

厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）

総括研究報告書

諸外国の医師配置等に関する研究

（課題番号 H27-特別-指定-003）

研究代表者 小林廉毅 東京大学大学院医学系研究科・教授

研究要旨

今後のわが国の医師確保に関わる政策の基礎資料とするため、わが国と同程度の医師養成の仕組みを有する諸外国等（英国、ドイツ、フランス、米国、カナダ、オーストラリア、韓国、台湾）における医師養成及び医師配置の仕組み等について情報収集と分析を行った。多くの調査対象国において、医師全体に関する過剰問題は現在起こっておらず、むしろ地域偏在の問題が指摘された。診療科についても、国によっては特定の診療科における医師不足が指摘されていた。地域ごとの医師の配置等、診療科ごとの専門医養成・配置等については、各国の医療制度のありようとも関連しており、施策・取り組みの主体は、国（中央政府）、州政府、専門診療科団体、医師会、大学など、それぞれの国によって異なり、施策の内容についても違いが見られた。また、医師の労働時間については、ヨーロッパの調査対象国において、EU規則等により統一的な規制がなされていることが特徴的であった。

研究分担者 松本正俊（広島大学・准教授）  
研究分担者 豊川智之（東京大学・准教授）  
研究分担者 武田裕子（順天堂大学・教授）  
研究分担者 八木聡明（人間環境大学・学長）  
研究協力者 奥田七峰子（日医総研・  
フランス駐在研究員）  
研究協力者 伊藤明子（東京大学）  
研究協力者 神谷 諭（東京大学）  
研究協力者 林 家勳（東京大学）

ける地域医療介護総合確保基金による取り組みや地域医療支援センターの設置などの施策が実施されている。このような施策の効果や評価については、今後検証されていくであろうが、長期的な医師配置等のあり方の検討も必要と考えられる。その基礎資料として、本研究では諸外国における医師配置の仕組み等について情報収集と分析を行う。

B．研究方法

日本と同程度の医師養成の仕組みを有する諸外国（英、独、仏、米、カナダ、オーストラリア等）における、以下の内容について、国内外の既存の文献等を調査して情報を整理する。必要に応じて専門家や当事者から聞き取り調査を行う。

A．研究目的

わが国の医師数は総数で増えている一方、医師の地域偏在・診療科偏在については、近年の医療をめぐる重要な課題となっている。医師確保対策としては、すでに各医学部における入学定員増や地域枠創設、各都道府県にお

(調査内容)

- ・ 医師養成及び配置に関わる法律・制度
- ・ 医師全般に関わる需給状況
- ・ 地域偏在・診療科偏在の状況
- ・ 医師配置に関わる仕組みの内容
- ・ 地域・診療科の定員(該当する場合)
- ・ 医師に対するインセンティブ
- ・ 卒後臨床研修・専門医制度の状況
- ・ 医師の労働時間に関する状況など

また、わが国の医師・歯科医師・薬剤師調査等の既存統計情報の個票データを活用し、経年変化を追うことにより、わが国の医師の動向を把握し、諸外国と比較検討する。

(倫理面への配慮)

諸外国の医師配置等に関する文献・資料等の調査については、個人情報等を含まないことから、特段の倫理的な配慮は必要ないと考えられる。わが国の医師調査の個票データについては統計法に則した申請及び取扱いを行う。

## C. 研究結果

全体の状況については、添付資料1(要約版)、ならびに添付資料2(国別詳細版)に要約した。以下、個別に結果を記す。

(1) 英国(分担研究)

英国(イングランド)では、医学部入学者定員については、Higher Education Funding Council for England (HEfCE)が、初期研修及び各専門診療科研修医数の計画調整・教育については、Health Education England(HEE)が決定している。1997年のMedical Workforce Standing Advisory Committeeの指針に基づき、医学部入学者数は1999年以前と比較して2005年までに、40%以上増加したが、それ以降大きな変化はない(1996年3594名、2006年6401名)。医師配置については、地域の特性を加味して割り振られているが、地域によって医師の充足率は異なる。卒後研修・専門医のトレーニングについては、2年間の初期研修

