

令和 8 年度専攻医採用におけるシーリング

1 専攻医シーリングについて

平成 30 年度に開始された新専門医制度において、医師の地域偏在・診療科偏在への対策として、制度開始当初から、都道府県別診療科別の専攻医採用数に上限を設けるシーリングが実施されている。

2 地域医療対策協議会の役割

一般財団法人日本専門医機構が作成する専攻医シーリング案について、都道府県知事が厚生労働大臣に意見を述べるときは、医師法第 16 条の 10 第 4 項の規定に基づき、地対協の意見を聴くこととされているため、協議を行う。

3 令和 8 年度専攻医シーリングの主な変更点（資料 1-2）

- (1) 令和 7 年度までは、「当該都道府県別診療科の平均採用数及び必要養成数」をベースに算出されていたが、令和 8 年度は、「当該診療科の全国専攻医採用数及び都道府県人口を加味すること」を基本とした算出に変更された。
- (2) シーリング対象外の都道府県への指導医派遣の実績に応じた加算数が導入された。
- (3) 特別地域連携プログラムがシーリング内に設置された。

4 沖縄県のシーリング状況について（資料 1-2）

- (1) 沖縄県の精神科と麻酔科について、「2018 年医師数」が「2018 年必要医師数及び 2024 年必要医師数」を上回るため、シーリングの対象とされている。

	2018 年医師数	2018 年必要医師数	2024 年必要医師数
精神科	270 人	171 人	173 人
麻酔科	123 人	108 人	111 人

- (2) 令和 8 年度シーリング数（案）…精神科 8 人（前年比±0）、麻酔科 8 人（前年比±0）

	通常募集プログラム数				連携等プログラム数			精神科 連携枠 指定医	合計
		基本数	加算分	留意分	連携プログラム (都道府県限定分を除く)	連携プログラム (都道府県限定分)	特別地域 連携プログラム		
精神科	8	7	0	1	0	0	0	0	8
麻酔科	7	6	0	1	1※	0	0	—	8

※連携等プログラムは、内訳 3 種のうち、いずれかを選択可能。

①麻酔科のシーリング数（案）の訂正について

日本専門医機構から当初示されたシーリング数（案）は、p. 10 のとおり、7（基本数 6、留意分 1）だったが、算出過程に疑義があったため問い合わせたところ、算出誤りであったとの回答があり、上記表のとおり、連携等プログラム数を 1 追加し、合計 8 に訂正する旨回答を得ている。シーリング表は後日訂正される。（R7. 8. 15 メール連絡）

②指導医派遣の実績による加算数について

沖縄県麻酔科は、指導医派遣の実績による加算数の対象となり、加算数上限 1 が与えられたが、定義を満たす指導医の派遣実績が 0 だったため、加算数は 0 となった（p. 7 上段）。

専攻医シーリングにおける指導医派遣の定義については、下記すべてを満たす場合とされている（p.5 下段）。

（１）医師や派遣先における形態

- （イ）原則、各基本領域の専門研修プログラム整備基準に定める専門研修指導医の要件を満たす医師であること
- （ロ）派遣元と派遣先の連携・調整により派遣された医師であること
- （ハ）専攻医の指導を行うこと等を通じて、専門研修の充実に資する勤務形態であること

（２）派遣先

- （イ）専門研修施設（基幹施設または連携施設）又はその認定を受けようとする医療機関への派遣であること
- （ロ）シーリング対象外の都道府県への派遣であること

離島を多く抱え、沖縄本島自体も離島である沖縄県にとっては、（２）（ロ）が厳しい条件となっている。

本件に関しては、令和７年度第２回専門研修部会（R7.7.24）において、日本専門医機構の渡辺理事長も次のように述べている。

「ただし、その例外として、22 ページにございますけれども、麻酔科です。沖縄の麻酔科に関しては実際に派遣実績がないのです。ただし、これに関しては、沖縄県の方に問い合わせますと、沖縄は離島が多いということで、離島に医師をたくさん派遣しているので、他の都道府県にまで派遣するのは不可能だということが理由になっております。今後、そのことはやはり留意しなければならないことかと考えております。」（議事録より）

③追加審議について（p.7 下段）

令和７年度第２回専門研修部会（R7.7.24）における議論を踏まえ、「専門研修指導医（常勤）の医師少数区域への派遣実績に応じたシーリング数の追加（案）」が審議、承認されたことにより、対象となる都道府県診療科は当初案にシーリング数が追加されることとなった。

沖縄県麻酔科においては、当初派遣実績も０であったことから、本件も対象外となった。

（参考）沖縄県の精神科及び麻酔科のシーリング状況（過去３年間実績及びR8 シーリング案）

	精神科								麻酔科							
	シーリング数				採用実績				シーリング数				採用実績			
採用年度	R5	R6	R7	R8 案	R5	R6	R7		R5	R6	R7	R8 案	R5	R6	R7	
通常募集プログラム	7	7	7	8	6	7	7		8	8	8	7	8	8	5	
連携等プログラム	1	1	1		1		1					1				
子育て支援加算	1															
合計人数	9	8	8	8	7	7	8		8	8	8	8	8	8	5	

５ 関係機関意見（資料１－３）

地対協での協議に先立ち、県内の 19 専門研修基幹施設、沖縄県医師会、沖縄県地域医療支援センター、沖縄県精神科病院協会及び沖縄県精神科診療所協会へ意見照会を行ったところ、資料１－３のとおり 6 機関から意見があった。

６ 沖縄県知事意見案（資料１－４）

関係機関意見及び令和 6 年度沖縄県知事意見を踏まえ、資料 1-4 のとおり知事意見案を作成している。

2026(令和8)年度の専攻医募集(案) について

日本専門医機構

2026年度専攻医募集におけるシーリングについて

方針(案)

- 令和8年度については、今後に向けた運用上の課題の把握等も念頭にしながら、基本的には、令和7年1月30日医道審議会医師分科会医師専門研修部会において厚生労働省より示された案を踏まえた方針とする。
- 令和7年度のシーリングからの具体的な変更点等は、以下のとおり。

