

2019年9月7日 京都

2019年度第2回プログラム責任者会議

2020年度のプログラム認定・専攻医募集

中央資格認定委員会/専門医制度運営委員会
担当理事
高橋 尚人

1

内容

- 2019年研修開始専攻医の応募・採用状況
- 2020年の研修プログラム募集・認定経緯
- 2020年研修開始専攻医の採用シーリングについて
 - 厚労省・専門医機構の考え
 - 厚労省の医師確保計画
- 2020年研修開始専攻医の今後の予定

2

内容

- 2019年研修開始専攻医の応募・採用状況
- 2020年の研修プログラム募集・認定経緯
- 2020年研修開始専攻医の採用シーリングについて
 - 厚労省・専門医機構の考え
 - 厚労省の医師確保計画
- 2020年研修開始専攻医の今後の予定

3

プログラム数と専攻医応募状況

2017～2019年研修開始

	2017研修開始	2018研修開始	2019研修開始
全体	157	171	179
単独PG県	21	13	11
専攻医応募 フルマッチPG	7	19	12
専攻医応募 ゼロ都道府県	3	2	1

4

2019年東京都の専攻医削減

	合格専攻医数	削減数	採用専攻医数
A	12	-2	10
B	4	-1	3
C	3	-1	2
D	14	-1	13
E	10	-1	9
F	6	-1	5
G	3	-1	2
H	8	-1	7
I	8	-1	7
J	3	-1	2
K	11	-1	10
L	10	-1	9
M	7	-1	6
N	15	-1	14
H	10	-1	9

2019年研修開始の専攻医は一次合格者140人の内16人が不採用 5

専攻医(専門医)登録者数

2015～2019年研修開始専攻医

	2015	2016	2017	2018	2019
全体	570	524	542	562	548
5大都市	299	268	262	259	242
東京	124	114	121	130	123
5大都市以外	271	256	280	303	306

6

2018・2019小児科専攻医採用状況の詳細

	2018				2019			
	合計	一次	二次	三次	合計	一次	二次	三次
全体	562	526	30	6	548	509	35	4
5大都市	259	254	5	0	242	236	6	0
東京	130	130	0	0	123	123	0	0
5大都市以外	303	272	25	6	306	273	29	4

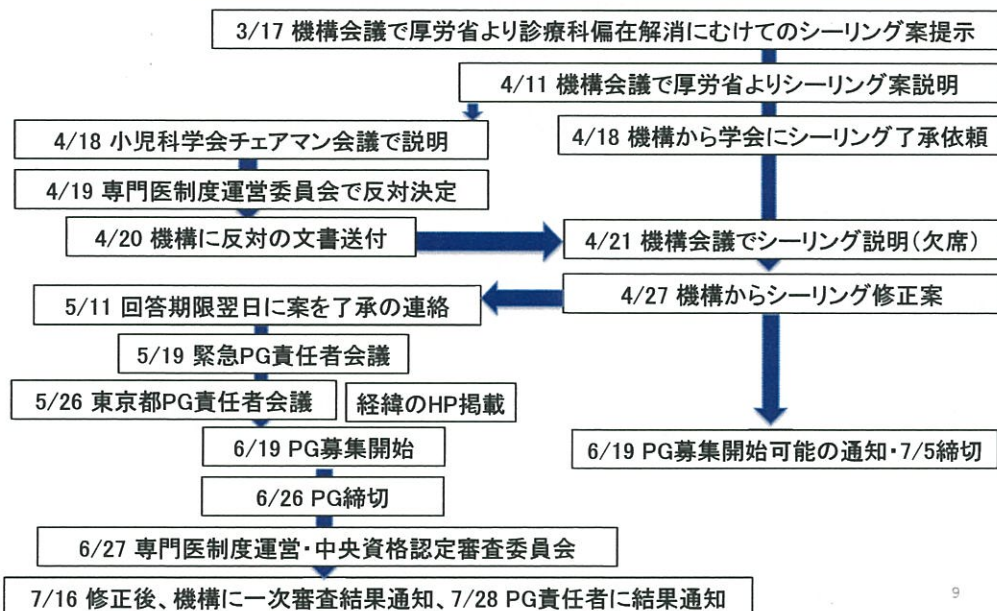
しかし、東京都不採用者は必ずしも他県の二次募集に応募していない

内容

- 2019年研修開始専攻医の応募・採用状況
- 2020年の研修プログラム募集・認定経緯
- 2020年研修開始専攻医の採用シーリングについて
 - 厚労省・専門医機構の考え
 - 厚労省の医師確保計画
- 2020年研修開始専攻医の今後の予定

