

重要対象分野に関する評価書「医師確保対策」

平成21年11月

評価対象課題名	医師確保対策
---------	--------

厚生労働省	主管部局・課室 医政局総務課・指導課・医事課 関係部局・課室 保険局医療課
文部科学省	主管部局・課室 高等教育局医学教育課

1. 医師確保対策の概要

医師確保対策については、これまでも文部科学省・厚生労働省をはじめとする関係府省が連携して下記のような体系で政策を実施している。

1. 医学部入学定員の増員

- ・ 医師数については、「経済財政改革の基本方針2008」を踏まえ、平成20年度以降、増員する方向で施策を実施してきており、平成21年度医学部定員を過去最大規模（8,486名）まで増員し、増員に伴う教育環境の整備等を支援している。（平成20年度補正予算46億円）さらに、平成22年度についても定員増に係る認可申請期限の特例を設け、増員を行う予定である。
- ・ 医学部定員の増員に当たっては、大学・都道府県において地域や診療科の医師確保のための実効ある取組を実施している。
 入学者選抜における地域枠の設定 403人（H20）→ 714人（H21）
 医学生に対する奨学金制度 46都道府県で実施

2. 卒前・卒後の医学教育の改善

① 卒前医学教育の改善

- ・ 入学者選抜における地域枠の設定、多様な能力を習得した学士編入学制度等を通じ、地域医療等を担う志高い人材の受入れを推進している。
- ・ 必要単位数の明確化等により臨床実習を充実させるなど、今後の医学教育の改善の方向性について提言。今後詳細を検討する。

② 臨床研修制度の見直し

- ・ 臨床研修の質の向上を図るとともに医師不足への対応を行うため、
 - ① 研修医の将来のキャリア等に円滑につながる観点から、専門的な研修を早期から受けられるよう、研修プログラムを弾力化、
 - ② 研修医の地域偏在是正等のため、募集定員に都道府県別上限を設定等臨床研修制度を見直し、平成22年度から適用する。

3. チーム医療・役割分担の推進

- ・ 医師等でなくても対応可能な業務例を明示し、医師と看護師等の医療従事者との役割分担を推進している。
- ・ チーム医療を推進するために「チーム医療の推進に関する検討会」を開催し、医師と看護師等の更なる協働・連携のための具体策について検討を行っている。

4. 病院勤務医の勤務環境の改善

- ・ 交代勤務制や短時間正規雇用制を導入する病院に対する支援、事務作業を行う医療クラークを配置する病院に対する支援を実施しており、医師の勤務時間の短縮を推進している。
- ・ 退職した女性医師に対する復職支援や離職防止のための相談窓口の設置、病院内保育所の運営への支援を推進しており、医師が働きやすい環境を整備している。（平成21年度予算 55億円）

5. 地域間・診療科間の医師の偏在の是正

- ・ 地域や診療科による医師の偏在解消のための産科・救急・へき地で働く医師の手当てへの財政支援を実施している。（平成21年度予算 48億円）

救急勤務医手当：42都道府県が実施予定（平成21年10月末現在）
分娩手当：47都道府県が実施予定（平成21年10月末現在）

- ・ 産科補償制度を創設し、医療リスクに対する支援体制を整備している。
産科補償制度加入率：病院・診療所99.7%、助産所 98.4%
- ・ 医師不足地域に医師を派遣する医療機関や派遣される医師等に対する財政支援を実施している。（平成21年度予算 42億円）

6. 地域の医療提供体制の強化

- ・ 地域の医師確保、救急医療の確保など地域における医療課題の解決を図るため、都道府県が策定する地域医療再生計画に基づく取組を支援している。
（平成21年度補正予算 3,100億円（一部執行停止後2,350億円））
- ・ 高度医療、採算性の低い医療をはじめ地域医療の中核を担う大学病院の機能強化（平成21年度予算 210億円）
- ・ 重篤な救急患者を24時間体制で受け入れる救命救急センターや周産期医療の中核となる総合周産期母子医療センターに対する支援など、救急医療体制や周産期医療体制を強化している。（平成21年度予算 205億円）

2. 評価の契機等

平成20年11月26日付け政策評価・独立行政法人評価委員会の答申を踏まえた総務大臣の意見を受け、経済財政諮問会議が、「医師確保対策」を政策評価の重要対象分野として提示したことから、下記の通り評価を行う。

3. 評価の方法等

(1) 評価の観点

政策評価・独立行政法人評価委員会の答申を踏まえた総務大臣の意見を受け、以下の観点から評価を行う。

1. 医師数の決定方法について

- 1) 必要な医師数の推計の検証
- 2) 医師配置標準と医師不足との関係の検証
- 3) これまでの医師の需給見通しの推計方法の検証
- 4) 教育・訓練の拡充への対応策及びその効果の見込みの検証

2. 医師の偏在の是正について

- 1) 病院勤務医の過重労働や女性医師の増加等、医師不足問題に関する様々な要因に対する施策の検証
- 2) 経済的インセンティブの付与による医師の偏在を是正するための諸施策の検証
- 3) 地方勤務義務付けによる医師の偏在を是正するための諸施策の検証
- 4) 医療機関の役割分担の明確化、機能の集約化に関する検証

(2) 収集した情報・データ及び各種の評価手法を用いて行った分析・測定の方法

1. 医師数の決定方法について

- 医師配置標準の充足率（資料出所：厚生労働省調べ）
- 学生1人あたりの教員数（資料出所：全国医学部長病院長会議「医学教育カリキュラムの現状」）
- 「臨床実習開始前の共用試験」の得点平均値等の推移（資料出所：医療系大学間共用試験実施評価機構）

