

厚生労働行政推進調査事業費補助金  
(地域医療基盤開発推進研究事業)

## ニーズに基づいた専門医の養成に係る研究

平成 30 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 小 池 創 一

平成 31 (2019) 年 3 月



# 目次

・総括研究報告	
ニーズに基づいた専門医の養成に係る研究	1
・分担研究報告	
ニーズに基づいた専門医の養成に係る研究	6
諸外国における専門医養成施策等に関する研究	22
医師調査データを用いた医師の産休・育休取得と就業形態に関する分析	36
アクセスの観点からみた専門医の必要数推計に関する研究	41
・研究成果の刊行に関する一覧表	46



## ニーズに基づいた専門医の養成に係る研究

研究代表者 小池創一 自治医科大学地域医療学センター 地域医療政策部門 教授

### 研究要旨

本年度の研究目的は、将来の診療科ごとの医師の需要の明確化にあたって必要となる診療科と疾病の対応表を作成するためのデータ整理、諸外国を含めた専門医養成施策に関する研究、医師調査データを用いた医師の産休・育休取得と就業形態に関する分析、アクセスの観点からみた専門医の必要数推計に関する研究を行うことにある。診療科と疾病の対応表を作成するためのデータに関しては DPC を用いて疾患-診療科の対応表を作成することが出来、DPC には一定の限界はあるにしても、都道府県別診療科ごとの将来必要な医師数の見通しを試算する上では、現時点で利用可能なデータの中では最も有益なものとなると考えられた。諸外国を含めた専門医養成施策に関する研究では、本年度はイギリス及び韓国における専門医養成プログラムの状況や偏在対策について文献調査および実地調査を行い両国の実態を明らかにした。医師調査データを用いた医師の産休・育休取得と就業形態に関する分析では、産休・育休を取得していた医師は 2,163 人(0.9%)で、そのうち男性は 16 人(0.7%)であることを明らかにした他、育休取得と就業形態の一端を明らかにした。アクセスの観点からみた専門医の必要数推計に関する研究では、内科、小児科、産科最寄りの医療機関から 30 分圏内にそれぞれの診療科の対象人口が存在する割合等を明らかにした。

### 研究分担者

	大学院生
今中 雄一 京都大学大学院医学研究科 医療経済学分野 教授	池洲 諒 東京大学大学院医学系研究科 公衆衛生学 大学院生
小林 廉毅 東京大学大学院医学系研究科 公衆衛生学 教授	佐野和晃 東京大学大学院医学系研究科 公衆衛生学 大学院生
松田 晋哉 産業医科大学 公衆衛生学教室 教授	鈴木達也 自治医科大学地域医療学センター 地域医療学部門 助教
松本 正俊 広島大学大学院医系科学研究科 地域医療システム学講座 教授	豊川智之 東京大学大学院医学系研究科 公衆衛生学 准教授
康永 秀生 東京大学大学院医学系研究科 公共健康医学専攻 臨床疫学・経済学 教授	李 廷秀 東京大学大学院医学系研究科 公衆衛生学 特任准教授

### A. 研究目的

### 研究協力者

麻生将太郎 東京大学大学院医学系研究科 公共健康医学専攻 臨床疫学・経済学	平成 30 年度から新たな専門医の養成の仕組みがスタートしたが、将来の専門医のニーズについ
---------------------------------------	---

てはこれまで必ずしも明らかになっていない。また諸外国における専門医養成施策についての情報収集等をはじめとして専門医養成施策について検討する上でのいくつかの課題も残されている。

本年度は、将来の診療科ごとの医師の需要の明確化にあたって必要となる診療科と疾病の対応表を作成するためのデータ整理、諸外国を含めた専門医養成施策に関する研究、医師調査データを用いた医師の産休・育休取得と就業形態に関する分析、アクセスの観点からみた専門医の必要数推計に関する研究を行うことを目的とした。

## B. 研究方法

### (1) ニーズに基づいた専門医の養成に係る研究

疾患と診療科の関係を実診療データから得るため DPC データに着目した。本研究では、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)の協力を得て、2016 年度の退院患者データから、ICD コード別、性・年齢階級別・DPC 診療科コード別の退院患者数の集計結果の提供を受け、ICD コードを患者調査で用いられる傷病分類に再集計を行うとともに、DPC の診療科区分(69 種類)を、専門医の基本領域(18 領域、ただし、内科と総合診療科は1つの領域とする)に集約し、疾患-診療科の対応表を作成することとした。

### (2) 諸外国を含めた専門医養成施策に関する研究

イギリス及び韓国における専門医養成プログラムの状況や偏在対策について、文献調査および実地調査を行った。また、諸外国と比較するため、わが国の医師の地域分布の状況についても分析を行った。

### (3) 医師調査データを用いた医師の産休・育休取得と就業形態に関する分析

2016 年の医師・歯科医師・薬剤師調査の個票データを用いて、医師の産休・育休取得と就業形態を集計した。性別、年齢、勤務先を背景因子とし、休業の取得は産休、または育休を取得している場合と定義し、介護休業は除外した。就労形態は常勤と非常勤に分けた。カテゴリー変数は二乗検定を行い、連続変数は t 検定を行った。P < 0.05 で統計学的有意差ありと判断した。

### (4) アクセスの観点からみた専門医の必要数推計に関する研究

居住地から各診療科までのアクセシビリティについて、地理情報システム(GIS)を用いて道路距離で計測し、全国の状況を市町村ごとに把握した。対象診療科は、内科、小児科、産科とし、各診療科の医師数は、病院に関しては、医療施設静態調査から得られる医師数、診療所に関しては、医師・歯科医師・薬剤師調査から算出した。対象人口は、内科については総人口、小児科については15歳未満人口、産科に関しては、15歳以上49歳以下の女性人口とし、3次メッシュ(一辺約1kmの格子)の中心点から医療機関までの道路距離を Arc GIS Network Analyst ツールを用いて算出した。

カバー率と医療機関の立地状況については、3次メッシュの中心点から各診療科のある最寄り医療機関までの距離を算出した。このうち、時速30kmの自動車ですら30分である15km圏内である人口を市町村ごとに集計した。また、医療機関までの距離ごとに各診療科で対象となる人口のヒストグラムを作成した。次に、都道府県ごとに集計した各診療科の対象人口と最寄りの医療機関と最寄りではない医療機関の比率を集計し、医療機関の立地状況について考察した。

なお、医療施設静態調査及び医師・歯科医師・薬剤師調査の調査票情報を利用するにあたっては、統計法第33条の規定に基づき厚生労働省に

対して提供の申出を行い、許可(平成 30 年 8 月 29 日厚生労働省発政統計 0829 第 3 号)を得ている。

(倫理的な配慮について)

本研究は、自治医科大学大学臨床研究等倫理審査委員会の承認を得ている。(2018 年 7 月 13 日 第臨大 18-041)

## C. 研究結果

(1) ニーズに基づいた専門医の養成に係る研究

将来の診療科ごとの医師の需要の明確化にあたって必要となる診療科と疾病の対応が作成され、DPC 病院における疾患別担当診療科構成割合、診療科別担当疾患構成割合を明らかにすることが出来た。

(2) 諸外国を含めた専門医養成施策に関する研究

イギリスにおいては、Center for Workforce Intelligence (CFWI)などが地域における人口動態や疾病構造の変化、既存の医師供給状況などを勘案し、将来の地域毎・診療科毎の必要となる専門医 (General Practitioner (GP) を含む) の人数を推計している。さらに、研修医師受入側の医療機関における研修受入キャパシティなどを勘案し、各地域の HEE (Health Education England) によって専門研修医師受入数(枠)が設定される。

韓国では医学部卒業後、医師国家試験に合格すれば医業は可能である。卒後 1 年間の初期研修があるが、義務ではない。ただし、この初期研修を受けないと専門研修には進めない。専門医については、「専門医の修練と資格認定等に関する規定」により、26 の専門領域が規定されており、指定された病院等で専門研修を受け、韓国医学会が行う専門医試験に合格しなければならない。専門研修医師の定員は韓国病院協会が国(保健

福祉部)と協議して決めるが、病院毎の定員は当該病院の指導医数、患者数などで決まることが明らかとなった。

(3) 医師調査データを用いた医師の産休・育休取得と就業形態に関する分析

産休・育休を取得していた医師は 2,163 人(0.9%)で、そのうち男性は 16 人(0.7%)であった。産休・育休を取得した医師の平均年齢は 35.5 歳(標準偏差 4.0)であった。50 歳以下の女性医師のうち、産休・育休を取得した医師は 2,144 人(4.6%)で、就労形態が非常勤なのは 11,236 人(24.1%)であった。産休・育休を取得している割合は常勤と比べて、非常勤は有意に低かった(3.8% vs 4.9%,  $P < 0.001$ )。

(4) アクセスの観点からみた専門医の必要数推計に関する研究

最寄りの医療機関から 30 分圏内にそれぞれの診療科の対象人口が存在する割合(カバー率)は、全国では、内科で 97.50%、小児科で 97.22%、産科で 95.51%であった。1 市区町村あたりの平均カバー率は、内科で 96.57%、小児科で 92.45%、産科で 77.03%となった。都道府県ごとの平均では、内科、小児科、産科それぞれ、97.71%、97.19%、94.17%であった。各診療科とも 1.5km 以内で最寄りの医療機関に到達できる人口が最も多い。さらに、内科については、1.5km までの距離帯で、対象となる人口の 80% をカバーできており、小児科については、2km、産科については、4km 以内で 80% 以上のカバー率となっている。

## D. 考察

(1) ニーズに基づいた専門医の養成

本研究により、将来の診療科ごとの医師の需要の明確化にあたって必要となる診療科と疾病の対

応表を DPC データから作成することが出来た。

この換算表を用いて、診療科別医師の将来推計を実施するにあたっては、DPC データの特徴を踏まえ留意が必要な点が存在する。その主なものには、DPC 病院は一般病床の急性期病院である点(したがって、精神病床は対象外になる)、入院患者のみを分析対象としており、外来患者については情報が得られていないため、一定の仮定のもとで外来患者について推計を行なう必要がある点、正常分娩のような保険外診療の状況が含まれていない点等が主要なものである。また、今回は退院患者数を用いているため、在院期間や、患者の重症度については考慮されていない点等も留意が必要である。

#### (2) 諸外国を含めた専門医養成施策に関する研究

国によって医師偏在の程度は異なるが、イギリス、韓国、日本において、医師偏在対策は医療における重要な政策課題であった。医師偏在対策としては、非都市部出身者の医学部入学奨励、医師不足地域における医学部新設、へき地医療の医学教育カリキュラムへの取り込み、過疎地やへき地等における専門研修の意義の強調、異なる地域間での研修医師ローテーションの実施、過疎地やへき地における生活環境の改善や経済的インセンティブ、研修プログラムにおける ICT 設備・機器への投資や専門的ネットワーク強化などの方策が検討、あるいは実際に行われていた。

#### (3) 医師調査データを用いた医師の産休・育休取得と就業形態に関する分析

本研究の結果から、男性が育休を取得することは稀であることが明らかになった。男性医師は一般企業に従事する男性よりもさらに育児休業を取得する割合が低いことが推察された。

就業形態については、非常勤は全体で 11%であり、女性の割合が高く、平均年齢が低かった。非常勤は、常勤として働くよりも労働時間が短く、時

間に余裕があるため、育児中の女性が非常勤として働くこと多いことが考えられる。

産休・育休を取得している妊娠可能な年齢の女性では、就業形態は非常勤の方が有意に低かった。理由としては、常勤では産休・育休を取得することは認められているが、非常勤の就業形態では産休・育休の取得が認められていない可能性がある。また、産休・育休後に育児を行っている女性が、常勤の労働時間では労働できないことが理由と考えられる。

#### (4) アクセスの観点からみた専門医の必要数推計に関する研究

アクセシビリティからみたカバー率は、最寄り施設として割り付けられた医療機関のキャパシティを考慮に入れていないため、実際のカバー率はより低下すると考えられる。従って、供給量が不足している都会や、広範な地域をカバーしている地方の医療機関で過大な評価となってしまう可能性がある。特に、全体のカバー率と都道府県ごとの平均や市町村ごとの平均を比較すると、内科や小児科に比べ、産科では市町村ごとのばらつきが大きいことが示唆され、これを解消するには、医療機関の配置再編が必要となる。

また、人口の多い都市部では最寄り医療施設でのアクセスでは評価されない施設立地が多数見られた。これについては、対象人口が多く、最寄りの施設のみを利用することが現実的でない内科で特に顕著であった。このような診療科、地域では、近隣に医療機関が多数立地し、利用する医療機関をアクセス以外の理由、例えば混雑度や評判など、で選択していることが想定されるため、カバー率での評価には慎重を期す必要がある。

## E. 結論

本研究により、将来の診療科ごとの医師の需要の明確化にあたって必要となる診療科と疾病の対

応表を作成するためのデータ整理、諸外国を含めた専門医養成施策の状況、医師の産休・育休取得と就業形態に関する実態把握、アクセスの観点からみた専門医の配置状況について新たな知見を得ることができた。DPC を用いて疾患-診療科の対応表を作成することには一定の限界はあるにしても、都道府県別診療科ごとの将来必要な医師数の見通しを試算する上では、現時点で利用可能なデータの中では最も有益なものとなっていると考えられた。

諸外国を含めた専門医養成施策に関する研究では、国によって医師偏在の程度や対策は異なるが、イギリス、韓国、日本において、医師偏在対策は医療における重要な政策課題であることが明らかとなった。

医師調査データを用いた医師の産休・育休取得と就業形態に関する分析では、2016年の医師調査の個票データを用いて、医師の産休・育休の取得や就業形態の実態について調査した。今後さらなる詳細なデータを利用することで医師の労働実態を明らかにする必要があることを明らかにすることが出来た。

アクセスの観点からみた専門医の必要数推計に関する研究では、現状以上に利便性を高めるためには、医師数による供給量と、医療施設立地の両面を考慮する必要を示唆する所見が得られた。

## F.健康危険情報

該当なし

## G.研究発表

### 1.論文発表

該当なし

### 2.学会発表

池洲諒、小林廉毅. 二次医療圏を解析単位とし

た診療所勤務医師分布の推移. 日本公衆衛生学会総会、郡山、2018年10月25日

## H. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

## ニーズに基づいた専門医の養成に係る研究

研究分担者 小池 創一 自治医科大学地域医療学センター 地域医療政策部門 教授  
今中 雄一 京都大学大学院医学研究科 医療経済学分野 教授  
松田 晋哉 産業医科大学 公衆衛生学教室 教授  
松本 正俊 広島大学大学院医系科学研究科 地域医療システム学講座 教授

### 研究要旨

本研究は、診療科別医師の必要数を推計するために必要となる、疾患-診療科の対応表を作成することを通じ、都道府県別診療科ごとの将来必要な医師数の見通しを試算する上での基礎資料を得ることを目的としている。本研究では DPC データに着目し、退院患者の実診療データに基づき、疾患-診療科の対応表の作成を試みた。DPC 病院は急性期病院である点、入院患者のみを分析対象としている点、一般病床以外(精神病床)については含まれていない点、保険診療以外(正常分娩等)が含まれていない点等留意すべき点はあるものの、現時点で利用可能なデータの中では最も規模の大きなデータベースに基づく分析となっており、今後の活用が期待される。

### A. 研究目的

医師の偏在は、地域間・診療科間のそれぞれにおいて、長きにわたり課題として認識されながら、現時点においても解消が図られていない医療政策上の課題のひとつである。医療従事者の需給に関しては、医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会(以下「分科会」)においても、全国的な医師数の増加を図ったとしても、医師偏在対策が十分図られなければ、地域や診療科といったミクロの領域での医師不足の解消にはつながらないとの認識が広がる中で、さまざまな施策が検討されている。

一方、専門医制度については「専門医の在り方に関する検討会報告書」(平成 25 年4月)に基づき、新たな専門医の養成の仕組みの開始に向けて準備が進められ、平成 30 年度より新たな仕組みの下で制度が開始された。また、先の医療法・医師法改正により、医師の専門研修に関して、国から日本専門医機構等に対し、必要な研修機会

を確保するよう要請する権限の創設や、都道府県の意見を聴いた上で、国から日本専門医機構等に対し、専門医の養成に関して、地域医療の観点から必要な措置の実施を意見する仕組みの創設等が設けられ、医師養成過程を通じた地域における医師確保のための施策も強化された。

本研究班は、平成 28 年 6 月 3 日の医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会中間取りまとめにおいて、「専攻医の募集定員については、診療領域ごとに、地域の人口、症例数等に応じた地域ごとの枠を設定することを検討する。」とされたことを受け、具体的な考え方や必要なデータ収集を行なうことを目的に平成 28 年度に厚生労働科学研究特別研究事業として開始され、平成 29 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金(地域医療基盤開発推進研究)における検討を経て本年度に至っている。

これまでの研究成果は、分科会において、「将来の診療科ごとの医師の需要を明確化するにあ

たって具体的な手順(案)」として、紹介され<sup>1</sup>たが、その後、平成 29 年 12 月に取りまとめられた分科会の第 2 次中間取りまとめでは、専門研修に関して、「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」という考え方と「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」との考え方が両論併記される等、平成 30 年度に引き続き技術的な検討を続けてゆくことが求められている状況にある。

この技術的な検討の中で最大の課題となっているのが、「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」があるとされている点である。現状では疾患に関する統計データは性・年齢階級別の有病率等のデータが整備されている他、将来人口推計も整備されているため、疾患別の患者数の将来推計を行うことが出来るものの、診療科と診療行為の紐付けが一定程度明確な診療科と、紐付けが困難な診療科が存在<sup>2</sup>するため、患者数の将来推計を診療科別の将来推計につなげる上では、疾患-診療科の対応表が必要となっている。

本研究の目的は、診療科別医師の必要数を推計するために必要となる疾患-診療科の対応表を作成することで、都道府県別診療科ごとの将来必要な医師数の見通しを試算する上での基礎資料を得ることにある。

## B. 研究方法

疾患と診療科の関係を実診療データから得るために、本研究では DPC データに着目した。本研究では、厚生労働科学研究「保健医療介護現場

表1 診療科目の対応

主たる診療科	診療科目 (DPC)
内科+総合診療科	内科 心療内科 呼吸器科 消化器科 循環器科 アレルギー科 リウマチ科 神経内科 胃腸科 呼吸器内科 循環器内科 糖尿病科 血液透析科 代謝内科 内分泌内科 血液科 血液内科 消化器内科 糖尿内科 膠原病リウマチ内科 腫瘍治療科 総合診療科 内分泌リウマチ科 血液腫瘍内科 腎不全科 内分泌代謝科
小児科	小児科 新生児科 小児循環器科
皮膚科	皮膚科
精神科	精神科 神経科 精神神経科
外科	外科 呼吸器外科 心臓血管外科 小児外科 肛門科 気管食道科 消化器外科 肝胆嚢外科 大腸肛門科 乳腺甲状腺外科
整形外科	整形外科
産婦人科	産婦人科 産科 婦人科 不妊内分泌科
眼科	眼科
耳鼻咽喉科	耳鼻咽喉科
泌尿器科	泌尿器科 腎移植科
脳神経外科	脳神経外科 脳卒中科
放射線科	放射線科
麻酔科	麻酔科
救急科	救急医学科
形成外科	形成外科 美容外科
リハビリテーション科	リハビリテーション科