8

2020年度研修開始専攻医のPG募集の経緯



新専門医制度における小児科専攻医採用制限

年度	制限内容	東京都採用数
2018	5大都市で過去の採用実績を越えないよう制限 東京都、福岡県で二次募集中止	130
2019	東京都は過去実績の5%採用削減が義務づけ	123
2020	東京都は20%の削減(ただし連携枠で確保)。 ほか11府県でも採用制限(富山、石川、福井、山梨、滋賀、京都、岡山、鳥取、香川、福岡、沖縄)	106(123)

プログラム新規認定

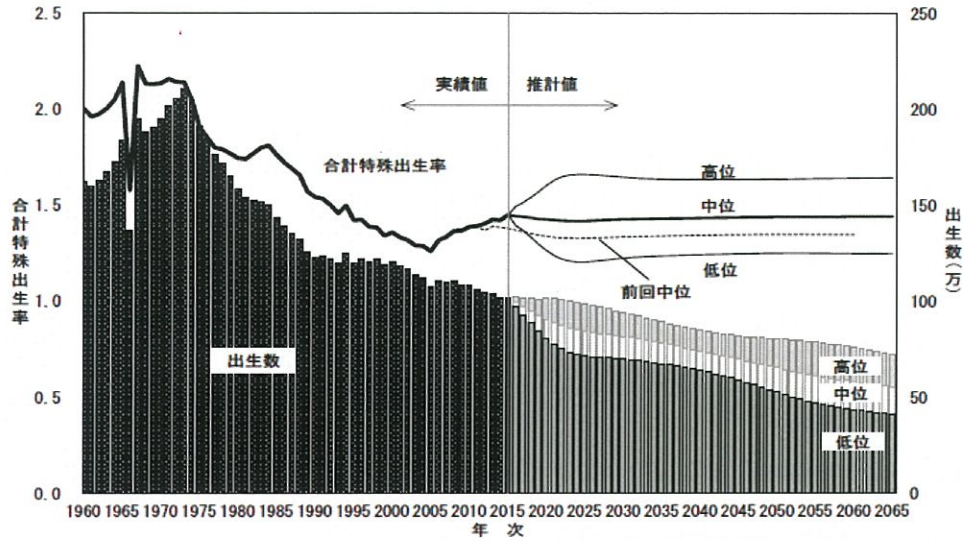
都道府県	病院	人数
千葉	順天堂浦安	3名
千葉	君津中央	1名
埼玉	さいたま市民医療センター	2名
神奈川	帝京溝の口	2名
神奈川	昭和大学横浜北部	2名
山梨	山梨県立中央	2名
広島	福山市民	2名

- ・神奈川は医師充足率1以下のため新規申請を認めた。
- ・1つの申請は内包型と判断され、不承認となった。
- ・変更申請について定員増の希望は、公平性の観点から認めなかった。
- ・一方、自主的に定員を減らした施設が複数あり、いずれも承認した。

内容

- ・ 2019年研修開始専攻医の応募・採用状況
- ・ 2020年の研修プログラム募集・認定経緯
- ・ 2020年研修開始専攻医の採用シーリングについて
 - 厚労省・専門医機構の考え
 - 厚労省の医師確保計画
- ・ 2020年研修開始専攻医の今後の予定

