

別紙 1

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

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7年度 総括研究報告書

研究代表者 上原 孝紀

令和8（2026）年 5月

研究報告書目次

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・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	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	7
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	12
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	18
上原孝紀, 中部貴央, 小林美亜, 横川大樹	
4. 勤務義務を有する医師の政策上の医師不足地域等における勤務実態：全国横断研究	22
上原孝紀, 大平善之, 太田光泰, 小林美亜, 中部貴央, 和足孝之, 塚田弥生, 横川大樹, 大坪徹也	
5. 勤務義務を有する医師の政策上の医師不足地域等における6か月以上勤務に関連する要因：全国横断研究	31
上原孝紀, 大平善之, 太田光泰, 小林美亜, 中部貴央, 和足孝之, 塚田弥生, 横川大樹, 大坪徹也	
6. 勤務義務を有する卒後3年目医師の専門領域分布：2022年度新専攻医相当集団との比較による全国横断研究	41
上原孝紀, 太田光泰, 大平善之	
7. 都市部居住医師は医療資源の乏しい地域で勤務しうるか：全国医師パネルを用いた勤務意向調査	53
上原孝紀, 中部貴央, 太田光泰, 大平善之, 小林美亜	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	61
IV. 厚生労働科学研究費における倫理審査及び利益相反の管理の状況に関する報告	62

別紙 3

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 7 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 年間の政策研究の最終年度にあたる令和 7 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。

令和 7 年度は、7 つの分担研究を実施した。研究 1・2 では、DPC データを用いて、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を、単施設および全国 42 国立大学病院で可視化した。研究 3 では、電子タグによる院内所在地ログを用いて、大学病院における臓器別専門医が担う業務構造を定量的に把握した。研究 4 では、勤務義務を有する医師の政策上の医師不足地域等における年間勤務月数を全国規模で定量化した。研究 5 では、勤務義務を有する医師が政策上の医師不足地域等で 6 か月以上勤務することに関連する要因を分析した。研究 6 では、勤務義務を有する卒後 3 年目医師の専門領域分布を、2022 年度新専攻医相当集団と比較した。研究 7 では、都市部居住医師を対象に、医療資源の乏しい地域における勤務意向および勤務条件を全国医師パネル調査により検討した。

本研究班では、単施設および全国 42 国立大学病院の DPC データ解析により、大学病院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象となり得ることを示した。また、電子タグを用いた滞在時間分析により、臓器別専門医、とくに若手医師が病棟管理やカンファレンスなどの領域横断的業務に多く関与している可能性が示された。

勤務義務を有する医師については、政策上の医師不足地域等での年間勤務月数が平均 5.22 か月であり、地域枠等の従事要件における「9 年間で 4 年間程度」とおおむね整合する結果であった。また、政策上の医師不足地域等で 6 か月以上勤務することには、自治医科大学卒業、医師経験年数 7 年以上、休職歴なし、男性、総合診療・内科・小児科・外科・整形外科・泌尿器科などの診療領域が関連していた。特に総合診療は最も大きな関連を示し、医師不足地域における総合診療医または総合的な診療能力を有する医師の重要性が示された。

専門領域分布の解析では、勤務義務を有する卒後 3 年目医師は、同年次の新専攻医相当群と比較して、内科、小児科、外科、産婦人科、総合診療の割合が高く、勤務義務を伴う医師養成政策が地域医療を支える基盤的診療領域の供給と関連している可能性が示された。都市部居住医師への全国調査では、郡部・中山間地域・離島での勤務に同意できる医師が一定数存在し、特に短期・反復型勤務や現在の生活拠点を維持した通勤型勤務への意向が高かった。

以上より、医師偏在対策には、地理的要因、診療科的要因、医師の意向・生活条件という複数の側面を統合した政策設計が必要であることが明らかとなった。特に、医師不足地域への処方箋として、総合診療医または総合的な診療能力を有する医師の養成・配置を強化すること、勤務義務医師の配置を地域の実情と診療領域に基づいて評価すること、都市部・地方都市の医師を短期・反復型に医師不足地域へ結びつける仕組みを整備することが重要である。

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

わが国では、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高まっている。一方で、日本の入院診療では、臓器別専門医が主治医機能を担いながら、高齢患者、多疾患併存患者、診断未確定の患者に対して領域横断的な診療も行ってきた。医師の働き方改革が本格化する中、大学病院を含む医療機関において、診療業務の再設計、業務負担の適正化、タスクシフト・タスクシェアの推進は喫緊の課題である。

また、医師の地域偏在・診療科偏在は、第8次医師確保計画における重要な政策課題である。地域枠入学制度や自治医科大学制度など、勤務義務を伴う医師養成政策は、医師不足地域への医師供給を支える主要な政策手段であるが、その勤務実態、診療領域との関連、勤務義務を有しない医師との専門領域分布の違いについては、十分に可視化されていない。さらに、都市部や地方都市で勤務する医師を、医療資源の乏しい地域の支援にどのように結びつけるかについても、医師自身の意向や勤務条件を踏まえた検討が必要である。

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7つの研究課題を

設定し、医師偏在対策に資する実証的知見を整理した。

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（単施設および全国42国立大学病院を対象）

3. 大学病院における臓器別専門医が担う業務構造の定量的把握（電子タグを用いた滞在時間分析）

4. 勤務義務を有する医師の政策上の医師不足地域等における年間勤務月数の定量化

5. 勤務義務を有する医師が政策上の医師不足地域等で6か月以上勤務することに関連する要因の分析

6. 勤務義務を有する卒後3年目医師の専門領域分布と、2022年度新専攻医相当集団との比較

7. 都市部居住医師の医療資源の乏しい地域における勤務意向および勤務条件に関する全国医師パネル調査

B. 研究方法

本年度は、以下の7つの分担研究を実施した。

研究1, 2. 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

千葉大学医学部附属病院を対象に、2022年9月から11月までの入院患者を起点として、入院診療科、DPC制度で定義される最も医療資源を投入した傷病名、主病名、入院契機となった診断、手術の有無、手術術式名を抽出した。包括的入院診療の経験を有する総合診療医3名が、日本型ホスピタリストが主治医機能を担えるかを独立に二値評価し、3名中2名以上が対応可能と判断したDPCコードをホスピタリスト対応可能と定義した。さらに、2021年4月から2023年12月までの入院患者に分類を拡張した。

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

研究1で構築したDPCコード単位の評価枠組みを、全国42国立大学病院のDPCデータに適用した。2021年4月から2023年12月までの入院患者を対象に、ホスピタリス

ト群とスペシャリスト群に分類し、患者背景、医療資源利用、MDC 分類、手術の有無、大学属性、立地条件を比較した。さらに、CHAID 法による決定木分析を行った。

研究 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

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 日までに電子タグで記録された院内所在地ログを用いた。医学部および医学部附属病院内に設置したレシーバーにより、各医師の所在地を 1 分単位で記録し、病院内 9 区分における院内滞在時間を集計した。年代、職位、専門領域別に所在地別滞在時間を比較した。なお、本研究で得られたデータは院内所在地と滞在時間を示すものであり、実際の労働時間や具体的な業務内容を直接測定したものではない。

研究 4. 勤務義務を有する医師の政策上の医師不足地域等における勤務実態：全国横断研究

全国 47 都道府県の医師確保担当部署を対象に、2022 年度に勤務義務を有していた自治医科大学卒業医師および地域枠卒業医師について、勤務状況および個人属性に関する医師単位のデータを収集した。勤務先医療機関を、A：医師偏在指標に基づく医師少数二次医療圏に所在する医療機関、B：A には該当しないが各都道府県が医師確保対策上、医師不足地域等に位置づけた医療機関、C：A および B のいずれにも該当しない医療機関に分類し、A および A+B での年間勤務月数を算出した。

研究 5. 勤務義務を有する医師の政策上の医師不足地域等における 6 か月以上勤務に関連する要因：全国横断研究

研究 4 と同一の調査で得られた医師単位データを用い、2022 年度に政策上の医師不足地域等で 6 か月以上勤務したことを主要アウトカムとして、都道府県分類、性別、医師経験年数、休職歴、卒業区分、主たる診療領域との関連を二項ロジスティック回帰分析により検討した。

研究 6. 勤務義務を有する卒後 3 年目医師の専門領域分布：2022 年度新専攻医相当集団との比較による全国横断研究

日本専門医機構が公表した 2022 年度新専攻医採用実績と、2022 年度に勤務義務を有していた医師の全国データベースを用いた。勤務義務を有する卒後 3 年目医師を 2022 年度新専攻医に含まれる勤務義務医師に近似する集団として扱い、19 基本領域が判明している勤務義務あり群と、日本専門医機構の公表値から推定した勤務義務なし相当群の専門領域分布を比較した。感度分析として、専門領域データが欠損していた 47 名を比例配分した解析も行った。

研究 7. 都市部居住医師は医療資源の乏しい地域で勤務しうるか：全国医師パネルを用いた勤務意向調査

楽天インサイト株式会社の医師パネルを用いて、全国 Web アンケート調査を実施した。現在収入を伴う仕事をしており、国内で勤務し、主たる仕事に必要な国家資格として医師免許を有すると回答した 890 名を解析対象とした。このうち、現在の居住地が大都市または地方都市である 841 名を都市部居住医師と定義し、郡部、中山間地域、離島での勤務意向、期限付き勤務への同意、勤務時の生活拠点、地方勤務を検討する際に重視する条件、金銭的インセンティブを記述した。

（倫理面への配慮について）

研究 1・2 は、千葉大学医学部附属病院観察研究倫理審査委員会の承認および変更承認（HK202408-14）を受けて実施した。研究 3 は、千葉大学医学部附属病院観察研究倫理審査委員会の承認および変更承認

（HK202311-02）を受けて実施した。研究 4・5・6 は、千葉大学大学院医学研究院倫理審査委員会の承認（M10834）を受けて実施した。研究 7 は、千葉大学大学院医学研究院倫理審査委員会の承認（M10957）を受けて実施した。

C. 研究結果

研究 1 では、千葉大学医学部附属病院の入院患者 48,038 例に DPC コード分類を適用した結果、ホスピタリスト群は 22,798 例

(47.5%)であった。ホスピタリスト群には、呼吸器系、循環器系、消化器系、内分泌・栄養・代謝疾患、腎・尿路系疾患など、血液疾患を除く内科系疾患が多く含まれていた。一方、眼科、乳房、小児、産科、新生児などの領域では、ホスピタリストによる主治医機能の対応は困難と評価される傾向がみられた。

研究2では、全国42国立大学病院の入院患者1,696,981名のうち、ホスピタリスト群は792,694名(46.7%)であった。ホスピタリスト群では65歳以上の高齢患者、手術なし症例、呼吸器・循環器・消化器などの内科系疾患が多かった。出来高換算医療費は、スペシャリスト群1,186,911円、ホスピタリスト群933,976円であり、ホスピタリスト群で低かった。大学属性・立地別の差は統計学的には有意であったが小さく、いずれも約45%以上がホスピタリスト群であった。

研究3では、大学病院に勤務する医師の院内所在地ログを解析し、平均院内滞在時間のうち、「医学部(研究室等)」、「処置・手術」、「スタッフステーション」での滞在時間が長いことを示した。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」での滞在時間が短い傾向がみられた。これは、若手医師が病棟管理、患者情報の共有、チームカンファレンスなどの領域横断的業務に多く関与している可能性を示している。

研究4では、全国47都道府県すべてから回答を得て、2022年度に勤務義務を有していた医師8,104名を把握した。このうち、勤務月数を評価可能であった7,921名において、医師少数二次医療圏に所在する医療機関(A)での年間勤務月数は平均2.47か月、医師少数二次医療圏ではないが、都道府県が指定する医師不足地域に所在する医療機関(B)での年間勤務月数を合算したA+Bでの年間勤務月数は平均5.22か月であった。Aでの年間勤務月数は医師少数都道府県で最も長く、A+Bでの年間勤務月数は医師中程度都道府県で最も長かった。

研究5では、勤務月数を評価可能であった7,921名のうち、3,510名(44.3%)が政策上の医師不足地域等で6か月以上勤務していた。多変量解析では、医師少数・中程度都道府県に属すること、男性、医師経験年数7年以上、休職歴なし、自治医科大学卒業医師であること、および主たる診療領域が内科、小児科、外科、整形外科、泌尿器科、総合診療であることが、6か月以上勤務と独立して関連していた。特に総合診療は最も大きなオッズ比を示した。

研究6では、2022年度に勤務義務を有する卒後3年目医師1,076名のうち、19基本領域が判明していた1,029名を勤務義務あり群として解析した。勤務義務あり群と勤務義務なし相当群では、19基本領域分布が有意に異なっていた。勤務義務あり群では、内科、小児科、外科、産婦人科、総合診療の割合が有意に高く、皮膚科、精神科、眼科、放射線科、形成外科、リハビリテーション科の割合が有意に低かった。感度分析においても、19基本領域分布の群間差は維持された。

研究7では、全国医師パネル890名を解析対象とし、そのうち大都市または地方都市に居住する医師841名を都市部居住医師と定義した。都市部居住医師において、郡部、中山間地域、離島での常勤勤務に同意できると回答した者は、それぞれ52.9%、29.0%、20.0%であった。一方、1年間の期限付き勤務として月1回の反復勤務を想定した場合、同意できると回答した者は、それぞれ62.5%、51.4%、37.8%であった。1年間常勤勤務する際の生活拠点については、勤務先近隣へ転居することよりも、現在の居住地から通勤することへの同意割合が高かった。

D. 考察

本研究班で得られた重要な知見は、第一に、高度先進医療を担う大学病院においても、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象となり得ることである。単施設研究では47.5%、全国42国立大学病院研究では46.7%がホスピタリ

スト対応可能症例と分類され、大学病院においても領域横断的診療ニーズが特定施設に限らず広く存在する可能性が示された。この結果は、地域病院や中小病院では、さらに領域横断的診療ニーズが高い可能性を示唆する。

第二に、電子タグを用いた滞在時間分析により、臓器別専門医、とくに若手医師が、病棟管理、スタッフステーション、カンファレンスなど、領域横断的業務に多くの時間を費やしている可能性が示された。これは、日本の大学病院において、臓器別専門医が専門領域に特化した診療だけでなく、患者管理、チーム調整、多職種連携などの幅広い業務を担っている実態を示している。医師の働き方改革が進む中で、これらの業務を可視化し、診療科間・職位間の業務分担、多職種とのタスクシフト・タスクシェア、日本型ホスピタリストの役割定義を検討することが重要である。

第三に、勤務義務を有する医師は、政策上の医師不足地域等において、年間平均5.22か月勤務していた。これは、地域枠等の従事要件における「9年間で4年間程度」とおおむね整合する結果であり、勤務義務を伴う医師養成政策が、医師不足地域への医師配置に一定の役割を果たしている可能性を示している。一方で、全国一律の医師偏在指標に基づく区域評価だけではなく、都道府県が地域の実情に応じて位置づける医師不足地域等も含めて勤務実態を把握する必要があることが明らかとなった。

第四に、政策上の医師不足地域等で6か月以上勤務することには、自治医科大学卒業医師であること、医師経験年数7年以上であること、休職歴がないこと、男性であること、総合診療・内科・小児科・外科・整形外科・泌尿器科などの診療領域が関連していた。特に総合診療は最も大きな関連を示し、医師不足地域において、総合診療医または総合的な診療能力を有する医師の重要性が際立った。これは、外来、入院、在宅、救急初期対応などを横断し得る診療能力が、医師不足地域の医療提供体制を支える上で重要であることを示唆する。

第五に、勤務義務を有する卒後3年目医師は、同年次の新専攻医相当群と比較して、内科、小児科、外科、産婦人科、総合診療

の割合が高かった。これは、勤務義務を伴う医師養成政策が、地域医療を支える基盤的診療領域の供給と関連している可能性を示す。一方で、勤務義務を有しない新専攻医相当群では、皮膚科、精神科、眼科、放射線科、形成外科、リハビリテーション科の割合が相対的に高く、専門領域ごとの医師分布の違いを踏まえた医師偏在対策の必要性が示された。

第六に、都市部居住医師の中にも、医療資源の乏しい地域での勤務に同意しうる層が一定数存在することが明らかとなった。特に、長期連続勤務よりも、月1回勤務や週1日勤務などの短期・反復型勤務への同意割合が高く、勤務先近隣への転居よりも現在の生活拠点を維持した通勤への同意割合が高かった。医師不足地域への医師確保策としては、恒常的な移住・転居を前提とするだけでなく、都市部・地方都市の医師を短期・反復型に医師不足地域へ結びつける柔軟な制度設計が重要である。

以上より、本研究は、医師偏在対策には、地理的要因、診療科的要因、医師の意向・生活条件という複数の側面を統合した政策設計が必要であることを示した。特に、医師不足地域への処方箋として、総合診療医または総合的な診療能力を有する医師の養成・配置を強化すること、勤務義務医師の配置を地域の実情と診療領域に基づいて評価すること、都市部・地方都市の医師を短期・反復型に医師不足地域へ結びつける仕組みを整備することが重要である。

E. 結論

本研究により、大学病院においても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象となり得ることが明らかとなった。また、臓器別専門医、とくに若手医師が病棟管理やカンファレンスなどの領域横断的業務に多く関与している可能性が示され、医師の働き方改革を踏まえた業務構造の可視化と再設計の必要性が示された。

勤務義務を有する医師については、政策上の医師不足地域等での年間勤務月数が平均5.22か月であり、現行の地域枠等の従事要件とおおむね整合する勤務実態が確認された。また、6か月以上勤務することに

は、自治医科大学卒業、一定以上の医師経験年数、休職歴、性別、主たる診療領域が関連しており、特に総合診療は医師不足地域での勤務と強く関連していた。さらに、勤務義務を有する卒後3年目医師では、内科、小児科、外科、産婦人科、総合診療の割合が相対的に高く、勤務義務を伴う医師養成政策が地域医療を支える基盤的診療領域の供給と関連している可能性が示された。

都市部居住医師への調査では、医療資源の乏しい地域での勤務に同意しうる医師が一定数存在し、特に短期・反復型勤務や現在の生活拠点を維持した通勤型勤務が受け入れられやすい可能性が示された。したがって、今後の医師偏在対策では、総合診療医または総合的な診療能力を有する医師の養成・配置、勤務義務医師の地域・診療領域別評価、都市部・地方都市の医師を活用した短期・反復型支援、タスクシフト・タスクシェアを組み合わせた、実効性のある医師確保政策が求められる。

本研究で構築したデータ基盤と分析枠組みは、第8次（後期）医師確保計画の見直しに向けて、医師不足地域への医師配置、診療科偏在対策、総合診療医・日本型ホスピタリストの役割定義、ならびにタスクシフト・タスクシェアの制度設計を検討する際の基礎資料となり得る。本研究成果は、持続可能な医師確保政策の検討に資する知見として活用可能である。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

論文発表

該当なし

学会発表

1. 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）.

2. 医師不足地域における勤務義務を有する医師の医師偏在に係る全国横断調査
上原孝紀, 大平善之, 太田光泰, 小林美亜, 中部貴央, 横川大樹, 李宇, 吉田遼, 井原紫逸, 柳田育孝, 小島淳平, 佐藤瑠璃香, 柴山栄太郎, 塚田弥生

第16回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会 2025年6月22日

3. Consultative medicine を軸にした大学総合診療の実践

上原孝紀, 横川大樹, 李宇, 柳田育孝, 佐藤瑠璃香

第31回日本病院総合診療医学会学術総会 2025年9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。）

特許取得

該当なし

実用新案登録

該当なし

その他

該当なし

別紙 4

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 7 年度 分担研究報告書 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

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】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、入院診療では臓器別専門医が主治医機能を担いながら、領域横断的な対応も行ってきた。米国では 1990 年代以降、入院患者の包括的管理を担うホスピタリストが発展し、在院日数や医療資源利用の効率化との関連が報告されている。一方、日本の大学病院において、どのような入院患者が日本型ホスピタリストによる主治医機能の対象となり得るのかは十分に明らかでない。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別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】本研究では、日本型ホスピタリストを、幅広い一般内科的疾患を有する入院患者の包括的管理について主たる責任を担う医師と操作的に定義した。まず、2022 年 9 月 1 日から 11 月 30 日までに千葉大学医学部附属病院に入院した全患者を対象に、入院診療科、DPC 制度で定義される最も医療資源を投入した傷病名、主病名、入院契機となった診断、手術の有無、手術術式名を抽出した。包括的入院診療の経験を有する総合診療医 3 名が、各症例について日本型ホスピタリストが主治医機能を担えるかを独立に二値評価した。さらに、同一の評価基準を用いて、2021 年 4 月から 2023 年 12 月までに同院へ入院した全患者の DPC コードに分類を拡張した。3 名中 2 名以上が「対応可能」と判断した DPC コードをホスピタリスト群、それ以外をスペシャリスト群とし、患者背景、MDC 分類、手術の有無を比較した。

【結果】初回 3 か月間の 4,857 例に加え、初回期間に含まれなかった DPC コードに対応する 4,321 例を追加評価し、合計 9,178 例がラベリング過程に用いられた。3 名の総合診療医による二値評価の評価者間一致度は Fleiss の $\kappa=0.347$ であり、コンセンサス分類と各医師評価との一致度は Cohen の κ 係数で 0.530、0.609、0.884 であった。最終化した DPC コード分類を 2021 年 4 月から 2023 年 12 月までの入院患者 48,038 例に適用した結果、ホスピタリスト群は 22,798 例（47.5%）であった。ホスピタリスト群には、呼吸器系、循環器系、消化器系、内分泌・栄養・代謝疾患、腎・尿路系疾患など、血液疾患を除く内科系疾患が多く含まれていた。一方、眼科、乳房、小児、産科、新生児などの領域では、ホスピタリストによる主治医機能の対応は困難と評価される傾向がみられた。

【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による主治医機能の対象となり得ることが示された。本研究は、臓器別専門医が担っている領域横断的診療の量と内容を可視化する試みであり、医師の働き方改革、医療機能分化、タスクシフト・タスクシェアを含む日本型の入院診療体制を検討するための実証的基盤となる。

A. 研究目的

日本では、高齢化と多疾患併存患者の増加により、入院診療における領域横断的な包括的管理の重要性が高まっている。総合診療専門医は、2018年に開始された新専門医制度において基本領域の一つとして位置づけられ、病院を含む多様な場で総合的な診療能力を発揮することが期待されている（文献1）。また、米国では1990年代以降、ホスピタリストが入院患者の包括的管理を担う医師として発展してきた（文献2）。ホスピタリストモデルは、在院日数や医療資源利用の効率化と関連することも報告されている（文献3）。このような背景から、日本の入院医療においても、臓器別専門診療と領域横断的診療をどのように分担するかは重要な課題である。

一方で、日本ではこれまで、入院患者の主治医機能は主に臓器別専門医が担ってきた。大学病院のような高度医療機関においても、高齢患者や多疾患併存患者、診断未確定の患者に対して、臓器別専門医が領域横断的な対応を行う場面は少なくない。さらに、2024年から医師の時間外・休日労働の上限規制が適用され、勤務時間管理が厳格化される中で、入院診療体制の再設計が求められている（文献4）。しかし、日本の大学病院において、どのような入院患者が日本型ホスピタリストによる主治医機能の対象となり得るのか、また臓器別専門医が担っている領域横断的診療の量と内容がどの程度存在するのかは、十分に可視化されていない。すなわち、本研究の学術的問いは、大学病院における入院患者のうち、日本型ホスピタリストが主治医機能を担える患者群がどの程度存在し、どのような疾患領域に分布しているのか、という点である。

本研究の目的は、千葉大学医学部附属病院のDPC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別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である。これにより、医師偏在への対策、医療機能分化、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、今後の日本型ホスピタリストの役割定義と入院診療体制の再設計に向けた基盤を構築することを目指す

した。

B. 研究方法

本研究では、日本型ホスピタリストを、米国型ホスピタリストに機能的に類似し、幅広い一般内科的疾患を有する入院患者の包括的管理について主たる責任を担う医師と操作的に定義した。DPCデータは、急性期入院医療における診断群分類と医療資源利用を把握するための標準化された診療情報であり、本研究では患者構成および診療内容を把握するために用いた（文献5）。

本研究は、連続する2つの段階で実施した。第1段階では、2022年9月1日から11月30日までに、日本の三次医療を担う学術医療機関である千葉大学医学部附属病院に入院したすべての患者を対象とした。除外基準は設けなかった。各患者について、電子カルテおよび管理データベースから、1) 入院診療科、2) DPC制度で定義される最も医療資源を投入した傷病名、3) 主病名、4) 入院契機となった診断、5) 手術の有無、6) 該当する場合は手術術式名、の6項目を抽出した。

包括的入院診療の経験を有する3名の総合診療医が、抽出データを独立して評価した。各医師は各症例について、1: 日本型ホスピタリストが主治医として担当可能、0: 日本型ホスピタリストが主治医として担当不可、の二値判定を行った。評価は、その症例が、一般的な内科疾患の診断と管理、多職種連携の調整、必要時の臓器別専門医へのコンサルテーションによって主として管理可能かどうかに基づいて行った。評価は、DPCデータベースで利用可能な情報に限定した。3名の医師間の一致度は、Fleissの κ 係数を用いて評価した。 κ 値は、0.21~0.40を軽度の一致、0.41~0.60を中等度の一致、0.61~0.80を実質的な一致、0.81~1.00をほぼ完全な一致と解釈した（文献6）。コンセンサス分類は、3名中少なくとも2名が1点を付与した症例と定義した。各医師の判定とコンセンサス分類との一致度はCohenの κ 係数を用いて評価した。

第2段階では、第1段階で評価した症例に対応するDPCコードを同定し、コンセンサ

ス判定に基づいて分類した。初回 3 か月間を超えて分類を拡張するため、2021 年 4 月から 2023 年 12 月までに千葉大学医学部附属病院へ入院した患者に記録されたすべての DPC コードに同じ基準を適用した。初回 3 か月間に含まれていなかった DPC コードについては、同じ 6 項目を抽出し、同じ 3 名の総合診療医が同一の二値基準で独立に評価した。3 名中少なくとも 2 名が 1 点を付与した DPC コードを「ホスピタリスト対応可能」、それ以外を「専門医対応」と分類した。この分類作成手順を図 1 に示す。次に、患者をそれぞれの DPC コード分類に基づいて、ホスピタリスト群とスペシャリスト群に分類した。両群間で、性別、平均年齢、年齢区分(18 歳未満、18～64 歳、65 歳以上)、平均在院日数、DPC で定義された入院期間Ⅱを超えた症例数、出来高換算医療費を比較した。連続変数是对应のない t 検定、カテゴリ変数はカイ二乗検定を用いて比較した。さらに、主要診断群(MDC ; 18 疾患群)の分布および手術の有無の差についてもカイ二乗検定を用いて検討した。事後解析として残差分析を行い、標準化残差の絶対値が 1.96 以上を有意とみなした。すべての統計学的検定は両側検定とし、p 値 0.05 未満を統計学的有意とした。

