

各委員からの御意見

医師の需給に関する検討会
座長 矢崎義雄 様

医師の需給に関する検討会報告書（案）の中で修正をお願いしたい点

平成 18 年 7 月 5 日
医師の需給に関する検討会
委員 古橋美智子
（日本看護協会副会長）

検討会におけるこれまでの発言内容に基づき、報告書（案）に下記 2 点の修正をお願いいたします。

- ①p. 8 「一方、医療においては、利便性より安全性がより重視されるべきであり、緊急事態への対応を図るためにも、相当の産科医師の配置が可能となるよう産科医療を提供する医療機関の重点化・集約化を進める必要がある。その際、集約される側の医療機関の役割分担と共に当該地域の医療提供体制のあり方にも十分配慮する必要がある。また、医師との緊密な連携・協働に基づき、正常分娩への助産師の活用が推進される必要がある。」
- ②p. 19 「また、医師が行っている事務作業など業務の内容を確認し、事務職や看護師など他の職種で対応できる業務については、見直すことにより、医師が本来の業務に専念できるような体制をつくる必要がある。~~これにより、患者に対し十分な医療が提供できると共に、医師の過度の負担が軽減されることが期待される。~~併せて医師確保総合対策にあるように、医師の業務の効率化や医療の質の向上を図る観点から、看護師等医療関係職種との役割分担、連携を進める必要がある。」

医師の需給に関する検討会報告書（案）に対する意見

2006年7月19日

茨城県保健福祉部医監兼次長 泉 陽子

1. 医師の需給に関する現状について
 - 医師不足問題については、地域偏在、診療科偏在、病院－診療所バランス等の面からある程度記載されたが、地域医療の現場における切迫した危機感とはやや温度差がある。国においては今後も常時、必要な調査、関係者からの意見聴取等に努め、地域医療の状況の把握を行っていただきたい。
2. 今後の対応の基本的考え方について
 - 各都道府県においては、地域の実情に応じて、独自の医師確保対策、地域の医療機関との調整等の努力を進めている。しかし、県を越える偏在の調整、診療科偏在の改善、病院－診療所のバランス等については、都道府県レベルでの対応は困難であり、国レベルでの制度的対応が、早急に進められるべきである。
 - 本報告書案に記載された国レベルでの対策について、今後の検討の方法やスケジュール等を具体的にお示しいただきたい。
 - 医師不足問題は、医師養成、地域医療、労働環境、診療報酬、医療機関経営、医療安全対策等、さまざまな分野に関係する大きな問題であることから、総合的な視点で、取組みを進めていただきたい。
 - 特に診療科偏在については、産婦人科、小児科、麻酔科のみならず、外科等でも志望者減少が見られるなど、問題が拡大しつつある。集約化は実現しても一時凌ぎの対策にしかない。専門医師の養成に要する時間を考慮すれば、国・医師会・大学・学会・都道府県等の協力のもとに、直ちに取組む必要があることを指摘したい。
 - 医学部定員の調整については、「定員の暫定的な調整を検討すべきとの意見があった」との記載であるが、本検討会の総意または多数意見として、「実現すべき」との記載にするよう提案したい。

—以上—

<参考>

医師の需給に関する検討会報告書案（6月28日版）についての各県の意見

【北海道】

「4今後の対応の基本的考え方」において、特に地域偏在の解消に向けた対応として「診療報酬上の評価」や「へき地勤務医師の確保への財政支援」などを盛り込むべきと考える。

【秋田県】

- ・「今後の対応」の中で、「中長期的な対応にとどまらず、国としても、緊急対策を迫られている県のために県を支援する必要がある。」を入れて欲しい。
- ・「医学部課程の中に、はじめから志す受験生のために、「産科」「小児科」「麻酔科」専攻コース（授業料安くする：不足県への数年間かの勤務を条件とする等）を設けて養成人員増を図るべきである。」を入れて欲しい。
- ・「文部科学省は、産科・小児科・麻酔科等入局者増の事例を大学病院長会議で情報交換する等、魅力ある医局づくりを大学に働きかける必要がある。」を入れて欲しい。

【岩手県】

- マクロの**必要医師数**について、「現状で総量としては国民が必要としている医療を提供しているものと仮定」する等を前提に推計しているが、この**算定根拠**が医療提供体制の観点から**妥当なものであるか検証される必要がある**。
特に、**OECD諸国**における最近の**医師数に対する考え方**についても**比較検討**を行うべき。
- 地域偏在や特定診療科の医師不足問題について、都道府県の設置する地域医療対策協議会が担うこととしているが、これを実効性あるものとあるものとするために**医師需給を管理し全国的に医師の配置を調整する機能を国の責任において整備する必要性を明記すべき**。
- 意見の併記に止まっている**医師不足地域の医学部定員増及び自治医科大学の定員増**については、検討会としてその**必要性を明記すべき**。

【福島県】

- ① P 1 2～「(3) 医師の需要の見通し」
→「必要の医師数」が明記されているが、一方的な数値の提示だけでなく、地方が納得できる形で提示すること。
- ② P 2 2「人口に比して医学部定員が少ないために未だ医師が不足している県の大学医学部に対して、さらに実効性のある地域定着策の実施を前提として**定員の暫定的な調整を検討すべきとの意見があった。**」
→「・・・との意見があった。」という参考程度の記載ではなく、「定員の増員を検討すべきである。」という表現に修正すること。

- ③ P 2 2 「今回の推計では、マクロ的には必要な医師数は供給されるという結果になった。しかしながら、これは地域や診療科といったミクロの領域での需要が自然に満たされることを意味するものではない。」
→ 将来医師が過剰になったとしても、診療科・地域の偏在が解消されない限り、地方の医師不足は解消されないので、もっと踏み込んだ議論をした上で、地方の医師不足の現況を書き込むこと。

【埼玉県】

1 国の取り組み

- ・地域や病院の自助努力、責務が強調されている一方、国の具体的取り組みが見えにくい。
- ・長期的、マクロ的には妥当であろうが、問題は現在であり、診療報酬による強烈的な誘導等、国の緊急避難的な取り組みが必要。

2 「医療対策協議会」の実効性確保

- ・地域における医師不足、偏在に関する分析が不十分であり、結果、「医療対策協議会」に丸投げとなっている。
- ・「医療対策協議会」を実効性あるものとするには、医療機関、市町村等関係者の具体的な参画、協力義務にも言及すべき。

3 都道府県の権限強化

- ・本県は、公立病院が相対的に少なく、また、国公立の医科大学もない。
- ・このため、医療機関の重点化、集約化には、県への相当な権限の付与が不可欠。

(詳細)

P 6 : 診療所のかかりつけ医機能

- かかりつけ医をどうするのか。増やすならその施策を検討すべきではないか。
かかりつけ医機能を積極的に行う診療所への優遇策を検討すべきではないか。

P 7 : 診療所に勤務する医師が参加する休日夜間の小児医療提供体制の確立

- 地区医師会のリーダーシップに期待するだけでは、解決できない。ある程度の義務化が必要ではないか。
また、参加する診療所への優遇策、逆に参加しない診療所へのペナルティを検討すべきではないか。

P 8 : 産科医療を提供する医療機関の重点化・集約化

- 助産師の活用も考えるべきではないか。(病院内助産所など)

P 1 8 : 国民・患者への啓蒙活動

- 現在、乳幼児医療は、無料化が進んでいるが、休日夜間の受診については、一部自己負担を導入すべきではないか。(安易な受診行動の抑制)

