

背景

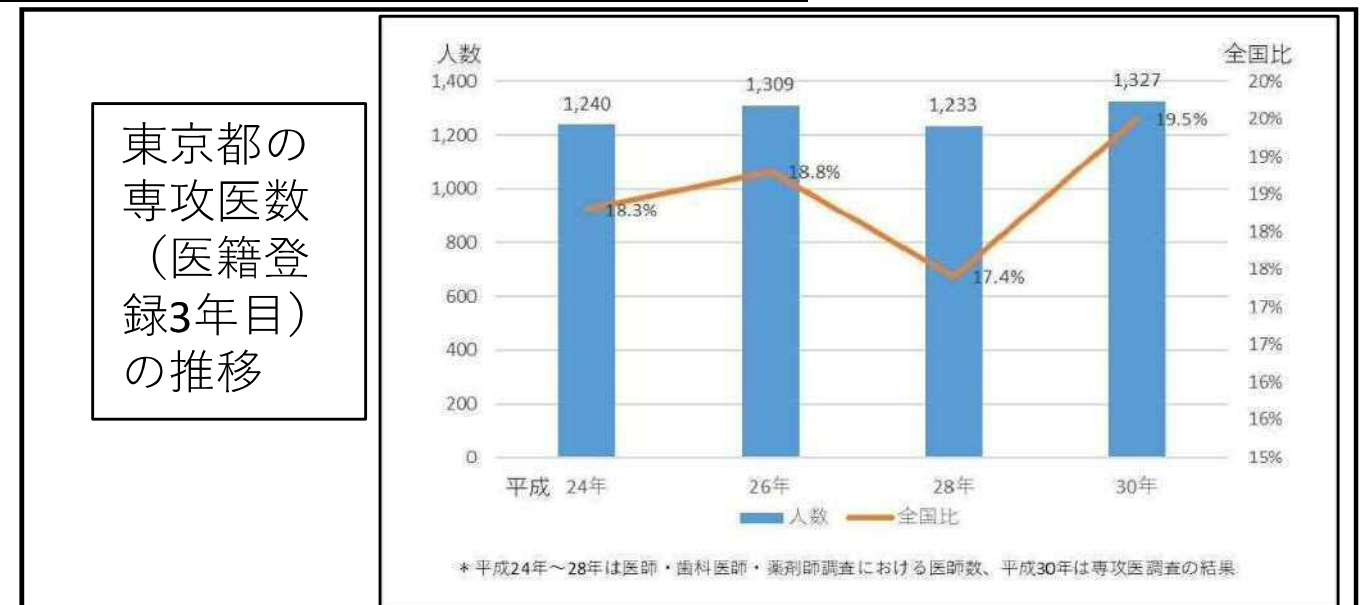
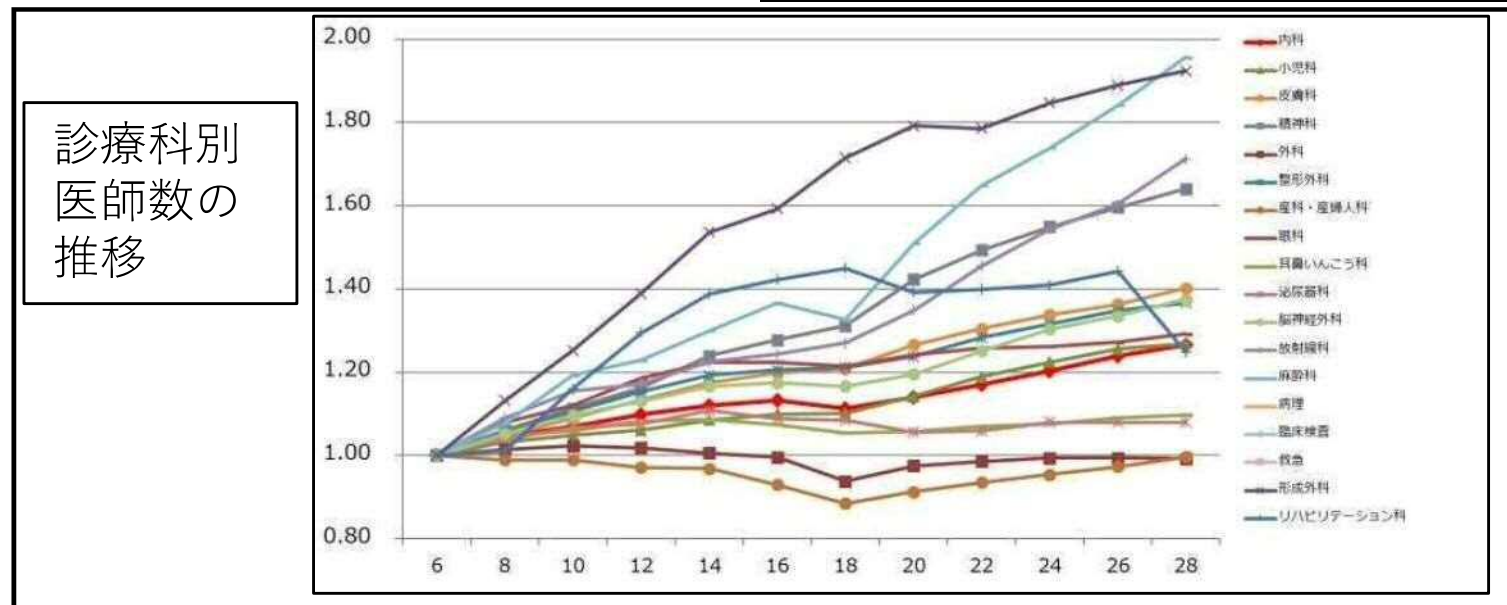
- わが国においてはこれまで、医師の専門性に関わる評価・認定については、各領域の学会がプロフェッショナルオートノミーに基づいて独自の方針で専門医制度を設けて質の向上が図られてきた。
- 一方で、医療を取り巻く環境の変化を踏まえ、専門医制度の中で、質の向上のみならず、地理的偏在および診療科偏在に対して是正に資することが求められるようになり、「専門医の在り方に関する検討会」(2013年度)において、**新専門医制度において、地域偏在と診療科偏在について制度内で配慮されるべきとされた。**
- 平成30年度の医師法改正において、日本専門医機構や学会に対して厚生労働大臣から意見・要請を行える規定が盛り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

