

平成17年4月27日(水)
14時00分～16時30分
専用第15会議室(厚生労働省7階)

第9回

社会保険審議会医療部会

議事次第

- 1 医療を担う人材の確保と資質の向上、へき地医療提供体制の確保、人員配置標準の在り方について
- 2 その他

(配付資料)

- 資料1 医療を担う人材の確保と資質の向上及びへき地医療提供体制の確保について
- 資料2 人員配置標準の在り方について

(参考資料)

- 参考資料1 資料1関連資料
- 参考資料2 行政処分を受けた医師に対する再教育について 報告書
(平成17年4月)
- 参考資料3 生活習慣病対策の総合的な推進(平成17年4月21日 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会資料)

医療を担う人材の確保と資質の向上 及びへき地医療提供体制の確保について

○医療を担う人材の確保と資質の向上について

○へき地医療提供体制の確保について

医師の需給について

1. 背景

「医師の需給に関する検討会」報告書（平成10年5月15日）において、現在の医師数は全体としては過剰な状況に至っていないものの、将来的には供給医師数が必要医師数を上回るとされている。しかしながら、昨今、特定分野（特定の地域、特定の診療科、特定の時間帯）における医師の不足感が強い。そのため、「へき地を含む地域における医師の確保等の促進について」（平成16年2月26日、地域医療に関する関係省庁連絡会議）において、「医師の養成・就業の実態、地域や診療科による偏在等を総合的に勘案し、平成17年度中を目途に医師の需給見通しの見直しを行う。」と定め、平成17年2月25日より、「医師の需給に関する検討会」を開催している。

2. これまでの議題等

第1回検討会（平成17年2月25日）

主な議題：医師の需給に関する検討会の検討事項
これまでの経緯

第2回検討会（3月11日）

主な議題：平成16年度厚生労働科学特別研究事業「医師需給と医学教育に関する研究」について長谷川委員よりこれまでの研究成果を発表

第3回検討会（4月6日）

主な議題：関係者からのヒアリング（日本小児科学会、日本産科婦人科学会、日本麻酔科学会、日本救急医学会）

第4回検討会（4月25日）

主な議題：医師の宿日直勤務と労働基準法
中間報告書骨子案

3. 今後の予定

平成17年度中を目途に報告書を公表

医師の需給に関するこれまでの経緯

- 昭和45年 「最小限必要な医師数を人口10万対150人とし、これを昭和60年を目途に充たそうとすれば、当面ここ4～5年のうちに医科大学の入学定員を1,700人程度増加させ、約6,000人に引き上げる必要がある。」との見解が明らかにされた。
- 昭和48年～ 「無医大県解消構想」いわゆる「一県一医科大学」設置を推進。
- 昭和58年 「人口10万対150人」の目標医師数の達成。
- 昭和61年 「将来の医師需給に関する検討委員会最終意見」において「当面昭和70年（平成7）年を目途として医師の新規参入を最小限10%程度削減する必要がある。」との見解が示された。
- 平成5年 医学部入学定員が7,725人となった。（昭和59年からの削減率7.7%）
- 平成6年 「医師需給の見直し等に関する検討委員会意見」において「昭和61年に佐々木委員会が最終意見で要望し、大学関係者も昭和62年に合意した、医学部の入学定員の10%削減が達成できるよう、公立大学医学部をはじめ大学関係者の最大限の努力を要望する。」との見解が示された。
- 平成9年 「医療提供体制について、大学医学部の整理・合理化も視野に入れつつ、引き続き、医学部定員の削減に取り組む。」旨が閣議決定された。
- 平成10年 医学部入学定員、7,705人（昭和61年からの削減率7.8%）
「医師の需給に関する検討会報告書」において「新規参入医師の削減を進めることを提言する。」との見解が示された。

医師の需給に関する検討会

中間報告書 骨子案（これまでの各委員の意見から）

1. はじめに

- 本検討会は、平成17年度中に報告書を取りまとめることになっている。
- 一方で、平成18年度での医療制度改革を目指して、医療制度全般について、社会保障審議会医療部会での議論が進められている。
- 本検討会も、18年度での改正に盛り込める事項については、可能な限り最終報告を待たずに中間報告として取りまとめることが適当。
- さらに残された事項については、最終報告書まで引き続き議論。