(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

(1) 患者レベル評価と DPC コードレベルへの拡張

2022 年 9 月から 11 月までの間に、千葉大学医学部附属病院には 4,857 例の患者が入院し、3 名の総合診療医による初回の二値評価を受けた。分類枠組みを初回の研究期間を超えて拡張するため、2021 年 4 月から 2023 年 12 月までに同院へ入院した全患者の DPC コードをさらに検討した。初回 3 か月間に含まれていなかった DPC コードについては追加評価を行い、その結果、4,321 例が追加でレビューされた。最終的に、合計 9,178 例が DPC コード分類のラベリング過程に用いられた。

(2) 評価者間信頼性

3 名の総合診療医による二値評価の評価者間一致度は、Fleiss の $\kappa=0.347$ であった。3 名中少なくとも 2 名が 1 点を付与した症例と定義したコンセンサス分類と、各医師の評価との一致度を Cohen の κ 係数で評価した結果、 κ 値は医師 A で 0.530、医師 B で 0.609、医師 C で 0.884 であった。

(3) ホスピタリスト対応可能症例の分類
最終化した DPC コード分類を、2021 年 4 月から 2023 年 12 月までに千葉大学医学部附属病院へ入院した 48,038 例の患者に適用した。その結果、22,798 例がホスピタリスト群、25,240 例がスペシャリスト群に分類され、ホスピタリスト群は全症例の 47.5%を占めた。

MDC 分類(18 疾患群)の分布についてカイ二乗検定を行った結果、両群間で統計学的に有意な差が認められた($\chi^2=15,360.61$ 、 $p<0.01$)。残差分析の結果、ホスピタリスト群では呼吸器系疾患、循環器系疾患、消化器系疾患、内分泌・栄養・代謝疾患、腎・尿路系疾患などの内科系疾患が有意に多かった。一方、神経系疾患、眼科系疾患、筋骨格系疾患、皮膚疾患、乳房疾患、女性生殖器疾患、血液疾患、新生児疾患、外傷などの領域ではスペシャリスト群に多かった。特に、眼科疾患および乳房疾患では、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ほとんど認められず、新生児疾患および先天性奇形では該当症例は認められなかった。一方、スペシャリスト群に多く分類された疾患領域においても、一部の症例ではホスピタリストによる主治医機能の対応が可能と評価された。

D. 考察

本研究で明らかになった重要な知見は、第一に、大学病院の入院患者 48,038 例のうち 47.5%が日本型ホスピタリストによる主治医機能の対象となり得ることであり、第二に、その患者群は主に血液疾患を除く内科系疾患に分布する一方で、眼科、乳房、小児、産科、新生児などの専門性が高い領域では対応困難と評価される傾向が示されたことである。加えて、3 名の医師間の評価には一定のばらつきがあったものの、多数決に基づくコンセンサス分類により、DPC コード単位で日本型ホスピタリスト対応可能性を分

類する枠組みを構築できた。

第一の知見として、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による主治医機能の対象となり得ることが示された。大学病院は高度専門医療を担う三次医療機関であるが、入院患者のすべてが高度な臓器別専門診療のみを必要としているわけではない。本研究では、呼吸器系、循環器系、消化器系、内分泌・代謝系、腎・尿路系疾患など、血液疾患を除く内科系疾患群において、ホスピタリストによる主治医機能の対応が可能と評価される症例が多かった。これらの患者群では、臓器別専門医の関与を要する場合であっても、全身管理、複数疾患の調整、多職種連携、必要時の専門医コンサルテーションを組み合わせた包括的な主治医機能が重要になると考えられる。第二の知見として、眼科、乳房、小児、産科、新生児、血液疾患などの領域では、ホスピタリストによる主治医機能の対応が困難と評価される傾向が示された。これは、日本型ホスピタリストの役割が、すべての入院診療を代替するものではなく、臓器別専門医や周産期・小児・外科系専門医の専門性を補完しながら、領域横断的な管理を担うことにあることを示している。また、Fleiss の κ は 0.347 であり、個々の症例判断には一定のばらつきが認められた。一方、コンセンサス分類と各医師評価との一致度は中等度からほぼ完全な一致を示しており、多数決に基づく分類枠組みとしては一定の再現性が確保されていると考えられる。今後は、日本型ホスピタリストが主治医機能を担える症例の判断基準をさらに明確化し、評価の標準化を進める必要がある。

本研究の結果は、日本の大学病院における診療機能分担の一般化可能性を考える上で重要である。米国では 1990 年代以降、ホスピタリストが入院患者の包括的管理を担う医師として発展し（文献 2）、ホスピタリストモデルは在院日数や医療資源利用の効率化と関連することが報告されている（文献 3）。一方、OECD は、日本の医療制度の特徴として開放性と柔軟性を指摘するとともに、高齢化に対応した医療の質向上を重要な政策課題として位置づけている（文献 7）。日本でも、教育病院におけるホスピタリスト

体制導入後の在院日数短縮が報告されている（文献 8）。ただし、日本では総合診療医やホスピタリストに相当する医師数が限られており、米国型モデルをそのまま導入することは現実的ではない。したがって、臓器別専門医との協働、一定期間の領域横断的診療への参加、多職種連携、特定行為研修修了看護師などへのタスクシフト・タスクシェアを組み合わせた日本型の入院診療体制を検討する必要がある。

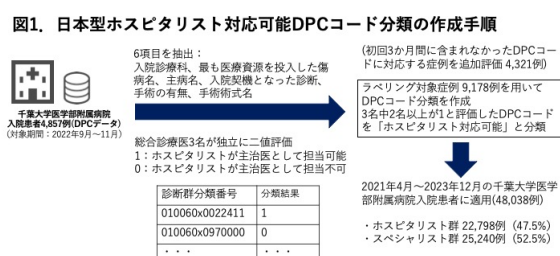
本研究には限界がある。第一に、本研究は単施設の大学病院における DPC データを用いた検討であり、患者構成や診療体制が他の大学病院、地域中核病院、中小病院とは異なる可能性がある。第二に、日本型ホスピタリストによる主治医機能の対応可能性の判定は、3 名の総合診療医による臨床判断に基づいており、一定の主観性を含む。第三に、判定に用いた情報は DPC データから得られる診療科、傷病名、手術情報に限られており、患者の重症度、社会的背景、診療経過、退院支援の複雑性など、主治医機能の可否に影響し得る情報を十分に反映できていない可能性がある。第四に、本研究は対応可能性の可視化を目的としたものであり、実際にホスピタリストが主治医機能を担った場合の臨床アウトカム、在院日数、医療費、再入院、患者満足度への影響は検証していない。

本研究は、大学病院における入院患者の約半数が日本型ホスピタリストによる包括的入院管理の対象となり得ることを示し、臓器別専門医が担っている領域横断的診療の量と内容を可視化する実証的基盤を提供するものである。医師の働き方改革が進む中で、医師数や診療科分布のみならず、実際の診療機能と業務内容に基づいて入院診療体制を再設計することは、業務負担の適正化、医療機能分化、タスクシフト・タスクシェアの推進に資する。今後は、全国の大学病院や地域中核病院を対象とした外的妥当性の検証、疾患別・手術有無別の詳細解析、医療資源使用量や退院転帰を含むアウトカム評価を進めることで、日本型ホスピタリストを組み込んだ持続可能な医療提供体制の制度設計に資するエビデンスを蓄積する必要がある。

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象となり得ることが示された。特に、呼吸器、循環器、消化器、内分泌・代謝、腎・尿路系疾患などの内科系疾患でその傾向が顕著であった一方、眼科疾患、新生児疾患、小児疾患、妊娠・産褥関連疾患など専門性の高い領域では対応が困難と評価された。本研究は、臓器別専門医が担っている領域横断的診療の実態を DPC データに基づいて可視化した点に意義がある。今後、医師の働き方改革や医療提供体制の持続可能性を見据え、ホスピタリストが対応可能な患者群をさらに明確化するとともに、臓器別専門医との協働、多職種連携、タスクシフト・タスクシェアを含めた日本型の入院診療体制を検討する必要がある。

図 1. 日本型ホスピタリスト対応可能 DPC コード分類の作成手順



【文献】

1. 一般社団法人日本専門医機構. 総合診療専門研修プログラム整備基準. 2020.
2. Wachter RM, Goldman L. The emerging role of “hospitalists” in the American health care system. N Engl J Med. 1996;335(7):514-517. doi:10.1056/NEJM199608153350713.
3. Rachoin JS, Skaf J, Cerceo E, Fitzpatrick E, Milcarek B, Kupersmith E, Scheurer DB. The impact of hospitalists on length of stay and costs: systematic review and meta-analysis. Am J Manag Care. 2012;18(1).
4. 厚生労働省. 医師の働き方改革の制度について. 2026年6月1日参照.
5. 厚生労働省. DPC 制度 (DPC/PDPS) の概要と基本的な考え方. 中央社会保険医療協議会資料. 2011.

6. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics. 1977;33(1):159-174.
7. OECD. OECD Reviews of Health Care Quality: Japan 2015: Raising Standards. Paris: OECD Publishing; 2015. doi:10.1787/9789264225817-en.
8. Kurihara M, Kamata K, Tokuda Y. Impact of the hospitalist system on inpatient mortality and length of hospital stay in a teaching hospital in Japan: a retrospective observational study. BMJ Open. 2022;12(4). doi:10.1136/bmjopen-2021-054246.

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

Consultative medicine を軸にした大学総合診療の実践

上原孝紀, 横川大樹, 李宇, 柳田育孝, 佐藤瑠璃香

第 31 回日本病院総合診療医学会学術総会
2025 年 9 月 27 日

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

別紙 4

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 7 年度 分担研究報告書 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

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】

わが国では、高齢化と多疾患併存患者の増加に伴い、入院医療において特定臓器に限定されない包括的診療の重要性が増している。一方、大学病院を含む入院診療では臓器別専門医が主治医機能を担う体制が中心であり、日本型ホスピタリストがどの程度の入院患者に対して主治医機能を代替し得るかは十分に明らかでない。本研究では、全国 42 の国立大学病院 DPC 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のある入院患者割合を明らかにし、大学属性および立地による差を検討した。

【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 データを用いた。分担研究 1 で構築した DPC コード単位の評価枠組みに基づき、日本型ホスピタリストが主治医機能を担えると判断された DPC コードを有する患者をホスピタリスト群、それ以外をスペシャリスト群とした。両群間で患者背景、医療資源利用、MDC 分類、手術の有無を比較し、大学属性および立地別の割合も検討した。さらに CHAID 法による決定木分析を行った。

【結果】

対象患者 1,696,981 名中、ホスピタリスト群は 792,694 名（46.7%）であった。ホスピタリスト群では 65 歳以上の高齢患者、手術なし症例、呼吸器・循環器・消化器などの内科系疾患が多かった。出来高換算医療費はスペシャリスト群 1,186,911 円、ホスピタリスト群 933,976 円であり、ホスピタリスト群で低かった。CHAID では手術の有無が第 1 分岐、MDC 分類が第 2 分岐として選択された。大学属性・立地別の差は統計学的には有意であったが小さく、いずれも約 45%以上がホスピタリスト群であった。

【結論】

全国国立大学病院においても、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象となり得る可能性が示された。これは、大学病院における領域横断的診療ニーズが特定施設に限らず広く存在することを示唆し、臓器別専門医の業務負担軽減、タスクシフト・タスクシェア、医師配置の再設計に向けた実証的基盤となる。

A. 研究目的

わが国では、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包括的診療の重要性が増している。総合診療専門医は、2018年に開始された新専門医制度において基本領域の一つとして位置づけられ、外来診療のみならず病院を含む幅広い診療場面での役割が期待されている（文献1）。また、米国では1990年代以降、ホスピタリストが入院患者の包括的管理を担う医師として発展してきた（文献2）。さらに、ホスピタリストモデルは在院日数や医療資源利用の効率化と関連することが報告されている（文献3）。このような背景から、日本の医療提供体制においても、大学病院を含む入院診療の中で、臓器別専門診療と領域横断的診療をどのように分担するかは重要な政策的・臨床的課題である。

一方で、日本の入院医療では、臓器別専門医が主治医機能を担いながら、多疾患併存や診断未確定の患者にも対応してきた。特に大学病院は高度専門医療を担う三次医療機関であるが、フリーアクセスを基盤とする医療制度のもと、必ずしも高度な臓器別専門診療のみを必要とする患者だけが入院しているとは限らない。しかし、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担える入院患者がどの程度存在するのか、またその割合が施設属性や立地条件によって異なるのかについては、十分な実証的検討が行われていない。すなわち、本研究の学術的問いは、国立大学病院という高度専門施設においても、領域横断的な包括的入院管理の対象となる患者群が普遍的に存在するのか、という点である。

本研究の目的は、全国42の国立大学病院DPCデータを用いて、日本型ホスピタリストが主治医機能を代替し得る入院患者の割合を明らかにし、その患者背景、疾患構成、手術の有無、医療資源利用、施設属性および立地条件との関連を検討することである。これにより、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、タスクシフト・タスクシェア、大学病院における診療機能再設計のための実証的知見を得ることを目指した（文献4）。

B. 研究方法

本研究では、分担研究1で構築した評価枠組みの外的妥当性を検討するため、同一のDPCコード分類を全国42の国立大学病院のデータセットに適用した。対象は、2021年4月から2023年12月までに全国42国立大学病院に入院した患者である。分担研究1では、DPCデータから、入院診療科名、最も医療資源を投入した傷病名、主傷病名、入院契機となった傷病名、手術の有無、手術名を抽出し、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コードについて主治医機能を担えるか否かを二値評価した。3名中2名以上が「担える」と判断したDPCコードを、ホスピタリスト対応可能と定義した。本研究では、ホスピタリスト対応可能と分類されたDPCコードを有する患者をホスピタリスト群、それ以外の患者をスペシャリスト群とした。両群間で、性別、年齢、年齢区分（18歳未満、18～64歳、65歳以上）、平均在院日数、DPCで定義された入院期間Ⅱを超えた症例数、出来高換算医療費を比較した。連続変数はt検定、カテゴリ変数はカイ二乗検定を用いて比較した。MDC分類（18疾患群）および手術の有無についてもカイ二乗検定を行い、残差分析では標準化残差の絶対値が1.96以上のセルを統計学的に有意と判断した。さらに、大学の属性（旧帝国大学／その他）および地理的条件（三大都市圏／その他）別にホスピタリスト群の割合を比較した。ホスピタリスト対応可能症例に関連する臨床的・管理的変数の組み合わせを探索するため、CHAID法による決定木分析を行った。従属変数はホスピタリスト対応可能性（あり／なし）とし、独立変数には、性別、年齢区分、MDC分類、手術の有無、手術処置1、手術処置2、併存症、重症度指標を含めた。DPCデータは、急性期入院医療における診断群分類と医療資源利用を把握するための標準化された診療情報であり、本研究の患者構成および医療資源利用の比較に適している（文献5）。

（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

全国 42 の国立大学病院を対象とした分析では、対象患者は 1,696,981 名であり、ホスピタリスト群 792,694 名 (46.7%)、スペシャリスト群 904,287 名 (53.3%) であった。

表 1 に示すように、患者背景ではホスピタリスト群で男性の割合が高かった (55.9% vs. 47.7%, $p<0.01$)。平均年齢もホスピタリスト群で高く (62.4 歳 [SD 20.1] vs. 53.8 歳 [SD 25.4], $p<0.01$)、年齢区分別では 65 歳以上がホスピタリスト群 58.2%、スペシャリスト群 45.3%であり、高齢患者の割合がホスピタリスト群で高かった ($p<0.01$)。一方、18 歳未満はホスピタリスト群 5.5%、スペシャリスト群 13.8%であり、小児患者はスペシャリスト群に多かった。

医療資源利用についても、表 1 に示すように、平均在院日数はスペシャリスト群で 11.0 日、ホスピタリスト群で 10.4 日であり、統計学的にはスペシャリスト群で長かった ($p<0.01$)。一方、DPC で定義された入院期間Ⅱを超える症例の割合は、ホスピタリスト群 35.6%、スペシャリスト群 31.1%であり、ホスピタリスト群で高かった ($p<0.01$)。出来高換算医療費は、スペシャリスト群 1,186,911 円、ホスピタリスト群 933,976 円であり、スペシャリスト群で高かった ($p<0.01$)。

表 2 に示すように、MDC 分類 (18 疾患群) の分布には両群間で統計学的に有意差が認められた ($p<0.01$)。残差分析の結果、ホスピタリスト群では呼吸器系疾患、循環器系疾患、消化器系疾患、内分泌・栄養・代謝疾患、腎・尿路系疾患などの内科系疾患が有意に多かった。一方、眼科系疾患、乳房疾患、皮膚疾患、新生児疾患、血液疾患などの領域ではスペシャリスト群に多かった。手術の有無についても有意差が認められ ($p<0.01$)、手術ありはスペシャリスト群 635,469 件 (70.3%)、ホスピタリスト群 267,203 件 (33.7%) であった。手術なしはスペシャリスト群 268,818 件 (29.7%)、ホスピタリスト群 525,491 件 (66.3%) であり、ホスピタリスト群では非手術症例の割合が高かった。

施設特性別の比較では、旧帝国大学におけるホスピタリスト群の割合は 45.6%、その他の大学では 46.9%であり、統計学的には有意差が認められたものの、その差は小さかった ($p<0.01$)。三大都市圏とそれ以外の地域との比較でも統計学的有意差は認められたが、ホスピタリスト群の割合はいずれも 46.7~46.9%の範囲であり、施設属性や立地による実質的な差は小さかった。

CHAID による決定木分析では、日本型ホスピタリストによる管理可能性を最も強く分ける要因として「手術の有無」が第 1 分岐として選択され、第 2 分岐として MDC 分類が選択された。手術なし症例では全体としてホスピタリスト群に分類される傾向がみられた。一方、小児、特に新生児、眼科、産褥期、血液疾患などの領域ではスペシャリスト群に分類された。手術あり症例では全体としてスペシャリスト群に分類される傾向がみられたが、呼吸器、循環器、消化器疾患など一部の内科系疾患では、ホスピタリストによる対応が可能と分類される可能性が示唆された。

D. 考察

本研究で明らかになった重要な知見は、第一に、全国 42 の国立大学病院においても、全入院患者の 46.7%が日本型ホスピタリストによる主治医機能の対象となり得ることであり、第二に、その割合は大学属性や立地条件によって大きく変わらず、領域横断的診療のニーズが国立大学病院に広く存在する可能性が示されたことである。これは、先行する単施設研究で示された 47.5%という結果とほぼ同様であり、分担研究 1 で作成した評価枠組みが全国規模のデータにおいても一定の再現性を有することを示唆する。

第一の知見として、ホスピタリスト群は高齢患者、非手術症例、血液疾患を除く内科系疾患に多かった。評価時には年齢や性別を主たる判断基準としていないにもかかわらず、結果として 65 歳以上の患者がホスピタリスト群に多く含まれていたことは、多疾患併存や慢性疾患管理を必要とする高齢入院患者に対して、単一臓器に限定されない包括的診療が求められている実態と整

合する。特に、呼吸器、循環器、消化器、内分泌・代謝、腎・尿路系疾患などは、臓器別専門医の関与を要しつつも、全身管理、複数疾患の調整、多職種連携を含む総合的な主治医機能の対象となり得る領域である。また、出来高換算医療費はスペシャリスト群で1,186,911円、ホスピタリスト群で933,976円であり、ホスピタリスト群で低かった。これは、ホスピタリスト群には高度な手術や高額医療資源投入を伴う症例が少なく、むしろ多疾患併存や慢性疾患管理など包括的な医学的管理を必要とする患者が多く含まれている可能性を示唆している。

第二の知見として、大学属性および立地による差は統計学的には有意であったものの、その差は小さかった。旧帝国大学とその他の大学、三大都市圏とそれ以外の地域のいずれにおいても、ホスピタリスト群はおおむね45%以上を占めた。この結果は、領域横断的診療を必要とする患者群が、特定の大学病院や地域に偏在するのではなく、国立大学病院に共通して存在する可能性を示している。CHAID分析において手術の有無が第1分岐として選択されたことも、ホスピタリストによる主治医機能の対象が、単に病名だけでなく、手術を含む診療プロセスの複雑性によって規定されることを示唆している。

本研究の結果は、大学病院における診療機能分担の一般化可能性を考える上で重要である。大学病院は高度専門医療を担う三次医療機関であるが、その入院患者のすべてが高度な臓器別専門診療のみを必要としているわけではない。本研究で示された約半数という割合は、地域の一般病院や中小規模病院においては、さらに多くの患者が領域横断的診療の対象となる可能性を示唆する。米国では1990年代以降、ホスピタリストが入院診療を担う医師として発展し

(文献2)、ホスピタリストモデルは在院日数や医療資源利用の効率化と関連することが報告されている(文献3)。日本でも教育病院におけるホスピタリスト体制導入後の在院日数短縮が報告されている(文献6)。ただし、日本では総合診療医数が限られており、米国型モデルをそのまま導入するのではなく、臓器別専門医との協働、一

定期間の領域横断的診療研修、多職種とのタスクシフト・タスクシェアを組み合わせた日本型モデルを検討する必要がある。本研究には限界がある。第一に、日本型ホスピタリストによる管理可能性の判定は、3名の総合診療医による臨床判断に基づくものであり、一定の主観性を含む。第二に、判定に用いた情報はDPCデータに基づくため、患者の重症度、社会的背景、診療経過、退院支援の複雑性など、主治医機能の可否に影響し得る詳細な臨床情報を十分に反映できていない可能性がある。第三に、本研究の対象は国立大学病院であり、民間病院、地域中核病院、中小病院における患者構成とは異なる可能性がある。第四に、本研究は対応可能性の可視化を目的としたものであり、実際にホスピタリストが主治医機能を担った場合の臨床アウトカム、在院日数、医療費、再入院、患者満足度への影響は今後の検討課題である。

本研究は、国立大学病院においても入院患者の約半数が日本型ホスピタリストによる包括的入院管理の対象となり得ることを示し、医師偏在対策と診療機能再設計に向けた実証的基盤を提供するものである。第8次(後期)医師確保計画に向けて、医師数や診療科分布のみならず、実際に臓器別専門医が担っている領域横断的診療の量と内容を可視化することは、業務負担の適正化、タスクシフト・タスクシェア、総合診療医および日本型ホスピタリストの役割定義に資する。今後は、がん患者を含む疾患別解析、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、退院転帰、再入院などのアウトカム解析を進めることで、日本型ホスピタリストを組み込んだ医療提供体制の制度設計に資するエビデンスを蓄積する必要がある。

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した。その結果、全入院患者の46.7%がホスピタリスト群に分類され、単施設研究で示された傾向が全国の国立大学病院においても確認された。ホスピタリスト群には、高齢患者、非手術症例、血液疾患を除

く内科系疾患が多く含まれていた。
また、大学属性および立地による差は小さく、領域横断的診療のニーズは国立大学病院に広く存在する可能性が示された。これらの結果は、臓器別専門医に集中している入院診療業務の一部について、日本型ホスピタリストや総合診療医、多職種との協働によるタスクシフト・タスクシェアを検討する余地を示している。
本研究は、医師偏在対策、大学病院の機能分化、入院診療体制の再設計に向けた実証的基盤となる。今後は、日本型ホスピタリストの定義と役割を明確化し、臨床アウトカムおよび医療資源利用への影響を検証することで、持続可能な医療提供体制の構築に資する研究を継続する必要がある。

表 1. ホスピタリスト群とスペシャリスト群の患者背景・診療特性

項目	スペシャリスト群 (n=904,287)	ホスピタリスト群 (n=792,694)	P値
男性, n (%)	431,727 (47.7)	443,159 (55.9)	<0.01
女性, n (%)	472,560 (52.3)	349,535 (44.1)	
年齢, 平均 (SD)	53.8 (25.4)	62.4 (20.1)	<0.01
18歳未満, n (%)	125,199 (13.8)	43,610 (5.5)	<0.01
18~64歳, n (%)	369,747 (40.9)	287,520 (36.3)	
65歳以上, n (%)	409,341 (45.3)	461,564 (58.2)	
平均在院日数, 平均 (SD)	11.0 (24.3)	10.4 (18.1)	<0.01
入院期間IIを超えた症例, n (%)	281,145 (31.1)	282,054 (35.6)	<0.01
出来高換算医療費, 平均 (円)	1,186,911	933,976	<0.01
手術あり, n (%)	635,469 (70.3)	267,203 (33.7)	<0.01
手術なし, n (%)	268,818 (29.7)	525,491 (66.3)	

注：連続変数は平均 (SD)、カテゴリ変数は n (%) で示した。P 値は t 検定またはカイ二乗検定に基づく。

表 2. MDC 分類別にみたホスピタリスト群とスペシャリスト群の分布

MDC分類	スペシャリスト群 (n=904,287)	ホスピタリスト群 (n=792,694)
01 神経系疾患	63,986 (7.1)	45,402 (5.7)
02 眼科系疾患	155,592 (17.2)	198 (0.0)
03 耳鼻咽喉科系疾患	34,257 (3.8)	38,565 (4.9)
04 呼吸器系疾患	17,188 (1.9)	113,850 (14.4)
05 循環器系疾患	40,323 (4.5)	118,536 (15.0)
06 消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患	107,068 (11.8)	209,085 (26.4)
07 筋骨格系疾患	91,214 (10.1)	29,478 (3.7)
08 皮膚・皮下組織の疾患	39,708 (4.4)	8,119 (1.0)
09 乳房の疾患	33,773 (3.7)	1,306 (0.2)
10 内分泌・栄養・代謝に関する疾患	26,333 (2.9)	37,404 (4.7)
11 腎・尿路系疾患及び男性生殖系疾患	51,018 (5.6)	77,226 (9.7)
12 女性生殖系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩	90,691 (10.0)	63,970 (8.1)
13 血液・造血器・免疫臓器の疾患	46,335 (5.1)	8,348 (1.1)
14 新生児疾患・先天性奇形	59,613 (6.6)	0 (0.0)
15 小児疾患	1,446 (0.2)	695 (0.1)
16 外傷・熱傷・中毒	31,406 (3.5)	18,152 (2.3)
17 精神疾患	2,348 (0.3)	970 (0.1)
18 その他の疾患	11,988 (1.3)	21,390 (2.7)

注：値は n (%) で示した。MDC 分類の分布は両群間で有意に異なっていた (p<0.01)。残差分析では、ホスピタリスト群で呼吸器系疾患、循環器系疾患、消化器系疾患などが多く、眼科系疾患、乳房の疾患、新生児疾患・先天性奇形、血液・造血器・免疫臓器の疾患などは少なかった。

【文献】

1. 一般社団法人日本専門医機構. 総合診療専門研修プログラム整備基準. 2020.
2. Wachter RM, Goldman L. The emerging role of “hospitalists” in the American health care system. N Engl J Med. 1996;335(7):514-517. doi:10.1056/NEJM199608153350713.
3. Rachoin JS, Skaf J, Cerceo E, Fitzpatrick E, Milcarek B, Kupersmith E, Scheurer DB. The impact of hospitalists on length of stay and costs: systematic review and meta-analysis. Am J Manag Care. 2012;18(1).
4. 厚生労働省. 医師確保計画の見直し等に向けたとりまとめ. 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会. 2026.
5. 厚生労働省. DPC 制度 (DPC/PDPS) の概要と基本的な考え方. 中央社会保険医療協議会資料. 2011.
6. Kurihara M, Kamata K, Tokuda Y. Impact of the hospitalist system on

inpatient mortality and length of hospital stay in a teaching hospital in Japan: a retrospective observational study. BMJ Open. 2022;12(4). doi:10.1136/bmjopen-2021-054246.

