

医師養成過程における 地域での医師確保

以下の事項は「医療従事者の需給に関する検討会」における構成員の意見、関係団体からの提言、保健医療2035等の提案を取りまとめたものであり、今後同検討会で議論し、年末までに取りまとめを行う

1. 医師の配置に係る対策(直接的な対策)

(1) 医学部

○いわゆる地域枠のこれまでの効果について地元出身者の定着率も含め検証を行い、**卒業後の地域定着がより見込まれるような地域枠**の在り方を検討
○医学教育において、地域医療の向上への貢献に関してより早期の動機づけ

(2) 臨床研修

○臨床研修の質等に配慮しつつ、臨床研修希望者に対する**募集定員倍率のなお一層の縮小**を検討
○都道府県別の募集定員の設定に当たり、医師不足地域等により配慮
○募集定員の配分等に対する**都道府県の権限を一層強化**
○臨床研修が出身大学の地域で行われることを促す仕組みについて検討

(3) 専門医

○国・都道府県における適切な権限行使や役割分担の枠組みとして、**都道府県等の調整等に関する権限を明確化**する等の対応を検討
○専攻医の募集定員について、**診療領域ごとに、地域の人口、症例数等に応じた地域ごとの枠の設定**を検討

(4) 医療計画による医師確保対策の強化

○**医療計画に、医師不足の診療科・地域等について確保すべき医師数の目標値を設定**し、専門医等の定員の調整に利用
○将来的に医師偏在等が続く場合に、十分な診療科の診療所の開設について、**保険医の配置・定数の設定や、自由開業・自由標榜の見直しを含めて検討**

(5) 医師・診療行為情報のデータベース化

○医籍登録番号、三師調査等の既存の仕組みの活用も念頭に置きつつ、医師の勤務状況等を把握するためのデータベース化について検討

(6) 地域医療支援センターの機能強化

○地域医療支援センターについて、所在地の医育機関と連携し、医学部入学から生涯にわたる医師のキャリア形成・異動を把握し、キャリア形成支援、配置調整ができるよう、その機能を強化

(7) 都道府県から国等への対策の求め

○都道府県が、国、関係機関等に必要な対策を求めることができる枠組みの検討

(8) 管理者の要件

○**特定地域・診療科で一定期間診療に従事**することを、**臨床研修病院、地域医療支援病院、診療所等の管理者の要件**として検討

(9) フリーランス医師への対応

○医師の資格や専門性が有する公益性を踏まえ、いわゆるフリーランス医師や多額の紹介料・給料を要する者への対応について検討

(10) 医療事業の承継税制

○地域の医療機関の事業の承継に関し、中小企業と同様、事業承継に当たっての優遇税制について検討

2. 医師の就労環境改善等に関する対策(間接的な対策)

(1) 女性医師の支援

○病院における柔軟な勤務形態の採用等、妊娠・子育て中の女性医師の就労継続・復職支援に資する取組の推進

(2) 技術革新に対応した医療提供

○医師が業務を効率的に行うことができるよう、ICT等の技術革新を活用した医療提供を推進

(3) チーム医療

○医師が業務を効率的に行い、質の高い医療を提供できるよう、各医療スタッフの役割分担を見直し、チーム医療を推進

(4) サービス受益者に係る対策

○医療機関の詳しい診療内容や「かかりつけ医」について、住民等への情報提供を推進

① 医学部

医師需給分科会中間取りまとめにおける当面の医学部定員の基本的方針

年度	H19 (2007)	H20 (2008)	H21 (2009)	H22 (2010)	H23 (2011)	H24 (2012)	H25 (2013)	H26 (2014)	H27 (2015)	H28 (2016)	H29 (2017)	H30 (2018)	H31 (2019)	H32 (2020)	H33 (2021)
総入学定員	7,625	7,793	8,486	8,846	8,923	8,991	9,041	9,069	9,134	9,262					
平成31年度増員															
平成30年度増員															
平成29年度増員															
平成28年度増員【新成長戦略】 28人															
平成27年度増員【新成長戦略】 65人															
平成26年度増員【新成長戦略】 28人															
平成25年度増員【新成長戦略】 50人															
平成24年度増員【新成長戦略】 68人															
平成23年度増員【新成長戦略】 77人															
平成22年度増員 【経済財政改革の基本方針2009】 360人															
平成21年度増員 【緊急医師確保対策】 国公立大学 189人															
平成20年度増員 【緊急医師確保対策】 公立大学 23人															
平成20年度増員 【新医師確保総合対策】 105人															
平成21年度増員 【経済財政改革の基本方針2008】 504人															
平成20年度増員【緊急医師確保対策】 40人															
平成19年度定員 7,625人															
平成28年度医学部新設 100人 東北医科薬科大学															

平成29年度から31年度までの追加増員
→各都道府県からの追加増員の要望に対しては、これが本当に必要な増員であるかどうかについて、慎重に精査していく

平成20・21年度から29年度までの暫定増
→当面延長する

平成32年度以降の医師養成数
→今回の医師需給推計の結果や、これまでの医学部定員の暫定増の効果、今回の見直しによる医師偏在対策の効果等について可能な限り早期に検証を行い、平成22年度から31年度までの暫定増の取扱いも含め、結論を得る

①地域枠、②研究医枠、③歯学部振替枠の3つの枠組みによる、平成31年度までの臨時定員増
※平成28年度時点①592人、②40人、③44人

医師確保が必要な地域や診療科に医師を確保・配置するための、平成29年度までの臨時定員増
※都府県ごとに最大5人まで、北海道は15人まで

医師不足県（青森、岩手、秋田、山形、福島、新潟、山梨、長野、岐阜、三重）及び自治医科大学における、平成29年度までの臨時定員増 ※最大10人まで

①大学が医師不足が深刻な地域や診療科の医師を確保するための実効ある取組（地域医療貢献策）を講ずることを前提とした恒久定員増
②歯科医師養成過程を有する私立大学が、歯科医師養成過程の入学定員を平成10年度比で10%を超えて削減する場合、教育上支障のない範囲での当該削減数分の恒久定員増

医師養成総数が少ない県（神奈川、和歌山）における恒久定員増 ※各県20人まで

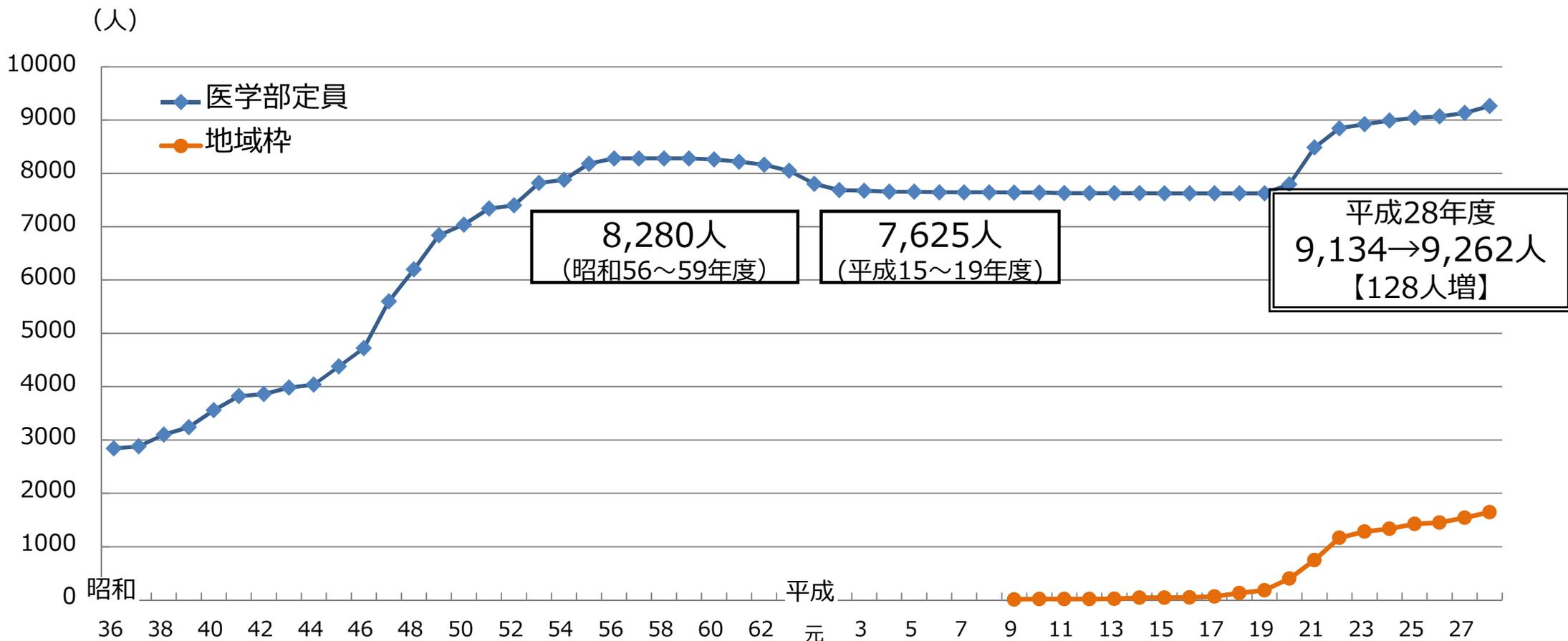
※【】内の閣議決定等に基づき、医学部入学定員の増員を行ってきた。

医学部入学定員と地域枠の年次推移

- 平成20年度以降、医学部の入学定員を過去最大規模まで増員。
- 医学部定員に占める地域枠*の数・割合も、増加してきている。

(平成19年度183人 (2.4%) →平成28年1617人 (17.7%))

地域枠*：地域医療に従事する医師を養成することを主たる目的とした学生を選抜する枠であり、奨学金の有無を問わない。



	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28
医学部定員	7625	7625	7625	7793	8486	8846	8923	8991	9041	9069	9134	9262
地域枠	64	129	183	403	749	1141	1257	1309	1400	1427	1525	1617
地域枠の割合	0.8%	1.7%	2.4%	5.2%	8.8%	12.9%	14.1%	14.6%	15.5%	15.7%	16.7%	17.5%

地域枠の人数については、文部科学省医学教育課調べ

地域枠と地域枠以外の地元出身者の定着割合

- 地域枠の入学者と、地域枠以外の地元出身者（大学と出身地が同じ都道府県の者）において、臨床研修修了後に出身大学と同じ都道府県に勤務する割合が高い。

地域枠*：地域医療等に従事する明確な意思をもった学生の選抜枠であり、奨学金の有無を問わない。

	臨床研修を行った 主たる都道府県		臨床研修修了後に 勤務する都道府県	
	A県/卒業生		A県/卒業生	
	人数	割合	人数	割合
A県地域枠※1	418/504	83%	404/504	80%
地域枠以外・ 出身地A県・大学A県	1452/1871	78%	1461/1871	78%
地域枠以外・ 出身地B県・大学A県	1483/3707	40%	1418/3707	38%

※1 出身地又は大学が海外の場合及び当該項目について無回答の場合は除外。

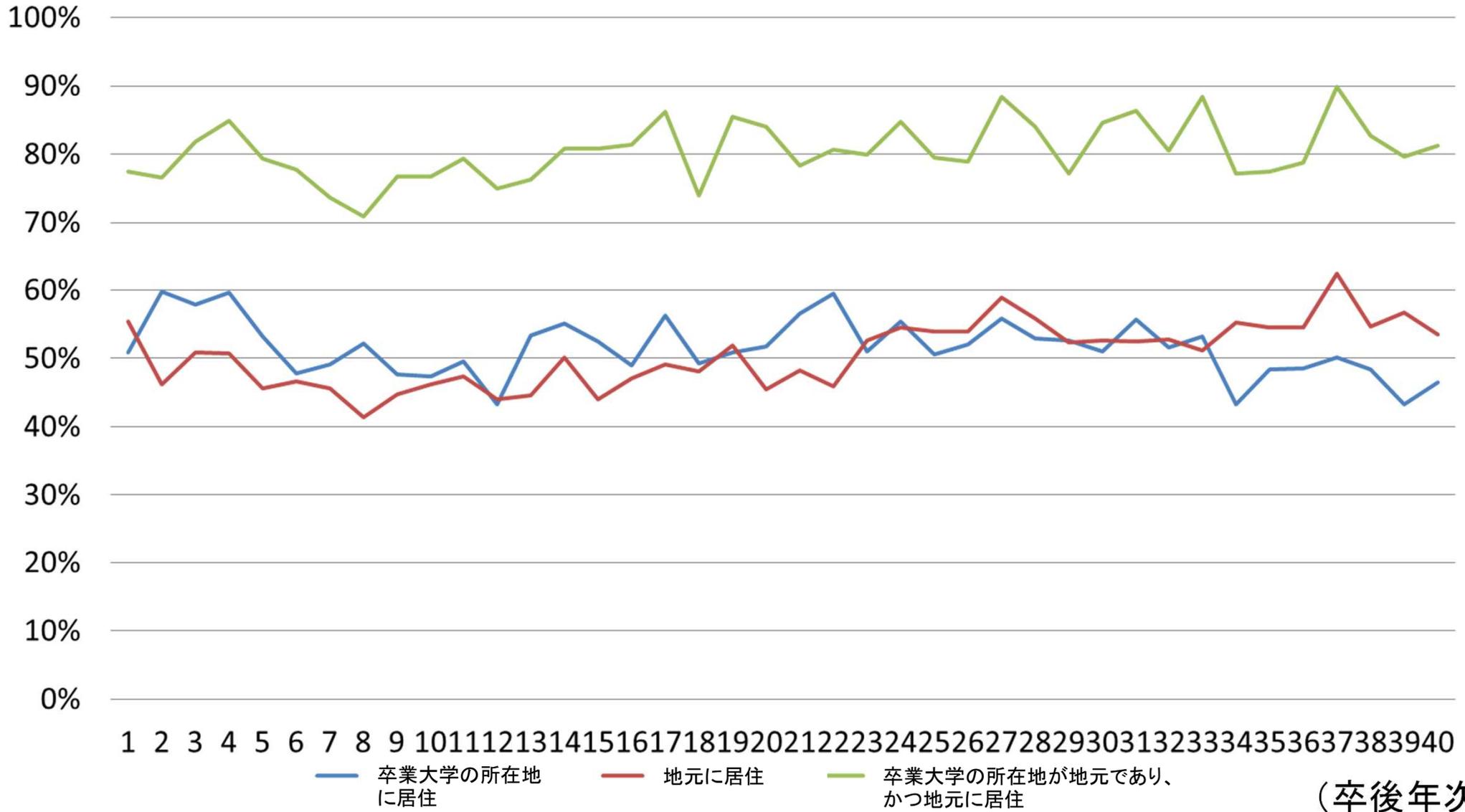
※2 出身地：高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県。

※3 防衛医科大学及び産業医科大学は除外。自治医科大学については地域枠についてのみ除外。

※4 A県は任意の都道府県。B県はA県以外の都道府県。

地元都道府県への定着率

- 地元の大学へ進学した場合、8割程度の医師が卒後40年目まで継続的に地元に住んでいる。
- 「卒業大学と関係なく地元に住んでいる医師」及び「地元と関係なく卒業大学所在の都道府県に住んでいる医師」は、それぞれ卒後40年目まで継続的に50パーセント前後で推移する。



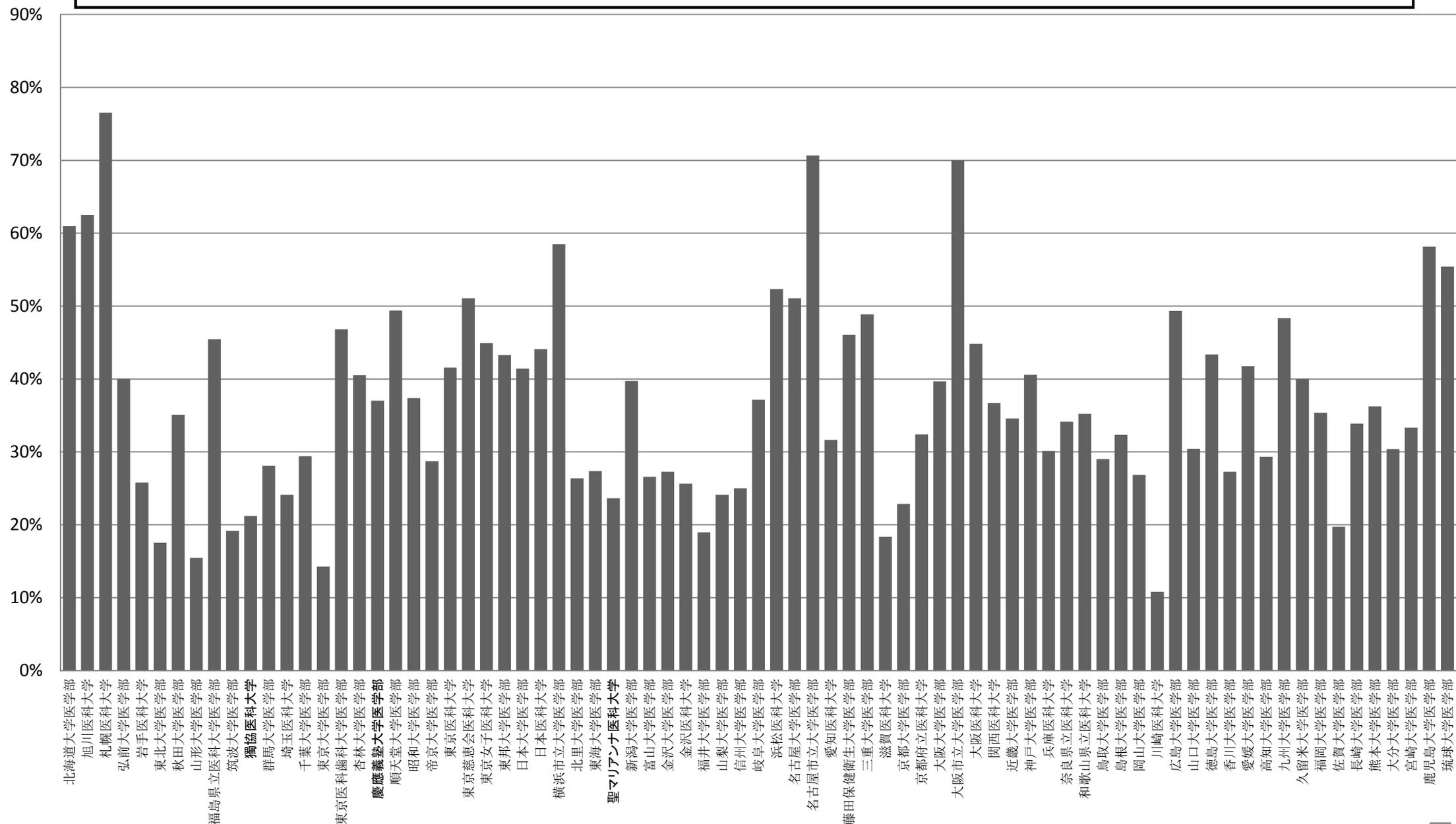
※ 地元：高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県。

出典：「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）結果を基に医政局医事課で作成

(卒後年次)

各医学部の地元出身者（地域枠を含む。）の割合

○ 全国の医学部における医学部生の地元出身者率をみると、10%程度から70%程度まで大学によって差がある。



※地元：高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県

出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成29年）厚生労働省調べ

(参考) 地域枠の導入状況 (大学別一覧) 1 / 2

平成29年6月15日 第10回
医師需給分科会 資料

- 79大学中、地域枠を設定しているのは71大学 (90%)。このうち、地元出身枠を設定しているのは46大学 (65%)。
- 大学が導入している地域枠のうち、地元出身枠は約48% (= 783/1617)。

都道府県	区分	大学名	H28年度 入学定員	うち	
				地域枠 募集人員	地元出身枠
北海道	国立	旭川医科大学	122	72	55
		(うち2年次編入学)	10	5	5
北海道	公立	札幌医科大学	110	90	35
青森県	国立	弘前大学	132	67	55
		(うち2年次編入学)	20	5	5
岩手県	私立	岩手医科大学	130	28	15
宮城県	国立	東北大学	135	33	0
宮城県	私立	東北医科薬科大学	100	55	0
秋田県	国立	秋田大学	129	34	19
山形県	国立	山形大学	125	8	8
福島県	公立	福島県立医科大学	130	60	8
茨城県	国立	筑波大学	140	36	26
栃木県	私立	獨協医科大学	120	20	10
群馬県	国立	群馬大学	123	18	0
		(うち2年次編入学)	15	2	0
埼玉県	私立	埼玉医科大学	127	16	0
千葉県	国立	千葉大学	122	20	0
東京都	国立	東京医科歯科大学	106	4	0
東京都	私立	杏林大学	117	12	10
東京都	私立	順天堂大学	130	19	10

都道府県	区分	大学名	H28年度 入学定員	うち	
				地域枠 募集人員	地元出身枠
東京都	私立	昭和大学	110	12	0
東京都	私立	帝京大学	120	14	0
東京都	私立	東京医科大学	120	10	0
東京都	私立	東京慈恵会医科大学	110	10	5
東京都	私立	東邦大学	115	5	0
東京都	私立	日本大学	120	10	0
東京都	私立	日本医科大学	116	6	0
神奈川県	公立	横浜市立大学	90	30	5
神奈川県	私立	北里大学	119	10	0
神奈川県	私立	聖マリアンナ医科大学	115	5	0
神奈川県	私立	東海大学	118	17	0
新潟県	国立	新潟大学	127	17	17
富山県	国立	富山大学	110	25	15
石川県	国立	金沢大学	117	12	0
石川県	私立	金沢医科大学	110	10	5
福井県	国立	福井大学	115	15	5
山梨県	国立	山梨大学	125	40	35
長野県	国立	信州大学	120	20	20
岐阜県	国立	岐阜大学	110	30	28
静岡県	国立	浜松医科大学	120	25	5
		(うち2年次編入学)	5	5	5

(参考) 地域枠の導入状況 (大学別一覧) 2 / 2

平成29年6月15日 第10回
医師需給分科会 資料

都道府県	区分	大学名	H28年度 入学定員	うち地域枠	
				募集人員	うち 地元出身枠
愛知県	国立	名古屋大学	112	5	0
愛知県	公立	名古屋市立大学	97	27	7
愛知県	私立	愛知医科大学	115	10	0
愛知県	私立	藤田保健衛生大学	120	10	0
三重県	国立	三重大学	125	35	30
滋賀県	国立	滋賀医科大学	117	28	18
		(うち2年次編入学)	17	7	5
京都府	公立	京都府立医科大学	107	7	7
大阪府	公立	大阪市立大学	95	15	0
大阪府	私立	大阪医科大学	112	22	0
大阪府	私立	関西医科大学	117	15	0
大阪府	私立	近畿大学	115	20	0
兵庫県	国立	神戸大学	117	10	10
兵庫県	私立	兵庫医科大学	112	13	0
奈良県	公立	奈良県立医科大学	115	38	25
和歌山県	公立	和歌山県立医科大学	100	36	10
鳥取県	国立	鳥取大学	110	32	10
島根県	国立	島根大学	112	25	13
		(うち3年次編入学)	10	3	3
岡山県	国立	岡山大学	120	17	7
		(うち2年次編入学)	5	5	0

都道府県	区分	大学名	H28年度 入学定員	うち地域枠	
				募集人員	うち 地元出身枠
岡山県	私立	川崎医科大学	120	30	20
広島県	国立	広島大学	120	20	18
山口県	国立	山口大学	117	33	18
		(うち2年次編入学)	10	3	3
徳島県	国立	徳島大学	114	17	17
香川県	国立	香川大学	114	24	19
愛媛県	国立	愛媛大学	115	20	20
高知県	国立	高知大学	115	25	15
福岡県	私立	久留米大学	115	20	0
福岡県	私立	福岡大学	110	10	10
佐賀県	国立	佐賀大学	106	26	23
長崎県	国立	長崎大学	123	32	23
		(うち2年次編入学)	5	5	0
熊本県	国立	熊本大学	115	10	5
大分県	国立	大分大学	110	13	13
宮崎県	国立	宮崎大学	110	20	20
鹿児島県	国立	鹿児島大学	117	20	17
		(うち2年次編入学)	10	3	0
沖縄県	国立	琉球大学	117	17	17
計		71大学	8,261	1,617	783
		(うち2年次編入学)	97	40	23
		(うち3年次編入学)	10	3	3

