

本田委員提出資料

医師の地域および診療科の偏在を是正するための方策（要約版）

東京大学先端科学技術研究センター医療政策人材養成講座

「医師の地域・診療科偏在の実態と課題」調査研究班

岩崎賢一 本田麻由美 山口大介 渡辺千鶴 他

（2005年8月1日）

【1】はじめに

医師の偏在が社会問題化している。医療現場では、大学の医局による医師引き上げ、勤務医の開業、厳しい勤務条件の診療科の担い手不足といった問題が起き、患者や医療関係者にしわ寄せが出てきているためだ。偏在は、地域間の偏在と、診療科間の偏在の2つがあり、両者が絡み合って医療現場に影を落としている。地域偏在は、「大病院が林立する東京などの都市」対「離島・へき地」という旧来の構造による医師不足という問題だけではなく、都道府県の県庁所在地とその他の県内地域との格差もここ数年急速に進んでいる。診療科偏在は、小児科、産婦人科、麻酔科の医師不足の深刻化がマスコミや学会などで叫ばれている。すでに2次医療圏の中核病院のようなところでも勤務医の退職が進み、窮する状態となっている。その結果、偏在問題は、プライマリーケア医の確保といった問題にとどまらず、医療圏ごとに必要な診療科の医師確保をどうするかというように、問題が深化してきている。

昨年度から必修化された臨床研修（初期研修）制度は、2年間、各診療科を回って初期診療能力を高めるとともに、視野の広い医師の育成を目的に設けられた。医師偏在（地域、診療科）の是正策を考えるうえで、この研修医の動向は、今後も偏在が深刻化していくのか、それとも是正されていくのか、を占ううえで注目される。本研究では、この新しい臨床研修制度で2年目を迎えた研修医の動向についてアンケート調査から分析するとともに、各地の先進事例を踏まえ、より本質的な是正策を提言することを目的とした。

【2】臨床研修医（初期研修2年目）の動向調査

（1）調査の概要

i) 調査方法

5月9日から31日（一部6月15日）に実施。マッチング協議会で公表されている資料をもとに大学病院と研修指定病院に送付。質問25問をWEB上で研修医に答えてもらった。

ii) 調査対象数と回答者数、有効回答数

- ・調査（送付）対象数（マッチング数） 7756人
大学病院4563人（58.8%）、臨床研修指定病院3193人（41.2%）

<※参考 04年春の医師国家試験合格者数7568人：男5019人（66.3%）、女2549人（33.7%）>

- ・回答者数 443人、198病院
- ・有効回答数 441人：男性300人（68.0%）、女性141人（32.0%）
- ・マッチング数に対する有効回答率 5.7%（医師国家試験合格者数に対する有効回答率5.8%）

iii) 回答者の傾向

大学病院196人（44.4%） 市中病院245人（55.6%）

(2) 調査結果

①初期研修後の進路をどのように考えているか	総数	男性	女性
大学（臨床系）で診療科を限定した専門研修	173人 (39.1%)	113人	60人
大学（臨床系）で診療科を限定しない幅広い研修	9人 (2.0%)	6人	3人
市中の研修指定病院で診療科を限定した専門研修	128人 (28.9%)	94人	34人
市中の研修指定病院で診療科を限定しない幅広い研修	57人 (12.9%)	42人	15人
大学院に進学、あるいは大学医学部（非臨床系）に勤務	17人 (3.8%)	12人	5人
市中の病院・診療所（非研修指定病院）に勤務	6人 (1.4%)	3人	3人
開業	0人 (0.0%)		
厚生労働省や都道府県保健所など行政機関に勤務	2人 (0.5%)	1人	1人
まだ決めていない	44人 (9.9%)	26人	18人
その他（医師をやめる、国外留学など）	5人 (1.1%)	3人	2人

②出身地、研修先及び将来の勤務先

	出身地	現在の研修先	3年目以降の勤務先	15年後の勤務先
北海道	21人 (4.8%)	22人 (5.0%)	18人 (4.1%)	24人 (5.4%)
東北	31人 (7.0%)	44人 (10.0%)	40人 (9.0%)	34人 (7.7%)
関東	106人 (23.9%)	107人 (24.2%)	123人 (27.8%)	114人 (25.7%)
※東京再掲	34人 (7.7%)	60人 (13.6%)	85人 (19.3%)	69人 (15.6%)
北陸	27人 (6.1%)	25人 (5.6%)	25人 (5.6%)	24人 (5.4%)
中部	43人 (9.7%)	42人 (9.5%)	37人 (8.4%)	29人 (6.5%)
近畿	95人 (21.4%)	90人 (20.3%)	83人 (18.7%)	82人 (18.5%)
※大阪再掲	40人 (9.1%)	42人 (9.5%)	44人 (10.0%)	47人 (10.7%)
中国	42人 (9.5%)	50人 (11.3%)	39人 (8.8%)	37人 (8.4%)
四国	17人 (3.8%)	16人 (3.6%)	11人 (2.5%)	13人 (2.9%)
九州沖縄	48人 (10.8%)	47人 (10.6%)	53人 (12.0%)	58人 (13.1%)
その他	6人		10人	23人
無回答	5人		2人	3人

