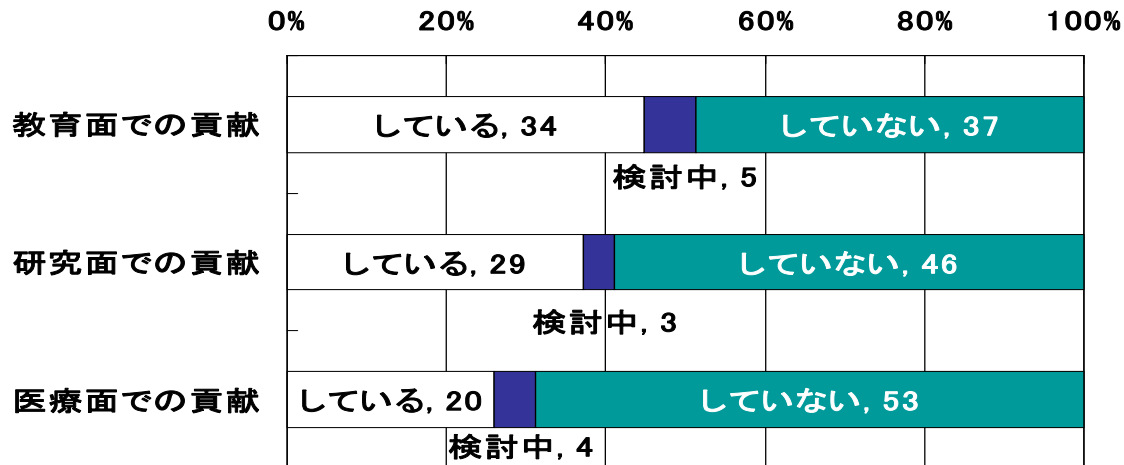


医科系大学による国際貢献、交流活動の内容は多岐に渡る。

◆大学による国際的な貢献や交流活動



(単位: 大学数(医学部のある大学))

●貢献や交流の内容(例)

<教育面>

学生の派遣・受入れ、専門家の派遣、研修員の受入れ、海外での臨床実習

<研究面>

海外における共同研究の実施(感染症、寄生虫、放射線健康リスク等)、研究データ・資料・研究材料及び学術情報の交換、医学雑誌の発行に関する支援

<医療面>

治療技術の指導のための医師派遣、先進医療サービスと観光の提供(メディカル・ツーリズム)、病院見学の受入れ、海外の病院・診療所から送信される患者情報・CT画像に対する助言

今後、世界で活躍できる医師養成のためには、我が国の医学教育が、国際標準を満たしているという評価を受ける必要が出ている。

◆米国ECFMGからの通告

2023年より、米国の医師国家試験については、アメリカ医科大学協会(AAMC)、または世界医学教育連盟(WFME:WHOの下部組織)の基準により認証を受けた医学部卒業生以外の受験を認めない旨を高等教育評価機構など日本の複数の認証評価機関に通知(2010年9月)。

※ECFMG(Educational Commission for Foreign Medical Graduates)

米国外の医学部卒業生に対して、米国医師国家試験(USMLE STEP1,STEP2)の受験資格を審査するNGO団体。

・ WFME global standard

WFMEはWHO関連機関である医学教育NGO。2003年に医科大学評価基準としてグローバルスタンダードを策定。

※ 我が国では、大学教育全般に関する認証評価は制度化されているが、医学教育に特化した分野別評価はないという状況。

○受験者数の推移

YEAR	Japanese Citizens*	Graduates of Japanese Medical Schools
2000	30	31
2001	37	37
2002	33	30
2003	68	65
2004	36	35
2005	81	83
2006	78	76
2007	66	67
2008	55	56
2009	72	68
2010	69	63

各国の医師養成制度は様々であるが、臨床能力の重視が共通した方向性となっている。

	年限	大学数	卒後研修	特徴
日本	6年	79 防衛医科大学校を除く	必修2年＋ 専門医研修	—
米国	4年 (メディカル・スクール)	136	必修1年＋ 専門医研修	大学4年＋メディカル・スクール4年 クリニカルクラークシップの重視 医師資格試験の第2段階でOSCEを実施
英国	5年 一部4年(メディカル・スクール)	45 うちメディカル・スクール14校	必修1年＋ 専門医研修	6年制と4年制(メディカル・スクール)が並立 医師資格試験がなく大学卒業により医師免許が与えられる
ドイツ	6年	37	必修なし 専門医研修	高校卒業時の成績から入学者を選抜 医師資格試験は2回(2年次、6年終了時)、 いずれも択一試験と口答試問
韓国	6年 一部4年(メディカル・スクール)	41 うちメディカル・スクール10校	必修1年＋ 専門医研修	6年制と4年制(メディカル・スクール)が並立 2009年より国家試験に臨床能力試験(OSCEなど)を導入

文部科学省先導的の大学改革推進委託事業「日本におけるメディカルスクール制度の導入課題の検討も含めた医師養成制度の国際比較と学士編入学の評価に関する調査研究」研究成果総括報告書(H21.3国立大学法人東京医科歯科大学)を参考に医学教育課にて作成

地域医療において、総合的な診療能力を持つ医師(総合医)の必要性を指摘する声が上がっている。

◆地方公共団体からの要望の例

要望者	要望内容・事項
北海道東北地方知事会	総合医の制度化及び養成
茨城県	地域での中核病院では、内科一般、小児科、救急等にわたる総合的な診療能力を有する医師が求められていることから、このような医師の育成と病院への配置について、具体的な方策を講じること
愛知県議会	総合医の制度化・育成
兵庫県	大学医学部へき地医療分野における総合診療への支援及び医学部学生へのへき地実習の奨励
島根県	地域医療に求められている、総合的に患者を診る能力を養成するため、教育体制の強化を図ること
愛媛県	国立大学等医学部において総合医を育成するための一貫した教育プログラムを導入すること
宮崎県議会	「総合医」の育成

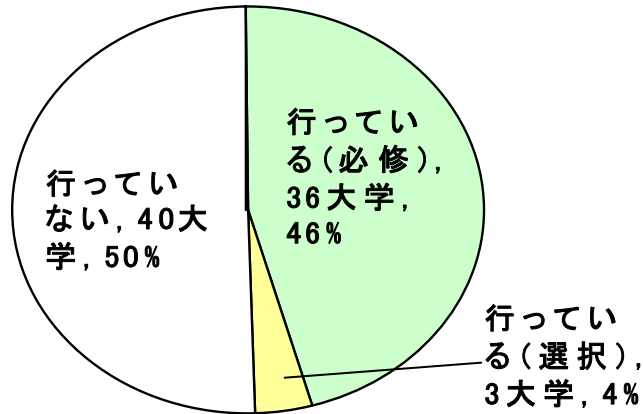
※平成21年4月～23年6月30日までの間に文部科学省に対して要望書等があったものを整理

6. 総合的な診療能力を持つ医師の養成について 地域病院と連携した教育の実施

- ・地域医療において、総合的な診療能力を持つ医師（総合医）の必要性を指摘する声が上がっている。
- ・半数程度の大学が、プライマリ・ケアについて独立した科目として授業を実施。

◆大学における教育

- 独立した科目としてプライマリ・ケアについて授業を行っているか



「平成21年度医学教育カリキュラムの現状」
(全国医学部長病院長会議)より

※プライマリ・ケア：
専門とする分野にかかわらず、一般的な診療において頻繁に関わる
負傷又は疾病に適切に対応できること

◆地域病院等と連携した臨床実習の実施状況

学外における臨床実習を行っている大学数	62 大学 (97%)
実施週数(平均)	6.23 週
学外における臨床実習を行っていない/未回答	2 大学 (3%)
計	64 大学

※集計の都合上、週数を特定できない回答(例:「2~4週」など)は除いている。

◆大学と地域病院の連携例

・筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター

地域医療の充実と、医師養成を目的に、水戸協同病院内に同センターを設置し、指導医と研修医等を派遣。大学での医学教育に不足しがちな、プライマリ・ケア、地域医療現場での医学教育を展開。(平成21年～)

・平成13年3月の「医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議報告」に基づき、学部段階における医学教育の改善、充実を推進してきた。

○医学教育モデル・コア・カリキュラムの作成 (H13.3策定、H19.12/H23.2一部改訂)

- － 学生が卒業時まで身に付けておくべき、必須の実践的診療能力(知識・技能・態度)に関する到達目標を明確化
- － 履修時間数(単位数)の3分の2程度を目安としたもの(残り3分の1程度は各大学が特色ある独自の選択的なカリキュラムを実施)
- － 医学の基礎となる基礎科学については、別途「準備教育モデル・コア・カリキュラム」として記載

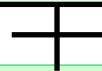
○共用試験の導入 (H14.4～試行、H17.4～正式実施)

- － 臨床実習開始前の学生、態度、技能、知識を評価

※共用試験の実施状況についてはp42参照

教養教育

選択制カリキュラム (学生の履修時間数(単位数)の3分の1程度)



医学教育モデル・コア・カリキュラム

(学生の履修時間数(単位数)の3分の2程度)

医師として求められる基本的な資質

準備教育モデル・コア・カリキュラム

人文・社会科学・数学・語学教育など

物理現象と物質の科学

生命現象の科学

情報の科学

人の行動と心理

C 医学一般

生命現象の科学(再掲) 個体の反応
個体の構成と機能 病因と病態

D 人体各器官の正常構造と機能、病態、診断、治療

E 全身におよぶ生理的変化、病態、診断、治療

F 診療の基本
症状・病態からのアプローチ

基本的診療知識 基本的診療技能

A 基本事項

医の原則 医療における安全性確保
コミュニケーションとチーム医療 課題探求・解決と学習の在り方

B 医学・医療と社会

社会・環境と健康 地域医療 疫学と予防医学
生活習慣と疾病 保健、医療、福祉と介護の制度 死と法 診療情報 臨床研究と医療

臨床実習開始前の「共用試験」
CBT(知識)、OSCE(技能・態度)