通常プログラム	・ これまでの「当該都道府県別診療科の平均採用数及び必要養成数」ベースの算出から、「当該診療科の全国専攻医採用数及び都道府県人口を加味すること」を基本とした算出とする。 ・ 連携プログラムの連携先での研修を含め、地域における専門研修の質の向上を図る観点から、例えば、大学病院等の基幹病院から指導医を地域に派遣した実績を有する場合については、以下のような観点で定員数への反映を行う。 ・ 指導医の派遣に係る実績に応じて、通常プログラムの定員数を増加する。 ・ 指導医不足がより顕著な地域への指導医の派遣については、更なる評価を行う。 ・ こうした評価に当たっては、連携プログラムの定員数とのバランスの確保やシーリング制度の趣旨等の観点で、一定の上限を設ける。
連携プログラム	・ 令和7(2025)年度採用までの状況からの激変を緩和する観点で、直近の過去3年間の平均採用数を満たすまで連携プログラムの定員数の設定を許容する考え方は、維持する。 ・ 各プログラムの採用数の比については、激変を緩和する観点から、令和7(2025)年度のものを維持する。 ・ 特別地域連携プログラムをシーリング内に設置する。
その他	・ シーリング数が全国採用数の一定割合に満たない場合の配慮を引き続き実施する。

【令和8年度募集】シーリングの設定方法について①

1. シーリング対象の診療科 ※変更なし

内科、小児科、皮膚科、精神科、整形外科、眼科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、脳神経外科、放射線科、麻酔科、形成外科、リハビリテーション科の13診療科

例外としてシーリングの対象外とする診療科は、外科・産婦人科¹⁾、病理・臨床検査²⁾、救急・総合診療科³⁾の6診療科

- 1) 平成6年度と比較して平成28年度の医師数自体が減少しているなどの理由
2) 専攻医が著しく少数である等の理由
3) 今後の役割についてさらなる議論が必要とされている等の理由

2. シーリング対象とする都道府県診療科の選定

「平成30年(2018年)の医師数」≧「平成30年(2018年)の必要医師数」
かつ「平成30年(2018年)の医師数」≧「令和6年(2024年)の必要医師数」を満たす都道府県診療科。

※過去3年間(令和5-7年度)の採用数の平均が5人以下の場合は、シーリング対象外とする。

※令和8年度(2026年度)については、「令和4年(2022年)の医師数」<「令和6年(2024年)の必要医師数」を満たす場合はシーリング対象外とする。

※「医師数」は、いずれも性年齢構成を反映した仕事量に換算した人数。

3. 通常プログラム数の設定

(1) 通常プログラムの基本数：

当該診療科の過去3年間の全国専攻医採用数の平均×(都道府県の人口/全国の総人口)

※小児科については、(都道府県の15歳未満人口/全国の15歳未満総人口)とする。

(2) 通常プログラムの加算数：

(1)の数が、過去3年間の平均採用数に達していない場合、「過去3年間の平均採用数に達しない範囲」かつ「通常プログラム基本数の15%までの範囲」で、通常プログラムの加算を可能とする。

※(1)においては、直近の過去3年間平均採用数を超過して設定することを許容。一方で、(2)は過去3年間平均採用数に満たない範囲で加算することとする。

(次ページに続く)

【令和8年度募集】シーリングの設定方法について②

4. 連携プログラムの設置

(3) 連携プログラムの設置数

3.による通常プログラム数が、過去3年間の平均採用数に満たない場合、過去3年間の平均採用数に達しない範囲で、連携プログラムの設置を可能とする。

ただし、当該年度の通常プログラムにおける地域貢献率(※)が原則20%以上であることを連携プログラムの設定のための必須条件とする。

(※) 地域貢献率 =
$$\frac{\sum (\text{各専攻医が「シーリング対象外の都道府県」及び「当該都道府県の医師少数区域」で研修を実施している期間})}{\sum (\text{各専攻医における専門研修プログラムの総研修期間})}$$

(4) 連携プログラムの内訳の設定

連携プログラムは、令和7年度募集のシーリング数と同様の内容及び比率(設定数)とする。

(イ) 連携プログラム(都道府県限定分以外)

(ロ) 連携プログラム(都道府県限定分)

(ハ) 特別地域連携プログラム

※3.の時点で、直近の過去3年間平均採用数を超過した場合は、連携プログラムは設置されない。

※令和8年度においては、特別地域連携プログラムを連携プログラム(都道府県限定分を含む)へ振替えることを許容。

留意事項

<シーリング数が全国採用数の一定割合に満たない場合の配慮>

・算出されたシーリング数が、当該診療科の過去3年間の全国専攻医採用数の平均の1.7%に満たない場合、前回シーリング数を超えない範囲で通常プログラムを追加することを可能とする。

<シーリング対象外とする医師> ※変更なし

・①又は②の医師のうち、専攻医期間に医師少数区域又は医師少数スポットで専門研修を行う予定の者。

① 都道府県と卒業後一定期間、当該都道府県内で医師として就業する契約を締結した者(修学資金の貸与の有無を問わない)

② 自治医科大学を卒業した医師

・既に基本領域専門医を取得済みのダブルボード取得希望者。

シーリングにおける各プログラムについて

- シーリングの内訳としては、基本となる「通常プログラム」のほか、採用数の激変緩和の観点から設けられた「連携プログラム」がある。
- 連携プログラムには、地域医療に資する観点から、シーリング対象外の都道府県での一定期間の研修を設けており、さらに一部のプログラムについては連携先都道府県を足下充足率の低い地域に指定している。
- さらに、令和5(2023)年度専攻医採用から導入された特別地域連携プログラムは、足下充足率が低い都道府県の医師少数区域に指定している。
- 令和8年度においては、特別地域連携プログラムを連携プログラム(都道府県限定分を含む)へ振替えることを許容。

	連携先	連携先の研修期間		
都道府県限定分	足下充足率0.8以下の都道府県	1年6ヶ月以上	都道府県限定分	直近の過去3年間の平均採用数の一定割合に満たない分(各プログラムの割合は、令和7年度のもの維持)
連携プログラム(都道府県限定分を除く)	シーリング対象外の都道府県	1年6ヶ月以上	連携プログラム	
特別地域連携プログラム	足下充足率0.7以下(小児科は0.8以下)の都道府県の医師少数区域等	1年以上	特別地域連携プログラム	
通常プログラム	募集や採用にあたり生じる要件はない ※基本領域毎のプログラム整備基準において定められる地域研修等の要件はある	募集や採用にあたり生じる要件はない ※基本領域毎のプログラム整備基準において定められる地域研修等の要件はある	加算分 通常募集プログラム(基本数)	直近の過去3年間の平均採用数の一定割合に満たない場合、所定の要件を満たす場合に加算(上限あり) 当該診療科の直近の過去3年間の全国専攻医採用数の平均×(都道府県人口/全国の総人口)