2. 現状の認識

- 患者から見ると、医師は常に忙しく十分な時間が取れないことも多く、医師は不足しているのではないかと感じる。また、医師から見ると、現場の繁忙感是非常に強い。医師は過剰になるという平成10年の認識は正しいのか疑問である。更に、患者と医師との関係が変容したことにより、インフォームド・コンセントを含む患者一人当たりの診療時間が非常に多くなってきている。そのため診療に時間を要するようになり、医師不足につながっているのではないかと。
- 診療科によっては医師不足が甚だしく、診療に支障をきたしている診療科もある。特に産婦人科・小児科などでは、新規参入医師が少ないことが医師不足に拍車をかけている。診療科別格差が大きい、更には夜間等、時間帯による医師の不足、という状況もある。
- 地域医療を守っている多くの医師が引退年齢にあることもあり、地域によって医師が不在の地域もある。都道府県別の人口当たりの医学部定員が偏在しており、地域別格差に拍車をかけている。医師の気質が変わり、過疎地域に行きたがらなくなっている。地方では大学病院でも医師が不足しており、関連病院に医師を派遣する余力がないのではないかと。
- 医師が不足している診療科、地域、時間帯においては、医師の質の面でも不足しているのではないかと。
- 労働基準法に伴う影響も無視できないのではないかと。
- 女性医師が増加しており、このことが需給に影響しているのではないかと。

3. 検討すべき課題とその解決方法について

(1) 地域偏在の解消等について

- 医師不足地域への医師誘導策について、外国の事例が参考になるのではないか。
- 医療施設集約や医療提供体制の効率化を図るべきではないか。
- 医師の分布に関して規制等の関与が必要ではないか。
- これらの問題に関しては、医療計画制度の活用により、ある程度解決されるのではないか。

(2) 診療科偏在の解消等について

- 分野別医師数について、学会がその役割を果たすべきではないか。
- 適正な専門医数を念頭に置きながら議論する必要があるのではないか。
- 専門医の数だけを議論するだけでなく、地域別に均衡に配置することも併せて考えるべきではないか。
- これらの問題に関しては、診療報酬や、政策的な手当を施すことにより、ある程度解決することができるのではないか。

(3) 良質な医師の養成・確保について

- 繰り返し事故を起こす医師等問題のある医師を排除するために、医師の評価を行うことが重要ではないか。
- 日本では免許があれば制約がないが、諸外国では、専門的医療行為には資格や経験が必須要件となっており、外国の事例として参考とすべきではないか。
- 政府が問題となる医師の再教育などに積極的に取り組むことにより、解決されるのではないか。

(4) 医師の勤務体制について

- 高度な医療機関等においては、医師の交代勤務が行われないと、患者の安全が確保されないのではないか。
- 一方で、例えば重症の患者の診療にあたる場合、医師が交代勤務を行うと、治療の一貫性が損なわれることがあるのではないか。また、チーム医療が進まなければ、患者から主治医が交代して診療にあたることは受け入れられないのではないか。

(5) 医師と他職種との役割分担について

- 医師とその他の職種との役割分担を考えなおす必要があるのではないか。

(6)幅広い診療能力を持つ医師の養成について

- 欧米は家庭医の養成や資格が制度化されている。日本でも検討すべきではないか。
- へき地や離島などでは、診療所において一人で診療を行わなければならない、ジェネラリストでないと対応できない。国としてジェネラリストを整備していくべきではないか。
- 平成16年度から開始された新しい臨床研修制度により、ある程度の解決が期待できるのではないか。

