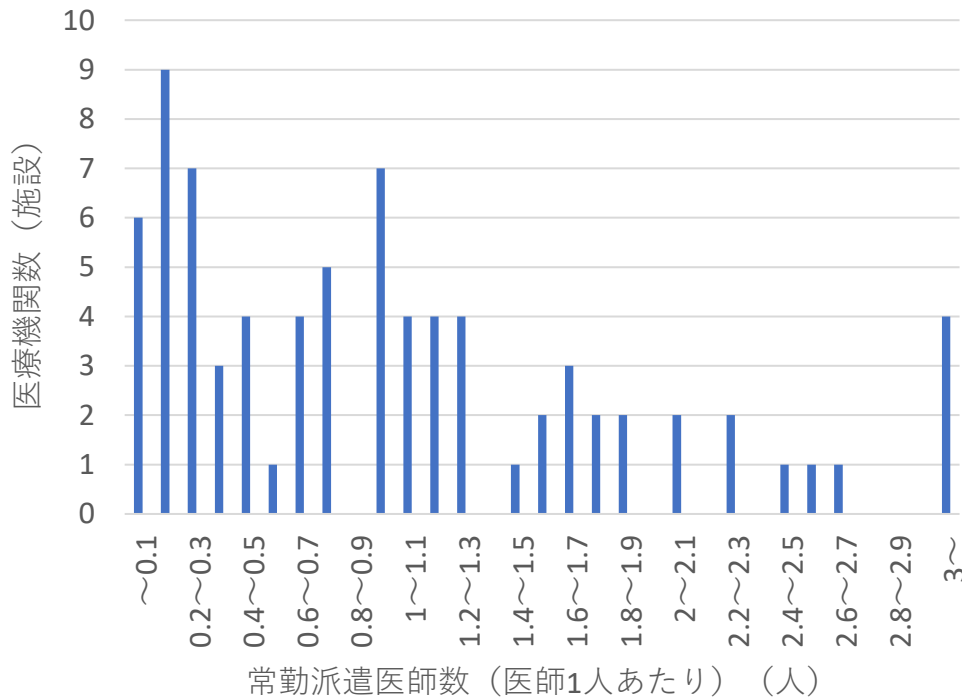
(参考) 大学附属病院本院からの医師派遣の状況【医師1人あたり】①

第22回特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会

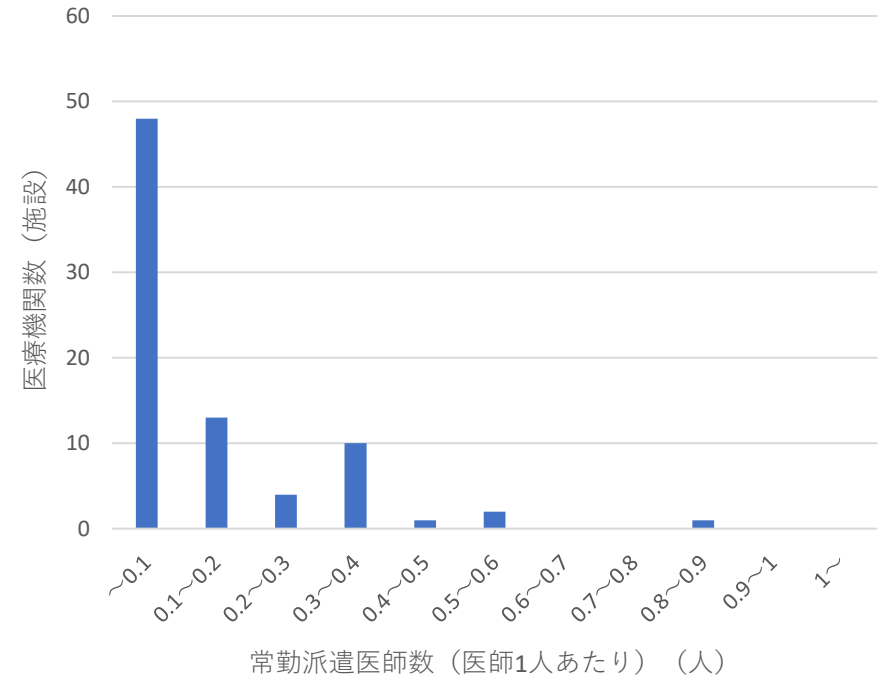
令和6年11月27日

資料
2

全国への常勤派遣医師数別医療機関数（医師1人あたり）



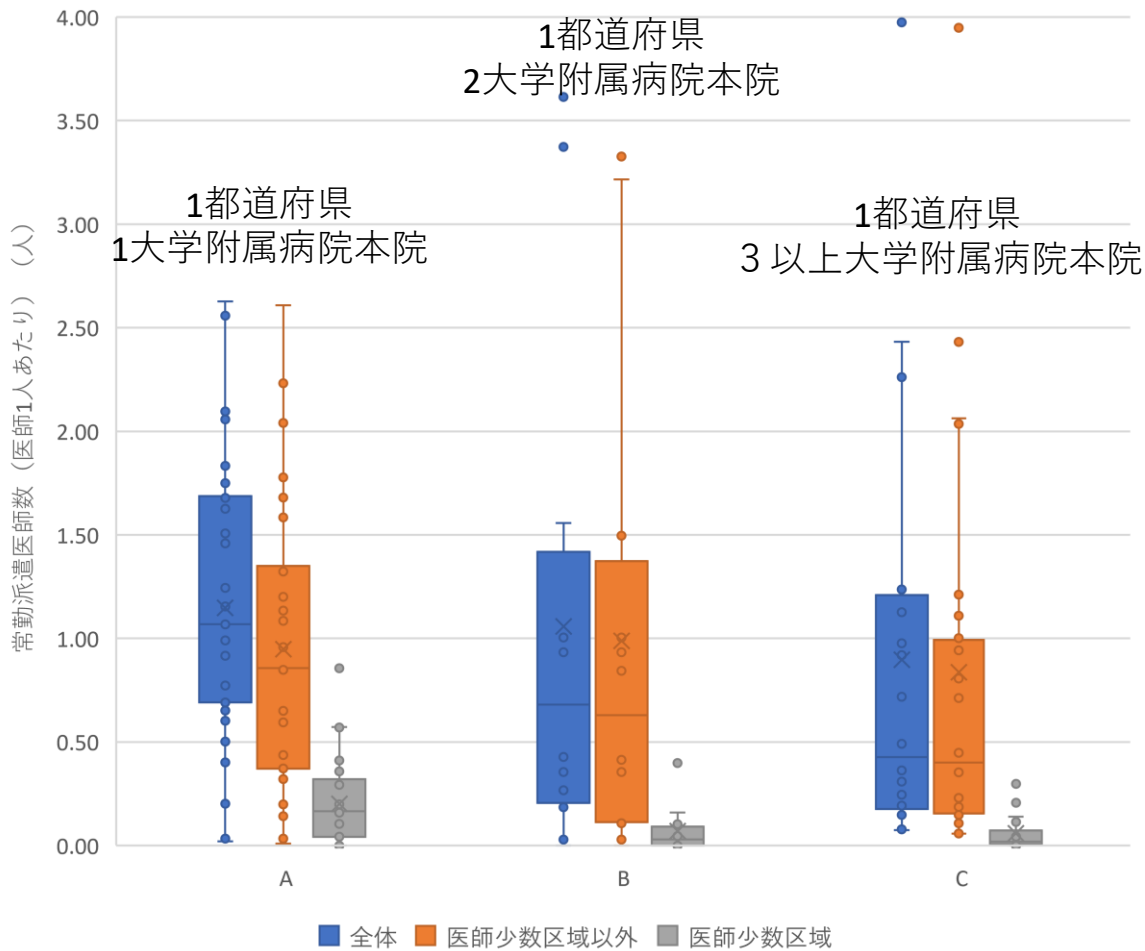
医師少数区域への常勤派遣医師数別医療機関数（医師1人あたり）



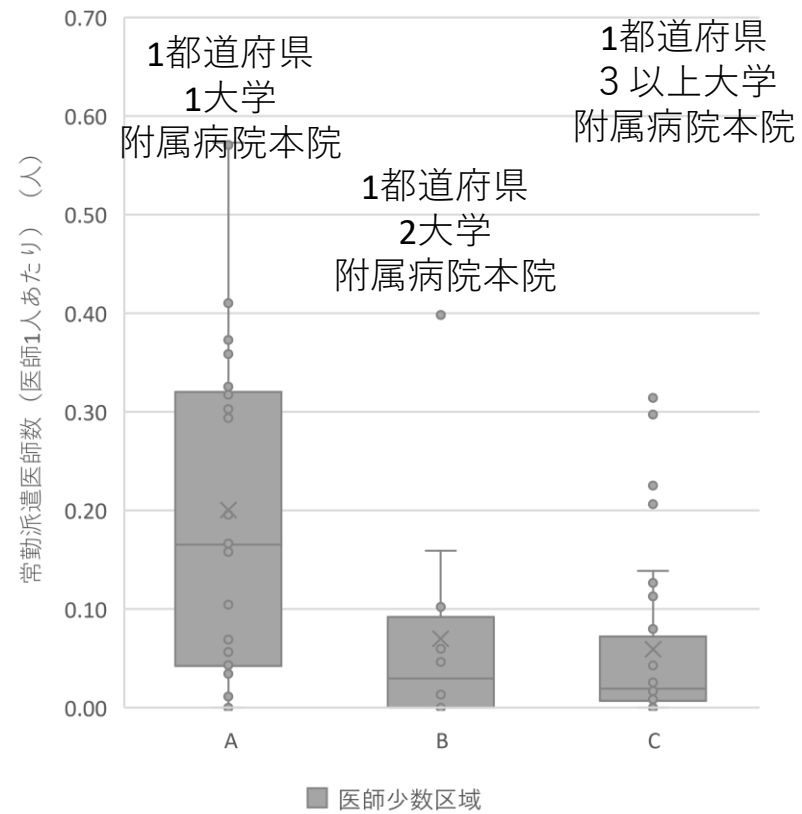
※ 常勤医師派遣数は「大学病院から常勤医師の派遣医師数（令和5年9月30日現在）」（文部科学省医学教育課調べ）を参照。

- 医師1人あたりで見ると、1つの都道府県に所在する大学附属病院本院の数が増えることの、医師派遣実績の中央値、25%タイル値、75%タイル値は低下度合いが実数で見るとより大きくなる。
- 医師少数区域への派遣に限って見ると、1都道府県1大学附属病院の医師少数区域への派遣が多い傾向がある。

常勤派遣医師数（医師1人あたり）



医師少数区域への常勤派遣医師数（医師1人あたり）



※ 常勤医師派遣数は「大学病院から常勤医師の派遣医師数（令和5年9月30日現在）」（文部科学省医学教育課調べ）を参照。

- 【P9再掲】医師派遣機能は、地域医療の維持の観点からも重要であり、特定機能病院の要件として取り扱うことも含めて、様々な観点から検討してはどうか。
- 【P9再掲】医師多数県に対する医師派遣機能の意味合いと医師少数県に対する医師派遣機能の意味合いは異なるのではないか。その点も踏まえた検討が必要ではないか。医師派遣機能の検討を行う際に、マンパワーが限られている等の観点からも、地域医療構想のような地域医療提供体制の議論と整合するような検討をする必要があるのではないか。
- 大学附属病院本院からの医師派遣機能は様々な地域に対して行われているが、医師少数区域への派遣については、ばらつきがあり、実績が少数に留まっている病院が一定数存在する。
また、一つの都道府県に所在する大学附属病院本院が1つの都道府県では、医師派遣数全体で見ても、医師少数区域に対するもので見ても、医師派遣数が多い傾向にあり、医師少数区域に対するものは顕著である。また、医師1人当たりでみると、この傾向がより顕著になる。医師少数区域への派遣数が低値に留まっている病院については、研究実績が低値に留まっている場合もあり、必ずしも関連が見られない。



- 新たな地域医療構想に関する今後の検討、特に都道府県との連携・協力等のあり方等を踏まえることを前提としつつ、特定機能病院として大学附属病院本院の承認要件を含めた求められる医師派遣等の内容をどのように考えるか。
- 特に、特定機能病院として、医療提供、研修（教育）、医療技術の開発・評価（研究）、医療安全（求めるとすれば）医師派遣のそれぞれについて、軸となるのは、高度な医療を提供する観点ではないかという議論があったことを踏まえ、どのような医師派遣について、より議論・検討すべきか。

- 今後の専門研修制度について論点



論点① 専門研修制度の今後に向けて

- 専門研修は、「専門医」について国民の視点に立った上で、育成される側のキャリア形成支援の視点を重視しつつ、制度が地域医療提供体制に与える影響も考慮しながら、日本専門医機構、関係学会等の関係者により、構築・運用されてきている。



- 引き続き、専門研修制度に係る経緯、議論に基づき、「育成される側の視点」及び「地域医療提供体制の視点」に留意するという基本的考え方を維持しつつ、これまでの運用上の課題や、専門研修制度を取り巻く状況を踏まえ、専門研修制度に関する必要な見直しについて検討すべき。
- 今回については、専門研修制度における定員上限（シーリング）の設定の在り方について、見直しを検討してはどうか。
- また、その他の論点についても、今後、本部会で更に検討を加え、必要に応じて見直すこととしてどうか。

