

2019年6月12日（水）

健康政策論

～医師不足をどう解決するか～

信州大学医学部地域医療推進学教室

中澤勇一

医師不足の原因

- 絶対的医師不足：
 - 不十分な医師養成数（OECD比較）
- 相対的医師不足
 - 地域偏在
 - 診療科偏在：産婦人科不足など
 - （女性医師の増加）
 - 専門細分化：内科・外科
 - 医療需要の増大：需要と供給の乖離

絶対的医師不足に対して

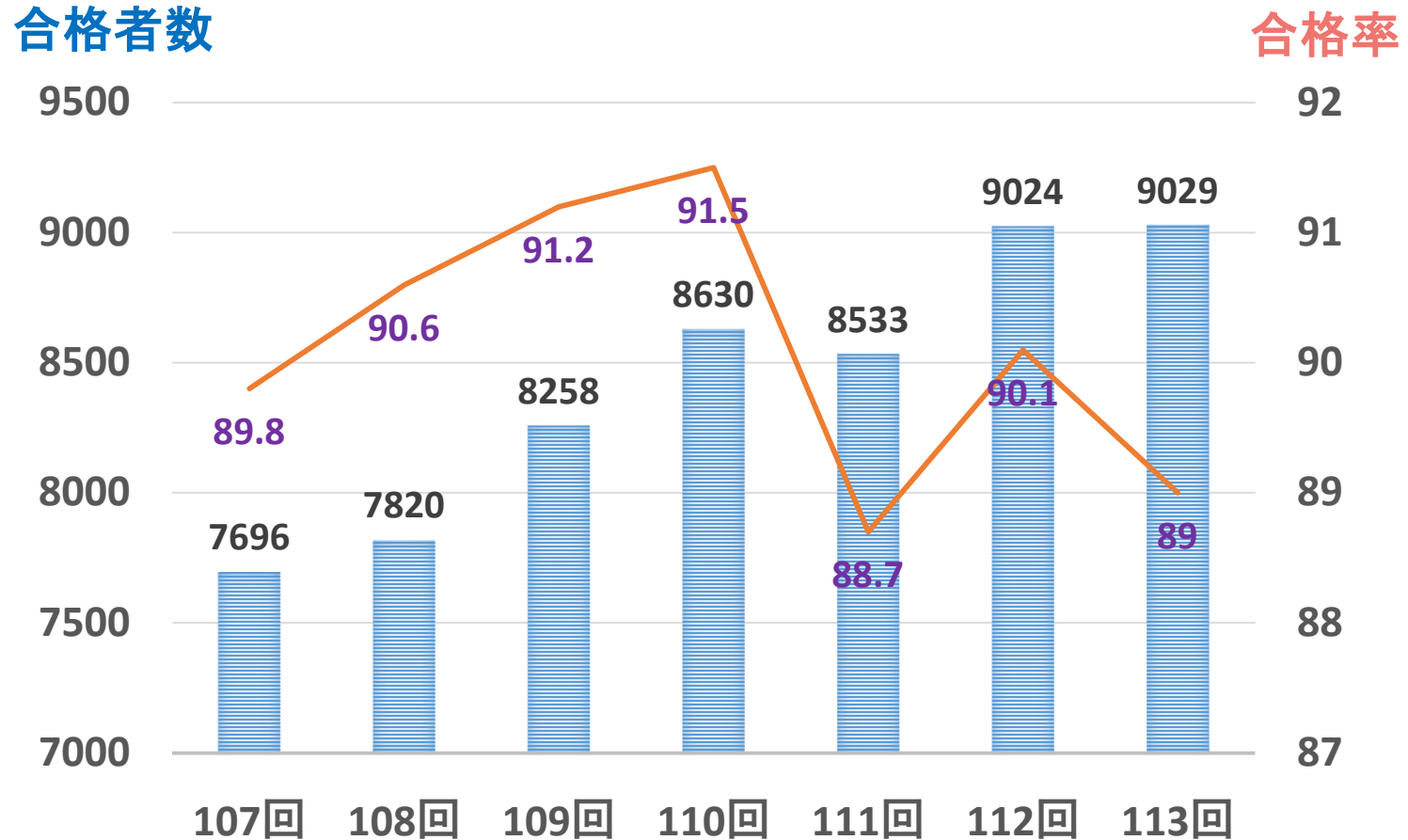
- 医師養成数増加政策
- タスクシフト（医師の働き方改革）
- 開業制限



絶対的医師不足に対して

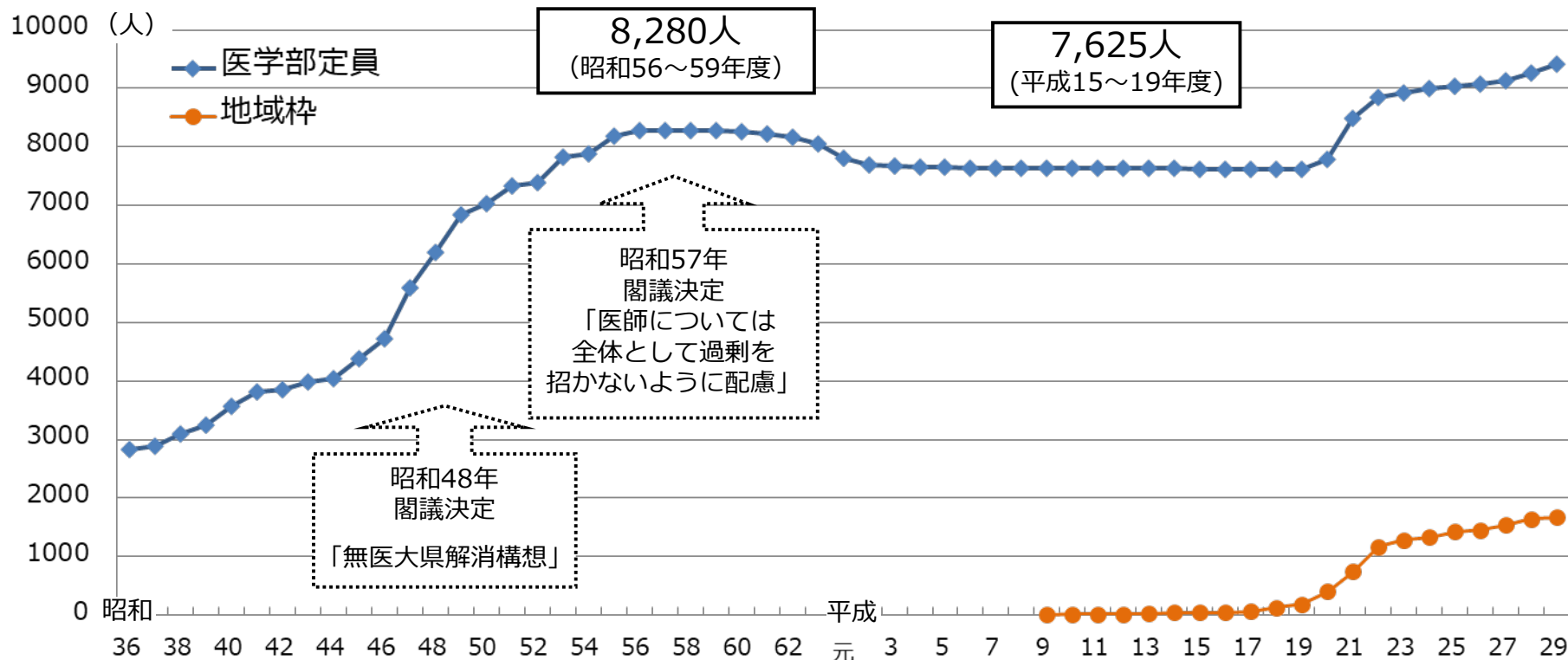
- 医師養成数増加政策
- タスクシフト（医師の働き方改革）
- 開業制限

医師国家試験合格率の推移



医学部入学定員の年次推移

- 平成20年度以降、医学部の入学定員を過去最大規模まで増員。



	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29
医学部定員	7625	7625	7625	7793	8486	8846	8923	8991	9041	9069	9134	9262	9420
地域枠	64	129	183	403	749	1141	1257	1309	1400	1427	1525	1617	1676
地域枠の割合	0.8%	1.7%	2.4%	5.2%	8.8%	12.9%	14.1%	14.6%	15.5%	15.7%	16.7%	17.5%	17.8%

地域枠の人数については、文部科学省医学教育課調べ

医師の需給推計について

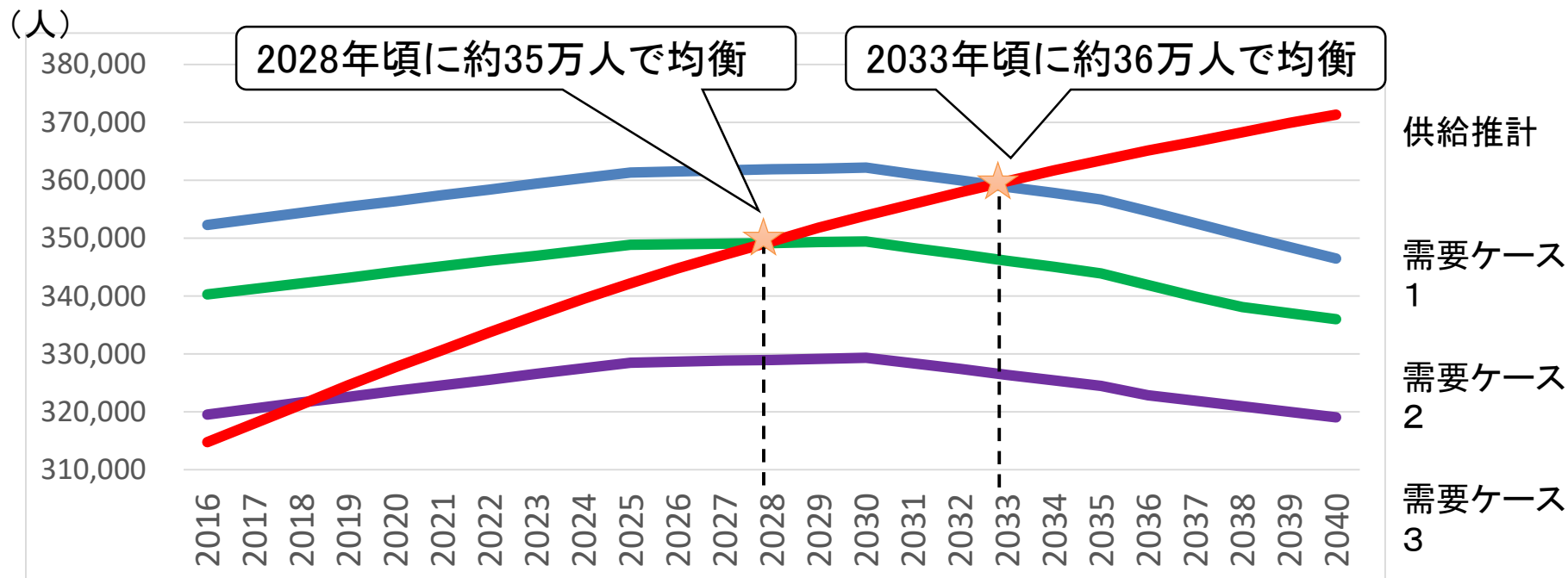
医師需給は、労働時間を週60時間程度に制限する等の仮定をおく需要ケース2において、平成32年度(2020年度)医学部入学者が臨床研修を修了すると想定される2028年(平成40年)頃に、労働時間を週55時間程度に制限する等の仮定をおく需要ケース1において、2033年(平成45年)頃に均衡すると推計される。

供給推計 今後の医学部定員を平成30年度(2018年度)の9,419人として推計

需要推計 ケース1、ケース2、ケース3について推計※

※ 労働時間、業務の効率化、受療率等について幅を持って推計(別紙)

