



今後の医師偏在対策と令和8年度医学部臨時定員に係る方針について

厚生労働省 医政局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

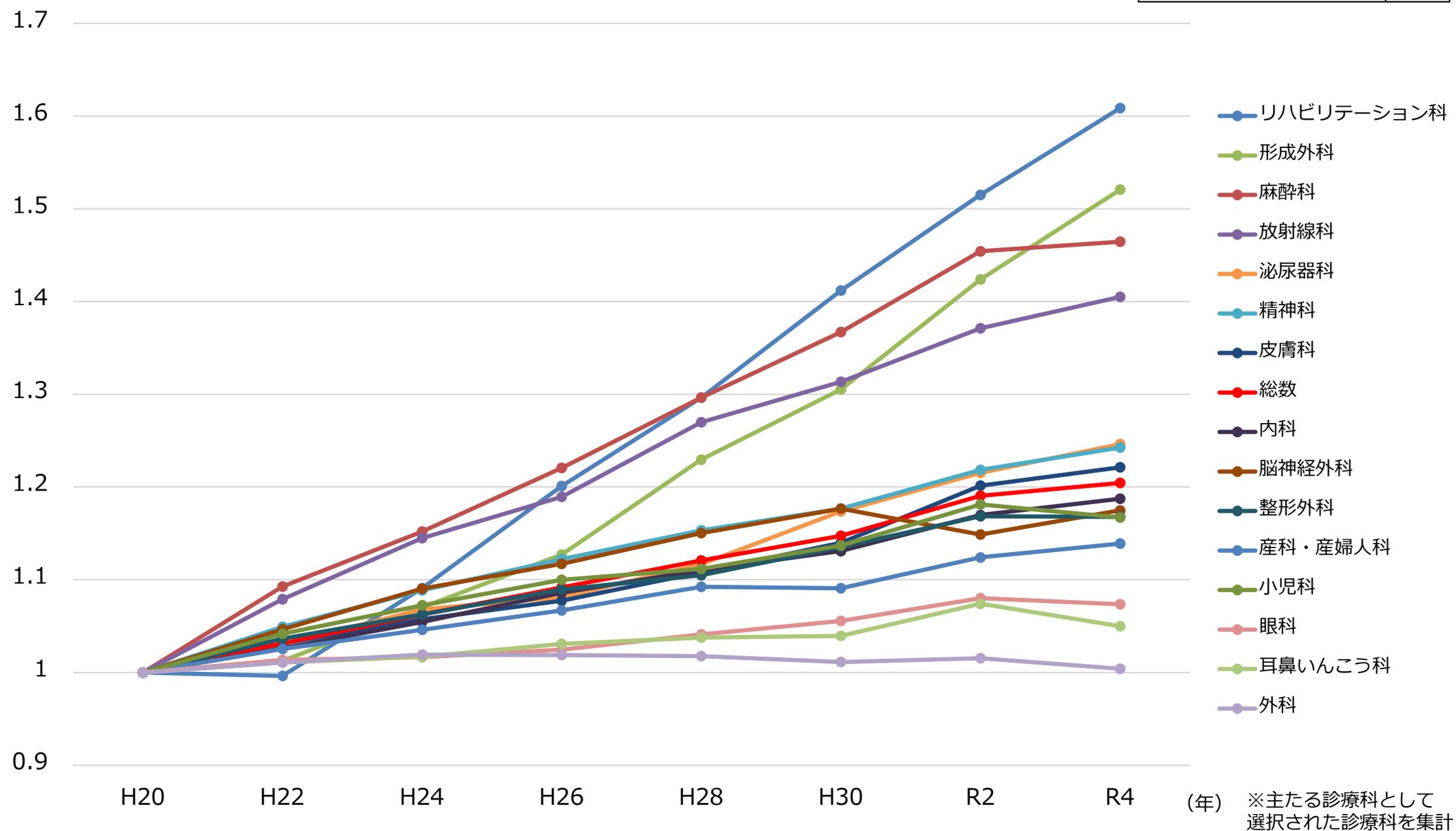
目次

1. 今後の医師偏在対策について（診療科間の偏在）・・・P. 3
2. 令和8年度医学部臨時定員に係る方針について・・・P. 27
3. 参考資料・・・P. 37

1. 今後の医師偏在対策について（診療科間の偏在）

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

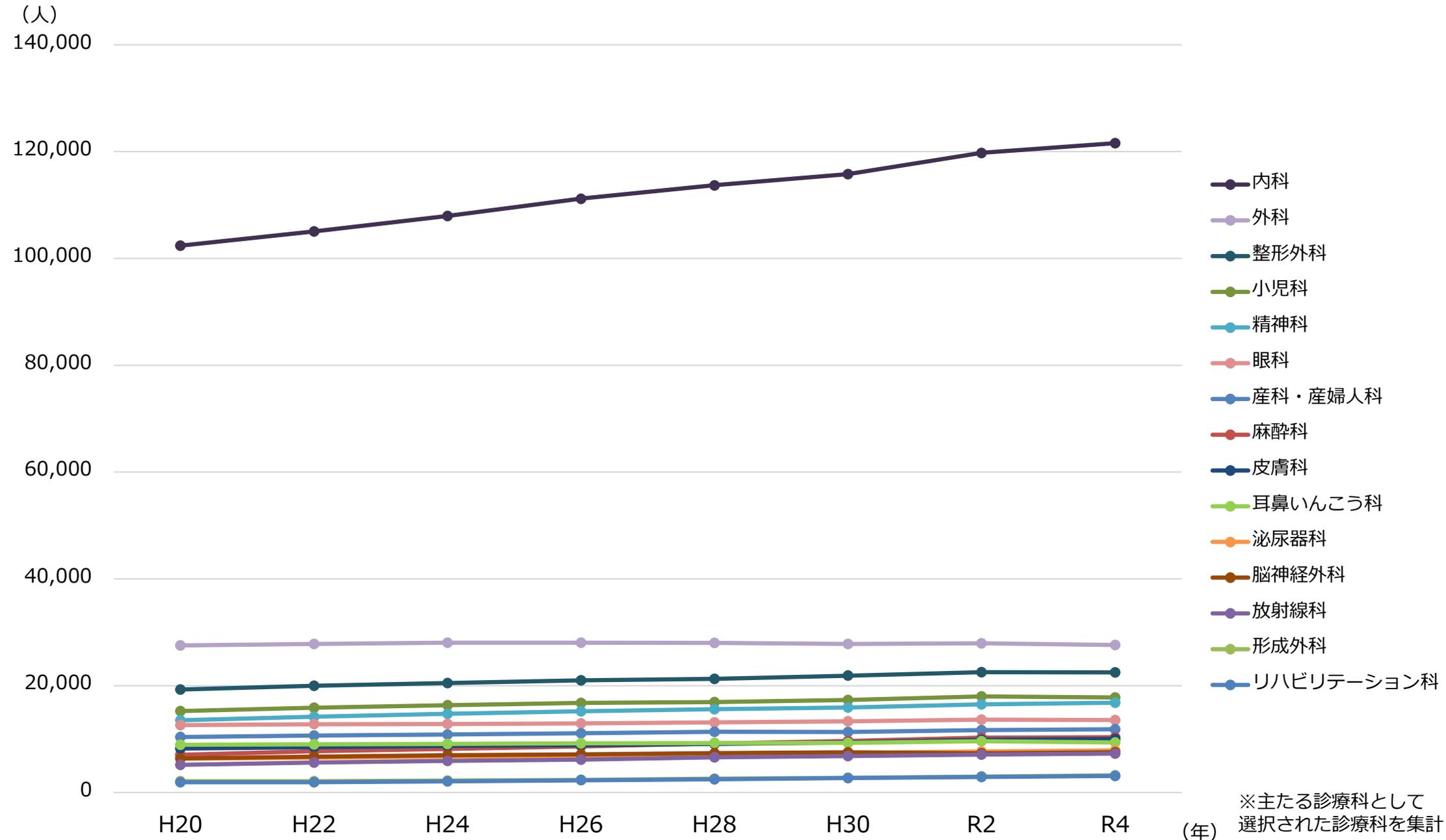


※主たる診療科として
選択された診療科を集計

※内科：内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、脳神経内科、糖尿病内科、血液内科、アレルギー科、リウマチ科、感染症内科、心療内科
 ※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

診療科別医師数の推移

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



※主たる診療科として
選択された診療科を集計

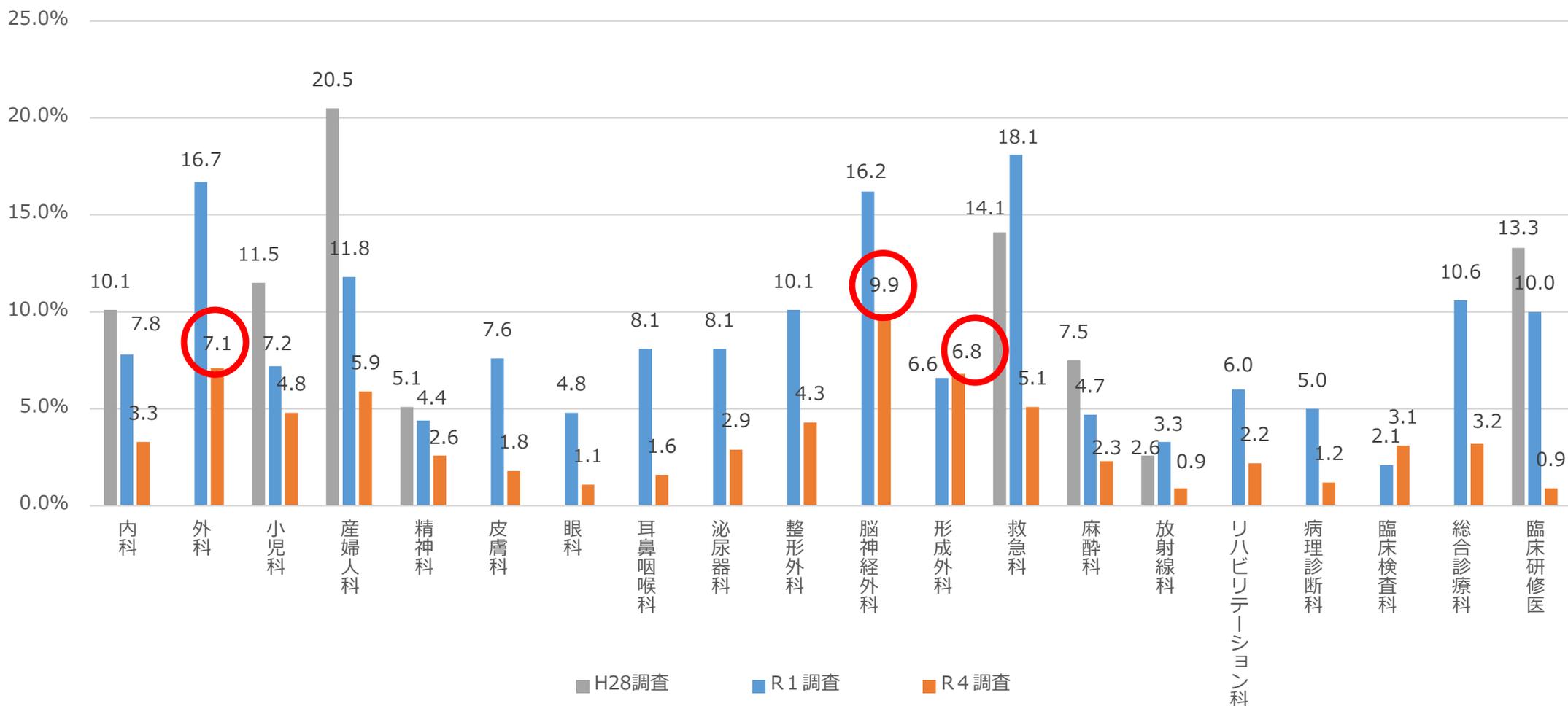
※内科：内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、脳神経内科、糖尿病内科、血液内科、アレルギー科、リウマチ科、感染症内科、心療内科
※外科：外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

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

令和5年10月12日医師の働き方改革の推進に関する検討会資料（一部改変）

○ 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。

「日本専門医機構における医師専門研修シーリングによる医師偏在対策の効果検証」における 専攻医アンケート調査結果

第6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9月20日

専門研修プログラムの専攻領域を決めた時期

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

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

出典：令和5年度厚生労働行政推進調査事業補助金（厚生労働科学特別研究）

「日本専門医機構における医師専門研修シーリングによる医師偏在対策の効果検証」（研究代表者：日本専門医機構理事長 渡辺毅）

「日本専門医機構における医師専門研修シーリングによる医師偏在対策の効果検証」における 専攻医アンケート調査結果

第6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9月20日

現在の基本領域を選択した理由（複数回答）

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

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

出典：令和5年度厚生労働行政推進調査事業補助金（厚生労働科学特別研究）

「日本専門医機構における医師専門研修シーリングによる医師偏在対策の効果検証」（研究代表者：日本専門医機構理事長 渡辺毅）

「日本専門医機構における医師専門研修シーリングによる医師偏在対策の効果検証」における 専攻医アンケート調査結果

第6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9月20日

一部改

希望していた基本領域を選択しなかった理由（複数回答）

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

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

出典：令和5年度厚生労働行政推進調査事業補助金（厚生労働科学特別研究）

「日本専門医機構における医師専門研修シーリングによる医師偏在対策の効果検証」（研究代表者：日本専門医機構理事長 渡辺毅）

専攻領域の選択に係るアンケート調査結果のまとめ

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

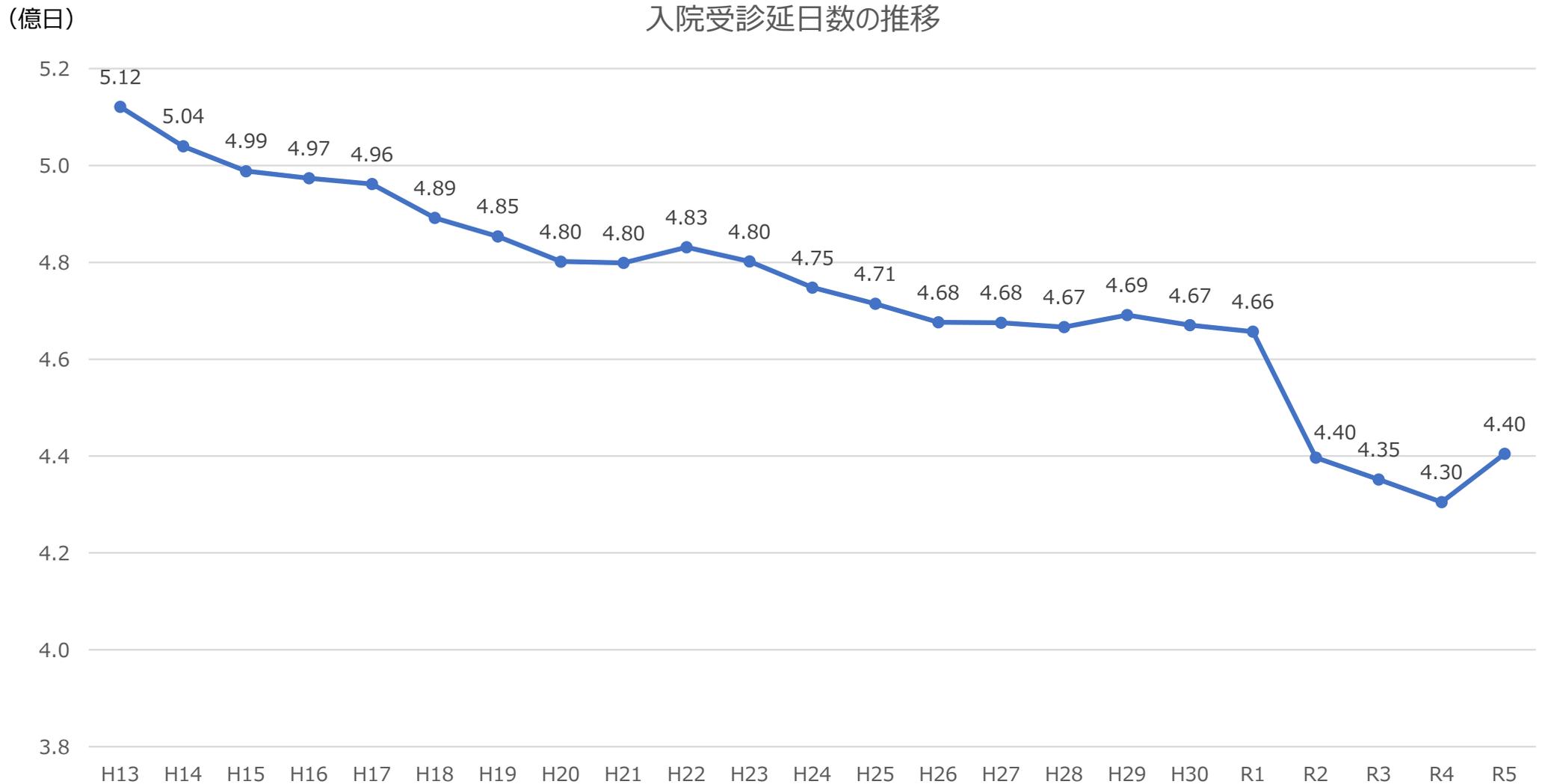
- 専攻領域を決めた時期については、**半数近くの専攻医（53.2%）が「臨床研修2年目」**であったが、領域によって、決めた時期に特徴がみられ、小児科では「医学部入学前」、外科、産婦人科、脳神経外科では「医学部後半（臨床実習開始後）」の割合が相対的に高かった。
- 専攻領域を選択した理由としては、「**やりがいを感じるから（62.6%）が最も多く**、次いで「将来にわたって専門性を維持しやすいから」（36.6%）であるが、**基本領域によって最も多かった選択理由は異なる結果**となった。
- 専攻領域として外科を選択した理由として、「やりがいを感じるから」（77.7%）が最も多く、次いで「手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



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

入院の受診延日数の推移（平成13年度～令和5年度）

○入院の受診延日数は減少傾向にある。



資料出所：厚生労働省「医療費の動向調査」（2023年度）

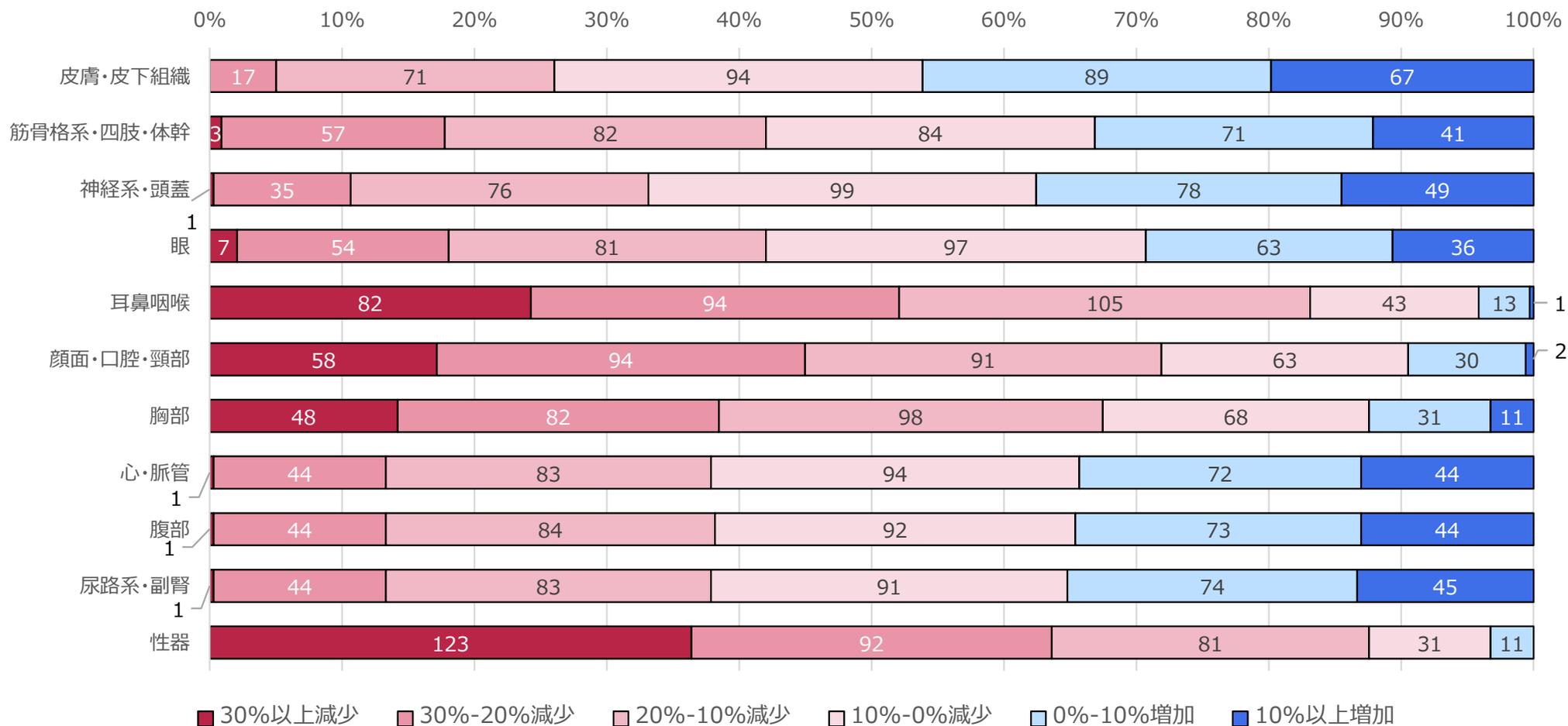
※1 労災・全額自費等の費用を含まない概算医療費ベース。なお、概算医療費は、医療機関などを受診し傷病の治療に要した費用全体の推計値である国民医療費の約98%に相当。

