

本件問合せ先
（一社）全国医学部長病院長会議事務局
TEL：03-3813-4610
FAX：03-3813-4660
Mail：info@ajmc.jp

全国医学部長病院長会議

令和6年度 第2回定例記者会見資料

令和6年11月29日(金)



一般社団法人 全国医学部長病院長会議
Association of Japan Medical Colleges

1. 医師偏在に対する大学病院の取り組みについて
2. 大学病院の現状と課題

1. 医師偏在に対する大学病院の取り組みについて

地域の医療及び医師養成の在り方に関する委員会

委員長 大屋 祐輔

都道府県ごとの人口10万対医師数（上段）と、医師偏在指標（下段）

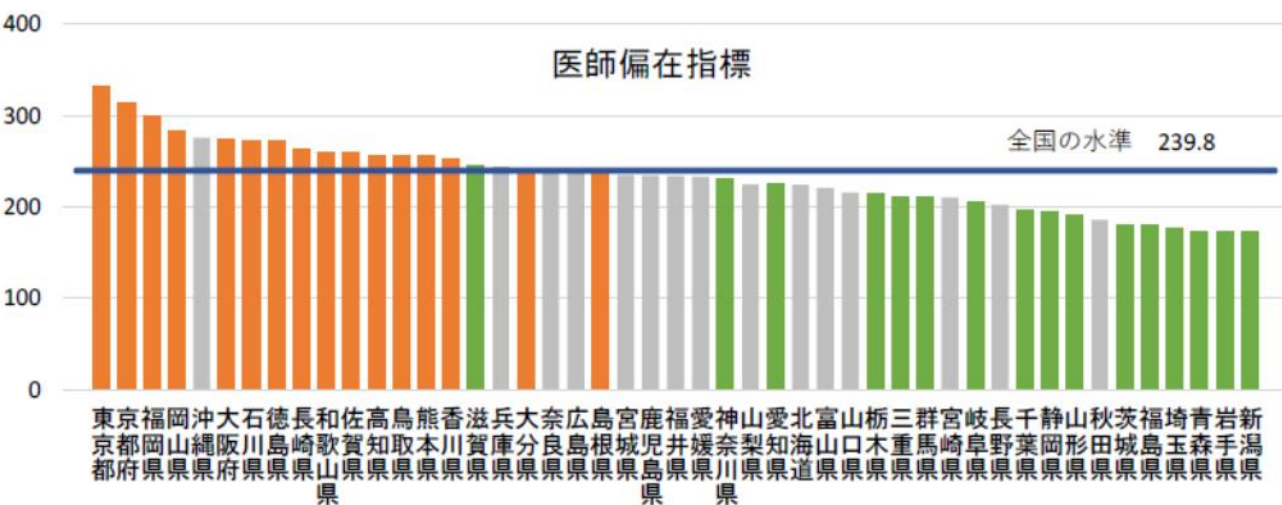
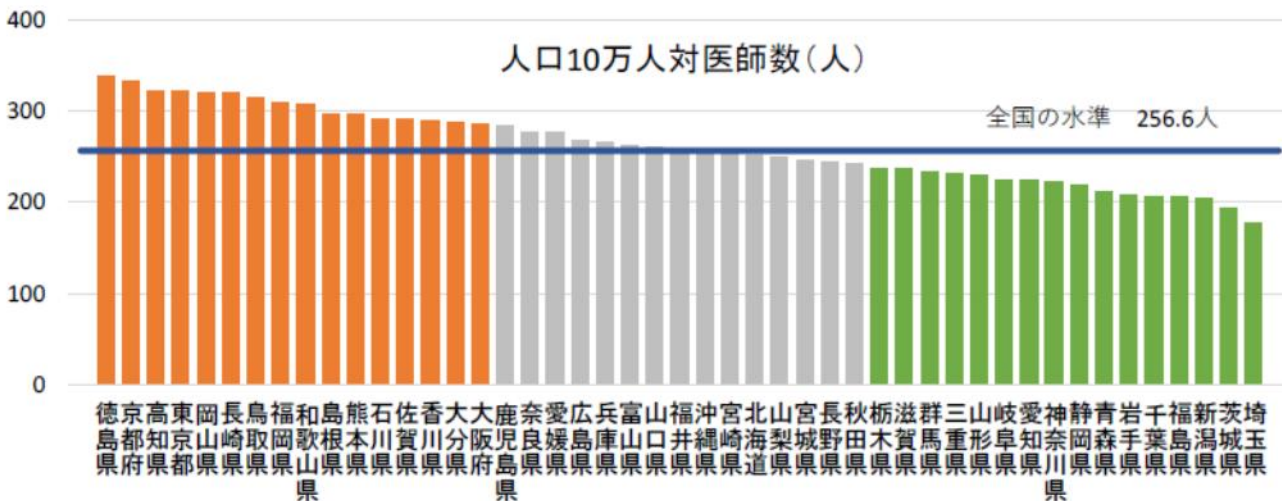
人口10万人あたり医師数と
医師偏在指標*とは
必ずしも一致しない

表2：医師偏在指標の計算式の概要

医師偏在指標	標準化医師数		性年齢階級別医師数ごとに労働時間を加味した標準的な医師数
	$\frac{\text{地域の人口}}{10万}$	\times 地域の標準化受療率比	性年齢階級別人口ごとの受療率を加味した標準的な受療率

出典：厚生労働省資料を基に作成
注：地域の標準化受療率比については、無床診療所における需要や入院需要を加味するなど計算式が詳細に決まっているが、ここでは概要にとどめる。

* 地域の必要な標準的な医療需要と医師の年齢性別での標準化した労働時間より医師不足の指標を算出



(注) 棒グラフについて、人口10万人対医師数が上位33.3%の都道府県をオレンジ、中位33.3%の都道府県をグレー、下位33.3%の都道府県をグリーンで示した。
(出所) 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」、「都道府県の現医師確保計画に用いられている医師偏在指標」第4回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ資料（2022年5月11日）より大和総研作成

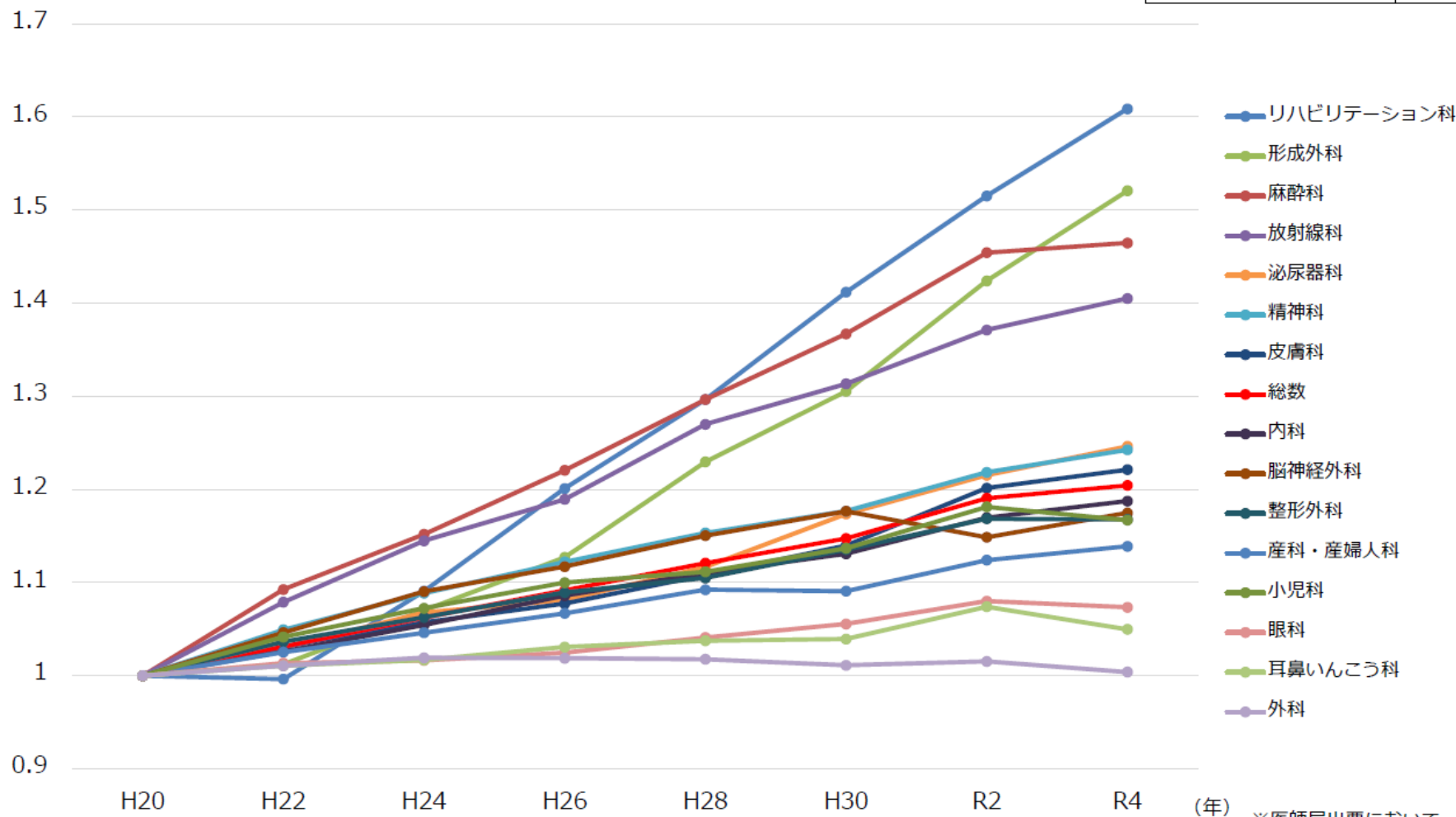
診療科別医師数の推移（平成20年を1.0とした場合）

令和6年9月5日医療部会資料

令和6年9月30日新たな地域医療構想等に関する検討会資料

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



※内科・・・内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科
 ※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

※医師届出票において、主たる診療科として選択された診療科を集計

第8次医療計画等検討会での検討（厚生労働省）

令和6年9月5日医療部会資料

令和6年9月30日新たな地域医療構想等に関する検討会資料

医師確保対策に関する取組（全体像）

令和4年5月11日 第4回地域医療構想及び医師確保計画に関するWG資料(一部改)

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

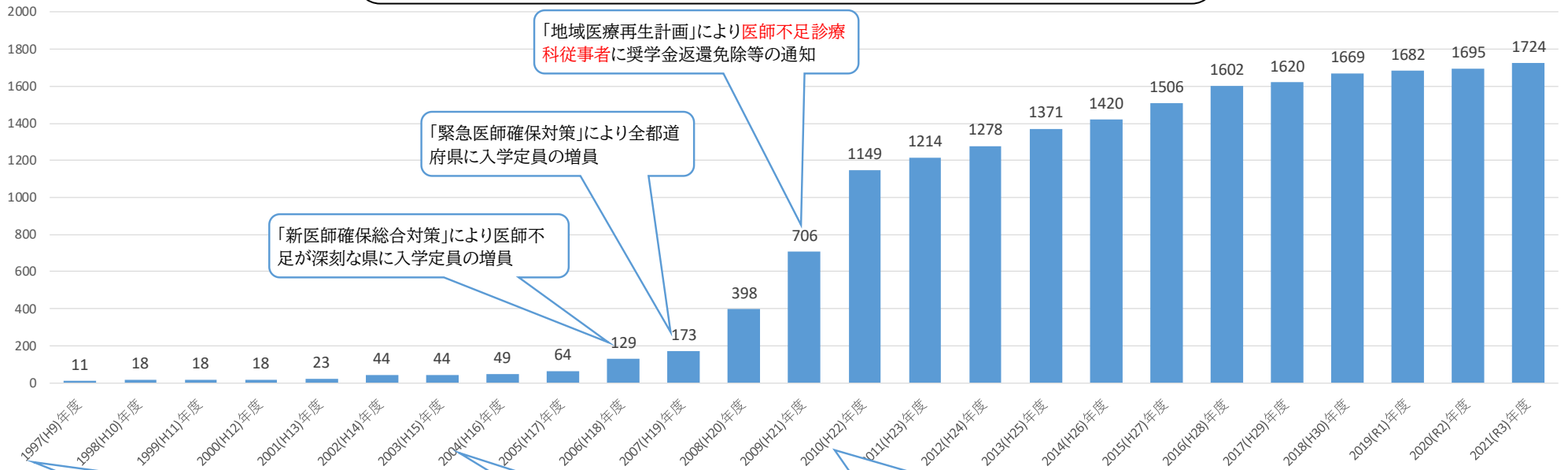
医師の働き方改革

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

地域枠定員数の推移

地域枠定員数の推移



「財政構造改革の推進について」(閣議決定)において「医療提供体制について、大学医学部の整理・合理化も視野に入れつつ、引き続き医学部定員の削減に取り組む」との見解

卒後臨床制度実施

奨学金を給付する「地域枠」制度開始
「研究医枠」実施H22・23年度で23人

文部科学省提供の会議資料を基にAJMC事務局作成

- ① 地域枠は1997年度から設けられており、当初は自大学に残る卒業生が少ないことから各大学が独自に入学定員の中で設けてきたもの。
- ② 数が増加してきたのは、卒後臨床研修義務化が始まりマッチングによる初期臨床研修制度の実施(2006年度)から。
- ③ 医学部定員は、1973年度無医大県構想により増加、1986年から10%程度削減を目指したが、2006年頃から医師不足が問題となり、2010年「地域枠」の制度が開始された。2010年の「新成長戦略」(H22.6.18閣議決定)において「医師養成数の増加・・・」の見解が示された。

地域枠及び地元出身者枠の概要

地域枠及び地元出身者枠の概要

第8回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ

資料1

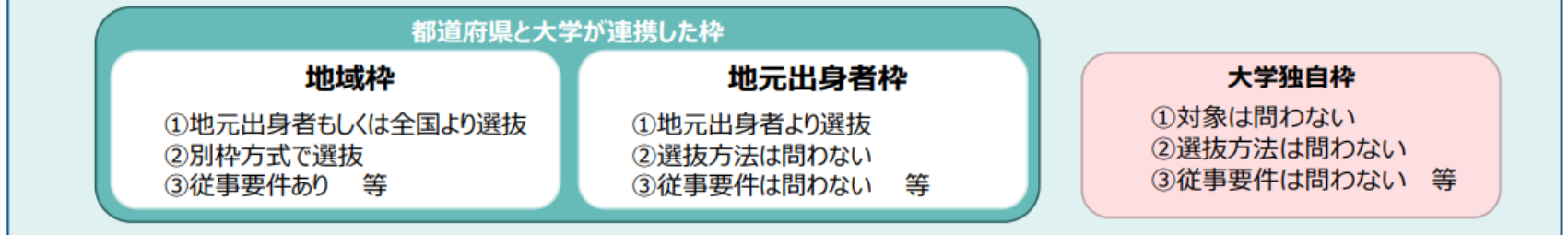
令和4年10月12日

(1) 地域枠及び地元出身者枠の概要

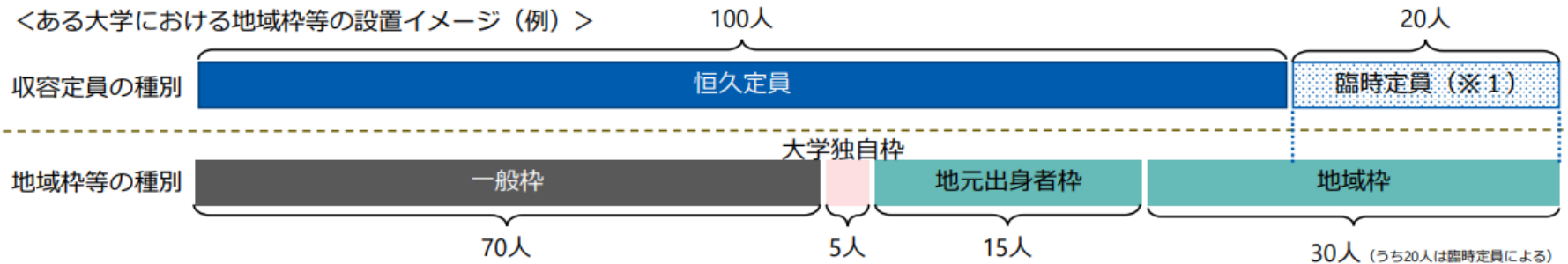
- 大学が、卒後に特定の地域や診療科で診療を行うことを条件とした選抜枠を設け、他の入学者と区別して選抜を行う仕組み。(一般入学者から募集する等の方法も一部あり)
- 平成20年度以降、地域枠等を中心に医学部定員数を暫定的に増加し、令和元年度には9,420人に達した。令和2年度以降については、全体として令和元年の医学部総定員を超えない範囲で、臨時定員増員の申請を認めている。

現在の枠組みの概要 (令和4年～)

※1) 臨時定員の設置にあたっては、地域枠の定義を満たしている必要がある



＜ある大学における地域枠等の設置イメージ (例)＞



(2) 地域枠及び地元出身者枠の要請権限

- 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、都道府県知事から大学に対する地域枠及び地元出身者枠の設定・拡充の要請権限が創設された。



医師確保計画ガイドラインにおいて、地域枠及び地元出身者枠設定の考え方等について具体的に記載

令和5年度 地域枠入学制度と地域医療支援センターの 実情に関する調査報告 概要 (令和6年3月)

