
特集：医療専門職の業務の変化と現代的課題

医師の卒後研修の現状と課題 ——医師の地域偏在問題を中心に——

遠藤 久夫*

抄 録

医師の地域偏在はさまざまな理由で生ずる。卒後研修制度の目的は医療の質の向上であるが、同時に研修の方法によっては医師の地域偏在を助長させるという指摘がある。医師免許取得直後の医師が対象となる医師臨床研修制度は2004年度から必修化されたが、都道府県の募集人数に上限を課すことで大都市への研修医の集中を抑えてきた。一方、この医師臨床研修を修了した医師が対象となる専門医研修は、各学会が独自に運営、認定する民間資格であるため、診療科間で研修内容にばらつきが大きかった。2018年度から日本専門医機構による統一な専門医研修制度が開始されたが、新しい制度は医師の地域偏在を助長させると、地方自治体や病院団体が強い懸念を示した。そのため国は医師偏在を拡大させないための施策を講じた。2018年度の第1回の専門医研修では専攻医の東京集中が見られたが、これが新制度によるものなのかはデータが少なく断定できない。今後の動向を慎重に観察する必要がある。

キーワード：医師の地域偏在， 医師臨床研修制度， 専門医制度， 日本専門医機構

社会保障研究 2019, vol.3, no.4, pp.476-491.

I はじめに

医学の目覚ましい発展と医療ニーズの多様化により医師に対する教育は医学部教育だけでは不十分である。多くの先進国と同様にわが国においても医学部卒業後に体系だった卒後研修プログラムが用意されている。医師国家試験合格後、臨床医になるためには修得が義務付けられている「医師臨床研修制度」と、その後、任意で修得する「専門医制度」である。これらは医師の知識や技能の向上を目的として行われるが、研修方法や研修場所に関する制度設計によっては医師の地域偏在をも

たらすという指摘がある。医療の質を向上させるという目的であれば、卒後研修のあるべき姿は直接的には医学界、医療界の問題である。しかし、希少資源である医師不足につながるとなると医学界、医療界にとどまらず社会一般が大いに関心をもつことになる。そのため医師の地域偏在という視点から医師の卒後研修制度にはさまざまな公的介入が行われてきた。本稿では以下の二つの視点から、医師の卒後研修制度と医師の地域偏在に関する関係を分析する。

1. 卒後研修制度の変遷を医師の地域偏在を抑制するためにとられた公的介入の視点から整理する。

* 国立社会保障・人口問題研究所 所長

2. 卒後研修制度が実際に医師の地域偏在に及ぼした影響を分析する。

II 医師の地域偏在の現状

わが国では2008年度以降、医学部の定員増という方法で医師数を増やしてきたが、2014年のわが国の人口1000人対医師数は2.3人と、OECD諸国加重平均の2.8人を下回っている（OECD Health Statistics 2016）。医師の養成については、今後予想される高齢者人口の増加を背景に医師をさらに増やすべきという意見と、全体ですでに充足しており、医師不足は地域偏在によるものだという意見が対立している。どちらの立場をとるにせよ医師の地域偏在¹⁾は解決されるべき重要な課題であると共通に認識されている。

1 都道府県単位の医師の地域偏在

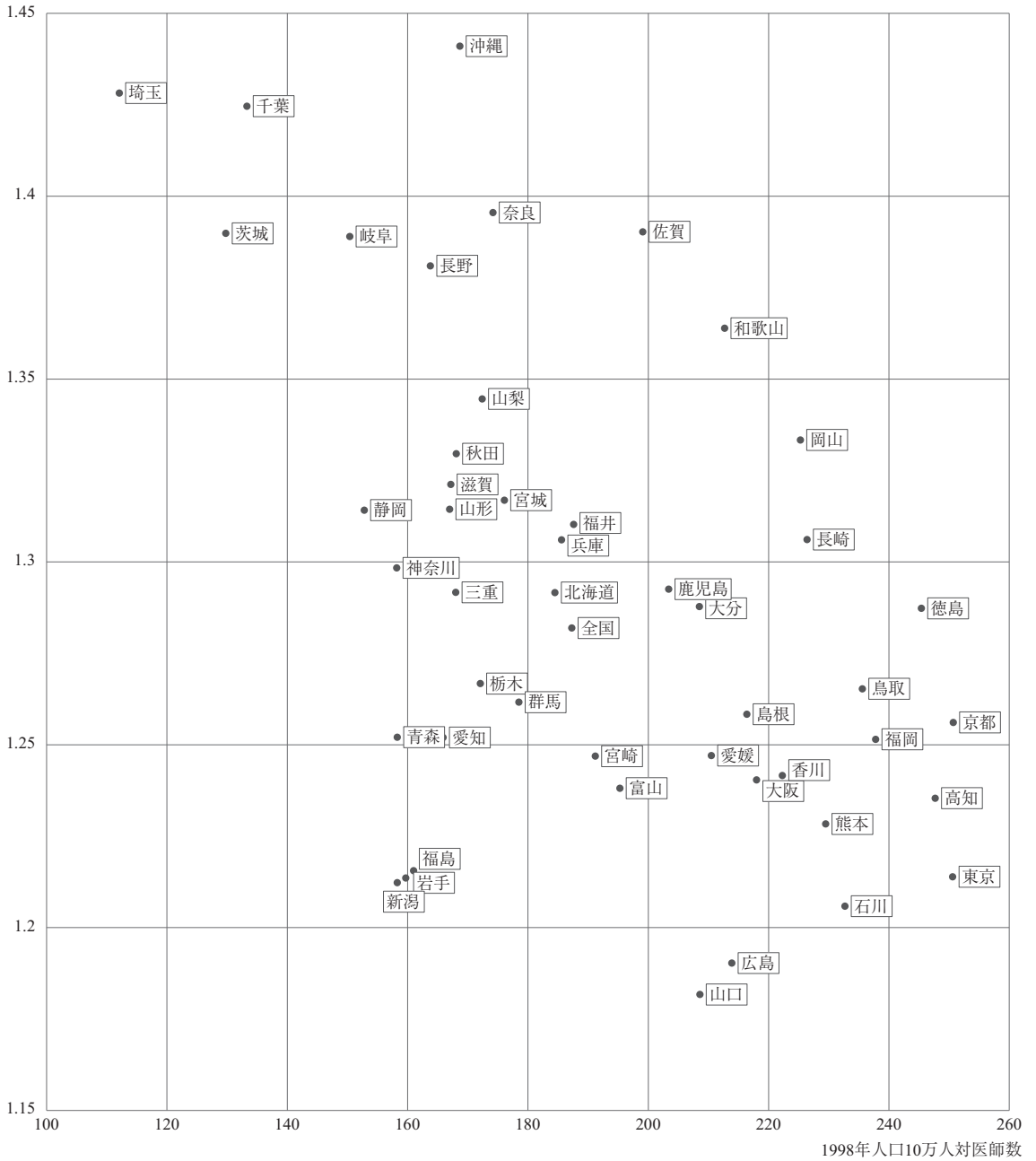
表1および図1は都道府県別の人口10万人対医師数の1998年度（平成10年度）から2016年度（平成28年度）までの変化を示したものである。図1から分かるように各都道府県は右下がりに分布しており、1998年度に人口10万人対医師数の多い都府県（東京、高知、京都、福岡、石川、等）の増加率は小さく、10万人対医師数の少ない県（埼玉、千葉、茨城、岐阜、等）の増加率は大きい。このことは都道府県単位では医師の地域偏在は改善傾向にあることを示している。表2は1998年度（平成10年度）から2016年度（平成28年度）までの都道府県単位の人口10万人対医師数のジニ係数の推移を示したものである。1998年度は0.1019であったが2016年度は0.0921へと低下しており、これからも医師の都道府県単位の地域偏在は改善傾向にあるといえる。

