

## ○医師確保対策ワーキンググループ 検討結果

### 1 Action V 「働きかける！」について

#### (1) 医学部に地域枠の設定について

現在、厚生労働省、総務省及び文部科学省の3省による地域医療に関する連絡会議において「地域医療を担う医師の養成のあり方の検討」として、地域枠の設定を含む入学定員のあり方を示しているが、「地元枠」「地域枠」の定義は示されておらず、踏み込んだ議論はなされていない。

なお、以下においては「地元枠」「地域枠」の言葉を下記のとおり仮に定義し検討しているものである。

**「地元枠」** → 地元の国公立大に地元の高等学校等を卒業した生徒を優先的に入学させる枠を設けること。

**「地域枠」** → 出身地にこだわらず医師数の少ない地域の国公立大で卒業後一定期間勤務することを条件に優先的に入学させる枠を設けること。

「地元枠」「地域枠」のメリット・デメリット

	メリット	デメリット
地元枠	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当該県の高校卒業者が当該県に所在する大学を卒業した場合、県内に定着する可能性が高い</li> <li>・医学部志願者が増える誘因</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・国立大学で、定員内の場合は公平性の問題</li> <li>・定員外とした場合、これまでの医学部入学定員の動向から認められない可能性大</li> <li>・私立大学の場合高額な学費の問題</li> <li>・医学部学生の質の低下</li> </ul>
地域枠	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医学部学生の質を維持</li> <li>・大学及び卒業後の一定期間当該大学の所在県にいることによる定着率の向上が期待</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・将来の義務履行をどのように担保するか</li> <li>・定員内とする場合は公平性の問題、定員外とする場合は認められない可能性大</li> <li>・私立大学の場合高額な学費の問題</li> </ul>

※ 「地元枠」については岩手医科大学のほか、公立大学の一部で実施しており、また国立大でも実施しているという話がある。

#### ～今後の検討の方向性について～

- ・「地域枠」としては、東北地区ブロック枠等の方が本県として利益があり、各県のエゴを離れ国策として提案しやすい
- ・その他自治医大の定員枠を柔軟にしてもらうことも有効

**(2) 医療法標準の地域差容認**

	メリット	デメリット
医療法標準の地域差容認	<ul style="list-style-type: none"> <li>・減額措置が解消されへき地病院等の財政的な基盤の確立</li> <li>・併せて名義貸等の問題の解消</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療の質の低下を招く恐れ</li> <li>・患者に対する医療の提供の不平等</li> <li>・医療を提供する体制の改善につながらない。</li> </ul>



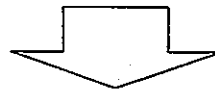
～今後の検討の方向性について～

サービスの提供に着目し、「一般」と「療養」の間に看護基準のように段階的な人員配置基準を求める必要がある。

そうした場合、満たす配置基準に見合う診療報酬の格差は当然生じることとなり、医療法上の条件はクリアするものの、減額については容認することとなるので要望するに当たっては関係者の意見を聞く必要がある

**(3) 診療報酬制度の見直し**

	メリット	デメリット
減額措置の見直し	<ul style="list-style-type: none"> <li>・へき地病院等の財政的な基盤の確立</li> <li>・名義貸し問題の解消</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者に対する医療の提供の不平等</li> <li>・医療を提供する体制の改善につながらない</li> </ul>
へき地加算の充実	<ul style="list-style-type: none"> <li>・へき地病院等の財政的な基盤の確立</li> <li>・加算内容によってはへき地への医師の誘因要素となりうる</li> <li>・既存の制度の拡充によるものであり制度的な改正が容易?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・提供される医療内容に変更がないまま、患者の医療費負担が増加</li> <li>・地価、人件費等の勤務地格差を主張される恐れがある</li> </ul>



～今後の検討の方向性について～

- ・ 標準数を満たさないことに対する減額措置は、提供する医療の平等の点から容認せざるを得ない部分もあり、上記(2)のような制度の改正が必要
- ・ 現在離島に認められている加算の、へき地への適用範囲を拡大することが必要。
- ・ この場合、患者の負担増となるが人口希薄地域においてはやむを得ないものであり、こうした負担については診療報酬制度というよりも、国等が賄うべきものと思慮される

**(4) 保険医枠の設定について**

	メリット	デメリット
保険医枠の設定	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師という限られたリソースを公平に配分</li> <li>・ 国立大学等国税により養成した医師の恩恵を公平に配分</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 職業選択の自由との関係</li> <li>・ 保険医枠の設定方法について               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 小選挙区的な区分とした場合 → 1人の医師が広範な地域をカバーしなければならないほか、財政的な支援が必要</li> <li>○ 大選挙区的な区分とした場合 → 都市部へ集中する恐れがある</li> </ul> </li> </ul>



