

学会名	問8 問6のご回答の根拠となる事項（データ等含む）がありましたら、ご説明ください。
日本医学放射線学会	全国不足しているが、特に東日本地域での専門医不足が著しい。CT, MRIのうち専門医による読影は30%以下と推定される。
日本眼科学会	別紙のデータで、大都市圏に偏っていることが明らかである。
日本救急医学会	
日本胸部外科学会	
日本血管外科学会	
日本口腔外科学会	
日本呼吸器外科学会	
日本耳鼻咽喉科学会	
日本周産期・新生児医学会	専門医となる医師が地方で少ないのはあきらかです。
日本神経学会	
日本循環器学会	なし
日本消化器病学会	会員・専門医の地域別実数、以外には特になし
日本小児科学会	
日本小児外科学会	別紙の都道府県別専門医数を参照されたい。
日本腎臓学会	
日本心療内科学会	5大学でしか一貫した教育を受けていない。従って講座のない地域は心療内科専門医は権限が少ない。例えば四国4件で心療内科専門医は1～2名。4県の大学医には心療内科に関する講座はない。
日本整形外科学会	
日本総合診療医学会	
日本蘇生学会	
日本糖尿病学会	
日本内科学会	
日本内分泌学会	
日本脳神経外科学会	
日本脳卒中学会	データで検討されていない。
日本泌尿器科学会	
日本皮膚科学会	
日本病理学会	
日本麻酔科学会	上記ご参照
日本リウマチ学会	指導医の認定(基準)の見直しを行い、教育施設の偏在性の是正をはかる。ホームページ、テレビを活用した地方に居ながらにして研修を可能とさせる。
日本リハビリテーション医学会	

学会名	問10. 問9（麻酔科、放射線科、病理など、常勤ではなく、曜日・時間帯等の契約により業務に従事する労働形態についてどう思われますか。）の理由
日本医学放射線学会	常勤医による各科医師への指導、コンサルテーションが必要で、アルバイトでは質の低下を招く。しかし専門医不足への対策としてやむを得ず非常勤あるいは遠隔画像診断を行っている。
日本眼科学会	各科には事情があり、一概には言えないが、常勤が望ましい。
日本救急医学会	救急専門医が絶対的に不足していることから、これらの人材を有効に活用するためにLocum Tenens：LT政策を採用すべきであろう
日本胸部外科学会	領域によっては組み合わせで考慮してもよいが、胸部外科領域では意味がないと思う。
日本血管外科学会	緊急例に対する対応がなくなるので、社会はそれを求めないと思う。
日本口腔外科学会	専門性を広めるためには、常勤にしているほうが良い。
日本呼吸器外科学会	診療の質が保てない
日本耳鼻咽喉科学会	
日本周産期・新生児医学会	労働条件の改善につながる
日本神経学会	市民サイドからすれば当然常勤体制をのぞむと思います。
日本循環器学会	
日本消化器病学会	需給のバランスによる
日本小児科学会	専門性が高く人材が少ない
日本小児外科学会	少ないman powerを有効に活用するための工夫としては良いのではない
日本腎臓学会	公的に医師の専門性に対する誘導がない限り、各人の自由意志による専門医性の偏りが生じるのは当然。その偏在、または全体的医師不足による診療の欠陥を解決する現実的解決法の一つだから。
日本心療内科学会	
日本整形外科学会	
日本総合診療医学会	個別の事情によるので一概に言えない
日本蘇生学会	
日本糖尿病学会	医師不足、偏在に対する対策が先決
日本内科学会	
日本内分泌学会	
日本脳神経外科学会	できれば常勤であるべきであるが、現状を否定しての可否は言えない。
日本脳卒中学会	
日本泌尿器科学会	救急医療などを行っている病院とそうでない病院では、事情がまったく異なるので、労働形態を画一的に決められない。
日本皮膚科学会	
日本病理学会	手術の際の迅速診断は患者の治療方針を立てる上で最も大切なステップである。時間帯の契約では迅速診断など手術中の病理診断に十分な対応は不可能である。また臨床からの病理診断に関わる質問にも充分対応できない。

日本麻酔科学会	メリットは、病院側として手術を行いたい場合、特定の日時に合わせて手術を行うことが可能であること、デメリットとしては、麻酔科医の主たる業務である術前、術中、術後の生体管理ができなくなることである。患者様により安全な手術を行うためには、1人の医師が相対的に患者様を見る必要がある。
日本リウマチ学会	現状では麻酔科等が不足でやむを得ず曜日等によるパート医の契約をせざるを得ない状況があると思われる。
日本リハビリテーション医学会	経済効率を考えるとやむを得ないとは思いますが、責任問題を考えると、どこかの組織に所属している必要があるだろう。

