

公募趣旨説明



高等教育局医学教育課 企画官
松本 晴樹



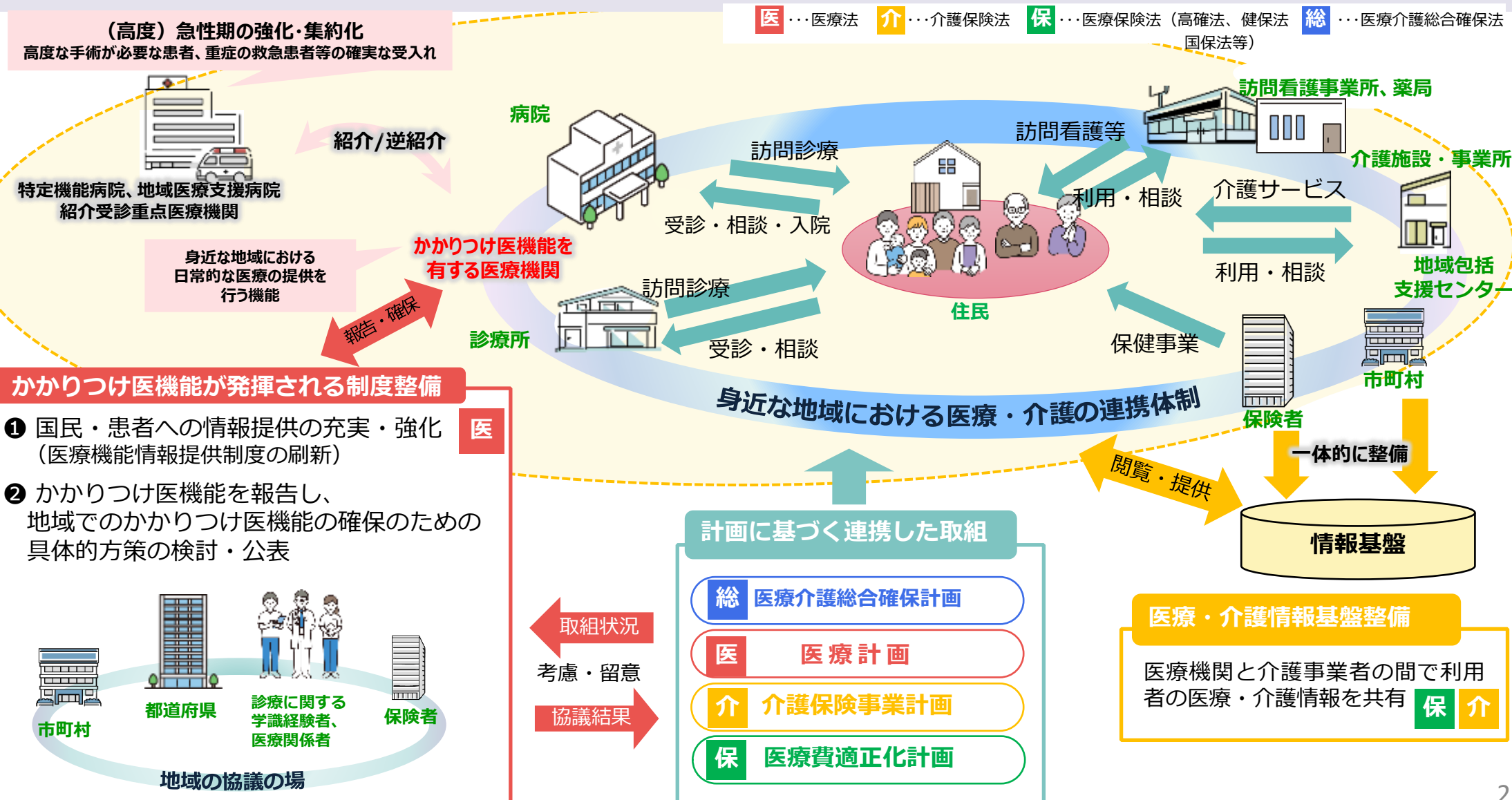
文部科学省

MEXT

MINISTRY OF EDUCATION,
CULTURE, SPORTS,
SCIENCE AND TECHNOLOGY-JAPAN

地域完結型の医療・介護提供体制の構築

在宅を中心に入院を繰り返し、最後は看取りを要する高齢者を支えるため、かかりつけ医機能が発揮される制度整備・各種計画との連携・情報基盤の整備により、かかりつけ医機能を有する医療機関を中心とした患者に身近な地域における医療・介護の水平的連携を進め、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築する。そのために、関係法律を一体的に改正する。



2040年に向けた地域医療構想について

背景

- 2040年頃に向けて、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上の高齢者の増加、人材確保の制約、地域差の拡大が想定される。
- 増加する高齢者救急・在宅医療の需要への対応、医療の質や医療従事者の確保、地域における必要な医療機能の維持が求められる。

- ・ 入院医療だけでなく、**外来・在宅医療、介護との連携、人材確保を含めたあるべき医療提供体制の実現**に資する地域医療構想を策定。
- ・ 2040年やその先を見据え、医療機関の役割分担を明確化し、**医療機関機能に着目した医療機関の連携・再編・集約化**を推進。

分野ごとの取組

入院医療

持続可能な急性期医療の確保

- ・ 急性期の医療需要の見込み等を踏まえ、急性期症例の集約化や、手術・救急医療の役割分担等について協議

高齢者救急の受入体制の整備

- ・ 高齢者救急の考え方を踏まえた、救急の実施基準への反映や入院早期からのリハビリ等の推進

外来医療

外来医療提供体制の維持

- ・ 外来医療の需要見込みや地域の資源等を踏まえ、休日・夜間を含めた提供体制の整備やアクセス確保の取組を検討

在宅医療

在宅医療の受け皿の整備

- ・ 在宅医療、介護保険施設、療養病床を一体的に捉え受け皿を整備
- ・ 多職種連携の取組等の推進

介護との連携

医療と介護の複合ニーズへの対応

- ・ 慢性期の医療需要を一体的に把握し、介護保険施設の活用方向性を協議
- ・ 医療と介護の相互理解の推進

人材確保

地域における医療人材の確保

- ・ 大学病院本院と連携し、地域医療構想全体を踏まえた人的協力について協議
- ・ 看護師等の人材確保の方向性を反映

具体的な施策

構想区域の見直し

医療機関の連携・再編・集約化など医療提供体制構築のための議論や、必要病床数の運用の単位として、人口20万人以上を基本としつつ、地域の実情を踏まえ柔軟に設定

医療機関機能報告の新設

医療機関機能の確保の協議を通じて将来の医療提供体制の確保の取組を推進

高齢者救急・地域急性期機能

- ・ 高齢者をはじめとした救急搬送の受入
- ・ 入院早期からのリハビリ・退院調整等の実施

急性期拠点機能

- ・ 人口20万～30万に1つを目安に確保
- ・ 手術等の医療資源を多く要する医療を集約して提供

在宅医療等連携機能

- ・ 地域での在宅医療の提供
- ・ 他の施設等と連携した24時間対応等の実施

専門等機能

- ・ 集中的なリハビリテーション、中長期にわたる入院医療、有床診療所の担う地域に根ざした診療、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を提供

医育及び広域診療機能（大学病院本院）

- ・ 都道府県と連携した人的協力
- ・ 広域的に担うべき医療の提供、人材の育成

病床機能報告・必要病床数の見直し

病床機能区分について回復期を包括期とした上で、2040年の必要病床数について地域医療構想の取組等を踏まえた推計を実施し、病床機能の分化・連携を推進

医療機関機能について

医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 構想区域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。

構想区域ごとの医療機関機能

具体的な内容

高齢者救急・地域急性期機能	・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する
急性期拠点機能	・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※ 人口20～30万人に1つを目安として、構想区域ごとに確保すべき医療機関数を設定。
在宅医療等連携機能	・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※ 在宅医療の提供を行う、又は主として在宅医療の後方支援を担う等、地域ごとに求められる役割を検討し報告。また、地域の実情に応じ、高齢者救急・地域急性期機能や急性期拠点機能と併せて報告することも可能。
専門等機能	・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。 ※ 有床診療所について、高齢者救急の受入や在宅医療の提供・後方支援を積極的に担っている場合、それぞれ高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能を報告することも考えられる。

※ 高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビリティ（多疾患併存状態）患者へのリハビリを含む、治し支える医療の観点が重要

広域な観点での医療機関機能

医育及び広域診療機能	・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。 ※ 大学病院本院は、医育及び広域診療機能のみを報告し、構想区域ごとの医療機関機能については報告しない。また、大学病院本院以外の医療機関について、医育及び広域診療機能を報告することはしない。
------------	---

急性期拠点機能を担う医療機関の役割

総合的な診療機能

- 急性期拠点機能を担う医療機関は、救急医療の提供や手術等の医療資源を多く要する医療について、地域の実情に応じて総合的に提供することが求められる。具体的には、消化器外科や整形外科、循環器内科、脳神経外科等を中心とした頻度の高く、救急対応や手術等を要する疾患に対応できる必要がある。
- 小児・周産期医療や精神医療等の一部の診療領域については、人口の少ない地域等において、地域の資源を集約して、急性期拠点機能を担う医療機関が担うことも考えられうるが、大都市部等において、既に他の医療機関によりこうした診療領域の体制が整備されている場合、新たに当該領域の診療機能を担う必要はない。

その他の役割

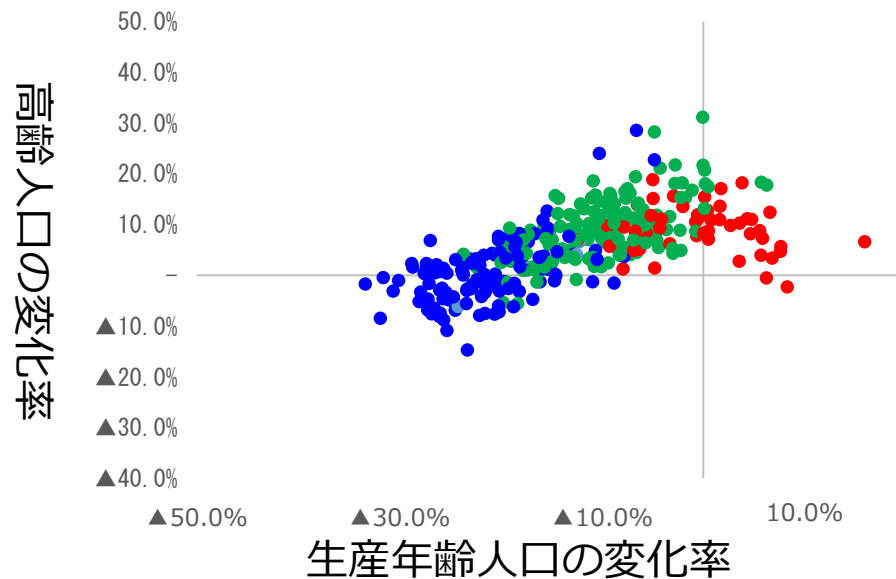
- 急性期拠点機能を担う医療機関は、地域において相対的に多くの医療資源が配置されることになることから、関連する様々な役割を担うことが求められる。

	概要	考え方等
災害拠点病院 (基幹災害拠点病院、 地域災害拠点病院)	災害時における医療提供体制の中心的な役割を担う	24時間緊急対応し、災害発生時に被災地内の傷病者等の受入及び搬出を行うことが可能な体制を有することや、災害発生時に被災地からの傷病者の受入拠点にもなること等が要件。
医療措置協定の締結	新興感染症発生時に必要な医療提供体制を確保	病床確保や医療人材派遣をはじめとして、新興感染症発生時に備えた都道府県との医療措置協定を締結する。
臨床研修及び専門研修の実施	基幹型臨床研修病院や、専門研修基幹施設等として、医師の修練の場を提供	急性期拠点機能を担う医療機関には、手術等の急性期症例も集約され、医師も重点的に配置されることになるため、一定の症例数や適切な指導体制の整備が求められる初期臨床研修や専門研修に積極的に協力する必要がある。
地域における必要な病床の確保のための積極的な役割	医療需要の動向に応じた病床数の整備を推進	今後、手術等の医療資源を多く必要とする医療ニーズの減少が見込まれる中、高齢者救急等の症例を必要以上に受け入れることはせず、総合的な急性期医療の提供機能を維持できる範囲で、病床数の適正化（ダウンサイズ）を行う。
地域への医師の派遣	地域の他の医療機関へ医師等を派遣し、地域の医療提供体制を維持	地域において医師が相対的に多く配置されることになるため、地域の他の医療機関への当直医や代診医の派遣等により、地域全体の医療提供体制の確保に積極的に関与する必要がある。

2025年以降の変化：年齢区分別人口の変化（地域別）

<2015→2025>

	年齢区分別人口の変化率の平均値	
	生産年齢人口	高齢人口
●大都市型	-0.1%	9.1%
●地方都市型	-10.4%	8.9%
●過疎地域型	-20.9%	0.6%

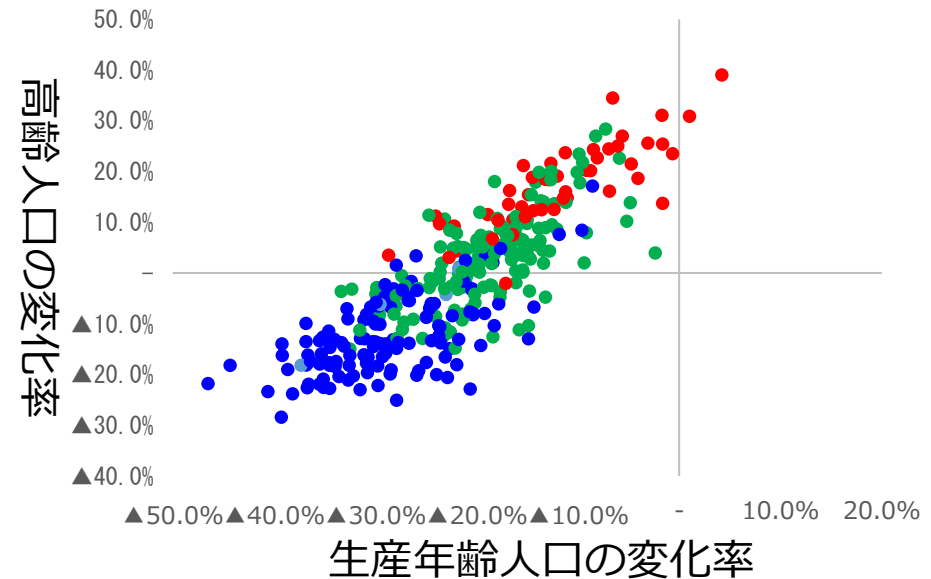


高齢人口が減少する地域は
2割程度（67区域）

●大都市型
●地方都市型
●過疎地域型

<2025→2040>

	年齢区分別人口の変化率の平均値	
	生産年齢人口	高齢人口
●大都市型	-11.9%	17.2%
●地方都市型	-19.1%	2.4%
●過疎地域型	-28.4%	-12.2%



高齢人口が減少する
地域は5割程度
（183区域）

大学病院本院による人的協力の進め方の例（実例を踏まえたイメージ）

- 新たな地域医療構想において、大学病院本院の機能として、医師等に係る人的協力が求められる。地域医療構想に沿った派遣が行われるよう、例として、以下のような取組が考えられる。

① 大学病院本院は都道府県に対し、医局に属する医師数等の情報を共有

○大学病院本院は、当該大学病院の医局に属する医師数等を整理し、医局から医師を派遣している都道府県に対して情報を共有する。

- 各大学医局に属する医師数（診療科毎）
- 地域枠医師数
- 構想区域・医療機関別の医師配置状況 等

② 都道府県は地域医療構想を踏まえながら、地域で特に医師の派遣が必要な病院を調整

○地域医療構想調整会議において、以下のような情報を踏まえながら、各医療機関において必要となる医師数を整理する。

- 構想区域毎の各区域の医療機関機能の状況（急性期拠点の数など）
- 上記の病院における現在の医師数（うち、各大学に属する医師数・地域枠の医師数）
- 各医療機関の2040年を見据えた医療機関機能等に係る取組
- 構想区域の今後の人口推計等を踏まえた医療需要の見込み 等

③ 都道府県は、都道府県内全体の状況を整理した上で、大学病院本院に共有し、大学病院本院と都道府県間で医師の派遣先を調整

が、手術等の集学的な医療は相対的に減少し、高齢者救急等の包括期の医療需要や慢性期の需要が相対的に増加していくなど、医療需要の質が変化していく。こうした中で、大都市型の地域における提供体制が非効率であることは、当該地域での医師の働き方等への影響だけでなく、医療従事者が都市部を志向する傾向等により、結果として医師の偏在等が助長されること等も懸念されることを踏まえると、それぞれの地域ごとにその状況に応じた医療機関の連携・再編・集約化の取組が求められる。

- 急性期医療については、構想区域ごとに、緊急性の高い疾患や頻度の高い疾患等の確保すべき疾患に対応できる体制の確保が必要となる。がん手術やその他の高度な外科手術については、症例数が多い医療機関ほど、医療の質が高いことが一般的に知られており、こうした高度な手術等については、地域の医療資源に応じて、構想区域よりも広域な単位で集約して実施することを検討する必要がある。
- また、胆嚢炎の手術等といった頻度が高い全身麻酔を要する手術については、均てん化され、構想区域ごとに確保されることが求められるが、医療資源が潤沢ではない地域であって、複数の医療機関で同じ診療科の手術をそれぞれ小規模で実施しているなど、小規模で全身麻酔手術を実施する医療機関が多く存在している地域においては、外科医師の確保や育成、麻酔科医等の周術期に関係するその他の職種を確保するという観点を踏まえながら、体制について検討する必要がある。
- 救急医療の役割分担については、救命救急センター等の基幹的な病院が多くの救急車を受け入れて下り搬送を行う地域や、多くの医療機関で救急車を受け入れ、初期診療を実施した結果、緊急性が高く、専門的な医療が必要な場合等に、救命救急センター等に上り搬送を行うといった地域が存在している。増加する高齢者救急への対応等のため、急性期拠点機能を担う医療機関以外でも救急対応を確保する必要がある。高齢者救急に係る実施基準の検討にあたっては、地域の実情に応じて下り搬送や上り搬送の活用等についても、メディカルコントロール協議会等において、地域医療構想の考え方も踏まえて検討することが求められる。
- また、医療機関機能の連携・再編・集約化について、例えば急性期拠点機能や急性期病床の集約化だけではなく、救急車の受入れや手術の実施を行う医療機関の集約化や役割分担、夜間に緊急手術を行う医療機関の集約化等も取組として検討が必要である。

