

10. 地域の医師確保対策2012

地域の医師確保対策2012

～医師のキャリア形成と社会構造の変化に対応した医師養成・確保の推進～

平成24年9月10日

文 部 科 学 省

厚 生 労 働 省

文部科学省・厚生労働省では、以下の通り平成25年度概算要求における対応や必要な制度的検討等を進めるとともに、大学や都道府県における取組を促していく。

<基本的な考え方>

地域の医師確保のためには、文部科学省・厚生労働省の密接な連携の下、医師養成の現状や高齢化等の社会構造の変化を踏まえた取組が必要。このため、医師のキャリア形成支援という視点に基づき、医師の偏在解消の取組、医師が活躍し続ける環境整備及び医療需要の変化に対応した人材育成を行うとともに、医学部定員の増を行う。あわせて、東日本大震災の被災地における医師確保の支援を行う。

1. 医師養成の現状と中長期的な医師養成等の考え方

○医師養成の現状と当面の医学部入学定員増

※別添1「医学部入学定員増について」参照

- ・医療施設に従事する医師は28.0万人(平成22年末)であり、毎年、全国で4,000人程度増加している(平成18年から平成22年にかけて16,891人の増加)。
- ・平成24年度の医学部入学定員は8,991名と過去最大に増員(定員増開始前の平成19年度と比べて1,366人増、1.18倍)。
- ・平成25年度は、平成22～24年度同様の枠組みに加え、十分な教育環境が整った大学において、暫定的に125名を超える定員の設定を可能とする。また被災地以外の大学において、被災地で一定期間医療に従事することを条件とした定員増を可能とする。

○中長期的な医師養成数

- ・地域卒業者の動向の把握や各都道府県等における医師数の分布、必要医師数に関する調査結果、医師の勤務状況等を踏まえて医師需給の見通しについて継続的な検証等を行い、具体的なニーズに即した医師養成等の検討を行う。
(定員増による学生が平成25年度末に初めて卒業。これまでの臨時定員増の終期を平成29年度末、31年度末に迎える。)

○医学部新設やメディカルスクールに関する検討

- ・今後の社会保障全体の在り方の検討や、これまでの定員増の効果の検証等を踏まえ、引き続き検討する。

2. 医師確保のための環境整備

(1) 医師のキャリア形成を踏まえた地域偏在・診療科偏在の緩和

① 地域医療を担う意欲と能力をもつ医師の養成・確保

- ・都道府県が、卒業後一定期間地域医療に従事すること等を返還免除の条件とする奨学金を設定し、大学が入学定員枠を設ける「地域枠」の仕組みを活用し、地域医療を担う医師の養成と確保を行う。
- ・医学部の学生募集・入試の工夫等により、地域医療を担う意欲ある医学生の確保を行うよう、各大学・都道府県の取組を促す。
- ・地域医療に対する強い意欲や使命感を持つ人材の育成のため、医学部におけるキャリア教育、プロフェッショナルリズム教育等の充実を行う。
- ・診療参加型臨床実習の充実による基礎的診療能力の確実な定着、大学と地域の病院等が連携した医師養成の促進等、大学における臨床実習の取組を促す。(優れた取組を行う大学に対する支援を検討)

② 地域医療への貢献と医師としてのキャリア形成を両立できる仕組みの構築

- ・都道府県が「地域医療支援センター」を活用し、キャリア形成支援と一体となって医師確保を推進することで地域の偏在解消を図る。
- ・大学が、上記取組と連携して、地域医療に従事しつつ、大病院での勤務や専門医や博士号の取得もできるような若手医師にとって魅力ある研修プログラム構築を図る。(優れた取組を行う大学に対する支援を検討)

③ 地域間、診療科間偏在の解消につながる誘導策や制度の検討

- ・医師臨床研修制度においては、制度の質を確保しつつ、医師の偏在解消に資する制度の見直しについての検討を進める。(平成23年7月から検討中、平成27年度研修に適用予定。)
- ・「専門医の在り方に関する検討会」において、医師の質の一層の向上に加え、地域偏在や診療科偏在の問題も視野に入れ、専門医に関して幅広く検討を行う。(平成23年10月から検討中、本年度中に意見とりまとめ予定)
- ・(公財)日本医療機能評価機構が運営する「産科医療補償制度」を通して、対象児とその家族の救済とともに産科医の負担を軽減する。(平成21年1月より開始)

(2) 医師が生涯にわたり研鑽を積み、医療の現場で活躍できる環境の整備

① 女性医師等の生涯を通じたキャリア形成支援

※別添2「女性医師等のキャリア形成支援に関する取組」参照

- ・出産や育児により離職している女性医師等の復職支援のための取組を引き続き行い、女性医師等に対する支援を通じて男女問わず医師全体が勤務継続可能な環境作りに取り組む。
- ・医学教育において男女を問わずキャリア教育を導入する。また、医学部教授等に占める女性の割合が低いこと等に鑑み、男女共同参画意識の徹底や指導的立場への女性登用等を促す。

②チーム医療の推進等による勤務医等の負担軽減

- ・多職種協働による「チーム医療」を推進し、質の高い医療を効率的に提供することにより、医師をはじめとした医療従事者の負担軽減を図る。（平成 22 年 5 月に「チーム医療推進会議」を設置し、具体的な方策について検討中。）
- ・大学院等において、チーム医療に貢献する看護師や薬剤師等の医療人材養成を行うとともに、チーム医療推進のための大学病院職員の人材養成システムの確立を図る（大学院・大学病院等における取組を支援）

