

200701036A

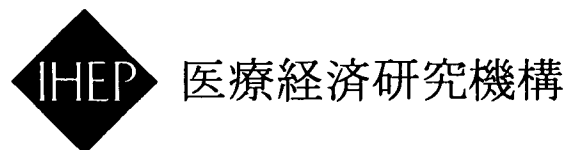
平成19年度
厚生労働科学研究費補助金
政策総合科学推進研究事業
による研究報告書

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



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ける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に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場所である。

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		「医師の需給」に関する政府・検討会内容
		改正等項目 及び 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示した。
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	入院時食事療養に係る給付の見直し、付添看護の解消 がん克服新10か年戦略	「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、厚生省は、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

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%

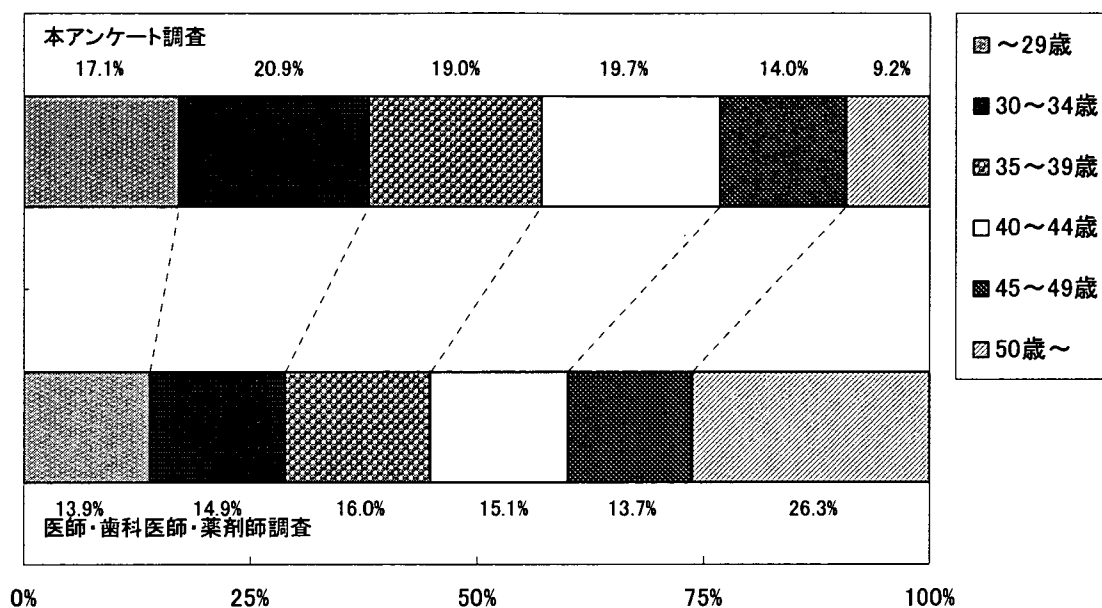
※. カッコ () 内の数字は、「Ⅲ. 7. 職場選択における要因の優先度合い」のコンジョイント分析において有効票と判断された回答数を示している。

2. 基本属性の分布

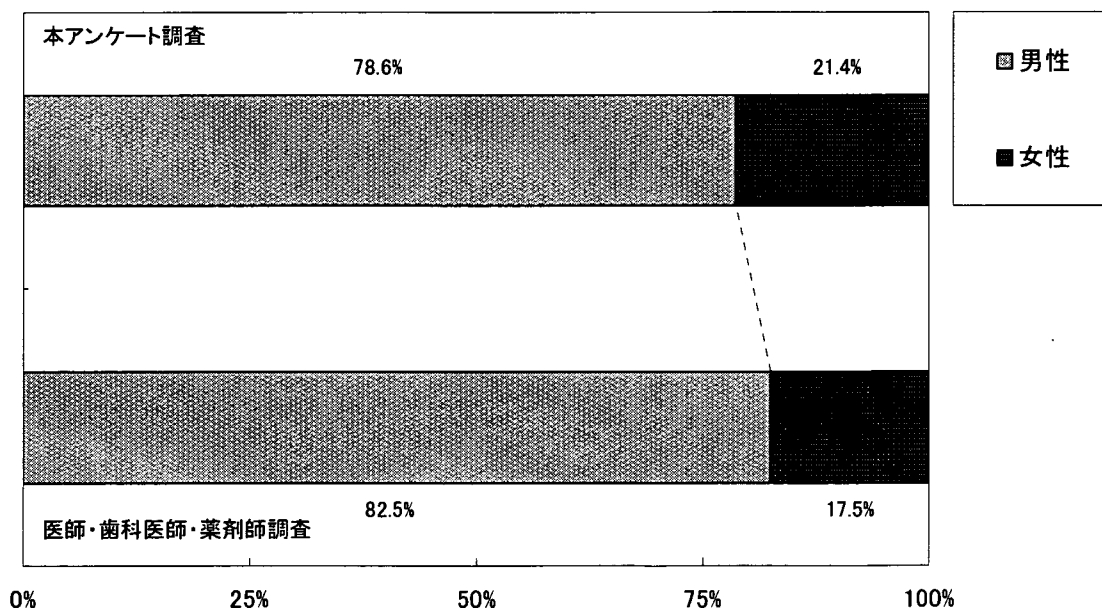
有効回答（勤務医票 700 件、研修医票 264 件）における、年齢や性別等の基本属性の分布を整理した。勤務医の年齢別の医師数構成割合を、「医師・歯科医師・薬剤師調査」※と比較した結果を図表 1 に、性別の医師数構成割合を比較した結果を図表 2 に示す。

