

令和7年度第2回 医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会	資料3
令和7年7月24日	

専門研修における連携プログラムについて

厚生労働省 医政局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

- 1． 前回の議論の振り返り
- 2． 必要医師数更新後の足下充足率の状況
- 4． 関係者の関与の在り方及び連携構築
- 4． 論点

- 1． 前回の議論の振り返り
- 2． 必要医師数更新後の足下充足率の状況
- 3． 関係者の関与の在り方及び連携構築
- 4． 論点

今後の連携プログラムに関する論点

- 今後の連携プログラムについては、令和7年度大臣意見に基づく対応（連携先の要件の検討等）を進めることや、連携元として認識している課題への対応について現場の意見を踏まえた検討を行うこと等、当該プログラムに関する更なる改善やプログラム設置側の視点に立った一定の配慮等を行う方針としている。
- 特別地域連携プログラムの連携先は、「足下充足率0.7以下の都道府県の医師少数区域にある施設」としており、特に充足率の低い都道府県・地域への偏在対策に資することを期待した要件を定めている。
- 基本領域学会等から、連携先施設（特に医師少数区域に所在する施設）の把握や研修環境の担保が難しいことや、遠方にあることによる専攻医の負担等が課題となり、連携先の確保が困難である実態が指摘されている。
- 特別地域連携プログラムの連携先については、診療科によっては数県に限定される場合がある。「足下充足率0.7」を上回る都道府県診療科であっても、採用数が全国平均と比較して低いなど、更なる専攻医の確保が必要となり得る都道府県も存在する。
- 連携プログラムの運用に当たっては、関係者の役割や連携が重要であり、学会や都道府県において、地域のニーズの把握や研修環境の担保を行いながら、関係者間で連携し、特別地域連携プログラムの推進等に積極的に取り組んでいる例が存在する。



- 特別地域連携プログラムについては、専門研修制度を通じた医師の偏在対策を進める観点で重要な仕組みであることから、研修の質を担保しつつ、設置を進めることが適当ではないか。
- 特別地域連携プログラムの連携先について、学会等の意見も参考に、以下のような視点で見直しを検討してはどうか。
 - ・ 連携先を「医師少数区域の医療機関」に限定しているものを、都道府県の関与の下、現場でより柔軟な運用を可能とする
 - ・ 連携先を「足下充足率0.7（小児科に限り0.8）以下の都道府県」に限定しているものを、医師確保の必要性を念頭に、足下充足率以外の要素も加味する
- 地域のニーズの把握や研修環境の担保を行いながら、特別地域連携プログラムを推進するため、関係者間の協力体制をどのように構築することが望ましいか。特に、受入先となる都道府県や、学会等の各立場に期待される役割、実施可能な取組として、どのようなことが考えられるか。

前回（令和7年度第1回）の議論①

1. 連携先の要件に係る主なご意見

- 医師少数区域に限定していることについて、各都道府県の関与の下で、現場でより柔軟な運用を可能にすることはやる必要がある。また、特に今、連携対象になっている県が東日本に集中している中、西日本がつながりたくてもつながれない問題を解決するには連携先をもう少し柔軟に拡大する必要がある。
- 足下充足率以外の要素の例として、採用数が少ない都道府県が説明されたが、採用数が少ないところで指導体制が十分か提示した上で検討すべき。
- 連携が進まない原因が、施設はあるがマッチングがうまくいかないのか、そもそも対象地域に連携施設が存在しないのか、明確ではない。特別地域連携プログラムが、医師偏在への対応という目的をもつことから、この点が明確ではない状態で連携先を拡張することは、慎重に考える必要がある。
- 連携先の地域を拡張すると、他の連携プログラムとの区別が不明確になり、本来の特別地域連携プログラムの目的から離れてしまうことを懸念する。
- 連携先を一部緩和することの妥当性を地域の医療機関に説明しなければならない。都道府県間の偏在の格差を生じることがすべきではない。どのような形で医師不足でない地域の医療機関を連携先にするのか考え方を示してほしい。連携拡充ができないことの分析や説明が必要。
- 特別地域連携プログラムの連携先となる都道府県が増え、枠数が維持されると、一定の競争環境が生まれることを懸念する。例えば、特別地域連携プログラムを連携プログラムに入れ込み、都道府県限定分を実態に合わせて手厚く配分するなど、特別地域連携プログラムの配分の見直しを行わないと、研修の質の担保と医師偏在対策の施策効果が狙えないのではないか。
- 通常のローテーションでも家庭生活に支障を来すことがまれならずある中、かなり離れたところにローテーションするとなると、ハードルは一層高くなる。落ち着いて研修に取り組める安心できる環境を保障することも若い医師には大変重要であり、地理的・文化的に結びつきが強いところも選択できるよう検討いただきたい。また、状況に応じた柔軟な対応、個別ケースに応じた余地も残すことを検討いただきたい。
- 制度がわかりにくいものになってきている。なるべくわかりやすくシンプルにしていくことも必要。
- 地域医療に参加することの教育効果、地方や地域であればこそできることも評価する必要がある。地域医療は非常に大きな要素であり、0.7以下という要件を若干緩めて解釈してもよいのではないか。

前回（令和 7 年度第 1 回）の議論②

2. 都道府県の関与や関係者の連携に係る主なご意見

- 診療科によって事情の違いがある中、学会が、診療科の特徴に合わせて話し合いを行い、また、学会に多くいらっしゃる地域の医療機関の事情を把握している大学関係者と、さらに都道府県の方も入って、話し合っていくことが大事である。また、都道府県の担当者が連携して情報提供することは連携を確実に進める上で必要である。
- 都道府県が調整に関与するという自体は運用上あり得るが、調整に係る事務負担が想定されるので、それを軽減するための工夫が必要。これまでどの病院間で連携が構築され、その採用実績が実際どうなのか、都道府県が現状を速やかに把握できる仕組みが少なくとも必要。
- 各地域には数字では見えないものがあるので、都道府県がプログラム作りや採用に結びつけることは大事であり、都道府県が関与していくことは非常に良い。
- 県において、地域枠医師が中心となるが、医師不足地域で研修ができるよう体制をとっている。そのような中で経済的支援に関する指摘もあるが、よく研修ができるかということが若い医師の関心の多くを占めている印象がある。
- 都道府県、大学、学会、その地域の医師会などが協力しながらこの課題に取り組むこと、そのような仕組みになるよう考えていくことが必要。

前回（令和 7 年度第 1 回）の議論③

3. 連携先における生活環境への配慮や研修に係る主なご意見

- 連携先が確保されプログラムができて、実際に採用者が確保できないことに苦慮していると聞く。専攻医の立場から、移転の負担や、生活関連費用の負担をなんとかしてほしい、連携先の研修内容がわからないので手を挙げるができない、という声も聞く。研修内容等に関する具体的な紹介ができるような仕組みを作らないといけない。
- 専攻医の生活面や研修の質の担保を、誰が手当てするのか、という問題があるが、基幹施設側がやるのは難しいと思われる。都道府県、受け入れ先の施設、一部国など公的なところが担うべきではないか。
- 専攻医の生活の質については、経済的な支援も含めて都道府県の地域医療対策協議会で踏み込んだ議論が必要なのではないか。
- 公的病院も民間病院も経営が非常に大変であり、また、医師少数区域は少数であるがゆえに経済的に成り立たせることが大変な状況にある。厚生労働省としての支援と、学会の理解が必要。
- 専攻医に強制的に連携先で研修させることはできず、また専攻医の考えも変わってきており、経済的インセンティブを求める話も寄せられる。都道府県において、診療科に医師が集まらない原因を把握し、若い医師の考えを踏まえた検討を行うことが必要ではないか。
- 医師少数地域では、車の免許を持っていない、官舎がなく病院から離れている、女性医師の場合は夜間救急で呼び出されても危険を伴って行けない、など経済的インセンティブだけで解決されない問題も存在する。
- これから専攻医になる臨床研修医に、連携先に行く際に何が必要か、ある程度の人数にヒアリングをするべきではないか。
- 基本的に研修の質をいかに担保していくかを最重点に考えていくべき。
- 地域医療に参加することのメリットは、領域によって異なるが、総合診療、内科、小児科など全身を診る領域に関して非常に意義がある。もっと宣伝していかなければいけない。
- 地域医療は、地域枠、臨床研修、専門研修を組み合わせながら経験する方向を考えるべき。その上で、専門研修においての地域医療をどう考えるか。

4. その他のご意見

- 県内において、一病院が多数の医師を採用し研修している一方で、他の病院に専攻医がほとんどいない場合でも、足下充足率が上がる場合があることを考慮しないといけない。
- 研修医の質の担保を最重点に考えるなど、長期的に一貫性を持って必要なことを考えないと、学会も不安になり、苦しい。

本日の議論の内容

前回の本部会における議論等から課題や現状が明らかとなりつつある中、本日は、新たに、**関係者の関与の在り方に関する現状や臨床研修における先行した取組、必要医師数更新後の足下充足率の状況**等を紹介。研修の質の担保や生活環境への配慮、地域におけるニーズへの対応等の観点を踏まえ、**令和9年度以降の特別地域連携プログラムの推進に必要な対応についてご意見いただきたい。**

検討の観点	課題	現状
研修の質の 更なる向上等	(1)領域の特性に対応した柔軟な仕組みの必要性 (2)連携先に関する情報の重要性	・連携先を「医師少数区域」に限ることで、領域の特性上、研修に適した施設や受入可能な施設が限定される場合がある。 ・連携元と連携先の施設が個人的なつながり等に頼らざるを得ない。 ・専攻医にとっても、連携先における研修環境や生活環境に関する情報が重要。
地域における ニーズへの 対応	(3)地域のニーズに応える連携確保の必要性 (4)足下充足率の変化への対応	・連携元が調整を図っても、連携先から断られる事例があるなど、連携が円滑に進まない場合がある。 ・都道府県、地元大学、地元医師会等の関係者との連携の重要性が指摘。 ・必要医師数を更新した結果、最新の足下充足率を踏まえた適切な基準の設定を検討する必要。
その他	(5)制度のシンプル化、わかりやすさ	・制度の変遷により仕組みが複雑化。 ・それぞれのプログラムの意義を保つ必要性についても指摘があった。



本日新たに紹介する事項 (ご意見を頂きたい事項)
・「地域のニーズへの対応」、「研修の質の担保」に必要な関係者の関与の在り方の検討のため、 - 日本専門医機構における現状の取組 - 臨床研修の広域連携型プログラムにおける先行した取組 を紹介 ⇒「3. 関係者の関与の在り方及び連携構築」 ・必要医師数更新後の足下充足率の状況を紹介 ⇒「2. 必要医師数更新後の足下充足率の状況」 ・上記2点と、連携プログラムの区分等について検討した内容を合わせ、今後の連携プログラムの在り方を提案 ⇒「4. 論点」

- 1． 前回の議論の振り返り
- 2． 必要医師数更新後の足下充足率の状況
- 3． 関係者の関与の在り方及び連携構築
- 4． 論点

必要医師数更新後の2022年足下充足率

○更新後の必要医師数により2022年足下充足率を計算すると、0.7以下の都道府県は一部の診療科を除いて減少傾向。

診療科	足下充足率0.8以下	参考：都道府県数 (従来⇒2022)	足下充足率0.7以下	都道府県数 (従来⇒2022)
内科	岩手、福島、茨城、群馬、千葉、新潟、静岡	7⇒7	青森、秋田、山形、埼玉	9⇒4
小児科	埼玉、千葉、愛知、高知	12⇒4	山口	0⇒1
皮膚科	青森、山形、群馬、千葉、新潟、山梨、岐阜、静岡、宮崎、鹿児島	15⇒10	岩手、秋田、福島、茨城、長野、愛媛、高知	5⇒7
精神科	青森、栃木、千葉、静岡、滋賀	9⇒5	茨城、埼玉、新潟、岐阜	4⇒4
整形外科	青森、秋田、福島、茨城、千葉、新潟、岐阜、愛知	7⇒8	岩手、埼玉	3⇒2
眼科	北海道、岩手、秋田、福島、茨城、群馬、新潟、高知、大分	11⇒9	青森	5⇒1
耳鼻咽喉科	群馬、埼玉、千葉、新潟、長野、高知、宮崎	10⇒7	岩手、茨城	5⇒2
泌尿器科	宮城、茨城、栃木、長野、岐阜	9⇒5	埼玉、新潟、愛知	5⇒3
脳神経外科	宮城、秋田、山形、群馬、千葉、神奈川、新潟、愛知、滋賀、長崎	12⇒10	青森、栃木、埼玉、島根、宮崎	11⇒5
放射線科	北海道、栃木	2⇒2	青森、岩手、秋田、福島、茨城、埼玉、千葉、新潟、長野、岐阜、静岡	13⇒11
麻酔科	埼玉、千葉、静岡、愛知	2⇒4	青森、岩手、秋田、山形、福島、茨城、新潟、岐阜、三重	12⇒9
形成外科	千葉、富山、愛媛、佐賀、大分	7⇒5	北海道、青森、岩手、秋田、山形、福島、茨城、群馬、埼玉、新潟、福井、山梨、岐阜、愛知、三重、滋賀、和歌山、鳥取、島根、広島、山口、高知、熊本、宮崎、鹿児島	24⇒25
リハビリテーション科	群馬、埼玉、長野、佐賀	3⇒4	青森、岩手、秋田、山形、福島、茨城、新潟、岐阜、三重、香川、高知、宮崎	12⇒12

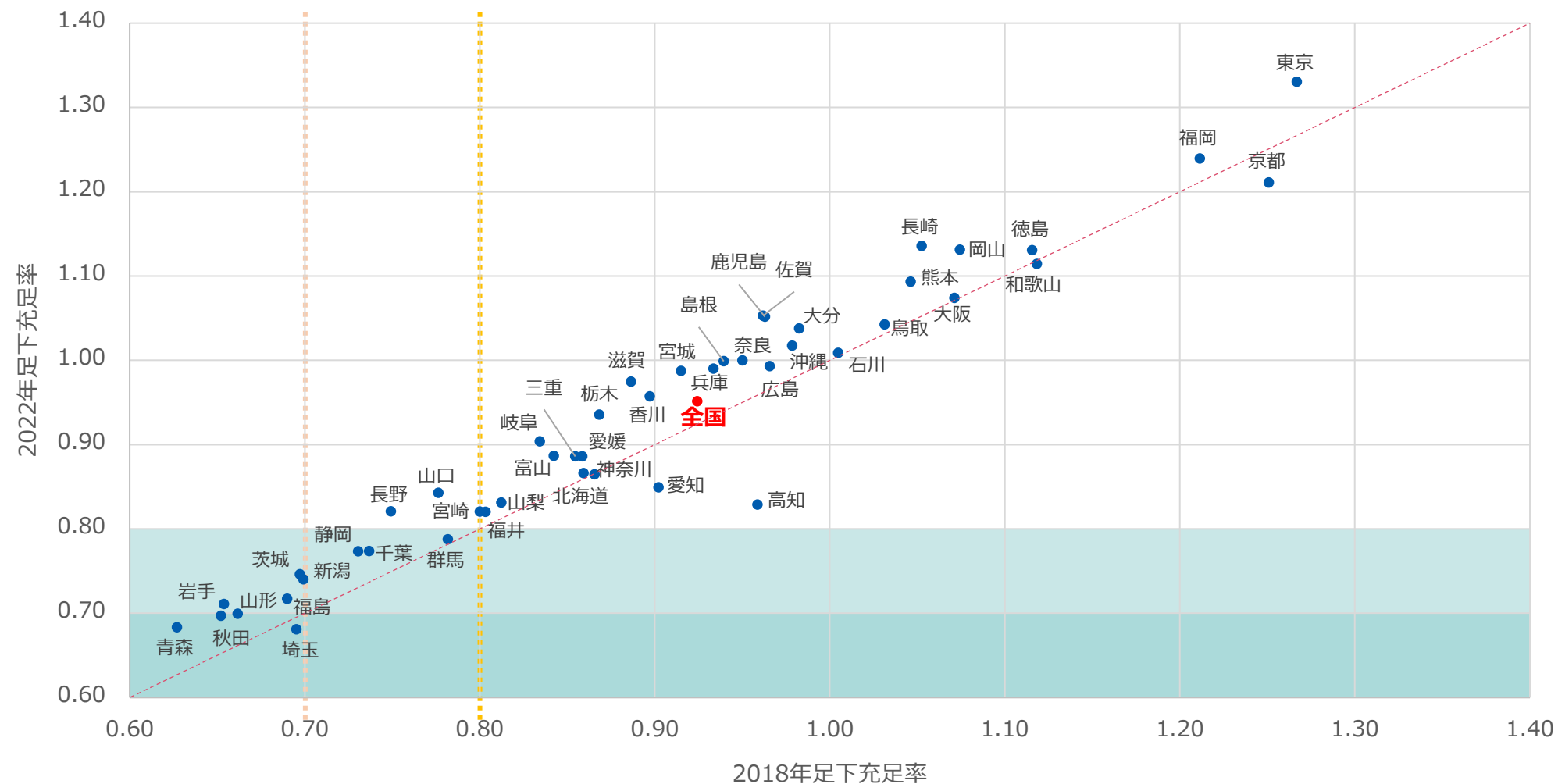
連携等プログラムにおける連携先の対象都道府県一覧

日本専門医機構提出資料

診療科	都道府県限定分（足下充足率0.8以下）	特別地域連携プログラム（足下充足率0.7（小児科0.8）以下）
内科	群馬、千葉、福井、山梨、長野、山口、宮崎	青森、岩手、秋田、山形、福島、茨城、埼玉、新潟、静岡
小児科	青森、岩手、福島、茨城、栃木、埼玉、千葉、静岡、愛知、三重、宮崎、鹿児島	
皮膚科	青森、宮城、山形、茨城、埼玉、千葉、新潟、山梨、岐阜、静岡、滋賀、愛媛、大分、宮崎、鹿児島	岩手、秋田、福島、群馬、長野
精神科	岩手、福島、埼玉、千葉、静岡、愛知、滋賀、和歌山、愛媛	茨城、栃木、新潟、岐阜
整形外科	宮城、秋田、福島、茨城、新潟、岐阜、静岡	青森、岩手、埼玉
眼科	北海道、山形、茨城、栃木、群馬、長野、静岡、島根、山口、大分、宮崎	青森、岩手、秋田、福島、新潟
耳鼻咽喉科	秋田、福島、埼玉、千葉、新潟、長野、島根、熊本、宮崎、鹿児島	青森、岩手、茨城、群馬、大分
泌尿器科	宮城、福島、埼玉、千葉、富山、愛知、三重、広島、沖縄	茨城、栃木、新潟、長野、岐阜
脳神経外科	秋田、茨城、神奈川、富山、長野、岐阜、静岡、三重、長崎、熊本、宮崎、沖縄	青森、宮城、山形、福島、栃木、群馬、埼玉、千葉、新潟、鳥取、島根
放射線科	宮城、山形	北海道、青森、岩手、秋田、福島、茨城、栃木、埼玉、千葉、新潟、長野、岐阜、静岡
麻酔科	福井、愛媛	青森、岩手、秋田、山形、福島、茨城、埼玉、千葉、新潟、岐阜、静岡、三重
形成外科	北海道、栃木、埼玉、千葉、滋賀、愛媛、大分	青森、岩手、秋田、山形、福島、茨城、群馬、新潟、富山、福井、山梨、岐阜、愛知、三重、奈良、和歌山、鳥取、島根、広島、山口、佐賀、熊本、宮崎、鹿児島
リハビリテーション科	栃木、長野、大分	青森、岩手、山形、福島、茨城、埼玉、新潟、岐阜、三重、香川、長崎、宮崎

