

第2章

第2章

令和2年度(2020年度)

事業実績

は県国轄、アJと協働の間争とるあう間限置
たはコ県本のつまはこ、このまを容内の
景、J付合アJの参観縣と共更の備付共費
。さすももころへ板つ

業技立脚・采新補因

コ情辦録需補因、と「画情采新補因県国轄」
るアJと「業技立脚補因」(おケ国)業技立
と「業技立脚・采新補因」(おケ書吉県本、

向債の正景

籍」に月8(年0202)年S時合、た受き五
采新補因の県本、おケ画情本。オJ宝業
・1-(1)1表)。さアJと示は(業技の

副の間園察因オ二」と「(おケの業技立脚の補因」
補因而察録オJの備高るたはコ越県間山中

園察因オ二、おケAの「(おケの業技立脚の補因」
。さアJともこは縣の頭ニ業技が*縣の

越県の間、たはコ越県少補因、おケ越県少補因
越を補因、たまをともころあけ[※]果越少補因
るアJとて縣の頭ニ業技に取組む

はち人難の月4(年1202)年8時合、りま
を善支策業資の善事共察因、(おケ)おケ
Jとるす情辦を録取必要ニオアJとて

善支策業資の関察因の*園と業技の補因
。さアJとて

采新補因の補因、はち示は縣指立補因の取
・採新、Jとるも必要なな採新・用合

第2章 令和2年度（2020年度）事業実績

1 総論

今年度の実績報告書では、当寄附講座の設置期間である3年間の総括として、静岡県が昨年度末に策定した「静岡県医師確保計画」の内容を踏まえつつ、これまでの本県における医師確保対策とこれに密接に関連する医療提供体制の現状と課題等について分析し、最後に今後の医師確保対策の方向性等について述べることとする。

(1) 静岡県医師確保計画と医師養成課程を通じた医師確保・偏在対策

最初に、本県の医師確保対策の基本である「静岡県医師確保計画」と、医師需給推計に基づく医師養成課程を通じた医師確保・偏在対策（国では、「医師偏在対策」としているが、医師少数県である本県の実情等を踏まえ、本報告書では、「医師確保・偏在対策」とした。）について述べる。

ア 静岡県医師確保計画と医師確保・偏在対策に関連した最近の動向

静岡県は、平成30年（2018年）の医療法改正を受け、令和2年（2020年）3月に「静岡県医師確保計画」^{※1}（以下、医師確保計画）を策定した。本計画では、本県の医師確保に関する課題と対応（目標医師数を達成するための施策）が示されている。（表1(1)-1・2、図1(1)-1）

特に、医師確保に関する課題については、「医師の絶対数の増加」と「二次医療圏間の偏在」を挙げ、前者については、病院勤務医数と中山間地域における高齢化した診療所医師への対応が必要としている。

県では、これらの課題への対応として、「医師の絶対数の増加」については、二次医療圏ごとの目標医師数を設定し、目標達成のための様々な施策に取り組むこととしている。

また、「二次医療圏間の偏在」については、医師少数区域では、医師少数区域以外の地域からの医師確保に取り組むとともに、本県が医師少数県^{※2}であることを踏まえ、医師多数区域を含む全県において、現在の水準以上の医師確保に取り組むとしている。

このほか、「医師の働き方改革」の推進により、令和6年（2024年）4月から導入される予定の医師の時間外労働上限規制の適用についても触れ、医療従事者の勤務環境改善を支援するとともに、現行制度下でのタスク・シフト/シェアに必要な取組を検討している。

このように、本県の医師確保計画では、医師数の総数と個々の医療機関の勤務環境改善等に関する取組に関する総論的な記載が中心となっている。

ただし、産科・小児科については、診療科別の医師偏在指標が示され、個別の医師確保計画が策定された。この中では、医療機関の機能分担・連携強化が必要であると、産科・

小児科関係者が協議する場を設け、医療機関の在り方について検討を進めるとしている。

一方、厚生労働省は、各都道府県が医師確保計画を策定するための「医師確保策定ガイドライン」を示し、計画策定に当たっては、「地域医療構想、医師の働き方改革と医師偏在対策を三位一体として、統合的に議論を進めることが重要である」とし、「三位一体で検討を進めるための体制整備等の必要性についても留意願いたい」としている^{※3}。

そのため、今後は、地域や二次医療圏ごとの医師確保対策について、現状の医師数や診療実績等に基づく喫緊の課題と短期的な取組に併せて、地域医療構想の実現に向け、地域や二次医療圏ごとの将来人口や人口構造の変化に伴う医療・介護需要の変化に対応した、中長期的な取組を検討していく必要がある。

