

令和7年度 第3回福岡県医療対策協議会 議事次第

日時：令和7年11月10日（月）15：00～

会場：県庁行政棟 10階 行政特別西（行政特1）

○ 議事

- 1 臨床研修病院募集定員の算定方法の見直しについて・・・・・・・・・・【資料1】
- 2 令和9年度広域連携型プログラムについて・・・・・・・・・・【資料2】
- 3 医師の働き方改革について・・・・・・・・・・【資料3】
 - (1) 医師の働き方改革の施行後における実態調査の結果について
- 4 その他
 - (1) 令和7年度の福岡県医療対策協議会開催予定・・・・・・・・・・【資料4】
 - (2) その他

福岡県医療対策協議会 委員名簿

(任期：2025年5月14日~2027年5月13日)

区分	所 属	職 位	氏 名	
特定機能病院 大学その他の医療従事者の 養成に関する機関	九州大学病院	病院長	【副会長】 中村 雅史	
	久留米大学病院	病院長	野村 政壽	
	福岡大学病院	病院長	三浦 伸一郎	
	産業医科大学病院	病院長	田中 文啓	
公的医療機関	全国自治体病院協議会福岡県支部 (地方独立行政法人芦屋中央病院)	名誉支部長 (病院長)	櫻井 俊弘	
	民間病院	一般社団法人福岡県私設病院協会	会 長 中尾 一久	
診療に関する学識経験者の 団体	公益社団法人福岡県医師会	会 長	【会長】 蓮澤 浩明	
		副会長	一宮 仁	
		理 事	田中 眞紀	
福岡県知事の認定を受けた 社会医療法人	一般社団法人福岡県医療法人協会 (社会医療法人社団至誠会)	専務理事 (理事長)	木村 寛	
	独立行政法人国立病院機構・ 臨床研修病院	九州医療センター	病院長 岩崎 浩己	
独立行政法人地域医療機能 推進機構・臨床研修病院	九州病院	病院長	内山 明彦	
地域の医療関係団体	公益社団法人福岡県病院協会 (福岡県済生会二日市病院)	専務理事 (病院長)	壁村 哲平	
	公益社団法人地域医療振興協会福岡県支部 (飯塚市立病院)	支部長 (病院長)	武富 章	
	関係市町村	福岡県市長会 (大牟田市)	理 事 (市 長)	関 好孝
		福岡県町村会 (桂川町)	副会長 (町 長)	井上 利一
地域住民を代表する団体	福岡県地域婦人会連絡協議会	副会長	廣石 福子	

令和7年度 第3回福岡県医療対策協議会 配席図

日時 : 令和7年11月10日(月) 15:00~

場所 : 福岡県庁10階 行政特別西 (行政特1)

蓮澤 浩明

会長

○

野村 政壽 委員 ○

櫻井 俊弘 委員 ○

一宮 仁 委員 ○

木村 寛 委員 ○

内山委員代理
許斐 裕之 様 ○

武富 章 委員 ○

井上 利一 委員 ○

○ 田中委員代理
山本 淳考 様

○ 中尾 一久 委員

○ 田中 眞紀 委員

○ 岩崎 浩己 委員

○ 壁村 哲平 委員

○ 関委員代理
中村 珠美 様

事務局

○ ○ ○ ○

オブザーバー

○ ○ ○ ○

オブザーバー等

○ ○ ○ ○

福岡県医療対策協議会設置要綱

(目的)

第1条 医療法(昭和23年法律第205号)第30条の23の規定に基づき、医療計画において定める医師の確保に関する事項の実施に関し、必要な事項を協議するため、福岡県医療対策協議会(以下「協議会」という。)を設置する。

(協議事項)

第2条 協議会は、次の事項について協議する。

- (1) 医師の確保を特に図るべき区域における医師の確保に資するとともに、医師の確保を特に図るべき区域に派遣される医師の能力の開発及び向上を図ることを目的とするものとして厚生労働省令で定める計画(以下「キャリア形成プログラム」という。)に関する事項
- (2) 医師の派遣に関する事項
- (3) キャリア形成プログラムに基づき医師の確保を特に図るべき区域に派遣された医師の能力の開発及び向上に関する継続的な援助に関する事項
- (4) 医師の確保を特に図るべき区域に派遣された医師の負担の軽減のための措置に関する事項
- (5) 医師の確保を特に図るべき区域における医師の確保のために大学と県とが連携して行う文部科学省令・厚生労働省令で定める取組に関する事項
- (6) 医師法の規定によりその権限に属させられた事項
- (7) その他医療計画において定める医師の確保に関する事項

(組織)

第3条 協議会は23名以内で組織し、委員は、次に掲げる者の管理者その他の関係者から、知事が委嘱する。

- (1) 特定機能病院
- (2) 地域医療支援病院
- (3) 公的医療機関
- (4) 臨床研修病院
- (5) 民間病院
- (6) 診療に関する学識経験者の団体
- (7) 大学その他の医療従事者の養成に係る機関
- (8) 福岡県知事の認定を受けた社会医療法人
- (9) 独立行政法人国立病院機構
- (10) 独立行政法人地域医療機能推進機構
- (11) 地域の医療関係団体
- (12) 関係市町村
- (13) 地域住民を代表する団体

- 2 委員の任期は2年とする。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。
- 3 委員は、再任を妨げない。

(会長及び副会長)

第4条 協議会に会長及び副会長を置き、委員の互選により選出する。

- 2 会長は、会務を総理し、会議の議長となる。
- 3 副会長は、会長を補佐し、会長に事故等があるときは、その職務を代行する。

(会議)

第5条 協議会は、会長が招集する。

- 2 会長は、必要に応じて委員以外の者の出席を求め、または他の方法で意見を聞くことができる。

(専門委員会)

第6条 協議会に、その協議事項に係る専門事項を協議するため、必要な専門委員会を設置することができる。

- 2 専門委員会の組織、運営その他必要な事項は、会長が協議会に諮り別に定める。

(庶務)

第7条 協議会の庶務は、保健医療介護部医療指導課医師・看護職員確保対策室において処理する。

(その他)

第8条 この要綱に定めるもののほか、協議会の運営に関し必要な事項は、会長が協議会に諮って定める。

附 則

この要綱は、平成16年12月6日から施行する。

附 則

この要綱は、平成20年7月30日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年11月20日から施行する。

附 則

この要綱は、平成31年4月22日から施行する。

臨床研修病院募集定員の算定方法の見直しについて

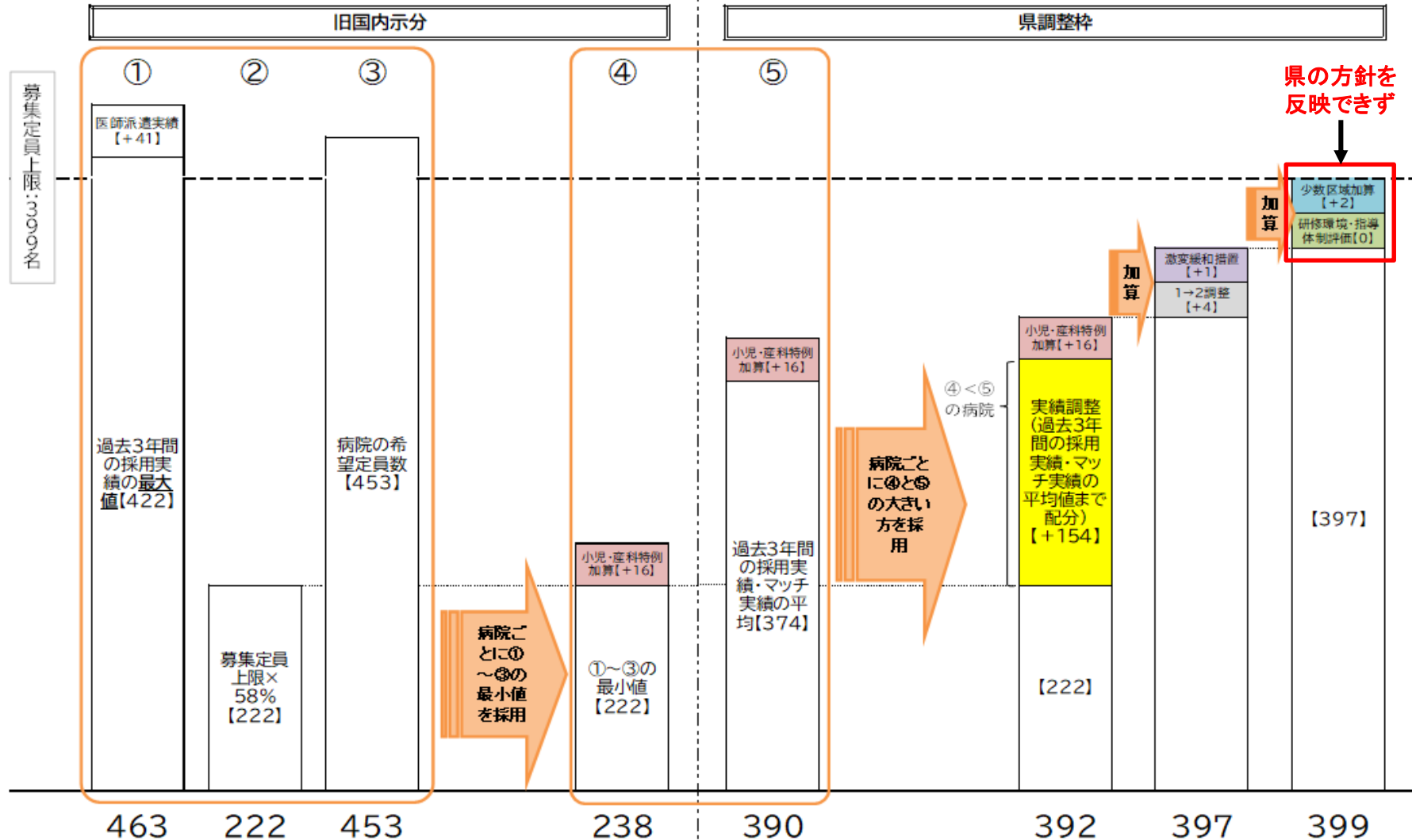
1 概要

- 第2回本協議会において、臨床研修病院募集定員の算定方法の見直し案を提案させていただいたところ、委員から県内基幹型臨床研修病院に対するアンケート調査を実施すべきとのご意見をいただいた。
- 委員のご意見を踏まえ、令和7年9月に県内基幹型臨床研修病院に対してアンケート調査を実施したところ。
- アンケートの結果は、集約のうえ、改めて見直し案を検討し、本協議会で審議・決定するもの。

2 資料

- (1) 現行の算定方法（別添①）
- (2) 算定方法の見直し案（案Ⅰ-1、案Ⅰ-2、案Ⅱ）（別添②）
- (3) 臨床研修病院の募集定員の算定方法（現算定方法）（別添③）
- (4) アンケート結果及び対応（案）（別添④）
- (5) 臨床研修病院募集定員の算定方法見直しについて（別添⑤）
- (6) 令和8年度の募集定員数による算定シュミレーション（別添⑥）
- (7) 新規加算に係る評価項目の配点表（別添⑦）
- (8) アンケート調査による基幹型臨床研修病院のご意見（別添⑧）

令和8年度募集定員の算定



※国の規定に基づき算定が必要な項目

- ・「小児科・産科加算」: 募集定員が20人以上の場合は小児科及び産科研修プログラムを設けること(各2人以上)
- ・「新規指定病院配分」「1→2調整」: 研修プログラムごとに2人以上の研修医を毎年継続して受け入れることができる体制であること

※医師派遣

派遣医師数20人以上の場合は1人加え、20人から5人増えるごとにさらに1人を加え、80人以上増えた場合は一律13人を加える

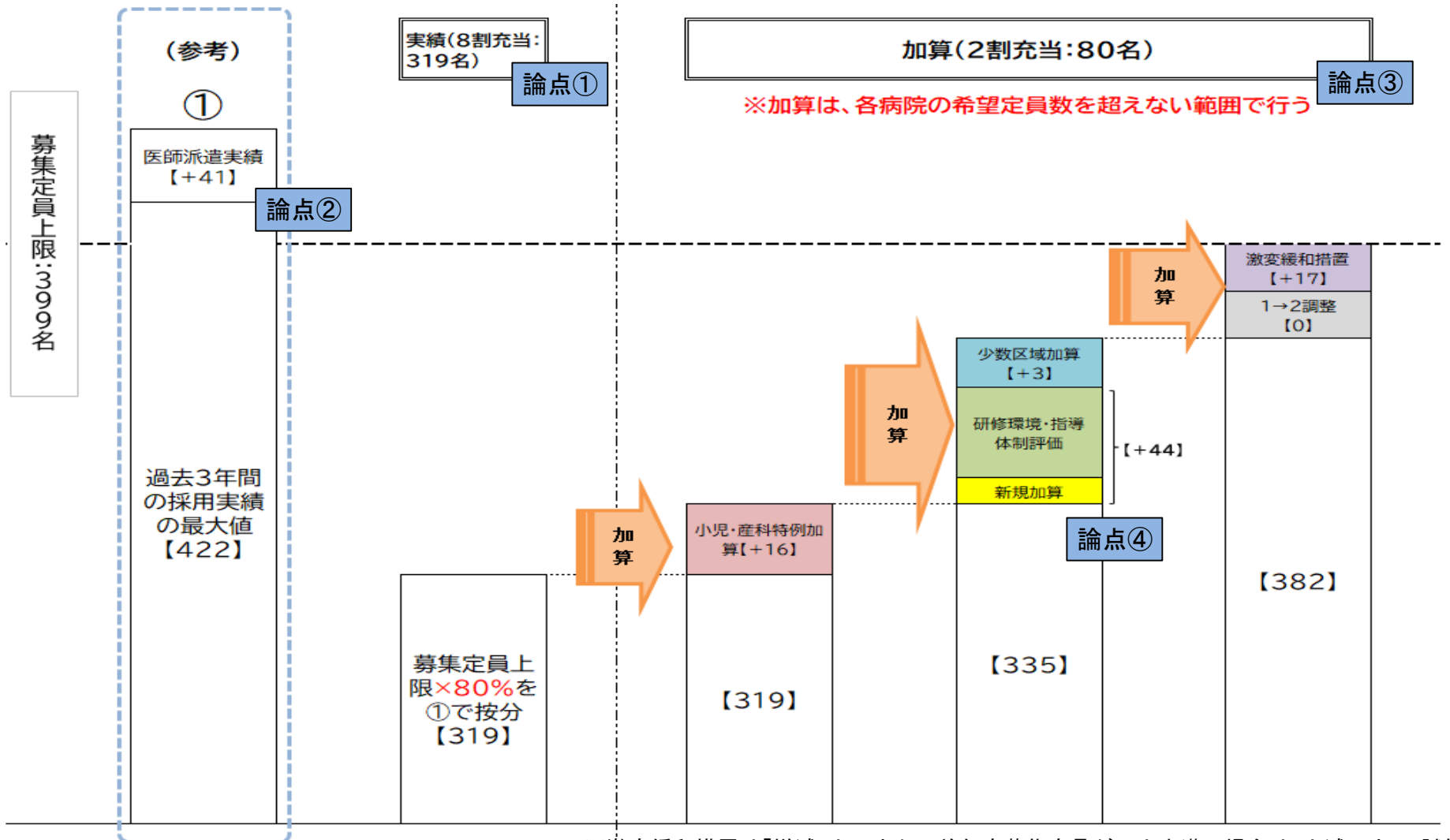
算定方法の見直し案(案 I -1)

R7.8.26第2回県医療対
策協議会資料(抜粋)

資料1
(別添②)

【案 I -1】採用実績の評価を募集定員の8割充当(1)

ア 県上限数の8割を、過去3年間の採用実績最大値(小児科・産科研修プログラム分を除く)に医師派遣実績を加えた値で按分
イ アに各種加算



※激変緩和措置は「増減2人以内かつ前年度募集定員が10人未満の場合は1人減以内」で試算

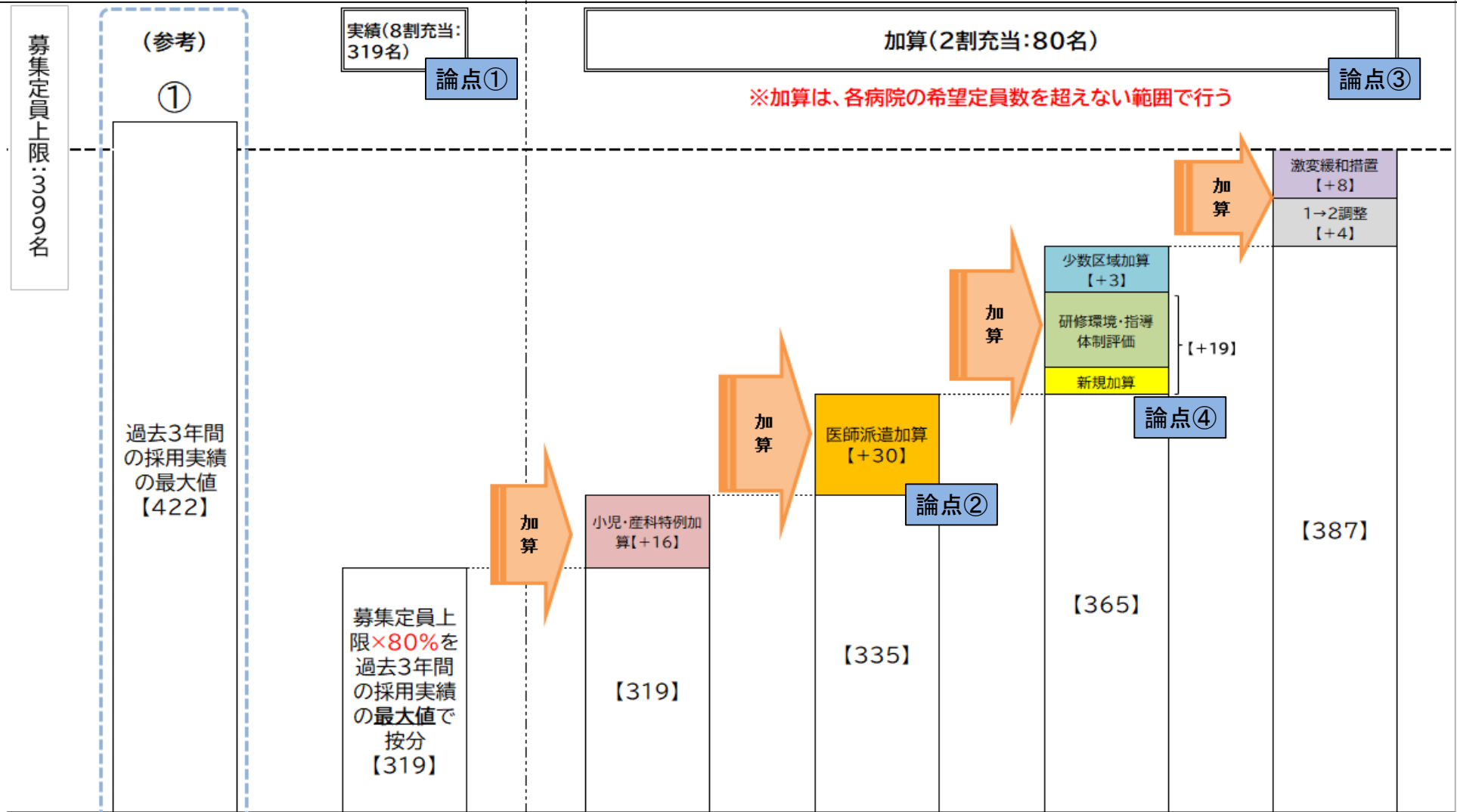
算定方法の見直し案(案 I -2)

R7.8.26第2回県医療対
策協議会資料(抜粋)

資料1
(別添②)

【案 I -2】採用実績の評価を募集定員の8割充当(2)

- ア 県上限数の8割を、過去3年間の採用実績最大値(小児科・産科研修プログラム分を除く)で按分
- イ アに医師派遣加算を含む各種加算



※激変緩和措置は「増減2人以内かつ前年度募集定員が10人未満の場合は1人減以内」で試算

算定方法の見直し案(案Ⅱ)

R7.8.26第2回県医療対策協議会資料(抜粋)

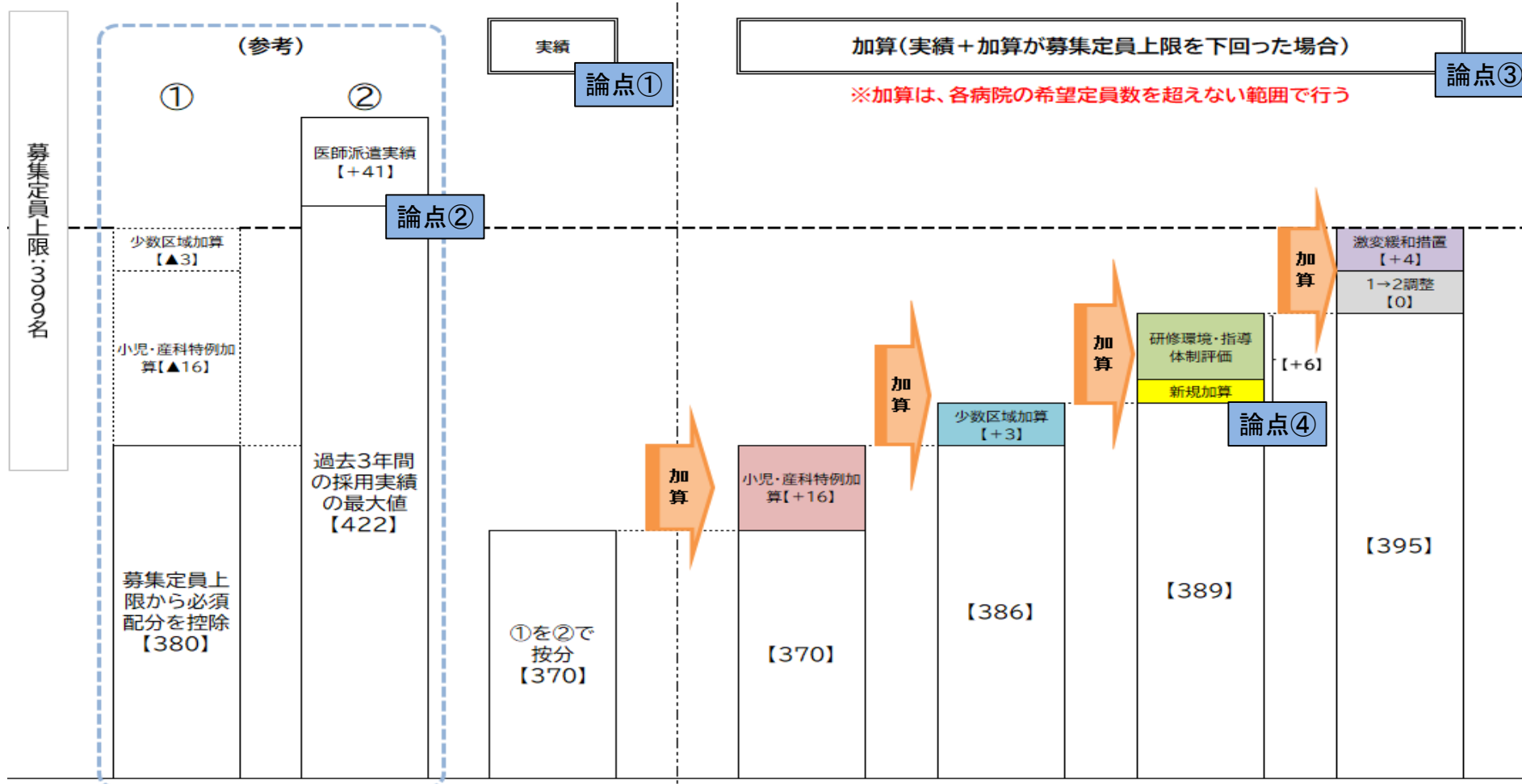
資料1
(別添②)

【案Ⅱ】採用実績の評価を最大限充当

ア 県上限数から必ず配分すべき項目として「小児科・産科加算16名」「医師少数区域加算3名」を除いた値を、各病院の過去3年間の採用実績最大値(小児科・産科研修プログラム分を除く)に医師派遣実績を加えた値で按分

イ アに必ず配分すべき項目、1→2調整、激変緩和措置を加算

ウ イの値が上限数に満たない場合はマッチング倍率が高い順から1名ずつ加算(上限数を超える場合は直近年度における未採用者数の多い順から1名ずつ減算)



※激変緩和措置は「増減2人以内かつ前年度募集定員が10人未満の場合は1人減以内」で試算

臨床研修病院の募集定員の算定方法(現算定方法)

福岡県医療対策協議会承認済(R7.2.5)
九州厚生局健康福祉部医事課確認済(R7.4.22)