■ 報告書の取り扱いについて ■

本報告書は、文部科学省の大学改革推進委託費による委託業務として、全国医学部長病院長会議が実施した「大学における医療人養成の在り方に関する調査研究委託事業(地域医療に従事する医師の確保・養成のための調査・研究)」の成果を取りまとめたものです。従って、本報告書の複製、転載引用等には文部科学省の承認手続きが必要です。

■ 報告書掲載ページ ■

<https://ajmc.jp/activities/result/area-committee/>

1. 本調査における分類について

制度区分

本調査では、①奨学金の有無、②選抜時期、③義務履行年数設定の有無により制度区分を設けた。

A: 奨学金を支給する制度

A1: 別枠で入学選抜を実施し、卒後一定の年数の義務履行を課すもの

A2: 入学後選抜し、卒後一定の年数の義務履行を課すもの

B: 奨学金を支給しない制度

B1: 別枠で入学選抜し、卒後、一定の年数の義務履行を課すもの

B2: 別枠で入学選抜するが、卒後義務履行年数が明示されていないもの

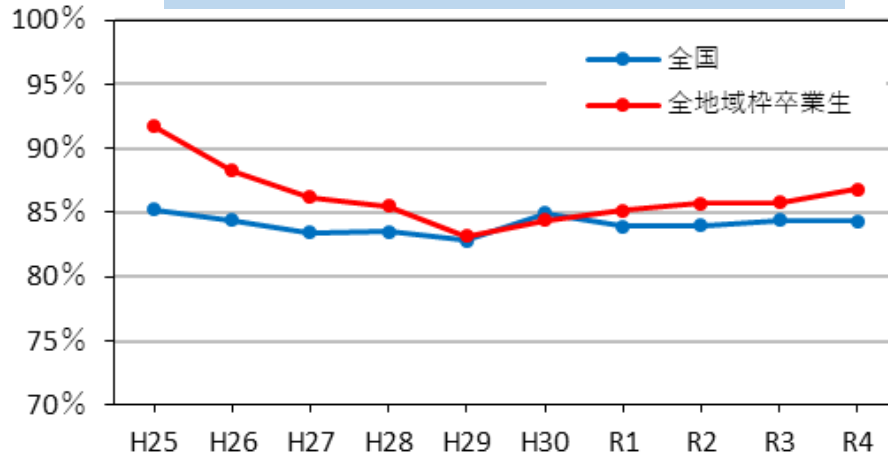
【注意すべきポイント】

別枠入学選抜で奨学金がある制度(A1)と奨学金を支給しない制度(B1)とでは、義務履行の内容が異なる。

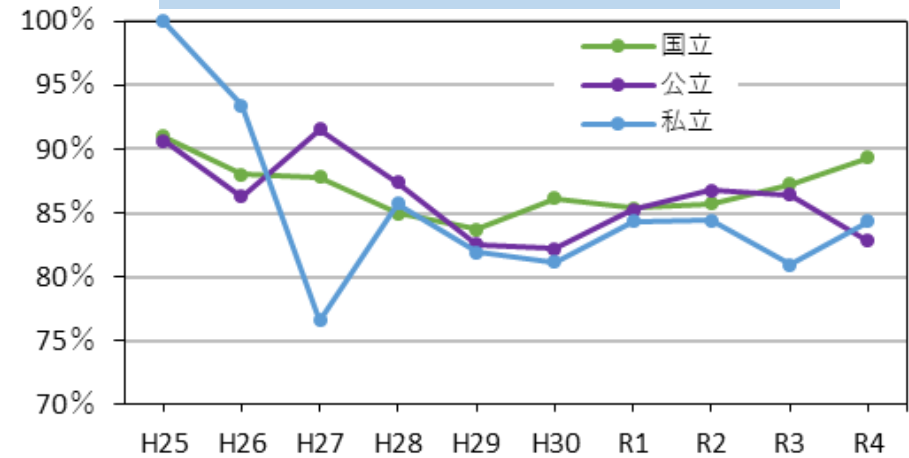
地域によるが、A1は離島・へき地勤務義務がある場合があり、診療科が指定されることもあるが、B1はその都道府県に残ればよいだけのことが多い。

2. ストレート卒業者の推移

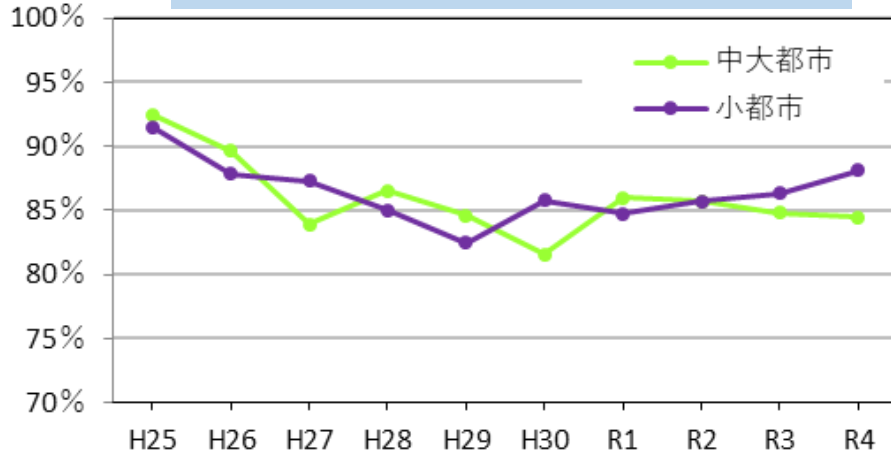
ストレート卒業者の推移（全地域卒）



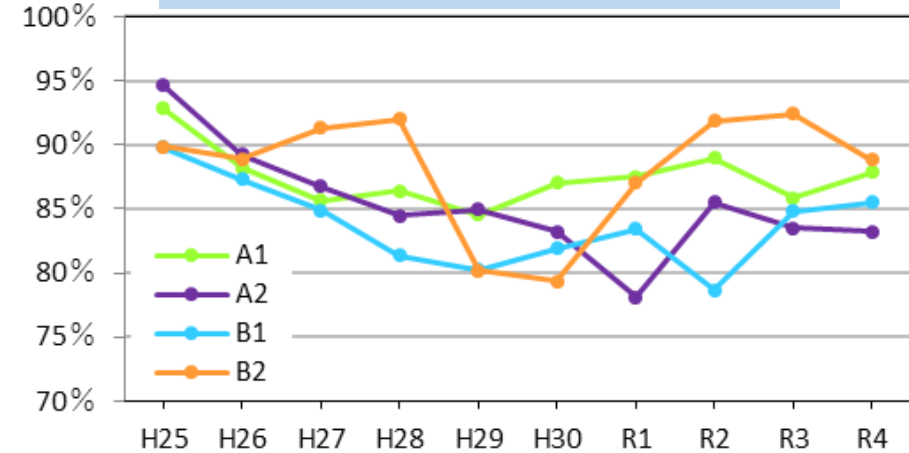
ストレート卒業者の推移（大学設立別）



ストレート卒業者の推移（都市別）



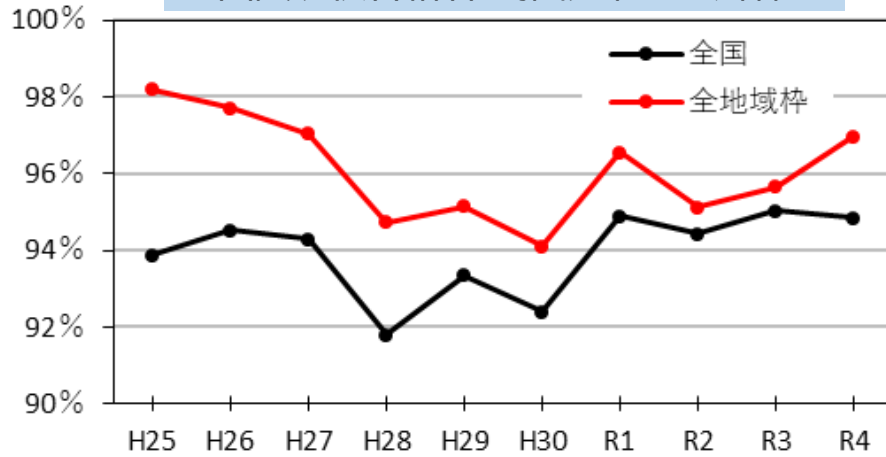
ストレート卒業者の推移（制度区分別）



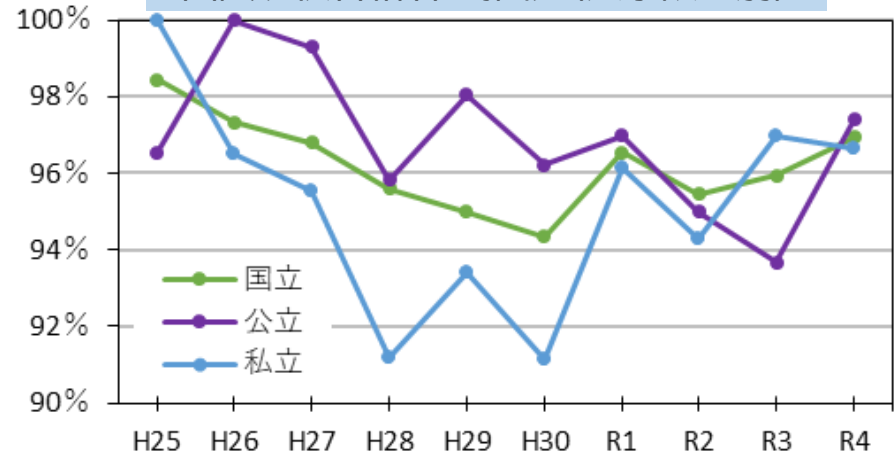
- 地域枠制度創設当初は、全地域卒のストレート卒業率が全国を上回っていたが、徐々に両者は近似してきた。ただ、R元年から再び全地域卒が全国をわずかに上回っている。
- 大学設立別、都市別はともに85%程度で近似していたが、R4年度に国立と小都市が上昇、公立が低下した。
- 制度区分別では、B2、A1、B1、A2の順となっていた。

3. 国家試験現役合格者の推移

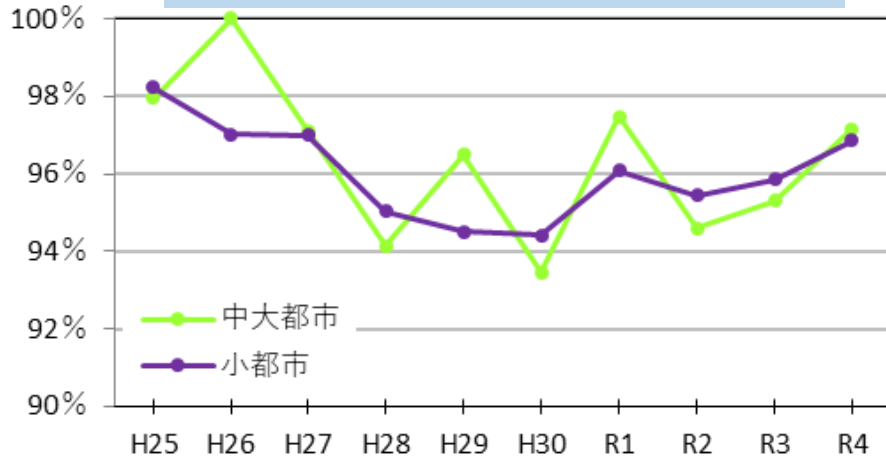
国試現役合格者の推移（全地域枠）



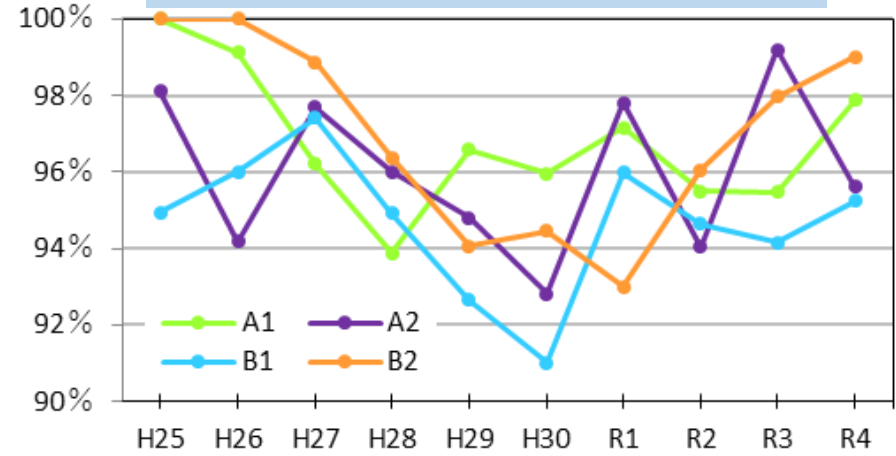
国試現役合格者の推移（大学設立別）



国試現役合格者の推移（都市別）



国試現役合格者の推移（制度区分別）



- R元年度までは全地域枠の国試現役合格率が全国を上回っていたものの、R2～3年度には両者は近似してきたが、R4年度にまた全地域枠が全国を上回った。
- 大学設立別、都市別ではそれぞれが近似していた。
- 制度区分別では、A1・B1・B2は上昇し、定員数の少ないA2は低下した。

4. 義務履行先の地理区分

医師国家試験合格以降の状況（義務履行先の地理区分）

	全地域枠	国立	公立	私立
回答数	4,566 (%)	2,870 (%)	923 (%)	773 (%)
1. 過疎地等医師不足地域 (人)	1,433 31.4	908 31.6	239 25.9	286 37.0
2. 医師不足でない地域	3,133 68.6	1,962 68.4	684 74.1	487 63.0

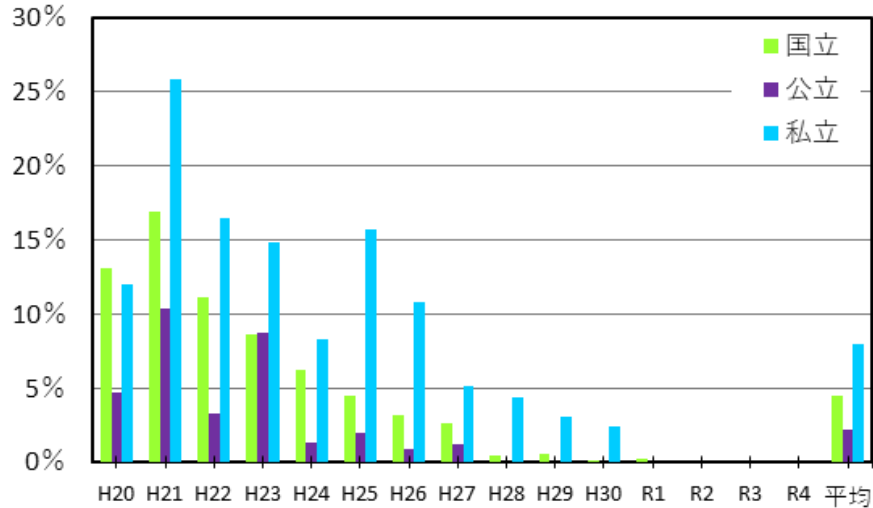
	中大都市	小都市	A1	A2	B1
回答数	1,548 (%)	3,018 (%)	2,684 (%)	598 (%)	1,284 (%)
1. 過疎地等医師不足地域 (人)	653 42.2	780 25.8	925 34.5	214 35.8	294 22.9
2. 医師不足でない地域	895 57.8	2,238 74.2	1,759 65.5	384 64.2	990 77.1

- 医師不足でない地域での勤務が68.6%を占め、医師不足地域での勤務が31.4%と少なかったが、R4年度調査と比較すると医師不足地域での勤務がやや増加していた(30.7%→31.4%)。
- 医師不足地域での勤務割合は、大学設立別で多い方から私立(37.0%)・国立(31.6%)・公立(25.9%)の順であった。
- 医師不足地域での勤務割合は、制度区分別ではA2(35.8%)、A1(34.5%)、B1(22.9%)であった。