2018年と2022年の足下充足率の比較

●内科●

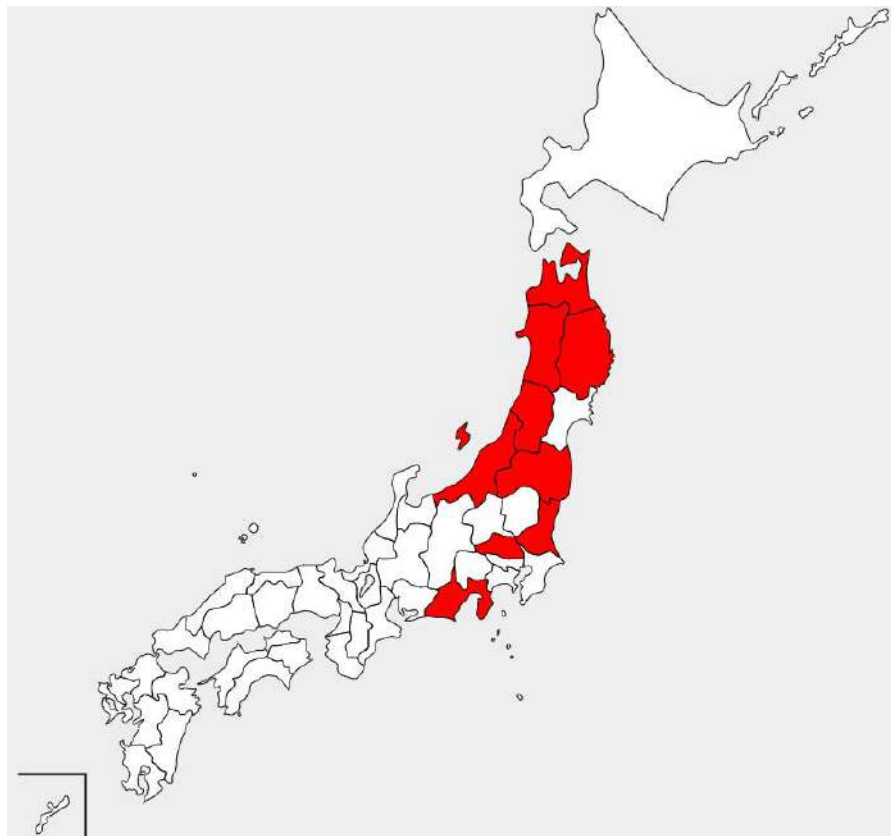


特別地域連携プログラムの連携先都道府県（内科）

＜従来の連携先＞



特別地域連携プログラム（※）

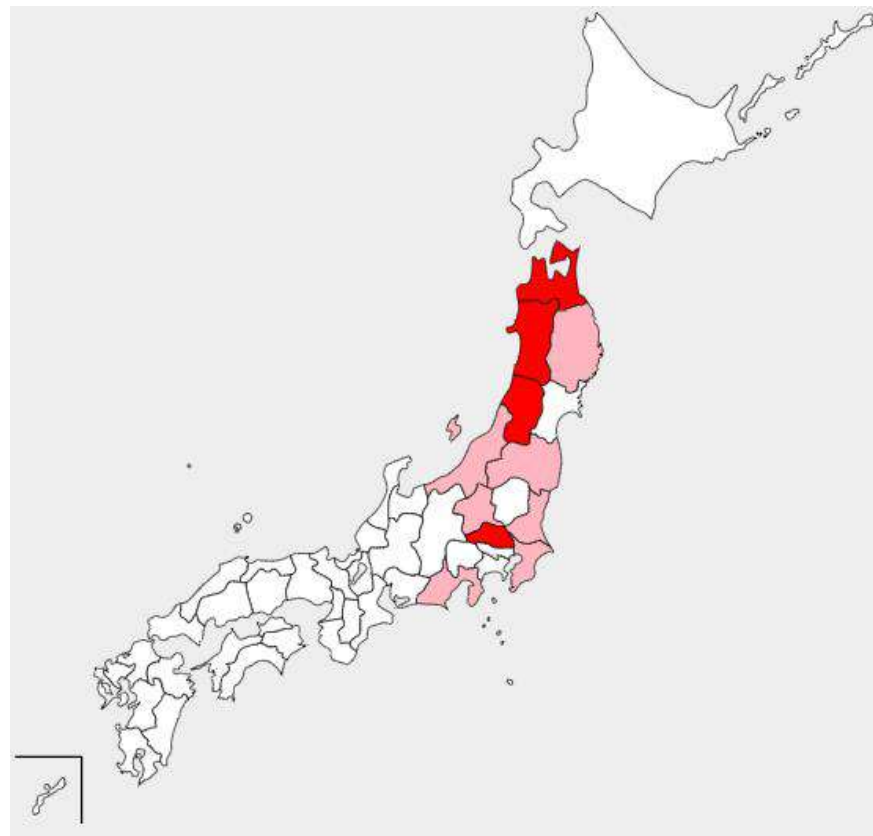


＜2022年足下充足率＞



足下充足率0.7以下

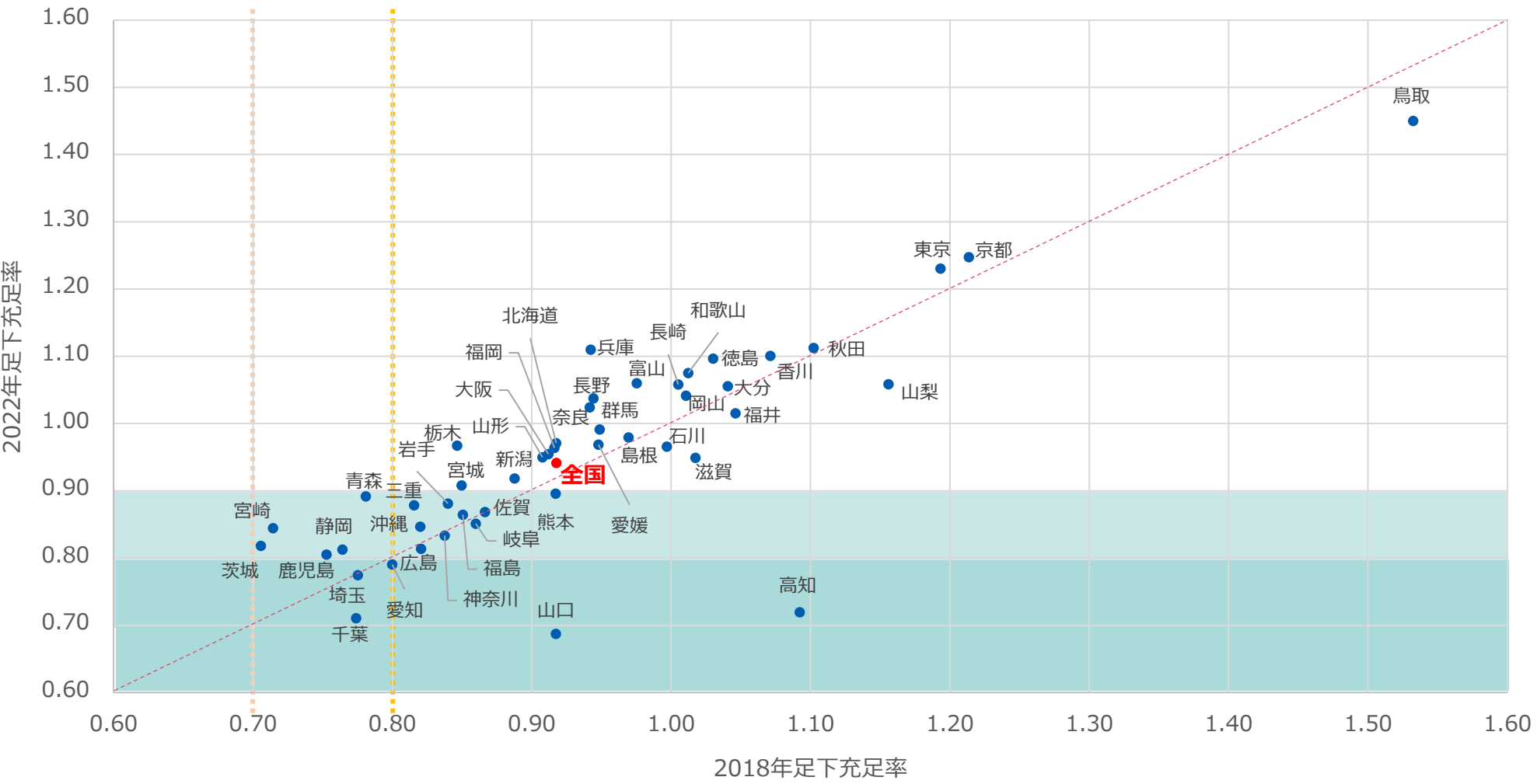
足下充足率0.8以下



※ 2016年足下充足率または2018年足下充足率において、0.7以下を満たす都道府県

2018年と2022年の足下充足率の比較

●小児科●

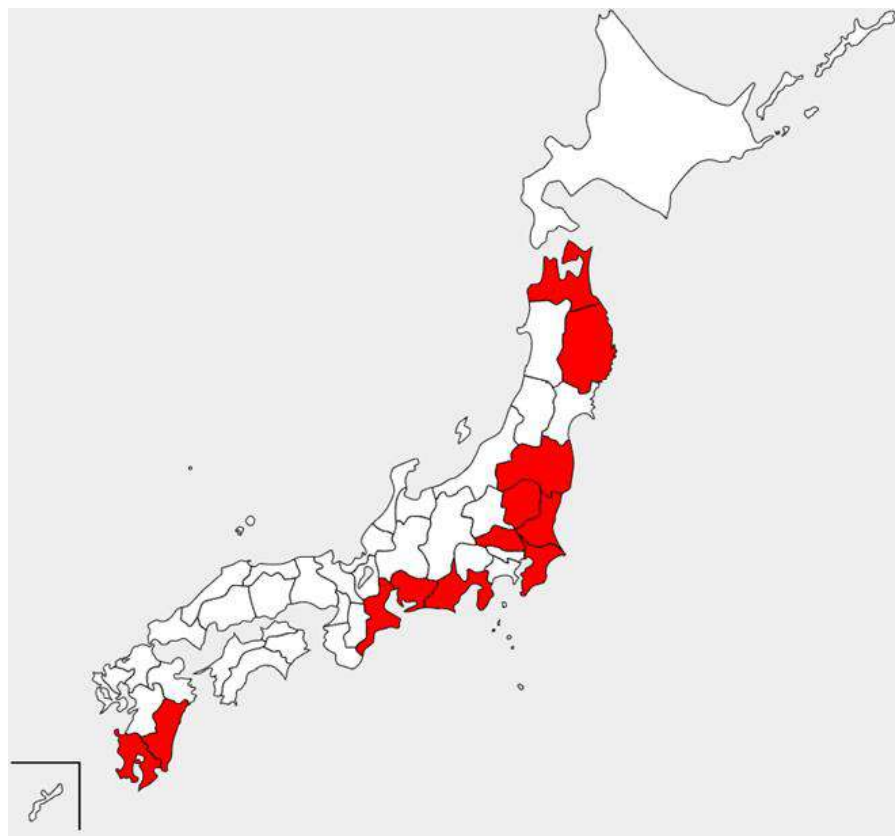


特別地域連携プログラムの連携先都道府県（小児科）

＜従来の連携先＞



特別地域連携プログラム（※）

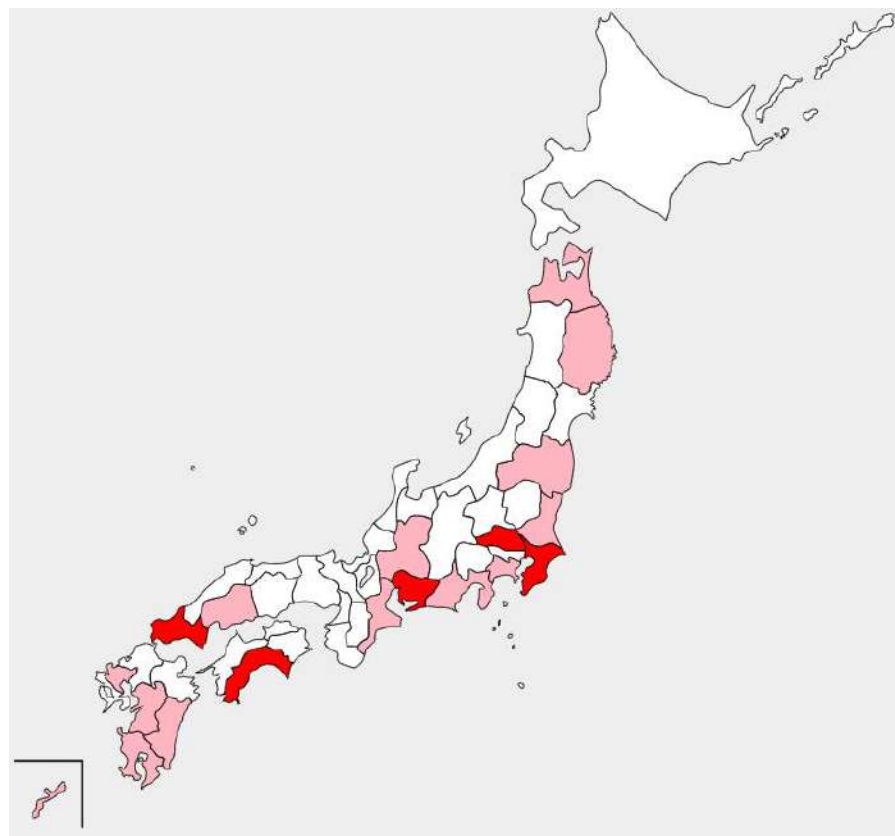


＜2022年足下充足率＞



足下充足率0.8以下

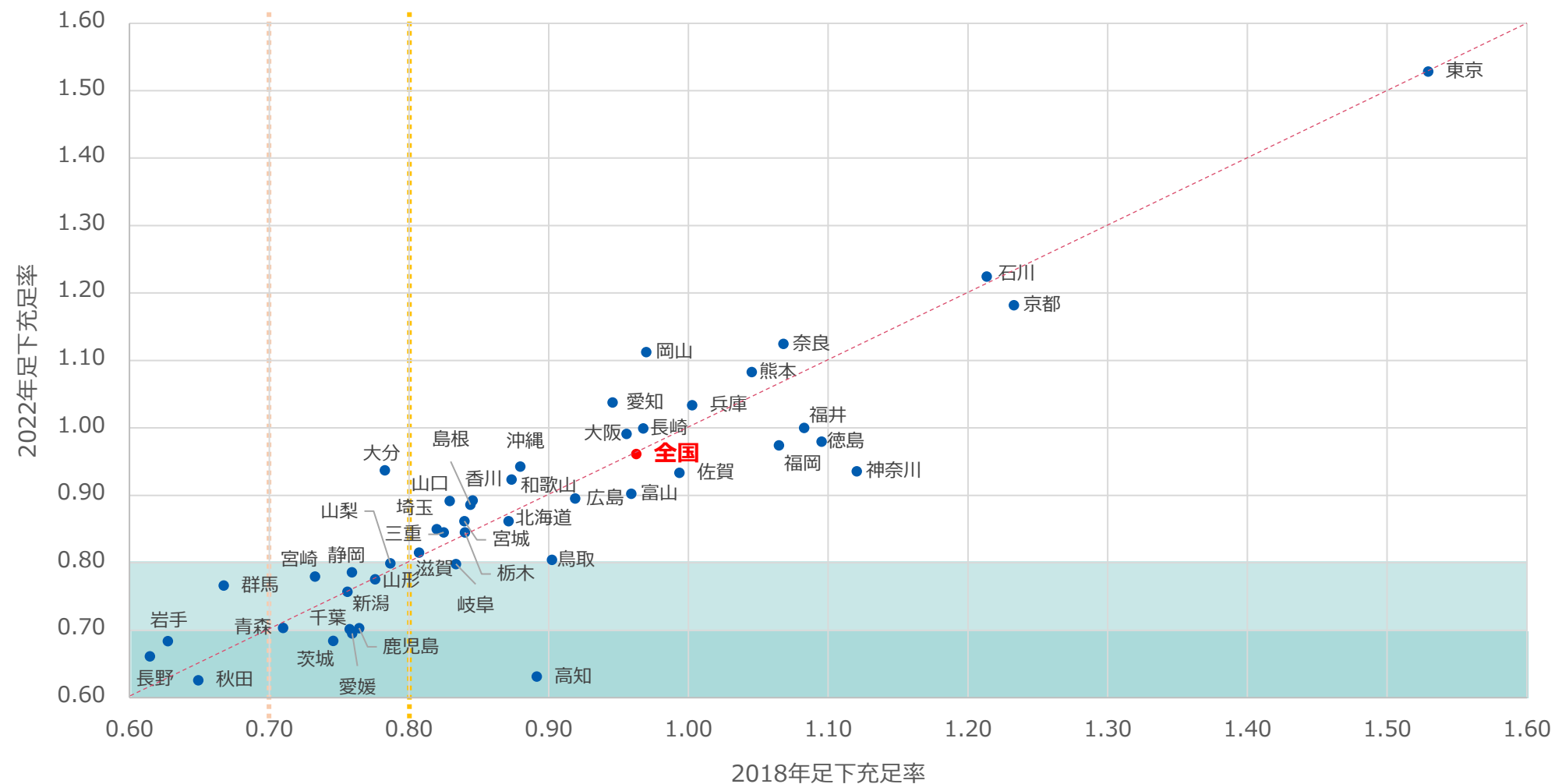