～今後の検討の方向性について～

臨床研修病院選択のマッチングにおける地域枠の設定

**(5) へき地等の地域における医療を経験してもらおうシステムの構築**

- ・ 臨床研修終了後、一定期間内にへき地等の地域医療を経験するシステムの構築
- ・ 診療報酬や施設基準等に、へき地等を経験した場合の加算措置等を設けることにより、誘因要素とする

	メリット	デメリット
へき地経験システムの構築	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域的偏在の解消</li> <li>・ 地域医療に対する認識の向上</li> <li>・ 臨床研修において習得したプライマリケアの基礎知識を発展させる場としての有効性</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 臨床研修期間中では、1人で勤務することが困難</li> <li>・ 5年目・10年目等とした場合でも法的な根拠がない</li> <li>・ フォロー体制の確立</li> </ul>

**(6) へき地等の地域における医師確保のための「マッチングシステム」の構築**

	メリット	デメリット
マッチングシステム	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ハローワーク的なものとするにより、様々有る医師募集情報を一元化することが可能</li> <li>・ 公的な組織が行うことによる信頼性の向上</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 派遣法との整合性</li> <li>・ 民間医師紹介事業との競合</li> <li>・ 圧倒的買い手市場であり、へき地に医師がこない恐れがある</li> </ul>

**※ 自治医科大学養成医師の他都道府県での義務履行の容認による本県への誘引策**

- ・ 本人の意思と都道府県同士の合意を元に、義務履行先を別都道府県とする場合のルールづくりを進める。
- ・ 本県は自治医大の入学者及び義務終了後の県内定着率とも全国上位であり、県内の自治医大卒OBを中心とした受け皿を整備することにより、他県の自治医大卒医師に対し勤務する場の提供を行う。

## 2 その他の Action Plan について

### (1) Action I 「育てる！」

対象	現 状	具体的 Action
高校生	学費の問題	・医師になるためにはお金がかかるため進路を変更する ・親が医師の場合、子弟が医学部に進学する可能性が高い
	学力の問題	・関東・関西の学生と比較し学力が低い
	その他	・上記学費、学力の問題と併せ、医師になるためのプロセス、医師という職業に対する認識が十分でない
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・大学生に対する奨学金制度を高校1年次から周知し学費の面での後ろ盾となる</li> <li>・高校生に対する修学生制度を創設する（越境入学、進学塾への通学、予備校への通学の支援）</li> <li>・高校の講演・セミナー等で医師になるための動機付けを行う</li> </ul>

### (2) Action II 「知ってもらう！」

対象	現 状	具体的 Action
高校生	医師になるための動機付け	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高校の講演・セミナー等で医師になるための動機付けを行う（Action I と関連）</li> <li>・奨学金貸与制度の PR</li> </ul>
大学生	県内臨床研修病院の PR	・県外における臨床研修病院合同説明会等を通じた臨床研修病院の PR
	研修終了後のフォロー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各臨床研修病院の行う臨床研修と一部病院で実施するシニアレジデントを一体化させ PR する</li> <li>・県内の認定医、専門医資格取得可能病院のリストを作成する</li> </ul>
	岩手県とのネットワーク作り	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医学部進学者のデータベースの作成と学生とのネットワークを構築するためサマーセミナーを開催</li> <li>・上記活動を通じ、医師確保対象者を絞り込み、サマーセミナーの最後にはこうしたターゲットが必ず本県に医師として来るような働きかけを行う</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当該大学で臨床研修等を実施した場合、当該大学所在県に残る可能性が高い</li> <li>・県内で臨床研修を行った場合の終了後の選択枝が不明である</li> <li>・認定医、専門医指向にある</li> </ul>	
	・県外の大学の場合、県内医療機関で働く動機付けとなるネットワークが無い	