(7)女性医師の活用について

- 女性医師の勤務実態等を踏まえ、より能力を発揮できる方策を検討する必要があるのではないか。

(8)その他

- 医師過剰が本当に弊害を伴うのか。つまり医師が過剰になると
 - 不必要な需要を生む可能性
 - 医師の失業の問題
 - 数が増えることによる質の低下が起こるのか。医師過剰国の事例を検討すべきではないか。
- 夜間等、時間帯による医師の不足の実態を把握する必要があるのではないか。
- 国際的な数字の比較に当たっては、それぞれの国の医療制度、医療を取り巻く背景、勤務実態を斟酌したうえで解釈する必要があるのではないか。
- いくつかのタイプの医療機関別に、医療内容、医療現場でのそれぞれの対応等の客観的データを基に検討する必要があるのではないか。また、医師の働き方の個人差も大きいので、勤務医や女性医師の勤務実態を踏まえた医師需給推計が必要なのではないか。
- 医療法の人員配置標準が医療の実態に合っていない部分があることが、医師の需給についての考え方を混乱させているのではないか。
- 卒後3年目以降の研修のあり方が医師需給を考える上で重要ではないか。
- 医師の需給は、数だけの問題ではなく、医師の質の問題、地域・診療科偏

在の問題、他職種との関係の在り方の問題等、総合的に考える必要があるのではないか。

「行政処分を受けた医師に対する再教育に関する検討会」について

1 検討会の目的

平成16年3月に医道審議会医道分科会において了承された方針に基づき、行政処分を受けた医師に対する再教育の具体的内容について検討を行う。

2 主な検討事項

- (1) 医業停止処分を受けた医師に対する再教育の具体的内容
(再教育の期間、手法、実施機関)
- (2) 海外の事例の検討
- (3) 再教育の実効性を担保するための方策
- (4) その他必要な事項

3 検討会委員

(◎は座長)

池口 恵観	烏帽子山最福寺法主
稲垣 克巳	一般有識者
金子 譲	東京歯科大学学長
川端 正清	同愛記念病院産婦人科部長
◎ 北島 政樹	慶應義塾大学医学部長
小泉 俊三	佐賀大学医学部附属病院教授
清水 勇男	蒲田公証役場公証人
水田 祥代	九州大学病院長
橋本 信也	日本医師会常任理事
堀江 孝至	日本大学医学部長
村田 幸子	ジャーナリスト
我妻 学	東京都立大学法学部教授

4 検討の経緯

第1回 10月19日

- ・ 行政処分の事例について
- ・ 米国における医師に対する処分と再教育について

第2回 11月10日

- ・ 論点整理(案)について
- ・ 英国における医師に対する処分と再教育について

第3回 12月22日

- ・ 報告書骨子(案)について

第4回 2月22日

- ・ 報告書(案)について

第5回 3月30日

- ・ 報告書取りまとめ

行政処分を受けた医師に対する再教育に関する検討会 報告書(概要)

1 はじめに

- 医道審議会医道分科会の方針(平成16年3月)に基づき、行政処分を受けた医師に対する再教育の具体的内容について取りまとめたもの。
- 行政処分を受けた歯科医師に対しても、同様の取組みが講じられるべきであること。

2 行政処分の現状と問題点

- 医業停止を受けた医師(被処分者)は、医業停止期間を過ぎれば、特段の条件なく医業に復帰することができること。
- しかし、被処分者は職業倫理の欠如や医療技術の未熟さ等があつて、行政処分のみでは反省や適正な医業の実施が期待できないとの指摘があることから、被処分者が反省し、医業再開後に適正な医業が行われるようにするための具体的な過程を整理することが必要。

3 再教育の在り方

(1)再教育の目的

- 国民に対し安心・安全な医療、質の高い医療を確保する観点から、被処分者の職業倫理を高め、併せて、医療技術を再確認し、能力と適性に応じた医療を提供するように促すこと。

(2)再教育の内容

- 被処分者ごとに、職業倫理・医療技術のそれぞれについて助言指導者(後述)を選任すること。
- 職業倫理に関する再教育においては、教育的講座の受講、社会奉仕活動等の中から各被処分者が組み合わせて実施(月1回程度、助言指導者が面接)。
- 行政処分の理由が医療技術上の問題と考えられる場合には、当該技術について評価を行い、被処分者の能力と適性に応じた、医業再開の環境と条件を検討する機会とすること。
- 医業停止期間が長期にわたる場合には、医学知識の不足と医療技術の低下を補えるものとする。

(3)再教育を受けるべき対象者

- 職業倫理に関する再教育(倫理研修)については、職業倫理について自ら省みる機会を提供するという観点から、行政処分を受けた者全てを対象。
- 医療技術に関する再教育(技術研修)については、原則として医療事故を理由とした行政処分を受けた医師及び医業停止期間が長期に及ぶ医師を対象。

