平成19年度
厚生労働科学研究費補助金
政策総合科学推進研究事業
による研究報告書

医師の需給のあり方に関する研究

平成19年度　総括研究報告書

平成20年3月

財団法人　医療経済研究・社会保険福祉協会

IHEP 医療経済研究機構

主任研究者　本田　達郎

目　次

Ⅰ．総括研究報告書

医師の需給のあり方に関する研究　---------- 1
本田　達郎

II．分担研究報告書

１．医師の偏在に関する勤務医・研修医へのアンケート調査　------- 7
佐野　洋史、新野　由子、石橋　洋次郎

２．地域間の医師偏在に関するヒアリング調査　---------- 63
佐野　洋史、石橋　洋次郎、久保　統敬

３．診療科偏在に関するヒアリング調査　---------- 69
新野　由子、佐野　洋史、石井加代子、久保　統敬

４．医師の需給調整にかかわる民間人材紹介事業会社の実状
とその寄与のあり方に関する調査　---------- 93
新野　由子、立川　幸治、高橋　正樹

５．諸外国における医師の偏在対策に関する調査研究　---------- 107
石井加代子

６．スキルミックスに関する研究　---------- 127
新野　由子

厚生労働科学研究費補助金　政策科学総合研究事業（政策科学推進）
平成 19 年度総括研究報告書

「医師の需給のあり方に関する研究」

主任研究者　本田　達郎　財）医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構　研究主幹
分担研究者　開原　成允　国際医療福祉大学　大学院長
分担研究者　新野　由子　財）医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構　研究部　副部長
分担研究者　佐野　洋史　財）医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構　研究部　研究員
分担研究者　石井加代子　財）医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構　研究部　研究員

研究要旨

平成 17 年に行われた「医師の需給に関する検討会」以後、医師不足、特に地域の医師の偏在、診療科の医師の偏在が問題となっている。そのため、平成 19 年に政府・与党において「緊急医師確保対策について」が、またそれを受け同年、地域医療に関する関係省庁連絡会議において具体的対策が取りまとめられた。

本研究班では、特に医師の地域偏在や診療科の偏在に焦点をあて、勤務医、研修医に対するアンケート調査、都道府県の病院事業管理者、各診療科の医師等にヒアリング調査を行った。また、従来、大学の医局が果たしていた役割を民間会社が代替できるかという視点から、民間人材紹介事業会社のヒアリング調査も行った。さらに、諸外国の医師の偏在対策に関して、文献検討を行った。加えて、医師とコメディカルにおいての業務分担等に関して諸外国のスキルミックス（多職種が個々の能力、技能を強化し、業務分担によって患者の治療、ケアにあたることを意味している）に関する文献検討を実施した。

アンケート調査の結果、勤務医では「プライマリ・ケアをになう職場」よりも「難しい症例に当たれる職場」の方がいいとした者が過半数であったのに対し、研修医では、「プライマリ・ケアをになう職場」の方がいいとした者が過半数となっていた。また、医師の職場選択における要因の優先度合いを分析した結果、給与以外の非金銭的な要因が医師の職場選択に大きな影響を与えており、とりわけ勤務先の立地場所がへき地でないこと、診療について相談できる同僚医師がいることが、医師にとって重視される要因であることが明らかとなった。加えて、学会や研修会への出席といった医学知識・技術向上の機会が保障されることも、医師にとって重要な要因であることが示された。

これらの結果を踏まえ、①総合的医療を担える医師を養成する実践的プログラムの整備、②代診医派遣等の医師の支援体制の整備、③ワーク・ライフ・バランスに配慮した勤務体制の確立等の政策的インプリケーションが得られた。

また、諸外国の医師偏在対策への対応として、地方出身学生の優先的採用などは、医師本人の意向の尊重や都会志向への歯止めの観点からその有用性に期待できること、スキルミックスなども今後の取り組みへの参考となることが示唆された。

A．研究目的

我が国の医師需給政策は、昭和 40 年代までは、「１県１医大構想」による医師養成が行われ、昭和 50 年代以降は将来の医師過剰の推計に基づき医学部の入学定員削減が行われてきた。（別添：参考資料参照）

平成１７年に厚生労働省に設置された検討会報告書がまとめた「医師の需給に関する報告書（平成 18 年 7 月）」では、平成 34（2022）年にはマクロ的には医師の需給が均衡するとしている。

しかしながら、地域別や診療科別での医師の偏在という問題は、必ずしも是正の方向にあるとはいえず、様々な対策が取られているところである。

本研究では、特に医師の偏在に対する意識と、それを解消するための有効策を明らかにすることを目的とした。

この目的の実現のために、本研究は以下の 6 つの分担研究班によって構成されている。

・医師の偏在に関する勤務医・研修医へのアンケート調査
・地域間の医師偏在に関するヒアリング調査
・診療科偏在に関するヒアリング調査
・医師の需給調整にかかわる民間人材紹介事業会社の実状とその寄与のあり方に関する調査
・諸外国における医師の偏在対策に関する調査研究
・スキルミックスに関する研究

B．研究方法

詳細は各分担研究報告に譲ることとするが概要を述べる。

（１）「医師の偏在に関する勤務医・研修医へのアンケート調査」

調査協力を依頼した 130 病院のうち応諾をいただいた 31 病院の所属する医師、勤務医 2,436 人、研修医 1,227 人を対象に、①医師偏在の現状と対策、②勤務条件・職場環境、③職場選択要因についての考え方等を把握するためにアンケート調査を行った。

有効回答数は勤務医票 700 件（29%）、研修医票 264 件（22%）であった。

（２）「地域間の医師偏在に関するヒアリング調査」

都道府県の病院事業管理者等を対象に、地域間医師偏在の状況、および具体的な対策を行う上での要点について整理することを目的として行った。

（３）「診療科偏在に関するヒアリング調査」

昨今、深刻な問題を抱える小児科、産婦人科、麻酔医に焦点をあてるとともに、医育機関も対象にし、それぞれの取り組みの現状を伺い今後の対策への示唆を得ることを目的とした。

（４）「医師の需給調整にかかわる民間人材紹介事業会社の実状とその寄与のあり方に関する調査」

医師の需給調整を従来行ってきた医局機能の衰退に伴い、人材派遣・人材紹介などの民間サービスが発展してきている。しかしながら、その実態がこれまで明らかにされていないため、本調査では４つの民間事業所の活動実態を知ることを目的とした。

（５）「諸外国における医師の偏在対策に関する調査研究」

アメリカ、イギリス、フランス、カナダ、オーストラリアにおける医師の偏在対策ついて文献検討を行った。

（6）「スキルミックスに関する研究」

スキルミックスに関する研究を進めるため、OECD（Organization for Economic Co-operation and Development）と ICM（International Council of Midwife）の報告書を用いて検討を行った。

C．研究結果

詳細は分担研究報告に譲ることとし、本研究班のテーマに沿って、結果の概要をまとめた。

（1）　アンケート調査の結果、勤務医では「プライマリ・ケアをになう職場」よりも「難しい症例に当たれる職場」がいいとした者が過半数であった。研修医では、逆に、「プライマリ・ケアをになう職場」の方がいいとした者が過半数であった。

また、医師の職場選択における要因の優先度合いを分析した結果、給与以外の非金銭的な要因が医師の職場選択に大きな影響を与えており、とりわけ勤務先の立地場所がへき地でないこと、診療について相談できる同僚医師がいることが、医師にとって重視される要因であることが明らかとなった。加えて、学会や研修会への出席といった医学知識・技術向上の機会が保障されることも、医師にとって重要な要因であることが示された。

（2）地域偏在に対するヒアリングでは、医師不足の地域を詳細に見ると様々なタイプに分かれることが明らかになった。また、へき地において提供すべき医療サービスの内容、高次の医療機関との連携がいかにあるべきかについて具体的な示唆を得ることができた。

（3）　診療科の偏在に対するヒアリングでは、行政と協力した小児救急医療体制の構築、産婦人科における助産師との協同による助産師外来の創設・運営、麻酔科におけるフリーランスとしての病院との契約による勤務、医育機関における各診療グループから構成された地域医療調整委員会の取り組みに関する話を聞くことができた。

（4）民間人材紹介事業会社に関しては、求職と求人の周辺情報からの情報収集力と編集力、発信力に富み、利用者からの支持を得て、社会的な機能を持ち始めている。また、これらの事業活動の多くは、非常勤医師の需要の調整に当てられており、その調整には、IT を用いたネット上、または携帯電話を用いることで、かつての医局をはるかに上回る情報処理やマッチング機能を可能にしていた。

（5）へき地勤務に対する対策からは、地方出身学生の優先的採用のような医師の自発的選択を尊重する政策に偏在解消の効果が期待されており、制度による強制などは効果が疑わしいことが伺えた。

（6）スキルミックスの文献調査では、先進国では積極的に上級看護師や助産師を活用しており、スキルミックスを導入している。また、医師と同様の治療提供が可能であり、費用対効果にすぐれていることが実証されている。

D. 考察　及び　E. 結論

へき地の医療機関は主にプライマリ・ケアをになうことになる。アンケート調査の結果、専門性の追求よりもプライマリ・ケアに関心がある研修医が過半数であったので、総合的医療を担える医師を養成する研修プログラムを整備し、地域医療の現場での研修も組み入れるなど実践的なスキームを策定することにより、若い医師の地域医療への意識が高

まるなど、その道へ進む医師の増加につながると期待できる。

また、医師の地域偏在の解消策として、給与以外の非金銭的な要因が医師の職場選択に大きな影響を与えており、学会出席の際の代診医派遣や遠隔医療システム等による他の専門医の連携など医師の支援体制の整備を行うことが有効であると考えられる。

さらに、民間人材紹介事業会社は今後も医師の流動化によってさらに成長していくと考えられ、今後の動向が注目されるところである。

女性医師の割合が年々高くなっていることや、ワーク・ライフ・バランスに配慮した勤務体制の確立が望まれる。しかしながら、このことが男性医師の努力の上に成り立っているのであれば長続きは難しく、今後、男女の両方を含めて検討されるべきであろう。

諸外国における文献調査では、医師の偏在対策について、論文及び政府系刊行物を収集し、医師のキャリアパスの流れに沿って偏在対策を整理するとともに、スキルミックスについての諸外国の動向を整理しており、我が国での偏在対策を検討する上で参考となると考えられる。

なお、調査結果から得られた各診療科、医育機関の取り組みについて考える際には、医療機関や地域の環境に差があることに留意が必要である。

F．健康危険情報

なし

G．研究発表

１．論文発表　計画中

２．学会発表　計画中

H．知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

１．特許取得　なし

２．実用新案登録　なし

３．その他　なし

参考資料　医療関連制度の沿革と医師需給に関する政府等の動向

改定年		医療関連（保険）制度等の沿革 改正等項目　及び　内容		「医師の需給」に関連する政府・検討会内容
1970年	昭和45年			「最小限必要な医師数を150人／人口10万人」とし、昭和60年を目途に、実現に向け医学部定員1,700人の増枠、6000人／年の医師の養成が必要であるとした。
1973年	昭和48年			「一県一医科大学」設置推進を開始した。
1981年	昭和56年			医学部定員数が、8360人となった。
1983年	昭和58年			医師数150人／人口10万人を実現した。
1984年	昭和59年			「将来の医師受給に関する検討委員会」が設置された。
1985年	昭和60年	第一次医療法改正	「医療計画」の創設	
1986年	昭和61年	老人保健法改正	(1)老人本人の一部負担増額 (2)保険加入者按分率の変更 (3)老人保健施設の建設	「将来の医師受給に関する検討委員会」のとりまとめ 将来的に医師数は過剰（2025年には1割程度過剰になる）になると推計し、医学部定員枠を最低限1割程度削減することを提言した。僻地医療、救急医療では未だ医師は不足、単に医師数を増やすだけでは解決しないとの見解を示した。
1988年	昭和63年	国保法改正	高額医療費についての市町村における運営の安定化	
1991年	平成3年	老人保健法改正	老人訪問看護制度	
1992年	平成4年	第二次医療法改正	特定機能病院制度・療養型病床群制度(現在は、療養病床という）の導入	
1993年	平成5年			医師数の削減率10%を目標としたが、7.7%を達成した。
1994年	平成6年	健保法改正 がん克服新10か年戦略	入院時食事療養に係る給付の見直し、付添看護の解消	「医師受給の見直し等に関する検討委員会」は、将来医師が過剰になるとの推計結果を得たため、若干の期間をおいて推計値を検証し、必要であるとすればその適正化のための対策を立て、できるだけ速やかに実行することが望ましい」と提言した。
1997年	平成9年	第三次医療法改正 介護保険法成立	介護保険の導入に備え診療所にも療養型病床群を認め、地域医療支援病院や特別医療法人を創設	医師数を抑制する旨の閣議決定がなされた。 「医師の需給に関する検討会」設置された。
1998年	平成10年			報告書で「地域的にみて不均衡がみられるものの、未だ過剰な事態に至っていないが、診療所医師数の増加がある程度続いた後は医師の過剰問題がより一層顕在化し始める」との認識を示した。
2000年	平成12年	介護保険制度の導入 医師法改正	福祉サービス方式から社会保険方式への転換 臨床研修の必修化	
2001年	平成13年	第四次医療法改正	病床区分見直し（療養病床と一般病床の区分）、医療情報提供の推進、臨床研修の必修化	
2002年	平成14年	健保法改正	7割給付で各種保険間の給付を統一	
2004年	平成16年	新医師臨床研修制度 第三次対がん10か年総合戦略	国試合格後2年間の臨床研修の必修化	「地域医療に関する関係省庁連絡会議」において、へき地を含む地域における医師の確保等の促進について、医師の養成・就業の実態、地域や診療科による偏在等を総合的に勘案し、平成17年度中を目途に医師の需給見通しの見直しを行う。」とされた。
2005年	平成17年	市町村合併 介護保険法改正 医療制度改革大綱	公立企業等の地方独立行政法人化（非公務員型）、民営化等の推進 予防重視型システムへの転換等 安心・信頼の医療確保・予防の重視、医療費適正化の総合的な推進、新たな高齢者医療制度の創設	「医師の受給に関する検討会」が設置され、中間報告として、「医師確保対策」をとりまとめた。併行して、厚労省は、関係省庁連絡会議を開催し、「医師確保総合対策」を策定した。 「地域医療対策協議会」が創設されるなど制度面、予算、診療報酬での対応が行われた。
2006年	平成18年	第五次医療法改正 老人保健法改正 健保法改正 新医師確保総合対策	患者の視点に立った法構造の見直し、医療情報提供の推進、医療計画制度の見直し、医師確保対策等 高齢者の患者負担見直し、療養の負担見直し、乳幼児に対する自己負担軽減措置拡大	国会において、地域や診療科に関する医師の確保方策が大きな論点となった。
2007年	平成19年	緊急臨時的医師派遣システム稼働		「緊急医師確保対策について」が政府・与党でとりまとめられ、「緊急医師確保対策」が地域医療に関する関係省庁連絡会議において取りまとめられ、公表された。
2008年	平成20年	後期高齢者医療保険制度施行		

出典：厚生労働省HP（厚生労働白書等）、総務省HPより

厚生労働科学研究補助金　政策科学総合研究事業（政策科学推進）

平成 19 年度　医師の偏在に関する勤務医･ 研修医へのアンケート調査

分担研究者　佐野 洋史　（医療経済研究機構）
分担研究者　新野 由子　（医療経済研究機構）
協力研究者　石橋 洋次郎（医療経済研究機構）

【研究要旨】
勤務医・研修医を対象に、医師偏在の現状と対策、勤務条件、職場環境、職場選択要因についてのアンケート調査を実施し、集計・分析を通じて現場の医師の現状認識、許容範囲、価値意識、優先順位の傾向を把握するとともに、これらの結果から得られる政策的インプリケーションを例示した。

Ⅰ．調査の目的

我が国の医師需給政策は、昭和 40 年代までは「1 県 1 医大構想」による医師養成の強化がおこなわれ、昭和 50 年代以降は将来の医師過剰の推計に基づいて医学部の入学定員削減がおこなわれてきた。厚生労働省に設置された検討会がまとめた「医師の需給に関する報告書（平成 18 年 7 月）」では、平成 34 年（2022 年）にはマクロ的には医師の需給が均衡するとしている一方、地域別や診療科別での医師の偏在という問題は、必ずしも是正の方向にあるとは言えず、厚生労働省は関係省庁と連携して効果的な施策等を講じることが必要とされている。

本アンケート調査は勤務医及び研修医を対象として、①医師偏在の現状と対策、②勤務条件・職場環境、③職場選択要因 - についての考え方を把握するとともに、年齢や性別などの基本属性との関連性を考察し、医師の偏在を解消するための対策を検討する上での基礎資料を提供することを目的として実施した。

Ⅱ．調査の方法

研修医数が多い臨床研修病院を、（財）医療研修推進財団が公表している研修医数のデータを基にリストを作成し、医育機関以外から上位 100 病院、医育機関から上位 30 病院をリストアップして、合計 130 病院に調査協力を依頼した。

調査対象は、病院長・副院長・診療部長クラスを除いた勤務医、及び卒後初期臨床研修の研修医（１年次生・２年次生）であり、調査協力を依頼した 130 病院のうち応諾いただいた 31 病院に所属する医師にアンケート調査票を配布した。本アンケート調査は匿名で回答してもらっており、回収した調査票に個人情報は含まれていない。

＜調査票の配布数＞

- 勤務医： 2,436 人（医育機関を除く 26 病院）
- 研修医： 1,227 人（医育機関を含む 31 病院）

＜調査内容＞

■　基本属性

年齢、性別、配偶者の有無、勤務先の規模・地域、年収、夜間当直回数、診療科、医局への所属、大学からの派遣、親の職業、出身地、出身大学及び医局の所在地 等

■　現状あるいは対策について

・　へき地勤務を敬遠する理由
・　へき地での医師不足対策
・　研修医が診療科を選ぶ理由※1
・　診療科間の医師偏在対策
・　中堅勤務医の開業増加の理由※2
・　開業増加による医師不足対策※2

■　妥当と考える派遣年数等について

・　医学部地域枠の定員割合※1
・　妥当と考えるへき地派遣年数※2
・　へき地勤務義務付き奨学金額
・　奨学金付与期間と勤務義務期間

■　勤務条件に対する希望や許容の範囲

勤務時間、夜勤当直回数、学会への参加回数、研修会への参加回数、長期休暇の期間、年収、通勤時間 等

■　職場環境についての考え方

勤務先の所在地、地域住民との関係、ワーク・ライフ・バランスへの配慮、診療の内容、コメディカルとの協働、勤務先でのポスト、施設・設備の充実度、勤務先の経営状況

■　職場選択における要因の優先度合い

※１．研修医票のみにある設問
※２．勤務医票のみにある設問

Ⅲ．調査の結果と考察

１．回収状況

調査票の回収状況を以下に示す。有効回答数は、勤務医票で 700 件、研修医票で 264 件の有効回答を得た。

	配布数	有効回答数	有効回答率
勤務医票	2,436	700 （731）	29% （30%）
研修医票	1,227	264	22%

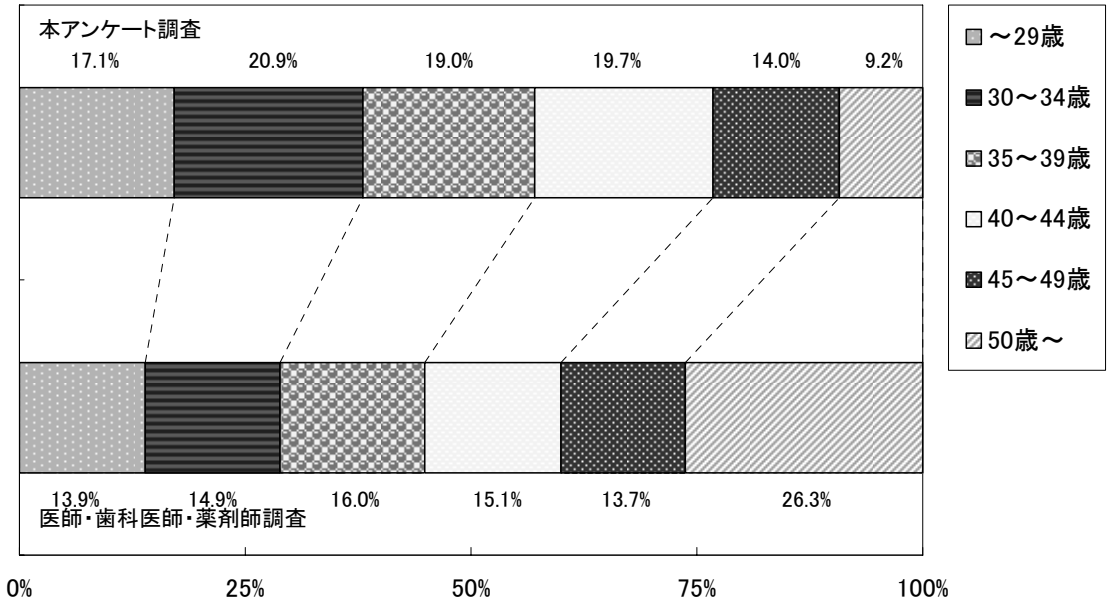
※．カッコ（）内の数字は、「Ⅲ．７．職場選択における要因の優先度合い」のコンジョイント分析において有効票と判断された回答数を示している。

２．基本属性の分布

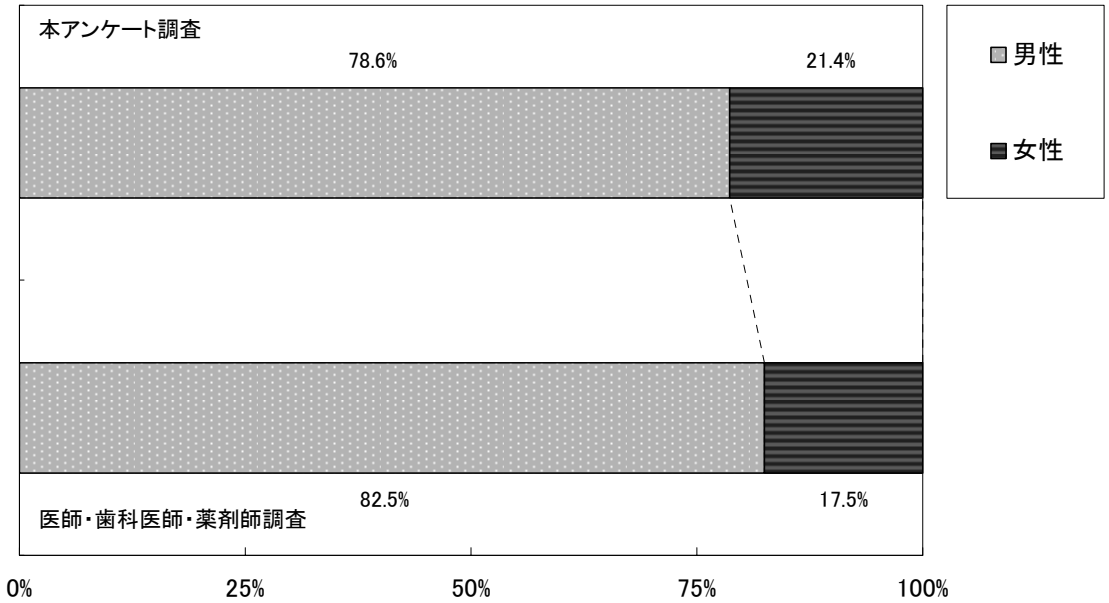
有効回答（勤務医票 700 件、研修医票 264 件）における、年齢や性別等の基本属性の分布を整理した。勤務医の年齢別の医師数構成割合を、「医師・歯科医師・薬剤師調査」※と比較した結果を図表 1 に、性別の医師数構成割合を比較した結果を図表 2 に示す。

勤務医の調査対象は病院長・副院長・診療部長クラスを除いているので、44 歳以下の年齢階級で本アンケート調査の医師数構成割合が高くなっており、一般に年齢階級が低いほど女性医師の割合が増えることから、女性医師の割合も本アンケート調査の方が高くなっていると考えられる。　※病院の勤務者（医育機関附属の病院を除く）の医師数構成割合、平成 18 年。

図表 1　年齢別の医師数構成割合（勤務医）



図表 2　性別の医師数構成割合（勤務医）

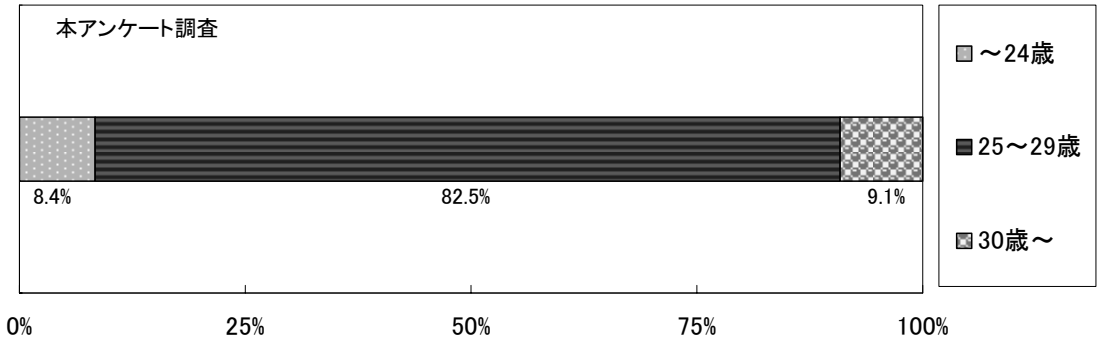


研修医の年齢別の医師数構成割合を図表 3 に、性別の医師数構成割合を図表 4 に示す。

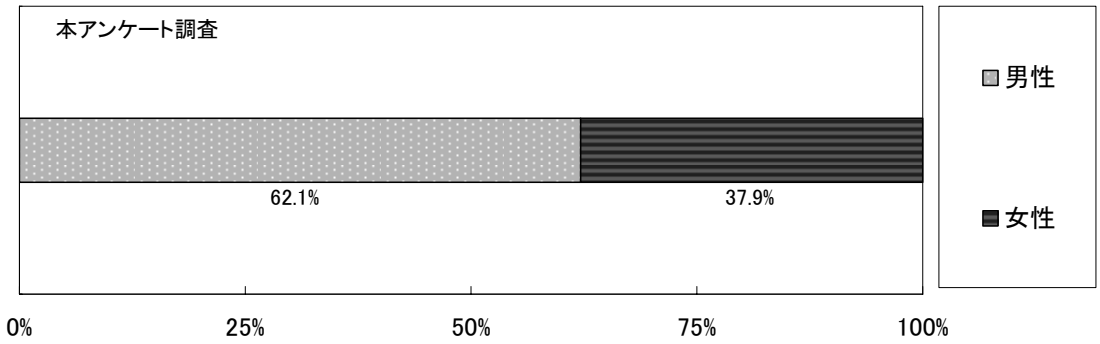
卒後の初期臨床研修の研修医（１年次生・２年次生）では 29 歳以下が 90.9%、女性が 37.9%となっていた。

年次別の医師数構成割合を図表 5 に示す。２年次生が 53.4%とやや多くなっているものの、１年次生の回答数と２年次生の回答数はほぼ同数といえる。

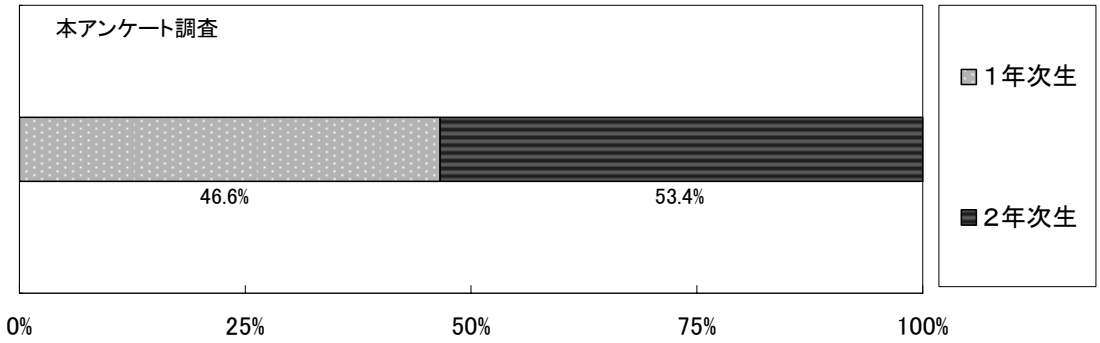
図表 3　年齢別の医師数構成割合（研修医）



図表 4　性別の医師数構成割合（研修医）



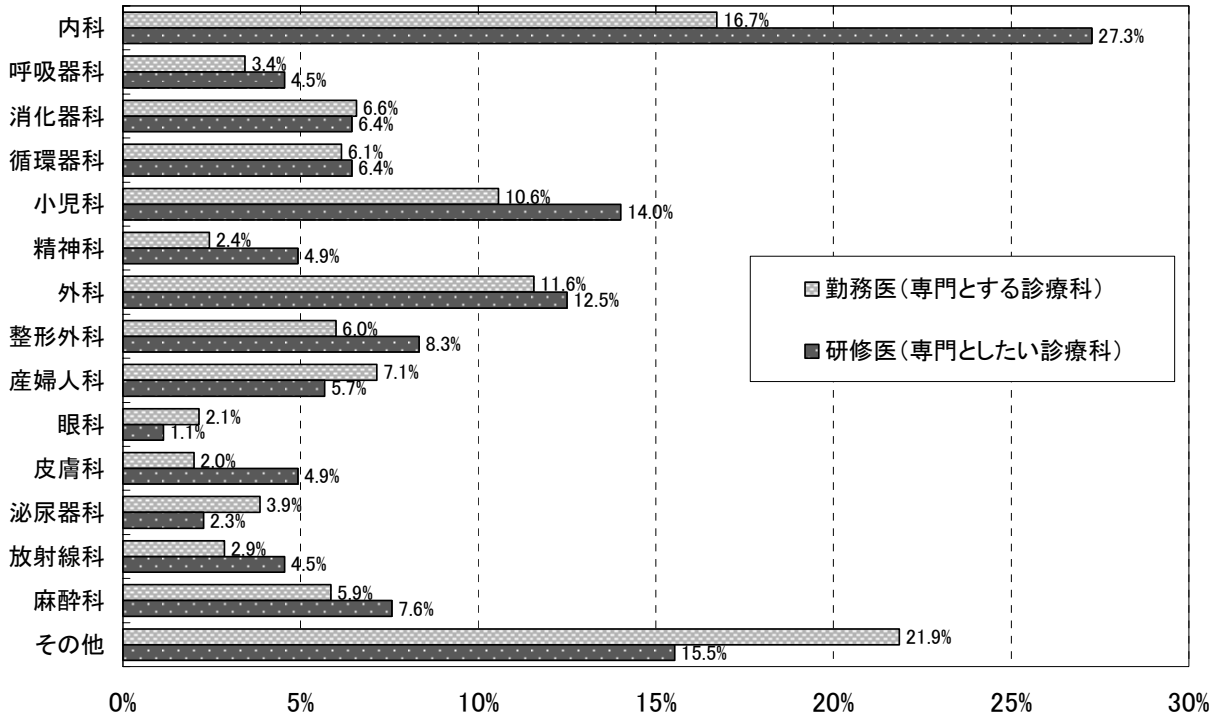
図表 5　年次別の医師数構成割合（研修医）



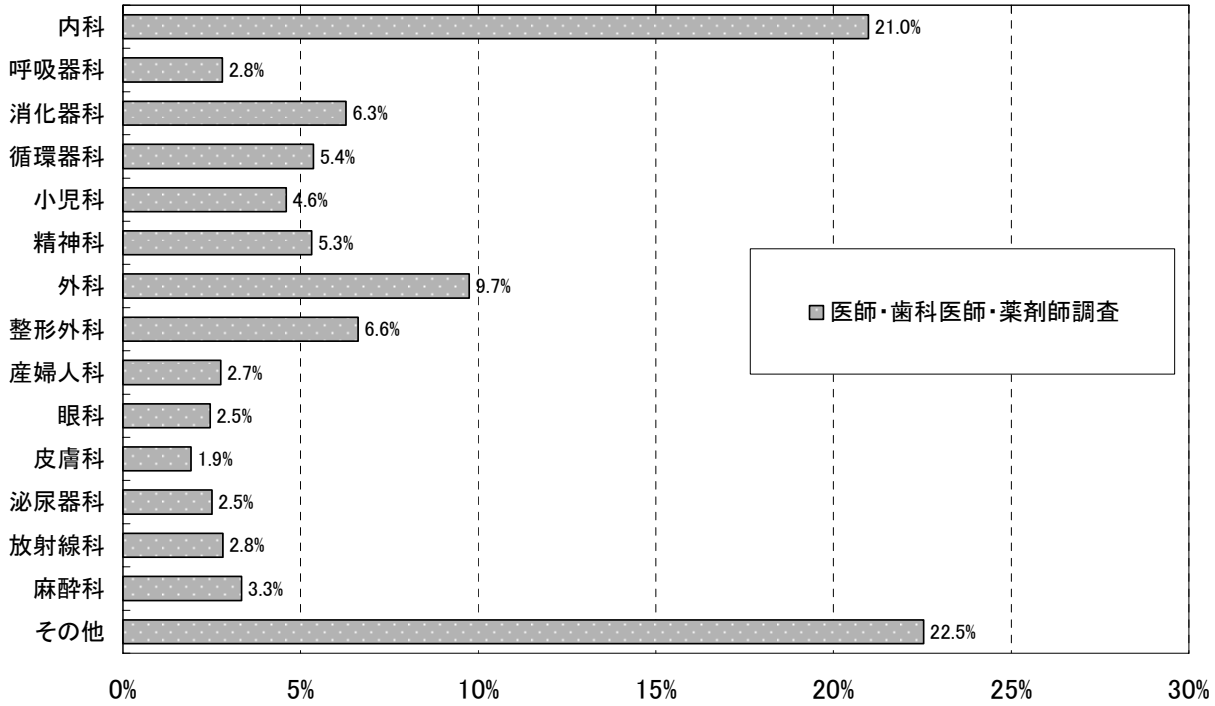
本アンケート調査での診療科別の医師数割合を図表 6 に、医師・歯科医師・薬剤師調査での病院における診療科別の医師数割合を図表 7 に示す。

医師・歯科医師・薬剤師調査では、小児科に従事している病院の医師が 4.6%となっているのに対して、勤務医で小児科と回答した医師は 10.6%、研修医では 14.0%と高くなっている。産婦人科でも同様に、本アンケート調査での医師数割合の方が高くなっている。

図表 6　診療科別の医師数割合（勤務医・研修医）



図表 7　診療科別の医師数割合（医師・歯科医師・薬剤師調査）



３．現状あるいは対策について

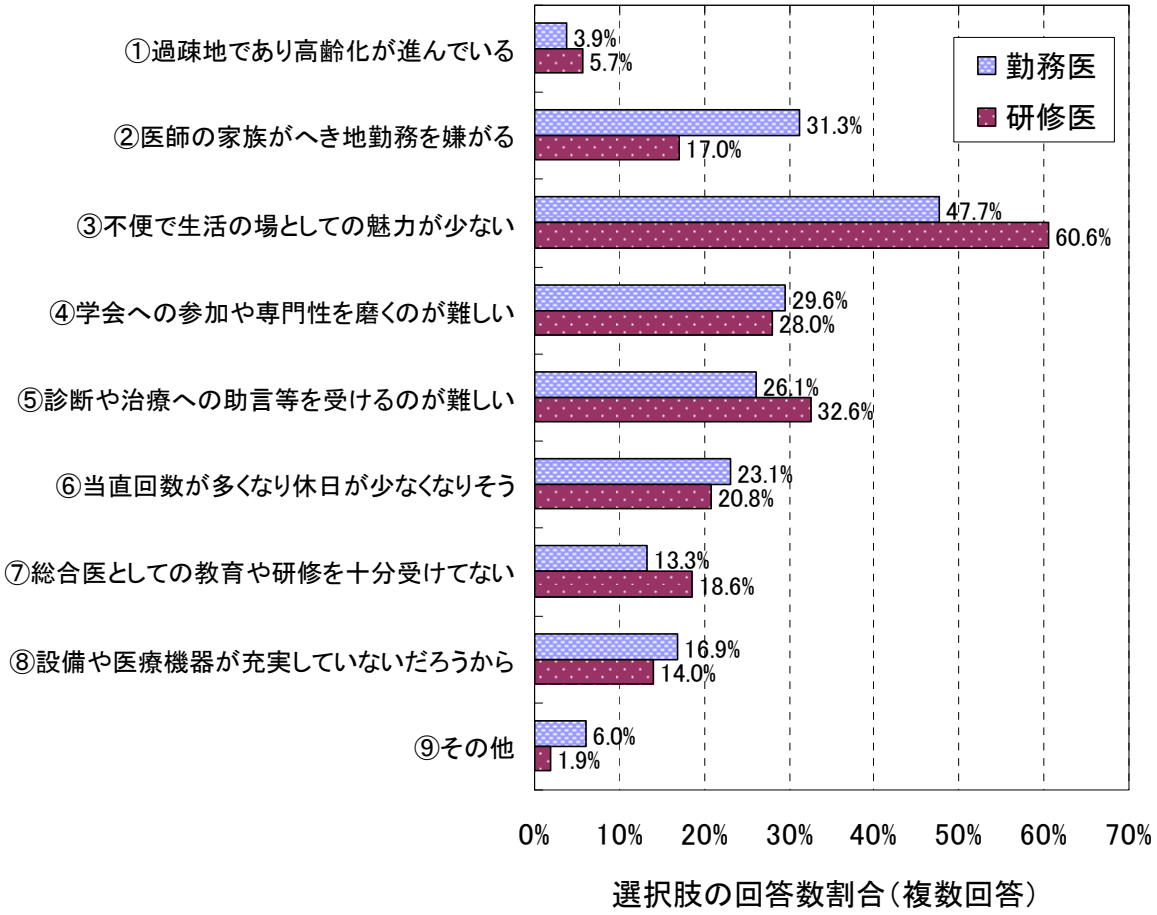
医師の偏在の現状あるいは対策について回答を集計した結果を以下に示す。回答は選択肢を 2 つまで選んでもらっているので、回答割合の合計は 200%に近い値になっている。

へき地での勤務を敬遠する理由と考えられるものについての集計結果を図表 8 に示す。勤務医、研修医ともに「③不便で生活の場としての魅力が少ない」が最も多くなっている。

勤務医では「②医師の家族がへき地勤務を嫌がる」が 31.3%と次いで多くなっているが、研修医では 17.0%とそれ程多くなかった。配偶者がいる人の割合が勤務医で 73%、研修医で 14%となっており、研修医のほうが独身者の割合が非常に高くなっていることが影響していると考えられる。

一方、研修医では「⑤診断や治療への助言等を受けるのが難しい」が 32.6%と次いで多くなっている。勤務医でも 26.1%と 4 番目に多くなっているが、それよりも「④学会への参加や専門性を磨くのが難しい」が 29.6%と若干多くなっている。

図表 8　医師がへき地での勤務を敬遠する理由と考えられるもの（勤務医・研修医）



へき地での医師不足の対策として有効と考えるものについての集計結果を図表 9 に示す。勤務医、研修医ともに「⑩へき地勤務にみあうように給与を手厚くする」が最も多くなっており、次いで「⑥ローテーション勤務体制を確立する」が多くなっている。また、勤務医、研修医ともに「⑦最新の高度な医療機器を導入する」が最も少なくなっており、勤務医で 1.4%、研修医で 1.5%と非常に少ない。

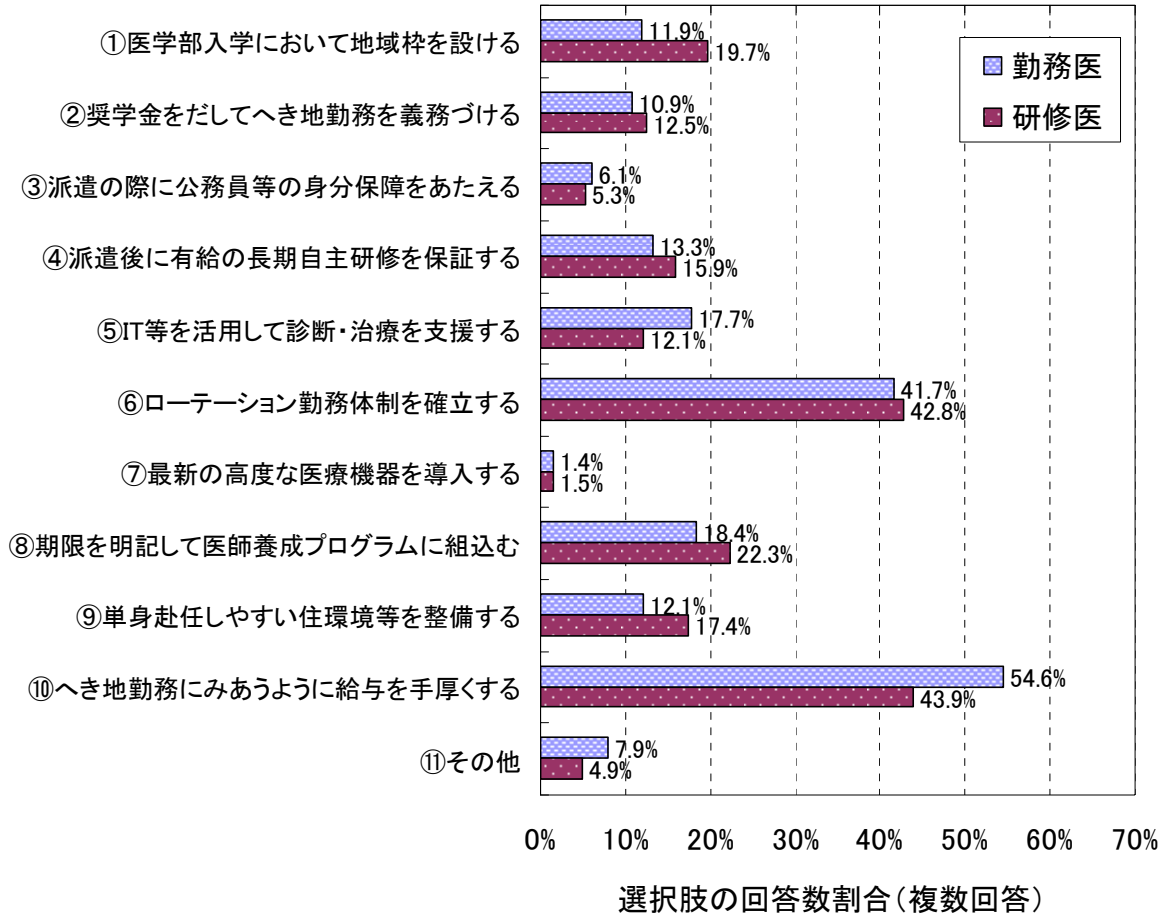
勤務医では「①医学部入学において地域枠を設ける」が 11.9%となっているのに対して、卒後まもない研修医では 19.7%と 7.8 ポイント高くなっている。

