

# 医師の地域・診療科偏在解消の緊急提言

—求められているのは医学部新設ではない—

2015年12月2日

日本医師会・全国医学部長病院長会議

医師偏在解消策検討合同委員会



日本医師会・全国医学部長病院長会議  
医師偏在解消策検討合同委員会

- 荒川 哲男（全国医学部長病院長会議会長／大阪市立大学医学部長）  
小川 彰（全国医学部長病院長会議顧問／岩手医科大学理事長・学長）  
森山 寛（全国医学部長病院長会議顧問／東京慈恵会医科大学名誉教授）  
河野 陽一（全国医学部長病院長会議相談役／独立行政法人労働者健康福祉機構千葉労災病院院長／元国立大学附属病院長会議常置委員会委員長）  
杉浦 哲朗（全国医学部長病院長会議／前国立大学医学部長会議常置委員会委員長／高知大学医学部長）  
炭山 嘉伸（東邦大学理事長）  
中川 俊男（日本医師会副会長）  
釜范 敏（日本医師会常任理事）  
石川 広己（日本医師会常任理事）  
道永 麻里（日本医師会常任理事）  
羽鳥 裕（日本医師会常任理事）  
佐藤 敏信（日医総研主席研究員）



## 目 次

1. はじめに .....	1
2. 提言 .....	2
2.1. 医師キャリア支援センター構想.....	2
2.1.1. 医師キャリア支援センター .....	2
2.1.2. 出身大学がある地域での臨床研修 .....	4
2.1.3. 休業中の医師への支援 .....	5
2.1.4. 医師である医学研究者の養成 .....	6
2.2. 医師の地域・診療科偏在の解消.....	7
2.2.1. 病院・診療所の管理者要件への医師不足地域での勤務経験の導入	7
2.2.2. 地域ごと診療科（基本領域）ごとの医師需給の把握 .....	7
2.3. 早急な医師養成数の見直し.....	9
2.3.1. 医学部入学定員の削減 .....	9
2.3.2. 新たな医学部設置認可の差し止め .....	10



## 1. はじめに

2

3       2004 年度に新医師臨床研修制度が創設され、臨床研修医が大学病院以外の  
4 病院を選ぶケースが多くなった。医師が不足した大学病院では、地域の医療機  
5 関への医師の派遣に困難を生じるようになった。そのため地域の医療機関では、  
6 新たな医師を確保することができず、医師不足が顕在化した。

7

8       このような状況を踏まえ、医学部入学定員は、2008 年度から暫定的な増員が  
9 行われ、2010 年度以降は地域枠を中心に引き上げられている。この結果、医学  
10 部入学定員は 2007 年度には 7,705 人であったが、2016 年度には 9,347 人とな  
11 り 1,642 人増加予定となる。これは、医学部 16 校の新設にも相当する増員で  
12 ある。このように、医師の絶対数の不足に対して一定の手当てがなされており、  
13 順次、医学部定員増の効果が現れてくるものと期待される。

14

15       こうした中、一部にはさらに医学部を新設し、医師養成数の増加を図るべき  
16 だとの意見もあるが、現状の医師不足の本質は、医師の地域・診療科偏在であ  
17 り、これらの解消こそ喫緊の課題であると考えられる。この課題解決のため  
18 は、医師自らが新たな規制をかけられることも受け入れなければならない。ま  
19 た、卒前教育の充実はもちろんのこと、それにつづく卒後教育の充実のため  
20 は現行の医師臨床研修制度の抜本的な見直しや適切な専門医制度の設計が必要  
21 である。

