

2020年度専門研修プログラムに対する 厚生労働大臣からの意見・要請案

1. 新専門医制度(シーリング)の背景

専門医に関する議論

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

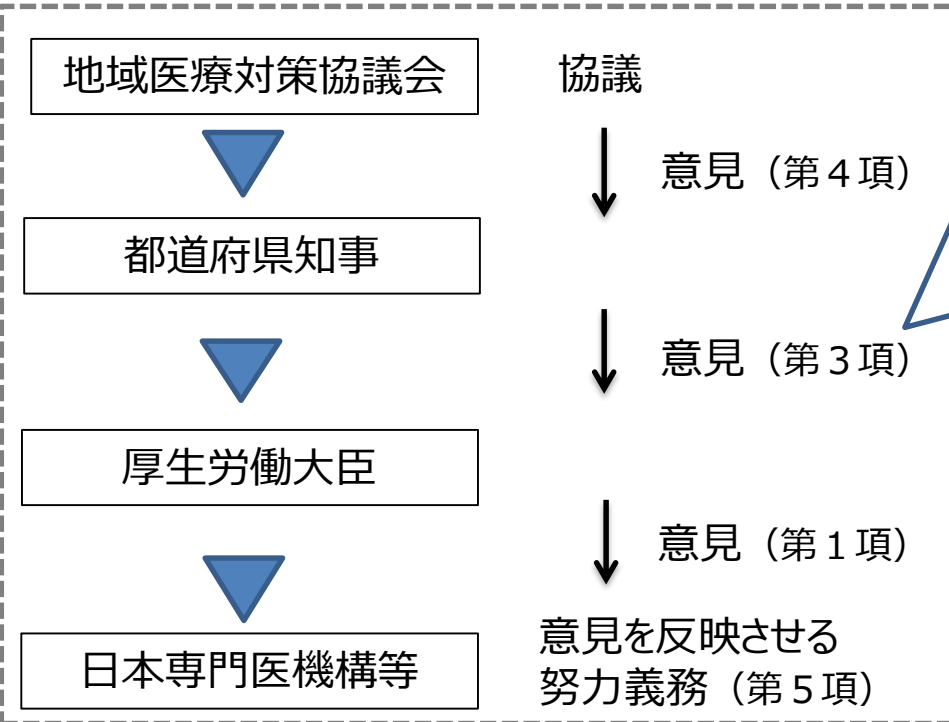
- しかし、専門医制度を運用する学会が乱立して認定基準が統一されておらず、専門医の質の担保に懸念がある。
- 専門医として有すべき能力について医師と国民との間に捉え方のギャップがあるなど、専門医制度が国民にとって分かりやすい仕組みになっていないと考えられる。
- また、臨床に従事する医師の地域偏在・診療科偏在は進んでおり、その是正については近年の医療をめぐる重要な課題であり、専門医の在り方を検討する際にも、偏在の視点への配慮が欠かせない。

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。

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。

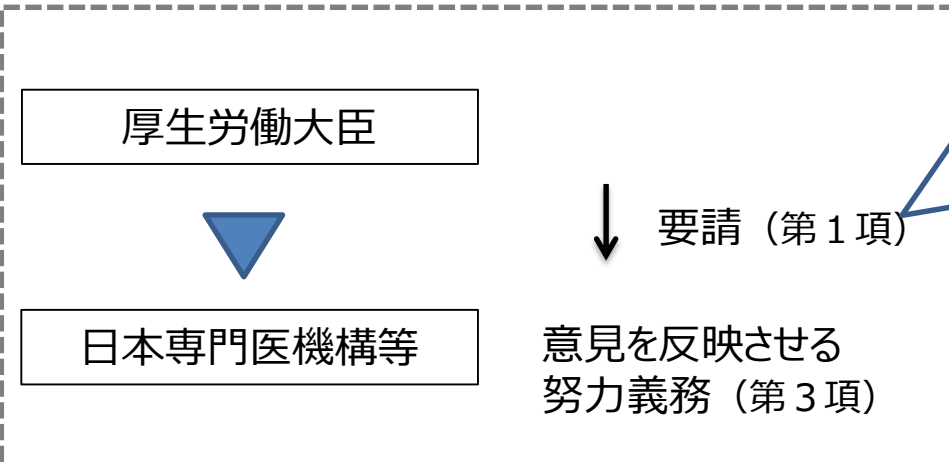
2 (略)

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。

過去2年の採用数上限設定(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。

各都道府県の医師偏在指標(暫定値)

