覧

政策情報分析部門

次世代医療構想部門

講義内容①

第4回医療政策セミナー

2020年1月14日19:00-20:40 千菓医療政策公開セミナー入門編 @千葉大学医学部附属病院 セミナー室3

第4講:医師確保と大学の役割

吉村健佑 医師・医学博士・公衆衛生学修士 千葉大学病院 次世代医療構想センター長 特任教授・産業医

今日のテーマは医師確保と大学の役割ということで準備しました。

本セミナーの目的

① <u>千葉県の医療の課題</u>を解決するために、 **医療政策の重要ポイント**について理解し

日々の業務・診療に生かす

② <u>千葉県の地域医療構想・医師偏在対策</u>を考える上で、基本的な知識と考え方を習得する

今日の目的はいつもどおりで、医療の課題を解決するために医療政策の重要ポイントを押さえましょう。半数強の方が行政に勤める方で、半数弱の方が診療現場の方ということで、お互いの経験や知識をぶつけ合いながらディスカッションをしてつくっていくスタイルで進めたいと思います。

本日のタイムテーブル

19:00-19:45

【講義編】

- ・大学医局の役割
- ・医師偏在対策
- ・医師の働き方改革

19:50-20:40

【グループワーク編】

医師偏在対策を進める方法を考える

前半の45分ぐらいは私が講義をさせていただきます。大学医局の役割や医師偏在対策の実際、そして医師の働き方改革が2024年に迫っていますが、具体的に何が起こりそうかということを資料に基づいて紹介します。後半はいつもどおりグループワークをさせていただいて、医師偏在対策を進める方策をメンバーで考えてプレゼンするというスタイルで進めていきましょう。

【講義編】内容

①医局制度と「人」から見た医療制度改革

②医師偏在対策:医師修学資金制度の実際

③医師偏在対策:新専門医制度

④医師の働き方改革

講義編に入ります。

内容は4つです。医局制度と「人」から見た医療制度改革という観点で総論をまとめ、その後、偏在対策を医師修学資金制度、そして新専門医制度の観点から見て、最後に働き方改革ということです。

国民医療費=「単価」×「数量」

レセプト・DPCなどのデータの活用が必須!

①診療・薬剤単価のコントロール

→診療報酬改定・費用対効果の導入:保険局医療課

②提供数量のコントロール

- (1) 入院病床の機能分化と総数
- →地域医療構想(医療法):医政局地域医療医計画課
- (2) 主に外来・特定健診等
- →医療費適正化計画(高確法):保険局 医療費適正化対策推進室
- (3) 提供主体 (医師・看護) の在り方
- →新専門医制度・医師の働き方改革:医政局医事課
- →医師修学資金制度·地域枠:医政局地域医療医計画課・医事課

そして、国民医療費の抑制について少し触れましたが、その中でも、例えば医療費は単価掛ける数量と考えてみます。今日のテーマになりますが、提供主体、医師や看護職など医療専門職をどのように育成し配置すること、そしてそれらがどのような診療行為を行うかによって医療の提供体制を調整していこうという考え方があります。その中身としては、例えば新専門医制度であったり医師の働き方改革であったり修学資金制度であったりという話が出てきます。

日本の医療制度:特徴4つ!

①国民皆保険

②フリーアクセス

③開業・標榜の自由

④民間医療機関中心の医療提供体制

厚午の岩標:第63巻第7号,2016年7月

このままでは維持困難。 どう制限する?

さて、日本の医療制度の特徴を4つにまとめました。1番、2番と4番はこれまでの講義でお話ししています。今日の重要なテーマは3番目です。日本の医師は開業・標榜の自由を原則としています。どこで開業しても、どこの地域で診療しても、ないしは何科を標榜しても良いというのを原則としていて、それを医師の自由として与えているわけです。ですので、この与えられた自由の中で偏在対策をする、ないしは診療場所や診療内容について介入していくというのがこの政策の

講義内容②

第4回医療政策セミナー

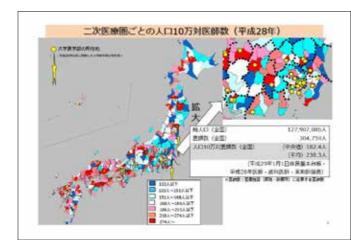
一番のポイントになります。原則は自由なのに、どうやって医師不足 地域に医師を再配置するのかは非常に知恵と工夫が必要な状況です。