- ※ 1 自治医科大学は大学の目的に鑑み除外。 ※ 2 私立大学は入学定員ではなく、募集人員を記載。
- ※ 3 地域枠には、地元出身者のための地域枠に加え、出身地にとらわれず将来地域医療に従事する意思を有する者を対象とした入学枠や入試時に特別枠は設定していないが、地域医療に資する奨学金と連動している枠数を含む。(「〇〇人程度」「〇〇人以内」を含む)
- ※ 4 地元出身枠には、大学の位置する都道府県出身者、大学の位置する都道府県及び近隣の都道府県の出身者、特定の地域(へき地)出身者を応募資格としているものを含む。

地域枠募集人員：文部科学省医学教育課調べ

地元出身枠：文部科学省平成28年度委託事業「地域医療に従事する医師の確保・養成のための調査・研究」を参考に作成

地域枠の現状と地元出身者

- 地域枠の医師については、都道府県内に定着する傾向が見られ、キャリア形成プログラムのもと引き続き活用していくべきである。
- 地元出身者であれば、地域枠採用でなくとも、地域枠の医師と同様の地域定着傾向が見られるため、地域枠だけでなく、地元出身者のための入学枠についても、今後拡充を図っていくことが必要。



見直しの方向性

- 医師偏在の度合いに応じて医師が少ない都道府県と判断された場合には、地域医療対策協議会の意見を聴いたうえで、都道府県知事が大学に対し、入学枠に地元出身者枠を設けることを要請する仕組みを設けることとしてはどうか。
- また、地域枠ではない地元出身者枠の医師についても、地域医療支援センターが働きかけを行い、積極的にキャリア形成プログラムの策定等の支援を行ってはどうか。

県をまたぐ地域枠の地元定着割合

- 県をまたいだ地域枠（A県で地域医療に従事することを前提とした、B県の大学における地域枠）であっても、勤務義務がある都道府県で地域医療に従事する割合は高い。

地域枠*：地域医療等に従事する明確な意思をもった学生の選抜枠であり、奨学金の有無を問わない。

	臨床研修を行った 主たる都道府県		臨床研修修了後に 勤務する都道府県	
	A県/卒業生		A県/卒業生	
	人数	割合	人数	割合
A県地域枠※1・大学B県	49/63	78%	46/63	73%
地域枠以外・ 出身地A県・大学B県	1219/3707	33%	1204/3707	32%

※1 出身大学の所在地以外の都道府県（A県）における勤務義務がある地域枠。

※2 出身地又は大学が海外の場合及び当該項目について無回答の場合は除外。

※3 出身地：高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県。

※4 防衛医科大学及び産業医科大学は除外。自治医科大学については※1の地域枠についてのみ除外。

※5 A県は任意の都道府県。B県はA県以外の都道府県。

地域枠調査について

- 全国の都道府県を対象として、自県が奨学金を貸与する地域枠の医学部生の勤務状況を調査した。

調査手法

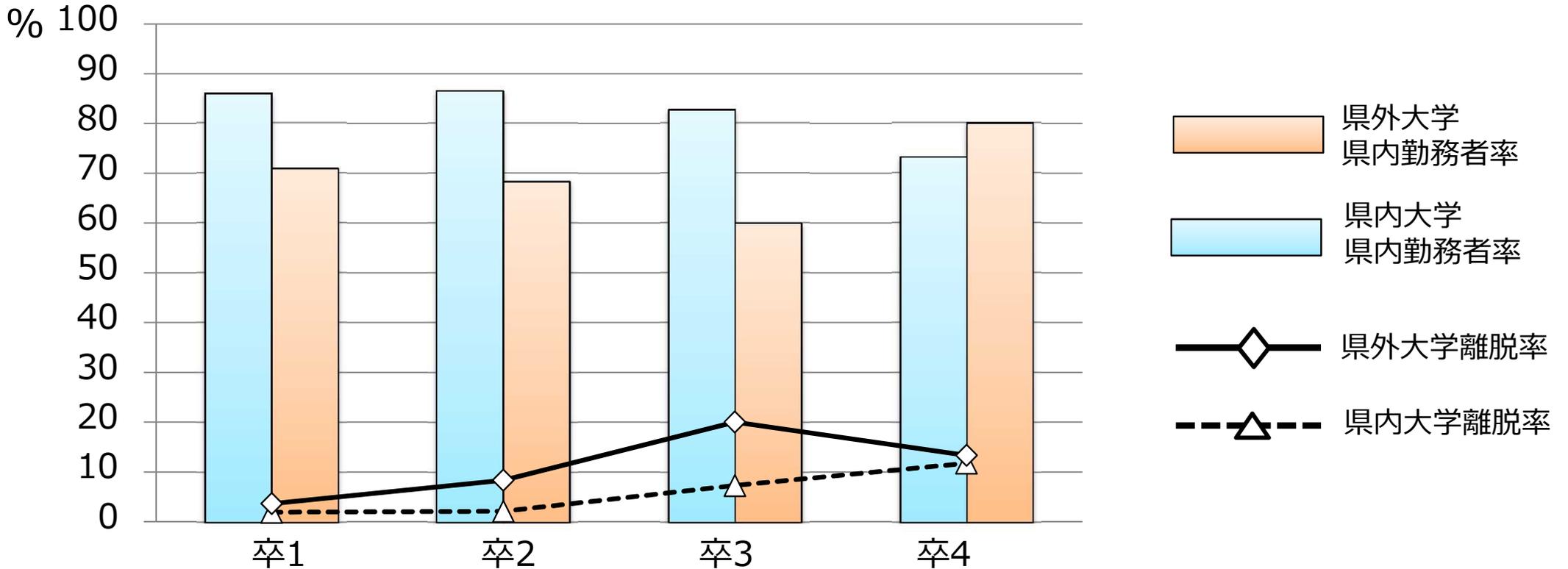
- ✓ 厚生労働省から47都道府県に対し、修学資金を貸与して設置している地域枠についてのアンケートを実施した。
- ❖ 回答者： 都道府県
- ❖ 調査期間： 平成29年7月～9月

基礎的データ

- ✓ 厚生労働省から、47都道府県に対し、修学資金を貸与して設置している地域枠についてのアンケートを実施した。
- ❖ 回答率： 100%
- ❖ n = 1694 (男 n = 1,001, 女 n = 589)
- ❖ 平成28年卒 (642名),平成27年卒 (574名),平成26年卒(314名), 平成25年卒- (174名)

地域枠調査の結果

○ 県外大学の地域枠についても、離脱率は20%以下に止まる。



	初期研修						専攻医 (後期研修)					
	卒後1年目			卒後2年目			卒後3年目			卒後4年目		
	総数	県内勤務者		総数	県内勤務者		総数	県内勤務者		総数	県内勤務者	
	<i>n</i>	%		<i>n</i>	%		<i>n</i>	%		<i>n</i>	%	
県内大学	1,584	1,362	86	1,010	874	87	454	374	82	153	112	73
県外大学	110	78	71	60	41	68	30	18	60	15	12	80
	初期研修						専攻医 (後期研修)					
	卒後1年目			卒後2年目			卒後3年目			卒後4年目		
	総数	離脱者		総数	離脱者		総数	離脱者		総数	離脱者	
	<i>n</i>	%		<i>n</i>	%		<i>n</i>	%		<i>n</i>	%	
県内大学	1,584	30	2	1,010	21	2	454	33	7	153	18	12
県外大学	110	4	4	60	5	8	30	6	20	15	2	13

県をまたいだ地域枠の必要性

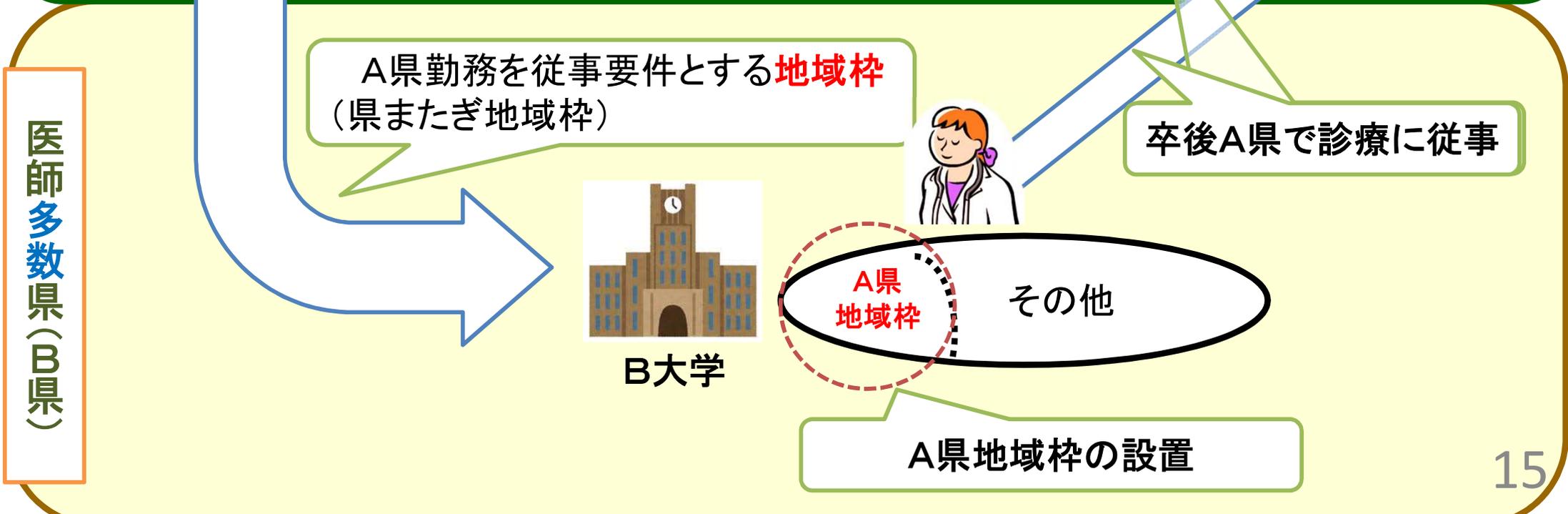
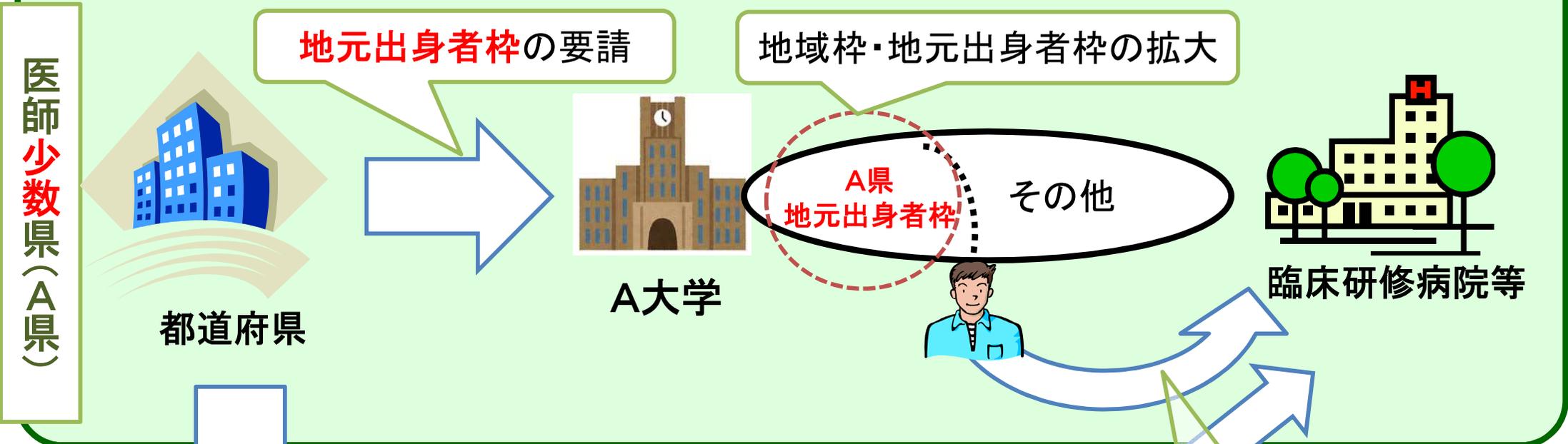
- 医学部定員を全て地元出身者枠に切り替えることはできない以上、地元出身者枠だけでは十分な医師確保を図ることができない可能性がある。



見直しの方向性

- 医師が少ない都道府県においては、地元出身者枠の拡充だけでなく、他の都道府県の学生を受け入れることが必要。
- 具体的には、医師偏在の度合いに応じて医師が多いと判断された都道府県の地域枠については、その一部を、医師が少ない都道府県の地域枠として活用してはどうか。

今後の地域枠・地元出身者枠の活用のイメージ



②ー1 臨床研修

【臨床研修病院の指定・定員設定に係る都道府県の役割及び出身地や出身大学の都道府県への定着について】

- 初期臨床研修を出身大学と同じ都道府県で実施した場合、臨床研修修了後、大学と同じ都道府県で勤務する割合が高い（85%）。一方、初期臨床研修を出身大学と異なる都道府県で実施した場合、研修修了後、大学と異なる都道府県で勤務する割合が高い（84%）。

		臨床研修修了後に勤務する都道府県			
		A県		A県以外	
大学	臨床研修	人数	割合	人数	割合
A県	A県	5164	85%	938	15%
A県	B県	905	16%	4677	84%

- ※ 1 出身地又は大学が海外の場合及び当該項目について無回答の場合は除外。
- ※ 2 出身地：高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県。
- ※ 3 A県は任意の都道府県。B県はA県以外の都道府県。

出身都道府県で臨床研修を行ったときの定着割合

平成29年9月13日 第11回
医師需給分科会 資料

- 出身地の大学に進学し、その後、同じ都道府県で臨床研修を行った場合、臨床研修終了後、出身地の都道府県で勤務する割合が最も高い（90%）。出身地以外の大学に進学した場合であっても、臨床研修を出身地と同じ都道府県で実施した場合、臨床研修終了後、出身地の都道府県で勤務する割合は高い（79%）。
- 出身地の大学に進学しても、臨床研修を別の都道府県で行うと、臨床研修終了後、出身地で勤務する割合は低い（36%）。

			臨床研修終了後に勤務する都道府県			
			A県		A県以外	
出身地	大学	臨床研修	人数	割合	人数	割合
A県	A県	A県	2776	90%	304	10%
A県	A県	B県	321	36%	567	64%
A県	B県	A県	2001	79%	543	21%
A県	B県	C県	474	9%	4578	91%

<参考>

			臨床研修終了後に勤務する都道府県			
			A県		A県以外	
出身地	大学	臨床研修	人数	割合	人数	割合
B県	A県	A県	2347	79%	617	21%

※1 出身地又は大学が海外の場合及び当該項目について無回答の場合は除外。

出典：臨床研修終了者アンケート調査（平成27・28年）

※2 出身地：高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県。

厚生労働省調べ

※3 A県は任意の都道府県。B県、C県はA県以外の都道府県。（C県はB県と一致する場合も含む）

医師臨床研修費等補助金

平成30年度概算要求額 7,982,246千円
(7,572,175千円)

【趣旨】

- 地域において必要な医療を提供できる体制を整備するとともに、臨床研修の円滑な実施を図るため、研修を行う病院に必要な支援を行う。

【平成30年度要求のポイント】

- ※ 地元出身医師の定着を図っている医療機関に対して採用のインセンティブを強化
- ※ へき地における医師確保及び医師不足とされる診療科の医師確保の支援

【補助内容】

1. 教育指導経費

- ・指導医経費
- ・**地元研修医採用等加算**
- ・剖検経費
- ・プログラム責任者等経費
- ・研修管理委員会等経費
- ・へき地診療所等研修支援経費(対象施設数増:へき地における医師確保対策)
- ・産科・小児科研修推進経費(宿日直費増額:医師不足診療科における医師確保対策)

平成29年度からメニュー化
(趣旨:研修医の地元定着対策)

医師不足地域に所在する病院に採用された者であって、同一都道府県内の医学部の卒業者、義務教育の修了者又は高等学校の卒業者を対象とし、指導医経費に加算する。

2. 地域協議会経費

【補助先】 公私立の大学附属病院及び臨床研修病院(厚生労働大臣指定)等

【補助率】 定額

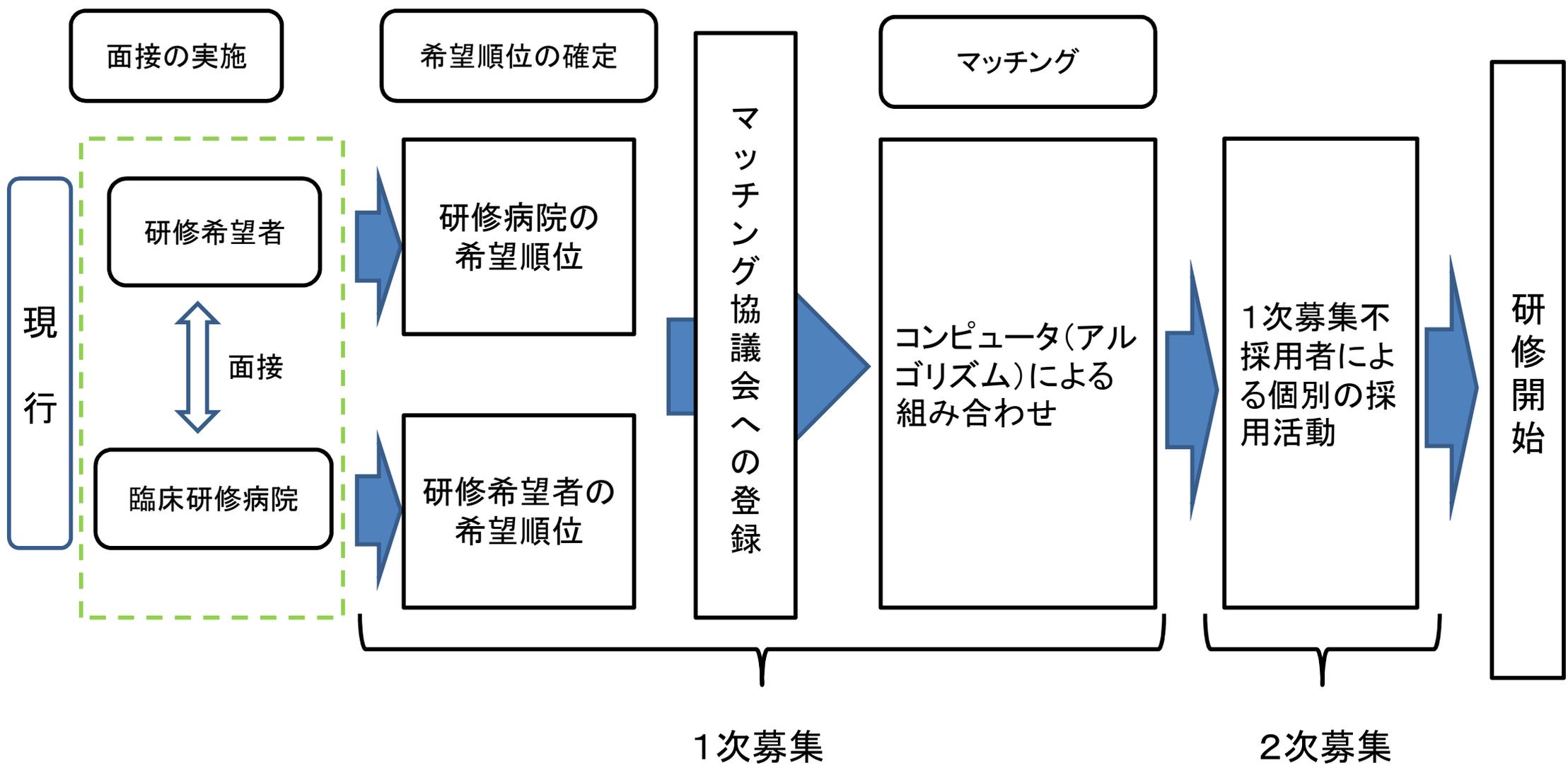
【期待される効果】

地域において安心・信頼してかけられる医療の構築に資する。

- ※ 地元出身医師は、臨床研修修了後、同一都道府県に勤務する割合が高いことから、地域の医師確保に貢献
- ※ へき地離島及び産科、小児科における医師確保が促進

医師臨床研修マッチング

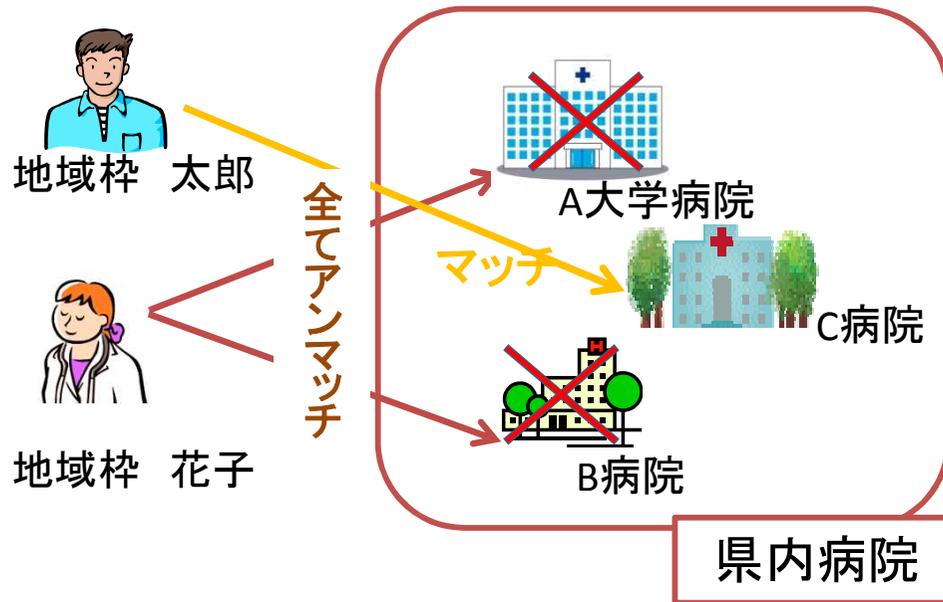
○ 医師臨床研修マッチングとは、臨床研修希望者と臨床研修病院両者の希望を踏まえて、一定の規則(アルゴリズム)に従い、コンピュータにより組み合わせを決定するシステムである。



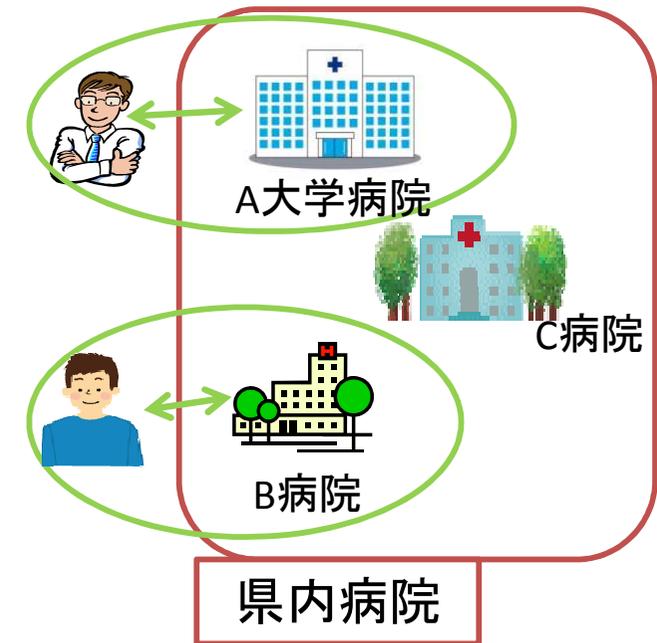
地域枠とマッチング

- 現行では、地域枠や地元出身者とそれ以外の者が同時にマッチングを実施するため、**地域枠の医師が、診療義務が課せられた地域での希望病院にマッチできない可能性がある。**
- 現行では**地域枠学生も、マッチングに参加**して臨床研修を行う病院を決定。
(一般枠学生と同様の扱い)
※**例外: 自治医科大学と防衛医科大学校**
・マッチングに参加せず、研修を行う病院を個別に調整して決定

マッチング(現行)