令和8年度の臨床研修病院の募集定員の算定方法 (「過去3年間」とは前々年度からの3年間とする。)		
(旧国内示分)	基礎数 (上限に占める基礎数の割合を58%とする。 小数点以下四捨五入)	ア 過去の実績等による各臨床研修病院の基本定員の設定 当該病院の過去3年間の研修医の採用実績(医学部卒業試験・医師国家試験不合格者が内定取り消しになった場合、募集定員を上回らない範囲で採用実績として取り扱う。また、他病院の中断者を受入れた実績は加算する。)及びマッチ者数(自治医科大学生採用者を含む)のうちの最大値(小児科・産科研修プログラムの募集定員の特例加算分の受入実績を除く)に医師派遣加算(※1)を加えたものを基本定員(A)とする。 (※1) 当該病院に勤務する医師を、当該病院以外の受入病院に勤務させる場合(常勤)、その数が20人以上の場合は1人を加える。20人から5人増えるごとにさらに1人を加え、80人以上増えた場合は一律13人を加える。
		イ 各都道府県の募集定員の基礎数(B)との調整 各研修病院のAの値の県合計(A')がBを超える場合には、B以内に収まるように、以下の計算式により算出した値(小数点以下四捨五入)とする。 $A \times B / A'$
		ウ 病院の希望定員(C)がイまで計算した値を下回る場合は、Cの値とする。
	小児科・産科加算	エ 小児科・産科研修プログラムの募集定員の加算 ウまで計算した値が20人以上の場合は小児科及び産科研修プログラムを必ず設けること。(各2人、計4人配分) ただし、イにより調整した値が16人以上となる病院で、特例加算を希望する場合にも4人分を加算する。
新規指定病院配分	オ 新たに基幹型臨床病院の指定を受ける場合は、募集定員を2人とする。	
募集定員の上限(国が決定)	県施策枠	医師少数区域加算 ・医師少数区域(京築医療圏)に所在する医療機関への加算(該当する医療機関は以下の調整は対象外とする)。 ・加算する定員数については、医師確保計画や医療機関の希望者数、直近のプログラム希望者数等を勘案し決定する。 ・ただし、当該加算のあった病院の採用実績及びマッチ者数については、次の計算式により算出する。(小数点以下四捨五入) $((\text{県施策枠を含む募集定員枠} - \text{県施策枠}) / \text{県施策枠を含む募集定員枠}) \times (\text{募集定員枠 or マッチ者数})$
		実績調整 ・過去3年間の採用実績(医学部卒業試験・医師国家試験不合格者が内定取り消しになった場合、募集定員を上回らない範囲で採用実績として取り扱う。また、他病院の中断者を受入れた実績は加算する。)及びマッチ者数(自治医科大学生採用者を含む)の平均に達するように配分する。(平均値はいずれも小数点以下切り捨て。平均はマッチング不参加の年は含まない。) ・配分の結果、値が0の場合、1配分する。 ・研修体制に不適切な事例(アルバイト診療等)があった場合、募集定員の減員を行う(該当する医療機関は以下の調整は対象外とする)。
	研修環境・指導体制評価加算 ・実績調整で未配分が生じた場合、研修環境・指導体制評価加算として、過去3年間のマッチングによる応募倍率(希望者数/募集定員)の上位の病院へそれぞれ1名加算する。同位の病院が生じた場合、1年間遡って過去4年間のマッチングによる応募倍率の上位の病院へ配分する。 ・ただし、希望定員に達している病院には配分しない。	
	激変緩和措置	1) 定員の増減は±2名以内とする。
		ア) 過剰分が生じた場合、研修環境・指導体制評価加算の次位の病院に1名ずつ追加配分する。 イ) 不足が生じた場合、研修環境・指導体制評価加算で配分した分を下位から1名ずつ減じ、その分を不足分として充てる。

- 上記の算定方法で配分した結果、やむを得ず1病院あたりの募集定員数が1名となる場合、当該病院の募集定員数を原則2名に増加するための加算分を、募集定員上限の範囲内で行う。
- 募集定員に係る基幹型臨床研修病院の取り消し対象
医師少数区域でない市町村に所在し、前々年度から過去3年間の受入実績(中断者受入を含む)及びマッチ者数が全て0人で、翌年度のマッチ者数も0人である病院
- 病院間で募集定員を調整したい場合
県から各病院へ募集定員の通知をした後に、病院間で募集定員を調整したい場合は、両者の合意書を確認の上、可とする。

臨床研修の募集定員の算定方法見直しに係るアンケート結果及び対応（案）

検討の論点	臨床研修病院の意見	対応（案）
論点① 採用実績をどの程度評価すべきか	<ul style="list-style-type: none"> ・ 最大限評価⑭ ・ 募集定員の8割で評価② ・ 募集定員の8割未満で評価① ・ 意見なし⑳ 【その他意見】 <ul style="list-style-type: none"> ・ 広域連携型プログラムの採用実績への配慮① ・ 広域連携型プログラムを別枠とした基礎配分① ・ 採用実績よりも応募倍率を重視① ・ 採用実績よりもマッチング実績を重視① 	○ 見直し案Ⅱを採用する。（採用実績を最大限評価）
論点② 医師派遣の実績について、実績の算定基礎とするか、加算として配分するか。また、算出式をどうするか	【算定基礎】 <ul style="list-style-type: none"> ・ 実績の算定基礎⑨ ・ 加算として配分④ ・ 評価不要④ ・ 意見なし⑱ 【算出項目】 <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師少数地域やへき地、離島への派遣を考慮③ ・ 非常勤医師の派遣① ・ 若手医師の派遣も追加① ・ 採用実績が募集定員に満たしていることを条件② ・ 教育支援目的の派遣のみ加算、教育不足補填や研修医の自主ローテートは除外① 【算出式】 <ul style="list-style-type: none"> ・ 基準の低減④ ・ 「20人以上は10人増えるごとに1人、80人以上は一律7人加える」① ・ 「20人以上は1人、20人から5人増えるごとに1人、50人以上は一律7人加える」① 【その他意見】 <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域医療機関への医師派遣は社会的責任を果たす重要な活動であり、一定評価されることは妥当① 	○ 実績の算定基礎とする。 ○ 算出式は以下のいずれか多い方とする。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 配分上限を縮減するとともに、非常勤での派遣や医師少数区域等への派遣を評価する。 ・ 広域連携型プログラムの募集定員数を医師派遣実績として取り扱う。
論点③ 現行の加算の基準及び算出式をどうするか	【意見なし】㉒ 【意見あり】 <研修環境・指導体制評価加算> <ul style="list-style-type: none"> ・ 現行を維持③ ・ 更なる評価⑥ ・ 廃止① ○算出式 <ul style="list-style-type: none"> ・ 2段階→3段階① ・ 募集定員充足かつマッチング倍率上位に加算② ・ マッチング総登録数を考慮② ・ 応募倍率の向上① ・ 募集定員が少数の病院は低減① <医師少数区域加算> ※意見なし <激変緩和措置> <ul style="list-style-type: none"> ・ 現行を維持③ ・ 減員は1名以内① ・ 定員が少数の病院は-1名以内① ・ 定員充足率低位は措置なし① ・ 2年連続の減員なし① 	○ 現行の加算の基準及び算出式を継続する。 ○ 「研修環境・指導体制評価加算」は、新規加算により募集定員総数が県全体枠を超える場合、実施しない。 ○ 「激変緩和措置」については、前年度の募集定員数が10人未満の場合は増減を±1名以内とする。
論点④ 新たな加算（減算）の項目を設けるべきか	【 新たな加算・減算の提案 】㉔ 【意見なし】㉓ 【加算】 <地域医療への貢献> <ul style="list-style-type: none"> ・ 広域連携型プログラムの設置③ ・ 小児科・産科プログラムの協力病院としての受け入れ① ・ たすきがけの受け入れ② 	○ 新たな加算・減算の項目を追加する。 【加算】 <ul style="list-style-type: none"> ・ 前年度の採用実績が募集定員枠を満たしていることを前提として、「地域医療への

論点④ 新たな加算（減算）の項目を設けるべきか（続き）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 救急患者の受け入れ体制⑨ ⇒「要協議」救急患者受入数、救急車取扱件数等、いずれのデータを採用するか ・ 地域における役割① ・ 地域医療貢献度② ・ 自治医科大学卒業生の受け入れ② ・ 中途入職者の受け入れ① ・ マッチング未成立者や医師国家試験浪人者の受け入れ① ・ 入院外来などの診療実績① ・ 臨床研修後の県内定着率③ ・ 特定機能病院、地域医療支援病院① ・ 臨床研究① ・ 二次医療圏のバランス③ ・ 地域偏在の是正や地域における役割を適切に評価する視点① <研修環境・質の向上> <ul style="list-style-type: none"> ・ 第三者評価受審⑥ ・ 研修環境の質① ・ 臨床研修指導医数・比率⑤ ・ 臨床負荷① ・ 研修医1あたりの症例数② ⇒「要協議」年間入院患者実数、年間新外来患者数等、いずれのデータを採用するか ・ 後期研修医への指導実績① ・ 臨床研修担当の専従事務員の配置① ・ 教育成果① ・ 教育設備の充実① ・ 研修医の当直回数① ・ 研修医の離脱防止に向けた支援体制（メンタルヘルス支援、個別面談等）① ・ 研修医募集の取組① [減算] <採用実績> <ul style="list-style-type: none"> ・ 採用実績が募集定員に満たない場合⑤ <マッチング> <ul style="list-style-type: none"> ・ マッチング充足率下位① ・ マッチ数が募集定員に満たない場合① <その他> <ul style="list-style-type: none"> ・ 募集定員数上位から順次減算① 	貢献」、「研修環境・質の向上」における取組を評価して点数化し、点数上位に加算する。 [減算] ・ 前年度の採用実績が募集定員枠に満たない場合は減算する。 ・ その他の加算で募集定員数の総数が県全体枠を超える場合は、マッチング倍率下位から1名ずつ減算する。
論点⑤ 算定方法の見直し案（Ⅰ-1、Ⅰ-2、Ⅱ）について	<ul style="list-style-type: none"> ・ 意見なし⑳ ・ 案Ⅰ-1⑤ ・ 案Ⅰ-2① ・ 案Ⅱ④ 	○ 「論点①」～「論点④」の意見を総合的に勘案し、「案Ⅱ」を採用する。
論点⑥ 各病院の算定結果の情報提供について	<ul style="list-style-type: none"> ・ 開示に同意㉑ ・ 意見なし㉑ 【その他意見】 <ul style="list-style-type: none"> ・ 算出基礎となるデータも開示② 	○ 算定結果について、算出基礎となるデータも含めて開示する。
論点⑦ その他意見	<ul style="list-style-type: none"> ・ 教育・研究・臨床を高いレベルで実践する病院への定員確保① ・ 大学病院及び市中病院がそれぞれの特性を活かせる定員配分② ・ 第一志望者に応じて定員を柔軟に増員できる仕組み① ・ 大規模災害や地域再編などの例外時特例加算を発動できる仕組み① ・ 急性期・救急病院の下限保障と減少幅の激変緩和① ・ 見直しに伴う減少幅の激変緩和① ・ 加算の新規導入に伴う準備期間の確保① ・ 研修医の募集を中止した場合の分配基準の再考① ・ 平均値の算出方法の変更（切り捨て→四捨五入）① ・ 実績の算定期間の変更（過去3年間→過去5年間）① ・ 見直し時期の変更（3年毎→2年毎）① ・ 令和5年度の見直し以前の実績を考慮① ・ 募集定員枠が減少しないよう国への働きかけ① 	

- 令和7年9月に県内基幹型臨床研修病院に対して実施したアンケート調査の結果を踏まえ、論点①～⑤を整理し、以下のとおり算定方法の見直しを行う。

【論点①】採用実績の評価

○ 見直し案Ⅱを採用する。(採用実績を最大限評価)

- ・ 過去3年間の採用実績の最大値に、医師派遣実績を加えた値を算出基礎とする。

(採用実績について)

- ア 医学部卒業試験・医師国家試験不合格者が内定取り消しになった場合、募集定員を上回らない範囲で採用実績として取り扱う。
- イ 他病院の中断者を受け入れた実績は加算する。
- ウ 病院間の定員枠調整で定員が増加した場合、採用実績に含めない。(新規)
- エ 広域連携型プログラムの採用実績がなかった場合、同プログラムの募集定員を上回らない範囲で採用実績として取り扱う。(新規)

【論点②】医師派遣実績の取扱

○ 実績の算定基礎とする。

- ・ 算出式は以下のいずれか多い方とする。
 - ▷ 算出式を「派遣医師数20人以上の場合は1人加え、20人から5人増えるごとにさらに1人を加え、40人以上増えた場合は一律5人を加える」とし、**(見直し)**
 - ア 非常勤での派遣を常勤換算して加える。(新規)
 - イ 医師少数区域やへき地、離島に派遣した場合は、派遣医師数に1.5を乗じて算出する。(新規)
 - ▷ 広域連携型プログラムの募集定員数を医師派遣実績として取り扱う。(新規)

【論点③】加算①(現行分) (医師少数区域加算、研修環境・指導体制評価加算、 激変緩和措置の取扱)

○ 現行の加算の基準及び算出式を継続する。

<医師少数区域加算>

- ・ 3名加算(現行:医師確保計画や医療機関の希望者数、直近のプログラム希望者数等を勘案し決定)。

<研修環境・指導体制評価加算>

- ・ 過去3年間のマッチングによる応募倍率の上位の病院(同率の場合は過去4年間)に1名加算。
加算②(新規分)で募集定員総数が県全体枠を超える場合は、「研修環境・指導体制評価加算」は実施しない。(新規)

<激変緩和措置>

- ・ 定員の増減は±2名以内とする。
ただし、前年度の募集定員数が10名未満の場合は増減を±1名以内とする。(新規)

【論点④】加算②(新規分)

○ 新たな加算・減算の項目を追加する。(新規)

＜加算＞「地域医療への貢献」や「研修環境・質の向上」に係る各種取組を評価して点数化。
 点数の合計値が、上位1/3に1名加算する。

ただし、前年度の採用実績が募集定員数に満たない場合(小児科・産科研修プログラム、広域連携型プログラムを除く)は、配点を行わない。上位1/3に同点の病院が複数ある場合は、全てに1名加算する。

■新規加算に係る評価項目の得点基準

評価項目	内容	考え方	得点基準
必須事項	採用状況	前年度の募集定員を全て採用していること(小児科・産科研修プログラム、広域連携型プログラムを除く)	前年度の採用実績(医学部卒業試験・医師国家試験不合格者が内定取り消しになった場合、募集定員を上回らない範囲で採用実績として取り扱う。また、他病院の中断者を受け入れた実績は加算する。)が募集定員数に満たない場合(小児科・産科研修プログラム、広域連携型プログラムを除く)は、以下の配点を行わない。
地域医療への貢献	協力病院としての研修医の受け入れ	協力病院としての研修医の受け入れ数(小児・産婦人科)がどの程度か	協力病院としての研修医の受け入れ数(小児・産婦人科)が上位1/3は 2点 、中位1/3は 1点
	救急患者の受け入れ	常勤医師一人当たりの救急患者の受け入れ数、救急車取扱件数等がどの程度か	常勤医師一人当たりの救急患者の受け入れ数、救急車取扱件数等の上位1/3は 2点 、中位1/3は 1点
研修環境・質の向上	第三者評価の受審	第三者評価の受審・認定を受けているか	卒後臨床研修評価機構(JCEP)の認定を受けている場合 2点 日本医療機能評価機構などの認定を受けている場合 1点
	症例数	研修医一人当たりの症例数(年間入院患者実数、年間新外来患者数等)がどの程度か	研修医一人当たりの症例数(年間入院患者実数、年間新外来患者数等)の上位1/3は 2点 、中位1/3は 1点
	研修指導医数	研修医一人当たりの研修指導医数がどの程度か	研修医一人当たりの研修指導医数の上位1/3は 2点 、中位1/3は 1点
計(最高点)			10

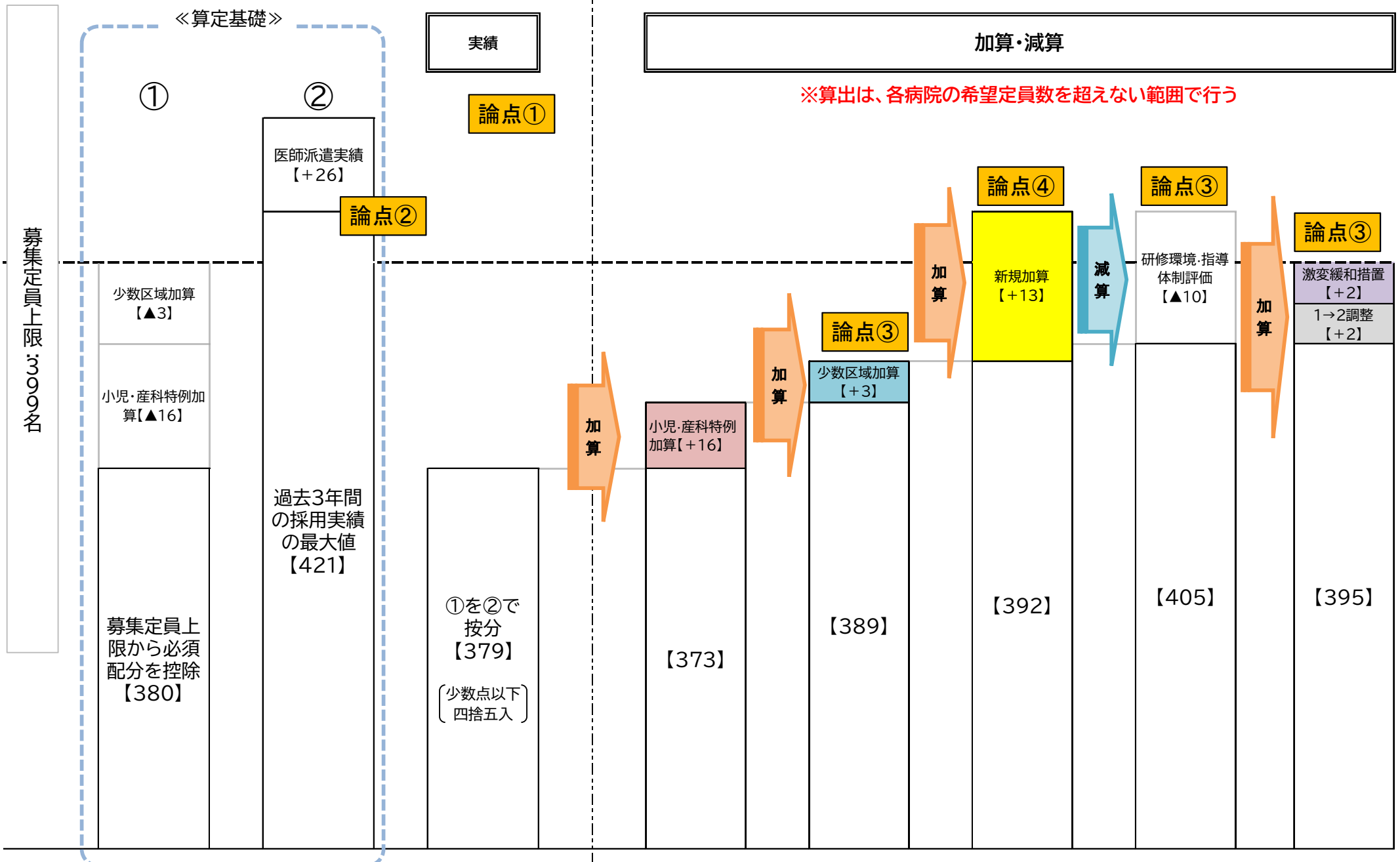
地域医療への貢献や研修環境・質の向上に関する取組を点数化し、点数の合計値が、上位1/3(14位以内)に1名を加算



＜減算＞・前年度の採用実績が募集定員数に満たない場合(小児科・産科研修プログラム、広域連携型プログラムを除く)は1名減算する。

・その他の加算で募集定員枠の総数が県全体枠を超える場合は、マッチング倍率下位の病院から1名ずつ減算する。

募集定員の算定方法の見直し案



※この算定では、「医師派遣実績」に、非常勤での派遣や医師少数区域等への派遣の実績を反映していません。

令和8年度の募集定員数による算定シミュレーション

福岡県上限=399名

病院名	所在地	募集定員の比較		
		現行の算定方法 R8	見直し案 R8	左の差
		①	②	③
1 国立病院機構 九州医療センター	福岡市	24	24	0
2 福岡赤十字病院	福岡市	13	12	▲1
3 国家公務員共済組合連合会 浜の町病院	福岡市	13	11	▲2
4 千鳥橋病院	福岡市	4	3	▲1
5 福岡大学病院	福岡市	35	36	▲1
6 九州大学病院	福岡市	54	55	▲1
7 福岡県済生会 福岡総合病院	福岡市	11	10	▲1
8 福岡徳洲会病院	春日市	12	13	▲1
9 福岡大学筑紫病院	筑紫野市	5	5	0
10 聖マリア病院	久留米市	17	16	▲1
11 久留米大学病院	久留米市	32	34	▲2
12 公立八女総合病院	八女市	3	3	0
13 地方独立行政法人大牟田市立病院	大牟田市	2	3	▲1
14 株式会社 麻生飯塚病院	飯塚市	17	15	▲2
15 独立行政法人国立病院機構 小倉医療センター	北九州市	4	5	▲1
16 労働者健康安全機構 九州労災病院	北九州市	5	4	▲1
17 北九州市立八幡病院	北九州市	3	5	▲2
18 北九州市立医療センター	北九州市	3	4	▲1
19 独立行政法人地域医療機能推進機構九州病院	北九州市	9	9	0
20 社会医療法人 製鉄記念八幡病院	北九州市	5	5	0
21 健和会大手町病院	北九州市	6	6	0
22 北九州総合病院	北九州市	9	8	▲1
23 産業医科大学病院	北九州市	12	14	▲2
24 社会医療法人大成会 福岡記念病院	福岡市	7	6	▲1
25 社会医療法人親仁会 米の山病院	大牟田市	2	2	0
26 社会医療法人財団池友会 福岡和白病院	福岡市	6	5	▲1
27 社会医療法人社団水光会 宗像水光会総合病院	福津市	3	2	▲1
28 医療法人社団高邦会 高木病院	大川市	7	7	0
29 社会医療法人財団池友会 新小文字病院	北九州市	3	3	0
30 社会医療法人財団池友会 新行橋病院	行橋市	5	6	▲1
31 公立学校共済組合 九州中央病院	福岡市	11	10	▲1
32 社会医療法人天神会 新古賀病院	久留米市	5	4	▲1
33 田川市立病院	田川市	2	3	▲1
34 社会保険田川病院	田川市	2	2	0
35 社会医療法人財団白十字会 白十字病院	福岡市	3	3	0
36 地方独立行政法人福岡市立病院機構 福岡市民病院	福岡市	6	5	▲1
37 独立行政法人国立病院機構 福岡東医療センター	古賀市	4	4	0
38 福岡県済生会二日市病院	筑紫野市	2	3	▲1
39 久留米大学医療センター	久留米市	2	0	▲2
40 地方独立行政法人筑後市立病院	筑後市	2	2	0
41 医療法人社団池友会 福岡新水巻病院	水巻町	4	5	▲1
42 小倉記念病院	北九州市	4	5	▲1
43 医療法人共愛会 戸畑共立病院	北九州市	2	3	▲1
44 医療法人青洲会 福岡青洲会病院	粕屋町	3	3	0
福岡県計		399	399	0

見直し案のシミュレーション

過去の実績			実績枠											病院が希望する募集定員 C (R8)	実績枠配分			
採用実績 (中断者受入は加算未書き)			373															
R4	R5	R6	399	16	3	380	26	463	AをBで按分 (小数点以下四捨五入)	④~⑥の最大値		A				B	17	
25	25	23	26	○								25	3	28	24	24		
4	4	4			4													
13	13	13	13									13	1	14	12	12		
13	13	13	13													11		
4	4	4	6									4	0	4	3	3		
36	36	37	39	○								37	5	42	36	36		
0	1	2			4													
58	56	55	55	○								58	7	65	55	55		
0	0	2			4													
11	12	11	12									12	0	12	10	10		
12	14	13	14									14	0	14	12	12		
3	3	5	6									5	0	5	4	4		
17	18	18	20									18	0	18	15	15		
37	34	36	34	○								37	5	42	36	34		
0	2	3			4													
5	3	4	3									5	0	5	4	3		
17	18	18	18									18	0	18	15	15		
5	5	4	6									5	0	5	4	4		
5	5	5	5									5	0	5	4	4		
5	3	4	6									5	0	5	4	4		
4	5	3	12									4	0	5	4	4		
9	9	9	12									9	0	9	8	8		
6	5	6	7									6	0	6	5	5		
6	6	6	8									6	0	6	5	5		
9	9	9	10									9	0	9	8	8		
11	13	13	19									13	5	18	15	15		
7	7	7	8									7	0	7	6	6		
3	2	2	2									3	0	3	3	2		
6	6	6	8									6	0	6	5	5		
3	3	3	3									3	0	3	3	3		
8	8	7	9									8	0	8	7	7		
4	3	4	5									4	0	4	3	3		
4	5	4	7									4	0	5	4	4		
12	12	12	12									12	0	12	10	10		
5	5	5	6									5	0	5	4	4		
2	3	2	3									2	0	3	3	3		
2	2	2	2									2	0	2	2	2		
3	4	4	5									3	0	4	3	3		
6	6	6	6									6	0	6	5	5		
4	4	4	5									4	0	5	5	5		
2	2	2	3									2	0	2	2	2		
3	3	4	4									3	0	4	3	3		
407	406	410	451									399	16	3	421	26	447	379