また、医師少数県である本県では、多くの医療機関が県外を含む大学等から医師派遣を受けており、地域医療の大きな支えとなっているが、これらの仕組みは、医師の副業・兼業等により複数の医療機関に勤務することを前提として成り立っている。

しかしながら、各医療機関における医師の働き方改革への取組が進められる中で、令和3年度（2021年度）にも、年間の時間外労働時間が960時間を超える医師が1人以上いる医療機関（副業・兼業先での労働時間を通算する場合を含む）には「医師労働時間短縮計画」の作成が義務づけられる見込みであることなどから、派遣を受けている医療機関では非常勤医師の確保に困難が想定されるなど、全国的にも地域医療への影響が懸念されている。（図1(1)-2）

このような状況に対応しつつ、派遣医師の負担を軽減するためには、派遣側の努力^{※4}だけでなく、令和3年度（2021年度）に予定されている医療計画の中間見直しや、令和6年度（2024年度）から開始される医師の時間外労働上限規制と次期医療計画、将来の人口構造の変化等を見据え、地域ごとに、地域の実情に応じて、地域全体の医療提供体制を効率的で質が高く、持続可能なものにしていく必要がある。

※1 静岡県「医師確保計画（令和2年3月）」。

<http://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-450/iryuu/documents/ishikeikakusaishuu.pdf>

※2 都道府県単位の医師偏在指標において、47都道府県の下位1/3に位置する県を指す。

※3 厚生労働省「医師確保策定ガイドライン」：1-3. 医師確保計画の策定に当たっての留意事項（1）
地域医療構想との関係。（下線は本報告書作成において追加）

<https://www.mhlw.go.jp/content/000551552.pdf>

※4 厚生労働省「第8回 医師の働き方改革の推進に関する検討会」（令和2年（2020年）8月28日開催）
資料5：医師の働き方改革の地域医療への影響に関する調査。

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000664202.pdf>

表1(1)-1 「静岡県医師確保計画」の概要

1 基本的事項	(1) 計画策定の趣旨 (2) 計画の位置付け (3) 計画の期間
2 医師確保の方針	(1) 現状と課題 ア 医師数の状況 イ 医学修学研修資金の状況 ウ 本県の医師養成数 エ 臨床研修医の状況 (2) 医師少数区域・医師多数区域の設定 (3) 医師少数スポット (4) 医師確保の方針 オ 「新専門医制度」の状況 カ 医療施設に従事する女性医師の状況 キ 医学部医学科に進学する本県の学生 ク 医師の働き方改革
3 目標医師数	—
4 目標医師数を達成するための施策	(1) 医学修学研修資金制度 (2) 地域枠医師の確保 (3) キャリア形成プログラム (4) 専攻医の確保・定着促進策の推進 (5) 寄附講座 (6) 研究・学修環境の整備 (7) 女性医師の活躍支援 (8) 高齢医師等の活躍支援 (9) 高校生等への支援による医学科進学者の増 (10) 医師の働き方改革を踏まえた勤務環境改善支援
5 産科・小児科における医師確保計画	(1) 産科・小児科における現状と課題 (2) 現状と課題を踏まえた施策 ア 産科・小児科の効率的な医療提供体制 イ 寄附講座(再掲) ウ 産科医等確保支援策の実施 エ 産科・小児科の専門医研修プログラムの策定推進 オ 臨床研修医の定着促進 カ 医療機関の機能分担・連携強化 キ 医師の働き方改革を踏まえた勤務環境改善支援(再掲)
6 医師確保計画の効果の測定・評価	—
7 医師確保計画の策定を行う体制	—

静岡県「静岡県医師確保計画(令和2年3月)」を基に作成



All rights reserved.

地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

表1(1)-2 「静岡県医師確保計画」における医師確保に関する課題と対応(概要)