表1 都道府県別の人口10万人対医師数の変化

	1998年度 人口10万人 対医師数 単位：人	2016年度 人口10万人 対医師数 単位：人	人口10万人 対医師数増加率 (2016年度／1998 年度) 単位：倍
全国	187.3	240.1	1.28
北海道	184.5	238.3	1.29
青森	158.3	198.2	1.25
岩手	159.7	193.8	1.21
宮城	176.1	231.9	1.32
秋田	168.1	223.5	1.33
山形	167.0	219.5	1.31
福島	161.0	195.7	1.22
茨城	129.8	180.4	1.39
栃木	172.1	218.0	1.27
群馬	178.5	225.2	1.26
埼玉	112.1	160.1	1.43
千葉	133.3	189.9	1.42
東京	250.6	304.2	1.21
神奈川	158.2	205.4	1.30
新潟	158.3	191.9	1.21
富山	195.3	241.8	1.24
石川	232.7	280.6	1.21
福井	187.6	245.8	1.31
山梨	172.4	231.8	1.34
長野	163.8	226.2	1.38
岐阜	150.4	208.9	1.39
静岡	152.8	200.8	1.31
愛知	165.9	207.7	1.25
三重	168.0	217.0	1.29
滋賀	167.2	220.9	1.32
京都	250.7	314.9	1.26
大阪	218.0	270.4	1.24
兵庫	185.6	242.4	1.31
奈良	174.2	243.1	1.40
和歌山	212.7	290.1	1.36
鳥取	235.6	298.1	1.27
島根	216.4	272.3	1.26
岡山	225.3	300.4	1.33
広島	213.9	254.6	1.19
山口	208.6	246.5	1.18
徳島	245.4	315.9	1.29
香川	222.3	276.0	1.24
愛媛	210.5	262.5	1.25
高知	247.7	306.0	1.24
福岡	237.8	297.6	1.25
佐賀	199.1	276.8	1.39
長崎	226.4	295.7	1.31
熊本	229.5	281.9	1.23
大分	208.5	268.5	1.29
宮崎	191.2	238.4	1.25
鹿児島	203.4	262.9	1.29
沖縄	168.7	243.1	1.44

¹⁾ 医師の地域偏在の原因は卒後研修以外にも多々存在する。例えば子供の教育を考慮した親（医師）の大都市志向や、医学部は偏差値が高いため地方大学でも受験体制の整った大都市の高校出身者が多いなどが考えられる。しかし、本稿では卒後研修と地域偏在との関係に焦点を絞る。また産科医不足、外科医不足等の診療科の偏在も重要な課題であり、医師の地域偏在は診療科の偏在と複合して生じているが、本稿では診療科を考慮した地域偏在問題は扱わない。

2016年度/1998年度：倍



「医師・歯科医師・薬剤師調査」平成10年、平成28年より作成。

図1 1998年人口10万人対医師数および人口10万人対医師数の増加率（2016年度／1998年度）

表2 都道府県別人口10万人対医師数のジニ係数推移

年度	1998	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016
ジニ係数	0.1019	0.0979	0.0972	0.0952	0.0938	0.0918	0.0938	0.0931	0.0921

「医師・歯科医師・薬剤師調査」平成10年～平成28年より計算。

2 二次医療圏単位での地域偏在

医師の地域偏在の問題は都道府県単位で生ずるだけではない。むしろ、同一都道府県内での地域偏在の方が大きい。2014年の同一都道府県内の人口10万人対医師数が最も多い二次医療圏²⁾と最も少ない二次医療圏を比較すると、北海道は3.3倍、宮城県は1.9倍、愛知県は4.6倍、大阪府は2.1倍、伊豆七島を有する東京都は10.6倍³⁾である。

表3は二次医療圏単位で見た人口10万人対医師数の2008年度（平成20年度）から2014年度（平成26年度）までの変化を示したものである。人口10万人対医師数が減少した二次医療圏の割合は、過疎地域医療圏（24%）、地方都市医療圏（5%）、大都市医療圏（2%）の順で大きい⁴⁾が、人口10万人対医師数が10%以上増加した二次医療圏の割合は、大都市医療圏（48%）、地方都市医療圏（36%）、過疎地域医療圏（21%）の順で大きい。これは、二次医療圏単位では人口10万人対医師数の格差は進んでいることを示唆している。

このように、都道府県単位では医師偏在に改善傾向が見られるが、二次医療圏単位ではその傾向が見られないのが現状である。

Ⅲ 医師臨床研修制度と医師の地域偏在

1 医師臨床研修制度に関する経緯

(1) インターン制度発足（1947年：昭和22年）
 インターン制度とは、太平洋戦争期に医師（軍医）を大量に養成したため「質」の問題があったことを背景に、戦後GHQ主導で導入された卒後研修制度である。医師国家試験の受験資格を得るために医学部卒業後インターン生として1年間の研修を課したのである。この制度はインターン生の身分や処遇が不明確であったことや指導体制が不十分であるなどの問題を抱えていた。特に、前者は国家試験の受験前なので医師ではなく、医学部を卒業しているので学生でもないという不安定な身分であり、インターン生の医療行為は厳密には無資格診療となり、過失による医療事故の責任問題も内在していた。また無給で経済的保証も無かった。このような課題を背景に1960年代後半にインターン闘争が起き、その後の学生運動の大きな火種のひとつとなった。

表3 二次医療圏ごとに見た人口10万人対医療施設従事医師数の増減（2008年→2014年）

	減少	10%未満増加	10%以上増加	医療圏数
全体	16%	56%	33%	344医療圏
大都市医療圏	2%	50%	48%	52医療圏
地方都市医療圏	5%	58%	36%	171医療圏
過疎地域医療圏	24%	55%	21%	121医療圏

大都市医療圏：人口100万人以上または人口密度2,000人/km²以上。

地方都市医療圏：人口20万人以上または人口10～20万人かつ人口密度200人/km²以上。

過疎地域医療圏：大都市医療圏にも地方都市医療圏にも属さない医療圏。

出典：「医師偏在対策について」平成30年2月9日 厚生労働省医政局医療計画策定研修会 資料3。

²⁾ 二次医療圏とは医療計画上の区分で、一体の区域として病院等における入院に関す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ている。2018年現在（平成30年）、全国に344圏存在する。

³⁾ 東京の人口10万人対医師数は「区中央部」（千代田区、中央区、文京区、港区、台東区）は1181.7人であるのに対し「島しょ」は111人。

(2) 医師臨床研修制度の創設(1968年:昭和43年)

1968年(昭和43年)にインターン制度は廃止され、医師臨床研修制度が導入された。インターン制度と決定的に異なるのは、医学部卒業時点で医師国家試験の受験資格が与えられ、医師資格取得者が研修医として2年間の臨床研修に参加するようになったことである。しかし、臨床研修は必須ではなくあくまでも努力義務であった。もっとも医学部卒業段階での医師の知識や技能は不十分であるため、ほとんどの医師国家試験合格者は臨床研修に参加した。むしろ努力義務であったことの問題点は、大学病院等の各臨床研修施設の自由度が高かったため全国一律の研修体制を構築できず、研修内容のばらつきが大きかったことである。

① 大学病院での研修が中心

医師臨床研修制度における研修施設は「大学病院または厚生労働大臣の指定する病院(臨床研修病院)」となっているが、研修施設に関する厳格な基準がなかったため臨床研修病院に手を挙げる病院は限られており、医療資源の豊富な大学病院での研修を選択する研修医が多かった⁴⁾。2001年度(平成13年度)では、研修医の71.2%が大学病院(国立大学病院31.7%、私立大学病院31.4%、公立大学病院8.2%)を選択し、臨床研修病院を選択した研修医は28.8%であった。