1 平成 29 年 10 月 25 日 医療従事者の需給に関する検討会 第13回 医師需給分科会 資料 医師養成過程における 地域での医師確保

2. 平成 30 年 9 月 28 日 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 2-2

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)の協力を得て、2016年度1年間の退院患者に関するデータから、ICDコード別、性・年齢階級別・DPC診療科コード別の退院患者数の集計結果の提供を受けた。

診療科別必要医師数の検討の上では、患者調査による性・年齢階級別推計患者数と将来人口推計を用いて患者数の変化を推計するため、ICDコードを患者調査で用いられる傷病分類に再集計を行うとともに、DPCの診療科区分(69種類)を、専門医の基本領域(18領域、ただし、内科と総合診療科は1つの領域とする)に表1により集約した。

### C. 研究結果

性・年齢階級別に疾患-診療科の対応表を得ることができた。以下、各疾患をどの診療科が担当しているかという観点から、疾患別担当診療科構成割合(表2)を、各診療科がどんな疾患を担当しているかという観点から、診療科別担当疾患構成割合(表3)を示す。

### D. 考察

本研究により、将来の診療科ごとの医師の需要の明確化にあたって必要となる診療科と疾病の対応表をDPCデータから作成することが出来た。

この換算表を用いて、診療科別医師の将来推計を実施するにあたっては、DPCデータの特徴を踏まえ留意が必要な点が存在する。その主なものには、DPC病院は一般病床の急性期病院である点(したがって、精神病床は対象外になっている)、

入院患者のみを分析対象としており、外来患者については情報が得られていないため、一定の仮定のもとで外来患者について推計を行なう必要がある点、正常分娩のような保険外診療の状況が含まれてない点等が主要なものである。また、今回は退院患者数を用いているため、在院期間や、患者の重症度については考慮されていない点等も留意が必要である。

ただ、1年間で約700万人以上に上る実診療データを用いて医師の診療の実態を把握できた意義は大きく、本データの限界については理解したうえで必要な補正を加えることで、将来必要となる専門医の推計を行う上での貴重な資料得られた意義は大きいと考える。

その上で、今後に向けたいくつかの課題についても述べておきたい。

第1は、診療科別の労働時間に関するデータの整備の必要性である。医師の労働時間に関しては、日本労働政策研究・研修機構(JIL-PT)<sup>3</sup>、井元ら<sup>4</sup>、種田ら<sup>5</sup>の先行研究があるが、診療科や専門医資格の保有状況についてのより詳細な把握や、昨今の医師の働き方改革による変化を踏まえた新たなデータ整備が必要となっている点である。

第2は、診療科と疾患の対応表は、標榜科という観点から作成されているため、専門医と疾患に関するデータ整備・収集が必要となる点である。DPCデータベースには、医療資源を最も投入した疾患を担当した診療科の情報は収集されているものの、専門医が診療に携わっているかについては情報が無い。専門医資格の有無が何らかの診療パターンの違いにつながっているかについての検証は必要である。

第3は、必要医師数を性・年齢階級別の労働時間で調整することは、平均労働時間に性差がある現状を反映させた必要医師数の推計の上では妥

3 労働政策研究・研修機構(JILPT)調査シリーズ No.102 勤務医の就労実態と意識に関する調査  
4 井元 清哉. 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」  
5 種田憲一郎. 平成29年度厚生労働行政推進調査事業費「病院勤務医の勤務実態に関する研究」報告書

当なものであっても、その運用においては留意が必要である点である。現状の男女の役割分担や勤務時間の差が適切なものであるかどうかという点や、男女別の医師の人数をどう考えるかは、今後とも議論が必要なテーマであると考えられる。

## E.結論

DPC を用いて、疾患-診療科の対応表を作成することには一定の限界はあるにしても、都道府県別診療科ごとの将来必要な医師数の見通しを試算する上は、現時点で利用可能なデータの中では最も有益なものとなっていると考えられる。

## 謝辞

本研究の実施に当たっては、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实践するめ臨床疫・統計情報技術磨く高度人材育成プログラム開発と検証に関する研究」(研究代表者 東京大学 康永秀生)より、DPC データの集計結果の提供を受けた。ここに深く感謝の意を表するものである。

## F.研究発表

該当無し

## G.知的財産権の出願・登録状況

該当無し

表2 疾患別担当診療科構成割合

	内 科 + 総 合 診 療 科	小 児 科	皮 膚 科	精 神 科
感染症および寄生虫症	56.5	20.0	7.0	0.1
新生物<腫瘍>	38.6	0.6	1.5	0.3
血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害	61.4	13.5	1.1	0.3
内分泌・栄養および代謝疾患	78.1	9.7	0.2	0.3
精神および行動の障害	24.4	3.2	0.0	64.0
神経系の疾患	50.9	9.0	0.0	2.0
眼および付属器の疾患	0.8	0.1	0.0	1.0
耳および乳様突起の疾患	24.6	3.0	0.0	0.5
循環器系の疾患	67.6	0.4	0.1	0.1
呼吸器系の疾患	58.7	22.0	0.0	0.1
消化器系の疾患	56.4	1.1	0.0	0.2
皮膚および皮下組織の疾患	18.7	7.9	36.0	0.7
筋骨格系および結合組織の疾患	16.3	3.5	0.6	0.3
尿路性器系の疾患	39.7	3.4	0.0	0.3
妊娠・分娩および産じょく<褥>	1.2	0.0	0.0	0.2
周産期に発生した病態	0.5	88.5	0.0	0.3
先天奇形変形および染色体異常	8.6	25.5	1.1	0.6
症状・徴候および異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	17.4	63.0	0.0	0.3
損傷・中毒およびその他の外因の影響	10.5	4.4	0.4	0.3
健康状態に影響をおよぼす要因および保健サービスの利用	48.4	4.5	0.0	0.1

表3 診療科別担当疾患構成割合

	内 科 + 総 合 診 療 科	小 児 科	皮 膚 科	精 神 科
感染症および寄生虫症	3.4	8.4	16.8	0.4
新生物<腫瘍>	21.1	2.3	32.6	8.5
血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害	1.2	1.8	0.8	0.3
内分泌・栄養および代謝疾患	4.8	4.1	0.5	1.0
精神および行動の障害	0.4	0.4	0.0	59.6
神経系の疾患	3.4	4.1	0.1	6.6
眼および付属器の疾患	0.1	0.1	0.2	6.7
耳および乳様突起の疾患	0.6	0.5	0.0	0.6
循環器系の疾患	25.7	1.1	1.7	1.3
呼吸器系の疾患	13.2	34.3	0.4	1.6
消化器系の疾患	15.5	2.0	0.2	2.2
皮膚および皮下組織の疾患	0.5	1.5	38.6	1.0
筋骨格系および結合組織の疾患	2.0	2.9	2.6	1.8
尿路性器系の疾患	5.1	3.0	0.2	1.9
妊娠・分娩および産じょく<褥>	0.1	0.0	0.0	0.9
周産期に発生した病態	0.0	20.1	0.0	0.5
先天奇形変形および染色体異常	0.2	3.7	0.9	0.7
症状・徴候および異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	0.1	2.3	0.0	0.1
損傷・中毒およびその他の外因の影響	2.5	7.4	4.3	4.2
健康状態に影響をおよぼす要因および保健サービスの利用	0.0	0.0	0.0	0.0
合計	100.0	100.0	100.0	100.0

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	救急科	形成外科	リハビリテーション科	合計
7.8	0.7	1.0	0.1	1.3	1.8	0.5	0.0	0.3	2.5	0.2	0.1	100.0
29.6	1.3	10.8	0.1	3.2	9.3	2.1	0.8	0.1	0.0	1.5	0.0	100.0
12.0	0.8	4.4	0.1	0.5	3.5	0.6	0.1	0.1	1.6	0.1	0.1	100.0
5.2	0.6	0.3	0.4	0.9	0.8	1.2	0.1	0.2	1.7	0.3	0.1	100.0
2.5	0.4	0.4	0.0	0.1	0.1	1.4	0.0	0.3	2.9	0.1	0.2	100.0
1.6	6.6	0.1	0.0	7.6	0.1	18.1	0.0	0.7	2.1	0.4	0.8	100.0
0.1	0.0	0.0	95.5	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.2	0.0	100.0
1.5	0.1	0.1	0.0	61.0	0.1	7.0	0.0	0.1	1.6	0.3	0.0	100.0
10.4	0.4	0.1	0.0	0.0	0.2	16.9	0.1	0.2	2.0	0.3	1.1	100.0
5.8	0.3	0.1	0.0	10.6	0.3	0.4	0.0	0.1	1.3	0.0	0.1	100.0
40.3	0.2	0.4	0.0	0.4	0.2	0.1	0.1	0.0	0.6	0.1	0.0	100.0
8.3	7.9	0.7	0.1	2.6	0.5	0.4	0.0	0.1	0.9	15.0	0.1	100.0
1.2	71.9	0.1	0.1	0.1	0.1	3.2	0.0	0.4	0.4	0.8	1.1	100.0
3.8	0.3	16.2	0.0	0.2	34.9	0.2	0.0	0.1	0.7	0.1	0.0	100.0
0.0	0.0	98.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
0.1	0.0	10.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
22.3	5.5	1.2	1.4	4.9	6.2	5.7	0.4	0.0	0.1	16.5	0.1	100.0
2.8	0.1	0.0	0.0	14.6	0.1	0.1	0.2	0.2	1.1	0.0	0.0	100.0
5.4	59.3	0.3	0.7	0.5	0.9	8.0	0.1	0.3	5.3	2.3	1.4	100.0
18.5	0.0	0.0	0.0	0.0	28.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0

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	救急科	形成外科	リハビリテーション科
1.3	0.2	0.4	0.0	1.2	1.1	0.3	0.4	4.8	4.6	0.5	0.5
44.5	2.9	36.4	0.6	26.2	49.1	10.0	78.2	15.2	0.8	30.3	1.3
0.6	0.1	0.5	0.0	0.1	0.7	0.1	0.4	0.5	1.0	0.1	0.1
0.9	0.2	0.1	0.2	0.8	0.5	0.7	1.1	2.5	3.2	0.6	0.6
0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.1	1.5	1.6	0.1	0.4
0.3	1.8	0.0	0.0	7.4	0.1	10.2	0.2	11.8	4.2	1.1	5.0
0.0	0.0	0.0	97.4	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	10.0	0.0
0.1	0.0	0.0	0.0	20.7	0.0	1.4	0.1	0.8	1.1	0.2	0.0
10.9	0.5	0.2	0.0	0.2	0.9	55.0	8.9	16.6	24.0	4.3	41.3
3.6	0.3	0.1	0.0	35.5	0.7	0.7	1.6	7.8	9.2	0.3	1.4
30.4	0.2	0.6	0.0	1.7	0.7	0.2	3.3	1.8	5.0	1.1	0.9
0.6	0.9	0.1	0.0	1.0	0.1	0.1	0.2	0.4	0.8	14.8	0.3
0.4	34.7	0.0	0.1	0.1	0.2	3.3	0.1	14.3	1.6	3.7	13.1
1.3	0.2	12.7	0.0	0.4	42.7	0.2	0.5	2.2	2.8	0.6	0.6
0.0	0.0	46.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
0.0	0.0	2.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
1.3	0.5	0.1	0.2	1.5	1.2	1.0	1.4	0.1	0.1	12.4	0.2
0.0	0.0	0.0	0.0	1.2	0.0	0.0	0.2	0.3	0.2	0.0	0.0
3.6	57.7	0.4	1.4	1.7	2.0	16.6	3.2	19.1	39.8	20.1	34.3
0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

# 都道府県別診療科ごとの将来必要な医師数の見通しについて

医療従事者の需給に関する検討会  
第28回 医師需給分科会

参考  
資料  
5改

平成31年2月18日

## (留意点)

- 本資料で提示する推計は、実際の診療データに基づき、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るが、現状の診療科と疾病等の対応が将来維持されるものと仮定し、機械的に算出したものであり、総合的な診療の領域<sup>※2</sup>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。
- 各診療科医師数と専門医資格保有医師数は異なるものであり、必ずしも、養成数が専攻医養成数を意味しない。
- 各都道府県別の必要医師数の見通しについては、全国の見通しを患者数の比で機械的に按分<sup>※3</sup>したものである。

※1 計算の仮定・前提は以下の通り。

- 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、基本診療領域と疾病等との対応表を作成。
- 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、麻酔科、病理については、外科における患者数、精神科については、患者調査における「精神及び行動の障害」における患者数を用いた。
- 現在=2016年医師数(仕事量)については、平成28年医師届出票における主たる診療科別医師数を基本診療領域に統合(主たる診療科について、内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科(胃腸内科)、腎臓内科、神経内科、糖尿病内科(代謝内科)、血液内科、アレルギー科、リウマチ科、感染症内科、心療内科については内科、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(胃腸外科)、肛門外科、小児外科については外科、産婦人科、産科、婦人科については産婦人科、形成外科、美容外科については形成外科として集計)したものを用い、性年齢階級別に第3次中間取りまとめにおけるマクロ供給推計の仕事率を掛け合わせた。
- 現在=2016年における必要医師数については、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」(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)及び第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)を用いて調整。
- 2016年、2024年、2030年、2036年における必要医師数については、「診療科と疾病等の対応表」に基づき、性年齢階級別の人口推計及び平成26年患者調査に基づく受療率を踏まえ計算。
- 全国の推計値については、第3次中間取りまとめにおけるマクロ需給推計の推計値と整合性をとるために調整。
- 年間養成数の算出にあたっては、診療科別の生残率を用いた。

※2 総合診療、救急、ICU・病棟管理領域等を想定。

※3 全国の性年齢階級別受療率と都道府県の性年齢階級別推計人口を用いて都道府県別診療科ごとの患者数を推計し、平成26年の患者数に基づく都道府県別診療科ごとの施設所在地ベースの患者数と患者住所地ベースの患者数の比が将来も一定であるものとして患者流出入後の患者数を計算した。

内科

※事務局において機械的に計算（暫定版）

※留意点等は別ページを参照

	2016年		2024年	2030年	2036年	必要養成数に係る推計			
	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）	維持するための年間養成数を	2024年の必要医師数を達成するための年間養成数を	2030年の必要医師数を達成するための年間養成数を	2036年の必要医師数を達成するための年間養成数を
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	895	1,338	1,321	1,295	1,249	20	67	46	36
宮城県	2,088	2,245	2,356	2,402	2,368	42	72	63	56
秋田県	815	1,164	1,125	1,080	1,029	17	52	35	27
山形県	855	1,217	1,189	1,161	1,118	19	56	39	31
福島県	1,367	1,938	1,944	1,933	1,876	33	97	70	57
茨城県	1,875	2,761	2,881	2,924	2,857	38	151	107	85
栃木県	1,600	1,922	1,981	2,005	1,963	32	75	59	50
群馬県	1,611	1,983	2,044	2,064	2,017	35	84	65	55
埼玉県	4,198	6,102	6,665	6,907	6,830	87	364	266	213
千葉県	4,198	5,597	6,038	6,211	6,112	82	288	215	173
東京都	15,010	12,496	13,316	13,783	13,780	279	90	198	221
神奈川県	6,679	7,782	8,459	8,776	8,719	125	325	264	222
新潟県	1,724	2,409	2,409	2,382	2,309	38	115	82	66
富山県	919	1,100	1,113	1,105	1,070	20	42	33	28
石川県	1,196	1,134	1,169	1,180	1,156	24	21	23	22
福井県	639	794	799	797	776	14	32	24	20
山梨県	647	821	831	831	808	14	34	26	21
長野県	1,657	2,209	2,227	2,223	2,164	36	100	74	60
岐阜県	1,714	1,970	2,006	1,999	1,938	36	69	55	47
静岡県	2,564	3,695	3,829	3,861	3,768	53	195	139	111
愛知県	5,817	6,722	7,200	7,417	7,346	113	268	218	185
三重県	1,501	1,753	1,785	1,785	1,737	34	66	53	45
滋賀県	1,144	1,261	1,336	1,376	1,364	23	44	38	33
京都府	3,106	2,520	2,637	2,665	2,604	61	8	32	37
大阪府	9,022	8,366	8,807	8,899	8,675	178	154	170	162
兵庫県	4,863	5,254	5,520	5,612	5,503	99	173	149	130
奈良県	1,214	1,301	1,346	1,348	1,303	25	40	34	29
和歌山県	1,104	1,019	998	972	930	25	13	16	16
鳥取県	637	633	633	629	614	14	13	13	13
島根県	741	750	734	717	692	15	15	14	13
岡山県	2,121	1,937	1,977	1,983	1,936	44	27	34	35
広島県	2,696	2,802	2,902	2,929	2,864	58	81	74	66
山口県	1,235	1,487	1,474	1,442	1,383	29	56	43	36
徳島県	915	824	811	795	766	21	9	13	14
香川県	929	1,004	1,011	1,005	978	20	29	25	22
愛媛県	1,280	1,456	1,454	1,436	1,389	28	48	39	34
高知県	812	810	785	761	728	18	15	15	14
福岡県	5,914	4,886	5,164	5,294	5,235	116	32	75	84
佐賀県	852	838	844	843	823	18	17	17	17
長崎県	1,551	1,441	1,431	1,409	1,361	34	21	25	25
熊本県	1,964	1,846	1,859	1,853	1,809	42	30	35	35
大分県	1,233	1,245	1,251	1,240	1,202	26	28	26	25
宮崎県	922	1,181	1,186	1,176	1,141	20	50	37	30
鹿児島県	1,692	1,713	1,691	1,668	1,619	38	37	36	34
沖縄県	1,127	1,206	1,315	1,389	1,408	21	43	39	35