項目	課題	主な対応	記載部分
医師数	絶対数	・医師の絶対数(特に病院勤務医師数)が少ない。 ・医師多数都道府県等からの医師確保に取り組む。 ・就労相談窓口の設置等、高齢医師等の活躍を支援する。 ・社会健康医学の推進による研究・学修環境の整備を図る。	課題:2(1)ア 対応:2(3)・(4)、4(全体)
	高齢化	・中山間地域等の診療所医師の高齢化が進んでいる。 ・「へき地」を含む医療資源の乏しい地域への総合的な施策を継続する。	
	地域偏在	・二次医療圏間で偏りがある。 ・医師少数区域では医師多数区域からの医師確保に取り組む。 ・中位区域・医師多数区域でも現在の水準以上の医師確保に取り組む。	
医学修学研修資金	貸与期間	・貸与期間が短く、医師不足地域等への勤務配置が十分でない。 ・貸与期間は6年間を原則とする。	課題:2(1)イ 対応:4(1)
	キャリア支援	・新専門医制度の開始を受け、若手医師のキャリア志向が強まっている。 ・若手医師が充実したキャリア形成ができるよう制度を見直す。	
医師養成数	県内医育機関との連携	・県内の医育機関は浜松医科大学1校のみである。 ・浜松医科大学と連携し、同大学に寄附講座を設置する。	課題:2(1)ウ 対応:4(5)
	地域枠制度の活用	・本県の地域医療に従事する医師を養成する仕組みの構築が必要である。 ・都道府県間の医師偏在是正機能がある地域枠の確保に努める。 ・医学生からの学習・実習支援やキャリア形成プログラムの適用により、県内への定着を促進する。	
臨床研修医	研修体制	・定員数・マッチ者数の増加を維持するため、研修体制の充実を図る必要がある。 ・病院の垣根を越え、専攻医が臨床研修医等の若手医師を指導する育成の仕組みを築く。	課題:2(1)エ 対応:4(4)
新専門医制度	専攻医数	・医師の絶対数が少なく、専攻医を確保する必要がある。 ・専攻医募集におけるシーリング設定都道府県からの専攻医受け入れを促進する。	課題:2(1)オ 対応:4(4)
	研修体制	・研修プログラムの設置状況・専攻医の登録状況(地域別・診療科別)に偏りがある。 ・魅力ある研修プログラムの整備、指導医招聘等による研修環境の整備を図る。 ・既存の指導医の指導環境の整備に取り組む病院を支援する。	
女性医師	キャリア支援	・一時的に離職する女性医師の職場復帰を支援し、活躍を推進する必要がある。 ・浜松医科大学に設置した「ふじのくに女性医師支援センター」で、復職支援やキャリア形成支援等に取り組む。	課題:2(1)カ 対応:4(7)
医学部進学者	絶対数	・県内定着が期待される県内高校出身の医学部進学者を増やすことが必要である。 ・県内高校生等を対象に医療現場や医療従事者と接する機会を提供し、医学部進学希望者の増加を図る。	課題:2(1)キ 対応:4(9)
医師の働き方改革	時間外労働	・医師の時間外労働時間の上限水準が2024年から適用される。 ・「ふじのくに医療勤務環境改善支援センター」による指導・助言や、タスク/シフト・シェア等の取組を推進・支援する。	課題:2(1)ク 対応:4(10)