学生	マッチング結果	進路
太郎	指定された研修病院にマッチ	・マッチしたC病院へ
花子	指定された研修病院にアンマッチ	・2次募集等



※自治医科大学、防衛医科大学校が対象
(マッチング前に病院を決定)

現状と課題

- 出身地や大学所在地と異なる都道府県で臨床研修を行うと、出身地や大学所在地への定着率が大きく低下する。
- また、現行のマッチングの仕組みでは、地域枠の医師が、診療義務が課せられた地域で勤務できない可能性がある。



見直しの方向性

- 研修医の臨床研修修了後における、出身地や出身大学の都道府県への定着を図るために、地域枠の医師や地元の出身者等を対象とした選考を、一般のマッチングとは分けて実施してはどうか。
- その際、医師偏在の度合いに応じて医師が多いと判断された都道府県については、一律ではない慎重な検討が必要ではないか。

臨床研修病院の指定・定員設定に係る現行の規定

- 現行の医師法上、**臨床研修病院の指定は厚生労働大臣が行う**ことが法定されている。
- 現行の通知上、**都道府県は、管轄する地域における各病院の研修医の募集定員について、必要な調整を行うことができる**こととされている。

医師法(抄)

第十六条の二 診療に従事しようとする医師は、二年以上、医学を履修する課程を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院において、臨床研修を受けなければならない。

2 厚生労働大臣は、前項の規定により指定した病院が臨床研修を行うについて不相当であると認めるに至ったときは、その指定を取り消すことができる。

3 厚生労働大臣は、第一項の指定又は前項の指定の取消しをしようとするときは、あらかじめ、医道審議会の意見を聴かななければならない。

4 (略)

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の施行について(抄)

第二 臨床研修省令の内容及び具体的な運用基準

22 地域における研修医の募集定員の調整

地域における臨床研修病院群の形成を促進し、地域医療を安定的に確保するため、都道府県は、管轄する地域における各病院の研修医の募集定員について、各病院の研修医の受入実績、地域の実情等を勘案して、以下の方法により必要な調整を行うことができること。

(以下略)

国及び地方公共団体の責務に係る現行の規定

- 現行の医療法上、**国及び地方公共団体は、国民に対し良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制**が確保されるよう努めなければならない、こととされている。

医療法(抄)

第一条の二 医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない。

2 医療は、国民自らの健康の保持増進のための努力を基礎として、医療を受ける者の意向を十分に尊重し、病院、診療所、介護老人保健施設、調剤を実施する薬局その他の医療を提供する施設(以下「医療提供施設」という。)、医療を受ける者の居宅等(居宅その他厚生労働省令で定める場所をいう。以下同じ。)において、医療提供施設の機能に応じ効率的に、かつ、福祉サービスその他の関連するサービスとの有機的な連携を図りつつ提供されなければならない。

第一条の三 国及び地方公共団体は、前条に規定する理念に基づき、国民に対し良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制が確保されるよう努めなければならない。

募集定員について

- 現行では、国が主に過去の受入募集等による設定を行っているため、地域の必要数と募集定員数にかい離がある場合がある。
- 地域の実情をより把握している都道府県が必要数に応じた募集定員を設定することで、地域で必要なマッチ者数を確保することが可能になる。

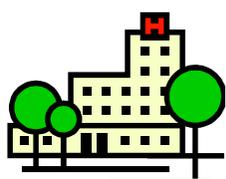
主に国による募集定員の設定（現行）

※一部都道府県による調整枠有り

県内病院（例）



A病院（都市部）
定員 20
マッチ者数 20



B病院（都市部）
定員 8
マッチ者数 6



C病院（地方部）
定員 2
マッチ者数 2

必要数 15
(5名定員が多い)

必要数 8
(定員数は適正)
(A病院に流出)

必要数 5
(3名定員不足)

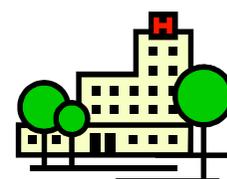
主に過去の受入実績等による設定のため、地域の必要数とかい離がある場合がある

都道府県による募集定員の設定（案）

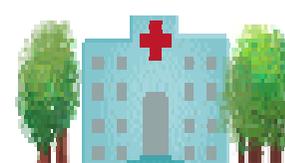
県内病院（例）



A病院（都市部）
定員 15(↓)
マッチ者数 15(↓)



B病院（都市部）
定員 8
マッチ者数 8(↑)



C病院（地方部）
定員 5(↑)
マッチ者数 5(↑)

必要数 15名
①定員減により
必要数に

必要数 8名
②A病院から流入

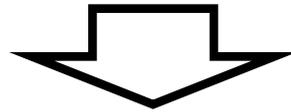
必要数 5名
③定員増により
A病院から流入

都道府県による現状を踏まえた
募集定員の調整

必要なマッチ者数を確保

現状

- 地域の医療提供体制の確保に大きな影響を及ぼす臨床研修病院の指定・募集定員設定に対し、地域医療に責任を有する都道府県の関与が限定的である。
- 地域の病院の研修体制の構築状況や医師の勤務状況、医師養成体制と地域定着の関係等の実情については、都道府県がより実態を把握している。



見直しの方向性

- 都道府県が管内の臨床研修病院の指定・募集定員設定に主体的に関わり、格差是正を進めていくために、地域医療対策協議会の意見を聴いたうえで、臨床研修病院・大学病院の指定・募集定員設定を都道府県が行う、又は関与を強めることとすること等について、どう考えるか。

都道府県が臨床研修病院を指定するメリット・デメリット

メリット	デメリット
<ul style="list-style-type: none">・地域の医療提供体制の確保に大きな影響を及ぼす臨床研修病院の指定に対し、地域医療に責任を有する都道府県が深く関与・地域の病院の研修体制の構築状況や医師の勤務状況、医師養成体制と地域定着の関係等の実情について実態を把握している都道府県によりきめ細かい対応が可能・都道府県が目指す医療提供体制の構築が可能	<ul style="list-style-type: none">・都道府県ごとにそれぞれ指定が行われることにより、臨床研修の質にバラつきが出るおそれがある・有力な医療機関の意向が強く反映されるおそれがある・特定の医療機関等が優遇されるおそれがある <div data-bbox="1137 1002 2145 1348" style="border: 1px dashed red; padding: 5px;"><p style="text-align: center;"></p><p>デメリットについては、</p><ul style="list-style-type: none">・国が指定基準を提示すること・指定に当たっては地域医療対策協議会の意見を聴くこととすること<p>等により回避可能。</p></div>

②ー2 臨床研修

【臨床研修病院の募集定員について】

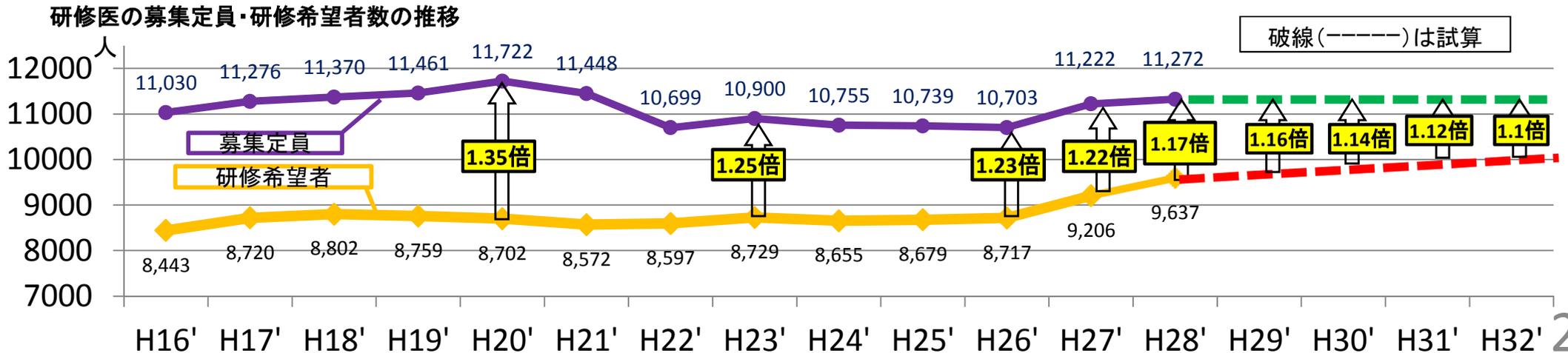
臨床研修医の募集定員倍率

- 臨床研修の必修化後、研修医の募集定員が研修希望者の1.3倍を超える規模まで拡大し、研修医が都市部に集中する傾向が続いた。平成22年度の研修から都道府県別の募集定員上限を設定し、平成27年度には1.22倍まで縮小。今後、**平成32年度までに約1.1倍まで縮小させる**。



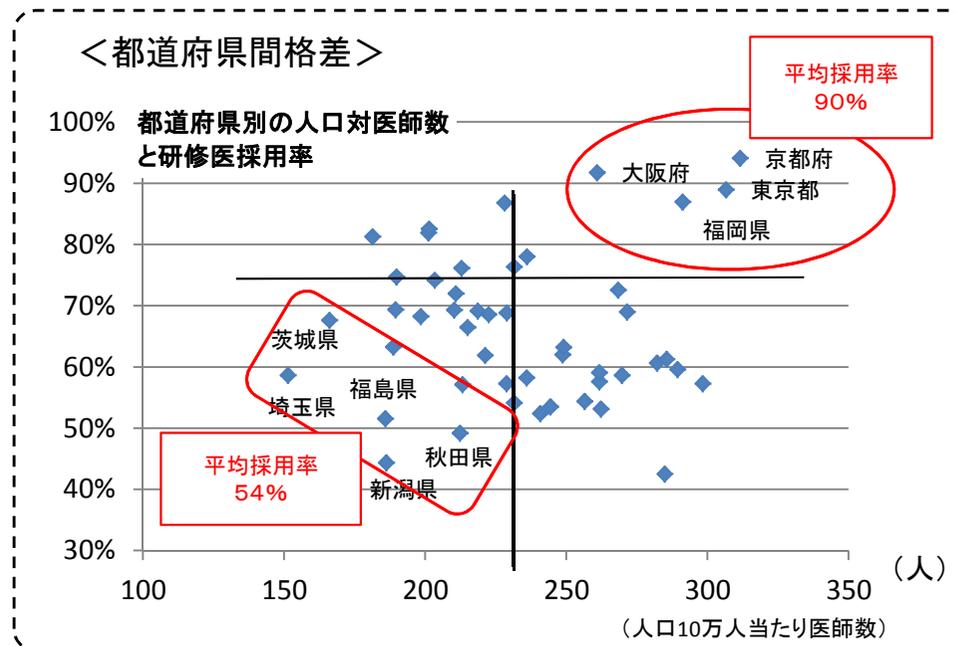
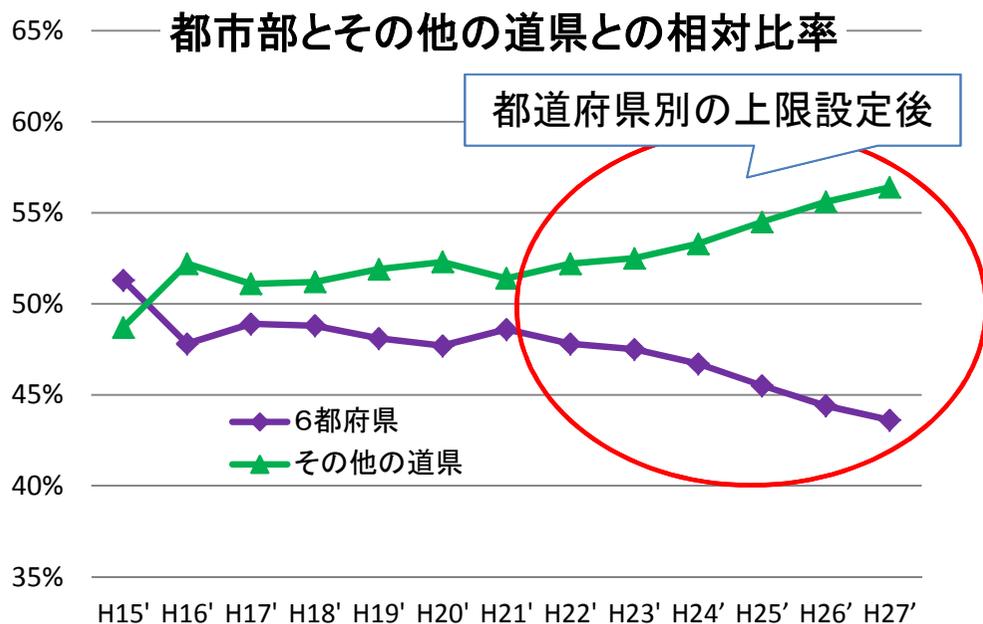
- ・ 研修医の募集定員には、全国の定数管理や地域別の偏在調整が行われず
- ・ 全国の募集定員の総数が研修希望者の1.3倍を超える規模まで拡大
- ・ 都道府県の募集定員について上限設定
- ・ 平成27年度の約1.2倍から、平成32年度の約1.1倍まで縮小させる

$$\frac{\text{全国の臨床研修募集定員数}}{\text{全国の臨床研修希望者数}} = \text{臨床研修医の募集定員倍率 (平成27年度 約1.2倍)}$$



研修医の採用実績<6都府県とその他の道県、医師数と採用率>

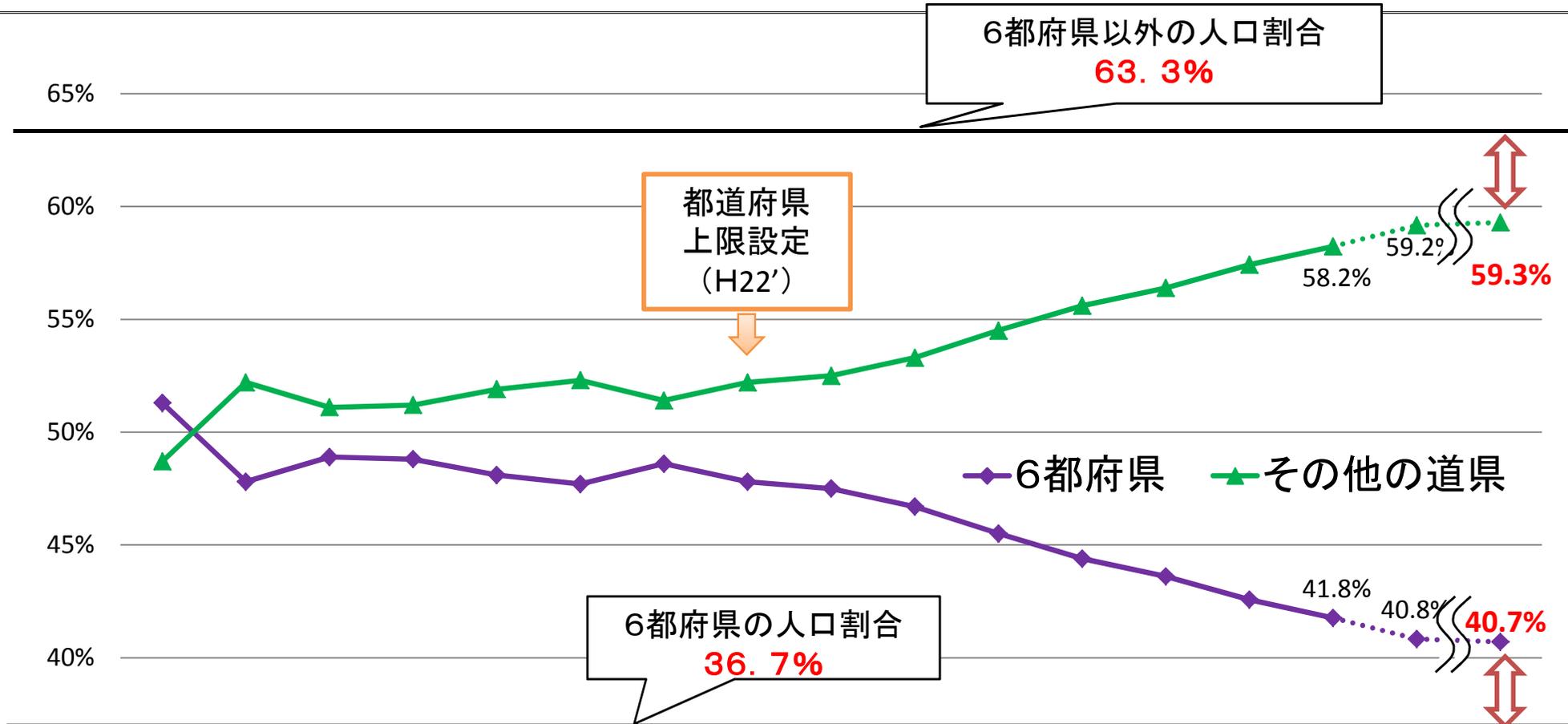
- 研修医採用実績における、大都市部（6都府県）とその他の道県との相対比率
 - ・大都市部のある6都府県（東京・神奈川・愛知・京都・大阪・福岡）の比率は減少傾向にあり、
 - ・その他の道県の比率は増加傾向にある。
 - 人口当たり医師数と研修医採用率※との関係
 - ・人口当たり医師数が多く研修医採用率も高い4都府県の平均採用率が90%である一方、医師数が少なく研修医採用率も少ない4県の平均採用率は54%で研修医の確保に困難を抱える。
- ※ 研修医採用率 = 採用実績 / 募集定員



	H15'	H16'	H17'	H18'	H19'	H20'	H21'	H22'	H23'	H24'	H25'	H26'	H27'
6都府県	51.3%	47.8%	48.9%	48.8%	48.1%	47.7%	48.6%	47.8%	47.5%	46.7%	45.5%	44.4%	43.6%
その他の道県	48.7%	52.2%	51.1%	51.2%	51.9%	52.3%	51.4%	52.2%	52.5%	53.3%	54.5%	55.6%	56.4%

定員倍率を1.1倍に維持した場合の今後の採用実績の割合（推計）

- 募集定員倍率を平成32年以降も1.1倍に維持した場合、採用実績の割合はほぼ横ばいの見込み。
- 大都市部のある6都府県（東京・神奈川・愛知・京都・大阪・福岡）とそれ以外の採用実績の比率は、人口割合の比率と差がある。
- 一方、定員倍率の極端な圧縮は、①採用実績数の減少、②病院間の競争の低下、③アンマッチ率の増加、を引き起こす懸念がある。



	H15'	H16'	H17'	H18'	H19'	H20'	H21'	H22'	H23'	H24'	H25'	H26'	H27'	H28'	H29'	H32'	H37'
6都府県	51.3%	47.8%	48.9%	48.8%	48.1%	47.7%	48.6%	47.8%	47.5%	46.7%	45.5%	44.4%	43.6%	42.6%	41.8%	40.8%	40.7%
その他の道県	48.7%	52.2%	51.1%	51.2%	51.9%	52.3%	51.4%	52.2%	52.5%	53.3%	54.5%	55.6%	56.4%	57.4%	58.2%	59.2%	59.3%

都道府県別の募集定員上限

募集定員倍率に
影響されない

募集定員倍率を下げると
調整枠が減少

①人口分布

$$\text{全国の研修医総数} \times \frac{\text{都道府県の人口}}{\text{日本の総人口}}$$

②医師養成状況

$$\text{全国の研修医総数} \times \frac{\text{医学部入学定員}}{\text{全国の医学部入学定員}}$$

多いほうの割合で按分
研修医総数を①と②の

+

③地理的条件等の加算

- (a) 面積当たり医師数(100km²当たり医師数)
- (b) 離島の人口
- (c) 高齢化率(65歳以上の割合)
- (d) 人口当たり医師数

都道府県別の基礎数

+

都道府県の調整枠
※

都道府県別の募集定員上限

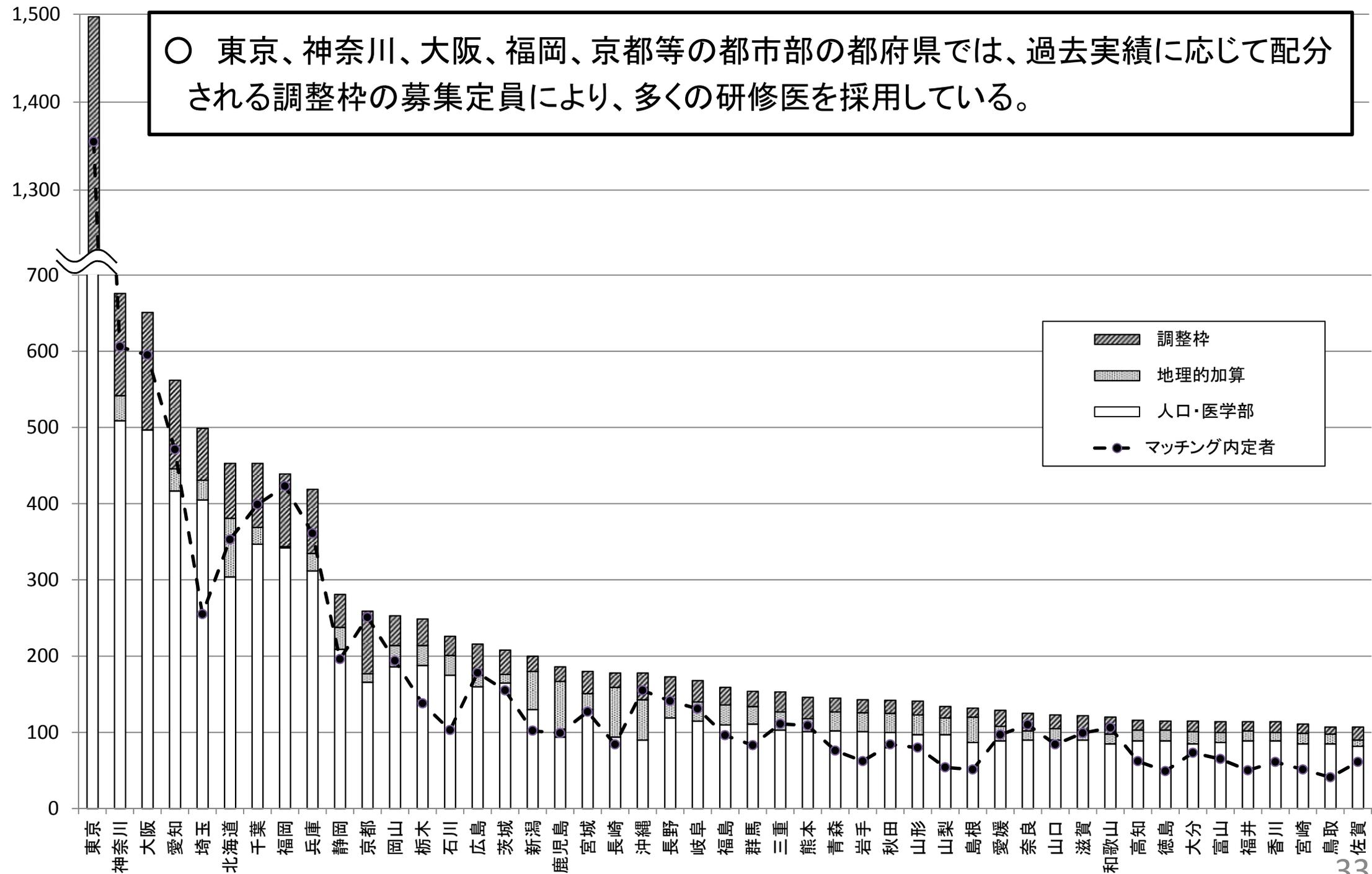
※ 都道府県の調整枠は、全国の募集定員上限※¹と都道府県別基礎数の合計との差を各県の採用実績で按分

※¹ 全国の募集定員上限 = 研修希望者数 × 募集定員倍率※² (H28 : 1.18倍)