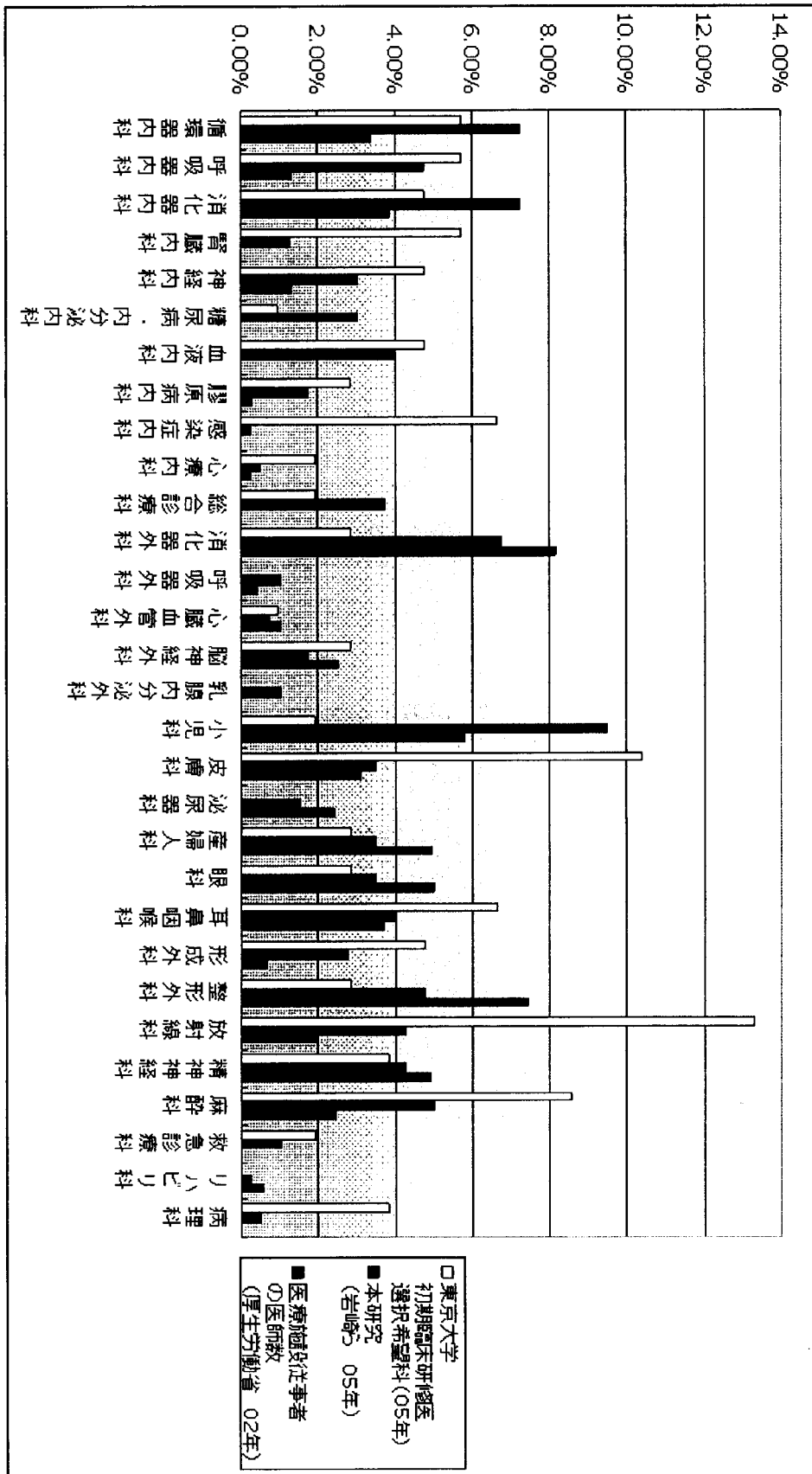
③3年目に希望する勤務・研修先の都道府県を選んだ理由

自分が希望する後期研修の病院があるから	94人 (21.3%)
自分の出身地またはその近隣だから	194人 (44.0%)
大都市だから（東京や政令市）	18人 (4.1%)
出身大学があるから	78人 (17.7%)
医師不足を抱える地域を抱えているから	12人 (2.7%)
その他	45人 (10.2%)

④進みたい診療科を決めているか

a. 決めている	189人 (42.9%)	b. だいたい絞っている	211人 (47.8%)
c. 決めていない	41人 (9.3%)		