しかし大学病院で臨床研修を行うことについては次のような課題が指摘された。大学病院での臨床研修では、それぞれの診療科の医局に入局することになるが、その場合、医師としてのトレーニングの初期の段階から内科、外科等の医局関連の専門医を目指す研修(ストレート方式)となり、医師として基本的な領域を幅広く経験することが難しくなる。また、大学病院では紹介患者が多く、初診症例の診断経験を積むことが難しかった。このように大学病院での研修はプライマリ・ケアの基本的な診療能力の修得には不適切であった。さらに、大学病院のように病院内の医療療養資源が充実している環境で研修を行うことは、へき地医療などの医療資源の乏しい地域での医療への

関心が醸成されにくい点も指摘された。

② 受け入れ病院の指導体制が不十分

臨床研修制度が努力義務であったため研修プログラムや指導体制に統一基準がなく、研修施設間の格差が大きかった。また研修プログラムの評価や研修効果の評価という概念に乏しく、日常診療の中で指導医から指導を受けるOJTのレベルの研修が多かった。

インターン制度で問題となった処遇については医師臨床研修制度導入後も改善されず、相変わらずアルバイトによる生計の維持が必要であった。これは研修に専念できないだけでなく、技能が未熟な段階での(時給の高い当直等の)アルバイトは医療事故のリスクを潜在的に高めることにもつながった。

(3) 新医師臨床研修制度の施行(2004年:平成16年)

このような問題が指摘されたため、その改善を目的に2004年(平成16年)から医師臨床研修制度の内容が大きく変わった。従来の医師臨床研修制度と区別するため新制度は「新医師臨床研修制度」と呼ばれることもある。新医師臨床研修制度の基本理念は「医師としての人格を涵養し、プライマリ・ケアへの理解を高め、患者を全人的に診ることができる基本的な診療能力を修得すること」であった。それまでと大きく変わったのは以下の点である。

① 努力義務から必修化

医師法が改正され臨床医になるためには医師国家試験合格の後、2年間の臨床研修を終了しなければならないことになった。

② 統一的な基準の作成

必修化されたことにより国の関与が強化され、研修プログラムの内容、指導体制、臨床研修病院の施設基準の統一化が進められた。

③ マッチング制度の導入

従来は病院ごとに募集時期にばらつきがあったが、必修化に伴い公平性を確保しつつ、研修希望

⁴⁾ 研修医の多くは自身の卒業した大学の附属病院を研修施設に選んだ。

者（原則として医学部6年生）と研修施設の希望にできるだけ沿えるように新たに「マッチング制度」が導入された⁵⁾。

④ 研修医の処遇改善

研修医が研修に専念できるように、国は研修施設に補助金を出し、適正な給与の支給を求めた。その結果、研修医の給与水準は大きく増加し2011年度（平成23年度）採用予定の研修医の推計平均年収は、1年次435万円（大学病院307万円，臨床研修病院451万円），2年次481万円（大学病院312万円，臨床研修病院502万円）（厚生労働省調査）となり，新制度導入前と比較して大きく増加した。一方で研修に専念するようアルバイトが禁止された。

⑤ スーパーローテート方式のプログラム

高齢化の進展を背景に，複数疾患を持つ高齢者の医療ニーズをとらえて，これまでの大学病院中心の専門医志向の臨床研修（ストレート方式）を改め，研修プログラムは臨床研修の早期に基本となる診療科を短期間に経験させるスーパーローテート方式を採用した。具体的には，内科6か月，外科3か月，救急3か月，小児科，産婦人科，精神科，地域医療が各1か月を必修科目として，残りの8か月は自由に診療科を選択できる，というものである。

（4）新医師臨床研修制度の問題点

このように従来の医師臨床研修制度の課題改善のために導入された新医師臨床研修制度であったが，完ぺきな制度は存在しない。実際の運営を行う中で，次のような問題点が浮かび上がってきた。

①総合医志向，プライマリ・ケア重視の視点からスーパーローテート方式の研修プログラムが導入されたが，この研修プログラムでは必修科目

が7科目と多いため，科目ごとの研修期間が短く研修医は「お客さん」となりかねない。また目指すべき診療科が決まっている研修医にとっては興味が持てない科目が多いという不満も生じた。要するに，この制度では従来の制度とは反対に研修終了後，専門医等へのキャリアパスに円滑に接続することが妨げられるという指摘がなされたのである。

②臨床研修病院の指定基準が明確になったことにより全国で臨床研修病院が増加した。新医師臨床制度が導入される1年前の2003年（平成15年）は臨床研修病院は637病院であったが，2004年（平成16年）には1391病院へと倍増した⁶⁾。臨床研修病院の増加は研修医に大学病院以外の選択肢を増やすことになったが，一方で臨床病院間での指導体制の格差の拡大をもたらした。

③次のような理由で地域における医師不足が拡大したと指摘された。

○マッチング制度の導入により母校の大学病院以外の研修施設を選択することがマインド的にも技術的にも容易になったため，研修医が都市部の研修施設に集中した⁷⁾。

○大学病院の研修医が減少したため，大学病院の医師不足地域への医師派遣機能⁸⁾が低下したと指摘された。

（5）新医師臨床研修制度の見直し（2010年：平成22年）

以上の課題に対応するため次のような見直しが行われた。

①将来の専門医への連続性を高めるため研修プログラムを弾力化した。具体的にはそれまでの必修科目7科目（内科6か月，外科3か月，救急3か月，小児科，産婦人科，精神科，地域医療各1か月）を必修科目3科目（内科6か月，救急3か月，

⁵⁾ マッチング制度とは，次のような仕組みである。研修病院は研修希望者に対して採用選考を行い，病院は希望する研修希望者の順位を，研修希望者は希望する病院の順位をそれぞれマッチングの運営機関に提出する。それを基に一定のアルゴリズムに従ってコンピュータにより組み合わせを決定するシステムである。

⁶⁾ 「第2回新医師臨床研修制度施行準備有識者会議」平成16年3月10日。

⁷⁾ 医学部は入試難易度が高いため地方の大学医学部にも大都市の受験校出身者が数多く入学するため，卒業後に地元の大都市に戻るといふ行動が見られた。

表4 研修医の募集定員・研修希望者数の推移および倍率推移

年度	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010※	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
募集定員(人)	11,030	11,276	11,370	11,461	11,722	11,448	10,699	10,900	10,755	10,739	10,703	11,222	11,272	11,390
研修希望者(人)	8,443	8,720	8,802	8,759	8,702	8,572	8,597	8,729	8,655	8,679	8,717	9,206	9,637	9,826
定員/希望者(倍)	1.31	1.29	1.29	1.31	1.35	1.34	1.24	1.25	1.24	1.24	1.23	1.22	1.17	1.16

※2010年度に定員上限設定 「医道審議会医師分科会医師研修部会報告書 参考資料」平成30年3月30日より。

地域医療1か月) + 選択必修科目2科目(外科, 麻酔科, 小児科, 産婦人科, 精神科から選択)に変更し, 研修医自身が考えるキャリアパスとの整合性を高めた。

②研修病院の指導体制の確保のため基幹型臨床研修病院⁹⁾の指定基準に「年間入院患者数3,000人以上」などを加えた。

③研修医の募集定員には上限設定が行われなかった。そのため, 制度導入当初の2004年度(平成16年度)から, 全国の研修医募集定員の総数は研修希望者総数を上回っており, 2008年度(平成20年度)には1.35倍(募集定員総数11,722人, 研修希望者数8,702人)にまで拡大した。そのため希望者は比較的容易に都市部の臨床研修施設での研修を選択できた。そこで, 研修医の都市部集中を緩和させるため2010年度から募集定員に都道府県別の上限を設定した。

