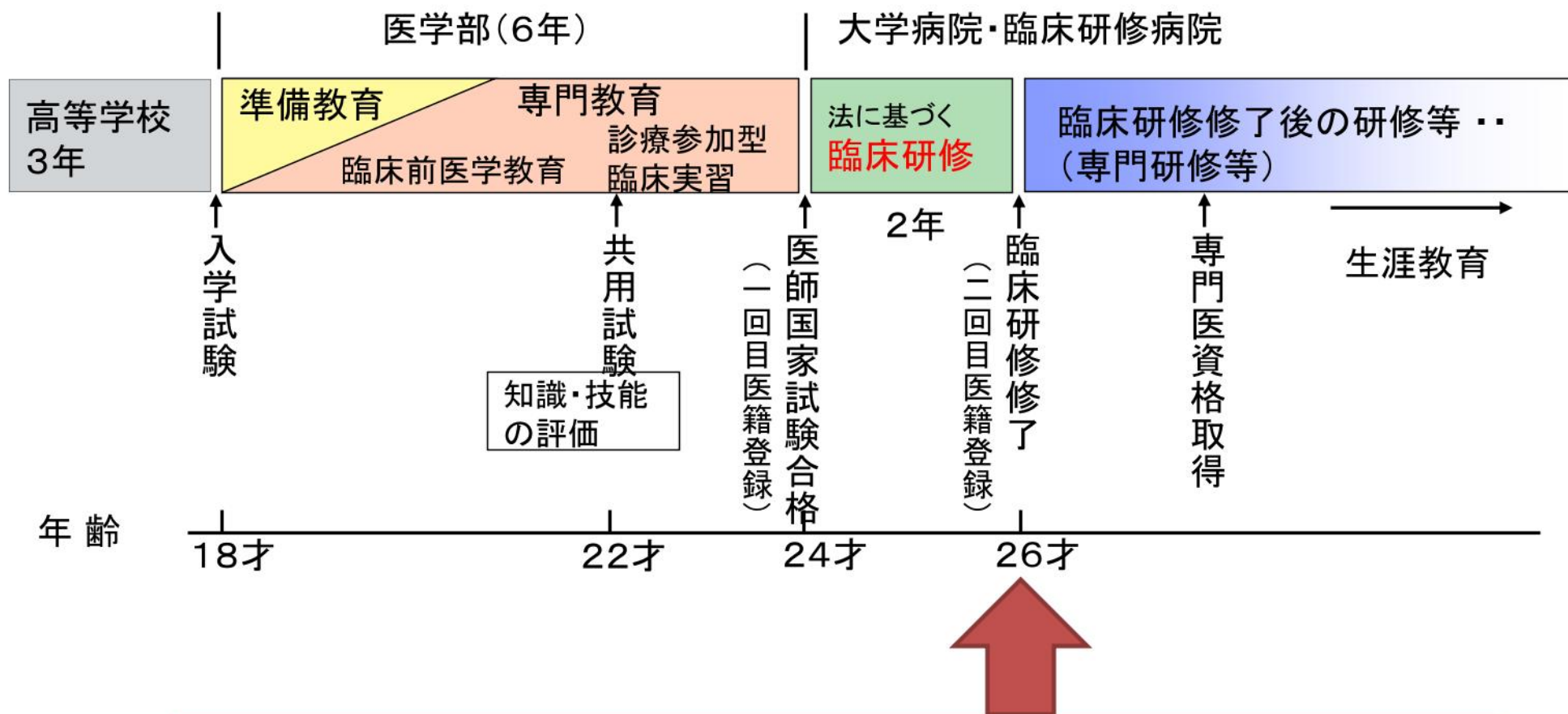


診療科ごとの将来必要な医師数の 見通しの明確化について

(1)これまでの議論について

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

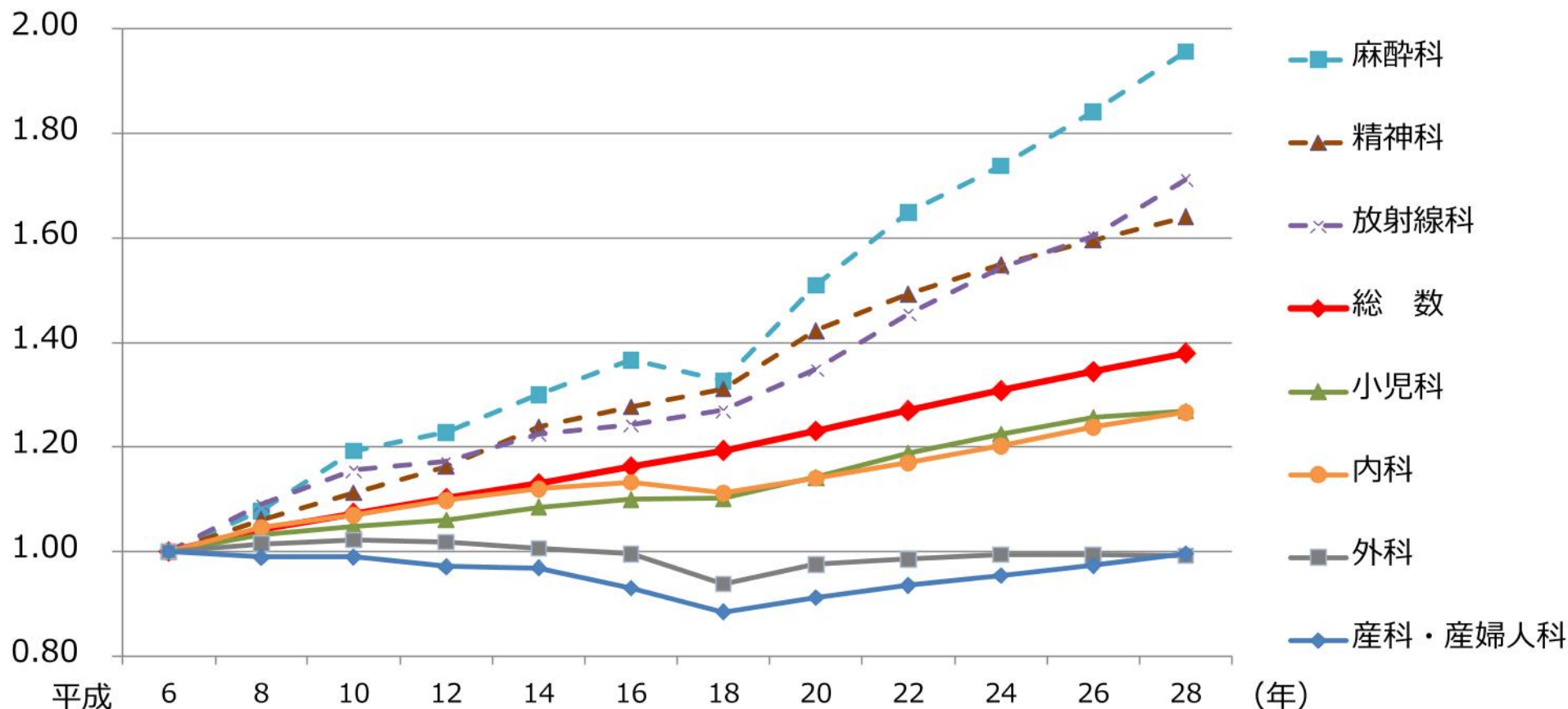
消化器病、循環器、呼吸器、血液 など、
