

厚生労働科学研究費補助金

地域医療基盤開発研究事業

DPCとタイムスタディを用いた臓器専門医のプライマリ・ケア診療可視化に基づく医師偏在指標の開発に関する研究

(令和) 6年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 上原 孝紀

(令和) 7 (2025) 年 5月

研究報告書目次レイアウト

目 次

I. 総括研究報告		
「DPCとタイムスタディを用いた臓器専門医のプライマリ・診療可視化に基づく 医師偏在指標の開発」に関する研究	-----	1
上原孝紀		
II. 分担研究報告		
1. 「大学病院入院患者に対する総合医の主治医機能対応可否の可視化：DPCデ ータを用いた構造的分析」に関する研究	-----	5
中部貴央, 上原孝紀, 大平善之, 太田光泰, 和足孝之, 小林美亜		
2. 「日本型ホスピタリストによる主治医機能の代替可能性：全国42国立大学病 院DPCデータに基づく多施設研究」に関する研究	-----	10
中部貴央, 上原孝紀, 大平善之, 太田光泰, 和足孝之, 小林美亜		
3. 「大学病院における臓器別専門医が担う業務範囲の可視化：電子タグを用い た滞在時間分析」に関する研究	-----	14
上原孝紀, 小林美亜, 横川大樹		
4. 「義務年限を有する医師の地域配置と関連要因：全国横断調査に基づく医師 偏在対策の現状分析」に関する研究	-----	18
上原孝紀, 大平善之, 太田光泰, 塚田弥生, 大坪徹也		
5. 「令和4年度医師届出票に基づく医師配置の実態と課題の分析」に関する研究	-----	24
上原孝紀		
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	-----	27
IV. 倫理審査等報告書の写し	-----	28

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
令和6年度 総括研究報告書

DPCとタイムスタディを用いた臓器専門医のプライマリ・ケア診療可視化に基づく医師偏在指標の開発

研究代表者 上原孝紀 千葉大学医学部附属病院 総合診療科 講師

研究要旨

本総括研究報告書は、令和5年度より開始された3年間の政策研究のうち、2年目にあたる令和6年度の成果をとりまとめたものである。本研究の目的は、令和6年度から開始された第8次(前期)医師確保計画に対して、現行の医師確保政策の進捗状況およびその効果を評価するとともに、医師偏在の是正と医師確保に資する具体的な施策群、その実施戦略および評価指標の提案を行うことである。

研究は二段階構成で実施している。第一段階では、DPCデータおよびタイムスタディを用いて、大学病院における臓器別専門医が担う領域横断的業務の診療実態を可視化し、タスクシフト・タスクシェアの可能性を検討する。また同時に、医師の地域偏在および診療科偏在の現状を多角的に分析し、現在の診療の課題を明らかにする基盤的研究を進めた。第二段階では、これらの分析を踏まえて、全国の医師を対象とした意識調査を通じ、人材配置の最適化に向けた基礎資料を収集することを目指している。

本年度は以下の5つの分担研究を実施した：

1. 大学病院入院患者に対する総合医の主治医機能対応可否の可視化：DPCデータを用いた構造的分析
2. 日本型Hospitalistによる主治医機能の代替可能性：全国42国立大学病院DPCデータに基づく多施設研究
3. 大学病院における臓器専門医が担う業務範囲の可視化：電子タグを用いた滞在時間分析
4. 義務年限を有する医師の地域配置と関連要因：全国横断調査に基づく医師偏在対策の現状分析
5. 令和4年度医師届出票に基づく医師配置の実態と課題

さらに今後は令和7年度には、総合診療専門医および臓器別専門医を対象とした診療科別地域偏在に関する全国規模の意識調査を実施し、医師配置の最適化に向けた基礎資料の整備を予定している。本報告書は、これら一連の調査・分析を通じて、第8次(後期)医師確保計画の立案に資する科学的基盤の構築を目的とするものである。

研究分担者

小林美亜 山梨大学大学院 総合研究部医学
域臨床医学系 特任教授

塚田弥生 日本医科大学 総合医療・健康科学
准教授

大坪徹也 秋田大学 医療情報学講座 教授
中部貴央 東京大学医学部附属病院 国立大
学病院データベースセンター 特任助教

大平善之 聖マリアンナ医科大学 総合診療
内科 主任教授

太田光泰 横浜市立大学 医学教育学・総合
診療医学 教授

和足孝之 京都大学 総合臨床教育・研修セ

ンター 准教授

横川大樹 千葉大学医学部附属病院 総合診
療科 助教

A. 研究目的

【背景】

わが国では、急速な高齢化と多疾患併存患者の増加により、入院医療における領域横断的な診療ニーズが一層高まっている。一方で、専門領域の選択が自由である日本独自の専門医制度のもと、地域医療への対応や医師の配置に与える影響は十分に検証されておらず、また、地域枠や自治医科大学

卒業医師による医師偏在対策の効果についても、実態が十分には明らかにされていない。さらに、医師の働き方改革が本格化する中、大学病院を含むすべての医療機関において、診療業務の再設計と業務負担の適正化が喫緊の課題となっている。こうした背景を踏まえ、臓器別専門医に集中している診療業務の実態を可視化するとともに、日本型ホスピタリストによる業務分担の可能性を検討すること、さらには医師の地域偏在・診療科偏在の実態と、それに対する医師自身の意識を明らかにすることが求められている。

【目的】

本研究の目的は、令和6年度から開始された第8次（前期）医師確保計画の進捗状況およびその効果をモニタリング・評価し、医師の地域偏在・診療科偏在の是正に資する実証的エビデンスを蓄積することである。具体的には以下の5点を目指す。

1. 2. 大学病院における日本型ホスピタリストの主治医機能対応可能性の可視化(単施設および42の国立大学病院を対象)
3. 臓器別専門医が担う業務構造の定量的把握(タイムスタディ)
4. 義務年限医師の地域貢献実態の明確化
5. 医師届出票を用いた地域別・診療科々の医師偏在構造の分析
6. 診療科別地域偏在に関する全国規模の医師意識調査の実施

B. 研究方法

本年度は、以下の5つの分担研究を実施した。

1. DPCデータを用いた日本型ホスピタリストの主治医機能代替可能性の可視化 (千葉大学病院単施設分析)

千葉大学病院を対象に、総合診療医3名による症例評価とDPCコードに基づく分類を行い、日本型ホスピタリストが主治医機能を代替可能と判断される入院患者の構造的実態を分析した。

2. 全国42国立大学病院における多施設DPCデータ解析

上記の符号付けモデルを全国42の国立大学病院のDPCデータに適用し、地域や大学の特性ごとの診療構造を比較・分析した。

3. 電子タグを用いた医師の院内行動分析
千葉大学医学部附属病院において、医師の年代・職位・専門領域別に病棟、カンファレンス、処置室など院内各エリアでの1分単位の滞在時間を記録し、領域横断的業務を含む業務内容の実態を可視化した。

4. 義務年限を有する医師の地域勤務実態分析(全国悉皆横断調査)

全都道府県の医師確保対策担当部署を通じて、義務年限を有する医師の勤務実績を調査し、都道府県別の勤務状況および医師の背景因子との関連について多変量解析を行った。

5. 令和4年度医師届出票による地域・診療科偏在構造の把握

医師届出票に記載された343,275名の全医師データを用い、都道府県および二次医療圏単位での医師配置傾向や専門医数との関係性分析した。

(倫理面への配慮について)

研究1, 2: 千葉大学医学部附属病院観察研究倫理審査の承認(HK202408-14)を受けて、本研究を実施した。

研究3: 千葉大学医学部附属病院観察研究倫理審査の承認(HK202311-02)を受けて、本研究を実施した。

研究4, 5: 千葉大学大学院医学研究院倫理審査委員会の承認(M10834)を受けて、本研究を実施した。

C. 研究結果

研究1・2: 日本型ホスピタリストが主治医機能を担えると評価された症例は、千葉大学病院で47.5%、国立大学病院全体でも46.7%に上った。内科系・非手術症例に対応可能性が高く、大学の属性や立地に関わらず共通傾向が認められた。

研究3: 院内滞在時間のうち、病棟やカンファレンスルーム等、領域横断的業務への時間配分が多く、特に若手医師でその傾向が顕著であった。

研究4: 義務年限を有する医師は、年間平均5か月程度医師不足地域に勤務しており、その傾向は自治医大卒業生や内科・総合診療科などに強く見られた。

研究5: 届出医師の配置には都道府県および二次医療圏レベルで有意な偏在が存在

し、地域枠等の従事要件に関する記載制度や専門医制度との乖離も明らかとなった。

D. 考察

研究 1・2：総合診療医 3 名による DPC データを用いた評価を通じて、日本型ホスピタリストが主治医機能を代替可能な入院患者の割合を明らかにした。医師間の一致度は Fleiss の $\kappa=0.532$ と中等度であり、Cohen の κ 係数による個別評価とコンセンサスとの整合性も高く、主観性を伴う臨床判断において一定の信頼性と再現性が担保されていることが示された。

千葉大学病院では 47.5%、全国 42 の国立大学病院全体でも 46.7% の入院患者が、ホスピタリストによる対応が可能と判断された。血液疾患を除く内科系疾患（呼吸器、循環器、消化器、内分泌、腎泌尿器系）では対応可能とされる一方、眼科や小児・産科などの専門性の高い領域では対応困難とされた。高齢者（65 歳以上）がホスピタリスト群に多く、全入院患者の半数以上を占めていたことから、今後の高齢化社会におけるホスピタリストの重要性が示唆される。

また、診療報酬上で高得点とならない患者群、すなわち高度急性期ではないが医療的支援を多く必要とする患者がホスピタリスト群に多く含まれていた点は、今後の入院医療提供体制設計において極めて重要である。大学の属性や立地条件にかかわらず、約半数の入院患者に対し領域横断的な診療が普遍的に行われている実態も示された。日本型ホスピタリストの育成、定義の明確化、臓器別専門医による一定期間の領域横断的診療、多職種との協働を含むタスクシフト・タスクシェアの推進など、医療提供体制の再設計に向けた方向性が示された。

研究 3：電子タグを用いた医師の院内行動分析により、大学病院における医師の年代・職位・専門領域別の業務実態が可視化された。特に若手医師は、病棟での患者管理やカンファレンス、事務作業に多くの時間を割いており、臓器別専門診療に特化する前段階でジェネラリスト的役割を担っていることが示唆された。

内科系では年代・職位による滞在時間の差が大きく、業務負担に偏りがみられた一

方、外科系では役割分担が比較的均等であった。これらの結果は、日本における臓器別専門医が領域横断的な業務を兼務している現状を示しており、日本型の病棟総合医の導入や業務負担の再配分の必要性が明らかとなった。

働き方改革施行後のデータとの比較も視野に、制度的影響の検証を含めたタイムスタディの継続的实施が求められる。

研究 4：義務年限医師の勤務実態に関する全国規模の全数調査により、地域枠・自治医科大学制度が医師不足地域における人的資源確保に一定の効果を発揮していることが確認された。ただし、医師多数区域への集中傾向は依然として残存し、制度単独では偏在解消に限界があることも示された。半年以上地域勤務した医師には、経験年数、専門領域、卒業大学などに特徴がみられ、診療科別では内科、小児科、外科、整形外科、総合診療科の地域医療への貢献が示された。育児・介護等の負担が地域勤務に影響を与えている可能性も示唆され、柔軟な勤務体制の整備が必要である。

本研究は、制度設計に対する実証的エビデンスを提供するものであり、今後は義務年限終了後のキャリア継続や定着状況に関する縦断的研究が必要である。

研究 5：医師届出票を用いた分析により、医師多数・少数地域の構造的偏在が明らかとなった。都道府県・二次医療圏内の偏在も顕著であり、公的配置政策が一定の効果を上げている一方、実態との乖離や届出データの制度的課題も確認された。