一方、勤務医では「⑤IT 等を活用して診断・治療を支援する」が 17.7%となっているのに対して、研修医では 12.1%と 5.6 ポイント低くなっている。

文部科学省では、医師不足地域での勤務を盛り込んだ医師養成プログラムを構築した大学病院に対して、補助金による財政支援を平成 20 年度から開始する予定であり、医師養成プログラムに医師不足地域での研修期間を明記しておくことが大切であるとしている。

本アンケート調査で、「⑧期限を明記して医師養成プログラムに組込む」という対策が有効であると回答した医師は、勤務医で 18.4%、研修医で 22.3%と比較的多くなっていた。

図表 9　へき地での医師不足の対策として有効と考えるもの（勤務医・研修医）



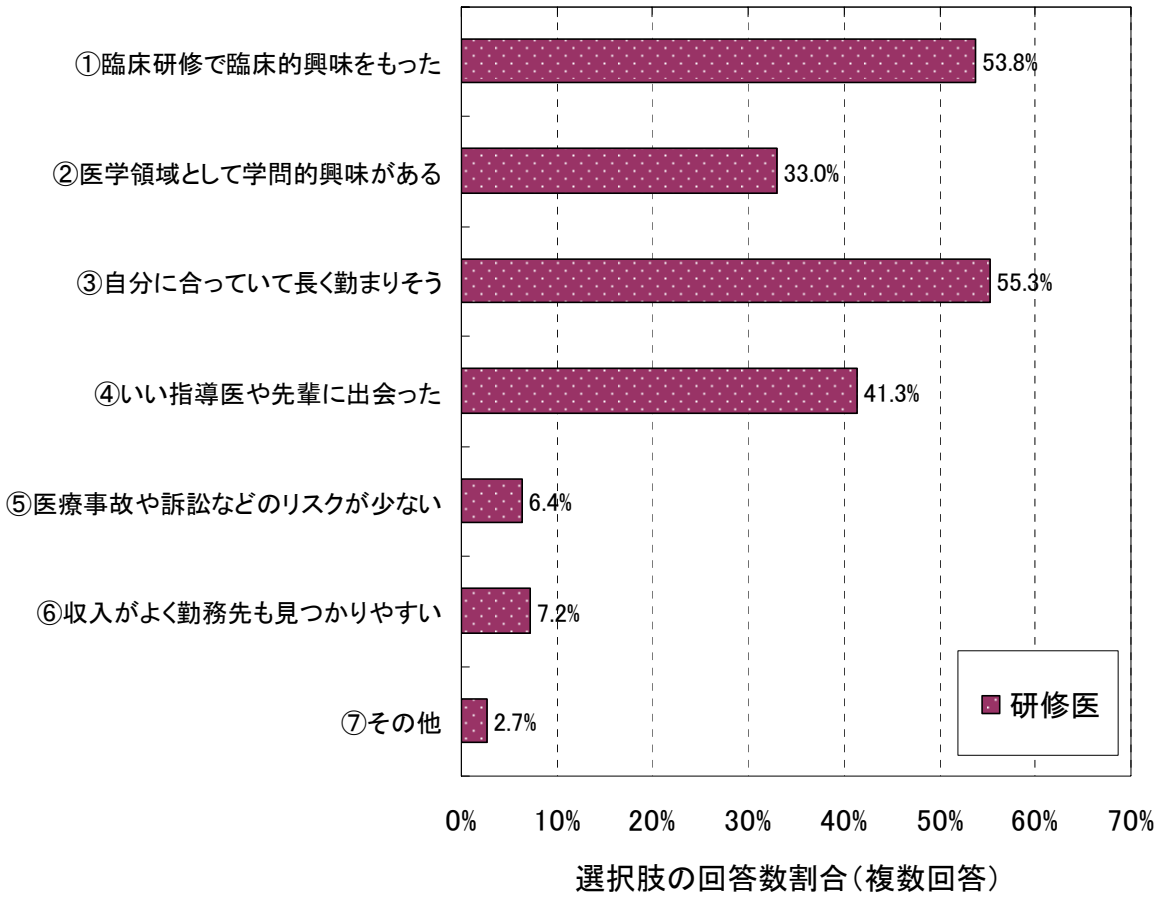
研修医が診療科を選ぶ理由として考えるものについての集計結果を図表 10 に示す。

最も多かったのが「③自分に合っていて長く勤まりそう」の 55.3%であり、次いで「①臨床研修で臨床的興味をもった」の 53.8%となっている。

比較的多かったものとして、「④いい指導医や先輩に出会った」の 41.3%、「②医学領域として学問的興味がある」の 33.0%があげられる。

比較的少なかったものとして、「⑥収入がよく勤務先もみつかりやすい」の 7.2%、「⑤医療事故や訴訟などのリスクが少ない」の 6.4%があげられる。

図表 10　研修医が診療科を選ぶ理由として考えられるもの（研修医のみ）

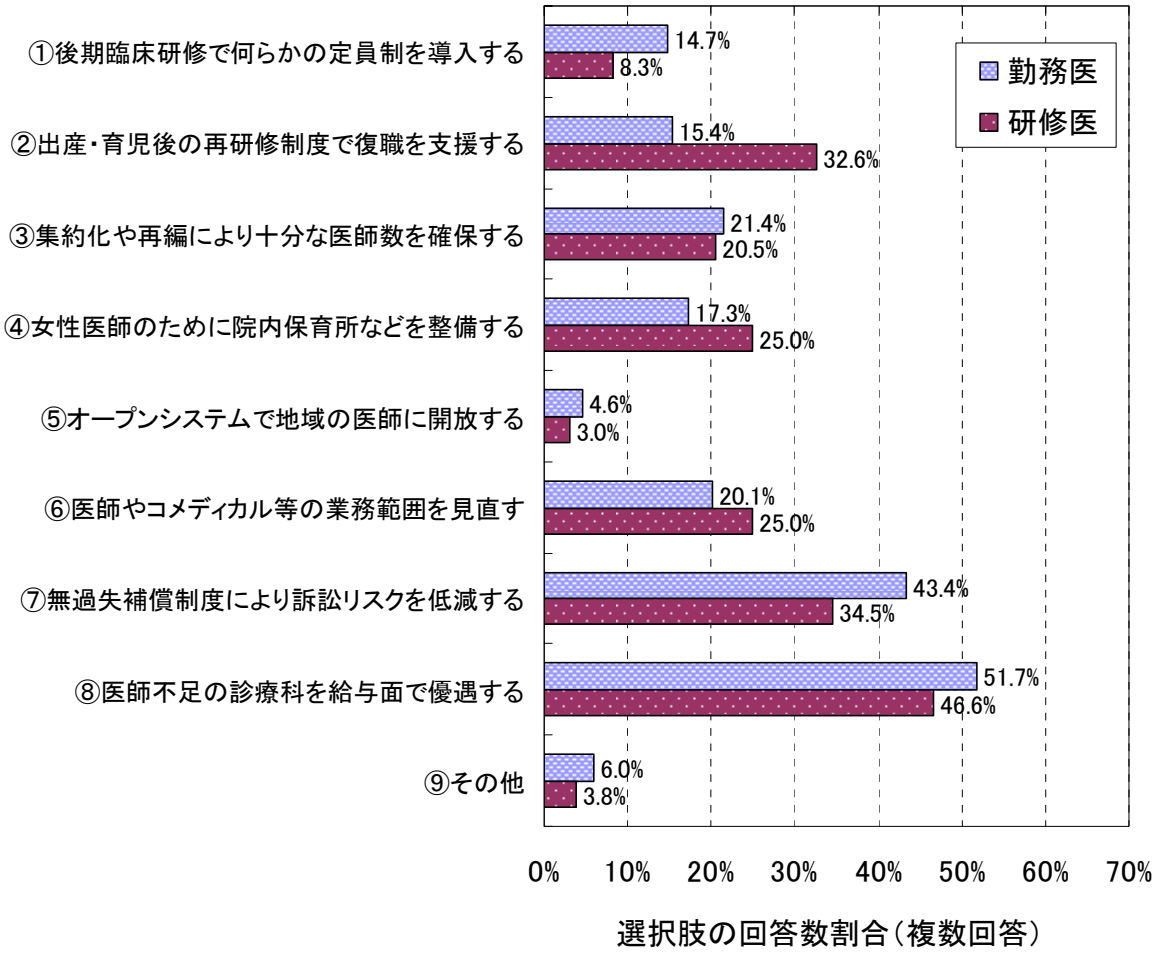


診療科間の医師偏在の対策として有効と考えるものについての集計結果を図表 11 に示す。ともに「⑧医師不足の診療科を給与面で優遇する」が最も多くなっており、勤務医では51.7%、研修医では 46.6%となっている。

女性医師を重視した対策は、勤務医よりも研修医の方が有効と考える人が多い傾向がみてとれる。「②出産・育児後の再研修制度で復職を支援する」が勤務医で 15.4%であるのに対して、研修医では 32.6%と 17.2 ポイント高くなっている。また、「④女性医師のために院内保育所などを整備する」が勤務医で 17.3%であるのに対して、研修医では 25.0%と 7.7 ポイント高くなっている。

一方、勤務医では「⑦無過失補償制度により訴訟リスクを低減する」が 43.4%であるのに対して、研修医では 34.5%と 8.9 ポイント低くなっている。また、勤務医では「⑧医師不足の診療科を給与面で優遇する」が 51.7%であるのに対して、研修医では 46.6%と 5.1 ポイント低くなっている。

図表 11　診療科間の医師偏在の対策として有効と考えるもの（勤務医・研修医）



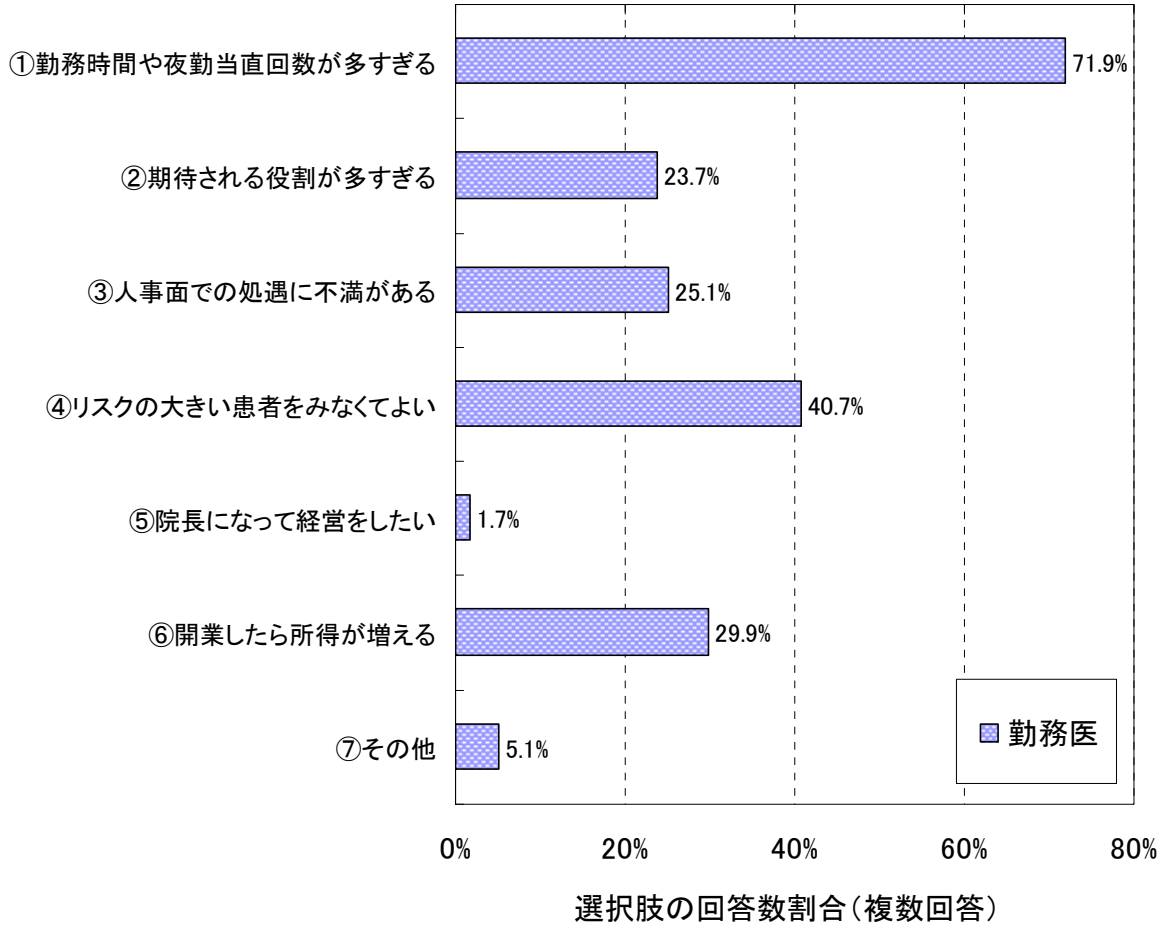
中堅勤務医の開業が増加している理由として考えるものについての集計結果を図表 12 に示す。最も多かったのが「①勤務時間や夜勤当直回数が多すぎる」の 71.9%であった。

次いで多かったのが「④リスクの大きい患者をみなくてよい」の 40.7%であり、「⑥開業したら所得が増える」の 29.9%、「③人事面での処遇に不満がある」の 25.1%、「②期待される役割が多すぎる」の 23.7%という順になっている。

極端に少なかったのが「⑤院長になって経営をしたい」の 1.7%であり、経営者となることはあまり重要な要素として認識されていないことが伺える。

全般的にみると、勤務の現状への不満など消極的な理由が上位を占めている。

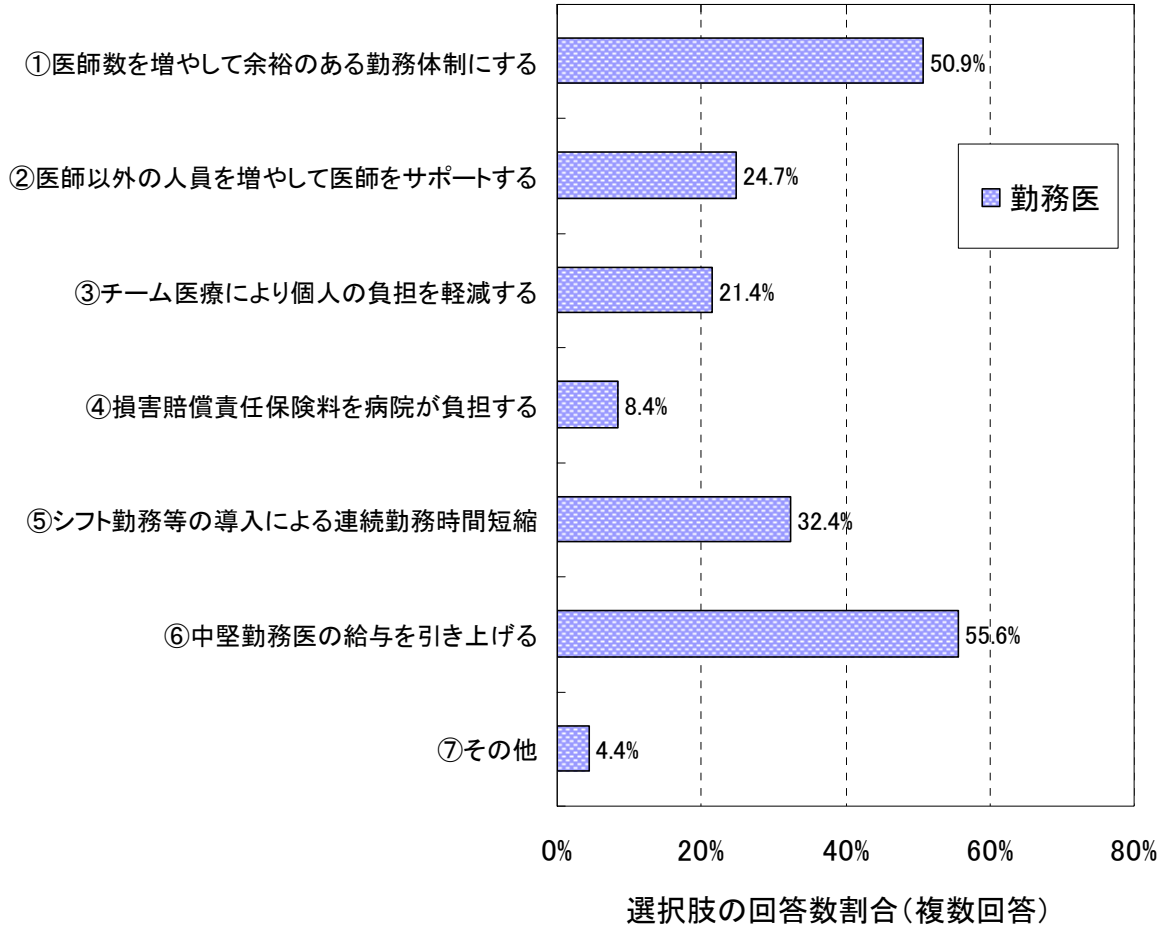
図表 12　中堅勤務医の開業が増加している理由として考えられるもの（勤務医のみ）



中堅勤務医の開業による医師不足への対策として有効と考えるものについての集計結果を図表 13 に示す。最も多かったのが「⑥中堅勤務医の給与を引き上げる」の 55.6%であった。

次いで多かったのが「①医師数を増やして余裕のある勤務体制にする」の 50.9%であり、「⑤シフト勤務等の導入による連続勤務時間短縮」の 32.4%、「②医師以外の人員を増やして医師をサポートする」の 24.7%、「③チーム医療により個人の負担を軽減する」の 21.4%という順になっている。

図表 13　中堅勤務医の開業による医師不足対策として有効と考えるもの（勤務医のみ）

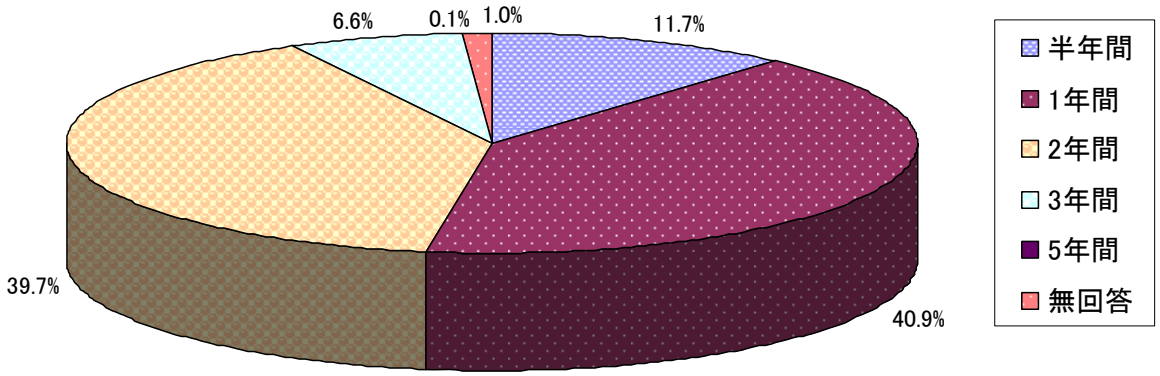


４．妥当と考える派遣年数等について

回答者に経験がない場合でも、当事者であると想像して回答してもらった。妥当と考える派遣年数等についての集計結果を以下に示す。

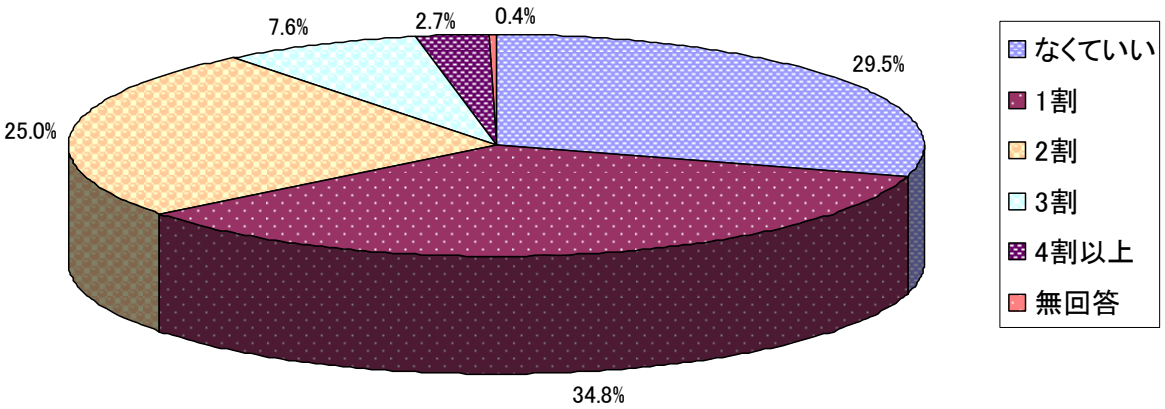
回答者が派遣バンクに登録しており、元の職場に戻れることを前提にへき地に派遣されることになったことを想像して、妥当と考える派遣年数を回答してもらった。図表 14 に、集計結果を示す。最も多かったのは「1 年間」の 40.9%、次いで「2 年間」の 39.7%となっており、両者を合わせた 1～2 年間で 80.6%と大半を占めている。

図表 14　妥当と考えるへき地への派遣年数（勤務医のみ）



医学部入学の地域枠は、定員の何割程度が妥当と考えるかについての集計結果を図表 15 に示す。最も多かったのは「1 割」の 38.8%、次いで「なくていい」の 29.5%、「2 割」の 25.0%となっている。地域枠は医学部定員の 1～2 割を妥当と考える人が 59.8%である一方、「なくていい」と考える人も 29.5%とけっして少なくなかった。

図表 15　妥当と考える医学部入学の地域枠の定員（研修医のみ）



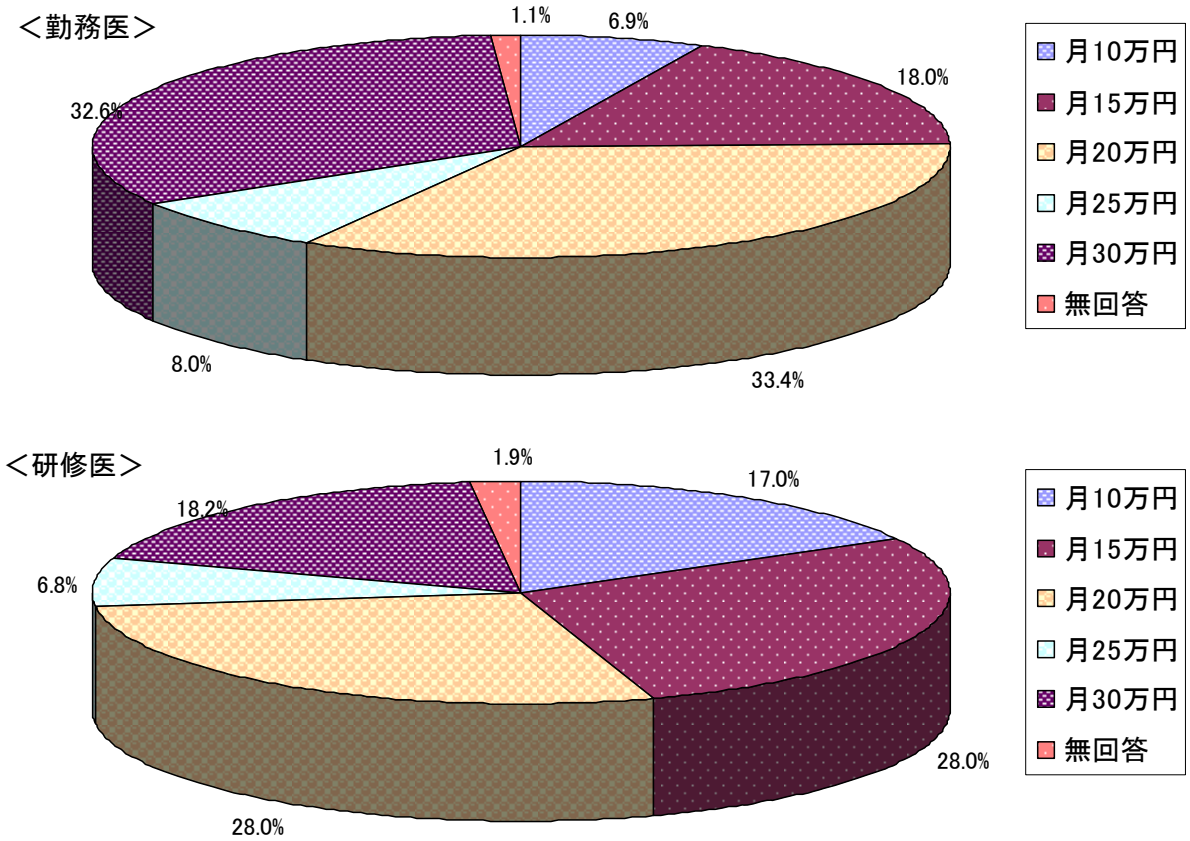
国公立大学の医学部に在籍していて、奨学金付与期間の 1.5 倍の期間がへき地勤務を義務づけられる期間とした場合に、奨学金として月額で最低いくらが妥当と考えるかについての集計結果を図表 16 に示す。

勤務医では「月 20 万円」が 33.4%と最も多く、次いで「月 30 万円」の 32.6%となっている。
研修医では「月 15 万円」と「月 20 万円」がともに 28.0%と最も多くなっている。

	勤務医	研修医
「月 10 万円」＋「月 15 万円」	24.9%	45.0%
「月 20 万円」＋「月 25 万円」	41.4%	34.8%
「月 30 万円」	32.6%	18.2%

選択肢を 5 万円きざみで設定したが、「月 25 万円」と回答した人の割合が隣接する選択肢「月 20 万円」や「月 30 万円」に比べて 10～25 ポイント低くなっていることから、上記の通り 10 万円きざみで整理し直したところ、勤務医では月 20 万円台が 41.4%と最も多く、研修医では 10 万円台が 45.0%と最も多くなっていた。

図表 16　妥当と考える奨学金の月額（勤務医・研修医）



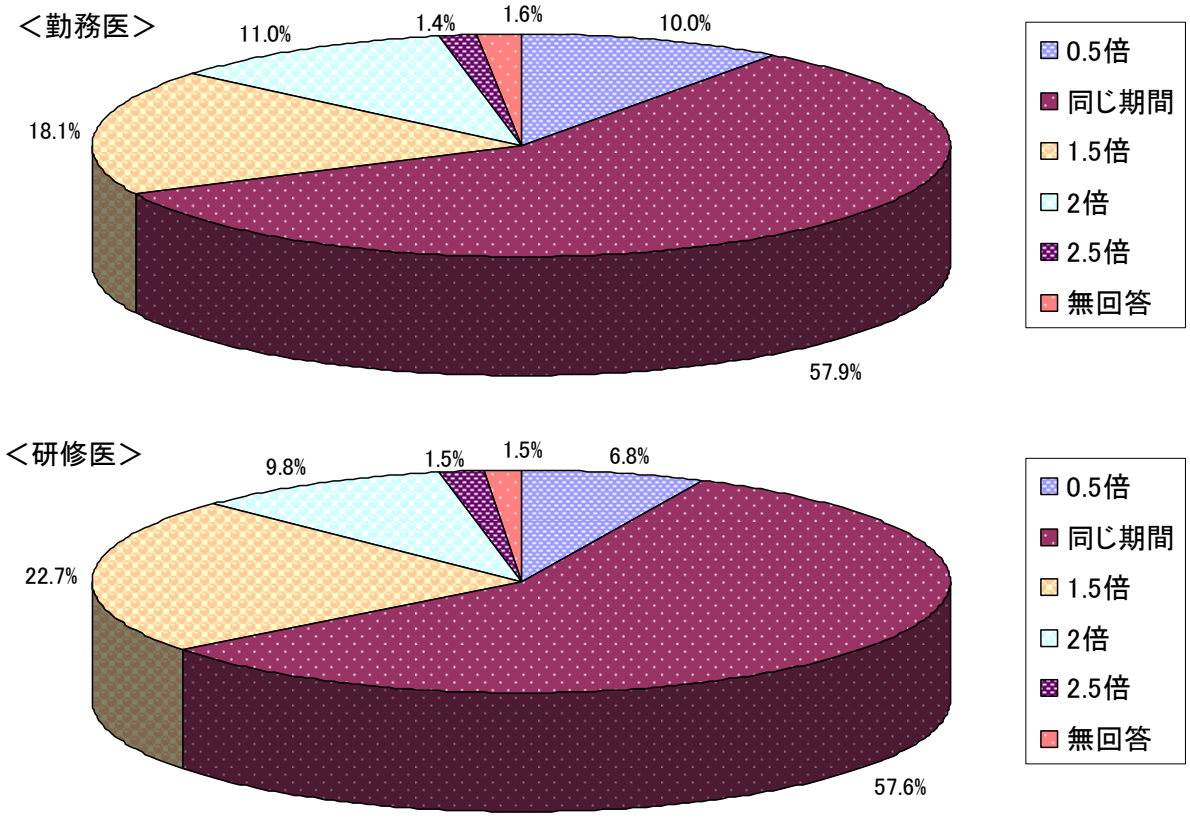
奨学金でへき地勤務を義務づける場合に、義務期間は付与期間の何倍が妥当と考えるかについての集計結果を図表 17 に示す。

勤務医では「同じ期間」が 57.9%と最も多く、次いで「1.5 倍」の 18.1%となっている。
研修医では「同じ期間」が 57.6%と最も多く、次いで「1.5 倍」の 22.7%となっている。

義務期間を付与期間の「0.5 倍」とした人が、勤務医で 10.0%、研修医で 6.8%いたものの、同じ期間かそれ以上とした人が、勤務医で 88.4%、研修医で 91.6%と大半を占めている。

全般的にみると、この設問における勤務医と研修医の円グラフは極めて似ている。

図表 17　妥当と考える義務期間は付与期間の何倍か（勤務医・研修医）



５．勤務条件に対する希望や許容の範囲

回答者が他の勤務先を探している状況を想像して回答してもらった。勤務条件に対する希望や許容の範囲についての集計結果を以下に示す。

許容できる 1 週間の勤務時間（当直を除く）についての集計結果を図表 18 に示す。

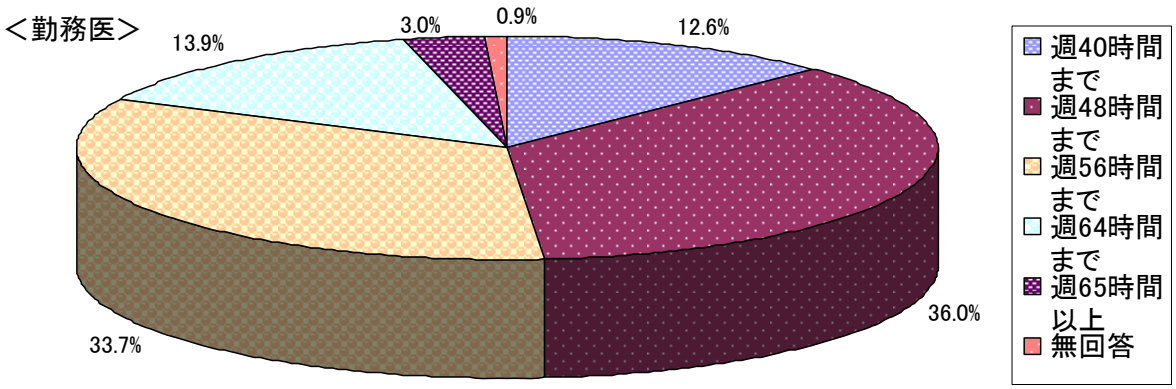
勤務医では、「週 48 時間まで」が 36.0%と最も多く、次いで「週 56 時間まで」の 33.7%となっている。

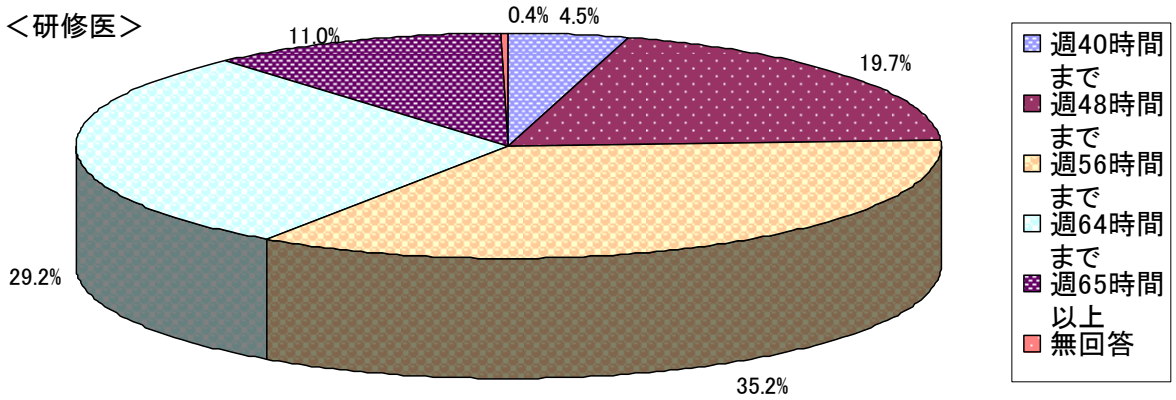
研修医では、「週 56 時間まで」が 35.2%と最も多く、次いで「週 64 時間まで」の 29.2%となっている。

許容できる勤務時間を「週 65 時間以上」とした人の割合は、勤務医では 3.0%であったが、研修医では 11.0%になっている。

全般的に、勤務医よりも研修医の方が長い時間の勤務を許容できる傾向にあり、研修医のほとんどが 20 代であることが一因と考えられる。年齢が上がるほど、長い時間の勤務を許容できる人の割合は減ると考えられることから、今後、年齢階級別の集計に基づく分析をおこなう予定である。

図表 18　許容できる 1 週間の勤務時間（勤務医・研修医）





許容できる 1 か月の夜勤当直回数についての集計結果を図表 19 に示す。

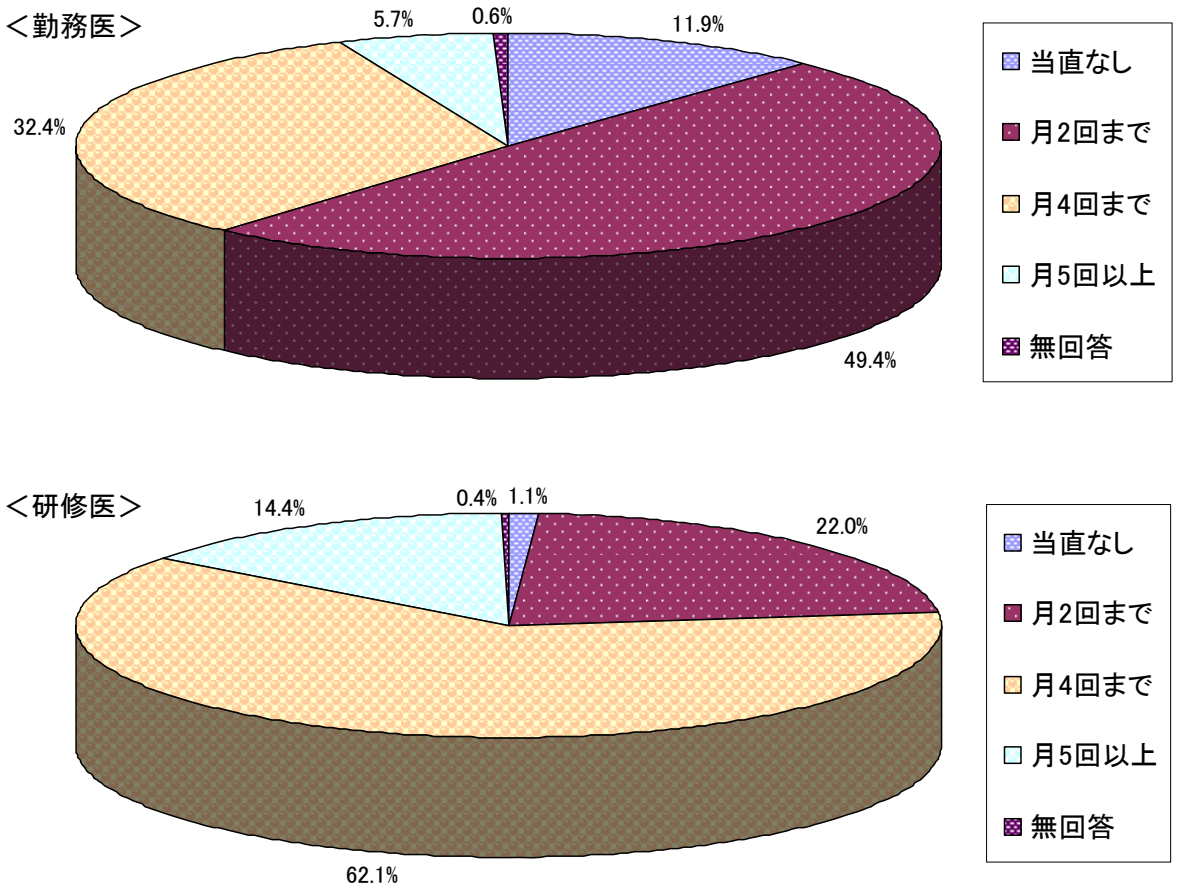
勤務医では、「月 2 回まで」が 49.4%と最も多く、次いで「月 4 回まで」の 32.4%となっている。

研修医では、「月 4 回まで」が 62.1%と最も多く、次いで「月 2 回まで」の 22.0%となっている。

許容できる夜勤当直回数を「月 5 回以上」とした人の割合は、勤務医では 5.7%であったが、研修医では 14.4%になっている。一方、「当直なし」は勤務医では 11.9%であったが、研修医では 1.1%にすぎなかった。

全般的に勤務医よりも研修医の方が多くの夜勤当直回数を許容できる傾向にあり、研修医のほとんどが 20 代であることが一因と考えられる。年齢が上がるほど、多くの夜勤当直回数を許容できる人の割合は減ると考えられることから、今後、年齢階級別の集計に基づく分析をおこなう予定である。

図表 19　許容できる 1 か月の夜勤当直回数（勤務医・研修医）

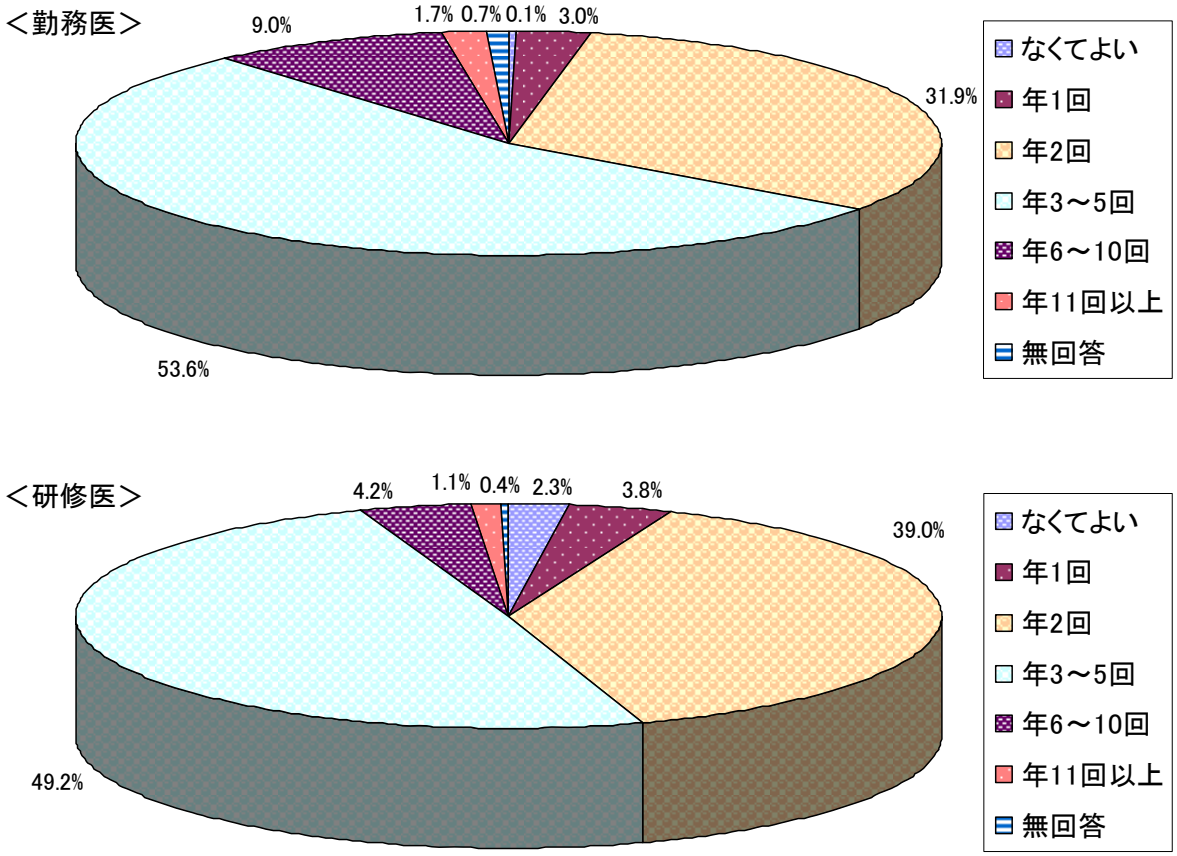


希望する年間の学会への参加回数についての集計結果を図表 20 に示す。
勤務医では、「年 3～5 回」が 53.6%と最も多く、次いで「年 2 回」の 31.9%となっている。
研修医では、「年 3～5 回」が 49.2%と最も多く、次いで「年 2 回」の 39.0%となっている。

希望する学会への参加回数を「年 6～10 回」とした人の割合は、勤務医では 9.0%であり、研修医では 4.2%であった。一方、「なくてよい」は勤務医では 0.1%であり、研修医では 2.3%であった。

