

今後の医師偏在対策について

第4回検討会における関連するご意見（抜粋）①

医師偏在対策について

【専門研修】

- 専門研修の募集定員設定を行っているが、激変緩和措置という名のもと、募集定員が固定化されている状態が続いているため、偏在対策としては不十分ではないか。
- 若手医師だけでなく、指導医の確保が非常に重要となっており、**指導医が医師多数県から医師少数県に来てもらう有効な対応を期待**したい。
- 外科の専門研修に進んだが、**途中で研修をやめて、美容外科に従事するという人もいる**と聞いており、今後の専門医制度の在り方についても検討が必要ではないか。

【中堅以降の医師】

- 定年後に地方で働きたいという医師がいると聞いており、即効性のある偏在対策として、**高齢医師の活用について検討すべき**ではないか。
- **中堅クラスの医師が地方に行きたいというときの窓口をつくるべき**ではないか。都道府県が窓口となるか、あるいは、学会がこういった窓口を担うべきではないか。**足りないところに適した診療技術をもつ医師を行政や学会が配置できるようにする取組**をしていくべきではないか。

【総合的な診療能力を有する医師・リカレント教育】

- 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。
- **中堅の医師が地域に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。

【医師の派遣】

- **地域枠の義務年限修了した医師の派遣**について、今後の偏在対策の視点として入れてほしい。
- **各診療科の学会がプロフェッショナル・オートノミーを効かせて、地方にある大学と都市部の大学が協力して地方に医師派遣していくべき**ではないか。

第4回検討会における関連するご意見（抜粋）②

医師偏在対策について

【医師の適正配置】

- 病院と診療所に勤務する医師の適性なバランスや病診偏在の解消が必要で、新たに診療所に参入していく場合に条件を設ける必要があるのではないかと。
- 地域の患者数に応じて、ファーストタッチする診療所を配置して、本当に高度な医療を行う病院を限定して医師を集約するような規制的な配置をしていくべきではないかと。
- 二次医療圏ではなく、診療科別医療圏をつくって診療科ごとに適正な配置をすることは、特に県に医育大学が一つしかないところでは可能ではないかと。

【勤務環境改善等】

- 外科系の医師が減少している要因として、侵襲の高い診療行為のため、リスクが高く、責任が重い、拘束時間も長い等、非常に厳しい労働環境がある。たとえ、覚悟して入っても、途中で辞めてしまうことも少なくないため、個人に業務や責任が集中しないよう分散する仕組みをつくるなどの対応を検討していく必要があるのではないかと。
- 人が集まらなかったり、定着しない診療科の原因を一つ一つ列挙して、それぞれについて対策を講じることが重要。
- 新人医師を多く獲得できているところの取組を調査して、共有、横展開していくことが有効ではないかと。

【医師以外への対策（医療施設集約化等）】

- 地域偏在の問題は医師だけの問題ではないということ踏まえた上で、医療資源の集約化と一定以上の医療の質の担保など、人口減少社会に適応したシステムを考えていく必要があるのではないかと。
- 医療施設の集約化は、医療の質の向上、教育機会の維持、有効な働き方改革につながるため、新型コロナウイルス感染症の流行により停滞していた医療施設の集約化を進めるべきではないかと。

【都道府県への支援】

- 修学資金を貸与する地域枠を多く設置するほど、特に医師少数県ほど、県の財政負担や人的コストが多く生じており、国から都道府県への財政支援をお願いしたい。

医師偏在における課題の全体像（案）

第4回医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会
令和6年4月26日

資料1

	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)

医師養成過程での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。

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。

総合的な診療能力を持つ医師養成の推進事業

令和6年度当初予算額 3.0億円 (3.4億円) ※ ()内は前年度当初予算額

1 事業の目的

- 我が国においては、急速な高齢化が進行しており高齢者に特有な疾患を複数もつ患者が増加している。医療の専門分化・高度化が進む中、臓器別・疾患別専門医の育成が進む一方で、患者個人の複数疾患や生活上の課題を総合的に診ることができる医師が少ないことから、患者が複数の医療機関に頻繁に受診するといった状況がみられ、地域において幅広い領域の疾患等を総合的に診ることができる医師の確保が求められている。
- 経済財政運営と改革の基本方針2019において、「臨床研修や専門研修を含む医師のキャリアパスも踏まえた実効性のある地域及び診療科の医師偏在対策を推進する」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より一層の推進・充実を図る必要がある。

2 事業の概要・スキーム

総合診療医センター(仮称)の設置

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

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



ブロック内医師少数地域等



補助事業内容 各過程横断項目

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

補助事業内容 医学教育

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

補助事業内容 臨床研修

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

補助事業内容 専門研修とその後

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

3 実施主体等

- ◆実施主体：医師養成課程を有する学校教育法（昭和22年法律第26号）第1条の規定に基づく大学
- ◆補助率：定額 ◆事業実績：令和5年度交付対象大学数→8大学

その他の医師養成過程における対策について

- **医師少数区域における研修を制度化し、医師の早期の段階から地域での研修機会の充実を図り、地域への定着を含めたキャリア選択の機会充実を図ることは重要ではないか。**
 - ➡ 令和8年度から新たに、臨床研修制度において、医師多数県の研修医の一部が半年程度、医師少数県等の病院において研修を行う、「広域連携型プログラム」を開始する予定。
- **専門研修制度における医師偏在対策の見直しの検討が必要ではないか。**
 - ➡ 「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」（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）、研究代表者：日本専門医機構理事長 渡辺毅）の研究結果報告を踏まえて、シーリングの在り方の見直しを検討していく。

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。

「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」

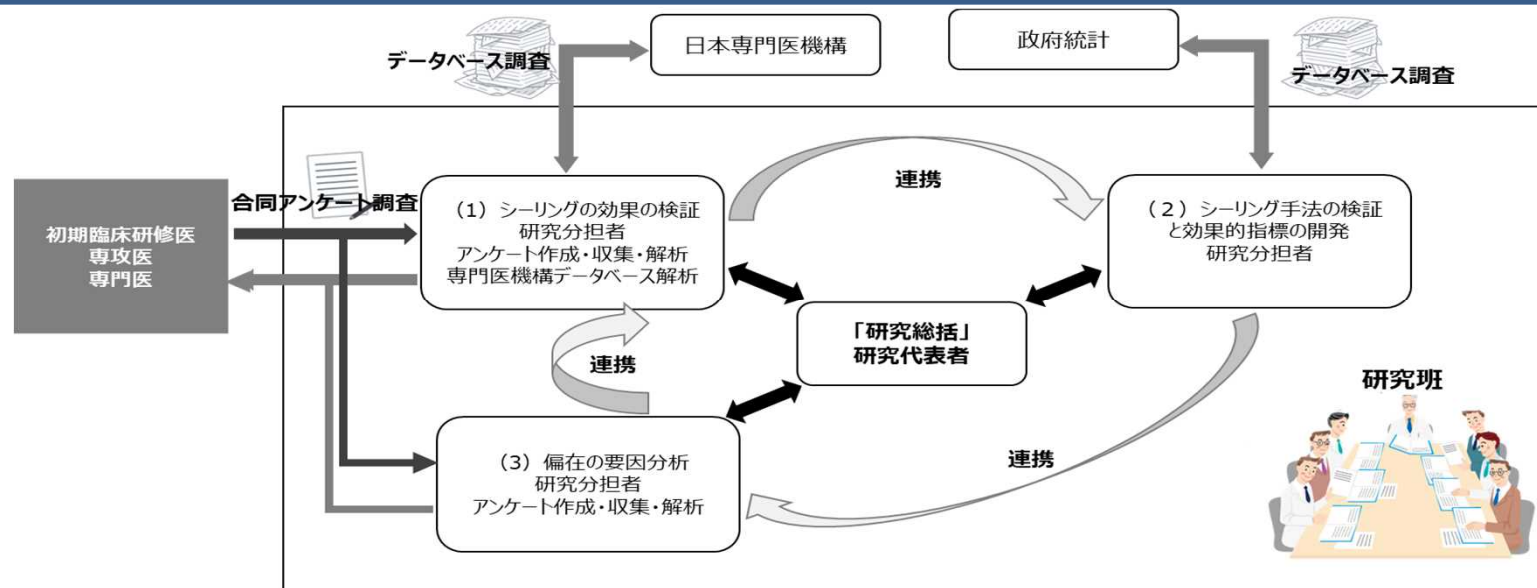
(令和5年度厚生労働行政推進調査事業補助金(厚生労働科学特別研究)、研究代表者:日本専門医機構理事長 渡辺毅)

【研究目的】

現在のシーリングの地域、診療科偏在に対する効果を検証し、また、専攻医の都道府県と診療科の選択要因の分析を行う。更に、諸外国ではどのような施策が行われているか、どのような指標が使用されているかについても調査し、今後のシーリングの設定方法や指標など、医師偏在対策としてのシーリングの将来的な制度設計の提言を行う。

【期待される効果】

本研究では、専攻医の診療科の選択や研修を行う地域がいかに決定されているかの要因を分析する。また、これまでのシーリングの効果について検証を行い、今後のシーリングの設定方法や指標など、シーリングの将来的な制度設計についても研究を行う。そのため、医師専門研修における都道府県別・診療科別の専攻医定員設定等、医師偏在対策に活用することが期待できる。



【研究全体の計画・方法】

(1) シーリングの効果に関する基礎的調査・効果分析

シーリングが行われた専門研修の専攻医等を対象にしたアンケートならびに追跡調査を行い、医師の地域移動や診療科選択の実態を調査する。この結果をもとに、地域偏在対策効果や診療科偏在対策効果があるかを検証する。

(2) シーリング手法の検証と効果的指標の開発

シーリングの算出では都道府県別・診療科別の必要医師数を基に計算を行っているが、諸外国における指標も参考にしつつ、より効果的・合理的な指標の開発を検討する。

(3) 都道府県・診療科の選択要因の基礎的調査・分析

各基本領域の専攻医・専門医に対して、当該地域・領域を選択した要因についてのアンケート調査を実施し、地域選択や診療科選択の要因を検討する。

【研究成果の活用】

- 本研究の研究報告は、令和6年5月末頃になる予定であり、研究成果を踏まえ、日本専門医機構において十分に議論し、各基本領域学会とのコンセンサスを形成しながら、今後のシーリング等の検討を行いたいと考えている。
- そのため、実際に本研究成果での提言を踏まえたシーリング案等の活用については、専門研修部会での議論等も必要となることから、令和8年度研修開始の専攻医募集からになる予定。

(参考資料)

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ことを条件としており、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

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

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)

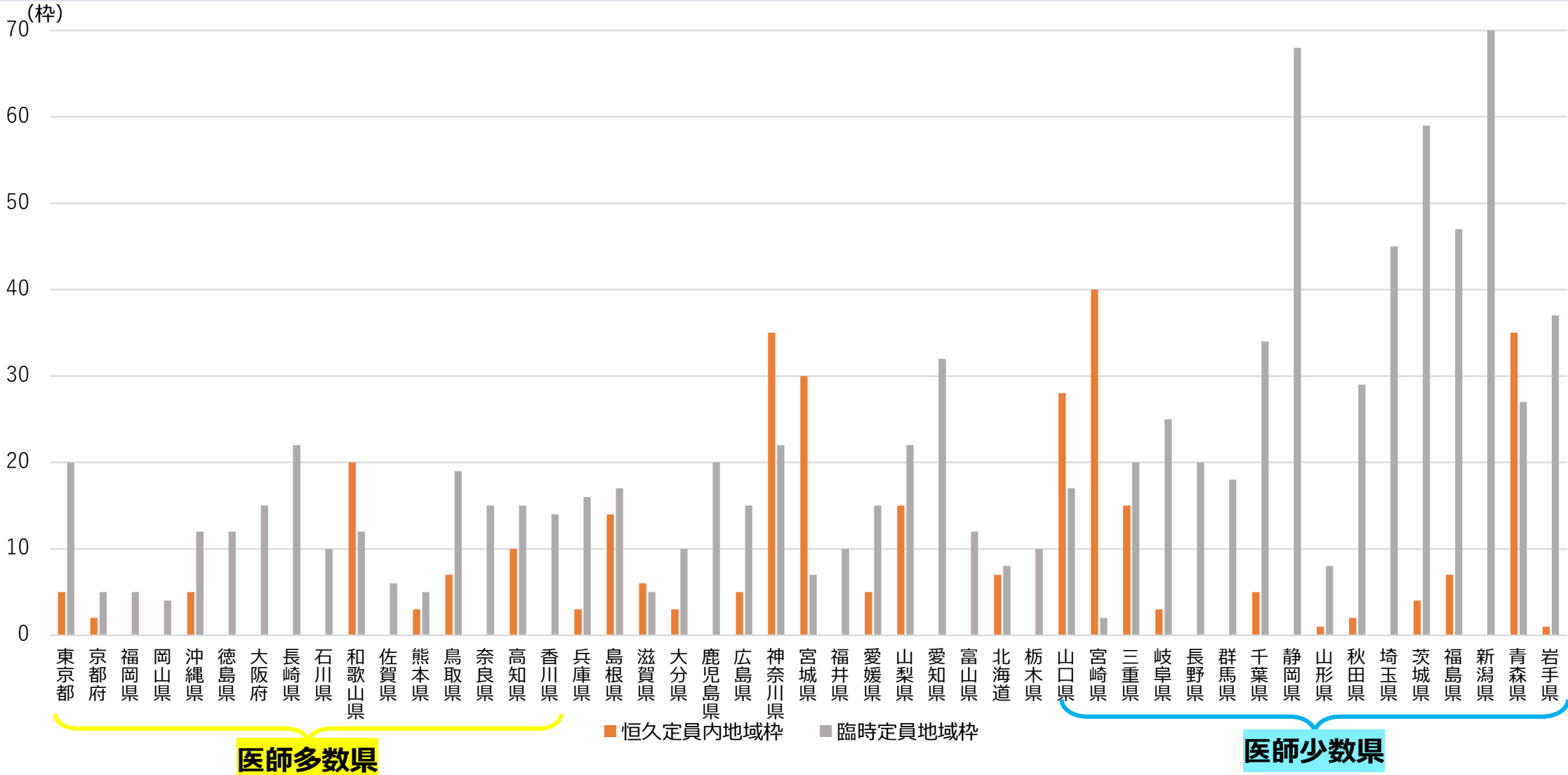
(赤字はR5年度比増)

※ 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。

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

都道府県別の恒久定員内地域枠数と臨時定員地域枠数（令和5年度）【医師偏在指標順】

- 医師少数県の多くは恒久定員内地域枠を活用しており、大学に臨時定員地域枠数より多くの恒久定員内地域枠を設置している県もある一方で、全く設置していない県もいくつか見られる。
- 医師多数県では臨時定員地域枠を全県で大学に設置している一方で、医師少数県と比較して、恒久定員内地域枠を設置していない県が多い。



医師多数県

医師少数県

- ・恒久定員内地域枠：恒久定員のうち、当該都道府県内で卒後一定期間従事要件があり、具体的な従事要件の設定や配置に地域医療対策協議会もしくは都道府県が関与するもの（一部地元出身要件あり。）
- ・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。）
- ※ 左から医師偏在指標（令和6年1月10日更新）が大きい都道府県順
- ※ 東北医科薬科大学の恒久定員内地域枠は、東北地方の一部の県
- ※ 自治医科大学の臨時定員23枠は、栃木県指定枠3枠を含み計上していない

医師需給分科会第5次中間とりまとめにおける検討

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

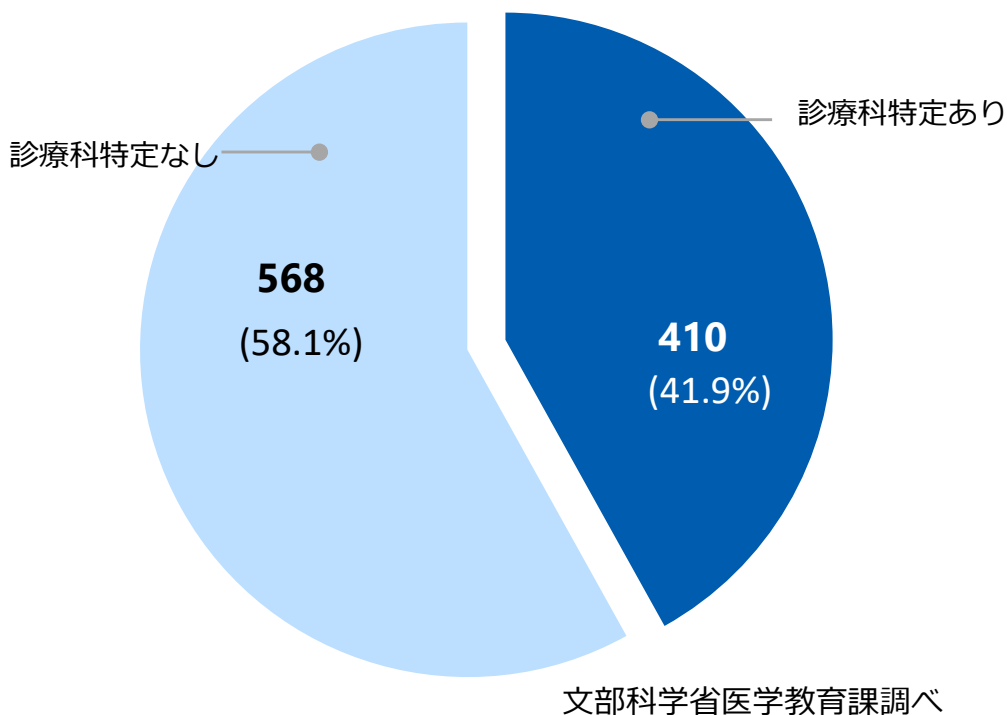
第8次医療計画の見直しのポイント

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

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

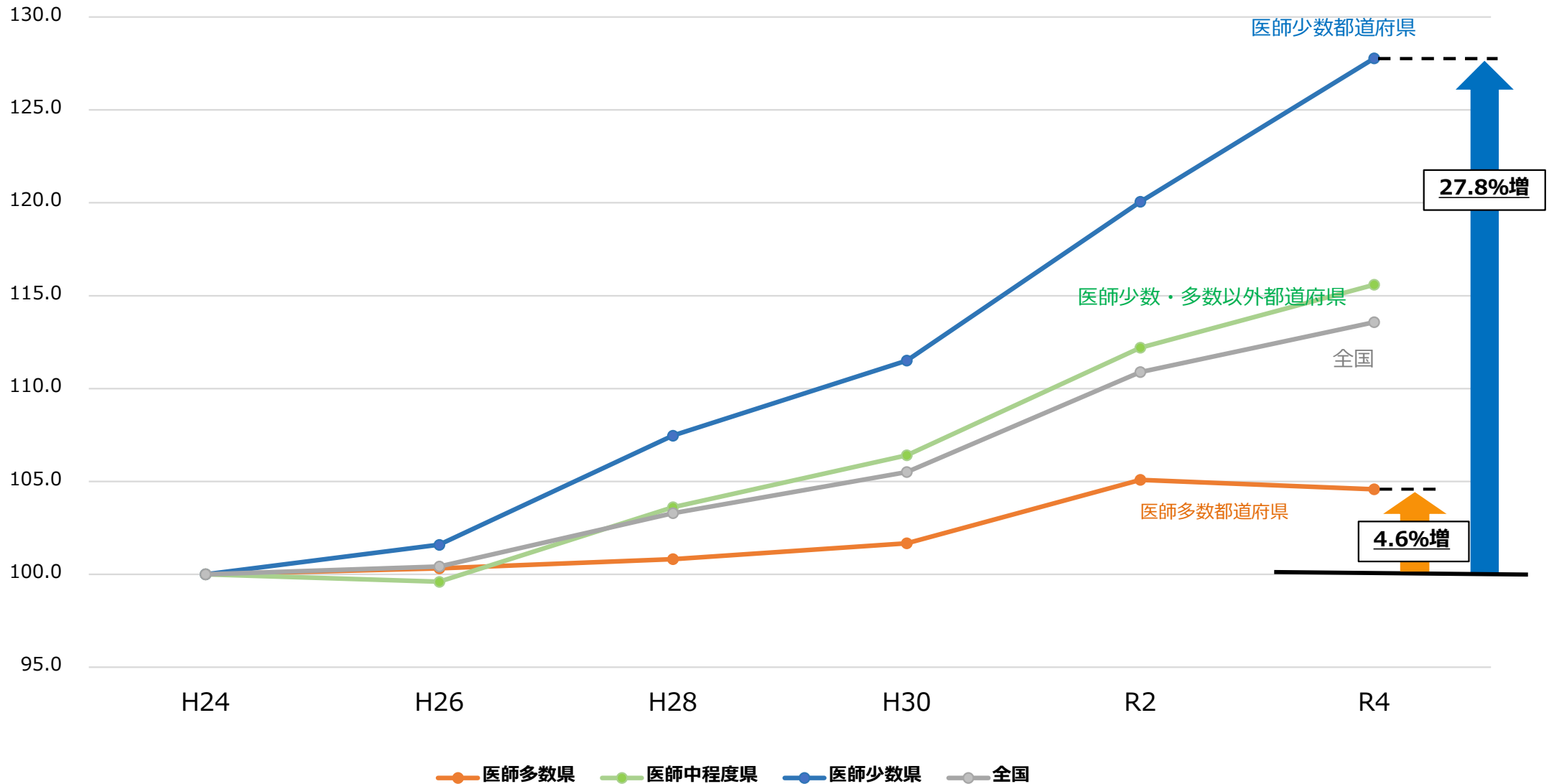
- 外科、小児科、産婦人科、救急科、麻酔科及び総合診療のいずれかを選択することを要件
- 救急科、産科、新生児科を選択することを要件
- 知事が指定する県内の医療機関において、地域医療に必要な診療科（小児科・外科・呼吸器外科・消化器外科・乳腺外科・小児外科・産科・麻酔科・救急科・総合診療科・脳神経外科・感染症内科）に9年間（臨床研修を含めて11年間）勤務
- 専攻する診療科に制限はないが、地域派遣時の診療科は内科・総合診療とする（産科、精神科を専攻する場合を除く）
- 特定地域の公的医療機関であれば診療科に制限はないが、それ以外の医療機関であれば、産科、小児科、救命救急センターである必要がある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

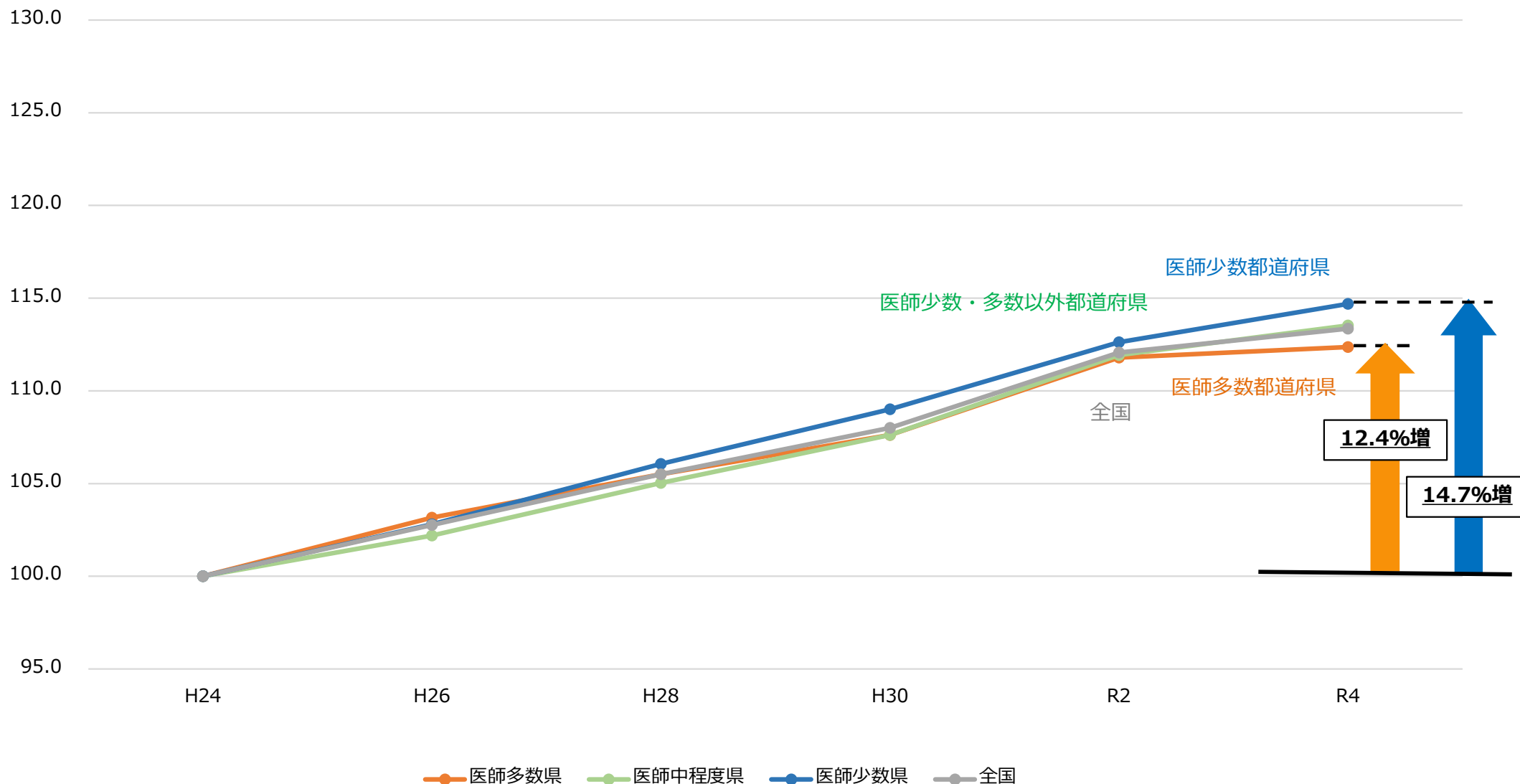


※ 医師多数都道府県：医師偏在指標の上位33.3%の都道府県
 医師少数都道府県：医師偏在指標の下位33.3%の都道府県
 医師少数・多数以外都道府県：医師偏在指標の上位・下位33.3%以外の都道府県