医師需給分科会
第28回 参考資料2から数値を引用

これまでシーリングの対象であった神奈川県と愛知県が、医師偏在指標を用いると医師多数県ではないことが明らかになった。

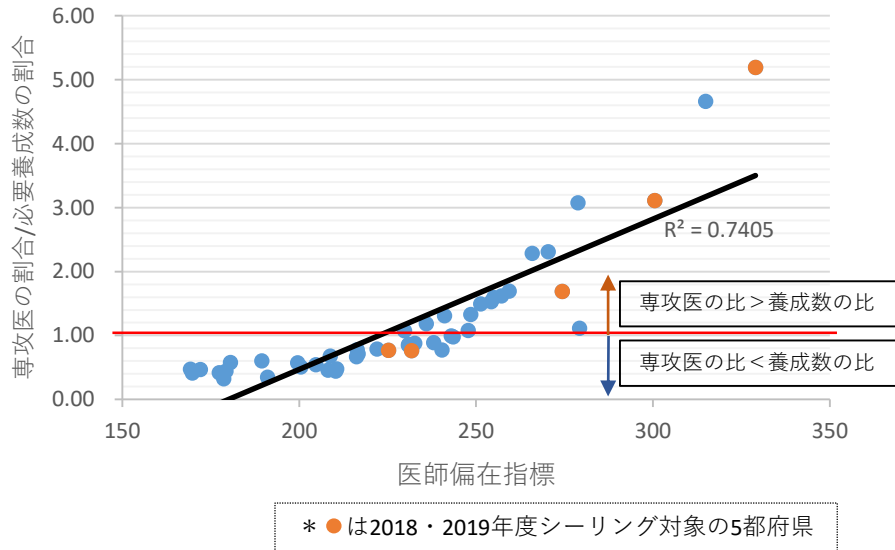
順位	都道府県	医師偏在指標	順位	都道府県	医師偏在指標	順位	都道府県	医師偏在指標
	全国	238.3	17位	兵庫県	243.0	32位	宮崎県	210.6
1位	東京都	329.0	18位	奈良県	241.1	33位	山口県	210.3
2位	京都府	314.9	19位	広島県	240.4	34位	三重県	208.8
3位	福岡県	300.5	20位	大分県	238.0	35位	群馬県	208.2
4位	沖縄県	279.3	21位	島根県	235.9	36位	岐阜県	204.7
5位	岡山県	278.8	22位	宮城県	232.7	37位	千葉県	200.5
6位	大阪府	274.4	23位	神奈川県	231.8	38位	長野県	199.6
7位	石川県	270.4	24位	愛媛県	231.0	39位	静岡県	191.1
8位	徳島県	265.9	25位	福井県	230.9	40位	山形県	189.4
9位	長崎県	259.4	26位	鹿児島県	229.8	41位	秋田県	180.6
10位	和歌山県	257.2	27位	愛知県	225.3	42位	茨城県	179.3
11位	鳥取県	255.0	28位	北海道	222.0	43位	埼玉県	178.7
12位	高知県	254.3	29位	栃木県	216.7	44位	福島県	177.4
13位	佐賀県	251.3	30位	山梨県	216.4	45位	青森県	172.1
14位	熊本県	248.5	31位	富山県	216.2	46位	新潟県	169.8
15位	香川県	247.8				47位	岩手県	169.3
16位	滋賀県	243.5						

医師多数県

医師少数県

都道府県別 医師偏在指標と医師数の偏在

医師偏在指標と専攻医数比/必要養成数比の関係



縦軸：

都道府県別2018年・2019年の専攻医数¹⁾ 平均の全国比割合

2024年の必要医師数を達成するための年間養成数²⁾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

→医師偏在指標の高さと、専攻医採用数の割合と必要養成数の割合の比(必要養成数に対する専攻医採用数の多さ)に強い相関 (相関係数 約0.86)