(7) 医育及び広域診療機能

- 今後、人材の確保がますます困難となるほか、症例数の減少が見込まれる

中、地域の医療提供体制を持続可能なものとする観点に加え、医師の育成の観点からも、人的協力について、都道府県と大学病院本院で密な連携が必要となる。

- 具体的には、大学病院本院は都道府県に対し、医局に属する医師数等の情報を共有し、都道府県は地域医療構想を踏まえながら、地域で特に医師の派遣が必要な病院を調整した上で、都道府県は、都道府県内全体の状況や地域枠の医師の勤務状況等の情報を整理した上で、大学病院本院に共有し、大学病院本院と都道府県間で医師の派遣先を調整することになることが考えられる。その中で、都道府県単位で、特に、大学病院本院から急性期拠点機能を中心とした、地域医療構想全体を踏まえた人的協力のあり方について協議を行うことが重要である。
- その際、急性期拠点機能を有する医療機関に対して外科医や麻酔科医等の人的協力を行う場合には、地域ごとの医療機関の連携・再編・集約化の取組に沿った人的協力が行われることが求められる。なお、地域枠の医師について、これまでは都道府県職員として地域の都道府県立病院等において勤務するといった取組が見られた。今後は、民間病院も含め、地域医療構想に沿った人的協力や地域枠の医師の派遣が可能となるよう取組を進める必要がある。
- 広域な観点での診療については、小児がんや移植医療など、症例数が少ない医療提供のため、都道府県単位又はより広域な単位で連携して医療の提供を将来にわたって維持できるようにすること、医育については、これらの地域で多様な症例に対応する人材を育成する体制が構築できるようにすること等が求められる。
- 現在は、いわゆる1県1医大の県において当該県の人材の多くが当該大学に関係するところもあれば、他の都道府県に所在する大学に人材の提供を頼っているところ、都道府県内に多くの大学があるところなど、都道府県と大学の関係性は様々である。今後の具体的な取組も都道府県と大学との関係性により様々ではあるが、求められる役割に関する取組状況については病床機能報告等を通じて把握し、先進事例について横展開すること等が求められる。
- 広域な観点での診療について、大学病院本院では、都道府県がんセンターや救命センター等、医療計画における都道府県の基幹となる役割をはじめとして、小児がんや小児血管外科や移植医療等、希少性の高い疾患に対する医療の提供を担っている。引き続きこうした役割や、場合によっては都道府県を越えた連携体制の構築も含め、検討が必要である。
- また、大学病院本院についても、他の医療機関と同様に、地域全体に係る

医療内容の見直し等を行い、地域全体の医療提供体制の構築・維持や連携・再編・集約化の取組への協力が求められる。

- 介護との連携では、介護保険事業の実施主体として、地域医療構想と介護保険事業（支援）計画との整合性の確保を図りつつ、都道府県と連携しながら、介護に係る課題について地域医療構想調整会議において共有するとともに、医療側の課題を把握し、医療と介護の連携を推進することが求められる。
- また、隣接する自治体や構想区域内の他の市町村と連携しながら、医療提供体制の構築や医療と介護の連携を推進することが求められる。

③ 大学病院本院

- 大学病院本院は医師の卒前・卒後教育をはじめ、診療以外の側面からも医療提供体制の構築において役割を担っている。今後、大学病院本院は、診療のみならず、人的協力や人材育成について、都道府県と密な連携体制のもと、地域医療構想の取組を推進することが求められる。I. 3. (2) ⑤も参照すること。

④ 医療関係者

- 医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、有床診療所団体、病院、診療所等は医療提供の主体として、引き続き主たる関係者として、地域医療構想の策定及び推進への積極的な関与が求められる。関連する議題に応じて、協議に参画することが期待される。
- 都道府県調整会議には全ての医療関係者が参画し、県全体の医療提供体制について協議を行うことや、区域調整会議には、関連する議題に応じて協議に参画し、取組を推進することが求められる。

⑤ 公立・公的病院等

- ②の市町村と同様、県立病院や公的病院等、その設置主体である都道府県、日本赤十字社、済生会、厚生連、国立病院機構、労働者健康安全機構等においても、病床数の適正化（ダウンサイズ）や提供する医療内容の見直し等を行い、地域全体の医療提供体制の構築・維持や連携・再編・集約化の取組への協力が求められる。

⑥ 医療保険者

- 健康保険組合や全国健康保険協会等の医療保険者は、都道府県調整会議に参画し、区域調整会議の参加者については、都道府県が、都道府県ごとに設置された保険者協議会（高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）第 157 条の 2 第 1 項の保険者協議会をいう。以下同じ。）に照会の上、選定する。また、地域ごとの協議内容について、都道府県が保険者協議会等において定期的に報告する機会を設定することが求められる。

る取組等を通じて効率的な在宅医療の提供体制を構築できるよう、往診、D to P with N を含むオンライン診療や、在宅療養患者のバイタル等の遠隔モニタリング等を積極的に活用することが求められる。

④ 専門等機能

- 専門等機能は、高齢者救急・地域急性期機能、急性期拠点機能、在宅医療等連携機能にあてはまらないが、集中的なリハビリテーション、中長期にわたる入院医療機能、有床診療所が担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行うものである。
- 集中的なリハビリテーションを提供する医療機関としては、入院時におけるリハビリテーションに加え、地域の外来医療や在宅医療においてリハビリテーションを必要とする患者に対してリハビリテーションを提供することが期待される。
- 中長期にわたる入院医療を担う医療機関としては、今後増加する在宅医療等の慢性期の医療需要が増加する中で、長期にわたり入院医療を必要とするマルチモビディティ（多疾病併存状態）の患者に対する医療の提供が期待される。
- 有床診療所においては、基本的に専門等機能を選択するが、地域において在宅医療の積極的な提供や高齢者救急の受入を担っている場合等については、有床診療所における在宅医療等連携機能や高齢者救急・地域急性期機能として医療機関機能を報告する。
- 一部の診療科に特化した診療を行う医療機関については、専門等機能を報告することが基本となる。
- 大腿骨近位部骨折等の今後増加する整形外科領域に対して、夜間の救急対応も含めて地域において効率的に機能している医療機関もある一方で、地域において、減少傾向にある脳血管疾患患者等に対する手術の需要がさらに減少することや、麻酔科医や外科医等の確保が更に困難となることが見込まれる中で、地域としてそうした医師等を確保し、効率的な医療提供を行うためには、地域内で手術等の集約化が必要であることも想定される。

⑤ 医育及び広域診療機能

- 医育及び広域診療機能は、大学病院本院が担うものであり、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行うものである。
- 今後、人材の確保がますます困難となるほか、症例数の減少が見込まれる中、地域の医療提供体制を持続可能なものとする観点に加え、医師の育成の観点からも、人的協力について、都道府県と大学病院本院で密な連携が必要となる。
- 具体的には、大学病院本院は、都道府県に対し、医局に属する医師数等の情報を共有し、都道府県は、地域医療構想を踏まえながら、地域で特に医師の派遣が

必要な病院を調整し、都道府県内全体の状況や地域枠の医師の勤務状況等の情報を整理した上で、大学病院本院に共有し、大学病院本院と都道府県間で医師の派遣先を調整することが考えられる。その中で、都道府県単位で、特に、大学病院本院から急性期拠点機能を担う医療機関に対する医師派遣を中心とした、地域医療構想全体を踏まえた人的協力のあり方について協議を行うことが重要である。

- 急性期拠点機能を担う医療機関に対して外科医や麻酔科医等の人的協力を大学病院本院が行う場合には、地域ごとの医療機関の連携・再編・集約化の取組に沿った人的協力が行われることが求められる。なお、地域枠の医師について、これまでは都道府県職員として就業契約を締結した上で、地域の自治体立病院において勤務するといった取組が見られている。今後は、民間病院も含め、地域医療構想に沿った人的協力や地域枠の医師の派遣が可能となるよう取組を進める必要がある。
- 広域的な観点での診療については、小児がんや移植医療など、症例数が少ない医療の提供について、都道府県単位又はより広域な単位で連携して医療の提供を将来にわたって維持できるようにすること、医育については、これらの地域で多様な症例に対応する人材を育成する体制が構築できるようにすること等が求められる。
- また、大学病院本院についても、他の医療機関と同様に、地域全体に係る医療提供体制の構築・維持や連携・再編・集約化の取組への協力の観点を踏まえて、病床数の適正化（ダウンサイズ）や提供する医療内容の見直し等の取組を進めることが重要である。
- なお、大学病院本院は、地域ごとに確保する医療機関機能ではなく、医育及び広域診療機能のみを報告するものとする。

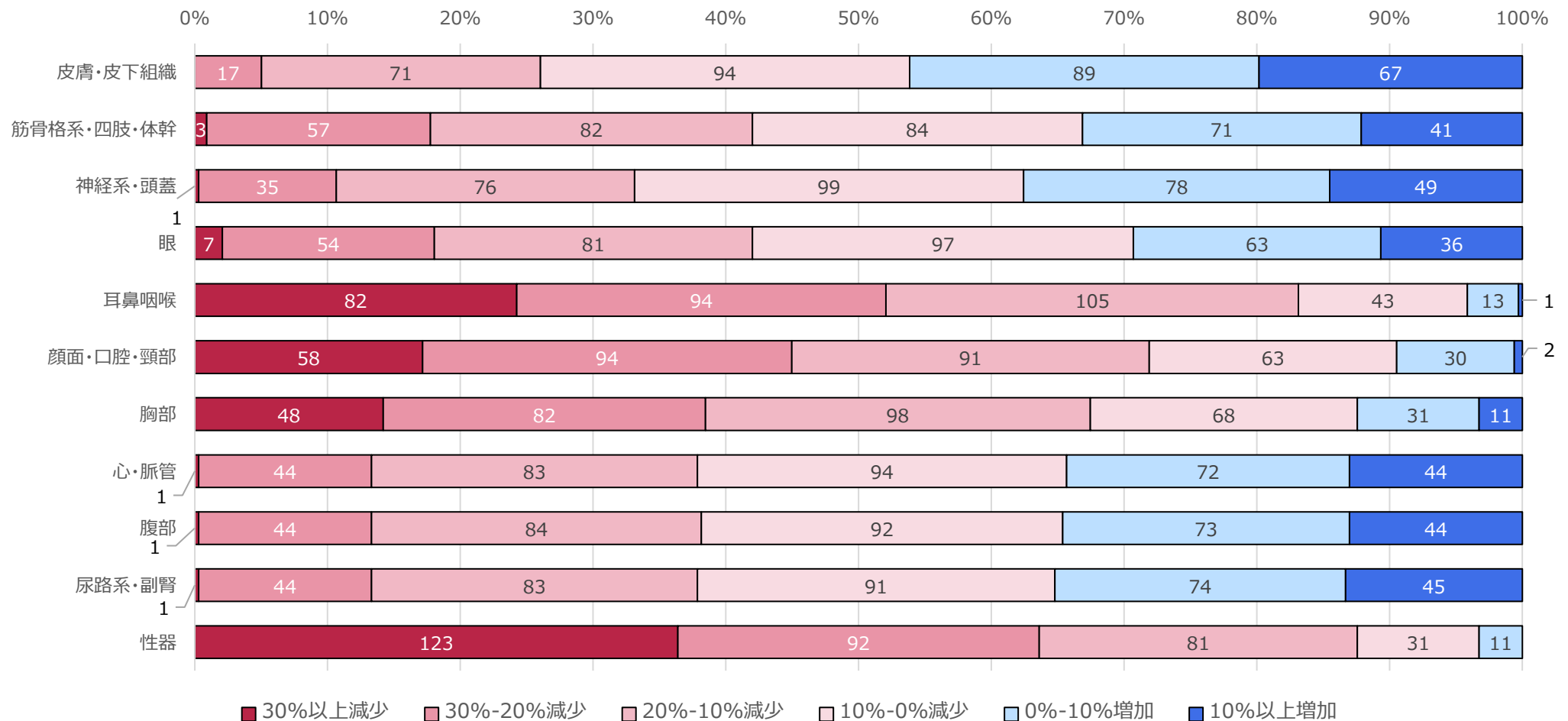
4. 医療需要の推計について

- 病床については、入院医療の協議の主な議題の一つとして、引き続き地域において協議を行うことが重要である。推計方法としては、これまでの推計方法を基本として、2040年の性・年齢階級別人口について、2024年のNDBデータを用いて算出した入院受療率を乗じるとともに、NDBデータに含まれない自然分娩、労災保険、自賠責保険の患者についても、機能区分ごとの医療需要に比例するよう按分して追加することで地域医療構想の取組がない場合の病床数を計算する。
- その後、地域医療構想の取組による効果等（改革モデル）を反映させ、必要病床数を算出する。具体的には、
 - ・ 入院受療率の低下傾向やこれまでの地域医療構想の取組等による効果を反映させるため、医療機関の連携・再編・集約化等に伴う病床利用の効率化分、入院の受入時からリハビリ等を提供し早期退院による効率化分、在宅医療や介護との連携による効率化分として、現在の地域医療構想における見込みと実際の医療需要との差分を反映させる。

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。

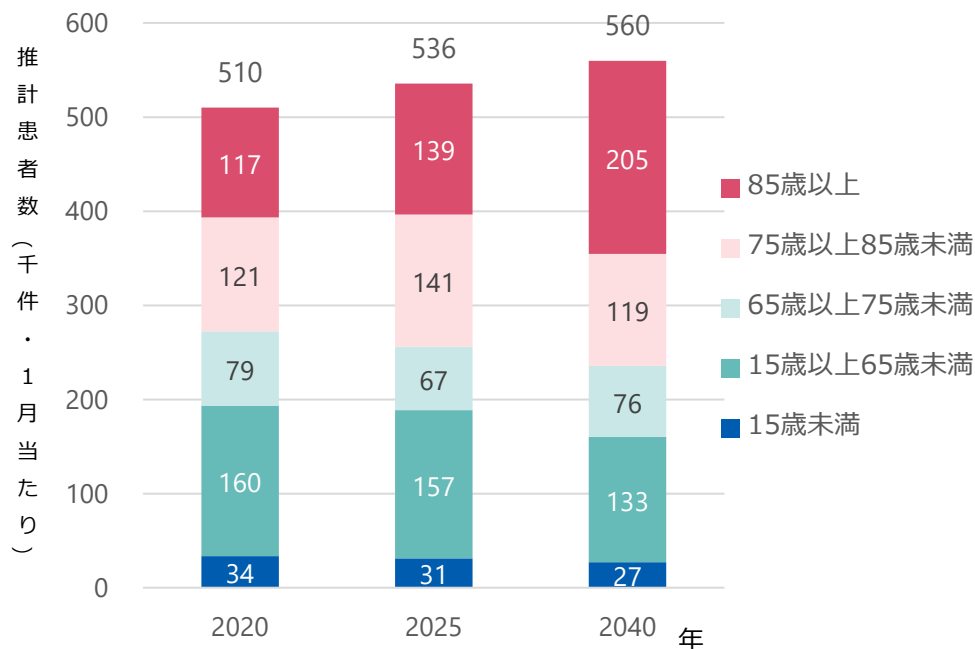
※推計については、年齢構成の変化による需要の変化をみるため、全国計の性・年齢階級別の領域別の算定回数を分子、全国の性・年齢階級別人口を分母として受療率を作成し、これを構想区域別の性・年齢階級別の2020年、2040年時点のそれぞれの人口に適用して作成しているものであり、地域別の受療行動の変化の実態を織り込んでいるものではないことに留意が必要。

2040年の医療需要について

医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者が増加することが見込まれる。2020年から2040年にかけて、85歳以上の救急搬送は75%増加し、85歳以上の在宅医療需要は62%増加することが見込まれる。

救急搬送の増加

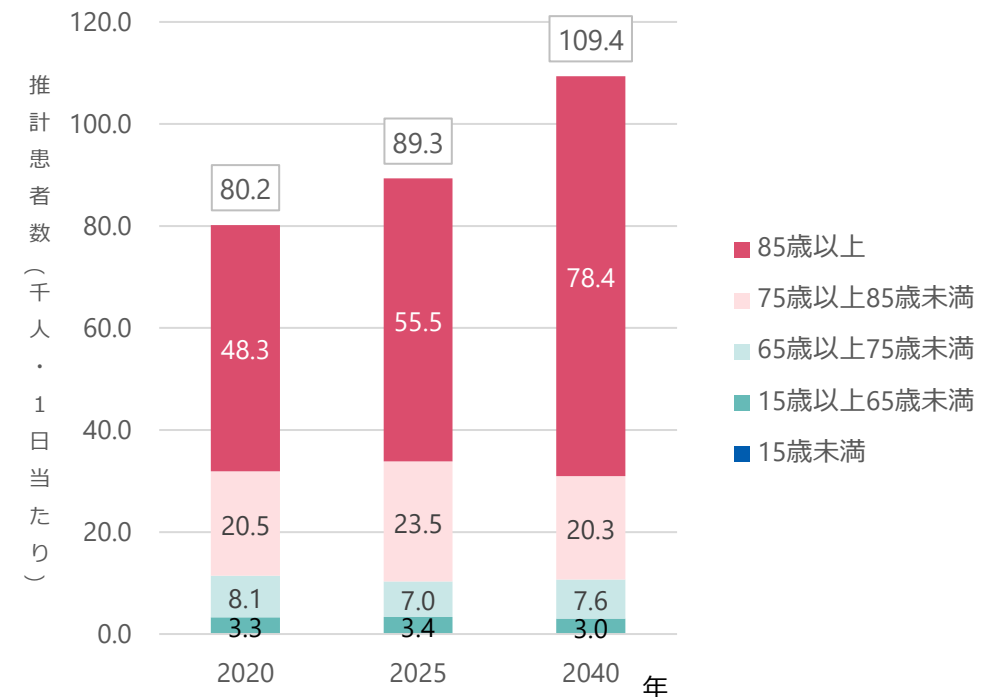
年齢階級別の救急搬送の件数の将来推計



2020年から2040年にかけて、75歳以上の救急搬送は36%増、うち85歳以上の救急搬送は75%増と見込まれる。

在宅医療需要の増加

年齢階級別の訪問診療患者数の将来推計



2020年から2040年にかけて、75歳以上の訪問診療の需要は43%増、うち85歳以上の訪問診療の需要は62%増と見込まれる。

資料出所：消防庁データを用いて、救急搬送（2019年度分）の件数を集計したものを、2020年1月住民基本台帳人口で把握した都道府県別人口で除して年齢階級別に利用率を作成し、地域別将来推計人口に適用して作成。
 ※ 救急搬送の1月当たり件数を、年齢階級別人口で除して作成。
 ※ 性別不詳については集計対象外としている。また、年齢階級別人口については、年齢不詳人口を除いて利用した。