※² 募集定員倍率は、平成32年度までに約1.1倍まで縮小

都道府県別の募集定員と採用実績（平成28年度）

○ 東京、神奈川、大阪、福岡、京都等の都市部の都府県では、過去実績に応じて配分される調整枠の募集定員により、多くの研修医を採用している。



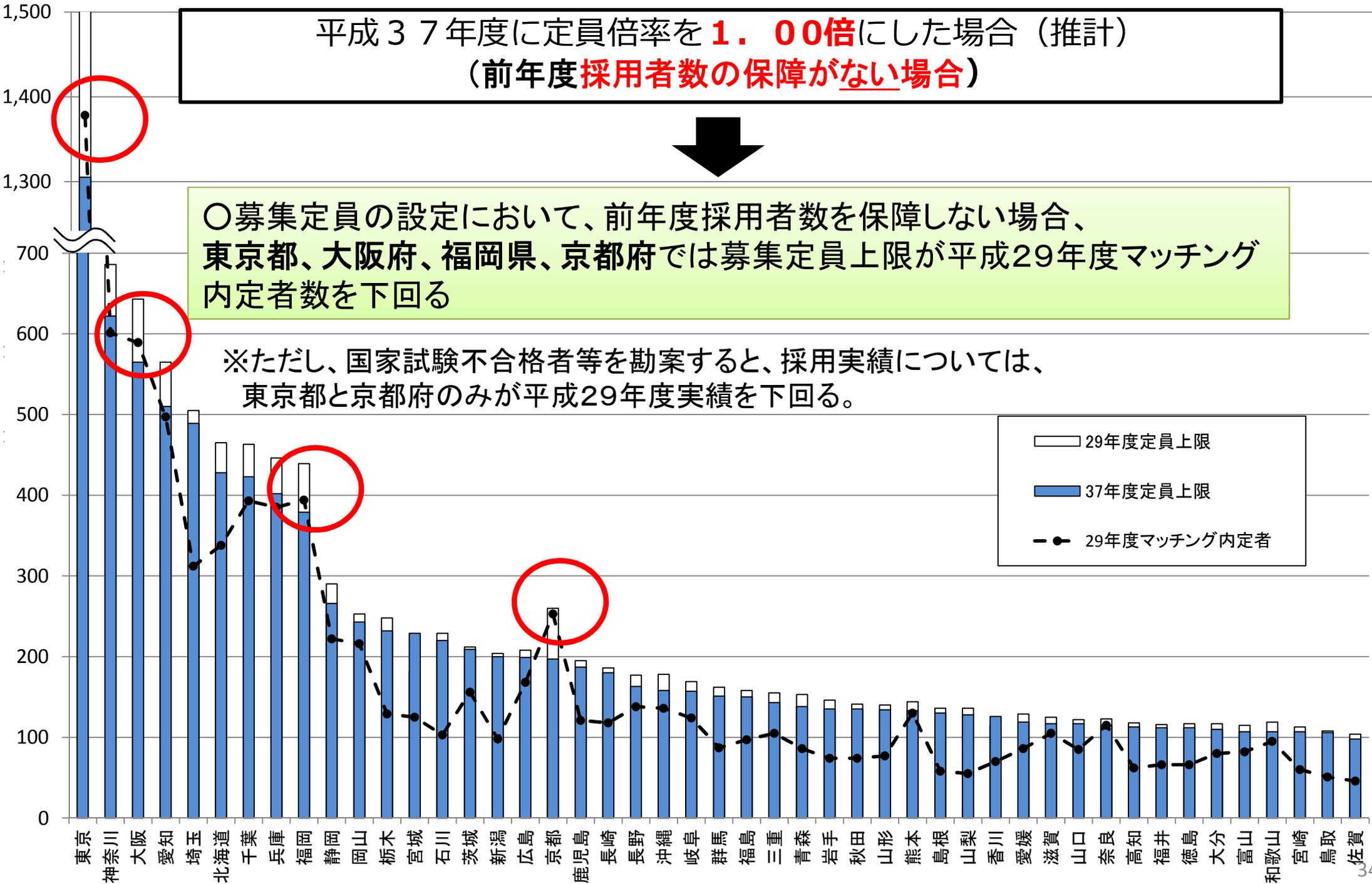
募集定員倍率を圧縮した場合の推計（その1）

平成37年度に定員倍率を**1.00倍**にした場合（推計）
 （前年度採用者数の保障がない場合）



○募集定員の設定において、前年度採用者数を保障しない場合、
 東京都、大阪府、福岡県、京都府では募集定員上限が平成29年度マッチング
 内定者数を下回る

※ただし、国家試験不合格者等を勘案すると、採用実績については、
 東京都と京都府のみが平成29年度実績を下回る。

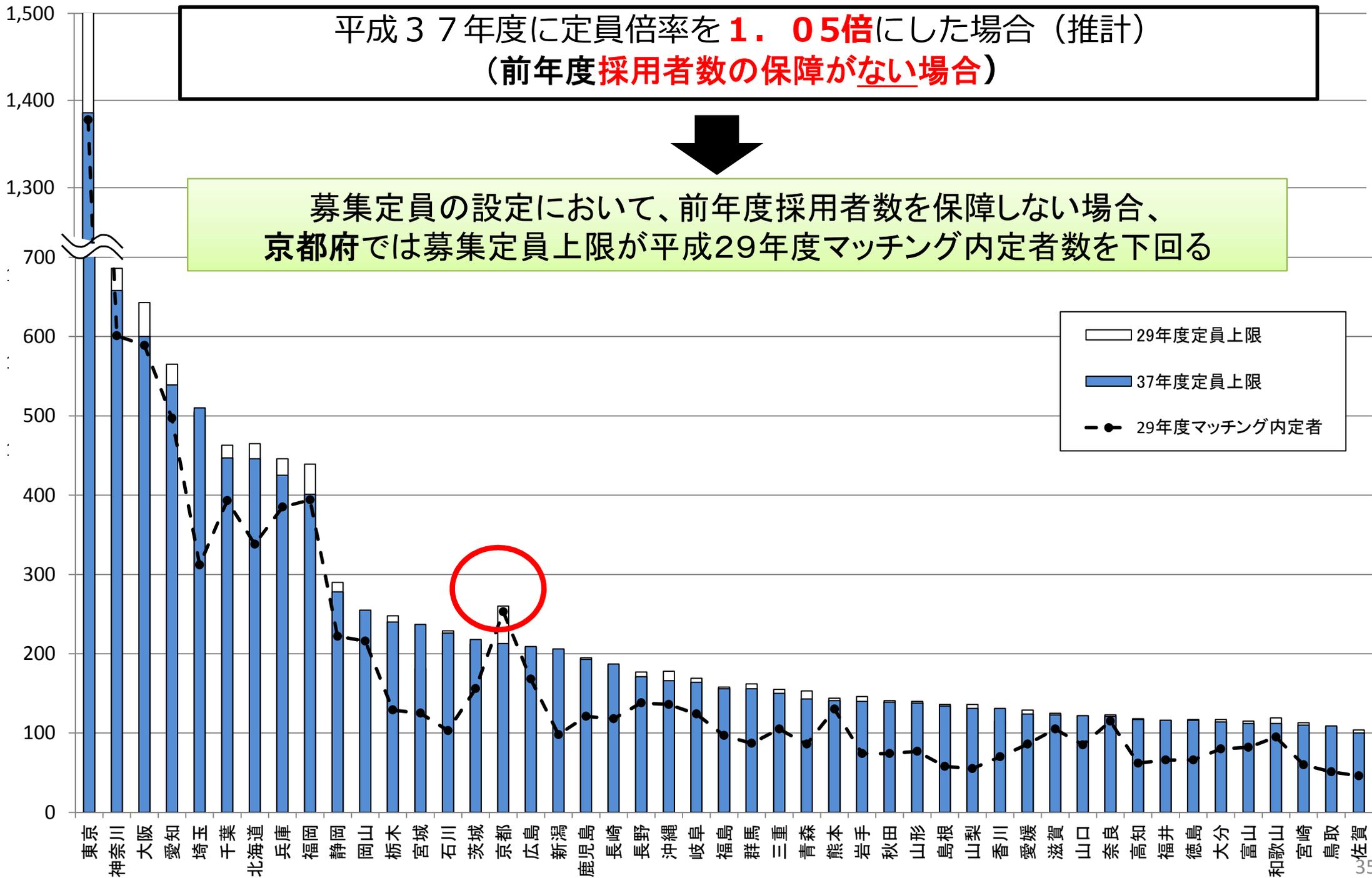


募集定員倍率を圧縮した場合の推計（その2）

平成37年度に定員倍率を**1.05倍**にした場合（推計）
 （前年度採用者数の保障がない場合）



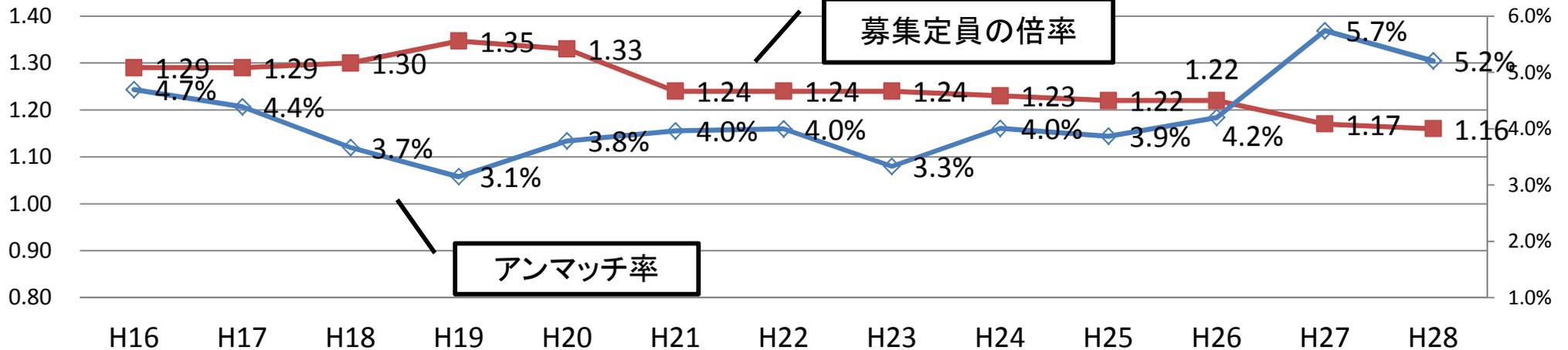
募集定員の設定において、前年度採用者数を保障しない場合、
 京都府では募集定員上限が平成29年度マッチング内定者数を下回る



アンマッチ率の特徴について

○ マッチング登録先が「1病院のみ」「臨床研修病院のみ」「他大学付属病院のみ」の志望者は、「自大学付属病院のみ」や「複数志望者」よりアンマッチ率が大幅に高い。

募集定員の倍率とアンマッチ率の推移



マッチング登録先	アンマッチ率(H28)	マッチ率(H28)
全体(参考)	5.2%(489人)	94.8%(8,906人)
1病院のみ	7.5%(221人)	92.5%(2,696人)
1プログラムのみ	8.1%(184人)	91.9%(2,099人)
臨床研修病院(臨病)のみ	9.8%(281人)	90.2%(2,610人)
他大学付属病院(他大)のみ	8.7%(52人) 約10倍	91.3%(543人)
自大学付属病院(自大)のみ	3.6%(59人)	96.4%(1,580人)
複数志望者	自大+他大+臨病	0.9%(4人)
	自大+他大	2.2%(9人)
	自大+臨病	1.8%(45人)
	臨病+他大	4.0%(39人)

現状と課題

- 臨床研修病院の募集定員について、
 - 1) 人口当たり医師数が多く研修医採用率も高い大都市圏の都府県がある一方、医師数が少なく研修医採用率も少ない県がある。
 - 2) 募集定員倍率を平成32年以降も1.1倍に維持した場合、大都市圏の都府県とそれ以外の道県の採用実績の割合はほぼ横ばいの見込みである。



見直しの方向性

- 地域医療の確保の観点から臨床研修医の都市部への集中を更に抑制していくために、臨床研修病院の募集定員を更に圧縮させるとともに、特に大都市圏の都府県については、募集定員をより圧縮することとしてはどうか。
※なお、募集定員の圧縮は、採用実績数の減少やアンマッチ率の増加、病院間の競争の低下の懸念があるため、これらを踏まえた対応とする必要があるのではないかと。

都道府県別の募集定員上限の計算方法について

①人口分布 (19道府県)

$$\text{全国の研修医総数} \times \frac{\text{都道府県の人口}}{\text{日本の総人口}}$$

②医師養成状況 (28都府県)

$$\text{全国の研修医総数} \times \frac{\text{医学部入学定員}}{\text{全国の医学部入学定員}}$$

多い方の割合で按分
研修医総数を①と②の

+

③地理的条件等の加算

- (a) 面積当たり医師数(100km²当たり医師数)
- (b) 離島の人口
- (c) 高齢化率(65歳以上の割合)
- (d) 人口当たり医師数

都道府県別の基礎数

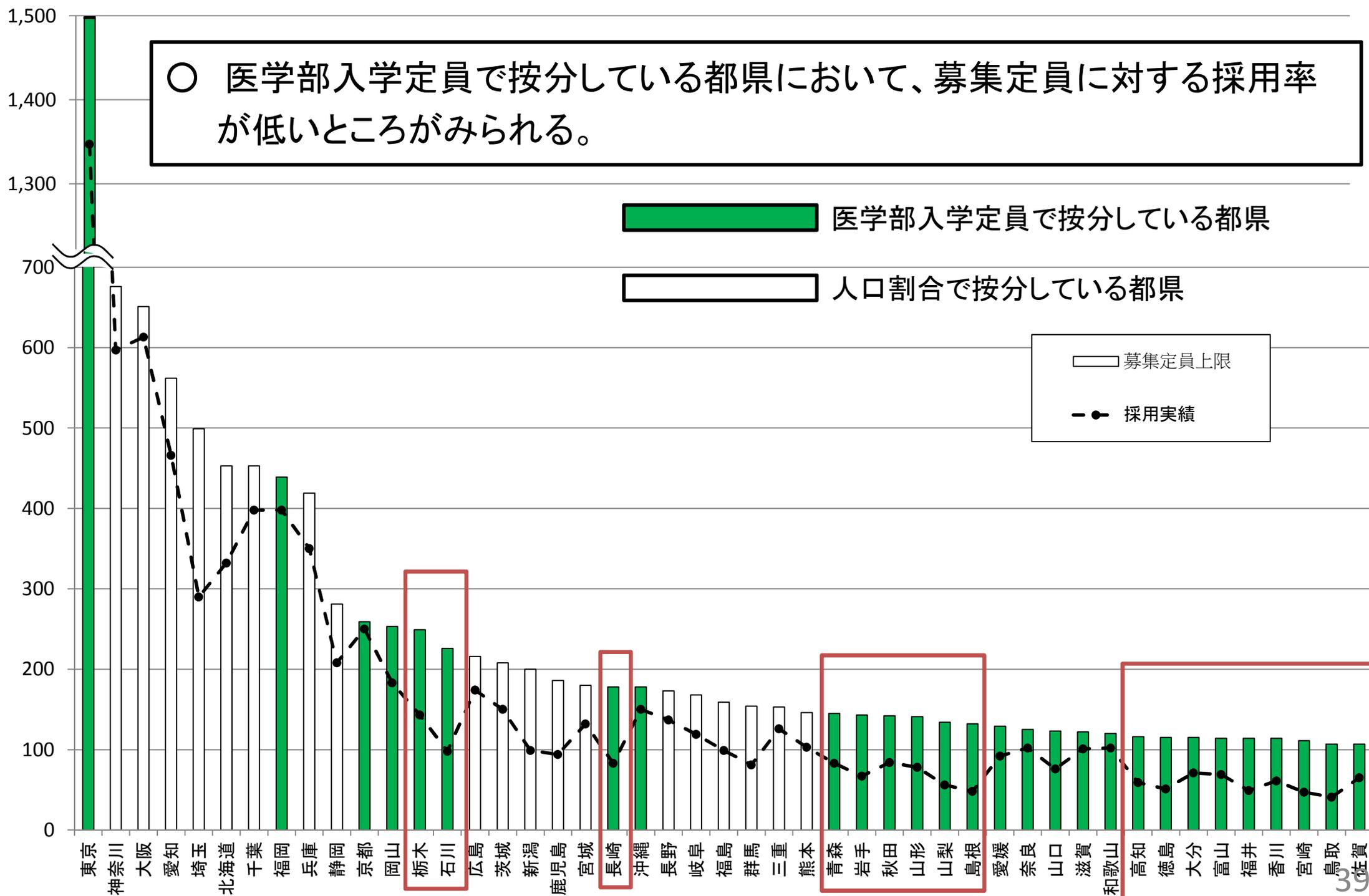
+

都道府県の調整枠

都道府県別の募集定員上限

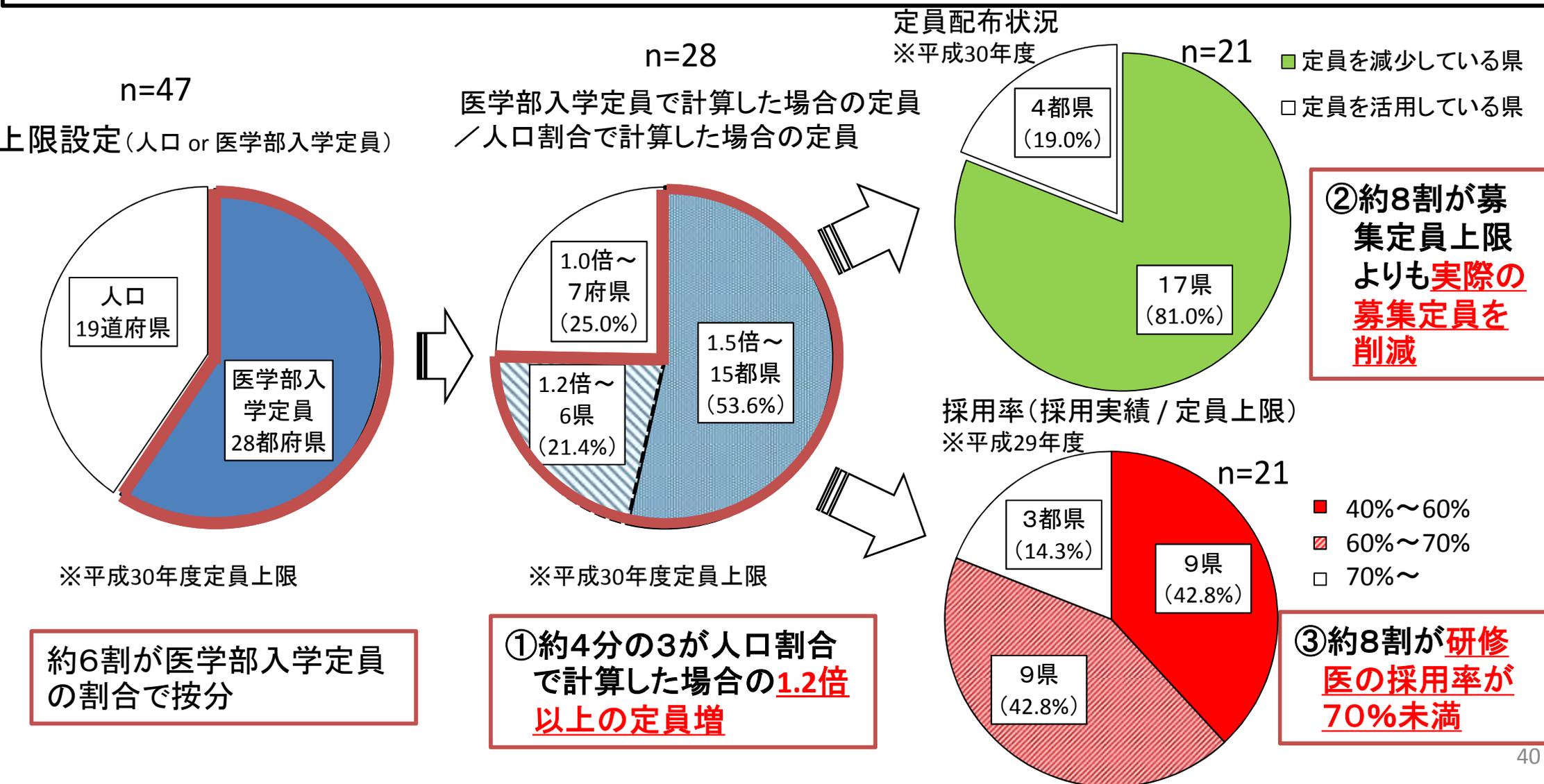
医学部入学定員で按分している都県の採用率（平成28年度）

○ 医学部入学定員で按分している都県において、募集定員に対する採用率が低いところが見られる。



医学部入学定員で按分している都県の採用状況等

- 都道府県別定員の上限の設定にあたり、医学部入学定員の割合を採用している都府県においては、**人口割合で計算した場合の定員に比べ、1.2倍以上の定員増となる場合が約4分の3ある。**
- その結果、**募集定員上限よりも実際の募集定員を削減させている県や、研修医の採用率の低い県が存在。**



都道府県別の募集定員上限の計算方法について（案）

①人口分布

$$\text{全国の研修医総数} \times \frac{\text{都道府県の人口}}{\text{日本の総人口}}$$

②医師養成状況

$$\text{全国の研修医総数} \times \frac{\text{医学部入学定員}}{\text{全国の医学部入学定員}}$$

多い方の割合で按分
研修医総数を①と②の

(1) 医師養成状況による募集定員の増加については一定の上限を加える

③地理的条件等の加算

- (a) 面積当たり医師数(100km²当たり医師数)
- (b) 離島の人口
- (c) 高齢化率(65歳以上の割合)
- (d) 人口当たり医師数

(2) 医師不足地域等へ配慮する観点から、地理的条件等の加算を増加させる

都道府県別の基礎数

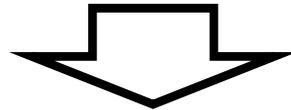
+

都道府県の調整枠

都道府県別の募集定員上限

現状と課題

- 都道府県別の募集定員上限の計算式について、医学部入学定員で按分している都府県では、人口分布で按分した場合の定員に比べて必要以上の定員増となることがあり、その結果、募集定員上限よりも実際の募集定員を削減させている県や、研修医の採用率が低い県がある



見直しの方向性

- 都道府県別の募集定員上限の計算式について、
 - ① 医学部入学定員による募集定員の増加については一定の上限を設けること
 - ② 医師が少ない地域等へ配慮する観点から、地理的条件等の加算を増加させることとしてはどうか。

③ 専門医

以下の事項は「医療従事者の需給に関する検討会」における構成員の意見、関係団体からの提言、保健医療2035等の提案を取りまとめたものであり、今後同検討会で議論し、年末までに取りまとめを行う

1. 医師の配置に係る対策(直接的な対策)

(1) 医学部

○いわゆる地域枠のこれまでの効果について地元出身者の定着率も含め検証を行い、**卒業後の地域定着がより見込まれるような地域枠**の在り方を検討
○医学教育において、地域医療の向上への貢献に関してより早期の動機づけ

(2) 臨床研修

○臨床研修の質等に配慮しつつ、臨床研修希望者に対する**募集定員倍率のなお一層の縮小**を検討
○都道府県別の募集定員の設定に当たり、医師不足地域等により配慮
○募集定員の配分等に対する**都道府県の権限を一層強化**
○臨床研修が出身大学の地域で行われることを促す仕組みについて検討

(3) 専門医

○国・都道府県における適切な権限行使や役割分担の枠組みとして、**都道府県等の調整等に関する権限を明確化**する等の対応を検討
○専攻医の募集定員について、**診療領域ごとに、地域の人口、症例数等に応じた地域ごとの枠の設定**を検討

(4) 医療計画による医師確保対策の強化

○**医療計画に、医師不足の診療科・地域等について確保すべき医師数の目標値を設定**し、専門医等の定員の調整に利用
○将来的に医師偏在等が続く場合に、十分な診療科の診療所の開設について、**保険医の配置・定数の設定や、自由開業・自由標榜の見直しを含めて検討**

(5) 医師・診療行為情報のデータベース化

○医籍登録番号、三師調査等の既存の仕組みの活用も念頭に置きつつ、医師の勤務状況等を把握するためのデータベース化について検討

(6) 地域医療支援センターの機能強化

○地域医療支援センターについて、所在地の医育機関と連携し、医学部入学から生涯にわたる医師のキャリア形成・異動を把握し、キャリア形成支援、配置調整ができるよう、その機能を強化