地域枠・自治医大卒業者数と届出上の「従事要件あり」医師数との乖離や、専門医制度の刷新に伴う内科領域の専門医数の届出と学会数値の不一致は、データの精度と制度運用に改善の余地があることを示す。

E. 結論

本研究により、大学病院すなわち高度急性期医療機関においても、日本型ホスピタリストが主治医機能を代替しうる入院患者が全体の約半数に及ぶことが明らかとなり、領域横断的な診療に関するタスクシフト・タスクシェアの現実的な可能性が示された。とりわけ、高齢者や慢性疾患を有する患者など、高度急性期医療の枠組みでは提

えきれない医療ニーズに対して、効率的かつ総合的・継続的な入院管理を担う人材およびチームの必要性が浮き彫りとなった。さらに、電子タグによる行動分析により、臓器別専門領域に所属する若手医師が病棟業務やチーム医療に多くの時間を費やしている実態が明らかとなり、現行の医療体制において臓器別専門医が領域横断的業務を広く担っている状況が可視化された。これらの結果は、日本型ホスピタリストの定義と運用、そして医師間の業務負担の最適化が、持続可能な医療提供体制の構築に不可欠であることを示唆している。

また、義務年限を有する医師の勤務実態調査を通じて、地域枠・自治医科大学制度が医師不足地域の医療提供体制に一定の貢献を果たしている一方で、制度単独では地域偏在の根本的解決には至っておらず、今後の縦断的研究や包括的政策の必要性が示された。

加えて、医師届出票の分析からは、地域枠や従事要件に関する届出の不整合や、専門医制度の移行期における登録上の課題が明らかとなり、政策的・制度的な運用改善の必要性が認識された。

今後、令和7年度に予定されている全国規模の意識調査を通じて、医師自身の診療科選択や地域勤務に対する意識構造を明らかにし、医師の配置と専門性の最適化に資する実効性のある政策提言に向けた基盤を、さらに強化していく必要がある。

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

中部貴央, 上原孝紀, 小林美亜, 大平善之, 太田光泰. 国立大学病院において臓器専門医が担う領域横断的診療の実態-DPCデータを用いた分析-. 第62回日本医療・病院管理学会学術総会. 2024年10月27日(一般講演).

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

大学病院入院患者に対する総合医の主治医機能対応可否の可視化：DPC データを用いた構造的分析

中部貴央 東京大学医学部附属病院国立大学病院データベースセンター 特任助教
上原孝紀 千葉大学医学部附属病院 総合診療科 講師
大平善之 聖マリアンナ医科大学 総合診療内科 主任教授
太田光泰 横浜市立大学 医学教育学・総合診療医学 教授
和足孝之 京都大学 総合臨床教育・研修センター 准教授
小林美亜 山梨大学大学院 総合研究部医学域臨床医学系 特任教授

研究要旨

【背景】日本では総合診療医の体系的な養成が始まったばかりであり、入院診療は主に臓器専門医が主治医として担い、領域横断的な対応も行ってきた。米国では 1990 年代より入院患者の領域横断的診療を担う病棟総合医（ホスピタリスト）が養成され、領域横断的診療を担っている。高齢化の進展により多疾患併存の入院患者が増加する中、勤務時間管理の厳格化を含む医師の働き方改革が本格化し、入院患者に対する領域横断的な対応が可能な診療体制の構築が必要である。

【目的】本研究は、日本型ホスピタリストが主治医機能を担える入院患者の構造的実態を可視化し、日本の医療提供体制における臓器専門医による領域横断的診療負担の現状を明らかにすることを目的とした。

【方法】2022 年 9 月から 11 月の 3 ヶ月間に千葉大学病院に入院した全 4,321 名の患者の診療情報を基に、総合診療医 3 名が「日本型ホスピタリストが主治医機能を担える」と判断した場合に 1、担えない場合に 0 と符号付けを行った。3 名のうち 2 名以上の判断が一致した場合をコンセンサスありと定義し、患者の DPC コード別に「担える=1」「担えない=0」を分類した。さらにこの分類を用いて、2021 年 4 月から 2023 年 12 月に入院した 48,038 名の符号付けを行い、2022 年 9～11 月の DPC データに含まれていなかった 4,321 名への符号付けを行い、計 9,178 名の患者に符号付けを行った。この 3 名の医師の 1/0 の符号付けの一致度については、Fleiss の κ 係数を用いて評価した。MDC 分類や患者背景因子の比較には、t 検定、カイ二乗検定、残差分析を用いた。

【結果】3 名の医師の符号付けは軽度の一致（Fleiss の $\kappa=0.347$ ）が得られた。ホスピタリスト群は 22,798 名（47.5%）であり、日本型ホスピタリストによる対応が可能と評価されたのは、主に呼吸器・循環器・消化器・内分泌・腎泌尿器系などの血液疾患を除く内科系疾患群であった。一方で眼科、乳腺、小児、産科、新生児領域などでは対応困難とされた。

【結論】大学病院においても、約半数の入院患者が日本型ホスピタリストの主治医機能で対応可能である可能性が示された。一方で 3 名の医師による対応可否の一致度は軽度にとどまり、日本型ホスピタリストの対応可能な範囲についてはコンセンサスを構築していく必要性があると考えた。今後、医療機能の分化やタスクシフト・タスクシェアの実現に向け、領域横断的な診療を必要とする入院患者対応の制度設計と体制の整備が求められる。

A. 研究目的

日本ではこれまで病棟総合医(ホスピタリスト)の体系的な養成が行われておらず、総合診療医の本格的な育成も遅れてきた。病棟総合医(ホスピタリスト)は、米国で1990年代に開始された概念で、専門領域の枠組みを越えて、入院診療を要する患者の内科管理を行う医師であり、50,000人を超える医師が従事して、急速にその数を増やしている(New Engl J Med. 2016; 375(11): 1009-11.)。2018年に開始された新専門医制度により、日本においても総合診療医の養成が本格的に始まり、診療所のみならず病院においても総合的な診療を行う医師、すなわちホスピタリストとしての役割も視野に入れた専門医として育成が進められている。

日本の入院診療では、臓器専門医が各患者の主治医を務め、多疾患を抱える高齢患者に対しても領域横断的な診療を行っている。こうした主治医モデルは、ジェネラリストを組織的に養成している諸外国と比較して、臓器専門医に過度な業務負担が集中する構造となっている。なお、ジェネラリストとは、特定の臓器や疾患に限定されず、幅広い疾患や症状に対応できる総合的な診療能力を有する医師を指す。総合診療医等は、その代表的な存在であり、患者の年齢、性別、臓器系統を問わずに診療を行うことが特徴である。

さらに、超高齢化社会を迎えた日本においては、複数の慢性疾患を併せ持つ入院患者の増加が顕著であり、大学病院のような高度医療機関においても、こうした患者への対応が日常的となってきた。加えて、2024年からは医師の働き方改革が本格的に施行され、勤務時間の上限管理が厳格化される中で、入院診療体制の抜本的な見直しが急務となっている。米国では領域横断的な病棟業務を一手に引き受ける専門医として1990年代からホスピタリスト(病棟総合医)という医師像が確立され、年々その医師数を増やしているが、日本ではホスピタリストはごくわずかであり、その背景は総合診療や内科に限られている。また、フリーアクセスや診療報酬体制を含めた医療制度が異なるため、日本型ホスピタリストの実際の働き方は、これから定義していく必要がある。

以上の背景を踏まえ、本研究では、日本型のホスピタリストが入院患者の主治医機能を担う症例の構造的実態を可視化し、日

本の医療提供体制における臓器専門医による領域横断的診療の現状を明らかにすることを目的とする。これにより、医師遍在への対策や医療機能の分化、タスクシフト・タスクシェアの推進に資するエビデンスを提供し、今後の日本の医療制度改革に向けた政策提言の基盤を構築することを目指す。

B. 研究方法

本研究ではまず、今後、日本において、米国型ホスピタリストの機能を担う医師を配置すると仮定した場合に、主治医機能を担う医師を日本型ホスピタリストと定義した。次に、2022年9月～11月の3か月間に千葉大学病院へ入院した患者を対象とし、以下の6項目の情報を抽出した：1. 入院診療科名、2. 最も医療資源を投入した病名、3. 主傷病名、4. 入院契機となった傷病名、5. 手術の有無、6. 手術名。これらの情報に基づき、日本型ホスピタリストとしての勤務経験を有する総合診療医3名が各患者について「総合診療医が主治医機能を担える」と判断した場合には1、「担えない」と判断した場合には0として符号付けを行った。

(1) 3名の医師間の一致度

3名の総合診療医による1/0の符号付けの一致度については、Fleissの κ 係数を用いて評価した。Fleissの κ 係数は、0.41～0.60を中等度の一致、0.61～0.80を高い一致、0.81～1.00を非常に高い一致の評価基準に則った。さらに、3名中2名以上が1と判断した場合の評価結果をコンセンサスありと定義し、各医師ごとに、各々の判定とコンセンサスの判定結果との一致度をCohenの κ 係数により算出した。Cohenの κ 係数は、0.21～0.40を弱い一致、0.41～0.60を中等度の一致、0.61～0.80を高い一致、0.81～1.00を非常に高い一致の評価基準に則った。

(2) 入院患者に対する日本型ホスピタリストによる主治医機能の可否の検討

符号付けされた患者のDPCコードを抽出し、同様の方法により、千葉大学病院に2021年4月から2023年12月の間に入院した全患者のDPCコードについても、1/0の符号付けを行った。3か月間の入院患者に含まれていなかったDPCコードについては、同様に6項目の情報を抽出し、3名の総合診療医によって1/0の符号付けを行った。本分析では、3名のうち2名以上が「1」と判断したDPCコードを、「日本型ホスピタリストが主治医機能を担える」と定義した群(以下ホスピタリスト群)と、それ以外の担えないと評

価された群(以下、スペシャリスト群)として、両群間の比較を行った。

背景因子として、性別、年齢(平均)、年齢階層(18歳未満、18歳～64歳、65歳以上)、平均在院日数、入院期間Ⅱを超えた件数、出来高換算(円)について両群を比較し、t検定を用いて検討した。また、MDC分類(18疾患群)および手術の有無について、1/0群間のカイ二乗検定を実施し、分布の差を検討した。加えて残差分析を実施し、各セルの標準化残差の絶対値が1.96以上のものを統計的に有意と判断した。

(倫理面への配慮について)

千葉大学医学部附属病院観察研究倫理審査の承認(HK202408-14)を受けて、本研究を実施した。

C. 研究結果

対象となった3人の医師が符号付を行った2022年9月～11月の3か月間に千葉大学病院へ入院した患者は4,857名であった。また、同様の方法により、千葉大学病院に2021年4月から2023年12月の間に入院した全患者のDPCコードについて、3か月間の入院患者に含まれていなかったDPCコードについては、同様に6項目の情報を抽出し、3名の総合診療医によって1/0の符号付けを行ったところ、対象となった患者は4,321名であり、3名の医師で計9,178名の患者に符号付けを行った。

(1) 3人の医師間の一致度

3名の総合診療医による1/0符号付けの一致度は、Fleissの κ 係数を用いて評価した結果、 $\kappa=0.347$ であり、軽度の一致を示した。また、3名中2名以上の判断をもって形成されたコンセンサスと各医師の評価との一致度については、Cohenの κ 係数は、A医師:0.530、B医師:0.609、C医師:0.884であり、中等度から非常に高い一致であった。

(2) 入院患者に対する日本型ホスピタリストによる主治医機能の可否の検討

対象となった患者は、ホスピタリスト群22,798名、スペシャリスト群25,240名の計48,038名であり、ホスピタリスト群は全体の47.5%を占めた。

背景因子に関する比較では、ホスピタリスト群とスペシャリスト群におけるMDC分類(18疾患群)の分布についてカイ二乗検定を実施した結果、カイ二乗値は15,360.61、 $p<0.01$ と、両群間に統計的に有意な差が認められた。さらに残差分析を行ったところ、有意な差が認められた疾患群は以下の通りであった。