出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）
 総務省「人口推計」（2017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（2023年推計）」を基に地域医療計画課において推計。

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

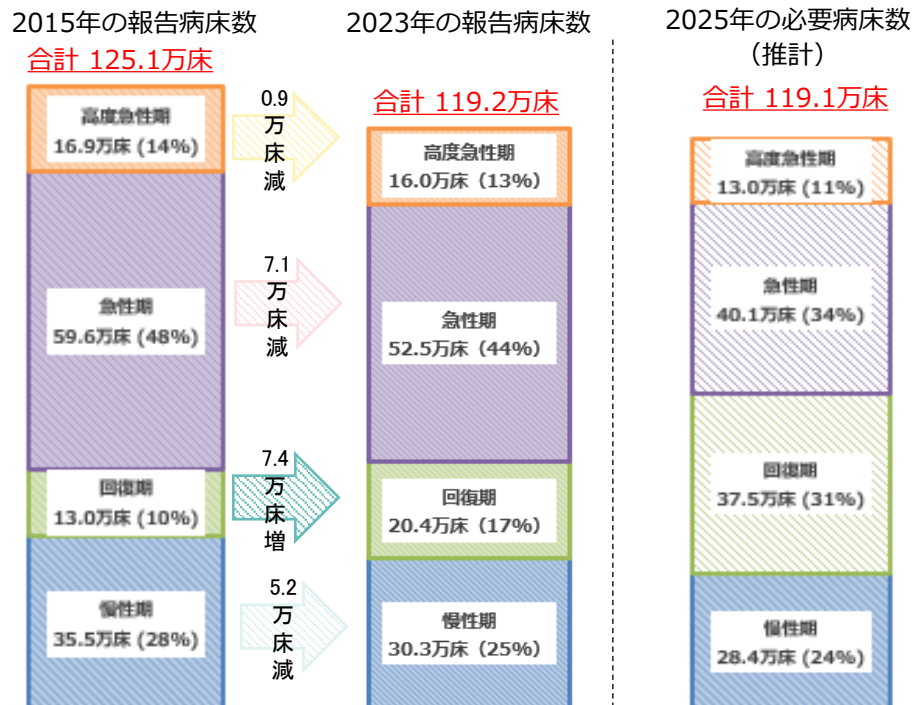
1. 地域医療構想の見直し等① 新たな地域医療構想の概要

現行の地域医療構想

病床の機能分化・連携

- 団塊の世代が全て75歳以上となる2025年に向けて、高齢者の医療需要が増加することが想定される。
- 約300の構想区域を対象として、**病床の機能分化・連携を推進**するための2025年に向けた地域医療構想を策定。

<全国の報告病床数と必要病床数>



※ 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

新たな地域医療構想

入院医療だけではなく、外来医療・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図る地域医療構想へ

- 2040年頃に向けて、医療・介護の複合ニーズ等を抱える85歳以上の増加、人材確保の制約、地域差の拡大が想定される。
- 増加する高齢者救急・在宅医療の需要への対応、医療の質や医療従事者の確保、地域における必要な医療機能の維持が求められる。
- 病床の機能分化・連携だけでなく、**外来医療・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めたあるべき医療提供体制の実現**に資する新たな地域医療構想を策定。
- 2040年やその先を見据えて、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、**医療機関の連携・再編・集約化**を推進することが重要。
このため、病床の機能分化・連携に加え、
 - ・ **地域ごとの医療機関機能**
(高齢者救急の受入、在宅医療の提供、救急・急性期の医療提供等)
 - ・ **広域な観点の医療機関機能** (医育及び広域診療等の総合的な機能)の確保に向けた取組を推進。

<今後のスケジュール>

- 令和7年度 新たな地域医療構想に関するガイドラインの作成 (国)
- 令和8年度～ 新たな地域医療構想の策定 (県)
- 令和9年度～ 新たな地域医療構想の取組を順次開始 (県)

特定機能病院制度の概要

趣 旨

医療施設機能の体系化の一環として、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び評価、医療の高度の安全の確保、高度の医療に関する研修並びに地域における医療の確保を実施する能力等を備えた病院について、厚生労働大臣が個別に承認するもの。

※承認を受けている病院（令和8年4月24日現在） ... 88病院（大学病院本院79病院）

役 割

○高度の医療の提供

○高度の医療技術の開発・評価

○高度な医療安全管理体制

○高度の医療に関する研修

○地域医療への人的協力

承認要件

- 高度の医療の提供、開発及び評価、医療の安全の確保、研修、並びに地域医療への人的協力を含む地域における医療の確保を実施する能力を有すること
- 他の病院又は診療所から紹介された患者に対し、医療を提供すること（紹介率50%以上、逆紹介率40%以上）
- 病床数 ……400床以上の病床を有することが必要
- 人員配置
 - ・ 医 師…通常2倍程度の配置が最低基準。医師の配置基準の半数以上がいずれかの専門医。
 - ・ 薬剤師…入院患者数÷30が最低基準。（一般は入院患者数÷70）
 - ・ 看護師等…入院患者数÷2が最低基準。（一般は入院患者数÷3）
 - ・ 管理栄養士1名以上配置。
- 構造設備…集中治療室、無菌病室、医薬品情報管理室が必要
- 医療安全管理体制の整備
 - ・ 医療安全管理責任者の配置
 - ・ 専従の医師、薬剤師及び看護師の医療安全管理部門への配置
 - ・ 監査委員会による外部監査
 - ・ 高難度新規医療技術及び未承認新規医薬品等を用いた医療の提供の適否を決定する部門の設置
- 地域医療への人的協力
 - ・ 派遣先医療機関との連携・調整の下、医師の計画的かつ継続的な派遣（常勤医師換算数原則60人以上）
- 原則定められた21の診療科を有していること
- 査読のある雑誌に掲載された英語論文数が年70件以上あること 等

※ 特定機能病院Bにおける診療科、紹介率・逆紹介率、地域における医療の確保等について、別途、承認要件を設定。

特定機能病院の類型化

特定機能病院 (医療法第4条の2第1項)

新規の承認なし

特定機能病院A

【大学病院本院】

下記規定が適用されないもの

- ・医療法施行規則第6条の3第3項の規定※1
- ・医療法施行規則の一部を改正する省令（令和8年厚生労働省令第84号。以下「改正省令」という。）の附則第三条の規定※2

特定機能病院B

【NC、JIHS】

医療法施行規則第6条の3第3項の規定が適用されるもの

その他の特定機能病院

【その他】

改正省令の附則第三条に規定が適用されるもの

医療安全に係る規定のみ改正省令が適用
(他の規定は、改正省令前の規則が適用)

※1 医療法施行規則第6条の3第3項

独立行政法人通則法（平成十一年法律第百三十三号）**第三十五条の四第一項**に規定する中長期目標又は**国立健康危機管理研究機構法**（令和五年法律第四十六号）**第二十七条第一項**に規定する中期目標に**基づき運営**され、もつて公衆衛生の向上及び増進に寄与することを目的とする**特定機能病院**

※2 医療法施行規則の一部を改正する省令（令和8年厚生労働省令第84号）の附則第三条

この省令の施行の際現に医療法第四条の二第一項の規定による承認を受けている特定機能病院であつて**新規則第九条の二十第一項第一号ホの規定※3に適合するものではないもの**については、**当分の間**、新規則第六条の三、第六条の四、第九条の二の二、第九条の二十及び第二十二條の二の規定にかかわらず、**なお従前の例**による。

※3 医療法施行規則第9条の20第1項第1号ホ

その他病院の種類に応じた地域における医療の確保のために必要な事項を行うこと。

特定機能病院のあり方に関するとりまとめについて①

- 厚生労働省の「第27回特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」において、大学病院本院を含む特定機能病院の2040年頃を見据えて果たしていくべき役割や、現在の「承認要件」を超えて自主的に実施している取組等を適切に評価するため、特定機能病院のあり方に関するとりまとめが行われ、あわせて、基礎的基準・発展的基準の考え方が示され、「第118回社会保障審議会医療部会」においても承認された。

◎ 大学病院本院である特定機能病院の見直しに係る方向性

- ① 地域（特に医師が少数である等の条件不利地域）において、高度な医療等を提供するための拠点としての機能や、地域医療への人的協力（医師）を果たしていることを評価する。
- ② 現在の「承認要件」を、すべての大学病院本院が満たすべき「基礎的基準」として整理するとともに、個々の大学病院本院が地域の実情も踏まえて自主的に実施している高度な医療提供・教育・研究・医師派遣に係る取組を「発展的基準」によって評価し、その結果を公表する。

◎ 大学病院本院以外の特定機能病院のあり方に係る方向性

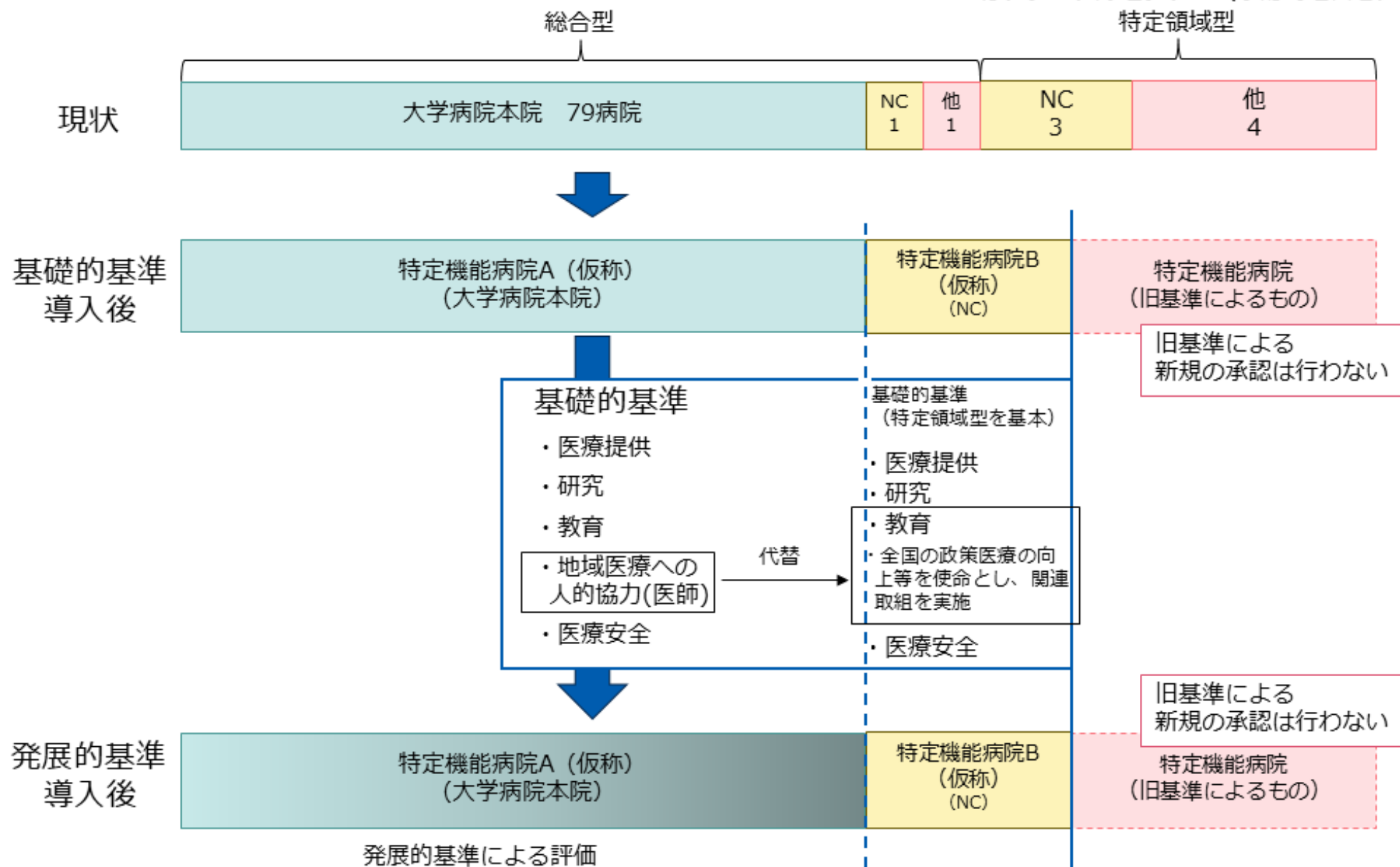
- ① 大学病院本院である特定機能病院に求められる機能（基礎的基準、発展的基準）は、基本的に、大学病院本院以外でも同様に考えていくことが適当である。⇒ 新たな特定機能病院の承認にあたっては、基礎的基準を満たす必要がある。
- ② ナショナルセンターについては、厚生労働大臣が定める中長期目標に基づき、全国における政策医療の向上、均てん化を使命としていること、厚生労働大臣が国民の公衆衛生上の重大な危機に際し対応を求めることが可能であること、といった性質を持つことに加え、これに関連した臨床研究を支える取組等（バイオバンク、創薬、医療機器開発、感染症臨床研究ネットワーク等）を行っていることで、基礎的基準の一部を一定程度代替することとする。
- ③ その他の病院については、これまでの特定機能病院としての実績を踏まえ、旧基準によるものとして引き続き特定機能病院として取り扱う。

特定機能病院のあり方に関するとりまとめについて②

◎ 特定機能病院見直し後のイメージ

※実績報告においては、大学病院本院、NC、旧基準によるものの3区分に応じて病院を示す。

※NCはナショナルセンター（承認時を含む）を指す



特定機能病院のあり方に関するとりまとめ ～ 基礎的基準（案）～

- 基礎的基準については、原則として速やかに適用することとするが、適用することで、大学病院本院であっても満たせなくなるものについては、一定の経過措置を置きつつ、各大学病院本院の取組状況を確認しながら適用していく。

基礎的基準：現在の承認要件を基本とし、すべての特定機能病院が満たすべき基準。

基準	項目（案）
医療提供	紹介率、逆紹介率、 基本診療科の幅広い設置 、専門医配置、高難度新規医療技術への対応、先進医療又は難病医療等の実施等
教育	いわゆるStudent Doctorの育成 、研修医数・専攻医数、幅広い基本診療科の専門研修プログラムを基幹施設として担っていること、 地域の医療機関への学習機会の提供等 、 看護師・薬剤師その他専門職の実習受け入れ・育成 等
研究	査読付き英語論文、IRB 設置、COI 管理、 研究支援組織設置 等
地域医療への人的協力（医師）※	地域に一定の人的協力（医師）を行っていること
医療安全	管理者の要件（医療安全に係る経験、研修受講義務等）、医療安全管理部門の設置（重大事案発生時の対応の 強化等 、専従の医師、看護師等の配置等）、医療安全管理責任者の配置（ 要件（医療安全にかかる経験） 、業務内容の 明確化等 ）、ピアレビュー（内容の 明確化等 ）、監査委員会の設置（委員の要件の 追加 、監査内容の 明確化 ）、高難度新規医療技術への対応等【 重大事案の考え方について、患者への影響度及び回避可能性が一定以上のものを明確化 ）】

（注）**太字下線**が新設。

※ 地域医療への人的協力（医師）に関する実績の確認方法（イメージ）

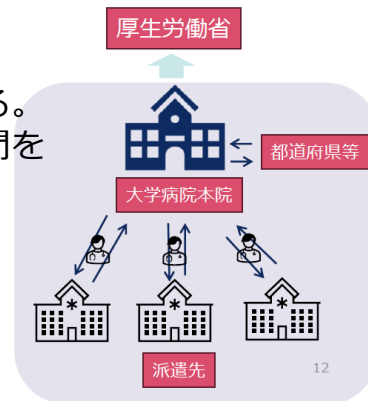
医師派遣については、雇用形態を問わず

- ・大学病院本院と派遣先との間で一定の連携・調整が行われていること
- ・派遣医師本人が派遣元、派遣先との連携・調整のうえで派遣されていると認識していることが必要と考えられる。

医師派遣の実績の把握に当たっては、こうした考えに基づき、具体的な実績確認方法を定め、一定の経過措置期間を設けた上で、実績を収集していく。

<実践確認のイメージ>（R9年度を目処に実施予定）

- ① 派遣実績の確認について（雇用形態を問わない）
 - 大学病院本院で派遣医師の名簿を作成
 - 派遣先の病院で派遣された医師の名簿を作成
 - 派遣医師の認識確認（大学病院本院と派遣先で連携して行う）
- ② 上記の確認ができた人数を毎年の業務報告で報告



（出典）厚生労働省「第27回特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」資料1、資料2を基にまとめたもの

特定機能病院のあり方に関するとりまとめ ～ 発展的基準（案）～

- 発展的基準については、各基準に係るデータが不十分であることに加え、それぞれの重み付けについてさらなる検討が必要であることから、実績報告等のデータを踏まえ、必要に応じてワーキンググループ等で検討を行った上で、今後、具体的な考え方を示す。

発展的基準： 自主的に実施している高度な医療提供・教育・研究・医師派遣に係る取組を、地域の実情を踏まえて評価する基準

①医療提供に関する基準

- ・ 高度な医療を提供する基盤等の評価とする一方、最後の砦の機能など、複合的な機能は、新たな地域医療構想等の議論が明らかになるまでの間は、複数の合併症や一定の重症度の救急等を受入れ等の機能等について、幅広く実績報告を求めつつ、一定の評価に留める。
- ・ 具体的な報告を求める事項（救急や高度な手術等の観点で、地域の実情 に応じて一定の重症度等の患者や希少性等が高い患者の受け入れ等（移植医療（臓器摘出に係るものも含む）、ゲノム医療等を含む））。