学会名	問11. 新医師臨床研修制度について、貴学会への影響及び今後の対応等について、ご意見がありましたら ご記入ください。
日本医学放射線学会	放射線科専門医がさらに不足、減少すると懸念される。いわゆるマイナー希望者は1年間の研修義務化で十分ではないか。1年間の必須研修のあと、放射線科などのマイナー科を選択できる研修コースがあるべきと思う。
日本眼科学会	研究条件の整った働きやすい病院に医師が集中し、大学への入局者が減少することになれば、質の高い研究の継続に支障をきたすことや、大学病院の重要な役割である地方に医師を派遣するといったことが、マンパワー不足することにより不可能になること。後期研修の医師が都市部の病院に集中することになれば、医療過疎地の問題はさらにその深刻度を増すことが懸念される。
日本救急医学会	
日本胸部外科学会	胸部外科領域は専門医研修に長年月を要す一方で、新研修制度で必修とされる領域の多くは関連性に乏しい。胸部外科領域専攻の者は、初期研修の2年間を（広義の）外科諸領域の研修に充て、胸部外科固有の研修に要する年限を（今より）短くしないと希望者が減少し続ける。これは国民的な問題であり、厚生労働省の認識を求めたい。
日本血管外科学会	現状では、量る器と検討する時期をもっていません。
日本口腔外科学会	
日本呼吸器外科学会	
日本耳鼻咽喉科学会	1) 本年度、当学会への入会者が激減した。 2) 現在、研修医に対するなんらかのIncentiveを考えている。
日本周産期・新生児医学会	大きく影響あり。制度終了後の学会加入者の推移を見ないと対応ができない。
日本神経学会	研修医のレベルの低下がみられ、2階建て制となって専門医教育が約1年程遅れる見通し。この結果研究活動が遅れる可能性がある。
日本循環器学会	現在は意志の平均的能力のレベルダウン、部会を中心とした一部病院の医師偏在を助長しているだけである。
日本消化器病学会	特に現在認められない
日本小児科学会	大学および病院勤務医の激減。対応策はなし。2年後を待つのみ。
日本小児外科学会	本学会の専門医は外科専門医習得後のSubspeciality領域となっている。新研修を含めた卒後7年という年限に変化はない。
日本腎臓学会	サブスペシャリティの専門医（2階建て部分）には内科など基本領域程の影響は少ない。プライマリーケアや救急に対する能力が向上するという良い影響があることを期待する。
日本心療内科学会	学会への直接的な影響はない。むしろ本学会の医学・医療に対するノウハウを研修制度に伝えて生きたい。
日本整形外科学会	
日本総合診療医学会	多くの研修病院や大学病院で、総合診療部の関係者が卒後研修を担当することとなり、忙殺されているため、本来の診療機能に関する討論の深まりが不足している。

日本蘇生学会	直接的影響は明らかではないが、麻酔科を専門とする医師が占める割合が高い学会であるため、麻酔科医のマンパワー不足が学会活動にも影響していると考ええる。
日本糖尿病学会	
日本内科学会	この2年はすべて内科研修として認める。内科希望が減る可能性あり。内科学会の中に研修医向けプログラムを入れる。
日本内分泌学会	
日本脳神経外科学会	本研修制度は専門医育成には適さないと考えている。専門医教育の中で内科、外科、麻酔科、救急医療などの研修がなされてきており、この方が有効であると考えている。
日本脳卒中学会	特になし。
日本泌尿器科学会	泌尿器科疾患にはプライマリケアに関連するものが多いので、2年間の臨床研修の中に泌尿器科を必須科目として入れるように働きかけている。
日本皮膚科学会	
日本病理学会	日本病理学会では平成17年度医籍登録者から、病理専門医試験の受験資格に「臨床研修2年間」を義務化した。その後に専門医研修4年を課している。この制度施行前は、医学部卒業後直ちに病理学に入局する場合も多かったが、この制度により病理への希望者の減少が危惧されている。そのため、CPC報告書作成に対する指導体制を整備し病理へのローテーションを積極的に促している。今後臨床研修における病理へのローテーションを選択に加えていただきたい。
日本麻酔科学会	現在は、新臨床研修必修化による研修医の現象とも重なって、大学でのマンパワー不足として現れ、大学麻酔科医局による市中病院からの麻酔科医引上げの大きな原因となっている。今後は、麻酔科を必修化としてもらうことにより、医師として必須の組成に係わる基本的手技や知識を身につけさせるとともに、麻酔科のマンパワーの改善が得られるよう活動を行っていく。
日本リウマチ学会	新医師臨床研修制度については、同研修の2年間は研修期間に含まれるので、特に影響はないものと思われる。
日本リハビリテーション医学会	経過観察中で未検討