論点②-1 シーリング対象都道府県別診療科について

- シーリングの対象は、「2018年医師数（足下の医師数）」が「2018年及び2024年の必要医師数」と同数以上を満たす都道府県別診療科としている。
- シーリングの対象とする都道府県別診療科の設定は、医師・歯科医師・薬剤師統計等のデータから算出した都道府県別診療科別必要医師数等に基づいて実施している。
- 足下の医師数や都道府県別診療科別必要医師数等のデータは、実態を反映する観点から可能な限り最新化することが望ましいものの、シーリングの対象の選定等の基準となる指標であり、地域における専門医の養成・確保に一定の影響を与えうることから、医療計画等のサイクルを考慮し算出することが合理的である。
- 直近の検討（令和7(2025)年度募集）において足下の医師数は「平成30(2018)年」のデータを用いているが、足下の医師数として参照可能な最新のデータは、「令和4(2022)年」のデータとなっている。



- 今後のシーリングの対象都道府県別診療科の検討については、医師確保等に与える影響を考慮し、医療計画等のサイクルを考慮した対応を図ることが適当ではないか。
- ただし、令和8(2026)年度募集のシーリング対象の検討では、令和7(2025)年度と同様のシーリング対象の基準を維持した上で、上記を実施するまでの特例的な対応として、最新の足下の医師数データの「2022年の医師数」が「2024年必要医師数」を下回る場合はシーリングの対象外としてはどうか。

論点②-2 シーリング数や採用上限設定について（その1）

- シーリング数は、通常プログラム数に加えて、激変緩和措置として、平成30(2018)～令和2(2020)年の3年間の平均採用数に至るまで、連携プログラム数を追加して設定している。更に、令和5年度専攻医採用から導入された特別地域連携プログラムは、シーリング数に加えて設定することができることとなっている。
- シーリング数に係る現在の算出方法が令和2(2020)年度募集において採択された後、新型コロナウイルス感染症の影響や、制度の検証の必要性等から、シーリング数は据え置かれている。
- 診療科別専攻医採用数や都道府県別専攻医採用数は、新型コロナウイルス感染症の流行前後で、全体として大きな傾向の変化は見られない。
- 人口10万人当たりの専攻医採用数をみると、全国平均から大きく上回る都道府県別診療科や、逆に全国平均を下回る都道府県別診療科がみられるなど、平均からの乖離が存在している。
- 都道府県から、シーリング数に関する厳格な運用を求める指摘がある。また、実務上も、シーリング数の算出ルールが複雑化している。



論点②-2 シーリング数や採用上限設定について（その2）



- シーリング数の設定に当たっては、専攻医の採用数が全国の平均を大幅に超える場合に適正なシーリング数を設定することはもとより、平均を下回る場合であっても、各地域において定常的に一定数の若手医師を育成する必要があることに留意が必要ではないか。
- 以上を踏まえ、通常プログラムの定員数の算出について、これまでの「当該都道府県別診療科の平均採用数」ベースの算出から「当該診療科全体の人口当たり平均採用数」ベースの算出とするとともに、これまでシーリング外に設定していた特別地域連携プログラムの定員数を、シーリング内に設定することとしてはどうか。
- 他方、令和7(2025)年度採用までの状況からの激変を緩和する観点で、直近の過去3年間の平均採用数を満たすまで連携プログラムの定員数の設定を許容する考え方については、維持することとしてはどうか。

論点②-3 シーリングの内訳（プログラムの設定）について（その1）

- シーリングの内訳としては、基本となる「通常プログラム」のほか、採用数の激変緩和の観点から設けられた「連携プログラム」がある。
- 連携プログラムには、地域医療に資する観点から、シーリング対象外の都道府県での一定期間の研修を設けており、さらに一部のプログラムについては連携先都道府県を足下充足率の低い地域に指定している。
- 令和5(2023)年度専攻医採用から導入された特別地域連携プログラムは、足下充足率が低い都道府県の医師少数区域に指定している。当該プログラムについては、法に基づく大臣意見として日本専門医機構に対して、当該プログラムに係る地域偏在是正の実効性を検証しながら改良を加えること、としており、現在、日本専門医機構において必要な検討が行われている。
- シーリング対象かどうかを問わず、地域における専門研修の充実化を図るためには、十分な指導医の確保が重要であり、都道府県からも、地域における指導医の確保が必要であるとの指摘がある。



論点②-3 シーリングの内訳（プログラムの設定）について（その2）



- 特別地域連携プログラムについては、導入後の検証等がなされているところであり、日本専門医機構における検討状況を踏まえつつ、育成される側及び地域医療提供体制の双方の視点から引き続き検討し、必要に応じて見直しを行う等の対応を行うこととしてはどうか。
- 連携プログラムの連携先での研修を含め、地域における専門研修の質の向上を図る観点から、例えば、大学病院等の基幹病院から指導医を地域に派遣した実績を有する場合については、以下のような観点で評価を行うこととしてはどうか。
 - ・ 指導医の派遣に係る実績に応じて、通常プログラムの定員数を増加する。
 - ・ 指導医不足がより顕著な地域への指導医の派遣については、更なる評価を行う。
 - ・ こうした評価に当たっては、連携プログラムの定員数とのバランスの確保やシーリング制度の趣旨等の観点で、一定の上限を設ける。
- 連携プログラム（都道府県限定分を含む）及び特別地域連携プログラムの各プログラムの定員数については、過去3年間の平均採用数を満たすまで連携プログラムの設定を許容する考え方（論点②-2）としながら、令和8(2026)年度採用以降も令和7(2025)年度開始専門研修で採用された専攻医数の一定程度を確保し、各プログラムの採用数の比については、激変を緩和する観点から、令和7(2025)年度のもの維持することとしてはどうか。
- また、連携プログラムを設ける場合の要件については、令和7(2025)年度募集に係る考え方と同様、前年度募集プログラムの地域貢献率を一定の割合を確保することとしてはどうか。

論点②-4 その他の仕組み

- 機構のシーリング数の設定方法によると、定員数が少数である場合のシーリング上の配慮に関して以下の方法を採用している。
 - ・ 平成30(2018)～令和2(2020)年の採用数のいずれかが10未満である都道府県別診療科のシーリング数を、平成30(2018)～令和2(2020)年の採用数のうち最も大きい数とする。(一定数の定員数保障)
- 専攻医の採用数が少数である都道府県診療科においてはシーリング数の減少がわずかでも影響が大きいことや、専攻医・専門医を含めた若手医師はどの地域であっても一定程度確保する必要があること等に留意した運用として、こうした配慮の措置が設けられているものと考えられる。
- シーリング上の配慮に係る基準を設けるに当たっては、専攻医数は診療科によって異なることから、当該診療科の専攻医数に対する割合に基づき基準を設定することが合理的と考えられる。



- シーリング数が少数である場合のシーリング上の配慮について、当該診療科の専攻医数に対する割合に基づき基準を設定し、診療科毎の実態を適切に踏まえた対応としてはどうか。
- 具体的には、シーリング対象となっている診療科の令和6年度の平均専攻医数(561名)に占める、現行の基準(10名)は割合として約1.7%であること等を参考に、シーリング上の配慮の効果が適切に発揮されるよう一定数の定員数保障を行う基準等の在り方を見直すこととしてはどうか。

論点③ 専門研修制度を取り巻く状況との関係性

- 現在、2040年に向けた、新たな地域医療構想等に関する検討が進められており、この検討においては、医療機関の機能に着目することとされている。
- この中で、大学病院本院が担う医師の派遣や医育機能等の重要性が指摘されている。



- 本部会とは別に検討が進められている大学病院等の基幹病院が担う医師の派遣機能については、指導医の不足する地域への医師派遣を通じた地域医療提供体制の確保の視点や、医師の地域偏在対策の視点のみならず、専門研修の充実化を通じた育成される側の視点からも重要である。
- 専門研修制度において、大学病院等の基幹病院から指導医を地域に派遣した実績を有する場合について、通常プログラムの定員数を増加する等の評価を行うこと（論点②-3に示すような対応）は、新たな地域医療構想や医師の偏在対策といった施策とも整合的だと考えられるのではないか。

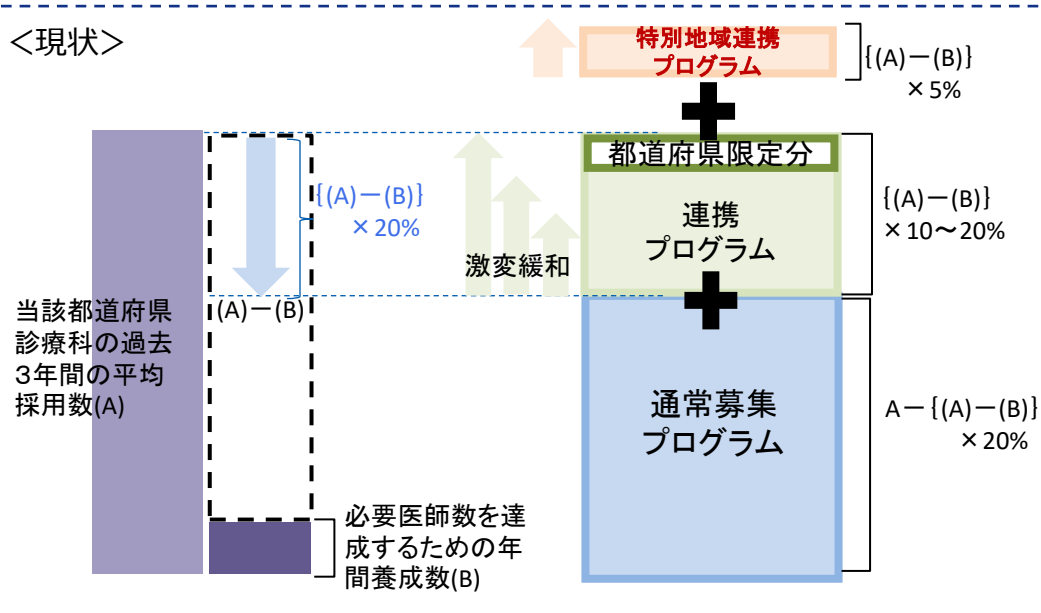
シーリングの仕組みの見直しについて（案）

1. シーリング対象都道府県の選定

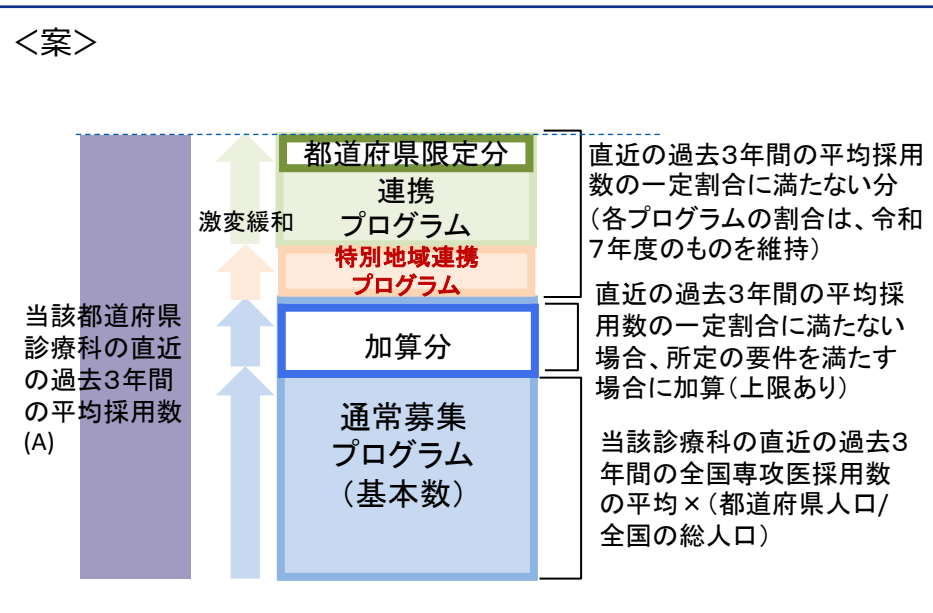
- 「2018年医師数」が「2018年の必要医師数」および「2024年の必要医師数」と同数あるいは上回る都道府県別診療科
 - ※ 過去3年間の採用数の平均が5以下の都道府県別診療科はシーリングの対象外とする。
- 令和8(2026)年度専攻医採用においては、最新のデータである「2022年医師数」が「2024年必要医師数」を下回っている場合、シーリングの対象外とする。
 - ※ 診療科別都道府県別必要医師数については、令和6年度厚生労働科学特別研究事業「専門研修の募集定員設定のための都道府県別・診療科別の医師ニーズの算出に係る研究」において、情報収集等を進めているところであり、今後、事務局において数値の更新等を行う予定。

2. シーリング数や採用上限数、プログラムの内訳等

<現状>



<案>



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

※平成30(2018)～令和2(2020)年の採用数のいずれかが10未満である都道府県診療科のシーリング数を、平成30(2018)年～令和2(2020)年採用数の内最も大きい数とする。

※連携プログラムの設置には地域貢献率が原則20%以上が必須要件。

※シーリング数が少数である都道府県診療科（例えば、算出されたシーリング数が当該診療科の専攻医採用数の1.7%を下回る場合）について、一定のシーリング数を保障する。

※連携プログラムの設置には地域貢献率が原則20%以上が必須要件。
(継続)

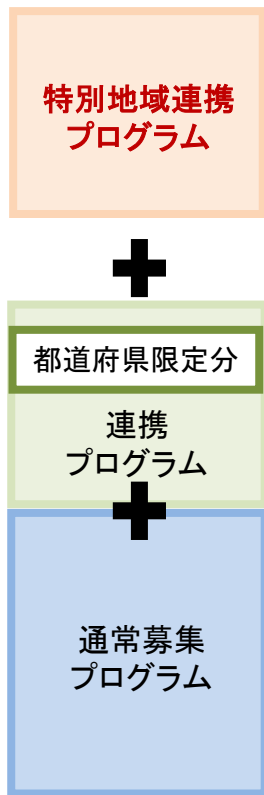
- 参考



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

○ 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 × $\begin{cases} 20\% & : (\text{専攻医充足率} \leq 100\% \text{ の診療科の場合}) \\ 15\% & : (100\% < \text{専攻医充足率} \leq 150\% \text{ の診療科の場合}) \\ 10\% & : (\text{専攻医充足率} > 150\% \text{ の診療科の場合}) \end{cases}$
- 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)