※精神科は、他に精神保健指定医連携枠を設置することが可能。

5

【令和8年度募集】専門研修指導医の派遣実績の定義等

- 専門研修指導医の派遣実績とするのは、以下の(1)と(2)のいずれも満たす場合とし、実績を収集した。

(1) 医師や派遣先における勤務形態

(イ) 原則、各基本領域の専門研修プログラム整備基準に定める専門研修指導医の要件を満たす医師であること

(ロ) 派遣元と派遣先の連携・調整により派遣された医師であること

具体例

- ・ 派遣元から、出向等の形式で異動した上で、所定の期間が経過した後、派遣元に戻る予定の医師
- ・ その他、派遣元から専攻医を受け入れて指導を行っているなど、専門研修環境の向上に資する医師
- ・ いわゆる医局からの派遣も実績の対象としてよい

留意事項

- ・ 双方の合意形成の元で派遣されている医師に限ること。調整の事実がないことが疑われる場合は改めて確認する場合がある。

(ハ) 専攻医の指導を行うこと等を通じて、専門研修の充実に資する勤務形態であること

具体例

- ・ 常勤/非常勤の勤務形態や、派遣期間によらず、専攻医の指導に当たることが想定される場合
- ・ 週当たり勤務日数が週5日未満の場合や月単位の勤務(例: 週3日の非常勤勤務を6か月間行う場合など)であっても、専攻医の指導を担当しうること

留意事項

- ・ 週あたり派遣日数については、概ね半日(午前または午後)以上の勤務を1日とカウントする。
- ・ 派遣期間については、概ね半月以上を1か月とカウントする。
- ・ 常勤医とは、派遣先で週32時間以上勤務する医師を指す。

(2) 派遣先

(イ) 専門研修施設(基幹施設または連携施設)又はその認定を受けようとする医療機関への派遣であること

留意事項

- ・ 報告時点で研修施設となっていないものの、指導医が派遣されることにより、研修施設の要件を満たし、研修施設としての学会の認定を受けようとしている場合も、研修施設への派遣実績に含める。

(ロ) シーリング対象外の都道府県への派遣であること

具体例

- ・ 連携プログラム等の連携先要件を満たす地域への派遣

留意事項

- ・ 指導医と専攻医が共に派遣先(連携先)で勤務することが望ましいが、指導医単独での派遣も実績に含めることができる。
- ・ 派遣先については、派遣元の研修プログラムの連携施設のみならず、他のプログラムの基幹施設や連携施設も実績に含めることができる。

【令和8年度募集】 専門研修指導医の派遣実績の枠数への換算

○ 専門研修指導医の派遣実績とするのは、以下の(1)と(2)のいずれも満たす場合とし、実績を収集した。

1. 指導医派遣実績の加算枠数への換算方法

- (1) 全派遣実績については、1人年に対し、0.5枠に換算する。
 (2) より高い評価を行うこととした「指導医派遣のニーズがより高い地域への派遣」に該当する地域は、「足下充足率0.7以下の都道府県」とし、この地域への派遣実績は、1人年に対し、さらに0.5枠分の換算を可能とする。

$$\begin{aligned} & \text{(全派遣実績(人年))} \times 0.5 \text{ 枠} \\ & + \text{(足下充足率0.7以下の都道府県への派遣実績(人年))} \times 0.5 \text{ 枠} \end{aligned}$$

2. 加算数について

加算数の上限は、通常プログラム基本数の15%分とし、この上限の範囲内で、上記1. の換算枠数の加算を可能とする。

3. 令和8年度の加算数

令和8年度の換算後枠数及び加算数を別紙に示す。

専門研修指導医の派遣実績及び加算数

領域	都道府県	加算上限	① 派遣医師人数 (人)	② ①の派遣 実績 (人・ 年)	③ 派遣医師人数(人) のうち、派遣先が足 下充足率0.7以下へ の派遣(人)	④ ③による派 遣実績 (人・年)	実績の加算 数への換算 (②×0.5 +④ ×0.5)	加算数
内科	東京都	50	1265	884	543	415	649	50
内科	京都府	9	303	245	23	21	133	9
内科	大阪府	8	173	126	7	3	65	8
内科	和歌山県	3	9	9	2	2	6	3
内科	岡山県	6	240	219	0	0	109	6
内科	福岡県	18	155	97	1	1	49	18
内科	長崎県	3	11	11	0	0	6	3
小児科	東京都	9	234	122	1	1	61	9
皮膚科	東京都	5	62	47	1	1	24	5
皮膚科	京都府	1	52	15	0	0	8	1
精神科	東京都	10	169	147	15	13	80	10
精神科	石川県	1	5	5	0	0	3	1
精神科	岡山県	1	73	68	1	1	35	1
精神科	福岡県	2	10	8	0	0	4	2
精神科	佐賀県	1	9	2	2	1	1	1
整形外科	東京都	12	406	285	120	69	177	12
整形外科	京都府	2	98	93	0	0	47	2
整形外科	福岡県	4	147	114	2	2	58	4

専門研修指導医の派遣実績及び加算数(続き)

領域	都道府県	加算上限	① 派遣医師人数 (人)	② ①の派遣 実績 (人・ 年)	③ 派遣医師人数 (人)のうち、派 遣先が足下充足率 0.7以下への派遣 (人)	④ ③による派 遣実績 (人・年)	実績の加算 数への換算 (②×0.5 +④ ×0.5)	加算数
眼科	東京都	6	167	102	7	2	52	6
眼科	京都府	1	50	35	0	0	17	1
眼科	大阪府	3	40	32	0	0	16	3
耳鼻咽喉科	東京都	4	89	73	6	3	38	4
耳鼻咽喉科	愛知県	2	7	5	0	0	2	2
耳鼻咽喉科	京都府	1	39	37	0	0	19	1
泌尿器科	京都府	1	77	73	0	0	37	1
脳神経外科	東京都	4	290	228	150	120	174	4
放射線科	東京都	6	204	116	143	83	99	6
放射線科	京都府	1	144	125	2	2	63	1
放射線科	岡山県	1	42	42	0	0	21	1
放射線科	福岡県	1	35	29	3	3	16	1
麻酔科	東京都	8	290	137	242	102	120	8
麻酔科	京都府	2	76	56	7	1	29	2
麻酔科	岡山県	1	122	85	8	7	46	1
麻酔科	沖縄県	1	0	0	0	0	0	0
形成外科	東京都	4	94	80	13	10	45	4
形成外科	兵庫県	2	12	8	11	8	8	2
リハビリテー ション科	東京都	2	56	51	22	20	36	2