※2 各年度の入院受診延日数の推移をみたもの。

2040年における診療領域別の手術件数の変化について

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

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



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

高齢者の急性期における疾病の特徴

85歳以上の急性期における入院は、若年者と比べ、医療資源を多く要する手術を実施するものは少なく、疾患の種類は限定的で、比較的多くの病院で対応可能という特徴がある。

85歳以上の頻度の高い傷病名（注）

傷病名	手術	割合	累積	病院数
食物及び吐物による肺臓炎	なし	5.8%	5.8%	3,726
うっ血性心不全	なし	5.1%	10.8%	3,350
コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	なし	3.6%	14.5%	3,369
肺炎, 詳細不明	なし	2.7%	17.2%	3,399
転子貫通骨折 閉鎖性	あり	2.4%	19.6%	2,510
尿路感染症, 部位不明	なし	2.3%	21.9%	3,399
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	あり	2.0%	23.9%	2,511
細菌性肺炎, 詳細不明	なし	1.6%	25.4%	2,615
体液量減少 (症)	なし	1.6%	27.0%	3,480
腰椎骨折 閉鎖性	なし	1.4%	28.4%	3,540

15-65歳の頻度の高い傷病名（注）

傷病名	手術	割合	累積	病院数
大腸<結腸>のポリープ	あり	2.2%	2.2%	2,811
睡眠時無呼吸	なし	1.2%	3.4%	1,881
コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	なし	0.8%	4.2%	2,680
尿管結石	あり	0.8%	5.0%	1,138
穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	なし	0.8%	5.8%	2,603
乳房の悪性新生物<腫瘍>, 乳房上外側4分の1	あり	0.8%	6.6%	1,129
急性虫垂炎, その他及び詳細不明	あり	0.8%	7.3%	1,877
子宮平滑筋腫, 部位不明	あり	0.7%	8.0%	840
一側性又は患側不明のそけい<鼠径>ヘルニア, 閉塞及びえ<壊>瘻を伴わないもの	あり	0.7%	8.8%	2,141
気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>, 上葉, 気管支又は肺	なし	0.7%	9.5%	1,055

85歳以上の上位50疾患までの 手術ありの数 累積割合
15 51%

15歳～65歳の上位50疾患までの 手術ありの数 累積割合
30 28%

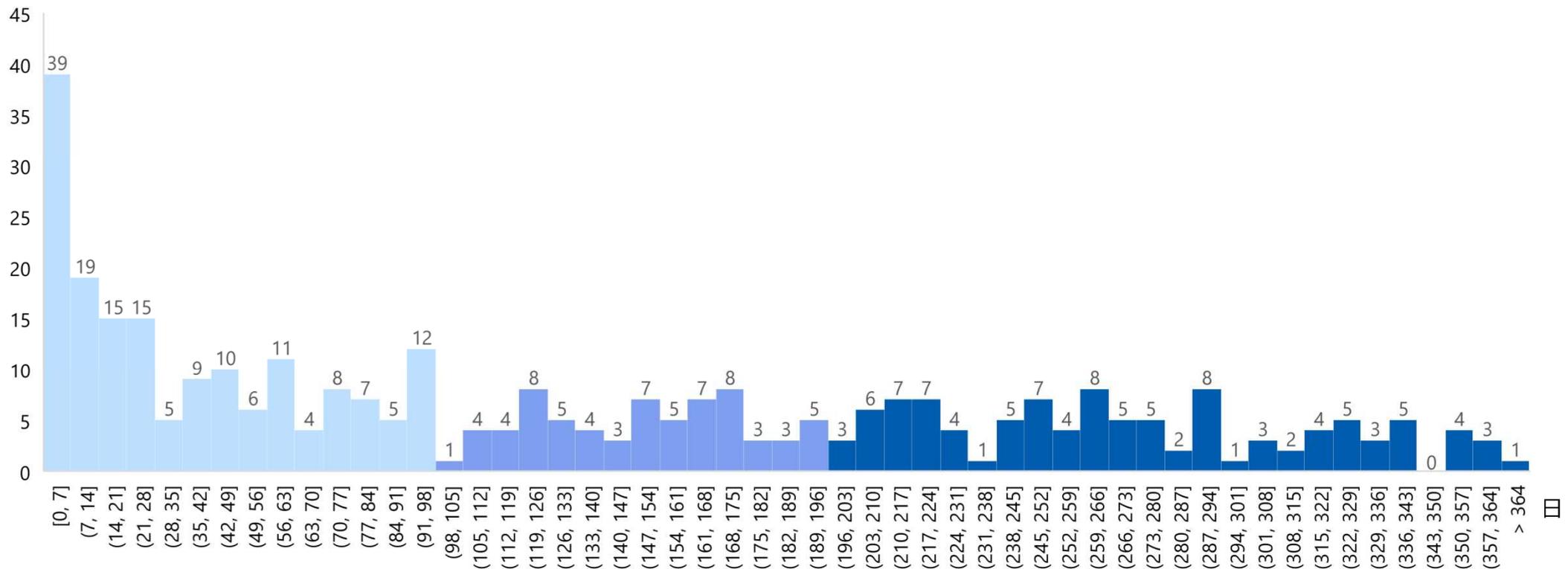
注 傷病名は、急性期入院料等を算定する病棟におけるICD-10傷病名

24時間緊急手術を実施するために必要な体制について

- 緊急手術を24時間体制で実施するためには、手術の主たる診療科、救急部門、麻酔科に関わる医師・看護師のほか、血液検査や画像検査等の検査部門、薬剤部門等、様々な人員が必要となる。
- 二次医療圏毎に年間における夜間や休日等の緊急手術（※）を実施する日数は、360日以上実施する医療圏は3、300日以上は31、200日以上は102、100日以下の医療圏は165であった。

二次医療圏数

二次医療圏別の年間での時間外等の緊急手術（※）の発生日数



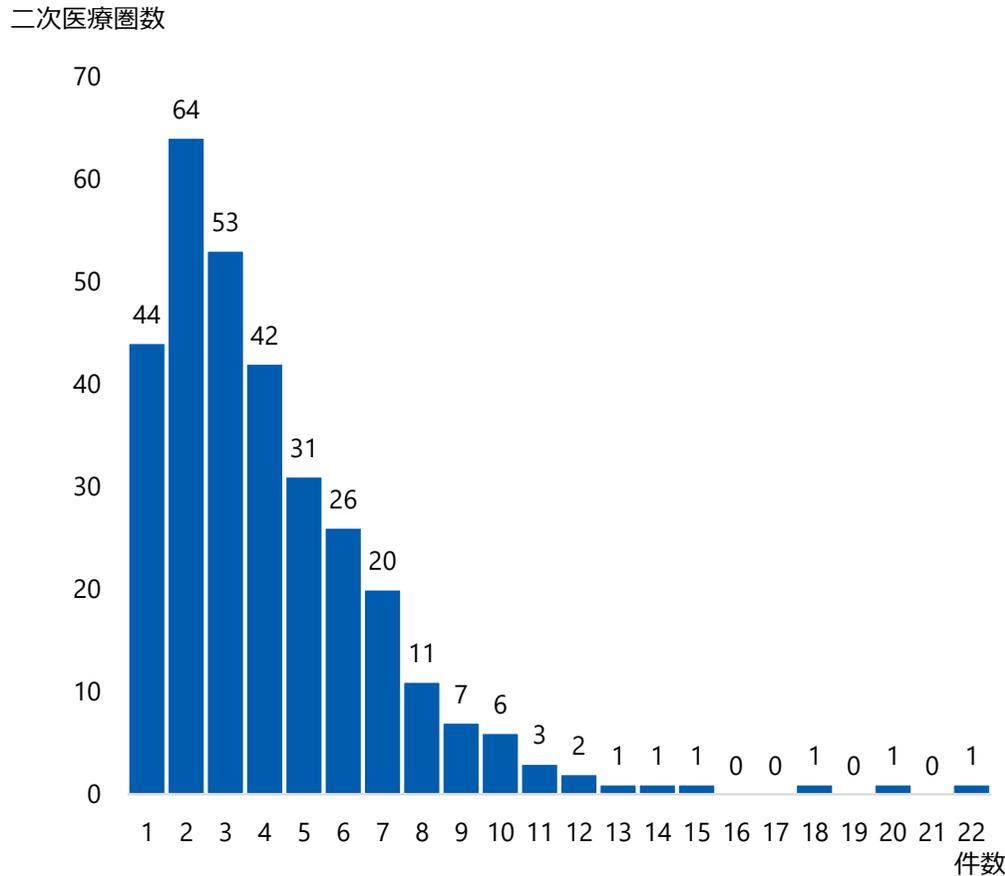
2022年度NDBデータ

※緊急手術：時間外加算、休日加算、深夜加算を算定する全身麻酔を実施する手術及び帝王切開

時間外等の緊急手術の件数と対応状況について

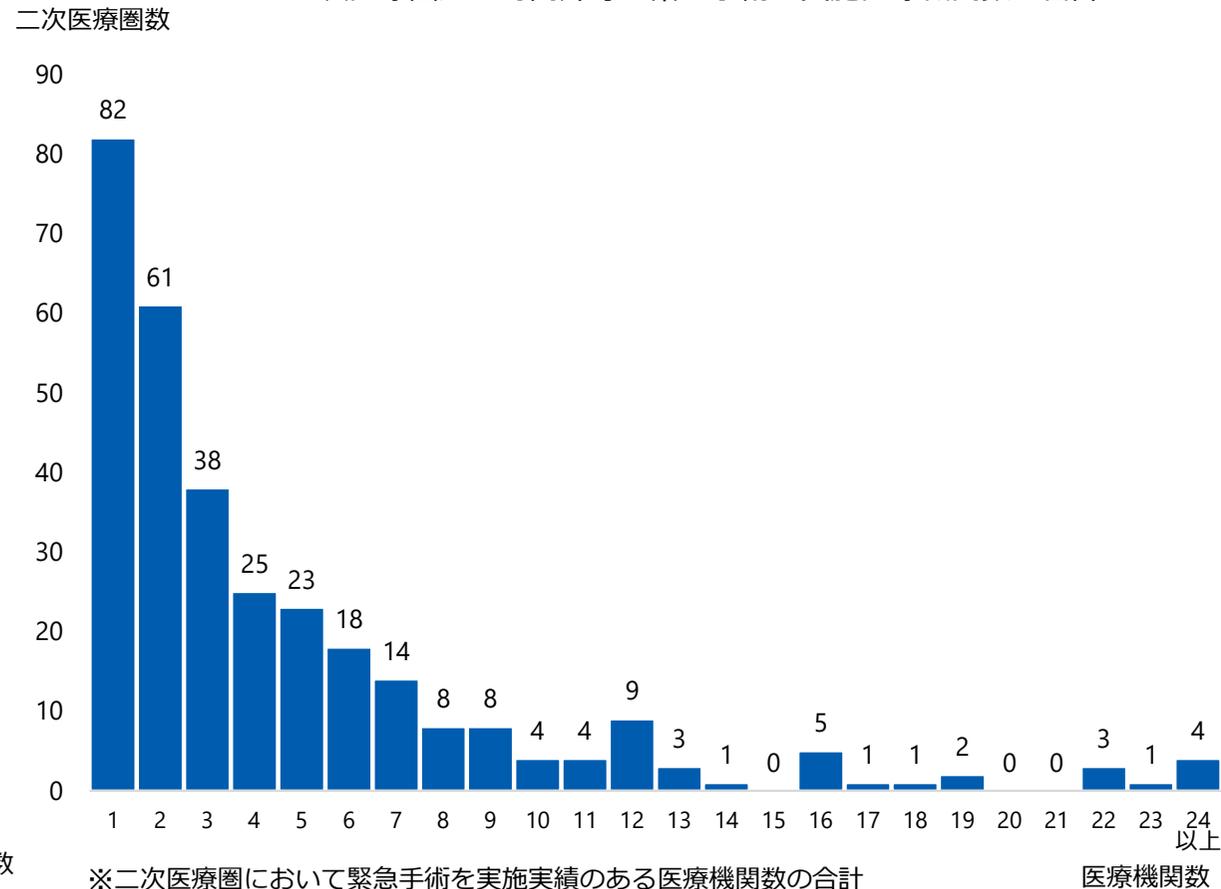
- ・二次医療圏において、1日あたりの時間外等の緊急手術について、1年のうち最多の日でも1 - 4件程度である二次医療圏が大半となっている。
- ・緊急手術を実施する医療機関数が1である二次医療圏は82、2である二次医療圏は61あり、その他の医療圏は3医療機関以上において緊急手術を実施する体制にある。

時間外等の緊急手術の1日当たり最大件数（二次医療圏）



2022年度NDBデータ

二次医療圏別の時間外等の緊急手術の実施医療機関数の合計



※二次医療圏において緊急手術を実施実績のある医療機関数の合計

医療機関数

※緊急手術：時間外加算、休日加算、深夜加算を算定する全身麻酔を実施する手術及び帝王切開

外科領域専門研修プログラムにおいて学会が定めている基準の状況

- ・外科領域専門研修プログラムにおいては、専門研修施設について、指導体制確保の観点での指導医等の配置に係る基準の他、経験すべき症例数の確保のために、手術症例数の集積状況に係る基準を設けている。
- ・専攻医受入に当たっても、専攻医1名当たりの症例数を確保するための基準を設けつつ、専攻医の過度の集中を避けるための仕組みなど、地域医療に与える影響にも配慮がなされている場合がある。

専門研修施設に係る基準（日本外科学会専門研修プログラム整備基準）

【専門研修基幹施設】

- ・日本外科学会指導医、外科専門医が合計3人以上常勤し、うち2名はプログラム統括責任者の基準を満たしている。
- ・年間500例以上のNCD登録外科手術症例数を有している。

【専門研修連携施設】

- ・専門研修指導医（外科専門医更新を1回以上経た外科専門医）が最低1人以上常勤している。
- ・年間50例以上のNCD登録外科手術例数を有している。

専攻医受入に係る基準（日本外科学会専門研修プログラム整備基準）

- ・専攻医1人あたり専門研修施設群のNCD登録数は3年間で500例以上を確保すること。
- ・専門研修指導医1名につき学年を問わず、3名の専攻医を超えないような管理体制をとる。

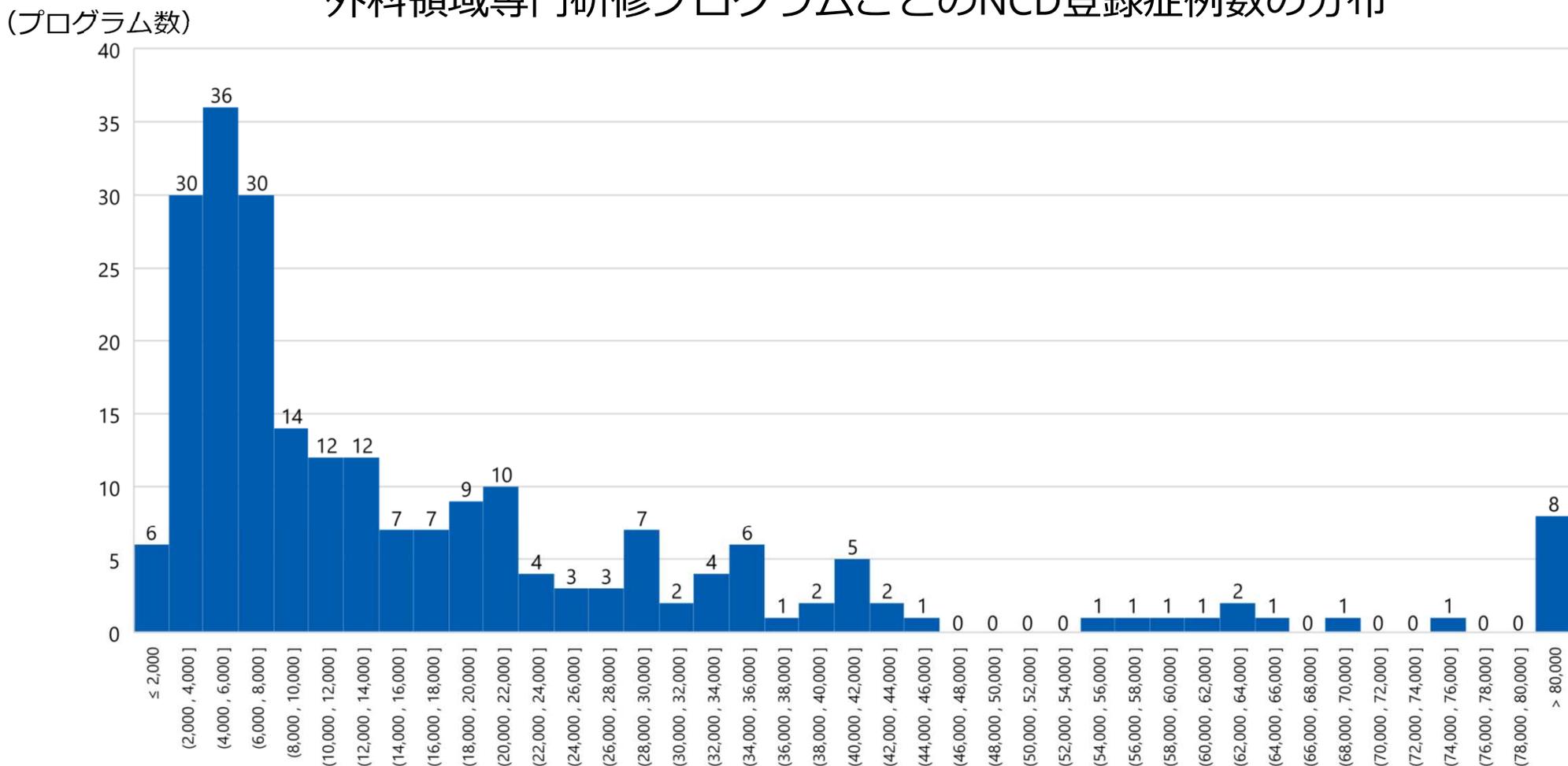
※地域医療等への配慮

- ・地域医療に配慮した例外的救済措置は専門研修プログラム研修施設評価・認定部門で個別に協議・判断する。
- ・専攻医募集定員数の算定に際しては、都市部への医師偏在を防ぐための自主的な取り組みとして、以下の運用ルールに基づいて定員数を設定する。
 - 1) 3年間の受入上限数が30名以上の研修プログラムは、原則として単年度の募集希望数の上限をその1/3とする。このうち、大学が基幹施設となっている研修プログラムについては、原則として単年度の募集希望数の上限をその30%とする。
 - 2) 3年間の受入上限数が10～29名の研修プログラムは、原則として単年度の募集希望数の上限をその40%とする。
 - 3) 3年間の受入上限数が10名未満の研修プログラムは、単年度の募集希望数の上限を受入上限数以内とする。