②教育に関する基準

- ・ 医師派遣と組み合わせ、医師を地域に循環させて教育を行う場合の評価
- ・ 例）医師多数県以外の道県の地域枠の受入や全国的な医療提供体制の強化等を評価（全国的なサブスペシャリティ受入れ育成、希有な専門性の涵養）（具体的には、今後、幅広く実績報告を求め、評価のあり方について検討）

③研究に関する基準

- ・ 研究実施体制、研究基盤等の評価として、多施設共同研究に参加し、症例等を登録できる体制等を評価（研究時間を確保する取組も今後一定の評価を検討）や獲得した臨床研究に係る公的な研究費、臨床研究に係る査読付き英語論文の筆頭著者（TOP10%論文の評価上乘せを含む）等の評価（地域の医師の状況等による補正を行う。）

④医師派遣に関する基準（※基礎的基準と同様の評価）

- ・ 派遣先の医療機関における常勤換算医師数を基本（医師が多い地域から少ない地域への医師派遣等を適切に評価：例）派遣先・派遣元の医療機関が所在する地域の医師の状況等による補正。また、同一法人への派遣や長期派遣の際の勘案について検討）
- ・ 派遣先の医療機関における医師養成に係る教育体制や処遇改善策等について、派遣形態ごとの状況等も含めた把握や、継続的な課題抽出、必要な取組を求める。
- ・ 管理者は、医師派遣の全体像を把握し、地域医療構想や医師確保計画等との整合に関する状況等を報告

<基礎的基準> 医療提供

項目	現行基準	新基準（案）
基本診療科の幅広い設置	内科、外科、精神科、小児科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科又は産科及び婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線科、救急科、脳神経外科、整形外科、歯科、麻酔科すべて ※特定領域型は上記のうち10以上	<u>専門医基本領域（医科）に含まれる診療科及び歯科のすべて（内科、外科、精神科、小児科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科又は産科及び婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線科、救急科、脳神経外科、整形外科、歯科、麻酔科、形成外科、病理診断科、臨床検査科、リハビリテーション科、総合的な診療を担う診療科*）</u> <u>※実質的に診療（病理診断・臨床検査等を含む）を担っている部門が存在していることで差し支えない</u> <u>特定機能病院 B については上記のうち13以上</u>
専門医配置	医師の配置基準数の半数以上が、内科、外科、精神科、小児科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線科、救急科、脳神経外科、整形外科又は麻酔科の専門の医師でなければならない	<u>形成外科、病理診断科、臨床検査科、リハビリテーション科、総合診療の専門医を算入対象とする</u>

*「総合的な診療」については、標榜可能な診療科ではないことに留意

< 基礎的基準 > 地域医療への人的協力（医師）

項目	現行基準	新基準（案）
地域に一定の人的協力（医師）を行っていること	（現行基準なし）	・雇用形態によらず、大学病院本院と派遣先の連携・調整により半年以上継続して派遣された医師の常勤医師換算数を評価する。 ※大学病院本院の「分院」、「サテライト診療所」については、原則として派遣先と見なさないが、これらが医師少数区域等に所在する場合は派遣先として算入可能 ※派遣医師は派遣元の在籍期間が3年以上の医師であること ※病院の管理者（病院長）としての派遣ではないこと ・地域医療構想、医師確保計画を踏まえ、都道府県等と連携していること。 具体的な基準については、現時点では大学病院本院が認識している派遣実績の報告に基づき、実際に行われている派遣実績を基本とした基準を設定する。 令和9年度を目処に実績確認を開始し（後述）、確認された人数を報告する。その報告実績に基づき、適切な基準を改めて定める。 ※その他、派遣先の所在地による評価の補正等は発展的基準において行う

地域医療への人的協力（医師）（補足）

<地域に一定の人的協力（医師）を行っていること>

① 派遣医師の考え方について

- 常勤/非常勤の雇用形態によらず、大学病院本院（いわゆる「医局」を含む。）と派遣先との連携・調整により半年以上継続して派遣された医師であること（派遣期間が半年未満の医師であっても、実態として半年以上の継続的な医師の派遣を行っているとはみなすことができる場合については算入可能）
- 派遣元の在籍期間が3年以上の医師であること
- 病院の管理者（病院長）としての派遣ではないこと
- 派遣医師が派遣先からさらに別の医療機関に派遣されている場合は最初の派遣に限り算入する

② 派遣先医療機関について

- 同一法人が開設する医療機関（いわゆる「分院」、「サテライト診療所」等）は原則として派遣先と見なさない
ただし、医師少数区域、医師少数スポットに所在するものについては派遣先と見なし、算入可能とする

③ 常勤医師換算数

- 非常勤の医師派遣も含めた派遣先の医療機関における常勤換算医師数
- 常勤医師は派遣先医療機関で定められている医師の勤務時間の全てを勤務する医師であること
ただし、当該医療機関で定められている医師の1週間の勤務時間が、32時間未満の場合は非常勤医師と見なす

④ 地域医療構想、医師確保計画との整合性

- 地域医療構想、医師確保計画を踏まえ、都道府県と連携していること（地域医療構想における機能分化連携への協力や、広域な観点で担う医師派遣・医師等の医療従事者の教育・広域な観点での診療等への協力・貢献、都道府県からの医師派遣要請への配慮、都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定等）

地域医療への人的協力（医師）に関する実績の確認方法（イメージ）

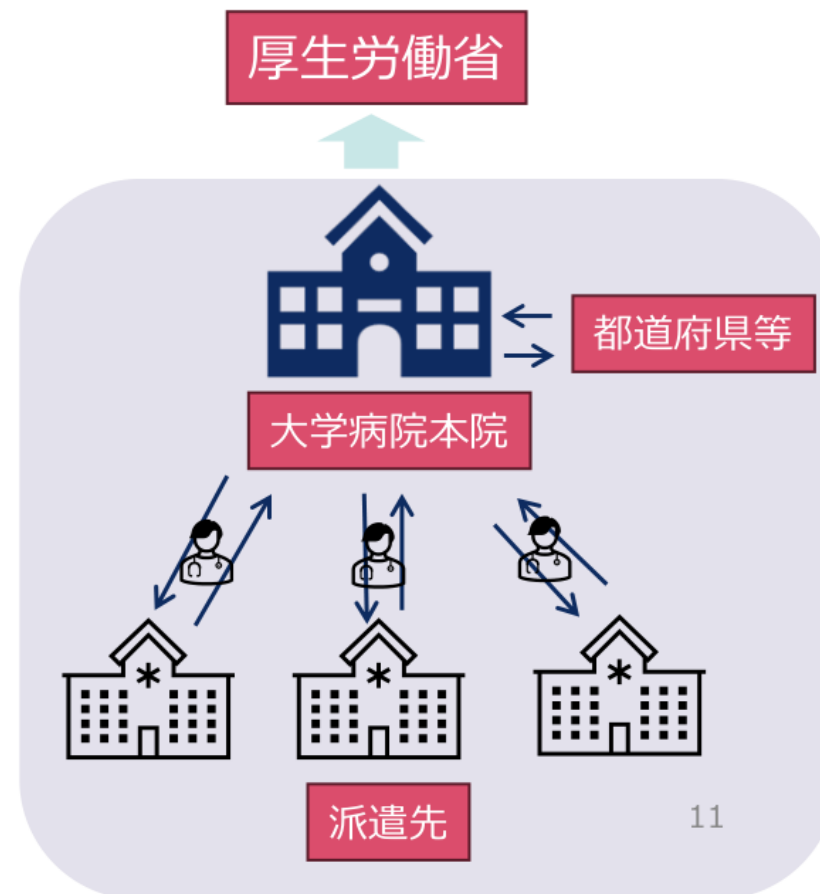
医師派遣については、雇用形態を問わず

- ・ 大学病院本院と派遣先との間で一定の連携・調整が行われていること
 - ・ 派遣医師本人が派遣元、派遣先との連携・調整のうえで派遣されていると認識していること
- が必要と考えられる。

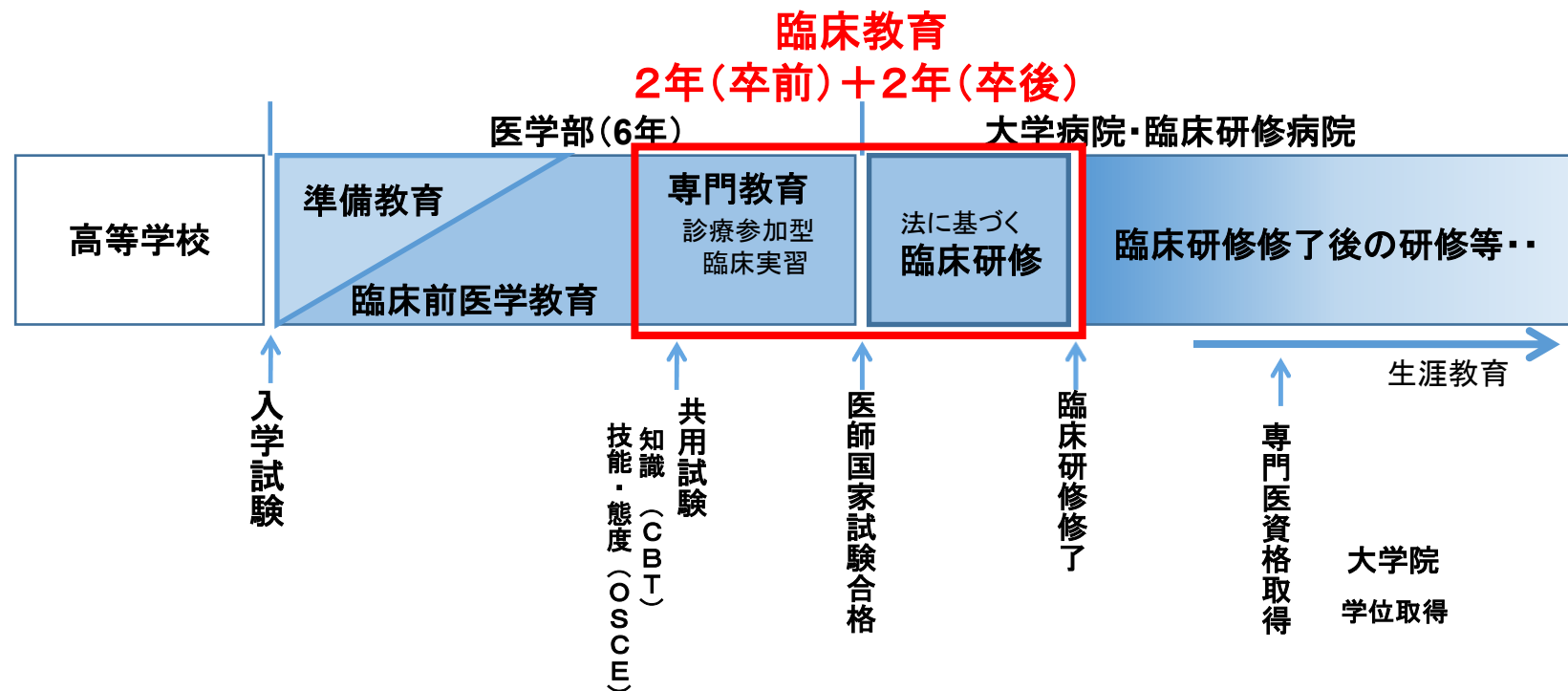
医師派遣の実績の把握に当たっては、こうした考えに基づき、具体的な実績確認方法を定め、一定の経過措置期間を設けた上で、実績を収集していく。

＜実践確認のイメージ＞（R9年度を目処に実施予定）

- ① 派遣実績の確認について（雇用形態を問わない）
 - 大学病院本院で派遣医師の名簿を作成
 - 派遣先の病院で派遣された医師の名簿を作成
 - 派遣医師の認識確認（大学病院本院と派遣先で連携して行う）
- ② 上記の確認ができた人数を毎年の業務報告で報告



卒前・卒後を通じたシームレスな医師養成



- 臨床実習においては、未だ見学中心で実践性が乏しく、実質的に診療参加できていないという指摘
- 医師臨床研修の内容は、卒前・卒後の連続性を考慮したものであるべきである一方、現状では臨床実習の内容と重複が生じ得る状況となっている他、諸外国と比較し臨床実習と臨床研修を合わせた期間が比較的長いとの指摘がある。
- 共用試験が公的化される中、CBTについては国家試験との重複と試験対策への偏重が危惧されており、モデル・コア・カリキュラムをベースとした一貫性の確保が必要である。

医師確保対策に関する取組（全体像）

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

都道府県の医師確保における医師養成過程を通じた取組の位置づけ

現状や課題

- 医師の偏在対策はひとつの対策のみでは解決せず、様々な取組を組み合わせるとともに、都道府県、地域の大学等の関係者がそれぞれの立場から取り組む必要がある。
- 医師養成過程を通じた医師の偏在対策には、医学部臨時定員を含む医学部への地域枠の設置、臨床研修制度及び専門研修制度を通じた対策、総合的な診療能力を有する医師の育成等がある中で、現行の医師確保計画策定ガイドラインにおける医師養成過程を通じた取組については、医学部臨時定員を含む医学部への地域枠の設置及び地域枠医師の地域におけるキャリア形成支援が中心となっていた。
- こうした中、現在、本検討会における議論等を通じて、医師養成過程に関わる制度の累次の見直しを行ってきており、都道府県がこうした制度を効果的に活用することで、地域の偏在対策をより充実することが可能となり得る。例えば、臨床研修制度における広域連携型プログラムや専門研修制度における特別地域連携プログラムの設定、総合的な診療能力を有する医師の育成、中堅・シニア世代を中心としたリカレント教育の実施といった仕組みや取組が新たに取り入れられている。

論点

- 地域の実情に合わせて効果的に制度を活用できるよう、制度の趣旨等も踏まえて医師養成過程を通じた医師偏在対策に関する都道府県等の対応の在り方を整理する必要があるのではないか。
- 医学部の段階における取組以外にも様々なアプローチを組み合わせた対策がより一層重要となることから、「医師養成過程を通じた対策」についても今後予定されている次期の「医師確保計画策定ガイドライン」に網羅的に位置づけることとした上で、地域に必要な医師の確保の実効性を高めてはどうか。
- 以下のような章立てを念頭に、それぞれの取組について、都道府県に対する情報提供等の内容を検討してはどうか。
 - ・ 医学部定員における取組
 - ・ 臨床研修制度における取組
 - ・ 専門研修制度における取組
 - ・ 必要な診療科の医師の育成・確保に関する取組

【総合的な対策パッケージの具体的な取組】

若手

中堅・シニア世代

医師養成過程を通じた取組

＜医学部定員・地域枠＞

- ・医学部臨時定員について、医師の偏在対策に資するよう、都道府県等の意見を十分に聞きながら、必要な対応を進める
- ・医学部臨時定員の適正化を行う医師多数県において、大学による恒久定員内の地域枠設置等への支援を行う
- ・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

＜臨床研修＞

- ・広域連携型プログラム※の制度化に向けて令和8年度から開始できるよう準備
- ※ 医師少数県等で24週以上の研修を実施

医師確保計画の実効性の確保

＜重点医師偏在対策支援区域＞

- ・今後も定住人口が見込まれるが人口減少より医療機関の減少スピードが速い地域等を「重点医師偏在対策支援区域」と設定し、優先的・重点的に対策を進める
- ・重点区域は、厚労省の示す候補区域を参考としつつ、都道府県が可住地面積あたり医師数、アクセス、人口動態等を考慮し、地域医療対策協議会・保険者協議会で協議の上で選定（市区町村単位・地区単位等を含む）

＜医師偏在是正プラン＞

- ・医師確保計画の中で「医師偏在是正プラン」を策定。地対協・保険者協議会で協議の上、重点区域、支援対象医療機関、必要な医師数、取組等を定める

※ 医師偏在指標について、令和9年度からの次期医師確保計画に向けて必要な見直しを検討

地域偏在対策における経済的インセンティブ等

＜経済的インセンティブ＞

- ・令和8年度予算編成過程で重点区域における以下のような支援について検討
 - ・診療所の承継・開業・地域定着支援（緊急的に先行して実施）
 - ・派遣医師・従事医師への手当増額（保険者から広く負担を求め、給付費の中で一体的に捉える。保険者による効果等の確認）
 - ・医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関へ支援
- ※ これらの支援については事業費総額等の範囲内で支援
- ・医師偏在への配慮を図る観点から、診療報酬の対応を検討

＜全国的なマッチング機能の支援、リカレント教育の支援＞

- ・医師の掘り起こし、マッチング等の全国的なマッチング支援、総合的な診療能力を学び直すためのリカレント教育を推進

＜都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定＞

- ・都道府県と大学病院等で医師派遣・配置、医学部地域枠、寄附講座等に関する連携パートナーシップ協定の締結を推進

地域の医療機関の支え合いの仕組み

＜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拡大等＞

- ・対象医療機関に公的医療機関及び国立病院機構・地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構の病院を追加
- ・勤務経験期間を6か月以上から1年以上に延長。施行に当たって柔軟な対応を実施

＜外来医師過多区域における新規開業希望者への地域に必要な医療機能の要請等＞

- ・都道府県から外来医師過多区域の新規開業希望者に対し、開業6か月前に提供予定の医療機能等の届出を求め、協議の場への参加、地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請を可能とする
- ・要請に従わない医療機関への医療審議会での理由等の説明の求めや勧告・公表、保険医療機関の指定期間の6年から3年等への短縮

＜保険医療機関の管理者要件＞

- ・保険医療機関に管理者を設け、2年の臨床研修及び保険医療機関（病院に限る）において3年等保険診療に従事したことを要件とし、責務を課す

診療科偏在の是正に向けた取組

- ・必要とされる分野が若手医師から選ばれるための環境づくり等、処遇改善に向けた必要な支援を実施
- ・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・支援等の観点での手厚い評価について必要な議論を行う

- 「診療科偏在」については、様々な視点での課題がある中、診療科ごとの状況や特性等に応じた対策を組み合わせつつ、各都道府県の状況に応じた取組を進めることを念頭に、具体的には以下のような対応の方向性が考えられる。

(総合的な診療に従事できる医師や外科医師等の確保)

- ・ 総合的な診療に従事できる医師や外科医師の確保等については、昨年末にとりまとめた「医師偏在是正に向けた総合的な対策パッケージ」等に基づき、引き続き取組を進める。

(医師確保計画を通じた対策)