※免許取消処分を受けた者については、将来的に免許の再交付がなされる場合に、再教育を義務づけることが適当。

(4) 再教育の助言指導者

- 被処分者の状況に応じて適切な指導、助言を行う者(助言指導者)の存在が重要。
- 倫理研修における助言指導者は、必ずしも医師であることを要しないこと。
- 技術研修における助言指導者は、被処分者の医療技術を評価する役割を担うため、当該分野において専門的知識・技術を有する医師であること。

(5) 再教育の提供者

- 再教育は、助言指導者自身が提供する場合もあれば、助言指導者とともに作成する研修計画書に基づき、第三者が提供する場合もあること。
- 倫理研修の提供者は、助言指導者自身の他、医療関係団体や、社会奉仕団体、公益団体、学校法人などが想定できること。
- 技術研修の提供者は、助言指導者、あるいは当該医療分野において実績をもつ医療機関ないし医師個人であること。
- 再教育に係る直接の費用は、原則として、再教育を受ける者の負担とすることが適当と考えられること。

(6) 再教育修了の認定

- 厚生労働省は、研修実施報告書(被処分者が作成)及び研修評価書(助言指導者が作成)を審査の上、一定の評価基準を踏まえ、再教育の修了の認定等の措置をとることが考えられること。
- 被処分者が再教育を受けない等の場合には、必要な措置を行うべきであること。

(7) 再教育の実効性を担保する方法

- 医師法を改正して、被処分者に対して再教育を義務付けることが必要。

(8) 国の役割

- 医師法改正により、再教育制度に法的な根拠を与えるとともに、助言指導者の養成等の環境整備を行うこと。
- 国に、行政処分の根拠となる事実関係について、調査権限に基づき調査を行うなど行政処分に係る事務を担当する全国的な専門組織を設けることが適当であること。

4 当面の対応

- 当面は、現行制度の下で試行的に対応し、その取組みにおける知見を踏まえて、実効性のある再教育制度を構築すべきであること。

5 行政処分の在り方等に関する検討事項

- 本検討会と別の場で検討されるべきことであるが、その際に役立つよう、検討事項(新たな行政処分の類型の設置、医療事故を理由とした行政処分の在り方、再教育を修了した者の医籍への登録等)を記述したこと。

臨床研修の必修化について

1. 医師臨床研修の必修化

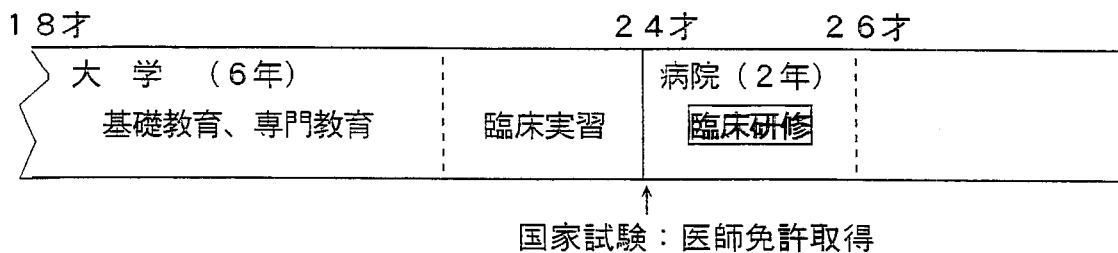
(1) 背景

- 地域医療との接点が少なく、専門の診療科に偏った研修が行われ、「病気を診るが、人を診ない」と評されていた。
- 多くの研修医について、処遇が不十分で、アルバイトせざるを得ず、研修に専念できない状況であった。
- 出身大学やその関連病院での研修が中心で、研修内容や研修成果の評価が十分に行われてこなかった。

(2) 新医師臨床研修制度

- 医師の臨床研修を必修化し、
 - ① 医師としての人格を涵養し、
 - ② プライマリ・ケアの基本的な診療能力を修得するとともに、
 - ③ アルバイトせずに研修に専念できる環境を整備することを基本的な考え方として、制度を構築してきた。