・ホスピタリストが主治医機能を担えると評価された疾患群:呼吸器系疾患、循環器系疾患、消化器系疾患、内分泌・栄養・代謝に関する疾患、腎・尿路系疾患および男性生殖器疾患。

・ホスピタリストが担えないと評価された疾患群:神経系疾患、眼科系疾患、筋骨格系疾患、皮膚・皮下組織の疾患、乳房の疾患、女性生殖器疾患および産褥期疾患・異常妊娠分娩、血液・造血器・免疫臓器の疾患、新生児疾患・先天性奇形、小児疾患、外傷・熱傷・中毒。

特に、眼科系疾患や乳房の疾患においてはホスピタリストが主治医機能を担えるとされた症例はほとんどなく、新生児疾患・先天性奇形については1例も該当しなかった。一方、ホスピタリストが担えないと評価されたその他の群では、一定割合の症例においてホスピタリストによる主治医機能の対応が可能であると評価された。

D. 考察

(1) 3人の医師間の一致度

入院症例に対して日本型ホスピタリストが主治医機能を担えるかを評価した3人の医師間の一致度は軽度であり(Fleissの $\kappa=0.347$)、この結果は、評価のばらつきが一定程度存在することを示す一方で、ある程度の信頼性が確保されている可能性も示唆される(Landis and Koch, 1977)。主観的評価のばらつきを完全に排除することは難しいが、今後の合意形成や基準の明確化により、タスクシフト・シェアが可能な患者群の可視化が期待される。

さらに、各医師と多数決によるコンセンサス判定との一致度(Cohenの κ 係数)は、A:0.530、B:0.609、C:0.884といずれも高く、

個別の判断がコンセンサスと整合していたことから、判断の一貫性と再現性が担保されていたことが確認された。

(2) 入院患者に対するホスピタリスト主治医機能の可否の検討

本研究では、大学病院における約 5 万人の入院患者のうち、47.5%がホスピタリストによる主治医機能の対応が可能であると評価された。とくに呼吸器系、循環器系、消化器系、内分泌・代謝系、腎・泌尿器系疾患など、血液疾患を除く内科系疾患群においては、ホスピタリストが主治医機能を担えるとする評価が多く、実際に大学病院においても、これらのホスピタリストが主治医機能を担えると評価される入院患者が一定数存在していることが示された。

一方で、眼科系や乳房の疾患、新生児・小児・妊産婦に関する専門性の高い疾患群では、ホスピタリストによる対応が困難とされる傾向が明らかとなり、専門診療科の関与が不可欠である領域も示された。

日本ではこれまで、米国におけるようなホスピタリストの体系的養成が行われておらず、また総合診療医をはじめとしたジェネラリスト自体の組織的な育成も十分には進んでいない。このため、入院患者の主治医機能はもっぱら臓器別専門医が担い、必要に応じて他診療科へコンサルトを行うことで、領域横断的な診療ニーズに対応してきたのが現情である。

しかし、近年の高齢化の進行や多疾患併存患者の増加に伴い、大学病院を含む特定機能病院においても、高頻度疾患や多様な内科的病態に対応する機会が増えてきている（小原ら，2020）。さらに OECD も、プライマリ・ケア研修を受けた医師が少ないという日本の構造的課題に言及し、多疾患併存、再入院、高齢化、財政的制約への対応に向けた体制整備の必要性を指摘している（OECD，2015）。

このような状況下で、医師の働き方改革を実現し、領域横断的な業務のタスクシフト・タスクシェアを進めるためには、まずどのような入院患者がホスピタリストによって対応可能であるかという実態を明らかにする必要がある。さらに日本型ホスピタリストは、総合診療および内科のバックグラウンドを持つ医師が担っているがわずかし

おらず、今後その定義や働き方を検討しなければならない。諸外国に比較すると領域横断的診療を担う医師が少なく、臓器別専門医が多い本邦の専門医制度を踏まえて、総合診療医など領域横断的診療を行う医師を増やすことや、専攻医の一部期間など、期間を限定した臓器別専門医による領域横断的診療、特定行為研修修了看護師の活用など、日本型のタスクシフト・タスクシェアを検討する必要がある。本研究はその第一歩として、約半数の入院患者が日本型ホスピタリストによる主治医機能でカバー可能である可能性を示唆しており、今後の医師配置や診療体制の見直しに向けた実証的な基盤となりうる。

E. 結論

本研究により、大学病院の入院患者の約半数が日本型ホスピタリストによる主治医機能の対応が可能であることが示され、特に高頻度な内科系疾患においてその傾向が顕著であった。一方、眼科系や新生児疾患などの専門性が高い領域では対応が困難とされた。

これまで日本ではホスピタリストの体系的養成が行われておらず、主治医機能は臓器別専門医による協働で担われてきた。今後、働き方改革や医療の持続可能性を見据えたタスクシフト・タスクシェアを進める上で、ホスピタリストの対応可能領域の可視化と、その対策に向けた制度設計が重要である。

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

該当なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

日本型ホスピタリストによる主治医機能の代替可能性：全国 42 国立大学病院 DPC データに基づく多施設研究

中部貴央 東京大学医学部附属病院国立大学病院データベースセンター 特任助教
上原孝紀 千葉大学医学部附属病院 総合診療科 講師
大平善之 聖マリアンナ医科大学 総合診療内科 主任教授
太田光泰 横浜市立大学 医学教育学・総合診療医学 教授
和足孝之 京都大学 総合臨床教育・研修センター 准教授
小林美亜 山梨大学大学院 総合研究部医学域臨床医学系 特任教授

研究要旨

【背景・目的】本研究では、自由な専門領域の選択が可能な医師専門医制度のもとで、臓器別専門医に業務が集中しやすい我が国の医療提供体制に着目した。その中でも、高度先進医療を行う国立大学病院において、日本型ホスピタリストが主治医機能を代替しうる入院患者の割合を可視化し、タスクシフト・タスクシェアの可能性を明らかにすることを目的とする。

【方法】全国 42 の国立大学病院における 2021 年 4 月～2023 年 12 月の DPC データを用いて、分担研究 1 で行った符号付けの結果に基づき、ホスピタリストとして主治医機能を担えると判断した症例を 1、担えないと判断した症例を 0 とし、担える群(ホスピタリスト群)と担えない群(スペシャリスト群)における患者背景や診療内容を比較検討した。

【結果】対象患者 1,696,981 名中、ホスピタリストが対応可能とされた症例は 46.7%であった。ホスピタリスト群には 65 歳以上の高齢者や、血液疾患を除く内科系疾患、手術を伴わない症例が多く含まれていた。大学の属性(旧帝国大学とそれ以外)および立地(三大都市圏とそれ以外)による比較ではいずれもスペシャリスト群の割合に有意差が認められたが、いずれの群においても 45%以上がホスピタリスト群に分類され、差はわずかであった。

【結論】本研究により、国立大学病院においても全入院患者の約半数が日本型ホスピタリストによって主治医機能を代替しうる可能性があることが明らかとなった。この知見は、大学の属性や立地に関係なく、領域横断的診療が大学病院で普遍的に実践されている実態を示すものであり、臓器別専門医の業務負担軽減に向けたタスクシフト・タスクシェアの余地があることを示唆する。今後は、日本型ホスピタリストの定義の明確化や多職種との協働体制の構築、さらには制度設計に資する実証的研究の継続が求められる。

A. 研究目的

本研究の目的は、令和 7 年度に予定されている第 8 次(後期)医師確保計画策定ガイドラインの見直しに資する、医師偏在対策の効果的な推進に寄与する実証的知見を得ることである。

我々の研究班では、日本のフリーアクセス制度や専門診療科の自由選択が可能な医師専門医制度、ならびにこれまでに組織的に総合診療医を養成が行われてこなかったという背景のもと、臓器専門医が多数を占め

る診療体制の中でも、高度先進医療を担う大学病院においても、総合診療医が主治医機能を代替しうる入院患者が一定数存在するのではないか、という仮説を

立てて検討を行ってきた。先行研究(分担研究 1)では、千葉大学医学部附属病院における 48,038 名の DPC 入院データを対象に分析を行い、日本型ホスピタリストによる主治医機能の代替が可能と判断された症例は全体の 47.5%を占めていた。これらの患者群は主に内科系疾患群であり、眼科、乳腺、小児、

産科、新生児領域においては代替が困難であることが示唆された。しかしながら、分担研究 1 は単施設での検討であり、この傾向が全国の大学病院においても当てはまるのかは明らかではない。また、全国の国立大学病院を対象とした場合、大都市圏に立地する大学と地方大学、あるいは旧帝国大学とそれ以外の大学では、入院患者の構成や医療ニーズに差異がある可能性がある。以上を踏まえた上で、本分担研究 2 では、全国の国立大学病院における入院患者データを用いて、総合診療医が主治医機能代替を代替しうる患者の割合を明らかにするとともに、その割合が大学の立地条件や大学の属性によってどのように異なるかを明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

本研究では、分担研究 1 で用いた方法を踏襲し、対象を全国 42 の国立大学病院へ拡張して実施した。各病院において、DPC データから以下の 6 項目の情報を抽出した：

1. 入院診療科名、2. 最も医療資源を投入した傷病名、3. 主傷病名、4. 入院契機となった傷病名、5. 手術の有無、6. 手術名。

これらの情報に基づき、分担研究 1 で作成した評価基準に則り、日本型ホスピタリストとしての勤務経験を有する 3 名の総合診療医が各 DPC コードについて日本型ホスピタリストが主治医機能を「担える」と判断した場合は 1、「担えない」と判断した場合は 0 としてラベリングを行った。各コードについて 3 名中 2 名以上が「担える」と判断した場合をコンセンサスありと定義し、その DPC コードに該当する患者を「日本型ホスピタリストが主治医機能を代替しうる患者群」とした。また分析に際して、以下の患者背景を用いて、「担える群（以下、ホスピタリスト群）」と「担えない群（以下、スペシャリスト群）」の比較を行った：性別、年齢、年齢階層（18 歳未満、18～64 歳、65 歳以上）、平均在院日数、入院期間Ⅱを超えた件数、出来高換算医療費（円）。これらの定量的変数については t 検定を用いて群間比較を行った。また、MDC 分類（18 疾患群）および手術の有無についてはカイ二乗検定を行い、分布の違いを評価した。カイ二乗検定後、残差分析を実施

し、標準化残差の絶対値が 1.96 以上のセルを統計的に有意と判断した。加えて、大学の属性（旧帝国大学 vs その他）や立地（大都市圏 vs 非大都市圏）による患者群の構成や日本型ホスピタリストによる代替可能割合の違いについても多変量解析を用いて検討を行った。

日本型ホスピタリストによる代替可能な患者の特徴を検討するため、決定木分析（CHAID）を行った。目的変数をホスピタリスト対応の有無、説明変数を性別、年齢階層（18 歳未満、18～64 歳、65 歳以上）、MDC 分類（DPC コード上位 2 桁）、手術の有無（DPC コード 9、10 桁目）、手術処置 1（DPC コード 11 桁目）、手術処置 2（DPC コード 12 桁目）、副傷病名（DPC コード 13 桁目）、重症度等（DPC コード 14 桁目）とした。

