

## 医師確保対策 評価設計案（厚生労働省・文部科学省）

評価項目・細目	設問	説明（仮説）	データ・分析方法								
1 医師数の決定方法 (1) 必要な医師数の基準 ア 必要な医師数の基準及び医師の過不足数の推計	① 必要な医師数（医師全体、地域別、診療科別）は？	<p>「医師の需給に関する検討会報告書」（平成18年7月）によれば、医師の勤務時間の現状とあるべき姿とのギャップを「不足医師量」とすると、2004年には9000人が不足し、将来的には2022年に需給が均衡するとされている。一方で、医師不足の現状については、総数としては毎年3千人以上増加しているものの、産科などの診療科やへき地において深刻となっている。</p> <p>必要な医師数の推計については、「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とりまとめ（平成20年9月）において、高齢化の状況、患者の診察動向、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べきとされている。</p> <p>診療科別・地域別の医師数については、上記に加え、地域の医療提供体制のあり方などおに大きく影響されるため、今後、地域における医療機関の集約化・役割分担の明確化などを進める必要がある。</p> <p>・診療科別の医師数と患者数の対応関係を示すことは、既存の調査で可能な限り作成を試みる。</p> <p>・医療機関（大学病院、一般病院、診療所等）別の卒後年数別医師数の経年変化については調査を実施。</p> <p>・地域別に各診療科の休廃止状況について、平成19年10月「病院経営の現況調査」により平成16年度以降の休廃止診療科がまとめている。</p> <p>・診療科別の医師数の算出の必要性については現在、研究を行っている。</p>	<p>・「医師の需給に関する検討会報告書」平成18年7月</p> <p>・医師・歯科医師・薬剤師調査</p> <p>・患者調査</p>								
1 医師数の決定方法 (1) 必要な医師数の基準 イ 医師配置標準と医師不足との関係	① 医師の配置標準の考え方は？	<p>医師配置標準は、提供する医療内容、医師の診療内容にかかわらず、病院全体の入院患者数と外来患者数に応じて一律に算出されるものである。法的には最低基準ではなく「標準」であるが、実質的には遵守について行政指導対象となり、標準数を欠く場合は、診療報酬上の減算措置対象となる。</p> <p>したがって、医師配置標準の見直しは、実質的には最低医師数の見直しに繋がる議論であるため、医療関係者をはじめとする関係者の意見を踏まえ、慎重な検討が必要。</p> <p>一方、医師配置標準とは区別して、医師不足の実態把握のため、医療機関における業務量に対して、実際にどのくらいの医師が必要なのかについて医療関係者の協力の下、把握 [P]。</p>	<p>・人員配置標準の遵守率（医療法第25条に基づく立入結果より）</p> <p>単位：%</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>H15年</th> <th>H16年</th> <th>H17年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>医師</td> <td>81.3</td> <td>83.5</td> <td>83.8</td> </tr> </tbody> </table>		H15年	H16年	H17年	医師	81.3	83.5	83.8
	H15年	H16年	H17年								
医師	81.3	83.5	83.8								
1 医師数の決定方法 (2) 医師養成数の調整方法	① これまでの医師の需給見通しの推計方法は？	<p>平成18年医師の需給に関する検討会においては、医師の需給推計について、「日本の医師需給の実証的調査研究」（平成18年度厚生労働科学研究費補助金・主任研究者 長谷川敏彦）により専門的推計を行ったところである。なお、必要医師数（需要）算出方法が確立されていないことから、実際の需要と乖離の原因を分析することはできない。</p> <p>なお、医師の需給推計については、「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とりまとめ（平成20年9月）において、高齢化の状況、患者の診察動向、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べきとされている。</p>	<p>・「医師の需給に関する検討会報告書」平成18年7月</p> <p>・「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会</p>								

評価項目・細目	設問	説明（仮説）	データ・分析方法
1 医師数の決定方法 (3) 医師の質の確保	医師数の増加に伴う教育・訓練の充実への対応策と効果の見込みは？	<p>医学部定員を増員（平成20年度：168人、平成21年度：693人）することに伴い、教育環境の整備に関する予算を措置しており（対応策）、増員する前の教育環境を維持した医学教育が行われている（効果）。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>平成21年2月より、「医学教育カリキュラム検討会」において、医学教育の改善・充実方策等について検討を行っている。</li> <li>特定の病院に研修医が集中している原因について、平成20年12月の厚労省「臨床研修に関するアンケート調査」において研修医に病院を選んだ理由を聞いたところ、「初期研修のプログラム充実」、「初期研修後の進路やキャリアを考えると有利」「指導体制が充実」といった回答が上位。</li> <li>医学部定員の地域枠・診療科枠の設定は、進められているところ。見込まれる効果を関係省庁とも相談しながら把握する[P]。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>学生1人あたりの教員数</li> <li>教育設備（解剖実習台等）の整備状況</li> <li>「臨床実習開始前の共用試験」の得点平均値等の推移の分析</li> <li>4月頃を目途に中間的なまとめを行う予定</li> </ul> <p>・地域枠による入学者の地域定着率</p>