加算枠																	R8 募集定員
26																	
小児・産科特別加算	県施策枠	取組評価加算 ※点数化による上位加算	減算	研修環境・指導体制評価				激変緩和措置		1/2調整		加算枠配分					
16	3	13	0	▲10				2						35			
小児科・産科プログラム分加算 ※加算を希望する病院は左欄に○を記載	医師少数区域加算	点数合計	点数順位	加算	減算 (前年度募集定員に達しなかった場合-1) ※小児産科・広域圏	仮定員	過去3年間のマッチング募集倍率順位	加算	過去4年間のマッチング募集倍率順位	加算	R7募集定員との差	調整	仮定員	1/2調整	加算枠配分		
18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
○		4	24				0	11		8	▲1		0		0	0	24
	4						4					0	4		4	4	4
		6	13	1			1	35	▲1	30	▲1		0		0	0	12
		3	30				0	21		20	▲2		0		0	0	11
		7	4	1			1	40	▲1	39	▲1		0		0	0	3
○		3	30				0	23		26			0		0	0	36
	4						4					0	4		4	4	4
○		1	42				0	14		13			0		0	0	55
	4						4					0	4		4	4	4
		1	42				0	30		25	▲1		0		0	0	10
		8	1	1			1	19		17			1		1	1	13
		7	4	1			1	4		4			1		1	1	5
		7	4	1			1	20		19	▲1		1		1	1	16
○		3	30				0	3		3			0		0	0	34
	4						4					0	4		4	4	4
		6	13				0	27		35			0		0	0	3
		7	4	1			1	28		29			1		1	1	3
		1	42				0	16		14	▲2		0		0	0	15
		8	1	1			1	18		21			0		1	1	5
		5	20				0	24		24	▲1		0		0	0	4
		8	1	1			1	7		7			1		1	1	5
		7	4	1			1	6		6	2	▲1			0	0	4
		6	13	1			1	33		32			0		1	1	9
		4	24				0	8		11			0		0	0	5
		6	13	1			1	29		27			0		1	1	6
		5	20				0	12		15	▲1		0		0	0	8
		4	24				0	34	▲1	33			▲1		▲1	▲1	14
		3	30				0	9		10			0		0	0	6
		7	4				0	41	▲1	40	▲1		▲1		1	0	2
		3	30				0	36	▲1	31	▲2		0		0	0	5
		6	13				0	39	▲1	40			▲1		▲1	▲1	2
		2	39				0	25		22	▲1		0		0	0	7

新規加算に係る評価項目の配点表

資料1
(別添⑦)

No.	病院名	募集定員数 (R7)	募集定員数 (R6)	採用実績 (R6)	募集定員に満たない数 (R6)	協力病院としての研修医の受入数 (小児・産科)	小児 (自院)	小児 (合計)	産科 (自院)	産科 (合計)	順位	配点	救急患者の受入数	常勤医師数	常勤医師一人当たり	順位	配点	第三者評価受審 (JCEPP)	第三者評価受審 (その他)	配点	症例数 (年間入院患者実数)	研修医一人当たり	順位	配点	研修指導医数	研修医一人当たり	順位	配点	点数合計	点数順位	加算	備考	
1	国立病院機構 九州医療センター	29	27	27	0	53	43	43	43	96	1	2	8,173	133	61.5	35		○	○	2	15,255	526	40		83	2.86	40	4	24				
2	福岡赤十字病院	13	13	13	0	24	13	24	14	27	2	2	12,410	145	85.6	28	1	○	○	2	15,876	1,221	28	1	50	3.85	33	6	13	1			
3	国家公務員共済組合連合会 浜の町病院	13	13	13	0	2.07	14.14	16.21	13	13	11	1	6,790	87	78.0	30		○	○	2	11,089	853	35		26	2.00	42	3	30				
4	千鳥橋病院	4	4	4	0	3	8	8	8	11	10	2	11,604	55	211.0	11	2	○	○	2	3,616	904	34		24	6.00	18	1	7	4	1		
5	福岡大学病院	40	41	41	0	18	46	50	56	70	6	2	6,453	453	14.2	42		○	○	1	17,582	440	42		129	3.23	36	3	30				
6	九州大学病院	59	59	59	0	0	35	35	35	35	14		5,537	390	14.2	43		○	○	1	28,052	475	41		193	3.27	35	1	42				
7	福岡県済生会 福岡総合病院	11	11	11	0	0	12	12	0	0	14		7,380	123	60.0	36					11,808	1,073	30		54	4.91	25	1	1	42			
8	福岡徳洲会病院	13	12	13	▲1	12	30	38	18	22	7	2	25,333	165	153.5	14	2	○	○	2	15,962	1,228	27	1	65	5.00	24	1	8	1	1		
9	福岡大学筑紫病院	4	5	5	0	7	4	11	0	0	8	2	5,875	143	41.1	39		○	○	1	9,025	2,256	8	2	49	12.25	5	2	7	4	1		
10	聖マリア病院	17	18	18	0	20	24	36	27	35	5	2	41,249	215	191.9	13	2	○	○	2	17,948	1,056	31		114	6.71	16	1	7	4	1		
11	久留米大学病院	38	40	39	1	7	23	27	37	40	8	2	5,779	332	17.4	41		○	○	1	12,348	325	44		84	2.21	41	3	30				
12	公立八女総合病院	3	3	4	▲1	2	2	4	5	5	12	1	6,113	42	145.5	16	1	○	○	1	4,564	1,521	20	1	21	7.00	15	2	6	13	4	希望定員を超えるため加算しない	
13	地方独立行政法人大牟田市立病院	2	2	2	0	7	2	4	2	7	8	2	4,967	44	112.9	20	1				5,729	2,865	6	2	25	12.50	4	2	7	4	1		
14	株式会社 麻生飯塚病院	17	18	18	0	0	19	19	30.5	30.5	14		17,432	375	46.5	38					21,783	1,281	25	1	62	3.65	34	1	42				
15	独立行政法人国立病院機構 小倉医療センター	5	4	4	0	22	3	9	4	20	3	2	13,903	68	204.5	12	2		○	○	1	8,811	1,762	15	1	38	7.60	12	2	8	1	1	
16	労働者健康安全機構 九州労災病院	5	5	5	0	3	5	5	5	8	10	2	7,789	94	82.9	29			○	○	1	9,668	1,934	12	2	22	4.40	30	5	20			
17	北九州市立八幡病院	4	2	4	▲2	22	10	32	0	0	3	2	28,238	75	376.5	3	2					7,469	1,867	13	2	34	8.50	10	2	8	1	1	
18	北九州市立医療センター	3	3	3	0	21	3	16	3	11	4	2	7,360	96	76.7	31			○	○	1	9,119	3,040	5	2	30	10.00	6	2	7	4	1	
19	独立行政法人地域医療機能推進機構九州病院	9	9	9	0	5	11	14	10.5	12.5	9	2	12,689	193	65.7	34		○	○	2	13,763	1,529	19	1	50	5.56	20	1	6	13	1		
20	社会医療法人 製鉄記念八幡病院	5	6	6	0	1	6	7	6	6	13	1	6,879	73	94.2	26	1				10,993	2,199	9	2	22	4.40	29	4	24				
21	健和会大手町病院	6	6	6	0	1	0	0	7	8	13	1	19,069	54	353.1	5	2	○	○	2	7,611	1,269	26	1	19	3.17	37	6	13	1			
22	北九州総合病院	9	9	9	0	3	12	14	8	9	10	2	19,373	87	222.7	10	2				12,379	1,375	23	1	37	4.11	31	5	20				
23	産業医科大学病院	14	13	13	0	3	12	12	14	17	10	2	4,651	361	12.9	44					14,443	1,032	32		126	9.00	9	2	4	24			
24	社会医療法人大成会 福岡記念病院	6	7	7	0	0	5	5	0	0	14		9,127	25	365.1	4	2		○	○	1	3,401	567	39		12	2.00	43	3	30			
25	社会医療法人親仁会 米の山病院	2	2	2	0	0	0	0	0	0	14		5,182	21	246.8	8	2	○	○	2	2,925	1,463	22	1	16	8.00	11	2	7	4	4	希望定員を超えるため加算しない	
26	社会医療法人財団池友会 福岡和白病院	6	6	6	0	0	0	0	0	0	14		13,287	89	149.3	15	1		○	○	1	7,696	1,283	24	1	24	4.00	32	3	30			
27	社会医療法人社団水光会 宗像水光会総合病院	2	3	3	0	0	0	0	0	0	14		7,631	60	127.2	18	1		○	○	1	6,484	3,242	2	2	27	13.50	1	2	6	13	4	希望定員を超えるため加算しない
28	医療法人社団高邦会 高木病院	8	7	7	0	0	11	11	12	12	14		12,370	112	110.4	21	1				6,421	803	38		44	5.50	22	1	2	39			
29	社会医療法人財団池友会 新小文字病院	3	3	4	▲1	0	0	0	0	0	14		9,712	31	313.3	6	2		○	○	1	5,573	1,858	14	2	18	6.00	17	1	6	13	1	
30	社会医療法人財団池友会 新行橋病院	7	7	7	0	0	0	0	0	0	14		12,348	31	398.3	1	2		○	○	1	5,644	806	37		13	1.86	44	3	30			
31	公立学校共済組合 九州中央病院	12	12	12	0	0	0	0	0	0	14		8,570	97	88.4	27	1		○	○	1	11,307	942	33		38	3.17	38	2	39			
32	社会医療法人天神会 新古賀病院	5	5	5	0	0	0	0	0	0	14		8,955	74	121.0	19	1				8,791	1,758	16	1	27	5.40	23	1	3	30			
33	田川市立病院	2	2	2	0	1	2	2	2	3	13	1	4,180	38	110.0	22	1		○	○	1	4,170	2,085	11	2	15	7.50	13	2	7	4	4	希望定員を超えるため加算しない
34	社会保険田川病院	2	2	2	0	5	2	4	2	5	9	2	5,419	51	106.3	23	1				4,913	2,457	7	2	18	9.00	8	2	7	4	4	希望定員を超えるため加算しない	
35	社会医療法人財団白十字会 白十字病院	4	4	4	0	0	0	0	0	0	14		5,835	87	67.1	33					6,981	1,745	17	1	28	7.00	14	2	3	30			
36	地方独立行政法人福岡市立病院機構 福岡市民病院	6	6	6	0	0	0	0	0	0	14		5,145	69	74.6	32			○	○	1	5,013	836	36		28	4.67	27	1	2	39		
37	独立行政法人国立病院機構 福岡東医療センター	5	4	4	0	0	8	8	0	0	14		8,515	81	105.1	24	1				10,524	2,105	10	2	28	5.60	19	1	4	24			
38	福岡県済生会 二日市病院	2	2	2	0	0	0	0	0	0	14		8,435	64	131.8	17	1				6,428	3,214	3	2	27	13.50	2	2	5	20			
39	久留米大学医療センター	2	2	1	1	0	0	0	0	0	14		765	19	40.3	40					765	383	43		19	9.50	7	0	44				
40	地方独立行政法人筑後市立病院	2	2	2	0	0	0	0	0	0	14		6,817	26	262.2	7	2				3,397	1,699	18	1	11	5.50	21	1	4	24			
41	医療法人社団池友会 福岡新水巻病院	4	4	4	0	0	0	0	0	0	14		12,074	32	377.3	2	2		○	○	1	5,953	1,488	21	1	18	4.50	28	1	5	20		
42	小倉記念病院	4	5	5	0	0	0	0	0	0	14		7,862	154	51.1	37			○	○	1	17,396	4,349	1	2	12	3.00	39	3	30			
43	医療法人共愛会 戸畑共立病院	2	2	2	0	0	0	0	0	0	14		6,100	63	96.8	25	1		○	○	1	6,095	3,048	4	2	26	13.00	3	2	6	13	1	
44	医療法人青洲会 福岡青洲会病院	3	4	4	0	0	0	0	0	0	14		7,537	32	235.5	9	2		○	○	1	3,400	1,133	29		14	4.67	26	1	4	24		

※小児科・産科研修プログラムの採用実績は募集定員数としている。

●アンケート調査による基幹型臨床研修病院のご意見

問1. 論点①「採用実績をどの程度評価すべきか」について、ご意見がありましたら、記載してください。

- 今回の説明にもあるように、病院側としては過去3年間の最大値を採用実績として評価する方法が望ましい。しかし、医師国家試験不合格などによりマッチングにおいて採用を予定していても、実際に採用に至らない者も毎年いる状況である。今回の議論は募集定員であり、マッチングでの募集人員と考えられるので、採用実績ではなく、マッチングでの実績とすべきであると考えます。
- 採用実績を最大限に評価していただきたい。
- 採用実績は出来るだけ評価いただけると幸いです。8割でなく、京都のように9割をのぞみます。また、計算に用いる数は、3年間のマッチング数の最大値より平均値の方が実情にあっていると思います。
- 採用実績は評価してほしい。前年フルマッチしているのであれば、実績数は確保してほしい。
- 採用実績が豊富な病院は、学生からの需要も高いことを表しているため、少なくともこれまで通りの評価を続けていくことが妥当であると考えます。
- 募集定員の8割充当(案I-1、案I-2)が妥当と考える。充当割合を引き上げすぎると、県が調整できる範囲が狭まり柔軟性が失われる。特に、当院において県の要請で新設された広域連携プログラム(7名)は現時点で需要が低く、今後の採用者数の減少が見込まれる。このような状況で採用実績に基づく充当割合を高く設定すると、その分募集定員数が削減され、結果として需要の高い外中プログラム(1年目協力病院・2年目〇〇病院)の募集枠を圧迫することが予想されるためである。
- 現行方式では採用実績は80%と高く評価されており、現行の評価率の継続を希望致します。一方で、各病院での実績を再度確認していただき、研修医採用定数を数年の間に平均して充足していない場合は、その病院の定数の再検討の余地があると考えます。その中で国より指定された研修医採用定数の縮小に対応して頂きたいと存じます。
- ①問2②の回答のように採用実績を100%で評価すべきであるが、小規模病院で枠が増える可能性がないことが問題である。②福岡県は毎年採用者数を減らされており、現行の方法であれば、どんなに努力しても採用実績(数)が下がっていく仕組みになっている。従ってもはや「評価」になっていないと思われる。採用実績はもう少し比重を少なくして良いと考える。③採用実績の評価は、年度毎に内科専攻医希望者がばらつきがあり、令和5年は内科専攻医希望者が少なく、相当数の2次募集が出た際、当院は5名定員であったが、2次募集で定員をはるかに超える専攻医を受け入れ、翌年の内科専攻医数維持に貢献した。即ち、ある程度ばらつきがあっても、令和5年のように翌年減らされるリスクを回避できる・できそうな病院は定員を増やすべきである。また、当院希望者も人数制限のため、全員を受け入れられない。その点も考慮すべきと考える。
- フルマッチは、当院において研修医教育を指導医一同が全力で行ってきた成果であり、その結果として得られたものであると考えております。実際に、現在も当院を希望する研修医は増加傾向にあります。当院としては今後も引き続き、研修医教育に力を注いでいく所存です。つきましては、そのように教育に積極的に取り組み、第一志望者から多くの支持を得ている施設に対しては、第一志望者数に応じて定員を柔軟に増員できるような仕組みをご検討いただけますと幸いです。
- 採用実績の評価は現行の80%で良いと考えます。最大値を取る案を支持します。
- 当院では、臨床研修マッチングにおいて未成立となった学生や、医師国家試験に一度不合格となった者に対しても積極的に受け入れを行い、医師としてのキャリア形成を支援しております。こうした取り組みは、制度上の空白を埋める役割を果たすとともに、地域医療の担い手を確保する観点からも重要であると認識しております。採用実績を定員算定に反映することは一定の合理性があると考えますが、定型的なマッチング結果のみならず、非定型的な採用も含めた柔軟な評価を望みます。
- 実際に採用実績として定員を大幅に満たさない(例えば半分を満たさないなど)施設に関しては、数年の間の実績をもって、その定員の増減を図るべきだと思います。現在されているような、3年間の実績をもとにした算定や激変緩和措置などは適当と思われます。
- 募集定員に対する実際の採用実績は概ね90%にとどまり、毎年40名前後の欠員が生じています。要因の一つとして、医師国家試験の不合格者や小児科・産科系研修プログラムにおける欠員が挙げられます。当施設では、限られた配分数を有効に活用し欠員を最小限に抑えるため、マッチングの際には国家試験合格の蓋然性を考慮してきました。今後、福岡県全体の募集定員が減少することが見込まれ、欠員を極力抑制することは一層重要になると考えられます。採用実績を最大限に踏まえた定数配置についてご配

慮をお願い申し上げます。

- 未採用者数（定員と採用実績の差）が令和7年度でも40名あり、国による定員数を増やすためにも当該人数を減らすべきだと考える。そのため、採用実績を第一に考えていただきたい。マッチング実績ではなく、採用予定者数（マッチ者数+二次募集内定者（国試合否関係なく））の3年平均を基準数にする等していただきたい。（現行のマッチング者数を加味した平均にすると、二次募集等で採用できたも、定員が減少する場合があるため。）
- 募集定員が少なくても、多くの医学生が希望する研修病院がある。過去の採用実績よりも最近の応募倍率を重視すべき。加算が人数として決まっているのなら、割合で扱っても仕方がないので、実人数ベースで計算すべき。
- 研究環境・指導体制評価加算は、厚生労働省が受審を推奨している卒後臨床研修評価機構による研修プログラムの第三者評価・認定を加算対象として、マッチング倍率より重視すべきと思います。
- 特定診療科に偏らない全診療科を公平に評価する観点から、採用実績は80%程度を推奨します。
- 医師募集定員に対する採用実績は、研修施設の教育・研修体制や環境の魅力を示す重要な指標の一つと考えます。特に、毎年フルマッチを達成している研修施設は医師の育成において安定した実績を有し、また地域医療の担い手を継続的に輩出しているという点で大きな社会的役割を果たしています。このような実績は単なる数値ではなく、研修体制の充実や地域への貢献の証であると考えられます。したがってフルマッチでの採用実績については、医師募集定員の算定にあたり適切に評価して頂きたいと考えます。
- 採用実績については、最大限に評価いただきたいと考えております。現行の医師派遣加算および小児産科特別加算は、一部の大規模な病院に限定されているため、多数の中小規模病院では加算を取得できない状況が続いています。採用実績およびマッチ者数に欠員が無く研修医を受け入れ、確実に実績を積み重ねている病院が適切に評価される制度であることを希望いたします。
- フルマッチしなかった年度でも、二次募集でほぼ定員を満たすことがあるため二次募集で採用された人数も、採用実績として評価していただきたい。
- 採用実績と募集定員枠との差が大きい病院は、優先的に募集定員枠を削除する。（5枠以上の差がある場合は、-2名。10枠以上差がある場合は、-3名。）
- 最終段階の採用実績を重視すべきと思料。現在の評価では、採用実績とマッチ者数の平均となっているが、マッチングでフルマッチとならず、二次募集で補填できた場合の人数もマッチ者数の中に含めるべきと思料する。
- 小児科・産科がそもそもなく、また医師のほとんどが大学病院の医局から派遣されている当院では、今後も「小児・産科特例加算」「医師派遣加算」の対象となることを見込めず、採用実績が一番重視される項目となるため、今後も最大限評価していただきたい。なお、学生側の起因による「マッチ者数減」については対応のしようがないため、2次募集・3次募集後の最終的な採用実績を重視していただきたい。
- 採用実績は最大限充当すべき。少数採用病院では影響が大きい。マッチング数での評価が最も良いと思う。国家試験不合格での不採用は不運でしかない。
- 採用実績の最大値を採用する形が良いです。資料にある通り平均値（しかも小数点以下切り捨て）をもとにすると、採用実績が低い年に引っ張られ増員に時間がかかります。増員をしようと年単位でこつこつやってきた採用活動や研修環境整備の取り組みが、今年のように研修病院が起因でない減員があった場合に無駄になってしまいます。
- 評価すべきである。ただし、マッチングしたものの医師国家試験に落ちたことによる採用実績の減については、本人の責であることから「やむを得ない事由」として病院側の採用実績を減らすことのないようにしていただきたい。
- 現行でよいと思います。
- 当院では過去に採用予定者が卒試や国家試験で採用資格を失うことで実績が評価されず定員枠が3枠から2枠に2度減じられています。令和5年の採用実績の見直しが行われていますが、過去に実績の見直しも行って頂きたい。
- 採用実績数は当該研修医を選考（含マッチング）、採用、指導（教育）、評価し研修修了させているという観点から最も評価すべき点だと思います。
- 当院は定員4名ですが、およそ例年、定員を充足することができています。しかし定員を増やすことにつながる要素が現システムではありません。本年は定員4名に対して、18名の応募がありました。こ

のような応募状況等を定員数に反映していただければと思います。

- 採用実績で按分する案が一番納得がいくように思えますが、採用実績とはマッチングのマッチ数でしょうか。研修医枠が少ない病院では、国家試験に落ちるなどで実採用できなかった時の影響が大きいと思います。

問2. 論点②「医師派遣の実績について、実績の算定基礎とするか、加算として配分するか。また、算出式をどうするか」について、ご意見がありましたら、記載してください。

- 当院は大学病院ではないため、他院への医師の常勤派遣実績はない。本件は主として大学病院への配置数に係るものであるが、現状大学病院での募集人員と採用実績の差を勘案すると、加算は不要と考えられる。
- 実質、大学病院のみ評価される加算であり、市中病院が不利となるため見直していただきたい。
- 加算の方が理解しやすいです。計算方法は現行のままで良いと考えます。
- 医師派遣の実績を算定基礎としているが、有効であったとすれば効果を教えてほしい。
- アンケート用紙に「医師の派遣」について定義を記載されているが、ここでいう医師の派遣とは、派遣される医師の経験年数を問われるものであるか。例えば、派遣される医師が指導医レベルの経験年数が高い医師を想定されているのであれば、この算定には反対である。(指導医レベルの医師の派遣は、限られた医療機関のみが可能であるため) 一方、若い医師(経験年数が浅い)の派遣も算定に加えるものということであれば問題ないと考えている。大学病院は地域医療に貢献するために多くの医師を派遣しているが、指導医レベルの医師派遣は限られた医療機関であり若い医師の派遣を含むのであれば算定に加えることには賛同いたします。
- 実績の算定基礎(案Ⅰ-1、案Ⅱ)が妥当と考える。案Ⅰ-2は募集定員の増加が見込めるため魅力的ではあるが、現状当院は定員割れの状況にあるため、引き続き実績の算定基礎とすることが現実的である。一方で、当院の外中プログラムでは、1年目研修医を協力病院へ派遣してご指導いただいております。派遣先によっては地域医療への大きな貢献が期待できる。そのため、派遣実績が過度に減少することは望ましくなく、算定方法の見直しにおいてもこの点を十分考慮すべきである。
- 方式を検討するにあたっては、過去の採用実績数を確認した上で、検討し直す必要があると考えます。現存では4か所の大学病院のみに採用されている加算人数であり、過去の採用実績を鑑みて、算定を検討しなおす必要性があると考えます。
- 補足にもあります通り、福岡県の医師派遣実績による定員増は大学に偏り、大学偏重を招いているように思います。地域医療を担う市中病院が評価されるようご検討をお願い致します。
- ①加算として配分が良い。②多くの医師の派遣ができる病院は大規模病院に限られ小規模病院の採用枠が増える可能性が限られることとなる。
- 「医師派遣の実績」についてですが、派遣された医師は派遣先で研修医の指導を行っており、派遣先医療機関に対する教育的な貢献を担っています。ただ一方で、なぜこの「医師派遣の実績」が研修医募集定員の算定に大きく関わるのか、正直なところ十分に理解できておりません。算定要素の中でも、この部分がかかなり大きな割合を占めているように感じられます。つきましては、どのような理由や背景により「医師派遣の実績」が募集定員の算定に直結しているのか、ご教示いただけますと幸いです。もし算定方式を見直すとすれば、例えば「20人以上は10人増えるごとに1人」「80人以上は一律7人」といった基準に変更するのは適切ではないかと考えますが、ご見解をいただければと存じます。
- 案Ⅰ-2にあるように加算部分での評価を支持します。算定式は現行の方法で良いと思われまます。
- 地域医療機関への医師派遣は、社会的責任を果たす重要な活動であり、定員算定において一定の評価対象とされることは妥当と考えます。研修医の受け入れに加え、地域医療機関への人材支援を継続的に行っている病院の役割が、制度上も適切に評価されることを望みます。
- 現行の算定式にての対応でよろしいかと思ひます。
- 医師派遣の実績を加算枠に組み込むと、その分だけ他の加算の裁量が制約され、結果として研修環境や指導体制評価など、各医療施設における研修体制の実情が十分に反映されにくくなる恐れがあります。このため、医師派遣実績については加算枠ではなく算定基礎として位置づける方が妥当であると考えます。
- 現行どおりで良いです。大学病院の派遣に依存することになってしまうため、加算自体に賛成ではありませんが、自前の募集では採用できない病院等もある場合もあると思うので仕方ない部分もあり、現行