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）

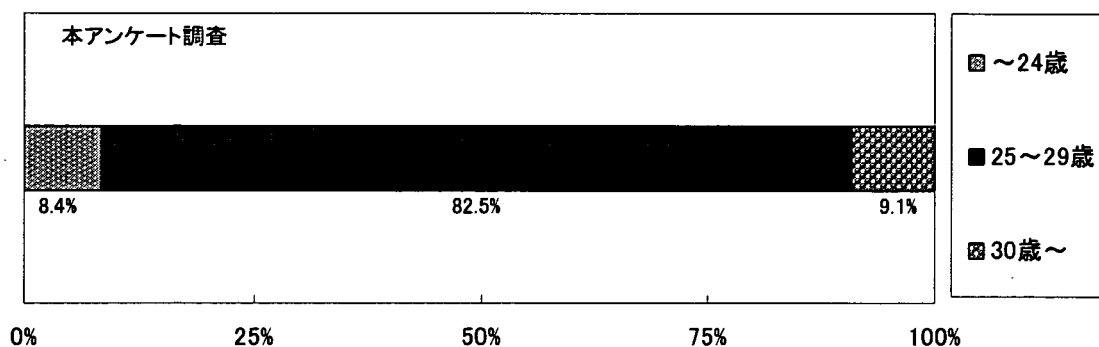


研修医の年齢別の医師数構成割合を図表3に、性別の医師数構成割合を図表4に示す。

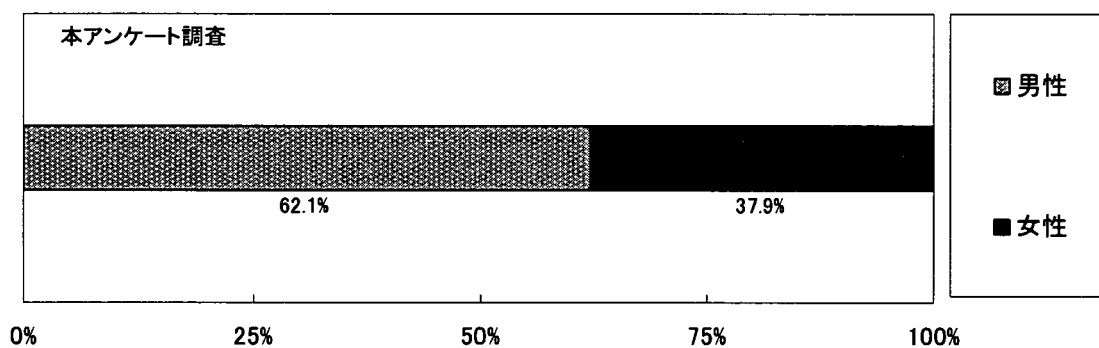
卒後の初期臨床研修の研修医（1年次生・2年次生）では29歳以下が90.9%、女性が37.9%となっていた。

