

平成 20 年度重要対象分野 医師確保対策（厚生労働省・文部科学省）

評価設計案及び政策評価分科会の意見				評価の進捗状況等
評価項目・細目	設問	説明（仮説）	データ・分析方法	
<p>1 医師数の決定方法</p> <p>(1) 必要な医師数の基準</p> <p>ア 必要な医師数の基準及び医師の過不足数の推計</p>	<p>① 必要な医師数（医師全体、地域別、診療科別）は？</p>	<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> <p>【分科会意見】</p> <p>○医師確保対策については、医師不足という解決すべき課題の広がりや深さが正確に把握されているとは言い難いことから、評価では、課題の正確な把握、原因の究明、効果的な施策の検討、評価という一連の流れの出発点になる基礎的なデータを整理できないか。</p> <p>・医師数と患者数の対応関係については、医師不足の状況を把握するために、適切な比較のできる複数の時点において、地域、診療科、医療機関の種類等のセグメントの軸に分けて、比較できないか。</p>	<p>○医師不足問題の背景について</p> <p>➢ 医師不足問題の背景には、大学医学部（いわゆる医局）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、医療にかかる紛争の増加に対する懸念等の複合的要因があると考えられる。別添資料 18 参照。</p> <p>○診療科別の医師数の経年変化について</p> <p>➢ 平成 10 年から 18 年までの経年変化を集計（資料出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」）。集計結果については、別添資料 19 を参照。</p> <p>○地域・医療機関ごとにみた診療科別の医師数の経年変化</p> <p>➢ 都道府県ごとにみた平成 10 年から 18 年までの経年変化を集計（資料出所：「医師・歯科医師・薬剤師調査」）。集計結果については、別添資料 20 を参照。</p> <p>➢ 医療機関ごとにみた平成 10 年から 18 年までの経年変化を集計（資料出所：「医師・歯科医師・薬剤師調査」）。集計結果については、別添資料 21 を参照。</p> <p>○診療科別の外来患者数の経年変化について</p> <p>➢ 疾病、疾患別にみた外来患者数について、平成 11 年から 17 年までの経年変化を集計（資料出所：厚生労働省「患者調査」）。集計結果については、別添資料 3 を参照。</p>

評価設計案及び政策評価分科会の意見											
評価項目・細目	設問	説明（仮説）	データ・分析方法								
		<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 医師不足は、医師の勤務先・診療科の選択行動に大きな影響を受けていると考えられることから、その原因究明のための基礎的なデータとして、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、地域、診療科、男女等のセグメントの軸に分けて把握できないか。 								
<p>1 医師数の決定方法</p> <p>(1) 必要な医師数の基準</p> <p>イ 医師配置標準と医師不足との関係</p>	<p>① 医師の配置標準の考え方は？</p>	<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</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> <p>【分科会意見】</p> <p>○医療機関における業務量については、地域、病院の規模、診療科等のセグメントの軸に分けて把握できないか。</p>		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								

評価の進捗状況等
<p>○病床規模別に見た常勤換算医師1人当たり患者数の経年変化について</p> <ul style="list-style-type: none"> 病院の病床規模別にみた医師1人当たりの患者数について、平成15年から19年までの経年変化を集計（資料出所：厚生労働省「病院報告」）。集計結果については、別添資料6を参照。 <p>○医療機関別の卒後年数別医師数の経年変化について</p> <ul style="list-style-type: none"> 別添資料7を参照 <p>○各診療科を標榜する医療機関数の状況について</p> <ul style="list-style-type: none"> 標榜する主たる診療科別の医療機関数について、平成11年から17年までの経年変化を集計（資料出所：厚生労働省「医療施設調査」）。集計結果については、別添資料10を参照。 <p>○休止届があった各診療科を標榜する医療機関数について</p> <ul style="list-style-type: none"> 標榜する主たる診療科別にみた休止届があった医療機関数について、平成15年度中と平成18年度中の変化を集計（資料出所：厚生労働省「医療施設調査」）。集計結果については、別添資料11を参照。
<p>○医療機関における業務量について</p> <ul style="list-style-type: none"> 医師1人あたりの患者数の経年変化を集計（資料出所：厚生労働省「病院報告」「医師・歯科医師・薬剤師調査」）。集計結果については、別添資料5を参照。 診療科ごとにみた医師1人あたりの患者数の経年変化を集計（資料出所：厚生労働省「医療施設調査」「医師・歯科医師・薬剤師調査」）。集計結果については、別添資料5を参照。 病床規模ごとにみた常勤換算医師1人あたりの患者数の経年変化を集計（資料出所：厚生労働省「病院報告」）。集計結果については、別添資料6を参照（再掲）。

