

医師確保対策

(都道府県による医師派遣システム・
医学部卒業生の地元定着促進策)

医師不足問題についての基本的認識と対応の構図

基本的認識

医師数全体は将来的に均衡する見込み

しかし…

産科・小児科といった診療科による偏在がある

【産科】

- 医師数及び分娩実施施設数は、減少傾向
- 各病院に1人ずつ配置されるなど、薄く広い配置等による厳しい勤務環境
- 産科による訴訟リスクの高まりに対する懸念

【小児科】

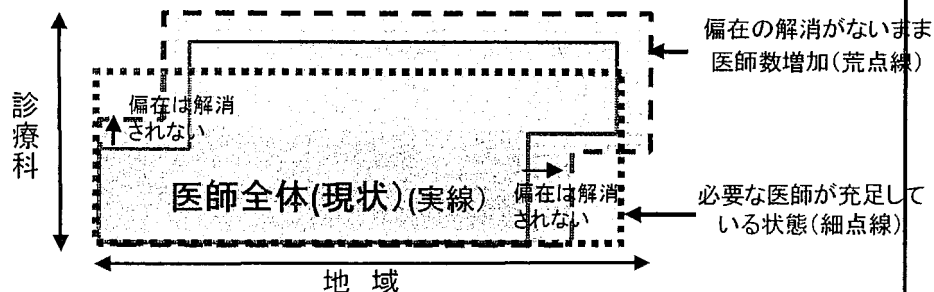
- 医師数は増加しているが、病院への夜間・休日患者の集中
※産科・小児科以外の診療科においても、急性期の病院において医師が不足する地域が生じている

地域による偏在がある

- 全国的な地域間の偏在と、同じ都道府県内でも県庁所在地とそうでないところとの偏在

仮に…

単純に医師総数を増やしても偏在の解消にはつながらない



必要なことは…

対応

短期的な対応

【地域における偏在への対応】

- 都道府県を中心にした新しい医師派遣機能の構築

【共通の対応】

- 医師が集まる拠点病院づくりや、拠点病院と医療機関相互のネットワークの構築(特に産科・小児科)
- 外来における開業医と病院の役割分担(住民の理解と協力が必要)
- 女性医師バンクの活用等、女性医師が働きやすい環境づくり