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。

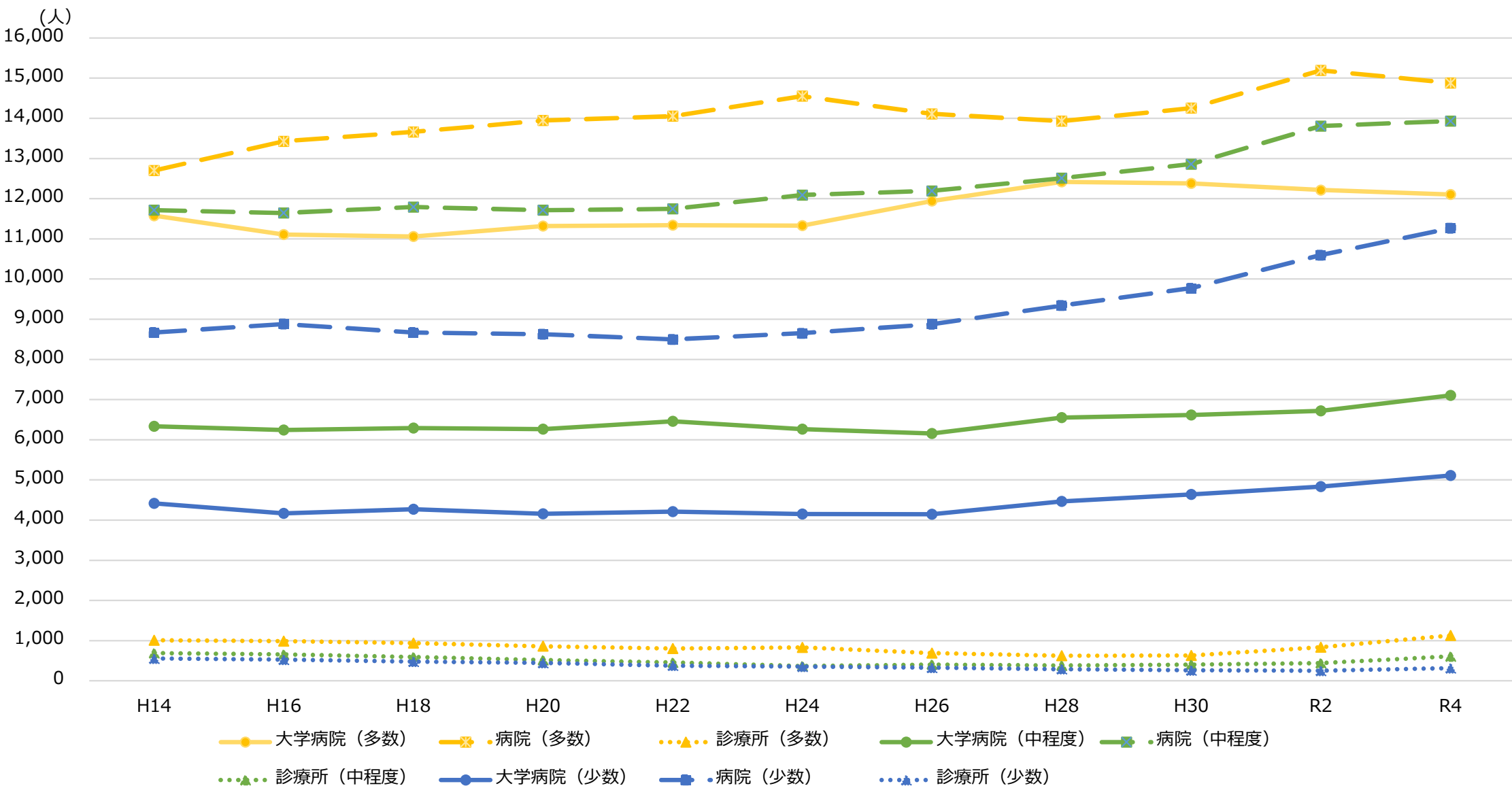


※ **医師多数都道府県**：医師偏在指標の上位33.3%の都道府県
医師少数都道府県：医師偏在指標の下位33.3%の都道府県
医師少数・多数以外都道府県：医師偏在指標の上位・下位33.3%以外の都道府県

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

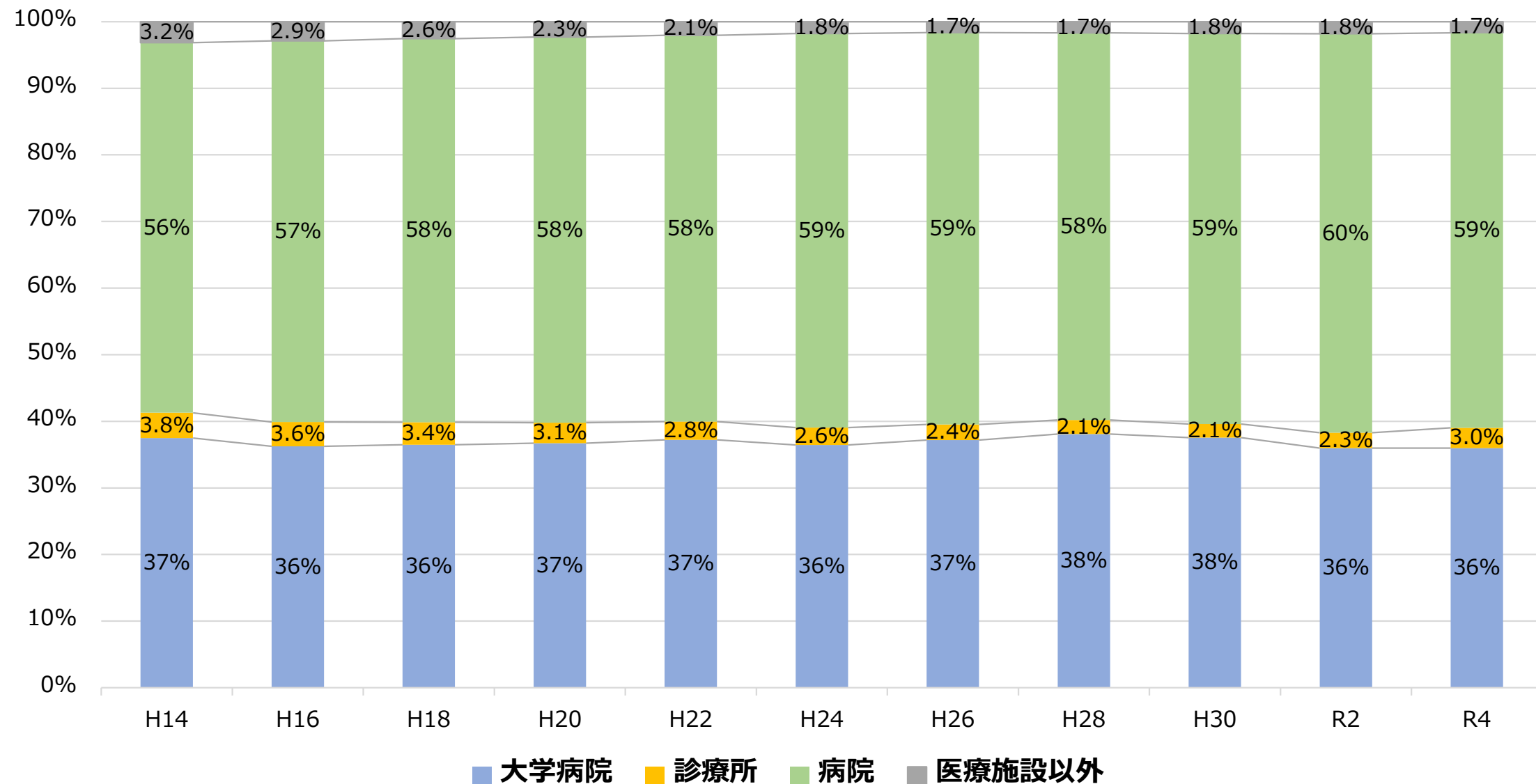
大学病院：医育機関附属の病院の臨床系の教官又は教員、臨床系の大学院生、臨床系の勤務医を集計

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。

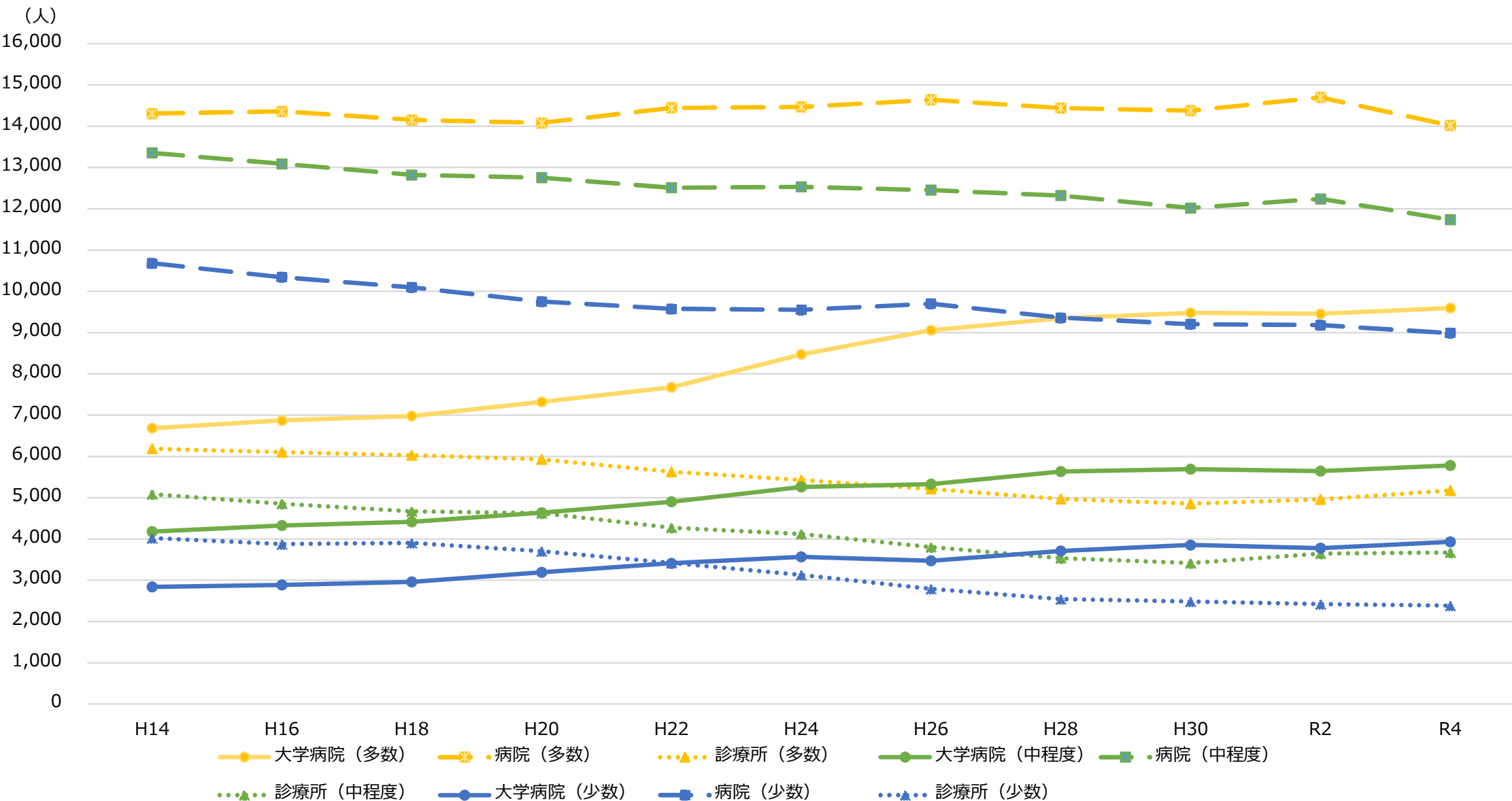


※ 診療所：開設者又は法人の代表者、勤務者を集計
 病院：医育機関附属の病院を除く病院。開設者又は法人の代表者、勤務者を集計
 大学病院：医育機関附属の病院の臨床系の教官又は教員、臨床系の大学院生、臨床系の勤務医を集計

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。

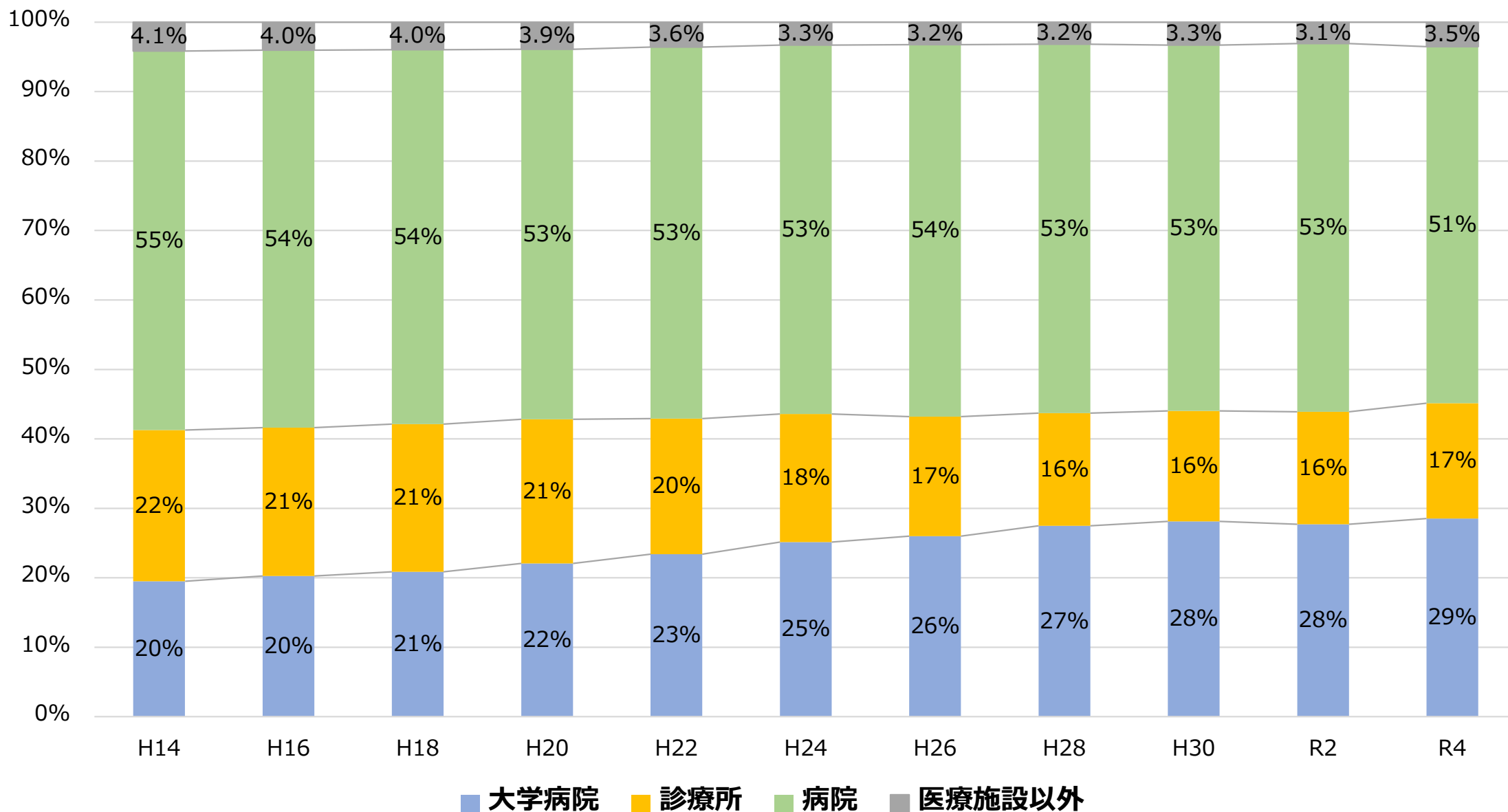


※ 診療所：開設者又は法人の代表者、勤務者を集計
 病院：医育機関附属の病院を除く病院。開設者又は法人の代表者、勤務者を集計
 大学病院：医育機関附属の病院の臨床系の教官又は教員、臨床系の大学院生、臨床系の勤務医を集計

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。

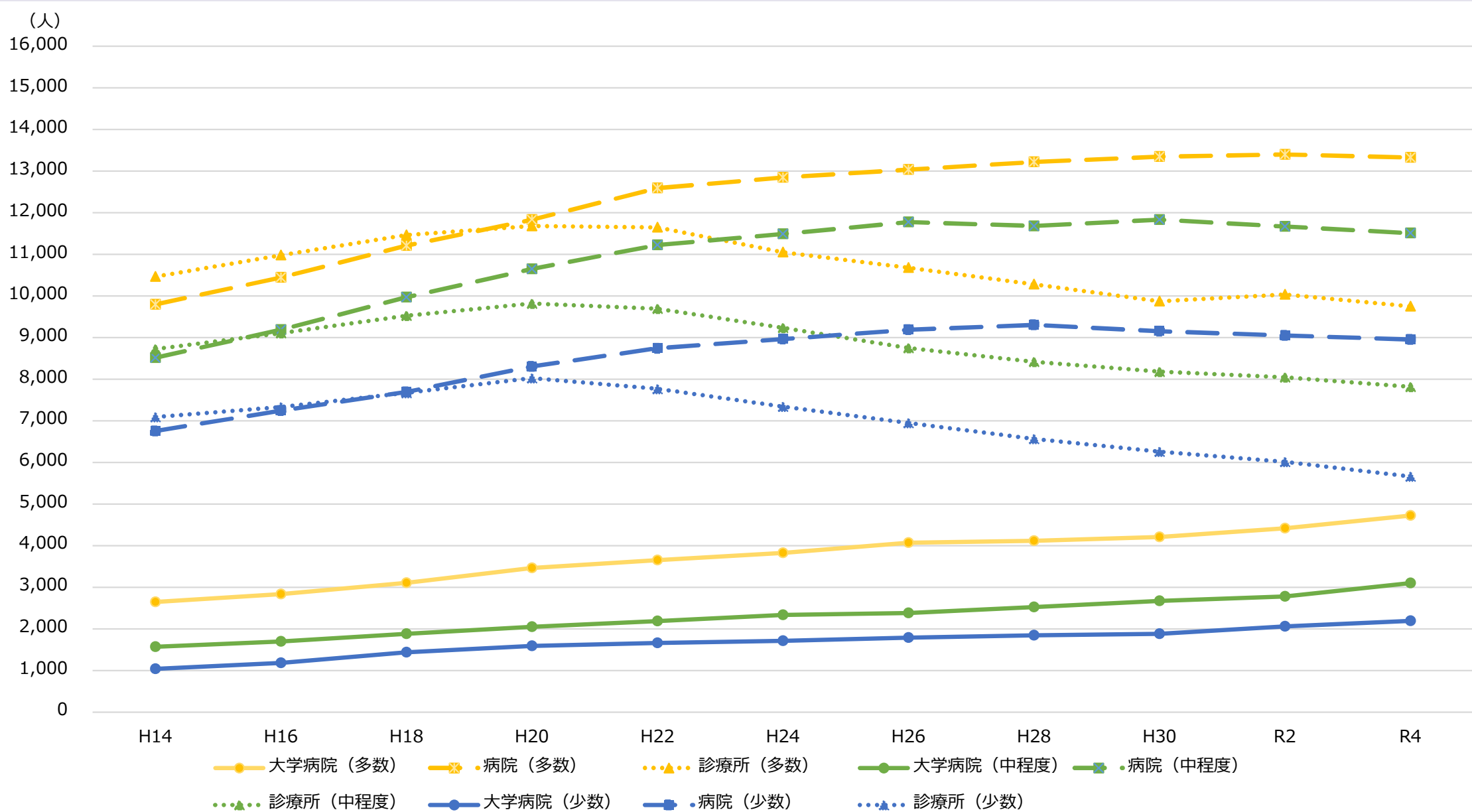


※ 診療所：開設者又は法人の代表者、勤務者を集計
 病院：医育機関附属の病院を除く病院。開設者又は法人の代表者、勤務者を集計
 大学病院：医育機関附属の病院の臨床系の教官又は教員、臨床系の大学院生、臨床系の勤務医を集計

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。

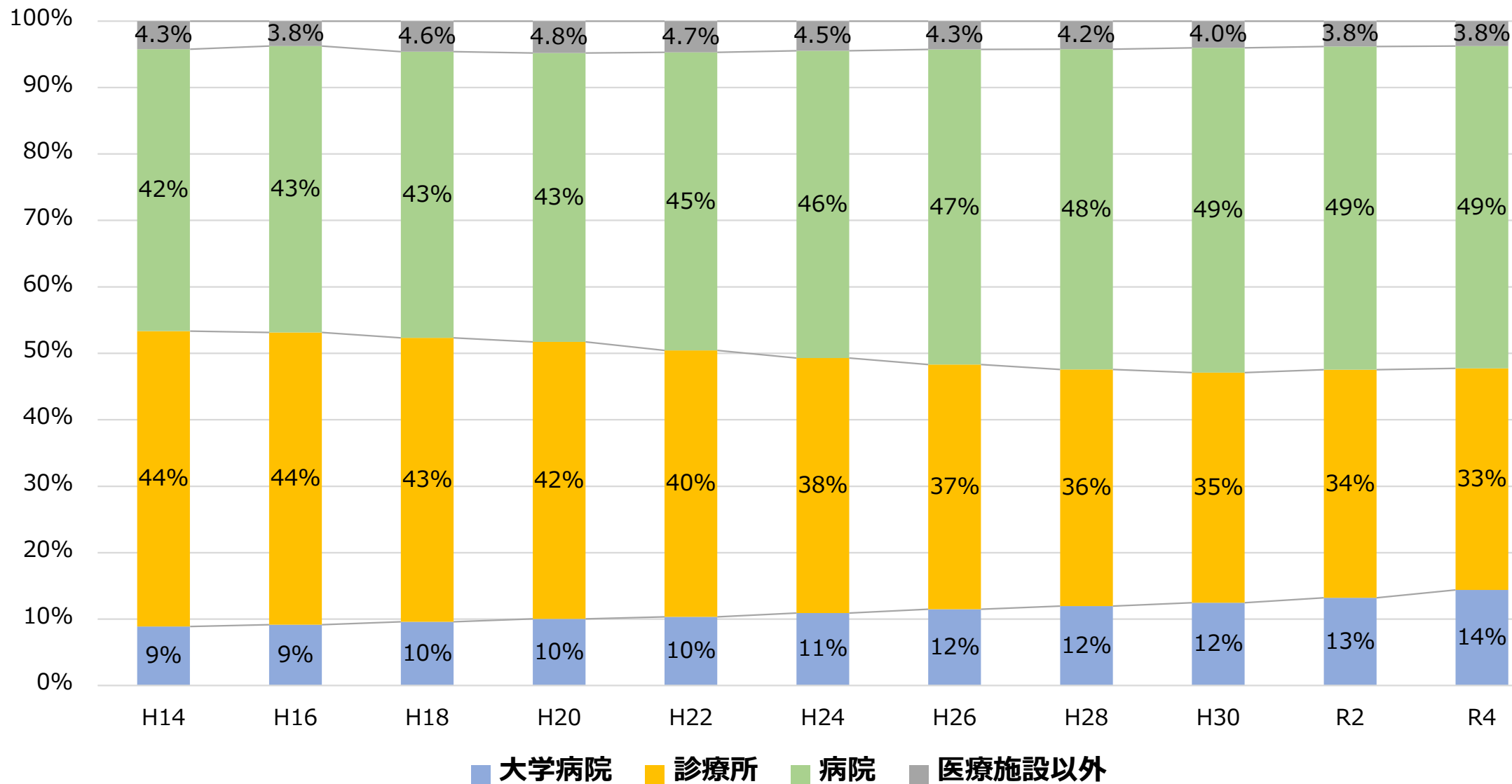


※ 診療所：開設者又は法人の代表者、勤務者を集計
 病院：医育機関附属の病院を除く病院をいう。開設者又は法人の代表者、勤務者を集計
 大学病院：医育機関附属の病院の臨床系の教官又は教員、臨床系の大学院生、臨床系の勤務医を集計

