

提言

専攻医募集シーリングによる研究力低下
に関する緊急提言



令和2年(2020年)1月15日

日本学術会議 臨床医学委員会

この提言は、日本学術会議臨床医学委員会の審議結果を取りまとめ公表するものである。

委員長	神尾 陽子	第二部会員	一般社団法人発達障害専門センター代表理事、お茶の水女子大学客員教授
副委員長	名越 澄子	第二部会員	埼玉医科大学総合医療センター消化器・肝臓内科教授
幹事	水口 雅	第二部会員	東京大学大学院医学系研究科国際保健学専攻国際生物医科学講座発達医科学分野教授
幹事	光富 徹哉	第二部会員	近畿大学医学部外科学教室呼吸器外科部門主任教授
	天谷 雅行	第二部会員	慶應義塾大学医学部長皮膚科教授
	磯部 光章	第二部会員	榊原記念病院院長
	越智 光夫	第二部会員	広島大学学長整形外科教授
	小松 浩子	第二部会員	慶應義塾大学看護医療学部教授
	戸田 達史	第二部会員	東京大学大学院医学系研究科脳神経医学専攻臨床神経精神学講座神経内科学分野教授
	寶金 清博	第二部会員	北海道大学特任教授
	向井 千秋	第二部会員	東京理科大学特任副学長
	村川 康子	第二部会員	宮城県立がんセンター腫瘍内科医療部長
	森 正樹	第二部会員	九州大学大学院消化器・総合外科教授
	山脇 成人	第二部会員	広島大学脳・こころ・感性科学研究センター長特任教授
	伊藤 壽一	連携会員	滋賀県立総合病院研究所所長
	遠藤 啓吾	連携会員	京都医療科学大学学長
	永井 良三	連携会員	自治医科大学学長
	宮崎 康二	連携会員	医療法人聖粒会慈恵病院顧問

本提言の作成に当たり、臨床医学委員会に次の会員からなるワーキング・グループを設置し、データ解析、原案の作成等の御協力をいただいた。

「専攻医募集シーリングによる研究力低下に関する緊急提言」に関するワーキング・グループ 構成員

座長	天谷 雅行	第二部会員	慶應義塾大学医学部長皮膚科教授
座長代理	武林 亨	連携会員	慶應義塾大学公衆衛生学教授
	菊池 章	第二部会員	大阪大学大学院医学系研究科分子病態 生化学教授
	名越 澄子	第二部会員	埼玉医科大学総合医療センター消化器・ 肝臓内科教授
	西村 正治	第二部会員	北海道呼吸器疾患研究所・理事長 北海道大学名誉教授
	藤井 知行	第二部会員	東京大学大学院医学系研究科生殖・発 達・加齢医学専攻産婦人科学講座
	門脇 孝	連携会員	東京大学大学院医学系研究科糖尿病・生 活習慣病予防講座特任教授

本提言の作成に当たり、以下の職員が事務を担当した。

事務局	高橋 雅之	参事官（審議第一担当）
	酒井 謙治	参事官（審議第一担当）付参事官補佐
	船坂 和夫	参事官（審議第一担当）付調査審議専門官

要 旨

1 本提言作成の背景、現状及び問題点

2018 年度から日本専門医機構による新専門医制度が発足し、診療科ごとに別々に規定されていた専門医資格は専門医制度整備指針の下にまとめ上げられ、日本専門医機構が認定する公的な資格となった。一方、日本の医師の分布において、地域的偏在、及び診療科偏在が社会問題となっている。さらに、医師の働き方の過酷な状況に対し、現状を改善するための改革は喫緊の課題である。厚生労働省は、医師・歯科医師・薬剤師（三師会）の定点調査に基づく医師の診療エフォートのデータに都道府県の人口動態予想を加味し、将来の必要医師数を地域別・診療科別に算出した[1]。医道審議会医師分科会医師専門研修部会では、その必要医師数を元に、2020年度の専攻医採用において、医師の質の一層の向上及び医師の偏在是正を図ることを目的に、過剰供給となる地域・診療科に対して専攻医採用数に制限（シーリング）をかける提案がなされている[2]。これによれば、2019年度の専攻医採用では医師過剰と想定される都市部において5%の削減が行われたが、2020年度は過年度を大幅に上回り、地域・診療科により前年度からさらに25%を超える削減となる。同部会において日本専門医機構は、この案を一定程度評価しつつも、急激な変化によってもたらされる影響にも配慮すべきであること、また、さらに地域医療に貢献しうる専門研修を構築する必要があること、などの理由から、専攻医不足の都道府県との「連携（地域研修）プログラム」を追加したものを、日本専門医機構のシーリング案として提案している。日本の医療制度の将来を見据えた安定的持続のために、適正に医療資源を配分することは避けられない施策であり、データに基づいて医師の分布等を議論することについては、一定の理解を示すものである。