図 1 a. b と回答した 400 人の第一志望の傾向



⑤診療科を選ぶ基準は何か

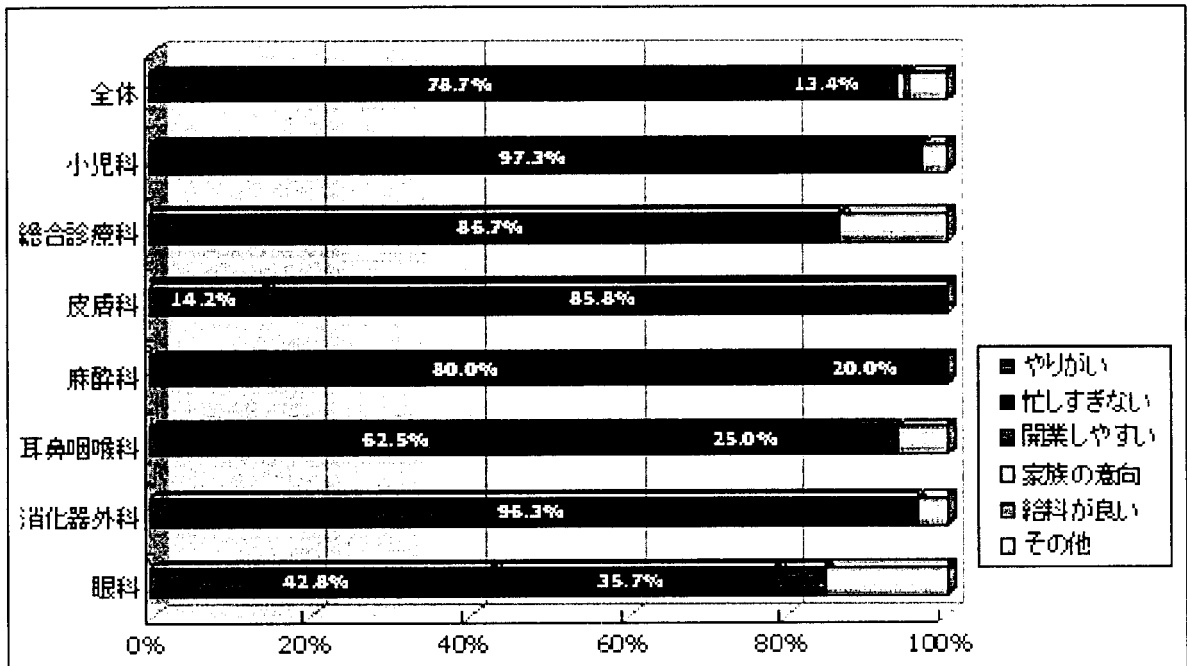


図2 診療科の選択基準

⑥将来、最も大切にしたいものは何か

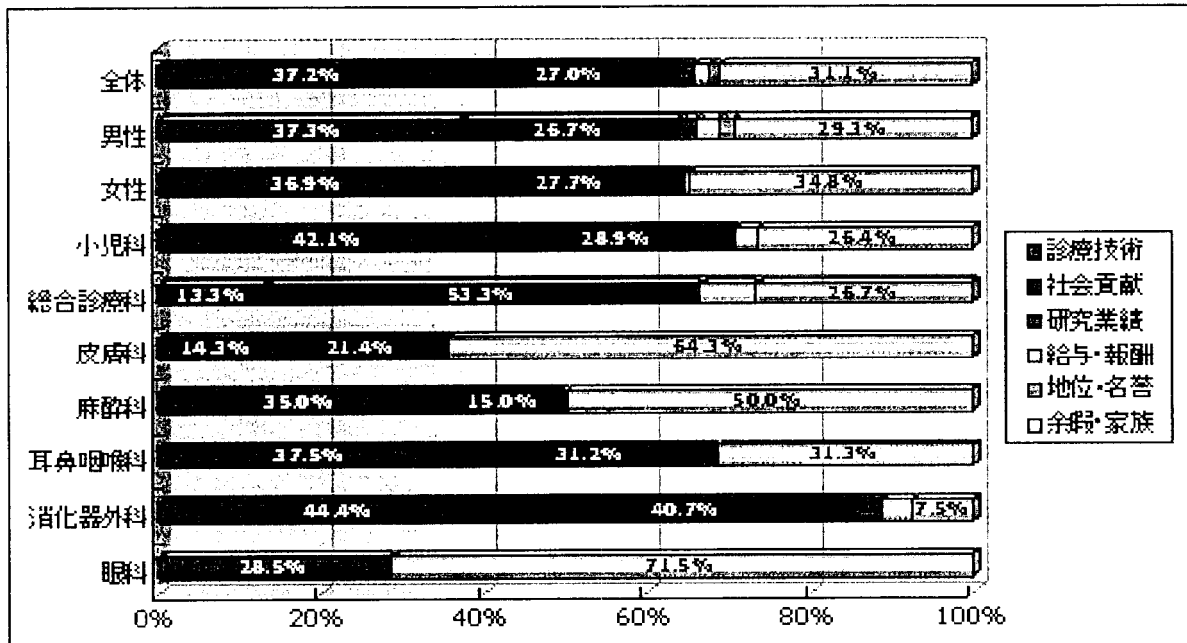


図3 将来に関する価値観

⑦専門医や認定医の資格を取得したいか

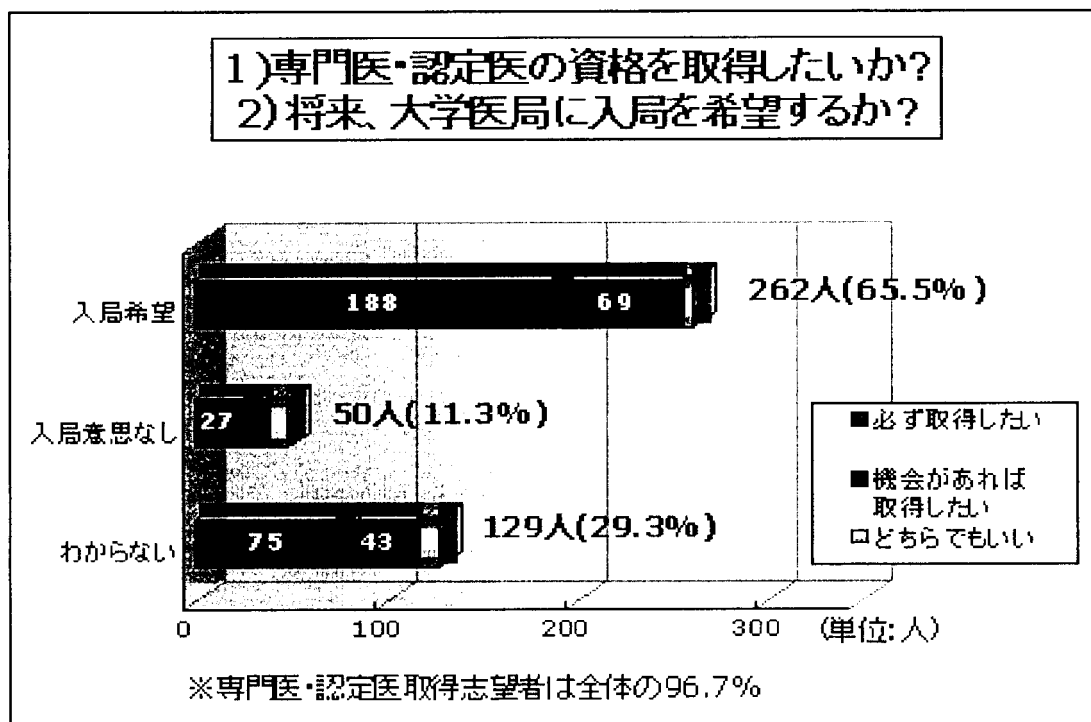


図4 専門医・認定医資格の取得希望

⑧入局したい理由は？（入局希望 262 人対象）

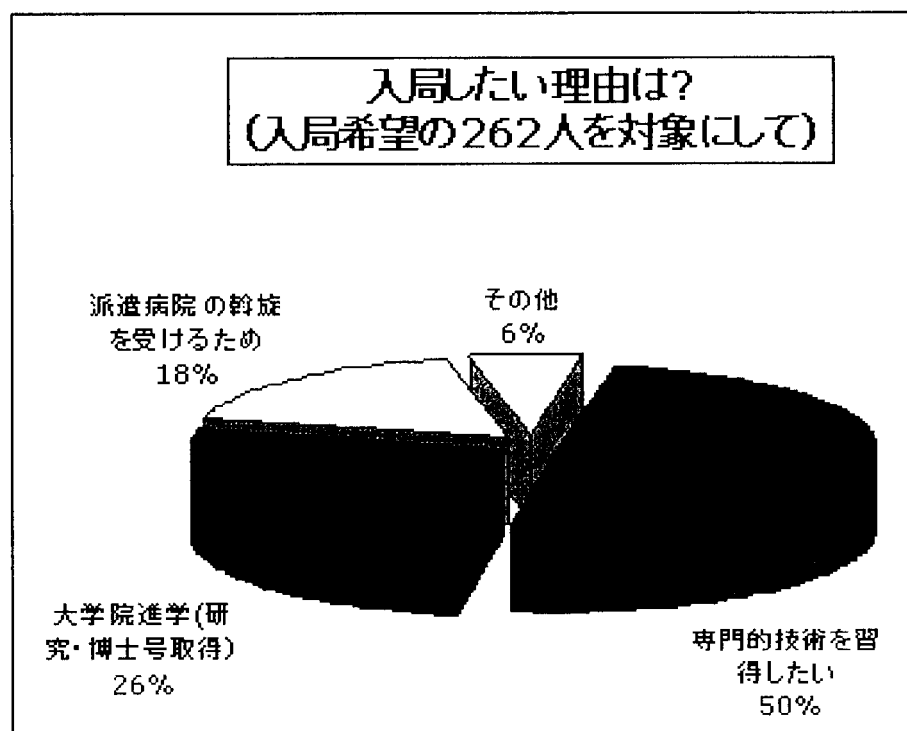


図5 入局したい理由