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。

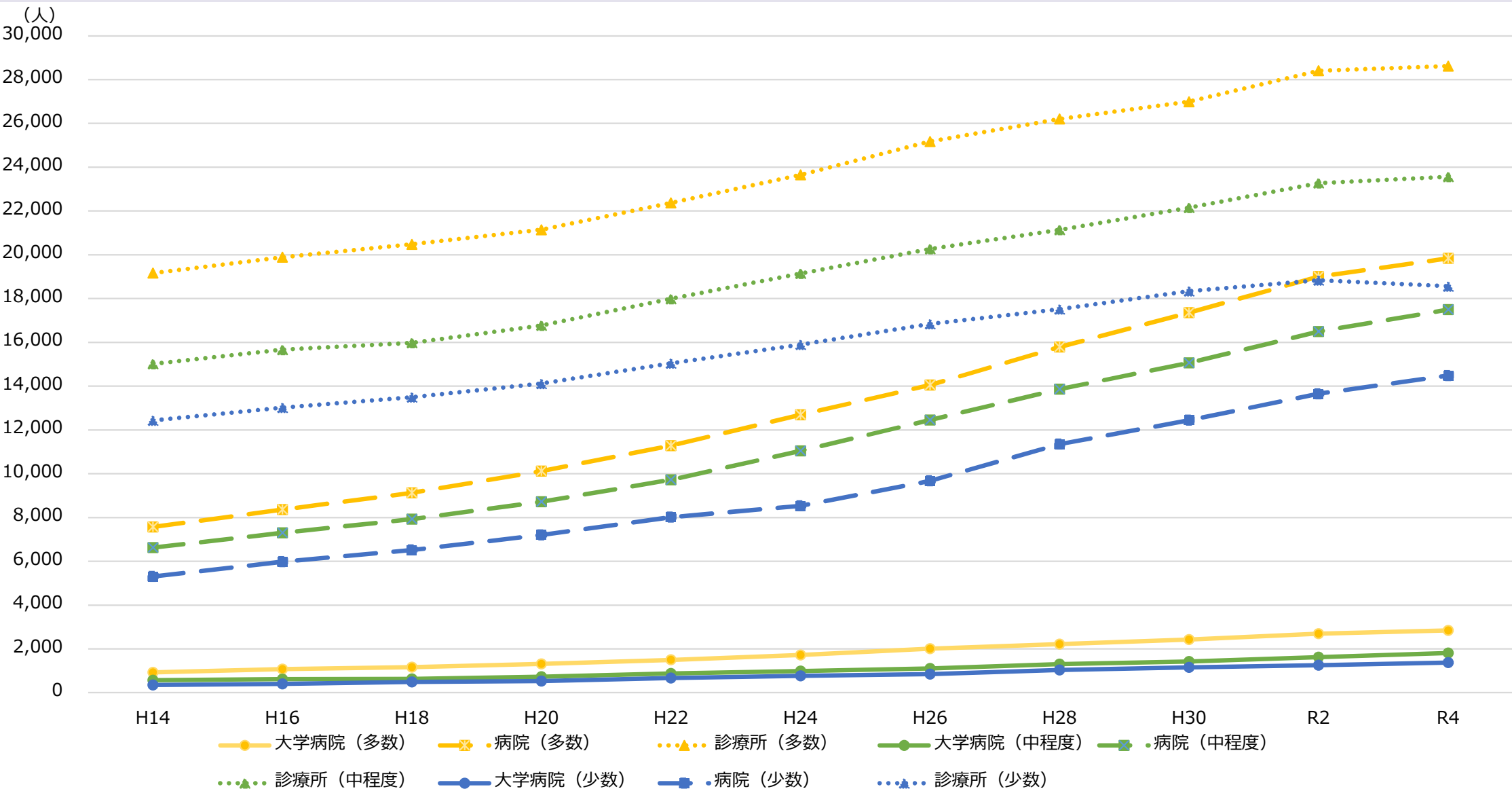


※ 診療所：開設者又は法人の代表者、勤務者を集計
 病院：医育機関附属の病院を除く病院。開設者又は法人の代表者、勤務者を集計
 大学病院：医育機関附属の病院の臨床系の教官又は教員、臨床系の大学院生、臨床系の勤務医を集計

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。

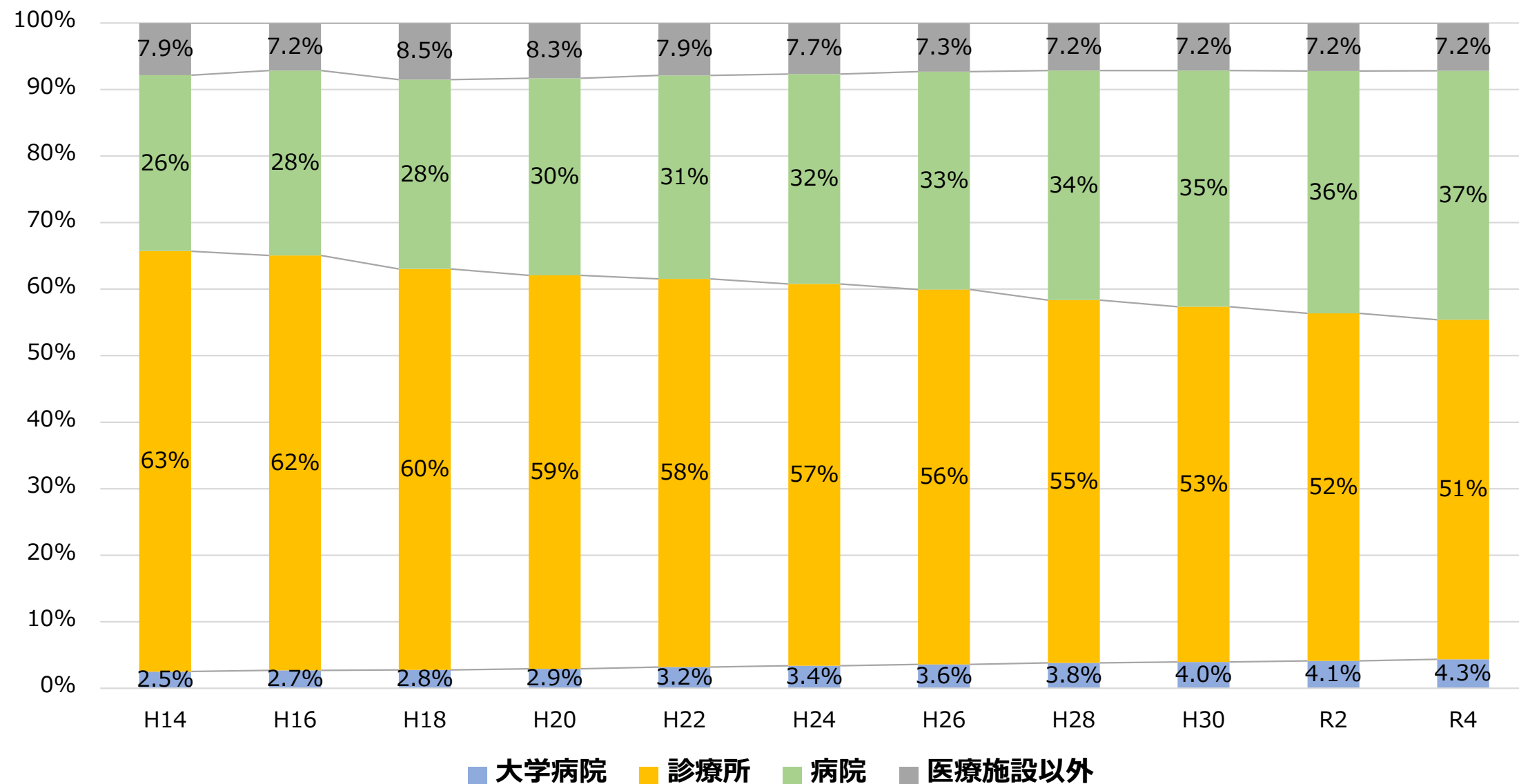


※ 診療所：開設者又は法人の代表者、勤務者を集計
 病院：医育機関附属の病院を除く病院。開設者又は法人の代表者、勤務者を集計
 大学病院：医育機関附属の病院の臨床系の教官又は教員、臨床系の大学院生、臨床系の勤務医を集計

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。

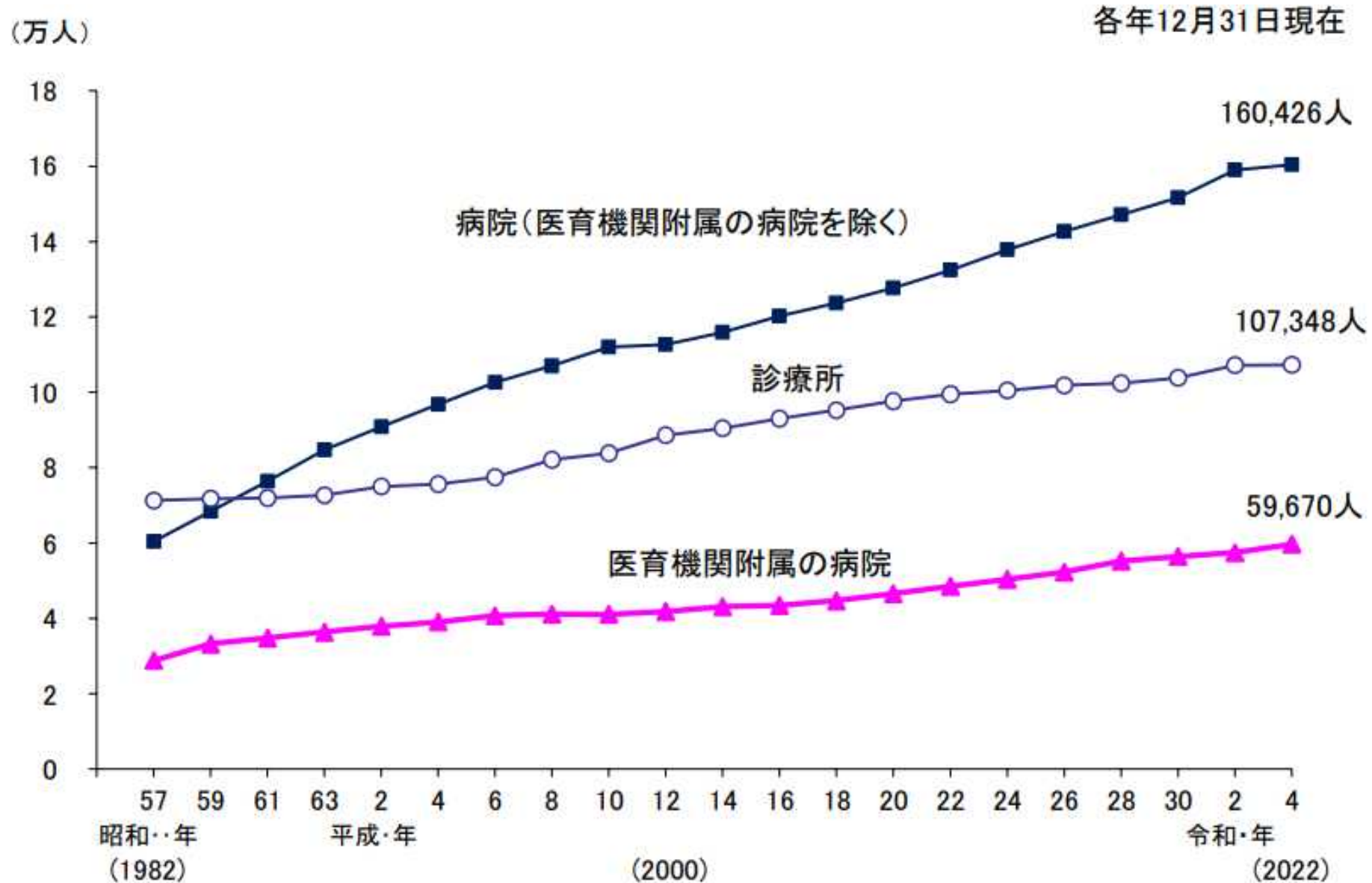


※ 診療所：開設者又は法人の代表者、勤務者を集計
 病院：医育機関附属の病院を除く病院。開設者又は法人の代表者、勤務者を集計
 大学病院：医育機関附属の病院の臨床系の教官又は教員、臨床系の大学院生、臨床系の勤務医を集計

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。

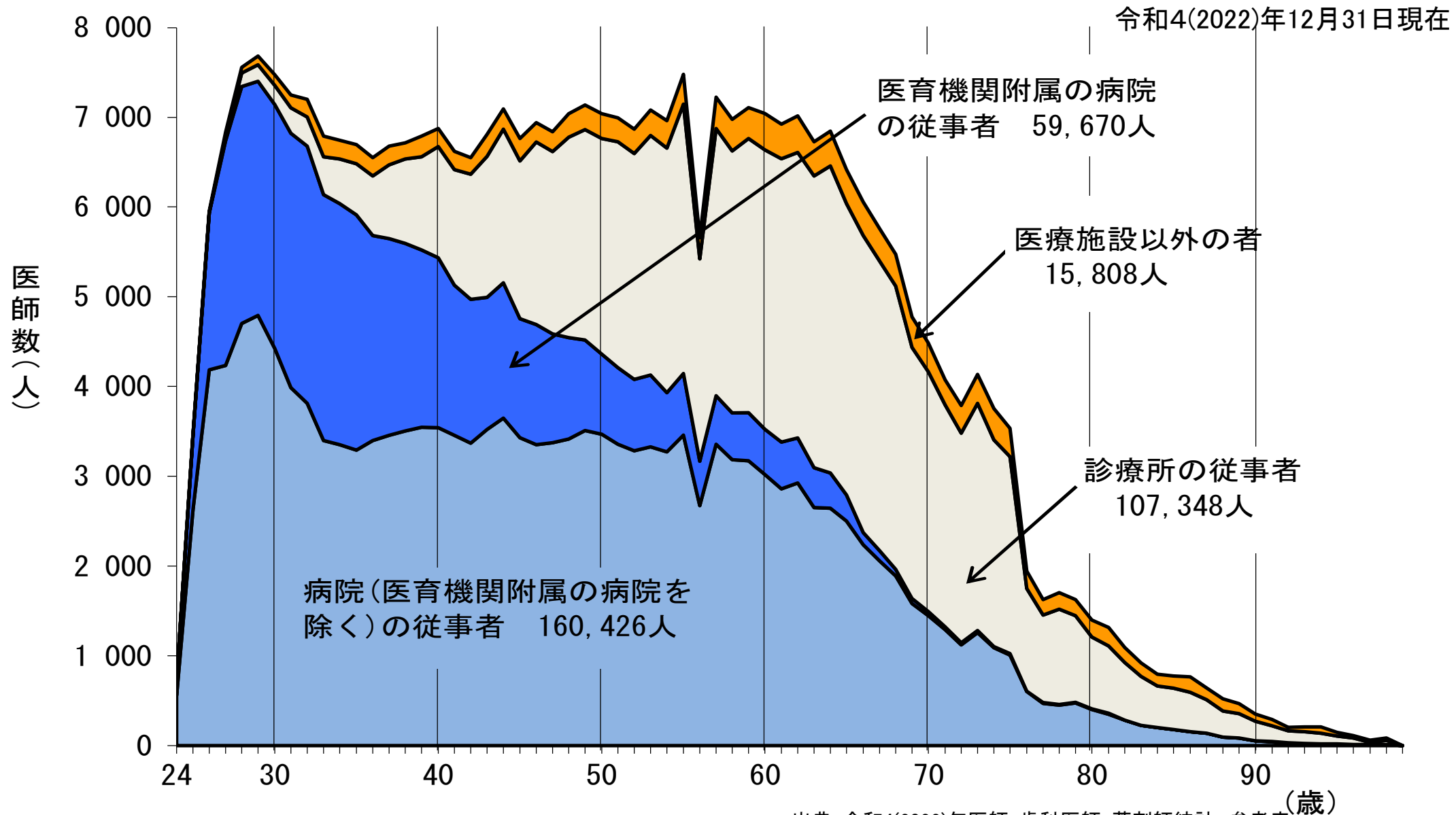


出典：令和4(2022)年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況（結果の概要）

https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/22/dl/R04_kekka-1.pdf 31

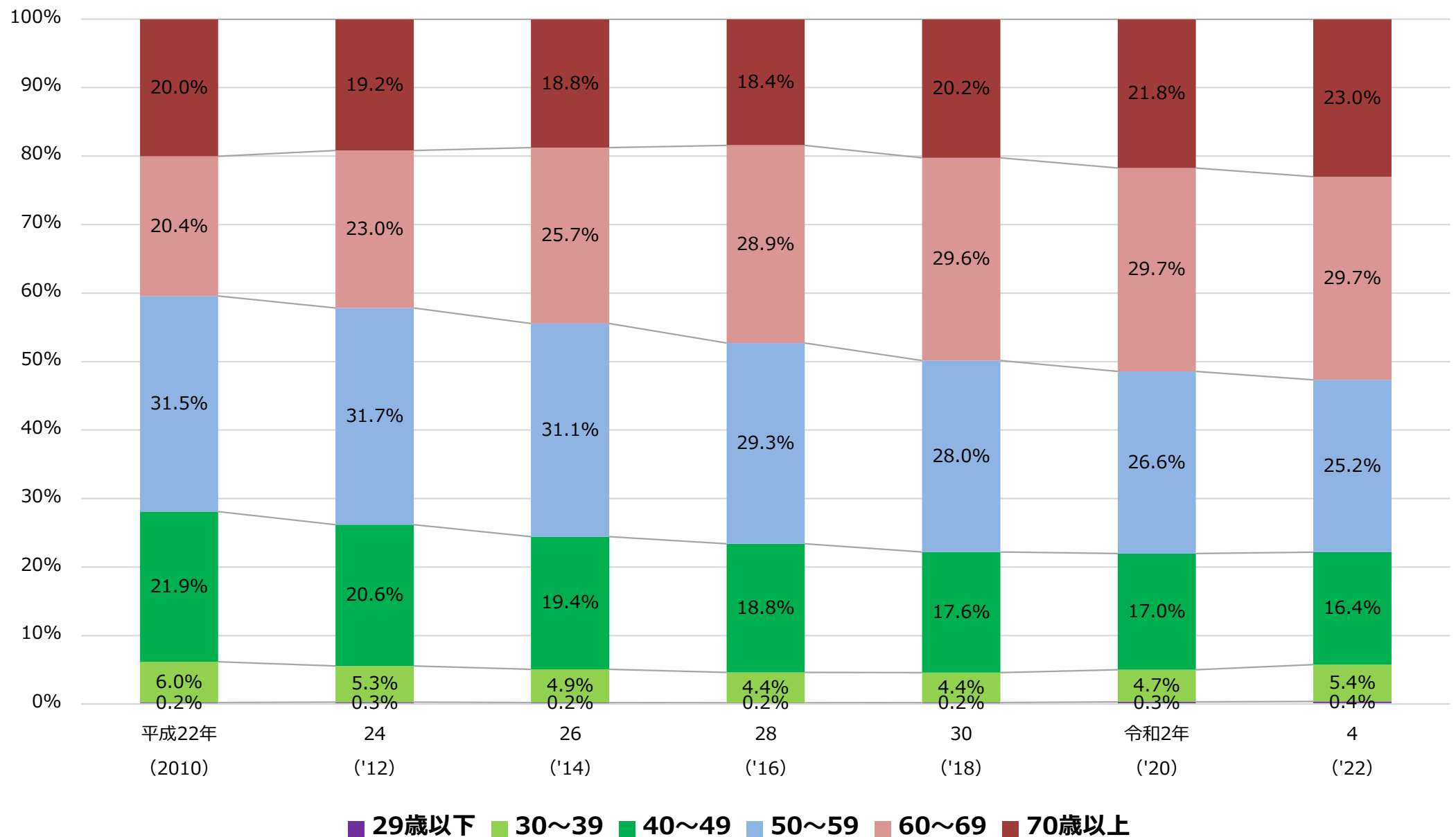
施設の種別・年齢別にみた医師数 (R4)