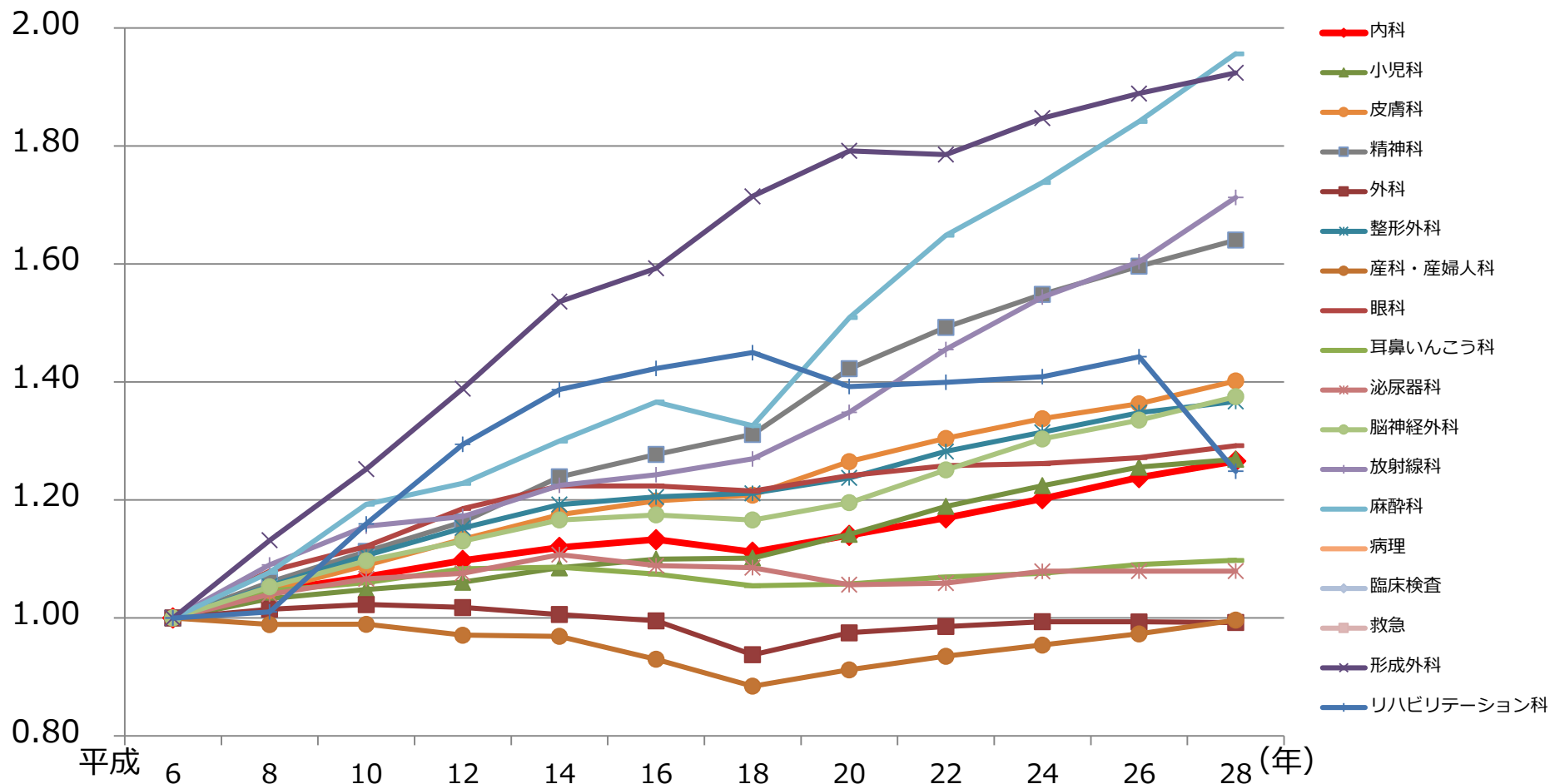
1)日本専門医機構まとめ 2)厚生労働省試算

5都府県に対するシーリング実施後も、**現状すでに医師が多数である都道府県ほど、必要養成数に比べ多くの専攻医が集まっており**、地域偏在是正のため、シーリングの仕組みを見直す必要がある

診療科別医師数の推移（平成6年を1.0とした場合）

医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会
令和元年度 第1回 資料2-1 一部改変

○ 産婦人科・外科以外は、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20～28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20～28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

厚生労働省医道審議会専門研修部会のシーリングと医師偏在の議論

医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会
平成30年度 第5回 資料2 一部改変

- 平成30年度第3回医師専門研修部会においては、平成30年度の専攻医の動向を踏まえた、シーリングの検証を一部行ったが、現状のシーリング数では東京都への集中を是正できていない実態が明らかになった。加えて、**診療科偏在に対して有効な仕組みではない。**
- また、医師需給分科会において、医師偏在指標を公表し、各都道府県の医師偏在指標が明らかになり、**大都市圏においても医師が多数ではない県(愛知県、神奈川県)がシーリングの対象に含まれており、シーリングの見直しが急務である。**
- 厚生労働大臣は、平成30年10月15日付けで「現在専門医機構内で検討を進めている新たなシーリングの在り方についての検討状況を踏まえ、各専門研修プログラムが都市部以外の地域に貢献している程度を計る統一的な指標を作成し、より適切なシーリングの方針を検討し、再来年度の募集に反映すること。」と専門医機構に意見した。
- **令和2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および養成数を基に、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厚生労働省から日本専門医機構に提案し、日本専門医機構の作成したシーリング案が5月14日医道審議会医師専門研修部会にて承認された。**

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	診療科				
	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24年の必要年間養成数を	達成する30年の必要年間養成数を	達成する36年の必要年間養成数を
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	1,228	1,221	1,205	1,210	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を導入を厚生労働省は提案し、**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