【産科の対応】

- 訴訟の増加により、産科医療が萎縮しないようにするため、死因究明制度や産科医療補償制度の検討
- 医師との協働による助産師外来、院内助産所の活用

【小児科の対応】

- 小児救急病院における医師等の夜間休日配置の充実
- 初期小児科救急の当番制による開業医等の活用
- 小児救急電話相談事業の普及・充実



「医師確保等支援チーム」による都道府県への具体的な支援

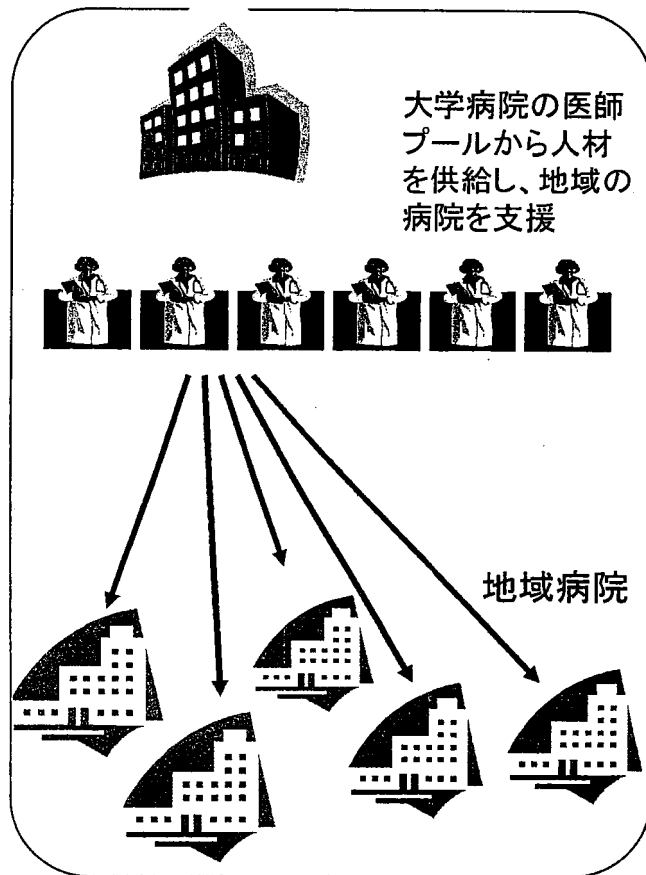
中長期的な対応

- 医師不足が深刻な県を主な対象に、大学医学部における暫定的な定員増や、地元出身者のための地域枠を設定
- 医師と関係職種との役割分担の在り方の検討

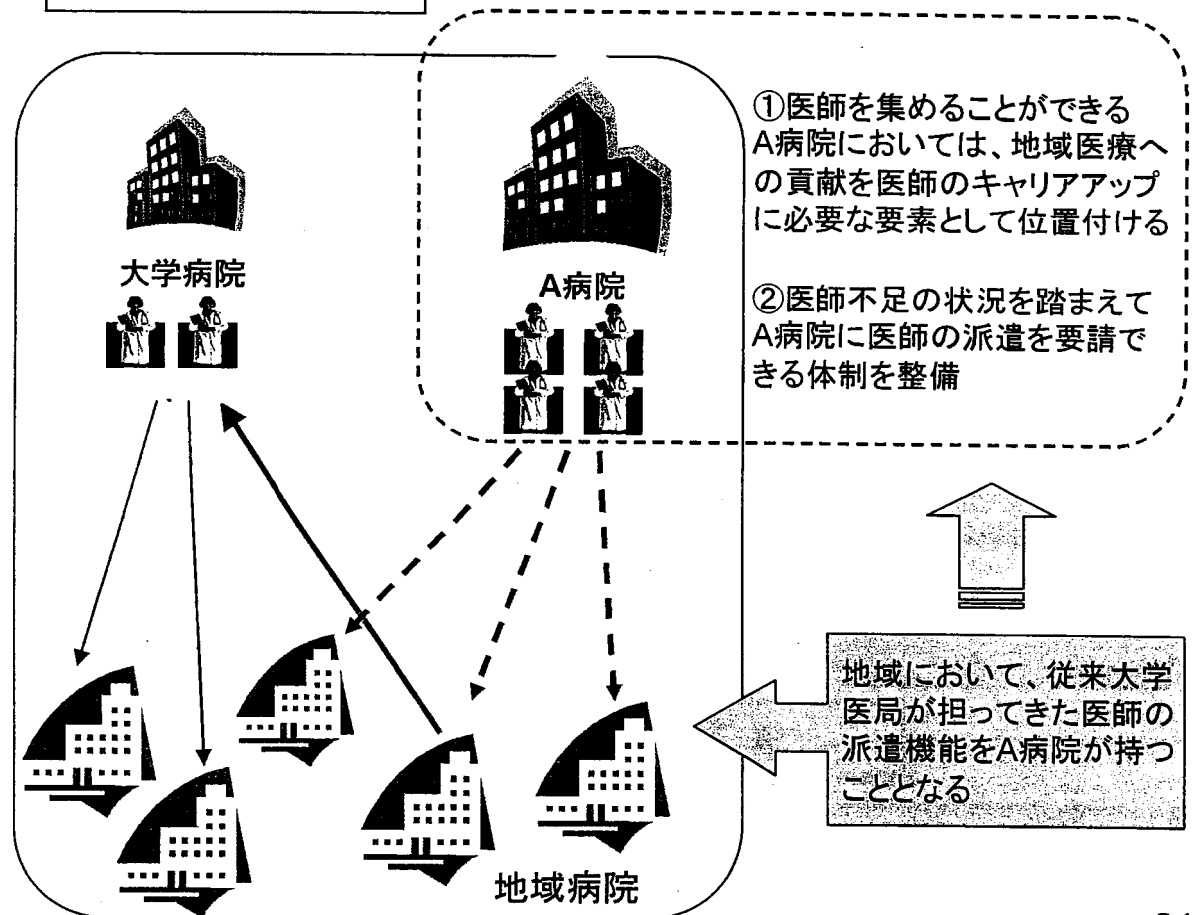
医師派遣機能に関する取組のイメージ

- 大学医学部の医局が従来担っていた地域の医療機関に対して医師を紹介する機能が弱まっている事情がある。
- 大学病院以外に医師を集めることができる魅力的な病院が存在する。

従来の医師の供給体制



取組のイメージ



医師派遣の例（長崎県ドクターバンク事業）

① 県内の離島に所在する市町からの要請



② 医師を全国的に公募して、長崎県職員として採用



③ 県内の離島診療所に派遣

【特徴1】 県職員（常勤の地方公務員）として採用し身分を保証

○給 与：市町村が支給（1,600万円程度／年（免歴10年））

○退職金：県が支給

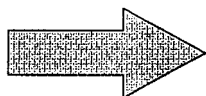
【特徴2】 有給の長期自主研修を保証

○給 与（自主研修期間）：市町村が支給（1,200万円程度／年（同上））

○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。
これを繰り返す（2単位まとめて、3年間勤務後、1年間の自主研修も可）。

【特徴3】 24時間365日支援

○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、
派遣医師の相談にいつでも応じる（必要に応じ、診療応援や代診医としての支援も）。



上記特徴により、離島勤務に際しての不安（専門外対応、離島勤務長期化、最新医学からの遅れ）を解消。現在までに5名の採用・派遣実績（16年4月～）。



医師派遣の例（宮崎県医師派遣システム事業）



- ①平成18年度から県職員として医師を採用
- ②2年間地域医療に従事すると最長半年間の長期研修が取得できる

【特徴1】勤務ローテーション

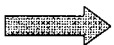
- 勤務ローテーションは、原則として4年間で1単位
- 2年間へき地病院勤務した場合、本人の希望する長期研修（半年を上限）に取り組める
- 残りの1年半は、県立病院等で勤務