9

専門研修指導医(常勤)の医師少数区域への派遣実績
に応じたシーリング数の追加(案)

令和7年度第2回 医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会 令和7年7月24日	資料 1-4 (追加資料)
---	---------------------

領域	都道府県	(1) 加算上限	(2) 全派遣実績 のうち、医 師少数区域 に週5日派 遣している 派遣実績 (人・年)	(3) (2)/(1)	(4) 追加数(案)	領域	都道府県	(1) 加算上限	(2) 全派遣実績 のうち、医 師少数区域 に週5日派 遣している 派遣実績 (人・年)	(3) (2)/(1)	(4) 追加数(案)
内科	東京都	50	86	2	2	眼科	東京都	6	3	1	1
内科	京都府	9	29	3	3	眼科	京都府	1	0	0	0
内科	大阪府	8	0	0	0	眼科	大阪府	3	0	0	0
内科	和歌山県	3	2	1	1	耳鼻咽喉科	東京都	4	7	2	2
内科	岡山県	6	23	4	4	耳鼻咽喉科	愛知県	2	1	1	1
内科	福岡県	18	3	0	0	耳鼻咽喉科	京都府	1	2	2	1
内科	長崎県	3	0	0	0	泌尿器科	京都府	1	5	5	1
小児科	東京都	9	20	2	2	脳神経外科	東京都	4	32	8	4
皮膚科	東京都	5	4	1	1	放射線科	東京都	6	24	4	4
皮膚科	京都府	1	1	1	1	放射線科	京都府	1	0	0	0
精神科	東京都	10	17	2	2	放射線科	岡山県	1	0	0	0
精神科	石川県	1	0	0	0	放射線科	福岡県	1	3	3	1
精神科	岡山県	1	19	19	1	麻酔科	東京都	8	43	5	5
精神科	福岡県	2	2	1	1	麻酔科	京都府	2	0	0	0
精神科	佐賀県	1	2	2	1	麻酔科	岡山県	1	0	0	0
整形外科	東京都	12	36	3	3	麻酔科	沖縄県	1	0	0	0
整形外科	京都府	2	0	0	0	形成外科	東京都	4	14	4	4
整形外科	福岡県	4	4	1	1	形成外科	兵庫県	2	2	1	1
						リハビリ テーション科	東京都	2	6	3	2

※1 「(1)加算上限」は、通常プログラム加算数を設定する際の上限。
※2 (2)は、専門研修指導医を、シーリング対象外の都道府県の医師少数区域に、常勤に相当する週5日、派遣している実績。
※3 「(4)追加数(案)」は、「(1)加算上限数」と「(2)医師少数区域への常勤の指導医派遣実績」の比率(=(3))をもとに、上限を「(1)加算上限」の値とし、算出。追加数(案)の合計は50枠となり、通常プログラムのシーリング数2,071の3%未満となる。なお、追加する枠数は、次年度以降のシーリング数算出の際の採用実績には計上しないものとする。

令和8（2026）年度シーリング等に関する論点

厚生労働省 医政局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

令和8年度シーリング等に関する論点

【現状のまとめ】

- 令和8（2026）年度専攻医募集については、日本専門医機構及び基本領域学会において、本部会におけるシーリングの仕組みの見直しの議論を踏まえ、基本的には提示した案に沿った形で準備が進められているところ。その中では、令和8年度の特別地域連携プログラムを連携プログラムに振り替えることを許容する等、現場の負担に配慮した経過措置も設けており、令和9年度以降に向けた円滑な運用が期待されること。
- また、通常プログラム加算数の算出の根拠となる指導医派遣の実績が把握され、一部の都道府県診療科においては、加算上限数に比して多くの派遣を行っており、特に医師少数区域への派遣の実態についても明らかとなった。こうした都道府県を越えた指導医の派遣は、幅広い地域での専門研修の充実に資することはもとより、医療提供体制の確保の観点からも重要と考えられる。また、常勤の指導医については、専攻医の受け入れを求める地域から高いニーズがあると考えられる。

【論点】

- 令和8年度募集は、見直しを取り入れ行われる初回の募集となるため、令和9年度以降に向けては、指導医派遣実績の収集等を含む運用や、その他の現場における課題の有無の把握等を行うことが重要ではないか。
- 加算上限数に比して多くの派遣を行っている場合があることが明らかになったことを踏まえ、特に医師少数区域に対して、加算上限数に比して大きい割合で常勤の指導医を派遣している都道府県に対しては、その比率に応じて、シーリング数を追加することについてどう考えるか。その際、シーリング数全体への大きな影響を及ぼさないよう上限を設定するとともに、追加した枠による採用はシーリング数算出時に用いる採用実績には含めないこととしてはどうか。
- あわせて、指導医派遣の実績については、現場で聞かれた課題や負担軽減の観点も踏まえ、実績を収集する頻度や方法等についても、今後必要な検討を行う方向性をどう考えるか。

精神科

	2016年 足下充足率	2018年 足下充足率	通常募集 プログラム数	うち基本数	うち加算分	うち留意分	連携等 プログラム数	うち連携プログラム (都道府県限定分を除く)	うち都道府県限定分	うち特別地域連携プログラム	精神科指定医連携枠	シーリング数合計 (通常+連携等+指定医連携枠)	備考
北海道	1.00	0.95											
青森県	0.81	0.81											
岩手県	0.72	0.71											
宮城県	0.89	0.90											
秋田県	0.97	1.03											
山形県	0.96	0.99											
福島県	0.83	0.80											
茨城県	0.62	0.69											
栃木県	0.65	0.72											
群馬県	0.85	0.84											
埼玉県	0.73	0.71											
千葉県	0.75	0.75											
東京都	1.22	1.24	74	64	10	0	24	6	6	13	0	98	連携枠端数-1
神奈川県	0.91	0.93											
新潟県	0.68	0.67											
富山県	0.88	0.91											
石川県	1.02	1.00	9	5	1	3	2	0	0	2	0	11	
福井県	0.90	0.87											
山梨県	0.83	0.89											
長野県	0.81	0.81											
岐阜県	0.66	0.72											
静岡県	0.71	0.71											
愛知県	0.80	0.79											
三重県	0.91	0.85											
滋賀県	0.75	0.80											
京都府	1.02	0.99											
大阪府	0.90	0.87											
兵庫県	0.87	0.87											
奈良県	0.97	0.93											
和歌山県	0.80	0.84											
鳥取県	1.10	1.15											
島根県	1.17	1.23											
岡山県	1.17	1.15	9	8	1	0	1	0	0	1	1	11	
広島県	0.97	0.92											
山口県	1.07	1.11											
徳島県	1.19	1.30											
香川県	1.07	1.19											
愛媛県	0.77	0.85											
高知県	1.19	1.34											
福岡県	1.33	1.33	25	23	2	0	0	0	0	0	0	25	
佐賀県	1.35	1.49	5	4	1	0	4	0	0	4	0	9	
長崎県	1.18	1.21											
熊本県	1.40	1.30	13	8	0	5	0	0	0	0	0	13	
大分県	1.16	1.13											
宮崎県	1.22	1.29											
鹿児島県	1.20	1.23											
沖縄県	1.58	1.58	8	7	0	1	0	0	0	0	0	8	
			143	119	15	9	31	6	6	20	1	175	