22

23       日本医師会・全国医学部長病院長会議は、現状に対する強い危機感の下、相  
24 当の覚悟をもって本提言をとりまとめた。

25

26

27

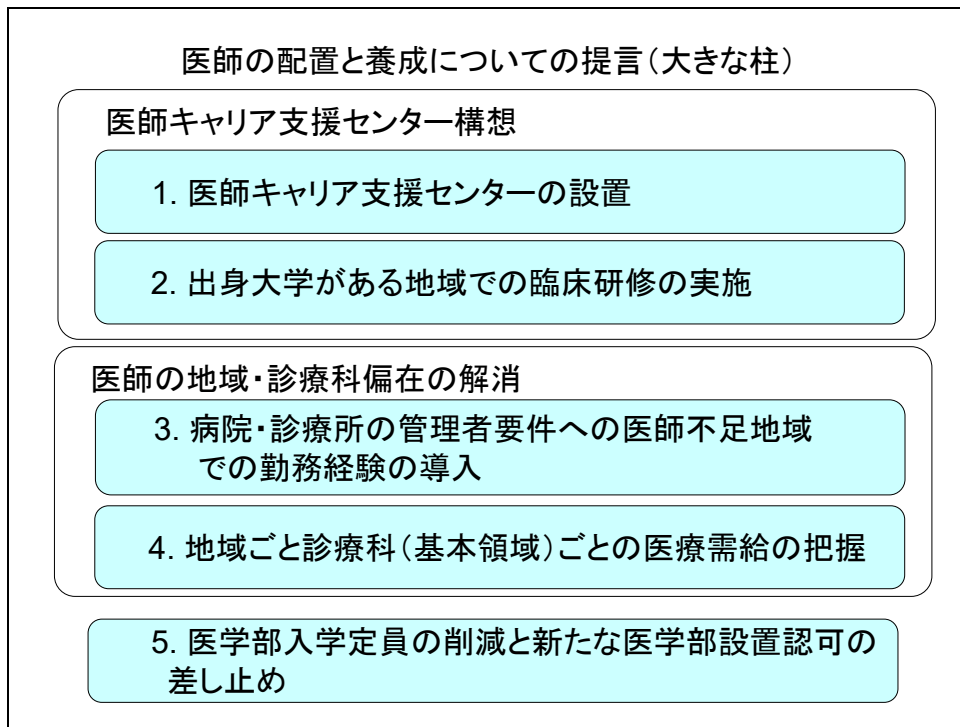
1 2. 提言

2

3 日本医師会・全国医学部長病院長会議は、医師の地域・診療科偏在の解消に  
4 むけて、大きな柱として、1. 医師キャリア支援センター構想、2. 出身大学  
5 がある地域での臨床研修、3. 病院・診療所の管理者要件への医師不足地域で  
6 の勤務経験の導入、4. 地域ごと診療科（基本領域）ごとの医師需給の把握、  
7 5. 医学部入学定員の削減と新たな医学部設置認可の差し止めを提言する。