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

別紙 4

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 7 年度分担研究報告書 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

上原孝紀 千葉大学医学部附属病院 総合診療科 講師
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
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、大学病院に勤務する医師の院内行動履歴を用いて、臓器別専門医が担う業務範囲を可視化した研究である。

【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 10 月 9 日までに電子タグで記録された院内所在地ログを用いた。医学部および医学部附属病院内に設置したレシーバーにより、各医師の所在地を 1 分単位で記録し、病院内 9 区分における院内滞在時間を集計した。解析では、医師の年代、職位、専門領域（内科系・外科系）別に所在地別滞在時間を比較した。なお、本研究で得られたデータは院内の所在地と滞在時間を示すものであり、実際の労働時間や具体的な業務内容を直接測定したものではない。

【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、高齢化と多疾患併存患者の増加により、入院診療における領域横断的な包括的管理の重要性が高まっている。米国では 1990 年代以降、ホスピタリストが入院患者の包括的管理を担う医師として発展してきた（文献 1）。また、ホスピタリストモデルは、在院日数や医療資源利用の効率化と関連することが報告されている（文献 2）。一方、日本では入院患者の主治医機能を主に臓器別専門医が担ってきたため、大学病院においても、臓器別専門医が専門診療に加えて病棟管理、患者・家族対応、多職種連携、カンファレンスなどの領域横断的業務を担っている可能性がある。

しかし、臓器別専門医が大学病院内でどのような場所に、どの程度の時間滞在しているのか、またその滞在時間が年代、職位、専門領域によってどのように異なるのかは十分に明らかでない。2024 年 4 月から医師の時間外・休日労働の上限規制が適用され、医師の働き方改革が本格的に進められる中で、医師の業務構造を客観的に把握し、診療体制や業務分担を再設計することは重要な課題である（文献 3）。従来の勤務実態把握は自己申告や記憶に基づく報告に依存しやすく、医師が院内のどの場所で時間を費やしているかを客観的に把握するには限界があった。近年、Real-Time Location System (RTLS) などの位置情報システムを用いて、医師や研修医の院内所在地や移動パターンを把握する研究が行われており、医療現場の業務構造を可視化する手法として注目されている（文献 4、文献 5）。

本研究の目的は、大学病院に勤務する医師の電子タグによる院内所在地ログを用いて、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業務範囲の実態を可視化することである。これにより、大学病院における領域横断的業務の分布を明らかにし、医師の働き方改革、診療科間・職位間の業務分担の見直し、タスクシフト・タスクシェア、日本型ホスピタリストを含む入院診療体制の再設計に資する基礎資料を得ることを目指した。

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 日までに電子タグで記録された院内所在地ログを用いた。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により収集された。RTLS などの位置情報システムは、医師や研修医の院内所在地や移動パターンを客観的に把握する手法として用いられている（文献 4、文献 5）。

所在地は、業務内容との関連を想定して以下の 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」。ただし、電子タグにより取得される情報は所在地と滞在時間であり、実際の労働時間や具体的な業務内容を直接示すものではない。そのため、本研究では所在地別の滞在時間を、業務構造を推定するための代理指標として扱った。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（内科系・外科系）に基づき、所在地別の院内滞在時間を集計・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（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

本研究で明らかになった重要な知見は、第一に、大学病院に勤務する医師の院内滞在時間は、「医学部」、「処置・手術」、「スタッフステーション」に多く分布しており、診療、教育、研究を同時に担う大学病院医師の業務構造が可視化されたことである。第二に、院内滞在時間の分布は年代、職位、専門領域によって異なり、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」での滞在時間が短い傾向が示されたことである。これらの結果は、大学病院においても、臓器別専門医が専門診療だけでなく、病棟管理、チーム調整、カンファレンスなどの領域横断的業務を担っている可能性を示している。

第一の知見として、所在地別の院内滞在時間では、「医学部」、「処置・手術」、「スタッフステーション」での滞在時間が長かった。「医学部」での滞在時間が最も長かったことは、大学病院医師が診療だけでなく、研究、教育、管理業務など複数の役割を担っている実態を反映している可能性がある。一方、「処置・手術」および「スタッフステーション」での滞在時間が長かったことは、専門的診療行為と病棟における患者管理・チーム対応の双方が、大学病院医師の業務において大きな比重を占めていることを示唆する。電子タグによる所在地ログは、実際の業務内容を直接測定するものではないが、院内のどの場所に医師が滞在しているかを客観的に把握することで、従来の自己申告調査では把握しにくかった業務構造の一端を示すことができる。

第二の知見として、院内滞在時間の分布には、年代、職位、専門領域による違いが認められた。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」での滞在時間が短い傾向がみられた。この結果は、若手医師が専門性の高い処置・手術

に加えて、病棟における患者管理、チームカンファレンス、情報共有、事務的作業などに多くの時間を費やしている可能性を示唆する。また、外科系では診療関連の滞在時間が年代や職位を問わず比較的均等に分布していた一方、内科系では年代や職位による差が大きかった。このことは、診療科ごとのチーム体制や役割分担の違いが、院内滞在時間の分布に反映されている可能性を示している。

本研究の結果は、大学病院における業務分担と入院診療体制の一般化可能性を考える上で重要である。米国では 1990 年代以降、ホスピタリストが入院患者の包括的管理を担う医師として発展し

(文献 1)、ホスピタリストモデルは在院日数や医療資源利用の効率化と関連することが報告されている (文献 2)。日本でも、教育病院におけるホスピタリスト体制導入後の在院日数短縮が報告されている (文献 7)。一方、日本では総合診療医やホスピタリストに相当する医師数が限られており、米国型モデルをそのまま導入することは現実的ではない。したがって、臓器別専門医が担っている領域横断的業務を可視化し、診療科間・職位間の業務分担、多職種連携、特定行為研修修了看護師などへのタスクシフト・タスクシェアを組み合わせた日本型の入院診療体制を検討する必要がある。

本研究には限界がある。第一に、本研究は単施設の大学病院における電子タグデータを用いた検討であり、他の大学病院、地域中核病院、中小病院に一般化できるかは不明である。第二に、電子タグにより取得されたデータは院内所在地と滞在時間を示すものであり、実際の労働時間、診療内容、教育・研究活動、事務作業の内容を直接測定したものではない。第三に、所在地区分は業務内容との関連を想定して設定したが、同一の場所で複数の業務が行われる可能性があるため、所在地別滞在時間を特定の業務内容に一对一で対応させることはできない。第四に、調査期間は 2023 年 10 月 1 日から 10 月 9 日までに限られており、季節性、診療科ごとの繁忙期、当直体制、学会・研究活動などの影響を十分に反映していない可能性がある。第五に、本研究は院内滞在時間の可視化を目的としており、滞在時間の長短が医療の質、教育効果、研究成果、医師の疲労度や満足度に与える影響は検討していない。

本研究は、大学病院に勤務する医師の院内所在地ログを用いて、臓器別専門医が専門診療に加えて領域横断的な病棟業務やチーム対応を担っている可能性を可視化した点に意義がある。医師の働き方改革が進む中で、勤務実態や業務構造を自己申告のみに依存せず、客観的データに基づいて把握することは、診療科間・職位間の業務負担の再配分、若手医師の教育・研究時間の確保、タスクシ

フト・タスクシェアの推進に資する。今後は、複数施設での検証、診療科別・病棟別の詳細解析、医師以外の職種を含めたチーム単位の行動分析、医療アウトカムや教育・研究活動との関連解析を進めることで、日本型ホスピタリストを含む持続可能な大学病院診療体制の設計に資するエビデンスを蓄積する必要がある。

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。本研究の結果は、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を検討するための基礎資料となる。

【文献】

1. Wachter RM, Goldman L. The emerging role of “hospitalists” in the American health care system. N Engl J Med. 1996;335(7):514-517. doi:10.1056/NEJM199608153350713.
2. Rachoin JS, Skaf J, Cerceo E, Fitzpatrick E, Milcarek B, Kupersmith E, Scheurer DB. The impact of hospitalists on length of stay and costs: systematic review and meta-analysis. Am J Manag Care. 2012;18(1).
3. 厚生労働省. 医師の働き方改革の制度について. 2026 年 6 月 1 日参照.
4. Ward DR, Ghali WA, Graham A, Lemaire JB. A real-time locating system observes physician time-motion patterns during walk-rounds: a pilot study. BMC Med Educ. 2014;14:37. doi:10.1186/1472-6920-14-37.
5. Rosen MA, Schuler MS, Salas E, et al. Use of a real-time locating system to assess internal medicine resident location and movement in the hospital. JAMA Netw Open. 2022;5(6). doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.15895.
6. 一般社団法人日本専門医機構. 総合診療専門

研修プログラム整備基準. 2020.

7. Kurihara M, Kamata K, Tokuda Y. Impact of the hospitalist system on inpatient mortality and length of hospital stay in a teaching hospital in Japan: a retrospective observational study. BMJ Open. 2022;12(4). doi:10.1136/bmjopen-2021-054246.

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. 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
小児か	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	

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7年度 分担研究報告書4

勤務義務を有する医師の政策上の医師不足地域等における勤務実態：全国横断研究

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
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
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
和足孝之 京都大学 総合臨床教育・研修センター 准教授
塚田(哲翁)弥生 日本医科大学 総合医療・健康科学 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
大坪徹也 秋田大学 医療情報学講座 教授

【背景・目的】医療従事者の地理的偏在は国際的な医療政策上の課題である。日本では、自治医科大学制度および地域枠入学制度が医師偏在是正を目的とした代表的な政策手段として実施されてきたが、勤務義務を有する医師が政策上の医師不足地域等で年間どの程度勤務しているかは十分に明らかでない。2022 年度に勤務義務を有していた全国の医師を対象に、政策上の医師不足地域等における年間勤務月数を定量化し、勤務実態を明らかにすることを目的とした。

【研究デザイン】都道府県医師確保担当部署への調査票調査に基づく全国横断研究。

【対象、セッティング】全国 47 都道府県の医師確保担当部署を通じて、勤務状況および個人属性に関する医師単位のデータを収集した。自治医科大学卒業医師および地域枠卒業医師のうち、2022 年度に各都道府県に対する勤務義務を有していた医師を対象とした。

【方法】主たる比較因子は、2022 年度の都道府県別医師偏在指標に基づく都道府県分類とし、医師少数、医師中程度、医師多数都道府県の 3 群で比較した。勤務医療機関は、A：医師少数二次医療圏に所在する医療機関、B：A には該当しないが各都道府県が医師確保対策上、医師不足地域等に位置づけた医療機関に分類した。主要アウトカムは、A での年間勤務月数および A+B での年間勤務月数とした。都道府県 3 群間の比較には一元配置分散分析を用い、有意差を認めた場合には Games-Howell 法による事後多重比較を行った。

【結果】全国 47 都道府県すべてから回答を得た（回収率 100%）。2022 年度に勤務義務を有していた医師は 8,104 名であり、全国の医療施設従事医師 327,444 名の約 2.5%に相当した。A および A+B での年間勤務月数に関する解析は、勤務月数を評価可能であった 7,921 名を対象に実施した。年間勤務月数は、A では平均 2.47 か月（SD 4.78）、A+B では平均 5.22 か月（SD 5.85）であった。A での平均勤務月数は、医師少数都道府県、医師中程度都道府県、医師多数都道府県でそれぞれ 3.33 か月、2.10 か月、1.53 か月であり、3 群間で有意差を認めた（ $F=98.855$, $P<0.001$ ）。一方、A+B での平均勤務月数は、それぞれ 5.19 か月、5.58 か月、4.69 か月であり、3 群間で有意差を認めた（ $F=12.962$, $P<0.001$ ）。多重比較では、A での年間勤務月数、A+B での年間勤務月数いずれについても、すべての群間比較で有意差を認めた（いずれも $P\leq 0.028$ ）。A での年間勤務月数は医師少数都道府県で最も長く、A+B での年間勤務月数は医師中程度都道府県で最も長かった。

【結論】2022 年度に勤務義務を有していた医師 8,104 名を全国 47 都道府県から把握し、このうち勤務月数を評価可能であった 7,921 名について、政策上の医師不足地域等における年間勤務月数を定量化した。本研究の結果は、全国一律の医師偏在指標に加えて、都道府県の政策的立場づけを考慮する現行の政策的枠組みと整合的であった。勤務義務を伴う医師養成政策の実施状況を把握するうえで、地域の政策的立場づけと年間勤務月数を併せた評価が必要である。

A. 研究目的

医療従事者の地理的偏在は、多くの国々に共通する医療政策上の課題であり、農村部や遠隔地における医療従事者の確保と定着は、医療アクセスの公平性を確保するうえで重要である（文献 1）。各国では、学生選抜、卒前教育、金銭的インセンティブ、勤務環境改善、一定期間の地域勤務を求める制度などが導入されてきた。しかし、これらの介入、とくに金銭的インセンティブを伴う奨学金制度、返還免除型修学資金制度（return-of-service 型制度）、一定期間の勤務義務を伴う制度に関して、長期的な地域定着や医師供給への効果に関するエビデンスにはなお限界がある（文献 2, 3）。

日本の医師の地理的分布を検討した研究では、2014 年時点において、各都道府県内で人口規模が大きい上位 1/3 の自治体群に居住する人口の割合は中央値 79.2%であったのに対し、同じ自治体群に勤務する医師の割合は中央値 87.7%であったと報告されている（文献 4）。また、日本では医師数が増加しても医師の地理的分布の不均衡が必ずしも改善しないことや、二次医療圏単位で医療需要を補正した場合にも医師分布の公平性に課題があることが報告されている（文献 5-7）。このような背景から、人口規模の大きい自治体への医師集中を是正し、人口規模の小さい自治体を含む地域の医療提供体制を維持することは、重要な政策課題である。

日本において医師の地域偏在是正を目的とした代表的な政策手段として、自治医科大学制度と地域枠入学制度がある。自治医科大学制度では、学生に修学資金が貸与され、医師国家試験合格後に出身都道府県へ戻り、知事が指定するへき地等の公的医療機関で通常 9 年間勤務することにより返還が免除される。地域枠入学制度は、医学部定員の拡充と連動しながら 2008 年度以降に大きく拡充されてきた制度であり、地域医療に従事する医師を養成することを目的として、都道府県内で一定期間勤務する従事要件が課される。近年の制度整理では、卒業直後より当該都道府県内で 9 年間以上勤務し、そのうち医師の確保を特に図るべ

き区域等で 4 年間程度勤務することが示されている（文献 8）。

これらの政策の効果について先行研究では、2014 年から 2016 年に医師免許を取得した地域枠入学制度および都道府県奨学金制度の対象医師 991 名を対象に、医師免許取得後 1~3 年目における勤務地域が全国規模で検討されている。その結果、政令指定都市の区および東京 23 区を除く自治体で勤務していた割合は、地域枠のみで 75.8%、奨学金のみで 84.0%、地域枠かつ奨学金で 88.8%であり、同時期に医師免許を取得したその他の医師の 58.1%を上回っていた（文献 9）。また、地域枠や奨学金を含む教育政策の中長期的アウトカムを検討した全国コホート研究では、卒後 5 年目に人口密度が最も低い自治体群で勤務する相対リスクが、全医師と比較して自治医科大学で 4.0、地域枠かつ奨学金で 3.1、奨学金のみおよび地域枠のみで各 2.5 と報告されている（文献 10）。一方で、これらの研究は一時点または一定期間の勤務場所を評価したものであり、国の医師偏在指標に基づく医師少数二次医療圏や、都道府県が医師確保対策上位置づけた医師不足地域等における年間勤務月数を評価したものではない。

近年、地域枠等の入学定員は大幅に拡大しており、2025 年度には全医学部入学定員 9,393 名のうち地域枠等が 19.9%を占め、自治医科大学の入学定員 123 名を加えると約 21%に相当する（文献 8）。しかし、勤務義務を有する医師が、国の医師偏在指標に基づく医師少数二次医療圏や、都道府県が医師確保対策上位置づけた医師不足地域等で、1 年間にどの程度勤務しているかを全国規模で定量化した研究は限られている。そこで本研究では、2022 年度に勤務義務を有していた医師を対象として全国横断調査を実施し、国の医師偏在指標に基づく医師少数二次医療圏、および都道府県が医師確保対策上位置づけた医師不足地域等における年間勤務月数を明らかにすることを目的とした。本研究は、地域枠卒業医師と自治医科大学卒業医師の双方を含め、政策的位置づけに基づく医師不足地域等での勤務実態を医師単位の年間勤務月数として定量

化した点で、先行研究を補完するものである。

B. 研究方法

(1) 研究デザイン

本研究は、全国 47 都道府県すべての医師確保担当部署を対象とし、各都道府県が把握する 2022 年度の勤務義務対象医師について医師単位の情報を収集した全国横断研究である。調査票では、2022 年度に各都道府県に対する勤務義務を有していた医師の勤務状況および個人属性について回答を求めた。調査は、2024 年 11 月から 2025 年 1 月にかけて実施した

(2) 対象・セッティング

本研究の対象は、自治医科大学卒業医師および地域卒卒業医師のうち、2022 年度に各都道府県に対する勤務義務を有していた医師（以下、「勤務義務を有する医師」）とした。対象者を全国規模で把握するため、全国 47 都道府県の医師確保担当部署に調査票を送付し、各部署が把握する勤務義務対象医師全員について、勤務状況および個人属性に関する医師単位の回答を得た。調査票では、各医師の卒業区分、勤務義務を負う都道府県、年齢、性別、医師経験年数、休職歴、および 2022 年度中の勤務医療機関と勤務月数に関する情報を収集した。また、厚生労働省が公表した 2022 年医師・歯科医師・薬剤師統計は、全国の医療施設従事医師に占める勤務義務を有する医師の割合を算出する際の分母として用いた。

(3) 主たる比較因子およびアウトカム

主たる比較因子は、厚生労働省が公表した 2022 年度の都道府県別医師偏在指標に基づく都道府県分類とした。各都道府県を、医師少数都道府県、医師多数都道府県、およびそのいずれにも該当しない都道府県（医師中程度都道府県）の 3 群に分類した。

次に、2022 年度に勤務義務を有していた医師が勤務していた医療機関を、同年度の二次医療圏別医師偏在指標に基づく区域区分、および各都道府県による医師確保対策上の位置づけに基づき、以下の A、B、C の 3 区分に分類した。

A：医師偏在指標に基づく医師少数二次医

療圏に所在する医療機関

B：A には該当しないが、各都道府県が医師確保対策上、医師不足地域等に位置づけた医療機関

C：A および B のいずれにも該当しない医療機関

これら 3 区分は互いに排他的であり、各勤務先医療機関は A、B、C のいずれかに分類した。B は、全国一律の基準で定義された区域ではなく、各都道府県が医師確保対策上の必要性に基づいて位置づけた医療機関である。そのため、本研究における A+B は、国の医師偏在指標に基づく医師少数二次医療圏に所在する医療機関に、都道府県の政策的位置づけを反映した医療機関を加えた操作的定義である。本研究における都道府県分類、勤務医療機関分類、および主要アウトカムの関係を Figure 1 に示す。本研究では、A および B に該当する医療機関での勤務を、医師不足地域等における勤務と定義した。主要アウトカムは、2022 年度における A に該当する医療機関での年間勤務月数、および A または B に該当する医療機関での年間勤務月数とした。以下、それぞれ「A での年間勤務月数」および「A+B での年間勤務月数」と表記する。

勤務月数は、5 日/週勤務または常勤勤務を 1.0 か月とする常勤換算月数として算出し、同一月に複数の医療機関で勤務していた場合には、週あたりの勤務日数に基づいて按分した。勤務月数は 0～12 か月の範囲で算出し、0 か月は当該区分での勤務がなかったことを示す有効値として扱った。都道府県医師確保担当部署から勤務月数不明として回答された医師は、A および A+B での年間勤務月数を算出できないため、勤務月数に関する解析から除外した。勤務日数または常勤・非常勤の別が得られず、月単位で勤務先のみが報告された場合には、報告された医療機関で 1.0 か月勤務したものとして扱った。休職期間や年度途中の勤務義務開始・修了については、2022 年度中に実際に勤務義務を有していた期間における勤務月数を集計した。

(4) 医師偏在指標の定義

医師偏在指標は、厚生労働省が医師確保計画における医師偏在対策のために用いる指標であり、都道府県別および二次医療圏別

に算定される。2022 年度の医師偏在指標は、47 都道府県および全国 335 二次医療圏を対象に算出され、地域ごとの医療需要、将来人口、患者の流入、へき地等の地理的条件、医師の性別・年齢分布等を踏まえて、医師少数区域および医師多数区域の設定に用いられる（文献 11）。なお、本指標は医師の絶対的な充足状況ではなく、地域間の相対的な偏在状況を示す指標である。

（5）統計解析方法

カテゴリ変数は度数および割合で要約し、性別および休職歴について、都道府県 3 群間の比較には χ^2 検定を用いた。各セルの偏りは調整済み残差で評価し、絶対値が 1.96 以上の場合に有意な偏りがあると判断した。連続変数は平均値および標準偏差で要約した。

A での年間勤務月数および A+B での年間勤務月数については、全体および都道府県分類別に平均値と標準偏差を算出した。年齢、医師経験年数、A での年間勤務月数、および A+B での年間勤務月数の 3 群間比較には一元配置分散分析を用いた。有意差を認めた場合には、等分散性が仮定できない可能性を考慮し、Games-Howell 法による事後多重比較を行った。

背景特性の解析では、年齢、医師経験年数、性別、休職歴について、各変数のデータが利用可能な医師を解析対象とした。各変数に欠損がある医師は当該変数の解析から除外し、他の変数の解析には含めた。勤務月数に関する解析では、12 か月中の欠損月数に基づく除外基準は設けず、都道府県医師確保担当部署から勤務月数不明として回答された医師を除外した。

すべての統計解析は、SPSS for Windows (version 28.0.1.0、IBM Corporation, Armonk, NY, USA) を用いて実施した。両側検定で $P < 0.05$ を統計学的に有意とした。

（倫理面への配慮について）

本研究は、千葉大学大学院医学研究院倫理審査委員会の承認を受けて実施した（承認番号：M10834）。本研究で研究者が取得したデータは、都道府県および厚生労働省において個人が特定できないよう加工された

医師単位の情報であり、研究者は氏名等の直接識別情報および研究 ID との対応表を取得しなかった。また、都道府県医師確保担当部署に対する調査票では、個人を直接識別できる情報を収集しなかった。本研究は、倫理審査委員会により、人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針の適用外であり、個人情報保護法上の学術例外規定に基づきデータの授受が可能であることが確認されたうえで承認された。

C. 研究結果

全国 47 都道府県の医師確保担当部署に調査票を送付し、47 都道府県すべてから回答を得た（回収率 100%）。各都道府県からの回答に基づき、自治医科大学卒業医師および地域枠卒業医師のうち、2022 年度に各都道府県に対する勤務義務を有していた医師は 8,104 名であった。厚生労働省が公表した 2022 年医師・歯科医師・薬剤師統計によると、同年末時点で日本国内の医療施設に従事していた医師数は 327,444 名であり（文献 12）、本研究で把握された勤務義務を有する医師は、その約 2.5% に相当した。地域枠卒業医師は 7,076 名

（87.3%）、自治医科大学卒業医師は 1,028 名（12.7%）であった。

医師少数都道府県、医師中程度都道府県、医師多数都道府県の 3 群を比較した結果を Table 1 に示す。医師少数都道府県に属する医師は 3,318 名（40.9%）、医師中程度都道府県は 2,917 名（36.0%）、医師多数都道府県は 1,869 名（23.1%）であった。全体の平均年齢は 29.7 歳、平均医師経験年数は 4.4 年であり、3 群間で有意差を認めなかった。男性医師の割合は医師多数都道府県で高かった（ $P = 0.018$ ）。休職歴の割合には有意差を認めなかった。

勤務月数に関する解析では、A を医師少数二次医療圏での勤務、A+B を A に都道府県指定の医師不足地域等での勤務を加えたものと定義し、年間勤務月数を都道府県 3 群間で比較した。A および A+B での年間勤務月数に関する解析では、都道府県医師確保担当部署から勤務月数不明として回答された 183 名（2.3%）を除外し、7,921 名を対象に実施した。全体では、A での年間勤務月数は平均 2.47 か月（SD 4.78）、A+B で

の年間勤務月数は平均 5.22 か月 (SD 5.85) であった。

A での年間勤務月数は、医師少数都道府県で 3.33 か月、医師中程度都道府県で 2.10 か月、医師多数都道府県で 1.53 か月であり、都道府県 3 群間で有意差を認めた

($F=98.855$, $P<0.001$)。Games-Howell 法による多重比較では、医師少数都道府県は医師中程度都道府県より 1.23 か月、医師多数都道府県より 1.81 か月長く、医師中程度都道府県も医師多数都道府県より 0.57 か月長かった。

A+B での年間勤務月数については、それぞれ 5.19 か月、5.58 か月、4.69 か月であり、有意差を認めた ($F=12.962$,

$P<0.001$)。Games-Howell 法による多重比較では、医師中程度都道府県は医師少数都道府県より 0.39 か月、医師多数都道府県より 0.89 か月長く、医師少数都道府県は医師多数都道府県より 0.50 か月長かった