- 将来必要な医師数の見通しの推計にあたって、まず、各診療科ごとの現在の医師数^{※1}から、それぞれの診療科における勤務時間を踏まえ、労働時間規制等医師の働き方改革により必要になると考えられる現時点における必要医師数を算出^{※2}した。
- 算出された現時点における必要医師数に対して、疾病と各診療領域との重み付けがなされた対応表に基づき、性年齢階級別の受療率等が一定であると仮定し、将来の人口動態の変化を踏まえた患者数の変化と必要医師数の変化が比例するものとして計算^{※3、4}を行った。

(イメージ)

勤務時間の
変化、診療科の差
を踏まえ調整^{※2}

将来の人口推計・疾病と各診療領
域との重み付けされた対応表に基
づく患者数の変化と比例して変化

現在の医師数^{※1}
(9000人)

↓
(労働時間制限
により1.11倍
医師が必要)

現在の必要医師数^{※2}
(10000人)
(患者数10万人)

↓
(患者数が1.1倍
となるため、1.1倍
医師が必要)

将来の必要医師数^{※3、4}
(11000人)
(患者数11万人)

※1 現在＝2018年医師数(仕事量)については、平成30年医師届出票における主たる診療科別医師数を基本診療領域に統合(主たる診療科について、内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科(胃腸内科)、腎臓内科、神経内科、糖尿病内科(代謝内科)、血液内科、アレルギー科、リウマチ科、感染症内科、心療内科については内科、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(胃腸外科)、肛門外科、小児外科については外科、産婦人科、産科、婦人科については産婦人科、形成外科、美容外科については形成外科として集計)したものを扱い、性年齢階級別に第3次中間取りまとめにおけるマクロ供給推計の仕事率を掛け合わせた。

※2 現在＝2018年における必要医師数については、各診療科別勤務時間(「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」(平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班)結果を基に医政局医事課で作成)及び第3次中間取りまとめにおける勤務時間を週60時間に制限する等の仮定をおくマクロ需要推計の推計値(需要ケース2)を用いて調整。

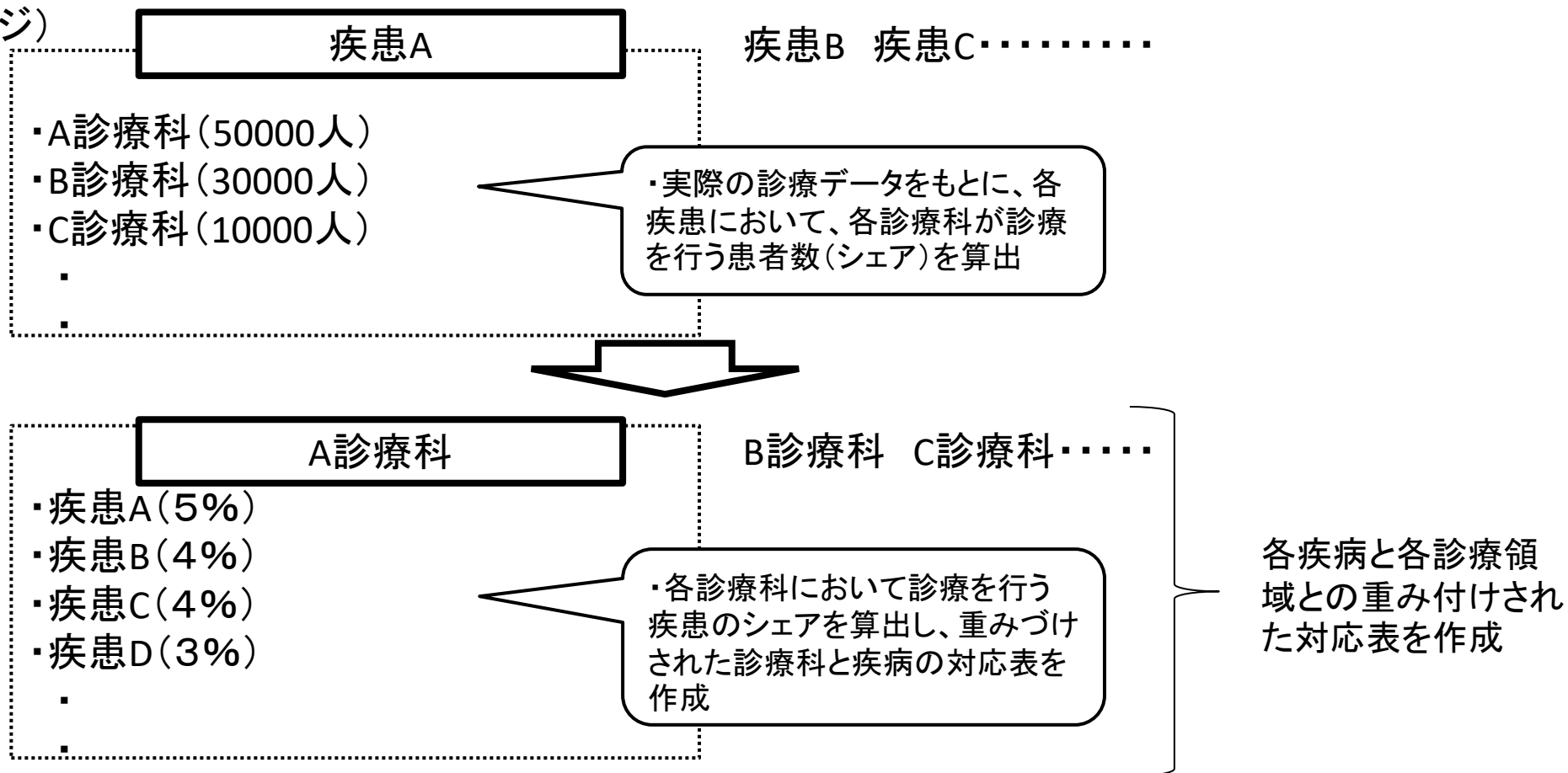
※3 2018年、2024年、2030年、2036年における必要医師数については、「診療科と疾病等の対応表」に基づき、性年齢階級別の人口推計及び平成26年患者調査に基づく受療率を踏まえ計算。

※4 全国の推計値については、第3次中間取りまとめにおけるマクロ需給推計の推計値と整合性をとるために調整。

診療科と疾病等の対応表について

○ 診療科と疾病等の対応表については、急性期領域における実際の診療データ※1を用いて、専門医制度における基本診療領域と疾病等との対応表※2を作成した。

(イメージ)



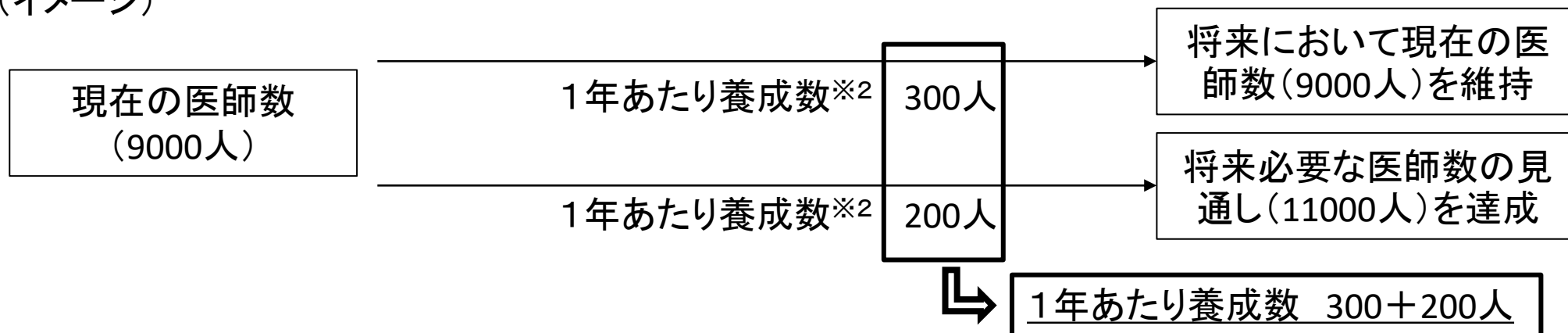
※1 厚生労働科学研究「保健医療介護現場の課題に即したビッグデータ解析を実践するための臨床疫学・統計・医療情報技術を磨く高度人材育成プログラムの開発と検証に関する研究」(研究代表者 東京大学 康永秀生)の研究結果(DPCデータから求めた69診療科×傷病分類(ICD-10)別の患者数)を用いて、厚生労働科学研究「ニーズに基づく専門医の養成に係る研究」(研究代表者 自治医科大学 小池創一)において、基本診療領域×傷病中分類(患者調査)別の患者数を算出した。

※2 放射線科(放射線診断)、臨床検査、救急科、リハビリテーション科については、全診療科における患者数の変化、麻酔科については手術を行う診療科、形成外科、病理については外科における患者数の変化、精神科(外来)については、患者調査における「精神及び行動の障害」、精神科(入院)については精神科疾病別推計入院患者数(630調査)、放射線科(放射線診断)については、放射線治療の対象となる疾病の推計患者数、小児科については、15歳未満人口の全国の推計患者数と必要医師数の変化が比例するものとした。

※3 推計患者数の算出にあたっては、診療科別の患者1人あたりの医師の労働投入量の入院/外来比を用いた。

- 将来の診療科別必要医師数について、実際に診療科選択に資するものにするためには、臨床研修修了後、9割以上が専門研修を行う予定であることを踏まえると、臨床研修修了時点の診療科別の1年あたり養成数を示すことが有用であり、諸外国における養成数の算出手法等を参考^{※1}に、
 - ・ 現在の医師数を維持するために必要な1年あたり養成数^{※2}
 - ・ 将来必要な医師数の見通しを達成するために追加で必要な1年あたり養成数^{※2}
 を合計した数を診療科別の1年あたり養成数として算出することとした。
- また、医師の働き方改革に関する議論、医師確保計画等のスケジュールを踏まえ、2024年、2030年、2036年の3時点における将来必要な医師数の見通しを算出した上で、1年あたり養成数を算出することとした。

(イメージ)



※1 厚生労働科学研究「ニーズに基づく専門医の養成に係る研究」(研究代表者 自治医科大学 小池創一)における海外調査等をもとに整理。

※2 必要養成数の算出にあたっては、診療科別の生残率を用い、医師需給分科会「第3次中間取りまとめ」における供給推計の手法を用いた。

都道府県ごとの診療科ごとの将来必要な医師数・養成数の見通しについて

○ 都道府県ごとの診療科ごとの将来必要な医師数の見通しの算出に当たっては、将来時点における必要医師数の算出方法を踏まえ、全国における診療科ごとの将来必要な医師数の見通しをもとに各都道府県別の将来必要な医師数の見通しを算出^{※1}し、各都道府県・各診療科別の現在の医師数をもとに、都道府県間における医師の流出入がないと仮定して、1年あたりの養成数の計算を行うこととした。

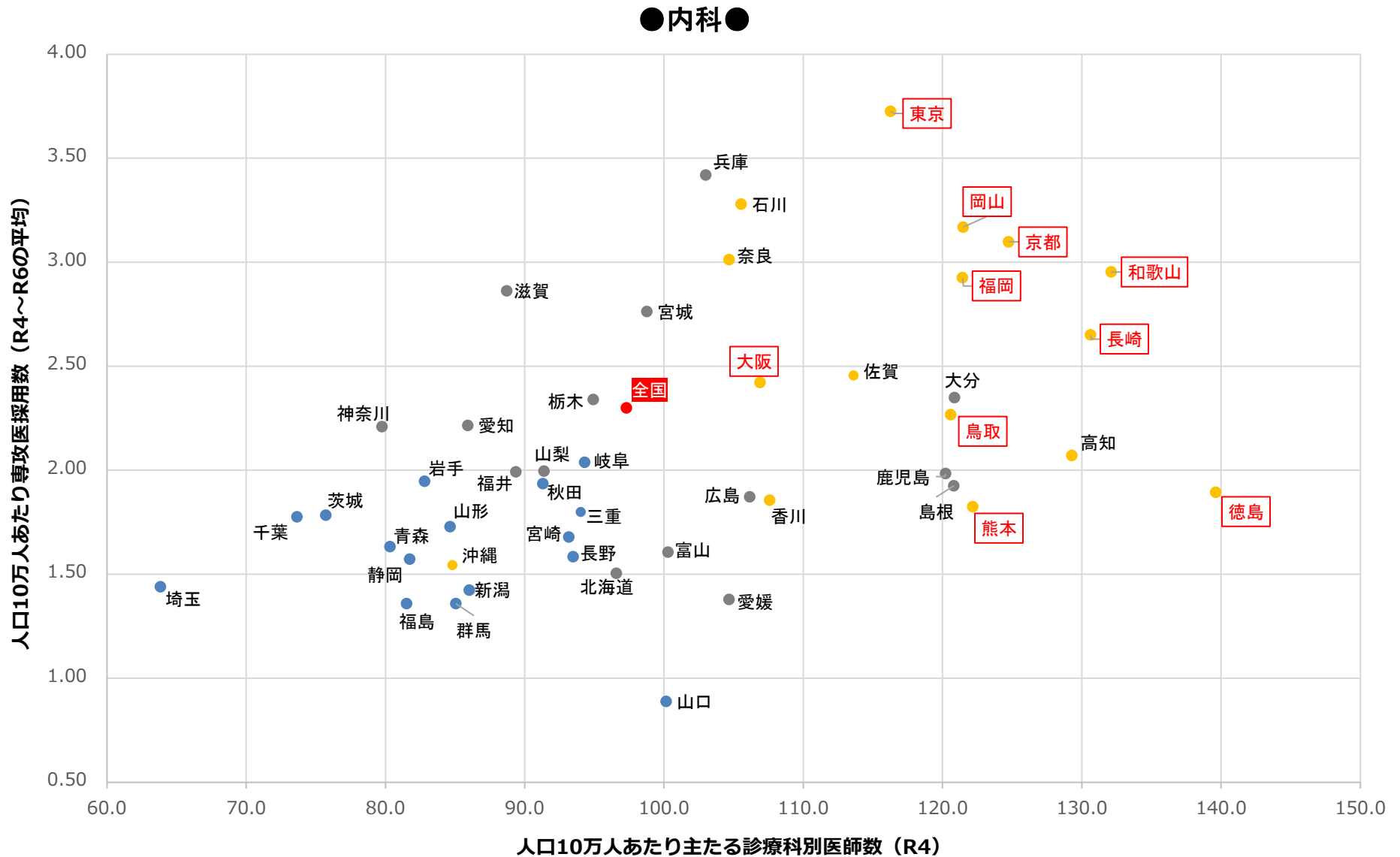
(イメージ)

	a診療科 (必要医師数)	a診療科 (患者数)	...
全国	<u>10,000人</u>	200,000人(100%)	
A県	500人	10,000人(5%)	
B県	300人	6,000人(3%)	
・	・		
・	・		
・	・		

