

參考資料

- 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

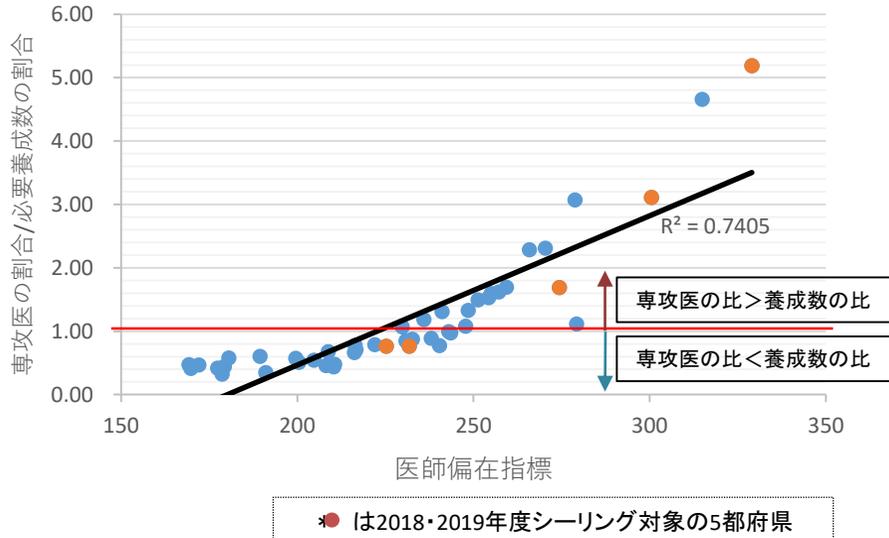
消化器病、循環器、呼吸器、血液など、
現在専門医機構で要件などを検討中

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

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0.74)