2. 医師の偏在の是正について

- 都道府県別医師数（資料出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」）
- 診療科別医師数（資料出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」）
- 臨床研修医の大学病院・大学病院以外の病院別在籍状況の推移（資料出所：厚生労働省調べ）
- 医学系博士課程の入学者の推移と病院従事者の推移（出典：学校基本調査、医師・歯科医師・薬剤師調査）

- 勤務医の勤務時間、勤務負担の変化（資料出所：厚生労働省「医師需給に係る医師の勤務状況調査」）
- 医師数と患者数の対応関係（資料出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」、「医療施設調査」）
- 患者の受診行動の適正化に向けた取組（資料出所：厚生労働省調べ）
- 他職種により代替可能な医師の業務量（資料出所：厚生労働省「質効率向上と職業間連携を目指した病棟マネジメント研究」）
- 継続就業にむけた女性医師のニーズ（資料出所：日本医師会「女性医師の勤務環境の現況に関する調査報告書」）
- 院内保育所設置支援事業の実施状況（資料出所：厚生労働省調べ）
- 全立件件数のうち医療紛争立件件数の占める割合の推移（資料出所：最高裁判所ウェブサイト）
- 診療科別にみた被立件医師数（資料出所：最高裁判所ウェブサイト）
- 女性医師の復職支援センターの就職あっせん数（資料出所：厚生労働省調べ）
- 産科医療補償制度加入分娩機関数（資料出所：日本医療機能評価機構HP）
- 平成20年診療報酬改定における勤務医の負担軽減の効果（資料出所：厚生労働省「勤務医の負担軽減の実態調査」）
- 平成21年度予算事業（分娩手当、夜間・休日救急手当）の実施状況（資料出所：厚生労働省調べ）
- 経済的インセンティブに対する医師の意識（資料出所：厚生労働省「臨床研修に関するアンケート調査」）
- 総医師数と医療費の経年変化（資料出所：厚生労働省「国民医療費」「医師・歯科医師・薬剤師調査」）
- 臨床研修医が病院を選ぶ理由（資料出所：「臨床研修に関するアンケート調査（平成20年12月）」）
- 医療機関別にみた医師の収入（資料出所：厚生労働省「医療経済実態調査」）
- 特定の地域における一定期間の従事に対する医師の意識（資料出所：厚生労働省「臨床研修に関するアンケート調査」）
- 地域枠の導入状況（資料出所：文部科学省調べ）
- 地域枠による入学者の地域定着率（資料出所：文部科学省調べ）
- 自治医科大学卒業生の地域における一定期間勤務の実績について（資料出所：厚生労働省調べ）
- 都道府県医療計画の実施状況（資料出所：厚生労働省調べ）
- 医療連携体制推進事業の実施状況（資料出所：厚生労働省調べ）
- 地域医療連携について、医療機関が感じている現状の実感（出所：「平成20年度医療分野でのアンケート調査」NTTデータ経営研究所）

4. 評価結果等

(1) 評価結果（問題点及びその原因）

1. 医師数の決定方法について

(1) 各施策の評価

1) 必要な医師数の推計について

【概要】

医師の需給推計については、昭和57年に「医師については、全体として過剰を招かないように配慮し、適正な水準となるよう合理的な養成計画の確立について政府部内において検討を進める」旨が閣議決定されたことを受けて推計作業を開始し、昭和61年の「将来の医師需給に関する検討委員会 最終意見」において「平成7年を目途として医師の新規参入を最小限10%程度削減する必要がある」との提言が示された。さらに、平成10年には「医師の需給に関する検討委員会 報告書」において「昭和62年に合意した、医学部入学定員の10%削減が達成できるよう、大学関係者の最大限の努力を要望する」との提言が示された。しかし、平成18年には「医師の需給に関する検討会 報告書」において「平成34年（2022年）に医師の需給が均衡し、マクロ的には必要な医師数が供給される」と報告された一方で、「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る必要がある」との提言が示された。なお、「経済財政改革の基本方針2008」において「これまでの閣議決定に代わる新しい医師養成の在り方を確立する」とされ、「「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会」中間取りまとめにおいて、必要な医師数について推計をし直すべきとの指摘がなされており、現在、

必要な医師数について推計の見直しを進めている。

【評価・分析】

医師不足の解消は課題であり、必要な医師数の推計については、高齢化の状況、患者の診療動向、女性医師の増加や働き方に関する意識の変化、医師の勤務実態、世代別の状況、医療提供体制のあり方など様々なパラメータをできるだけ考慮した専門的な推計が必要である。

診療科別、地域別の必要な医師数については、医療機関の配置状況・連携状況といった医療提供体制の条件、山間部・島しょ部の有無、人口密度等の地理的な条件等の影響が大きく、また、これらの条件は地域間の格差が大きいため、現時点では、推計を行うことは困難であると考えられるが、平成21年度より度地域医療基盤開発推進研究事業において、診療科、地域の需給分析も含めた医師の需給推計に関する研究を行っている。

2) 医師配置標準と医師不足との関係について

【概要】

適正な医療を実施するため、一定水準以上の人員を確保する必要がある。そのため、医療法（昭和23年法律第205号）では、病院及び療養病床を有する診療所において有すべき人員の標準が示されている。