（倫理面への配慮について）

千葉大学医学部附属病院観察研究倫理審査の承認（HK202408-14）を受けて、本研究を実施した。

C. 研究結果

対象となった患者は、ホスピタリスト群が 792,694 名、スペシャリスト群が 904,287 名、計 1,696,981 名であり、ホスピタリスト群は全体の 46.7% を占めた（以下、スペシャリスト群/ホスピタリスト群の順で記載する）。性別では男性が 47.7%/55.9%、女性が 52.3%/44.1% であり、ホスピタリスト群において男性の割合が有意に高かった（ $P < 0.01$ ）。平均年齢は 53.8 歳（ $SD = 25.4$ ）/62.4 歳（ $SD = 20.1$ ）であり、ホスピタリスト群が高かった（ $P < 0.01$ ）。年齢階層別の分布では、18 歳未満が 125,199 名（13.8%）/43,610 名（5.5%）、18～64 歳が 369,747 名（40.9%）/287,520 名（36.3%）、65 歳以上が 409,341 名（45.3%）/461,564 名（58.2%）であり、ホスピタリスト群は小児および 18～64 歳の割合が少なく、65 歳以上の割合が有意に多かった（ $P < 0.01$ ）。平均在院日数は 11.0 日（ $SD = 24.3$ ）/10.4 日（ $SD = 18.1$ ）で、スペシャリスト群が有意に長かった（ $P < 0.01$ ）。入院期間Ⅱを超えた件数は 281,145 件（31.1%）/282,054 件（35.6%）であり、ホスピタリスト群で有意に割合が多かった（ $P < 0.01$ ）。出来高換算額

は1,186,911円/93,354円であり、スペシャリスト群で有意に高かった(P<0.01)。MDC分類(18疾患群)においても有意差が認められた(P<0.01)。ホスピタリスト群では、呼吸器系、循環器系、消化器系など内科系疾患が有意に多く、眼科、乳房、皮膚、新生児等などの領域では有意に少なかった。手術の有無についても有意差が認められ(P<0.01)、手術ありが635,469件(70.3%)/267,203(33.7%)、手術なし268,818件(29.7%)/525,491件(66.3%)と、ホスピタリスト群では手術なしが有意に多く、手術ありが少なかった。

大学の属性は、旧帝国大学と旧帝国大学以外との間では有意差があり(P<0.01)、旧帝国大学は(151,755名/127,147名)と45.6%、旧帝国大学以外は752,532/665,547)と46.9%がホスピタリスト群が主治医機能を担えると判定された。また、三大都市圏とそれ以外の地域との比較においても有意差が認められ(P<0.01)、三大都市圏は(165,933/146,740)と46.7%、三大都市圏以外では(738,354/645,954)と46.9%がホスピタリストが対応可能と判定されており、その差はわずかであった。

日本型ホスピタリストによる代替可能な患者の特徴についてCHAIDで分類した結果、第1条件に「手術の実施有無」、第2条件に「MDC分類」が選択された。手術なしの場合、全般的にホスピタリストが対応できる可能性が示唆された。一方で、小児(特に新生児)、眼科、産褥期、血液疾患については、スペシャリスト群に分類された。手術ありの場合、全般的にスペシャリスト群が対応を行う必要があることが示唆されたが、呼吸器・循環器・消化器疾患に関してはホスピタリスト群が対応できる可能性がある。

D. 考察

本研究では、全国42の国立大学病院における入院診療データを用いて解析を行った結果、日本型ホスピタリストが主治医として対応可能と判断された患者は全体の46.7%を占め、先行する単施設研究と同様の傾向が確認された。この結果は、国立大学病院においても、一定数の入院患者に対してタスクシフトやタスクシェアの可能性

が存在することを示している。

患者背景因子に関する検討では、ホスピタリスト群は、高齢(65歳以上)および男性の患者に多く、小児や18~64歳の比較的若年~中年層ではスペシャリスト群の割合が高かった。平均在院日数には統計的に有意な差が認められたものの、その差は0.6日と小さく、臨床的には意味を持たないと考えられる。入院期間IIを超えた症例はホスピタリスト群に多くみられ、また、診療報酬上の出来高換算額はホスピタリスト群の方が少なかった。

なお、65歳以上の患者は今回対処となった大学病院入院患者全体の51.3%と過半数を占めており、国立大学病院の入院患者においても高齢者の占める割合が大きいことがわかった。高齢者は一般的に複数の慢性疾患を抱えており、単一臓器に限定されない総合的な診療が求められる傾向にある。本研究では、事前の対応可否の符号付けに年齢、性別を含めていなかったにも関わらずホスピタリスト群に高齢者が多かったことは、こうした日本の診療ニーズと合致するものであり、臓器横断的に診療を担う日本型ホスピタリストの役割が重要である可能性を示している。

さらに、診療報酬制度上で高得点となりにくい患者、すなわち急性期的な処置や特定の高度技術に基づく医療資源投入が少ないが、全体として医療的支援を多く必要とする患者群がホスピタリスト群に多く含まれていることが示唆された。このような患者像は、我が国の高齢化の進行を背景として、今後も増加が見込まれる層であり、ホスピタリストによる包括的な入院管理の意義が一層高まると考えられる。

大学病院の属性による比較では、旧帝国大学とそれ以外の大学の間にも有意な差が認められたものの、その差はわずかであり、旧帝国大学においても入院患者の45.6%がホスピタリストが主治医機能の代替が可能と判定された。また、大学の立地条件に関する分析では、三大都市圏とそれ以外の地域にも有意差が認められたが、こちらも差は小さく、三大都市圏においても46.7%がホスピタリストによる対応が可能とされた。これらの結果から、大学病院の属性や立地に関わらず、一定程度の患者に対して領域

横断的な診療が普遍的に行われている可能性が示唆された。

本研究で抽出されたような領域横断的診療を必要とする患者群に対しては、諸外国に比して少ない総合診療医の養成に加え、諸外国に比して多い臓器別専門医による一定期間の領域横断的診療への集約、さらには特定行為研修修了看護師など多職種によるタスクシフト・タスクシェアの推進といった方策が、今後の現実的な対応策として考えられる。

なお、本年度の研究課題ではまだ実施していないが、今後は癌患者を対象とした解析、総合診療科等のプライマリ・ケア部門の有無による比較、薬剤・検査使用量などの医療資源使用状況、さらには退院転帰に関する比較検討も行う予定である。

E. 結論

本研究では、全国 42 の国立大学病院の入院診療データを用いて、日本型ホスピタリストが主治医機能を担える可能性について検討を行った。その結果、全体の約半数にあたる 46.7%の入院患者が、日本型ホスピタリストによる対応が可能と評価され、これは先行する単一施設での研究結果と一致するものであった。

この知見は、大学病院においても一定割合の患者に対して、タスクシフト・タスクシェアを実践する余地があることを示しており、臓器専門医に集中せざるを得ない診療業務の一部を日本型ホスピタリストが担うことで、医師の業務負担の分散が期待できる可能性を示唆している。

さらに、大学の属性(旧帝大/非旧帝大)や立地(三大都市圏/その他)に関わらず、日本型ホスピタリストが対応可能な患者割合は大きく変わらず、領域横断的診療の必要性が全国の大学病院に共通して存在する可能性が明らかになった。本研究を通じて、タスクシフト・タスクシェアの対象となりうる患者群が可視化され、日本型ホスピタリストの定義整備および活用促進に向けた実証的基盤が得られたと考えられる。

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

中部貴央, 上原孝紀, 小林美亜, 大平善之, 太田光泰. 国立大学病院において臓器専門医が担う領域横断的診療の実態-DPC データを用いた分析-. 第 62 回日本医療・病院管理学会学術総会. 2024 年 10 月 27 日(一般講演).

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

大学病院における臓器別専門医が担う業務範囲の可視化：電子タグを用いた滞在時間分析

上原孝紀 千葉大学医学部附属病院 総合診療科 講師
小林美亜 山梨大学大学院 総合研究部医学域臨床医学系 特任教授
横川大樹 千葉大学医学部附属病院 総合診療科 助教

研究要旨

本報告書は、3年間の研究計画の2年目にあたる報告書である。

【背景】わが国では、入院患者の主治医機能を担う病棟総合医（ホスピタリスト）の導入が十分に進んでおらず、米国でホスピタリストが担う領域横断的な診療業務を、臓器別専門医が兼務しているのが現状である。特に大学病院においては、臓器別専門医が専門性の高い業務に加えて、プライマリ・ケアや病棟業務など幅広い業務を担っている可能性があるが、その実態は十分に明らかにされていない。近年の働き方改革を背景に、臓器別専門医の業務構造を定量的に把握し、診療業務の効率化を図ることは喫緊の課題であり、特に高度医療を提供する大学病院においてもその検討が求められている。

【目的】大学病院に勤務する医師の院内行動履歴をもとに、年代、職位、専門領域別の滞在時間を分析し、臓器別専門医が担う領域横断的な診療業務の実態を可視化することを目的とした。

【方法】千葉大学医学部附属病院に勤務する医師 692 名を対象とし、2023 年 10 月 1 日から 9 日の勤怠管理データを用いた。各医師に配布した電子タグにより、病院内 9 区分の所在地における 1 分単位の滞在履歴を記録・集計し、医師の年代、職位、専門領域（内科・外科）別に、滞在時間を比較した。

【結果】調査期間中の平均院内滞在時間は 6,360 分であり、「医学部（研究室等）」が 818.7 分、「処置・手術」が 770.6 分、「スタッフステーション」505.3 分の順であった。「診察・検査・その他業務」や「スタッフステーション」では、内科系では年代、職位別の滞在時間に差が大きかった一方、外科系では比較的均等に分布していた。また、「処置・手術」においても、外科系では年代、職位による大きな差は認められなかったが、「カンファレンスルーム」では 29 歳以下の滞在が顕著に長かった（1098.1 分）。若手医師では、「医学部」での滞在時間が特に短い傾向にあった。

【結論】大学病院に勤務する医師の行動履歴の解析により、臓器別専門医が専門医療に加えて領域横断的な業務、特に病棟における患者管理やチーム対応に多くの時間を割いている実態が明らかとなった。特に若手医師では、「処置や手術」などの専門性の高い診療よりも、「スタッフステーション」や「カンファレンスルーム」での滞在時間が長いことが可視化された。今後、診療科間や職位間における業務負担の再配分、タスクシフトの推進、日本型病棟総合医の新たな定義や養成を通じた業務効率化が求められる。

A. 研究目的

わが国では、入院患者の主治医機能を担う病棟総合医（ホスピタリスト）の導入が十分に進んでおらず、米国においてホスピタリストが担っている役割の多くを、臓器別専門医が実働しているのが現状である。これにより、臓器別専門医が本来の専門領域を超えて、プライマリ・ケアや領域横断的な

病棟業務に従事していると考えられるが、その実態や業務負担の詳細については、これまで十分に明らかにされてこなかった。近年、医師の働き方改革の進展に伴い、勤務時間の効率化や勤務環境改善が一層求められており、診療業務の構造的把握と可視化は喫緊の課題となっている。高度医療を担う大学病院においては、一見すると領域横断的な診療負担が少ないようにも見えるが、

分担研究2における、全国42の国立大学病院を対象とした調査では、入院患者のうち46.7%がホスピタリストによる主治医機能の代替が可能である可能性が示唆されており、大学病院においても業務の定量的な把握と再構築の必要性が示唆されている。従来、医師の勤務実態の把握は、年1回の自己申告制に基づく記憶依存型の報告に頼っており、客観性や精度に課題があった。本研究では、電子タグを用いた1分単位の勤怠記録という客観的かつ高精度な行動データを活用することで、これまでにない精緻な業務分析が可能となる。そこで本研究では、大学病院に勤務する医師の行動履歴データを用いて、年代、職位、専門領域別に院内滞在時間を分析し、臓器別専門医が担っている領域横断的診療業務の実態を可視化することを目的とした。

B. 研究方法

(1) 対象データ

本研究では、千葉大学医学部附属病院に勤務する医師692名を対象とし、2023年10月1日から10月9日までの勤怠管理データを用いた。データは、各医師に配布された電子タグにより取得され、医学部および医学部附属病院内に設置したレシーバーが、1分単位で所在地を自動記録する方式を採用している。

所在地は、業務内容に応じて以下の9区分に分類した：「診察・検査・その他業務」、「カンファレンスルーム」、「処置・手術」、「集中治療室」、「スタッフステーション」、「当直室」、「医学部」、「臨床研究室」、「その他」。なお、連続して3時間以上データが検出されなかった場合は、当該医師が院外にいたものと判断した。