※備考欄に記載の「連携枠端数」は、各連携プログラムの枠数を2025(令和7)年度の各連携プログラムの枠数の割合に応じて算出し四捨五入するために生じる端数(本来設定可能な枠数である「連携等プログラム数」から、算出した各連携プログラムの枠数の合計を引いた差分)であり、各連携プログラムの実際の枠数の設定においては、「-1」の場合はいずれかの連携プログラムを記載の数字より1枠減らし、「+1」の場合はいずれかの連携プログラムの枠を記載の数字より1枠増やす必要があることを示している。

麻酔科

	2016年足下充足率	2018年足下充足率	通常募集プログラム数	うち基本数	うち加算分	うち留意分	連携等プログラム数	うち連携プログラム(都道府県限定分を除く)	うち都道府県限定分	うち特別地域連携プログラム	シーリング数合計 (通常+連携等)	備考
北海道	1.21	1.21	20	20	0	0	0	0	0	0	20	
青森県	0.68	0.67										
岩手県	0.57	0.57										
宮城県	0.88	0.88										
秋田県	0.60	0.56										
山形県	0.62	0.64										
福島県	0.67	0.67										
茨城県	0.66	0.70										
栃木県	0.92	0.92										
群馬県	0.93	0.90										
埼玉県	0.70	0.70										
千葉県	0.74	0.67										
東京都	1.21	1.25	63	55	8	0	14	3	5	6	77	
神奈川県	0.96	0.94										
新潟県	0.54	0.57										
富山県	1.00	0.99										
石川県	0.98	1.00										
福井県	0.81	0.80										
山梨県	0.84	0.97										
長野県	0.88	0.83										
岐阜県	0.56	0.56										
静岡県	0.70	0.67										
愛知県	0.82	0.81										
三重県	0.49	0.51										
滋賀県	0.91	0.90										
京都府	1.17	1.17	12	10	2	0	0	0	0	0	12	
大阪府	1.06	1.07	34	34	0	0	0	0	0	0	34	
兵庫県	1.00	1.00										
奈良県	0.84	0.84										
和歌山県	0.84	0.83										
鳥取県	0.95	1.00										
島根県	1.27	1.36										
岡山県	1.27	1.21	8	7	1	0	7	1	2	5	15	連携枠端数-1
広島県	0.96	0.93										
山口県	0.84	0.86										
徳島県	0.90	1.02										
香川県	1.12	1.12										
愛媛県	0.77	0.85										
高知県	1.04	1.11										
福岡県	1.11	1.10	20	20	0	0	0	0	0	0	20	
佐賀県	1.05	1.07										
長崎県	0.88	1.02										
熊本県	1.02	1.04										
大分県	1.00	0.99										
宮崎県	0.90	0.88										
鹿児島県	0.98	0.97										
沖縄県	1.19	1.13	7	6	0	1	0	0	0	0	7	
			164	152	11	1	21	4	7	11	185	

※備考欄に記載の「連携枠端数」は、各連携プログラムの枠数を2025(令和7)年度の各連携プログラムの枠数の割合に応じて算出し四捨五入するために生じる端数(本来設定可能な枠数である「連携等プログラム数」から、算出した各連携プログラムの枠数の合計を引いた差分)であり、各連携プログラムの実際の枠数の設定においては、「-1」の場合はいずれかの連携プログラムを記載の数字より1枠減らし、「+1」の場合はいずれかの連携プログラムの枠を記載の数字より1枠増やす必要があることを示している。

関係機関意見

診療科/ 関係機関名	意見・提案
精神科/ 県立精和病院	沖縄県の正確な精神科医療の現状は、現行案のシーリング計算方式では拾いきれず、安定した医療体制の確保が困難となり、医療崩壊の危機に直面している地域がある。現行案の計算上だけに頼るシーリング数の決定を見直し、島嶼県という特殊な地理的事情がある沖縄県でも安定した医療確保が可能になる方式に改善してほしい。 シーリング制度は都道府県単位で医師の偏在化を防ぎ、均等化を目的とするものであるが、都道府県単位での医師数を基本に、シーリングを行うことによって、現実的にはシーリング制度施行前まで維持されてきた医療が、一部の地域では継続できなくなり、医療存続の危機に瀕しているところもある。 精神科医師の充足地域とされている沖縄県は、大多数の他都道府県と比べ多くの離島を抱えている特殊な事情があり、県内での離島をはじめとした僻地における精神科医師の偏在化は深刻な問題となっている。計算上は全国でも有数の精神科医が充足している地域とされているが、実際に県内の精神科医師数は均等化されず、離島および本島北部の僻地の精神科医療体制は県全体と比べると乖離しており、精神科医師は極端に少なく常に不足し、その医療体制は極めて貧困な状況にある。沖縄県の精神科医師の実態は、那覇市及び本島中南部地域を中心とする都市部に集中し、離島や本島北部地域の僻地は少なく、また外来医療のみを行うクリニックの比率が高いため、入院医療を担う精神科医師の数は不足し定着も困難な状況にある。 当院は離島の総合病院精神科と連携した精神科領域専門研修プログラムを持つが、離島を除く都市部中心型のプログラムをもつ他の専門医研修基幹病院のプログラムを希望する医師も多く、シーリング制度の存在により、多くの専攻医が離島での精神科研修を経ずに専門医研修を修了することになる。離島の地域医療に興味を持つ希望者がいても、他基幹病院とシーリングの枠内に収めるため、離島、僻地の病院のニーズあるいは研修志望の医師の存在があっても希望に沿って受け入れることができない現状にある。必然的に離島への継続的、安定的な精神科医師の配置も困難となる状況にある。 沖縄県は、全国の島嶼地域の中でも宮古や八重山のように比較的大きな規模の総合病院精神科を抱えており、精神科医療体制の安定した維持がなされないと影響を受ける県民も多数に及ぶ。 シーリングが行われる前まで何とか維持されてきた離島、僻地への県外からの医師の派遣も、一元的には沖縄県は精神科医師充足県ということで近年離島の精神科医師の撤退が加速し、深刻な問題になっている。シーリングにより精神科医を志す専攻