全般的にみると、この設問における勤務医と研修医の円グラフは似ているといえる。

図表 20　希望する年間の学会への参加回数（勤務医・研修医）

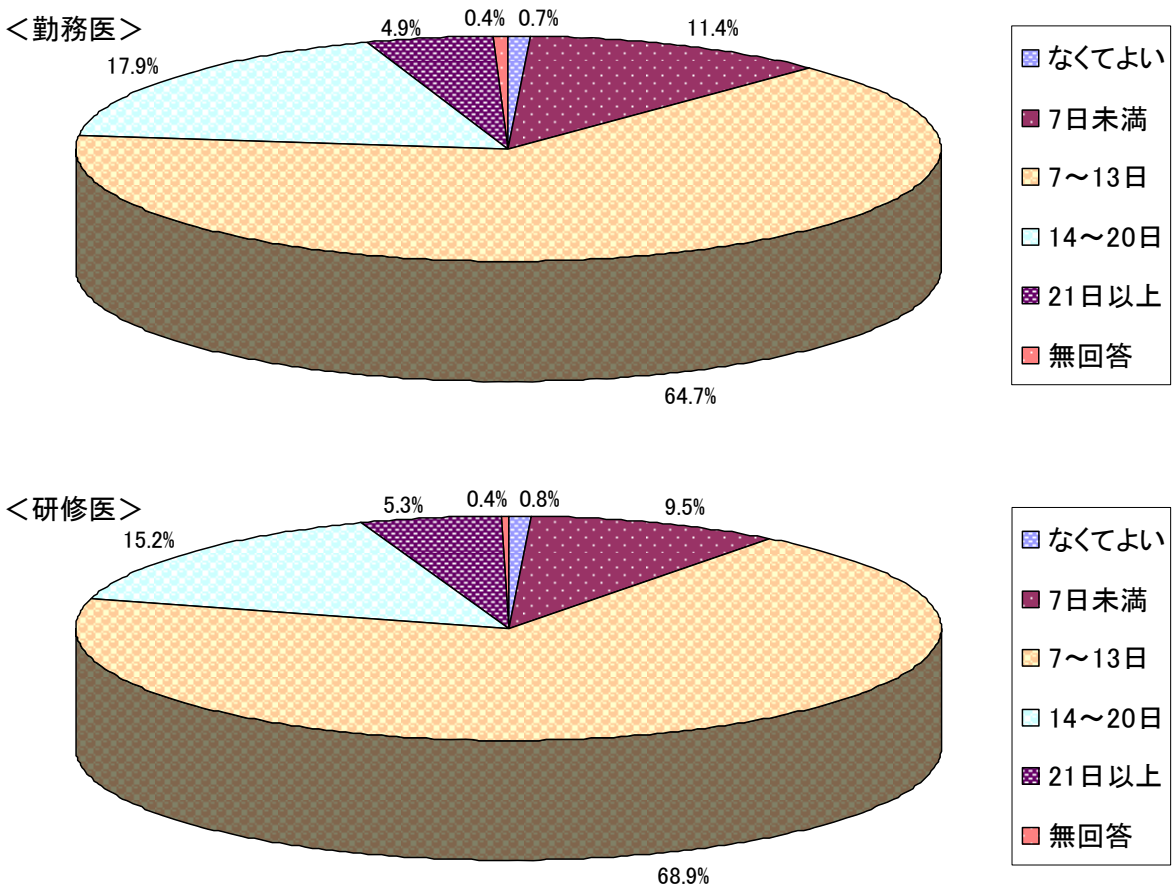


希望する長期休暇の期間についての集計結果を図表 21 に示す。
勤務医では、「7～13 日」が 64.7%と最も多く、次いで「14～20 日」の 17.9%となっている。
研修医では、「7～13 日」が 68.9%と最も多く、次いで「14～20 日」の 15.2%となっている。

希望する長期休暇の期間を「21 日以上」とした人の割合は、勤務医では 4.9%であり、研修医では 5.3%であった。「7 日未満」は勤務医では 11.4%であり、研修医では 9.5%であった。
また、「なくてよい」とした人の割合は、勤務医で 0.7%、研修医で 0.8%と極めて少ない。

全般的にみると、この設問における勤務医と研修医の円グラフは極めて似ている。

図表 21　希望する長期休暇の期間（勤務医・研修医）



希望する年収（賞与を含む課税前の額）についての集計結果を図表 22 に示す。

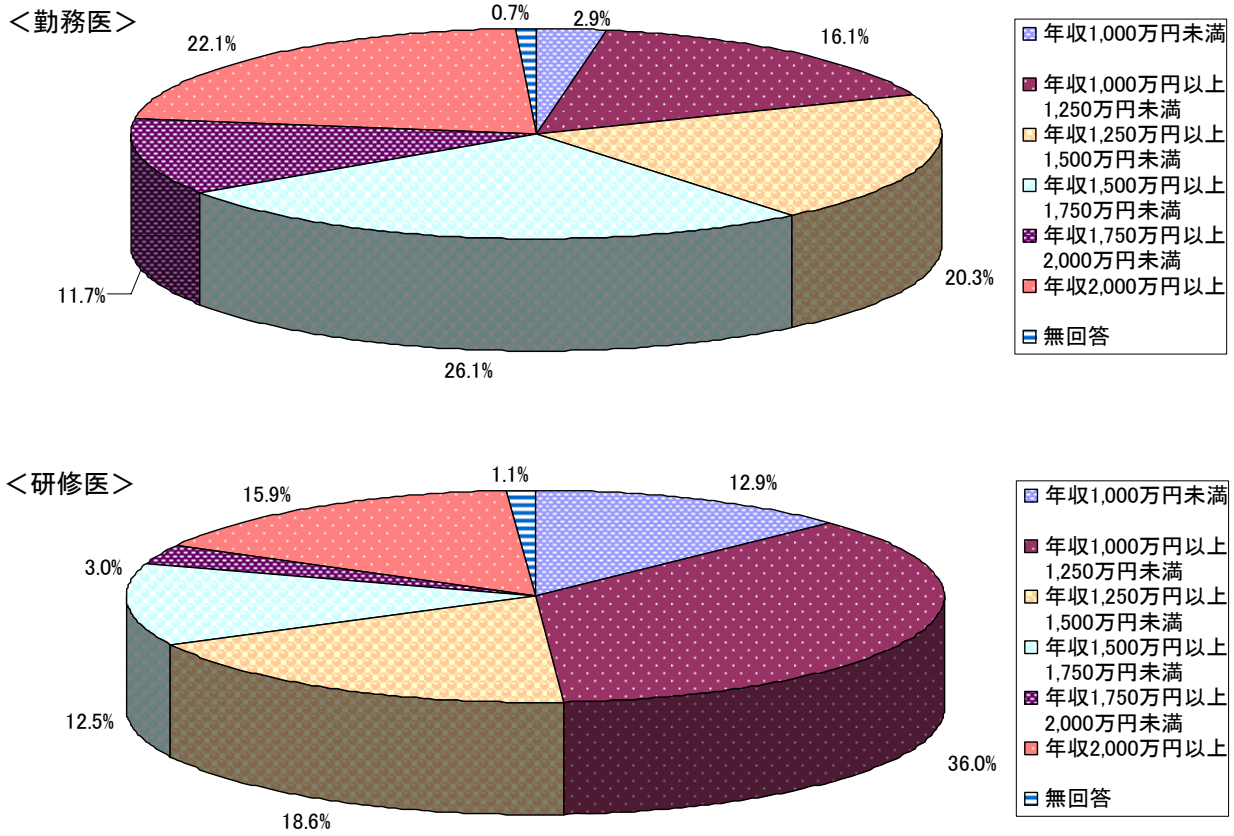
勤務医では、「年収 1,500 万円以上 1,750 万円未満」が 26.1%と最も多く、次いで「年収 2,000 万円以上」の 22.1%となっている。

研修医では、「年収 1,000 万円以上 1,250 万円未満」が 36.0%と最も多く、次いで「年収 1,250 万円以上 1,500 万円未満」の 18.6%となっている。

希望する年収を「年収 1,000 万円未満」とした人の割合は、勤務医では 2.9%であり、研修医では 12.9%であった。

希望する年収は、現在の年収以上であると考えられ、実際に現在の年収階級と同じかそれ以上の年収階級を選択していることを確認した（図表 33）。今後、現在の年収階級別の集計をおこなうとともに、年齢等の属性との関連性や職場環境についての考え方との関連性を分析する予定である。

図表 22　希望する年収（勤務医・研修医）



６．職場環境についての考え方

回答者が他の勤務先を探している状況を想像して回答してもらった。職場環境についての集計結果を以下に示す。無回答を除いているので、「非常にＡに近い」、「ややＡに近い」、「ややＢに近い」及び「非常にＢに近い」の回答割合の合計は 100%にはならない。100%との差は無回答の割合である。

勤務先の所在地についての考え方の集計結果を図表 22 に示す。

勤務医では、「非常にＡに近い」が 19.6%、「ややＡに近い」が 39.1%となっており、Ａに近いとした人が 58.7%であった。

一方、「非常にＢに近い」が 10.1%、「ややＢに近い」が 30.3%となっており、Ｂに近いとした人が 40.4%であった。

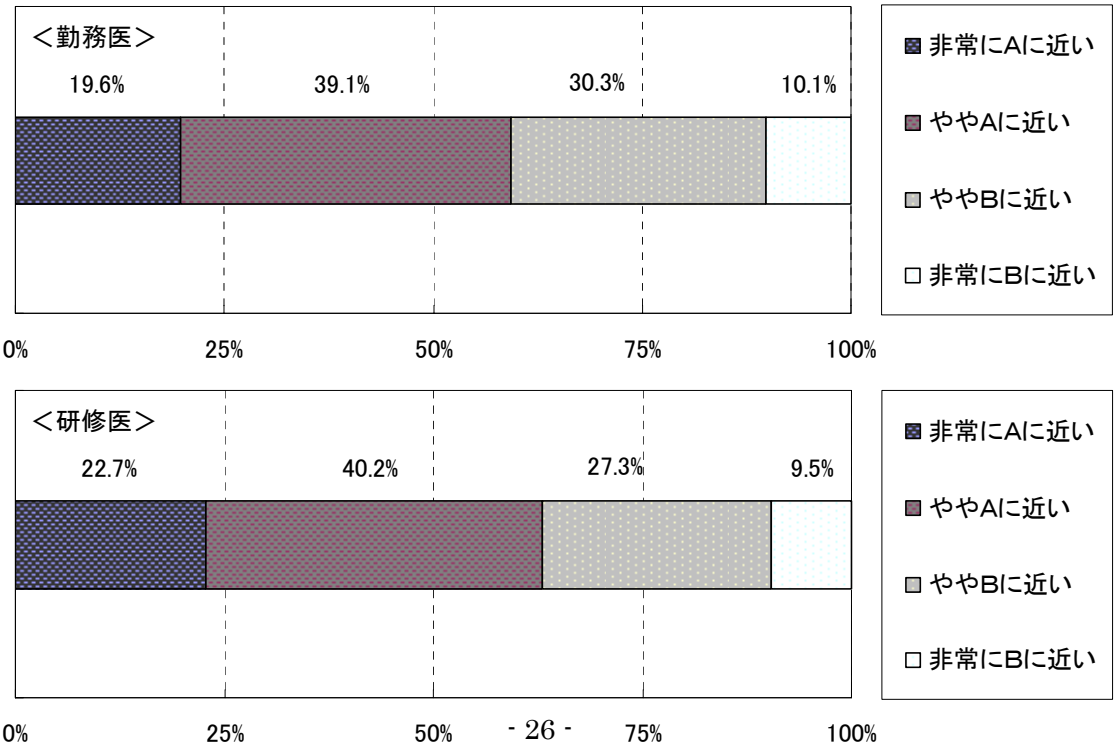
研修医では、「非常にＡに近い」が 22.7%、「ややＡに近い」が 40.2%となっており、Ａに近いとした人が 62.9%であった。

一方、「非常にＢに近い」が 9.5%、「ややＢに近い」が 27.3%となっており、Ｂに近いとした人が 36.8%であった。

勤務医の傾向と研修医の傾向は似ており、ともに『Ａ：自分の地元など、ゆかりのある地域がよい』とした人が過半数であった。

図表 23　勤務先の所在地についての考え方（勤務医・研修医）

Ａ：自分の地元など、ゆかりのある地域がよい。
Ｂ：自分が求められれば、地域や場所は関係ない。



地域住民との関係についての考え方の集計結果を図表 23 に示す。

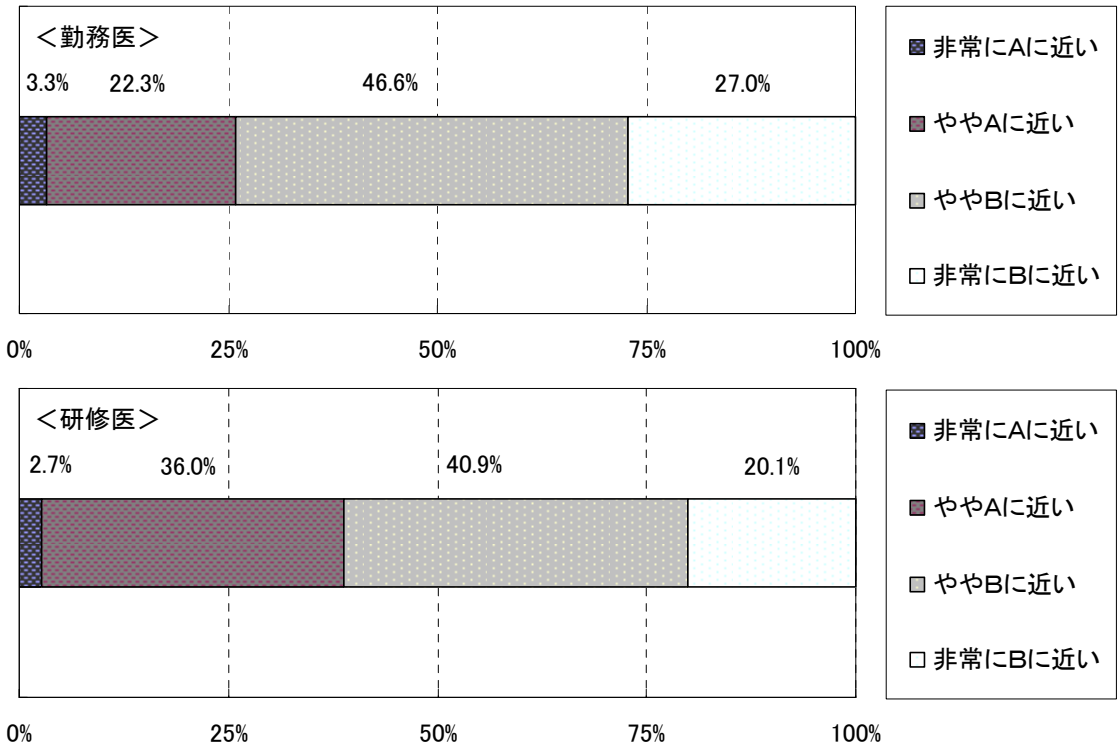
勤務医では、「非常にＡに近い」が 3.3%、「ややＡに近い」が 22.3%となっており、Ａに近いとした人が 25.6%であった。
一方、「非常にＢに近い」が 27.0%、「ややＢに近い」が 46.6%となっており、Ｂに近いとした人が 73.6%であった。

研修医では、「非常にＡに近い」が 2.7%、「ややＡに近い」が 36.0%となっており、Ａに近いとした人が 38.7%であった。
一方、「非常にＢに近い」が 20.1%、「ややＢに近い」が 40.9%となっており、Ｂに近いとした人が 61.0%であった。

勤務医、研修医ともに、『Ｂ：プライベートに干渉されないような地域環境がよい』とした人が過半数であり、『Ａ：プライベートでも地域住民と触れ合えるような地域環境がよい』に非常に近い考えの人は勤務医で 3.3%、研修医で 2.7%と極めて少なかった。

図表 24　地域住民との関係についての考え方（勤務医・研修医）

Ａ：プライベートでも地域住民と触れ合えるような地域環境がよい。
Ｂ：プライベートに干渉されないような地域環境がよい。



ワーク・ライフ・バランスへの配慮についての考え方の集計結果を図表 24 に示す。

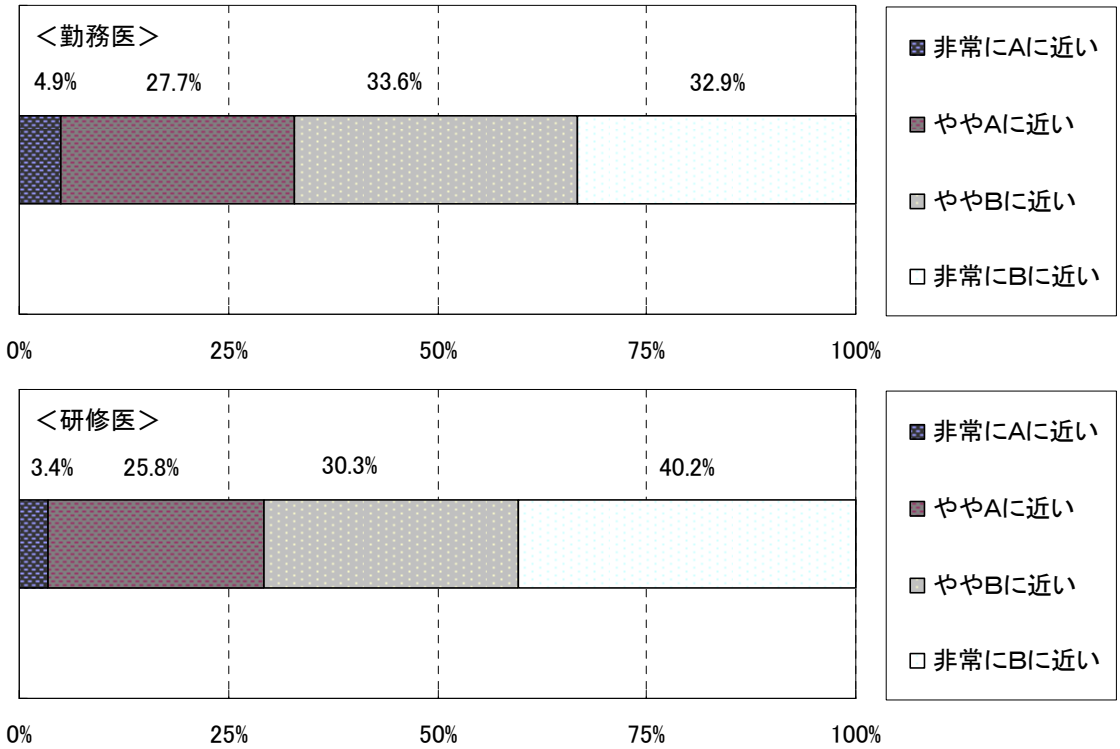
勤務医では、「非常にＡに近い」が 4.9%、「ややＡに近い」が 27.7%となっており、Ａに近いとした人が 32.6%であった。
一方、「非常にＢに近い」が 32.9%、「ややＢに近い」が 33.6%となっており、Ｂに近いとした人が 66.5%であった。

研修医では、「非常にＡに近い」が 3.4%、「ややＡに近い」が 25.8%となっており、Ａに近いとした人が 29.2%であった。
一方、「非常にＢに近い」が 40.2%、「ややＢに近い」が 30.3%となっており、Ｂに近いとした人が 70.5%であった。

勤務医、研修医ともに、『Ｂ：仕事と家庭が両立できてこそ、医師としてもよい仕事ができると思う』とした人が過半数であった。『Ａ：医師という職業を選んだ以上、プライベートよりも仕事優先になることは仕方がない』に非常に近い考えの人は勤務医で 4.9%、研修医で 3.4%であった。

図表 25　ワーク・ライフ・バランスへの配慮についての考え方（勤務医・研修医）

Ａ：医師という職業を選んだ以上、プライベートよりも仕事優先になることは仕方がない。
Ｂ：仕事と家庭が両立できてこそ、医師としてもよい仕事ができると思う。



診療の内容についての考え方の集計結果を図表 25 に示す。

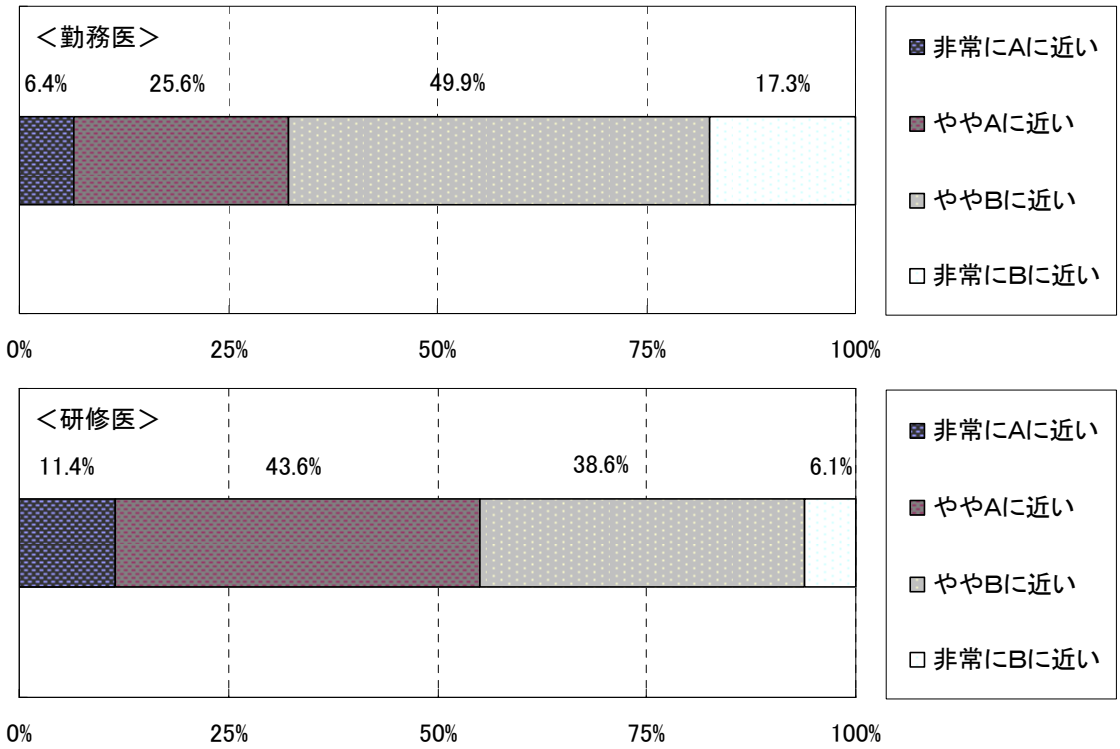
勤務医では、「非常にＡに近い」が 6.4%、「ややＡに近い」が 25.6%となっており、Ａに近いとした人が 32.0%であった。
一方、「非常にＢに近い」が 17.3%、「ややＢに近い」が 49.9%となっており、Ｂに近いとした人が 67.2%であった。

研修医では、「非常にＡに近い」が 11.4%、「ややＡに近い」が 43.6%となっており、Ａに近いとした人が 55.0%であった。
一方、「非常にＢに近い」が 6.1%、「ややＢに近い」が 38.6%となっており、Ｂに近いとした人が 44.7%であった。

勤務医では、『Ｂ：専門領域において、稀な症例や難しい症例にあたれる職場がいい』とした人が過半数であったが、研修医では、『Ａ：プライマリ・ケアをになう職場がいい』とした人が過半数であった。

図表 26　診療の内容についての考え方（勤務医・研修医）

Ａ：プライマリ・ケアをになう職場がいい。
Ｂ：専門領域において、稀な症例や難しい症例にあたれる職場がいい。



コメディカルとの協働についての考え方の集計結果を図表 26 に示す。

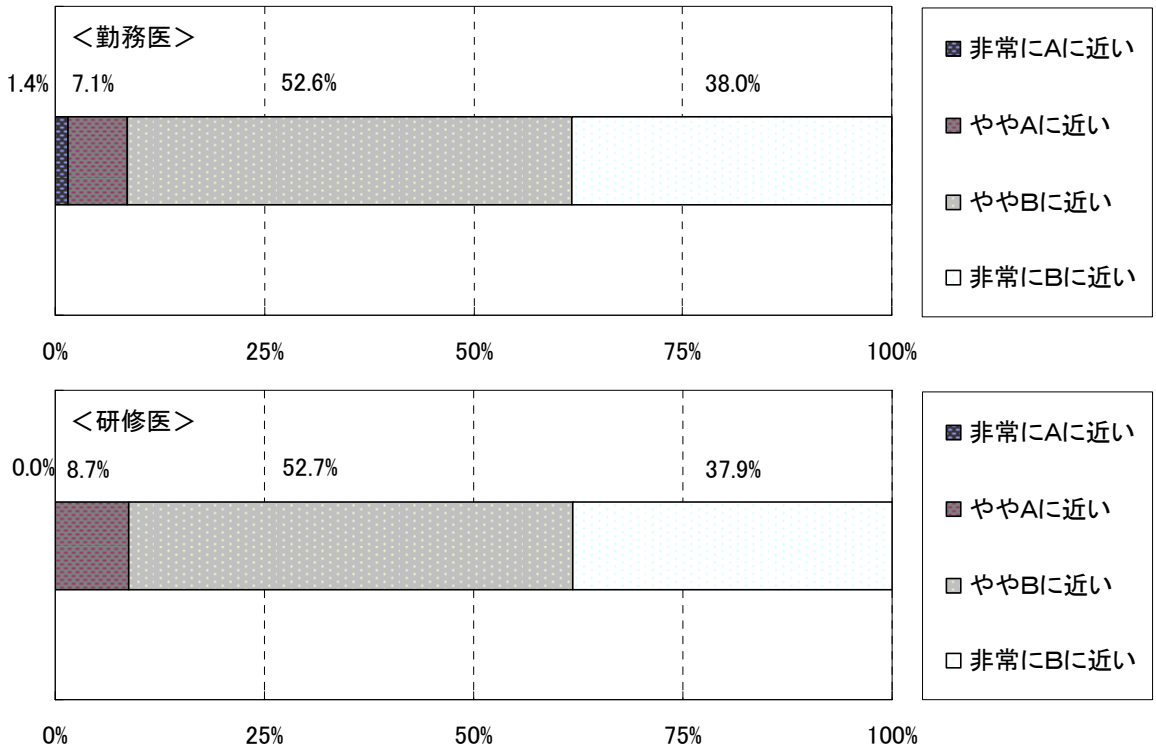
勤務医では、「非常にＡに近い」が 1.4%、「ややＡに近い」が 7.1%となっており、Ａに近いとした人が 8.5%であった。
一方、「非常にＢに近い」が 38.0%、「ややＢに近い」が 52.6%となっており、Ｂに近いとした人が 90.6%であった。

研修医では、「非常にＡに近い」が 0.0%、「ややＡに近い」が 8.7%となっており、Ａに近いとした人が 8.7%であった。
一方、「非常にＢに近い」が 37.9%、「ややＢに近い」が 52.7%となっており、Ｂに近いとした人が 90.6%であった。

勤務医、研修医ともに、『Ｂ：コメディカルも積極的に意見を言えるような職場環境がよい』とした人が大半であった。『Ａ：コメディカルは、医師の言うことだけを実行するような職場環境よい』に近い考えの人は勤務医で 8.5%、研修医で 8.7%であった。

図表 27　コメディカルとの協働についての考え方（勤務医・研修医）

Ａ：コメディカルは、医師の言うことだけを実行するような職場環境がよい。
Ｂ：コメディカルも積極的に意見を言えるような職場環境がよい。



勤務先でのポストについての考え方の集計結果を図表 27 に示す。

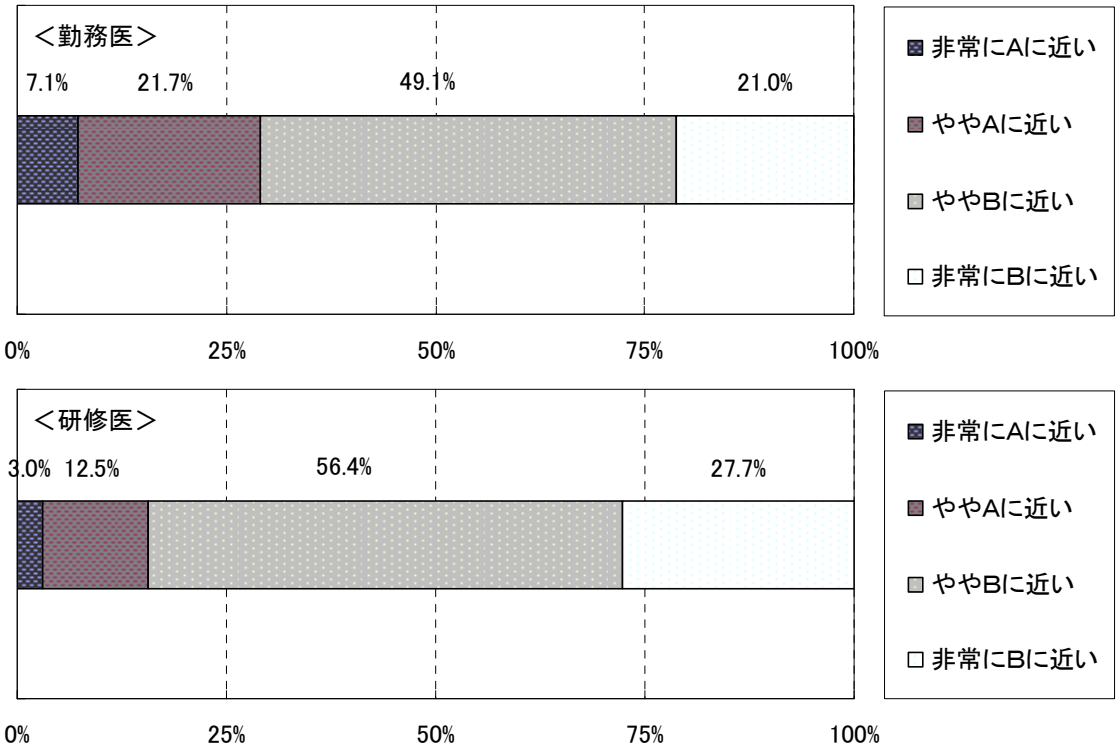
勤務医では、「非常にＡに近い」が 7.1%、「ややＡに近い」が 21.7%となっており、Ａに近いとした人が 28.8%であった。
一方、「非常にＢに近い」が 21.0%、「ややＢに近い」が 49.1%となっており、Ｂに近いとした人が 70.1%であった。

研修医では、「非常にＡに近い」が 3.0%、「ややＡに近い」が 12.5%となっており、Ａに近いとした人が 15.5%であった。
一方、「非常にＢに近い」が 27.7%、「ややＢに近い」が 56.4%となっており、Ｂに近いとした人が 84.1%であった。

勤務医、研修医ともに、『Ｂ：もっぱら診療や治療に直接たずさわるポストを提示するところがよい』とした人が過半数であった。『Ａ：病院の経営や管理業務にもたずさわるポスト（医科長以上）を提示するところがよい』に非常に近い考えの人は勤務医で 7.1%、研修医で 3.0%であった。

図表 28　勤務先でのポストについての考え方（勤務医・研修医）

Ａ：病院の経営や管理業務にもたずさわるポスト（医科長以上）を提示するところがよい。
Ｂ：もっぱら診療や治療に直接たずさわるポストを提示するところがよい。



施設・設備の充実度についての考え方の集計結果を図表 28 に示す。

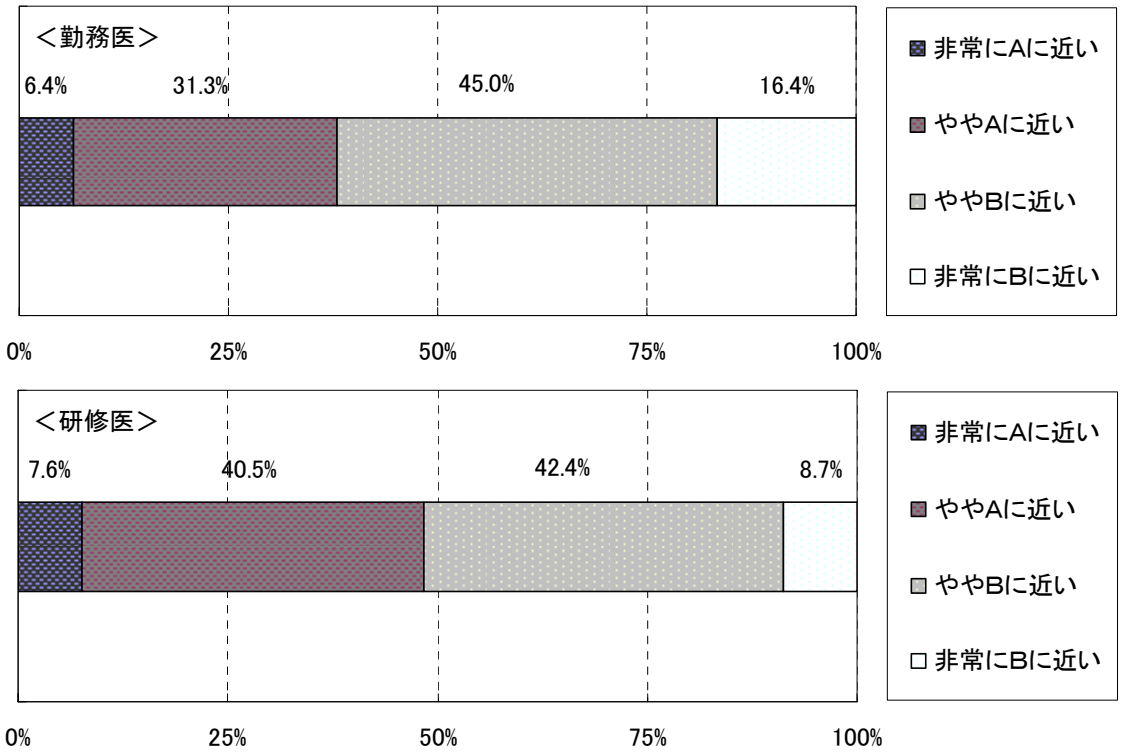
勤務医では、「非常にＡに近い」が 6.4%、「ややＡに近い」が 31.3%となっており、Ａに近いとした人が 37.7%であった。
一方、「非常にＢに近い」が 16.4%、「ややＢに近い」が 45.0%となっており、Ｂに近いとした人が 61.4%であった。

研修医では、「非常にＡに近い」が 7.6%、「ややＡに近い」が 40.5%となっており、Ａに近いとした人が 48.1%であった。
一方、「非常にＢに近い」が 8.7%、「ややＢに近い」が 42.4%となっており、Ｂに近いとした人が 51.1%であった。

勤務医、研修医ともに、『Ｂ：高度で最新の医療機器の導入に積極的な方がよい』とした人が過半数であった。『Ａ：標準的な医療機器が備わっていればよい』に非常に近い考えの人は勤務医で 6.4%、研修医で 7.6%であった。

図表 29　施設・設備の充実度についての考え方（勤務医・研修医）

Ａ：標準的な医療機器が備わっていればよい。
Ｂ：高度で最新の医療機器の導入に積極的な方がよい。



勤務先の経営状況についての考え方の集計結果を図表 29 に示す。

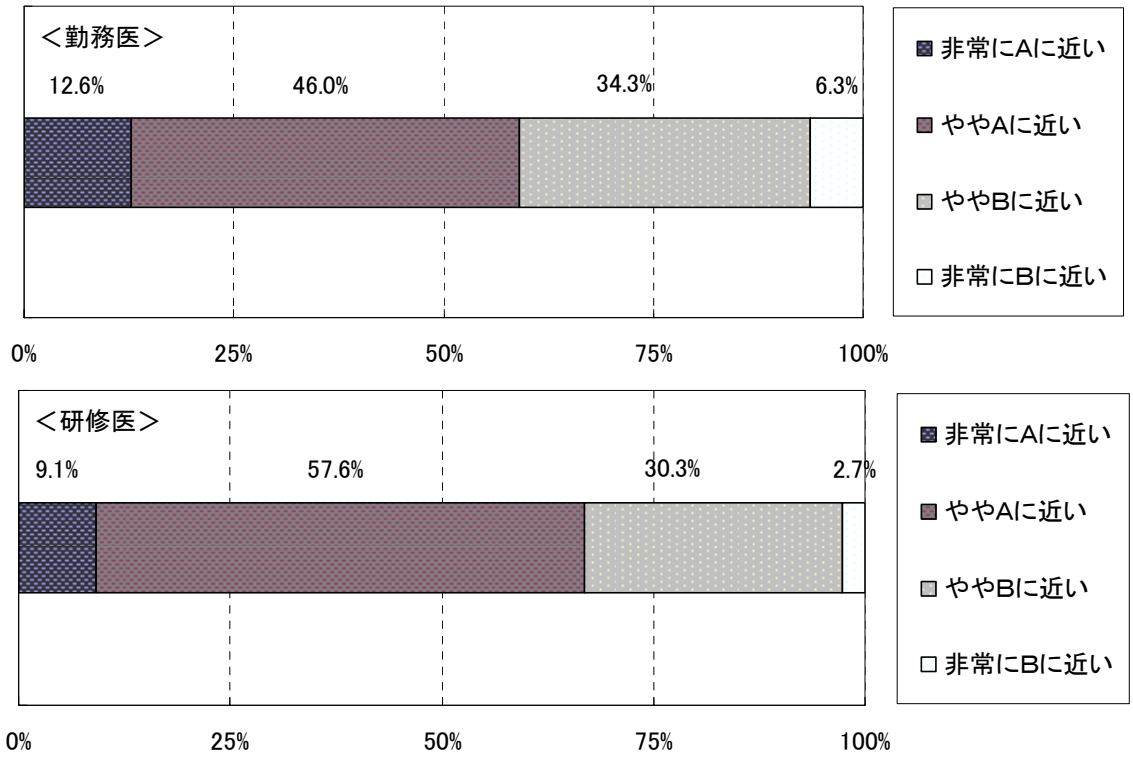
勤務医では、「非常にＡに近い」が 12.6%、「ややＡに近い」が 46.0%となっており、Ａに近いとした人が 58.6%であった。
一方、「非常にＢに近い」が 6.3%、「ややＢに近い」が 34.3%となっており、Ｂに近いとした人が 40.6%であった。

研修医では、「非常にＡに近い」が 9.1%、「ややＡに近い」が 57.6%となっており、Ａに近いとした人が 66.7%であった。
一方、「非常にＢに近い」が 2.7%、「ややＢに近い」が 30.3%となっており、Ｂに近いとした人が 33.0%であった。

勤務医、研修医ともに、『Ａ：おもに採算のとれる医療を行い、経営が安定しているところがよい』とした人が過半数であった。『Ｂ：経営的に不採算な医療も積極的に行っているところがよい』に非常に近い考えの人は勤務医で 6.3%、研修医で 2.7%であった。

図表 30　勤務先の経営状況についての考え方（勤務医・研修医）

Ａ：おもに採算のとれる医療を行い、経営が安定しているところがよい。
Ｂ：経営的に不採算な医療も積極的に行っているところがよい。



７．職場選択における要因の優先度合い

本章では、コンジョイント分析という統計的な手法を用いていることから、本章における分析の目的、方法、結果、及び考察という構成にしている。

7－1．目的

本章では、医師の職場選択における要因(勤務条件)について分析し、その優先度合いを定量的に把握した。特に、給与以外の非金銭的な要因が医師の職場選択にどのような影響を与えているのかを明らかにした。

7－2．方法

アンケート調査を用いて財やサービスに対する個人の効用を表明させる技法であるコンジョイント分析により、医師の職場選択行動を分析した。調査対象は 27 調査協力病院の勤務医 2,436 人（院長、副院長、診療部長等の役職及び研修医を除く）であり、異なる勤務条件を持つ仮想的な 2 つの医療機関のうち、魅力的な医療機関を選択するといった質問を本アンケート調査の中で行った。調査に使用した質問票については、本報告書の附録１「アンケート調査（勤務医票）A」の「Ｖ．職場選択における要因の優先度合い」を参照されたい。

本調査において採用した医療機関の勤務条件および各条件について設定した勤務水準は、図表 31 の通りである。

図表 31　コンジョイント分析で用いた勤務条件と勤務水準

勤務条件	勤務水準
①1週当たり勤務時間 （月曜～土曜・ 宿直時間を除く）	40/ 60/ 80
②診療について相談できる医師の存在	相談できる医師がいる /相談できる医師がいない
③1ヶ月当たり夜間宿直回数	0/ 2/ 4
④学会や研修会への出席	不可（欠勤扱い） /可能だが休暇扱い /出張扱いで可能
⑤医療機関の規模	500床以上の大病院 /200床以下の中小病院 /診療所
⑥立地場所	大都市（人口50万人以上） /中小都市（人口3～30万人程度） /へき地（山間地・離島・過疎地など）
⑦年間給与の変化額（万円）	450/ 0/ −450

① 1 週当たり勤務時間：病院勤務医が労働環境として勤務時間の多寡を重視すると考え、1 週当たり勤務時間を採用した。勤務時間の水準を設定するにあたっては、国立保健医療科学院が実施した「医師需給に係る医師の勤務状況調査」[4]において、病院勤務医(常勤)の 1 週当たり勤務時間が 63.3 時間であり、標準偏差が±20. 2 時間であったことを参照した。

② 診療について相談できる医師の存在：全国自治体病院協議会が実施した「自治体病院における医師不足状況実態調査結果」[5]では、医師不足病院が考える医師が不足する理由として「指導する中堅の医師がいない」ことが挙げられており、また 2007 年の「地域医療白書」[6]ではへき地の医師不足の原因として、「師弟の教育環境不足」が挙げられている。よって、選択候補の医療機関において診療について相談できる医師がいるか否かを勤務条件として採用した。

③ 1 ヶ月当たり夜間宿直回数：日本医療労働組合連合会が実施した「医師の労働実態調査」[7]の結果を参照に、1 ヶ月当たりの夜間宿直回数を 0 回、2 回、4 回として勤務条件に用いた。なお、同調査で最も回答数の多かった宿直回数は 1 ヶ月当たり 2〜3 回であり、次いで 1 回以内、4〜5 回が多かった。

④ 学会や研修会への出席：「自治体病院における医師不足状況実態調査結果」において、医師不足病院が考える医師が不足する理由として「病院の臨床例が少なく、医学研究等で魅力に乏しいと思われる」ことが挙げられており、また「地域医療白書」ではへき地の医師不足の原因として、「生涯学習機会が少ない」ことが挙げられている。よって、医師が職場選択の際に医学知識・技術向上の機会が充実していることを重視すると考え、学会や研修会への出席が可能であるか否か、また可能である場合、出張扱いで可能か、可能であるが休暇扱いとなるかを勤務条件として採用した。