評価設計案及び政策評価分科会の意見			
評価項目・細目	設問	説明（仮説）	データ・分析方法
		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]。	
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。</p> <p>なお、過去の需給推計は、推計を行った時点において、将来の患者の診療動向や医師の働き方に対する意識の変化や医療提供体制の変化などを勘案して推計できなかったという実情がある。</p> <p>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おり、これを踏まえた必要な推計を行うこととしている。</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> <p>【分科会意見】</p> <p>○需要推計の方法の見直し・改善に資するため、過去の需要推計の結果と実際の需要とを比較し、かい離の原因（考慮すべき要素の欠落、過小評価等）を検証できないか。</p>
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> <p>・平成21年2月より、「医学教育カリキュ</p>	<p>・学生1人あたりの教員数</p> <p>・教育設備（解剖実習台等）の整備状況</p> <p>・「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</p> <p>【分科会意見】</p> <p>○医学教育のスタッフ数の欧米との比較が有益なのではないか。</p> <p>・4月頃を目途に中間的なまとめを行う予</p>

評価の進捗状況等
<p>○医師数の見通しに関する需給推計について</p> <p>➢ 医療の高度化、高齢者の増加により医療全体のニーズが過去の見込み以上に増え、医師数の増が追いついていないため、医師の不足が進んでいる。このため、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おり、これを踏まえた必要な推計を行うこととされている。これを踏まえ、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を公募、採択した。本研究において、過去に行われた医師の需給推計の検証をしつつ、上記のような新たなパラメータを考慮した医師の需給推計に関する研究を行っている。</p>
<p>○医学教育のスタッフ数について</p> <p>➢ 昭和59年から平成20年までの学生一人当たりの教員数は増加している。</p> <p>0.46人（昭和52年）→0.65（平成19年）</p> <p>（資料出所：医学部長病院長会議「医学教育カリキュラムの現状」）。</p> <p>○教育設備の整備状況</p> <p>➢ 平成21年の医学部入学定員を8,486人に増員し、増員に伴って解剖実習台など学生教育用の設備整備を行った。（20年度第1次補正予算 40億円）</p>

評価設計案及び政策評価分科会の意見			
評価項目・細目	設問	説明（仮説）	データ・分析方法
		<p>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。</p> <p>・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。</p> <p>・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。見込まれる効果に関係省庁とも相談しながら把握する[P]。</p>	<p>定</p> <p>【分科会意見】 ○臨床研修制度が医師不足に及ぼしている影響については、研修医の研修先病院の選択行動との関連性が示唆されることから、特定の病院に研修医が集中している原因を更に掘り下げて分析できないか。</p> <p>【分科会意見】 ○大学院重点化に伴う臨床医の実質的な減少が、医師不足に影響を与えているとの指摘があることから、その影響度を把握できないか。</p> <p>・地域枠による入学者の地域定着率</p> <p>【分科会意見】 ○診療科間の医師の偏在是正のために、医学部定員の診療科枠の設定について検討し、その見込まれる効果について把握できないか。</p>