しかし、必要医師数の算出は、医師の診療エフォートのみのデータからなされており、教育・研究に対するエフォートは全く勘案されていない。このまま、診療エフォートのみで計算された必要医師数に基づいて専攻医採用数のシーリングがかけられ、医師の行っている教育・研究エフォートを無視した施策が続くと、大学を始めとする医育機関において、教育や研究に従事する若手医師数が制限される結果、生命科学分野の研究力が大幅に低下することが必定である。また、医育機関が周辺地域の基幹病院へ指導医や専攻医の派遣により地域医療を支えることは最重要課題であることから、医育機関の人員減少は教育・研究へのエフォート減少に直結する。さらに、基礎医学教室に大学院等学生として出向している臨床医がある一定数

存在し、我が国の医学研究の発展に貢献しているが、医育機関への専攻医採用の制限は基礎医学教室の研究者数の大幅な減少につながり、臨床医学のみならず基礎医学における研究力に対しても重大な負の影響をもたらす。地域的偏在、診療科偏在、医師の働き方の是正のために導入されている専攻医シーリングが、日本の教育・研究力の低下を招くことが大いに懸念される。これは、2019年6月21日に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2019」にも示されている「基礎研究を始めとする研究力の更なる強化を目指す」大学を含む医育機関への高まる期待を裏切ることになりかねない。

2004年に「診療に従事しようとする医師は、2年以上の臨床研修を受けなければならない」とされた初期臨床研修必修化の制度が導入されると、医学部卒業後に大学病院の臨床講座に所属する医師、ならびに基礎医学に進む医師の減少に拍車がかかり、日本の医学研究力低下の深刻な低下を招く要因となったことはよく知られている。2019年現在、研究医育成枠の導入が厚労省において検討されているが、2004年に始められた制度による医学研究力低下は、15年以上経過しても是正されていない。医育機関をふくめた専攻医制度の都道府県別の画一的算定に基づくシーリング導入により、さらに医学研究力を低下させる同じ轍を踏んではならない。

2 提言

医師、特に医育機関の医師の行う業務は、「診療」のみならず、医学を発展させ、よりよい医療を実践するための「研究」、医学部学生を医師に育成し、更に各領域の質の高い専門医を育成するための「教育」に相当なエフォートを割いている。必要医師数は、診療エフォートのみならず、医師による研究エフォート・教育エフォートの正確な実態を把握し、そのデータに基づいて算定されるべきである。さらに、科学技術立国を国の形の根本とする日本において、将来へインパクトを与える研究力と次世代を育成する教育力を維持するために必要な人材を確保しなければならない。日本の医療分野において、研究や教育の質と量を担保できる専門医育成の制度設計をすべきである。医師の地域的偏在や診療科偏在、医師の過重労働は改善されなければならないが、日本の研究力と教育力の低下にさらなる拍車をかける結果を招いてはならない。次世代を担う専門医を育成する上において、研究や教育といった視点を重視した専門医育成制度を構築することを強く提言する。

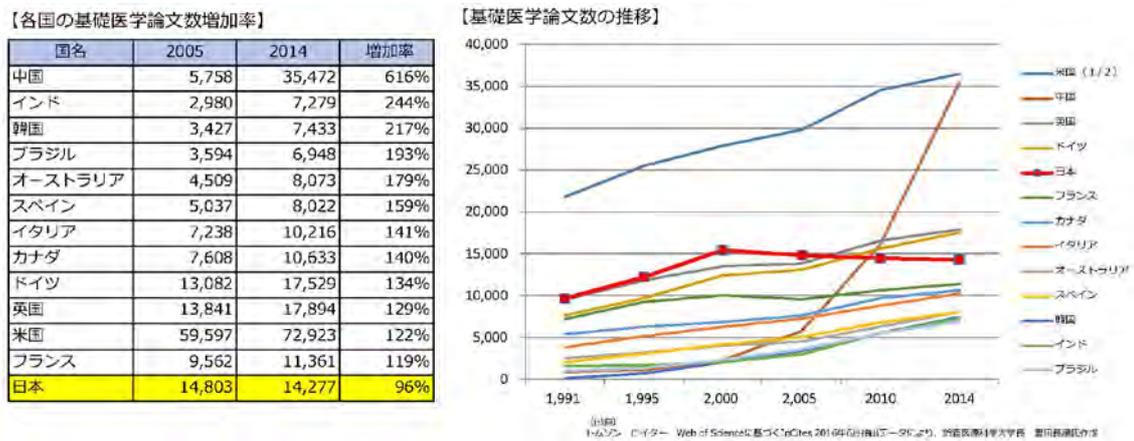
目 次

1 現状と問題点	1
(1) 日本の研究力の低下	1
(2) 医師の臨床研修制度と地域格差・診療科格差	4
(3) 専攻医募集シーリングの導入	7
2 提言	9
<参考文献>	11
<参考資料> 審議経過	13

1 現状と問題点

(1) 日本の研究力の低下

日本人科学者のノーベル賞受賞が毎年続く中、大学等における研究力低下が叫ばれて久しい。自然科学系論文の世界シェアを見ても、日本はこの10年で、論文量は2位から4位へ、論文の質は4位から9位へと順位を下けている[3]。基礎医学論文数は、中国が大幅に増加、インド、韓国、ブラジルが10年間で倍以上の伸びを示している中、日本は2000年から減少傾向を回復させることができず、低調である(図1)。