【指標】 医師配置標準の充足率（医療第25条に基づく立入結果より）

	H16	H17	H18	H19	H20
医師配置標準の充足率（%）	83.5	83.8	85.0	86.9	集計中

（出典：厚生労働省調べ）

【評価・分析】

医療法は、適正な医療を効率的に提供するため、病床の種別等に応じて、医師、歯科医師、看護師その他医療機関における人員の標準を定めているところである。当該配置標準を満たさない場合であっても、望ましい一定の医療水準を確保することが十分可能となる場合もあるため「標準」としている。医師配置標準はあくまで標準であり、医師不足とは直接関連することはないが、医師配置標準の充足率は8割前後で推移していることから、医師不足等により、人員確保が困難な状況が認められる。

3) これまでの医師の需給見通しの推計方法について

【概要】

平成18年の「医師の需給に関する検討会」において、「需要」の見通しについては、基本的には、推計時の外来・入院の状況が将来も維持されることを前提として予測している。具体的には、①推計時（平成14年）の年齢階級別の受療率が将来も維持されることを前提として、年齢構成が変化したときの年齢階級別の需要を計算し、②医療費が患者の重症度を反映すると仮定し、①で計算した年齢階級別の需要について、医療費（患者の重症度）に応じて一定の調整を行い、③医師の従業時間を制限（週48時間）した場合の推計を行った。一方、「供給」の見通しについては、平成18年時の医師の就業率が将来も維持されることを前提として推計している

【評価・分析】

平成18年の医師の需給推計は、①女性医師の急増と勤務形態の多様化等についての考察が不十分であること、②少子高齢化の進展による老人医療費の急激な増加、国民の医療に対するニーズや意識の変化に対応していないこと等の問題点が指摘されている。

このため、今後の医師の需給推計については、高齢化の状況、患者の診療動向、女性医師の増加や働き方に関する意識の変化、医師の勤務実態、世代別の状況、医療提供体制のあり方など様々なパラメータをできるだけ考慮した専門的な推計が必要であるとされており、平成21年度地域医療基盤開発推進研究事業において、医師の需給推計に関する研究（平成21～22年度）を行っている。

4) 教育・訓練の拡充への対応策及びその効果の見込みについて

【概要】

医学部入学定員について、平成20年度以降、医師不足が深刻な地域や診療科の医師を確保するための実効ある取組を行うことを条件に増員を図っている。また、増員に伴って必要な教育環境の整備のための支援を行っている。

【指標】 学生1人あたりの教員数

	学生数 (人)	教員数 (人)	学生1人あたりの教員数
昭和58年 (1983年)	53,624	23,830	0.44
平成7年 (1995年)	49,012	29,343	0.60
平成19年 (2007年)	47,480	30,945	0.65

(出典：医学部長病院長会議「医学教育カリキュラムの現状」)

【指標】 臨床実習開始前の共用試験の得点平均値等の推移
医学系CBTの平均値の推移

	第1回 (H17)	第2回 (H18)	第3回 (H19)
対象者 (人数)	7,441	7,445	7,756
平均値 (%)	71.7	76.1	77.8

* CBT(Computer Based Testing)

知識の総合的理解力をコンピューターを用いて評価する客観試験

(出典：医療系大学間共用試験実施評価機構)

医学系OSCEの平均値の推移

	第1回 (H17)	第2回 (H18)	第3回 (H19)
対象者 (人数)	7,433	7,809	7,755
平均値 (%)	82.9	85.5	86.4

* OSCE(Objective Structured Clinical Examination)

臨床実習に必要な基本的診療技能・態度を評価する客観的臨床能力試験

(出典：医療系大学間共用試験実施評価機構)

【評価・分析】

医学部の量的拡大がほぼ完了した昭和50年代後半以降、医学部の教員数は増加しており、学生1人あたりの教員数についても増加している。また、平成21年度の医学部入学定員の増員に伴い必要な教育環境の整備を行った。

また、平成17年度より実施している共用試験 (CBT及びOSCE) の平均点は上がっており、将来医師となる学生の質についても一定水準が保たれていることが推察できる。さらに、平成21年5月には、必要最低単位数の明確化により臨床実習を充実させる等卒前・卒後を一貫した医師の養成の観点から医学教育の改善策をとりまとめた。

2. 医師の偏在の是正について

(1) 各施策の評価

1) 病院勤務医の過重労働や女性医師の増加など、医師不足問題に関する様々な要因に対する施策について

【概要】

医師不足問題の背景には、高齢化や医療の高度化の他、大学の医師派遣機能の低下、病院勤務医の過重労働、女性医師の増加、医療に係る紛争の増加等の複合的な要因が関係している。

こうした背景を踏まえ、予算事業や制度改正などを通じて、

- ・ 地域の医師派遣システムの構築、医師不足地域に対する医師派遣の推進
- ・ 産科、小児科をはじめとする病院勤務医の勤務環境の改善
- ・ 女性医師等の働きやすい職場環境の整備
- ・ 医療リスクに対する支援体制の整備など、様々な対策を実施している。

①大学の派遣機能の低下について

【指標】臨床研修医の大学病院・大学病院以外の病院別在籍状況の推移

・ 臨床研修医在籍状況の推移

区分	平成 15 年度		平成 18 年度		平成 19 年度		平成 20 年度		平成 21 年度	
	研修医数	比率	研修医数	比率	研修医数	比率	研修医数	比率	研修医数	比率
臨床研修病院	2,243	27.5	4,266	55.3	4,137	54.7	4,144	53.6	4,069	53.2
大学病院	5,923	72.5	3,451	44.7	3,423	45.3	3,591	46.4	3,575	46.8
計	8,166	100	7,717	100	7,560	100	7,735	100	7,644	100