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。

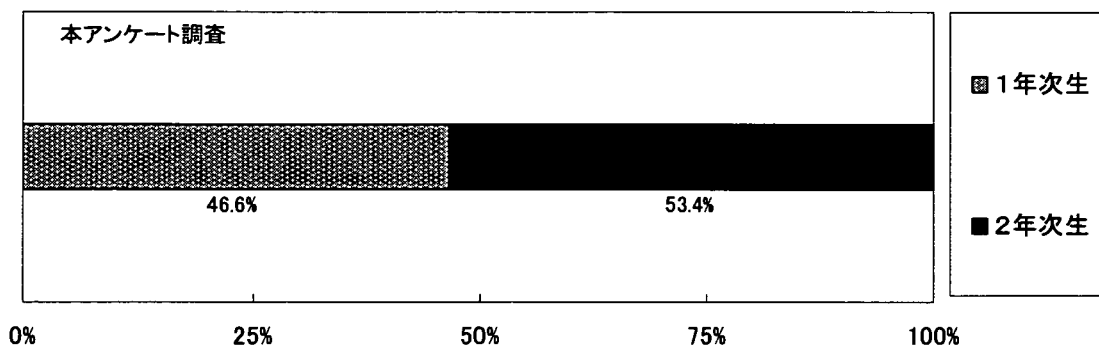
図表3 年齢別の医師数構成割合（研修医）



図表4 性別の医師数構成割合（研修医）



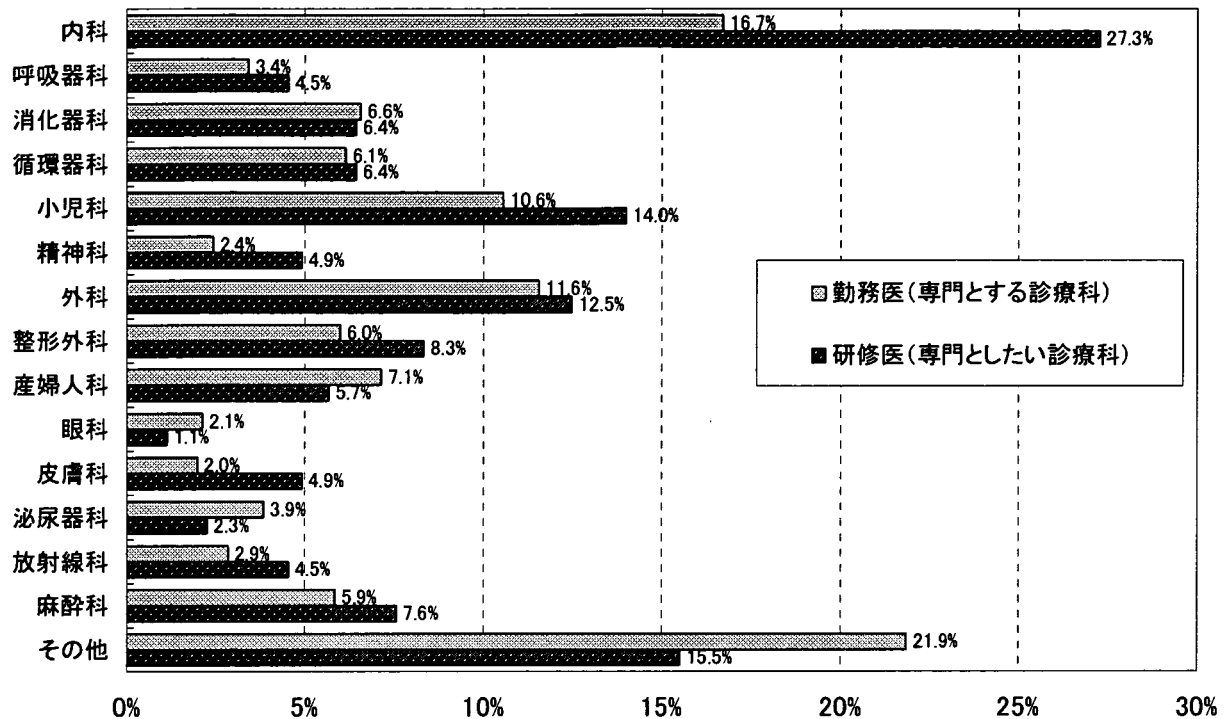
図表5 年次別の医師数構成割合（研修医）



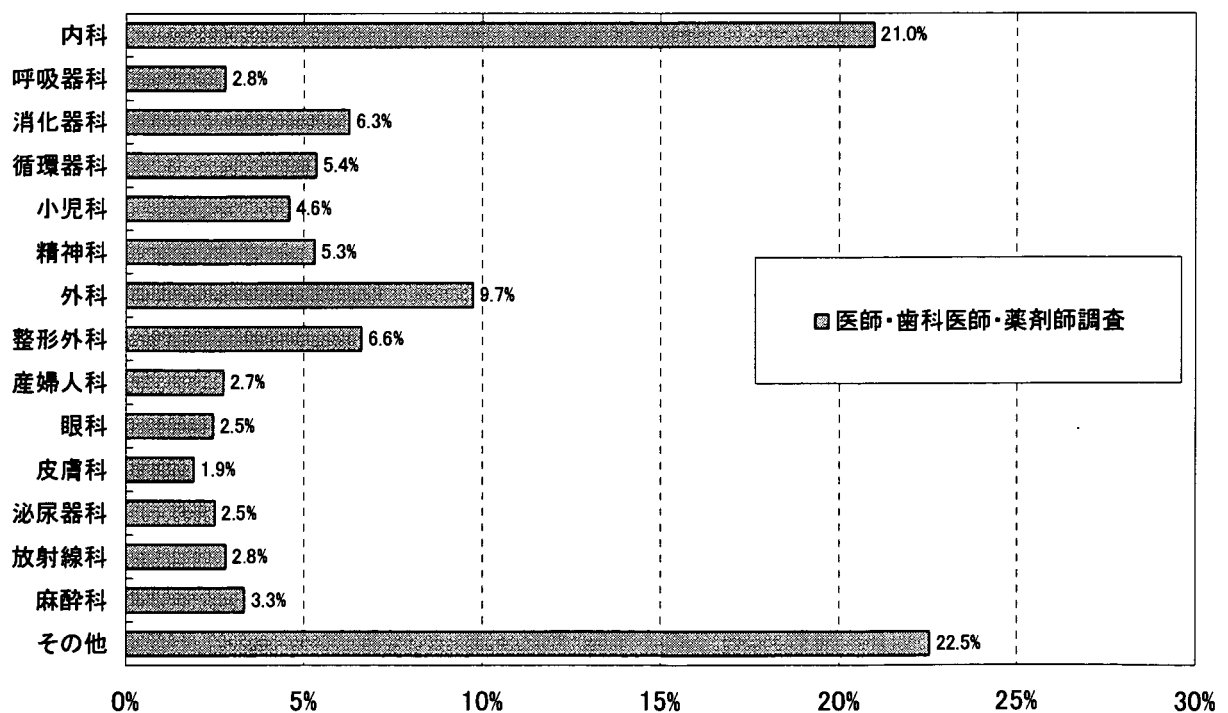
本アンケート調査での診療科別の医師数割合を図表6に、医師・歯科医師・薬剤師調査での病院における診療科別の医師数割合を図表7に示す。