- ・ 小児科及び産科については、医師確保計画を通じた医師偏在対策等、引き続き取組を進めつつ、小児医療及び周産期医療の提供体制等に関するWGにおいて医師確保も含めた提供体制のあり方について具体的に検討する。

(遠隔医療の活用を通じた必要な診療へのアクセスの確保)

- ・ 皮膚科、耳鼻咽喉科、眼科等、専門性のある医師が少ない地域が多い傾向がある一方で、一定の医療ニーズが存在しうる領域について、人口減少が進む地域では患者数が限られること、常勤医師の確保がさらに困難になること等を念頭に、学会や自治体等の事例や、へき地保健医療対策なども参考に、遠隔医療の効果的・効率的な活用等による対応を含めて検討する。
- ・ オンライン診療を含む遠隔医療の活用に当たっては、適時適切な対面診療への切り換えや急変時の対応等も念頭に、地域の既存の医療提供体制との連携が不可欠であり、さらに地域のニーズや地域医療への影響を踏まえた対応を行う必要もあることから、都道府県が中心となり、地域の関係者（大学、医師会等）が関与して、地域で必要な体制の整備を図ることとする。
- ・ 遠隔医療を活用したアクセスの確保の方策については、地域における対策の効果的な実装を支援するために、D to P、D to P with Nの他、地域の医師を支援する趣旨でのD to D、D to P with Dの活用を含め、診療科ごとの特性や都道府県の取組事例等を収集した上で、都道府県等に対する必要な情報提供等を行うこととする。
- ・ 取組の導入の在り方については、都道府県や医療機関の負担や住民・患者等の混乱を回避するため、遠隔医療を全ての診療科や状況に一斉に導入するのではなく、例えば、対応する医師の不足等の課題が顕在化しやすい休日・夜間対応等で遠隔医療による対応の導入を検討する等、優先順位を定めて取組を進め、地域における課題等を整理しながら順次進めることが適当である。
- ・ 遠隔医療の活用を進めるに当たり、必要な支援について検討を進めることとする。また、医学的な安全性や有効性の確保とともに、各診療科の特性を踏まえた適切な遠隔医療の実施を図るため、関係学会の協力等も得つつ、領域ごとの必要な知見の収集やマニュアルの作成等を行うことを検討する。

総合的な診療能力を持つ医師養成に関する取組①

【大学・大学病院における取組】

第10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7年6月25日 資料1

- 総合的な診療能力を持つ医師の養成を地域で推進するための事業について、令和7年度採択大学を決定し、取組を進めている。

総合的な診療能力を持つ医師養成拠点の形成事業

令和7年度当初予算額 4.5億円 (3.0億円)

※ () 内は前年度当初予算額

1 事業の目的

- 医師の地域偏在と診療科偏在の解消に向けた取組のひとつとして、幅広い領域の疾患等を総合的に診ることができる総合診療医の養成を推進することを目的としている。

2 事業の概要・スキーム

総合診療医センター(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7年度交付対象大学数→12大学
(秋田大学、福島県立医科大学、新潟大学、金沢大学、福井大学、三重大学、島根大学、広島大学、山口大学、香川大学、愛媛大学、大分大学)

総合診療医センター（総合的な診療能力を持つ医師養成の推進事業）の取組の紹介

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
令和6年9月20日

資料1

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



その他大学の取組例

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

104

対応:P5-③:卒前・臨床研修・専門研修・指導医養成の取組例

出典:医学部臨時定員の方針と医師養成過程の取組について(2025-11-20) p.104 www.mhlw.go.jp/content/10803000/001661019.pdf

総合的な診療能力を持つ医師養成に関する取組②

【リカレント教育の推進】

第10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7年6月25日 資料1

- 中堅・シニア世代以降の医師を主な対象とした、総合的な診療能力を有する医師養成を全国的に推進するリカレント教育事業について、採択団体を決定し、取組を進めている。

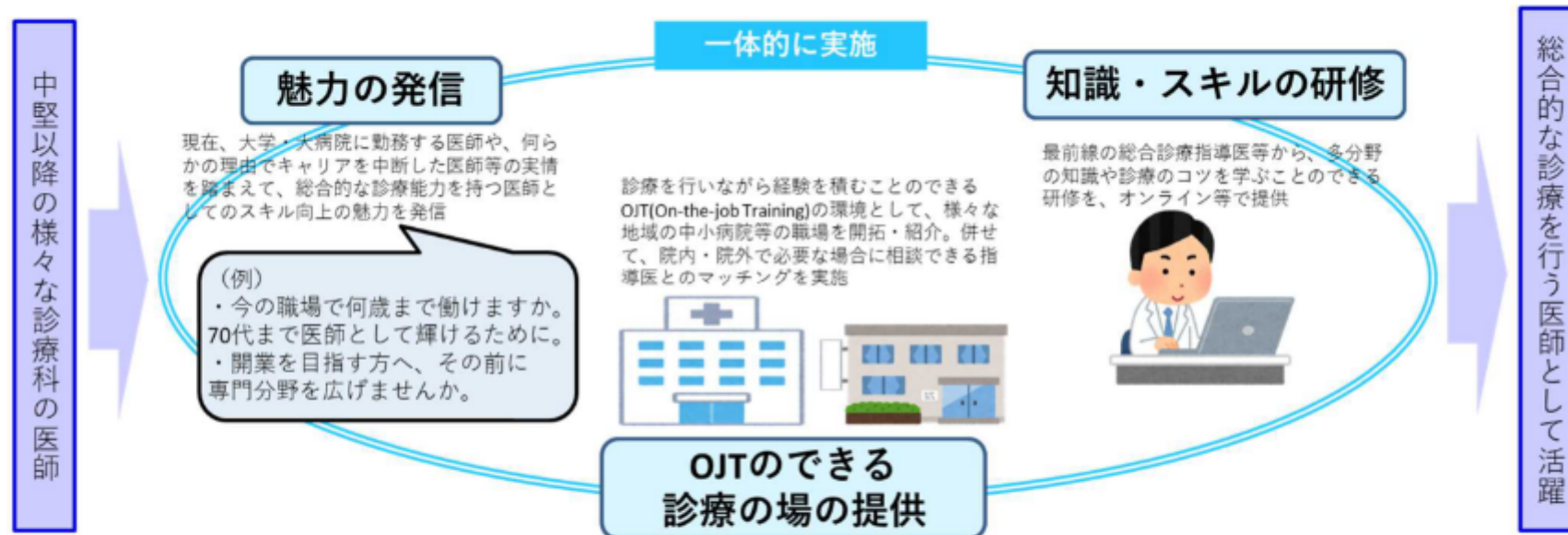
総合的な診療能力を持つ医師養成のためのリカレント教育推進事業

令和6年度補正予算額 1.1億円

1 事業の目的

- 経済財政運営と改革の基本方針2024において、総合的な診療能力を有する医師の育成や、リカレント教育の実施等の必要な人材を確保するための取組を実施することとされており、医師の地域偏在と診療科偏在の解消に向けた取組のひとつとして、幅広い領域の疾患等を総合的に診ることができる総合診療医の養成を推進することを目的としている。

2 事業の概要・スキーム



3 実施主体等

- ◆実施主体：関係学会等 ◆補助率：定額
- ◆事業実績：令和7年度採択団体→総合的な診療能力を持つ医師養成のためのリカレント教育事業 連絡協議会

(全日本病院協会、日本プライマリ・ケア連合学会/日本病院会、全国自治体病院協議会、全国国民健康保険診療施設協議会/全国老人保健施設協会、日本老年医学会による共同運営)

総合的な診療能力を持つ医師養成のためのリカレント教育事業 連絡協議会

- 総合的な診療能力を有する医師養成のためのリカレント教育の実施に向けて、受講を希望する医師がアクセスしやすいように、連絡協議会のホームページの作成が進められており、今後、医師のニーズに応じて、各リカレント教育の周知が図られる予定である。

総合的な診療能力を持つ医師養成のためのリカレント教育事業 連絡協議会とは

▶目的
▶概要

研修
▶総合医リカレント実践事業 ReGeneral
▶病院総合医 3団体共同事業
▶老人保健施設管理医師総合診療研修会

運営委員会・事務局
▶運営委員会
▶事務局

リンク

サイトマップ

お問合せ

セカンドキャリアとして 総合医を目指す方へ

▶事業の背景
少子高齢化と人口減少が急激に進む中で、地域医療の第一線を担う総合医の養成は、喫緊の課題です。厚生労働省は2025年度より、医師職対策の一環として本事業「総合的な診療能力を持つ医師養成のためのリカレント教育推進事業」を実施することになりました。「総合医リカレント実践事業 ReGeneral」、「病院総合医3団体共同事業」、「老人保健施設管理医師総合診療研修会」の実施3主体による本連絡協議会が、この補助事業として採択されています。

▶事業の目的
本事業では、総合的な診療能力を地域で働くうえで必要となる総合医として働く新卒医師を養成することです。

▶連絡協議会
本事業は「総合医リカレント実践事業 ReGeneral」、「病院総合医3団体共同事業」、「老人保健施設管理医師総合診療研修会」の実施3主体が効果的に進めていくため、ご自身がこれから希望する方とご一緒することができます。

■Topics &
2025年●月×日 総合的
2026年●月△日 2026年

出典：総合的な診療能力を持つ医師養成のためのリカレント教育事業 連絡協議会 ホームページ（案）
（令和7年12月頃公開予定）

■研修

当協議会を構成する実施3主体では、研修事業を下記のように実施しています。詳細は各ホームページをご覧ください。

事業名	総合医リカレント 実践事業 ReGeneral	病院総合医 3団体共同事業	老人保健施設 管理医師総合診療 研修会
研修名	総合医育成プログラム	病院総合医育成事業	老人保健施設管理医師総合診療研修会
実施主体	全日本病院協会 日本プライマリ・ケア連合学会 筑波大学	日本病院会 全国国民健康保険診療施設協議会 全国自治体病院協議会	全国老人保健施設協会 日本老年医学会
受講対象	おおむね医師経験6年以上で研修受講を希望する全ての診療科の医師	卒後6年目以降の医師 ※日本病院会、全国自治体病院協議会、または全国国民健康保険診療施設協議会の会員病院・施設。会員施設に勤務予定の医師も対象。	老健施設等に勤務する医師
	▶全34単位（診療実践23単位、ノンテクニカルスキル11単位）のカリキュラ		

対応:P5-③:リカレント教育事業連絡協議会

出典:医学部臨時定員の方針と医師養成過程の取組について(2025-11-20) p.109 www.mhlw.go.jp/content/10803000/001661019.pdf

必要な診療科の医師の育成・確保に関する取組②

論点

【地域において必要な診療を担う医師の育成・確保】

- 地域の人口構造の変化や高齢者救急の需要の増加への対応等、地域のニーズに適切に対応する観点で、総合的な診療能力を有する医師など、地域において必要な診療を担う医師の育成や確保において、都道府県が関与することが重要ではないか。
- 若手医師までを中心とした取組や、中堅・シニア世代を中心とした取組について、国や関係者による既存の取組の他、都道府県が担うことができる役割を整理し、医師確保の取組につなげることが重要ではないか。

	国、大学、日本専門医機構等の役割の例	都道府県の役割の例
若手医師までを中心とした取組	・ 大学における地域医療や総合診療に係る講座の開設・地域医療実習の充実等による養成 ・ 臨床研修において地域医療を経験する機会の確保 ・ 総合診療専門研修の仕組みの整備 ・ 総合診療領域における専門研修基幹施設の整備・運営 等	・ 地域枠を含めた医学生への情報提供 ・ 臨床研修・専門研修のプログラムの充実に向けた支援 ・ 管内の専門研修プログラムや基幹施設（大学、医療機関）の把握 ・ 専門医以降のキャリア形成支援 等
中堅・シニア世代を中心とした取組	・ 関連学会や団体等による取組について、国においても予算事業で支援を開始	・ 管内の医療機関における取組状況の把握 ・ 管内の医療機関に対するリカレント教育の周知 等

- また、都道府県のような取組にあたっては、女性医師の増加や育児・介護等と仕事の両立に係るニーズ等を踏まえ、地域医療を支える意欲のある医師が、多様なライフプランやキャリアステージに応じて、常勤・非常勤といった勤務形態を問わず、また、地域間の人的な交流なども活用しながら、柔軟かつ持続可能な形で診療に参加できる体制や運用を念頭に検討していくことがより一層重要となるのではないか。

【必要な診療科の医師の確保に資する医師の働き方改革の推進】

- 地域で必要な診療科、例えば、労働時間が長い傾向にある外科や、周産期に関わる診療科、麻酔科などについては、都道府県の医師確保に関わる部局と勤務環境改善に関わる部局が連携を図りつつ、現場の状況を把握し、必要な支援を検討することが考えられるのではないか。

論点

- 都道府県等が医師確保計画の現状を経時的に把握・評価することを可能とするために、目標医師数のみでなく、医師確保計画に係る定量的な指標の例として、厚生労働科学研究班から提示された以下の指標を、第8次（後期）医師確保計画策定ガイドラインで提示することとする。
- 医療へのアクセス等のより精緻なアウトカム指標については、第9次医師確保計画策定ガイドラインへの反映を念頭に、引き続き厚生労働科学研究で検討を進めることとする。

都道府県の課題	区分	設定すべき評価指標	取得頻度	取得方法
・ 都道府県全体の医師の確保	・ 医師養成の動向	・ 自県大学や、自県出身者の動向（自県大学卒業医師数、地元出身医師数等） ・ 臨床研修修了後の医師等の定着状況	2年に1回 年1回	三師統計 都道府県調査
	・ 地域枠医師等の動向	・ 地域枠、地元出身者枠、恒久定員内地域枠等の設置状況 ・ 地域枠等の義務年限後の定着状況	年1回	都道府県調査 都道府県調査
・ 都道府県内の地域偏在の解消	・ 医師少数区域、医師少数都道府県の動向	・ 二次医療圏別の医師数（年代別、人口・可住地面積あたり） ・ 二次医療圏内外の患者の流出入数 ・ ドクターバンク・全国マッチング登録者数 ・ 新たに確保した医師の採用経緯（医局派遣、人材紹介会社等）の内訳	2年に1回 3年に1回	三師統計 患者調査 事業者等より取得 都道府県調査
	・ 医師少数スポット、重点医師偏在対策支援区域の動向	・ 医師少数スポットの医師数（年代別、人口・可住地面積あたり） ・ 重点医師偏在対策支援区域の医師数	年1回 年1回	都道府県調査 都道府県調査
	・ 医師派遣調整	・ 地域医療対策協議会で調整された、医師少数区域等に派遣された医師総数・地域枠医師数とその割合	年1回	都道府県調査
・ 都道府県内での必要な診療科の確保	・ 総合診療	・ 総合診療専門医の養成に係る状況（専門研修プログラム数、採用人数、充足率等） ・ リカレント教育受講者数、都道府県による管内への周知回数	年1回	都道府県調査 事業者より取得、 都道府県調査
	・ 地域で不足する診療科	・ 地域で不足する特定診療科について、二次医療圏別医師数	2年に1回	三師統計

医学/歯学教育モデル・コア・カリキュラム（令和4年度改訂版）概要

- 各大学が策定する「カリキュラム」のうち、全大学で共通して取り組むべき「コア」の部分を抽出し、「モデル」として体系的に整理したもの。
- 初版は平成13年に策定。医療を取り囲む環境変化に伴い改訂（平成19年度、22年度、28年度）。
- 学生が卒業時まで身に付けておくべき必須の実践的診療能力（知識・技能・態度）に関する学修目標を明確化。
- 学生の学修時間数の医学:3分の2程度、歯学:6割程度を目安としたもの（残りは各大学の特色ある独自のカリキュラムを実施）。

キャッチフレーズ

「未来の社会や地域を見据え、多様な場や人をつなぎ活躍できる医療人の養成」



「医師/歯科医師に求められる基本的な資質・能力」を共通化（赤字は新設）

PR. プロフェッショナリズム

GE. 総合的に患者・生活者をみる姿勢

LL. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

RE. 科学的探究

PS. 専門知識に基づいた問題解決能力

IT. 情報・科学技術を活かす能力

CS. 患者ケアのための診療技能

CM. コミュニケーション能力

IP. 多職種連携能力

SO. 社会における医療の役割の理解



モデル・コア・カリキュラムの改訂

○医学教育モデル・コア・カリキュラム

- ・学生が卒業時まで身に付けておくべき、必須の実践的診療能力(知識・技能・態度)に関する学修目標を明確化。
- ・総履修時間数(単位数)の3分の2程度を目安としたもの。(残り3分の1程度は各大学が特色ある独自の選択的なカリキュラムを実施)

○歯学教育モデル・コア・カリキュラム

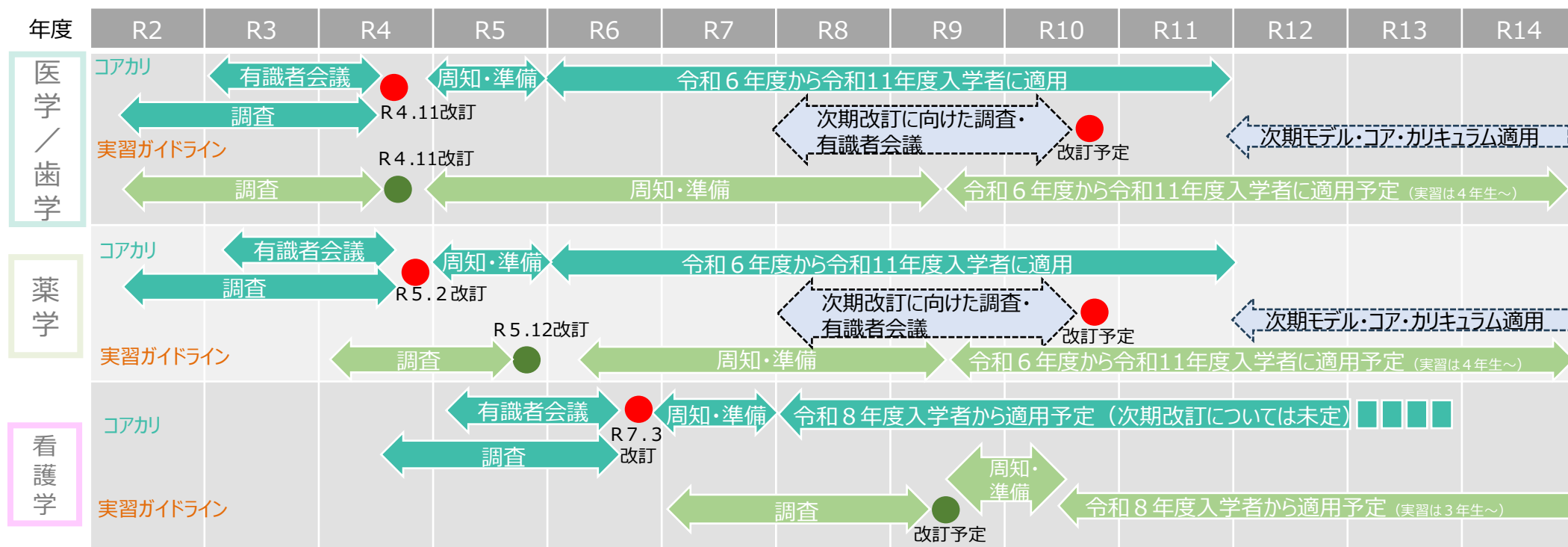
- ・学生が卒業時まで身に付けておくべき必須の実践的診療能力(知識・技能・態度)に関する学修目標を明確化。
- ・総履修時間数(単位数)の概ね6割程度を目安としたもの。(残り4割程度は、各大学が特色ある独自のカリキュラムを実施)

