

第5回 新たな医療の在り方を踏まえた 医師・看護師等の働き方ビジョン検討会	資料
平成28年12月5日	

平成28年12月5日
 独立行政法人地域医療機能
 推進機構（JCHO）理事長
 NPO 法人「全世代」代表理事
 尾 身 茂

医師の地理的偏在、診療科偏在についての提案

I. 医師の地理的偏在についての提案

【目的】

- 【1】 わが国においては、医療は国民が払う保険料と税金で大部分が賄われており、居住地域に関わらず、公平な医療を受けられるような仕組みを整えることが求められている。ところが、医療を担う医師の数は、地域によって大きな偏りがあるのが現実である。この医師の地理的偏在の解消は、将来にわたり良質な医療がだれにも持続的に提供されて行くために、きわめて重要な課題である。
- 【2】 医師の地理的偏在の解消に向けては、これまでも各都道府県などを中心に、様々な取り組みがなされて来た。しかし、都道府県の枠を超え全国レベルでの効果的な問題解決の仕組みは未だ確立されていない。
- 【3】 問題を放置すれば、とくに地方における地域医療は、危機的な状況に直面する。超高齢社会とも言われる2025年が10年以内に迫っている現在、医療界のみならず、国民的な議論を通し、この問題に本格的に取り組むべき時期に来ていることは明らかである。
- 【4】 昨年設立されたNPO「全世代」（注1）では、医療分科会を中心に本問題の解決策を検討して来た。その結果、本問題に対する提案を取りまとめ、2016年10月に公表した。本提案の目的は「医師の地理的偏在」の解消に向け、都道府県の枠を超えた全国レベルでの、早期に実効性のある解決策を提示し、国民的合意形成に資することである。
- 【5】 医師の地理的偏在解決のためには、医学部教育のありかた、卒後研修のありかた、奨学金のありかたといった医師養成過程における対策が重要であり、この他にも、医師の働き方改革、ITの活用、各地域における連携の更なる強化など、総合的な対策の実施も求められる。それらの解決案は本提案とは矛盾せず、互いに補完的な役割を果たすものである。

(注1) 「全世代」 <http://zensedai.org> 「主権者として日本社会の未来を作るため一步を踏み出そう」との志を共有する人達が、世代、男女、職業、居住地など様々な違いや利害を超えて一堂に会し、これからの社会にとり重要と考える課題について、その解決に向けた具体的構想・提言を社会に発信するNPO。

【基本的考え方】

- 【1】そもそもわが国の医療は国民が払う保険料・税金でその大部分が賄われていること、また国公立の医学部教育はもとより私立大学の医学部教育にも多額の税金が投入されていること等を考えれば、医療は国民共有の財産として運営されていることは明らかである。したがって、医師には居住・移転および職業選択の自由が保障される一方で、公共の福祉、地域のニーズに貢献する社会的責務を果たすことが社会から期待されている。
- 【2】しかし、地理的な医師の偏在により、多くの地域において、保険料・税金を負担している住民のニーズに充分に応えられてはいない。深刻な医師不足地域の医療ニーズに対し、一部の医師だけにこの役割を任せきりにするのではなく、若手医師のみならず全ての世代の医師が可能な範囲で協力して行くことが求められている。そのために、無理なく、しかも実行可能な偏在解消への制度的施策が必要とされている。
- 【3】現在、医師は医師免許取得後、特に条件なしに保険医として登録され、どこでも保険診療に従事できる。今回提案する施策は、この保険医登録の仕組みを変えて、保険医登録の条件、あるいは、「保険医療機関」の責任者になるための条件として、一定期間医師不足地域で勤務することを求めるものである。本提案を実現するためには、然るべき法律改正が必要と思われる。なお、「保険医療機関」の責任者の定義については、別途定めることとする。
- 【4】本提案の実現のためには、若い医師を含め関係者の意向を尊重しながら行うこと、また予め、医療ニーズの高い地域、病院はどこかを含め、本制度の仕組みについて関係者の幅広い理解を得たうえで、制度を開始することが重要である。
- 【5】なお、本提案は基本的には2つのステージに分かれている。①まず全国レベルの情報を集約し、都道府県地域医療構想圏(二次医療圏)レベルでの医師不足地域を確定し、②その後、どの病院に勤務してもらうか、いかなる支援体制を構築するかなど、具体的な取組については、各医師不足地域が責任をもって行うとする。(参照:具体的方法【6】)