※※ 勤務時間を考慮して、全体の平均勤務時間と性年齢階級別の勤務時間の比を仕事率とした





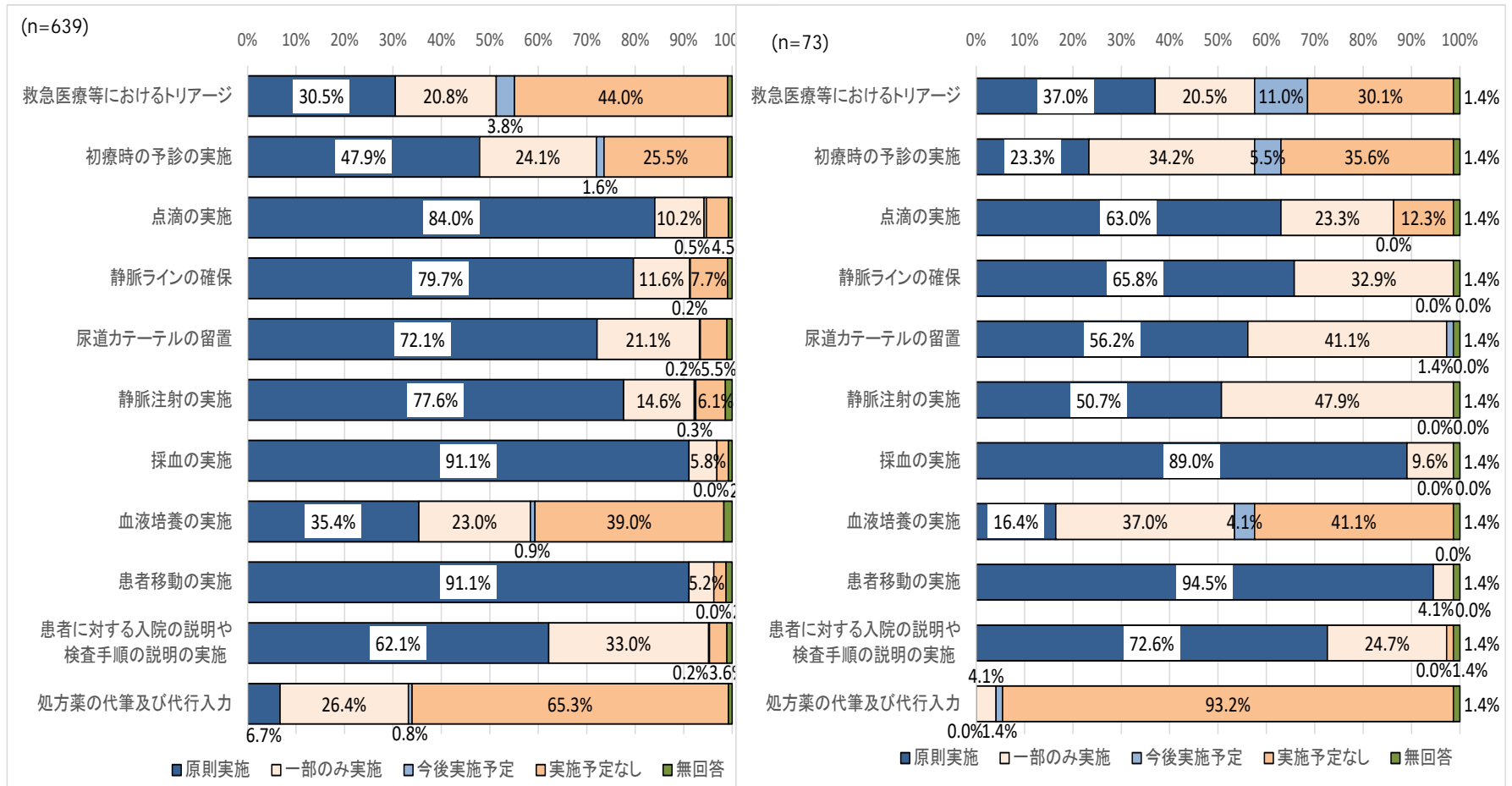
絶対的医師不足に対して

- 医師養成数増加政策
- タスクシフト（医師の働き方改革）
- 開業制限

働き方改革

- 医師の行うべき業務とそうでない業務の明確化、業務の移管に向けた具体的な検討
- 医師事務作業補助者等の活用
- 看護職員による実施率が高い点滴の実施、静脈ラインの確保等について移管の推進
- 複数主治医制への移行等、業務の共同化
- 女性医師の両立支援（多様で柔軟な働き方の推進、保育サービスの充実等）
- ICTを活用した勤務環境改善

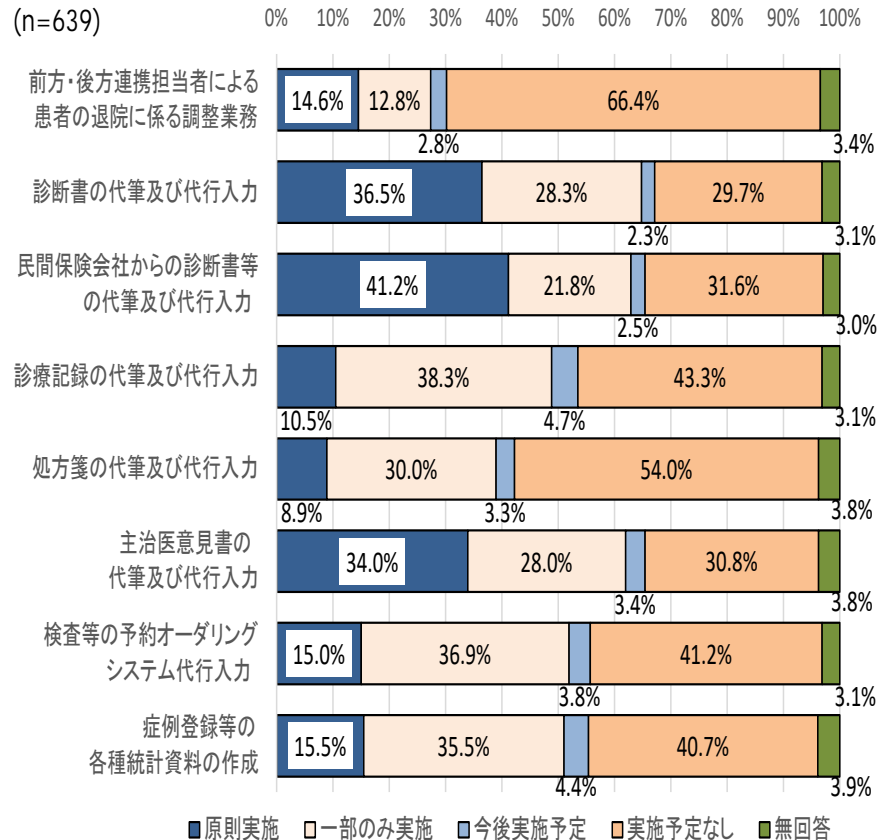
看護師等への業務移管



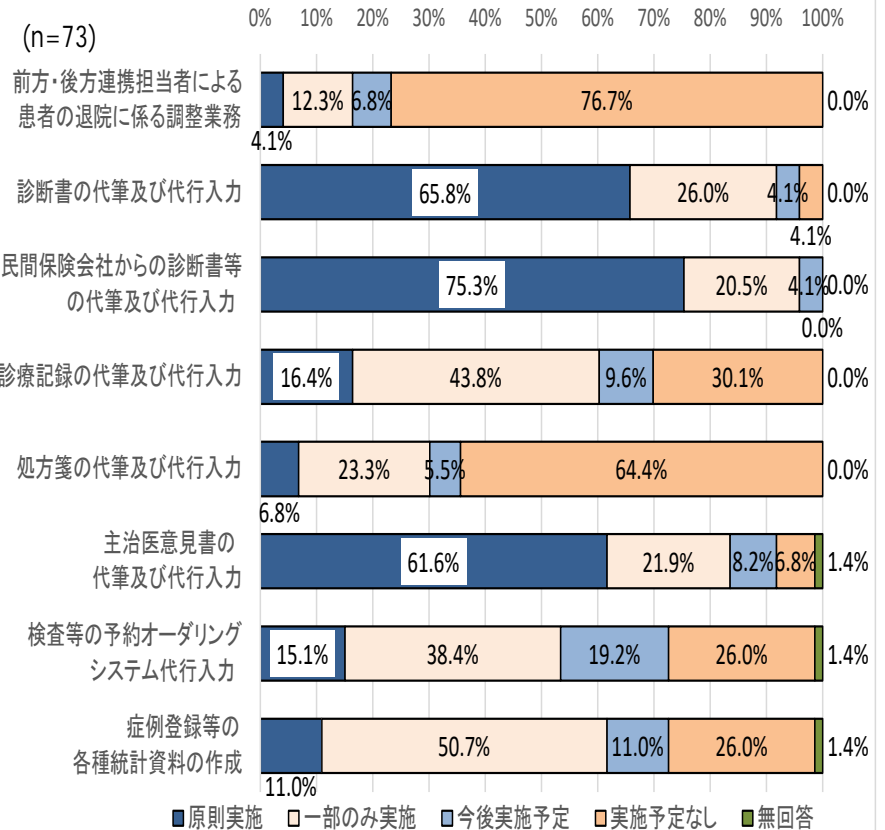
四団体病院協議会調査

全国医学部長病院長会議調査

事務職員への業務移管

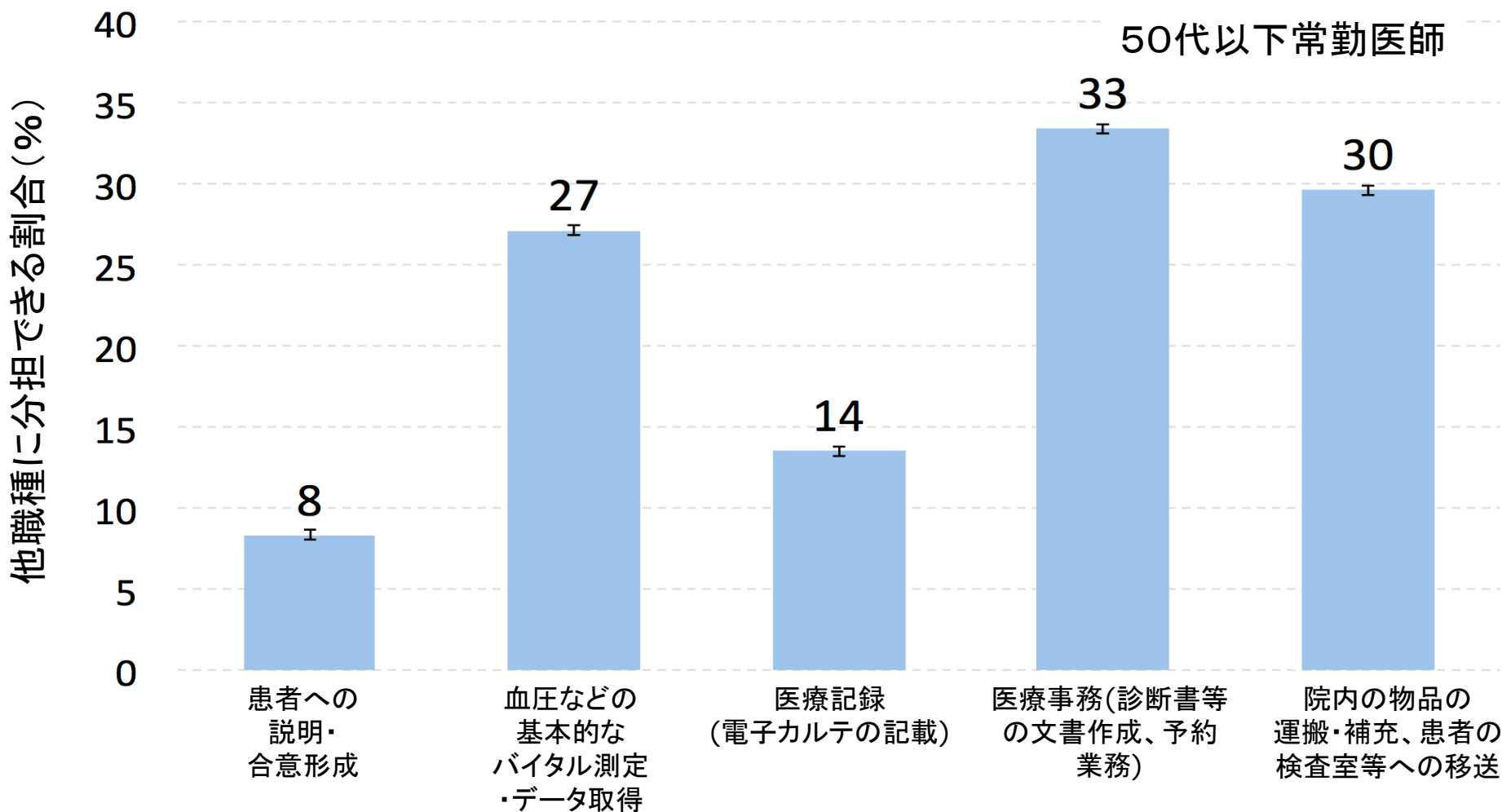


四団体病院協議会調査

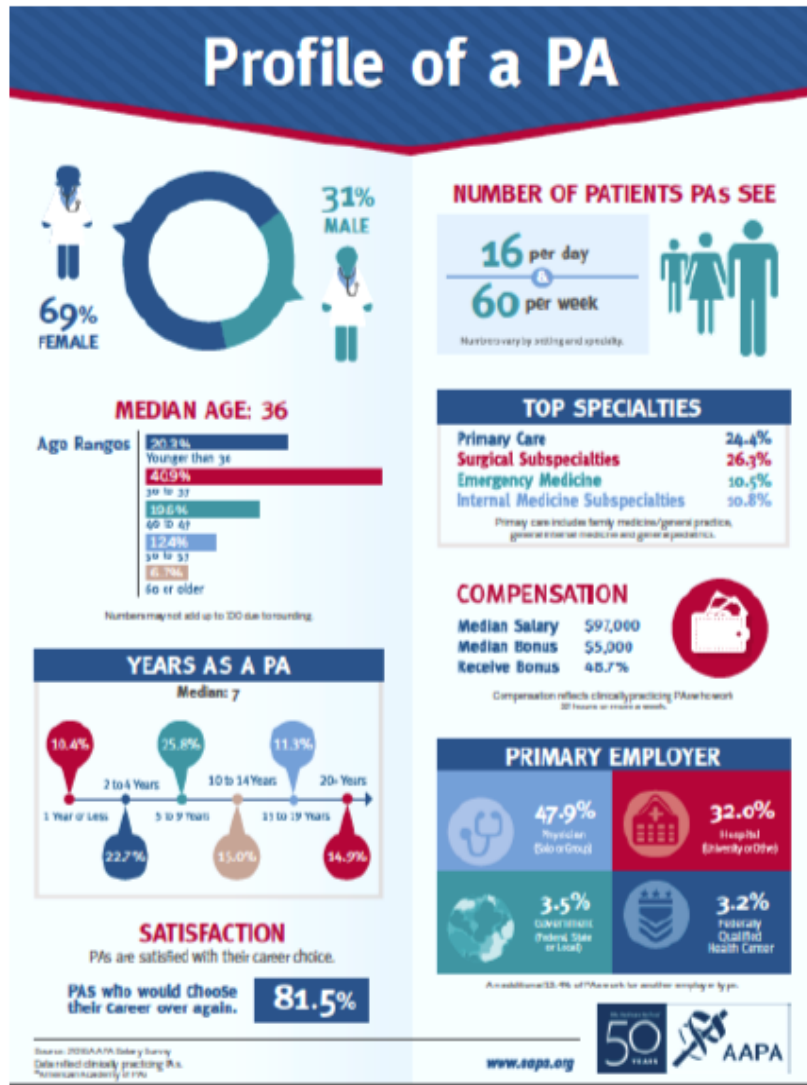


全国医学部長病院長会議調査

他職種(看護師や事務職員等のコメディカル職種)との分担 (他職種に分担できる割合(%))