○薬学教育モデル・コア・カリキュラム

- ・各大学が策定する「カリキュラム」のうち、全大学で共通して取り組むべき「コア」の部分を提示。
- ・学修時間数の7割程度を目安(残り3割程度は、3つのポリシー等に基づき各大学が自主的・自律的に編成)

○看護学教育モデル・コア・カリキュラム

- ・学士課程におけるコンピテンシー基盤型教育を目指し、学生が卒業時点までに必要とされる資質・能力の全体像を4階層に構造化。
- ・全体の学修時間の3分の1程度は各大学における特色のある独自の教育を実施。



大学病院の経営基盤強化

大学病院は物価や人件費等の高騰を受けて、令和6年度大学病院全体では**500億円超の赤字**となる等、極めて厳しい状況

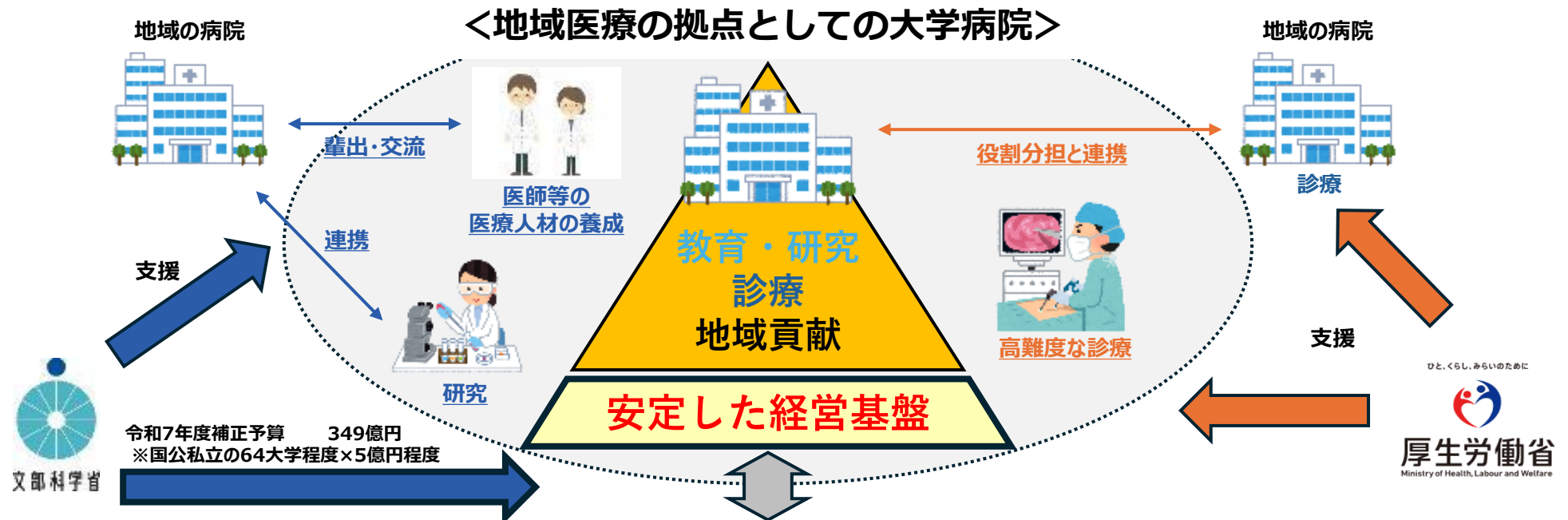
大学病院の特別な機能

- ・幅広い基本診療科の設置（16～19）
- ・医師の養成と各地域の病院等への輩出・交流（唯一の機能）
- ・新たな医療、医薬品・医療機器を創出する研究・開発
- ・高難度・希少性の高い医療の提供

大学病院が目指すべき姿

～少子高齢社会の地域医療を支え、人材と技術の拠点となる～

1. 安定した経営基盤に基づく充実した教育・研究環境
2. 志と能力のある人材が安心して教育、研究、診療を実施
3. 人材と医療技術の中核として、地域医療の維持・向上に貢献



大学病院運営の構造転換

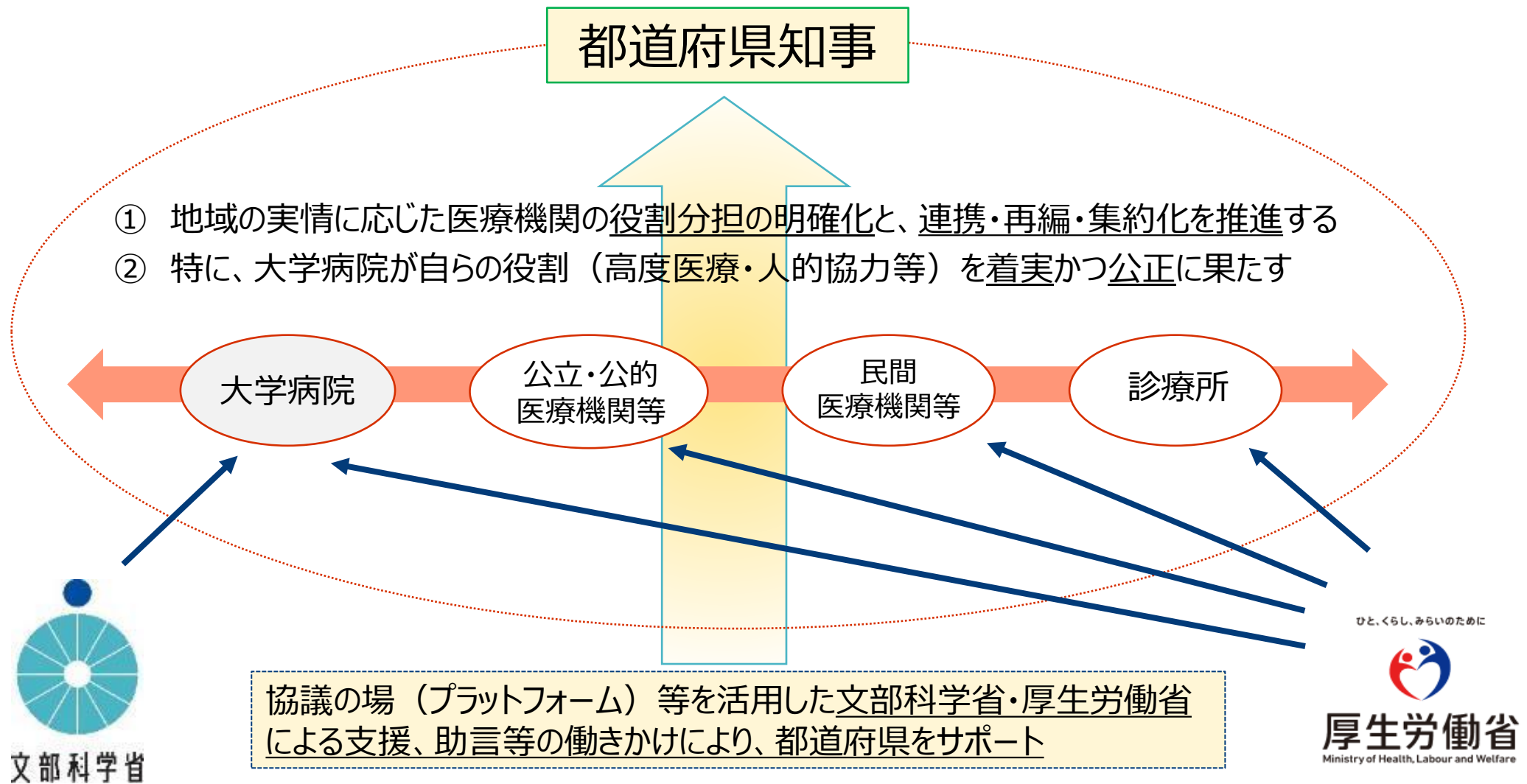
<課題>

- 増収減益と経費率上昇による赤字構造、経営危機
- 医学生の実習等の教育負担の増加
- 診療エフォートの増加と、研究時間・環境の低下
- 処遇や勤務環境を要因とする医療人材の不足

<対応の方向性>

- マネジメント体制の構築、診療規模の適正化
- 人的・物的資源の教育・研究へのシフト
- 地域医療構想に基づく役割分担と連携
- 経営基盤強化による処遇改善や働き方改革

厚生労働省と文部科学省との連携による地域医療提供体制の維持・強化



大学病院の役割・機能を踏まえた地域との連携強化（イメージ）

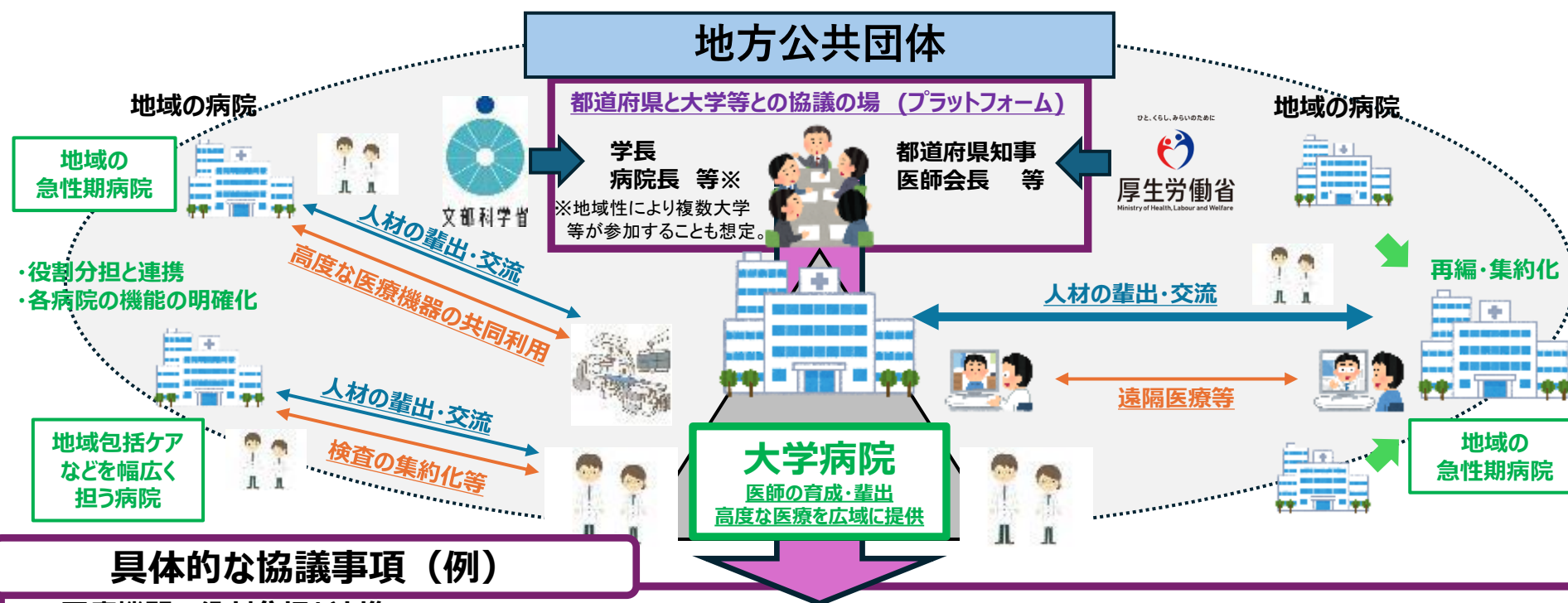
地域との連携強化

<地域医療の課題>

- 2040年頃やその先を見据え、高齢者の増加や人口減少に対応すべく、効率的な医療提供体制の構築が必要。
- そのため、新たな地域医療構想に基づく医療機関の役割分担・連携の推進、再編・集約化が必要。

<地域における大学病院の役割の強化>

- 幅広い領域をカバーする医療人材を養成し、卒後を含めて人材が交流しながら資質向上を図る機能を強化。
- 都道府県等と緊密に連携し、地域の医療人材の確保や広域的な高度医療の提供を積極的に実施。



○医療機関の役割分担と連携

- ・ 大学病院における高度急性期医療の強化
- ・ 高難度でない医療の地域の医療機関へのシフト

○地域の医療人材の確保

- ・ 大学医学部の恒久定員における地域枠の拡大
- ・ 寄附講座等を活用した専攻医・指導医等の育成・配置
- ・ 地域の医療機関の再編・集約化
- ・ 大学病院における人材の確保、地域の医療機関への組織的な医師の輩出・交流

○広域的な高度医療の提供

- ・ 大学病院の遠隔医療等による地域全体の医療機関へのサポート

○上記の取組に対する、国の基金等を活用した地方公共団体等による負担

ポストコロナ時代の医療人材養成拠点形成事業

令和8年度予算額（案）
（前年度予算額）

6億円
5億円



現状・課題

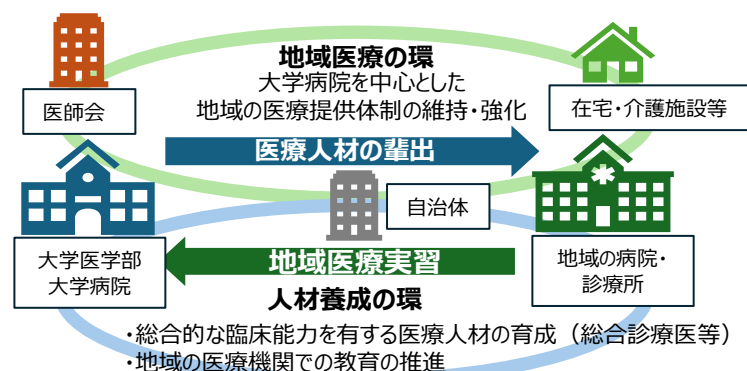
- 医師の需給は令和11年を目途に均衡し、今後需要は減少局面に入る予定だが、医師の地域偏在や診療科偏在は依然として課題。それらの課題を解決するためには、特定の臓器や疾患に限定することなく患者ニーズに応じた総合的な診療能力を有する医師を養成することが必要。
- 高度医療の浸透や地域構造の変化（難治性疾患の初期診断・緩和ケアの重要性等）により、従来の医師養成課程では対応できていない領域が発生、新時代に適応可能な医療人材の養成が必要。
- ◇ 社会の変化等により、看護師に求められる能力や看護を提供する場が多様化してきたことにより、社会的な要請に対応できる看護師の養成が急務となっている。
- ◇ 医療技術の進歩に伴い、特別支援学校のみならず、地域の小・中学校等においても医療的ケア児は増加しているが、その支援体制は十分ではない。医療的ケア児の地域における支援体制構築のためにリーダーシップを発揮する看護師の養成が求められている。

事業内容

【医師養成：テーマ1】

地域医療に従事する総合的な診療能力を有する医師を養成するために、地域の医療機関において一定期間の実習を行うための地域実習プログラムを構築

【支援期間】令和8年度～令和10年度（予定）
【単価・件数】約17百万円×3拠点程度



- ◆ 自治体による地域の医療需要に基づいた、人材養成・出向等の要請・支援に基づき、大学医学部・大学病院を中心とした総合的な診療能力を有する医療人材を養成し、地域医療に貢献
- ◆ 医師偏在等の課題を克服し、地域住民が持続的に安全・安心な医療を享受でき、大学を中心とした地方創生が実現

【医師養成：テーマ2】

医療ニーズを踏まえた課題解決型教育プログラムを構築・実施

- ◆ 医療ニーズの高い複数分野（救急医療、感染症等）を有機的に結合させ横断的に学ぶ教育の実施により、課題解決型医療人材の養成
- ◆ 人工知能等の情報・科学技術の活用による医療技術の高度化等、医療の在り方の変化に対応する人材の養成

社会環境の変化に対応できる資質・能力を備えた医療人材養成のための教育プログラムの開発及び教育・研究拠点の形成

【支援期間】7年間（令和4年度～10年度）【単価・件数】45百万円×11拠点
【選定大学（代表校）】弘前大学、筑波大学、千葉大学、富山大学、名古屋大学、岡山大学、高知大学、長崎大学、宮崎大学、琉球大学、埼玉医科大学