→ 全国における将来必要な医師数の見通しを各都道府県に配分

※1 全国の性年齢階級別受療率と都道府県の性年齢階級別推計人口を用いて都道府県別診療科ごとの患者数を推計し、平成29年の患者数に基づく都道府県別診療科ごとの施設所在地ベースの患者数と患者住所地ベースの患者数の比が将来も一定であるものとして患者流出入後の患者数を計算した。

人口10万人あたり専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較

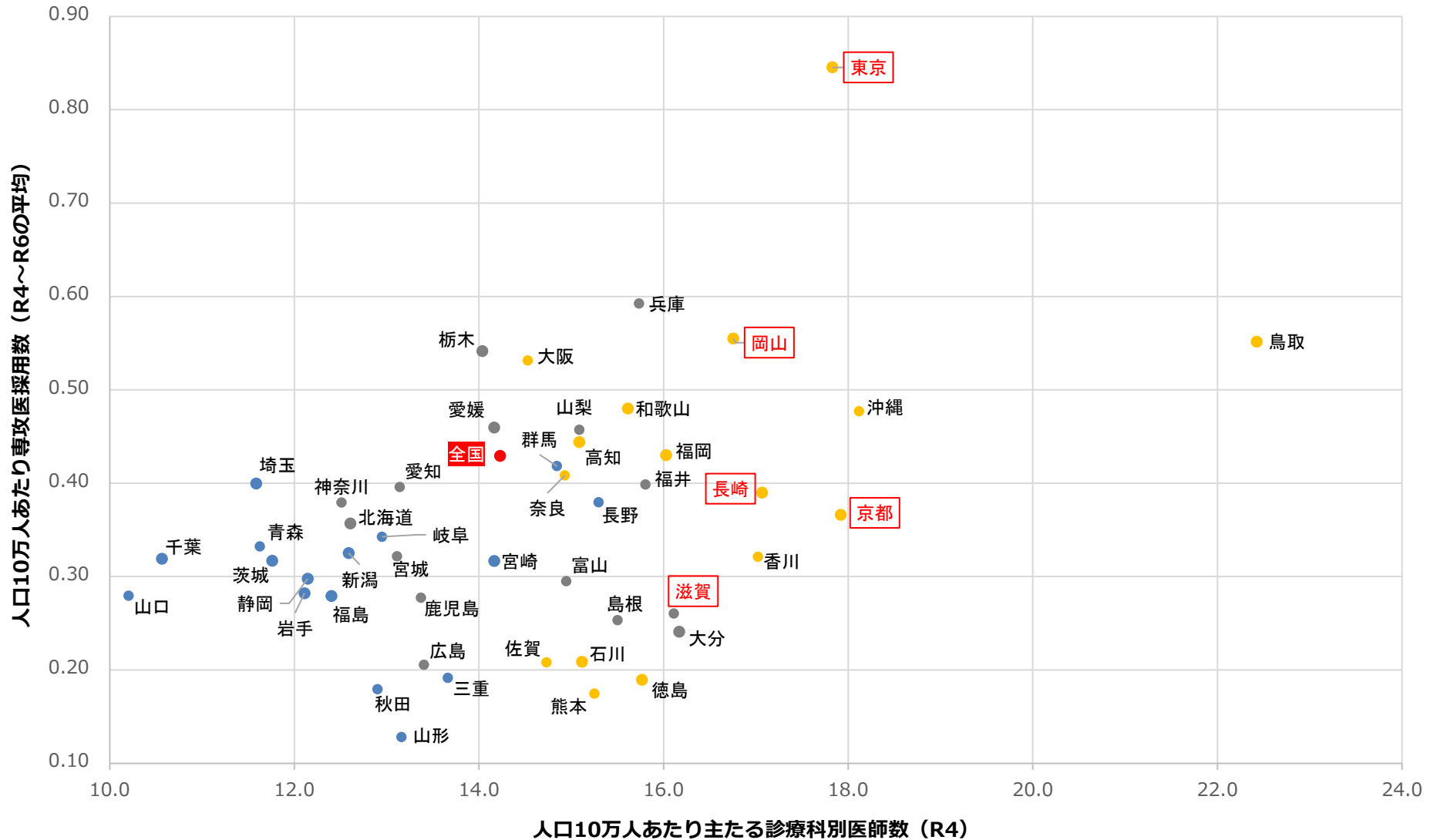


※主たる診療科別医師数は、「医師・歯科医師・薬剤師統計」(令和4年)の医療施設従事医師数(主たる診療科)が、内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科(胃腸内科)、腎臓内科、糖尿病内科(代謝内科)、血液内科、感染症内科、アレルギー科、リウマチ科、心療内科、脳神経内科である人数を集計
 ※人口10万人あたりを算出するに当たっては、総務省「人口推計(2022年(令和4年)10月1日現在)」を使用

■医師多数県 ■医師中程度県 ■医師少数県
 (令和6年1月10日更新:医師偏在指標による)
 □シーリング対象都道府県(R3~)

人口10万人あたり専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較

●小児科●



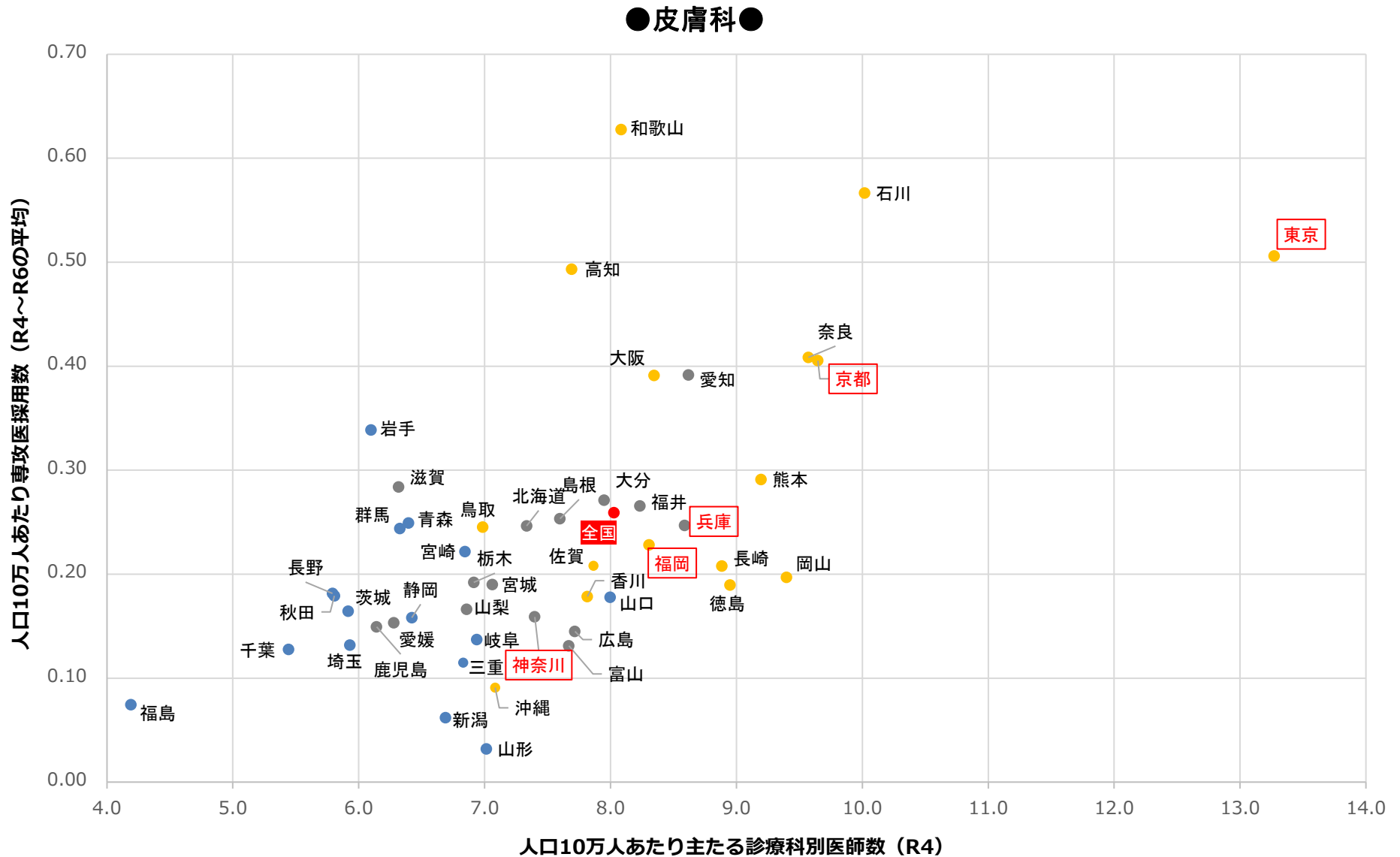
■ 医師多数県 ■ 医師中程度県 ■ 医師少数県

(令和6年1月10日更新: 医師備在指標による)

□ シリーニング対象都道府県 (R3~)

※主たる診療科別医師数は、「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(主たる診療科)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

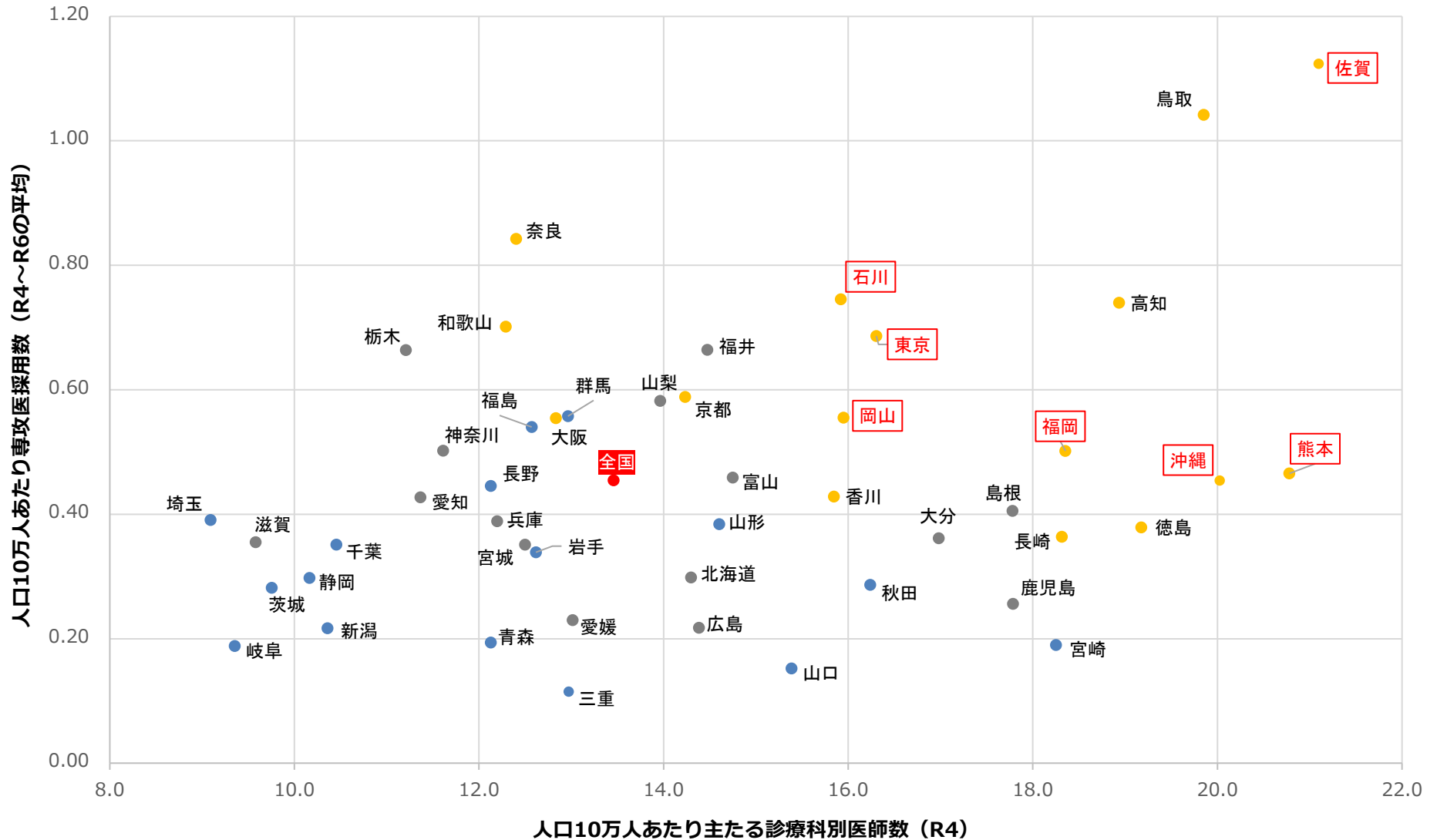
人口10万人あたり専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較