(出典：厚生労働省調べ)

【指標】医学系博士課程の入学者の推移と病院従事者の推移

	医学系大学院（博士）	増加率	医療施設の従事者	増加率
H2	2,428	—	203,797	—
H6	3,204	1.32	220,853	1.08
H10	3,672	1.15	236,933	1.07
H14	3,958	1.08	249,374	1.05
H18	3,727	0.94	263,540	1.06

(出典：学校基本調査、医師・歯科医師・薬剤師調査)

平成3年以降博士課程に入学する者は増加したが、医療施設従事者についてもほぼ同じ割合で増加しており、医師不足への実質的な影響があったとは考えにくい。

【評価・分析】

臨床研修医の大学病院・臨床研修病院（大学病院以外）別在籍状況の推移を見ると、臨床研修制度の施行（平成16年度）を契機として、大学病院に在籍する臨床研修医が大幅に減少し、その結果、大学の医師派遣機能が低下し、地域における医師不足を顕在化させたとの指摘がある。その対策として、平成22年度からは、都道府県別に研修医の募集定員の上限を設定するとともに、大学の医師派遣機能を評価した募集定員を設定するなど、研修医の地域偏在等に対応しながら、より質の高い医師を養成する見直しを実施することとしており、今後はこの見直しの効果を検証していくことが必要である。

②病院勤務医の過重労働について

【指標】勤務医の勤務時間、勤務負担の変化

- ・医師の勤務時間

「医師需給に係る医師の勤務状況調査」（平成18年3月）

	平均勤務時間（時間／週）	標準偏差	最大値
全体（n=4077）	63.3	20.2	152.5
男性（n=3393）	63.8	20.2	152.5
女性（n=634）	60.6	19.9	141.6

*常勤医師のみ集計

（出典：医師需給に係る医師の勤務状況調査）

「病院勤務医の負担軽減の実態調査」（平成21年3月）

	平均勤務時間（時間／週）	標準偏差	最大値	最小値	中央値
医師責任者（n=2278）	58.0	14.9	120	0	57.6
医師（n=3963）	61.3	18.3	128	0.3	60.0

*週24時間以上勤務する非常勤医師を含む。

（出典：病院勤務医の負担軽減の実態調査）

【指標】他職種により代替可能な医師の業務量

「平成19年質効率向上と職業間連携を目指した病棟マネジメント研究」

医師業務の代替可能性に関する調査結果

業務内容	代替可能性	
	すべて医師が行うべき	一部他職種にて代替可能
教育	435(49%)	449(51%)
会議（病院関係）	255(29%)	621(71%)
自己学習	790(90%)	79(10%)
院内での待機	721(84%)	134(16%)
患者・家族への説明	654(73%)	240(27%)
インフォームドコンセント手続き	535(60%)	355(40%)
伝票	148(17%)	747(83%)
予約（検査、処置等）	166(18%)	735(82%)
指示	388(58%)	227(42%)
カルテの記載（入力）	695(78%)	201(22%)
紹介状	720(80%)	178(20%)
診断書	640(71%)	258(29%)
DPC書類	615(69%)	282(31%)
私的保険書類	176(20%)	695(80%)

（出典：平成19年質効率向上と職業間連携を目指した病棟マネジメント研究）

【指標】医師数と患者数の対応関係

・診療科別にみた医師1人当たり月間患者数の推移（人）

	内科	呼吸器科	消化器科	循環器科	アレルギー科	精神科	小児科	外科	整形外科	形成外科	産婦人科	眼科	皮膚科	リハビリ科
H14年	374	397	283	325	231	1,014	214	297	567	209	237	225	241	1,768

H17	387	343	262	295	243	981	187	309	515	192	233	206	220	1,428
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-------

・病床規模別にみた医師1人当たり一日平均患者数の推移

	20 ～ 29 床	30 ～ 39 床	40 ～ 49 床	50 ～ 99 床	100 ～ 149 床	150 ～ 199 床	200 ～ 299 床	300 ～ 399 床	400 ～ 499 床	500 ～ 599 床	600 ～ 699 床	700 ～ 799 床	800 ～ 899 床	900 床 以上
H15	23.7	24.8	22.3	24.2	23.6	23.8	21.4	18.5	16.2	15.0	9.3	9.4	7.8	6.7
H17	22.2	25.5	24.4	24.5	23.4	23.1	20.2	16.8	15.0	12.7	8.6	8.9	7.6	6.7
H19	24.5	24.0	23.4	23.1	22.4	21.6	18.6	15.5	13.2	11.9	8.1	8.5	6.8	6.2

(出典：患者調査)

【指標】患者の受診行動の適正化に向けた取組

- ・医療連携体制推進事業で受診行動の適正化に向けた取組を行う都道府県数

	H18	H19	H20
都道府県数	10	12	17

*なお、このほかにも単独事業で取組を行う都道府県がある。

(出典：厚生労働省調べ)

【評価・分析】

病院勤務医の勤務時間は、平成18年度の調査において、休憩時間や自己研修・研究等に充てた時間を含めた、病院常勤医師が医療機関に滞在する時間は、週63時間であった。平成21年3月の調査において、医師の平均勤務時間は、週61.3時間であり、病院勤務医は、引き続き厳しい状況にあると考えられる。