表4はこの影響を示したものである。2004年度(平成16年度)の研修希望者に対する募集定員総数

は1.31倍で, その後もほぼ同程度の倍率を維持したが, 2010年度(平成22年度)に都道府県別に募集定員の上限を設定したため倍率は1.24倍に縮小し, その後も縮小傾向が続き, 2017年度(平成29年度)には1.16倍までに縮小した。

2 新医師臨床研修制度と医師の地域偏在問題

2004年度(平成16年度)に新臨床研修制度が導入されると, ①大都市の大学病院や臨床研修病院の研修医が増えて医師の地域偏在が加速した, ②大学病院で研修する研修医が減少したため, 医師不足地域の病院に医師を派遣する大学病院の機能が低下した, と指摘されたが, これは事実なのであろうか。

表5は臨床研修病院と大学病院における研修医の採用割合の推移である。2003年度(平成15年度)は臨床研修病院27.5%であったが新医師臨床研修制度が導入された2004年度(平成16年度)は44.2%にまで急増した。その後も上昇傾向を示

表5 臨床研修病院と大学病院における研修医の採用割合の推移

年度	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
臨床研修病院(%)	27.5	44.2	50.8	55.3	54.7	53.6	53.2	52.8	55	55.6	57.1	57.2	58.3	59.5	59.6	61.1
大学病院(%)	72.5	55.8	49.2	44.7	45.3	46.4	46.8	47.2	45	44.4	42.9	42.8	41.7	40.5	40.4	38.9

厚生労働省「平成30年度 臨床研修医の採用実績」より。

⁹⁾ 大学病院は診療上も研究上も多くの医局員を抱えたいが財政的に困難なので, 医局員を市中病院に出向等の形態で一定期間派遣(給料は市中病院が支払う)する。一方, 派遣先の市中病院は安定的な医師の派遣が期待できるこの関係を受け入れる, あるいは医師不足を背景にこのような要請を行う。この大学病院と関連する市中病院との間の長期的な医師ローテーションの慣行を大学病院の医師派遣機能と呼ぶ。研修医は知識や技能が不十分で医師不足地域での戦力とはなれないが, 大学病院での一部の業務には対応可能である。それが中堅医師の大学病院内での業務負担の軽減につながり, 中堅医師の派遣余力を生み出している。したがって研修医の減少は中堅医師の派遣を抑制するという指摘である。また, 臨床研修病院との競合激化により研修医を確保すべく大学病院での研修体制の充実が求められた。そのため指導医となる中堅医師を派遣先から引き上げたとの指摘もある。

⁹⁾ 基幹型臨床研修病院とは独自に研修プログラムを作成して研修医を採用する病院。基幹型臨床研修病院とネットワークを組み, 基幹型臨床研修病院のプログラムの一部を担う病院は協力型臨床研修病院と呼ばれる。

表6 都市部とその他の道県との研修医の採用割合

年度	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010※	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
6都府県※ (%)	51.3	47.8	48.9	48.8	48.1	47.7	48.6	47.8	47.5	46.7	45.5	44.4	43.6	42.6	41.8	41.7
その他の 道県 (%)	48.7	52.2	51.1	51.2	51.9	52.3	51.4	52.2	52.5	53.3	54.5	55.6	56.4	57.4	58.2	58.3

※6都府県：東京、神奈川、愛知、京都、大阪、福岡 厚生労働省「平成30年度 臨床研修医の採用実績」より。

し、2018年度（平成30年度）には61.6%と2003年度の2倍に上昇した。このことから、新医師臨床研修制度の導入に伴い大学病院で臨床研修を行う研修医の数が減少したことは明らかである。これは、プライマリ・ケア重視の研修の在り方として目的に沿った結果だといえる。

次に、研修医は都市部の臨床研修施設をより多く選択したのであろうか。表6は6大都府県（東京、神奈川、愛知、京都、大阪、福岡）とその他の道県における研修医の採用割合の推移である。2003年度（平成15年度）の6大都府県は51.3%であったが、新制度導入が導入された2004年度（平成16年度）は47.8%に低下した。その後は微増傾向を示したが、募集定員に都道府県別の上限が設定された2010年度（平成22年度）からは一貫して低下し、2018年度（平成30年度）には41.7%となった。表7はより詳細に都道府県別に採用割合の推移を見たものである。2004年度（平成16年度）の新医師臨床研修制度導入に伴う6大都府県の採用人数の割合の変化は、東京（2003年度20.9%→2004年度17.8%）、京都（5.0%→3.6%）、大阪（8.4%→7.8%）、福岡（6.7%→5.9%）と、これらの都市は割合を低下させた。一方、神奈川（4.9%→6.7%）、愛知（5.3%→5.9%）は採用割合を上昇させた。この傾向は2004年度（平成16年度）以降も続き、2018年度（平成30年度）の研修医採用数が2003年度（平成15年度）の何倍になったかを見ると（全国では1.10倍）、東京0.79倍、京都0.63倍、大阪0.91倍、福岡0.69倍と減少したが、神奈川は1.56倍、愛知は1.56倍と増加している。

以上のことから都道府県単位では、新医師臨床研修制度によって医師の地域偏在が進んだとは考

えられない。一方で、大学病院で研修を行う研修医が減少したので、大学病院の医師派遣機能が低下して同一県内の地域偏在を拡大させた可能性は否定できない。しかし、入手可能なデータからこのことを検証することは困難である。

IV 専門医制度と医師の地域偏在

1 専門医制度の特徴と課題

(1) 専門医の特徴

専門医とは医学系の各学会が作成した研修を終了した医師に与える資格である。あくまでも民間資格であるため取得するかどうかは任意であり、専門医研修の対象となるのは医師臨床研修が終了した医師である¹⁰⁾。各学会は1981年（昭和56年）に学会認定医協議会、2001年（平成13年）に専門医認定協議会、2003年（平成15年）に日本専門医認定機構を設立して専門医の養成に積極的に取り組んできた。

しかし、あくまでも民間資格であり法的な裏付けはない。それを反映して診療報酬上の要件等に専門医資格が用いられることはない¹¹⁾。それでも若い医師にとって専門医は魅力的な資格で、多くの医師が取得をめざしているのが現状である。