足下充足率0.9以下



※ 2016年足下充足率または2018年足下充足率において、0.8以下を満たす都道府県

2018年と2022年の足下充足率の比較

●皮膚科●

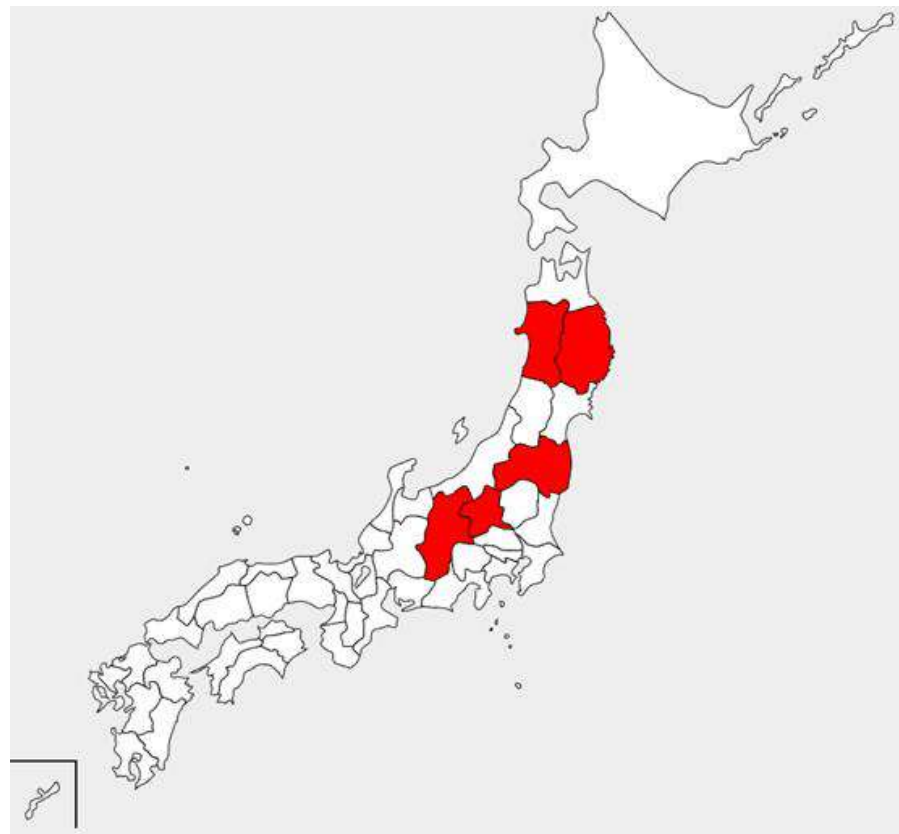


特別地域連携プログラムの連携先都道府県（皮膚科）

＜従来の連携先＞



特別地域連携プログラム（※）

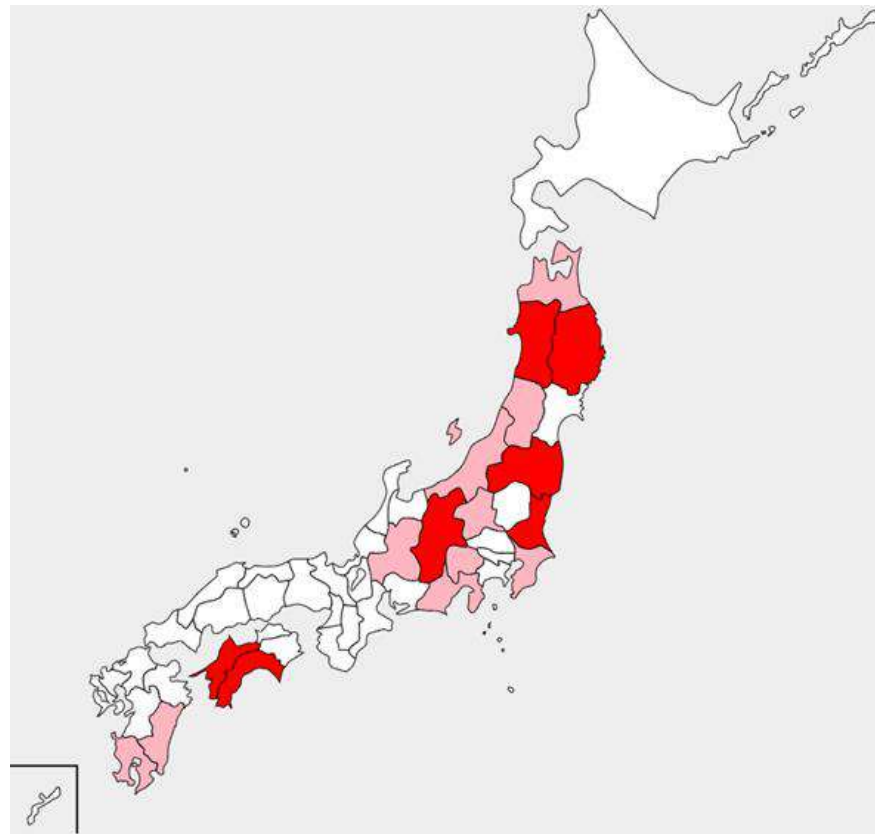


＜2022年足下充足率＞



足下充足率0.7以下

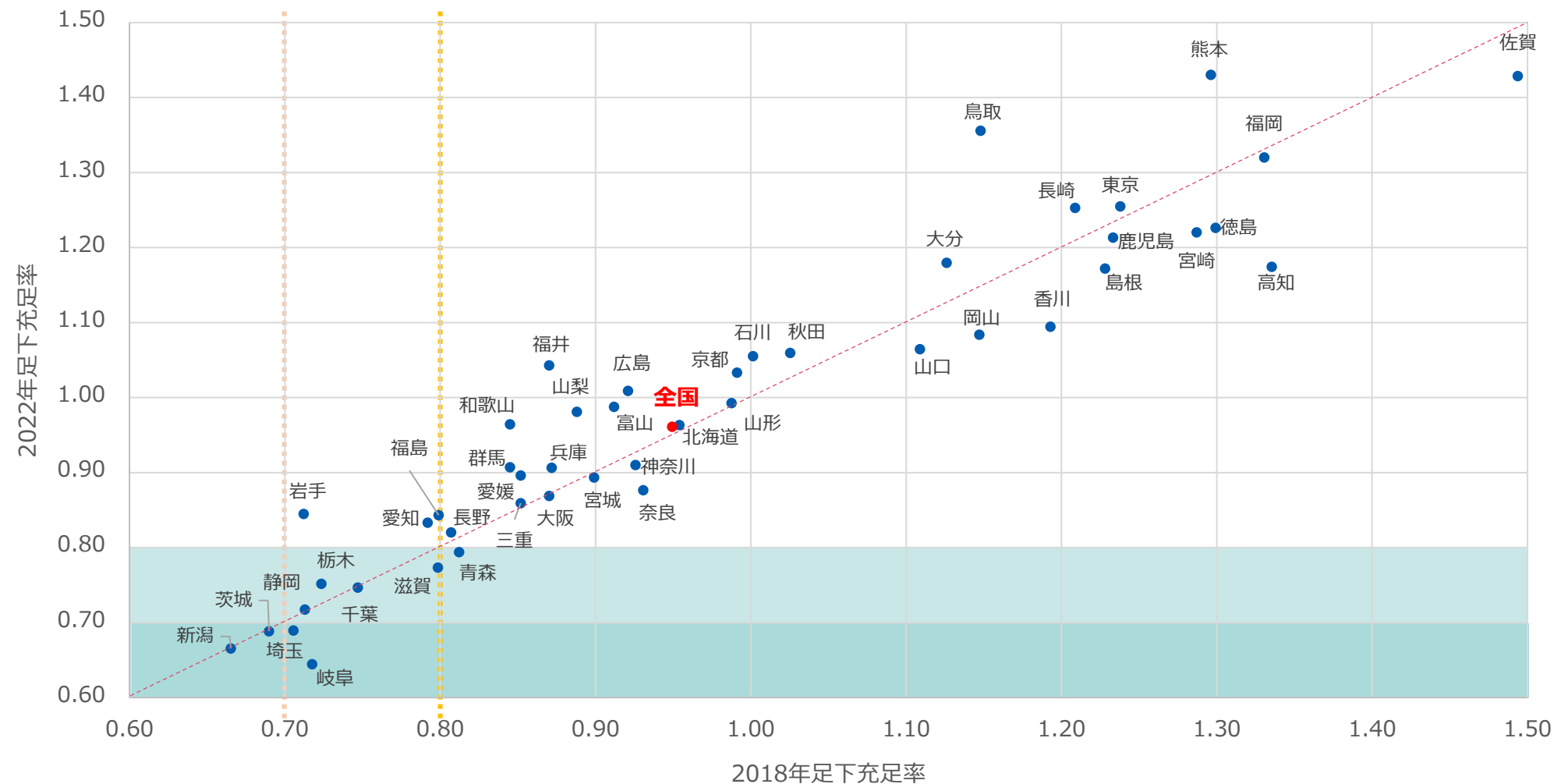
足下充足率0.8以下



※ 2016年足下充足率または2018年足下充足率において、0.7以下を満たす都道府県

2018年と2022年の足下充足率の比較

●精神科●



特別地域連携プログラムの連携先都道府県（精神科）

＜従来の連携先＞



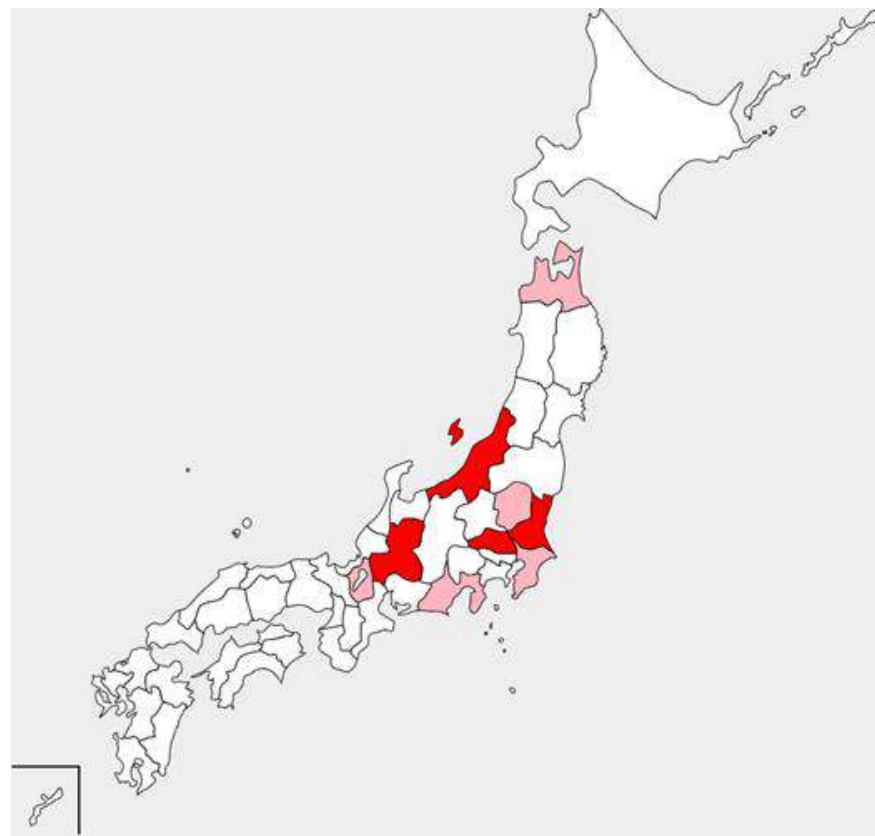
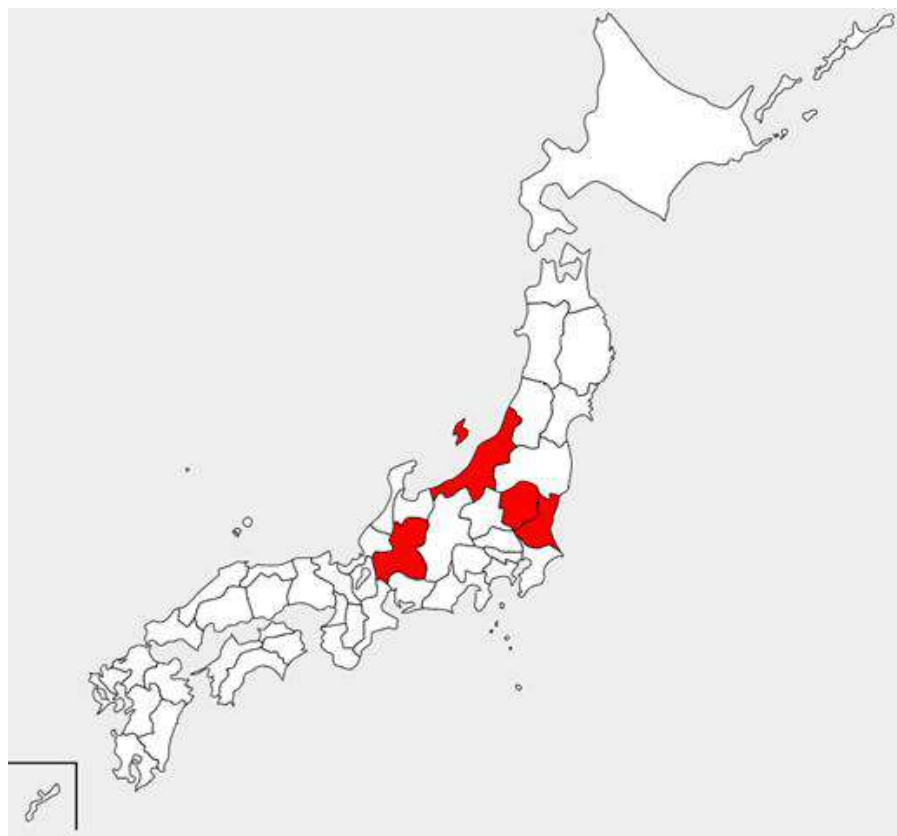
特別地域連携プログラム（※）