PA(Physician Assistant)とは？



- 医師の監督のもとに診察、薬の処方、手術の補助など、医師が行う医療行為の8割方をカバーする医療従事者
- 国家資格を得た後に、州免許を所得して職務に就く
- Physician Assistant Practice Actに基づき、免許発行、職務規定がおこなわれている
- 3年間の修士プログラム
- 2000時間以上の臨床ローテーション
- 100時間／2年のCME
- 10年に一度の更新
- アメリカでは現在、108,500
- プライマリケアや、外科補助に多く従事している

診療看護師（ナースプラクティショナー）

- 看護師として一定以上の職務経験を積んだものが専門職大学院において必要な学位を取得し試験に合格することにより、この資格を得ることができる。
- 州単位の規制によって規定されており、NP自らによる診療所の開設は、自己の責任においてこれが可能である州、提携関係にある医師の監督下において可能となる州などがある。
- 可能な行為は、医師の補助のほか、医師のいない過疎地等においては自らプライマリケアの主体となっている場合もある。初期症状の診断、処方、投薬などを行うことが出来るが外科手術などは行うことが出来ない。
- 専門領域は、全ての州で認められているウィメンズヘルス（女性の健康）、小児、高齢者、精神、急性期の5つの領域のほか、救急、家族、新生児などの領域がある。

タスクシフティングの動き

- 厚生労働省での議論
 - 「医師の働き方改革」の対策の一つが、医師でなくても可能な業務を他の医療職に移管
- 「看護師の特定行為研修制度」
 - 医師の包括的な指示のもと、一部の医行為を行える看護師を養成
 - 2015年10月にスタート

看護師の特定行為研修制度

- 気管チューブの位置の調整
- 人工呼吸器設定変更
- 人工呼吸鎮静剤変更
- 気管カニューレ交換
- 経皮的心肺補助装置管理
- 心嚢ドレーンの抜去
- 胸腔ドレーン抜去
- 特別な薬剤の調節、臨時投与
- など

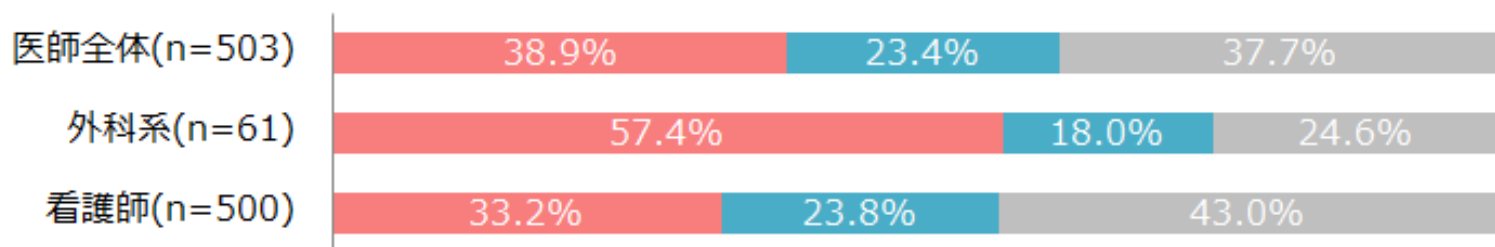
日本看護協会ホームページより

- 現行の「医師の指示のもとでの診療の補助」の枠を越えない特定行為研修制度では対応できない現場のニーズがあり、特に医療資源が限られた地域で、住民・利用者の療養生活を支えるために、看護師が現行法では認められていない新たな裁量権を持ち、さらに役割を担っていくことへのニーズが高いことが把握されました。一方、諸外国においては、新たにNurse Practitioner制度が創設されたり、Nurse Practitionerの裁量がさらに拡大されるなど、看護師が自身の判断と責任で医療を提供する仕組みを導入・発展させている状況にあります。
- 看護の基盤をもちながら、医師の指示を受けずに一定レベルの診断や治療などを行う、米国等のような「ナース・プラクティショナー」の資格を、日本においても新たに創設し、急増する医療ニーズに応えていくことが必要だと考えています。

新たな国家資格創設について

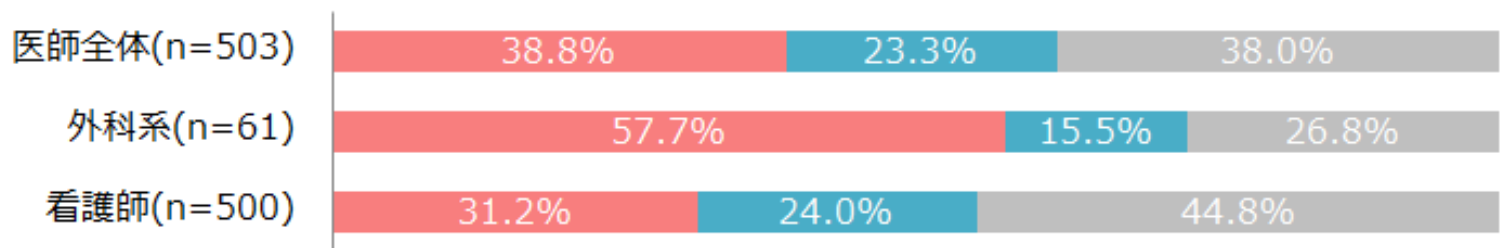
NP

■ 創設すべき ■ 創設するべきではない ■ 分からない



PA

■ 創設すべき ■ 創設するべきではない ■ 分からない



2018年11月 m3.com調査



絶対的医師不足に対して

- 医師養成数増加政策
- タスクシフト（医師の働き方改革）
- 開業制限

医師不足＝勤務医不足

- 勤務医
 - 夜間、休日、救急医療を担う
 - 入院医療を担う
- 原因の一つ
 - フリーアクセスを前提とした自由開業

外来医療の提供体制 1

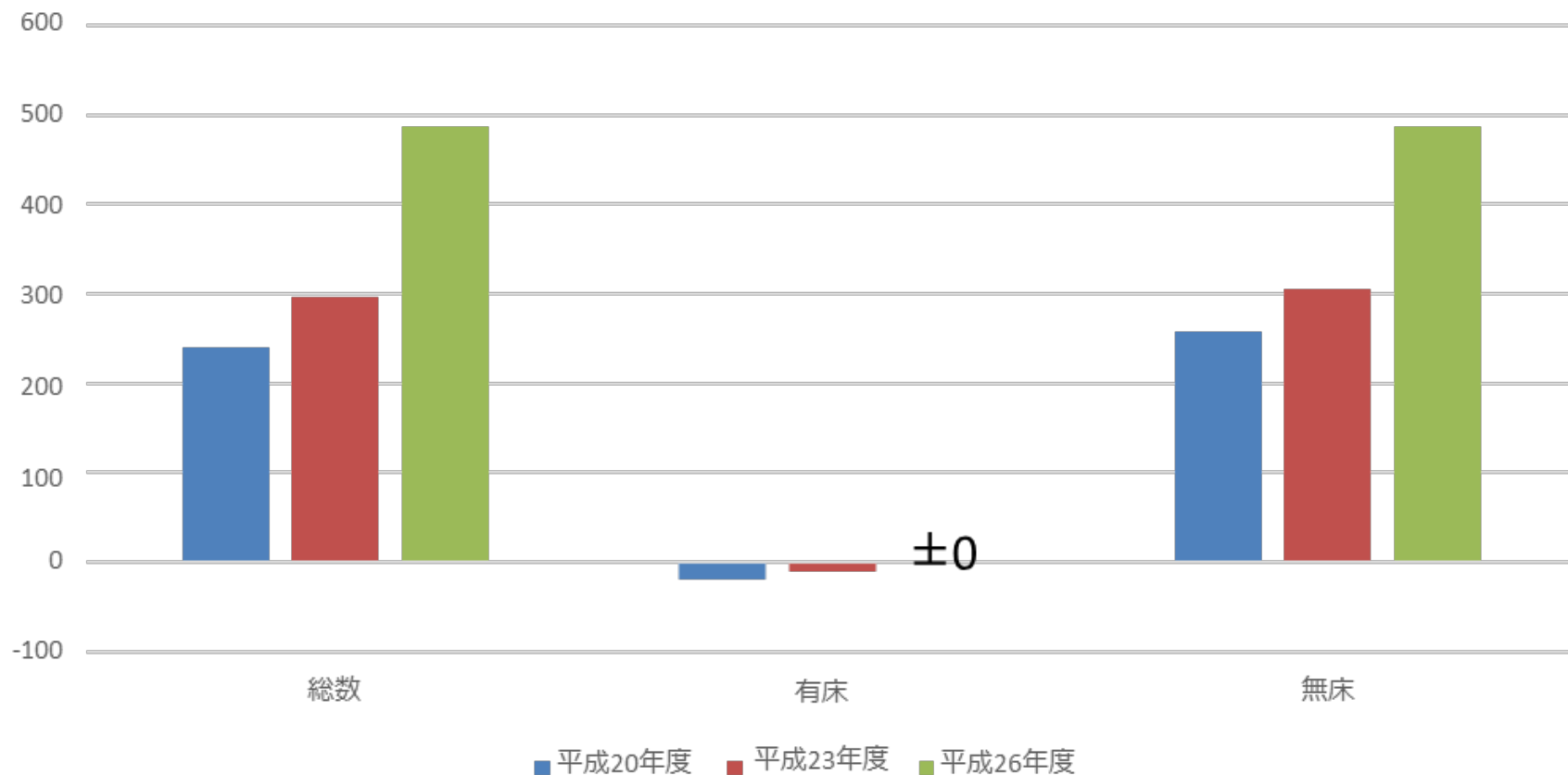
医療施設別の施設数・医師数（常勤換算）

	施設数	医師数
病院	8,493 (8%)	204,700 (61%)
有床診療所	8,355 (8%)	15,605 (5%)
無床診療所	92,106 (84%)	115,074 (34%)

外来医療の提供体制 2

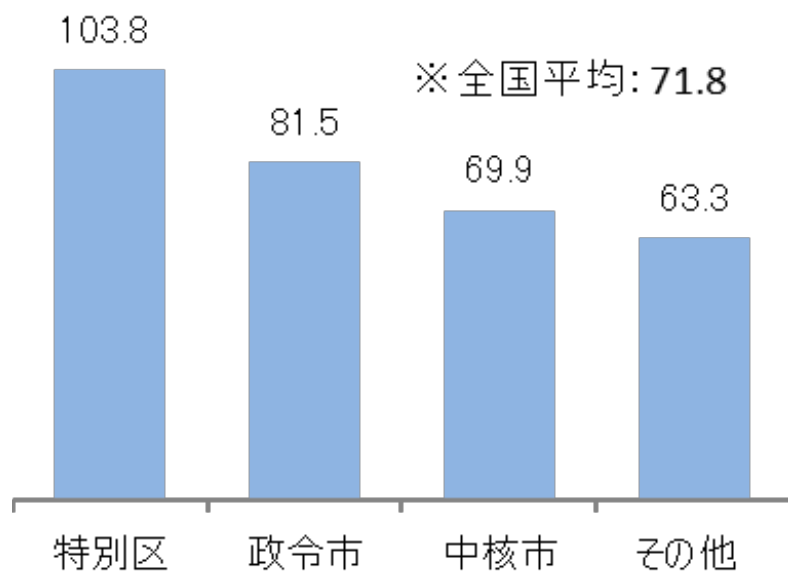
新規診療所開設数の推移

(施設数)

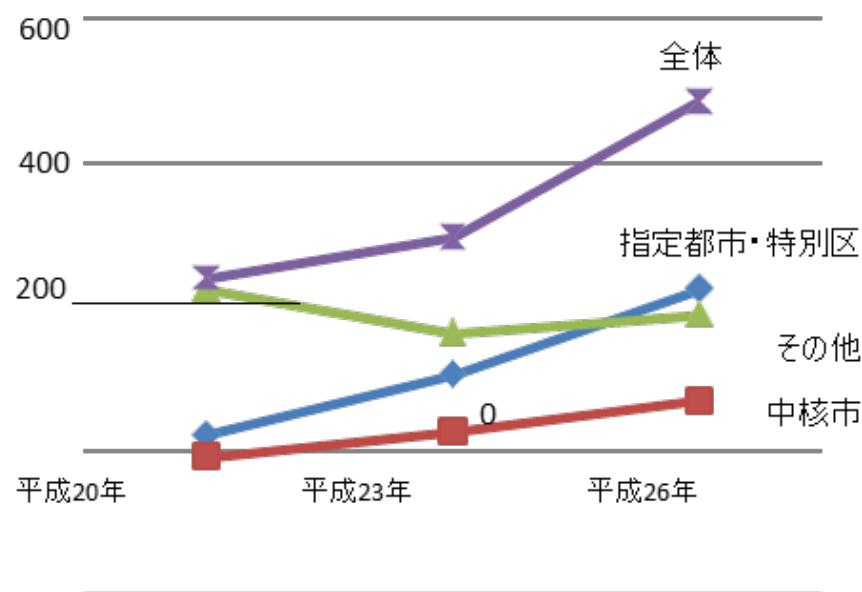


外来医療の提供体制 3

人口10万対無床診療所数



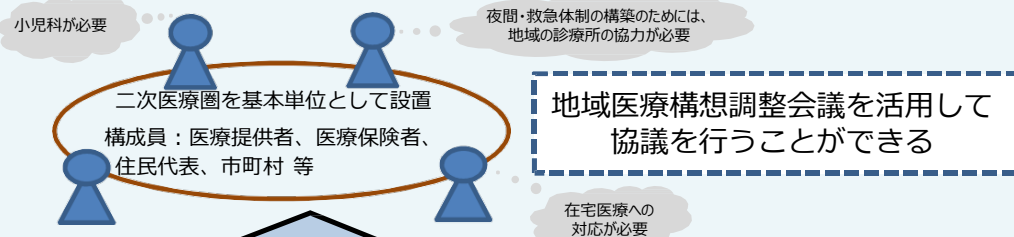
診療所の純増数の推移(開設一廃止)