(2) 専門医制度の問題

このように各学会が運営してきた専門医制度であるが、次のような問題が指摘された。

① 専門医の質

○各学会が独自に運用しているため、学会の専門医認定の基準にばらつきがあり、その統一性が課題であった。またそれに伴う専門医の

¹⁰⁾ そのため医師臨床研修は初期研修、専門医研修は後期研修と呼ばれる。

¹¹⁾ 例外的に特定機能病院の要件としてその病院に勤務する専門医の種類と人数（割合）が規定されている。

表7 各都道府県の研修医採用人数の変化

	2003年度 (人数)	各都道府県の研修医の採用数の全国の採用数に対する割合 (%)																2018年度 (人数)	2018年度 人数/2003 年度人数	
		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018			
全国	8,166	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	8,996	1.10
北海道	288	3.5	4.5	4.2	3.9	3.7	4.0	3.8	3.5	3.4	3.4	3.5	3.6	3.8	3.9	3.6	3.6	3.22	322	1.12
青森	56	0.7	0.8	0.7	0.6	0.7	0.8	0.8	0.9	0.9	0.8	0.9	0.9	1.1	1.0	0.9	0.8	76	1.36	
岩手	38	0.5	0.8	0.9	1.0	0.7	0.9	1.0	0.9	0.9	0.9	0.8	0.9	0.9	0.8	0.8	0.8	76	2.00	
宮城	88	1.1	1.2	1.4	1.5	1.3	1.5	1.5	1.5	1.3	1.3	1.5	1.5	1.4	1.5	1.4	1.6	145	1.65	
秋田	61	0.7	0.9	0.8	0.9	0.9	0.8	1.0	0.8	0.7	0.9	0.8	0.8	0.8	1.0	0.9	0.8	75	1.23	
山形	56	0.7	0.6	0.8	0.7	0.9	0.8	0.8	1.0	0.8	0.8	0.8	0.9	0.8	0.9	0.9	0.7	67	1.20	
福島	79	1.0	1.1	0.9	1.1	1.1	1.0	0.9	1.0	0.9	0.7	1.0	1.2	1.0	1.1	1.1	1.3	117	1.48	
茨城	85	1.0	1.3	1.4	1.5	1.4	1.5	1.4	1.3	1.5	1.3	1.7	1.6	1.7	1.7	1.7	1.7	156	1.84	
栃木	119	1.5	1.4	1.5	1.5	1.6	1.6	1.4	1.4	1.6	1.4	1.6	1.7	1.5	1.7	1.4	1.5	132	1.11	
群馬	119	1.5	1.1	1.2	1.3	1.2	1.0	1.1	1.0	1.1	1.1	1.1	1.0	1.2	0.9	1.0	1.1	97	0.82	
埼玉	118	1.4	2.6	2.4	2.8	2.9	2.8	2.7	2.7	3.2	3.1	3.3	3.4	3.3	3.4	3.9	4.1	371	3.14	
千葉	268	3.3	3.3	3.7	3.8	3.5	3.7	3.5	3.6	3.7	3.8	3.8	4.2	4.4	4.6	4.5	4.3	389	1.45	
東京	1,707	20.9	17.8	17.1	17.1	17.4	17.3	17.8	17.4	17.8	17.3	16.7	16.3	16.2	15.6	15.5	15.0	1,351	0.79	
神奈川	404	4.9	6.7	7.2	7.5	7.3	7.6	7.7	7.5	7.2	7.2	7.1	6.7	6.8	6.9	7.0	7.0	629	1.56	
新潟	89	1.1	1.2	1.2	1.1	0.9	0.9	1.3	1.1	1.2	1.0	1.2	1.0	1.1	1.1	1.1	1.4	127	1.43	
富山	59	0.7	0.8	0.7	0.8	0.7	0.7	0.5	0.7	0.6	0.8	0.6	0.7	0.7	0.8	0.9	0.8	74	1.25	
石川	95	1.2	1.3	0.9	0.7	1.0	1.1	1.0	1.3	1.2	1.5	1.2	1.2	1.3	1.1	1.1	1.2	109	1.15	
福井	48	0.6	0.4	0.4	0.6	0.6	0.6	0.6	0.9	0.7	0.8	0.8	0.6	0.6	0.6	0.7	0.7	62	1.29	
山梨	54	0.7	0.5	0.6	0.5	0.6	0.7	0.6	0.6	0.5	0.6	0.6	0.8	0.8	0.6	0.7	0.6	55	1.02	
長野	104	1.3	1.2	1.5	1.4	1.5	1.4	1.4	1.5	1.4	1.4	1.3	1.5	1.6	1.6	1.5	1.5	139	1.34	
岐阜	116	1.4	1.2	1.1	1.3	1.3	1.2	1.2	1.4	1.3	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.5	139	1.20	
静岡	109	1.3	2.0	1.9	2.3	2.2	2.1	2.1	2.1	2.0	2.1	2.2	2.1	2.5	2.4	2.3	2.8	249	2.28	
愛知	436	5.3	5.9	6.4	6.3	6.0	5.8	6.4	6.6	6.4	6.0	5.9	5.8	5.6	5.4	5.5	5.6	507	1.16	
三重	77	0.9	0.9	0.8	0.8	1.0	1.0	1.1	1.1	1.2	1.2	1.2	1.3	1.4	1.5	1.3	1.3	121	1.57	
滋賀	83	1.0	0.9	1.0	0.9	1.1	1.1	1.0	0.9	1.0	1.0	1.0	0.9	1.1	1.2	1.2	1.2	104	1.25	
京都	411	5.0	3.6	4.1	3.6	3.7	3.5	3.4	3.3	3.5	3.1	3.4	3.3	3.1	2.9	2.9	2.9	257	0.63	
大阪	689	8.4	7.8	7.8	8.2	7.7	7.9	7.6	7.7	7.6	7.7	7.3	7.7	7.1	7.1	6.6	7.0	626	0.91	
兵庫	310	3.8	3.4	3.7	3.9	3.8	4.1	3.8	4.1	4.4	4.2	4.2	4.2	4.4	4.1	4.4	4.7	419	1.35	
奈良	101	1.2	1.1	0.9	0.8	0.9	1.0	0.9	0.9	1.0	1.1	1.1	1.2	1.0	1.2	1.3	1.3	120	1.19	
和歌山	68	0.8	0.7	0.7	0.8	0.8	1.0	0.9	0.9	1.0	0.9	1.1	1.1	1.0	1.2	1.0	1.2	109	1.60	
鳥取	51	0.6	0.7	0.5	0.4	0.4	0.4	0.4	0.3	0.5	0.5	0.5	0.4	0.4	0.5	0.6	0.5	41	0.80	
島根	30	0.6	0.7	0.5	0.4	0.4	0.4	0.4	0.3	0.5	0.5	0.5	0.4	0.4	0.5	0.6	0.5	56	1.87	
岡山	146	1.8	2.0	1.8	1.8	1.8	1.9	2.0	1.8	2.1	1.7	1.9	2.0	1.7	2.1	2.3	1.9	173	1.18	
広島	181	2.2	1.8	1.9	1.6	1.8	1.8	1.8	1.9	1.9	1.7	1.7	2.1	1.6	2.0	1.9	2.0	178	0.98	
山口	93	1.1	0.9	0.9	0.8	0.9	0.7	0.8	1.0	1.1	0.9	1.0	0.9	0.8	0.9	0.9	1.0	88	0.95	
徳島	68	0.8	0.8	0.5	0.6	0.5	0.6	0.7	0.7	0.6	0.7	0.6	0.6	0.7	0.6	0.7	0.6	51	0.75	
香川	50	0.6	0.7	0.6	0.6	0.8	0.8	0.8	0.8	0.6	0.8	0.7	0.7	0.8	0.7	0.8	0.6	57	1.14	
愛媛	65	0.8	1.0	0.9	0.7	1.0	0.9	0.8	0.7	0.9	1.0	0.9	1.0	1.0	1.1	0.8	1.0	94	1.45	
高知	47	0.6	0.6	0.6	0.5	0.6	0.5	0.5	0.5	0.5	0.7	0.6	0.7	0.7	0.7	0.7	0.5	49	1.04	
福岡	546	6.7	5.9	6.2	6.1	6.0	5.6	5.7	5.3	5.0	5.4	5.1	4.7	4.8	4.6	4.3	4.2	379	0.69	
佐賀	58	0.7	0.8	0.7	0.6	0.6	0.7	0.6	0.7	0.4	0.7	0.8	0.9	0.6	0.8	0.5	0.5	43	0.74	
長崎	105	1.3	1.0	1.4	1.1	1.1	0.9	0.9	1.1	1.0	1.1	1.1	1.0	1.1	1.0	1.4	1.1	95	0.90	
熊本	115	1.4	1.4	1.4	1.2	1.4	1.3	1.3	1.2	1.2	1.4	1.2	1.4	1.2	1.2	1.4	1.2	105	0.91	
大分	54	0.7	0.5	0.6	0.5	0.8	0.7	0.7	0.8	0.7	0.7	0.7	0.7	0.8	0.8	0.9	0.8	70	1.30	
宮崎	50	0.6	0.6	0.5	0.5	0.5	0.6	0.6	0.5	0.4	0.8	0.6	0.6	0.7	0.5	0.7	0.7	59	1.18	
鹿児島	91	1.1	1.4	1.2	1.1	0.8	0.9	0.7	1.0	0.8	1.2	1.0	0.9	1.1	1.1	1.3	1.1	103	1.13	
沖縄	81	1.0	1.9	1.7	1.9	1.9	1.8	1.8	1.6	1.6	1.7	1.9	1.7	1.6	1.7	1.5	1.5	135	1.67	