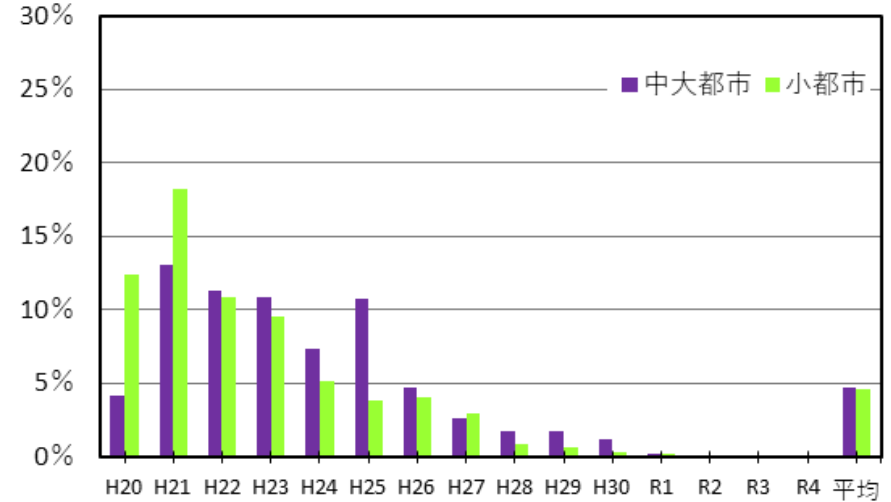
5. 離脱率の推移

※ 離脱率 = 離脱者 / 入学者

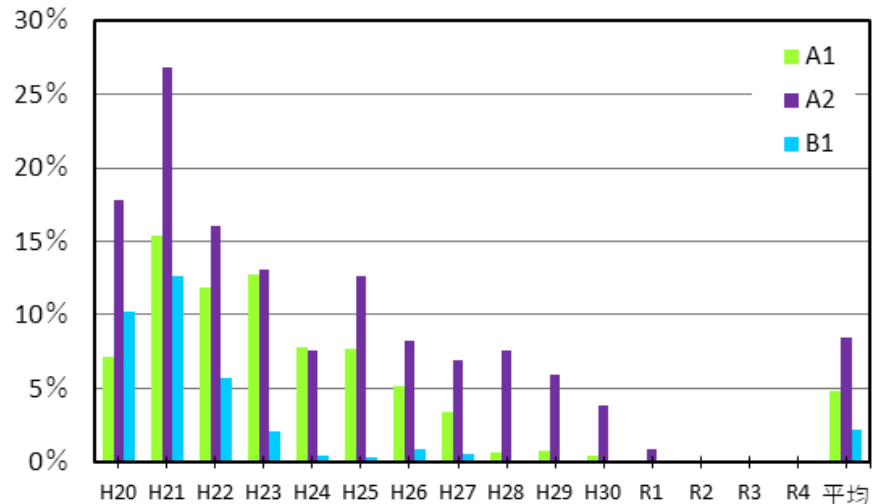
離脱率の推移 (大学設立別)



離脱率の推移 (都市別)

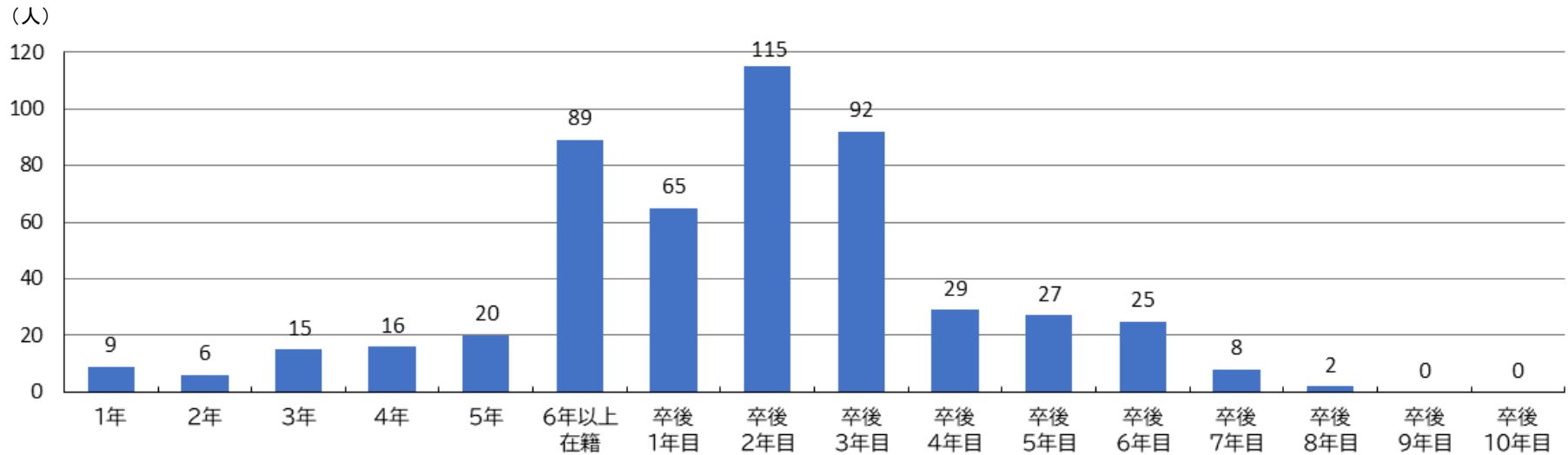


離脱率の推移 (制度区分別)



- 大学設立別では、私立が182人(5.4%)で高く、公立大学は38名(1.2%)で低かった。
- 都市別では、中大都市は3.4%で、小都市の3.3%よりやや高かった。
- 離脱率は、A2区分で9.1%と高く、次いでA1区分(3.4%)、B1区分(1.1%)の順であった。

6. 入学後の年数別離脱者数



離脱理由	全地域枠	国立	公立	私立	中大都市	小都市	A1	A2	B1
1 専門研修 (人)	23	11	6	6	5	18	17	6	0
2 大学院入学	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3 健康上の理由	17	11	2	4	4	13	14	3	0
4 県外への居住地変更	91	72	0	19	13	78	40	22	29
5 その他個人的理由	270	135	24	111	123	147	176	74	20
6 不明	117	69	6	42	56	61	67	49	1
7 所在不明・その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0
計	518	298	38	182	201	317	314	154	50

- 離脱時期としては、6年以上在籍から卒後3年目までが多かった。
- 離脱理由としては、「その他の個人的な理由」(52.1%)が最も多く、次いで「不明」(22.6%)、「県外への居住地変更」(17.6%)の順で、「専門研修」(4.4%)は少なかった。

7. 離脱理由（厚生労働省調べ）

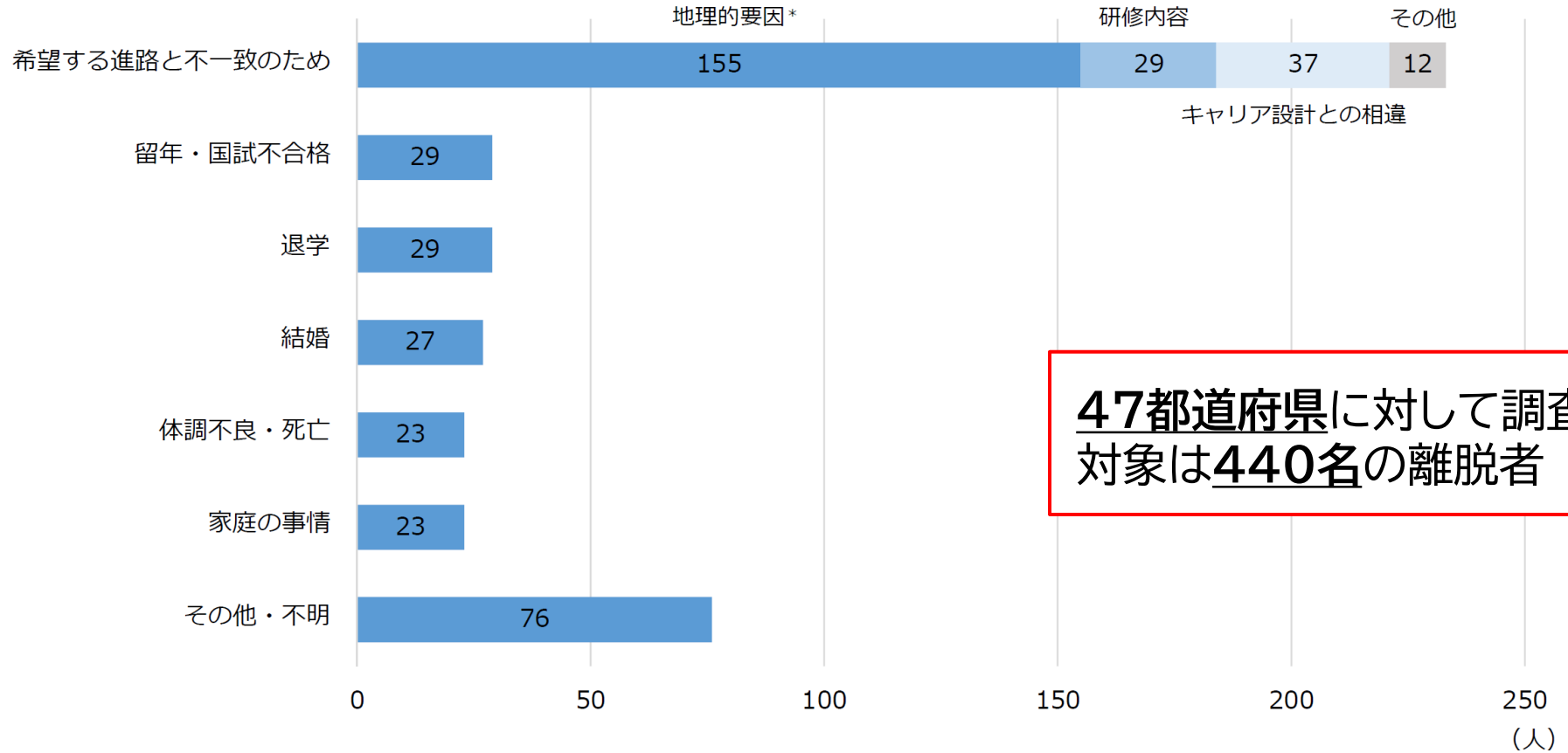
地域枠等学生・医師の離脱理由

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

資料1

令和2年3月12日

- 地域枠の適応となった学生・医師の離脱理由で最も多い理由は「希望する進路と不一致のため」であった。
- 次いで、「自己都合（理由不明）」、「留年・退学」、「結婚」の理由が多く見られた。



出典：地域枠履行状況等調査(令和元年度) 厚生労働省調べ（回答があった、47都道府県の回答を元に集計）

* 解析対象は、平成20年～31年に地域枠で医学部に入学し、その後離脱した者のうち離脱理由の回答があった440名。

* 地理的要因の回答には、「希望する施設が他県であったため」や「出身地に戻りたいため」等が含まれる。

* その他の回答の内訳は、「従事義務への負担感」、「他団体の修学資金の利用」、「制度への不満」等。

* 離脱者の中には、都道府県や大学が地域枠からの離脱を妥当としていない者が含まれる。

8. 離脱防止への努力

● 大学

- 地域医療や地域枠を担当する専任教員の確保
- 総合診療や総合的診療能力を学ぶ機会の増加
- 寄付講座の設置
- 地域医療教育や地域での臨床実習の充実
- 成績が優れない学生へのサポート
- 離脱しそうな地域枠学生や卒業生へのアプローチ

など

● 都道府県

- 地域医療介護総合確保基金等による医学部や大学病院への補助事業（寄付講座や地域医療支援センターの設置を含む）
- 地域枠のキャリアパスを担当する自治体職員の配置
- 地域医療支援センターの設置（再掲）
- キャリアコーディネーターの設置
- キャリア形成支援プログラムの策定と実施支援
- キャリア形成卒前支援プランの策定と実施支援

など

さまざまな対策の結果

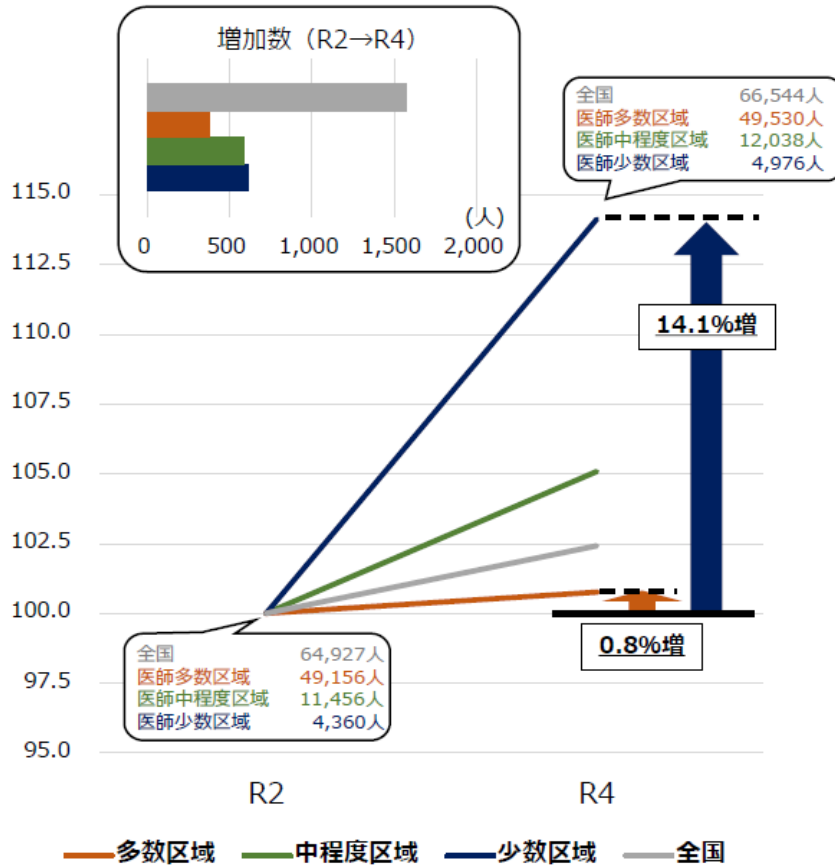
医師の流出入に関する状況

参考

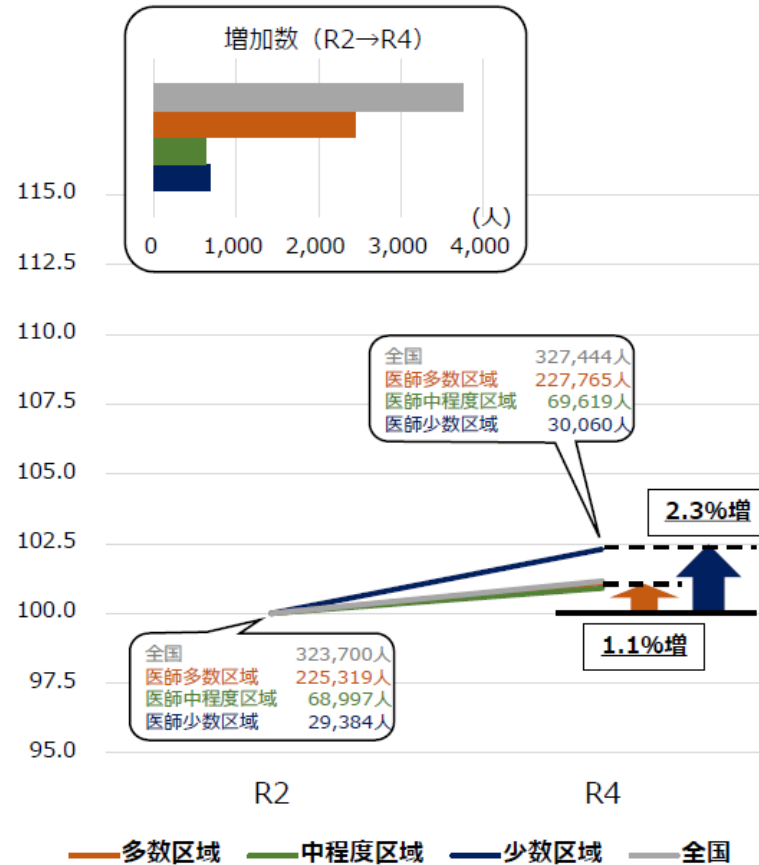
二次医療圏別における医療施設従事医師数推移（令和2年を100とした場合）

- 医師少数区域では、その他の区域と比較して、特に若手医師（35歳未満）の増加数及び増加率ともに大きい。
- 全ての世代の医師については、医師少数区域における増加率はやや大きいものの、増加数は小さい。

35歳未満医療施設従事医師数の推移



医療施設従事医師数の推移



※医師多数/中程度/少数区域：第7次医師確保計画における二次医療圏ごとの医師偏在指標に基づく集計

出典：医師・歯科医師・薬剤師統計（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

医師偏在是正に向けた総合的な対策(厚生労働省)

令和6年9月5日医療部会資料

第9回新たな地域医療構想等に関する検討会

資料1

令和6年9月30日

近未来健康活躍社会戦略
(令和6年8月30日厚生労働省)

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		
	◆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		
③実効的な医師配置	◆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