学会名	問12 新医師臨床研修終了後の専門医研修に対する、貴学会の今後の対応等について、ご意見がありましたらご記入ください。
日本医学放射線学会	新しい専門医修練カリキュラムを作成中である。
日本眼科学会	眼科学会では今まで5年間の眼科臨床研修であったが、新医師臨床研修制度導入により新医師臨床研修2年間＋眼科臨床研修4年間の計6年間に研修期間と定めたため、眼科専門医としての必要な知識と技能を修得することができる眼科研修プログラムを作成する。
日本救急医学会	
日本胸部外科学会	本学会との関連（計）4学会とで研修制度は整備されつつある。しかしQ11に記した問題が大きく、学会の努力の及ばぬところがある。行政の画一性を弾力的に改め患者さんと専門医師の双方に配慮願いたい。
日本血管外科学会	内科、外科も専門分化にMinor化していますが、いわゆる”Minor科”の如く開業医生産のたれながしはありません。カナダでは、専門科医数が国で制限されていますが、本邦でも学会の自覚と国の施策により、これらMinor科の制限（対人の）が必要な時期に来ています。これら安易な医師が量産される一方で、長い修練を求められる領域を志す医師は”アメ”のない現状で、減少する一方です。少ない医療費を使う上で良い医師を育成する障害となっていることは明らかです
日本口腔外科学会	
日本呼吸器外科学会	
日本耳鼻咽喉科学会	現在専門研修の内容について検討中である。
日本周産期・新生児医学会	Subspecialityの専門医制度なので研修医に周知する必要がある。
日本神経学会	2階立てとなって卒後3年目がなお一般内科研修をせざるをえない面があり、卒後4－6年での効率よい専門研修体制を確立しようとしている。特に大学以外の教育施設の充実をはかる
日本循環器学会	2年間のスーパーローテートのみで、内科認定医を取得するのは困難で、その後一般内科ローテートするコースを作れるかどうか検討中である。
日本消化器病学会	特別な対応は考えていない
日本小児科学会	プロジェクトチームで良いプログラムを検討中。
日本小児外科学会	特に新たな対応は考えていない。従来の研修制度で対応可能
日本腎臓学会	①卒前卒後教育委員会による教育支援、腎臓学会教育認定施設での腎臓専門医の育成体制の充実が重要課題 ②腎臓学会教育認定施設の充実・公示・情報公開 ③医学生、研修医に対する腎疾患に関する啓蒙活動が重要
日本心療内科学会	本学会は内科学、プライマリケアの領域において全人的医療（学）を实践（診療、教育、研究）できる専門医の育成を目的としている。本学会はこの様な視点から専門医研修に関わっていきたい。
日本整形外科学会	