P 1 8 : 地域医療対策協議会の役割

- 地域医療対策協議会で医師配置の調整を行うシステムの構築には、限界がある。地域の医療機関や関係者に協力を要請する程度の方法しか採れないのが現状である。また、地域の医療対策協議会の意見を検討する国レベルの医療対策協議会も制度化すべきではないか。

P 1 8 : 傘下に多数の病院を有する団体の成果

- 特定の診療科や病院勤務医の減少の中で、組織内の医師の効果的な配置、異動の取組

みにより成果が期待されるのは一部の地域と思われる。

P 1 9 : 持続的な勤務が可能となる環境の構築

→ 持続的な勤務が可能となる環境に構築については、具体的な先進的取組を例示するなど、具体的な記述が必要と思われる。

P 2 0 : 医師の確保を希望する各主体は、研修内容や処遇について十分な情報提供を行うことが求められている。

→ 医師の確保を希望する各主体の取組にも限界があると思われる。ある程度の交通整理をするなど特定診療科へ誘導するなどの方策を検討する必要があるのではないか。

P 2 1 : 医学部定員の暫定的な調整

→ 国との調整を条件に特定の診療科における県内の医学部の暫定的定員増を認めるべきではないか。

【愛知県】

- ① 3 ページ「2 医師の需給に関する現状 (1) 全体の状況」について、確かに、医師の絶対数は増加しており、人口当たりの医師数の増加は認められるが、これが増加しているから、医師が充足の方向に向かっているという結論を出すのはいかなものか。医療は、要求があればあるほどそれに応じた体制が求められる性質があり、何を持って充足とするのかという国民的コンセンサスがないので、人によって「充足」の意味合いが異なる。充足の一定のモデルが必要なのではないか。
- ② 4 ページ「都道府県別に医師数の変動をみると・・・すべての地域で人口当たりの医師数の増加がみられる」とされているが、患者の医療機関へのアクセスという観点から、人口当たりだけでなく、面積当たりの医師数についても注目する必要があるのではないか。
- ③ 4 ページ「(2) 病院における状況」において、病院勤務の繁忙感の要因に、自己の要求をあくまで優先させようとする悪意を持った一部患者への対応も含まれるのではないか。医療において、治療はあくまで患者自身の主体的な取り組みが第一であり、医師を始め、医療関係者はあくまでその手助けを行うだけである。そうした患者教育をどこで行っていくのかは大きな課題ではないか。
- ④ 7 ページ「小児科」については、保護者向けの電話相談もそれなりに有効とは思われるが、核家族化で、子育ての経験者が周囲にいない親が増えており、保護者向けの教育の場を増やすことも重要である。
- ⑤ 8 ページ「産婦人科」の集約化・重点化であるが、集約化によって、医師がいなくなる病院についての配慮がないと、その病院自体の存続の可否につながる可能性がある。
- ⑥ 15 ページ「(4) 病院・診療所別に見た医師数の需給予測 1) 病院・診療所別に見た医師の供給予測」について、「病院勤務から診療所勤務に移行する割合が一定であるとした場合の将来の病院・診療所別に勤務する医師数を予測する」としているが、小児科、産科など特定の診療科においては、病院での過酷な勤務状況等により、病院勤務から診療所勤務に移行する割合が上昇していくことが考えられるため、医師数に

ついていくつかの場合を想定したシミュレーションも必要ではないか。

- ⑦ 18ページ「(1) 医師の配置の調整」について、都道府県ごとの医師不足の状況が大きく異なっているため、都道府県間の医師配置の調整についても言及すべきではないか。
- ⑧ 20ページ「(4) 医師の確保に関する取り組み」について、病院の特定の診療科における医師不足を解消するため、次の内容を盛り込むべきではないか。
- 病院・診療所間あるいは診療科ごとの診療報酬の抜本的な見直し
 - へき地勤務等の診療経験を病院・診療所の管理者の要件とするなど、ある程度強制力のある措置の検討
 - 訴訟率の高い診療科について、無過失補償制度の創設
- ⑨ 21ページ「(5) 臨床研修制度の活用等」について、臨床研修制度に関する適切な措置として、「大病院への集中の是正や、隣接する中小病院とのネットワークの構築」を記載してはどうか。また、「臨床研修修了後のいわゆる後期研修において、特定の大学・病院に医師が集中しないような措置」として、中小病院での症例を含めて専門医資格を認定するよう学会に働きかけることを明示してはどうか。

【愛媛県】

○報告書では、医師の総数、小児科・麻酔科等の医師数は充足しているとの基本認識であるが、現に地方では、医師不足が深刻化しており、特に小児救急、産科、麻酔科の現場での医師不足が顕著である。マクロの視点のみでなく、地域格差の実態に踏み込んだ分析が必要である。

- 医師の偏在に対する対応策として、
- ・医師の配置の調整（地域医療対策協議会等）
 - ・持続的な勤務が可能となる環境の構築と生産性の向上
 - ・医学部定員の暫定的な調整

等が掲げられているが、住民の医療ニーズが多様化・高度化し、医師の流動化や都市志向が強まる中で、これらの対策のみで偏在を解消し、地域で現に不足している分野の医師を確保することは困難と考える。

○全国知事会では、これまで、「へき地医療、小児医療、周産期医療、救急医療等の診療経験を病院・診療所の管理者の要件とする対策など、実効性のある抜本的な対策を早急にとりまとめ、推進すべき」等の提案を行ってきており、こうした知事会でやってきた各要望項目も対策として盛り込んでほしい。

特に愛媛県としては次の2点を盛り込んでほしい。

- (1) へき地医療を担う医師をひとりでも多く養成するため自治医科大学の定員増を図ること
- (2) すでに地域において医師の地域定着策を講じているにも関わらず医師が不足している県の大学医学部の定員増を図ること

医師の需給に関する検討会報告書（案）

1 はじめに

- 医師の需給については、昭和 45 年には、「最小限必要な医師数を人口 10 万対 150 人とし、これを昭和 60 年を目途に充たそうとすれば、当面ここ 4～5 年のうちに医科大学の入学定員を 1,700 人程度増加させ、約 6,000 人に引き上げる必要がある」とされた。

- このことを目標とし、その後昭和 48 年から「無医大県解消構想」いわゆる「一県一医科大学」設置が推進され、昭和 56 年には医学部の入学定員は 8,360 人となった。その結果「人口 10 万対 150 人」の医師の目標は昭和 58 年に達成された。

- その後も依然として毎年 8,000 人を超える医師が誕生していくことが見込まれる状況の中、将来の医師の需給バランスについて検討し、所要の措置を講ずるべきとの指摘がなされるようになったことを受けて、昭和 59 年 5 月に「将来の医師需給に関する検討委員会」が設置され、昭和 59 年 11 月に中間意見が、昭和 61 年 6 月に最終意見が取りまとめられた。その内容は、昭和 100（平成 37）年には全医師の 1 割程度が過剰となるとの将来推計を踏まえ、「当面、昭和 70（平成 7）年を目途として医師の新規参入を最低限 10%程度削減する必要がある。」というものであった。旧厚生省はこれを受けて、医学部の入学定員の削減について関係各方面に協力を求め

てきた。

- その結果、平成5年には医学部入学定員は7,725人（削減率7.7%）となったが、当初目標の10%削減には達していない状況にあった。平成5年8月には「医師需給の見直し等に関する検討委員会」が開催され、平成6年11月に意見を公表した。その中で、将来の医師需給について推計を行ったところ、将来医師が過剰になるとの推計結果を得たため、「若干の期間において推計値を検証して、必要であるとすればその適正化のための対策を立て、できるだけ速やかに実行することが望ましい」と提言した。