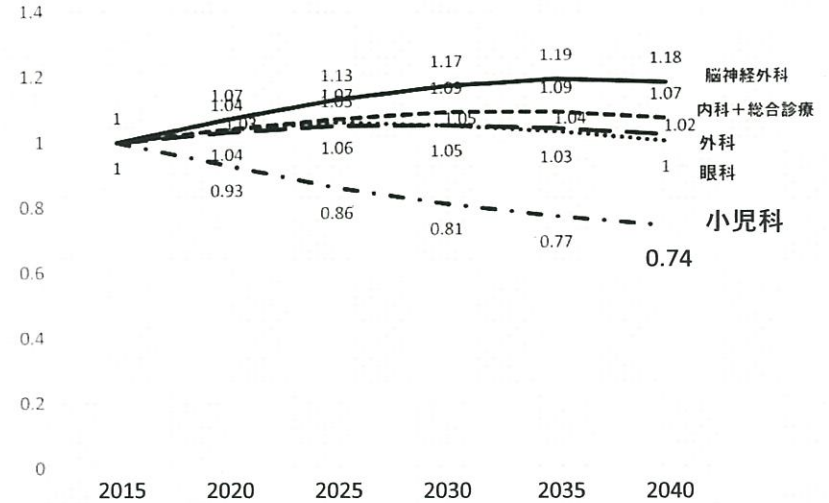
図Ⅲ-3-11 合計特殊出生率および出生数の年次推移



今後の出生数減少は着実に進み、2065年には年間出生数50万人前後になる

研究代表者 小池創一 「ニーズに基づいた専門医の養成に係る研究」
平成29年度 総括・分担研究報告書

図1 各診療領域に対応する患者数の伸びの将来推計



20年後は小児科の患者数は現在の3/4になり、医師は余ると考えられている。

将来時点の必要医師数について

医療従事者の費給に関する検討会
第22回 医師費給分科会(平成30年10月24日)資料-一部改変

○ 医師需給は、労働時間を週60時間程度に制限する等の仮定をおく「需要ケース2」において、平成32年度医学部入学者が臨床研修を修了すると想定される2028年(平成40年)頃に均衡すると推計される。

・供給推計 今後の医学部定員を平成30年度の9,419人として推計。

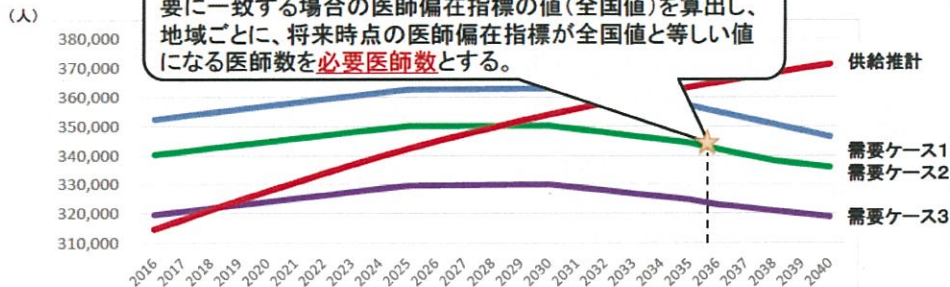
※1 勤務時間を考慮して、全体の平均勤務時間と性年齢階級別の勤務時間の比を仕事率とした

・需要推計 分科会において了承の得られた仮定に基づき、以下の通り、一定の幅を持って推計を行った。

- ・ケース1(労働時間を週55時間に制限等≒月平均60時間の時間外・休日労働に相当)
- ・ケース2(労働時間を週60時間に制限等≒月平均80時間の時間外・休日労働に相当)
- ・ケース3(労働時間を週80時間に制限等≒月平均160時間の時間外・休日労働に相当)

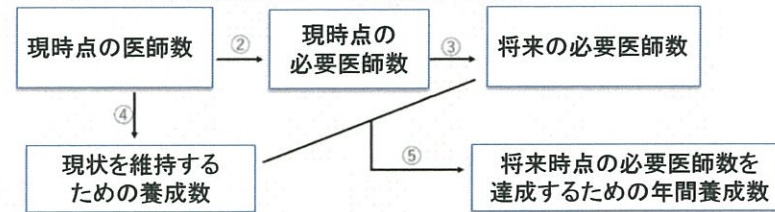
※2 医師の働き方改革等を踏まえた需要の変化についても、一定の幅を持って推計を行った

将来時点(2036年)において全国の医師数が全国の医師需要に一致する場合の医師偏在指標の値(全国値)を算出し、地域ごとに、将来時点の医師偏在指標が全国値と等しい値になる医師数を**必要医師数**とする。



都道府県別診療科必要医師数および年間養成数の計算方法

・将来時点の必要医師数を達成するための年間養成数の計算の流れ



① 性年齢階級別主たる診療科別医師数 × $\frac{\text{性年齢階級別勤務時間}}{\text{性年齢階級別平均勤務時間}}$ (三師調査: 診療科と主たる勤務先のみ調査)