(2) 集計方法

対象者の基本属性(年代：29歳以下、30-39歳、40-49歳、50歳以上；職位：研修医・専攻医・医員、助教、講師、准教授、教授)および専門領域(内科・外科)に基づき、所在地別の滞在時間を集計・比較した。

専門領域の分類にあたっては、各診療科を内科系・外科系に分類した(表1)。ただし、検査部および臨床試験部に所属する医師、ならびに診療科情報の取得に失敗したデー

(タイムラグにより識別不可能なデータ)は除外した。

(倫理面への配慮について)

千葉大学医学部附属病院観察研究倫理審査の承認(HK202311-02)を受けて、本研究を実施した。

C. 研究結果

(1) 対象者の基本属性

対象者は692名であり、年齢別では39歳以下が68.7%(29歳以下：17.3%、30-39歳：51.4%)を占めた。職位別では、助教以下の医師が88.5%(医員・専攻医・研修医：63.6%、助教：24.9%)であった。専門領域は、内科系と外科系でほぼ半数ずつであった(表2)。

(2) 所在地別平均滞在時間

1週間あたりの院内平均滞在時間は、6,360分であった。所在地別では、「医学部(研究室等)」での滞在時間が最も長く818.7分、次いで「処置・手術」770.6分、「スタッフステーション」505.3分であった(表3)。年齢や職位別の分析では、「診察・検査・その他業務」での平均滞在時間は、50歳以上(622.7分)、准教授(826.3分)、内科(672.0分)において最も長かった。「処置・手術」は29歳以下(927.3分)、助教(903.1分)、講師(874.2分)で滞在時間が長かった。「スタッフステーション」でも29歳以下(945.0分)、および医員・専攻医・研修医(636.5分)が最も長かった。「当直室」での滞在時間は、50歳以上が63.2分と最も短く、それ以外の年代(29歳以下：292.8分、30-39歳：187.4分、40-49歳：218.6分)と比べ約3倍の差があった。「医学部」での滞在時間も29歳以下(255.0分)に比して、30-39歳(888.7分)、40-49歳(826.9分)、50歳以上(1474.2分)で長かった。職位別でも、医員・専攻医・研修医(646.6分)、助教(955.2分)に対し、講師(1143.6分)、准教授(1531.4分)、教授(2118.4分)と、2倍以上の差が認められた。内科では、「診察・検査・その他業務」および「スタッフステーション」における年代・職位による滞在時間の差が大きかった一方で、外科ではこれらの業務における滞在時間は比較的均等に分布していた。ただし、外科領域における「カンファレンスルーム」で

は、29歳以下の滞在時間が特に長く(1098.1分)、特徴的であった。なお、内科・外科を問わず、「医学部」での滞在時間は、29歳以下および医員・専攻医・研修医で著しく短かった。

D. 考察

本研究では、大学病院に勤務する医師を対象に、電子タグを用いて行動履歴を測定し、年代、職位、専門領域別の院内滞在時間の実態を明らかにした。その結果、大学病院の特性として、研究室等を含む「医学部」での滞在時間が最も長く、次いで「処置・手術」、および「スタッフステーション」での滞在時間が長いことが示された。これは、大学病院において、診療(特に処置・手術)と研究の両立が求められている実態を反映していると考えられる。

一方で、年代や職位による滞在時間の違いも顕著であった。特に若手医師では、「スタッフステーション」や「カンファレンスルーム」での滞在時間が長く、「医学部」での滞在時間は短かった。この傾向は、若手医師が主に病棟業務に従事しており、研究活動に十分な時間を確保できていない現状を示唆している。診療業務の負担が、研究時間の制約要因となっている可能性がある。

また、診療科別の比較では、外科においては年代や職位に関わらず、診療関連の滞在時間が比較的均等に分布していた。特に「処置・手術」や「スタッフステーション」における差が小さかったことから、外科ではチームによる役割分担がなされており、組織的な診療体制が確立されている可能性が考えられる。一方、内科では年代や職位による滞在時間の差が大きく、業務の集中や偏りが存在することが示唆される。

さらに、若手医師が長時間滞在していた「カンファレンスルーム」や「スタッフステーション」は、必ずしも専門的診療行為の場ではなく、病棟における患者管理やチームカンファレンス、事務的作業が行われる場であることが多い。これは、若手医師が臓器別専門診療に特化する前段階として、領域横断的な病棟業務や全身管理、調整業務などのジェネラリスト的役割を担っていることを示すものであり、米国では、こうした領域横断的業務はホスピタリスト

(病棟総合医)が担い、医師数が限られた臓器専門医は手技に特化しているのに対し、わが国ではそれらの業務を臓器専門医が広く担っている実態が浮き彫りになった可能性がある。

これらの知見は、大学病院においても米国と比較すると臓器別専門医が必ずしも専門領域に特化した業務を行っているわけではなく、領域横断的な診療業務に多くの時間を費やしている可能性を示唆しており、今後、診療科間や職位間における業務負担の適切な再配分や病棟総合医(ホスピタリスト)の導入、さらにはタスクシフト・タスクシェアの推進に資する基礎的な知見となりうる。

とくに、初期・後期研修医の期間においては、専門性の高い診療行為と病棟業務のバランスを再考し、日本型ホスピタリストの役割と機能を明確に定義した上で、持続可能な勤務体制を構築することが求められる。なお、2024年4月1日より医師の働き方改革が本格的に施行されたことを踏まえ、今後は本改革の前後におけるタイムスタディ結果の比較や、さらなるデータ解析による制度的影響の検証を、令和7年度に実施する予定である。

E. 結論

本研究により、大学病院に勤務する医師の院内滞在時間の一端が明らかとなり、特に若手医師においては、処置や手術といった専門的診療行為よりも、病棟での患者管理やカンファレンスなどの領域横断的業務に多くの時間を割いていることが可視化された。これは、臓器別専門医であっても、専門領域に特化した業務にとどまらず、幅広い診療業務を担っている実態を示唆している。今後は、診療科間や職位間の業務分担の適正化、タスクシフトの推進、日本型ホスピタリストの導入などを通じて、持続可能な業務体制の構築と、若手医師のキャリア育成環境の整備が期待される。

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

該当なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

	滞在時間_分	
	mean	SD
診察・検査・その他業務	453.7	731.1
カンファレンスルーム	461.4	721.8
処置・手術	770.6	888.2
集中治療室	177.0	450.5
スタッフステーション	505.3	697.6
当直室	206.8	352.7
医学部	818.7	1260.8
臨床研究室	126.1	563.3
その他	140.4	236.9

表 1. 診療科区分

内科	外科
アレルギー・膠原病内科	肝胆膵外科
リハビリテーション科	眼科
感染制御部	救急科
血液内科	形成・美容外科
呼吸器内科	呼吸器外科
循環器内科	歯科
小児科	耳鼻咽喉・頭頸部外科
消化器内科	小児外科
精神神経科	食道・胃腸外科
総合診療科	心臓血管外科
糖尿病・代謝・内分泌内科	整形外科
脳神経内科	麻酔・疼痛・緩和医療科
皮膚科	
病理診断科	
放射線科	
和漢診療科	

表 2. 対象者の基本属性

	n (%)	n= 692	
年代	29歳以下	120	(17.3)
	30-39歳	356	(51.4)
	40-49歳	171	(24.7)
	50歳以上	45	(6.5)
職位	教授	13	(1.9)
	准教授	23	(3.3)
	講師	44	(6.4)
	助教	172	(24.9)
	医員・専攻医・研修医	440	(63.6)
内科外科区分	内科	352	(50.9)
	外科	340	(49.1)

表 3. 所在地別平均滞在時間

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
令和 6 年度 分担研究報告書 4

義務年限を有する医師の地域配置と関連要因：全国横断調査に基づく医師偏在対策の現状
分析

上原孝紀 千葉大学医学部附属病院 総合診療科 講師
大平善之 聖マリアンナ医科大学 総合診療内科 主任教授
太田光泰 横浜市立大学 医学教育学・総合診療医学 教授
塚田弥生 日本医科大学 総合医療・健康科学 准教授
大坪徹也 秋田大学 利用情報学講座 教授

研究要旨

【背景】地域枠と自治医大卒業医師（以下義務年限を有する医師）は医師偏在対策の要であるが、医師不足地域における 1 年間の勤務割合や専門領域は明らかにされていない。

【目的】義務年限を有する医師の専門領域と勤務する医療機関の所在地域を明らかにする。

【研究デザイン】横断研究（千葉大学倫理審査委員会の承認済）

【対象、セッティング】2022 年度に義務年限を有する医師として勤務する医師。

【介入または主たる要因】研究(1) 医師偏在指標で分類した医師少数、中間、多数都道府県。研究(2) 性別、年齢など背景因子および専門領域。

【主たるアウトカム指標】医療機関を、A：医師少数区域、B：A 以外で都道府県が考える医師不足区域、C：A・B 以外の 3 群に分類し、A・B での勤務を医師不足地域勤務と定義する。1) A と B の合計月数。2) A と B に半年以上勤務。

【統計解析方法】研究(1) 一元配置分散分析および多重比較。研究(2) 二項ロジスティック回帰分析。

【結果】全都道府県から 8,104 名（少数/中間/多数：3,318/2,917/1,869 名、全医師の 2.5%）のデータを収集した。研究(1) 医師少数/中間/多数都道府県の 3 水準において、A と B の合計月数は平均 5.19/5.58/4.67 ヶ月であり、3 水準すべてに有意差を認めた ($p < 0.05$)。研究(2) 医師不足地域勤務医師の特徴として、医師経験 7 年以上 (OR: 1.37, 95%CI: 1.17-1.60)、自治医大卒 (OR: 1.73, 95%CI: 1.43-2.10)、休職なし (OR: 2.90, 95%CI: 2.01-4.20)、専門領域が内科 (OR: 1.44, 95% CI: 1.25-1.67)、小児科 (OR: 1.62, 95%CI: 1.22-2.13)、外科 (OR: 1.34, 95% CI: 1.06-1.69)、整形外科 (OR: 1.81, 95% CI: 1.34-2.43)、総合診療科 (OR: 2.48, 95% CI: 1.72-3.57) であることが関連していた。

【結論】義務年限を有する医師は、2022 年度に約 5 ヶ月、全国の医師不足地域に貢献し、その差はわずかだが都道府県間に有意差を認めた。一方で、義務年限を有する医師は、全医師の 2.5% を占めるに過ぎず、人口比以上に医師多数区域に集中する医師の地域偏在の課題解決には至っていない。また、義務年限を有する医師は、地域医療で不足する基本領域を選択している可能性が示唆された。

A. 研究目的

多くの国々において、医療従事者の地理的な偏在、特に農村部や遠隔地における人材不足は深刻な課題となっている。実際、これらの地域では勤務を希望する医療従事者が著しく少なく、医療アクセスの格差が生じている(Frehywot S, et al. 2010)。このような医療従事者の地域偏在に対処するため、各国では金銭的インセンティブや専門的支援を行っているが、そのエビデンスはまちまちである。多くの国々と同様に、日本においても医師の地域偏在は依然として深刻な課題であり、都市部と地方部での医師密度格差が顕著である。地域の医療提供体制をみると、特に東北地方など人口少数地域の二次医療圏では救急科や外科を中心に医師不足が顕著であり、地域医療崩壊が懸念される状況にあると報告されている(Numata, et al. 2024)。日本における都市集中型の医師分布の是正は喫緊の課題である。こうした地域偏在の是正策として代表的なものが、地域枠入学制度および自治医科大学制度である。自治医科大学は1972年に創設された公設民営の医科大学で、都道府県と国の拠出により運営されている(Matsumoto M, et al. 2010.)。医師国家試験合格後、数年間の地方勤務を含む9年間の義務年限を果たすことで授業料が免除され、へき地・地域医療に従事する医師を養成してきた。自治医科大学の卒業生は非自治医大卒業生と比較して、義務年限終了後も約4倍高い割合で地方勤務を続けていると報告されている(Koike et al. 2023)。地域枠入学制度は医学部の定員を増やす政策の一環として2008年度に導入された。この制度では、各都道府県が地域医療志向の受験生を特別枠で選抜し、修学資金を貸与する代わりに、卒業後、一定期間、地域医療に従事することが義務付けられている。制度の具体的な運用は大学や都道府県によって異なるが、共通する条件として、「地域出身の受験生を優先して選抜すること」「在学中に地域医療に関する特別な教育を行うこと」「卒業後、おおよそ9年間は県内で勤務し、そのうち1/3から1/2はへき地などの医療資源の乏しい地域で勤務すること」があげられる。近年までに地域枠の定員は大幅に拡大し、2023年度には、医学部定員9,384名のうち、地域枠1,770名、自治医大123名と、両者を合わせて20%を占めるまでになった(厚生労働省. 2024)。そのため、地域枠卒業医師の地域医療への効果の測定が望ま