どおりで問題ありません。

- そもその現行算定式の根拠が不明である。医師を集中させたいのであれば、加算配分、そうでないなら実績の算定基礎とすれば良い。
- 医師派遣は一定数評価すべきであるが、特定科への派遣を優遇するなどは避けるべき。評価数の減算も検討して良いと考えます。
- 派遣実績は本来、教育力と人材余力を持つ病院が地域支援として医師を送り出すことを評価すべき指標です。ところが現状では、自院の教育が不十分なため他院へ研修を「お願い」しているだけのケースや、研修医本人が希望してローテートするだけのケースまで「派遣実績」として数えられてしまいます。これでは教育体制や救急受入を自院で担い、他院からも研修医を受け入れて教育している病院ほど数値が低く、本来評価すべき地域貢献が不当に見えなくなる逆転現象を招きます。したがって、派遣実績は基礎配分の指標とせず加点に限定し、かつ「教育支援目的の派遣」と「教育不足補填や自主ローテート」を明確に区別して評価する仕組みなどが必要だと考えます。
- 医師派遣の実績については、現在、加算を取得できているのはわずか4か所の大学病院に限られており、大多数の病院では、医師が不足している状況の中で派遣を行う余力が無い大変厳しい状況です。全病院が、病院の規模等に関わらず対象となるような加算項目として見直し・ご検討いただけますと幸いです。
- 「医師の派遣数が20人以上の場合は1人を加え、20人から5人増えるごとにさらに1人を加え、50人以上増えた場合は一律7人を加える」など、上限人数を下げる必要がある。
- 大学病院への研修希望が少ない中、大学だけの特例を設ける必要はないのでは。派遣数が少ないがへき地離島への医師派遣をしている市中病院に考慮すべきではないか
- 算定基礎での評価の方が良い。
- 加算は全く必要無い。「大病院である」という意味以外に何も研修に寄与しない。かえって指導医も少なくなり、学生は選ばなくなる傾向にある。廃止すべき。
- 実績の算定基礎に組み入れる方がよいです。単なる派遣数ではなく、医師少数地域への派遣実績も考慮すべきではないでしょうか。それにより医師少数区域加算を見直す事ができるのではないのでしょうか。
- 実績にすべきだと思います。他施設に派遣が必要となると、実勤務できる人員が減ってしまうので、その分は基礎数として配置した方がよいと思います。
- 医師派遣可能な施設は4大学+ α と限られていると思うがその施設が募集枠に満たない時には加算配分することをに意味がなく、県全体の枠数減になるのでは。加算条件に前年度フルマッチであることを追加してはと思う。
- 大学病院にしか付与されない算出式に意味があるのかどうか分かりません。単純に医師養成機関(大学)には付与があると言った考え方が妥当だと思います。
- 20名以上の派遣実績であれば大学病院に対象が限られると思いますし、当院のような市中病院には実績を評価していただける余地がありません。20名以上という基準を下げたり、派遣が必要な病院に対し公募制にする等、市中病院も実績評価の対象になるような算出方法を考慮していただければと思います。
- 大学病院等では医師派遣も重要な役割であり、大変助かっております。派遣についてのメリットをもってもらうためにも、現行のルールで良いかと思えます。

問 3. 論点③「現行の加算の基準及び算出式をどうするか」について、ご意見がありましたら、記載してください。

- 募集定員上限は決定されているが、現行の研修医募集体制を維持するため、現在の算出方式に近い採用実績に基づいた算定方式を希望する。
- 原則現行のままで良いと考えますが、激変緩和措置については、減る方は-2でなく-1にとどめていただきたい希望があります。
- 現行の算定方式の継続を希望していますが、各病院における経年的な採用実績と研修医採用定数との比較したデータの開示、分析を行い、問題点を抽出する必要があると考えます。
- ①現在の計算式では採用枠が増える可能性がまったくない。採用希望者と採用枠との比などを評価すべきである。②福岡県内でも急性疾患などは二次医療圏における自己完結率に大きな隔りがある。特に「医師少数区域加算」が現状に即しているのか疑問が残る。③問1の③回答を参照していただきたい。加えて離島などの僻地に専攻医を派遣している施設は加算を考慮してもよいのではないかと考える。

- 現行の加算基準・算出式については、医師派遣の実績が大きな比重を占めておりますが、派遣医師は派遣先で研修医の教育に従事しているのであって、自施設での研修医教育の質を直接担保するものではありません。そのため、医師派遣実績を過度に評価する現行の算定方式については再考の余地があると考えます。一方で、研修医教育に真摯に取り組み、第一志望者を多数集めてフルマッチを達成している施設は、研修医から高い支持を得ていることの表れであり、教育環境の質を示す重要な指標と考えます。したがって、第一志望者数やマッチング結果をより重視する仕組みへと見直すことを提案いたします。
- 激変緩和措置は現行の2名以内を支持します。研修環境・指導体制評価加算も現行のものを維持されることを支持します。ここに第三者評価を組み込むことには反対です。努力義務と規定されましたが、第三者評価を受けていない病院との優劣を示すものではなく、受審していないことが研修の質の低さを示すわけでもありません。研修の質の担保は県や厚生局による認可で担保されていると考えます。
- 加算基準において多様な項目が設定されていることは、臨床研修病院の多面的な貢献を評価する上で前向きな取り組みと受け止めております。ただし、加算項目の内容や配点の妥当性については、病院規模や地域特性によって不均衡が生じる可能性があるため、制度設計において慎重な検討が必要ではないかと考えます。特に、地域偏在の是正や地域における役割を適切に評価する視点を望みます。
- 激変緩和措置に関しては現行のままでよろしいかと思えます。大幅に研修医の定員が減ることによる診療体制・教育体制の変化などが理由として挙げられます。
- 加算項目においては、研修環境および指導体制評価を一層重視していただきたく存じます。その上で、小児科・産科の研修プログラムを有する施設には既に必要な人数が配分されていることから、加算においては当該プログラムの有無よりも、マッチング募集倍率順位を重視することがより合理的であると考えます。
- 基準数の算出にマッチング者数を加味するのであれば、マッチング応募者数や採用実績の加算を設けて、可能な限り採用実績（マッチ者+二次募集内定者）から定員が減少しないようにしていただきたい。
- 現行の算定式の根拠が不明であるため、理解が得られる算出式に改訂が必要である。また、少数人数定員の病院に対して増減-2は大きすぎる。
- 小児科・産科加算のような特定科優遇措置は廃止すべきと考えます。全院共通で評価できる項目（指導医比率、研修環境の質、地域医療貢献度など）を基にした公平な加算制度を構築すべきです。また、研修環境・指導体制評価の加算数は増数すべきと考えます。
- 現行加算は救急受入や教育負荷といった地域貢献を十分に反映されていないように感じております。救急搬送受入件数や24時間救急体制、後期研修医の指導実績など、教育力と受入能力を客観的に示す指標を加算項目として明記して頂きたいと考えます。派遣実績の有無を減点要因とせず、臨床負荷と教育成果に基づく加点を基本とすることで、実際に地域医療を支えている病院を正當に評価できるような算定式を希望致します。
- 医師派遣加算および小児・産科特別加算については、一部の大規模病院のみが加算対象となっている現状を踏まえると、加算の優先度としては、「研修環境・指導体制評価加算」を最も重視していただけないでしょうか。これは、病院の規模等に関わらず全病院が対象であり、また医学生からの評価やマッチング率にも直結しており、質の高い研修を提供している病院を適切に評価する最も良い加算項目であると考えています。
- 小児科・産科研修プログラムの募集定員に加算される「小児・産科特例加算」については、廃止の見直しが必要ではないか。臨床研修の基本理念は、「将来の専門にかかわらず・・・、基本的診療能力を身に付ける・・・」とあり、特定の科に重点を置いた研修は、3年目以降の専門研修で行うべきである。
- 研修環境・指導体制評価加算の評価については、応募倍率に加えて、病院の救急応需件数や、入院数・外来数などの診療実績、指導医の適正配置、教育設備（シミュレーションセンターなど）の充実化など、病院の指導体制や研修経験が十分にできる体制の充実度なども勘案して欲しい。これらは、研修医の経験値確保や研修内容の充実化に直結してくる内容と思料する。
- 「研修環境・指導医体制評価加算」については、過去3年間のマッチングによる応募倍率が基準となっているようだが、研修開始後の研修環境や指導医の体制を評価し、加算されるべきではないか。マッチングの応募倍率だけでは研修環境・指導医体制評価の実態は反映されないように思う。
- 「医師派遣」は廃止。マッチングの充足率（マッチング数/募集数）が低い場合に減算。3年連続で採用率100%に満たない場合は減算→加算式は難しいが、減算分をマッチング充足率が高い病院へ分配
- 募集定員を満たして、かつ、マッチング倍率が上位病院への加算が良いです。

- 過去3年のマッチング募集倍率の順位を加算に反映する基準が現在は2段階のみですが、3段階に増やした方がよいと思います。倍率が高い施設は研修環境を整える努力をしている施設であり、かつ、もとの枠が少ないために倍率が高くなっています。そのような施設には、枠を増やせる仕組みが必要と考えます。現行の2段階ではそれを十分に反映できないと思います。
- 当院は募集定員2名で殆ど関係（影響）はありません。特に意見はありません。
- 研修環境・指導体制評価加算につきましては非常に良い考えかと思えます。基準等に関しましては現行で良いかと思えます。

問4. 論点④「新たな加算の項目を設けるべきか」について、ご意見がありましたら、記載してください。

- 当院では小児科・産科のプログラムも準備しているが、次年度より国・県の要請で広域連携プログラムも開始している。広域連携プログラムは要請により開始しているプログラムであり、設置病院には加算があつてしかるべきものとする。また、医学生・研修医に評価されている病院に対する加算の追加を検討する。具体的に算出は困難な面も想定されるが、マッチングの一次希望者の多数ある病院は評価が高いと考えられ、この点を踏まえた加算を希望する。
- 以下についても評価していただきたい。・国の方針である広域連携型プログラム・自治医科大学の受け入れ・第三者評価受審
- 自治医大の研修医を受け入れる場合は、マッチング数は必然的に-1となります。受け入れる際は+1にさせていただくと助かります。（ただし、+1とすると前年を超える場合はそのまま）
- 中途入職者の受け入れと第三者評価の受審については評価してほしい。
- これから募集枠の減少が続いていくと仮定した場合、最も影響を受けるのは定員枠が多い大学病院である。大学病院は地域医療の中核を担っているものであり、一方的に定員枠を減らされ続けることは避けたい。大学病院に特化した加算、救済措置などを新たに設けていただきたい。また、救急受け入れ件数に応じた加算も設けていいのではないかと。
- 実績の算定基礎（案Ⅰ-1、案Ⅱ）が妥当と考える。案Ⅰ-2は募集定員の増加が見込めるため魅力的ではあるが、現状当院は定員割れの状況にあるため、引き続き実績の算定基礎とすることが現実的である。一方で、当院の外中プログラムでは、1年目研修医を協力病院へ派遣してご指導いただいております。派遣先によっては地域医療への大きな貢献が期待できる。そのため、派遣実績が過度に減少することは望ましくなく、算定方法の見直しにおいてもこの点を十分考慮すべきである。
- 国より指定される臨床研修募集定員総数が13名減少している中では、新たな加算を検討するよりも、県の方針を優先させることが重要であると考えます。
- 過去3年間、空席が続いている大学病院の定員数を減算し、マッチング募集率（上位順）及び過去3年間フルマッチしている病院へ加算する。たすき掛け受け入れによる加算（例：3名受け入れごとに1名増）
- ①採用希望者と採用枠との比。②募集人員応募人数比③特定機能病院、地域医療支援病院。救急告示などは加算の対象項目にしても良いのでは。④臨床研究を行っている中核病院は、数を増やすべきである。これは、専攻医の将来への選択肢を増やすことに間違いなく繋がる。また、関連病院が多い病院（実際の派遣も含める）での研修は、専攻医の skill up に必ず寄与するので、その点も考慮すべきである。
- 新たな加算項目として、以下の点をご検討いただきたく存じます。指導医数と研修医数の比率に基づく加算：研修医の人数に対して指導医が多い施設は、手厚い教育体制を整え、研修医への指導を積極的に行っていると評価できます。そのため、指導医数と研修医数の比率に応じて加算を行うことが適切と考えます。第三者機関による評価に基づく加算：現在、第三者機関による評価受審は努力義務となっておりますが、評価を受けていること自体、または一定以上の評価を得ていることは、教育の質の担保につながります。したがって、評価の有無や達成水準に応じた加算を設けることをご検討ください。救急医療の受け入れ実績に基づく加算：臨床研修の基本理念を踏まえると、3次救急だけでなく初期救急を含めた幅広い救急患者の受け入れは、研修医教育の重要な要素です。そのため、救急患者の受け入れ実績を評価対象とし、実績に応じた加算を行うことが望ましいと考えます。
- 医師少数地域、二次医療圏バランスなど、県の方針を反映しやすいものを中心に加算項目を選ぶべきであると考えます。別添⑦減算の視点に示されていた「未採用数」はどのような意味でしょうか？ご教示いただけますと幸いです。
- 以下のような項目を加算対象として提案いたします。①臨床研修マッチング未成立者や医師国家試験浪

人者の受け入れ実績②研修医の離脱防止に向けた支援体制（メンタルヘルス支援、個別面談等）

- 大都市はともかくとして、現在福岡県内において、医療過疎の地域が多く存在している状況にあり、その地域への派遣を行っている市中病院も多くあります。その過疎地域の医療を支えるために必要な対応とおもわれますが、その場合は一応に常勤派遣でないことがほとんどおもわれます。そのような非常勤医師を派遣することを別途評価していただきたいと思います。例えば”地域貢献加算”として、派遣の医師を常勤換算し（週1日であれば0.2）、それが10人を超えると0.2人加える、もしくは何かしらに乗数をかけるなどはいかがでしょうか。
- 研修病院・研修医は大都市に集中する傾向は強く、医療圏毎に見た上で、配分する配慮も必要かと思えます。（具体的な算出などは提案できませんが）
- マッチング者数より採用実績（マッチ者+二次募集内定者）ベースで基準数を算出していただければ問題ありません。
- 小児科・産科は臨床研修における必修科目であり、全国的に医師不足が深刻な診療科であることから、研修医の受け入れが集中する傾向にあります。要望事項として、小児科・産科特例加算は、定員20人以上の基幹病院に対してのみ適用される制度ですが、協力病院としての受け入れ実績も定員算定への反映を望みます。
- 過去3年間の応募倍率上位の病院は加算を増やすこと。指導医数（対研修医数）の割合が高い病院へ加算を新設すること。
- 第三者評価の受審など、研修内容に対する評価などをもうけるべきと考えます。また、内定制度をとっている病院も多くあるため、マッチング1位登録数が考慮されるのではなく、マッチング総登録数も考慮して欲しい。
- 地域の救急医療を支える市中病院に対し、年間救急搬入台数が5,000台以上の場合に1名加算する等、具体的な指標に基づく加算措置をご検討頂きたいです。
- 問1の回答に同じ。（問1回答）フルマッチしなかった年度でも、二次募集でほぼ定員を満たすことがあるため二次募集で採用された人数も、採用実績として評価していただきたい。
- 第3者評価の受審（JCEP）及び受審結果を公表する基幹型病院に対して加算を行う。（【例】認定なし；要検討、2年認定；+0名、4年認定；+1名、エクセレント賞；+2名）・臨床研修医を担当する専従の事務を配置する病院に対して加算を行う。（研修医1人あたりの専従事務の数上位病院に+1名）
- ①年間救急車受入件数÷病床数＝割合②年間救急車受入件数÷研修医在籍合計人数＝研修医一人当たりが経験出来る救急車対応件数③新規入院患者数÷研修医合計人数＝研修医一人当たりが経験出来る症例数※割合の基準等を具体的に定めて、その基準より高い病院に配分していく。
- 問3の回答内容とリンクする内容の加算の検討をして欲しい。前年より応募倍率が向上している場合には、それに対する加算を設けるなどの検討をして欲しい。*マッチングにつなげる募集段階での取り組みの実績評価の検討をして欲しい。各施設ではマッチング登録に至るまでの過程で、医学生に対して研修医募集イベント参加や、見学対応などを行い、時間と費用をかけて採用活動を行っているが、それに係る対応の評価の検討ができないか。
- 取入れてほしい考え方＝研修病院の質的評価①研修の内容評価：研修医が経験した救急症例数→研修の質を図る目的で、座学よりも実臨床を通しての研修内容を評価する②後期研修で残留した研修医の割合→初期臨床研修を修了した後、引き続きその研修病院を後期臨床の場として選択する行為は、初期臨床研修に関する満足度を物語るものであり、ひいてはその地域に医師を定着させるということにつながるものである
- 「研修環境・指導医体制評価加算」について。研修環境であれば、研修開始後の当直回数や救急車受入台数などを加味した研修医による研修生活の満足度や充実度評価、指導医体制であれば臨床研修指導医の数などを加算対象としていただきたい。
- 充足率があまりに低い場合は、激変緩和措置の撤廃
- 各病院には病院採用枠と各大学との間にタスキガケの枠があり、初期研修医数は異なる。病院の実績評価に加え勘案してほしい。
- 救急車をたくさん受け入れている病院に対し、救急車搬入件数も加算に設けるべき。救急車の件数（1年間）に対し、研修医の人数も比例させるべき
- 当院は大規模病院に分類されると思いますが、定員は4名と少数です。研修医1名あたりの経験できる症例数は豊富ですので、1名あたりの症例数等を評価していただければと思います。

問5. 算定見直し案（案Ⅰ-1、案Ⅰ-2、案Ⅱ）について、ご意見がありましたら、記載してください。

- 現在の算定方式に近い、別添資料⑥の案Ⅱが望ましいが、上記に述べたように採用実績ではなく、マッチング協議会でのマッチング実績をもとに算出すべきと考える
- いずれの案でも大規模病院が定員増、中堅が定員減、小規模は横ばいようです。福岡県にあてはめると、フルマッチ率の高い病院群が最も定員が減ると予想されますが、これで良いのでしょうか？（具体的な別の計算方法が思い浮かぶわけではないのですが）
- フルマッチの病院の定員を8割にするのはやめてほしい。実績数は確保してほしい。
- すべての案において、医師派遣実績を加えたものとなっているため、問2に記載した回答を参照されたい。
- 上記の医師の派遣による算定について再検討した上で、案Ⅰ-1の算出式を希望します。
- ①どの案も小規模病院の採用枠が増える可能性がない。②問1③、問4④の回答を参照していただきたい。加えて離島などの僻地に専攻医を派遣している施設は加算を考慮してもよいのではないかと考える。
- 提示いただいた見直し案（案Ⅰ-1、案Ⅰ-2、案Ⅱ）につきましては、別添9の配分モデルを拝見する限り、中堅的な病院において定員が減少する結果となっているように見受けられます。これはまず中堅的な病院から定員削減が始まる、という理解でよろしいのでしょうか。「医師臨床研修指導ガイドライン」によれば、臨床研修の基本理念として「臨床研修は、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない。」と明記されています。この理念を踏まえると、地域に根差し、プライマリ・ケアを中心とした幅広い診療を経験できる中堅的な市中病院での研修は、臨床研修の目的に極めて合致しており、医師としての基礎的な力を涵養する上でも大変重要な役割を担っていると考えます。したがって、定員の見直しに際しては、大学病院を含むすべての研修施設に対して、公平性と透明性を担保した基準のもとで調整いただくことを強くお願い申し上げます。
- ①案Ⅰ-2、②案Ⅰ-1の順で支持します。
- 算定方法の見直しにあたっては、研修医が安心して学べる環境を維持できるよう、病院規模に応じた柔軟な制度設計を望みます。特に、研修医が孤立せず、互いに切磋琢磨できる体制を保つことは、教育効果の向上と精神的安定の両面で重要であると考えます。そのため、募集定員が過度に減少することのないよう、一定数以上の研修医が同時に在籍できる制度的配慮を望みます。
- 現行の算定方法に比べて、各々分かりやすく良いと思えました。案Ⅱに関しては、上限数に満たない場合はマッチング倍率が高い順から1名ずつ加算等に関しては考え方は面白いと思いましたが、2～3名などの比較的定員が少ない施設に関しては、場合により高倍率になることも多く、そこに1名ずつ加算すると、上昇率がかなり高くなると思われ、やや公平性に欠けると思いました。案Ⅰの1・2に関しては、その影響がどこまであるのか判別しがたいため、どちらでも良いかと考えます。
- 医師派遣実績を算定基礎とする点においては、案Ⅰ-1および案Ⅱが適切であると考えます。そのうち、特に研修環境・指導体制評価加算をより重視している案Ⅰ-1が望ましいと考えます。なお、研修環境・指導体制評価の具体的なあり方については、問3で回答した内容のとおりです。
- 方向性として、必要な人数を前もって除いておくⅡの様な方式が分かりやすい。
- 算定方法の見直し案（案Ⅰ-1、案Ⅰ-2、案Ⅱ）を選ぶとするならば、案Ⅰ-1を選択します。市中病院に対し、一番優遇された案と考えます。その他の案は特定の診療科や大学病院が優遇される形となり、推奨はいたしません。
- 1. 採用実績の確実な評価：過去3年間の充足率・フルマッチ達成を明確に配点化し、県内医師定着を支える指標として頂きた。2. 救急医療を実際に担う初期研修医の貢献を評価：当院の初期研修医は上級医と共に2年間、研修にとどまらず責任を持って救急診療を実践し、地域の救急医療を直接下支えています。この実態を「救急搬送受入件数」「24時間救急体制」、「初期研修医の救急症例実績」などの指標として定量的に反映して頂きたい。こうした病院の定数が減れば地域の救急医療提供体制が直撃を受け、県民医療の安全が揺らぐのではないかと考えます。3. 派遣実績の取り扱いを厳格化：教育支援目的の派遣のみを加対象とし、教育不足補填や研修医の自主ローテーションは算定対象から除外して頂きたいと考えます。
- 各案において、マッチ者数で欠員が生じている病院については、定員枠の増加ではなく、現状維持または減少が適切ではないでしょうか。例えば、A病院およびB病院はマッチ者数において欠員が生じてい

るものの、医師派遣加算や小児産科特別加算の対象病院であることから、見直し案では定員が増加している状況です。しかしながら医学生からの志望が得られていない現状で定員を増やしても、今後のマッチングにおいて再び欠員が生じる可能性が高いのではないのでしょうか。限られた福岡県の募集定員数を有効活用するためにも、医学生からの需要を反映した指標、「マッチング倍率」をより重視した算定方法をご検討いただけますと幸いに存じます。

- 案Ⅱで、採用実績最大値に二次募集で採用された人数も加えたものにしていただきたい。
- 案Ⅱの採用実績の評価を最大限評価する現行の算定方法に近い案に賛成です。
- 他県での加算の視点にあるように、2次医療圏のバランスは他県を参考に新たな加算の仕組みを検討して頂きたい。また、医師不足地域は県内では一部地域が該当しているが、準医師不足地域もあるため一律に医師不足地域では無いから加算はゼロということはどうでしょうか？（2次医療圏のバランス）、それと研修環境指導体制評価のマッチング募集倍率順位を加算枠に入れることは以前より反対です。各病院の採用の考え方や学生への配慮もあり加算にはそぐわないと思います。つまり希望者が定員を超えてくる場合に、ある程度採用予定者の選定は考えており、結果として学生の為を考え、厳しいので他病院を進めるようなことをしている病院もあります。マッチングの原則に反するかもしれませんが学生のことを考えれば倍率を上げるために全員に1位希望宜しくとはいえません。ぜひ再考頂きたい。
- 大規模な病院には恩恵があり、中規模病院には厳しく、小規模な病院にはあまり恩恵が無い印象。
- 評価加算が大きく配分される案Ⅰ-1を希望します。
- 案Ⅰ-1を支持します。しかし、問3で述べましたように、マッチング倍率の加算を現行よりも重くした方が良いと思います。
- 募集定員と実績数の差が20数名～40名であることを踏まえて、案Ⅰ-1、Ⅰ-Ⅱでシミュレーションも差が最も少ない案を採用すべき
- 以前より分かり難く感じていましたが、何を目的として募集定員を見直すのかということによって変わるのではないのでしょうか？特に意見はありません。
- 採用実績がどのような評価方法になるのか気になるころではあります。

問6. 今後は各病院の算定結果を全ての臨床研修病院に提供したいと考えておりますが、このことについて、ご意見がありましたら、記載してください。

- 他病院の意見と同様に、他の研修病院の算定結果の開示を希望する。
- むしろ開示した方が、透明性が上がり、不満も出にくいように思います。
- 問題なし。当院としても周りの病院の状況を参考にしたい。
- 同意します。
- 他病院における算定結果の開示を希望します。実際に募集人数に対して、実績数がどのくらい達成できているか、その結果算定結果がどのような状況かを確認することが、公平な研修医採用人数の判定につながると思います。
- 賛成です（実際に加算対象病院の情報を参考に今後の取組みを定めるため）
- 同意する。
- 各病院の算定結果を臨床研修病院間で共有することについては、同意いたします。算定の在り方に関して透明性を高めることは、制度への理解を深め、各施設が自らの教育体制を振り返り改善する契機にもつながると考えます。
- 同意します。
- 定員算定の透明性向上は制度への信頼性を高める上で重要であり、一定の情報開示は有意義であると考えます。病院間の比較を通じて、自院の改善点を把握し、より良い研修環境の構築につながる可能性があります。
- 現在の配分方法に関してはある程度理解・納得しておりますが、フェアな状況を示すにはご意見のように「他病院の算定結果」の開示もやむなしと考えます。
- これまでに開示されているのは各医療施設の配分数のみであり、増員あるいは減員が行われる理由については十分な透明性を欠いていると考えます。そのため、増員を希望する施設にとっては、どのような努力を行えば増員につながるのかが不明確であり、具体的な改善策を立てにくい状況にあります。さらに、福岡県全体としての配分方法や算定基準の見直しを検討する上でも、その根拠となる資料の開示は不可欠であると考えます。したがって、可能な限りの情報公開をお願い申し上げます。