⑤ 医療機関の規模：病院勤務医が次の勤務先として病院か診療所のどちらを好むかを把握するため、診療所、200 床以下の中小病院、500 床以上の大病院といった異なる規模の医療機関を勤務条件として想定した。

⑥ 医療機関の立地場所：医師が勤務先の立地条件としてへき地をどの程度敬遠するのかを把握するため、医療機関が大都市(人口 50 万人以上)、中小都市(人口 3〜30 万人程度)、へき地(山間地・離島・過疎地)のいずれに立地しているかを勤務条件に加えた。なお、「地域医療白書」によると、医療行政上のへき地とは「交通的条件、および自然的、経済的、社会的条件に恵まれない山間地、離島、その他の地域のうち医療の確保が困難であって、『無医地区』および『無医地区に準じる地区』の要件に該当するもの」をいう。

⑦ 年間給与の変化額：医師の年間給与に関する条件は、アンケート回答者である勤務医の現在の給与水準にかなりのばらつきがある可能性を考慮し、1000 万円、1500 万円等の絶対的な給与水準ではなく、今の職場と比べてどの程度給与額が増減するかという相対的な水準で設定した。年間給与の変化額は、「自治体病院における医師充足状況実態調査結果」より、政令都市立病院の常勤医師 1 人当たり年間給与額 1528 万 4 千円と、離島・辺地・振興・山村・過疎地域の町村立病院の常勤医師 1 人当たり年間給与額 1995 万 8 千円の差額 467 万 4 千円を参照して、±450 万円とした。

これら 7 つの勤務条件を組み合わせると 1458（＝3^6×2）通りもの仮想的な医療機関が構築されるため、直交配列法を用いて 18 の医療機関を選定した。そのうちの 1 医療機関を共通として他の 17 医療機関と比較する二者択一形式の質問を作成し、17 質問をランダムに 8 問と 9 問の 2 グループに分割した。各調査協力病院には 8 問の質問票（A）と 9 問の質問票（B）を同数配布し、当該病院の勤務医に 8 問と 9 問の質問票のいずれかを回答してもらった。

以上のアンケートで得られたデータを用いて、2 つの医療機関に対する医師の選択行動を被説明変数、2 つの医療機関の勤務条件の差を説明変数とした統計モデルを推定し、医師の職場選択における要因の優先度合いを分析した。アンケートでは、医療機関の選択質問以外に、回答者の性、年齢、配偶者の有無といった個人属性の情報も収集している。また、選択質問は医師 1 人につき 8 問ないし 9 問行っているため、データセットには個人属性が不変である同一個人の回答が複数存在する。そこで、回答者の性、年齢、配偶者の有無、現在の勤務地が群・町・村であるか否か、現在の年間給与額（1000 万円未満、1000 万～1249 万円、1250 万～1499 万円、1500 万円以上）といった個人属性および観察が不可能な個人固有の属性が医療機関の選択行動に与える影響を制御するため、統計モデルにはランダム効果プロビットモデルを用いた。医師が職場選択の際にどの勤務条件を優先するかは、推定結果より算出されるマージナル効果(＝勤務条件が 1 単位変化することによる職場選択確率の変化分)の絶対値によって評価した。

7－3. 結果

調査対象の勤務医 2,436 人のうち、本分析に関しては 731 人から有効回答が得られた（30.0%）。回答者の平均年齢は 38.3 歳であり、男性である割合が 78.2%、配偶者がいる割合は 73.4%であった。現在の年収は 1000 万円未満の者が 38.1%と最も多く、1500 万円以上である者は 11.6%であった。また、勤務地が群部・町村部といった比較的田舎である者は、全体の 3.2%とわずかであった。

図表 32　統計モデルによる推定結果

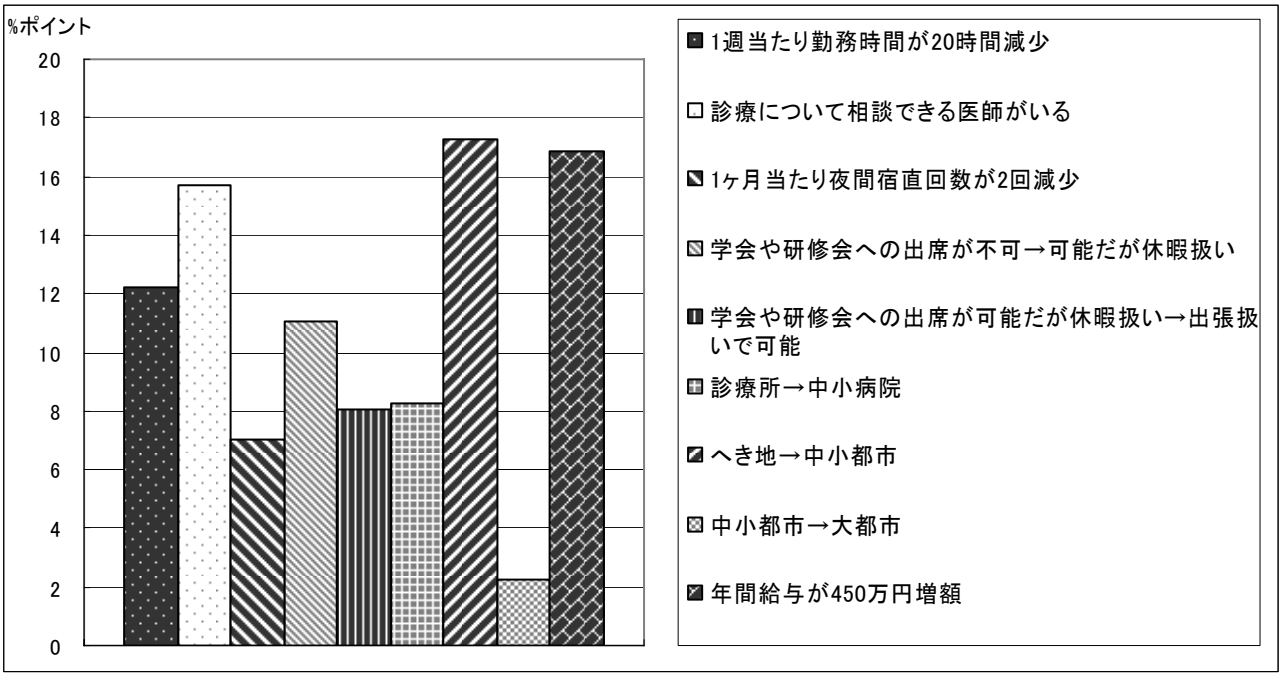
説明変数	係数値	標準誤差	P値	マージナル効果
1週当たり勤務時間	−0.026	0.002	0.000	−0.0061
診療について相談できる医師がいない[d)]	−0.760	0.086	0.000	−0.1572
1ヶ月当たり夜間宿直回数	−0.151	0.017	0.000	−0.0351
学会や研修会への出席が、可能だが休暇扱いから不可に変わる[d)]	−0.517	0.081	0.000	−0.1108
学会や研修会への出席が、可能だが休暇扱いから出張扱いで可能に変わる[d)]	0.330	0.058	0.000	0.0804
中小病院から診療所へ変わる[d)]	−0.367	0.076	0.000	−0.0828
中小病院から大病院へ変わる[d)]	0.045	0.066	0.494	0.0107
中小都市からへき地へ変わる[d)]	−0.841	0.065	0.000	−0.1724
中小都市から大都市へ変わる[d)]	0.097	0.056	0.086	0.0229
年間給与額の変化	0.002	0.000	0.000	0.0004
年齢	−0.005	0.005	0.341	−0.0011
性別が女性である[d)]	−0.165	0.078	0.035	−0.0366
配偶者がいる[d)]	0.055	0.076	0.470	0.0126
現在の勤務先の地域が郡・町・村である[d)]	−0.152	0.164	0.354	−0.0327
現在の年収が1000万～1249万円である[d)]	−0.115	0.080	0.149	−0.0262
現在の年収が1250万～1499万円である[d)]	0.100	0.096	0.294	0.0240
現在の年収が1500万円以上である[d)]	0.022	0.123	0.859	0.0051
定数項	−0.131	0.180	0.465	

注）1. 標本数は6157である
2. d）の説明変数はダミー変数である
3. 尤度比検定の統計量は135.6であり、全ての係数が0であるという帰無仮説は1%水準で棄却される

ランダム効果プロビットモデルによる推定結果を図表 32 に示す。勤務条件に関する推定値は、回答者の性・年齢、配偶者の有無、現在の年収および勤務先が群部・町村部であるか否かといった個人属性および観察されない個人固有の属性を制御したものである。勤務先の規模が中小病院から大病院へと変わることを除き、勤務条件の係数値は全て統計的に有意であり、これらの要因が医師の職場選択に影響を与えていた。（ただし、勤務先の立地場所が中小都市から大都市へと変わることのみ 10%水準で有意。）勤務条件のマージナル効果の符号より、学会や研修会への出席が休暇扱いから出張扱いで可能になること、立地場所が中小都市から大都市へ変わること、年間給与額が増えることが医師にとって職場選択における魅力的な要因であり、一方、1 週当たり勤務時間が増えること、診療について相談できる医師がいないこと、1 ヶ月当たり夜間宿直回数が増えること、学会や研修会への出席が不可（欠勤扱

い）になること、中小病院から診療所へ変わること、立地場所が中小都市からへき地へ変わることは、医師にとって職場選択の際に敬遠される要因であることがわかった。最もマージナル効果が大きい勤務条件は、勤務先の立地場所が中小都市からへき地へ変わることであり(-0.172)、次いで診療について相談できる医師がいないこと(-0.157)、学会や研修会への出席が休暇扱いから欠勤扱いとなること(-0.111)のマージナル効果が大きかった。

図表 33　職場選択における優先度合い



注）1. 職場選択における優先度合いとは、限界効果（＝職場属性の1単位増加に対する職場選択確率の変化分)の絶対値を表す
2.「中小病院→大病院」は、統計的に有意ではなかったため示していない

勤務条件について得られたマージナル効果を絶対値で表し、職場選択における各要因（勤務条件）の優先度合いを評価したのが図表 33 である。1 週当たり勤務時間、1 ヶ月当たり夜間宿直回数、年間給与の変化額については、アンケートで設定した勤務水準の変化幅（20 時間、2 回、450 万円）で評価した。職場選択において金銭的な要因である年間給与は、450 万円増額した場合、医師の職場選択確率を 16.8%ポイントと大きく向上させることがわかった。非金銭的な要因の優先度合いをみると、勤務先の立地場所がへき地から中小都市へ変わることが 17.2%ポイントと医師の職場選択に最も影響し、診療について相談できる医師がいることも 15.7%ポイントと職場選択確率を大きく向上させることがわかった。また、1 週間の勤務時間が 20 時間減少することは 12.2%ポイント、学会や研修会への出席が欠勤扱いから休暇扱いへと変わることは 11.1%ポイント、それぞれ医師の職場選択確率を高め、非金銭的な要因の中でも比較的優先度合いが高い結果となった。

7－4．考察

現在、わが国では医師の地域偏在および診療科偏在が問題化しており、政府は緊急医師確保対策として、医師不足地域への医師派遣システムの構築や病院勤務医の勤務環境の整備等を講じているところである。医師が不足している地域や診療科における医師確保を効果的に実施するためには、様々な勤務条件の中で医師がどの条件を重視して職場を選択するのかを把握する必要がある。諸外国では、医師の職場選択における要因を定量的に把握するため、コンジョイント分析による研究が行われている[8−10]。例えば Scott は、イギリスの一般医(General Practitioner)を対象にコンジョイント分析を行い、一般医が給与以外の要因も考慮して職場を選択し、特に時間外労働の多寡を重視していることを示している[8]。しかし、わが国では、医師以外の医療従事者に対するコンジョイント分析や[11]、他の分析手法による医師の職場選択要因に関する研究は行われているものの[12, 13]、コンジョイント分析により医師の職場選択要因を定量的に把握した研究はこれまで行われていなかった。

本分析により医師の職場選択における要因の優先度合いを分析した結果、給与以外の非金銭的な要因が医師の職場選択に大きな影響を与えており、とりわけ勤務先の立地場所がへき地でないこと、診療について相談できる同僚医師がいることが、医師にとって重視される要因であることが明らかとなった。

医師が職場を選択する際、勤務時間や夜間宿直回数が減ることによって仕事の負荷が緩和されることよりも勤務先の立地条件がへき地でないことが重視されることから、へき地における医師不足を解消するためには、都道府県の主導のもと、へき地への医師派遣を積極的に推進していく必要があると考えられる。

ただし、医師不足はへき地に限った問題ではなく、へき地以外の地域や小児科、産婦人科等の診療科においても医師不足が深刻化している現状がある。本分析において、診療について相談できる医師がいることは、年収の増額と同じくらい職場選択の要因として重視され、また学会や研修会への出席といった医学知識・技術向上の機会が保障されることも、医師にとって重要な要因であることが示された。従って、わが国における医師の偏在の解消策として、高度・専門的な診療の際に活用できる遠隔医療システムや学会・研修会出席の際の代診医派遣といった医師を支援する体制を、地域の医療機関の相互連携により整備することが有効であると考えられる。

Ⅳ．まとめ

１．医師偏在対策への政策的インプリケーション

今回のアンケート調査の結果から得られる政策的インプリケーションとして、例えば以下に示すような事項が考えられる。

【例１】

年齢階級が下がるほど女性医師の割合は高くなっており、出産・育児と長時間労働・夜間当直を両立させることは困難であるため、「院内保育所の整備」、「出産・育児後の復職支援」などの対策とともに、女性医師確保のためのワーク・ライフ・バランスに配慮した勤務体制の確立が望まれる。

【例２】

へき地勤務を義務づける奨学金について、同額のファンドを前提とした場合には、１人当たりの給付金額を増やすよりも、義務期間を短縮したうえで給付人数を増やす方がより有効であると考えられる。

【例３】

へき地の医療機関はプライマリ・ケアを担うことになることから、専門性を高めるよりもプライマリ・ケアに関心がある研修医に対して、総合医を養成する研修プログラムを整備し、地域医療の現場での研修も組入れるなど実践的なスキームを策定する必要がある。

【例４】

医師の職場選択の要因として、診療について相談できる医師がいること、学会や研修会への出席機会が保障されることが重視されることから、高度・専門的な診療の際に活用できる遠隔医療システムや学会・研修会出席の際の代診医派遣といった医師の支援体制を地域の医療機関の相互連携により整備することが、医師偏在の解消に有効であると考えられる。

２．今後の課題

本編において、書面によるアンケート調査の第一段階の集計・分析結果を報告した。今後はインターネットによるアンケート調査の結果を加えて第二段階の集計・分析に進む予定であることから、以下に今後の課題を示す。

【課題１】
すでに信頼性の低い回答は無効票として除いており、信頼性の高いデータで集計・分析をおこなっていると考えている。今後は、データの信頼性の高さを確認して、明確なる根拠を示していくことが大切である。

例えば、希望する年収は現在の年収以上であると考えられることから、「現在の年収」と「希望する年収」のクロス集計をおこなった結果（図表 33）、予想どおり太枠で囲まれた部分に回答の 99%が集中しており、データの信頼性の高さを確認することができたと考えている。

年収階級が「現在の年収」と「希望する年収」で同じだとする人よりも、「現在の年収」より高い年収階級を「希望する年収」とする人の方が多くなっている。

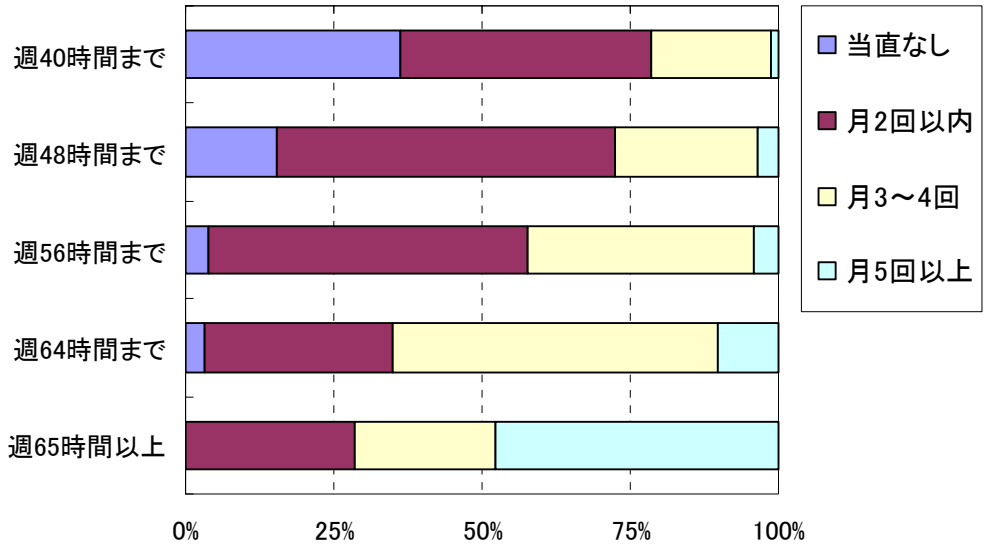
図表 34　希望する「年収」に関するデータの信頼性の確認

		希望する年収					
		1,000万円未満	1,000万円以上 1,250万円未満	1,250万円以上 1,500万円未満	1,500万円以上 1,750万円未満	1,750万円以上 2,000万円未満	2,000万円以上
現在の年収	1,000万円未満	2.8 %	13.8 %	9.9 %	6.8 %	0.7 %	3.5 %
	1,000万円以上 1,250万円未満	－	2.2 %	8.3 %	9.6 %	2.8 %	6.1 %
	1,250万円以上 1,500万円未満	－	0.3 %	1.6 %	8.0 %	5.5 %	7.5 %
	1,500万円以上 1,750万円未満	0.1 %	－	0.3 %	2.0 %	2.6 %	3.3 %
	1,750万円以上 2,000万円未満	－	－	0.3 %	－	0.3 %	1.3 %
	2,000万円以上	－	－	－	－	－	0.4 %

【課題２】
基本属性の違いによる傾向の違いや、他の設問での回答内容の違いによる傾向の違いなどデータ間の関連性について分析をおこなう必要があると考えている。

例えば、図表 34 に示したとおり、長い勤務時間を許容できるグループの方が、より多くの当直回数を許容できる人の割合が多くなることから、勤務時間と当直回数との関連性がうかがえる。

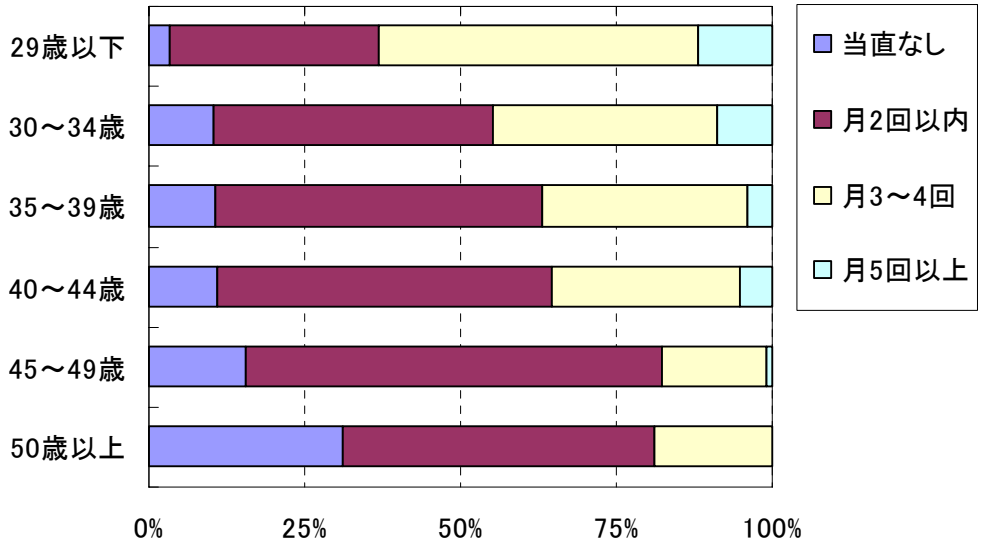
図表 35　許容できる「1 週間の勤務時間」と「1 か月の当直回数」の関連性



【課題３】
基本属性の違いによる傾向の違いが明確な場合は、主要因となっている基本属性による調整をおこない、主要因以外の基本属性別に傾向の違いがあるか否かを分析する必要があると考えている。

例えば、図表 35 に示したとおり、年齢と許容できる「1 か月の当直回数」には相関があることがうかがえるので、許容できる「1 か月の当直回数」を性別で比較する際には、性別の年齢構成の違いを調整した後で比較する必要があると考えている。

図表 36　年齢階級別の許容できる「1 か月の当直回数」



参考文献・資料

1)厚生労働省、平成 18 年 医師・歯科医師・薬剤師調査

2)社団法人 日本病院会、勤務医に関する意識調査 報告書、2007

3)厚生労働省、「臨床研修に関する調査」報告のポイント、2006

4)国立保健医療科学院政策科学部、医師需給に係る医師の勤務状況調査、2006、http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/03/s0327-2c.html

5)全国自治体病院協議会、自治体病院における医師不足状況実態調査結果、1999

6)自治医科大学地域医療白書編集委員会、地域医療白書 第 2 号、自治医科大学、2007

7)日本医療労働組合連合会、医師の労働実態調査、2007 http://www.irouren.or.jp/jp/html/menu6/pdf/070424ishi_jittai_tyosa_shiryo.pdf

8) Scott A, Eliciting GPs' preferences for pecuniary and non-pecuniary job characteristics, Journal of Health Economics, 20, 329-347, 2001.

9) Scott A, Watson SM, Ross S, Eliciting preferences of the community for out of hours care provided by general practitioners: a stated preference discrete choice experiment, Social Science & Medicine, 56, 803-814, 2003.

10) Wordsworth S, et al, Preferences for general practice jobs: a survey of principals and sessional GPs, British Journal of General Practice, 54, 740-746, 2004.

11)緒方泰子、他、看護師の就業場所の選好－訪問看護ステーション看護師を対象としたコンジョイント分析－、医療経済研究、19(3)、233-252、2008

12)真野俊樹、他、医師の進路選択に関する考察：開業志向に注目して、医療と社会、14(2)、85-102、2004

13)佐野洋史、岸田研作、医師の非金銭的インセンティブに関する実証研究、季刊・社会保障研究、40(2)、193-203、2004

附録１

A

医師の需給のあり方に関する研究（H19-政策-一般-012）

アンケート調査（勤務医票）

あなたの、現在の状況についてご回答ください。

Ⅰ．基本属性　［特に指定がない場合は、あてはまるもの１つに ○ をつけてください］	
(1) 年齢　［記入］	◆ 満　　歳
(2) 性別	１．男性　　２．女性
(3) 配偶者	１．いる（同居）　２．いる（別居）　３．いない
(4) こどもとの同居 **［複数回答可］**	１．乳幼児期（0～4 歳）　２．学齢期（5～14 歳）　３．青年期以降（15 歳以上）　４．なし
(5) 勤務先の規模	１．500 床未満の病院　２．500 床以上の病院　３．その他
(6) 勤務先の地域	１．東京 23 区・政令市　２．政令市以外の市　３．郡・町・村
(7) 年収（課税前の額） ※複数の医療機関に勤めている場合は、合計額とする。	１．1,000 万円未満　２．1,000 万円以上 1,250 万円未満 ３．1,250 万円以上 1,500 万円未満　４．1,500 万円以上 1,750 万円未満 ５．1,750 万円以上 2,000 万円未満　６．2,000 万円以上
(8) 夜間当直回数	１．当直なし　２．月 2 回以内　３．月 3～4 回　４．月 5 回以上
(9) 臨床研修医への指導	１．研修医を指導することがある　２．研修医を指導することはない
(10)専門とする診療科　［複数回答可］	１．内科　２．呼吸器科　３．消化器科　４．循環器科　５．小児科 ６．精神科　７．外科　８．整形外科　９．産婦人科　10．眼科 11．皮膚科　12．泌尿器科　13．放射線科　14．麻酔科　15．その他（　　）
(11)医局	１．所属している　２．所属してないがつながりが深い　３．所属してないしつながりも深くない
(12)大学からの派遣	１．派遣である　２．派遣ではないがつながりが深い　３．派遣ではないしつながりも深くない
(13)親の職業（過去も含む） **［複数回答可］**	１．親が開業医　２．親が勤務医　３．親が医師以外の医療従事者　４．医療従事者以外の職業
(14)出身地	◆ もっともあてはまるもの１つを＜記号表＞から選んで記入　　番
(15)出身大学の所在地	◆ あてはまるもの１つを＜記号表＞から選んで記入　　番
(16)医局の所在地	◆ 医局に所属している場合のみ＜記号表＞から選んで記入　　番

＜記号表＞

01 北海道	02 青森	03 岩手	04 宮城	05 秋田	06 山形	07 福島	08 茨城	09 栃木	10 群馬
11 埼玉	12 千葉	13 東京	14 神奈川	15 新潟	16 富山	17 石川	18 福井	19 山梨	20 長野
21 岐阜	22 静岡	23 愛知	24 三重	25 滋賀	26 京都	27 大阪	28 兵庫	29 奈良	30 和歌山
31 鳥取	32 島根	33 岡山	34 広島	35 山口	36 徳島	37 香川	38 愛媛	39 高知	40 福岡
41 佐賀	42 長崎	43 熊本	44 大分	45 宮崎	46 鹿児島	47 沖縄	48 その他海外など		

あなたの 医師の偏在の現状あるいは対策についての考えをご回答ください。

Ⅱ－Ａ．現状あるいは対策について　［もっとも近いもの２つに ○ をつけてください］

(1) 医師がへき地での勤務を敬遠する理由は何だと考えますか。　［２つに○をつける］

１．過疎地であり高齢化が進んでいる　　２．医師の家族がへき地勤務を嫌がる

３．不便で生活の場としての魅力が少ない　　４．学会への参加や専門性を磨くのが難しい

５．診断や治療への助言等を受けるのが難しい　　６．当直回数が多くなり休日が少なくなりそう

７．総合医としての教育や研修を十分受けてない　　８．設備や医療機器が充実していないだろうから

９．その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

(2) へき地での医師不足の対策としてどれが有効であると考えますか。　［２つに○をつける］

１．医学部入学において地域枠を設ける　　２．奨学金をだしてへき地勤務を義務づける

３．派遣の際に公務員等の身分保障をあたえる　　４．派遣後に有給の長期自主研修を保証する

５．IT 等を活用して診断・治療を支援する　　６．ローテーション勤務体制を確立する

７．最新の高度な医療機器を導入する　　８．期限を明記して医師養成プログラムに組込む

９．単身赴任しやすい住環境等を整備する　　10．へき地勤務にみあうように給与を手厚くする

11．その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

(3) 診療科間の医師偏在の対策としてどれが有効であると考えますか。　［２つに○をつける］

１．後期臨床研修で何らかの定員制を導入する　　２．出産・育児後の再研修制度で復職を支援する

３．集約化や再編により十分な医師数を確保する　　４．女性医師のために院内保育所などを整備する

５．オープンシステムで地域の医師に開放する　　６．医師やコメディカル等の業務範囲を見直す

７．無過失補償制度により訴訟リスクを低減する　　８．医師不足の診療科を給与面で優遇する

９．その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

(4) 中堅勤務医の開業が増加している理由は何だと考えますか。　［２つに○をつける］

１．勤務時間や夜勤当直回数が多すぎる　　２．期待される役割が多すぎる

３．人事面での処遇に不満がある　　４．リスクの大きい患者をみなくてよい

５．院長になって経営をしたい　　６．開業したら所得が増える

７．その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

(5) 中堅勤務医の開業による医師不足対策としてどれが有効であると考えますか。　［２つに○をつける］

１．医師数を増やして余裕のある勤務体制にする　　２．医師以外の人員を増やして医師をサポートする

３．チーム医療により個人の負担を軽減する　　４．損害賠償責任保険料を病院が負担する

５．シフト勤務等の導入による連続勤務時間短縮　　６．中堅勤務医の給与を引き上げる

７．その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

あなたに経験がない場合でも、当事者であると想像してご回答ください。
（例えば、へき地への派遣候補になったと想像してご回答ください。）

Ⅱ－Ｂ．妥当と考える派遣年数等について　［もっとも近いもの１つに ○ をつけてください］
(1) 派遣バンクに登録しており、元の職場に戻れることを前提にへき地に派遣されることになった場合、何年間が妥当と考えますか。 １．半年間　２．1 年間　３．2 年間　４．3 年間　５．5 年間
(2) 国公立大に在籍していて、奨学金付与期間の 1.5 倍の期間へき地勤務を義務づけられる場合、奨学金として月額で最低いくらが妥当と考えますか。 １．月 10 万円　２．月 15 万円　３．月 20 万円　４．月 25 万円　５．月 30 万円
(3) 奨学金でへき地勤務を義務づける場合、義務期間は付与期間の何倍が妥当と考えますか。 １．0.5 倍　２．同じ期間　３．1.5 倍　４．2 倍　５．2.5 倍

あなたが、他の勤務先を探している状況を想像してご回答ください。

Ⅲ．勤務条件に対する希望や許容の範囲　［もっとも近いもの１つに ○ をつけてください］
(1) 許容できる 1 週間の勤務時間（当直を除く） １．週 40 時間まで　２．週 48 時間まで　３．週 56 時間まで　４．週 64 時間まで　５．週 65 時間以上
(2) 許容できる 1 か月の夜勤当直回数 １．当直なし　２．月 2 回まで　３．月 4 回まで　４．月 5 回以上
(3) 許容できる 1 週間の呼び出し回数 １．呼び出しなし　２．週 1 回まで　３．週 4 回まで　４．週 5 回以上
(4) 許容できる 1 か月の委員会（勤務先で組織されているもの）への出席回数 １．出席なし　２．月 2 回まで　３．月 4 回まで　４．月 5 回以上
(5) 希望する年間の学会への参加回数 １．なくてよい　２．年 1 回　３．年 2 回　４．年 3～5 回　５．年 6～10 回　６．年 11 回以上
(6) 希望する年間の研修会への参加回数 １．なくてよい　２．年 1 回　３．年 2 回　４．年 3～5 回　５．年 6～10 回　６．年 11 回以上
(7) 希望する長期休暇の期間 １．なくてよい　２．7 日未満　３．7～13 日　４．14～20 日　５．21 日以上
(8) 希望する年収（賞与を含む課税前の額） １．年収 1,000 万円未満　２．年収 1,000 万円以上 1,250 万円未満 ３．年収 1,250 万円以上 1,500 万円未満　４．年収 1,500 万円以上 1,750 万円未満 ５．年収 1,750 万円以上 2,000 万円未満　６．年収 2,000 万円以上
(9) 許容できる片道の通勤時間 １．30 分まで　２．1 時間まで　３．1 時間 30 分まで　４．2 時間まで　５．2 時間以上

あなたが、他の勤務先を探している状況を想像してご回答ください。

Ⅳ．職場環境についての考え方　［もっとも考えに近い番号１つに ○ をつけてください］			
(1) 勤務先の所在地			
Ａ：自分の地元など、ゆかりのある地域がよい。		Ｂ：自分が求められれば、地域や場所は関係ない。	
１．非常にＡに近い	２．ややＡに近い	３．ややＢに近い	４．非常にＢに近い
(2) 地域住民との関係			
Ａ：プライベートでも地域住民と触れ合えるような地域環境がよい。		Ｂ：プライベートに干渉されないような地域環境がよい。	
１．非常にＡに近い	２．ややＡに近い	３．ややＢに近い	４．非常にＢに近い
(3) ワーク・ライフ・バランスへの配慮			
Ａ：医師という職業を選んだ以上、プライベートよりも仕事優先になることは仕方がない。		Ｂ：仕事と家庭が両立できてこそ、医師としてもよい仕事ができると思う。	
１．非常にＡに近い	２．ややＡに近い	３．ややＢに近い	４．非常にＢに近い
(4) 診療の内容			
Ａ：プライマリ・ケアをになう職場がいい。		Ｂ：専門領域において、稀な症例や難しい症例にあたれる職場がいい。	
１．非常にＡに近い	２．ややＡに近い	３．ややＢに近い	４．非常にＢに近い
(5) コメディカルとの協働			
Ａ：コメディカルは、医師の言うことだけを実行するような職場環境がよい。		Ｂ：コメディカルも積極的に意見を言えるような職場環境がよい。	
１．非常にＡに近い	２．ややＡに近い	３．ややＢに近い	４．非常にＢに近い
(6) 勤務先でのポスト			
Ａ：病院の経営や管理業務にもたずさわるポスト（医科長以上）を提示するところがよい。		Ｂ：もっぱら診療や治療に直接たずさわるポストを提示するところがよい。	
１．非常にＡに近い	２．ややＡに近い	３．ややＢに近い	４．非常にＢに近い
(7) 施設・設備の充実度			
Ａ：標準的な医療機器が備わっていればよい。		Ｂ：高度で最新の医療機器の導入に積極的な方がよい。	
１．非常にＡに近い	２．ややＡに近い	３．ややＢに近い	４．非常にＢに近い
(8) 勤務先の経営状況			
Ａ：おもに採算のとれる医療を行い、経営が安定しているところがよい。		Ｂ：経営的に不採算な医療も積極的に行っているところがよい。	
１．非常にＡに近い	２．ややＡに近い	３．ややＢに近い	４．非常にＢに近い

あなたが、他の勤務先を探している状況を想像してご回答ください。

Ⅴ．職場選択における要因の優先度合い

あなたは医療機関 A と医療機関 B から常勤医として来て欲しいと誘いを受けました。あなたは医療機関 A と医療機関 B の関係者と面談し、勤務条件について話し合いました。あなたは勤務条件が異なる医療機関 A と医療機関 B のうち、どちらを勤務先に選ぶかを決めなければなりません。
回答にあたっての注意点を読んでから、以下の質問 1～質問 8 にお答えください。

回答にあたっての注意点

・質問の中で示す以外の勤務条件は、医療機関 A と医療機関 B で全て同じであると仮定します。
・質問は全部で 8 問あります。全ての質問にお答えください。
・質問 1、3、5、7 の医療機関 A と質問 2、4、6、8 の医療機関 B は、同じ勤務条件です。
・質問の中で網掛けしている勤務条件は、医療機関 A と医療機関 B で内容が同じものであり、網掛けしていない勤務条件は内容が異なるものです。
・全ての質問について、正しい答え、間違った答えというものはありません。

質問１：あなたはどちらの医療機関を勤務先に選びますか？

勤務条件	医療機関A	医療機関B
・1週当たり勤務時間（月曜～土曜・ 宿直時間を除く）	60時間	40時間
・診療について相談できる医師の存在	相談できる医師がいる	相談できる医師がいる
・1ヶ月当たり夜間宿直回数	2回	0回
・学会や研修会への出席	可能だが休暇扱い	不可（欠勤扱い）
・医療機関の規模	200床以下の中小病院	200床以下の中小病院
・立地場所	中小都市（人口3～30万人程度）	中小都市（人口3～30万人程度）
・年間給与額	今の職場と変わらない	今の職場より450万円減る
	医療機関 A がよい	医療機関 B がよい
	□	□

どちらかの箱に○をつけてください

質問２：あなたはどちらの医療機関を勤務先に選びますか？

勤務条件	医療機関A	医療機関B
・1週当たり勤務時間 （月曜～土曜・ 宿直時間を除く）	60時間	60時間
・診療について相談できる医師の存在	相談できる医師がいない	相談できる医師がいる
・1ヶ月当たり夜間宿直回数	0回	2回
・学会や研修会への出席	出張扱いで可能	可能だが休暇扱い
・医療機関の規模	500床以上の大病院	200床以下の中小病院
・立地場所	中小都市 （人口3～30万人程度）	中小都市 （人口3～30万人程度）
・年間給与額	今の職場より450万円増える	今の職場と変わらない
	医療機関 A がよい	医療機関 B がよい
	□	□

どちらかの箱に○をつけてください

質問３：あなたはどちらの医療機関を勤務先に選びますか？

勤務条件	医療機関A	医療機関B
・1週当たり勤務時間 （月曜～土曜・ 宿直時間を除く）	60時間	40時間
・診療について相談できる医師の存在	相談できる医師がいる	相談できる医師がいる
・1ヶ月当たり夜間宿直回数	2回	0回
・学会や研修会への出席	可能だが休暇扱い	不可（欠勤扱い）
・医療機関の規模	200床以下の中小病院	診療所
・立地場所	中小都市 （人口3～30万人程度）	へき地 （山間地・離島・過疎地など）
・年間給与額	今の職場と変わらない	今の職場と変わらない
	医療機関 A がよい	医療機関 B がよい
	□	□

どちらかの箱に○をつけてください

質問４：あなたはどちらの医療機関を勤務先に選びますか？

勤務条件	医療機関A	医療機関B
・1週当たり勤務時間 （月曜～土曜・ 宿直時間を除く）	40時間	60時間
・診療について相談できる医師の存在	相談できる医師がいる	相談できる医師がいる
・1ヶ月当たり夜間宿直回数	4回	2回
・学会や研修会への出席	可能だが休暇扱い	可能だが休暇扱い
・医療機関の規模	診療所	200床以下の中小病院
・立地場所	中小都市 （人口3～30万人程度）	中小都市 （人口3～30万人程度）
・年間給与額	今の職場より450万円増える	今の職場と変わらない
	医療機関 A がよい	医療機関 B がよい
	□	□

どちらかの箱に○をつけてください

質問５：あなたはどちらの医療機関を勤務先に選びますか？

勤務条件	医療機関A	医療機関B
・1週当たり勤務時間 （月曜～土曜・ 宿直時間を除く）	60時間	40時間
・診療について相談できる医師の存在	相談できる医師がいる	相談できる医師がいる
・1ヶ月当たり夜間宿直回数	2回	2回
・学会や研修会への出席	可能だが休暇扱い	出張扱いで可能
・医療機関の規模	200床以下の中小病院	診療所
・立地場所	中小都市 （人口3～30万人程度）	大都市 （人口50万人以上）
・年間給与額	今の職場と変わらない	今の職場と変わらない

医療機関 A がよい　　医療機関 B がよい

どちらかの箱に○をつけてください

質問６：あなたはどちらの医療機関を勤務先に選びますか？

勤務条件	医療機関A	医療機関B
・1週当たり勤務時間 （月曜～土曜・ 宿直時間を除く）	60時間	60時間
・診療について相談できる医師の存在	相談できる医師がいる	相談できる医師がいる
・1ヶ月当たり夜間宿直回数	0回	2回
・学会や研修会への出席	出張扱いで可能	可能だが休暇扱い
・医療機関の規模	診療所	200床以下の中小病院
・立地場所	大都市 （人口50万人以上）	中小都市 （人口3～30万人程度）
・年間給与額	今の職場より450万円減る	今の職場と変わらない

医療機関 A がよい　　医療機関 B がよい

どちらかの箱に○をつけてください

質問７：あなたはどちらの医療機関を勤務先に選びますか？

勤務条件	医療機関A	医療機関B
・1週当たり勤務時間 （月曜～土曜・ 宿直時間を除く）	60時間	40時間
・診療について相談できる医師の存在	相談できる医師がいる	相談できる医師がいない
・1ヶ月当たり夜間宿直回数	2回	2回
・学会や研修会への出席	可能だが休暇扱い	出張扱いで可能
・医療機関の規模	200床以下の中小病院	200床以下の中小病院
・立地場所	中小都市 （人口3～30万人程度）	へき地 （山間地・離島・過疎地など）
・年間給与額	今の職場と変わらない	今の職場より450万円増える

医療機関 A がよい　　医療機関 B がよい

どちらかの箱に○をつけてください

質問８：あなたはどちらの医療機関を勤務先に選びますか？

勤務条件	医療機関A	医療機関B
・1週当たり勤務時間 （月曜～土曜・ 宿直時間を除く）	80時間	60時間
・診療について相談できる医師の存在	相談できる医師がいる	相談できる医師がいる
・1ヶ月当たり夜間宿直回数	4回	2回
・学会や研修会への出席	出張扱いで可能	可能だが休暇扱い
・医療機関の規模	200床以下の中小病院	200床以下の中小病院
・立地場所	へき地 （山間地・離島・過疎地など）	中小都市 （人口3～30万人程度）
・年間給与額	今の職場より450万円減る	今の職場と変わらない
	医療機関 A がよい	**医療機関 B がよい**
	□	□

どちらかの箱に○をつけてください

～ 差し支えない場合は、以下の設問にもご回答ください ～

あなたは現在の診療科での勤務をつづけたいですか。 ［該当する番号に ○ をつけてください］

１．可能であれば他の診療科に移りたい　　２．現在の診療科でつづけたい

３．なんとも言えない

「１．可能であれば他の診療科に移りたい」を選んだ場合のみ、その理由をご記入ください。

理由：

～ ご協力いただき誠にありがとうございました ～

ご意見がございましたらご自由にご記入ください。

附録２

C

医師の需給のあり方に関する研究（H19-政策-一般-012）

アンケート調査（研修医票）

あなたの、現在の状況についてご回答ください。

Ⅰ．基本属性　［特に指定がない場合は、あてはまるもの１つに ○ をつけてください］	
(1) 年齢　［記入］	◆ 満　　歳
(2) 性別	１．男性　　２．女性
(3) 配偶者	１．いる（同居）　２．いる（別居）　３．いない
(4) 研修先の規模	１．500 床未満の病院　２．500 床以上の病院　３．その他
(5) 研修先の地域	１．東京 23 区・政令市　２．政令市以外の市　３．郡・町・村
(6) 研修の年次	１．研修医 1 年次生　２．研修医 2 年次生
(7) 出身大学	１．国公立大学　２．私立大学　３．海外の大学
(8) 専門としたい診療科　［複数回答可］ １．内科　２．呼吸器科　３．消化器科　４．循環器科　５．小児科 ６．精神科　７．外科　８．整形外科　９．産婦人科　10．眼科 11．皮膚科　12．泌尿器科　13．放射線科　14．麻酔科　15．その他 16．まだ決めてない　（　　）	
(9) 親の職業（過去も含む）［複数回答可］	１．親が開業医　２．親が勤務医　３．親が医師以外の医療従事者　４．医療従事者以外の職業
(10)出身地	◆ もっともあてはまるもの１つを＜記号表＞から選んで記入　　番
(11)出身大学の所在地	◆ あてはまるもの１つを＜記号表＞から選んで記入　　番
(12)医局への所属	１．所属したい　２．所属したくない　３．まだ決めていない