	医が地域医療に携わる機会を失うことにもなりかねず、県全体で均質な精神科医療体制の確立を目指すことにも反する。 そのため、沖縄県においては精神科に関し画一的な計算上のシーリング数の決定を撤廃するか、計算上ではかり、汲み取ることでできない事情がある医療が逼迫した地域を救う、何らかの救済、特別措置を追加してほしい。 地域の医療現場の現状を総合的に詳細に正確に分析し、長期的な視点で過去にシーリングを外した他の都道府県の前例を含め、地域の特殊性も充分踏まえたうえで、沖縄県の精神科医師のシーリングの適応を検討してほしい。
精神科/ 琉球病院	沖縄県の精神科専門研修プログラムのシーリング数の増加をお願いします。できれば、シーリング枠の撤廃を望みます。 沖縄県は、東西約 1,000km、南北約 400km に及ぶ広大な海域に点在する多数の島々から構成されており、沖縄振興特別措置法に規定する離島は、54 島であり、そのうち、有人島は 38 島、無人島は 16 島です。このように離島を多く抱える離島県であるという特殊事情があります。 精神医療については、多くの精神医療機関が沖縄本島の中南部に集中しており、沖縄本島北部と離島には精神医療機関はかなり少ない状況です。具体的に言うと、精神科病院 25 病院中、沖縄本島北部に 2 病院、宮古島に 1 病院、八重山に 1 病院であり、残りの 21 病院が沖縄本島中南部に集中しています。精神科クリニックについても同様の傾向で、61 の精神科クリニックのうち、沖縄本島北部に2、宮古島に1、八重山に1、久米島に1で、残りの 56 が沖縄本島中南部に集中しています。このように地域偏在が著しい状況です（沖縄県「こころの支援機関リスト」令和 7 年 7 月 14 日時点より）。このような中、特に離島の精神医療を担う医師は少なく、毎年医師確保に難渋している状況です。具体的に言うと、県立宮古病院と県立八重山病院にそれぞれ 4 人ずつの精神科医師の定数がありますが、ここ数年はそれぞれの病院で次年度の医師が 0 になる危機的状況を迎えることを繰り返しており、県立病院医師の定年を延長しての派遣や地域枠医師の派遣、自治医科大学出身医師の派遣、他県の公的病院医師の支援などでかろうじて賄っている状態です。長期的に維持することは困難であり、地域医療の崩壊が懸念される状況です。宮古島、八重山のさらに先にある小さな離島においては、さらにその余波を受けることは確実です。離島医療の維持を図るためには、一定以上の若手の医師数がないと賄うことができません。 よって、シーリング数の増加、または撤廃をお願いいたします。

精神科/ 沖縄県精神科病 院協会	沖縄県における精神科専攻医シーリング制度の改善に向けた提案 (1) 島嶼県特別枠の創設 隣県との制度的連携が不可能な沖縄県に対しては、特別措置として「島嶼県特別専攻医枠」を別建てで設定すべきである。 (2) 遠隔指導・巡回支援の評価制度化 遠隔指導やオンライン研修、短期巡回指導等も、一定条件下で指導医派遣として評価し、加算の対象に含めるべきである。 (3) 県独自の連携型専門研修プログラムの推進 琉球大学を中心に、県内全域を網羅する精神科専攻医研修ネットワークを構築し、離島・地域研修も選択可能とするモデルを整備する。 (4) 例外申請制度の明文化と運用ガイドの簡素化 シーリングの緩和申請手続きについて、地理的条件や人口動態に応じた「明文化された例外規定」を設け、都道府県レベルの裁量を拡充する必要がある。 (5) 精神科医師のキャリア支援とインセンティブ強化 離島・過疎地域での研修・勤務に対しては、奨学金返済免除や専門医取得支援などのインセンティブ制度を導入し、若手医師の定着を促す仕組みが求められる。 1. はじめに 2026 年度より適用予定の新しい専門医制度では、専攻医の偏在是正を目的に、地域・診療科別の「採用上限枠(シーリング)」が引き続き設定され、加えて指導医の派遣実績に基づく加算制度が新設される。 しかし、この制度は全国一律の枠組みによって運用されるため、地理的に孤立した島嶼県である沖縄県にとっては、医師の育成・配置の実態と著しく乖離した制度設計となっている。特に精神科は、地域密着性と継続性が重視される領域であり、医療ニーズの増加にもかかわらず、専攻医の採用数が制度上制限されている現状は早急な見直しが必要である。 さらに、沖縄での研修に志を持つ知識欲・臨床意欲の高い研修医や専攻医たちが、自らの学びと地域貢献の機会を制度的に制限されてしまう状況は、医療人材確保という本来の目的に逆行するものである。 2. 沖縄県の精神科医療の現状と若手医師にとっての魅力 沖縄県では、那覇・中部を中心とする都市部での人口増加と、離島地域での高齢化が同時進行しており、精神科医療の需要は年々高まっている。認知症高齢者の増加、青年期精神疾患の増加、そしてアルコール・依存症など地域に根差した問題が複合的に存在することから、臨床的に多様な経験を積めるフィールドが整っている。 実際、那覇市など南部圏域における精神科の病床数や医療機関は全国
------------------------	--