62

20

新たな地域医療構想で考えられている医療機関機能

第8回新たな地域医療構想等に関する検討会
令和6年9月6日

資料1

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

4

大学病院による医師の派遣機能

第8回新たな地域医療構構等に関する検討会
令和6年9月6日 資料1

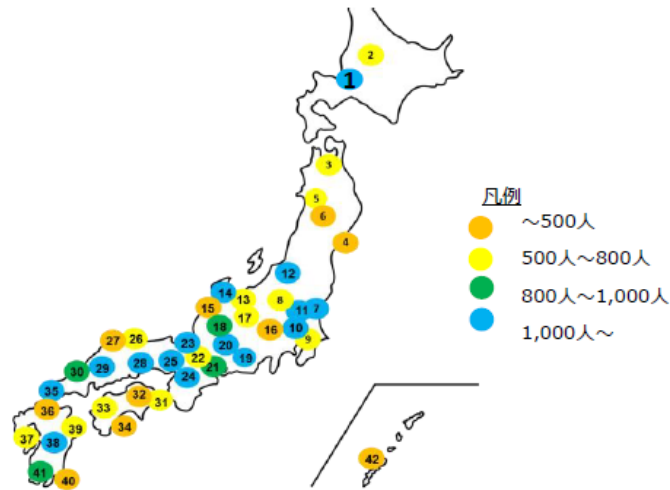
大学病院による医師の派遣機能

R5.5.26 「今後の医学教育の在り方に関する検討会（第1回）資料4より作成

大学病院は、常勤医師の派遣や代診医等の派遣を通じて、所在する都道府県の外も含め、約6万人程度の常勤医師の派遣等、医療提供体制の確保に貢献している。

国立大学病院からの常勤医師派遣状況

令和3年6月時点で、国立大学病院42病院から43,157人の医師を常勤医師として全国に派遣

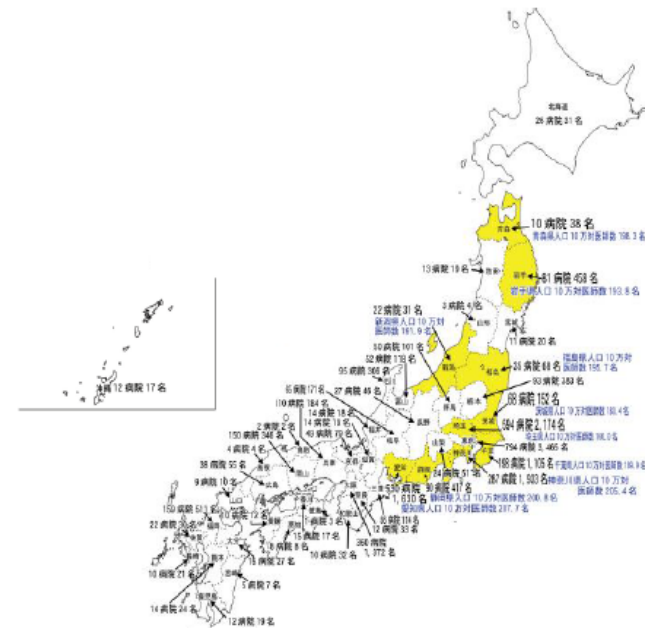


出典：R4.6.24 国立大学病院長会議 記者会見資料（「国立大学病院 病院機能指標」国立大学病院長会議データベース管理委員会調べ）

国立大学病院長会議調査「国立大学病院を主たる勤務先としている医師の派遣・兼業先の件数について」（令和5年3月現在）

私立大学からの常勤医師派遣状況

平成31年1月時点で、私立大学29大学から、4,279の医療機関に対し、15,685人の医師を常勤医師として派遣



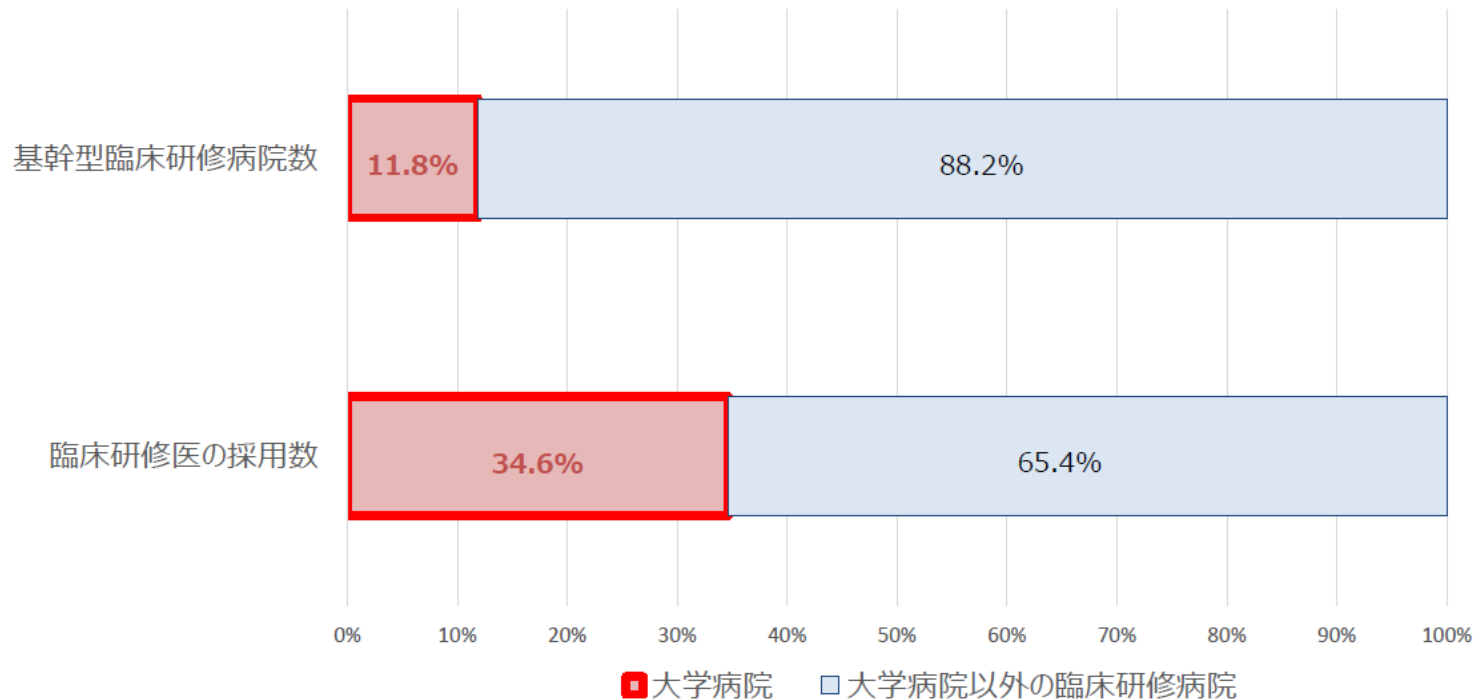
※ 厚生労働省大臣官房統計情報部 平成28年「医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」（平成28年12月31日現在）より、都道府県（従業地）別にみた医療施設に従事する人口10万対医師数が少ない県10番目までの県は黄色で表示されている。

出典：日本私立医科大学協会「加盟大学における地域医療体制に関する調査」（平成31年1月現在）

臨床研修医はどこで働いているのか？

臨床研修を行う病院や臨床研修医の採用数における大学病院のシェア

臨床研修が行われる病院のうち大学病院が占める割合は約12%、臨床研修医の採用数のうち大学病院の割合は約3分の1となっており、臨床研修制度において、大学病院が医育機能を一定程度担っている。



資料出所：厚生労働省医政局医事課調べ（令和6年4月1日現在）

大学病院だけがミッションとして派遣を行うのか？

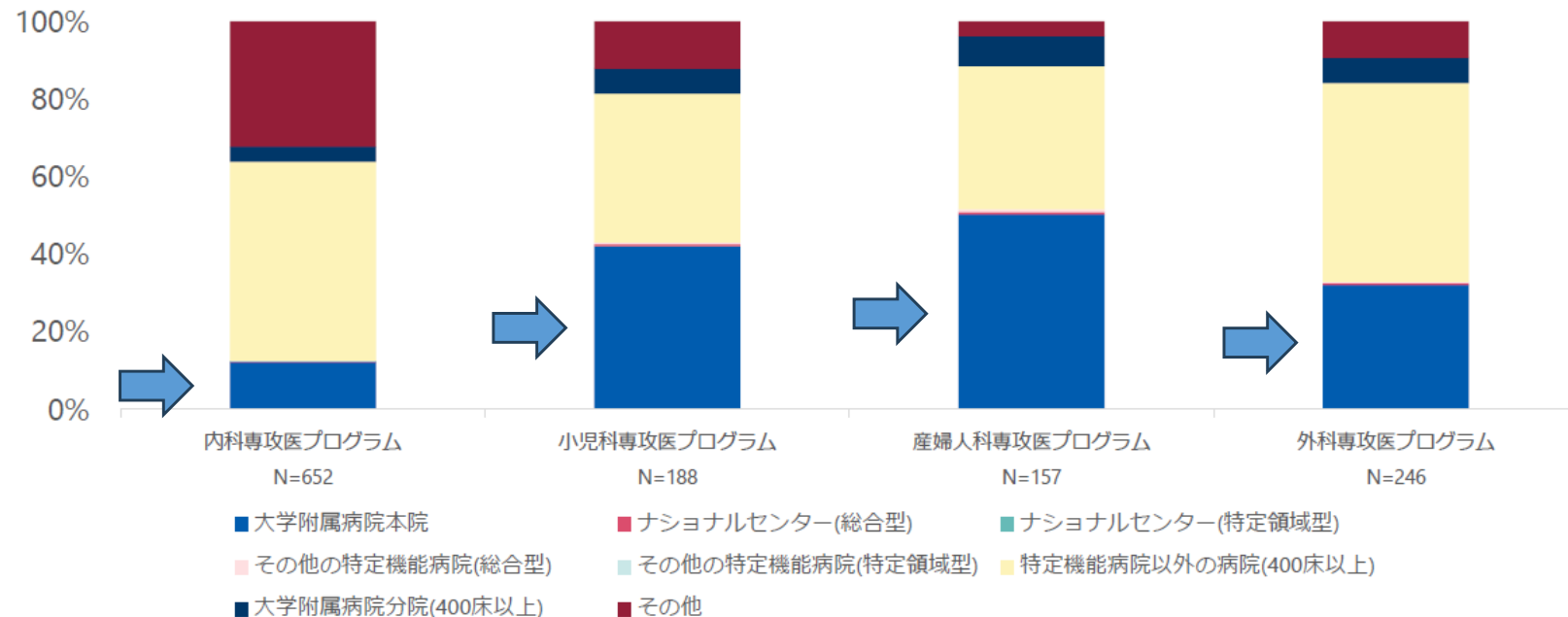
専門研修プログラムを提供する基幹病院の病院類型

専門医研修プログラムを提供する基幹施設の病院類型ごとのシェア

第20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 2-2 一部改
令和6年7月3日	

専門医研修プログラムを提供する基幹施設について、大学病院本院は、全施設数のうち、内科専攻医プログラムで1割、小児科専攻医プログラムで4割、産婦人科専攻医プログラムで5割、外科専攻医プログラムで3割程度を占める。

専門医研修プログラムを提供する基幹施設の病院類型ごとのシェア



※ 各学会及び各大学webサイトをもとに厚生労働省で集計

大学病院だけがミッションとして派遣を行うのか？

派遣を行うには大学に人がいることが重要

- 臨床研修制度により研修医が市中病院で働くことが増え、大学病院の人員が不足した
 - 第一次 大学人員低下による派遣機能崩壊危機が生じた
- 専門医制度で地域での内科専攻医と外科専攻医プログラムを市中病院に積極的に設置
 - 第二次 大学人員低下による派遣機能崩壊危機が生じている
- 医師偏在対策で医師不足地域に若手医師を積極的に配置(マッチング制度導入を含む)
 - 第三次 大学人員低下による派遣機能崩壊危機 **を危惧する**

参考

医師が勤務先の選択に当たって考慮する事項について

- へき地の勤務条件に対する大都市の内科系勤務医の選好の分析※1によると、勤務先選択の要因として、へき地での勤務期間の短さ、週休2日で完全にフリー(オンコールなし)になること、当直回数の少なさ等が重視されている。勤務地以外の県外住居に週末帰宅するための交通費が支給されること、へき地勤務後の高度の医療・教育機関での研修が希望できること、年間給与額が増えること等は、へき地勤務に正に有意であった。へき地医療機関より年収が637万円低くなってもへき地勤務を選ばない傾向にある一方で、へき地勤務を敬遠しない勤務医が29%存在していた。
- また、若手医師が勤務先を選択するに当たって重視する項目の分析※2によると、収入が多いこと、勤務地が過疎地・へき地・離島でないこと、休日が多いこと、当直回数が少ないこと、同科の同僚の数が多いこと等が重視される傾向がある。年収100万円増につき勤務先として選択される確率が約3.4%上昇する、へき地・離島に位置すると大都市圏に比べて勤務先として選択される確率が約15.1%低下する、休日日数が1日増えると勤務先として選択される確率が約1.2%上昇する、当直回数が1回増えると勤務先として選択される確率が約3.3%低下するなど推定されている。

※1 「へき地の勤務条件に対する大都市の内科系勤務医の選好」(佐野洋史等、日本労働研究雑誌No.680、2017)

※2 「勤務先の病院選択において若手医師が考慮する要因の研究：医師不足・偏在問題解消の政策へ向けて」(坂口一樹等、日医総研ワーキングペーパーNo.350、2015)

今時の若い医師の考えと行動(その2:診療科の選択)

診療科選択に関する内容について

令和6年9月30日新たな地域医療構想等に関する検討会資料
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。

医師少数区域で働く理由は？

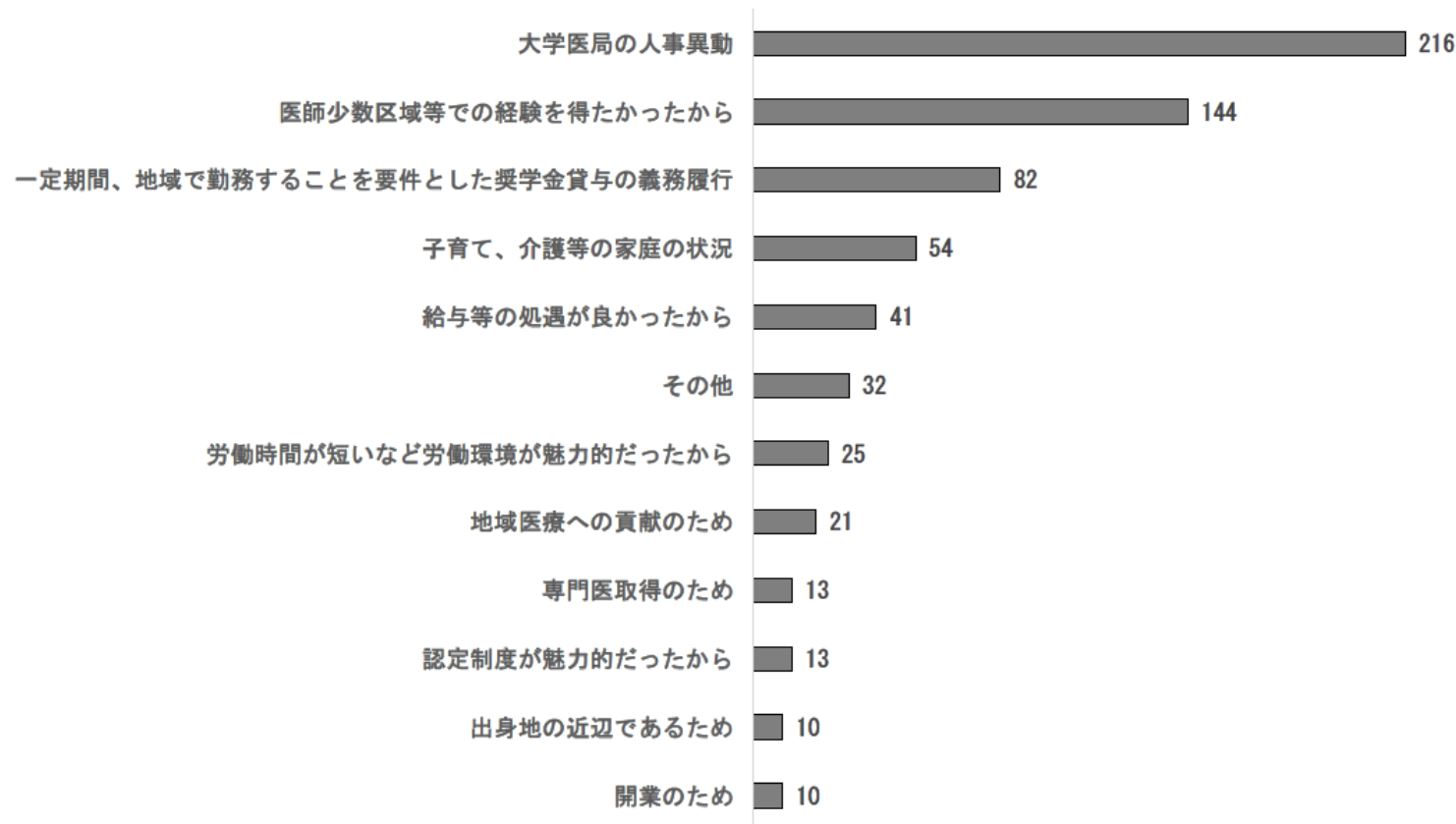
令和6年9月5日医療部会資料

令和6年9月30日新たな地域医療構想等に関する検討会資料

医師少数区域等所在病院等での勤務理由

- 令和5年3月末現在の認定医師507名の「医師少数区域等所在病院等での勤務理由」（複数回答可）は、「大学医局の人事異動」が216で最も多く、次いで「医師少数区域等での経験を得たかったから」が144、「一定期間、地域で勤務することを要件とした奨学金貸与の義務履行」が82、「子育て、介護等の家庭の状況」が54となっている。

(単位) 延べ回答数



- 新しい地域医療構想では、大学病院の医療機能報告が行われ、その中で、派遣機能や医育機能が評価されるようになる可能性が高い
- 大学病院の派遣機能を充実させるためには、大学病院に人が集まっている必要があるが、現在はむしろ遠心力が働いている(研修医マッチング、専門医制度、大学病院は多忙であり、給与が安いなど)。
- 若い医師の考えや行動は、突飛なものではなく、今の時代の若者のそれを反映している