後、GP(家庭医/一般医)は3年、他の専門診療科では5-8年の研修となる。診療科による偏在も存在し、現時点では、おもにGP、精神科医、小児科医、救急医が不足しているとされる。

なお、医師の勤務時間については、EU規則により、一般労働者と同じく勤務時間は48時間/週、有給休暇は毎年5.6週間と定められている。

(2) ドイツ(分担研究)

ドイツでは、全国的な医師過剰が存在しているとは認識されていない一方、東西ドイツ統合後20数年間、医学部入学定員は一定であり、見直しの予定もないと関係者から聞き取り調査から示唆された。なお、EU内で医師は自由に移動でき、ドイツ国内の就業医師の約1割(36000人)は国外の医学部卒業生である。医師の地域・診療科偏在はあり、非都市部の特に家庭医(GP)が不足している。偏在対策として、地域を区割りして専門診療科医師および保険医の定員を設けて偏在を是正する取り組みがなされている。また、非都市部で開業するGPには、開業資金の助成や子どもの保育・教育支援等のインセンティブが設けられている。前述のように、専門診療科の開業には地域ごとに定員が設けられているが、勤務医の採用人数は病院に任されている他、臨床以外の勤務先(製薬企業やコンサルタントなど)が多数あり、ドイツ国外で臨床医として勤務することも容易であるため、地域ごとに設定されている定員が医学部卒業生の診療科選択の際に考慮されることはほとんどないとのことであった。また、保険診療上の制約で、受け取る診療報酬の上限が決まっているため、診療時間を減らす医師もいる(週3日のみ診療など)。専門医研修は5~6年間で、初期研修と後期研修とに分かれていない。専門医の研修・認定・継続(生涯)教育は、州医師会が担当する仕組みになっている。また、連邦

医師会の役割はモデルプログラムを示すこととされている。

なお、医師の労働時間については、EUの基準を順守することになっており、医師も5-6週間の休暇を毎年取得することが一般的である。

### (3) フランス (分担研究)

医師養成ならびに専門医養成については、国の法律で定められている。医師全般に関する過剰問題は現在起こっておらず、むしろ地域偏在があり、医師は不足しているのではないかという見解が主であった。専門診療科の定員については、医学部6年次(最終学年)において実施される全国選抜試験において、専門科別定員枠が定められており、成績順に選抜されることで調整されていた。しかし、成績順に診療科が選抜されることから、人気のある科に成績上位者が集まることと、人気のない科で定員割れが起きることが問題とされていた。専門医の研修期間は科により異なり、研修内容については、各研修機関(大学など)の自主性に委ねられていた。地域別の医師配置の調整や規制は、特に行われていない。医学部2年生進級時から、奨学金を毎月受給することと引き換えに、受給学生は、国が定めた専門科・地域において、最低2年間あるいは受給期間と同等期間勤務する義務が生じるというインセンティブ制度がある。

なお、勤務医の就労時間は、週最高60時間と定められている(但し、例外的なやむを得ない重大な状況は除く)。また、1日に12時間以上24時間未満の医療行為就労後は、12時間継続しての休労義務がある。

### (4) 米国 (添付資料3)

各州が定める Medical Practice Act (医師法) など医師資格等に関する規定はあるが、医師の配置等についての具体的な規制はない。医師需給については、2025年までにプライマリ

ケア医は約1万から3万人程度不足、それ以外の診療科は合わせて3万から6万人不足すると見込まれており、医師過剰とは考えられていない。医師養成は、日本と異なり、学部教育(4年間)の後、さらに医学教育(大学院相当4年間)を受け、その後卒後臨床研修に進む。卒後臨床研修期間は、専門診療科によって異なる。多くの医師は専門領域の専門医を取得する。現在、専門領域の学会数は24あり、36領域の認定医と、88のサブスペシャリティの専門医認定がある。ほとんどの認定医資格は6年から10年で更新の必要があり、その要件は専門領域・学会により異なる。地域偏在も大きい。是正のためのインセンティブとして、州政府による奨学金、学費減額制度、地方での研修医枠拡大プログラム、学生ローンの返済支援、外国人医師の活用などの対策がとられている。添付資料4に、最近の州別診療従事医師数と専門診療科別医師数を示す。