○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。

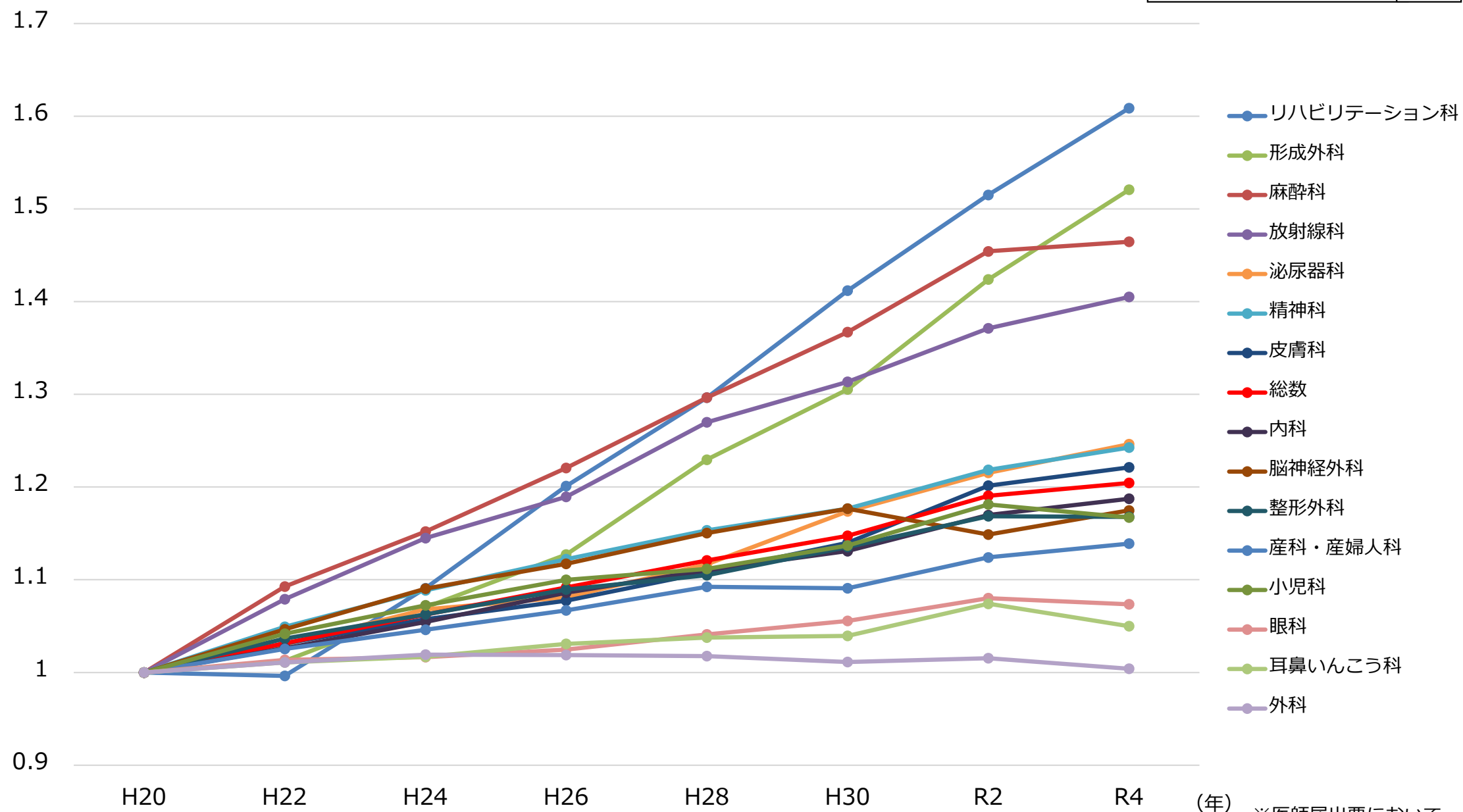


出典：医師・歯科医師・薬剤師調査、統計（厚生労働省）

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

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

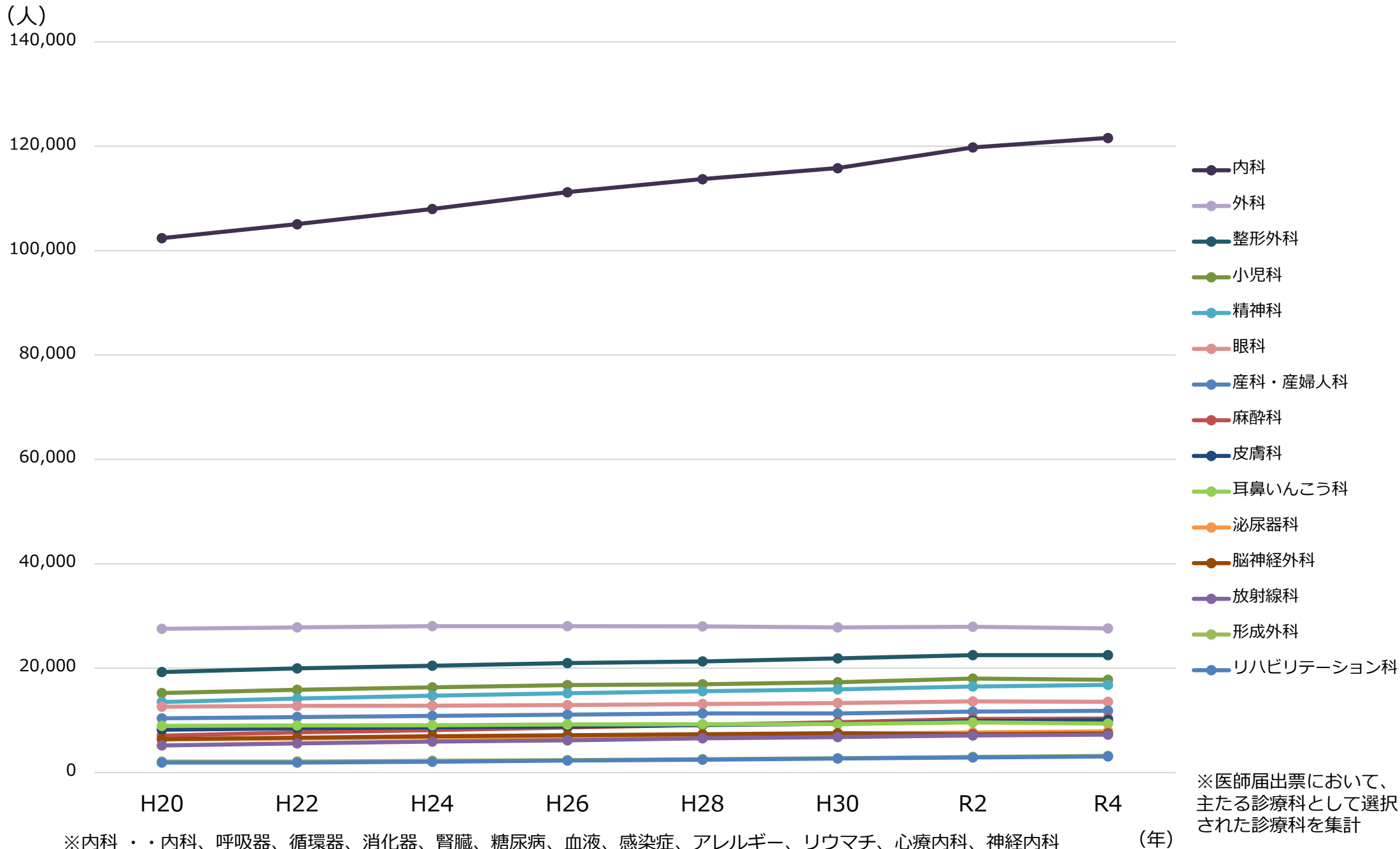


※内科・・・内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科
 ※外科・・・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

※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
令和6年1月29日
資料1
改編

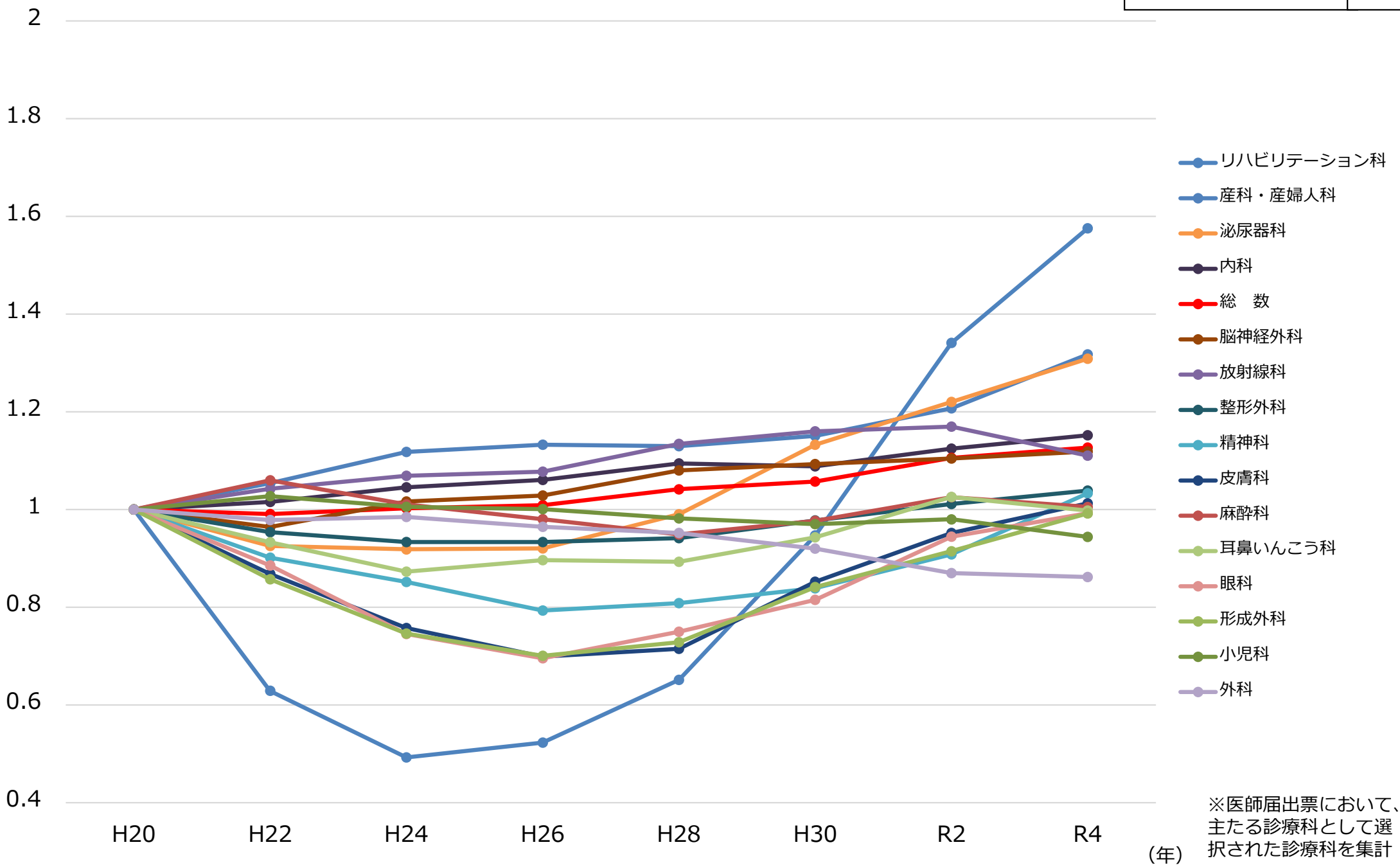


※内科・・・内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科
 ※外科・・・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科
 ※平成18年調査から新設された「研修医」項目は除く。

※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

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）

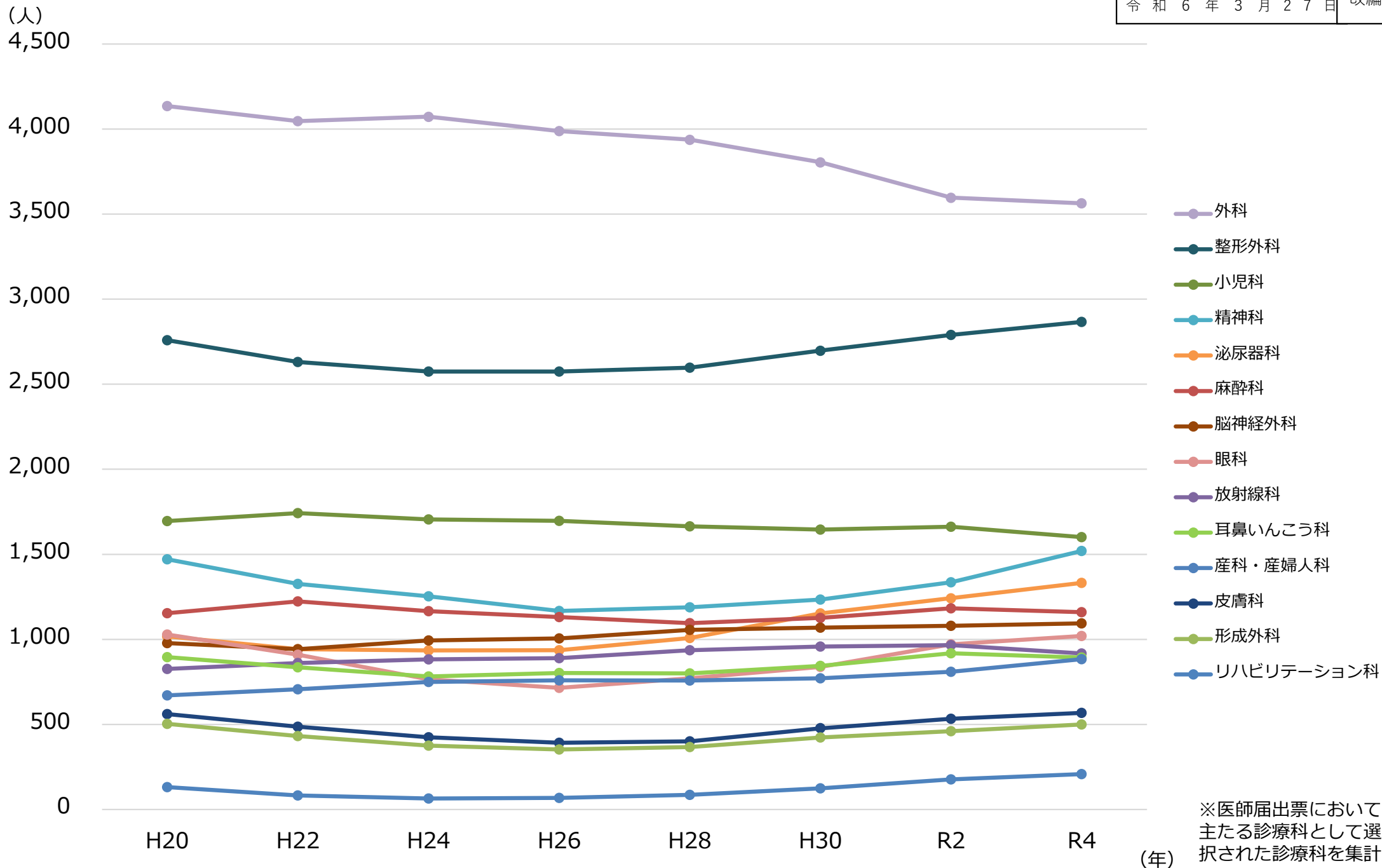
第3回医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会 資料1
 令和6年3月27日 改編



※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）

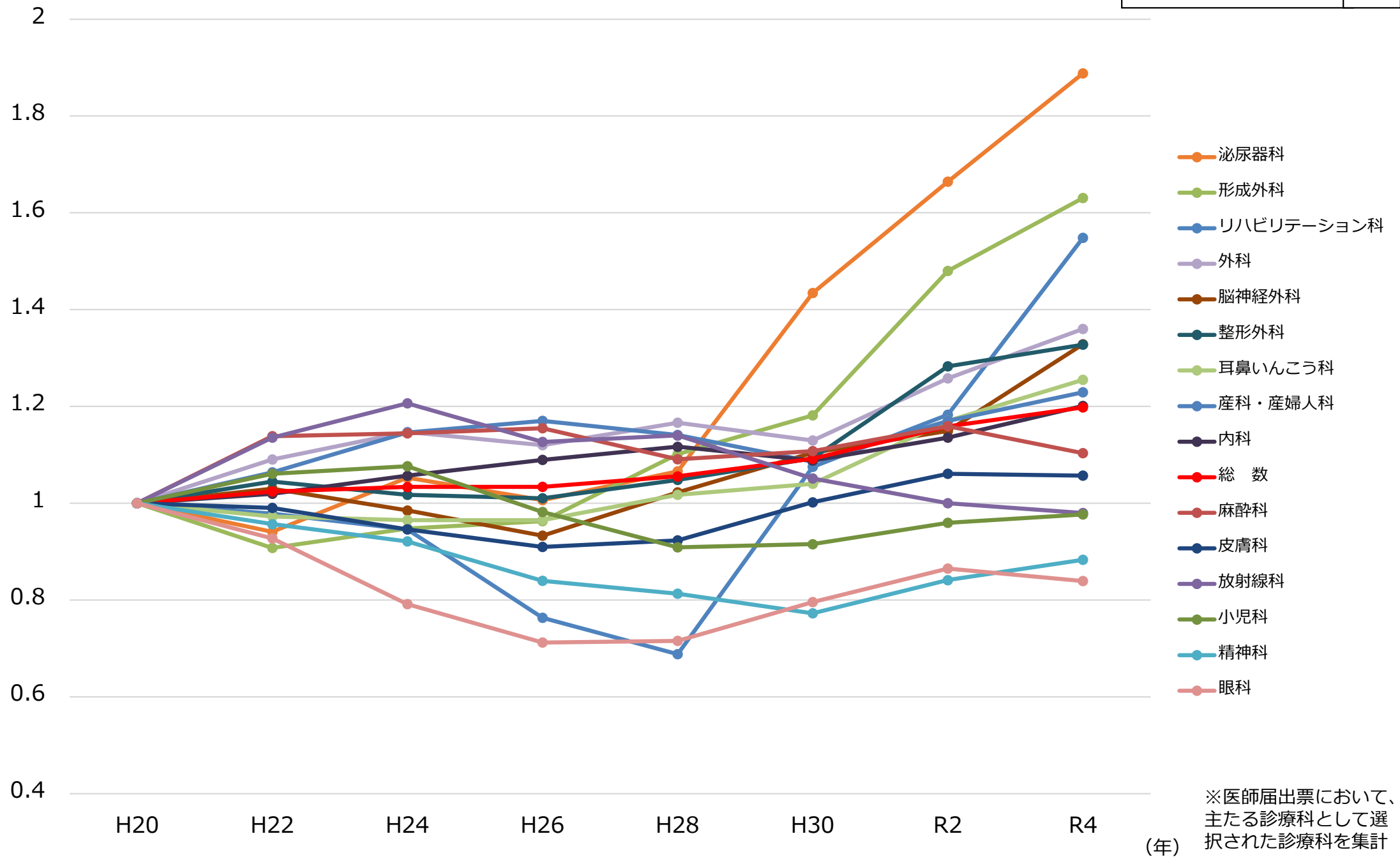


※医師届出票において、主たる診療科として選択された診療科を集計

※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）

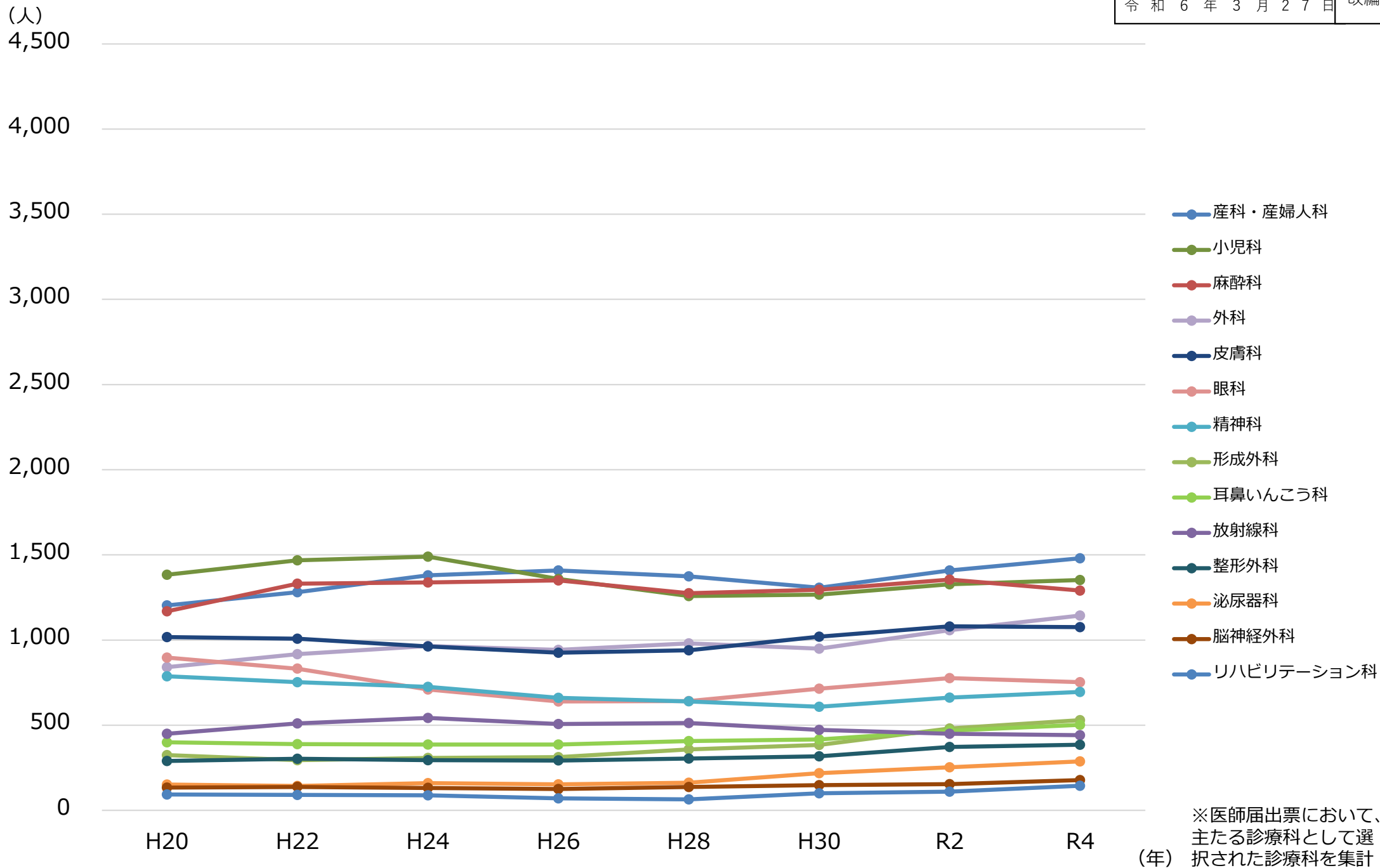
第3回医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会 資料1
 令和6年3月27日 改編



※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）

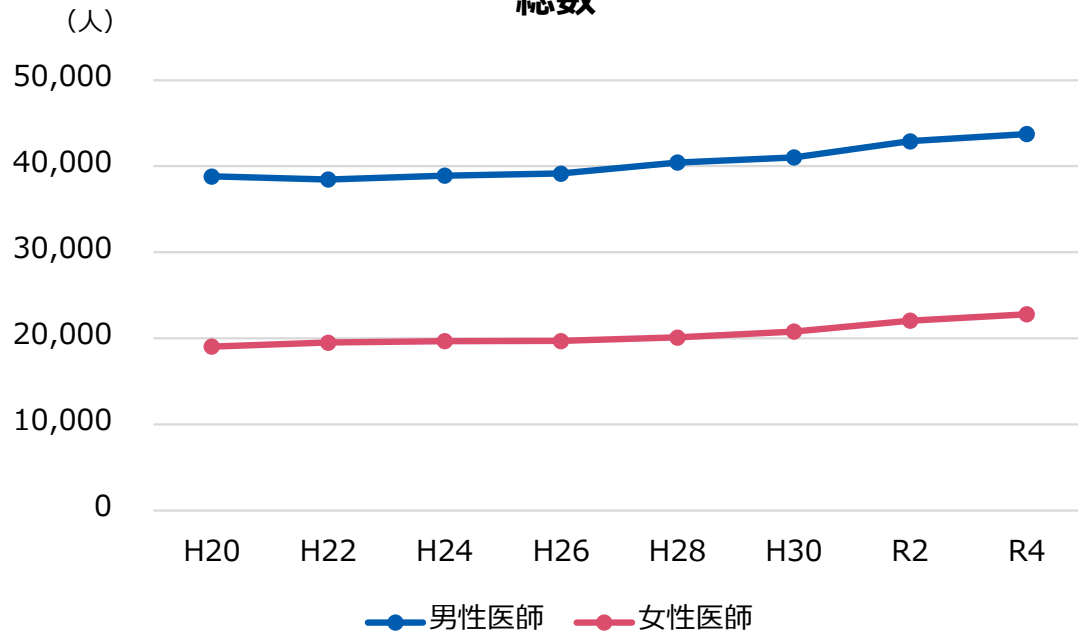


※医師届出票において、主たる診療科として選択された診療科を集計

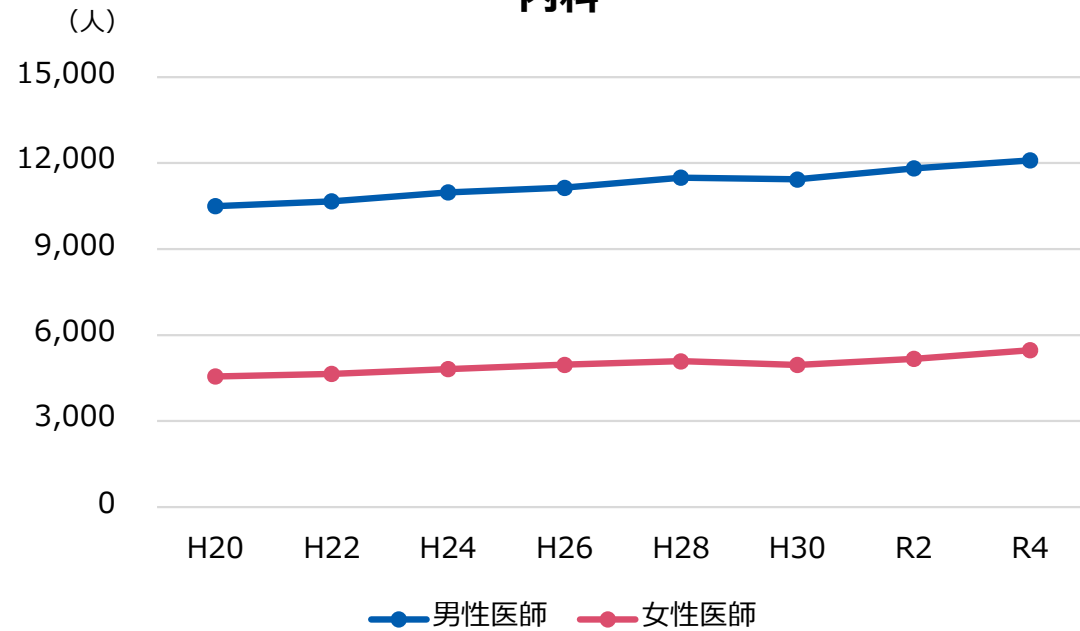
※内科・・・内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科
 ※外科・・・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