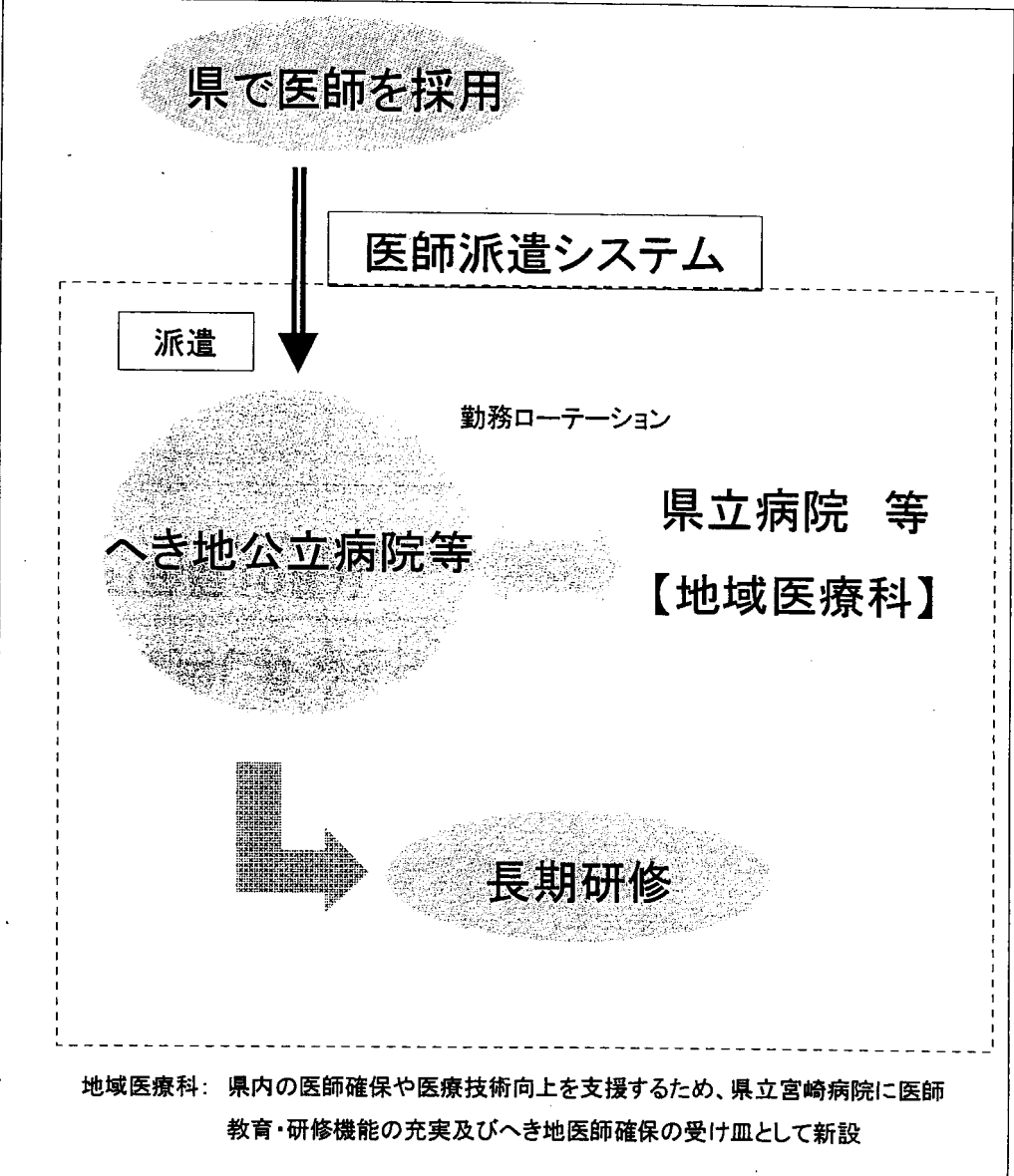
【特徴2】長期研修制度

- 長期研修は半年間を上限として、医師本人の希望を反映し、先進的な取り組みを行っている病院や研究機関等で研修を行うことができる。

【特徴3】身分及び財政負担

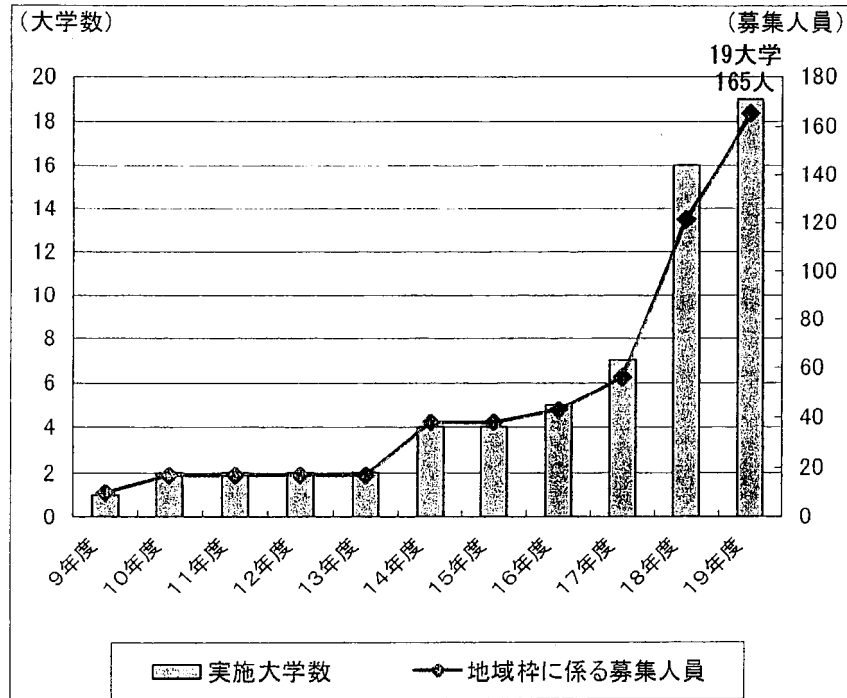
- 県職員として採用
- 4年間のローテーション期間のうち、市町村派遣期間の2.5年間は市町村が、県立病院に勤務する1.5年間については、県が、それぞれ人件費を負担
- 研修経費は県が全額負担