(Figure 2 および Table 2)。補足的に、勤務月数を勤務医療機関分類別に集計した構成比を Supplementary Table 1 に示す。全体では、A、B、C の勤務月数構成比はそれぞれ 20.9%、23.2%、55.9%であった。

D. 考察

本研究の主要な知見は、第一に、2022 年度に勤務義務を有していた医師 8,104 名を全国 47 都道府県から把握し、このうち勤務月数を評価可能であった 7,921 名について、政策上の医師不足地域等における年間勤務月数を全国規模で定量化した点である。第二に、国の医師偏在指標に基づく医師少数二次医療圏に所在する医療機関での勤務月数、すなわち A での年間勤務月数は医師少数都道府県で最も長かった一方、都道府県が医師確保対策上位置づけた医師不足地域等での勤務を加えた A+B での年間勤務月数は医師中程度都道府県で最も長かった点である。この結果は、全国一律の医師偏在指標に基づく区域評価だけでなく、都道府県が地域の実情に応じて医師確保上必要と位置づける医療機関・地域での勤務実態を併せて把握する必要性を示している。第一の知見として、本研究では、勤務義務を有する医師の勤務実態を全国規模で医師単位に把握し、年間勤務月数として定量化

した。解析対象 7,921 名における全体平均は、A で 2.47 か月 (SD 4.78)、A+B で 5.22 か月 (SD 5.85) であった。地域枠入学制度および都道府県奨学金制度に関する先行研究では、対象医師が非大都市自治体や人口密度の低い自治体で勤務しやすいことが示されてきた (文献 9,10)。また、自治医科大学卒業医師では、少なくとも 1 つの農村基準を満たす自治体で勤務していた割合が、義務年限中で 67.2%、義務年限終了後で 49.5%であった。一方、同研究における非自治医科大学卒業医師全体では 25.3%であり、自治医科大学卒業医師は義務年限中だけでなく義務年限終了後も、農村的特徴を有する自治体で勤務する割合が高かった (文献 13)。さらに、自治医科大学卒業医師の義務年限終了後の出身都道府県への定着率は平均 69.8%と報告されている (文献 14)。一方、これらの研究は主として勤務地情報や義務年限終了後の定着状況に基づくものであり、政策上の医師不足地域等における勤務義務期間中の年間勤務月数を評価したものではなかった。本研究は、地域枠卒業医師と自治医科大学卒業医師の双方を含め、二次医療圏や個別医療機関の医師確保上の位置づけに基づき、年間勤務月数を評価した点で先行研究を補完する。

第二の知見として、A での年間勤務月数が医師少数都道府県で最も長かったことは、医師少数都道府県に医師少数二次医療圏が含まれやすいという医師偏在指標に基づく区域設定の構造を反映している可能性がある。一方、A+B での年間勤務月数が医師中程度都道府県で最も長かったことは、医師中程度都道府県や医師多数都道府県であっても、都道府県内に医師確保上の課題を有する地域や医療機関が存在しうることを示している。この点は、国の医師偏在指標に基づく医師少数区域に加え、都道府県が地域の実情に応じて医師確保上必要な区域等を位置づける現行の政策的枠組みと整合的である (文献 8,11)。ただし、A+B での年間勤務月数の群間差は統計学的に有意であったものの、Games-Howell 法による平均差は最大でも 0.89 か月であり、実務的意義については慎重に解釈する必要がある。また、B の定義は都道府県ごとの政策判断

に依存するため、全国比較に用いる際には、その解釈に注意が必要である。本研究の結果は、勤務義務を伴う医師養成政策の実施状況を評価するうえで、全国一律の指標と都道府県の政策的立場づけを組み合わせる必要性を示している。勤務義務を伴う医師養成政策は、医師不足地域等への配置を一定程度担保しうる一方で、対象医師の勤務地やキャリア形成に制約を伴う。そのため、こうした政策を持続可能に運用するためには、地域医療を確保する公益と、対象医師のキャリア形成や個別事情への配慮を両立させることが重要である。A+Bでの年間勤務月数は、都道府県分類別に4.69～5.58か月であり、全体平均は5.22か月、すなわち1年間の約44%であった。地域枠等の従事要件では、卒業直後より当該都道府県内で9年間以上従事し、そのうち医師の確保を特に図るべき区域等の医療機関における就業期間を4年間程度とすることが示されており、これは9年間の約44%に相当する（文献8）。本研究は単年度データに基づくため、義務年限全体の勤務割合を直接評価したものではない点には留意が必要であるが、本研究で観察されたA+Bでの年間勤務月数は、この政策的枠組みと大きく矛盾しない可能性がある。本研究にはいくつかの限界がある。第一に、本研究は2022年度の単年度データに基づく横断研究であり、勤務義務期間全体を通じた勤務実態や勤務義務修了後の地域定着は評価できていない。第二に、データは各都道府県の医師確保担当部署を通じて収集しており、把握方法や記録精度に差がある可能性がある。また、勤務日数や常勤・非常勤の別が得られなかった場合には、月単位の勤務先情報に基づき1.0か月勤務として扱ったため、一部の医師では実際の勤務量を十分に反映できていない可能性がある。第三に、Bの定義は都道府県ごとの政策判断や運用に依存するため、Bに含まれる医療機関・地域の範囲は都道府県間で様ではない。例えば、医師少数二次医療圏には該当しないが、へき地医療拠点病院や地域医療の中核的役割を担う医療機関を医師確保上重要と位置づける都道府県では、A+Bでの年間勤務月数が相対的に大きく算出されうる。そのため、A+Bの群間

差は、実際の勤務配置の差だけでなく、都道府県ごとの指定範囲の違いを反映している可能性がある。第四に、本研究では勤務時間、診療内容、地域医療への実質的な貢献度、診療科との関連、長期的なキャリア選択については評価できていない。

本研究は、全国47都道府県すべてから回答を得て、勤務義務を有する医師の政策上の医師不足地域等における年間勤務月数を全国規模で定量化した点に意義がある。医師偏在対策を評価するためには、医師数や勤務地の有無だけでなく、医師少数二次医療圏や都道府県が位置づける医師不足地域等で、実際にどの程度勤務しているかを把握する必要がある。今後は、複数年度データを用いた義務年限全体の勤務実態、勤務義務修了後の地域定着、診療科選択、キャリア形成への影響を検討することで、勤務義務を伴う医師養成政策の効果と課題をより包括的に評価する必要がある。

E. 結論

本研究は、全国47都道府県すべてから回答を得て、2022年度に勤務義務を有していた医師8,104名を把握し、このうち勤務月数を評価可能であった7,921名について、政策上の医師不足地域等における年間勤務月数を全国規模で定量化した。勤務義務を有する医師は全国の医療施設従事医師の約2.5%に相当した。

医師少数二次医療圏に所在する医療機関での年間勤務月数は、都道府県の医師偏在区分別にみると医師少数都道府県で最も長かった。一方、都道府県指定の医師不足地域等を含めると、年間勤務月数は医師中程度都道府県で最も長く、医師不足地域等における勤務実態の把握には、都道府県による政策的立場づけを考慮する意義が示唆された。

本研究の結果は、全国一律の医師偏在指標に加えて、都道府県指定の医師不足地域等を考慮する現行の政策的枠組みと整合的であり、勤務義務を伴う医師養成政策の実施状況を把握するうえで、地域の政策的立場づけと年間勤務月数を併せた評価が必要であることを示している。今後は、複数年度の勤務実態や義務年限修了後の地域定着を含めて検討し、医師偏在対策としての勤務

義務を伴う医師養成政策の効果と課題を継続的に評価する必要がある。

Table 1. 医師偏在指標に基づく都道府県分類別にみた勤務義務を有する医師の背景特性

因子	医師少数 都道府県	医師中程度 都道府県	医師多数 都道府県	合計	χ^2/F , P 値
勤務義務を有する医師, n (%)	3,318 (40.9%)	2,917 (36.0%)	1,869 (23.1%)	8,104 (100.0%)	—
年齢, 平均 (SD)	29.7 (3.6)	29.6 (3.6)	29.9 (3.9)	29.7 (3.6)	F=2.246 P=0.106
医師経験年数, 平均 (SD)	4.4 (2.5)	4.4 (2.5)	4.5 (2.6)	4.4 (2.5)	F=1.058 P=0.347
男性医師, n (%)	2,078 (64.7%)	1,860 (63.8%)	1,206 (67.8%)	5,144 (65.0%)	$\chi^2=8.077$ P=0.018
調整済み残差	-0.6	-1.8	2.8		
休職歴あり, n (%)	101 (3.1%)	76 (2.6%)	66 (3.6%)	243 (3.0%)	$\chi^2=4.114$ P=0.128
調整済み残差	0.2	-1.7	1.7		

注. 勤務義務を有する医師の行は、都道府県分類別の対象者分布を示すものであり、群間比較の検定対象とはしなかった。年齢、医師経験年数、性別、休職歴の解析対象数は、それぞれ 4,610 名、7,910 名、7,908 名、8,002 名であった。性別および休職歴については、それぞれ 2×3 表を用いて Pearson の χ^2 検定を行い、表中には男性医師および休職歴ありの行を示した。調整済み残差の絶対値が 1.96 以上の場合を、統計学的に有意と判断した。

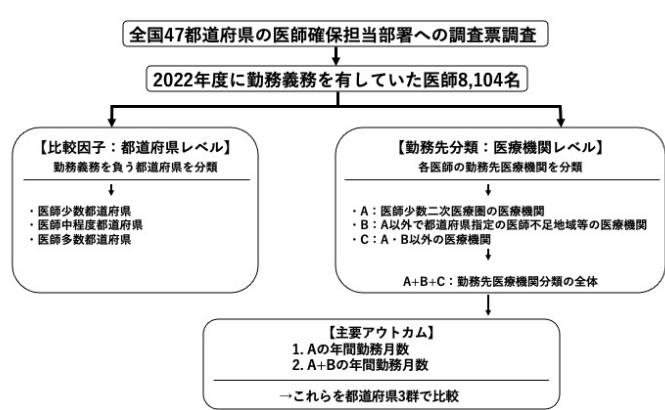
Table 2. 医師偏在指標に基づく都道府県分類別にみた年間勤務月数の群間差

アウトカム (年間勤務月数)	比較	平均差 (月)	95%信頼区間	P 値
A	医師少数－医師中程度	1.23	0.94－1.53	<0.001
A	医師少数－医師多数	1.81	1.50－2.11	<0.001
A	医師中程度－医師多数	0.57	0.28－0.87	<0.001
A+B	医師少数－医師中程度	-0.39	-0.74－0.03	0.028
A+B	医師少数－医師多数	0.50	0.10－0.90	0.009
A+B	医師中程度－医師多数	0.89	0.48－1.30	<0.001

注
A: 医師偏在指標に基づく医師少数二次医療圏に所在する医療機関での年間勤務月数。
B: A には該当しないが、各都道府県が医師確保対策上、医師不足地域等に位置づけた医療機関での年間勤務月数。
A+B: A または B に該当する医療機関での年間勤務月数。

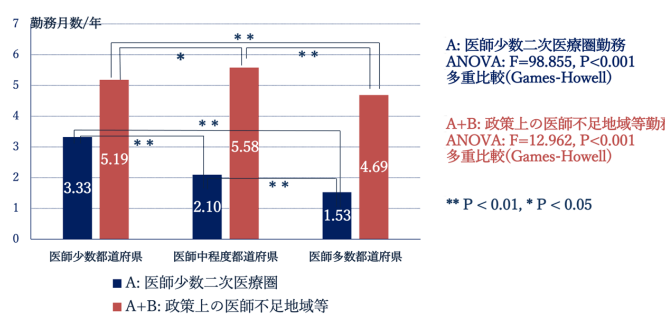
平均差、95%信頼区間および P 値は、一元配置分散分析後の Games-Howell 法による多重比較に基づく。平均差は「比較」欄の前者から後者を差し引いた値を示す。A および A+B での年間勤務月数の解析は、勤務月数不明として回答された 183 名を除外し、勤務月数を評価可能であった同一の 7,921 名を対象に実施した。解析対象者数は、医師少数都道府県 3,212 名、医師中程度都道府県 2,899 名、医師多数都道府県 1,810 名であった。

Figure 1. 研究概念図：都道府県分類、勤務医療機関分類、および主要アウトカム



注. 2022 年度に勤務義務を有していた医師 8,104 名を把握し、A および A+B での年間勤務月数に関する解析は、勤務月数を評価可能であった 7,921 名を対象に実施した。

Figure 2. 医師偏在指標に基づく都道府県分類別にみた A および A+B での年間勤務月数の比較



A は、医師偏在指標に基づく医師少数二次

医療圏に所在する医療機関での年間勤務月数を示す。B は、A には該当しないが、各都道府県が医師確保対策上、医師不足地域等に位置づけた医療機関での年間勤務月数を示す。A+B は、A または B に該当する医療機関での年間勤務月数を示す。A および A+B での年間勤務月数に欠損のない 7,921 名を解析対象とした。

文献 1 World Health Organization. WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas. Geneva: World Health Organization; 2021.

文献 2 World Health Organization. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations. Geneva: World Health Organization; 2010.

文献 3 Bärnighausen T, Bloom DE. Financial incentives for return of service in underserved areas: a systematic review. BMC Health Serv Res. 2009;9:86. doi:10.1186/1472-6963-9-86.

文献 4 Kimura K, Inoue K, Ando T, Ito M. Gender difference of geographic distribution of physicians in Japan: three-point analysis of 1994, 2004 and 2014. BMC Health Serv Res. 2023;23(1):1404. doi:10.1186/s12913-023-10258-4.

文献 5 Kobayashi Y, Takaki H. Geographic distribution of physicians in Japan. Lancet. 1992;340(8832):1391-3. doi:10.1016/0140-6736(92)92569-2.

文献 6 Toyabe S. Trend in geographic distribution of physicians in Japan. Int J Equity Health. 2009;8:5. doi:10.1186/1475-9276-8-5.

文献 7 Hara K, Otsubo T, Kunisawa S, Imanaka Y. Examining sufficiency and equity in the geographic distribution of physicians in Japan: a longitudinal study. BMJ Open. 2017;7:e013922.

doi:10.1136/bmjopen-2016-013922.

文献 8 厚生労働省医政局. 今後の地域枠等の運用について. 第 14 回医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会 資料 2. 2026 年 4 月 17 日. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/001692149.pdf>

文献 9 Matsumoto M, Kashima S, Owaki T, Iguchi S, Inoue K, Tazuma S, et al. Geographic distribution of regional quota program graduates of Japanese medical schools: a nationwide cohort study. Acad Med. 2019;94(8):1244-52. doi:10.1097/ACM.0000000000002688.

文献 10 Matsumoto M, Matsuyama Y, Kashima S, Koike S, Okazaki Y, Kotani K, et al. Education policies to increase rural physicians in Japan: a nationwide cohort study. Hum Resour Health. 2021;19(1):102. doi:10.1186/s12960-021-00644-6.

文献 11 厚生労働省. 医師少数区域・医師少数スポット、医師の確保の方針及び目標医師数. 第 5 回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ 資料 1. 2022 年 6 月 16 日. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000950485.pdf>

文献 12 厚生労働省. 令和 4(2022)年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況. 東京: 厚生労働省; 2024. https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/22/dl/R04_kekka-1.pdf

文献 13 Inoue K, Matsumoto M, Sawada T. Evaluation of a Medical School for Rural Doctors. J Rural Health. 2007;23(2):183-7. doi:10.1111/j.1748-0361.2007.00088.x.

文献 14 Matsumoto M, Inoue K, Kajii E. Long-term effect of the home prefecture recruiting scheme of Jichi Medical University, Japan. Rural Remote Health. 2008;8(3):930. doi:10.22605/RRH930.

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

医師不足地域における勤務義務を有する医師の医師偏在に係る全国横断調査

上原孝紀，大平善之，太田光泰，小林美
亜，中部貴央，横川大樹，李宇，吉田遼，
井原紫逸，柳田育孝，小島淳平，佐藤瑠璃
香，柴山栄太郎，塚田弥生
第 16 回日本プライマリ・ケア連合学会学
術大会 2025 年 6 月 22 日

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

Supplementary Table 1. 都道府県分類に
みた勤務医療機関分類別の勤務月数構成比

都道府県分類	解析対 象 n	A勤務月数 合計	B勤務月 数合計	C勤務月 数合計	A+B+C勤務 月数合計	A構成 比	B構成 比	C構成 比
医師少数都道府県	3,212	10,704.8	5,963.8	21,435.0	38,103.6	28.1%	15.7%	56.3%
医師中程度都道府県	2,899	6,085.4	10,079.0	18,211.6	34,376.0	17.7%	29.3%	53.0%
医師多数都道府県	1,810	2,763.0	5,720.0	12,786.2	21,269.2	13.0%	26.9%	60.1%
全体	7,921	19,553.2	21,762.8	52,432.8	93,748.8	20.9%	23.2%	55.9%

注. A は医師偏在指標に基づく医師少数二
次医療圏に所在する医療機関での勤務月数、
B は A には該当しないが各都道府県が医師
確保対策上、医師不足地域等に位置づけた
医療機関での勤務月数、C は A および B の
いずれにも該当しない医療機関での勤務月
数を示す。構成比は、各都道府県分類内にお
ける A、B、C の勤務月数合計を、A+B+C
の勤務月数合計で除して算出した。勤務月
数不明として回答された 183 名を除外し、
勤務月数を評価可能であった 7,921 名を解
析対象とした。

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7年度 分担研究報告書5

勤務義務を有する医師の政策上の医師不足地域等における 6 か月以上勤務に関連する要因：全国横断研究

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
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
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
和足孝之 京都大学 総合臨床教育・研修センター 准教授
塚田(哲翁)弥生 日本医科大学 総合医療・健康科学 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
大坪徹也 秋田大学 医療情報学講座 教授

研究要旨

【背景】勤務義務を伴う医師養成政策は、医師不足地域への医師配置を支える重要な政策手段である。勤務義務を有する医師の政策上の医師不足地域等における年間勤務月数は把握されつつあるが、一定期間以上勤務する医師の特徴や関連要因は十分に明らかでない。

【目的】2022 年度に勤務義務を有していた全国の医師を対象に、政策上の医師不足地域等で 6 か月以上勤務することに関連する要因を明らかにする。

【研究デザイン】都道府県医師確保担当部署への調査票調査に基づく全国横断研究。

【対象、セッティング】2022 年度（2022 年 4 月から 2023 年 3 月までの 1 年間）に各都道府県に対する勤務義務を有していた自治医科大学卒業医師および地域卒卒業医師を対象とした。勤務状況、個人属性および勤務義務期間中の主たる診療領域に関する医師単位のデータを、全国 47 都道府県の医師確保担当部署を通じて収集した。

【方法】本研究では、医師少数二次医療圏に所在する医療機関、または各都道府県が医師確保対策上、医師不足地域等に位置つけた医療機関での勤務を、政策上の医師不足地域等での勤務と定義した。主要アウトカムは、2022 年度に政策上の医師不足地域等で合計 6 か月以上勤務したこととした。都道府県分類、性別、医師経験年数、休職歴、卒業区分、主たる診療領域などとの関連を二項ロジスティック回帰分析で検討した。

【結果】全国 47 都道府県すべてからデータを収集した（回収率 100%）。解析対象 8,104 名のうち、勤務月数を評価可能であった 7,921 名を主要アウトカムの解析対象とした。このうち、3,510 名（44.3%）が政策上の医師不足地域等で 6 か月以上勤務していた。多変量ロジスティック回帰分析では、医師多数都道府県と比較して、医師少数都道府県および医師中程度都道府県に属することが、6 か月以上勤務と独立して関連していた。個人・キャリア要因では、男性、医師経験年数 7 年以上、休職歴なし、自治医科大学卒業医師であることが有意な正の関連を示した。主たる診療領域では、総合診療（aOR 2.40）が最も高いオッズ比を示し、次いで整形外科（aOR 1.71）、内科（aOR 1.65）、泌尿器科（aOR 1.62）、小児科（aOR 1.48）、外科（aOR 1.30）が有意な正の関連を示した。

【結論】勤務義務を有する医師が政策上の医師不足地域等で 6 か月以上勤務することは、都道府県分類、卒業区分、医師経験年数、休職歴、性別、および主たる診療領域と関連していた。医師不足地域等への医師配置を評価・設計する際には、地域間の医師数の再配分だけでなく、制度区分、キャリア段階、ライフイベント、主たる診療領域を含めた多面的な視点が重要である。

A. 研究目的

保健医療人材の地理的偏在は、多くの国で医療アクセスの公平性を損なう重要な政策課題である（文献1）。日本においても、医師の地域偏在は長年の課題であり、都市部と地方部の間で医師数や年齢構成の格差が拡大していることや、医療需要を考慮した医師分布の公平性に課題があることが報告されている（文献2, 3）。このような背景のもと、厚生労働省は都道府県および二次医療圏別に、医師偏在指標に基づき医師少数区域および医師多数区域を設定し、医師確保計画を通じて地域ごとの医師確保対策を進めている（文献4）。医師偏在是正を目的とした代表的な政策手段として、自治医科大学制度および地域枠入学制度があり、これらの制度では、卒業後に出身都道府県等で一定期間勤務することが求められている（文献5）。

しかし、勤務義務を有する医師のうち、どのような医師が政策上の医師不足地域等で一定期間以上勤務しているかについては、十分に明らかにされていない。政策上の医師不足地域等には、国の医師偏在指標に基づく都道府県・二次医療圏単位の区域区分に加え、都道府県が地域の医療ニーズ、医療機関へのアクセス、継続的な医師確保の困難さなどを踏まえて位置づける医師少数スポット等が含まれる（文献4）。また、勤務義務を有する医師の地域での勤務継続の意向には、研修環境への満足度、生活状況、キャリア形成支援、診療領域への関心などが関連しうることが報告されている（文献6）。したがって、政策上の医師不足地域等への勤務実態を検討する際には、都道府県分類や二次医療圏分類に加え、都道府県ごとの医師確保対策上の位置づけ、および医師経験年数、休職歴、卒業区分、主たる診療領域などの個人・キャリア要因も考慮する必要がある。

われわれは関連研究において、2022年度に勤務義務を有していた医師8,104名を対象に、政策上の医師不足地域等における年間勤務月数を全国規模で定量化した。同研究では、医師少数二次医療圏に所在する医療機関（A）での年間勤務月数は医師少数都道府県で最も長かった一方、医師少数二

次医療圏の医療機関（A）を除いた都道府県指定の医師不足地域等の医療機関（B）を加えたA+Bでの年間勤務月数は、医師中程度都道府県で最も長かった（文献7）。この結果は、勤務実績の評価には、全国一律の医師偏在指標に加えて、都道府県ごとの医師確保対策上の位置づけを考慮する必要があることを示している。しかし、関連研究は、政策上の医師不足地域等における年間勤務月数を都道府県分類別に記述・比較することを主目的としており、一定期間以上勤務した医師の個人・キャリア要因までは検討していなかった（文献7）。

そこで本研究では、関連研究（文献7）と同一の調査で得られた医師単位データを用い、2022年度に勤務義務を有していた医師を対象に、政策上の医師不足地域等で6か月以上勤務することに関連する要因を検討した。具体的には、都道府県分類を政策的背景として位置づけたうえで、医師経験年数、休職歴、卒業区分、主たる診療領域などの個人・キャリア要因との関連を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

（1）研究デザイン

本研究は、全国47都道府県の医師確保担当部署を対象とした全数調査に基づく全国横断研究である。調査票では、2022年度（2022年4月から2023年3月まで）に各都道府県に対する勤務義務を有していた医師について、勤務状況および個人属性に関する医師単位の回答を求めた。調査は、2024年11月から2025年1月にかけて実施した。本研究では、関連研究（文献7）と同一の調査で得られた医師単位データを基盤とした。関連研究では、政策上の医師不足地域等における年間勤務月数を都道府県分類別に記述・比較したのに対し、本研究では、政策上の医師不足地域等で6か月以上勤務したか否かを主要アウトカムとして、その関連要因を検討した。

（2）対象・セッティング

本研究の対象は、自治医科大学卒業医師および地域枠卒業医師のうち、2022年度に各都道府県に対する勤務義務を有していた

医師（以下、「勤務義務を有する医師」）とした。対象者の抽出およびデータ収集のため、全国 47 都道府県の医師確保担当部署に調査票を送付し、各部署が把握する勤務義務対象医師について医師単位の回答を得た。

調査票では、各医師の卒業区分、勤務義務を負う都道府県、年齢、性別、医師経験年数、休職歴、医師臨床研修医区分、勤務義務期間中の主たる診療領域、および 2022 年度中の勤務医療機関と勤務月数に関する情報を収集した。厚生労働省が公表した 2022 年度の都道府県別医師偏在指標に基づき、各都道府県を医師少数都道府県、医師中程度都道府県、医師多数都道府県の 3 群に分類した。また、同年度の二次医療圏別医師偏在指標および各都道府県による医師確保対策上の位置づけに基づき、関連研究と同様に、勤務先医療機関を以下の 3 区分に分類した（文献 4, 7）。

A：医師偏在指標に基づく医師少数二次医療圏に所在する医療機関

B：A には該当しないが、各都道府県が医師確保対策上、医師不足地域等に位置づけた医療機関

C：A および B のいずれにも該当しない医療機関

これら 3 区分は互いに排他的であり、各勤務先医療機関は A、B、C のいずれかに分類した。B は全国一律の基準で定義された区域ではなく、各都道府県が医師確保対策上の必要性に基づいて位置づけた医療機関である。本研究では、A または B に該当する医療機関での勤務を、政策上の医師不足地域等での勤務と定義した。A および B に該当する医療機関での勤務月数を合計し、政策上の医師不足地域等での総勤務月数を算出した。

勤務月数は、5 日/週勤務または常勤勤務を 1.0 か月とする常勤換算月数として算出し、同一月に複数の医療機関で勤務していた場合には、週あたりの勤務日数に基づいて按分した。勤務月数は 0～12 か月の範囲で算出し、0 か月は当該区分での勤務がなかったことを示す有効値として扱った。都道府県医師確保担当部署から勤務月数不明

として回答された医師は、政策上の医師不足地域等での総勤務月数を判定できないため、主要アウトカムの解析対象から除外した。勤務日数または常勤・非常勤の別が得られず、月単位で勤務先のみが報告された場合には、報告された医療機関で 1.0 か月勤務したものとして扱った。休職期間や年度途中の勤務義務開始・修了については、2022 年度中に実際に勤務義務を有していた期間における勤務月数を集計した。