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

	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	132	...	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6年の年間養成数を	⑥ 達成するための4年の年間養成数を	達成するための0年の年間養成数を	達成するための6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	1,220	1,221	1,205	1,210	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.

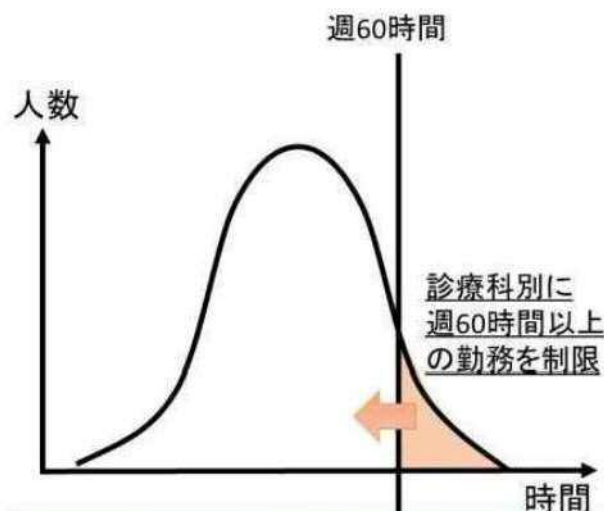
補足資料

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
	70代以上	32:58	0.64
女性	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