G 臨床実習

診察の基本

診察法

基本的診療手技

診療科臨床実習
(内科系、外科系、救急医療)

地域医療臨床実習

医師国家試験

①基本的診療能力の確実な習得

- 「医師として求められる基本的な資質」の記載内容の修正。
- 臨床実習終了時までには到達すべき総合的な診療能力の基礎としての、知識、技能、態度に関する目標を明確化。

②地域の医療を担う意欲・使命感の向上

- 「医師として求められる基本的な資質」を修正。「地域医療の向上に貢献する」旨を追加。
- 地域医療に関して、入学時から段階的・有機的に関連づけて実施することに効果的に体験を蓄積していくことが必要であることを記載。

③基礎と臨床の有機的連携による研究マインドの涵養

- 「医師として求められる基本的な資質」を修正。「研究を遂行する意欲と基礎的素養を有する」ことを記載。
- 「A 基本事項」に「医学研究への志向の涵養」に係る項目を新設。
- 準備教育モデル・コア・カリキュラムと併せて位置づけてきた「生命現象の科学」について、本カリキュラム中にも明確に位置づけ。

④社会的ニーズへの対応

- (1) 医師として普遍的に求められる資質の観点
- (2) 医療安全(患者および医療従事者の安全性確保)の観点
- (3) 患者中心のチーム医療(医療分野における多職種連携)の観点
- (4) その他(少子高齢化、男女共同参画の促進)

へ対応する観点から、モデル・コア・カリキュラム全体の量的抑制に留意しつつ、記載の充実等を実施。

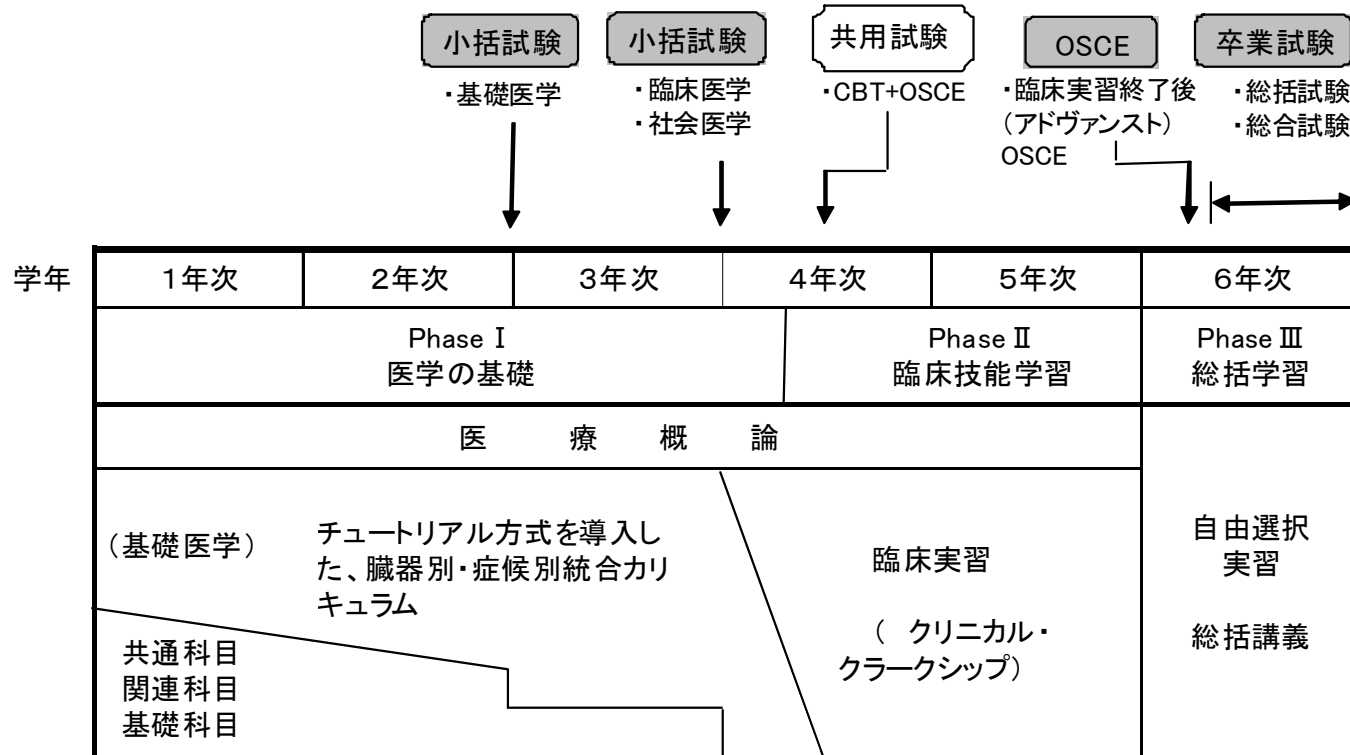
⑤モデル・コア・カリキュラムの利便性向上等に係る対応

→ 記載の簡略化等。

⑥大学、学会等へ期待する事項

- 卒前の研究室配属などの学生時代から医学研究への志向を涵養する教育や、医療関係者以外の方の声を聴くなどの授業方法の工夫など、各大学における特色ある取組の実施。
- より効果的な医学教育方法の確立に向けた、学会等における具体的教育手法や教材開発。
- 今回の改訂の主眼である基本的臨床能力の習得のため、各大学・大学病院が、臨床実習に参加する学生の適性と質を保証し、患者の安全とプライバシー保護に十分配慮した上で、診療参加型臨床実習の一層の充実。

筑波大学医学類のカリキュラム



<小括試験>

筆記試験 (multiple choice 選択式問題)

4月早々実施、到達度をみる。

<共用試験> (医療系大学間共用試験実施評価機構)

CBT: Computer Based Test

multiple choice 選択式問題。

OSCE: Objective Structured Clinical Examination

臨床実習前の客観的臨床能力試験、実技試験。

<臨床実習終了後OSCE>

アドバンストOSCE: 臨床実習終了後 (M5終了時) に実施予定

<卒業試験>

総括試験: 総括講義のコース毎に到達度をみる。

総合試験: 6年間で得た総合的知識の最終的到達度をみる。

※ 他大学の場合、共用試験の実施時期や臨床実習の期間等が異なる場合がある。

- ・基本的な診療能力の確実な習得のためには、臨床実習の充実が不可欠。
- ・特に、見学や模擬診療にとどまらない、診療参加型臨床実習の充実が課題。

◆6年次の教育(講義・実習の終了時期)

※卒業試験、補講等を除く。

6年次の講義・ 実習等終了時期	大学数
4月	1
5月	1
6月	10
7月	29
8月	3
9月	9
10月	7
11月	10
12月	8
1月	0
2月	0
3月	0

◆臨床実習の開始年次

開始時期			
4年次9月以前	2	大学	(3%)
4年次10～12月	1	大学	(1%)
4年次1～3月	4	大学	(5%)
5年次4月～6月	66	大学	(84%)
5年次7～9月	1	大学	(1%)
5年次10～12月	0	大学	(0%)
5年次1～3月	1	大学	(1%)
6年次4月以降	4	大学	(5%)

◆臨床実習の終了年次

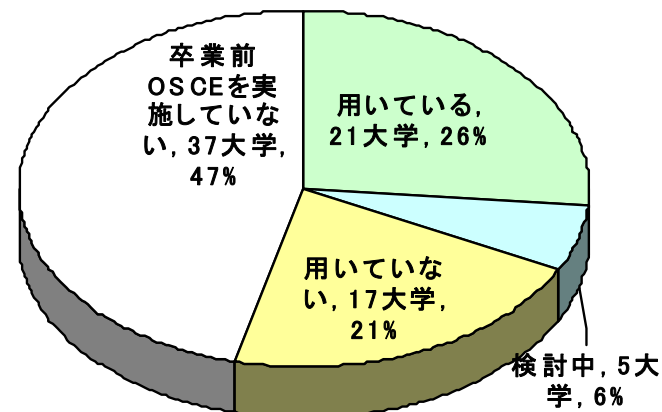
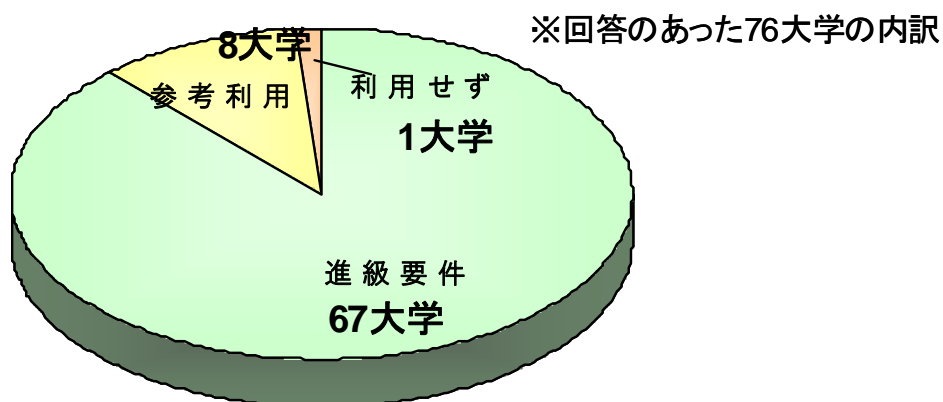
5年次12月以前	0	大学	(0%)
5年次1～3月	4	大学	(5%)
6年次4～6月	31	大学	(39%)
6年次7～9月	40	大学	(51%)
6年次10～12月	4	大学	(5%)
6年次1月以降	0	大学	(0%)
計	79	大学	