「臨床研修医の採用実績について」(厚生労働省)平成15年度～平成30年度より作成。■は6都府県。

質の担保に懸念があった。

○医療技術の基本となる基本領域（内科、外科等）と、専門性の高い領域（循環器内科、消化器外科等）とが未分化で同一に扱われていた。

② 専門医の濫立

○2002年に一定の外形基準の基で専門医の名称は広告可能になった。そのため、多くの専門医が濫立することになった¹²⁾。

③ 専門医の定義が不明瞭で一般国民との認識ギャップ

○専門医とはその領域の基本的な知識と技能を習得した医師を示すが、一般国民は専門医をスーパードクターと思う傾向があった。

④ 域医療との関係

○医師臨床研修制度と同様に専門医制度も医師の地域偏在に影響を及ぼす可能性があるが、これまで十分な検討がされてこなかった。

(3) 「専門医の在り方に関する検討会」2013年（平成25年）

このような課題を背景として2013年（平成25年）に厚生労働省に「専門医の在り方に関する検討会」が設けられ、新しい専門医制度の仕組みについて検討された。そこでは以下の内容の専門医制度の改革の骨子が示され、現在実施されている「新専門医制度」は原則、この内容をベースに制度設計されている。新制度の最大のポイントは、第三者機関を設立して各学会が独自に運営してきた専門医制度の統一を図るという点である。

① 基本的な考え方

○国民の視点に立った上で、育成される側のキャリア形成支援の視点も重視して構築する。

○これまで同様、プロフェッショナル・オートノミー（専門家による自律性）を基盤として設計する。

② 基本的な仕組み

i) 中立的な第三者機関

○中立的な第三者機関を設立し、専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を統一を行う。

ii) 専門医の養成・認定・更新

○専門医の認定は、経験症例数等の活動実績を要件とする。

○医師の専門性に関する資格名等の広告を見直し、基本的に、第三者機関が認定する専門医を広告可能とする。

iii) 総合診療専門医

○高齢化の進展に伴いこれまでの学会主導の専門医にはなかった「総合診療専門医」を基本領域の専門医の一つとして加える。

iv) 地域医療との関係

○専門医の養成は、第三者機関に認定された養成プログラムに基づき、大学病院等の基幹病院と地域の協力病院等（診療所を含む）が病院群を構成して実施することにより、医師の地域偏在を緩和する。

v) スケジュール

○新たな専門医の養成は、平成29年度を目安に開始。研修期間は、例えば3年間を基本とし、各領域の実情に応じ設定。

(4) プロフェッショナル・オートノミーと公的介入

大学での医学部教育や卒後研修の一つである（義務化された）医師臨床研修制度には公的な介入が行われているが、専門医制度は民間資格であるため、制度の在り方について原則として公的介入を行う合理的な理由がない。茶道や華道の免状の内容に国や自治体が口出しできないのと同様である。しかし、若い医師にとって専門医資格の取得は非常に魅力的であるため、専門医制度の制度設計次第で若い医師の行動様式が大きく変わる可

¹²⁾ 医療は医療者と患者との間に情報の非対称性が存在するため、医療サイドの機会主義的行動を抑制することを目的に原則として医療に関する広告は禁止されている。しかし患者の適切な医療の選択に資するなど社会的に便益をもたらすと考えられる事項については個別に広告を許可するいわゆるポジティブ方式の規制をとっている。専門医はまさにその対象である。

能性がある。そのため新しい専門医制度の導入は 懸念が噴出した。これこそが公的介入の根拠で
 医師の地域偏在を拡大させるのではないかと いう あった¹³⁾。

表8 「新専門医制度」創設の経緯

平成25年4月	厚労省	「専門医の在り方に関する検討会報告書」取りまとめ
平成26年5月	機構	一般社団法人「日本専門医機構」設立
平成26～29年	機構	専門医制度整備指針及び（領域ごとの）プログラム認定基準の策定、申請されたプログラムの審査等。
平成28年2月～		地域医療の関係者から、医師偏在の懸念が示される。
6月	日本医師会・四 病院団体協議会	「新たな専門医の仕組みへの懸念について」（専門医機構及び基本領域学会に対する要望書） ○一度立ち止まり、地域医療、公衆衛生、地方自治、患者・国民の代表による幅広い視点を加えた検討の場を新たに設置。 ○新たな検討の場で、医師及び研修医の偏在が深刻化しないかどうか集中的に精査。
6月	大臣談話	要望書の趣旨を理解するとともに、専門医機構と学会が、地域医療関係者や自治体等の意見を真摯に受け止め、なお一層の取組をすることを強く期待。
6月	機構	社員総会を開催し、新理事を選出。 →学会中心の体制から、地方自治体、患者・国民の代表など、幅広い関係者の体制に。
7月	機構	「専門医研修プログラムと地域医療にかかわる新たな検討委員会」（精査の場）を開催
7月	機構	社員総会を開催し、施行開始を1年間延期（平成30年度から開始）することを正式に決定。
12月	機構	社員総会を開催し、「専門医制度新整備指針」を決定。 ○基幹研修施設の基準を、原則、大学病院以外の医療機関も認定される水準とする。 ○機構は、研修プログラムの認定に際し、都道府県協議会と事前協議を行う。 ○妊娠、出産、育児等の理由による研修中断に柔軟に対応する。
平成29年2月	機構	専攻医募集定員上限の決定 ○対象地域：東京、神奈川、愛知、大阪、福岡 ○不足しているため上限を設定しない診療科：外科、産婦人科、病理、臨床検査、救急 ○定員上限：過去3年間の専攻医の採用実績の平均
4月	全国市長会	厚生労働大臣に対して要望書提出「国民不在の新専門医制度を危惧し、拙速に進めることに反対する緊急要望」。
4月	厚労省	「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」設置 審議内容 ○地域医療に求められる専門医制度の在り方 ○卒前・卒後の一貫した医師養成の在り方
8月	大臣談話	○専門医機構等に対し、学会ごとの応募状況及び専攻医の配属状況を厚生労働省に報告いただくことを求める。 ○厚生労働省においては、新たな専門医制度が地域医療に影響を与えていないかどうか、領域ごとに確認したい。 ○地域医療に影響を与える懸念が生じた場合には、医療法上の国の責務に基づき、厚生労働省からも日本専門医機構及び各関係学会に対して実効性ある対応を求める。
8月～9月	機構	研修プログラムの認定に際し、各都道府県協議会と協議。
10月	機構	平成30年度の研修開始に向け、専攻医の仮登録開始。
平成30年4月	機構	新専門医制度開始：基本19診療科、3063プログラム、専攻医数8410人でスタート。
7月	厚労省	医療法及び医師法の一部を改正する法律を公布 ○厚生労働大臣は、医師の研修機会確保のために特に必要があると認めるときは、研修を実施する日本専門医機構等に対し、必要な措置の実施を要請できる。 ○日本専門医機構等は、医師の研修に関する計画が医療提供体制に重大な影響を与える場合には、あらかじめ都道府県知事の意見を聴いた厚生労働大臣の意見を聴かなければならない。
8月	機構	31年度専攻医募集定員：専攻医の東京集中の指摘を受け、31年度の東京の募集定員は30年度採用実績から5%減少。
9月	厚労省	「医道審議会医師分科会医師専門部会」設置 医師法改正により、医師の研修を行う団体に対し、医療提供体制の確保の視点からの意見及び研修機会の確保の観点からの要請を厚労大臣が行うこととされたことに基づき、医道審議会の下に新たな部会を設置した。

「新たな専門医制度の背景と現状」（第1回「医道審議会医師分科会医師専門部会：2018年9月28日」資料1）に加筆修正。

¹³⁾ 「国民に対し良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制」を確保するという医療法上の国の責務が専門医制度に対する公的介入の根拠となる。

