

医療従事者の需給に関する検討会 第32回 医師需給分科会	参考 資料 1
令和2年1月29日	

専攻医におけるシーリングについて

従来の専門医制度

わが国においてはこれまで、医師の専門性に係る評価・認定については、**各領域の学会が自律的に独自の方針で専門医制度を設け、運用**してきた。

従来の専門医制度における課題

- しかし、専門医制度を運用する学会が乱立して認定基準が統一されておらず、**専門医の質の担保に懸念**がある。
- 専門医として有すべき能力について医師と国民との間に捉え方のギャップがあるなど、専門医制度が**国民にとって分かりやすい仕組みになっていない**と考えられる。
- また、**臨床に従事する医師の地域偏在・診療科偏在は進んでおり、その是正については近年の医療をめぐる重要な課題**であり、専門医の在り方を検討する際にも、偏在の視点への配慮が欠かせない。

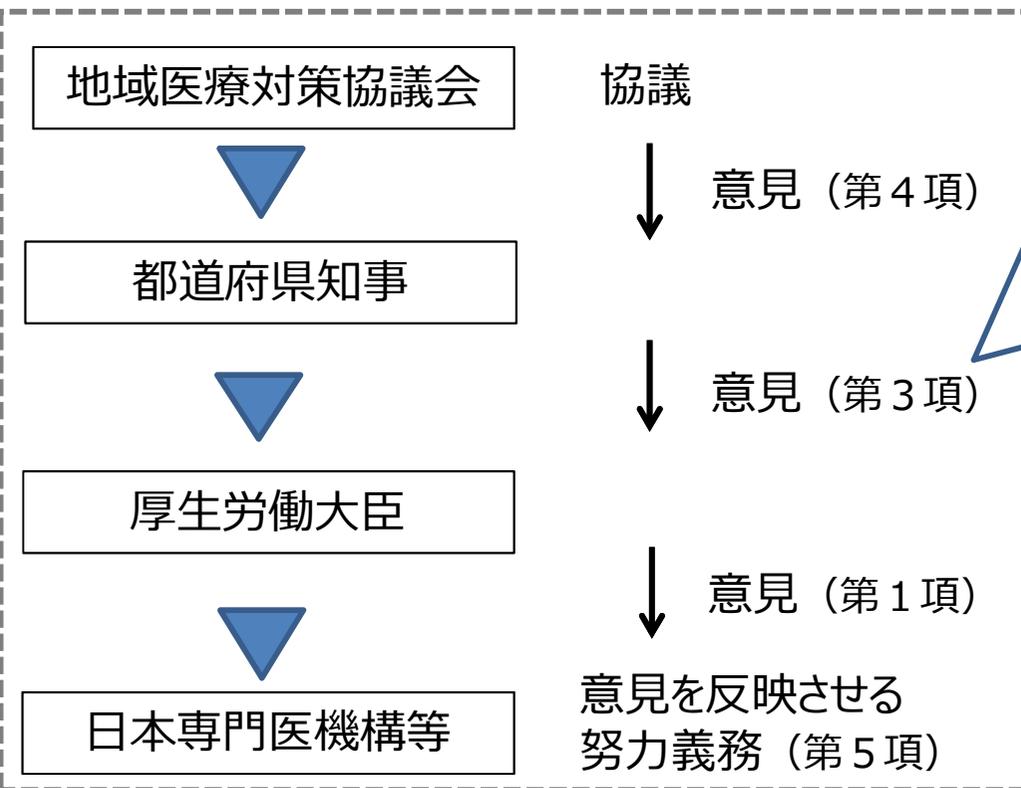
新たな専門医制度

- 「専門医の在り方に関する検討会」(平成25年)において、新たな専門医制度については、中立的な第三者機関(**日本専門医機構**)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こととされ、臨床における専門的な診療能力を養成する事を目的とした新専門医制度が平成30年より開始された。
- **新専門医制度においては、地域偏在と診療科偏在について制度内で配慮されるべき**とされ、専攻医の採用数に上限が設けられ、より効果的な偏在是正のため、議論が続けられている。