文部科学省
「平成23年度医学・歯学教育指導者ワークショップ」
参加者アンケートより

- ・大半の大学において共用試験を進級要件として利用しているが、合格基準は大学により異なる。
- ・半数以上の大学が卒業前にOSCE(臨床能力を試す実技試験)を行っているが、卒業認定に用いている大学は全体の1/4程度。

◆共用試験(CBT試験)の進級要件としての利用

◆卒業前OSCEの卒業認定への利用



文部科学省平成21年度医学・歯学教育指導者ワークショップアンケートより「平成21年度医学教育カリキュラムの現状」(全国医学部長病院長会議)より

共用試験

臨床実習開始前の学生の態度、技能、知識を評価するための試験。(社)医療系大学間共用試験実施評価機構が実施。

CBT(Computer Based Test)

コンピュータにより問題が出題される、共用試験の形態。出題は全大学共通だが、正当率の合格基準は、各大学がそれぞれ判断する。

OSCE(Objective Structured Clinical Examination; オスキー)

模擬患者を相手に医療面接や身体診断等を行い、臨床能力を試す実技試験。臨床実習前の共用試験においては(社)医療系大学間共用試験実施評価機構がOSCEを実施。臨床実習終了時又は卒業時のOSCEは各大学において実施している。

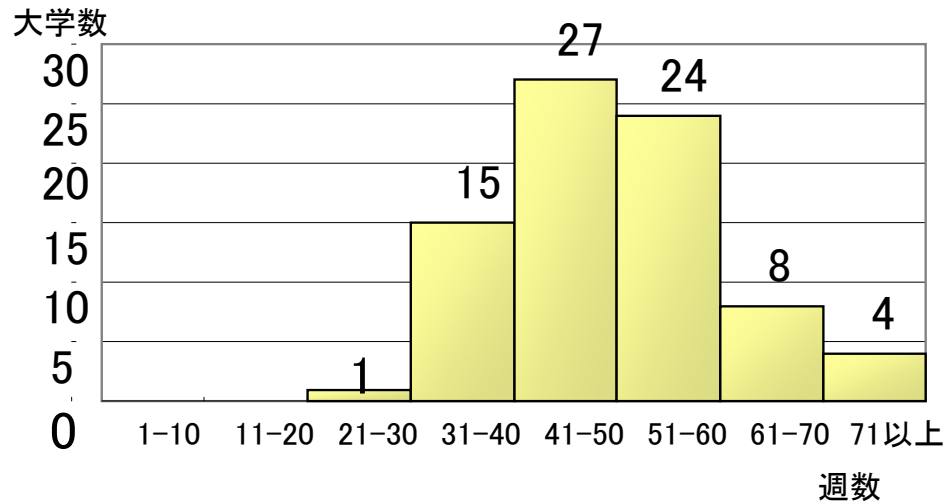


臨床実習の実施状況①

- ・臨床実習を5年次～6年次にかけて実施している大学が多い。臨床実習の実施週数には、大きな幅がある。
- ・学生が診療に参加する診療参加型臨床実習、学外の病院での実習など、臨床実習の内容の充実が課題。

◆臨床実習の実施週数

(1週間=35時間として標準化)

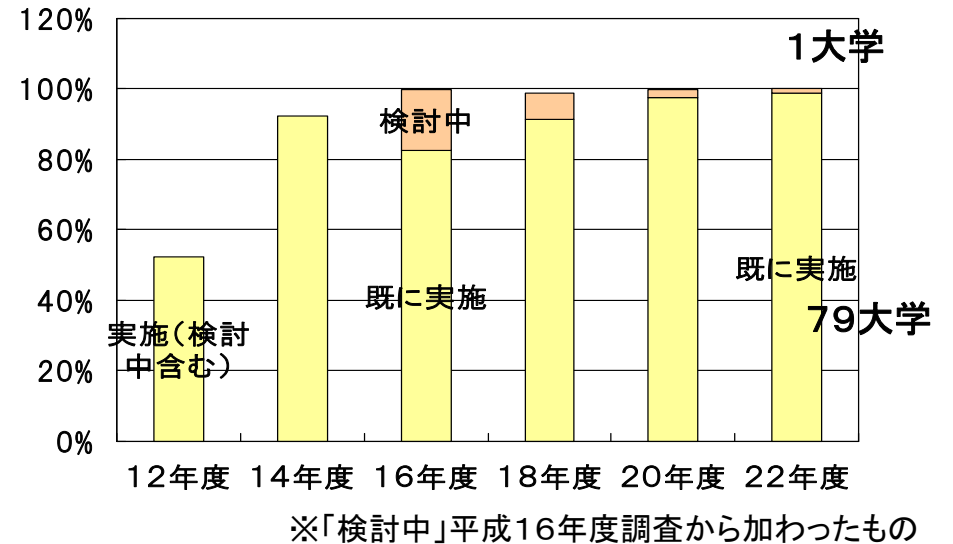


◆臨床実習の実施年次

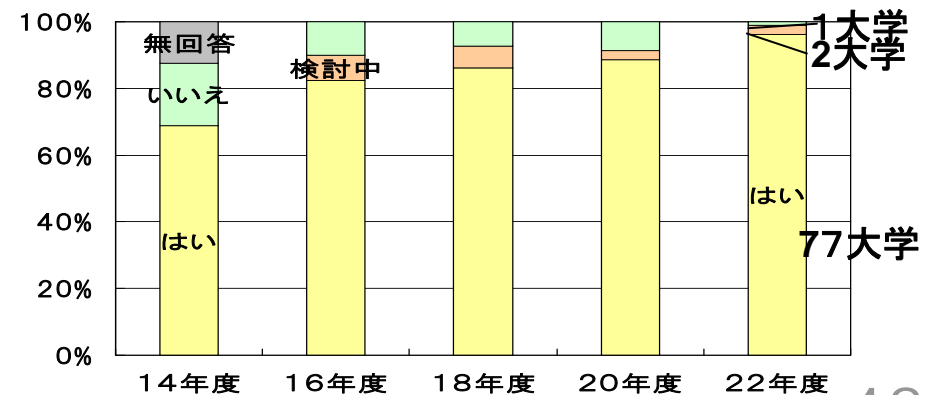
4年次～5年次	1
4年次～6年次	7
5年次	7
5年次～6年次	64

(大学数)

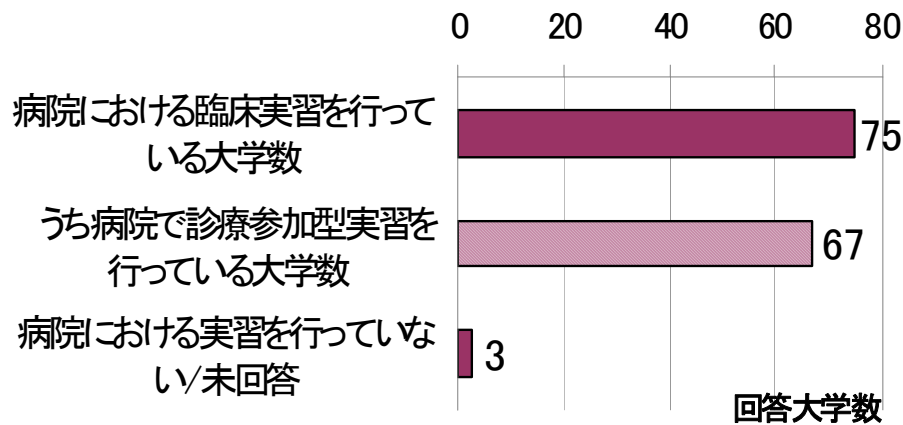
◆診療参加型臨床実習の実施状況



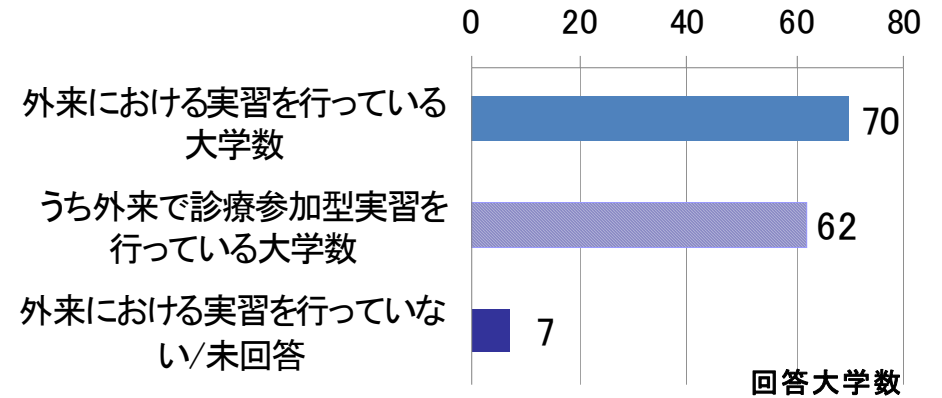
◆学外臨床実習病院の活用の有無



◆病院における診療参加



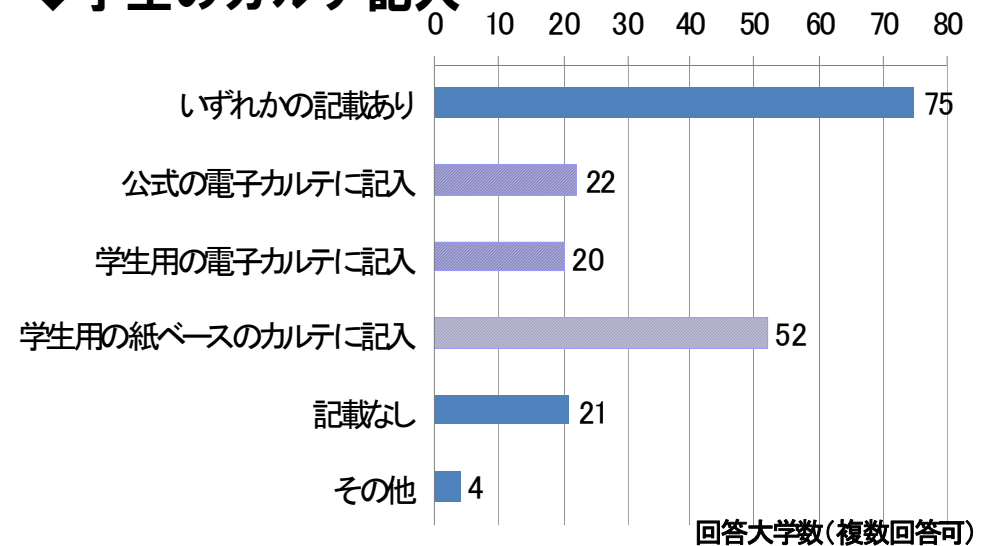
◆外来における診療参加



◆初期研修医が学生への指導に関与

初期研修医が学生への指導に関与している大学数	60	大学	(81%)
初期研修医が学生への指導に関与していない大学数	14	大学	(19%)
計(回答数)	74	大学	