外科領域専門研修プログラムにおける研修体制の状況

- 外科領域専門研修プログラムの研修施設における症例数にはばらつきがあり、症例数が相対的に少ないプログラムが一定数存在する。

外科領域専門研修プログラムごとのNCD登録症例数の分布



(NCD登録症例数 (3年間))

※専門医機構が認定した外科領域専門研修プログラム246のうち、NCD登録症例数が公表されている230のプログラムについて集計を実施。

※公表されているプログラムごとのNCD症例登録数については、プログラムによっては概数になっている等、正確性には一定の限界があることに留意。

※概ね2024年度のプログラムにおける数値であるが、一部学会については2024年度以外又は募集年度が不明であり、利用可能な最新の情報を活用した。

様々な手術において、症例の多い医療機関ほど死亡リスクが低い傾向があることが知られている。

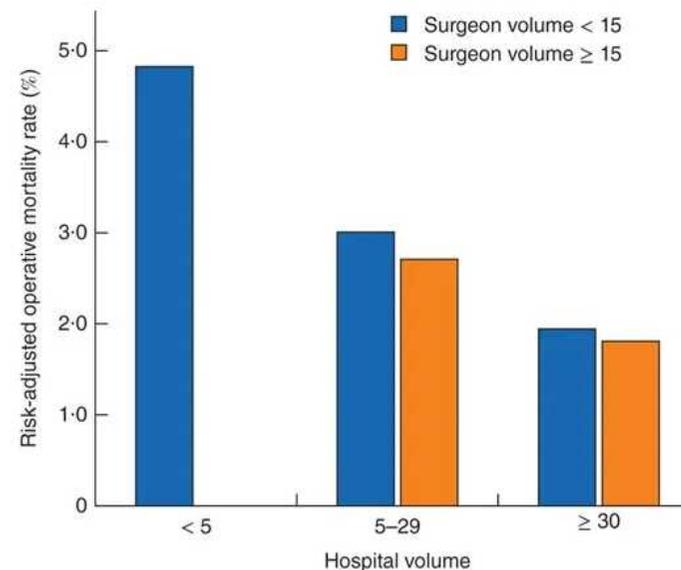
胃や大腸、肺等のがんに対する手術について、症例数の少ない医療機関において死亡リスクが高い傾向が見られた。

食道切除術について、症例数の多い医療機関では術後・30日死亡率が症例数の少ない施設と比べて低い傾向が見られた。

手術種類毎の医療機関の症例数規模と死亡リスク

	Stomach		Colorectum		Lung		Breast		Uterus	
	HR	95% CI	HR	95% CI	HR	95% CI	HR	95% CI	HR	95% CI
Adjusted HR										
High	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Medium	1.14	0.95-1.36	1.08	0.94-1.24	1.20	0.87-1.67	1.09	0.91-1.30	1.10	0.89-1.35
Low	1.30	1.10-1.53	1.16	1.02-1.31	1.03	0.75-1.42	1.10	0.92-1.31	1.15	1.00-1.32
Very low	1.82	1.54-2.17	1.57	1.36-1.81	1.49	1.09-2.04	1.39	1.17-1.64	1.36	1.13-1.64

食道切除術の症例数規模と死亡率の関係



Okawa et al. Hospital volume and postoperative 5-year survival for five different cancer sites: A population-based study in Japan. *Cancer Science*. 2020

Nishigori et al. Impact of hospital volume on risk-adjusted mortality following oesophagectomy in Japan. *Br J Surg*. 2016

新たな地域医療構想の基本的な方向性（案）

病床の機能分化・連携を中心とした地域医療構想をバージョンアップし、85歳以上の高齢者の増加や人口減少がさらに進む2040年頃、さらにその先も見据え、全ての地域・全ての世代の患者が適切な医療を受けられる体制を構築できるよう、入院医療だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の新たな地域医療構想を策定する。

現行の地域医療構想

病床の機能分化・連携

新たな地域医療構想

入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の課題解決を図るための地域医療構想へ

地域の患者・要介護者を支えられる地域全体を俯瞰した構想

85歳以上の高齢者の増加に伴う高齢者救急や在宅医療等の医療・介護需要の増大等、2040年頃を見据えた課題に対応するため、入院に限らず医療提供体制全体を対象とした地域医療構想を策定する。

今後の連携・再編・集約化をイメージできる医療機関機能に着目した医療提供体制の構築

病床機能だけでなく、急性期医療の提供、高齢者救急の受け皿、在宅医療提供の拠点等、地域で求められる医療機関の役割も踏まえ医療提供体制を構築する。

限られたマンパワーにおけるより効率的な医療提供の実現

医療DXや働き方改革の取組、地域の医療・介護の連携強化等を通じて、生産性を向上させ、持続可能な医療提供体制モデルを確立する。

病床機能・医療機関機能の整理（イメージ）

これまでの地域医療構想では、病床数に着目した協議になって医療機関の役割分担・連携の推進につながりにくい、病床機能報告において必ずしも客観的でない報告がなされる、必要病床数と基準病床数の関係性がわかりにくい等の課題があった。



新たな地域医療構想においては、以下の3つの観点に基づき、病床機能・医療機関機能の整理を行い、医療提供体制を構築していく。

病床区分毎の必要量

基本的に診療実績データをもとに、病床区分毎に2040年における地域の病床の必要量を推計。将来の病床の必要量と基準病床数との関係を整理し、位置づけを明確化。

医療機関機能の明確化

地域での医療提供体制を検討・議論するにあたり、連携・再編・集約化に向けて、地域で求められる役割を担う医療機関機能を新たに地域医療構想に位置づける。

医療機関の報告等

地域の状況・取組進捗等を把握し、地域で協議を行って取組を推進するとともに、国民・患者に共有することを目的に、病床機能や医療機関機能を報告する。その際、診療報酬における届出等に応じた客観性を有する報告とし、一定の医療機関の役割を明確にする仕組みを創設。

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

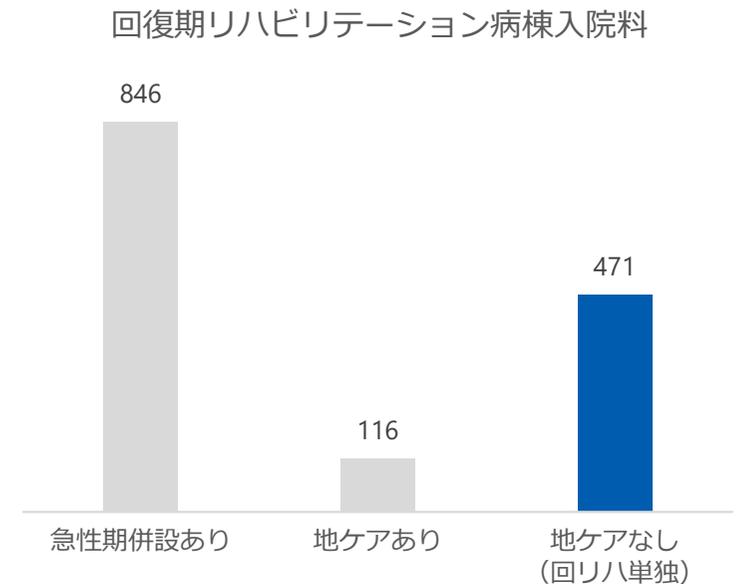
地域ごとに求められる医療機関機能

- 医療機関機能としては、地域ごとに、【高齢者救急の受け皿となり、地域への復帰を目指す機能】、【在宅医療を提供し、地域の生活を支える機能】、【救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能】（必要に応じて圏域を拡大して対応）を確保することが考えられる。
- このほか、地域によっては、回復期リハビリテーションや一部の診療科に特化した医療機関等が存在し、その役割を發揮している。

■地域ごとに求められる医療機関機能

医療機関機能	具体的な内容（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	<ul style="list-style-type: none"> 救急搬送を受けるだけでなく、入院早期からのリハビリ等の離床のための介入を行う 必要に応じて専門病院等と協力・連携するとともに、高齢者が抱える背景事情も踏まえて退院調整を行うなどにより早期退院につなげ、他施設とも連携しながら通所や訪問でのリハビリを継続できる
在宅医療を提供し、地域の生活を支える機能	<ul style="list-style-type: none"> 地域で在宅医療を実施し、他の医療機関、訪問看護ステーション、歯科医療機関、薬局、介護施設等と連携して、24時間の対応や在宅患者の入院対応ができる
救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能	<ul style="list-style-type: none"> 持続可能な医療従事者の働き方や医療の質も確保するため、搬送体制の強化等に取り組みつつ、一定の症例数を集約して対応する地域の拠点として対応できる

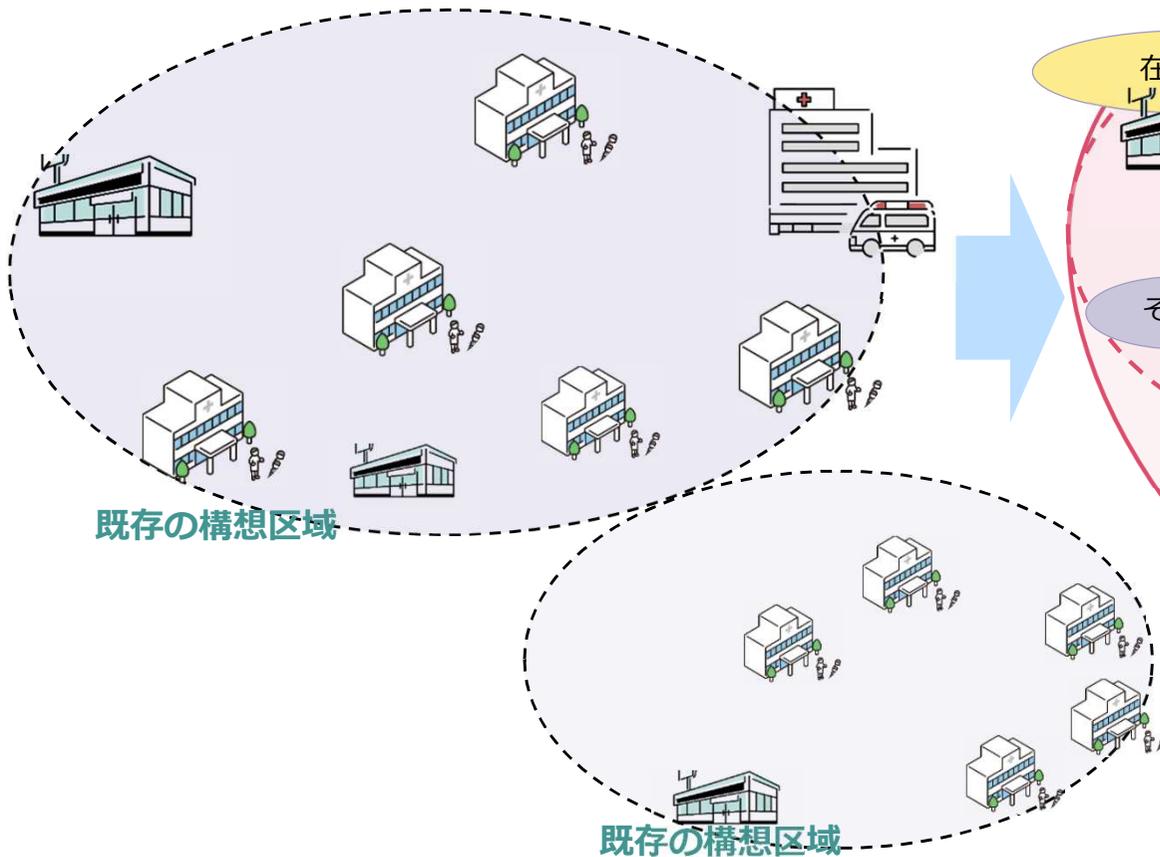
■その他の医療機関機能の例



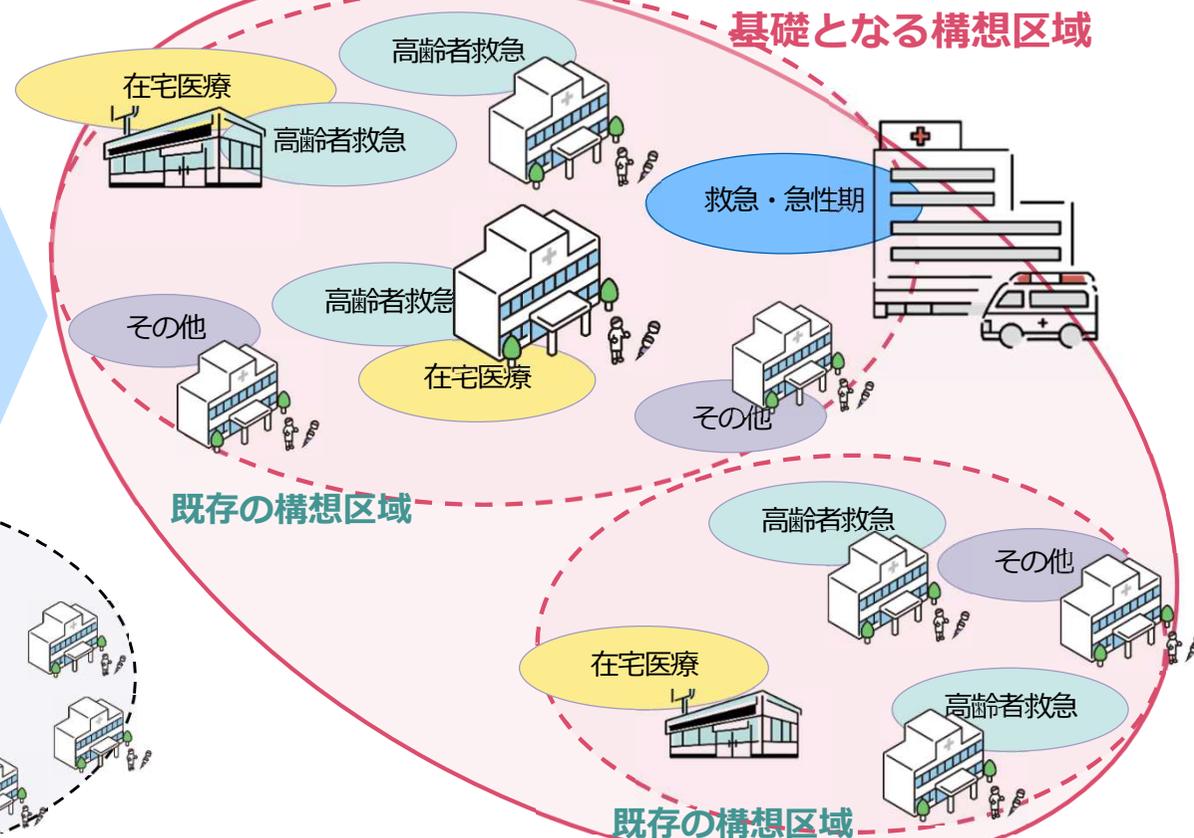
2040年に求められる基礎となる構想区域（イメージ）（案）

- 2040年頃を見据えると、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大するとともに、地域の実情に応じて、地域ごとに、【高齢者救急の受け皿となり、地域への復帰を目指す機能】、【在宅医療を提供し、地域の生活を支える機能】、【救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能】（必要に応じて圏域を拡大して対応）を確保することが考えられるのではないかと。
- 地域によっては、回復期リハビリテーションや一部の診療科に特化した医療機関等が【その他地域を支える機能】を発揮する。

これまでのイメージ



2040年におけるイメージ



その他：専門医療の提供等を通じ、地域を支える機能

学会からのヒアリング

- 日本消化器外科学会
- 日本脳神経外科学会

診療科間の偏在への対応（案）

【医師養成の実情と今後の需要の動向】

- ・診療科別医師数の推移を見ると、「外科」については他の診療科と比較して増加が緩慢である。
- ・診療科別の時間外労働等の状況から、脳神経外科、外科等の診療科が他の診療科と比較してより長時間の勤務に従事している可能性が示唆される。一方、専攻領域の選択に係るアンケート調査の結果から、外科を選択しなかった理由として「ワークライフバランスの確保が難しいから」と答えた割合が最も高かった。
- ・一方で、「外科」の医療需要に関しては、多くの急性期病院において病床利用率は低下しており、2040年に向けては、手術等の多くの医療資源を要する、高齢者救急以外の急性期の医療需要は減少すると見込まれる。

【医師養成における研修体制の整備】

- ・専門研修制度においては、研修の過程において十分な指導体制及び経験症例数の確保が重要であり、各学会が必要な要件を定めている。外科領域専門研修における研修体制や専攻医受入の基準として、一定の指導医等の数や症例の数を確保することが定められている。
- ・外科領域専門研修プログラムにおける研修体制の状況をみると、プログラムの症例数にはばらつきがあり、症例数が相対的に少ないプログラムが一定数存在する。

【新たな地域医療構想における医療提供体制に係る議論】

- ・「病床利用率が下がる中、地域での緊急対応を含む救急・急性期に関する機能については、持続可能な医療従事者の働き方や医療の質も確保するため、搬送体制の強化等に取り組みつつ、一定の症例数を集約して対応する地域の拠点として対応できる医療機関が必要」「【救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能】について、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか、アクセスの観点や構想区域の規模等も踏まえながら検討が必要」といった方向性で、検討が進められている。

【外科医療の実情等】

- ・診療科間の偏在に関連した外科医療の実情について以下のような指摘がある。
 - 症例の集約化・重点化を通じて、手術の成績が向上するなどの医療の質の向上が示唆されること。
 - 外科医師の集約化・重点化を通じた医師の働き方の改善の実現や待遇面での改善を実施することが、外科医師の確保に有効であった事例があること。

診療科間の偏在への対応（案）



【現状に対する認識等について】

- 診療科間の偏在に関しては、他の診療科と比較して外科医師の増加が緩慢である上に外科のサブスペシャリティの一部領域では減少傾向であること、また、時間外・休日労働の割合が他の診療科と比較して高いこと等を踏まえると、外科領域が喫緊の課題といえるのではないかと。
- この偏在への対策として、新たな地域医療構想に関する検討状況も踏まえ、救急・急性期に係る医療機能を有する医療機関に関する議論と同様に、外科医療についても集約化・重点化を通じて、外科医師の働き方の改善を図ることが適切ではないかと。
- 関係学会のヒアリング等を踏まえると、こうした集約化・重点化により、治療成績の向上及び医師の働き方の改善を通じ、医療の質の向上にも資すると考えられるのではないかと。

【今後の方向性について】

- 診療科間の偏在への対策に資するために、今後の医療提供体制の在り方について検討することが重要である。
- また、専門研修制度における研修体制の在り方等についても、特に外科系においては、一定の症例数を確保する必要性があることを踏まえ、地域医療構想に関する議論を注視しつつ、専門医機構や学会等の関係者とも必要な議論を行うべきではないかと。
- なお、外科医師が比較的長時間の労働に従事している等の業務負担への配慮・支援等の観点から、別途、必要な議論を行うべきではないかと。