外来医療機能の不足・偏在等への今後の対応

制度改革案

外来医療に関する協議の場を設置



医師偏在の度合いを示す指標の導入

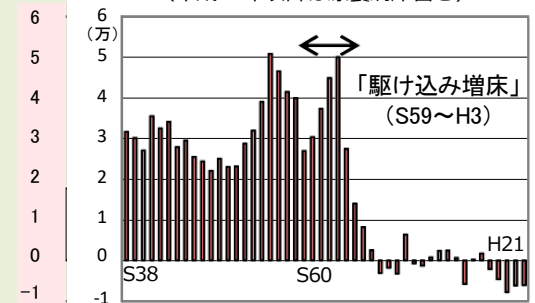
地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握が可能

- **外来医療機能に関する情報を可視化**するため、地域の関係者が**提供する情報の内容**（付加情報の追加、機微に触れる情報の削除等）**について協議**
- 救急医療提供体制の構築、グループ診療の推進、医療設備の共同利用等の、**地域における外来医療機関間の機能分化・連携の方針についても協議**

無床診療所の開業規制を行う場合の課題

- ・ **自由開業制との関係**（現行制度上、医師免許は開業免許と位置付けられており、憲法で保障された営業の自由との関係の整理が必要）
 - ・ **国民皆保険との関係**（国民皆保険を採用する我が国においては、保険上の制限も実質上の開業制限）
- ・ **雇入れ規制の必要性**（開業規制を行うのであれば、雇入れ規制が必要であるが、これは事実上困難）
- ・ **新規参入抑制による医療の質低下への懸念**（新規参入がなくなれば、医療の質を改善・向上するインセンティブが低下する懸念）
 - ・ **駆け込み開設への懸念**（病床規制を導入した際は、S59～H3 までの間**4**に**7**238,916床増床）

【参考】一般病床数の増加数の年次推移
（平成12年以降は療養病床含む）



相対的医師不足に対して

- 地域偏在
- 診療科偏在
- 医療需要の増大



★ 相対的医師不足に対して

- 地域偏在
- 診療科偏在
- 医療需要の増大

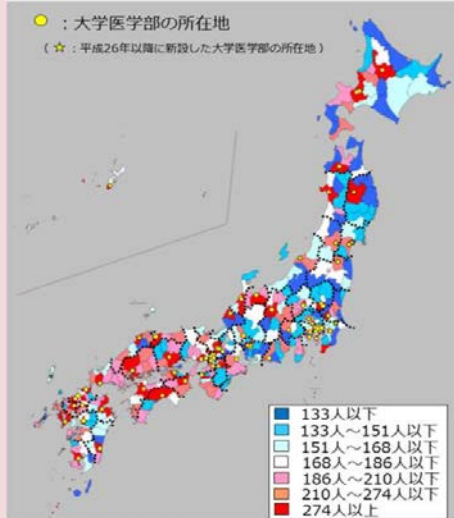
医師偏在指標の導入

現 状

○現在、地域ごとの医師数の比較には人口10万人対医師数が一般的に用いられているが、以下のような要素が考慮されておらず、医師の地域偏在・診療科偏在を統一的に測る「**ものさし**」にはなっていない。

- ・ 医療需要（ニーズ）
- ・ 将来の人口・人口構成の変化
- ・ 医師偏在の単位（区域、診療科、入院／外来）
- ・ 患者の流出入
- ・ 医師の性別・年齢分布
- ・ へき地や離島等の地理的条件

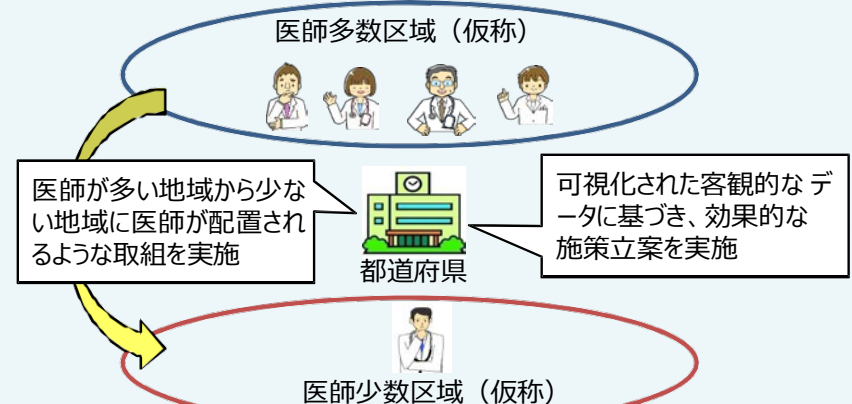
二次医療圏ごとの人口10万対医師数（平成26年）



制度改正案

現在・将来人口を踏まえた医療ニーズに基づき、地域ごと、診療科ごと、入院外来ごとの医師の多寡を**統一的・客観的に把握できる、医師偏在の度合いを示す指標**を導入

- 医師偏在の度合いを示すことによって、都道府県内で医師が多い地域と少ない地域が**可視化**されることになる。
 - 都道府県知事が、医師偏在の度合い等に応じて、都道府県内の「医師少数区域（仮称）」と「医師多数区域（仮称）」を指定し、具体的な医師確保対策に結びつけて実行できるようになる。
- ※ ただし、医師偏在の度合いに応じ、医療ニーズに比して医師が多いと評価された地域であっても、救急・小児・産科医療など政策医療等の観点から、地域に一定の医師を確保する必要がある場合については、配慮することが必要。



医師偏在指標

- 医師数は、性別ごとに20歳代、30歳代・・・60歳代、70歳以上に区分して、平均労働時間の違いを用いて調整する。
- 従来の人口10万人対医師数をベースに、地域ごとに性年齢階級による受療率の違いを調整する。

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数 (※1)}}{\frac{\text{地域の人口}}{10 \text{ 万}} \times \text{地域の標準化受療率比 (※2)}}$$

$$(\text{※1}) \text{標準化医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{診療所医師の平均労働時間}}$$

$$(\text{※2}) \text{地域の標準化受療率比} = \frac{\text{地域の期待受療率 (※3)}}{\text{全国の期待受療率}}$$

$$(\text{※3}) \text{地域の期待受療率} = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

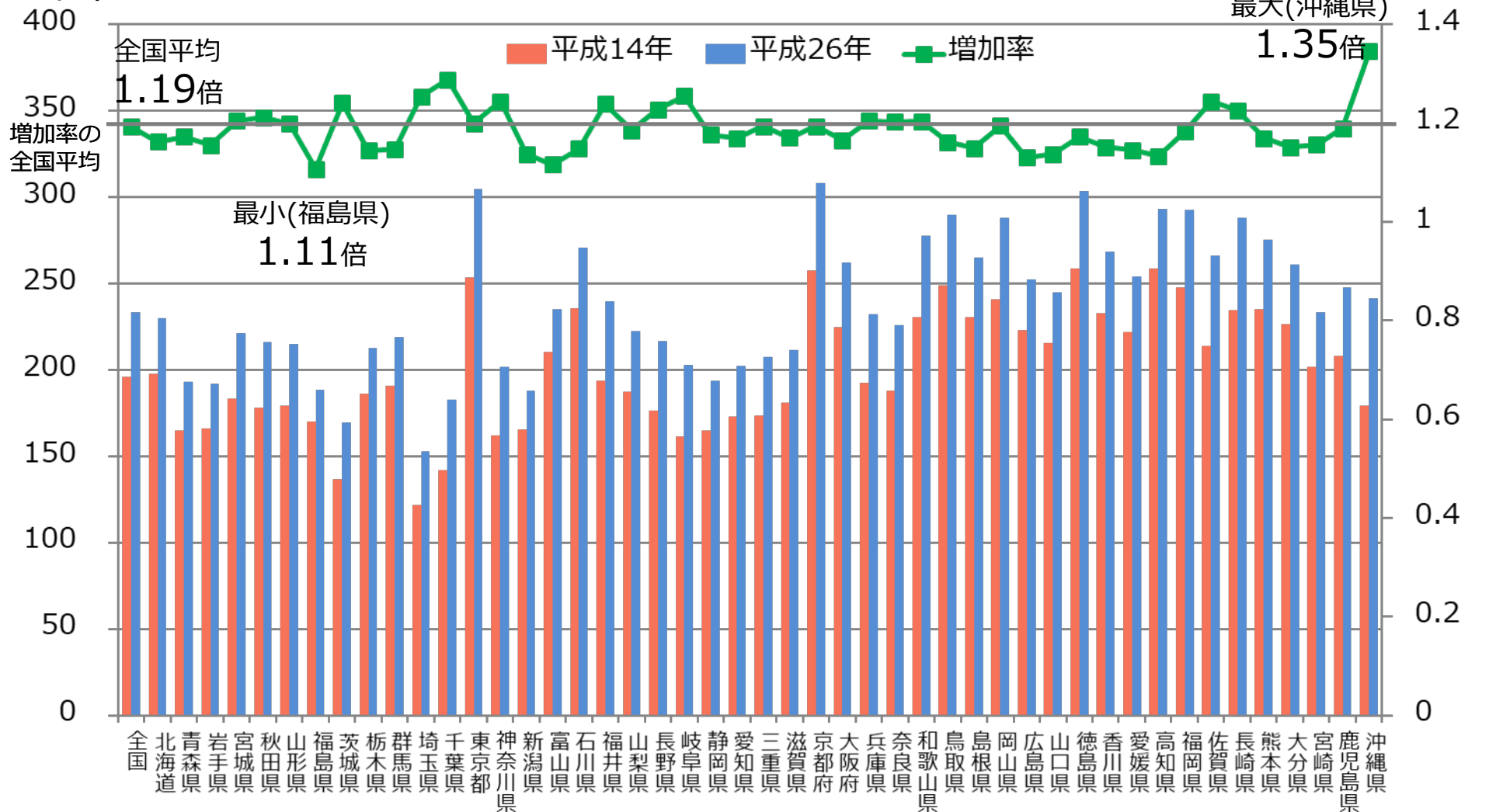
平成14年・26年の都道府県別人口10万対医師数とその増加率

人口10万対医師数

(人)

増加率

(倍)