② 各診療科別の勤務時間特性、勤務時間の制限等を仮定したマクロ需要推計を用いて算出 (10万人調査: 診療科別労働時間のみで過不足を判断)

③ 性年齢疾患別受療状況・疾患別診療科シェア²⁾、将来の性年齢階級別人口推計³⁾を用いて調整 (DPC等: 将来の患者数予測から必要医師数計算)

④ 診療科別の生残率(将来時点まで残る割合)⁴⁾を用いて算出

⑤ 現状を維持するための養成数に加え、将来時点の必要医師数が満たされるように生残率を考慮して算出

$$\text{(将来時点の必要医師数を達成するための年間養成数)} \\ = \text{(現状を維持するための養成数)} + \frac{\text{(将来時点の必要医師数)} - \text{(現時点の医師数)}}{\text{(診療科別生残率)}}$$

診療科別勤務時間について

診療科	週当たり勤務時間	全体の平均との比
内科	51:18	0.99
小児科	52:25	1.01
小児科	52:25	1.01
外科	59:09	1.14
整形外科	51:55	1.00
産婦人科	53:41	1.04
眼科	43:43	0.85
耳鼻咽喉科	46:07	0.89
泌尿器科	56:11	1.09
脳神経外科	58:26	1.13
放射線科	51:07	0.99
麻酔科	52:26	1.01
病理	55:02	1.06
臨床検査	49:08	0.95
救急科	62:30	1.21
形成外科	52:30	1.02
リハビリテーション科	47:46	0.92

*医師全体の週当たり平均勤務時間51:42

※ 「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働省特許研究「医師の勤務実態及び働き方に関する調査」）
 ※ 勤務時間：診療時間（外来診療、入院診療、在宅診療に従事した時間）、診療外時間（教育、自己研修、会議、管理業務等に従事した時間）、待機時間（待機時間、当該の時間（通常の勤務時間とは別に、院内に待機して応急患者に対して診療等の対応を行う時間、実際に患者に対して診療等の対応を行った時間は診療時間にあたる。）のうち診療時間及び診療外時間以外の時間。）の合計（オンコールの待機時間は勤務時間から除外し、オンコールは、通常勤務時間とは別に、院内に待機して応急患者に対して診療等の対応を行うこと）。

現在、小児科は全体としては、少しだけ忙しい診療科とされ、医師不足が強いとは認識されていない

診療科ごとの将来必要な医師数の見通し(たたき台)

※ 事務局において機械的に計算したたたき台

	2016年		2024年		2030年		2036年		必要養成数に係る推計				
	2016年医師数(仕事量)	必要医師数(勤務時間調整後)	2016年医師数(仕事量)と2024年医師数の差	必要医師数(勤務時間調整後)	2016年医師数(仕事量)と2024年医師数の差	必要医師数(勤務時間調整後)	2024年医師数(勤務時間調整後)との差	必要医師数(勤務時間調整後)	2024年医師数(勤務時間調整後)との差	2030年医師数(勤務時間調整後)との差	2036年医師数(勤務時間調整後)との差		
内科	112,978	122,253	9,275	127,446	14,468	129,204	16,226	127,167	14,189	2,289	3,910	3,362	2,965
小児科	16,587	18,620	2,033	17,813	1,227	17,212	625	16,374	-213	394	538	438	383
皮膚科	8,685	8,376	-309	7,999	-686	7,695	-990	7,270	-1,414	193	115	127	124
小児科										-213		383	49
整形外科	22,029	23,182	1,153	24,374	2,345	24,680	2,650	24,022	1,993	499	764	677	596
産婦人科	12,632	14,811	2,179	13,624	992	12,938	305	12,165	-467	284	394	304	261