2. 令和8年度医学部臨時定員に係る方針について

医学部臨時定員増に係る経緯について

平成18年度（2006年）からの医学部臨時定員増に係る方針

- 以下の閣議決定等に基づき、平成20年度以降、医学部臨時定員を暫定的に増員する取組が実施されたが、平成31年までに全ての臨時定員の設置期限を迎えることとなっていた。
 - ・ **「新医師確保総合対策」**（平成18年8月31日 4大臣※合意） ※4大臣：総務大臣、財務大臣、文科大臣、厚労大臣
 - ・ **「緊急医師確保対策」**（平成19年5月31日政府・与党決定）
 - ・ **「経済財政改革の基本方針2009」**（平成21年6月23日閣議決定）
 - ・ **「新成長戦略」**（平成22年6月18日閣議決定）
- **平成30年6月15日閣議決定「経済財政運営と改革の基本方針2018」**

2020年度、2021年度については、2019年度の医学部定員を超えない範囲で、その必要性を慎重に精査しつつ、暫定的に現状の医学部定員を概ね維持する。2022年度以降については、定期的に医師需給推計を行った上で、働き方改革や医師偏在の状況等に配慮しつつ、将来的な医学部定員の減員に向け、医師養成数の方針について検討する。
- **令和元年6月21日閣議決定「経済財政運営と改革の基本方針2019」**

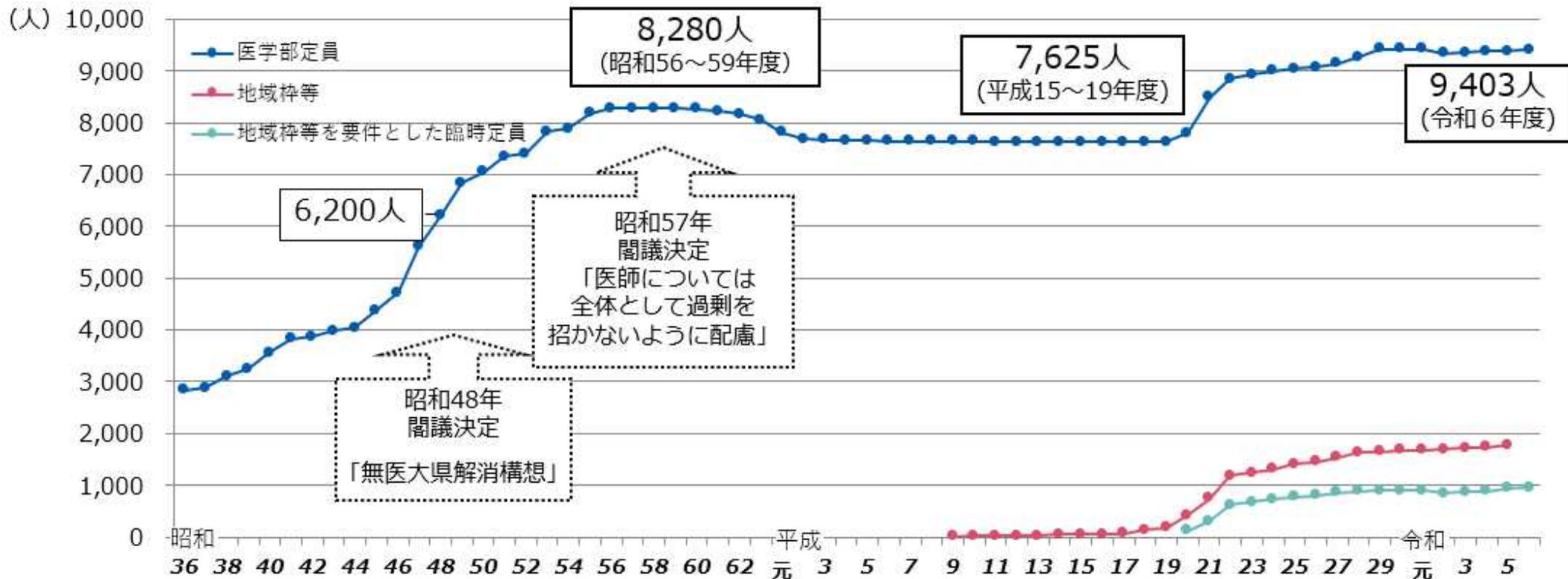
医師偏在指標を活用し、臨床研修や専門研修を含む医師のキャリアパスも踏まえた実効性のある地域及び診療科の医師偏在対策を推進する。2022年度以降の医学部定員について、定期的に医師需給推計を行った上で、医学部定員の減員に向け、医師養成数の方針について検討する。
- **令和4年度（2022年度）から令和7年度（2025年度）の医学部臨時定員に係る方針**
 - ・ 2022年度の医学部臨時定員については、新型コロナウイルスの感染拡大の影響により、当初令和4年度以降の医師養成数の方針を示すこととしていた2020年4月までの間に十分な議論を行うことができなかったことから、**暫定的に2020・2021年度と同様の方法で設定することとした。**
 - ・ 2023年度の医学部臨時定員については、**歯学部振替枠を除き2022年度と同様の方法で設定することとし、歯学部振替枠は廃止したうえで、地域の医師確保・診療科偏在対策に有用な範囲に限って、地域枠臨時定員として活用することとした。**
 - ・ 2024・2025年度の医学部臨時定員については、臨時定員全体の必要性を十分に精査し、地域における医師の確保に必要な範囲で臨時定員の設置を認めることとした上で、**令和元年度の医学部総定員数を上限とし、前年度の枠組みを暫定的に維持することとした。**
- **令和6年6月21日閣議決定「経済財政運営と改革の基本方針2024」**

2026年度の医学部定員の上限については2024年度の医学部定員を超えない範囲で設定するとともに、今後の医師の需給状況を踏まえつつ、2027年度以降の医学部定員の適正化の検討を速やかに行う。

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）

地域枠及び地元出身者枠数について (R6)

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

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

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

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

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

概要

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

医師偏在指標の精緻化等

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

※分娩取扱医師偏在指標及び小児科医師偏在指標も同様

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

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

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

恒久定員内への地域枠等の設置促進等

- 安定した医師確保を行うため、都道府県は、積極的に恒久定員内への地域枠や地元出身者枠の設置について大学と調整を行う。
- 特に医師少数都道府県においては、地元出身者を対象として他都道府県に所在する大学にも地域枠を設置し、卒前からキャリア形成に関する支援を行うことで医師確保を促進する。
- 都道府県は、寄附講座の設置、派遣元医療機関への逸失利益の補填に加えて、その他の既存の施策を組み合わせることで、医師少数区域等の医師確保を推進する。
- 地域の医療関係者、都道府県、市区町村等が連携し、地域の実情に応じた子育て医師等支援に取り組む。

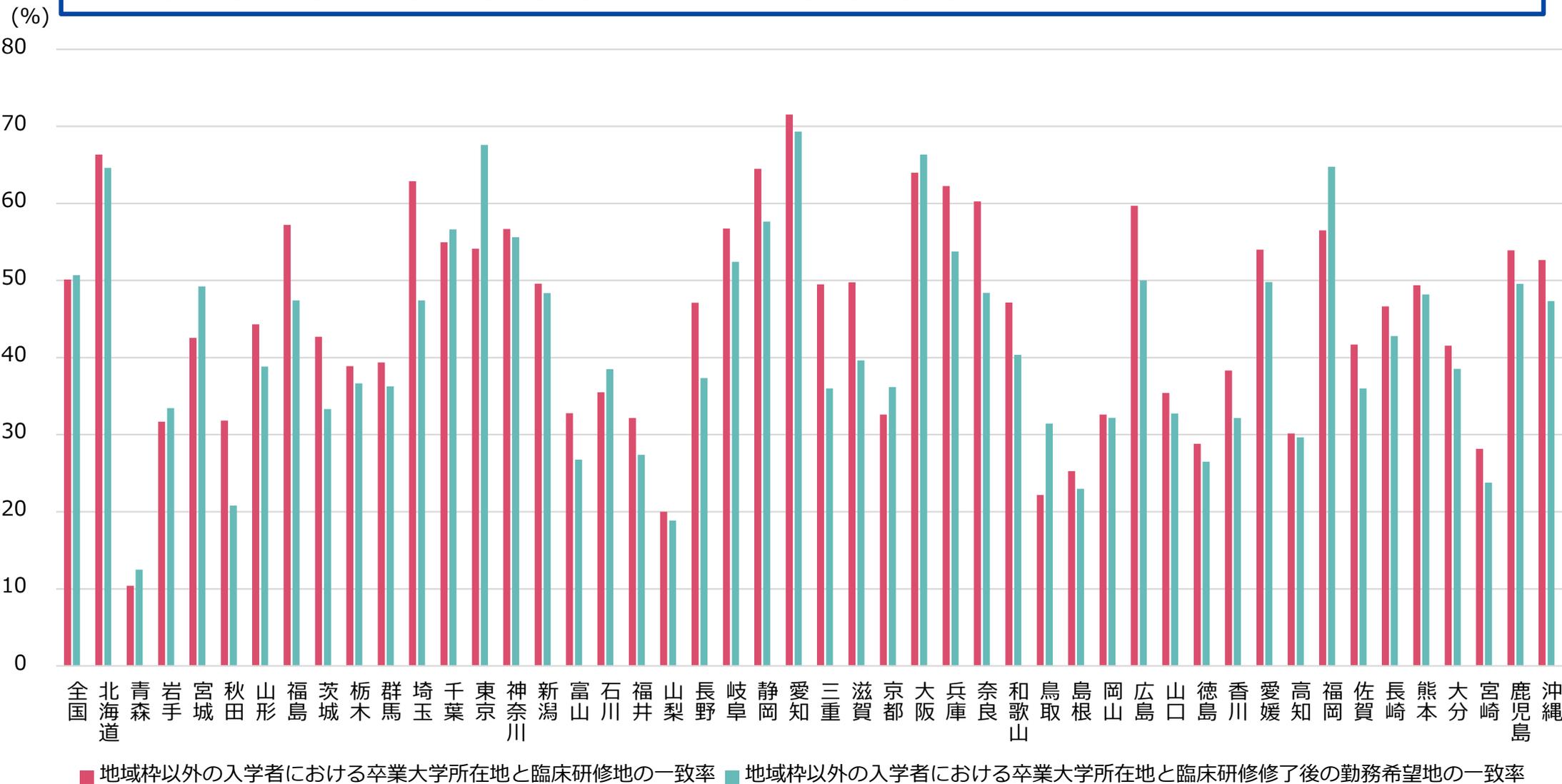
宮崎大学において恒久定員内地域枠を拡充した経緯等

宮崎大学
提出資料

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

地域枠以外の入学者における 卒業大学所在地と臨床研修地及び臨床研修修了後の勤務希望地の一致率

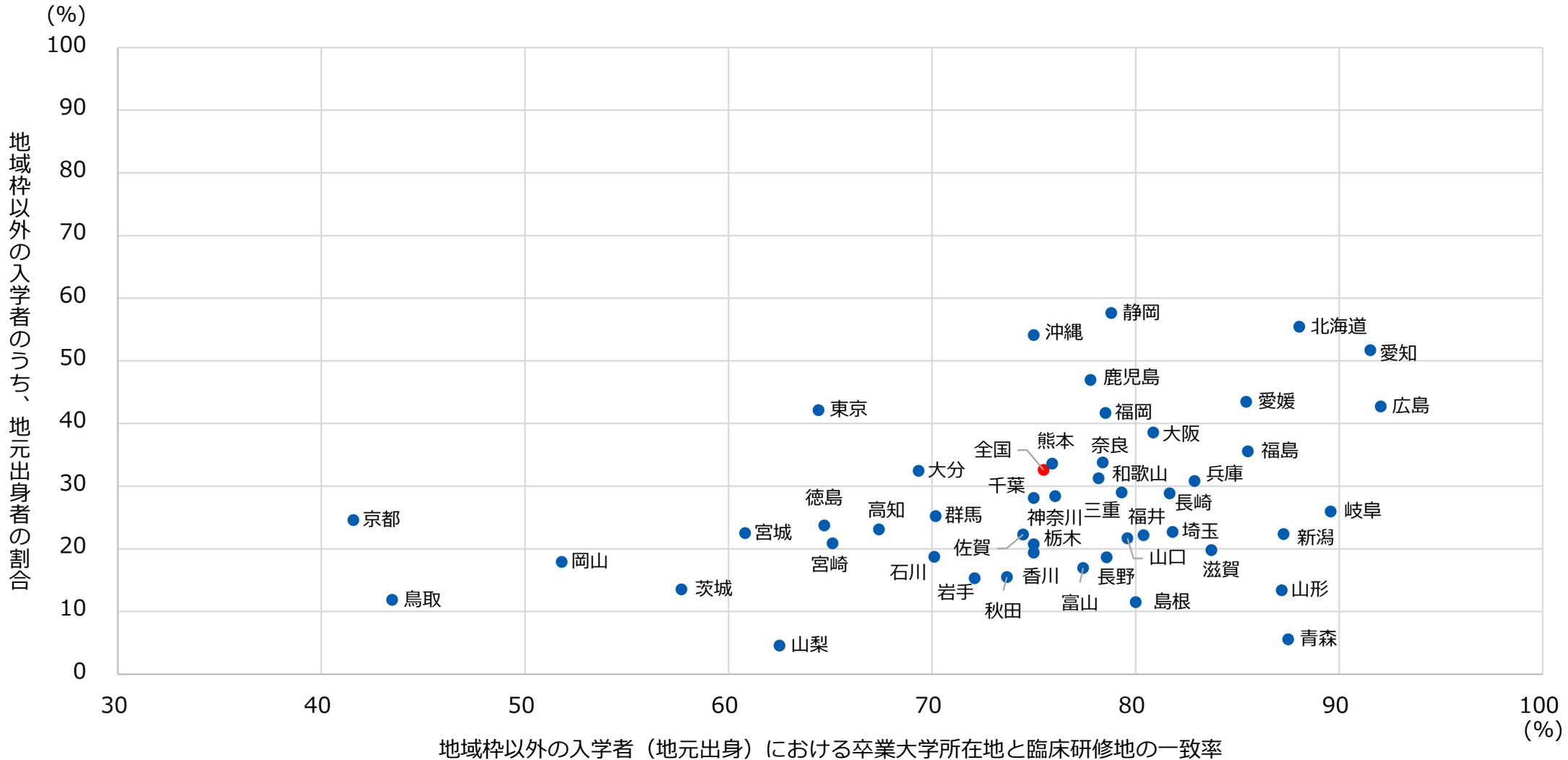
地域枠以外の入学者における卒業大学所在地と臨床研修修了後の勤務希望地の一致率は、全国平均では5割程度だが、秋田、富山、福井、島根、徳島、高知、宮崎は3割未満、青森、山梨は2割未満となっている。



※ 地域枠以外の入学者とは、「地域医療等に従事する意思を持った学生選抜枠」で入学していないと回答した者
 ※ 自治医科大学、産業医科大学、防衛医科大学については除外
 ※ 大学が海外の場合及び当該項目について無回答の場合は除外

地域枠以外の入学者（地元出身）における 卒業大学所在地と臨床研修地の一致率

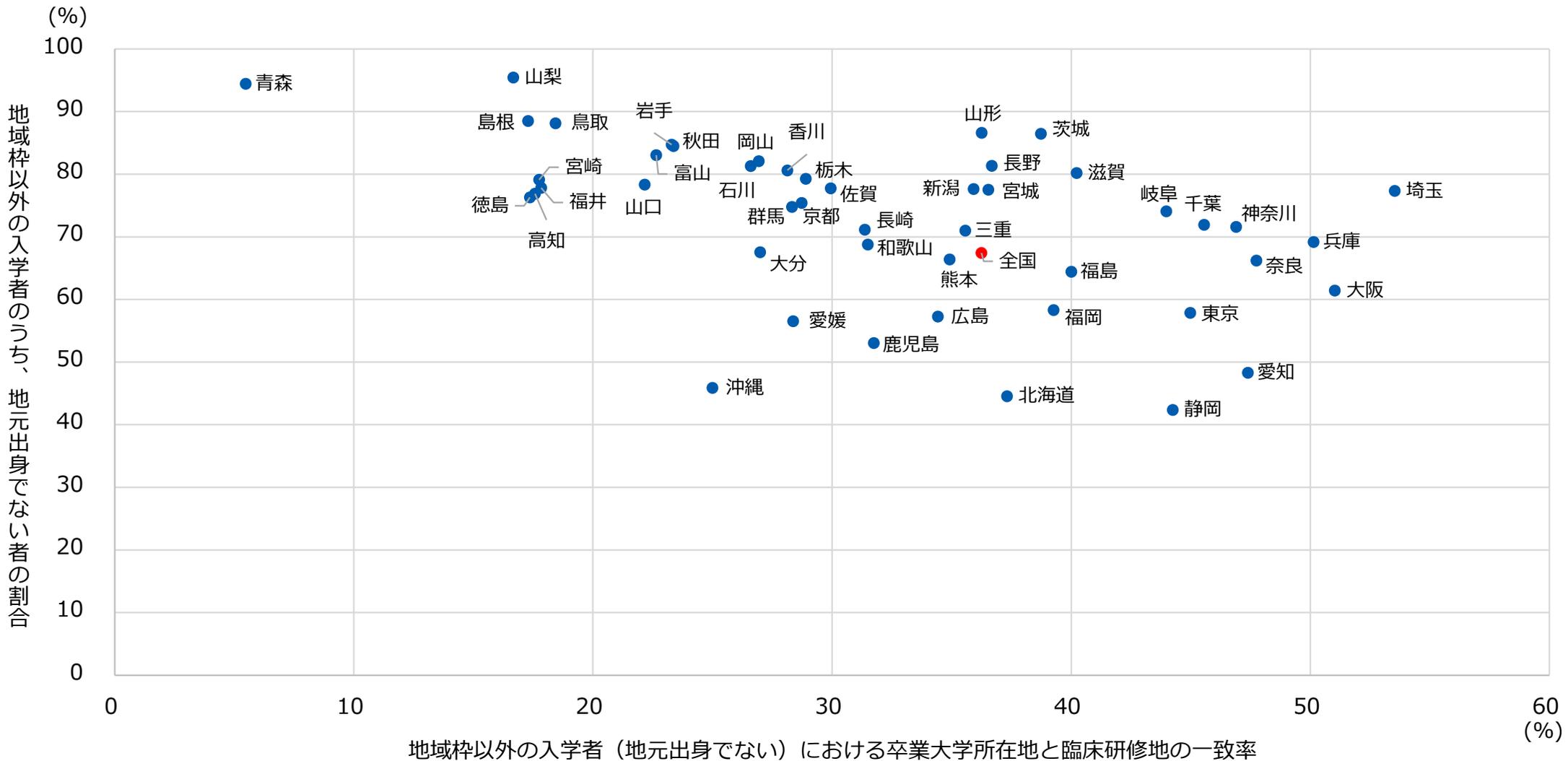
地域枠以外の入学者（地元出身）において、卒業大学所在地と臨床研修地が一致する割合は、全国平均では3/4程度である一方で、京都、鳥取では5割未満となっている。



※ 出身地又は大学が海外の場合及び当該項目について無回答の場合は除外
 ※ 地元出身でない者とは、高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県と卒業大学所在地が異なる者
 ※ 地域枠以外の入学者とは、「地域医療等に従事する意思を持った学生選抜枠」で入学していないと回答した者
 ※ 自治医科大学、産業医科大学、防衛医科大学については除外
 ※ 大学が海外の場合及び当該項目について無回答の場合は除外

地域枠以外の入学者（地元出身でない）における卒業大学所在地と臨床研修地の一致率

地域枠以外の入学者（地元出身でない）において、卒業大学所在地と臨床研修地が一致する割合は、全国平均で36%程度である一方で、山梨県、島根県、鳥取県、宮崎県、福井県、高知県、徳島県では2割未満、青森県では1割未満となっている。