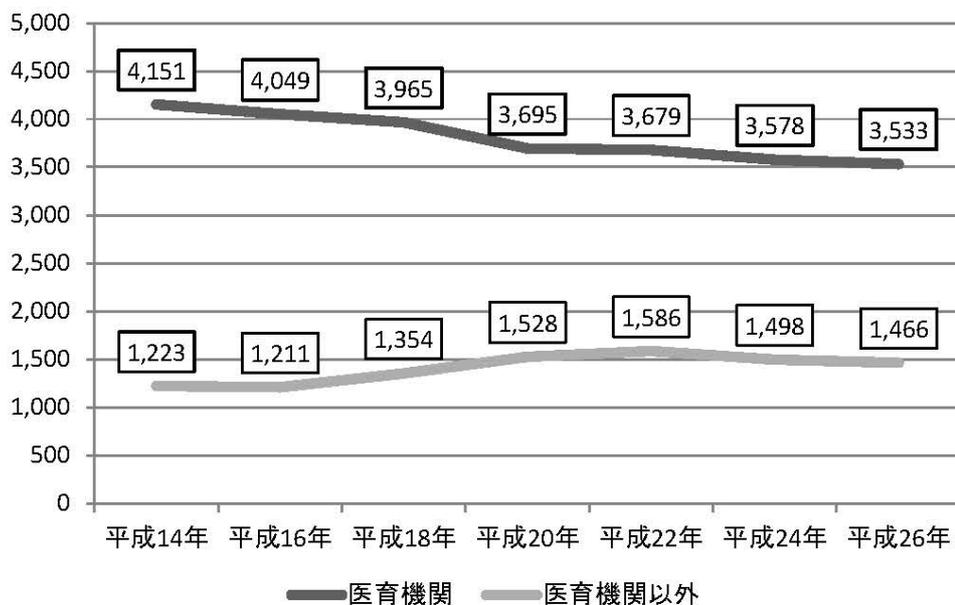
出典: 鈴鹿医療科学大学長豊田長康氏作成資料(医道審議会平成29年度第3回医師臨床研修部会配布資料から抜粋)

図1 日本の研究力の国際比較

世界大学ランキングにおいても、日本の大学は軒並み毎年順位を下けている[4]。ノーベル賞においては、通常、対象となる業績が発表されてから受賞までの期間は長いことが通常であり、このままいけば将来は日本からの受賞者が皆無となることが強く懸念される。

医学領域の研究力低下はさらに深刻である。研究に従事する医師の数が年々減少しており、特に基礎医学研究領域で教育・研究に従事する医師の数は激減している。医学部卒業生の中で、基礎医学研究に従事する卒業生数の推移を見ても2000年前後から各大学で大幅に減少しており、基礎医学研究が危機的な状況にあるのは明らかである(図2)。大学等における医師の基礎医学教員の減少は、医

学教育の崩壊につながる。実例として、A大学では解剖学教授の応募者がなく、解剖学教育が提供できない危機的な状況にある。B大学では生理学教授と病理学教授の応募がなく、基礎医学教育の基盤を揺るがしている。



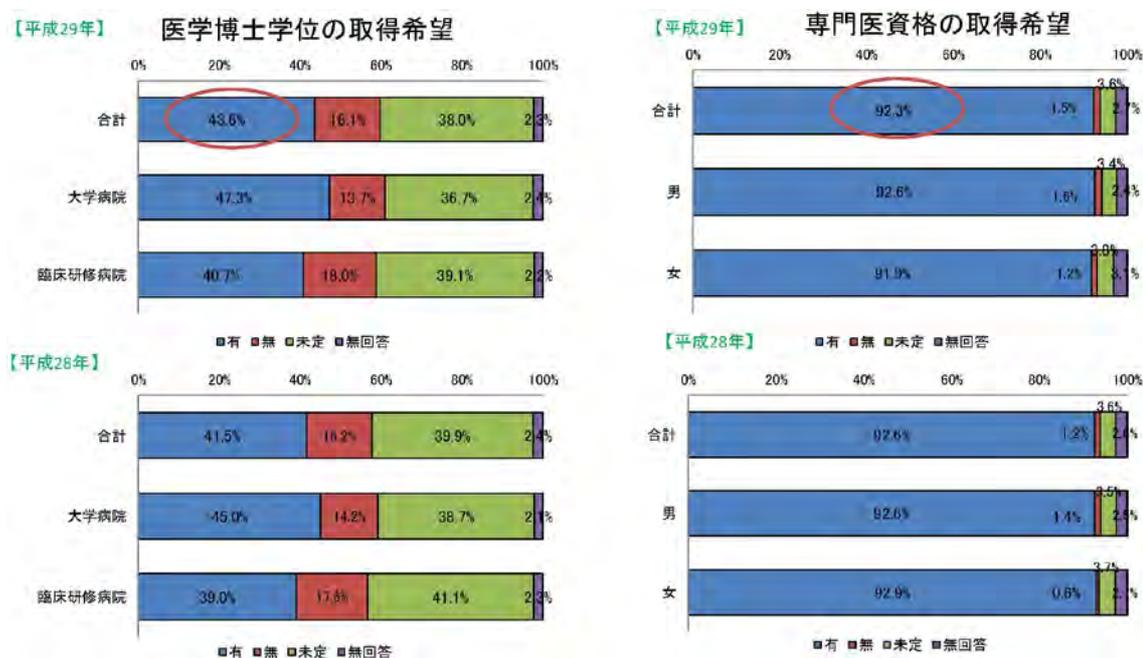
出典:厚生労働省作成資料(医療従事者の需給に関する検討会 第6回医師需給分科会提出資料から抜粋)