⑪地域偏在を是正・緩和するため、研修先や勤務地について一定期間の制限設定は賛成か

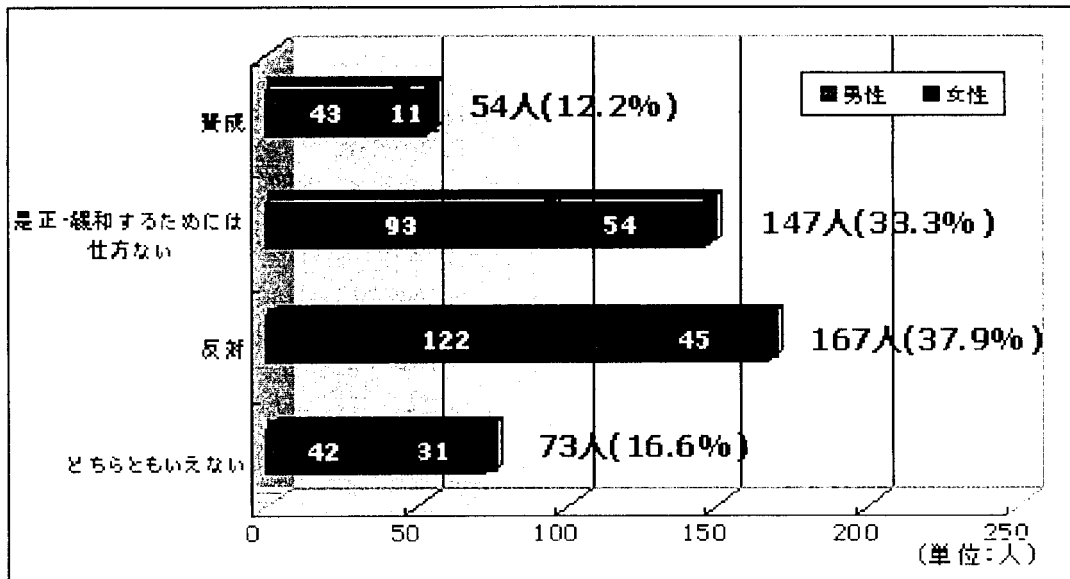


図 6 研修先・勤務地の制限設定について

⑫診療科偏在を是正・緩和するため、診療科選択時の制限設定について賛成か

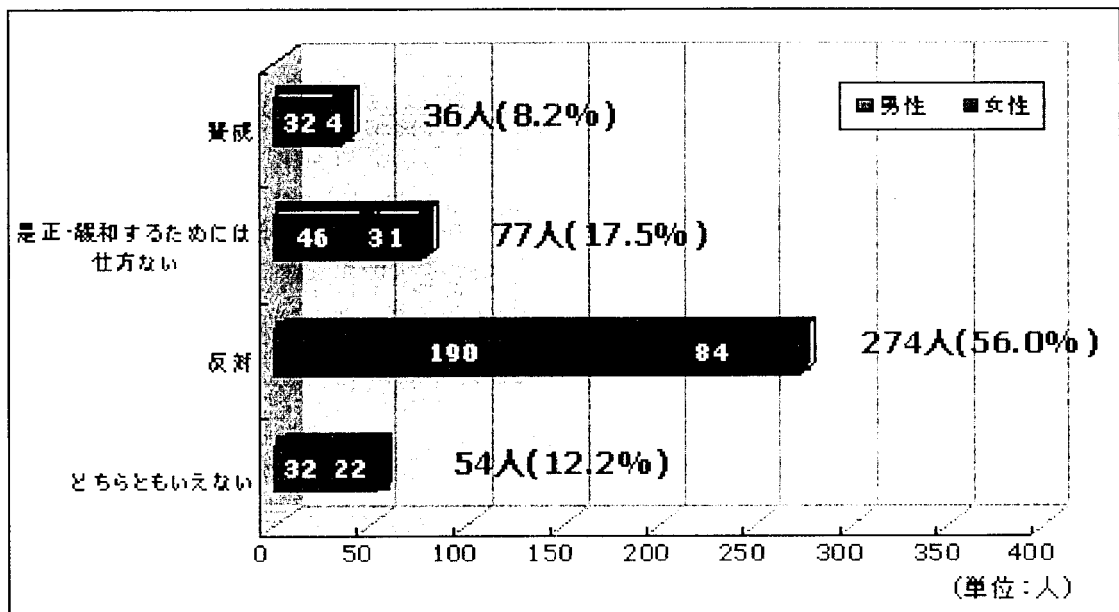


図 7 診療科選択の制限設定について

⑬医師不足を抱える地域で、条件によっては将来働いてもよいと思うか

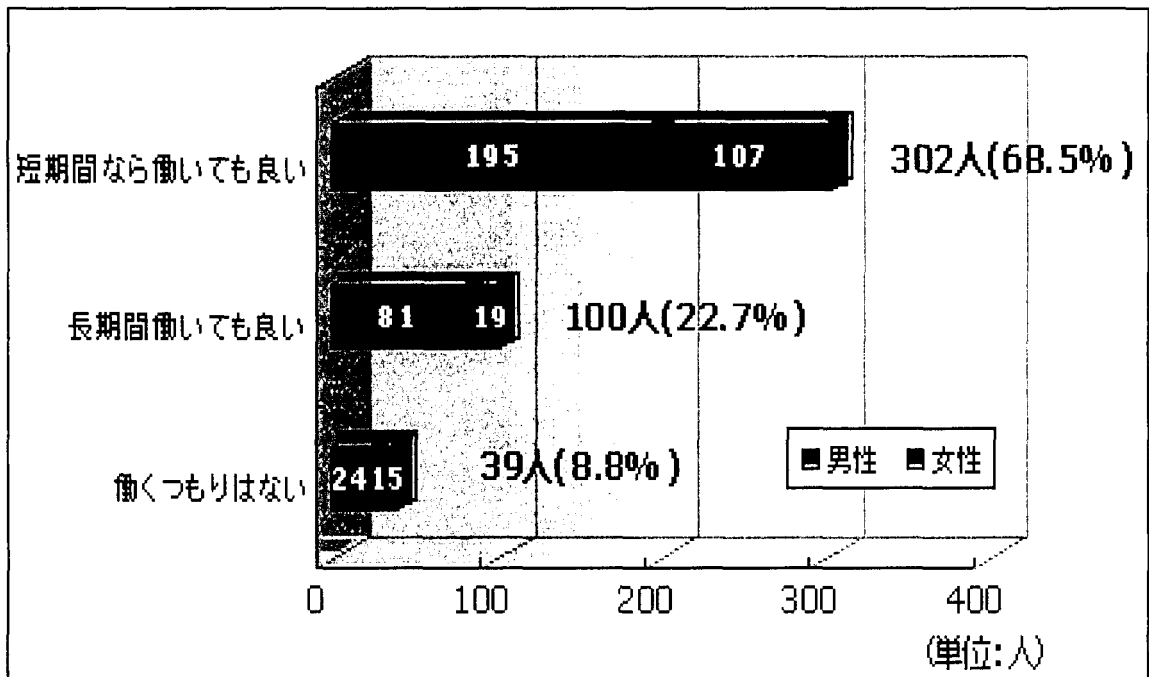


図 8 医師不足の地域での就労意志

⑭上記⑬で a、b の回答者に対し、どのような条件が整えば働いてもよいと思うか (複数回答)