（3）超高齢社会等の今後の医療需要に対応した人材の育成

①超高齢社会に対応した医療を担う人材の養成

- ・超高齢社会に対応した優れた医療人材の養成、総合診療やチーム医療、在宅医療等に関する教育等の充実を行う。（大学における卒前・卒後を一貫した取組を支援）
- ・「専門医の在り方に関する検討会（再掲）」において総合的な診療能力を有する医師の養成についても検討する。

②国際基準を満たした医学教育の質保証

- ・WFME（世界医学教育連盟）等の基準を踏まえた教育プログラムの認証評価の仕組みの構築など、グローバルに活躍できる医師の養成を行う。

3. 東日本大震災の被災地における医師確保への支援

○関係団体等と連携し、以下のようなこれまでの取組を継続・活用し、現地と一体となって被災地での医療従事者の確保に取り組む。

- ・全国の医療関係団体で構成する「被災者健康支援連絡協議会」において、医療機関ごとのニーズに合わせた医師派遣の調整（文部科学省・厚生労働省も参画）
- ・3 県に積み増した地域医療再生基金を医師等の人材確保支援に活用
- ・3 県に設置された「地域医療支援センター」を活用した、医師確保の支援
- ・大学における地域復興のためのセンター的機能を整備して、被災地の大学医学部が中心となった医師等確保に向けた取組を支援（災害医療教育の充実、被災した医療人材の受入れ・再教育、医師の地域医療機関への派遣等）
- ・医学部入学定員の増

○被災地のニーズに対応し、①大学設置基準の上限（125 名）を超える増員

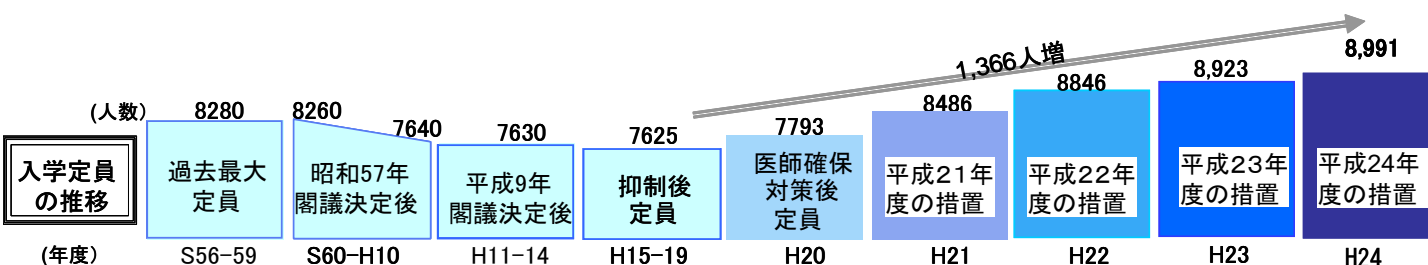
- ②被災地以外の大学において、被災地で一定期間医療に従事することを条件とした定員増を可能とする。（再掲）

1. これまでの経緯

- 医師の養成数については、昭和57年及び平成9年の閣議決定により、入学定員を7,625人まで抑制。
- 近年の医師不足に対応するため、平成20年度より入学定員を増員し、平成24年度までに8,991人まで増員（平成19年度比1,366人増）。

<内訳>

- ・ 平成20年度は、医師不足が深刻な10県、医師養成総数が少ない2県等で計168人の増
- ・ 平成21年度は、全都道府県で計693名の増（過去最大程度までの増員）
- ・ 平成22～24年度は、地域の医師確保等の観点から、計360名（H22）、77名（H23）、68名（H24）の増



2. 医学部入学定員の増員の枠組み

- 地域医療への従事を条件とした奨学金、選抜枠の設定（地域枠）を行う大学の入学定員の増員（H24年度実績：65名） ※自治医科大学の増員を含む
- 複数大学の連携により研究医養成の拠点を形成する大学の入学定員の増員（H24年度実績：3名）
- 歯学部入学定員を減員する大学についての医学部入学定員の増員（H24年度実績なし）

※ 平成25年度は十分な教育環境が整った大学においては、現行基準の上限の125名を超える定員増を可能とする

増員期間

平成31年度までの間

（以降の取扱いは、その時点の医師養成数の将来見通しや定着状況を踏まえて判断）

医学部定員増の状況(都道府県順)

大学名	ピーク時 (S59年 度)	H19 年度 (増員前)	H24 年度	増員数	増加率 (H19 比)
北海道大学	120	100	112	12	1.12
旭川医科大学	120	100	122	22	1.22
札幌医科大学	100	100	110	10	1.10
弘前大学	120	100	125	25	1.25
岩手医科大学	80	80	125	45	1.56
東北大学	120	100	125	25	1.25
秋田大学	100	100	125	25	1.25
山形大学	120	100	125	25	1.25
福島県立医科大学	80	80	125	45	1.56
筑波大学	100	100	115	15	1.15
自治医科大学	100	100	123	23	1.23
獨協医科大学	100	100	118	18	1.18
群馬大学	100	100	123	23	1.23
埼玉医科大学	100	100	120	20	1.20
千葉大学	120	100	120	20	1.20
東京大学	100	100	110	10	1.10
東京医科歯科大学	80	80	105	25	1.31
杏林大学	100	90	117	27	1.30
慶應義塾大学	100	100	112	12	1.12
順天堂大学	90	90	121	31	1.34
昭和大学	120	110	110	0	1.00
帝京大学	120	100	117	17	1.17
東京医科大学	120	110	118	8	1.07
東京慈恵会医科大学	120	100	110	10	1.10
東京女子医科大学	100	100	110	10	1.10
東邦大学	100	100	110	10	1.10
日本大学	120	110	120	10	1.09
日本医科大学	100	100	114	14	1.14
横浜市立大学	60	60	90	30	1.50
北里大学	120	100	117	17	1.17
聖マリアナ医科大学	100	100	115	15	1.15
東海大学	110	100	113	13	1.13
新潟大学	120	100	125	25	1.25
富山大学	100	95	110	15	1.16
金沢大学	120	100	117	17	1.17
金沢医科大学	100	100	110	10	1.10
福井大学	100	100	115	15	1.15
山梨大学	100	100	125	25	1.25
信州大学	100	100	115	15	1.15