現在専門医機で要件などを検討中

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。



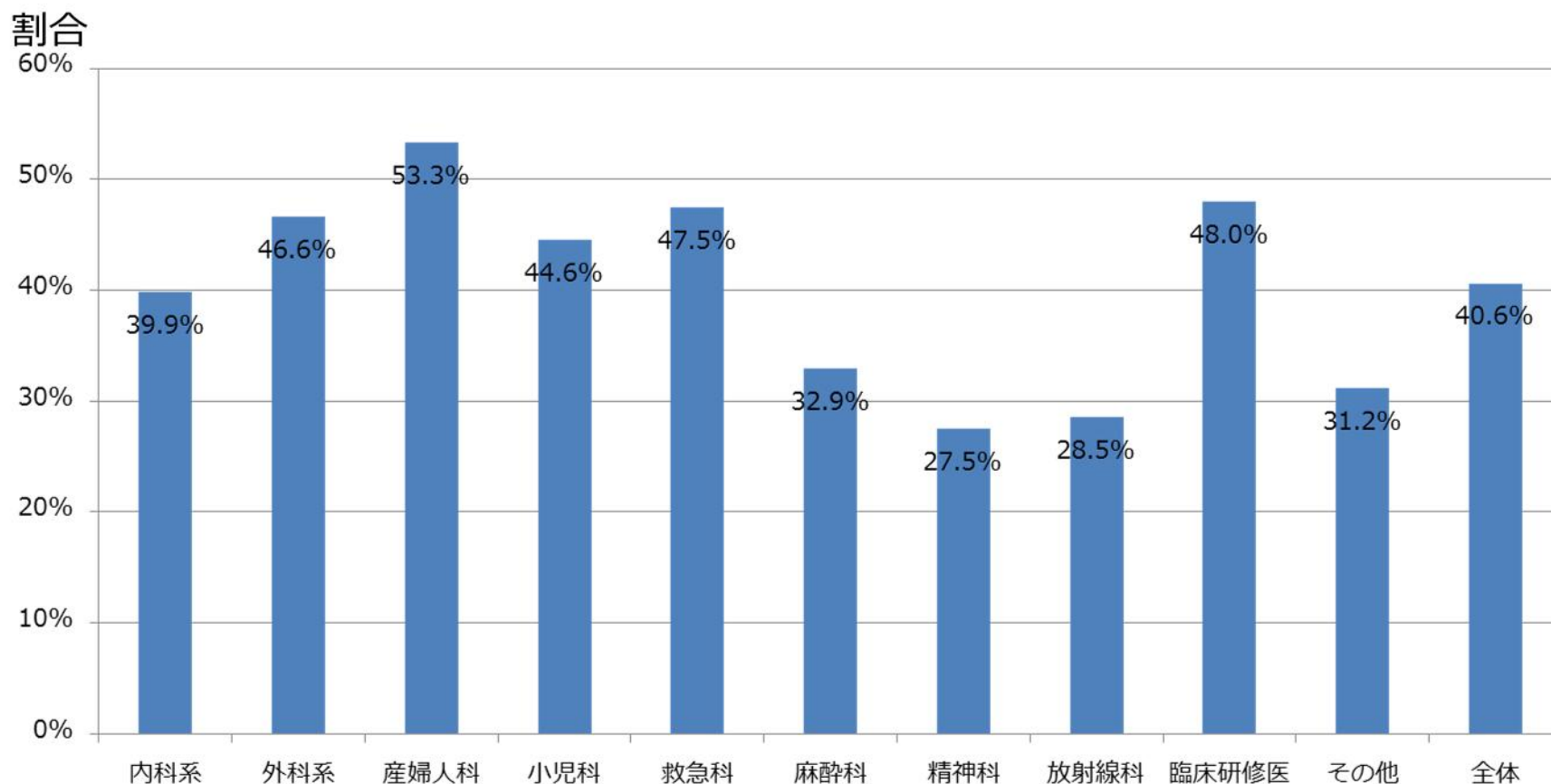
※内科・・・（平成8～18年）内科、呼吸器科、循環器科、消化器科（胃腸科）、神経内科、アレルギー科、リウマチ科、心療内科
 （平成20～28年）内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科

※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

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時間以上の割合でみると、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