【医師の養成課程】



【従来の臨床研修制度】

- 臨床研修は、医師免許取得後2年以上行うよう努める（努力義務）
- 研修医は約13,500人（2学年分、対象者数の87%）。その7割が大学病院で、3割が臨床研修病院で研修を実施（平成13年度）
- 研修医の4割程度が、出身大学（医局）関連の単一診療科によるストレート方式により研修を受けている。
- 一方で、幅広い診療能力が身に付けられる総合診療方式（スーパーローテート）による研修を受けている研修医は少ない。

(3) 新制度実施までの主な経緯

- H12.12 改正医師法、医療法の公布（H16.4から施行）
 - ・診療に従事しようとする医師は、大学病院又は臨床研修病院において、2年以上、臨床研修を受けなければならない。
- H14.12 臨床研修に関する省令制定（臨床研修病院の指定基準等）
- H16.4～ 医師臨床研修必修化

病床規模別 病院数・研修医数

【単独・管理型臨床研修病院(大学病院を含む)】

(単位:施設、人)

区 分	平成15年度			平成16年度			平成17年度		
	病院数	(うち、研修医が 在籍する病院数)	研修医数	病院数	(うち、研修医が 在籍する病院数)	研修医数	病院数	(うち、研修医が 在籍する病院数)	研修医数
～99床	0	(0)	0	2	(1)	2	2	(2)	4
100床～199床	1	(1)	3	42	(20)	46	56	(29)	70
200床～299床	18	(16)	60	122	(63)	143	141	(92)	233
300床～499床	248	(175)	807	417	(291)	1,162	446	(342)	1,453
500床～699床	193	(158)	2,027	215	(191)	2,075	223	(207)	2,139
700床～999床	83	(79)	2,502	85	(82)	2,080	85	(83)	1,881
1,000床～	42	(42)	2,761	44	(43)	1,884	44	(44)	1,746
計	585	(471)	8,160	927	(691)	7,392	997	(799)	7,526

【単独・管理型臨床研修病院のみ】

(単位:施設、人)