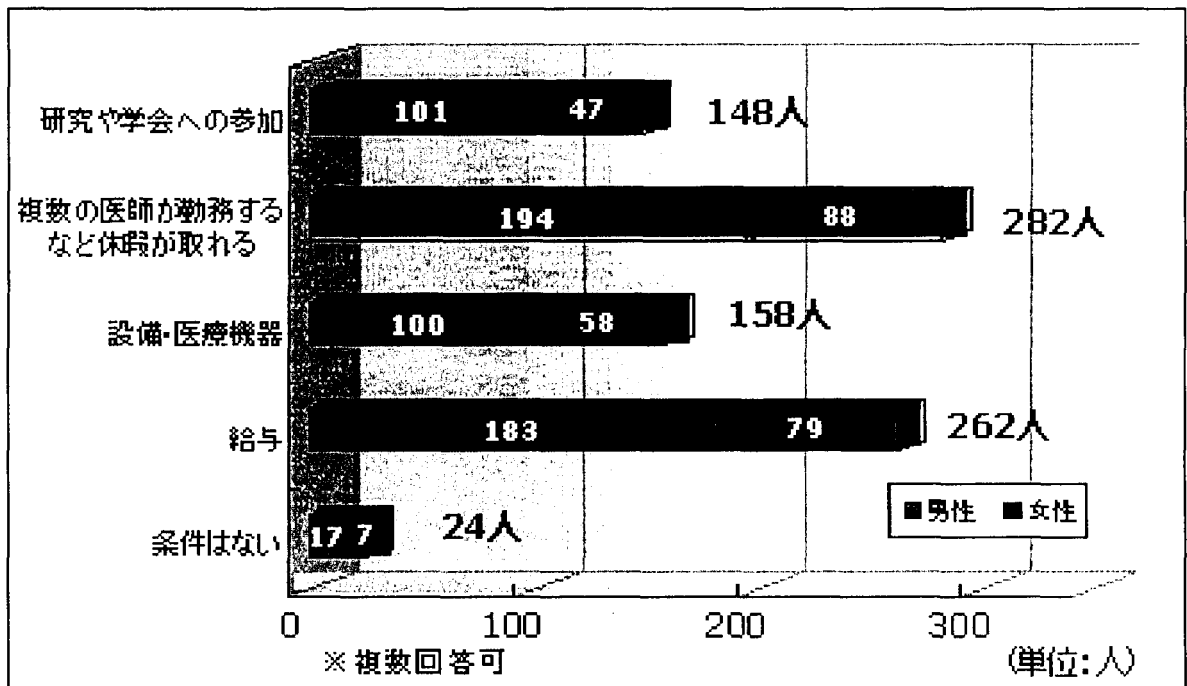


図 9 医師不足の地域での就労条件

(3) 分析と考察

①「初期研修後の進路をどのように考えているか」に対し、大学・市中病院を合わせて後期研修を受けたいという回答が83.3%と圧倒的に多い。臨床医志向が強く、2年間の初期研修では医師としての技術・経験が不足しているため、後期研修がある病院を選択する傾向があるものと見られる。また、男性より女性の方が大学病院で後期研修・勤務をしたいという傾向が強い。本調査の有効回答の女性の割合が医師国家試験合格者数の比率とほぼ同じことを考えると、女性医師の増加と都市部集中（県庁所在地を含む）は一定の関連性があることがうかがえる。

②「出身地と現在の研修先と3年目以降、15年後の勤務先希望」と③「3年目に希望する勤務・研修先の都道府県を選んだ理由」の回答から、「出身地」はその後の勤務地を選ぶ際、大きな要因の一つと言える。ただし、一般的に医学部生には都市部出身者が多いことも念頭に置いておかなければならない。東京・神奈川・埼玉・千葉の関東4都県で集計すると、回答者のうち、現在この地域での初期研修をしている研修医は87人（19.7%）だが、「3年目」で4都県を希望する人は109人（24.7%）、「15年後」の勤務地として選択した人は99人（22.4%）。出身者が82人（18.6%）であることを考えると、「3年目」にさらなる東京・近県集中が起きることが予想され、都会志向は進むとみられる。一方、回答者のうち現在、東北6県で研修している研修医は44人（10.0%）だが、「3年目」は40人（9.1%）、「15年後」が34人（7.7%）と減少傾向が見られる。有効回答数が相対的に少なく、都道府県ごとにバラつきがあるため単純に比較することは難しいが、岐阜、三重、埼玉、茨城など大都市近郊でも勤務希望者の減少傾向がみられるなど、将来的に深刻な状況を迎える可能性が読み取れた。

④「進みたい診療科を決めていますか」という質問に対し、90.7%がほぼ決めていると回答している。第一希望のうち、一番多かったのは小児科だったのが特徴だ。外科系の診療科の希望者が少なかった。もちろん、それぞれの診療科で何が適正で必要な医師数かという問題はあるが、激務、不規則な生活といった診療科の希望者が少ない傾向が見られる。一方、眼科、耳鼻咽喉科、形成外科、放射線科、精神神経科、麻酔科に、比較的多くの希望が集まっている。皮膚科、眼科、形成外科では、女性の希望者が男性を上回っている。「3年目」の動向で、女性が大学病院を希望する比率が男性に比べて高いのは、これらの診療科を希望した場合、市中病院では医師としての採用枠が少なく、大学で後期研修をするしかない実態を反映したものと見られる。東京大学病院の2年目の研修医の動向について、本研究班の山口大介氏が2年目の研修における診療科の選択を調査した結果、「全体的な傾向として外科志望がほとんどなく、内科もきわめて志望者が少ない。それに反して皮膚科、放射線科、耳鼻咽喉科、形成外科は大量に志望者を出すに至っている」としている。小児科以外は、本アンケート結果と山口氏の調査した東京大学の研修医のほぼ同じ傾向を示している。

⑤「診療科を選ぶ基準」を聞くと、「やりがい」が圧倒的に多い。研修医にとって、本格的に臨床現場に出る前の段階ということが影響していると思われる。⑥「あなたが将来、最も大切にしたいものは何ですか」という価値観に関する回答では、特徴的な傾向が見られた。これは、医師確保対策を考えるうえで、重要なことを示唆している。「診療技術」が37.2%と最も多かったが、2番目には、「余暇・家族との自由な時間」で31.1%だった。特に女性は、「余暇・家族」の割合が、「診療技術」に肉薄している。医師だから「社会貢献」をして当然だという一般的感覚を原点として医師確保対策を議論すると、これからの医療を担う研修医の価値観とすれ違いが起り、自由開業制、自由標榜制の日本では、偏在を是正できないことを意味している。

診療科の選択で小児科希望者が一番多かった。この小児科希望者は診療科を選択した理由として「やりがい」を挙げる研修医が多い。小児科医不足を巡る問題がマスコミや

医療界で注目されていることも影響していると思われる。ただ、「将来、最も大切にしたいもの」として小児科医希望の中に「余暇・家族との自由な時間」を挙げる人が多く、希望者が多いからといって小児科を巡る夜間診療や休日診療の担い手といった問題が解消されるとは楽観できない。

例えば、皮膚科希望者は、診療科を選んだ理由の中で、「忙しすぎないこと」を一番に挙げている。皮膚科、麻酔科、眼科では、「将来、最も大切にしたいもの」の回答で、「余暇・家族との自由な時間」を挙げた人が一番多い。オン・オフのスイッチの切り替えがはっきりしていることや基本的には入院患者を抱えないことなど、医師への負担（心理的、時間的拘束、当直など）が、診療科を選択する理由に影響していると思われる。医師偏在対策において、働き方・勤務形態の問題は避けて通ることができないことを示している。

⑦「専門医や認定医の資格を取得したいか」の質問では、94.1%が取得したいと回答している。一方、「大学の医局への入局の希望」は、59.4%。この数字は、①の「3年目」の勤務・研修先として大学選んだ研修医は44.9%（大学院や非臨床系含む）を大きく上回っている。⑧「入局したい理由」を聞くと、「専門的技術を習得したい」49.6%が一番多く、「大学院に入学したい」26.3%、「派遣病院の斡旋を受けるため」18.3%を大きく上回っている。専門医や認定医を取得する際、大学の医局に入局するルートが一般的と考えられているためと見られる。