- 開示可能です。定員割れ（未採用）の理由含めてご教示いただきたいです。
- 特にありません。算定結果の根拠まで開示していただければと思います。例：研修環境・指導体制評価の場合は、定員数に対しての応募者数も開示していただきたいです。
- 同意する。そもそも開示は当然である。秘密裏にやることがあるのであれば、こういうアンケートに割く時間も無駄となる。
- 開示には賛成です。地域やある程度の情報は開示して、病院名は非公開が望ましいが、開示を希望する病院が多いのであれば、病院名を公開して差し支えない。
- これまでは募集定員のみが開示されており、他病院の算定結果については不明な点が多くありました。公平性・透明性の観点から、各病院の算定結果を全ての臨床研修病院と共有していただくことを強く希望します。今後の制度への理解や、各施設の取組の参考にもつながると考えます。
- 賛成です。
- 「他の病院の算定結果」の開示について同意します。
- 同意します。
- 同意します。
- 特に異論は無い。・昨年定員・今年度定員・次年度予定定員の比較・昨年希望数・今年度希望数の比較
- 資料1別添⑩に「病院間で募集定員を調整したい場合は両者の合意書があれば可」との記載があるが、普段から連絡を密にとっている病院があれば可能かもしれないが、他の病院の算定状況・結果も分からないまま調整を打診するのは非常に難しいと思う。他院の算定結果（特に増減）が分かると有難い。
- 開示いただけると有難いです
- 詳細な開示を希望します。（マッチング倍率など）
- 同意します。
- 結果がオープンにされることに、同意いたします。
- オープンで良いと思う
- 当然、開示すべきだと思います。
- 開示をお願いしたいです。
- 複数人で協議した結果であれば開示して良いかと思えますし、協議した方々の氏名も開示いただけると尚良いかと思えます。

問7. その他、募集定員の算定方法について、ご意見がありましたら、記載してください。

- 今回提示いただいた算定方式の各案については、それぞれの案で実際に算定した際に各病院の割り当て数がどのようになるかがわかりにくい印象であった。それぞれの案で算定した場合の募集定員の概算の提示があると具体的な提案も各病院からできるのではないかと考える。
- 申し訳ありませんが、良い算定方法は思い浮かびませんが、実績をより重視、自治医大枠を考慮いただけると幸いです。
- 研修修了者数は配分調整としないほしい。メンタル不全で研修終了できない場合もある。・臨床研修終了後の定着率を配分の調整としている県もあるが、専門研修プログラムとの関係もあるため、算定要件に入れるのはやめてほしい。・医師が少ない病院の定数は守ってほしい。・地域医療を守るためにも、初期研修医の募集定員を減らすことや内科プログラムのシーリングなどもやめてもらいたい。
- 国から提示された募集定員枠が大幅に減少したため、今回の事態になったと説明いただいているが、一方的に定員枠が減らされることは不本意である。福岡県からも国に対して提言は引き続きしていただくようお願いしたい。長年にかけて様々な手をうって地域の偏在について取り組んできている（今回の募集枠の大幅な減少もその一つだと推察する）が、実際にはその偏在は解消されているのか。大学病院など教育・研究・臨床の3つを高いレベルで実践している医療機関において募集定員を減らされることは、多くの診療科を1つの病院内で経験でき、複雑な病態を複数診療科でチームとして多職種で診ていく患者ケアなどの貴重な経験ができる研修医が減ることにつながり、将来的には国民が求めている医師数が減少するのではないかと危惧させしています。多くの経験を積んだ中堅医師が、大学病院から地域医療へと派遣される方が国民の医療満足度上昇につながり、基幹病院の募集定員減少は国民への医療提供体制に逆効果であると思えます。
- 当院では広域連携プログラムの新設に伴い、5名以上の採用人数の減少が予測されます。そのため、算定方法の変更によっては急激な募集定員減少の可能性があることを危惧しています。ある程度の募集定

員減少は、現状定員割れである以上仕方がないと考えていますが、緩やかにご調整いただけますと助かります。

- 繰り返しになりますが、研修医募集定数を、平均して毎年満たし実績を残している場合については、研修医プログラムを安定して施行という観点から、定数減少をす流ことに慎重になります。まずは実績に基づいた定数の減少をお願いしたく存じます。
- マッチング結果にて医学生からの第一希望数が、多い病院は優遇いただきたいです。(定員数に対しての倍率上位順とする)・研修環境、指導体制評価の項目(実際に評価された病院ならびにその理由)を明確に示していただきたい。
- ①問3②でも記載したが医師少数地域、二次医療圏バランスは何を指標にしているのか、どの程度比重を置いているのか。実際算定にどう影響しているのかなどは知りたい。②元々の各病院の定数がどのように決まっているのかも不透明ではないか。昨今、外科医の希望者も減っていることが大きな問題となっているが、内科専攻医も今後は減少する可能性が高いと考えている。過度なシーリングを行うと、専攻医終了後に研修病院以外に勤務する医師も一定数存在することも考慮するべきだと思われる。離島などの僻地に専攻医を含めて医師を派遣している(非常勤医師も含め)病院は加算をすべきであると考ええる。
- 今回の見直し内容を拝見したところ、全体として大学に有利に働く印象を受けました。実際に、多くの研修医は初期研修を修了した後に大学へ入局する傾向にあり、そのような状況の中で、初期研修の段階から大学に偏って定員を配分することについては疑問を抱かざるを得ません。問5でも申し上げたとおり、「臨床研修の基本理念」に照らせば、地域に根差し、プライマリ・ケアを中心に幅広い診療を経験できる市中病院での研修も、医師としての基礎的な力を養ううえで非常に重要な役割を担っています。したがって、定員配分にあたっては、大学病院と市中病院の双方がそれぞれの特性を活かして研修医教育を担えるよう、なるべく公平かつ透明性の高い形で振り分けを行っていただきますよう、切にお願い申し上げます。
- 広域連携プログラムを設置した病院への配慮をお願いしたいです。現段階でマッチング結果、実採用数は不明なわけですが、各病院ともに相当な人的、物理的なリソースを割いて設置しています。都市圏での研修志向が明らかな現状において非常に負担の大きなプログラムであることは明白であり、本来なら産科、小児科のプログラムと同様に加算であるべきであったものと感じています。県の募集定員399人のうち広域連携の20人を除いた379人で案分を行う方法とはれないでしょうか？
- 当院では、制度からこぼれ落ちる可能性のある人材(マッチング未成立者、国家試験浪人者等)に対しても積極的に支援を行い、医師としての成長を支えております。こうした取り組みは、医師不足の解消や地域医療の安定に資するものであり、定員算定においても一定の評価対象とされることを望みます。制度設計にあたっては、画一的な基準ではなく、多様な実態を尊重する柔軟な枠組みの検討をお願いいたします。
- 現行の算定方法では、一度採用定員が減少すると、その後定員を増員させる仕組みが乏しく、結果として定員が固定化されるばかりか、さらなる減員につながる恐れがあります。例えば、採用予定者に国家試験不合格者が含まれると採用実績で定数を下回り、特に採用定員の少ない施設ほどその影響が大きくなります。すなわち、実際の採用実績を重視する現行制度では、病院側の採用努力(競争率やマッチング率)とは無関係に、病院の「責任」外の要素によって採用定員が減少するという不合理が生じてしまいます。このため、採用実績の算定にあたっては、①採用予定者の確保という病院側の努力を正当に評価していただき、②国家試験合格率を直接的に反映させない制度設計を検討いただきたいと考えます。これにより、病院の継続的な採用努力が適切に反映され、地域医療に必要な人材確保の安定につながることを期待いたします。
- 加算の新規導入については、現場での準備や体制整備が可能となるよう、一定の準備期間を設けたうえでの運用開始をご検討いただきたく、お願い申し上げます。
- 最終的に何人くらいになりそうか等の情報は早めにもらえないか。それに合わせて前もって準備等しておきたい。
- 急性期・救急の中核病院については、定員の下限保証(例:直近実績を下回らない据え置き2年間)を設け、急激な定員減を避けて頂きたい。当院では初期研修医が上級医と共に2年間、研修にとどまらず責任を持って救急診療を実践し、地域の救急医療を現場で直接支えています。こうした病院の定数が減らされれば、救急搬送の受入体制が直撃を受け、県民の安心・安全が揺らぐ重大なリスクがあります。

評価指標には中期成果（研修修了5年後の県内勤務率、救急搬送受入継続率）を導入し、大規模災害や地域再編などの例外時特例加算を発動できる仕組みを明記して頂きたい。地域医療の持続性を守るため、救急医療を実践する初期研修医の貢献を正當に評価しつつ、定員減が地域救急体制に及ぼす影響を最小限に抑える緩衝策を強く要望します。

- 問1の回答と同じ。（フルマッチしなかった年度でも、二次募集でほぼ定員を満たすことがあるため二次募集で採用された人数も、採用実績として評価していただきたい。）
- 小規模病院では募集定員が少ないため、指導医や多職種、地域の方が研修医個人を覚えやすい環境にある。それは、地域や病院全体で研修医を育てることが可能となり、研修医や指導医のモチベーションに大きく影響する。研修医の経験症例数、経験手技数も十分にあり、充実した研修ができていたことは、第三者評価機構（JCEP）でも評価されている。・福岡県内でも有明保健医療圏では、開業医を中心に医師の高齢化が進んでいる。医師全体でも50代以上が半分を超え、60代以上では44%を占めており、若手医師が少ない現状がある。10年後には有明地域を担う医師が不足することが予測され、今から臨床研修医を確実に採用し、将来地域を支える若手医師の確保が重要となっている。募集定員数削減ではなく、現状の定員数維持を希望する。
- 現段階の定員数より少なくならないようにしていただきたい。よろしくお願ひします。
- 平均の値は、「切り捨て」ではなく、全て「四捨五入」にすべきではないか。*過去3年間の実績を、過去5年間の実績に引き延ばして欲しい。*臨床研修病院の地域・県への貢献度の評価を組み込むべきではないか。・初期臨床研修を修了した研修医による、県内の医療機関や大学病院などへの就職率（3年目の所属先が県内者が多い場合の評価）・救急医療や入院外来などの診療実績、地域医療などへの貢献度
- 当院は京築地区という医師少数区域に位置し、県からの医師派遣もなく地域医療を支える人材確保が難しい状況にあります。これまで臨床研修医募集定員を拡大していただいたことにより、地域住民に対し安定した医療を提供する体制を維持することができておりました。募集定員が減員となることは、当院の体制だけでなく、地域医療全体にも少なからず影響が及ぶことが懸念されます。当院としては、算定方法の検討も重要と理解しつつも、まず「医師少数区域としての実情」を十分にご考慮いただき、募集定員を従前どおりに維持していただけますよう、お願ひ申し上げます。
- （資料1 別添⑦）激減緩和措置として「2年連続の減なし」は採用していただけると有難い。
- 10年以上、定員に届いていなければ定員削減はあたりまえ。定員に届いていない病院は決まっていると思われるが・・・。忖度無しで制度変更を断行しなければ何も変わらない。正直、学生達が定員割れの病院に戻っていくことは無いのだから。
- 激減緩和措置について、現状の規定通りかも知れませんが、マッチング人数が2人の病院は1人にならないようにしていただきたいです。
- 医師派遣加算と小児参加特別加算の2つにより大病院の定員枠がどんどん広がり、中小病院の定員枠が今後減らされていくことは懸念している。最も大事なものは、医学生が行きたい病院にできるだけ行くことができる仕組みづくりではないか。当院は研修医6名であるが医学生からの応募は40名あっている。医学生にとって行きたい病院の枠を減らすことは医学生のためにならないと考える。人気病院の枠が減ることがないように、マッチング倍率の加算比重を上げてもらいたい。
- 1.臨床研修病院が臨床研修募集を中止する場合の募集枠の配分の基準を参考にしてほしい。受け入れ病院が少なくともフルマッチの状態であること2.今後合併等が生じる時の対応3.3年ごとでなく2年ごとにすべきでは（病院機能、病床機能が大きく変化するため）
- 資料1（別添①）にあります福岡県では研修医の募集定員より採用実績が少ないので、募集定員は多い方がよい（募集定員が減るのは問題である）とする考え方（理由）が分かりません。全国的にみても生活の場として都会は人気があり研修病院が充実していることもあり研修医は都市集中しやすいので、当然偏在すると思います。多少の見直しでは医師少数区域において研修医定員が増えることはないように思えます。具体的に記せず申し訳ないのですが募集定員の算定方法は目的によって変わるのではないのでしょうか。
- 救急車の搬入件数が多い病院の研修医の人数を増やすべき。救急車から学ぶことがたくさんあります。地域医療に貢献している病院の研修医の人数を増やすべきだと思います。また、当院は北九州県内の医療圏ですが、実質遠賀郡に当たるので医師が足りるとは言えません。研修医の教育等に関しては、救急医療は欠かせないものだと思います。
- 研修を希望する学生の数が多い場合を評価していただき定員に反映するような算出方法を考慮いた

ければと思います。一般の病院も魅力ある研修を行えば定員が増えるという動機を与えていただければ、研修も活性化するように思います。

○非常に難しい問題かと思えます。ご検討いただきありがとうございます。透明性のあるルールを期待しております。今後ともよろしくお願ひ申し上げます。

令和 9 年度広域連携型プログラムについて

1 広域連携型プログラムの概要

臨床研修医の採用率が高い医師多数県^(※1)の基幹型臨床研修病院に採用された研修医のうち、一定の割合^(※2)の者が、医師多数県における研修を中心としつつ、医師少数県等^(※3)の臨床研修病院においても一定期間研修するプログラム。令和 8 年度から運用開始。

プログラムの実施時期は原則として臨床研修の 2 年目とし、実施期間は 24 週又はそれ以上。

※1) 医師多数県（連携元区域）

医師多数県のうち募集定員上限に占める採用率が全国平均以上の都道府県

東京都、大阪府、京都府、岡山県、福岡県

※2) 募集定員上限の 5%以上。うち、下記※3③に所在する病院との連携は 2%を限度

※3) 医師少数県等（連携先区域）

① 医師少数県のうち募集定員上限に占める採用率が全国平均以下の都道府県

② 医師中程度県のうち募集定員上限に占める採用率が全国平均以下の都道府県の医師少数区域

③ 連携元区域に該当する医師多数県の医師少数区域（京築保健医療圏）

※4) 連携元病院

① 研修医募集定員が 20 名程度又はそれ以上の基幹型臨床研修病院は、積極的に実施する必要

② 上記に限らず、実施を希望する病院があれば、連携元病院となることを妨げない。

＜令和 8 年度連携元病院＞（ ）は R8 定員数

①：九州医療センター（3）、福岡大学病院（4）、九州大学病院（7）、久留米大学病院（4）

②：福岡赤十字病院（1）、産業医科大学病院（1）

※ 全ての臨床研修病院に意向調査を行い、令和 6 年度第 2 回医療対策協議会（R6.9.3）での協議・承認を得て決定

※ 国は、広域連携プログラムを設置する基幹型臨床研修病院のプログラム責任者等に係る経費を支援（臨床研修費等補助金）

2 令和 9 年度広域連携型プログラム

上記 1 の基本的な枠組みは、令和 8 年度と同様（R7.8.25 厚生労働省事務連絡）

※仮に令和 9 年度の募集定員上限の 5%以上が令和 8 年度募集定員上限の 5%より多くなった場合、

令和 8 年度募集定員上限の 5%以上で、募集定員を確定させることも可能。

本県における令和 9 年度連携元病院は、令和 6 年度の県医療対策協議会での承認を踏まえ、現在の 6 病院を踏襲しつつ、令和 9 年度の連携元病院として新たに希望する病院を求めた。

3 令和9年度広域連携型プログラムにおける連携元病院（案）

- ・ 令和8年度からの連携元病院：6病院（九州医療センター、福岡赤十字病院、福岡大学病院
九州大学病院、久留米大学病院、産業医科大学病院）
- ・ 令和9年度追加の連携元病院：1病院（JCHO九州病院）

計7病院

※各病院の募集定員数は、昨年度と同様、上記1の※4②の病院は希望数とし、残りを同①の病院に各病院の募集定員数（小児・産科研修プログラムを除く）で按分して配分する。

4 今後のスケジュール（予定）

- ・ 11月10日（月） 医療対策協議会で令和9年度連携元病院に係る協議・承認
- ・ 11月11日（火） 国に令和9年度連携元病院を報告
- ・ 令和8年2月 第4回医療対策協議会で令和9年度募集定員数を報告

資料2 (別添①)

広域連携型プログラムについて

医師多数県の基幹型病院（連携元病院）に採用された研修医が、医師多数県における研修を中心としつつ、医師少数県等の臨床研修病院（連携先病院）においても一定期間研修するプログラム

1. 連携元区域（医師多数県）

医師多数県のうち募集定員上限に占める採用率が全国平均以上の都道府県（但し、地理的事情などの特殊事情を有する沖縄県は除く。）

東京都、大阪府、京都府、岡山県、福岡県

2. 連携先区域（医師少数県等）

①医師少数県のうち募集定員上限に占める採用率が全国平均以下の都道府県

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

②医師中程度県のうち募集定員上限に占める採用率が全国平均以下の都道府県の医師少数区域

北海道、宮城県、福井県、島根県、大分県、鹿児島県の医師少数区域

※医師中程度県のうち募集定員上限に占める採用率が全国平均以下の都道府県の中で富山県、山梨県、広島県、愛媛県は医師少数区域がない。

③連携元区域に該当する医師多数県の医師少数区域（対象人数の一部）

東京都、京都府、岡山県、福岡県の医師少数区域

※連携元区域に該当する医師多数県の医師少数区域について、人口30万人以上の二次医療圏は連携先区域から除く。

※連携先病院が連携元区域に該当する医師多数県の医師少数区域に所在する病院である場合には、募集定員上限の5%のうち2%を限度とする。

※連携元区域に該当する医師多数県のうち、大阪府には医師少数区域がない。

3. 対象人数

・医師多数県の募集定員上限の5%以上

※連携先病院が連携元区域に該当する医師多数県の医師少数区域に所在する病院である場合には、募集定員上限の5%のうち2%を限度とする。

4. 時期・期間

・プログラムの実施時期は原則として臨床研修の2年目とする。

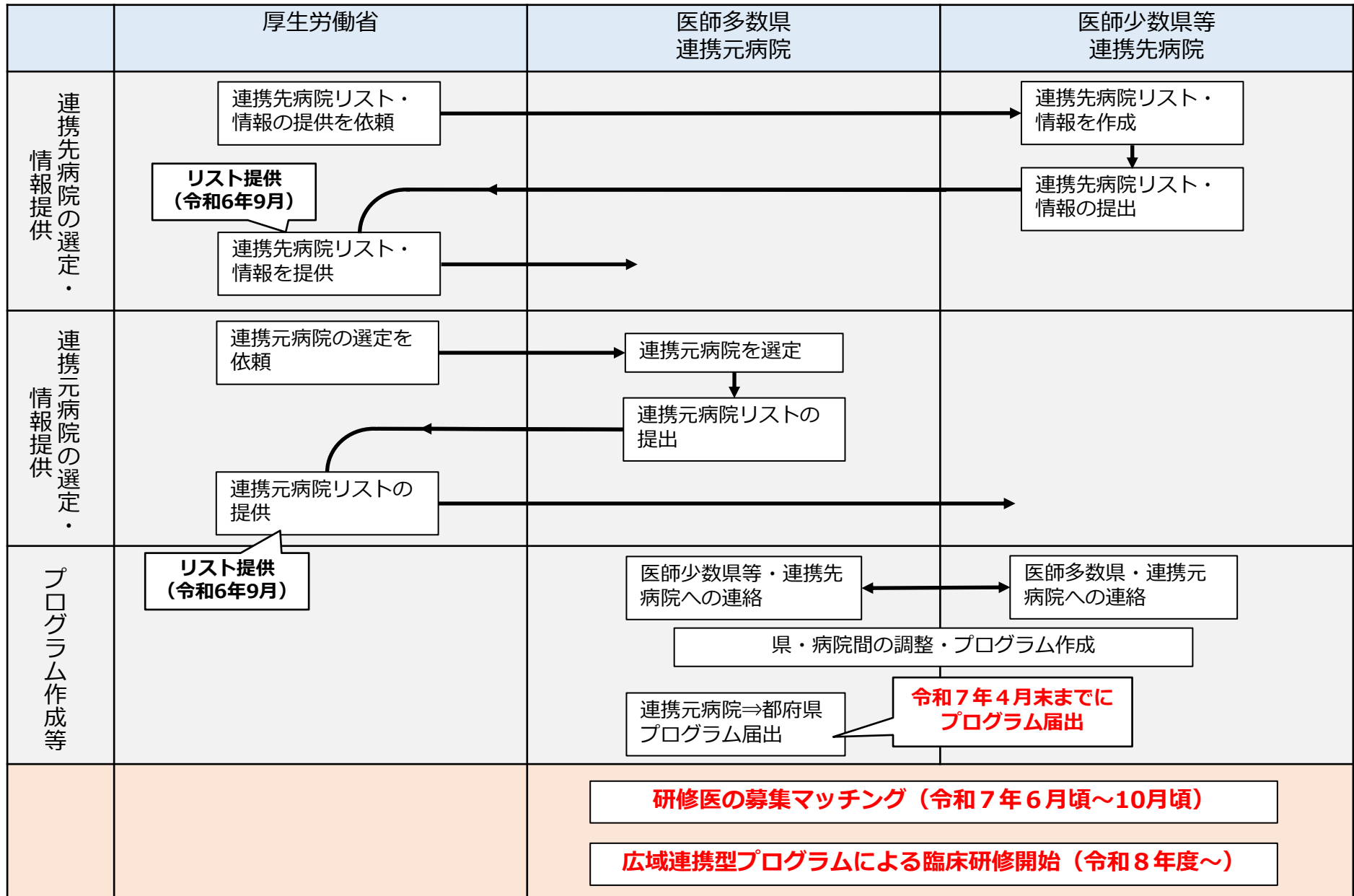
・プログラムの実施期間は24週又はそれ以上とする。

5. 費用負担

・プログラムの作成・実施に係る費用に関する国による支援を検討。

※令和6年度補正予算においては、広域連携型プログラムの責任者となるプログラム責任者に係る経費等を計上。

広域連携型プログラムのスケジュール



広域連携型プログラムに係るこれまでの厚生労働省の取組①

令和6年9月

医師少数県（連携先病院）⇒厚生労働省⇒医師多数県（連携元病院）

連携先病院の下記事項について情報収集し、連携元病院に情報提供。

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

令和6年9月

医師多数県（連携元病院）⇒厚生労働省⇒医師少数県（連携先病院）

連携元病院の下記事項について情報収集し、連携先病院に情報提供。

- ・病院の概要
- ・病院の特徴
- ・研修プログラムの特徴

広域連携型プログラムに係るこれまでの厚生労働省の取組②

令和6年12月

医学部5年生に対して広域連携型プログラムの趣旨や概要等を広報・周知
※ 民間の医学生・研修医向け臨床研修支援サービスを活用し、
会員登録している医学部5年生（約6,500名）に対してメール配信。

令和7年1月

厚生労働省⇒都道府県⇒臨床研修病院等

- 事務連絡「広域連携型プログラムの作成・調整等に当たっての情報提供について」を发出。
- 広域連携型プログラムの作成・調整等に当たり、より円滑な調整や準備のための参考となるよう、下記事項について情報提供。

- ① 広域連携型プログラムQA集（令和6年12月）
- ② 臨床研修関係の補助金の概要
臨床研修費等補助金（令和6年度補正予算）
医療施設等施設整備費補助金のうち臨床研修のために活用できる補助金
- ③ 在籍型出向により行う場合の病院間での取り決めに関する参考資料



医学生の皆様へ
厚生労働省医政局医事課
医師臨床研修推進室

医師の臨床研修
広域連携型プログラムのご案内

都市部等の臨床研修病院（連携元病院）に採用された研修医が、当該病院における研修を中心としつつ、県外を含む地域の病院等（連携先病院）において、一定期間研修を受けることができる「広域連携型プログラム」を2026（令和8）年度臨床研修から開始予定です。

広域連携型プログラムを選ぶ意義

- 県外を含む地域における研修機会の充実
- 県外を含む地域の医療現場を経験できる機会が期待できます
- 複数の医療現場の魅力・特性を活かした研修
- 県外を含む地域の病院等の特色を活かした研修の受講が期待できます
- キャリアの選択肢の拡大
- 異なる環境で医療に従事する中で、将来のキャリア検討の選択肢が広がることが期待できます