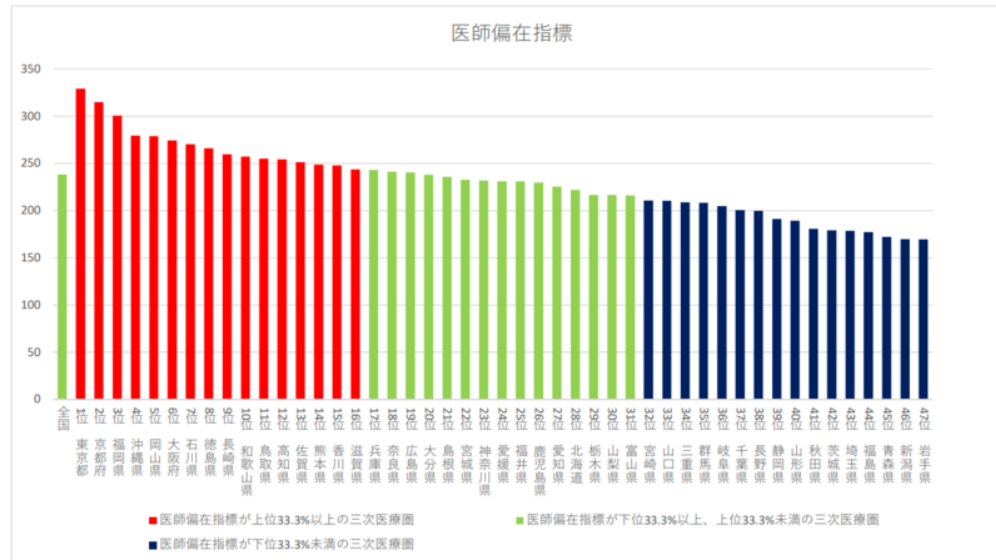
出典：医師・歯科医師・薬剤師調査

医師偏在指標（都道府県別）

三次医療圏

参考資料 2

精査中

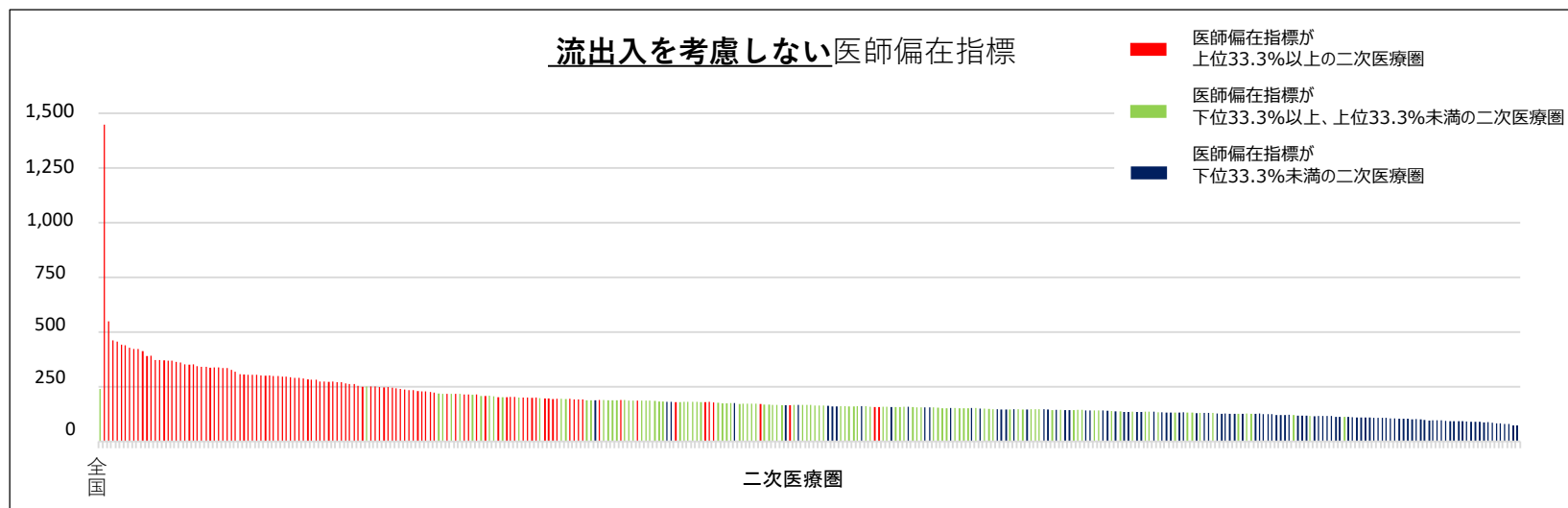
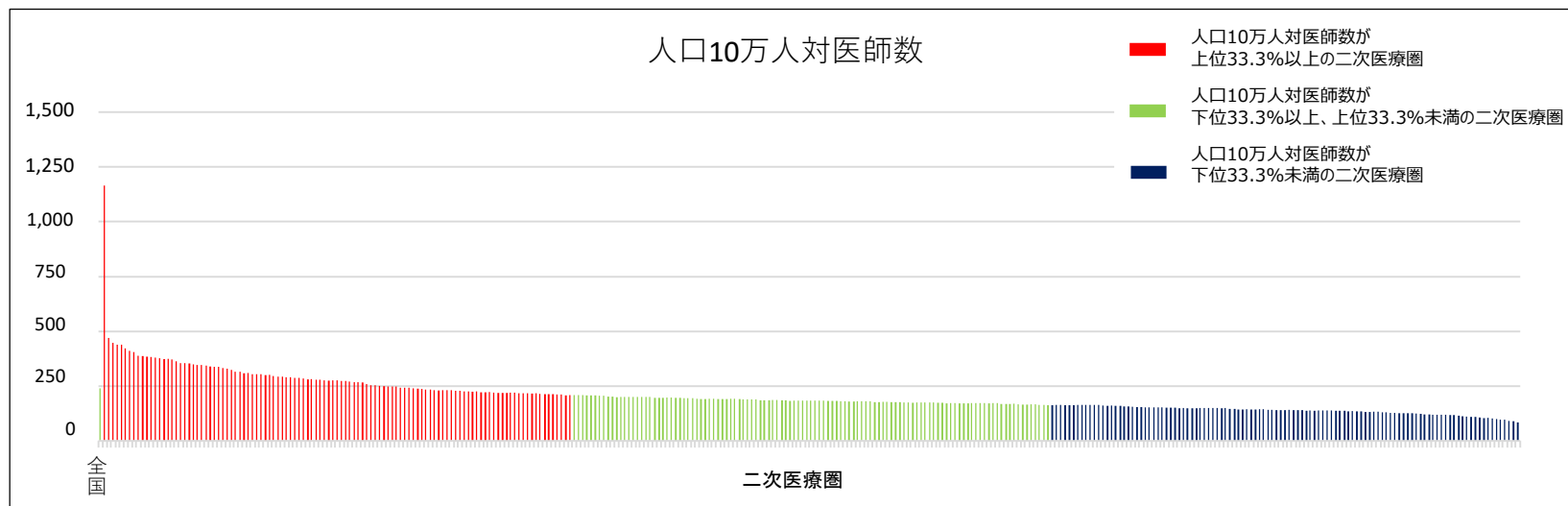


順位	都道府県	医師偏在指標
	全国	238.3
1 位	東京都	329.0
2 位	京都府	314.9
3 位	福岡県	300.5
4 位	沖縄県	279.3
5 位	岡山県	278.8
6 位	大阪府	274.4
7 位	石川県	270.4
8 位	徳島県	265.9
9 位	長崎県	259.4
1 0 位	和歌山県	257.2
1 1 位	鳥取県	255.0
1 2 位	高知県	254.3
1 3 位	佐賀県	251.3
1 4 位	熊本県	248.5
1 5 位	香川県	247.8
1 6 位	滋賀県	243.5

順位	都道府県	医師偏在指標
1 7 位	兵庫県	243.0
1 8 位	奈良県	241.1
1 9 位	広島県	240.4
2 0 位	大分県	238.0
2 1 位	島根県	235.9
2 2 位	宮城県	232.7
2 3 位	神奈川県	231.8
2 4 位	愛媛県	231.0
2 5 位	福井県	230.9
2 6 位	鹿児島県	229.8
2 7 位	愛知県	225.3
2 8 位	北海道	222.0
2 9 位	栃木県	216.7
3 0 位	山梨県	216.4
3 1 位	富山県	216.2

順位	都道府県	医師偏在指標
3 2 位	宮崎県	210.6
3 3 位	山口県	210.3
3 4 位	三重県	208.8
3 5 位	群馬県	208.2
3 6 位	岐阜県	204.7
3 7 位	千葉県	200.5
3 8 位	長野県	199.6
3 9 位	静岡県	191.1
4 0 位	山形県	189.4
4 1 位	秋田県	180.6
4 2 位	茨城県	179.3
4 3 位	埼玉県	178.7
4 4 位	福島県	177.4
4 5 位	青森県	172.1
4 6 位	新潟県	169.8
4 7 位	岩手県	169.3

流出入を考慮しない二次医療圏ごとの医師偏在指標



参照)

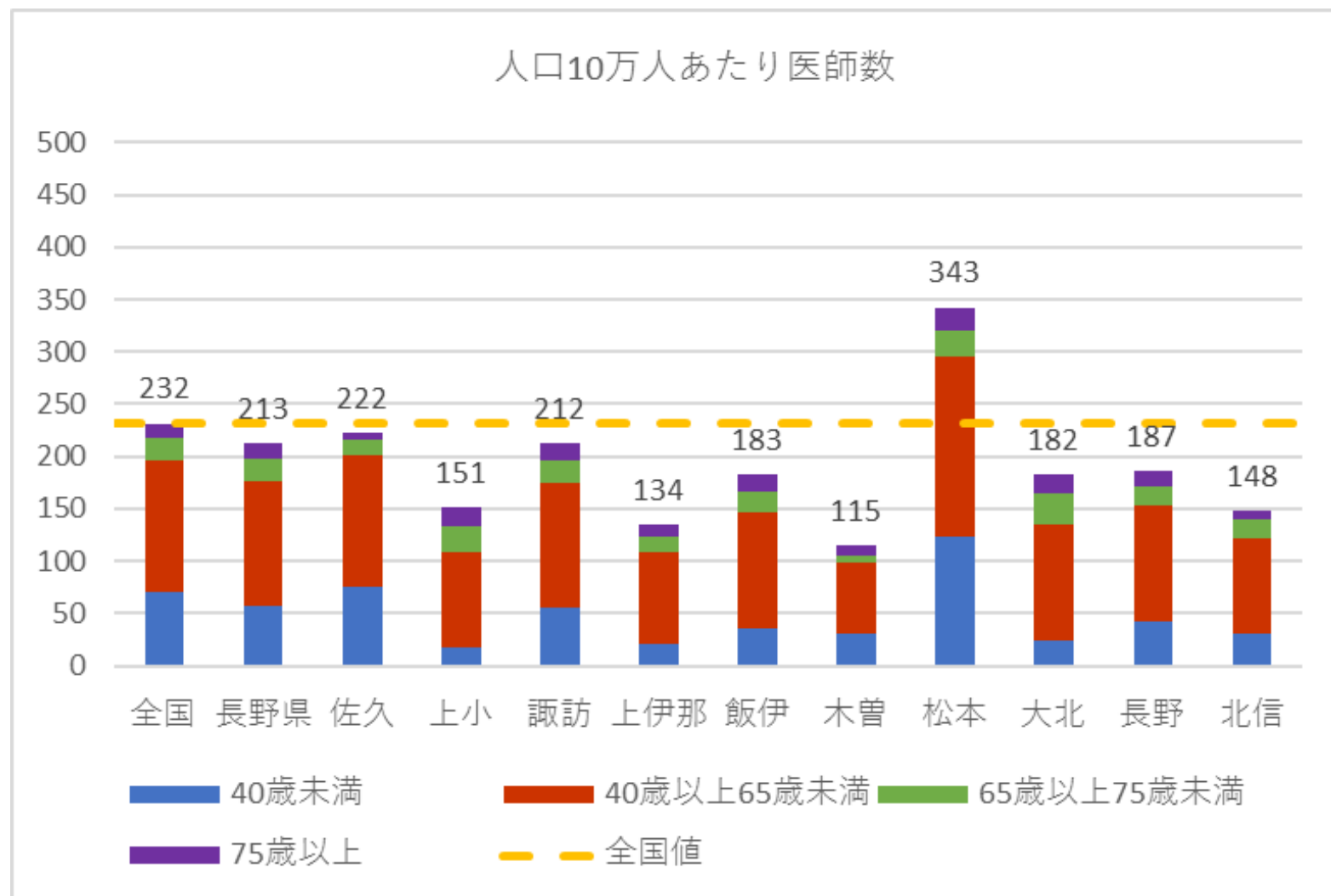
・平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査
・平成29年住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査

・平成26年患者調査
・平成27年国勢調査

・「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学 特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）

######

医師の地域偏在（長野県）



医師偏在指標(暫定値)※H31.2.18厚生労働省公表値

○以下は、第28回医師需給分科会時において、厚生労働省が公表した医師偏在指標

順位	医師偏在指標		
	上位33.3%[多数] 下位33.3%[少数]	二次医療圏名	医師偏在指標 暫定値
—	—	全国	238.6
22	多数	松本	339.6
84	多数	佐久	215.8
98	多数	諏訪	201.2
143		長野	178.9
179		大北	160.8
204		飯伊	151.2
269	少数	北信	129.1
270	少数	上伊那	127.7
284	少数	上小	121.7
300	少数	木曽	111.2
38	少数	長野県	199.6

- 厚生労働省が医師需給分科会で示した、左記の医師偏在指標は医療圏間の患者の流出入を反映させていない（患者の流出が起こらないと仮定した数値）
- 医師偏在指標を確定させるにあたっては、都道府県及び医療圏間の患者の流出入を見込むことが必要



地域医療構想等の議論を踏まえ、医師偏在指標を確定させるにあたっての患者の流出入をどのように見込むべきか。

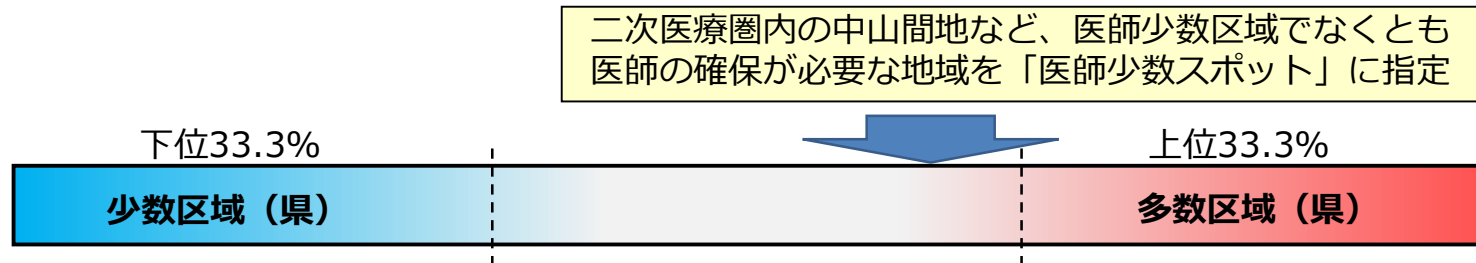
医師確保計画を通じた医師偏在対策について

- これまでの医師確保対策に加え、**地域の医療提供体制の整備のため地域間の医師配置の状況を相対的に把握する「医師偏在指標」**を基に、医療計画の一部として「医師確保計画」を策定し**医師の偏在対策を実施**
- 医師偏在対策は、**2036年の全国での需給一致を目標に3年ごと（初回は4年）に見直しを行いながら推進**

医師確保計画の概要

1. 医師多数区域・医師少数区域の設定

- ・全国統一の算定式により算出された「医師偏在指標」を基に、医師多数・医師少数区域（県）を設定
- ・地域の実情を踏まえ、医師少数区域以外の区域の一部を「医師少数スポット」に指定



2. 医師確保対策

（1）地域ごと又は県全体で検討を行うもの

- ① 医師確保の方針・確保目標数
- ② 目標を達成するための施策



※医師全体の確保対策の他、産科及び小児の医師確保対策も行う

（2）その他、検討を行うもの

- ① **医学部定員（地域枠・地元枠）**
- ② **修学資金貸与医師**・自治医科大卒業医師のキャリア形成プログラム

3. 計画の推進

第1次計画	第2次計画	第3次計画	第4次計画	第5次計画
2020年～2023年	2024年～2026年	2027年～2029年	2030年～2032年	2033年～2035年