2. 大学病院の現状と課題

全国医学部長病院長会議 会長

相良 博典

【教育関連】

1. 教育、研究、医療による貢献

2. 学部教育、卒後教育

3. 卒後臨床教育等の受入れ実績

1. 教育、研究、医療による貢献

教育による貢献

- ◇ 診療参加型臨床実習(学部生の受入)
- ◇ 臨床研修(臨床研修医の受入)
- ◇ 専門研修(専攻医の受入)

適切な診断・治療を提供できる **医師の育成**

研究による貢献

- ◇ 臨床研究中核病院※の認定
 - ・15認定病院のうち13大学が認定
- ◇ 臨床研究部門を設置(71大学)

- ・ **難治性疾患の原因解明**
- ・ **新しい診断法・治療法の研究開発**

※臨床研究中核病院:日本発の革新的医薬品、医療機器等及び医療技術の開発等に必要となる質の高い臨床研究や治験を推進するため、国際水準の臨床研究や医師主導治験の中心的な役割を担う病院

医療による貢献

- ◇ 高度先端医療の提供
 - ・ 陽子線治療(4大学)※1
 - ・ 重粒子線治療(2大学)※2
 - ・ 抗悪性腫瘍剤治療における薬剤耐性遺伝子検査(14大学)ほか
- ◇ がんゲノム医療中核拠点病院※3
 - ・ 13認定病院のうち9大学が認定
- ◇ 地域の医療機関への医師派遣

中核的な医療機関として **地域の医療提供体制を維持**

※1 陽子線治療:北大、筑波大、京都府立医科大、岡山大 ※2 重粒子線治療:山形大、群馬大

※3 がんゲノム医療中核拠点病院:がんゲノム医療を牽引する高度な機能を有する医療機関

2. 学部教育、卒後教育

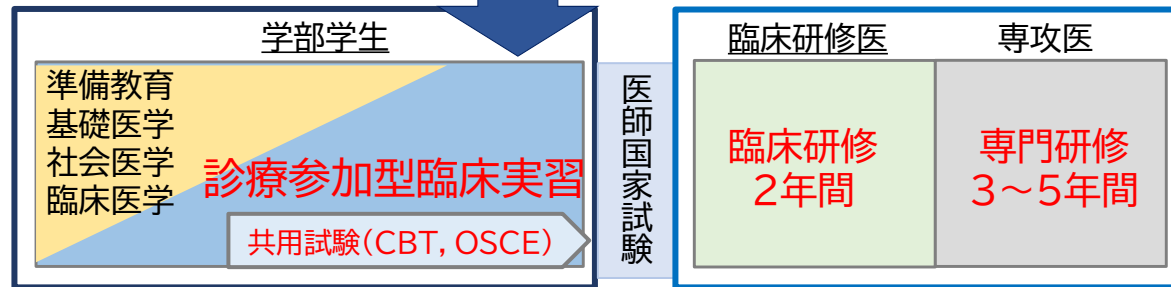
【学部教育】

○ 診療参加型臨床実習

学生が診療を見学することにとどまることなく、医療チームの一員として診療に参加して経験を積みながら学習することができる

- ◇ 2016年度: 共用試験(CBT, OSCE)の実施
・「Student Doctorとして認定」
- ◇ 2023年度: 公的化に伴い、「臨床実習生(医学) Clinical Clerkship Traineeとして認定」

臨床実習開始前の学生の能力と適正について全国的に一定水準を確保



【卒後教育】

○ 医師臨床研修制度(必修化2年間)

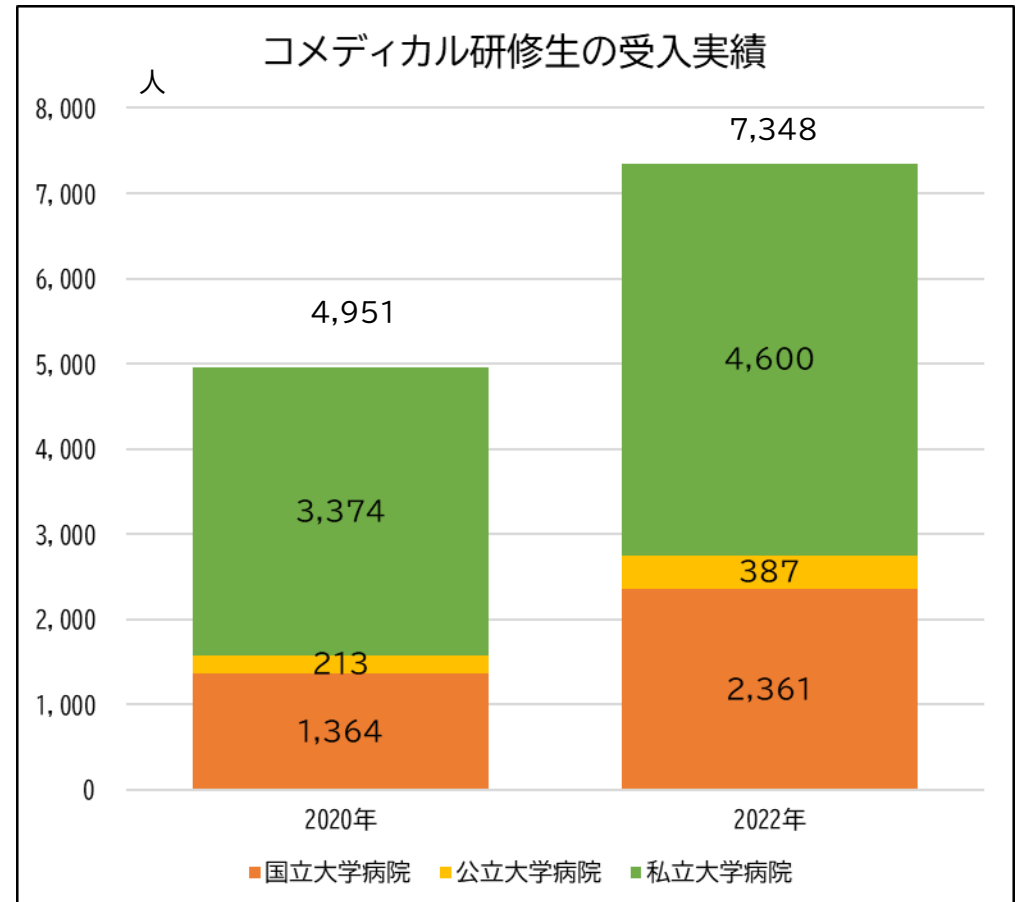
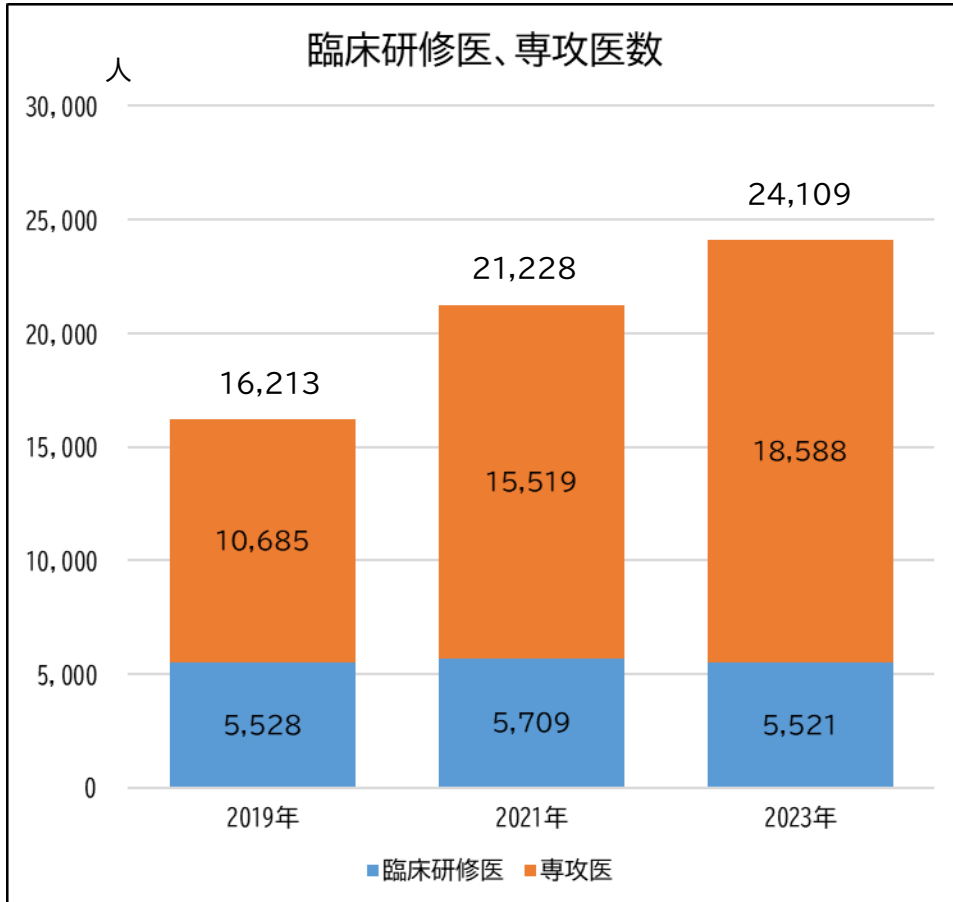
医師が、適切な指導体制の下で、医師としての人格を涵養し、プライマリ・ケアを中心に幅広く医師として必要な診療能力を効果的に身に付けることができる

○ 医師専門研修制度

専門医の養成は、第三者機関に認定された養成プログラムに基づき、大学病院等の基幹病院と地域の協力病院等(診療所を含む)が病院群を構成して実施

3. 卒後臨床教育等の受入れ ①

○ 大学病院では、**専門性の高い医療人材の養成のため**、医学部卒業前における診療参加型臨床実習に加え、医学部卒業後の臨床研修医や専門研修プログラムの専攻医、さらにはコメディカルの研修生を臨床研修病院として多数受け入れている。

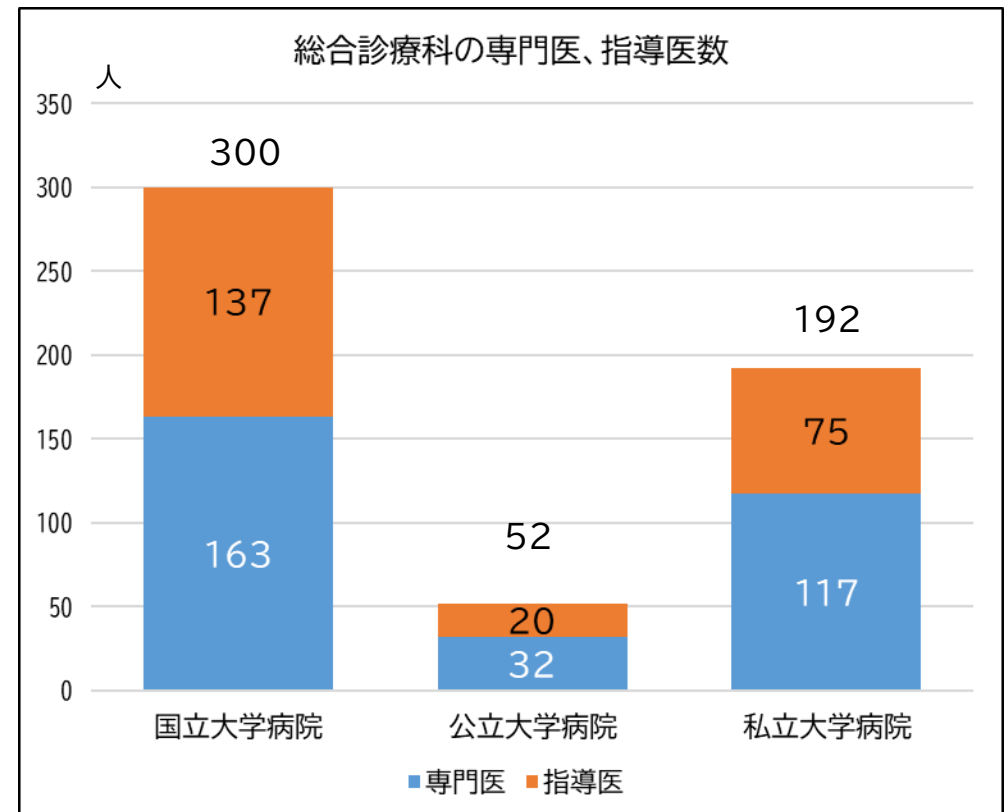
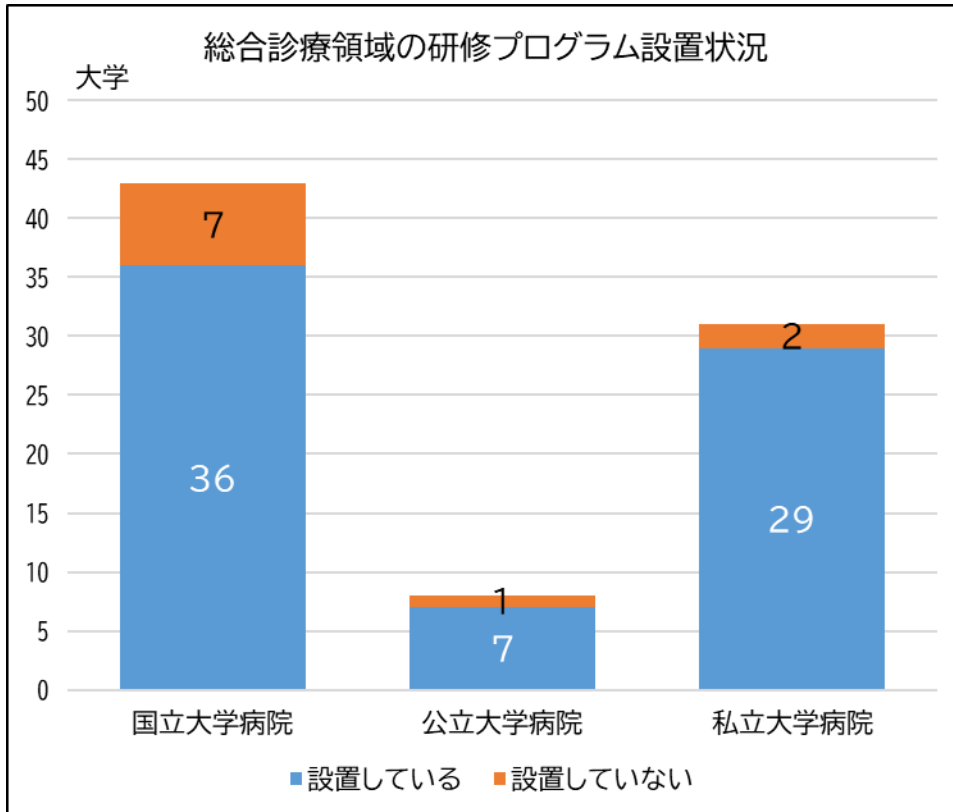


※有資格者の受入れ実績

3. 卒後臨床教育等の受入れ ②

○ 総合的な診療能力を有する医師の育成(総合診療医の育成)