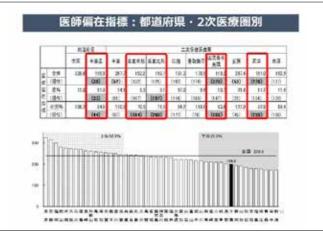
日本は医学部の定員増などもありまして、徐々に医師は増えています。そろそろ OECD の平均の数値を超えてきて、医師の総数はやや過剰状態になるだろうというのが見て取れます。



一方で、総数は増えてきたものの、都道府県別では偏在が大きくあります。偏在指標は人口に加えて、医師の流出入や、その地域の年齢構成などを加味してつくられた数字ですが、1位である東京都と47位である岩手県を比べると、大体1.94倍の開きがあるのが分かっています。そして、千葉県は下から10番、37番のポジションにあり、医師少数県とされます。

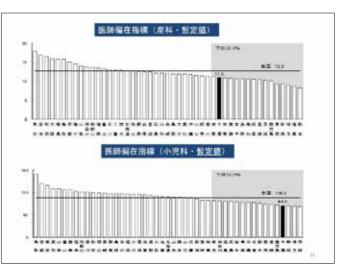


都道府県より、さらに掘り進むと2次医療圏別になります。2次医療圏は現在約330ありますが、その中でも多い少ないの差があります。赤い所は医師が多くて青い所は少ないですが、千葉県だけ見てみても、赤い所と青い所が混在している状況で、このようにある程度、地域別に見ていく、さらに言うと実際の患者の移動範囲に沿ってみてゆくことが重要です。

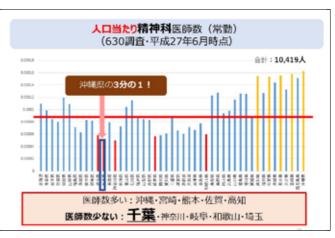


これは千葉県の資料になります。偏在指標を示していて、下のグラフは 47 都道府県を並べたときの千葉県の相対的な位置付けです。千葉県は全体の中でも偏在指標が下位に属します。

そしてこれは診療科の中で、産科と小児科が特だしされています。 例えば産科ですと東葛北部の松戸や柏などの地域での、産科医師の数 が偏在指標で見ると少ない。小児科で見ると、東葛南部、北部、そし て山武長生夷隅ですとか君津の地域で少ないというのが出てきます。 では、こういった地域にどうやって医師を配置したら良いだろうか、 考える必要があります。



そして、偏在指標を都道府県で見ていくと、産科は下位3分の1で、もう少しで上位3分の2に入りますが、こういった位置付けです。そして、小児科はかなり平均を割り込んでいて、下から4番という状況で厳しいというのが、県全体で見た偏在指標の状況です。



ちなみに、私は精神科医ですが、例えば精神科で見てみますと、これも大きく偏在しています。10万人当たりの精神科医の数ですが、沖縄と千葉県を比べてみますと、人口当たり千葉県は沖縄県の3分の1の医師の数で精神科診療を行っている状況です。なので、産科、小児

67

業績

覧

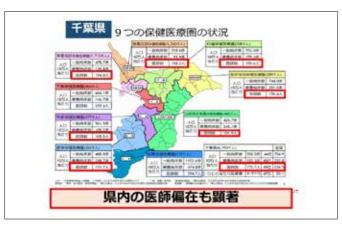
講義内容④

講義内容③

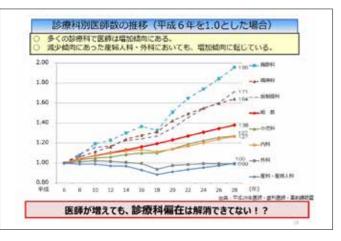
第4回医療政策セミナー

科に限らず、いろんな診療科でこういった偏在はある状況です。

これほど大きな開きがあると、恐らく住んでいる場所によって受ける医療が変わってきてしまうというのが想像できます。なので、偏在しているのは仕方がない、これで良いとはいかず、いかに均てん化していくかが重要になります。

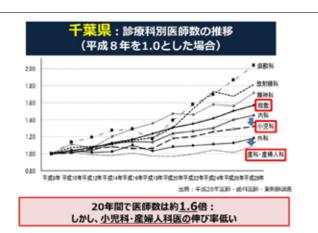


話を戻し、千葉県内の9つの保健医療圏の状況ですが、医師数だけ 赤丸で囲んでいますけれども、前回紹介したとおり、東葛北部、東葛 南部、千葉の医療圏は620万中400万人の人口を抱え、そして医師偏 在指標も全体数としてはそこまで深刻な状況ではありません。しかし ながら、例えば山武長生夷隅ですと、非常に厳しい状況で診療ないし は医療が提供されていることが分かります。こういった地域偏在をど のようにするか。