- この報告書が発表された後、医学部の入学定員はほとんど変化しなかったが、介護保険制度の創設等新たな要素を勘案した上で新たなデータが得られる時期となったこと、また、平成9年3月に医師数を抑制する旨の閣議決定がなされたことから、平成9年7月新たに「医師の需給に関する検討会」を設置し、平成10年5月報告書を公表した。これによると、医師の需給に関する認識としては、「地域的にみて医師の配置に不均衡がみられるものの、現在の医師数の状況は全体としては未だ過剰な事態には至っていないが、診療所医師数の増加がある程度続いた後は医師の過剰問題がより一層顕在化し始める」というものであった。

- 一方、新聞報道で医師不足が取り上げられた件数について年次推移をみると、平成12（2000）年以降、徐々に件数が増加するなど、近年、特定の地域や診療科について医師の不足を指摘する声が強まった。これらを背景に、「へき地を含む地域における医師の確保等の促進について」（平成16年2

月 26 日。地域医療に関する関係省庁連絡会議)において、「医師の養成・就業の実態、地域や診療科による偏在等を総合的に勘案し、平成 17 年度中を目途に医師の需給見通しの見直しを行う。」とされた。これを受け、平成 17 年 2 月より新たな「医師の需給に関する検討会」(以下、「本検討会」という。)を開催した。

- 本検討会では、平成 17 年 7 月、中間報告として、「当面の医師確保対策」を取りまとめた。厚生労働省では、これに並行して、総務省および文部科学省とともに関係省庁連絡会議を開催し、平成 17 年 8 月には「医師確保総合対策」が策定された。また、本年 6 月に成立した「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部改正」において、都道府県を中心に地域の医師確保を図るための枠組み(地域医療対策協議会)が創設されるなど、制度、予算、診療報酬の各般にわたる取組みを行った。
- この後、本検討会において新しい医師の需給見直しを作成するには、医師の勤務状況を把握することが必要ということになり、平成 17 年 12 月から 18 年 1 月にかけて、医師の勤務状況に関する調査を行った。
- 平成 18 年 4 月以降、国会において、上記法律案の審議が行われたが、この中でも、地域や診療科に関する医師の確保方策が大きな論点となった。
- 本検討会報告書は、国会等における議論も踏まえて行われた 10 回の議論を踏まえてまとめたものである。

2 医師の需給に関する現状

(1) 全体の状況

- 現状では、年間約 7,700 人程度の新たな医師が誕生している。また、2 年ごとに行われる医師・歯科医師・薬剤師調査では、7,000～8,000 人程度が増加していることから、退職などを差し引いた、医師の増加数は年間 3,500～4,000 人程度と概算される。

- 病院・診療所別にみても、それぞれ増加傾向が見られる。病院と診療所に勤務する割合の推移を年齢階級別にみると、各年齢階級での大きな変化は見られない。近年の診療所に勤務する医師の増加は、一般には、前述の医学部入学定員の増加に伴い、診療所勤務の割合が高い高年齢層での医師数が増加していることによるものと考えられるが、最近では、より若年の医師であっても病院を離れざるを得ないような環境の変化があるとの指摘もある。

- 都道府県別に医師数の変動をみると、平成 10 年と比較して、すべての地域で人口当たりの医師数の増加がみられるが、依然として都道府県ごとの偏在状況は解消されていない。

- これらから、医師数全体の動向としては、~~充足~~増加の方向にあると考えられるが、病院と診療所、分野別、地域別における需給ギャップの存在は深刻な課題となっている。

- なお、OECD 諸国と医師数を比較すると少ないと言われるが、本稿で

は、それぞれの国における人口分布、医療機関の立地及び地理的事情など様々な要因を踏まえて評価する必要があるという立場で我が国における医師需給について科学的な分析を試みることにする。

(2) 病院における状況

- 病院に従事する医師数を、平成14年及び平成16年医師・歯科医師・薬剤師調査と比較すると、平成14年159,131人、平成16年163,683人と2年間に約4,600人が増加している。

- このように病院における医師数が増加しているにもかかわらず、一方、病院における勤務の繁忙感の度合いが経年的に強まっていることが医療現場から強く指摘されている。とくに公的病院、およびへき地における病院勤務医師が病院を辞めて、都市での個人開業に転ずる傾向が近年高まっており、こうした病院の医師不足は深刻で、診療科の廃止、病院の閉鎖、ひいては地域医療の崩壊の危機に立たされている。そこで言われる主最も大きな理由は次の通りである。

- ~~また、上記のような~~すなわち、何よりも病院における繁忙さによって、肉体的にも精神的にも極限状態にあること感に加え、勤務に見合う処遇が与えられていないこと、わかりやすく言えば、労働の過酷さの一方で開業医に比べ、収入水準が相当低位に置かれているという現実があること、さらに訴訟のリスクにさらされていることも含めて社会からの評価も低下しつつあるという感覚が病院診療の中核を担う中堅層に広がり、病院での勤務に燃え尽きるような形で、病院を退職するし、個人開業に転ずる医師が増加している、との指摘がいう国民医療を提供していく上で極めて深刻で重篤な病理現象が顕在化していることである。その背景

を個々に見ていくと以下のような点があげられる。

- ① 患者の入院期間の短縮による診療密度の上昇
 - ② インフォームドコンセント、医療安全に対する配慮の強化
 - ③ 医療技術の向上
 - ④ 1年365日24時間どんな時間でも専門医に診てもらいたいという患者側の要望
 - ⑤ 医師が作成する文書量の増大
 - ⑥ 医師の専門性の細分化による医師相互での診療依頼（コンサルテーション）の増加 等
- なお、入院患者に占める65歳以上の割合は平成2年には32.5%であったが、平成14年には45.2%となるなど、入院医療における高齢者の割合が増加している。

(3) 診療所における状況

- 診療所に従事する医師数を、平成14年及び平成16年医師・歯科医師・薬剤師調査と比較すると、平成14年90,443人、平成16年92,985人と2年間に約2,500人が増加している。一方、各年齢階級別に診療所に勤務する医師の割合を見ると、あまり変化は見られない。その増加は主として昭和40年代後半から50年代の医学部入学定員増の影響を受けた50歳代の医師の増加によるものとなっている。
- 各年齢において人口当たりの外来受療率は低下しており、医師一人当た

りの患者数は一貫して減少傾向にある。

- 今回の医療制度改革においては、入院から在宅医療まで切れ目のない患者本位の医療を提供できるよう医療機能の分化・連携を推進している。こうした中で、診療所は、かかりつけ医機能を発揮し、一次救急医療の提供や、病診の役割分担、在宅医療の実施に際し受け皿となること等が期待される。

(4) 診療科における状況

1) 小児科

- 小児科については、この数年、新たに就職する医師が増加し、安定して増加している。平成 16 年医師・歯科医師・薬剤師調査では、臨床研修制度の開始直前の平成 15 年に医師となり、小児科に従事している者は 556 名であった。これは平成 15 年に医師となり、医療機関で勤務している医師全体の 7.7%に当たる。しかし、問題は病院勤務医で 2 人以下の小児科医で外来入院来救急を担っている病院が過半数であること、また女性医師が多く、過重な労働から開放されたいとの思いから病院を去っているので、小児科を廃止する病院が増えているということである。
- 平成 18 年 3 月に実施した「臨床研修に関する調査（中間報告）」においても、臨床研修 2 年次生で研修修了後の進路を決めている者のうち、約 8%が小児科を志望しており、減少する傾向は認められない。