＜記号表＞

01 北海道	02 青森	03 岩手	04 宮城	05 秋田	06 山形	07 福島	08 茨城	09 栃木	10 群馬
11 埼玉	12 千葉	13 東京	14 神奈川	15 新潟	16 富山	17 石川	18 福井	19 山梨	20 長野
21 岐阜	22 静岡	23 愛知	24 三重	25 滋賀	26 京都	27 大阪	28 兵庫	29 奈良	30 和歌山
31 鳥取	32 島根	33 岡山	34 広島	35 山口	36 徳島	37 香川	38 愛媛	39 高知	40 福岡
41 佐賀	42 長崎	43 熊本	44 大分	45 宮崎	46 鹿児島	47 沖縄	48 その他海外など		

あなたの 医師の偏在の現状あるいは対策についての考えをご回答ください。

Ⅱ－A．現状あるいは対策について　［もっとも近いもの２つに ○ をつけてください］

(1) 医師がへき地での勤務を敬遠する理由は何だと考えますか。　［２つに○をつける］

１．過疎地であり高齢化が進んでいる
２．医師の家族がへき地勤務を嫌がる
３．不便で生活の場としての魅力が少ない
４．学会への参加や専門性を磨くのが難しい
５．診断や治療への助言等を受けるのが難しい
６．当直回数が多くなり休日が少なくなりそう
７．総合医としての教育や研修を十分受けてない
８．設備や医療機器が充実していないだろうから
９．その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

(2) へき地での医師不足の対策としてどれが有効であると考えますか。　［２つに○をつける］

１．医学部入学において地域枠を設ける
２．奨学金をだしてへき地勤務を義務づける
３．派遣の際に公務員等の身分保障をあたえる
４．派遣後に有給の長期自主研修を保証する
５．IT 等を活用して診断・治療を支援する
６．ローテーション勤務体制を確立する
７．最新の高度な医療機器を導入する
８．期限を明記して医師養成プログラムに組込む
９．単身赴任しやすい住環境等を整備する
10．へき地勤務にみあうように給与を手厚くする
11．その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

(3) 研修医が診療科を選ぶ理由は何だと考えますか。　［２つに○をつける］

１．臨床研修で臨床的興味をもった
２．医学領域として学問的興味がある
３．自分に合っていて長く勤まりそう
４．いい指導医や先輩に出会った
５．医療事故や訴訟などのリスクが少ない
６．収入がよく勤務先も見つかりやすい
７．その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

(4) 診療科間の医師偏在の対策としてどれが有効であると考えますか。　［２つに○をつける］

１．後期臨床研修で何らかの定員制を導入する
２．出産・育児後の再研修制度で復職を支援する
３．集約化や再編により十分な医師数を確保する
４．女性医師のために院内保育所などを整備する
５．オープンシステムで地域の医師に開放する
６．医師やコメディカル等の業務範囲を見直す
７．無過失補償制度により訴訟リスクを低減する
８．医師不足の診療科を給与面で優遇する
９．その他（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

あなたに経験がない場合でも、当事者であると想像してご回答ください。
（例えば、奨学金を付与されていると想像してご回答ください。）

Ⅱ－Ｂ．妥当と考える派遣年数等について　［もっとも近いもの１つに ○ をつけてください］

(1) 医学部入学の地域枠※は定員の何割程度が妥当と考えますか。

１．なくていい　２．1 割　３．2 割　４．3 割　５．4 割以上

(2) 国公立大に在籍していて、奨学金付与期間の 1.5 倍の期間へき地勤務を義務づけられる場合、奨学金として月額で最低いくらが妥当と考えますか。

１．月 10 万円　２．月 15 万円　３．月 20 万円　４．月 25 万円　５．月 30 万円

(3) 奨学金でへき地勤務を義務づける場合、義務期間は付与期間の何倍が妥当と考えますか。

１．0.5 倍　２．同じ期間　３．1.5 倍　４．2 倍　５．2.5 倍

※「地域枠」とは、医学部の入学者選抜における地元出身者のための入学枠であり、推薦入学としている場合が多い。

あなたが、勤務先を探している状況を想像してご回答ください。

Ⅲ．勤務条件に対する希望や許容の範囲　［もっとも近いもの１つに ○ をつけてください］

(1) 許容できる 1 週間の勤務時間（当直を除く）

１．週 40 時間まで　２．週 48 時間まで　３．週 56 時間まで　４．週 64 時間まで　５．週 65 時間以上

(2) 許容できる 1 か月の夜勤当直回数

１．当直なし　２．月 2 回まで　３．月 4 回まで　４．月 5 回以上

(3) 許容できる 1 週間の呼び出し回数

１．呼び出しなし　２．週 1 回まで　３．週 4 回まで　４．週 5 回以上

(4) 希望する年間の学会への参加回数

１．なくてよい　２．年 1 回　３．年 2 回　４．年 3～5 回　５．年 6～10 回　６．年 11 回以上

(5) 希望する長期休暇の期間

１．なくてよい　２．7 日未満　３．7～13 日　４．14～20 日　５．21 日以上

(6) 希望する年収（賞与を含む課税前の額）

１．年収 1,000 万円未満　２．年収 1,000 万円以上 1,250 万円未満

３．年収 1,250 万円以上 1,500 万円未満　４．年収 1,500 万円以上 1,750 万円未満

５．年収 1,750 万円以上 2,000 万円未満　６．年収 2,000 万円以上

あなたが、勤務先を探している状況を想像してご回答ください。

Ⅳ．職場環境についての考え方　［もっとも考えに近い番号１つに ○ をつけてください］			
(1) 勤務先の所在地			
Ａ：自分の地元など、ゆかりのある地域がよい。		Ｂ：自分が求められれば、地域や場所は関係ない。	
１．非常にＡに近い	２．ややＡに近い	３．ややＢに近い	４．非常にＢに近い
(2) 地域住民との関係			
Ａ：プライベートでも地域住民と触れ合えるような地域環境がよい。		Ｂ：プライベートに干渉されないような地域環境がよい。	
１．非常にＡに近い	２．ややＡに近い	３．ややＢに近い	４．非常にＢに近い
(3) ワーク・ライフ・バランスへの配慮			
Ａ：医師という職業を選んだ以上、プライベートよりも仕事優先になることは仕方がない。		Ｂ：仕事と家庭が両立できてこそ、医師としてもよい仕事ができると思う。	
１．非常にＡに近い	２．ややＡに近い	３．ややＢに近い	４．非常にＢに近い
(4) 診療の内容			
Ａ：プライマリ・ケアをになう職場がいい。		Ｂ：専門領域において、稀な症例や難しい症例にあたれる職場がいい。	
１．非常にＡに近い	２．ややＡに近い	３．ややＢに近い	４．非常にＢに近い
(5) コメディカルとの協働			
Ａ：コメディカルは、医師の言うことだけを実行するような職場環境がよい。		Ｂ：コメディカルも積極的に意見を言えるような職場環境がよい。	
１．非常にＡに近い	２．ややＡに近い	３．ややＢに近い	４．非常にＢに近い
(6) 勤務先でのポスト			
Ａ：病院の経営や管理業務にもたずさわるポスト（医科長以上）を提示するところがよい。		Ｂ：もっぱら診療や治療に直接たずさわるポストを提示するところがよい。	
１．非常にＡに近い	２．ややＡに近い	３．ややＢに近い	４．非常にＢに近い
(7) 施設・設備の充実度			
Ａ：標準的な医療機器が備わっていればよい。		Ｂ：高度で最新の医療機器の導入に積極的な方がよい。	
１．非常にＡに近い	２．ややＡに近い	３．ややＢに近い	４．非常にＢに近い
(8) 勤務先の経営状況			
Ａ：おもに採算のとれる医療を行い、経営が安定しているところがよい。		Ｂ：経営的に不採算な医療も積極的に行っているところがよい。	
１．非常にＡに近い	２．ややＡに近い	３．ややＢに近い	４．非常にＢに近い

あなたが、勤務先を探している状況を想像してご回答ください。

Ⅴ．職場選択における要因の優先度合い

あなたは医療機関 A と医療機関 B から常勤医として来て欲しいと誘いを受けました。あなたは医療機関 A と医療機関 B の関係者と面談し、勤務条件について話し合いました。あなたは勤務条件が異なる医療機関 A と医療機関 B のうち、どちらを勤務先に選ぶかを決めなければなりません。
回答にあたっての注意点を読んでから、以下の質問 1～質問 6 にお答えください。

回答にあたっての注意点

・質問の中で示す以外の勤務条件は、医療機関 A と医療機関 B で全て同じであると仮定します。
・質問は全部で 6 問あります。全ての質問にお答えください。
・質問 1、3、5 の医療機関 A と質問 2、4、6 の医療機関 B は、同じ勤務条件です。
・質問の中で網掛けしている勤務条件は、医療機関 A と医療機関 B で内容が同じものであり、網掛けしていない勤務条件は内容が異なるものです。
・全ての質問について、正しい答え、間違った答えというものはありません。

質問１：あなたはどちらの医療機関を勤務先に選びますか？

勤務条件	医療機関A	医療機関B
・1週当たり勤務時間（月曜～土曜・ 宿直時間を除く）	60時間	60時間
・診療について指導できる医師の存在	指導してくれる医師がいる	指導してくれる医師がいる
・1ヶ月当たり夜間宿直回数	2回	4回
・学会や研修会への出席	可能だが休暇扱い	不可（欠勤扱い）
・医療機関の規模	200床以下の中小病院	200床以下の中小病院
・立地場所	中小都市（人口3～30万人程度）	大都市（人口50万人以上）
・年間給与額	600万円	2000万円
	医療機関 A がよい	医療機関 B がよい
	□	□

どちらかの箱に○をつけてください

質問２：あなたはどちらの医療機関を勤務先に選びますか？

勤務条件	医療機関A	医療機関B
・1週当たり勤務時間 （月曜～土曜・ 宿直時間を除く）	40時間	60時間
・診療について指導できる医師の存在	指導してくれる医師がいない	指導してくれる医師がいる
・1ヶ月当たり夜間宿直回数	2回	2回
・学会や研修会への出席	出張扱いで可能	可能だが休暇扱い
・医療機関の規模	200床以下の中小病院	200床以下の中小病院
・立地場所	へき地 （山間地・離島・過疎地など）	中小都市 （人口3～30万人程度）
・年間給与額	2000万円	600万円
	医療機関 A がよい	医療機関 B がよい
	□	□

どちらかの箱に○をつけてください

質問３：あなたはどちらの医療機関を勤務先に選びますか？

勤務条件	医療機関A	医療機関B
・1週当たり勤務時間 （月曜～土曜・ 宿直時間を除く）	60時間	40時間
・診療について指導できる医師の存在	指導してくれる医師がいる	指導してくれる医師がいる
・1ヶ月当たり夜間宿直回数	2回	2回
・学会や研修会への出席	可能だが休暇扱い	出張扱いで可能
・医療機関の規模	200床以下の中小病院	診療所
・立地場所	中小都市 （人口3～30万人程度）	大都市 （人口50万人以上）
・年間給与額	600万円	600万円
	医療機関 A がよい	医療機関 B がよい
	□	□

どちらかの箱に○をつけてください

質問４：あなたはどちらの医療機関を勤務先に選びますか？

勤務条件	医療機関A	医療機関B
・1週当たり勤務時間 （月曜～土曜・ 宿直時間を除く）	40時間	60時間
・診療について指導できる医師の存在	指導してくれる医師がいる	指導してくれる医師がいる
・1ヶ月当たり夜間宿直回数	0回	2回
・学会や研修会への出席	不可（欠勤扱い）	可能だが休暇扱い
・医療機関の規模	200床以下の中小病院	200床以下の中小病院
・立地場所	へき地 （山間地・離島・過疎地など）	中小都市 （人口3～30万人程度）
・年間給与額	600万円	600万円
	医療機関 A がよい	医療機関 B がよい
	□	□

どちらかの箱に○をつけてください

質問５：あなたはどちらの医療機関を勤務先に選びますか？

勤務条件	医療機関A	医療機関B
・1週当たり勤務時間 （月曜～土曜・ 宿直時間を除く）	60時間	80時間
・診療について指導できる医師の存在	指導してくれる医師がいる	指導してくれる医師がいない
・1ヶ月当たり夜間宿直回数	2回	2回
・学会や研修会への出席	可能だが休暇扱い	不可（欠勤扱い）
・医療機関の規模	200床以下の中小病院	診療所
・立地場所	中小都市 （人口3～30万人程度）	中小都市 （人口3～30万人程度）
・年間給与額	600万円	1000万円
	医療機関 A がよい	医療機関 B がよい
	□	□

どちらかの箱に○をつけてください

質問６：あなたはどちらの医療機関を勤務先に選びますか？

勤務条件	医療機関A	医療機関B
・1週当たり勤務時間 （月曜～土曜・ 宿直時間を除く）	80時間	60時間
・診療について指導できる医師の存在	指導してくれる医師がいる	指導してくれる医師がいる
・1ヶ月当たり夜間宿直回数	4回	2回
・学会や研修会への出席	出張扱いで可能	可能だが休暇扱い
・医療機関の規模	500床以上の大病院	200床以下の中小病院
・立地場所	中小都市 （人口3～30万人程度）	中小都市 （人口3～30万人程度）
・年間給与額	600万円	600万円
	医療機関 A がよい	医療機関 B がよい
	□	□

どちらかの箱に○をつけてください

～ ご協力いただき誠にありがとうございました ～

ご意見がございましたらご自由にご記入ください。

厚生労働科学研究補助金　政策科学総合研究事業（政策科学推進）

平成 19 年度　地域間の医師偏在に関するヒアリング調査

分担研究者　佐野 洋史　（医療経済研究機構）
協力研究者　石橋 洋次郎（医療経済研究機構）
協力研究者　久保 統敬　（医療経済研究機構）

【研究要旨】
都道府県の病院事業管理者等を対象に、地域間医師偏在の様相の違い、及び具体的な対策を講じるうえでの要点について整理することを目的としてヒアリング調査を実施した。その結果、医師不足地域の類型化、へき地における医療サービスのあり方、医師確保等のコストについて検討する上で参考となる情報が得られた。

Ⅰ．調査目的

全国の都道府県が共同で自治医科大学を設立（昭和 47 年 4 月に開学）し、都道府県ごとに選抜された学生を地域医療で活躍する医師へと養成している。「第 9 次へき地保健医療計画」（平成 13 年 4 月）で、都道府県ごとにへき地医療支援機構を設置し、へき地医療対策への実質的な助言指導をおこなうこととされた。平成 17 年 8 月に「医師確保総合対策」が策定され、平成 18 年 6 月に成立した「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部改正」では、都道府県ごとに地域医療対策協議会を創設して医師等の確保を図ることとなった。

本ヒアリング調査では、都道府県の病院事業管理者等を対象として、地域間の医師偏在について、医師不足地域の分類方法、へき地医療のあり方等について訊くことにより、地域間の医師偏在対策について示唆を与える資料をとりまとめることを目的とする。

Ⅱ．調査方法

訪問してヒアリングをおこなった。ヒアリング先及びヒアリング項目は以下の通りである。

＜ヒアリング先（五十音順）＞　　（敬称略）

長 隆	東日本税理士法人　公認会計士
塩谷 泰一	徳島県病院事業管理者
矢野 右人	長崎県病院事業管理者

＜ヒアリング項目＞

■ 医師不足地域の類型化について
- 地域を考える単位
- 類型化で着目する尺度
- 類型ごとの対策の違い

■ 医師確保等のコストについて
- 費用負担が大きい取組
- コスト面での課題
- 環境変化と今後の動向

■ へき地での医療サービスについて
- 現地に必要な医療機能
- 高次医療機関へのアクセス
- 医療の質を維持する工夫

■ その他

Ⅲ．調査結果

１．医師不足地域の類型化について

(1)地域を考える単位

類型化のまえに、都市化の度合いで都道府県を区分した方がいいとの意見があった。三大都市（東京、愛知、大阪）、首都圏（千葉、埼玉、神奈川）、地方都市（左記以外で政令市を有する道府県）、その他の県 - というような区分がいいのではないかとのこと。

また、地域の類型化は三次医療圏単位ぐらいがいいだろうが、実際の対策を考える上では二次医療圏単位でみた方がいいとの意見があった。

(2)類型化で着目する尺度

対人口比医師数と配置基準充足率がいいのではないかとの意見があった。配置基準充足率の代わりに対人口比病床数（有床診療所を含む）、対人口比病院数としてもよいとのこと。

また、対人口比医師数だけでなく、対面積比医師数であるとか、対人口密度比医師数など色々と変えてみた方がいいのではないかとの意見があった。対人口比医師数についても、対高齢者人口比医師数であるとか、対小児人口比小児科医師数、対出産年齢世帯数比産婦人科医師数など診療科別にみるのもいいのではないかとのこと。

質的な尺度もあった方がいいとの意見があった。アウトカムの尺度として 5 年生存率がいいと思うが統計がないだろう、統計があるものとなれば死亡率ではないかとのこと。

他にも医療費地域差指数といったところをみた方がいいだろうし、地域外への患者の流入・流出の状況を把握することも大切であるとの意見があった。

(3)類型ごとの対策の違い

対人口比医師数と配置基準充足率の両方が低い地域では、医療資源が不足していると考えられるので、まず医療資源を増やす必要がある。一方、対人口比医師数と配置基準充足率の両方が高い地域でも、中小病院の割合や有床診療所の数が多い傾向があれば、病院単位でみると医師が不足している感があることから、病院再編により総病床数を削減したうえで大規模化を進める必要があるとの意見があった。

また、地域の医療供給体制についても考える必要があり、病院の再編、病院や診療所のネットワーク化を通じた各医療機関の診療科の整理、病床利用率の向上、平均在院日数の短縮を進めていく時期にきているとの意見があった。個別病院の経営改善策を考える際には、公立病院改革ガイドライン（H19.11.12 総務省）にも示されている指標（医業収支比率、給与費対医業収益比率、病床利用率など）の将来的な見通しが参考になるだろうとのこと。

２．へき地での医療サービスについて

(1)現地に必要な医療機能

あらゆる診療科に対応するといったコンビニ的な発想では、住民に安心は与えるが安全は保証できないとなりかねないので、その地域で守るべき医療のミニマム・リクワイアメントを設定しなければいけないとの意見があった。設定した診療科ごとの医師数に対して、実際の医師数が足りているかを医療圏単位でチェックしているとのこと。

また、現地に必要な医療機能は内科と一次救急であり、外科や二次救急はへき地では対応できないとの意見があった。

現地に必要なのは、身近で頼りになる病院だろうとの意見があった。つまり、緊急手術が必要かを判断できて、必要であれば迅速に高次の医療機関に搬送してくれる病院であるとのこと。

地域の特性を考慮した一般的・標準的医療を提供することが大切であり、そのためには総合医を確保しなければいけないとの意見があった。出産は地元でできた方よく、公立病院は、そのような医療に関して負担してでも医師を確保する責任を担っている。救急は簡単な緊急手術ができる程度でよく、難しい緊急手術は高次の医療機関にまかせればいいとのこと。

(2)救急医療における高次医療機関へのアクセス

へき地から高次医療機関へ円滑にアクセスできるようにするには、24 時間体制でバックアップする中核病院を決めることが重要であるとの意見があった。

高次医療機関へのアクセスはヘリがいいとの意見があった。負担を減らすために、広域でのヘリの整備、防災ヘリの活用などを考えた方がいいとのこと。

(3)医療の質を維持する工夫

高次医療機関との連携が、医療の質を維持するためには不可欠であるとの意見があった。

へき地での医療の質を維持するには、地域中核病院を充実させることと、現場の医師や看護師の意見をきくことが大切であるとの意見があった。

地域中核病院から通勤ヘリで週 2 日ほどへき地の医療機関に通って勤務し、残りを地域中核病院で勤務するようにできれば、高度・専門的な医療にも携わることができるので、へき地で勤務する医師を集めやすくなるだろうとの意見があった。

一方、地域医療を担う医師は、家族ぐるみでその地域に住む方がよく、医師は地域の中に入っていく努力をしなければいけないとの意見があった。医師が地域にとけ込めるような取り組み、例えば、地域住民と医師がプライベートでも触れ合うことがあればいいとのこと。

医師を確保するためには、医師が進んで勤務してくれるような病院にしなければいけない。そのためには、病院の経営を改善していくことが求められるとの意見があった。

医療法人などは税金を払った上で医療サービスを提供している一方、公立病院では、税金を投入して医療サービスを提供しているので、両者の違いを明らかに示すべきであるとの意見があった。胸をはれる赤字は出していいのではないか。ただし、「政策医療をやっているから赤字出して何が悪い」という姿勢はよくない。税の投入に対する結果責任と説明責任を果たしていく必要があるとのこと。

３．医師確保等のコストについて

(1)費用負担が大きい取り組み

インフラ整備の費用負担が大きいとの意見があった。ドクターヘリ、へき地支援センター、医師の養成が費用負担の大きい取り組みであるとのこと。

ヘリの運用に費用がかかる。ドクターヘリ法（「救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法」、議員立法、H19.6.19 成立）で、助成金による自治体の負担軽減が図られることになった。ドクターヘリの年間運用費用は 1 億 7 千万円程度といわれているとのこと。

費用負担ですぐに思いつくのは、医学部の地域枠や奨学金、臨床研修のサポートであるが、負担が大きすぎるということはないとのこと。

地元大学で県の委託講座（「地域医療学分野」）を開講した。そして地域医療研究センターを県立病院内に設置し、教授または助教が常勤している。委託講座に投じている額は、勤務医を 2 人確保するのに必要な額に相当しているとのこと。

(2)コスト面での課題

巡回診療ヘリの計画を進めているが、財源が課題のひとつになっているとのこと。

過疎地の医療維持には、人口 1 人当たり年間 1 万円程度の助成が必要ではないかとの意見があった。年間 1 万円という数字には根拠があり、北海道の旧・瀬棚町（市町村合併により“せたな町”となった）の瀬棚診療所は効率的な経営をしていたにもかかわらず赤字を出していた。当時の旧・瀬棚町の人口で赤字額を割ると、1 人当たり年間 1 万円になるとのこと。

(3)環境変化と今後の動向

開設者が異なる病院同士の合併も視野に入れて、今後は医療機関を集約化し広域でみていくことになるだろうとの意見があった。

４．その他

(1) 病院の統合

出身大学が違うと手術用具の呼び方が違うなど、コミュニケーションがとり難い面があり、違う大学の関連病院を統合するのは大変苦労するとのこと。

(2) 地域住民との相互理解

医師が過重労働で困っているというのを地域住民はあまり知らない。地域医療には相互理解が必要であろうとの意見があった。実際に、地域住民の理解を高める取り組みをはじめているとのこと。

兵庫県丹波市では、地域住民が県立柏原（かいばら）病院の小児科を守る会を立ち上げ、軽症でも病院を受診するのを控えるように呼びかけており、適切な病院へのかかり方を啓発している。代表的な子供の病気についてのチャート図を作成したり、母親向けの救急医療講座を開いたりしているとのこと。

Ⅳ．まとめ

地域における医師不足対策の成功事例や先進的な取り組み事例を紹介した文献はあるものの、事例紹介された地域の特徴や医師不足を生じさせている本質的要因をとらまえて、明確に示しているものは見受けられない。このことが、事例紹介された取り組みを他の地域にも適用しうるものなのかを不明瞭にしており、一部分を参考にするにしても、どこをそのまま参考にして、どこを変更しなければいけないかについて考える手掛かりを希薄なものにしていると考えられる。

本ヒアリング調査を通じて、一口に「医師不足」といっても、詳細にみると様々なタイプに分かれることが明らかとなり、医師不足地域を類型化する際の指標や尺度として何を用い、タイプに応じてどのような対策が考えられるかについて具体的な示唆を得ることができた。

また、へき地において提供すべき医療サービスの内容を明らかにし、高次の医療機関との連携がいかにあるべきかについて具体的な示唆を得ることができた。

地域の医療機関が提供すべき医療を維持するためには、コストがかかる取り組みへの財政的な裏づけが不可欠であり、地方自治体の財政状況は厳しさを増していることから、より効率的で有効な財源の活用が求められる。

地域医療に関して第一線で活躍されている方々へのヒアリングをまとめた本報告が、今後の医師の地域偏在対策を検討する上で参考になり、具体的な対策へとつながっていくことがあれば幸いである。

厚生労働科学研究費補助金　政策科学総合研究事業（政策科学推進）
分担研究報告書

診療科偏在に関するヒアリング調査

分担研究者　新野　由子　財）医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構　研究部副部長
分担研究者　佐野　洋史　財）医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構　研究部研究員
分担研究者　石井加代子　財）医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構　研究部研究員
協力研究者　久保　統敬　財）医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構　企画渉外部

【研究要旨】
急速な少子高齢化に伴う疾病構造の変化に対応するため、医療制度変更が行われてきている。また、昭和 48 年より、一県一医科大学の設置が開始され、1981(昭和 56)年以降、約 8,000 人/年の規模で医師を養成し、1983(昭和 58)年には、医師数 150 人/人口 10 万人を確保したにも拘らず、依然として充足感が薄い。一方、2004（平成 16）年の新医師臨床研修制度のスタートを契機に医師不足（地域偏在、診療科偏在を含む。）問題が顕在化したため、様々な対策が講じられている。
本報告では、診療科偏在において、深刻な問題を抱える小児科、産婦人科、麻酔科に焦点をあてヒアリング調査を行った。大学病院、臨床病院での問題解決のための先進的な取り組みから、示唆を得ることが出来たので報告する。また、筑波大学病院の医師派遣についての「考え方」「取り組み」についても併せて紹介する。

Ⅰ．背景

１．全体の状況

「平成 18 年度厚生労働省　医師・歯科医師・薬剤師調査」によると、図表 1-1 に示すとおり、毎年 7,000～8,000 人程度の医師が誕生している。日本人の人口は、約 12,700 万人であることから、人口 10 万人に対して 200 人を超える医師数の確保に至っている。

2000 年から 2006 年にかけて、医療施設に従事する全医師数は、243,201 人から 263,540 人に増加していて、その率は、108.4%である。病院に従事する医師数は、154,588 人から 168,327 人に増加していて、その率は、108.8%である。診療所に従事する医師数は、88,613 人から 95,213 人に増加していて、その率は、107.4%である。増加医師数については、病院に従事する医師数及び診療所に従事する医師数のそれぞれの増加率に差異は、認められない。

病院に従事する医師数は、増加しているが、勤務する医師の繁忙感・疲弊感は確実に高まっているとの指摘がある。「平成 19 年 3 月日本病院協会　勤務医に関する意識調査報告」によると、図表２に示すが、5 年前と比較した勤務時間数は、38%の回答者が「増えた」と回答している。図表 3 に示すが、その理由として、65.8%が患者数及び診療時間が増えたほど医師が増えていない。54.7%が書類を書く時間が増えた。45.8%が会議・その他が増えた。23.3%が IT 化と回答していた。

２．診療科における状況

２－1．小児科

「平成 18 年度厚生労働省　医師・歯科医師・薬剤師調査」によると、図表 1-1 に示すとおり 2000 年から 2006 年にかけて、医療施設に従事する小児科全医師数は、14,156 人から 14,700 人に増加していて、その率は、103.8%である。病院に従事する医師数は、8,158 人から 8,228 人に増加していて、その率は、100.9%である。診療所に従事する医師数は、5,998 人から 6,472 人に増加していて、その率は、107.9%である。増加医師数については、病院に従事する医師数及び診療所に従事する医師数のそれぞれの増加率に差異が認められた。

少子化による医療の必要量は低下傾向にあるが、核家族化、共稼ぎ家庭の増加に起因して、9 割以上は入院加療を要しない軽症患者との分析はあるものの、休日及び夜間の救急受診が増加している。患者の受診行動が他科に比し大きく変化している。小児科領域での対策は、小児救急医療体制整備が優先されるが、受診行動に即応した体制整備が必要である。

２－2．産婦人科

「平成 18 年度厚生労働省　医師・歯科医師・薬剤師調査」によると、図表 1-1 に示すとおり 2000 年から 2006 年にかけて、医療施設に従事する産婦人科医師数は、10,585 人から 9,592 人に減少していて、その率は、90.6%である。病院に従事する医師数は、6,154 人から 5,361 人に減少していて、その率は、87.1%である。診療所に従事する医師数は、4,431 人から 4,231

人に減少していて、その率は、95.5%である。医師数について、病院に従事する医師数及び診療所に従事する医師数ともに減少しており、総医師数が 108.4%増加しているにもかかわらずこの傾向であり、特別な対策が待たれる。

出生数の減少による医療の必要量は低下傾向にあるものの、地域によっては産婦人科医療の利便性が損なわれることが想定され、地域間格差と合間って極めて難しい局面となる。

2－3. 麻酔科

「平成 18 年度厚生労働省　医師・歯科医師・薬剤師調査」によると、図表 1-1 に示すとおり 2000 年から 2006 年にかけて、医療施設に従事する麻酔科医師数は、5,751 人から 6,209 人に増加していて、その率は、108.0%である。病院に従事する医師数は、5,443 人から 5,763 人に増加していて、その率は、105.9%であるものの（診療所に従事する医師数は、308 人から 446 人に増加している。）、直近の 2004 年から 2006 年にかけて、病院に従事する麻酔科医の推移は、5,998 名から 5,763 名であり、96.1%と減少している。この現象は、麻酔科医が真に減っているのか、それとも開業若しくは、本調査では把握されないフリーランス麻酔科医になっていることを意味しているのか、フリーランス麻酔科医が何人いて、どのぐらい増えているのか等から、図表 1-1 に示す数値からでは、判断できない。麻酔科の将来を予測するには、医療施設に所属しない麻酔科医（フリーランス医）数の把握、同時に、年間何例の手術の麻酔を担当しているか、といった調査も必要である。

麻酔科医は、基本的に病院で継続的に勤務するものであり、大学及び基幹病院での麻酔科医の不足感はまだまだ改善してはいないとの報告も多く、手術件数の増加や、医療安全の観点から全身麻酔の施行が増えているが、他方では、市町村の統廃合等から、基幹病院の集約化が急速に進んでいる現状を鑑み、差し迫った対処としては、麻酔科医の効果的・効率的な配置が最優先されるべきである。

2－4. 女性医師の継続就業支援

女性医師の増加は、近年著しく、「平成 18 年度厚生労働省　医師・歯科医師・薬剤師調査」によると、図表 1-2 に示すとおり 2006 年の、病院に従事する医師の男女比は、81.9：18.1 である。今回着目した 3 診療科の男女比は、小児科 67.5：32.5、産婦人科 64.6：35.4、麻酔科 69.7:30.3 であり、他診療科に比し高い。女性医師が継続就業できる環境整備が急がれる。ちなみに、研修医の男女比は、67.1：32.9 であり、将来を見据えた女性医師の継続就業支援策も重要となる。

図表１－１.医療施設に従事する医師数　各年 12 月 31 日現在

年/医師数(人)	総　数	小児科	産婦人科	麻酔科
医　療　施　設　の　従　事　者				
平成6年(1994)	220,853	13,346	11,039	4,683
8　('96)	230,297	13,781	10,847	5,046
10　('98)	236,933	13,989	10,916	5,585
12　(2000)	243,201	14,156	10,585	5,751
14　('02)	249,574	14,481	10,618	6,087
16　('04)	256,668	14,677	10,163	6,397
18　('06)	263,540	14,700	9,592	6,209
病　院　の　従　事　者				
平成6年(1994)	143,412	7,714	6,419	4,504
8　('96)	148,199	7,919	6,319	4,804
10　('98)	153,100	8,022	6,456	5,315
12　(2000)	154,588	8,158	6,154	5,443
14　('02)	159,131	8,429	6,215	5,748
16　('04)	163,683	8,393	5,817	5,998
18　('06)	168,327	8,228	5,361	5,763
診　療　所　の　従　事　者				
平成6年(1994)	77,441	5,632	4,620	179
8　('96)	82,098	5,862	4,528	242
10　('98)	83,833	5,967	4,460	270
12　(2000)	88,613	5,998	4,431	308
14　('02)	90,443	6,052	4,403	339
16　('04)	92,985	6,284	4,346	399
18　('06)	95,213	6,472	4,231	446

注：複数の診療科に従事している場合の主として従事する診療科と１診療科のみに従事している場合の診療科

平成 18 年度厚生労働省　医師・歯科医師・薬剤師調査

図表１－２．施設の種別・性・診療科名(主たる)別にみた医療施設に従事する医師数

平成18(2006)年12月31日現在

		病院								診療所							
		医師数（人）	構成割合（%）						平均年齢	医師数（人）	構成割合（%）						平均年齢
			総数	男	女	総数	男	女			総数	男	女	総数	男	女	
		168 327	100.0	100.0	100.0	100.0	81.9	18.1	42.4	95 213	100.0	100.0	100.0	100.0	84.5	15.5	58.0
	従事する診療科																
1	内科	31 096	18.5	18.4	18.8	100.0	81.6	18.4	46.9	39 374	41.4	43.0	32.4	100.0	87.9	12.1	59.3
2	心療内科	327	0.2	0.2	0.2	100.0	76.8	23.2	45.6	514	0.5	0.5	0.6	100.0	83.3	16.7	52.3
3	呼吸器科	3 615	2.1	2.2	1.9	100.0	83.9	16.1	41.3	351	0.4	0.4	0.3	100.0	89.5	10.5	55.4
4	消化器科(胃腸科)	7 487	4.4	4.7	3.1	100.0	87.3	12.7	41.5	3 275	3.4	3.8	1.2	100.0	94.5	5.5	56.1
5	循環器科	7 945	4.7	5.2	2.7	100.0	89.6	10.4	40.9	1 471	1.5	1.7	0.6	100.0	94.1	5.9	55.1
6	アレルギー科	112	0.1	0.1	0.1	100.0	75.9	24.1	44.7	72	0.1	0.1	0.1	100.0	86.1	13.9	58.4
7	リウマチ科	625	0.4	0.4	0.4	100.0	81.0	19.0	42.6	135	0.1	0.1	0.2	100.0	80.0	20.0	50.8
8	小児科	8 228	4.9	4.0	8.8	100.0	67.5	32.5	41.5	6 472	6.8	5.7	13.0	100.0	70.5	29.5	58.6
9	精神科	9 978	5.9	5.9	5.9	100.0	81.9	18.1	47.4	2 496	2.6	2.5	3.5	100.0	79.4	20.6	54.6
10	神経科	206	0.1	0.1	0.1	100.0	78.2	21.8	44.8	149	0.2	0.2	0.2	100.0	84.6	15.4	58.5
11	神経内科	3 150	1.9	1.8	2.1	100.0	80.1	19.9	42.4	293	0.3	0.3	0.3	100.0	83.6	16.4	53.3
12	外科	16 738	9.9	11.5	2.8	100.0	94.9	5.1	45.2	4 836	5.1	5.9	0.7	100.0	97.8	2.2	63.3
13	整形外科	11 853	7.0	8.2	1.7	100.0	95.7	4.3	43.3	7 017	7.4	8.5	1.1	100.0	97.7	2.3	56.2
14	形成外科	1 548	0.9	0.9	1.1	100.0	77.5	22.5	38.7	361	0.4	0.4	0.5	100.0	80.1	19.9	48.2
15	美容外科	12	0.0	0.0	0.0	100.0	83.3	16.7	40.4	382	0.4	0.4	0.3	100.0	88.2	11.8	43.7
16	脳神経外科	5 377	3.2	3.7	0.7	100.0	95.9	4.1	44.5	864	0.9	1.1	0.1	100.0	98.3	1.7	54.4
17	呼吸器外科	1 242	0.7	0.9	0.2	100.0	95.2	4.8	42.4	13	0.0	0.0	0.0	100.0	84.6	15.4	54.4
18	心臓血管外科	2 539	1.5	1.8	0.3	100.0	96.2	3.8	42.2	46	0.0	0.0	0.0	100.0	87.0	13.0	52.7
19	小児外科	623	0.4	0.4	0.3	100.0	84.8	15.2	43.3	38	0.0	0.0	0.1	100.0	65.8	34.2	61.5
20	産婦人科	5 361	3.2	2.8	5.1	100.0	70.9	29.1	43.5	4 231	4.4	4.5	4.3	100.0	85.1	14.9	60.7
21	産科	322	0.2	0.2	0.4	100.0	64.6	35.4	41.8	160	0.2	0.2	0.1	100.0	92.5	7.5	55.0
22	婦人科	697	0.4	0.4	0.6	100.0	72.5	27.5	49.5	1 012	1.1	0.9	1.8	100.0	74.4	25.6	63.0
23	眼科	4 789	2.8	2.1	6.1	100.0	61.5	38.5	38.7	7 573	8.0	6.0	18.5	100.0	64.1	35.9	54.1
24	耳鼻いんこう科	3 644	2.2	2.1	2.5	100.0	79.0	21.0	39.9	5 265	5.5	5.4	6.1	100.0	83.0	17.0	57.6
25	気管食道科	20	0.0	0.0	0.0	100.0	85.0	15.0	43.9	2	0.0	0.0	－	100.0	100.0	－	48.0
26	皮膚科	3 258	1.9	1.3	4.9	100.0	54.5	45.5	39.2	4 587	4.8	3.7	10.8	100.0	65.4	34.6	55.0
27	泌尿器科	4 573	2.7	3.2	0.6	100.0	95.9	4.1	43.1	1 560	1.6	1.9	0.2	100.0	98.4	1.6	55.0
28	性病科	4	0.0	0.0	－	100.0	100.0	－	49.4	22	0.0	0.0	0.0	100.0	81.8	18.2	55.5
29	こう門科	151	0.1	0.1	0.0	100.0	94.7	5.3	50.4	222	0.2	0.3	0.1	100.0	95.9	4.1	57.5
30	リハビリテーション科（理学診療科）	1 733	1.0	1.0	1.0	100.0	83.3	16.7	49.3	122	0.1	0.1	0.2	100.0	77.9	22.1	55.7
31	放射線科	4 589	2.7	2.7	2.8	100.0	81.2	18.8	42.4	294	0.3	0.3	0.5	100.0	74.5	25.5	53.5
32	麻酔科	5 763	3.4	2.9	5.7	100.0	69.7	30.3	41.3	446	0.5	0.4	0.7	100.0	78.0	22.0	51.3
33	病理	1 284	0.8	0.8	0.8	100.0	81.3	18.7	47.7	13	0.0	0.0	0.0	100.0	69.2	30.8	59.2
34	救命救急	1 693	1.0	1.1	0.5	100.0	91.4	8.6	39.6	5	0.0	0.0	－	100.0	100.0	－	55.1
35	研修医	14 385	8.5	7.0	15.5	100.0	67.1	32.9	27.8	17	0.0	0.0	0.0	100.0	70.6	29.4	28.9
36	全科	175	0.1	0.1	0.1	100.0	78.3	21.7	38.3	126	0.1	0.1	0.1	100.0	88.1	11.9	50.0
37	その他	2 689	1.6	1.6	1.7	100.0	80.7	19.3	45.5	459	0.5	0.4	0.8	100.0	75.8	24.2	58.9
38	不詳	496	0.3	0.3	0.3	100.0	80.6	19.4	44.0	938	1.0	1.0	0.9	100.0	85.3	14.7	64.2

注：1）「診療科名(主たる)」とは、複数の診療科に従事している場合の主として従事する診療科又は1診療科のみに従事している場合の診療科をいう。

2）病院・診療所における性別の従事者数は、統計表9に掲載している。

3）平成18年調査では、「従事する診療科名等」に「33 病理」「34 救命救急」「35 研修医」を追加したため、平成16年調査結果との比較においては、注意を要する。

平成 18 年度厚生労働省　医師・歯科医師・薬剤師調査

図表2. 5年前と比較した勤務時間

項目	(%)	n
減った	16%	908
変わらない	40%	2236
増えた	38%	2168
無回答	6%	323

n＝5635

図表３．増えている理由

項目	(%)	n
患者数及び診療時間が増えたほど医師が増えていない	65.8%	1426
書類を書く時間が増えた	54.7%	1185
会議その他が増えた	45.8%	994
IT化	23.3%	506
その他	10.2%	222
無回答	1.4%	30

平成19年3月日本病院協会　勤務医に関する意識調査報告　　n＝2168

Ⅱ．調査目的

深刻な問題を抱える小児科、産婦人科、麻酔科に焦点をあて、その実体や具体的な課題解決への取り組みを明らかにすることを目的に、大学病院、臨床病院での取り組み事例、及び筑波大学病院の医師派遣についての「取り組み」「考え方」についてヒアリング調査を行った。

１．ヒアリング対象者

日付	所属、職位	名前
H20 年 2 月 12 日	横浜市立大学大学院医学研究科　発生成育小児医療学　教授	横田　俊平　先生
2 月 26 日	ＮＴＴ東日本　関東病院　産婦人科部長	角田　肇　先生
2 月 28 日	ＮＴＴ東日本　関東病院　看護部	長坂　桂子　先生
1 月 21 日	フリーランス麻酔科専門医	皆瀬　敦　先生
H19 年 12 月 7 日	筑波大学医学部附属病院長	山田　信博　先生

Ⅲ．結果

○　横浜市立大学付属病院小児科

横浜市立大学附属病院小児科教室では、国立病院機構横浜医療センター、済生会横浜南部病院、横浜市立市民病院、横浜市立みなと赤十字病院、横浜労災病院、昭和大学横浜市北部病院、済生会横浜東部病院の７中核病院と連携し、小児科医を重点的に配置しながら「小児救急拠点病院体制」を確立し、小児専門医の育成も視野に入れながら小児救急医療に対応されている。主幹者のひとりである横田教授に紹介・説明いただいた内容を以下に記す。

１．背景

10 年前（横田教授就任当時）は、協力病院（公立、半公立の病院がほとんど）へ派遣した小児科医は（8-12 回/月の当直、長時間の継続勤務等で）疲弊していた。医師のバーンアウ

トを危惧するとともに、治療する側が疲れ切っていては、良い医療ができないとの判断から、勤務環境改善の措置について、行政と協議を続けていた。一方、行政は、**財政的裏付け**を含めて、桜木町に横浜市夜間急病センターを配置し、二次輪番制度には、50+αの施設が参加しており、入院へも対応できる・対処しているとの判断があった。(実質的には、施設毎で対応に温度差があった。) 最近になり桜木町の横浜市夜間急病センターの運営も困難な状況になり、医師・スタッフの確保も厳しい状況に追い込まれてきていた。同時期に藤沢市民病院（横浜市大からの派遣）が小児科医数を充足させ、勤務する医師の負担を軽減し、専門医も多く確保できたことで、重症患者にも対応し、24 時間・365 日体制を確保すること等により、市民の安心・信頼を確保できていた。他科にまさる収益も確保していた。行政もこの状況を把握するに至り、財政的な支援も含めて協力体制が出来上がり、以下に説明する拠点病院の具体化が進展した。