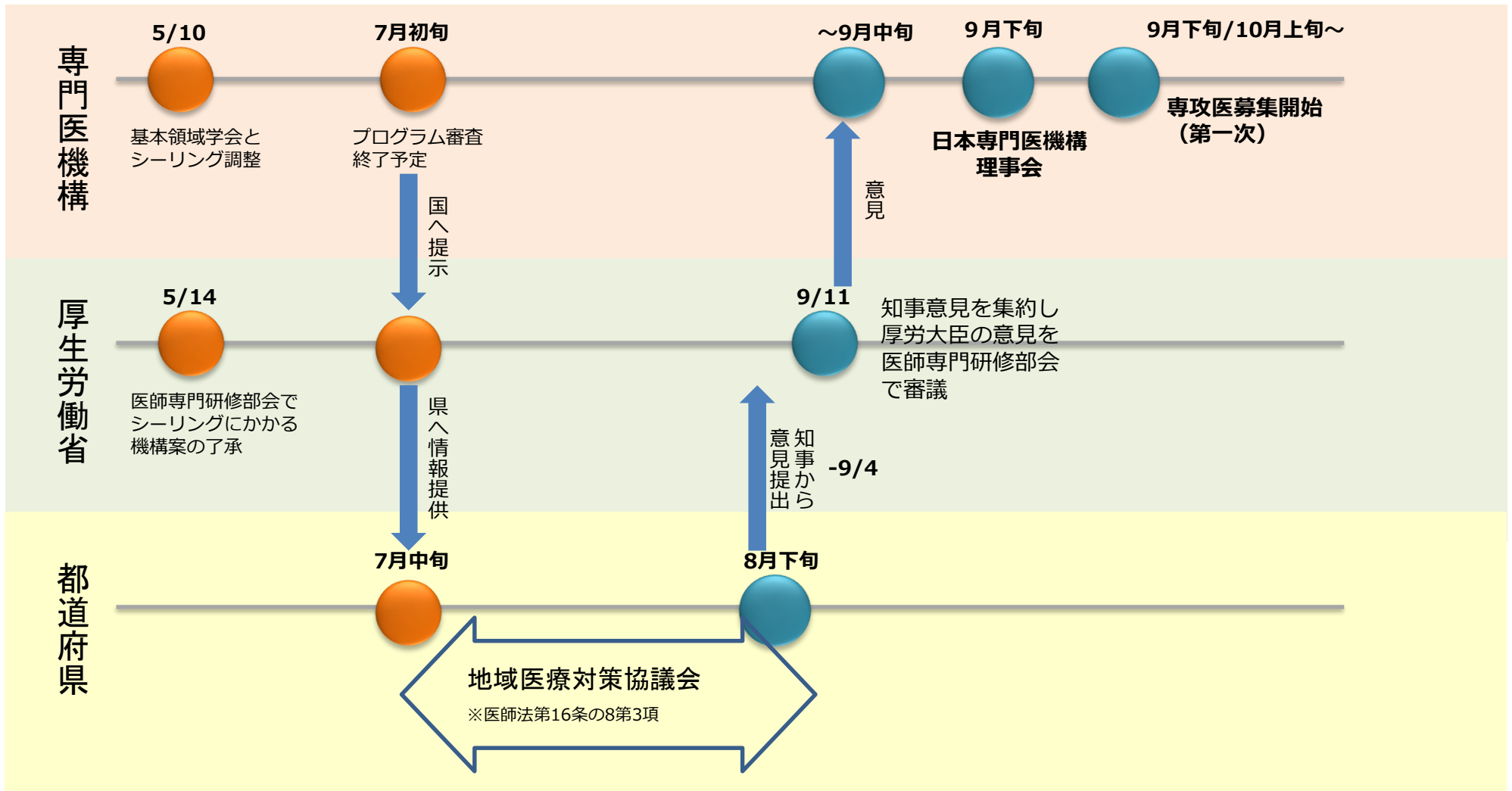
シーリング数

「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

2020年度専攻医募集に向けたスケジュール(シーリング)



2. 令和2年度開始の研修プログラムにおける シーリングに関する意見及び要請

(現行の日本専門医機構案)

地域枠医師および自治医科大学卒業医師もシーリングの対象



必要医師数に基づいて専門医の養成数を決定するという今回のシーリングの原則から考えると、日本専門医機構案のシーリング数は、地域枠・自治医大出身者も含めた数と捉える事が妥当であるが、特定の都道府県での勤務が義務づけられている専攻医に対する不利益が生じないように、また地域枠医師による各都道府県内の医師少数区域への対策に対する配慮は必要ではないか

(意見・要請案①)

医師少数区域での勤務等の特定の従事要件が課されている地域枠医師および自治医科大学卒業医師をシーリングの別枠とする

(現行の日本専門医機構案)

採用数の少ない都道府県別診療科に対しても、シーリング数(連携プログラム含む)が5以上の場合は原則通りの計算方法(最大で過去2年の採用数の平均)



採用数が少数の都道府県別診療科においては、年による採用数の変動が大きく、日本専門医機構案のシーリング数算出に用いた過去の採用数のデータが2年分のみであること等の理由から、より柔軟に対応する必要があるのではないか

(意見・要請案②)

過去の採用数が少なく、採用数の年次変動が大きい都道府県別診療科については、過去2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、過去2年の採用数のうち大きい方とする等、地域医療に重大な影響を及ぼさないよう一定の配慮をすること。

(現行の日本専門医機構案)

$$\text{A県の専門研修プログラムの地域貢献率} = \frac{\Sigma(\text{各専攻医のシーリング対象外の都道府県で研修を実施している期間})}{\Sigma(\text{各専攻医専門研修プログラムの総研修期間})}$$



都道府県全体においては足下医師数が必要医師数を上回る場合でも、都道府県内に医師少数区域が存在する都道府県があり、都道府県内における偏在是正を促進するための配慮は必要ではないか

(意見・要請案③)

A県の専門研修プログラムの地域貢献率を

$\Sigma(\text{各専攻医のシーリング対象外の都道府県およびA県の医師少数区域で研修を実施している期間})$

$\Sigma(\text{各専攻医専門研修プログラムの総研修期間})$

とする

各都道府県からの必要医師数に関する意見と今後の対応

- 各都道府県からは、地域の実情に即した必要医師数の算出方法とするべき、という意見が多数あった。

(具体例)

- ・疾患別の対応表も都道府県間の年齢構成の差を勘案するべき
- ・特定の疾患群を他県と異なる診療科が担っていることが明らかで、双方の領域が承知しているような場合は反映すべき
- ・ある県の一部の地域における特定の診療科を、隣県の医師が担うことについて実情を反映すべき



2021年度以降のシーリングに用いる診療科別必要医師数の算出においては、改めて各都道府県に意見を求め、上記のように勘案可能な各都道府県ごとの固有の事情については、地域医療対策協議会で協議の上、また複数県にまたがる点においては両県の合意の下に引き続き検討する。