一方、「医師業務の代替可能性に関する調査」において、1406名の医師を対象にアンケート調査を行い、その内934名(回収率66.4%)の結果を得た。調査では、伝票や書類作成などの事務業務に関しては、代替可能であるとする回答の比率が高かった。また、看護師等の医療関係職種と医師との間で業務範囲を見直す必要性が指摘されている。

このための対策として、事務作業を行う医療クラークの設置・充実を図る事業は、病院勤務医の過酷勤務改善に効果があるものと考えられる。また、現在、医師と看護師等との協働・連携のための具体的な方策について「チーム医療の推進に関する検討会」において、検討しており、その結果を踏まえ、さらなる病院勤務医の負担軽減の方策を講じていく予定がある。

さらに、地域の医療機関の役割に応じて、患者が適切な医療機関を受診するように、受診行動の適正化に向けた取組を行う都道府県が増加してきており、具体的には、急病時の適切な対応や医療機関の機能分化・連携体制についてのパンフレットの作成・配布、救急医療体制についての住民参加のシンポジウムの開催等の取組が行われている。

これらの取組を先駆的に行った都市(愛知県岡崎市)においては、三次救急医療機関である市民病院の救急外来受診者数が減少していることから、患者の受診行動の適正化に向けた取組により一定の効果があがっているものと考えられる。

③女性医師の増加について

【指標】女性医師の現状

全医師数に占める女性医師の割合

年次	男性	女性	女性割合
S40	99,241	10,128	9.3%
H2	187,538	24,259	11.5%
H4	193,589	26,115	11.9%
H6	201,244	29,275	12.7%
H8	208,649	32,259	13.4%
H10	213,603	35,008	14.1%
H12	218,940	36,852	14.4%
H14	221,548	41,139	15.7%
H16	225,743	44,628	16.5%
H18	229,998	47,929	17.2%

(出典：医師・歯科医師・薬剤師調査)

医師国家試験合格者に占める女性の割合

	合格者				
	総数(人)	女性(人)	男性(人)	女性割合(%)	男性割合(%)
H3	8,256	1,589	6,667	19.2	80.8
H7	7,930	1,883	6,047	23.7	76.3
H12	7,065	2,160	4,905	30.6	69.4
H16	7,457	2,522	4,935	33.8	66.2
H17	7,568	2,549	5,019	33.7	66.3
H18	7,742	2,529	5,213	32.7	67.3
H19	7,535	2,513	5,022	33.4	66.6
H20	7,733	2,666	5,067	34.5	65.5
H21	7,668	2,622	5,046	34.2	65.8

(出典：厚生労働省調べ)

【指標】女性医師の就業率

「日本の医師需給の実証的調査研究」(平成18年)

(年齢)	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75

男性医師	92.9 %	91.6 %	89.9 %	93.0 %	93.6 %	92.8 %	89.2 %	84.0 %	71.9 %	60.4 %	45.6 %
女性医師	92.6 %	82.8 %	76.0 %	81.1 %	83.6 %	86.5 %	84.3 %	84.3 %	72.2 %	60.3 %	52.5 %

* 医師が25歳で卒業すると仮定した就業率である。

(出典：「日本の医師需給の実証的調査研究」)

【指標】継続就業にむけた女性医師のニーズ
就労継続に必要なと思う制度や仕組み・支援対策（複数回答）

就労継続に必要な制度や仕組み・支援対策	n数	%
○保育環境整備関係		
託児所・保育園などの整備・拡充	4725	63.3
病児保育	4488	60.1
放課後における学童施設充実	3258	43.6
事業内託児施設	3176	42.5
保育施設やベビーシッターの斡旋	2813	37.7
ベビーシッター利用の際の費用補助	2224	29.8
保育施設利用の際の保育料の助成	2132	28.6

○勤務環境整備関係		
人員（医師）の増員	4547	60.9
宿直・日直の免除	4525	60.6
時間外勤務の免除	3706	49.6
出産・育児休業取得者への職場復帰支援	3235	43.3
複数主治医制度の導入など主治医制の見直し	3155	42.3
フレックス制度導入	2992	40.1
代替医師の配置（代診医師派遣制度の導入）	2934	39.3
短時間正社員制度の導入・拡充	2487	33.3
二交代制の勤務体制	1440	19.3

○その他		
男性の家事・育児などへの参加	3345	44.8
診療報酬引き上げ、医療費の増額	1916	25.7
国の事業所への補助金制度整備・拡充	1301	17.4
働きやすい部門への配置転換	1257	16.8
在宅研修制度	780	10.4
その他	267	3.6
無回答	170	2.3

(出典：女性医師の勤務環境の現況に関する調査報告書)

【指標】女性医師復職支援事業による就職あっせん数

	H18	H19	H20
女性医師バンクセンター再就業支援件数	84人	291人	308人

(出典：厚生労働省調べ)

【指標】病院内保育所運営事業の実施状況

	H16	H17	H18	H19	H20
病院内保育所運営事業における運営費補助か所数 (単位：か所)	990	1,005	920	1,035	1,099

(出典：厚生労働省調べ)