- 小児科については、対象年齢の受療率の低下が見られるなど、少子化と相まって、全体としての医療の必要量は低下傾向にあるものの、核家族化の進行、共稼ぎ家庭の増加等にも起因して、休日や夜間の救急受診が増加し、さらに専門医志向も伴って、小児救急医療を実施する特定の病院への患者の集中など、患者の受診行動が変化している。したがって、小児科学会や病院団体の提言にあるように、地域において集約化と機能分担を前提とした医師の配置がポイントとなるが、それを実行に移す場合でも多くの数の医師不足が指摘されているところである。
- また、これらの休日夜間における小児患者は9割以上は入院の必要がない軽症の患者であり、救急医療の対象者となるものは限られているのが実情である。こうした傾向に効率的に対応するためには、小児科の医師数の増加によるよりも、他職種と共同で小児患者の保護者向けの電話相談体制を整備することを含め、地域における診療所に勤務する医師が参加する休日夜間の小児医療提供体制の確立が優先されると考えられる。このためには、開業医で休日夜間診療を行うための動機付けを行うことが必要であり、地区医師会のリーダーシップが期待される。

2) 産婦人科

- 産婦人科については、この数年は、新たに就職する医師は年間約 300名程度と、相対的に低い水準で推移している。「臨床研修に関する調査（中間報告）」においても、進路を決めている者のうち、約5%が産婦人科を志望しており、臨床研修制度開始の前後で、新たに産婦人科を

志望する医師の傾向に変化は見られない。しかし、産婦人科医になっても分娩を扱う産科医は3分の1しかいないこと、女性医師が多いという事実がある。また、大学によっては、「入局者」がゼロか極めて少ないという深刻な事態に直面している現状がある。

- 「臨床研修に関する調査（中間報告）」においては、専門として産婦人科を選択することを希望している者のうち、約7割が女性となっており、急速に女性の進出が進んでいる。女性医師全体からみると、小児科について2番目に志望者の多い専門分野となっている。今後、女性にとって働きやすい環境の整備に特に配慮する必要があると考えられる。
- 出生数の減少に伴って、出生数当たりの産婦人科医師数は横ばいで推移しているものの、このままの状況が続けば、産婦人科医の減少傾向が続くため、地域によっては、妊婦にとって産科医療の利便性が損なわれることが想定される。
- 一方、医療においては、利便性より安全性がより重視されるべきであり、緊急事態への対応を図るためにも、相当の産科医師の配置が可能となるよう産科医療を提供する医療機関の重点化・集約化を進める必要がある。その際、集約される側の医療機関の役割分担と共に当該地域の医療提供体制のあり方にも十分配慮する必要がある。
- また、産婦人科医師については、比較的早期に病院を離れる傾向があ

るため、新規の就業者の確保に加え、退職を抑制するための方策を講じる必要がある。

- 周産期医療では、可能な限り適切な医療を提供しても、一定の患者が不幸な転機をたどることがあり、このことについて国民・患者に周知が図られる必要がある。また、患者と産婦人科医の良好な関係を維持するため、中立的な機関により医療事故の原因究明を行う制度などが必要であるとの指摘があった。

3) 麻酔科

- 麻酔科については、平成 16 年医師・歯科医師・薬剤師調査では、臨床研修制度の開始直前の平成 15 年に医師となり、麻酔科に従事している者は 339 名であった。「臨床研修に関する調査（中間報告）」においては、進路を決めている者のうち、約 6%が麻酔科を選択しており、堅調である。
- 麻酔科は、基本的に病院で勤務を続ける診療科であり、仮に現在の状況が続けば、総数だけを見れば、全国的には堅調に増加傾向が続くものと考えられる。しかし、問題は、大学病院も含め、「手術待ち」あるいは、「手術取り止め」といった深刻な事態に直面している事実からもわかるように、麻酔医が病院を辞め、勤務医に比べ高収入を得られる個人開業やグループ開業に走る結果、麻酔科のいない病院が増えているということである。
- 麻酔業務の特殊性を踏まえ、医師間、医師と看護師等における連

携のあり方や麻酔に係る診療報酬上のあり方などについて十分な検討と配慮が加えられるべきである。

3 医師の需給に関する見通し

医師の需給に関する見通しの概要は以下のとおりである。なお、詳細は、別添報告書のとおりである。診療科別の見通しについては前述した。

(1) 医師の需給についての基本的考え方

- 今回の推計も、前回と同様に、将来の受療動向を推計し、これに人口構成の将来推計を併せて、基本的な医療需要の変動を推計し、この変動に見合う医師数を将来の必要医師数としている。
- 前回は、医療需要の変動に合わせた医師数を推計するに当たり、医療法に定められた患者当たりの標準となる医師数を基礎として検討したが、今回は、実際の医師の勤務状況を調査し、これと将来の医療需要の変動推計を併せて検討したものであり、実際の医療現場の状況をより反映したものとなっている。
- また、入院需要の変動を検討するに当たり、前回は入院受療率（ある時点での人口当たり入院患者数）に基づいていたが、現状では入院期間の短縮化が進んでおり、これに基づいて今後の入院需要を推定すると、将来の入院需要を実際の負荷よりも軽く評価することになるとの指摘もあった。そのため、今回は一定期間内に入退院する患者数（入院患者数および退院

患者数)の動向に基づいて推計することとした。この方法は、医療処置の密度が高い急性期医療を重点的に評価するという特徴がある。

○ さらに、年齢ごとに1回ごとの入院や外来にかかる医療処置の量が異なっていることを考慮するため、年齢階級ごとの1回当たり医療処置の量の比を推計し、これに基づく調整を行うことにより、人口の高齢化等の影響を考慮している。今回の推計では、入院・外来とも年齢階級別1回当たり医療費を用いている。

○ なお、医師の養成には、6年間の医学部における教育と、2年間の臨床研修に加え、専門分野における数年間の時間が必要となる。そのため、医師数全体、特に臨床に従事する医師について増加、または減少させるという議論を行う場合、医学部入学定員による調整は、実際にそれが一人前の医師の誕生という効果を得るまでに少なくとも10年程度の時間が必要となることを認識しておく必要がある。さらに、いったん養成された医師の専門性を転換する場合にも多くの労力と時間が必要となる。

(2) 医師の供給見通し

○ わが国では、海外からの医師の移動はほとんど無いため、わが国における医学部の卒業生数がほぼそのまま新たな医師数になる。したがって、ほぼ大学医学部の定員により、将来の医師数を見通すことが可能となる。

○ 年齢階級毎の分布をみると、40歳代前半以下の世代では、医師の養成数がほぼ一定となっていることを反映し、各年齢はほぼ7,000人程度で

一定となっている。医学部の定員が一定であるとする、今後は医学部定員が大きく増加した昭和 40 年代以降に入学した 50 歳以上の医師が、増加数の中心となる。

- 女性については、子育て等が理由であると推測される若年層における人数の低下が、一般女性より少ないものの認められる。女性の就業割合は、医籍登録以降徐々に低下し、11 年目には、男性に対して 82.9%となる。医籍登録後 12 年目以降は上昇し、30 年目以降は再び低下するが、35 年目には、男性の就業率も低下するため、男性と女性はほぼ同等になる。医籍登録後 45 年目まで累積した男女の就業割合は、女性は男性の 92.4%となる。
- これらを考慮した見通しとしては、現状の医学部入学定員で推移すれば、医師数は、平成 27 年（2015 年）には 29.8 万人（人口 10 万対 236 人）、平成 37 年（2025 年）には 32.4 万人（人口 10 万対 268 人）、平成 47 年（2035 年）には 33.2 万人（人口 10 万対 296 人）となると推定される。また、医療施設に従事する医師は、平成 27 年（2015 年）には 28.5 万人（人口 10 万対 226 人）、平成 37 年（2025 年）には 31.0 万人（人口 10 万対 256 人）、平成 47 年（2035 年）には 32.1 万人（人口 10 万対 282 人）となると推定される。
- なお、平成 10 年に行われた検討では、医師の労働力提供を 70 歳までとされていたが、医師・歯科医師・薬剤師調査による現在の就労状況にかんがみ、今回は上限を設定していない。