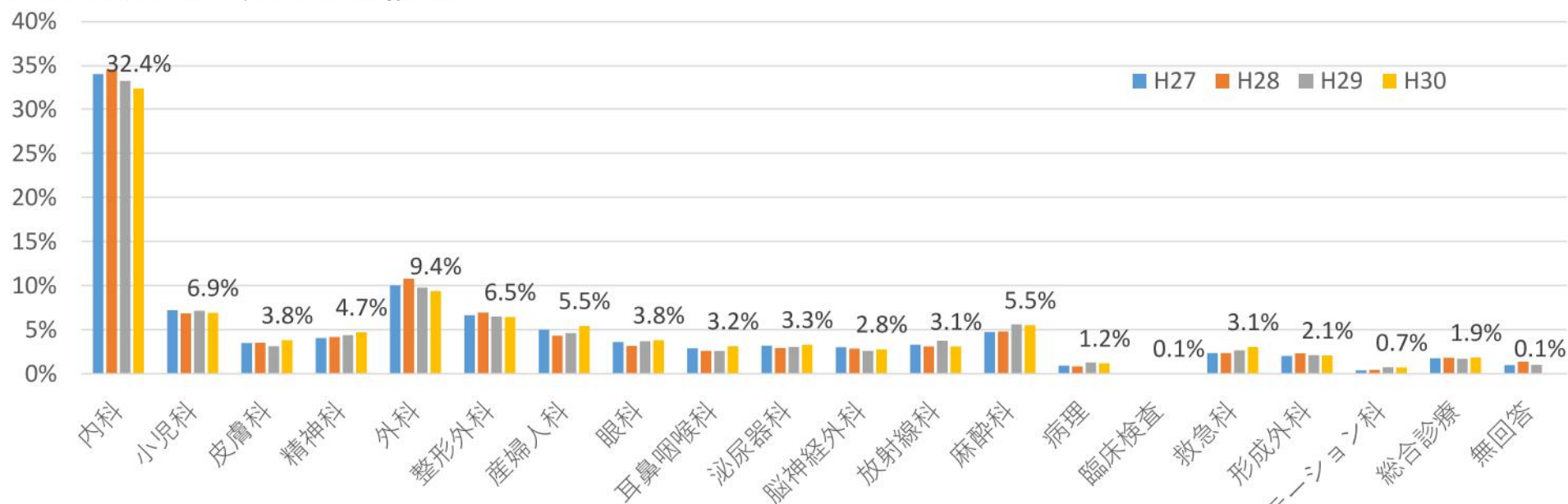
専門研修の予定

- 臨床研修終了後、9割以上が専門研修を行う予定である。
- 専門医取得を希望する診療科の傾向は、4年間あまり変わらない。

専門研修の予定(性別・年齢別)

専門研修を行う予定か	男性	女性	20代	30代	40代以上	合計
行う	89.9%	90.7%	90.9%	88.2%	79.8%	90.3%
来年は行わない・ 行う予定がない	3.9%	2.9%	3.3%	4.5%	7.1%	3.5%
わからない・ まだ決めていない	3.1%	1.9%	2.3%	4.0%	10.7%	2.7%
無回答	3.0%	4.5%	3.5%	3.2%	2.4%	3.6%

専門研修を行う予定の診療領域



(出典) 平成27年～30年臨床研修修了者アンケート調査

※ H29～H27は専門医取得希望の診療領域

将来の診療科ごとの医師の需要の明確化について

現状と課題

医療従事者の需給に関する検討会
第22回 医師需給分科会

資料
2-3

平成30年9月28日

- 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。



対応

- 医師需給分科会第2次中間取りまとめにおいては、「医師が、将来の診療科別の医療ニーズを見据え、適切に診療科を選択することで診療科偏在の是正につながるよう、人口動態や疾病構造の変化を考慮した診療科ごとに将来必要な医師数の見通しを、国全体・都道府県ごとに明確化し、国が情報提供すべきである。」とされた。

4. 具体的な医師偏在対策

(2) 医師養成過程を通じた地域における医師確保

③ 専門研修

ii) 医療ニーズを踏まえた診療科ごとに必要な医師数の明確化

- 医師が、将来の診療科別の医療ニーズを見据え、適切に診療科を選択することで診療科偏在の是正につながるよう、人口動態や疾病構造の変化を考慮した診療科ごとに将来必要な医師数の見通しを、国全体・都道府県ごとに明確化し、国が情報提供すべきである。

