

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。

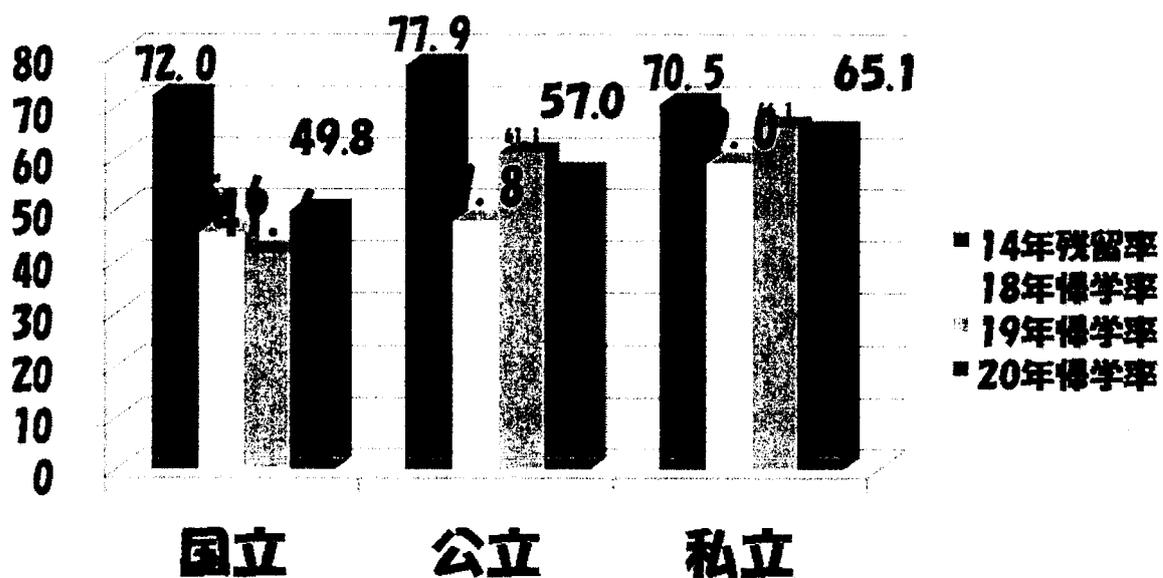
慎重な議論が必要である。

### (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）

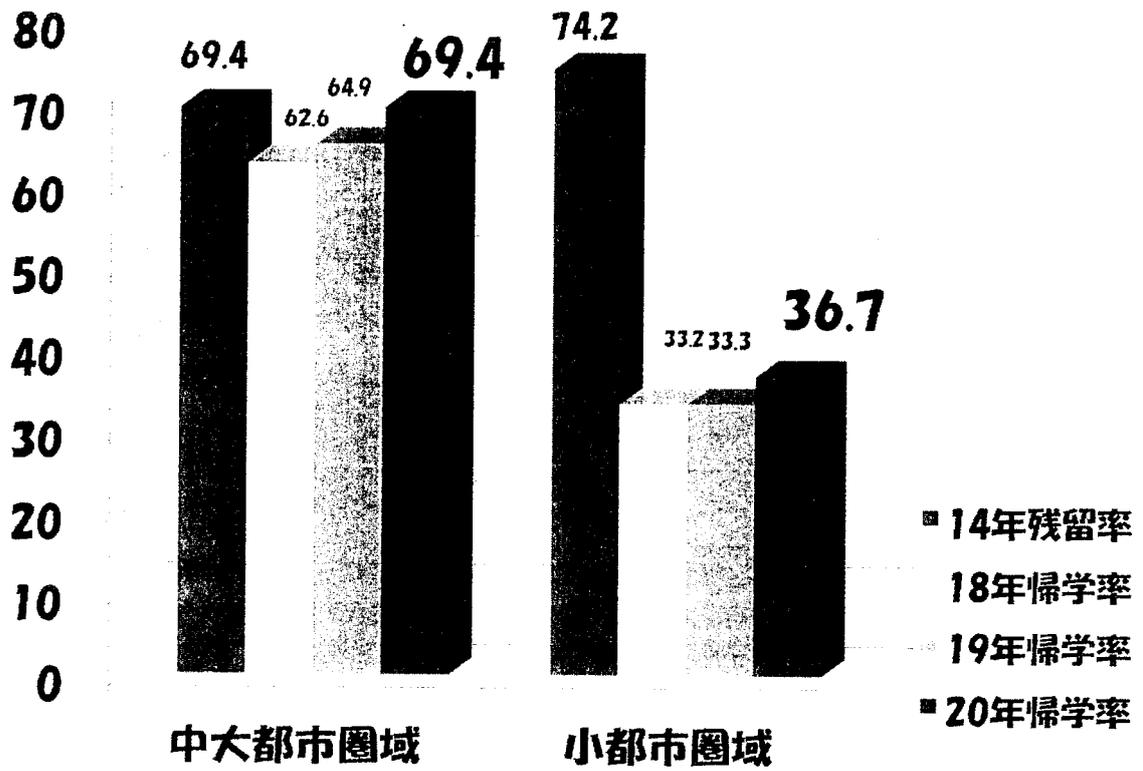
刑事罰から、ADR（裁判外紛争処理）、民事訴訟、行政処分へ。

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)

## 大学別臨床研修修了者帰学状況



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）



参考 3. 北里大学病院における研修医の志望診療科の分布

### 平成19年度、後期研修医の志望診療科(北里大学病院)

	北里研修終了者	他施設からの採用者	合計
消化器内科	3		3
内分泌代謝内科	3		3
循環器内科	5		5
神経内科	1		1
呼吸器内科	1		1
血液内科	4		4
精神神経科	2	4	6
皮膚科	4	2	6
放射線科	0	1	1
外科	1		1
整形外科	4		4
形成外科	0	4	4
眼科	3		3
耳鼻咽喉科	2		2
泌尿器科	1		1
産婦人科	3		3
小児科	3		3
麻酔科	1		1
救命救急センター部	2	2	4
総合診療部	1		1
合計	44	13	57

膠原病感染内科	0
心臓血管外科	0
呼吸器外科	0
脳神経外科	0
臨床検査部	0
病院病理部	0

参考 4. 医学生、研修医、医師の施設別分布（平成 14 年）

	大学病院	一般病院	診療所（開業）
医学生	100 %		
研修医	71.4%	28.6%	
20 代*	41.6%	57.1%	1.4%
30 代	30.2%	58.9%	11.0%
40 代	13.9%	50.5%	35.6%
50 代	6.9%	40.6%	52.5%
60 代	3.6%	31.6%	64.8%
(* 研修医を含む)		(厚生労働省資料より)	