小児科

※事務局において機械的に計算（暫定版）

※留意点等は別ページを参照

	2016年		2024年	2030年	2036年	必要養成数に係る推計			
	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）	維持するための年間養成数を	2024年の必要医師数を達成するための年間養成数を	2030年の必要医師数を達成するための年間養成数を	2036年の必要医師数を達成するための年間養成数を
北海道	630	742	696	661	625	16	24	19	16
青森県	129	177	160	147	136	4	7	5	4
岩手県	132	171	156	146	136	3	6	4	4
宮城県	279	317	303	290	276	7	9	7	7
秋田県	120	138	122	111	102	3	3	2	2
山形県	137	160	146	136	127	3	4	3	3
福島県	206	269	247	232	218	6	10	7	6
茨城県	279	395	372	355	337	7	18	12	10
栃木県	227	284	269	258	246	5	10	8	6
群馬県	275	292	276	264	251	7	7	6	6
埼玉県	714	964	948	930	897	17	45	33	27
千葉県	630	833	813	793	764	15	37	27	22
東京都	2,284	1,869	1,869	1,869	1,834	49	0	19	25
神奈川県	1,078	1,173	1,152	1,134	1,099	25	34	29	26
新潟県	267	325	301	285	268	7	11	8	7
富山県	155	148	138	131	124	4	2	2	2
石川県	169	160	152	146	139	4	2	3	3
福井県	122	109	102	97	92	3	1	1	1
山梨県	124	117	108	102	97	3	1	1	1
長野県	288	300	279	265	251	7	6	5	5
岐阜県	243	285	266	253	239	6	9	7	6
静岡県	396	563	534	513	488	10	26	18	15
愛知県	899	1,138	1,118	1,100	1,066	20	46	34	29
三重県	201	257	242	231	220	5	10	8	6
滋賀県	222	200	195	191	185	5	2	3	3
京都府	434	373	358	345	329	10	1	4	5
大阪府	1,192	1,259	1,206	1,162	1,110	27	29	25	23
兵庫県	716	809	773	745	711	18	24	20	17
奈良県	156	185	173	164	154	4	6	4	4
和歌山県	132	161	147	138	129	3	5	4	3
鳥取県	124	94	88	85	80	3	-1	0	1
島根県	97	97	90	85	80	3	2	2	2
岡山県	296	270	257	248	237	7	3	4	4
広島県	347	398	382	370	354	9	13	11	9
山口県	171	195	180	169	158	5	6	4	4
徳島県	106	117	108	101	95	3	3	2	2
香川県	149	145	137	130	124	4	2	2	2
愛媛県	182	195	179	169	159	5	4	4	3
高知県	102	113	103	95	89	3	3	2	2
福岡県	803	756	740	724	698	18	11	13	13
佐賀県	122	130	122	117	111	3	3	3	2
長崎県	200	208	192	180	169	5	4	4	4
熊本県	251	294	279	268	255	6	10	8	7
大分県	165	184	173	164	155	4	5	4	3
宮崎県	126	188	176	166	157	3	9	6	5
鹿児島県	184	247	229	215	203	5	10	7	6
沖縄県	235	201	201	201	197	6	2	3	4

皮膚科

※事務局において機械的に計算（暫定版）

※留意点等は別ページを参照

	2016年		2024年	2030年	2036年	必要養成数に係る推計			
	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)	維持するための年間養成数を 2016年の医師数を	達成するための年間養成数を 2024年の必要医師数を	達成するための年間養成数を 2030年の必要医師数を	達成するための年間養成数を 2036年の必要医師数を
北海道	340	381	358	340	321	7	10	7	7
青森県	70	94	85	78	72	2	3	2	2
岩手県	59	90	83	78	73	1	4	3	2
宮城県	133	166	159	153	145	3	6	4	4
秋田県	49	73	64	59	54	1	3	2	1
山形県	68	80	73	68	64	2	2	2	1
福島県	70	134	124	116	109	2	8	5	4
茨城県	148	201	191	182	172	3	8	6	5
栃木県	119	136	130	124	118	3	4	3	3
群馬県	108	149	141	135	128	3	6	4	4
埼玉県	379	486	479	469	451	8	20	14	12
千葉県	312	396	390	380	365	7	16	12	10
東京都	1,508	1,011	1,016	1,014	993	31	-25	-3	6
神奈川県	600	616	608	597	577	13	13	12	11
新潟県	136	163	152	143	135	3	5	4	3
富山県	74	74	69	66	62	2	1	1	1
石川県	106	83	80	77	73	2	-1	0	1
福井県	56	56	53	50	48	1	1	1	1
山梨県	50	59	54	51	48	1	2	1	1
長野県	111	150	141	134	126	3	6	4	3
岐阜県	111	157	148	140	132	3	7	5	4
静岡県	199	256	243	233	221	5	10	7	6
愛知県	501	532	524	514	497	11	14	12	11
三重県	104	125	118	113	107	2	4	3	3
滋賀県	77	99	97	95	92	2	4	3	2
京都府	228	190	183	175	167	5	-1	1	2
大阪府	607	622	598	574	547	14	13	12	11
兵庫県	355	389	373	359	342	8	10	8	7
奈良県	97	93	87	82	77	2	1	1	1
和歌山県	71	74	68	64	59	2	1	1	1
鳥取県	39	41	39	37	35	1	1	1	1
島根県	48	50	46	44	41	1	1	1	1
岡山県	137	137	131	127	121	3	2	2	2
広島県	197	203	197	190	182	5	5	4	4
山口県	82	100	93	87	82	2	4	3	2
徳島県	61	51	47	44	41	1	0	0	1
香川県	66	70	66	63	60	2	2	1	1
愛媛県	78	104	96	91	85	2	4	3	3
高知県	50	52	47	44	41	1	1	1	1
福岡県	404	367	361	353	340	9	4	6	6
佐賀県	57	58	54	52	49	1	1	1	1
長崎県	107	98	91	85	80	3	1	1	1
熊本県	144	129	122	118	112	3	1	2	2
大分県	68	84	79	75	71	2	3	2	2
宮崎県	65	84	78	74	70	2	3	2	2
鹿児島県	98	120	112	105	99	2	4	3	2
沖縄県	88	104	105	105	103	2	4	3	2

精神科

※事務局において機械的に計算（暫定版）

※留意点等は別ページを参照

	2016年		2024年	2030年	2036年	必要養成数に係る推計			
	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)	維持するための年間養成数を 2016年の医師数を	達成するための年間養成数を 2024年の必要医師数を	達成するための年間養成数を 2030年の必要医師数を	達成するための年間養成数を 2036年の必要医師数を
北海道	722	724	688	664	633	15	11	11	11
青森県	148	183	168	157	147	3	5	4	3
岩手県	126	173	160	151	143	2	6	4	3
宮城県	266	299	290	283	272	5	8	6	5
秋田県	141	145	130	119	111	3	1	1	1
山形県	147	153	140	132	125	3	2	2	2
福島県	201	242	224	212	200	4	7	5	4
茨城県	239	384	370	361	347	5	19	13	10
栃木県	177	271	259	252	242	3	12	8	6
群馬県	227	265	254	247	237	4	7	6	5
埼玉県	625	860	864	865	844	11	37	27	21
千葉県	634	846	839	835	811	11	34	24	19
東京都	2,069	1,691	1,708	1,726	1,701	36	-4	14	19
神奈川県	1,002	1,100	1,103	1,104	1,078	17	28	24	21
新潟県	210	309	288	275	262	4	13	9	7
富山県	128	146	137	132	126	3	4	3	3
石川県	158	156	149	146	140	3	2	2	2
福井県	92	103	97	94	90	2	2	2	2
山梨県	93	112	105	100	95	2	3	2	2
長野県	223	276	260	251	240	5	9	6	5
岐阜県	172	260	246	238	227	3	11	8	6
静岡県	347	488	467	453	435	6	20	13	10
愛知県	767	955	953	953	931	14	34	26	21
三重県	217	239	227	220	210	4	6	5	4
滋賀県	131	174	172	171	166	2	7	5	4
京都府	358	350	339	331	319	6	4	5	5
大阪府	1,058	1,172	1,140	1,118	1,076	19	28	23	20
兵庫県	600	686	667	653	630	11	18	14	12
奈良県	167	172	163	157	149	3	2	2	2
和歌山県	101	126	115	109	103	2	4	3	2
鳥取県	93	85	81	78	75	2	1	1	1
島根県	115	98	91	86	82	2	0	0	1
岡山県	290	248	237	231	223	6	0	2	3
広島県	370	382	368	361	348	7	7	7	6
山口県	200	187	173	164	156	4	1	2	2
徳島県	128	108	99	94	88	2	-1	0	1
香川県	141	133	125	121	116	3	1	1	2
愛媛県	143	185	172	164	156	3	6	4	3
高知県	119	100	91	85	80	2	-1	0	1
福岡県	865	652	641	635	618	16	-8	1	5
佐賀県	164	122	115	111	106	3	-3	-1	0
長崎県	215	182	168	159	151	5	-1	1	2
熊本県	327	234	221	213	204	7	-5	-1	1
大分県	175	151	142	136	130	4	0	1	2
宮崎県	189	155	145	138	131	4	-1	0	1
鹿児島県	258	215	198	188	178	5	-1	1	1
沖縄県	267	169	172	175	173	5	-5	-1	1

外科

※事務局において機械的に計算（暫定版）

※留意点等は別ページを参照

	2016年		2024年	2030年	2036年	必要養成数に係る推計			
	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）	維持するための年間養成数を 2016年の医師数を 維持するための年間養成数を	達成するための年間養成数を 2030年の必要医師数を 達成するための年間養成数を	達成するための年間養成数を 2036年の必要医師数を 達成するための年間養成数を	達成するための年間養成数を 2036年の必要医師数を 達成するための年間養成数を
北海道	1,159	1,461	1,449	1,424	1,367	37	71	56	48
青森県	264	356	341	326	308	9	18	13	11
岩手県	278	358	343	330	314	9	17	13	11
宮城県	606	610	617	615	596	18	20	19	18
秋田県	224	302	282	266	249	7	14	10	8
山形県	244	316	300	288	274	8	14	11	9
福島県	384	514	499	485	463	12	26	19	16
茨城県	550	724	727	718	691	17	38	29	25
栃木県	435	520	518	513	495	13	23	19	16
群馬県	444	546	544	537	518	14	26	21	18
埼玉県	1,083	1,693	1,762	1,778	1,737	34	114	84	69
千葉県	1,262	1,516	1,566	1,572	1,530	39	74	61	53
東京都	3,482	3,566	3,698	3,773	3,742	102	127	122	115
神奈川県	1,530	2,172	2,260	2,289	2,248	45	130	99	83
新潟県	373	634	616	598	572	12	40	28	23
富山県	229	292	286	278	266	7	14	11	9
石川県	289	305	304	300	290	9	11	10	9
福井県	197	212	208	203	195	6	8	7	6
山梨県	190	223	218	213	204	6	10	8	7
長野県	474	578	566	554	533	15	26	21	18
岐阜県	373	532	523	510	488	12	29	22	18
静岡県	777	980	979	966	931	24	47	37	32
愛知県	1,434	1,883	1,942	1,959	1,919	45	104	82	70
三重県	374	466	459	450	432	12	22	17	15
滋賀県	296	344	352	355	347	9	16	14	12
京都府	892	679	683	675	651	27	3	12	15
大阪府	2,181	2,308	2,328	2,299	2,219	67	85	76	69
兵庫県	1,321	1,425	1,438	1,427	1,381	43	57	51	46
奈良県	278	348	345	336	321	9	16	13	11
和歌山県	227	266	253	243	230	7	10	8	7
鳥取県	167	162	158	155	149	5	4	4	4
島根県	146	193	184	178	169	5	9	7	6
岡山県	569	517	512	504	487	19	12	14	14
広島県	808	748	750	742	718	27	20	22	22
山口県	383	384	369	354	335	13	11	11	10
徳島県	233	220	210	202	192	8	5	6	6
香川県	257	269	264	257	247	9	10	9	8
愛媛県	385	384	371	359	343	13	11	11	11
高知県	208	208	196	186	176	7	6	6	5
福岡県	1,519	1,344	1,376	1,382	1,350	48	31	38	39
佐賀県	213	222	218	214	206	7	7	7	7
長崎県	437	382	369	356	339	15	7	9	10
熊本県	447	487	479	470	453	15	19	16	15
大分県	314	322	314	306	293	10	10	10	9
宮崎県	287	302	294	286	274	10	10	10	9
鹿児島県	415	445	429	416	398	14	15	14	13
沖縄県	296	343	363	376	375	9	17	15	14

12

整形外科

※事務局において機械的に計算（暫定版）

※留意点等は別ページを参照

	2016年		2024年	2030年	2036年	必要養成数に係る推計			
	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）	維持するための年間養成数を 2016年の医師数を 維持するための年間養成数を	達成するための年間養成数を 2030年の必要医師数を 達成するための年間養成数を	達成するための年間養成数を 2036年の必要医師数を 達成するための年間養成数を	達成するための年間養成数を 2036年の必要医師数を 達成するための年間養成数を
北海道	936	1,068	1,112	1,122	1,083	22	42	35	29
青森県	197	274	273	268	256	5	14	10	8
岩手県	157	261	257	253	242	4	15	10	8
宮城県	340	424	446	457	447	8	20	16	13
秋田県	174	230	222	214	202	4	9	6	5
山形県	208	235	230	225	216	5	7	6	5
福島県	271	381	384	384	371	7	20	14	12
茨城県	396	521	550	559	542	9	26	20	16
栃木県	310	371	386	391	380	7	16	12	10
群馬県	337	377	392	396	384	8	14	12	10
埼玉県	832	1,209	1,334	1,372	1,342	19	76	55	44
千葉県	908	1,095	1,193	1,220	1,189	20	52	41	34
東京都	2,457	2,413	2,573	2,648	2,632	52	65	65	61
神奈川県	1,401	1,534	1,679	1,731	1,706	30	62	52	45
新潟県	335	461	462	458	440	8	23	16	13
富山県	195	226	230	228	218	5	9	7	6
石川県	230	222	231	233	225	5	5	5	5
福井県	145	154	156	155	150	3	5	4	4
山梨県	159	167	170	170	164	4	5	4	4
長野県	354	426	432	430	416	8	17	13	11
岐阜県	294	386	397	395	379	7	18	14	11
静岡県	562	702	732	736	712	13	32	24	20
愛知県	1,067	1,283	1,386	1,420	1,394	23	59	47	39
三重県	303	327	335	335	323	7	11	9	8
滋賀県	222	243	260	268	263	5	9	8	7
京都府	550	490	517	520	502	12	8	10	10
大阪府	1,708	1,615	1,712	1,715	1,656	38	39	39	36
兵庫県	1,040	1,039	1,101	1,115	1,084	24	31	29	26
奈良県	271	262	274	273	262	6	7	7	6
和歌山県	208	199	196	191	181	5	3	4	3
鳥取県	124	122	123	122	118	3	3	3	3
島根県	128	147	144	141	135	3	5	4	3
岡山県	365	376	386	386	373	8	11	10	9
広島県	531	541	564	567	548	13	17	15	14
山口県	250	290	290	282	267	6	11	8	7
徳島県	158	162	160	157	150	4	4	4	4
香川県	227	201	204	203	195	6	3	4	4
愛媛県	276	285	286	283	271	7	8	7	7
高知県	185	156	152	147	139	5	1	2	2
福岡県	1,213	925	986	1,012	991	26	1	13	15
佐賀県	194	168	170	171	166	4	2	3	3
長崎県	305	275	274	272	261	7	4	5	5
熊本県	385	357	360	361	350	10	7	8	8
大分県	238	251	253	251	241	6	7	6	6
宮崎県	234	229	231	231	222	6	5	5	5
鹿児島県	308	332	328	327	316	8	10	9	8
沖縄県	226	223	244	261	264	5	7	7	7

産婦人科

※事務局において機械的に計算（暫定版）

※留意点等は別ページを参照

	2016年		2024年	2030年	2036年	必要養成数に係る推計			
	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	472	605	541	501	468	11	18	13	11
青森県	99	142	123	110	100	2	5	3	2
岩手県	105	136	120	109	101	3	4	3	2
宮城県	228	266	242	226	211	5	7	5	4
秋田県	108	110	93	83	75	2	1	1	1
山形県	103	114	101	92	85	2	2	2	2
福島県	141	207	183	168	155	4	9	6	4
茨城県	238	299	272	255	238	6	9	7	6
栃木県	199	228	207	195	183	4	5	4	4
群馬県	179	218	198	187	176	4	7	5	4
埼玉県	504	717	678	653	625	12	31	22	18
千葉県	505	656	615	590	564	12	24	17	14
東京都	1,938	1,713	1,658	1,634	1,592	38	7	18	21
神奈川県	862	1,008	957	928	893	18	29	23	20
新潟県	173	262	235	217	202	5	11	7	6
富山県	103	121	110	103	96	2	3	2	2
石川県	113	127	117	111	106	3	3	3	2
福井県	80	85	77	73	68	2	2	1	1
山梨県	90	89	79	73	68	2	1	1	1
長野県	173	217	196	184	174	4	7	5	4
岐阜県	177	219	197	184	172	5	7	5	4
静岡県	331	393	357	337	318	7	10	8	7
愛知県	716	830	786	761	732	15	23	18	16
三重県	166	195	177	166	156	4	5	4	4
滋賀県	130	152	142	138	132	3	4	3	3
京都府	279	320	294	279	263	6	8	6	6
大阪府	1,041	1,021	948	902	855	23	12	14	14
兵庫県	534	633	579	548	518	13	18	14	12
奈良県	132	141	126	117	109	3	2	2	2
和歌山県	103	109	96	88	82	3	2	2	2
鳥取県	66	64	58	55	51	1	0	1	1
島根県	66	73	66	61	57	2	2	1	1
岡山県	210	202	188	179	170	5	2	3	3
広島県	249	309	286	273	260	6	10	8	7
山口県	124	152	134	124	116	3	4	3	3
徳島県	80	83	74	68	63	2	1	1	1
香川県	92	107	97	91	86	2	3	2	2
愛媛県	124	152	134	123	115	3	4	3	3
高知県	60	80	69	63	58	2	2	2	1
福岡県	550	582	547	525	502	12	12	11	10
佐賀県	74	81	73	69	65	2	2	1	1
長崎県	154	149	131	120	111	4	1	2	2
熊本県	160	197	180	169	160	4	6	5	4
大分県	104	128	115	107	100	2	4	3	2
宮崎県	107	120	106	98	91	3	3	2	2
鹿児島県	161	174	154	141	131	4	3	2	2
沖縄県	161	160	154	151	147	3	3	3	3