【評価・分析】

現在、医師国家試験の合格者に占める女性は3人に1人に、全医師数に占める女性医師は、6人に1人にまで高まってきている。女性医師の特徴としては、①男性医師に比べて、病院勤務から診療所への移行する平均年齢が低いこと、②就業率が35歳前後では、76%に落ち込むなど、いわゆるM字カーブがみられることが挙げられる。また、医師不足診療科である産科・小児科は、若手層における女性医師の比率が高い。このため、女性医師の増加が医師不足、偏在のひとつの要因となっているものと推測する。

継続就業に向けた女性医師のニーズ調査によると、「託児所・保育園などの整備・拡充」「病院保育」等の保育環境整備に関する支援、「人員（医師）の増員」「宿直・日直の免除」等の勤務環境の改善に関する支援を求めるニーズが高いことが示されている。また、その内容は、極めて多岐にわたっており、女性医師の支援策は様々なニーズに対応して多様な対策が必要とされている。

このため、現在、実施されている退職した女性医師に対する復職支援（平成18年度から実施）病院内保育所の運営への支援（昭和49年度から実施）、短時間正規雇用制度を導入する病院に対する支援（平成20年度から実施）を実施している。

④医療に係る紛争の増加について

【指標】 全立件件数のうち医療紛争立件件数の占める割合の推移

	地裁民事・通常訴訟 及び人事訴訟の合計 (新受)	平成8年を1と した場合	医事関係 訴訟（新受 件数）	平成8年1と した場合
H8	142,959	1	575	1
H9	146,588	1.03	597	1.04
H10	152,678	1.07	632	1.1
H11	150,952	1.06	678	1.18
H12	156,850	1.1	795	1.38
H13	155,541	1.09	824	1.43
H14	153,959	1.08	906	1.58
H15	157,833	1.1	1,003	1.74
H16	139,017	0.97	1,100	1.93
H17	132,727	0.93	999	1.74
H18	148,776	1.04	913	1.59
H19	182,291	1.28	944	1.64
H20	199,523	1.4	877	1.53

(出典：最高裁判所調べ)

【指標】 診療科別にみた被立件医師数（平成21年6月末日現在）

	診察科目別既済件数 (件)	医師1,000人あたりの 既済件数 (件)
内科	256	2.7
小児科	33	2.2
精神科（神経科）	32	2.5
皮膚科	19	2.4
外科	188	5.4
整形外科・形成外科	139	6.6
泌尿器科	24	3.9
産婦人科	161	16.8
眼科	28	2.3
耳鼻咽喉科	23	2.6
歯科	74	0.9
麻酔科	10	1.6

（出典：最高裁判所調べ）

【指標】 産科医療補償制度加入分娩機関数（平成21年11月18日現在）

区分	分娩機関数	加入分娩機関	加入率（％）
病院・診療所	2,883	2,873	99.7
助産所	435	428	98.4
合計	3,318	3,301	99.5

（出典：日本医療機能評価機構調べ）

【指標】 産婦人科学会への新入会医師数

入会年度	H15	H16	H17	H18	H19	H20
産婦人科医計	375人	101人	143人	329人	335人	402人

（出典：日本産婦人科学会調べ）

【分析・評価】

全立件件数のうち医療紛争立件件数の占める割合は増加傾向にある。医療紛争立件件数を診療科別に分析した場合、被立件医師数のうち「診察科目別既済件数」が最も多いのは内科であるが、「医師1000人あたりの既済件数」が最も多いのは、産

婦人科医であり、その件数も内科の6倍以上、外科の3倍以上に上っており、こうした医療紛争リスクの高さが産婦人科医不足に影響を及ぼしてきたことは否定できない。その対策として、平成20年1月から実施した産科医療補償制度は、分娩に係る医療事故により脳性麻痺となった子及びその家族の経済的負担を速やかに補償するとともに、事故原因の分析を行い、将来の同種事故の防止に資するを目的とした制度であり、他の診療科に比べて特に医療リスクが増加していると考えられる産婦人科医師にとって、医療リスクの軽減のための手段としては効果的であると考えられる。なお、産婦人科学会への新入会医師数が増加傾向に転換しており、一定の効果が現れていると考えられる。

2) 経済的インセンティブの付与による医師の偏在を是正するための諸施策について
【概要】

平成21年度予算において、地域や診療科による医師の偏在解消のための産科・救急・へき地で働く医師の手当への財政支援（平成21年度から実施）、医師不足地域に医師等を派遣する医療機関や派遣される医師に対する財政支援（平成19年度から実施）等を実施しているところである。