＜2022年足下充足率＞



足下充足率0.7以下

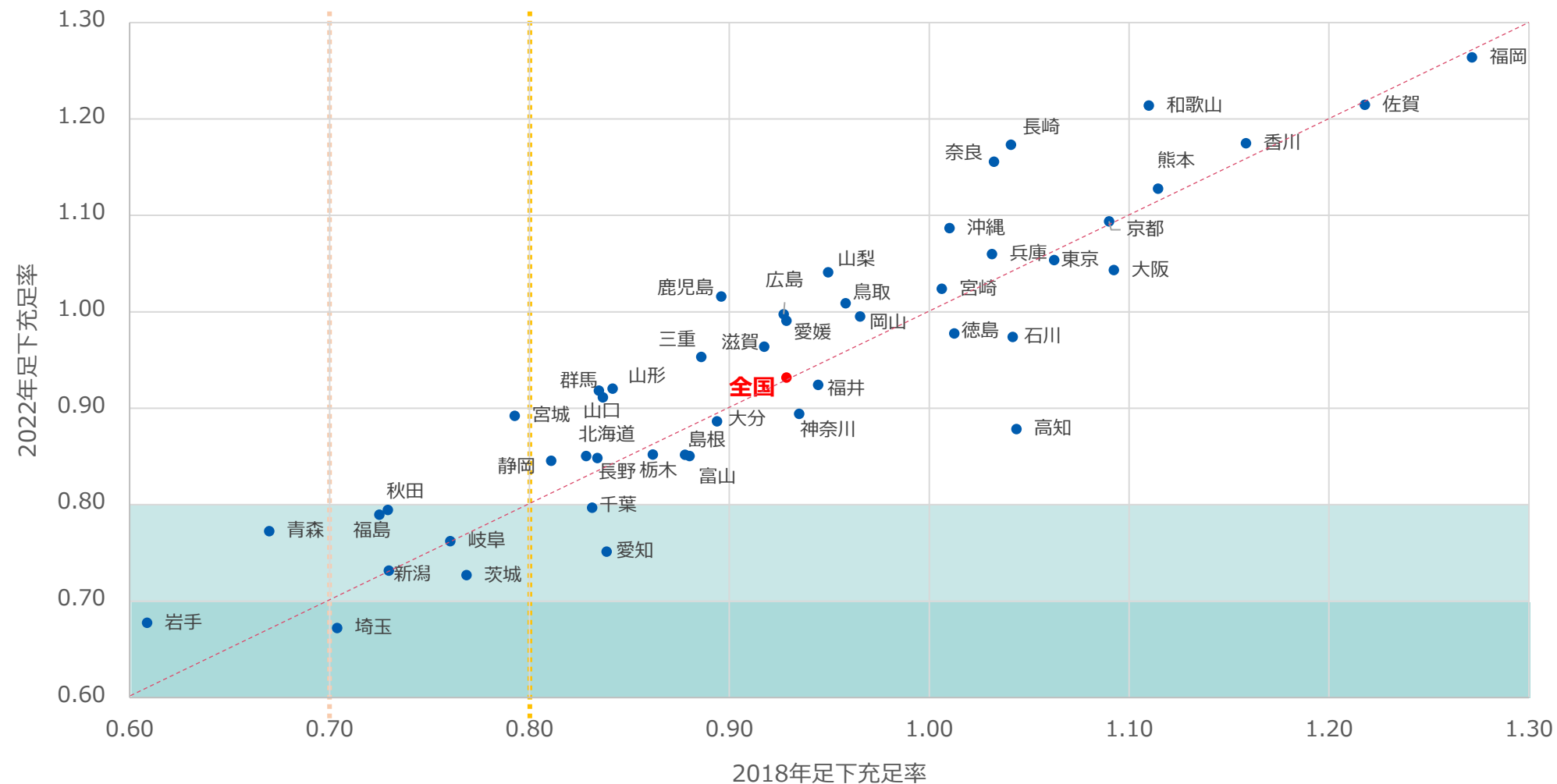
足下充足率0.8以下



※ 2016年足下充足率または2018年足下充足率において、0.7以下を満たす都道府県

2018年と2022年の足下充足率の比較

● 整形外科 ●

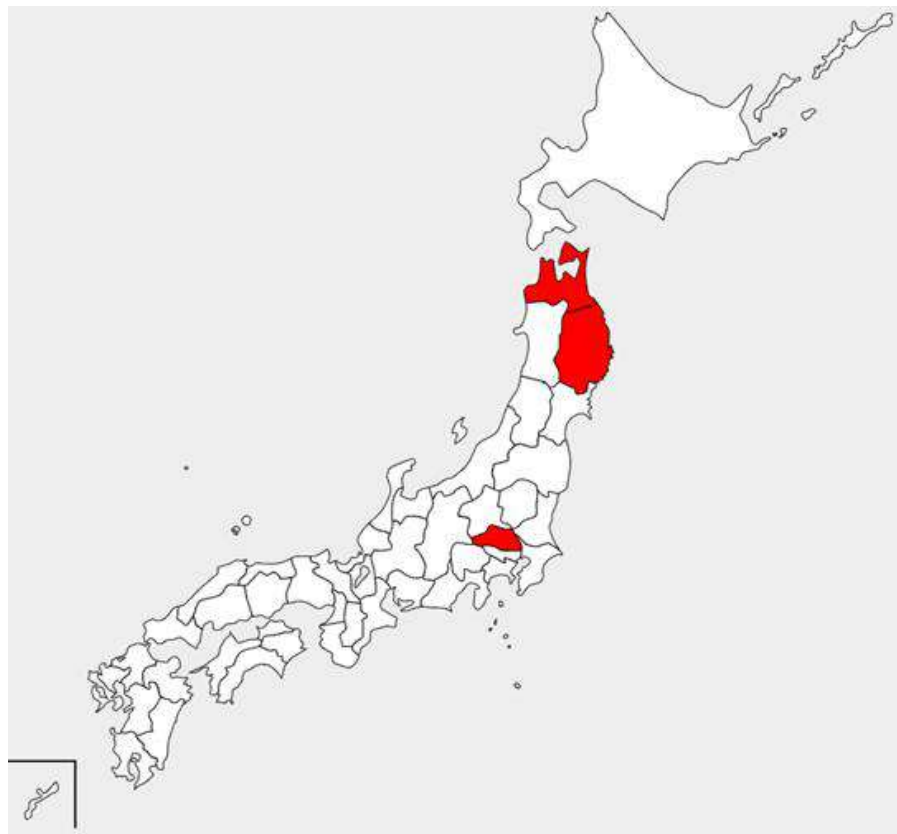


特別地域連携プログラムの連携先都道府県（整形外科）

＜従来の連携先＞



特別地域連携プログラム（※）



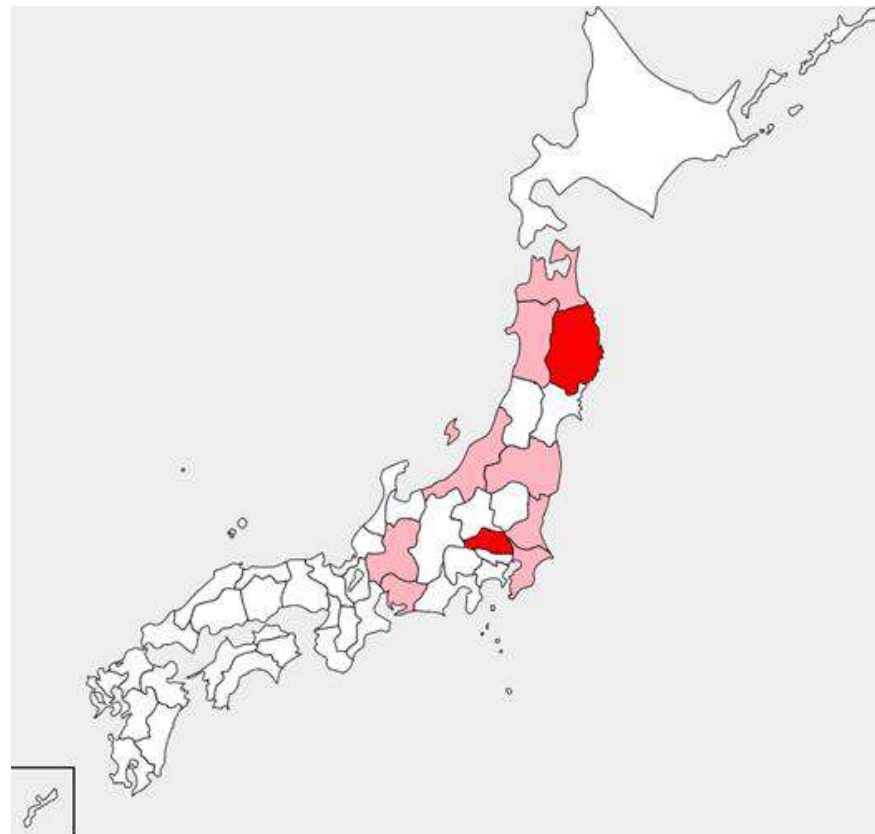
＜2022年足下充足率＞



足下充足率0.7以下



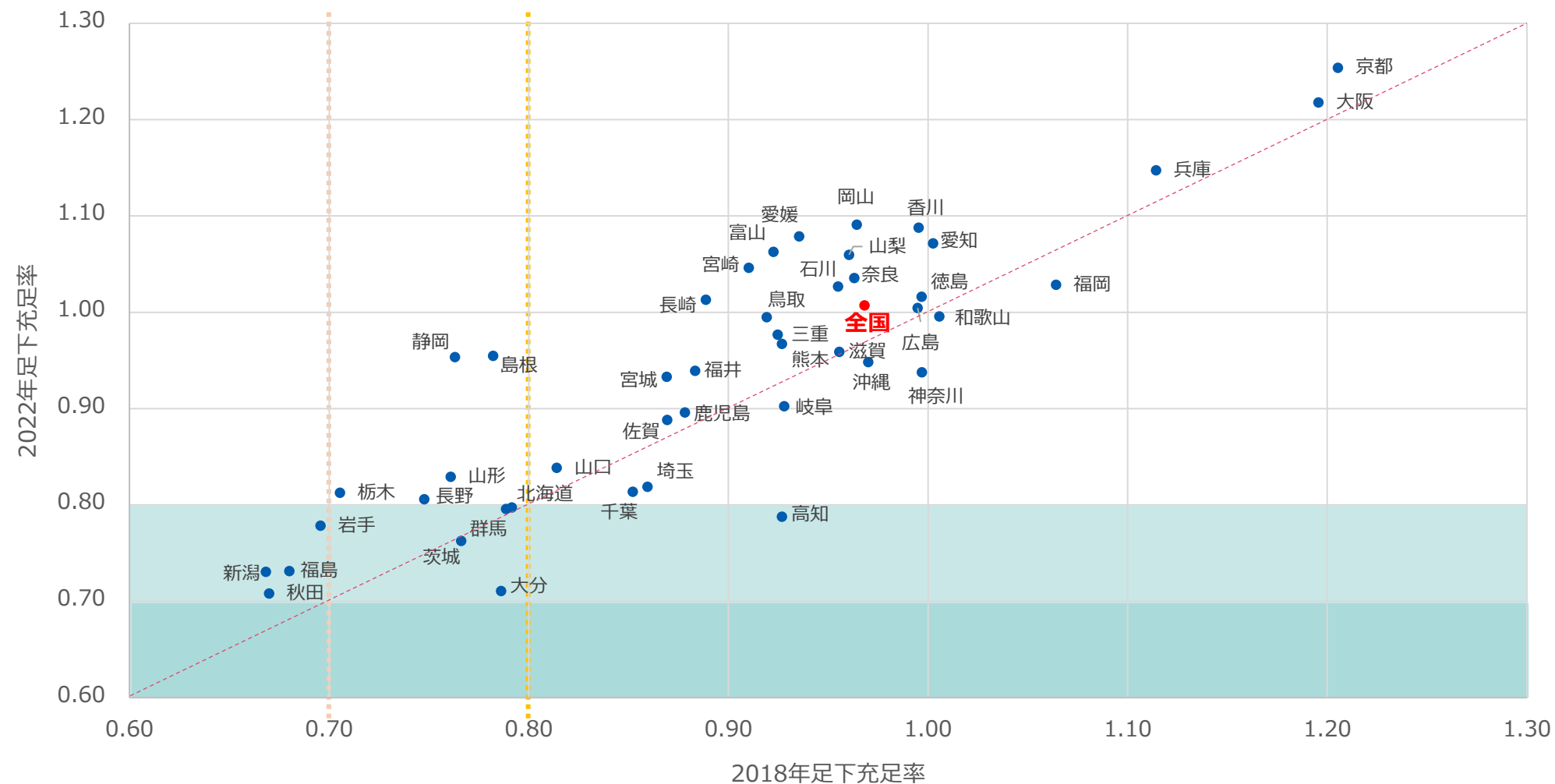
足下充足率0.8以下



※ 2016年足下充足率または2018年足下充足率において、0.7以下を満たす都道府県

2018年と2022年の足下充足率の比較

●眼科●

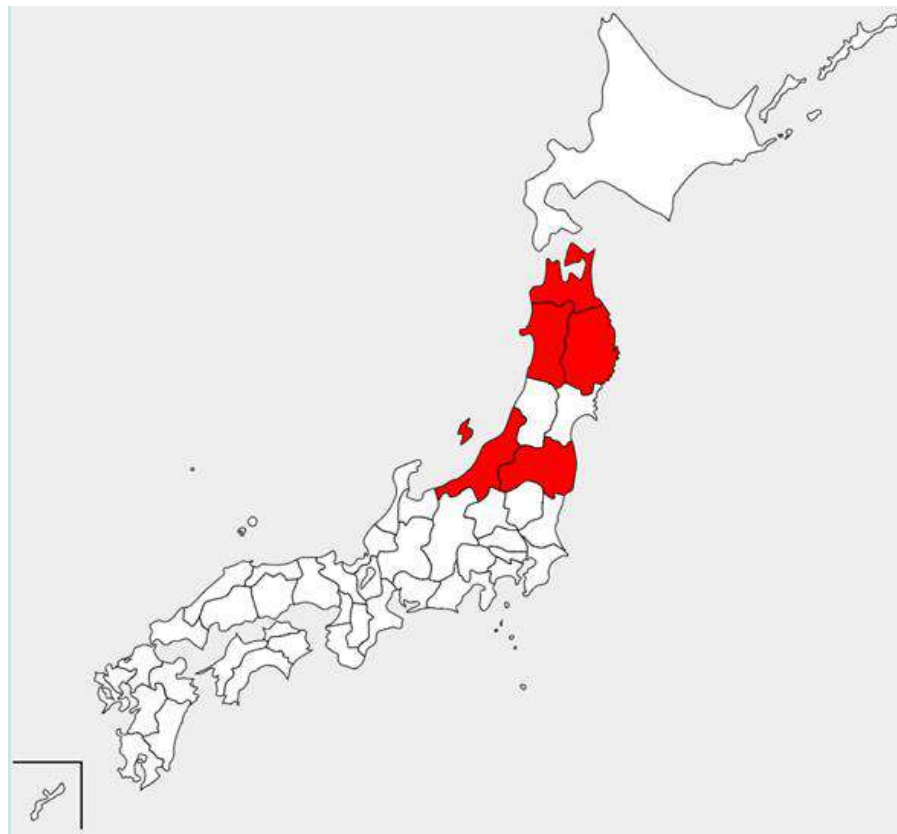


特別地域連携プログラムの連携先都道府県（眼科）

＜従来の連携先＞



特別地域連携プログラム（※）

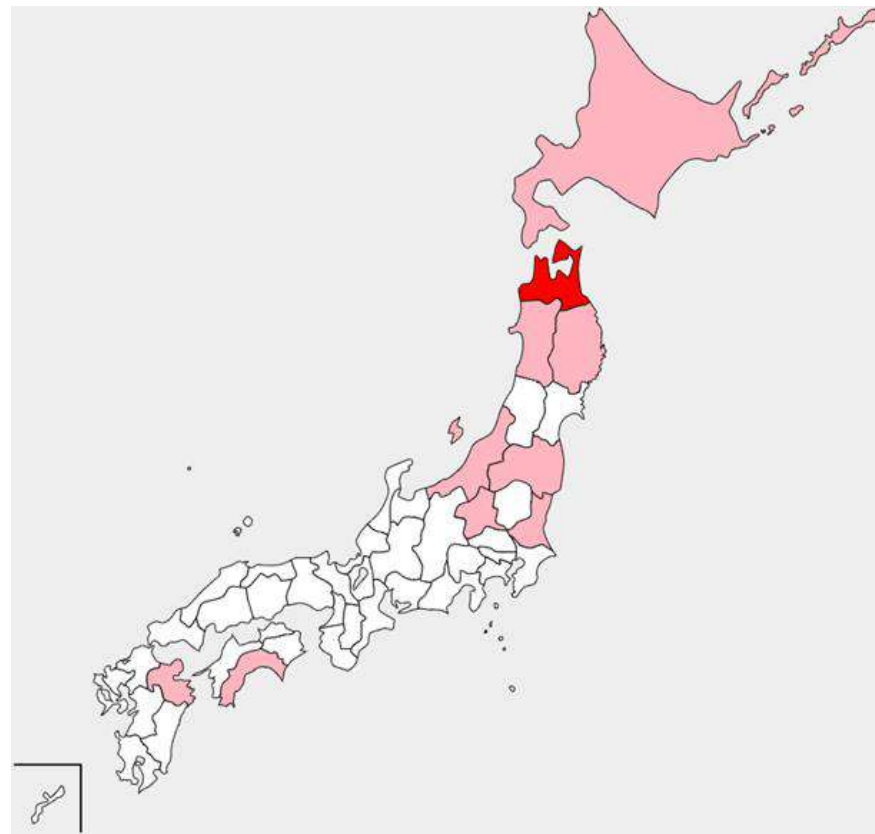


＜2022年足下充足率＞



足下充足率0.7以下

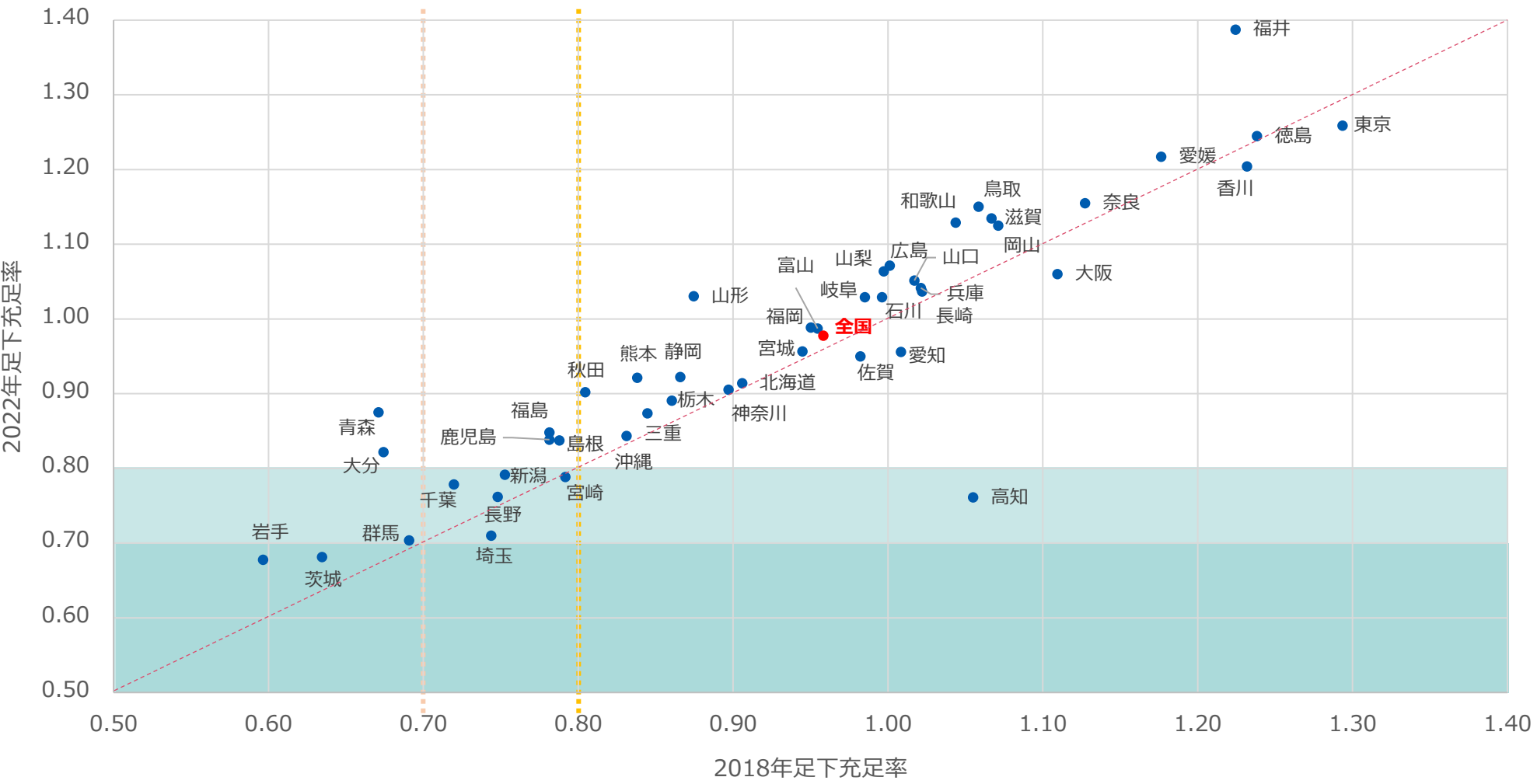
足下充足率0.8以下



※ 2016年足下充足率または2018年足下充足率において、0.7以下を満たす都道府県

2018年と2022年の足下充足率の比較