5. 将来に向けた課題

(1) 今回の医師偏在対策の効果の検証を踏まえた継続的な議論の必要性

- (中略) 次の①から③までの対策については、今回の取りまとめの内容を、より進めたものとすべきか否かについて、更なる議論が必要である。

① 専門研修における診療科ごとの都道府県別定員設定

○ 新専門医制度については、

- ・ 診療科ごとに都道府県別の定員を設定し、臨床研修同様、マッチングの仕組みを導入することで、地域における診療科偏在を是正していくべき
- ・ 定員設定等の導入は時期尚早であり、まずは今回の対策の効果をみるべきとの意見があった。

将来の診療科ごとの医師の需要を明確化するにあたっての 具体的な手順（案）

医療従事者の需給に関する検討会
第22回 医師需給分科会

平成30年9月28日

資料
2-3

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

対応（案）

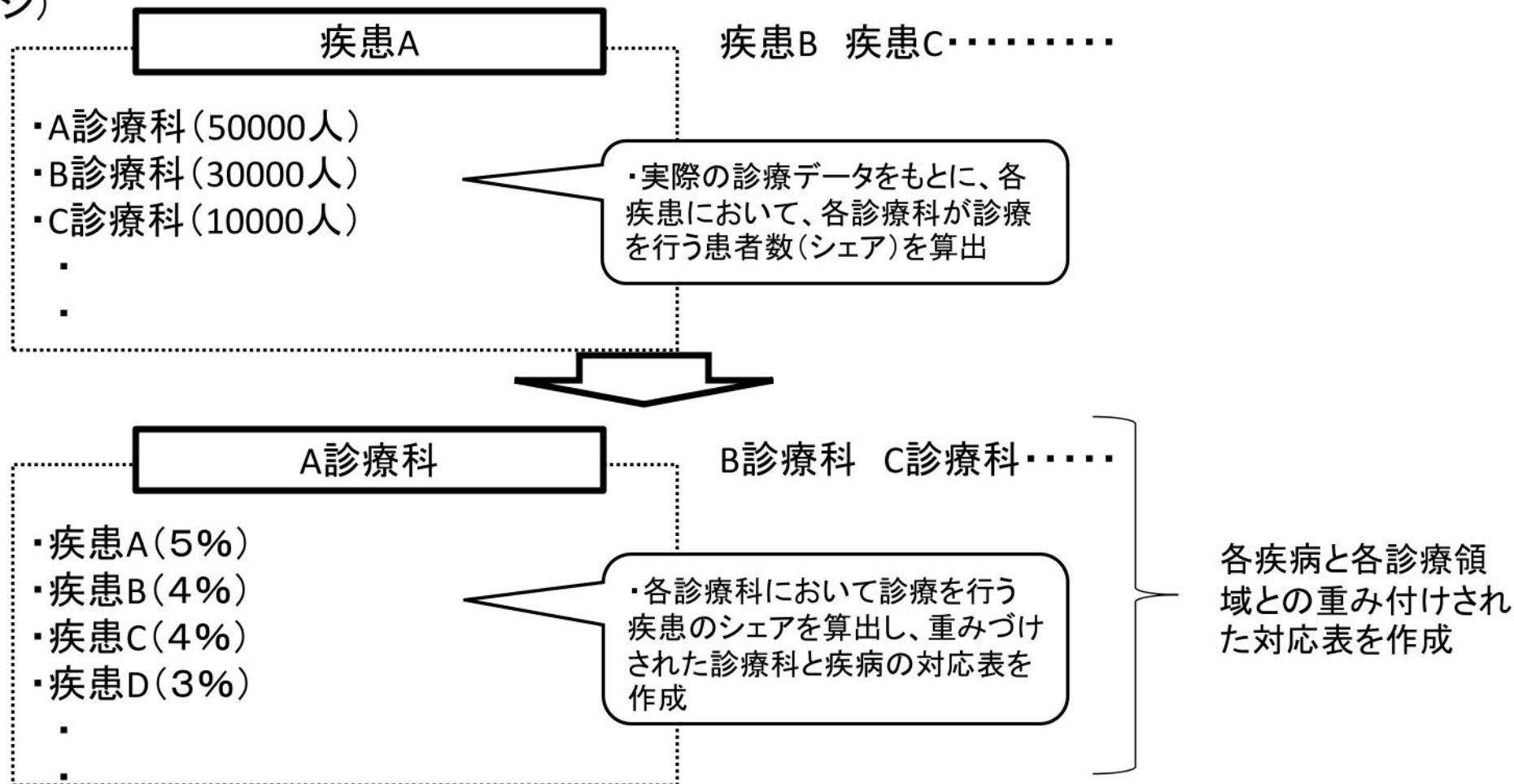
- 将来の診療科ごとの医師の需要の明確化にあたっては、診療科と疾病・診療行為の対応表等を作成するために必要なデータの整理等を行う必要であり、まずは、事務的に、こうした整理を行った上で、具体的な議論を行うこととしてはどうか。