 今後4カ年をかけて6名の医師を確保予定
現在1名採用し、H19年4月から派遣



医学部医学科における地域を指定（地域枠）した入学者選抜について

文部科学省資料



都道府県名	区分	大学名	入学定員	うち地域枠募集人員	導入年度
北海道	公立	札幌医科大学	100人	20人	9年度
青森県	国立	弘前大学	80人	20人	18年度
岩手県	私立	岩手医科大学	80人	5人	14年度
秋田県	国立	秋田大学	95人	5人	18年度
福島県	公立	福島県立医科大学	80人	8人	16年度
富山県	国立	富山大学	90人	8人	19年度
長野県	国立	信州大学	95人	10人	17年度
三重県	国立	三重大学	100人	10人	18年度
滋賀県	国立	滋賀医科大学	85人	7人	10年度
和歌山県	公立	和歌山県立医科大学	60人	6人	14年度
鳥取県	国立	鳥取大学	75人	5人	18年度
島根県	国立	島根大学	85人	10人	18年度
		島根大学（3年次編入学）	10人	3人	19年度
山口県	国立	山口大学	85人	10人	19年度
香川県	国立	香川大学	90人	10人	18年度
愛媛県	国立	愛媛大学	90人	5人	18年度
佐賀県	国立	佐賀大学	95人	8人	17年度
大分県	国立	大分大学（2年次編入学）	10人	3人	19年度
宮崎県	国立	宮崎大学	100人	10人	18年度
鹿児島県	国立	鹿児島大学	85人	2人	18年度
計		19大学	1,590人	165人	

注1) 地域枠募集人員は、島根大学及び大分大学の編入学を除き、全て推薦入学枠である。また、「〇〇人程度」「〇〇人以内」を含む。

注2) 平成14年度から、札幌医科大学は10人→20人に変更。

平成18年度から、福島県立医科大学は5人→8人に変更。

平成19年度から、弘前大学は15人→20人に、信州大学は5人→10人に、三重大学は5人→10人に、島根大学は5人→10人に変更。

地域枠と連動した県の奨学金制度の例

地域枠			奨学金制度				
大学名 (入学定員)	募集人員	応募資格	実施主体	対象者	対象人数	貸与額	返還免除
国立・秋田大学 (95人)	推薦入学枠30人 のうち5人	<ul style="list-style-type: none"> 県内高等学校卒業見込者で、 卒業後県内の医療機関への就職を希望する優秀な者 	秋田県	県内の高等学校出身者で、将来県内の公的医療機関等に勤務する意思がある者	10人 (うち地域枠入学者5人)	入学料相当額: 28万2千円 月額貸与額: 15万円	貸与期間の1.5倍の期間、県内の公的医療機関等において医師の業務に従事等の条件を満たす場合、全額免除
国立・鳥取大学 (75人)	推薦入学枠15人 のうち5人以内	<ul style="list-style-type: none"> 県内高等学校卒業生又は卒業見込者で、 県内の地域医療に貢献したい強い意志を持つ、優秀な者 	鳥取県	地域枠入学者	5人以内	月額貸与額: 12万円	貸与期間の1.5倍の期間内に、貸与期間、知事が定める病院等において医師の業務に従事等の条件を満たす場合、全額免除
国立・鹿児島大学 (85人)	2人 (推薦入学枠すべて)	<ul style="list-style-type: none"> 県内高等学校卒業生又は卒業見込者で、 県の地域医療、特に離島へき地診療に従事しようとする強い意欲と情熱を持つ、高等学校長が責任をもって推薦できる、優秀な者 	鹿児島県	地域枠入学者	2人	入学料:28万円 授業料:52万円 /年 生活費:7万5千円 /月 図書費:20万円 /年(4~6年次)	3年間、県内のへき地医療機関等において医師の業務に従事等の条件を満たす場合、全額免除