【具体的方法】

- 【1】 保険医登録の条件、あるいは、「保険医療機関」の責任者になるための条件として、専門研修(*)を終えた後の一定の時期に、深刻な「医師不足地域」において一定期間勤務することを求めることとする。(※初期研修後の専門研修の期間も含めるという考えもあり得る)
- 【2】 「医師不足地域」については、国をはじめ様々な検証可能な客観的なデータベースを構築し、都道府県地域医療構想圏(二次医療圏)ごとの医師数、医療ニーズなどをもとに、医師が不足している程度を表す指標を創設した上で、その指標を元に全医療圏を A、B、C(C が最も深刻)の 3 種(**)に区分する。都道府県はこれに加え、島嶼や過疎地域に限定した特殊地域 S を設ける。(※ 医師の不足地域と充足地域の 2 種に区分することもあり得る)
- 【3】 その上で、保険医登録を全国共通に一本化し、保険医登録証を一種登録証と二種登録証に区分する。
- 【4】 一種登録証については医師免許取得時に全員に授与する。
- 【5】 二種登録証については、臨床研修終了後の勤務実績によって授与する。勤務実績として、次のような設定を考える。

地域医療構想圏 A 新規の保険医登録の実績にならない
地域医療構想圏 B 2 年の勤務実績により二種登録証を授与
地域医療構想圏 C 1 年の勤務実績により二種登録証を授与
特殊地域(島嶼等)S 6ヶ月の勤務実績により二種登録証を授与

(なお、本提案は地理的偏在の解消に焦点を絞って提案するものであるが、仮に診療科偏在の解消にも一定程度貢献するのであれば、診療科についても、それぞれの医師数を基にいくつかのレベル(例:甲乙丙;丙が最も深刻)に分け、例えば、丙に属する診療科を選択した医師に限り、上記、二種免許証を取るために必要な勤務期間が短縮されるという考え方もあり得る。)

- 【6】 当該「医師不足地域」内で具体的にどの医療機関に勤務するかは、当該医師個人の考えを充分尊重し決めるようにする。赴任する医師の要望を最適化するために、マッチング制度などの導入も検討の対象となる。勤務する医療機関については複数の病院がネットワークを作ることも考えられる。また受け入れ側地域あるいは受け入れ医療機関には、赴任する医師のキャリアに資するような体制(例えば地域医療教育センター)を整えることも望まれる。こうした地域での取組については、都道府県地域医療構想圏(二次医療圏)毎の地域医療構想調整会議が都道府県の地域医療対策協議会との連携のもと責任をもって行う。

【7】 一種登録証、二種登録証についての効力・定義については以下の2つの選択肢があり得る。いずれを採用するかについては適切な方法で国民や医療関係者の意見を聞き、コンセンサスを得ることが必要である。

- ① 選択肢A: 一種登録証のままでも、通常の保険診療を継続的に行うことができる。ただし二種登録証を保持しない者は、「保険医療機関」の責任者にはなれない。
- ② 選択肢B: 二種登録証を保持しない者が、「保険医療機関」の責任者にはなれない点では、選択肢 A と同じである。違いは、一種登録証のまま保険診療をできる期間を例えば 10 年と規定する。従って、一種登録証の更新が必要となってくる。どちらの選択肢を採用するかに関わらず、硬直化したものにならないよう、赴任する医師の要望をよく受け入れ、弾力的な運用をも可能とするものであることが重要である。

【8】 いずれの選択肢であっても、現在保険医登録証を保持するものには経過措置として二種登録証を交付する。この制度を開始するにあたっては、十分な事前のアナウンスを行い、周到な準備期間を設けることが必須である。