(2) 診療科ごとの将来必要な医師数の 見通しの推計の方法について

診療科と疾病等の対応表について(事務局整理)

- 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を作成した。

(イメージ)



※ 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。

診療科ごとの将来必要な医師数の見通しの推計について(事務局整理)

- 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を行った。
- なお、放射線科、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、病理については、外科における患者数の変化と必要医師数の変化が比例するものとした。

(イメージ)

勤務時間の
変化、診療科の差
を踏まえ調整



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



現在の医師数

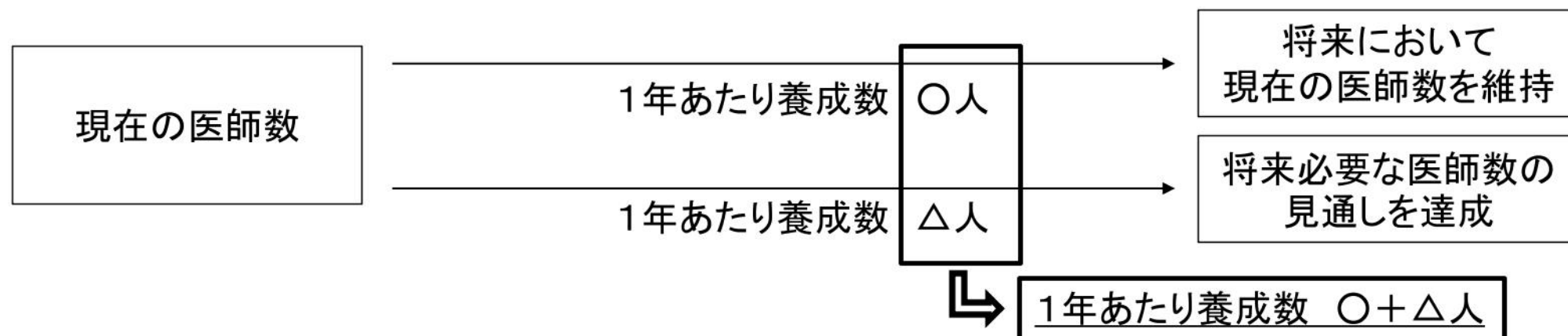


将来の必要医師数

診療科ごとの将来必要な医師数の見通しを踏まえた年間養成数の算出について(事務局整理)

- 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
 - ・ 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)



※ 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。

※ 必要養成数の算出にあたっては、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・養成数の見通しについて(事務局整理)

- 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	b診療科	...
全国	〇〇人	△△人	
A県			
B県			
・			
・			
・			



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

(2) 都道府県別診療科ごとの将来必要な医師
数・養成数の見通しに係る課題等について

- 現状においては、医師の適切な診療科選択、各都道府県における医師偏在対策、専門医制度におけるシーリング※1等において、地域及び診療科偏在に対する十分なエビデンスに基づいた対応を行うことが難しい状況である。
- 今回の整理に基づき算出される将来必要な医師数・養成数の見通しの活用については、現状の各診療科の診療実態を反映したエビデンスに基づくものであり、地域及び診療科偏在対策への活用が期待されるが、推計の限界として、現状の各診療科の対象となる疾患等が将来維持されることを前提としたものであり、総合的な診療の領域※2の役割などについて別途検討を行う必要があることに留意しつつ、幅を持った検討を行う必要があるものである。
- 今後、将来必要な医師数の見通し等を踏まえ、
 - ・ 医師が、適切に診療科を選択することで診療科偏在の是正につながる
 - ・ 各都道府県において、県外からの適切な医師派遣調整等や地域枠医師が適切に診療科選択できるような取組を行っていくこと
 - ・ 専門医制度におけるシーリング設定等にあたり、エビデンスとして活用されること等が期待されるのではないかと。