連携先病院での研修時期・期間

- 連携先病院での研修は、原則として、臨床研修の2年目に実施。
- 連携先病院での研修期間は、24週（6カ月）以上。

今後の予定

- 現在、病院間で広域連携型プログラムを検討・作成中
- 2025（令和7）年度臨床研修マッチングから募集開始（通常の研修プログラムと同様）
- 2026（令和8）年度臨床研修から開始

留意点

- 連携元病院は、東京都・大阪府・京都府・岡山県・福岡県に所在し、広域連携型プログラムを作成する一部の臨床研修病院となります。
- 全ての都道府県の臨床研修病院が連携元病院・連携先病院となり、広域連携型プログラムによる研修が受けられるわけではありませんので、来年4月以降に各病院のホームページ等をご確認ください。
- 広域連携型プログラムを希望する場合も、通常の研修プログラムと同様、臨床研修マッチングに参加し、希望職位を登録する必要があります。マッチングのスケジュールについては、医師臨床研修マッチング協議会のホームページをご確認ください。
- 広域連携型プログラムの詳細については、厚生労働省ホームページもご参照ください。
リンク先：https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-idou_t27790.html

令和7年1月

医師少数県（連携先病院）⇒厚生労働省⇒医師多数県（連携元病院）

連携先病院の令和6年12月時点の下記事項について情報収集し、連携元病院に情報提供。

- ・ 今後の受入可能人数
- ・ 連携元病院からの今後の受入相談・調整の可・不可等
- ・ 連携先病院の広域連携型プログラム担当部署の連絡先

広域連携型プログラム作成に係る財政支援

令和6年度補正予算において、広域連携型プログラムの作成・調整を行うため、広域連携型プログラムを設置する基幹型臨床研修病院のプログラム責任者等に係る経費を計上。

施策名: 臨床研修費等補助金

令和6年度補正予算額 1.1億円
※概算要求の前倒し

① 施策の目的

- 平成16年度からの医師臨床研修制度必修化を踏まえ、医師としての基盤形成時期に、医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷及び疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を修得するための臨床研修を支援するとともに、その制度の中で、地域における医師不足及び医師偏在対策を支援し、もって地域において安心・信頼してかかれる医療の確保を推進することを目的として、その研修等の実施に必要な支援を行う。

② 対策の柱との関係

I	II	III
○		○

③ 施策の概要

- 令和8年度の臨床研修から開始される広域連携型プログラムの作成・調整を行うため、広域連携型プログラムを設置する基幹型臨床研修病院のプログラム責任者等に係る経費を支援する。
- 臨床研修病院の質の維持・向上を図るために必要な第三者評価を受審する基幹型臨床研修病院の受審経費について支援する。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

- 実施対象
医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令に基づき都道府県知事の指定する病院(臨床研修病院)
- 補助率: 定額

⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

- 広域連携型プログラムに係るプログラム責任者等経費を支援することで、質の高いプログラム作成に寄与し、研修医の質の向上を推進することが見込まれる。
- また、第三者評価受審に係る経費を支援することで、臨床研修病院の質の向上を推進することが見込まれる。

令和8年度の広域連携型プログラムの状況①

- 令和8年度臨床研修から開始する広域連携型プログラムについて、連携元病院（医師多数県）に対し、届出状況や定員数についてのアンケート調査を実施。
- 広域連携型プログラムを届け出た病院数や定員数は以下のとおり。

広域連携型プログラムの届出状況

都府県名		大学病院	市中病院	合計	(参考) 募集定員上限
東京都	病院数	16	2	18	—
	定員数	59人	4人	63人	63人以上
大阪府	病院数	4	28	32	—
	定員数	4人	28人	32人	32人以上
京都府	病院数	2	0	2	—
	定員数	14人	0人	14人	13人以上
岡山県	病院数	2	1	3	—
	定員数	6人	3人	9人	9人以上
福岡県	病院数	4	2	6	—
	定員数	16人	4人	20人	20人以上
合計	病院数	28	33	61	—
	定員数	99人	39人	138人	137人以上

令和8年度の広域連携型プログラムの状況②

- 連携元病院（医師多数県）から提出された研修プログラム届出書に記載のある連携先病院とその所在地を集計。
- 所在地別の連携先病院数は以下のとおり。
- 複数の連携元病院が同一の病院を連携先として届け出ている場合もあるため、連携先病院数は延べ数。

広域連携型プログラムの届出における連携先病院数

		連携先病院																							
		北海道	青森	岩手	宮城	秋田	山形	福島	茨城	群馬	東京※	新潟	福井	長野	岐阜	三重	京都※	岡山※	島根	山口	福岡※	大分	宮崎	鹿児島	合計
連携元病院	東京	6	1	18	0	6	10	8	17	1	0	13	0	16	1	2	0	0	0	2	0	0	2	5	108
	大阪	5	1	0	3	1	7	3	0	0	0	2	1	8	5	13	0	0	2	1	0	1	3	10	66
	京都	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	2	1	3	0	0	0	0	0	2	0	12
	岡山	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	6	0	0	0	0	10
	福岡	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	2	2	3	1	14
	合計	14	3	19	3	7	17	12	18	2	0	15	1	24	9	17	3	1	2	12	2	3	10	16	210

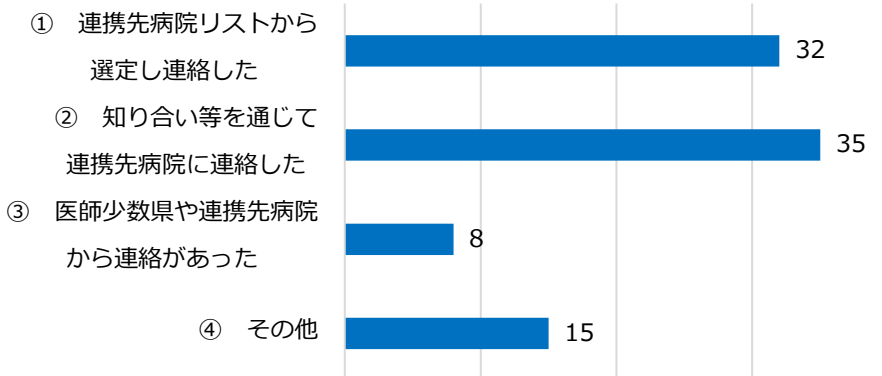
※ 医師多数県であっても、県内に医師少数区域があり、当該区域に所在する病院については、連携先病院の対象となり得る。

出典：研修プログラム変更・新設届出書（様式A-10）より集計（厚生労働省医政局医事課調べ）

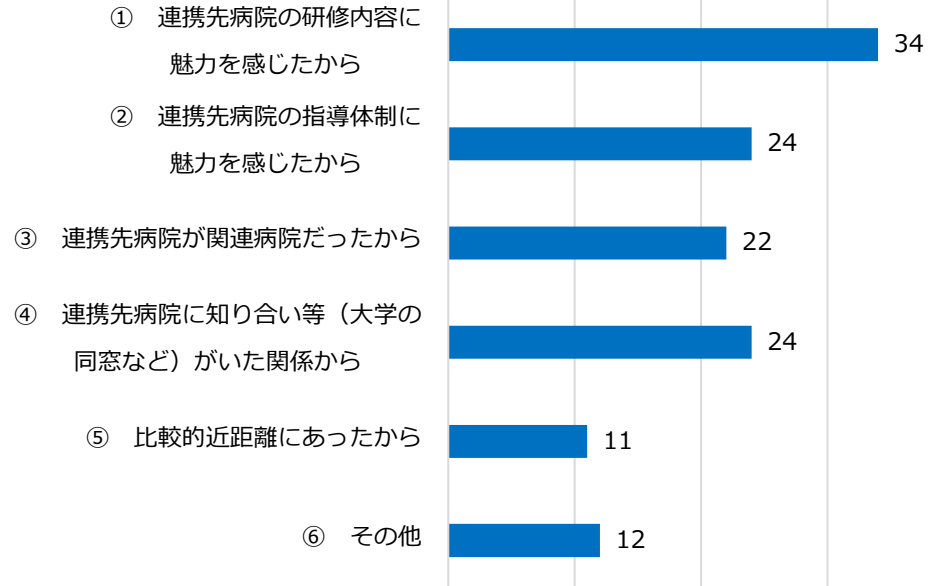
令和8年度の広域連携型プログラムの状況③

- 広域連携型プログラムについて、**医師多数県（連携元病院）**に対し、アンケート調査を実施（令和7年5月実施）。
- 連携元病院の61病院から回答があり、結果は以下のとおり。

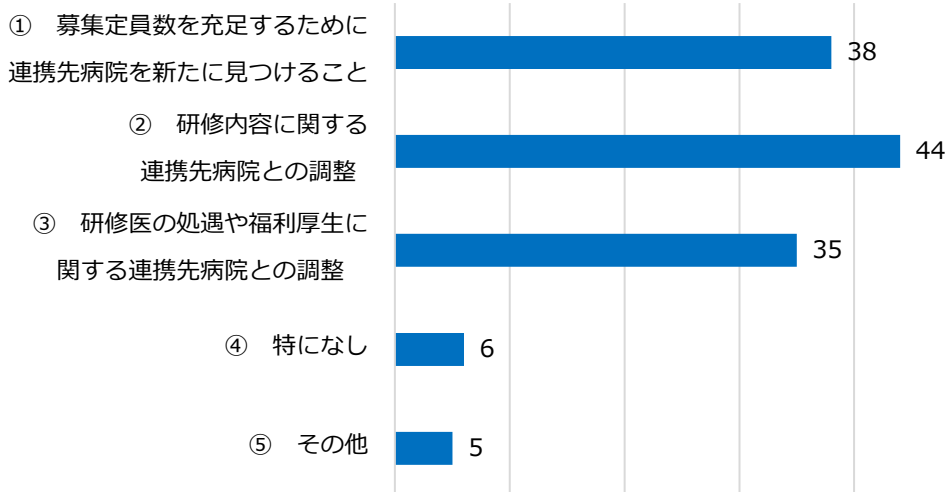
1. 連携先病院への連絡方法（複数回答可）



2. 連携先病院の選定理由（複数回答可）



3. プログラムを作成する上で特に困難だったこと（複数回答可）

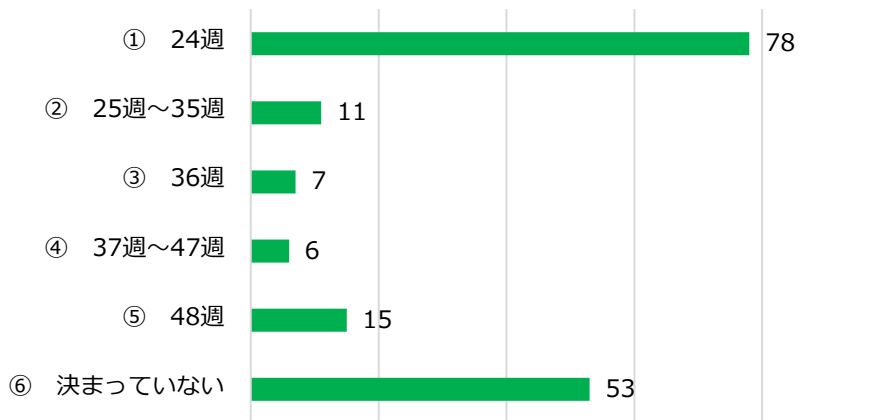


1. 連携先の見つけ方としては、「知り合い等を通じて連絡した」や「連携先病院リストから連絡した」が多かった。
2. 連携先の選定理由としては、「連携先の研修内容に魅力を感じた」が最も多く、次いで「連携先の指導体制に魅力を感じた」や「知り合いがいた関係から」が多かった。
3. プログラム作成で特に困難だった点としては、「連携先を見つけること」や「研修内容に関する連携先との調整」が多かった。

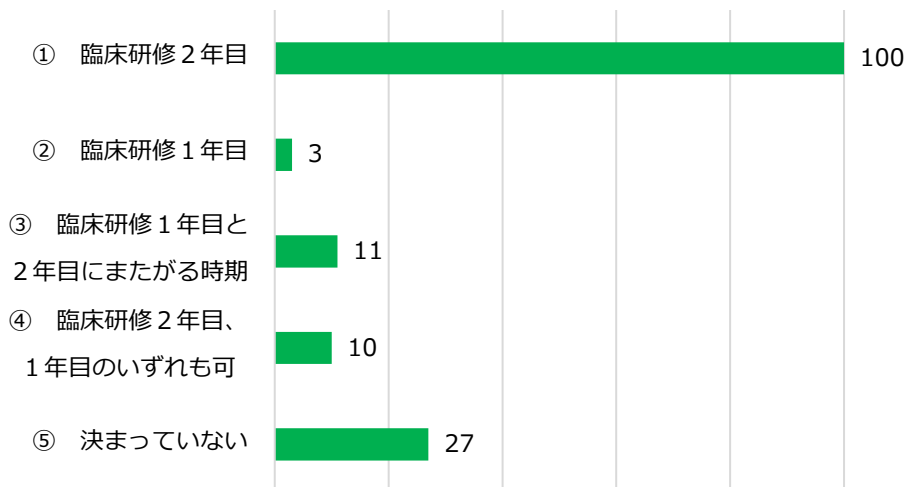
令和8年度の広域連携型プログラムの状況④

- 広域連携型プログラムについて、**医師少数県等（連携先病院）**に対し、アンケート調査を実施（令和7年5月実施）。
- 連携先病院として手挙げした病院のうち、143病院から回答があった。

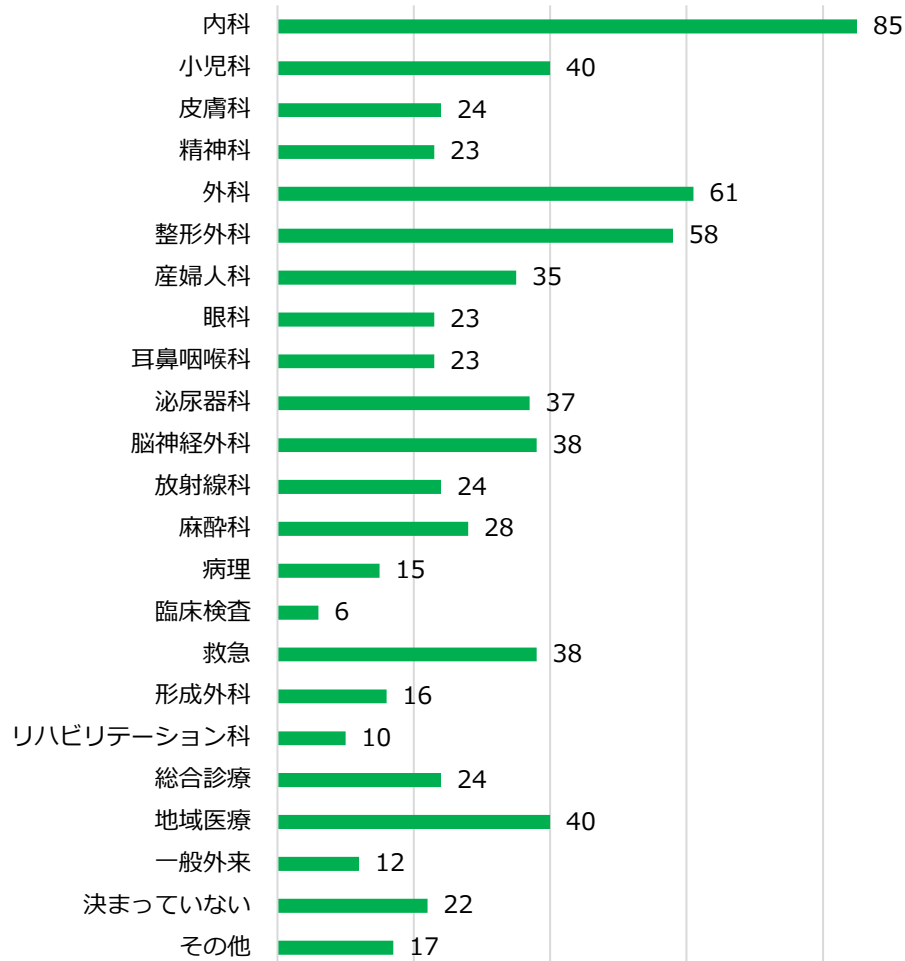
1. 連携先病院での研修期間（複数回答可）



2. 連携先病院での研修実施時期（複数回答可）

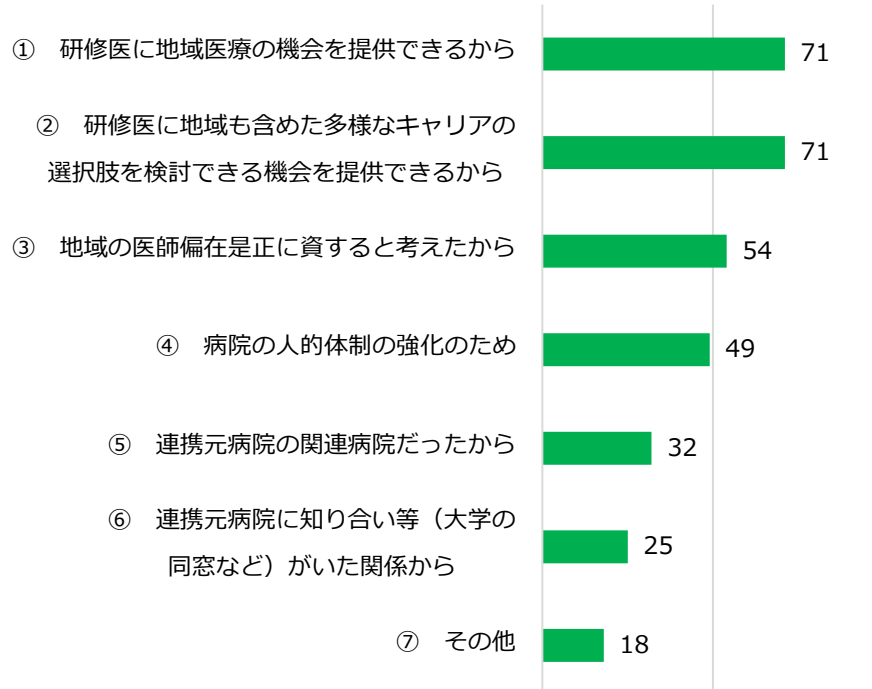


3. 連携先病院で実施する予定の研修内容（複数回答可）



令和8年度の広域連携型プログラムの状況⑤

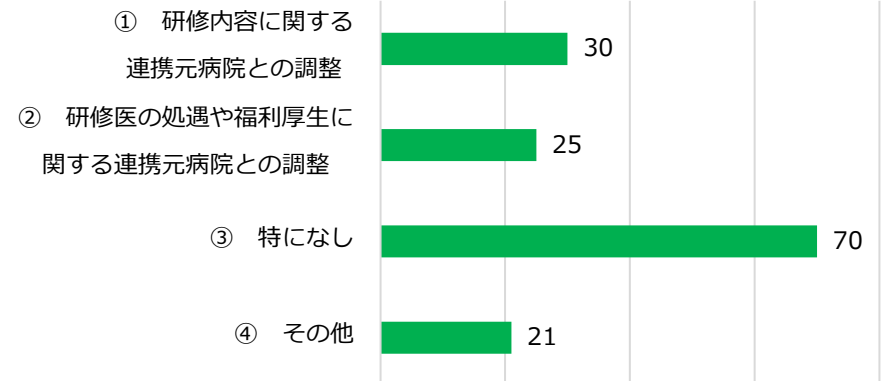
4. 連携先病院として手挙げした理由（複数回答可）



5. 研修医への宿舍等の支援予定（複数回答可）



6. プログラムを作成する上で特に困難だったこと（複数回答可）



1. 連携先での研修期間は、「24週」が最も多く、次いで「未だ決まっていない」も多かった。
2. 連携先での研修実施時期としては、「臨床研修2年目」が最も多かった。
3. 連携先での研修内容としては、「内科」が最も多く、次いで「外科」が多かった。
4. 連携先として手挙げした理由としては、「研修医への地域医療の機会の提供」や「多様なキャリア選択肢の機会の提供」が多かった。
5. 研修医への宿舍等の支援予定については、「宿舍を提供する」が最も多く、次いで「家賃補助を行う」が多かった。
6. プログラム作成で特に困難だった点としては、「特になし」との回答が多かった。

令和8, 9年度の広域連携型プログラムについて

令和8年度臨床研修からの広域連携型プログラムの運用に係る取組（案）

- 令和8年度臨床研修からの広域連携型プログラムについては、届出期限の令和7年4月末までに医師多数県の連携元病院となる61病院からプログラムの届出があり、6月から10月にかけて研修医の募集マッチングが実施される。
- 今後も病院間において広域連携型プログラムによる研修の個別具体的な調整があると考えられるが、研修開始後の研修医への支援や良質な研修につなげるために、実施病院に対し、以下の事項について必要な準備や取組を行っていただくよう周知してはどうか。

【研修医への支援】

連携元病院

連携元病院の指導医やメンターなどは、研修医とWeb面談等を行い、定期的なコミュニケーションを通じて、研修生活などについての助言や精神面でのサポートなど、継続的な支援を行うこと。

連携先病院

連携先病院の指導医等は、研修医と継続的に十分な意思疎通を図り、定期的に研修の進捗状況を共有するとともに、助言等を行うこと。また、研修医が孤立しないよう事務職など他の職種も含めて積極的に研修医とコミュニケーションをとるよう促すこと。

【病院間の連携】

連携元病院と連携先病院それぞれの指導医やメンターなどは、定期的にWeb会議等を設け、研修の進捗状況や研修医の様子・生活などについて情報共有を行うなど、病院間で相互に緊密に連携すること。

- 経費負担に係る国の支援については、令和6年度補正予算において、広域連携型プログラムの作成・調整を行うため、プログラムを設置する基幹型臨床研修病院のプログラム責任者等に係る経費を計上し、今後、執行予定。
令和8年度以降に生じる研修医の移動・滞在に伴う経費や連携先病院の指導経費などについては、引き続き国による支援を検討。

令和9年度の広域連携型プログラムの方向性（案）

- 今回のアンケート結果から、連携先病院を見つけることが課題だったことから、令和9年度に向けても、連携元・連携先双方の病院の基本情報や医師少数県等の病院における研修の魅力・強みなどの情報収集・提供を行いつつ、医師少数県側からのアプローチを促すなどにより、円滑な連携に取り組むこととしてはどうか。
- 令和8年度開始のため、未だプログラムが実際にスタートしておらず、今後も開始に向けてフォローが必要な状況。引き続き随時必要な改善を行っていくが、対象地域や募集定員上限等の基本的な枠組みについては、令和9年度のプログラムも前年通りとしつつ、今後の実際の実施状況を踏まえ、更なる実態把握や成果・課題の検証を行いながら必要な見直しを行うこととしてはどうか。

【参考】 関係通知等

○医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令の施行について（令和7年3月31日一部改正）抜粋

第2 臨床研修省令の内容及び具体的な運用基準（法第16条の2第1項に規定する都道府県知事の指定する病院）

5 臨床研修病院の指定の基準

(1) 基幹型臨床研修病院の指定の基準

ア 臨床研修省令第2条に規定する臨床研修の基本理念にのっとりた研修プログラムを有していること。

(ア)～(ク) 略

(ケ) 医師多数県（令和5年度医師偏在指標の上位1/3にあたる医師多数県のうち、令和5年度募集定員上限に占める採用率が全国平均以上の都道府県（ただし、沖縄県は除く。）をいう。以下同じ。）の基幹型臨床研修病院は、医師少数県等（令和5年度医師偏在指標の下位1/3にあたる医師少数県のうち令和5年度募集定員上限に占める採用率が全国平均以下の都道府県、令和5年度医師偏在指標における医師中程度県のうち令和5年度募集定員上限に占める採用率が全国平均以下の都道府県の医師少数区域及び医師多数県の医師少数区域（ただし、人口30万人以上の二次医療圏は除く。）をいう。以下同じ。）の臨床研修病院等において24週以上の研修を行う研修プログラム（以下「広域連携型プログラム」という。）を設けること。ただし、後述の23(2)の広域連携型プログラムの募集定員を配分されない基幹型臨床研修病院にあってはこの限りではない。なお、医師少数県等の臨床研修病院等での研修は、原則として、当初の1年の後に実施すること。

イ～ソ 略

タ 協力型臨床研修病院、臨床研修協力施設（病院又は診療所に限る。）と連携して臨床研修を行うこと。

チ 臨床研修病院群を構成する関係施設相互間で緊密な連携体制を確保していること。

23 地域における研修医の募集定員の設定

(1) 略

(2) 都道府県における病院ごとの募集定員の設定

（中略）

前述の5(1)ア(ケ)により広域連携型プログラムを設けた病院に対しては、当該研修プログラムの募集定員分として、募集定員上限の5%以上（(1)に定めるEが適用される医師多数県にあっては、募集定員上限の5%に(1)に定めるEにより加算された募集定員数の1/2を加えた数をいう。以下同じ。）を配分すること。ただし、広域連携型プログラムのうち、医師多数県（自都道府県に限る。）の医師少数区域（ただし、人口30万人以上の二次医療圏は除く。）に所在する臨床研修病院等において24週以上の研修を行うプログラムを設けた病院に対しては、募集定員上限の5%のうち2%を限度に配分することができること。