	水準を上回っており、急性期から慢性期、地域移行支援まで一貫したケアモデルに触れることができる。 また、宮古・八重山などの離島地域では、数少ない精神科医が地域全体のニーズに対応しており、研修医にとっては「地域の中で医師としての役割を自ら創り出す」経験が得られる点も大きな魅力である。 このような教育的価値の高い地域での研修機会が、制度的制限によって門戸を狭められている現状は、若手医師の成長機会を妨げ、地域医療の将来にも影響を及ぼす。 3. シーリング制度の現状と制度的不公平性 精神科専攻医の採用枠は、令和 2 年の実績（沖縄県では約 7～8 名）を基に上限が設定されており、たとえ希望者が多数いても採用できる数は制限される。令和 8 年度制度では、指導医の派遣実績に応じて最大 15% の加算が可能とされているが、算定条件には「足下充足率 0.7 以下地域」への派遣が重視されており、沖縄県内だけで完結する医療圏では、加算の適用に限界がある。 一方で、関東や関西のように、シーリング対象外地域と連携して実質的な採用枠の拡大を実現している都道府県もある。これにより、全国の制度運用が地域の地理的条件により「実質的な拡大地域」と「制度的孤立地域」に分断されている状況が生まれている。 4. 若手医師の成長機会と制度設計の矛盾 沖縄での精神科研修を希望する若手医師の多くは、次のような志向を持っている。 * 多様なケースに触れ、地域に根差した臨床を経験したい * 離島・へき地医療に貢献し、医師としての使命感を育てたい * 家庭医的・包括的な精神科医療を学びたい こうした若手医師の思いに応え、沖縄での研修環境を整備・拡大していくことは、制度的な柔軟性なしには実現できない。現状のままでは、「学びたい医師がいる」「育てる体制がある」「ニーズもある」にもかかわらず、制度だけがそれを遮る構図となっている。 5. 結語 沖縄県における精神科医療の課題は、単なる人員不足ではなく、「育てたい」「働きたい」「学びたい」という意志を持つ医師たちの機会が、制度によって抑制されている構造にある。 今こそ、制度と実情の間にある隔たりを埋め、地域のニーズと若手医師の成長意欲が一致する持続可能な人材育成体制を確立すべき時である。 この提案が、制度設計の見直しと地域精神医療の充実の一助となることを期待する。
--	--

精神科/ 沖縄県精神科診療所協会	現在の沖縄県のシーリング枠を 8 から 10 に引き上げ、県立宮古病院精神科、県立八重山病院精神科で、専攻医が研修を積みながら、離島・へき地の精神科医療供給体制を強化し、ひいては、沖縄県が精神科後期研修の地として選ばれる地域になるよう、独自の魅力的な離島・へき地・総合病院・精神科救急(航空機搬送を含む)研修病院、としての魅力を発信することを可能にする。 沖縄県には離島へき地が多く、2024 年現在、沖縄本島に 137 万人の人口、県民の約 92.5%が居住しているものの、宮古群島、八重山群島にも、それぞれ、55,00 人程(3.7%)の住民が居住しており、中心地の宮古本島、石垣島は離島の離島群を抱えている。両地域に単科の精神科病院は無く、総合病院に付設された精神科病床が、入院・外来精神医療を提供しているものの、医師不足により十分な医療を提供できていない。精神科診療所も那覇市で人口 1 万人に 1 カ所の割で存在する一方、宮古・八重山はそれぞれ、5 万人に 1 カ所であり、十分な医療を提供できていない。そこで、シーリングを 10 に増やし、特別地域連携枠等の形で、東京都などの大都市圏から離島へき地での研修を希望する専攻医の受入れを可能とすることで、医師不足の一端を軽減することに寄与すると考える。離島へき地は若手医師に活躍するチャンスを与え、かつ地域に対する重い責任を実感させる場所でもあるので、指導医体制が整えば、後期研修の場所の一つにふさわしい。しかも総合病院の精神科であるため、一般的な入院・外来診療のみならず、リエゾン医療や 24 時間アクセスできる救急室と連携して、精神科救急医療を学ぶ機会も多くなり、研修施設として大変魅力的な所である。ひいては沖縄県内の精神科専攻医が増えることで、専門医に若干の余裕が生まれ、精神科診療所の外来医療に関与する機会が生まれ、1-2 ヶ月待ちの精神科診療需要を緩和できると考えるからである。
-----------------------------	---

麻酔科/ 琉球大学病院	沖縄県の医療の特徴は、沖縄県が島嶼県であり離島に医療を提供しなければならぬということである。日本国内には手術が可能な離島は9つ(佐渡島、大島、淡路島、五島列島、対馬、奄美大島、徳之島、宮古島、石垣島)あり、そのうち宮古島、石垣島が沖縄県に存在しています。宮古島(人口約49000人)の県立宮古病院には琉球大学病院麻酔科の麻酔科医が1994年から常勤医として派遣され現在では年間1200件以上の手術を2-3名の常勤麻酔科医(約2年ごとのローテーション)が対応しています。石垣島(人口約49000人)の県立八重山病院にも琉球大学病院麻酔科の麻酔科医が1998年から常勤医として派遣した実績があり、現在では1000件以上の手術麻酔を2名の常勤麻酔科医(必要麻酔科医師数は3名)が担っています。 沖縄県の離島医療は宮古島、石垣島を含む先島諸島の10万人以上の島民の周術期管理を行うこの2病院に大きく依存し、そこに派遣される麻酔科医の存在はその存続に大きな影響を与えるものです。沖縄本島における継続的な麻酔専門医育成に加え、宮古島・石垣島へ派遣される麻酔科医を継続的に維持するためには、さらに新たな麻酔科医師を養成し、専門医へと育成させなければなりません。 このような状況を鑑み、沖縄県にかかる麻酔科後期研修医のシーリングを再考していただき、当面のシーリング枠の増員あるいはシーリング自体を沖縄県から外すことを要望いたします。
麻酔科/ 友愛医療センター	沖縄県全体のシーリング枠を増やすか、本島に偏在している医師を離島に配置する策を講じてほしい。 沖縄本島は言うまでもなく、離島もある程度の範囲内で区切った場合には充足しているように見えるかもしれませんが、しかし、手術の数そのものに対する麻酔科医の数ではなく、夜間に働いた後や余暇などで休んでも、ちゃんと現場が回る人数まで考慮した人数にはまだ達していないのが現状です。小さな子どもがいる先生は育児短時間勤務制度の利用もあります。 県全体のシーリング枠を増やすことで離島に回せる人数を確保してもらうのか、離島に回す前提での枠を新たに作るのか、何か有効な対策を考えていただきたいです。 医師が休む時には手術制限が起きることがあるので、離島の医療崩壊を起こさずに、医師を含めた医療者の働き方改革を維持していくためにもご一考ください。 県立八重山病院の窮状はこちらにも届いておりますし、先日に関係者の方から麻酔科応援のお話も頂きました。当院は子育てのために時短勤務の麻酔科医も多いのですが、余裕のない中でもなんとか八重山病院の麻酔科医を支えていけるのか思案中です。 シーリングは働き方改革により大学が他の病院から麻酔科医を引き上げたことを勘案されていないようです。

国から都道府県への協議に関する意見

都道府県名： 沖縄県

1. 令和8（2026）年度シーリング案に関する意見

1 シーリングの撤廃について

沖縄県は、東西約1,000km、南北約400kmの広大な海域に点在する有人離島38島、無人島100島余りの多数の島々から構成されており、我が国唯一の島嶼県としての地理的特殊性を有している。また、沖縄本島自体も離島のため近隣県である鹿児島県との距離が約660kmと遠く離れ、他の島嶼県とも異なった地理的特殊性を有することから、地域完結型の医療提供体制を維持するのに必要となる医師数を引き続き確保する必要がある。