第19回 医師需給分科会 資料

2)の計算のイメージ



週60時間以上の勤務時間が削減された場合の、必要医師数を算出

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

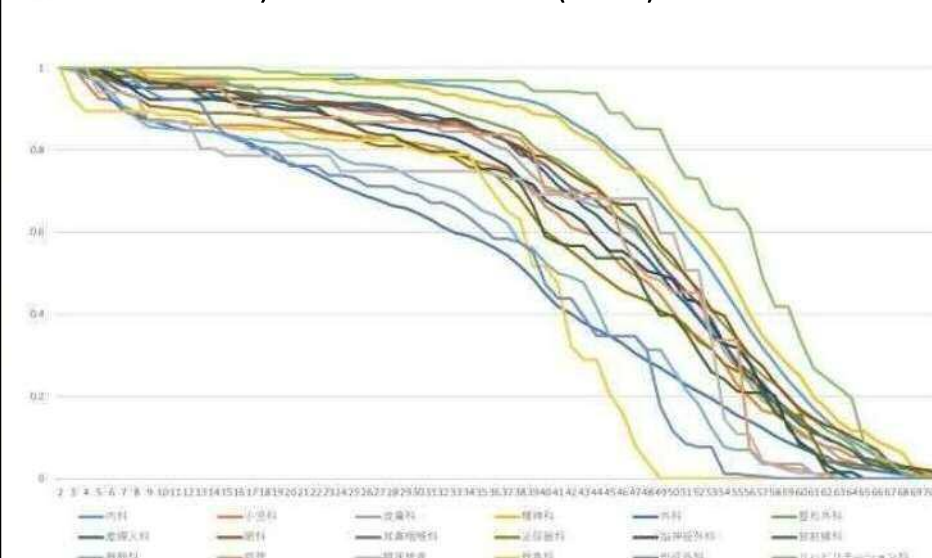
6)対応表の例

(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 ≤ 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 ≤ 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% ≤ 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**

日本専門医機構の 2020年度専攻医募集シーリング案

日本専門医機構案の基本的な考え方

日本専門医機構案

1.厚生労働省の算出した都道府県別診療科必要医師数・養成数のデータに基づくシーリング案は一定の評価はできるが、一方で急激な変化によってもたらされる影響にも配慮すべきであり、また、さらに地域医療に貢献しうる専門研修を構築する必要があること、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(都道府県限定分も含む※)」を追加したものを、日本専門医機構としてのシーリング案として提案する。

※充足率が80%以下の都道府県とする。

2.「連携(地域研修)プログラム(都道府県限定分を含む)」を追加するにあたり、専攻医の一部地域への集中に対する懸念に対応するという当初の目的を達成するため、シーリング対象となる都道府県別診療科専攻医数の上限は、現段階では、専攻医採用数を原則超えないようにする。

(日本専門医機構通知文より一部抜粋・改変)

日本専門医機構案(例:内科)

新たな日本専門医機構案

日本専門医機構案

内科

	2016年 （医師数/必要医師数） 不足率	シリング数	連携プログラム数	連携プログラムのうち 都道府県限定分	2024年 必要養成数に 係る推計 年間養成数 を達成する ための年間 養成数	過去2年 専攻医 採用数平均	2019年 専攻医 採用数	2018年 専攻医 採用数
北海道	0.89				193	96	101	90
青森県	0.64				74	18	17	18
岩手県	0.67				67	24	27	21
宮城県	0.93				72	53	53	52
秋田県	0.70				52	16	16	16
山形県	0.70				56	23	25	21
福島県	0.71				97	25	28	21
茨城県	0.68				151	44	46	41
栃木県	0.83				75	38	40	35
群馬県	0.81				84	25	24	26
埼玉県	0.69				364	78	85	70
千葉県	0.75				288	94	104	84
東京都	1.20	438	77	12	90	525	515	535
神奈川県	0.86				325	181	186	176
新潟県	0.72				115	40	36	44
富山県	0.84				42	18	17	19
石川県	1.05	36	4	1	21	40	40	39
福井県	0.80				32	11	9	13
山梨県	0.79				34	14	9	19
長野県	0.75				100	36	37	35
岐阜県	0.87				69	26	21	30
静岡県	0.69				195	45	45	44
愛知県	0.87				268	149	162	135
三重県	0.86				66	35	30	40

