

第二回安心と希望の医療改革ビジョン具体化に関する検討会資料

(追加)

医師の地域偏在、診療科偏在への対応

地域医療振興協会 顧問

(社団法人日本専門医制評価認定機構 監事)

吉村博邦

平成 20 年 7 月 30 日

1. 地域偏在への対応

研修制度が施行されて以降、結果として地方の大学病院の医師派遣機能が失われ、地域医療が崩壊した。

大学病院の研修医 H15年 5,923人（制度導入前）

H20年 3,591人（導入後5年目）

（大学全体で約40%の減少。地方の減少はより顕著）

→ 新研修制度の理念は正しいがマッチングの方法に問題がある。

(1) 初期研修制度のマッチングの見直し

① 定員を希望者数と均衡させる。

（平成19年度 定員 11,563、希望者 8,500人、空席 3,063人）

② 地域別定数の導入。

人口比で配分。東京、千葉、埼玉は首都圏として配慮。

都道府県に委員会を作って、病院への研修医の配分を行う。

(2) 研修施設の認定基準を厳格化（指導体制の確保、研修医の質の確保）

施設数 H15年 637施設（大学134、一般476）

H20年 2,435施設（大学133、一般2,302）

マッチング結果

H19年 1,080施設参加

希望者 5人以下 718施設（66.4%） マッチ者数 1,243人（15.5%）

10人未満 856施設（79.3%） マッチ者数 2,211人（27.6%）

(3) 膨大な国費が投じられている国立大学医学部の卒業生に対する、一定期間の医師不足地域勤務の制度化

2. 診療科偏在への対応

(1) 過剰勤務の解消

主治医制から、交替勤務制へ。スキルミックスの導入など。

(2) インセンティブの付加

① 現行の保険制度

ex. 専門医の行う手術に加算（10-20%）。

病院を経由して、直接医師に還元する。

専門医の質と量がコントロールされる必要がある。

② 混合診療が認められる場合

民間保険などを利用して、医師にインセンティブを付加する方法はあり得る。

限定的な領域について、自由診療をミックスさせる。

(3) 訴訟への不安の解消（安心して診療に従事できる環境の確保）

刑事罰から、民事、行政処分へ。