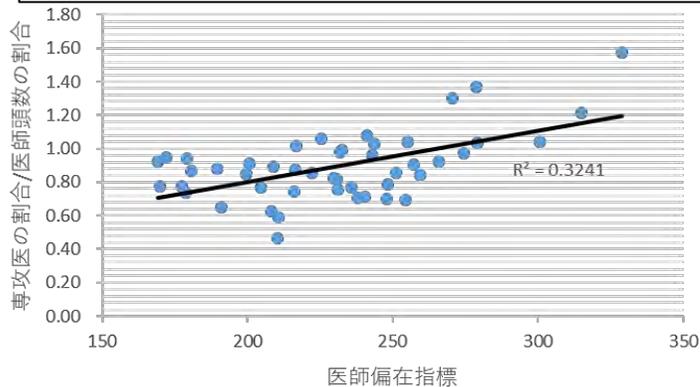
1)日本専門医機構まとめ 2)厚生労働省試算



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いる**

参考

医師偏在指標と専攻医数比/2016年医師数比の関係



縦軸: 都道府県別2018年・2019年の専攻医数の全国比割合
都道府県別2016年医師数³⁾の全国比割合

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2016年医師数の全国比を見ても同様の傾向

3)平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査

背景

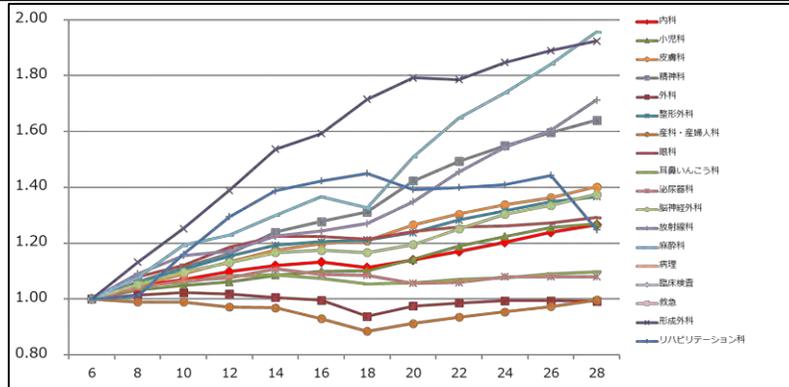
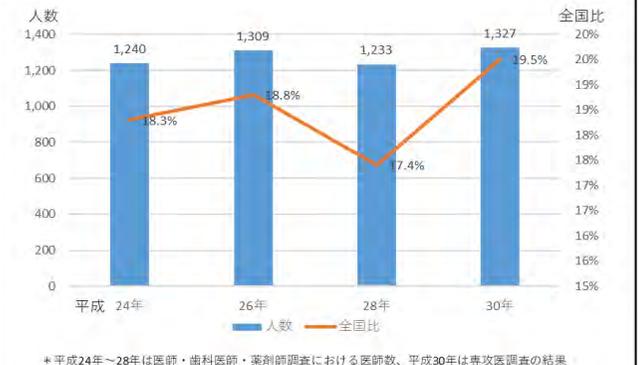
- わが国においてはこれまで、医師の専門性に関わる評価・認定については、各領域の学会がプロフェッショナルオートノミーに基づいて独自の方針で専門医制度を設けて質の向上が図られてきた。
- 一方で、医療を取り巻く環境の変化を踏まえ、専門医制度の中で、質の向上のみならず、地理的偏在および診療科偏在に対して是正に資することが求められるようになり、「専門医の在り方に関する検討会」(2013年度)において、**新専門医制度において、地域偏在と診療科偏在について制度内で配慮されるべきとされた。**
- 平成30年度の医師法改正において、日本専門医機構や学会に対して厚生労働大臣から意見・要請を行える規定が盛り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

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。**

診療科別
医師数の
推移東京都の
専攻医数
(医籍登録3年目)
の推移

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	③	④			⑤	⑥		
	2016年医師数(仕事量)	必要医師数(勤務時間調整後)	必要医師数(勤務時間補正後)	必要医師数(勤務時間補正後)	必要医師数(勤務時間補正後)	維持するための2016年の年間養成数を	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	1,205	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

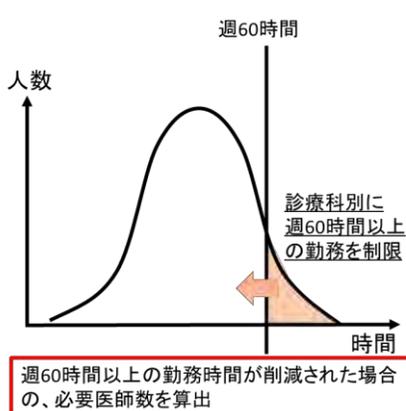
1)「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」結果を基に作成。2)勤務時間については「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」結果を利用。3)全国値をマクロ需要推計に合わせ調整。4)マクロ需給推計は医師需給分科会第3次中間取りまとめにおける勤務時間を週60時間に制限する等の仮定をおくマクロ需要推計の推計値(需要ケース2)を利用。5)平成28年患者調査を基に作成。6)DPCデータを基に作成。7)国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)」。8)平成20~28年度三師調査を利用し算出。

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60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

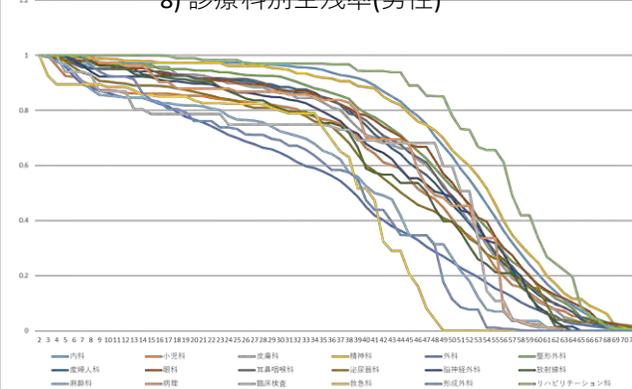
6) 対応表の例

(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
 （「2024年の必要医師数を達成するための年間養成数」－「2018年と2019年の平均採用数」）×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） \leq 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**