8

9



10

11

12

13 2.1. 医師キャリア支援センター構想

14

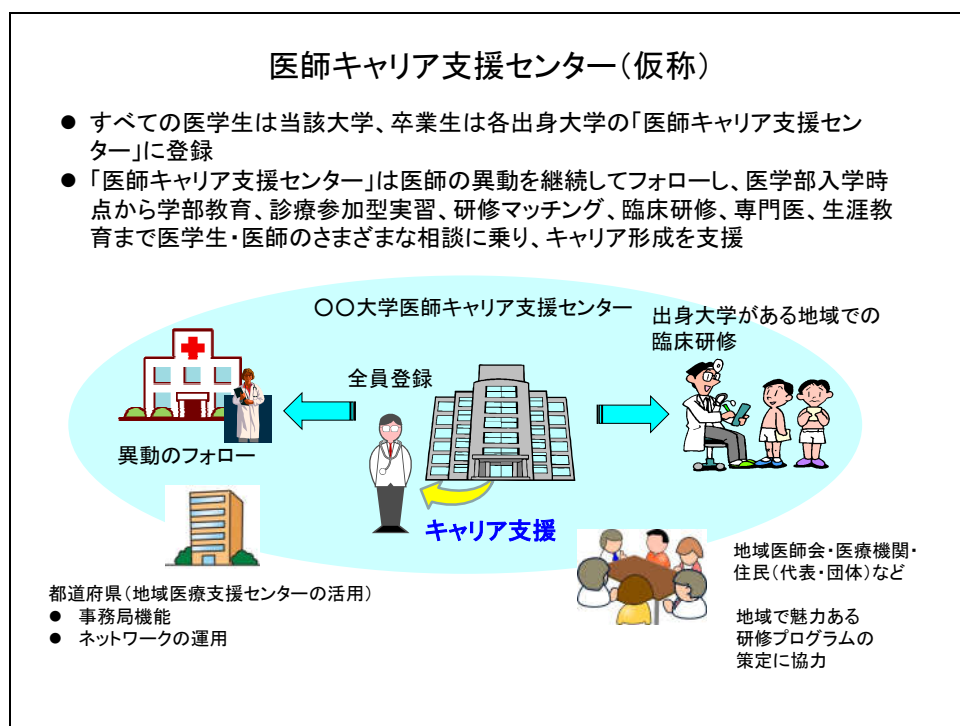
15 2.1.1. 医師キャリア支援センター

16 【提言】

17 (1) 各大学に「〇〇大学医師キャリア支援センター(仮称)」(以下「医師キャ  
18 リア支援センター」)を設置する。



- 1 (2) すべての医学生は当該大学、卒業生は各出身大学の「医師キャリア支援  
 2 センター」に登録する。「医師キャリア支援センター」は医学部入学から、  
 3 卒業後も、生涯にわたって医師の異動を把握する。そして、学部教育、診  
 4 療参加型実習、研修医マッチング、臨床研修、専門医、生涯教育にわたっ  
 5 て医学生・医師のさまざまな相談に乗り、キャリア形成を支援する。医師  
 6 の異動を把握するため、現在の医籍登録番号を有効に活用する仕組みを検  
 7 討する。
- 8 (3) 各都道府県の「地域医療支援センター」は、「医師キャリア支援センター」  
 9 と情報を共有し、地域の医師会及び医療機関と緊密に連携する。都道府県  
 10 内に複数校がある場合には、「地域医療支援センター」がそれらの調整機  
 11 能を担う。
- 12 (4) さらに、全国ネットワーク組織として、「全国医師キャリア支援センター  
 13 連絡協議会（仮称）」（以下、仮称とる）を設置する。  
 14



- 15  
 16  
 17  
 18

1 **【背景】**

2 従来、医師の異動を正確にフォローする仕組みがなく、このため、医学生・  
3 医師のキャリアを一貫して支援する仕組みがなかった。

4 一方で、厚生労働省は、キャリア形成支援と一体となった医師確保対策を行  
5 うため、「地域医療支援センター」<sup>1</sup>を設置したが、十分な成果が上がっていな  
6 いところも少なくない。2010年度以降は、地域枠を中心に医学部定員の増員が  
7 図られているが、地域枠卒業生の異動を継続する仕組みもない。そこで、既存  
8 の仕組みである「地域医療支援センター」を有効活用し、かつ実効性を上げる  
9 ため、医師の出身母体である大学が主導する「医師キャリア支援センター」を  
10 提言する。なお、地域枠卒業生については、まずは既存の「地域医療支援セン  
11 ター」で異動をフォローすることを検討する。

12

13

14 **2.1.2. 出身大学がある地域での臨床研修**

15 **【提言】**

16 (1)「医師キャリア支援センター」は臨床研修希望者と面談し、研修先の相談  
17 に乗る。臨床研修は原則、出身大学の地域（出身大学の関連病院のある範  
18 囲を含む）で行う。臨床研修医の需給が均衡しない地域では、「全国医師  
19 キャリア支援センター連絡協議会」で各地域の情報を共有し、需給調整を  
20 支援する。

21 (2)各大学の「医師キャリア支援センター」は、医学生に対して、大学の理  
22 念、歴史、研究成果などを伝えるいわゆる自校教育を行い、スクールアイ  
23 デンティティと地域への愛着を育み、地域での臨床研修の意欲につなげる。

24 (3)「医師キャリア支援センター」は、地域の実情に応じ、地域行政、医師会、  
25 医療機関、住民（代表・団体）と協力して、地域で魅力ある研修プログラ  
26 ムを作成する。

27

---

<sup>1</sup> 2011年度に厚生労働省が、「地域医療支援センター」を予算化し、都道府県を実施主体として、モデル事業をスタートし、2014年度以降は、地域医療介護総合確保基金を活用している。2014年12月末現在43都道府県に設置されていた。2014年10月1日施行の改正医療法により法制化されており、今後、全都道府県に展開していく見通しである。

