

令和6年度第2回 医道審議会
医師分科会 医師専門研修部会

資料2

令和6年9月9日

今後の専門研修制度に向けた検討について

厚生労働省 医政局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1. 現状のシーリング数等について



現状のシーリングについて

シーリングの対象

- 「2018年医師数」が「2018年の必要医師数¹⁾」および「2024年の必要医師数²⁾」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³⁾、病理・臨床検査⁴⁾、救急・総合診療科⁵⁾の6診療科はシーリングの対象外とする

1,2)各診療科別勤務時間等（「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」結果を基に作成）及び医師需給分科会第3次中間取りまとめにおけるマクロ需要推計の推計値（需要ケース2）、DPCデータを用いた疾病別診療科別患者数シェア等を利用して算出

3)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

4)専攻医が著しく少数である等の理由

5)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

通常プログラムのシーリング数について

「2018年～2020年の3年間の平均採用数」から
(「2018年～2020年の3年間の平均採用数」 - 「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

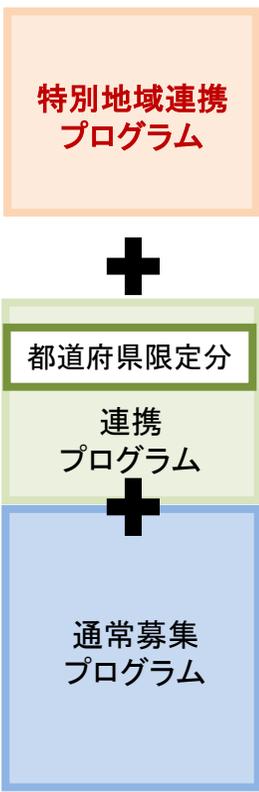
2024年度専攻医募集におけるシーリングの基本的な考え方

令和5年度第1回 医道審議会
医師分科会 医師専門研修部会
令和5年6月22日

資料1
(日本専門医
機構資料)

○ 2023年度同様、足下医師充足率が低い都道府県のうち、医師少数区域等にある施設を1年以上連携先とする特別地域連携プログラムを通常募集プログラム等のシーリングの枠外として別途設ける。

(特別地域連携プログラムを加えた2023・2024シーリング)



【連携先】

原則 足下充足率※1が0.7以下(小児科については0.8以下)の都道府県のうち、

- ・ 医師少数区域にある施設※2
- ・ 年通算の時間外・休日労働時間が1860時間を超える医師等が所属する施設※3

【採用数】

原則 都道府県限定分と同数

【研修期間】

全診療科共通で 1年以上

注：特別地域連携プログラムの採用数については、診療科別の個別事情も考慮し設定

- 通常募集及び連携プログラムにおけるシーリング数の計算は2023年度と同様とする。
- シーリング対象の都道府県別診療科が「連携プログラム」を設定するためには、通常プログラムの地域貢献率※4を原則20%以上とし、通常プログラムにおいて医師が不足する都道府県や地域で研修する期間をあらかじめ確保する。
- 連携プログラムにおける連携先(シーリング対象外の都道府県)での研修期間は、全診療科共通で1年6ヶ月以上とする。
- $\text{連携プログラム採用数} = \text{連携プログラム基礎数}^{\ast 5} \times \begin{cases} 20\% & : (\text{専攻医充足率} \leq 100\% \text{の診療科の場合}) \\ 15\% & : (100\% < \text{専攻医充足率} \leq 150\% \text{の診療科の場合}) \\ 10\% & : (\text{専攻医充足率} > 150\% \text{の診療科の場合}) \end{cases}$
- 連携プログラム採用数の基礎数の5%は、「都道府県限定分」として足下充足率が0.8以下の医師不足が顕著な都道府県で研修を行うプログラムとして採用。

※1 足下充足率=2016足下医師数/2024必要医師数、もしくは、2018足下医師数/2024必要医師数

※2 小児科については小児科医師偏在指標に基づく相対的医師少数区域にある施設

※3 宿日直許可の取得、タスクシフト/シェアの推進などの取組を行ってもなお、地域医療を維持するために年通算の時間外・休日労働時間が1860時間を超えるもしくは超えるおそれがある医師が所属する施設であって、指導医・指導体制が確保され、かつ、適切な労働時間となるように、研修・労働環境が十分に整備されている施設。なお、その際、年通算の時間外・休日労働時間が1860時間を超える又は超えるおそれがある医師の労働時間の短縮に資する分野の専攻医が連携先において研修を行う場合に限り設置可能とする。

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

※5 連携プログラム基礎数=(過去3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)

令和6年度専攻医採用におけるシーリング

	シーリング対象の診療科数	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
北海道	1											20+3+[6]		
青森県	0													
岩手県	0													
宮城県	0													
秋田県	0													
山形県	0													
福島県	0													
茨城県	0													
栃木県	0													
群馬県	0													
埼玉県	0													
千葉県	0													
東京都	12	398+123+[52]	98+19+[11]	54+18+[11]	74+12+[14]+(5)	104+13+[9]	52+16+[6]	44+11+[3]		41+7+[6]	36+7+[5]	75+15+[11]	30+10+[6]	16+4+[15]
神奈川県	1			14+1+[1]										
新潟県	0													
富山県	0													
石川県	2				9+0+[2]	10+0+[1]								
福井県	0													
山梨県	0													
長野県	0													
岐阜県	0													
静岡県	0													
愛知県	1							16+1+[1]						
三重県	0													
滋賀県	1		7+0+[0]											
京都府	9	62+18+[8]	9+0+[2]	8+2+[2]		16+1+[1]	14+3+[2]	8+2+[1]	19+0+[0]		14+0+[0]	11+2+[4]		
大阪府	8	200+10+[21]				41+2+[4]	22+4+[5]	17+2+[1]	18+1+[0]		14+3+[2]	30+2+[6]	15+2+[2]	
兵庫県	4			13+0+[0]			12+1+[0]	14+0+[0]					13+0+[2]	
奈良県	0													
和歌山県	2	20+3+[2]				9+0+[1]								
鳥取県	1	15+1+[2]												
島根県	0													
岡山県	5	55+7+[6]	14+0+[0]		10+1+[2]						9+0+[0]	14+3+[6]		
広島県	0													
山口県	0													
徳島県	1	16+4+[2]												
香川県	0													
愛媛県	0													
高知県	0													
福岡県	8	118+29+[15]		11+1+[0]	17+5+[3]+(1)	33+10+[3]	11+0+[2]				15+0+[2]	20+4+[4]	7+0+[2]	
佐賀県	1				8+0+[1]									
長崎県	4	33+4+[4]	9+0+[0]			7+0+[0]						6+0+[0]		
熊本県	3	33+0+[3]			11+0+[2]	8+0+[1]								
大分県	0													
宮崎県	0													
鹿児島県	0													
沖縄県	2				7+0+[1]							8+0+[0]		

※都道府県の各診療科の数値は通常募集プログラム数+連携プログラム数+【特別地域連携プログラム数】(精神科のみ:精神保健指定医連携枠)

専攻医採用実績数 都道府県別一覧表

令和6年3月28日時点 確定値

都道府県	H30年 (2018)	R1年 (2019)	R2年 (2020)	R3年 (2021)	R4年 (2022)	R5年 (2023)	R6年 (2024)
1 北海道	296	317	305	303	342	296	298
2 青森県	61	72	68	72	71	67	79
3 岩手県	62	65	71	77	74	80	54
4 宮城県	159	142	172	144	181	170	192
5 秋田県	60	49	55	55	47	52	48
6 山形県	55	66	57	55	54	54	60
7 福島県	86	76	87	106	86	79	104
8 茨城県	130	142	134	151	138	154	154
9 栃木県	120	121	122	130	147	149	124
10 群馬県	79	78	84	105	103	102	99
11 埼玉県	228	256	343	317	381	366	378
12 千葉県	267	332	381	388	395	397	410
13 東京都	1,824	1,770	1,783	1,748	1,749	1,832	1,791
14 神奈川県	497	516	546	607	639	665	652
15 新潟県	100	95	123	99	109	90	101
16 富山県	54	53	52	51	50	50	45
17 石川県	109	122	113	118	131	97	86
18 福井県	39	50	57	45	44	53	51
19 山梨県	37	57	53	66	58	58	58
20 長野県	112	109	124	103	121	111	100
21 岐阜県	98	85	111	113	105	92	115
22 静岡県	114	150	173	181	171	154	204
23 愛知県	450	476	520	552	571	612	585
24 三重県	102	94	102	89	91	89	88

都道府県	H30年 (2018)	R1年 (2019)	R2年 (2020)	R3年 (2021)	R4年 (2022)	R5年 (2023)	R6年 (2024)
25 滋賀県	90	89	87	94	113	96	115
26 京都府	284	269	260	283	295	272	262
27 大阪府	649	652	683	669	684	676	733
28 兵庫県	338	381	454	452	478	490	499
29 奈良県	103	97	115	104	122	116	126
30 和歌山県	72	67	90	67	89	79	83
31 鳥取県	45	55	53	45	48	43	50
32 島根県	37	44	46	61	28	40	57
33 岡山県	215	221	243	221	244	221	207
34 広島県	148	141	145	144	155	161	159
35 山口県	45	46	59	61	55	58	62
36 徳島県	60	65	48	52	41	38	44
37 香川県	48	59	37	53	48	40	47
38 愛媛県	88	65	85	74	72	57	64
39 高知県	50	36	44	60	58	55	49
40 福岡県	450	444	424	451	470	434	475
41 佐賀県	58	53	53	59	61	50	48
42 長崎県	84	111	87	95	102	90	85
43 熊本県	104	122	113	111	89	111	101
44 大分県	64	61	58	63	80	74	69
45 宮崎県	37	52	45	56	54	64	46
46 鹿児島県	94	107	105	118	102	92	84
47 沖縄県	108	85	112	115	102	99	113
計	8,410	8,615	9,082	9,183	9,448	9,325	9,454

※青いセルは**医師少数県**、黄色いセルは**医師多数県**(令和6年度医師確保計画に用いられる医師偏在指標に基づく)

専攻医採用実績数 診療科別一覧表

令和6年3月28日時点 確定値

診療科		平成30年 (2018年) 採用実績	平成31年 (2019年) 採用実績	令和2年 (2020年) 採用実績	令和3年 (2021年) 採用実績	令和4年 (2022年) 採用実績	令和5年 (2023年) 採用実績	令和6年 (2024年) 採用実績
1	内科	2,670	2,794	2,923	2,977	2,915	2,855	2,850
2	小児科	573	548	565	546	551	526	532
3	皮膚科	271	321	304	303	326	348	297
4	精神科	441	465	517	551	571	562	570
5	外科	805	826	829	904	846	835	807
6	整形外科	552	514	671	623	644	651	739
7	産婦人科	441	437	476	475	517	481	482
8	眼科	328	334	344	329	343	310	331
9	耳鼻咽喉科	267	282	266	217	256	203	206
10	泌尿器科	274	255	323	312	310	338	343
11	脳神経外科	224	252	247	255	237	217	219
12	放射線科	260	234	247	268	299	341	343
13	麻酔科	495	489	455	463	494	466	486
14	病理	114	118	102	95	99	93	90
15	臨床検査	6	19	14	21	22	36	18
16	救急科	267	286	279	325	370	408	472
17	形成外科	163	193	215	209	253	234	226
18	リハビリテーション科	75	69	83	104	145	136	153
19	総合診療	184	179	222	206	250	285	290
	計	8,410	8,615	9,082	9,183	9,448	9,325	9,454

※黄緑色のセルはシーリング対象の診療科

2. シーリングに関する研究結果・ご意見等

1. データベース解析

【シーリング設定が専門研修プログラム採用者数に与えた影響の確認】

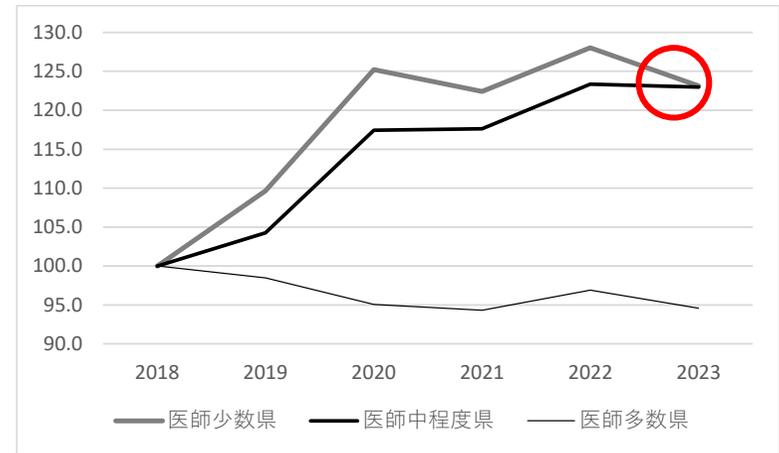
＜新たにシーリングが設定された際の採用者数変化＞

採用年	シーリング設定		採用者数		
	前年	当年	前年	当年	変化数
2020	あり	あり	1881	1754	-127
	あり	なし	1261	1440	179
	なし	あり	719	585	-134
	なし	なし	13369	14245	876
2021	あり	あり	2220	2184	-36
	あり	なし	119	159	40
	なし	あり	344	270	-74
	なし	なし	15341	15389	48
2022	あり	あり	2378	2476	98
	あり	なし	76	86	10
	なし	あり	-	-	-
	なし	なし	15548	16235	687
2023	あり	あり	2476	2459	-17
	あり	なし	-	-	-
	なし	あり	-	-	-
	なし	なし	16321	16111	-210

表：シーリングの設定状況別に見た採用者数の変化

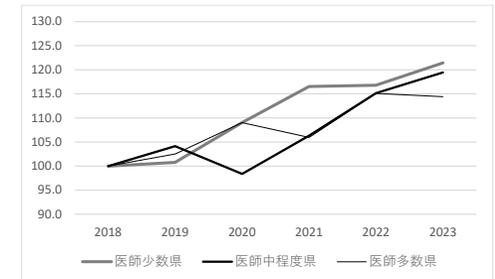
○ 前年にシーリング設定がなく、当年新規に設定された都道府県・基本領域での採用者数は前年と比較して減少していた。

＜シーリングの有無による都道府県別の採用者数推移＞



上図：シーリングのある
 右図：シーリングのない
 診療科の採用者数の推移

医師多数県 東京、石川、滋賀、京都、大阪、和歌山、鳥取、岡山、徳島、香川、高知、福岡、佐賀、長崎、熊本、沖縄
 医師中程度県 北海道、宮城、神奈川、富山、福井、山梨、愛知、兵庫、奈良、島根、広島、山口、愛媛、大分、鹿児島
 医師少数県 青森、岩手、秋田、山形、福島、茨城、栃木、群馬、埼玉、千葉、新潟、長野、岐阜、静岡、三重、宮崎