【9】 医師不足地域への勤務時期は、基本的には専門研修(*)後の一定の期間とするが、実際の運営は各個人の事情を尊重し弾力的に行う(*初期研修後という考えもあり得る)。運営は自由度のある柔軟なものとする。

【10】 医師の支援を受ける地域の関係者は、医療事故への対処を含み、当該医師が“孤軍奮闘”にならないよう十分な支援を行い、赴任する医師が進んで赴任して来ることのできるような受け入れ体制を準備することが強く求められる。

【11】 当然のことだが、この期間が終了すればその後の勤務地、勤務医療機関は各自の自由で選択できる。

【12】 なお、これから女性医師が益々増加すると考えられることから、女性医師も含めた医師の勤務環境を整備することは極めて重要であり、医師確保の観点からも、そのあるべき姿について議論を行うべきである。

【期待される効果】

本提案が実現された場合には、

- 1、 医師の地理的偏在が短期間に改善される
 - 2、 医師が第一線の現場を経験することにより、視野を広げることができる
 - 3、 若手医師が参加することにより、地域医療が活性化する
 - 4、 若手医師の教育体制を整えることにより、指導医の質の向上にもつながる
 - 5、 一部の医師だけに地域医療の負担を負わせる状態が改善される
- などが期待される。

II. 医師の診療科偏在についての提案

医師の地理的偏在に加えて、わが国には特定の診療科の医師が特に不足しているという、診療科偏在の問題がある。この問題については、現在日本専門医機構でも議論されているが、医師の養成に時間がかかることを考えると、今の段階で「基本的な考え」について関係者の間で合意する必要がある。

【「当該問題」の本質は？】

- ① 平成 25 年 4 月の「専門医の在り方に関する検討会報告書」（以下、検討会報告書）の中で、新制度の設計においては「専門医の質の向上」に加えて「国民の視点」「医師偏在の視点への配慮」「中立的な第三者の関与」などの重要性が指摘されていた。しかし、専門医制度に関する今までの議論では「専門医の質の向上」には十分な配慮がなされたが、「医師偏在の視点への配慮」や「中立的な第三者の関与」については、必ずしも期待通りには行われず、関係者間の“綱引き”という色彩が強かったと言える。
- ② そもそも「当該問題」の解決は専門医研修の質の向上とともに、地域医療に対する悪影響の最小化という、いわば“複雑な方程式”を解くような極めて困難な仕事である。
- ③ 上記「検討会報告書」で決められた方針を具体化する方法論、スケジュールなどに関し、関係者の間でコンセンサスが無いまま、プログラム作成のプロセスが進行したため、地域医療の現場、特に中小病院の関係者から「地域医療が崩壊する」という強い懸念・不安が表明され、結果として大多数の学会は当初予定の時期から養成の開始を延期した。
- ④ 延期している間に、地域医療の現場等から示された様々な問題点について解決をしなければならない。

【問題解決のための「必要条件」は？】

こうした困難かつ複雑な問題の解決のための必要条件は、まず始めに一般社会に対しても説明でき、納得してもらえる専門医制度のあるべき姿についての「基本的な考え」につき医療関係者の間で合意することである。この「基本的な考え」に対する合意がなければ、関係者間の“綱引き”が継続するだけでなく、医療界、国民全体への説明責任が果たせなくなる。