1 **【背景】**

2 2004 年度に新医師臨床研修制度が導入された後、研修医が都市部の特定の  
3 病院に集中した。また、臨床研修制度のあり方等に関する検討会は、「臨床研修  
4 制度の導入により大学病院が担ってきた地域の医療機関への医師派遣機能が低  
5 下し、地域における医師不足問題が顕在化・加速化した」<sup>2</sup>と指摘している。

6 現在では、都道府県別の募集定員の上限を設けるなどの見直しが行われ、大  
7 都市部のある6都府県（東京、神奈川、愛知、京都、大阪、福岡）を除く道県  
8 における内定者の割合は、2004 年度には 50.6%であったが、2014 年度には  
9 56.5%に上昇してきている<sup>3</sup>。さらに、医師が地域への愛着を深められるよう、  
10 地域で医師としての第一歩を踏み出す研修のあり方を提案した。

11

12

13 **2.1.3. 休業中の医師への支援**

14 **【提言】**

15 医師にとって、もっとも重要な課題は医療の高度化が進む中でのキャリアの  
16 継続である。「医師キャリア支援センター」は医師のキャリア継続について支援  
17 し、女性医師の出産・育児による離職中のみならず、男女とも何らかの理由で  
18 休業中の場合に、「医師キャリア支援センター」で臨床参加型の研修や学習に参  
19 加できるようにする。

20 また、「全国医師キャリア支援センター連絡協議会」は、各大学の「医師キャ  
21 リア支援センター」が行っている復職支援プログラムや働きやすい勤務形態な  
22 どの好事例を全国に発信する<sup>4</sup>。

23 すでに女性医師に対しては、日本医師会や一部の大学では離職防止・復職支  
24 援のため手厚い取り組みも行っており<sup>5</sup>、「医師キャリア支援センター」は、こ  
25 うした組織とも十分に連携する。

---

<sup>2</sup> 「臨床研修制度等に関する意見のとりまとめ」2009年2月18日  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/02/dl/s0226-10a.pdf>

<sup>3</sup> 厚生労働省「平成26年度の医師臨床研修マッチング結果」2014年10月23日

<sup>4</sup> 日本医師会の調査によれば、病院（大学病院以外も含む）で取り組まれている対策は、院内保育所の設置37.4%、復職支援プログラムの導入3.4%などとなっている。

公益社団法人 日本医師会「病院における必要医師数調査」2015年7月

<sup>5</sup> （例）東京慈恵会医科大学附属病院「女性医師キャリア支援室」（短時間勤務制度、院内保育所など）、東邦大学医学部「女性医師復職支援プログラム」（産前産後休暇・育児休暇中の身分保障の確立など）

1

2 **【背景】**

3 2006年度の研究ではあるが、女性医師が医師として就業している割合は、医  
4 学部卒業後、年が経つにつれて減少傾向をたどり、卒業後11年（36歳程度）  
5 で76.0%にまで落ち込む（「M字カーブ」）といった分析がある<sup>6</sup>。

6

7

8 **2.1.4. 医師である医学研究者の養成**

9 **【提言】**

10 医師である医学研究者（以下、研究医）の不足は、わが国における医学の進  
11 歩の停滞につながる。医学生意識改革を図るため、学部教育の中に医学研究  
12 体験を積極的に取り入れ、医学生にリサーチマインドを涵養する。さらに、研  
13 究医のキャリアアップを保証すべく、必要十分な教員ポストの確保と創造性の  
14 高い医学研究を継続できる基盤的研究費の充実を図る。

15

16 **【背景】**

17 医学士（MD）で基礎医学を専攻する博士課程の大学院生の数は1990年代半  
18 ばを頂点として減少し<sup>7</sup>、これに加えて、大学院修了後に基礎医学研究を継続す  
19 る者も減少している。また、2004年に国立大学が法人化された後、継続的な教  
20 員定員削減に伴い、経営的配慮から多くの大学が基礎医学系教員を削減したた  
21 め、基礎医学系教員はこの10年で約10%減少した。