（3）医師偏在指標

医師偏在指標は、厚生労働省が医師確保計画における医師偏在対策のために用いる指標であり、都道府県別および二次医療圏別に算定される。2022 年度の医師偏在指標は、47 都道府県および全国 335 二次医療圏を対象に算出され、地域ごとの医療需要、将来人口、患者の流入・流出、へき地等の地理的条件、医師の性別・年齢分布等を踏まえて、医師少数区域および医師多数区域の設定に用いられる（文献 4）。なお、本指標は医師の絶対的な充足状況ではなく、地域間の相対的な偏在状況を示す指標である。

（4）説明変数およびアウトカム

解析に用いる変数は、各都道府県から全国規模で収集可能な情報であること、および厚生労働省が実施している医師届出票の調査項目との整合性を踏まえて選定した（文献 8）。背景特性および単変量解析で検討した変数は、2022 年度医師偏在指標に基づく都道府県分類、性別、年齢、医師経験年数、休職歴、医師臨床研修医区分、卒業区分、および主たる診療領域とした。主たる診療領域は、日本専門医機構の基本 19 領域に基づき、各都道府県が把握している勤務義務期間中の主な診療領域として回答された 1 領域とした。勤務義務を有する医師に対する運用は都道府県により異なるため、この変数には、都道府県による配置・勤務依頼上の診療領域を反映する場合と、医師本人が選択した診療領域を反映する場合が含まれる。したがって、本研究における主たる診療領域は、専門医資格、医師本人の将来的な希望診療科、または診療科標榜そのものを直接示すものではない。

複数回答は許容されておらず、各医師は1つの主たる診療領域にのみ分類された。主たる診療領域は相互排他的な名義変数であり、各医師はいずれか1つの診療領域にのみ分類された。本研究では、各診療領域と6か月以上勤務との関連を領域別に評価するため、主たる診療領域を診療領域ごとのダミー変数として扱った。したがって、1人の医師が複数の診療領域に同時に該当するものとして扱ったわけではない。主要アウトカムは、2022年度に政策上の医師不足地域等で合計6か月以上勤務したこととした。本アウトカムは、勤務義務の履行全体や長期的な地域定着を示すものではなく、2022年度内に政策上の医師不足地域等で一定程度継続して勤務したことを示す操作的な指標として設定した。6か月以上という閾値は、1年間の半分以上を医師不足地域等で勤務したことを示し、地域医療提供への一定程度継続した関与を反映する基準として解釈しやすいと考えたためである。さらに、医師少数区域経験認定医師制度において、医師少数区域等に所在する病院等での6か月以上の診療従事が認定要件として採用されている点も考慮した（文献9）。

（5）統計解析方法

まず、対象者の基本属性を記述した。カテゴリ変数は度数および割合で、連続変数は平均値および標準偏差、または中央値および四分位範囲で要約した。主要アウトカムと各変数との関連を評価するため、単変量解析を行った。カテゴリ変数の比較には χ^2 検定を用い、期待度数が5未満のセルを含む場合にはFisherの正確確率検定を用いた。年齢および医師経験年数については、記述および解析上の分類を目的として、6か月以上勤務の有無をアウトカムとしたROC曲線解析を行い、Youden's indexに基づいてカットオフ値を設定した。この解析は、年齢および医師経験年数を解釈しやすいカテゴリとして扱うための探索的手続きであり、主要アウトカムである6か月以上勤務の閾値設定には用いなかった。多変量解析では、政策上の医師不足地域等で6か月以上勤務したか否かを従属変数と

し、二項ロジスティック回帰分析を行った。説明変数として、政策上重要な背景因子である2022年度医師偏在指標に基づく都道府県分類を強制投入した。変数選択の候補には、単変量解析で $P<0.20$ であった性別、医師経験年数、休職歴、卒業区分、および主たる診療領域を含めた。主たる診療領域については、相互排他的な名義変数を診療領域ごとのダミー変数として扱い、単変量解析で $P<0.20$ であった内科、小児科、皮膚科、外科、整形外科、眼科、泌尿器科、脳神経外科、放射線科、病理、救急科、形成外科、総合診療を候補変数とした。これらの候補変数から、変数増加法（尤度比）により最終モデルに投入する変数を選択した。年齢は欠損値が多く、医師経験年数と概念的に重複するため、候補変数には含めなかった。医師臨床研修医区分も、主たる診療領域ではなく研修段階を示す変数であり、勤務先が臨床研修プログラムの構造に影響されるため、候補変数には含めなかった。いずれかのカテゴリでアウトカムイベントが存在しない、またはいずれかのセル度数が5未満であった変数は、完全分離または推定値の不安定化を回避するため、候補変数から除外した。この基準に基づき、臨床検査科は候補変数に含めなかった。多変量解析は、投入変数に欠損のない医師を対象とする完全ケース分析として実施した。変数選択法による結果への影響を確認するため、感度分析として、都道府県分類、性別、医師経験年数、休職歴、卒業区分、および単変量解析で $P<0.20$ であった主たる診療領域をすべて同時投入した強制投入モデルを作成した。各説明変数について、オッズ比（odds ratio：OR）および95%信頼区間（confidence interval：CI）を算出した。解析に先立ち、多重共線性の影響を評価するため、分散拡大係数（variance inflation factor：VIF）を確認した。すべての統計解析は、SPSS for Windows（version 28.0.1.0、IBM Corporation, Armonk, NY, USA）を用いて実施した。両側検定で $P<0.05$ を統計学的に有意とした。

（倫理面への配慮について）

本研究は、千葉大学大学院医学研究院倫理審査委員会の承認を受けて実施した（承認番号：M10834）。本研究で研究者が取得したデータは、都道府県および厚生労働省において個人が特定できないよう加工された医師単位の情報であり、研究者は氏名等の直接識別情報および研究 ID との対応表を取得しなかった。また、都道府県医師確保担当部署に対する調査票では、個人を直接識別できる情報を収集しなかった。本研究は、倫理審査委員会により、人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針の適用外であり、個人情報保護法上の学術例外規定に基づきデータの授受が可能であることが確認されたうえで承認された。

C. 研究結果

(1) 対象者の背景特性および主要アウトカムの分布

全国 47 都道府県すべてからデータを収集し、2022 年度に勤務義務を有していた医師 8,104 名を解析対象とした。対象者のうち、地域卒卒業医師は 7,076 名、自治医科大学卒業医師は 1,028 名であった。2022 年度医師偏在指標に基づく都道府県分類では、医師少数都道府県に属する医師が 3,318 名、医師中程度都道府県に属する医師が 2,917 名、医師多数都道府県に属する医師が 1,869 名であった。政策上の医師不足地域等での勤務月数に関する解析では、勤務月数不明の 183 名

(2.3%) を除外し、7,921 名を対象とした。このうち、6 か月以上勤務していた医師は 3,510 名 (44.3%)、6 か月未満であった医師は 4,411 名 (55.7%) であった。6 か月以上勤務の有無別にみた対象者の背景特性を Table 1 に示す。

(2) 単変量解析

年齢および医師経験年数については、記述および解析上の分類を目的として ROC 曲線解析を行った。その結果、カットオフ値は年齢 31 歳、医師経験年数 7 年であり、年齢は 31 歳未満と 31 歳以上、医師経験年数は 7 年未満と 7 年以上に分類した。単変量解析では、都道府県分類、性別、休職歴、卒業区分、および一部の主たる診療領域において、6 か月以上勤務の有無によ

る有意差を認めた。6 か月以上勤務群では、医師中程度都道府県に属する医師、男性、休職歴なし、自治医科大学卒業医師、主たる診療領域が内科、整形外科、総合診療である医師の割合が高かった。一方、医師多数都道府県に属する医師、初期研修医、主たる診療領域が皮膚科、眼科、脳神経外科、放射線科、救急科である医師の割合は低かった。年齢 31 歳以上および医師経験年数 7 年以上の割合も 6 か月以上勤務群で高かったが、これらは同一アウトカムに基づく ROC 曲線解析により分類した変数であるため、探索的・記述的に解釈した。多変量解析の候補変数は、単変量解析の結果および事前に定めた除外基準に基づいて選定した。

(3) 多変量解析

多変量二項ロジスティック回帰分析の結果を Table 2 に示す。多変量解析は、投入変数に欠損を有する 296 名を除外し、7,625 名を対象として実施した。2022 年度医師偏在指標に基づく都道府県分類を政策的背景因子として強制投入し、都道府県分類以外の候補変数を変数増加法（尤度比）により選択した。年齢、初期研修医区分および臨床検査科は、多変量解析の候補変数には含めなかった。多重共線性の評価では、各投入候補変数の VIF は 1.01～1.69 の範囲であり、明らかな多重共線性は認められなかった。

個人・キャリア要因では、男性、医師経験年数 7 年以上、休職歴なし、自治医科大学卒業医師であることが正に関連していた。主たる診療領域では、内科、小児科、外科、整形外科、泌尿器科、総合診療が正に関連し、このうち総合診療が最も大きなオッズ比を示した。一方、皮膚科、眼科、脳神経外科、放射線科、病理、救急科、および形成外科は最終モデルには残らなかった。

感度分析として、単変量解析で $P < 0.20$ であった主たる診療領域を含む主要変数をすべて同時投入した強制投入モデルを作成した（Supplementary Table 1）。その結果、都道府県分類、自治医科大学卒業医師、医師経験年数 7 年以上、休職歴なし、男性、総合診療、内科、整形外科など、主解析で

認められた主要な関連の方向性は概ね一貫していた。

D. 考察

本研究では、2022 年度に勤務義務を有していた医師を対象に、政策上の医師不足地域等で 6 か月以上勤務することに関連する要因を全国規模で検討した。勤務月数を評価可能であった医師の 44.3%が 6 か月以上勤務していた。多変量解析では、医師少数・中程度都道府県に属すること、男性、医師経験年数 7 年以上、休職歴がないこと、自治医科大学卒業医師であること、および主たる診療領域が内科、小児科、外科、整形外科、泌尿器科、総合診療であることが、6 か月以上勤務と独立して関連していた。関連研究が政策上の医師不足地域等における年間勤務月数を都道府県分類別に記述したのに対し、本研究は、一定期間以上勤務する医師の個人・キャリア要因を明らかにした点で、勤務義務を有する医師の配置実態に関する理解を補完するものである。

本研究では、医師少数二次医療圏に所在する医療機関に加え、各都道府県が医師確保対策上位置づけた医師不足地域等の医療機関での勤務も含めて、政策上の医師不足地域等での勤務を定義した。関連研究では、国の医師偏在指標に基づく医師少数二次医療圏での年間勤務月数と、都道府県指定の医師不足地域等を含めた年間勤務月数では、都道府県分類別の分布が異なることが示されている（文献 7）。本研究でも、医師中程度都道府県に属することが 6 か月以上勤務と正に関連しており、関連研究の知見と整合的であった。この結果は、勤務義務を有する医師の政策上の医師不足地域等への勤務を評価する際には、全国一律の医師偏在指標だけでなく、都道府県内の医療アクセス上の課題や配置方針を反映した政策的位置づけも考慮する必要があることを示唆する。

主たる診療領域では、総合診療が最も大きなオッズ比を示した。診療科別の地理的分布には差があり（文献 10）、米国では、非プライマリ・ケア専門科医は primary care physicians と比較して地方郡での利用可能性が低く、family medicine は

primary care 領域の中で農村部に最も均等に分布していたと報告されている（文献 11）。日本においても、家庭医は他の専門医と比較して農村部に分布しやすいことが報告されている（文献 12）。本研究で、主たる診療領域としての総合診療が 6 か月以上勤務と強く関連していたことは、外来、入院、在宅、救急初期対応などを横断し得る診療領域として、総合診療が医師不足地域等での勤務に結びつきやすい可能性を示している。また、内科、小児科、外科、整形外科、泌尿器科が正の関連を示したことは、高齢化した地域社会における慢性疾患、複数疾患併存、骨折、悪性腫瘍、泌尿器疾患などへの診療ニーズや、都道府県による配置調整を反映している可能性がある（文献 13-16）。特に外科は、地方病院における救急外傷診療、がん検診・ケア、一般外科手術、地域病院の機能維持に重要な役割を果たすことが報告されており、地域医療における重要な診療機能の一つと考えられる（文献 17）。

ただし、本研究の主たる診療領域は、専門医資格や医師本人の将来的な希望診療科そのものではなく、各都道府県が把握している勤務義務期間中の主な診療領域を 19 基本領域に基づき分類したものである。この変数には、都道府県による配置・勤務依頼上の診療領域を反映する場合と、医師本人が選択した診療領域を反映する場合が含まれる。そのため、主たる診療領域との関連は、医師本人のキャリア選択だけでなく、都道府県による配置調整や地域の診療ニーズを複合的に反映している可能性がある。一方、単変量解析では、皮膚科、眼科、脳神経外科、放射線科、救急科に分類された医師は 6 か月以上勤務と負の関連を示したが、これらは多変量解析の最終モデルには残らなかった。この結果は、これらの診療領域が政策上の医師不足地域等に不要であることを意味するものではなく、専門的診療体制や高度医療機器の必要性などにより、勤務義務医師として配置される医療機関や役割が限られる可能性を示唆する。自治医科大学卒業医師であることは、6 か月以上勤務と相対的に大きく関連していた。自治医科大学は、卒業後に出身都道府県等で地域医療に従事することを前提とし

た制度であり、本研究の結果は、その制度設計が、勤務義務期間中の政策上の医師不足地域等での勤務実績に反映されている可能性を示している。一方、地域枠制度も同様に医師不足地域での勤務を想定した制度であるが、自治医科大学卒業医師でより大きな関連が認められたことは、両制度における教育、配置方針、キャリア支援、義務年限中の運用体制の違いが勤務実績に影響している可能性を示唆する。

医師経験年数7年以上であることも、6か月以上勤務と独立して関連していた。7年以上の医師には、専門研修修了後またはスタッフ医師として一定期間同一地域・医療機関で勤務しやすい段階の医師が多く含まれる一方、7年未満の医師には医師臨床研修医や専門研修中のローテーション勤務を行う医師が含まれやすい可能性がある。ただし、本研究では専門医取得状況やローテーションの詳細を把握していないため、この背景を直接判断することはできない。この結果は、若手医師の専門研修やキャリア形成支援に加えて、一定の経験を有する医師が地域医療に継続的に関与できる配置方針や支援策を検討する必要性を示唆する（文献18）。

休職歴がないことおよび男性であることも、6か月以上勤務と独立して関連していた。ただし、休職歴には、妊娠・出産、育児、介護、疾病など多様な背景が含まれるが、本研究ではその理由や期間を把握していない。したがって、本結果は休職そのものを否定的に評価するものではなく、ライフイベントや健康上の事情を有する医師が地域医療に継続的に参画しやすい配置・支援体制を検討する必要性を示すものとして解釈すべきである。今後は、休職理由や復職後の勤務状況を把握するとともに、都市部と医師不足地域における勤務形態や支援策の違いを比較し、短時間勤務、複数医療機関での分散配置、復職支援などを含む柔軟な制度設計を検討する必要がある。また、男性であることの関連は、自治医科大学卒業、休職歴なし、総合診療などと比較すると相対的に小さかった。女性医師数は2022年時点で81,139人、全医師の23.6%を占めており、医師の働き方改革が進められるなかで、ライフイベントを有する医師

も地域医療に継続的に参画できる柔軟な勤務環境の整備が求められる（文献8, 19）。

本研究にはいくつかの限界がある。第一に、本研究は横断研究であり、各要因と政策上の医師不足地域等での勤務との因果関係は判断できない。第二に、アウトカムは2022年度の単年度における6か月以上勤務であり、長期的な地域定着や義務年限終了後の勤務継続を評価したものではない。第三に、6か月以上という閾値は政策的妥当性と解釈可能性に基づいて事前に設定したものであるが、地域医療への貢献の程度を完全に反映するものではない。また、アウトカム頻度が44.3%と比較的高いため、オッズ比はリスク比より1から離れた値をとりやすく、関連の強さが過大に解釈される可能性がある。さらに、本研究は全国47都道府県を対象とした全数調査に基づく大規模データであるため、小さな群間差であっても統計学的に有意となる可能性がある。そのため、P値のみで関連の強さを判断せず、割合の差、調整オッズ比、95%信頼区間を踏まえて解釈する必要がある。第四に、都道府県が医師確保対策上、医師不足地域等に位置づけた医療機関の範囲や基準は、地域の実情に応じて異なる。いずれも医師確保上の必要性に基づく位置づけである一方、政策上の医師不足地域等での勤務月数は、実際の勤務配置だけでなく、都道府県ごとの指定範囲や運用方針も反映している可能性がある。第五に、本研究では、出身地、地域医療への志向、家族背景、配偶者の就労、育児・介護負担、勤務時間、当直回数、給与、研修プログラム、医局所属、配置先医療機関の機能など、地域勤務に影響し得る重要な要因を十分に把握できていない。また、勤務月数は常勤換算に基づいて算出したが、常勤配置、専門研修中のローテーション、非常勤・外勤などの勤務形態を十分に区別して評価することはできなかった。そのため、本研究の結果から、政策上の医師不足地域等での勤務がどのような勤務形態によって支えられているかまでは判断できない。第六に、主たる診療領域は、専門医資格や本人の将来的な希望診療科を直接示すものではなく、都道府県が把握した勤務義務期間中の主たる

診療領域に基づく分類である。そのため、主たる診療領域との関連は、医師本人の専門志向だけでなく、都道府県の配置方針や地域の診療ニーズが反映されている可能性がある。第七に、多変量解析では変数増加法を用いたため、最終モデルはデータ依存的に選択されている可能性がある。ただし、主要変数を同時投入した感度分析でも、主要な関連の方向性は概ね一貫していた。

E. 結論

本研究では、2022 年度に勤務義務を有していた医師を対象に、政策上の医師不足地域等で 6 か月以上勤務することに関連する要因を全国規模で検討した。その結果、医師少数・中程度都道府県に属すること、自治医科大学卒業医師であること、医師経験年数 7 年以上、休職歴がないこと、男性であること、および主たる診療領域が総合診療、内科、小児科、外科、整形外科、泌尿器科であることが、6 か月以上勤務と独立して関連していた。

これらの結果は、勤務義務を有する医師の政策上の医師不足地域等への配置実態を評価する際には、都道府県分類だけでなく、卒業区分、キャリア段階、ライフイベント、主たる診療領域を含めた多面的な視点が必要であることを示唆する。今後は、地域で必要とされる診療機能を踏まえた配置方針と、専門研修・キャリア形成・生活支援を組み合わせた、持続可能な医師確保政策の構築が求められる。

Table 1. 政策上の医師不足地域等における 6 か月以上勤務の有無別にみた勤務義務を有する医師の背景特性

変数	有効 N	6 か月未満, n (%)	6 か月以上, n (%)	P value
都道府県分類	7,921			<0.001
医師少数都道府県		1,789 (40.6%)	1,423 (40.5%)	
医師中程度都道府県		1,537 (34.8%)	1,362 (38.8%)	
医師多数都道府県		1,085 (24.6%)	725 (20.7%)	
男性	7,781	2,760 (62.8%)	2,301 (67.9%)	<0.001
31 歳以上	4,557	695 (31.1%)	843 (36.3%)	<0.001
医師経験年数 7 年以上	7,783	885 (20.1%)	859 (25.3%)	<0.001
休職歴なし	7,921	4,234 (96.0%)	3,449 (98.3%)	<0.001
自治医科大学卒業医師	7,921	382 (8.7%)	631 (18.0%)	<0.001
医師臨床研修医	7,708	1,377 (32.1%)	749 (21.9%)	<0.001
主たる診療領域				
内科	7,708	905 (21.1%)	1,008 (29.5%)	<0.001
小児科	7,708	245 (5.7%)	223 (6.5%)	0.134
皮膚科	7,708	79 (1.8%)	43 (1.3%)	0.042
精神科	7,708	105 (2.4%)	90 (2.6%)	0.601
外科	7,708	289 (6.7%)	257 (7.5%)	0.179
整形外科	7,708	156 (3.6%)	188 (5.5%)	<0.001
産婦人科	7,708	217 (5.1%)	161 (4.7%)	0.489
眼科	7,708	83 (1.9%)	39 (1.1%)	0.006
耳鼻咽喉科	7,708	59 (1.4%)	46 (1.3%)	0.916
泌尿器科	7,708	97 (2.3%)	99 (2.9%)	0.077
脳神経外科	7,708	94 (2.2%)	52 (1.5%)	0.033
放射線科	7,708	84 (2.0%)	40 (1.2%)	0.006
麻酔科	7,708	164 (3.8%)	122 (3.6%)	0.565
病理	7,708	30 (0.7%)	15 (0.4%)	0.137
臨床検査	7,708	3 (0.1%)	0 (0.0%)	0.260
救急科	7,708	148 (3.4%)	76 (2.2%)	0.001
形成外科	7,708	45 (1.0%)	23 (0.7%)	0.080
リハビリテーション科	7,708	24 (0.6%)	20 (0.6%)	0.879
総合診療	7,708	88 (2.1%)	165 (4.8%)	<0.001

注. 本表は 2022 年度に勤務義務を有していた医師のうち、主要アウトカムを評価可能であった医師を対象としている。有効 N は、当該変数およびアウトカムの両方に欠損のない医師数を示す。割合は各変数の非欠損データを分母として算出した。二値変数では、表に示したカテゴリーに該当する医師数と割合のみを示した。医師臨床研修医は専門領域選択前の研修段階として別行に示した。主たる診療領域は、各都道府県が把握した勤務義務期間中の主たる診療領域に基づく相互排他的な分類であり、各医師はいずれか 1 つの診療領域にのみ分類された。したがって、主たる診療領域の各行は、初期研修ローテーションとして当該診療科に勤務した人数を示すものではない。カテゴリ変数の比較には χ^2 検定を用い、期待度数が 5 未満のセルを含む場合には Fisher の正確確率検定を用いた。年齢および医師経験年数は、6 か月以上勤務の有無をアウトカムとした ROC 曲線解析に基づき、それぞれ 31 歳および 7 年で二値化した。

Table 2. 政策上の医師不足地域等における 6 か月以上の勤務と関連する要因：多変量二項ロジスティック回帰分析

変数	調整オッズ比	95%信頼区間	P value
都道府県分類			
医師多数都道府県	Reference		
医師中程度都道府県	1.45	1.28–1.64	<0.001
医師少数都道府県	1.28	1.13–1.44	<0.001
男性	1.14	1.03–1.26	0.011
医師経験年数 7 年以上	1.15	1.03–1.29	0.015
休職歴なし	2.34	1.72–3.19	<0.001
自治医科大学卒業医師	2.02	1.75–2.34	<0.001
主たる診療領域			
内科	1.72	1.53–1.93	<0.001
小児科	1.55	1.27–1.89	<0.001
外科	1.39	1.16–1.68	<0.001
整形外科	1.79	1.42–2.25	<0.001
泌尿器科	1.69	1.26–2.27	<0.001
総合診療	2.51	1.91–3.31	<0.001

注. アウトカムは、2022 年度に政策上の医師不足地域等で 6 か月以上勤務したこととした。多変量解析は、投入変数に欠損のない 7,625 名を対象として実施した。参照カテゴリーは、都道府県分類では医師多数都道府県、性別では女性、医師経験年数では 7 年未満、休職歴では休職歴あり、卒業区分では地域卒卒業医師とした。主たる診療領域は相互排他的な名義変数であり、各診療領域に該当するか否かを示すダミー変数として扱った。最終モデルに含まれた各診療領域の調整オッズ比は、同モデルに含まれる他の説明変数を調整したうえで推定した。

Supplementary Table 1. 政策上の医師不足地域等における 6 か月以上の勤務と関連する要因：強制投入モデルによる感度分析

変数	調整オッズ比	95%信頼区間	P value
都道府県分類			
医師多数都道府県	Reference		
医師中程度都道府県	1.45	1.28–1.64	<0.001
医師少数都道府県	1.28	1.13–1.44	<0.001
男性	1.14	1.03–1.26	0.010
医師経験年数 7 年以上	1.18	1.05–1.32	0.006
休職歴なし	2.32	1.70–3.17	<0.001
自治医科大学卒業医師	2.01	1.73–2.32	<0.001
主たる診療領域			
内科	1.65	1.46–1.86	<0.001
小児科	1.48	1.21–1.81	<0.001
皮膚科	0.84	0.57–1.25	0.398
外科	1.33	1.10–1.61	0.003
整形外科	1.71	1.36–2.16	<0.001
眼科	0.75	0.50–1.12	0.157
泌尿器科	1.62	1.20–2.18	0.001
脳神経外科	0.86	0.60–1.22	0.390
放射線科	0.79	0.53–1.16	0.227
病理	0.78	0.41–1.49	0.456
救急科	0.84	0.63–1.13	0.250
形成外科	0.83	0.50–1.40	0.493
総合診療	2.40	1.82–3.17	<0.001

注. アウトカムは、2022 年度に政策上の医師不足地域等で 6 か月以上勤務したこととした。本表は、都道府県分類、性別、医師経験年数、休職歴、卒業区分、および単変量解析で $P < 0.20$ であった主たる診療領域をすべて同時投入した強制投入モデルの結果を示す。参照カテゴリーおよび主たる診療領域の扱いは Table 2 と同様とした。臨床検査科は、アウトカムイベントが存在せず、推定値が不安定となる可能性があるためモデルに含めなかった。

文献 1 World Health Organization. WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas. Geneva: World Health Organization; 2021.

文献 2 Matsumoto M, Kimura K, Inoue K, Kashima S, Koike S, Akimoto K, et al. Aging of hospital physicians in rural Japan: a longitudinal study based on national census data. PLoS One. 2018;13(6):e0198317.

文献 3 Hara K, Otsubo T, Kunisawa S, Imanaka Y. Examining sufficiency and equity in the geographic distribution of physicians in Japan: a longitudinal study. BMJ Open. 2017;7(3):e013922.

文献 4 厚生労働省. 医師確保計画策定ガイドライン. 2023 Mar 31. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/content/001083986.pdf>. Accessed 2026 May 11.

文献 5 Matsumoto M, Matsuyama Y, Kashima S, Koike S, Okazaki Y, Kotani K, et al. Education policies to increase rural physicians in Japan: a nationwide cohort study. Hum Resour Health. 2021;19(1):102.

文献 6 Koike S, Okazaki K, Tokinobu A, Matsumoto M, Kotani K, Kataoka H. Factors associated with regional retention of physicians: a cross-sectional online survey of medical students and graduates in Japan. Hum Resour Health. 2023;21:85.