評価の進捗状況等															
<p>○臨床実習開始前の共用試験の得点平均値について</p> <p>➢ 医学教育モデル・コア・カリキュラムの到達目標に準拠した共用試験（CBT及びOSCE）を14年度から試行し、17年度から正式実施。5年生の臨床実習開始前に実施するため、19年増員を行った学年は22年に受験することとなる。 なお、「医学教育カリキュラム検討会」（平成21年5月）では、共用試験の位置付けを明確化し、統一的な合格基準を設定し、合格者に一定の証明書を発行すること等を提言。</p>															
<p>医学系CBTの平均値の推移</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>平成18年度 (第1回)</th> <th>平成19年度 (第2回)</th> <th>平成20年度 (第3回)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>対象者(人)</td> <td>7,441</td> <td>7,445</td> <td>7,756</td> </tr> <tr> <td>平均値(%)</td> <td>71.7%</td> <td>76.1%</td> <td>77.8%</td> </tr> </tbody> </table>					平成18年度 (第1回)	平成19年度 (第2回)	平成20年度 (第3回)	対象者(人)	7,441	7,445	7,756	平均値(%)	71.7%	76.1%	77.8%
	平成18年度 (第1回)	平成19年度 (第2回)	平成20年度 (第3回)												
対象者(人)	7,441	7,445	7,756												
平均値(%)	71.7%	76.1%	77.8%												
<p>医学系OSCEの平均値の推移</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>平成18年度 (第1回)</th> <th>平成19年度 (第2回)</th> <th>平成20年度 (第3回)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>対象者(人)</td> <td>7,433</td> <td>7,809</td> <td>7,755</td> </tr> <tr> <td>平均値(%)</td> <td>82.9%</td> <td>85.5%</td> <td>86.4%</td> </tr> </tbody> </table>					平成18年度 (第1回)	平成19年度 (第2回)	平成20年度 (第3回)	対象者(人)	7,433	7,809	7,755	平均値(%)	82.9%	85.5%	86.4%
	平成18年度 (第1回)	平成19年度 (第2回)	平成20年度 (第3回)												
対象者(人)	7,433	7,809	7,755												
平均値(%)	82.9%	85.5%	86.4%												
<p>○医学教育の改善・充実方策等について</p> <p>➢ 医学教育の改善、充実方策等については、平成21年2月「医学教育カリキュラム検討会」において検討</p> <p>➢ 平成21年5月に「臨床研修制度の見直し等を踏まえた医学教育の改善について」をとりまとめ。</p> <p>(改善の基本的方向)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・臨床実習の必要最低単位数の明確化等により臨床実習を充実 ・臨床実習開始前の共用試験の位置付けの明確化と合格基準の統一化 ・地域の医療機関を担う医師の養成のため卒前・卒後を通じて大学が地域医療機関等と一体となって医師を養成するシステムの構築 ・教員の過重負担の軽減と指導体制の強化 															
<p>○特定の病院に臨床研修医が集中していることについて</p> <p>➢ 「臨床研修に関するアンケート調査」（平成20年12月厚生労働省）によると、臨床研修医が病院を選んだ理由として、「初期研修のプログラムが充実」「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」という回答が上位を占めている。調査結果については、別添資料22を参照。</p>															

評価設計案及び政策評価分科会の意見			
評価項目・細目	設問	説明（仮説）	データ・分析方法
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	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>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>	<ul style="list-style-type: none"> 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) 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% > 病院 9.9% 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 特に産科・小児科では20代医師のうちそれぞれ

評価の進捗状況等
<p>○大学院重点化による影響度について</p> <ul style="list-style-type: none"> > 医学系大学院入学者は、重点化の行われる前に比べて1.6倍になっている。 平成3年 2,559人 平成15年 4,128人 <p>○地域枠による入学者の地域定着率</p> <ul style="list-style-type: none"> > 入学者選抜における地域枠の設定を通して、地域の医療を担う強い意欲をもった学生の入学を推進（別添資料23参照） ・平成21年度入学者選抜における地域枠の実施予定：47大学、714人 > 地域枠による入学者のうち21年度の定着状況については以下の通り、いずれも地域枠以外の入学者の定着率以上となっている。 札幌医科大学 93.2% 岩手医科大学 100% 滋賀医科大学 76.3% 和歌山県立医科大学 100% <p>○医学部定員の診療科枠の設定について</p> <ul style="list-style-type: none"> > 「我が国の大学医学部（医科大学）白書2009」平成21年5月全国医学部長病院長会議によると、医学部定員増に当たって特定の診療科枠を設定した都道府県はないが、特定の診療科を志すものに対して奨学金を貸与、卒後に当該診療科での勤務を義務づける例が複数例（秋田、群馬、和歌山、高知等）ある。別添資料24参照 > 一方、平成20年度に実施した医師確保等対策チームによる都道府県ヒアリングによると、平成20年度以前から大学医学部に地域医療に関する寄附講座を設置している都道府県（秋田、千葉、岐阜、三重、兵庫、徳島、高知）に加え、平成21年度から新たに寄附講座を設置する都道府県があり（新潟、石川、長野、愛媛、佐賀、熊本）、医学部定員増にあわせて地域医療への従事を図る都道府県の取組が見られる。