⑩「医局制度についてどのように考えているか」では、弊害や問題があることを感じているものの、必要性は認めている。背景には、厳しい勤務の中で一定の就職先・専門研修ができる医局は、先行き不安の中で保険的要素があるものと見られる。また、初期研修や後期研修といった段階において、若い医師はまず、症例数や難しい症例の経験を積みたいという意識が強い。そのような中、研修医は、終身雇用を任せられるのは大学医局しかなく、医局はいつでも辞めることができるが、後から入り直すことは不可能という意識・実態が背景にあると見られる。

⑪「地域偏在の是正・緩和のために研修先や勤務地に一定の制限を設けること」に研修医の抵抗感は強い。⑫「診療科を選択する際に一定の制限を設けること」の質問の回答では、地域偏在の質問より強い拒否感がでていいる。診療科は、技術と経験を伴うため、標榜はできても主たる診療科をその後の医師生活の中でそう簡単に変えられないためと見られる。地域偏在対策での研修・勤務地の制限に、賛成または消極的賛成と回答した研修医は計45.5%。反対の33.3%を上回った。診療科偏在対策として、診療科の選択に制限を設けることについては、賛成または消極的賛成が計25.7%しかおらず、反対の56.0%を大きく下回った。医師偏在が社会問題化しているものの、研修医のコンセンサスとして、規制について了解が得られているとはいえない。

⑬「医師不足地域で条件によっては働いてもいいか」という質問では、91.2%が「短期間」または「長期間」の勤務をしてもいいと回答している。⑪の回答と併せて考察すると、「規制は好まないが、短期間なら条件によって勤務してもいい」ということと読み取れる。女性の場合、75.9%が「短期間」を希望し、男性の65.0%に比べて多い。一方、「長期間」は男性の方が多い。この傾向は、地域偏在、診療科偏在の是正・緩和に一定の制限を加えることについて聞いた質問⑪⑫でも、男性の方が、賛成または仕方がない（消極的賛成）と回答する傾向が強かった。

⑭「どのような勤務条件なら働いてもいいか」（⑬の「短期間」「長期間」の勤務希望者に対して複数回答可能で質問）で1番回答が多かったのは、「複数医師がいて休暇が取れる勤務体制」だったのが特徴的だ。続いて「給与」を上げている。この傾向は、⑥

「将来、最も大切にしたいものは何か」で「余暇・家族との自由な時間」を挙げた研修医が31.1%いたことと共通している。このことから、短期間勤務の医師を受け入れる場合でも、「複数勤務体制による休暇の確保」と「給与」の改善が必須条件といえる。

【7】考察

厚生労働省などが調査したマクロ的データや本研究による研修医の動向、各地の先進事例を踏まえて、医師偏在問題を考察すると、抜本的な対策がなられなかった場合、少なくとも偏在は改善されず、進行する可能性がある。

(1) 労働環境

本研究のアンケートで、研修医は「将来、最も大切にしたいもの」として、約3割が「余暇・家族との自由な時間」を選択した。この回答は、女性の方が選択する割合が高い。また、「医師不足地域での勤務条件」として、一番多かったのが、「複数医師が勤務するなど休暇が取れる勤務体制」だった。

このようなことから、労働環境の改善をしない限り、医師確保は難しくなるばかりだ。現状が放置された場合、勤務条件が厳しく、生活が不規則な診療科の不人気は進むだろう。また、中小病院の医師確保は、一層困難になる。現在いる勤務医の負担もさらに重くなる。地域によって受けられる医療の量と質の格差の拡大が進むだろう。この格差拡大が、国民皆保険制度の下でどこまで許容されるのか疑問だ。

医師数を現状から増やせば、供給過剰の地域はいずれ飽和状態となり、医師不足地域や医師不足診療科に流れていくという議論がある。しかし、医療は「供給が需要を生み出す」という側面があり、医師数を圧倒的に供給過剰にして競争状態を起こさないかぎり、市場原理に任せたままで医師不足地域や医師不足診療科に、若い医師が流れるとはいえない。医師養成数が閣議で決められていることや、圧倒的な供給過剰状態を作り出す過程における医療費問題などを検討したとき、それは現実的な偏在是正策とはいえない。

医師という職業は、極めて公共性が高い職業だが、本アンケート分析にあるように、「社会貢献」がすべてに優先して医療行為をおこなっているわけではない。本アンケートによると、研修医が「3年目」の勤務・研修の地域を選ぶ理由として、「希望する病院があるから」は21.3%にしか過ぎない。一方、医師不足地域での勤務をする条件として1番多かったのは、「複数の医師が勤務するなど休暇がとれる勤務体制」だった。つづいて「給与」がある。「医者さえきてくれればいい」という姿勢では、もはや高額な報酬を出してもこないことを意味しており、労働環境の改善は必須条件といえるのではないか。

労働環境の改善をするには、医療圏による医療供給体制の再編（ベッド数削減、機能別再編）と、医療機関への患者のアクセス（交通、在宅医療）の改善を同時に行わないと実現されない。医療費の大幅増額や医師養成数の大幅増、外国人医師を解禁して大量採用するなどが無い限り、労働環境の改善の基本は、医療機関の再編しかない。

(2) マンパワー

女性医師は増加傾向にある。女性研修医の本アンケートでの回答で、①「3年目」の勤務・研修先に大学病院を選択する志向があること②「将来最も大切にしたいもの」として、「余暇・家族との自由な時間」を挙げる傾向が強いこと③医師不足地域での勤務条件として「短期間」が圧倒的に多いこと、といった特徴が見られた。

また、2002年12月末現在の医療施設従事者の年齢別医師数の人口ピラミッドを見た場合、55歳以下が急激にふくらんでいる。これは、戦後の医学部の新設と重なる。医師免許は、生涯有効だが、医師数が増えても、医師の高齢化が進むことは間違いない。その時、若い医師と同様の勤務形態ができる前提にたつのは危険だ。医師確保対策を考える上で、1人当たりの生産性が落ちることを加味しないといけない。

(3) 臨床医教育

本アンケートでも見られるように、医学部生時代に地域医療やへき地医療の実習体験を持つ人は限られている。患者とのコミュニケーションなどといった問題については、今年度から全国の大学で「共用試験」が導入された。他大学の教員が試験を実施し、点数などが公表されることが、大学側の教育内容の改善を後押ししている。

医師偏在対策においても、臨床医の育成という面での改善が必要だ。

臨床医教育を考えるときに、医学部の5、6年の実習と昨年度から必修化された初期臨床研修も一体的に考える必要がある。研修医のヒアリングでは、「卒前の実習と変わらない」という声が多い。一方、指導医のヒアリングでは、「短期間のローテーターにリスクのあることを簡単に任せられない」といった声も出ている。

また、本アンケートでは、研修医が「3年目」以降も専門的な教育を受けたり、専門医の資格を取得したいという意欲が強いことを考えると、研修プログラムの充実や優秀な指導医確保、体系的な臨床医教育ができる医療機関（大学病院、市中病院）の整備を進めることが重要だ。もちろん、教育専従医師の配置などを誘導していくべきだ。

将来的な姿として、大学5年、6年と初期研修2年間の計4年間で「臨床医教育」として一体的に考えていくことが必要だ。このことを契機に、医学部4年化とその後の臨床教育センターのメディカルスクール導入も検討に値するのではないかと。臨床医教育が評価される環境を作らないといけないためだ。