- 必要医師数に関しては、医育機関の勤務医、一般病院の勤務医、診療所の開業医や勤務医における勤務実態や過不足が異なることを勘案すべき。
- 基本領域におけるシーリングはサブスペシャリティ領域の医師の確保につながるものであることに配慮すること



専門医が対応すべき医療需要について十分な検討を行った上で、上記の課題に対しても日本専門医機構とともに対応を継続的に協議する。

3. 令和2年度専門研修プログラムの整備状況

日本専門医機構 専門医制度新整備指針運用細則

<地域医療へ配慮関連事項>

新整備指針運用細則で地域医療に関連する事項

IV.基幹施設の認定基準について

専攻医年度採用実績が350名以上の基本領域学会(現時点では、内科、小児科、精神科、外科、整形外科、産婦人科、麻酔科、救急科)については教育レベルを保つ観点から、原則として都道府県ごとに複数の基幹施設を置く基準とする。地域の実情に応じて基本領域学会と機構で協議し運用する。

令和2年度に開始する各診療科の研修プログラムが1つのみの都道府県数

診療科	内科	小児科	精神科	外科	整形外科	産婦人科	麻酔科	救急
都道府県数	0	10	4	7	0	1	5	6
()内は H31年度	(2)	(11)	(7)	(7)	(0)	(1)	(7)	(6)

※日本専門医機構提供情報

県内で複数プログラムを持たないことについて、人口や病院数等の地域の実情、及び教育レベルの維持の観点等から個別に検証を行うこととしてはどうか。

研修先が未定の期間を含むプログラムの取り扱いについて

日本専門医機構 専門医制度新整備指針(第二版)

Ⅱ. 3. ① 専門研修プログラムについて

- ・ 専門研修専攻医は、施設群内の複数施設を年次で定められたプログラムに則って計画的に移動することによって、到達目標、経験目標を偏りなく達成することとなるが、この仕組みは、地域医療確保の観点からも、極めて重要である。

適切と考えられるプログラムの記載例

	2020年度												2021年度												2022年度											
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
●病院△科プログラム	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	▲	▲	▲	▲	▲	▲	■	■	■	■	■	■	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

不適切と考えられるプログラムの記載例

	2020年度												2021年度												2022年度											
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
◆病院△科プログラム	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆																								
▲病院□科プログラム	▲	▲	▲	▲	▲	▲	■	■	■	■	■	■	未定	未定	未定	未定	未定	未定	未定	未定	未定	未定	未定	未定	未定	未定	未定	未定	未定	未定	未定	未定	未定	未定	未定	未定

- ・ 約14700プログラム中、約800プログラムで、研修先が未定の期間が存在
- ・ 未定の期間があるプログラムの存在により、都道府県ごとに地域貢献率の厳密な計算が不可能であり、今回のプログラムデータに地域貢献率の記載がされていない

プログラム制については、専門研修プログラムの全期間において研修先が計画されていることが前提であり、研修先が未定の期間があるプログラムについては、募集を認めないこととすべきではないのではないか

カリキュラム制度の整備状況

日本専門医機構 専門医制度新整備指針(第二版)

I. 3. (1) 研修プログラム制と研修カリキュラム制について

- ・基本領域学会の専門医取得における専門研修は、研修プログラム制又は研修カリキュラム制によるものとする。

カリキュラム制度の整備状況

内科	未提出	脳神経外科	提出済み(審査中)
小児科	未提出	放射線科	未提出
皮膚科	未提出	麻酔科	提出済み(審査中)
精神科	提出済み(審査中)	病理	提出済み(審査中)
外科	未提出	臨床検査	未提出
整形外科	未提出	救急科	提出済み(審査中)
産婦人科	提出済み(審査中)	形成外科	未提出
眼科	未提出	リハビリ テーション科	提出済み(審査中)
耳鼻咽喉科	提出済み(審査中)	総合診療	未提出
泌尿器科	提出済み(審査中)		

(日本専門医機構提供情報)

(要請案)

各領域において、地域枠医師や育児や介護と研修を両立する医師等のために、カリキュラム制を整備する必要があるが、一部の領域においてはカリキュラム制が整備されていないことから、速やかに整備すること。

日本専門医機構から厚労省へのプログラム提出の実績について

令和元年

- 5月14日 日本専門医機構の作成したシーリング案が医道審議会医師専門研修部会にて承認された。
- 6月7日 都道府県担当者を対象とした医療政策研修会において専攻医募集までのスケジュールを公表し、厚労省への提示を7月11日に設定
- 7月11日 基幹施設から日本専門医機構へのプログラム(連携プログラムを含む)登録が取りまとまらず厚労省及び都道府県への情報提供を延期
- 7月12日 厚労省から各都道府県へ地域医療対策協議会の開催予定を確認
(以降、プログラムのとりまとめ状況についても国から機構に断続的に確認)
- 8月2日 7月11日から3週間が経過したが、日本専門医機構からプログラムが提示されず都道府県へ情報提供できないため、専攻医募集までのスケジュールを大幅に見直し、都道府県からの意見を9月4日までに提出するよう周知
- 8月8日 日本専門医機構からプログラム情報が厚労省に提出され、同日に厚労省から都道府県へ情報提供し、都道府県知事からの意見を9月4日までに提出するよう依頼
- 9月11日 都道府県からの意見を専門研修部会で議論し、日本専門医機構等への意見を集約

(参考)