◆学生のカルテ記入

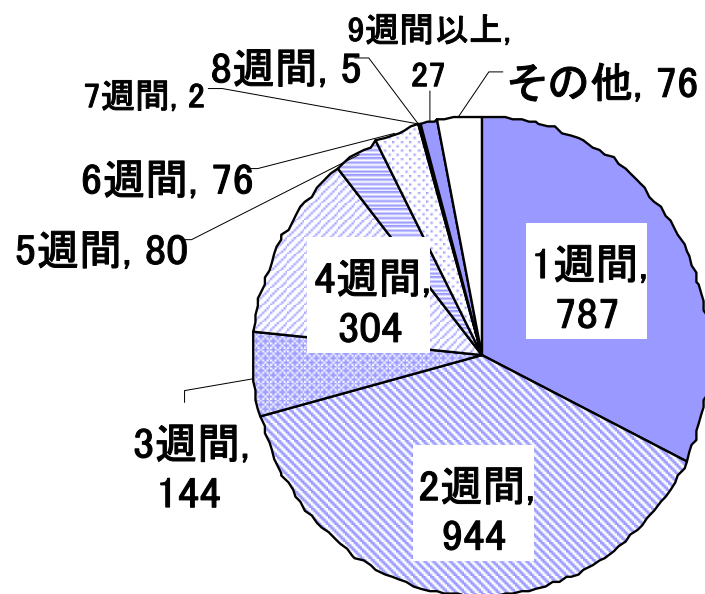


文部科学省
「平成23年度医学・歯学教育指導者ワークショップ」
参加者アンケートより

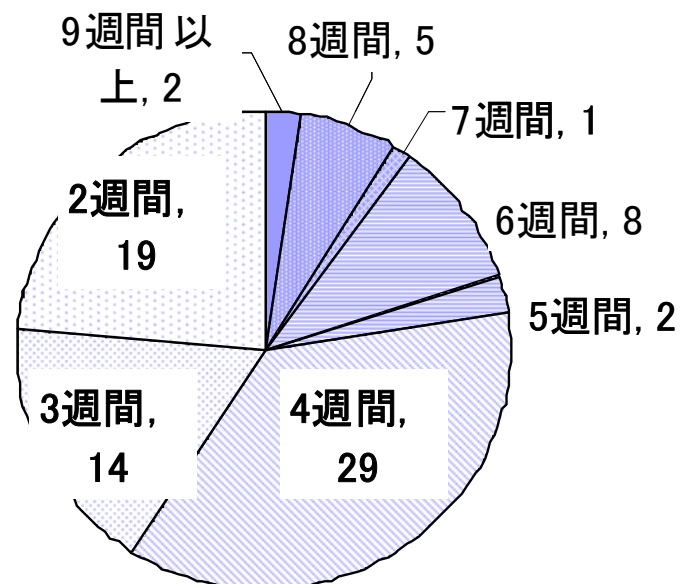
・臨床実習のプログラムの組み方は大学により様々であるが、すべての診療科において2週間未満の実習しか行っていないという大学も少なくない。

◆診療科毎の臨床実習週数

診療科毎の臨床実習週数(単位:科数)

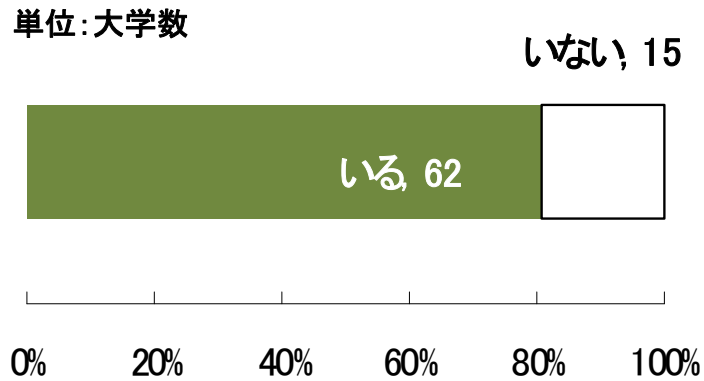


各大学において最も長い実習を行う診療科での実施週数(単位:大学数)

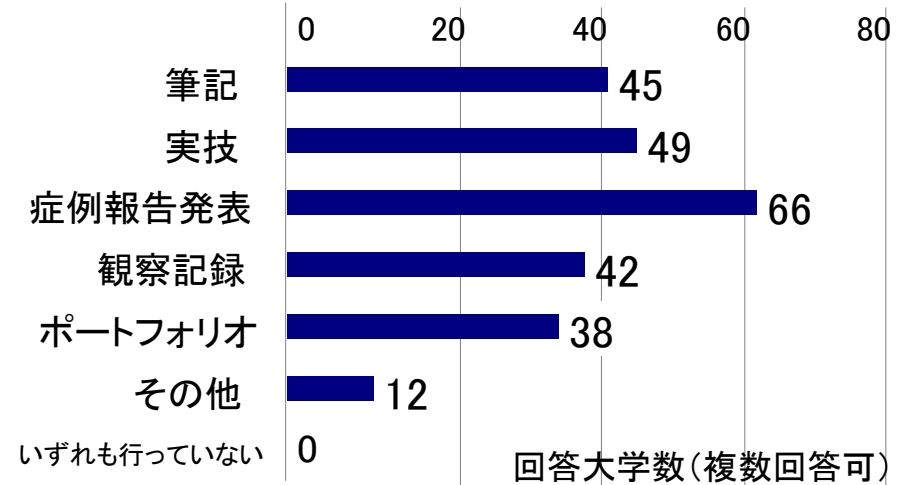


文部科学省「平成23年度医学・歯学教育指導者ワークショップ」参加者アンケートより

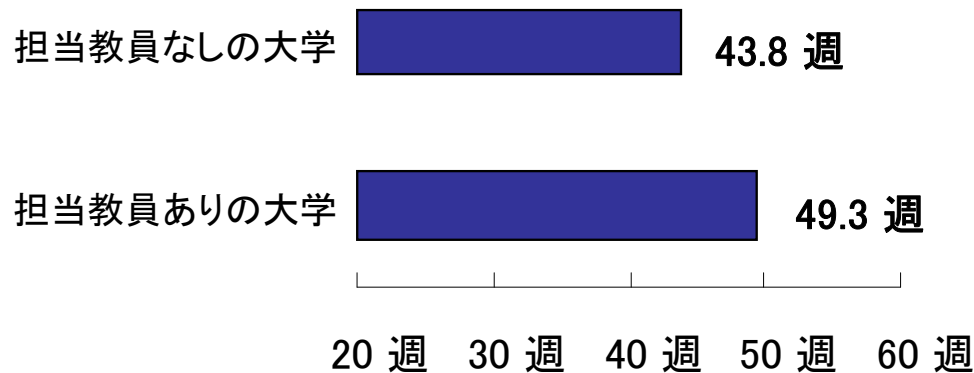
◆臨床実習とりまとめの担当教員



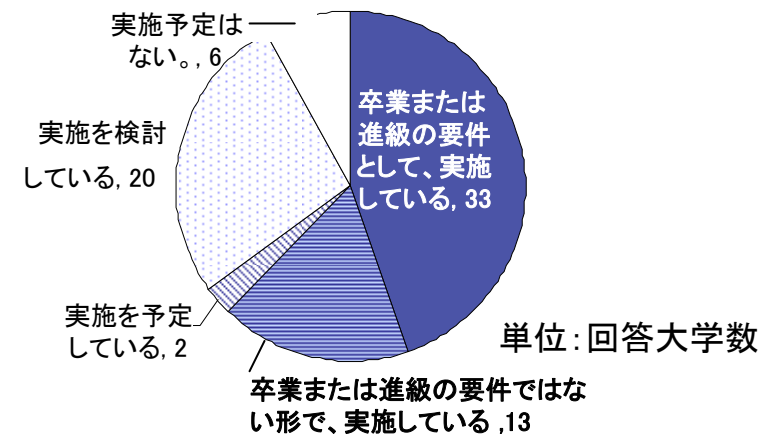
◆実習の評価方法



◆担当教員の有無と臨床実習週数



◆卒業前(アドバンスド)OSCEの実施



※いずれも、文部科学省「平成23年度医学・歯学教育指導者ワークショップ」参加者アンケートより

- ・ 出題について、臨床実習での学習により重きを置く方向。一方、OSCE(実技試験)を医師国家試験に導入することについては、今後の卒前OSCEの実施状況を見ながら引き続き議論することとされた。

(医師国家試験問題について)