図 2 基礎医学に従事する医師の経時的減少

研究力低下の地盤沈下は、基礎医学領域だけに限らず、臨床医学領域においても顕著である。臨床医学論文数に関して、世界は増加傾向を堅持しているにもかかわらず、日本は減少に転じている[5]。とりわけ、臨床系トップジャーナルにおける日本発論文数のシェアはこの15年間先進国の中で唯一毎年確実に低下傾向を示している[6]。

研究を志す医師の減少には複数の要因があり、単一の原因ではないと思われる。社会・経済の先行き不透明感、国公立大学における運営費交付金の持続的減少、それに伴う教員ポストの減少、基礎研究への資金減少・格差拡大、医療の高度化・細分化などである。臨床講座においては臨床実習充実化に伴う教育負担の増大、医療安全・医療倫理の関心の高まりに伴う種々の業務負担増大もそれに輪をかける。さらに、2004年度に導入された臨床研修必修化を伴った初期臨床研

修制度の導入]7)、後期臨床研修としての専門医制度の導入[8]、そして、2018年度より新規に開始された専攻医募集における上限設定(シーリング)[9]の問題がある。2017年(平成29年)度臨床研修修了者を対象としたアンケート調査では、専門医資格の取得希望者が9割を超えるのに対して、医学博士の取得希望者が4割前後に留まる(図3)。医療行為を行う上で初期研修が必須化された現状では、専門医取得に向けた専攻医制度のシーリングは、研究に従事する医師(以下、「研究医」という)の養成にとっても大きな負担となる。



出典:平成29年度臨床研修修了者アンケート調査結果概要(厚生労働省)から抜粋

図3 医学博士、専門医資格の取得希望の比較

文部科学省は、2010年度から2013年度の医学部入学定員増員の枠組みとして「研究医枠」を設け、優れた教育研究資源を活かし研究医養成の拠点を形成しようとする大学が、他の大学と連携し、優れた研究医の養成・確保に一貫して取り組む医学部入学定員の定員増を認めている。これにより、医学を目指す学生が、学部から大学院へ途切れなく進むことができるよう、各大学において奨学金や学部・大学院を一貫したコースの設定などを通じて、研究医の養成に

取り組んでいる。専攻医制度においても研究医育成枠を設置するなど、何らかの施策をとらなければ医育機関への人員削減につながる専門医制度によって医学の研究と教育は壊滅的な打撃を受けかねない。

(2) 医師の臨床研修制度と地域格差・診療科格差

医師の分布の現状とその適正な配置に関して、二つのことが問題視されている。地方における医師が少なく、都市部に医師が集中している地域格差と、外科や産婦人科などの医師が少なく、診療科間に人員の格差が存在する問題である。

地域格差の是正については、病院団体や自治体等からも早急かつ抜本的な対策が長らく要望されている[10]。平成20年度以降、医学部定員を大幅に増員し（入学定員：平成19年7,625人が平成28年には9,262人となり、1,637人の増員）、医学部定員に占める地域枠の数・割合を増加させているにもかかわらず、医師の地域偏在の問題は解消されていない[11]。その理由の1つに初期臨床研修制度の導入に伴う地方大学から都市部の研修病院への研修医の流出が挙げられる[12]。また、必修化された当初の2年間、診療科所属の医師の供給が完全に止まり、大学病院での人手不足が生じ、地域病院への医師派遣が困難になったことも地域での医師不足を生み出した[13]。医師の養成には医学部卒業後も10年以上の期間が必要であり、地域医育機関の医学部生定員増数が地域医師数に還元されるには、初期研修医や専門医研修医等の医師養成段階における医師の地域定着策との連動が重要である。しかしながら、全国応募可能な初期研修制度はその連動をリセット・無効化する作用がある。現状の制度では初期研修制度における医育機関からの研修医の流出に加えて、専門医制度のシーリングにより専攻医数制限を受ける医育機関では、研究医や教育担当医の減少から医学生への指導低下や医師の質低下という負のスパイラルが顕在化することが、大いに懸念される。

2004年（平成16年）に初期研修制度が導入されてから約10年後のデータとして、2014年（平成26年度）の医師偏在指標が医師需給分科会において公表され、各都道府県の医師偏在が明らかとなった（図4）。2018年度は大都市圏においてシーリングがかけられたが、必ずしも医師が充足していない県（愛知県、神奈川県）がシーリングの対象に含まれており、2019年度募集ではシーリングの見直しが行われた[14]。