※主たる診療科別医師数は、「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(主たる診療科)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

人口10万人あたり専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較

●精神科●



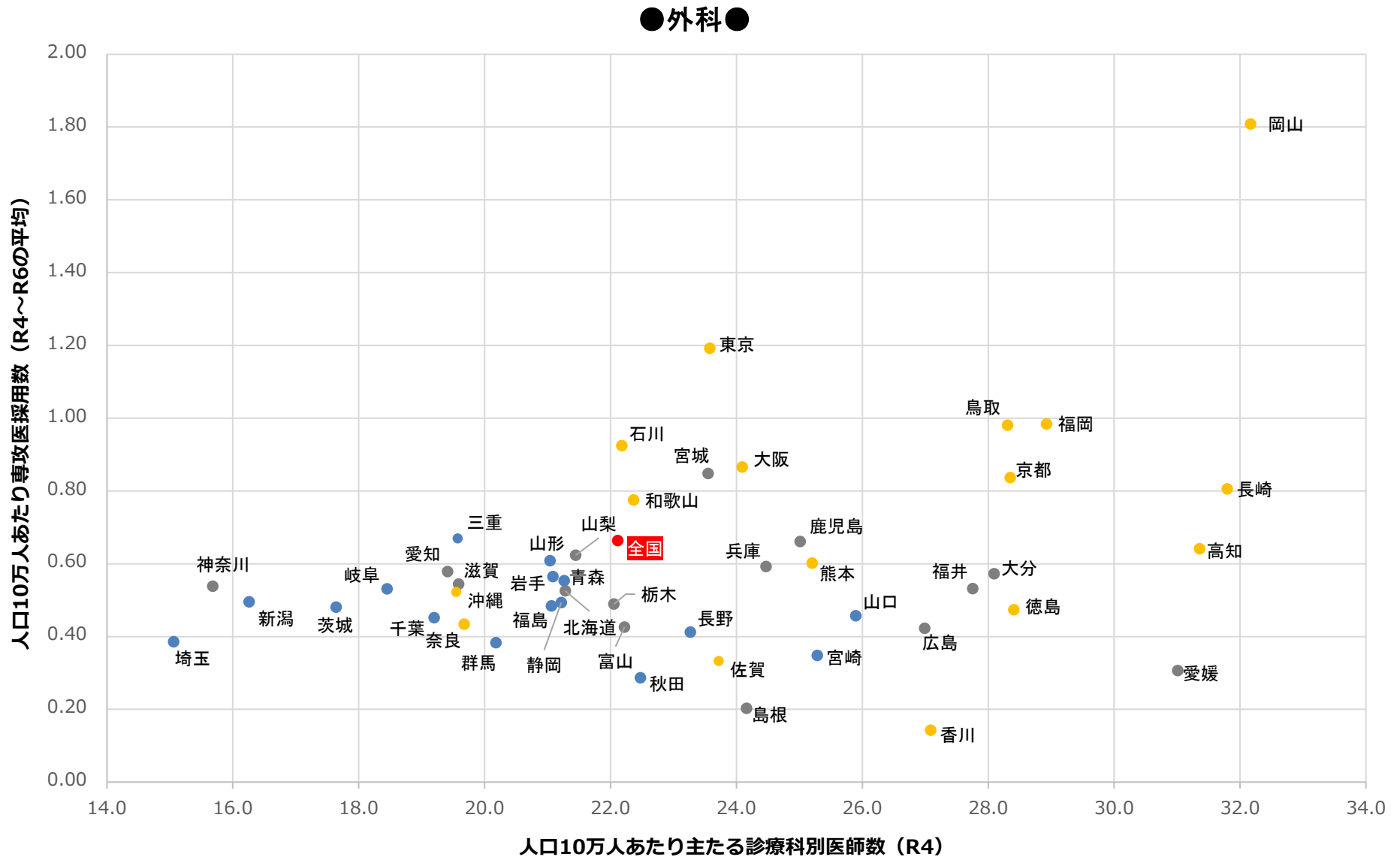
■ 医師多数県 ■ 医師中程度県 ■ 医師少数県

(令和6年1月10日更新: 医師備在指標による)

□ シールリング対象都道府県 (R3~)

※主たる診療科別医師数は、「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(主たる診療科)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

人口10万人あたり専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較



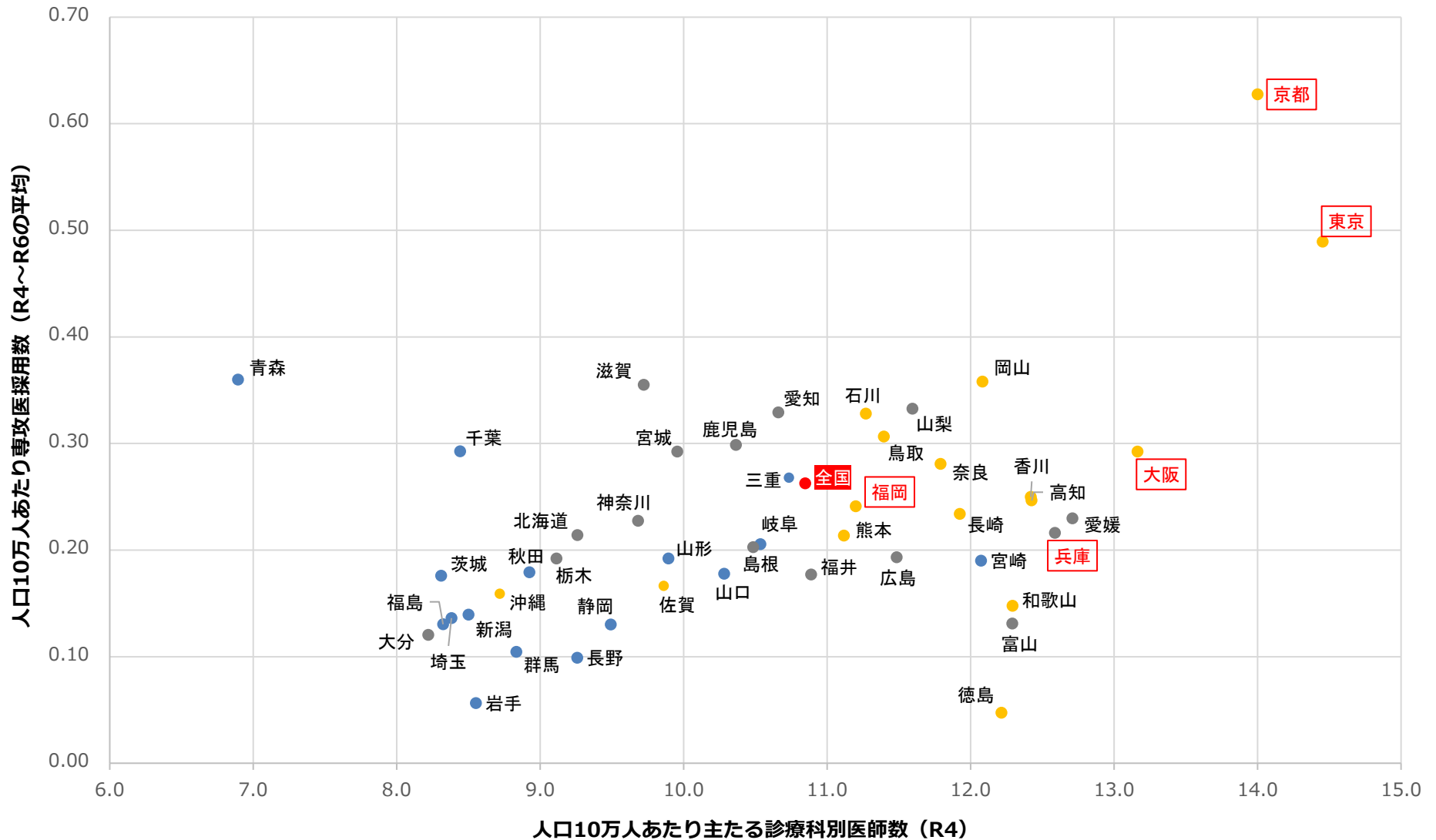
※主たる診療科別医師数は、「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和4年）の医療施設従事医師数（主たる診療科）が外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科（胃腸外科）、肛門外科、小児外科である人数を集計
 ※人口10万人あたりを算出するに当たっては、総務省「人口推計（2022年（令和4年）10月1日現在）」を使用

■医師多数県 ■医師中程度県 ■医師少数県
 （令和6年1月10日更新：医師偏在指標による）

□シーリング対象都道府県 (R3~)

人口10万人あたり専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較

●眼科●



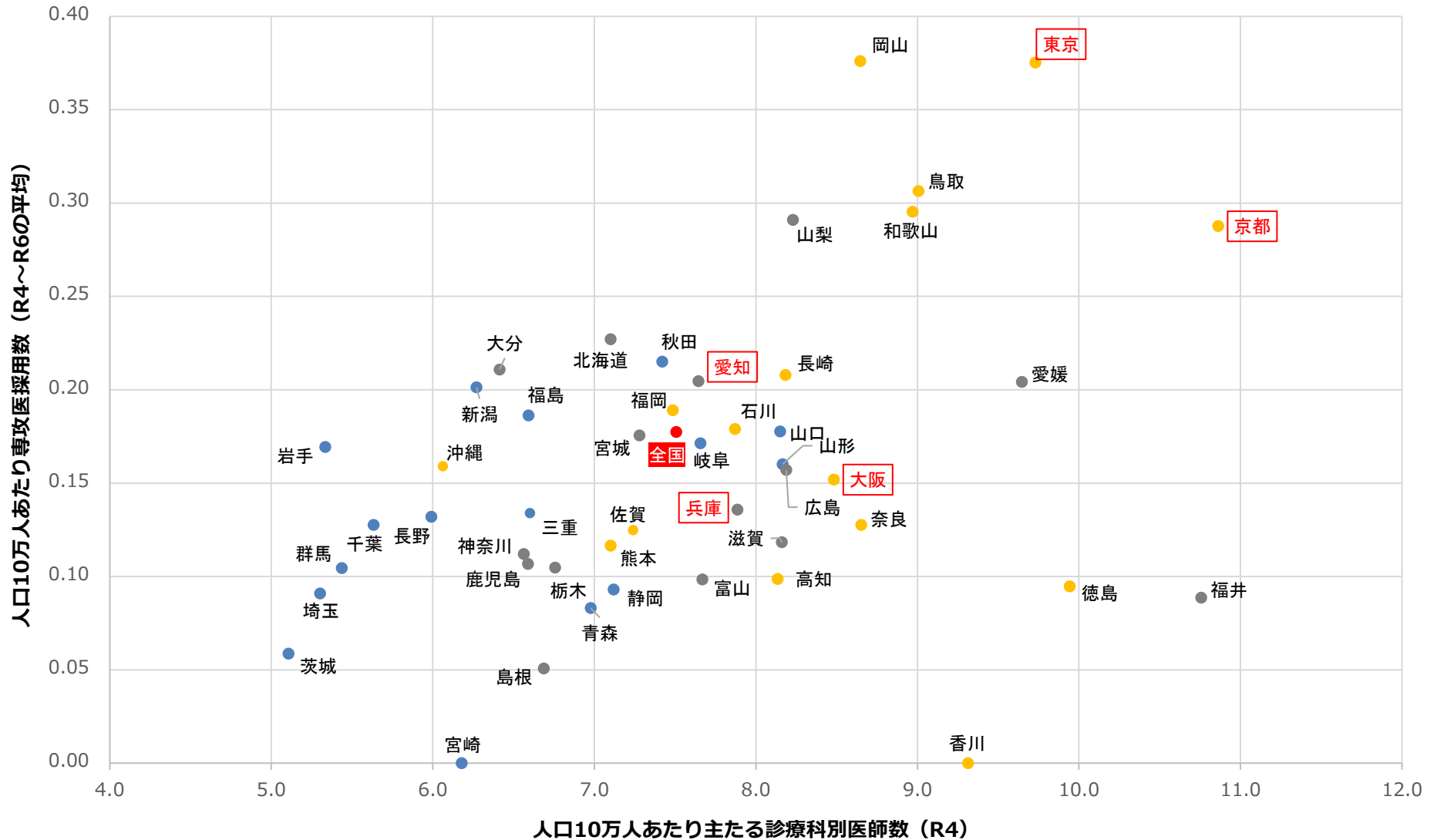
■ 医師多数県 ■ 医師中程度県 ■ 医師少数県
(令和6年1月10日更新:医師偏在指標による)

○ シリーング対象都道府県 (R3~)

※主たる診療科別医師数は、「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(主たる診療科)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