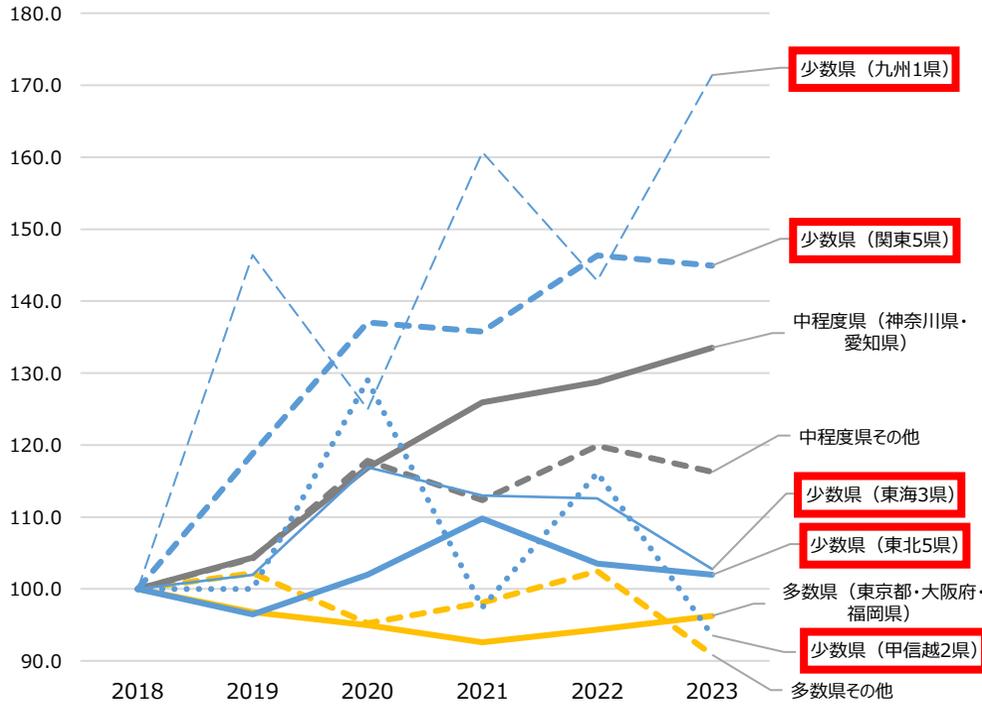


○ シーリングのある領域では、医師多数県における採用数が抑制され、医師少数県及び医師中程度県における採用者数が増加していた。

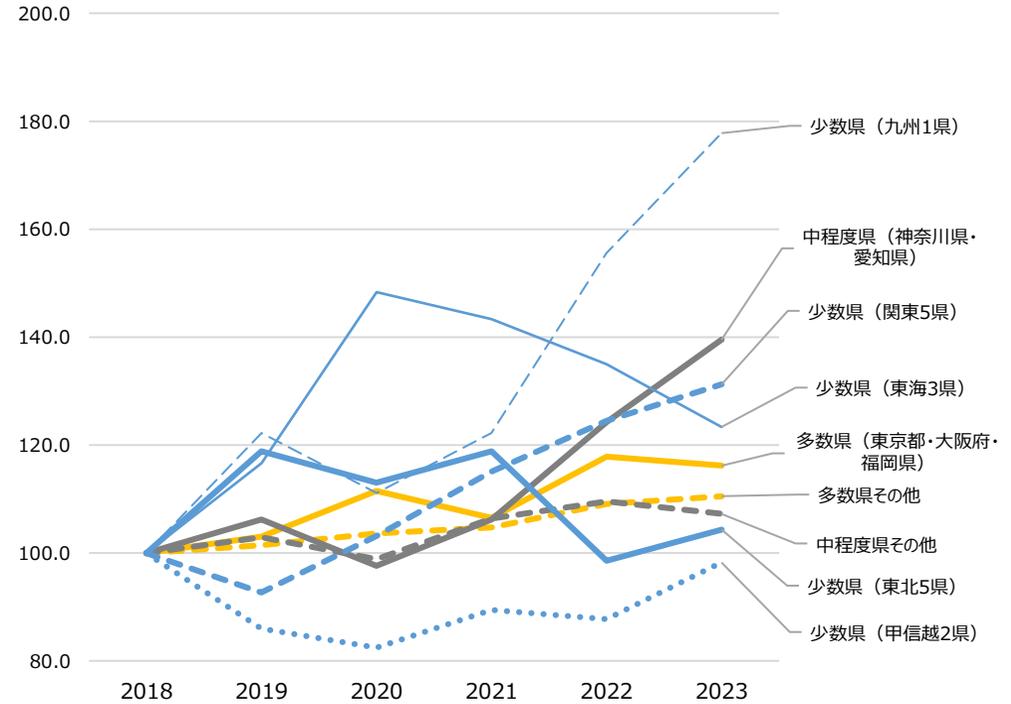
研究結果

1. データベース解析

<シーリングの有無による都道府県別の採用者数推移> (詳細)



図：シーリングのある診療科における採用者数推移
(2018年 = 100として表示)



図：シーリングのない診療科における採用者数推移
(2018年 = 100として表示)

○ シーリングのある領域における医師少数県の採用者数の推移については、地域によるばらつきがあり、増加していない地域も存在する。

医師多数県 東京、石川、滋賀、京都、大阪、和歌山、鳥取、岡山、徳島、香川、高知、福岡、佐賀、長崎、熊本、沖縄
 医師中程度県 北海道、宮城、神奈川、富山、福井、山梨、愛知、兵庫、奈良、鳥根、広島、山口、愛媛、大分、鹿児島
 医師少数県 青森、岩手、秋田、山形、福島、茨城、栃木、群馬、埼玉、千葉、新潟、長野、岐阜、静岡、三重、宮崎

考察

- 2020年度～2023年度の4年間に専門研修プログラムに登録した専攻医15,876名の回答が得られた。
 - 制約がない場合、16.4%が専門研修プログラムにおいて、別の都道府県・基本領域を希望したと回答した。
→必ずしもシーリングによる直接的な効果に限ったものではないことに留意する必要があるが、**シーリングは医師偏在対策として専攻医の都道府県・基本領域の選択行動に一定の効果があったと評価できる。**
- <地域偏在>
- ・シーリングのある領域では、シーリングのない領域と比較して、医師多数県での採用者数が抑制されている。
 - ・一方で、医師少数県の採用者数の増加については、地域によってばらつきがあり、特に東北・東海・甲信越地方の医師少数県においては、シーリングによる効果が十分に発揮されているとは言えない。
- <診療科偏在>
- ・シーリングによる効果の可能性が示唆されたものの、対象となる都道府県や採用上限数等、設定方法により大きく異なってくると考えられ、本研究で十分に解析することは困難であった。
- 専攻医は都道府県を変更してでも基本領域を優先する意向が強いことがうかがえる。

結論

- 現行のシーリングは、医師の地域偏在対策・診療科偏在対策において、専攻医の選択行動に一定の効果があると推察される。
- 今後、今回得られた結果も踏まえ、地域枠をはじめとしたその他の医師偏在対策の効果を除いたシーリングによる効果の解析等を含む、他の視点からの継続的な解析が必要である。
- そのうえで、専攻医の意向等を踏まえた適切な医師偏在対策を行うことが重要である。

令和6年度第1回専門研修部会(7月19日)での意見(概要)

【全体的な事項】

- 医師多数県の人数を制限することについては効果が明らかだったが、医師多数県で研修できなかった方は近隣の県に流れてしまっており、医師少数県を充足するという対策にはなり得ていない。
- 専門研修によって医師偏在を解決することには限界がある。
- シーリングが十分に機能していないと言わざるを得ない。ぜひ激変緩和措置の見直しを進めてもらいたい。
- 都道府県がシーリングについての現状をどう受け止めているか、意見を聞くべき。

【特別地域連携プログラム等について】

- 一度地域で研修を受けることによって、連携先で診療あるいは研修を続けたいという意見は決して少なくはない。現時点で人数が少ないとしても、継続あるいはより発展させていけるような工夫をぜひしていただけたらいいのではないか。
- 地域偏在の解消に少しでも可能性があるので、改良を加えながら続けてもらいたい。

【その他】

- 地域定着には研修環境が重要という調査結果がある。地域医療教育のためのマネジメントや環境整備に関するノウハウが蓄積されている都道府県や大学のセクションとも連携し、効率的な運用やアイデアの収集が可能。
- 地域定着のために重要な要素に研修環境があり、医療DX等を含めた研修環境の整備を考えるべき。

都道府県からの意見(概要)

【シーリング数の設定方法について】

- 激変緩和措置により大都市部の募集定員が固定化されている。**シーリングを厳格に実施**すべき。
- シーリング数について、過去3年間の採用数が考慮されると単年度の一時的な採用数の増加に影響を受ける。シーリング数の算定方法の見直しを行うこと。
- シーリング対象県の**若手医師の減少**や、高齢医師が多いためにシーリング対象となる事情に配慮すべき。

【地域偏在への配慮の観点】

- シーリングの対象外となっている診療科についてもシーリングを設定するなど、都市部への集中を是正する対策を行うこと。
- 診療科によってはシーリングの更なる厳格化を行うべき。

【診療科偏在への配慮の観点】

- 全国的に不足感の強い診療科はシーリングの対象外とすること。
- 採用数が少ない診療科への配慮をするべき。
- **個々の診療科が持つ特性を踏まえて対象とするか検討**するべき。

都道府県からの意見(概要)

【連携プログラム等について】

- 特別地域連携プログラムは、**現行のシーリングの枠内で実施**すること。
- 通常プログラムも含めてより多くの専攻医が医師少数区域で経験を積むことを促すべき。

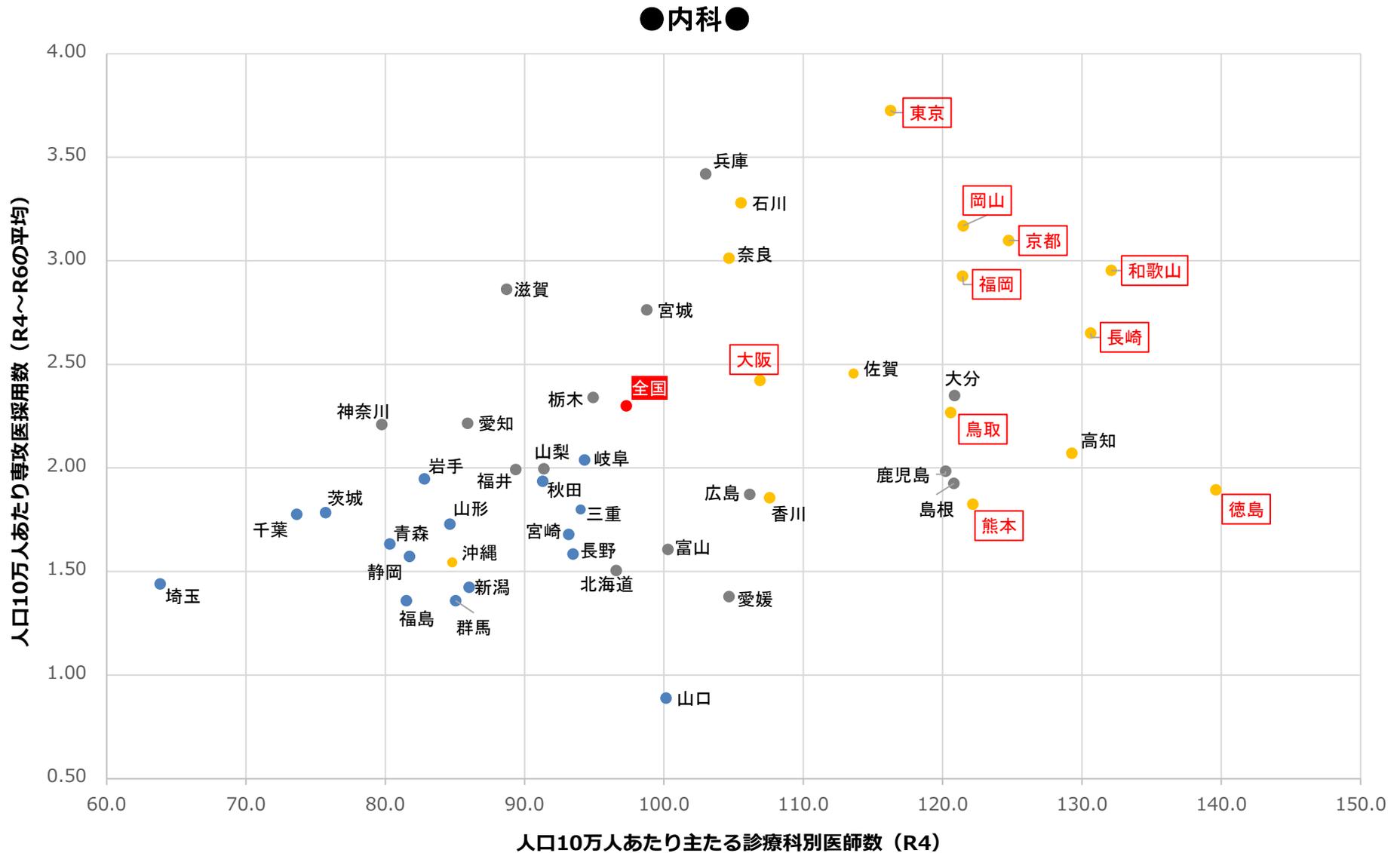
【総合診療専門医等について】

- 全人的な治療ができる内科医や総合診療医など、今後、ますます地域医療に必要となる医師を幅広く育成するため、過度な専門医志向を助長することのないよう、制度設計において留意してほしい。
- 地域で必要とされる総合診療医について、専門医取得後のキャリアパスを明確にするなど、専攻医数が増加するような魅力のある制度設計や、魅力の積極的な発信をしていただきたい。
- 総合診療専門医のダブルボードをとりやすくしてほしい。

【その他】

- シーリング設定対象となると、医師が充足しているとの誤ったメッセージが発信されてしまう。
- 専門研修は専門領域を深く学ぶ期間として充実した研修先で行うべき。制度の趣旨を踏まえた医師偏在対策とすること。
- ライフステージや質の高い研修など、専攻医の立場に立った運営をするべき。
- 地域枠医師が、医師不足地域を中心に地域医療に従事しながら、専門医資格の取得や更新ができるよう、柔軟なプログラムの設定、カリキュラム制の整備、ローテーションへの配慮等、当該医師が適正にキャリアを積めるよう柔軟に対応していただきたい。