地域枠以外の入学者（地元出身でない）における卒業大学所在地と臨床研修地の一致率

- ※ 出身地又は大学が海外の場合及び当該項目について無回答の場合は除外
- ※ 地元出身でない者とは、高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県と卒業大学所在地が異なる者
- ※ 地域枠以外の入学者とは、「地域医療等に従事する意思を持った学生選抜枠」で入学していないと回答した者
- ※ 自治医科大学、産業医科大学、防衛医科大学については除外
- ※ 大学が海外の場合及び当該項目について無回答の場合は除外

令和 8 年度医学部臨時定員に係る方針について

- 「経済財政運営と改革の基本方針2024」において、「2026年度（令和 8 年度）の医学部定員の上限については2024年度（令和 6 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（令和 9 年度）以降の医学部定員の適正化の検討を速やかに行う。」とされた。



- このため、令和 8 年度の医学部定員については、令和 6 年度の医学部総定員数を上限とし、令和 7 年度の臨時増員の枠組みを暫定的に維持することとする。
- その上で、令和 8 年度の医学部臨時定員については、「医師確保計画策定ガイドライン」で示されている方針を踏まえ、以下の対応を行った上で、地域における医師の確保に真に必要な範囲で臨時定員の設置を認めることとする。
 - ・ 国は各都道府県に対して、安定した医師確保のため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の大学との調整を促す。
 - ・ また、国は都道府県に対して、確保すべき医師数（例えば、臨床研修や臨床研修修了後の時点で確保すべき人数等）を検討した上で、当該都道府県に所在する大学の地域枠入学でない医師が臨床研修や臨床研修修了後において当該都道府県に勤務する割合等も踏まえ、真に必要な地域枠数を検討することを促す。
 - ・ その上で、国において臨時定員全体の必要性に加えて、当該都道府県の医師確保計画の進捗状況や地域枠医師の配置・運用状況、医師養成過程における教育・研修環境の体制、医学部定員の欠員状況等を慎重かつ丁寧に精査する。
 - ・ 必要に応じ、臨時定員を希望する都道府県・大学に対し、臨時定員の必要性について有識者も含めた検討の場でヒアリング等を実施する。
- なお、令和 8 年度医学部臨時定員の配分については、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、令和 6 年末までに策定することとしている総合的な対策のパッケージに関する具体的な議論や内容を注視しながら、本検討会において、引き続き議論を行っていく。

3. 參考資料

医師偏在是正に向けた総合的な対策

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

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

<総合的な対策パッケージの骨子案>

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

医師偏在是正に向けた総合的な対策パッケージの骨子案の主な論点

主な論点

- ① 医師確保計画の実効性
 - 都道府県が医師偏在是正に主体的に取り組み、国は都道府県をサポートする仕組みを検討すべきではないか。
 - ② 医師の確保・養成
 - 医師少数区域等での勤務を後押しするため、医学生・若手医師の地域への理解・意識を涵養し、地域での活躍を推進するとともに、臨床研修の広域連携型プログラムの制度化、医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の大幅な拡大を検討すべきではないか。
 - 外来医師多数区域における新規開業希望者に対する医療機能の要請等の現行の仕組みをより実効力のあるものとする等の規制的手法について、医療法等における位置づけを含めて検討すべきではないか。
 - 保険医制度の中で、保険診療の質を高めつつ医師の偏在是正に向けて、どのような方策が考えられるか検討すべきではないか。
 - 地域の医療需要や働き方改革推進の観点から、より一層の対応が必要な診療科の医師について、インセンティブを高める方策についてどのように考えるか。
 - 医師少数区域等で勤務することも念頭に、中堅以降医師等の総合的な診療能力等に係るリカレント教育を推進すべきではないか。
 - 医師養成過程や診療報酬を通じた対策についても、医師偏在是正の観点から検討すべきではないか。
- ※ なお、骨太方針2024においては「今後の医師の需給状況を踏まえつつ、2027年度以降の医学部定員の適正化の検討を速やかに行う。」とされている。
- ③ 実効的な医師配置
 - 新たに選定する重点的な支援対象区域（都道府県において医師偏在対策に重点的に取り組む支援対象区域）における開業・承継の支援や、経済的インセンティブを含め、医師の勤務意欲につながる方策について検討すべきではないか。
 - 新たに選定する重点的な支援対象区域に医師派遣等を行う大学病院等の中核的な病院への支援や、全国的なマッチング機能の支援等を検討すべきではないか。
 - ④ 実施に向けて
 - ①～③の取組を推進していく上で、規制的手法はもとより、経済的インセンティブとして、どのような対応が必要か。経済的インセンティブによる偏在是正を進めるにあたっては、国や地方のほか、保険者等からの協力を得るなど、あらゆる方策を検討すべきではないか。
 - ①～③の取組を国、地方、医療関係者、保険者等がどのように協力して実施していくべきか。

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

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

① 医師多数県の意向の調整

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

② 医師少数県の意向の調整

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

③ 残余臨時定員数の意向の調整

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

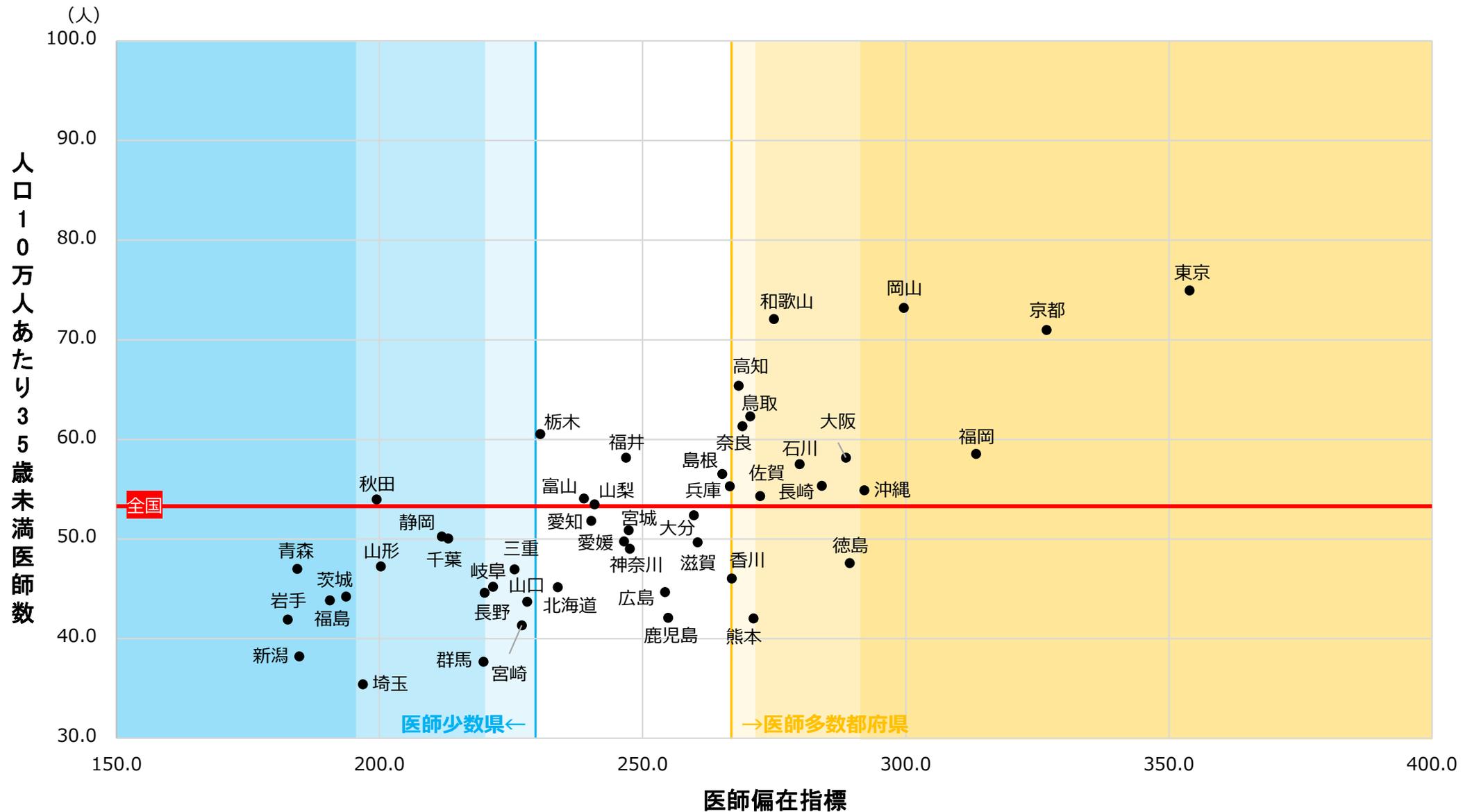
- － 恒久定員100名あたり、恒久定員内地域枠を4名以上設置している等、更なる県内の偏在是正が必要な都道府県については、
 - ・ 医師多数県では、例えば令和6年度臨時定員地域枠の一割等、一部の意向を復元する
 - ・ 医師少数区域のある医師中程度県では、令和6年度比増となる意向がある場合、医師少数区域等に従事する枠となっているか等、地域枠の趣旨の範囲内で配分を行う
- － 臨時定員研究医枠の令和6年度比増希望がある場合には、その趣旨の範囲内で配分を行う。

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

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

人口10万人あたり35歳未満医師数と医師偏在指標

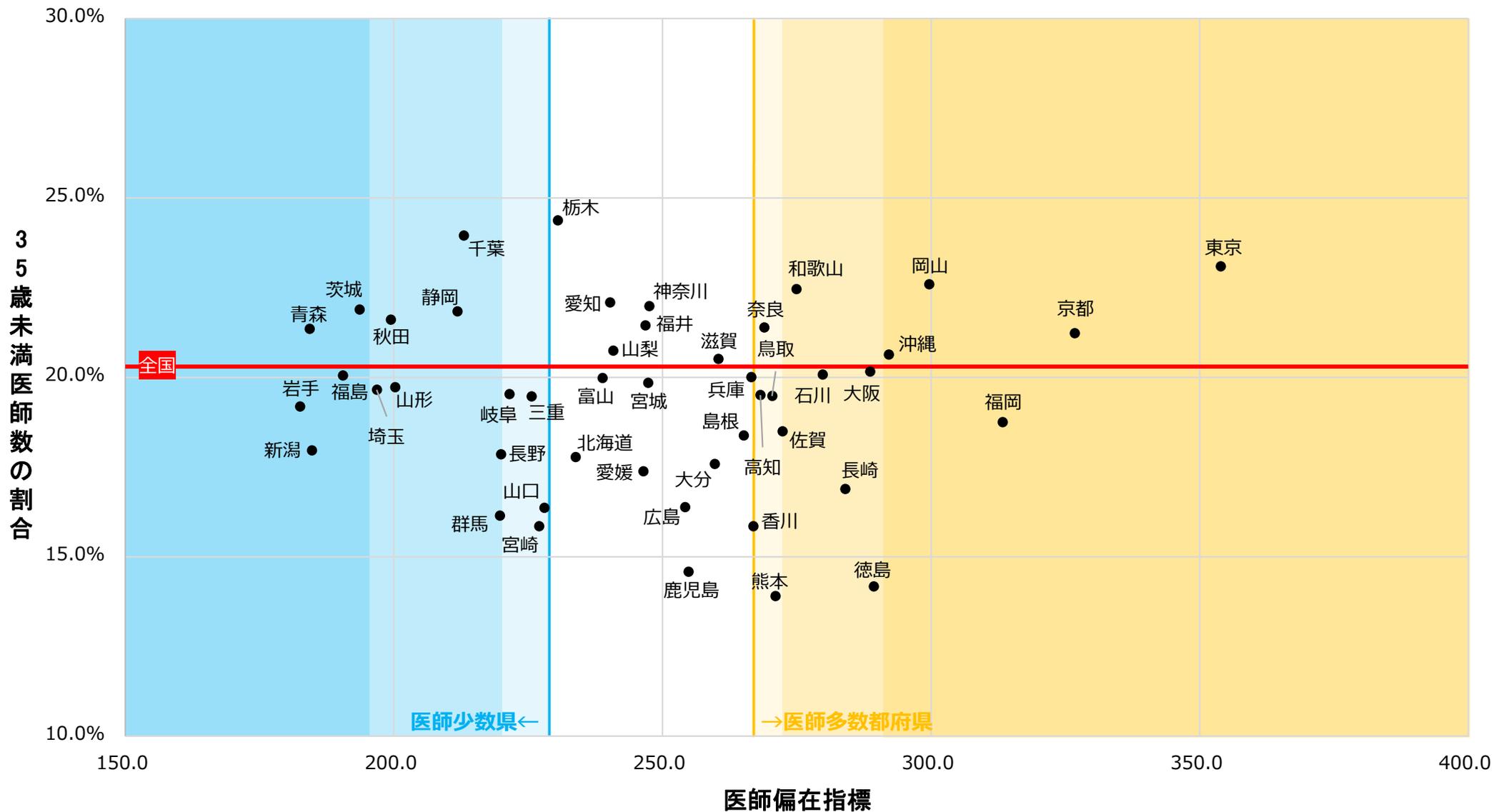
○ 人口10万対35歳未満医師数は、東京、岡山、和歌山、京都など医師多数県ほど多く、医師少数県ほど少ないが、秋田は全国平均を上回っている。



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

35歳未満医師数の割合と医師偏在指標

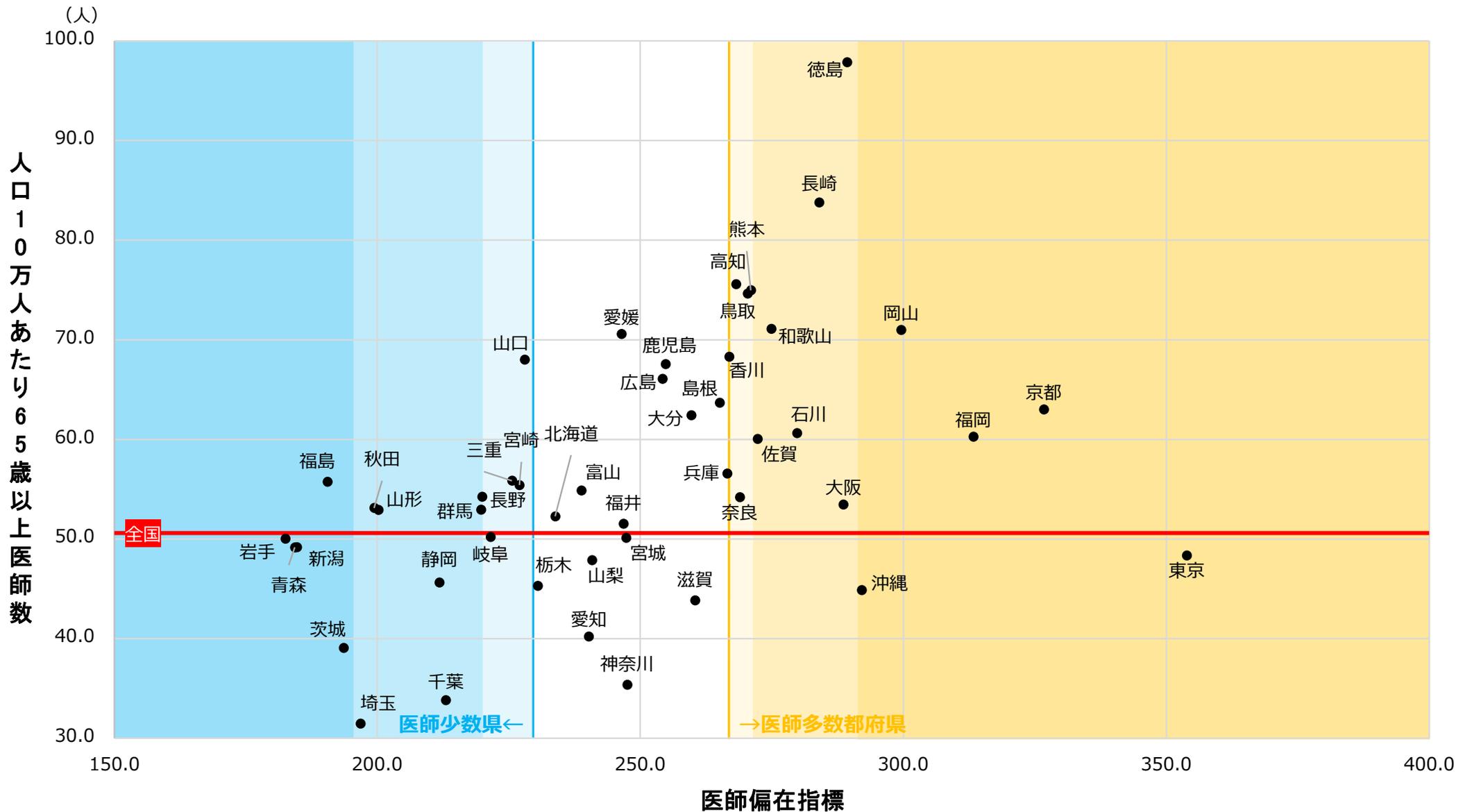
○ 都道府県別の医療施設従事医師数に占める35歳未満医師数の割合は、栃木、千葉、東京、岡山、和歌山が高く、医師多数県であっても熊本、徳島は15%未満と低くなっている。



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

人口10万人あたり65歳以上医師数と医師偏在指標

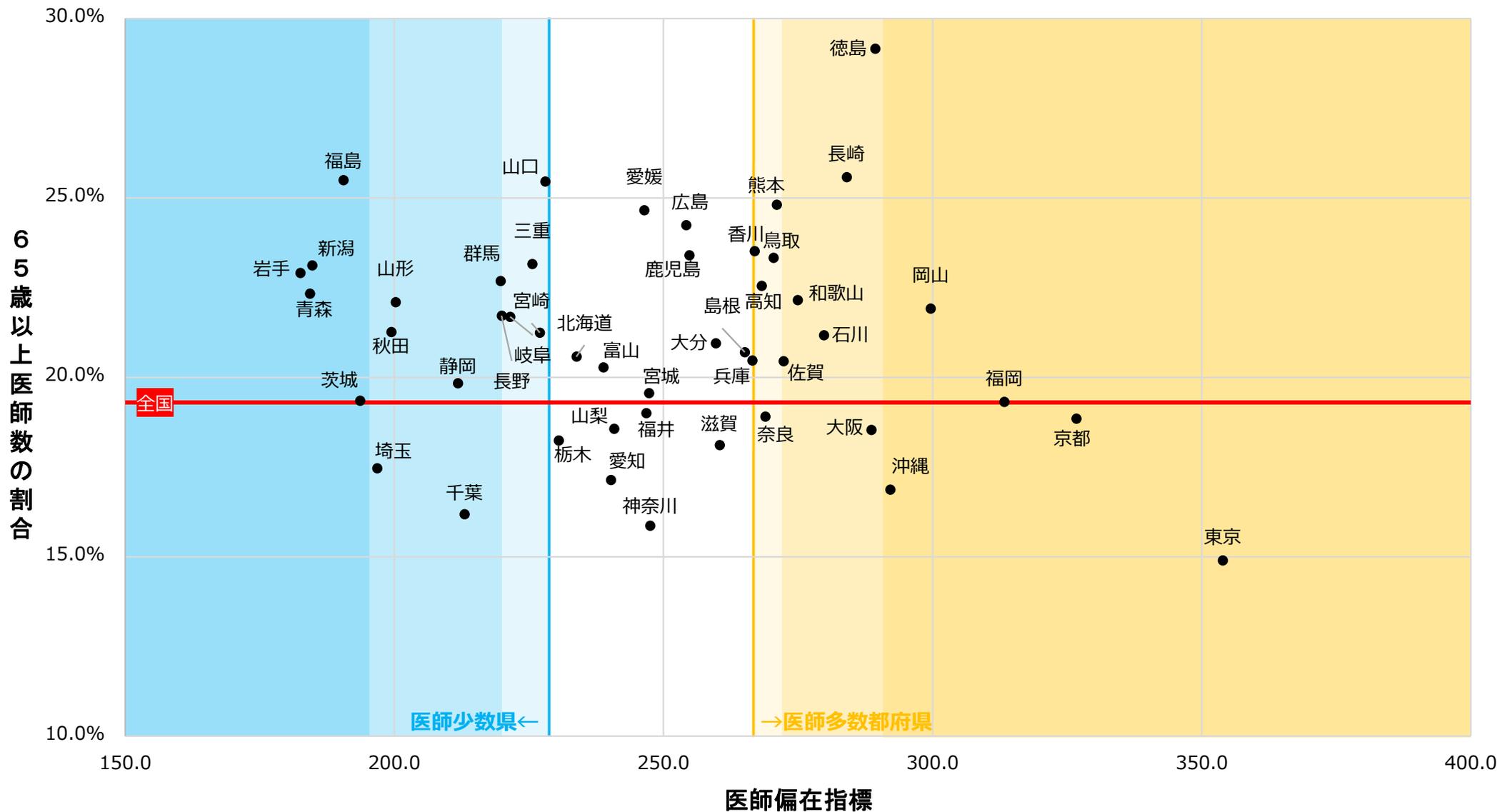
- 人口10万対65歳以上医師数は、徳島、長崎、高知など医師多数県ほど多い傾向はあるものの、医師多数県であっても東京や沖縄で全国平均を下回っている。