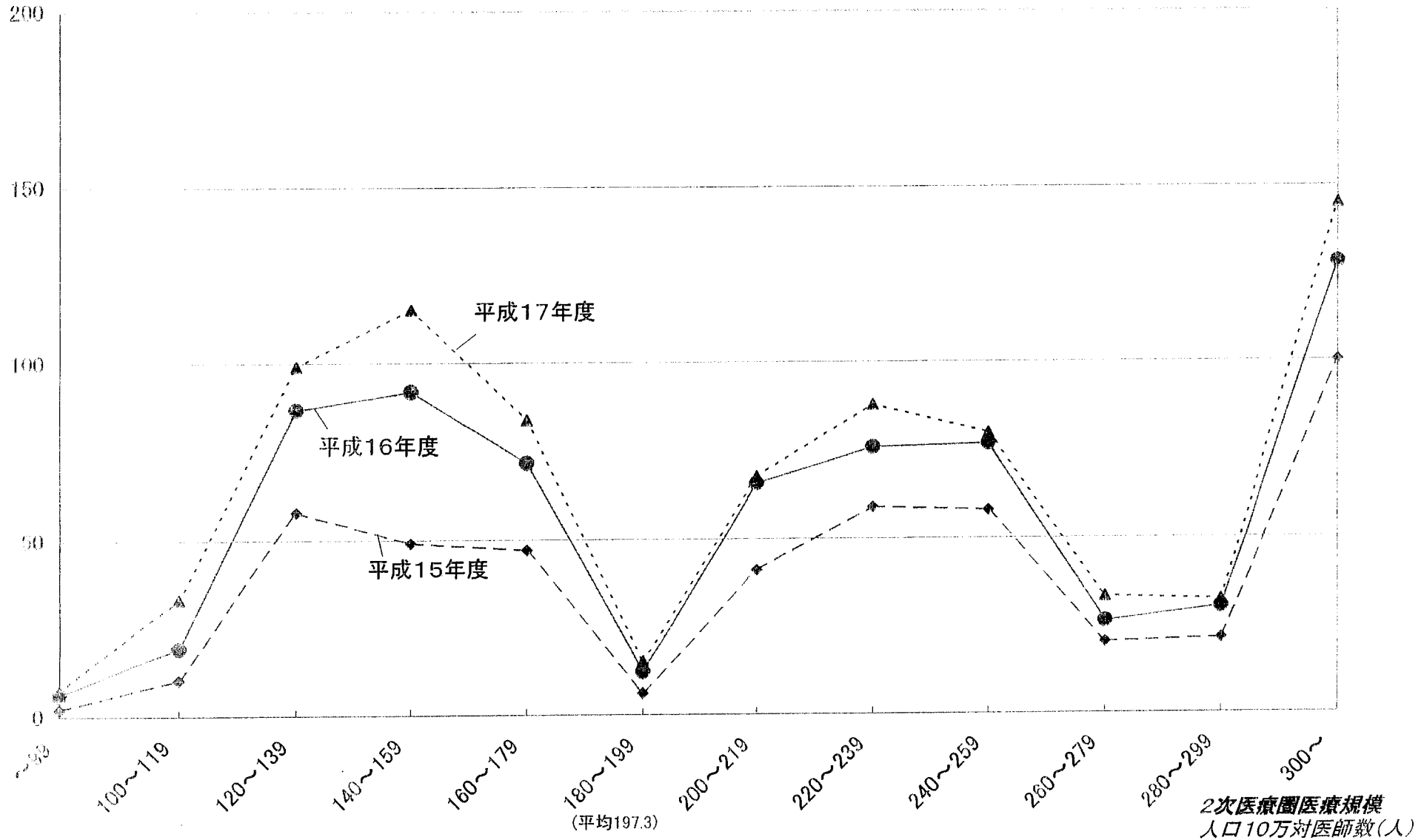
区 分	平成15年度			平成16年度			平成17年度		
	病院数	(うち、研修医が 在籍する病院数)	研修医数	病院数	(うち、研修医が 在籍する病院数)	研修医数	病院数	(うち、研修医が 在籍する病院数)	研修医数
～99床	0	(0)	0	2	(1)	2	2	(2)	4
100床～199床	0	(0)	0	42	(20)	46	55	(28)	66
200床～299床	18	(16)	60	122	(63)	143	141	(92)	233
300床～499床	238	(165)	735	408	(283)	1,076	436	(332)	1,346
500床～699床	163	(128)	819	183	(161)	1,180	189	(173)	1,335
700床～999床	56	(52)	531	58	(55)	699	58	(56)	692
1,000床～	10	(10)	92	12	(11)	116	12	(12)	148
計	485	(371)	2,237	827	(594)	3,262	893	(695)	3,824

※研修医数については、厚生労働省医政局医事課調べの数字である。
また、平成15年度の数字には、精神科単科研修を行う15病院を含まない。

病院数
(施設)