○医師臨床研修指導ガイドライン – 2024 年度版 – (2024年12月一部改訂) 抜粋

第4章 指導体制・指導環境

5. 臨床研修指導医（指導医）

（略）

指導医の役割を下記に示す。

1) ～ 3) 略

4) 研修医の評価に当たって、当該研修医の指導を行った又は共に業務を行った医師、看護師その他の職員と情報を共有することが望ましい。

5) 研修医と十分意思疎通を図り、実際の状況と評価に乖離が生じないように努める。

6) ～ 7) 略

8) 定期的に研修の進捗状況を研修医に知らせ、研修医及び指導スタッフ間で評価結果を共有し、より効果的な研修へとつなげる。

8. メンター

職種にかかわらず、指導者たるメンター(mentor)は、指導を受けるメンティー(mentee)に対して、対話と助言を繰り返しつつ、仕事や日常生活面並びに人生全般における支援を継続的に行う。この一連のプロセスをメンターシップ(mentorship)と呼ぶ。省令施行通知などにおける規定はないが、指導体制充実の一環として、メンター制度を採用する研修プログラムが増えている。

指導医や上級医が、当該分野・診療科のローテーション期間中、研修医からの相談を受け助言を与えるのに対し、メンターは、診療科の枠を超え、メンティーである研修医との定期的なコミュニケーションを通じ、彼らの研修生活やキャリア形成全般についての助言、精神面でのサポートなど、継続的な支援を行う。

メンター制度は、以下のステップを踏んで行われる。

1) メンターの選出（研修医教育に熱意を持つ医師の中からメンターを複数名指名）

2) 研修医への情報提供（メンター制度の周知とメンター医師のプロフィール情報の提供）

3) 研修医によるメンター選択（研修医が希望するメンター医師を選択）

4) メンターと研修医との顔合わせ（制度のオリエンテーションを含む）

5) メンタリング実施状況の把握（メンター及び研修医からのプログラム責任者への定期的な報告）

メンターとメンティーの間には利害関係があってはならず、メンターには研修評価者とは別の医師になるべきである。相談のしやすさから、研修医に年令の近い若手医師がメンターになる場合が多い。

事務連絡
令和7年8月25日

都道府県衛生主管部（局） 御中

厚生労働省医政局医事課
医師臨床研修推進室

医師臨床研修制度における基礎研究医プログラム及び外国臨床研修病院の一部要件等の見直し並びに広域連携型プログラムの留意事項等について（周知）

平素より医師臨床研修制度の推進にご尽力を賜り誠にありがとうございます。

標記については、令和7年8月21日に開催された医道審議会医師分科会医師臨床研修部会において審議され、下記のとおり取り扱うこととされました。

今後、「医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」（平成15年6月12日（一部改正 令和7年3月31日）厚生労働省医政局長通知、以下「省令施行通知」という。）について所要の改正を行う予定ですが、それに先立って周知いたしますので、ご了知いただくとともに、管内の臨床研修病院等に周知いただきますようお願いいたします。

記

1. 基礎研究医プログラムの設置病院の要件の見直し

（1）要件の見直しの内容

基礎研究医プログラムを設けることができる基幹型臨床研修病院である大学病院（本院に限る）の要件については、現在、「過去直近3年間の研修医の採用実績が平均25人以上の基幹型臨床研修病院である大学病院」としてありますが、これを「過去直近5年間の研修医の採用実績が平均20人以上の基幹型臨床研修病院である大学病院」とすることに見直します。

（2）施行期日

基礎研究医プログラムについては、研修を開始しようとする年度の前々年度の10月31日までに、病院の所在する都道府県に提出することとなっているため、プログラムが作成可能な大学病院は、10月31日までに届出を行うことが可能です。

2. 外国臨床研修病院の指定の基準の見直し

(1) 指定の基準の見直しの内容

外国の病院で臨床研修を受けた医師については、現在、少なくとも日本国内の受入病院等において4週以上の研修（地域医療）が必要ですが、これを日本国内の受入病院等において半年以上の研修を必要とすることに見直します。

(2) 施行期日

令和10年4月1日以降に地方厚生局に外国臨床研修病院の指定を求める書類の提出があったものから適用します。

3. 広域連携型プログラム

(1) 令和8年度の広域連携型プログラムの運用に係る留意事項

令和8年度の広域連携型プログラムによる研修実施にあたっては、研修開始後の研修医への支援や良質な研修につなげる観点から、以下の事項（例）や「医師臨床研修指導ガイドラインー2024年度版ー」なども踏まえながら、必要な準備や取組を行っていただきますようお願いいたします。

① 準備・研修開始前

ア. 病院間の緊密な連携による準備

- 連携元病院と連携先病院は、相互に十分意思疎通しながら、連携先病院での研修内容や指導体制・研修医へのサポートなどについて、具体的な調整・準備を行う。
- 対象の各都道府県においても、管内の対象病院の状況把握やフォローなどに努める。

イ. 研修医への説明

- 可能な限り早い時期に研修医に対して、連携先病院での研修内容や研修環境・指導体制、連携先病院での処遇や勤務環境・生活環境、連携元・連携先それぞれのサポートなどについて、具体的な説明を行う。
- 研修医に対する説明の際は、連携元病院だけでなく連携先病院も Web 等で参加・同席し、説明を行う。

② 連携先病院での研修開始後

ア. 病院間の緊密な連携

- 連携元病院と連携先病院それぞれの指導医やメンターなどは、定期的

に Web 会議等を設け、研修の進捗状況や研修医の様子・生活などについて情報共有を行うなど、病院間で相互に緊密に連携する。

- 対象の各都道府県においても、管内の対象病院の状況把握やフォローなどに努める。

イ. 研修医への支援

【連携元病院】

連携元病院の指導医やメンターなどは、研修医と Web 面談等を行い、定期的なコミュニケーションを通じて、研修生活などについての助言や精神面でのサポートなど、継続的な支援を行う。

【連携先病院】

- 連携先病院の指導医等は、研修医と継続的に十分な意思疎通を図り、定期的に研修の進捗状況を共有するとともに、助言等を行う。
- 研修医が孤立しないよう事務職など他の職種も含めて積極的に研修医とコミュニケーションをとるよう促す。

(2) 令和9年度広域連携型プログラムの基本的な方針

- ① 令和9年度広域連携型プログラムについては、連携元・連携先の対象区域や募集定員上限、プログラムの実施時期や期間など基本的な枠組みについては、令和8年度と同様とします。
- ② このため、令和9年度広域連携型プログラムの募集定員は、令和8年度と同様に医師多数県の募集定員上限の5%以上とします。
- ③ また、仮に令和9年度の募集定員上限の5%以上が令和8年度募集定員上限の5%より多くなった場合については、令和8年度募集定員上限の5%以上で募集定員を確定させることも可能とします。

4. その他

- (1) 省令施行通知の改正については、所要の手続きを経て、後日別途通知します。
- (2) 令和9年度広域連携型プログラムに向けて、昨年度提出いただいた連携元病院・連携先病院のリストの更新等を後日別途依頼する予定です。
- (3) 次項以降に参考1、参考2、別添として令和7年8月21日に開催された医道審議会医師分科会医師臨床研修部会の資料を添付しますので、適宜参照ください。

以上

【参考1】

「医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」
(平成15年6月12日付け(一部改正 令和7年3月31日付け)厚生労働省医政局
長通知) 抜粋

<基礎研究医プログラム>

第2 臨床研修省令の内容及び具体的な運用基準(法第16条の2第1項に規定する都道府
県知事の指定する病院)

5 臨床研修病院の指定の基準

(1) 基幹型臨床研修病院の指定の基準

ア 臨床研修省令第2条に規定する臨床研修の基本理念にのっとりた研修プログラムを
有していること。

カ 過去直近3年間の研修医の採用実績が平均25人以上の基幹型臨床研修病院である
大学病院(本院に限る。)は、次の手続を行うことを条件に、基礎医学に意欲がある
医師を対象とした臨床研修と基礎医学を両立するための研修プログラム(以下「基礎
研究医プログラム」という。)を設けることができること。

① 基幹型臨床研修病院の開設者は、基礎研究医プログラムの研修を開始しようとする
年度(以下「開始年度」という。)の前々年度の10月31日までに、プログラム
設置に関する届出書(様式A-7-2)を当該病院の所在地を管轄する都道府県知
事に提出すること。

<外国臨床研修病院>

第3 臨床研修省令の内容及び具体的な運用基準(法第16条の2第1項に規定する外国の
病院で厚生労働大臣の指定するもの)

1 外国臨床研修病院の指定

(2) 外国臨床研修病院の指定の基準

ア 臨床研修省令第2条に規定する臨床研修の基本理念にのっとりた研修プログラムを
有していること。

地域医療については、我が国における地域の特性に即した医療について理解し、実
践することが重要であることから、日本国内で4週以上の研修を行うこと。

<広域連携型プログラム>

第2 臨床研修省令の内容及び具体的な運用基準(法第16条の2第1項に規定する都道府
県知事の指定する病院)

5 臨床研修病院の指定の基準

(1) 基幹型臨床研修病院の指定の基準

ア 臨床研修省令第2条に規定する臨床研修の基本理念にのっとりた研修プログラムを
有していること。

カ 医師多数県(令和5年度医師偏在指標の上位1/3にあたる医師多数県のうち、
令和5年度募集定員上限に占める採用率が全国平均以上の都道府県(ただし、沖縄県
は除く。))をいう。以下同じ。)の基幹型臨床研修病院は、医師少数県等(令和5年度
医師偏在指標の下位1/3にあたる医師少数県のうち令和5年度募集定員上限に占
める採用率が全国平均以下の都道府県、令和5年度医師偏在指標における医師中程度
県のうち令和5年度募集定員上限に占める採用率が全国平均以下の都道府県の医師

少数区域及び医師多数県の医師少数区域（ただし、人口 30 万人以上の二次医療圏は除く。）をいう。以下同じ。）の臨床研修病院等において 24 週以上の研修を行う研修プログラム（以下「広域連携型プログラム」という。）を設けること。

ただし、後述の 23(2)の広域連携型プログラムの募集定員を配分されない基幹型臨床研修病院にあってはこの限りではない。なお、医師少数県等の臨床研修病院等での研修は、原則として、当初の 1 年の後に実施すること。

タ 協力型臨床研修病院、臨床研修協力施設（病院又は診療所に限る。）と連携して臨床研修を行うこと。

チ 臨床研修病院群を構成する関係施設相互間で緊密な連携体制を確保していること。

第 2 臨床研修省令の内容及び具体的な運用基準（法第 16 条の 2 第 1 項に規定する都道府県知事の指定する病院）

23 地域における研修医の募集定員の設定

(2) 都道府県における病院ごとの募集定員の設定

さらに、前述の 5 (1)ア(ケ)により広域連携型プログラムを設けた病院に対しては、当該研修プログラムの募集定員分として、募集定員上限の 5 %以上（(1)に定める E が適用される医師多数県にあっては、募集定員上限の 5 %に(1)に定める E により加算された募集定員数の 1 / 2 を加えた数をいう。以下同じ。）を配分すること。ただし、広域連携型プログラムのうち、医師多数県（自都道府県に限る。）の医師少数区域（ただし、人口 30 万人以上の二次医療圏は除く。）に所在する臨床研修病院等において 24 週以上の研修を行うプログラムを設けた病院に対しては、募集定員上限の 5 %のうち 2 %を限度に配分することができること。

第 5 当面の取扱い

3 広域連携型プログラムについて

(1) 前述の第 2 の 23(1)に定める E が適用される医師多数県については、医師少数県等の臨床研修病院等の確保の観点から、当初の間は、前述の第 2 の 23(2)に定める募集定員上限の 5 %以上のうち「(1)に定める E により加算された募集定員数の 1 / 2 を加えた数」の規定を適用しないこととする。

(2) 医師多数県については、広域連携型プログラムを活用したより良い臨床研修の実施を図る観点から、令和 8 年度から開始される広域連携型プログラムに限り、前述の第 2 の 23(2)に定める募集定員上限の 5 %に満たない配分も可能とする。ただし、募集定員上限の 5 %から実際に配分した募集定員上限の 5 %に満たない数を減じた数については、他の研修プログラムの募集定員に充てることはできないこととする。

【参考2】

「医師臨床研修指導ガイドラインー2024年度版ー」（2024年12月一部改訂）抜粋

第4章 指導体制・指導環境

5. 臨床研修指導医（指導医）

- 4) 研修医の評価に当たって、当該研修医の指導を行った又は共に業務を行った医師、看護師その他の職員と情報を共有することが望ましい。
- 5) 研修医と十分意思疎通を図り、実際の状況と評価に乖離が生じないように努める。
- 8) 定期的に研修の進捗状況を研修医に知らせ、研修医及び指導スタッフ間で評価結果を共有し、より効果的な研修へとつなげる。

7. 医師以外の医療職種（指導者）

看護師、薬剤師、臨床検査技師等、研修医の指導に関係する医師以外の医療職種全てを指す。研修医の教育研修は医師のみならず、全ての医療職種が協働し、病院を挙げて行うべきである。とくに、研修医の真正な評価には、医師以外の医療職種や患者・家族などからの評価も含めた、いわゆる「360度評価」が望ましい。評価にあたる指導者には、少なくとも看護師を含むことが望まれる。

8. メンター

職種にかかわらず、指導者たるメンター(mentor)は、指導を受けるメンティー(mentee)に対して、対話と助言を繰り返しつつ、仕事や日常生活面並びに人生全般における支援を継続的に行う。この一連のプロセスをメンターシップ(mentorship)と呼ぶ。省令施行通知などにおける規定はないが、指導体制充実の一環として、メンター制度を採用する研修プログラムが増えている。

指導医や上級医が、当該分野・診療科のローテーション期間中、研修医からの相談を受け助言を与えるのに対し、メンターは、診療科の枠を超え、メンティーである研修医との定期的なコミュニケーションを通じ、彼らの研修生活やキャリア形成全般についての助言、精神面でのサポートなど、継続的な支援を行う。

メンター制度は、以下のステップを踏んで行われる。

- 1) メンターの選出（研修医教育に熱意を持つ医師の中からメンターを複数名指名）
- 2) 研修医への情報提供（メンター制度の周知とメンター医師のプロフィール情報の提供）
- 3) 研修医によるメンター選択（研修医が希望するメンター医師を選択）
- 4) メンターと研修医との顔合わせ（制度のオリエンテーションを含む）
- 5) メンタリング実施状況の把握（メンター及び研修医からのプログラム責任者への定期的な報告）

メンターとメンティーの間には利害関係があってはならず、メンターには研修評価者とは別の医師がなるべきである。相談のしやすさから、研修医に年令の近い若手医師がメンターになる場合が多い。

福岡県(医療勤務環境改善支援センター)

医師の働き方改革の施行後における実態調査の結果について(確定報)

調査対象機関	全病院(自衛隊福岡病院、北九州医療刑務所医療部病院を除く。) 分娩を取り扱う診療所(院長のみが診療を行う診療所を除く。) 夜間休日急病診療所・休日急患診療所
調査方法	依頼・周知:メールまたは郵送による依頼、県ホームページによる周知 回答収集:WebフォームまたはFAX
調査期間	令和7年7月7日～令和7年8月6日

回答状況
(9/30最終)

	回答件数	調査対象 医療機関数	回答率	(参考) 昨年度回答件数(回答率)
病院	414	440	94.1%	428/443(95.5%)
有床診療所	27	31	87.1%	35/38(92.1%)
夜間休日急病診療所・ 休日急患診療所 等	20	20	100.0%	20/20(100%)
総計	461	491	93.9%	483/501(96.4%)

1 労務管理について

○ 副業・兼業先の労務管理については、

(1) 副業・兼業先の労働時間を把握する仕組み

「はい」又は「準備中/検討中」が57.5%（前年度52.7%）と前年度から4.8%増加。

(2) 副業・兼業先の宿日直許可の状況把握

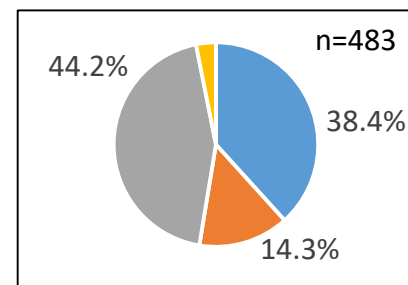
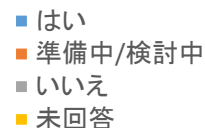
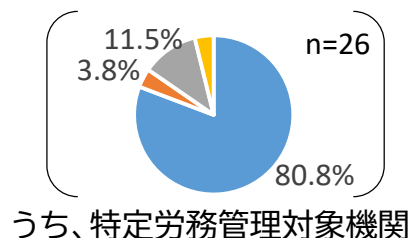
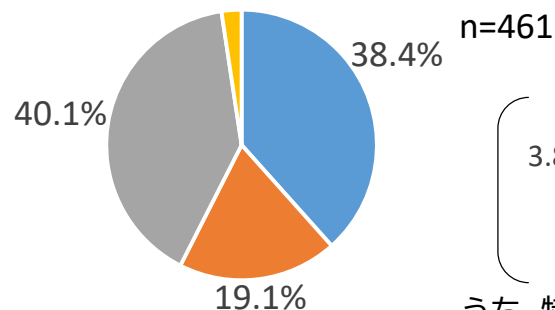
「はい」又は「準備中/検討中」が56.4%（前年度58.2%）と前年度から1.8%減少。

(3) 副業・兼業先を含めた「宿日直許可のある宿日直」、「宿日直許可のない宿日直」とを区別した管理

「はい」又は「準備中/検討中」が57.7%（前年度61.7%）と前年度から4.0%減少

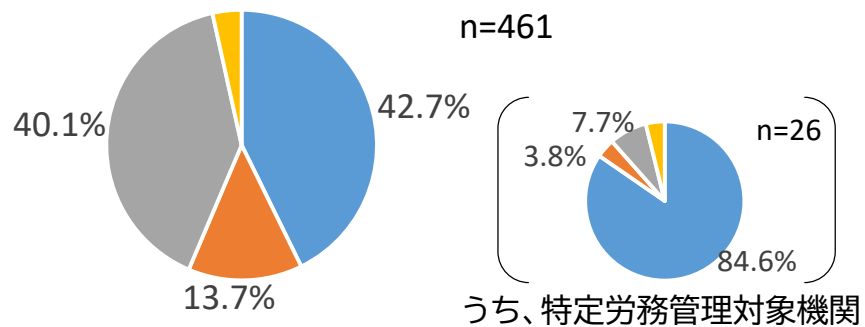
○ 前年度と比べて、あまり改善は見られない。特定労務管理対象機関の取組は進んでいるものの、その他医療機関の取組が進んでいない。

(1) 副業・兼業先の労働時間について、事前及び事後に把握する仕組みはありますか(最低月1回)

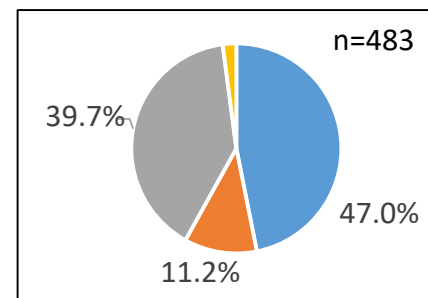


(参考) 令和6年度調査(全体)

(2) 副業・兼業先の宿日直許可の状況を把握していますか

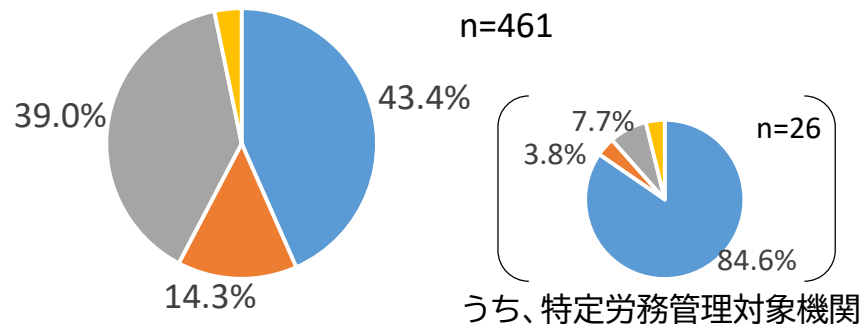


- はい
- 準備中/検討中
- いいえ
- 未回答

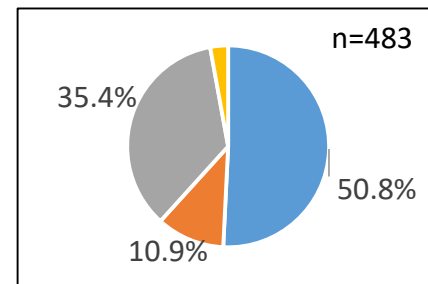


(参考)令和6年度調査(全体)

(3) 副業・兼業先も含めて、「宿日直許可のある宿日直」と「宿日直許可のない宿日直」とを区別して管理していますか



- はい
- 準備中/検討中
- いいえ
- 未回答



(参考)令和6年度調査(全体)

○ 勤務計画の作成については、

(4) 副業・兼業先の労働時間を含めた勤務計画

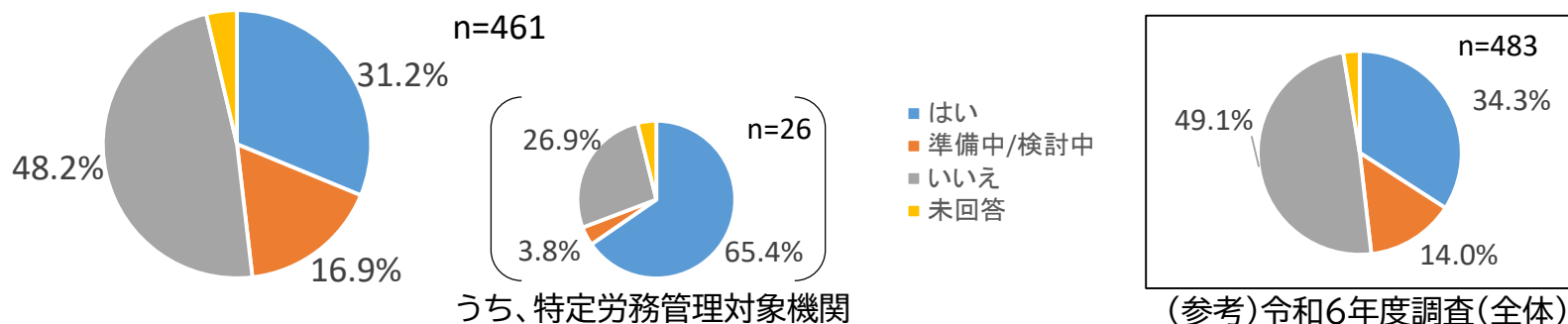
「はい」又は「準備中/検討中」が48.1%（前年度48.3%）と前年度とほぼ同数。

(5) 宿日直時間および勤務間インターバルの考慮

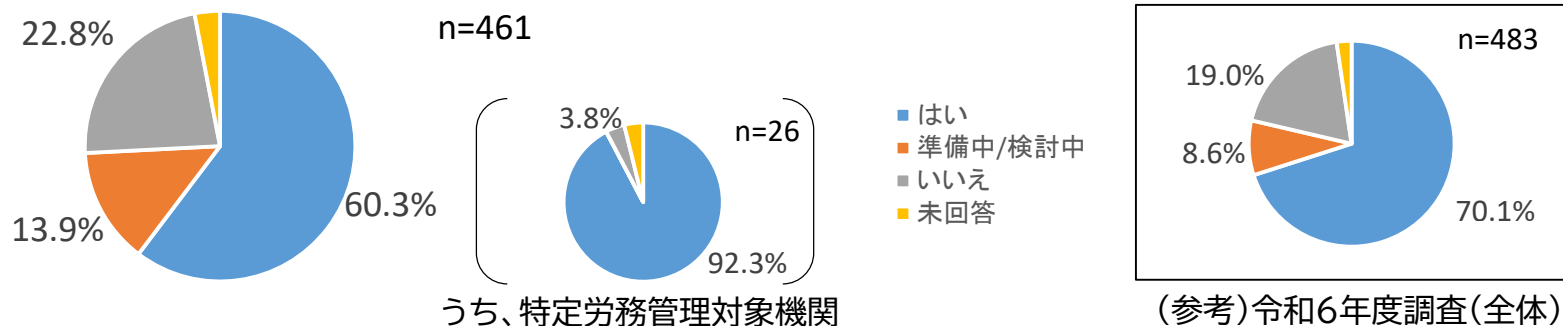
「はい」又は「準備中/検討中」が74.2%（前年度78.7%）と前年度から4.5%減少。