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

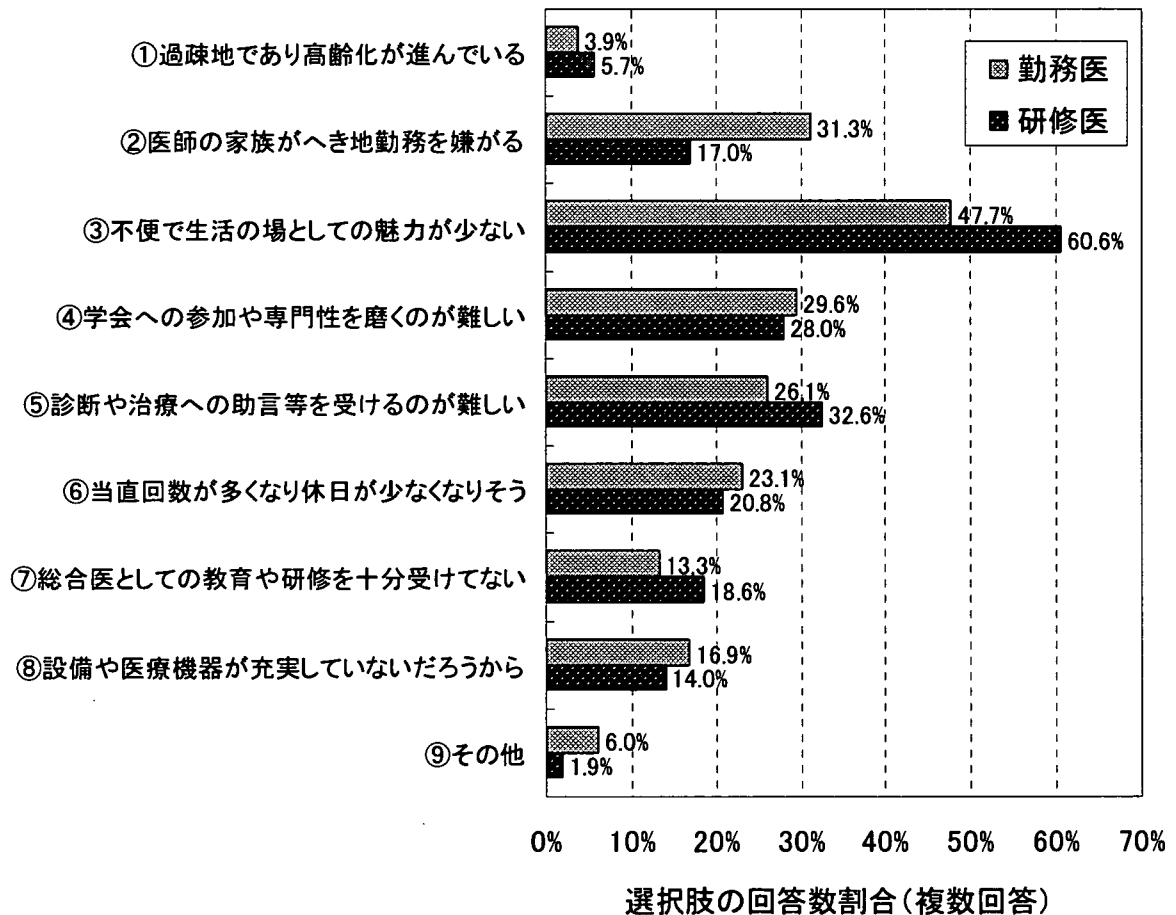
医師の偏在の現状あるいは対策について回答を集計した結果を以下に示す。回答は選択肢を2つまで選んでもらっているため、回答割合の合計は200%に近い値になっている。