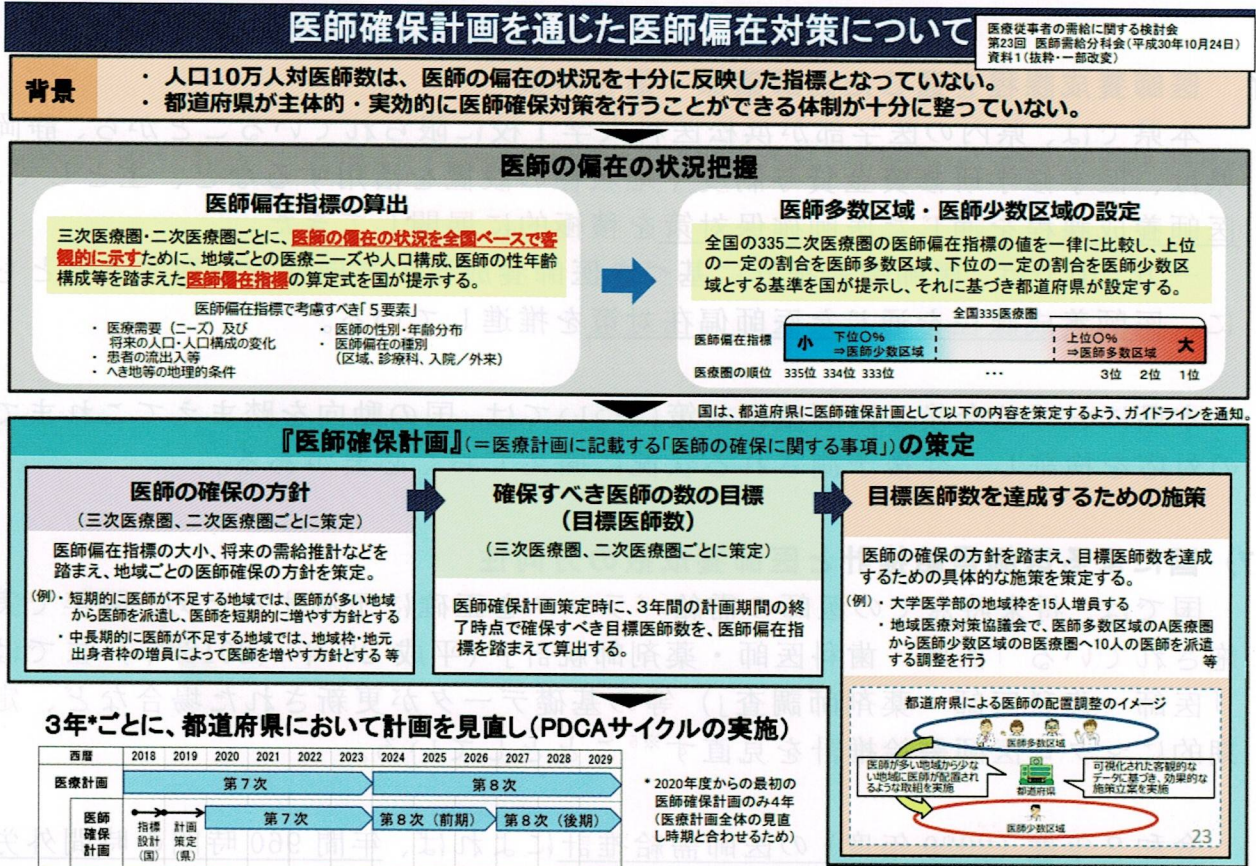


All rights reserved.

地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

静岡県「静岡県医師確保計画(令和2年3月)」を基に作成

図1(1)-1 医師確保計画を通じた医師偏在対策



イ 医師養成課程を通じた医師確保・偏在対策

本県では、県内の医学部が浜松医科大学 1 校に限られていることから、静岡県は、医学修学研修資金貸与制度や地域枠の設置を活用するなど、主として、医師養成課程を通じた医師確保対策を積極的に展開してきた。

一方、国では、医師需給推計に基づき医師養成数の方向性を検討するとともに、医師養成課程を通じた医師偏在対策を推進している。

本県における今後の医師確保対策については、国の動向を踏まえてこれまでの対応を検証し、今後予測される状況に備えておく必要がある。

(7) 国による医師需給推計と医師養成数の方向性

国では、将来時点での医師の需給バランスを正確に予測するため、隔年で実施されている「医師・歯科医師・薬剤師統計」（平成 28 年（2016 年）までは「医師・歯科医師・薬剤師調査」）等の基礎データが更新された場合など、定期的にマクロ医師需給推計を見直す^{*5} こととしている。

令和 2 年度（2020 年度）の医師需給推計によれば、年間 960 時間の時間外労働^{*6}に相当する労働時間の制限（週 60 時間）等を行ったケースでは、令和 5 年（2023 年）の医学部入学者が医師（臨床研修医）になると見込まれる、令和 11 年（2029 年）頃に医師数が約 36 万人で需給が均衡すると推計された。（**図 1(1)-3**）

また、年間 720 時間の時間外労働^{*7}に相当する労働時間の制限（週 55 時間）等を行ったケースでも、令和 14 年（2032 年）頃に約 36.6 万人で需給が均衡すると推計されている。（**同上**）

なお、前回（平成 30 年度（2018 年度）推計）との比較では、いずれも約 1 年・1 万人の変化にとどまっている。

一方、地域の医師確保等の観点からの医学部入学定員の増加（医学部臨時定員）については、令和 3 年度（2021 年度）まで暫定的に延長されてきたが、「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」^{*8}とされている。（**図 1(1)-4**）

このうち、令和 4 年度（2022 年度）の臨時定員の設定方法については、暫定的に令和 2・3 年度（2020・2021 年度）と同様の方法で行う^{*8}とされ、現在、令和 5 年度（2023 年度）以降の医師需給と地域枠設置の考え方^{*9}などが議論されている。（**図 1(1)-5**）

本県の場合、県からの要請に基づき、県内外の複数の大学が医学部定員に地域枠を設定しているが、これらはいずれも暫定的に延長されている臨時定員で

あり、今後については、国の検討会での議論の状況や施策の動向を注視していく必要がある。(→(ウ)参照)

※5 厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会 第34回 医師需給分科会」(令和2年(2020年)3月12日開催)資料2:令和4年度以降の医師養成数の検討 及び医師需給推計の方法.