大学名	ピーク時 (S59年 度)	H19 年度 (増員前)	H24 年度	増員数	増加率 (H19 比)
岐阜大学	80	80	107	27	1.34
浜松医科大学	100	100	120	20	1.20
名古屋大学	100	100	112	12	1.12
名古屋市立大学	80	80	95	15	1.19
愛知医科大学	100	100	110	10	1.10
藤田保健衛生大学	100	100	110	10	1.10
三重大学	100	100	125	25	1.25
滋賀医科大学	100	100	117	17	1.17
京都大学	120	100	107	7	1.07
京都府立医科大学	100	100	107	7	1.07
大阪大学	120	100	110	10	1.10
大阪市立大学	80	80	92	12	1.15
大阪医科大学	100	100	110	10	1.10
関西医科大学	100	100	110	10	1.10
近畿大学	100	95	110	15	1.16
神戸大学	120	100	113	13	1.13
兵庫医科大学	100	100	110	10	1.10
奈良県立医科大学	100	95	115	20	1.21
和歌山県立医科大学	60	60	100	40	1.67
鳥取大学	120	80	110	30	1.38
島根大学	100	95	112	17	1.18
岡山大学	120	100	120	20	1.20
川崎医科大学	120	100	110	10	1.10
広島大学	120	100	117	17	1.17
山口大学	120	95	117	22	1.23
徳島大学	120	95	114	19	1.20
香川大学	100	95	113	18	1.19
愛媛大学	120	95	112	17	1.18
高知大学	100	95	115	20	1.21
九州大学	120	100	111	11	1.11
久留米大学	120	100	115	15	1.15
産業医科大学	100	95	105	10	1.11
福岡大学	100	100	110	10	1.10
佐賀大学	100	95	106	11	1.12
長崎大学	120	100	121	21	1.21
熊本大学	120	100	115	15	1.15
大分大学	100	95	110	15	1.16
宮崎大学	100	100	110	10	1.10
鹿児島大学	120	95	117	22	1.23
琉球大学	100	100	112	12	1.12
国公立大学 (79大学)	8,280	7,625	8,991	1,366	1.18

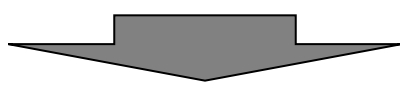
女性医師等のキャリア形成支援に関する取組

別添2

(男女問わず医師全体の持続可能な環境作り)

必要な支援方策	これまでの取組	今後必要な取組
①医学教育の充実 ・医学生に対するキャリア教育の実施(男女問わず)	◇「医学教育モデル・コア・カリキュラム」にキャリア継続に関する内容を追加(H23.3改訂) ◆実際には、秋田大学、東京女子医科大学など数大学で実施している程度	◆医学教育にキャリア教育を導入(ロールモデル実習等) ◆先進的事例について調査研究を行い、事例集を作成
②育児支援(特に病児・病後児保育) ・大学病院、民間病院に院内保育所を整備	◇「地域医療等社会的ニーズに対応した医療人養成推進プログラム」(H19～H21:9件)により支援 ◇病院内保育事業により支援 ◇「周産期医療に関わる専門的スタッフの養成」(H21～H25:15件、H22～H26:3件)により支援 ◇「社会人の学び直しニーズ対応教育推進プログラム」(H20～H22:13件)により支援	◆病児・病後児保育、0歳児保育、24時間保育の推進 ◆女性医師等のネットワーク形成による情報交換やピアカウンセリングの実施
③柔軟な勤務環境整備 ・短期間勤務制度等の導入 ・複数主治医制の導入	◇院内保育所の整備率、大学89%(71/80大学)※1 病院35%(3031/8794か所)※4 ◆ただし病児・病後児保育の実施率26%(21/80大学)※1 ◇短時間勤務制度等の導入率94%(75/80大学)※1 ◆複数主治医制に賛成75%(60/80大学)※1	◆複数主治医制(チーム医療)の導入推進
④復職支援 ・休業中医師等の再教育及び就業斡旋 ・女性医師等のネットワーク形成	◆「社会人の学び直しニーズ対応教育推進プログラム」(H20～H22:13件)により支援 ◆復職支援プログラムの実施率45%(19/42国立大学病院)※2	◆復職支援プログラムの更なる推進 ◆E-learningシステムの構築 ◆医学研究者への転身支援
⑤男性医師、社会全体の意識改革 ・医学界における男性中心社会の是正(男女共同参画意識の徹底) ・指導的立場等への女性登用	◇女性医師就労支援事業(H20～)により都道府県を通じた相談窓口設置や病院研修等の事業を実施(36/47都道府県) ◇女性医師支援センター事業(H19～日本医師会委託事業)により、パートタイム等柔軟な勤務の就業斡旋(女性医師バンク)事業を実施	◇相談窓口や復職支援事業の推進 ◇就業斡旋による再就業成立の促進
⑥医師の過重労働対策 ・医師不足の解消 ・チーム医療の推進 ・助産師外来の設置 ・総合的な診療能力を有する医師の養成 など	◆医学部教授に占める女性の割合8.4%※3(政府の目標→国家公務員の女性採用30%) ◇医学部入学定員の増員(計1,366人) ◇「大学病院における医師等の勤務環境の改善のための人員(医師事務作業補助者等)の雇用」(H21～:79大学)により支援 ◇「チーム医療推進のための大学病院職員の人材養成システムの確立」(H23～H25:8件)により支援 ◇H24診療報酬改定により病院勤務医の負担軽減体制を支援	◆フォーラムやFD、HP等による事例紹介(女性医師等の活躍状況の可視化) ◆学部教育から男女共同参画に関する教育実施(再掲) ◆男性と平等な評価・処遇
		◆助産師外来の設置推進 ◆総合的な診療能力を有する医師の養成