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。

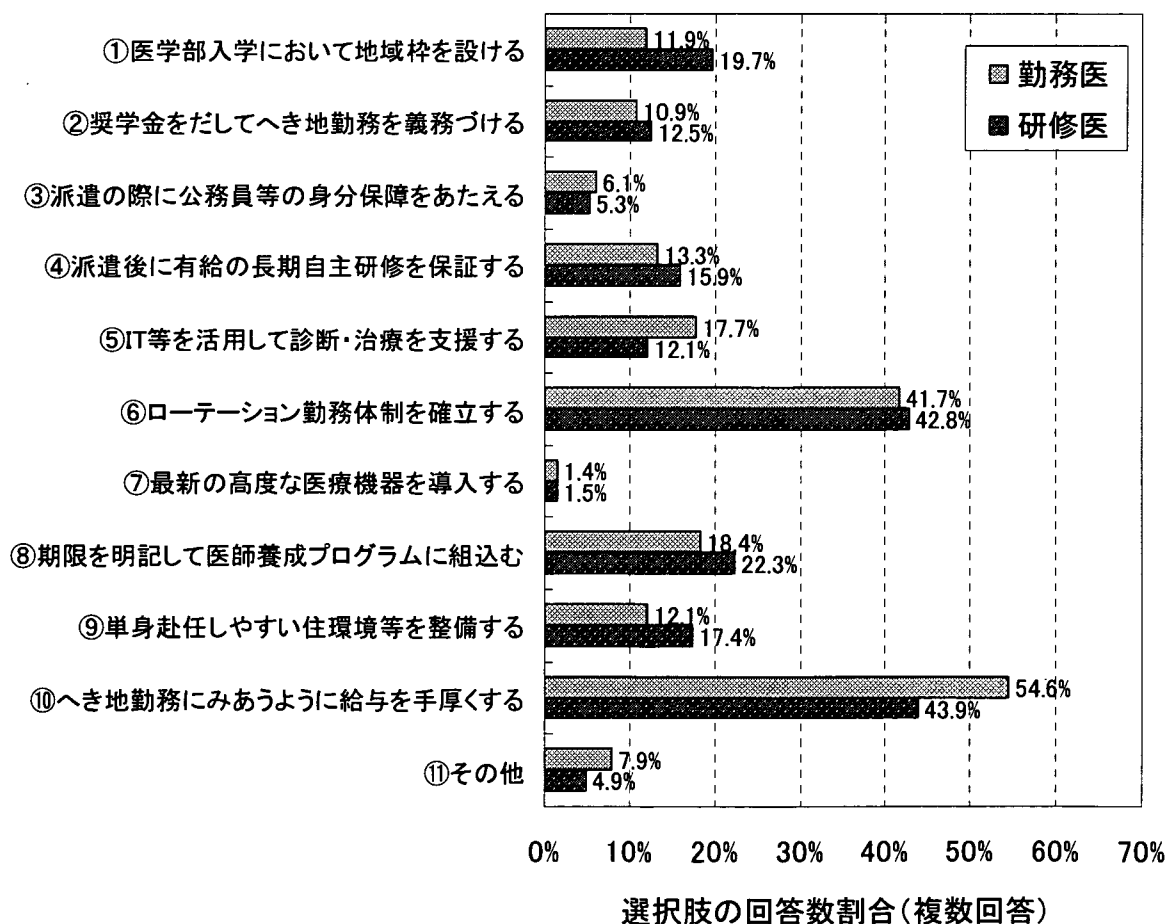
勤務医では「①医学部入学において地域枠を設ける」が 11.9%となっているのに対して、卒後まもない研修医では 19.7%と 7.8 ポイント高くなっている。

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）



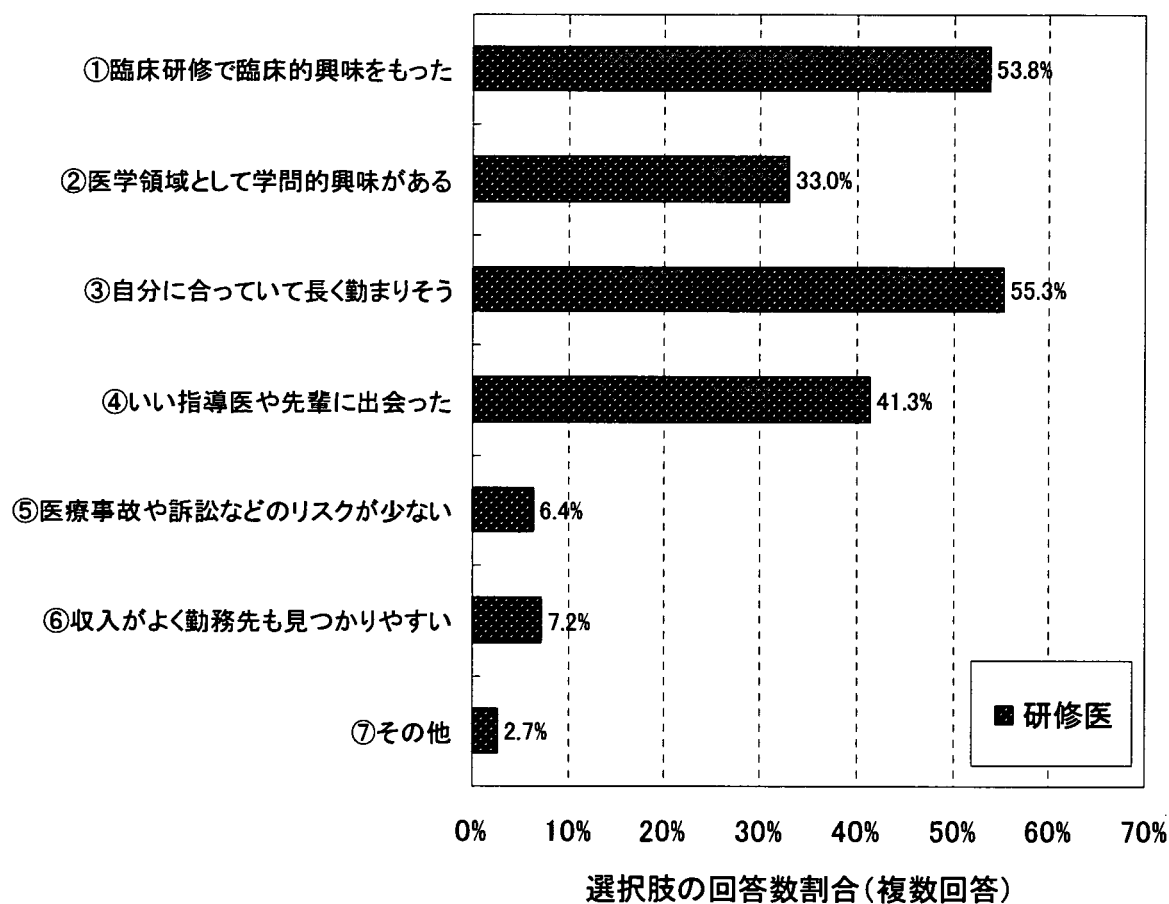
研修医が診療科を選ぶ理由として考えるものについての集計結果を図表 10 に示す。