(3) 医師の需要の見通し

- 今回の需要の見通しの検討においては、国民皆保険とフリーアクセスが確保されている中、現状で総量としては、基本的には国民が必要としている医療を提供しているものと仮定し、医師の勤務時間の現状と、勤務時間のあるべき姿とのギャップを現状の医師数に上乘せした人員を現在の医師必要数と置いた。必要医師数の算定に当たっては、医師の勤務時間を週 48 時間とおいた。なお、調査によれば、医師の勤務時間には大きなばらつきがあるが、長時間労働を行っている者について週 48 時間に短縮することとしつつそれより短時間の者については、48 時間まで勤務時間を増加するとはしていない（短時間労働の者については、現状のままと仮定）。これによれば、平成 16 年（2004 年）において、無職や保健医療関係以外の業務に従事している医師を除いた全ての医師は 26.8 万人であるのに対し、必要医師数は 27.7 万人と推計される。内訳は、勤務医が 16.4 万人、開業医が 10.4 万人である。

- ~~なお、上記の推計は~~ これに対し、医師が医療機関において過ごす時間のうち、診療、教育、他のスタッフ等への教育、その他会議等の時間に、~~を勤務時間と考え、これを週 48 時間までに短縮するのに必要な医師数から求めたものである。また、仮に、休憩時間や自己研修、研究といった時間も含む医療機関に滞在する時間を~~ 全てのほとんどが勤務時間と ~~考え~~ みなすのが実態に即している、という考えに立てば、これを週 48 時間までに短縮するには、必要医師数は 32.4 万人と推計される。 差引不足数は 5.6 万人となる。この内訳は、勤務医の必要医師数は、〇万

人で、差引〇万人の不足、開業医の必要医師数は、〇万人で、差引〇万人の不足となる。現時点において諸条件一定とすれば、これが我が国の不足医師の数である。

- ~~しかしながら~~ 一方、厳密には法令上、休憩時間や自己研修は、通常は勤務時間とは見なされない時間であり、これらを含んだ時間を全て勤務時間と考えることは適切ではない、とすれば必要医師数は、勤務医は〇万人、差引〇万人の不足、開業医は〇万人、差引〇万人の不足となる。

~~○ また、仮に、診療を行っている時間のみを勤務時間とすると、これを40時間までに短縮するには、必要医師数は27.9万人と推計される。~~

- 将来の医療需要を推計するに当たっては、まず、外来受療率、退院患者発生率について、以前の値から指数曲線によって回帰した場合（回帰法）、現在の値を将来にもそのまま当てはめた場合（固定法）、回帰による変動幅を3割までに限定した場合（限定法）といった方法でそれぞれ将来推計を行った。

- 次に、外来受療率、退院患者発生率の推計値に将来人口を乗じてそれぞれ外来医療および入院医療の需要について将来推計を行った。さらに、患者の実際の医療ニーズを反映させるため、これに年齢階級別1回当たり医療費の比率による調整（重み付け）をおこなった。次に、医師の勤務状況調査から推定された、外来と入院に医師が費やす時間の総計の比率（外来対入院＝6：4）に基づき、外来医療と入院医療を合わせた将来の医療需要の変動を推計した。必要医師数の変動はこの将来の医療需

要の変動に一致すると仮定した。

- 年齢階級別の受診 1 回当たり医療費による重み付けを行った外来診療の需要の動向は、これまでの動向に基づいた回帰法では、平成 52 年(2040 年)には現状の約 7 割の水準まで低下する。また、現在の受療率が続くとした固定法では平成 40 年(2028 年)頃に現在の約 1.2 倍の水準でピークとなりその後は緩やかに減少する。回帰による受療率の変動幅を現状の 3 割までとすると(限定法)、平成 52 年(2040 年)には現在の約 9 割の水準まで低下する。

- 年齢階級別の入院一回当たり医療費による重み付けを行った入院診療の需要の動向は、これまでの動向に基づいた回帰法では、今後上昇を続け、平成 52 年(2040 年)には現状の約 1.7 倍に達する。また現在の退院率が続くとは定した固定法では、平成 42 年(2030 年)には現状の約 1.3 倍に達し、その後、ほぼ横ばいに推移する。回帰による退院患者発生率の変動幅を現状の 3 割までとすると(限定法)、平成 52 年(2040 年)に約 1.4 倍となる。これらのいずれの推計においても平成 27 年(2015 年)頃までほぼ一致して約 1.2 倍まで上昇する。

- 外来診療と入院診療を診療時間の比率である 6 : 4 で合わせた需要の動向については、固定法では、平成 44 年(2032 年)に現在の 1.24 倍でピークとなり、その後は徐々に低下する。回帰法では、平成 52 年(2040 年)に 1.16 倍となるまで増加する。固定法では、平成 52 年(2040 年)に 1.15 倍となるまで増加する。回帰法と固定法は平成 52 年までほぼ重なって

推移する。この動向に、現在の必要医師数を併せて変動させると、例えば限定法では、徐々に必要医師数が増加し、平成 52 年（2040 年）には医療機関に従事する必要医師数は 31.0 万人となると推計される。

（４）病院・診療所別に見た医師数の需給予測

１）病院・診療所別に見た医師の供給予測

- 医師は、就業開始後、時間が経過するに従い、病院勤務から診療所勤務に徐々に移行する。仮に、病院勤務から診療所勤務に移行する割合が一定であるとした場合の将来の病院・診療所別に勤務する医師数を予測すると、今後の医師数の増加は、50 歳以上の医師が中心となるため、診療所に勤務する医師の増加に比べ、病院に勤務する医師の増加は限られたものとなり、平成 37 年（2025 年）には、病院で勤務する医師は約 17.6 万人、診療所で勤務する医師は約 13.3 万人になり、病院で勤務する医師についてはこれ以降横ばいになる。平成 47 年（2035 年）には、病院で勤務する医師は約 17.6 万人、診療所で勤務する医師は約 14.5 万人になりその後安定すると予測される。

（平成 47 年の病院従事者 対 診療所従事者＝55：45、現在は 64：36）

２）病院・診療所別に見た医師の需要予測

- 病院における医師の需要予測を行うと、病院における医師は、診療時間のうち、6 割の時間を入院診療に費やしており、入院医療の需要予測に従って、例えば限定法を当てはめると、平成 52 年（2040 年）には現状の約 1.4 倍となる。一方、病院に勤務する医師数は、現在の 16.4 万人から 17.6 万人まで 7%程度増加すると推計される。このような状況か

ら長期的に見て、病院に大きな負荷が生じる可能性がある。ただし、病院で勤務する医師の診療時間の4割が外来に費やされていることの是非は別途論じられる必要がある。

- なお、医療制度改革に伴って生じる病床区分ごとの病床数の分布変化、及び病床数の減少が時間の経過を追って医師の需要に及ぼす影響については、この検討会において議論の対象とされることはなかったので、本稿では言及していない。

(5) 医師の需給の見通し

- 将来の医療需要の推計に当たってこれまでの推移と現状とのバランスをとった「限定法」を用いると、医師の需給の見通しとしては、30年先には、マクロ的には必要な医師数は供給されるという結果になった。しかし、現在の勤務医の数16.4万人を基礎に現行の医療提供体制に改善を加えつつ、中期的な視点からその伸びを推計してもなお、不足数4～5万人のギャップは、解消され得ない。なお、需要は、医療政策をはじめとして様々な要因の影響を受けるため、確定的ではない。~~またかつて、これは、今後ある程度医師の需要が増大した場合にも、必要医師数が確保できることを示していると理解すべきである。~~