- ・ 医師国家試験では、臨床実習での学習成果を中心とした臨床研修開始前の到達度を確認することに主眼を置くべきである。したがって、出題基準の改定に際しては、医学教育モデル・コア・カリキュラムで明示されている到達目標との整合を図ることが望ましい。
- ・ 問題作成時には、医学生が臨床実習に主体的に取り組んだ場合に経験可能な事項や卒後臨床研修で実際に対応が求められる状況について、具体的に想定する。
- ・ 基本的診療能力を問う出題に重点化していく観点から、「一般問題」の出題数を再考する余地があるが、ただし、そのためには、各大学医学部・医科大学において現在統一されていない共用試験に基づく成績評価が、一定程度標準化されることが必要となる。
- ・ 当面は現行の500題を維持した上で、卒前教育の動向をみながら出題数の在り方について引き続き議論。

(OSCEに関して)

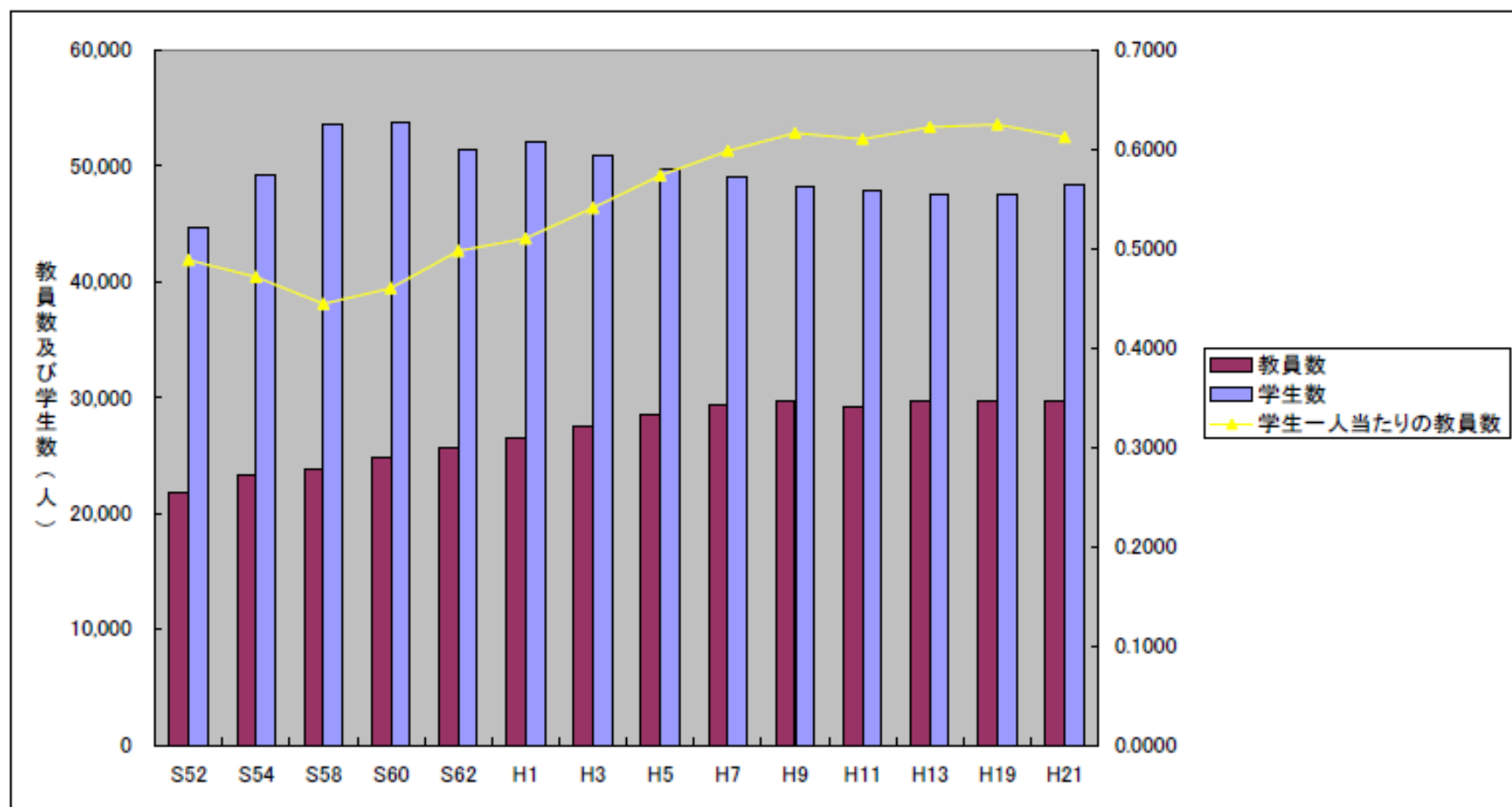
- ・ 約5割の大学医学部・医科大学では卒前OSCEを実施しており、さらにその結果を卒業認定に用いているのは約3割である。ただし、臨床実習前OSCEも卒前OSCEも、評価が全国的に標準化されていないという点で共通している。
- ・ OSCEを制度化する方向性を打ち出すことで臨床実習の不足に対する警鐘とすべきとの意見が出された一方、OSCEを実施する場として、医師国家試験よりも大学医学部・医科大学における取組を推進することが重要であるという指摘もあった。
- ・ 可否判定を伴う医師国家試験としてOSCEを実施することが最適かどうかについては、大学医学部・医科大学における卒前OSCEの実施状況を見ながら引き続き議論していくべきである。

(結語)

- ・ 我が国における医学教育の充実と医師国家試験の改善とは深く関わっており、今後の改善検討部会においても、卒前教育の動向を注視しながら引き続き連携に努めるべきである。

教員数及び学生数、学生一人当たりの教員数（全国医学部長病院長会議「医学教育カリキュラムの現状」より）

	S52	S54	S58	S60	S62	H1	H3	H5	H7	H9	H11	H13	H19	H21
教員数	21,877	23,247	23,830	24,761	25,638	26,535	27,532	28,568	29,337	29,718	29,217	29,641	29,686	29,684
学生数	44,772	49,294	53,624	53,790	51,496	52,000	50,861	49,794	49,012	48,194	47,877	47,613	47,480	48,468
学生一人当たりの教員数	0.4886	0.4716	0.4444	0.4603	0.4979	0.5103	0.5413	0.5737	0.5986	0.6166	0.6103	0.6225	0.6252	0.6124

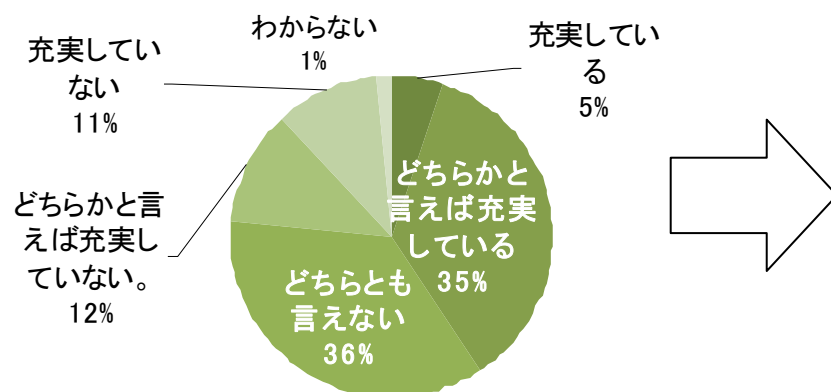


8. 今後の医師養成体制の充実について 医学部の教育体制と臨床実習

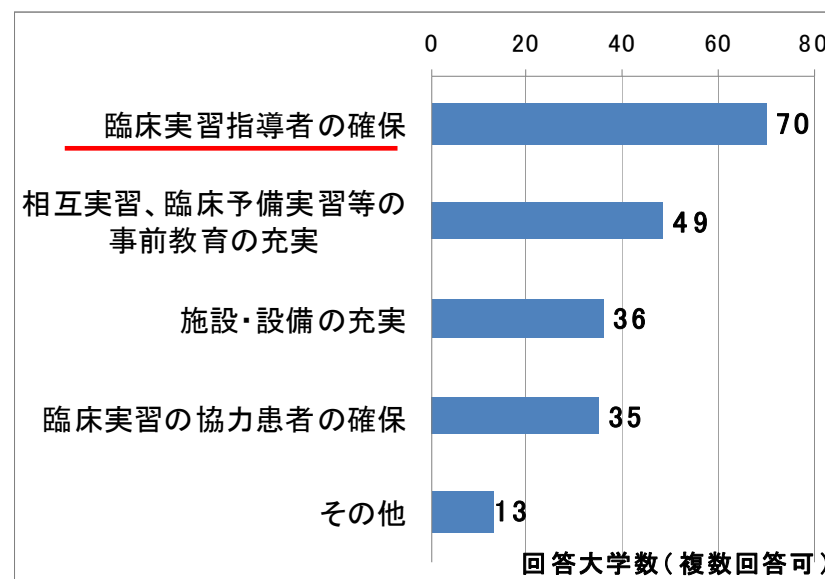
- 臨床実習充実のための課題として「臨床実習指導者の確保」を挙げる大学関係者が多い。