22 臨床医学分野でも、臨床研修制度の導入により大学離れが進み、研究志向の  
23 臨床医は激減している。大学に残った者も研究に割ける時間は大幅に縮小され、  
24 その結果、国際学術誌への掲載論文数が激減した。

25

---

<sup>6</sup> 平成18年度厚生労働科学研究「日本の医師需給の実証的調査研究」主任研究者 長谷川敏彦

<sup>7</sup> 2010年10月 国立大学医学部長会議 研究推進・大学院教育に関する小委員会報告

## 1 2.2. 医師の地域・診療科偏在の解消

2

### 3 2.2.1. 病院・診療所の管理者要件への医師不足地域での勤務経験の導入

#### 4 【提言】

5 一定期間、医師不足地域で勤務した経験があることを病院・診療所の管理者  
6 の要件とする<sup>8</sup>。

7 医師不足地域や勤務期間および卒後年数上限（たとえば卒業後何年までに一  
8 定期間）は、「地域医療支援センター」と都道府県行政、地域医師会、大学で協  
9 議し調整して指定する。医師不足地域は、へき地等に限定せず、地域・診療科  
10 偏在の実態を踏まえて、その時々で判断する。

11 またこれを実現するためにも、「医師キャリア支援センター」が医師のキャ  
12 リア形成支援を一体として行っていく。これまでのようにへき地等での医師確  
13 保対策として独立して行うものではない。

14

#### 15 【背景】

16 厚生労働省は、1951年度からへき地保健医療対策を推進してきたが<sup>9</sup>、医師  
17 にとってはキャリアの継続などの面で不安があった。またへき地等に限定され  
18 ていたため、さまざまな地域や診療科で起こりうる医師不足に対応できていな  
19 かった。

20

21

### 22 2.2.2. 地域ごと診療科（基本領域）ごとの医師需給の把握

#### 23 【提言】

24 地域医療支援センターは、「医師キャリア支援センター」、医師会、医療関係

---

<sup>8</sup> 病院・診療所の開設：臨床研修を修了している医師が診療所を開設する場合には届出によって開設することができる（医療法第8条）。臨床研修を修了していない医師は、都道府県知事の許可を受けることによって診療所を開設することができる（医療法第7条）。病院の開設には、臨床研修修了いかんにかかわらず、都道府県知事の許可を受ける必要がある（医療法第7条）。

病院・診療所の管理：病院又は診療所の開設者は、臨床研修等修了医師に、これを管理させなければならない（医療法第10条）。

<sup>9</sup> 厚生労働省2015年度予算においても、都道府県単位の広域的な支援体制を図るため、各都道府県に「へき地医療支援機構」を設置し、支援事業の企画、調整及び医師派遣の実施等を補助するため239百万円が確保されている。

1 団体等と協力して、各地域の現状及び将来の医療需給（診療科別医師数、地域  
2 の性・年齢別人口構成並びに診療科別受療率を踏まえた各診療科医師一人当た  
3 りの患者数など）に関するデータを把握し、整備する。

4 地域の「医師キャリア支援センター」は、これらの需給データを医師（医学  
5 生を含む）に提供し、地域ごと診療科（基本領域）ごとにあるべき医師配置に  
6 自主的に収れんされていくことを目指す。また、「医師キャリア支援センター」  
7 は情報を提供するだけでなく、医学生（医師）の診療科選択にあたって十分に  
8 相談に乗り、医学生（医師）と診療科（基本領域）ごとに求められる適性との  
9 ミスマッチが生じないようにする。

10

#### 11 【背景】

12 ・2015年4月から策定が始まっている地域医療構想は、将来の医療需要デー  
13 タを見据えつつ、各医療機関の自主的な取組によって医療機能を次第に収れ  
14 んさせていく仕組みであり、この医師配置版を目指す。

15 ・公正取引委員会は、医師会が新規開業をしようとする者に対して、開業を不  
16 当に制限すること等は、原則、独占禁止法違反であるとしているが<sup>10</sup>、新規  
17 開業をしようとする者に対して相談に応じ、他の医療機関の分布状況、地域  
18 の特性、人口分布等についての情報を提供するなど、合理的な範囲内におい  
19 て助言することは原則として独占禁止法違反にならないとしている。