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000607153.pdf>

※6 令和6年(2024年)4月以降における医師の時間外労働上限別による医療機関区分のA水準に該当する。

※7 労働基準法における一般則(一般的な労働者全般に適用される水準;年間360時間)の例外に相当する。

※8 厚生労働省「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(2020年)8月31日開催)資料2:令和4年度の医師養成数について。(下線は本報告書作成において追加)

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000748479.pdf>

※9 厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会 第36回 医師需給分科会」(令和2年(2020年)11月18日開催)資料1:令和5年度以降の医師需給および地域枠設置の考え方について。

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000695877.pdf>

(イ) 医師の需給と医師養成課程における偏在対策

国においては、医師の需給バランスを予測しつつ、医師養成課程を通じた医師の偏在対策が進められている^{*10}。(図1(1)-6)

以下、養成課程ごとの偏在対策の位置づけと本県の状況について述べる。

(i) 大学医学部

医学部定員における地域枠の設定では、都道府県の指定する区域(医師少数区域)に一定の年限従事することとなるため、地域偏在対策となる。また、特定の診療科が定められている場合は診療科偏在対策にもなる。

全国的には、平成20年度(2008年度)以降、医学部入学定員の増員が行われ、地域枠等の数・割合も増加しており、令和2年度(2020年度)では、定員総数9,330人のうち、地域枠等は1,679人で、全体の18.2%を占めている。

(図1(1)-7)

本県の場合、診療科の制約はないため、地域偏在対策に限られる。

(ii) 臨床研修

臨床研修においては、都道府県別採用上限数の設定と、全国の研修希望者に対する募集定員の倍率の縮小により、地域偏在対策が図られている。

なお、令和2年(2020年)4月に、臨床研修病院の指定や募集定員の設定に関する権限が国から都道府県に移譲された。

この権限移譲により、都道府県による医師少数区域に配慮した定員設定が可能となったほか、並行して、医師少数区域での地域医療研修が一定期間以上義務づけられた「地域密着型臨床研修病院」の認定と、地域卒学生を対象にマッチング前の個別選考を可能とする「地域医療重点プログラム」の設置が制度化された。(図1(1)-8)

本県においても、令和2年度(2020年度)の研修医募集定員の設定(令和4年度(2022年度)に臨床研修を開始)から、県による定員設定が開始された。

現在、本県の医師少数区域のうち、富士・中東遠の各医療圏には基幹型臨床研修病院が複数あり、賀茂医療圏には該当する病院がないが、県内の基幹型臨床研修病院の協力施設となっており、地域偏在対策となっている。

また、静岡県医療対策協議会(医師確保部会、本協議会)での審議を経て、今年度末までに地域密着型臨床研修病院を1病院認定し、令和4年度(2022年度)に臨床研修を開始する研修医募集定員における地域医療重点プログラムが設置される予定となっている。

(iii) 専門研修

専門研修においては、日本専門医機構による都道府県別・診療科別採用上限数の設定(シーリング)により、地域・診療科偏在対策が図られている。(図1(1)-9)

本県は医師少数県であることから、シーリングが実施された都道府県・診療科における連携プログラム(地域研修プログラム:医師充足率が低い地域での研修期間が専門研修の全期間(領域により3~5年)の50%以上に達しているプログラムで、通常のプログラムとは別枠で設定。)が設定された場合は、県内の医療機関が連携施設として、当該都道府県の基幹施設が採用した専攻医の受け皿となることが見込まれる。(図1(1)-10)

※10 厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会 第37回 医師需給分科会」(令和3年(2021年)3月4日開催)資料1 これまでの医師偏在対策について: . . .

(ウ) 静岡県における医師養成課程の現状と課題、今後の方向性

(イ)では、国による医師養成課程を通じた医師偏在対策と、本県の状況について述べた。本項では、前項で記載しなかった内容について述べる。(図1(1)-11)

(0) 大学医学部受験

本県においては、国が示した医師養成課程における偏在対策以外に、人口と全国の医学部入学定員の総数から算出される人口当たり医学部入学定員（臨時定員増後は260～270人前後）に比べ、高校卒業後の医学部進学者数が少ないことが長年の課題とされてきた。（図1(1)-12）

そのため、県では、これまでに「こころざし育成セミナー」の対象を高校生から中学生に拡大したほか、高校や予備校を個別に訪問するなど、医学部進学者数の増加を図ってきた。

しかしながら、近年の進学者数は横ばい状態が続いているほか、令和3年度（2021年度）の県立高等学校入学者選抜では、少子化の進行により、医学部進学者を多数輩出している高等学校で募集定員が削減されるなど、今後も、本県出身医師の増加と県内定着の促進に向けた取組に対する環境は厳しい状況が続くことが見込まれる。（図1(1)-12・表1(1)-3）