もう一点は、全国の医師を強制的に再配置できない以上、これから医師免許を取得する若い医師を、どのように地域に定着されるかという問題になる。1県1医大政策により医学部がない都道府県はない。少なくとも、毎年100人程度の医学部生が入学し、卒業していく。しかし、現行の受験制度の中では、第一に学力、第二に家庭の経済力によって大学を選択するケースが多い。逆にいえば、地元出身者の割合をどう引き上げ、他県からの流入組の歩留まりをどう引き上げていくかということになる。

本アンケートの勤務・研修希望先を見ると、東京・大阪の「15年後」を希望する研修医の割合は「3年目」に比べて減っている。また「希望する後期研修プログラム」より「出身地や出身地に近い」「出身大学がある」といった視点で、「3年目」の勤務・研修希望先を選んでいる。「出身地」をキーワードに今回のアンケートを分析すると、医師不足地域の高校生を地元大学に一定数入学させることは、一定の効果があるものと見られる。

また、自治体病院など公的病院が、地元医大の医師の採用枠をきちんと確保することも必要だ。後発医大の県では、県立中央病院などの主要ポストや医員が他県の旧制大学や旧帝大など先行組に占められている場合が多い。

(4) 再編

複数勤務体制の問題は、へき地の診療所だけに限らない。病院での診療科の複数勤務体制でもある。しかし、医師の偏在が存在している以上、これを実現するには、医師数の増加か医療機関の集約しかない。本研究では、まず医療機関の再編・集約・機能分担といった改革が前提だと考える。労働環境の改善と医療機関の再編は、車の両輪であり、双方が同時進行でなければならない。そのためには、都道府県と大学が連携して、新たな再編計画を立てていく必要がある。労働環境の改善や医療機関の再編を実行するうえで、地域の医療の質を維持するには、病院と診療所の連携が欠かせない。機能分化を成功させるには、在宅医療の普及や病院の専門医から診療所（開業医）への技術移転などを進めないといけない。機能分化により、専門的医療を中核病院に集中させることは、若い医師を赴任させるシステムを構築するうえでも重要な要素だ。

再編・機能分担のネックとなっているのは、医業収入の減少だ。コメディカルの非効率化、人件費比率の上昇を招く。国は激変緩和措置を講じるほか、自治体や医療機関は、在宅医療の部門に人員をシフトさせることが必要だ。

「標欠」による診療報酬の減額措置の緩和には慎重に対応しないといけない。地方の医師不足問題で、自治体や病院は、減額措置の緩和を求めている。この基準自体、曖昧な部分もあるが、無条件で廃止した場合、「医療の質」が確保できない病院・診療所の再編推進に水を差すことにつながる。医療機関から消費者に十分な情報が提供されているとはいえない中で、減額措置の緩和は難しい。抜け道ができれば、再編は進まない。

（５）派遣機能を持つ機関の相互補完（連携・統合）

自治体は、大学病院からの医師派遣に依存してきた関係は改善しないといけない。再編を促す「てこ」も、医師の人事権の活用だからだ。東京など大都市では、すでに民間業者が、医師と医療機関の要望をマッチングして、常勤医、非常勤医をあっせんするシステムが台頭しつつある。しかし、医師のパイがない限り、民間業者の事業は成立しない。地域でも診療科でも医師不足に悩む地方では、弱体化した大学医局の機能を補完する医師派遣機構が必要だ。そのためには、従来、県立病院の医師募集しか行ってこなかった都道府県と市町村が大学と連携して、医師派遣機構を構築する必要がある。これは、大学と対峙する関係ではなく、地域医療に連携して責任を持つ関係だ。医師のローテーション（大学病院、県立中央病院、市町村立病院など）や適正配置は、共同で「人事権」を行使して再編を進めないといけないからだ。医師派遣機構が、医師のローテーション（医師としてのライフプラン）を示すことが必要だ。このことにより、医師の安心感・安定感が生まれるとともに、大学とも共同歩調が可能になる。

【８】提言＜テーマ別＞

本研究によるアンケートや各地の事例を分析すると、短期的な対策は皆無に等しい。本研究では、「労働環境の改善」と「医療機関の再編」を基本に提言を行いたい。

（１）労働環境の改善

①診療科や勤務形態、需給環境によって医師の給与に格差を設ける

- ・ 各病院がまず自助努力として、診療科間平等・卒業年次重視の給与体系から脱却する。パートタイム医師の活用。主治医制でなく、チームで患者に対応するように変える。自治体病院で待遇格差を設けるためには条例改正が必要となることも。
- ・ 入院医療のマンパワー増を推進するため、診療報酬を入院患者に重点的に配分する。

②労働基準法の厳格適用

- ・ 労働環境を改善するため、労働基準法の厳格適用を行う。

（２）医療機関の機能分化・再編・集約の実施

③中小病院の入院機能の中核病院への集約と病床の削減

- ・ 大学は、医師派遣基準を作成・公表する。派遣基準に、複数勤務体制や指導医の有無などを含めることで、労働環境の改善を促す。派遣基準を満たせない病院への情実的な派遣を廃することで再編を促す。
- ・ 都道府県と市町村は、大学病院の意見を聞きつつ、２次医療圏ごとに病院の再編計画を立案する。再編を計画的に進めることで、中小病院の住民にも不利益が被らないようにする。
- ・ 再編によって医師が重点的に派遣される中核病院は、医療圏の医療の質確保に責任を持つよう医師派遣基準に明文化する。診療所や中小病院への代診医や専門医の派遣は、大学でなく中核病院が担う。
- ・ 自治体病院・診療所においては、経営母体を統合し、１病院の減収というマイナスイメージを払拭する。
- ・ 再編に伴い、地域の病床数の見直しを同時に行う。
- ・ 病院の外来機能を見直し、患者を可能な限り診療所（開業医）に移す。

- ・ 地域医療計画による再編計画と診療報酬をリンクさせることで誘導する。
- ・ 経営上のインセンティブが含まれる合併特例法を検討する。
- ・ 再編による激変を緩和するため、医療機関への患者のアクセスの改善や在宅医療の確保のための整備も行うとともに、再編に伴うコメディカルの余剰人員は、訪問看護などの分野に振り分ける。
- ・ 大学病院は隣接県の大学と協議会を設けて調整することで、患者への影響を最小限にする。

④病診連携と技術移転

- ・ 中核病院と診療所の連携を進めるとともに、専門医から診療所の医師への技術移転を行う。
- ・ 病院と診療所の医師による「2人主治医制」の採用を推進する。
- ・ 病院のオープン化を推進する。

(3) 医師派遣機能の相互補完の充実

⑤地方における自治体関与の医師派遣システムの構築

- ・ 大学の医局に属さない医師の受け皿が必要。都道府県が「人事権」を持つ医師を確保し、機能分化、再編計画に基づき、医師派遣する機構の構築。「片道派遣」ではなく、大学の医局と同様にローテートする仕組みをつくる。
- ・ 県職員の医師が、市町村立病院に勤務した場合、市町村が退職金を一部負担できるように法改正をする。
- ・ 大学に「地域枠」と都道府県の勤務条件付き奨学金制度を連動させた募集枠の導入を認める。