人口10万人あたり専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較

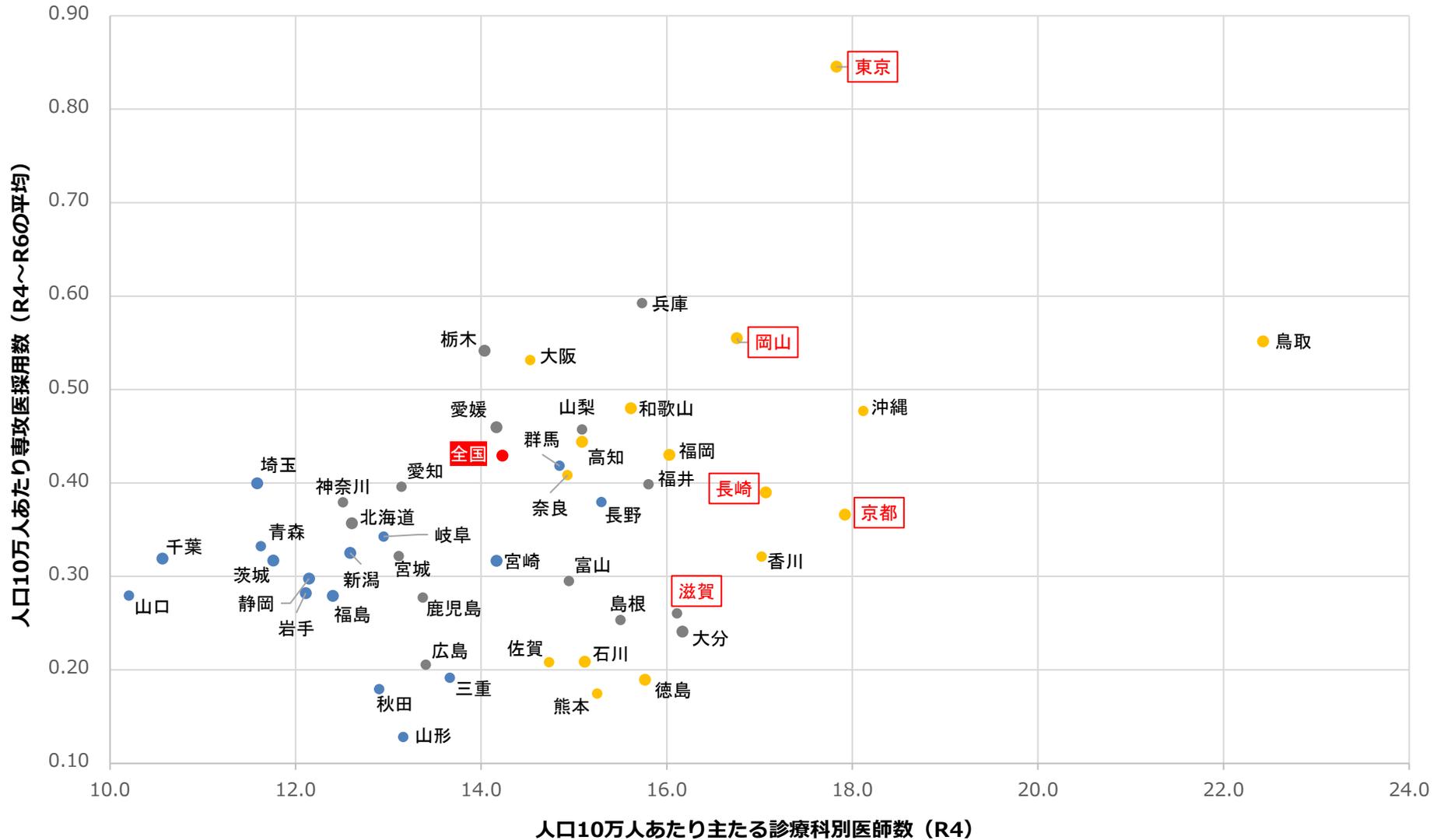


※主たる診療科別医師数は、「医師・歯科医師・薬剤師統計」(令和4年)の医療施設従事医師数(主たる診療科)が、内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科(胃腸内科)、腎臓内科、糖尿病内科(代謝内科)、血液内科、感染症内科、アレルギー科、リウマチ科、心療内科、脳神経内科である人数を集計
 ※人口10万人あたりを算出するに当たっては、総務省「人口推計(2022年(令和4年)10月1日現在)」を使用

■医師多数県 ■医師中程度県 ■医師少数県
 (令和6年1月10日更新:医師偏在指標による)
 □シーリング対象都道府県(R3~)

人口10万人あたり専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較

●小児科●



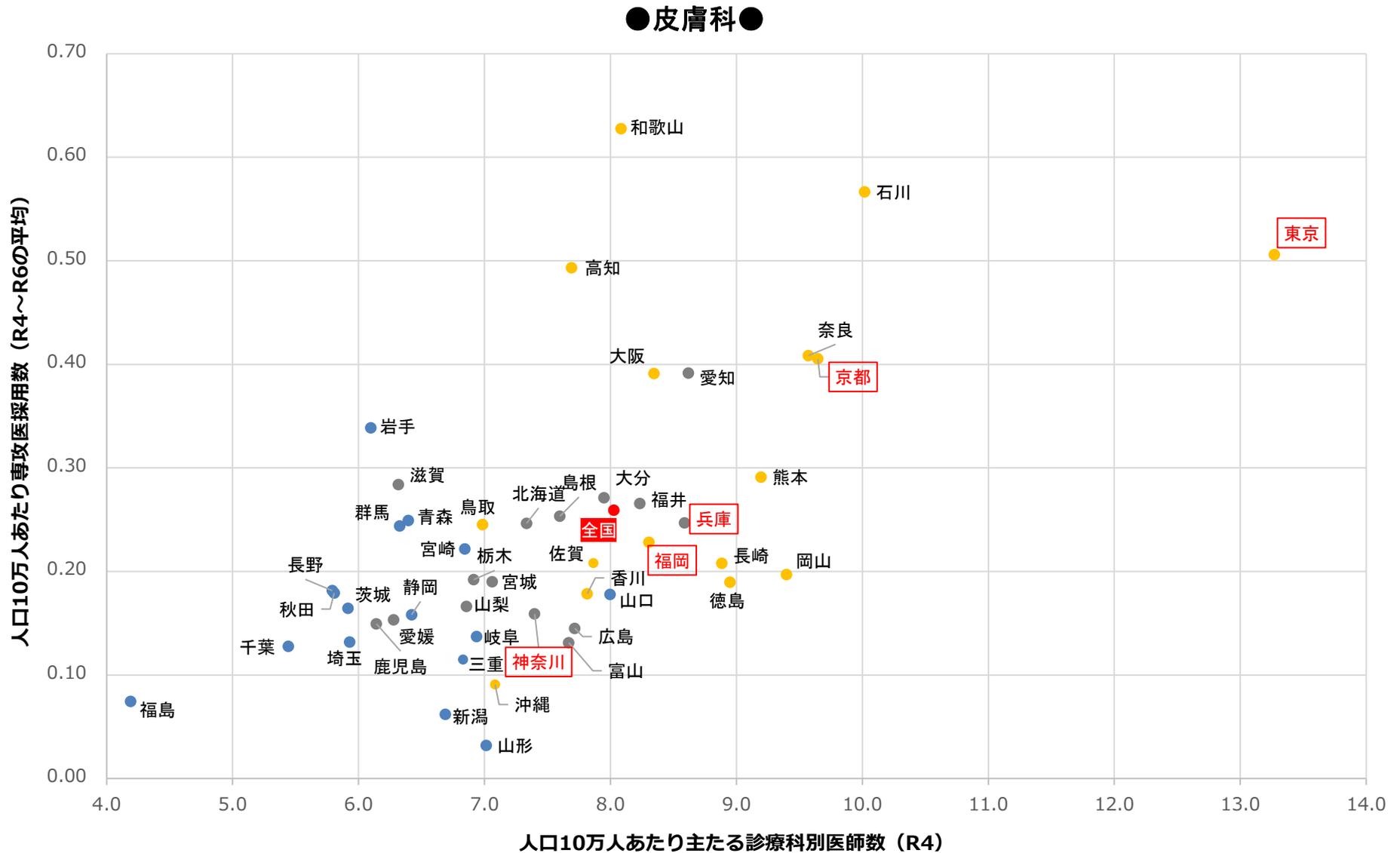
■ 医師多数県 ■ 医師中程度県 ■ 医師少数県

(令和6年1月10日更新: 医師偏在指標による)

□ シリーング対象都道府県 (R3~)

※主たる診療科別医師数は、「医師・歯科医師・薬剤師統計」(令和4年)の医療施設従事医師数(主たる診療科)の人数を集計
 ※人口10万人あたりを算出するに当たっては、総務省「人口推計(2022年(令和4年)10月1日現在)」を使用

人口10万人あたり専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較



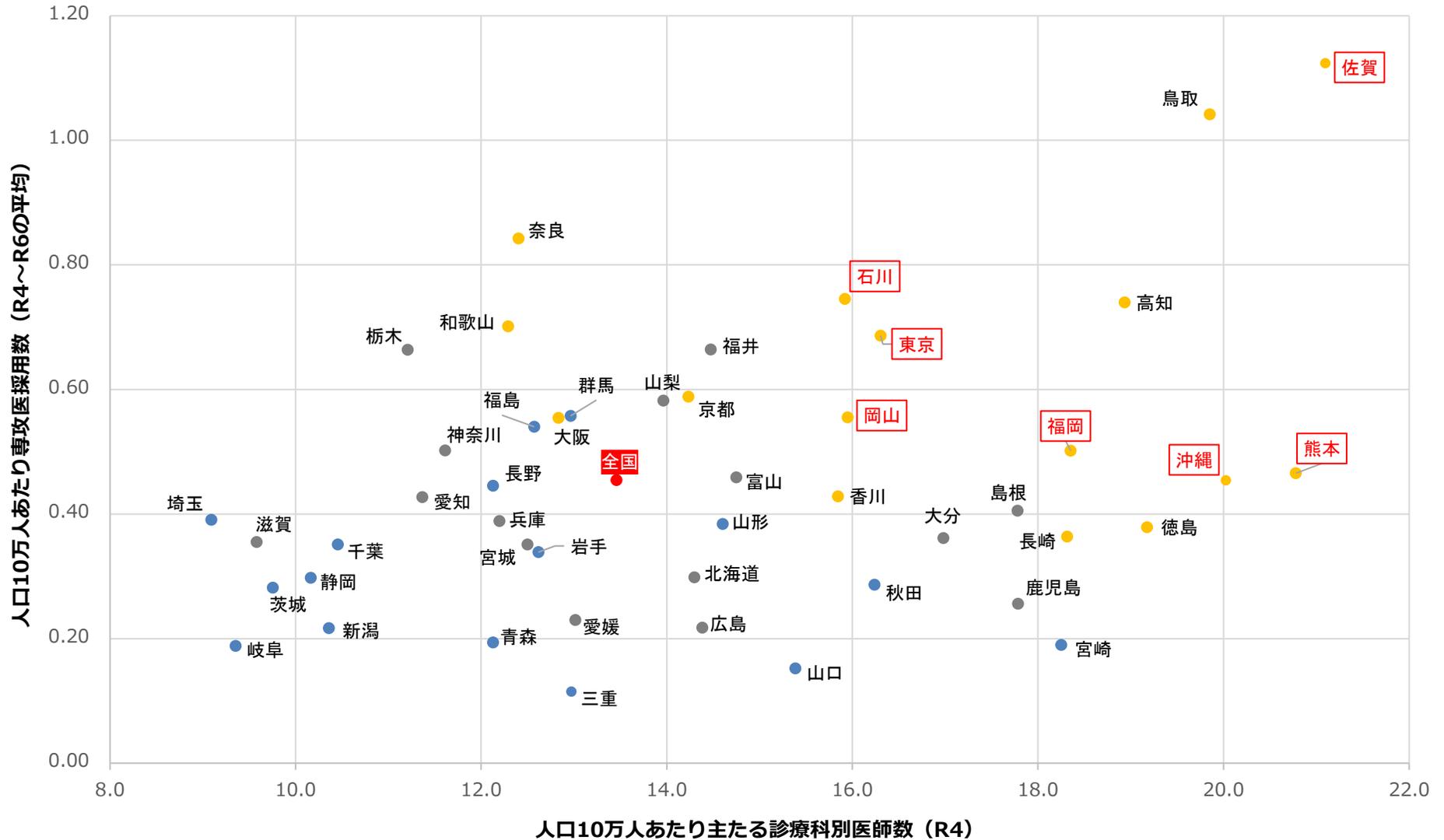
※主たる診療科別医師数は、「医師・歯科医師・薬剤師統計」(令和4年)の医療施設従事医師数(主たる診療科)の人数を集計
 ※人口10万人あたりを算出するに当たっては、総務省「人口推計(2022年(令和4年)10月1日現在)」を使用

■医師多数県 ■医師中程度県 ■医師少数県
 (令和6年1月10日更新:医師偏在指標による)

□シリーング対象都道府県(R3~)