今後は、国の検討会での有識者意見にもあるように、今後の医師需給や社会全体でのマンパワーの有効活用などの観点から、この段階における医師確保については、医学部進学者数のみに着目するのではなく、これまで以上に、医師を目指す中・高校生の「こころざし」や資質に着目した施策が求められるものと考えられる。（図1(1)-13）

(i) 大学医学部

厚生労働省が実施した臨床研修修了者アンケート調査の結果によれば、都道府県別に臨床研修病院または臨床研修修了後の勤務先をみると、出身地・大学とも地元の場合を除けば、奨学金貸与の有無に関わらず、地域枠医師の地域定着割合は高い傾向にある。（図1(1)-14）

本県の場合、令和2年度（2020年度）における地域枠は県内外の8大学に52枠あり、139人の学生が在籍（6月1日現在）^{*11}している。また、令和3年度（2021年）2月には、県外大学の地域枠学生（2大学4人）が最初の卒業生として医師国家試験を受験し、4月から県内の臨床研修病院で研修を開始する予定^{*9}となっている。（表1(1)-4）

また、本県は人口当たり医学部定員が全国で最下位レベルにあるが、令和3年度（2021年度）には、新たに10枠（増員・新設各1大学5枠）が追加され、計9大学62枠となる予定^{*9}であり、本県分の地域枠は、浜松医科大学に設置された地域枠（15枠）を除いても、一般的な医学部定員（100人程度）の半分近くまで拡充されることになる。（表1(1)-4・5）

このほか、本県では、地域枠以外の医学生等も対象とした医学修学研修資金貸与制度（以下、奨学金制度）があり、制度見直しにより原則6年間貸与となった令和2年度（2020年度）においても、従前と同規模の、地域枠を含む120人（地域枠除くと68人）への貸与を見込んでいる。

そのため、令和8年度（2026年度）以降、地域枠を含む本県の奨学金制度を利用した毎年100人超の卒業生が、県内の医療機関で9年間勤務することが見込まれることから、以下の臨床研修以降における受入体制の早急な整備が求められる。

※11 令和2年度第2回 静岡県医療対策協議会医師確保部会（令和3年（2021年）3月2日開催）資料6：本県地域枠の新設・増枠等について。

（ii）臨床研修

本県では、平成16年度（2004年度）の臨床研修必修化以降、研修医数（臨床研修病院のマッチ者数）は概ね160人前後で推移してきた。

その後、若手医師の確保・定着を図るため、奨学金制度が平成19年度（2007年度）に開始され、平成21年度（2009年度）に年間新規貸与者数が100人規模となり、平成26年度（2014年度）からは年間120人規模まで拡充された。

このほか、様々な医師確保対策が実施されてきた結果として、平成26年度（2014年度）にはマッチ者数（平成27年度（2015年度）の臨床研修開始予定者数）が200人を超え、近年では250人前後で推移している。（**図1(1)-15**）

これを、医学部進学者数と比べた場合、同じ時系列では両者に関連はないように見えるが、同学年の進学時と卒業時（マッチング参加時）を並べてみると、進学者の増加に伴ってマッチ者が増加しているようにも見える。

ただし、令和2年度（2020年度）は、6年前の進学者数が伸びているにもかかわらずマッチ者数が前年度より減少しており、今後の動向が注目される。（**図1(1)-16・17**）

また、現在、本県における臨床研修の募集定員は約300人であるが、昨年度までの見直し前の奨学金制度では、臨床研修における返還免除対象としての算定期間は研修期間の1/2（原則大学病院を除く）に限られ、また、1～2年の短期利用者も多かったことなどから、臨床研修を県外で行うケースも多く、これまでは、臨床研修マッチングの県内総マッチ者数に占める奨学金制度利用者の割合は3割前後であった。（**表1(1)-6**）

しかしながら、今後は地域枠の卒業生が年々増加し、令和8年度（2026年度）からは毎年50～60人規模まで拡大することが見込まれ、今回の奨学金制度の見直しにより、地域枠以外の奨学金制度利用者も臨床研修の全期間が返還

免除対象となるため、臨床研修マッチング募集定員に対する奨学金制度利用者の割合は相当程度高くなるものと考えられる。

仮に、募集定員に対するマッチ率が現状程度で推移した場合、最終的な総マッチ者数に占める奨学金制度利用者の割合（地域枠を含む）は5割程度まで上昇することが見込まれる。