※1 2011年全国医学部長病院長会議調査
 ※2 国立大学附属病院長会議調べ(H23.6)
 ※3 平成23年度学校基本調査
 ※4 H20医療施設調査



・「今後必要な取組」については、H25年度概算要求「超高齢社会及びデジタル・イノベーションに対応した医療人養成事業」(1.5億円程度×30件の一部)等による実施を検討。
 ・上記の取組を通じて女性医師等のキャリア形成の重要性を大学に発信し、各大学の取組を促進。
 ・既存の補助事業をより一層効率的に活用し事業を推進。
 ・さらに、これを切り口に、医師全体の勤務環境の改善を実現。

基本的な考え方

地域の医師確保のためには、文部科学省・厚生労働省の密接な連携の下、医師養成の現状や高齢化等の社会構造の変化を踏まえた取組が必要。このため、医師のキャリア形成という視点に基づき、医師の偏在解消の取組、医師が活躍し続けられる環境整備及び医療需要の変化に対応した人材育成を行うとともに、医学部定員の増を行う。あわせて、東日本大震災の被災地における医師確保の支援を行う。

背景

医師養成の現状(これまでの医学部入学定員増)

医療施設に従事する医師は約28万人(毎年4千人程度増加)
平成20年以降、1,366人の増員を実施(増員前の1.18倍)
平成25年度末に最初の卒業生を輩出(臨床研修を開始)
→卒業地域で活躍できるキャリア形成支援、環境整備が重要

方策

医学部定員の増による 医師養成数の増

若手医師が都市部に集中する傾向(高度・専門医療への指向等)
地域間、診療科間の偏在緩和

地域枠等による医学部定員増

卒業後一定期間地域医療に従事することを条件にした入試枠・奨学金による定員増(地域枠)

被災地のニーズを 踏まえた医学部定員増

大学設置基準における定員の上限の見直し等

中長期的な医師養成数

卒業者の動向把握、医師数の分布等を踏まえ医師需給の見通しについて継続的に検証

医学部の新設等については、社会保険全体の在り方に関する検討や、これまで定員増の効果の検証等を踏まえた上で、引き続き検討。

被災地の医師確保

もともと医師が少なく高齢化が進んでいた地域が、東日本大震災により被災→継続的な医師確保支援が必要

若手医師が都市部に集中する傾向(高度・専門医療への指向等)

偏在緩和

地域間、診療科間の

都市部の病院に集れなくなるのでは、ないかという将来への不安等

環境整備

医師が活躍し続けられる

医学部生の約3割が女性。産婦人科・小児科を中心に、若手女性医師が増加。

超高齢社会への対応

複数疾病を抱える患者への対応、要介護者への対応等、生活を支援する視点が必要
→対応した卒前・卒後の医師養成が必要

75歳以上の人口は、2005年から2025年までの20年間で、約2倍へと急増

高齢化等の今後の医療需要に対応した 人材育成

女性医師等の離職防止・復職支援

育児等との両立支援、復職トレーニング、男性の意識改革やキャリア教育など

地域医療への貢献と医師としてのキャリア形成の両立

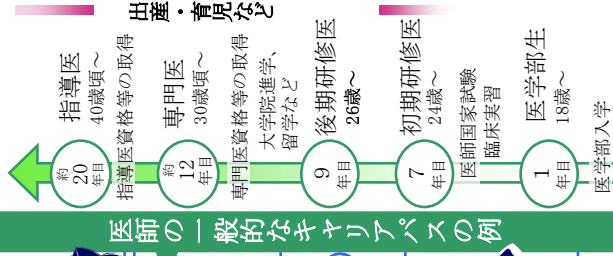
キャリア形成支援と一体となって医師不足地域の医師確保等を行う地域医療支援センターの活用、若手医師が地域医療に従事しつつ、専門医等を取得できるように考慮した魅力ある研修プログラムの構築

地域医療を担う意欲と能力を持つ 医師の養成・確保

医学部におけるキャリア教育、地域の病院と連携した教育の充実等

偏在解消につながる誘導策や制度検討

偏在解消も視野に入れた臨床研修制度、専門医の在り方の方の検討
産科医療補償制度による救済



超高齢社会に対応した医療を 担う人材の養成

総合診療やチーム医療、在宅医療に関する教育の充実、総合的な診療能力を有する医師の養成に関する検討等

国際水準を踏まえた
医学教育の質保証制度

大学における地域復興の取 組の支援

災害医療教育の充実、
医師派遣や被災医師の雇用等

数字は、医学部入学時から数えた年数
(入学時の年齢や途中の進路により一人一人異なる)
専門医取得に要する最低限の年数は科により異なる

11. 医師臨床研修について

(1) 医師臨床研修制度の見直しについて

1. 医師臨床研修制度の評価に関するワーキンググループ

次回の制度見直しについて、平成 27 年度の研修医から適用することを念頭に「医師臨床研修制度の評価に関するワーキンググループ」において論点整理を行い、平成 25 年 2 月に論点を取りまとめた