日本総合診療医学会	総合診療の後期研修は、内科系の急性期入院診療を基盤に、外来（オフィス）志向型（家庭医療専門医）と大病院（ホスピタリスト）中心の研修（内科専門医）の2つのオプションを備えたプログラムを作りたい。
日本蘇生学会	
日本糖尿病学会	
日本内科学会	まず第一段として認定内科医を受けてもらい（年2,000人以上）、その後内科専門医を取得するよう地方会やセミナーなどで働きかけをしている。
日本内分泌学会	専門医研修を認めることで制度を改めている。
日本脳神経外科学会	学会としての対応は無いが、従来と比較して 1. 希望者の増減、2. 専門医としての進歩のスピードと達成度の2点につきどの様に見えるか、強い関心を持っている。対応はその結果による。
日本脳卒中学会	他学会の専門医資格を持った上で取得する専門医なので、特に影響はない。
日本泌尿器科学会	平成18年4月から新しい専門医制度下で多くの医師を迎え入れる予定である。
日本皮膚科学会	
日本病理学会	臨床研修修了後4年間の病理専門医研修を課している。その詳細は日本病理学会で細目を改定し、研修内容を詳細に整備した。病理専門医資格は2+4年 6年間の研修修了後受験可能とした。このような研修内容で近年急速に高まった病理専門医の社会的責任を果すよう病理学会として対応している。
日本麻酔科学会	新臨床研修制度の中で、麻酔科を必修と出来なかった場合、研修制度終了後、半年間を麻酔科必修をする。その間、モニターの判読、ACLSについてはパラメディカルスタッフを教育できるレベルにまで習熟させ、ドクターカーに単独で同乗できるようにする。また、麻酔科の場合は標榜医の取得が専門医取得の条件となっているが、新臨床研修制度の場合、一般病院で研修することが多いと思われ、その場合、総合的な研修が出来ない可能性がある。それらをカバーするような総合的研修プログラムを作成する必要もあると考えている。
日本リウマチ学会	基本領域をまたがった（内科、整形外科、リハビリ科）二階建学会（専門医研修）としての研修のあり方、研修体系を如何に構築していくか検討する必要がある。差し当たり研修手帳等を用い、万遍なく研修ができるよう研修委員会で対応する。
日本リハビリテーション医学会	様子を見たうえで必要に応じて専門医研修内容や研修期間について見直しを計画する。

学会名	問14. 今後の「医師の需給見通し」の検討に際して、貴学会からご提示いただける、「検討の視点」など具体的なご意見がありましたらお聞かせください
日本医学放射線学会	1) 診療報酬制度、病院の給料が医師の技術料を正しく反映していないことも原因である。 2) 不足している専門医への給与を手厚くするなどの対策が必要。 3) 後期研修では「放射線科は何人」かなどときめ、専門医別のマッチングが必要。
日本眼科学会	
日本救急医学会	
日本胸部外科学会	①専門医に対する診療報酬の妥当な配慮 ②専門医による合理的な診療のための 1) 患者集中(集積)の方途 2) Paramedical Staffの増加(ex. 人口心肺担当の技師、呼吸療法士) ③以上による専門医の手による多数の専門手術によって診療費削減
日本血管外科学会	1) プライマリーケア医の質的、量的充実による専門医(“Minor科”を含む)の削減と症例数/専門医/年の改善 プライマリーケア医の質的充実には各学会が研修プログラムを設けて育成に協力する。無論、各学会からの認定を行うプライマリーケア医の経済・身分保証 2) 日医とは独立した勤務医会の設立(あるのかもしれませんが?) 安い会費 3) 研修科目の見直し:現状では世の中の要求をどのように理解し、どんな医師を育成したいのかまったく理解に苦しむ
日本口腔外科学会	
日本呼吸器外科学会	呼吸器外科手術件数は増加し続けていることから将来的には緩やかに専門医数を増加させる必要がある。
日本耳鼻咽喉科学会	専門医としての診療の質と量のみならず、研修医に対する指導教育といった観点も含めた医師の需給見通しを考えてください。
日本周産期・新生児医学会	
日本神経学会	<ul style="list-style-type: none"> ・地域偏在性の是正 ・文字通りの「無医村地区」への医師供給は、本来自治医大の建学精神であり、厳守されるべきである。 ・専門医の実働可能年齢についての指針があるべき
日本循環器学会	なし
日本消化器病学会	
日本小児科学会	勤務医を増やす。開業医の時間外勤務を義務づける。報酬を上げる。
日本小児外科学会	
日本腎臓学会	各学会単位のアンケートなども重要ですが、医師の必要な領域への適正な確保については厚労省などの政策的な配慮がなれば学会レベルでいくら努力しても解決しません。従って「医師の適正数及び各領域地域への適正配備に関する政策」が重要な視点と考えます。