そのため、今後の臨床研修マッチングでは、地域枠の研修希望者と地域枠以外の研修希望者との間に不公平感が生じないような臨床研修病院での選考方法等を設定するとともに、地域枠の研修希望者が県内で確実に臨床研修を行うことができるような仕組みを構築しておく必要がある。

また、本県で臨床研修を希望する可能性のある医学生に対し、低学年のうちから、臨床研修マッチングにおける選考方法や県内の研修体制等を十分に周知し、理解を求めることにより、研修修了後も県内での専門研修への円滑な移行を図り、最終的な定着につなげていく必要がある。

(iii) 専門研修

平成30年度（2018年度）から新たな専門医制度が導入され、19の基本領域（診療科）による専門研修が開始された。

① 従来の専門医制度における県内の状況

従来の専門医制度はカリキュラム制で、学会が一定の基準を満たす病院を研修施設として認定するものの、研修期間や研修施設に制限がなかったため、臨床研修修了後の専門研修期間中、専門研修を受ける医師（以下、後期研修医）の移動は比較的自由度が高く、県外の大学等から派遣された多くの後期研修医が県内で専門研修を行っていた。（図1(1)-18・表1(1)-7）

② 新たな専門医制度による県内への影響

新たな専門医制度は原則としてプログラム制となり、一般社団法人日本専門医機構（以下、専門医機構）が一定の基準を満たす研修プログラムを認定し、新たな専門医制度の下で専門研修を受ける医師（以下、専攻医）は、研修期間や研修施設があらかじめ設定された研修プログラムに登録した上で、基幹施設と連携施設との間をローテートする形となったことから、専攻医の専門研修期間中の移動は大きな制約を受けることとなった。（図1(1)-18・19）

また、専門医機構が認定する研修プログラムの基幹施設は、施設基準により認定施設が限られた結果、県内では、複数の領域（診療科）で基幹施設が浜松医科大学医学部附属病院のみとなるなど、大学病院本院や400床以上の大規模病院が多い西部地域に偏在することとなり、県内の病院を基幹施設とする研修プログラム数が伸び悩んだ。（表1(1)-8）

そのため、本県では、若手医師の確保・育成に大きな制約を受けることとなり、新たな専門医制度の初年度である2018（平成30）年度における卒後3年目医師数は前年度から大きく減少し、その内数となる、県内に基幹施設・連携施設のある研修プログラム（以下、専門研修プログラム）の専攻医数は、3年前の臨床研修マッチ者数の6割を割り込むまでに減少した。（図1(1)-20）

また、専門研修の初年度は、基幹施設で一定期間研修を行うことが多いことから、2018（平成30）年度は特に、専攻医数が基幹施設の多い西部地域に偏在することとなった。（表1(1)-9）

③ 新制度2年目以降の変化

平成30年度（2018年度）から令和2年度（2020年度）まで、新たな専門医制度の開始後3年間が経過し、県内の状況がある程度明らかとなってきた。

本県では、専門研修プログラム（本報告書では、「県内に基幹施設・連携施設のある研修プログラム」を指す。；②参照）と県外大学等を基幹施設とする研修プログラムにより、県内外の基幹施設から県内の連携施設に多数の専攻医が派遣されている。（図1(1)-21・22）

制度2年目以降は、専門研修プログラムの増加に加え、県外の基幹施設での研修を経て、県内で専門研修を行う専攻医が増加している。

特に、東部・中部地域では、卒後3年目医師数と専門研修プログラム専攻医数との差が大きく、県外の基幹施設から派遣された専攻医が多いことが明らかとなった。（表1(1)-10・11）

また、専門研修プログラムのうち、西部地域に基幹施設があるプログラムの専攻医が、基幹施設での研修後、東部・中部地域の連携施設でも専門研修を行っているため、西部地域では、卒後3年目医師数が専門研修プログラム専攻医数を下回る結果となり、連携施設で専門研修を行う専攻医が増える2年目以降、その差は大きくなっている。（同上）

このほか、年度により、基幹施設の変更や連携施設の追加・除外などがあるため、専門研修プログラムの運用状況は毎年確認する必要がある。（図1(1)-23）

④ 新たな専門医制度における医師偏在対策の視点

静岡県は、医師確保計画を策定する中で、新たな専門医制度における医師確保の課題として、専門研修プログラムにおける地域・診療科別のプログラム数とプログラムに登録した専攻医数の偏在に着目してきた*1。（→表1-2参照）