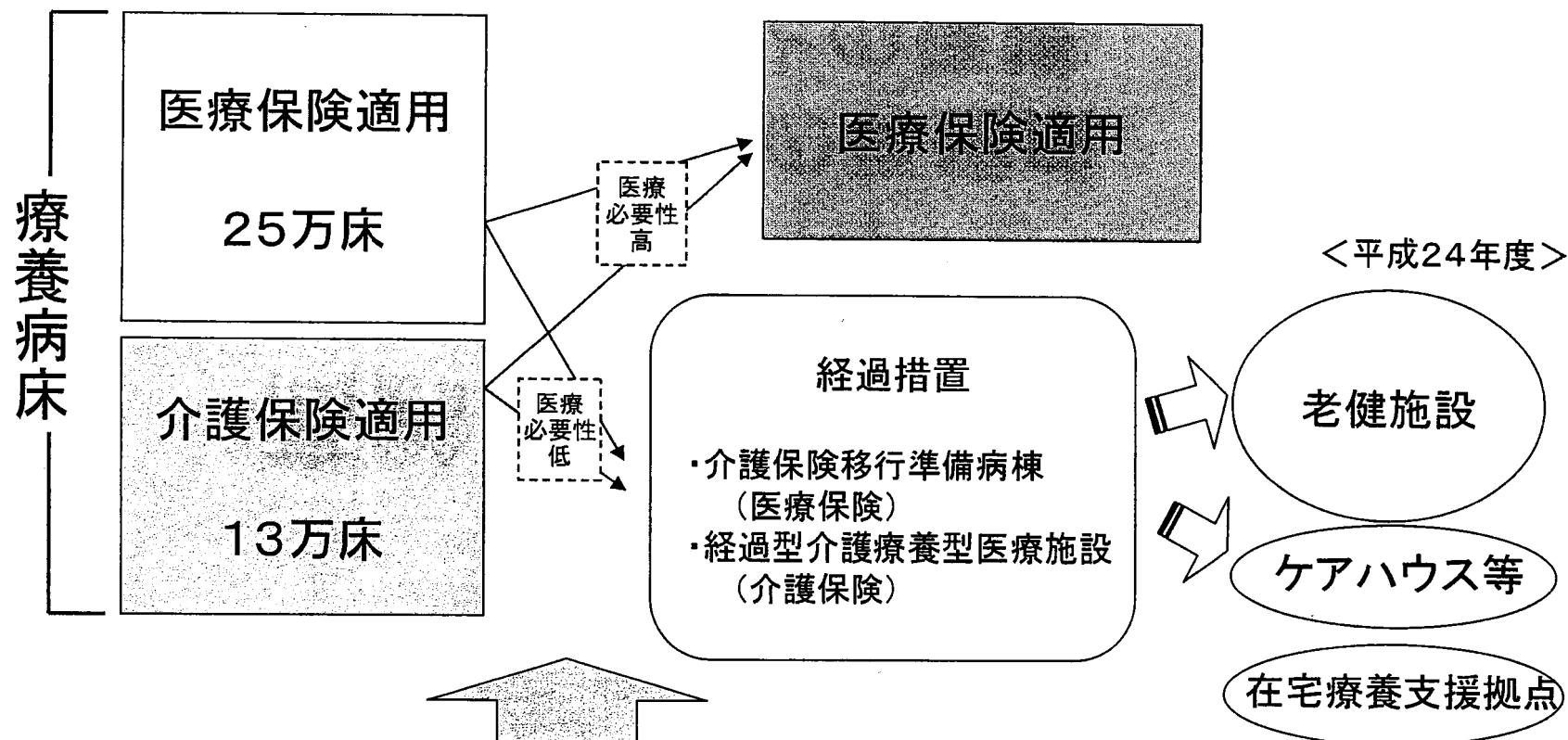
高齢者の生活を支える体制

- ・療養病床の再編成
- ・住宅政策との連携
- ・高齢者総合的機能評価

療養病床の再編成について

再編成は次のような形で進めます。

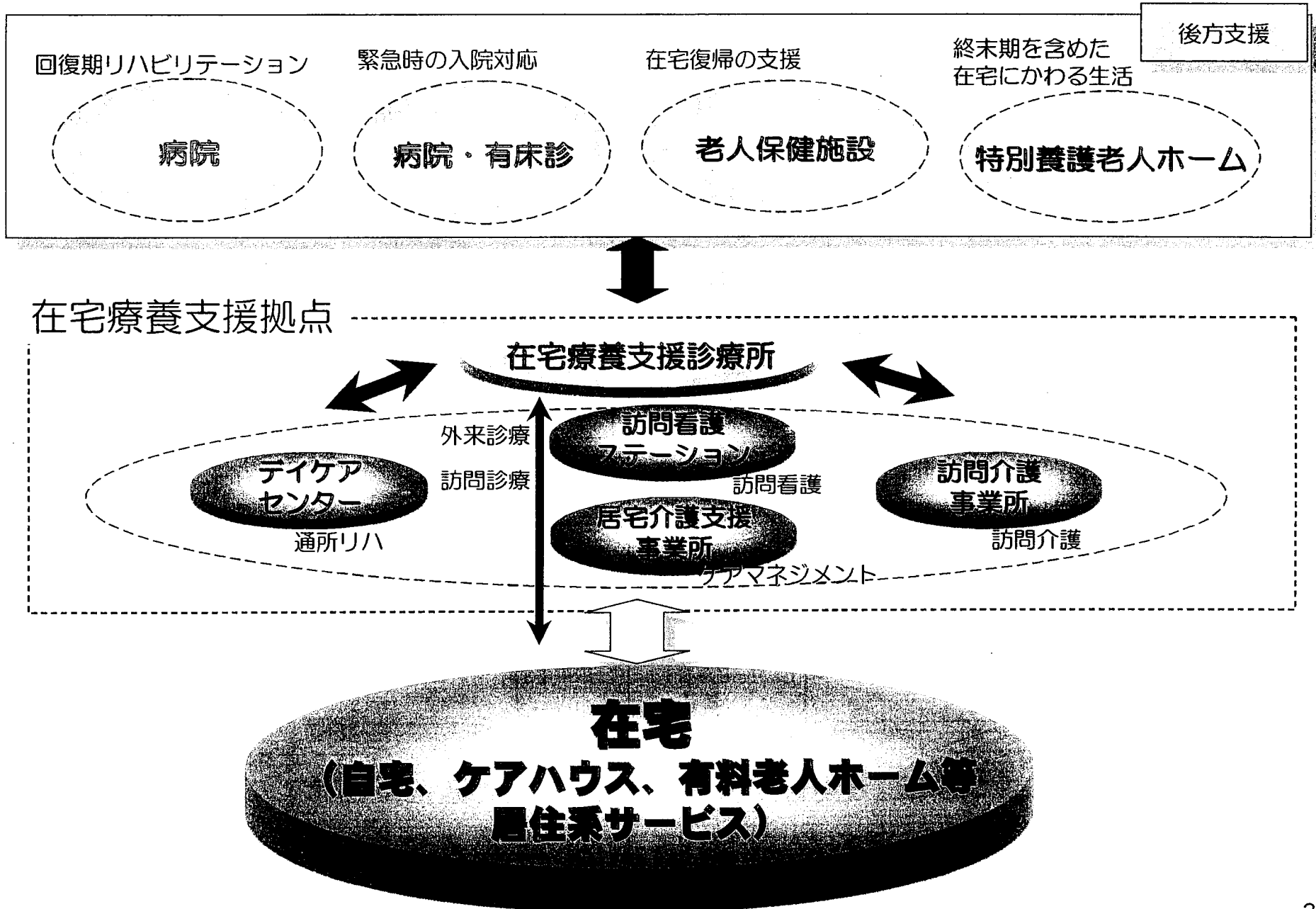
- ① 療養病床は全部廃止されるのではなく、医療サービスの必要性の高い方を対象とした医療療養病床は存続します。
- ② 介護療養病床の廃止は平成23年度末であり、その間に老健施設等への転換を進めます。
- ③ 療養病床の再編成を踏まえ、地域のサービスニーズに応じたケア体制の整備を計画的に進めます。