さらに、都道府県圏内における医師偏在も問題となっている。全国の二次医療

圏¹における医師数の動向に関し、二次医療圏別人口10万対医療施設従事医師数を平成20年と26年で比較したところ、47都道府県の349医療圏中26都道府県の41医療圏において医師数の減少がみられたのに対し、301医療圏では、特に医学部所在地が含まれる二次医療圏において医師数の増加がみられた[15]。また、二次医療圏別人口10万対医療施設従事医師数を都道府県ごとに平成20年と26年で比較したところ、47都道府県中36都道府県において医師数の較差（最大値／最小値）が拡大している[15]。このように、都道府県内の医師の偏在は拡大しており、依然として解消されていない。

順位	都道府県	医師偏在指標	順位	都道府県	医師偏在指標	順位	都道府県	医師偏在指標
	全国	238.3	17位	兵庫県	243.0	32位	宮崎県	210.6
1位	東京都	329.0	18位	奈良県	241.1	33位	山口県	210.3
2位	京都府	314.9	19位	広島県	240.4	34位	三重県	208.8
3位	福岡県	300.5	20位	大分県	238.0	35位	群馬県	208.2
4位	沖縄県	279.3	21位	島根県	235.9	36位	岐阜県	204.7
5位	岡山県	278.8	22位	宮城県	232.7	37位	千葉県	200.5
6位	大阪府	274.4	23位	神奈川県	231.8	38位	長野県	199.6
7位	石川県	270.4	24位	愛媛県	231.0	39位	静岡県	191.1
8位	徳島県	265.9	25位	福井県	230.9	40位	山形県	189.4
9位	長崎県	259.4	26位	鹿児島県	229.8	41位	秋田県	180.6
10位	和歌山県	257.2	27位	愛知県	225.3	42位	茨城県	179.3
11位	鳥取県	255.0	28位	北海道	222.0	43位	埼玉県	178.7
12位	高知県	254.3	29位	栃木県	216.7	44位	福島県	177.4
13位	佐賀県	251.3	30位	山梨県	216.4	45位	青森県	172.1
14位	熊本県	248.5	31位	富山県	216.2	46位	新潟県	169.8
15位	香川県	247.8				47位	岩手県	169.3
16位	滋賀県	243.5						

医師多数県 医師少数県

出典：厚生労働省作成資料(医道審議会医師分科会令和元年度第2回医師需給分科会提出資料から抜粋)

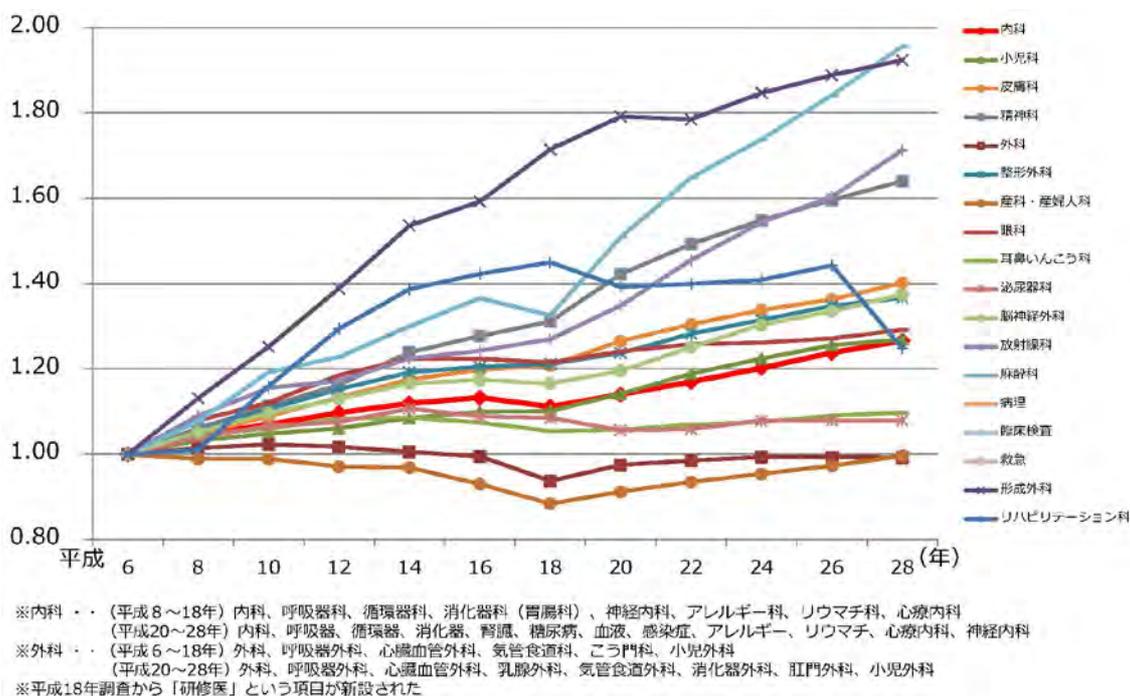
図 4 医師の地域偏在

2008年から2014年にかけて、我が国全体の人口10万人対医療施設従事医師数は10%増加している(212.32人→233.56人)が、人口等で2次医療圏を分類すると、その増減に大きく違いが生じている。特に、過疎地域医療圏においては、24%が減少しているのに対し、21%の医療圏でしか全国平均以上に増加してい