日本心療内科学会	多くのストレス関連疾患が増加している。心身両面より全人的に適切に対応できる診療内科医（現在心療内科を標榜している80数%は精神科医である）の需給が不可欠となる。
日本整形外科学会	
日本総合診療医学会	我が国において、専門医の対概念である総合診療～地域プライマリ・ケアの制度を確立するために行政が先導的な役割を果たすべきである。そのためには日本医師会、内科学会、その他プライマリ・ケア関連の諸団体（Stakeholders）間の調整が必要と思われます。
日本蘇生学会	
日本糖尿病学会	
日本内科学会	総数のみでなく、専門分野毎の見直しも必要と思われる。
日本内分泌学会	医師数は現在のままで良い。研修医必修化とマッチング制度が医師の地域偏在性をもたらした結果である。
日本脳神経外科学会	
日本脳卒中学会	特に今のところ意見はありません。
日本泌尿器科学会	特になし。
日本皮膚科学会	
日本病理学会	癌の診断医・治療医の全国的な地域格差をなくし均てん化をはかる。（病理専門医の均てん化につきましてもご検討をお願いいたします）
日本麻酔科学会	医療を安全に行うことを大前提として、診療能力を高めるために必要な実技、知識を得るために最も妥当な教育時間と症例数から、専門医の必要数と地域分散を含めて地位の必要数を検討し、それを学会認定の専門医として診療報酬上評価できる仕組みを作成できるよう検討すべき。この際に地域の必要数評価は大都市誘導とならないような配慮が必要である。
日本リウマチ学会	新入会員数が暫時増えつつあるためこの分野においては医師の増加が見通せると考えられる。
日本リハビリテーション医学会	

医師需給に係わる調査 大学編

全医学部・80校対象 回収数43校 (回収率54%)
(平成17年2月～3月実施)

Q 1 貴大学が属する都道府県の医師数について、過去に検討されたことがありますか。

	数	パーセント
はい	15	34.9
いいえ	27	62.8
無回答	1	2.3
合計	43	100.0

Q 2はQ 1で医師数を過去に検討したことがあると回答した15校の結果

Q 2 (1) 最近、貴大学で貴大学が属する都道府県の医師数について検討したのはいつ頃ですか。

年	数
1975以降毎年	1
1997	1
2003	1
2004	12
合計	15

Q 2 (2) 上記事項を検討した際に、検討委員会が設置されましたか。

	数
はい	7
いいえ	8
合計	15

Q 2 (3) 医師数過不足について試算や分析がなされましたか。

	数	パーセント
はい	11	73.3
いいえ	4	26.7
合計	15	100.0

Q 2 (4) 医師数過不足の分析では、医師数どのような状況だという結果になりましたか。

	数	パーセント
極めて不足	9	60.0
やや不足	2	13.3
概ね適正	1	6.7
過剰	0	0.0
わからない	2	13.3
その他	1	6.7
合計	15	100.0

Q 3 貴大学の属する都道府県の医師適正配置に対して、大学として対策を立てていらっしゃるでしょうか。

	数	パーセント
はい	9	20.5
現在検討中	8	18.2
今後検討	6	13.6
予定なし	20	45.5
無回答	1	2.3
合計	44	100.0

* 複数回答した1校を含む

Q 4 貴大学病院が属する都道府県の診療科の医師数について、現在の状況をおうかがい致します。

(1) 医師数が極めて不足していると感じられる診療科がある。

	数	パーセント
はい	38	88.4
いいえ	3	7.0
無回答	2	4.7
合計	43	100.0

不足していると回答された診療科 (複数回答可)

診療科	回答大学数	パーセント
小児科	29	67.4
産科婦人科	26	60.5
麻酔科	24	55.8
内科	7	16.3
外科	7	16.3
救急救命科	7	16.3
産科	4	9.3
眼科	3	7.0
診療科全般	3	7.0
脳神経外科	2	4.7
放射線科	2	4.7
皮膚科	1	2.3
耳鼻科	1	2.3
整形外科	1	2.3
心臓血管外科	1	2.3
精神神経科	1	2.3
呼吸器内科	1	2.3

Q 4 (2) 医師数が過剰だと感じられる診療科がある。

	数	パーセント
はい	2	4.7
いいえ	38	88.4
無回答	3	7.0
合計	43	100.0

Q5 今後の日本の医学部全体の定員枠をどのようにお考えですか。

	数	パーセント
増やすべき	13	30.2
減らすべき	0	0.0
現状のまま	21	48.8
わからない	6	14.0
無回答	3	7.0
合計	43	100.0

Q7 貴大学医学科の定員枠についてうかがいます。

Q7 (1) 現在の入学定員は何人ですか。

人代	数	パーセント
80	4	9.3
90	14	32.6
100	23	53.5
110	1	2.3
120	1	2.3
合計	43	100.0

Q7 (2) 実際の昨年度の入学者数は何人でしたか。

人代	数	パーセント
80	4	9.3
90	15	34.9
100	21	48.8
110	2	4.7
無回答	1	2.3
合計	43	100.0

Q7 (3) 今後の貴大学医学科の定員枠は何人くらいが適正だと思われますか。

人	数	パーセント
80	1	2.3
90	7	16.3
100	21	48.8
110	3	7.0
120	7	16.3
その他	1	2.3
無回答	3	7.0
合計	43	100.0