(参考)「医師臨床研修制度の評価に関するワーキンググループ」

- ・平成 23 年 7 月から平成 24 年 12 月まで 10 回開催
 - ・主な検討項目
 - ① 医師臨床研修制度の運用状況に関する事項
(研修医の基本的な診療能力、受入病院の指導・管理体制、研修プログラム等)
 - ② 医師臨床研修制度の導入による影響に関する事項
(研修医のキャリア形成、地域医療に与えた影響等)
 - ③ 医師臨床研修制度の全体的な評価に関する事項
- 等
- ・「論点整理」(平成 25 年 2 月(予定)取りまとめ)

<p>1. 基本理念と到達目標について</p> <ul style="list-style-type: none">1) 基本理念2) 到達目標3) 臨床研修全体の研修期間 <p>2. 基幹型臨床研修病院の指定基準について</p> <ul style="list-style-type: none">1) 研修プログラム<ul style="list-style-type: none">① 研修診療科② 各研修診療科の研修期間2) 必要な症例3) 指導・管理体制4) 募集定員の設定<ul style="list-style-type: none">① 募集定員の設定方法② 地域枠への対応	<ul style="list-style-type: none">5) 研修医の処遇等の確保6) その他<ul style="list-style-type: none">① 臨床研修病院群の形成② 第三者評価③ 都道府県の役割④ 運用上の問題 <p>3. 中断及び再開、修了について</p> <p>4. その他</p> <ul style="list-style-type: none">1) 地域医療の安定的確保2) 研究医養成との関係3) 関連する医学教育等
---	---

2. 今後のスケジュール

平成 25 年 2 月(予定)	ワーキンググループ「論点整理」とりまとめ 医道審議会・医師臨床研修部会に「論点整理」を報告
平成 25 年中目途	同部会において、臨床研修制度に対する総合的な評価を行い、制度全般の見直しを検討
平成 26 年度中 平成 27 年度～	見直し後の制度に基づき、研修医を募集 見直し後の制度の下で研修開始

(2) 医師臨床研修費補助金について

必修化された臨床研修において、研修医が適切な指導体制の下で研修を実施するための経費として、研修病院の開設者に直接補助している。

- 平成25年度予算案 121億円（平成24年度 132億円）
- 補助対象事業

(1) 教育指導経費 120億円（平成24年度 131億円）

- ・ 指導医の確保
- ・ プログラム責任者の配置
- ・ 研修管理委員会の設置
- ・ 医師不足地域及び産婦人科・小児科宿日直研修
- ・ 大学病院や都市部の中核病院と医師不足地域の中小病院・診療所が連携する研修プログラムの作成
- ・ 医師不足地域の中小病院等への指導医派遣 等

(2) 地域協議会経費 1億円（平成24年度 1億円）

- ・ 臨床研修に関する協議会運営に係る謝金、旅費、会議費等（募集定員の調整、研修プログラムの共同開発に係るもの。）

（参考：予算額の推移）

	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度 （予算案）
予算額	161億円	162億円	142億円	132億円	121億円
教育指導経費	161億円	162億円	141億円	131億円	120億円
地域協議会経費			1億円	1億円	1億円

【補助先】 公私立大学附属病院、厚生労働大臣の指定した公私立病院等
 【補助率】 定額

(3) 臨床研修医採用状況の推移(都道府県別)

都道府県	平成15年度 採用実績①	平成23年度 採用実績②	増減 ②-①	平成24年度 採用実績③	増減 ③-②	増減 ③-①
北海道	288	258	△ 30	264	6	△ 24
青森県	56	71	15	64	△ 7	8
岩手県	38	68	30	67	△ 1	29
宮城県	88	103	15	99	△ 4	11
秋田県	61	51	△ 10	70	19	9
山形県	56	62	6	60	△ 2	4
福島県	79	69	△ 10	57	△ 12	△ 22
茨城県	85	112	27	101	△ 11	16
栃木県	119	120	1	105	△ 15	△ 14
群馬県	119	87	△ 32	82	△ 5	△ 37
埼玉県	118	244	126	236	△ 8	118
千葉県	268	286	18	289	3	21
東京都	1,707	1,363	△ 344	1,327	△ 36	△ 380
神奈川県	404	551	147	554	3	150
新潟県	89	89	0	75	△ 14	△ 14
富山県	59	49	△ 10	60	11	1
石川県	95	95	0	112	17	17
福井県	48	56	8	59	3	11
山梨県	54	38	△ 16	48	10	△ 6
長野県	104	109	5	110	1	6
岐阜県	116	98	△ 18	111	13	△ 5
静岡県	109	155	46	159	4	50
愛知県	436	488	52	459	△ 29	23
三重県	77	91	14	90	△ 1	13
滋賀県	83	76	△ 7	78	2	△ 5
京都府	411	270	△ 141	236	△ 34	△ 175
大阪府	689	585	△ 104	592	7	△ 97
兵庫県	310	339	29	324	△ 15	14
奈良県	101	74	△ 27	86	12	△ 15
和歌山県	68	75	7	71	△ 4	3
鳥取県	51	42	△ 9	39	△ 3	△ 12
島根県	30	47	17	47	0	17
岡山県	146	164	18	132	△ 32	△ 14
広島県	181	144	△ 37	131	△ 13	△ 50
山口県	93	83	△ 10	71	△ 12	△ 22
徳島県	68	45	△ 23	54	9	△ 14
香川県	50	49	△ 1	58	9	8
愛媛県	65	71	6	73	2	8
高知県	47	38	△ 9	50	12	3
福岡県	546	386	△ 160	416	30	△ 130
佐賀県	58	34	△ 24	50	16	△ 8
長崎県	105	76	△ 29	81	5	△ 24
熊本県	115	90	△ 25	107	17	△ 8
大分県	54	55	1	50	△ 5	△ 4
宮崎県	50	29	△ 21	58	29	8
鹿児島県	91	64	△ 27	89	25	△ 2
沖縄県	81	123	42	128	5	47
計	8,166	7,672	△ 494	7,679	7	△ 487