- ・ 新専門医制度の総合診療領域研修プログラムを設置している大学病院および専門医数等



【研究関連】

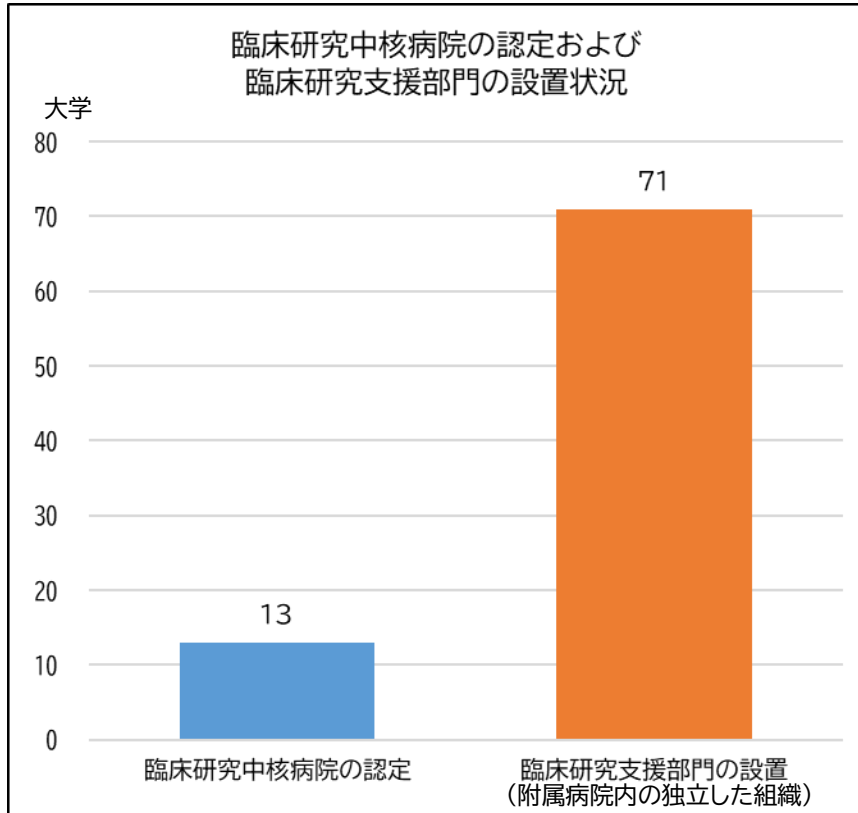
1. 研究支援組織等の整備状況

2. 研究時間の現状

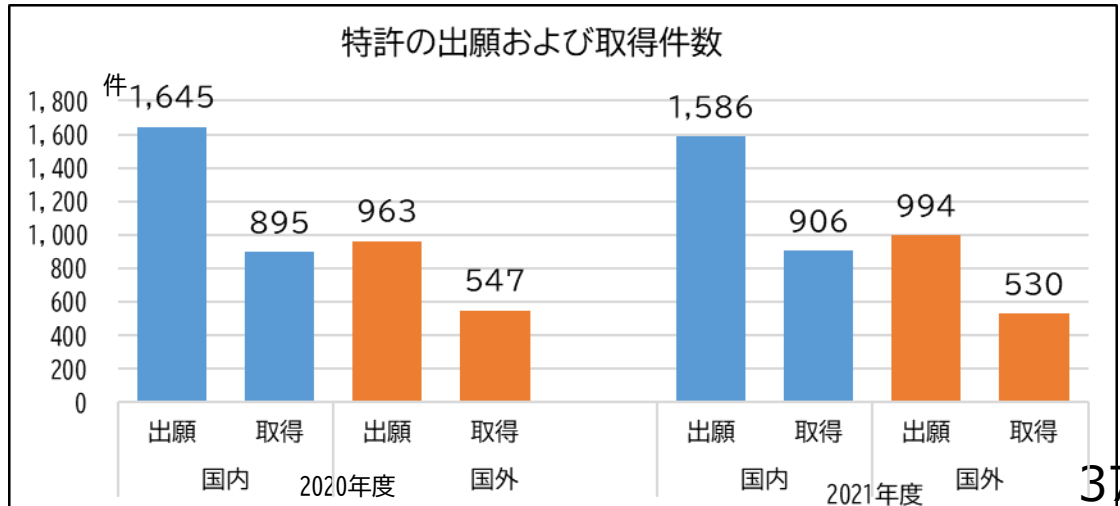
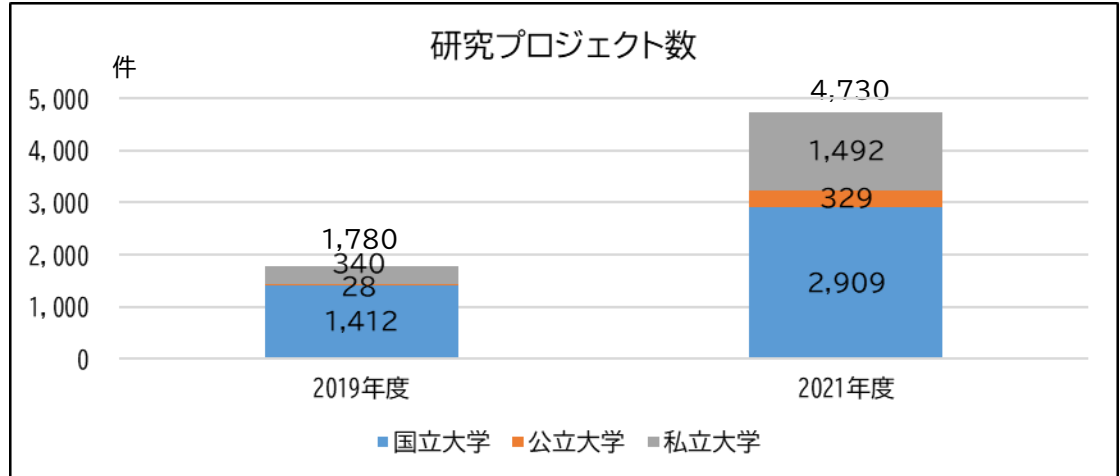
3. 臨床研究の取組例等

1. 研究支援組織等の整備状況

○ 医薬品、医療機器等及び医療技術の開発等に必要となる質の高い臨床研究や治験を推進するため中心的な役割を担う「臨床研究中核病院」15病院のうち**大学病院は13病院**が指定されている。また、**約9割の大学が研究成果を社会還元するための独立した臨床研究部門などの研究支援組織を整備**しており、研究を通じた社会貢献を行っている。

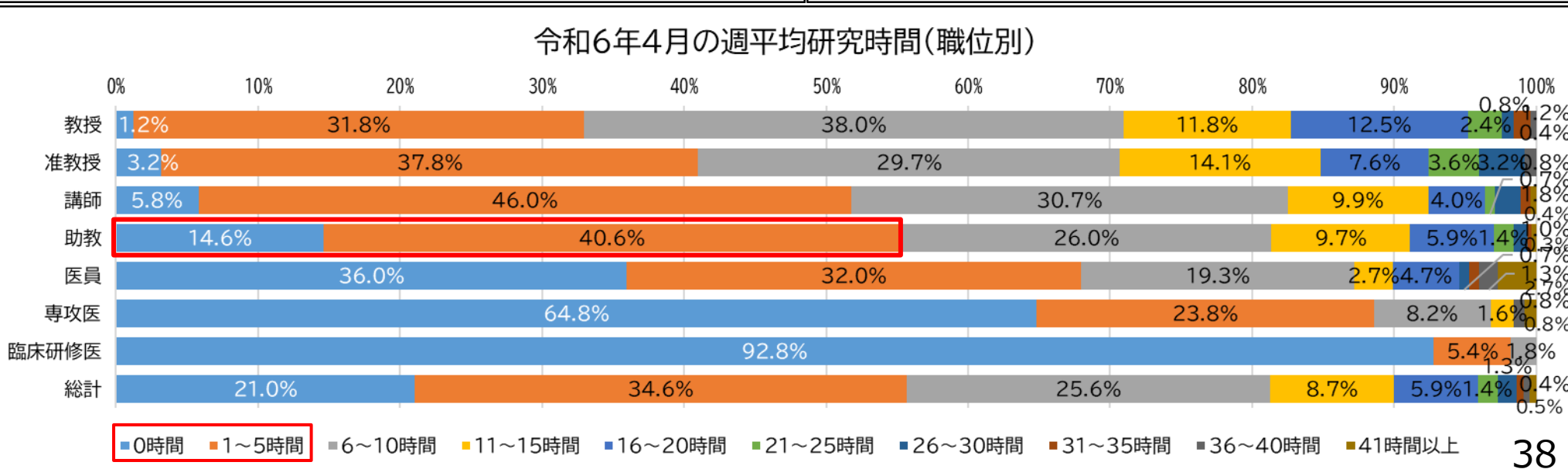
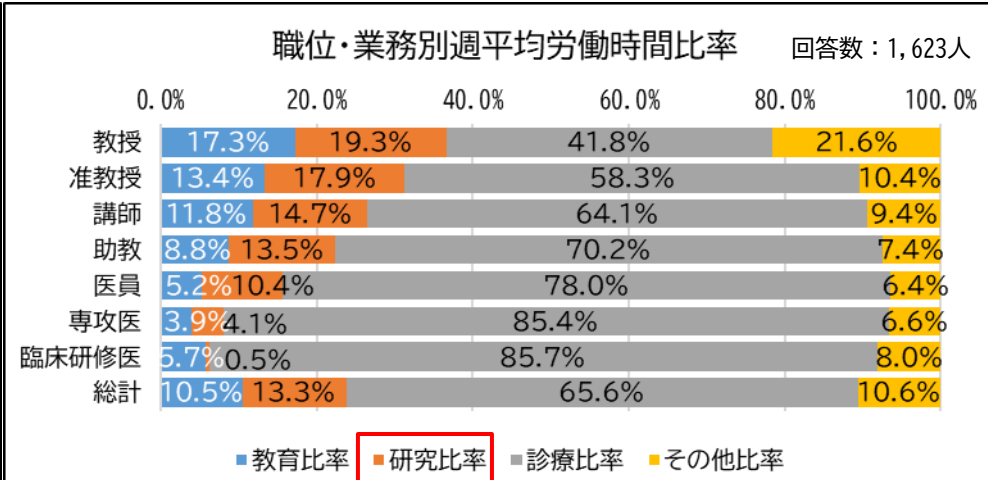
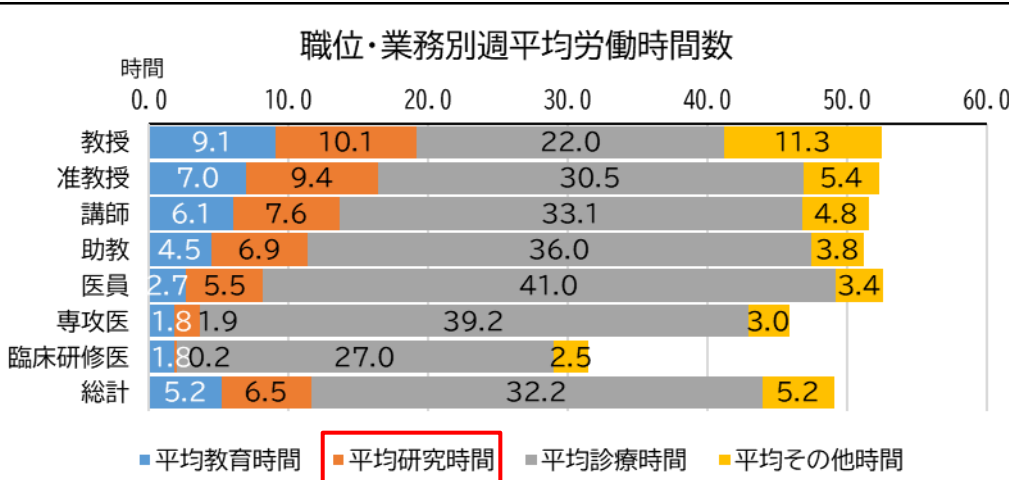


※臨床研究中核病院：
北海道大、東北大、東京大、慶應義塾大、順天堂大、千葉大、名古屋大、京都大、大阪大、神戸大、岡山大、九州大、長崎大 計13大学



2. 研究時間の現状

○ 労働時間のうちの研究時間はどの職位も減少している。研究力を向上させるためには、**人員および設備等への財政支援が必要**、助教の週当たりの研究時間 **5時間以内が55.2%** (前回調査 64.7%)



3. 臨床研究の取組例等

【臨床研究の取組例】

○ 臨床研究を推進するための基盤整備

診療情報を広く研究者に提供し臨床研究を推進する

- ・ 医療ビッグデータによるトータル・ヘルスケアイノベーション創出の基盤構築プロジェクト(東京医科歯科大学病院)
医歯学研究を実施するために、本院および関連病院において患者から得た診療情報を研究目的とし保存管理し、広く研究者に提供することで、国民の皆様の健康・長寿社会に貢献していくことを目指す全学的なプロジェクト

○ 「研究」質の高い臨床研究を促進するための実施体制の整備

国内の病院では初の臨床研究実施体制について国際認証を取得

- ・ 国際認証AAHRPPの認証取得の取り組み(大阪大学医学部附属病院)
2022年12月に国内の病院として初めて認証を取得したことで、被験者保護が世界的に認められる水準であることが証明されただけでなく、組織の被験者保護に関する意識を高め、IRBの役割を明確にすることが出来た

○ イノベーション創出のための研究開発基盤

産学共創活動からイノベーションを生み出すシステム

- ・ 医療系オープンイノベーション・プログラム(岡山大学病院)
岡山大学病院を中心とした医療系の産学共創活動からイノベーションを連続的に生み出すエコシステムを整備し、大学の価値を社会への還元する取組

○国立大学病院長会議: 将来像実現化年次報告2022/行動計画2023/大学の取組事例集より抜粋

【知的財産のなかで社会実装の代表例】

○ 新型コロナウイルス関連

新型コロナウイルス抗原検査キット(長崎大学病院)、新型コロナウイルス中和抗体測定キット(慶應義塾大学病院)

○ リハビリテーション関連

医療用HAL(筑波大学病院)、ウェールオーク(藤田医科大学病院)

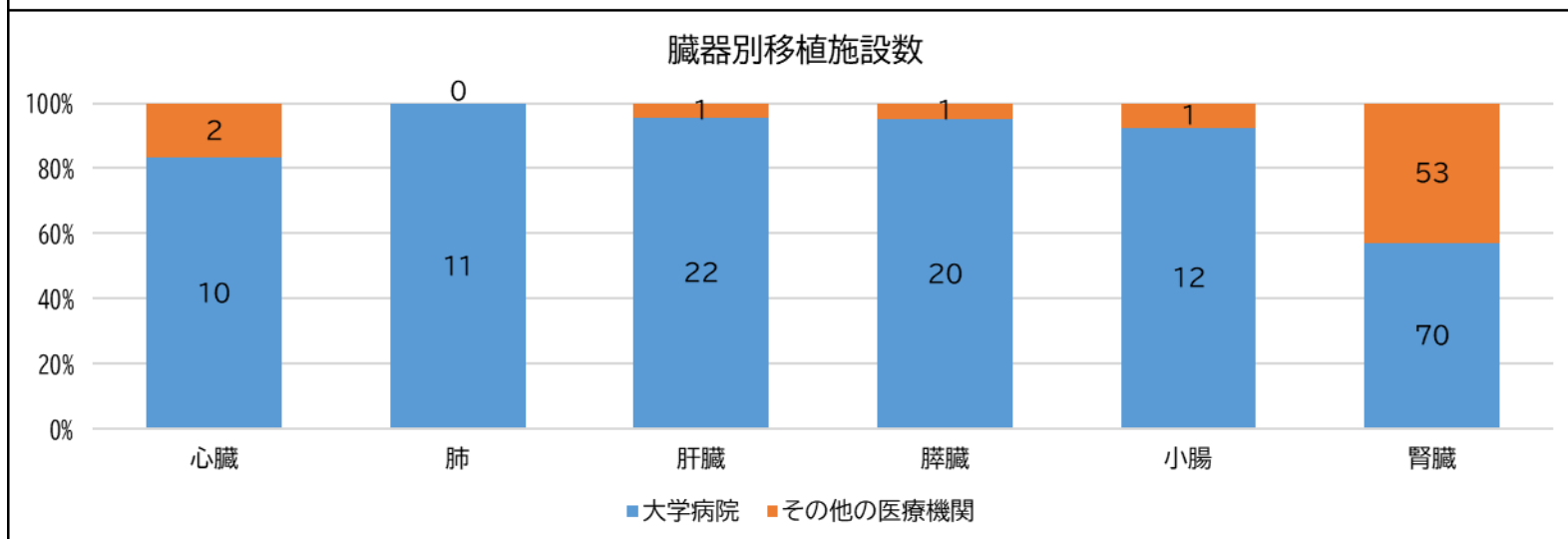
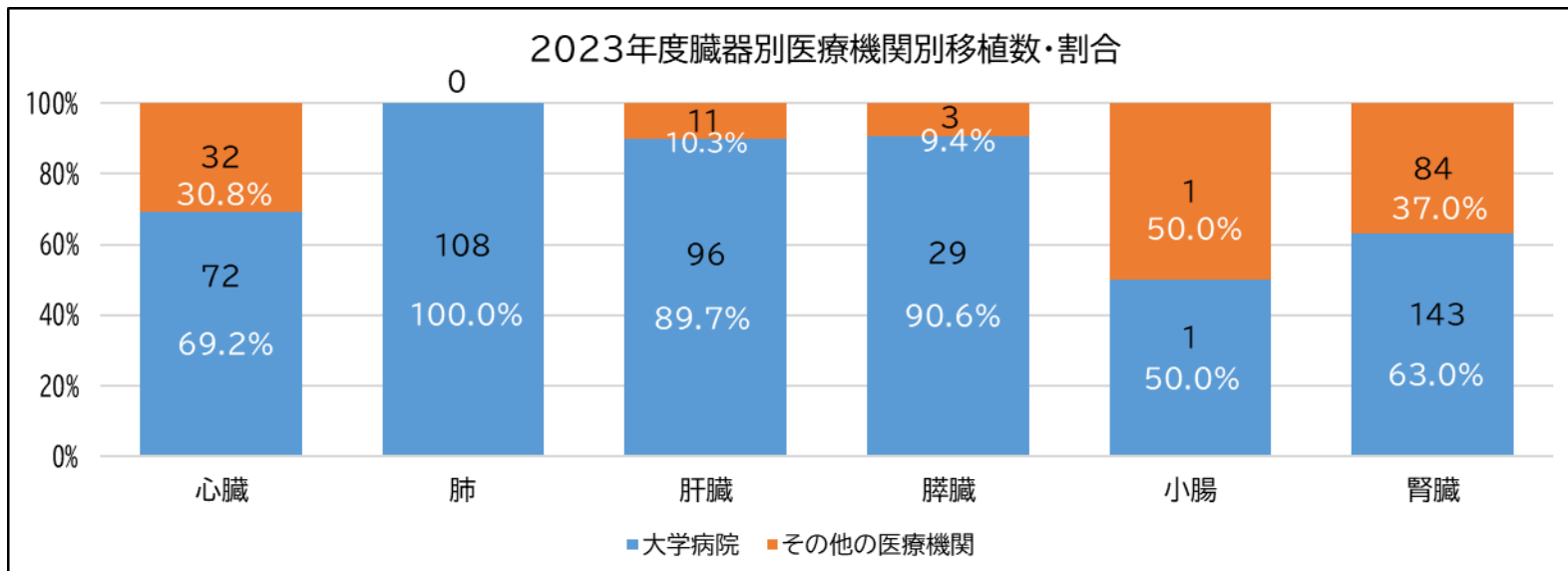