医療現場からは現場感覚と異なり医師が足りていないとの声があることから、シーリング設定の根拠である医師数や必要医師数について、実働数を適切に反映させた上で制度設計を行っていただきたい。

以上のことから、島嶼県である本県の実情や実働数を踏まえた地理的加算を採用し、精神科専攻医及び麻酔科専攻医の採用におけるシーリングの撤廃を要望する。

2 指導医派遣実績に係る加算について

今回導入された指導医の派遣実績による加算分について、沖縄県麻酔科は加算数上限1のところ、シーリング対象外の都道府県への指導医派遣実績が0のため加算数を得られなかったが、沖縄県においては、沖縄本島から約300km離れた宮古島等（本州であれば東京一名古屋間の距離に相当）の離島に医師を派遣しており、他県にまで派遣することが難しいという地理的特殊事情を抱えている。

派遣実績による加算については、「シーリング対象外の都道府県への派遣であること」という条件があり、本土の陸続きで隣接している県の場合は県境を越えて通うことも可能と思われるが、沖縄県はそもそも他県と隣接しておらず、県外に通うことは地理的条件から到底出来ないため、本条件においてとても不利な状況となっている。

また、精神科においても、離島である宮古島、石垣島における指導医の確保に苦慮している。離島における医療提供体制の確保は、住民の定住条件を整備し、安心して暮らせる環境を確保する上で不可欠であることから、年間を通して精神科指導医を配置し、専攻医や研修医等が学びながら地域医療に貢献できる環境の整備が必要となる。

以上のことから、これら沖縄県の地理的特殊性について考慮し、シーリング対象の県においても、県内外の医療機関から指導医を離島へ派遣した場合には、派遣実績による加算の対象としていただきたい。

【麻酔科：琉球大学病院から離島・北部地域への指導医の派遣実績（直近5年）】

県立宮古病院（沖縄県宮古島市）…………… R3:2名、R4:1.75名、R5:1名、R6:1名、R7:1名（常勤）

県立八重山病院（沖縄県石垣市）…………… R3:1名、R4:1名（常勤）

県立北部病院（沖縄県名護市）…………… R3:1名、R4:1名、R5:1名、R6:1名、R7:1名（常勤）

(案)

北部地区医師会病院(沖縄県名護市)…6～11名/年(週2回ローテーション)

【精神科：宮古島、石垣島における状況】

宮古島、石垣島において精神科を有する唯一の病院である県立宮古病院、県立八重山病院には、各4人の精神科医師の定数があるが、ここ数年は次年度の医師が0になる危機的状況を迎えることを繰り返しており、県立病院医師の定年を延長するなどしてかろうじて賄っている状態。以前は、岡山県や兵庫県などの県外病院からの派遣もあったが、現在、派遣は終了している。

(別添資料) 関係機関意見

2. その他の意見

なし

国から都道府県への協議に関する意見

都道府県名： 沖縄県

1. 令和7（2025）年度シーリング案に関する意見

沖縄県は、東西約 1,000 km、南北約 400 km の広大な海域に点在する有人離島 38 島、無人島 100 島余りの多数の島々から構成されており、我が国唯一の島嶼県としての地理的特殊性を有している。また、沖縄本島自体も離島のため近隣県である鹿児島県との距離が約 660 km と遠く離れ、他の島嶼県とも異なった地理的特性を有することから、地域完結型の医療提供体制を維持するのに必要となる医師数を引き続き確保する必要がある。

また、データ上で医師が充足しているとされていても、医療現場からは現場感覚と異なり足りていないとの声があることから、シーリング設定の根拠である医師数や必要医師数について、実働数を適切に反映させた上で制度設計を行っていただきたい。

以上のことから、島嶼県である本県の実情や実働数を踏まえた計算方法を採用し、精神科専攻医及び麻酔科専攻医の採用におけるシーリングの撤廃を要望する。

診療科ごとの状況

1 精神科

- ・沖縄県の精神科医師の実態は、那覇市及び本島中南部地域を中心とする都市部に集中し、離島である宮古、八重山や本島北部地域は少なく、また外来医療のみを行うクリニックの比率が高いため、入院医療を担う精神科医師の数は不足し定着も困難な状況にある。他方で、地域移行・地域定着支援のために病院勤務医が担う業務のニーズも増えている。
- ・シーリングが実施される前までなんとか維持されてきた離島、北部地域への県外からの医師の派遣も、県全体として沖縄県は精神科医師充足県とされているため、近年離島の精神科医師の撤退が加速し、深刻な問題になっている。シーリングにより精神科医を志す専攻医が地域医療に携わる機会を失うことにもなりかねず、県全体で均質な精神科医療体制の確立を目指すことにも反する。
- ・沖縄県においては、下記のような個別の事情もある。
 - ① 社会経済的背景や歴史的背景などの外的要因も相俟って全国と比較して受療率等が高い。
 - ② 県外からの応募者が多く、県内に残らないため地域医療に貢献できない。
 - ③ 精神科医が高齢化しているため実働の数とはいえない。

2 麻酔科

- ・これまで沖縄県内の麻酔医療を支えてきた初期の麻酔科医が退職し麻酔医療から離れ、働き方改革も相俟って救命救急センターですら麻酔科医不足が発生している事実

等に照らせば、シーリングの根拠となっている数値は、医療現場の実態との間にギャップがある。

- ・特に、沖縄本島から海上を隔てて遠隔にありそれぞれの人口が5万人程度の離島医療圏（宮古、八重山）については、最低限、当該各医療圏内において外科手術・全身麻酔を可能とする医療提供体制の確保が求められ、そこに麻酔科医を配置していくためには相応の専攻医数が必要である。
- ・また、医療レベルの向上に伴い、沖縄県全体で手術件数が著しく増加し、麻酔科医の育成スピードを凌駕する程である。
- ・現状として、宮古病院では麻酔科医1名欠、八重山病院では2名欠ならびに北部地区では3名の麻酔科医しかおらず4名程度の麻酔科医が不足している状態が続いている。
- ・麻酔科医を志す医学生や初期研修医には「沖縄県内の麻酔科医は充足している」というような誤った情報発信となって、麻酔科医を志望する初期研修医数の減少に繋がっている。

2. その他の意見

なし