人口10万人あたり専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較

●精神科●

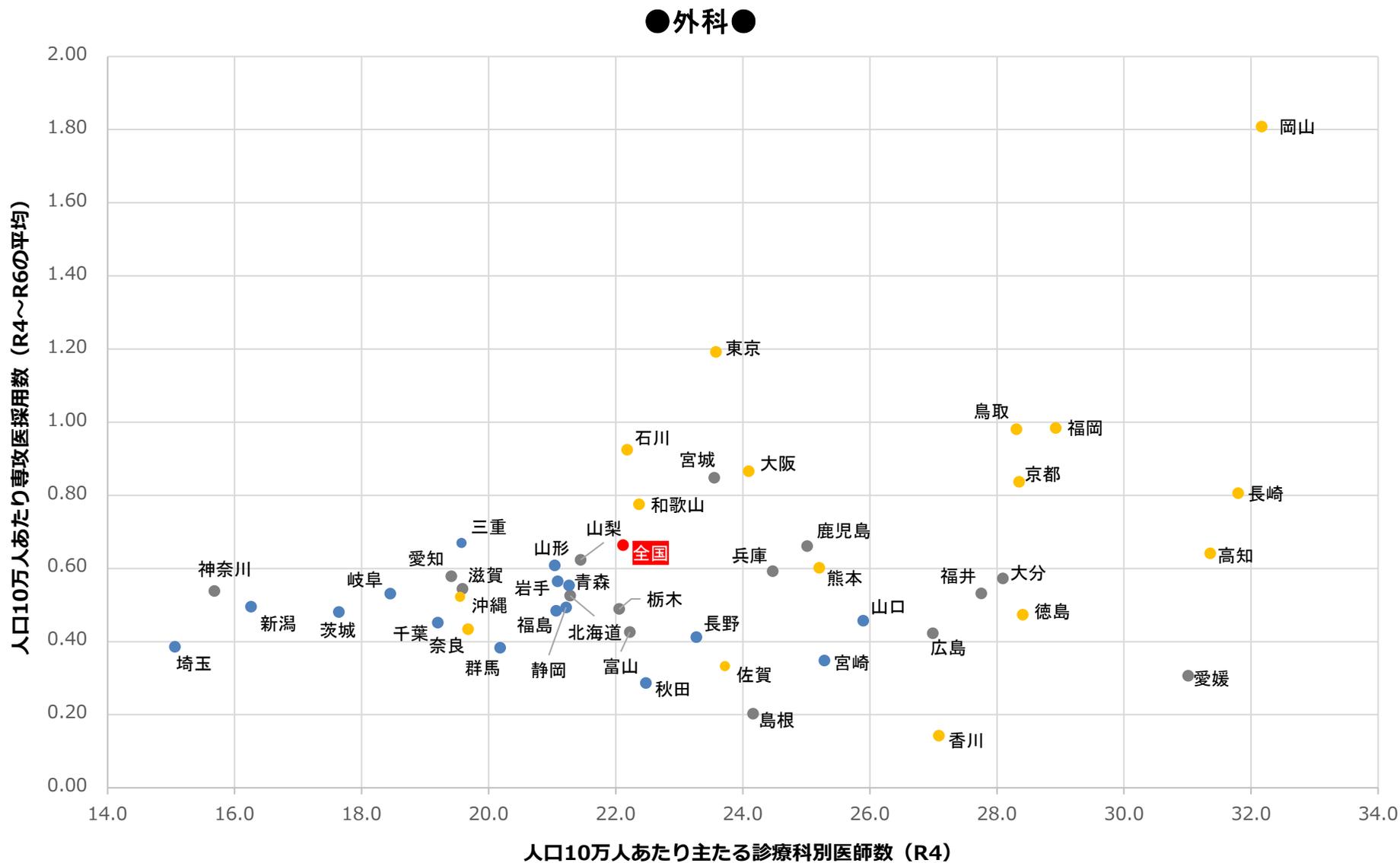


■ 医師多数県 ■ 医師中程度県 ■ 医師少数県
(令和6年1月10日更新: 医師偏在指標による)

□ シールリング対象都道府県 (R3~)

※主たる診療科別医師数は、「医師・歯科医師・薬剤師統計」(令和4年)の医療施設従事医師数(主たる診療科)の人数を集計
 ※人口10万人あたりを算出するに当たっては、総務省「人口推計(2022年(令和4年)10月1日現在)」を使用

人口10万人あたり専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較

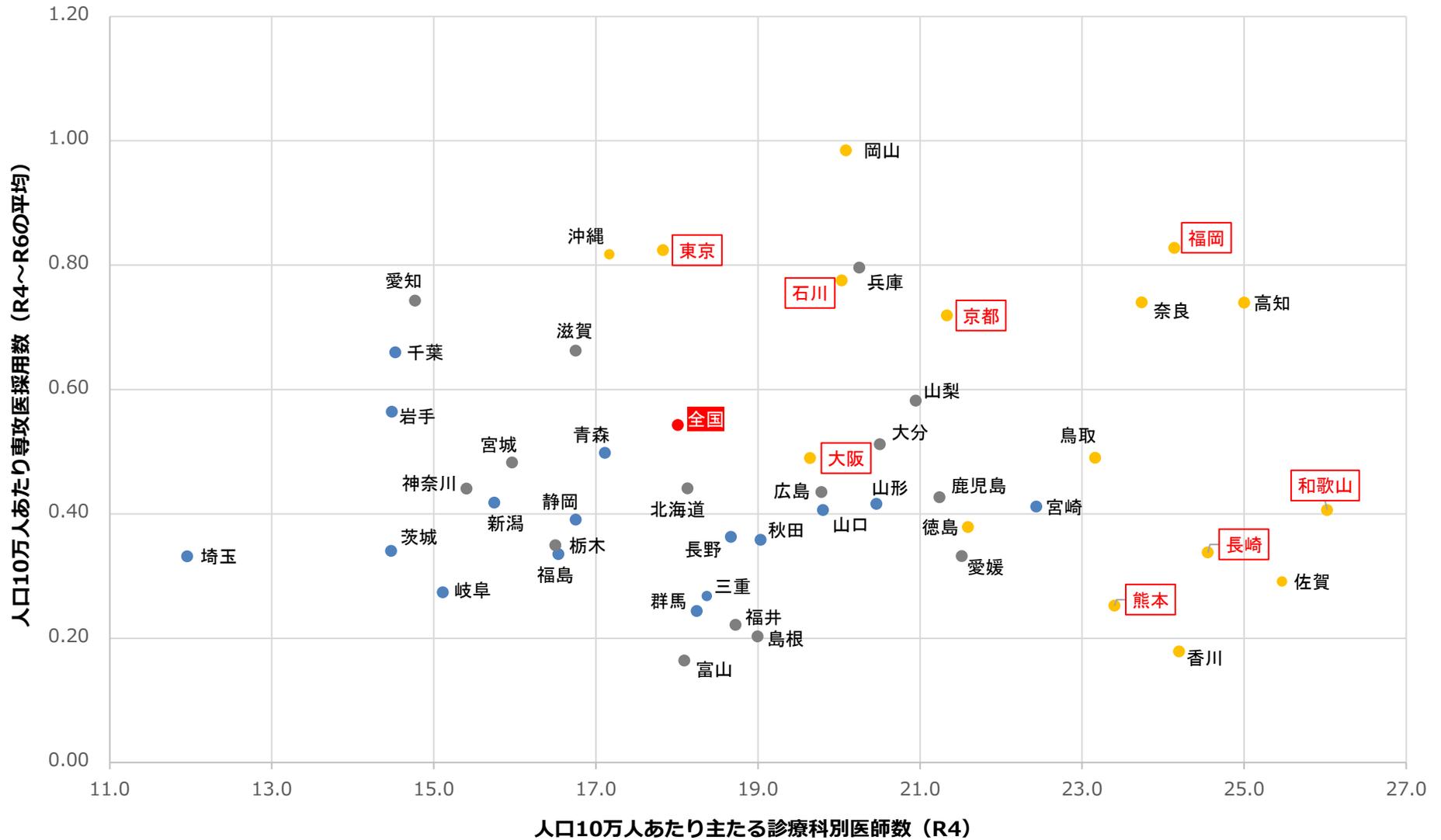


※主たる診療科別医師数は、「医師・歯科医師・薬剤師統計」(令和4年)の医療施設従事医師数(主たる診療科)が外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科(胃腸外科)、肛門外科、小児外科である人数を集計
 ※人口10万人あたりを算出するに当たっては、総務省「人口推計(2022年(令和4年)10月1日現在)」を使用

■医師多数県 ■医師中程度県 ■医師少数県
 (令和6年1月10日更新:医師偏在指標による)
 □シーリング対象都道府県(R3~)

人口10万人あたり専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較

● 整形外科 ●



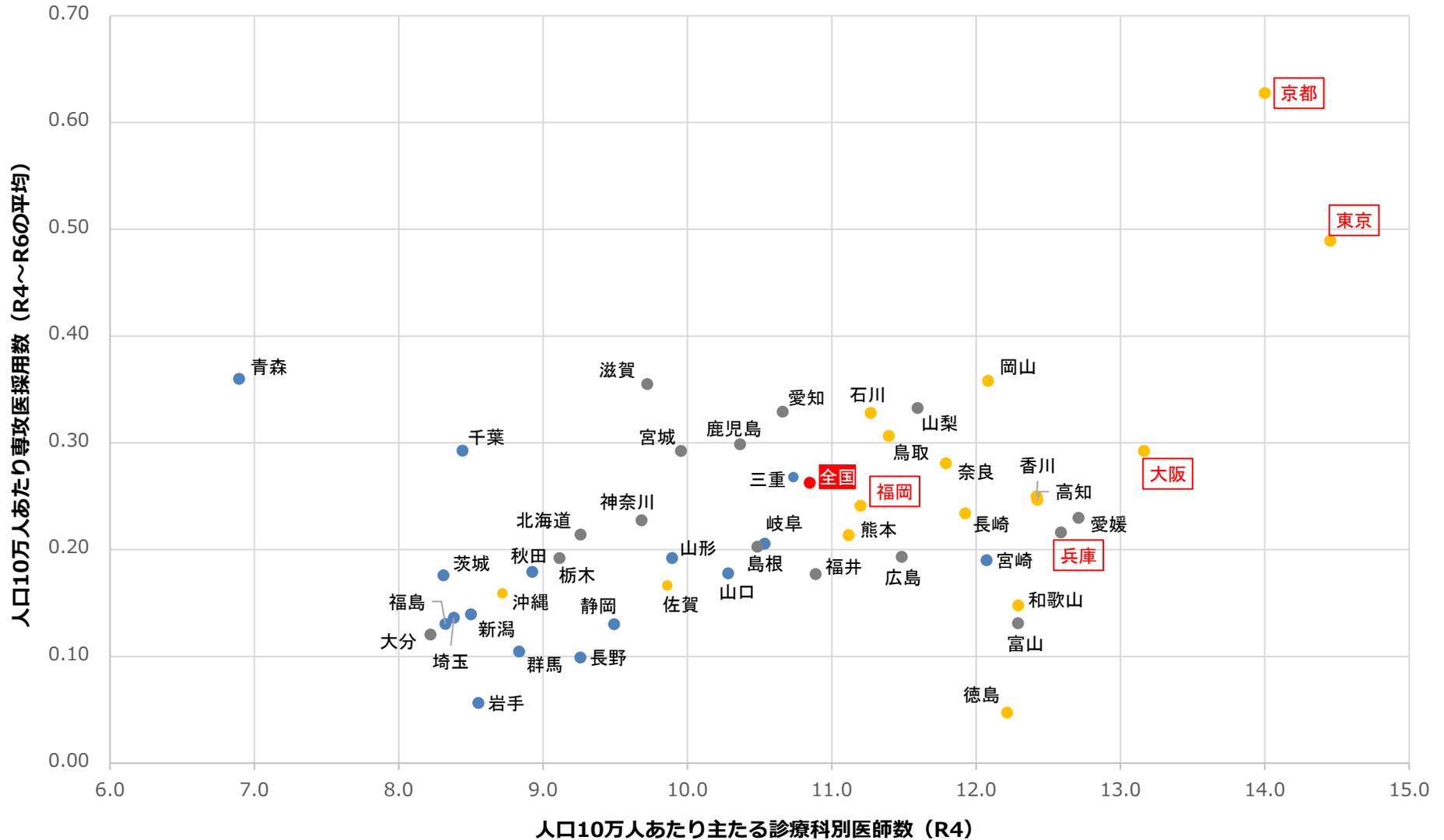
■ 医師多数県 ■ 医師中程度県 ■ 医師少数県
 (令和6年1月10日更新: 医師偏在指標による)

□ シリーング対象都道府県 (R3~)

※主たる診療科別医師数は、「医師・歯科医師・薬剤師統計」(令和4年)の医療施設従事医師数(主たる診療科)の人数を集計
 ※人口10万人あたりを算出するに当たっては、総務省「人口推計(2022年(令和4年)10月1日現在)」を使用

人口10万人あたり専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較

●眼科●



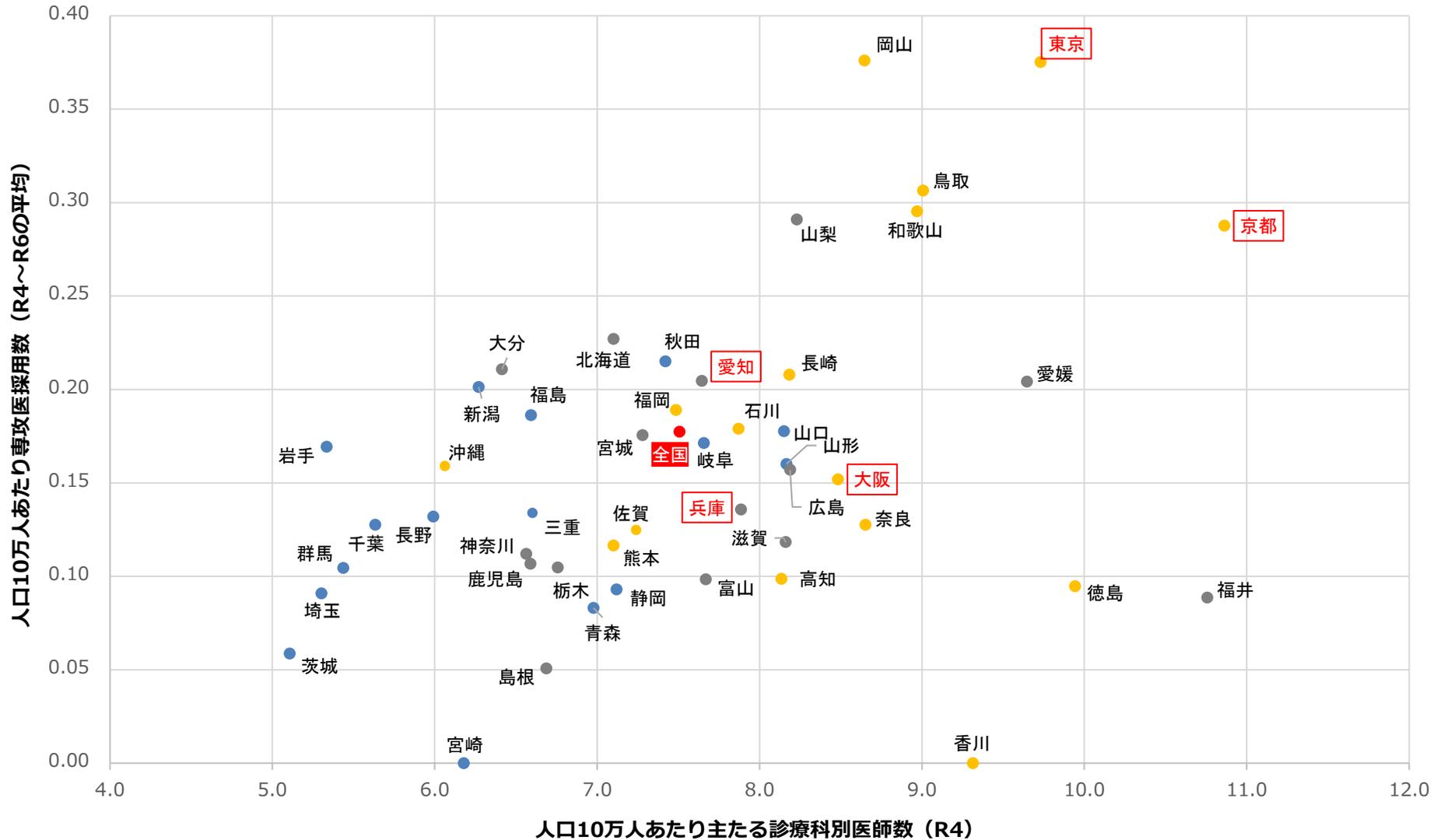
■ 医師多数県 ■ 医師中程度県 ■ 医師少数県
(令和6年1月10日更新: 医師偏在指標による)