しかしながら、新たな専門医制度は、事前登録によるプログラム制であるため、専攻医ごとに、研修期間中の研修施設があらかじめ定められているため、特別な事情等により途中でプログラムを中断・変更する場合を除けば、専攻医が専門研修を開始した時点で、専門研修期間中の所在地域（二次医療圏、以下同じ）が分かることになる。（→図 1(1)-21 参照）

これを医師偏在対策の視点からみると、研修プログラム、特に県内の専攻医の 8 割程度が登録する専門研修プログラムの運用状況をきめ細かく把握することが重要である。（→図 1(1)-20 参照）

具体的には、毎年度の専門研修プログラムの研修施設の状況（基幹施設・連携施設の所在地域）と登録された専攻医数の推移を収集・分析することにより、専攻医の地域偏在の状況を把握することが可能となる^{*12}。（表 1(1)-12～14）

また、年度により専攻医数に大きな違いが生じた場合は、その前後を含め、該当する専門研修プログラムの状況を確認することにより、違いが生じた要因と改善のための方策（他の専門研修プログラムとの調整等を含む）を検討することが可能となる。（表 1(1)-15～17）

さらに、これらを診療科別に収集・分析することにより、専攻医の診療科偏在の状況を把握することも可能となる。（表 1(1)-18～25）

(1) 以上は、各年度あるいは年度間における地域・診療科別の専攻医の偏在に関する横断的・後方視的な検討であるが、専門研修プログラムにおける毎年の新規登録専攻医数と各専攻医の研修プログラムの内容を一元的に集約し、過年度登録者のプログラム変更等があれば適宜修正することにより、少なくとも3年先までの前方視的な検討を行うことが可能となる。

この場合、必要な情報は各研修プログラムの専攻医数と各地域・診療科の専攻医数のみであることから、県において集計・分析時に十分な配慮を行うことにより、専攻医の個人情報は保護されるものと考えられる。

また、これらの検討により得られた結果は、県内の関係者等で共有することにより、次年度以降に研修を開始する専攻医の研修施設の検討に活用できるほか、静岡県医療対策協議会（医師確保部会を含む）における専攻医の地域・診療科の偏在対策の検討として、必要に有用であると考えられる。

さらに、臨床研修医や医学生に対する、進路選択の参考情報としての活用も可能であると考えられる。

いずれにしても、今後は、基幹施設の所在地域（二次医療圏、以下同じ）のみに着目することなく、研修プログラムごとの連携施設の所在地域や、登録された専攻医のプログラムの内容にも着目し、個人情報の保護にも十分配慮しつつ、県内の専攻医の研修状況をきめ細かく把握することにより、専攻医の地域・

診療科による偏在の解消に向けた取組を進めていく必要がある。

※12 本報告書作成時点では、令和3年度（2021年度）の専門研修プログラムにおける診療科別専攻医数は把握できなかったため、表10でプログラム数のみ掲載し、以下の図表では令和2（2020年度）までの数値を掲載した。

⑤ サブスペシャリティ領域の専門研修

新たな専門医制度が開始され間もなく3年が経過し、一部の基本領域（診療科）では、初年度に研修を開始した専攻医が今年度末で専門研修を修了する予定であり、来年度からは、専門医制度の二階建て部分であるサブスペシャリティ領域での専門研修に進むこととなる。

専門医機構では、内科、外科、放射線科のサブスペシャリティ領域を認定し、（さらに他の領域について検討を進めている。（図1(1)-24～27）

今後は、県内に研修施設があるサブスペシャリティ領域の研修プログラムに関する情報を収集し、基本領域の研修修了後における専攻医の動向やサブスペシャリティ領域の専門研修の実施状況等を把握していく必要がある。

⑥ 医学修学研修資金貸与制度とキャリア形成プログラム

静岡県では、地域枠の入学選抜方式の見直しと併せて、地域枠を含む奨学金制度利用者等に適用されるキャリア形成プログラムを定めている。（図1(1)-28・29）

令和2年度（2020年度）以降、地域枠や地域枠以外で奨学金制度を利用する学生は、卒業後9年間、キャリア形成プログラムに参加して県内の研修病院で卒後研修等を行うことにより、貸与された奨学金の返還免除を受けることができる。

専門研修では、令和10年度（2028年度）から、毎年50～60人規模の奨学金利用者が専門研修プログラムに参加することになり、令和2年度（2020年度）における専攻医数の約1/3程度を占めることが見込まれる。

そのため、臨床研修と同様、地域枠の研修希望者と地域枠以外の研修希望者との間に不公平感が生じないように選考方法等を設定するとともに、地域枠の研修希望者が県内の研修施設で専門研修を行うことにより、最終的に県内への定着につなげていく仕組みを構築しておく必要がある。