¹ 医療法では、医療提供体制の確保について、都道府県が、厚生労働大臣が定める医療計画の基本方針に即して、かつ地域の実情に応じて医療計画を定めることとしており、その際、都道府県は、医療計画の中で、病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき 地域的単位として区分する医療圏(一次、二次、三次)を定めることとされている。このうち、一体の区域として病院等における入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定されるのが、二次医療圏であり、地理的条件や日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件も考慮されることとされている。

ない[15]。

診療科別医師数の推移を見ると、多くの診療科で医師は増加傾向にある。減少傾向にあった産婦人科・外科においても、平成18年の底値よりは増加傾向に転じている。しかしながら、この2診療科は他診療科と比較すると明らかに増加傾向は少なく、平成28年の医師数レベルが平成6年のレベルにやっと戻ったに過ぎない（図5、平成6年を1.0としている）。同期間に医師総数は1.4倍、麻酔医にいたってはほぼ倍増しているにも関わらずである。診療科別週当たり勤務時間60時間以上の割合で見ると、診療科間で2倍近くの差が生じている[16]。



出典:厚生労働省作成資料(医道審議会医師分科会令和元年度 第2回医師専門研修部会資料から抜粋)

図5 診療科別医師数の推移

さらに、医師の恒常的な長時間労働の実態が問題となっている。医師の働き方改革に関する検討会において、2024年4月以降、地域医療確保暫定特例水準・集中的技能向上水準を超える時間外労働の医師は存在してはならないことが規定目標となり[17]、地域医療確保暫定特例水準対象の医師についても、年960時間の時間外労働上限規制が適用される方向で議論が進んでいる。また、医療法、医師法の一部が改正され、地域における医療提供体制を確保するため、都道府県

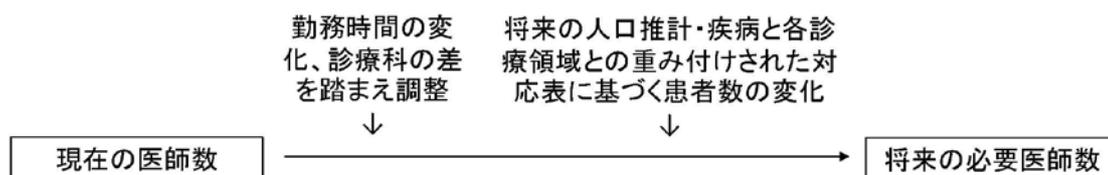
の医療計画における医師の確保に関する事項の策定、臨床研修病院の指定権限及び研修医定員の決定権限の都道府県への移譲等の措置が講じられるようになった[18]。専門医研修に関しては、都道府県の意見を聴いた上で、国から日本専門医機構等に対し、地域医療の観点から必要な措置の実施を要請することが可能となった[18]。これらの医療状況や法制度を根拠に、専門医機構制度の専攻医研修においてシーリング制度を活用して、地域格差と診療科間格差の調整、そして労働時間是正が計画されている。

(3) 専攻医募集シーリングの導入

医師の地域偏在、診療科偏在対策として、また医師の働き方改革に関する検討会における議論を踏まえて、令和2年以降の専攻医募集のシーリング案が厚生労働省により提案された[19]。その算定方法は以下である。

診療科ごとの将来必要な医師数の見通しの推計について

将来必要な医師数の見通しの推計にあたって、まず、各診療科の現在の医師数から、それぞれの診療科における勤務時間を踏まえ、労働時間規制等医師の働き方改革により必要になると考えられる現時点における必要医師数を算出した[20]。算出された現時点における必要医師数に対して、疾病と各診療領域との重



出典：厚生労働省作成資料(医療従事者の需給に関する検討会 第28回医師需給分科会提出資料から抜粋)

図 6 将来必要医師数算出法の概要

み付けがなされた対応表に基づき、性年齢階級別の受療率等が一定であると仮定し、将来の人口動態の変化を踏まえた患者数の変化と必要医師数の変化が比例するものとして計算を行った。なお、放射線科、臨床検査、救急科、リハビリテーション科については、全診療科における患者数の変化、麻酔科、病理につい

ては、外科における患者数の変化と必要医師数の変化が比例するものとした。
(図6)

地域別、診療科別のシーリング数の算出法

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）及び2024年の必要医師数（勤務時間補正後）（C）と同数あるいは上回る診療科とする。

シーリング数（連携プログラム分を含む）（I）は、「2018年と2019年の平均採用数」（E）から、「2024年の必要医師数を達成するための年間養成数」と「平均採用数」の差分（E-D）の一定割合（例えば20%）を引いた数（E-(E-D)×20%）とする。