20 ・フランスでは専門医枠が設定されており、医学部卒業時点での成績と本人の  
21 希望によって専門領域を決定する<sup>11</sup>。ドイツでは地域ごと診療科ごとに定数  
22 が定められており、定数超過の地域では、保険医として開業できないが、逆  
23 に定数に大幅に満たない地域では、診療報酬上の優遇がある<sup>12</sup>。

24

---

<sup>10</sup> 公正取引委員会「医師会の活動に関する独占禁止法上の指針」1981年8月8日、2010年1月1日改正

<sup>11</sup> 『岐路に立つフランス医療』日本医師会・民間病院ドイツ医療・福祉調査団報告書Ⅱ、2011年

<sup>12</sup> 『強力な医師会による当事者自治のドイツ医療』日本医師会・民間病院ドイツ医療・福祉調査団報告書Ⅱ、2014年

## 1 2.3. 早急な医師養成数の見直し

2

### 3 2.3.1. 医学部入学定員の削減

#### 4 【提言】

5 医学部入学定員は、2008年度以降の増員によって相当数が確保されている。  
6 またここまでの提言が順次実現されていけば、医師の偏在が解消することも期  
7 待される。現在の暫定的な医学部定員増については、2019年度（一部は2017  
8 年度）に見直しを行うことになっているが、情勢の変化を踏まえて、早急に定  
9 員削減を行うことを提言する。医学部定員増分の解消に際して、地域枠を維持  
10 する場合は一般枠を削減する。

11

#### 12 【背景】

13 (1) 2006年、医師不足県で暫定的な医学部定員増が認められ<sup>13</sup>、2007年に  
14 はすべての都道府県で暫定的な定員増（緊急医師確保対策）が行われた<sup>14</sup>。  
15 そして2008年には本格的な医師養成数増加に舵が切られた<sup>15</sup>。2009年以  
16 降は地域の医師確保のための定員（地域枠）増を中心に、医学部定員数が  
17 引き上げられている。2016年度の医学部定員は9,347人であり、2007年  
18 度の7,705人に比べて1,642人増加予定となる。これは新設医学部16校分  
19 に相当する。医師の絶対数の不足に対して一定の手当てがなされており、  
20 順次、医学部定員増の効果が表れてくる。

---

<sup>13</sup> 地域医療に関する関係省庁連絡会議「新医師確保総合対策」2006年8月31日

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/08/dl/tp0831-1d.pdf>

「医師の不足が特に深刻と認められる県において、当該県内への医師の定着を目的として、一定期間、将来の医師の養成を前倒しするとの趣旨の下、現行の当該県内における医師の養成数に上乘せする暫定的な調整の計画を容認する。」対象県：青森県、岩手県、秋田県、山形県、福島県、新潟県、山梨県、長野県、岐阜県、三重県。最大10人、2008年度から最大10年間。

<sup>14</sup> 政府・与党「緊急医師確保対策」2007年5月31日

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/kinkyu/dl/01a.pdf>

「医師確保が必要な地域や診療科で勤務する医師の養成の推進について」2007年8月30日

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/kinkyu/dl/01c.pdf>

都道府県ごとに最大5人、北海道は15人。2009年度から最大9年間。

<sup>15</sup> 厚生労働省「安心と希望の医療確保ビジョン」2008年6月18日（舛添要一厚生労働大臣）

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/06/dl/s0618-8a.pdf>

「現下の医師不足の現状にかんがみ、従来の閣議決定に代えて、医師養成数を増加させる。」

「経済財政改革の基本方針2008」2008年6月27日閣議決定

<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizai/kakugi/080627kettei.pdf>

「早急に過去最大程度まで増員するとともに、さらに今後の必要な養成数について検討する。」

1 (2) 2008年以降の医学部定員増加を踏まえると、人口1,000人当たり医師数  
2 は2025年頃にOECD加重平均を超えると推計されている<sup>16</sup>。