※ 採用実績は厚生労働省医政局医事課調べ

12. 新たな専門医に関する仕組みについて

(1) 専門医の在り方に関する検討会

医師の質の一層の向上を図ること等を目的として、平成 23 年 10 月より「専門医の在り方に関する検討会」を開催し、専門医に関して幅広く検討を進めている。

平成 24 年 8 月に「中間まとめ」を取りまとめたところであるが、引き続き検討を進め、平成 24 年度中を目途に「報告書」を取りまとめる予定としている。

(参考) 専門医の在り方に関する検討会

- ・平成 23 年 10 月から 16 回開催（月 1 回程度開催）
- ・平成 24 年 8 月 31 日「中間まとめ」公表
- ・平成 24 年度中目途 「報告書」取りまとめ予定

(2) 「専門医の在り方に関する検討会」における議論について

【概ね合意が得られている項目】

- ・中立的な第三者機関を設立し、専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を統一的に行う
- ・「総合診療専門医」を基本的領域の専門医の一つとして加える
- ・専門医の養成数は、養成プログラムにおける研修体制を勘案して設定

【引き続き議論を行っている項目】

- ・専門医の養成プログラムの地域への配置の在り方など、地域医療が改善するような制度設計を行うこと
- ・現在の専門医と新しい仕組みによる専門医との関係（移行措置）

(3) スケジュールについて

今後の見通しとしては、来年度中に新しい第三者機関が設立され、そこで専門医の認定基準や養成プログラムの認定基準の策定等の準備を行った上で、平成 29 年度を目安に新たな専門医の養成（研修）が開始されることを想定している。

13. 医療従事者数等

資 格 名	従 事 者 数	1 学 年 定 員
医 師	295,049	8,991
歯 科 医 師	101,576	2,440
保 健 師	55,262	17,475
助 産 師	33,606	9,091
看 護 師	1,027,337	60,501
准 看 護 師	379,367	11,427
歯 科 衛 生 士	103,180	8,066
歯 科 技 工 士	35,337	1,935
診 療 放 射 線 技 師	71,048	2,576
理 学 療 法 士	90,788	13,539
作 業 療 法 士	57,214	7,015
臨 床 検 査 技 師	174,643	1,794
衛 生 検 査 技 師	143,654	—
視 能 訓 練 士	10,016	1,343
臨 床 工 学 技 士	29,148	2,615
義 肢 装 具 士	3,879	283
救 急 救 命 士	41,715	3,335
言 語 聴 覚 士	18,936	2,866
あん摩マッサージ指圧師	104,633	2,804
は り 師	92,421	7,365
き ゅ う 師	90,664	7,365
柔 道 整 復 師	50,428	8,697

(注) 1. 従事者数

- (1) 医師、歯科医師は平成22年末の届出数（「医師・歯科医師・薬剤師調査」）
- (2) 保健師、助産師、看護師及び准看護師は平成23年末現在の従事者数（「医療施設（静態・動態）調査・病院報告」及び「衛生行政業務報告」による推計）
- (3) 歯科衛生士、歯科技工士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師及び柔道整復師は平成22年末の従事者数（「衛生行政業務報告」）
※）東日本大震災の影響により、宮城県が含まれていない。
- (4) その他は平成23年末の免許取得者数である。

2. 1学年定員

- (1) 医師、歯科医師は平成24年の募集人員である。
- (2) 保健師、助産師、看護師、准看護師、歯科衛生士、歯科技工士は平成24年の1学年定員である。
- (3) その他は平成24年の1学年定員である。

14. 医師及び医療関係職と事務職員等との間等での

役割分担の推進について（通知）

医政発第1228001号

平成19年12月28日

各都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長

医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について

近年、医師の業務については、病院に勤務する若年・中堅層の医師を中心に極めて厳しい勤務環境に置かれているが、その要因の一つとして、医師でなくても対応可能な業務までも医師が行っている現状があるとの指摘がなされているところである。また、看護師等の医療関係職については、その専門性を発揮できていないとの指摘もなされている。

良質な医療を継続的に提供していくためには、各医療機関に勤務する医師、看護師等の医療関係職、事務職員等が互いに過重な負担がかからないよう、医師法（昭和23年法律第201号）等の医療関係法令により各職種に認められている業務範囲の中で、各医療機関の実情に応じて、関係職種間で適切に役割分担を図り、業務を行っていくことが重要である。

このため、今般、医師等でなくても対応可能な業務等について下記のとおり整理したので、貴職におかれては、その内容について御了知の上、各医療機関において効率的な業務運営がなされるよう、貴管内の保健所設置市、特別区、医療機関、関係団体等に周知方願したい。

なお、今後も、各医療機関からの要望や実態を踏まえ、医師、看護師等の医療関係職、事務職員等の間での役割分担の具体例について、適宜検討を行う予定であることを申し添える。

記

1. 基本的考え方

各医療機関においては、良質な医療を継続的に提供するという基本的考え方の下、医師、看護師等の医療関係職の医療の専門職種が専門性を必要とする業務に専念することにより、効率的な業務運営がなされるよう、適切な人員配置の在り方や、医師、看護師等の医療関係職、事務職員等の間での適切な役割分担がなされるべきである。

以下では、関係職種間の役割分担の一例を示しているが、実際に各医療機関において適切な役割分担の検討を進めるに当たっては、まずは当該医療機関における実情（医師、看護師等の医療関係職、事務職員等の役割分担の現状や業務量、知識・技能等）を十分に把握し、各業務における管理者及び担当者間における責任の所在を明確化した上で、安全・安心な医療を提供するために必要な医師の事前の指示、直接指示のあり方を含め具体的な連携・協力方法を決定し、関係職種間での役割分担を進めることにより、良質な医療の提供はもとより、快適な職場環境の形成や効率的な業務運営の実施に努められたい。