2036年の必要医師数を達成するための年間養成数

2036年の必要医師数と2016年医師数の差

2036年には小児科医は今より213人減らして良いとされている。
 2036年の必要医師数を達成するための養成数は小児科は年383人となる

「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会第4次中間取りまとめ」別添資料3
 小児科

※事務局において機械的に計算(暫定版)
 ※留意点等は別ページを参照

	2016年		2024年		2030年		2036年		必要養成数に係る推計		
	2016年医師数(仕事量)	必要医師数(勤務時間調整後)	2016年医師数(仕事量)	必要医師数(勤務時間調整後)	2016年医師数(仕事量)	必要医師数(勤務時間調整後)	2016年医師数(仕事量)	必要医師数(勤務時間調整後)	2030年医師数(勤務時間調整後)との差	2036年医師数(勤務時間調整後)との差	2036年医師数(勤務時間調整後)との差
北海道	630	742	696	661	625	16	24	19	16		
青森県	129	177	160	147	136	4	7	5	4		
岩手県	132	171	156	146	136	3	6	4	4		
宮城県	279	317	303	290	276	7	9	7	7		
秋田県	120	138	122	111	102	3	3	2	2		
山形県	137	160	146	136	127	3	4	3	3		
福島県	206	269	247	232	218	6	10	7	10		
茨城県						18	12	10			
群馬県						7	6	6			
埼玉県						45	33	27			
千葉県						37	27	22			
東京都						0	19	25			
神奈川県						34	29	26			
石川県						11	8	7			
福井県						2	2	2			
山梨県						3	3	3			
長野県						1	1	1			
長野県	288	300	279	265	251	7	6	5	5		

2024年の必要医師数を達成するための年間養成数

2024年までの年間小児科医養成数は東京で0人、富山・石川2人、福井・山梨1人で良いとされている

医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会 令和元年度 第1回 資料2-1

シーリングの対象の考え方(案)

1. シーリングの対象とする都道府県別診療科は、2016年医師数(仕事量)(A)が、必要医師数(勤務時間調整後)(B)および2024年の必要医師数(勤務時間調整後)(C)と同数あるいは上回る診療科としてはどうか。

	2016年			2024年		
	(A) 医師数(仕事量) 足元の数	(B) 必要医師数(勤務時間調整後)	(C) 必要医師数(勤務時間調整後)	(A) 2016年医師数(仕事量)	(B) 必要医師数(勤務時間調整後)	(C) 必要医師数(勤務時間調整後)
A県	90 ≤ 100 or 110					
千葉県	344	465	480			
東京都	1,320 ≥ 1,094 or 1,134					
神奈川県	639 ≤ 667 or 693					
新潟県	105	195	189			

現状の医師数(A)が必要医師数(B,C)を上回っている場合は、シーリング対象とする。

千葉県 344 < 465 < 480

東京都 1,320 ≥ 1,094 or 1,134 シーリング対象

神奈川県 639 ≤ 667 or 693 シーリング対象外

新潟県 105 < 195 < 189

現状の医師数(A)が必要医師数(B,C)を下回っている場合は、シーリング対象外とする。

※ 計算上の「シーリング数」が2024年・2030年・2036年の必要医師数を達成するための年間養成数を上回る場合については、その最大の値をシーリング数とした。16
 ※ シーリング数が2未満のときは2とした。また、シーリング数の端数は、四捨五入とした。

将来の医師削減に向けて、現在か2024年時点で必要医師数に達しているならシーリング対象となる

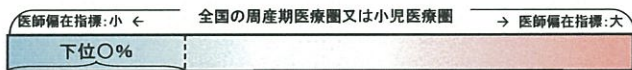
内容

- 2019年研修開始専攻医の応募・採用状況
- 2020年の研修プログラム募集・認定経緯
- 2020年研修開始専攻医の採用シーリングについて
 - 厚労省・専門医機構の考え
 - 厚労省の医師確保計画
- 2020年研修開始専攻医の今後の予定

相対的医師少数三次医療圏・相対的医師少数区域の設定（案）

□ 産科・小児科については、産科医師及び小児科医師が全国において不足している状況に加え、これまでに医療圏を越えた地域間の連携が進められてきた状況に鑑み、

- 産科・小児科における「医師多数三次医療圏」や「医師多数区域」等となった地域は、産科医師又は小児科医師を確保することができない地域であるとの誤解を招かないようにする
- 相対的な医師の多寡を表す分類であることを理解しやすくするために、全国の三次医療圏ごと、周産期医療圏又は小児医療圏ごとの医師偏在指標の値を全国で比較し、下位〇%を「**相対的医師少数三次医療圏**」、「**相対的医師少数区域**」と呼称することとする。