□ シリーング対象都道府県 (R3~)

※主たる診療科別医師数は、「医師・歯科医師・薬剤師統計」(令和4年)の医療施設従事医師数(主たる診療科)の人数を集計
 ※人口10万人あたりを算出するに当たっては、総務省「人口推計(2022年(令和4年)10月1日現在)」を使用

人口10万人あたり専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較

●耳鼻咽喉科●



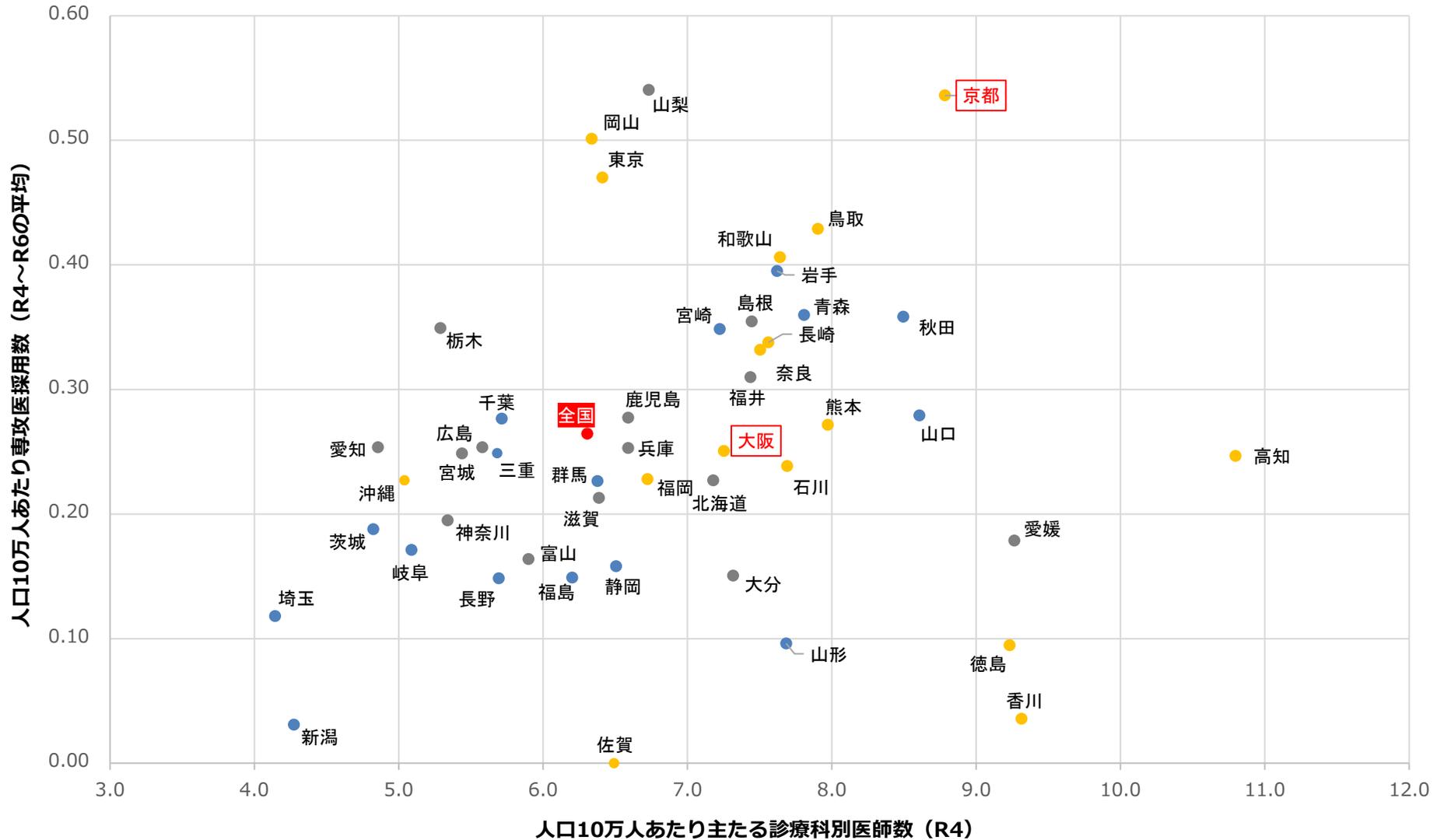
■医師多数県 ■医師中程度県 ■医師少数県
(令和6年1月10日更新: 医師偏在指標による)

□シーリング対象都道府県 (R3~)

※主たる診療科別医師数は、「医師・歯科医師・薬剤師統計」(令和4年)の医療施設従事医師数(主たる診療科)の人数を集計
 ※人口10万人あたりを算出するに当たっては、総務省「人口推計(2022年(令和4年)10月1日現在)」を使用

人口10万人あたり専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較

●泌尿器科●



■医師多数県 ■医師中程度県 ■医師少数県

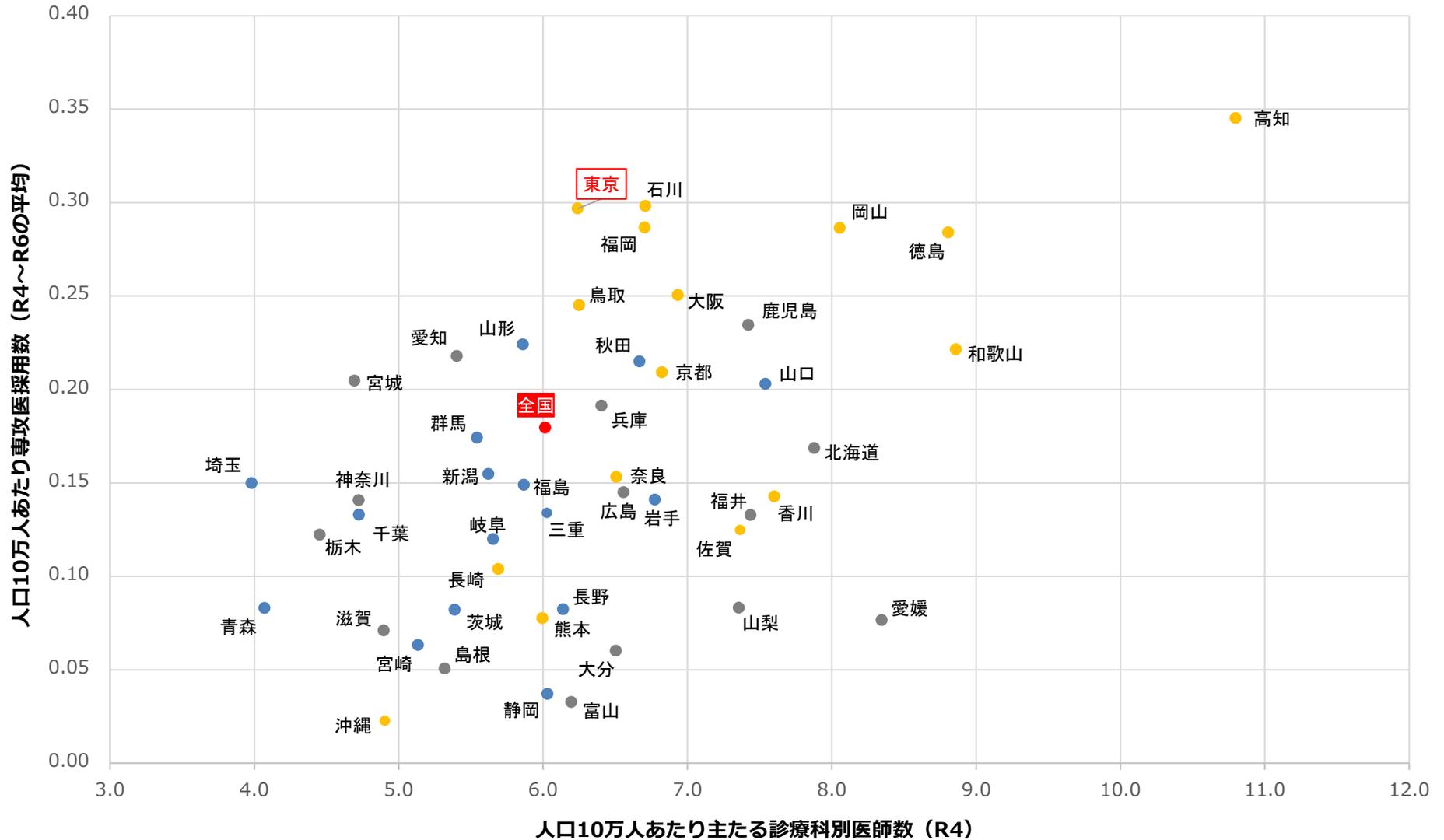
(令和6年1月10日更新:医師偏在指標による)

□シーリング対象都道府県(R3~)

※主たる診療科別医師数は、「医師・歯科医師・薬剤師統計」(令和4年)の医療施設従事医師数(主たる診療科)の人数を集計
 ※人口10万人あたりを算出するに当たっては、総務省「人口推計(2022年(令和4年)10月1日現在)」を使用

人口10万人あたり専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較

●脳神経外科●



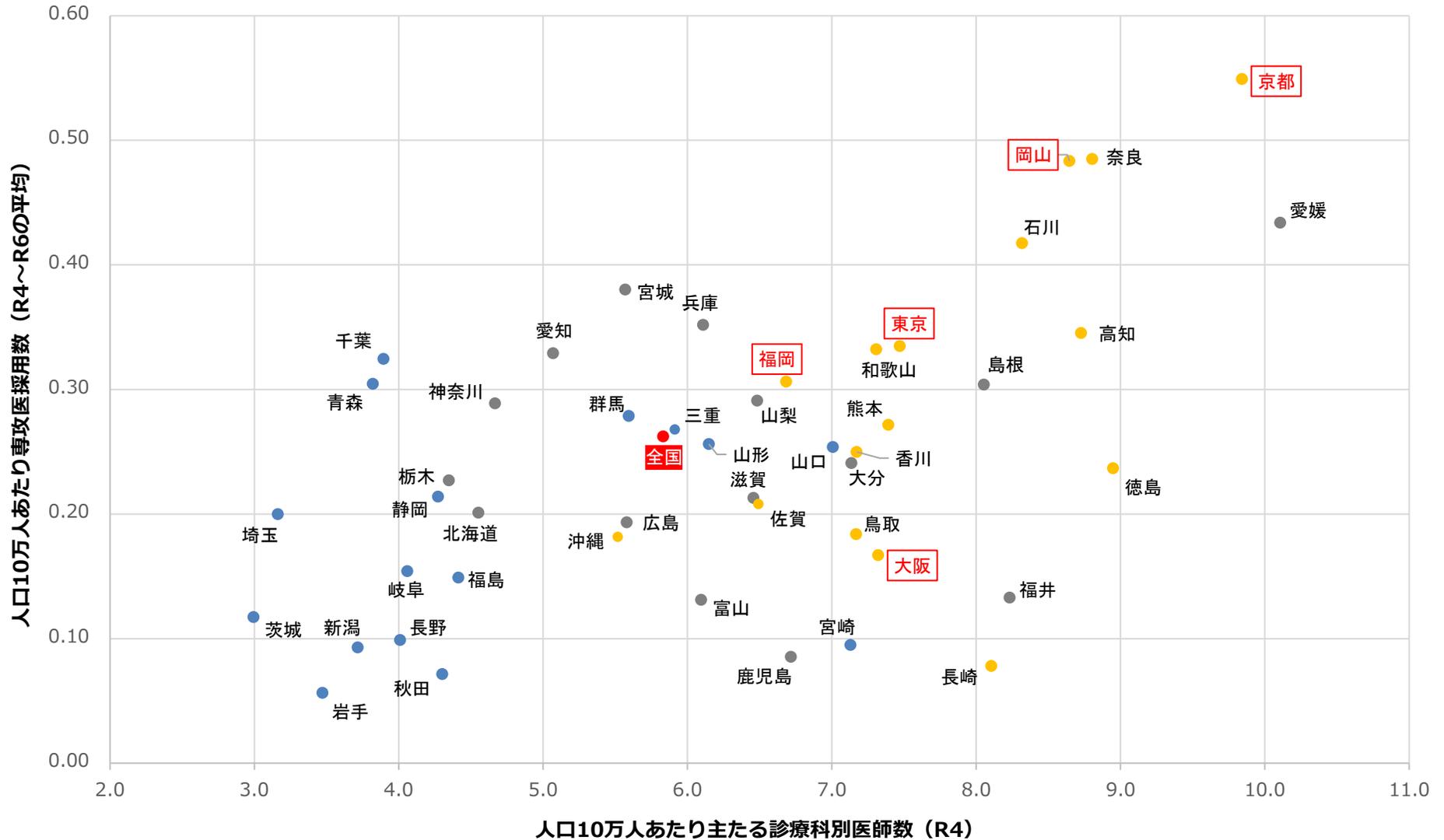
※主たる診療科別医師数は、「医師・歯科医師・薬剤師統計」(令和4年)の医療施設従事医師数(主たる診療科)の人数を集計
 ※人口10万人あたりを算出するに当たっては、総務省「人口推計(2022年(令和4年)10月1日現在)」を使用

■ 医師多数県 ■ 医師中程度県 ■ 医師少数県
 (令和6年1月10日更新: 医師偏在指標による)

□ シーリング対象都道府県 (R3~)