2. 役割分担の具体例

（1）医師、看護師等の医療関係職と事務職員等との役割分担

1) 書類作成等

書類作成等に係る事務については、例えば、診断書や診療録のように医師の診察等を経た上で作成される書類は、基本的に医師が記載することが想定されている。しかしながら、①から③に示すとおり、一定の条件の下で、医師に代わって事務職員が記載等を代行することも可能である。

ただし、医師や看護師等の医療関係職については、法律において、守秘義務が規定されていることを踏まえ、書類作成における記載等を代行する事務職員については、雇用契約において同趣旨の規定を設けるなど個人情報の取り扱いについては十分留意するとともに、医療の質の低下を招かないためにも、関係する業務について一定の知識を有した者が行うことが望ましい。

他方、各医療機関内で行われる各種会議等の用に供するための資料の作成など、必ずしも医師や看護師等の医療関係職の判断を必要としない書類作成等に係る事務についても、医師や看護師等の医療関係職が行っていることが医療現場における効率的な運用を妨げているという指摘がなされている。これらの事務について、事務職員の積極的な活用を図り、医師や看護師等の医療関係職を本来の業務に集中させることで医師や看護師等の医療関係職の負担の軽減が可能となる。

① 診断書、診療録及び処方せんの作成

診断書、診療録及び処方せんは、診察した医師が作成する書類であり、作成責任は医師が負うこととされているが、医師が最終的に確認し署名することを条件に、事務職員が医師の補助者として記載を代行することも可能である。また、電磁的記録により作成する場合は、電子署名及び認証業務に関する法律（平成12年法律第102号）第2条第1項に規定する電子署名をもって当該署名に代えることができるが、作成者の識別や認証が確実にできるよう、その運用においては「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守されたい。

② 主治医意見書の作成

介護保険法（平成9年法律第123号）第27条第3項及び第32条第3項に基づき、市町村等は要介護認定及び要支援認定の申請があった場合には、申請者に係る主治の医師に対して主治医意見書の作成を求めることとしている。

医師が最終的に確認し署名することを条件に、事務職員が医師の補助者として主治医意見書の記載を代行することも可能である。また、電磁的記録により作成する場合は、電子署名及び認証業務に関する法律（平成12年法律第102号）第2条第1項に規定する電子署名をもって当該署名に代えることができるが、作成者の識別や認証が確実にできるよう、その運用においては「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守されたい。

③ 診察や検査の予約

近年、診察や検査の予約等の管理に、いわゆるオーダーリングシステムの導入を進めている医療機関が多く見られるが、その入力に係る作業は、医師の正確な判断・指示に基づいているものであれば、医師との協力・連携の下、事務職員が医師の補助者としてオーダーリングシステムへの入力を代行することも可能である。

2) ベッドメイキング

保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第5条に規定する療養上の世話の範疇に属さない退院後の患者の空きのベッド及び離床可能な患者のベッドに係るベッドメイキングについては、「ベッドメイキングの業務委託について（回答）」（平成12年11月7日付け医政看発第37号・医政経発第77号。以下「業務委託通知」という。）において示しているとおり、看護師及び准看護師（以下「看護職員」という。）以外が行うことができるものであり、業者等に業務委託することも可能である。

ただし、入院患者の状態は常に変化しているため、業務委託でベッドメイキングを行う場合は、業務委託通知において示しているとおり、病院の管理体制の中で、看護師等が関与して委託するベッドの選定を行うなど、病棟管理上遺漏のないよう十分留意されたい。

3) 院内の物品の運搬・補充、患者の検査室等への移送

滅菌器材、衛生材料、書類、検体の運搬・補充については、専門性を要する業務に携わるべき医師や看護師等の医療関係職が調達に動くことは、医療の質や量の低下を招き、特に夜間については、病棟等の管理が手薄になるため、その運搬・補充については、看護補助者等の活用や院内の物品運搬のシステムを整備することで、看護師等の医療関係職の業務負担の軽減に資することが可能となる。その際には、院内で手順書等を作成し、業務が円滑に行えるよう徹底する等留意が必要である。

また、患者の検査室等への移送についても同様、医師や看護師等の医療関係職が行っている場合も指摘されているが、患者の状態を踏まえ総合的に判断した上で事

務職員や看護補助者を活用することは可能である。

4) その他

診療報酬請求書の作成、書類や伝票類の整理、医療上の判断が必要でない電話対応、各種検査の予約等に係る事務や検査結果の伝票、画像診断フィルム等の整理、検査室等への患者の案内、入院時の案内（オリエンテーション）、入院患者に対する食事の配膳、受付や診療録の準備等についても、医師や看護師等の医療関係職が行っている場合があるという指摘がなされている。事務職員や看護補助者の積極的な活用を図り、専門性の高い業務に医師や看護師等の医療関係職を集中させることが、医師や看護師等の医療関係職の負担を軽減する観点からも望ましいと考えられる。

また、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）の遵守等、事務職員の適切な個人情報の取り扱いについて十分留意されたい。

(2) 医師と助産師との役割分担

保健師助産師看護師法において、助産師は助産及びじょく婦及び新生児の保健指導を担っているものである。医師との緊密な連携・協力関係の下で、正常の経過をたどる妊婦や母子の健康管理や分娩の管理について助産師を積極的に活用することで、産科医療機関における医師の業務負担を軽減させることが可能となる。こうした産科医療機関における医師の業務負担の軽減は、医師が医師でなければ対応できない事案により専念できることにより、医師の専門性がより発揮されることを可能とするとともに、地域のより高次の救急医療を担う医療機関における産科医師の負担の軽減にも資することとなる。