- ただし、これは、現在の医師の勤務状況について、診療や教育など医師の勤務として必須と考えられる時間を基礎としており、自己研修や研究、休憩時間などを含め、各医師がゆとりを持って勤務するためには、各病院や各地域の医療提供体制・医師の業務を見直し、医師が限られた時間の中で本来の業務に専念できるような体制づくりが必要であるこ

とを前提としていることに留意が必要である。

- またしたがって、医師の需給ギャップを解消するためには、医師の勤務環境の抜本的改善が必要であるとともに、病院と診療所との関係については、今後、入院医療の需要が増大する可能性があり踏まえ、これに対応するためには病院と診療所の間で医師の配置と業務の分担を調整する必要がある。その前提として、例えば、病院であれば入院に専念することで、適正な病院運営が可能となるような診療報酬のあり方等抜本的な議論が必要になることは言うまでもない。

4 今後の対応の基本的考え方

- まず、現状をまとめると、病院、診療所とも、医師数は一貫して増加しており、また、地域で見ても全ての地域で増加している。~~ただし~~しかし、地域間及び診療分野別の格差は必ずしも依然として減少の方向には向かっていない。
- 地域における医師配置の問題は、地方を中心に、大学病院における卒後臨床研修医を始めとした若手医師が減少するとともに、研修医に対する指導体制や医療提供体制の確保に努める必要が生じたことから、大学が従来のように地域の医療機関等からの医師紹介の要請に応じることが困難になりつつある一方、~~それに代替する~~臨床研修制度が発足して間もない事情もあり、地域の病院または病院群によって医師の紹介・派遣を育成するシステムが確立していないその緒についたばかりであることに大きく起因するものと考えられる。~~また、~~大学からの紹介・派遣に依存してきた病院で

は、医師の募集に不慣れなことや、医師の処遇への配慮が欠けているとの指摘もある。したがって、医師に対しては、生涯にわたるキャリア形成に当たって説得力と意義あるキャリアパスを示して地方勤務の動機付けを行うことが重要である。まさに、医師確保・偏在の解消に当たっては、我が国における医療の高度化と専門医資格認定のあり方などの関係を見据え、国はもとより学会も含む関係者が英知を結集し、バランスのとれた医師育成システムを構築することが求められているといえる。その場合、単に全く自由な労働市場に委ねるのではなく、医療全体の公共性を守ることと医師のキャリアアップを図ることが両立できるような公的関与のあり方について、例えば、医師の適正配置上必要な調整権の問題など困難な問題を含んでいるが、この際真剣な検討が行われる必要がある。

- 医師の養成には時間がかかること、また、多額の国費が投入されていることを踏まえれば、医師数が大きく過剰になるような養成を行うことは適当ではない。一方で、医師の繁忙感~~度~~や不足感~~度合い~~に対応しつつ、増大する国民の期待に応えるためには、医師の定数のあり方にかかわらず~~加え~~、業務のあり方の見直し等による生産性の向上を図ること~~も~~必須となる。~~まず各~~当然であるが、病院内の医師以外のスタッフの充実やスタッフ間の分担見直し等により、を含む医療提供体制の改善・効率化から取り組む必要がある。効率向上することにより~~れば~~、患者に対し十分な医療の提供ができるだけでなく、医師の勤務環境の改善にもつながることが期待できる。

- また、医療資源と医療従事者が限られていることを考えれば、医療の受け

手である国民・患者に正しい情報を提供し、必要に応じてその意識を改革することが重要であり、今後、行政、保険者、医療提供者、マスコミ等一般の主体による早い段階からの国民・患者への啓蒙活動を行うことが重要である。

(1) 医師の配置の調整

- 現在起こっている地域・診療科における医師不足は、従来からの地方医大における地元出身者の割合が限られていることに加えて前述のとおり近年の医師の流動化等により、大学により大きな差はあるが大学が従来のように医師紹介の要請に応じることが困難になったことによって生じていると考えられる。
- そのため、まず、これは、医療法の改正に盛り込まれた地域医療対策協議会がその役割を果たすこととされており、都道府県が運営の中核を担うことが求められるが、何よりそこに参画する大学を含む地域内の医療機関や関係者が参加して、地域の医療ニーズをきちんと把握した上で、医師配置について認識を共有と、できることが大切であり、その上で調整を行うシステムを構築することが急務である。なお、地域によっては、その地域だけでは必要な人材を確保出来ない場合もあるので、必要に応じ、地域間での配置調整機能も求められる。
- 地方公共団体が設立・運営する病院間において~~は~~、医療連携体制を早急に構築し、医師本人、病院開設者である首長、大学、地域住民の理解を得て、同一組織内のみならず地域内で相互の医師の効果的な配置・相

互の異動を実施することが期待される。

- また、傘下に多数の病院を有する国立病院機構、日本赤十字社、済生会等の団体にあつては、組織内の医師の効果的な配置・異動の取組みが行われており、一層の成果が期待される。

(2) 持続的な勤務が可能となる環境の構築と生産性の向上

- 医師不足の声が上がっている診療科や地域では、医師の人数が少ないために、長時間拘束されることなど、元来、勤務の継続が困難であることが指摘されている。地域で集約化を行い、医師への負担を軽減することや、他の職種のサポートなどで、持続的な勤務が可能となる環境を構築する必要がある。また、今後女性医師の比率が上昇していくことも踏まえ、出産や育児といった多様なライフステージに応じた働き方が可能となる環境の整備も必要となる。併せて、いつでも相談に応じるという安心感で患者とかかりつけ医が結ばれ、地域におけるかかりつけ医の機能を強化することにより、病院への過度の患者集中を軽減することも求められる。
- 持続的な勤務が可能となる環境の構築は、産婦人科など不足が指摘される診療科で、退職者を抑制する効果が期待できるだけでなく、新たに就業する医師数を増加させるためにも必要である。
- また、医師が行っている事務作業など業務の内容を確認し、事務職や看護師など他の職種で対応できる業務については、見直すことにより、医

師が本来の業務に専念できるような体制をつくる必要がある。これにより、患者に対し十分な医療が提供できると共に、医師の過度の負担が軽減されることが期待される。

(3) 手術等の医療を担う地域の中核的な医療を担う病院の位置付け

○ 病院の役割としては、手術等や救急医療のための入院医療を適切に実施することが最も重要である。医師をはじめとした、病床当たりのスタッフ数は、諸外国に比較して限られていることが指摘されており、人員の配置や効率的・有効的な病院内のシステム、資金の配分等について、他の医療資源も含めて、地域において中核的な医療機能を果たす医療機関の位置付けが必要である。

○ 医師の勤務状況調査によると、病院では、若年の医師ほど勤務時間が長く、一面では、「病院では若い医師だけが不足している」と見ることもできる結果となっている。今後は、中堅層のキャリアの形成を視点に入れ、勤務体系の短時間勤務や交代勤務等による多様化などにより、出産・育児といった多様なライフステージにも対応し、さまざまな年代の医師が病院において長期に勤務できるシステムを構築する必要がある。

そのためにも、国等において、勤務時間に関する弾力的な制度設計の検討が急がれる。

(4) 地域における医師の確保に関する取り組み

○ 地域間偏在の調整が困難な中、大学医学部の入試における地域枠の設定や、地方公共団体が取り組んでいる9年間程度の勤務地を指定した奨学

金の設定、さらには地域枠と奨学金の連動は、地域における医師の確保、定着に一定の将来にわたって持続的な効果が期待されるので、各地域の積極的な取組みを支援すべきである。この場合、現行で許容されている推薦入学枠をフルに活用できるよう、地域にとって障害となるような制約があれば、これを解消すべきである。