(7) 都道府県から国等への対策の求め

○都道府県が、国、関係機関等に必要な対策を求めることができる枠組みの検討

(8) 管理者の要件

○**特定地域・診療科で一定期間診療に従事**することを、**臨床研修病院、地域医療支援病院、診療所等の管理者の要件**として検討

(9) フリーランス医師への対応

○医師の資格や専門性が有する公益性を踏まえ、いわゆるフリーランス医師や多額の紹介料・給料を要する者への対応について検討

(10) 医療事業の承継税制

○地域の医療機関の事業の承継に関し、中小企業と同様、事業承継に当たっての優遇税制について検討

2. 医師の就労環境改善等に関する対策(間接的な対策)

(1) 女性医師の支援

○病院における柔軟な勤務形態の採用等、妊娠・子育て中の女性医師の就労継続・復職支援に資する取組の推進

(2) 技術革新に対応した医療提供

○医師が業務を効率的に行うことができるよう、ICT等の技術革新を活用した医療提供を推進

(3) チーム医療

○医師が業務を効率的に行い、質の高い医療を提供できるよう、各医療スタッフの役割分担を見直し、チーム医療を推進

(4) サービス受益者に係る対策

○医療機関の詳しい診療内容や「かかりつけ医」について、住民等への情報提供を推進

③－1 専門医

【専門研修における都道府県等の調整
権限について】

新たな専門医の仕組みの経緯

平成25年4月	厚労省	「専門医の在り方に関する検討会報告書」取りまとめ
平成26年5月	機 構	一般社団法人日本専門医機構設立
平成28年2月～		地域医療の関係者から、医師偏在の懸念が示される
6月7日	日 医 ・四病協	「新たな専門医の仕組みへの懸念について」 ※専門医機構及び基本領域学会に対する要望書 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・一度立ち止まり、地域医療、公衆衛生、地方自治、患者・国民の代表による幅広い視点を加えた検討の場を新たに設置 ・新たな検討の場で、医師及び研修医の偏在が深刻化しないかどうか集中的に精査 </div>
6月7日	大臣談話	「要望書の趣旨を理解するとともに、専門医機構と学会が、地域医療関係者や自治体等の意見を真摯に受け止め、なお一層の取組をすることを強く期待。」
6月27日	機 構	社員総会を開催し、新理事を選出 → 学会中心の体制から、地方自治体、患者・国民の代表など、幅広い関係者の体制に
7月20日	機 構	「専門医研修プログラムと地域医療にかかわる新たな検討委員会」(精査の場)を開催 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・平成29年度は新プログラムを認定せず、平成30年度を目途に一斉に開始 </div>
11月18日	日 医	「要望書」 ※専門医機構に対する要望書(新たな整備指針に関する要望)
12月16日	機 構	社員総会を開催し、「専門医制度新整備指針」を決定 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・基幹研修施設の基準を、原則、大学病院以外の医療機関も認定される水準とする ・機構は、研修プログラムの認定に際し、都道府県協議会に事前協議 ・妊娠、出産、育児等の理由による研修中断に柔軟に対応 等 </div>
平成29年3月17日	機 構	理事会を開催し、新整備指針の運用細則および補足説明を決定
4月12日	市長会	「国民不在の新専門医制度を危惧し、拙速に進めることに反対する緊急要望」 ※厚生労働大臣に対する要望書(2月に全国医系市長会から厚生労働大臣に対して同趣旨の要望あり)
4月24日	厚労省	第1回「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」開催
6月2日	機 構	理事会を開催し、「専門医制度新整備指針(第二版)」を決定
7月7日	機 構	理事会を開催し、新整備指針の運用細則の修正を決定
8月2日	大臣談話	「新たな専門医制度」に対する厚生労働大臣談話を公表
8月～9月	機 構	研修プログラムの認定に際し、各都道府県協議会と協議
10月10日	機 構	平成30年度の研修開始に向け、専攻医の仮登録開始

今後の予定(案) ※平成30年4月研修開始(予定)

専門研修に関する関係者の要望①

平成28年6月7日 日本医師会・四病院団体協議会要望書 ※ 専門医機構及び基本領域学会宛て

地域医療、公衆衛生、地方自治さらには患者・国民の代表による幅広い視点も大幅に加えて早急に検討する場を設け、その検討結果を尊重すること。その際いわゆるプロフェッショナルオートノミー(専門家による自律性)は尊重されるべきである。

プログラム作成や地域医療に配慮した病院群の設定等を行うに当たっては、それぞれの地域において都道府県、医師会、大学、病院団体等の関係者が協議、連携し、都道府県の協議会において了解を得ること。

日本専門医機構のガバナンスシステム等、組織の在り方については、医療を受ける患者の視点に立って専門医の仕組みの再構築を目指すという原点に立ち返り、医師の地域的偏在の解消に向けて寄与するなど地域医療に十分配慮すべきであり、そのためにも、地域医療を担う医療関係者や医療を受ける患者の意見が十分に反映され、議論の透明性や説明責任が確保されるようなガバナンス構造とする等、日常的な運営の在り方を含め、抜本的に見直すこと。

平成28年7月21日 全国知事会社会保障常任委員会 「新たな専門医制度に対する要望」

新たな制度には、国が主体的に関与するとともに、都道府県に役割を求める際には、国、日本専門医機構、都道府県及び関係機関の役割や権限を法令等で明確に規定すること。

専門研修に関する関係者の要望②

日本医師会要望(概要) (平成28年11月18日)	対応の内容 (平成29年4月24日現在)
1. 基幹施設の基準は、都道府県ごとに、大学病院以外の医療機関も認定される基準とすること。	<ul style="list-style-type: none"> ● 原則、大学病院以外の医療機関も認定される水準とする。 ※専攻医の多い診療科(内科、外科、小児、産婦、救急、精神、整形麻酔)では、都道府県ごとに、大学病院以外の基幹施設を置く基準
2. 従来、専門医を養成していた医療機関が希望する場合は、連携施設となれること。	<ul style="list-style-type: none"> ● 従来、専門医を養成していた医療機関が希望する場合は、基幹施設の承認のもと連携施設となれる。
3. 専攻医のローテーションは、原則として、6ヵ月未満で所属が変わらないこと。	<ul style="list-style-type: none"> ● 原則として、基幹施設での研修は6ヵ月以上とし、連携施設での研修は3ヵ月未満とならないように努める。
4. 都市部のプログラムは、原則として、募集定員が過去3年間の専攻医の採用実績平均を超えないこと。	<ul style="list-style-type: none"> ● 都市部への集中を防ぐため、都市部の研修プログラムの定員等についてルールを定める。 ※5都府県(東京、神奈川、愛知、大阪、福岡)では、原則として、募集定員が過去3年間の採用実績の平均を超えない
5. 専攻医の採用は、基幹施設だけではなく、連携施設でも行えること。	<ul style="list-style-type: none"> ● 基幹施設、連携施設、関連施設等で専攻医の採用が可能。
6. プログラムの認定は、各都道府県協議会において、医師会、大学、病院団体等の地域医療関係者の了解を得ること。	<ul style="list-style-type: none"> ● 機構は、研修プログラムを承認するに際し、行政、医師会、大学病院団体からなる各都道府県協議会と事前に協議し決定する。
7. 研修期間については、妊娠、出産、育児等の理由により中断することができ、かつ、6ヶ月までの中断であれば、残りの期間に必要な症例等を埋め合わせることで研修を延長しないですむこと。また、6ヶ月以上の中断の後研修に復帰した場合でも、中断前の研修実績は、引き続き有効とされること。	<ul style="list-style-type: none"> ● 特定の理由(海外への留学、妊娠・出産・育児など)で専門研修が困難な場合は、中断することができる。 ● 6ヶ月までの中断であれば、残りの期間に必要な症例等を埋め合わせることで、研修期間の延長を要しない。 ● また、6か月以上の中断の後研修に復帰した場合でも、中断前の研修実績は、引き続き有効とされる。

専門研修に関する関係者の要望③

○ 全国市長会会長代理 松浦正人 平成29年4月12日

「国民不在の新専門医制度を危惧し、拙速に進めることに反対する緊急要望」 （抜粋）

2. 地方創生に逆行する危険と医師偏在の助長

- ・大学病院や大病院の所在地以外の地域は医師不足が助長

5. 若手医師たちに義務的に医局生活を強いる理不尽

- ・初期研修修了後に地域医療に従事している医師達を基幹施設に引き上げることにより、地域医療にとって重大な支障を来す

6. 専門職自律という国民不在の議論

- ・自治体の長や、国・地方議員による検証を度外視して制度設計を進めることには大いに問題がある。立ち止まって考え直すべき

○ 奈良県知事 荒井正吾 平成29年4月24日

「今後の医師養成の在り方と地域医療の確保に関する意見」 （抜粋）

1. 基本的な考え方について

専門医制度を導入するに当たり、制度の設計・運営の内容次第で、地域医療の確保に多大な影響が生じうる可能性がある場合は、医師偏在への対策を含めた地域医療の確保に関する観点から、公の介入が必要になるものと考えます。

本検討会の専門医制度の主要なテーマは、プロフェッショナル・オートノミーの領域に属する医師の資質の向上と、行政が責任を負うべき地域医療の確保について、どのように知恵を出して両立を図るかという点にあると考えます。

2. 地域医療の確保に関する懸念について

都道府県内の偏在に関して、整備指針によれば、専門医機構は、研修プログラムの認定にあたり、地域医療の影響の観点について、都道府県に協議することとなっていますが、ひとたび研修プログラムが認定された後には、専門研修基幹施設に、医師の配置を委ねることとなります。

専門医制度がプロフェッショナル・オートノミーに立脚する限りは、地域の医師偏在に主体的な責任を持てるものとは考え難く、その場合は、国と地方公共団体がしっかりと関与し、医師偏在の懸念を払拭すべきと考えます。

そのような観点から、専門医機構又は専門研修基幹施設が、専門研修連携施設の医師配置の状況を含め、研修プログラムの運用状況を各都道府県協議会に報告し、地域医療の確保の動向について情報を共有し、必要に応じ、各都道府県が地域医療の確保の観点からの意見を申し述べることができるものとするなど、継続的に地域医療の確保が可能となる仕組みとするべきと考えます。

今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会

1. 開催趣旨

現在、医学教育モデル・コア・カリキュラムが改訂され、卒前段階の臨床実習を一層充実することが予定されている。また、平成16年度の臨床研修必修化が地域医療に大きな影響を与えたと指摘される一方で、専門研修についても医師偏在の懸念が地域医療関係者より示され、研修開始が1年延期され、現在、平成30年度の研修開始に向けて、標準的な医療を行う専門医の研修方法が日本専門医機構において検討されている。

これらの新しい研修制度において、卒前・卒後の一貫した医師養成や、地域の医師確保など地域医療に十分配慮される仕組みとすることが重要である。

こうした観点から、今後の医師養成の在り方と地域医療について検討するため、本検討会を開催する。

2. 検討課題

- ・ 地域医療に求められる専門医制度の在り方
- ・ 卒前・卒後の一貫した医師養成の在り方
- ・ 医師養成の制度における地域医療への配慮

3. 構成員（◎座長、○副座長）

荒井 正吾	奈良県知事	奈良 信雄	日本医学教育評価機構理事、順天堂大学特任教授
新井 一	一般社団法人全国医学部長病院長会議会長	南学 正臣	東京大学医学部腎臓・内分泌内科教授
今村 聡	公益社団法人日本医師会副会長	邊見 公雄	公益社団法人全国自治体病院協議会会長
◎遠藤 久夫	国立社会保障・人口問題研究所所長	堀 真奈美	東海大学教養学部人間環境学科教授
押淵 徹	公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会会長	森 隆夫	公益社団法人日本精神科病院協会常務理事
尾身 茂	独立行政法人地域医療機能推進機構理事長	山内 英子	聖路加国際病院副院長・ブレストセンター長 ・乳腺外科部長
加納 繁照	一般社団法人日本医療法人協会会長	山口 育子	認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長
○桐野 高明	東京大学名誉教授	吉村 博邦	一般社団法人日本専門医機構理事長
洪谷 健司	東京大学大学院国際保健政策学教授		
立谷 秀清	相馬市長、全国市長会副会長		

4. スケジュール

平成29年4月より開催

「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」 が対応を求めた主な内容と日本専門医機構の対応

対応を求めた主な内容

※第1回、第2回及び第3回検討会で、日本専門医機構に対応を求めた

- 専門医の取得は義務ではなく自発的な自己研さんとして位置付けられるものであることの明確化
- 地域医療従事者や女性医師等のライフイベントに配慮したカリキュラム制の設置等柔軟な研修制度の設置
- 研修の中心は大学病院のみでなく、地域の中核病院等であること
- 都道府県協議会が意見を提出した場合には、研修プログラムを改善すること

日本専門医機構の対応

※日本専門医機構が専門医制度新整備指針及び運用細則を改正

- 専門医はすべての医師が取得しなければならないものではなく、医師として自律的な取組として位置付けられることを明確化
- 出産や育児、介護、留学等相当の合理的理由がある医師等は研修カリキュラム制による専門研修等柔軟な対応を行い、研修に関する相談窓口を設置すること
- 幅広い疾患の症例が豊富な市中病院を重要な研修拠点とすること、連携病院で採用した医師は専攻医の希望があった場合、できうる限り長期間連携病院で研修できるようにすること
- 都道府県協議会が意見を提出した場合には、機構が関係学会と調整を行い、研修プログラムを改善すること

「新たな専門医制度」に対する厚生労働大臣談話（平成29年8月2日）

国民の求める医療ニーズは、「量」から「質」へと大きく転換しています。こうした中、若手医師が安心して専門研修を受け、生涯にわたって研鑽を続け、医療の質の向上を図るには、国際的な水準を担保し、世界にも評価される専門医を養成する制度の確立・運営が喫緊の課題です。

こうした中、新たな専門医制度の構築に当たっては、平成29年度の養成開始を目指し、日本専門医機構において準備が進められてきました。しかし、昨年6月に日本医師会及び四病院団体協議会から、新たな制度が施行されることにより地域医療の現場に大きな混乱をもたらす等の懸念があるため、一度立ち止まって、集中的な精査を早急に行うこと等が要望され、私からも、改めて地域医療を担う医療関係者や地方自治体など、幅広い方々からの要望やご意見を真摯に受け止め、なお一層の取組をされることを求めました。

これを受け、日本専門医機構におかれては、地域医療関係者や地方自治体を加えた体制を整備するなど、ガバナンスの抜本的見直しを図ってられました。また、厚生労働省においては、本年4月に「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」を設置し、専門医制度の在り方について、全国知事会や全国市長会、病院団体など地域医療関係者の方々が加わった場で意見交換を行って頂きました。

日本専門医機構においては、こうした議論の積み重ねを踏まえ、専門医の取得は義務ではなく医師として自律的な取組として位置付けられるものであることや、研修の中心は大学病院のみではなく症例の豊富な地域の中核病院等も含むことの明確化、女性医師等の多様な働き方に配慮したカリキュラム制の設置などを専門医制度新整備指針等に明記され、新たな制度の施行により地域医療に影響を与えないような配慮がなされていると理解しております。

他方、来年度より実施する新たな専門医制度は、プログラム制の導入など、これまでに無い新たな仕組みであり、
○実際の専攻医の応募の結果、各診療科の指導医や専攻医が基幹病院に集中することで地域医療に悪影響が生じるのではないかと、
○専攻医がその意思に反し、望んでいる地域、内容での研修を行えなくなるのではないかなどの懸念を完全に払拭するには至っておりません。

新たな仕組みの開始に当たっては、こうした懸念に真摯に向き合い、都道府県、市町村、医師会、大学、病院団体等からなる都道府県協議会等地域医療関係者と十分に協議が行われたうえで、運用の中で問題があれば速やかに是正が行われる必要があると考えています。

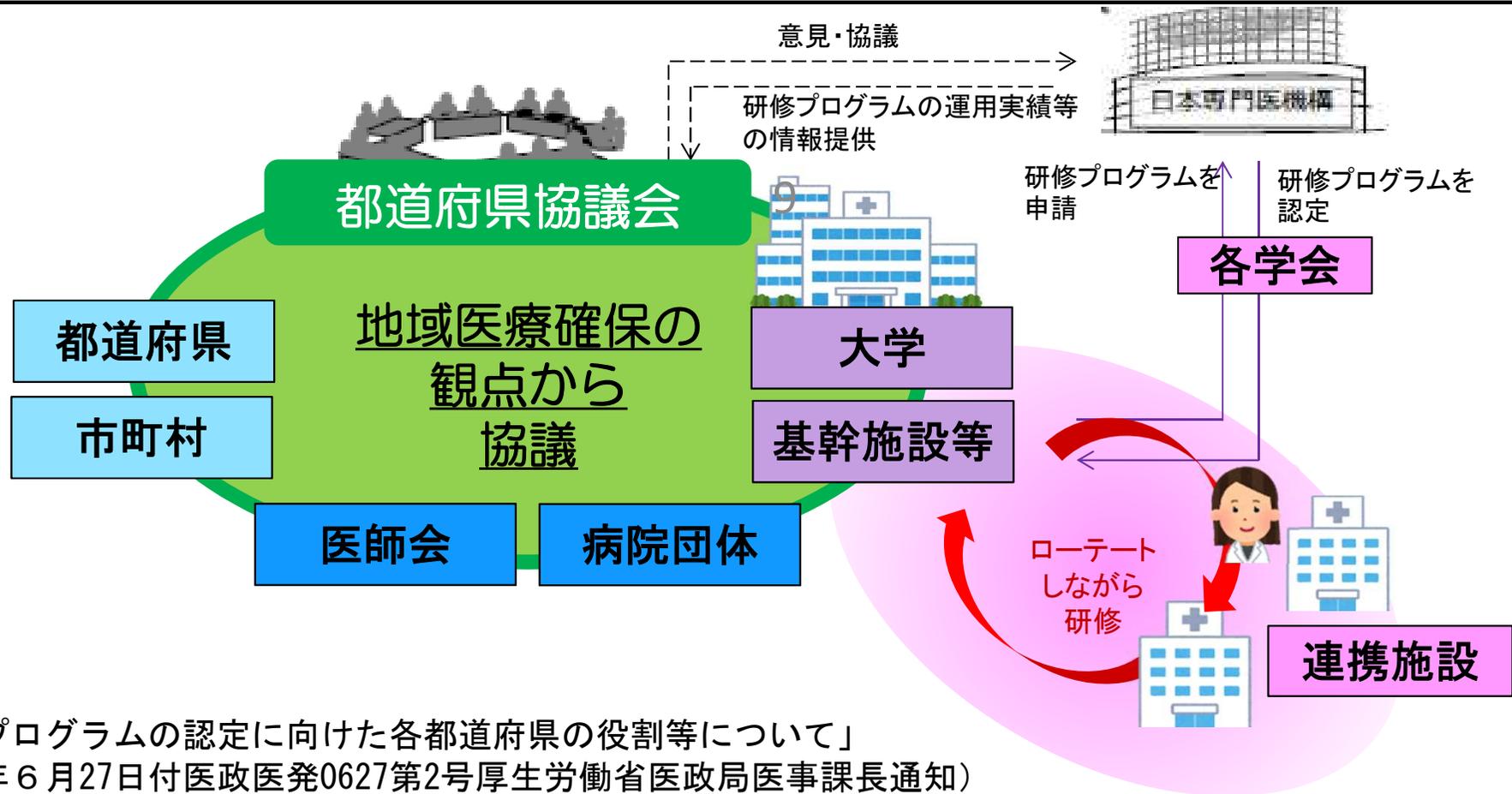
具体的には、日本専門医機構及び各関係学会に対し、学会ごとの応募状況及び専攻医の配属状況を厚生労働省に報告いただくことを求めます。厚生労働省においては、新たな専門医制度が地域医療に影響を与えていないかどうか、領域ごとに確認をすることとしたいと考えております。

その結果、万が一、新たな専門医制度によって地域医療に影響を与える懸念が生じた場合には、「国民に対し良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制」を確保する医療法上の国の責務に基づき、厚生労働省からも日本専門医機構及び各関係学会に対して実効性ある対応を求めることといたします。

新たな専門医制度が、日本の医療をより一層質の高いものとする新たな礎となり、地域の方々にとって最良の医療が提供される体制の構築を目指すことが必要です。そのためには、日本専門医機構及び各関係学会が協力し合い、様々な意見に耳を傾け、厚生労働省や都道府県などとも協議しながら、新たな専門医制度が地域医療や医師のキャリアプランに配慮したものとなることを強く期待します。

新たな専門医の仕組みにおける都道府県協議会について

- 新たな専門医の仕組みについては、地域医療へ与える影響への懸念を踏まえ、養成開始を1年延期し、平成30年度からの開始に向けて、日本専門医機構において準備中である。
- 新たな専門医の仕組みの実施に当たって、医師が偏在することなく専門医の質を高める体制が構築されるよう、各都道府県に設置される協議会において、地域医療確保の観点から、関係者間で協議を行う。
- 都道府県協議会は、プログラムの認定に当たって、地域医療提供体制を現状より悪化させることがないか協議し、日本専門医機構が調整を行う。また、プログラム認定後も、運用実績を踏まえて協議し、日本専門医機構が調整を行い、必要な改善を図る。



(参考) 「専門研修プログラムの認定に向けた各都道府県の役割等について」
 (平成29年6月27日付医政医発0627第2号厚生労働省医政局医事課長通知)
 「専門医制度新整備指針(第二版)」(平成29年6月)

地域医療対策協議会について

設置の経緯

地域医療対策協議会は、平成16年の関係省庁会議の報告書に基づき、医師確保を行うための具体的施策を協議する場として都道府県に設置され、平成18年の医療法改正において、医師だけでなく医療従事者全体の確保（及びこれに必要な医療の確保）を図るための方策（＝地域医療対策）について議論する場として法制化された。

医療法(抄)

第三十条の二十三 都道府県は、次に掲げる者の管理者その他の関係者との協議の場を設け、これらの者の協力を得て、救急医療等確保事業に係る医療従事者の確保その他当該都道府県において必要とされる医療の確保に関する事項に関し必要な施策を定め、これを公表しなければならない。

構成メンバー

次に掲げる者の管理者その他の関係者

- 特定機能病院
- 地域医療支援病院
- 公的医療機関
- 臨床研修病院
- 診療に関する学識経験者の団体
- 大学その他の医療従事者の養成に関する機関
- 社会医療法人
- 独立行政法人国立病院機構
- 独立行政法人地域医療機能推進機構
- 地域の医療関係団体
- 関係市町村
- 地域住民を代表する団体

地域医療対策の推進に関する各種会議体の設置根拠

○医師確保に直接的に関係する会議体

会議体	設置根拠	参照条文
都道府県医療審議会	法定	医療法 第71条の2 この法律の規定によりその権限に属させられた事項を調査審議するほか、都道府県知事の諮問に応じ、当該都道府県における医療を提供する体制の確保に関する重要事項を調査審議するため、都道府県に、都道府県医療審議会を置く。
地域医療対策協議会	法定	医療法第30条の23第1項 都道府県は、次に掲げる者の管理者その他の関係者との協議の場を設け、これらの者の協力を得て、救急医療等確保事業に係る医療従事者の確保その他当該都道府県において必要とされる医療の確保に関する事項に関し必要な施策を定め、これを公表しなければならない。(各号略)
地域医療支援センター	都道府県事務 (努力義務)として法定	医療法第30条の25第1項 都道府県は、地域医療対策を踏まえ、地域において必要とされる医療を確保するため、次に掲げる事務を実施するよう努めるものとする。(各号略)
へき地医療支援機構	予算要綱	—
新たな専門医の仕組みにおける都道府県協議会	通知	—

○医師確保に間接的に関係する会議体

地域医療構想調整会議	法定	医療法第30条の14第1項 都道府県は、構想区域その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域(第三十条の十六第一項において「構想区域等」という。)ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者(以下この条において「関係者」という。)との協議の場(第三十条の二十三第一項を除き、以下「協議の場」という。)を設け、関係者との連携を図りつつ、医療計画において定める将来の病床数の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議を行うものとする。
医療勤務環境改善支援センター	都道府県事務 (努力義務)として法定	医療法第30条の21第1項 都道府県は、医療従事者の勤務環境の改善を促進するため、次に掲げる事務を実施するよう努めるものとする。(各号略)