人口10万人あたり専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較

●放射線科●



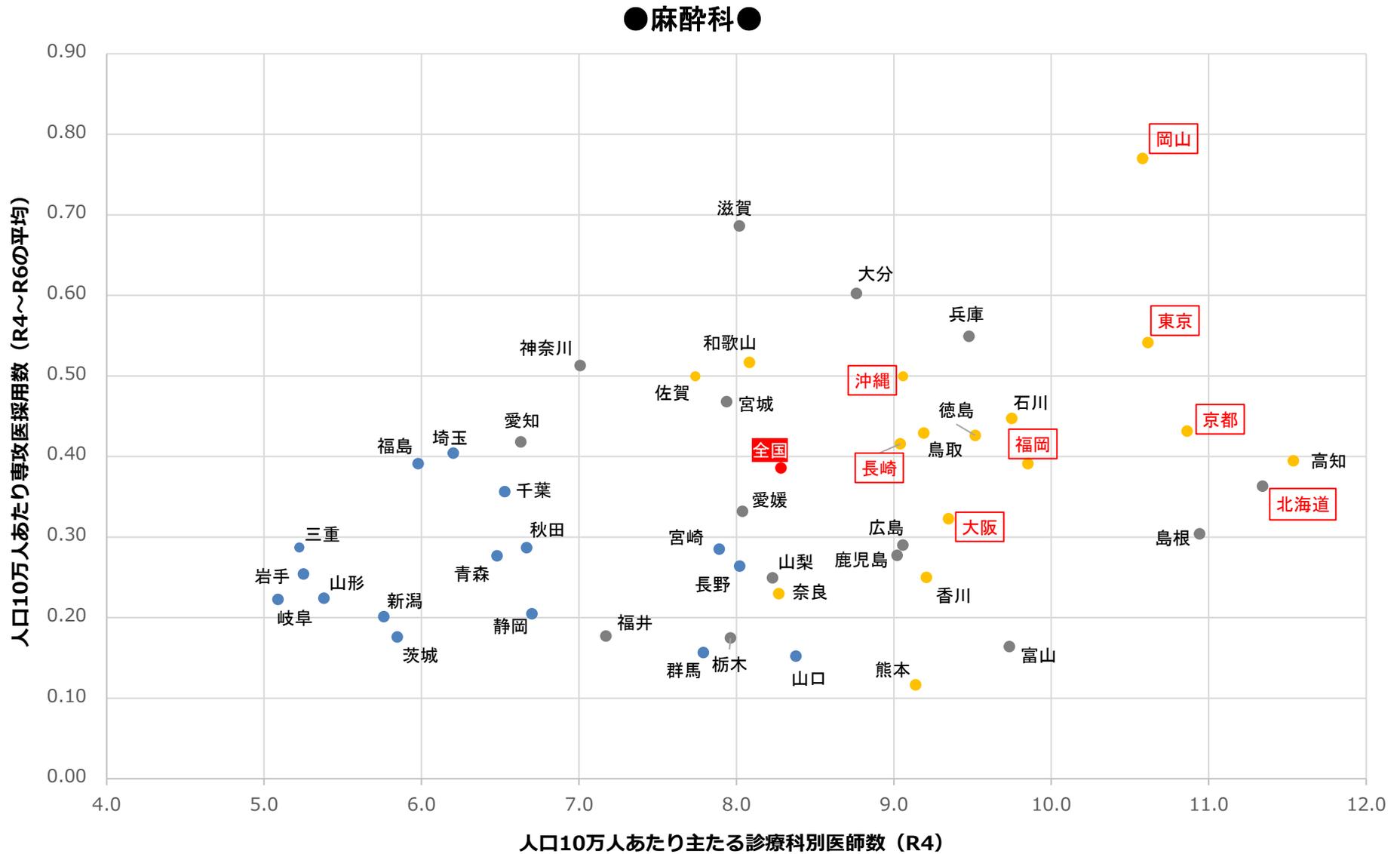
■ 医師多数県 ■ 医師中程度県 ■ 医師少数県

(令和6年1月10日更新: 医師備在指標による)

□ シリーング対象都道府県 (R3~)

※主たる診療科別医師数は、「医師・歯科医師・薬剤師統計」(令和4年)の医療施設従事医師数(主たる診療科)の人数を集計
 ※人口10万人あたりを算出するに当たっては、総務省「人口推計(2022年(令和4年)10月1日現在)」を使用

人口10万人あたり専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較

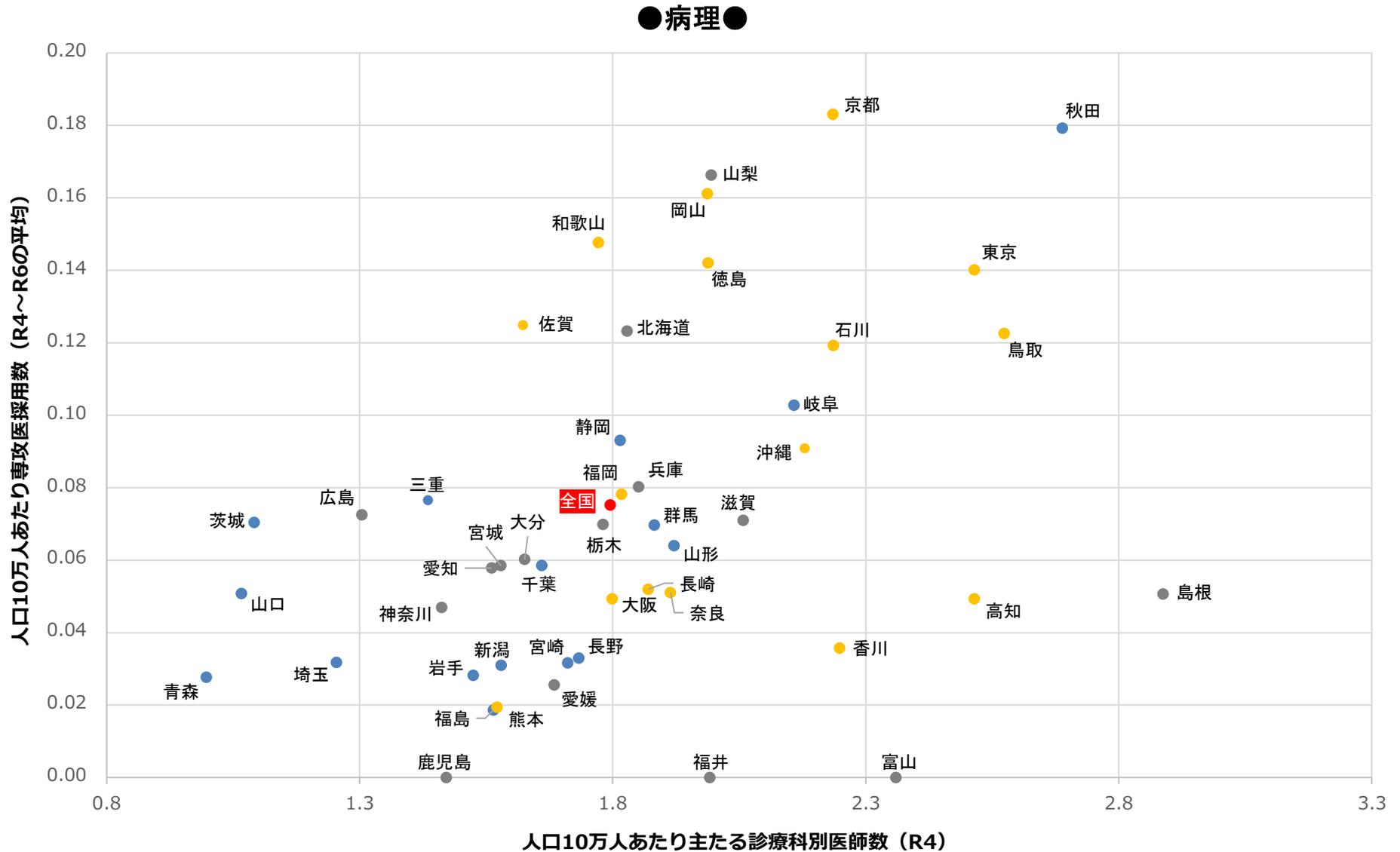


※主たる診療科別医師数は、「医師・歯科医師・薬剤師統計」(令和4年)の医療施設従事医師数(主たる診療科)の人数を集計
 ※人口10万人あたりを算出するに当たっては、総務省「人口推計(2022年(令和4年)10月1日現在)」を使用

■ 医師多数県 ■ 医師中程度県 ■ 医師少数県
 (令和6年1月10日更新:医師備在指標による)

□ シーリング対象都道府県(R3~)

人口10万人あたり専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較



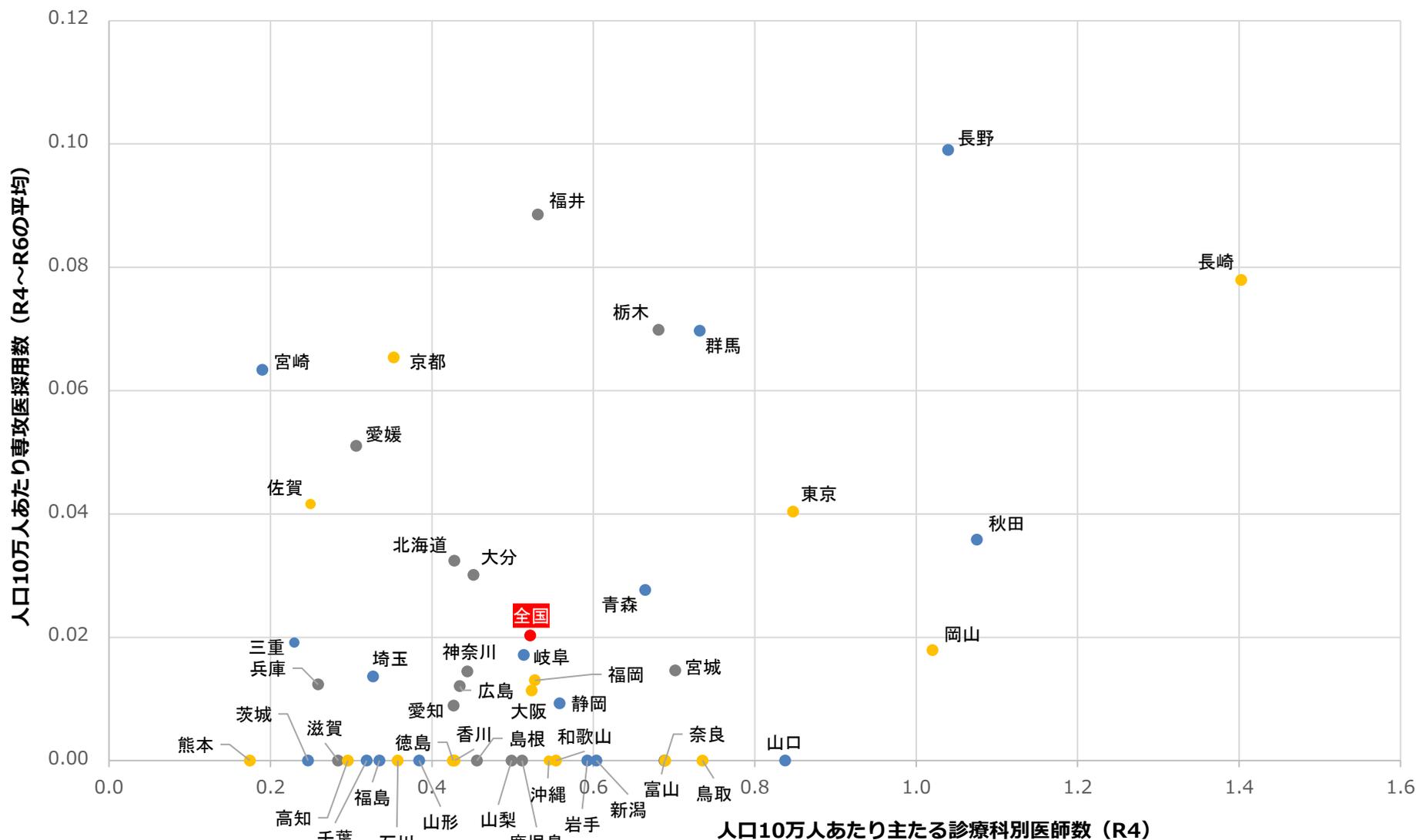
※主たる診療科別医師数は、「医師・歯科医師・薬剤師統計」(令和4年)の医療施設従事医師数(主たる診療科)の人数を集計
 ※人口10万人あたりを算出するに当たっては、総務省「人口推計(2022年(令和4年)10月1日現在)」を使用

■医師多数県 ■医師中程度県 ■医師少数県
 (令和6年1月10日更新:医師偏在指標による)

□シーリング対象都道府県(R3~)

人口10万人あたり専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較

●臨床検査●

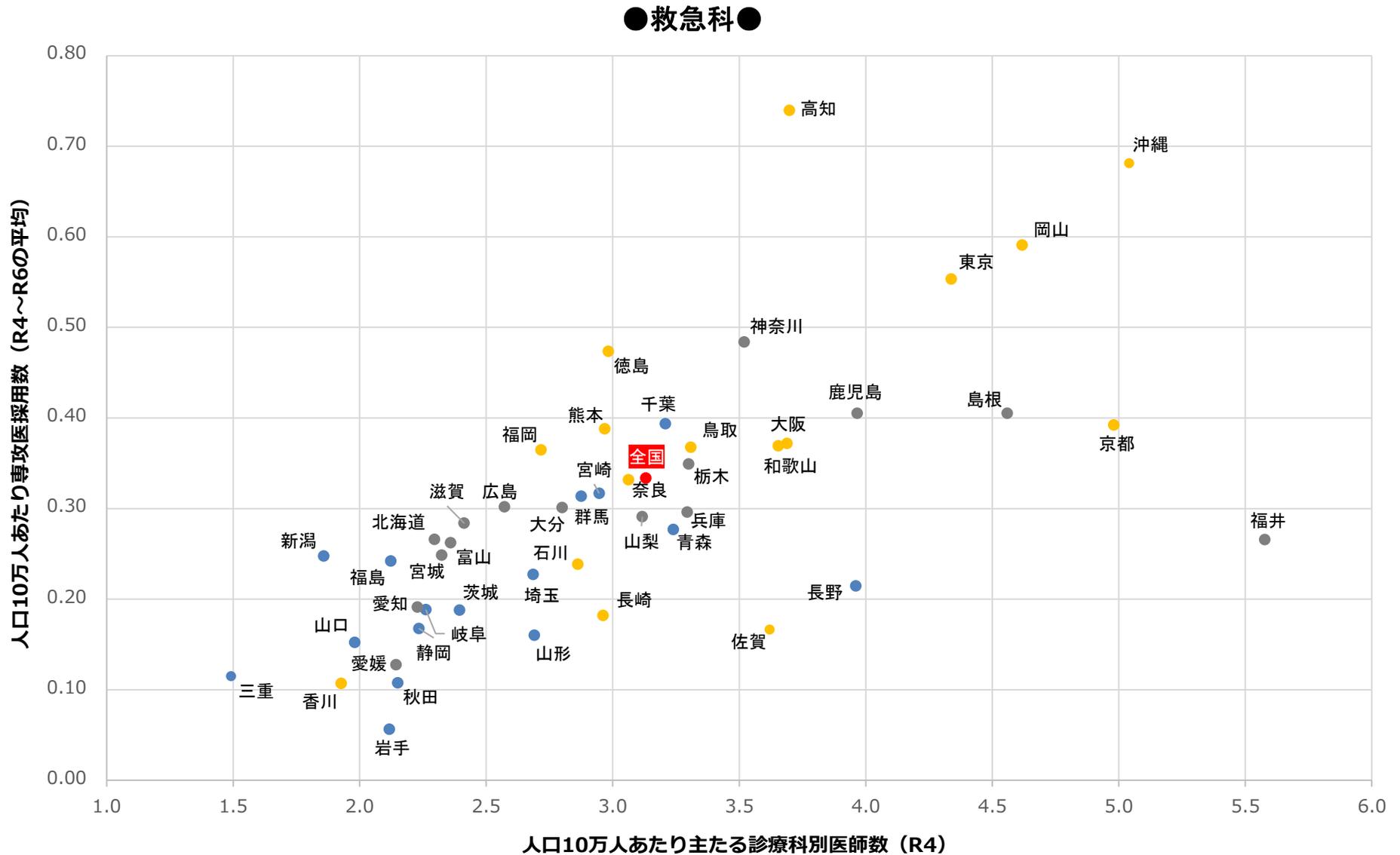


■医師多数県 ■医師中程度県 ■医師少数県
 (令和6年1月10日更新:医師偏在指標による)