評価設計案及び政策評価分科会の意見			
評価項目・細目	設問	説明（仮説）	データ・分析方法
	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>平成 20 年度においては、</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 医師派遣システムの構築 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 ③ 女性医師等の働きやすい職場環境の整備 ④ 医師不足地域における研修の支援等 ⑤ 医療リスクに対する支援体制の整備 <p>など実効性のある医師確保策の推進を図った。</p>	<p>73.1%、51.1%が女性医師</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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） ・ 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） ・ 平成21年1月より産科医療補償制度の運用 3275医療機関 ・ 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 ・ 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 ・ 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 <p>【分科会意見】</p> <p>○地域間、診療科間の医師の偏在の原因として挙げられている事項については、原因としての広がりや強さを、より具体的なデータに基づき説明できないか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 大学の医師派遣機能の低下については、地域に与えている影響を、大学病院への医師の集約化との関連も含め、具体的に把握できないか。 ・ 病院医師の過重労働については、 - 適切な比較のできる複数の時点において、医師数と業務量の対応関係を、診療科、医療機関の種類等のセグメントの軸に分けて、比較できないか。
		<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ・ 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。 	

評価の進捗状況等
<p>○地域間、診療科間の医師の偏在について</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 医師不足問題の背景には、大学医学部（いわゆる医局）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、医療にかかる紛争の増加に対する懸念等の複合的要因があると考えられる。特に産科においては女性医師の占める割合が多く、また医療リスクも他の診療科に比べて高い。また地域別に見た場合、臨床研修医の数について都道府県別に格差が生じていることなど、偏在に係る要因が考えられる。（再掲） <p>○臨床研修病院の大学病院大学病院以外の病院別在籍状況の推移について</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 臨床研修医の大学病院・大学病院大学病院以外の病院別在籍状況の推移を見ると、平成16年度以降、大学病院に在籍する臨床研修医の割合が減少している。この実態を踏まえ、大学病院等が研修プログラムを柔軟に設定すること、医師の派遣実績を踏まえた募集定員を設定するよう見直しを行った。 <p>○医師の業務量について</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 勤務医の勤務時間の推移については、「病院勤務医の負担軽減の実態調査」を平成21年5月にとりまとめたところ。集計結果については別添資料25を参照。 ➢ 勤務医の勤務負担に関する意識については、「平成18年医師需給に係る医師の勤務状況調査」に基づき、3年前と比較。集計結果については、別添資料12を参照。 ➢ 診療科ごとにみた医師1人あたりの患者数の経年変化を集計（資料出所：厚生労働

評価設計案及び政策評価分科会の意見			
評価項目・細目	設問	説明（仮説）	データ・分析方法
		<ul style="list-style-type: none"> ・「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。 ・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。 ・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。 ・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、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] 	<ul style="list-style-type: none"> - 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することにより、患者の受診行動の適正化に向けた方策を検討し、その見込まれる効果を把握できないか。 - 医事行為の規制緩和による医師の業務量の軽減について検討し、その見込まれる効果を把握できないか。
2 医師の偏在を是正する施策 (2) 医師の偏在を是	① 経済的インセンティブが医師の勤務地、診療科、勤務	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	<ul style="list-style-type: none"> ・臨床研修に関するアンケート調査(H20年12月3日現在) ・産科医療機関の実態調査について(H20年3月25日)

評価の進捗状況等			
<p>省「医療施設調査」「医師・歯科医師・薬剤師調査」)。集計結果については、別添資料5を参照(再掲)。</p> <p>➢ 病床規模ごとにみた常勤換算医師1人あたりの患者数の経年変化を集計(資料出所:厚生労働省「病院報告」)。集計結果については、別添資料6を参照(再掲)。</p>			
○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			
	平成18年度	平成19年度	平成20年度
都道府県数	10	12	17
※ 厚生労働省医政局指導課調べ(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)			
・平成20年度医療連携体制推進事業により、別添資料13「受診行動の適正化に向けた取組状況(平成20年度医療連携体制推進事業)」のような患者の受診行動の適正化に向けた取組が行われている。			
※ 厚生労働省医政局指導課調べ			
○他職種による医師の業務量の軽減について			
<p>➢ 他職種による医師の業務量の軽減については、「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」において検討を進めているところ。この研究成果によると、多くの医師が負担と感じている伝票、書類作成等の事務的作業については、約8割以上が他職種にて代替可能という結果が出ており、医師事務作業補助者の配置等により、医師の業務量の効果が期待できる。</p> <p>➢ また、平成21年度予算事業として「医師事務作業補助者設置支援事業」を盛り込んだところであり、現在、都道府県からの申請を受け付けているところである。</p>			
○継続就業に向けた女性医師のニーズについて			
<p>➢ 継続就業に向けた女性医師のニーズについては、平成21年3月に「女性医師の勤務環境の現況に関する調査報告書」がとりまとめられたところであり、就労継続に求める支援対策として最もニーズの高いものは、保育所の拡充であった。</p>			
○医療紛争の増加について			
<p>➢ 全訴訟件数のうち医療紛争立件件数の占める割合の経年変化について集計(資料出所:「最高裁判所ウェブサイト」)。集計結果については、別添資料26を参照。</p> <p>➢ また、診療科別にみた被立件医師については、内科医が最も多いが、医師1000人あたり立件数を見ると、産婦人科医が最も多い。(別添資料27を参照)</p>			