なお、米国の研修医(resident)の労働時間の上限は、ACGMEの規定で週に80時間と定められている。

### (5) カナダ (分担研究)

カナダでは政府あるいは州政府による医師の配置や地域定員の設定などは行われていない。その代わりに各大学医学部入学者の定員設定、各大学における専門医研修プログラムの定員設定などによってある程度の医師分布のコントロールが行われており、これらの決定にあたっては大学と州政府の裁量権が大きい。その他、各州政府主導で医師をへき地に誘致、確保するプログラムを運営している。2005年にはオンタリオ州北部のへき地に Northern Ontario School of Medicine が新設された。これはカナダでは38年ぶりの医学部新設である。このようにカナダでは地域における医師数のコントロールは州政府の責任と考えられており、実際の対策においても州政府と大学

の果たす役割が大きいのが特徴と言える。

#### (6) オーストラリア (分担研究)

オーストラリアでは連邦政府あるいは州政府による医師の配置や地域定員の設定などは行われていないが、各大学医学部入学者の定員、総合診療医 (GP) の専門研修医の地域別定員については連邦政府が裁量権を持っており、これらをコントロールすることで適正な医師数と医師分布を目指している。また卒後一年目のインターンおよび二年目の registered medical officer (RMO) の定員については州政府が裁量権を持っている。卒後三年目以降の専門研修医 (registrar) の定員や地域分布については 12 の専門医団体 (Royal Colleges) が概ね決定しているが、団体によって厳格さは異なる。その他、連邦政府の主導により医師のへき地誘致プログラムが運営されていたり、ほとんどの大学医学部に対して Rural Clinical School を設置させたりするなど、医師の偏在是正に関して、連邦政府の果たす役割が大きいのがオーストラリアの特徴であった。

#### (7) その他の諸外国の状況

韓国、台湾について、主要調査項目についてまとめた (添付資料 2 )。

#### (8) わが国の医師の動向 (分担研究)

過去約 30 年間の医師免許取得者の約半数が、卒業大学と同一都道府県に勤務していた。新設大学卒業医師は旧設大学卒業医師に比べ同一県内勤務割合が低かった。また、医師全体では地域偏在について縮小傾向が見られたが、病院勤務医や産婦人科医は拡大傾向が見られた。集約化の影響と考えられた。

#### D . 考察

多くの調査対象国において、医師全体に関する過剰問題は現在起こっておらず、むしろ地

域偏在の問題が指摘された。診療科についても、国によっては GP、精神科医、小児科医、救急医など特定の診療科における医師不足が指摘されていた。地域ごとの医師の配置、診療科ごとの専門医養成数・配置等については、各国の医療制度のありようとも密接に関連しており、施策・取り組みの主体は、国 (中央政府)、州政府、専門診療科団体、医師会、大学など、それぞれの国によって異なり、施策の内容についても違いが見られた。また、医師の労働時間については、ヨーロッパの調査対象国において、EU 規則等により統一的な規制がなされていることが特徴的であった。

#### E . 結論

現状で医師の過剰問題が起こっている国はほとんどなく、医師の地域偏在や診療科ごとの偏在が多くで問題とされていた。これらに対する取り組みについては、医療制度のありようとも密接に関連しており、それぞれの国での取り組みの主体、施策内容などに違いが見られた。

#### (添付資料)

資料 1 . 諸外国の医師配置等の状況 (要約版)

資料 2 . 諸外国の医師配置等の状況 (詳細版)

英国

ドイツ

フランス

米国

カナダ及びオーストラリア

韓国

台湾

資料 3 . 米国の医師配置等に関する研究

資料 4 . 米国の州別診療従事医師数

米国の専門診療科別医師数

#### F . 研究発表

##### 1 . 論文発表

Kamitani S, Nakamura F, Itoh M, Sugiyama

T, Toyokawa S, Kobayashi Y: Differences in medical schools' regional retention of physicians by school type and year of establishment: effect of new schools built under government policy. BMC Health Serv Res 2015; 15: 581, doi 10.1186/s12913-015-1240-2.