医師養成
課程

2018年度

2019年度

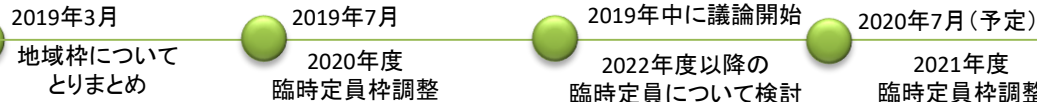
2020年度

2021年度

医師需給分科会

地域枠医師の設定

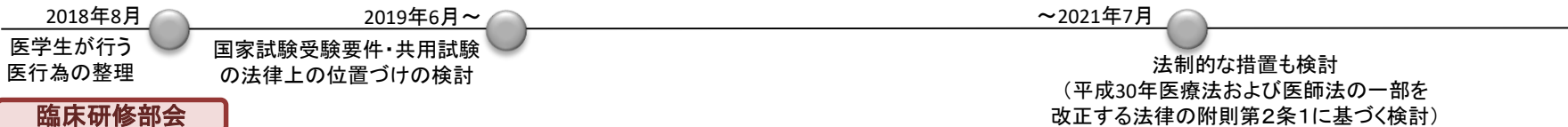
偏在指標に基づいた知事から大学に対する地域枠・地元出身者枠の設定・拡充の要請



医師分科会

共用試験とStudent Doctorの公的化等を通じたシームレスな医師養成

共用試験とStudent Doctorを公的化により参加型臨床実習を促進



臨床研修部会

臨床研修における偏在対策

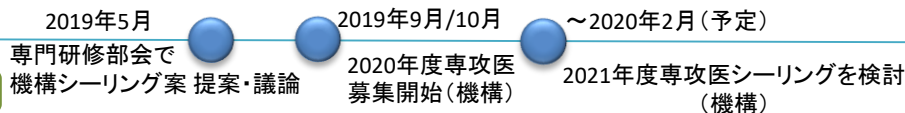
①臨床研修病院の指定、募集定員の設定権限の都道府県への移譲、医師少数区域への配慮、②地域密着型プログラム



専門研修部会

専門医機構等への意見・要請

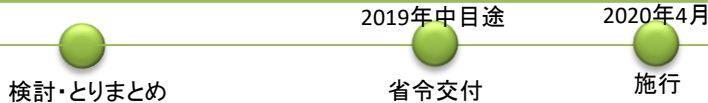
シーリング等による地域偏在・診療科偏在対策



医師需給分科会

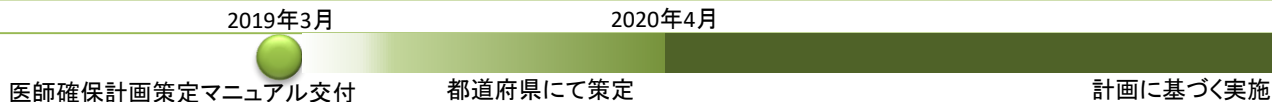
医師少数区域等で勤務した医師の認定制度

医師少数区域等における一定期間の勤務経験を厚生労働大臣が評価・認定する制度の創設・運用



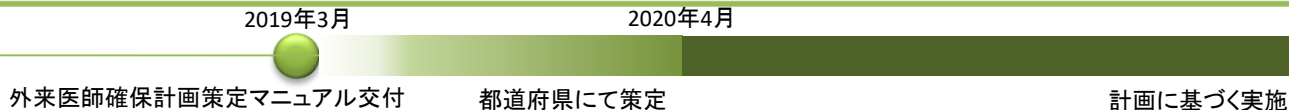
医師確保計画の策定

都道府県においてPDCAサイクルに基づく実効的な医師確保対策を進めるための「医師確保計画」の策定



外来機能の不足・偏在等への対応

外来医療に係る偏在指標の策定と外来医療機能に関する協議の場の設置



入学
時点

学部
教育

臨床
研修

専門
研修

開業時

日本医師会要望にかかる専門医制度整備指針の対応状況

医道審議会 医師分科会
 医師専門研修部会
 平成30年度 第1回 資料1

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. 専攻医のローテートは、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。