れるが、これまでに地域枠を卒業した医師を対象とした研究はごくわずかである。全国規模で実施された調査としては、地域枠卒業医師が勤務を開始した初期段階である2014年から2016年に着目し、384名を解析対象としたMatsumotoらの研究があげられる(Matsumoto et al. 2019)。この研究では自治医科大学の卒業医師は対象に含まれていないが、実際に義務年限付きで勤務している医師には、地域枠卒業医師に加えて、自治医科大学卒業医師も含まれる。そのため、義務年限を有する医師による地域医療への貢献を正確に評価するためには、両者のデータを統合して把握することが求められる。その後、地域枠制度の拡充に伴い、地域枠卒業医師の数は着実に増加しており、医学部定員に基づいて推計すれば、2022年度には義務年限付きで勤務している医師は約10,000人に達していると考えられる。にもかかわらず、これらの義務年限を有する医師が、実際にどの都道府県の、どの地域で、どの診療領域に従事しているのかについては、依然として十分に明らかにされていない。

本研究では、2022年度に勤務していた義務年限を有する医師を対象として、全国横断的な調査を行い、勤務先の地域的特性および専門領域の傾向を明らかにすることを目的とする。医師偏在対策の実効性を検証するとともに、今後の政策立案に資する知見を提供することを目指す。

B. 研究方法

【研究デザイン】全国規模の横断研究

【対象・セッティング】対象は、2022年度に勤務義務を有する「地域枠」および「自治医科大学」の卒業医師(以下、義務年限を有する医師)とした。各都道府県の医師確保担当部署を通じて、義務年限中の対象医師の勤務状況および属性に関するデータを収集した。なお、全体像における義務年限を有する医師の位置づけを把握するために、解析に先立ち、義務年限を有する医師数が、2022年の医師届出票に登録された全医師に占める割合を算出した。

【主たる要因】本研究では、以下の要因を設定した。

(1) 2022年度の医師偏在指標に基づき、都道府県を医師少数都道府県、医師多数都道府県およびその中間の都道府県(以下、「医師少数」、「医師多数」、「医師中間」)の3区分に分類した。

(2) 分析対象の変数の選定過程として、事前にある1つの都道府県の医師確保担当部署に対するインタビュー調査を実施し、各都道府県の医師確保担当部署が保有する情報の内容および提供可能なデータの範囲についてヒアリングを行った。加えて、変数選定にあたっては、厚生労働省が定期的に実施している医師届出票の調査項目との整合性にも配慮し、全国的に取得可能なデータに基づく分析が可能となるよう設計した。この結果、本研究で用いた変数は、医師届出票において定期的に報告される基本情報(性別、年齢、医師経験年数、休職の有無(産前・産後休業、育児休業、病気休業等)、および専門領域(診療科))と一致し、研究結果の外的妥当性および再現性を確保した。また、研究グループ内でのフォーカス・グループ・ディスカッションを通じて、医療資源の乏しい地域への勤務に影響すると考えられる因子の妥当性も検討した。なお、地域卒卒業医師および自治医科大学卒業医師であること(医療資源の乏しい地域での従事義務を有する)についても属性変数とし、この情報についても医師届出票に含まれている。さらに、医師届出票では取得できない情報として、各医師の月ごとの勤務医療機関の所在地を収集し、医師少数二次医療圏に所在する医療機関、医師少数二次医療圏ではないが都道府県が定める医師不足医療機関、およびそれ以外の医療機関の3群に分類した。

【主たるアウトカム指標】

医師が勤務する医療機関を以下の3群に分類した。

- (A) 医師偏在指標に基づく医師少数区域に所在する医療機関
- (B) (A)以外で各都道府県が定める医師不足医療機関(例：A以外で修学資金受給者が義務年限履行のために勤務する医療機関)
- (C) (A)・(B)以外の医療機関

医師不足地域での勤務は(A)および(B)での勤務と定義し、以下の2つを主たるアウトカムとした。

- 1) 2022年度における(A)および(B)での勤務月数の合計
- 2) (A)および(B)での勤務が半年以上か半年未満か

【統計解析方法】

研究(1) 医師偏在指標による都道府県別の医師不足地域における勤務月数の比較
医師偏在指標に基づく3分類(医師多数、中間、少数)ごとに、アウトカム1)で測定する医師不足地域での勤務月数の差を評価するため、一元配置分散分析(ANOVA)を実施し、群間の差異を多重比較により検討した。

研究(2) 医師不足地域で勤務する医師の特徴抽出

アウトカム2)で測定する医師不足地域で半年以上勤務しているかどうかを目的変数とし、主たる要因である背景因子および専門領域との関連を評価した。まず、すべての背景因子および専門領域についてアウトカムとの関連を評価するために、単変量解析としてカイ二乗検定を実施した。有意差が認められた変数($P < 0.2$)を、多変量二項ロジスティック回帰分析の候補変数として選定した。なお、年齢および医師経験年数についてはROC曲線を用いて適切なカットオフ値を決定した。

アウトカム群にイベントが存在しないか、頻度が極端に低いカテゴリーは、完全分離の問題を回避するためロジスティック回帰分析から除外した。最終的に選択された変数を用いて多変量二項ロジスティック回帰分析(変数増加法・尤度比)を実施し、オッズ比(OR)と95%信頼区間(CI)を算出した。解析に先立ち、多重共線性の影響を確認するため、Variance Inflation Factor(VIF)で確認した。

(倫理面への配慮について)

千葉大学大学院医学研究院倫理審査委員会の承認(M10834)を受けて、本研究を実施した。

C. 研究結果

研究(1) 医師偏在指標に基づく都道府県別の医師不足地域における勤務月数の比較
全国47都道府県から、義務年限を有する医師8,104名(医師少数:3,318名、医師中間:2,917名、医師多数:1,869名)のデータを収集した。対象医師の内訳は、地域卒卒業医師7,076名、自治医大卒業医師1,028名であった。Physician Census 2022 of

Ministry of Health, Labour and Welfareによれば、同年度の医療施設に従事する医師数は327,444名であり、全国の医師のうち2.5%が義務年限を有する医師として勤務していることが明らかになった。

医師偏在指標に基づく都道府県の3区分(医師少数、中間、多数)ごとに、医師不足地域(医師少数区域および都道府県が定める医師不足医療機関)での勤務月数の平均を比較した。各区分における勤務月数の平均は、医師少数5.19ヶ月、医師中間5.58ヶ月、医師多数4.67ヶ月であった。一元配置分散分析の結果、3群間で勤務月数に有意差を認めた($P < 0.05$)。さらに、すべての群間の組み合わせにおいて多重比較を実施したところ、統計学的に有意な差が認められた($P < 0.05$)。

研究(2): 医師不足地域で勤務する医師の特徴抽出

ROC曲線解析の結果、医師不足地域で半年以上勤務するかどうかを判別するためのカットオフ値は、年齢30歳以下/31歳以上、医師経験年数6年以下/7年以上と設定された。

次に、背景因子および専門領域と半年以上の医師不足地域での勤務との関連を検討するため、単変量解析としてカイ二乗検定を実施した(Table1)。単変量解析の結果、半年以上の勤務と正の関連を示した因子として、男性、年齢31歳以上、医師経験年数7年以上、休職歴なし、卒業大学が自治医科大学、内科、整形外科、総合診療科が抽出された。一方、負の関連を示した因子としては、臨床研修医、皮膚科、眼科、脳神経外科、放射線科、救急科が確認された。なお、アウトカム群におけるイベント頻度が極端に低かった「臨床検査科」については、完全分離の問題を回避するため、多変量解析から除外した。その後、単変量解析で $P < 0.2$ であった変数を説明変数として選定し、多変量二項ロジスティック回帰分析に投入した。多変量二項ロジスティック回帰分析に投入した。多変量解析の結果、医師不足地域で半年以上勤務していることと有意に関連する因子はTable2に示す通りであった。なお、多重共線性の検討では、すべての変数におけるVIFは1.0~2.4の範囲にあり、共線性の問題は

認められなかった。また、単変量解析では有意であった性別、年齢、臨床研修医、皮膚科、眼科、脳神経外科、放射線科、救急科は多変量解析では有意な関連は認められなかった。

D. 考察

本研究は、全国の義務年限を有する医師8,104名を対象に、医師偏在是正施策としての地域枠・自治医科大学制度の実効性を検証した全国規模の全数調査であり、我が国の医師確保政策における基礎的かつ実践的な知見を提供するものである。日本の医師の地域偏在は喫緊の課題であり、その是正を目的として設けられた地域枠および自治医科大学制度は、卒業後一定期間、地域における医療提供を義務付ける点で他国の先行事例と共通する要素を有する。

2022年度において、医療機関に勤務する医師のうち約2.5%が義務年限を有する医師であり、その平均勤務期間は年間約5ヶ月に達していた。この結果は、地域枠・自治医大制度が、実際に医師不足地域で一定の人的資源を確保する機能を果たしていることを示している。一方で、義務年限を有する医師の絶対数は限定的であり、人口当たりの医師密度の格差是正という観点では、医師多数区域への過度な集中傾向の解消には依然として課題が残されている。

本研究の結果、半年以上医師不足地域に勤務していた医師の特徴として、医師経験7年以上、自治医科大学卒業、休職歴なし、そして内科、外科、整形外科、総合診療科などの基本領域を専門とすることが正の関連因子として抽出された。特に総合診療科は、地域包括ケアや多疾患対応において中心的な役割を果たしており、今後の地域医療の中核を担う人材として政策的に重視すべき領域と考えられる。

一方で、救急科や放射線科、皮膚科、眼科などは負の関連を示しており、都市部での業務特性や遠隔対応の可能性、センター機能を有する病院への集約の必要性や専門性の高さが地域勤務に制約を与えている可能性がある。これらの診療科での人材確保に向けては、専門研修の地域実施体制の整備や遠隔教育との組み合わせなど、柔軟な施策が求められる。

また、休職歴のない医師が地域勤務に就きやすいという傾向が認められ、多変量解析では性別(男性)は有意な関連因子として抽出されなかったものの、単変量解析では男性医師が地域勤務に就きやすい傾向が示された。この乖離は、男性医師が休職する割合が相対的に低いという社会的背景が影響していると考えられる。すなわち、男性医師→休職なし→半年以上の地域勤務という行楽の構造が存在する可能性があり、本研究ではその一端が示された形である。このような構造の背後には、日本社会における性別役割分担意識や、育児・介護等の負担が女性に偏在している現状があると推察される。近年、女性医師の数は年々増加しており、2024年からは医師の働き方改革が施行されるなど、就業継続や柔軟な働き方を支援する制度的整備が進みつつある。今後は、男女問わず育児や介護を担う医師が地域勤務を選択しやすくなるよう、柔軟な勤務形態や生活支援体制の構築が不可欠である。