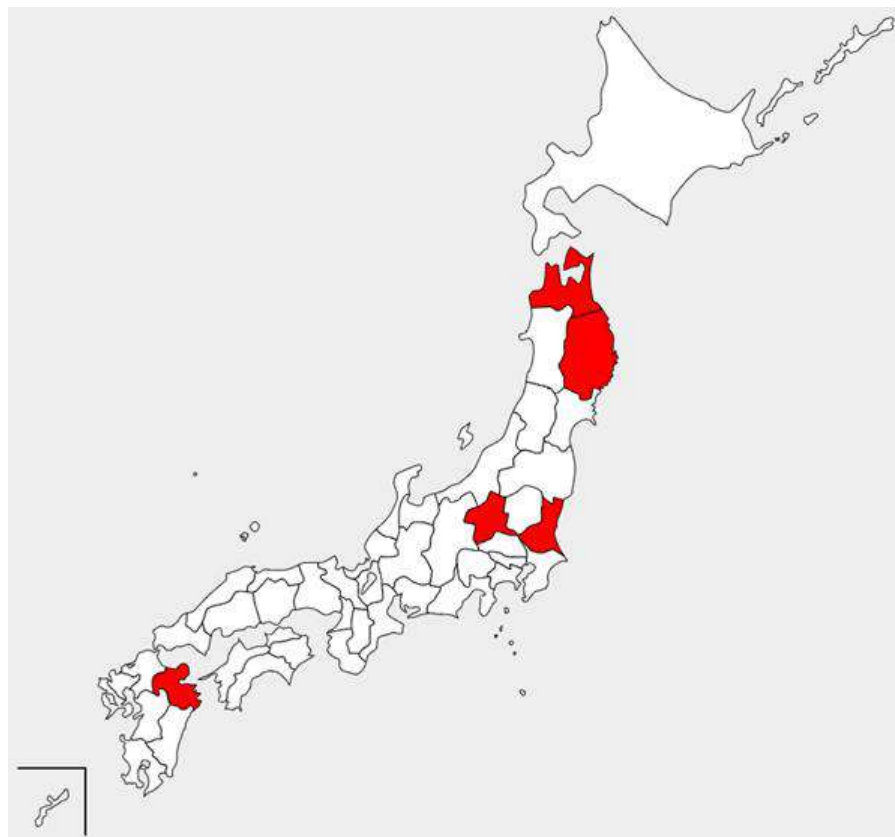
●耳鼻咽喉科●



特別地域連携プログラムの連携先都道府県（耳鼻咽喉科）

＜従来の連携先＞

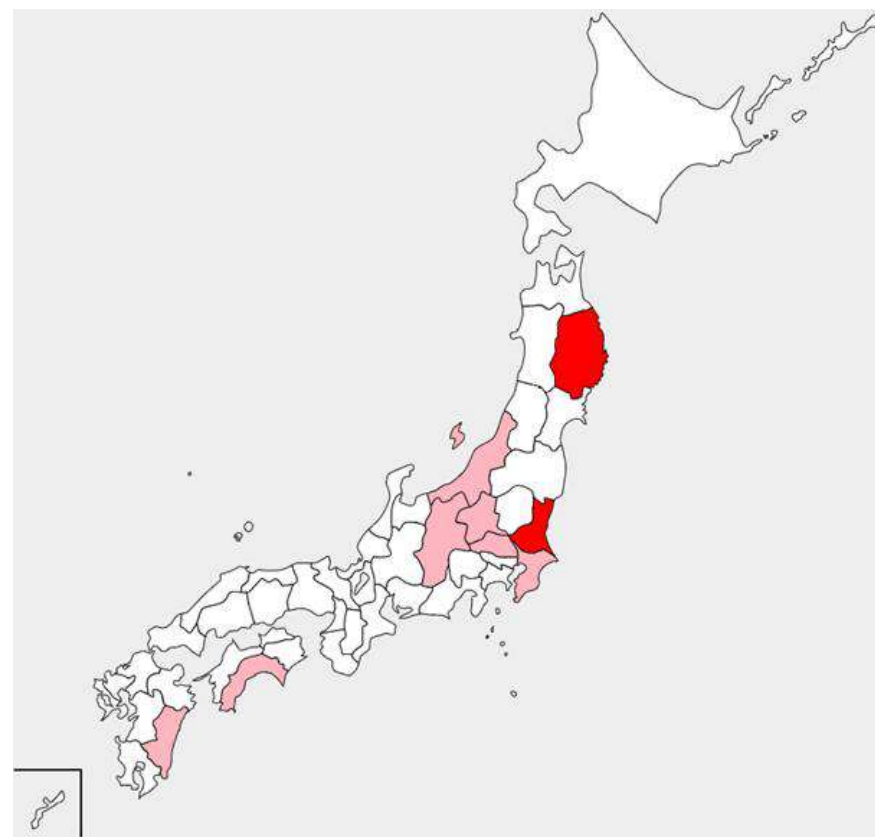
特別地域連携プログラム（※）



＜2022年足下充足率＞

足下充足率0.7以下

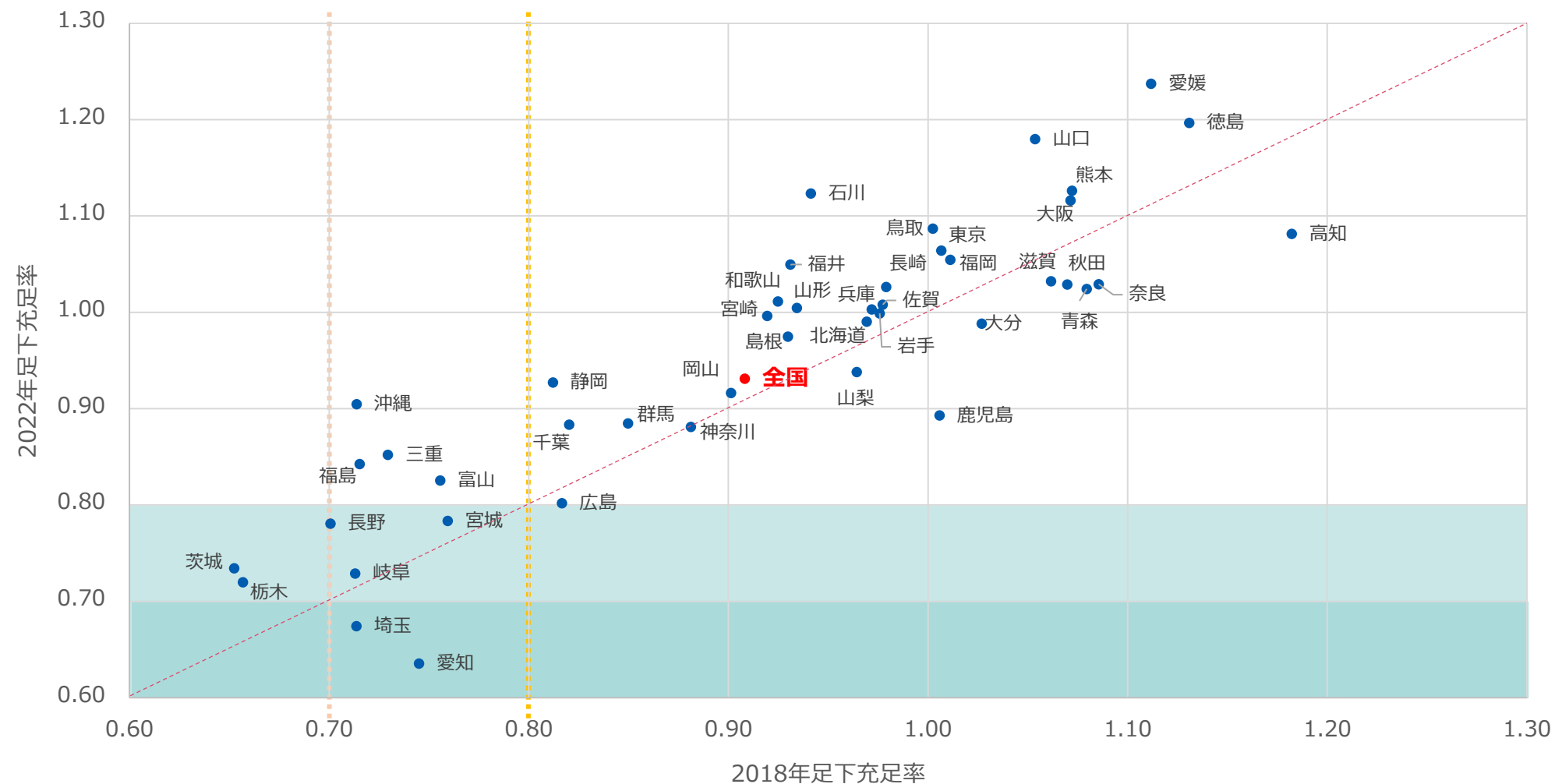
足下充足率0.8以下



※ 2016年足下充足率または2018年足下充足率において、0.7以下を満たす都道府県

2018年と2022年の足下充足率の比較

● 泌尿器科 ●

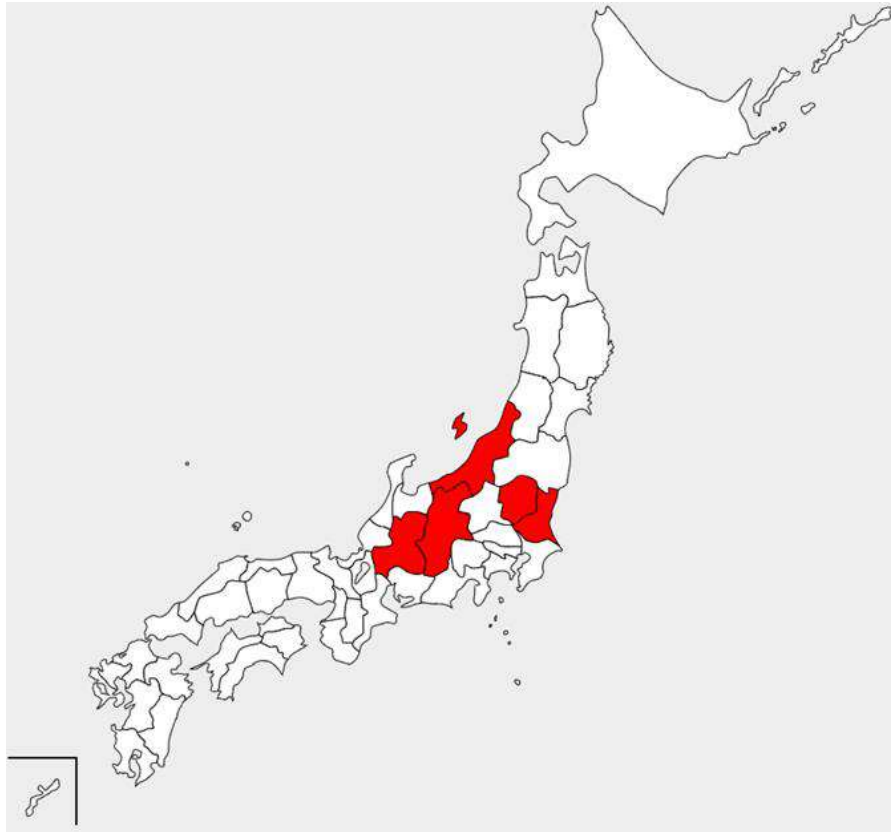


特別地域連携プログラムの連携先都道府県（泌尿器科）

＜従来の連携先＞



特別地域連携プログラム（※）

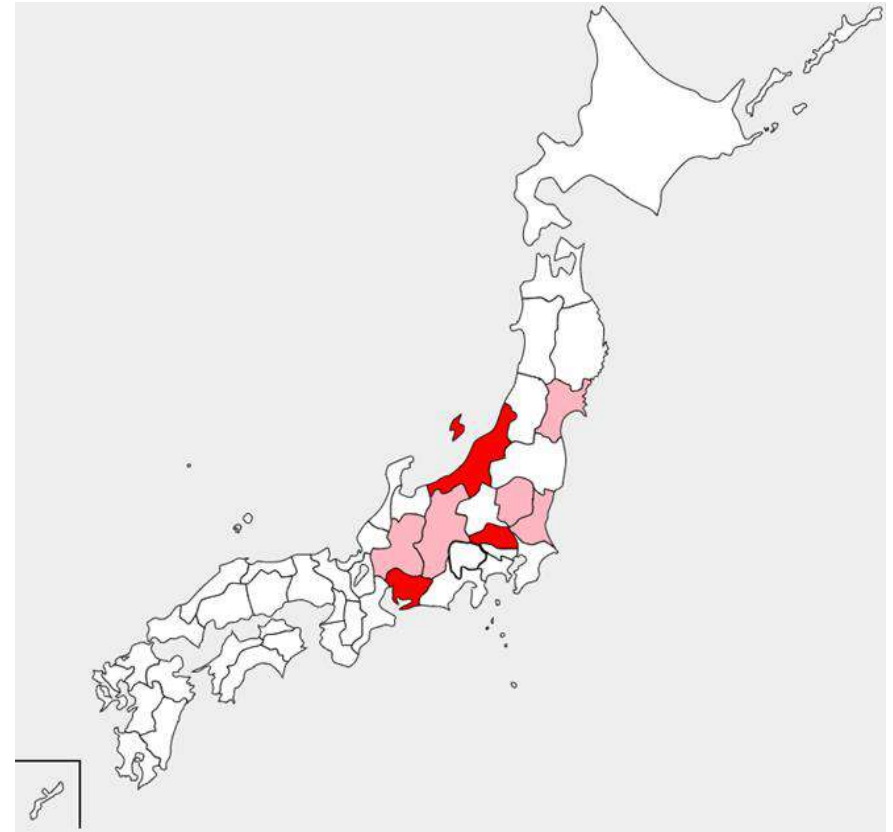


＜2022年足下充足率＞



足下充足率0.7以下

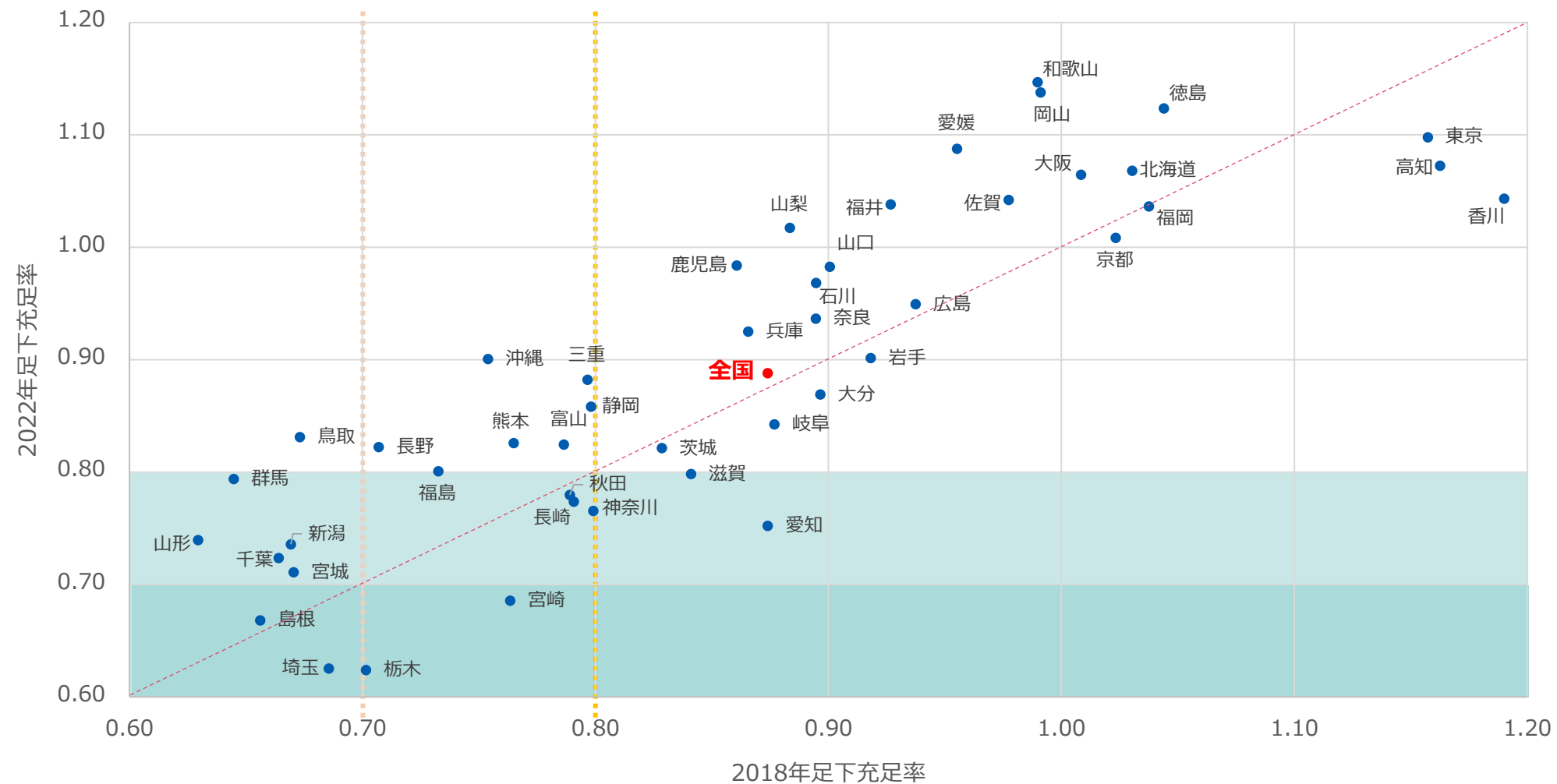
足下充足率0.8以下



※ 2016年足下充足率または2018年足下充足率において、0.7以下を満たす都道府県

2018年と2022年の足下充足率の比較

●脳神経外科●



特別地域連携プログラムの連携先都道府県（脳神経外科）

＜従来の連携先＞



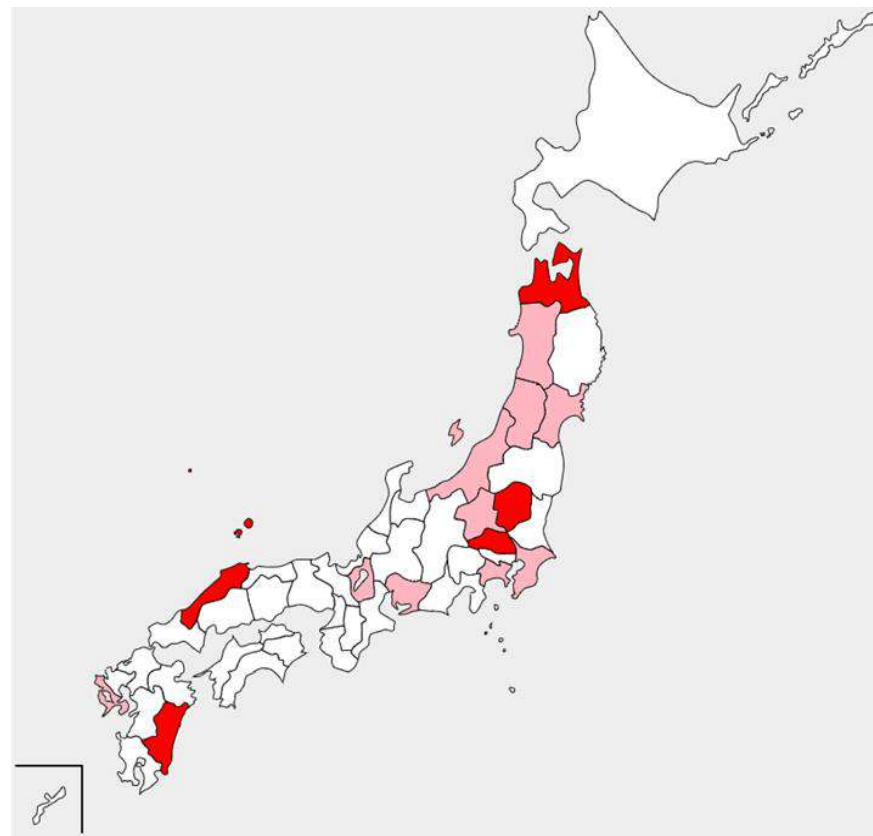
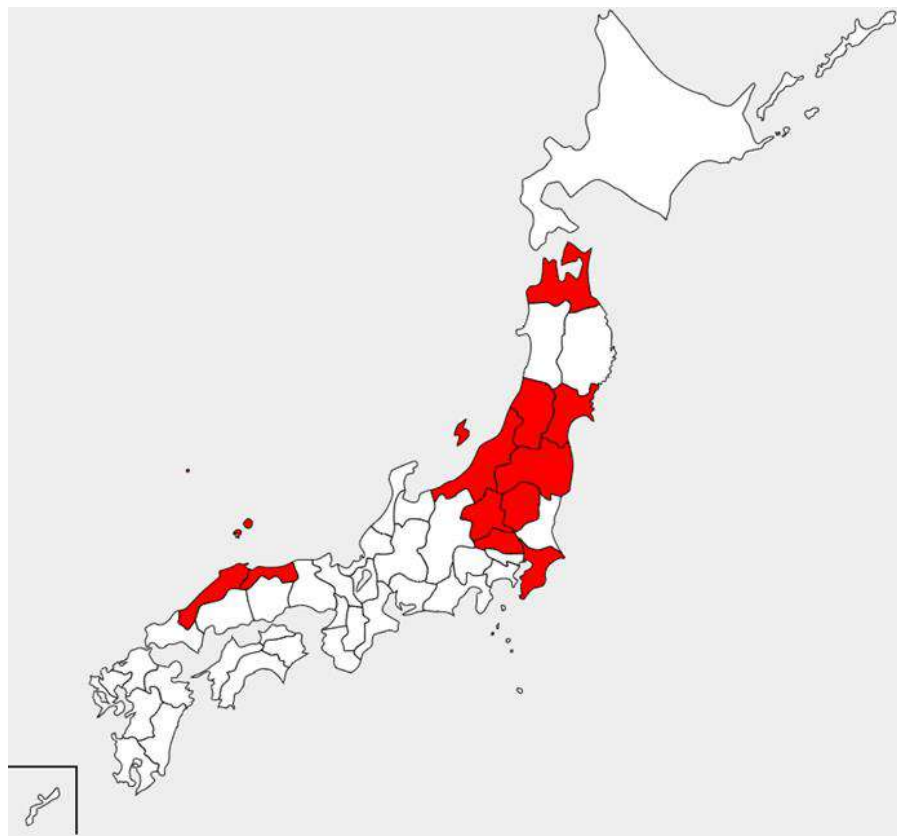
特別地域連携プログラム（※）