① 新専門医制度と医師偏在助長の懸念

新専門医制度の導入が医師の地方偏在を助長させる懸念は次のように整理される。

○医師臨床研修制度の必須化（2004年度）においても研修医の地域偏在の助長が懸念されたが、専攻医（専門医研修を受けている医師のこと）は原則として国家試験合格（医籍登録）3年目から5年目が対象となるため、研修医と比べて「使える」若手医師であり、専攻医の減少は研修医の減少以上に病院の機能低下につながる可能性が大きい。

○従来の専門医制度では、i) 研修期間の制限はなく、ii) 学会が定めた研修施設はあるが、専攻医は、途中での変更を含めて、研修施設の選択の自由があった。一方、新臨床研修制度ではi) 原則3年間で、ii) 選択したプログラムが指定する研修施設（基幹病院と連携病院）をローテートしながら研修するため、研修施設の選択の自由は制限される。例えば旧専門医制度では、最初の2年間で東京の大学病院で症例を集めて、その後、A県の（学会が研修施設として認定している）病院に3年間勤務して、その5年間で必要症例を集めて専門医を取得することが可能であった。しかし、新専門医制度では、東京の病院とA県の病院が連携しているプログラムを最初に選択しなければこのようなことはできなくなる。しかも3年間で必要症例の確保など密度の高い研修が要求される。このように、新専門医制度では専攻医の時間的、空間的な自由度は

これまでより低下することになる。誤解を恐れずに言えば医師臨床研修制度が緩やかな形で3年間延長されたイメージである。それが、地方の首長等に地方の医師を減少させるのではないかという懸念を抱かせた。

② 新専門医制度の創設と公的介入の経緯

表8は新専門医制度の創設と公的介入の経緯を整理したものである。医療関係団体、地方自治体から医師の地域偏在が加速することを懸念する意見や要望が頻出し、国もそれに対する対策をとり、専門医機構もこれらの要請に応じてきたというプロセスが見て取れる。最終的には医師法、医療法が改正され、専門医機構には「研修プログラムの内容等につき各都道府県に設置される地域医療対策協議会の意見を聴き、それを反映させる」努力義務が課せられた。また、この調整を目的として、厚生労働省の医道審議会医師分科会に医師専門部会が新設された。

2 新専門医制度の発足により東京一極集中は進んだか

新専門医制度は当初計画を1年遅らせて2018年度（平成30年度）から基本19診療科、合計3063プログラム、専攻医総数8410人でスタートした。その過程で専攻医が東京に集中したのではないかという指摘がされた。この点について検討する。

表9は「①2018年度（平成30年度）の専攻医人数」「②2016年度（平成28年度）の研修医採用数」「③2016年度（平成28年度）、2014年度（平成26年度）、2012年度（平成24年度）の医籍登録3年目（専

表9 2018年度（平成30年度）5府県における専攻医数・研修医数・三師調査の比較

	①平成30年度専攻医人数		②平成28年度研修医採用数		③三師調査による医師数（医籍登録3年目）		
	都府県別人数	都府県別人数／全国人数	都府県別人数	都府県別人数／全国人数	都府県別人数／全国医師数		
					28年度	26年度	24年度
東京都	1,824人	21.7%	1,347人	15.6%	17.4%	18.8%	18.3%
神奈川県	497人	5.9%	597人	6.9%	6.8%	6.9%	6.9%
愛知県	450人	5.4%	466人	5.4%	6.0%	5.7%	6.9%
大阪府	649人	7.7%	613人	7.1%	8.1%	8.0%	8.7%
福岡県	450人	5.4%	398人	4.6%	5.5%	6.0%	5.4%
全国	8,410人	100.0%	8,622人	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

「臨床研修医の採用実績について」（厚生労働省）平成28年度より作成。
第3回「医道審議会医師分科会医師専門部会：2018年12月11日」資料2-1より作成。

攻医1年生の年齢に相当する)の医師数]について5都府県の対全国人数比(%)を示したものである。「②平成28年に採用された研修医」が2年後の「①平成30年に専攻医に登録」するのであるから①と②を比較することで、研修医が医師臨床研修を修了して専攻医になる段階で東京集中が生じたかどうか、ある程度分かる。東京は平成28年度(2016年度)の研修医数1347人、対全国比は15.6%であったが、平成30年度(2018年度)の専攻医数は1824人、対全国比は21.7%となり、人数では477人増加し、対全国比も6.1%ポイント上昇している。ほかの4府県ではこのような上昇傾向はみられない。また、「三師調査(医師・歯科医師・薬剤

師調査)による医師数(医籍登録3年目)の対全国比」と比較すると東京のみ専攻医数の対全国比(21.7%)が三師調査による医師数(医籍登録3年目)の対全国比より大きい。表10は平成30年(2018年)3月に医師臨床研修を修了した医師に対して行ったアンケート調査結果であり、これより平成30年度(2018年度)に東京以外の地域から東京で専門研修を受ける医師が530人いることが分かった。

これらのデータから2018年度(平成30年度)に実施された第一回新専門医研修では、医師臨床研修を終了した東京以外の医師が、専攻医として東京に集まった事実是否定できない¹⁴⁾。しかし、次

表10 平成30年度3月臨床研修修了者(東京以外)で平成30年4月から東京での専門研修へ移動する人数
平成30年度3月臨床研修修了者に対するアンケート調査(厚生労働省:回収率82%)

北海道	13人	神奈川	110人	京都	3人	愛媛	0人
青森	1人	新潟	4人	大阪	10人	高知	1人
岩手	3人	富山	2人	兵庫	4人	福岡	15人
宮城	12人	石川	5人	奈良	2人	佐賀	0人
秋田	3人	福井	0人	和歌山	0人	長崎	1人
山形	2人	山梨	4人	鳥取	2人	熊本	1人
福島	9人	長野	10人	島根	1人	大分	2人
茨城	17人	岐阜	2人	岡山	2人	宮崎	1人
栃木	17人	静岡	49人	広島	2人	鹿児島	4人
群馬	5人	愛知	8人	山口	2人	沖縄	9人
埼玉	70人	三重	6人	徳島	0人	全国	530人
千葉	115人	滋賀	1人	香川	0人		

第3回「医道審議会医師分科会医師専門部会:2018年12月11日」資料4より作成。

表11 5都府県における医師数(25-29歳)対全国比および研修医採用数対全国比の推移 単位:%

		2000年度	2002年度	2004年度	2006年度	2008年度	2010年度	2012年度	2014年度	2016年度	2017年度	2018年度
東京	医師数(25-29歳)対全国比	14.8	14.6	15.6	15.5	16.3	16.7	16.9	16.6	16.0	—	—
	研修医採用数 対全国比	—	—	17.8	17.1	17.3	17.4	17.3	16.3	15.6	15.5	15.0
神奈川	医師数(25-29歳)対全国比	5.6	5.9	6.3	6.8	7.2	7.4	7.2	7.1	7.1	—	—
	研修医採用数 対全国比	—	—	6.7	7.5	7.6	7.5	7.2	6.7	6.9	7.0	7.0
愛知	医師数(25-29歳)対全国比	5.3	5.4	5.4	6.2	6.1	6.5	6.2	6.0	5.8	—	—
	研修医採用数 対全国比	—	—	5.9	6.3	5.8	6.6	6.0	5.8	5.4	5.5	5.6
大阪	医師数(25-29歳)対全国比	7.9	8.2	8.1	8.4	8.1	8.1	8.1	8.2	7.9	—	—
	研修医採用数 対全国比	—	—	7.8	8.2	7.9	7.7	7.7	7.7	7.1	6.6	7.0
福岡	医師数(25-29歳)対全国比	5.6	5.9	5.7	5.8	5.9	5.5	5.4	5.0	4.8	—	—
	研修医採用数 対全国比	—	—	6.9	6.1	5.6	5.3	5.4	4.7	4.6	4.3	4.2