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

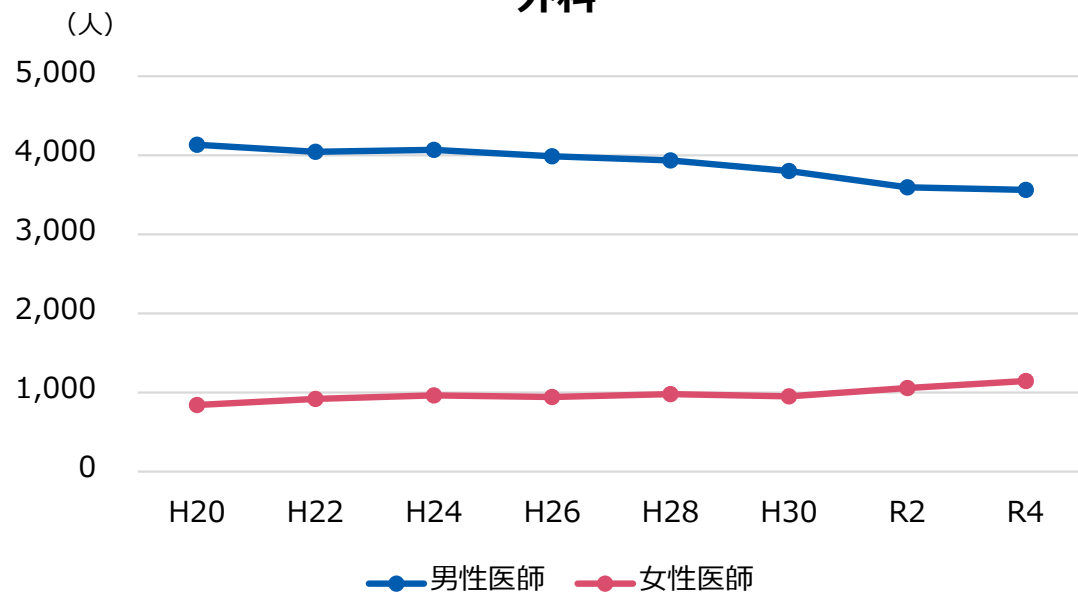


内科

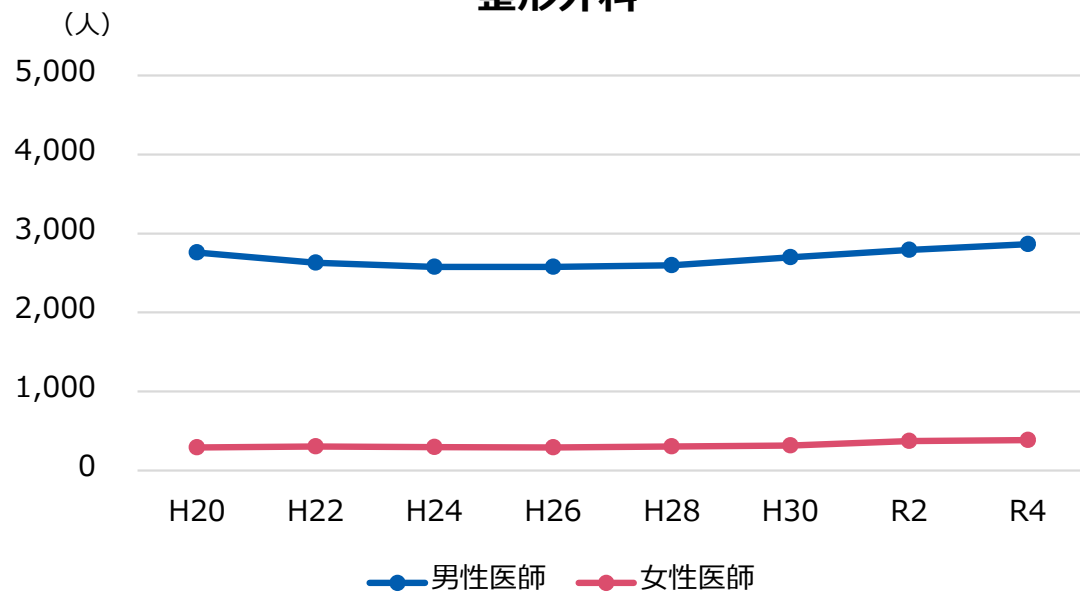


※内科・・・内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科

外科



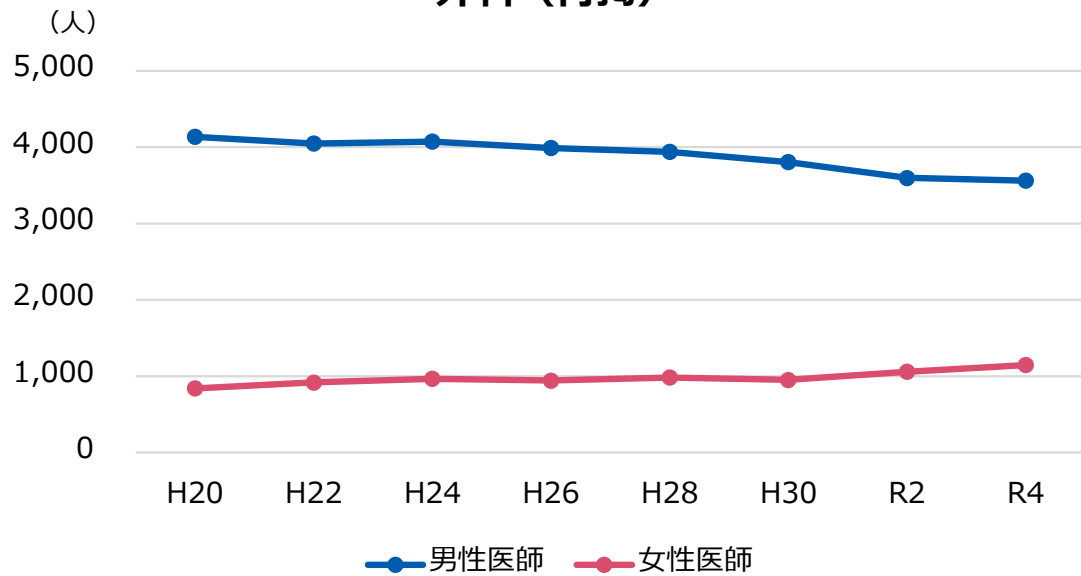
整形外科



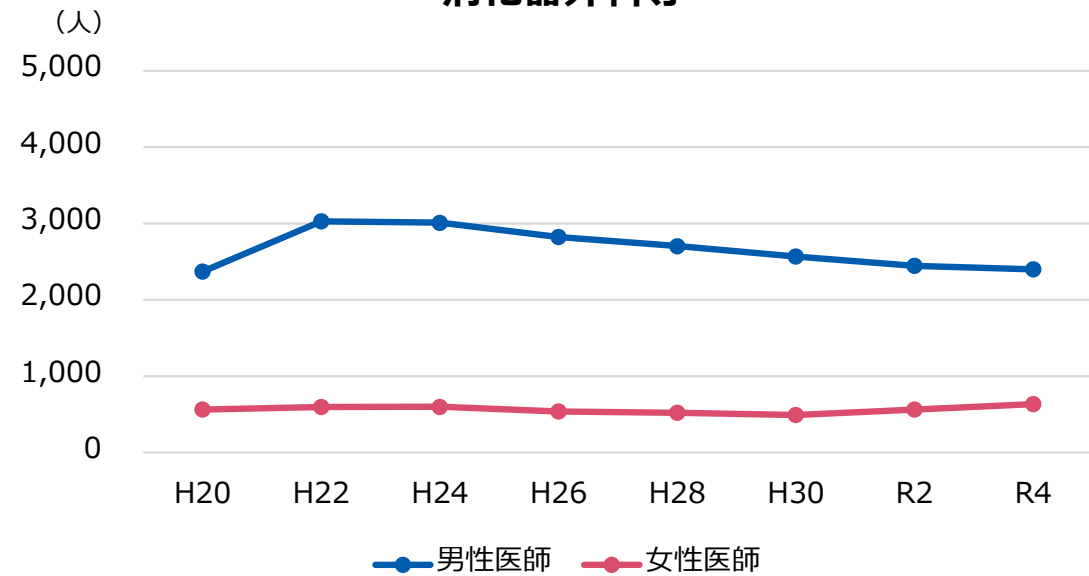
※外科・・・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

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）



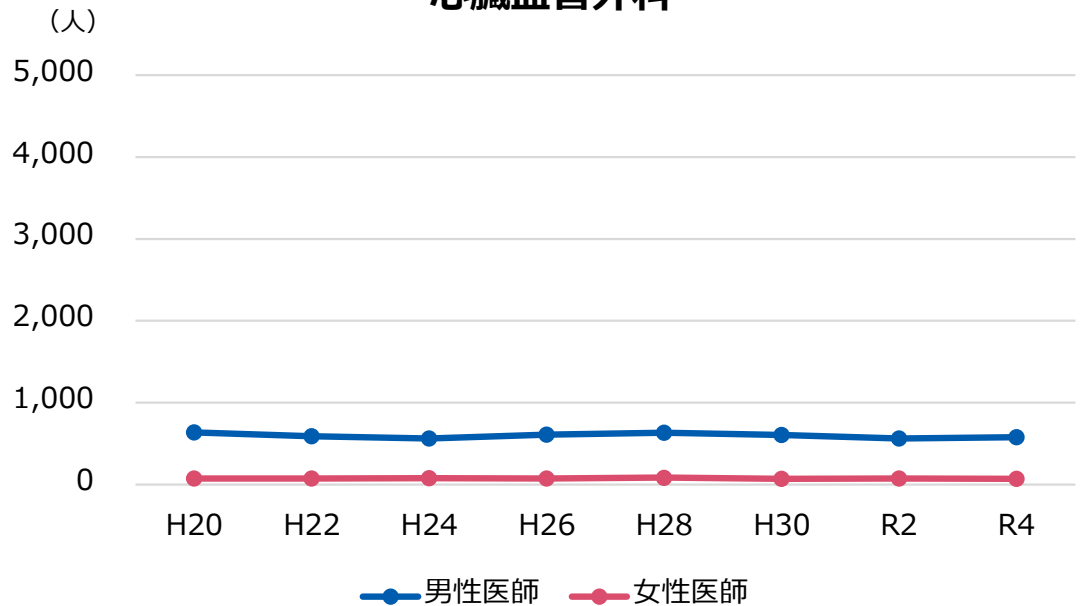
消化器外科等



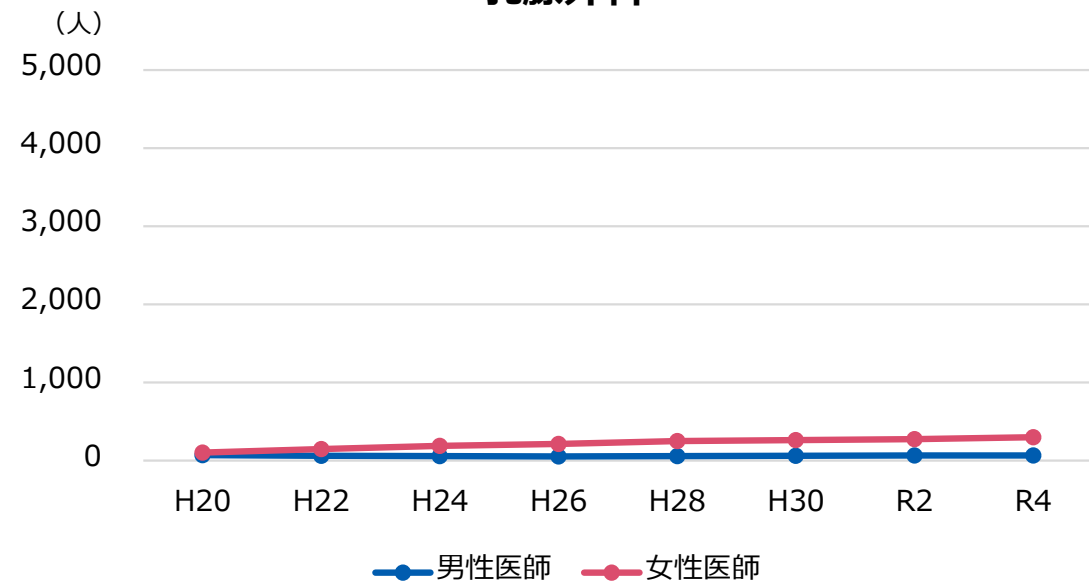
※外科・・・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