◆自大学の臨床実習について充実していると思うか

自大学の臨床実習の自己評価



◆臨床実習充実のための課題



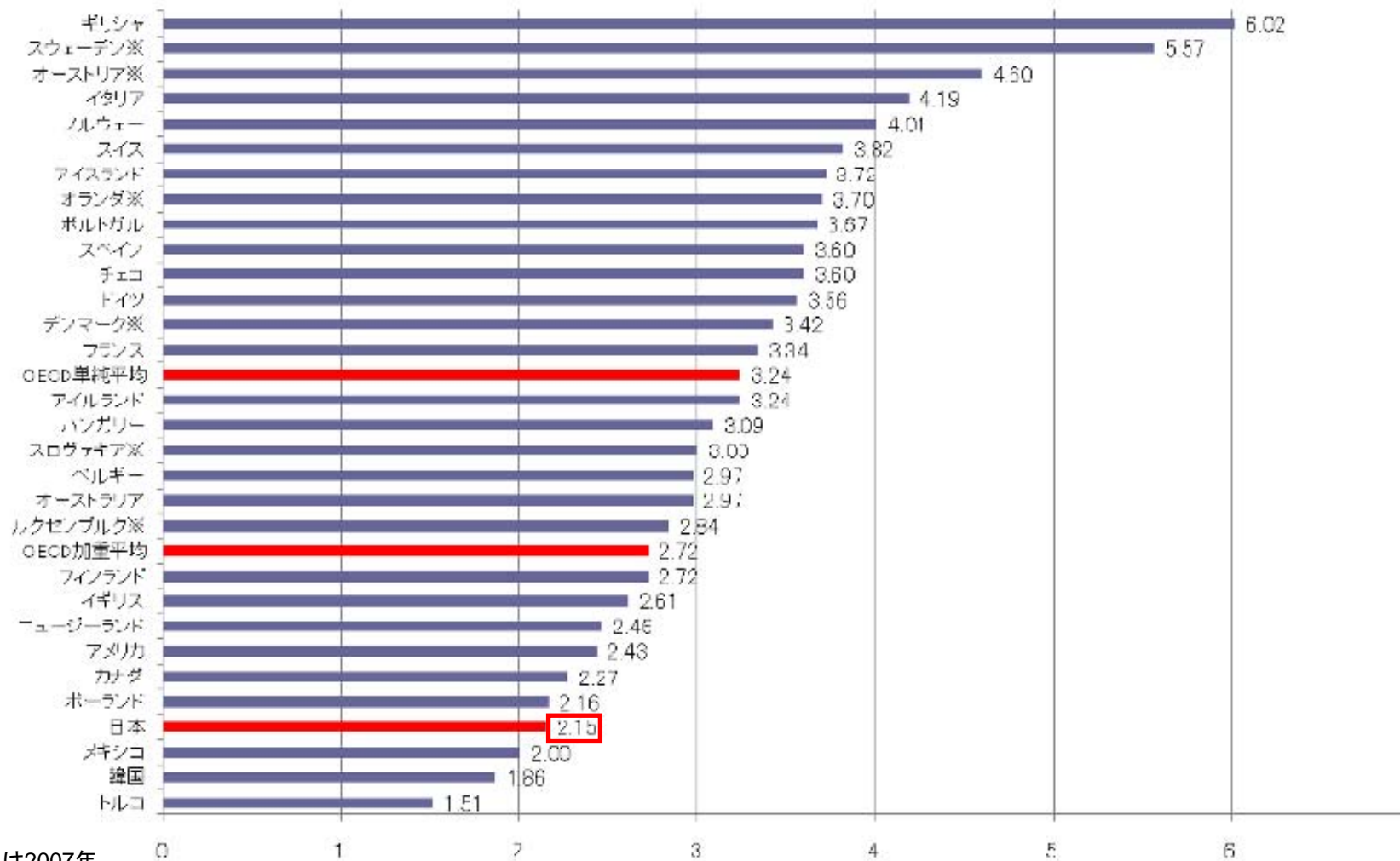
◆初期研修医の学生指導への参加

初期研修医が学生への指導に関与している大学数	60	大学	(81%)
初期研修医が学生への指導に関与していない大学数	14	大学	(19%)
計(回答数)	74	大学	

文部科学省
「平成23年度医学・歯学教育指導者ワークショップ」
参加者アンケートより

9. 今後の医学部入学定員の在り方について 人口千人当たり臨床医数の国際比較(2008年(平成20年))

○我が国の人口千人当たり臨床医数は、OECD単純平均の約2/3となっている。



※は2007年

注1 単純平均とは、各国の人口当たり医師数の合計を国数で割った数のこと。

注2 加重平均とは、全医師数を全人口で割った数のこと。

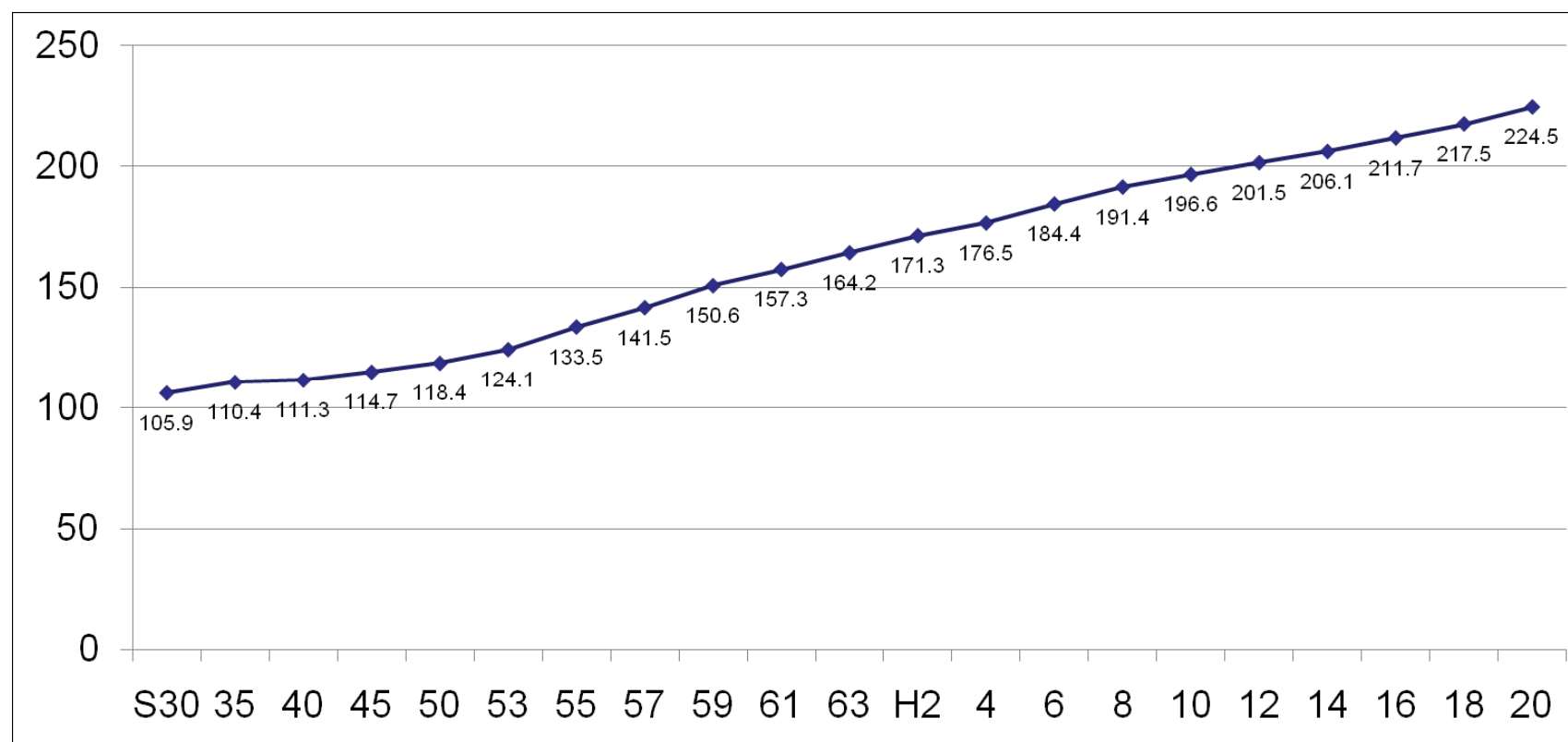
注3 カナダ・フランス・ギリシャ・イタリア・トルコは現職医師数を、アイルランド・オランダ・ポルトガル・スウェーデンは総医師数を用いている。