文献 7 上原孝紀, 大平善之, 太田光泰, 小林美亜, 中部貴央, 和足孝之, 他. 勤務義務を有する医師の政策上の医師不足地域等における勤務実態：全国横断研究. 厚生労働科学研究成果データベース (MHLW GRANTS SYSTEM) .

文献 8 厚生労働省. 令和 4(2022)年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況. 2024 Mar 19. Available from:

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/22/index.html>. Accessed 2026 May 14.

文献 9 厚生労働省. 医師少数区域経験認定医師制度のご案内. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/content/001151763.pdf>. Accessed 2026 May 15.

文献 10 Ikesu R, Miyawaki A, Kobayashi Y. Physician distribution by specialty and practice setting: findings in Japan in 2000, 2010 and 2016. *Tohoku J Exp Med*. 2020;251(1):1-8.

文献 11 Barreto T, Jetty A, Eden AR, Petterson S, Bazemore A, Peterson LE. Distribution of physician specialties by rurality. *J Rural Health*. 2021;37(4):714-722. doi:10.1111/jrh.12548.

文献 12 Yoshida S, Matsumoto M, Kashima S, Koike S, Tazuma S, Maeda T. Geographical distribution of family physicians in Japan: a nationwide cross-sectional study. *BMC Fam Pract*. 2019;20(1):147.

文献 13 Cabinet Office, Government of Japan. Annual Report on the Ageing Society: 2024 Summary. Tokyo: Cabinet Office; 2024. Available from:

<https://www8.cao.go.jp/kourei/english/annualreport/2024/pdf/2024.pdf>. Accessed 2026 May 14.

文献 14 Nojiri S, Itoh H, Kasai T, Fujibayashi K, Saito T, Hiratsuka Y, et al. Comorbidity status in hospitalized elderly in Japan: analysis from National Database of Health Insurance Claims and Specific Health Checkups. *Sci Rep*. 2019;9:20237.

文献 15 Ishibashi H. Locomotive syndrome in Japan. *Osteoporos Sarcopenia*. 2018;4(3):86-94.

文献 16 Kobayashi K. Epidemiology of urologic diseases in the aging population. *Nihon Rinsho*. 2017 Apr;75(4):527-532.

文献 17 Walker JP. Status of the rural surgical workforce. *Surg Clin North Am*. 2020 Oct;100(5):869-877. doi:10.1016/j.suc.2020.06.006.

文献 18 Teraura H, Kotani K, Koike S. Physician retention and migration in rural clinics designated for areas without physicians in Japan: descriptive epidemiological study using the national physicians' survey. *BMC Health ServRes*. 2024;24(1):1049.

文献 19 厚生労働省. 医師の働き方改革. Available from:

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/ishi-hatarakikata_34355.html. Accessed 2026 May 14.

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

医師不足地域における勤務義務を有する医師の医師偏在に係る全国横断調査

上原孝紀, 大平善之, 太田光泰, 小林美亜, 中部貴央, 横川大樹, 李宇, 吉田遼, 井原紫逸, 柳田育孝, 小島淳平, 佐藤瑠璃香, 柴山栄太朗, 塚田弥生

第 16 回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会 2025 年 6 月 22 日

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

勤務義務を有する卒後3年目医師の専門領域分布：2022年度新専攻医相当集団との比較による全国横断研究

上原孝紀 千葉大学医学部附属病院 総合診療科 講師
太田光泰 横浜市立大学 医学教育学・総合診療医学 教授
大平善之 聖マリアンナ医科大学 総合診療内科 主任教授

研究要旨

【背景・目的】日本では、医師の地域偏在に加えて診療科・専門領域の偏在も重要な政策課題である。自治医科大学および地域枠入学制度は、医師不足地域への医師供給に対する代表的な政策手段であるが、同じ年次の医師において、勤務義務の有無によって専門領域の分布が異なるかどうかは、十分に検討されていない。2022年度新専攻医相当集団を対象に、勤務義務のある卒後3年目医師と勤務義務を有しない新専攻医相当群との間で、19基本領域の分布を比較する。あわせて補足解析として、勤務義務を有する医師に限定し、都道府県の医師偏在分類および勤務先医療機関区分ごとに、専門領域の分布を記述する。

【方法】本研究は全国を対象とした横断研究である。日本専門医機構が公表した2022年度新専攻医採用実績と、2022年度に各都道府県で勤務義務を有していた医師の全国データベースを用いた。勤務義務を有する卒後3年目医師を2022年度新専攻医に含まれる勤務義務医師に近似する集団として扱った。主解析では、2022年度新専攻医全体から、19基本領域が判明している勤務義務あり群を差し引き、集計値上の勤務義務なし相当群を推定した。次に勤務義務あり群と勤務義務なし相当群との間で、19基本領域分布を比較した。専門領域データが欠損していた勤務義務あり医師47名の影響を確認するため、欠損例を専門領域が判明している勤務義務あり群の分布に基づいて比例配分し、感度分析を行った。補足解析として、勤務義務を有する医師に限定し、都道府県単位の医師偏在分類および勤務先医療機関区分別に専門領域分布を記述した。19基本領域分布の群間比較には χ^2 検定またはFisherの正確確率検定を用い、調整済み残差、Cramer's V、多様性指標を算出した。

【結果】2022年度に勤務義務を有する卒後3年目医師1,076名のうち、19基本領域が判明していた1,029名を勤務義務あり群として解析した。主解析における勤務義務なし相当群は8,419名であった。勤務義務あり群と勤務義務なし相当群では、19基本領域分布が有意に異なっていた（ $\chi^2=94.19$, $df=18$, $P<0.001$, Cramer's V=0.100）。勤務義務あり群では、内科、小児科、外科、産婦人科、総合診療の割合が有意に高く、皮膚科、精神科、眼科、放射線科、形成外科、リハビリテーション科の割合が有意に低かった。勤務義務あり群では、勤務義務なし相当群と比較して、normalized Shannon indexは低く（0.796 vs 0.855）、HHIは高かった（0.156 vs 0.127）。感度分析においても、19基本領域分布の群間差は維持された。補足解析では、勤務義務を有する医師の専門領域分布は、都道府県単位の医師偏在分類および勤務先医療機関区分によって異なっていた。

【結論】2022年度に勤務義務を有していた卒後3年目医師の基本領域分布は、日本専門医機構の新専攻医採用実績から集計値として推定した勤務義務なし相当群とは異なっており、この分布差は感度分析でも維持された。勤務義務を有する医師の専門領域分布には、本人の専門志向に加えて、地域医療で求められる診療機能や都道府県の配置方針が反映されている可能性がある。本研究は、勤務義務を伴う医師養成制度を評価する際には、勤務場所だけでなく、地域に配置される医師の専門領域構成も把握する重要性があることを示唆する。ただし、本研究の主要比較は集計値に基づく近似的解析であり、因果的解釈には慎重を要する。

A. 研究目的

日本における医師偏在は、地域間の偏在のみならず、診療科・専門領域間の偏在も含む複合的な政策課題である。厚生労働省は、地域間の医師偏在を相対的に評価する指標として、都道府県別および二次医療圏別の医師偏在指標を設定している（文献 1）。二次医療圏は、複数の市町村から構成される地域医療提供体制の基本単位の一つである。医師の地域偏在については、二次医療圏単位で高齢化に伴う医療需要を考慮すると、医師分布の不均衡は 2000 年以降一貫して拡大していることが報告されている（文献 2）。

また、診療科・専門領域の偏在については、診療科別の医師分布に差があることが報告されている（文献 3, 4）。米国でも医師の地域偏在は専門領域によって異なり、都市部と農村部の医師密度の差は専門領域ごとに異なる（文献 5）。さらに、農村部では family medicine が比較的広く分布する一方、救急医療、精神科、放射線診断科、一般外科、麻酔科、産婦人科などの専門領域の医師は相対的に少ないことが示されている（文献 6）。

診療科・専門領域の偏在を考えるうえでは、専門医制度のあり方も重要である。日本では、医師は卒後 2 年間の初期臨床研修を修了した後、卒後 3 年目以降に専門研修に進む。専門研修は、日本専門医機構が制度設計・認定に関与しており、医師が希望する専門領域と専門研修プログラムを選択して応募する仕組みとなっている（文献 7）。一方、米国では、各専門領域・各研修プログラムに設定された研修ポジション数を前提として、全国的なマッチングシステムにより応募者が研修先へ配分される（文献 8, 9）。日本でも一部の都道府県・診療科ではシーリングが設定されているが、これは主に医師多数地域への専攻医集中を抑制するための地域別・診療科別の調整である。それゆえに、日本のシーリングは全国レベルで専門領域ごとの医師数を一律に配分する制度ではない（文献 10）。このような制度的背景から、日本では医師本人が希望する専門領域を選択できる余地が相対的に大きいと考えられる。

さらに、日本ではプライマリ・ケアを専門

的に担う医師の養成が長年の課題とされてきた。OECD は、日本では general practice または family medicine に相当する明確な専門領域が十分に確立していないことを指摘し、primary care specialty を定義し専門職化する必要性を提言している（文献 11）。その後、日本専門医機構の新専門医制度では、総合診療が 19 基本領域の一つとして位置づけられ、2018 年から専門研修が開始された。しかし、総合診療を選択する専攻医は制度導入初期から近年に至るまで全体の 3%前後にとどまっていることが報告されている（文献 12）。

このような制度的・歴史的背景のもと、日本では医師偏在是正を目的とした代表的な政策手段として、自治医科大学制度および地域枠入学制度が設けられている。これらの制度では、卒業後に出身都道府県等で一定期間勤務することが求められ、医師不足地域への医師供給を支える仕組みとして位置づけられている（文献 13）。先行研究では、地域枠入学制度や都道府県奨学金制度の対象医師は、同年次のその他の医師と比較して、非大都市自治体や人口密度の低い自治体で勤務する割合が高いことが示されている（文献 14）。一方で、これらの研究は主として勤務地や地域定着を評価したものであり、勤務義務を有する医師がどの専門領域に分布しているか、また同年次の勤務義務を有しない医師と専門領域分布が異なるかについては十分に明らかでない。

われわれは、同一の全国調査に基づく関連研究において、2022 年度に勤務義務を有していた自治医科大学卒業医師および地域枠卒業医師 8,104 名を対象に、政策上の医師不足地域等での年間勤務月数を定量化した（文献 15）。また、別の関連研究では、政策上の医師不足地域等で年間 6 か月以上勤務することに関連する要因を検討した

（文献 16）。しかし、これらの研究は、勤務義務を有する医師同士を対象に、勤務場所や一定期間以上勤務することに関連する要因を評価したものであり、同年次の勤務義務を有しない医師との専門領域分布の違いは検討していなかった。

そこで本研究では、2022 年度新専攻医相当集団において、勤務義務を有する卒後 3

年目医師と勤務義務を有しない新専攻医相当群の19基本領域分布を比較した。さらに補足解析として、勤務義務を有する医師に限定し、都道府県単位の医師偏在分類別および勤務先医療機関区別に専門領域分布を記述した。本研究の目的は、勤務義務を有する卒後早期医師の専門領域分布が、同年次の新専攻医相当集団と異なるかを明らかにし、勤務義務を伴う医師養成政策と地域医療を担う専門領域構成との関連を検討することである。

B. 研究方法

(1) 研究デザイン

本研究は、2022年度新専攻医相当集団を対象に、勤務義務の有無別に専門領域分布を比較した横断研究である。主解析では、勤務義務を有する卒後3年目医師と勤務義務を有しない新専攻医相当群の19基本領域分布を比較した。補足解析として、勤務義務を有する医師に限定し、都道府県単位の医師偏在分類別および勤務先医療機関区別に専門領域分布を記述した。

(2) データソースおよび対象者

2022年度新専攻医についての19基本領域別人数は、日本専門医機構が公表した2022年度採用実績に基づき把握した(文献17)。同資料では、47都道府県別および19基本領域別の新専攻医採用数が示されており、2022年度新専攻医の総数は9,448名であった。

勤務義務を有する医師については、2022年度に各都道府県に勤務義務を有していた医師の全国データベースを用いた。2022年度新専攻医の多くが卒後3年目であることを踏まえ、勤務義務を有する卒後3年目医師を、2022年度新専攻医における勤務義務医師を代表する近似集団として扱った。医学部を6年間で卒業し、2年間の医師臨床研修を中断なく修了した場合、2022年度新専攻医は2014年度医学部入学者に相当する。公表資料では、2014年度の地域枠入学者1,226人のうち勤務地指定を有する医師は1,107人であった(文献18)。本研究で抽出した2022年度の勤務義務を有する卒後3年目医師は1,076人であり、当該公表値と大きな解離は認められなかった。

勤務義務を有する卒後3年目医師1,076名のうち、19基本領域のいずれかに分類された1,029名を、「勤務義務あり群」と定義して主解析の対象とした。専門領域データが欠損していた47名は主解析から除外した。主解析では、日本専門医機構が公表した2022年度新専攻医全体における19基本領域別人数から、専門領域が判明していた勤務義務あり群1,029名の専門領域別人数を差し引くことにより、勤務義務なし相当群の専門領域別人数を推定した。その結果、主解析における勤務義務なし相当群は8,419名であった。

ただし、本解析は、個人単位で日本専門医機構の新専攻医データと勤務義務あり医師データを突合したものではなく、19基本領域別の集計値に基づく差分解析である。したがって、本群は個票レベルで勤務義務がないことを確認した集団ではなく、集計値に基づいて推定された「勤務義務なし相当群」として扱った。また、専門領域データが欠損していた勤務義務あり医師47名が、本群に含まれている可能性がある点に留意した。

(3) 都道府県分類および専門領域の定義
都道府県分類は、厚生労働省が公表した2022年度の都道府県別医師偏在指標に基づき、医師少数都道府県、医師中程度都道府県、医師多数都道府県の3区分とした。補足解析では、関連研究において、医師少数都道府県および医師中程度都道府県では、医師多数都道府県と比較して政策上の医師不足地域等での勤務月数および6か月以上勤務した医師の割合が高いことが報告されていることを踏まえ、医師少数・中程度都道府県群と医師多数都道府県群の2群に再分類した(文献15, 16)。

専門領域は、日本専門医機構の19基本領域に準拠して分類した。2022年度新専攻医全体の診療領域別人数については、日本専門医機構が公表した2022年度採用実績における19基本領域別の人数を用いた。一方、勤務義務を有する医師については、各都道府県が把握している勤務義務期間中の主たる診療領域として回答された単一の領域を用い、日本専門医機構が定める19基本領域に準じて分類した。

勤務義務を有する医師における専門領域の取り扱いには、都道府県により異なり、本変数には、都道府県による配置または勤務依頼上の診療領域を反映している場合と、医師本人が選択した診療領域を反映している場合が含まれる。したがって、本研究で用いた勤務義務を有する医師の専門領域は、専門医資格、医師本人の将来的な志望診療科、あるいは診療科標榜を直接示すものではない。また、専門領域は複数回答が許容されておらず、各医師は単一の専門領域に分類された。初期研修医は専門領域選択前の研修段階にあり、19 基本領域のいずれにも該当しないため、専門領域分布の解析から除外した。

(4) 統計解析方法

主解析では、2022 年度新専攻医相当集団を対象として、勤務義務あり群と勤務義務なし相当群の 2 群間で、19 基本領域の分布を比較した。補足解析では、勤務義務を有する卒後 3 年目医師に限定し、都道府県単位の医師偏在分類に基づき、医師少数・中程度都道府県群と医師多数都道府県群の 2 群間で 19 基本領域の分布を比較した。19 基本領域の分布の群間比較には χ^2 検定を用いた。ただし、期待度数 5 未満のセルが全セルの 20%を超える場合には、Fisher の正確確率検定または Monte Carlo 法による正確確率検定を用いた。全体の群間差が統計学的に有意であった場合、各専門領域が群間差に寄与する方向を探索的に評価するため、調整済み残差を算出した。調整済み残差に基づいて両側 P 値を算出し、複数領域に対する事後的比較であることを踏まえ、Benjamini-Hochberg 法により false discovery rate 補正した。補正後 P 値が 0.05 未満の場合を、当該専門領域の割合が統計学的に有意に高い、または低いものと判断した。効果量として Cramer's V を算出した（文献 19）。専門領域分布の多様性および集中度を記述するため、normalized Shannon diversity index および Herfindahl-Hirschman index (HHI) を算出した。Normalized Shannon diversity index は、専門領域分布の均等性を反映する指標であり、値が大きいほど各専門領域に均等に分布していることを示

す。HHI は分布の集中度を示す指標であり、値が大きいほど特定の専門領域に分布が集中していることを示す。各群における専門領域 i の割合を p_i とし、Shannon diversity index (H) を、 $H = -\sum p_i \ln(p_i)$ として算出した。なお、 $p_i = 0$ の場合は $p_i \ln(p_i) = 0$ として扱った。Normalized Shannon diversity index は、全 19 専門領域を基準とした最大値 $\ln(19)$ で H を除することにより算出した（文献 20）。HHI は、 $HHI = \sum p_i^2$ として算出した（文献 21）。補助指標として、Shannon diversity index に基づく effective number of specialties を $\exp(H)$ として算出した（文献 22）。これらの多様性指標および集中度指標は、群間の専門領域分布を要約するための記述的指標として用いた。

専門領域データが欠損していた勤務義務あり医師 47 名が主解析に及ぼす影響を評価するため、感度分析を実施した。感度分析では、欠損 47 名を、専門領域が判明していた勤務義務あり群 1,029 名の 19 基本領域分布に比例して各専門領域に割り付けた。比例配分により生じた小数は、合計が 47 名となるように最大剰余法により整数化した。そのうえで、勤務義務あり群を 1,076 名とし、比較対照群は 2022 年度新専攻医全体 9,448 名から勤務義務あり群 1,076 名を差し引いた 8,372 名として、19 基本領域分布を再比較した。なお、本感度分析における比較対象群は、2022 年度新専攻医全体から勤務義務あり群を除外して定義した「勤務義務なし相当群」である。さらに補足解析として、2022 年度に勤務義務を有し、勤務先医療機関区分が明確な通年勤務医師を対象に、政策上の医師不足地域等で通年勤務した医師と、それ以外の医療機関で通年勤務した医師との間で専門領域分布を比較した。本解析は、専門領域の選択ではなく、勤務義務医師が実際に従事している診療領域の分布を記述する目的で実施した。解析対象は、2022 年度に勤務義務を有していた医師のうち、勤務先医療機関区分が明確で年間 12.0 か月勤務していた医師とした。医師少数二次医療圏に所在する医療機関を A、A には該当しないが都道府県が医師確保対策上、医師不足地

域等に位置づけた医療機関をB、医師少数二次医療圏以外に所在し、かつ都道府県による医師不足地域等の指定を受けていない医療機関をCと定義した。2022年度にAまたはBに該当する医療機関で12.0か月勤務し、Cでの勤務が0か月であった医師を「A+B 通年勤務群」と定義し、Cに該当する医療機関で12.0か月勤務し、A+Bでの勤務が0か月であった医師を「C 通年勤務群」と定義した。両群の専門領域分布の比較では、初期研修医および欠損・分類外を除外し、19基本領域に分類された医師を対象とした。

すべての統計解析は、SPSS for Windows (version 28.0.1.0, IBM Corporation, Armonk, NY, USA) およびMicrosoft Excelを用いて実施した。両側検定で $P<0.05$ を統計学的に有意とした。

(倫理面への配慮について)

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

C. 研究結果

(1) 対象者

日本専門医機構が公表した2022年度新専攻医数は9,448名であった。このうち、2022年度に勤務義務を有する卒後3年目医師として1,076名を抽出し、19基本領域のいずれかに分類された1,029名を勤務義務あり群として主解析の対象とした。専門領域データが欠損していた47名は主解析から除外した。主解析における勤務義務なし相当群は8,419名であった。

(2) 勤務義務の有無別にみた19基本領域の分布

2022年度新専攻医相当集団において、勤務義務あり群と主解析で定義した勤務義務なし相当群の間では、19基本領域の分布は有意に異なっていた($\chi^2=94.19$, $df=18$, $P<0.001$, Cramer's $V=0.100$)

(Table 1)。

調整済み残差に基づく探索的評価では、Benjamini-Hochberg法によるfalse discovery rate補正後も、勤務義務あり群では内科、小児科、外科、産婦人科、総

合診療の割合が有意に高かった。一方、皮膚科、精神科、眼科、放射線科、形成外科、リハビリテーション科の割合は有意に低かった。感度分析においても、19基本領域分布の群間差は維持された($\chi^2=98.54$, $df=18$, $P<0.001$, Cramer's $V=0.102$; Supplementary Table 1)。

(3) 補足解析1: 都道府県単位の医師偏在分類別にみた19基本領域分布

補足解析として、勤務義務を有する卒後3年目医師1,029名を対象に、都道府県単位の医師偏在分類別に専門領域分布を比較した。対象者の内訳は、医師少数・中程度都道府県群796名、医師多数都道府県群233名であった。臨床検査科を除く18領域を対象とした比較では、両群間の分布に有意な差を認めた(Fisher-Freeman-Halton検定、Monte Carlo法、 $P=0.001$; Cramer's $V=0.199$) (Table 2)。調整済み残差に基づく探索的評価では、false discovery rate補正後、医師少数・中程度都道府県群で救急科の割合が有意に低かった。

(4) 専門領域分布の多様性および集中度
勤務義務あり群では、勤務義務なし相当群と比較して、normalized Shannon diversity indexが低く(0.796 vs. 0.855)、HHIが高かった(0.156 vs. 0.127)。Effective number of specialtiesは、勤務義務あり群で10.42、勤務義務なし相当群で12.41であった(Table 3)。

勤務義務を有する卒後3年目医師に限定した都道府県単位の比較では、normalized Shannon diversity indexは医師少数・中程度都道府県群で0.789、医師多数都道府県群で0.788であり、effective number of specialtiesもそれぞれ10.21、10.19とほぼ同等であった。一方、HHIは医師少数・中程度都道府県群で0.165、医師多数都道府県群で0.135であった。

(5) 補足解析2: 勤務先医療機関区別にみた19基本領域分布

もう一つの補足解析として、2022年度に勤務義務を有していた医師全体のうち、勤

務先医療機関区分が明確であり、かつ通年勤務していた医師を対象に、A+B 通年勤務群と C 通年勤務群の専門領域分布を比較した。A+B 通年勤務群は 3,296 名、C 通年勤務群は 4,200 名であり、両群を合わせた通年勤務群は 7,496 名であった。解析対象となった 7,496 名は、2022 年度に勤務義務を有していた医師 8,104 名の 92.5%、勤務月数を評価可能であった 7,921 名の 94.6% に相当した。A+B 通年勤務群では、初期研修医が 746 名 (22.6%)、19 基本領域に分類された医師が 2,456 名 (74.5%)、欠損・分類外が 94 名 (2.9%) であった。C 通年勤務群では、初期研修医が 1,368 名

(32.6%)、19 基本領域に分類された医師が 2,723 名 (64.8%)、欠損・分類外が 109 名 (2.6%) であった。

初期研修医および欠損・分類外を除外し、19 基本領域に分類された 5,179 名を対象に補足的に比較したところ、A+B 通年勤務群と C 通年勤務群の専門領域分布には有意な差を認めた ($\chi^2=135.54$, $df=18$, $P<0.001$, Cramer's $V=0.162$) (Table 4)。調整済み残差に基づく探索的評価では、false discovery rate 補正後も、A+B 通年勤務群で内科、整形外科、総合診療の割合が有意に高かった。一方、C 通年勤務群では、皮膚科、産婦人科、眼科、脳神経外科、放射線科、救急科、形成外科の割合が有意に高かった。

D. 考察

本研究の主要な知見は、勤務義務を有する卒後 3 年目医師の専門領域分布が、同年次の勤務義務を有しない新専攻医相当群とは異なっていた点である。勤務義務あり群では、内科、小児科、外科、産婦人科、総合診療の割合が高く、勤務義務なし相当群では、皮膚科、精神科、眼科、放射線科、形成外科、リハビリテーション科の割合が相対的に高かった。この分布差は、専門領域データが欠損していた 47 名を比例配分した感度分析後でも維持された。効果量は小さかったものの、全国規模で一貫した分布差を認めたことは、勤務義務を有する医師の専門領域分布が、プライマリ・ケア、高齢者医療、入院・外来を横断する基盤的診療など、医師不足地域で必要とされやすい

診療機能と関連を有する可能性を示唆している。

勤務義務あり群で割合が高かった内科、外科、総合診療は、外来、入院、救急初期対応、慢性疾患管理など、地域医療の基盤となる診療機能と関連する領域である。高齢化が進む日本では、慢性疾患や複数疾患併存を有する高齢者への対応が地域医療提供体制の重要な課題である (文献 23, 24)。また、総合診療を選択する専攻医が全体の 3%前後にとどまるなかで (文献 12)、勤務義務あり群で総合診療の割合が高かったことは、勤務義務を伴う医師養成政策が、プライマリ・ケアや包括的診療を担う医師の供給と関連している可能性を示唆する。

一方、勤務義務なし相当群では、皮膚科、精神科、眼科、放射線科、形成外科、リハビリテーション科の割合が相対的に高かった。これらの領域が医師不足地域に不要であることを意味するものではない。むしろ、専門研修プログラム、専門医療機器、症例数、指導体制などの要因により、一部の専門領域は都市部や高機能医療機関に集積しやすい可能性がある。ただし、本研究は専門領域別の医療需要や適正医師数を評価していないため、特定の専門領域の過剰または不足を直接示すものではない。米国においても専門領域によって地域分布が異なることが報告されており (文献 6)、本研究の結果はこうした国際的知見とも整合する。

都道府県単位の補足解析では、勤務義務を有する卒後 3 年目医師において、医師少数・中程度都道府県群と医師多数都道府県群の間で専門領域分布に差がみられた。ただし、多重比較補正後に明確な差を認めた個別領域は救急科のみであり、医師少数・中程度都道府県群で割合が低かった。都道府県単位の分類は地域全体の医師供給状況を反映する一方、同一都道府県内にも都市部、基幹病院、医師不足地域、へき地的地域が混在する。そのため、この結果は補足的所見として解釈すべきであり、実際の勤務先医療機関の地域的・機能的性質を直接反映するものではない。