(4) その他

⑥臨床医の育成

- ・ 医学部教育や初期研修での地域医療実習・研修の抜本的見直しを行う。
- ・ 臨床医育成のため、臨床医教育に特化したメディカルスクール制を導入する。
- ・ 教育専従医師を配置する病院に対して財政的支援を行う。

【9】提言<機能別>

(1) 地域の医療機関

- ・ 勤務条件や医師需給状況に見合った給与体系の導入→自助努力、市場原理
- ・ 主治医制からチームでの担当制への移行→個人負担の軽減
- ・ 中核病院は、外来患者を開業医へ移行し、入院中心の医療に転換→機能分化
- ・ 中核病院は、地域の診療所に技術移転を行う→質の維持
- ・ 病院と診療所の「2人主治医制度」の推進→患者の不安解消
- ・ 病院のオープン化→勤務医負担の軽減、診療所との連携の推進

(2) 大学病院

- ・ 医師派遣基準の作成と公表→情実的な医師派遣からの転換
- ・ 派遣基準に複数勤務体制や指導医の有無など労働環境を明記→労働環境の改善
- ・ 派遣基準を満たせない医療機関には原則派遣を取りやめる→集約の促進
- ・ 都道府県と共同で2次医療圏ごとの再編計画と医師配置計画を策定→集約の促進、合理的配置
(医師が集中する中核病院は医療圏全体の責任を持つことが条件)
- ・ 大学病院から地域の病院へ技術移転を行う→質の維持
- ・ 隣接県の医大と医師派遣に関する協議会の設置→合理的配置

(3) 自治体

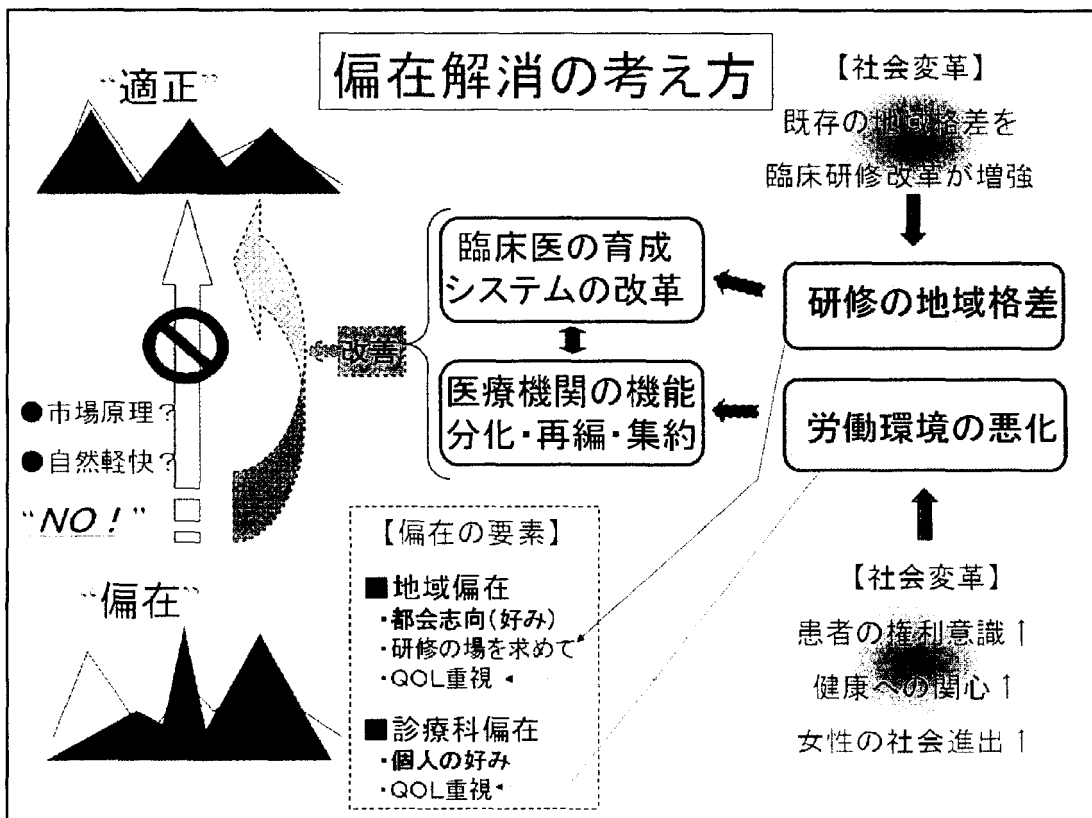
- ・ 大学と共同で2次医療圏ごとの再編計画と医師配置計画を策定→集約の促進、合理的配置
- ・ 2次医療圏の医療機関の再編に伴い公立医療機関の経営統合→経営の効率化、障害排除
- ・ 再編に伴い病床の削減→医療費増の防止、労働環境の改善、質の向上
- ・ コメディカルの余剰人員を訪問看護などの分野に転換する→質の維持、経営の効率化、障害排除
- ・ 大学の医局を補完する医師派遣機構の整備→大学を補完、合理的配置

(4) 国

- ・ 地域医療計画による再編計画と診療報酬をリンクさせる→再編を誘導
- ・ 入院医療に対して十分な診療報酬を確保する→勤務医の労働環境改善
- ・ 再編による減収やコメディカルの雇用問題を解決するため合併特例法制定→再編を誘導、障害排除
- ・ 市町村が、県から派遣される医師の退職金を一部負担できるように法改正→障害排除
- ・ 大学に「地域枠」と都道府県の勤務条件付き奨学金を連動させた入試制度の導入を認める→臨床医確保
- ・ 労働基準法の厳格適用→労働環境の改善
- ・ 医学部教育や初期研修での地域医療実習・研修の抜本的見直し→質の向上
- ・ 臨床医育成のため、メディカルスクールの導入→質の向上
- ・ 教育専従医師の配置病院への財政的支援→質の向上

【10】 提言実現のプロセス

ポイントは、「人事権」行使と「再編ロードマップ」の作成
 人員配置基準は緩めたり、例外措置をつくったりしない



ステップ1

- 大学は医師派遣基準（労働条件を含む）を作成して公表する
- 都道府県は大学と協力して、再編・集約・機能分化の計画と医師配置計画を作成する
- 医師不足県では、県と市町村が共同で医師派遣機構を設立して、大学の派遣機能を補完
- 公立病院の地元医大出身医師枠の拡充
- 医大の「地域枠」の拡充

ステップ2

- 住民への情報公開と教育
- 大学と医師派遣機構は、医師配置計画に基づき配置
- 派遣基準を満たせない中小病院などへの派遣中止、ベッド数削減
- 臨床医教育や地域医療への協力に対する診療報酬上の評価
- 医師派遣機構を側面支援するため、地方財政再建特別措置法などの改正

ステップ3

- 再編による規模縮小などによる病院の一時的損失に対する国の財政的支援（地方交付税措置）
- 再編した公立病院の経営統合

ステップ4

- 労働基準法の厳格適用