【「基本的な考え」とは？】

〈 基本的考え 〉 各診療科別の「研修枠」について

- ① そもそも専門医制度構築にあたっては、将来の日本の医療ニーズを視野に入れつつ、「あるべき姿」の概要を検討しながら行うのは当然のことである。

- ② 具体的には、現在の《診療科、地域別の医師数》だけでなく、将来の《人口動態の変化》《疾病構造の変化》《モータリゼーション・交通利便性》なども考慮し、全国及び各地域の診療科毎のニーズを基に、各都道府県、あるいは2次医療圏毎に、「一定程度の幅を持った」各診療科別の専攻医「研修枠」を設定することが極めて重要である。このグランドデザインとも言うべき「研修枠」が事実上存在しないままに、専門医養成が行われてきたために現在の診療科別の医師偏在が発生したと言える。
- ③ ただし、この「研修枠」は、硬直的な数値ではなく、目指すべき方向性を示すものである。たとえば、ある診療科の現状の医師数が、設けられた研修枠に比べ、少ないと客観的に判断されれば、時間をかけ徐々に上方修正をしていくことが現実的である。例えば、外科など医師数が減少しており、労働環境も過酷な診療科については減少の歯止めとなりえる可能性がある。
- ④ 「研修枠」が設定されると、若い医学生・医師などが、わが国の将来の医療ニーズを理解し、専門とする診療科、働く地域を選択する上で、参考になると考えられる。
- ⑤ 因みに「研修枠」は、医師にはプロフェッショナルフリーダムが認められると同時に、地域のニーズに応える社会的責務があるという考えの基に、多くの先進諸国で実施されている。
- ⑥ また「研修枠」という考え方は、わが国でも、既に、初期臨床研修において、「都道府県別募集定員上限」ということで、不十分ながら存在している。
- ⑦ 初期臨床研修においては、国が公的に募集定員上限を設定している。公平性ある指標として専攻医「研修枠」の大まかな幅については、根拠に基づき、医療界のみならず、一般市民や行政など広範な国民的コンセンサスを得ていくことが必要である。

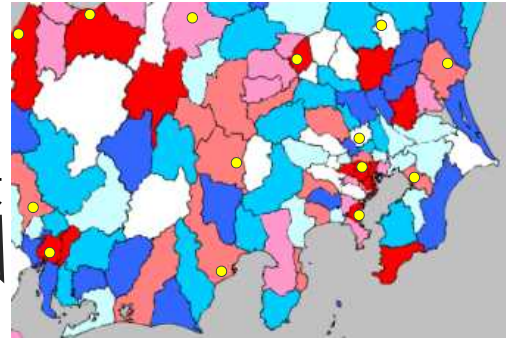
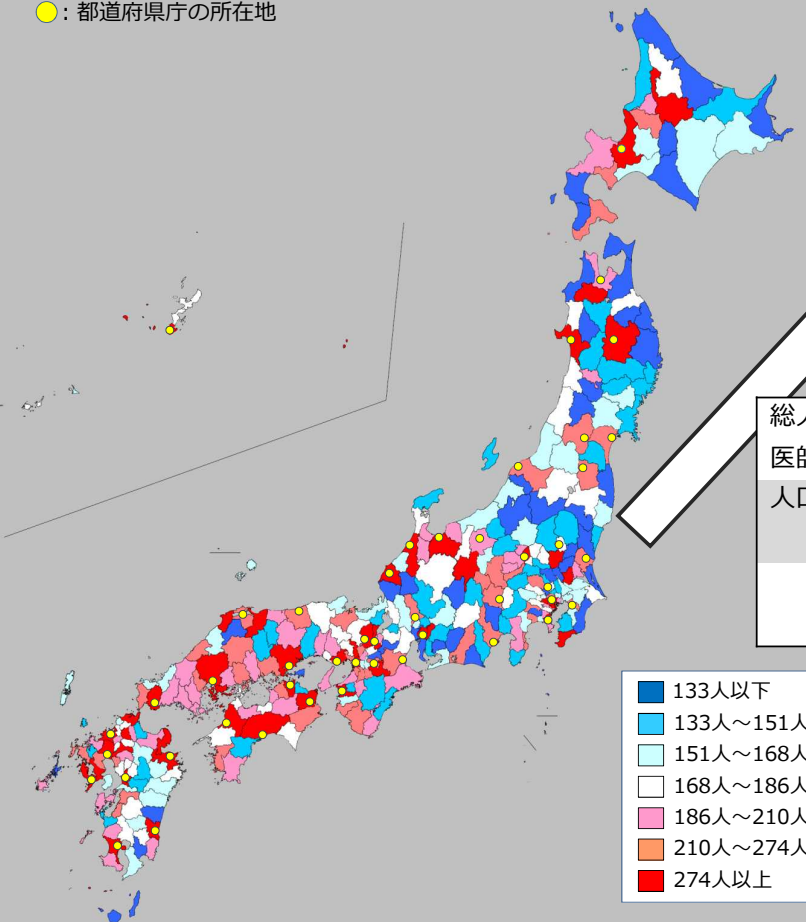
Ⅲ. 結 論