特に医療機関においては、安全・安心な分娩の確保と効率的な病院内運用を図るため、妊産婦健診や相談及び院内における正常分娩の取扱い等について、病院内で医師・助産師が連携する仕組みの導入も含め、個々の医療機関の事情に応じ、助産師がその専門性を発揮しやすい環境を整えることは、こうした業務分担の導入に際し有効なものである。

医師と助産師の間で連携する際には、十分な情報の共有と相互理解を構築するとともに、業務に際しては母子の安全の確保に細心の注意を払う必要があることは当然の前提である。

(3) 医師と看護師等の医療関係職との役割分担

医師と看護師等の医療関係職との間の役割分担についても、以下のような役割分担を進めることで、医師が医師でなければ対応できない業務により集中することが可能となる。また、医師の事前指示やクリティカルパスの活用は、医師の負担を軽減することが可能となる。

その際には、医療安全の確保の観点から、個々の医療機関等毎の状況に応じ、個別の看護師等の医療関係職の能力を踏まえた適切な業務分担を行うことはもとより、

適宜医療機関内外での研修等の機会を通じ、看護師等が能力の研鑽に励むことが望ましい。

1) 薬剤の投与量の調節

患者に起こりうる病態の変化に応じた医師の事前の指示に基づき、患者の病態の変化に応じた適切な看護を行うことが可能な場合がある。例えば、在宅等で看護にあたる看護職員が行う、処方された薬剤の定期的、常態的な投与及び管理について、患者の病態を観察した上で、事前の指示に基づきその範囲内で投与量を調整することは、医師の指示の下で行う看護に含まれるものである。

2) 静脈注射

医師又は歯科医師の指示の下に行う看護職員が行う静脈注射及び、留置針によるルート確保については、診療の補助の範疇に属するものとして取り扱うことが可能であることを踏まえ、看護職員の積極的な活用を図り、医師を専門性の高い業務に集中させ、患者中心の効率的な運用に努められたい。

なお、薬剤の血管注入による身体への影響は大きいことから、「看護師等による静脈注射の実施について」(平成14年9月30日医政発第0930002号)において示しているとおり、医師又は歯科医師の指示に基づいて、看護職員が静脈注射を安全にできるよう、各医療機関においては、看護職員を対象とした研修を実施するとともに、静脈注射の実施等に関して、施設内基準や看護手順の作成・見直しを行い、また、個々の看護職員の能力を踏まえた適切な業務分担を行うことが重要である。

3) 救急医療等における診療の優先順位の決定

夜間・休日救急において、医師の過重労働が指摘されている現状を鑑み、より効率的な運用が行われ、患者への迅速な対応を確保するため、休日や夜間に診療を求めて救急に来院した場合、事前に、院内において具体的な対応方針を整備していれば、専門的な知識および技術をもつ看護職員が、診療の優先順位の判断を行うことで、より適切な医療の提供や、医師の負担を軽減した効率的な診療を行うことが可能となる。

4) 入院中の療養生活に関する対応

入院中の患者について、例えば病棟内歩行可能等の活動に関する安静度、食事の変更、入浴や清拭といった清潔保持方法等の療養生活全般について、現在行われている治療との関係に配慮し、看護職員が医師の治療方針や患者の状態を踏まえて積極的に対応することで、効率的な病棟運営や患者サービスの質の向上、医師の負担の軽減に資することが可能となる。

5) 患者・家族への説明

医師の治療方針の決定や病状の説明等の前後に、看護師等の医療関係職が、患者との診察前の事前の面談による情報収集や補足的な説明を行うとともに、患者、家族等の要望を傾聴し、医師と患者、家族等が十分な意思疎通をとれるよう調整を行うことで、医師、看護師等の医療関係職と患者、家族等との信頼関係を深めることが可能となるとともに、医師の負担の軽減が可能となる。

また、高血圧性疾患、糖尿病、脳血管疾患、うつ病（気分障害）のような慢性疾患患者においては、看護職員による療養生活の説明が必要な場合が想定される。このような場合に、医師の治療方針に基づき看護職員が療養生活の説明を行うことは可能であり、これにより医師の負担を軽減し、効率的な外来運営が行えらるとともに、患者のニーズに合わせた療養生活の援助に寄与できるものとする。

6) 採血、検査についての説明

採血、検査説明については、保健師助産師看護師法及び臨床検査技師等に関する法律（昭和33年法律第76号）に基づき、医師等の指示の下に看護職員及び臨床検査技師が行うことができるとされているが、医師や看護職員のみで行っている実態があると指摘されている。

医師と看護職員及び臨床検査技師との適切な業務分担を導入することで、医師等の負担を軽減することが可能となる。

7) 薬剤の管理

病棟等における薬剤の在庫管理、ミキシングあるいは与薬等の準備を含む薬剤管理について、医師や看護職員が行っている場合もあると指摘されているが、ミキシングを行った点滴薬剤等のセッティング等を含め、薬剤師の積極的な活用を図り、医師や看護職員の業務を見直すことで、医療安全の確保及び医師等の負担の軽減が可能となる。

8) 医療機器の管理

生命に影響を与える機器や精密で複雑な操作を伴う機器のメンテナンスを含む医療機器の管理については、臨床工学技士法（昭和62年法律第60号）に基づき、医師の指示の下、臨床工学技士が行うことができるとされているところであるが、医師や看護職員のみで行っている実態も指摘されている。臨床工学技士の積極的な活用を図り、医師や看護職員の業務を見直すことで、医療安全の確保及び医師等の負担の軽減が可能となる。