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きやすい」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）

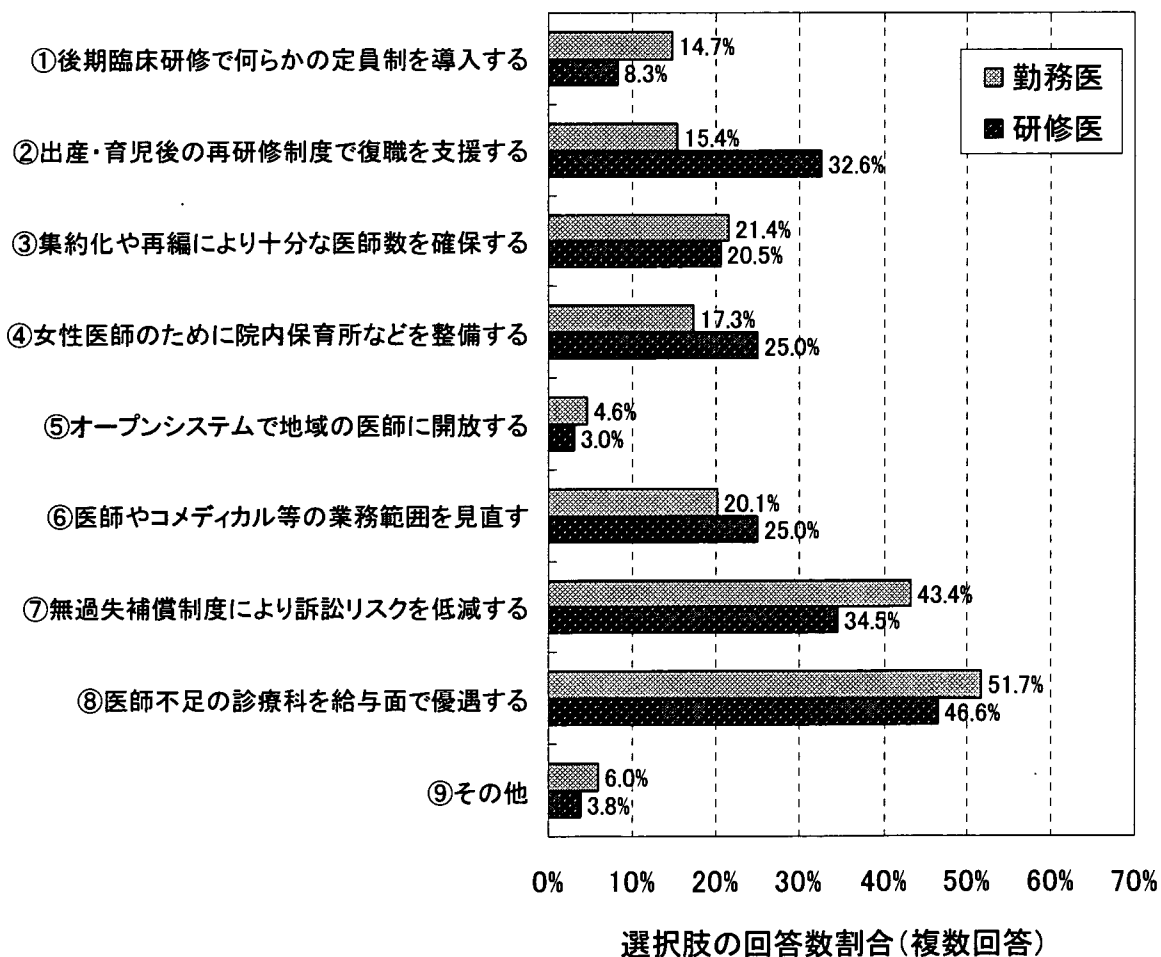


診療科間の医師偏在の対策として有効と考えるものについての集計結果を図表 11 に示す。ともに「⑧医師不足の診療科を給与面で優遇する」が最も多くなっており、勤務医では 51.7%、研修医では 46.6%となっている。