対象医師数と医学部定員の比較から、2023年度時点での義務年限医師の割合は医療機関勤務医全体の3.3%程度にまで拡大すると推計される。これは地域医療における一定の人的資源基盤となり得るものであるが、医師偏在解消には、義務年限制度のみならず、専門医制度や医局制度との整合、都市部とのキャリア連携などの包括的アプローチが不可欠である。

国際的に見ると、日本の地域枠・自治医科大学制度は、WHOや他国の事例と整合するものであり、教育から配置、定着支援までを一体化した施策が有効であることを示している。今後は、義務年限後のキャリア継続状況や地域定着率に関する縦断的調査の実施、さらには医師の生活・教育環境も含めた包括的支援体制の強化が求められる。

研究の限界

第一に、本研究は都道府県から提供されたデータに依拠しており、個票の正確性は各自治体の登録体制に依存する。加えて、都道府県ごとに「医師不足医療機関」の定義は、医師確保計画における裁量のもとで設定されているため、本研究で分類したB区分(=医師少数区域には該当しないが、都道府県が医師派遣を必要と判断する医療機

関)については、全国的に統一された選定基準を設けることができない。しかしながら、このB区分に含まれる医療機関は、各都道府県が自地域の医療提供体制や人材配置の実情を踏まえて、実質的に医師確保が必要と判断したものであり、形式的な基準にはとられない実態に即した分類であると捉えることもできる。第二に、分析は2022年度1年間に限定されており、義務年限全体の累積的効果や長期定着率の評価は行えていない。第三に、人口密度や医療アクセスといった医師偏在に影響を与える地理的要因が十分に組み込まれていない。今後は、地理情報システムの活用や長期追跡調査による補完が求められる。第四に、本研究では、人口密度や医療アクセスといった医師偏在の背景要因を十分に評価対象としておらず、地域ニーズと人材配置の適合性という観点では更なる精緻な分析が必要である。特に、都道府県が設定する医師不足医療機関の多くが、必ずしも医師少数区域に限定されていないという制度上の乖離は、地域実態に即した定義や指標の見直しが検討される課題と言える。

以上の限界を踏まえつつも、本研究は、地域偏在是正策の実態と課題を明らかにした点で意義深く、医師確保政策の立案・見直しに資する重要なエビデンスを提供するものである。

【結論】 本研究により、全国の義務年限を有する医師が、2022年度に医療機関勤務医の2.5%を占め、平均約5ヶ月を医師不足地域で勤務していたことが明らかとなった。この勤務実態は、地域枠・自治医大制度が少なからぬ地域医療貢献を果たしていることを示しており、今後対象医師数がさらに増加することで、医療資源の地域偏在の是正に一層寄与する可能性がある。一方で、義務年限を有する医師の配置や専門領域には地域ニーズとの乖離がある可能性が示唆され、今後は診療科偏在と組み合わせた検討や、定着支援、キャリア形成支援の充実を通じた、長期的な地域医療人材確保も求められる。また、政策評価の観点からも、義務年限終了後のキャリア追跡を含む縦断的モニタリング体制の整備が急務であ

り、制度の質的改善と持続可能性の両立が問われる段階に入っていると考えた。

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

該当なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

Table 1. 医師不足地域における半年以上勤務有無による比較(単変量解析)

		less than 6 months	6 months or more	z ² P-value*
Sex	Male	2,760 (62.8%)/4.6	2,301 (67.9%)/-4.6	21.5
	Female	1,632 (37.2%)/-4.6	1,088 (32.1%)/4.6	P<0.01
Age	aged 30 and younger	1541 (68.9%)/3.7	1,478 (63.7%)/-3.7	14.0
	aged 31 and older	695 (31.1%)/-3.7	843 (36.3%)/3.7	P<0.01
医師経験年数	6 years or less	3,509 (79.9%)/5.5	2,530 (74.7%)/-5.5	29.8
	7 years or more	885 (20.1%)/-5.5	859 (25.3%)/5.5	P<0.01
休職	あり	177 (4.0%)/5.9	61 (1.7%)/-5.9	34.7
	なし	4,234 (96.0%)/-5.9	3,449 (98.3%)/5.9	P<0.01
卒業大学	地域枠	4,029 (91.3%)/12.3	2,879 (82.0%)/-12.3	152.1
	自治医大	382 (8.7%)/-12.3	631 (18.0%)/12.3	P<0.01
臨床研修医	臨床研修医以外	2,916 (66.1%)/-9.6	2,667 (76.0%)/9.6	98.1
	臨床研修医	1,377 (31.2%)/9.9	749 (21.3%)/-9.9	P<0.01
内科	内科以外	3,388 (79.9%)/8.5	2,408 (70.5%)/-8.5	72.4
	内科	905 (21.1%)/-8.5	1,008 (29.5%)/8.5	P<0.01
小児科**	小児科以外	4,048 (94.3%)/1.5	3,193 (93.5%)/-1.5	2.3
	小児科	245 (5.7%)/-1.5	223 (6.5%)/1.5	P=0.14
皮膚科	皮膚科以外	4,161 (98.1%)/-2.1	3,343 (98.7%)/2.1	4.2
	皮膚科	79 (1.9%)/2.1	43 (1.3%)/-2.1	P=0.04
精神科	精神科以外	4,188 (97.6%)/0.5	3,326 (97.4%)/-0.5	0.3
	精神科	105 (2.4%)/-0.5	90 (2.6%)/0.5	P=0.6
外科**	外科以外	4,004 (93.3%)/1.3	3,159 (92.5%)/-1.3	1.8
	外科	289 (6.7%)/-1.3	257 (7.5%)/1.3	P=0.18
整形外科	整形外科以外	4,137 (96.4%)/3.9	3,228 (94.5%)/-3.9	15.6
	整形外科	156 (3.6%)/-3.9	188 (5.5%)/3.9	P<0.01
産婦人科	産婦人科以外	4,076 (94.9%)/-0.7	3,255 (95.3%)/0.7	0.5
	産婦人科	217 (5.1%)/0.7	161 (4.7%)/-0.7	P=0.52
眼科	眼科以外	4,210 (98.1%)/-2.8	3,377 (98.9%)/2.8	7.7
	眼科	83 (1.9%)/2.8	39 (1.1%)/-2.8	P<0.01
耳鼻咽喉科	耳鼻咽喉科以外	4,234 (98.6%)/-0.1	3,370 (98.7%)/0.1	0.01
	耳鼻咽喉科	59 (1.4%)/0.1	46 (1.3%)/-0.1	P=0.92
泌尿器科**	泌尿器科以外	4,196 (97.7%)/1.8	3,317 (97.1%)/-1.8	3.1
	泌尿器科	97 (2.3%)/-1.8	99 (2.9%)/1.8	P=0.08
脳神経外科	脳神経外科以外	4,199 (97.8%)/-2.1	3,364 (98.5%)/2.1	4.6
	脳神経外科	94 (2.2%)/2.1	52 (1.5%)/-2.1	P=0.04
放射線科	放射線科以外	4,209 (98.0%)/-2.7	3,376 (98.8%)/2.7	7.4
	放射線科	84 (2.0%)/2.7	40 (1.2%)/-2.7	P<0.01
麻酔科	麻酔科以外	4,129 (96.2%)/-0.6	3,294 (96.4%)/0.6	0.3
	麻酔科	164 (3.8%)/0.6	122 (3.6%)/-0.6	P=0.59
病理**	病理以外	4,263 (99.3%)/-1.5	3,401 (99.6%)/1.5	2.2
	病理	30 (0.7%)/1.5	15 (0.4%)/-1.5	P=0.18
臨床検査	臨床検査以外	4,290 (99.9%)/-1.5	3,416 (100.0%)/1.5	2.4
	臨床検査	3 (0.1%)/1.5	0 (0.0%)/-1.5	P=0.26
救急科	救急科以外	4,145 (96.6%)/-3.2	3,340 (97.8%)/3.2	10.1
	救急科	148 (3.4%)/3.2	76 (2.2%)/-3.2	P<0.01
形成外科**	形成外科以外	4,248 (99.0%)/-1.7	3,393 (99.3%)/1.7	3.1
	形成外科	45 (1.0%)/1.7	23 (0.7%)/-1.7	P=0.09
リハビリテーション科	リハビリ科以外	4,269 (99.4%)/0.2	3,396 (99.4%)/-0.2	0.02
	リハビリ科	24 (0.6%)/-0.2	20 (0.6%)/0.2	P=0.88
総合診療科	総合診療科以外	4,205 (98.0%)/6.8	3,251 (95.2%)/-6.8	46.3
	総合診療科	88 (2.0%)/-6.8	165 (4.8%)/6.8	P<0.01

**P値が0.05以上、0.2未満で、多項ロジスティック回帰分析に投入した項目

Table 2. 医師不足地域における半年以上勤務有無による比較(多変量二項ロジスティック分析)

	オッズ比	95%CI
医師経験年数	1.37	1.17-1.60
休職(休職なし)	2.90	2.01-4.20
卒業大学(自治医科大学)	1.73	1.43-2.10
内科	1.44	1.25-1.67
小児科	1.62	1.22-2.13
外科	1.34	1.06-1.69
整形外科	1.81	1.34-2.43
総合診療科	2.48	1.72-3.57

令和 4 年度医師届出票に基づく医師配置の実態と課題の分析

上原孝紀 千葉大学医学部附属病院 総合診療科 講師

研究要旨

本報告書は、3年間の研究計画の2年目にあたる報告書である。本研究では、令和4年度医師届出票のデータを用いて、医師の地域偏在構造を都道府県および二次医療圏単位で明らかにすること、地域枠等の従事要件が偏在に与える影響、さらに専門医数との関係を検討することを目的とした。

対象は届出表に記載された全医師 343,275 名であり、医師偏在指標に基づき各地域を医師多数・少数・その間(中間)に分類した。都道府県と医療圏の区分別勤務医療機関をクロス集計し、カイ二乗検定と調整済み残差分析を行った結果、両者に有意な関連を認められ、特に多数・少数地域における偏在傾向が顕著であった。また、地域枠等の従事要件ありとされた医師は 8,580 名であったが、自治医科大学卒業医師数との不一致がみられ、届出表の記載制度に課題が示唆された。さらに専門医数では、内科領域において届出数と学会公表数との乖離が顕著であり、新専門医制度の移行期の影響や、認定・専門医制度自体の影響が考えられた。今後の分析では、制度的背景を踏まえた補正的解釈が必要である。

する。

A. 研究目的

我が国における医師の地域偏在は、長年にわたり医療政策上の重要課題とされており、都道府県単位にとどまらず、より細分化された医療圏レベルでの実態把握と対策の必要性が指摘されている。これに対し、厚生労働省は医師偏在指標を用いた地域分類や、地域枠・義務年限を有する医師の制度設計など、偏在是正に向けたさまざまな取り組みを展開してきた。

こうしたなか、医師届出票は全国すべての医師を対象とする悉皆データとして、医師の配置状況や属性を把握するうえで極めて有用である一方、活用にあたっては記載項目の制度的背景を踏まえた慎重な解釈が求められる。特に、医師多数・少数地域における実際の配置状況、地域枠等の従事要件の反映状況、さらに専門医制度の導入に伴う制度移行期の影響や診療科偏在問題など、多面的な視点からの検証が必要である。

本研究では、令和4年度医師届出票のデータを用いて、医師の勤務実態に基づき地域偏在の構造を明らかにすること、地域枠等の従事要件が地域偏在に与える影響を検証すること、基本19領域における専門医と地域偏在の関連を明らかにすることを目的と

B. 研究方法

本研究では、令和4年度医師届出票に記載された全医師を対象として、医師の勤務先所在地に基づき、都道府県別および二次医療圏別に集計・分析を行った。各地域は、医師偏在指標に基づき、「医師多数区域」、「医師少数区域」およびその中間の地域（以下「医師中間地域」）の3区分に分類した。

まず、都道府県別および二次医療圏別における医師の分布状況を把握するため、勤務先が属する区分ごとのクロス集計表を作成し、両者の関連を検討するためにカイ二乗検定を実施した。あわせて調整済み残差を算出し、統計的期待値に対する実際の偏りの程度を評価した。