※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

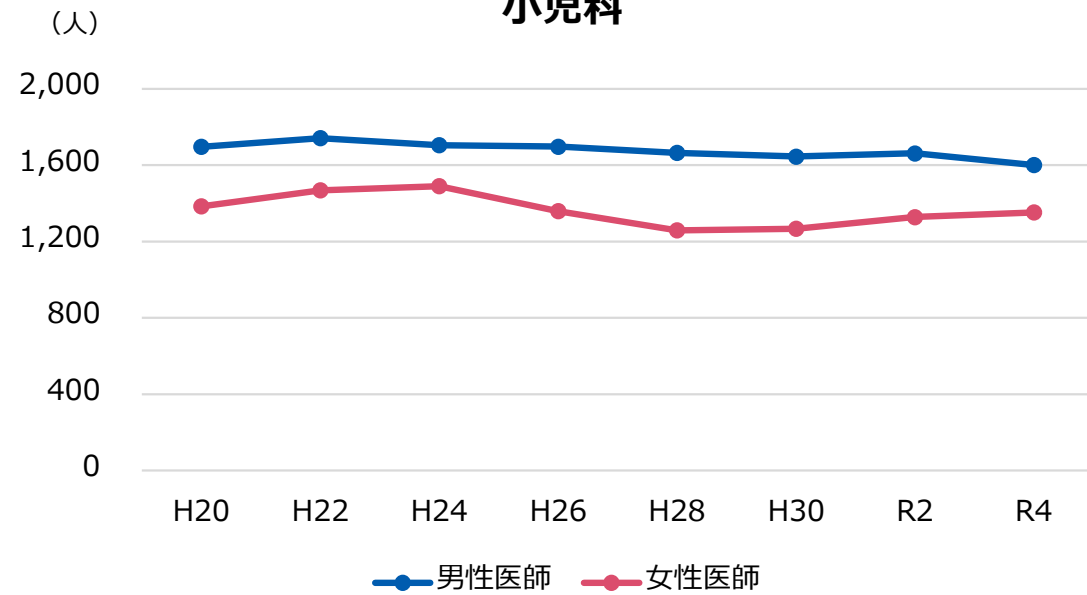


乳腺外科

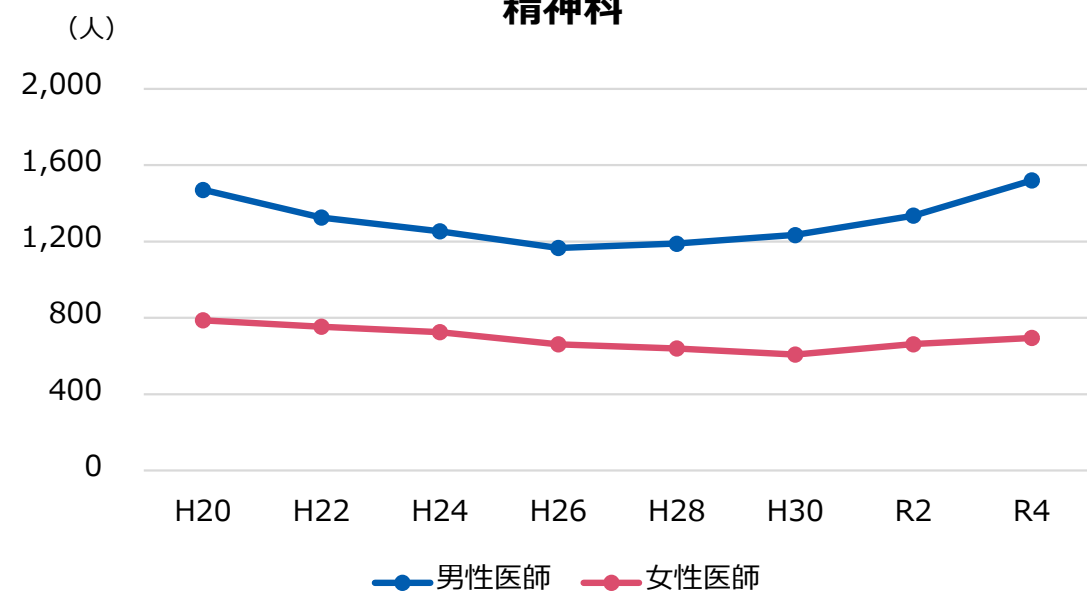


35歳未満医療施設従事医師数の推移（従事する主たる診療科別）③

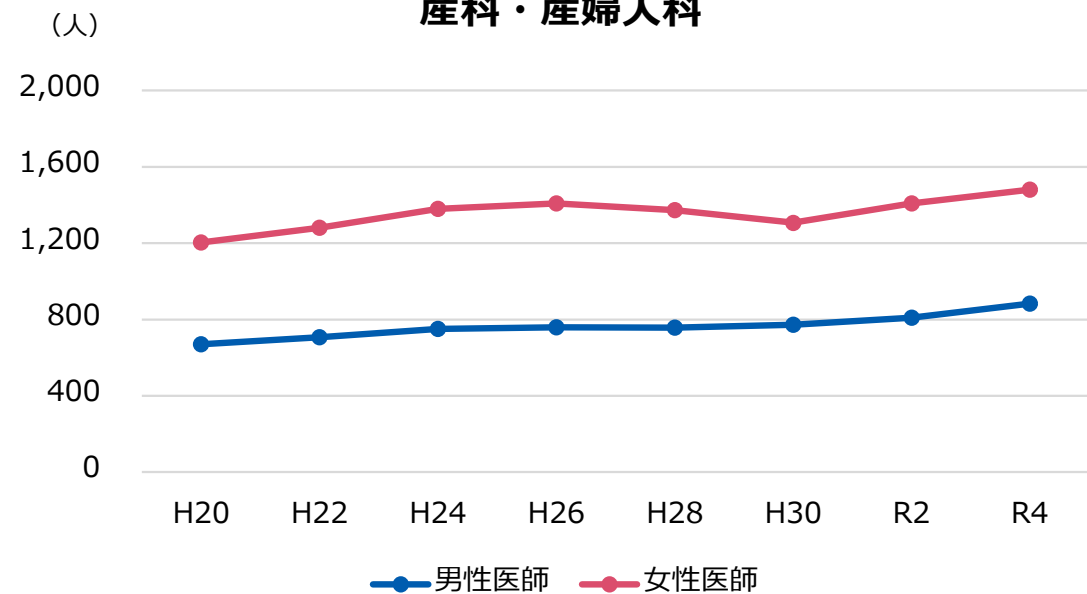
小児科



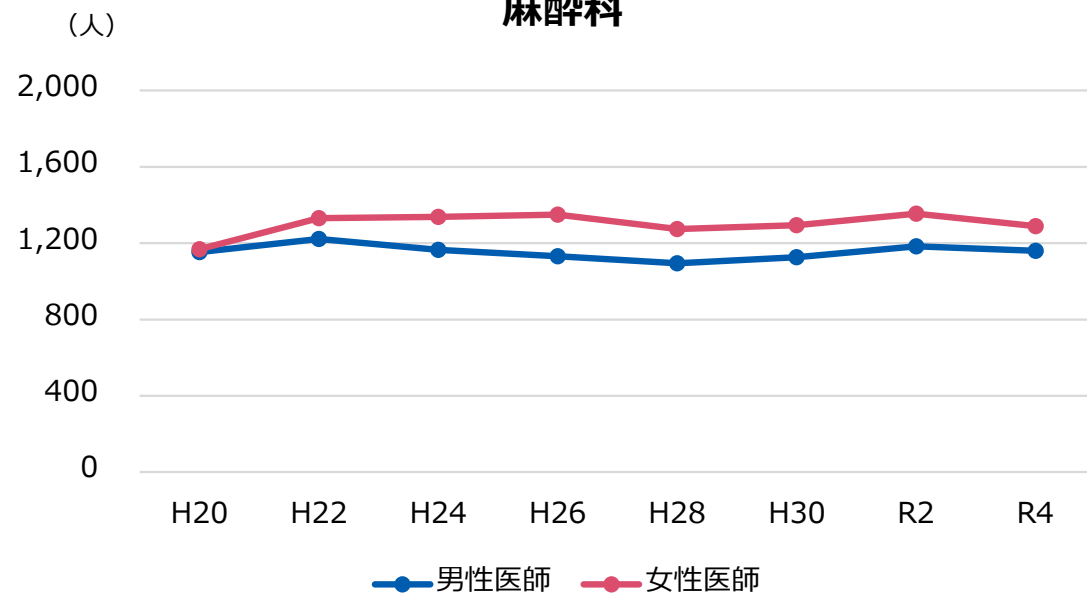
精神科



産科・産婦人科

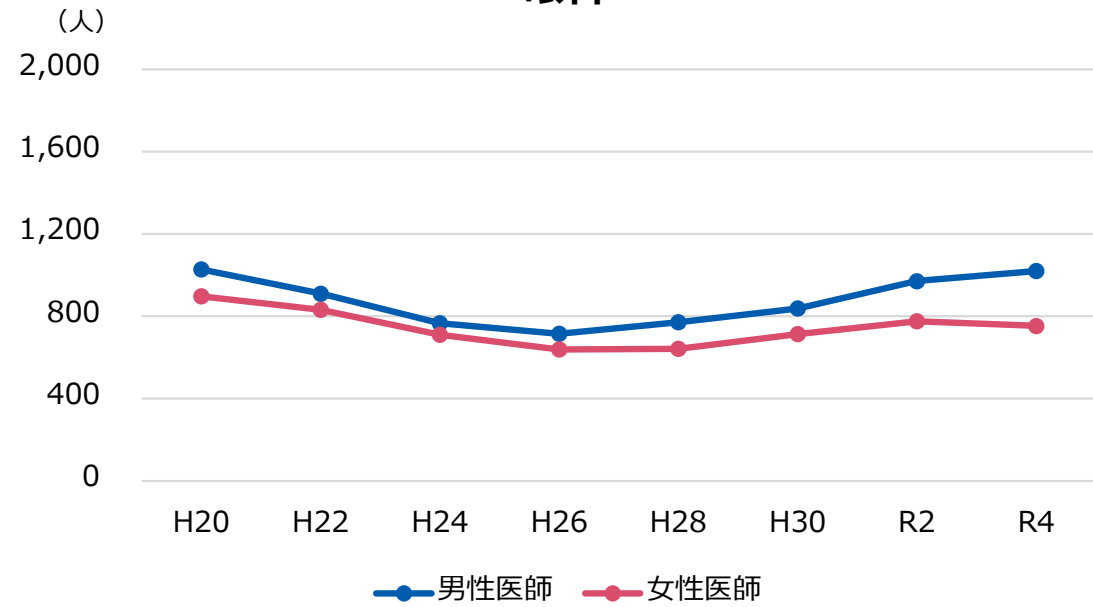


麻酔科

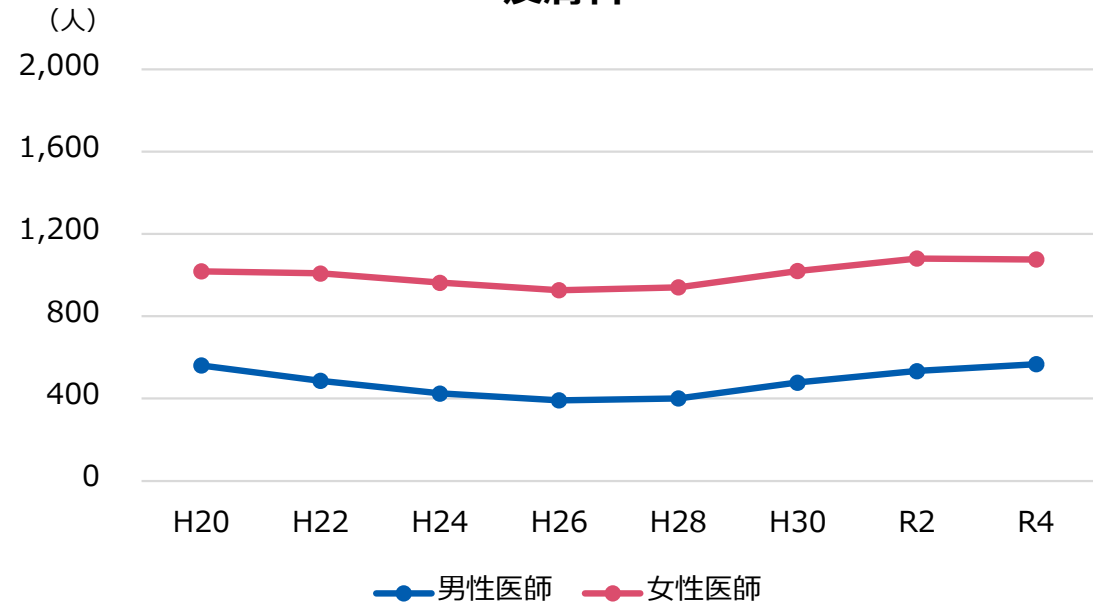


35歳未満医療施設従事医師数の推移（従事する主たる診療科別）④

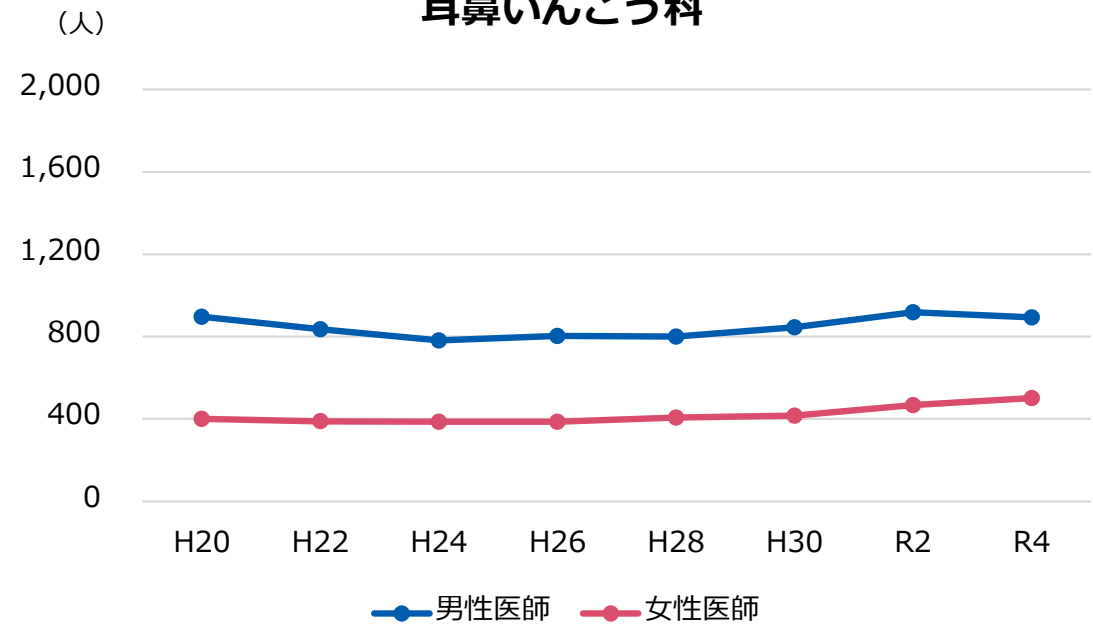
眼科



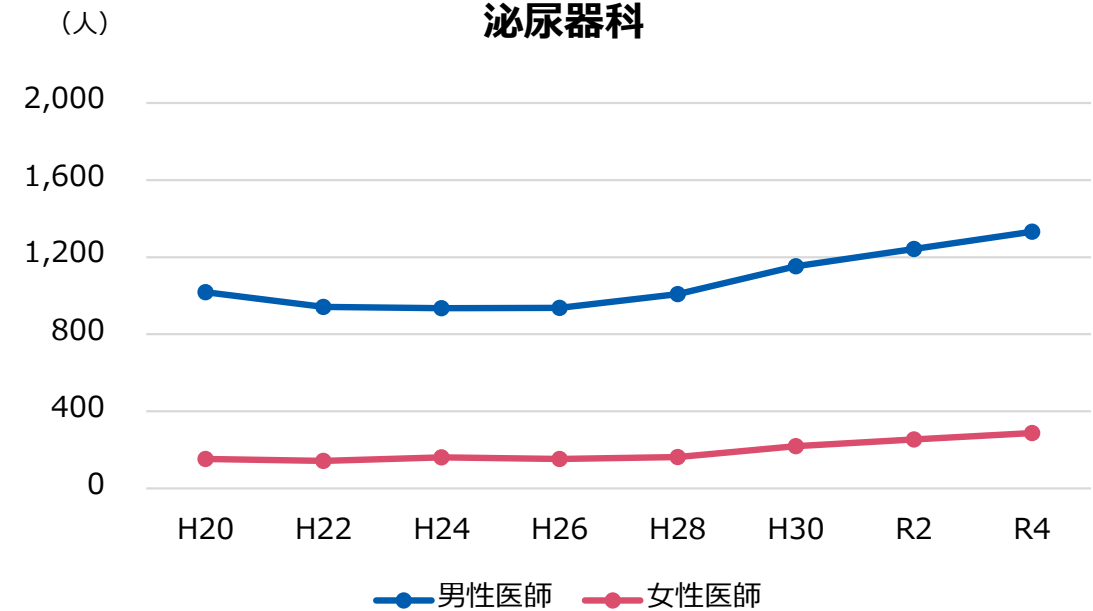
皮膚科



耳鼻いんこう科

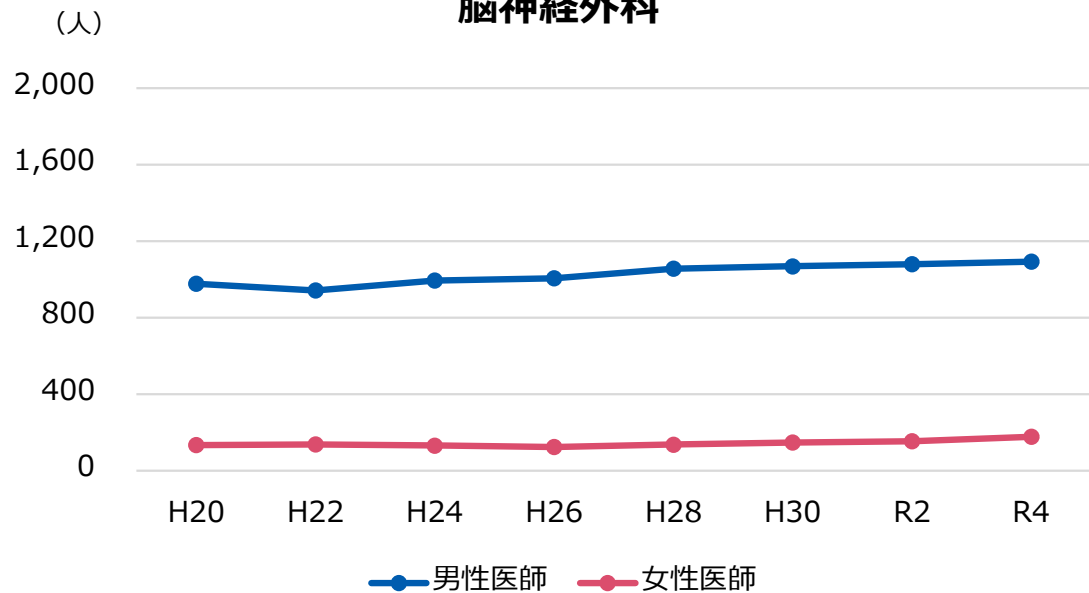


泌尿器科

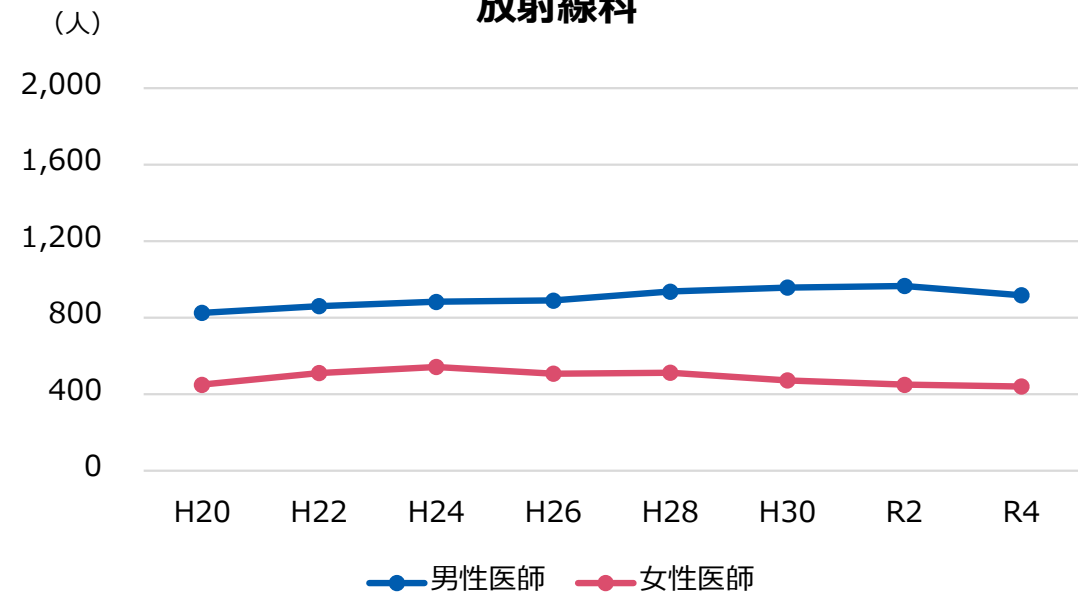


35歳未満医療施設従事医師数の推移（従事する主たる診療科別）⑤

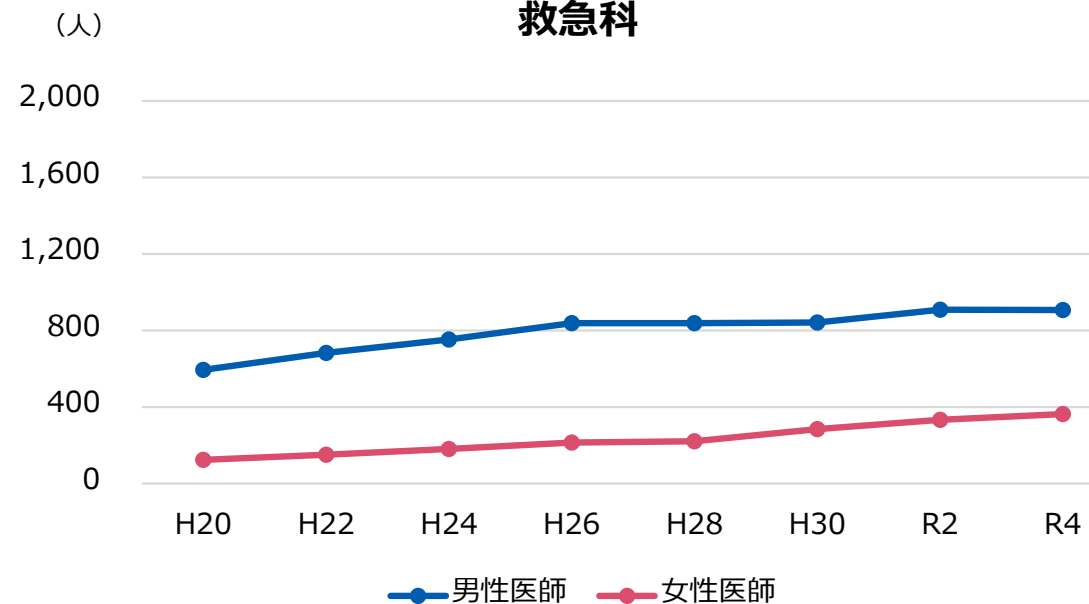
脳神経外科



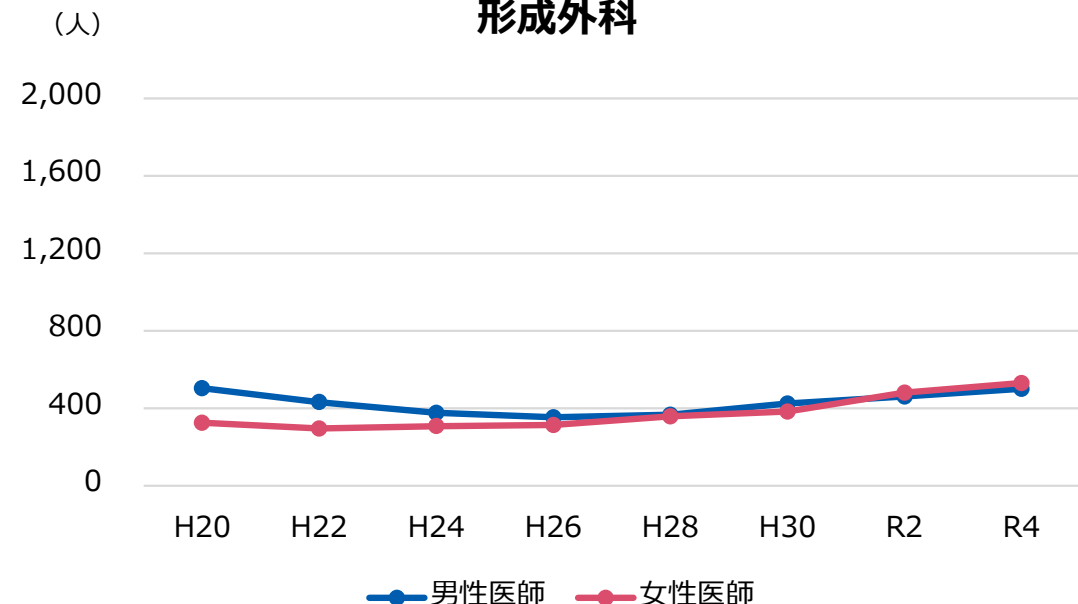
放射線科



救急科

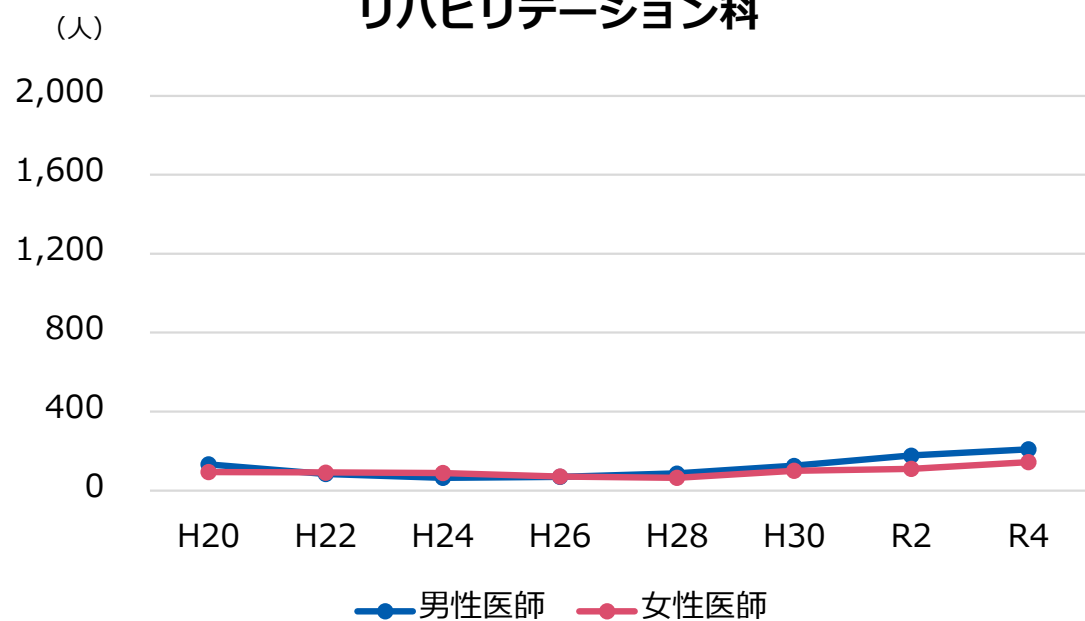


形成外科

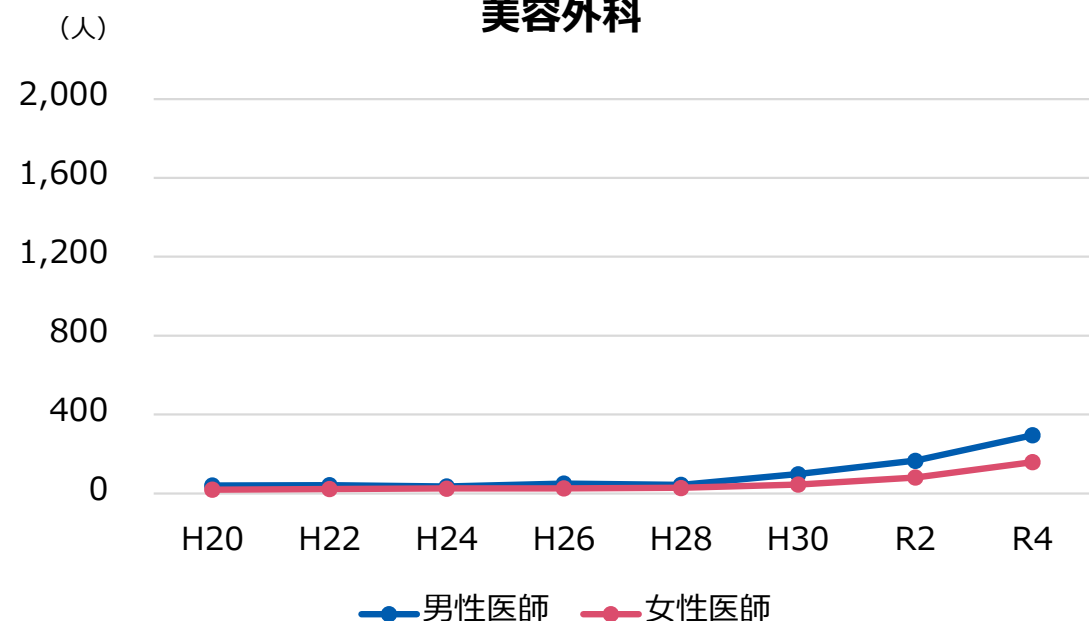


35歳未満医療施設従事医師数の推移（従事する主たる診療科別）⑥

リハビリテーション科



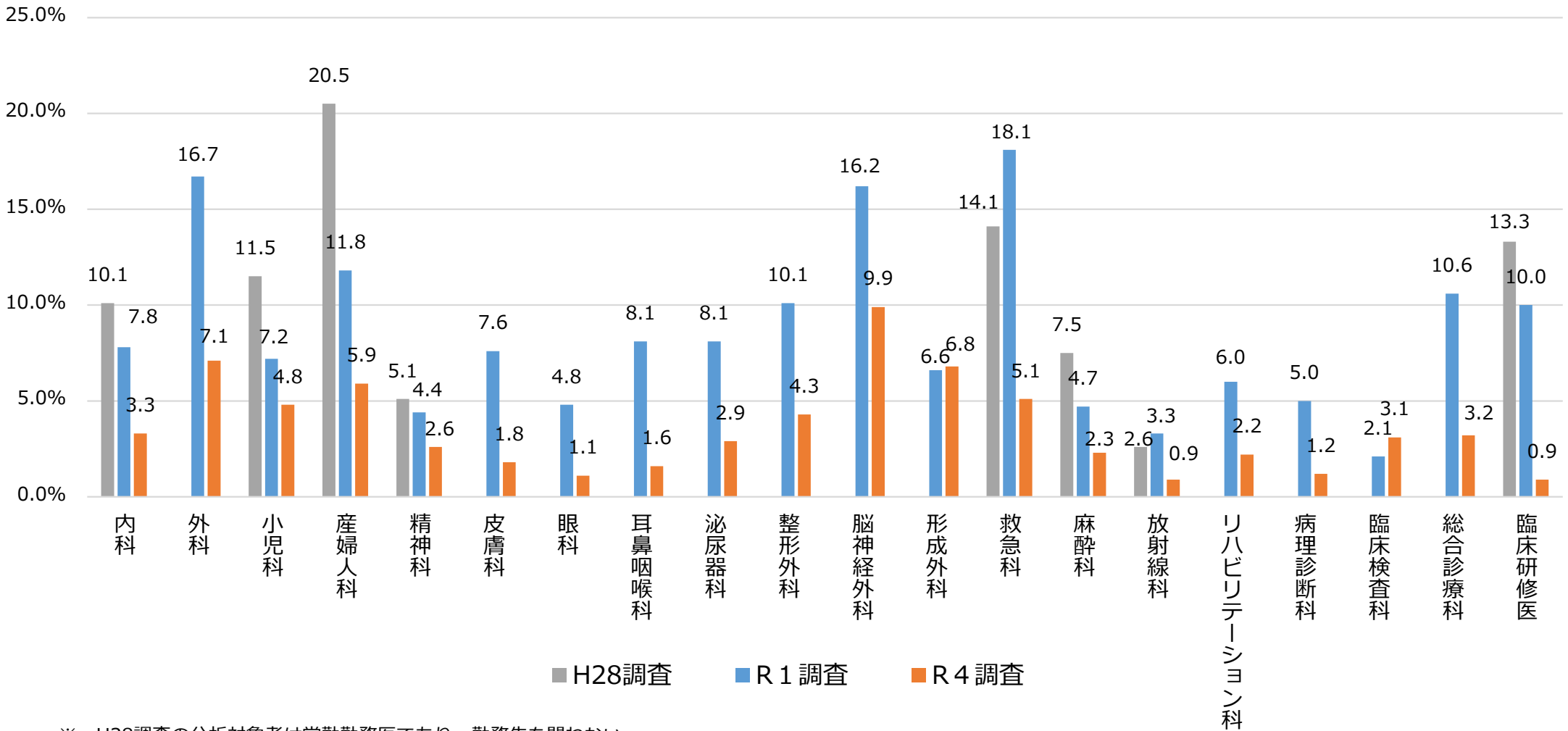
美容外科



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。

スケジュール案（現時点のイメージ）

色網掛けは本検討会での検討を予定している事項

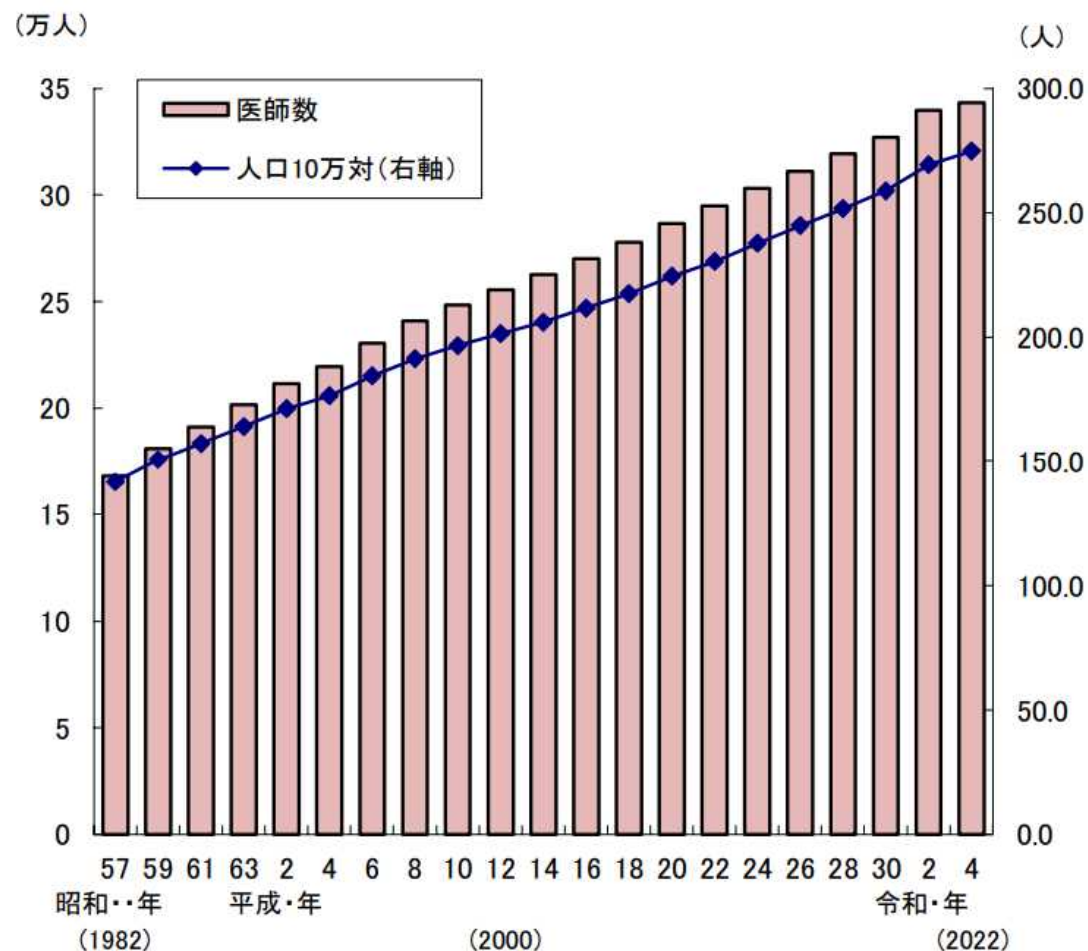
	短期的課題			長期的課題	
	R7年度臨時定員	R8年度臨時定員	R9年度以降の臨時定員	地域偏在対策	診療科偏在対策
令和5年11月	<p>R7医学部臨時定員を大学への通知</p>				
令和6年1月					
春		<p>・全国の臨時定員の設置方針の検討</p>			
夏	<p>意向調査</p> <p>↓</p> <p>・各都道府県・大学への臨時定員設置の検討</p> <p>臨時定員内示</p> <p>募集開始</p>	<p>R8医学部臨時定員を大学への通知</p>	<p>医学部定員増員のペースの見直しの検討</p>	<p>・既存の地域偏在対策の評価</p> <p>・今後の地域偏在対策の検討</p>	<p>専門研修部会</p>
令和7年春		<p>意向調査</p> <p>↓</p> <p>・各都道府県・大学への臨時定員設置の検討</p> <p>臨時定員内示</p> <p>募集開始</p>	<p>・全国の臨時定員の設置方針の検討</p>		<p>・既存の診療科偏在対策の評価</p> <p>・今後の診療科偏在対策の検討</p>
夏					<p>専門研修部会</p>
令和8年春					<p>中間とりまとめ（予定）</p>