- ・ 医師需給、医師確保対策に関する都道府県の協議会というものはできれば一本化して、そしてきちんとミッションを与えて、どういうことを議論してくださいといったことを、ある程度、国からも指針を出す必要があるのではないか。
- ・ それぞれ同じような会議がそれぞれ法の根拠が違うために同時に開催できないとか、そういうこともあった。法定であったり、予算であったり、通知であるもので、例えば専門医における都道府県協議会は各地域で非常に今、困難を極めているけれども、これは単なる通知であって、義務ではないと言われてしまうこともある。
この辺も含めて、やはり一度、法的な整理もして、かなり緊急性も要するものであるから、しっかり都道府県に対して、こういう根拠があるから開けるのだということを通知してもらわないといけないのではないか。
- ・ さまざまな会議があるが、先ほど来、多くの構成員の方々から御指摘があったように、私もこの中のたくさんの会議に入っているが、全然わけがわからない。どこで何をやっているかというのが全然わかっていないので、もうちょっときっちりと国のほうで整理をしていただかないと、これは都道府県ではできない話だと思う。

都道府県による新たな医師確保実施体制のイメージ

都道府県医療審議会

役割 医療法の規定により権限に属する事項や、都道府県知事の諮問に応じて当該都道府県における医療提供体制の確保に関する重要事項を調査、審議

構成員 医師、歯科医師、薬剤師、患者代表及び学識経験者

- 【医師確保計画】**
- 都道府県における医師の確保方針
 - 都道府県ごとに確保すべき医師数の目標
 - 目標の達成に向けた各種施策
 - ・医師が不足している地域に対する医師派遣の在り方
 - ・医師養成課程(医学部、臨床研修、専門研修)を通じた医師の地域定着策 等

具体的な実施方法等
の協議・調整

地域医療対策協議会

役割 都道府県が具体的な医師確保対策等を実施するに当たり、その実効性を高めるための「協議の場」

構成員 医師確保対策上、主要な役割を果たす関係者

協議事項
(例)

医師派遣等

医師派遣の具体的な実施方法

へき地の医師確保のための具体的な調整

医師養成関係

地域枠・地元枠の具体的な設定

臨床研修施設の定員に関する調整

専門医の配置に関する調整

医師確保対策の推進に
関するその他の会議体

⇒機能を移管

※特別な事情がある場合には、
ワーキンググループとして
存続させることも可能

地域医療
支援センター
運営委員会

へき地医療
支援機構
運営委員会

専門医協議会

現行制度における課題（まとめ）

- 新専門医制度の構築に当たっては、地域医療に影響を与えることが見込まれたため、制度開始を1年延期し、国の検討会や都道府県の協議会において地域医療への配慮について検討が行われてきたが、日本専門医機構が地方自治体等からの意見を踏まえる仕組みが担保されておらず、法律上、国や地方自治体の意見を踏まえる仕組みとすることが必要。
- なお、都道府県によっては、医師確保に関する同様の議題を議論する会議体が複数存在し、連携が乏しく、類似の重複した検討が行われている場合がある。

検討の方向性

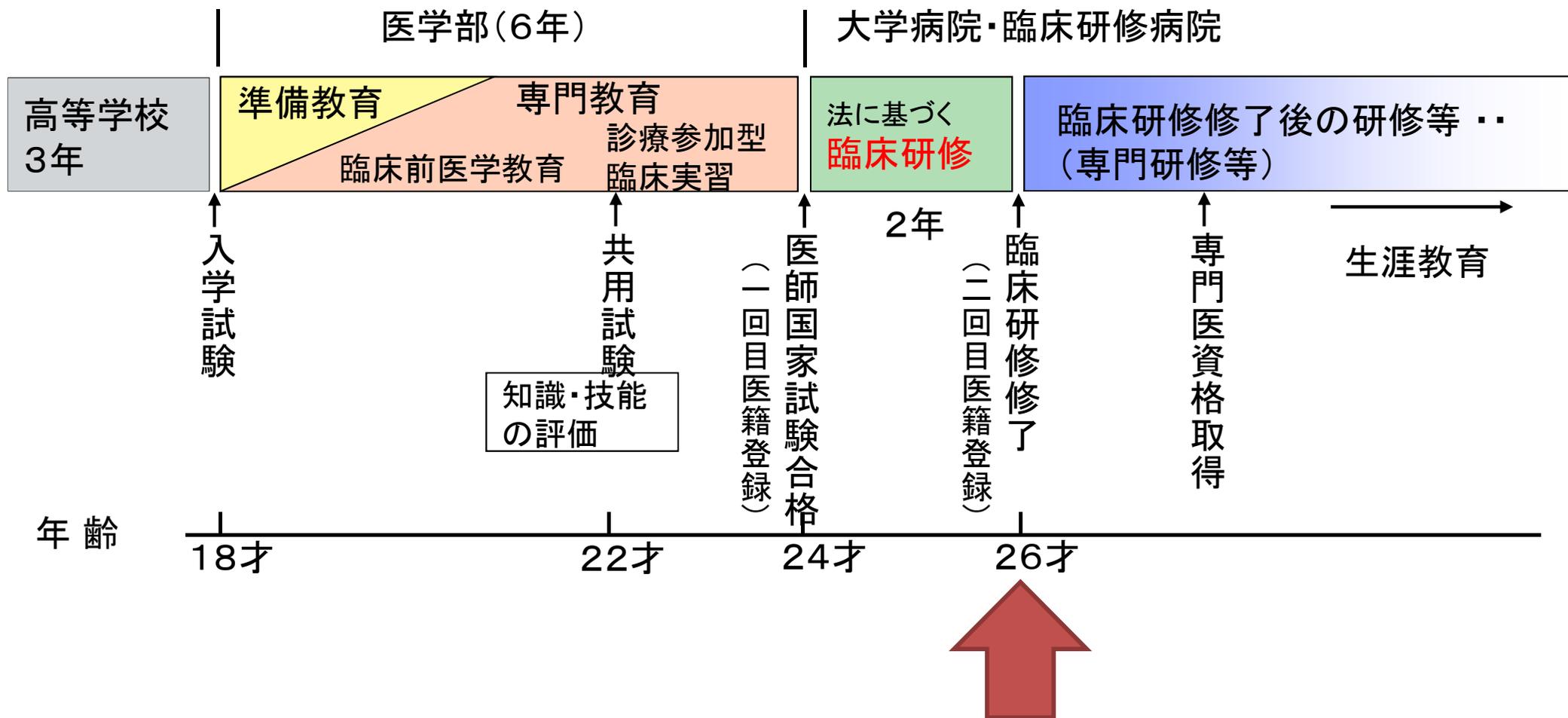
- 新専門医制度において、専門研修体制が地域医療に影響を与える場合や研修の機会確保が十分でない場合に、国や都道府県が地域医療の観点や研修の機会確保の観点から意見を述べるような仕組みを法律上設けることとしてはどうか。
- なお、都道府県において意見の内容を協議する場としては、地域医療対策協議会に統合するが、都道府県によって特別の事情がある場合には、専門医の協議会を地域医療対策協議会のワーキンググループなどとして存続させることも可能としてはどうか。

③ー2 専門医

【将来の診療科ごとの医師の需要の明確化について】

現状の診療科の選択方法について

- 現行では、診療科別の医師の需要は不明確であり、医師は臨床研修修了後に自主的に主たる診療科を選択している。



- 臨床研修修了後、専門研修等を自主的に選択
- 診療科別の医師の需要は不明確

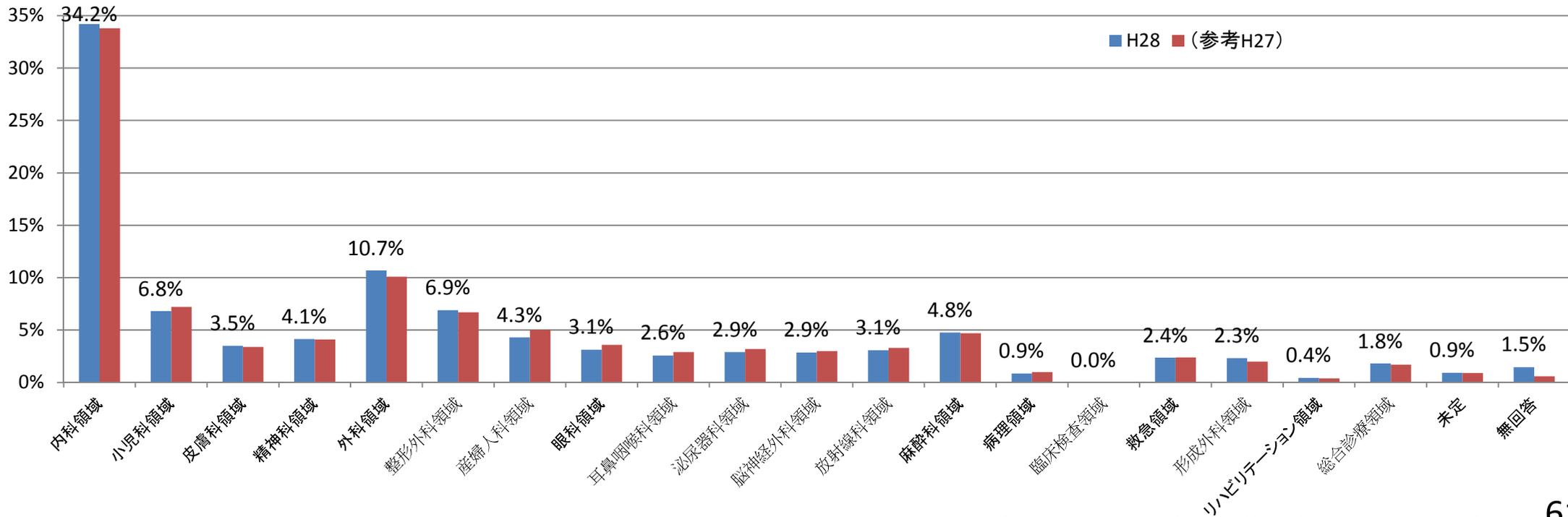
専門医資格の取得希望

○男女ともに9割以上が専門医資格の取得を希望している。

専門医資格の取得希望(性別・年齢別)

	男性	女性	不詳	合計	20代	30代	40代以上	不詳	合計	(参考H27)
はい	92.6%	92.9%	91.2%	92.6%	93.6%	89.2%	82.9%	88.8%	92.6%	91%
いいえ	1.4%	0.6%	0.9%	1.2%	0.9%	2.2%	7.3%	0.5%	1.2%	1%
わからない・ まだ決めていない	3.5%	3.7%	3.7%	3.6%	3.1%	5.5%	9.8%	5.1%	3.6%	5%
無回答	2.5%	2.7%	4.2%	2.6%	2.5%	3.1%	0.0%	5.6%	2.6%	3%

専門医資格を取得したいと思っている診療領域(資格取得希望者単数回答(n=5,589))



- 専門医の領域は、基本領域の専門医を取得した上でサブスペシャリティ領域の専門医を取得する二段階制を基本とする。
- 専門医の認定は、経験症例数等の活動実績を要件とし、また、生涯にわたって標準的な医療を提供するため、専門医取得後の更新の際にも、各領域の活動実績を要件とする。
- 広告制度（医師の専門性に関する資格名等の広告）を見直し、基本的に、第三者機関が認定する専門医を広告可能とする。

新たな専門医制度の基本設計

サブスペシャリティ領域（29 領域）

消化器病、循環器、呼吸器、血液、内分泌代謝、糖尿病、腎臓、肝臓、アレルギー、感染症、老年病、神経内科、消化器外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科、リウマチ、小児循環器、小児神経、小児血液・がん、周産期、婦人科腫瘍、生殖医療、頭頸部がん、放射線治療、放射線診断、手外科、脊椎脊髄外科、集中治療

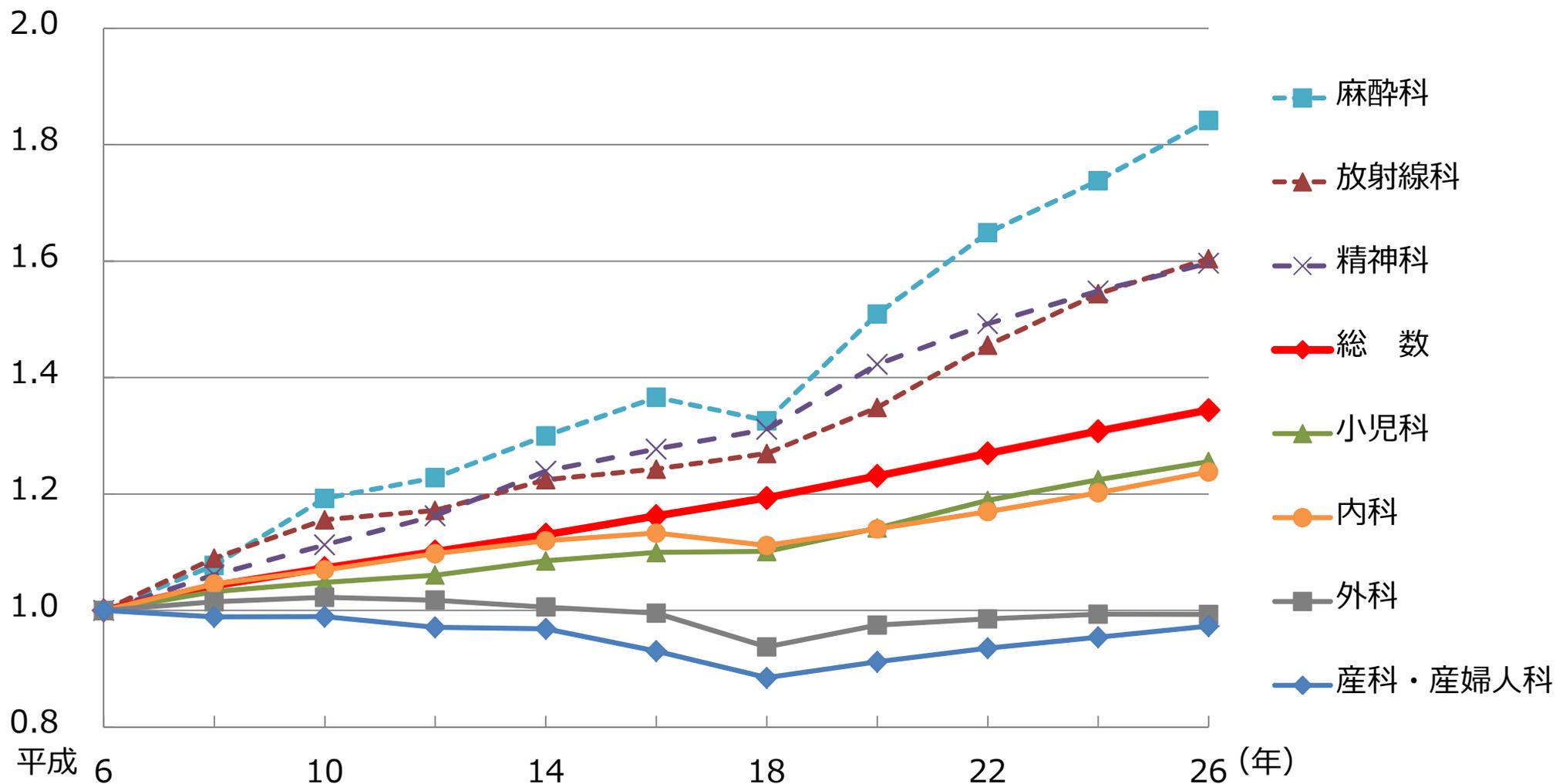
基本領域（19 領域）

内科	小児科	皮膚科	精神科	外科	整形外科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	泌尿器科	脳神経外科	放射線科	麻酔科	病理	臨床検査	救急科	形成外科	リハビリテーション科
----	-----	-----	-----	----	------	------	----	-------	------	-------	------	-----	----	------	-----	------	------------

総合診療

診療科別医師数の推移（平成6年を1.0とした場合）

- 多くの診療科で医師は増加傾向にある。
- 減少傾向にあった産婦人科・外科においても、増加傾向に転じている。



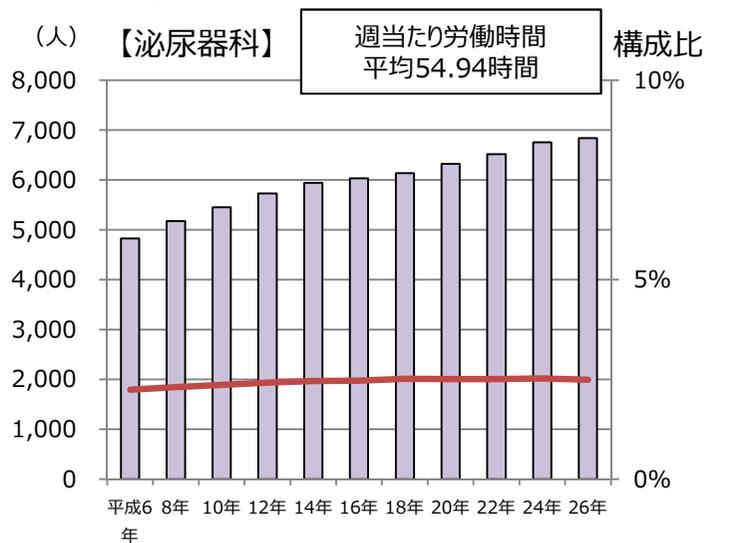
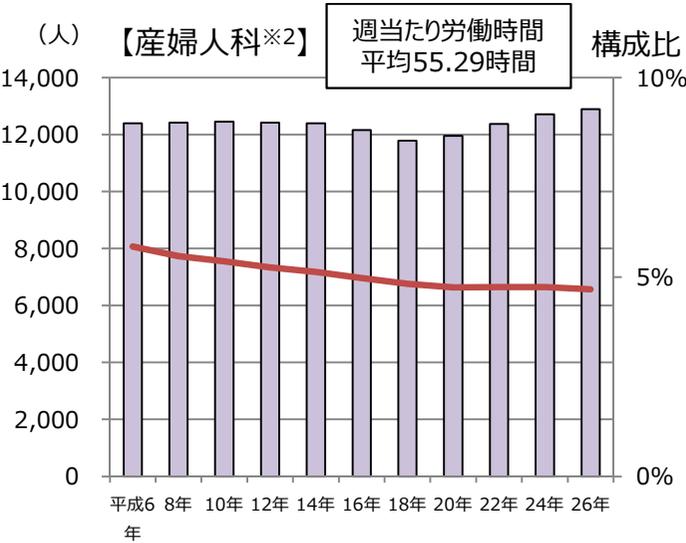
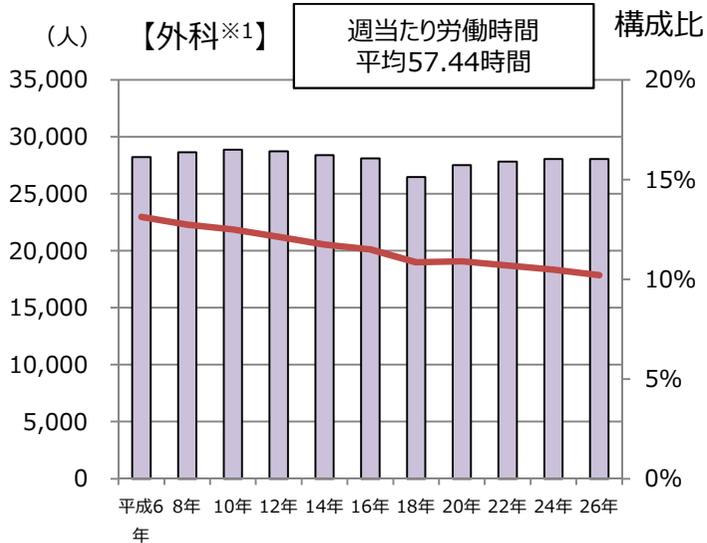
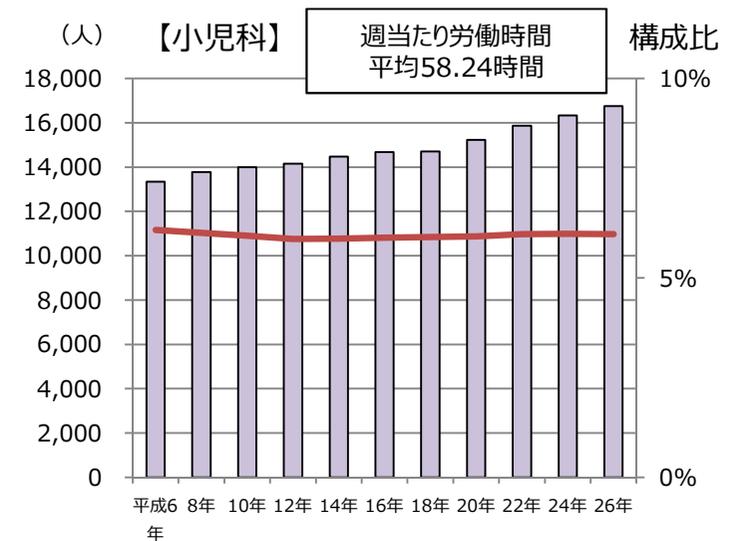
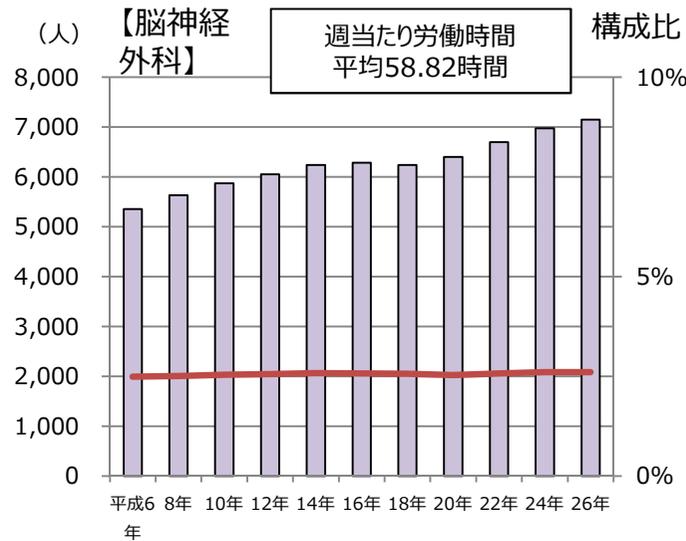
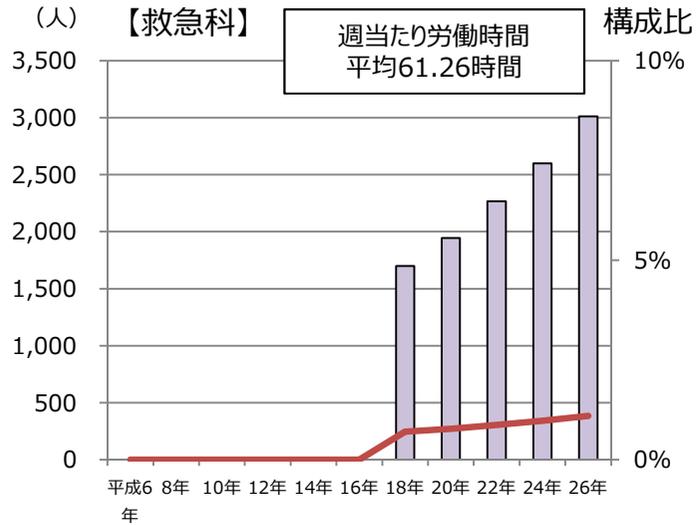
※内科・・・（平成8～18年）内科、呼吸器科、循環器科、消化器科（胃腸科）、神経内科、アレルギー科、リウマチ科、心療内科
 （平成20～26年）内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科

※外科・・・（平成6～18年）外科、呼吸器外科、心臓血管外科、気管食道科、こう門科、小児外科
 （平成20～26年）外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

※平成18年調査から「研修医」という項目が新設された

基本領域別にみた臨床施設従事医師数及び構成割合の推移①

- 労働時間が相対的に長い診療科の多くは構成比が減少する傾向がある（救急、脳外、小児科、外科、産婦人科、泌尿器科、整形外科）＜紫＞
- 労働時間の相対的に短い診療科は構成比が増加する診療科（病理、臨床検査、形成、リハ、皮膚科、精神、放射線、麻酔）＜緑＞と減少する診療科（眼科、耳鼻科、内科）＜青＞がみられる。



出典：「医師・歯科医師・薬剤師調査」

※1. 平成6～18年は、外科、呼吸器外科、心臓血管外科、気管食道科、肛門科、小児外科

平成20～26年は、外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道科、消化器外科（胃腸外科）、肛門外科、小児外科