【看護師養成】

以下の2課題に対応できる看護師を養成するための教育プログラムを開発し、社会的な要請に対応できる看護師の養成を行う

- ◆ テーマ1：医療的ケア児支援における指導的立場等の看護師養成
- ◆ テーマ2：重症患者に対応できる看護師養成

【支援期間】3年間（令和6年度～8年度）

【単価・件数】10百万円×各1拠点

【選定大学】テーマ1：名古屋市立大学、テーマ2：京都府立医科大学

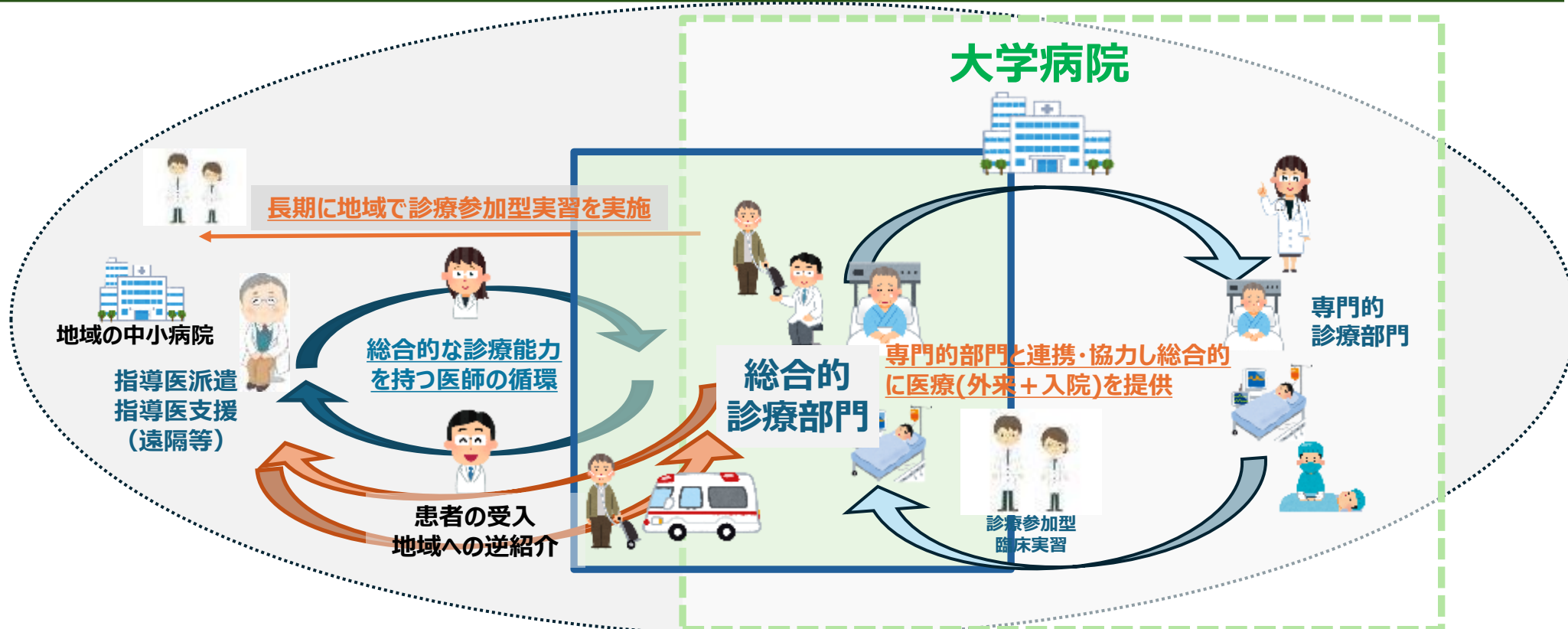
経済財政運営と改革の基本方針2025（6月13日閣議決定）

医師の適正配置のための支援の在り方について、全国的なマッチング機能やリカレント教育、医学教育を含めた総合的な診療能力を有する医師の育成、医師養成過程の取組と併せて、2025年末までに検討を行う。

大学を中核とした地域における総合的な診療能力を有する医師の養成事業

＜事業内容＞

- 大学病院において、主治医／共同担当として外来・入院患者に継続的に責任を持ち、専門的な診療部門とも連携しつつ、総合的に患者を診療する姿勢・能力を醸成・強化する。育成された医師が地域の病院と大学病院とを循環しながら、地域に必要とされる「断らずに診る」医師の確保に貢献する。
- 地域の中小病院において医学生が長期・連続で同一の診療科に配属され、診療参加型臨床実習を行うプログラム（長期地域医療実習）を開発・強化することにより、多様な症例等を経験し地域に定着する、総合的な診療能力を備えた医師の養成を促進する。



＜事業の狙い・効果＞

- 総合的な診療能力が強化された医師が地域と循環することで、地域における対応能力の強化や患者の適切な循環、医療機能の役割分担が形成・強化される。
- 地域における長期の実習等を通して、医師の地域定着や地域循環、真に総合的な診療能力を有する医師の養成が推進される。

1 趣 旨

2040年に向けた地域の医師確保に資するため、特定の診療科しか対応できない医師ではなく、1次救急から3次救急まで大学病院において外来＋入院機能により患者を責任を持って総合的に診療する取組を強化し、そこで育成された医師が地域と大学を循環しながら、地域に必要とされる「断らずに診る」医師の確保に貢献する。また、学部段階から多様で複雑な症例への対応能力を身に付けるため、地域中小病院での長期・連続した臨床実習を診療参加型で実施する。

2 概 要

共通軸：専門分化された診療機能を横断し、「総合的に患者を診る」「断らずに診る」医師を養成する教育基盤を形成

A

大学 | 外来＋入院機能による総合診療の拠点強化

大学病院において、主治医／共同担当として外来・入院患者に継続的に責任を持ち、専門的な診療科とも連携しつつ、総合的に患者を診療する姿勢・能力を醸成・強化する。育成された医師が地域の病院と大学病院とを循環しながら、地域に必要とされる医師の確保に貢献する。

+

B

地域の医療機関 | 長期地域医療実習の促進

医学生を長期間、幅広い患者に対応する同一の診療科に配属し、継続してcommon disease・高齢者救急・在宅診療等に関わりながら一定の責任下での経験・患者の長期経過等の観察を行うことで、総合的な診療能力を有する医師の地域定着を図る。

3 事業内容：取組段階に応じた支援メニュー(選択制) 実施期間：3カ年) 1件：250万円～1,000万円 8か所程度

※各メニューの金額は初年度における基準額であり、件数は目安

A | 外来＋入院機能による総合的診療の拠点強化

- 1 伴走・教員育成支援 10,000千円 / 1件**
実地受入れ＋オンライン教育等で人材育成支援の実施を支援
- 2 立ち上げ支援 5,000千円 / 1件**
機能未整備・小規模から具体目標に沿った立ち上げを支援
- 3 強化・拡充支援 7,500千円 / 1件**
入院機能等の規模、機能、対象等の拡充を支援

B | 地域における長期・継続した診療参加型実習

- 1 立ち上げ支援 2,500千円 / 2件**
機能未整備・小規模から具体目標に沿った立ち上げを支援
- 2 強化・拡充支援 7,500千円 / 2件**
期間・対象学生数等の拡充を支援
- 3 遠隔地実習支援 2,500千円 / 1件**
都市部大学から地方中小病院への派遣を支援

4 効 果：地域で必要とされる総合的な診療能力を有する医師の増加

診療機能向上

多様・複雑な患者のアウトカム向上



横断教育

多様・複雑な症例を横断的に学修



地域連携

指導医・学生が大学と地域の医療機関を循環
→医師のスキルと地域理解の向上



地域に必要な医師の増加

総合的な診療能力を有する医師の養成
と地域定着の推進

要件一覧（メニューA）

区分	要件（必須）	取り組むことが望ましい事項
A 共通	・入院機能＝主治医／共同担当としての継続的責任（外来のみ・単発コンサルのみは対象外） ・対象患者群の受入実績・導線・併診ルールを申請書に記載 ・医学生入院実習を教育課程に組み込み ・病院・医学部全体の取組として実施 ・A 1・A 2 採択校はA 3のオンライン教育に定期参加	・院内合意形成・負担防止の仕組み（走りながら構築可／一律上限は望ましくない） ・D P C等で病院への貢献を可視化し執行部へ報告
A 1	・立ち上げ段階であることを実績データで提示 ・地域の病院と医師が行き来できる経路（ルート）の開設	・初年度：位置付け明確化・合意形成・受入開始 ・2年目以降：受入経路の複線化・学生実習の開始 ・拡大 ・専門診療科との共同担当・併診体制（周術期等から） ・終了時に6要素（継続的責任～持続化）を充足 ・医師循環：現状＋増減両シナリオ＋3年後とその後 ・3年後は通過点、5年後・10年後像を終了時に提示
A 2	・入院機能の定量的な現状分析 ・拡充6項目から複数選択＋到達水準の明示	・医師循環の拡充・制度化（両シナリオ・3年後とその後） ・往還する医師をロールモデルとする教育環境の構築
A 3	・入院機能・教育の実績の保有と具体的記載 ・臨床・教育・マネジメント三要素の研修設計 ・オンライン教育の頻回・定期実施（裾野拡大）	・対象校への訪問による伴走支援の計画的実施 ・採択校以外の大学も巻き込む方法論・計画 ・帰学後の中核的役割を所属大学の長等が確認 ・研修修了時の行動計画の作成 ・伴走支援の詳細計画（対象・回数・内容）の記載

要件一覧（メニューB）

区分	要件（必須）	取り組むことが望ましい事項
B 共通	・三つの連続性（患者・指導医・カリキュラム）を備えた実習（見学型・微増のみは対象外） ・診療参加（受持ち・症例提示・退院支援等／見学は不可） ・主指導医の複数体制＋指導医 F D ＋大学の訪問 ・遠隔支援＋共通評価 ・緊急時連絡・ハラスメント窓口・メンタル支援の整備	・長期実習の負担特性（序盤集中→逡減）を F D で受入機関と共有 ・K S A 到達度・患者中心性・志向性の評価と教育効果検証体制
B 1	・未実施又は短期見学型の大学が対象	・初年度：設計（施設 1 ～ 2 ・目標・主指導医・評価・生活支援） ・2 年目以降：少人数で実施し課題抽出 ・当初 8 週程度から段階実施可（将来は12週以上が望ましい） ・人数より期間を優先（可能なら12週以上を目指す）
B 2	・既実施（部分的でも可）の大学が対象（未実施は B 1 へ） ・現状（期間・人数・施設・連続性・評価）の明示 ・拡充 5 項目から複数＋到達水準（期間延長：12 週以上が望ましい／概ね 2 倍以上）	・人数より期間を優先 ・全員の週数延長でも一部の12週以上でも可
B 3	・候補病院の調査・実地訪問と教育連携協定の締結 ・遠隔指導・オリエンテーション・ピアサポート ・振り返り ・宿泊・交通への特段の支援	・実習先地域にも有益に（指導医の教育能力・地域貢献・地域勤務意向の把握・報告）

1. 背景・目的 (1) 背景／(2) 目的

(1) 背景

医師の需給は令和11年を目途に均衡し、今後需要は減少局面に入る予定だが、**医師の地域偏在や診療科偏在**は依然として課題となっています。それらの課題を解決するためには、特定の臓器や疾患に限定することなく患者ニーズに応じた総合的な診療能力を有する医師を養成することが必要となってきました。

そのためには、医学生の実習において多くの疾患への対応経験が重要ですが、大学医学部においては、地域の医療機関での実習を含め、充実した診療参加型臨床実習を実践している例が少ないことが課題となっています。

加えて、2040年に向けた地域の医師確保に資するためには、特定の診療科のみに対応する医師ではなく、幅広い重症度・緊急度にも対応でき、外来・入院を問わず患者を総合的に診療できる医師を養成することが求められています。このため、大学を中核として、大学病院における外来＋入院機能による総合的な診療の拠点強化と、地域の医療機関における長期・継続した診療参加型臨床実習の促進の双方を進め、専門分化された診療機能を横断し、**「総合的に患者を診る」医師を養成する教育基盤**を形成することが必要となっています。

全国の医師数は増加傾向にある一方、人口や高齢化の状況等を踏まえた医師の充実度には地域間で大きな差があり、都市部と地方との地域偏在は依然として深刻です。専門診療科がそろった都市部と異なり、地域医療の現場では、特定の臓器や疾患に限定することなく、複数の慢性疾患を抱える高齢者や在宅療養中の患者等、多様な患者を幅広く診る力に加え、必要に応じて適切に専門医につなぐ判断力が不可欠です。こうした総合的な診療能力を有する医師を養成し、その**地域定着**を図ることで、医師の地域偏在・診療科偏在の解消につながることが期待されています。

(2) 目的

ポストコロナ時代の医療人材養成拠点形成事業（大学を中核とした地域における総合的な診療能力を有する医師の養成事業）（以下「本事業」という。）は、医師の地域偏在と診療科偏在の解消に向けて、地域にとって必要な医療を提供することができる総合的な診療能力を有する医師を養成することを目的としています。具体的には、大学を中核として、①大学病院における**外来＋入院機能による総合的な診療の拠点強化（メニューA）**と、②地域における**長期・継続した診療参加型臨床実習の促進（メニューB）**を通じて、育成された医師が**地域の病院と大学病院とを循環**しながら、地域に必要とされる総合的な診療能力を有する医師の確保に貢献する教育拠点を構築します。

2. プログラムについて (1) 申請要件・実施要件／前提条件／共通要件

本事業は、大学を中核として、①大学病院における外来＋入院機能による総合的な診療の拠点強化（メニューA）と、②地域における長期・継続した診療参加型臨床実習（メニューB）の二つの柱により、専門分化された診療機能を横断し、「総合的に患者を診る」「断らずに診る」医師を養成する教育基盤を形成することを目指すものです。（断らない、とは、地域等において、そのような姿勢で診療を行えるメンタリティ・スキルを意味するもので、必ずしも大学病院本院全体としての応需率を引き上げることを意味しません。）

以下のメニューごとに示す要件等を踏まえた取組を実施するプログラムを対象とし、メニューAは取組段階に応じてA1～A3、メニューBは取組段階に応じてB1～B3の中から選択して申請でき、メニューA・Bは組み合わせで申請することも可能です。

大学病院本院においてこれらの取組を行う重要な意義の一つは、医学生が入学から卒業に至るまで継続的に総合的な診療を提供する現場を体験し、多様で複雑な症例に対して患者を断らずに診る姿勢・メンタリティを学ぶ場を確保することにあります。専門分化が進む大学病院においても、臓器や診療科の壁を越えて患者を総合的に診療する現場と教育環境を整備することが、本事業において特に重要となります。もう一方の観点からすれば、大学病院本院において、例えば、高齢者の一般的な救急疾患等の受け入れを増加させること等を目的としたものではないことに留意が必要です。

（要件に関する前提条件）

以下に示す各要件に関しては、なるべく多くを満たしていることが望ましいと考えるものの、限られた事業費の中でより成果を達成する観点から各大学の特色等を踏まえ、取り組むまたは達成することが求められているまたは望ましいとされていることについて、必ずしも全てを満たしていなくても申請することは可能とします。

（共通要件） ※メニューA・B（A1～A3、B1～B3）共通

・教育プログラムは、学部段階としての養成すべき人材像を明確にした上で、求められる資質や能力を涵養するために必要な教育内容を複数の科目等により体系的に編成し、効果的な教育を行うものであり、臨床実習等の教育への反映に向けて、医学部における教育課程上の位置付け及び医学教育への組み込みの方針を申請書に明記することが望ましい。

・新たな教育プログラムや実施した教育を幅広く展開することが想定できるように取り組むことが重要である。補助期間終了時まで、取組の成果を他大学が参照可能なモデル（体制、運用ルール、教育プログラム等）として整理し、公表すること。

・補助期間終了後も第三者評価等の結果を取り入れるなど発展的かつ継続的な活動を行い、本事業により構築された人材養成プログラム等を他大学・他地域へ広く普及させることが望ましい。そのために、都道府県との人材養成・卒後臨床研修に係る連携をこれまで以上に推進することが望ましい。

大学病院において、**主治医／共同担当として外来・入院患者に継続的に責任**を持ち、専門的な診療科とも連携・協力しつつ、総合的に患者を診療する姿勢・能力を醸成・強化する取組を支援します。具体的には、幅広い重症度・緊急度・臓器・状態／病態の患者について、外来・入院患者に責任を持って総合的に診療し、また、当該診療が可能となるよう育成された医師が**地域の病院と大学病院とを循環**しながら、地域に必要とされる**「断らずに診る」**医師の確保に貢献することを目指します。取組段階に応じて、以下のA 1～A 3の中から選択して申請してください。

A 1 立ち上げ支援：入院診療・教育体制が**立ち上げ段階にある大学病院**（外来機能が中心で入院機能が未整備である場合や、小規模にとどまる場合を含む。）において、具体的な目標に沿って外来＋入院機能による総合的な診療の拠点を立ち上げる取組。

A 2 強化・拡充支援：既に外来＋入院機能による総合的な診療の拠点を有する大学病院において、入院機能等の規模、機能、対象等を**更に拡充・強化する取組**。

A 3 伴走・教員育成支援：総合的な診療の拠点として先行する大学が中心となり、他大学の教員等を実地で受け入れるとともにオンライン教育等を組み合わせて、各大学の総合的な診療の拠点形成に向けた教員育成・人材育成を**伴走型で支援する取組**。

(メニューA共通の要件)

(メニューA共通の要件)

- ・本メニューにおける「入院機能」とは、総合的な診療を担う部門（名称・組織形態は問いません。）が、入院患者に対して**主治医又は共同担当（併診）として継続的に責任を持つ機能**をいいます。**専用病床の設置が望ましい**ですが、フレキシブルベッド、共同担当病床、体系的な併診・共同診療等、各大学病院の実情に応じた形態によることができます。一方、外来機能のみの強化や、他診療科からの単発のコンサルテーション対応（コンサルテーションされた事項の単回の返答・助言のみに留まる等）のみにとどまり、入院患者への継続的な診療責任を伴わない取組は、**本メニューの対象となりません**。
- ・申請に当たっては、大学病院において総合的な診療を担う部門が受け入れる対象患者群（例：診断が確定していない症例、多疾患併存症例、専門診療科を横断する全身管理を要する症例、救急外来から入院先が定まりにくい症例等）について、申請時点においてこれまでの受入れ状況（受入れ実績がない場合はその旨）、特に臓器別の症例数のおおまかな状況を説明してください。その上で、申請後（もしくは事業開始後）の取組において対象患者群を変更する場合は、その理由及び経緯を明確にして申請書に記載してください。また、救急部門・専門診療科からの受入れの導線及び専門診療科との共同担当・併診のルールに関しても、現状と今後の計画について、申請書に明記してください。
- ・医学生が、指導医の監督の下で入院症例を受け持ち、入院から退院・地域の医療機関への接続までの過程に診療参加型で関与する臨床実習を**教育課程に組み込む**こととします。
- ・本取組は、総合的な診療を担う部門単独の取組ではなく、**病院及び医学部全体の取組**として実施することとします。
- ・A 1又はA 2に申請し、採択された大学は、**A 3の採択大学が実施するオンライン教育に定期的に参加**することとします。これにより、採択大学全体で入院機能の立ち上げ・運営や教育に関する知見を共有する学修ネットワークの形成を図ります。