＜2022年足下充足率＞



足下充足率0.7以下

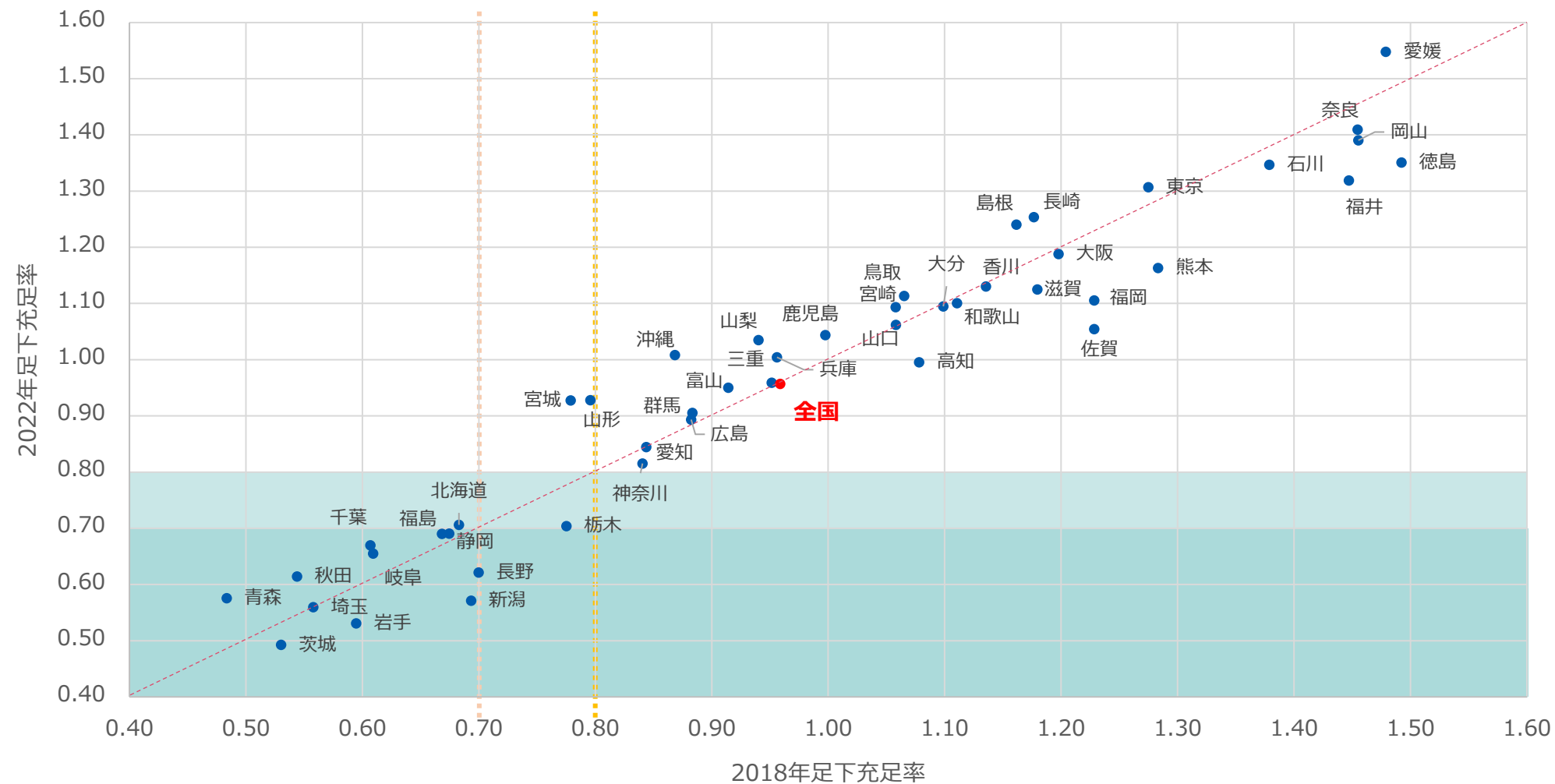
足下充足率0.8以下



※ 2016年足下充足率または2018年足下充足率において、0.7以下を満たす都道府県

2018年と2022年の足下充足率の比較

●放射線科●

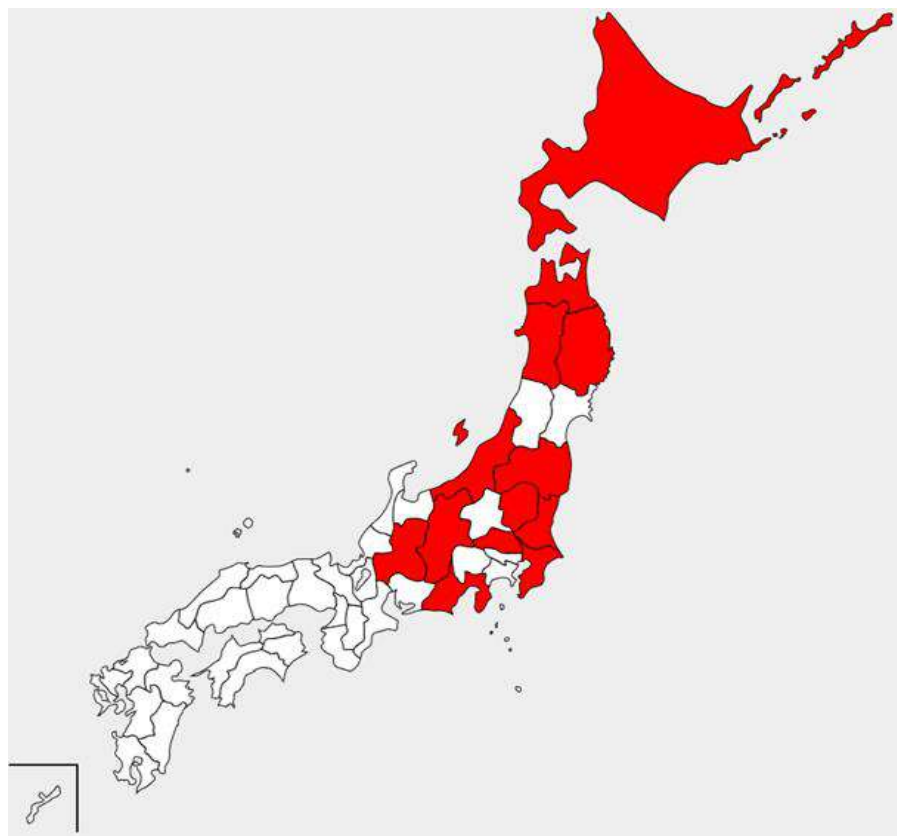


特別地域連携プログラムの連携先都道府県（放射線科）

<従来の連携先>



特別地域連携プログラム（※）

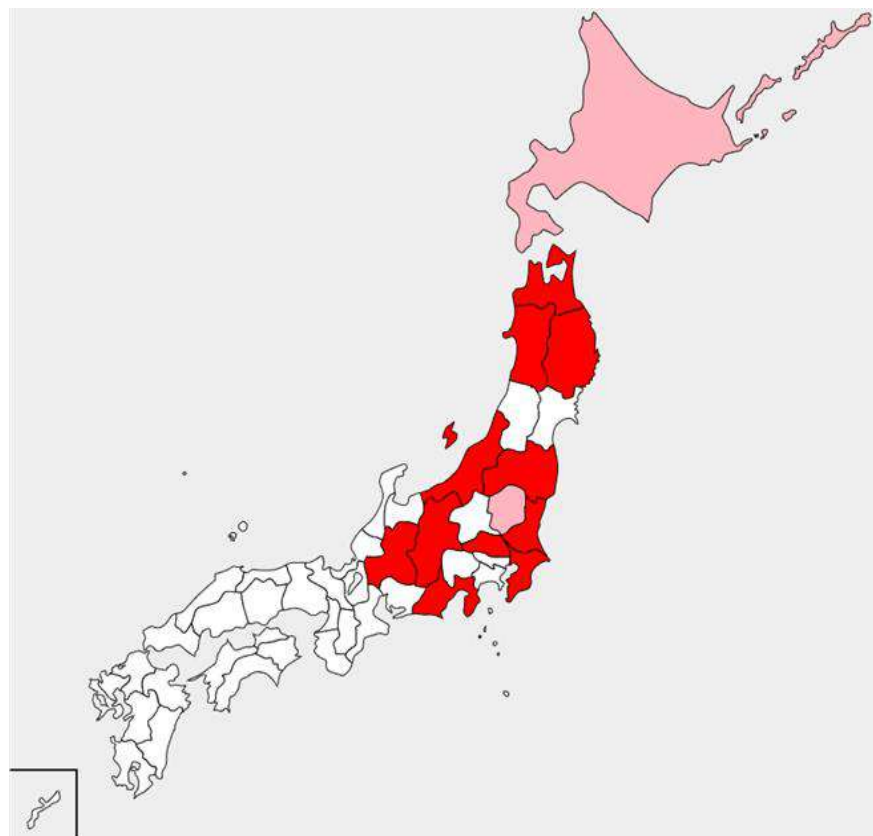


<2022年足下充足率>



足下充足率0.7以下

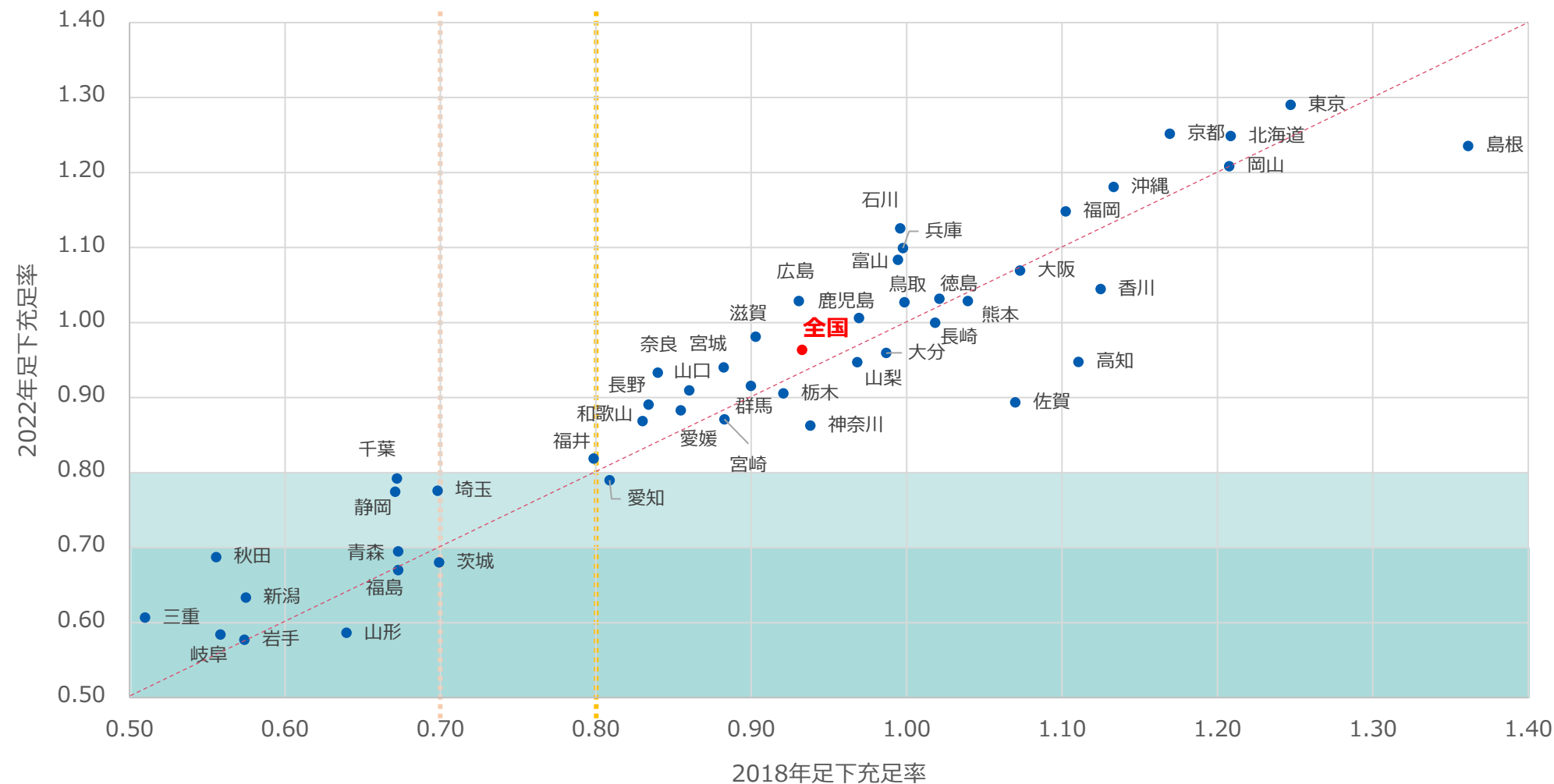
足下充足率0.8以下



※ 2016年足下充足率または2018年足下充足率において、0.7以下を満たす都道府県

2018年と2022年の足下充足率の比較

● 麻酔科 ●



特別地域連携プログラムの連携先都道府県（麻酔科）

＜従来の連携先＞



特別地域連携プログラム（※）

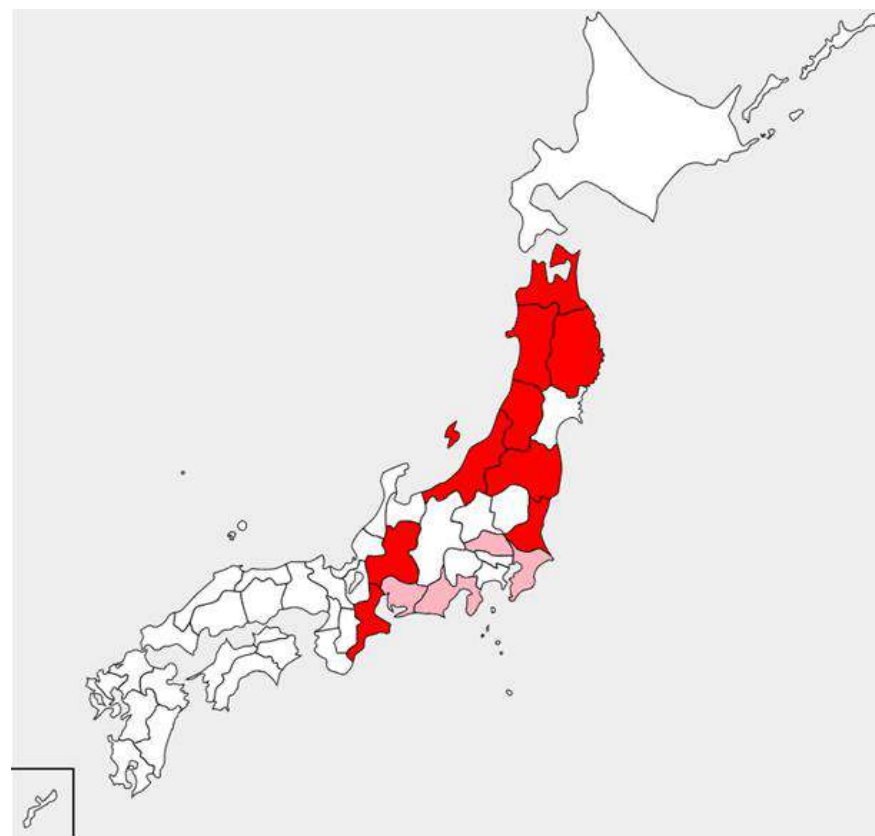
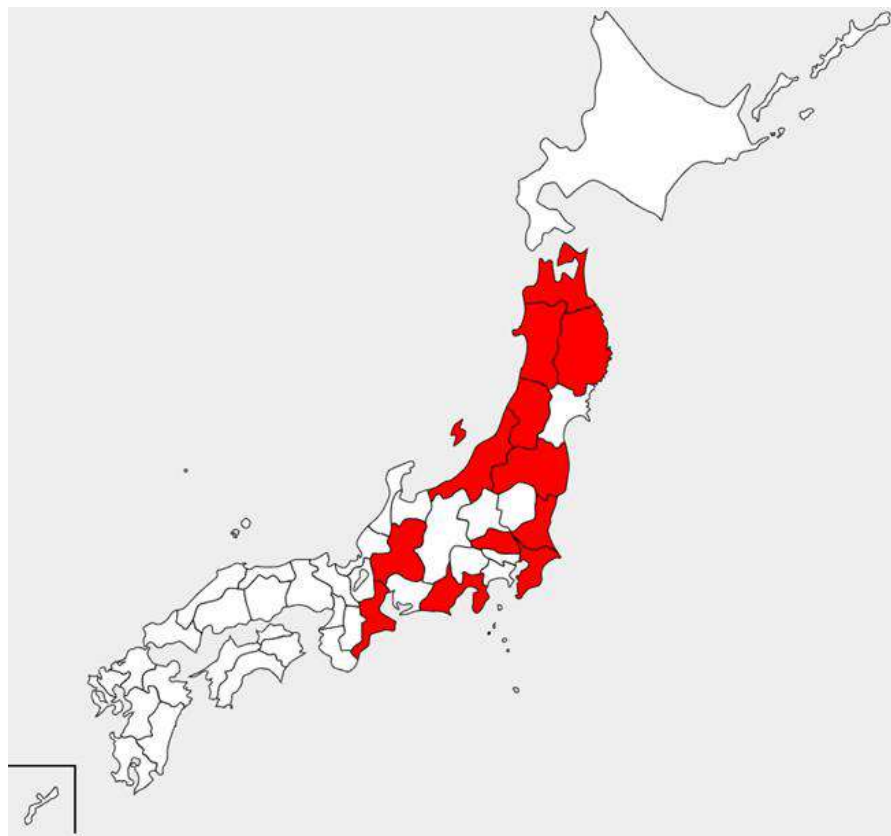
＜2022年足下充足率＞