2 医師の偏在を是正する施策 (1) 地域間及び診療科間の医師の偏在を是正する施策	<p>① 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が地域間及び診療科間の医師の偏在に及ぼしている影響は？</p> <p>② 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に対する対策如何。</p>	<p>医師歯科医師薬剤師調査によると、二次医療圏毎にみた同一都道府県の格差が東京都において、9.3倍となっている。</p> <p>また、診療科別の医師数については、平成6年を基準(1.00)とすると、産婦人科(0.88)、外科(0.87)と減少している。</p> <p>医師不足の背景には、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。</p> <p>平成20年度においては、</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 医師派遣システムの構築</li> <li>② 小児科・産婦人科をはじめとする病院勤務医の勤務環境改善</li> <li>③ 女性医師等の働きやすい職場環境の整備</li> <li>④ 医師不足地域における研修の支援等</li> <li>⑤ 医療リスクに対する支援体制の整備</li> </ol> <p>など実効性のある医師確保策の推進を図った。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>大学の医師派遣機能の低下について、「引上げ医師数の把握」は実際問題として困難だが、「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」は把握。</li> <li>医師の業務量については、「平成19年日本病院会勤務医に関する意識調査報告」により、5年前と比較した勤務時間、及び「平成18年医師需給に係る医師の勤務状況調査」により、3年前と比較した勤務負担を調査。</li> <li>「大病院志向、重複受診、コンビニ受診、子どもの医療費の無料化等の影響を分析」については、例えば、適正な受診・利用へ向けての啓発を行っている岡崎市において、市民病院救急外来小児科受診動向が公表。なお、我が国はフリーアクセスを原則としており、受診行動コントロール策の調査には課題が多いのではないかと。</li> <li>医事行為の規制緩和による医師の業務量の削減について、「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」において、他職種により代替可能な医師の業務量を調査。</li> <li>継続就業に向けた女性医師のニーズについては、日本女医会が「卒後11～15年目医師の労働実態調査」を実施し、18年に「働く女性のための育児環境整備支援に対する提言」がなされ、これに基づき院内保育事業の拡充や短時間正規雇用導入のために財政支援している。</li> <li>医療関連の民事訴訟件数は、平成9年には年間600件程度であったが、平成16年には、ほぼ倍増。平成19年でも、依然として高い。医師1人ごとの訴訟件数は、産婦人科が多い。また、</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>大学病院に在籍する臨床研修医の割合 72.5%（平成15年度）→46.4%（平成20年度）</li> <li>病院と診療所の勤務医師数は共に増加しているが、病院勤務医師の割合は減少 平成10年から平成18年にかけての医師数の増加率 診療所 13.6% &gt; 病院 9.9%</li> <li>国家試験合格者に占める女性の割合が約3分の1となるなど、若年層における女性医師の顕著な増加</li> <li>特に産科・小児科では20代医師のうちそれぞれ73.1%、51.1%が女性医師</li> <li>女性医師にもいわゆるM字カーブが存在（30代半ばでは約4人に1人が離職）</li> <li>医事関係訴訟新受件数（第1審）（民事）は増加傾向 575件（平成8年）→913件（平成18年）</li> <li>平成21年1月より産科医療補償制度の運用 3275医療機関</li> <li>医学部定員については、平成9年の閣議決定を見直し、平成21年度入学定員は、8436人とした</li> <li>臨床研修制度の見直しについては、研修プログラム作成を弾力化するためのモデル事業の実施などを行い、現在も「臨床研修制度のあり方等に関する検討会」を実施している</li> <li>平成21年度当初予算において、以下の関連予算を計上 医師派遣の推進 42億円 勤務医等の勤務状況の改善・業務負担の軽減 37億円</li> </ul>

評価項目・細目	設問	説明（仮説）	データ・分析方法				
		<p>医療事故について警察の立件例も増えており、ここ数年は 100 件弱。（「医師数と医療事故・医療紛争の頻度との対応関係」について把握〔P〕</p> <p>・「効果の把握を基礎として評価」については、例えば、「勤務医の負担軽減の実態調査」により平成 20 年の診療報酬改定の効果について調査しており、中医協診療報酬改定結果検証部会に報告予定。その他の事業について、把握予定。</p>					