※平成30年度の医師法改正において、日本専門医機構や学会に対して厚生労働大臣から意見・要請を行える規定が盛り込まれた。

専門研修に厚生労働大臣・都道府県知事の意見を反映させる制度

医師法 16条の8



医師法第16条の8 医学医術に関する学術団体その他の厚生労働省令で定める団体は、医師の研修に関する計画を定め、又は変更しようとするとき（当該計画に基づき研修を実施することにより、医療提供体制の確保に重大な影響を与える場合として厚生労働省令で定める場合に限る。）は、あらかじめ、厚生労働大臣の意見を聴かなければならない。

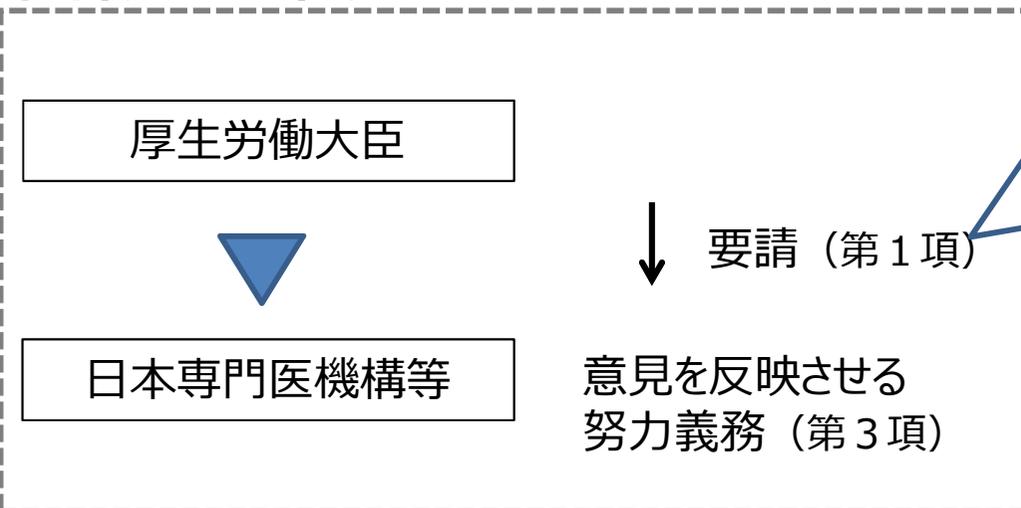
2 (略)

3 厚生労働大臣は、第一項の規定により意見を述べるときは、あらかじめ、関係都道府県知事の意見を聴かなければならない。

4 都道府県知事は、前項の規定により意見を述べるときは、あらかじめ、地域医療対策協議会の意見を聴かなければならない。

5 第一項の厚生労働省令で定める団体は、同項の規定により厚生労働大臣の意見を聴いたときは、同項に規定する医師の研修に関する計画の内容に当該意見を反映させるよう努めなければならない。

医師法 16条の9



医師法第16条の9 厚生労働大臣は、医師が医療に関する最新の知見及び技能に関する研修を受ける機会を確保できるようにするため特に必要があると認めるときは、当該研修を行い、又は行おうとする医学医術に関する学術団体その他の厚生労働省令で定める団体に対し、当該研修の実施に関し、必要な措置の実施を要請することができる。

2 (略)

3 第一項の厚生労働省令で定める団体は、同項の規定により、厚生労働大臣から研修の実施に関し、必要な措置の実施を要請されたときは、当該要請に応じるよう努めなければならない。

新専門医制度の採用数上限設定(シーリング)

(2018年度専攻医(1年目))

- 2018年度専攻医においては、日本専門医機構により、五大都市(東京都、神奈川県、愛知県、大阪府、福岡県)について、各診療科(外科、産婦人科、病理、臨床検査および総合診療科以外)のシーリング数として過去5年間の採用数の平均が設定された。

(2019年度専攻医(2年目))

- 2019年度専攻医は、引き続き五都府県に2018年度と同様のシーリングを実施。ただし、2018年度専攻医が東京都に集中したことを受け、東京都のシーリング数を5%削減した。

(2020年度専攻医(3年目))

