

専門研修プログラム認定・運用等に係る地域医療対策協議会への報告事項（案）

新潟県地域医療対策協議会において、当県の専門研修プログラムの確認、検討等を行った結果、医療提供体制の確保に影響を与えることから、改善を求める事項を次のとおり提出します。

国から都道府県への協議に関する意見（国様式1）

1. 2026年度シーリング案に関する意見

- シーリングが開始されて5年が経過するが、シーリング対象の都道府県においてさえ採用数が増加している診療科が多い。そのため、シーリングの厳格化が必要である。
- 具体的には、シーリングの対象となる診療科については、令和8年度募集におけるシーリングの見直しの効果もしっかりと分析・検証した上で、採用数が減少していない場合には、確実に減少させる時限を決めてさらなる見直しを行うこと。【塚田委員】
- 令和8年度の専攻医シーリングでは、指導医を派遣した実績に応じて通常プログラムの定員が加算され、とくに指導医派遣のニーズがより高い地域への派遣はさらに高く評価される仕組み（資料8-1）が示された。
しかし、現実として医師少数県における指導医不足は依然として深刻なままであり、派遣実績に基づく加算だけでは現状の追認にとどまり、指導医派遣をさらに促す強い動機づけにはなり得ないため、地域偏在の固定化を招く懸念がある。仮にこの加算を実施するのであれば、更なる指導医派遣を促していくため、前年度からの派遣数の増加など、派遣元の積極的な努力を明確に評価し、それに応じて加算を行うなど、踏み込んだ仕組みが不可欠である。【事務局案】
- なお、上述した通常プログラムの定員加算に加え、特に医師少数区域に対して、加算上限数に比して大きな割合で常勤指導医を派遣している都道府県には、その比率に応じて専攻医シーリングをさらに上乘せで加算する仕組みが示されている（資料8-3）。
そもそも、指導医の派遣実績と専攻医の定員数（シーリング）を直接結びつけることには、根本的に無理があり、本来この両者を対比すること自体に論理的な整合性はない。こうした不整合を踏まえ、「指導医派遣数＝専攻医定員増」といった図式で新たな制度設計を行うのであれば、まずはその根拠と目的を明確に示す必要がある。さらに、今回、日本専門医機構が初めて提示した「0.5」という換算数を用いて、指導医の派遣実績を根拠に上乘せ加算を行おうとする手法には、強い疑問と違和感を覚える。制度の持つ意味と影響を丁寧に検討したうえで、上述した通常プログラムの定員加算を実効性のある指導医派遣のインセンティブとすることが重要であり、拙速な運用による更なる加算は慎重に進めなければならない。
一方で、令和8年度のシーリング数は昨年度に比べ343人減少しており、今回の追加加算を行ったとしても、昨年度より減少することには変わりはない。また、次年度の基本数の算定においては、この追加加算分は採用実績として考慮されない。
以上を踏まえると、今回の案は初年度に限って実施することはやむを得ないと考えられる。ただし、次年度以降については、前年度からの派遣医師数の増加や医師少数県への新たな派遣といった積極的な取組が、より一層指導医派遣へのインセンティブとなるよう、改めて検討すべきである。【事務局案】

2. その他の意見

- 特別地域連携プログラムの候補病院の一覧を早急に公表すること※。
※ 令和6年度の厚労大臣意見にて要請された一覧については、未だ公表されていないと承知している。 **【事務局案】**
- 加えて、連携を開始したプログラムについては、国や日本専門医機構が速やかに病院名の情報等を都道府県に提供すること。 **【事務局案】**
- 医師少数県におけるキャリアパスを拡大するために、救急、整形外科、総合診療科などのダブルボードを取りやすくすること。 **【遠藤委員】**
- 今後必要とされる総合的な診療能力を有する医師育成を促進するため、医師少数県においては、例えば、救急科の専攻医が内科や整形外科の診療に従事した場合など、専門研修期間中に他診療科の業務に従事・連携した場合にも経験として評価される仕組みの構築を検討すること。 **【遠藤委員】**

各診療領域のプログラムに共通する意見（国様式2）

1. 複数の基幹施設設置に関する意見（内科、小児科、精神科、外科、整形外科、産婦人科及び麻酔科のみ）

2. 診療科別の定員配置に関する意見

- 医師少数県においては、たとえ派遣により指導医を加えたとしても、指導医の総数がなお十分に確保されていない場合がある。その場合、（専攻医の受け入れ数は指導医数に応じて規定されているため）十分な専攻医を受け入れることができないという課題が生じる。したがって、医師少数県における専攻医の受け入れ体制を整備するためにも、当該地域における指導医要件の緩和を検討すべきである。
（※たとえば、指導医1名と専門医1名が勤務している施設については、「指導医1.5名分」とみなして専攻医を受け入れることを可能とするなど、柔軟な要件設定が考えられる。同様に、指導医2名と専門医2名が勤務している施設であれば、指導医3名相当とみなして専攻医数を設定するといった仕組みも有効である。） 【遠藤委員】

3. その他の意見

- 新潟県では、新潟大学に加え、県内各病院においても専門研修プログラムが整備されている。こうした状況をふまえ、地域医療支援センターや地域医療対策協議会と連携させつつ、専門研修プログラムについて大学と病院間の情報共有や意見交換の場を、国の指導のもと設置することを提案する。このような協議の場は、県内の各施設間における連携・協働の促進に加え、県外の医療機関との連携強化にも資するものと考えられるため、そうした場の設置を検討すべきである。 【遠藤委員】
- 医師少数区域は、指導医不足により基幹施設としての維持や、連携施設を設定できないことがある。また本県は、今後地域卒医師が増加する予定であり、専門研修先を確保するためにも、連携施設となるための指導医数の要件を緩和するなど、より多くの医師少数区域の施設が連携先となれるようにすること。 【事務局案】

※ 本様式2の内容の日本専門医機構及び関係基本領域学会への提供希望

希望する ・ 希望しない

個別のプログラムに関する意見（国様式3）

1. プログラムの連携施設及びローテーションの設定に関する意見

- 医師少数区域は、指導医不足により連携施設を設定できないことがある。そのため、連携施設となるための指導医数の要件を緩和するなど、より多くの医師少数区域の施設が連携先となれるようにすること。【事務局案】

2. プログラムの採用人数に関する意見

- 医師少数県におけるシーリング対象外の診療科について、定員数を超える応募があった場合に、要件を充たす場合には上限を柔軟に変更できるようにすること。

【事務局案】

3. プログラムの廃止に関する意見（該当する場合）

- 医師少数県における指導医の不足によるプログラム廃止のリスクを下げるため、指導医となるための要件を緩和するなど、医師少数県において持続的に専門医の育成ができる制度とすること。

【事務局案】

4. 地域枠医師等への配慮に関する意見

- 医師少数区域は、指導医不足により基幹施設としての維持や、連携施設を設定できないことがある。本県は、今後地域枠医師が増加する予定であり、専門研修先を確保するためにも、連携施設となるための指導医数の要件を緩和するなど、より多くの医師少数区域の施設が連携先となれるようにすること。

【事務局案】

5. その他の意見

※ 本様式3の内容の日本専門医機構及び関係基本領域学会への提供希望

希望する ・ 希望しない