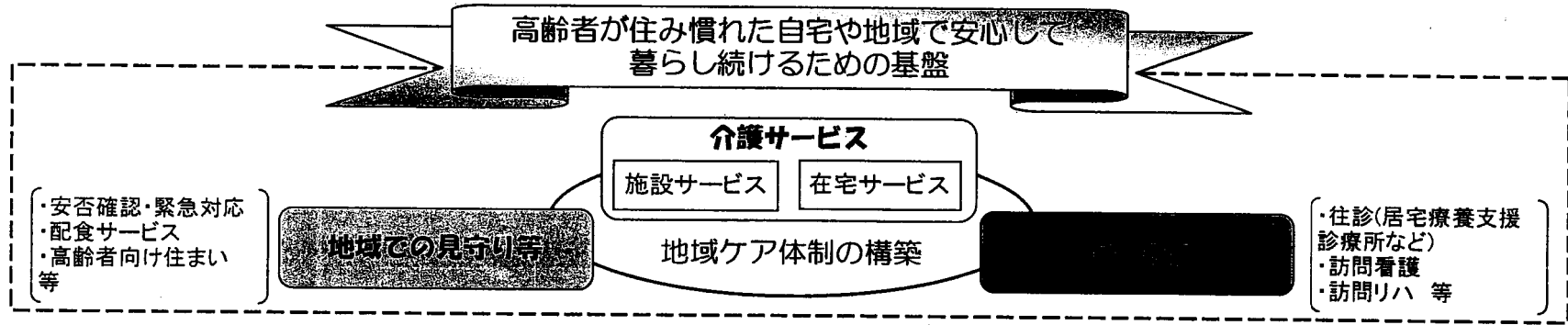
平成18年度の介護報酬・診療報酬改定

※ 介護療養型医療施設の廃止(平成24年3月)