- 2020年度専攻医募集に向けては、厚生労働省が2018年度に発表した都道府県別診療科必要医師数帯及び養成数を基に、各都道府県別診療科の必要医師数に達している診療科に対して、一定のシーリングをかけることを日本専門医機構が決定し、10月15日より専攻医の募集が開始された。

(2021年度専攻医(4年目))

- 日本専門医機構がシーリングを検討するための協議体を設置しており、各学会や都道府県からのヒヤリング等を踏まえ、検討がなされる予定。

必要医師数と2020年度専攻医募集におけるシーリングの考え方

日本専門医機構資料一部引用

必要医師数の 計算方法

(厚生労働省試算)

2016年 都道府県別 各診療科 医師数 (平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査)

①

	内科	小児科	...	形成外科	リハビリテーション科
北海道	4905	639		119	96
青森県	911	133		15	10
岩手県	910	138	...	22	12

	2016年		2024年	2030年	2036年	必要養成数に係る推計			
	② 2016年医師数(仕事量)	③ 必要医師数(勤務時間調整後)	④ 必要医師数(勤務時間補正後)	必要医師数(勤務時間補正後)	必要医師数(勤務時間補正後)	⑤ 維持する2016年の年間養成数を	⑥ 達成する2024年の年間必要医師数を	達成する2030年の年間必要医師数を	達成する2036年の年間必要医師数を
北海道	4,849	5,470	5,649	5,690	5,548	103	193	159	136
青森県	881	1,370	1,362	1,334	1,283	20	74	50	39
岩手県	905	1,220	1,221	1,205	1,240	20	67	46	26

①→②：性年齢階級別勤務時間比を掛け、診療科別に性年齢構成を調整した仕事量を算出

②→③：診療科別に週60時間以上の勤務時間が削減された場合の医師数を計算

③→④：診療科別の推計患者数を用いて必要医師数を計算(各診療科の対応表等に将来人口推計を用いて診療科ごとの将来の患者数を推計)

⑤、⑥：診療科別の生残率などを考慮し、将来時点の必要医師数が満たされるよう年間必要養成数を算出

2020年度専攻医におけるシーリングの基本的な考え方

2018年度、2019年度においては、過去5年間の採用数の平均を用い、5大都市のみにシーリングの設定を行ったが、2020年度においては、必要医師数および必要養成数を基に根拠ある新しいシーリングの考え方の導入を厚生労働省が提案し、日本専門医機構が下記の通りシーリング案をまとめた

シーリングの対象

- 「2016年医師数」が「2016年の必要医師数」および「2024年の必要医師数」と同数あるいは上回る都道府県別診療科
- 例外として、外科・産婦人科・病理・臨床検査・救急・総合診療科の6診療科はシーリングの対象外とする

シーリング数

「2018年と2019年の平均採用数」から

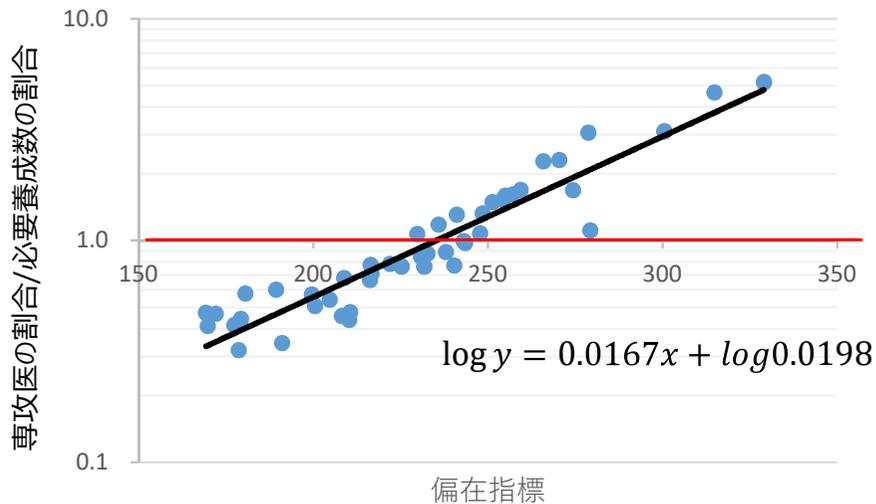
(「2018年と2019年の平均採用数」 - 「2024年の必要医師数を達成するための年間養成数」) × 20% を除いた数とする