※1 東京都、神奈川県、愛知県、大阪府、福岡県において、原則、各診療領域において、専攻医募集定員が過去5年間の平均選考医採用実績を超えないように定員設定にシーリング(これまでの医師の増減等を踏まえ、外科、産婦人科、病理、臨床検査、総合診療科は除外)を実施。

※2 総合診療、救急、ICU・病棟管理領域等を想定。

新専門医制度に基づく専門研修の状況について(参考)

○ 新専門医制度開始後、専攻医の東京都等への集中が進んでいる。

※ 東京都の専攻医の比率は、平成24年～26年の18.3%、18.8%、17.4%に対して平成30年は19.5%。(平均7%程度増)

今回の調査における「平成30年度専攻医プログラム」と「三師調査」の比較表(都道府県別) * 中断者や未定など除く

第3回医師専門研修部会
(平成30年12月11日)

	H30年度採用時		今回の調査(11月調査)				【参考】医師・歯科医師・薬剤師調査（医籍登録3年目）の医師数（県別）					
			プログラム登録者数		H30.11月時点		※「その他」等の不詳な項目は除外 H28年度		H26年度		H24年度	
北海道	296	3.5%	252	3.5%	252	3.7%	236	3.3%	224	3.2%	236	3.5%
青森県	61	0.7%	53	0.7%	51	0.8%	47	0.7%	58	0.8%	43	0.6%
岩手県	62	0.7%	57	0.8%	56	0.8%	57	0.8%	60	0.9%	67	1.0%
宮城県	159	1.9%	133	2.0%	107	1.6%	123	1.7%	91	1.3%	97	1.4%
秋田県	60	0.7%	50	0.7%	52	0.8%	51	0.7%	62	0.9%	55	0.8%
山形県	55	0.7%	30	0.4%	29	0.4%	62	0.9%	53	0.8%	76	1.1%
福島県	86	1.0%	21	0.3%	27	0.4%	83	1.2%	57	0.8%	57	0.8%
茨城県	130	1.5%	119	2.1%	137	2.0%	124	1.8%	100	1.4%	105	1.5%
栃木県	120	1.4%	99	1.4%	119	1.8%	116	1.6%	99	1.4%	82	1.2%
群馬県	79	0.9%	73	1.0%	74	1.1%	69	1.0%	77	1.1%	59	0.9%
埼玉県	228	2.7%	180	2.6%	179	2.6%	178	2.5%	156	2.2%	149	2.2%
千葉県	267	3.2%	211	3.0%	249	3.7%	280	4.0%	250	3.6%	239	3.5%
東京都	1,824	21.7%	1612	23.3%	1,327	19.5%	1,233	17.4%	1,309	18.8%	1,240	18.3%
神奈川県	497	5.9%	446	6.4%	509	7.5%	484	6.8%	477	6.9%	470	6.9%
新潟県	100	1.2%	96	1.4%	99	1.5%	73	1.0%	70	1.0%	78	1.1%
富山県	54	0.6%	49	0.7%	50	0.7%	42	0.6%	45	0.6%	44	0.6%
石川県	109	1.3%	58	0.8%	55	0.8%	84	1.2%	107	1.5%	85	1.3%
福井県	39	0.5%	35	0.5%	34	0.5%	51	0.7%	43	0.6%	54	0.8%
山梨県	37	0.4%	31	0.4%	31	0.5%	48	0.7%	38	0.5%	37	0.5%
長野県	112	1.3%	102	1.5%	100	1.5%	95	1.3%	87	1.3%	96	1.4%
岐阜県	98	1.2%	79	1.1%	85	1.3%	79	1.1%	88	1.3%	83	1.2%
静岡県	114	1.4%	98	1.4%	124	1.8%	149	2.1%	157	2.3%	136	2.0%
愛知県	450	5.4%	399	5.8%	382	5.6%	422	6.0%	397	5.7%	472	6.9%