【指標】平成21年度予算事業（分娩手当、夜間・休日救急手当）の実施状況
・平成21年度の実施見込み数（平成21年10月末現在）

産科医等確保支援事業 （分娩手当）	47都道府県
救急勤務医支援事業 （救急勤務医手当）	42都道府県

（出典：厚生労働省調べ）

【指標】経済的インセンティブに対する医師の意識

「処遇・待遇（給与）がよい」という条件があれば、医師不足地域の医療に従事したいと回答した医師の割合

	医学生	初期研修医	卒後3～5年 目の医師	指導医	プログラム 責任者
処遇・待遇（ 給与）がよい	65.3%	68.3%	75.2%	79.1%	68.5%

（出典：臨床研修に関するアンケート調査）

【指標】医療機関別にみた医師の収入

・医療施設別にみた勤務医1人当たり年収の比較（万円）

国立	公立	公的	社会保険 関係法人	医療法人	個人立 一般診療所
1,333	1,427	1,345	1,220	1,603	1,208

（出典：医療経済実態調査）

【指標】臨床研修医が病院を選ぶ理由
「臨床研修に関するアンケート調査」

	大学病院を選択		研修病院を選択	
	人数	割合	人数	割合
1. 初期研修のプログラムが充実	1,194	45.1%	1,573	60.3%
2. 初期研修の理念に賛同	276	10.4%	584	22.4%
3. 初期研修修了後の研修が充実	527	19.9%	408	15.7%
4. 大学院博士課程のプログラムが充実	215	8.1%	8	0.3%
5. 他病院とのネットワーク・連携が豊富	448	16.9%	270	10.4%
6. 初期研修後の進路やキャリアを考えて有利	837	31.6%	503	19.3%
7. 初期研修後の進路やキャリアが比較的自由	273	10.3%	563	21.6%
8. 様々な病院を経験したい	253	9.5%	667	25.6%
9. 指導体制が充実	869	32.8%	1,098	42.1%
10. 熱心な指導医が在職	480	18.1%	924	35.4%
11. 著名な医師や高い業績のある医師がいる	234	8.8%	225	8.6%
12. 病院の施設・設備が充実	598	22.6%	709	27.2%
13. 処遇・待遇（給与）が良い	120	4.5%	785	30.1%
14. 多くの症例を経験できる	483	18.2%	1,111	42.6%
15. 高度な技術や知識を習得できる	487	18.4%	341	13.1%
16. プライマリ・ケアに関する能力を修得できる	238	9.0%	1,288	49.4%
17. 様々な診療科・部門でバランス良い経験を積める	557	21.0%	859	32.9%
18. ホームページやパンフレットの情報が充実	15	0.6%	52	2.0%
19. 伝統や実績がある	312	11.8%	321	12.3%
20. 優れた研修医が集まっている	87	3.3%	403	15.5%
21. 先輩等の評判が良い	336	12.7%	700	26.9%
22. 実家に近い	724	27.3%	717	27.5%
23. 学生時代の住居に近い	439	16.6%	144	5.5%
24. 大都市圏である	378	14.3%	327	12.5%
25. 交通の便が良い	334	12.6%	393	15.1%
26. 雑用が少ない	16	0.6%	176	6.8%

27.出身大学だから	1,370	51.7%	7	0.3%
28.特になし	39	1.5%	23	0.9%
29.その他	76	2.9%	42	1.6%
無回答	52	2.0%	18	0.7%
回答人数	2,650	100.0%	2,607	100.0%

【評価・分析】

「医師不足地域に従事するのに必要な条件」として最も多く選ばれた回答は、医学生、初期研修医、卒後3～5年目の医師、指導医のどの立場の者も「処遇・待遇（給与）がよい」であり、経済的インセンティブが、医師の地域偏在解消のための手段として効果的であると考えられる。さらに、どの立場の医師（医学生）であっても「自分と交代できる医師がいる」、「他病院とのネットワーク・連携がある」など勤務環境に関する条件と「子どもの教育環境が整備されている」、「居住環境が整備されている」、「配偶者の同意がある」といった家族を含めた生活環境に対する条件が50%前後の回答を得ており、経済的なインセンティブと併せて、医師不足地域に従事しようとする医師に対する勤務環境、生活環境の改善への取組を行うことが、地域偏在の解消に効果的ではないかと考えられる。

さらに、平成21年度予算の分娩手当、夜間・休日救急手当については、多くの都道府県において実施見込みであり、経済的インセンティブは診療科の偏在解消に一定の効果があると期待されているところである。

ただし、平成20年12月に厚生労働省において取りまとめた「臨床研修に関するアンケート調査」によると、臨床研修を行う病院を選んだ理由として、「初期研修のプログラムが充実している」などと回答する医師が多い一方で、「処遇・待遇（給与）が良い」と回答する医師は全体の2割程度である。また、診療科を選んだ理由として、「学問的に興味がある」が最も高い一方で、「給与・処遇が良い」と回答する医師は全体の5%程度である。経済的インセンティブに関しては、研修医78%は、病院選択の要素として給与水準は勘案していないと回答している。医師のインセンティブを付与する方策だけでなく、他の要因にも配慮しながら対策を進める必要があると考えている。

3) 地方勤務義務付けによる医師の偏在を是正するための諸施策について

【概要】

医師の地方勤務義務付けに関して、都道府県は地域の医師の確保のため、医学部卒業後一定期間の地域の医療の従事を返還免除の条件とする奨学金を設定する取組が行われている。また、大学の入学者選別において、地域医療に従事する意欲のある都道府県内の高校出身者等を対象とした選抜枠を設けることを進めている。

【指標】 地域枠の導入状況（平成21年5月時点）

H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21
3大学 18人	5大学 39人	5大学 39人	5大学 43人	8大学 59人	17大学 124人	20大学 168人	33大学 403人	47大学 714人

（出典：文部科学省調べ）

地域枠

- ・卒業翌年度の県内定着率（全国平均）
49.1%（平成19年度卒業生）
- ・地域枠により入学した者のうち、卒業翌年度に当該大学の所在する都道府県内に定着した者の割合

(例)
 札幌医科大学 93.2% (平成15～21年度卒業生平均)
 滋賀医科大学 76.3% (平成16～21年度卒業生平均)
 (出典：文部科学省調べ)