Q 8 1学年あたり、何パーセントの医学生が、貴大学の属する都道府県へ残ると良いと思われませんか。

%	数	パーセント
20	2	4.7
50	5	11.6
60	8	18.6
70	7	16.3
80	5	11.6
90	0	0.0
100	2	4.7
無回答・不明	14	32.6
合計	43	100.0

Q 9 貴大学を卒業した医学生が、貴大学が属する都道府県へ残るよう、対策を立てていらっしゃいますか。(複数回答有)

	数	パーセント
地域枠	7	14.3
奨学金	4	8.2
特になし	21	42.9
その他対策	13	26.5
無回答	4	8.2
合計	49	100.0

Q 10 研修医が研修修了後、貴大学(大学病院)へ残るよう、対策を立てていらっしゃいますか。

	数	パーセント
はい	36	83.7
いいえ	7	16.3
合計	43	100.0

Q 11 専門医として研修を終えた医師が、貴大学(大学病院)へ残るよう、対策を立てていらっしゃいますか。

	数	パーセント
はい	20	46.5
いいえ	19	44.2
無回答	4	9.3
合計	43	100.0

Q 12 研修医の各診療科の選択について、診療科別の定員枠を設けるなどして、調整をしていますか。

	数	パーセント
はい	13	30.2
いいえ	30	69.8
合計	43	100.0

Q 1 3 貴大学の卒業生の約何%が、臨床研修開始時に貴大学での臨床研修修了後の専門医研修に戻ってくることを決めていますか。

	数	パーセント
20	1	2.3
30	1	2.3
40	6	14.0
50	2	4.7
60	2	4.7
70	2	4.7
80	0	0.0
90	1	2.3
無回答	28	65.1
合計	43	100.0

Q 1 4 貴大学では、医学生に対して、将来の希望勤務地に関する調査（アンケート等）を実施していますか。

	数	パーセント
はい	5	11.6
いいえ	36	83.7
無回答	2	4.7
合計	43	100.0

Q 1 6 貴大学では、医学生に対して、将来の希望診療科に関する調査（アンケート等）を実施していますか。

	数	パーセント
はい	6	14.0
いいえ	34	79.1
無回答	3	7.0
合計	43	100.0

医師需給に関するアンケート 大学編 記述回答

* 回答した43大学の記述回答内容である。空欄であるのは無回答の場合

大学名	問2(5) (4)で回答した分析で回答した分析結果の原因について理由をお書きください。
北海道大学	
弘前大学	1) 卒業生の半数以上が大都市圏へ戻ってしまう。 2) 県外へ出た医師のU I ターンがほとんどない。 * 過疎地の中小公立病院の医師不足は著しい
岩手医科大学	今回の調査では県内の各病院にどの程度医師が必要なのかまでは調査しなかったが、県庁所在地の市を除き各医療圏では県全体の人口10万人当たりの医師数は下回っている。また、地域偏在方の傾向となっている。医師不足の原因として大学卒業後の定着率が低いこと等が考えられる。
東北大学	別冊資料参照
秋田大学	
福島県立医科大学	
筑波大学	概数を出したのみで、正確なデータはない
自治医科大学	
埼玉医科大学	
千葉大学	
東京大学	
杏林大学	
東京医科大学	
日本大学	東京都全体の医師適正配置について当大学として検討してはいない。しかし3付属病院の教育、診療ならびに研究に対応する適正医師数は当医学部関連病院への医師派遣への対応と合わせて卒後教育委員会、専修医制度検討委員会で検討している。
北里大学	
富山医科薬科大学	
金沢大学	
金沢医科大学	
福井大学	県内でも需給差があり、過疎地への医師派遣の希望は少なく、悪循環の傾向にある。
山梨大学	