## 2. 学会発表

神谷諭、豊川智之、小林廉毅：医師の個人特性と診療地選択の関連に関する検討．第74回日本公衆衛生学会総会、長崎ブリックホール（長崎市）2015年11月．

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

添付資料1 諸外国の医師配置等の状（要約版）

	調査項目	英国	ドイツ	フランス	米国	カナダ	オーストラリア	韓国	台湾
医師全般	法令等の位置付け	Medical Act	医師法(連邦) 医療職法(州)	国の法律で規定	各州の医療法			医療法	医師法
	実施主体	General Medical Council (GMC)	州政府 州医師会	国	州政府			国、韓国医学会	国
	制度内容	原則5年間の医学部卒業後、2年間の初期研修。初期研修1年修了時にGMCに登録される	医学部6年卒業後、5～6年	医学部卒業時に全国選抜試験を実施。成績順に各専門診療科のコースへ進む	大学(4年)卒業後、医学大学院(4年)、USMLEを経て州のライセンスを取得			医学部卒業及び医師国家試験。初期研修の後、専門研修	医学部卒業及び国家試験。初期研修及び専門研修
	医師の労働時間・休暇等	EU規則に準じる	EU規則に準じる	EU規則に準じる	研修医の労働時間の上限週80時間			研修医及び専攻医(専門研修の医師)は週上限80時間	原則週40時間。1日12時間以内
	地域・診療科偏在の状況	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
	医師偏在・不足に関する指標(人口当たり、アクセス時間など)	予約から受診までの待ち時間	すべての住民は15～20分以内に必要な医療が受けられること		人口当たり医師数 IMU(医療サービス不足指数) MUA(医療サービス不足地域)	公的なものはなし	公的なものはなし		人口当たり医師数
	全国的な医師過剰が存在しているか	1990年代から2000年代前半の大幅な医学部定員増後、大きな変化なし	特になし	全国的な過剰観はなし	将来の医師不足が見込まれている	過去10年間で医学部入学者が2倍に増加	過去10年間で医学部入学者が40%増加	全国的な過剰観はなし。ただし、漢方医の存在も影響する	

	全国的な医師過剰が発生している場合、医師免許を取得している個人の対応								
	全国的な医師過剰が発生している場合、政策的な対応								
	医学部入学定員の変化(増員・減員)があった場合の根拠や理由	1990年代から2000年代前半に大幅な医学部定員増	過去20年以上変化なし	最近微増		過去10年間で医学部入学者が2倍に増加	過去10年間で医学部入学者が40%増加	最近は定員の大きな増減なし	
	具体的な偏在是正策	地域ごとのGP数の割当	診療科ごとの保険医枠の設定	奨学金制度など		へき地での開業費用の支援、へき地での医学部設置		徴兵制の代替としてのへき地勤務制度あり	診療科の定員あり
	インセンティブ(有無・内容)	給与上乘せや奨学金制度	医師不足地域での開業資金援助など	奨学金制度など			診療報酬還付率への配慮、へき地報奨金など		将来、医師不足地域で働く者に対する奨学金制度
	地域の定員(有無・内容・算出方法・考え方)	人口等、HEEの管轄	州の保険医協会が保険医枠を決定						
	診療科の定員(有無・内容・算出方法・考え方)		州の保険医協会が保険医枠を決定	全国選抜試験後の各専門診療科選択に定員あり		州政府による専門研修医数の規制	専門医団体による専門研修医数の規制		
	偏在是正策の効果	他の国に比べると偏在は少ない							
	課題	国境を越える医師の流出入等	特定の地域・診療科の医師充足	人気のない診療科の定員割れ					
臨床研修	法令等の位置付け	GMCの管轄	初期研修なし	初期研修なし	医学大学院卒業後、専門診療科の臨床研修に進む	医学部卒業後、専門診療科の研修に進む	医学部卒業後2年以上のインターン研修	1年間の初期研修。義務ではない	初期研修は必須
	実施主体	GMC						研修病院	