足下充足率0.7以下



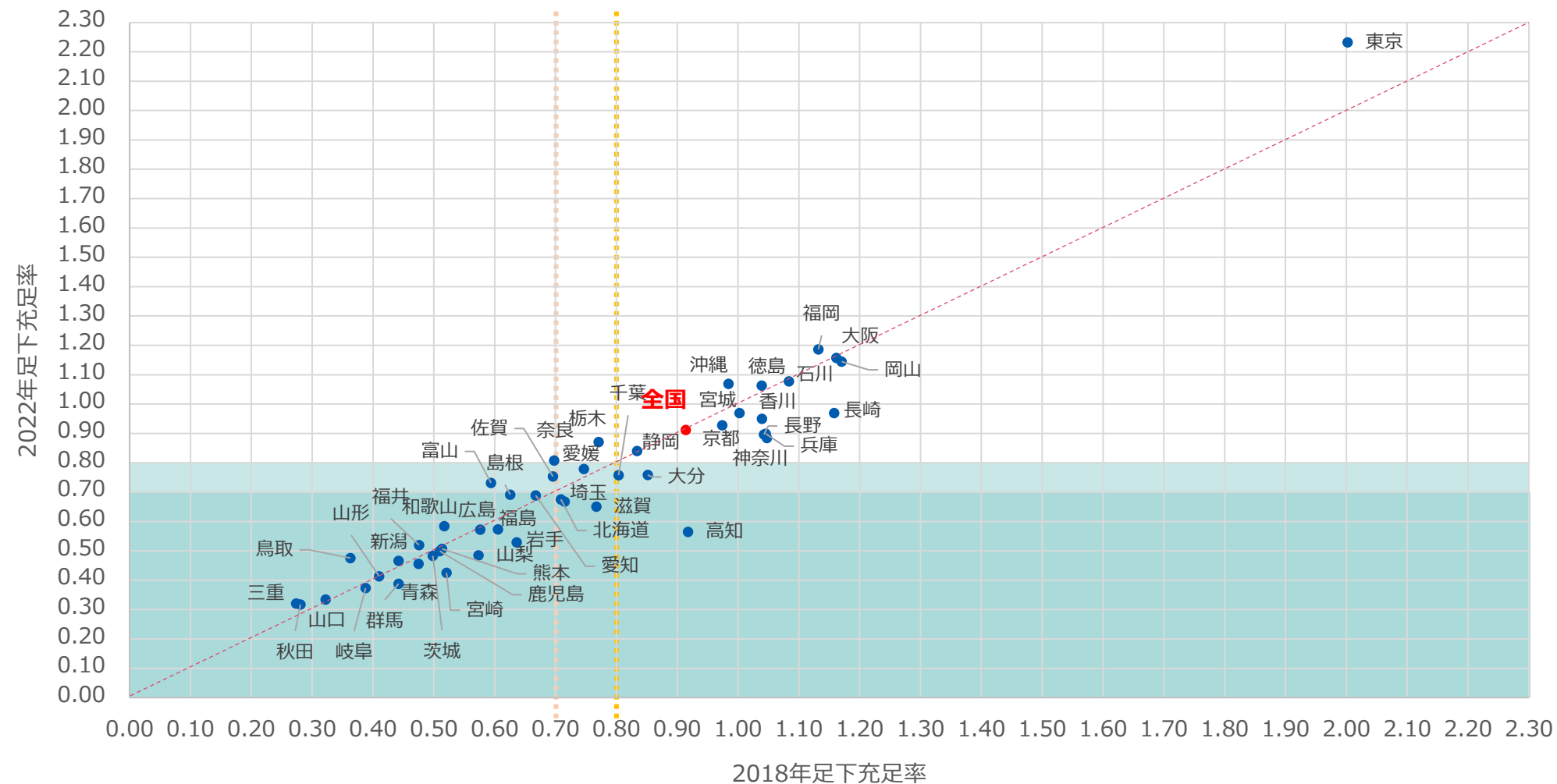
足下充足率0.8以下



※ 2016年足下充足率または2018年足下充足率において、0.7以下を満たす都道府県

2018年と2022年の足下充足率の比較

●形成外科●



特別地域連携プログラムの連携先都道府県（形成外科）

＜従来の連携先＞



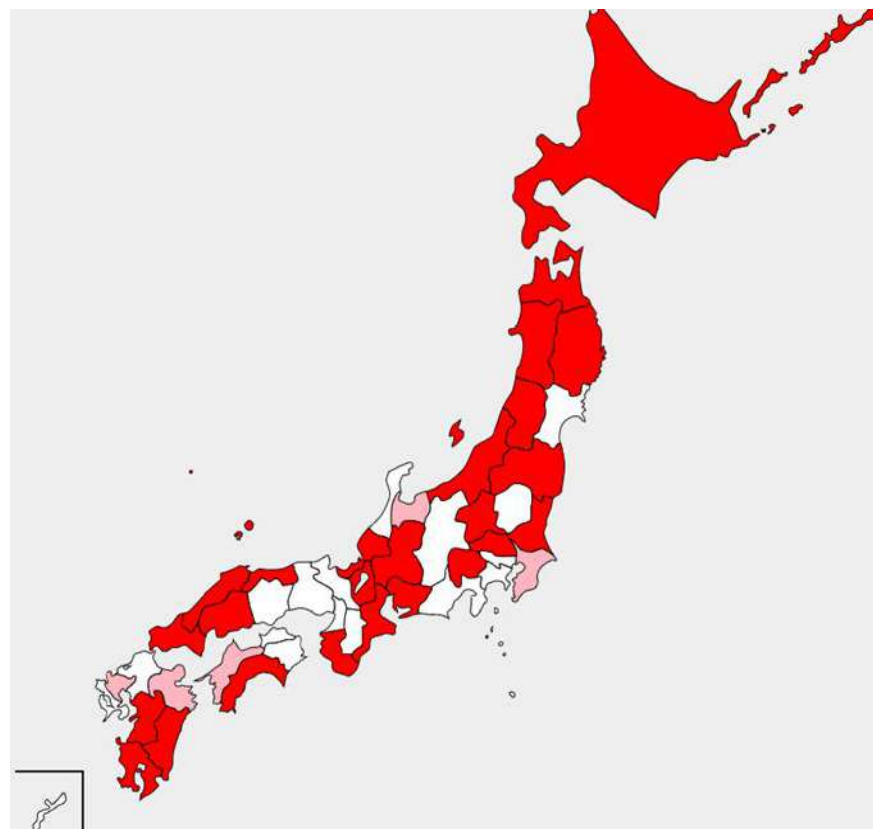
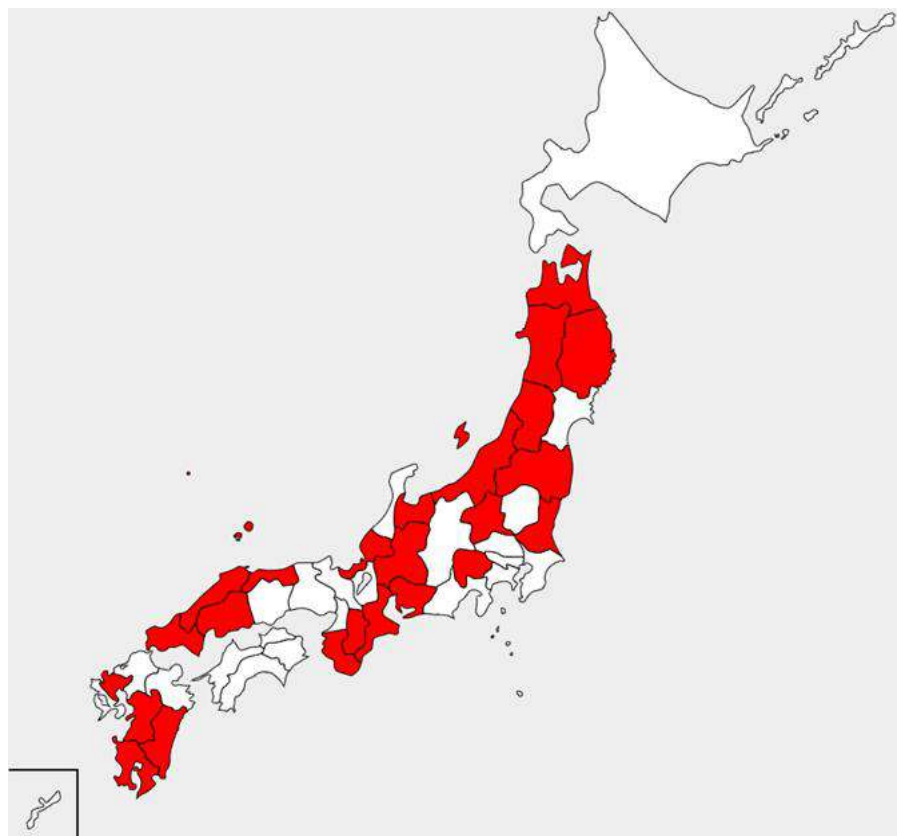
特別地域連携プログラム（※）

＜2022年足下充足率＞



足下充足率0.7以下

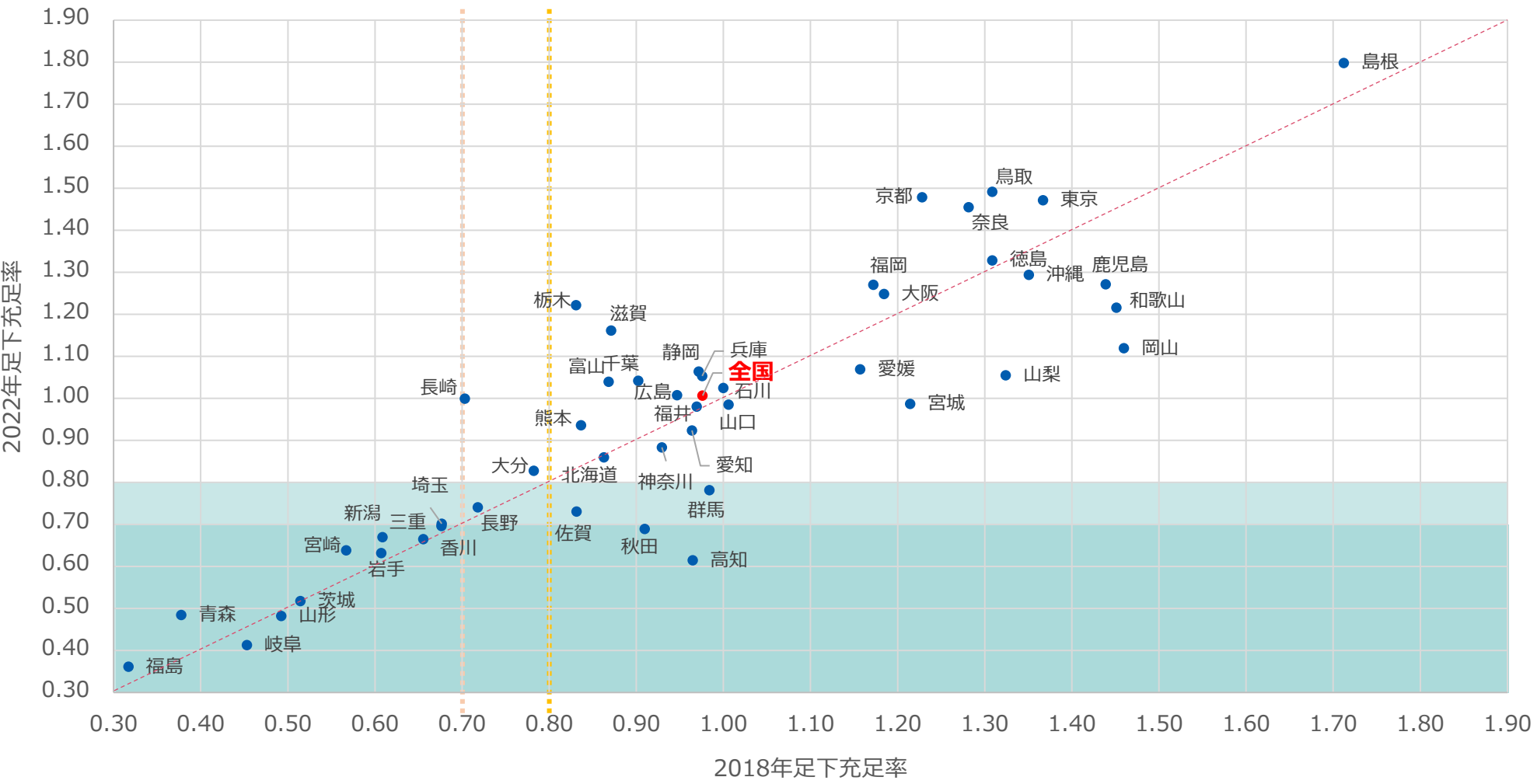
足下充足率0.8以下



※ 2016年足下充足率または2018年足下充足率において、0.7以下を満たす都道府県

2018年と2022年の足下充足率の比較

●リハビリテーション科●



特別地域連携プログラムの連携先都道府県（リハビリテーション科）

＜従来の連携先＞



特別地域連携プログラム（※）

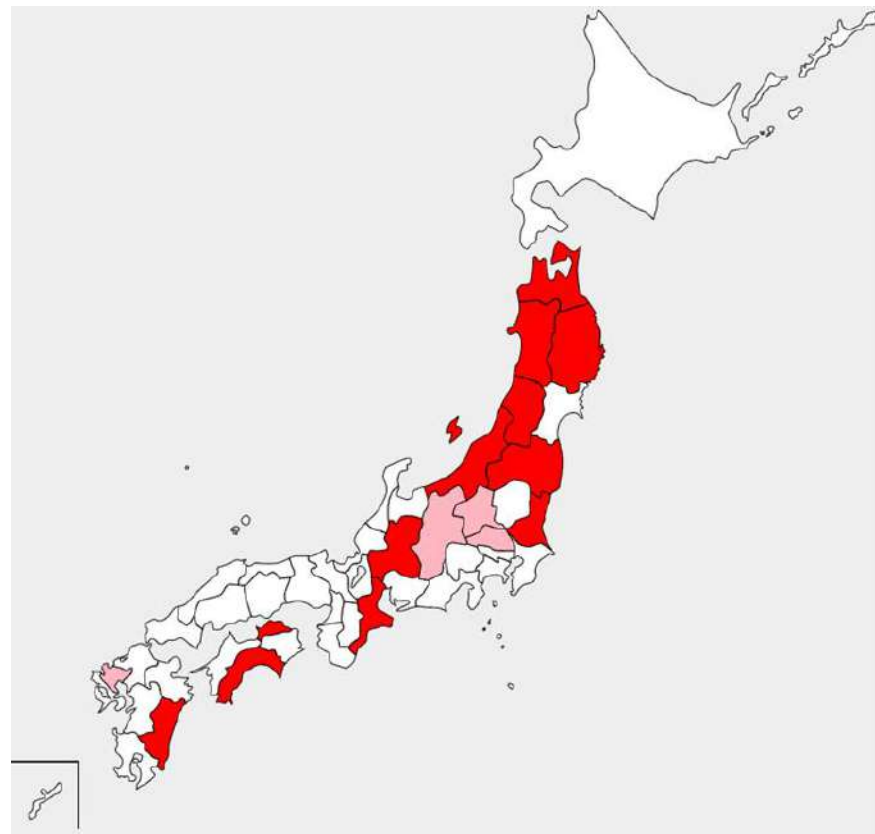
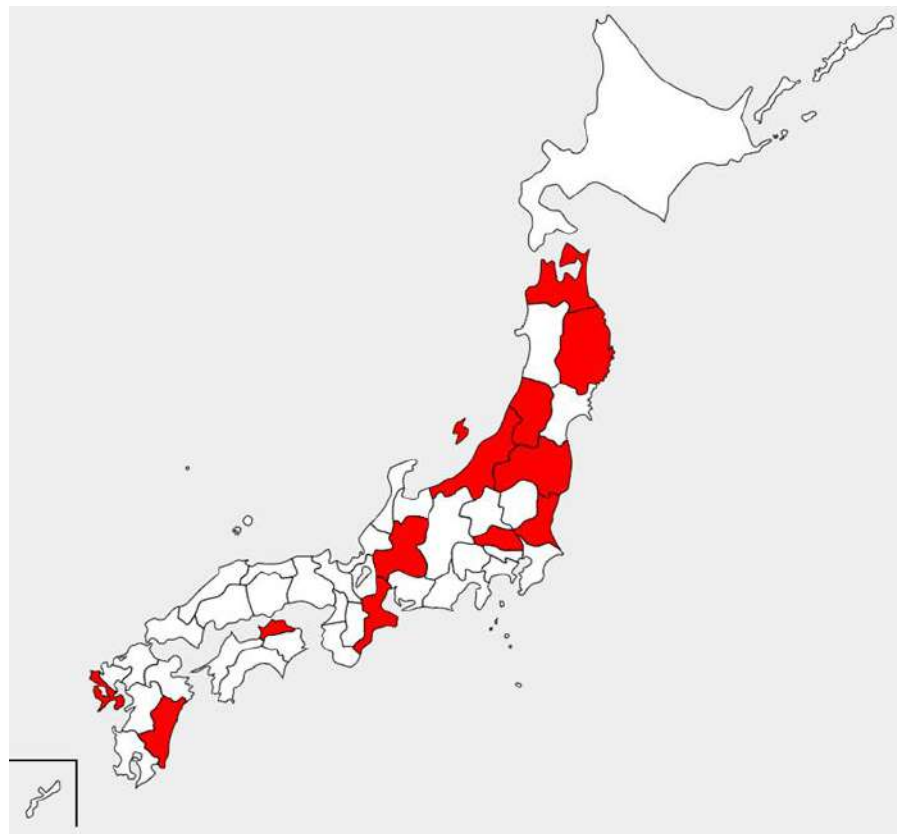
＜2022年足下充足率＞