<取り組むことが望ましい事項（メニューA共通）>

- ・病院長及び医学部長の関与の下、救急部門、主要な専門診療科、看護部門、教育担当部門等との合意形成の状況及び実施体制（従事する教員・スタッフの過度な負担を防ぐための仕組みの構築（この仕組みは、申請時点で完成している必要はなく、チームでの診療体制、満床時や夜間・休日の対応ルール等を、事業を実施しながら構築していくことも可。なお、受入患者数等にあらかじめ**一律の上限**を設けることは、断らずに診る機能を過度に制約するおそれがあるため、**望ましくありません**。））
- ・総合的な診療を担う部門による病院全体への貢献（救急外来からの受入れ、専門診療科の負担軽減、円滑な退院支援等）を、**D P Cデータ等を活用して定期的に可視化**し、病院長等の病院執行部に報告することが望まれます。

(A 1の要件)

- 申請時点において、入院診療・教育体制が立ち上げ段階にあること（外来機能が中心で入院機能が未整備である場合や、小規模にとどまる場合を含む。）を、**入院診療の実績データを用いて具体的に示す**こと。
- 大規模な循環体制を直ちに構築することまでは求めませんが、地域の病院との間で医師が相互に行き来できる**経路（ルート）を開き**、将来の循環の本格化につながる最初の接続を作ること。

<取り組むことが望ましい事項>

- 初年度には、総合的な診療を担う部門の病院組織上の位置付けの明確化、院内の合意形成、対象患者群と受入れの導線の設定、及び小規模であっても実際の入院受入れの開始に取り組むこと。
- 2年目以降は、受入経路の複線化（救急外来からの入院、専門診療科からの依頼、地域の医療機関からの紹介等）及び医学生入院実習の受入れの開始・拡大を段階的に進めること。
- 臓器別の専門診療科との共同担当・併診体制の構築に取り組むこと。単発のコンサルテーションへの対応は多くの大学病院で既に実施されていることから、本事業においては、単発のコンサルテーションにとどまらず、**入院患者を専門診療科とともに受け持つ共同担当・併診の体制**を構築することを重視し、専門診療科の負担軽減にも資する形（可能な場合には、周術期や専門的な治療中の患者の全身管理の共同担当等）から着手することが望ましい。
- 補助期間終了時まで、①入院患者への主治医又は共同担当としての継続的責任、②対象患者群の明確化、③救急部門又は専門診療科からの受入れの導線、④医学生による入院症例の受持ち、⑤退院支援・地域の医療機関との接続、⑥補助期間終了後の持続化の見通し、の各要素が満たされていること。
- 地域の病院との間の医師の循環（大学から地域の病院への派遣、地域の病院から大学への受入れ・研修等）について、現在の状況（対象病院、人数、期間、双方向性の有無等）を詳しく説明した上で、本取組を通じてどのように循環を構築していくかを、**専攻医等の入職が増加する場合と増加しない場合の両方**を想定して示すこと。その際、3年後に目指す状態と、その後に目指す状態の両方を示すこと。
- A 1における**3年後の到達目標は通過点**として位置付け、事業を実施しながら**5年後・10年後に目指す姿**を検討し、補助期間終了時に示すこと。

(A 2の要件)

- ・申請時点の入院機能について、受入枠、年間入院患者数、受入経路の内訳、専門診療科との連携の状況、教育活動の状況等を定量的に示した現状分析をすること。
- ・拡充の内容には、①規模の拡大、②対象患者の高度化・多様化、③救急部門との接続の強化、④専門診療科との共同担当・併診の制度化（可能な場合には、周術期や専門的な治療中の患者の全身管理の共同担当を含む。）、⑤医学生入院実習の必修化・標準化、⑥退院・転院・地域の医療機関との接続の強化、のうち複数を含み、それぞれの到達水準を明示すること。

<取り組むことが望ましい事項>

- ・地域の病院との間の医師の循環について、現在の状況（派遣・受入れの実績、対象病院、人数、期間、双方向性の有無等）を詳しく説明した上で、本取組を通じて循環をどのように拡充・制度化していくかを、専攻医等の入職が増加する場合と増加しない場合の両方を想定して示すこと。また、3年後に目指す状態と、その後に目指す状態の両方を示すこと。なお、こうした医師の相互交流の目的は、学生が、大学と地域とを往還する総合的な診療を担う医師をロールモデルとして学び、そのようなキャリアを志向する教育環境を構築することが含まれていることを踏まえた計画とすることが望ましい。

(A 3の要件)

- ・ A 3に申請する大学は、自らの大学病院において総合的な診療の入院機能（入院患者への主治医又は共同担当としての継続的責任）及びこれを活用した診療参加型臨床実習・研修の実績を有すること。申請書には、受入枠、入院診療の実績、教育の実績（医学生・研修医等の受入実績）を具体的に記載すること。
- ・ 受入研修は、①臨床（入院患者の受持ち、専門診療科とのコンサルテーション・併診・共同担当、救急外来からの入院判断等）、②教育（医学生・研修医への指導、ベッドサイドにおける教育手法等）、③マネジメント（受入枠の運用、院内の合意形成、専門診療科・救急部門との調整、地域の医療機関との連携等）の三要素を含む体系的なプログラムとして設計すること。
- ・ 支援対象校への訪問による伴走支援を計画的に実施することが望ましい。訪問においては、現地の入院診療・教育の実情の把握、立ち上げ・強化計画の具体化への助言、院内の合意形成（病院長・医学部長、専門診療科、救急部門、看護部門等との対話）への同席・支援等を行うこととし、対象校ごとの訪問の頻度・時期・内容等の計画を申請書に記載すること。
- ・ 対面での派遣が困難な大学が多いことも想定されることから、オンライン教育（症例検討、教育方法、拠点運営に関する実務等）を年間を通じて週に数回など頻回かつ定期的に実施する枠組みを用意し、受講する大学の裾野を広げること。その際、A 1・A 2の採択大学以外の大学の参加も広く得るための方法論・計画（参加を促す働きかけ、対象とする大学の範囲、実施体制等）が具体的に示されていることが望ましい。

<取り組むことが望ましい事項>

- ・ 受入れ・オンライン教育等の対象となる他大学の教員等については、所属大学に戻った後に当該大学における総合的な診療の拠点形成の中核的役割を担うことが、所属大学の長等により確認されていること。
- ・ 研修を受けた教員等は、研修終了時に、所属大学における拠点形成に向けた行動計画（体制、対象患者、受入枠、教育への組み込み、年次計画等を含む。）を作成すること。
- ・ 継続的な伴走支援（症例検討、教育手法、拠点運営、院内の合意形成の支援等）については、巻き込む対象者の範囲、対象とする大学数、開催回数・頻度、内容等について、より詳細な計画が分かるよう、採択後の実施に当たっては予め具体的に記載することが望ましい。

メニューB：地域における長期・継続した診療参加型臨床実習

医学生を**長期間、幅広い患者に対応する同一の診療科**（複数診療科にまたがり、継続しているものも含む。以下同じ。）に配属し、common disease・高齢者救急・在宅診療等に一定の責任下で関わりながら**診療参加型臨床実習（長期地域医療実習）**を行う取組を支援します。複数の持病を抱える高齢者や通院が困難な患者への在宅ケア等、地域の医療ニーズへの理解を深めつつ、入院患者を継続的に診療するなどして実践力を身に付けるとともに、必要に応じて専門医につなぐ判断力を養います。多様な症例等を経験することにより、総合的な診療能力を備えた医師の養成と**地域定着**を図ります。取組段階に応じて、以下のB 1～B 3の中から選択して申請してください。

- B 1 立ち上げ支援**：地域の医療機関における長期・継続した診療参加型臨床実習を新たに立ち上げる取組。
- B 2 強化・拡充支援**：既に長期・継続した診療参加型臨床実習（一部の学生・一部の実習施設における部分的な実施を含む。）を行っている大学において、**実習期間の延長を中心に**、対象学生数・実習施設数・評価等を拡充する取組。
- B 3 遠隔地実習支援**：都市部の大学の学生が地方の中小病院で行う実習を支援する取組（地方での学生の実習に係る旅費支援を含む。）。

(メニューB 共通の要件)

(メニューB 共通の要件)

- ・本メニューにおける「長期・継続した診療参加型臨床実習」とは、①学生が同一の患者・患者群を外来・入院・退院後等にわたり継続して受け持つこと（**患者の連続性**）、②同一の指導医又は診療チームの下で継続的に指導・評価を受けること（**指導医の連続性**）、③外来・入院・救急・退院支援・在宅医療等を一体の学修として統合すること（**カリキュラムの連続性**）を備えた実習をいいます。短期間の見学型実習、実習施設への訪問の追加、又は患者の継続性・指導医の継続性・**カリキュラムの連続性**の改善を伴わない学生数の微増のみにとどまる取組は、**本メニューの対象となりません**。
- ・学生は、指導医の監督の下で継続的に患者を受け持ち、病歴聴取、身体診察、問題リストの作成、症例提示、退院支援、多職種連携等に参加すること（**単なる見学は診療参加型臨床実習に該当しません**）。
- ・実習受入機関には、学生を継続的に指導・評価する**主指導医を配置（原則として副指導医を含む複数体制）**するとともに、指導医に対するFDの実施、大学教員による定期的な訪問又は遠隔による支援を事業計画に含めること。また、大学と実習受入機関で共通の評価方法を用いること。
- ・長期の学外実習に伴う緊急時の連絡体制、ハラスメント等に関する相談窓口、メンタルヘルスの支援等について、大学の責任において整備することとします。

<取り組むことが望ましい事項>

- ・実習期間の長期化に対しては、実習受入機関から指導負担の増加を懸念する声が想定されるものの、長期の実習では、指導の負担は実習開始後の数週間に集中し、学生が患者を継続して受け持つことに習熟するにつれて、情報の収集・整理、患者・家族との対話、多職種との連携等を通じて学生の診療チームへの貢献が次第に大きくなり、**指導負担は逡減していく**ことも知られている。指導医に対するFD等を通じて、こうした長期実習の特性をあらかじめ実習受入機関と共有すること。
- ・B 1～B 3のいずれにおいても、教育プログラムを実施するにとどまらず、学生の**知識（Knowledge）・技能（Skills）・態度（Attitudes）**の到達度や、患者中心の診療能力、地域医療・総合的な診療への志向性等を評価し、教育効果を継続的に検証していける体制を構築すること。

(B 1の要件)

- ・地域の医療機関における長期・継続した診療参加型臨床実習を実施していない大学、又は地域実習が短期間の見学型にとどまる大学を対象とします。

<取り組むことが望ましい事項>

- ・初年度には、実習施設の選定（1～2施設からで差し支えありません。）、教育目標の設定、主指導医の決定、学生の役割と継続受持患者の設定方法、評価方法（ルーブリック等）、学生の生活・安全支援体制の確認を行うこと。2年目以降には少人数であっても実習を実際に実施し、学生・指導医・実習施設からのフィードバックを収集して実装上の課題を明らかにすること。実習期間は、当初は8週間程度から（やむを得ない場合は、4週も可）の段階的な実施も可。なお、実習期間については、将来的には12週間以上とすることが望ましい。
- ・B 1においては、対象学生数を増やすことよりも、**実習期間を長く確保することを優先**すること。**まずは少人数であっても、長期間継続する実習**を構築することが重要であり、可能な場合には12週間以上とすることを目指すこととします（12週間以上であること自体を採択の要件とするものではありません。）。

(B 2の要件)

- ・B 2は、既に長期・継続した診療参加型臨床実習を（一部の学生・一部の実習施設においてであっても）実施している大学を対象とします。実施していない大学又は地域実習が短期間の見学型にとどまる大学は、**B 1に申請してください。**
- ・申請時点における実習の期間、対象学生数、実習施設数、患者の継続性・指導医の継続性・**カリキュラムの継続性**の程度、及び評価方法を申請書において明らかにすること。
- ・拡充の内容には、①実習期間の延長（12週間以上であることが望ましい。ただし、やむを得ない場合は、現行の実習期間の概ね2倍以上への延長（例：4週間→8週間以上、6週間→12週間等）であることが望ましい。）、②対象学生数の拡大、③実習施設数の拡大、④教育の質の向上（大学と実習施設の共通評価の導入、指導医FDの定例化等）、⑤入院・外来・救急・退院支援・在宅等の統合、のうち複数を含み、**それぞれの到達水準を明示**すること。

<取り組むことが望ましい事項>

- ・拡充に当たっては、対象学生数を増やすことよりも、**実習期間を長くすることを優先**すること。なるべく12週間以上のプログラムを用意することを目指すこととし、現に学生全員に短期間の実習を実施している場合は、全員の実習週数を延長する方法によることも、一部の学生についてまず12週間以上の実習を実施する方法によることも、**いずれも許容されます。**

(B3の要件)

- ・実習候補となる地方の中小病院について、総合的な診療の機能、指導医候補、学生の受入環境（宿泊等）の調査及び実地訪問を行った上で、**教育連携協定を締結**すること。
- ・地理的距離を踏まえ、大学教員による定期的なオンラインでの指導・面談、実習前のオリエンテーション、実習中の学生同士のピアサポート、実習後の振り返りの機会を設けること。また、学生の宿泊環境・交通手段については、**遠隔地であることを踏まえた特段の支援**を大学の責任において措置すること。

<取り組むことが望ましい事項>

- ・実習が実習先の地域・医療機関にとっても有益なものとなるよう、指導医の教育能力の向上、地域の健康課題への貢献、実習を経験した学生の将来の地域勤務への意向等を把握し、報告すること。

(他の関連事業に採択されている場合の取扱い)

文部科学省「ポストコロナ時代の医療人材養成拠点形成事業」の既存の選定プログラム、又は厚生労働省「総合的な診療能力を持つ医師養成拠点の形成事業」に採択されている大学も、本事業に申請することが可。ただし、申請に当たっては、それぞれの事業において実施する取組の対象・内容・経費の区分を整理した上で、本事業で新たに実施する取組との関係（**役割分担、相乗効果**等）を申請書に明記することとします。なお、他の事業による経費措置を受けている取組と内容が重複する場合、**本事業の経費措置を受けることはできません**（4.（3）④参照）。

(採択に当たっての留意事項) ①

(採択に当たっての留意事項) ①

- ・地域における総合的な診療のニーズや医療機関の役割分担の状況等を踏まえ、総合的な診療能力を有する医師が真に必要とされる地域における取組を優先的に採択します。
- ・都市部に所在し、二次医療圏においてcommon diseaseの入院診療で既に高いシェアを有する大学病院が、メニューAにより総合的な診療機能を強化しようとする場合には、地域における医療機能の役割分担を損なうことのないよう、地域の医師会や医療機関と十分に調整の上、どのような役割分担の下で総合的な診療を強化するのかを申請書に明記することとします。この点は選定審査における評価要素とします。
- ・当該大学病院が所在する地域医療構想区域においてcommon diseaseのシェアが大きい場合は、あらかじめ、当該地域医療構想区域の地域医療構想調整会議において本事業に参加する旨の協議を行い、了承を得ることを原則とします。ただし、これが困難な場合は、少なくとも、地域医療構想調整会議の座長又はそれに相当する者（例えば、郡市区医師会長等）との協議を行い、その結果を提出することとします。なお、common diseaseのシェアについては、厚生労働省のD P C退院患者調査において、当該地域医療構想区域における肺炎、誤嚥性肺炎、尿路感染症、心不全の退院患者シェアのうち、いずれかが15%を超えていることを目安とします。なお、当該大学病院が当該都道府県において、唯一の大学医学部である場合は、その限りではありません。
- ・体制や費用面において、他大学においても導入できる教育プログラムの構築を要件とします。
- ・学生への旅費や宿泊費についても支出は可能としますが、その場合は予算措置の終了後に恒久的な仕組みとなる計画の提出を求めます。

(採択に当たっての留意事項) ②

- ・メニューB (B1～B3) においては、上記のほか、大学から離れた地域の医療機関等で実習を行う医学生の旅費(大学～実習先の往復交通費及び宿泊費を含む。)を補助対象経費に計上することができます。あわせて、予算措置終了後も学生への支援が継続するよう、基礎自治体・都道府県、受入側の医療機関、学生が所属する大学、その他第三者の医療機関等の関係者を巻き込んで、学生の支援措置を**恒久的な仕組み**として構築するための取組を申請書に記載することとします。
- ・審査に当たっては、総合的な診療機能及び臨床実習の現状について「**現在できていること**」と「**できていないこと**」を具体的に分析した上で、3年間の補助期間終了時に到達する状態並びにその達成を担う人員体制(中核となる教員及びそのエフォート、病院執行部の関与等)が明確に示されているかを重視します。
- ・審査においては、メニューAについては対象患者群の定義、院内の合意形成、救急部門・専門診療科からの受入れの導線、医学教育への組み込み、地域の病院との医師の循環の構築(現状及び将来見通しを含む。)及び持続化の見通しを、メニューBについては患者・指導医・**カリキュラムの連続性**、実習期間の長期化の程度(**対象学生数の増加よりも実習期間の確保を優先して評価します**)、指導医体制、学生支援体制及び正規カリキュラム化の見通しを、それぞれ特に確認します。
- ・**専用病床の設置が望ましい**ですが、フレキシブルベッド、共同担当病床、体系的な併診・共同診療等、各大学病院の実情に応じた形態によることができます。また、対象患者群については、申請時点における受入れ実績及び定義を基礎として審査を行います。補助期間中に対象患者群を変更する場合は、変更の理由及び経緯を文部科学省に報告することとします。
- ・2年目以降の事業計画については、必ず達成する最低到達水準と、進捗に応じた標準・発展の各水準を区分して示すこととします。進捗状況に応じた計画の調整は可能ですが、入院機能、診療参加型臨床実習及び補助期間終了後の持続化に係る**最低到達水準を下回ることのないよう**ご留意ください。
- ・補助期間終了後に、本事業により構築した機能が、大学病院の通常の診療・教育体制及び正規の教育課程として**制度化され継続する見通し**があることを重視します。
- ・文部科学省医学教育課が、事業実施者(メニューA・Bを問いません。)を対象とする連絡会等を開催することがあります。開催の際は、オンラインでの参加を含め、**可能な限り出席**することとします。