人口10万人あたり専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較

●耳鼻咽喉科●



■ 医師多数県 ■ 医師中程度県 ■ 医師少数県

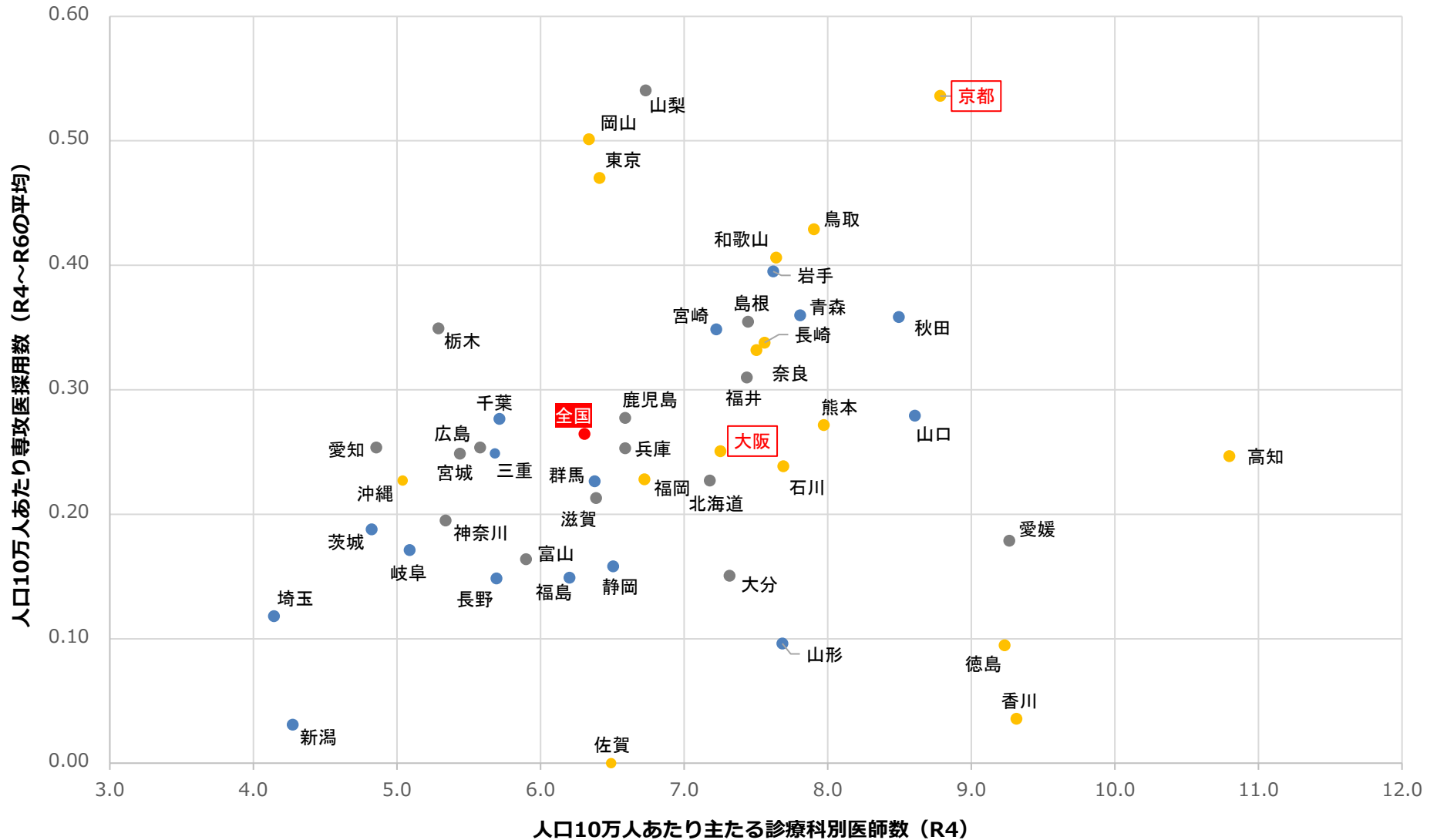
(令和6年1月10日更新: 医師偏在指標による)

□ シーリング対象都道府県 (R3~)

※主たる診療科別医師数は、「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(主たる診療科)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

人口10万人あたり専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較

●泌尿器科●

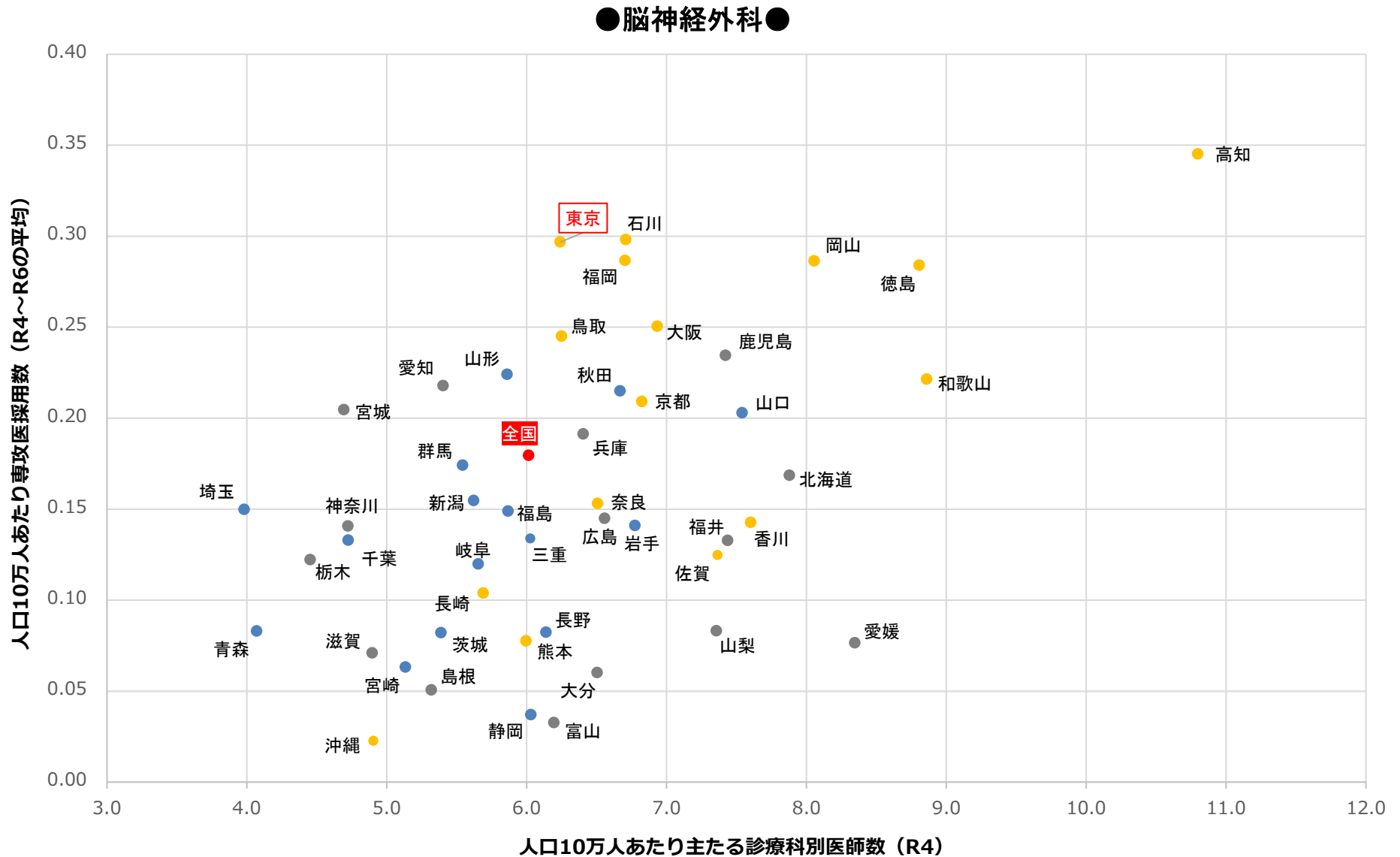


■医師多数県 ■医師中程度県 ■医師少数県
(令和6年1月10日更新:医師備在指標による)

□シーリング対象都道府県(R3~)

※主たる診療科別医師数は、「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(主たる診療科)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

人口10万人あたり専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較



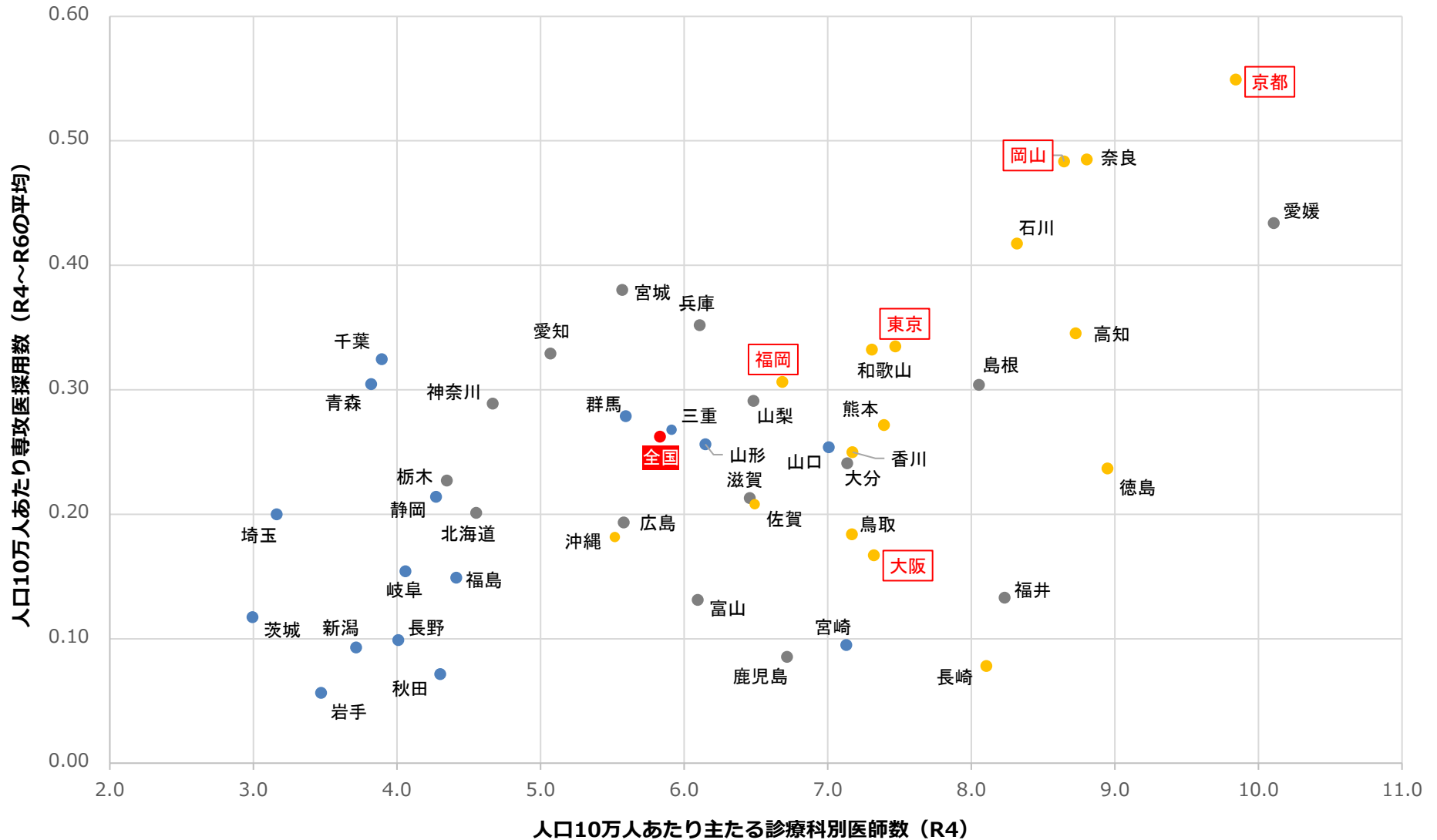
※主たる診療科別医師数は、「医師・歯科医師・薬剤師統計」(令和4年)の医療施設従事医師数(主たる診療科)の人数を集計
 ※人口10万人あたりを算出するに当たっては、総務省「人口推計(2022年(令和4年)10月1日現在)」を使用

■ 医師多数県 ■ 医師中程度県 ■ 医師少数県
 (令和6年1月10日更新:医師偏在指標による)

□ シーリング対象都道府県(R3~)