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

医道審議会 医師分科会
医師専門研修部会
平成30年度 第1回 資料1

対応を求めた主要内容

※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

背景

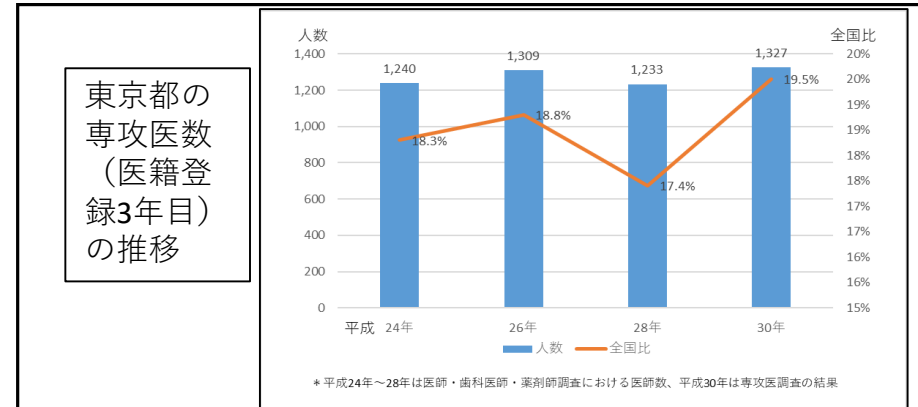
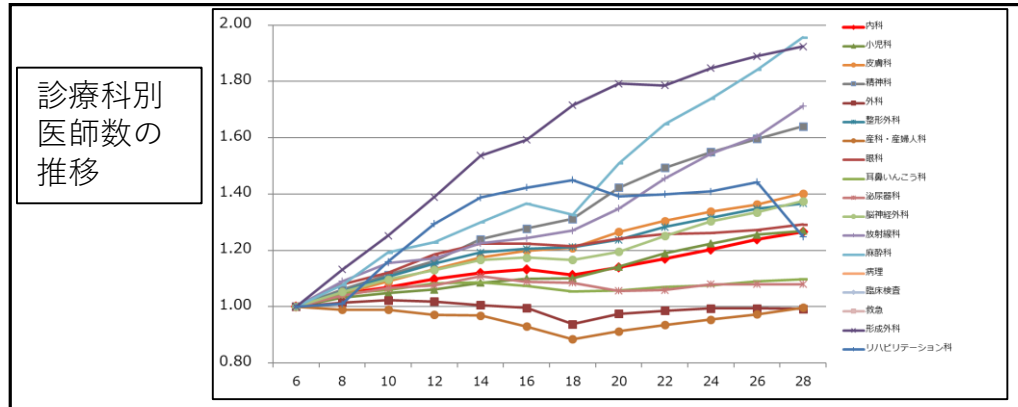
- わが国においてはこれまで、医師の専門性に関わる評価・認定については、各領域の学会がプロフェッショナルオートノミーに基づいて独自の方針で専門医制度を設けて質の向上が図られてきた。
- 一方で、医療を取り巻く環境の変化を踏まえ、専門医制度の中で、質の向上のみならず、地理的偏在および診療科偏在に対して是正に資することが求められるようになり、「専門医の在り方に関する検討会」(2013年度)において、**新専門医制度において、地域偏在と診療科偏在について制度内で配慮されるべきとされた。**
- 平成30年度の医師法改正において、日本専門医機構や学会に対して厚生労働大臣から意見・要請を行える規定が盛り込まれた。

過去のシーリング

- 2018年度 五大都市（東京都、神奈川県、愛知県、大阪府、福岡県）においては、過去5年間の採用数の平均がシーリング数として各診療科（外科、産婦人科、病理、臨床検査および総合診療科以外）が設定された。
- 2019年度専攻医は、引き続き五都府県に2018年度のシーリングを実施したが、東京都に関しては、2018年度専攻医が東京都に集中したことを受け、シーリング数を5%削減した。

さらなる課題

- 2019年度の専攻医の動向を踏まえたシーリングの検証で、**東京都への集中を是正できていない**実態が明らかとなった。
- 医師需給分科会において公表された医師偏在指標を用いた検証では、大都市圏においても医師が多数ではない県（愛知県、神奈川県）がシーリングの対象に含まれており、**地域偏在に対して有効な仕組みとなっていない**事が明らかとなった。
- 一部診療科を除き、一律のシーリングが設定されたため、**診療科偏在を是正する仕組みとなっていない。**
- 診療科別週当たり勤務時間60時間以上の割合が診療科間で2倍近くの差が生じている事が明らかとなり、地域医療暫定特例水準の終了目標である2036年に向けて、**働き方改革の観点からも都道府県・診療科ごとに必要な医師を確保することが急務とされた。**



その後の議論

- 上記の議論を踏まえ、将来人口推計、傷病別患者数推計、疾患別診療科シェア、各診療科別勤務時間、等のデータに基づき2018年度に厚生労働省において計算された**都道府県・診療科別の必要医師数および必要養成数を根拠とした新しいシーリングの考え方を導入**することが、2019年2月の第4回医師専門研修部会で提案された。

必要医師数・養成数の計算方法

計算方法

①

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)					
	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 維持するための2016年の年間養成数を	⑥ 達成するための2024年の年間養成数を	達成するための2030年の年間養成数を	達成するための2036年の年間養成数を
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	1,320	1,321	1,265	1,240	20	67	46	26

①→②：性年齢階級別勤務時間比(仕事率)¹⁾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^{2,3,4)}

③→④：診療科別の推計患者数*の将来の変化率を用いて必要医師数を計算^{3,4)}

(*患者数の推計：性年齢階級別傷病中分類別患者数を算出⁵⁾→傷病中分類と各診療科の対応表⁶⁾等に基づき各診療科ごとの医療需要(外来需要を含む)を推計→将来人口推計⁷⁾に基づき診療科ごとの将来の患者数を推計)

③→⑤：診療科別生残率⁸⁾を用いて算出

②,④,⑤→⑥：現状を維持するための養成数に加え、将来時点の必要医師数が満たされるように生残率を考慮 $(⑤ + \frac{④ - ②}{\text{診療科別生残率}})$