医師数の年次推移

医師数の年次推移

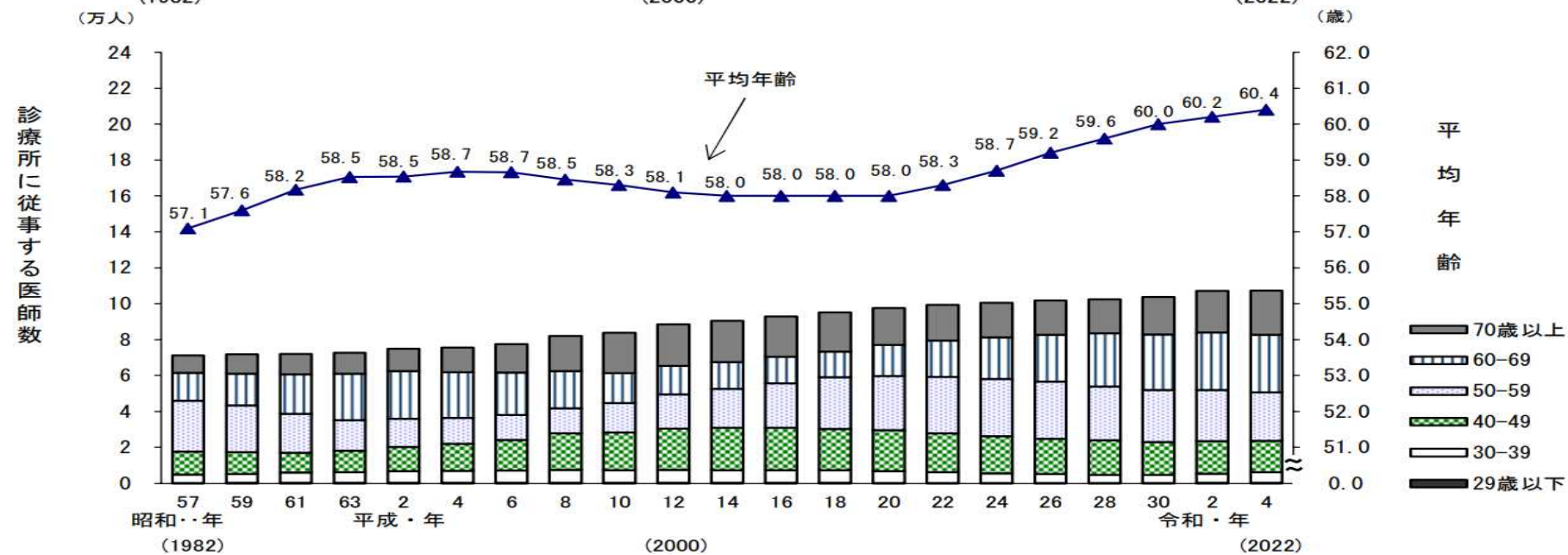
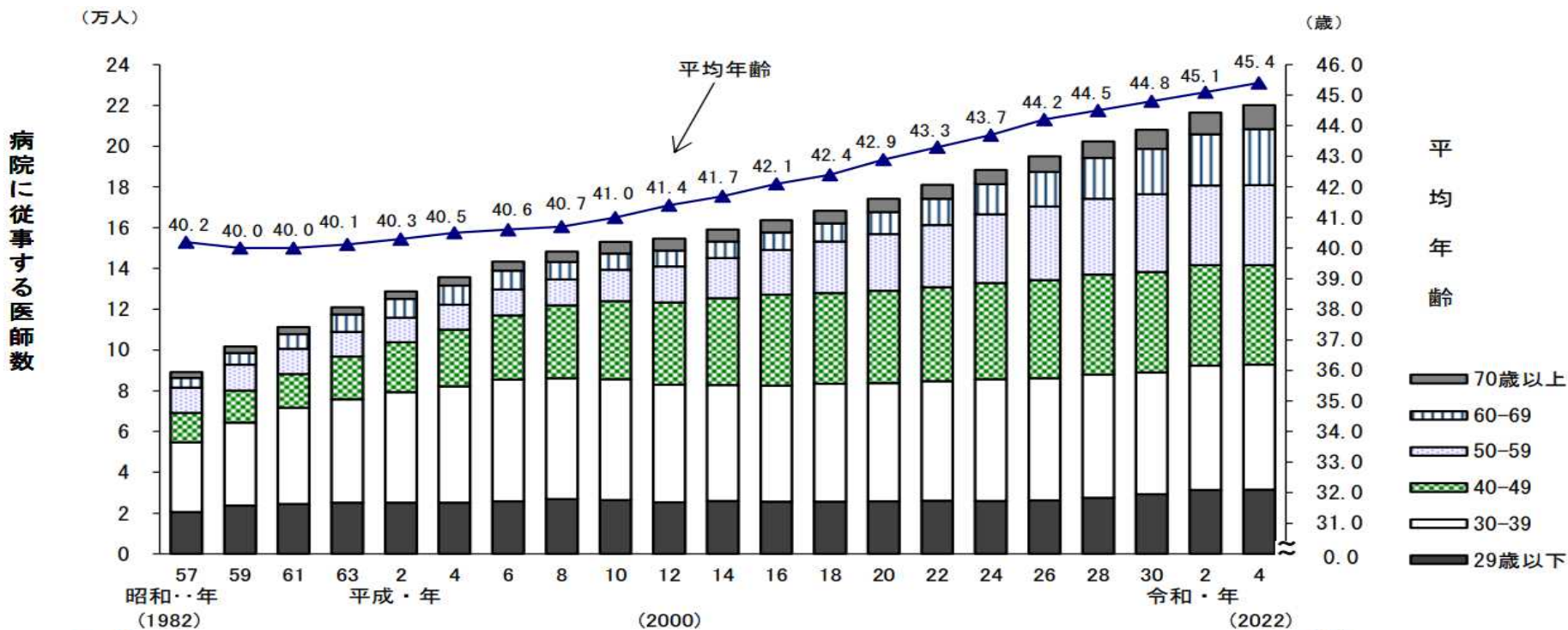
各年12月31日現在

	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

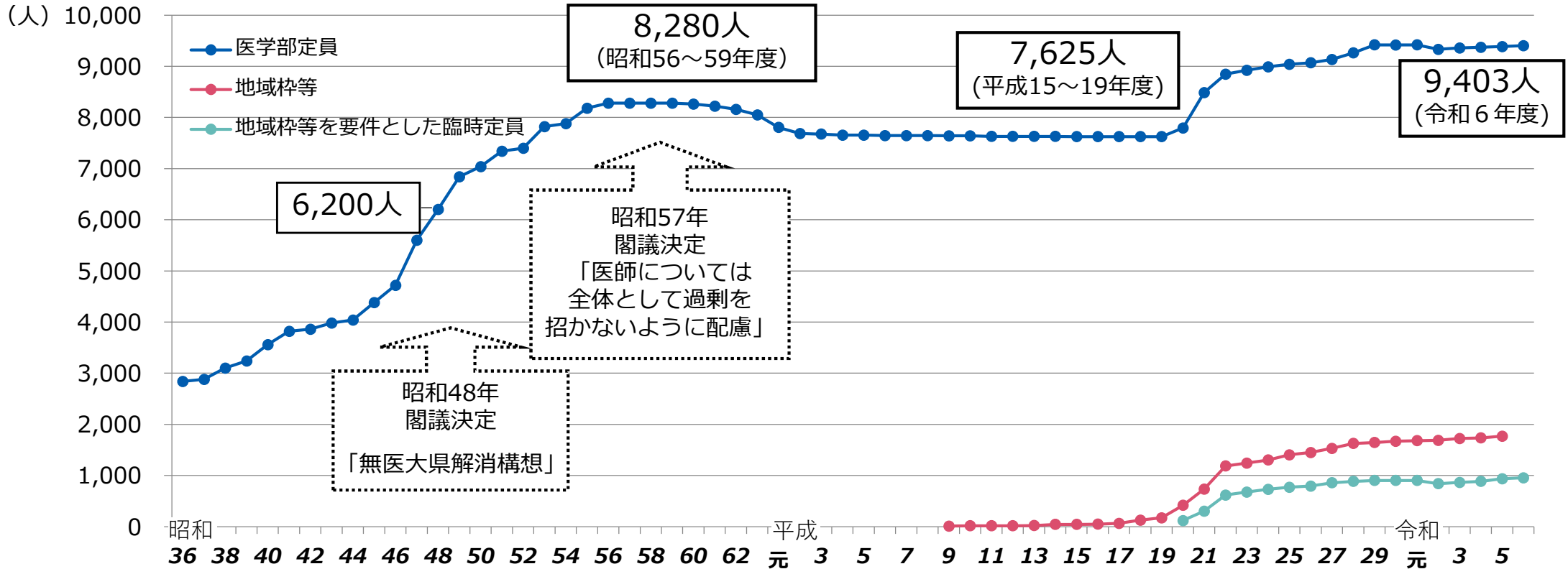
年齢階級、施設の種別にみた医師数及び平均年齢の年次推移



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



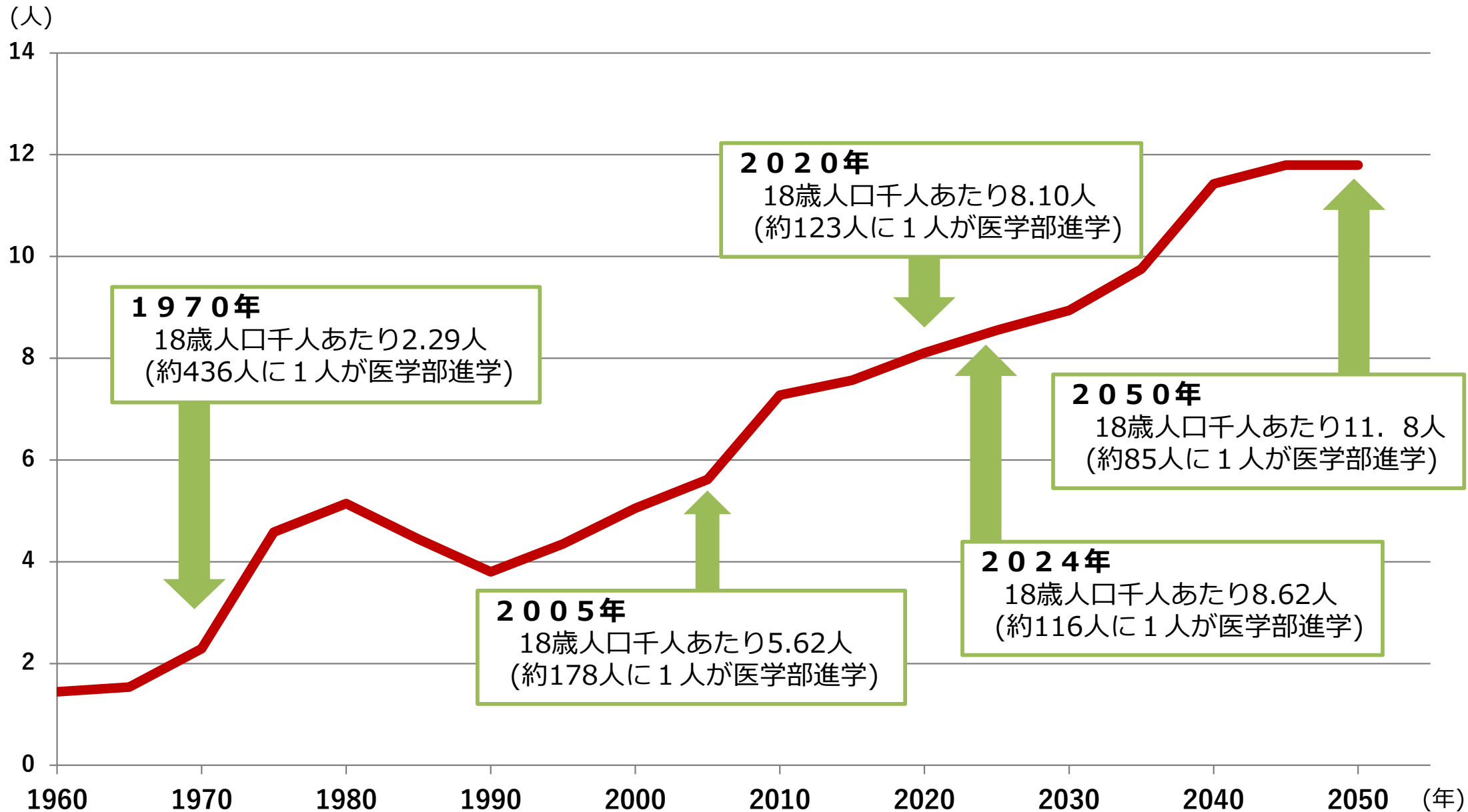
	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6
医学部定員	7,625	7,793	8,486	8,846	8,923	8,991	9,041	9,069	9,134	9,262	9,420	9,419	9,420	9,330	9,357	9,374	9,384	9,403
医学部定員（自治医科大学を除く）	7,525	7,683	8,373	8,733	8,810	8,868	8,918	8,946	9,011	9,139	9,297	9,296	9,297	9,207	9,234	9,251	9,261	9,280
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） 51

18歳人口千人あたりの医師養成数

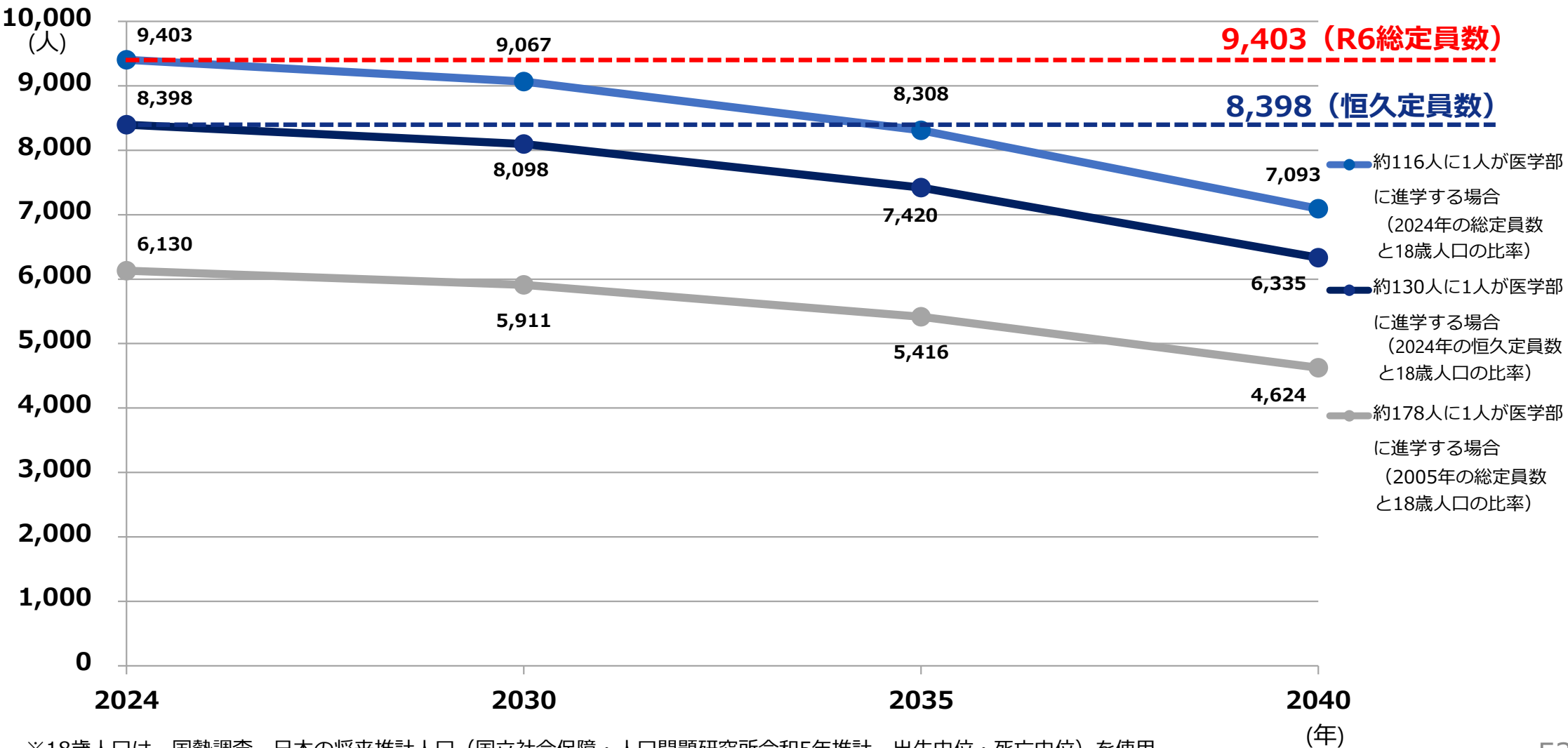
○ 1970年は約436人に1人が医学部進学していたところ、2024年度の募集定員数で固定した場合、2050年には約85人に1人が医学部進学することとなる。



※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歳人口に乘算した場合、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歳人口に乘算した場合、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歳人口に乘算した場合、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。

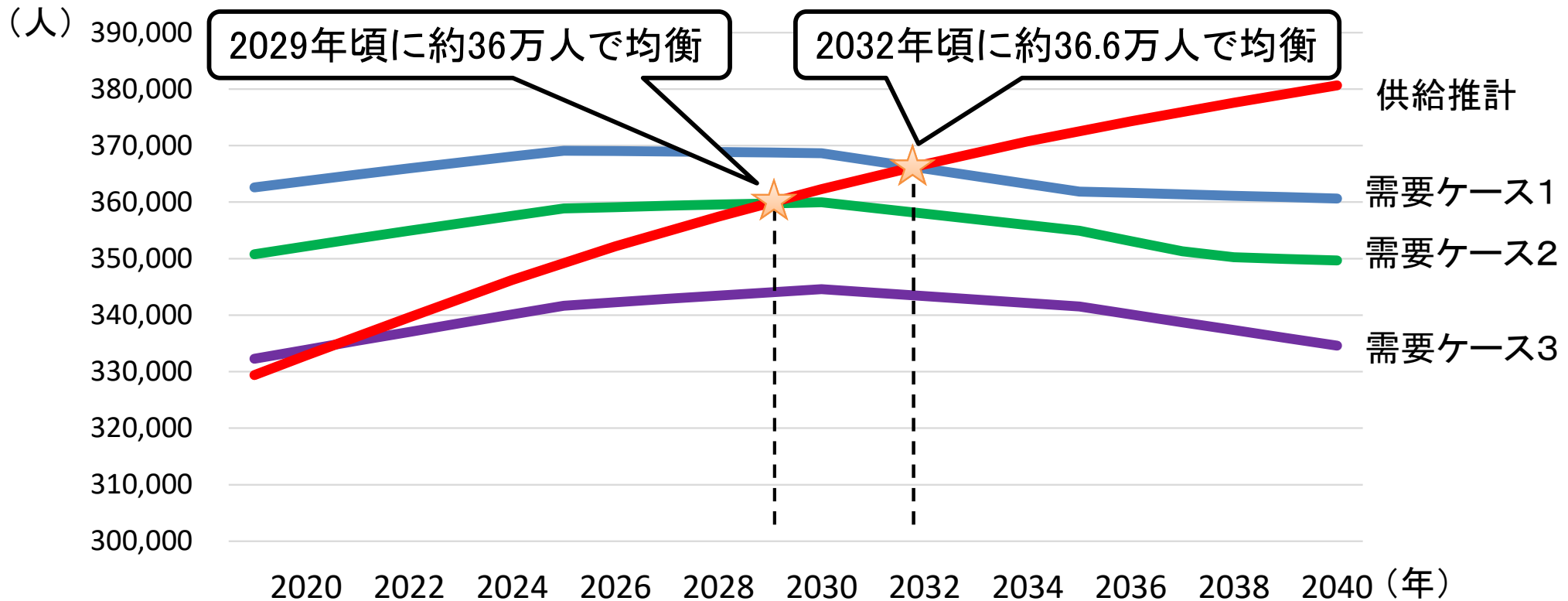
※ 性年齢階級別に異なる勤務時間を考慮するため、全体の平均勤務時間と性年齢階級別の勤務時間の比を仕事率とし、仕事量換算した。

・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)

医師需給分科会

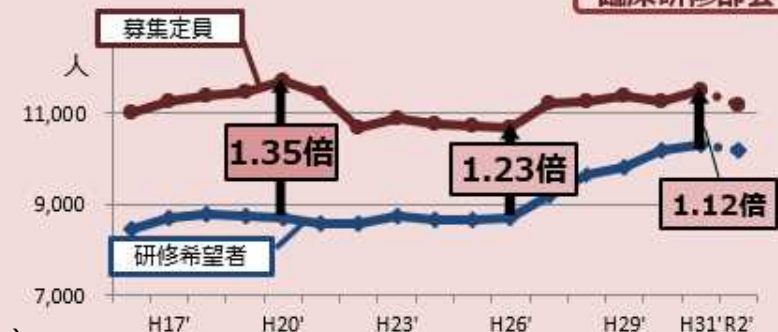
- 大学が特定の地域や診療科で診療を行うことを条件とした選抜枠を設け、都道府県が学生に対して奨学金を貸与する仕組みで、都道府県の指定する区域で一定の年限従事することにより返還免除される (一部例外あり)
- 令和7年度の医学部臨時定員については、令和元年度の医学部総定員数 (9,420人) を上限とし、令和6年度の枠組みを維持
- 令和8年度以降の医学部臨時定員については、各都道府県・大学の医師確保の現状を踏まえて改めて検討

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～)