評価設計案及び政策評価分科会の意見							
評価項目・細目	設問	説明（仮説）	データ・分析方法				
<p>正するための諸施策の検討</p> <p>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>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>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と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>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>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、</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="1"> <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> <p>【分科会意見】</p> <p>○勤務環境が苛酷な診療科の処遇改善のための手当については、医師不足の解消をどの程度見込めるのかを具体的に説明できないか。</p> <p>【分科会意見】</p> <p>○医師に対する経済的インセンティブについては、適切な比較のできる複数の時点において、医師数と収入の対応関係を、医師の年齢、地域、診療科、医療機関の種類等のセグメントの軸に分けて、</p>	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						

評価の進捗状況等
<p>○医師の勤務状況について</p> <p>➢ 医師の一年前と比較した勤務状況については、平成21年5月に中医協に報告された「勤務医の負担軽減の実態調査」によれば、救急や産科などにおいては一定の改善がみられるが、全体としては「改善した」（14.3%）より「悪化した」（34.8%）と評価する回答の方が多く、依然として厳しく、より悪化していることが示されている。</p> <p>➢ 病院勤務医の負担軽減は診療報酬の設定のみで解決できるものではないが、医師事務作業補助者の配置に対する診療報酬上の評価など、効果が認められる項目等が見受けられることに鑑みると、引き続き、診療報酬においても、病院勤務医の負担軽減策を実施することが必要だと考えられる。</p> <p>○経済的インセンティブについて</p> <p>➢ 産科・産婦人科医に対する経済的インセンティブの付与として、平成21年度予算事業においては産科医等確保支援事業を盛り込んだところ。当該事業は、産科医等に支給される分娩手当に対する財政支援を行うものである。現在のところ、実施見込み件数は、38都道府県であり、多くの都道府県において導入が見込まれる。</p> <p>➢ また、救急医に対する経済的インセンティブの付与として、平成21年度予算事業においては、救急勤務医支援事業を盛り込んだところ。当該事業は、休日・夜間において勤務する救急医に対して支給される救急勤務医手当に対する財政支援を行うものである。現在のところ、実施見込み件数は、36都道府県である。</p> <p>○経済的インセンティブに対する医師の意識について</p> <p>➢ 経済的インセンティブに対する医師の意識については、平成20年12月に厚生労働省が実施した「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は、「初期研修のプログラムが充実」などを答える医師が多い一方で、処遇・待遇（給与）がよいと答える医師は、2割程度である。（別添資料22を参照）</p> <p>また、診療科を選んだ理由としては、同アンケート調査によると、「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%程度である。（別添資料22を参照）</p> <p>○医師の収入について</p> <p>➢ 医療施設別にみた勤務医と個人立開業医との収入の比較を集計（資料出所：厚生労働省「医療経済実態調査」）。集計結果については、別添資料15を参照。</p>

評価設計案及び政策評価分科会の意見			
評価項目・細目	設問	説明（仮説）	データ・分析方法
		<p>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"> ・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、 ・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、 ・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、 <p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 <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>比較できないか。</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 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"> 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、 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、 ③ また、法制上も整理が必要な点があった <p>等のことにより実現には至らなかったとおり、規制的手法を用いて医師の偏在を是正することについては、関係者間で</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> <p>【分科会意見】 ○特定の地域における一定期間の勤務を医師に義務付ける措置の導入について、医師の意識を把握できないか。</p>