２．小児救急拠点病院体制整備がもたらす「変化」

2－1. 小児救急拠点病院体制について

小児科救急医療への対応について上記 7 病院に小児科医を重点配置（小児科医師数が 11 名を超える体制）したことで、横浜市における小児救急に応えられる体制を整えることができた。高度な専門知識を習得した医師も配置できていて、二次救急までは、確実に当該病院で対応でき、24 時間・365 日の受け入れ体制を整えることができた。

2－2. 地域社会に与えるメリット

二次救急輪番体制は、患者側に当番病院がどの施設なのか把握しにくい等の、改善すべき点が有ったが、本体制整備を行ったことで、救急時には、近隣の拠点病院へ駆けつければ良いことが周知され、患者及びその家族(母親等)に、安心・安全な医療を提供できるようになった。

2－3. トリアージ等の導入

救急電話等相談については、トリアージ対応を含め、行政側での手立てがあり、「かながわ小児救急ダイアル」を参照されたい。

http://www.kanagawa.med.or.jp/chigasaki/soudan.htm

３．処遇(給与、当直、夜間待機等)

3－1. 増員分の給与面の財政措置は、時限立法ではあるが、行政による手立てがなされている。当該 7 病院は固定的で将来も拠点病院として継続するとは考えておらず、常に切磋琢磨の中で維持されるべきものであると考えている。

3－2. 疲弊していた小児科勤務医の就業環境は、医師を重点配置できたことで、約 4 回/月程度の当直頻度、勤務時間の短縮等で大いに改善された。

４．常勤小児科医の確保状況・育成策

4－1．新医師臨床研修制度以後の直近３年間の横浜市大小児科入局者は、50 名を超える状況で、本学卒業者は 1/3～1/4 程度で、その他は、東日本の大学卒業者が多い。

入局の動機を聞いてみると、小児救急拠点病院体制に共感して入局しているとの事である。

ＨＰを参照されたい。http://www-user.yokohama-cu.ac.jp/~shonika/center/index.html

具体的には、

・小児救急拠点病院で、多数の症例が経験できる。

・小児救急拠点病院で、総合小児医療について質の高い医師から実地医療の中で指導が受けられる。

・新生児、未熟児に（一次医療）対応できる医学的知識・技術が身につけられる。

・小児の先天性心疾患に対応できる医学的知識・技術が身につけられる。

・「バランスのとれた小児科医を育成する。」拠点病院合同の教育セミナーが定期的に行われている。等であった。

理想に燃える若手医師が共感し・自由な意志で拠点病院方式に参加しているものと受け止めている。

4－2．多数の小児科医が勤務する拠点病院を小児科専門研修に適用したことで、次世代の経験豊かな若手小児科医が育成される教育プログラムを作成・実践できている。また、７拠点病院体制とは、別枠で小児保健の領域（周産期・新生児・乳児期の健康な子供）が診れる教育体制を整備している。横浜市大スタイル（大学と７拠点病院が連携して若手医師を育成する。）が他大学・臨床研修病院の参考になればと期待している。

4－3．女性医師の継続就業支援

７拠点病院体制とは別の枠組みの中で、昼間の診療には、女性医師がワークシェアリングしながら携わり、夜間の診療は、拠点病院に任せるシステムを構築したことで、育児期の女性医師の働きやすい環境を提供できている。また、上記小児保健の領域が診れる体制を整備することに伴い、健康な小児を診るとの観点から、女性医師（一定の年齢要件を考えている。）を配置することを考えている。殊に、育児期の女性医師については、一定の期間で勤務時間短縮を容認頂いている。更には、小児保健（健康な子供の発達）の臨床科学データを取っていくことも考えている。「医療手当に関する規定等」が障害になったが、給与面の予算措置も確保できている。

５．その他

大学医局の使命・あり方において、「若手医師の育成」に軸足を置いた運営が大事であり、医局は「技術の習得」を提供する場であって一生を通じて就業に関わるものではない。ひとりの医師に技術習得のために、一定期間利用させるというイメージだが、従来のパターナリズムからの脱却が大事と考えている。

○　ＮＴＴ東日本　関東病院　産婦人科

2007 年 3 月から助産師外来を開設されたＮＴＴ東日本関東病院　産婦人科部長　角田　肇先生に産婦人科医療の現状、ＮＴＴ東日本関東病院の置かれている状況、医師の勤務実体及び助産師外来開設をどのようにとらえておられるかを紹介・説明いただいた。また、助産師外来開設に際して、実際に企画、導入を進めていった看護部　長坂桂子先生から説明いただいた。両者のヒアリング内容を以下に記す。

１.産婦人科医療の概況

1－1. 産婦人科医と分娩数の動向

1980 年と 2002 年を比較すると、全国レベルでの総医師数は、約 1.7 倍だが、産婦人科医師数は約 10%減少していて、特異な傾向である。「がん治療」「不妊治療」「お産」と診療科としては、3 本の柱がある。「生命誕生」に立ち会える素晴らしい仕事」であるが、勤務環境が厳しいことで、医学生に敬遠・人気がないことがうかがえる。

産婦人科医の年齢分布をみると、昭和 40 年代卒業の産婦人科医師数が多い。この年齢層の医師は、勤務医としての定年も近く、昼夜を問わない激務である分娩に携わっていない医師も多い。大学病院以外で分娩に従事する産婦人科医師は、6000 名程度に過ぎない。近年、医師になる女性の比率が高くなっているが、その比率以上に、産婦人科は、高くなっている。また、経験年数 10 年前後の女性医師の半数が分娩の現場から去っている。意欲は高いものの、過酷な労働条件が強いられる分娩取り扱い施設での常勤医として勤務を継続できていない。1980 年と 2002 年の出産数を比較すると、157.7 万人→114.5 万人で、26%減少している。1993 年と 2005 年の分娩施設数を比較すると、4286 施設→約 3056 施設と、28%減少している。この傾向は、今後も続くと考えられる。

1－2. ＮＴＴ東日本関東病院の現状について

当病院は、品川区出生数の約 1/４（620～630 人/年）を取り上げていたが、周辺病院の状況から、700-800 分娩/年に増えている。2007 年 2 月は 40 分娩程度だったが、2007 年 11 月には 80 分娩と増加している。近隣の（都立荏原病院、関東中央、済生会中央病院等）の実績のある病院が、産婦人科医が確保出来ない理由からお産に対応できない状況に追い込まれている。2008 年 4 月からは、医師数 8 名体制を予定している。本来当病院は、品川区、大田区の城南地区がん拠点病院であることから、婦人科がん治療の役割も大きく、多忙さが加速している。一方、臨床研修病院でもあり、がん専門医を目指す研修医も応募してきており、医師確保のプラス要因の側面もある。この中で、助産師外来を 2007 年 3 月より 3 ヶ月の試行期間をおいて開始している。

２.産婦人科医師の勤務状況

2－1. 現行体制

現行、6 人体制で、当直の非常勤医師は、別途確保できていることから、常勤医の当直は、4～5 回/月程度だが、産婦人科医局員平均で、140～150 時間/月の時間外労働の忙しい毎日で、他科に比べても時間外労働が多い。

2－2．処遇

企業立病院であることで、各医師の処遇面では苦慮している。

2－3．体制

周産期センターではないが、上述の周辺病院の状況から、分娩数が増加の一途で、昼夜を問わない勤務体制に拍車をかけているが、2008 年 4 月からは、8 名確保の予定。年間 600～800 分娩、600 例以上の産婦人科手術をこなす体制は、確保できたと考えている。

３．助産師外来

3－1．助産師外来設立の動機

助産師外来を行うきっかけは、全国的にも開設され始めていたこともあるが、病棟・外来・母性看護専門看護師：12 名、病棟・外来助産師：25 名、医師：6 名体制で、助産師が多数勤務していて、モチベーションも高く、一方、医師は非常に多忙で、正常妊婦検診等一部を担ってもらうことで、診療の幅を広げられ、医師に時間的な余裕が得られることから、有用と判断した。また、管理部門のサポートも得られた。等であった。

3－2．問題点・留意点

助産師外来を進めていく上での問題点・留意点としては、100%助産師外来で完結することとはならず、関係医師の理解（助産師外来からのコンサルに対応する。）、担当する助産師との連携・情報の共有化を図る。当病院のような急性期医療を担う病院は、現行の診療報酬制度では、外来は赤字部門であることがやむをえない状況で、助産師外来を開設したことで、損金が出ないようにする。外来助産師は、夜間の勤務ができないことから、シフト調整を見直す。医師をサポートする看護師が手薄になる。等があげられる。

４.助産師外来により、医師の働き方や、妊婦、その家族、病院経営にもたらした効果

4－1．職務負担の軽減

単純計算だが、月間 80 分娩と想定すると、年間 80×12=960 分娩となる。毎月 960 名の妊婦検診になり、960÷20 日＝48 名/日の検診となる。助産師外来で 14 検診/日で対応すると、相当の負担軽減となる。

4－2．収益をもたらす

当病院では、助産師外来の損益分岐点を、8 名/日と設定されているが、病院の損益にも貢献できている。

4－3．利用者の反応

日々の外来診療の中では、十分な時間を取ってあげられない正常妊婦さんへの対応が、丁寧且つ十分対応できていて評判も良い。

4－4．その他

助産師外来開設のストラテジー・助産師外来の実際・病院経営からみた助産師外来の詳細は、助産雑誌、Vol61、№12、ｐ.1011-1039、2007．を参照されたい。

５．女性医師の継続就業支援

5－1．院内保育園の整備等が急務

育児中（特に病児）の女性医師、助産師・看護師が安心して預けられる院内保育園等整備を急ぐ必要があると考えている。また、医局内のチームワーク作り（相互理解）が大事と考えている。

６．長坂先生－助産師の立場から－

6－1．助産師外来設立のきっかけ

助産師外来のきっかけは１人の医師からの「やってみない？」という言葉かけだった。個人的な対応ではなく組織として検討を進め、準備に 10 ケ月、3 ケ月の試行期間を設け、細かな修正を行ったうえでスタートした。

6－2．困難

最も困難と感じたのは、①医師とのコミュニケーションが難しい。医師が忙しすぎて、気軽に相談できない。②外来の助産師からは、仕事を増やしたくないなどの反対があり、病棟と外来の一体化を図る必要があった。

プロジェクトを進めるにあたり、看護部付きの CNS ポジションを得ていたため、助産師外来企画のために使う時間がコントロールしやすかった。助産師外来関係の研究や活動報告の読み込みと分析、企画書の作成、経営部門や看護部との交渉とその資料作り、企画会議の議事録作成、企画会議のスケジュール調整等を管理者やメンバーにフィードバックした。この作業が、経営部門や医師の信頼を得て開設に至った要因の１つである。ただし、これらの作業には、時間が必要で、スタッフとして患者を受け持ちながらでは、勤務時間外で行なうこととなる。当院では、看護部長が CNS の活用に理解があり、非常にやりやすかった。他病院では、この時間をどう作るか、が障害の１つになっている。

「助産師外来を成功させる秘訣」は以下の７つと考えている。

① 医師不足が生じており、対策が必要と考える管理職がいる。

② 医師と助産師が気軽に相談できる関係がある。

③ 助産師外来に人員を配置しても、夜勤体制を維持できるだけの助産師（人数、経験年数）がいる。

④ 企画を実行に移すためのリーダーがいる。
⑤ 看護部の理解と経営部門の協力が得られる。
⑥ 妊婦は、受診し保健行動がとれる（よう、助産師は関わる）。
⑦ 妊婦の意識に助産師外来が定着する。

７．助産師外来により、妊婦、その家族、病院経営にもたらした効果

7－1．医師に 2 時間の余裕

助産師外来を開設することで、1 日 10 人（受診妊婦の約２割）の妊婦健診を担当している。これにより、医師の外来診療が２時間短縮できている。開設前と比較し、外来診療にかかる医師の労働時間については、時間外勤務が減少し余裕を持って妊婦健診を担当することができ安全とサービスにつながる、早く外来が終わることで病棟の重症患者の治療に時間を使える、婦人科専門の医師は婦人科患者の医療に携わる時間が増えて専門性の発揮や職務満足につながる、などの感想が得られた。ただし、2 時間早く外来が終わったから、帰宅時間が早くなったわけではない。

7－2．利用者へのケアの質の向上

妊産婦が十分に助産師外来で話ができることが、セルフケアに繋がる。具体的には、出産する女性にとって外来で１度でも関わったことがある助産師と分娩や産褥期に会うことは、安心感につながっているようで、健診の待ち時間がなく、家族の付き添いも勧めているので、助産師外来のときは上の子を安心して連れてくることができ、実母と来る方もいる。家族と健診の場をゆっくりと共有することで、胎児や妊娠生活に関する関心が増しているように感じている。

また、完全予約制で妊婦の待ち時間がないので、勤労妊婦が多数来院している。

7－3．病院にもたらす収益

経営部門からは大きな評価を得ている。年２回行なわれる経営報告書に、患者サービスの活動として取り上げられた。昨年は、助産師外来関連で朝日新聞の取材も受け、それが効果的であったため、年度途中に助産師が１名正規雇用（社員扱い）になるなど病院にとってはとても異例な人事が行なわた。また、外来診療はどこも赤字のなか、助産師外来は利益を生み出しており、業務のリストラや、残業の軽減で経費節約になっているため経営的視点でも評価を得ている。ただ、他の治療等に比べると大きな利益とはならないが、むしろ別の視点で、患者サービスが充実した効果が大きいと捉えている。

８．その他

8－1．他職種共同が上手くいくためにはお互いの専門性の尊重が必要

助産師外来開設に際し感じたことは、助産師が専門性を発揮し、助産師や医師、妊婦自身

も含めて協力することが大事だということである。しかし、この事が理解されず、障壁となることがある。医師は、「助産師に任せておくと見落としがあるのではないか」「医師が診察した方が安全なのではないか」と思っていたようである。しかし、これは藐然としたもので、根拠はない。助産師外来が稼動し始めると、その評価は大きく変わった。

8－2. 効果の検証

助産師外来の安全性について医師も納得するレベルのアウトカム指標を用いた検証を行なうことが必要だと感じた。医師に対しても、助産師に対しても支えになるデータが大切である。当院の場合、助産師外来での受診者数は、月２００人ですので検証が行ないやすいのでそれが次の早急な計画である。

8－3. それぞれの病院の特性を生かした活動

妊娠期から受け持ち制をとり、分娩時もその助産師が担当する体制をつくることは現在のところ考えていない。それができれば理想だし、できる施設もあるだろうな、と考えている。しかし、働きやすさの視点で考えると助産師に大きな負担がかかる。女性のライフスタイルを考えると、子どもを持つ場合、どうしても夜勤ができない、こどもの病気で急な休みが必要、それから介護が必要な場合も、まとまった休みが必要なこともある。そのような状況でも働きつづけられる環境が必要であると考えている。少子化で労働力が低下する時代では特に深刻である。当院では、妊娠や出産を機に退職する看護職は皆無に近く、子どもが小学校３年生になるまでの短時間勤務や介護休暇等が取得しやすい労働環境にある。また、予定外の出勤や残業を生む体制ではなく、安心して継続して働ける体制の病院だと思っている。病院によって多様なありかたがあっていい。規模の大きな病院・施設で若い助産師が多く、入れ代わりが当たり前のところでは、受け持ち制やバースセンターなどの試みが可能である。

参考）長坂桂子、高橋妙子：NTT 東日本関東病院助産師外来開設のストラテジー、助産雑誌 Vol.61(12)、1010－1018、2007.

○　フリーランス麻酔科専門医

手術件数の増加や、医療安全の観点から全身麻酔の施行が増えていて、常勤麻酔科医は、過重労働を強いられている。一方、雇用形態の多様化もあいまって、ひとつの職場にこだわらないフリーランス麻酔科医が登場している。麻酔科専門医として複数の病院に勤務されている皆瀬　敦先生に「この就業形態を選ばれた理由、お考え」について紹介・説明いただいた内容を以下に記す。

１.現況

2004年に国立病院機構仙台医療センターを退職されている。その理由は、勤務時間が100時間/月をこえる超過勤務等であった。退職当時は、フリーランス麻酔科医として様々な病院からの依頼に対応されたが、精神的・肉体的に困難であったことから、現在は、国立病院機構仙台医療センター、東北大学病院を中心に勤務（＋オンコール病院、その他テンポラリーにバックアップ契約）されている。フリーランスという就業形態は、複数病院に勤務する事に対して柔軟性が必要で、現在は、40～50時間/月の超過勤務だが、自分自身で、労働時間をある程度コントロールしておられる。

２．フリーランス麻酔科医の登場の背景と変化

2－1．手術件数の増加

医療技術の進歩等から手術件数が増加し、麻酔科医に対し、より高度なレベル・長時間勤務を強いられるようになった。

2－2．麻酔科の特性

大学医局機能の低下、及び患者との接点が手術時に限られる。という診療科の特性がある。

2－3．フリーランス麻酔科医の現状と病院

医療の質に与える影響として、フリーランス麻酔科医は、術前・中・後と連続して診ることは困難で、重要な情報の把握、伝達が疎かになる危険性がある。また、病院スタッフとのチームワークが懸念される。機材は、一式を持ち歩くフリーランス麻酔科医もいる。

病院にとって、フリーランス医より常勤医の方が望ましいのは当然だが、しかし常勤麻酔科医がいない病院では、手術件数に応じて雇用することで、麻酔科医を確保できる。

フリーランスの麻酔科医が対応できない業務は、常勤（麻酔科）医師等が対応することになり、常勤医師の負担が増える。

医師労働市場の自由化、流動化、契約労働が増える。

３．処遇(給与、当直、夜間待機等)

有能な医師の給与は高くあるべきで、年功序列的な慣習は崩壊すべきと考えるが、働きや

すさ、働きがいも重要と考えている。

現状は、常勤医より多い収入だが、将来的に麻酔科医が増え、また常勤麻酔科医の処遇を改善すれば、欠員の穴埋めにフリーランス麻酔科医を雇わなくてはならないという事態は避けられる。

時間外としては、40～50時間/月程度だが、労働時間をある程度コントロールしできる。

４.常勤の麻酔科医の育成・確保策

麻酔科医が不足しているという理由で、研修医に強制的に麻酔科を選択させることは、反発が出るし、士気も低下して、労働効率も低下すると考えている。

新医師臨床研修制度における、指導医の役割が重要で、1～2ヶ月のローテーションで診療科を研修して回る現制度は、中途半端である。

５．女性医師の継続就業支援

女性の継続就業は、医師に限らず社会全体の問題（結婚、出産、育児、教育）で、医師の問題は、24時間365日拘束という状況がある。

麻酔科は、勤務時間が切り分けやすい事から、選択する女性医師が増えている。女性医師の継続就業には、常勤・非常勤医がお互い納得する勤務環境が必要である。女性だけの都合を考えても、同僚の男性が不満を抱いて辞めていくようでは困る。皆が納得し働けるような勤務環境を作らなければ長続きしない。

若手麻酔科医の半数以上が女性となってきている。決まった時間（手術スケジュール等）で計画が立てやすく、働きやすいのではないか。

６．フリーランスという勤務形態の有効性

フリーランス(医)という就業形態は、 医師労働市場の流動化の潤滑油的存在になり得る。個人的には、固定の病院で勤務するのが良いと考えるが、フリーランス(医)という就業形態は、医師の労働に対する経営者側と医師側のギャップから登場した勤務形態であり、すき間を埋めるにすぎない。

フリーランスという就業形態の他科（小児、産婦人科）への応用は、難しいと考える。(患者との関わり等)。可能性としては病理医や放射線科医の読影等が考えられる。麻酔科は、フリーランスという就業形態を選びやすいが、他科診療科の先生達は、開業することを選んでいる。

○　筑波大学医学部附属病院

医局制度を設けないでＳ49 年に開校し、S55 年の第 1 回卒業生にはじまり、27 年約 2,500 人の医師を輩出してきている筑波大学の医師派遣の「取り組み」「考え方」について、山田信博院長に紹介・説明いただいた内容を以下に記す。

１．概況

医学部学生の出身地は、おおよそ 1/3：茨城県内、1/3：首都圏、1/3：その他の道府県の分布になっている。個々人の事情もあるが、進路は、新医師臨床研修制度の開始前後を問わず、学内指導者等と相談しながらではあったが、自分自身で探していて、出身地分布とほぼ同様になっている。茨城県内の医師不足については、県北（水戸市以北)、太平洋側が切実で、県南は、首都圏の大学等からの派遣もあり充足している。本学に対しての師派遣の要望は多く、「かろうじて」ニーズに応えているのが現状。茨城県は、県南（茨城県南のつくば市までを含む）と県央、県北（つくば市以北）では「就業医師数」「医療機関へのアクセス」「住民の理解」等が異なっている。患者へのマスコミ等を介した都会の影響は大きい。更には、都会での診療環境と地方の診療環境にズレ等があると感じている。安心・安全な医療を提供するには、全国一律とはなりえない課題については、早急な行政の対応をお願いしたい。特に「医療に対する住民の正しい理解の醸成」「医療機関の適正配置計画」等には地方行政に、地方行政では対応（資金面等）するのに限界がある部分について、中央政府に期待している。

２．地域医療調整委員会の設置

2－1．派遣/求人等要望案件

要望病院の医療レベル・ニーズ等を十分に把握できないまま診療グループ毎で検討し、要望された診療科医師を派遣していた。課題として、要望病院の機能（他診療科との連携等）を十分把握しないまま派遣したことで、その役割が果たせないケースが見受けられた。

2－2．地域医療調整委員会

求人してきた医療機関に対し、派遣依頼書の提出（一定の項目を大学側から明示）を求め、要望されている診療科以外の情報等も含め総合的に依頼病院について検討し、派遣する医師の就業する際のモチベーションを保てる工夫をすることを目指している。

個人的には、手しおにかけて育成した医師を、送り出すという気持ちがあり、①EBM に基づく医療が実践されている。②医療連携が機能している。③診療施設および環境が整備されている。④医療過誤等発生した場合に当該病院に対処能力がある。この 4 点を目安と考えている。

３．新医師臨床研修制度のもとでの診療科選択

基本的に本制度は、全ての診療科目に対応できる技術を見につけさせる制度であり、終了

時は、総合医（プライマリケア医）としての一定レベルの医学的知識・技術を身につけいる。
一方、医療技術は日進月歩で、一つの診療科を高いレベルで習得するには、相当の時間と労力がかかるが、日常診療で要求される医学的知識・技術については、本制度修了者で十分対応できるべきと考える。

3－1．診療科選択の調整

日々研修医と接する/面談する際に、診療科選択の指導は、あくまで研修医個々人の自由意志を尊重している。診療科偏在を是正するには、長期ビジョンに基づき国家レベルでの調整が行われるべきである。

3－2．指導医のレベルアップが急務

全国に臨床研修病院が多数登場して良い事と受け止めているが、指導医のレベルアップを急がなければならないとも考えている。ご存知のとおり、本学は、開校以来、教育する側の指導医を育成するナレッジを多く持ち実践している。是非、チュートリアル教育やクリニカル・クラークシップ等の教育方法を取り入れた筑波大方式を参考にして頂きたい。ちなみに、指導医養成講習会を 3～4 回/年開催しているのでチャンスがあれば参加頂ければと思う。
厚労省医政局医事課医師臨床研修推進室による「臨床研修に関する調査平成 19 年 9 月 6 日」報告で挙げられている大学病院が改善すべき上位 4 項目ａ）待遇・処遇が悪い。①雑用が多い。②研修に必要な症例・手技の経験が不十分である。③コ・メディカルとの連携がうまく行かない。について早急に対処すべきと受け止めている。学内で改善できること、臨床研修病院と連携して対処すべきことが含まれている。つまりは、専任の指導者がいる大学病院と多くの症例を経験できる臨床病院が連携しながら、本制度を運用するのもひとつの方策である。

４．地域・診療科の偏在

4－1．長期的視点の必要性

課題とされている小児科、産婦人科、麻酔科医不足を解消することだけでニーズに則した医療レベルが維持/確保できるとは考えていない。不足する診療科の医師を確保することを優先課題とすることは、否定するものではないが、真に安心・安全な医療レベルを維持/確保するには、地域/医療圏での各診療科の適切な人員配置があって初めて実現できると考えている。
近年、内科、外科医志望者が減少しており、この診療科が不足してくると安心・安全な医療レベル維持が困難な事態になると危惧している。

4－2．勤務医の環境整備

患者側の医療に対する過剰な期待、診療以外の業務負担、報酬とのアンバランスな勤務時間、頻発する医療訴訟等が偏在の原因で、これらを総合的に改善した勤務医の環境整備を急

がないと、リスクを伴う高度医療へ就業する医師は少なくなり、開業へ進路を決める医師が増えると予測している。

５．女性医師の継続就業支援

女性医師継続就業に関し、キャリアパスを作り、就業時間の短縮、当直の回数を減らす（当直での対応も重要な学習機会となるので、当直を全面的に免除とはしていない。）といった対応を始めている。今後の定着状況をみている。

Ⅳ．考察・まとめ

それぞれの診療科で様々な工夫が行われている。

横浜市立大学小児科では、横浜市行政と協力しながら小児救急病院の体制整備が進めれたことが特徴の１つと考えられる。つまり、それぞれのニーズや可能性を出し合い、協力方法を探り、企画、実現に至ったと考えられる。

NTT 関東病院では、現状の産婦人科医師の勤務体制はいまだに過労死予備軍と言ってもおかしくない現状であった。そんな中で、助産師外来の設立に至った。他職種協同の実現はいろいろな問題や課題を生じることにもなるが、妊産褥婦により良いケアが提供され、かつ病院の収益にも貢献している。今後ともこのような流れは広がっていくことと考えられる。

フリーランス麻酔科医の働き方は、新しい労働形態ではあるが、そもそも、病院の中で手術件数が急速に増え、一部の診療科が負担を負い、処遇に反映出来なかったことが発端となっている。診療報酬の改定により保険点数が変わるが、個々の診療科からすれば、病院の収益と自分たちの労働のアンバランスは是正されない。この問題をどう解決していくかは、各施設の管理者の工夫が必要ではないだろうか。

筑波大学の地域医療調整委員会の取り組みは、各診療グループからの代表で構成され、①EBM に基づく医療が実践されている。②医療連携が機能している。③診療施設および環境が整備されている。④医療過誤等発生した場合に当該病院に対処能力がある。の 4 点を目安とし、医師の医療機関への派遣を検討するものである。このような動きは地域の病院との連携に役立つだけではなく、地域医療の質の向上にも寄与することであると考えられる。

女性医師の働き方は、院内保育所等の施設整備等も重要であるが、女性医師だけの処遇の改善が男性医師の負担の上に成り立つものでしかないのならば、永続きしないであろう。岡井等の報告[1)]では、週に 30 時間働けば正規職員にするとしたところ、医師が多く集まり、また、フルタイムの医師にシワ寄せがいかないよう、当直の多くは外部に委託した。結果的には、全医師の労働時間が短縮した。結論としては、人件費を削るのではなく、医師１人が 5,000 万円から 3 億円分の収益を病院にもたらすことを考えるべきであろうと、されている。このような先進的な試みが豊かな働き方につながっていくと考えられる。ワーク・ライフバランスが上手く取れてこそ、国民のための良い医療提供につながることは言うまでもない。

文献：１）岡井崇、他、壊れゆく医師たち：岩波ブックレット No. 718、2008.

添付資料１．

医師の需給のあり方に関する研究（H19-政策-一般-012）
ヒ ア リ ン グ 調 査 に つ い て

場　所：神奈川県　横浜市　横浜市立大学附属病院　内
日　時：平成 20 年 2 月 12 日 15：00～
テーマ：診療科偏在　：小児科教授の視点から-

ヒアリング項目：

Ⅰ．小児救急拠点病院体制整備がもたらす「変化」について
　１．具体的な効果
　　-１小児科医不足の解消に与える影響
　　-２医療サービスの質に与える影響
　　-３地域社会・地域の病・医院に与えるメリット・デメリット
　２．夜間救急患者への対応（トリアージ等の導入）
　３・処遇(給与、当直、夜間待機等)

Ⅱ．小児科医の勤務環境整備について（常勤の小児科医を育成・確保するための有効策）
　１．医師臨床研修制度（小児科学を専門とする・小児科医を目指す）で対応すべきこと
　２．研修終了後の育成（専門医取得)、処遇(給与、当直、夜間待機等)は如何あるべきか
　３．女性医師の継続就業支援

Ⅲ．偏在緩和対策の今後のあり方
　１．小児救急拠点病院体制整備の他の有効施策は？
　　患者の家族教育・地域の子育て支援体制
　２．産科（周産期等）との連携
　３．他〈多〉職種との連携

以上

添付資料２．

医師の需給のあり方に関する研究（H19-政策-一般-012）
ヒ ア リ ン グ 調 査 に つ い て

場　所：　ＮＴＴ東日本　関東病院
日　時：　平成 20 年 2 月 26 日 17：00～
テーマ：診療科偏在：産婦人科医の視点から　妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保（健やか親子 21）を実践する為に

ヒアリング項 目：
Ⅰ．NTT 関東病院に於ける医師確保対策に対する動向と評価等
　１．産婦人科科医の減少に至った原因等
　２．助産師の活用（助産師外来）に踏み込んだきっかけは何だったのか

Ⅱ．助産師の活用の効果等
　１．助産師外来を進めていく中で困難はなかったか
　２．助産師外来の次は、どのようなことを計画されているのか
　３．特に助産師外来により、医師の働き方や病院経営などにもたらした効果は？

Ⅲ．産婦人科医、助産師、行政の連携における今後の課題等

Ⅳ．その他
　１．女性医師の就業継続のために行っている対策

以上

添付資料３．

医師の需給のあり方に関する研究（H19-政策-一般-012）
ヒ ア リ ン グ 調 査 に つ い て

場　所：Ｎ氏自宅（産休中のため）
日　時：平成 20 年 2 月 28 日
テーマ：診療科偏在：産婦人科
項　目：助産師の視点から

Ⅰ．NTT 関東病院に於ける医師確保対策に対する動向と評価等（助産師の立場から）
　１．産婦人科医師の働き方の現状
　２．産婦人科科医の減少に至った要因等

Ⅱ．助産師の活用の効果等
　１．助産師外来を進めていく中で困難はなかったか
　２．助産師外来の次は、どのようなことを計画されているのか
　３．助産師外来により、医師との協同、出産する女性・家族、病院経営などにもたらした効果は？

Ⅲ．今後の課題等

以上

添付資料４.

医師の需給のあり方に関する研究（H19-政策-一般-012）

ヒ ア リ ン グ 調 査 に つ い て

場　所：宮城県　仙台市内

日　時：平成 20 年 1 月 21 日 19：00～

テーマ：診療科偏在：麻酔科医の視点から

ヒアリング項目：

Ⅰ．複数医療機関に対応する（フリーランス）麻酔科医師の登場・増加がもたらす「変化」について

１．フリーランス麻酔科医師は増える？

２．受け入れ側病院の体制整備？受け入れ姿勢？

３．フリーランス麻酔科医師のマネジメント組織

Ⅱ．麻酔科医師・病院事情に合わせた勤務環境整備について

１．フリーランス麻酔科医師のプロ意識

２．複数医療機関兼務型就業形態

３．女性医師の継続就業支援

Ⅲ．偏在緩和対策の今後のあり方

１．中核病院での常勤麻酔科医師確保策は諦めるべきか？

２．麻酔科医として中央政府に期待すること

３．その他

USA 等麻酔看護師が活躍しているがどう考えますか？

以上

添付資料５.

医師の需給のあり方に関する研究（H19-政策-一般-012）

ヒ ア リ ン グ 調 査 に つ い て

場　所：筑波大学医学部附属病院内

日　時：平成１９年１２月７日１４：３０～

テーマ：医育機関からみた診療科及び地域間の医師偏在

ヒアリング項目：

Ⅰ筑波大学の事例

１．医局制度が存在しない中での医師の派遣・就職（大学運営部の役割）

－（１）医師の(へき地等)派遣機能

－（２）就職斡旋（茨城県内病院への就職状況は順調？）

２．医師臨床研修制度と臨床研修終了後の研修が診療科選択に与える影響

－（１）臨床研修医生時期の診療科(専門領域)の選択の際のガイダンス内容と研修医の反応？

－（２）施設・指導医・カリキュラムの課題

３．病院/診療所間の偏在（開業指向）

－（１）若手ｏｒ研修医は、開業指向なのか？

要因→過重労働、薄給、モラル

Ⅱわが国の今後のあり方（医育機関長の視点から）

１．勤務医不足対策

２．産婦人科・小児科・麻酔科医不足対策

３．女性医師への継続就業対策

４．その他

以上

調査目的

昨今、産業界全体における一般勤労者の需給調整においては、民間事業者の役割は欠かせないものとなっている。産業構造の変化による労働力の需給調整は、旧来の公的雇用支援サービスだけではその機能を十分果たせなくなっており、機動的な人材需給調整のために民間サービスが発展し、現在ではその社会機能は不可欠なものとなってきたからである。このため、近年産業界における人材分野における規制緩和には著しいものがあった。しかし、医療分野においてはその公益性や専門性もあって、人材需給調整には厳しい規制と管理がなされてきた。

過去に、医師の需給バランスの調整を一手に引き受けていたのが、ほかならぬ大学医局である。だが、大学医局の機能は、医師の世代交代とともにゆるやかに減衰してきた。それに加え、２００４年の臨床研修必修化以後、急速に低下を示してきた。さらに同時期に実行された国立大学の法人化は、国立大学病院の収益指向を決定づけ、私的公的を問わずすべての病院が、収益拡大を目指すこととなった。病院収益の拡大は、医師の増員なしには考えられない。そこで、病院間での医師労働力の綱引きが起こり、大学医局の地域医療における医師需給バランス調整能力は、完全に崩壊したのである。現在、その大学医局機能の再構成が期待され、いくつかの試みが始まろうとしている。しかし、すでに進行しているかつての大学医局機能の減衰は止められず、元通りとなるような医局機能の完全な復活はあり得ない。また人材の需給調整は、個々の医師のキャリアに対する意志を無視して、もはや行なえない。したがって、需給調整のための仕組み作りは複雑性を増しており、その分野における専門機能が求められている。この点において、専業の民間事業者の機能や試みを参考にすることは、新たな需給調整の枠組みを考えるにあたって有益となろう。

医療、特に医師の人材紹介事業分野の実態は、今までつまびらかにされたこともない。本調査では、主だった民間医師人材紹介事業会社に対して、公開情報ならびにマネジメントレベルと担当部門へのヒアリングを行い、その規模、人材紹介事業の実状、その活動における医師地域間ならびに診療科間偏在に対する取り組み、旧来の大学医局機能の代替度合い等を聴取しまとめたものである。本調査により、民間事業者の現状と機能の実態を明らかにし、新たな需給調整の枠組みを考えるに際しての知見を得ることが目的である。

調査方法

現在、わが国の医師人材紹介市場において大手に位置する㈱メディカルプリンシプル、㈱リンクスタッフ、㈱総合メディカルに対して、各社 web site はじめ公開情報を収集、さらに訪問してヒアリングを行った。㈱リクルートドクターズキャリアにも調査依頼を行ったが、同社からは協力を得られなかった。また、人材紹介事業自体は行っていないが、求人情報掲載と中小の人材紹介事業会社への登録窓口として機能している㈱ソネットエムスリーにも訪問ヒアリングを実施した。

調査結果

①株式会社メディカルプリンシプル社

株式会社メディカル･プリンシプル社（以下 MP 社）は、医師の立場に立った転職・求人紹介をコアとした事業体で、リスクマネージメント、生涯学習などを提供する「新しい形の医局」を目指している。“より良い医療サービスを享受できる社会の実現”を企業理念に掲げ、1997 年に設立。代表取締役は中村敬彦氏。

MP 社の主な事業は、①民間医局・・・キャリアコンサルティングを中心とした、ドクターのトータルサポート事業、②レジデントナビ・・・医学生、研修医を対象とした臨床研修情報サイトの運営のほか、臨床研修病院合同セミナーの開催、臨床研修病院情報誌「Wyrd」･「Voca」の発行、③ドクターのヒューマンドキュメント誌「DOCTOR’S MAGAZINE」の発行等がある。「DOCTOR’S MAGAZINE」の表紙には日本の医療界を代表する医師を掲載し、ロールモデルのヒントとなる医師の生き方を紹介している。また、大学医局を補完する“新しい形の医局”として「民間医局」のブランドを立ち上げ、医師の働く環境の改善を通し、医療機関そして地域医療に対するサポートも積極的に行っている。

＜MP 社ホームページ
URL: http://www.medical-principle.co.jp＞
＜民間医局ホームページ
URL: http://www.doctor-agent.com/da/member/top/＞

今回、代表取締役の中村敬彦氏に話を伺った。MP 社では、全国（札幌・仙台・東京・名古屋・大阪・広島・福岡）に支社を配置しており、社員は 110 名。医師とのダイレクトな関係作りを積極的に取り組んでいる。一度きりで関係の途絶える単なる「転職先紹介」ではなく、医師の長期的なキャリア＆ライフプランの中で直面するさまざまな課題や問題を、医師と共に伴走するパートナーとして自らを位置づけ、活動を行なっているという。医師

の紹介事業は、「常勤」の他、毎週の勤務や毎月 1 回の定期的な勤務形態の「定期非常勤」、スポット的に特定の日のみ勤務する「スポット非常勤」など、さまざまな勤務形態に対応している。MP 社の紹介事業の売上構成は、現在常勤と非常勤はほぼ半々。近年はどちらの成約件数も 2 割のペースで伸びており、ニーズは広がっているという。また、MP 社では医学生と研修医を対象に、臨床研修病院を集めたセミナー（レジナビフェア）を開催し、卒後臨床研修や専門研修先病院の選択の機会としての場を提供しているほか、医療生涯教育（CME）の一つとして e-Learning を無料で提供するなど、医師のキャリアに関する様々なサポートを行っている。その他、会員にはベビーシッターや医療事故賠償責任保険などの付加サービスも充実しており、医師の生活に関わるサービスの提供にも積極的に取り組んでいる。中村氏によれば、医師不足や地域偏在の問題は、大学の医局講座制に基づいた医師の供給システムが機能不全となっていることによって起こっており、全体的な医師不足という状態が、地域偏在に拍車をかけているという。潜在的に自分の出身地に戻り医業に専念したいという医師もおり、民間企業としての強みの一つと言う、学閥を越えたネットワークを活かし、地域社会や医療機関に対する提言・支援を行なっていきたいと話す。

②株式会社リンクスタッフ

リンクスタッフは人材紹介や開業・継承支援を事業コアとした事業者である。「医師の流動化」をテーマに事業展開を 1992 年に設立し始めた。代表取締役は杉多保昭氏。

主な事業としては、Web によるドクター向け紹介サイト『e-doctor』や看護師向け『e-nurse』などの運営と医師紹介事業、Web の紹介サイトは医療機関からの広告掲載も収入源となっており、収益の柱となっている。またスーパードクターとして一風変わった先生を取り上げメディカルプリンシプル社とは差別化した医師像を描いており、「いろいろな嗜好を持った先生がいるのだ」という医師のキャリア自由度をアピールしているようである。

＜e-doctor ホームページ　URL: http://www.e-doctor.ne.jp/＞
＜株式会社リンクスタッフホームページ　URL: http://www.linkstaff.co.jp/＞

今回、社長の杉田氏にお話を伺った。リンクスタッフでは、医師の正規雇用に当たる常勤の紹介が事業（E-doctor）の柱である。現在までの実績は、売上では常勤／非常勤で５：５、件数では１：９の比率となっている。実績数字は年々伸びている傾向にあるという。医師へのアプローチは、かつてはDM（ダイレクトメール）中心であったが、現在はWeb経由（ホームページからの登録・エントリー）が中心である。といっても依然DMや展示会ブースなどを行い医師との直接的コミュニケーションを図っている。医師人材ビジネス関連の事業構成としては医師人材紹介そのものによる収入が６割、Web 広告（リンクスタッフの Web サイトに医療機関からの人材募集などの広告を載せ広告料を頂く）による収入が４割程度である。Web広告では最近、自治体病院や大学病院なども顧客になっており、Web広告のついでに人材紹介もしてほしいと医療機関から頼まれることも増えてきたという。

今後の新たな取り組みとしては、外国人ドクターの紹介がある。中国の東北地方では日本語教育がされている地域があり、それらの地域における中国人医師に日本での診療資格を取らせようというものである。彼らにとっては日本での診療実績が、個人のブランドとして有用でキャリアの一環としてニーズはあるという。すでに日本での診療許可資格を取った医師が３名いるという。同社では逆に、日本人ドクターの海外での就職紹介も行っている。

③総合メディカル株式会社

総合メディカル社は、医療機関向けのリース事業から起業し、現在は調剤薬局事業を中心に、医師開業支援コンサル、医療機関地域連携、医療人材紹介など事業を多角化しつつある民間事業者であり、現在東証一部に上場している。代表取締役は、金納 健太郎氏。

人材関連の事業としては名前を『D to D（Doctor to Doctor)』とし、医業継承・医療連携、医師転職支援システムを立ち上げて運営している。(医師向けのサイトとしてＤｔｏＤコンシェルジュを運営)。勤務医への開業支援を軸に、医療機関の継承者の紹介や、勤務先病院の紹介を行っている。

＜総合メディカルのホームページ URL: http://www.sogo-medical.co.jp/＞
＜ DtoD コンシェルジュのホームページ　URL: http://www.dtod-concierge.com/ ＞

今回、D to D 担当の上席執行役員中島氏に話を伺った。同社の医師紹介事業の特徴は、将来的な開業を見据えた転職を希望されている医師に対し強みがある。同社の開業支援コンサルティング歴は長く、定評がある。そして、勤務医からいきなりの開業よりも、一度準備のための転職を経ることで医院開業リスクが抑えられるため、開業希望医師にとっては魅力と映るというわけである。地域の医療機関支援には医師だけではなく運営スタッフの強化も不可欠という認識を同社はもっており、事務長を派遣したり、事務長候補養成のため社内研修をしたりするなど、いろいろな試みを行っている。

医師人材紹介についてみると、現時点では、常勤・非常勤とも紹介の事業が伸びているがいずれも前期比 30%程度増である。常勤の紹介は紹介成約件数のうち半分以下という。総合メディカルの登録医師会員は 40 代～50 代の会員が多い（2008 年 3 月現在 38%）。やはり開業をキャリアとして考えている人が多いからであろう。会員募集は、当初、DM や雑誌広告であったが、現在は web サイト経由が中心になっているという。対象とする医療機関は公的な病院より、中小の民間病院が主である。中島氏によれば、現在のわが国における医師人材紹介の市場規模は 70～80 億程度の規模ではないかという。そのうち、大手企業がカバーしているのは、3～4 割程度ではないか、と推測しているようである。
僻地における医療人材の配置について、同社における九州離島地域での調剤薬局薬剤師配置の経験から、2 年、長くて 3 年のローテーションを大きな組織内で組みことではじめて可能であろうと示唆していた。