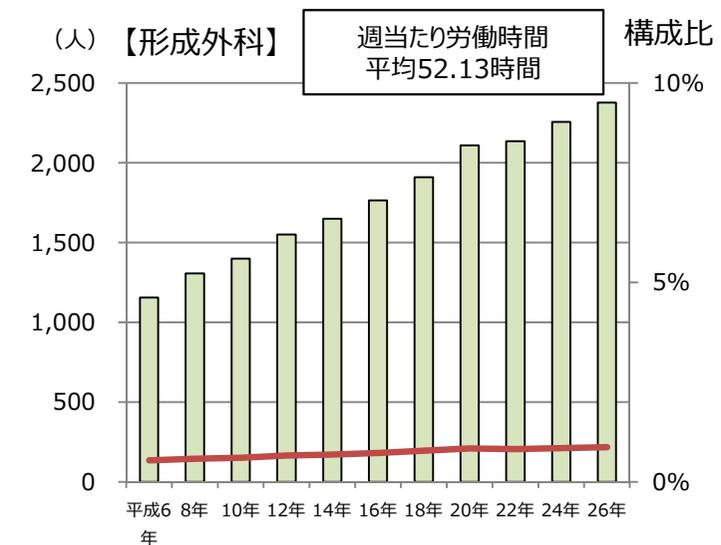
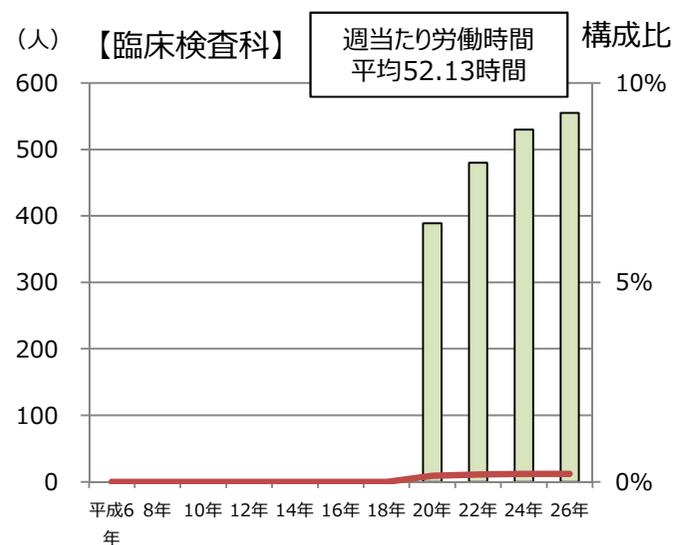
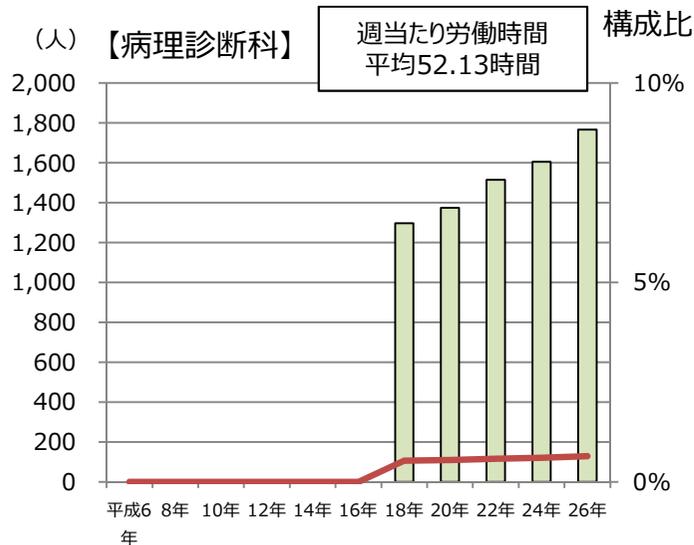
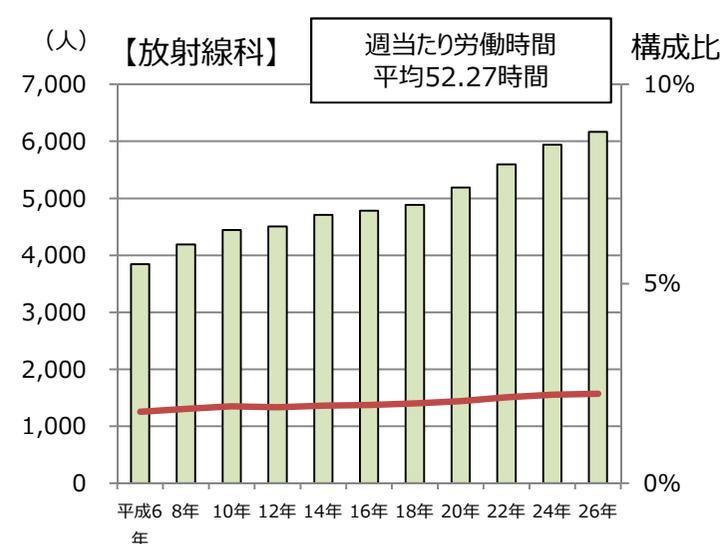
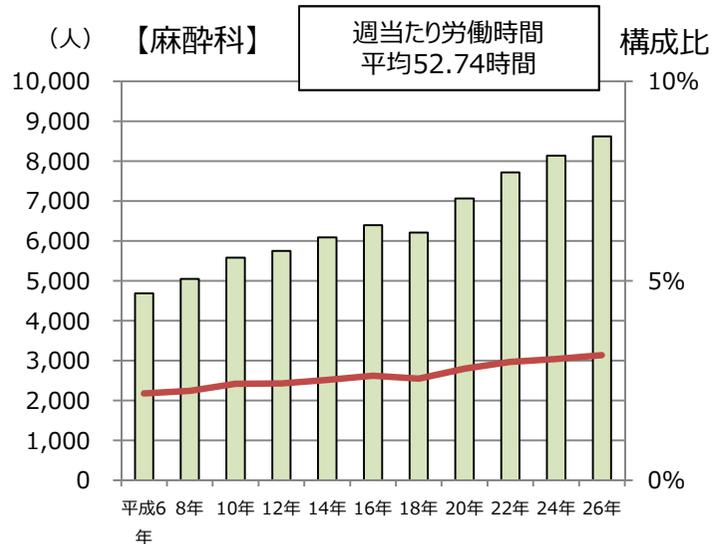
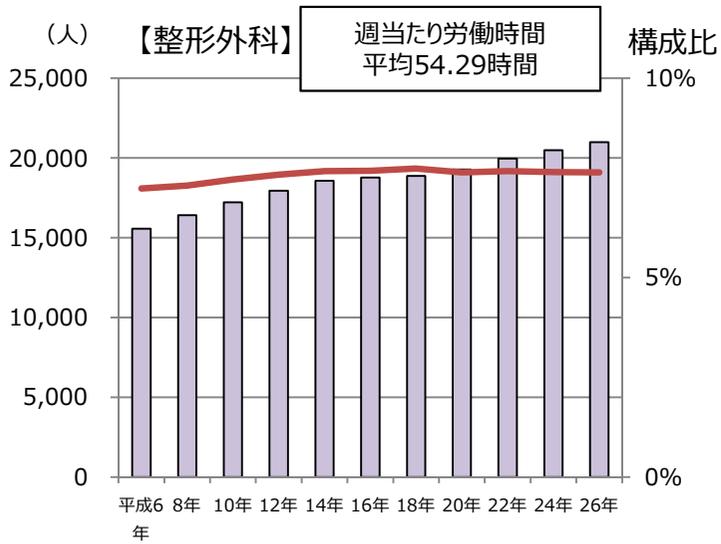
※2. 産婦人科、産科、婦人科

※3. 構成割合を算出するための母数は、臨床施設従事医師総数から、平成6～18年は、研修医、全科、その他、主たる診療科不詳、診療科不詳を除外、平成20～26年は、臨床研修医、全科、その他、主たる診療科不詳、不詳を除外している。

※4. 医師の週当たり平均労働時間は、独立行政法人労働政策研究・研修機構「勤務医の就労実態と意識に関する調査」（平成24年）に基づく。

— 全診療科に占める構成比
 人数

基本領域別にみた臨床施設従事医師数及び構成割合の推移②



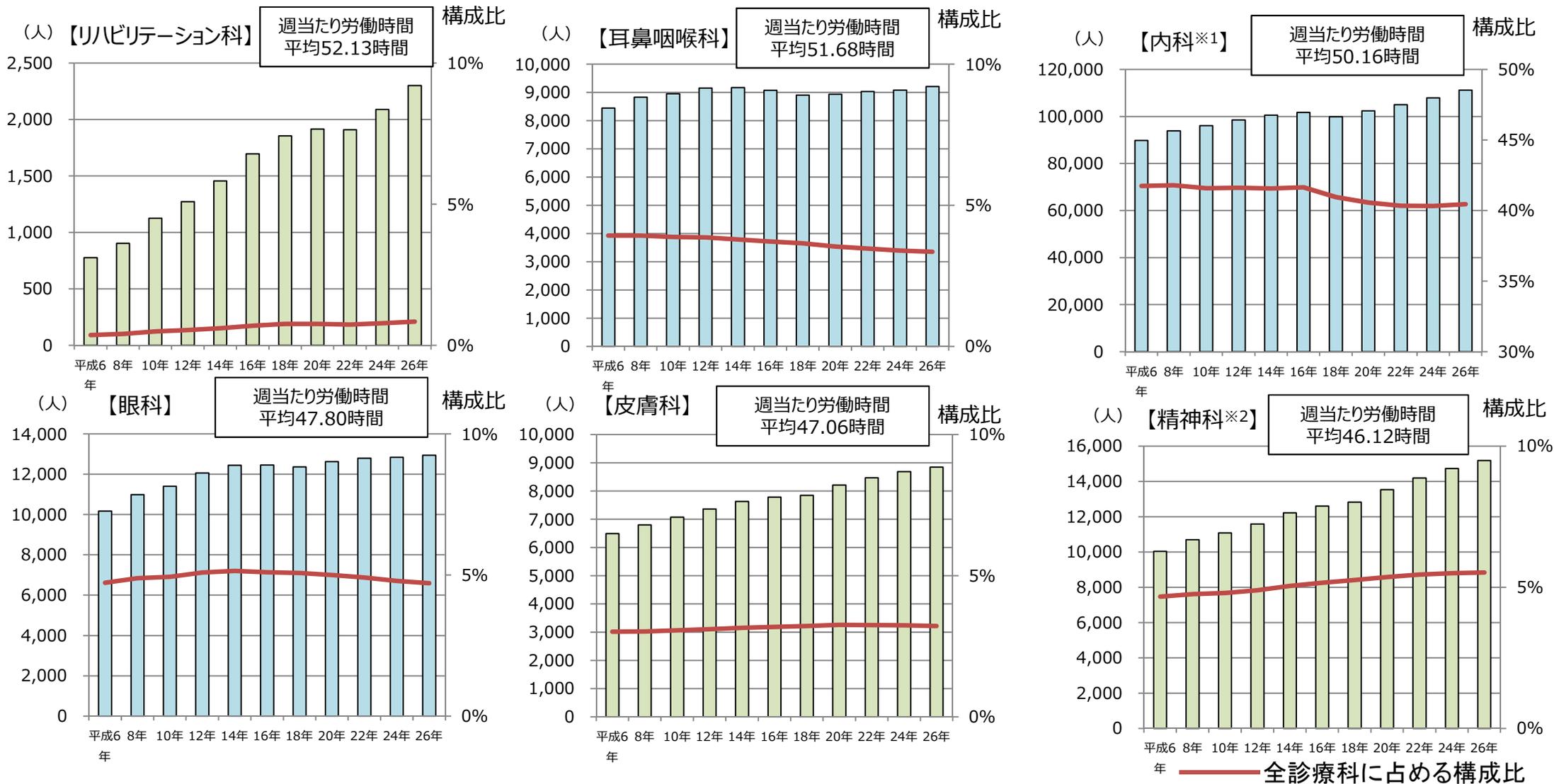
— 全診療科に占める構成比
 □ 人数

出典：「医師・歯科医師・薬剤師調査」

※1. 構成割合を算出するための母数は、臨床施設従事医師総数から、平成6～18年は、研修医、全科、その他、主たる診療科不詳、診療科不詳を除外、平成20～26年は、臨床研修医、全科、その他、主たる診療科不詳、不詳を除外している。

※2. 医師の週当たり平均労働時間は、独立行政法人労働政策研究・研修機構「勤務医の就労実態と意識に関する調査」（平成24年）に基づく。
 なお、病理診断科、臨床検査科、形成外科、リハビリテーション科は、調査結果における「その他」の診療科の週当たり労働時間とした。

基本領域別にみた臨床施設従事医師数及び構成割合の推移③



出典：「医師・歯科医師・薬剤師調査」

※1. 平成6～18年は、内科、呼吸器科、循環器科、消化器科（胃腸科）、神経内科、アレルギー科、リウマチ科、心療内科、性病科

平成20～26年は、内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー科、リウマチ科、心療内科、神経内科

※2. 平成6～18年は、精神科、神経科

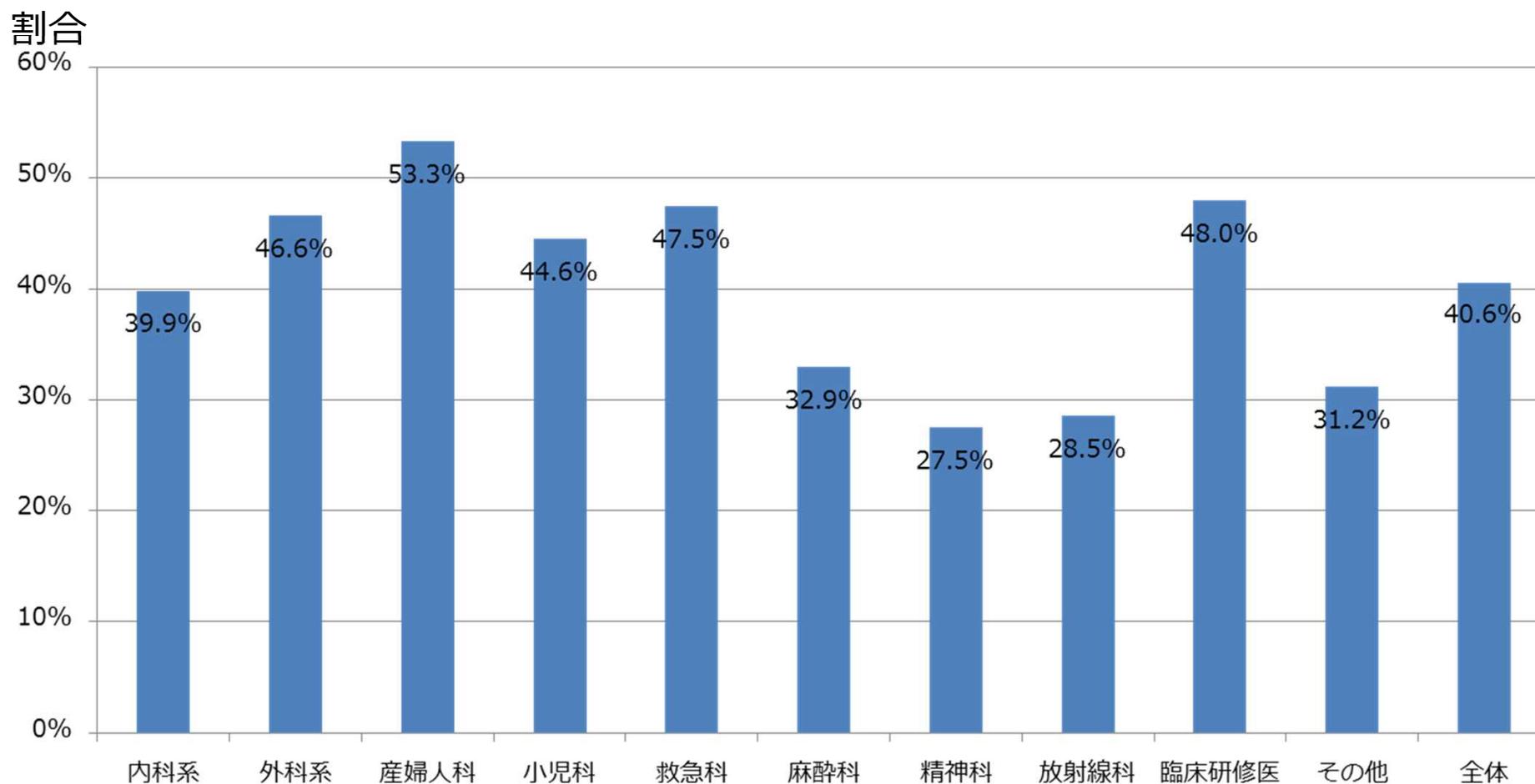
※3. 構成割合を算出するための母数は、臨床施設従事医師総数から、平成6～18年は、研修医、全科、その他、主たる診療科不詳、診療科不詳を除外、平成20～26年は、臨床研修医、全科、その他、主たる診療科不詳、不詳を除外している。

※4. 医師の週当たり平均労働時間は、独立行政法人労働政策研究・研修機構「勤務医の就労実態と意識に関する調査」（平成24年）に基づく。

なお、病理診断科、臨床検査科、形成外科、リハビリテーション科は、調査結果における「その他」の診療科の週当たり労働時間とした。

週当たり勤務時間60時間以上の病院常勤医師の診療科別割合

- 診療科別週当たり勤務時間60時間以上の割合で見ると、診療科間で2倍近くの差が生じる。
- 診療科別週当たり勤務時間60時間以上の割合は、産婦人科で約53%、臨床研修医48%、救急科約48%、外科系約47%と半数程度である。



※ 病院勤務の常勤医師のみ

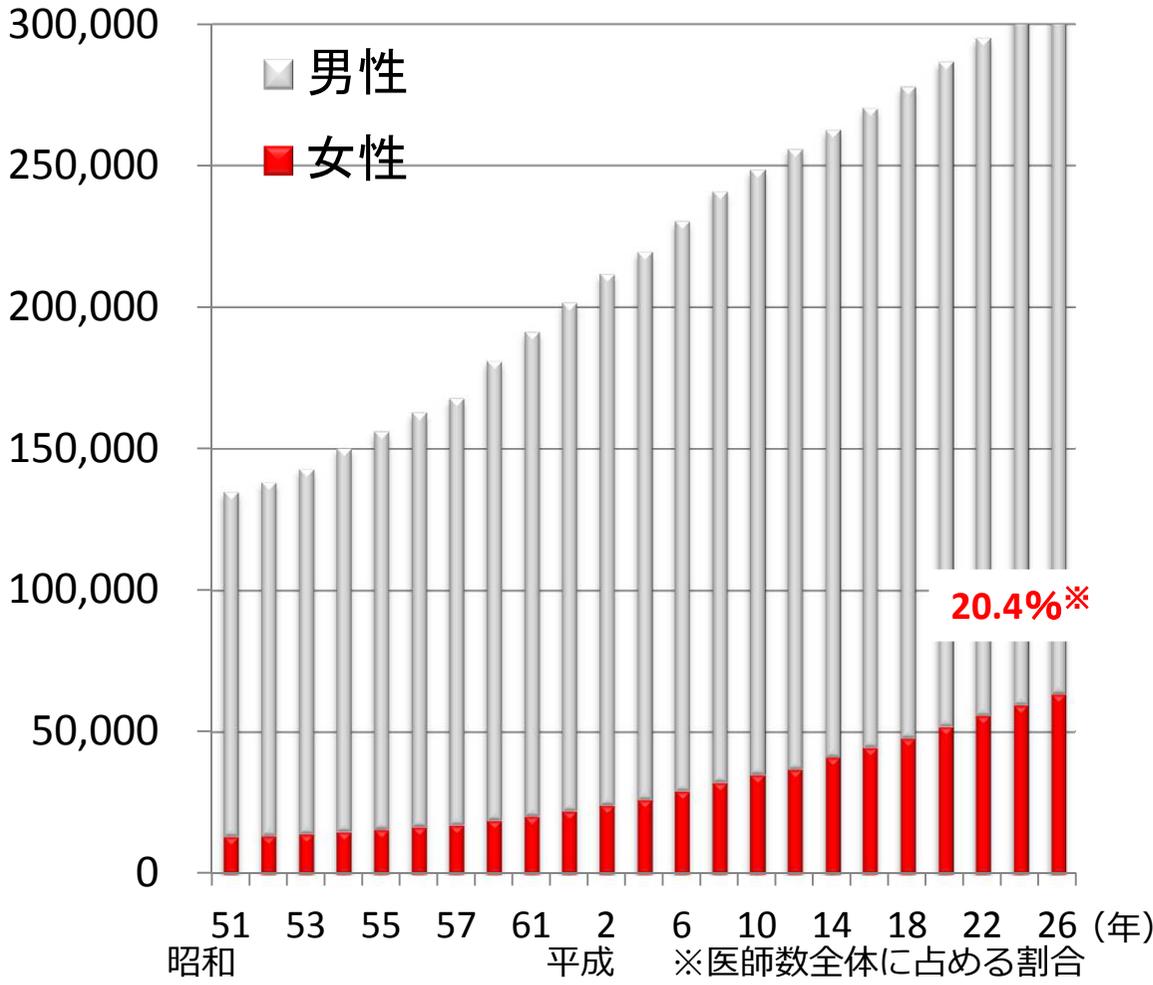
※ 診療時間：外来診療、入院診療、在宅診療に従事した時間。 診療外時間：教育、研究・自己研修、会議・管理業務等に従事した時間。 待機時間：当直の時間（通常の勤務時間とは別に、院内に待機して応急患者に対して診療等の対応を行う時間。実際に患者に対して診療等の対応を行った時間は診療時間にあたる。）のうち診療時間及び診療外時間以外の時間。 勤務時間：診療時間、診療外時間、待機時間の合計（オンコールの待機時間は勤務時間から除外した。オンコールは、通常の勤務時間とは別に、院外に待機して応急患者に対して診療等の対応を行うこと）。

※ 「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）結果を基に医政局医事課で作成

女性医師の年次推移

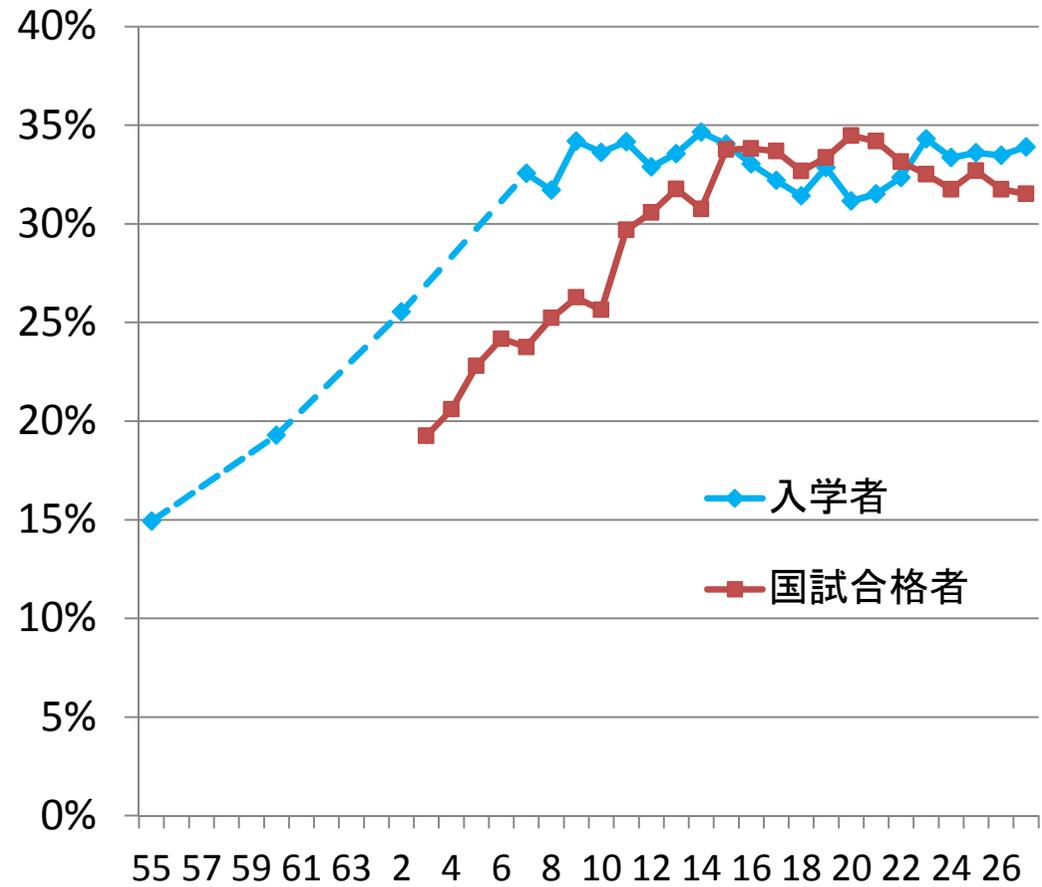
- 全医師数に占める女性医師の割合は増加傾向にあり、平成26年時点で20.4%を占める。
- 近年、若年層における女性医師は増加しており、医学部入学者に占める女性の割合は約3分の1となっている。