3 (3) 医学部入学定員は、1975年には18歳人口218人に1人であったが、2014  
4 年には132人に1人となっている<sup>17</sup>。現在の医学部定員(2016年9,347人  
5 の予定)を維持した場合、2025年には18歳人口の117人に1人、2050  
6 年には79人に1人が医学部に入学する<sup>18</sup>ことになり、医学生が最低限履修  
7 すべき教育水準に到達できるのかという懸念がある。

8 (4) 勤務医の過重労働という観点から見ると、診療時間内の外来診療に対す  
9 る勤務医の負担も徐々に軽減されている<sup>19</sup>。

10 (5) 日本医師会「必要医師数調査」(2015年7月)によると、100床当たり  
11 現員医師数は、回復期病棟は急性期病棟の約半分、慢性期病棟は急性期病  
12 棟の約3分の1であった。医療の高度化や高齢者の増加によってさらに医  
13 師不足になるという意見もある一方、高齢化によって回復期や慢性期の需  
14 要が高まることも踏まえた医師数の見直しが必要である<sup>20</sup>。

## 17 2.3.2. 新たな医学部設置認可の差し止め

### 18 【提言】

19 日本医師会、日本医学会、全国医学部長病院長会議は、2015年5月13日  
20 に医学部新設反対の緊急声明を発出した。現在、国家戦略特区で検討されてい  
21 る医学部を含め、新たな医学部設置を認めることはできない。

### 24 【背景】

---

<sup>16</sup> 厚生労働省資料による

<sup>17</sup> 1975年の18歳人口:1,537,000人、同年の医学部入学定員:7,040人、2014年の18歳人口:1,196,000人、同年の医学部入学定員:9,069人

<sup>18</sup> 2025年の18歳人口推計:1,064,459人、2050年の18歳人口推計:725,101人(国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」、出生中位・死亡中位推計より)

<sup>19</sup> 「外来医療(その1)」2025年4月8日、中央社会保険医療協議会 総会資料

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000081548.pdf> 46頁

<sup>20</sup> 厚生労働省は、地域医療構想を踏まえた医師・看護職員等の需給の見直しを行う方針である。

2015年6月10日 経済財政諮問会議 塩崎厚生労働大臣提出資料



- 1 2015年5月13日「緊急声明」(要約)
- 2 1. これからの医学部新設は医師不足対策にはならない。
- 3 一人前の医師になるためには入学後約十数年の時間が必要。
- 4 2. 医師不足対策には地域・診療科偏在解消が必要
- 5 単に医師数を増やしても地域・診療科偏在を増悪させるのみで、医師不足
- 6 は解消しない。地域・診療科偏在解消対策の策定こそが必要。
- 7 3. 医学部新設は国際機関から世界一と評される日本の医療を崩壊に導く。
- 8 定員増による医学生の学力低下が重要問題として指摘されている。18歳
- 9 人口が激減している中、医学生のこれ以上の増加は、世界一の医療と評され
- 10 る日本の医療を崩壊させ、国民が求める質の高い安全な医療に逆行する。
- 11 4. 医師養成には国民の負担による多額な養成費用が必要
- 12 医学部6年間で医師の養成に必要な経費は一人当たり約1億円に上る。
- 13 これらの財源の多くが国民の税負担であることを踏まえても、医学部新設は
- 14 現実的ではない。
- 15 5. 地域医療の再生をさまたげるおそれがある。
- 16 医学部新設には、優れた基礎系及び臨床系の教員が多数必要。医学部新設
- 17 のために全国の大学や地域の基幹病院から有能な医師・教員が引き抜かれれ
- 18 ば、地域医療は崩壊の危機にさらされる。
- 19 6. 国際医療人育成はすでに実施されており特区での実施に意味はない。
- 20 国家戦略特区での医学部の新設は、「グローバルスタンダードに対応した
- 21 国際医療人育成」を目指すとされているが、「国際医療人育成」のためのカリ
- 22キュラムはすでに既存の医学部において実施されている。第三者機関とし
- 23 ての日本医学教育評価機構を発足させグローバルな医師養成に力点を置く
- 24 医学教育改革も進んでおり、特区で医学部を新設し国際医療人を育成する妥
- 25 当性はない。
- 26
- 27
- 28
- 29