眼科

※事務局において機械的に計算（暫定版）

※留意点等は別ページを参照

	2016年		2024年	2030年	2036年	必要養成数に係る推計			
	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	474	584	590	583	554	10	23	17	14
青森県	79	146	142	137	128	2	9	6	4
岩手県	103	146	142	138	130	2	7	4	4
宮城県	205	241	249	251	242	4	9	7	6
秋田県	86	122	115	110	102	2	5	4	3
山形県	91	125	121	117	110	2	5	4	3
福島県	144	206	204	201	191	3	10	7	6
茨城県	235	301	310	308	294	5	13	10	8
栃木県	155	205	210	209	200	3	10	7	6
群馬県	169	210	214	211	202	4	9	6	5
埼玉県	566	701	745	750	726	12	31	24	19
千葉県	487	539	565	565	545	10	19	15	13
東京都	1,884	1,395	1,458	1,490	1,476	38	-9	12	19
神奈川県	817	842	889	900	879	16	24	22	19
新潟県	170	252	248	243	230	4	13	9	7
富山県	111	117	116	113	107	3	3	3	2
石川県	119	120	122	121	115	3	3	3	3
福井県	78	84	83	82	78	1	2	2	2
山梨県	88	90	90	89	85	2	2	2	2
長野県	173	229	228	223	213	4	10	7	6
岐阜県	203	209	209	205	194	4	5	5	4
静岡県	299	401	407	401	383	7	19	13	11
愛知県	734	714	746	752	732	16	17	17	16
三重県	167	193	193	190	181	4	7	5	4
滋賀県	131	118	124	126	122	3	2	2	2
京都府	316	290	296	291	277	7	4	5	5
大阪府	1,085	907	927	912	873	24	6	12	13
兵庫県	644	571	586	582	559	14	8	10	10
奈良県	141	128	131	128	120	3	2	2	2
和歌山県	107	104	100	96	90	2	1	1	1
鳥取県	62	77	76	75	71	1	3	2	2
島根県	64	72	69	67	63	2	2	2	1
岡山県	203	212	213	209	199	5	6	5	4
広島県	280	302	306	302	289	6	9	8	7
山口県	132	165	160	153	143	3	6	4	3
徳島県	83	84	82	80	75	2	2	2	1
香川県	105	106	106	103	98	2	3	2	2
愛媛県	155	154	151	147	138	3	3	3	3
高知県	78	84	80	77	71	2	2	2	1
福岡県	552	532	553	558	539	12	12	12	11
佐賀県	79	88	88	87	83	2	3	2	2
長崎県	141	151	148	145	136	3	4	3	3
熊本県	186	193	192	190	181	4	5	4	4
大分県	101	136	134	131	124	2	6	4	3
宮崎県	110	144	141	138	131	3	6	4	4
鹿児島県	147	171	167	164	156	3	6	4	4
沖縄県	117	131	141	149	149	3	5	5	4

耳鼻咽喉科

※事務局において機械的に計算（暫定版）

※留意点等は別ページを参照

	2016年		2024年	2030年	2036年	必要養成数に係る推計			
	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年の医師数を	達成するための2024年の必要医師数を	達成するための2030年の必要医師数を	達成するための2036年の必要医師数を
北海道	371	400	378	360	339	9	10	8	7
青森県	69	96	87	81	75	2	4	3	2
岩手県	59	92	84	79	74	2	5	3	2
宮城県	158	170	164	158	150	4	4	4	3
秋田県	64	79	71	65	59	2	2	2	1
山形県	79	85	78	73	68	2	2	1	1
福島県	119	143	132	124	116	3	4	3	3
茨城県	132	205	195	186	176	3	11	7	6
栃木県	128	152	145	140	133	3	5	4	3
群馬県	104	148	141	135	128	3	7	5	4
埼玉県	371	510	505	495	477	9	24	17	14
千葉県	350	449	441	430	413	8	19	14	11
東京都	1,299	998	1,004	1,006	988	29	-5	9	14
神奈川県	608	635	627	618	599	14	16	14	13
新潟県	131	174	162	154	145	3	7	5	4
富山県	80	80	75	72	68	2	1	1	1
石川県	96	85	81	78	75	2	1	1	1
福井県	77	58	55	52	50	2	-1	0	0
山梨県	66	62	57	54	51	2	1	1	1
長野県	119	159	149	142	134	3	6	5	4
岐阜県	144	154	144	137	130	4	4	3	3
静岡県	234	285	272	261	248	5	10	7	6
愛知県	542	585	576	567	549	13	17	14	13
三重県	112	136	128	123	116	3	5	4	3
滋賀県	100	103	101	99	96	2	2	2	2
京都府	264	194	187	180	172	6	-2	1	2
大阪府	761	672	647	623	594	19	6	9	10
兵庫県	405	424	407	392	374	10	10	9	8
奈良県	112	103	96	91	86	3	1	1	1
和歌山県	80	82	75	70	66	2	1	1	1
鳥取県	47	48	45	43	41	1	1	1	1
島根県	46	52	48	46	43	1	1	1	1
岡山県	161	145	139	134	128	4	1	2	2
広島県	222	215	208	201	193	6	4	4	4
山口県	99	106	98	92	86	2	2	2	2
徳島県	66	60	56	52	49	2	1	1	1
香川県	85	77	72	69	66	2	1	1	1
愛媛県	124	105	97	92	86	3	0	1	1
高知県	59	58	53	49	46	1	1	1	1
福岡県	382	397	391	384	369	9	10	9	8
佐賀県	65	69	65	63	60	2	2	1	1
長崎県	105	112	104	98	91	3	3	2	2
熊本県	112	149	142	137	130	3	6	5	4
大分県	62	97	91	87	82	2	5	3	3
宮崎県	70	94	88	84	79	2	4	3	2
鹿児島県	101	131	121	115	108	3	5	4	3
沖縄県	87	107	108	109	107	2	5	4	3

泌尿器科

※事務局において機械的に計算（暫定版）

※留意点等は別ページを参照

	2016年		2024年	2030年	2036年	必要養成数に係る推計			
	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年の医師数を	達成するための2024年の必要医師数を	達成するための2030年の必要医師数を	達成するための2036年の必要医師数を
北海道	339	359	366	365	352	10	13	11	10
青森県	96	88	87	85	81	3	2	2	2
岩手県	82	87	86	84	81	2	3	2	2
宮城県	124	148	154	157	154	4	7	6	5
秋田県	81	76	73	70	66	2	1	1	1
山形県	83	92	91	90	86	2	3	3	2
福島県	102	131	131	130	125	3	6	5	4
茨城県	126	178	185	185	179	3	10	8	6
栃木県	85	127	131	131	127	2	7	5	4
群馬県	116	137	140	140	135	3	6	5	4
埼玉県	289	390	419	427	419	8	23	17	14
千葉県	292	367	390	395	386	8	19	15	13
東京都	811	918	964	990	986	20	38	33	29
神奈川県	452	509	545	560	553	11	22	19	17
新潟県	99	158	157	155	148	3	10	7	5
富山県	53	73	74	73	70	1	4	3	2
石川県	75	77	79	78	76	2	2	2	2
福井県	53	51	52	51	49	1	1	1	1
山梨県	50	50	51	50	49	1	1	1	1
長野県	103	149	150	148	143	3	8	6	5
岐阜県	93	135	135	134	128	3	8	5	4
静岡県	205	246	252	251	243	6	11	9	8
愛知県	342	463	488	497	488	9	26	20	16
三重県	90	108	109	109	105	3	5	4	3
滋賀県	84	81	86	87	86	2	2	2	2
京都府	207	174	179	178	172	5	2	3	3
大阪府	645	566	584	581	562	17	10	13	13
兵庫県	319	345	357	358	348	9	13	12	11
奈良県	100	88	89	88	84	3	1	2	2
和歌山県	60	64	63	60	57	2	2	2	2
鳥取県	41	40	40	40	38	1	1	1	1
島根県	48	47	46	45	43	1	1	1	1
岡山県	112	128	129	128	124	3	5	4	4
広島県	143	186	191	191	184	4	9	7	6
山口県	106	97	96	93	88	3	2	2	2
徳島県	62	53	52	51	49	2	1	1	1
香川県	89	67	67	66	64	2	0	1	1
愛媛県	116	94	93	92	88	3	1	2	2
高知県	61	53	51	49	47	2	1	1	1
福岡県	326	330	346	352	345	9	11	11	10
佐賀県	55	52	52	52	50	2	1	1	1
長崎県	90	92	92	90	86	3	3	3	3
熊本県	141	121	121	121	117	4	2	2	3
大分県	87	81	81	80	76	2	1	2	2
宮崎県	67	73	73	72	69	2	3	2	2
鹿児島県	121	112	111	109	105	3	2	2	2
沖縄県	67	83	90	95	96	2	5	4	4

脳神経外科

※事務局において機械的に計算（暫定版）

※留意点等は別ページを参照

	2016年		2024年	2030年	2036年	必要養成数に係る推計			
	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)	維持するための年間養成数を 2016年の医師数を	達成するための年間養成数を 2024年の必要医師数を	達成するための年間養成数を 2030年の必要医師数を	達成するための年間養成数を 2036年の必要医師数を
北海道	411	402	431	445	442	10	13	13	12
青森県	52	100	103	103	101	1	7	5	4
岩手県	82	100	101	101	99	2	4	3	3
宮城県	104	163	176	183	184	3	11	8	7
秋田県	74	90	90	88	85	2	3	3	2
山形県	63	91	91	90	88	2	5	3	3
福島県	97	142	146	148	147	2	8	6	5
茨城県	163	210	227	237	236	4	11	9	8
栃木県	89	137	145	150	149	2	8	6	5
群馬県	97	148	157	163	162	3	9	7	6
埼玉県	282	440	504	536	538	7	32	24	20
千葉県	298	406	458	483	482	7	25	20	16
東京都	936	837	914	957	965	21	19	23	23
神奈川県	460	562	637	676	680	11	31	26	22
新潟県	130	179	183	184	181	3	9	7	6
富山県	69	84	88	89	88	2	4	3	3
石川県	79	84	89	92	92	2	3	3	3
福井県	54	59	61	61	61	1	2	2	2
山梨県	59	67	70	72	71	2	3	3	2
長野県	123	169	174	177	174	3	9	7	6
岐阜県	109	141	148	151	149	3	7	6	5
静岡県	208	274	293	302	300	5	15	12	10
愛知県	383	467	520	547	549	8	24	20	17
三重県	98	128	134	136	135	2	6	5	4
滋賀県	74	87	95	100	101	2	4	3	3
京都府	172	178	193	200	198	4	7	6	5
大阪府	604	587	646	667	658	14	19	19	17
兵庫県	330	383	418	435	433	8	18	15	13
奈良県	85	91	98	100	98	2	4	3	3
和歌山県	77	75	76	75	73	2	2	2	2
鳥取県	31	48	49	49	49	1	3	2	2
島根県	38	56	56	55	54	1	3	2	2
岡山県	154	141	148	150	149	4	3	4	4
広島県	197	203	216	223	221	5	7	7	6
山口県	112	113	115	115	112	3	3	3	3
徳島県	64	62	63	63	62	2	2	2	2
香川県	80	74	77	78	77	2	2	2	2
愛媛県	104	108	111	111	110	3	4	3	3
高知県	72	61	60	59	58	2	1	1	1
福岡県	366	350	382	400	402	9	10	11	10
佐賀県	65	61	62	63	63	2	1	2	2
長崎県	86	106	108	109	107	2	5	4	3
熊本県	100	135	139	141	140	3	7	5	5
大分県	82	92	95	96	95	2	4	3	3
宮崎県	68	87	89	90	89	2	4	3	3
鹿児島県	119	132	132	133	131	3	5	4	4
沖縄県	72	83	93	100	103	2	4	4	3

放射線科

※事務局において機械的に計算（暫定版）

※留意点等は別ページを参照

	2016年		2024年	2030年	2036年	必要養成数に係る推計			
	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)	維持するための年間養成数を 2016年の医師数を	達成するための年間養成数を 2024年の必要医師数を	達成するための年間養成数を 2030年の必要医師数を	達成するための年間養成数を 2036年の必要医師数を
北海道	210	317	318	314	302	5	16	11	9
青森県	34	79	76	73	69	1	5	3	3
岩手県	45	76	74	71	68	1	4	3	2
宮城県	126	131	134	134	130	3	4	3	3
秋田県	29	65	61	58	55	1	4	3	2
山形県	58	69	66	64	61	1	2	2	1
福島県	74	112	110	107	103	2	6	4	3
茨城県	86	162	163	163	157	2	10	7	5
栃木県	79	113	114	113	109	2	6	4	3
群馬県	108	116	116	116	112	2	3	3	2
埼玉県	187	372	392	398	389	5	27	19	14
千葉県	206	333	347	350	342	5	20	14	11
東京都	986	752	783	801	795	21	-2	8	11
神奈川県	399	469	493	502	494	9	19	16	13
新潟県	94	138	135	132	126	2	7	5	4
富山県	61	64	63	62	59	2	2	2	2
石川県	97	66	67	66	64	2	-1	0	0
福井県	66	46	45	44	43	1	-1	0	0
山梨県	42	49	48	47	45	1	1	1	1
長野県	85	127	125	122	118	2	6	4	3
岐阜県	69	116	115	113	108	1	6	4	3
静岡県	129	216	218	216	208	3	13	9	7
愛知県	351	410	426	431	423	7	15	12	10
三重県	97	102	101	100	96	2	3	2	2
滋賀県	88	75	78	79	77	2	1	1	2
京都府	248	150	152	151	146	5	-6	-2	0
大阪府	606	498	508	504	487	14	3	8	9
兵庫県	294	314	319	319	309	7	9	8	7
奈良県	103	76	76	75	72	2	-1	0	1
和歌山県	56	60	57	55	52	1	1	1	1
鳥取県	43	37	36	35	34	1	0	0	1
島根県	48	43	41	40	38	1	0	1	1
岡山県	155	112	112	111	107	3	-1	1	1
広島県	153	164	166	165	160	4	5	4	4
山口県	93	85	82	79	76	2	1	1	1
徳島県	64	48	46	44	42	2	0	0	0
香川県	69	59	58	57	55	2	0	1	1
愛媛県	123	84	82	79	76	3	-2	0	1
高知県	49	46	44	42	40	1	1	1	1
福岡県	365	291	299	302	295	9	1	4	5
佐賀県	57	50	49	48	47	1	0	1	1
長崎県	95	83	81	78	75	2	1	1	1
熊本県	131	110	109	107	103	3	0	1	2
大分県	83	72	71	69	66	2	1	1	1
宮崎県	76	70	68	67	64	2	1	1	1
鹿児島県	95	99	96	93	90	2	2	2	2
沖縄県	82	74	78	81	82	2	1	2	2

麻酔科

※事務局において機械的に計算（暫定版）

※留意点等は別ページを参照

	2016年		2024年	2030年	2036年	必要養成数に係る推計			
	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	544	448	445	437	419	14	2	6	7
青森県	74	109	104	100	94	2	6	4	3
岩手県	62	110	105	101	96	2	7	4	3
宮城県	164	187	189	189	183	4	7	6	5
秋田県	56	93	87	81	76	2	5	3	3
山形県	60	97	92	88	84	1	5	4	3
福島県	106	158	153	149	142	3	8	6	5
茨城県	147	222	223	220	212	4	12	9	7
栃木県	147	159	159	157	152	4	5	4	4
群馬県	156	167	167	165	159	4	5	5	4
埼玉県	365	519	541	546	533	9	29	21	17
千葉県	344	465	480	482	469	9	24	18	15
東京都	1,320	1,094	1,134	1,157	1,148	30	9	19	21
神奈川県	639	667	693	702	690	15	21	20	18
新潟県	105	195	189	183	175	3	13	8	6
富山県	90	89	88	85	82	2	2	2	2
石川県	92	93	93	92	89	3	3	3	2
福井県	53	65	64	62	60	1	3	2	2
山梨県	57	68	67	65	63	1	2	2	2
長野県	155	177	174	170	163	4	6	5	4
岐阜県	91	163	160	156	150	2	10	7	5
静岡県	211	301	300	296	286	5	16	11	9
愛知県	476	578	596	601	589	10	24	19	16
三重県	70	143	141	138	133	2	10	7	5
滋賀県	96	105	108	109	107	2	4	3	3
京都府	243	208	210	207	200	6	2	3	4
大阪府	752	708	714	705	681	18	14	15	14
兵庫県	438	437	441	438	424	11	11	11	10
奈良県	90	107	106	103	98	2	4	3	3
和歌山県	69	82	78	74	70	2	3	2	2
鳥取県	47	50	49	47	46	1	1	1	1
島根県	75	59	57	54	52	2	0	0	1
岡山県	201	159	157	155	149	5	0	2	2
広島県	220	229	230	228	220	6	7	6	6
山口県	98	118	113	109	103	3	4	3	3
徳島県	61	67	64	62	59	2	2	2	1
香川県	92	83	81	79	76	2	1	1	1
愛媛県	91	118	114	110	105	3	5	4	3
高知県	66	64	60	57	54	2	1	1	1
福岡県	456	412	422	424	414	11	7	9	9
佐賀県	72	68	67	66	63	2	1	1	1
長崎県	103	117	113	109	104	3	4	3	3
熊本県	153	150	147	144	139	4	3	3	3
大分県	99	99	96	94	90	3	2	2	2
宮崎県	84	93	90	88	84	2	3	2	2
鹿児島県	134	137	132	128	122	4	3	3	3
沖縄県	125	105	111	115	115	3	1	2	2

病理診断科

※事務局において機械的に計算（暫定版）

※留意点等は別ページを参照

	2016年		2024年	2030年	2036年	必要養成数に係る推計			
	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	86	89	88	87	83	2	3	2	2
青森県	10	22	21	20	19	0	2	1	1
岩手県	11	22	21	20	19	0	1	1	1
宮城県	32	37	38	37	36	1	1	1	1
秋田県	13	18	17	16	15	0	1	1	0
山形県	16	19	18	18	17	0	1	1	0
福島県	17	31	30	29	28	1	2	1	1
茨城県	34	44	44	44	42	1	2	1	1
栃木県	29	32	32	31	30	1	1	1	1
群馬県	30	33	33	33	31	1	1	1	1
埼玉県	66	103	107	108	106	2	6	5	4
千葉県	62	92	95	96	93	2	5	4	3
東京都	318	217	225	229	228	8	-2	2	3
神奈川県	124	132	137	139	137	3	5	4	4
新潟県	33	39	37	36	35	1	1	1	1
富山県	16	18	17	17	16	0	1	0	0
石川県	21	19	18	18	18	1	0	0	0
福井県	9	13	13	12	12	0	1	0	0
山梨県	13	14	13	13	12	0	0	0	0
長野県	28	35	34	34	32	1	2	1	1
岐阜県	28	32	32	31	30	1	1	1	1
静岡県	51	60	60	59	57	1	2	2	2
愛知県	107	115	118	119	117	3	4	4	3
三重県	19	28	28	27	26	0	1	1	1
滋賀県	27	21	21	22	21	1	0	0	0
京都府	52	41	42	41	40	1	0	1	1
大阪府	136	140	142	140	135	4	4	4	3
兵庫県	81	87	87	87	84	2	3	2	2
奈良県	23	21	21	20	20	1	0	0	0
和歌山県	12	16	15	15	14	0	1	0	0
鳥取県	11	10	10	9	9	0	0	0	0
島根県	11	12	11	11	10	0	0	0	0
岡山県	40	31	31	31	30	1	0	0	0
広島県	31	45	46	45	44	1	2	2	1
山口県	9	23	22	22	20	0	2	1	1
徳島県	8	13	13	12	12	0	1	1	0
香川県	21	16	16	16	15	1	0	0	0
愛媛県	20	23	23	22	21	1	1	1	1
高知県	9	13	12	11	11	0	1	0	0
福岡県	82	82	84	84	82	2	2	2	2
佐賀県	17	14	13	13	13	0	0	0	0
長崎県	20	23	22	22	21	1	1	1	1
熊本県	18	30	29	29	28	1	2	1	1
大分県	20	20	19	19	18	0	0	0	0
宮崎県	14	18	18	17	17	0	1	1	1
鹿児島県	24	27	26	25	24	1	1	1	1
沖縄県	22	21	22	23	23	1	1	1	1