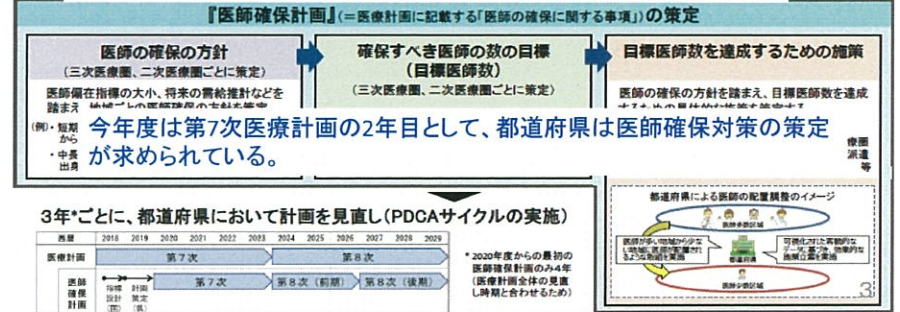
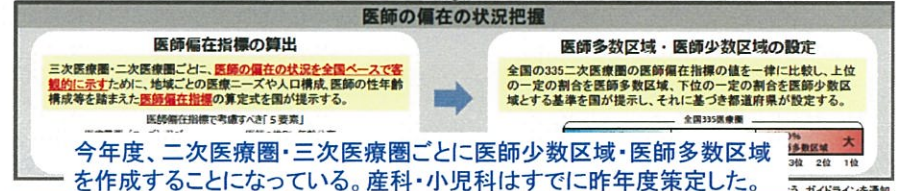
- 「**相対的医師少数区域**」については、画一的に「特に医師の確保を図るべき区域」と考えるのではなく、当該地域内において産科医師又は小児科医師が少ないことを踏まえ、「**周産期医療又は小児医療の提供体制の整備について特に配慮が必要な区域**」とする。
- 下位の一定の割合を決めるための基準値については、医師需給分科会における医師全体の偏在指標に関する議論を踏まえて決定することとする。

「産科・小児科における地域偏在指標策定」のWGでは、「新生児」や「集中治療」部分を特別扱いしていない。また、「相対的医師多数区域」の語は誤解を招きかねないので、用いないこととなった²⁷

医師確保計画を通じた医師偏在対策について

医療従事者の需給に関する検討会
第28回 医師需給分科会（平成30年10月24日）
資料1（抜粋、一部改定）

- 背景
- 人口10万人対医師数は、医師の偏在の状況を十分に反映した指標となっていない。
 - 都道府県が主体的・実効的に医師確保対策を行うことができる体制が十分に整っていない。



一方、地域偏在は直近の保険診療の情報を需要とし、三師調査を医師供給とし、需要・供給バランスで過不足を判断している。医療圏毎の並び順で上位と下位のものを相対的医師少数・多数としている

偏在対策基準医師数を踏まえた施策

□ 基本的考え方

- 産科・小児科については、産科医師及び小児科医師が全国において不足している状況に鑑み、医療提供体制の見直しに関する施策、産科医師・小児科医師を増やすための施策等と組み合わせることとする。

①医療提供体制等の見直しのための施策

- 医療圏の統合を含む周産期医療圏又は小児医療圏の見直し
 - 外来医療と入院医療の機能分化・連携に留意しつつ、必要に応じて、医療圏の見直しや医療圏を超えた地域間の連携を行う。
- 集約化・重点化[※]
 - 今後も、医療提供体制を効率化するための再編統合を含む集約化・重点化について、関係者の協力の下で実施していくことが望ましい。
 - 病診連携の推進や、重点化された医療機関等から居住地に近い医療機関への外来患者の逆紹介の推進等による医療機関の機能分化・連携が重要。
 - 集約化・重点化を検討するに当たっては、医師の時間外労働の短縮を見据えたものとする。
- 医療機関までのアクセスに時間がかかる地域への支援
 - 受診可能な医療機関の案内及び地域の実情に関する適切な周知を行う。
 - 地域の医療機関間の情報共有の推進を行う。