- ① もとより、医師の偏在解決のためには、養成過程の見直しによる医師の地域定着促進、医師の働き方改革、ITの活用、各地域における連携の更なる強化など、総合的な対策の実施が求められる。
- ② 医師の地理的偏在に関する本提案の目的は、地域医療の喫緊の課題に対し、早期に実効性のある全国レベルでの解決策を示し、国民的議論のたたき台にすることである。
- ③ 医師の地理的偏在の解消については、医師自らがプロフェッショナル集団として主体的に可能な限り貢献することが求められる。
- ④ 医師の診療科偏在については、延期した期間に、各都道府県あるいは2次医療圏毎に、「一定程度の幅を持った」各診療科別の「専攻医研修枠」を設定することが求められる。ただし、そこに至る道筋は時間をかけて徐々に進むべきである。

二次医療圏ごとの人口10万対医師数（平成26年）

●：都道府県庁の所在地

第3回 新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会 参考資料1より



拡大

総人口（全国）	128,226,483人
医師数（全国）	296,845人
人口10万対医師数（全国）	（中央値）176.8人 （平均）231.5人

（平成27年1月1日住民基本台帳・平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査）

※医師数：医療施設（病院・診療所）に従事する医師数

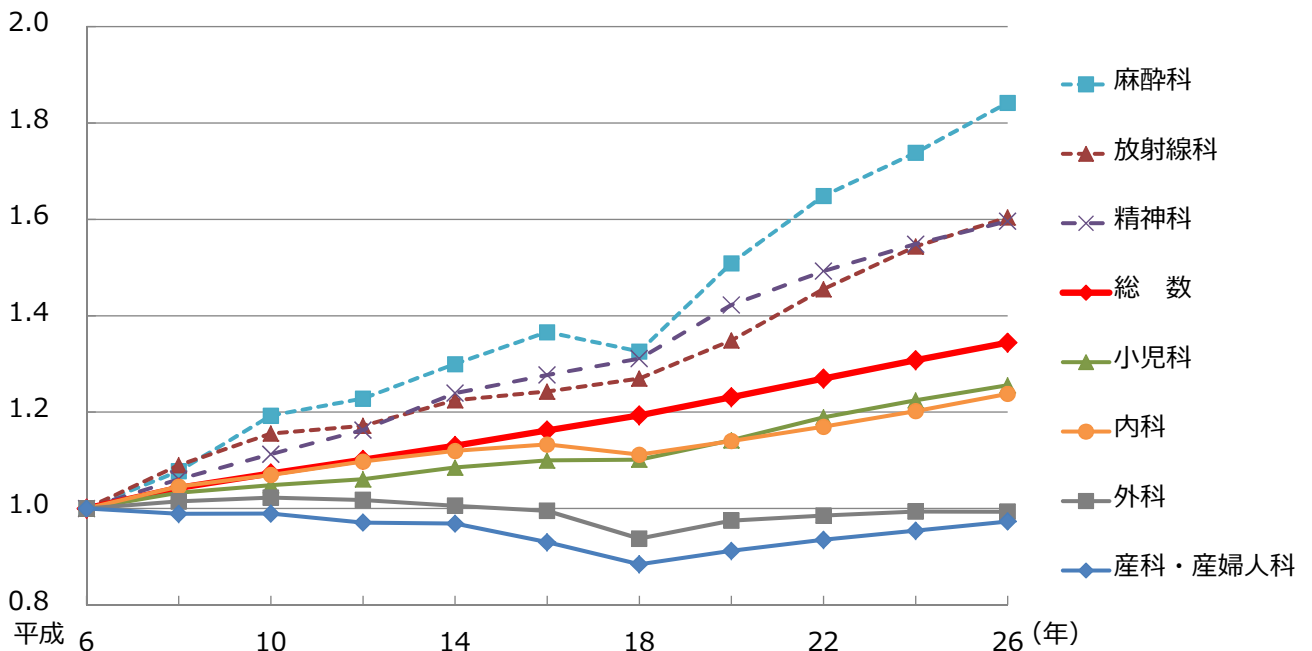
133人以下
133人～151人以下
151人～168人以下
168人～186人以下
186人～210人以下
210人～274人以下
274人以上