□シーリング対象都道府県(R3~)

※主たる診療科別医師数は、「医師・歯科医師・薬剤師統計」(令和4年)の医療施設従事医師数(主たる診療科)の人数を集計
 ※人口10万人あたりを算出するに当たっては、総務省「人口推計(2022年(令和4年)10月1日現在)」を使用

人口10万人あたり専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較



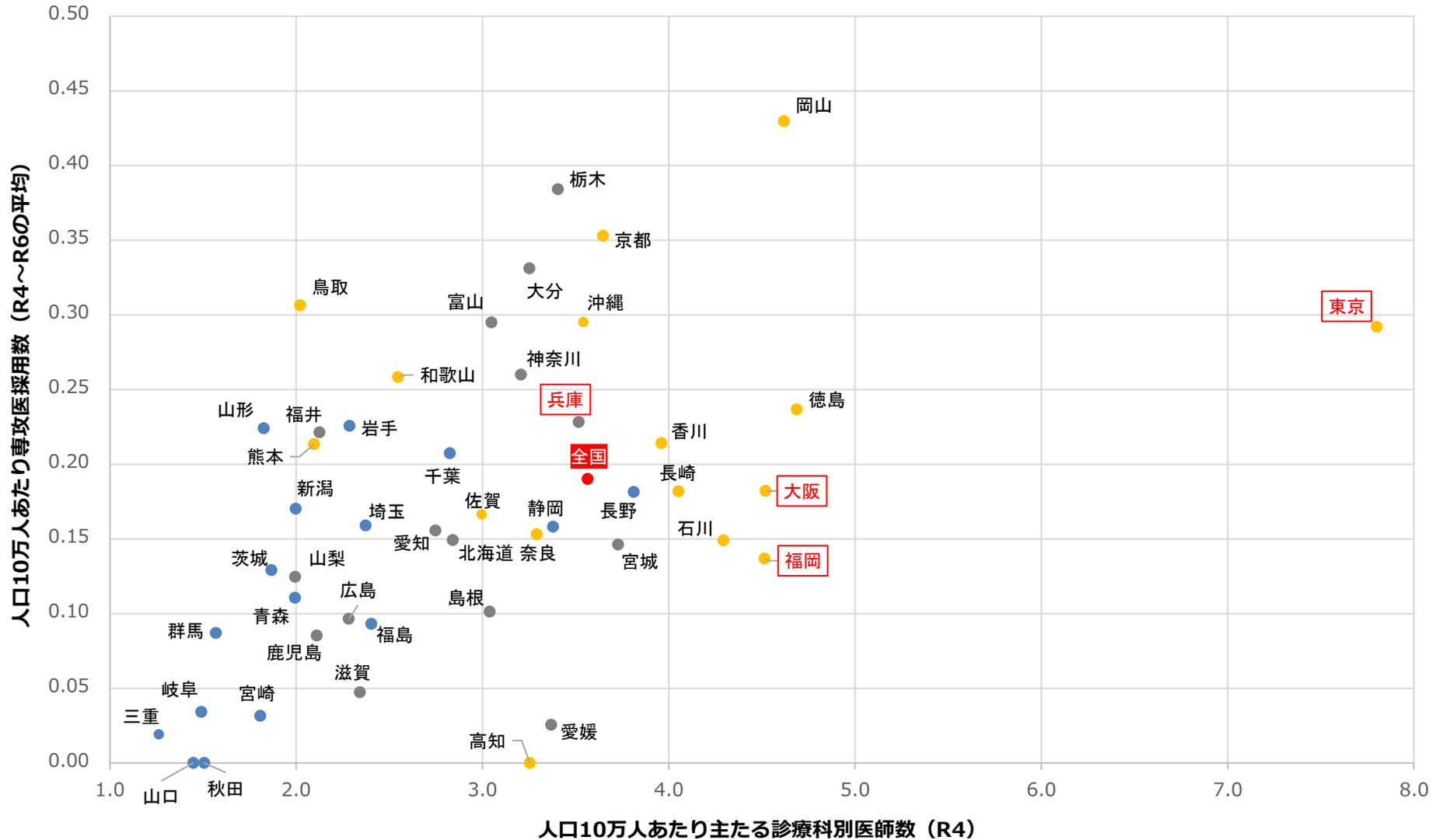
※主たる診療科別医師数は、「医師・歯科医師・薬剤師統計」(令和4年)の医療施設従事医師数(主たる診療科)の人数を集計
 ※人口10万人あたりを算出するに当たっては、総務省「人口推計(2022年(令和4年)10月1日現在)」を使用

■医師多数県 ■医師中程度県 ■医師少数県
 (令和6年1月10日更新:医師偏在指標による)

□シーリング対象都道府県(R3~)

人口10万人あたり専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較

●形成外科●



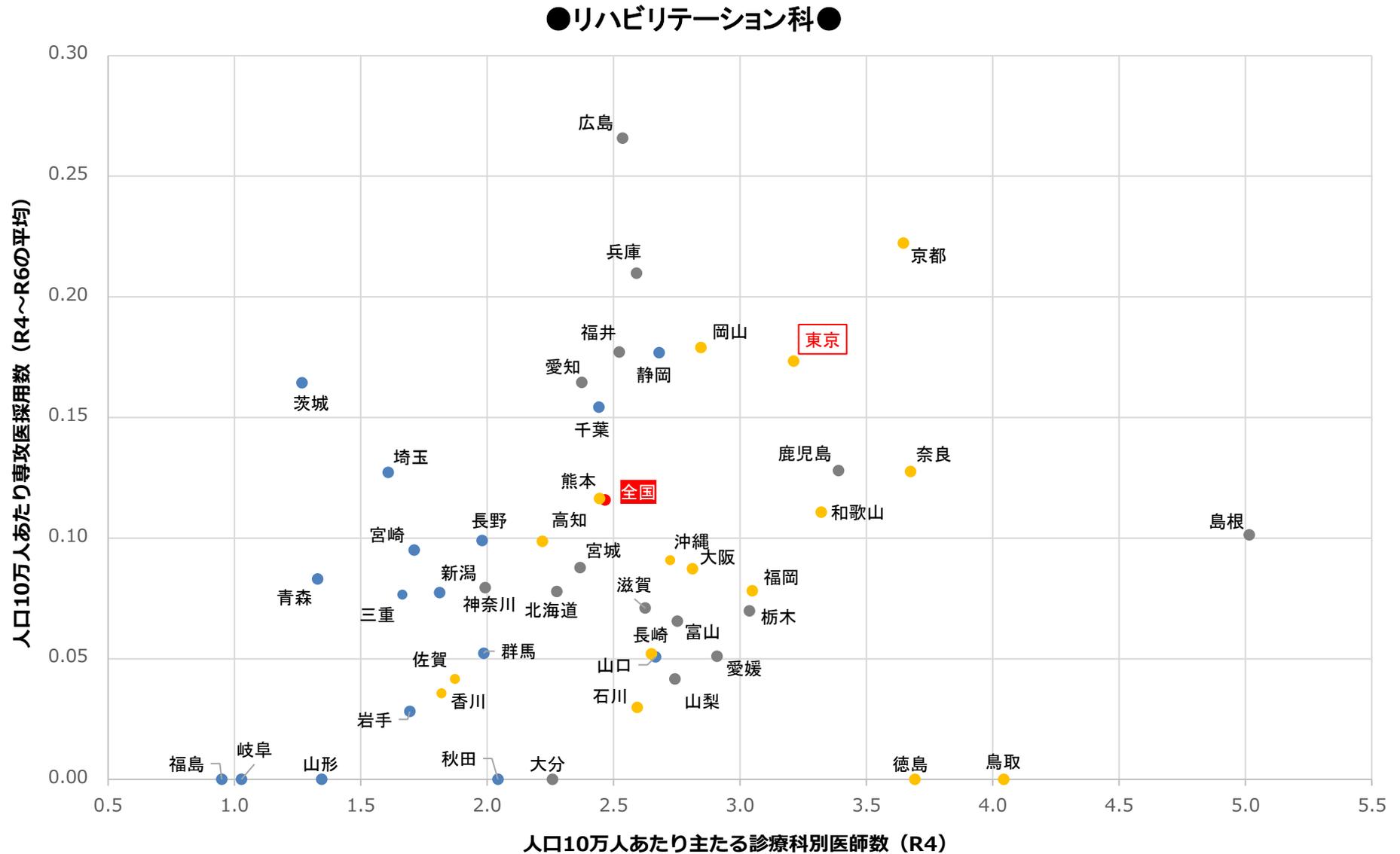
■ 医師多数県 ■ 医師中程度県 ■ 医師少数県

(令和6年1月10日更新: 医師備在指標による)

□ シーリング対象都道府県 (R3~)

※主たる診療科別医師数は、「医師・歯科医師・薬剤師統計」(令和4年)の医療施設従事医師数(主たる診療科)が、形成外科、美容外科である人数を集計
 ※人口10万人あたりを算出するに当たっては、総務省「人口推計(2022年(令和4年)10月1日現在)」を使用

人口10万人あたり専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較



※主たる診療科別医師数は、「医師・歯科医師・薬剤師統計」(令和4年)の医療施設従事医師数(主たる診療科)の人数を集計
 ※人口10万人あたりを算出するに当たっては、総務省「人口推計(2022年(令和4年)10月1日現在)」を使用

■医師多数県 ■医師中程度県 ■医師少数県
 (令和6年1月10日更新:医師偏在指標による)

□シーリング対象都道府県(R3~)

3. 論点

シーリング数等の見直しに関する論点

- 今後の専門研修制度の検討にあたっては、地域偏在・診療科偏在に配慮したシーリングを実施するにあたり、シーリング対象基本領域の設定や、各都道府県におけるシーリング数の設定方法、総合診療専門医の在り方といった様々な観点があると考えられる。
- その中で、今回は、前回の本部会で示された厚生労働科学研究の研究結果や、現状の都道府県別専攻医採用者数のデータ、都道府県からの意見等を踏まえ、以下の論点についてご検討いただきたい。

【シーリング数の見直しについて】

- シーリング対象県については、人口10万人あたり専攻医採用数が全国平均に達していない県もある一方で、全国平均を大きく上回る県もある。
- シーリングの厳格化等に関する意見や、各都道府県の診療科別医師数・専攻医採用者数の現状を踏まえ、各都道府県におけるシーリング数の抑制や緩和について、どのように見直すべきか。

【連携プログラム・特別地域連携プログラムの設定の見直しについて】

- シーリングのある基本領域については、シーリング対象外となっている医師少数県の採用者数が増加しているものの、地域によってばらつきがあり、特に東北・東海・甲信越地方においては、増加に乏しい。
- 特別地域連携プログラムが、東北地方等への連携を念頭に設定されたプログラムであることや、激変緩和措置を見直すべきという意見も踏まえ、通常プログラムと連携プログラム、特別地域連携プログラムの設定方法や各プログラムの設定数について、どのように見直すべきか。

参考



令和6年度シーリング計算方法のまとめ①

令和6年度第1回 医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会	資料1 一部改編 (日本専門医 機構資料)
令和6年7月19日	

シーリングの対象

- 「2018年医師数」が「2018年の必要医師数¹⁾」および「2024年の必要医師数²⁾」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³⁾、病理・臨床検査⁴⁾、救急・総合診療科⁵⁾の6診療科はシーリングの対象外とする

1,2)各診療科別勤務時間等(「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」結果を基に作成)及び医師需給分科会第3次中間取りまとめにおけるマクロ需要推計の推計値(需要ケース2)、DPCデータを用いた疾病別診療科別患者数シェア等を利用して算出 3)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 4)専攻医が著しく少数である等の理由 5)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

シーリング数(通常募集プログラム)

「2018年～2020年の3年間の平均採用数」から
(「2018年～2020年の3年間の平均採用数」－「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

連携(地域研修)プログラム

- 上記のシーリング案による急激な変化によってもたらされる影響への配慮などの理由から、専攻医不足の都道府県との「連携(地域研修)プログラム」を追加可能。但し、連携プログラムの設定には、連携プログラムを除く令和6年度募集プログラムの地域貢献率が原則20%以上が必須条件。
- 地域貢献率は次の式で計算する。
$$\frac{\sum(\text{各専攻医が「シーリング対象外の都道府県」および「当該都道府県の医師少数区域」で研修を実施している期間})}{\sum(\text{各専攻医における専門研修プログラムの総研修期間})}$$

定義

- **連携(地域研修)プログラム**
シーリング対象外の都道府県の施設において1年6ヵ月以上の専門研修を行える環境が整った場合、募集可能とする。
ただし、都道府県限定分に関しては、以下の条件が整った場合のみ募集可能とする
- **連携(地域研修)プログラムのうち都道府県限定分**
2016年または2018年の足下充足率(＝足下医師数/必要医師数)が0.8以下であり、医師不足が顕著である都道府県の施設において1年6ヵ月以上の専門研修を行える環境が整った場合、募集可能とする