- 「開業の自由」が認められている中においても、医療の公共性を確保し、医師のキャリア形成上もメリットある仕組みとしてへき地、救急など、いわゆる社会的医療への従事義務と管理者要件について、引き続きその導入について検討すべきである。

- 「臨床研修に関する調査（中間報告）」では、研修修了後の進路選択に当たって、十分な情報に基づいて判断していないことが推測される結果が示されている。医師の確保を希望する各主体は、研修内容や処遇について十分な情報提供を行うことが求められている。

（5）臨床研修制度の活用等

- 臨床研修制度により全ての医師がプライマリ・ケアのための基本的な診療能力を身につけることは、中長期的には専門細分化された非効率的な医療提供の解消に資するものであり、今後とも推進することが必要である。なお、臨床研修制度については、施行5年以内の見直しが規定されているが、それを待たずに地域別、診療科別の医師偏在緩和に資することができるよう、補助制度の見直しを含めて、適切な措置を講じることが必要である。また、臨床研修修了後のいわゆる後期研修において、特定の大学・病院に医師が集中しないような措置を検討することが必要で

ある。

(6) 診療科別必要医師数の検討

- 国会で議論されたように、全体の医師数が不足か足りているかという議論は、現実と遊離したものになりやすいので、今般は、統計的手法について前回検討会の考え方に必要な見直しを加え、アウトプットと現実とが乖離しないよう、特に意を用いた。一方、診療科別の必要医師数については、その算定方法等個々の困難はあるが、今後、病院機能の再編成、病診の役割分担、専門医の位置づけ・役割等を踏まえ、また効果的な誘導策等も考慮しつつ検討することが望まれる。その意味で、例えば、小児科学会、産科学会などによる現状評価と今後の集約化等の取組みは、高く評価されるべきである。いずれにせよ、医療の高度化や専門化の状況に即して、診療分野ごと、及び診療現場における診療科連携を考慮したきめ細かな調査分析を行うべきであった。しかし、今般の検討では対応出来なかったため、この点については、以下の(8)において抜本的な対策が講じられるよう速やかな対応を求める。

(7) 医学部定員の暫定的な調整など

- 前述のように、医学部定員の増加は、短期的には効果がみられず、需給推計によっては、中長期的には医師過剰をきたす。一方、医師数の地域間格差は、必ずしも縮小しておらず、(へき地を含む)地域における医療体制の確保は喫緊の課題であることから、すでに地域において医師の地域定着策について種々の施策を講じているにも係わらず人口に比して医学部定員が少ないために未だ医師が不足している県の大学医学部

に對してついで、さらに実効性のある地域定着策の実施を前提として、
入学定員の配分の現状を再評価し、定員の暫定的な調整を行うなど有効
な施策を検討すべきとの意見があったである。また、自治医科大学につ
いては、今後とも医師不足地域における医師確保に積極的に貢献してい
く観点から、入学定員の増等の調整が必要である。

(8) 国における医師の需給評価、管理等の仕組みの構築

- 以上、本節総論及び各論点において指摘した点については、国として恒
常的に地域別、診療分野別バランスの状況を客観的に評価、管理し、広
域での地域間調整を視野に入れるとともに、診療分野ごと医師の大学卒
業からキャリア・アップまで長期的にバランスのとれた医師育成プログ
ラムの策定を行うなど、抜本的対策が講じられるような仕組みの構築を
早急に行い、解決を図っていくべきである。

5 おわりに

- 国民の医師充足感度合いは、全体の医師数のみではなく、国民の医療に対
する期待感をはじめ、時代、環境の変化を含めた多くの要因によって影響
を受けるものである。
- 今回の推計では、30年先にはマクロ的には必要な医師数は供給されると
いう結果になった。しかしながらしたがって、これは短期的・中期的にあ
るいは、地域や診療科といったミクロの領域での需要が自然に満たされる
ことを意味するものではない。
- 4で記述した基本的考え方を実現するためには、国、都道府県、医師会、

病院、学会、大学等がそれぞれの役割を果たすことにより、国民・患者とこれに実際に接する医師との良好な関係を築くことが不可欠である。

- 特に、国にあっては、今回の医療制度改革で示した方針、施策を着実に実施することが求められる。

第 15 回医師需給検討会（7 / 19） 小山田意見

= 7 / 13 バージョンに基づくページ表示 =

○かねてより、事務局に対し修正案を提出し修正をお願いしておりましたが、採用していただけなかったものについてはその理由が明確でない点が少なからずありますので、今回検討会において以下の項目について改めて事務局に見解を求めるとともに、委員の方々のご意見を伺いたく提出いたします。

1. 現状認識について

< p 4 >

2つめの○

14 年度と 16 年度のデータが最新である、という制約はいたしかたないとして、ここ 2 年ほどは、若年の医師であっても病院を離れざるを得ない厳しい環境の変化がある、との指摘があるし、実態としてそのような現場の声が増えている。統計が現状に追いつかないのなら、そのような現状についての「指摘がある」という認識だけは示すべきではないか。

4つめの○

地域別・診療科別の医師の偏在が「全体の需給とは直結しない」と、報告書のはじめから断言している。冒頭「後述するように」と、ことわりを入れたところで唐突過ぎる。こうした書き出しは適当でないので改められたい。

しかも、これに加え、地域別・診療科別の医師の偏在は「必ずしも是正の方向にあるとは言えず」であるとか、病院・診療所間の医師の不均衡が「予想される」などと続けているが、少なくとも「偏在は依然として解消されていない」と書くべきであるのに、なぜ、このような表現になるのか。適当でないので改められたい。

< p 5 ~ 6 >

2つめ、3つめ、4つめの○

とりわけ公的病院、へき地を含む地域の病院から都市での個人開業、共同でのビル開業に転ずる傾向の高まり、診療科廃止、ひいては地域医療の崩壊の危機に瀕している、という指摘を書き込む修正が適当でない、とする説明をされたい。

病院勤務医におおいかぶさっている最も重要な諸要因が、「その他」や「また、上記のような～に加え」でつながられている。パラグラフのつなぎ方を改められたい。また、4つめの「勤務に見合う処遇が与えられていない」と表現しているが、これは、現象面を指摘

するにとどめ病院施設内の問題に解消する意味と考えざるをえない。本来、好むと好まざるとにかかわらず、「勤務の過酷さの一方で、報酬体系上、どうしても収入水準が相当低位に置かれている現実」と「開業の自由」があるからだ、という点については、表現上の工夫は必要だと思うが、院内問題に貶めているような誤解は決して与えてはならないので、改められたい。

2つめの○

これは、「病院勤務医」の数値であるなら、そう記述すべき。

< p 8 >

1つめの○

小児科学会の取組みに関する評価を入れて頂いたことは結構なことである。しかし、「参考になると評価できる」という表現は尊大にすぎないか。本来「検討では、集約化と機能分担を前提とした医師配置を実行に移すいくつかのケースにあっても、多くの数の医師不足を指摘している」（第9回三省庁連絡会議など提出の藤村論文）という検討結果も追加すべきである。

< p 11 >

1つめの○

麻酔科が「診療所への移動はわずか」という趣旨と、「現在の状況が続けば、全国的には堅調に増加傾向が続く」という現状認識、将来推計の根拠を明らかにされたい。

2つめの○

麻酔科の医師が確保できないことによって、手術の実施の延期・中止などが「起こりうる」と記述しているが、現実には起きているから問題なのであって、可能性だけを記述するのではなく、「深刻な事態に直面している」施設があちらこちらで出てきている趣旨を明記されたい。