評価の進捗状況等
<p>○ 県立病院の医師の給与について</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 平成16年から平成19年までの間について、地方自治体における医療職俸給表1の支給を受けている医師・歯科医師職の職員数及び給与月額合計の経年変化を集計(資料出所:総務省「地方公務員の給与実態」)集計結果については、別添資料28を参照。
<p>○一定期間の地域医療勤務の義務づけに対する医師の意識について</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 一定期間の地域医療への従事を義務づけることに対する医師の意識については、平成20年12月に実施した「臨床研修に関するアンケート調査」によると次の通り。 反対 49.0% 一定の時期・期間であれば賛成 24.8% インセンティブとの組み合わせなら賛成 13.2% (別添資料22を参照)

評価設計案及び政策評価分科会の意見			
評価項目・細目	設問	説明（仮説）	データ・分析方法
		<p>慎重な議論が必要と考える。</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"> ・各都府県5名（北海道15名）9年間（公立大学は10年間） ・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） <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>【分科会意見】</p> <p>○医師の地域偏在の主な要因として、地域間のキャリアアップ機会の偏在が指摘されていることから、キャリアアップの機会を充実させることなど、第一線の若手医師を地域に誘導する方策を検討し、その見込まれる効果を把握できないか。</p> <p>【分科会意見】</p> <p>○奨学金等の有効性を評価するために、貸与条件（一定期間の勤務）がどの程度守られているのかを把握できないか。</p>

評価の進捗状況等
<p>○<u>地域医療への勤務について</u></p> <p>➢ 一定期間の地域医療への勤務を条件として、キャリアアップの機会を付与している自治体の取組例としては、例えば、長崎県に「ドクターバンク事業」「地域医療人育成プログラム」、宮崎県に「ドクターバンク事業」がある（別添資料29を参照）。</p> <p>① 長崎県「ドクターバンク」の取組状況</p> <p>（仕組み） 県内の離島に所在する市町からの要請に応じて医師を全国的に公募し、当該医師を長崎県職員（常勤の地方公務員）として採用し、県内の離島診療所に派遣する。</p> <p>（特徴） 給与は要請した市町村が支給するが、退職金は県が負担する。 有給の長期自主研修を保証する（原則として2年間で1単位として、1年半の離島勤務後、半年間の有給の自主研修を保証する。これを繰り返すことも可能）。給与は市町村が支給する。 24時間・365日、県の離島・へき地医療支援センター専任医師が、国立長崎医療センターの協力の下、派遣医師の相談に応じる体制を確保。必要に応じ、診療応援や代診医としても支援も実施。</p> <p>（実績） 平成16年4月～で、現在のところ6名の医師が実施</p> <p>② 長崎県「地域医療人育成プログラム」の取組状況</p> <p>（仕組み） へき地の中核病院での後期研修プログラムを実施した場合、その研修期間については、専門医認定試験の受験資格に必要な研修期間に算入可能とする。</p> <p>（特徴） 地域病院に勤務しながら、認定医等の資格取得が可能となる専門研修プログラムである。</p>

評価設計案及び政策評価分科会の意見			
評価項目・細目	設問	説明（仮説）	データ・分析方法
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	①医療機能の分化・連携の推進はなぜ必要なのか。 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>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</p>	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県別人口10万人当たり病床数 都道府県別平均在院日数 医療施設数の年次推移 診療所における「時間外」、「休日」、「深夜」の診療報酬算定件数 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） 医療計画について（平成19年7月20日通知） 疾病又は事業ごとの医療体制について（H19. 7. 20） 医療計画の策定状況

評価の進捗状況等
<p>(実績) 平成17年度から平成20年度までで計13名の医師が実施。</p> <p>③ 宮崎県「ドクターバンク」の取組状況</p> <p>(仕組み) 県職員として医師を採用し、2年間自治体病院へ派遣。自治体病院の勤務後、1年間の有給の自主研修とすることができる。</p> <p>(特徴) 有給の長期自主研修を保証する（原則として3年間で1クールとして、2年の自治体病院の勤務後、1年間の有給の自主研修を保証。2クールが原則であり、これを繰り返すことも可能）。給与は県が支給する。</p> <p>(実績) 平成17年度から平成20年度までで計12名の医師が実施。</p>
<p>○都道府県医療計画の実施状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。 ※ 別添資料16「医療計画における医療機関等の具体的な名称記載」参照 <p>○医療連携体制推進事業の実施状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 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