2036年時点での偏在解消を目指し計画を見直しながら進める

長野県よりの医学部医学科進学者数

年度		総計	信州大学		
			県出身合計	地元枠	定員
平成17年	50～80人	11	5	95	
平成18年		17			
平成19年		26	10		
平成20年		22		105	
平成21年	103人	26		110	
平成22年		26	13	113	
平成23年	128人	31	15	115	
平成24年	127人	30			
平成25年	104人	29	20	120	
平成26年	115人	34			
平成27年	101人	36			
平成28年	101人	32			
平成29年	100人	31	21		
平成30年	100人	31	20		
平成31年	100人	32	20		

地域枠入学

○【地域枠】（平成22年度より都道府県の地域医療再生計画等に位置付けた医学部定員増）

〈1〉大学医学部が設定する「地域医療等に従事する明確な意思をもった 学生の選抜枠」

〈2〉都道府県が設定する奨学金の受給が要件

※入試時に選抜枠を設定せず、入学後に学生を選抜する場合もあり

※学生の出身地にとらわれず、全国から募集する場合もあり

奨学金の例

※貸与額及び返還免除要件については、各都道府県がその実情に応じて、独自に設定。

医学教育（6年間）

1. 貸与額

○月額10～15万円

※入学金等や授業料など別途支給の場合あり

○6年間で概ね1200万円前後

※私立大学医学生等には、別途加算の場合あり

（参考）全学部平均の学生の生活費（授業料含む）は

国公立大学で約140万/年、私立大学で約200万/

2. 返還免除要件

○医師免許取得後、下記のような条件で医師として貸与期間の概ね1.5倍（9年間）の期間従事した場合、奨学金の返還が免除される。

1. 都道府県内の特定の地域や医療機関

（公的病院、民間病院、へき地診療所等）

2. 指定された特定の診療科（産婦人科・小児科等の医師不足診療科）

3. 返還の場合は、利息を支払う

3. 貸与実績

○地域医療介護総合確保基金等を活用した奨学金の貸与見込者数2491人、

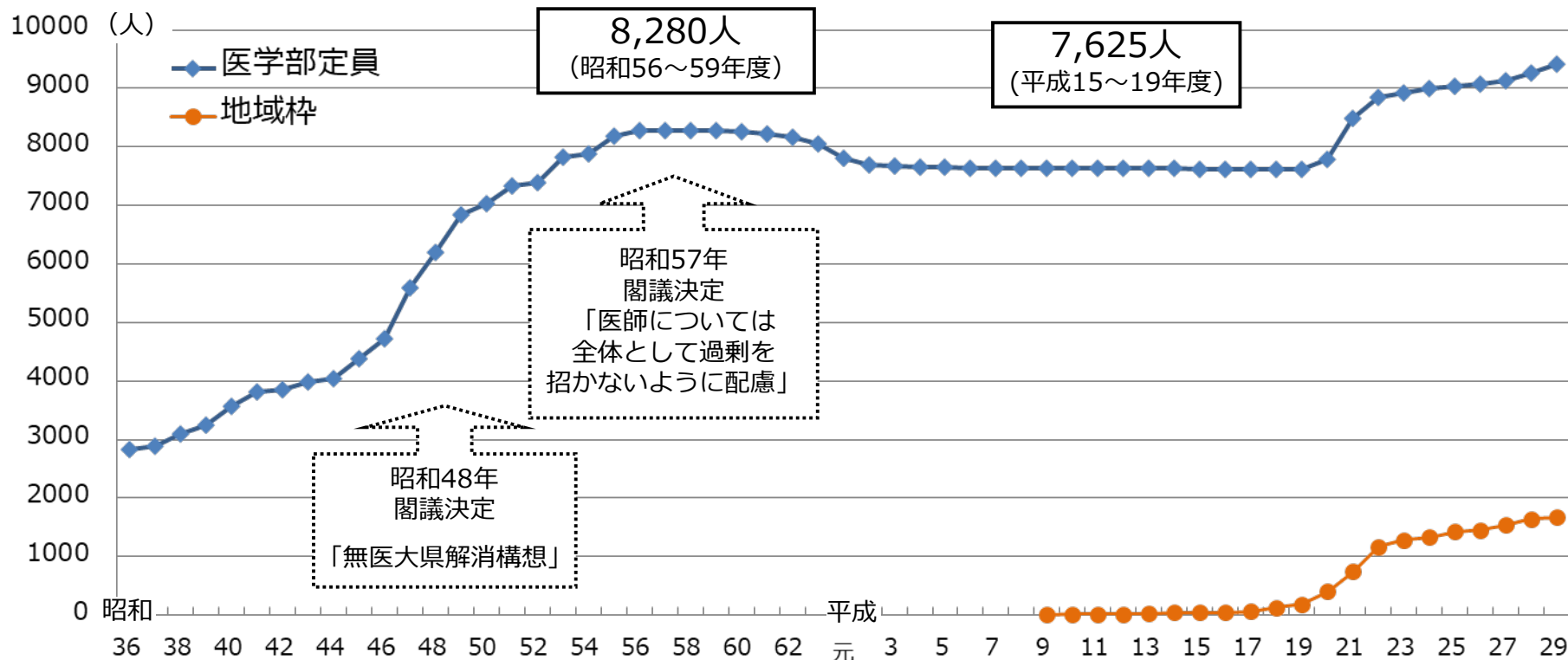
貸与見込額約54億円（平成28年度）

出典 厚生労働省調べ

平成28年度以降、新たな医師として地域医療等へ貢献

医学部入学定員の年次推移

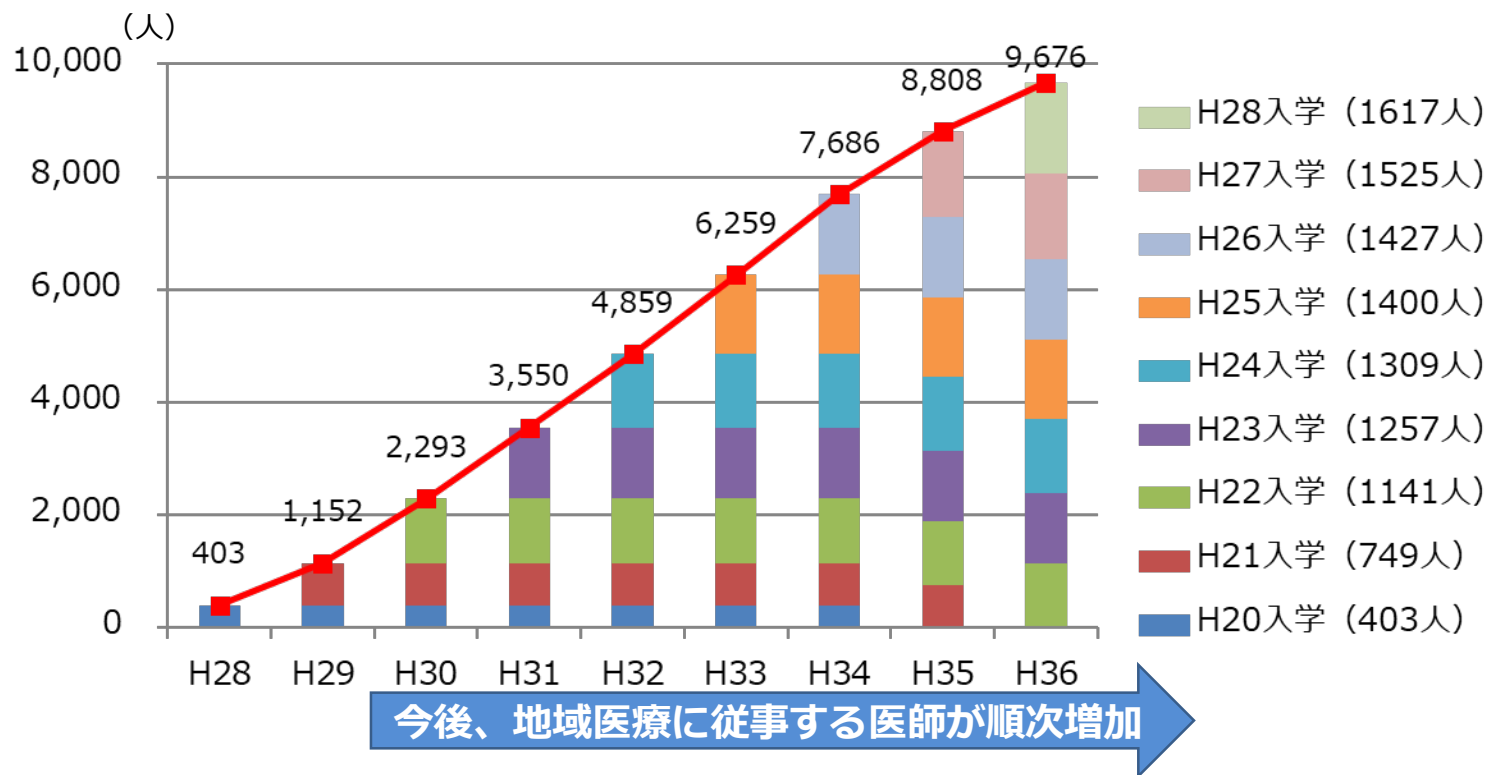
- 平成20年度以降、医学部の入学定員を過去最大規模まで増員。



	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29
医学部定員	7625	7625	7625	7793	8486	8846	8923	8991	9041	9069	9134	9262	9420
地域枠	64	129	183	403	749	1141	1257	1309	1400	1427	1525	1617	1676
地域枠の割合	0.8%	1.7%	2.4%	5.2%	8.8%	12.9%	14.1%	14.6%	15.5%	15.7%	16.7%	17.5%	17.8%

地域枠の人数については、文部科学省医学教育課調べ

臨床研修を修了した地域枠医師数の見込み



※ 地域枠（地域医療に従事する医師を養成することを主たる目的とした学生を選抜する枠であり、奨学金の有無を問わない。）の人数については、文部科学省医学教育課調べ。

全体の数には様々な条件による地域枠の医師数が含まれているが、ここでは一律に、卒業後9年目まで地域医療に従事する義務があると仮定し、義務年限終了以後は累積人数から除外して、単純に累積医師数を見込んだ。また、留年・中途離脱等は考慮していない。

地域枠の導入状況（都道府県別）

- 平成29年入学定員のうち、地域枠募集定員は1,674人。
- 全ての都道府県に地域枠が設置されている。

	H29入学定員	うち地域枠募集定員
北海道	344	162
青森県	132	67
岩手県	130	28
宮城県	235	88
秋田県	129	34
山形県	125	33
福島県	130	77
茨城県	140	36
栃木県	243	20
群馬県	123	18
埼玉県	128	17
千葉県	262	20
東京都	1506	111
神奈川県	442	54
新潟県	127	22
富山県	110	25
石川県	227	17
福井県	115	15
山梨県	125	50
長野県	120	20
岐阜県	110	30
静岡県	120	25
愛知県	444	52
三重県	125	35

	H29入学定員	うち地域枠募集定員
滋賀県	117	28
京都府	214	7
大阪府	549	72
兵庫県	229	23
奈良県	115	38
和歌山県	100	36
鳥取県	110	32
島根県	112	25
岡山県	246	48
広島県	120	20
山口県	117	33
徳島県	114	17
香川県	114	24
愛媛県	115	20
高知県	115	25
福岡県	441	30
佐賀県	106	26
長崎県	125	34
熊本県	115	10
大分県	110	13
宮崎県	110	20
鹿児島県	117	20
沖縄県	117	17
合計	9,420	1674

※1 「都道府県」は、当該大学が所在する都道府県を指す。

※2 「地域枠募集定員」には、当該大学が所在する都道府県以外の都道府県が修学資金を貸与する地域枠が含まれる。

地域枠の導入状況

○79大学中、地域枠を設定しているのは71大学（90%）。このうち、地元出身枠を設定しているのは46大学（65%）。

○大学が導入している地域枠のうち、地元出身枠は約48%（＝783/1617）。

都道府県	区分	大学名	H28年度 入学定員	うち地域枠	
				募集人員	うち 地元枠
北海道	国立	旭川医科大学	122	72	55
		（うち2年次編入学）	10	5	5
北海道	公立	札幌医科大学	110	90	35
青森県	国立	弘前大学	132	67	55
		（うち2年次編入学）	20	5	5
岩手県	私立	岩手医科大学	130	28	15
宮城県	国立	東北大学	135	33	0
宮城県	私立	東北医科薬科大学	100	55	0
秋田県	国立	秋田大学	129	34	19
山形県	国立	山形大学	125	8	8
福島県	公立	福島県立医科大学	130	60	8
茨城県	国立	筑波大学	140	36	26
栃木県	私立	獨協医科大学	120	20	10
群馬県	国立	群馬大学	123	18	0
		（うち2年次編入学）	15	2	0
埼玉県	私立	埼玉医科大学	127	16	0
千葉県	国立	千葉大学	122	20	0
東京都	国立	東京医科歯科大学	106	4	0
東京都	私立	杏林大学	117	12	10
東京都	私立	順天堂大学	130	19	10