臨床検査

※事務局において機械的に計算（暫定版）

※留意点等は別ページを参照

	2016年		2024年	2030年	2036年	必要養成数に係る推計			
	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）	維持するための年間養成数を 2016年の医師数を 維持するための年間養成数を	達成するための年間養成数を 2030年の必要医師数を 達成するための年間養成数を	達成するための年間養成数を 2036年の必要医師数を 達成するための年間養成数を	
北海道	17	27	27	27	26	1	2	2	1
青森県	8	7	6	6	6	0	0	0	0
岩手県	6	6	6	6	6	0	0	0	0
宮城県	12	11	11	11	11	0	0	0	0
秋田県	8	6	5	5	5	0	0	0	0
山形県	2	6	6	5	5	0	0	0	0
福島県	6	10	9	9	9	0	1	1	0
茨城県	7	14	14	14	13	0	1	1	1
栃木県	20	10	10	10	9	1	0	0	0
群馬県	12	10	10	10	9	0	0	0	0
埼玉県	17	31	33	34	33	1	3	2	2
千葉県	22	28	29	30	29	1	2	1	1
東京都	101	64	66	68	67	4	-1	1	2
神奈川県	32	40	42	42	42	1	3	2	2
新潟県	10	12	11	11	11	0	1	1	0
富山県	10	5	5	5	5	0	0	0	0
石川県	4	6	6	6	5	0	0	0	0
福井県	4	4	4	4	4	0	0	0	0
山梨県	3	4	4	4	4	0	0	0	0
長野県	12	11	11	10	10	0	0	0	0
岐阜県	8	10	10	10	9	0	1	0	0
静岡県	13	18	18	18	18	0	1	1	1
愛知県	26	35	36	36	36	1	2	2	2
三重県	3	9	9	8	8	0	1	1	0
滋賀県	4	6	7	7	7	0	0	0	0
京都府	11	13	13	13	12	0	1	1	0
大阪府	39	42	43	43	41	2	2	2	2
兵庫県	13	27	27	27	26	1	2	2	1
奈良県	5	6	6	6	6	0	0	0	0
和歌山県	6	5	5	5	4	0	0	0	0
鳥取県	2	3	3	3	3	0	0	0	0
島根県	4	4	3	3	3	0	0	0	0
岡山県	20	10	9	9	9	1	-1	0	0
広島県	12	14	14	14	14	0	1	1	1
山口県	5	7	7	7	6	0	0	0	0
徳島県	2	4	4	4	4	0	0	0	0
香川県	5	5	5	5	5	0	0	0	0
愛媛県	7	7	7	7	6	0	0	0	0
高知県	5	4	4	4	3	0	0	0	0
福岡県	24	25	25	26	25	1	1	1	1
佐賀県	1	4	4	4	4	0	0	0	0
長崎県	15	7	7	7	6	0	-1	0	0
熊本県	5	9	9	9	9	0	1	1	0
大分県	3	6	6	6	6	0	0	0	0
宮崎県	3	6	6	6	5	0	0	0	0
鹿児島県	6	8	8	8	8	0	0	0	0
沖縄県	7	6	7	7	7	0	0	0	0

救急科

※事務局において機械的に計算（暫定版）

※留意点等は別ページを参照

	2016年		2024年	2030年	2036年	必要養成数に係る推計			
	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）	維持するための年間養成数を 2016年の医師数を 維持するための年間養成数を	達成するための年間養成数を 2030年の必要医師数を 達成するための年間養成数を	達成するための年間養成数を 2036年の必要医師数を 達成するための年間養成数を	
北海道	99	186	186	184	177	2	13	9	7
青森県	36	46	44	43	41	1	2	1	1
岩手県	21	45	43	42	40	1	3	2	2
宮城県	63	77	78	79	76	2	3	3	2
秋田県	11	38	36	34	32	0	4	2	2
山形県	20	41	39	37	36	1	3	2	1
福島県	32	66	64	63	60	1	5	3	2
茨城県	55	95	96	95	92	1	6	4	3
栃木県	59	66	67	66	64	2	3	2	2
群馬県	57	68	68	68	66	1	3	2	2
埼玉県	164	218	230	233	229	4	12	9	8
千葉県	190	195	204	206	200	5	6	6	5
東京都	549	441	460	470	466	14	3	8	9
神奈川県	278	275	289	295	290	7	8	8	8
新潟県	38	81	79	77	74	1	6	4	3
富山県	19	38	37	36	35	1	3	2	1
石川県	31	39	39	39	38	1	2	1	1
福井県	44	27	26	26	25	1	-1	0	0
山梨県	21	29	28	28	27	1	1	1	1
長野県	82	74	73	72	69	2	1	2	2
岐阜県	39	68	67	66	63	1	5	3	2
静岡県	73	127	128	127	122	2	8	6	4
愛知県	154	240	250	253	248	4	16	12	9
三重県	24	60	60	59	56	1	5	3	3
滋賀県	43	44	46	46	45	1	1	1	1
京都府	103	88	89	89	86	2	1	1	1
大阪府	339	292	298	296	286	9	4	6	6
兵庫県	157	184	187	187	181	4	8	6	5
奈良県	47	45	45	44	42	1	1	1	1
和歌山県	36	35	34	32	31	1	1	1	1
鳥取県	8	22	21	21	20	0	2	1	1
島根県	17	25	24	23	22	1	1	1	1
岡山県	69	66	66	65	63	2	1	2	1
広島県	65	96	97	97	94	2	6	4	3
山口県	31	50	48	47	44	1	3	2	1
徳島県	19	28	27	26	25	1	2	1	1
香川県	22	35	34	33	32	1	2	2	1
愛媛県	19	49	48	47	45	0	4	2	2
高知県	32	27	26	25	23	1	0	0	0
福岡県	157	171	176	177	173	4	6	6	5
佐賀県	30	29	29	28	27	1	1	1	1
長崎県	37	49	47	46	44	1	2	2	1
熊本県	74	65	64	63	61	2	0	1	1
大分県	20	42	41	41	39	1	3	2	2
宮崎県	28	41	40	39	37	1	2	2	1
鹿児島県	45	58	56	55	53	1	2	2	1
沖縄県	78	43	46	48	48	2	-2	0	0

形成外科

※事務局において機械的に計算（暫定版）

※留意点等は別ページを参照

	2016年		2024年	2030年	2036年	必要養成数に係る推計			
	2016年(医師数)	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)	維持するための年間養成数を2016年の医師数を	達成するための年間養成数を2024年の必要医師数を	達成するための年間養成数を2030年の必要医師数を	達成するための年間養成数を2036年の必要医師数を
北海道	127	160	159	156	150	4	7	6	5
青森県	16	39	37	36	34	0	3	2	1
岩手県	23	39	38	36	34	1	2	2	1
宮城県	64	67	68	67	65	2	2	2	2
秋田県	11	33	31	29	27	0	3	2	1
山形県	16	35	33	32	30	0	2	2	1
福島県	43	56	55	53	51	1	3	2	2
茨城県	46	79	80	79	76	1	5	4	3
栃木県	50	57	57	56	54	1	2	2	2
群馬県	27	60	60	59	57	1	4	3	2
埼玉県	137	185	193	195	190	4	10	8	7
千葉県	146	166	171	172	167	4	7	6	5
東京都	718	390	405	413	410	21	-15	-1	4
神奈川県	241	238	247	251	246	7	8	8	7
新潟県	32	69	67	65	63	1	5	3	3
富山県	22	32	31	30	29	1	2	1	1
石川県	39	33	33	33	32	1	1	1	1
福井県	12	23	23	22	21	0	2	1	1
山梨県	15	24	24	23	22	0	1	1	1
長野県	67	63	62	61	58	2	1	2	2
岐阜県	20	58	57	56	53	1	5	3	2
静岡県	87	107	107	106	102	2	5	4	3
愛知県	108	206	213	214	210	3	15	11	8
三重県	13	51	50	49	47	0	5	3	2
滋賀県	29	38	39	39	38	1	2	1	1
京都府	75	74	75	74	71	2	2	2	2
大阪府	279	253	255	252	243	8	5	6	6
兵庫県	153	156	157	156	151	4	5	4	4
奈良県	26	38	38	37	35	1	2	1	1
和歌山県	13	29	28	27	25	0	2	1	1
鳥取県	6	18	17	17	16	0	1	1	1
島根県	14	21	20	19	19	0	1	1	1
岡山県	70	57	56	55	53	2	0	1	1
広島県	50	82	82	81	79	2	5	4	3
山口県	15	42	40	39	37	0	3	2	2
徳島県	28	24	23	22	21	1	0	0	0
香川県	32	29	29	28	27	1	1	1	1
愛媛県	35	42	41	39	38	1	2	1	1
高知県	25	23	21	20	19	1	0	0	0
福岡県	172	147	151	151	148	5	3	3	4
佐賀県	18	24	24	23	23	0	1	1	1
長崎県	48	42	40	39	37	2	1	1	1
熊本県	26	53	52	51	50	1	4	3	2
大分県	25	35	34	33	32	1	2	1	1
宮崎県	17	33	32	31	30	0	2	2	1
鹿児島県	26	49	47	45	44	1	3	2	2
沖縄県	45	38	40	41	41	1	1	1	1

リハビリテーション科

※事務局において機械的に計算（暫定版）

※留意点等は別ページを参照

	2016年		2024年	2030年	2036年	必要養成数に係る推計			
	2016年(医師数)	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)	維持するための年間養成数を2016年の医師数を	達成するための年間養成数を2024年の必要医師数を	達成するための年間養成数を2030年の必要医師数を	達成するための年間養成数を2036年の必要医師数を
北海道	93	108	108	107	103	2	4	3	2
青森県	9	27	26	25	24	0	2	1	1
岩手県	11	26	25	24	23	0	2	1	1
宮城県	63	45	45	46	44	1	-1	0	0
秋田県	23	22	21	20	19	0	0	0	0
山形県	13	24	23	22	21	0	1	1	1
福島県	10	38	37	36	35	0	3	2	1
茨城県	29	55	56	55	53	1	4	2	2
栃木県	28	39	39	38	37	1	2	1	1
群馬県	36	40	40	39	38	1	1	1	1
埼玉県	82	126	133	135	132	2	7	5	4
千葉県	109	113	118	119	116	2	3	3	3
東京都	330	256	266	272	270	7	0	3	4
神奈川県	142	160	168	171	168	3	5	4	4
新潟県	27	47	46	45	43	1	3	2	1
富山県	18	22	21	21	20	0	1	1	1
石川県	27	23	23	23	22	1	0	0	0
福井県	16	16	15	15	15	0	0	0	0
山梨県	19	17	16	16	15	1	0	0	0
長野県	30	43	42	42	40	1	2	1	1
岐阜県	18	39	39	38	37	0	3	2	1
静岡県	73	74	74	73	71	1	1	1	1
愛知県	120	139	145	147	144	3	6	5	4
三重県	21	35	34	34	33	0	2	1	1
滋賀県	27	26	26	27	26	1	1	1	1
京都府	55	51	52	51	50	1	1	1	1
大阪府	205	169	173	171	166	5	1	3	3
兵庫県	101	107	109	108	105	2	3	3	2
奈良県	36	26	26	25	24	1	0	0	0
和歌山県	33	20	19	19	18	0	-1	0	0
鳥取県	19	13	12	12	12	1	0	0	0
島根県	22	14	14	13	13	1	0	0	0
岡山県	65	38	38	38	37	1	-2	-1	0
広島県	46	56	56	56	54	1	2	1	1
山口県	30	29	28	27	26	1	1	1	1
徳島県	14	16	16	15	14	0	1	1	0
香川県	17	20	20	19	19	0	1	0	0
愛媛県	36	29	28	27	26	1	0	0	0
高知県	18	16	15	14	13	0	0	0	0
福岡県	119	99	102	103	100	3	1	2	2
佐賀県	14	17	17	16	16	0	1	0	0
長崎県	18	28	27	27	25	0	2	1	1
熊本県	37	37	37	36	35	1	1	1	1
大分県	19	24	24	23	23	0	1	1	1
宮崎県	22	24	23	23	22	0	1	0	0
鹿児島県	52	34	33	32	30	1	-1	0	0
沖縄県	34	25	27	28	28	1	0	0	1

平成 30 年度 厚生労働行政推進調査事業費補助金

( 地域医療基盤開発推進研究事業 )

分担研究報告書

ニーズに基づいた専門医の養成に係る研究

( 分担項目：諸外国における専門医養成施策に関する研究 )

研究分担者 小林廉毅 東京大学大学院医学系研究科公衆衛生学・教授

研究要旨：新たに始まったわが国の専門医養成の進捗状況を踏まえながら、地域における人口動態や疾病構造、社会環境などの変化、医師供給の状況などを勘案したニーズに基づく専門医養成のあり方について検討するため、イギリス及び韓国における専門医養成プログラムの状況や偏在対策について文献調査および実地調査などを実施した。イギリス、韓国、日本における医師偏在の程度は異なっているが、医師偏在対策はいずれの国においても重要な政策課題であった。具体的な取り組みや対策としては、非都市部出身者の医学部入学奨励、医師不足地域における医学部新設、へき地医療の医学教育カリキュラムへの取り込み、過疎地やへき地等における専門研修の意義の強調、異なる地域間での研修医師ローテーションの実施、過疎地やへき地における生活環境の改善や経済的インセンティブ、研修プログラムにおける ICT 設備・機器への投資や専門的ネットワーク強化などが検討、あるいは実際に行われていた。

研究協力者

豊川智之(東京大学大学院医学系研究科)

李 廷秀(東京大学大学院医学系研究科)

池洲 諒(東京大学大学院医学系研究科)

佐野和晃(東京大学大学院医学系研究科)

A. 研究目的

新たに始まったわが国の専門医養成の進捗状況を踏まえながら、地域における人口動態や疾病構造、社会環境などの変化、医師供給の状況などを勘案したニーズに基づく専門医養成のあり方について検討する。検討にあたって、諸外国における専門医養成プログラムの状況、偏在対策などについての知見を踏まえて行う。前年度の研究では、米国、フランスについて調査した。今年度は新たにイギリス及び韓国について調査を行う。

B. 研究方法

イギリス及び韓国における専門医養成プログラムの状況や偏在対策について、文献調査および実地調査を行った。また、諸外国と比較するため、わが国の医師の地域分布の状況についても分析した。

C. 研究結果

(1)イギリスの専門医養成の状況

イギリスにおいては、Center for Workforce Intelligence (CFWI)などが地域における人口動態や疾病構造の変化、既存の医師供給状況などを勘案し、将来の地域毎・診療科毎の必要となる専門医 (General Practitioner (GP) を含む) の人数を推計している。さらに、研修医師受入側の医療機関における研修受入キ

ャパシティなどを勘案し、各地域の HEE (Health Education England) によって専門研修医師受入数(枠)が設定される。なお、英国の卒後研修制度は 2007 年に制度改革があり、医学部卒業後 2 年間の Foundation Training (FY1、FY2)を経て、専門研修(GP を含む)に進む体制になった。専門研修の期間は診療科によって異なる。(資料 1)(参考文献 1)

このようにイギリスでは全国的な医師の配置について政策誘導が行われているが、一般的な医師不足もあり、医師の地域偏在がある。HEE の管轄地域毎にみた場合、人口当り医師数については全国平均値と ±15% 超程度の差がある。(資料 2)(参考文献 2)

専門研修中の医師数についても地域差があり、人口当り専門研修医師数はロンドン地区と最も少ない地域で最大 2 倍程度の差がある。(資料 3、右 2 列)これは、イギリス全土の専門研修医師受入数(枠)に比べて、専門研修を希望する医師数のほうが少ないことなどによる。実際、研修医師数が専門研修医師枠を下回っている地域が少なくない。(資料 3、左 2 列)(参考文献 2)

イギリス(England)内で最も医師不足が深刻と言われる North East 地域及び North Cumbria 地域(資料 2 の North West 地域の北側約半分)地域で実地調査を行った。同地域は人口約 300 万人、医学部は Newcastle 大学 1 校のみだったが、最近、Sunderland 大学に医学部が新設された(卒業生はまだでない)。

Newcastle 大学医学部卒業生の地元定着率は約 60%で、専門研修については GP 以外の Specialty のコースへ進む者が多いこともあり、GP 研修医師は全般に不足している。なお、専門研修医師(GP を含む)の給与は全国とほぼ同じ水準である(専門研修 3 年目の医師の場合、約 38,000 ポンド/年、日本円で約 550 万円)。GP 研修医師については、本人が希望すれば、TERS (Targeted Enhanced Recruitment Scheme)(参考文献 3)のもとで、専門研修期

間 3 年間で計 20,000 ポンドの給与の上乗せがある。TERS に加えて、GP 研修医師を増やす方策として、他の地域(North East 地域・North Cumbria 地域以外の地域)で GP 研修を行う医師を半年程度、ローテーションでこの地域に派遣してもらうことなど行っている。さらに、非都市部出身者の医学部入学奨励、へき地医療の医学教育カリキュラムへの取り込み、過疎地やへき地等における専門研修の意義の強調、過疎地やへき地における生活環境の改善、研修プログラムにおける ICT 設備・機器への投資や専門的ネットワーク強化などを強調している。(資料 4)(参考文献 2)

この地域で GP 研修を行う医師数に同地域で研修を行う理由や意義についてインタビューしたところ、住民と身近に接することができること、(この地域の)自然が好きなこと、都市部と比べてワークライフバランスがとりやすいこと、TERS 受給などを理由として挙げる者が多かった。他方、指導医からは研修の一環として、数ヶ月単位で複数の医療機関をローテーションするため、(過疎地であるため)通勤時間や移動距離の長いことが問題点として指摘された。なお、医療機関が医師の宿舎を用意することは一般的でないとのことであった。

## (2) 韓国の専門医養成の状況

韓国については、文献調査を実施した。韓国では医学部卒業後、医師国家試験に合格すれば医業は可能である。卒後 1 年間の初期研修があるが、義務ではない。ただし、この初期研修を受けないと専門研修には進めない。専門医については、「専門医の修練と資格認定等に関する規定」(資料 5)(参考文献 4)により、26 の専門領域が規定されており、指定された病院等で専門研修を受け、韓国医学会が行う専門医試験に合格しなければならない。専門研修医師の定員は韓国病院協会が国(保健福祉部)と協議して決めるが、病院毎の定員は当該病院の指導医数、患者数などで決まる。専門領域の人気は年によって異なる。

医師の地域偏在があり、農村部、へき地で医師は少なく、都市部に多い。医師不足のへき地・過疎地には、public health center が設置され、低額で医療サービスが提供されている。そこに従事する医師は、public health doctor と呼ばれる。韓国には2～3年間の徴兵制(男性のみ)があり、兵役はpublic health doctor で代替できる。この仕組みが偏在是正に役立っていると言われる。近年、女性医師の増加に伴って、public health doctor が徐々に減少する可能性があることや、交通網の整備などによって以前と過疎地・へき地の状況は異なりつつあるとの指摘もでている。(参考文献 5) 偏在対策として、医師不足地域出身者の医学部特別選抜の推奨、医師不足地域における医学部新設、過疎地・へき地医療における ICT 設備・機器への投資などが検討されている。(参考文献 6)