※実際は、日本専門医機構が激変緩和策として、連携プログラムなどをシーリング数の外枠で設けている

都道府県別 医師偏在指標と専攻医数・必要養成数の関係

2018・2019年

医師偏在指標と専攻医数比/必要養成数比の関係



縦軸： $\frac{\text{都道府県別2018年・2019年の専攻医数}^1 \text{ 平均の全国比割合}}{\text{2024年の必要医師数を達成するための年間養成数}^2 \text{ の全国比割合}}$

イメージ

		①		②	①/②
	専攻医数	割合	必要養成数	割合	
A県	100	0.1	60	0.05	2
B県	40	0.04	48	0.04	1
C県	20	0.02	36	0.03	0.666667
総計	1000		1200		

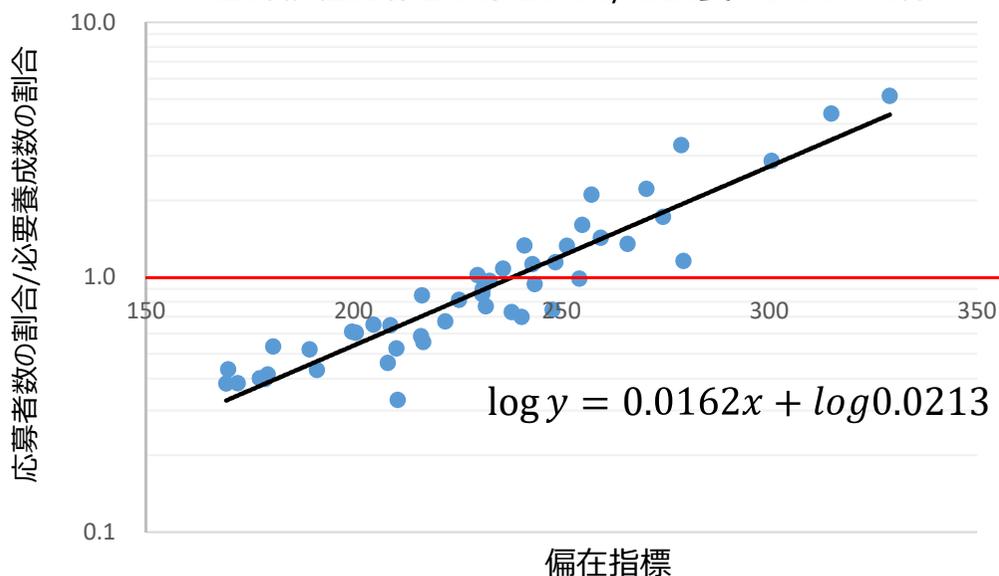
横軸：医師偏在指標

1)日本専門医機構まとめ 2)厚生労働省試算

都道府県間偏在が完全に解消された場合、全ての都道府県において縦軸の値が1となり、左図の回帰曲線の傾きが0となる

2020年

医師偏在指標と応募者数比/必要養成数比の関係



縦軸： $\frac{\text{都道府県別2020年の一次応募者数}^1 \text{ 平均の全国比割合}}{\text{2024年の必要医師数を達成するための年間養成数}^2 \text{ の全国比割合}}$