在宅療養支援拠点イメージ～地域で支えるケアの構築～



地域ケア体制整備構想のイメージ



踏まえて検討

H47に向けた地域ケアの将来像

高齢化の進展

- ・後期高齢者の増加
- ・単身世帯の増加
- ・夫婦のみ世帯の増加
- ・中重度者の増加

+

高齢化の進んだ集合住宅

高齢化の進んだ過疎地域

長期ワークシート

地域における介護、見守り等の望ましい将来像

- ・施設・居住系サービス
- ・在宅サービス
- ・見守り、住まい
- ・在宅医療

実現に向けて必要な施策等

H23までの介護サービス等の見込みと確保方策

第3期計画でのサービス見込み量

+

直近の給付実績

+

療養病床転換に伴い生ずる所要サービス見込み量

短期ワークシート

再編成期間(H19~H23年度)の各年度のサービス量見込み

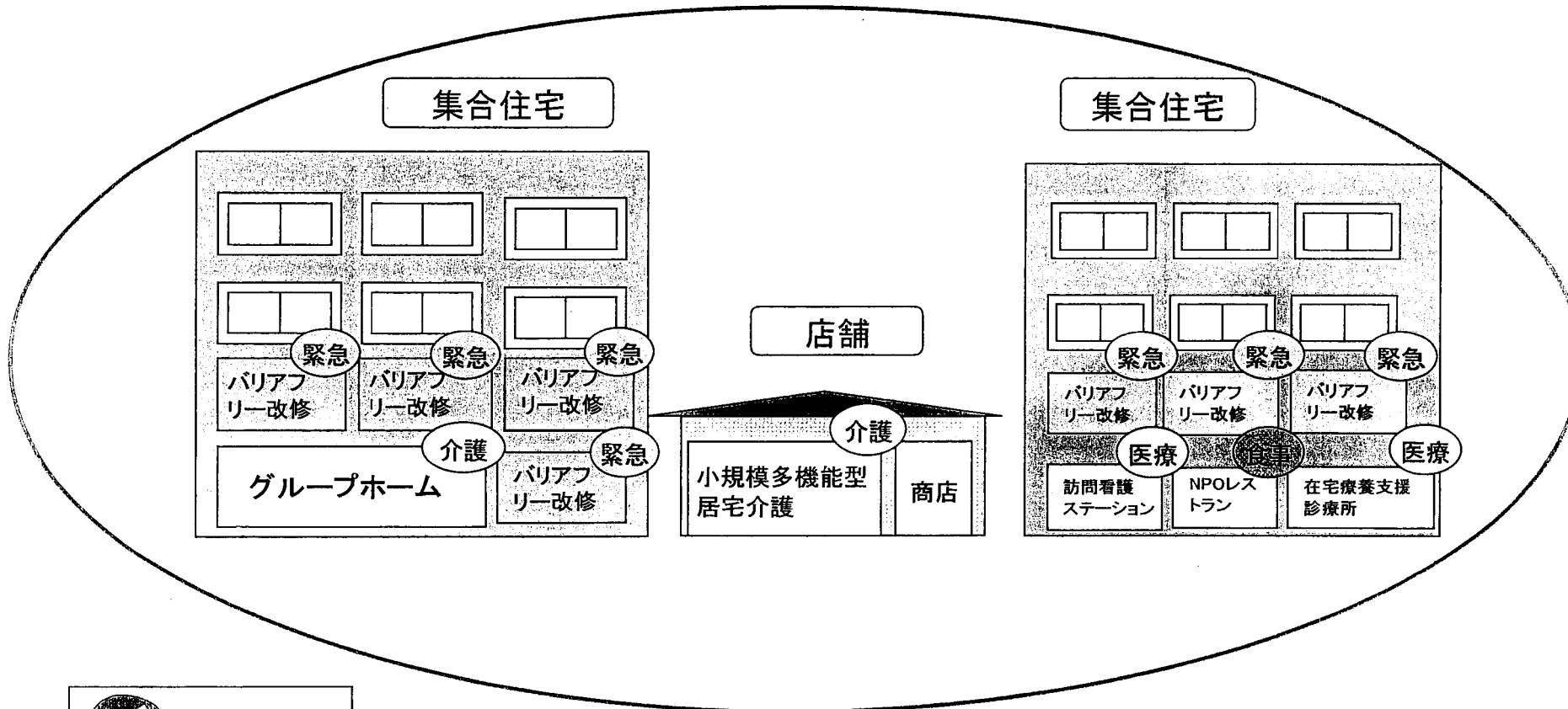
- ・施設・居住系サービス
- ・在宅サービス
- ・住まい等

H23までのサービス量の確保方策

療養病床転換推進計画

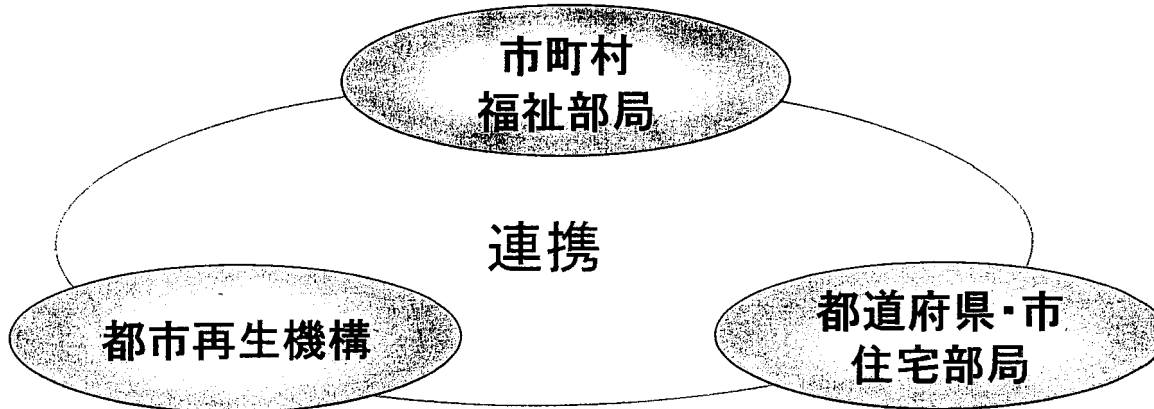
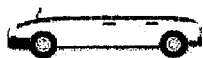
- ・現状と課題
- ・各年度・各圏域の療養病床転換推進計画
- ・転換支援(相談体制、支援措置)