2次医療圏医療規模（人口10万対医師数）別 研修医在籍病院数

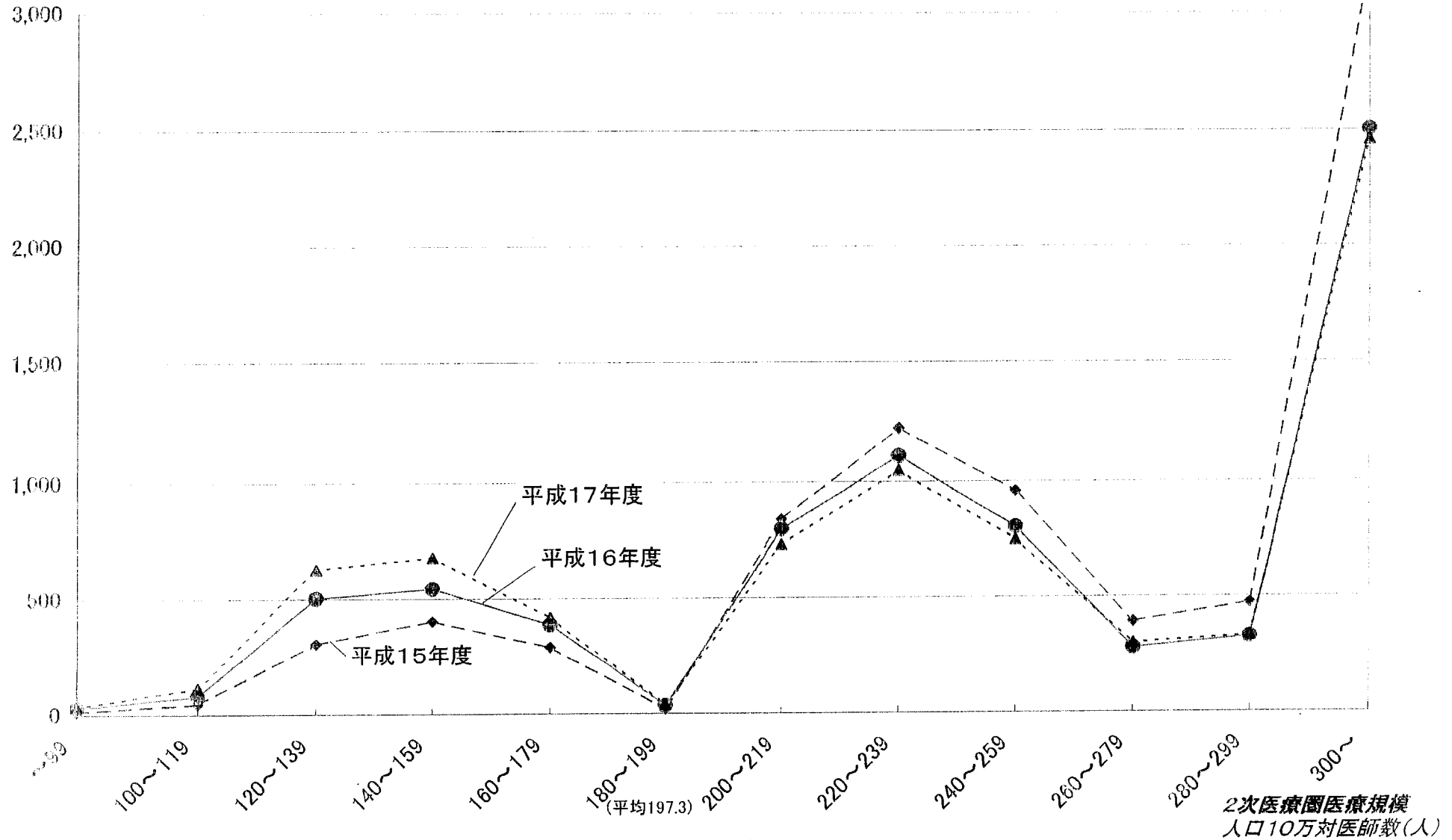
-12-



※ 2次医療圏を人口10万人対医師数別(これを医療規模と見なした。)に分類し、それぞれの圏域における、単
独型又は管理型臨床研修病院(平成15年度は一般病院、主病院)として指定を受けている臨床研修病院及び
単独型又は管理型相当大学病院のうち、実際に研修医を受け入れている病院数を表した。

研修医数
(人)

2次医療圏医療規模（人口10万対医師数）別 研修医在籍状況



※ 2次医療圏を人口10万人対医師数別(これを医療規模と見なした。)に分類し、それぞれの圏域における、単独型又は管理型臨床研修病院(平成15年度は一般病院、主病院)として指定を受けている臨床研修病院及び単独型又は管理型相当大学病院に在籍する研修医数を表した。

臨床研修医在籍状況の推移

(単位:人、%)

区 分	平成15年度		平成16年度				平成17年度			
	研修医数	比率	マッチ結果	比率	研修医数	比率	マッチ結果	比率	研修医数	比率
臨床研修病院	2,237	27.4	3,193	41.2	3,262	44.1	3,784	47.3	3,824	50.8
大学病院	5,923	72.6	4,563	58.8	4,130	55.9	4,216	52.7	3,702	49.2
計	8,160	100.0	7,756	100.0	7,392	100.0	8,000	100.0	7,526	100.0

※ 研修医数については、各年度、国家試験合格発表後の厚生労働省医政局医事課調べの数字である。

※※ マッチ結果については、マッチング未参加者(自治医科大学、防衛医科大学校卒業生等)を含んでいない。