	2016年 （医師数/必要医師数） 不足率	シリング数	連携プログラム数	連携プログラムのうち 都道府県限定分	2024年 必要養成数に 係る推計 年間養成数 を達成する ための年間 養成数	過去2年 専攻医 採用数平均	2019年 専攻医 採用数	2018年 専攻医 採用数
滋賀県	0.91				44	31	33	28
京都府	1.23	68	12	1	8	83	80	85
大阪府	1.08	202	9	0	154	214	211	217
兵庫県	0.93				173	125	137	113
奈良県	0.93				40	29	25	32
和歌山県	1.08	21	2	0	13	24	24	23
鳥取県	1.01	16	1	0	13	17	19	15
島根県	0.99				15	16	19	12
岡山県	1.09	56	5	0	27	64	61	66
広島県	0.96				81	53	59	47
山口県	0.83				56	18	21	14
徳島県	1.11	19	2	0	9	22	24	19
香川県	0.93				29	22	31	13
愛媛県	0.88				48	18	15	21
高知県	1.00	15	0	0	15	12	16	8
福岡県	1.21	126	17	0	32	150	143	157
佐賀県	1.02	17	0	0	17	17	15	19
長崎県	1.08	35	4	1	21	39	44	34
熊本県	1.06	35	0	0	30	32	36	28
大分県	0.99				28	26	26	25
宮崎県	0.78				50	13	16	9
鹿児島県	0.99				37	36	42	30
沖縄県	0.93				43	28	24	31

シーリング対象外の診療科

日本専門医機構案

1. 外科と産婦人科については、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から、病理および臨床検査とともに、昨年度の募集同様に2020年度専攻医募集においても引き続きシーリング対象外とする。

2. 救急と総合診療については、厚生労働省の医師需給分科会においても、さらなる議論が必要とされているため、2020年度専攻医募集においてはシーリング対象外とする。

連携(地域研修)プログラムについて

日本専門医機構案

○ 地域医療を配慮する観点から、以下の通り「連携(地域研修)プログラム」と「連携(地域研修)プログラムのうち都道府県限定分」を定める。なお、連携(地域研修)プログラムの専攻医募集については、通常の募集と分けて募集するものとする。

1. 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。

2. 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。

$$(2016年足下充足率) = \frac{(2016年の足下医師数)}{(2016年の必要医師数)}$$

連携(地域研修)プログラムの計算方法と上限・下限

計算方法

日本専門医機構案

1. 連携(地域研修)プログラムの計算方法

・「(過去2年の採用平均数)－(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。

(診療科全体の充足率) = $\frac{\text{過去2年の全専攻医採用数の平均}}{\text{2024年の必要医師数を達成するための年間養成数} \times \text{補正項}^*}$ に対し、

診療科充足率 ≤ 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 ≤ 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% ≤ 診療科充足率の場合:	10%	(皮膚科・精神科・麻酔科・形成外科)

2. 上記、連携(地域研修)プログラムのうち都道府県限定分5%分とする。

* 補正項 = $\frac{\text{過去2年の平均数の全診療科合計}}{\text{年間養成数の全診療科合計}}$

上限・下限

1. シーリング数(連携(地域研修)プログラム含む)の上限

- ・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
- ・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年の採用数のいずれか大きい方

2. シーリング数の下限

- ・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。

具体的計算例

日本専門医機構案

新たな日本専門医機構案

内科

	2016年足下充足率 (医師数/必要医師数)	シーリング数	連携プログラム数	連携プログラムのうち 都道府県限定分	2024年の必要医師数を 達成するための年間養成数	過去2年専攻医 採用数平均	2019年度専攻医 採用数	2018年度専攻医 採用数
埼玉県	0.69				364	78	85	70
千葉県	0.75				288	94	104	84
東京都	1.20	438	77	12	90	525	515	535
神奈川県	0.86				325	181	186	176

例)内科 東京都の場合

1. シーリング数 $(525 - (525 - 90) \times 0.2) = 438$
2. 連携(地域研修)プログラム数 $(525 - 90) \times 0.2 = 87$
3. 連携(地域研修)プログラムのうち都道府県限定分 $(525 - 90) \times 0.05 = 22$
4. シーリング数(連携(地域研修)プログラム含む) $438 + 87 = 525$
5. 2019年採用数515を超えるため515が上限となる。そのため連携(地域研修)プログラムは10減少。
6. 最終的な連携(地域研修)プログラム $87 - 10 = 77$ 、うち都道府県限定分 $22 - 10 = 12$