< p 12 >

2～4行目

「このように」で受けているが、論旨が繋がらないので、改められたい。

8～9行目

麻酔科医に対し「同僚として尊敬の念をもって」「遇する」とある。麻酔科の総意としては、医師としての独立性を含む地位や処遇について改善してほしいのではないか。原文はよろしからざる表現であるので、そのような趣旨に即して改められたい。

< p 1 2 >

1つめの〇

麻酔科学会の見解として「他施設への兼業を認め、相互に状況に応じた支援」について記述している。それを否定するものではないし、地域でうまく連携がとればひとつのあり方。しかし、今日問題になっているのは、麻酔科医が病院を辞め、勤務医に比べ高収入を得られる「ビル診」などへ走る結果、病院では極めて深刻な事態に直面している点であるのでこの趣旨追加されたい。また、スタッフ間の連携のあり方など病院内における取組みについて記述すべきではないか。さらに、麻酔科に関する診療報酬の請求体系などそのあり方については、言及しなくてよいのか。

2. 需給見通しについて

< p 1 5 ~ p 1 6 >

(1) 「48時間」は合理的と考える。しかし、報告書ではその時間数が需給を判断するに当たって合理的であるという根拠を示す必要があるので、示されたい。たとえば西欧諸国（EUでは研修医の労働時間を58時間から48時間に引き下げ、及び英国における上級医師の勤務時間平均48時間であるなど）の文献にあるなど。

(2) まずは、医師の「勤務」としてどの範囲まで認めるのか。オン・コールに従事している日なども含めて考えて包括的な見方でとらえ、たとえば労働法令上の休憩時間相当分は除外するが、それ以外は病院勤務の拘束性、不規則性などの事態を反映する要素として考えることが現実的に即しているかと判断するが、こうした点をこの検討会としてオーソライズするのかわからないのかを明確にし、その旨記述されたいこと。

(3) オーソライズの有無にかかわらず、「パターン列举」は必要になるが、現行の記述の意図は、どう公平にみても「27.7万人ありき」としか映らない。重要な記述を後送りし「なお」であるとか「ちなみに」で受ける論法は不適當である。「ちなみに」私の提案を採りいれたと説明を受けた部分をみると、「ちなみに・・・差は5.6万人」と「ちなみに」扱いで「不足」ではなく「差」である。価値判断や評価は別途すべき。いずれにせよ、「パターン1」「パターン2」というように図式化するつもりで、勤務医、診療所に区分し、パターンごとの考え方と結果を整然とノーマルに記述されたい。

(4) 勤務時間数の都市部とその他の地域など地域差及び診療科ごとの差については、全く触れられていないが、そうだとすれば、その点を明記すること。

なお、原文では自己研修を勤務時間に算入することは「適當でない」と判断しているが、これが適當かどうか、また、逆に診療を行っている時間だけを勤務時間とする見方は極論に過ぎると考えるが、これが適當かどうか、などについて誤解のないよう注釈を付すべきである。

< p 19 ~ p 20 >

p 19 1つめの○及びp 20 1つめの○

病院と診療所別にみた需給見通しについて、病院勤務医の「診療時間の4割が外来に費やされていることの是非は別途論じられる必要がある」

「病院と診療所の間で、医師の配置と、たとえば入院医療に専念できるような業務分担を調整する必要がある」

とあるが、病院が入院に専念することで適正な病院運営が可能となるためには、地域内のパスの確立と診療報酬のあり方等抜本的な議論が前提となる。その点記述されたいこと。単に「提案」するだけなら、誰の責任で書くのか明らかにされたい。

p 19 2つめの○

「マクロ的には必要な医師数は供給される」とあるが、前段までの分析を踏まえ要約すると、どこをどう読むと、いつまでに供給される、という結論なのか需給ギャップ解消について簡潔に記述されたい。本報告書案の末尾「おわりに」で「長期的には～」とあるので、なおさらである。

p 19 3つめの○

「ただし、これは」で受け、最後に「必要であることを前提としていることに留意が必要である」とあるが、前後の関係からこの記述をどのように理解すべきか、不明であるので論旨を明らかにされたい。

3. 今後の対応について

p 20 2つめの○

「地域間の格差は必ずしも減少の方向には向かっていない」とあるが、これは、「地域間及び診療分野別の格差は依然として減少の方向には向かっていない」とすべきであるので、改められたい。p 4の4つめの○に同じ趣旨。

p 20 3つめの○

大学による医師紹介が困難になり、一方「それに代替する医師の紹介・派遣システムが確立していないことに大きく起因」して医師不足が問題になっている、というが、今でも「紹介」であるとか「派遣」の確立が唯一のような表現は適当でなく、「大学とともに、地域の病院及び病院群においても医師を育成するシステムの確立が必要だが、新医師臨床研修開始後間もないこともあり、まだ緒についたばかりである」趣旨も踏まえて記述された

い。

< p 2 2 >

1つめ～3つめの○

医療対策協議会の働きはもっともなこと。それとともに、地域だけでは確保、調整ができないところが今最も苦しんでいる。「総力を挙げて実施」「都道府県を支援」は、誠にありがたいが、ここでは、医師需給を国家的見地からとらえた記述まで踏み込んでいただきたい。具体的には、国として、恒常的に需給の評価、管理、さらに調整もできる機能・仕組みを整備し、(既存の審議会の活用も含め) 現実動くようにする旨を記述されたい (p 2 6 2つめの○に同じ)。今回の検討会が「終わり」ではなく、本当の意味での検証の「はじまり」でなければならない、と考えるからである。医師需給を自由な労働市場に委ね続けるのかどうか、が改めて問われるところ。

< p 2 4 >

3つめの○

後段「中立的な機関により医療事故の原因究明を行う制度などが必要であるとの指摘があった。」とあるが、前段説明との関連から言えば「指摘があった」ではなく、一連の取り組みとして記述すべきではないか。

< p 2 5 >

1つめの○

「50歳以上の医師の増加が続く」とあるが、開業がますます進む傾向を記述すべき。また、勤務体系については、とりわけ勤務条件が法定化されている病院形態においては、勤務条件の弾力化についての法的な手当が基本になるので、この点追加されたい。

2つめの○

いわゆる管理者要件は、諸般の事情から実現できなかった。しかし、今日「開業の自由」が認められている中においても、医療の公共性を確保し、医師のキャリア形成上もメリットのある仕組みとして再構築すること、及びそれら両方が両立できるような公的関与のあり方についても、難しい問題は含んでいるが引き続き検討すべき余地があると考えるので、こうした点を記述されたい。(p 2 6ともリンク)

< p 2 6 >

2つめの○

医師養成に当たって、医療提供体制について「イメージ」が大事で「イメージを作成することが期待される」と触れられている。そのとおりであるが、医療専門家が納得できる

表現とすべき。今の専門医制度がよりよい方向に見直されることが医師を地域へ向かわせやすくすることになることになるので、末尾で、医師の生涯にわたるキャリアアップのための「プラン」に触れていることは極めて重要。

「期待される」、「求められる」だけではなくその実現にむけて、p 22 1つめ～3つめの○の説明とリンクしつつ、その取組主体（機能、仕組み）＝国における枠組みの必要性を記述とされたい。

< p 27 >

1つめの○

末尾「意見があった」とあるが、「十分に検討の余地がある」と改められたい。加えて、自治医科大学の入学定員については、「今後とも医師不足地域における医師確保に積極的に貢献していく観点から、都道府県間の融通など自助努力を行った上で、入学定員の増等の調整についても十分に検討の余地がある。」と記述されたい。