#### (3) 日本の医師の地域分布の状況

2002 年から 2014 年の医師調査の公開データから、38 都道府県 273 の二次医療圏 secondary medical area(以下、SMA) 毎の診療所医師、医療施設医師の地理的分布の経時的变化について分析した。なお、上記に含まれない 71 の SMA については、市町村合併や SMA 再編などのため一貫性をもった経時的解析が困難であったため、分析から除いている。SMA 毎に解析した診療所医師の Gini 係数は 2002 年から 3 年毎に 0.197、0.180、0.166、0.174、0.167、病院医師については 2002 年から 6 年毎に 0.280、0.276、0.283 であった。

#### D. 考察

イギリスはわが国に比べると医師偏在の程度は少ないが、全般的な医師不足から、偏在解消はやはり政策課題であり、様々な対策が講じられていた。具体的には、(1)住民と身近に接することができることやワークライフバランスなど過疎地・へき地における研修の長所を伸ばしていくこと、(2)異なる地域間の研修医師のローテーション、(3)過疎地・へき地での研修プ

ログラムにおける ICT 設備・機器への投資、医師宿舎の整備などが偏在対策に有用な視点と考えられた。他方、経済的インセンティブである TERS については施行 2 年目であり、まだ修了者がでていないことから効果評価は時期尚早と考えられる。

韓国においては医師の地域偏在は長年の政策課題であり、public health doctor などの仕組みが講じられてきたが、社会情勢などの変化から対策の見直しも検討されている。

日本の医師の地理的分布については、二次医療圏(SMA)単位で見た場合、2002 年以降、診療所医師の地域偏在はやや改善傾向にあることが示唆された。

#### E. 結論

国によって医師偏在の程度は異なるが、イギリス、韓国、日本において、医師偏在対策は医療における重要な政策課題であった。具体的には、非都市部出身者の医学部入学奨励、医師不足地域における医学部新設、へき地医療の医学教育カリキュラムへの取り込み、過疎地やへき地等における専門研修の意義の強調、異なる地域間での研修医師ローテーションの実施、過疎地やへき地における生活環境の改善や経済的インセンティブ、研修プログラムにおける ICT 設備・機器への投資や専門的ネットワーク強化などの方策が検討、あるいは実際に行われていた。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

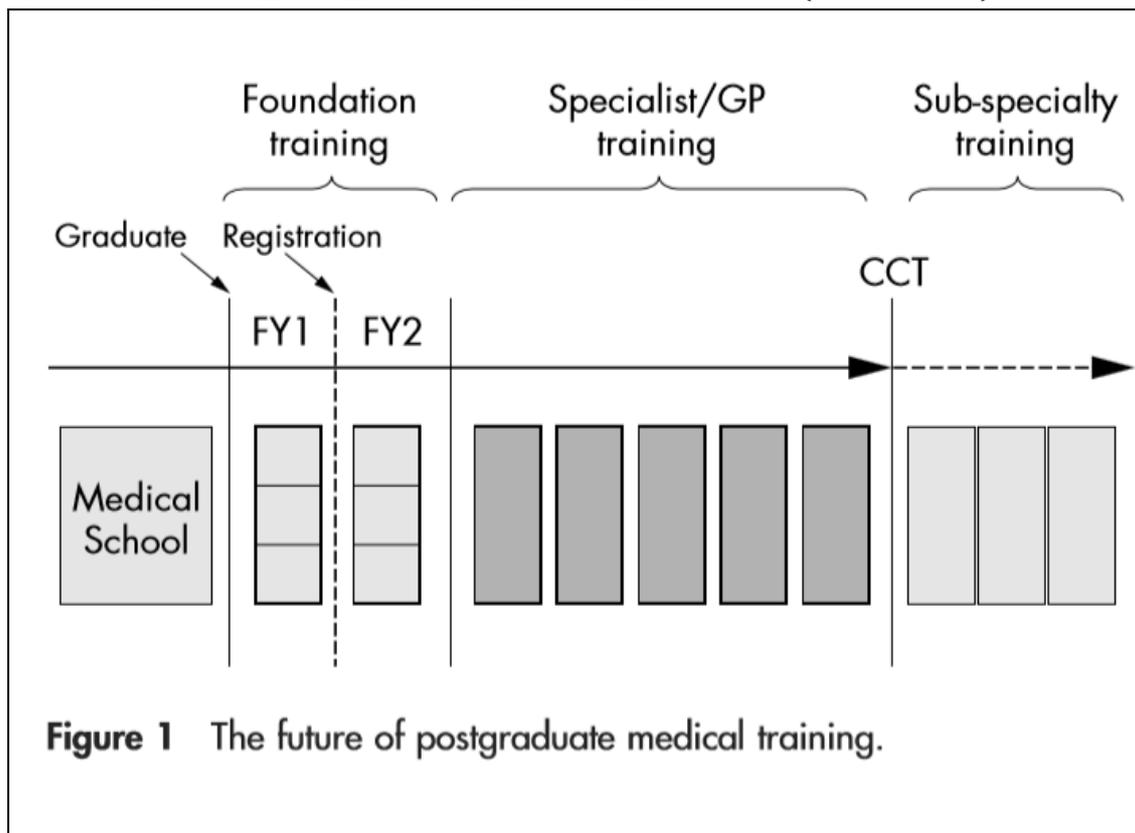
池洲諒、小林廉毅. 二次医療圏を解析単位とした診療所勤務医師分布の推移. 日本公衆衛生学会総会、郡山、2018 年 10 月 25 日

H. 知的財産権の出願・登録  
なし

参考文献

1. Bannon M. What's happening in postgraduate medical education? Arch Dis Child 2006;91:68-70.  
doi: 10.1136/adc.2004.070037
2. Training in Smaller Places. Product of a task and finish group commissioned by Health Education England, 2016  
<https://madeinheene.hee.nhs.uk/Portals/0/Policies/overarching/Training%20in%20Smaller%20Places%20June%202016.pdf#search=%27Training+in+Smaller+Places+HEE%27>
3. Targeted Enhanced Recruitment Scheme (TERS), 2019  
<https://gprecruitment.hee.nhs.uk/recruitment/ters>
4. 韓国の「専門医の修練と資格認定等に関する規定」(和訳)  
<http://law.go.kr/lInfoP.do?lsiSeq=152630#0000>
5. Na BJ, Lee JY, Kim HJ. Are public health physicians still needed in medically underserved rural areas in Korea? Medicine (Baltimore) 2017; 96(19): e6928.  
doi: 10.1097/MD 0000000000006928
6. 自治体国際化協会ソウル事務所・韓国の医師不足～課題と対応策～. 一般財団法人自治体国際化協会、Clair Report No.466, 2018

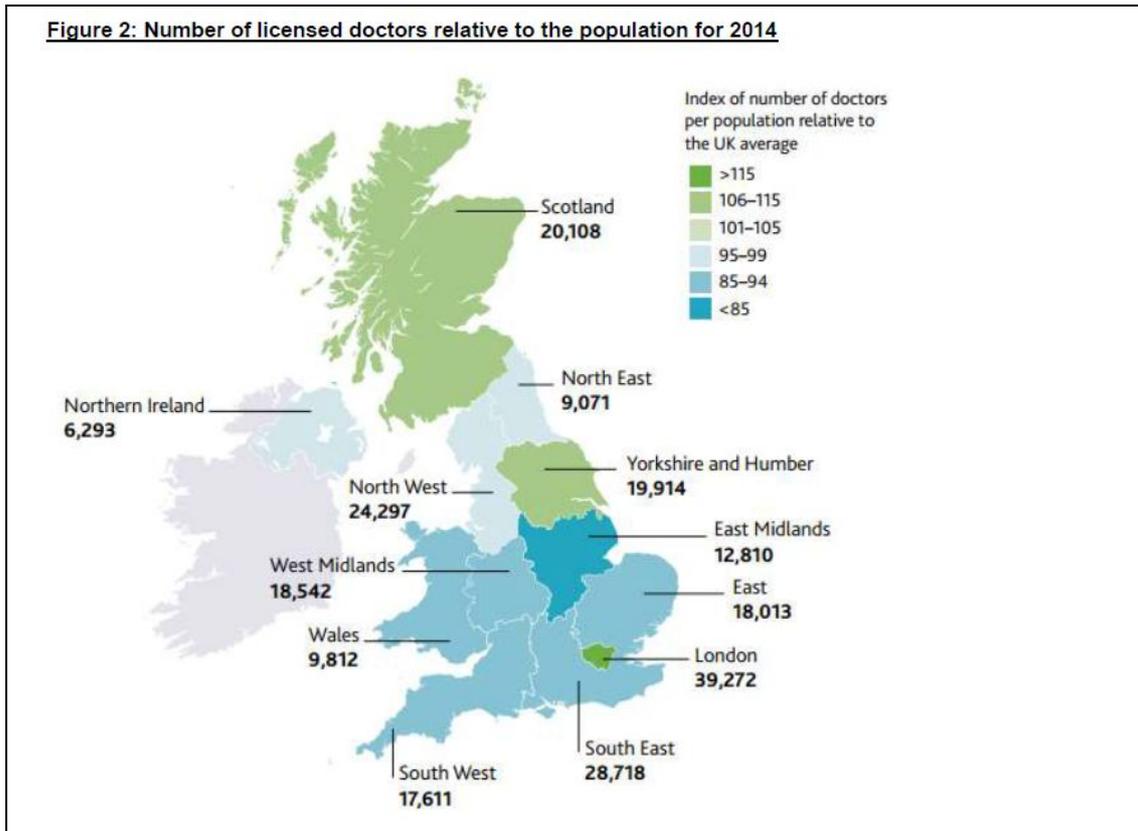
資料1 イギリスの医師の医学部卒業後から専門医までの流れ（2007年以降）



**Figure 1** The future of postgraduate medical training.

( 出典 : Bannon M. What's happening in postgraduate medical education? Arch Dis Child 2006;91:68-70. doi: 10.1136/adc.2004.070037 )

資料2 イギリスの地域毎の医師数と人口当り医師数の全国平均値との比較



( 出典 : Training in Smaller Places. Product of a task and finish group commissioned by Health Education England, 2016 )

資料3 イギリス ( England ) の地域毎の専門研修医師数、研修医師枠、人口当り換算値

MEDICAL TRAINEES BY HEE REGION							ANNEX D
	All Trainees (Inc OOP, MAT and Academic) (April 2015 HEE Stocktake)	Total Training Posts (April 2015 HEE Stocktake)	2015-16 Total weighted populations with SMR<75 adjustment and uplifted by ONS population growth to 2015	2015-16 Unweighted populations uplifted by ONS population growth	Trainees (Inc OOP, MAT and Academic) per 100,000 population (weighted)	Trainees (Inc OOP, MAT and Academic) per 100,000 population (Unweighted)	
EoE	3,615	4,727	6,122,991	6,318,807	59.0	57.2	
KSS	2,963	3,356	4,640,025	4,715,044	63.9	62.8	
EMID	3,586	3,821	4,653,824	4,681,318	77.1	76.6	
NW	6,659	6,989	8,280,922	7,547,162	80.4	88.2	
WMID	4,899	5,006	5,987,438	5,994,591	81.8	81.7	
SW	3,933	3,732	4,784,763	4,877,911	82.2	80.6	
WSX	2,334	2,296	2,801,656	2,843,304	83.3	82.1	
YH	5,139	5,266	5,711,886	5,735,454	90.0	89.6	
TV	2,082	1,999	2,243,651	2,502,587	92.8	83.2	
NE	2,880	3,034	3,055,709	2,726,278	94.2	105.6	
LONDON	12,108	10,146	8,983,161	9,323,570	134.8	129.9	
ENGLAND	50,198	50,372	57,266,027	57,266,027	87.7	87.7	
ENGLAND (exc London)	38,090	40,226	48,282,866	47,942,457	78.9	79.4	

( 地域略称 : EoE; East of England, KSS; Kent, Surrey and Sussex, EMID; East Midlands, NW; North West, WMID; West Midlands, SW; South West, WSX; Wessex, YH; Yorkshire and the Humber, TV; Thames Valley, NE; North East )

( 出典 : Training in Smaller Places. Product of a task and finish group commissioned by Health Education England, 2016 )

資料4 遠隔地・過疎地（医師不足地域）における医師の募集・定着等の方策

**Table 1: Categories of interventions used to improve attraction, recruitment and retention of health workers in remote and rural areas.**<sup>10</sup>

Category of Intervention	Examples
A. Education	A1. Students from rural backgrounds
	A2. Health professional schools outside of major cities
	A3. Clinical rotations in rural areas during studies
	A4. Curricula that reflect rural health issues
	A5. Continuous professional development of rural health workers
B. Regulatory	B1. Enhanced scope of practice
	B2. Different types of health workers
	B3. Compulsory service
	B4. Subsidised education for return of service
C. Financial Incentives	C1. Appropriate financial incomes
D. Professional and personal support	D1. Better living conditions
	D2. Safe and supportive working environment
	D3. Outreach support
	D4. Career development programmes
	D5. Professional networks
	D6. Public recognition measures.

（出典：Training in Smaller Places. Product of a task and finish group commissioned by Health Education England, 2016）

資料5 韓国の「専門医の修練と資格認定等に関する規定」(和訳)

日本語訳(2019.3.7時点)

専門医の修練と資格認定等に関する規定

<http://law.go.kr/lInfoP.do?lsiSeq=152630#0000>

[実施 2014. 7. 1] [大統領令第 25290 号、2014 年 4 月 1 日一部修正]

保健福祉部(医療資源政策課) 044-202-2454

第1条(目的) この令は、「医療法」第77条第1項及び第4項の規定により、専門医の修練、資格認定と専門科目に関して必要な事項を規定することを目的とする。 <改正 2014. 4. 1.>

第2条(定義) この令で使用する用語の意味は、次の各号のとおりである。 <改正 2010. 3. 15.>

1. 「専攻医(専攻醫)」とは、修練病院や修練機関で専門の(専門醫)の資格を取得するために修練を受けるインターンとレジデントをいう。
2. 「インターン」とは医師免許を受けた者として、一定の修練病院に専属(專屬)され、臨床各科目の実技を修練する者をいう。
3. 「レジデント」とはインターン課程を修了した人(家庭医学科の場合には、医師免許を取得した者)または保健福祉部長官がこれと同等であると認めた者で、一定の修練病院や修練機関に専属され専門科目のうち1科目を専攻として修練する者をいう。
4. 「修練病院」とは、保健福祉部長官の指定を受けて専攻医を修練させる医療機関をいう。
5. 「修練機関」とは、保健福祉部長官の指定を受けて専攻医を修練させる医科大学とその他の保健関係機関をいう。
6. 「母病院」とは、第7号による子病院と専攻医の修練に関する約を締結し、子病院に専門医を派遣する修練病院をいう。
7. 「子病院」とは、母病院と専攻医の修練に関する約を締結して母病院から専攻医の派遣を受けて修練させる修練病院をいう。

第3条(専門医の専門科目) 専門医の専門科目は内科、神経科、精神健康医学科、外科、整形外科、神経外科、胸部外科、形成外科、麻酔科学、婦人科、小児青少年科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、泌尿器科、映像医学科、放射線療法、病理科、診断検査医学科、結核科、リハビリ医学科、予防医学科、家庭医学科、救急医学科、核医学、職業環境医学とする。 <改正 2011. 11. 23.>

第4条(修練) 医師としての専門医になろうとする者は、一定の修練病院や修練機関でこの令による修練を受けなければならない。ただし、第18条第1項第2号に該当する者は、この限りでない。

第1項の修練機関で修練を受けることができる専門科目は、予防医学科、職業環境医学に限定する。 <改正 2011. 11. 23.>

第1項の規定にかかわらず、保健福祉部長官は、専門科目が新設される場合は、その専門科目について、第1項の修練を履修した人が最初の専門医の資格認定を受けるまでの期間に限定して医師として、保健福祉部長官が認める保健機関や医療機関で保健福祉部令で定めるところにより、当該専門科目を専攻した人を、新設される専門科目の修練を終えた人として認めることができる。 <改正 2010. 3. 15.>

母病院は今、子病院に専門医を派遣し修練させることができる。

修練病院は専攻医（研修医）に様々な保健医療環境と臨床事例などを経験させるために保健福祉部長官の認定を受けて共通専門科目について、他の修練病院と共同で統合修練過程を運営することができる。 <新設 2014. 4. 1.>

第 4 項の規定による専攻医（研修医）の派遣のための母病院と子病院の認定基準、派遣修練期間など母病院と子病院の運営と第 5 項の規定による統合修練過程の運営に必要な事項は、保健福祉部令で定める。 <改正 2010. 3. 15.、2014. 4. 1.>

第 5 条（修練期間） 専攻医の修練期間はインターン 1 年、レジデント 4 年（家庭医学科の場合インターンシップなくレジデント 3 年）とする。ただし、次の各号のいずれかに該当する場合専攻医の修練期間は、次の各号の区分に応じた期間とする。

1. 軍の醫務將校として現役服務を終えて予備役兵籍に編入された者が、該当全役年度に修練を受けようとする場合：インターンやレジデント修練期間から 2 ヶ月を除く期間
2. 「農漁村などの保健医療のための特別措置法」に基づく公衆衛生医師の義務を履行した者が義務履行完了年度に修練を受けようとする場合：インターンやレジデント修練期間から 2 ヶ月を除いた期間
3. 女性専攻医が修練期間中に出産した場合：インターンやレジデント修練期間から 3 ヶ月を除いた期間

第 1 項の規定にかかわらず、専門科目によって修練期間を別途定める必要がある場合には、保健福祉部令で定めるところにより、レジデントの修練期間を延長、または短縮することができる。

第 13 条の規定による修練病院や修練機関が変更された場合には、該当専攻医が他の修練病院または修練機関で修練を受けられるまでの期間は、2 ヶ月の範囲で第 1 項の規定による修練期間に含めて計算する。

第 1 項各号に基づいて除外される期間と第 3 項の規定により修練期間に含まれている期間を合わせた期間は、年間 4 ヶ月を超えることができない。

修練年度は 3 月 1 日から翌年 2 月末日までとする。ただし、第 1 項第 1 号及び第 2 号の場合、初年度の修練年度は、5 月 1 日から翌年 2 月末日までとする。

第 5 項の規定にかかわらず、修練病院や修練機関の長は、次の各号の区分に応じて修練年を変更することができる。この場合、修練病院や修練機関の長は、その事実を保健福祉部長官に報告しなければならない。

1. 専攻医の任用対象者が存在しない専攻医の解任・辞職などの事由で発生した欠員を補充する場合：9 月 1 日から翌年 8 月 31 日までに修練年度変更
2. 専攻医の休暇、または休職などのやむを得ない事由により修練年度の一部期間に修練をしていなかった場合：その修練年度が終わった後に、その修練していない期間に相当する期間に応じて追加修練をする方法で修練年度変更

第 6 項第 2 号の規定による追加修練の対象、方法、期間などは、保健福祉部令で定める。

[全文改正 2014. 4. 1.]