【高度医療の実践】

1. 臓器移植施設および移植件数

2. 臓器移植施設および移植件数

○ 大学病院本院は、移植施設として臓器別にみると腎臓以外は大学病院に集中しており、非常に多くの臓器移植を実施している。



1. 患者数等の推移(2019年度から2024年度見込)

2. 2023年、2024年度経営実績

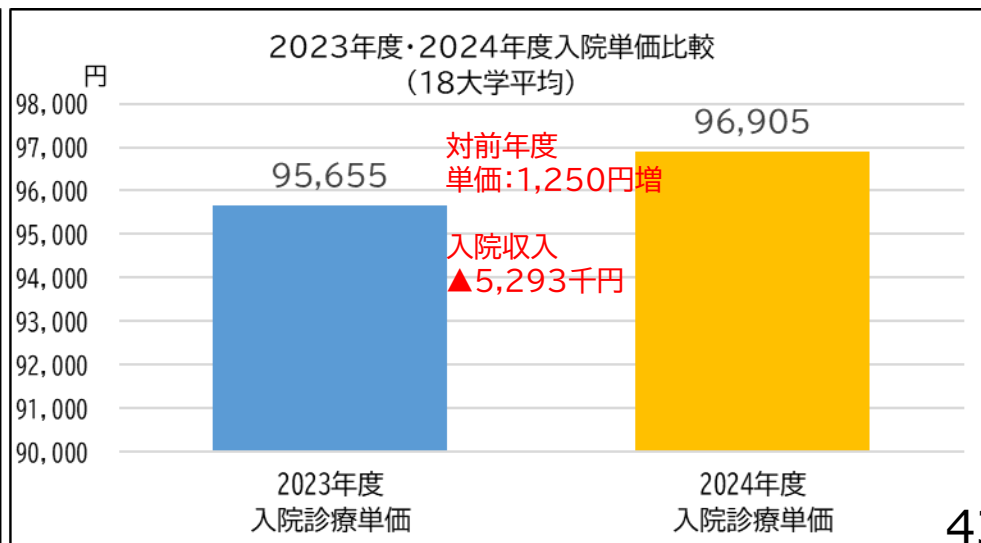
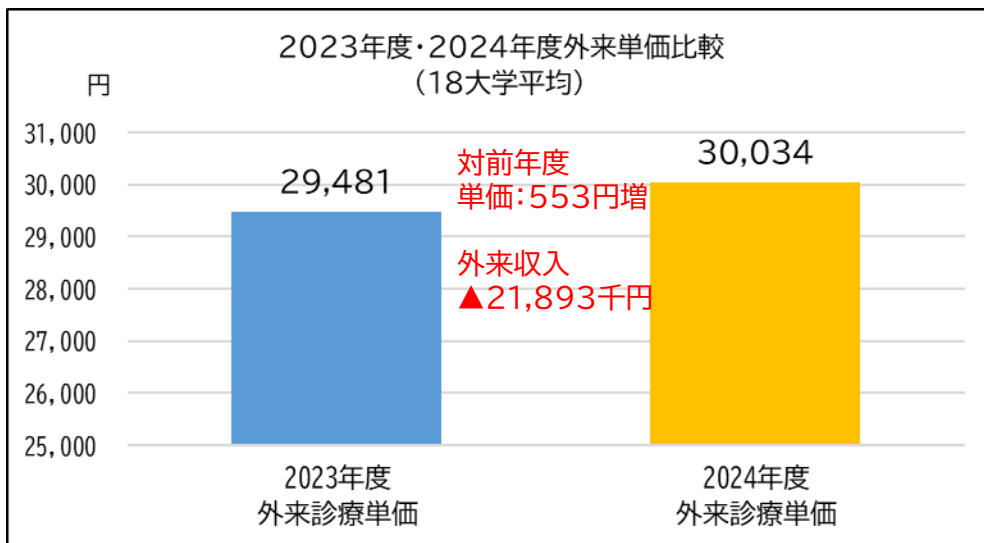
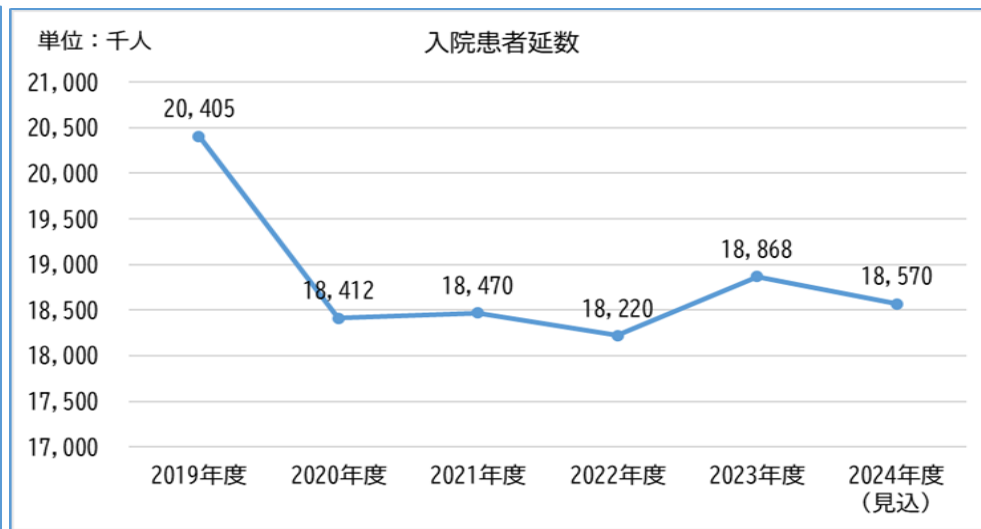
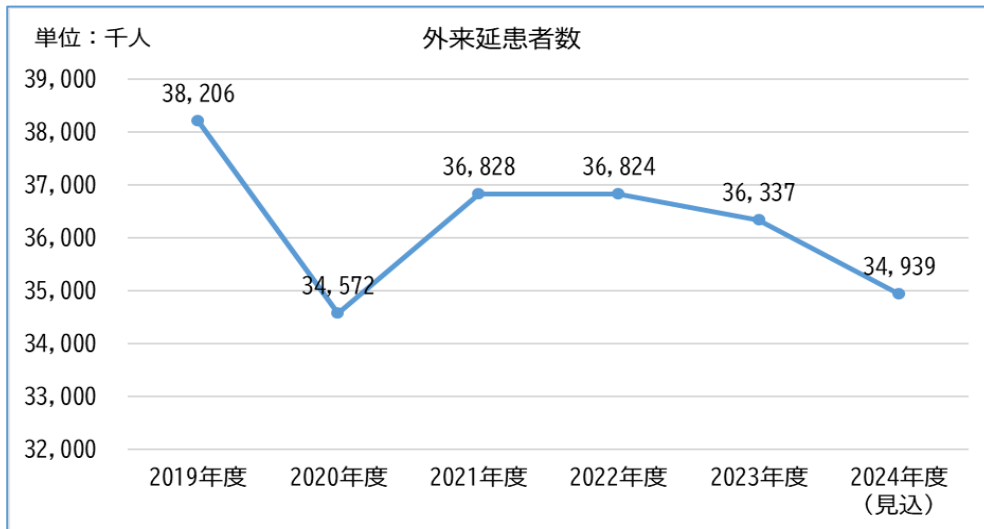
3. 消費税に関する補填状況について

4. 地域医療介護総合確保基金の交付状況について

5. 医師の年間支給額の比較

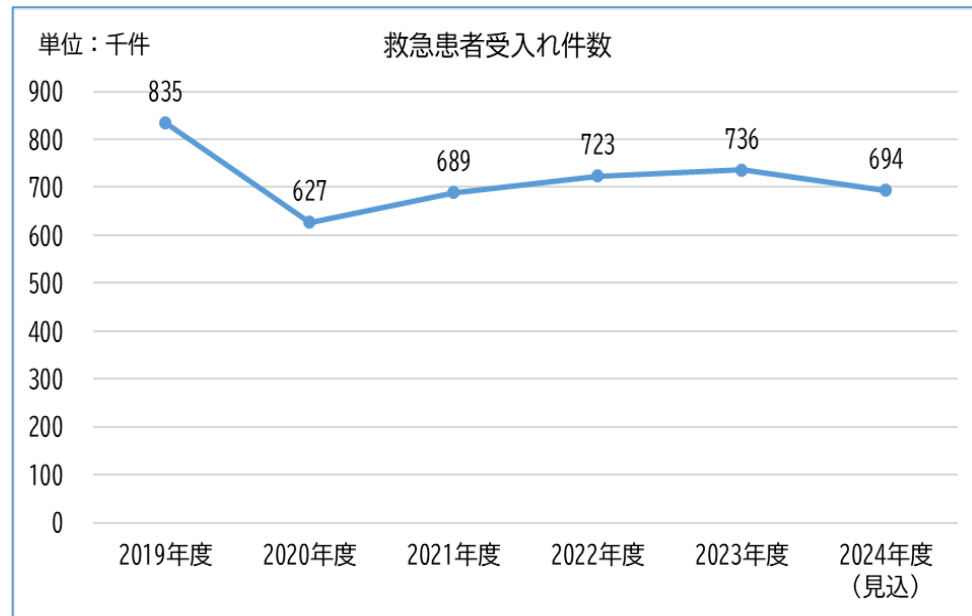
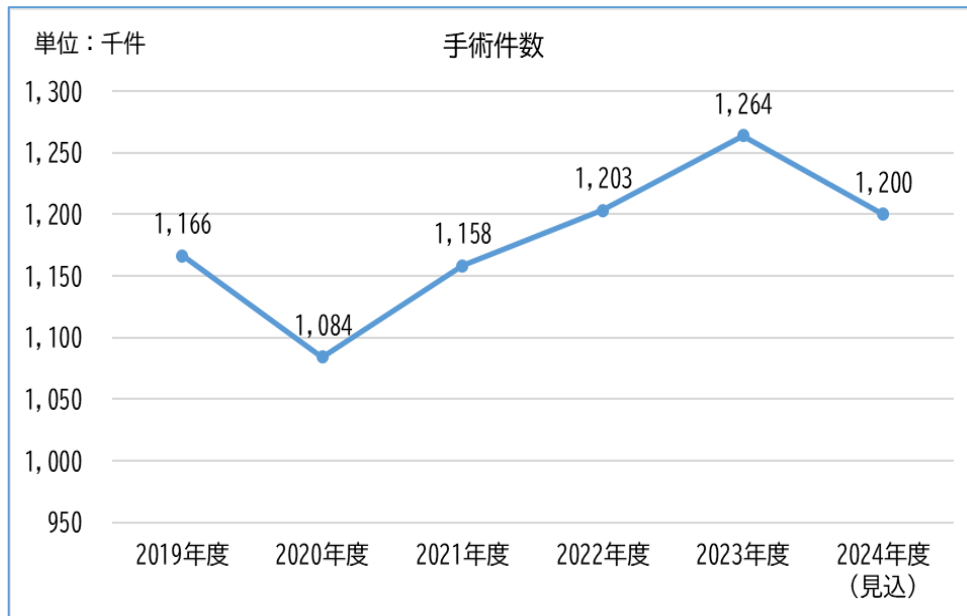
1. 患者数等の推移 ①

○ 外来患者数はコロナ禍に比べて増加傾向ではあったが、2024年度見込では減少を見込んでいる大学病院が多かった。入院患者延数についてもコロナ禍以降低い状況が続いている。



1. 患者数等の推移 ②

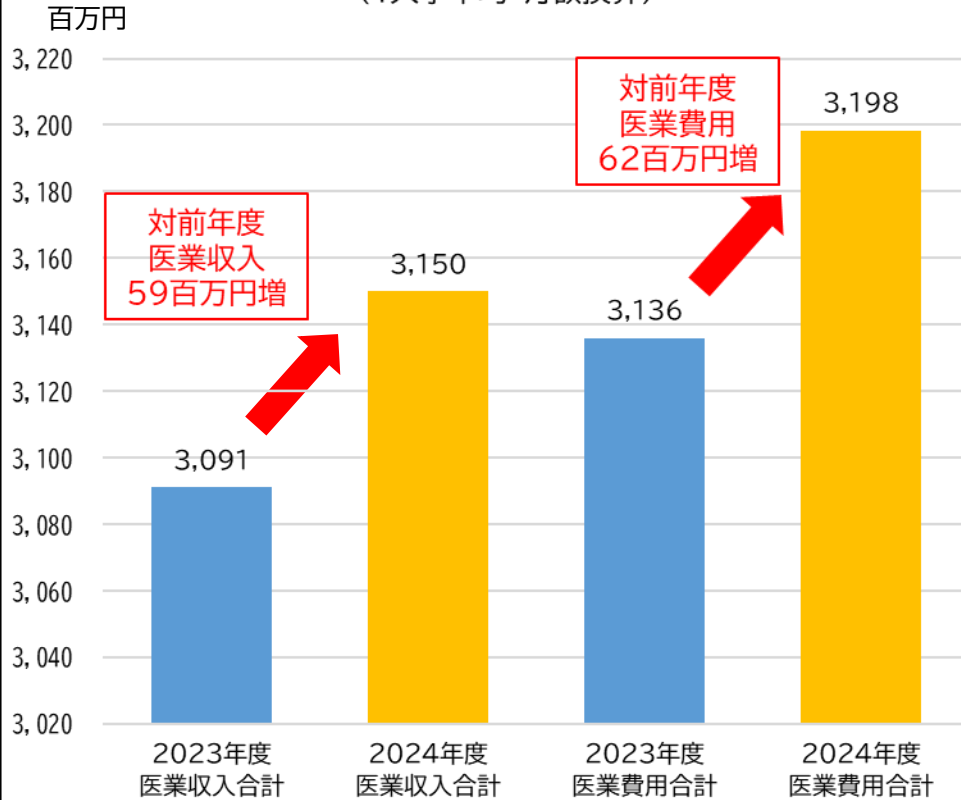
○ 手術件数は、コロナ以前の実施件数に戻っているなか、2024年度見込は働き方改革の影響を踏まえ、減少すると見込んでいる大学病院は多い。



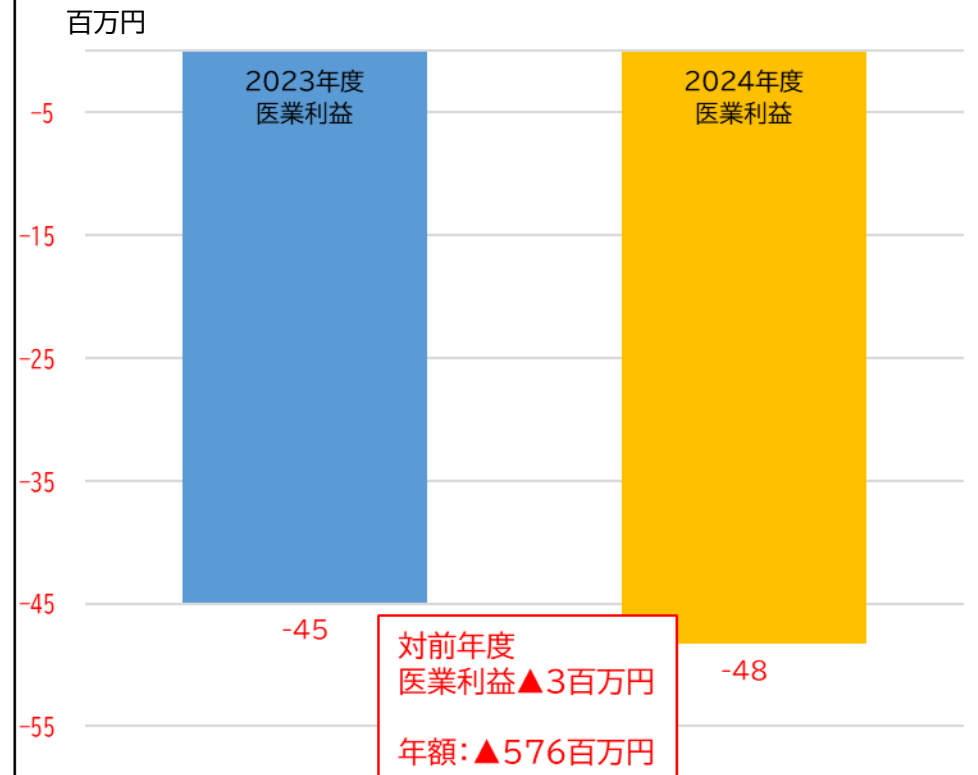
2. 2023年、2024年度経営実績 ①

○ 2023年度実績および診療報酬改定後の2024年6～8月実績を1大学平均・月額換算で比較したところ、医業収入に比べて医業費用の増加が大きく、医業利益が1大学平均・月額換算で▲48百万円とさらに悪化している。

2023年度・2024年度医業収入・医業費用に比較
(1大学平均・月額換算)