人口10万人あたり専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較

●放射線科●



■ 医師多数県 ■ 医師中程度県 ■ 医師少数県

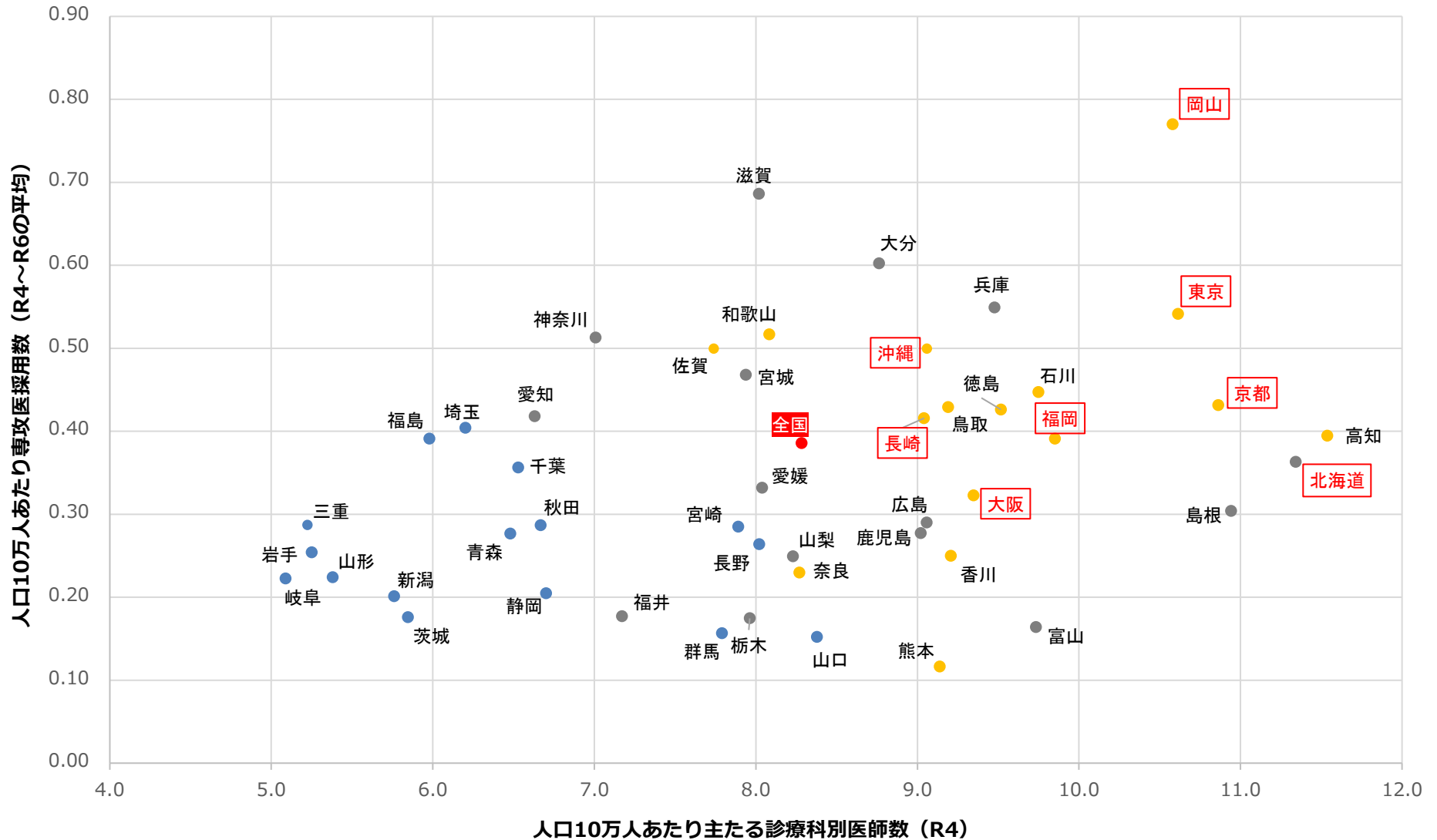
(令和6年1月10日更新: 医師偏在指標による)

○ シーリング対象都道府県 (R3~)

※主たる診療科別医師数は、「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(主たる診療科)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

人口10万人あたり専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較

● 麻酔科 ●



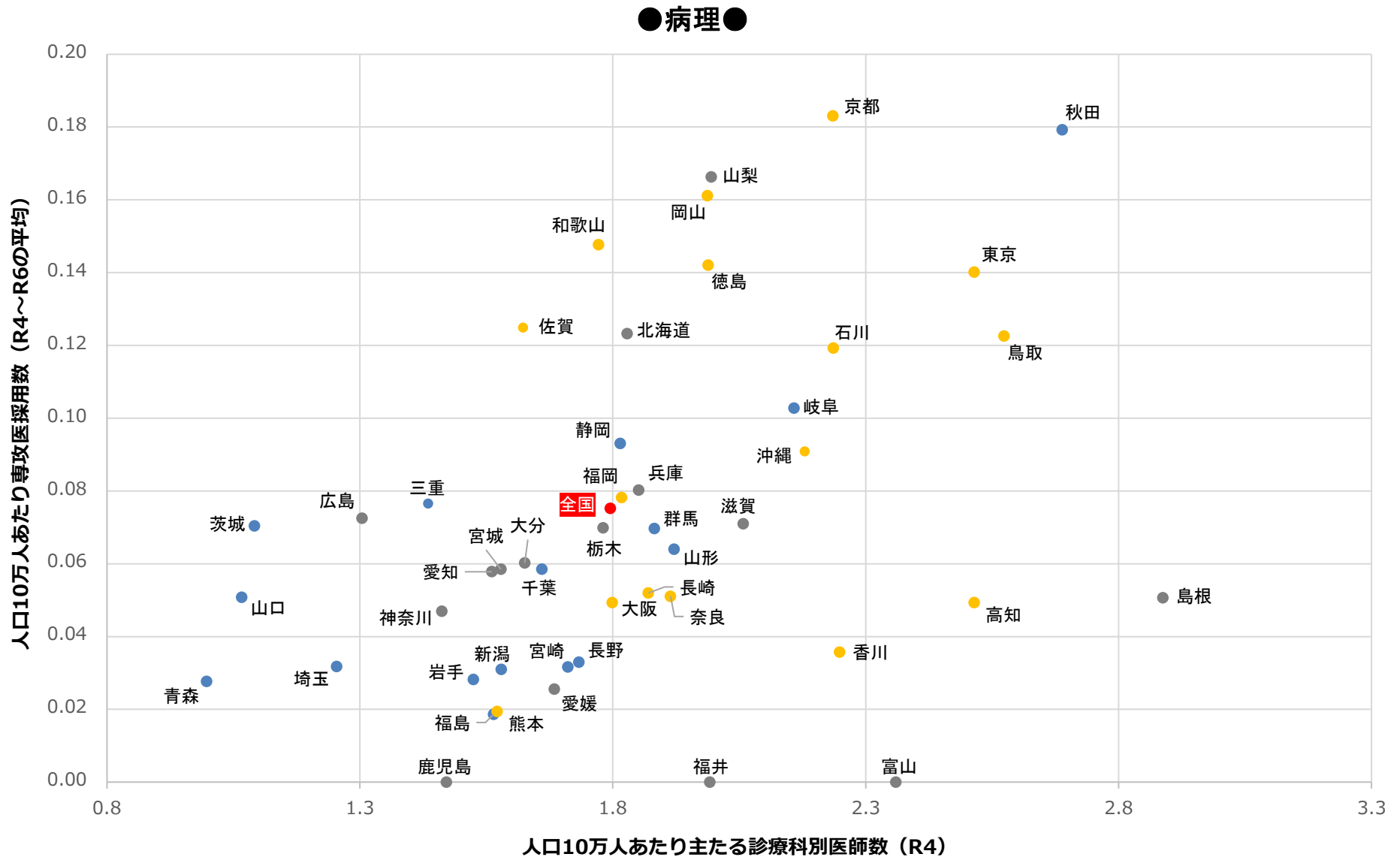
※主たる診療科別医師数は、「医師・歯科医師・薬剤師統計」(令和4年)の医療施設従事医師数(主たる診療科)の人数を集計
 ※人口10万人あたりを算出するに当たっては、総務省「人口推計(2022年(令和4年)10月1日現在)」を使用

■ 医師多数県 ■ 医師中程度県 ■ 医師少数県

(令和6年1月10日更新:医師備在指標による)

□ シーリング対象都道府県(R3~)

人口10万人あたり専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較



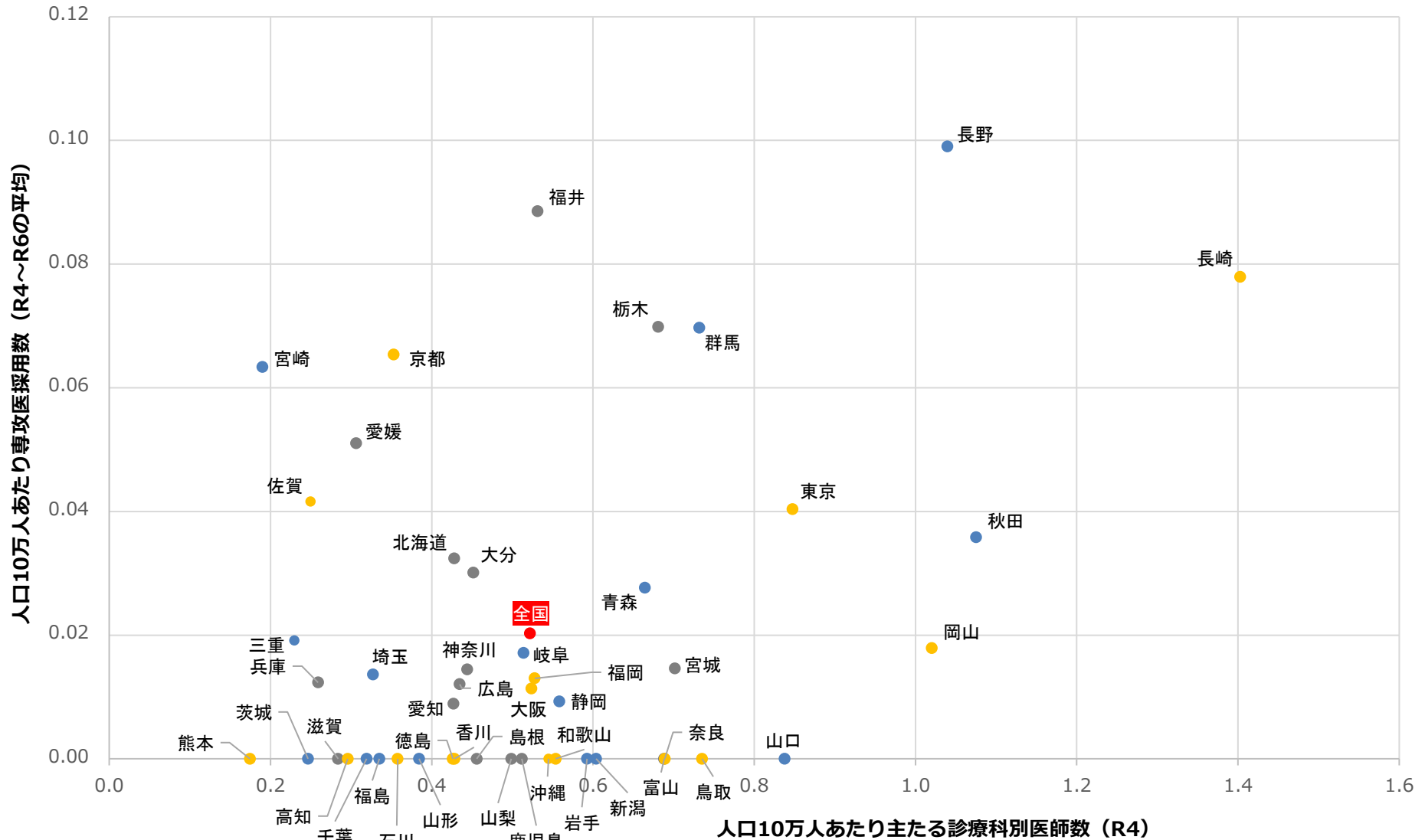
※主たる診療科別医師数は、「医師・歯科医師・薬剤師統計」(令和4年)の医療施設従事医師数(主たる診療科)の人数を集計
 ※人口10万人あたりを算出するに当たっては、総務省「人口推計(2022年(令和4年)10月1日現在)」を使用

■医師多数県 ■医師中程度県 ■医師少数県
 (令和6年1月10日更新:医師偏在指標による)

□シリーング対象都道府県(R3~)

人口10万人あたり専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較

●臨床検査●



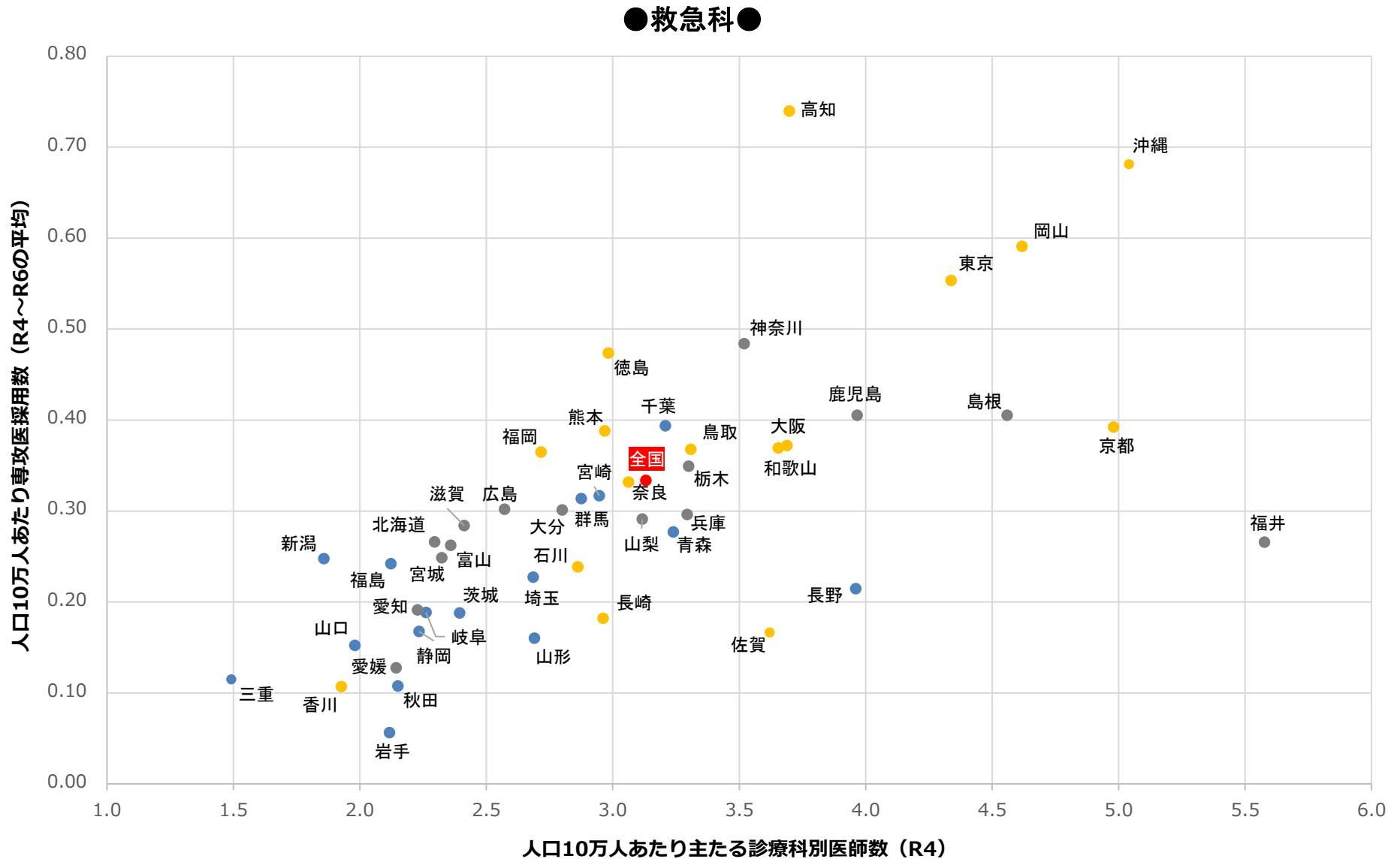
■ 医師多数県 ■ 医師中程度県 ■ 医師少数県

(令和6年1月10日更新: 医師偏在指標による)