【指標】 自治医科大学卒業生の地域における一定期間勤務の実績について

期別	卒業年次	卒業生数(※)	満了者数	割合(%)
1	53	105	101	96.19
2	54	100	99	99.00
3	55	112	99	88.39
4	56	105	101	96.19
5	57	113	109	96.46
6	58	108	104	96.30
7	59	110	104	94.55
8	60	108	102	94.44
9	61	108	102	94.44
10	62	96	92	95.83
11	63	93	88	94.62
12	元	106	105	99.06
13	2	106	100	94.34
14	3	104	100	96.15
15	4	99	95	95.96
16	5	99	98	98.99
17	6	99	96	96.97
18	7	98	95	96.94
19	8	95	86	90.53
20	9	104	101	97.12
21	10	82	79	96.34
22	11	63	58	92.06
合計		2213	2114	95.53

※ 17期から22期においては、卒業生数から義務年限内の医師を除いている。
 (出典：文部科学省)

【分析・評価】

大学における地域枠の設定が進んでおり、実際の一般枠で入学した者に比べて地域枠で入学したの方が、地域に定着する確率は高くなっており、地域枠が地域定着策として一定の機能を果たしていることが分かる。

また、自治医科大では、卒業後、一定期間自治体が指定する地域で勤務することを条件に、学費を免除する制度を行っているが、この制度により卒業生の約9割が地域で従事している。このことから、奨学金による医師確保対策は医学部卒業後、一定期間医師不足地域での勤務を条件とするものであることから、一定の効果があるものと期待できる。

4) 医療機関の役割分担の明確化、機能の集約化について

【概要】

限られた医療資源を有効に活用し、効率的で質の高い医療を実現するためには、地域の医療機関が役割分担と連携を図り、地域全体で急性期から回復期、在宅まで切れ目のない医療を提供できる医療連携体制を整備する必要がある。

このため、都道府県が医療計画に四疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）・五事業（救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療）に係る医療機能を担う医療機関を記載し、医療計画に基づき、地域の医療機関の役割分担と連携を

図り、地域全体で必要な医療の確保を図ることとしている。また、都道府県における医療連携体制の具体化を推進するため、各種予算事業により、

- ・医療機関の役割分担と連携に関する医療関係者等の協議
- ・地域連携クリティカルパスの作成・普及
- ・地域の病院・診療所の合同症例検討会の開催
- ・各医療機関の役割に応じた適正な受診等に関する住民への啓発
- ・救急医療、周産期医療、小児医療等を担う医療機関の整備

等を支援しているところである。

【指標】 都道府県医療計画の実施状況

- ・ 全国47都道府県中46都道府県が医療計画に四疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）・五事業（救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療）に係る医療機能を担う医療機関の名称を記載し、地域の医療機関の役割分担・連携体制の構築を図っている。

【指標】 医療連携体制推進事業の実施状況

- ・ 医療連携体制推進事業（医療関係者等の協議、地域連携クリティカルパスの作成・普及、医療連携体制等に関する住民への啓発等）を実施する都道府県数

	平成18年度	平成19年度	平成20年度
都道府県数	21	29	37

（出典：厚生労働省調べ）

【指標】 地域医療連携について、医療機関が感じている現状の実感

	そう思う	どちらかといえばそう思う	どちらともいえない	どちらかといえばそう思わない	そう思わない
患者紹介、患者逆紹介の円滑化が進んだ	35.5%	47.0%	14.5%	1.4%	1.6%
医療機関の機能分化が進んだ	18.1%	50.0%	25.0%	4.9%	2.0%

（出典：「平成20年度医療分野でのアンケート調査」NTTデータ経営研究所）

【分析・評価】

ほとんどの都道府県が医療計画に四疾病・五事業に係る医療機能を担う医療機関を記載している。また、医療計画に記載された医療連携体制の具体化について、医療関係者等の協議、地域連携クリティカルパスの作成・普及、地域の病院・診療所の合同症例検討会の開催、適正受診等に関する住民への啓発等に取り組んでいる都道府県が増加している。アンケート調査からも、これらの取組により、地域の医療機関の役割分担と連携が進展していると考えられる。

なお、地域の医療連携体制の強化等については、平成21年度補正予算において、都道府県に「地域医療再生基金」を設置し、都道府県が策定する「地域医療再生計画」に基づき、地域の医療機能の強化、医師確保等の取組を支援することとしている。

(2) 今後の検討の方向性

1. 医師数の決定方法について

医師不足の解消は喫緊の課題であることから、必要な医師数の需給推計については、高齢化の状況、患者の診療動向、女性医師の増加や働き方に関する意識の変化、医師の勤務実態、世代別の状況、医療提供体制のあり方など様々なパラメータをできるだけ考慮した専門的な推計を行うこととし、平成21年度地域医療基盤開発推進研究事

業において、医師の需給推計に関する研究（平成21～22年度）を行っている。
今後の必要な医師数の決定については、様々なパラメータをできるだけ考慮した専門的な推計を参考としながら、更なる改善をしてみたい。

また、医師養成数の増加にあたっては、医師不足が深刻な地域や診療科の医師確保のための取組を講じるとともに、医学教育の改善、教育環境の整備への支援を通して、地域医療等を担う優れた医師の養成に努めてみたい。

2. 医師の偏在の是正について

医師の偏在の是正については、これまでの施策により一定の効果が得られているが、今後も、医師の養成数の拡大、チーム医療の推進等により、医療のマンパワーを確保するとともに、地域偏在や診療科偏在を解消するための施策を講じることとしており、更なる対策を検討してみたい。