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

65歳以上医師数の割合と医師偏在指標

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



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

臨時定員地域枠数について（R5、R6）

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

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

黄色：医師多数都道府県
青色：医師少数都道府県

(令和5年8月9日更新の医師偏在指標による)

(赤字はR5年度比増)

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

医学部臨時定員の配分の考え方について

臨時定員地域枠について（第5回検討会で示した考え方）

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

医学部臨時定員の配分の考え方について

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

地域枠について

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

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

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

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

医師需給分科会第5次中間とりまとめにおける検討

- 大学医学部、臨床研修、専門医制度における医師偏在対策を進めてきたが、大学医学部における地域枠の設定は、地域における医師の確保を図るために有効な手段の一つと考えられるため、地域の実情に応じて地域枠の設置・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。

宮崎県医師養成・定着推進宣言

～宮崎で医師を育て県内定着を応援する宣言～

宮崎大学
提出資料

背景

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

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

宣言の内容

1 地域枠の適切な定員設定と医学生教育の充実

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

2 宮崎県キャリア形成プログラムに基づく若手医師の養成・確保

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

3 医師の勤務環境の改善による県内定着促進

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

宮崎大学医学部の地域枠拡充

宮崎大学
提出資料

現 行

地域枠

県内の高校卒業者（現役のみ）

10名

地域特別枠

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

15名

令和4年度以降

地域枠A

県内の高校卒業者（現役のみ）

10名

地域枠B

県内の高校卒業者（既卒2年目まで）

15名

地域枠C（全国公募） 「日本のひなた枠」

全国の高校卒業者（既卒2年目まで）
※県内の高校卒業者も含む

15名

キャリア形成プログラムの適用

地域枠拡充

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

受験者確保に向け関係機関一体となって広くPR

若手医師の
更なる養成・確保

宮崎県医師養成・定着推進宣言

宮崎県医師養成・定着推進宣言 ～宮崎で医師を育て県内定着を応援する宣言～

背景



宣言の内容

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

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

1 地域枠の適切な定員設定と医学生教育の充実

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

2 宮崎県キャリア形成プログラムに基づく若手医師の養成・確保

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

3 医師の勤務環境の改善による県内定着促進

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

宮崎県医師養成・定着推進宣言に基づく主な取組

宮崎大学
提出資料

高校生等

医学生

臨床研修

専門研修

県内定着

●
主
な
取
組

1 地域枠の適切な設定・医学生教育の充実

地域枠拡充 ※R4～

医師修学資金

キャリア形成卒前支援プラン

宮崎から
医師を目指そう!
応援フォーラム

地域医療実習
キャリアサポート
セミナー

地域医療ガイダンス

2 キャリア形成プログラムに基づく若手医師の養成・確保

キャリア形成プログラム(9年)
※勤務ローテーションを通して能力向上

専門研修資金(小児・産科・総診)

スキルアップ補助金
(専門医等資格取得支援)

3 勤務環境改善による県内定着促進

勤務環境改善支援
女性医師就労支援

地域医療研修

オール宮崎で医師を育て、
県内定着を応援します!



みやざきドクターバンク・県外医師招へい活動

主
な
推
進
体
制

宮崎県地域医療対策協議会・地域医療支援機構

地域医療支援機構(大学分室)
地域医療・総合診療医学講座

医師確保対策推進協議会

医療勤務環境改善
支援センター

地域医療を守る
住民活動

臨床研修・専門研修運営協議会

宮崎大学医学部
医学部附属病院

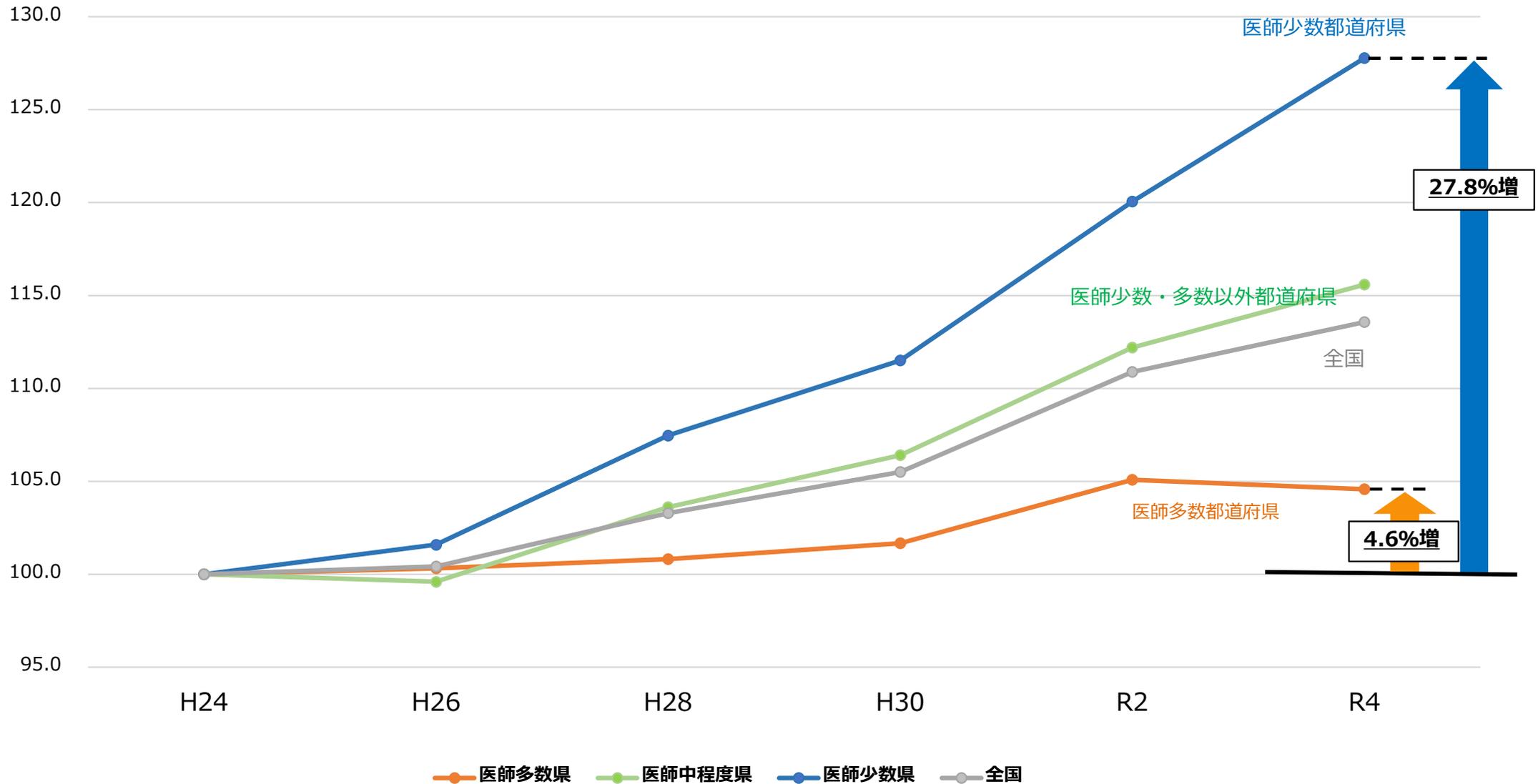
県・県教育委員会・病院局
市町村・公的医療機関

宮崎県医師会
民間医療機関

県民

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。

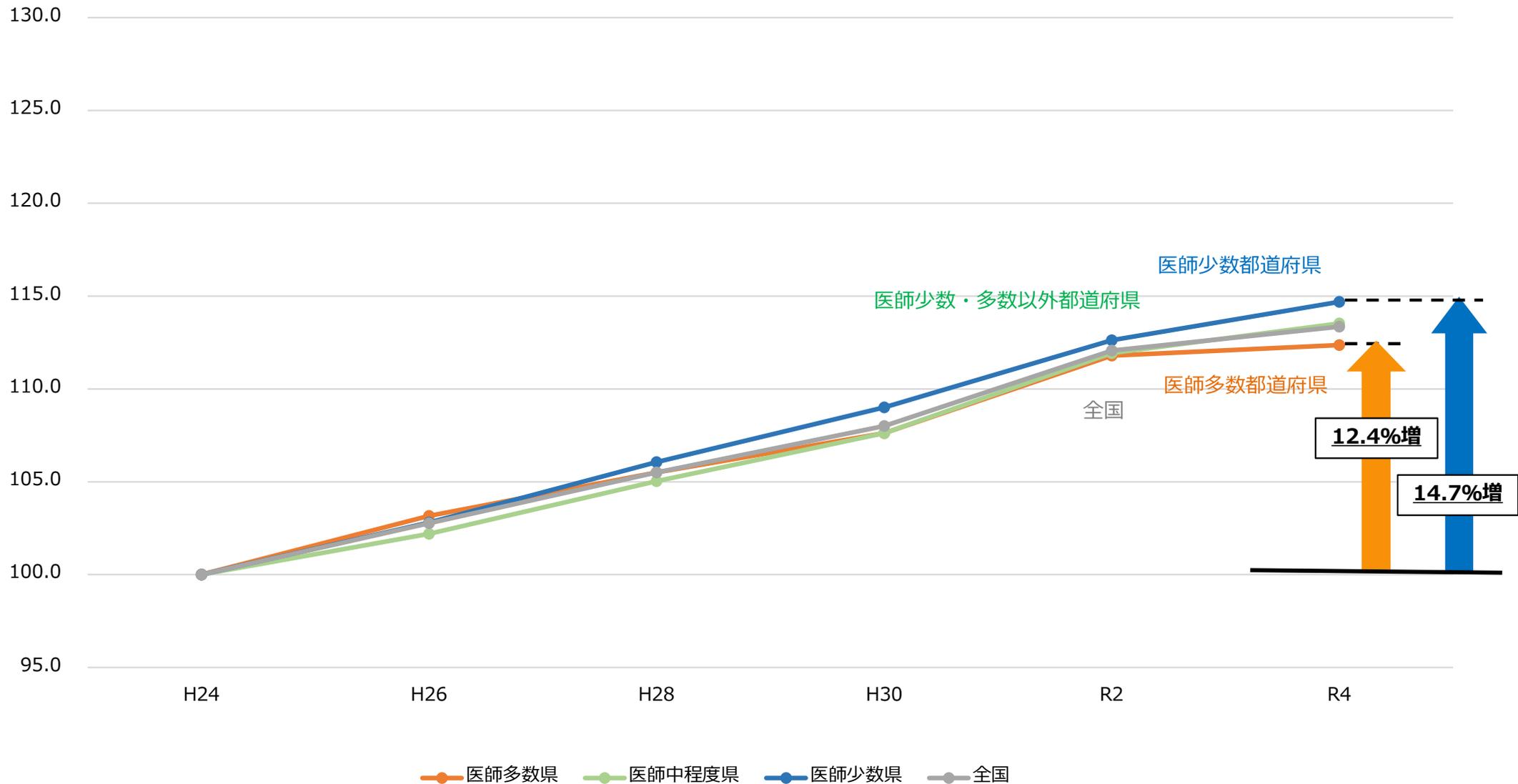


※ 医師多数都道府県：医師偏在指標の上位33.3%の都道府県
 医師少数都道府県：医師偏在指標の下位33.3%の都道府県
 医師少数・多数以外都道府県：医師偏在指標の上位・下位33.3%以外の都道府県

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

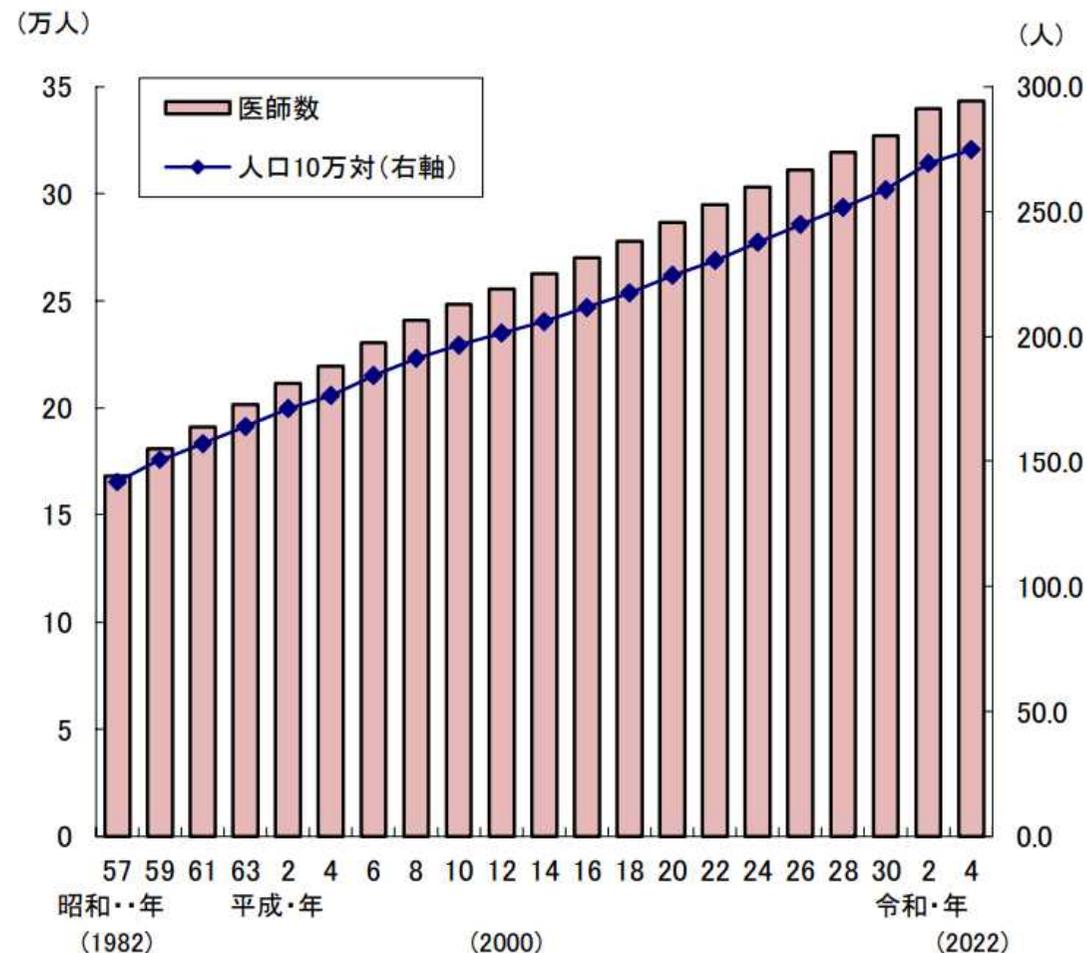
出典：医師・歯科医師・薬剤師調査、統計（厚生労働省）
 医師少数都道府県及び医師多数都道府県は医師偏在指標（厚生労働省：令和2年2月）による

医師数の年次推移

医師数の年次推移

各年12月31日現在

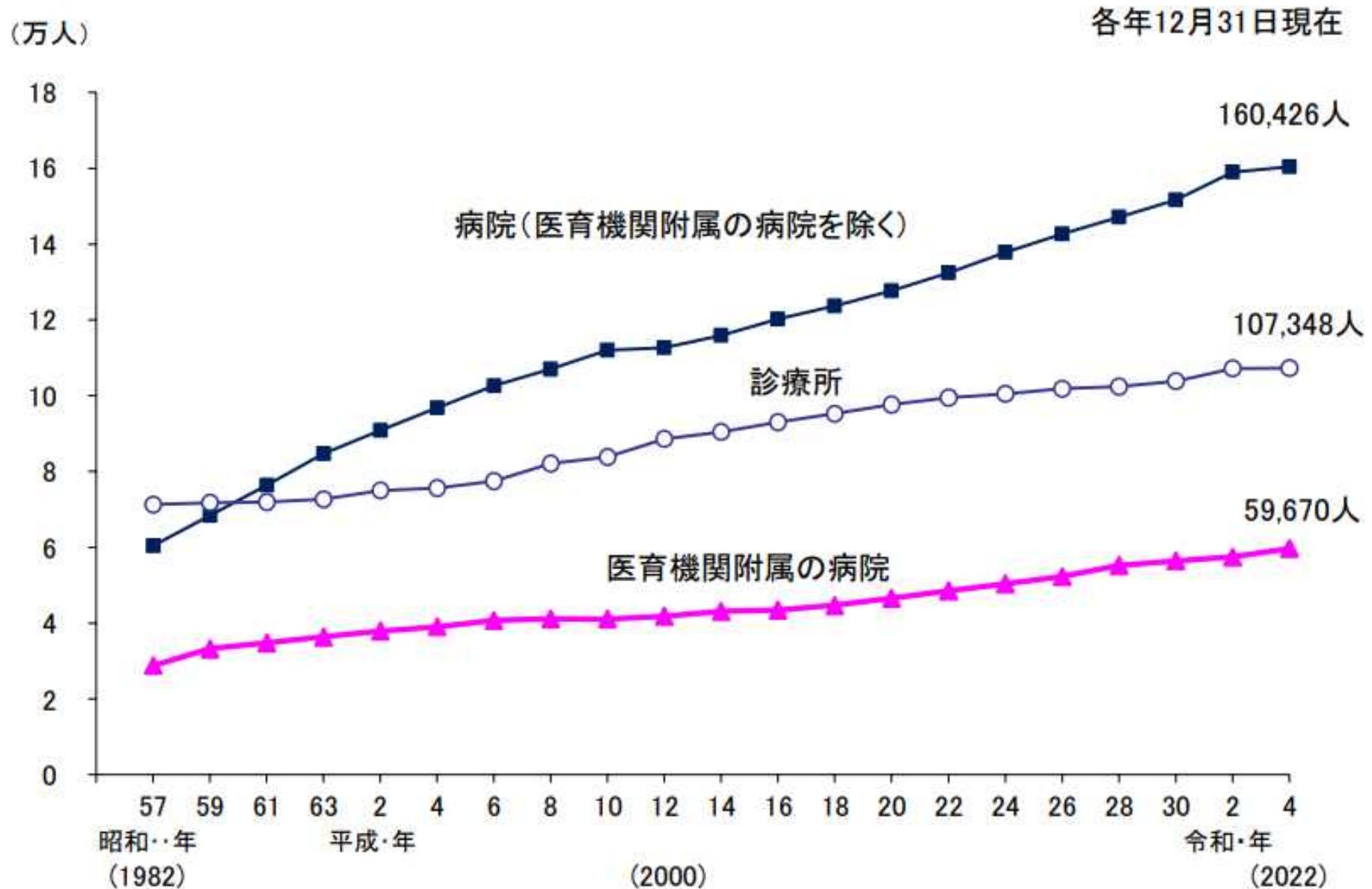
	医師数 (人)	増減率	人口10万対 (人)
		(%)	
昭和 57 年 (1982)	167 952	...	141.5
59 ('84)	181 101	7.8	150.6
61 ('86)	191 346	5.7	157.3
63 ('88)	201 658	5.4	164.2
平成 2 年 ('90)	211 797	5.0	171.3
4 ('92)	219 704	3.7	176.5
6 ('94)	230 519	4.9	184.4
8 ('96)	240 908	4.5	191.4
10 ('98)	248 611	3.2	196.6
12 (2000)	255 792	2.9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