足下充足率0.7以下



足下充足率0.8以下



※ 2016年足下充足率または2018年足下充足率において、0.7以下を満たす都道府県

- 1． 前回の議論の振り返り
- 2． 必要医師数更新後の足下充足率の状況
- 3． 関係者の関与の在り方及び連携構築
- 4． 論点

特別地域連携プログラムに係る日本専門医機構による取組の現状

日本専門医機構において、特別地域連携プログラムに関する大臣意見等を踏まえた対応を行っているところ。

- 日本専門医機構のシステムにおいて、特別地域連携プログラムの連携先要件を満たす地域の一覧を公表中。
- また、特別地域連携プログラムの連携先要件を満たし、現在連携施設となっている施設の一覧を抽出し、公表する予定としている。

施設管理コード	連携区分名	領域	都道府県	住所	連携施設名
***	連携	内科	**県	***市***町***	***病院
***	連携	放射線科	**県	***市***町***	***病院
***	連携	形成外科	**県	***市***町***	***病院
***	連携	麻酔科	**県	***市***町***	***病院



今後、さらに、関係者による連携を構築する仕組みが求められる。

臨床研修の広域連携型プログラムの概要

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

1. 連携元区域（医師多数県）

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。）

東京都、大阪府、京都府、岡山県、福岡県

2. 連携先区域（医師少数県等）

①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

青森県、岩手県、秋田県、山形県、福島県、茨城県、群馬県、新潟県、長野県、岐阜県、三重県、山口県、宮崎県

②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

北海道、宮城県、福井県、島根県、大分県、鹿児島県の医師少数区域

※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中で富山県、山梨県、広島県、愛媛県は医師少数区域がない。

③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）

東京都、京都府、岡山県、福岡県の医師少数区域

※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。

※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。

※連携元区域に該当する医師多数県のうち、大阪府には医師少数区域がない。

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。

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。

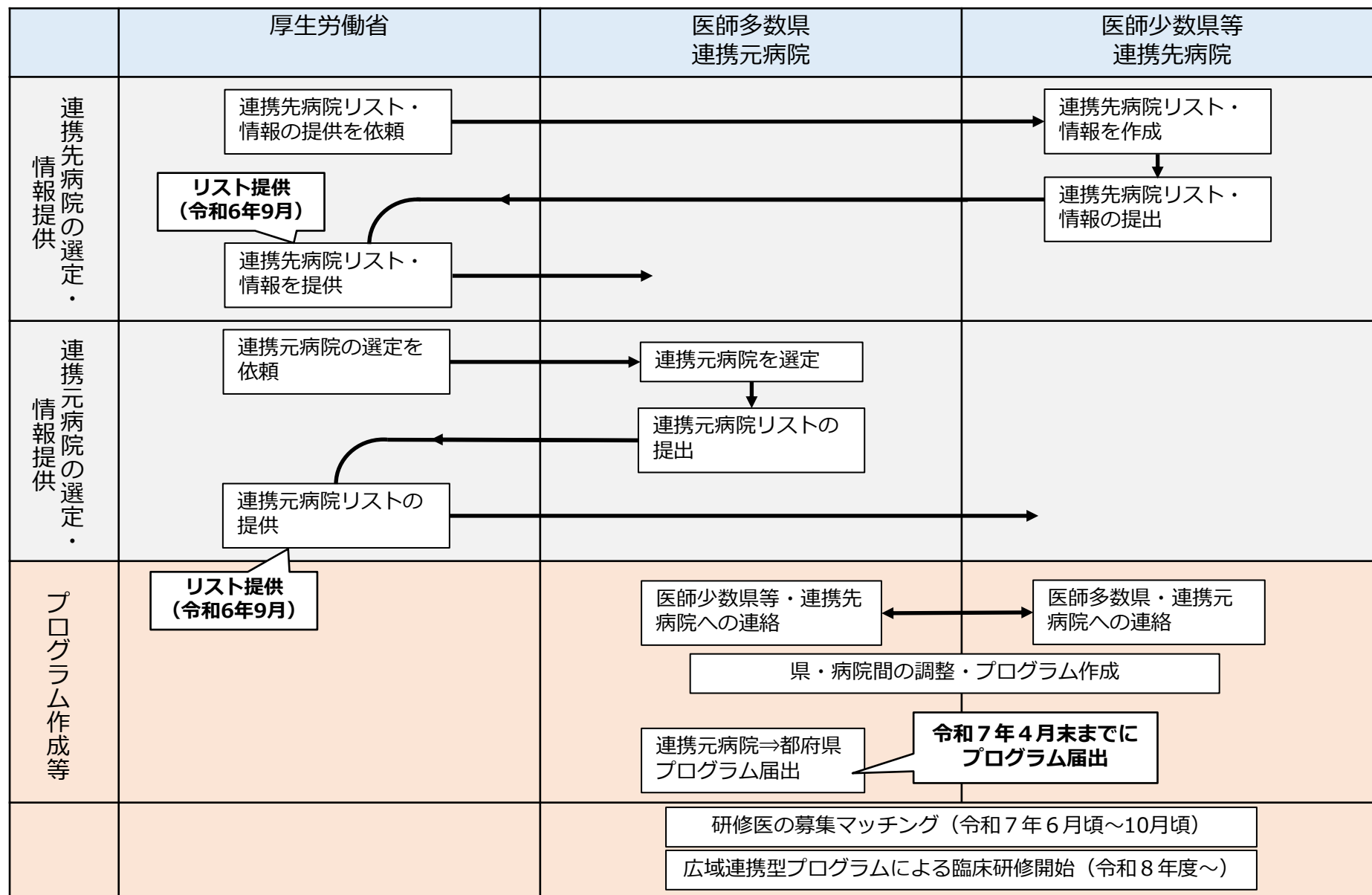
・プログラムの実施期間は24週又はそれ以上とする。

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。

※令和6年度補正予算においては、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経費等を計上。

臨床研修の広域連携型プログラムの作成スケジュール



医師少数県等の連携先病院に関する情報項目等

(全体)

- ・連携先病院の強みや特色がわかる情報（わかりやすさの観点から別途説明資料（紙媒体や動画媒体）を用意することを推奨）

(研修面)

- ・病院の概要、病床数
- ・受入れ可能人数、受入れ可能時期
- ・研修に対応できる診療科、指導ガイドラインで定める症候・疾病・疾患等のうち経験できるもの
- ・指導医の数
- ・通常の研修の内容・スケジュール（研修医の受け持ち患者数、カンファレンス・外来等の情報も適宜提供）
- ・省令施行通知で定める必須・推奨研修の実施状況（感染対策、予防医療、虐待、社会復帰支援、緩和ケア、ACP、CPC等）
- ・研修医へのフィードバックの頻度、内容
- ・研修医室等の概要（上級医と同室か別室か、文献検索システム・シミュレーター等の有無等を適宜記入）
- ・当直の体制（当直回数、医師の配置状況、上級医との連携体制、救急外来の患者・救急車件数、入院件数等）
- ・たすきがけプログラム等による他病院との連携実績（研修医の送り出し・受入れ人数等）
- ・妊娠・出産・育児等に関する事項（健康・安全管理、研修遂行の管理、指導医の役割、病院の環境整備）
- ・研修医の勤怠管理、メンタルヘルスなどへの対応
- ・給与、保険、福利厚生等（医師賠償責任保険、労災保険、雇用保険、厚生年金保険等）
- ・JCEPによる第三者評価の受審状況

(生活面)

- ・宿舎（寮）の有無
- ・住居、交通費への支援の有無

- 1． 前回の議論の振り返り
- 2． 必要医師数更新後の足下充足率の状況
- 3． 関係者の関与の在り方及び連携構築
- 4． 論点

今後の連携プログラムに関する論点

＜現状のまとめ＞

- 前回の本部会においては、特別地域連携プログラムの連携先要件を医師少数区域と限定していることについて、診療科の特性や、地域のニーズにより的確に対応できるよう、都道府県の関与の下、より柔軟な運用を可能とする方向性でご議論いただいた。
- 連携先とする都道府県の要件に新たな要素を考慮することによる、連携先となる都道府県の見直しについては、慎重に検討するべきとのご意見も頂いた一方で、本日お示ししたとおり、必要医師数を更新すると、多くの診療科において、連携先となる都道府県数は大幅に減少する見込み。
- また、連携先の見直しに当たっては、特別地域連携プログラムの目的や施策の効果の維持に加えて、制度のわかりやすさの観点で、他の連携プログラムとの区別や配分を見直すことに関する意見もあった。
- 関係者間の協力体制の構築に向けては、地域のニーズをとらえる役割が期待される都道府県や地域の関係者の関与の重要性、診療科ごとの事情を把握する学会や地域の大学等の関与の重要性、また、専攻医の研修の質や生活環境の担保に関して情報共有する仕組みや検討する機会等の重要性についても意見があった。
- 日本専門医機構においては、連携先要件を満たす地域等の一覧を公表するなどの取組を進めているところであり、また、臨床研修制度における「広域連携型プログラム」の設置に向けた取組においては、連携先病院に関する様々な情報を収集し、都道府県等に提供するなど、先行した取組が存在する。



今後の連携プログラムに関する論点

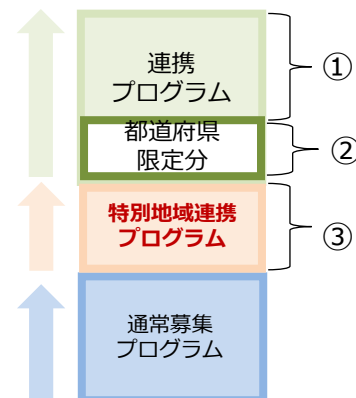
<論点>

- 特別地域連携プログラムの連携先については、地域のニーズ及び領域ごとの特性への柔軟な対応や、足下充足率の更新を踏まえ、以下のような方向性で見直してはどうか。
 - 都道府県の関与の下、医師少数区域以外の地域の施設も連携先とできることとする。
 - 相対的に医師が充足していない地域のニーズに引き続き応えるため、足下充足率の基準を0.7から0.8（小児科は0.8から0.9）に引き上げる。
- 特別地域連携プログラムの連携先要件である足下充足率の基準を0.7から0.8に引き上げると、現行の連携プログラムの都道府県限定分の基準と同じ値となる。制度をシンプルなものとする観点から、連携プログラムの都道府県限定分を、特別地域連携プログラムと統合してはどうか。
- 各都道府県が候補とする施設については、プログラムの意義を保つ観点や、ある程度の統一的な方向性を示す観点から、以下のような考え方としてはどうか。
 - ・ 原則として、医師少数区域に所在する施設を中心に候補を選定しつつ、都道府県が必要と認める場合は、それ以外の区域に所在する施設を選定できることとする。
 - ・ また、令和8年度までに連携先となっていた施設は、引き続き連携先（候補）に含めることを基本とする。
- 併せて、地域のニーズへの対応、研修の質や生活環境の担保等の各観点の向上に向けて、受入希望（受入可能数等を含む。）の把握、連携元や専攻医等が必要とする情報の収集等、日本専門医機構を中心として関係者が協力できる仕組みを構築することとしてはどうか。その際、都道府県の過度の負担に配慮するため、地域の大学を含む学会等の協力を得る等の対応を日本専門医機構を通じて周知することとしてはどうか。
- 以上の見直しは、令和9年度専攻医募集から適用してはどうか。この際、見直し後の特別地域連携プログラムにおける連携先施設の募集定員数等の状況や、都道府県等における事務の変更に配慮する必要があることから、必要な経過措置を設ける等、現場での対応に混乱を来さないような運用上の対応を必要に応じて検討してはどうか。

専門研修の連携プログラムにおける連携先要件及び区分の見直し（案）

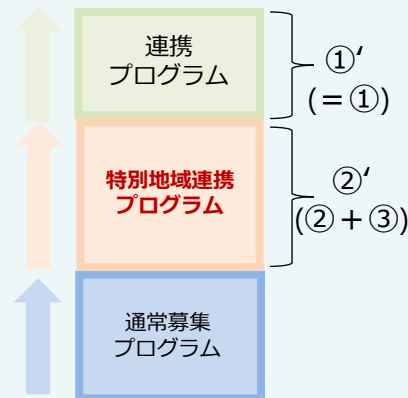
令和 8 年度

	区分	連携先	連携期間	採用数
①	連携プログラム (都道府県限定分を除く)	シーリング対象外の都道府県に 所在する施設	1年半以上	・過去3年間の平均採用数の一定割合に満たない分 ・各プログラムの割合は、令和7年度のもの維持
②	連携プログラム (都道府県限定分)	足元充足率0.8以下の都道府県に 所在する施設	1年半以上	
③	特別地域連携 プログラム	足元充足率0.7以下の都道府県の 医師少数区域等に所在する施設	1年以上	



令和 9 年度以降（案）

	区分	連携先	連携期間	採用数
①'	連携プログラム	シーリング対象外の都道府県に 所在する施設	1年半以上	①と同様
②'	特別地域連携 プログラム	足元充足率0.8以下(小児科は0.9 以下)の都道府県にあり、当該都 道府県が候補とした施設	1年以上	②+③

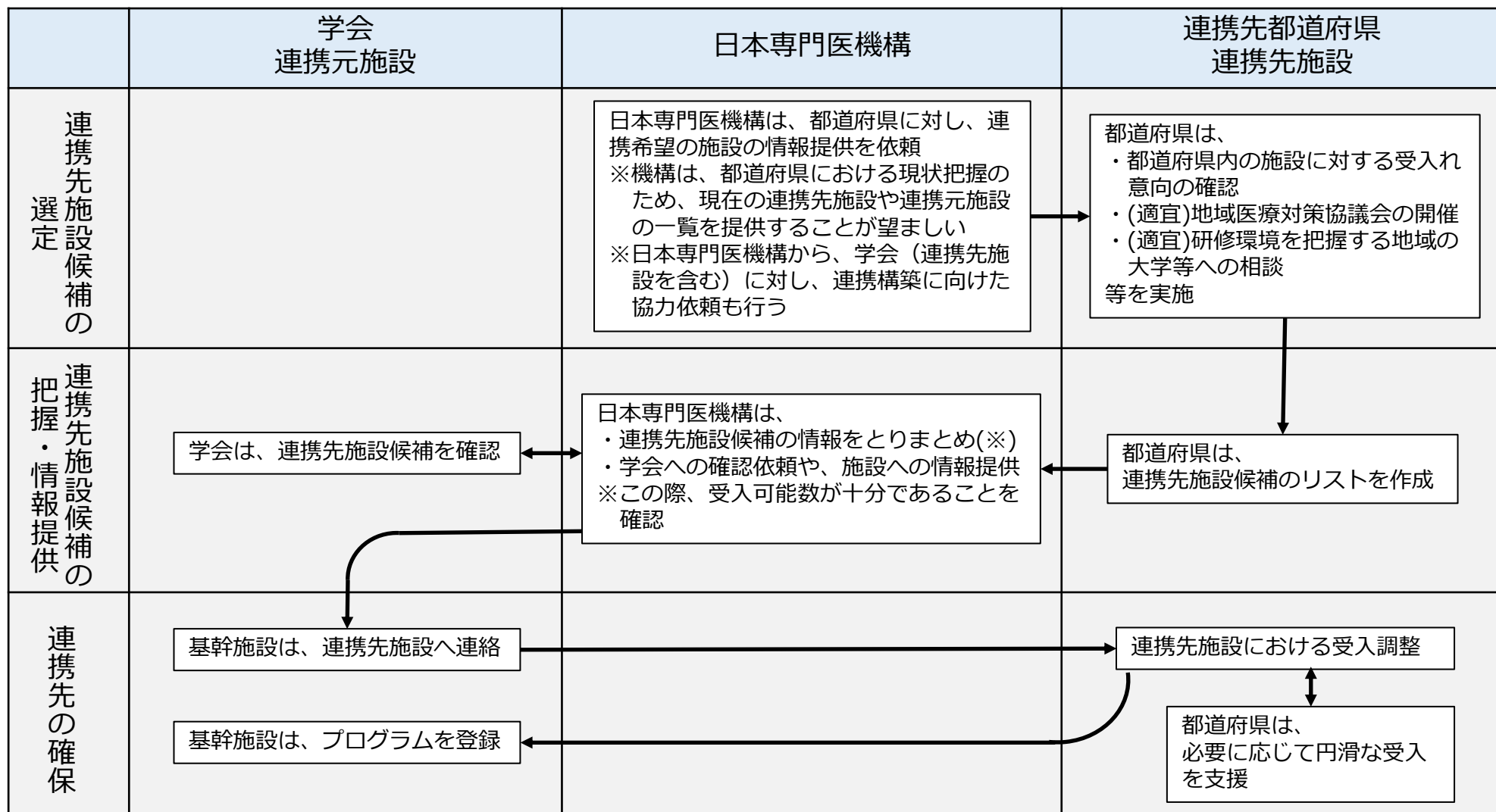


見直し（案）のポイント

- ▶ 特別地域連携プログラムの連携先要件について、
 - ・ 足元充足率の基準を「0.7以下」から「0.8以下」に引き上げる
 - ・ 「医師少数区域」から「都道府県が候補とした施設」に変更
- ▶ 特別地域連携プログラムを連携プログラム（都道府県限定分）と統合する

※更新後の足元充足率を踏まえた対応
 ※地域ニーズや領域特性への柔軟な対応
 ※制度のシンプル化・意義を保つ目的

特別地域連携プログラムの連携先確保のための手順（案）



※ 日本専門医機構を中心とし、都道府県の過度の負担に配慮しながら、関係者が協力できる仕組みを構築。

※ 受入希望（受入可能数等を含む。）の把握、連携元や専攻医等が必要とする情報の収集等の取組を通して、連携元と連携先の調整及び専攻医による前向きな応募を後押し。