1)日本専門医機構まとめ 2)厚生労働省試算

横軸：医師偏在指標

▶ 昨年度までの実績と比較し、傾きが減少しており、都道府県間偏在は改善の方向に変化

医籍登録後3年目医師数の推移（各年度12月31日時点）

	都道府県	H30年度		H28年度		H26年度		H24年度	
1	北海道	292	3.7%	236	3.3%	224	3.2%	236	3.5%
2	青森県	65	0.8%	47	0.7%	58	0.8%	43	0.6%
3	岩手県	71	0.9%	57	0.8%	60	0.9%	67	1.0%
4	宮城県	126	1.6%	123	1.7%	91	1.3%	97	1.4%
5	秋田県	58	0.7%	51	0.7%	62	0.9%	55	0.8%
6	山形県	56	0.7%	62	0.9%	53	0.8%	76	1.1%
7	福島県	97	1.2%	83	1.2%	57	0.8%	57	0.8%
8	茨城県	142	1.8%	124	1.8%	100	1.4%	105	1.5%
9	栃木県	128	1.6%	116	1.6%	99	1.4%	82	1.2%
10	群馬県	76	1.0%	69	1.0%	77	1.1%	59	0.9%
11	埼玉県	204	2.6%	178	2.5%	156	2.2%	149	2.2%
12	千葉県	302	3.9%	280	4.0%	250	3.6%	239	3.5%
13	東京都	1364	17.5%	1,233	17.4%	1,309	18.8%	1,240	18.3%
14	神奈川県	551	7.1%	484	6.8%	477	6.9%	470	6.9%
15	新潟県	97	1.2%	73	1.0%	70	1.0%	78	1.1%
16	富山県	57	0.7%	42	0.6%	45	0.6%	44	0.6%
17	石川県	84	1.1%	84	1.2%	107	1.5%	85	1.3%
18	福井県	43	0.6%	51	0.7%	43	0.6%	54	0.8%
19	山梨県	39	0.5%	48	0.7%	38	0.5%	37	0.5%
20	長野県	102	1.3%	95	1.3%	87	1.3%	96	1.4%
21	岐阜県	96	1.2%	79	1.1%	88	1.3%	83	1.2%
22	静岡県	142	1.8%	149	2.1%	157	2.3%	136	2.0%
23	愛知県	423	5.4%	422	6.0%	397	5.7%	472	6.9%
24	三重県	103	1.3%	86	1.2%	72	1.0%	74	1.1%

	都道府県	H30年度		H28年度		H26年度		H24年度	
25	滋賀県	86	1.1%	66	0.9%	70	1.0%	64	0.9%
26	京都府	234	3.0%	179	2.5%	221	3.2%	202	3.0%
27	大阪府	610	7.8%	573	8.1%	554	8.0%	588	8.7%
28	兵庫県	334	4.3%	331	4.7%	292	4.2%	273	4.0%
29	奈良県	91	1.2%	69	1.0%	77	1.1%	65	1.0%
30	和歌山県	75	1.0%	72	1.0%	52	0.7%	51	0.8%
31	鳥取県	45	0.6%	38	0.5%	42	0.6%	26	0.4%
32	島根県	39	0.5%	39	0.6%	31	0.4%	28	0.4%
33	岡山県	177	2.3%	163	2.3%	143	2.1%	134	2.0%
34	広島県	153	2.0%	157	2.2%	136	2.0%	146	2.1%
35	山口県	53	0.7%	54	0.8%	56	0.8%	58	0.9%
36	徳島県	52	0.7%	50	0.7%	48	0.7%	48	0.7%
37	香川県	56	0.7%	47	0.7%	57	0.8%	61	0.9%
38	愛媛県	79	1.0%	65	0.9%	76	1.1%	51	0.8%
39	高知県	50	0.6%	50	0.7%	38	0.5%	39	0.6%
40	福岡県	434	5.6%	389	5.5%	414	6.0%	365	5.4%
41	佐賀県	50	0.6%	57	0.8%	46	0.7%	51	0.8%
42	長崎県	83	1.1%	71	1.0%	85	1.2%	72	1.1%
43	熊本県	102	1.3%	104	1.5%	105	1.5%	90	1.3%
44	大分県	69	0.9%	57	0.8%	45	0.6%	58	0.9%
45	宮崎県	43	0.6%	43	0.6%	48	0.7%	35	0.5%
46	鹿児島県	87	1.1%	66	0.9%	67	1.0%	79	1.2%
47	沖縄県	86	1.1%	73	1.0%	76	1.1%	74	1.1%
	計	7806	100%	7,085	100%	6,956	100%	6,792	100%

※医師・歯科医師・薬剤師調査(統計)を用いて、医政局医事課で作成。臨床に従事する医師のみ（臨床研修医を除く）

H30年度のデータは、2018年度の専攻医募集におけるシーリング（5都府県）の影響が反映されていると考えられる。
 シーリング対象となった5都府県において、必ずしも専攻医の集中が改善されていないことが示唆される。