* 都道府県ごとの必要医師数は、都道府県ごとの診療科別推計患者数の割合に応じ按分した

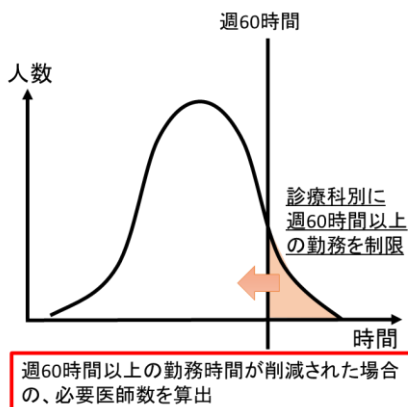
1)「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」結果を基に作成。2)勤務時間については「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」結果を利用。3)全国値をマクロ需要推計に合わせ調整。4)マクロ需給推計は医師需給分科会第3次中間取りまとめにおける勤務時間を週60時間に制限する等の仮定をおくマクロ需要推計の推計値(需要ケース2)を利用。5)平成28年患者調査を基に作成。6)DPCデータを基に作成。7)国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)」。8)平成20~28年度三師調査を利用し算出。

補足資料

1)仕事率の計算

	年代	週当たり勤務時間	全体の平均との比
男性	20代	64:03	1.24
	30代	62:40	1.21
	40代	58:43	1.14
	50代	52:59	1.02
	60代	44:33	0.86
女性	70代以上	32:58	0.64
	20代	59:23	1.15
	30代	49:04	0.95
	40代	43:14	0.84
	50代	45:05	0.87
60代	39:43	0.77	
70代以上	32:16	0.62	

2)の計算のイメージ



第19回 医師需給分科会 資料

2) 診療科別勤務時間について

診療科	週当たり勤務時間	週当たり勤務時間超過割合	超過者平均勤務時間	勤務時間削減後仕事量
内科	51:18	30.1%	74:21	0.92
小児科	52:25	33.2%	74:21	0.91
皮膚科	43:53	18.4%	71:00	0.95
精神科	47:09	22.5%	72:26	0.94
外科	59:09	43.8%	77:47	0.87
整形外科	51:55	31.5%	73:11	0.92
産婦人科	53:41	37.6%	76:58	0.88
眼科	43:43	15.4%	71:34	0.96
耳鼻咽喉科	46:07	19.5%	71:55	0.95
泌尿器科	56:11	35.9%	75:40	0.90
脳神経外科	58:26	41.6%	78:50	0.87
放射線科	51:07	24.0%	70:39	0.95
麻酔科	52:26	30.0%	73:16	0.92
病理	55:02	37.8%	70:45	0.93
臨床検査	49:08	20.8%	79:06	0.92
救急科	62:30	48.6%	78:48	0.85
形成外科	52:30	28.6%	77:19	0.91
リハビリテーション科	47:46	19.2%	68:12	0.97

第30回 医師需給分科会 参考資料

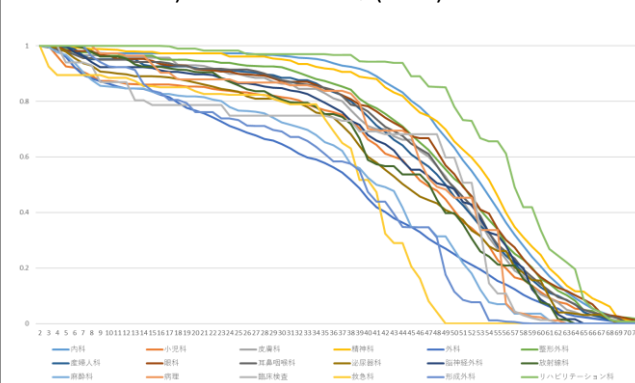
6) 対応表の例

(例) 循環器系の疾患(脳梗塞)

脳神経外科	48%
内科	46%
リハビリテーション科	4%
外科	1%
救急科	1%
整形外科	0%
精神科	0%
泌尿器科	0%
小児科	0%
産婦人科	0%
耳鼻咽喉科	0%
麻酔科	0%
形成外科	0%
放射線科	0%
眼科	0%
皮膚科	0%

第28回 医師需給分科会 参考資料

8) 診療科別生残率(男性)



第28回 医師需給分科会 参考資料

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**を導入を厚生労働省は提案し、**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

「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

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2020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。**

定義

- **連携（地域研修）プログラム** **激変緩和措置**
 シーリング対象外の都道府県の施設において50%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年足下充足率（＝足下医師数/必要医師数）が0.8以下のその診療科の医師不足が顕著である都道府県の施設において50%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」に対して、「診療科全体の充足率」に応じて以下の割合を乗じた数とする

診療科充足率 $\leq 100\%$ の場合：	20%	（内科・整形外科・泌尿器科・脳神経外科）
$100\% <$ 診療科充足率 $\leq 150\%$ の場合：	15%	（小児科・眼科・耳鼻科・放射線科・リハビリテーション科）
$150\% \leq$ 診療科充足率の場合：	10%	（皮膚科・精神科・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 **診療科偏在是正対策**

シーリング数の上限・下限

- 上記の計算を行った結果のシーリング数（連携（地域研修）プログラム含む）が下記の採用実績を超える場合に限り、その数を上限とする
 - ・上記の計算を行った結果のシーリング数（連携（地域研修）プログラム含む） > 20 の場合：**2019年の採用数**
 - ・上記の計算を行った結果のシーリング数（連携（地域研修）プログラム含む） ≤ 20 の場合：**過去2年の平均採用数と2019年の採用数の大きい方**
- シーリング数（連携（地域研修）プログラム含む）が5を下回る場合、**5**とする。 **人口の小さい県への配慮**