評価設計案及び政策評価分科会の意見			
評価項目・細目	設問	説明（仮説）	データ・分析方法
		<p>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> <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</p>	<ul style="list-style-type: none"> 医療連携体制の明示 産科・小児科の集約化、重点化 医療対策協議会 <ul style="list-style-type: none"> 医療連携体制の明示 産科・小児科の集約化、重点化 医療対策協議会 <p>【分科会意見】</p> <p>○医療機関の役割分担の明確化・機能の集約化については、ロジック・モデルを示しつつ、その対策の効果を具体的に説明できないか。</p> <p>【分科会意見】</p> <p>○医療機関の役割分担の明確化・機能の集約化に関する施策については、</p> <ul style="list-style-type: none"> 診療報酬の加算による効果についても把握できないか。 <p>・医療機関の機能の集約化、患者の受診行動の適正化、開業医等との連携など</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。			
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。			
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か。			

評価の進捗状況等			
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
※ 厚生労働省医政局指導課調べ			
○診療所を含めた医療機関間の機能の分化・連携の状況			
・平成20年度医療連携体制推進事業により、別添資料17「医療連携の推進に向けた取組状況（平成20年度医療連携体制推進事業）」のような医療機関間の機能の分化・連携に向けた取組が行われている。			
<p>➤ 西北五地域五所川原市・つがる市・鱒ヶ沢町・深浦町・鶴田町・中泊町)における自治体病院機能再編成マスタープラン（平成18年2月）において、中核病院を確保し、周辺病院を慢性期医療の提供や外来診療、日常の健康管理などを担う医療機関に転換し、一体運営をしながら緊密な医療連携を図り、一般的な医療が圏域で完結できる効率的な医療体制を構築したという例がある。なお、平成21年度補正予算による地域医療再生基金（3,100億円）において、地域における医療課題の解決を図るため、都道府県に基金を設置し、都道府県が策定する計画に基づく取組みを支援することとしている。</p> <p>➤ほとんどの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。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、多くの都道府県が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</p>			

評価設計案及び政策評価分科会の意見			
評価項目・細目	設問	説明（仮説）	データ・分析方法
		<p>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>	<p>に関する優良事例を収集・分析し、施策の見直し・改善に資する知見を得られないか。</p>

評価の進捗状況等								
<p>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。</p> <p>➤地域の医療連携の取組に関する医療機関の認識をみると、医療機関に対するアンケート調査によると、8割を超える医療機関が「患者紹介、患者逆紹介の円滑化が進んだ」、約7割の医療機関が「医療機関間の機能分化が進んだ」と回答している（「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）。また、診療所の1施設当たり初診・再診患者数は、平成15年6月に1,399.0人であったが、平成19年6月に1,406.0人に増加しており、一般病院全体の1病院当たり外来患者数は、平成15年6月に8,317.5人であったが、平成19年6月に6,727人に減少している（「医療経済実態調査」）。</p> <p>➤これまでの取組により、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が、さらに地域の医療連携体制の強化等を図るため、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。</p> <p><u>○診療所を含めた医療機関間の機能の分化・連携の状況</u></p> <p>・平成 20 年度医療連携体制推進事業により、別添資料17「医療連携の推進に向けた取組状況（平成 20 年度医療連携体制推進事業）」のような医療機関間の機能の分化・連携に向けた取組が行われている。</p> <p><u>○患者の受診行動の適正化に向けた取組</u></p> <p>・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</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>平成 18 年度</th> <th>平成 19 年度</th> <th>平成 20 年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>都道府県数</td> <td>10</td> <td>12</td> <td>17</td> </tr> </tbody> </table> <p>※ 厚生労働省医政局指導課調べ（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）</p> <p>・平成20年度医療連携体制推進事業により、別添資料13「受診行動の適正化に向けた取組状況（平成20年度医療連携体制推進事業）」のような患者の受診行動の適正化に向けた取組が行われている。</p> <p>※ 厚生労働省医政局指導課調べ</p>		平成 18 年度	平成 19 年度	平成 20 年度	都道府県数	10	12	17
	平成 18 年度	平成 19 年度	平成 20 年度					
都道府県数	10	12	17					