三重県	102	1.2%	92	1.3%	90	1.3%	86	1.2%	72	1.0%	74	1.1%
滋賀県	90	1.1%	80	1.2%	81	1.2%	66	0.9%	70	1.0%	64	0.9%
京都府	284	3.4%	260	3.8%	235	3.5%	179	2.5%	221	3.2%	202	3.0%
大阪府	649	7.7%	539	7.8%	540	7.9%	573	8.1%	554	8.0%	588	8.7%
兵庫県	338	4.0%	255	3.7%	268	3.9%	331	4.7%	292	4.2%	273	4.0%
奈良県	103	1.2%	88	1.3%	82	1.2%	69	1.0%	77	1.1%	65	1.0%
和歌山県	72	0.9%	13	0.2%	9	0.1%	72	1.0%	52	0.7%	51	0.8%
鳥取県	45	0.5%	34	0.5%	31	0.5%	38	0.5%	42	0.6%	26	0.4%
島根県	37	0.4%	25	0.4%	26	0.4%	39	0.6%	31	0.4%	28	0.4%
岡山県	215	2.6%	209	3.0%	173	2.5%	163	2.3%	143	2.1%	134	2.0%
広島県	148	1.8%	90	1.3%	101	1.5%	157	2.2%	136	2.0%	146	2.1%
山口県	45	0.5%	38	0.5%	45	0.7%	54	0.8%	56	0.8%	58	0.9%
徳島県	60	0.7%	60	0.9%	55	0.8%	50	0.7%	48	0.7%	48	0.7%
香川県	48	0.6%	38	0.5%	43	0.6%	47	0.7%	57	0.8%	61	0.9%
愛媛県	88	1.0%	76	1.1%	72	1.1%	65	0.9%	76	1.1%	51	0.8%
高知県	50	0.6%	46	0.7%	50	0.7%	50	0.7%	38	0.5%	39	0.6%
福岡県	450	5.4%	337	4.9%	307	4.5%	389	5.5%	414	6.0%	365	5.4%
佐賀県	58	0.7%	30	0.4%	24	0.4%	57	0.8%	46	0.7%	51	0.8%
長崎県	84	1.0%	77	1.1%	48	0.7%	71	1.0%	85	1.2%	72	1.1%
熊本県	104	1.2%	101	1.5%	103	1.5%	104	1.5%	105	1.5%	90	1.3%
大分県	64	0.8%	61	0.9%	61	0.9%	57	0.8%	45	0.6%	58	0.9%
宮崎県	37	0.4%	34	0.5%	35	0.5%	43	0.6%	48	0.7%	35	0.5%
鹿児島県	94	1.1%	88	1.3%	77	1.1%	66	0.9%	67	1.0%	79	1.2%
沖縄県	108	1.3%	105	1.5%	109	1.6%	73	1.0%	76	1.1%	74	1.1%
合計	8,410	100.0%	7,059	100.0%	6,793	100.0%	7,085	100.0%	6,956	100.0%	6,792	100.0%

今後の検討について(案)

- 今後、将来必要な医師数の見通し等を国が情報提供していくことにより、地域及び診療科偏在の是正につながることを期待される。
- 一方で、医師の働き方改革や医師の偏在の状況を踏まえると、診療科偏在対策は、待ったなしの状況であり、早急な是正が求められるものであるが、新しい専門医制度開始以降、開始前と比べ東京都等への専攻医の集中が進んでいるとのデータもある。



- 今後、将来必要な医師数の見通しの算出方法等を適宜見直しながら、実際の診療科偏在の是正の状況や専門医制度を取り巻く状況等を踏まえ必要な検証を行い、十分な効果が生じていない場合には、診療科ごとに都道府県別の定員を設定する等、更なる医師偏在対策について、早急に検討を加えていくこととしてはどうか。