シーリング対象・数は上記を基本的な考え方として計算し、都道府県毎かつ診療科毎のシーリング数が提案されている（図7）。これらの試算方法と専門医制度におけるシーリング制度の活用には、幾つかの勘案されていない事項があり、

1. シーリングの対象とする各都道府県の診療科は、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（勤務時間補正後）（C）と同数あるいは上回る診療科としてはどうか。
2. シーリング数（連携プログラム分を含む）（I）は、「2018年と2019年の平均採用数」（E）から、「2024年の必要医師数を達成するための年間養成数」と「平均採用数」の差分（E-D）の一定割合（例えば20%）を引いた数（E-(E-D)×20%）としてはどうか。

<例：一定割合を20%とした場合>

	2016年		2024年	2030年	2036年	必要各疾患に係る推計			(D)	(E)	(F)
	(A)	(B)	(C)	必要医師数（勤務時間補正後）	必要医師数（勤務時間補正後）	維持する2016年の年間養成数を	達成する2024年の必要年間養成数を	達成する2030年の必要年間養成数を	達成する2036年の必要年間養成数を	シーリング数（連携プログラム分を含む）	※参考：2018年度 平均採用数
脳神経科											
千葉県	344	465	480	493	500	9	24	18	15	7	7
東京都	1,320	≥ 1,094	and 1,134	1,134	1,134	30	9	19	21	86	105
神奈川県	529	667	692	724	750	15	21	20	18	28	28
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。	3					2					
										$105 - (105 - 9) \times 0.20 = 86$	
外科											
千葉県	1,262	1,516	or 1,566	1,566	1,566	39	74	61	53	26	26
東京都	3,482	≥ 3,566	or 3,698	3,698	3,698	102	127	122	115	176	176
神奈川県	1,520	2,172	2,260	2,299	2,248	45	130	99	83	42	42
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。	0					4		11	9		

※ 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。
※ 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。

出典：厚生労働省作成資料（医道審議会医師分科会令和元年度 第1回医師専門研修部会資料から抜粋）

図7 シーリング数の計算法

医学教育や研究の質の担保や、ひいては永続的な医師育成において負の作用をきたす問題点がある。その中でも、全ての医師が診療に100%エフォートをかける前提での専門医配分可能数が試算されており、主として大学などの医育機関で行われている医学生教育や基礎・臨床研究に従事するエフォートは全く勘案されていないことは教育・研究を行っている医育機関にとっては非常に大きな問題である。すなわち、診療エフォートだけで計算すると、大学病院等の医育機関では、医師数が過剰と計算される傾向にある。一方で、大学病院等の医育機関における後期研修医（専攻医）は教育と研究も担っており、シーリングをかけられ専攻医数が減少すると、研究と教育を担当する人材が不足する。そして、医育機関の研究医や教育担当医の減少から医学生への教育の質の低下、ひいては医師の質低下という負の要素が顕在化することが、大いに懸念される。特に、都市部を中心にシーリングがかけられているが、研究力の高い大学も都市部にある。負の要素が顕在化するのには制度が始まってから10-20年後であり、長期的に安定した医師の供給と分配の制度設計には、医育機関の研究医・教育医の育成と一体に議論しなくてはならない。

2 提言

医師の行う業務は「診療」のみならず、医学を発展させ、よりよい医療を実践するための「研究」、医学部生を医師に育成し、更に各領域の質の高い専門医を育成するための「教育」に相当なエフォートを割いている。特に医育機関においては、「研究」と「教育」は「診療」と同等に重要かつ必須のエフォートであり、「研究」と「教育」そして「診療」を適切なエフォートの元で遅滞なく遂行する義務と責務がある。特定機能病院（2019年4月1日時点で79の大学病院を含む全国86病院）の指定要件に「査読のある雑誌に掲載された英語論文数が年70件以上あること」とされており[21]、そもそもこれらの高度医療を提供する病院は診療以外の研究活動が必須とされている。育成される医師数は医学部入学時の学生数で規定されているため、適正に配置するための地域格差と診療格差の是正のための算定を必要とすることには一定の理解を示すものであるが、その試算方法についてはより多くの視点から議論がなされるべきである。具体的には、診療エフォートのみならず、医師による研究エフォート、教育エフォートを実態に基づいて加味すべきである。