勤務先医療機関区分別の補足解析では、A+B 通年勤務群で内科、整形外科、総合診療の割合が高く、C 通年勤務群で皮膚科、

産婦人科、眼科、脳神経外科、放射線科、救急科、形成外科の割合が高かった。本解析は卒後年次を限定しない通年勤務医師に限った補足的解析であり、専門領域選択そのものや、特定領域の不足または過剰を直接評価するものではない。しかし、A+B 通年勤務群で内科、整形外科、総合診療の割合が高かったことは、政策上の医師不足地域等では、成人診療、高齢者医療、運動器疾患、包括的診療を支える基盤的領域が、勤務義務医師の配置または従事領域として相対的に大きな比重を占めている可能性を示唆している（文献 23-25）。

一方、C 通年勤務群で産婦人科、救急科、脳神経外科、放射線科などの割合が高かったことは、これらの領域が、医療機能、専門設備、症例数、指導体制が集積した医療機関で提供されやすい可能性を示唆している。すなわち、勤務義務あり群で割合が高い専門領域であっても、勤務先医療機関区分別にみると必ずしも政策上の医師不足地域等に通年勤務する群で多いとは限らない。このことから、専門領域分布には地域医療ニーズに加えて、医療機関機能、専門研修環境、都道府県の配置方針などが影響している可能性がある。ただし、本研究は地域ごとの実際の医療需要や患者アウトカムを測定していないため、特定の専門領域がどの地域で不足しているかを直接結論づけることはできない。

専門領域分布の多様性指標では、勤務義務あり群は勤務義務なし相当群と比較して、normalized Shannon index が低く、HHI が高く、effective number of specialties も小さかった。これは、勤務義務あり群の専門領域分布が、勤務義務なし相当群より一部領域に集中している可能性を示唆する。一方、都道府県単位の医師偏在分類別比較では、normalized Shannon index と effective number of specialties は群間でほぼ同等であり、専門領域の広がりそのものに明確な差は確認されなかった。都道府県単位の分類では同一都道府県内の都市部、基幹病院、医師不足地域、へき地的地域の違いを十分に捉えにくい。それゆえに、専門領域構成と地域医療ニーズとの関係の評価するには、二次医療圏や医療機関機能を含めたより細かな単位での把握が必

要である。

本研究の結果は、医師偏在対策を評価する際に、医師数や勤務場所だけでなく、勤務義務医師が担う専門領域構成も把握する必要があることを示唆する。専門領域分布は、医師本人のキャリア選択に加えて、地域で必要とされる診療機能、専門研修制度、医療機関機能、都道府県の配置方針が交差する領域である。すなわち、入学時点から地域医療や総合診療への志向性が高い集団が選抜されているという自己選択・選抜効果と、卒後に都道府県のキャリア形成プログラム等によって特定の領域へ誘導される制度的効果の両者が複合的に影響していると考えられる。今後の医師偏在対策や専門研修制度の設計では、勤務義務医師の地理的配置とあわせて、専門領域構成を継続的に把握することが求められる。

本研究にはいくつかの限界がある。第一に、勤務義務なし相当群は、日本専門医機構が公表した 2022 年度新専攻医全体の 19 基本領域別人数から、専門領域が判明していた勤務義務あり群を差し引いて算出した集計上の対照群であり、個人単位で勤務義務の有無を確認した集団ではない。さらに、勤務義務を有する卒後 3 年目医師 1,076 名のうち 47 名では専門領域データが欠損しており、主解析で推定した勤務義務なし相当群にはこれらの医師が含まれる。ただし、欠損例を比例配分した感度分析でも専門領域分布の群間差は維持されており、この欠損が主解析の結論に与える影響は限定的と考えられた。第二に、2022 年度新専攻医全体の専門領域分布は日本専門医機構の採用実績に基づく一方、勤務義務を有する医師の専門領域は、各都道府県が把握している勤務義務期間中の主たる診療領域に基づいて分類した。そのため、両群はいずれも日本専門医機構の 19 基本領域に準拠して整理したものの、情報源および専門領域の把握方法は完全には一致しない。第三に、勤務義務を有する卒後 3 年目医師を 2022 年度新専攻医に含まれる勤務義務医師に近似する集団として扱ったが、個人単位で専門研修開始状況を確認したものではない。第四に、本研究は横断研究であり、勤務義務の有無と専門領域分布との因果関係は明らかにできない。第五に、本

研究では、専門領域別の医療需要、医療機関機能、専門研修プログラムの分布、患者アウトカムを直接評価していないため、観察された分布差の背景要因までは判断できない。特に本解析は集団値に基づく差分解析であるため、産婦人科などの特定の専門領域選択に影響しうる個人レベルの交絡因子（医師の性別や年齢など）を調整できていない。第六に、都道府県単位の医師偏在分類別解析および勤務先医療機関区分別解析はいずれも補足解析であり、主解析を補完する目的で実施した。特に勤務先医療機関区分に基づく解析は通年勤務医師に限定しており、ローテーション勤務等を有する医師への一般化には注意を要する。

E. 結論

本研究は、2022 年度新専攻医相当集団において、勤務義務の有無により 19 基本領域分布が有意に異なることを示した。この分布差は、専門領域データが欠損していた 47 名を比例配分した感度分析でも維持された。勤務義務あり群では、内科、小児科、外科、産婦人科、総合診療の割合が高く、勤務義務なし相当群と比較して一部の専門領域への分布の偏りが認められた。卒後早期に把握された専門領域が、その後の義務年限中の配置や従事する診療機能と関連しうることを踏まえると、勤務義務を伴う医師養成政策を評価・設計する際には、医師数や勤務場所だけでなく、専門領域構成を併せて把握することが重要である。今後は、勤務義務を有する医師の専門領域構成を継続的に把握し、地域で必要とされる診療機能、専門研修制度、医療機関機能、都道府県の配置方針を統合的に検討することが求められる。

Table 1. 2022 年度新専攻医相当集団における勤務義務の有無別 19 基本領域分布

専門領域	勤務義務あり n (%)	勤務義務なし 相当群 n (%)	調整済み残差 (勤務義務あり群)
内科	352 (34.2%)	2,563 (30.4%)	2.47 [†]
小児科	83 (8.1%)	468 (5.6%)	3.24 [†]
皮膚科	21 (2.0%)	305 (3.6%)	-2.62 [†]
精神科	42 (4.1%)	529 (6.3%)	-2.80 [†]
外科	113 (11.0%)	733 (8.7%)	2.41 [†]
整形外科	58 (5.6%)	586 (7.0%)	-1.59
産婦人科	72 (7.0%)	445 (5.3%)	2.28 [†]
眼科	19 (1.8%)	324 (3.8%)	-3.24 [†]
耳鼻咽喉科	20 (1.9%)	236 (2.8%)	-1.60
泌尿器科	35 (3.4%)	275 (3.3%)	0.23
脳神経外科	20 (1.9%)	217 (2.6%)	-1.23
放射線科	20 (1.9%)	279 (3.3%)	-2.37 [†]
麻酔科	53 (5.2%)	441 (5.2%)	-0.12
病理	5 (0.5%)	94 (1.1%)	-1.88
臨床検査	0 (0.0%)	22 (0.3%)	-1.64
救急科	51 (5.0%)	319 (3.8%)	1.82
形成外科	14 (1.4%)	239 (2.8%)	-2.77 [†]
リハビリテーション科	7 (0.7%)	138 (1.6%)	-2.36 [†]
総合診療	44 (4.3%)	206 (2.4%)	3.45 [†]
合計	1,029 (100.0%)	8,419 (100.0%)	

注. 勤務義務あり群は、2022 年度に勤務義務を有する卒後 3 年目医師のうち、19 基本領域が判明していた医師で構成した。主解析における勤務義務なし相当群は、日本専門医機構が公表した 2022 年度新専攻医全体の 19 基本領域別人数から、専門領域が判明していた勤務義務あり群の専門領域別人数を差し引いて算出した。専門領域データが欠損していた勤務義務あり医師 47 名は勤務義務あり群から除外したが、主解析における勤務義務なし相当群には含まれる。そのため、勤務義務なし相当群は、厳密な勤務義務なし群ではなく、集計値上の勤務義務なし相当群として解釈した。割合は各群内の有効データを分母として算出した。19 基本領域の分布の比較には χ^2 検定を用いた ($\chi^2=94.19$, $df=18$, $P<0.001$, Cramer's $V=0.100$)。各専門領域の寄与は調整済み残差に基づき探索的に評価し、調整済み残差から算出した両側 P 値に Benjamini-Hochberg 法による false discovery rate 補正を行った。[†] Benjamini-Hochberg 法による false discovery rate 補正後 $P<0.05$ 。

Table 2. 勤務義務を有する卒後 3 年目医師における都道府県単位の医師偏在分類別 19 基本領域分布

専門領域	医師少数・中程度 都道府県群 n (%)	医師多数都道 府県群 n (%)	調整済み残差 (医師少数・中程度)
内科	285 (35.8%)	67 (28.8%)	1.99
小児科	57 (7.2%)	26 (11.2%)	-1.97
皮膚科	15 (1.9%)	6 (2.6%)	-0.66
精神科	27 (3.4%)	15 (6.4%)	-2.07
外科	89 (11.2%)	24 (10.3%)	0.38
整形外科	46 (5.8%)	12 (5.2%)	0.37
産婦人科	58 (7.3%)	14 (6.0%)	0.67
眼科	18 (2.3%)	1 (0.4%)	1.83
耳鼻咽喉科	19 (2.4%)	1 (0.4%)	1.90
泌尿器科	29 (3.6%)	6 (2.6%)	0.79
脳神経外科	15 (1.9%)	5 (2.1%)	-0.25
放射線科	14 (1.8%)	6 (2.6%)	-0.79
麻酔科	39 (4.9%)	14 (6.0%)	-0.67
病理	5 (0.6%)	0 (0.0%)	1.21
臨床検査	0 (0.0%)	0 (0.0%)	—
救急科	28 (3.5%)	23 (9.9%)	-3.93†
形成外科	13 (1.6%)	1 (0.4%)	1.40
リハビリテーション科	7 (0.9%)	0 (0.0%)	1.44
総合診療	32 (4.0%)	12 (5.2%)	-0.75
合計	796 (100.0%)	233 (100.0%)	

注. 割合は各群内の有効データを分母として算出した。臨床検査科は両群とも 0 名であったため、統計検定および調整済み残差の算出からは除外した。19 基本領域のうち有効な 18 領域の分布比較では、期待度数 5 未満のセルが 9 セル (25.0%) であったため、Fisher-Freeman-Halton 検定を Monte Carlo 法により実施した (P=0.001)。効果量として Cramer's V を算出した (Cramer's V=0.199)。各専門領域の寄与は調整済み残差に基づき探索的に評価し、調整済み残差から算出した両側 P 値に Benjamini-Hochberg 法による false discovery rate 補正を行った。補正後 P 値が 0.05 未満の場合を統計学的に有意と判断した。青字は、医師少数・中程度都道府県群で有意に低い領域を示す。† Benjamini-Hochberg 法による false discovery rate 補正後 P<0.05。

Table 3. 勤務義務の有無および都道府県単位の医師偏在分類別にみた 19 基本領域分布の多様性・集中度指標

解析対象・比較	群	N	Normalized Shannon index	HHI	Effective number of specialties
2022年度新専攻医相当集団における勤務義務の有無別比較	勤務義務あり	1,029	0.796	0.156	10.42
	勤務義務なし相当群	8,419	0.855	0.127	12.41
勤務義務を有する卒後3年目医師における都道府県単位の医師偏在分類別比較	医師少数・中程度都道府県	796	0.789	0.165	10.21
	医師多数都道府県	233	0.788	0.135	10.19

注. 本表では、Table 1 の勤務義務の有無別比較、および Table 2 の都道府県単位の医師

偏在分類別比較について、19 基本領域分布の多様性および集中度を示した。Normalized Shannon index は値が大きいほど専門領域分布の多様性が高いことを示す。HHI は Herfindahl-Hirschman index を示し、値が大きいほど一部の専門領域への集中度が高いことを示す。Effective number of specialties は、Shannon diversity index に基づき算出した。

Table 4. 勤務義務を有する医師における勤務先医療機関区分に基づく A+B 通年勤務群と C 通年勤務群の 19 基本領域分布

専門領域	政策上の医師不足 地域 (A+B) で通年 勤務した群 n (%)	政策上の医師不足 地域以外 (C) で通年 勤務した群 n (%)	調整済み残差 (政策上の医師不足 地域 (A+B) で通年勤務 した群)
内科	937 (38.2%)	848 (31.1%)	5.30†
小児科	203 (8.3%)	223 (8.2%)	0.10
皮膚科	40 (1.6%)	70 (2.6%)	-2.35†
精神科	84 (3.4%)	99 (3.6%)	-0.43
外科	232 (9.4%)	270 (9.9%)	-0.57
整形外科	183 (7.5%)	146 (5.4%)	3.08†
産婦人科	139 (5.7%)	201 (7.4%)	-2.50†
眼科	35 (1.4%)	76 (2.8%)	-3.39†
耳鼻咽喉科	46 (1.9%)	54 (2.0%)	-0.30
泌尿器科	92 (3.7%)	95 (3.5%)	0.50
脳神経外科	45 (1.8%)	90 (3.3%)	-3.32†
放射線科	34 (1.4%)	80 (2.9%)	-3.80†
麻酔科	116 (4.7%)	152 (5.6%)	-1.39
病理	14 (0.6%)	29 (1.1%)	-1.96
臨床検査	0 (0.0%)	3 (0.1%)	-1.65
救急科	67 (2.7%)	140 (5.1%)	-4.43†
形成外科	20 (0.8%)	43 (1.6%)	-2.51†
リハビリテーション科	18 (0.7%)	20 (0.7%)	-0.01
総合診療	151 (6.1%)	84 (3.1%)	5.29†
合計	2,456 (100.0%)	2,723 (100.0%)	

注. 本表の対象は、2022 年度に勤務義務を有していた医師のうち、勤務先医療機関区分が明確な通年勤務医師であり、初期研修医および欠損・分類外の医師を除外した 19 基本領域に分類された医師である。割合は各群内の有効データを分母として算出した。A+B 通年勤務群は、2022 年度に A または B に該当する医療機関で 12.0 か月勤務し、C での勤務が 0 か月であった医師とした。C 通年勤務群は、2022 年度に C に該当する医療機関で 12.0 か月勤務し、A+B での勤務が 0 か月であった医師とした。A は医師少数二次医療圏に所在する医療機関、B は A には該当しないが都道府県が医師確保対策上、医師不足地域等に位置づけた医療機関、C

は医師少数二次医療圏以外に所在し、かつ都道府県による医師不足地域等の指定を受けていない医療機関を示す。19 基本領域の分布の比較には χ^2 検定を用いた ($\chi^2=135.54$, $df=18$, $P<0.001$, Cramer's $V=0.162$)。期待度数 5 未満のセルは 2 セル (5.3%) であり、最小期待度数は 1.42 であった。各専門領域の寄与は調整済み残差に基づき探索的に評価し、調整済み残差から算出した両側 P 値に Benjamini-Hochberg 法による false discovery rate 補正を行った。補正後 P 値が 0.05 未満の場合を統計学的に有意と判断した。† Benjamini-Hochberg 法による false discovery rate 補正後 $P<0.05$ 。

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

Supplementary Table 1. 専門領域データが欠損していた勤務義務あり医師 47 名を比例配分した感度分析：2022 年度新専攻医相当集団における勤務義務の有無別 19 基本領域分布

専門領域	勤務義務あり n (%)	勤務義務なし相当群 n (%)	調整済み残差 (勤務義務あり)
内科	368 (34.2%)	2,547 (30.4%)	2.53†
小児科	87 (8.1%)	464 (5.5%)	3.35†
皮膚科	22 (2.0%)	304 (3.6%)	-2.68†
精神科	44 (4.1%)	527 (6.3%)	-2.86†
外科	118 (11.0%)	728 (8.7%)	2.46†
整形外科	61 (5.7%)	583 (7.0%)	-1.59
産婦人科	75 (7.0%)	442 (5.3%)	2.30†
眼科	20 (1.9%)	323 (3.9%)	-3.30†
耳鼻咽喉科	21 (2.0%)	235 (2.8%)	-1.63
泌尿器科	37 (3.4%)	273 (3.3%)	0.31
脳神経外科	21 (2.0%)	216 (2.6%)	-1.24
放射線科	21 (2.0%)	278 (3.3%)	-2.41†
麻酔科	55 (5.1%)	439 (5.2%)	-0.18
病理	5 (0.5%)	94 (1.1%)	-2.00
臨床検査	0 (0.0%)	22 (0.3%)	-1.68
救急科	53 (4.9%)	317 (3.8%)	1.81
形成外科	15 (1.4%)	238 (2.8%)	-2.77†
リハビリテーション科	7 (0.7%)	138 (1.6%)	-2.51†
総合診療	46 (4.3%)	204 (2.4%)	3.54†
合計	1,076 (100.0%)	8,372 (100.0%)	—

注. 専門領域データが欠損していた勤務義務あり医師 47 名を、専門領域が判明していた勤務義務あり群 1,029 名の 19 基本領域分布に比例して各専門領域に割り付けた。比例配分により生じた小数は、合計が 47 名となるように最大剰余法により整数化した。勤務義務なし相当群は、日本専門医機構が公表した 2022 年度新専攻医全体 9,448 名から、比例配分後の勤務義務あり群 1,076 名を差し引いて算出した。19 基本領域の分布の比較には χ^2 検定を用いた ($\chi^2=98.54$, $df=18$, $P<0.001$, Cramer's $V=0.102$)。各専門領域の寄与は調整済み残差に基づき探索的に評価し、調整済み残差から算出した両側 P 値に Benjamini-Hochberg 法による false discovery rate 補正を行った。† Benjamini-Hochberg 法による false discovery rate 補正後 $P<0.05$ 。

- 文献 1. 厚生労働省. 医師確保計画策定ガイドライン. 2023 Mar 31. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/content/001083986.pdf>. Accessed 2026 May 11.
- 文献 2. Hara K, Otsubo T, Kunisawa S, Imanaka Y. Examining sufficiency and equity in the geographic distribution of physicians in Japan: a longitudinal study. *BMJ Open*. 2017;7(3):e013922. doi:10.1136/bmjopen-2016-013922.
- 文献 3. Hara K, Kunisawa S, Sasaki N, Imanaka Y. Examining changes in the equity of physician distribution in Japan: a specialty-specific longitudinal study. *BMJ Open*. 2018;8(1):e018538. doi:10.1136/bmjopen-2017-018538.
- 文献 4. Ikesu R, Miyawaki A, Kobayashi Y. Physician distribution by specialty and practice setting: findings in Japan in 2000, 2010 and 2016. *Tohoku J Exp Med*. 2020;251(1):1–8. doi:10.1620/tjem.251.1.
- 文献 5. Machado SR, Jayawardana S, Mossialos E, Vaduganathan M. Physician density by specialty type in urban and rural counties in the US, 2010 to 2017. *JAMA Netw Open*. 2021;4(1):e2033994. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.33994.
- 文献 6. Barreto T, Jetty A, Eden AR, Petterson S, Bazemore A, Peterson LE. Distribution of physician specialties by rurality. *J Rural Health*. 2021;37(4):714–722. doi:10.1111/jrh.12548.
- 文献 7. 日本専門医機構. 専攻医登録・応募について. Available from: <https://jmsb.or.jp/senkoi/>. Accessed 2026 May 21.
- 文献 8. National Resident Matching Program. Results and Data: 2025 Main Residency Match. 2025 May 29. Available from: <https://www.nrmp.org/match-data/2025/05/results-and-data-2025-main-residency-match/>. Accessed 2026 May 21.
- 文献 9. Accreditation Council for Graduate Medical Education. Requests for Changes in Resident or Fellow Complement. Available from: <https://www.acgme.org/globalassets/pfassets/programresources/040-rescomp.pdf>. Accessed 2026 May 21.
- 文献 10. 厚生労働省. 令和 8 (2026) 年度専攻医募集シーリング (案). 2025 Sep 5. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/001555691.pdf>. Accessed 2026 May 21.
- 文献 11. Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD reviews of health care quality: Japan 2015: raising standards. Paris: OECD Publishing; 2015.
- 文献 12. Yamamoto Y, Hatakeyama S, Matsumura M, Koike S. Impact of the new Japanese medical specialty system on residents' career choices in general medicine: a nationwide cross-sectional study. *BMC Med Educ*. 2025;25:1182. doi:10.1186/s12909-025-07707-5.
- 文献 13. Matsumoto M, Matsuyama Y, Kashima S, Koike S, Okazaki Y, Kotani K, et al. Education policies to increase rural physicians in Japan: a nationwide cohort study. *Hum Resour Health*. 2021;19(1):102. doi:10.1186/s12960-021-00644-6.
- 文献 14. Matsumoto M, Kashima S, Owaki T, Iguchi S, Inoue K, Tazuma S, et al. Geographic distribution of regional quota program graduates of Japanese medical schools: a nationwide cohort study. *Acad Med*. 2019;94(8):1244–1252. doi:10.1097/ACM.0000000000002688.
- 文献 15. 上原孝紀, 大平善之, 太田光泰, 小林美亜, 中部貴央, 和足孝之, et al. 勤務義務を有する医師の政策上の医師不足地域等における勤務実態: 全国横断研究. Unpublished manuscript.
- 文献 16. 上原孝紀, 大平善之, 太田光泰, 小林美亜, 中部貴央, 和足孝之, et al. 勤務義務を有する医師の政策上の医師不足地域等における 6 か月以上勤務に関連する要因: 全国横断研究. Unpublished manuscript.
- 文献 17. 日本専門医機構. 2022 年度採用状況. 2022 Mar. Available from: https://jmsb.or.jp/wp-content/uploads/2022/04/recruit_2022_03.pdf. Accessed 2026 May 12.
- 文献 18. 全国医学部長病院長会議. 平成 26 年度 地域医療教育に関する全国調査. 2015 Jun 29. Available from: https://j-come.umin.jp/2015_report_ppt.pdf. Accessed 2026 May 12.
- 文献 19. Cramér H. Mathematical methods of statistics. Princeton: Princeton University Press; 1946.
- 文献 20. Shannon CE. A mathematical theory of

communication. Bell Syst Tech J. 1948;27(3):379–423;27(4):623–656.

文献 21. Rhoades SA. The Herfindahl-Hirschman index. Fed Res Bull. 1993;79(3):188–189.

文献 22. Jost L. Entropy and diversity. Oikos. 2006;113(2):363–375.

文献 23. Cabinet Office, Government of Japan. Annual Report on the Ageing Society: 2024 Summary. Tokyo: Cabinet Office; 2024. Available from: <https://www8.cao.go.jp/kourei/english/annualre>

port/2024/pdf/2024.pdf. Accessed 2026 May 22.

文献 24. Nojiri S, Itoh H, Kasai T, Fujibayashi K, Saito T, Hiratsuka Y, et al. Comorbidity status in hospitalized elderly in Japan: analysis from National Database of Health Insurance Claims and Specific Health Checkups. Sci Rep. 2019;9:20237. doi:10.1038/s41598-019-56534-y.

文献 25. Ishibashi H. Locomotive syndrome in Japan. Osteoporos Sarcopenia. 2018;4(3):86-94. doi:10.1016/j.afos.2018.09.004.

