

前回の宿題事項について

各国の医師数の比較

	日本	アメリカ	イギリス	フランス	ドイツ
全医師数	308,651	854,698	234,728	222,406	363,614
人口千人対全医師数	2.42	2.7	3.62	3.35	4.49
臨床医数	300,075	809,845	181,572	207,789	332,695
人口千人対臨床医数	2.36	2.56	2.8	3.13	4.11
臨床医のうち					
・ 女性医師の割合	20.3%	34.1%	45.8%	44.3%	45.2%
・ 一般医の割合	—	11.9%	28.3%	46.0%	42.0%

※ 1 日本・ドイツは2014年、アメリカは2013年、イギリス・フランスは2015年のデータ

※ 2 全医師は、「医師免許取得者のうち、臨床・研究・行政等に従事する医師」。ただし、イギリスについては、医師免許の取得者総数であり、退職者等も含む（全医師数は不明）。

※ 3 臨床医は、「医師免許取得者のうち、患者に対して直接、医療・介護等のサービスを提供している医師」。

※ 4 一般医は、「特定の疾患分野や特定の治療法に診療が限定されず、継続的且つ包括的な医学的ケアを個人・家族・地域に提供する責任を持つ医師」。

出典：OECD. Stat

各国の医師偏在是正策の比較

	アメリカ	イギリス	フランス	ドイツ
地域・診療科偏在の状況	北東部の州に集中、南西部は不足。診療科別ではプライマリケア医が不足しており、2025年までに1万～3万人不足	医師不足の程度は地域によって差があり、遠隔地だけでなく大都市内でも困窮者の著しい地域は医師のリクルートが難しい	地域については不明だが、非都市部で不足している。診療科については、全国選抜試験（ECN）終了後のコース選択において、不人気の診療科では定員割れが生じている	州の中で都市部とそれ以外で医師数に差があり。診療科では、特にGP（家庭医）が不足している ※以前は、GP：専門医＝60%：40%であったが、現在は45%：55%。また、プライマリ・ケア医を選択する医学部卒業生は、近年10%程度にとどまる
臨床研修・専門研修における偏在是正策	行政から卒後研修教育病院に対して支払われるメディケア卒後研修教育費に上限があり、地域の定員は財政面で上限が設定されている。診療科の定員はなし	需要を推定し、研修医師の配置を実施。定員が充足されない診療科については、給与の上乗せや奨学制度を実施	医学部卒業時点の医学生に対し、保健省と高等教育研究省が全国選抜試験を実施。診療科・地域ごとに定員が定められており、成績順に診療科を選択し、診療科・地域の偏在是正に繋がる	各研修認可施設ごとにどの診療科に何人研修医師を配置するかを決定（地域ごとの定員は決めていない）
その他の偏在是正策	医学生をプライマリケアに従事しやすくするため、 ①プライマリケアローンの金利低減 ②医師不足地域で臨床することで奨学金返済免除 ③地方クリニックでの卒後研修への投資 ④プライマリケア研修の充実プログラムに資金投入、 ⑤地域プライマリケア研修医を5年間サポートする基金	<ul style="list-style-type: none"> ・地域ごとにGPの人数が定められている ・医師不足が顕著な地域では、3年間のGP研修を受ける医師に対して、£20,000（約¥3,000,000）を提供 ・年間給与を上乗せ GP 医£8,200（約¥1,250,000）、精神科医および救急医 £1,500（約¥230,000） 	医学部2年生進級時から、奨学金を毎月受給することと引き替えに、国が定めた専門科・地域において、最低2年間あるいは受給期間と同等期間赴任する義務が生じるというインセンティブ制度がある	<ul style="list-style-type: none"> ・診療所に関しては、連邦共同委員会が、診療科ごとの外来医師配置の区割りや、人口当たりの医師数を定める。それを参考に州の委員会が、州独自の定数や区割りを決定する ・非都市部で開業するGPには、開業資金の助成や子どもの保育・教育支援等のインセンティブが提供されている

各国かかりつけ医制度の比較

	アメリカ	英国	フランス	ドイツ
保険制度	民間保険を基盤としたアメリカ型皆保険制度(州毎に異なる)	9割を占める公的(税財源)および1割の民間自費医療サービスが両立	公的皆保険(民間保険は二階建て部分をカバー)	皆保険。公的(90%)および民間医療保険(10%)の両立(公的保険は選択可能)
外来患者自己負担	保有する保険により年間免責金額、定額負担、負担割合等が異なる	公的は原則無料(処方箋料等の少額負担あり)	3割負担(償還式) かかりつけ医以外受診の場合は7割負担(婦人科・小児科・眼科・歯科は除く)	原則無料(2013年より自己負担廃止)
登録制の有無	無(保険毎に契約医あり)	登録診療所のみ受診可	かかりつけ医は登録制(外来はフリーアクセス)	かかりつけ医は登録制(外来はフリーアクセス)
登録制開始	—	1948年	2004年	2008年
登録医の資格	—	GPのみ	専門医も可能(研修なし)	州家庭医団体への登録および州医師会の研修を受けることが条件
登録医の選択	—	居住エリア診療所から選択(近年緩和される方向)	地理的制約なし	地理的制約なし
支払い方式	出来高中心(ACO、PCMHは包括的な支払いを施行)	人頭・出来高・成果報酬の混合(人頭5割以上)	出来高中心	家庭医中心診療は包括的報酬
近年の変化	病院中心のACO、プライマリケア中心のPCMHとかかりつけ医機能をもった診療体制の増加	GP診療所の大規模化や連携、プライマリケアのオンライン化が進展	疾病管理プログラムの施行	州毎のばらつきは大きいですが、国全体では家庭医中心診療は穏やかに増加傾向(2016年で国民全体の5%)

出典:平成27年度厚生労働科学研究「先進諸国におけるかかりつけ医制度の比較及び我が国におけるかかりつけ医政殿在り方に関する研究」(研究代表者 松田晋哉)

遠隔地・地方での医療従事者確保のためのWHOガイドライン（2010年） ＜地方出身学生関係部分＞

- 遠隔地・地方での医療従事者確保に関して、世界中のエビデンスを評価し、エビデンスに基づいた施策を推奨。
 - ※ エビデンスの多くは、医師（医学生）を対象とした調査・研究。
- 教育に関する介入では、地方出身の学生を対象とした入学者の受け入れが、強く推奨されている。

＜教育に関する介入＞

	エビデンスレベル	推奨度
地方出身の学生を対象とした入学者を受け入れる	中等	強い推奨

＜エビデンスの要約＞

- 高・中・低所得の国々において、地方出身であることは、卒業生が地方に戻ってきて診療を行う可能性を増加させる、という説得力のあるエビデンスがある。地方出身者が、少なくとも10年間、地方で診療を継続する、と示した研究もある。
- Cochrane*のシステマチック・レビューには、「地方出身であることが、地方での診療と最も強く関連した、唯一の要素と思われる」と記載されている。
Cochrane*：世界中のエビデンスを評価したもの。
- アメリカの医師の診療場所を長期に追跡した複数の研究では、地方出身の学生は卒業後、平均11～16年、地方で診療することが示されている。
- 南アフリカでは、地方出身の学生が地方で診療する可能性は、都会出身の学生と比較して、3倍である。