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）



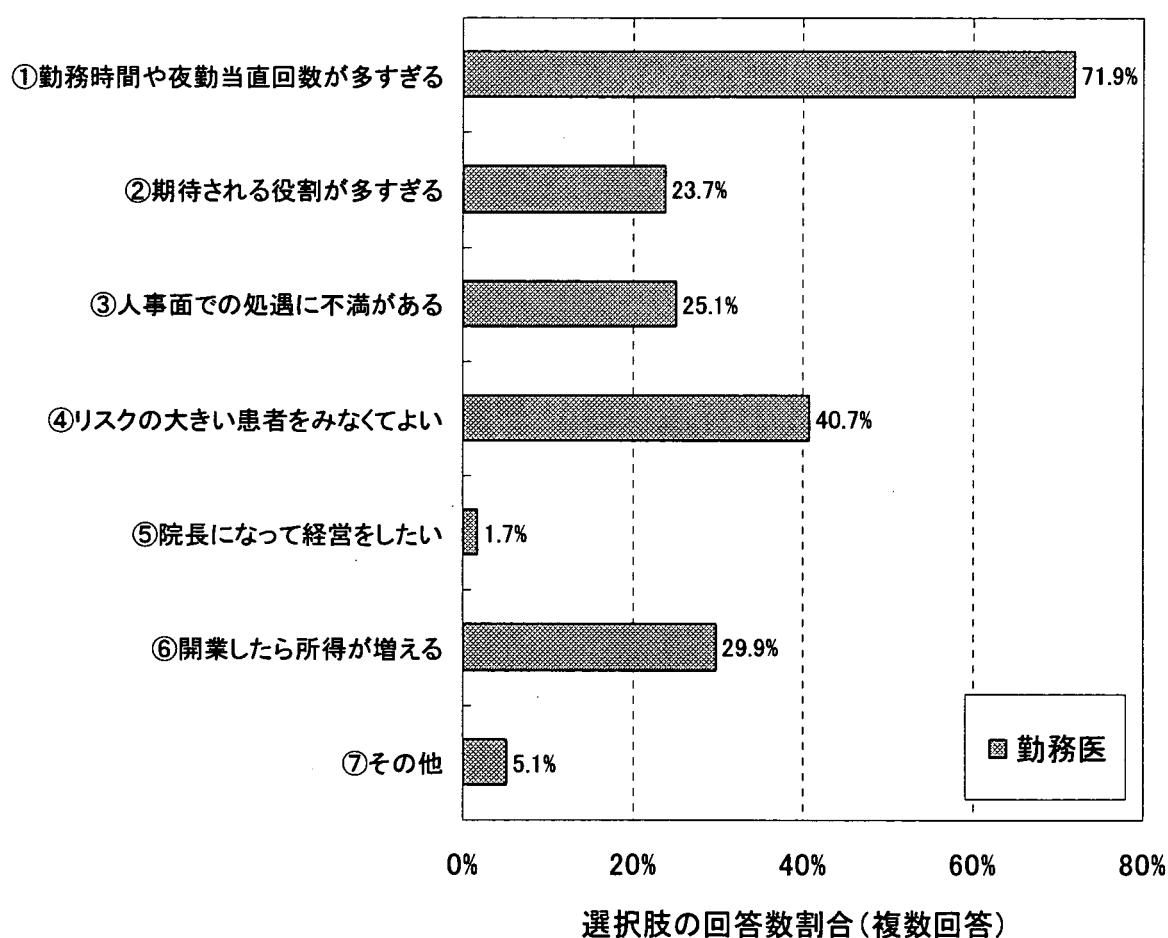
中堅勤務医の開業が増加している理由として考えるものについての集計結果を図表 12 に示す。最も多かったのが「①勤務時間や夜勤当直回数が多すぎる」の 71.9%であった。

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。

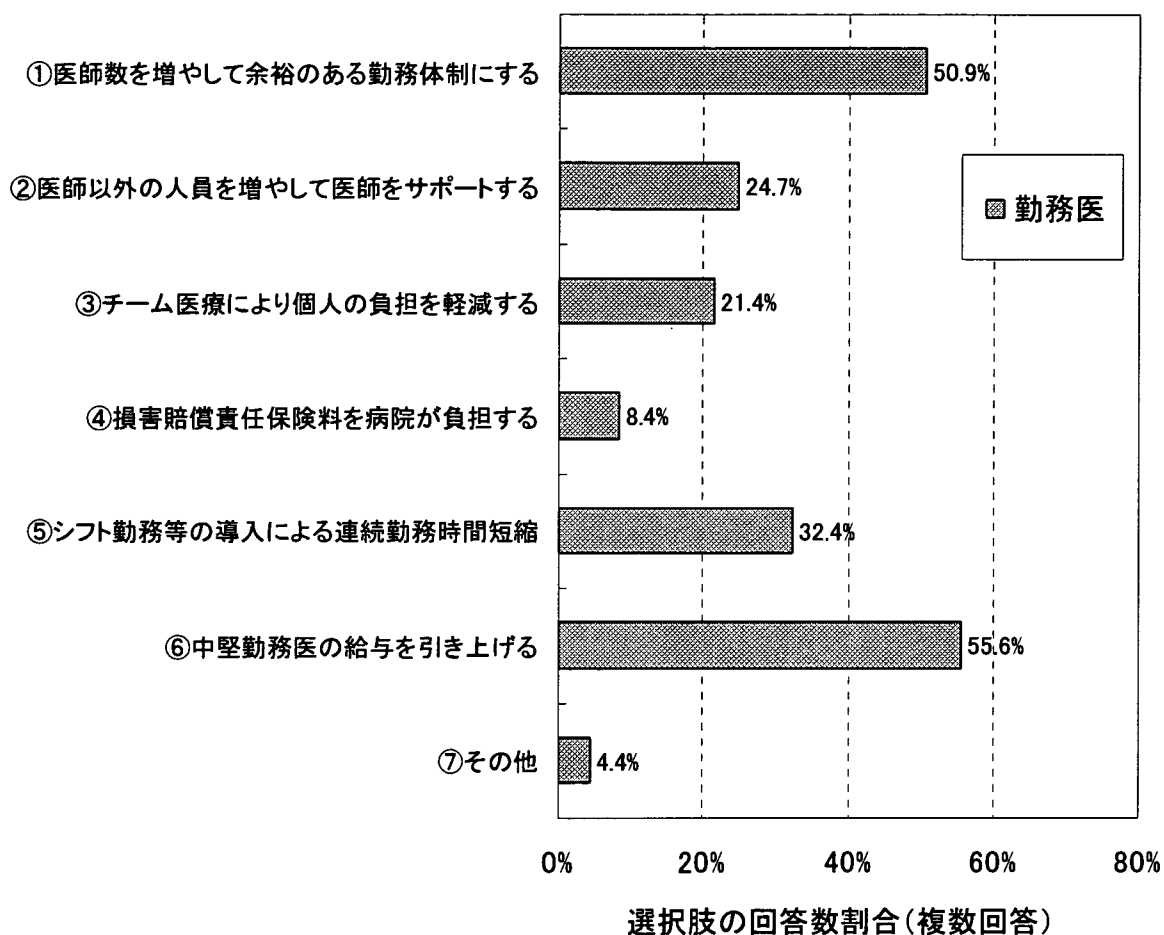
図表 12 中堅勤務医の開業が増加している理由として考えられるもの（勤務医のみ）