第6条(修練病院または修練機関の指定) 修練病院や修練機関として指定を受けようと医療機関・医科大学やその他の保健関係機関の長は、保健福祉部令で定めるところにより、保健福祉部長官に指定を申請しなければならない。 <改正 2010. 3. 15.>

保健福祉部長官は、第1項の規定による申請を受けると、これを審査して、第7条の指定基準に適合していると認められる場合のみ、修練病院や修練機関として指定しなければならない。 <改正 2010. 3. 15.>

第7条(修練病院や修練機関の指定基準) 修練病院に指定を受けようと医療機関は、次の各号の要件をすべて備えなければならない。

1. 総合病院や病院であること
2. 修練させようとする専門科目に関する診療科が設置されており、1年以上の診療実績があること
3. 各科に専属専属医がいること
4. インターン課程とレジデント課程に区分して、病院の規模、科目別の施設、人材、設備、及び診療実績が保健福祉部令で定める基準に適合すること
5. 「医療法」第58条の3第4項の規定による認証または条件付き認証を受けていること

修練機関として指定を受けようと医科大学やその他の保健関係機関は、保健福祉部令で定める科目別施設、人員や装備の基準を満たさなければならない。

第1項及び第2項にもかかわらず、次の各号のいずれかに一つでも該当する場合には、修練病院や修練機関の指定基準を保健福祉部令により別途に定めることができる。

1. 国公立病院を修練病院に指定した場合
2. 保健福祉部令で定める単一専門科目の修練のための修練病院や修練機関を指定する場合
3. その他の医療関係者の需給調節など保健医療政策上必要な場合

[全文改正 2014. 4. 1.]

[施行日：2014.7. 1]第7条

第8条(専攻医の定員) 修練病院または修練機関において修練させる専門科目別専攻医の定員は各修練病院や修練機関別に保健福祉部長官が定める。 <改正 2010. 3. 15.>

第9条(修練過程) 専攻医の修練過程については、保健福祉部長官が定めるところによる。

保健福祉部長官は、毎年専攻医が第1項の規定による修練課程を履修したのかを評価することができる。

修練病院や修練機関の長は、専攻医が第1項の規定による修練課程を履修した場合、保健福祉部令で定めるところにより、修了証を発行しなければならない。

[全文改正 2014. 4. 1.]

第10条(国公立病院などの専門医に対する報酬) 国公立の修練病院または修練機関においてインターン中の専攻医には、その修練病院や修練機関の予算の範囲内で国家公務員5級または6級に準ずる報酬を支給する。

第 11 条（修練病院または修練機関の長の権限） 修練病院や修練機関の長は、第 8 条の規定による定員の範囲において、保健福祉部令で定めるところにより、専攻医を任用し専攻医の修練について指導・監督する。 <改正 2010. 3. 15.>

修練病院や修練機関の長は、専攻医が修練に適当でないと認められるときは、その専攻医を解任することができる。

第 12 条（修練規則及び記録の作成・施行等） 修練病院や修練機関の長は、次の各号の事項がすべて含まれている専攻医修練と指導・監督に関する規則（以下「修練規則」という。）を作成・執行、専攻医などが閲覧できるように修練病院や修練機関に配備しなければならない。

1. 週間修練の時間の上限
2. 連続して行うことができる修練時間の上限
3. 医療機関の緊急治療室で連続して行うことができる修練時間の上限
4. 週間平均当直日数の上限
5. 当直手当の算定方法
6. 修練の間の休憩時間の下限
7. 休日及び休暇
8. 修練時間計算及び記録方法

修練病院または修練機関の長は、第 1 項の規定により作成した修練規則を保健福祉部長官に提出しなければならない。提出された修練規則を変更した場合もまた同じ。

修練病院や修練機関の長は、次の各号の書類を作成・備置しなければならない。

1. 第 9 条第 1 項の規定による修練過程に関する修練記録
2. 専攻医の修練に関する各種議事録
3. 専攻医の修練に関する学術集会記録
4. 専攻医の任用及び解任等に関する記録

修練病院や修練機関の長は、第 3 項各号の書類を所属専攻医の修練を終えた日から 5 年間保管しなければならない。

[全文改正 2014. 4. 1.]

第 13 条（修練病院等の変更） 修練病院や修練機関の長（第 1 号の場合、保健福祉部長官を含む）は、次の各号のいずれかに一つでも該当する事由が発生した場合には、他の修練病院や修練機関の長に所属専攻医を修練させてくれることを要請することができる。 <改正 2014. 4. 1.>

1. 第 16 条の規定により修練病院または修練機関の指定が取り消された場合
2. 修練病院または修練機関の一部の診療科が第 7 条第 1 項の規定による専門科目別の指定基準に達せず、その専門科目の専攻医の定員を調整する事由が発生した場合
3. その他やむを得ない事由により修練している専攻医がその修練病院または修練機関で修練を継続しにくいと認められる場合

第 14 条（専攻医の医療機関開設などの禁止） 専攻医は医療機関を開設したり、他の医療機関や保健関係機関に勤務することができない。ただし、第 13 条の規定により、その専攻医の修練病院または修練

機関が変更される過程で、他の修練病院や修練機関に任用された場合は、兼職とみなさない。

[全文改正 2014. 4. 1.]

第 15 条（修練病院などに対する指示及び監督など） 保健福祉部長官は、修練病院や修練機関の長に専攻医の修練に必要な指示をしたり、年度別修練課程履修等の修練状況を監督することができる。

保健福祉部長官は、第 12 条第 2 項の規定により修練規則を受け取った場合には、保健福祉部令で定めるところにより、公表して、その内容の適正性について確認しなければならない。

保健福祉部長官は、修練状況を監督する場合、必要なときには、特別市長・広域市長・特別自治市場・道知事又は特別自治道知事に修練状況を確認することができるようにする。

[全文改正 2014. 4. 1.]

第 16 条（是正命令など） 保健福祉部長官は、修練病院や修練機関が次の各号のいずれかに該当する場合、保健福祉部令で定めるところにより期間を定めてその是正を命ずることができる。

1. 第 7 条による修練病院や修練機関の指定基準に達していない場合
2. 第 8 条の規定による専攻医の定員を超過して専攻医を任用した場合
3. 第 12 条第 1 項又は第 2 項に違反して修練規則を作成・実施、備置または提出しない場合
4. 第 12 条第 3 項又は第 4 項に違反して同条第 3 項各号の書類を作成・備置していない、または保管しない場合
5. 第 15 条の規定による保健福祉部長官の指示に違反した場合

保健福祉部長官は、修練病院や修練機関が第 1 項の規定による是正命令を受けて、その期間内に履行しない場合には、次の各号の措置をすることができる。

1. 第 6 条第 2 項の規定による指定の解除
2. 第 8 条の規定による専攻医の定員調整

[全文改正 2014. 4. 1.]

第 17 条（聴聞） 保健福祉部長官は、第 16 条の規定により修練病院や修練機関の指定を解除するには、聴聞をしなければならない。 <改正 2010. 3. 15.>

第 18 条（専門の資格の認定） 専門医の資格認定を受けることができる人は、次の各号のいずれかに該当する者として保健福祉部長官が実施する専門の資格試験に合格した者とする。 <改正 2010. 3. 15.>

1. 医師としてこの令による修練課程を修了した人
2. 医師として保健福祉部長官が認定する外国の医療機関で所定のインターンシップとレジデント課程を修了した人
3. 第 4 条第 3 項の規定により医師として保健福祉部長官が修練を終えた人として認めた者

保健福祉部長官は、第 1 項の規定による専門医の資格試験を保健福祉部長官が定めて告示する医療関連法人にとって行わせることができる。 <改正 2010. 3. 15., 2014. 4. 1.>

専門の資格試験の方法、受験手続き、その他必要な事項は、保健福祉部令で定める。 <改正 2010. 3. 15.>

第 19 条（資格の発行） 保健福祉部長官は、第 18 条の規定による専門の資格試験に合格した人には、

その合格者発表日から2ヶ月以内に専門科目の種別に応じて、専門家の資格を発行する。 <改正 2010. 3. 15.>

第20条(専門科目の表示) 専門医は、診療科目表示板に診療科目のほか、「専門科目」という文字と専門科目の名称を表示することができる。

第21条(業務の委託) 保健福祉部長官は、次の各号の業務を医療関係団体に委託することができる。

1. 第5条第6項各号以外の部分後段による修練年度変更の事実報告の受付
2. 第6条の規定による修練病院や修練機関の指定のための資料調査
3. 第8条の規定による研修医の定員策定のための資料調査
4. 第12条第2項の規定による修練規則提出の受付
5. 第15条第1項の規定による修練修了等修練状況確認のための資料調査

保健福祉部長官は、第1項の規定により業務を委託する場合には、受託機関、委託業務の詳細内容など委託に必要な事項を定めて告示しなければならない。

[全文改正 2014. 4. 1.]

[施行日：2014. 4. 1. 第21条第1項第4号]

附則 (省略)

## 平成 30 年度分担研究報告書

### 医師調査データを用いた医師の産休・育休取得と就業形態に関する分析

研究分担者 康永秀生

(東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻臨床疫学・経済学 教授)

研究協力者 麻生将太郎

(東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻臨床疫学・経済学 大学院生)

#### 研究要旨

2016 年の医師調査の個票データを用いて、医師の産休・育休取得と就業形態を調査した。組み入れ基準を満たした 251,442 人のうち、2016 年 12 月 31 日時点で、産休・育休を取得していた医師は 2,163 人 (0.9%)、そのうち育休を取得した男性はわずか 16 人であった。就業形態について、非常勤は 29,662 人 (11.8%) であり、そのうち女性は 13,227 人 (44.6%)、平均年齢は 39.2 歳であった。常勤と比較して非常勤は有意に女性の割合が高く、平均年齢は低かった。50 歳以下の女性医師の中では、非常勤は常勤と比べて産休・育休を取得している割合が有意に低かった (3.8% vs 4.9%,  $P < 0.001$ )。今後さらに休業の取得や就業形態の詳細な調査が必要と考えられた。

#### A. 研究目的

わが国では医師が年々増加しつつある一方、女性医師の割合も相対的に増加している。全国的な研修医の男女比は、かつては約 9 : 1 という時期があったものの、近年は約 7 : 3 となっている。

女性医師の増加に伴い、女性医師の産休・育休のみならず男性医師の育休を取得しやすい環境の整備が今後さらに重要になると考えられる。しかし、医師の産休・育休取得に関する統計データはこれまで不足しており、その実態は明らかではなかった。

また近年、医師の働き方も多様化しているとみられる。常勤ではなく非常勤の就業形態を取る医師も増えているとみられるものの、統計データは不足している。

2016 年の医師・歯科医師・薬剤師調査において、医師等の産休・育休取得や

就業形態が調査項目に加えられた。本研究では、2016 年の医師調査の個票データを用いて、医師の産休・育休取得や就業形態の現状について詳細な分析を試みた。

#### B. 研究方法

2016 年の医師調査の個票データを用いて、2016 年 12 月 31 日時点の医師の産休・育休取得と就業形態を集計した横断研究である。

「業務の種別」のうち、6) 医育機関の臨床系の大学院生、及び 8) 医育機関の臨床系以外の大学院生、に該当する医師は、休業取得の対象外であるため、本分析から除外した。また 65 歳以上医師も除外した。

「業務の種別」のうち、以下に該当する医師を対象に組み入れた。

- 1) 診療所の開設者または法人の代表者、
- 2) 診療所の勤務者、
- 3) 病院の開

設者または法人の代表者、4) 病院の勤務者、5) 医育機関の臨床系の教官または教員、7) 医育機関の臨床系の勤務者で5)及び6)以外の者。

#### 変数

性別、年齢、勤務先(診療所、市中病院、大学病院)を背景因子とした。休業の取得は産休、または育休を取得している場合と定義し、介護休業は除外した。就労形態は常勤と非常勤に分けた。

#### 統計解析

カテゴリー変数は $\chi^2$ 乗検定を行い、連続変数は $t$ 検定を行った。 $P < 0.05$ で統計学的有意差ありと判断した。

解析に用いたソフトウェアは Stata version 15.0 (Stata TX, USA) である。

### C. 研究結果

2016年の医師調査データの全コホート 363,043 人のうち、本研究の組み入れ基準に該当した医師は 251,442 人であった。

表1は該当した医師の背景因子である。性別は男性が 192,214 人(76.4%)、平均年齢 45.2 歳(標準偏差 11.0)であった。所属は診療所 66,957 人(26.6%)、市中病院 129,897 人(51.7%)、大学病院 54,588 人(21.7%)であった。

2016年12月31日時点で、産休・育休を取得していた医師は 2,163 人(0.9%)で、そのうち男性は 16 人(0.7%)であった。産休・育休を取得した医師の平均年齢は 35.5 歳(標準偏差 4.0)で、診療所では 169 人(7.8%)、市中病院では 1,187 人(54.9%)、大学病院では 807 人(37.3%)であった(表2)。

2016年12月31日時点で、非常勤は 29,662 人(11.8%)であった(表3)。そのうち、16,435 人(54.4%)が男性、平均年齢は 39.2 歳(標準偏差 9.7)で

あった。所属は診療所では 5,991 人(20.2%)、市中病院では 10,779 人(36.3%)、大学病院では 12,892 人(43.5%)であった。常勤医と比べて、非常勤の女性の割合は有意に高かった(44.6% vs 21.7%,  $P < 0.001$ )。平均年齢は常勤と比べて非常勤の方が有意に若かった(39.2 歳 vs 46.0 歳,  $P < 0.001$ )。

50歳以下の女性は 46,570 人で、平均年齢は 37.3 歳(標準偏差 7.1)であった(表4)。所属は診療所 8,106 人(17.4%)、市中病院 24,560 人(52.7%)、大学病院 13,904 人(29.9%)であった。

そのうち、産休・育休を取得した医師は 2,144 人(4.6%)で、所属は診療所 167 人(2.1%)、市中病院 1,171 人(4.8%)、大学病院 806 人(5.8%)であった。就労形態が非常勤なのは 11,236 人(24.1%)で、所属は診療所 5,991 人(20.2%)、市中病院 10,779 人(36.3%)、大学病院 12,892 人(43.5%)であった。産休・育休を取得している割合は常勤と比べて、非常勤は有意に低かった(3.8% vs 4.9%,  $P < 0.001$ )。

### D. 考察

2016年の医師調査の個票データを用いて、産休・育休を取得や就業形態について集計・分析した。産休・育休の取得は医師全体の 0.9%で、女性の中でも 4.6%であった。また就業形態では非常勤は女性が多く、年齢が若かった。特に、大学病院が多かった。

産休・育休の取得は法律で認められており、男女を問わない。それは医師も同じである。しかし本研究の結果から、男性が育休を取得することは稀であることが明らかになった。

2016年の雇用均等調査によれば、企業

における男性の育児休業の取得割合は約 3.16%であり、男性が育児休業を取得できる事業所も約 5.4%にとどまった[1]。本研究の結果から、男性医師は一般企業に従事する男性よりもさらに育児休業を取得する割合が低いことが推察された。

就業形態については、非常勤は全体で 11%であり、女性の割合が高く、平均年齢が低かった。非常勤は、常勤として働くよりも労働時間が短く、時間に余裕があるため、育児中の女性が非常勤として働くこと多いことが考えられる。また、大学病院では医師が多数勤務しているので、常勤として働けないことが、非常勤の状態でも若い医師が働いている理由の一つと考えられる。産休・育休を取得している妊娠可能な年齢の女性では、就業形態は非常勤の方が有意に低かった。理由としては、常勤では産休・育休を取得することは認められているが、非常勤の就業形態では産休・育休の取得が認められていない可能性がある。また、産休・育休後に育児を行っている女性が、常勤の労働時間では労働できないことが理由と考えられる。

本研究には限界がある。一点目は、結婚、妊娠・出産の有無、子供の有無のデータがないことである。産休・育休の取得は、子供の人数や結婚の状態も併せて検討する必要がある。本研究では、母数は基準を満たした対象としたが、実際は妊娠している女性や子供のいる男性を対象とした育休の取得を評価する必要がある。二点目は、医師調査の提出率が不明な点である。常勤ではない場合、医師・歯科医師・薬剤師調査を提出していない可能性や、常勤であっても非常勤で他の病院で労働していることを申告していない可能性もある。三点目は、大学院生の労

働の実態が不明な点である。妊娠・出産・育児のために大学院生としての研究を差し控えている状態があるかもしれない。また、大学院生でも非常勤で労働していることはあるため、その労働実態を正確に把握する必要があると考えられる。四点目は、本研究は横断研究であり、産休・育休の取得や就労形態が時系列でどのように変化したかは不明である。

## 結論

2016 年の医師調査の個票データを用いて、医師の産休・育休の取得や就労形態の実態について調査した。今後さらなる詳細なデータを利用することで医師の労働実態を明らかにする必要がある。

## 参考文献

1. 厚生労働省 平成 29 年度雇用均等基本調査  
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/71-29r.html>

## E. 研究発表

1. 論文発表  
なし
2. 学会発表  
なし

## F. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表 1 対象医師の背景

計	251442
男性(%)	192214 (76.4)
年齢(標準偏差)	45.2 (11.0)
所属(%)	
診療所	66957 (26.6)
市中病院	129897 (51.7)
大学病院	54588 (21.7)

表 2 産休・育休を取得した医師の背景

計	2163
男性(%)	16 (0.7)
年齢(標準偏差)	35.5 (4.0)
所属(%)	
診療所	169 (7.8)
市中病院	1187 (54.9)
大学病院	807 (37.3)

表 3 就労形態による医師の背景

	非常勤 n = 29662	常勤 n = 221780	P value
男性(%)	16435 (55.4)	175779 (79.3)	< 0.001
年齢(標準偏差)	39.2 (9.7)	46.0 (10.9)	< 0.001
所属(%)			< 0.001
診療所	5991 (20.2)	60966 (27.5)	
市中病院	10779 (36.3)	119118 (53.7)	
大学病院	12892 (43.5)	41696 (18.8)	

表 4 50 歳以下の女性医師の背景

計	46570
年齢(標準偏差)	37.3 (7.1)
所属(%)	
診療所	8106 (17.4)
市中病院	24560 (52.7)
大学病院	13904 (29.9)
産休・育休の取得	2144 (4.6)
非常勤勤務	11236 (24.1)