④ソネット・エムスリー

ソネット・エムスリー社は、国内最大級の医療従事者向けの会員制サイト「m3.com」をはじめとする数々の Web サービスを提供している。2004 年にはマザーズに上場、2007 年には東証一部に昇格した。主な事業は、同サイトに登録する医師会員約 16 万人に対し、「MR 君」などの Web サービスを使った、製薬会社向けのマーケティング支援（プロモーション戦略の立案から Web での情報提供展開まで）である。その中で『m3.com CAREER』という医師の転職支援を目的としたサイトを 2004 年 4 月から立ち上げている。

＜ソネット・エムスリーのホームページ URL: http://www.so-netm3.co.jp/＞
＜m3.com CAREER のホームページ　URL: http://career.m3.com/＞

今回、キャリアサイトも統括する取締役の中條氏にお話を伺った。ソネット・エムスリーでは、病院や診療所から個別に依頼のあった医師求人情報を掲載するとともに、人材紹介会社15社とも事業提携し、それらの事業会社のキャリアコンサルタントに中立的な立場で情報提供の場を提供するような形でサイト運営を行っている。そういった意味において人材紹介会社との競合は無く、ユーザーにとって良い紹介会社と出会えるような仕組みづくりをしているといえる。提携先の吟味はエムスリー社が事前に個別に面談、会社情報等をチェックするが、チェックの中心は会員医師からのフィードバックにより事後規制である。サイトも人材紹介会社のキャリアコンサルタントが競えるような環境を作ることによってユーザーから最も自分にあうキャリアコンサルタントを選べるようにしている。

医師地域偏在の問題については、宮崎県から医師獲得の為の支援の要望があり、現在取り組んでいる。

＜地域医療特集宮城県
URL: http://career.m3.com/content/miyazaki/pref_miyazaki.do＞
注：調査報告まとめ時点で契約期間満了となり現在は閲覧できない。

まとめと考察

本調査で得られた民間事業者の実態や人材紹介事業の構造などをもとに、①地域間偏在：民間人材紹介事業会社の地域間の医師偏在解消に関わる活動という側面、②診療科間偏在：民間事業者の診療科間の医師偏在解消にかかわる活動、そして、③衰退しつつある大学医局機能の代替という 3 テーマに分割し、それぞれ民間事業者の現状と機能の実態についてまとめと考察を行った。

○民間人材紹介事業会社の地域間の医師偏在解消にかかわる活動

地域間偏在解消に関わる活動について測定するには、地域間ごとの紹介件数、移動件数について分析すると測定できるものと考えられる。ただし、これらの実績数字は、各民間事業者の競争優位性にかかわる部分であったり、また、登録者の定義などがそれぞれの事業者によって異なったりすることから、実数を単純に比較することは出来なかった。が、登録者総数のおおよその地域割合を聴取することができたのでそれをもとに論評する。

ヒアリング対象とした事業者サービスにおける医師登録者の地域分布によると、すべての事業者において登録者の過半が関東圏となっている。しかし、このことは、必ずしも人材紹介の成約が関東圏に限られることを意味しない。地域ごとの成約率についても概数による回答をいただいただけであるが、その結果によれば、絶対数は低いものの、関東圏以外の地域においても地域内紹介の成約率は、関東圏とそれほど大差ないことが推察された。これら結果より、圏単位での医師の偏在、例えばほとんどの医師が大都市圏内に集中・シフトしていってしまうという説は否定されることになる。ただし、地域内の都市部分と地方部分とで状況がどう違うのか、といった詳細については明らかにはされなかった。

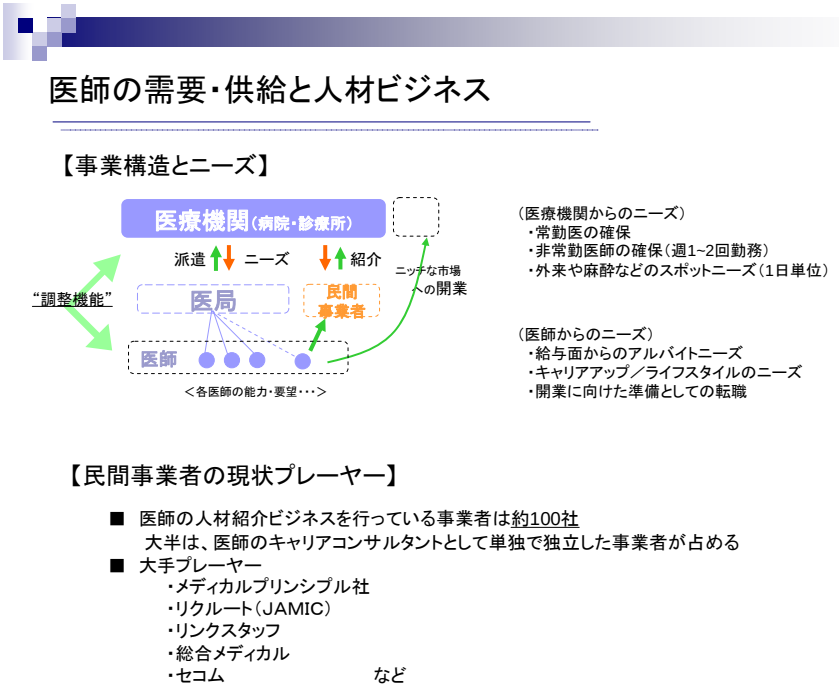
医師偏在を緩和する活動として、周知すなわち広告活動が挙げられる。現在、民間人材紹介事業者への主たる依頼病院は、大半が私的医療機関である。済生会、赤十字といった公的病院の一部が依頼病院となりつつあるが、そのほとんどは紹介の依頼ではなく、求人広告の依頼となっている。ただし、臨床研修医応募の分野では、全国的求人活動を一病院で網羅的に活動し、医師を確保することはかなわないため、求人イベントなどに参加する病院は増加傾向にあるようだ。現在、臨床研修病院といえども、十分な医師数を確保しているところは少数になりつつある。全国的規模での活動を可能にする民間事業者に対する同分野での期待は一層高まるであろう。

また金銭インセンティブが医師の需給バランスに及ぼす影響や、地域偏在解消への切り札として議論されやすいテーマである。金銭・報酬や勤務形態などのデリケートとされる交渉にも、間に民間事業者が入って交渉を行うことは医師・医療機関双方のニーズがよりはっきりとし民間事業者の強みとも言える。今回の調査では常勤医師紹介における実際の成約例を詳細に分析した結果は得られていない。しかし、転職における金銭インセンティブの果たす役割は大きくなく、年収は１割上昇するかしないか、程度で決定されることが多いということが実態であろうとのヒアリング結果も得られた。非金銭報酬や職場環境が、医師の意思決定に関与する程度が高いことが伺え、この結果は本研究における勤務医アンケート調査結果とも符号するものである。これら非金銭報酬や職場環境への取り組みに地域偏在解消への手がかりはまだまだ沢山眠っているものと考えられる。

僻地医療の担い手確保について民間事業者にしか取り組めない活動はとの質問に、ほぼすべての民間事業者が広報広告の支援以外、自らの果たせる役割はないとの答えであった。しかし、注目されるのは、その広告活動への支援業務である、一部の自治体では求人の支援活動をおこなっており、今回の調査では、島根県や宮崎県の例があげられた。独自 HP における活動だけでなく、このようなページビュー（閲覧数）が大きな場所に掲載することで広告効果は驚くほど違ってくると推測され、ニーズマッチングの可能性・確率を高める

ことができる。看板もよく見える場所が奪い合いになると同じように、ネット上でもアテンションが高いところに存在しなければ、認知効果は全くなきに等しくなってしまう。

現在、民間の人材紹介事業者はすべてネット上でのアテンションに注力している。そして、ダイレクトメールなどを合わせながら、サイトへの誘導を図っているのである。また、掲載されるコンテンツや編集・デザインなど見せ方もネット上の注目度を上げるためには重要である。これらは病院従事者や素人仕事では実現できず、仮に行うとしてもゼロから始めることは費用対効果著しく乏しい。すでに存在する民間事業者との提携や活用がこれからの活動として有効な方策であろう。

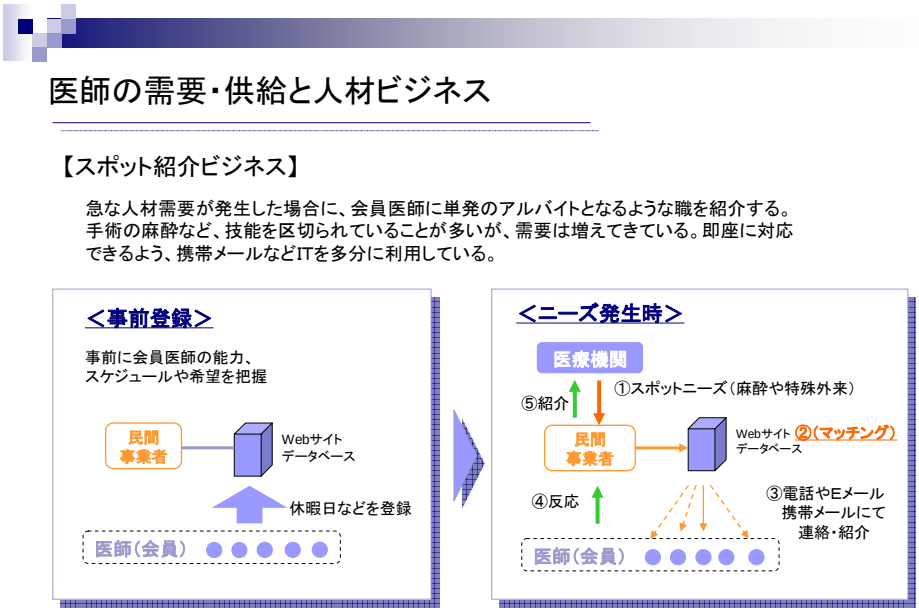


○民間事業者の診療科間の医師偏在解消にかかわる活動について

診療科偏在の分野においては、常勤医が不足している現場における需給調整として、非常勤医師の紹介活動が注目される。各事業者ヒアリングでも指摘したとおり、スポット需要と定期的非常勤の医療機関側ニーズと医師側ニーズのマッチングサービスが数的には現在の民間事業者の人材紹介事業の件数では９割以上を占めており、収益(売上)的にもどの事業者においても過半に達している。したがって、事業者におけるシステム化もこの領域で最も進んでいる。現在では、医師の登録のほとんどはネット上で行われているが、スポット需要に関しては特に携帯を使った告知やニーズマッチングがなされており、かつて大学医局の医局長が苦労していた作業は、格段のシステム化がなされている。法人化以後も臨床研修医を除くと国立大学病院の給与体系はほとんど変わっていない。すなわち、大学と大学外とでは大きな収入格差が存在する。したがって、それを埋めるべく、非常勤職を求めるニーズは依然強い。各医師の週間スケジュールを登録することで、稼働可能な時間

を申告し、その情報と求人情報とをマッチさせ、メール等で告知、紹介に至るというシステムがとられている。

こうした非常勤業務のあっせんシステムは、常勤医不足を解決することはおそらくできない。しかし、次善の策として、活用可能なのではないだろうか。こうしたニーズマッチングシステムは、規模の経済が効く。また、大学医局単位ではシステム化はとても費用（労力）対効果にあわない。都市地域でも、急増する手術件数に対して、麻酔医を確保することはなかなか難しい状況である。こうした分野で、非常勤紹介システムのアウトソーサーとして活用可能性は高いだろう。ただし、医療機関側での設備、使用器具、使用薬剤などの差が、特にスポット非常勤の場合、リスク要因となる可能性があり、臨床現場でのこれら標準化の必要性があるかもしれない。幸い、地域連携のクリニカルパスなど、病院間をまたがる情報、物品の共有化が叫ばれはじめており、これら動向と呼応して、人を選ばぬ作業環境が実現することも夢ではなかろう。



○民間事業者の能力と限界　大学医局機能は代替されているのか

民間事業者が提供している、あるいは提供できるサービスを旧来の大学医局機能と比較しつつ、医師需給調整機能に対する寄与を考える。医局の機能として最も象徴的な部分が人材派遣機能であった。昨年 12 月、大学病院等からの在籍したままの医師派遣を可能とする規制緩和がなされたが、それにすぐ呼応でき着実に運営できる大学病院はほとんど皆無であろう。この人材派遣機能以外に、別表 1 に示すとおりの機能を大学医局は保持していた。そのうち、現在も他の担い手ができないことは、学位授与と大規模あるいは極めて先見的、先端的な研究活動である。その他の機能は、代替可能である。たとえば、「民間医局」というブランディングで大学医局機能の代替を標榜している MP 社はその多くを実現している。

特に臨床研修制度周辺のキャリア情報については、すでに一般的大学医局を遙かに凌駕するだろう。ただし、あくまでも情報提供機能のみである。また、実際の民間事業者の提供するものはすべて応募者や募集者の自助努力やリスク負担を前提にしたものであることを忘れてはならない。

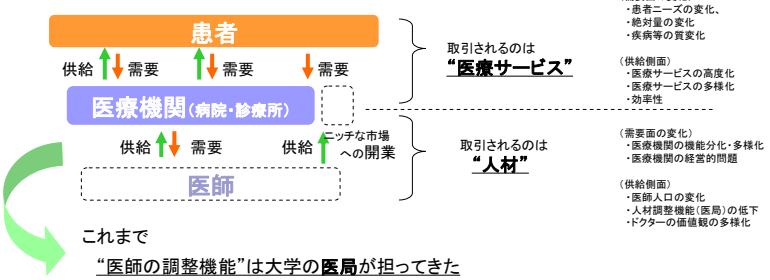
・ 求職情報と求人情報、その周辺情報（キャリアなど）の情報収集力とその編集力、発信力に一般の医師から支持を得ていること。特に IT 活用力は一病院施設だけでは出来ないような規模のメリットを享受することができる。広報活動については一部の自治体が注目し活用しはじめている、今後もこのような傾向は続くであろうと予測される。

・ 民間事業者の収益構造によると、その活動の過半は非常勤医師需要の調整に当てられている。随時非常勤・スポット需要の需給調整能力は、情報取引をネット上、特に携帯を用いることでかつての医局をはるかに上回る処理を可能にしている。ただし、伸びている分野は定期的非常勤である。この領域は旧来、大学医局が医局医師のアルバイト提供として最も力を発揮していたところである。これらの処理能力はさらに発展していくものと期待される。

すでにのべたように、これら医療における人材需給調整という領域では、上記のように様々な民間ならではのネットワーク、活用力、情報力、IT 活用によって社会的な機能を担いつつある。
民間事業者の収益の柱である医師紹介事業の日本での事業規模は、紹介料は医師の年間給与の 20%程度と仮定し（約 300 万円）、病院に従事している医師約 16 万人のうち、流動性を 5%と仮定すると 240 億円の潜在的需要が見込まれている。実質的には大学の医局機能部分が存在するので、約 100～120 億円規模と現時点で推定される。これらと広告事業の足し合わせたマーケットで、これからも医師の流動化か進む中で、着実に民間事業者もその事業者が提供するサービスもさらに発展し続けるものと期待される。また、経済的な側面だけでなく、非金銭報酬や職場環境の改善などの分野にも、民間事業者と協力して取り組むことにより新たな解決策が生まれてくる可能性は大いに期待できる。いずれにせよ、民間事業者の社会的な機能のさらなる拡大は容易に予測され、政策立案、実施の検討上でもその影響を無視しては現実との乖離を引き起こすことだろう。今後の動向が注目されるところである。

医師の需要・供給と人材ビジネス

【前提】　医師の需給バランスとは、何と何がバランスされているのか



これまで

“医師の調整機能”は大学の**医局**が担ってきた

医局機能が弱まる中、
民間事業者が医師の紹介を中心とする人材紹介ビジネスとして参入。

【市場規模】

医師紹介事業の事業規模は、紹介料は医師の年間給与の20%程度が相場（約300万円）
病院に従事している医師約16万人のうち、流動性を5%を仮定すると
16万人×5%　×300万円＝　240億円　（潜在的需要）
実質的には大学の医局機能部分が存在するので、100～120億円規模と現時点で推定される。

厚生労働科学研究費補助金　政策科学総合研究事業（政策科学推進）
分担研究報告書

医師の需給調整にかかわる民間人材紹介事業会社の実状とその寄与のあり方に関する調査

分担研究者　新野　由子　財）医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構　研究部副部長

研究協力者　立川幸治　　名古屋大学医学部　医療経営管理学

研究協力者　高橋正樹　　名古屋大学医学部　医療経営管理学

研究要旨

医師の需給調整を従来支配してきた大学医局の機能は、医師の世代交代とともに緩やかに衰退してきていたが、2004 年の臨床研修必修化以後、急速に低下を示してきた。一方で産業界全体では、近年の規制緩和や IT 化活用の発展などにより、労働力の需給調整において、旧来の公的雇用支援サービスを補完すべく、機動的な人材需給調整のために人材派遣・人材紹介などの民間サービスが発展した。現在では、これらの民間サービスは、社会機能の一翼として不可欠な存在となっている。このような社会変化の波は医療界にも波及しており、実際に、医師の雇用調整を扱う民間サービスが実施されている。

しかしながら、その実態に関してはこれまで明らかにされてきていなかった。今回、民間事業者の実態調査として㈱メディカルプリンシプル社、㈱リンクスタッフ、総合メディカル㈱、㈱ソネット・エムスリーの 4 社からヒアリングを行った。

これらの会社は、求職と求人の周辺情報などの情報収集力と編集力、発信力に富み、利用者からの支持を得て社会的な機能を持ち始めている。特に広報機能については一部自治体が注目し、活用を始めている。また、これら民間事業者の事業活動の多くは、非常勤医師需要の調整に当てられており、その調整には、IT を用いた、ネット上、又は携帯を用いることで、かつての医局をはるかに上回る情報処理やマッチング機能を可能にしていた。この活動は、旧来、大学医局が医局所属医師にアルバイトを提供する際に最も力を発揮していた所でもある。

これらの人材需給調整という領域やマーケットの事業規模は医師の流動化によってさらに成長していくと考えられる。経済的な側面だけでなく、非金銭的報酬や職場環境の改善などの分野にも、民間事業者と協力して取り組むことにより新たな解決策が生まれてくる可能性は大いに期待できる。いずれにせよ、民間事業者の社会的な機能のさらなる拡大は容易に予測され、今後の動向が注目されるところである。

【別表1： 旧来の大学医局が果たしてきた機能】

医局提供機能	大学医局のメリット	所属医師のメリット	派遣先施設のメリット	大学医局の現状		民間人材紹介会社の現状	
関連病院医師派遣	関連病院数の確保 寄付金等（自治体からのそれも含む）	職場の提供（選択権の課題あり）	人材としての品質保証やクレームにある程度対応できる医師確保システム	△	関連病院数の拡大はもはや困難で有力大学でさえ絞り込みに入っている。絞り込まれた先については、一部大学では結びつき強化（共同研究等）が図られる一方、絞り込みから外れた病院は独自の医師確保しか道はなくなり、人材確保は困難に至っている。	△	医局人事以外の求人分野を補完 医局求人そのものも一部補完しつつある
僻地への医師派遣	半強制的医師派遣が可能 寄付金等（自治体からのそれも含む）	若い？とき、一時的にはよい経験になるかも？	人員確保	×	全く機能せず。篤志的医師が個人的に赴く程度。地元自治体の寄附講座方式があるが継続性に疑問	×	
専門医教育プログラム提供		スキルアップ	新たな医療技術を自院で提供することが容易（自院で人材育成する必要がない）	△	大学病院を中心としたシステム化がようやく始まろうというところ。一部分野（循環器、脳血管障害など）では市中有力病院のイニシアチブなしにはできない状況。 しかし、癌治療が国民的課題になり、同領域における大学病院のプレゼンスは依然大きいため、同領域での教育は大学抜きには考えられない。	△	オンライン、オンサイトでのケースカンファレンス開催 外国大学との提携セミナー 病院研修指導セミナー等を開催
研究実施	研究実行のための人員確保 治験等連携先	プロジェクトへの参加（個人では叶わない組織的目標や夢をめざす事業への参画）	研究への参加医師が在職していることについて地域でのアピールテーマ	◎	大型プロジェクトになればなるほど大学外で行うことはまず困難、大学外では国家的機関のみ	×	
信用力提供		医師の世界における信用（医師としての技術への信頼感とはちがう）		○	一部名門市中病院（臨床研修病院）では代替力があるが、医師の世界でのイメージはまだまだ消えない。	△	
学位授与	大学院生確保	学位取得		◎	論文博士は消える運命。 専門医制度も一般化したが、まだまだ博士号もあった方がよいという感覚は消えない。	×	
コミュニティ（同門・同窓組織）形成		帰属意識・先輩後輩仲間意識の提供	帰属意識・先輩後輩仲間意識の提供	△	形式化が進行。特に若年層では関心は落ちているが・・	△	
医師労働コストの施設間不均衡調整 （給与補填機能）	大学病院の医師労働コスト低廉化が可能	長期にわたる収入保証（非常勤アルバイト含む）	求人コストの低廉化 寄付金があるときは別	○	大学病院の低賃金はさまざまな制度改革でも全く進まず、医局所属医師への収入補填保証は依然不可欠。ただし、医局員の中には自立してアルバイトをみつける傾向もみえはじめている。	○	スポットジ求人情報の提供が結果的にこの機能を発揮
キャリア情報発信	若手医師の確保	先行き不安の解消・キャリア情報の豊富さ		×	大学医局自体の情報発信には手がつけられはじめたが、キャリア全体を見渡す情報は医局で伝えることは不可能。それが、医局側、医局所属医師側にも露呈されてきた。	○	独自媒体やWebを使った医師の生涯キャリア情報提供を積極的に実施。さらに女性医師キャリアフェアなどに力を入れている。レジデントナビや臨床研修病院合同セミナーなど学生、研修医向け情報発信に力を入れる会社もあり
患者紹介対応や最新医学情報収集のネットワーク形成	患者紹介元確保	開業時の相談・患者紹介先、ネットワーク	患者紹介先、ネットワーク	○	依然として患者紹介や医学的知識の収集にあたって、人を通じたやりとりは最優先されている。 他のメディア、医師SNSや学会MLなどが代替している部分も出てきた。	△	会員間双方向性サービスはまだ未成熟
国際交流（留学）	入局医師確保	留学体験		△	医局所属医師にとって、留学の魅力度は低下傾向。 しかし、行くとなると依然有力なレファレンス元となる。	△	海外大学との提携セミナー、在外邦人向け医療機関求人情報の取り扱い

医局のみができること

第三者（人材紹介会社を含む。それに限らないが）でできる

医局以外でも可能だが、病院を含む医療の現場をもつ連携組織でないとできない

厚生労働科学研究補助金　政策科学総合研究事業（政策科学推進）

平成 19 年度　諸外国における医師の偏在対策に関する調査研究

分担研究者　　石井加代子　（医療経済研究機構　研究員）

【研究要旨】

本調査研究では、諸学国の医師の偏在対策（特に地域偏在対策）について文献調査を行い、各国での事例と可能であればその効果について情報を収集した。これにより、わが国で深刻化している医師の偏在の緩和策を講じる際の基礎資料を提供することを目的としている。

収集した事例は、医師のキャリアパスの流れに沿って整理していった。調査の結果、「地方出身学生の優先的採用」や「へき地での診療・生活のサポート」といった政策には期待が多く見られるが、「へき地勤務を条件とした奨学金」や「金銭的インセンティブの活用」といった政策は有効性が疑わしいとの報告が多くあった。以上の結果から、へき地勤務に対する医師の自発的選択を尊重する政策に偏在解消の効果が期待されており、制度による強制などは効果が疑わしいことが伺えた。

Ⅰ．調査目的

医師の地域偏在・診療科偏在の問題は、わが国において解決すべき問題の 1 つである。医師の地域偏在や診療科偏在の問題を解消するためには、何らかのメカニズムを構築することが必要となっている。

わが国では、医師総数に対する規制があるものの、診療科、就業地、開業の選択においては明確な制限がなく、入局して医局の指示に従う以外には、医師の供給をコントロールするような制度はほとんど講じられてきていない。医局制度は、地方の病院へ医師を派遣することにより、医師の地域偏在の緩和に寄与してきたが、このような制度ですら、昨今の入局者数の減少により、そのコントロール機能が弱体化してきている。医師の偏在を解消するためには、どのようなメカニズムを構築する必要があるのだろうか。

医師の偏在の解消には、制度による規制（入学者の制限、診療科や就業地ごとの定員制など)、慣習（医局制度など）やインセンティブ（賃金など）の活用といった選択肢が考えられるだろう。ただし、いかなるメカニズムを構築するにおいても、医師のプロフェッショナルとしての職業規範を歪ませるような影響を持つ制度は避ける必要があるだろう。なぜならば、医療を遂行する上で医師の判断が占める割合は大きく、かれらのやる気を削ぐような制度は医療の質を低下し兼ねないからである。

医師のプロフェッショナルとしての職業規範を維持しつつ、いかに医師の偏在を緩和するような需給メカニズムを設計していくか。本調査研究では、諸外国における偏在対策とその評価について調査することで、今後、わが国で検討が必要とされる政策について考察していくことを目的とする。

Ⅱ．調査方法

先進諸外国における医師の偏在対策について、文献（論文、報告書、政府刊行物など）をサーベイし、各国で講じられている対策と、可能であればその評価について情報を収集した。

【調査対象国】

- ■ アメリカ
- ■ イギリス
- ■ フランス
- ■ カナダ
- ■ オーストラリア

【文献サーベイ方法】

本調査研究は、先進諸外国における医師の偏在対策について情報収集することが目的であり、システマティック・レビューのような厳密で体系的な検索方法は採用していない。文献の検索方法は主に Google を用いた。これに加えて、Pubmed や Econlit による文献検索も行った。対象とした文献の大半は英語によるものであるが、若干、フランス語による文献についても翻訳を依頼し参考とした。

参考とした文献は、以下の 3 つのタイプに分類することができる。

① ある政策の効果を分析した論文
② 諸外国の政策についてのサーベイ論文／報告書
③ ある政策について紹介した政府系刊行物

上記の②に該当するものは以下の 3 つであり、本研究ではこれらを頻繁に参考にした。

- Laven & Wilkinson (2003)

  "Rural Doctors and Rural Backgrounds: How Strong Is the Evidence? A Systematic Review", *Australian Journal of Rural Health, Vol.11.*

  〔内容〕: 地方出身の医師が地方で就業する確率について量的分析を行った 12 本の先行研究を比較検討している。異なる研究を比較検討した結果、大半の研究で、地方出身の医師はそうでない医師に比べて、地方で就業する確率が 2-2.5 倍程度高いことが分かった。

- Simon & Hurst (2006)

  "The Supply of Physician Services in OECD Countries", *OECD Health Working Papers.*

  〔内容〕: OECD 加盟国における医師の需給の状況や、特徴的な政策について紹介・検討されている。医師の地域偏在・診療科偏在に対する各国での諸政策についても

幅広い事例が紹介されている。

- Bourgueil et al (2006a)

"Improving the geographical distribution of health professionals: What the literature tells us", *IRDES Issues in health economics n° 116.*

〔内容〕：フランス保健省により設立された委員会 National Observatory of Health Professionals の中のプロジェクトとして、Institute for Research and Information in Health Economics（IRDES）により行われた各国の医師の偏在対策についての調査研究。主に英語圏諸国およびフランスにおける医師の地域偏在への諸政策についての文献サーベイと、有効な政策の検討が行われている。

【収集情報の整理方法】

本研究では、収集した情報を 2 つの方法により整理していった。

① 各国での医師の労働市場における規制～キャリアパスの各段階で直面する規制

調査対象国における医師の労働市場での規制について、医師はキャリアパスの諸段階でどのような規制に直面するのかという観点から、収集した情報を表にまとめた。

② 諸外国における偏在解消の諸政策とその評価についての事例紹介

各国における偏在解消のための政策について、①を参考に分類し、その効果について調査できた範囲で紹介した。

Ⅲ．調査結果

１．各国での医師の労働市場における規制～キャリアパスの各段階で直面する規制

諸外国における医師の偏在の解消策を調査するにあたり、本研究では、医師がキャリアパスの諸段階でどのような規制・制度に直面するのかという観点から情報を整理していった。収集した各国の情報は表 1 にまとめた。なお、いずれの国においても、文献により情報を収集できる範囲で作表したため、各国の医師の労働市場の状況を全て網羅したものではないことを留意されたい。

表 1 の情報について、Bourgueil et al (2006a)での方法を参考に、コンパクトに諸政策を整理したものが表 2 である。表 2 では、医師のキャリアパスについて、労働市場参入時、就業先選択時、就業期間時の 3 段階に分けて、それぞれの段階で取り得る政策についてまとめている。

表 2　医師の配置に影響を及ぼす制度（**Public incentive mechanisms**）

労働市場の参入時	就業先の選択時	就業中
・医学部の定員制 ・地元学生の優先的採用 ・へき地勤務を条件とした奨学金 ・へき地での臨床研修の導入	・数による参入(就業/開業)規制 ・成績による就業地・診療科規制 ・面接による就業地・診療科規制 ・金銭的ｲﾝｾﾝﾃｨﾌﾞによる誘致	・金銭的ｲﾝｾﾝﾃｨﾌﾞによる誘致 ・診療・生活のサポート ・定年制の導入（ー）

参考）Bourgueil et al (2006a)

２．諸外国における偏在解消の諸政策とその評価についての事例紹介

ここでは、表 2 の視点から、表 1 で収集した医師の偏在解消のための諸政策について詳しくみていく。

【医師の定員枠の拡大→医師数の増加】

医師の総数を増やすことで、都市部での需要を充足させ、都市部で溢れた医師の供給で地方の医師不足を穴埋めすることができるだろうか。先行研究からは、この考えはあまり現実的ではないという意見が見られる。

就業先を選択する際の医師の動機が、都市部の医学部で修得してきた技術の維持・向上や、大病院での研修時の環境、すなわち、高度な医療器機や多くの同僚などであるならば、このような動機とは異なる動機を持つ医師を増やさない限り、医師総数の増加が地域偏在を解消することはないのかもしれない。

■　カナダの事例（Barer and Stoddart, 1999）

高度な医療器機や診療の援助といった医師にとって魅力的な就業環境は都市部に揃っているため、医師の総数が増えたところで、彼らがそういったものに惹かれなくなり地方にも医師が流れていくという証拠はどこにもない。

たとえば、British Columbia 州の事例を見ることで、「都市部での需要を充足させ、供給を地方に溢れさせる」ということが非現実的であることが分かる。British Columbia 州では 1980 年代以前より医師が過剰であり、削減政策までとられてきたが、依然供給過剰な状況はおさまっておらず、地方での医師不足は解消されていないことが指摘されている。

■　アメリカの事例（General Accounting Office, 2003）

General Accounting Office が行った統計分析により、1991-2001 年の間で医師数は大幅に増加し、都市部（Metropolitan）と非都市部（Non-Metropolitan）でも医師数は増加したものの、都市部と非都市部での人口当たり医師数の格差は解消されていないことが分かった。

■ イギリスの事例（Hann & Gravelle, 2004）

1994-2003 年の間における GP の地域偏在の度合いの変動について、ジニ係数やアトキンソン係数を用いて計測している。GP の地域偏在の度合いについての指標としては、各地域の GP 数を需要調整したものを利用している。分析の結果、この間に GP 総数は増えているものの、地域偏在の度合いは高まっていることが分かった。

【地方学生の優先的採用】

医師が出身地で就業する傾向が強いのであれば、医学部入試の選抜の際に、地方（医師不足地域）出身の学生を優先的に採用し、将来、彼らが出身地で就業することにより、医師の地域偏在を解消するという策が考えられる。日本においては、一県一医大構想により、各県に医学部の大学が存在するため、この仮説が現実的であるならば、地元学生を優先的に採用して、医師の地域偏在を解消するという策が考えられるだろう。

実際、アメリカの州立大学では地元学生を優先的に採用する傾向が強い（ただし、広大な州の中で医師不足地域が存在することに留意されたい）。オーストラリアでも地域偏在を解消するために、入学定員の中に地方出身学生枠を設けたり、地方出身学生で将来医師不足地域での就業を希望する学生に特化した奨学金制度を設けている。

また、興味深い事例として、ノルウェーやスウェーデンでは、1970 年代以降、医学部を地方に設置して地方出身の学生を多く集める試みがとられているそうである（Simon & Hurst, 2006）。

医師のキャリアパスの入り口の時点で地域偏在を解消するようなメカニズムを導入することは、キャリアパスの途中段階で医師に対して就業のコントロールをかけるよりも、医師の就業インセンティブや医師のプロフェッショナルとしての職業規範を歪ませることは少ないことが期待できるのではないか。

■ オーストラリアでのサーベイ論文（Laven & Wilkinson, 2003）

地方出身の医学生が地方で就業する確率について分析している 12 本の論文（オースラリア、アメリカ、カナダ）についてシステマティック・レビューを行い、地方出身の医師の場合、そうでない医師に比較して、地方で就業する確率が 2-2.5 倍ほど高い傾向が多くの論文で見られることを明らかにした（12 論文中 10 論文で有意な相関関係が確認されている）。出身地以外にも、出身高校の所在地や配偶者の出身地などについても、就業地との関係が確認されている。

■ アメリカ（Rabinowitz et al, 1999b, 2001）

Jefferson Medical Collage（ペンシルバニア州）における Physician Shortage Area Program（PSAP）の効果分析。PSAP とは地方出身者で、将来ペンシルバニアの地方で家庭医として勤務する意欲のある人を優先的に Jefferson Medical Collage に入学させるプログラム。この制度では、任務を逃れてもペナルティはない。

このプログラム出身者を追跡したデータを交えての分析の結果、このプログラムの卒業生はその他の卒業生に比較して、地方で就業する確率が 3 倍ほど高く、地方での継続就業の確率も高いことが分かった。結論としては、採用の段階で、出身地と将来の就業希望先がはっきりしている学生を採用していることが重要であることが強調されている。

【へき地勤務を条件とした奨学金】

へき地勤務を条件に奨学金を提供し、へき地での医師不足を解消しようとする試みは、アメリカ、カナダ、オーストラリアで頻繁に用いられている政策である。

様々な研究をサーベイした Bourgueil at al（2006a）の結論としては、このような奨学金制度は短期的には効果があるが、長期的はあまり効果がないという意見が出されている。なぜならば、これらの奨学金制度ではへき地勤務の義務期間が定められており、奨学金受理者が期間終了後もへき地で継続就業する保証はないからである。さらに、多くの医師はへき地での勤務を逃れるために、就業後に奨学金を返済する財力がつくことも、奨学金の効果を弱めるだろう。

■ アメリカ（Pathman et al, 1992, 1994, Calman & Hauser, 2004）

National Health Service Corps (NHSC)：奨学金をもらった年数だけへき地で勤務する制度。

へき地に勤務している NHSC 対象者と NHSC 非対象者の継続就業の状況を追跡調査したところ、NHSC 対象者の方がへき地での継続就業確率が低いことが明らかになった（Pathman, 1992）。さらに、アンケート調査の結果では、へき地に勤務している NHSC 対象者の中には、生活環境に対する不満が少なくなく、継続就業の意欲も低いことが報告されている（Pathman, 1994）。Calman & Hauser（2004）では、奨学金対象者のこのような状況について、へき地勤務している非対象者と比較して、「自発的にへき地で勤務しているか否かの違い」を理由としてあげている。

■ アメリカ（Holmes, 2005）

NHSC 奨学金制度導入が医師の地域偏在解消にどれだけ寄与しているのかについて分析する際、従来の研究では、奨学金制度に参加して（おそらく義務的に）へき地で就業している医師と、奨学金制度に参加せず（おそらく自発的に）へき地で就業している医師とを比較して、制度の効果を図っていた。このような従来の方法では、比較対象の属性に異質性があり、制度の純粋な効果を測定できていないのではないかという問題が考えられるため、Holmes（2005）では、計量経済学の技法を用い、この異質性を考慮して奨学金制度が医師の地域偏在解消に与える影響について測定を試みた。分析の結果、NHSC 制度を廃止した場合、10%へき地の医師の供給が減少するという結果が出された。ただし、Holmes（2005）では、NHSC 制度の導入によりへき地での医師の供給はいくらか増大したことは分析から明らかにしているが、費用対効果の視点から見て、この制度が効果的か否かまでは言及されていない。

■ カナダ（Anderson & Rosenburg, 1990）

Ontario 州では、The Underserviced Area Program of Ontario という制度があり、奨学金制度や一時金制度といった金銭的インセンティブを用いて、へき地での医師の供給確保に力を入れている。この制度について分析した結果、金銭的インセンティブを用いたこのような制度は、医師の地域偏在を解消するほどの効果は見られていないところが分かった。

【へき地での臨床研修の導入≫（Simon & Hurst, 2006）

へき地での教育機会・臨床研修を導入し、へき地での診療の魅力を実感してもらうことにより、将来、自発的にへき地での就業する医師が増えることを期待する制度である。オーストラリアでは、2000 年より最低 8 週間のへき地での臨床研修がカリキュラムの中に組まれるようになった。さらに、へき地での研修を促した奨学金制度も多く実施されている。カナダでもいくつかの州で、へき地での臨床研修が実施されている。

【数による就業規制】

医師過剰地域での新規の医師の参入（就業・開業）を禁止することで、医師の地域偏在を解消するという方法がいくつかの国で講じられている。参入を禁止する方法としては、医療保険の診療報酬を支払う医師の数を制限して、一定数以上から参入してきた医師に対しては診療報酬を支払わないという方法などがある。

この政策の評価についての詳細な研究はなされていないが、以下では文献から収集した事例を紹介する。

■ ドイツ（医療経済研究機構, 2008, Simon & Hurst, 2006, Bourgueil at al, 2006a）

保険医需要計画により、人口密度やその他の地域特性を踏まえて各診療科の保険医数を定め、定められた医師数より実際の医師数が 10%を越え、地域の保険医協会と疾病金庫連合会が過剰と認定した場合には、その地域における保険医の認定制限が行われることになっている（保険医の認定が得られないと、疾病金庫から診療報酬が支払われない）。

Bourgueil at al（2006a）よる情報では、ドイツでこのような保険医数の制限を課したことにより、医師の地域偏在を解消するというよりも、むしろ、医師になることの魅力を減少させ、医師を目指す学生を減少させてしまったと伝えられている。

■ イギリス（Sibbald, 2005）

1948 年から 2002 年までイギリスでは、Medical Practice Committee（MPC）が各地域における General Practitioner（GP）1 人あたりの平均的な患者リストの大小（人口調整済み）により、各地域での GP の新規採用に規制を引いていた。規制のレベルは、‘Open’、‘Intermediate’、‘Restricted’の 3 段階であった。しかし、このような規制をとっても、1974 年時点で GP 不足であった地域は、2003 年においても GP 不足地域のままであった。

このようなことから、2002 年以降、GP の新規採用の権限については各地域の Primary Care Trust（PCT）に引き継がれた。PCT では従来の規制の掛け方を改め、各 PCT は GP 数の目標水準（ウェイト付き人口 1000 人あたりフルタイム GP 数の平均値）を定め、それが達成できなくてもペナルティを課したりするような手段をとらないようにした。GP 数への規制が地方分権化されたことにより、各地方に適した政策が取られると期待できる一方、中央による統一的な基準がなくなったことは懸念されている。この制度の効果を評価するのは時期尚早であると言われている。

■ カナダ（Barer and Stoddart, 1999, Ward, 2004）

1985 年、British Columbia 州では、新規参入の医師に対して、提供しようとしているサービスと同様のサービスが既に充分提供されている地域での診療を規制する制度を構築した。その間、医師過剰地域で新規参入を試みた医師の多くが、参入をあきらめて医師不足地域で就業をするのではなく、医師過剰地域での代診医として就業するようになったと伝えられている。

その後、法廷で医師の就業選択の自由を侵すものだとの判断がくだされ、この制度は廃止された。

■ フランス（Bourgueil at al, 2006b）

フランス保健省により設立された医師の需給に関する委員会（National Observatory of Health Professionals）では、医師の地域偏在に対する今後の対策をあげた。その中で、医師の就業地に対して規制を設けることは取り上げられなかった。その理由として、医師の就業地選択における自由を尊重したいという意向があげられている。

【成績・面接による診療科・就業地の規制】

成績・面接による診療科や就業地に対する規制は、いくつかの国で実施されているが、このような規制が医師の地域偏在に与える影響については著者の知る限り明らかでない。

■ フランス

診療科の選択は、医学部卒業時の試験（Examen Classant National）によって決まる。合格率は 50%で、合格しなければ専門医研修に進むことができない。不合格の場合は、General Practitioner（GP）研修に進むか、もう 1 年試験を受けることができる（再試験の機会は 1 回まで）。

実際、学生にとって GP は不人気であり、その理由として、GP 研修に進んでも病院で研修するのみで、プライマリーケアについて勉強する機会が限られていることがあげられている。そのため、試験で不合格になった学生の多くが、希望の診療科に進めるようにもう 1 度試験を受けていることが伝えられている（Eurohealth, Vol.12 No.3）。

■ イギリス（Royal College of GPs, 2007）

マッチング機関（Medical Training Application Service：MTAS）により就業地域と診療科が決定される。まず地域と診療科の組み合わせで 4 通りの希望を提出する。これにより診療科別に申請者が振り分けられ、その中で試験がなされる。MTAS は成績順に申請者の希望に沿って各地域に振り分ける。各地域の Selection Centre でさらに選考が行われ、空席率と選考結果に従って最終的に研修先が決定される。

【金銭的インセンティブによる誘致】

競争的な労働市場においては、条件の悪い労働環境を有する職業では、悪い条件を穴埋めするだけ賃金を高く設定して、労働の需給を均衡させるという仮説が広く知られている（ヘドニック賃金仮説）。しかし、医師の労働市場においては、金銭的インセンティブのみに任せたメカニズムは、必ずしも需給を均衡させるのに有効な策ではなく、医師の偏在を解消するには充分ではないことがしばしば指摘されている。（Bourgueil et al, 2006）

■ イギリス（Bourgueil et al, 2006）

GP の報酬は登録患者の人数によって左右される部分がある。以前、医師不足地域で就業する GP の報酬は、患者 1 人当たりで高く設定されていたが、これにより登録患者数を削減した GP がいたという事実がある。

2001 年から 2005 年まで実施されていた Golden Hello 制度（医師不足地域で就業すると￡7000 もらえるという制度）についても、医師の偏在を解消するほどまでの効果は見られず、終了してしまったと報告されている。