都道府県	区分	大学名	H28年度 入学定員	うち地域枠	
				募集人員	うち 地元枠
東京都	私立	昭和大学	110	12	0
東京都	私立	帝京大学	120	14	0
東京都	私立	東京医科大学	120	10	0
東京都	私立	東京慈恵会医科大学	110	10	5
東京都	私立	東邦大学	115	5	0
東京都	私立	日本大学	120	10	0
東京都	私立	日本医科大学	116	6	0
神奈川県	公立	横浜市立大学	90	30	5
神奈川県	私立	北里大学	119	10	0
神奈川県	私立	聖マリアンナ医科大学	115	5	0
神奈川県	私立	東海大学	118	17	0
新潟県	国立	新潟大学	127	17	17
富山県	国立	富山大学	110	25	15
石川県	国立	金沢大学	117	12	0
石川県	私立	金沢医科大学	110	10	5
福井県	国立	福井大学	115	15	5
山梨県	国立	山梨大学	125	40	35
長野県	国立	信州大学	120	20	20
岐阜県	国立	岐阜大学	110	30	28
静岡県	国立	浜松医科大学	120	25	5
		（うち2年次編入学）	5	5	5



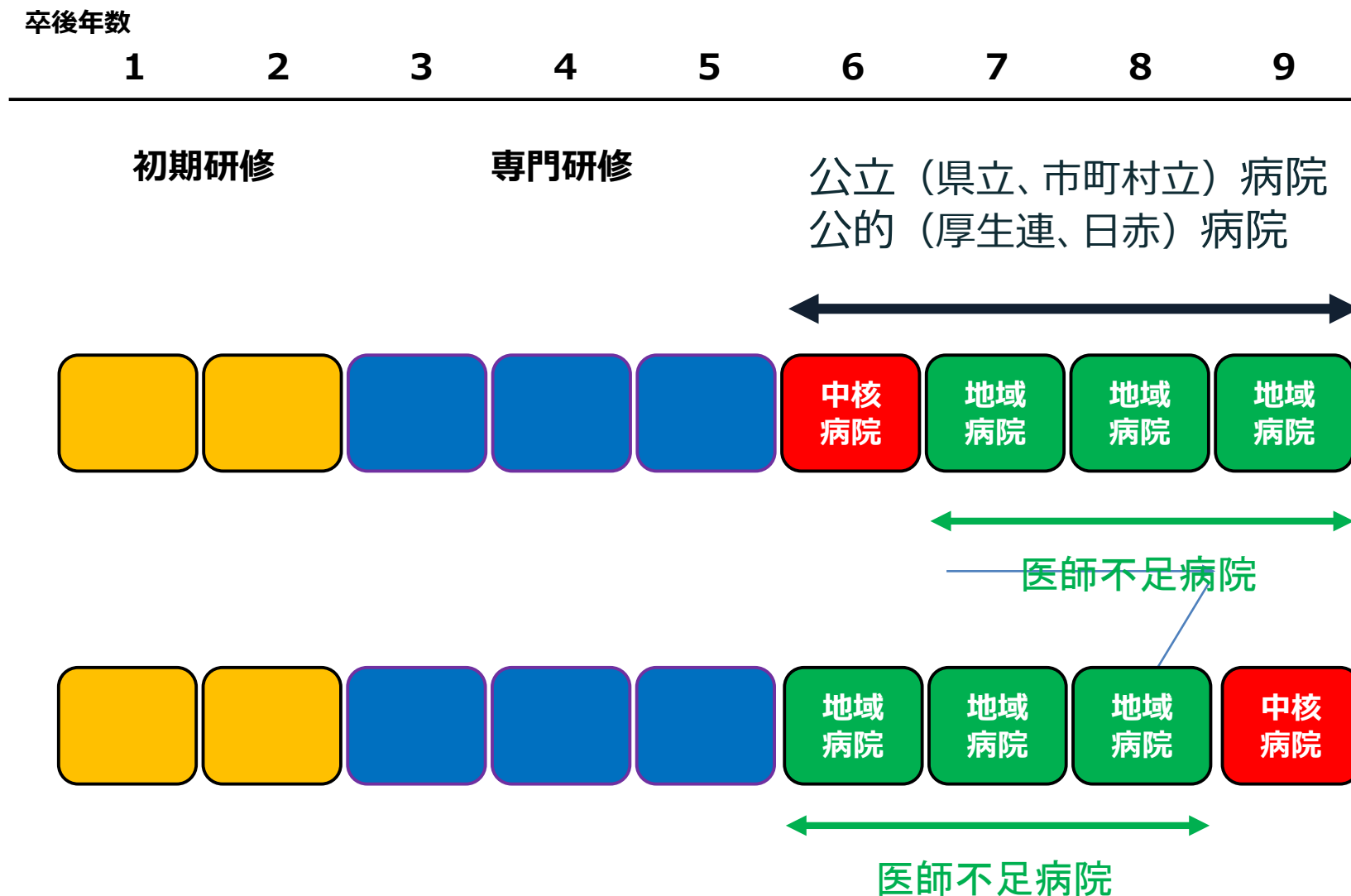
長野県医学修学資金貸与者の内訳 (2019年4月1日現在)

	学生（数）					
	1年生	2年生	3年生	4年生	5年生	6年生
全体		16	19	13	20	20
全体のうち信大生		4	10	8	11	6

	医師（数）								
	1年目	2年目	3年目	4年目	5年目	6年目	7年目	8年目	9年目
全体	21	24	17	12	14	10	4	4	
全体のうち信大生	6	11	4	4	7	3	3	2	

学生88名（信大生39名）
医師106名（信大卒40名）

修学資金貸与医師の勤務方針



医学生を地域に医師として定着させる

- 医学科進学促進
 - 地元枠で地元出身の学生を入学させる
- 地域枠
 - 修学資金・奨学金貸与で卒後勤務を確保する
- 卒後臨床研修医師を確保する

出身都道府県で臨床研修を行ったときの定着割合

- 出身地の大学に進学し、その後、同じ都道府県で臨床研修を行った場合、臨床研修終了後、出身地の都道府県で勤務する割合が最も高い（90%）。出身地以外の大学に進学した場合であっても、臨床研修を出身地と同じ都道府県で実施した場合、臨床研修修了後、出身地の都道府県で勤務する割合は高い（79%）。
- 出身地の大学に進学しても、臨床研修を別の都道府県で行うと、臨床研修終了後、出身地で勤務する割合は低い（36%）。

			臨床研修修了後に勤務する都道府県			
			A 県		A 県以外	
出身地	大学	臨床研修	人数	割合	人数	割合
A 県	A 県	A 県	2776	90%	304	10%
A 県	A 県	B 県	321	36%	567	64%
A 県	B 県	A 県	2001	79%	543	21%
A 県	B 県	C 県	474	9%	4578	91%

<参考>

			臨床研修修了後に勤務する都道府県			
			A 県		A 県以外	
出身地	大学	臨床研修	人数	割合	人数	割合
B 県	A 県	A 県	2347	79%	617	21%

※ 1 出身地又は大学が海外の場合及び当該項目について無回答の場合は除外。

※ 2 出身地：高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県。

※ 3 A 県は任意の都道府県。B 県、C 県はA 県以外の都道府県。（C 県はB 県と一致する場合も含む）

出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成27・28年）

厚生労働省調べ

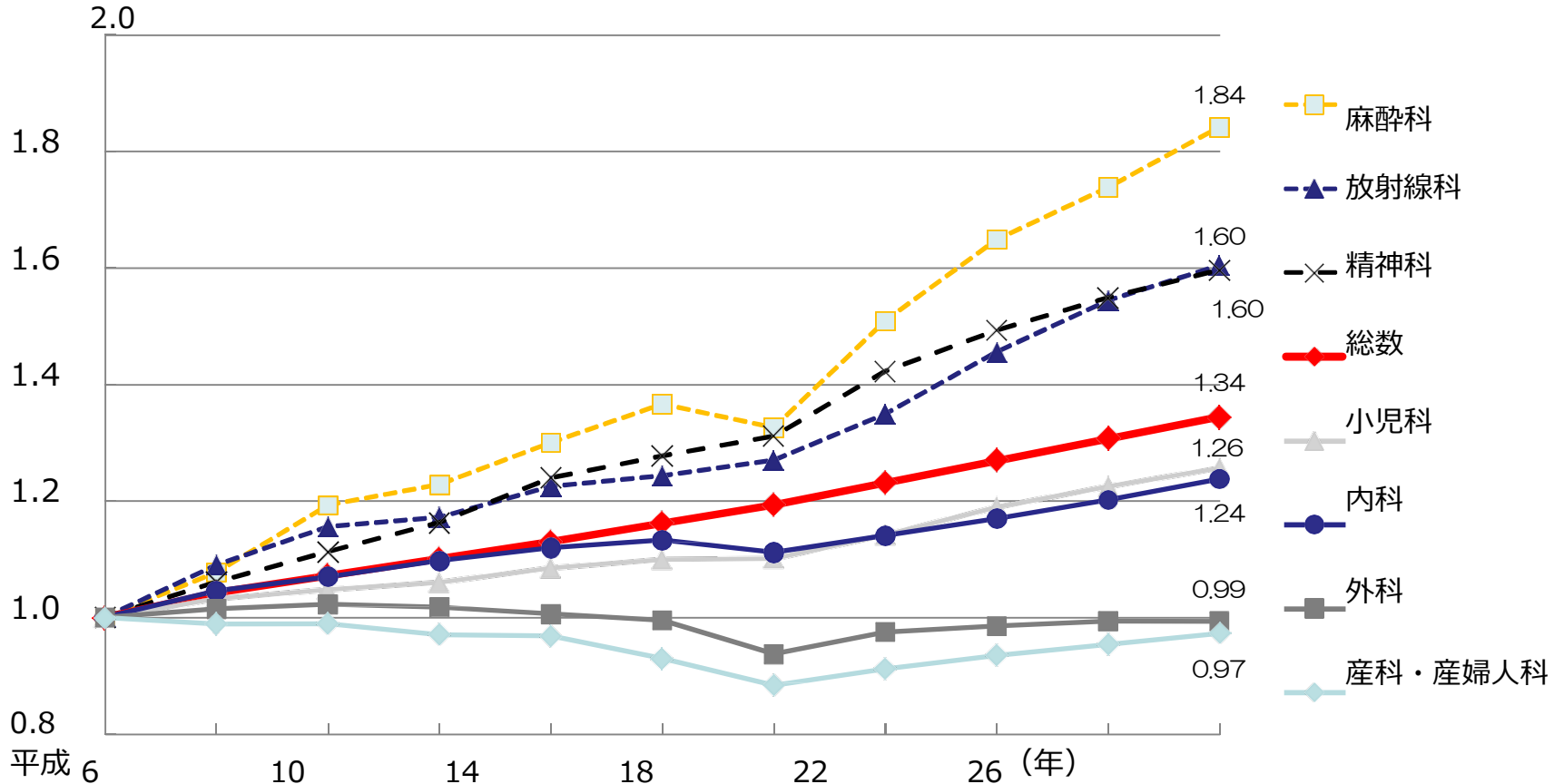


★ 相対的医師不足に対して

- 地域偏在
- 診療科偏在
- 医療需要の増大

診療科別医師数の推移（平成6年を1.0とした場合）

- 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、増加傾向に転じている。



※内科・・・（平成8～18年）内科、呼吸器科、循環器科、消化器科（胃腸科）、神経内科、アレルギー科、リウマチ科、心療内科

（平成20～26年）内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科

※外科・・・（平成6～18年）外科、呼吸器外科、心臓血管外科、気管食道科、こう門科、小児外科

（平成20～26年）外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

※平成18年調査から「研修医」という項目が新設された

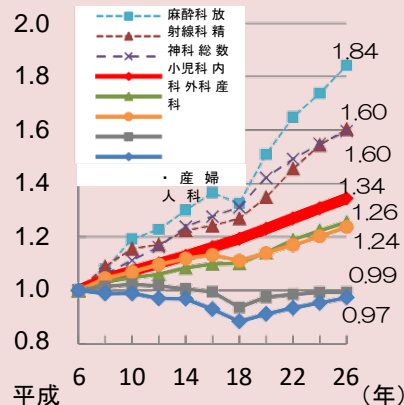
出典：平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査

医師養成過程における医師確保対策（専門研修）

現 状

- 新専門医制度について、女性医師をはじめとした **医師のキャリアや地域医療に対する配慮**が、今後、継続的になされるような、安定した仕組みが存在しない。
- 現在、医師数は年々増加している一方、その増分は**一部の診療科に偏っている**。また、診療科ごとに労働時間に大きな差が存在している。
- 診療科別の医師の必要数は不明確であり、医師は臨床研修修了後に**自主的に診療科を選択**している。
- 新専門医制度においても、診療科ごとの養成数を調整する仕組みは組み込まれていない。

診療科別医師数の推移(平成6年:1.0)



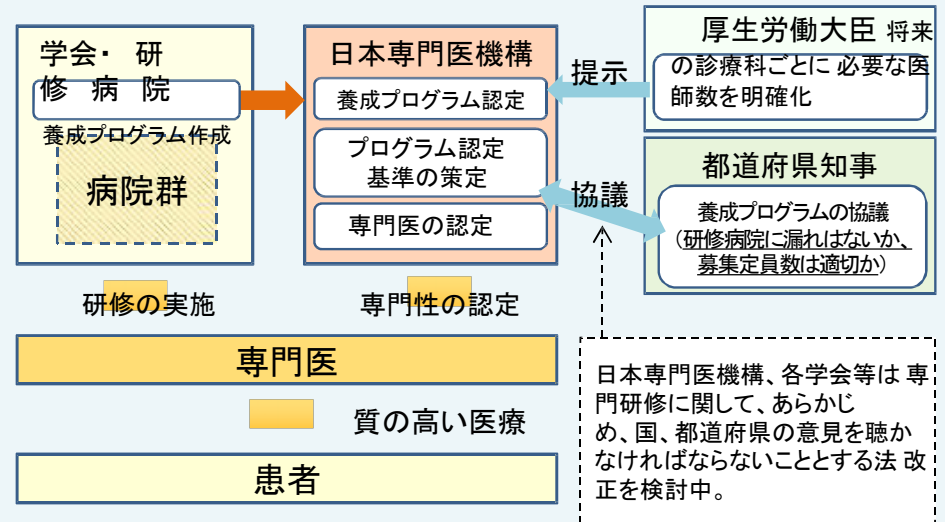
過当たり勤務時間	病院常勤勤務医
内科系	56時間16分
外科系	59時間28分
産婦人科	59時間22分
小児科	56時間49分
救急科	63時間54分
麻酔科	53時間21分
精神科	50時間45分
放射線科	52時間36分
臨床研修医	60時間55分
全診療科平均	56時間28分