□ シーリング対象都道府県 (R3~)

※主たる診療科別医師数は、「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(主たる診療科)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

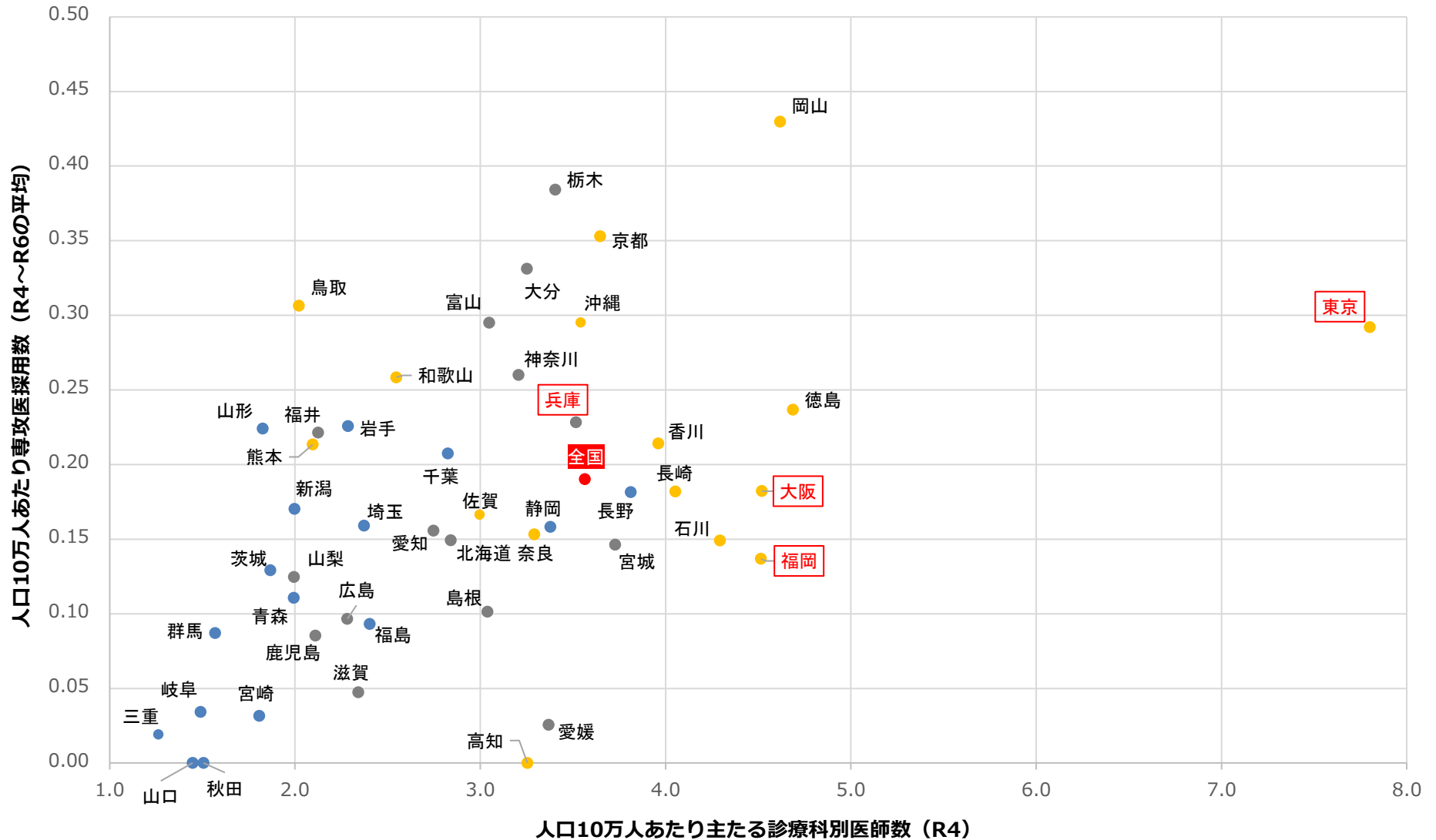
人口10万人あたり専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較



※主たる診療科別医師数は、「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(主たる診療科)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

人口10万人あたり専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較

●形成外科●



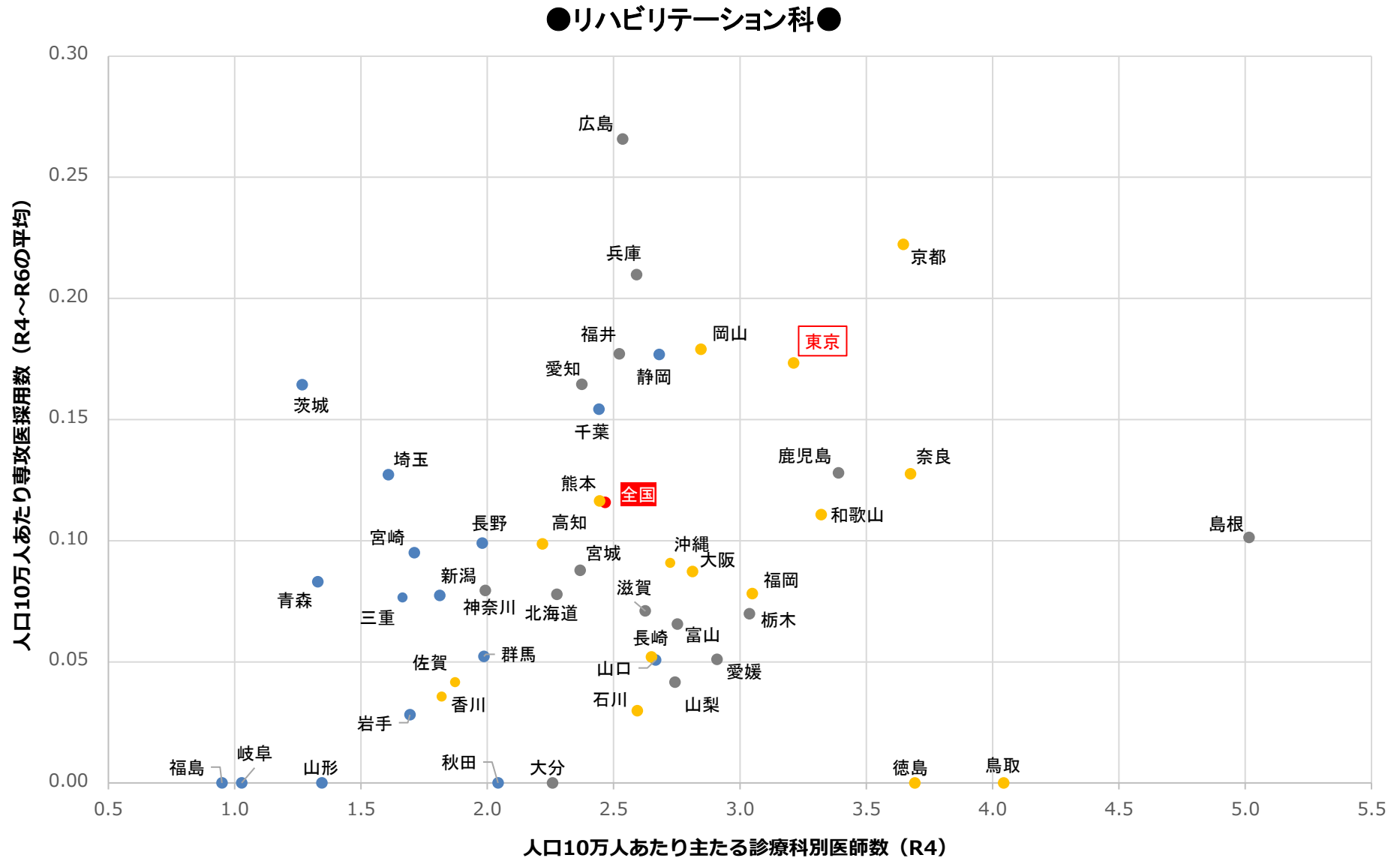
■ 医師多数県 ■ 医師中程度県 ■ 医師少数県

(令和6年1月10日更新: 医師備在指標による)

□ シーリング対象都道府県 (R3~)

※主たる診療科別医師数は、「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(主たる診療科)が、形成外科、美容外科である人数を集計
 ※人口10万人あたりを算出するには、総務省「人口推計(2022年(令和4年)10月1日現在)」を使用

人口10万人あたり専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較



※主たる診療科別医師数は、「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(主たる診療科)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

■ 医師多数県 ■ 医師中程度県 ■ 医師少数県
 (令和6年1月10日更新:医師偏在指標による)

□ シーリング対象都道府県(R3~)

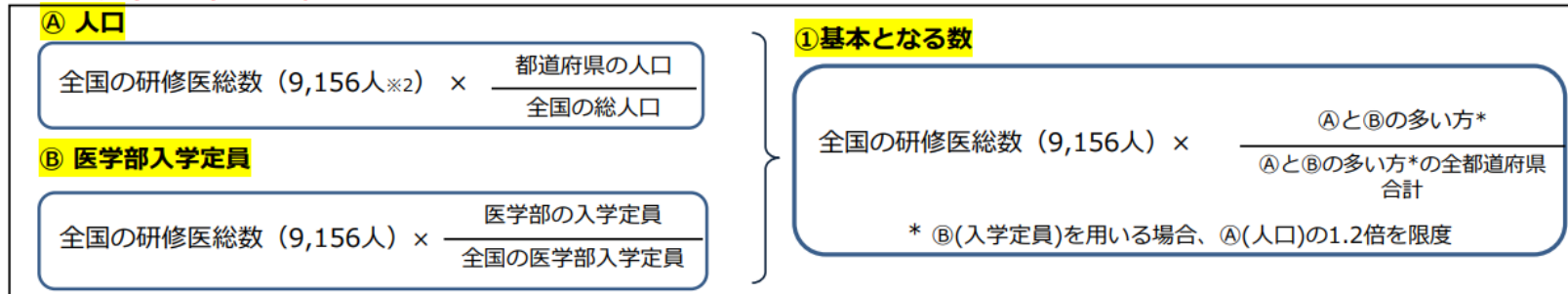
令和8年度の各都道府県の募集定員上限の算出方法（案）

■全国の募集定員上限（10,803人）

研修希望者数（推計）（10,288人）× 1.05 ※1

※1 令和8年度は1.05で据え置き

■各都道府県の募集定員上限



※2 研修医総数（推計）は、研修希望者数（推計）に、過去3年間の研修希望者数に対する採用人数の割合を乗じた数

+ ② 地域枠による加算

地域枠入学者数 × 1.05 ※1

+ ③ 地理的条件等による加算

- (1) 100km²当たり医師数 ※3
- (2) 離島の人口 ※4
- (3) 医師少数区域の人口 ※5
- (4) 都道府県間の医師偏在状況 ※6

- ※3 100km²当たりの医師数が、全国平均よりも少ない都道府県は①×0.07、30未満の都道府県は①×0.1を加算
- ※4 ①× 離島人口×3/当該都道府県の人口 を加算
- ※5 ③(2)までを配分した後の未配分の数×「当該都道府県の医師少数区域の人口/全国の総人口」を加算
- ※6 ③(3)までを配分した後の未配分の数、都道府県間の医師偏在状況（医師偏在指数）に応じて按分した数を加算

+ ④ 激変緩和措置(直近の採用人数保障)

・ ①～③の合計（「仮上限」）が、直近（令和6年度）の採用人数よりも少ない都道府県は、令和6年度の採用人数と「令和7年度の募集定員上限×0.99」のうち少ない方の人数を当該都道府県の募集定員上限とする

・ 上記により追加する定員は、他の都道府県の「仮上限」から $\frac{\text{各都道府県の（「仮上限」 - 令和6年度採用数）}}{\text{各都道府県の（「仮上限」 - 令和6年度採用数）の合計}}$ に応じて定員を削減して捻出
 ただし、「令和7年度の募集定員上限を全て病院に配分した都道府県」は、「仮上限」からの定員削減の対象外とする

+ ⑤ 募集定員上限の減少率が、直近の全国の募集定員上限の減少率を上回る場合の加算 ※上記10,803人に別途加算するもの

・ ①～④の結果、令和7年度の募集定員上限からの減少率が3.4%（直近の全国の募集定員上限の減少率）を上回る都道府県（令和7年度の募集定員上限を全て病院に配分している都道府県に限る）に対して、令和7年度の募集定員上限からの減少率が3.4%となるまで加算

（注）令和7年度からは、各病院の募集定員を2人以上とするための加算は、当該都道府県の募集定員上限の範囲内で行うこととしている。