別紙 4

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7年度 分担研究報告書7

都市部居住医師は医療資源の乏しい地域で勤務しうるか：全国医師パネルを用いた勤務意向調査

上原孝紀 千葉大学医学部附属病院 総合診療科 講師
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
太田光泰 横浜市立大学 医学教育学・総合診療医学 教授
大平善之 聖マリアンナ医科大学 総合診療内科 主任教授
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】

日本では医師の地理的偏在が持続しており、医療資源の乏しい地域で勤務しうる医師をどのように確保するかが重要な政策課題である。これまで、地域枠、自治医科大学、修学資金貸与制度などを通じた医師の養成・配置が進められてきたが、すでに大都市や地方都市で勤務している幅広い年齢層の医師を、医療資源の乏しい地域の支援にどのように結びつけるかについては十分に明らかでない。本研究では、全国の医師パネルを用いて、医療資源の乏しい地域での勤務意向と、その勤務を検討する際に重視される条件を明らかにすることを目的とした。

【方法】

2026年2月に、楽天インサイト株式会社の医師パネルを用いた全国Webアンケート調査を実施した。現在収入を伴う仕事をしており、国内で勤務し、主たる仕事に必要な国家資格として医師免許を有すると回答した890名を解析対象とした。現在の居住地が大都市または地方都市である841名を都市部居住医師と定義し、郡部、中山間地域、離島での勤務意向、期限付き勤務への同意、勤務時の生活拠点、地方勤務を検討する際に重視する条件、金銭的インセンティブについて記述した。

【結果】

回答者890名の平均年齢は56.3歳で、男性は742名（83.4%）であった。都市部居住医師は841名（94.5%）であった。都市部居住医師に対して、郡部、中山間地域、離島を勤務先として想定した場合の常勤勤務への同意を尋ねたところ、同意できると回答した者は、それぞれ445名（52.9%）、244名（29.0%）、168名（20.0%）であった。一方、1年間の期限付き勤務として月1回の反復勤務を想定した場合、同意できると回答した者は、それぞれ526名（62.5%）、432名（51.4%）、318名（37.8%）であった。1年間常勤勤務する際の生活拠点については、勤務先近隣へ転居することに同意できる者286名（34.0%）よりも、現在の居住地から通勤することに同意できる者557名（66.2%）が多かった。地方勤務を検討する際には、健康状態、プライベートな時間、勤務時間と報酬のバランス、協力しあえる医師が身近にいることが重視された。

【結論】

都市部居住医師の中にも、医療資源の乏しい地域での勤務に同意しうる者が一定数存在した。医師確保策としては、恒常的な移住・転居を前提とするだけでなく、現在の生活拠点を維持した通勤や短期・反復型勤務を可能とする柔軟な制度設計が重要である。金銭的インセンティブに加えて、勤務・生活環境、診療支援体制、柔軟な勤務調整、家族生活への配慮を組み合わせた支援が求められる。

A. 研究目的

日本では医師数の増加にもかかわらず、医師の地理的偏在は持続しており、医療資源の乏しい地域における医師確保は重要な政策課題である（文献 1-3）。これまで、医師不足地域で勤務する医師を確保するために、地域枠、自治医科大学、修学資金貸与制度などを通じた医師の養成・配置が進められてきた（文献 4, 5）。また、国際的にも、地方・遠隔地における医療者確保には、教育、規制、金銭的インセンティブ、専門的支援、生活支援などを組み合わせた包括的な介入が必要とされている（文献 6）。これらの政策や知見は、医師不足地域への医師確保において、単に医師数を増やすだけでなく、医師が地域で勤務し、定着できる条件を整備することの重要性を示している。

一方で、既存の医師確保策は、主に医学部入学時または卒後早期の医師を対象としたものが中心であり、すでに大都市や地方都市で勤務している幅広い年齢層の医師を、医療資源の乏しい地域の支援にどのように結びつけるかについては十分に明らかではない。近年の国の医師偏在対策では、経済的インセンティブ、地域の医療機関の支え合い、医師養成過程を通じた取組等を組み合わせることに加え、医師の価値観やキャリアパス、勤務・生活環境、柔軟な働き方に配慮しながら、中堅・シニア世代を含む全ての世代の医師にアプローチする必要性が示されている（文献 7）。また、医師偏在指標に基づく医師少数区域に加えて、可住地面積あたり医師数、医療機関へのアクセス、人口動態等を踏まえた重点医師偏在対策支援区域の設定も検討されている（文献 7）。したがって、医師偏在対策を実装可能な政策として設計するためには、制度上の区域分類や目標医師数の設定に加えて、医師自身がどのような地域、勤務形態、生活条件、支援体制であれば勤務を受け入れうるのかを把握する必要がある。本研究は、医師偏在対策の実装可能性を検討する一連の研究の一環として、医師自身が医療資源の乏しい地域での勤務をどの程度受け入れうるのかを把握する必要があるという問題意識から着想した。そこで本研究では、全国の医師パネルを用いて、医師

が医療資源の乏しい地域で勤務する意向、およびその勤務を検討する際に重視する条件を記述することを目的とした。特に、大都市または地方都市に居住する医師が、郡部・中山間地域・離島などで勤務する可能性に着目し、勤務形態、生活拠点、金銭的・非金銭的条件を明らかにすることを目指した。なお、本研究における「医療資源の乏しい地域」は、回答者の地域認識に基づく郡部・中山間地域・離島を指し、医師偏在指標に基づく医師少数区域、医師少数スポット、重点医師偏在対策支援区域と必ずしも一致するものではない。

B. 研究方法

(1) 研究デザインと調査対象

本研究は、楽天インサイト株式会社の医師パネルを用いた全国 Web アンケート調査である。本調査は 2026 年 2 月に実施した。研究者が楽天インサイト株式会社に調査を委託し、同社が保有する医師パネルから回答者を募集した。

スクリーニング項目により、現在収入を伴う仕事をしており、国内で勤務し、主たる仕事に必要な国家資格として医師免許を有すると回答した者を本調査の対象とした。本調査に回答した 890 名を解析対象とした。

(2) 調査項目

調査項目は、回答者の基本属性、現在の居住地、主たる従事先の地域分類、主たる従事先に対する地方的・へき地的認識、地域別の勤務意向、医療資源の乏しい地域における期限付き勤務への同意、勤務時の生活拠点、地方勤務を検討する際に重視する条件、地方勤務に対する金銭的インセンティブで構成した。

現在の居住地および主たる従事先の地域分類は、大都市、地方都市、郡部、中山間地域、離島の 5 区分で尋ねた。主たる従事先に対する地方的・へき地的認識は、都会的、やや都会的、どちらとも言えない、やや地方的・へき地的、非常に地方的・へき地的の 5 段階で尋ねた。

地域別の勤務意向については、地理的条件のみを考慮した場合に、各地域で常勤勤務することに同意できるかを尋ねた。対象地

域は、大都市、地方都市、郡部、中山間地域、離島とした。また、医療資源の乏しい地域における1年間の期限付き勤務について、月1回勤務、週1日勤務、1か月連続勤務、3か月連続勤務、6か月連続勤務、2週間交互勤務で6か月、12か月連続勤務の各勤務形態に対する同意を尋ねた。さらに、医療資源の乏しい地域で1年間常勤勤務する場合の生活拠点として、現在の居住地から通勤する、当該地域の中心市街地へ転居して通勤する、勤務先近隣へ転居する、の各選択肢に対する同意を尋ねた。地方勤務を検討する際に重視する条件については、勤務条件、生活環境、家族、診療支援体制、キャリア形成、金銭的支援等に関する複数の項目について重要度を尋ねた。地方勤務に対する金銭的インセンティブについては、現在住んでいる地域から異動して別の地域で地方勤務を行う場合に妥当と考える年間上乗せ金額を尋ねた。

(3) 変数の定義

現在の居住地が大都市または地方都市である回答者を「都市部居住医師」と定義した。主たる解析では、都市部居住医師を対象として、医療資源の乏しい地域での勤務意向を記述した。医療資源の乏しい地域は、郡部、中山間地域、離島とした。主たる従事先の地域分類は、記述にあたり、大都市、地方都市、郡部・中山間地域・離島の3群に集約した。主たる従事先に対する地方的・へき地的認識については、「やや地方的・へき地的」または「非常に地方的・へき地的」と回答した者を、地方的・へき地的と感じている者と定義した。勤務意向および生活拠点に関する同意については、「やや同意できる」または「全く同意できる」と回答した者を同意ありと定義した。地方勤務を検討する際に重視する条件については、「まあまあ重要である」または「非常に重要である」と回答した者を重要と定義した。また、「全く重要ではない」または「あまり重要でない」と回答した者を重要でないと定義した。地方勤務に対する金銭的インセンティブについては、回答カテゴリーごとに人数と割合を算出した。また、500万円以上の上乗

せを選択した者、または5,000万円以上の上乗せでも勤務できないと回答した者を合算して集計した。

(4) 統計解析

回答者の基本属性、現在の居住地、主たる従事先の地域分類、主たる従事先に対する地方的・へき地的認識について記述統計を行った。連続変数は平均値および範囲で示し、カテゴリー変数は人数および割合で示した。

主たる解析では、都市部居住医師を対象として、地域別の常勤勤務意向、医療資源の乏しい地域における期限付き勤務への同意、勤務時の生活拠点、地方勤務を検討する際に重視する条件、地方勤務に対する金銭的インセンティブを集計した。現在の居住地別の勤務意向については、大都市居住医師と地方都市居住医師に分けて人数および割合を算出した。主たる従事先の地域分類と地方的・へき地的認識の関係については、地域分類別に地方的・へき地的と感じている者の割合を算出した。地方勤務を検討する際に重視する条件については、重要と回答した割合の高い項目および低い項目を順位づけて示した。

すべての解析は記述統計として実施し、統計学的仮説検定は行わなかった。割合の算出における分母は、特に記載のない限り、各解析対象者数とした。

(倫理面への配慮について)

本研究への参加にあたり、研究責任者および研究機関から回答者に直接謝礼は支払わなかった。ただし、Web調査会社の通常の運用に基づき、調査協力に対する謝礼またはポイント等が楽天インサイト株式会社から回答者に付与された可能性がある。謝礼またはポイント等の付与方法、付与額、一律性の有無については、楽天インサイト株式会社の運用に委ねた。本研究は、千葉大学大学院医学研究院倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：M10957、承認日：2026年2月3日）。

C. 研究結果

(1) 回答者の基本特性と現在の居住地
本調査の有効回答者は890名であった。平

均年齢は 56.3 歳（範囲 25-81 歳）であり、男性は 742 名（83.4%）であった。現在の居住地は、大都市 490 名（55.1%）、地方都市 351 名（39.4%）、郡部 36 名

（4.0%）、中山間地域 9 名（1.0%）、離島 4 名（0.4%）であり、大都市または地方都市に居住する医師は 841 名（94.5%）であった。

主たる従事先の地域分類は、大都市 415 名（46.6%）、地方都市 398 名（44.7%）、郡部 63 名（7.1%）、中山間地域 10 名（1.1%）、離島 4 名（0.4%）であり、大都市または地方都市は 813 名（91.3%）であった。主たる従事先を「やや地方的・へき地的」または「非常に地方的・へき地的」と回答した者は 216 名（24.3%）であった。地域分類別には、大都市 25 名（6.0%）、地方都市 133 名（33.4%）、郡部・中山間地域・離島 58 名（75.3%）であった（Table 1）。

（2）都市部居住医師における地域別の常勤勤務意向

以降の解析では、現在の居住地が大都市または地方都市である 841 名を都市部居住医師として扱った。都市部居住医師において、地理的条件のみを考慮した場合に常勤勤務に同意できると回答した者は、地方都市 675 名（80.3%）、郡部 445 名（52.9%）、中山間地域 244 名（29.0%）、離島 168 名（20.0%）であった。

現在の居住地別にみると、大都市居住医師では、郡部 216 名（44.1%）、中山間地域 109 名（22.2%）、離島 83 名（16.9%）が常勤勤務に同意できると回答した。地方都市居住医師では、郡部 229 名（65.2%）、中山間地域 135 名（38.5%）、離島 85 名（24.2%）であった（Table 2）。

（3）医療資源の乏しい地域における期限付き勤務への同意

都市部居住医師において、1 年間の期限付き勤務を想定した場合、郡部では、月 1 回勤務に 526 名（62.5%）、週 1 日勤務に 439 名（52.2%）、12 か月連続勤務に 248 名

（29.5%）が同意できると回答した。中山間地域では、月 1 回勤務 432 名（51.4%）、週 1 日勤務 343 名（40.8%）、12 か月連続勤務 197 名（23.4%）であった。離島で

は、月 1 回勤務 318 名（37.8%）、週 1 日勤務 228 名（27.1%）、12 か月連続勤務 156 名（18.5%）であった（Table 3）。

（4）医療資源の乏しい地域で勤務する場合の生活拠点

医療資源の乏しい地域で 1 年間の常勤勤務が必要となった場合、都市部居住医師では、現在の居住地から通勤することに同意できる者が 557 名（66.2%）であった。当該地域の中心市街地へ転居することに同意できる者は 340 名（40.4%）、勤務先近隣へ転居することに同意できる者は 286 名

（34.0%）であった（Table 4）。

（5）地方勤務を検討する際に重視される条件

都市部居住医師が地方勤務を検討する際に重要と回答した割合が高かった項目は、自身の健康状態が良いこと 746 名（88.7%）、プライベートな時間があること 734 名

（87.3%）、勤務時間と報酬のバランスが良いこと 718 名（85.4%）、協力しあえる医師が身近にいること 709 名（84.3%）、急な勤務変更柔軟に対応できること 705 名

（83.8%）、訴訟リスクに対するサポートがあること 699 名（83.1%）、家族の理解が得られること 694 名（82.5%）であった。

重要と回答した割合が相対的に低かった項目は、学位取得の支援体制があること 238 名（28.3%）、名誉や地位を得ること 318 名（37.8%）、保育施設が充実していること 349 名（41.5%）、学会発表や研究活動の機会が確保されていること 377 名（44.8%）、子どもの教育環境が整っていること 393 名（46.7%）であった（Table 5）。

（6）地方勤務に対する金銭的インセンティブ

都市部居住医師において、現在住んでいる地域から異動して別の地域で地方勤務を行う場合に妥当と考える年間上乗せ金額は、1,000 万円上乗せが 217 名（25.8%）で最も多く、次いで 500 万円上乗せが 147 名（17.5%）であった。上乗せは不要と回答した者は 83 名（9.9%）であり、5,000 万円以上の上乗せでも勤務できないと回答した者は 94 名（11.2%）であった。500 万円

以上の上乗せ、または5,000万円以上でも勤務できないと回答した者は607名(72.2%)であった(Table 6)。

D. 考察

本研究では、全国の医師パネルを用いて、医療資源の乏しい地域での勤務意向と、その条件を記述した。本研究で明らかになった重要な知見は、第一に、大都市または地方都市に居住する医師の中にも、郡部、中山間地域、離島での常勤勤務に同意できる者が一定数存在したことである。第二に、医療資源の乏しい地域での勤務を検討する際には、金銭的条件だけでなく、生活拠点を維持できること、短期・反復型勤務が可能であること、診療支援体制や家族生活への配慮があることなど、勤務継続可能性に関わる複数の条件が重視されていたことである。

第一の知見として、回答者の94.5%は大都市または地方都市に居住していたが、都市部居住医師に対して、地理的条件のみを考慮して医療資源の乏しい地域で常勤勤務することへの同意を尋ねたところ、郡部では過半数、中山間地域では約3割、離島でも約2割が同意できると回答した。日本では、医師数の増加にもかかわらず、医師の地理的偏在が持続していることが報告されている(文献1-3)。本研究では、地方都市居住医師は大都市居住医師と比較して、郡部、中山間地域、離島での勤務に同意する割合が高かった。この結果は、医療資源の乏しい地域への医師確保策を検討する際、都道府県をまたぐ広域的な移住や転居だけでなく、地方都市を含む地域内の医師をどのように周辺の医師不足地域へ結びつけるかが重要であることを示唆する。特に、国の医師確保計画では、医師少数区域や医師少数スポットに対する医師確保に加えて、重点医師偏在対策支援区域を設定し、真に重点的に医師を確保する必要がある区域へ対策を集中する方向性が示されている(文献7)。本研究は、こうした重点的支援区域に医師を確保する際に、都市部居住医師がどの程度勤務を受け入れうるかを検討する基礎資料となる。

第二の知見として、医療資源の乏しい地域での勤務に対して、長期連続勤務よりも、

月1回勤務や週1日勤務などの短期・反復型勤務への同意割合が高かった。また、1年間の常勤勤務が必要となった場合でも、勤務先近隣への転居より、現在の居住地から通勤することへの同意割合が高かった。さらに、地方勤務を検討する際には、健康状態、プライベートな時間、勤務時間と報酬のバランス、協力医師、柔軟な勤務調整、訴訟リスクへの支援、家族の理解が重視されていた。これらの結果は、都市部または地方都市に生活拠点を持つ医師に対して、恒常的な移住・転居を前提とする勤務を求めるよりも、生活拠点を維持したまま、短期・反復型に医療資源の乏しい地域を支援する勤務形態の方が受け入れられやすい可能性を示している。政策的には、医師少数県内の都市部・地方都市を地域医療支援の拠点とし、そこから郡部・中山間地域・離島などへ医師を循環的に派遣する県内循環型またはハブ・アンド・スポーク型の配置調整が、現実的な選択肢となりうる。

さらに、本研究の回答者は平均年齢56.3歳であり、中堅・シニア世代を多く含んでいた。国の近年の方針においても、中堅・シニア世代等を対象として、医師不足地域での医療に関心を有する医師の掘り起こし、キャリアコンサルティング、リカレント教育、現場体験、医師少数地域の医療機関とのマッチング、その後の定着支援を行う広域マッチング事業の推進が示されている(文献7)。本研究は、こうした世代の医師が医療資源の乏しい地域で勤務する際の条件を把握した点でも意義がある。

これらの知見は、国内外の医師確保策に関する先行研究および近年の政策的方向性とも整合する。WHOは、地方・遠隔地の医療者確保において、教育、規制、金銭的インセンティブ、専門的支援、生活支援などを組み合わせた包括的な介入を推奨している(文献6)。

また、高所得国を対象とした系統的レビューでは、地方出身者の選抜や地方での教育・研修経験、専門的成長を支える仕組みが地域定着と関連する一方、強制力の強い配置政策は、義務期間終了後の定着に限界があることが報告されている(文献8)。

国内研究においても、地域枠卒業医師や自治医科大学卒業医師は、医師

不足地域や人口密度の低い地域で勤務する割合が高いことが示されており（文献4, 5）、地域定着には地域医療への関心だけでなく、医局等への所属意向、キャリア支援、継続的な教育体制が関連することも報告されている（文献9）。さらに、医師不足地域の病院における医師定着には、教育活動、指導医体制、メンタリング、支援的な職場環境が重要であることも示されている（文献10）。近年の国の医師偏在対策においても、経済的インセンティブに加えて、医師の価値観、勤務・生活環境、キャリアパスを踏まえ、医師が意欲をもって勤務できる環境を整備することが重要とされている（文献7）。本研究で示された勤務条件への意向は、医師不足地域での勤務を促進するには、単一の金銭的誘因だけでなく、診療上の孤立を防ぐ支援体制、勤務負担の軽減、柔軟な勤務調整、家族生活への配慮を組み合わせる必要があることを支持する。

本研究にはいくつかの限界がある。第一に、本研究はWeb調査会社の医師パネルを用いた調査であり、回答者が全国の医師全体を代表しているとは限らない。第二に、本研究で評価したのは勤務意向であり、実際の勤務行動を評価したものではない。第三に、本研究における「医療資源の乏しい地域」は、回答者の地域分類に基づく郡部・中山間地域・離島として定義しており、医師偏在指標に基づく医師少数区域、医師少数スポット、重点医師偏在対策支援区域と必ずしも一致するものではない。実際、本研究では、地域分類上は大都市・地方都市に勤務する医師が多数を占めていたが、主観的には約4分の1が現在の勤務先を地方的・へき地的と感じており、地方都市に分類された勤務先でも約3分の1が地方的・へき地的と回答していた。第四に、本研究は横断研究であり、勤務意向に影響する要因間の因果関係を明らかにすることはできない。第五に、都道府県内移動と都道府県間移動を直接比較した設問ではないため、県内循環型配置の有効性については、今後の実証研究が必要である。

本研究は、都市部居住医師の中にも、医療資源の乏しい地域での勤務に同意する層が存在することを示した点で、医師偏在対

策の実装可能性を検討する基礎資料となる。医師不足地域への医師確保策としては、常勤移住型の配置だけでなく、生活拠点を維持した通勤、短期・反復型勤務、診療支援体制、柔軟な勤務調整、家族生活への配慮を組み合わせた制度設計が重要である。今後は、都道府県内または近接地域内での医師派遣モデル、医師少数県内の都市部・地方都市を拠点とした県内循環型配置、重点医師偏在対策支援区域における勤務・生活環境支援、ならびに中堅・シニア世代を含む医師の広域マッチングやリカレント教育が、実際の勤務行動や地域定着に与える影響を検証する必要がある。

E. 結論

本研究では、全国の医師パネルを用いて、医療資源の乏しい地域での勤務意向と、その条件を記述した。回答者の大多数は大都市または地方都市に居住していたが、都市部居住医師の中にも、郡部、中山間地域、離島での常勤勤務に同意できる者が一定数存在した。

医療資源の乏しい地域での勤務を促進するには、遠隔地への恒常的な移住・転居を前提とするだけでなく、現在の生活拠点を維持した通勤や短期・反復型勤務を可能とする柔軟な制度設計が重要である。また、金銭的インセンティブに加えて、健康、生活時間、診療支援体制、柔軟な勤務調整、訴訟リスクへの支援、家族生活への配慮など、勤務・生活環境を支える複合的な支援が求められる。

今後は、重点医師偏在対策支援区域等への医師確保を念頭に、医師少数県内の都市部・地方都市を地域医療支援の拠点とした県内循環型配置や、中堅・シニア世代を含む医師の広域マッチング、リカレント教育と組み合わせた支援体制の実装可能性を検討する必要がある。

Table 1. 主たる従事先の地域分類と地方的・へき地的認識

主たる従事先の地域分類	全体 n	地方的・へき地的と感じる n (%)
大都市	415	25 (6.0)
地方都市	398	133 (33.4)
郡部・中山間地域・離島	77	58 (75.3)
合計	890	216 (24.3)

注：地方的・へき地的と感じる者は、「やや地方的・へき地的」または「非常に地方的・へき地的」と回答した者とした。

Table 2. 都市部居住医師における地域別の常勤勤務意向

勤務先として 想定した地域	大都市居住 n=490	地方都市居住 n=351	都市部居住医師 n=841
大都市	416 (84.9)	243 (69.2)	659 (78.4)
地方都市	375 (76.5)	300 (85.5)	675 (80.3)
郡部	216 (44.1)	229 (65.2)	445 (52.9)
中山間地域	109 (22.2)	135 (38.5)	244 (29.0)
離島	83 (16.9)	85 (24.2)	168 (20.0)

注：値は「やや同意できる」または「全く同意できる」と回答した者の n (%)。

Table 3. 都市部居住医師における医療資源の乏しい地域での期限付き勤務への同意

勤務形態	郡部 n=841	中山間地域 n=841	離島 n=841
月1回勤務（年12日程度）	526 (62.5)	432 (51.4)	318 (37.8)
週1日勤務（年52日程度）	439 (52.2)	343 (40.8)	228 (27.1)
1か月連続勤務（年30日程度）	317 (37.7)	254 (30.2)	212 (25.2)
3か月連続勤務（年90日程度）	279 (33.2)	219 (26.0)	186 (22.1)
6か月連続勤務	249 (29.6)	199 (23.7)	165 (19.6)
2週間交互勤務で6か月	221 (26.3)	191 (22.7)	149 (17.7)
12か月連続勤務	248 (29.5)	197 (23.4)	156 (18.5)

Table 4. 都市部居住医師における生活拠点の移動に対する同意

生活拠点の選択肢	同意できる n (%)
現在の居住地から通勤する	557 (66.2)
当該地域の中心市街地へ転居し、そこから通勤する	340 (40.4)
勤務先近隣へ転居する	286 (34.0)

注：分母は都市部居住医師 841 名。値は「やや同意できる」または「全く同意できる」と回答した者の n (%)。

Table 5. 都市部居住医師が地方勤務を検討する際に重要と回答した割合が高い項目および低い項目

順位	項目	重要 n (%)	重要でない n (%)
1	自身の健康状態が良いこと	746 (88.7)	95 (11.3)
2	プライベートな時間があること	734 (87.3)	107 (12.7)
3	勤務時間と報酬のバランスが良いこと	718 (85.4)	123 (14.6)
4	協力しあえる医師が身近にいること	709 (84.3)	132 (15.7)
5	急な勤務変更に柔軟に対応できること	705 (83.8)	136 (16.2)
6	訴訟リスクに対するサポートがあること	699 (83.1)	142 (16.9)
7	家族の理解が得られること	694 (82.5)	147 (17.5)
8	生活必需品を容易に購入できること	691 (82.2)	150 (17.8)
9	住宅手当や赴任手当などが充実していること	686 (81.6)	155 (18.4)
10	家族と過ごす時間を確保できること	668 (79.4)	173 (20.6)
26	主治医制ではなく、複数主治医制度であること	514 (61.1)	327 (38.9)
27	医師としてのキャリア向上	481 (57.2)	360 (42.8)
28	自然環境が豊かであること	472 (56.1)	369 (43.9)
29	家族の介護にサポートがあること	471 (56.0)	370 (44.0)
30	社会貢献に資する活動を行うこと	444 (52.8)	397 (47.2)
31	子どもの教育環境が整っていること	393 (46.7)	448 (53.3)
32	学会発表や研究活動の機会が確保されていること	377 (44.8)	464 (55.2)
33	保育施設が充実していること	349 (41.5)	492 (58.5)
34	名誉や地位を得ること	318 (37.8)	523 (62.2)
35	学位取得の支援体制があること	238 (28.3)	603 (71.7)

注：分母は都市部居住医師 841 名。重要は「まあまあ重要である」または「非常に重要である」、重要でないは「全く重要ではない」または「あまり重要でない」と回答した者とした。順位は重要と回答した割合の高い順である。

Table 6. 都市部居住医師における地方勤務に対する年間上乗せ金額

年間上乗せ金額	n (%)
上乗せは不要	83 (9.9)
100万～400万円上乗せ	151 (18.0)
500万～900万円上乗せ	190 (22.6)
1,000万円上乗せ	217 (25.8)
1,500万～4,000万円上乗せ	106 (12.6)
5,000万円以上上乗せでも勤務できない	94 (11.2)
合計	841 (100.0)

注：分母は都市部居住医師 841 名。地方勤務に対する年間上乗せ金額について、各回答カテゴリーの n (%) を示した。

【文献】

1. 厚生労働省. 医師確保計画策定ガイドライン～第8次（前期）～. 令和5年3月.
2. Toyabe SI. Trend in geographic distribution of physicians in Japan. Int J Equity Health. 2009;8:5.
3. Tanihara S, Kobayashi Y, Une H, Kawachi I. Urbanization and physician maldistribution: a longitudinal study in Japan. BMC Health Serv Res. 2011;11:260.

- | | |
|---|----------------|
| 4. Matsumoto M, Kashima S, Owaki T, Iguchi S, Inoue K, Tazuma S, et al. Geographic distribution of regional quota program graduates of Japanese medical schools: a nationwide cohort study. Acad Med. 2019;94(8):1244–1252. | 特許取得
該当なし |
| 5. Matsumoto M, Matsuyama Y, Kashima S, Koike S, Okazaki Y, Kotani K, et al. Education policies to increase rural physicians in Japan: a nationwide cohort study. Hum Resour Health. 2021;19:102. | 実用新案登録
該当なし |
| 6. World Health Organization. WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas. Geneva: World Health Organization; 2021. | その他
該当なし |
| 7. 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会. 医師確保計画の見直し等に向けたとりまとめ. 令和8年3月19日. | |
| 8. Russell D, Mathew S, Fitts M, Liddle Z, Murakami-Gold L, Campbell N, et al. Interventions for health workforce retention in rural and remote areas: a systematic review. Hum Resour Health. 2021;19:103. | |
| 9. Koike S, Okazaki K, Tokinobu A, Matsumoto M, Kotani K, Kataoka H. Factors associated with regional retention of physicians: a cross-sectional online survey of medical students and graduates in Japan. Hum Resour Health. 2023;21:85. | |
| 10. Sogai D, Shikino K, Yamauchi K, Araki N, Katsuyama Y, Aoki S, Muroya Y, Miyamoto M, Kamata Y, Ito S. Influencing physician distribution through education: a qualitative study on retention in Japan's rural hospitals. BMC Med Educ. 2024;24:1147. | |

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。）

別紙 5

研究成果の刊行に関する一覧表

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
該当なし							

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
該当なし					

別添 6

厚生労働科学研究費における倫理審査及び利益相反の管理の状況に関する報告

研究代表者および研究分担者の所属機関長が作成した倫理審査状況及び利益相反等の管理に関する報告書を添付する。

令和8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7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 (23IA1003)

3. 研究者名 (所属部署・職名) 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 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	☐
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 ☒ 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 8 年 3 月 () 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7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 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)	☒ ☐	☒	山梨大学	☐
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8年 3月 30日

厚生労働大臣 殿

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7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 弥生・ツカダ ヤヨイ

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)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
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	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
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:)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

(※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8年3月25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7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 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8年2月20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7年度厚生労働科学研究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 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・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 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。

2026年4月3日

厚生労働大臣 殿

所属研究機関長 機関名 聖マリアンナ医科大学
職 名 学長
氏 名 北川 博昭

次の職員の令和 7 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) 総合診療内科学・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	☐
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 8 年 5 月 29 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 7 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 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8年1月29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 波多野 悦朗

次の職員の（令和）7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 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8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7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 (23IA1003)

3. 研究者名 (所属部署・職名) 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 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 ☒ 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。