次に、医師届出票の「地域枠等従事要件」欄の入力情報をもとに、従事要件の有無別に対象医師数を集計した。また、分担研究4において、全国の都道府県医師確保対策担当部局から回収した義務年限を有する医師の全数データ（地域枠および自治医科大学卒業生）との照合を行い、届出票上の記載との整合性について検討した。

さらに、基本19領域における専門医数を

医師届出票から抽出し、各領域の学会ホームページに公表されている専門医数と比較した。特に内科領域においては、「認定内科医」「総合内科専門医」と届出票上の「内科」専門医数との乖離に着目し、制度的背景を踏まえた分析を行った。

(倫理面への配慮について)

千葉大学大学院医学研究院倫理審査の承認(M10834)を受けて、本研究を実施した。

C. 研究結果

対象となった医師は、343,275名であり、二次医療圏別に主たる従事先別でみると、医師少数区域に33,645名(10%)、中間区域に74,442名(22%)、医師多数区域に235,188名(69%)であった。都道府県別に主たる従事先でみると、医師少数83,969名(25%)、医師中間113,023名(33%)、医師多数143,283名(42%)であった。都道府県別および二次医療圏別に分類した医師少数・中間・多数地域の勤務状況の関係を検討するため、クロス集計表を作成し、カイ二乗検定を行った。その結果、両者の間に有意な関連を認めた(カイ二乗値:

53875.82、自由度4、 $P < 0.01$)。また、調整済み残差の分析では、都道府県・二次医療圏いずれも多数地域に勤務している医師および少数区域に勤務している医師のセルにおいて、80.5、122.5と極めて高い正の残差が認められた(表1)。

地域枠等の従事要件ありとした医師は8,580名(2.5%)であった。また、自治医大出身4,229名のうち、地域枠等_従事要件有無に入力があつたのは要件あり1,539名(36.4%)、要件なし434名の計1,973名であった。

次に基本19領域の専門医数および学会ホームページに記載されている専門医数は表2にまとめた。

D. 考察

令和6年度は、医師届出表の情報を解析可能なデータセットへと整備する作業を行った。その一次解析の結果を以下に示す。

表1のクロス集計および調整済み残差の分析により、医師多数都道府県においては、医師多数二次医療圏に統計的期待値を大き

く上回る医師が配置されていた(残差+80.47)。一方で、医師少数都道府県においても、医師少数二次医療圏への配置が期待値を大きく上回っていた(残差+122.46)。この結果は、単に都道府県全体の医師不足が課題となっているのみならず、県内においても比較的医師が集中しているとされる医療圏ですら人材確保が困難な実態を示唆している。また、公的な配置政策や医師派遣によって、医師少数地域に対して優先的な配置が行われて、偏在是正の施策が地域ごとの配置に一定の効果をもたらしている可能性がある。

また、地域枠等の従事要件が「あり」とされた医師は8,580名であった。一方、我々が分担研究4において全国の都道府県医師確保対策担当部局から回収した義務年限を有する医師の全数調査では、8,104名(地域枠7,076名、自治医大1,028名)が各都道府県に医師として登録されていることが確認された。

また、令和6年2月26日に開催された「第2回医師養成課程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会」(厚生労働省)における資料では、平成19年以降の医学部定員(地域枠および自治医科大学を含む)が明示されている。今回の調査時点である令和4年度医師届出票調査では、平成28年度入学までの医師が対象となるが、平成19年度から平成28年度までの地域枠入学定員は11,073名に上る。これに対して、分担研究4により実際に抽出された医師数(7,076名)との差異については、今後の詳細な検討が必要である。

さらに、自治医科大学出身の医師は、本来「地域枠等従事要件あり」に全員が該当するはずであるが、医師届出票において当該項目に該当しているとされたのは4,229名中1,539名(36.4%)にとどまっていた。この結果は、医師届出票における従事要件の記載方法や定義の運用に改善の余地があることを示唆している。特に、自治医科大学卒業医師については、一律に「地域枠等従事要件あり」として扱うなど、生データに対して適切な解釈・補正を加える必要があることが明らかとなった。

また、基本領域における専門医数については、概ね医師届出票に記載された数値と各

学会が公表している専門医数との間に、おおむね整合がみられた。しかし、最も医師数が多い内科領域においては、届出票上の専門医数(21,029名)と、学会が公表する認定医、専門医数との間に顕著な乖離が認められた。

この乖離は、内科認定医が各臓器専門医の取得要件となっている一方で、総合内科専門医の取得者が限られていることや、2018年に新専門医制度が導入され、2020年度(令和2年度)以降に新専門医制度下で専門医が輩出されはじめたという制度移行期の影響など、認定・専門医制度の構造的要因によるものと考えられる。したがって、本データを用いた専門医数に関する解析においては、制度変更に伴う登録体系や届出方法の違いを十分に考慮する必要がある。

E. 結論

本研究では、令和4年度医師届出票を基に一次解析を行った。医師の地域偏在の実態について都道府県および二次医療圏の区分に基づく解析からは、医師多数地域への集中が顕著である一方、医師少数地域においては政策的な配置が一定程度機能している可能性が示唆された。

また、地域枠等の従事要件に関する分析から、届出票の設計や記載内容に改善の余地があること、ならびに今後の解析においては補正的な解釈を加える必要があることが明らかとなった。

さらに、専門医数に関する分析では、医師届出票と学会公表値に概ね整合が認められたものの、内科領域では顕著な乖離が確認された。この乖離は、新専門医制度への移行期における制度的要因や、認定・専門医制度の構造的な要因によるものと考えられ、本研究において実施する今後の専門医に関するデータ分析においても、制度の変遷や登録基準の違いを考慮した補正的な解釈が求められる。

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

該当なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

表 1. 都道府県別および二次医療圏別に分類した医師勤務状況

都道府県 二次医療圏	少数	中間	多数	計
少数	19,830 +122.46	7,755 -31.57	6,060 -67.37	33,645(10%)
中間	30,471 84.55	30,127 35.88	13,844 -97.74	74,442(22%)
多数	36,668 -93.88	75,141 -8.25	123,379 80.47	235,188(69%)
計	86,969(25%)	113,023(33%)	143,283(42%)	343,275

表 2. 基本 19 領域の専門医数および学会ホームページ記載の専門医数

専門医	届出表専門医	学会 HP 専門医数
内科	21,029	認定内科医 84,525 総合内科 44,028
小児科	14,465	約 1,6000
皮膚科	5,948	7,395
精神科	10,583	約 10,000(2018)
外科	22,716	認定医 21,586 外科専門医 23,029
整形外科	17,754	21,251
産婦	11,675	不明
眼科	10,096	約 10,000
耳鼻	7,461	8,562
泌尿器	6,474	不明
脳外	7,158	7,935
放科	6,526	不明
麻酔	8,262	10,126
病理	2,289	2,789
救急	4,969	3,035
形成	2,496	約 3,200
リハ	3,117	2,818
臨床検査	562	不明
総診	785	

研究成果の刊行に関する一覧表レイアウト

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年

令和7年2月25日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人千葉大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 横手 幸太郎

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究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 DPCとタイムスタディを用いた臓器専門医のプライマリ・ケア診療可視化に基づく医師
偏在指標の開発

3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部附属病院 総合診療科・講師
(氏名・フリガナ) 上原 孝紀・ウエハラ タカノリ

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)
人を対象とする生命科学・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"/>	千葉大学	<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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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。

令和7年2月14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 学長

氏名 藤井 輝夫

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究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。

- 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
- 研究課題名 DPCとタイムスタディを用いた臓器専門医のプライマリ・ケア診療可視化に基づく医師偏在指標の開発
- 研究者名 (所属部署・職名) 医学部附属病院・特任助教
(氏名・フリガナ) 中部 貴央・ナカベ タカヨ

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)
人を対象とする生命科学・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"/>	千葉大学医学部附属病院	<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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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。

令和 7 年 1 月 29 日

厚生労働大臣 殿

機関名 山梨大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 中村 和彦

次の職員の（令和）6年度厚生労働科学研究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 DPCとタイムスタディを用いた臓器専門医のプライマリ・ケア診療可視化に基づく医師偏在指標の開発
3. 研究者名 （所属部署・職名）山梨大学大学院総合研究部医学域臨床医学系 特任教授
（氏名・フリガナ）小林美亜 コバヤシミア

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）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	<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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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。

2025年3月26日

厚生労働大臣 殿

機関名 聖マリアンナ医科大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 北川 博昭

次の職員の令和 6 年度厚生労働科学研究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 DPC とタイムスタディを用いた臓器専門医のプライマリ・ケア診療可視化に基づく医師偏在指標の開発
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部・主任教授
(氏名・フリガナ) 大平 善之・オオヒラ ヨシユキ
4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	■ □	■	千葉大学医学部附属病院	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□ ■	□		□
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	□ ■	□		□
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:)	□ ■	□		□

(※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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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 ■ 未受講 □
-------------	------------

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 ■ 無 □ (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 ■ 無 □ (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 ■ 無 □ (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 □ 無 ■ (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。

令和 7 年 2 月 6 日

厚生労働大臣
~~(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿~~
~~(国立保健医療科学院長)~~

機関名 横浜市立大学
所属研究機関長 職名 学長
氏名 石川 義弘

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究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。

- 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
- 研究課題名 DPC とタイムスタディを用いた臓器専門医のプライマリ・ケア診療可視化に基づく医師偏在指標の開発
- 研究者名 (所属部署・職名) 医学群医学教育学・総合診療医学 ・ 教授
(氏名・フリガナ) 太田 光泰 ・ オオタ ミツヤス

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)
人を対象とする生命科学・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"/>	千葉大学医学部附属病院	<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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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。

令和7年 2月 6日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 京都大学

所属研究機関長 職名 医学研究科長

氏名 伊佐 正

次の職員の(令和)6年度厚生労働科学研究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 DPCとタイムスタディを用いた臓器専門医のプライマリ・ケア診療可視化に基づく
医師偏在指標の開発
3. 研究者名 (所属部署・職名) 大学院医学研究科・准教授
(氏名・フリガナ) 和足 孝之 (ワタリ タカシ)

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)
人を対象とする生命科学・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"/>	千葉大学医学部附属病院	<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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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。

令和7年2月25日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人千葉大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 横手 幸太郎

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究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 DPCとタイムスタディを用いた臓器専門医のプライマリ・ケア診療可視化に基づく医師
偏在指標の開発

3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部附属病院 総合診療科・助教
(氏名・フリガナ) 横川 大樹・ヨコカワ ダイキ

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)
人を対象とする生命科学・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"/>	千葉大学	<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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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。

令和7年 1月 10日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 日本医科大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 弦間 昭彦

次の職員の(令和)6年度厚生労働科学研究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 DPC とタイムスタディを用いた臓器専門医のプライマリ・ケア診療可視化に基づく医師偏在指標の開発
3. 研究者名 (所属部署・職名) 総合医療・健康科学 准教授
(氏名・フリガナ) 塚田 (哲翁) 弥生・ツカダ (テツオウ) ヤヨイ

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)
人を対象とする生命科学・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"/>	千葉大学医学部附属病院	<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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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。

令和7年3月24日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人秋田大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 南谷 佳弘

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究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 DPCとタイムスタディを用いた臓器専門医のプライマリ・ケア診療可視化に基づく医師偏在指標の開発
- 3. 研究者名 (所属部署・職名) 大学院医学系研究科・教授
(氏名・フリガナ) 大坪 徹也 (オオツボ テツヤ)

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)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" 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"/>
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)

研究計画の一段目の研究実施を受けて二段目の研究を実施する計画である。分担研究者である大坪徹也は、二段目の研究から関わるため、一段目の研究については倫理審査を受けておらず、二段目の研究実施時に倫理審査を受ける。

(※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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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:)