○ 前年度と比べて、あまり改善は見られない。特定労務管理対象機関の取組は進んでいるものの、その他医療機関の取組が進んでいない。

(4) 勤務計画を作成される際に、副業・兼業先の労働時間も含めていますか



(5) 宿日直時間および勤務間インターバルを考慮した勤務計画となっていますか



○ 自己研鑽の把握については、

(6) 労働ではない時間(主に自己研鑽)の把握

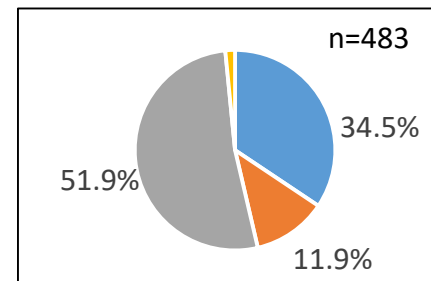
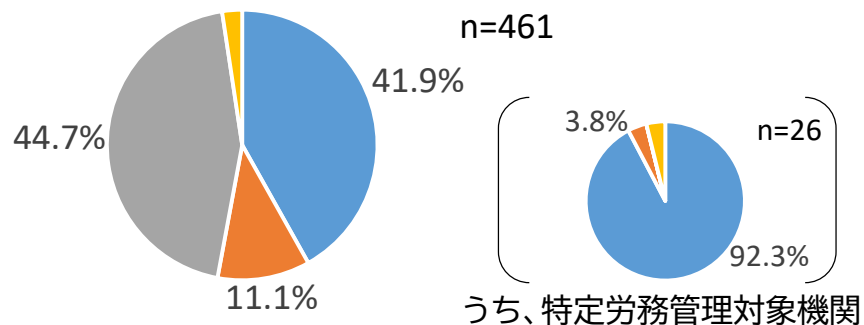
「はい」又は「準備中/検討中」53.0%(前年度46.4%)と前年度から6.6%増加。

(7) 自己研鑽のルールの規定

「はい」又は「準備中/検討中」が45.5%(前年度46.1%)と前年度とほぼ同数

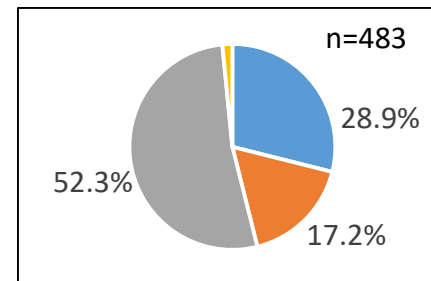
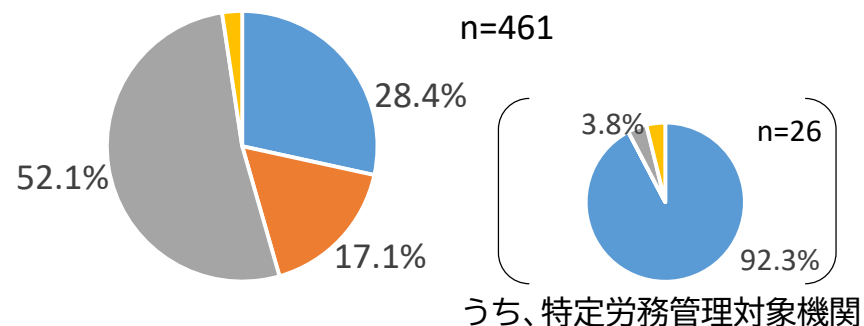
○ 前年度と比べて、一部改善が見られる。特定労務管理対象機関の取組は進んでいるものの、
その他医療機関の取組は大きくは進んでいない。

(6) 労働ではない時間(主に自己研鑽)を把握していますか



(参考)令和6年度調査(全体)

(7) 医療機関において自己研鑽のルールを定めていますか



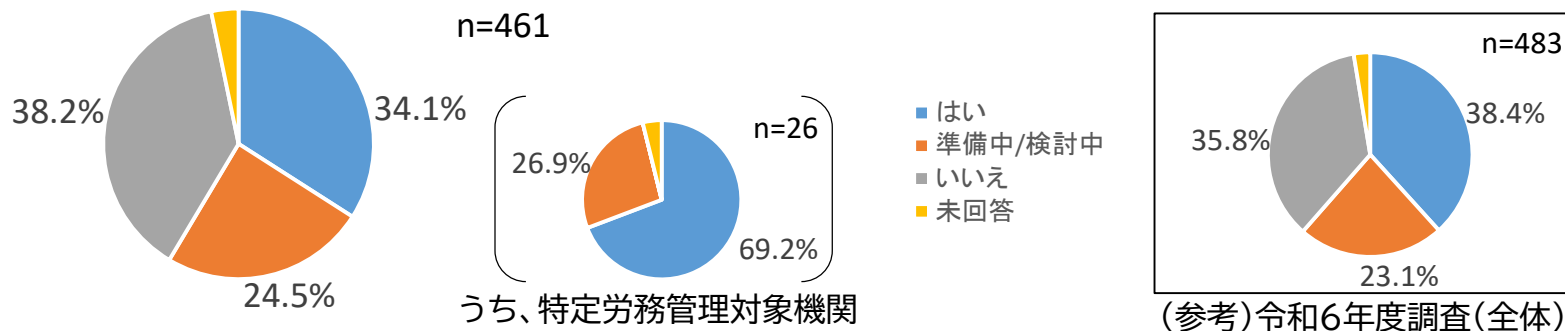
(参考)令和6年度調査(全体)

○ 医師への勤怠管理等の周知については、

(8) 「はい」又は「準備中/検討中」が58.6%(前年度61.5%)と前年度から2.9%減少。

○ 前年度と比べて、改善は見られない。特定労務管理対象機関の取組は進んでいるものの、
その他医療機関の取組が進んでいない。

(8) 医師に対して、勤怠管理や当人が実施すべき内容(就業開始・退勤時刻の申告、自己研鑽のルール等)について、
年1回周知する等計画をされていますか



2 医師の働き方改革に関連した引き揚げ(派遣医師数の減少)の状況について

- 概ね令和6年4月以降の医師の引き揚げ(派遣医師数の減少)状況については、
 - ・ 派遣医師数が減少した医療機関は48施設(前年度34施設)と前年度から14施設の増加。
 - ・ また、派遣医師数の減少はないものの、派遣元医療機関から相談・要望があった医療機関は66施設
- 派遣医師数が減少した48施設のうち、
 - ・ 前年度から継続して派遣医師数の減少は、15施設
 - ・ 今年度新たに派遣医師数の減少は、33施設
- 派遣医師数の減少への対応としては、
 - ・ 「医師の新規雇用」
 - ・ 「他の医療機関等からの派遣や新規雇用等による人員確保」
 - ・ 「診療体制の縮小・再編・見直し等」
 - ・ 「現体制での対応」などが挙げられた。

「診療体制の縮小・再編・見直し等」のうち、1施設が診療科を廃止していたが、診療科名の標榜を外したのみで、診療自体は継続。重症者については近隣の病院へ依頼する体制を確保している。

	病院		有床診療所		夜間休日 急病診療所等		総計	
1. 派遣元医療機関からの派遣医師数が減少した	47(30)		0(3)		1(1)		48(34)	
2. 派遣元医療機関から派遣医師数について相談・要望はあったが、派遣医師数の減少はなかった	59	(※) (340)	2	(※) (22)	5	(※) (17)	66	(※) (379)
3. 派遣元医療機関から派遣医師数について相談・要望はなく、派遣医師数の減少もなかった	253		15		5		273	
4. 医師派遣は受けていない	53(58)		8(10)		3(2)		64(70)	
5. 未回答	2(0)		2(0)		6(0)		10(0)	
総計	414(428)		27(35)		20(20)		461(483)	

()は令和6年度調査

(参考)

病院	うち、 二次・三次救急または 救急告示医療機関		うち、 周産期母子 医療センター		うち、 分娩取扱施設	
1. 派遣元医療機関からの派遣医師数が減少した	25(17)		2(2)		6(3)	
2. 派遣元医療機関から派遣医師数について相談・要望はあったが、派遣医師数の減少はなかった	30	(※) (137)	3	(※) (6)	6	(※) (22)
3. 派遣元医療機関から派遣医師数について相談・要望はなく、派遣医師数の減少もなかった	98		3		14	
4. 医師派遣は受けていない	14(18)		4(0)		6(10)	
総計	167(172)		12(8)		32(35)	

(※)令和6年度の選択肢は「派遣医師数の減少はなかった」であったため、合算している。

()は令和6年度調査

3 医師の働き方改革の施行に伴う自施設への影響(概ね令和7年1～5月に行ったもの)

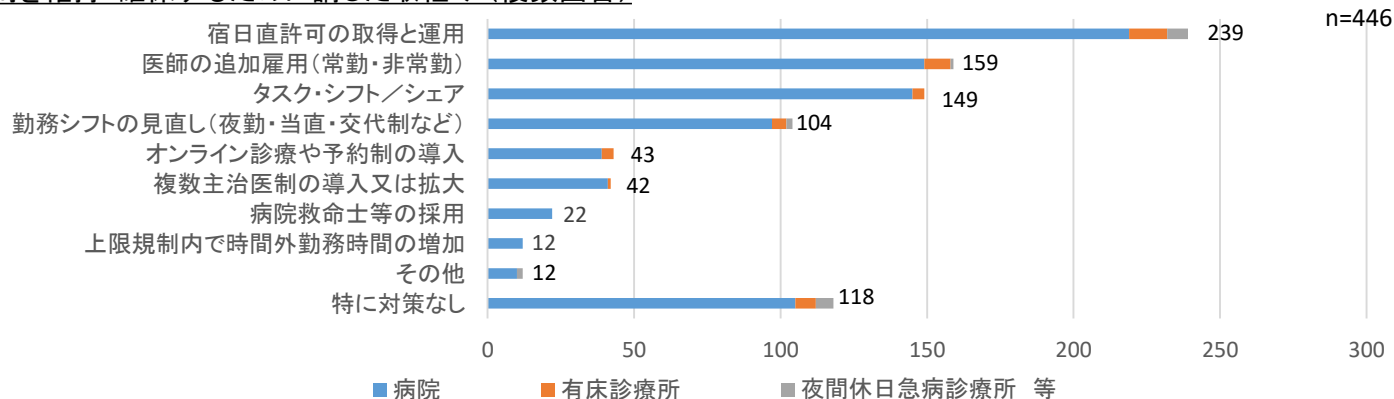
(1) 救急医療提供体制への影響

- 概ね令和7年1～5月の期間に「診療体制の縮小・再編・見直し等を行った」医療機関が11施設(前年度8施設)と前年度から3施設の増加。
- 縮小・再編・見直し等の内容は「救急当番日の見直し」(6施設)、「救急対応を行う医師数の減少」(4施設)、「救急の診療時間の短縮」(3施設)、「対応可能な診療科の制限」(3施設)などであった。 ※複数回答
- 約7割の施設(328施設)が診療体制を維持・確保するための取組を講じており、主な内容は、
 - ・ 「宿日直許可の取得と運用」： 239施設 (53.6%)
 - ・ 「医師の追加雇用」： 159施設 (35.7%)
 - ・ 「タスクシフト／シェア」： 149施設 (33.4%)
 - ・ 「勤務シフトの見直し」： 104施設 (23.3%) 等 ※複数回答
- 二次または三次救急医療機関への転院、搬送については、約3割の施設(117施設。27.0%)で影響があり、主な影響としては、「受入先の調整に要する時間の増加」や「調整業務の負担の増加」などが挙げられた。

	病院	有床診療所	夜間休日急病診療所等	総計
1. 診療体制の縮小・再編・見直し等を行った	11(6)	0(0)	0(2)	11(8)
2. 診療体制の縮小・再編・見直し等を行っていないが、縮小等を予定しており準備を進めている	6(3)	1(2)	0(0)	7(5)
3. 診療体制の縮小・再編・見直し等を行っていない(今後も予定していない)	391(419)	23(33)	15(18)	429(470)
4. 未回答	6(0)	3(0)	5(0)	14(0)
総計	414(428)	27(35)	20(20)	461(483)

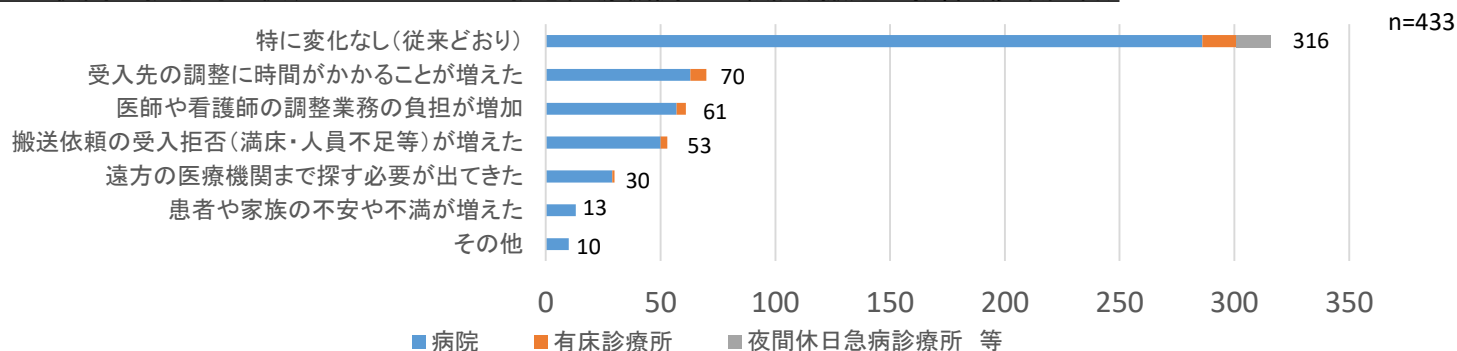
()は令和6年度調査(概ね令和6年1~12月に行ったもの)

■ 診療体制を維持・確保するために講じた取組み(複数回答)



<その他> ICTの導入・活用(RPA、生成AI等)、オンコール対応 等

■ 休日・夜間の救急対応後、二次または三次救急医療機関への転院、搬送の影響(複数回答)



<その他> 搬送時の当院医師の同行により、一時的に救急対応への体制が手薄になる 等

(2) 周産期医療提供体制への影響

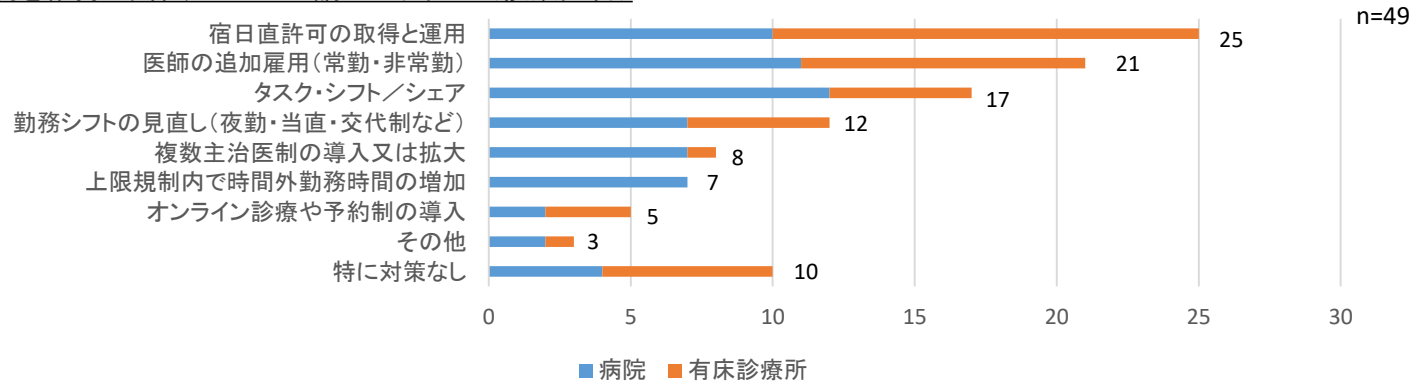
- 概ね令和7年1～5月の期間に「診療体制の縮小・再編・見直し等を行った」医療機関はなく（前年度1施設）、前年度から1施設の減少。
- 約7割の施設（39施設）が診療体制を維持・確保するための取組を講じており、主な内容は、
 - ・「宿日直許可の取得と運用」： 25施設（51.0%）
 - ・「医師の追加雇用」： 21施設（42.9%）
 - ・「タスクシフト／シェア」： 17施設（34.7%）
 - ・「勤務シフトの見直し」： 12施設（24.5%） 等

※複数回答

	病院	有床診療所	総計
1. 診療体制の縮小・再編・見直し等を行った	0(0)	0(1)	0(1)
2. 診療体制の縮小・再編・見直し等を行っていないが、縮小等を予定しており準備を進めている	1(0)	1(2)	2(2)
3. 診療体制の縮小・再編・見直し等を行っていない(今後も予定していない)	23(21)	23(32)	46(53)
4. 未回答	8(0)	3(0)	11(0)
総計	32(21)	27(35)	59(56)

()は令和6年度調査(概ね令和6年1～12月に行ったもの)

■ 診療体制を維持・確保するために講じた取組み（複数回答）



<その他>ICTの活用（沐浴指導に動画データ活用、生成AIの活用）等

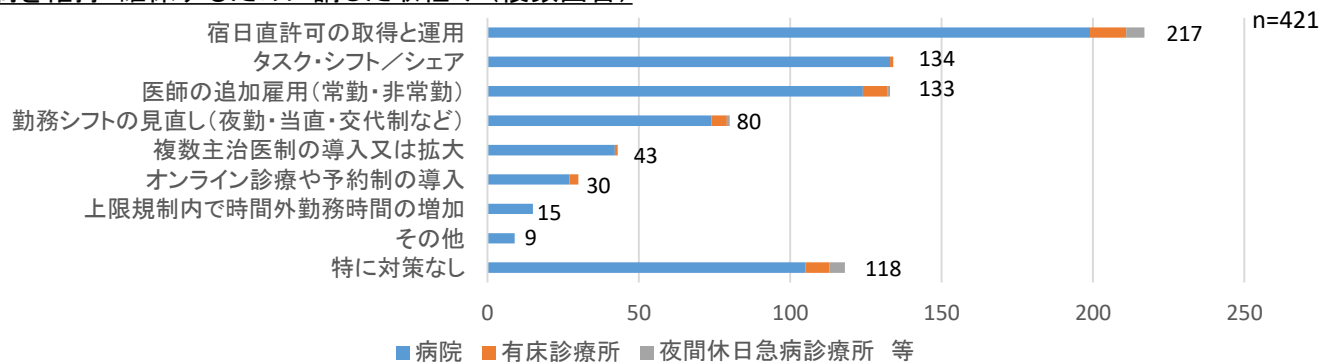
(3) 自施設の診療体制(救急・周産期医療を除く)への影響

- 概ね令和7年1～5月の期間に「診療体制の縮小・再編・見直し等を行った」医療機関が12施設(前年度12施設)と前年度と同数。
- 縮小・再編・見直し等の内容は、「外来診療の縮小」(10施設)、「入院患者の受入の制限」(2施設)、「手術症例の制限」(2施設)などであった。
※複数回答
- 約7割の施設(303施設)が診療体制を維持・確保するための取組を講じており、主な内容は、
 - ・ 「宿日直許可の取得と運用」： 217施設 (51.5%)
 - ・ 「タスクシフト／シェア」： 134施設 (31.8%)
 - ・ 「医師の追加雇用」： 133施設 (31.6%)
 - ・ 「勤務シフトの見直し」： 80施設 (19.0%) 等
 ※複数回答

	病院	有床診療所	夜間休日急病診療所等	総計
1. 診療体制の縮小・再編・見直し等を行った	12(9)	0(1)	0(2)	12(12)
2. 診療体制の縮小・再編・見直し等を行っていないが、縮小等を予定しており準備を進めている	9(3)	0(1)	0(0)	9(4)
3. 診療体制の縮小・再編・見直し等を行っていない(今後も予定していない)	363(413)	22(32)	19(18)	404(463)
4. 未回答	30(3)	5(1)	1(0)	36(4)
総計	414(428)	27(35)	20(20)	461(483)

()は令和6年度調査(概ね令和6年1～12月に行ったもの)

■ 診療体制を維持・確保するために講じた取組み（複数回答）



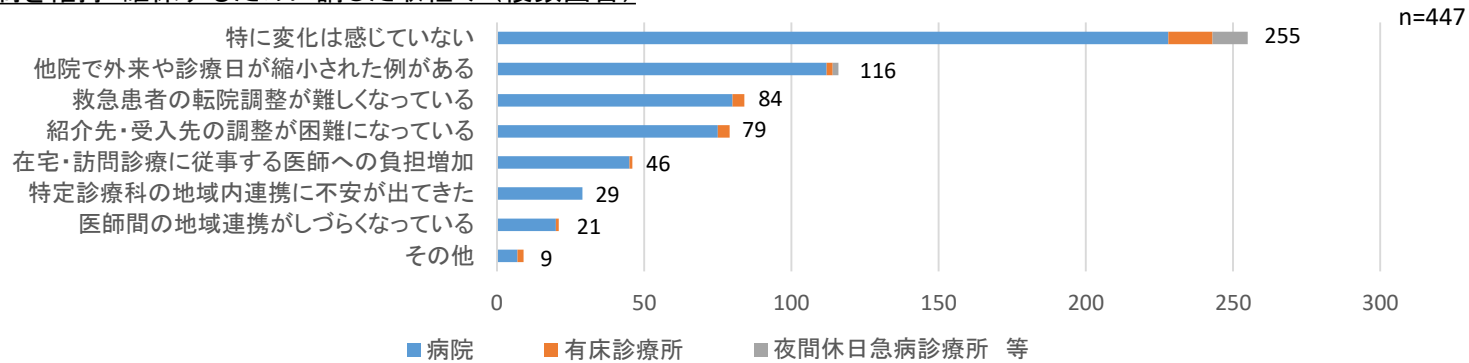
<その他>ICTの導入・活用（RPAの推進、動画の活用、生成AIの活用等）、民間等の紹介による医師（当直・日直）の受け入れ 等

4 医師の働き方改革の施行に伴う地域の医療提供体制(自施設以外)への影響

○ 地域の医療提供体制(自施設以外)への影響を感じている医療機関は約4割(117施設、43.0%)で、主な影響としては、

- ・「他院で外来や診療日が縮小された例がある」： 116施設が回答 (26.0%)
- ・「救急患者の転院調整が難しくなっている」： 84施設が回答 (18.8%)
- ・「紹介先・受入先の調整が困難になっている」： 79施設が回答 (17.7%) 等 ※複数回答

■ 診療体制を維持・確保するために講じた取組み(複数回答)



<その他> 人員確保や医師の当直協力等、医師が集まる仕組みが必要と感じる、外部医師への救急輪番日の割り当てができなくなった 等

調査結果を踏まえた今後の対応

【調査結果(まとめ)】

- 労務管理については、特定労務管理対象機関の取組は進んでいるものの、その他医療機関の取組が進んでおらず、改善が必要である。
- 医師の働き方改革の施行後、一部の医療機関で派遣医師数の減少や診療体制の縮小・再編・見直し等は見られるものの、診療体制の維持・確保に取り組まれており、地域の医療提供体制に大きな影響は見られていない。

【今後の対応】

- 今回の調査結果を全ての医療機関に周知し、適正な労務管理を促すとともに、医療勤務環境改善支援センターの更なる周知を図り、各施設の実情に応じた助言を行う等、医療機関の勤務環境改善に向けた取組を支援。
- 現段階で、地域の医療提供体制に大きな影響は見られないものの、医師の健康確保と地域の医療提供体制の維持との両立を図るため、本協議会をはじめ、構想区域地域医療構想調整会議や福岡県救急医療協議会などを活用しながら、引き続き、状況把握と必要に応じた支援を実施。

令和7年度の福岡県医療対策協議会開催予定

資料 4

		医師確保に係る 事業実績及び事業計画	初期臨床研修医 の確保	専門医の養成	キャリア形成 プログラムの 策定	特定労務管理対象 機関の指定	
令和7年	4月						
	第1回 福岡県医療対策協議会 (5月27日)						
	5月	<ul style="list-style-type: none"> 令和6年度事業実績報告 令和7年度事業計画報告 重点医師偏在対策支援区域の設定 	<ul style="list-style-type: none"> 令和7年度採用実績報告 	<ul style="list-style-type: none"> 令和7年度採用実績及び配置状況報告 	<ul style="list-style-type: none"> 令和7年度対象医師のプログラム報告 	<ul style="list-style-type: none"> 指定状況報告 	
	6月	承継・開業に係る 意向調査					
	7月						
	第2回 福岡県医療対策協議会 (8月26日)						
	8月	<ul style="list-style-type: none"> 医師偏在是正プランの策定(診療所の承継・開業支援) 	<ul style="list-style-type: none"> 臨床研修病院募集定員の算定方法の見直し 	<ul style="list-style-type: none"> 令和8年度専門研修プログラムの確認・検討 厚生労働省に提出する日本専門医機構・関係学会への意見・要望に係る協議 等 		<ul style="list-style-type: none"> 新規指定に係る意見聴取 	
	9月						
	10月						
	第3回 福岡県医療対策協議会 (11月10日)						
	11月	<ul style="list-style-type: none"> 医師の働き方改革の施行後における実態調査の結果 	<ul style="list-style-type: none"> 臨床研修病院募集定員の算定方法の見直し 令和9年度広域連携型プログラム 				
	12月						
令和8年	※ 「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」における国の動向を踏まえ、必要に応じて、追加で開催						
	第4回 福岡県医療対策協議会 (2月上旬予定)						
	2月		<ul style="list-style-type: none"> 令和8年度基幹型臨床研修病院の指定や取消 令和9年度算定方法の決定及び定員の配分 等 			<ul style="list-style-type: none"> 新規指定等に係る意見聴取(申請がある場合) 	
	3月						