OECD Health Data2010より

9. 今後の医学部入学定員の在り方について 人口10万対医師数の年次推移

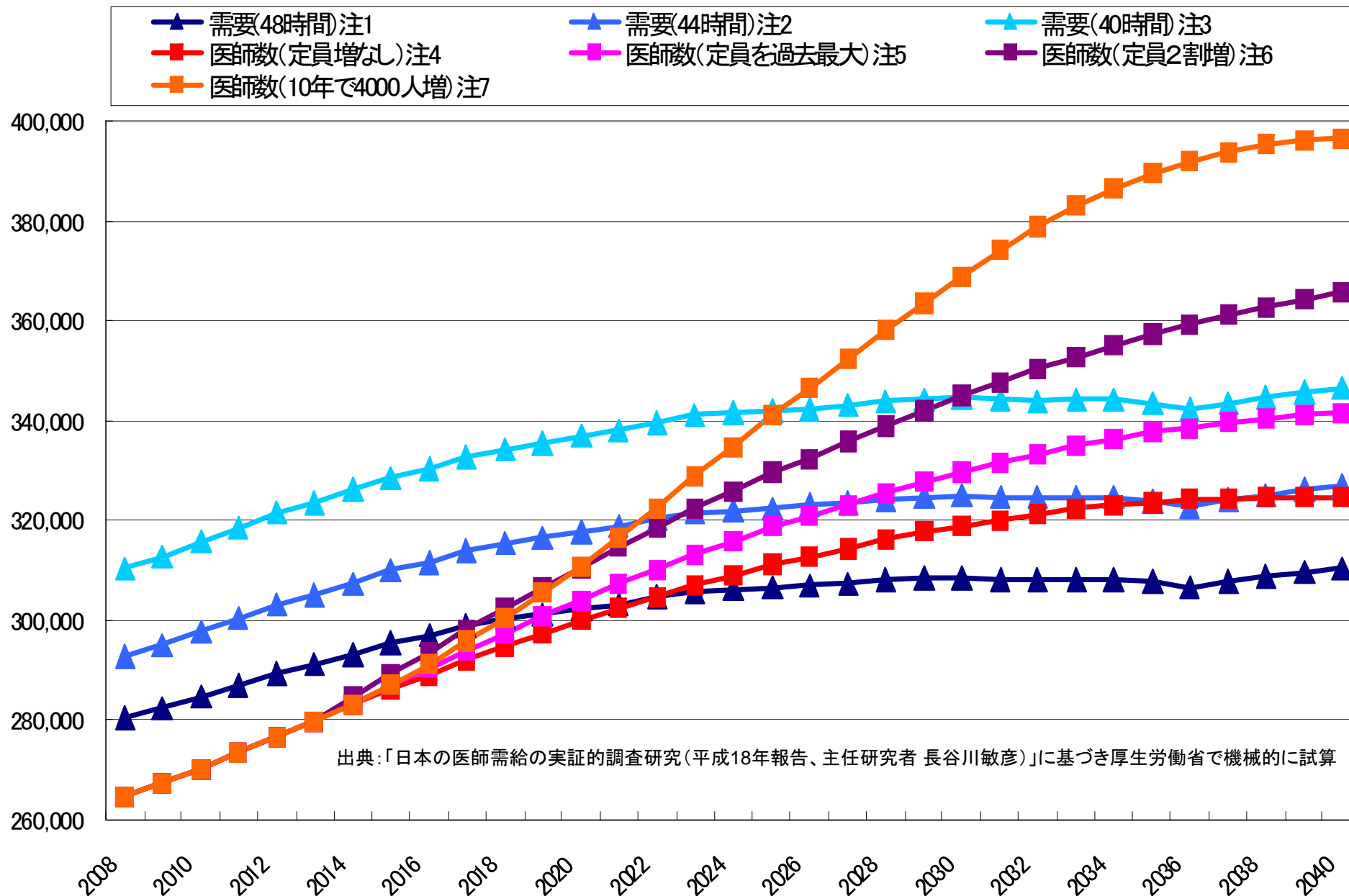
○近年、医師国家試験の合格者は毎年7,600～7,700人程度であり、死亡等を除いても、医師数は、毎年3,500～4,500人程度増加。

(医師数)平成10年 24.9万人 → 平成20年 28.7万人 (注)従事医師数は、27.2万人



9. 今後の医学部入学定員の在り方について 医師の需要と供給に関する機械的試算

「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会第5回会議資料(平成20年8月23日)



注1: 既存の推計で、医師の業務時間(※)の上限を週48時間とした場合(長谷川データ)

注2: 医師の業務時間の上限を週44時間とした場合

注3: 医師の業務時間の上限を週40時間とした場合

注4: 定員数を増員せず、2006年度の7,700人(医学部7,625人+防衛医大75人)を維持した場合(長谷川データ)

注5: 骨太2008を踏まえ、定員数を過去最大の8,360人(医学部8,280人+防衛医大80人)に増員した場合
(2008年は168人増員、2009年より定員数を8,360人に増員)

注6: 定員数を2006年度の医学部定員数7,625人の2割の1,526人増員した場合
(2008年は168人増員、2009年より1,526人増員)

注7: 定員数を毎年400人ずつ増員し、10年かけて4,000人増員し、その後7年間は4,000人増員を維持し、その後毎年400人ずつ減員し、10年かけて4,000人減員した場合(海野委員資料に基づく)

※業務時間とは、医師が医療機関において過ごす時間のうち、診療、教育、他のスタッフ等への教育、その他の会議等の時間であり、休憩時間、自己研修、研究といった時間は除く。

参考(長谷川データについて)

①供給モデル

- ・ 定員数: 2006年度の7,700人を基準
(医学部7,625人+防衛医大75人)
- ・ 就業率: 性別、年齢階級別の就業率は、今後も一定として試算
- ・ 女性の割合: 医学部入学者に占める割合(約3割)が今後も一定として試算
(全医師に占める割合は増加すると推定)

②需要モデル

- ・ 今後の高齢化の影響: 年齢階級別の退院回数、受療率、医療費に基づき試算
- ・ 業務時間: 業務時間の上限を週48時間として試算
(平成18年3月、医師需給に係る医師の勤務状況調査より: 回答医師数(病院常勤医師6650人、無床診療所医師473人))
- ・ 非診療医師: 総従事医師の約5%として試算
- ・ 医師の生産性: 今後も一定として試算
(スキルミックス等は勘案せず)

①東北大学地域医療システム学講座(小笠原、伊藤、本郷、金村、木村、溝口)推計(2008)	
概要	必要医師数は43.2万人(平成16年医師数から17.5万人の増が必要)。 医学部教員を現在値とした場合の必要医師数は、33.3万人(平成16年医師数から7.6万人の増が必要)。都道府県別では、北海道が4843人増、最大で東京都の6505人増、最小で鳥取県の404人増となり、都道府県平均で1631人増となる。
推計の考え方	必要医師数は、「病院医師」、「無医地区医師」、「介護施設医師」、「医学部教員」、「産業医」、「保健所医師」を積み上げた数に対し、女性医師の比率・労働力に応じた補正を加え計算。 病院医師は、病院当たり3人の定数配置に加えて、外来患者・入院患者の診察医師、当直医師、指導医数を算出し、それぞれの従事割合で重み付けした数を合計して算出。 その他、無医地区医師を各1人、介護施設医師を各1人、診療所医師を現在値、医学部教職員を欧米レベルの大学当たり1200人、産業医を従業員1000人以上の事業所当たり1人、保健所医師を各1人と設定。
②日本政策投資銀行(藤木)推計(2008)	
概要	患者数のピーク(9.8百万人)に達すると推計される2025年には、現在、人口当たり患者数が多く患者当たり医師数の少ない秋田県、島根県などでは患者当たり医師数が増加に転ずる一方、患者当たり医師数が相対的に多い東京都や沖縄県などでは、患者当たり医師数の減少度合いが大きく、現時点で相対的に医師数が恵まれている自治体においても、将来の人口動態を考慮した上で、医師を増加させるための方策を検討する必要がある。
推計の考え方	各年齢層の受療率を一定として都道府県別の推計患者数を算出し、各都道府県における医師数が現時点から変化しないとして推定患者当たり医師数を算出。
③日本経済研究センター(松岡)推計(2009)	
概要	医師不足数は約7.2万人(2006年)から7.8万人(2015年)へと増え続けるが、2016年以降減少し続け、2.7万人まで減少する(2035年)。
推計の考え方	医師不足数は、都道府県で最も高い京都府の水準(患者1000人当たり医師数42人)に全都道府県が達するために必要な人数。 患者数は、受療率(年齢階層ごとに将来一定)と年齢階層別の将来推計人口により予測。 医師数は年齢別の医師数に5年後に同じ都道府県で働いている確率(医師継続率)をかけ合わせて推計。ただし、30歳未満の世代は2009年の定員増加世代が研修を終える2016年まで現在値のままとし、2017年以降10年間で1.5倍の増加を織り込む。

病院等における必要医師数実態調査について

- <調査の目的> 全国統一的な方法により各医療機関が必要と考えている医師数を調査
- <調査の期日> 平成22年6月1日現在
- <調査の対象> 全国の病院及び分娩取扱い診療所を対象(10, 262施設)
- <回収率> 病院88.5%、分娩取扱い診療所64.0%の合計で84.8%

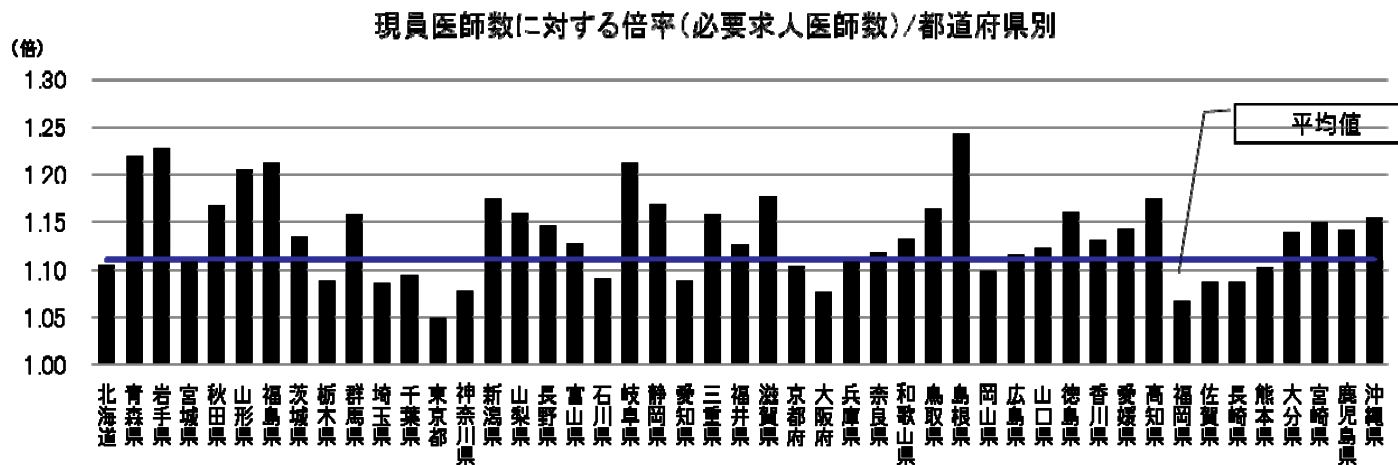
調査結果のポイント

- 現員医師数(167,063人)に対する倍率
 - ・必要求人医師数 18,288人 1.11倍
 - ・必要医師数 24,033人 1.14倍

(必要医師数 = 必要求人医師数 + 求人していないが必要と考える医師数)
- 現員医師数に対する倍率が高い都道府県
 - ・必要求人医師数 : 島根県1.24倍、岩手県1.23倍、青森県1.22倍
 - ・必要医師数 : 岩手県1.40倍、青森県1.32倍、山梨県1.29倍
- 現員医師数に対する倍率が高い診療科
 - ・必要求人医師数 : リハビリ科1.23倍、救急科1.21倍、呼吸器内科1.16倍、
 - ・必要医師数 : リハビリ科1.29倍、救急科1.28倍、産科1.24倍、