浜松医科大学	1) チームワーク医療主体の医療形態になったこと、専門化が進み、診療科の細分化が行われていること等により、より多くの医師が必要になった。2) 静岡県に関していえば、東海道線沿いの各市に自治体病院があり、自治体病院が多すぎること 3) 最近、東京や関西、名古屋の大学による医師上げが行われていること 4) 大学に関しては、当初70-80%だった本学卒業生の静岡県残留率が徐々に低下し、平成10年以降50-60%になっていること
名古屋大学	1) 人口当りの医師数について、愛知県では全国平均に比べて、人口10万人当り20人以上が不足している。 2) 不足している医師は主に病院の勤務医であり、開業医が不足しているとは思われない。 3) 上記(2)の原因としては、勤務医が次々と開業している現状がある。その背景には、低賃金で重い責任と重労働を強いられる勤務医の実態があると思われる。
藤田保健衛生大学	
三重大学	研修医の減少、地域の偏在、診療科の偏在
大阪大学	
大阪医科大学	医師の勤務時間の適正が不明
関西医科大学	
兵庫医科大学	
鳥取大学	
島根大学	1)臨床研修医採用に伴う新卒者の県外離脱、2)同上及び国立大学法人化に伴う近隣県の大学の医師引上げ、3)自治医大卒業生の義務年限終了後の離県
川崎医科大学	
広島大学	都市部はある程度充足しているか
山口大学	
徳島大学	
愛媛大学	
高知大学	
九州大学	
久留米大学	
福岡大学	
熊本大学	
鹿児島大学	①偏在 ②求められる医療を提供するには不足 ③現在の保険診療制度下では充足は困難

大学名	問3 貴大学の属する都道府県の医師適正配置に対して、大学として対策を立てていらっしゃいますか。(説明)
北海道大学	
弘前大学	県と共同し、2次医療圏ごとに中核病院の整備と周辺病院の再編統合、ネットワーク化を目指している
岩手医科大学	県下全体の医師派遣などの計画を策定している段階である。
東北大学	別添資料参照
秋田大学	
福島県立医科大学	
筑波大学	予定未定
自治医科大学	
埼玉医科大学	
千葉大学	県との協議会を設置
東京大学	
杏林大学	
東京医科大学	次年度以降に検討委員会を設置する予定
日本大学	臨床研修制度の開始にともなって少なくとも2年間は新入医局員の参画がなくなるため、いずれの診療科でも医師不足傾向にある。特に麻酔科、小児科、産婦人科などが厳しい
北里大学	
富山医科薬科大学	本大学へ入学時の地域枠の設定など
金沢大学	
金沢医科大学	
福井大学	
山梨大学	国又は地方の医療行政課題として取り組まなければならない。
浜松医科大学	1) 本学卒業生の本件残留率が増減を繰返しながら全体として減少傾向にあることは憂慮して、平成12-14年度に入学者選抜方法研究委員会と同窓会で調査研究を行い、その結果、推薦入学の枠を従来の15名から25名に、1校あたりの推薦枠を従来の1名から4名に拡大し、かつ地元の高校との接触を密にした。その結果、入学者中の静岡県出身者の割合が、平成14年度、15年度の27.4%から平成16年度には37.9%に増大した。2) 県と連携して静岡県医療対策協議会を立ち上げ、県自身が医師を確保して自治体病院へ派遣する試み、県による研修医の進路説明会開催の試み等を開始した。
名古屋大学	できる限り早期に県・医師会・他大学と協議会を持ち、医師配置のグランドデザインを作成する予定である。
藤田保健衛生大学	
三重大学	医学部、附属病院で地域医療・医師人事検討委員会を設置し、検討を行っている。また、県との間でも定期的に会合を持っている。
大阪大学	関連病院の見直し等

大阪医科大学	
関西医科大学	
兵庫医科大学	
鳥取大学	
島根大学	学部学生5・6年に対する説明会の開催、臨床研修医の待遇改善、関連病院長会議の開催、県地域医療対策協議会の開催
川崎医科大学	
広島大学	
山口大学	教育関連病院委員会を中心に、特に山口県内の医師配置について調査検討している。
徳島大学	県医療審議会医療対策部会にて検討中
愛媛大学	地域医療推進室を設置し、地域医療機関の医師紹介の要請に対応している。
高知大学	
九州大学	
久留米大学	
福岡大学	
熊本大学	人事委員会で検討中である。見通しは未定である。
鹿児島大学	平成17年度中に、県及び医師会を交えて検討を開始する予定。