<p>2 医師の偏在を是正する施策 （2）医師の偏在を是正するための諸施策の検討 ア 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討</p>	<p>① 経済的インセンティブが医師の勤務地、診療科、勤務医・開業医等の選択に及ぼす影響</p> <p>② 経済的インセンティブを増加した場合、どの程度効果があるか</p>	<p>産科においては、分娩取り扱い施設の減少、救急医療においては、救急取扱件数の増加に伴い、いずれも過酷な勤務環境が続いている。</p> <p>こうした背景を踏まえ、救急・産科といった勤務環境が過酷な診療科においては、処遇を改善するため新たに手当を平成 21 年度予算において計上。</p> <p>また、地域定着を条件とした奨学金等医師確保対策に係る地方単独分事業として地方財政措置による対策を講じている。</p> <p>特に、「勤務環境が苛酷な診療科の処遇改善のための手当」の目的は、①直接的には、該当する医師の収入を上げることで離職等を減らすことにあるが、②該当医師のモチベーション向上等にある。これら手当は、21 年度事業であるが、何らかの方法で効果を計る。〔P〕</p> <p>一方、平成 20 年 12 月の厚労省「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などと答える医師が多い一方、処遇・待遇（給与）が良いと答える医師は、2 割程度であり、診療科を選んだ理由としては、学問的に興味があるが最も高く、給与・処遇がよいと答える医師は、全体の 5%程度であった。</p> <p>また、「経済的インセンティブに関する年齢階層等による意識の違い」については、平成 20 年 12 月の厚労省「臨床研修に関するアンケート調査」において、研修医の 78%は病院選択の要素として、給与水準を勘案していないと回答。「医師数と収入の対応関係」については、勤務医は、特に公立医療機関の医師は公務員であるため、給与は自治体の条例等で定められている。</p> <p>このように、医師の勤務地、診療科、勤務医・開業医の選択などについて、医師が選択する理由としては、経済的インセンティブの他にも</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・勤務地については、家族の生活・教育の関係、新医療技術を学べるかどうか、</li> <li>・診療科については、医術としての当該診療科への関心、親が医師の場合その影響、配偶者が医師の場合その影響、勤務形態など、</li> <li>・勤務医・開業医の選択については、親が開業医か否か、現在勤務している病院の待遇など、といった影響も考えられ、経済的インセンティブの影響のみの測定は困難ではないか。</li> <li>・また、開業医については、当該医師の収入は、その医療機関の収入から事業費や人件費などの経費を引いた額から決まるため、経費の額が開業への選択に影響を及ぼすと考えられる。</li> </ul> <p>なお、総医師数と医療費の経年変化や、県立病院の医師の給料と当該県の医師数の経年変化はデータ取得が可能と思われる。</p>	<p>・臨床研修に関するアンケート調査（H20 年 12 月 3 日現在）</p> <p>・産科医療機関の実態調査について（H20 年 3 月 25 日）</p> <p>・周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会（H21 年 2 月 4 日）</p> <p>・平成 21 年度当初予算</p> <table border="0"> <tr> <td>産科医療を担う医師の支援</td> <td>28 億円</td> </tr> <tr> <td>救急医療を担う医師の支援</td> <td>20 億円</td> </tr> </table>	産科医療を担う医師の支援	28 億円	救急医療を担う医師の支援	20 億円
産科医療を担う医師の支援	28 億円						
救急医療を担う医師の支援	20 億円						
<p>2 医師の偏在を是正する施策 （2）医師の偏在を是正するための諸施策の検討 イ 地域間の医師の偏在を是正するための諸施策の検討</p>	<p>① 医師に特定の地域における一定期間の義務づけを可能とする諸施策の効果について</p>	<p>地域医療等への診療従事を病院等の管理者の要件とすることについては、平成 18 年の医療制度改革の際にも議論したところ。</p> <p>ただし、その際、</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 地域医療は破綻の危機にあり、すぐにやるべきとの賛成論がある一方、</li> <li>② 方向性は分かるが詰めるべき点も多く、拙速は良くないといった慎重な意見もあり、</li> <li>③ また、法制上も整理が必要な点があった</li> </ol> <p>等のことにより実現には至らなかった</p> <p>一方、政府・与党「緊急医師確保対策」（平成 19 年 5 月）では、地域の偏在、診療科の偏在につ</p>	<p>・社会保障審議会医療部会（平成 18 年 1 月 20 日第 22 回会議）</p>				

評価項目・細目	設問	説明（仮説）	データ・分析方法