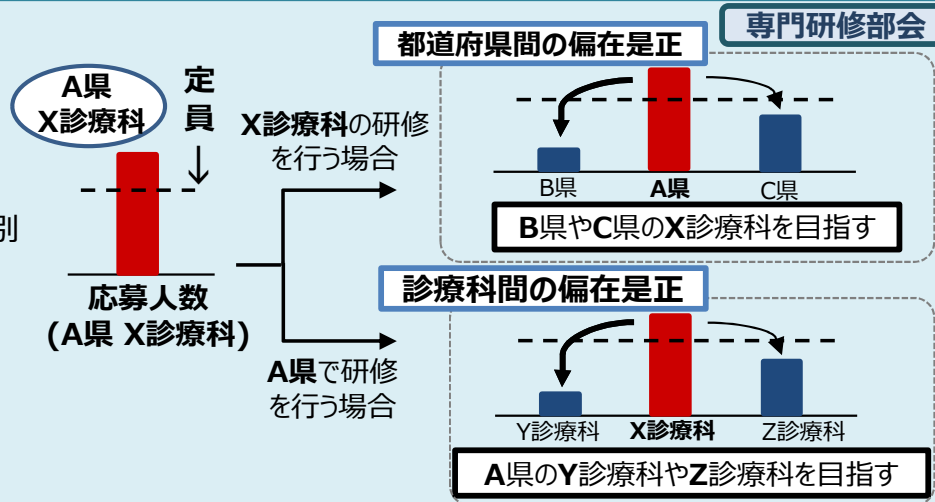
※臨床研修病院の指定、募集定員の設定権限を都道府県へ移譲する (2020年4月～)

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

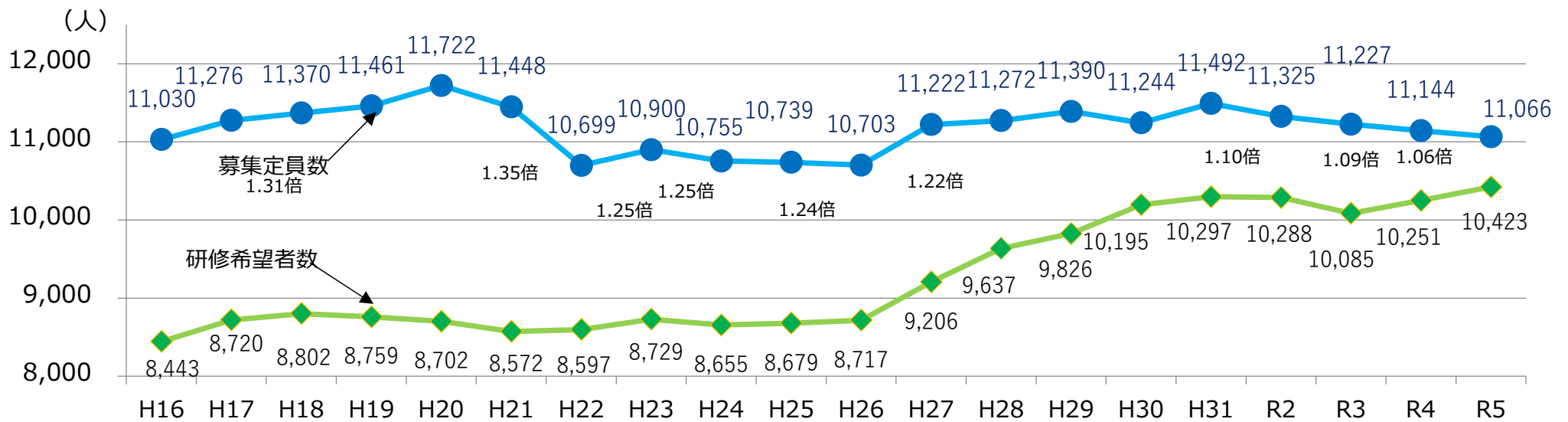
・平成22年度から臨床研修を開始する研修医について、厚生労働省が各都道府県の募集定員上限を設定

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

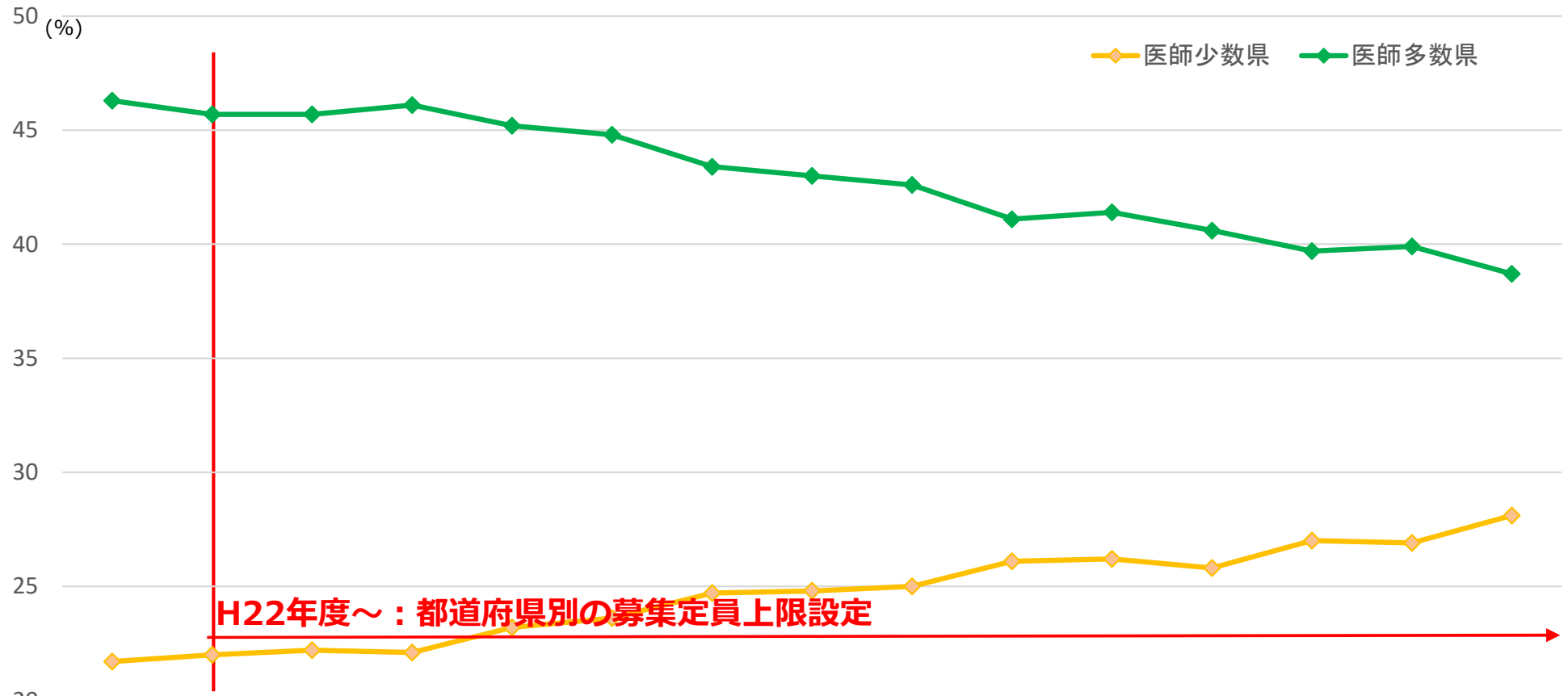
・募集定員倍率を令和7年度に約1.05倍まで縮小する
・令和3年度から臨床研修を開始する研修医について、各都道府県が、厚生労働省が設定した各都道府県の募集定員上限の範囲内で、当該都道府県内の病院の募集定員を設定

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。



	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R元	R2	R3	R4	R5
◆ 医師少数県	21.7	22.0	22.2	22.1	23.2	23.6	24.7	24.8	25.0	26.1	26.2	25.8	27.0	26.9	28.1
◆ 医師多数県	46.3	45.7	45.7	46.1	45.2	44.8	43.4	43.0	42.6	41.1	41.4	40.6	39.7	39.9	38.7

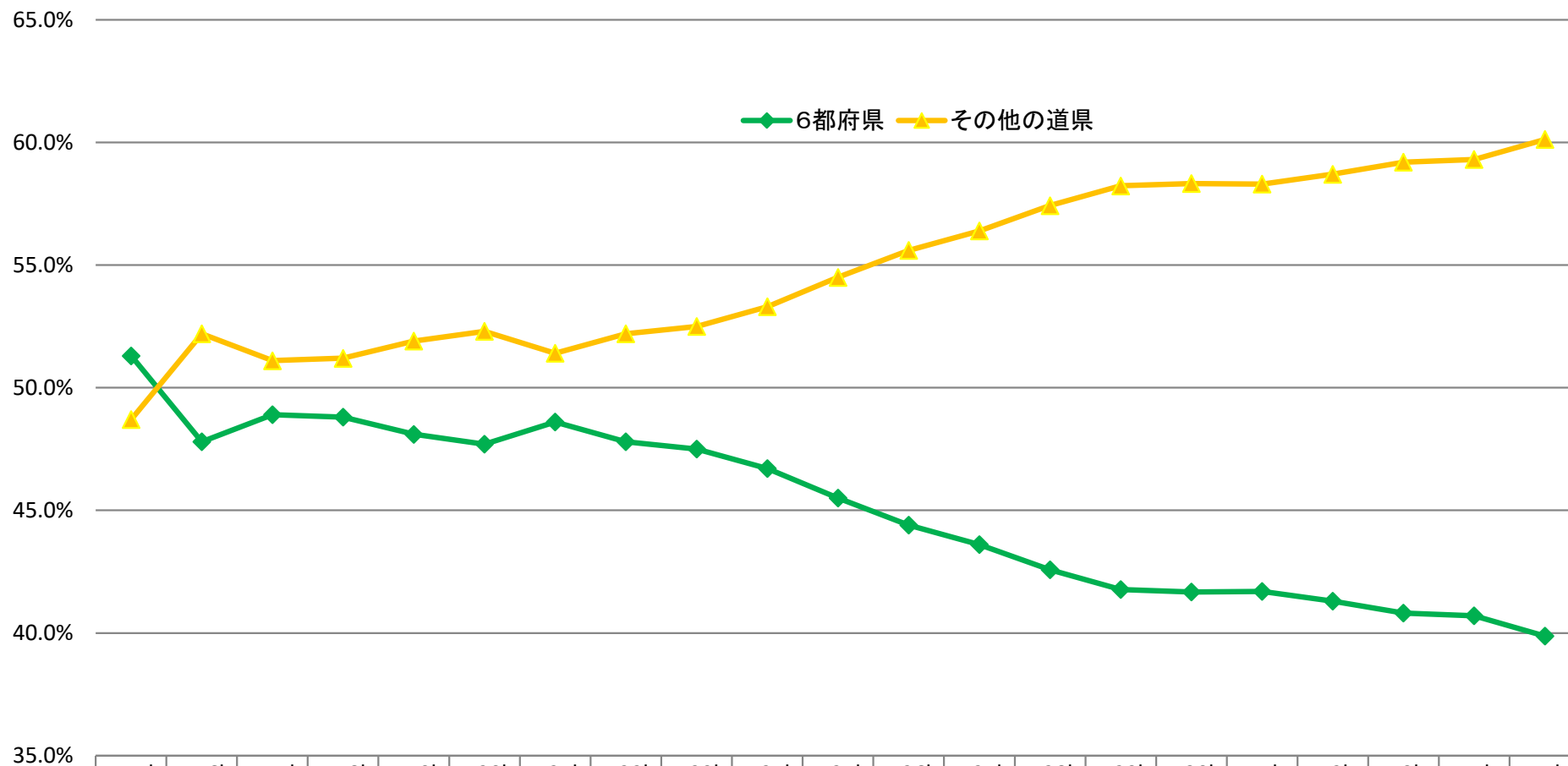
医師多数県及び医師少数県は医師偏在指標（厚生労働省：令和5年8月時点）による

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〉

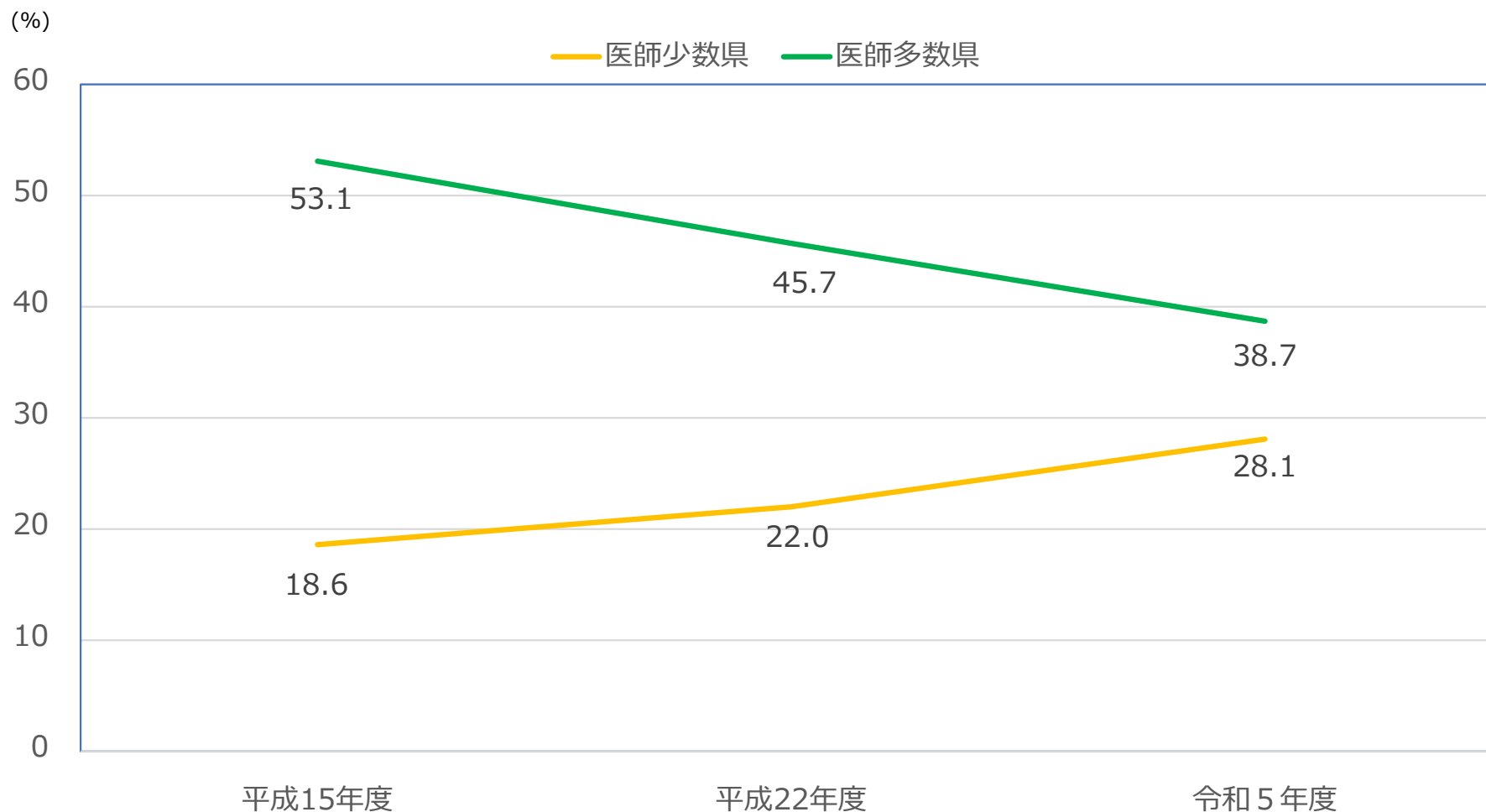
大都市部のある6都府県（東京・神奈川・愛知・京都・大阪・福岡）の採用人数の割合は、臨床研修の必修化前の51.3%（平成15年度）から39.9%（令和5年度）まで減少している



	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。

募集定員上限に占める採用人数の割合と医師偏在指標

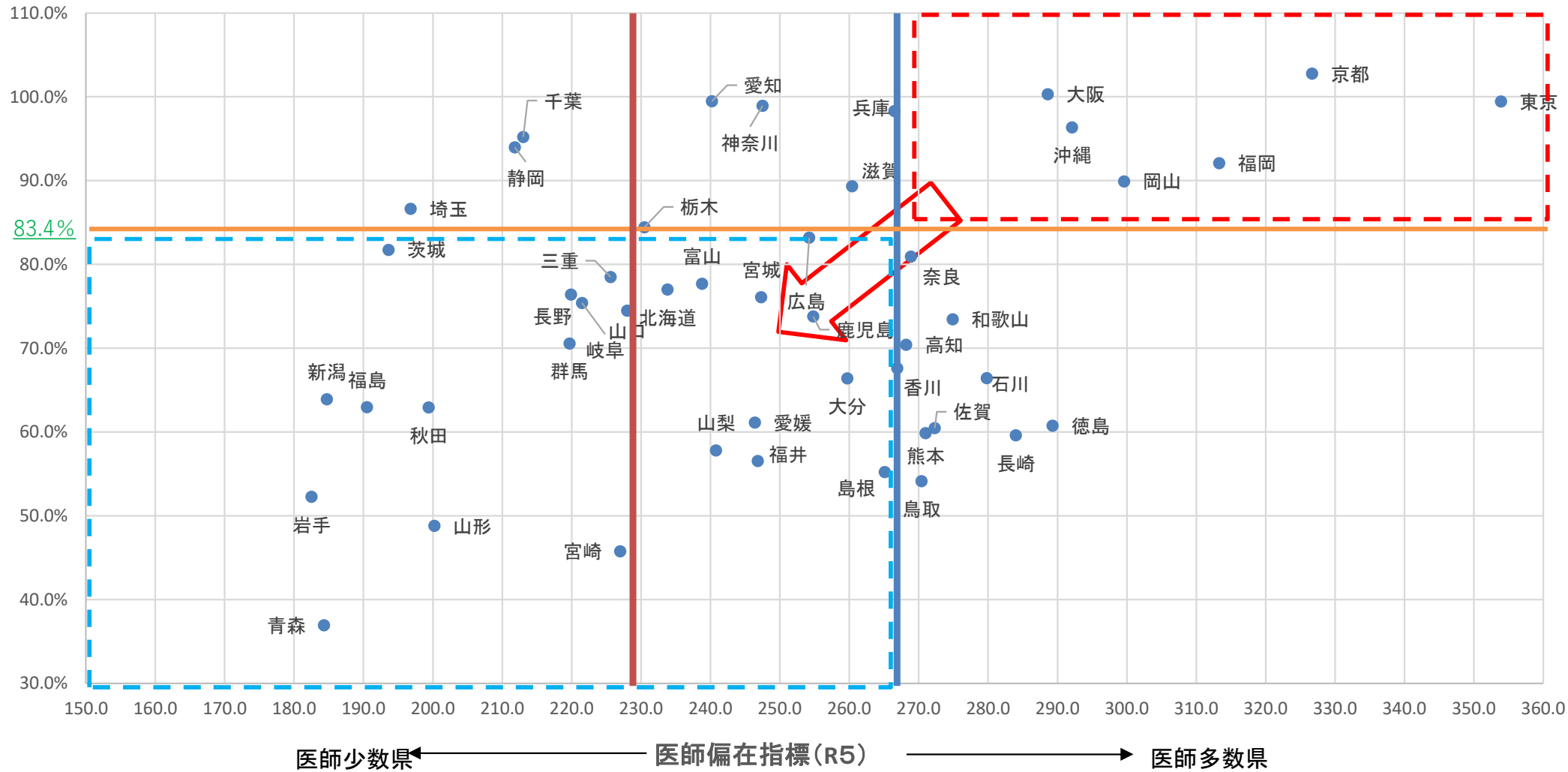
令和5年度第3回医道審議会医師分科会
医師臨床研修部会

資料1
一部改

令和5年10月4日

募集定員上限に占める採用人数の割合 (R5) 全国平均

83.4%



【出典】
・医師偏在指標は令和6年1月時点

令和5年度専攻医採用におけるシーリング

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
令和5年6月22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)

専攻医採用数 都道府県別一覽表

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
令和5年6月22日

資料1(日本専門医機構資料)

令和5年4月13日時点 確定値

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

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

※青いセルは医師少数県、黄色いセルは医師多数県

専攻医採用数 診療科別一覽表

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
令和5年6月22日

資料1(日本専門医機構資料)

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

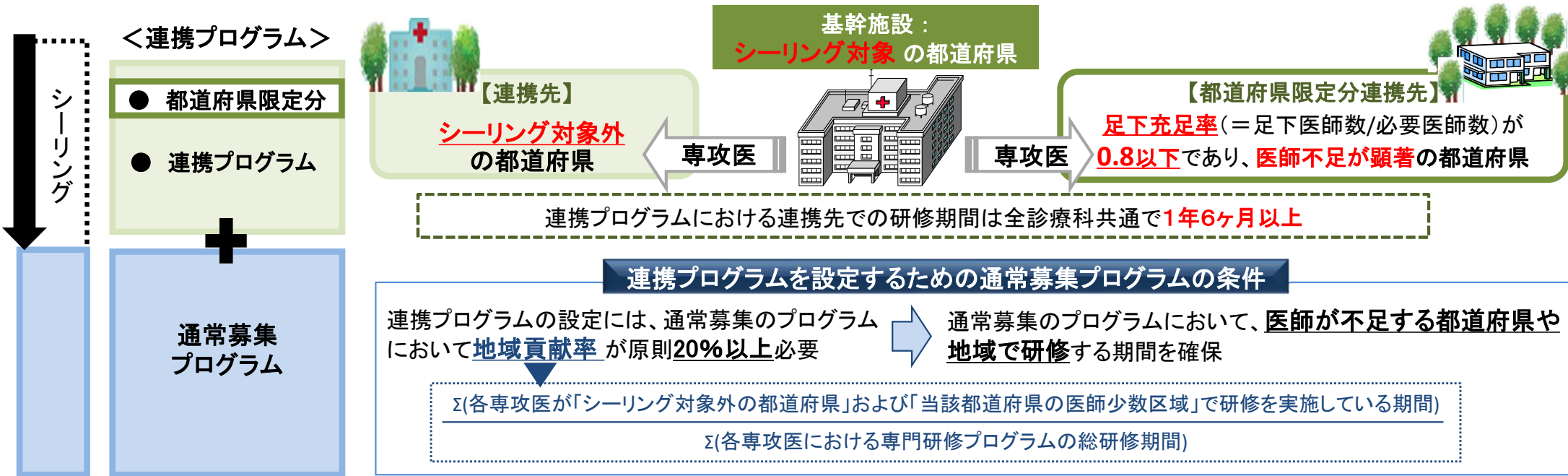
※黄緑色のセルはシーリング対象の科

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 = 上記連携(地域研修)プログラムのうちの5%分**

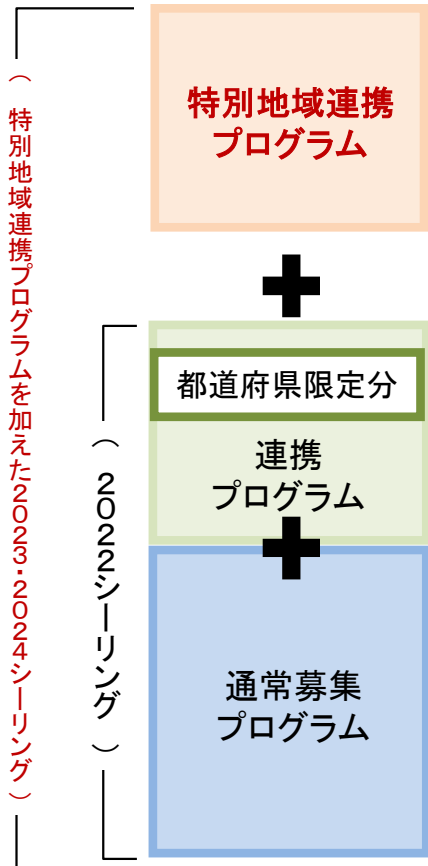
【連携(地域研修プログラム)の実績】		
	連携プログラム	うち都道府県限定分
2020年	271	67
2021年	388	145

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

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

2024年度専攻医募集におけるシーリング(案)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。



【連携先】	【採用数】	【研修期間】
<p>原則 <u>足下充足率^{※1}が0.7以下(小児科については0.8以下)</u>の都道府県のうち、</p> <ul style="list-style-type: none"> 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} 	<p>原則 <u>都道府県限定分と同数</u></p>	<p>全診療科共通で <u>1年以上</u></p>
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)