制度改革案

- 将来の診療科ごとに必要な医師数を都道府県ごとに明確化し、国が情報提供

臨床研修修了後の適切な診療科選択に寄与し、診療科偏在の是正につながる。

- 新専門医制度において、国や都道府県が研修の機会確保や地域医療の観点から、日本専門医機構に対して意見を述べる仕組みを法定





★ 相対的医師不足に対して

- 地域偏在
- 診療科偏在
- 医療需要の増大

医療需要の増大

- もともとの医療供給体制
- 高齢化による疾患増加
- 医療の進歩による新たな技術などへの医師の動員
- 止まらない高度専門化
- 救急医療・新たな診療領域の出現
- 医療安全確保の必要性

立ち去り型サボタージュ

- 医療現場での過酷な労働条件と過大な責任、患者からのクレームによって労働意欲を失い、医師や看護師が医療機関を離れることを指す。怠業を意味するサボタージュという言葉をもちいて、これまで労働基準法以下の過酷な環境にあってもそれに抗議することなく今日まできたものの、最近の医療従事者の離職には現状にたいする抗議の意味が付与されているとして、小松秀樹医師（虎ノ門病院）が命名した。

<http://d.hatena.ne.jp>

地域ぐるみで医療を守る取り組み

- 県立柏原病院の小児科を守る会
- 東金市の地域医療を育てる会
- 福井県たかはま地域医療サポーターの会
- 広島県安芸太田町地域医療を守る会
- 徳島県海部病院 地域医療を守る会
- 宮崎県北の地域医療を守る会
- 島根県益田市 益田の医療を守る市民の会
- 兵庫県西脇小児医療を守る会
- 広島県庄原市の地域医療を考える会
- 岩手県県立山田病院と地域医療を守る会



冊子「病院に行く、その前に」完成

受診の目安に…

監修…柏原病院小児科の先生方
市の協力のもと、乳幼児、保育園児、
幼稚園児のいる全家庭に配布



県外からもたくさんの注文を頂いて
います。(現在130,000部発行)



守る会「3つのスローガン」

①コンビニ受診を控えよう

②かかりつけ医を持とう

③お医者さんに
感謝の気持ちを伝えよう





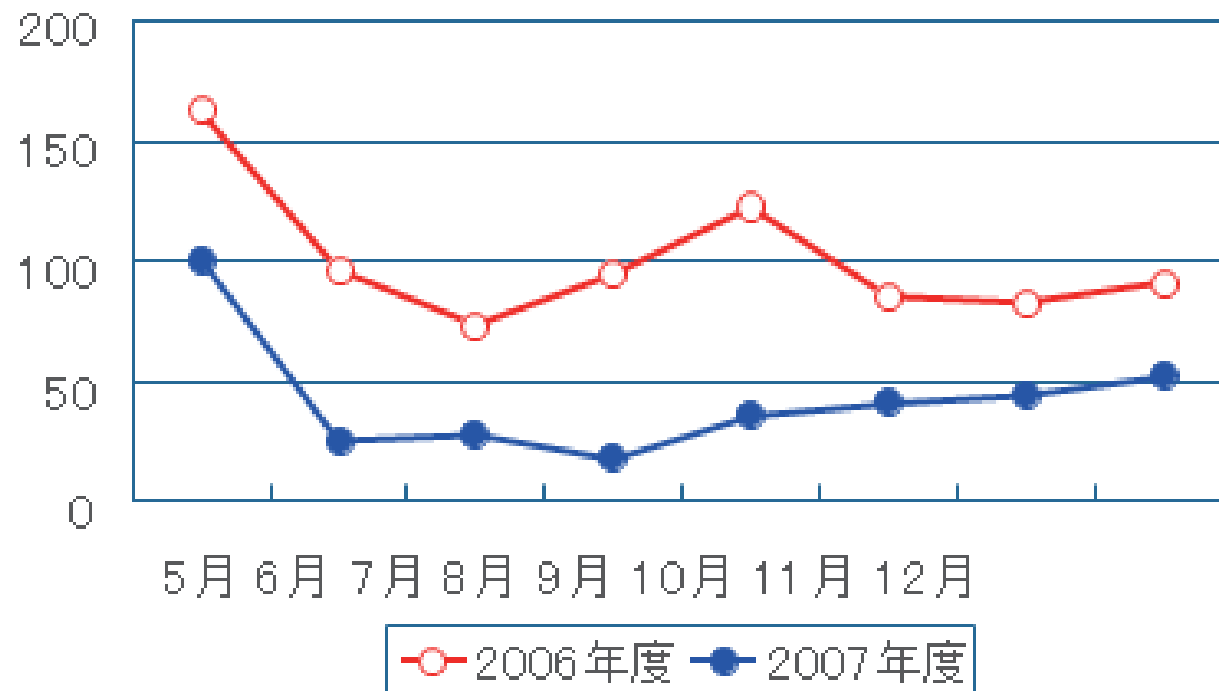
小児科窓口にありがとうポストを設置





時間外の受診者数が半分以上に！

柏原病院の時間外小児患者数





地域医療を育てる会 情報紙 クローバー

CLOVER



発行 NPO法人地域医療を育てる会
代 表 者 藤本 博 樹
<http://www.geocities.jp/haruefjmt/>
第35号 平成20年9月1日発行
東金市東金1142「東金の家」17
TEL: 090-7634-7175

お盆休みの最終日にあたる八月十七日(月)、夜間救急(二次救急部署)外来の当番日だ。た東金病院に密着取材する機会に恵まれました。聞くと見るとは大違い。医師と看護師、技師さんたちの奇跡的な労働実態、さらに、域外搬送や転送を余儀なくされる山武 長生地域の患者の危険な状況を目の当たりにし、大きなショックを受けました。

ひびくまの山武の救急医療(その一)

「超ハードな長時間勤務」



三十六時間連続勤務！

当直だった医師は、この夜、三十六時間の連続勤務とのこと。八月十七日午前九時から外来・病棟管理などの日勤をこなし、そのまま当直帯勤務(午後五時半から翌日の午前八時半)に突入。夜間、山武・長生医療圏から救急車や外来患者さんを受け入れ、翌一日午前八時半からまた通常勤務が始まり、午後五時半に長い勤務がようやく終了します。ただし、その後もカンファレンス等があるため、四十時間連続勤務も珍しくないそうです。これは東金病院だけでなく、日本の多くの勤務医の、当直勤務の実態です。

当たり前のことですが、救急現場では全く先の予定が立ちません。さらに、緊張の連続です。深夜、常にかいのかの病院でどのように心血を注いで闘っておられるお姿には敬服すると同時に、医師や看護師、技師さんらの健康が心配になりました。

域外搬送、転送は当たり前？

地域としての救急受け入れ態勢の問題点もよく見えてきました。印象に残ったケースを挙げてみますと……、
①腹痛を訴えた近隣医療圏在住の患者が、地元の複数の病院に断られ、東金病院へ搬送されました。しかし重症肺炎のために東金病院では治療困

難と判断され、最終的にはA市の病院へ救急搬送されました。付き添いされていた妻(高齢女性)は、急いでまとめたと思われる小さな手荷物を抱え、「A市というところがどこにあるのかわからないんです。遠いんでしょうか……」と不安げな様子でした。

自宅からA市まで、車で片道二時間。公共交通機関を使うといった何時間かかるのか、今頃大変な思いをされていることでしょう。「救急患者は病院を選ぶことができない」という厳しい現実を、改めて痛感しました。

②自宅のトイレで嘔吐し、倒れていた高齢の女性。家族はすぐに救急車を呼び、東金病院へ搬送されました。頭部C

Tを撮ったところ、脳出血を認めましたが、脳出血の範囲が広く高齢のため手術は断念しました。駆けつけた家族は、「おばあちゃん……」と言いつつ、まったく意識のなくなった患者にすがりついていました。

仮に若い患者で、手術が可能な場合でも、東金病院では手術が不可能なので、その後また遠くの病院へ転送されることになるのでしょう。

ちょうどこの患者さんを処置しているとき、東金病院に救急搬送依頼がありました。しかし、医師も看護師さんも生死をさまよう重篤な患者さんにつきっきりです。無駄のない手早い処置が進められているとはいえないものの、もうひとりの重症患者を受け入れることはとても無理。

仕方なく、医師は東金病院への搬送を断りました。医療者の立場から見れば当然の判断ですが、断られた患者とその家族は、その後、深夜の街中を、救急車に乗ったままだうさまよったのでしょうか。

★情報の発信

「くませんせいのS O S」絵本とD V D

コンビニ受診の問題点

かかりつけ医をもつことの大切さ



「ルウとポノポノ」絵本

- 命の大切さ
- 感謝を伝えることの大切さ

子供にもわかるように作り、医療に関心のない大人への浸透も狙った



大町病院を守る会

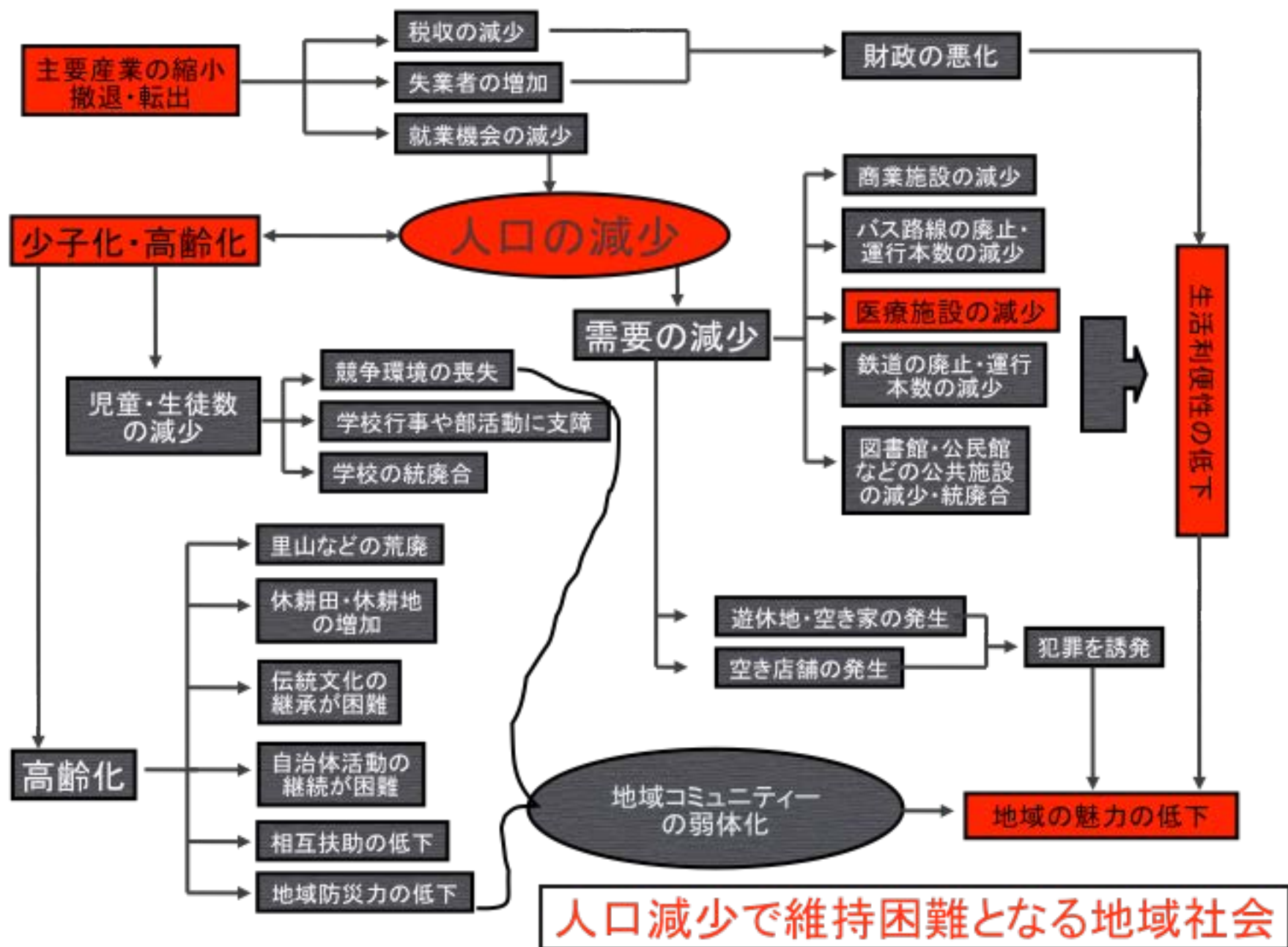
- 病院のことを知る
- 会報の発行
- 植木の剪定、植樹、花壇の整備
- ありがとうメッセージボックス
- 職員歓迎会
- 研修医のおもてなし（ジビエの会）



守る会の イベント



Wants と Needs



最後に

- 医療供給体制のグランドデザインを描けるか
 - ここから医師不足への対策が始まる
 - 国民皆保険を維持しての制度改革も
 - 場合により痛みを伴う
- 医師不足政策は地域づくりそのもの