1

診療科別医師数の推移（平成6年を1.0とした場合）

第3回 新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会 参考資料1より

- 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

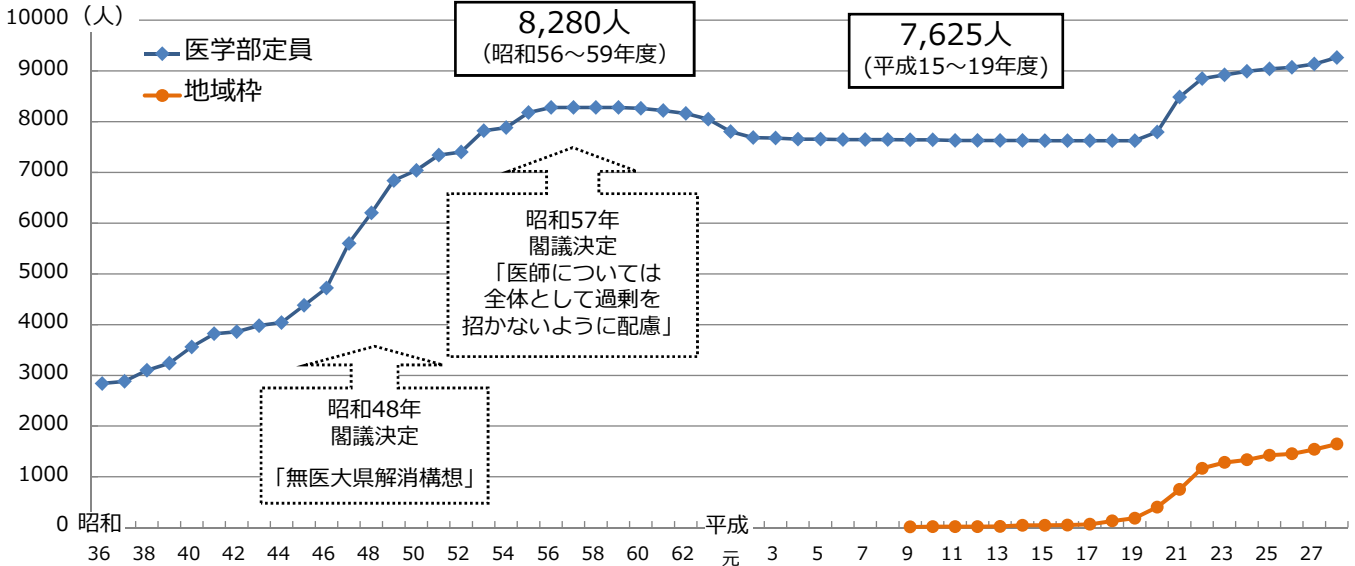
2

医学部入学定員と地域枠の年次推移

第3回 新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会 資料2より

- 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。
- 医学部定員に占める**地域枠***の数・割合も、**増加**してきている。
(平成19年度183人(2.4%) →平成28年1617人(17.5%))

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。



	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28
医学部定員	7625	7625	7625	7793	8486	8846	8923	8991	9041	9069	9134	9262
地域枠	64	129	183	403	749	1141	1257	1309	1400	1427	1525	1617
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%

地域枠の人数については、文部科学省医学教育課調べ（平成28年度については現在集計中）