制度内容	2年間の初期研修の後、専門研修(3年~8年)								
地域の定員(有無・内容・算出方法)	HEEの管轄					なし	韓国病院協会が国と協議して決定	なし	
診療科の定員(有無・内容・算出方法)	HEEの管轄						韓国病院協会が国と協議して決定	なし	
インセンティブ(有無・内容)	給与上乘せや奨学制度						専門研修に進むためには初期研修は必須		
研修医配置の調整(研修先決定方法)	マッチング・システム						特になし	マッチング・システム	
(参考)									
医科大学養成期間(うち専門教育期間)	原則5年	6年	6年	4年+4年	4~5年	4~6年	6年。医学部以外に大学卒業者のための医学大学院(4年)あり	7年(2019年卒業生まで) 6年(2019年以降卒業生)	
医師資格認定	医学部卒業試験及び初期研修修了	医学部卒業	医学部卒業 全国選抜試験	大学(4年)卒業後、医学大学院(4年)、USMLEを経て州のライセンスを取得	医学部卒業時と卒業後2年目の国家試験	医学部卒業	医師国家試験	医師国家試験	
研修期間	2年(1年修了時に医師登録)					2年以上	1年	1年(2019年まで) 2年(2019年以降)	
義務化の有無	あり					あり	義務ではない	あり	
身分・給与支払者	NHS(政府財源)					医療機関と州政府	研修病院	研修病院(政府財源)	



	研修施設	認定施設					公的病院		認定病院
	研修内容(必修科目)						1年目は基幹科ローテーション、2年目以降制限なし	原則ローテーション	ローテーション
専門医	法令等の位置付け	NHSの医療機関で働くためには必須	連邦医師会、州医師会による規則	特になし	特になし			医療法	国による規制
	実施主体	GMC Royal College	州医師会	全国選抜試験は、国(保健省、高等教育研究省)が実施	ACGME ABMS	大学及び関連病院(質保証は専門医団体)	医療機関及び国(質保証は専門医団体)	専門医免許は国が認定するが、試験は韓国医学会が実施	国
	制度内容	2年間の初期研修の後、専門研修(3年~8年)	5~6年間の卒後専門研修	全国選抜試験の成績順に専門診療科を選択	ACGME認定のABMSの専門研修プログラム		3~5年の専門医研修	26の専門領域	23の専門領域
	地域の定員(有無・内容・算出方法)	HEEの管轄	研修機関の受け入れ数が目安	特になし	特になし	大学と州政府の協議。州政府が最終決定	専門医は専門医団体(ただし緩い)GPはプログラムと国が協議	韓国病院協会が国と協議して決定	特になし
	診療科の定員(有無・内容・算出方法)	HEEの管轄	指導医の人数などが目安	全国選抜試験で専門診療科ごとの定員あり	特になし	大学と州政府の協議。州政府が最終決定	同上	研修病院の指導医数や患者数などで決まる	専門医団体の必要数推定に基づいて国が決定
	インセンティブ(有無・内容)	定員の充足されない科については、給与の上乗せや奨学制度	専門医の給与は高めに設定されている		専門医ごとに報酬体系が異なる		外国人医師は10年間不足地域での診療義務あり	人気のない診療科の専攻医には給与の上乗せあり。	
	専攻医・専門医配置の調整	HEEの管轄	医学部卒業生が個々に研修病院に応募する	特になし	プライマリケア医充足のための連邦政府・州政府の支援プログラムあり	研修期間の一定割合を地域医療に従事する	GP研修者は最低6か月へき地勤務あり	特になし	特になし

(参考)								
研修期間	2年間の初期研修の後、専門研修(3年~8年)	卒業後、5~6年間の卒業後専門研修	3~5年	3~7年程度	2~5年	3~5年	3~4年	3~6年
身分・給与支払者	NHS(政府財源)	各病院	病院(原資は社会保障費)			専門医は医療機関、GPは国	研修病院	各病院
研修施設	認定施設	州医師会の認定	大学病院、その他の民間病院			公的病院(一部民間)	韓国病院協会が国と協議して決定	国による認定施設
専門医資格認定・更新	更新制度あり			更新制度あり			資格更新は5年毎	更新制度あり