		<p>ながるよう、次の通り医学部の定員を増やすことを打ち出した。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・各都府県5名（北海道15名）9年間（公立大学は10年間）</li> <li>・養成数が少ない県の医学部定員増：神奈川県・和歌山県を対象に20名ずつ（恒常的措置）</li> </ul> <p>さらに、平成21年度においては、693人の医学部定員の増加が図られた。</p> <p>また、へき地に派遣される医師に対する財政的支援を平成21年度予算において計上。</p> <p>特に奨学金制度については、一定期間のへき地等の勤務を条件としてキャリアアップの機会も付与している自治体の取組事例も出てきている。</p> <p>ただし、「奨学金等の有効性」については、政府・与党「緊急医師確保対策」（平成19年）の定員増による医師に実際に貸与条件が発生するのが6年後以降であるため、一定期間の義務付けの効果自体は把握できないが、現在の取組事例の紹介は可能。なお自治医大データが存在する可能性がある。</p>	
<p>2 医師の偏在を是正する施策 （2）医師の偏在を是正するための諸施策の検討 ウ 医療機関の役割分担の明確化・機能の集約化による医師不足に対応するための諸施策の検討</p>	<p>①医療機能の分化・連携の推進はなぜ必要なのか。</p> <p>②主要疾病・事業ごとの医療連携体制の構築により、各医療機関の機能分化及び連携は図られるか。</p> <p>③医療機能の分化・連携の推進は医師確保との因果関係は成り立つか。</p> <p>④医療機関の機能の明確化と連携体制の確保は、医師確保につながるか。</p> <p>⑤医療機能の分化・連携を進める上でのボトルネックは何</p>	<p>OECDの調査によれば、若干の定義の違いはあるものの、我が国の医療提供体制については、諸外国に比べ、人口当たりの病床数が多く、病床当たりの従事者が少なく、平均在院日数は短縮傾向にあるが長いという特徴がある。また、本来入院機能及び紹介患者に対する専門外来が期待されている大病院においても、多くの一般外来患者を受け入れており、一次的な地域医療を担う診療所等との役割分担が必ずしも図られていないため、拠点となる急性期病院の外来に患者が集中し、病院の勤務医に過度の負担がかかるなどの問題も生じている。</p> <p>こうした状況を改善するため、各医療機関が地域において急性期から回復期、在宅医療に至るまで適切に役割を分担・連携し、地域住民にとって分かりやすい形での医療提供体制を整備する必要がある。</p> <p>平成20年4月から都道府県が新しく策定する医療計画では、発症から入院、そして居宅等生活の場に復帰するまでの流れや、医療機能に着目した医療連携体制の構築を目指している。</p> <p>特に4疾病及び5事業について、疾病又は事業ごとに必要となる医療機能を明確にした上で、地域の医療機関がどのような役割を担うかを明らかにし、さらにその連携を推進することにより、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ことができる。</p> <p>診療所を含めた医療機関間の機能の分化・連携の事例について収集・分析を行う。</p> <p>都道府県医療計画の策定を通じて、医療機能の分化・連携を促進し、これを国民に周知することで、患者が自らの症状に合わせて、病院や診療所を選択することができ、患者の過度な病院への集中を避けることが可能となる。</p> <p>また、各医療施設の機能の分化・連携により効率的な医療提供が可能となり、地域の中核病院において、医師や看護師等コメディカルを確保しやすい環境の整備が期待されることから、両者には強い関係性が認められる。</p> <p>各医療機関がそれぞれに多くの診療科を持って人材確保を図ることは現実的にも困難であり、各医療機関の機能の明確化と連携体制の確保という取組を進めることによって、地域の医療機関がそれぞれ得意分野を活かし、地域全体で必要な医療の確保を図る効率的な医療提供が可能となり、また、病院への患者の集中が緩和されるため、病院勤務医の負担の緩和や医師の地域的な偏在解消、診療科間の偏在解消への対策につながる。</p> <p>医療機能の分化・連携を進めるためには、連携によるメリットが双方にあり、共存共栄の関係が確立される必要がある。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 都道府県別人口10万人当たり病床数</li> <li>・ 都道府県別平均在院日数</li> <li>・ 医療施設数の年次推移</li> <li>・ 診療所における「時間外」、「休日」、「深夜」の診療報酬算定件数</li> <li>・ 勤務医に関する意識調査報告書（日本病院会：平成19年3月）</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療計画について（平成19年7月20日通知）</li> <li>・ 疾病又は事業ごとの医療体制について（H19. 7. 20）</li> <li>・ 医療計画の策定状況</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療連携体制の明示</li> <li>・ 産科・小児科の集約化、重点化</li> <li>・ 医療対策協議会</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療連携体制の明示</li> <li>・ 産科・小児科の集約化、重点化</li> <li>・ 医療対策協議会</li> </ul>

評価項目・細目	設問	説明（仮説）	データ・分析方法
	か。	<p>医療機関の役割分担・連携の推進のための補助金（例えば医療連携体制推進事業）による影響評価について検討してまいりたい。</p> <p>本年3月に、都道府県の医療計画の策定状況をまとめた資料を公表したところ。併せて、医療の地域連携事例（滋賀県、千葉県）も広く情報提供したところ。また20年度から新しく策定された都道府県医療計画の実施状況を引き続き把握し、必要な情報提供を行ってまいりたい。</p>	