計算方法

- 「2018年～2020年の3年間の平均採用数」－「2024年の必要医師数を達成するための年間養成数」に対して、診療科ごとの「専攻医充足率」に応じて以下の割合を乗じた数とする
専攻医充足率 \leq 100%の場合: 20% (内科・整形外科・脳神経外科)
100% $<$ 専攻医充足率 \leq 150%の場合: 15% (眼科・耳鼻科・泌尿器科・リハビリテーション科)
150% \leq 専攻医充足率の場合: 10% (小児科・皮膚科・精神科・放射線科・麻酔科・形成外科)
- 上記のうち都道府県限定分を5%分とする

シーリング数の下限

- シーリング数合計(通常+連携)の下限を、2020年の95%とし、95%に満たない数を連携プログラム(都道府県限定分)として追加する。

精神保健指定医連携枠

- 精神科について、指定医連携枠を設け、シーリング数の合計が2020年のシーリング数(通常+連携)と同数になるように追加する。
- 指定医連携枠で採用を行う場合の要件は下記の通りとする。
 - ・指定医が相対的に少ない下位1/3の都道府県※と連携を組み、研修期間の半分(1年6ヵ月)を当該都道府県で研修を行うこと。
 - ・専攻医が研修を行う連携先に常勤の指導医が1名以上いること。
- 精神科専門医の更新要件として、指定医業務の実績をいれ、指定医業務を行っていない者の更新要件を厳しくすることを前提とする。

※ 日本精神神経学会が算出した業務換算指定医数に基づき、下記の都道府県とする。
青森県、岩手県、秋田県、山形県、福島県、千葉県、福井県、長野県、静岡県、滋賀県、和歌山県、鳥取県、島根県、広島県、徳島県、長崎県

採用数が少数の県に対する例外

- 2018年～2020年の採用数のいずれかが10未満である都道府県別診療科のシーリング数を、2018年～2020年の採用数のうち最も大きい数とする。
- 過去3年の採用数の平均が少数(5以下)の都道府県別診療科はシーリングの対象外とする。

特別地域連携プログラム

- 原則足下充足率^(※1)が0.7以下(小児科については0.8以下)の都道府県のうち、医師少数区域(小児科については小児科医師偏在指標に基づく相対的医師少数区域)にある施設、もしくは、年通算の時間外・休日労働時間が1860時間を超える医師等が所属する施設^(※2)を連携先とするプログラムを別途設けることを可能とする。
 - ※1 2016年または2018年の足下充足率(2016足下医師数/2024必要医師数、もしくは、2018足下医師数/2024必要医師数)
 - ※2 宿日直許可の取得、タスクシフト/シェアの推進などの取組を行ってもなお、地域医療を維持するために年通算の時間外・休日労働時間が1860時間を超えるもしくは超えるおそれがある医師が所属する施設であって、指導医・指導体制が確保され、かつ、適切な労働時間となるように、研修・労働環境が十分に整備されている施設。なお、その際、年通算の時間外・休日労働時間が1860時間を超える又は超えるおそれがある医師の労働時間の短縮に資する分野の専攻医が連携先において研修を行う場合に限り設置可能とする。
- 枠数は、原則連携プログラムのうち都道府県限定分と同数とし、連携先における研修期間は全診療科共通で1年以上とする。

シーリングの対象外とする医師

- 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。

- 将来必要な医師数の見通しの推計にあたって、まず、各診療科ごとの現在の医師数^{※1}から、それぞれの診療科における勤務時間を踏まえ、労働時間規制等医師の働き方改革により必要になると考えられる現時点における必要医師数を算出^{※2}した。
- 算出された現時点における必要医師数に対して、疾病と各診療領域との重み付けがなされた対応表に基づき、性年齢階級別の受療率等が一定であると仮定し、将来の人口動態の変化を踏まえた患者数の変化と必要医師数の変化が比例するものとして計算^{※3、4}を行った。

(イメージ)

勤務時間の
変化、診療科の差
を踏まえ調整^{※2}

将来の人口推計・疾病と各診療領
域との重み付けされた対応表に基
づく患者数の変化と比例して変化

現在の医師数^{※1}
(9000人)

↓
(労働時間制限
により1.11倍
医師が必要)

現在の必要医師数^{※2}
(10000人)
(患者数10万人)

↓
(患者数が1.1倍
となるため、1.1倍
医師が必要)

将来の必要医師数^{※3、4}
(11000人)
(患者数11万人)

※1 現在＝2018年医師数(仕事量)については、平成30年医師届出票における主たる診療科別医師数を基本診療領域に統合(主たる診療科については、内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科(胃腸内科)、腎臓内科、神経内科、糖尿病内科(代謝内科)、血液内科、アレルギー科、リウマチ科、感染症内科、心療内科については内科、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(胃腸外科)、肛門外科、小児外科については外科、産婦人科、産科、婦人科については産婦人科、形成外科、美容外科については形成外科として集計)したものを、性年齢階級別に第3次中間取りまとめにおけるマクロ供給推計の仕事率を掛け合わせた。

※2 現在＝2018年における必要医師数については、各診療科別勤務時間(「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)及び第3次中間取りまとめにおける勤務時間を週60時間に制限する等の仮定をおくマクロ需要推計の推計値(需要ケース2)を用いて調整。

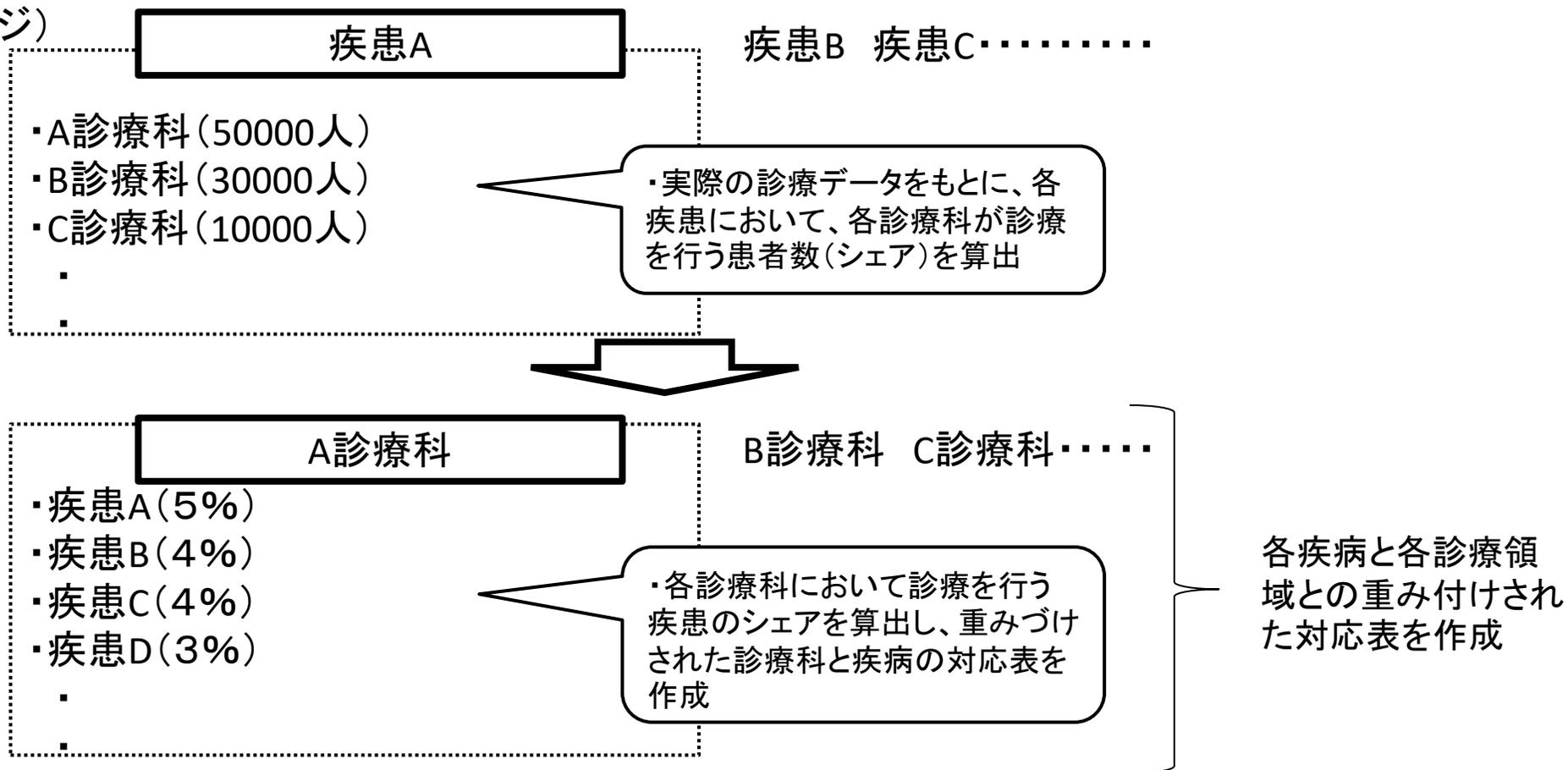
※3 2018年、2024年、2030年、2036年における必要医師数については、「診療科と疾病等の対応表」に基づき、性年齢階級別の人口推計及び平成26年患者調査に基づく受療率を踏まえ計算。

※4 全国の推計値については、第3次中間取りまとめにおけるマクロ需給推計の推計値と整合性をとるために調整。

診療科と疾病等の対応表について

○ 診療科と疾病等の対応表については、急性期領域における実際の診療データ※1を用いて、専門医制度における基本診療領域と疾病等との対応表※2を作成した。

(イメージ)



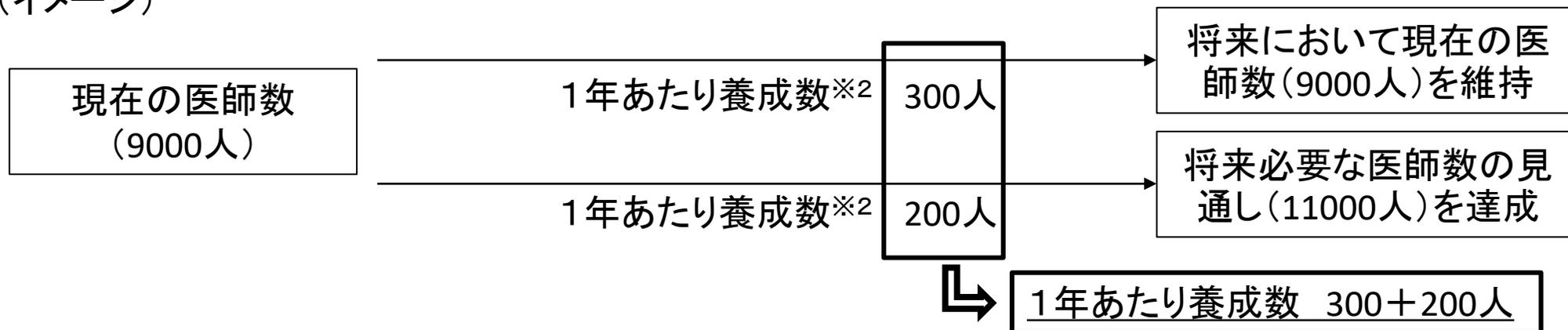
※1 厚生労働科学研究「保健医療介護現場の課題に即したビッグデータ解析を実践するための臨床疫学・統計・医療情報技術を磨く高度人材育成プログラムの開発と検証に関する研究」(研究代表者 東京大学 康永秀生)の研究結果(DPCデータから求めた69診療科×傷病分類(ICD-10)別の患者数)を用いて、厚生労働科学研究「ニーズに基づく専門医の養成に係る研究」(研究代表者 自治医科大学 小池創一)において、基本診療領域×傷病中分類(患者調査)別の患者数を算出した。

※2 放射線科(放射線診断)、臨床検査、救急科、リハビリテーション科については、全診療科における患者数の変化、麻酔科については手術を行う診療科、形成外科、病理については外科における患者数の変化、精神科(外来)については、患者調査における「精神及び行動の障害」、精神科(入院)については精神科疾病別推計入院患者数(630調査)、放射線科(放射線診断)については、放射線治療の対象となる疾病の推計患者数、小児科については、15歳未満人口の全国の推計患者数と必要医師数の変化が比例するものとした。

※3 推計患者数の算出にあたっては、診療科別の患者1人あたりの医師の労働投入量の入院/外来比を用いた。

- 将来の診療科別必要医師数について、実際に診療科選択に資するものにするためには、臨床研修修了後、9割以上が専門研修を行う予定であることを踏まえると、臨床研修修了時点の診療科別の1年あたり養成数を示すことが有用であり、諸外国における養成数の算出手法等を参考^{※1}に、
 - ・ 現在の医師数を維持するために必要な1年あたり養成数^{※2}
 - ・ 将来必要な医師数の見通しを達成するために追加で必要な1年あたり養成数^{※2}
 を合計した数を診療科別の1年あたり養成数として算出することとした。
- また、医師の働き方改革に関する議論、医師確保計画等のスケジュールを踏まえ、2024年、2030年、2036年の3時点における将来必要な医師数の見通しを算出した上で、1年あたり養成数を算出することとした。

(イメージ)



※1 厚生労働科学研究「ニーズに基づく専門医の養成に係る研究」(研究代表者 自治医科大学 小池創一)における海外調査等をもとに整理。

※2 必要養成数の算出にあたっては、診療科別の生残率を用い、医師需給分科会「第3次中間取りまとめ」における供給推計の手法を用いた。

○ 都道府県ごとの診療科ごとの将来必要な医師数の見通しの算出に当たっては、将来時点における必要医師数の算出方法を踏まえ、全国における診療科ごとの将来必要な医師数の見通しをもとに各都道府県別の将来必要な医師数の見通しを算出^{※1}し、各都道府県・各診療科別の現在の医師数をもとに、都道府県間における医師の流出入がないと仮定して、1年あたりの養成数の計算を行うこととした。

(イメージ)

	a診療科 (必要医師数)	a診療科 (患者数)	...
全国	<u>10,000人</u>	200,000人(100%)	
A県	500人	10,000人(5%)	
B県	300人	6,000人(3%)	
・	・		
・	・		
・	・		

→ 全国における将来必要な医師数の見通しを各都道府県に配分

※1 全国の性年齢階級別受療率と都道府県の性年齢階級別推計人口を用いて都道府県別診療科ごとの患者数を推計し、平成29年の患者数に基づく都道府県別診療科ごとの施設所在地ベースの患者数と患者住所地ベースの患者数の比が将来も一定であるものとして患者流出入後の患者数を計算した。