「必要医師数」という言葉の意味するものは何であるのかを国民に広く説明し、理解を得ることが必要である。日本は、OECD 加盟国の中では、人口あたりの医師数が平均以下であり[22]、加えて医師の仕事をサポートするコメディカルスタッフの人数も圧倒的に少ない。よって、現状そして将来育成される医師数がそもそも正しい「必要数」なのかについての疑問がある。現行の試算方法での「必要医師数」とされるものは、全員診療に 100%従事すると仮定したうえで、一部の医師の過重労働を軽減することを目標に地域別、診療科別に最もバランス良く配分できる医師数、いわゆる「医師配分可能数」を試算したものである。現状の医師が日本の診療、研究、教育において将来の日本の医療のために担っているエフォートを鑑みるに、真の「医師配分可能数」を試算するためには、研究エフォート、教育エフォートの実態を組み込んだ試算でなくてはならない。さらに、医学研究の多くが大学院在籍者始め若い世代の医師によって担われており、厳しいシーリングが課されることによる若手医師の減少が、直接的に研究活動への人的・時間的資源を制約することになる。例えば、一つの対応策の可能性として、研究力、次世代を育成する教育力を維持するために必要な枠、研究医育成枠や教育担当医育成枠等を設置するなど、研究や教育の質と量を担保できる専門医育成制度設計を検討すべきである。医師の地域的偏在、診療科偏在、医師の過重労働は改善されなければならないが、科学技術立国を国の形の根本とする日本において、日本専門医機構による専門医制度が日本の研究力・教育力の低下にさらなる拍車をかける結果を招いてはならない。日本の研究力・教育力の低下は、医療を享受する国民の不利益となり、未来に大きな禍根を残すことが強く懸念される。拙速なシーリングを設けるのではなく、専門医制度の設計に、教育や研究からの視点を重視した大所高所にたった制度を構築することを強く提言するものである。

<参考文献>

- [1] 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。平成31年3月29日。https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei_315093.html
- [2] 令和元年第1回医道審議会医師分科会医師専門研修部会。
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_04665.html
- [3] 文部科学省科学技術・学術政策研究所。科学技術・学術基盤調査研究室。科学技術指標2018。<https://www.nistep.go.jp/wp/wp-content/uploads/NISTEP-RM274-FullJ.pdf>
- [4] THE 世界大学ランキング日本版 <https://japanuniversityrankings.jp>
- [5] 北村聖。日本発の臨床論文の動向。日本医学会第5回日本医学雑誌編集者会議（JAMJE）総会資料。（原資料 医薬産業政策研究所。主要基礎・臨床医学論文掲載数の国際比較。政策研ニュース No.35。2012年3月。
- [6] 西村多寿子、進正彦、埴岡健一、池田俊也。主要臨床医学雑誌の原著論文掲載数と研究内容の国際比較。国際医療福祉大学学会誌 2017;22(1):37-48
- [7] 厚生労働省。医師臨床研修制度の変遷。厚生労働省ホームページ
<https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/hensen/>
- [8] 厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室。専門医の在り方に関する検討会報告書。平成25年4月22日。
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000300ju.html>
- [9] 日本専門医機構。新専門医制度整備指針・同運用細則。2017年6月。
<https://jmsb.or.jp/kyotu-dl/senmoni-seibisisin2.pdf>
- [10] 厚生労働省医政局。医療計画策定研修会資料：医師偏在対策について。平成30年2月9日
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000194394.pdf>
全国自治体病院解説者協議会。医師確保対策。
<https://www.jmha.or.jp/conf/contents/info/107>
全国市長会。地域医療保健に関する要望。
http://www.mayors.or.jp/p_opinion/2009/11/h2011-28.php
- [11] 厚生労働省医政局。医療従事者の需給に関する検討会第12回医師需給分科会資料：医師養成過程における地域での医師確保。平成29年10月11日。
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000180474.pdf>

- [12] 医学部の地域枠、定員の2割近く 地方の医師確保策、10年で4倍に。
朝日新聞朝刊 2018年6月21日。
- [13] 日医総研。日医総研ワーキングペーパーNo.166 新医師臨床研修制度と医師偏在化・医師不足に関する調査－新医師臨床研修制度は医師不足を顕在化させたか－。http://www.jmari.med.or.jp/research/research/wr_376.html
- [14] 厚生労働省医政局。令和元年度第2回 医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会資料：2020年度専門研修プログラムに対する 厚生労働大臣からの意見・要請案。
<https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000548011.pdf>
- [15] 厚生労働省医政局。医療敬作策定研修会資料：医師の地域偏在の状況（平成20-26年度）。平成30年2月9日。
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000194394.pdf>
- [16] 厚生労働省医政局。第2回医師の働き方改革に関する検討会資料：医師の勤務実態について。平成29年9月21日。
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000178016.pdf>
- [17] 厚生労働省医政局。医師の働き方改革に関する検討会 報告書。平成31年3月28日
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000496522.pdf>
- [18] 医療法及び医師法の一部を改正する法律。平成30年7月25日公布。・
- [19] 厚生労働省医政局。令和元年第1回医道審議会医師分科会医師専門研修部会。https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_04665.html
- [20] 厚生労働省医政局。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。平成31年3月29日。
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei_315093.html
- [21] 厚生労働省。特定機能病院制度の概要。
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000137801.html>
- [22] WHO,GHO data repository 2019
<https://www.who.int/gho/en/>

<参考資料> 審議経過

令和元年

- 10月27日 臨床医学委員会内に「専攻医募集シーリングによる研究力低下に関する緊急提言」に関するワーキング・グループを設置
- 11月 5日 提言案のワーキング・グループ原案作成
- 11月 8日 臨床医学委員会開催（メール審議 ～18日（議決））
- 11月18日 第二部査読了
- 11月28日 日本学術会議幹事会（第284回）
提言「専攻医募集シーリングによる研究力低下に関する緊急提言」について承認