女性医師数の推移



(出典) 医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)

医学部入学者・国家試験合格者数に占める女性の割合

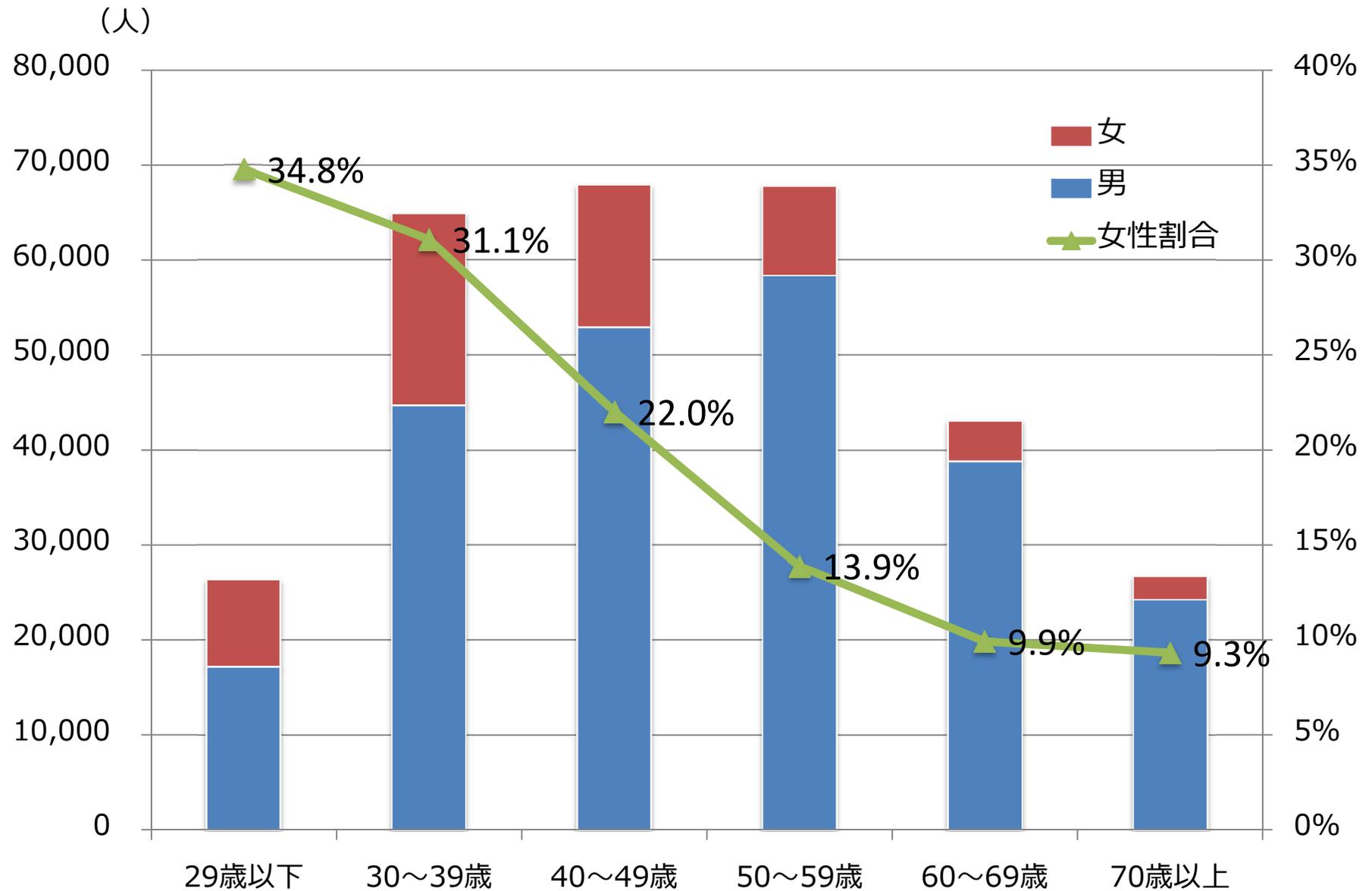


(出典) 学校基本調査(文部科学省)

厚生労働省医政局医事課試験免許室調べ

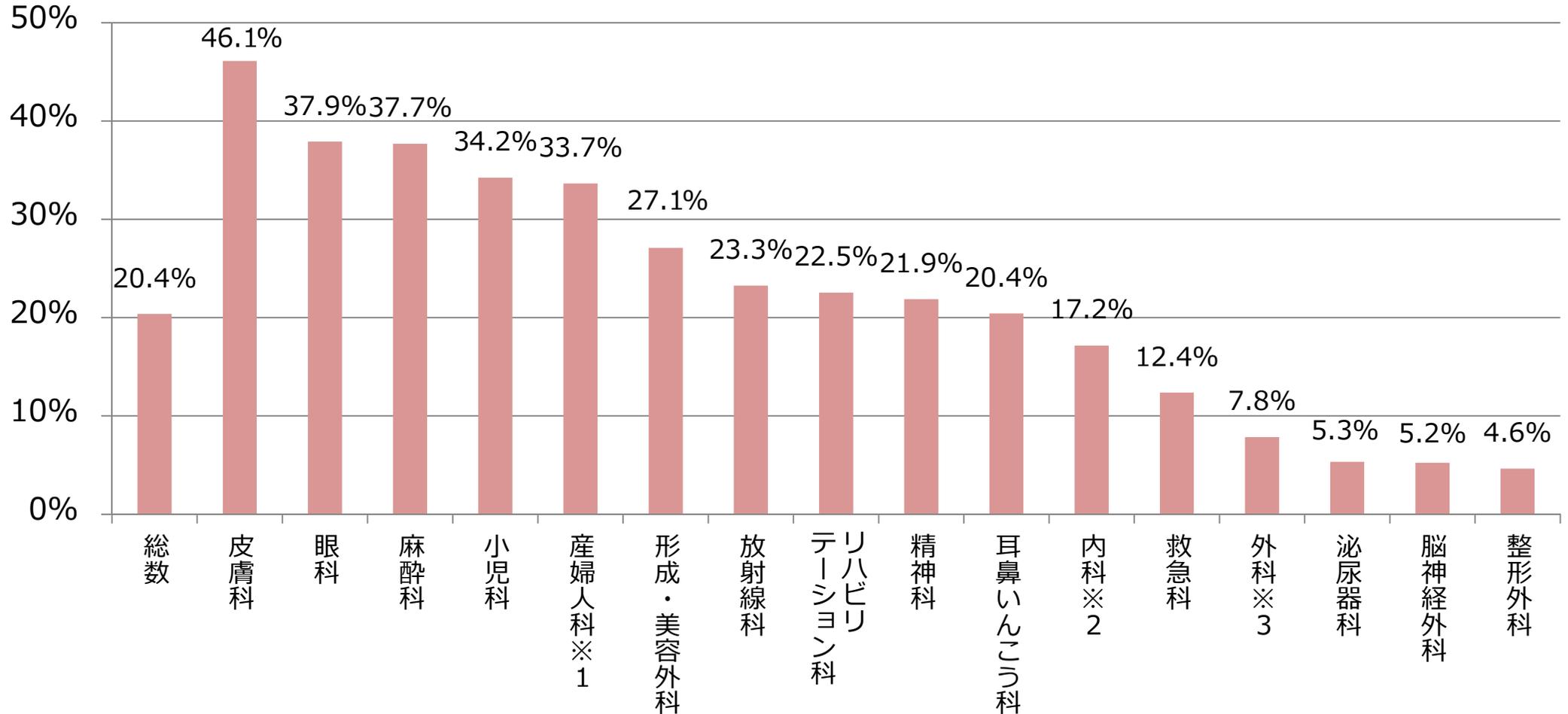
年代別女性医師数とその割合（医療施設に従事する医師）

○ 女性医師の割合は、年代が上がるに従って下がる傾向にある。



診療科別 女性医師の割合

- 医療施設従事医師数の女性割合は20.4%であり、平成24年の19.6%と比べて増加している。
- 皮膚科や小児科、産婦人科といった診療科では女性医師の占める割合は高いが、外科や脳神経外科などの診療科では低い。



※1・・・産婦人科、産科、婦人科

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

※3・・・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

出典：平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査

臨床研修前後での将来希望する診療科の変化(男女別割合)

○男女別にみると、産婦人科、皮膚科は、女性の割合が研修前後とも5割を超えている。

診療科	研修前					研修後				
	合計	男性		女性		合計	男性		女性	
		人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合
内科系	2,293	1,567	68.3%	618	27.0%	2,127	1,487	69.9%	531	25.0%
外科系	735	559	76.1%	139	18.9%	608	447	73.5%	132	21.7%
小児科	498	252	50.6%	224	45.0%	411	223	54.3%	173	42.1%
産婦人科	289	102	35.3%	175	60.6%	269	114	42.4%	146	54.3%
麻酔科	225	103	45.8%	111	49.3%	325	142	43.7%	167	51.4%
救急科	154	118	76.6%	27	17.5%	171	119	69.6%	40	23.4%
精神科	260	181	69.6%	67	25.8%	278	194	69.8%	71	25.5%
皮膚科	154	50	32.5%	93	60.4%	198	62	31.3%	123	62.1%
整形外科	400	339	84.8%	46	11.5%	372	321	86.3%	36	9.7%
眼科	172	86	50.0%	77	44.8%	214	111	51.9%	92	43.0%
耳鼻咽喉科	126	95	75.4%	29	23.0%	154	110	71.4%	40	26.0%
泌尿器科	138	110	79.7%	21	15.2%	171	137	80.1%	26	15.2%
脳神経外科	151	123	81.5%	20	13.2%	156	129	82.7%	19	12.2%
放射線科	141	86	61.0%	43	30.5%	218	139	63.8%	66	30.3%
病理診断科	55	28	50.9%	24	43.6%	62	28	45.2%	28	45.2%
形成外科	100	51	51.0%	44	44.0%	122	61	50.0%	56	45.9%
リハビリ科	27	11	40.7%	14	51.9%	41	20	48.8%	19	46.3%
その他 無回答	524	332	63.4%	156	29.8%	545	349	64.0%	163	29.9%

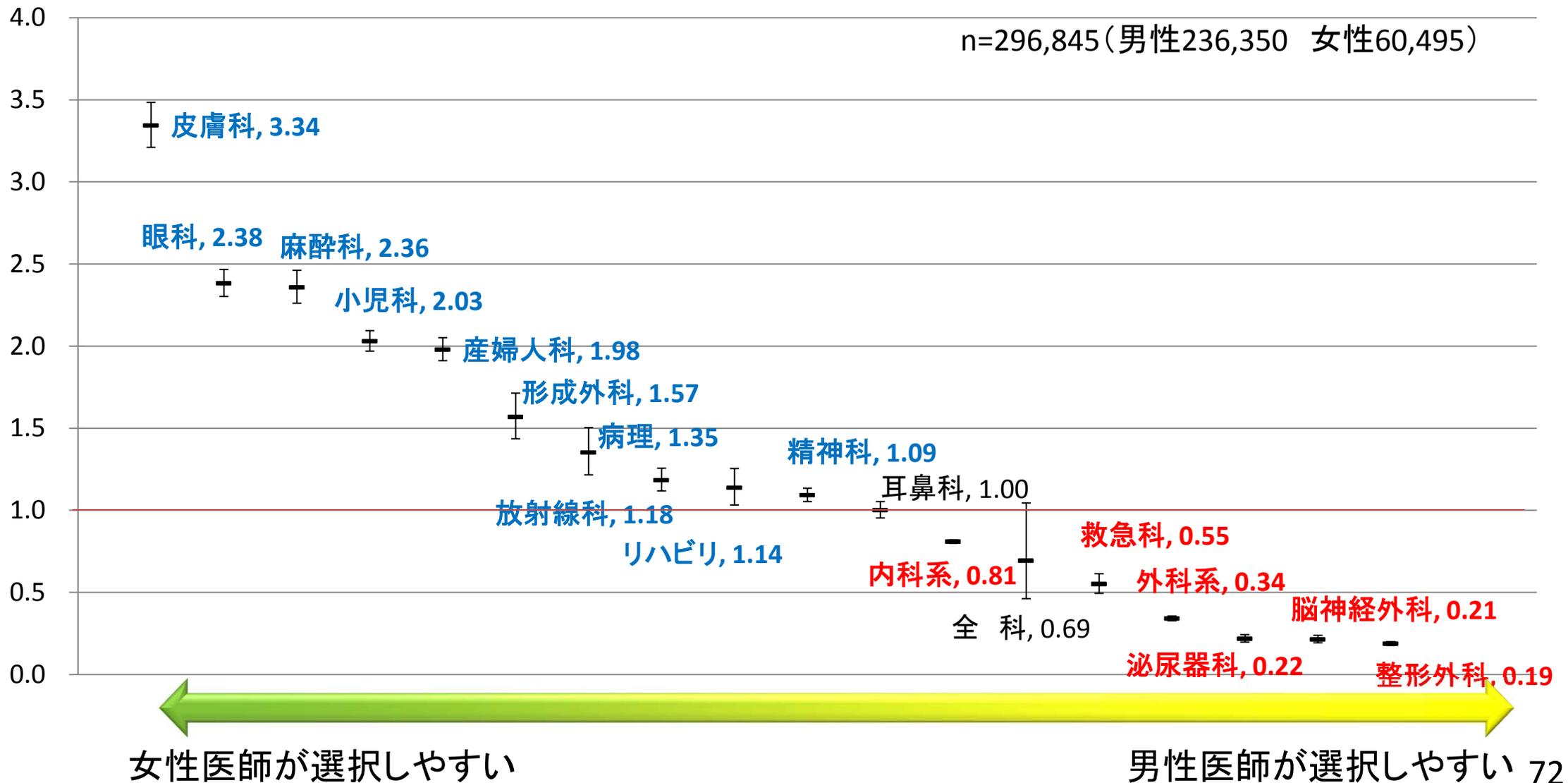
主たる診療科の性別による違いについて(全数)

- 皮膚科、眼科、麻酔科、小児科、産婦人科、形成外科、病理、放射線科、リハビリ、精神科は男性に比べ、女性の方が有意に割合が高い。
- 内科系、救急、外科系、泌尿器科、脳神経外科、整形外科は男性に比べ、女性の方が有意に割合が低い。

男性医師に比べた場合の女性医師のなりやすさ

(出典)平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査

n=296,845(男性236,350 女性60,495)

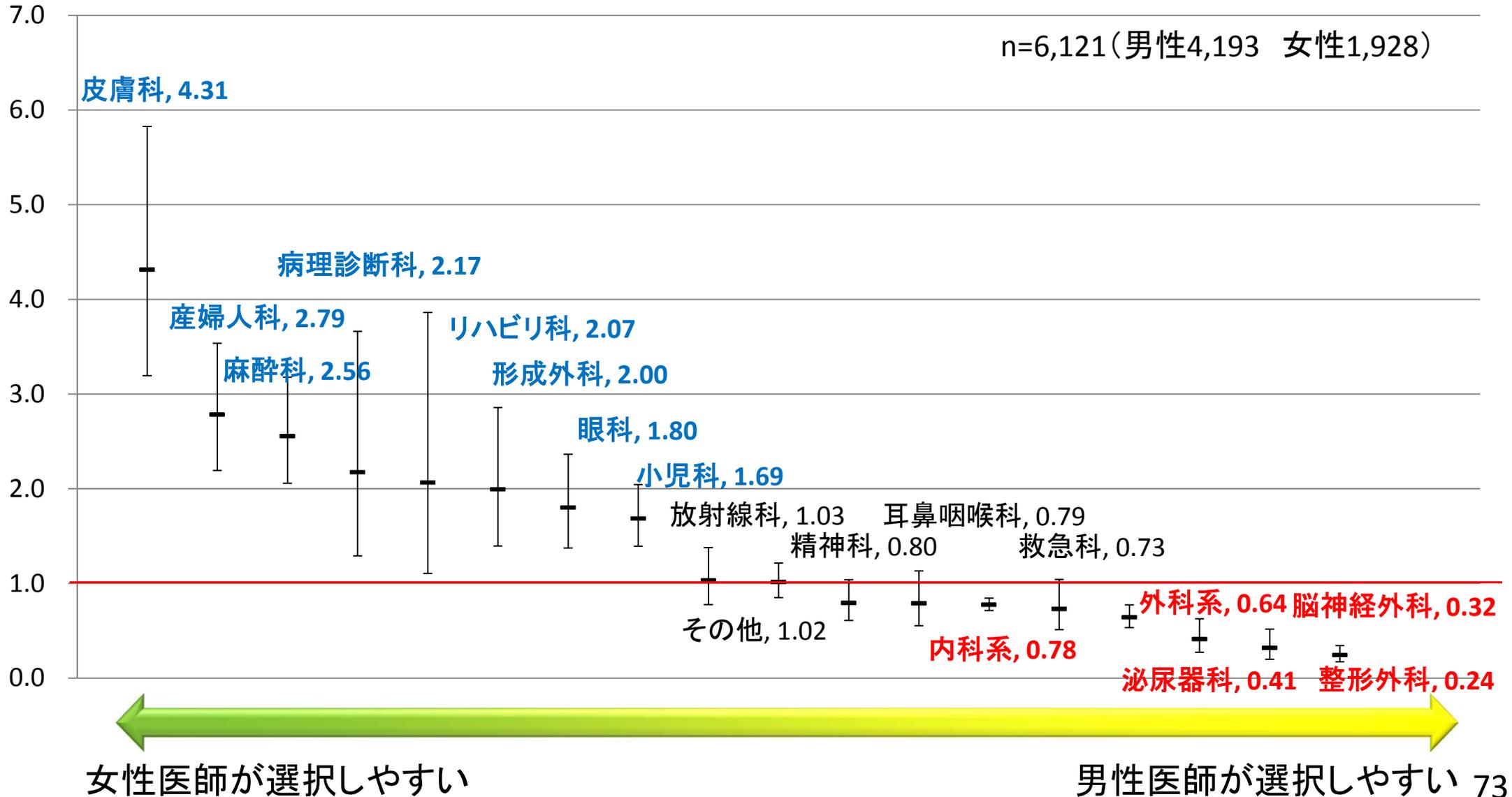


臨床研修後に希望する診療科の性別による違いについて（臨床研修修了者のみ）

- 皮膚科、産婦人科、麻酔科、病理、リハビリ、形成外科、眼科、小児科は男性に比べ、女性の方が有意に希望する割合が高い。
- 内科系、外科系、泌尿器科、脳神経外科、整形外科は男性に比べ、女性の方が有意に希望する割合が低い。

男性医師に比べた場合の女性医師のなりやすさ

（出典）平成29年臨床研修修了者アンケート



海外の専門医制度について①

	日本 (今後の方向性)	アメリカ	フランス
法令等の位置づけ	特になし	特になし (民間の第三者組織)	法律
実施主体	各学会 (日本専門医機構)	<ul style="list-style-type: none"> • ABMS: 専門医制度と専門医の認定 • ACGME: 研修施設とプログラムの評価・認定 	<ul style="list-style-type: none"> • 国: 全国選抜試験を実施 ※成績順に専門診療科を選択
組織運営のための 経済的背景(財源)	各学会 (国、日本専門医機構)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ABMS: 国(研究費の形)、所属学会、専門医認定料から約560万ドルの収入(2008年) ➤ ACGME: 研修プログラム認定料として約3,000万ドル(2008年)、政府(Medicare)から、レジデントに給与として年間27億ドル、認定教育病院に対して57億ドル 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 国の事業 (医学部4年目から支給される給与は病院から支給されるが、原資は社会保障費)
専門医配置の調整 診療科の定員等	特になし	行っていない。 経済的インセンティブを付与することによって対応しており、ある程度の効果を上げている。	全国選抜試験で専門診療科毎の定員あり

ABMS (American Board of Medical Specialty), ACGME(Accreditation Council for Graduate Medical Education), NHS(National Health Service) GMC(General Medical Council), PMETB(Post graduate Medical Education and Training Board), CCT (Certificate of Completion of Training)

(出典) 第6回専門医の在り方に関する検討会 (平成24年3月8日) 八木聡明 参考人 提出資料を参考に医政局医事課作成

海外の専門医制度について②

	ドイツ	イギリス	韓国
法令等の位置づけ	医師会による規約	NHSの医療機関で働くためには必須	法律 (医療法)
実施主体	<ul style="list-style-type: none"> 州医師会: 専門医の研修病院、指導医、教育カリキュラムに関する認定、専門医の受験資格、試験、資格更新に関する認定の権限を有する 	<ul style="list-style-type: none"> NHS: 医療施設、専門診療科、医療の質の管理 GMC: 医師資格の管理 PMETB: 卒後研修教育(教育プログラムの認定と承認等) 	<ul style="list-style-type: none"> 大韓医師会: 専門医試験 大韓病院協会: 専門医配置等
組織運営のための経済的背景(財源)	<ul style="list-style-type: none"> 医師会: 専門医認定料、更新のための講演会など 	<ul style="list-style-type: none"> GMC: CCT取得に対して医師の登録料850ポンド その他: GMCが410ポンド(いずれも一人当たり)、各Royal Collegeが410ポンド 国家補助金 	<ul style="list-style-type: none"> 大韓医師会、大韓病院協会: 学会、専門医試験受験料、会員費(個人、学会)、レジデントになるための試験手数料
専門医配置の調整、診療科の定員等	保険医組合が遠隔地への医師誘導のインセンティブ。ベルリンのような都会では開業希望者が多いため、保険医組合が制限を設けている場合がある。	GPの配置は国の基準で決められている。ポストは全国に満遍なく作られている。	韓国病院協会が国と協議して地域の定員を決定

将来の診療科ごとの医師の需要を明確化するためにあたって具体的な手順(案)

考慮すべき要素の例:

・医療ニーズ ・将来の人口・人口構成の変化 ・医師偏在の度合いを示す単位(区域、診療科、入院／外来) ・患者の流出入 ・医師の年齢分布 ・へき地や離島等の地理的条件 等

診療科ごとの医師の需要を決定する代表的な疾病・診療行為を抽出し、**診療科と疾病・診療行為の対応表**を作成



現状の医療の姿を前提とした人口動態・疾病構造変化を考慮した**診療科ごとの医師の需要の変化**を推計し、現時点で利用可能なデータを用いて、必要な補正を行なった将来の診療科ごとの**医師の需要**を推計



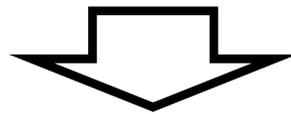
将来の医師等の働き方の変化や医療技術の進歩による需要の変化については、**定量的なデータが得られた時点で**、順次、需要推計に反映させる。

当面の対応

将来の課題

現状と課題

- 現在、医師数は継続的に増加している一方、その増分は一部の診療科に集中しており、診療科ごとの労働時間には大きな差が存在している。
- 一方、現行では、診療科別の医師のニーズは不明確であり、医師は臨床研修修了後に自主的に主たる診療科を選択している。
- また、新専門医制度においても、診療科偏在の是正策は組み込まれていない。
- 医師が、将来の診療科別の医療需要を見据えて、適切に診療科選択ができる情報提供の仕組みが必要。



見直しの方向性

- 医師が、将来の診療科別の医療ニーズを見据えて、適切に診療科選択ができる情報提供の仕組みを構築するために、人口動態や疾病構造の変化を考慮し、将来の診療科ごとの医師のニーズを都道府県ごとに明確化し、国が情報提供することについてどう考えるか。