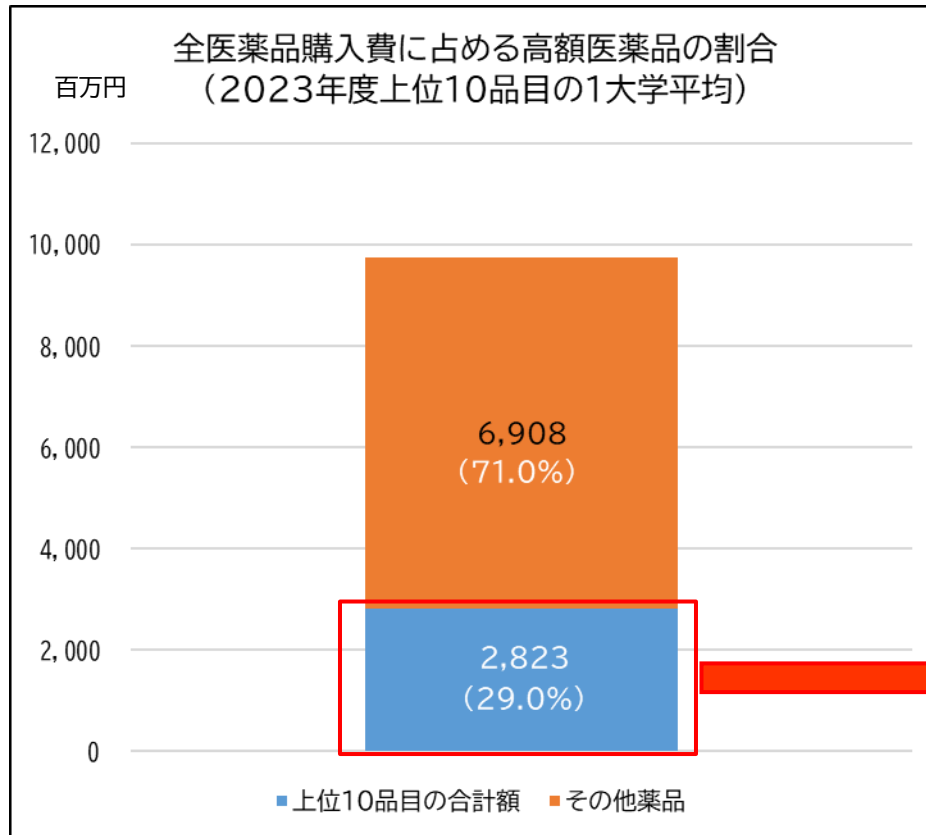
2023年度・2024年度の医業利益比較
(18大学平均・月額換算)



※国公立大学18病院のデータを1大学平均・月額換算(R5年度12ヶ月、R6年度6,7,8月)したデータ

2. 2023年、2024年度経営実績 ②

- 高度な医療を担うことから、大学病院の全医薬品購入費に占める高額医薬品の割合が高くなり医業費用の増加に繋がっている。
- 上位10品目だけでも、**全医薬品購入費の29%**を占めている。
- 通常の薬剤と異なる高度な管理が必要なため**コストが発生**。



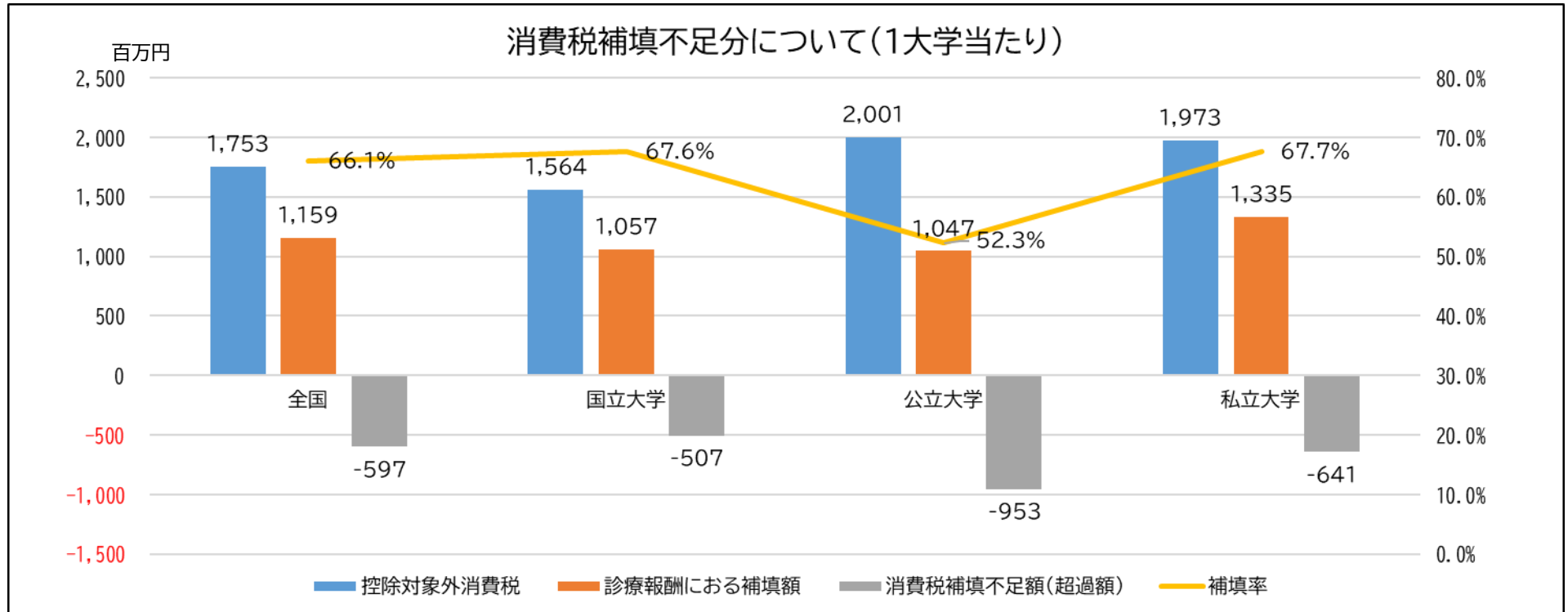
主な上位10品目として

- ・キイトルーダ 抗がん剤
- ・ユルトミリス 全身型重症筋無力症など
- ・オブジーボ 抗がん剤
- ・ストレンジック 低ホスファターゼ症
- ・イミフィンジ 抗がん剤
- ・テセントリク 抗がん剤
- ・ステラーラ 尋常性乾癬、関節症性乾癬など
- ・アバスチン 抗がん剤
- ・レミケード クロウン病、潰瘍性大腸炎など
- ・リムパーザ 抗がん剤

※全国医学部長病院長会議「大学病院の医療に関する委員会」データより

3. 消費税に関する補填状況について

○ 大学病院では多くの最先端医療機器や高額医薬品、診療材料等を使用しているが、診療報酬による補填は十分とは言えない状況である。各大学病院への調査によると補填が十分ではないとの結果になっており、**引き続きの検証が必要**である。



2022年度消費税補填不足分について(1大学当たり)

百万円

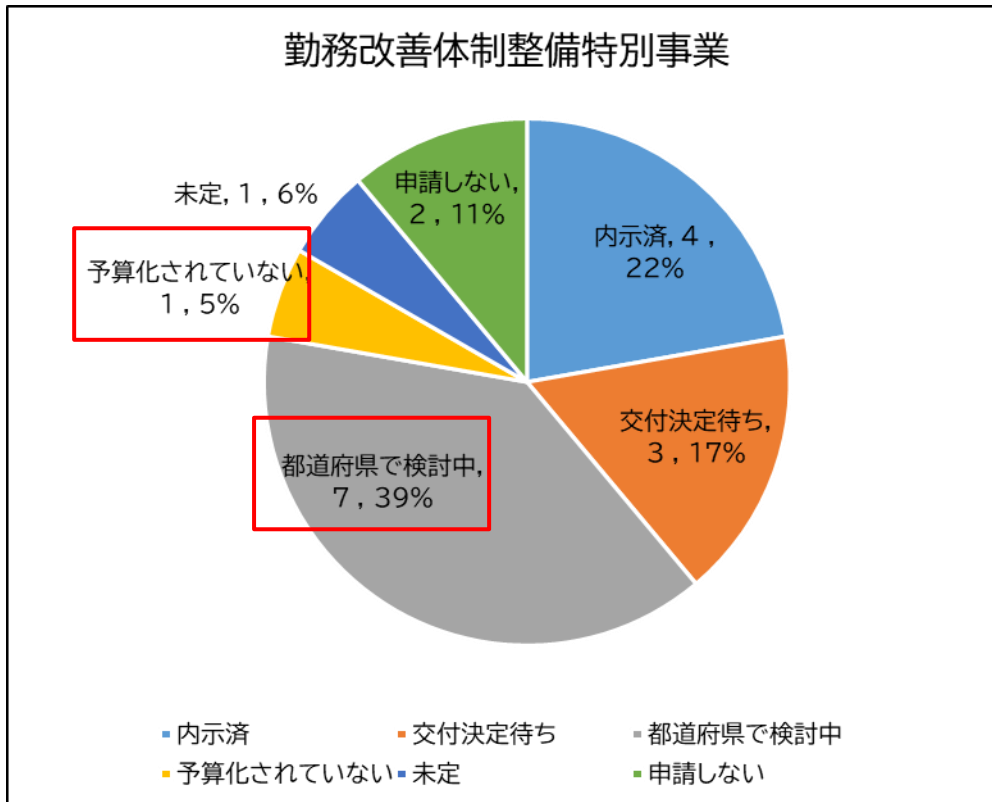
	全国	国立大学	公立大学	私立大学
控除対象外消費税	1,753	1,564	2,001	1,973
診療報酬における補填額	1,159	1,057	1,047	1,335
消費税補填不足額(超過額)	▲597	▲507	▲953	▲641
補填率	66.1%	67.6%	52.3%	67.7%

損税が発生

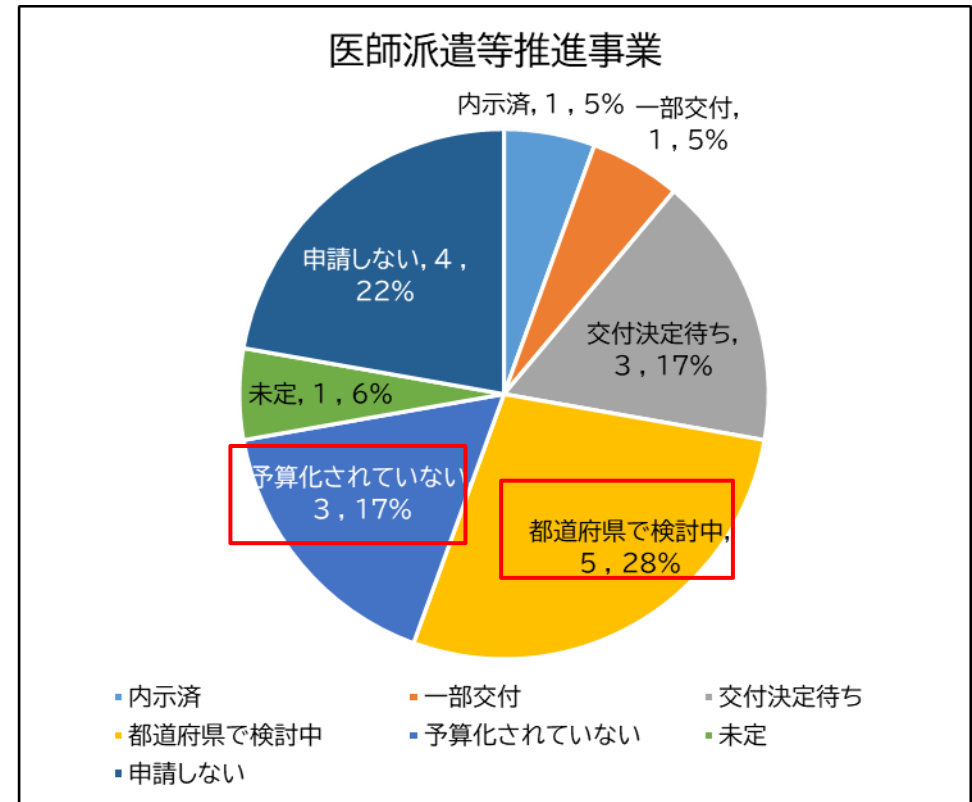
4.地域医療介護総合確保基金の交付状況について

○ 事業区分Ⅵの地域医療勤務環境改善体制整備特別事業の自治体との折衝及び交付(見込)状況では、都道府県で検討中のものや予算化されていないとの回答があるが、**本基金による継続的な十分な支援が必要**である。

①教育研修体制を有する医療機関への勤務環境改善支援



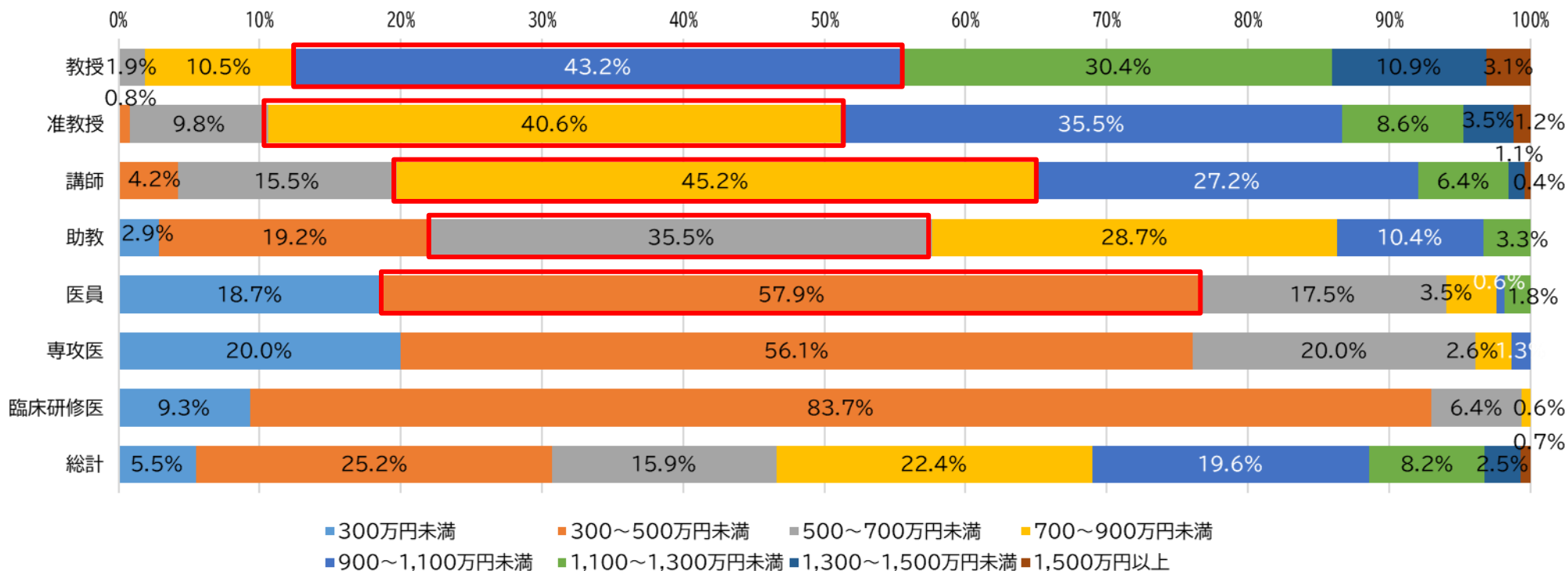
②長時間労働医療機関への医師派遣支援



18病院対象に調査
東北地区、関東地区、東海・北陸地区、近畿地区、中国・四国地区、九州地区

5. 医師の年間支給額の比較

大学からの年間給与支給総額(職位別)



区分	労災病院		国立病院		JCHO病院		大学病院	
	平均年齢	年間給与総額	平均年齢	年間給与総額	平均年齢	年間給与総額	職位	年間給与総額
院長			62.8歳	1,952万円	65.8歳	2,029万円	教授	900万円~1,100万円未満
医長以上			55.9歳	1,613万円	55.4歳	1,635万円	准教授	700万円~900万円未満
診療部長	52.3歳	1,449万円					講師	700万円~900万円未満
診療科長(医長)	43.2歳	1,261万円	53.1歳	1,524万円	50.0歳	1,420万円	助教	500万円~700万円未満
役職なし	37.9歳	1,047万円	43.1歳	1,212万円	41.9歳	1,158万円	医員	300万円~500万円未満

※2024. 9. 28配信 医療ニュースm3

全国医学部長病院長会議の概要

○ 名 称:一般社団法人全国医学部長病院長会議(AJMC)
Association of Japan Medical Colleges

○ 設置目的:

医育機関共通の教育、研究、診療の諸問題及びこれに関聯する重要事項について協議し、相互の理解を深めるとともに意見の統一をはかり、わが国における医学並びに医療の改善向上に資することを目的とする。

○ 組 織:

- ・ 全国82大学医学部長、附属病院長で構成する団体
- ・ 国立43大学、公立8大学、私立31大学
 - 会 長:相良 博典 昭和大学病院長
 - 副会長:熊ノ郷 淳 大阪大学医学部長
 - 理 事:30名

○ 事 業:

- (1) 医育機関の教育、研究の振興及び診療の充実に必要な調査研究と情報の交換
- (2) 医育機関の教育、研究及び診療における相互の協力について必要な事業
- (3) わが国における医育機関の代表団体として、内外の医学教育に関連する団体との交渉及び情報の交換
- (4) その他この法人の目的を達成するために必要な事業