■ カナダ（Barer and Stoddart, 1999）

カナダではよく取られている手段であるが、あまり効果があるとはいえないそうである。このような政策がなくても、へき地で勤務する医師はいるので、結局、自発的にへき地で勤務している医師にとっては政策の意図とは関係なく高い報酬を得ている状況になっているかもしれない。

【へき地での診療・生活のサポート】

多くの文献で着目されている政策であるものの、具体的な政策の実行や評価までには至っていない。若い医師が就業地を選択する際、配偶者の生活や子供の教育環境などについて最も考慮するということが言われている（Barer and Stoddart, 1999）。医師でなくても、就業選択をする際、多くの人がこのようなことを最も気にかけるであろう。

また、診療の負担を減らすための代診医の確保や、技術の維持や向上のための教育機会の保障、遠隔での医療支援機器の設置など、地方での就業環境を改良して、医師の確保に努める政策が各国で考えられているが、これについても明確な効果は分からない。ただし、就業

環境についても、医師が就業選択をする際に重要視する点であり、これらの政策には期待できる点が多いかもしれない。

さらに、このような支援策は、医師に地方での勤務を強制するものでなく、あくまで自発的な選択を促進するためのものである。そのため、医師の専門職としての規範を歪ますことなく、地域偏在を解消することが期待される。

■ フランス

Bourgueil et al が医師確保対策について各州にアンケート調査を行った結果、医師の生活環境を整えることが就業地を決定する際に重要であるというような意見が少なくなく見られた。

■ カナダ（Barer and Stoddart, 1999）

事例の紹介や効果の分析についてはあまりないが、実際、医師は就業地を選択する際、家族の生活（配偶者の仕事や子供の教育）について配慮するケースが多いことを考えると、こういった政策には期待できるかもしれない。

【外国人医師の活用】

医師不足地域で数年間就業することを条件に、就労ビザを与えたり、医療保険からの報酬を認めたりという政策がある（Simon & Hurst, 2006）。実際、英語圏の移民の多い国でこのような政策が実施されている。効果については定かでないが、アメリカでは、医師不足地域での医師の供給の多くを外国人医師に頼る姿勢が強い。

■ アメリカ

アメリカで医学教育を受けた外国人医師（J-1 visa 保有者）は、アメリカで就業する前に少なくとも 2 年間祖国に戻らなくてはならない制度があるが、アメリカの医師不足地域で勤務することにより、医学教育終了後もアメリカに留まることができる。このように永住権を与えることで外国人医師の医師不足地域での就業を促し、地域偏在の解消を試みている。

■ オーストラリア

Fellowship of the Royal Australian College of General Practitioners

へき地勤務 5 年間を条件に、外国で教育を受けた医師に居住ビザや診療に関する支援を与えている。

Ⅳ．考察

本調査研究では、諸外国における医師の偏在対策（主に地域偏在対策）の事例を眺め、今後、我が国で医師の偏在対策を議論する際の基礎資料の作成を試みた。医師のキャリアパスのどの段階で影響を与えるのかによって、諸外国の医師の偏在対策を分類した。以下では、予想される医師の特性と絡めて、先行研究で述べられている各政策の効果についてまとめていく。

いくつかの先行研究により有効性が示唆された偏在対策として、「地方出身学生の優先的採用」という政策がある。有効性が疑わしい政策、たとえば「へき地勤務を条件とした奨学金」と比較すると、「地方出身学生の優先的採用」による地域偏在の解消は、地方勤務に対する医師の自発的選択を尊重するものである。また、有効性は確認されていないものの、医師の偏在解消政策としての期待が高い「診療・生活のサポート」といったものも、医師が地方勤務を自発的に選択することを促すような政策である。このようなことから考察すると、制度による強制といった政策には、逃げ道がある限り、その効力には限界があることが予想される。また強制により医師の自由な選択を制限することにより、プロフェッショナルとしての専門職規範を歪ませてしまう可能性も否定できない。

また、大半の医学部が比較的都市部にあることで、医師が教育段階から（もしくはその前から）都市部での生活や、高度な医療器機と多くの同僚に囲まれた研修環境に慣れている場合、孤立した地方での診療生活を就業先して選ぶという意向はなかなか沸かないであろう。こういった背景から、「医師の定員増大」、「金銭的インセンティブの活用」という政策は医師の地域偏在の解消にあまり効果的ではないのかもしれない。このような条件化の下では、やはり、地方での生活に慣れ、将来地方での診療を希望する「地方出身学生の優先的採用」や、地方勤務となっても孤立を感じさせないような「診療・生活のサポート」、さらには、「へき地での臨床研修の導入」により、医師の労働力を形成する段階で、都会志向の医師ばかりを増殖させないという工夫が必要となってくるのかもしれない。

本研究では、医師の偏在対策を医師のキャリアパスの流れに沿って眺めたことにより、以下のことが示唆できるのかもしれない。すなわち、医師という人的資本が一度形成されてしまってから、制度により医師の行動をコントロールすることはなかなか困難であること。そして、誰に如何なる医学教育を投資するか、入り口の時点および人的資本の形成段階である程度のコントロールをかけることで、医師の選択を歪ませることなく、偏在解消のメカニズムを構築できるのではないかということである。さらに、就業後の「診療・生活のサポート」を行うことで、仕事や生活上の環境の整備による不安を拭い去る支援も必要となるであろう。

表１　各国での医師の労働市場における規制～キャリアパスの各段階で直面する規制（日本、アメリカ）

≪キャリアパス≫	≪規制や慣習≫	日本	アメリカ
医学部入学			
←	医学部定員	○ 政府による医学部定員数（人口10万対150人）これは昭和58年に達成	○ 連邦政府による定員規制はないが、医学部への補助金が確定されているため、おのずと決まっている。 ○ 医学部数は連邦政府によって決定。 ○ AMA(American Medical Association)が統制しているが、65－80年の間に医学部数が2倍に増加。
←	医学部の情報	○ 全80校（国立42校、公立8校、私立他15校，2007年現在） ○ 1970年代：一県一医科大構想	○ 医学部は学部レベルではなく、大学院レベル。 ○ AAC認可の大学126校 ○ 州立大学と私立大学 ○ 授業料
←	入学者の制限	○ 地方により地元学生採用枠有り	○ 州立大学の場合、いずれの学部においても地元学生を優先的に採用。
←	就学金の提供	○ 地方により将来その地域での就業を義務付けた奨学金制度あり ○ 自治医科大学 （e.g. 長崎県の事例）	○ 医師不足地域で将来数年間勤務することを条件とした奨学金制度：National Health Service Corpsが1970年代初めより始動。
臨床研修		！免許取得後に臨床研修医制度！	
←	研修先の選択	○ マッチングシステムにより研修先選定	○ 研修病院は大学が提携している病院からマッチングシステムにより選択。
←	内容／特徴／遍歴	○ 2004年から臨床研修必修化 〔以前〕：87%が研修を選択。7割が大学病院、3割が臨床研修病院 （研修医の4割が出身大学を選択。） 〔以後〕：半数強が臨床研修病院。 ⇒ 必修化の影響を受けて大学病院医局さらに地方病院の人手不足。	○ ローテート研修が医学教育に組み込まれている。 ○ 2003年よりRDHが施行され、研修医の労働時間の制限が法化されている。
医師免許取得			
←	免許の定員規制	○ 筆記試験。絶対評価で合格率9割程度 ○ 取得後、更新の必要はない。	○ コンピュータ筆記試験。 ○ 医師免許は州ごとに異なる。 ○ 臨床研修の間に組み込まれているStep1～3。 ○ Step3は卒後研修中にとればよい。
←	免許取得の必要要件	○ 医学部卒業単位。臨床研修前に取得。	○ 医学部単位と臨床研修の終了。
←	免許の有効期限	○ 更新の必要性はない。	○ 更新の必要がある。（研修の受講）
卒後研修／専門研修			
←	診療科／研修先の選択	○ 各学会が任意に決定。	○ 卒後研修の際に診療科が決定される。 ○ 学会が診療科ごとの定員制：あり？ ○ Accreditation Council for Graduate Medical Education（ACGME)によって、各病院の各診療科が採用できる研修医数は決まっている。 ○ ACGMEが各診療科の専門医数およびその地理的分布を統合的に決めている。（後藤先生の報告から08/01/10)
←	内容／特徴／遍歴	○ 制度立ったものはない。 ○ 専門性を極めるには、病院にて研修。	○ 専門医資格を取るためには、各診療科別の学会(Board)が規定するプログラムに従った研修を受ける。 ○ 各診療科ごとに卒後研修の内容・年数が異なる。
就業			
←	就職活動方法	○ 医局員になり、医局の指示に従う。 ○ 知人に紹介してもらう。 ○ 開業医になる。 ○ 雑誌や就職サイトによる求人情報の活用。	○ 公募により就職活動 ○ 外国人医師に対しては就業規制があり、最初の数年間、へき地での勤務が義務付けられている。
←	就職情報提供主体	○ 通常は民間による情報提供。 ○ 公的に2006年より派遣システム導入。	
←	開業医の規制	○ 具体的なものは特になし ○ 医療計画の病床規制により病床数に規制があるが、開業医はこの範囲ではなかった。（48時間規制撤廃により有床診療所も病床規制の範囲にカウント）	
←	就業支援策／規制	○ へき地の医師不足解消のため、2006年より派遣システム導入。2007年9月現在、実績ゼロ。 ○ 県により、医師を公務員として雇用。 （e.g.長崎県）	○ Medicareプログラムにより、へき地医療の報酬に配慮あり。 ○ 外国人医師に対しては就業規制があり、最初の数年間、へき地での勤務が義務付けられている。 ○ Self-Regurlation
←	労働時間	○ 労働基準法の対象内だが、休憩・研修・研究時間を除くと、 ・病院勤務医平均週48時間 ・診療所勤務医平均週40時間。 (H18.3医師需給に係る医師の勤務状況調査) ○ 他調査では、平均60時間前後。	○ 研修医に対する労働時間の規制：RDH ○ チーム医療によりローテーション勤務体制の強化。
←	病院の経営主体	○ 病院の医院長は、主に経営者ではなく医師。	
退職			
←	定年制	○ 特になし	○ 特になし

表１　各国での医師の労働市場における規制～キャリアパスの各段階で直面する規制（イギリス、フランス）

≪キャリアパス≫	≪規制や慣習≫	イギリス	フランス
医学部入学			
←	医学部定員	○ 定員制あり。 （1966年に医学部教育に関する王立会議で医学部定員数を4230人に増加し、新しい医学部の創設も決定。NHS PLAN2000 においてもさらに医師数を増やしていく提言がされた）	○ 医学部入学時定員制なし：バカロレア（進学資格試験）合格していれば、第3希望までの医学部に入学することができる。 ○ 医学部2年次：試験により進級は定員制。進級倍率は10倍。留年猶予期間は1年間のみ。
←	医学部の情報	○ 学費は約£3,000／1年。大学や地方によって異なる。 ○ 医学部最終年次の学生における平均負債額は約£22,000（BMA2005／06調査）。 ○ 大学は全て公立。UKで31の医学部（2004年新設4校含む） ○ General Medical Councilが医学部を統制。GMCの許可なし医学部として認められず、今のところ私立の医学部はない。	○ 大学は全て国立。 ○ 学費は日本の国立大学の数分の１程度。 ○ 6年制。2年目から臨床医学研修。
←	入学者の制限	○ 高校時の成績と面接。競争率が非常に高い。	○ バカロレア合格が条件。
←	就学金の提供	○ 奨学金はいくつかあるが、へき地勤務を義務としたものではない。 ○ Sibbald(2005)ではへき地勤務義務の奨学金制度の導入を提言。	
臨床研修		Modernising Medcial Career(MMC)により大きく変わった	
←	研修先の選択	○ Medical Training Application Service(MTAS)によるマッチングシステムにより研修先を決定。	臨床研修が特になく、 医学部時代に病院の患者研修が盛り込まれている
←	内容／特徴／遍歴	○ 2005年以前：内科半年＋外科半年の計1年間。 ○ 2005年以降：Foundation Programme 開始。 スーパーローテート研修で1年目は内科4ヶ月、外科4ヶ月、その他4ヶ月。2年目は3ヶ月間のローテート研修を4科目選択(GPも選択肢の1つ)。	
医師免許取得			
←	免許の定員規制	○ Foundation Programme の1年目が無事終了すると、GMCに医師登録をすることができる。これは、卒後研修が始まるまでに済ませなければならない。 ○ さらに専門研修終了後に、Certificate of Completion of Training(CCT)に登録する。	○ 医学部が全て国立のため、医学部卒業が医師として研修を受ける資格を与えられる。
←	免許取得の必要要件	○ Founation Programme 1年目を無事終了させること。	○ 医学部卒業：卒業論文提出と専門医研修進学試験受験（2日間）
←	免許の有効期限		
卒後研修／専門研修			
←	診療科／研修先の選択	○ Foudation Programme 2年次に診療科を決断。 ○ MTASによるマッチングシステム。まず地域と診療科の組み合わせで4通りの希望を提出。これにより診療科別に申請者が振り分けられ、その中で試験がなされる。MTASは成績順に申請者の希望に沿って各地域に振り分ける。各地域のSelection Centreでさらに選考が行われ、空席率と選考結果に従って最終的に研修先が決定される。(Royal College of GPs, 2007)	○ 診療科ごとの定員制：医学部卒業時に専門医研修進学試験を受験。合格率50%で、合格すれば、専門医研修に進める。 ○ 50%の不合格者は一般医研修に進むか、翌年、もう1度だけ試験を受けることができる。（受験チャンスは合計2回のみ） ○ 専門医研修：（４～６年）専門科と地域について希望を出すが、人気の専門科や地域は専門医研修進学試験の成績順で決まっていく。 ○ 全ての診療科が定員制をとっており、計画に基づき毎年決められた数の研修医が採用される。
←	内容／特徴／遍歴	○ 専門医：臨床研修終了後、病院にてSpeciality Registrar(専門医用)を6～8年間、その後、Consultant(専門医)やStaff職になる。 ○ GP：GPにてSpeciality Registrarを3年間行い、その後GPに。	
就業			
←	就職活動方法	○ NHS CareerやBMAにて求人情報が公表されている	
←	就職情報提供主体	○ NHS CareerやBMAにて求人情報が公表されている	
←	開業医の規制	○ 2002年4月までMPC(Medical Practices Committee)が各地域におけるGPの患者リストの大小により、GPの新規採用に規制を引いていた。 ○ 2002年4月からは、この任務がMPCから各PCT(Primary Care Trust)に移され、各地域の人口対GP数などにより新規採用の規制を調整。 ○ 地方に権限が移譲されたものの、中央によるGPの分布への統制はなくなった。(Sibbald, 2005) ○ Teaching PCT：低収入、劣悪な住宅、高失業といった地域におけるPCTで、重点的に医療従事者を集めて、質の高いプライマリーケアを提供することを目指す。30箇所前後存在。	
←	就業支援策／規制	○ 上記参照 ○ 2000年より毎年DoHがGP Vacancy Surveyを行っている。 ○ GP不足地域のGP給与を高くする施策(Golden Hello Project)が存在したが、現在は行われていない。	
←	労働時間	○ Working Time Directive (WTD)	
←	病院の経営主体		
退職			
←	定年制	○ 特になし	

表１　各国での医師の労働市場における規制～キャリアパスの各段階で直面する規制（ドイツ、オーストラリア）

≪キャリアパス≫	≪規制や慣習≫	ドイツ	オーストラリア
医学部入学			
	医学部定員	○ 政府により定員制限はない。各医学部の募集人数による。	○ Commonwealth Governmentが補助金を通して、各大学に定員制を強いている。
	医学部の情報		○ 17(?)の医学部がある。 ○ 医師の地域偏在解消のために、医師不足地域に新たに医学部を創設。 ○ 医学部への道：①高校卒業後、医学部5-6年間、②大学卒業後、医学部4年間 ○ 1997年にJohn Flynn Scholarship Scheme創設。医学部在籍中の4年間で、年に2週間、休みの間にへき地の医療を経験するプログラム。毎年150名の奨学生を採用している。
	入学者の制限		○ 地元学生や原住民を優先的に採用する枠がある。 ○ へき地での教育訓練をカリキュラムの中に組み込んでいる。
	就学金の提供		○ Enhanced Rural Australian Medical Undergraduate Scholarships（RAMUS）：2000年より開始。地元学生対象の奨学金制度。 ○ Rural Medical Bonded Scholarships：卒後研修後6年間のへき地勤務を条件とした奨学金。その間は都市部で診療したとしても保険報酬を得ることはできない。
臨床研修			
	研修先の選択		
	内容／特徴／遍歴		
医師免許取得			
	免許の定員規制	○ 保険医の資格を得るためには、医師免許に加え、1995年より診療科別の卒後研修を終了させる必要がある。各地域の保険医と疾病金庫の代表からなる認定委員会で保険医の資格が付与される。	○ 医学部終了後1年間のインターンすることで医師登録ができるが、その後、レジデントを1年間以上、診療科別のﾚｼﾞｽﾄﾗｰを数年間行うことにより、Medicare provider numberがもらえる。これをもらえないと、診療に制限が課せられる。
	免許取得の必要要件		
	免許の有効期限		
卒後研修／専門研修			
	診療科／研修先の選択		
	内容／特徴／遍歴		
就業			
	就職活動方法		
	就職情報提供主体		
	開業医の規制	1987年：連邦医師法の改正 保険医過剰対策として、医師免許取得のための研修期間の延長、保険医の資格取得までの期間の延長を実行した。 1987年：保険医需要計画改善法 医師不足地域の解消を目的として行われてきた保険医需要計画を改め、保険医の過剰対策へと転換を図ったもので、保険医数のコントロール政策を打ち出したもの。保険医の過剰地域で、高齢医師の保険医辞退の促進などを通して保険医数の調整を図り、保健医療の適正配分と経済性を確保。 1993年：医療保険構造法（GSG） 保険医認可の制限を強化、９９年から６８歳保険医定年制の導入、保険医の再教育制度の充実化	
	就業支援策／規制		○ Higher Education Contribution Scheme(HECS) Reimbursement：2000年以降に医学部を卒業したものを対象に、へき地の医療機関に就職すれば、学生ローンの返済が免除される制度。2001から2002年の間で200人が免除された。 ○ Rural and Remote General Practice Program：GPのへき地勤務の誘発と継続を促すプログラム。国や支援機関を通してへき地勤務GPを募集しており、へき地での継続年数やへき地の度合いに応じて賃金の増額などを工夫している。例）所得補助として国が医師１人に対して30,000-50,000$提供。 ○ Rural Workforce Agencies：上記プログラムなどを活用して、へき地勤務GPの募集や、へき地でのGPの継続勤務を促す機関。1998年より各州に設置されている。
	労働時間		
	病院の経営主体		
退職			
	定年制	○ 医療保険改革法により定年制(68歳)の導入。	

【参考文献】

Anderson, M., and Rosenberg, M.W. (1990), “Ontario’s Underserviced area program revisited: and indirect analysis”, *Social Science and medicine*, Vol.30, No.1, pp.35-44.

Australia Department of Health and Aged Care (2001), “The Australian Medical Workforce”, Occasional Papers: New Series No.12.

Barer,M.L., and Stoddart,G.L. (1999), “Improving Access to Needed Medical Services in Rural and Remote Canadian Comunities: Recruitment and Retention Revisited (final draft)”, Discussion paper prepared for Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Health Human Resource, UBC.

Bourgueil,Y., Mousqués,J., and Tajahmadi,A. (2006a), “Improving the geographical distribution of health professionals: What the literature tells us”, *IRDES Issues in health economics* n° 116.

Bourgueil,Y., and Berland,Y. (2006b), “Health care Human resource policy in France”, *Eurohealth,* Vol.12, No.3.

Bourgueil,Y., Mousqués,J., and Tajahmadi,A. (2006c), “Comment améliorer la repartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France”, *Rapport IRDES* n° 1635.

Bourgueil,Y., Mousqués,J., Marek,A., and Tajahmadi,A. (2007), “Improving the geographical distribution of practitioners: the measures of adopted in France”, *IRDES Issues in health economics* n° 122.

Calman,N., and Hauser,D. (2004), “U.S. Policies to Address Physician Maldistribution”, Prepared for the International Health Workforce conference October 7-9, Washington D.C..

Dubois,C.A., and Mckee,M., and Nolte,E.ed. (2006), “Human Resource for Health in Europe”, European Observatory on Health Systems and Policies Series.

Elliott,B., and Scott,A. (2004), “Programmes and Policies to Redistribute Physicians to High Need Areas: the case of the UK”, Prepared for the International Health Workforce conference October 7-9, Washington D.C..

遠藤久夫 (2007), 「医師や看護師の人手不足が発生していること」,『日本労働研究雑誌』No.561, pp.28-32.

Hann,M., and Gravelle,H. (2004), “The maldistribution of general practitioners in England and Wales: 1974-2003”, *British Journal of General Practic*e, 54(509), pp.894-898.

Holmes,G.M. (2005), “Increasing physician supply in medically underserved areas”, *Labour Economics*, Vol.12, pp.697-725.

医療経済研究機構（2008）,『ドイツ医療関連データ集：2007 年度版』.

権丈善一 (2007),『医療政策は選挙で変える―再分配政策の政治経済学Ⅳ』慶應義塾大学出版会.

Laven,G., and Wilkinson,D. (2003), “Rural Doctors and Rural Background: How Strong is the Evidence? A Systematic Review”, *Australian Journal of Rural Health*, Vol.11, No.6, pp-277-284.

Newhouse,J.P. (1990), “Geographic Access to Physician Services”, *Annual Review of Public Health*, Vol.11, pp.207-230.

Pathman,D.E., Konrad,T.R., and Richetts,T.C. (1992), "The Comparative retention of National Health Service Corps and other rural physicians. Results of a 9-year follow-up study", *JAMA*, Vol.268, No.12, pp.1552-1558.

Pathman,D.E., Konrad,T.R., and Richetts,T.C. (1994), "The National Health Service Corps experience for rural physicians in the late 1980s", *JAMA*, Vol.272, No.17, pp.1341-1348.

Pathman,D.E., Taylor,D.H., et al. (2000), "State Scholarship, Loan Forgiveness, and Related Programs: The Unheralded Safety Net", *JAMA*, Vol.284, No.16, pp.2084-2092.

Rabinowitz,H.K., Diamond,J.J., Markham,F.W., and Hazelwood,C.E. (1999b), "A Program to Increase the Number of Family Physicians in Rural and Underserved Areas: Impact After 22 Years", *JAMA*, Vol.281, No.3, pp.255-260.

Rabinowitz,H.K., Diamond,J.J., Markham,F.W., and Paynter,N.P. (2001), "Critical Factors for Designing Programs to Increase the Supply and Retention of Rural Primary Care Physician", *JAMA*, Vol.286, No.9, pp.1041-1048.

Royal College of General Practice (2007), "A Career on General Practice: Education, Training and Professional Development in the UK".(PDF).

Scott,A. (2000), "Eliciting GP's preferences for pecuniary and non-pecuniary job characteristics", *Journal of Health Economics,* Vol.20, pp.329-347.

Sibbald,B. (2005), "Putting general practitioners where they are needed: an overview of strategies to correct maldistribution", National Primary Care Research and Development centre, University of Manchester, pp.1-15.

Simoens,S., and Hurst,J. (2005), "The Supply of Physician Services in OECD Countries", *OECD Health Working Papers.*

Ward,T. (2004), "Is There Light at the End of the Tunnel – Can We Resolve the Physician Distribution Challenge in Canada?", Prepared for the International Health Workforce conference October 7-9, Washington D.C..

厚生労働科学研究費補助金　政策科学総合研究事業（政策科学推進）
分担研究報告書

スキルミックスに関する研究

分担研究者　新野　由子　財）医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構　研究部副部長

研究要旨

医師不足に関して、さまざまな対策が取られているところであるが、保健医療ケア提供はチームで行っていることを考えると、専門職間の業務役割の分担（スキルミックス）が可能かどうかという点も視野に入れて考える必要があろう。

そこで、先進諸国におけるスキルミックスについての報告書をベースにして、文献検討を行った。

その結果、先進諸国では、積極的に上級実践看護師や助産師を活用しており、スキルミックスを導入している。また、これらの報告書から医師と同等の治療提供が可能であり、費用対効果がすぐれていることが実証されており、日本における医師の多重業務等軽減のための上級看護師や助産師のさらなる活用が今後さらに検討されていくことが急務であることが示唆された。

Ⅰ．背景

日本の医療を取り巻く環境は、急激に変化している。高齢社会、医療技術の向上に伴う医療費が、日本の経済を圧迫しつづけている。また、患者の医療サービスニーズにあわせ対応するため、医療職種の専門分化、そして医療職種の教育年限の延長や臨床研修強化等がなされている。特に、現在進展している少子化による近い将来の医療職種の人材不足や、現在、問題となっている医師の地域や診療科偏在等の問題を抱える日本においては、医療の現場で、それぞれの職種が、チームとして複合的に業務を分担、連携、協力しながら、患者にあった最も適切な医療サービスを提供することが必要である。

これまで、「医師不足」が問題となっているが、厳密には、全国的に起こっている問題ではなく、医師の地域偏在と、診療科偏在における問題として、とらえる必要があり、その問題に応じた適切な対策をとることが重要である。

しかし、医師の地域偏在と診療科偏在の問題に対する対策として、教育資源が多大に必要な医師を単に増加させ、医師を過疎地等に派遣することや、小児科、産婦人科医を育成する努力をするということだけは、抜本的な解決にはならないと考えられる。

限られた資源（金、人材、等）を活かして、効率的に対応するためには、医師の業務を他職種で分業するような「スキルミックス」が必要であろう。「スキルミックス」は、OECD (Organization for Economic Co-operation and Development) の報告書[1)]では、Buchan 氏によって「組織における職分のミックス、職分における従業者のミックス、特定時に利用可能な医療技能のミックス、異職間のミックスではなく、全体の職域を包括した働き方のミックス」というように定義されている。いずれにしても、多職種が個々の能力、技能を強化し、業務分担によって患者の治療、ケアにあたることを意味している。

このスキルミックスはすでに OECD 諸国で積極的に導入されており、上級看護師が医師の業務の代替や、電話相談により初期医療費の削減に寄与していることも報告されている。

日本においては、平成 19 年厚生労働省・総務省・文部科学省共催の「地域医療に関する関係省庁連絡会議」[2)]において、「緊急医師確保対策」に関する取り組みについて、会合が開かれており、その中で、病院勤務医の過重労働を解消するための勤務環境の整備等における、「医師、看護師等の業務分担の見直し」で、業務分担の実情を踏まえ、医師以外の者であっても実施可能な医療行為の例や業務例を明示し、医師以外の者の積極的活用を促すことを示唆している。

しかし、日本の医療職の専門分化と、その育成の歴史は浅く、他先進諸国に比較し、業務等の裁量権が、十分与えられていない。21 世紀の多様な高度化した医療を担い、患者個々の個別性にあった医療サービスを提供するためには、医師、薬剤師、看護師、保健師、助産師、栄養士、ソーシャルワーカー等の多様な専門的知識と技術を用い、チ

ームとして患者にサービスを提供することが必要であろう。

今回、看護職と医師の間での業務範囲と、看護職の業務拡大について海外での現状を鑑み、日本への示唆をえることを目的とし、報告書を検討した。

Ⅱ．方法

過去に提出された 2004 年 OECD 報告と、2005 年 ICM[3)] の報告書より、医師と看護職業務の役割と看護職の業務拡大におけるスキルミックスについてまとめ、さらに助産師の役割と業務について検討した。

Ⅲ．結果

１．スキルミックス：医師と看護職の間について

医師の業務負担を軽減するためには、医師の指示のもと医療行為や患者のケアにたる看護職の役割と業務拡大の可能性を検討することが必要となる。とくに、「アメリカ」「イギリス」は、積極的に役割を委譲している。

OECD の報告書によると、医療労働者を効率的に活用するためには、「スキルミックスについて言及され、過去の文献から、プライマリーケアにおける上級看護師（Advanced practice nurses: 以下 APN [注1)]）の役割について、看護職が医者同等の治療提供が可能なことを示唆していることや、看護師によるパーキンソン病患者の管理、助産師による低リスク産婦の出産等、特定の対象者に対して、医者が提供した治療と同等の効果があったことが指摘されている。

また、看護師の電話診療サービスによって緊急通院件数が減少した等の報告がされており、医療費の削減にも寄与する可能性がある。

イギリスおよびアメリカでは、積極的に医師の業務を看護職が代替するような動きが活発になされてきた。アメリカでは、医師が実施するよりも、APN が実施するほうが、費用対効果が高いということで、導入され、イギリスでは、政府主導主義で、APN が普及してきた背景がある。特に、医師の代理として看護師の無作為化比較試験による研究（表１）において、その有用性は証明されている。

表１：医師の代理としての看護師の無作為化比較試験

著者	臨床の領域	調査結果と結論
Kinley　他 2001	術前ルーチンの査定 イギリス	・看護師が行った術前のアセスメントはPHOR[注2)]が行ったものと、基本的に同等であった。 ・PHORは看護師より優位に多くの検査をおこなった、しかし結果は同じであった。－これは訓練をあまり受けていない看護師の判断によるものであり、ケアの質を上げるという問題を示唆している。 ・質的研究によると、患者はケアに満足していた。 ・PHORの1/8は術前の説明で何かを忘れていた。1/10の看護師も同じようにであった。看護師もPHORも同じように上手に行っていた。 ・結論―看護師が術前のアセスメントをするのを阻害する理由はない。
Shum　他 2000	看護師管理におけるまれな疾患の一般診療 イギリス	・患者は医師と看護師のケアに満足していた。しかし、看護師からのケアの方により満足していた。 ・ほとんどの者は次も医師よりも看護師に見てもらいたいと思っていた。看護師の診察は時間がかかっていた。医者と看護師は似たような処方箋を書いていた。 ・73 %の患者は医師からの入力がなく（処方箋の）管理されていた。 ・まれな状態が見過ごされたとしても、安全は確保されると想定されるが不確率である。 ・経済的な評価はない ・結論―PNは同じ日の予約を要求するまれな疾患をもっている患者のために有効なサービスを提供する。
Venning　他 2000	GP，看護師、NPの一次医療における経済効果 イギリス	・看護師の診察は有意に長く、患者とのやりとりも多かった。 ・2 つのグループにおいて処方、健康評価において優位な差はなかった。 ・患者は看護師の診察の方により満足していた。－診察の長さをコントロールした時でさえ、コストの有意な違いは報告されていない。 ・結論―結果とコストの指標は2 つのグループにおいて似かよった結果であった。もし看護師が相談時間を減らせば、経済効果はもっとあがることが可能であっただろう。

Kinnersley 他 2000	看護師管理におけるまれな疾患の一般診療－同じ日の予約 イギリス	・患者の NP への相談の満足は有意に高かった。すべての患者に当てはまる訳ではないが。 ・症状の回復、処方箋の問題、２次医療への紹介、研究、再看護は２つのグループにおいて違いはなかった。 ・患者はＮＰから彼らの病状に対しての有用な情報や相談を受けている傾向があるようにみえる。 ・経済的な評価はない ・結論―研究は患者の同じ日の受診におけるＮＰの幅広い許容性の役割を支持している。
Lattimer 他 2000	時間外１次医療の看護師の電話相談のコスト分析 イギリス	・看護師の電話相談の費用は一年間にイギリス￡82,237 である。 ・NHS のレポートによると大人と子ども両方ともの緊急入院費を￡98,442 と￡16,928 と減少させた。また、患者の家への訪問も減少させた。 ・患者の満足と病院の成績の両方ともが測定された。 ・結論―看護師の電話相談は NHS を減少させるであろう、しかし GP s のほとんどのコストと最小の利益削減である。
Reynolds 他 2000	看護師管理によるパーキンソン病 神経科医によるV’s care イギリス	・健康を測定する尺度の 22 種のうちの 2 つのなかの比較では医師の機能を果たすグループと一般的健康を扱うグループでは明らかな違いがあった。両者は専門医のケアの下で利益をもたらした。 ・専門看護師が付加価値のあるサービスとケアを提供するという経済的価値の根拠は推奨されることは出来なかった。 結論―2 つのグループにおいて全体的な違いはほとんど見つけられなかった。代用というよりはむしろ認められた役割が将来的な方向性であった。
Mundunger 他 2000	医師の代理としての NP の一次医療における評価 アメリカ	・研究評価の尺度：患者満足そして最初の受診、6 ヵ月後、サービスを利用する最後の年までの状態 ・2 つのグループの間に患者の健康、満足、サービス利用の明らかな違いはなかった。 ・結論―医師のケアと比べられた看護師主導のケアは経済的な価値はないと断言された。
Law and Lam 1999	低リスクの女性に対する助産師と産科医のアセスメント、ケアの比較	・評価基準は分娩第 1 期、分娩の結果、赤ちゃんの状態、そして、分娩第 3 期の困難な状態を含む。 ・結論―正期産で低リスクとアセスメントされた産婦に対する助産師のケアは産科医のケアと同じくらい安全であった。

	アメリカ	・産科医によるルーチンケアは不必要で、助産師は陣痛の困難さを取り除くことが出来、産科医に注意を喚起することが出来る。
Campbell　他 1998	看護師主導のクリニックにおける２次的心疾患予防の一次ケア、V’s の通常の医療フォローアップ イギリス	・研究評価の尺度：アスピリン管理、血圧管理、脂質管理、医師の診療、脂質の多い食事、喫煙状態。 ・看護師のクリニックでは禁煙を除くすべての指標において明確に利益をもたらしていた。どこにも違いがなかった。たいていの患者は 2 次予防効果を得ていた、そしてこれは心臓血管疾患で死亡率を 1/3 にまで減らすことが出来た。 ・結論―看護師主導のクリニックは１次ケアを満たすことが可能で、心臓疾患の 2 次予防を増加させた。

出典：OECD 報告書　P 19　Table 2

また、OECD 報告書によると、医師の業務負担を担う APN の役割拡大を促進する際の問題や提言が挙げられている。
第１に、APN の必要性に同意する支援者が必要である。例えば、看護師、医療の専門家、医療関係の官僚、医療機関の経営者等である。
第２に、医師、APN の業務分担のお互いの同意にもとづく原則、定義された高度な役割が要求され、それにふさわしい教育が必要である。
第 3 に、医師、APN の認定資格と業務範囲は、決定されていなければならない。
第４に、APN に対するキャリア形成や賃金システムの確立や保険制度における管掌方法の確立。また、具体的な例として、表２を提示した。

表２

項目	具体的内容
共通業務の明確化	看護師と医師が話し合い、業務分担、役割の境界をどのように引くか決めなければ成らない。(US)
政府からの支援	何が必要で、どんな役割があるのか明確に持つ；発展や教育のために政府からの補助金をうける (US)
看護職員数の確保	国の看護職員数を査定し、APN のポジションをとるとして、十分な数がいるのか？ (UK)
法律と規定	明快な役割使用のための法律の発展と枠組みの規定 (UK)
調整	業務範囲の中での分担調整 (UK)

出典：　OECD 報告書　P 34　Table 8 を筆者が意訳した。

２．スキルミックス：助産師と医師の間について

諸外国における、助産師の業務範囲と、医師との連携について International Council of Midwife(以下 ICM)からの報告書より抜粋した。

表３は、各国で、最も活用されている出産ケアモデルである。低リスクの妊婦の場合には、どの国でも、助産師が担当し、高リスクの場合にのみ医師と連携し対応している。その際、病院内の産科医と助産師が協力している。

表３　現在最も多く使用されている出産ケアモデル

国	対象妊婦	出産前	分娩	出産後	ケアの継続性
イギリス	低リスク妊婦	地域社会または病院内の助産師	病院内の助産師	病院内の助産師、自宅では地域社会助産師	一部
	高リスク妊婦	病院内の産科医と助産師	病院勤務産科医と助産師	助産師、自宅では病院勤務／地域社会助産師	無
ドイツ	低リスク妊婦	開業産科医または開業助産師	病院勤務助産師と産科医、または病院特権をもつ助産師か産科医	病院勤務助産師または病院特権をもつ助産師（必要に応じて産科医）、自宅では開業助産師	無
	高リスク妊婦	開業または病院内の婦人科医と助産師	病院内の助産師、ほとんどン場合婦人科医の立会	病院内の産科医と助産師、自宅では開業助産師	無
フランス	全妊婦	助産師、臨床婦人科医、産婦人科医、開業医	病院内の助産師と産婦人科医	開業助産師、自宅では病院基盤の助産師	無
オーストラリア	全妊婦	助産師、産科医、開業医	病院内の助産師と産科医	病院内の助産師と開業助産師、自宅では病院勤務の助産師	一部

注）ケアの継続施とは、モデルにおいて提供されるケアの継続性の意図を意味し（これは異なるケア提供者の良いコミュニケーションを必然的に伴う）、必ずしもケア提供者の継続性を示すものではない。

出典：　ICM 報告書　P 91　Table　1 を抜粋

上記のように共同は見られるものの、実際には様々な困難も抱えている。表５は、各国における医師と助産師における協力関係の障害になるものである。国によってさまざまであるが、妊娠や出産に対する考えや哲学、他の専門職に対する相互認識の欠如等が大きな障害となり、このような問題に対して取り組むことが業務連携を促進するための第一歩となりえるだろう。特に、良い協力関係の主軸となるのは、オープンで正直なコ

ミュニケーション、相互の理解と尊厳、また、同一の見解と業務手段を得るために妥協し、適合させる能力も必要となる。

表４　協力関係の障害

	イギリス	ドイツ	フランス	オーストラリア
妊娠や出産に対する考え方や哲学が異なる	x	x	x	x
他の専門職に対する相互認識の欠如	x	x	x	x
教育レベルの違い		x		x
報酬	x	x		x
医療専門職全体の人材不足	x		x	x
標準ケア基準策定への参画※		x		
共同ネットワーク／パートナーシップへの財政支援の欠如			x	x
性差の問題			x	

出典：　ICM 報告書　P 92　Table 2 を抜粋

＊ドイツの助産師は業務基準の策定に参加していないため、その基準が助産師としての業務基準に準拠していないとし、2004 年にドイツ助産師協会自ら策定した。

１つの重要な障害となる要素は、良い信頼関係を作る時に「教育レベルの違い」はコミュニケーションのとり方等に大きな影響をもたらすことが考えられる。フランスでは、大学入学資格（バカロレア）を持っていれば医大の第Ｉ段階（PCEM1）に入学できるようになっている。逆に言えば、助産師学校に行く必要条件は医大の第１段階を終了していることとなっている。このような、教育カリキュラムの共通化は、今後の職種間の協同を考えていく上での課題となるであろう。

Ⅳ．考察およびまとめ

昭和 23 年、保健師助産師看護師法が制定されて以来、看護の業務は、第 2 条から第 3 条までにおいて、それぞれの役割が明記されている。特に看護師では、「厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者」とされ、助産師では、「厚生労働大臣の免許を受けて、助産又は妊婦、じょく婦若しくは新生児の保健指導を行うことを業とする子女をいう」として法が制定され、約 70 年を経へた今も変わっていない。

しかし、法が制定された当初と現在とでは、医療および看護を取り巻く環境は著しく変化しており、医学の進歩、医療職種の多様化、医療機関におけるアウトソーシング等により、従来看護職がおこなってきた業務量が軽減され、看護の在り方が問われている。

また高度医療に対応するために、1996 年以来、日本看護協会が主体となって、卓越

した看護実践能力で実践･相談･調整･倫理調整･教育･研究を行う「専門看護師」、熟練した看護技術と知識を有し、実践･指導･相談を行う「認定看護師」、管理者として優れた資質を持ち、創造的に組織を発展させる能力を有する者として「認定看護管理者」を育成し、すでにその数も増加傾向にある。2007 年 4 月時点で専門看護師は、186 人で、専門分野は、がん看護、精神看護 、地域看護、老人看護 、小児看護、母性看護 、成人看護（慢性）クリティカルケア看護、感染看護の 9 つの分野にまで拡大されている。また認定看護師は、2474 人にものぼり、救急看護、創傷・オストミー・失禁（WOC）看護 、重症集中ケア、ホスピスケア、がん化学療法看護、がん性疼痛看護、訪問看護、感染管理、糖尿病看護、不妊看護、新生児集中ケア、透析看護、手術看護、乳がん看護、摂食・嚥下障害看護 、小児救急看護、認知症高齢者看護の計 17 分野となる。

さらに、認定看護管理者は、307 人であり、病院の看護部門等で管理者として管理実践している。

このように、上級看護実践者が多く育成されているが、保健師助産師看護師法を越えず、担う役割や報酬は雇用する病院によって異なっている。しかし、専門看護師の疼痛緩和、助産師の正常分娩における会陰切開や縫合の業務拡大などは、患者または産・褥婦にとり、タイムリーに必要な医療・ケアができることとなり、サービスの受け手側の満足度が高まるであろう。また引いては、医師の多重な業務を軽減させることに繋がる。

最後に、今回、２つの報告書が示すような、スキルミックスの導入における上級看護師（APN）や助産師のさらなる活用を促進することが必要であろう。

なお、今回、保健師に関する諸外国の文献を集めることが出来なかった。この研究の限界として記す。

文献

1) James Buchan and Lynn Calman. Skill-Mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in Advanced Roles. OECD HEALTH WORKING PAPERS. Aug 17th, 2004.

2) http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/kinkyu/index.html
(厚生労働省、医師確保対策について、平成 20 年 3 月 24 日)

3) Hanneke Kateman Kathy Herschderfer, Multidisciplinary Collaborative Primary Maternity Care Project Current Practice in Europe and Australia A descriptive study International Confederation of Midwives. July 9th, 2005.

注 1)アメリカでは次の４つの APN の役割が確立している。Nurse Practitioner, Clinical Nurse Specialist, Clinical Nurse Midwife, Certified Registered Anesthetist。

注２）PRHO とは医学部を卒業した後、若手医師は希望の研修病院を選んでそこへ履歴書などを送って面接を受けて一年間 Pre-Registration House Officer（最低 3 ヵ月は内科、最低三ヵ月は外科をまわる）という身分になり、翌年からは再度希望の研修病院、専攻科を選んで Senior House Officer(SHO)という身分で数年間研修する。

医師の需給のあり方に関する研究
平成 19 年度　総括研究報告書

平成 20 年 3 月

発行: 財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構
〒105-0003 東京都港区西新橋 1-5-11
第 11 東洋海事ビル
TEL：03 (3506) 8529
FAX：03 (3506) 8528

本報告書の全部又は一部を問わず、無断引用、転載を禁じます。

PJ No. 07307