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）

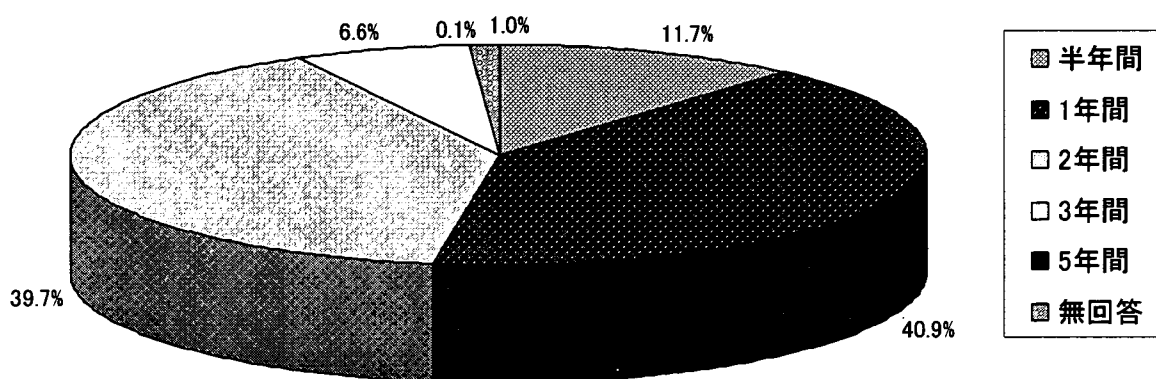


4. 妥当と考える派遣年数等について

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。

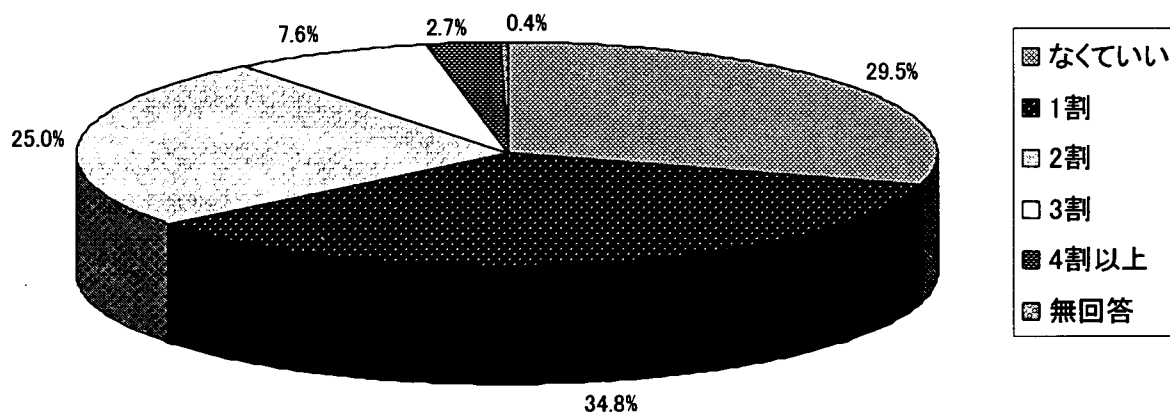
回答者が派遣バンクに登録しており、元の職場に戻れることを前提にへき地に派遣されることになったことを想像して、妥当と考える派遣年数を回答してもらった。図表 14 に、集計結果を示す。最も多かったのは「1年間」の40.9%、次いで「2年間」の39.7%となっており、両者を合わせた1～2年間で80.6%と大半を占めている。

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）