## アクセスの観点からみた専門医の必要数推計に関する研究

研究協力者 鈴木 達也 自治医科大学地域医療学センター 地域医療学部門 助教  
小池 創一 自治医科大学地域医療学センター 地域医療政策部門 教授

### 研究要旨

診療科ごとの医師、医療施設の必要数推計に関する考え方のひとつとして、道路距離を基にした医療施設までのアクセシビリティと医師数と患者数を考慮し、分析を行った。本年度は、パイロットスタディとして、内科、小児科、産科及び産婦人科(以下、産科)の3領域を対象とした。内科、小児科、産科について、総人口、15歳未満人口、15歳から49歳女性人口を対象として、医療施設までの距離を算出した。距離算出に際しては、2014年医療施設静態調査及び2015年国勢調査5歳階級別500mメッシュ集計の人口を使用し、GISを用いて行った。さらに、自動車で30分圏内を一つの基準として、15km以内で医療施設に到達できる人口割合を30分カバー率として算出した。

分析の結果、30分カバー率は、内科、小児科、産科それぞれ、97.50%、97.72%、95.51%となった。また、居住地から最寄りとならない医療機関の割合は、都道府県ごとに差があり、東京都、大阪府、神奈川県などで高い割合を示し、最寄り施設へのアクセスではなく、需要量を担保する医療施設の立地が示唆された。今後、本研究の分析モデルに受療率を導入することで、医療機関ごとのキャパシティを考慮したアクセス分析モデルを構築し、ミクロな視点からの必要医師数の推計を図る予定である。

### A. 研究目的

医師、医療施設の地域偏在、診療科ごとの偏在は将来の医療提供体制を構築する上で喫緊の課題である。これに対し、医師需給分科会では、診療領域など疾病ごとの詳細な需要推計と医師の労働時間や働き方等を勘案した供給推計を行うことで、全国規模でのマクロな視点から必要医師数を推計している。

これに関して、地域偏在や診療科偏在など、部分的な不均衡が全体の必要医師数に影響を与えることが懸念されるが、それがどの程度の影響であるのか、どこの地域に影響を与えるのかについて、把握しておくことは喫緊の課題であると言える。

以上より、本研究では、医療施設までのアクセスの観点から、診療科ごとの地域偏在を把握し、ミクロな視点から必要医師数の推計を試みる。

### B. 研究方法

居住地から各診療科までのアクセシビリティについて、地理情報システム(GIS)を用いて道路距離で計測し、全国の状況を市町村ごとにデータベース化を行った。

#### 1. 使用データと対象

使用するソフトウェア、データに関しては、ESRI JAPAN ArcGIS、ArcGIS Stat Suite:平成27年国勢調査メッシュによる男女別5歳階級別人口、平成26年医療施設静態調査(以下、静態調査)、平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査(以下3師調査)を使用する。なお、静態調査及び3師調査の調査票情報の利用にあたっては、統計法第33条の規定に基づき厚生労働省に対して提供の申出

を行い、許可(平成 30 年 8 月 29 日厚生労働省 発政統計 0829 第 3 号)を得ている。

本報告では、パイロットスタディとして、内科、小児科、産科を対象とした。産科に関しては、用いたデータでは医療機関ごとに診療行為を分類することが困難であるため、産科及び産婦人科とした。各診療科の医師数は、病院に関しては、静態調査から得られる医師数、診療所に関しては、3 師調査の主たる医療機関を項目について静態調査に存在する診療所の医療機関番号と突合して算出した。対象とする人口に関しては、内科については総人口、小児科については 15 歳未満人口、産科に関しては、15 歳以上 49 歳以下の女性人口とし、3 次メッシュ(一辺約 1km の格子)の中心点から医療機関までの道路距離を Arc GIS Network Analyst ツールを用いて算出した。

## 2. カバー率と医療機関の立地状況

まず、3 次メッシュの中心点から各診療科のある最寄り医療機関までの距離を算出した。このうち、時速 30km の自動車です 30 分である 15km 圏内である人口を市町村ごとに集計した。また、医療機関までの距離ごとに各診療科で対象となる人口のヒストグラムを作成した。

次に、都道府県ごとに集計した各診療科の対象人口と最寄りの医療機関と最寄りではない医療機関の比率を集計し、医療機関の立地状況について考察した。なお、最寄り医療機関は、3 次メッシュの中心点から道路距離上、最も近い医療機関として選択された施設であり、どの中心点からも選択されない施設(山間部や、都市部で隣接して立地している場合など)は最寄りではない医療施設としている。

## C. 研究結果

### 1. アクセシビリティによるカバー率

最寄りの医療機関から 30 分圏内にそれぞれの診療科の対象人口が存在する割合(カバー率)は、全国では、内科で 97.50%、小児科で 97.22%、産科で 95.51%であった。1 市区町村あたりの平均カバー率は、内科で 96.57%、小児科で 92.45%、産科で 77.03%となった。都道府県ごとの平均では、内科、小児科、産科それぞれ、97.71%、97.19%、94.17%であった。(表 1)

**表 1 アクセシビリティによるカバー率**

	アクセシビリティによるカバー率		
	全国	市区町村平均	都道府県平均
内科	97.50%	96.57%	97.71%
小児科	97.22%	92.45%	97.19%
産科	95.51%	77.03%	94.17%

また、図 1 から図 3 に各診療科のカバー率の全国分布を示した。表 1 に示す通り、全国のカバー率は大きな違いはないが、分布図を見ると内科では、ほとんどの市町村で 90% を超えるカバー率を示しているのに対し、小児科では、北海道でややカバー率の低い市町村が見受けられる。また、表 1 の市区町村ごとの平均値が 77.03% を示す産科では、北海道をはじめ、全国でカバー率が低い市区町村が散在していることが確認できる。

さらに、図 4 から図 6 に各診療科までの距離帯ごとのヒストグラムを示す。各診療科とも 1.5km 以内で最寄りの医療機関に到達できる人口が最も多い。さらに、内科については、1.5km までの距離帯で、対象となる人口の 80% をカバーできており、小児科については、2km、産科については、4km 以内で 80% 以上のカバー率となっている。カバー率が 90% を超える距離帯は、内科、小児科、産科それぞれ、2.5km、3.5km、7.5km であった。なお 12.5km 以内で 3 診療科ともカバー率 95% を超えた。

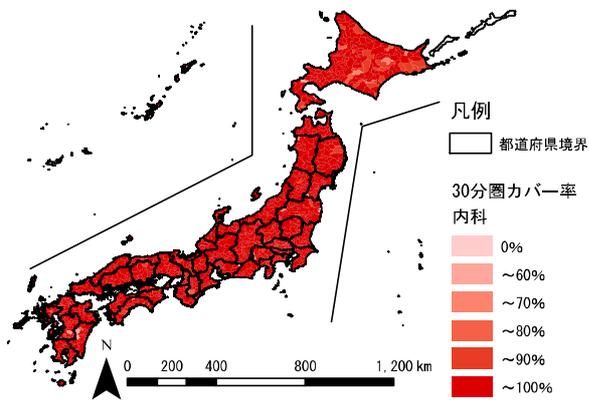


図1 30分圏カバー率(内科)

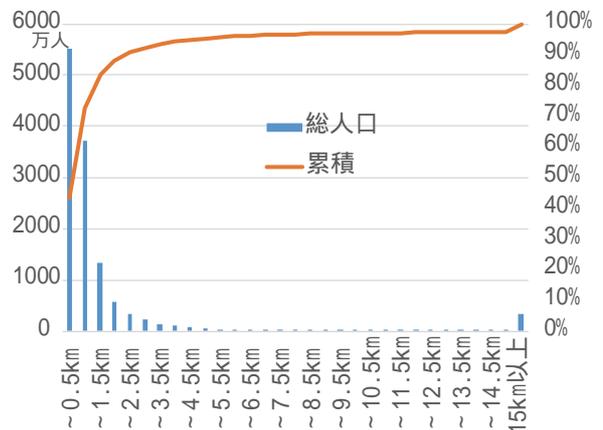


図4 内科までの距離帯ごとのヒストグラム

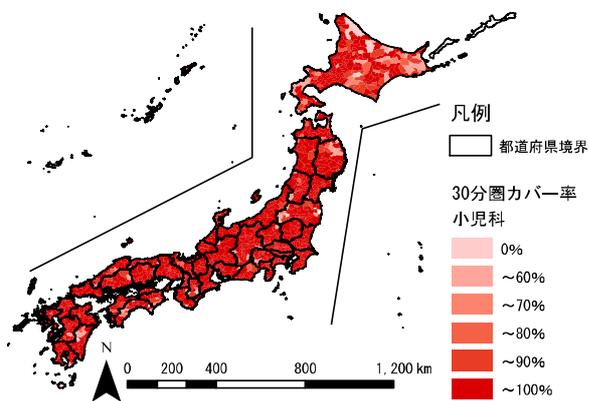


図2 30分圏カバー率(小児科)

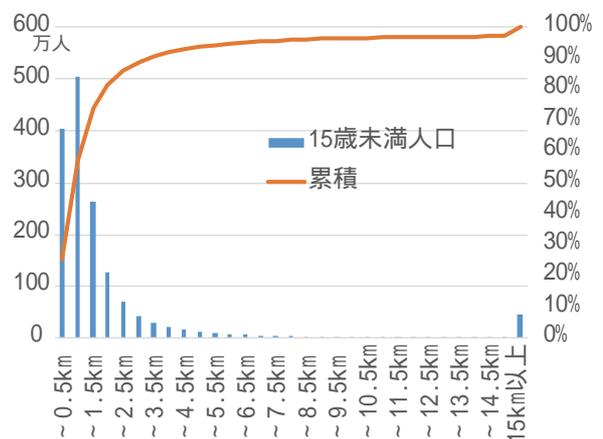


図5 小児科までの距離帯ごとのヒストグラム

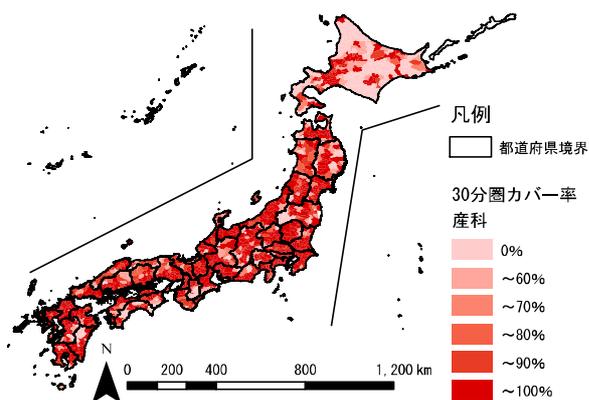


図3 30分圏カバー率(産科)

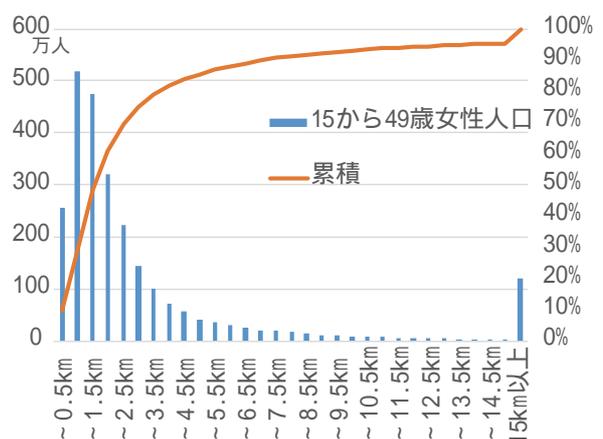


図6 産科までの距離帯ごとのヒストグラム

### 3. 対象人口と医療機関の立地状況

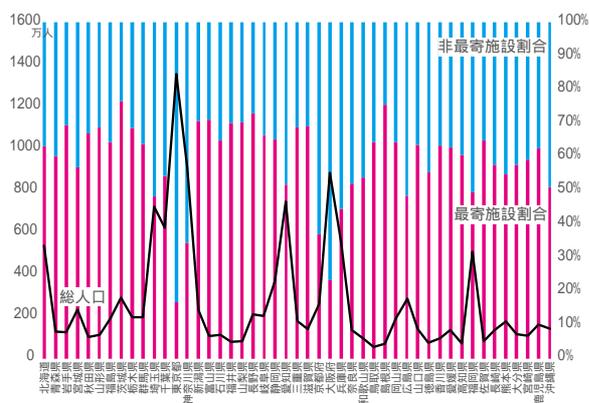


図7 都道府県ごとの対象人口と最寄、非最寄施設割合(内科)

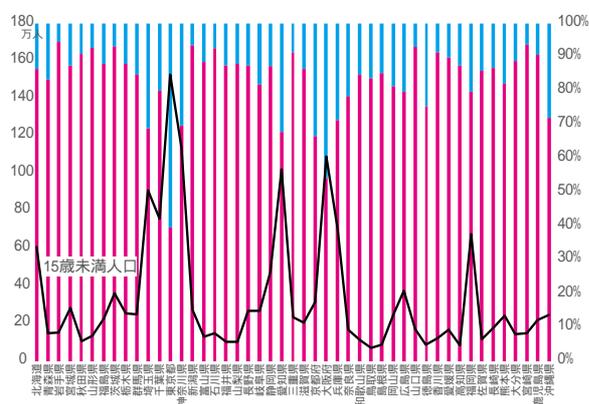


図8 都道府県ごとの対象人口と最寄、非最寄施設割合(小児科)

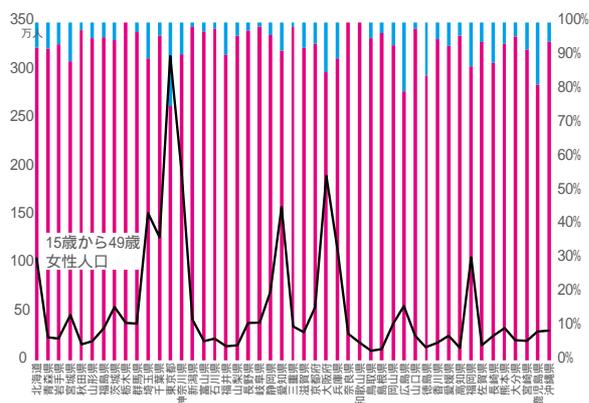


図9 都道府県ごとの対象人口と最寄、非最寄施設割合(産科)

図7から図8に都道府県ごとに集計した各診療科の対象となる人口(折れ線グラフ)と、最寄り施設数の比率(棒グラフ)を示した。最寄り施設数の割合が高い都道府県は、比較的、医療機関が分散して立地しており、逆に低い都道府県は密集して立地している地域が存在している。内科では、最寄り施設割合最も低い都道府県は、東京都、大阪府、神奈川県、京都府、小児科では、東京都、大阪府、京都府、愛知県、産科では東京都、広島県、徳島県、鹿児島県であった。

### D. 考察

アクセシビリティからみたカバー率は、最寄り施設として割り付けられた医療機関のキャパシティを無視しているため、実際のカバー率はより低下すると考えられる。従って、供給量が不足している都会や、広範な地域をカバーしている地方の医療機関で過大な評価となってしまう可能性がある。特に表1から、全体のカバー率と都道府県ごとの平均や市町村ごとの平均を比較すると、内科や小児科に比べ、産科では市町村ごとのばらつきが大きいことが示唆され、図1から3を比較することでも確認できる。これを解消するには、医療機関の配置再編が必要となる。

また、東京都、神奈川県、大阪府など、人口の多い都市部では最寄り医療施設でのアクセスでは評価されない施設立地が多数見られた。これについては、対象人口が多く、最寄りの施設のみを利用することが現実的でない内科で特に顕著であった。このような診療科、地域では、近隣に医療機関が多数立地し、利用する医療機関をアクセス以外の理由、例えば混雑度や評判など、で選択していることが想定されるため、カバー率での評価には慎重を期す必要がある。

以上のように、本研究では、アクセシビリティに基づき、医師や医療機関の偏在を概観した。しかし、実際の実態を考えると、医療機関ごとのキャパシティは無視できない。今後、各診療科の受療

率から供給量と需要量のバランスを考慮し、容量制限を設けたアクセシビリティ分析を行う予定である。

## E. 結論

アクセスの観点から医療資源の分布に関して分析を行った。現状以上に利便性を高めるためには、医師数による供給量と、医療施設立地の両面を考慮する必要があるが示唆された。

本研究で得られた結果は、医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会第4次中間とりまとめにも記載のある、医師少数スポットのような、医療圏単位で観察できない詳細な地域の医療需給状況をアクセスという観点から概観することができる。受療率や外来患者数を基にした需要と供給の諸変数に関して、並行する研究成果と併せることで、局所的な医療資源の不足や偏在を示す一つの指標として有用であると考えられる。

## 謝辞

本研究を進めるにあたり、自治医科大学地域医療学部門の小谷和彦教授に貴重な示唆をいただいた。ここに記して謝意を示す。

## F. 研究発表

該当無し

## G. 知的財産権の出願・登録状況

該当無し

## 研究成果の刊行に関する一覧表

該当なし

厚生労働大臣 殿

平成31年 2月 20日

機関名 自治医科大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 永井 良氏 印



次の職員の平成30年度厚生労働行政推進調査事業費補助金の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業

2. 研究課題名 ニーズに基づいた専門医の養成に係る研究

3. 研究者名 (所属部局・職名) 地域医療学センター地域医療政策部門・教授

(氏名・フリガナ) 小池 創一 ・ コイケ ソウイチ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	自治医科大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する口にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

平成31年3月26日

厚生労働大臣 殿

機関名 京都大学

所属研究機関長 職名 医学研究科

氏名 岩井 一宏

次の職員の平成30年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業

2. 研究課題名 ニーズに基づいた専門医の養成に係る研究

3. 研究者名 (所属部局・職名) 医学研究科 教授

(氏名・フリガナ) 今中 雄一 (イマナカ ユウイチ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	自治医科大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する口にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

平成31年 4 月 3 日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京大学

所属研究機関長 職名 総長

氏名 五神 真 印



次の職員の平成30年度厚生労働行政推進調査事業費補助金の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
2. 研究課題名 ニーズに基づいた専門医の養成に係る研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 東京大学大学院医学系研究科・教授  
(氏名・フリガナ) 小林 廉毅 (コバヤシ ヤスキ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 産業医科大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 東 敏昭 印



次の職員の平成30年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
2. 研究課題名 ニーズに基づいた専門医の養成に係る研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 医学部公衆衛生学・教授  
(氏名・フリガナ) 松田 晋哉・マツダ シンヤ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	自治医科大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

平成31年3月19日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人広島大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 越智 光夫 印



次の職員の平成30年度厚生労働行政推進調査事業費補助金の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
- 2. 研究課題名 ニーズに基づいた専門医の養成に係る研究
- 3. 研究者名 (所属部局・職名) 大学院医歯薬保健学研究科地域医療システム学講座・寄附講座教授  
(氏名・フリガナ) 松本正俊・マツモトマサトシ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	自治医科大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

(2016.3.3)

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

平成31年 3 月 12 日

機関名 国立大学法人東京大学

所属研究機関長 職名 総長

氏名 五神 真 印



次の職員の平成30年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
2. 研究課題名 ニーズに基づいた専門医の養成に係る研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 大学院医学系研究科・教授  
(氏名・フリガナ) 康永 秀生・ヤスナガ ヒデオ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。