③産科医師及び小児科医師の養成数を増やすための施策

- 専攻医等の確保
 - 専攻医の確保や離職防止を含む、産科医師及び小児科医師の確保・保持のための施策を行う。特に、医学生に対する必要な情報提供や円滑な情報交換等、専攻医の確保に必要な情報提供、指導体制を含む環境整備等を行う。
 - 小児科医師の中でも確保に留意を要する新生児医療を担う医師については、小児科専攻医を養成する医療機関において、新生児科(NICU)研修等の必修化を検討する。
- 産科医師及び小児科医師におけるキャリア形成プログラムの充実化
 - 地域で勤務する産科医師及び小児科医師が専門的な技術・知識を獲得し、適切な臨床経験を積むことができるよう、キャリア形成プログラムの充実化を行う。

※ 参考：「小児科・産科における医療資源の集約化・重点化の推進について」（平成17年12月22日付け政発第1222007号・児発第1222007号・総財経第422号・17文科高第642号厚生労働省医政局長・厚生労働省雇用均等・児童家庭局長・厚労省自治財政局長・文部科学省高等学級部長通知）

②医師の派遣調整

- 医師の確保の方針①「基本的考え方」を踏まえて実施する。
- 地域医療対策協議会において、都道府県と大学、医師会等が連携することが重要である。
- 派遣先の医療機関における分枝数の実績や、地域における年少人口を踏まえ、それと見合った数の産科医師数又は小児科医師数となるように派遣を行う。
- 派遣先の医療機関を周産期医療圏又は小児医療圏ごとに重点化するともに、医師の派遣の重点化の対象となった医療機関においては、特に医師の時間外労働の短縮のための対策を行う。

④産科医師及び小児科医師の勤務環境を改善するための施策

- 相対的医師少数区域に勤務する医師が、研修、リフレッシュ等のために十分な休暇を取ることができるよう、代診医の確保に努める。
- 産科及び小児科において比較的多い女性医師にも対応した勤務環境改善等の支援を行う。
- 産科医師又は小児科医師でなくても担うことのできる業務については、タスクシェアやタスクシフトを一層進めるため、タスクシェアやタスクシフトを受けられる医療従事者の確保、研修等の充実等に努める。

この検討会では、小児科医師の不足が明記され、医師を増やす施策もたくさん提言された。 28

医政地発 0329 第 3 号
医政医発 0329 第 6 号
平成 31 年 3 月 29 日

各都道府県衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省医政局地域医療計画課長
（公 印 省 略）
厚生労働省医政局医事課長
（公 印 省 略）

医師確保計画策定ガイドライン及び外来医療に係る医療提供体制の
確保に関するガイドラインについて

医療法及び医師法の一部を改正する法律（平成 30 年法律第 79 号）の施行（平成 31 年 4 月 1 日）に伴い、医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 30 条の 4 第 1 項に規定する医療計画に定める事項として新たに「外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項」が追加され、「医療従事者の確保に関する事項」のうち「医師の確保に関する事項」が別に規定されたことから、これらの事項を医療計画に定めるに当たって留意すべき事項等について、別添のとおり「医師確保計画策定ガイドライン」及び「外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン」を作成したので通知します。

貴職におかれては、内容について十分御了知の上、管内市町村（特別区を含む。）を始め、関係者、関係団体等に周知いただくとともに、その取扱いに遺漏なきようお願いいたします。

実際に、この3月に厚生労働省地域医療計画課から全国に、地域偏在への対応として各都道府県が医師不足への対策を大学などと連携し、対応するように求められた。

内容

- 2019年研修開始専攻医の応募・採用状況
- 2020年の研修プログラム募集・認定経緯
- 2020年研修開始専攻医の採用シーリングについて
 - 厚労省・専門医機構の考え
 - 厚労省の医師確保計画
- 2020年研修開始専攻医の今後の予定

30

今後の予定

- 専門医機構のPG審査終了
- PGのHP掲載
- 専攻医一次募集開始（昨年度よりは早い見込）
- 応募締切
- 二次・三次募集

まとめ

- 日本の将来に向けて厚生労働省は医師数の調整に入り、小児科にも大きなシーリング案が出された。
- 今年度は、専門医機構の地域連携枠で大幅な削減は見送られた。
- 小児科学会は現時点で対抗できるデータがなく、シーリングを了承したが、今後、対抗案としての医療提供体制の将来ビジョンを作成する必要がある。