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。

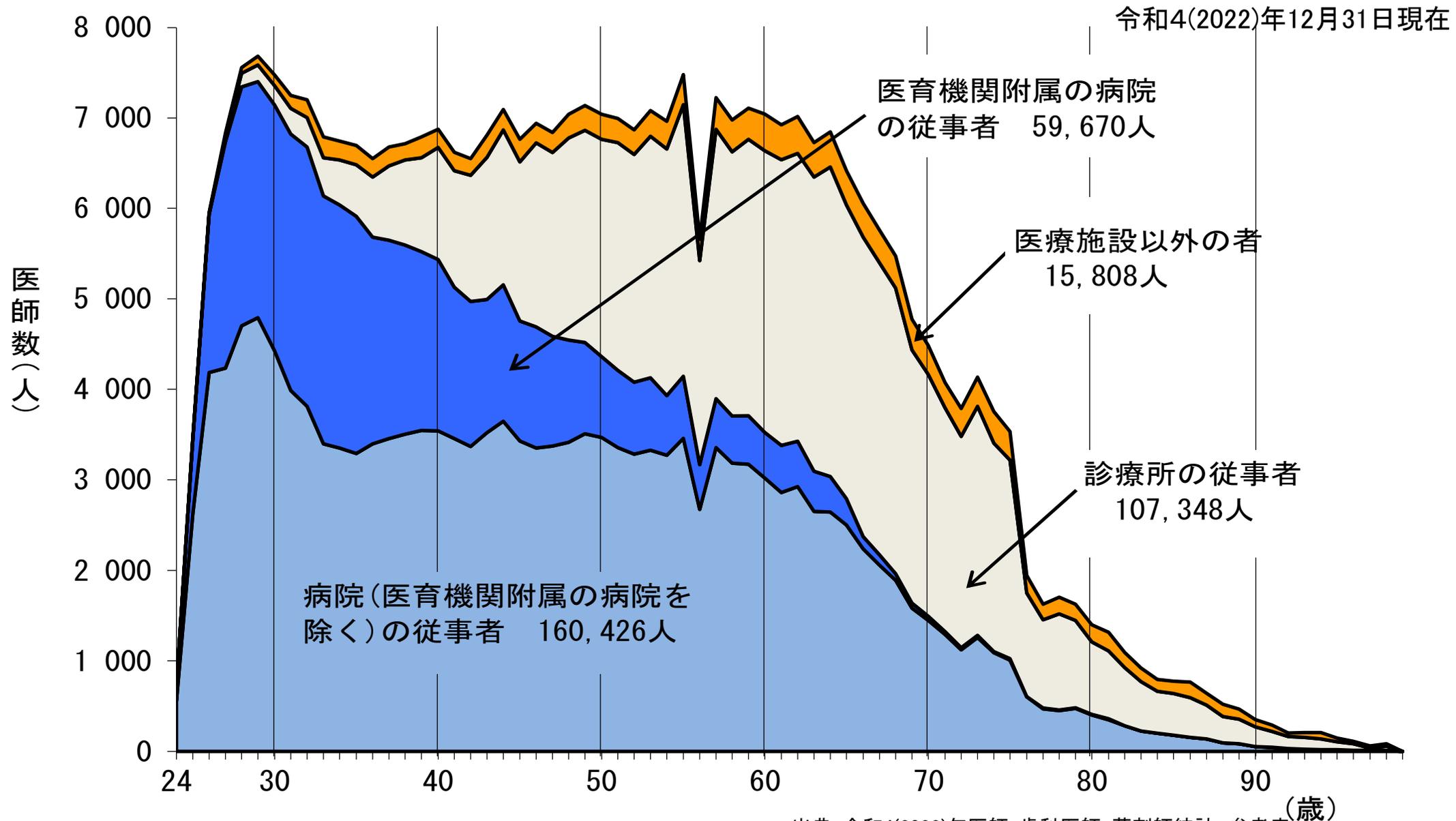


出典：令和4(2022)年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況（結果の概要）

https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/22/dl/R04_kekka-1.pdf 56

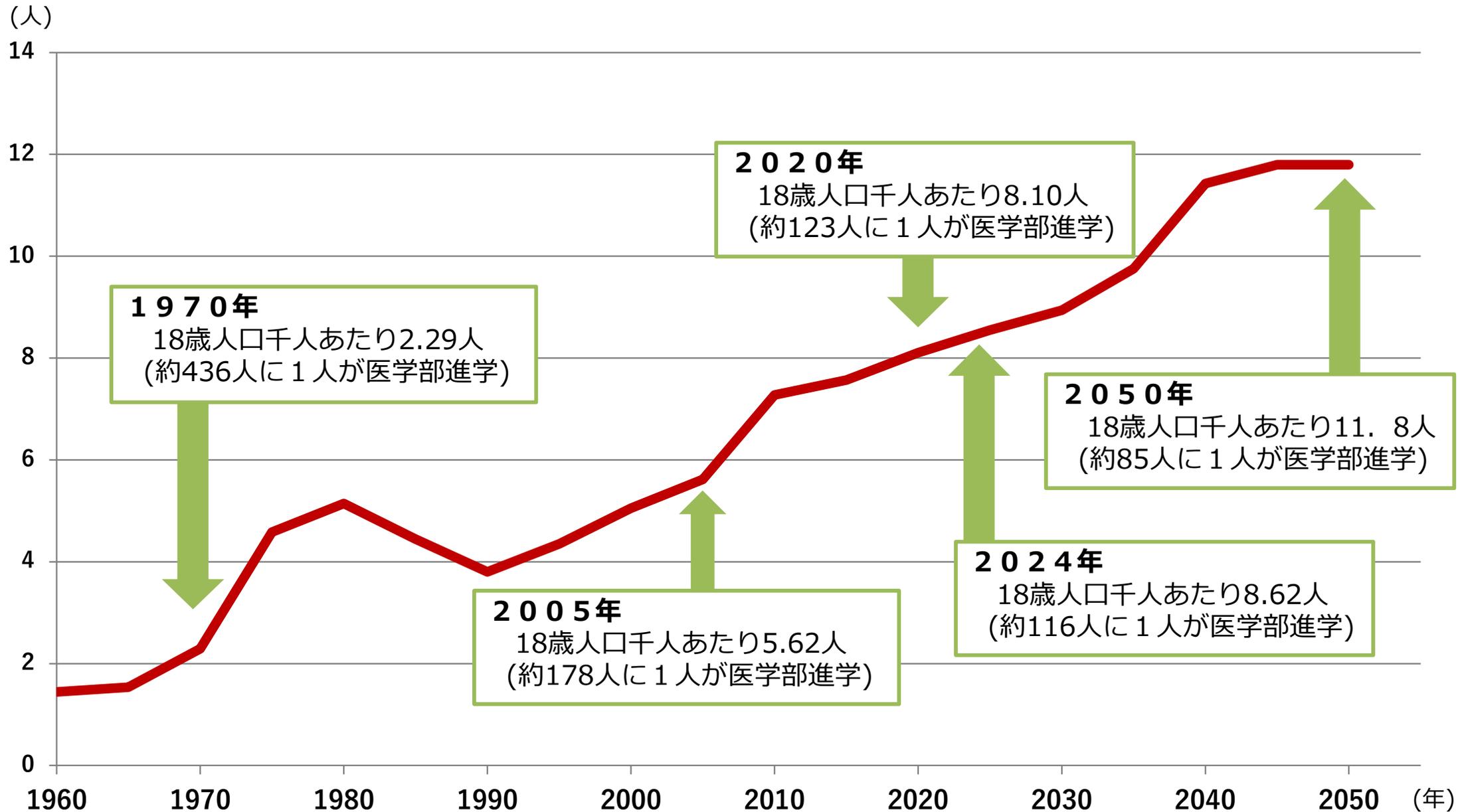
施設の種別・年齢別にみた医師数 (R4)

○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。



18歳人口千人あたりの医師養成数

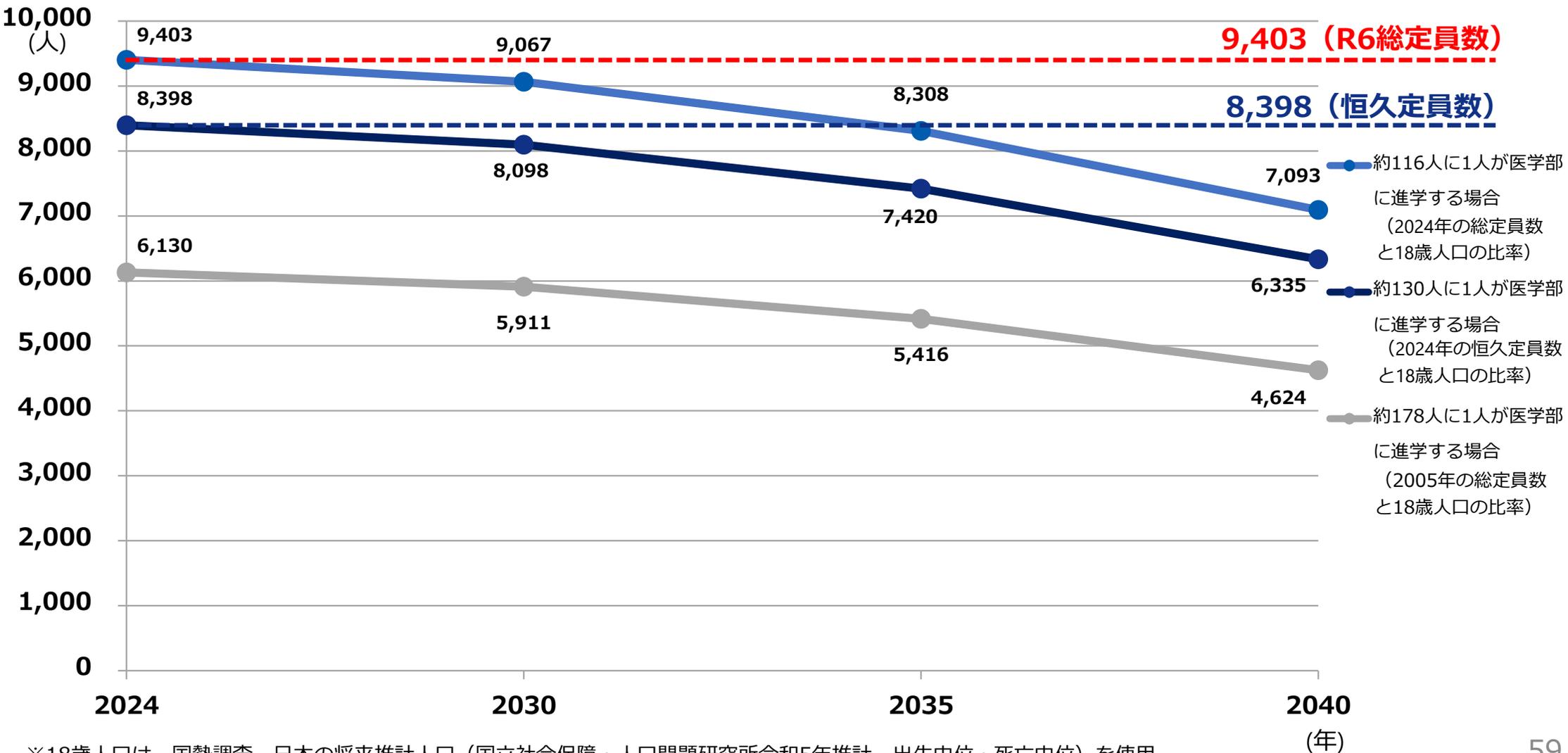
○ 1970年は約436人に1人が医学部進学していたところ、2024年度の募集定員数で固定した場合、2050年には約85人に1人が医学部進学することとなる。



※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。

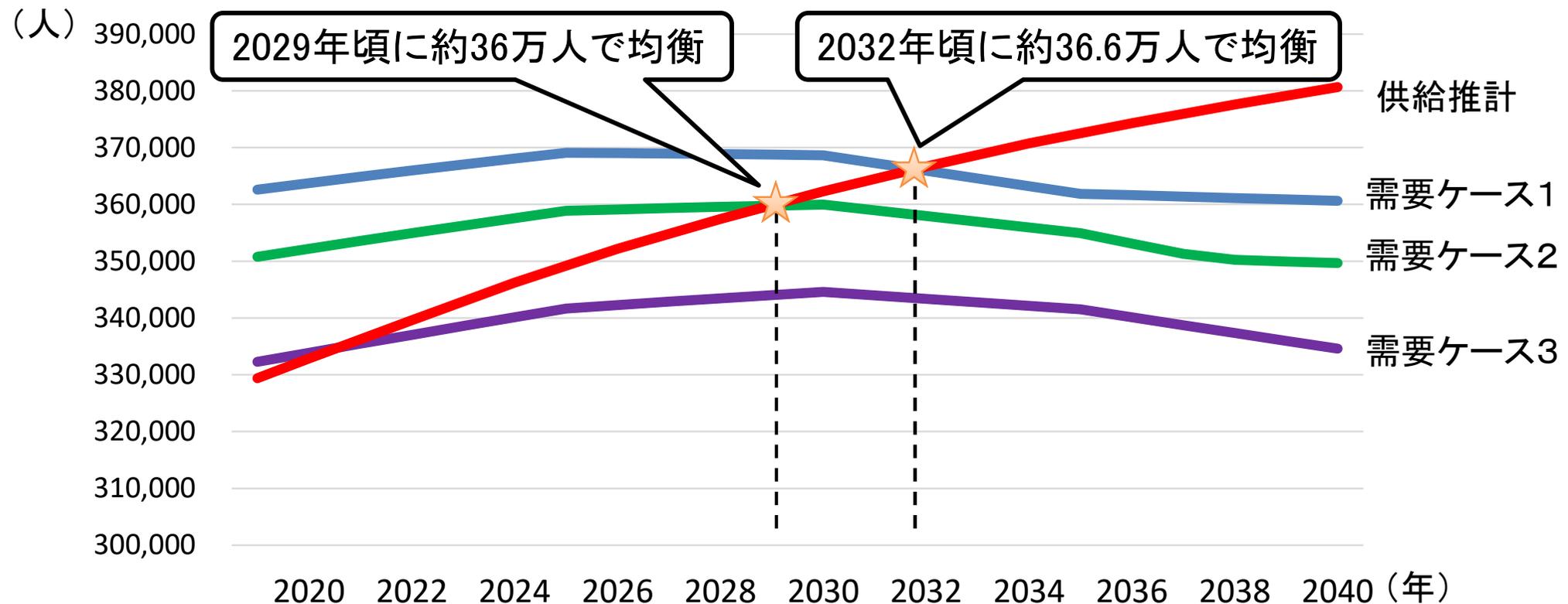
※ 性年齢階級別に異なる勤務時間を考慮するため、全体の平均勤務時間と性年齢階級別の勤務時間の比を仕事率とし、仕事量換算した。

・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)

医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会

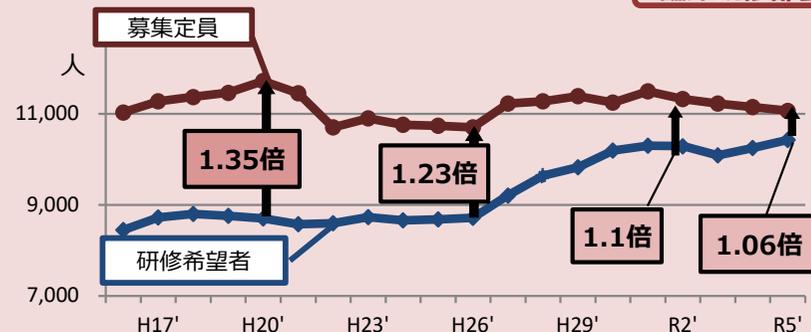
- 大学が特定の地域や診療科で診療を行うことを条件とした選抜枠を設け、都道府県が学生に対して奨学金を貸与する仕組みで、都道府県の指定する区域で一定の年限従事することにより返還免除される (一部例外あり)
- 令和8年度の医学部臨時定員については、令和6年度の医学部総定員数 (9,403人) を上限とし、臨時増員の枠組みを維持
- 令和9年度以降の医学部臨時定員については、各都道府県・大学の医師確保の現状を踏まえて改めて検討

2年
臨床研修

臨床研修 – 臨床研修制度における地域偏在対策

臨床研修部会

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



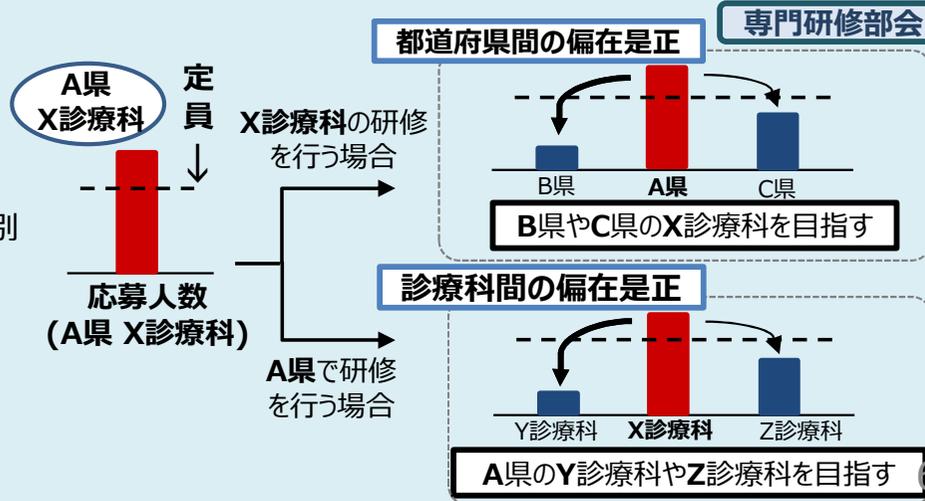
※臨床研修病院の指定、募集定員の設定権限を都道府県へ移譲 (2020年4月～)

3年以上
専門研修

専門研修 – 専門医制度における地域・診療科偏在対策

専門研修部会

- 日本専門医機構が、都道府県別・診療科別採用上限数を設定 (シーリング)
- ※5大都市を対象としたシーリング→厚生労働省が算出した都道府県別・診療科別必要医師数に基づいたシーリングへ変更されている (2020年度研修～)
- 医師法の規定により、都道府県の意見を踏まえ、厚生労働大臣から日本専門医機構等に意見・要請を実施



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

通常プログラムのシーリング数について

「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

2024年度専攻医募集におけるシーリングの基本的な考え方

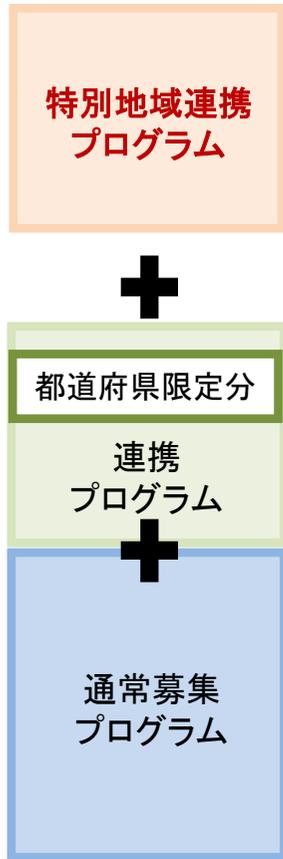
令和5年度第1回 医道審議会
医師分科会 医師専門研修部会

資料1
(日本専門医
機構資料)