大学	Q6 Q5（今後の日本の医学部全体の定員枠をどのようにお考えですか。）のお答えに関して理由をご記入ください。
北海道大学	プライマリケア医、総合診療医は増やすべきである。大学に対する研究重視の評価に応えるためには、研究者育成コースも必要である。一方、高度専門医は多すぎる。全体として増やすかどうかは教育内容、メディカルスクール化などとの関連もあり現時点では予測しにくい。
弘前大学	
岩手医科大学	臨床研修必修化に伴い、地域医療に携わる医師数が激減しており、深刻な状況にある。かつ、人口当りの医師数の不足している地方における医科大学の定員枠は増やす必要がある。
東北大学	別添資料参照
秋田大学	医師数が不足しているから、学生定員を増やすといった単純な問題ではない。教育環境の問題、医療環境、医療費等々と連関しており、国政の問題として解決すべきである。
福島県立医科大学	医師の不足・偏在が地域医療に大きな影響を及ぼしており、社会問題となっている
筑波大学	都市部は過剰となりつつあり、適正な配置があれば現状のままでよいと思われる。
自治医科大学	先に実施された、地域医療に関する関係省庁連絡会議のヒアリングの場において、本学としての意見表明の機会をいただき、国の医師数抑制策については十分に理解しているところであるが、現行の医師数抑制策が社会の実態に対して妥当であるかどうかの検証を定期的に行っていく必要があるとし、現状における地域ごとの医師充足率の格差の問題や、女子医師の増等を踏まえ、へき地等の地域医療を担う医師の育成に限定して必要な範囲で医学部入学定数規制を緩和することは当面の最も効果的な対策の一つと考えていると申し上げたところである。
埼玉医科大学	何を基準として考察すべきかわからない為
千葉大学	現状の入試において、医学教育に十分な資質を備えた者を選抜すると現状の数にほぼ近くなっている。また増やすことを考慮した場合、教育面において、人的物的資源を増加することが必要となる。
東京大学	
杏林大学	
東京医科大学	人件費増、医療原価率上昇に伴う大学経営の悪化、私立医大に対する経常費補助の不足
日本大学	現状のままで良い根拠ははっきりしない。問題なのは6年程前に医学部定員削減に向けて文科省が対応したのに最近では名義貸しや医師不足地域への対応などで定員増の方針もまかれ、国としても適正数に関するきちんとした情報を持っていないことである。国全体の定員枠を云々する根拠はないが、当医学部としては現状での対応を継続していきたい。

北里大学	平成16年度より導入された新医師臨床研修必修化に伴い、各臨床科に入局する医師が2年間にわたりいなくなる。医療の高度化、専門化が進むこと、労働基準法の適用強化などの要因の為、現在医師は不足している。しかし入学定員を増やしても医師としての活躍が期待できるまでには10年以上を要する。将来、医師過剰が予測されている現在、軽々に定員を増やすべきではないと考える。
富山医科薬科大学	女医の割合が多く、一時的にせよ家庭での育児のため休職機関があり、不足することが多い。
金沢大学	個人の自由な分野別選択が診療科別過不足を生んでいる。また、地域別格差による過不足もある。
金沢医科大学	
福井大学	適正な配置が考慮されれば現状でよい
山梨大学	医師の地域偏在、専門性の偏在が問題であり、医学部1学年8,000名は適正な数だと考えている。
浜松医科大学	数年後には医師過剰になる可能性があることを考えると、定員は現状のままよい。都市への偏在の是正が大切である。
名古屋大学	現在の医学の進歩をキャッチアップし、教育してゆくには、まったく不足しているため
藤田保健衛生大学	<ul style="list-style-type: none"> ・地域による偏在が顕著にある。 ・科による偏在も顕著である。都会に集積する傾向が強いので地域偏在（特に地方で不足）は止むを得ないところもあるが、全体としては医師数が少ないためと考える。以前と比べ医師数は多くなっても、一方では女性医師数も急増したことから、途中で医業を止める、あるいは休業する女性医師も少なくない。
三重大学	<ul style="list-style-type: none"> ・欧米と比較しても6～10倍の受け持ち患者数 ・労働時間の過剰 ・教育要員の不足（米国の100分の1） ・少子高齢化社会と疾患の慢性化
大阪大学	
大阪医科大学	医師勤務実態（当直、日直など）の不透明部分がある。
関西医科大学	
兵庫医科大学	
鳥取大学	
島根大学	医師の絶対数ではなく配置と診療科の選択制を再検討することが急務である。とくに都会集中型を促進した臨床研修医制度を中止するべきである。
川崎医科大学	
広島大学	適正配置を考えることが先である。
山口大学	
徳島大学	病院の機能分担、役割分担がなされていない。地域のニーズに合った病床数、病院数、病診連携がなされていない。