※ 北三県共同事業の展開について

本気で取り組んでいる姿勢を示すことやPR効果という点では共同で行うメリットはあるが、最終的にはお互いの利害が関係してくる。

こういった対象（学生、研修医、即戦力の医師等）に対し、こういった内容のものを開催するのか検討する必要がある

(3) Action III 「残ってもらう！」

項目	現 状	具体的 Action
臨床研修期間と通じたネットワークの構築	<ul style="list-style-type: none"> <li>・臨床研修終了後に出身大学に戻る傾向にある</li> <li>・研修内容により研修医の確保に大きく影響している</li> <li>・指導医に対する処遇面の評価が低い（他医師と同じ）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1人の指導医師が1人の医師を責任を持って指導するマンツーマン制度＝指導医と研修医がセットで評価される仕組みの構築（指導医の評価を見直すことを含む）</li> <li>↓</li> <li>・臨床研修病院（指導医）との太いパイプを築く</li> <li>・安心して研修を受ける体制をPRし継続した研修医師の確保に繋げる</li> </ul>
専門医・認定医指向	<ul style="list-style-type: none"> <li>・学位取得より専門医、認定医指向が強くなっており、臨床研修終了後の選択決定の重要な要素となりつつある</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・資格を取得できる病院の確保（症例数の確保・集約化）が必要</li> <li>↓</li> <li>・1病院1認定医・専門医資格取得病院を目指したプログラムを作成し働きかける</li> <li>・認定医・専門医取得可能病院等のリストを作成</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・臨床研修終了後に出身大学に戻る傾向にあり、県内に定着していない</li> <li>・シニアレジデント制を行っている病院もあるが、病院毎の位置付けとなっている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・シニアレジデント制を病院毎の位置付けでなく県全体の臨床研修終了者の受け皿として位置付けPRすることが必要</li> <li>・シニアレジデントとして勤務・研修することのステータスを上げるとともに、専門医等を取得するため正規職員でなくても安心して5年程度勤務できる環境の整備を図る</li> </ul>
アンケート調査の実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>・臨床研修病院選択、研修終了後の選択時等に本県に定着するための大きな誘因要素となるものが把握できていない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・臨床研修医に対しアンケート調査を実施し、継続した研修医の確保と研修終了後の県内への定着方策について検討</li> </ul>
メーリングリストによる支援体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1人診療所においては1人で診療を行うことに対する不安感がありバックアップ体制の構築が必要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・メーリングリストにより緊急性のない診療行為に関するアドバイスについて広く受けるほか、支援する病院との問題意識の共有を図る</li> </ul>
情報ハイウェイを活用した研修機会の確保	<ul style="list-style-type: none"> <li>・CPC等の開催については一部の病院に限られている。</li> <li>・現在の情報ハイウェイシステムにおいて双方向通信が可能な病院は一部に限られている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・情報ハイウェイの双方向通信化等の充実を図り、特定の病院に限られるCPC等への参加機会を広く確保することにより、へき地においても高度医療に関する研修機会を確保</li> <li>・患者紹介においても、円滑に引き継ぐことが可能</li> </ul>

(4) ActionⅣ 「住んでもらう！」

項目	現 状	具体的 Action
受入体制の整備	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師がへき地に行かない理由として、365日拘束されるため、医療技術の研修や自分の自由な時間が持てないことが指摘されている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・診療所の医師は個人の資質による部分が大きく、<b>周辺医療機関等からのバックアップ体制を確保することが必要</b></li> </ul> <p style="text-align: center;">↓</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当該診療所に対する輪番制での支援、ドクターカーでの医師送迎、当該診療所からの確実な紹介受け入れ態勢整備、保健所長が支援する、情報ハイウェイ等のITを活用した支援</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市町村の医療に対する基本理念が希薄な場合が多い</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受入れる側の姿勢が重要であることから<b>保健医療福祉施策についてのビジョンの明確化について各市町村への教育も行うことが必要</b></li> </ul>
女性医師の増加	<ul style="list-style-type: none"> <li>・女性医師が増加する傾向にあるが30歳～40歳の間に子育てのため離職する割合が多くなっている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・子育てを支援するような環境整備による医師確保と離職の防止が必要</li> </ul> <p style="text-align: center;">↓</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・病院への送迎、ベビシッター付きの住宅の提供、非常勤でも常勤と同様の処遇保証、地域全体で支援する態勢</li> </ul>

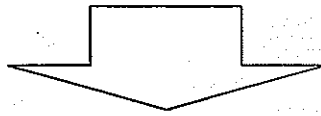
**(5) 地域におけるサテライトシステムの構築**

**Action Plan で求める姿**

- ・ 認定医・専門医取得病院の増加
- ・ 代診医を派遣する体制整備
- ・ 女医の確保、離職防止のための環境整備
- ・ 医療法上の配置基準、診療報酬＝サービス機能に応じた段階的な配置基準の創設

**現在の問題点**

- ・ 小規模の病院が複数存在し、入院・病床を有することによる医師の負担増
- ・ 診療報酬改定等に基づく在院日数の短縮による空病床の増加
- ・ 医療法上の医師配置基準の適用による減額措置⇒名義貸の問題



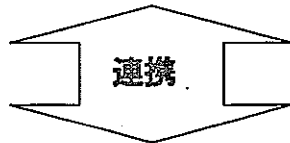
・ 都市部との条件格差を解消するため高度医療等の機能を集約化した**中核病院**を中心としたシステムづくりによる解消を図る

