

第五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

(第二回提出資料に追加・改変)

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

吉村博邦

平成 20 年 8 月

1. 地域偏在への対応

新医師臨床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。地域医療崩壊への対応は急務。

→ 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 定員が過剰。希望者数と均衡させる必要がある。

(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、研修医の配分を行う。

地方の大学と地域の基幹病院が連携したプログラムの作成。

(2) 研修施設の認定基準を厳格化

指導体制の確保、専門研修と連続性を持たせる。

→ 質の高い医師の養成を図る必要がある。

認定施設数

H15 年 (制度導入前) 637 施設 (大学 134、一般 476)

H20 年 (導入後 5 年目) 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%)

→ 全診療科のバランスのとれた医師養成は困難

(3) 膨大な国費が投じられている、特に国立大学医学部の卒業生に対し、一定期間の医師不足地域での勤務を促す仕組み (制度) を構築する。

2. 診療科偏在への対応

(1) 過剰勤務の解消

医師数の増加が必須

主治医制から、交替勤務制へ。

スキルミックスの導入

メディカルクラークの導入

トリアージナースの養成

医療メディエーターの育成

助産師、看護師等による医行為の規制緩和と教育など。

残業手当・夜間勤務手当の支給（これを可能とする診療報酬体系）

(2) インセンティブの付加

① 現行の保険制度

専門医の行う手術等に加算（10－20%）。

救急医療、分娩施設に対する補助金

→病院を経由して、直接医師に還元する。

専門医の質と量をコントロールできる、権限を有する組織が必要。

② 混合診療が認められる場合

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、一定限度の自由診療をミックスさせる。

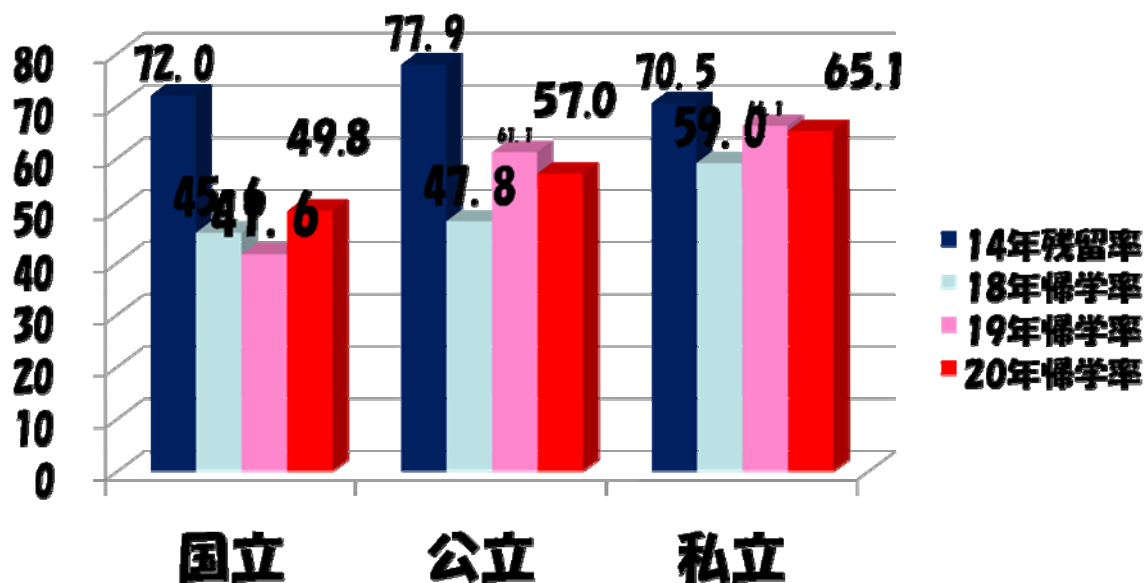
慎重な議論が必要である。

(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、ADR（裁判外紛争処理）、民事訴訟、行政処分へ。

参考 1. 大学別臨床研修終了者帰学状況（全国医学部長病院長会議資料）

大学別臨床研修終了者帰学状況



参考 2. 大学別臨床研修終了者帰学状況（全国医学部長病院長会議資料）