令和5年6月22日

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

(特別地域連携プログラムを加えた2023・2024シーリング)



【連携先】

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

【採用数】

原則 都道府県限定分と同数

【研修期間】

全診療科共通で 1年以上

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

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

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

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

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

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

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

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

令和6年度専攻医採用におけるシーリング

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

	シーリング対象 の診療科数	内科	小児科	皮膚科	精神科	整形外科	眼科	耳鼻咽喉科	泌尿器科	脳神経外科	放射線科	麻酔科	形成外科	リハビリ テーション科
北海道	1											20+3+[6]		
青森県	0													
岩手県	0													
宮城県	0													
秋田県	0													
山形県	0													
福島県	0													
茨城県	0													
栃木県	0													
群馬県	0													
埼玉県	0													
千葉県	0													
東京都	12	398+123+[52]	98+19+[11]	54+18+[11]	74+12+[14]+(5)	104+13+[9]	52+16+[6]	44+11+[3]		41+7+[6]	36+7+[5]	75+15+[11]	30+10+[6]	16+4+[15]
神奈川県	1			14+1+[1]										
新潟県	0													
富山県	0													
石川県	2				9+0+[2]	10+0+[1]								
福井県	0													
山梨県	0													
長野県	0													
岐阜県	0													
静岡県	0													
愛知県	1							16+1+[1]						
三重県	0													
滋賀県	1		7+0+[0]											
京都府	9	62+18+[8]	9+0+[2]	8+2+[2]		16+1+[1]	14+3+[2]	8+2+[1]	19+0+[0]		14+0+[0]	11+2+[4]		
大阪府	8	200+10+[21]				41+2+[4]	22+4+[5]	17+2+[1]	18+1+[0]		14+3+[2]	30+2+[6]	15+2+[2]	
兵庫県	4			13+0+[0]			12+1+[0]	14+0+[0]					13+0+[2]	
奈良県	0													
和歌山県	2	20+3+[2]				9+0+[1]								
鳥取県	1	15+1+[2]												
島根県	0													
岡山県	5	55+7+[6]	14+0+[0]		10+1+[2]						9+0+[0]	14+3+[6]		
広島県	0													
山口県	0													
徳島県	1	16+4+[2]												
香川県	0													
愛媛県	0													
高知県	0													
福岡県	8	118+29+[15]		11+1+[0]	17+5+[3]+(1)	33+10+[3]	11+0+[2]				15+0+[2]	20+4+[4]	7+0+[2]	
佐賀県	1				8+0+[1]									
長崎県	4	33+4+[4]	9+0+[0]			7+0+[0]						6+0+[0]		
熊本県	3	33+0+[3]			11+0+[2]	8+0+[1]								
大分県	0													
宮崎県	0													
鹿児島県	0													
沖縄県	2				7+0+[1]							8+0+[0]		

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

専攻医採用実績数 都道府県別一覽表

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

令和6年3月28日時点 確定値

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

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

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

専攻医採用実績数 診療科別一覧表

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

令和6年3月28日時点 確定値

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

※黄緑色のセルはシーリング対象の診療科

2. アンケート調査

【専攻医調査（有効回答数15,857件・有効回答率46.3%）】

<制約がない場合の専攻医の希望>

*プログラムの募集定員枠がなく、各病院の試験や内定も不要で、自由にプログラムを選べた場合

		専攻領域（19基本領域）の変更			計
		はい	いいえ	わからない	
都道府県 の変更	はい	649 4.1%	1,126 7.1%	362 2.3%	2,137 13.5%
	いいえ	334 2.1%	9,854 62.1%	839 5.3%	11,027 69.5%
	わからない	135 0.9%	1,062 6.7%	1,496 9.4%	2,693 17.0%
計		1,118 7.1%	12,042 75.9%	2,697 17.0%	15,857 100.0%

表：制約がなければ今とは異なる都道府県・基本領域を希望したか

○ 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は2,606名（16.4%）と一定程度みられ、中でも基本領域を変更する希望を示す専攻医は1,118名（7.1%）に対して、都道府県を変更する希望を示す専攻医は2,137名（13.5%）と多かった。

- 他の都道府県を希望した専攻医2,137名が、もともと希望していた都道府県としては、東京都、神奈川県、大阪府、兵庫県、京都府、福岡県が多かった。中でも、東京都を希望した専攻医は856名で該当者の4割を占め特に多かった。

- 他の基本領域を希望した専攻医1,118名が、もともと希望していた基本領域としては、内科が189名と最も多く、次いで外科が109名であった。制約がなければ内科を希望した189名のうち、現在の領域は総合診療が33名で最も多かった。

都道府県別の医師偏在指標（令和6年1月）

（都道府県別）

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

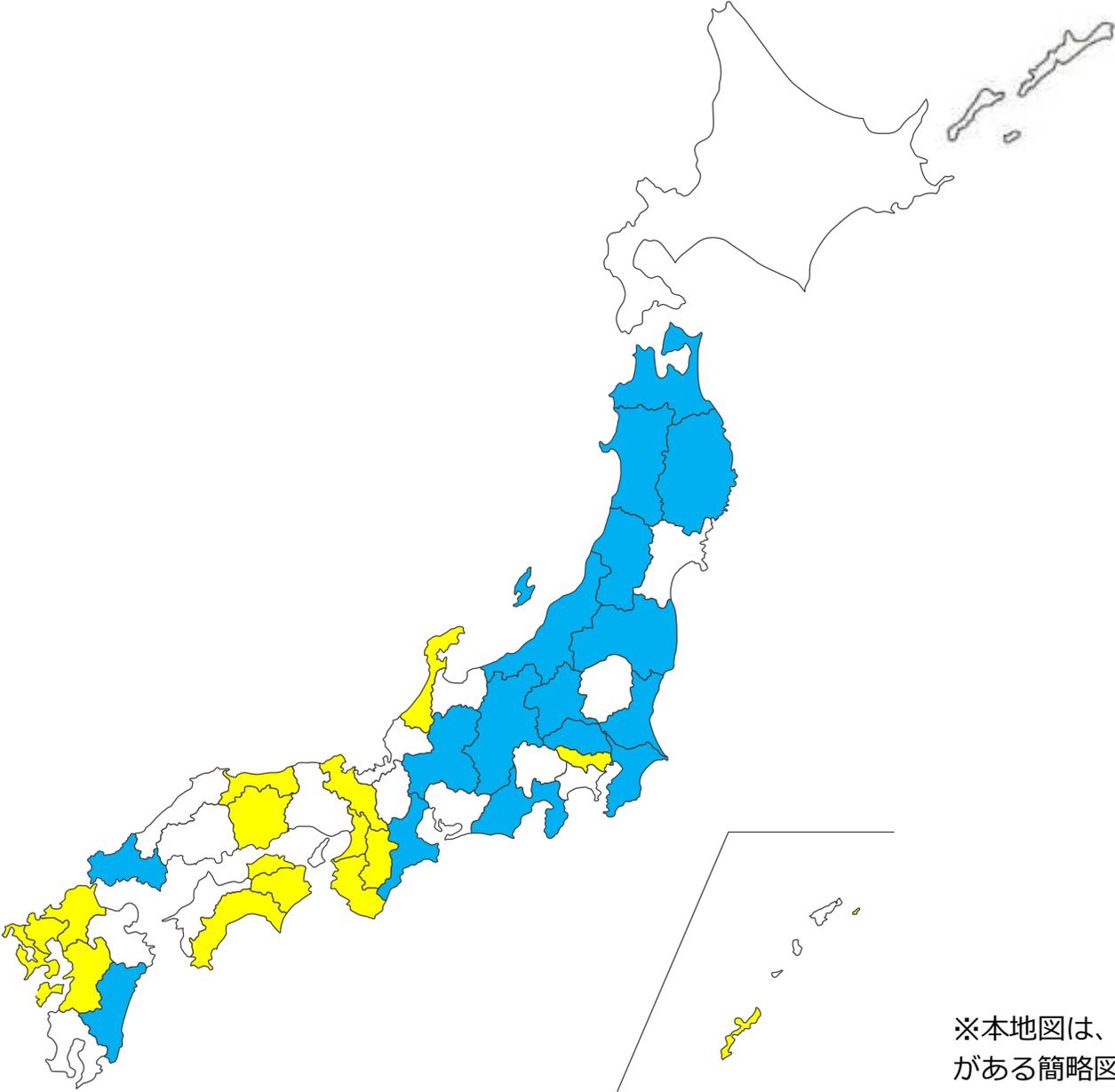
■ 上位1/3 ■ 下位1/3

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

黄色：医師多数都道府県
 青色：医師少数都道府県

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

都道府県別の医師偏在指標（令和6年1月）



黄色：医師多数都道府県
青色：医師少数都道府県

※本地図は、一部掲載が省略された島等がある簡略図である。

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

地域医療対策協議会

(医師確保対策の具体的な実施に係る関係者間の協議・調整を行う場)

構成員 都道府県、大学、医師会、主要医療機関、民間医療機関 等
 ※ 議長は都道府県以外の第三者・互選、女性割合に配慮 等

役割 協議事項を法定

- ・ キャリア形成プログラムの内容
- ・ 医師の派遣調整
- ・ 派遣医師のキャリア支援策
- ・ 派遣医師の負担軽減策
- ・ 大学の地域枠・地元枠設定
- ・ 臨床研修病院の指定
- ・ 臨床研修医の定員設定
- ・ 専門研修の研修施設・定員 等

協議の方法

- ・ 医師偏在指標に基づき協議
- ・ 大学・医師会等の構成員の合意が必要
- ・ 協議結果を公表

国のチェック

- ・ 医師派遣先（公的、民間の別）等の医師の派遣状況について定期的に国がフォローアップ

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

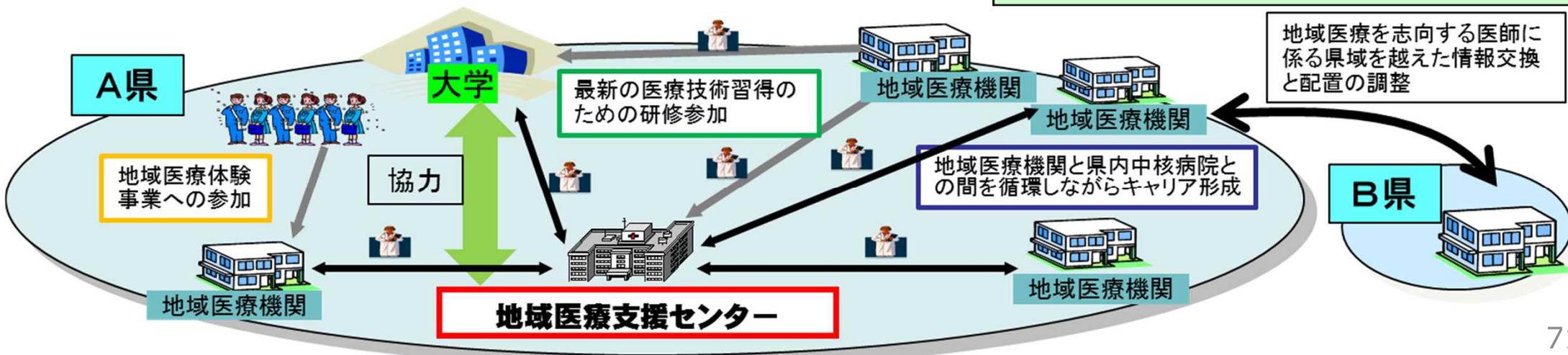
地域医療支援センター

(医師確保対策の事務の実施拠点)

法定事務

- ・ 都道府県内の医師確保状況の調査分析
- ・ 医療機関や医師に対する相談援助
- ・ 医師派遣事務
- ・ キャリア形成プログラムの策定
- ・ 派遣医師のキャリア支援・負担軽減 等

※医療従事者の勤務環境改善については、医療勤務環境改善支援センターと連携を図る

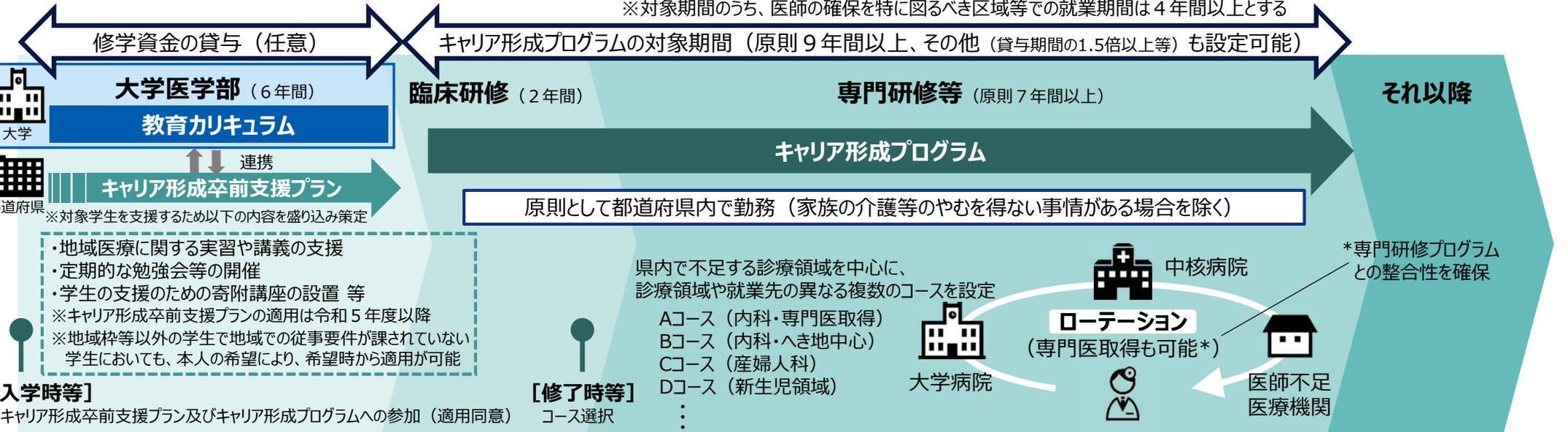


キャリア形成プログラムについて

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

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

<キャリア形成プログラムに基づくキャリア形成のイメージ>



<キャリア形成プログラムの対象者>

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

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

<キャリア形成プログラムに基づく医師派遣>

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

※地域医療構想における機能分化・連携の方針との整合性を確保する

※理由なく公立・公的医療機関に偏らないようにする

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

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

対象者の地域定着促進のための方策

<対象者の納得感の向上と主体的なキャリア形成の支援>

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

<プログラム満了前の離脱の防止>

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

キャリア形成プログラムの適用者について

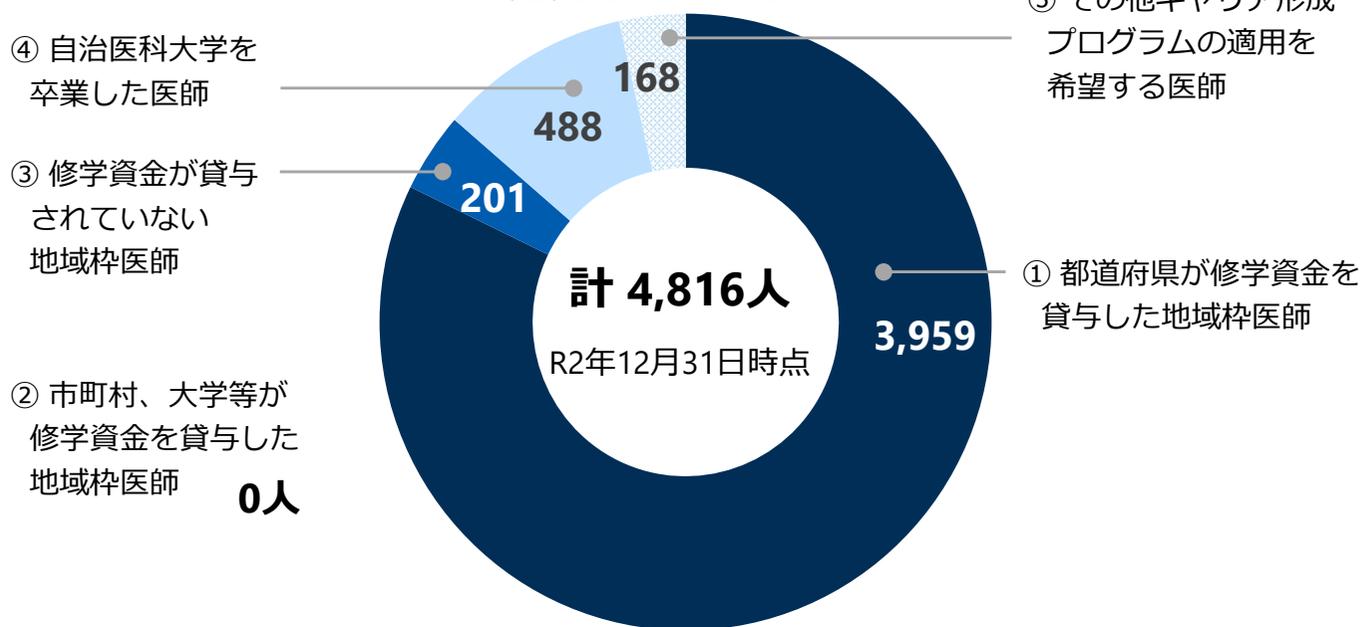
○ キャリア形成プログラムの対象者は、「キャリア形成プログラム運用指針」において、次に掲げる者を対象としている

- ① 都道府県が修学資金を貸与した地域枠医師
- ② 市町村、大学等が修学資金を貸与した地域枠医師
- ③ 修学資金が貸与されていない地域枠医師
- ④ 自治医科大学を卒業した医師
- ⑤ その他キャリア形成プログラムの適用を希望する医師

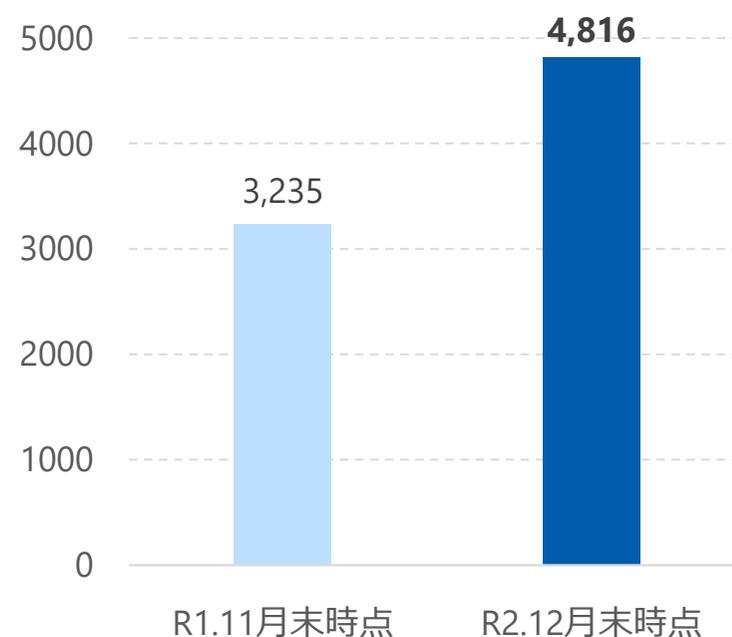
※ 都道府県は、①④⑤に対し、その者の同意を得て当該プログラムを適用しなければならない（ただし、④については、平成31年度以降に同大学の医学部に入学した者に限る者とし、それ以前の入学者については、その者の同意を得て当該プログラムを適用するよう努めるものとする）

※ 都道府県は、②③に対し、その者の同意を得て当該プログラムを適用するよう努めなければならない

キャリア形成プログラムが
適用されている医師



適用医師数の推移



- キャリア形成プログラムの適用者のうち3,959人（82%）は都道府県が修学資金を貸与した地域枠医師であり、キャリア形成プログラム適用医師の総数は増加傾向である。

2. 研究医枠の概要

研究医枠の概要

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

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

「特別コース」とは

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

研究医枠について

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