**地域基幹病院（センター病院）＝ 機能、医師を集約化**

- ～ 研修機能 ～
- ・ 臨床研修病院
  - ・ 各種認定医、専門医資格取得施設の認定

- ～ 医療機能 ～
- ・ 2次又は3次の救急医療
  - ・ 高度、特殊、先進、専門医療  
(がん拠点、広域リハ、緩和病棟、周産期センター)

- ～ 地域支援機能 ～
- ・ 地域医療支援機能（地域医療支援病院）
  - ・ 代替医師の派遣
  - ・ 紹介患者の受入体制
  - ・ 医師の生涯教育としての場の提供



- 中小規模病院、診療所**
- ・ プライマリケア（基本医療、初期診療）
  - ・ 地域ケア支援（訪問診療、訪問看護）
- ↓
- 行政とタイアップした当該地区における  
保健医療福祉のリーダーシップ

大学からの支援体制の強化

中央病院の地域医療支援機能の強化

※医療の確保だけでなく、**保健福祉を補う観点から地域で話し合う体制を構築**する  
 ※集約化、機能分化により医療の質の向上を図り、**住民の医師不足による漠然とした不安感の解消**を図る

## V 岩手県立中央病院初期研修ローテーションプログラム

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月		
1	オリエンテーション	基幹科					麻酔	ICU			小児科			地域医療						精神科					婦人科	
2			麻酔	ICU						小児科				地域医療							婦人科	精神科				
3				麻酔	ICU					小児科				地域医療								婦人科	精神科			
4					麻酔	ICU				精神科	小児科			地域医療									婦人科			
5						麻酔	ICU			婦人科	精神科	小児科		地域医療												
6							麻酔	ICU		婦人科	精神科	小児科		地域医療												
7								麻酔	ICU	婦人科	精神科	小児科		地域医療												
8									麻酔	ICU	婦人科	精神科	小児科		地域医療											
9										麻酔	ICU	婦人科	精神科	小児科		地域医療										
10											麻酔	ICU	婦人科	精神科	小児科		地域医療									
11									小児科		地域医療				麻酔	ICU	婦人科	精神科								
12									小児科		地域医療					麻酔	ICU	婦人科	精神科							精神科
13											麻酔	ICU	婦人科	精神科	小児科		地域医療									
14											麻酔	ICU	婦人科	精神科	小児科		地域医療									
15											麻酔	ICU	婦人科	精神科	小児科		地域医療									
16											麻酔	ICU	婦人科	精神科	小児科		地域医療									
17										麻酔	ICU		精神科	小児科		地域医療									婦人科	
18										麻酔	ICU		小児科		地域医療									婦人科	精神科	
19										麻酔	ICU		小児科		地域医療									婦人科	精神科	
20										麻酔	ICU		小児科		地域医療									婦人科	精神科	

- 註1 最初の1ヵ月は院内各部門職種の業務を見学・実践し、チーム医療の基本を理解する。(病棟看護夜勤体験など) また、基本的な医療技術の習得と全科の救急対応を学ぶ。
- 註2 基幹科の4ヵ月は一つの診療科に所属し、カルテの記載やコミュニケーションスキルなど医師として必要な技術の習得に努める。  
内科系：呼吸器科、循環器科、消化器科、神経内科、血液内科、腎臓内科、総合内科から選択  
外科系：消化器外科、一般外科、小児外科、呼吸器外科、脳神経外科、心臓血管外科、泌尿器科、整形外科から選択
- 註3 基幹科で内科系を研修した者は、自由にローテーションできる8ヵ月のうち、内科系診療科から1ヵ月以上、外科系診療科から2ヵ月以上ローテーションすることを必須とする。  
基幹科で外科系を研修した者は、自由にローテーションできる8ヵ月のうち、内科系診療科から5ヵ月以上ローテーションすることを必須とする。
- 註4 麻酔科2ヵ月、ICU1ヵ月、救急1ヵ月、小児科2ヵ月、産婦人科1ヵ月、精神科1ヵ月、地域医療2ヵ月を必修とする。
- 註5 ■の枠は放射線診断科、又は病理科のどちらかを選択必修とする。ローテーション中剖検に積極的に参加し、CPCレポートを提出する。
- 註6 地域医療の2ヵ月は、地域の小規模病院(県立大迫病院、県立紫波病院、県立東和病院、県立沼宮内病院など)の中から1病院に出向し研修を行う。(それぞれ地域医療プログラムあり)
- 註7 2年次、月1回程度の中小規模病院の診療応援の研修を行う。
- 註8 救急当直(1~3次)研修は、1年次、2年次、3年次以上の屋根瓦方式とし、プラス脳神経・循環器・ICU・(小児科)の計6人(~7人)体制で指導にあたる。(月5回)