「医師・歯科医師・薬剤師調査」(厚生労働省)平成12年~平成28年より作成。

「臨床研修医の採用実績について」(厚生労働省)平成15年度~平成30年度より作成。

¹⁴⁾ これらを受けて専門医機構は2019年度の専攻医の上限を2018年度(平成30年度)の採用実績から5%引き下げることを選定した。

表12 平成26年度に医籍登録3年目の医師数が2年後の平成28年度には何人になっているか

	医師数		2年間の医師数の変化人数	2年間の減少率
	26年度調査 医籍3年目	28年度調査 医籍5年目		
	A	B	B-A	(B-A) / A
東京都	1309人	1079人	▲230人	17.6%
神奈川県	477人	511人	34人	-7.1%
愛知県	397人	384人	▲13人	3.3%
大阪府	554人	594人	40人	-7.2%
福岡県	414人	370人	▲44人	10.6%
全国	6956人	6985人	29人	-0.4%

第3回「医道審議会医師分科会医師専門部会：2018年12月11日」資料2-2より作成。

の理由で、これだけで新専門医制度が東京集中を加速させたと断定することはできない。

第一に、専門医研修において医師が東京以外から東京に流入する傾向はこれまではなかったであろうか。表11は5都府県における「25歳から29歳」¹⁵⁾の医師数の対全国比と研修医採用数の対全国比の推移である。東京は研修医の採用者数の割合は低下傾向にあるが、医師数（25歳～29歳）の割合にはこのような明確な低下傾向が見られない。このことは、これまでも東京以外の医師臨床研修修了者がかなり東京に流入していたことを示している。そのような傾向が常態化していたとすれば、「新専門医制度によって」東京に若い医師が集中したということではできないだろう。

第二に、日本専門医機構が主張するように、都市部の病院でも地方の病院と連携を組んだプログラムが多数あり、研修2年目以降は地方へ派遣する専攻医が増えることが期待できる¹⁶⁾。表12は厚生労働省が三師調査の特別集計によって作成したものである。平成26年度に医籍登録3年目（専攻医1年目に相当）の東京の医師数は、その2年後の28年度には17.6%減少している。このような大きな減少はほかの4府県には見られない。東京は私立の医科大学・医学部が数多いため¹⁷⁾、国立大学2

校と合わせると大学病院が多い。従前よりこれらの大学病院は人口当たりの医師が少ない関東、東北南部などに医師の派遣ローテーションを行ってきた。東京の医師数減少はこのことが反映されているのではないだろうか。新専門医制度では明確に複数の病院でのローテーション方式をとっているので、今後、地方への派遣が進むことも十分に考えられる。

以上の理由で、新専門医制度によって専攻医が東京に集中したと断定するには時期尚早であり、今後の実態を丁寧に観察していくことが必要である。

おわりに

本来、医療の質を向上させることが目的である卒後研修制度であるが、研修方法によっては医師の地域偏在を助長させるという懸念が地方の自治体等から示され、地域偏在の視点から対応が進められてきた。2004年度（平成16年度）から必修化された医師臨床研修制度では、都道府県の研修医募集定員に上限を課すことなどの方法を用いて大都市への集中を緩和してきた。一方、新専門医研修制度においては、第一回の専攻医募集の結果、東京への集中傾向が観察された。しかし、現在のデータだけではこれが新制度によるものなのか、今後もこの傾向が続くのか、など不確実な点が多い。卒後研修に関するこの問題の本質は「医療の質の向上」と「医療アクセスの公平性」というどちらも非常に重要な二つの社会的要請の対立である。したがって拙速な対応は適切ではない。医師臨床研修制度のもたらす医師の地域偏在問題においては豊富なデータを基に、時間をかけて対策を練っていった。新専門医制度においても、十分な量の客観的なデータを活用し、丁寧に検討を進めるべきである。

¹⁵⁾ 研修医はストレートに進めば24歳～26歳、専攻医は27歳位以上に相当する。したがって25～29歳医師は研修医と専攻医が混在している。

¹⁶⁾ 一般に専攻医1年目は基幹病院で研修し、2年目以降、連携病院に派遣するプログラムが多い。

¹⁷⁾ 全国の私立医科大学・医学部31校中11校（35%）が東京にある。

参考文献

- 遠藤久夫（2012）「医師の労働市場における需給調整メカニズム—卒後研修（臨床研修制度と専門医制度）に注目して」『日本労働研究雑誌』No.618, January pp.69-80。
- 北村聖（2015）「臨床研修必修化制度発足から10年を経て」『日本内科学会雑誌』104.12, pp.2533-2538。
- 桐野高明（2018）『医師の不足と過剰』, 東京大学出版会。
- 厚生労働省（1998）（2002）（2004）（2006）（2008）（2010）（2012）（2014）（2016）『医師・歯科医師・薬剤師調査』。
- （2003）（2004）（2005）（2006）（2007）（2008）（2009）（2010）（2011）（2012）（2013）（2014）（2015）（2016）（2017）（2018）「臨床研修医の採用実績について」。
- （2018a）「医師偏在対策について」厚生労働省医政局医療計画策定研修会資料。
- （2018b）「新たな専門医制度の背景と現状」平成30年度第1回医道審議会医師分科会医師専門研修部会, 資料1。
- 「第2回新医師臨床研修制度施行準備有識者会議：平成16年3月10日。
- 「平成30年度五都府県における専攻医数と三師調査の比較（全国・五都府県）」平成30年度第3回医道審議会医師分科会医師専門研修部会 資料2-1。
- 「平成30年度専攻医数と三師調査（年と年）の比較（全国・五都府県）」同 資料2-2。
- 「東京都以外の臨床研修から東京都の専門研修への医師の移動状況（速報版）」同 資料4。
- 関根道和・立瀬剛志・鏡森定信（2009）「人口10万人対研修医新規採用数の都道府県間格差の推移」『医学教育』40（4）, pp.265-269。
- 堀籠崇（2010）「実地修練（インターン）制度に関する研究—新医師臨床研修制度に与える示唆」『医療と社会』Vol.20, No.3, pp.239-250。

（えんどう・ひさお）

The Current Situation of the Postgraduate Training of Doctors and Its Challenges

—Focusing on the Problem of the Uneven Regional Distribution of Doctors—

Hisao ENDO*

Abstract

There are various reasons for the uneven regional distribution of doctors. The purpose of postgraduate training systems is to improve the quality of medical care, but at the same time, some point out that uneven regional distribution of doctors could be encouraged depending on the ways of training. The clinical resident training system, aimed at doctors who have just acquired their medical license, was made mandatory in fiscal year 2004. The system restrained the concentration of residents in major cities by imposing a limit on the number of applicants for each prefecture. On the other hand, because the medical specialist training, aimed at doctors who have completed this clinical resident training system, is a private qualification that is managed and awarded by each scientific society, the content of the training tended to vary widely across different departments. While a new, more unified medical specialist training system was initiated by Japanese Medical Specialty Board at fiscal year 2018, it was met with strong resistance by local governments and hospital associations, who claimed that the new system would exacerbate the problem of the uneven regional distribution of doctors. For this reason, the government has implemented measures for preventing the uneven distribution of doctors. When the new medical specialist training system was first implemented in fiscal year 2018, it was observed that senior residents tended to concentrate in Tokyo. However, there is insufficient data to conclude that this is due to the new system. Therefore, it is necessary to carefully monitor the trend in the future.

Keywords : Uneven Regional Distribution of Doctors, Clinical Resident Training System, Medical Specialist, Japanese Medical Specialty Board

* Director-General, National Institute of Population and Social Security Research