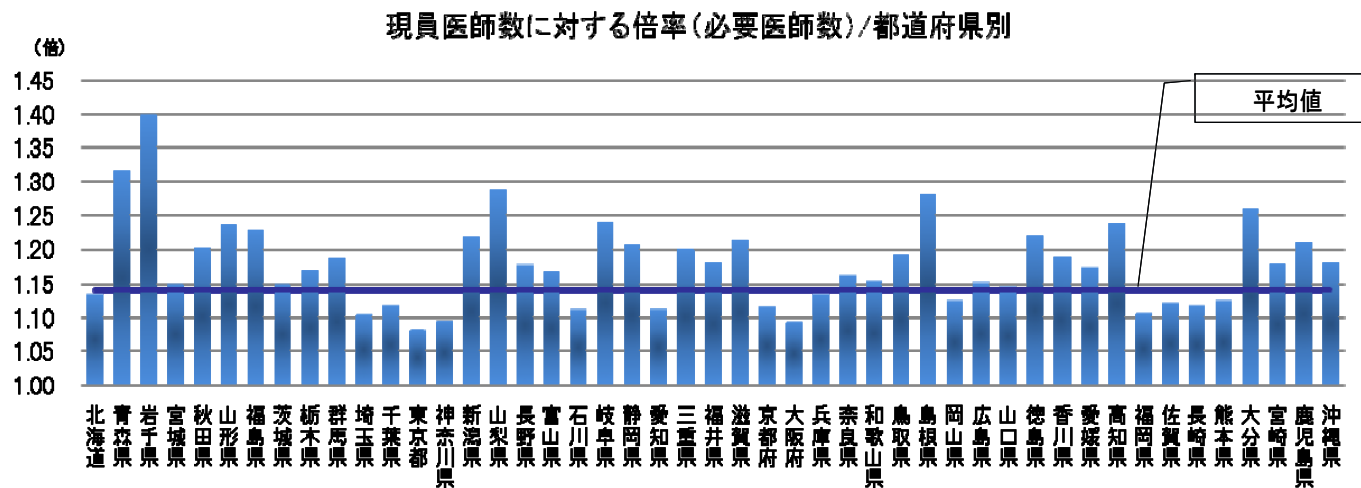
〔必要求人医師数(都道府県別)〕

現員医師数に対する倍率が高い都道府県は、島根県1.24倍、岩手県1.23倍、青森県1.22倍であった。



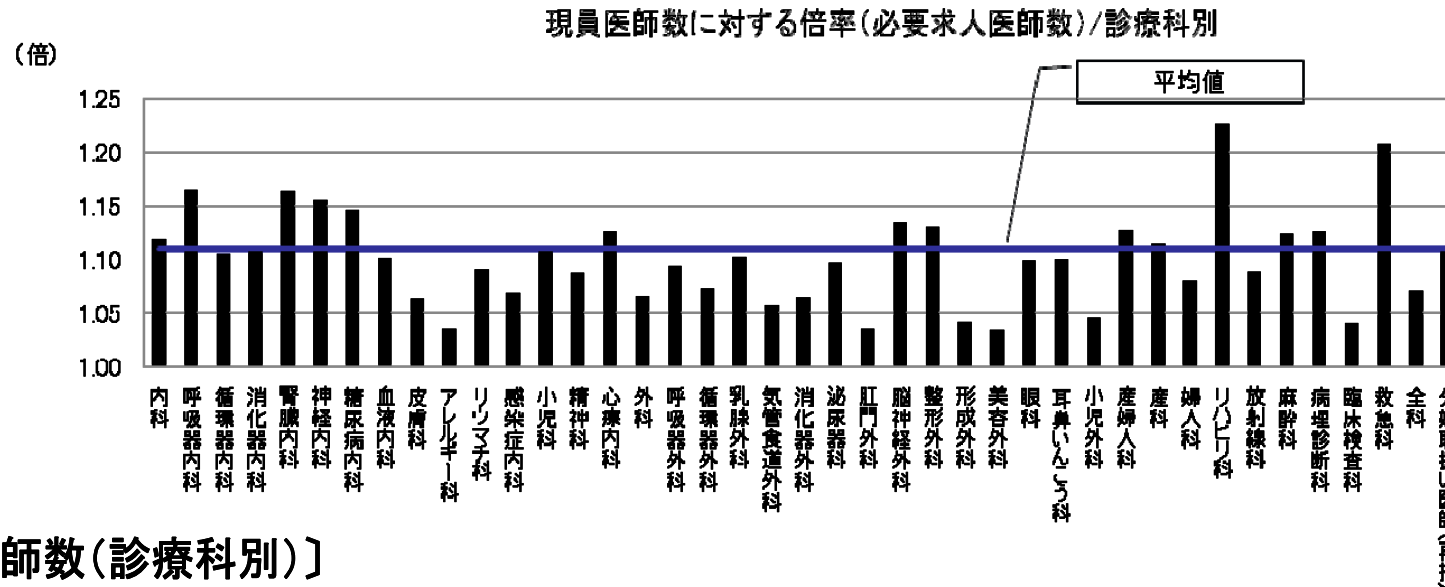
〔必要医師数(都道府県別)〕

現員医師数に対する倍率が高い都道府県は、岩手県1.40倍、青森県1.32倍、山梨県1.29倍であった。



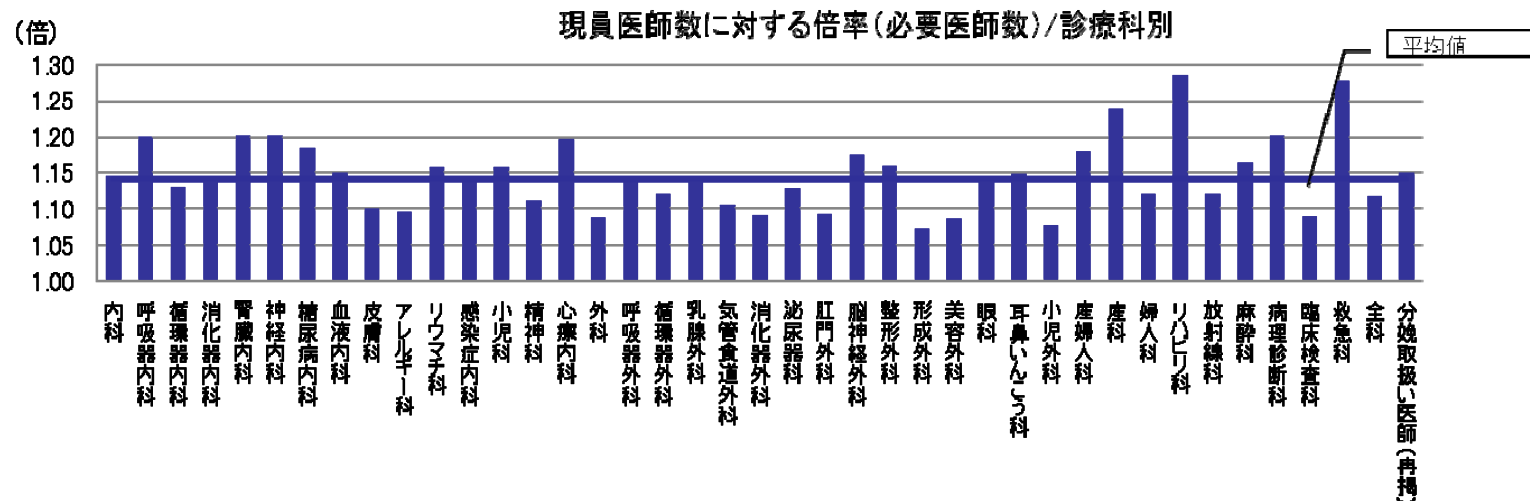
〔必要求人医師数(診療科別)〕

現員医師数に対する倍率が高い診療科は、リハビリ科1.23倍、救急科1.21倍、呼吸器内科1.16倍であった。なお、分娩取扱い医師(再掲)は1.11倍であった。



〔必要医師数(診療科別)〕

現員医師数に対する倍率が高い診療科は、リハビリ科1.29倍、救急科1.28倍、産科1.24倍であった。なお、分娩取扱い医師(再掲)は1.15倍であった。



【調査・統計等】

- ・厚生労働省「病院等における必要医師数実態調査」

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/other/iryuu01.html>

- ・厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/33-20.html>

【団体の提言等】

- ・全国医学部長・病院長会議「医師養成の現状の検証と改革実現のためのグランドデザイン 全国医学部長病院長会議からの提言（素案）」http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/043/siryu/1309575.htm（資料3）

- ・日本医師会「医師養成についての日本医師会の提案－医学部教育と臨床研修制度の見直し－」（第2版）

http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/043/siryu/_icsFiles/afieldfile/2011/08/10/1308260_1.pdf

- ・私立医科大学協会「医学教育経費理解のために」

<http://www.idaikyo.or.jp/zaisei/igaku22.11.pdf>

【その他】

- ・検討会第1回～9回までの資料、議事録

http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/043/giji_list/index.htm

（アドレスはいずれも本資料公開時のもの）