住宅政策との連携のイメージ

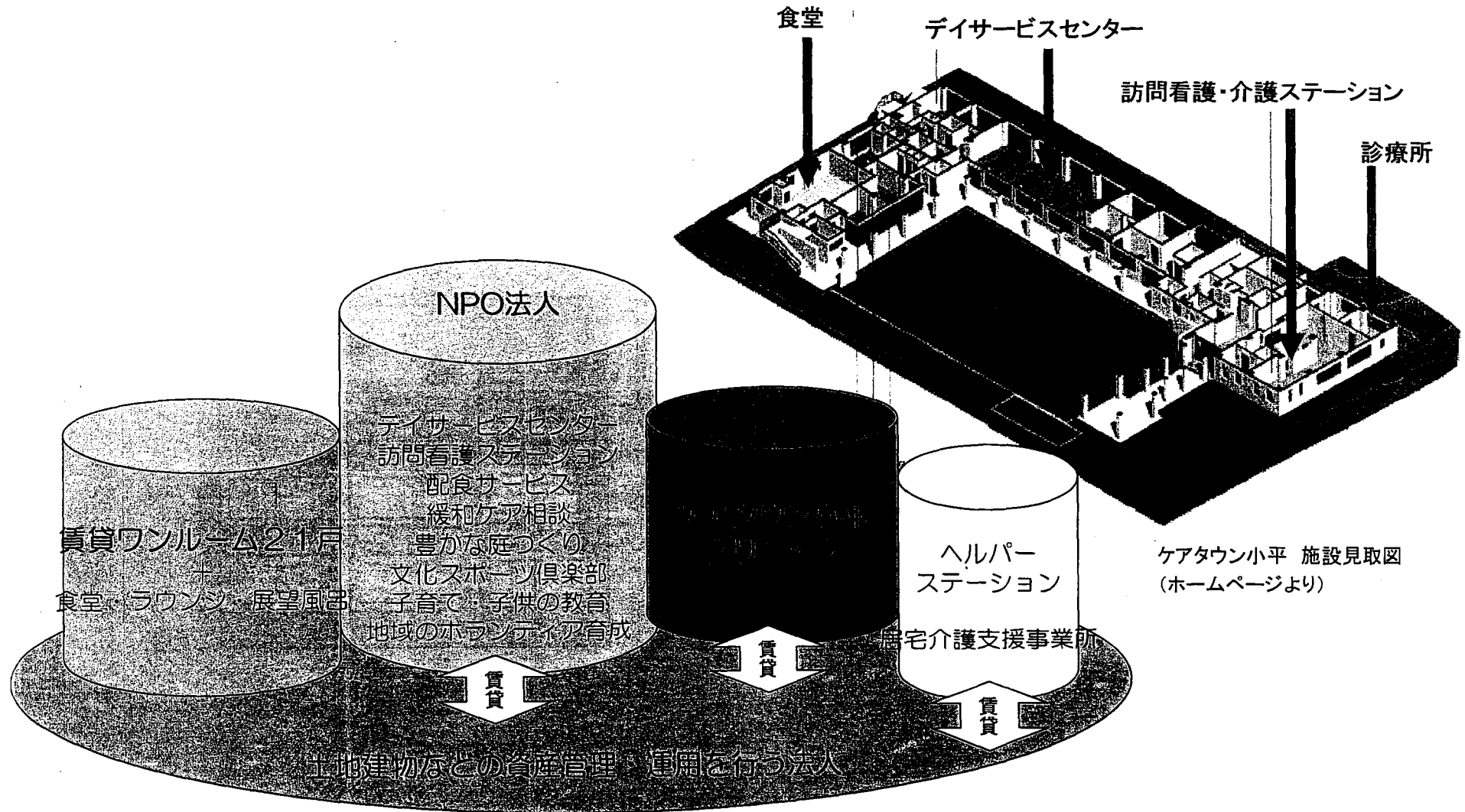


連携 ↑↓

タクシー会社



グループホーム、ケアハウスといった多様な住居の場での在宅医療の例



65歳以上人口に占める介護施設・ケア付き高齢者住宅の割合

○各国の高齢者の居住状況（定員の比率）（全高齢者における介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合）

日本（2005）	4.4%	※1 (0.9%)	介護保険3施設等 ※2 (3.5%)
スウェーデン（2005）※3	6.5%	※制度上の区分は明確ではなく、 類型間の差異は小さい。	
		サービスハウス等 (2.3%)	ナーシングホーム、 グループホーム等 (4.2%)
デンマーク（2006）※4	10.7%	プライエボリー・エルダボリー等 (8.1%)	
			プライエム等 (2.5%)
英国（2001）※5	11.7%	シェルタードハウジング (8.0%)	
			ケアホーム (3.7%)
米国（2000）※6	6.2%	アシテッド リビング等 (2.2%)	ナーシング・ホーム (4.0%)

※1 シルバーハウジング、高齢者向け優良賃貸住宅、有料老人ホーム及び軽費老人ホーム(軽費老人ホームは2004年)。

※2 介護保険3施設及びグループホーム

※3 Sweden Socialstyrelsen(スウェーデン社会省)聞き取り調査時の配布資料(2006)

※4 Denmark Socialministeriet(デンマーク社会省)聞き取り調査時の配布資料(2006)

※5 Elderly Accommodation Counsel(2004)「the older population」

※6 日本総合研究所「介護施設等の費用体系に関する総合調査報告書」(2004)

CGA (Comprehensive Geriatric Assessment : 高齢者総合的機能評価) について