そして、全国での診療科の偏在です。医師は開業・標榜の自由がありますので何科を選んでも良いわけです。そうすると、平成6年を1.0とすると、平成28年の、ここ22年で医師の総数は大体1.38倍に増えていますけれども、その恩恵に浴したのが麻酔科、精神科、放射線科で、いわゆるマイナー科といわれるような診療科に医師が増加しました。あと、小児科と内科は少し増えました。外科と産科に至っては横ばい、ないし若干減っているという非常に厳しい状況です。

これは全国版ですけれども、こちらが千葉県版になります。



平成8年を1.0とした診療科別の指数です。総数で見てみますと、 平成8年からですから約20年間で1.6倍弱に医師の数が増えました。 20年で増えましたけれども、よく見てみますと、麻酔科、放射線科、 精神科が増えているのは全国的な傾向と一緒です。全国的な傾向と若 干ずれているのが内科と小児科です。全国で見ると、内科と小児科は 大体一緒でしたけれども、千葉県は小児科が内科を若干下回っていま す。つまり、小児科の伸び率が低い、ないしは外科と産科が先ほどは 大体一緒でしたけれども、これも同じように産科・産婦人科の伸び率 が低いと言えるかと思います。小児、産婦での医師確保が全国に比し て若干苦戦しているのではないかと見て取れます。

項目	把握す る単位	現状	把握方法
医疫無股從事医静敷		(H28)	医師·歯科医師·薬剤師訓査(厚労省)
千葉県	果	11,843人	
千葉保健医療图	医療图	2,637人	
東葛南部保健医療器		3,038人	
東葛北部保健医療圏		2,363人	
印旛保健医療圏		1,255人	
香取海匝保健医療器		529人	
山武長生真陽保健医後置		496人	
安房保健医療图		545人	
君津保健医療医		491人	
市原保健医療器		489人	
地域人群で動作する様子資金交換者数	M	3.5人年 (R1)	千葉梨調査
国内等門研修基督策選における 等次監督 指数	果	332人 (R1)	日本専門医機構調査
客観的な労働時間を埋方法*に、より医等 の労働時間を差難している病院数	A.	103病院 (R1)	厚生労働省調査

こういった状況を見ながら、千葉県庁のほうでも医師確保をどうにか進めていきたい、それをモニタリングして、政策を進めていく指標をつくりたいと、当然考えるわけです。現在、いろいろ議論して評価指標を作っている途中です。例えば医療施設の従事する医師数を、千葉県全体だと医師が1万1,843人いるのをさらに増やしていこうではないか、そして2次医療圏別の医師の数がこのようになっていますが、それぞれを増やしていこうとしています。

もう少し見ますと、例えば県内の専門研修基幹施設における専攻医(初期臨床研修を終えた医師)が診療科を選択して、県内で研鑚を積んでいこうという医師が令和元年で332名見られますが、これを増やしていこう。もう一つ上を見てみますと、後で説明します医師修学資金制度で、「地域A群病院」という特に医師の少ない地域に建つ病院で働いている医師の数を増やしていこうとしています。

項目	把握す る単位	現状	把握方法
タスクシフトの促進(医師事務作業 被助体制加算の施設基準に適合し ているものとして厚生局に届け出て いる施設数)	组	108 注股 (R1)	関東信越厚生局公表資 料
「かかりつけ医」の定着度	県	55.996 (H28)	県政に関する世論調査 (千葉県)
小児教急電話相談事業	県	31,312件 (H28)	千葉果調査
教急安心電話相談事業	県	22,208件 (H30)	千葉栗調査
分娩干件当たり医療施設従事医師 数(産料・産婦人料)	県		医師·由科医師·柔刺訳 調查(厚生労働省) 人口動態調查(厚生労働 者)
15歳未満人口10万人当たり 医療 協設従来医師教(小原料)	県		医師·歯科医師·薬剂前 調査(原生労働省)

評価指標で見ていきますと、タスクシフトの推進やかかりつけ医の 定着など、いろいろなものを県はモニタリングして偏在対策を進めて います。その中で、分娩(ぶんべん)1,000 件当たりの医療施設従事 者医師、これは何を見ているかというと、1,000 人の赤ちゃんが生まれたときに、生まれる件数に対して医療施設の従事者、産科・産婦人 科の医師がどれくらい従事しているのかをモニタリングしているわけです。

また、15 歳未満の人口、つまり小児の医療にかかるであろうと思われる方々の人口とその施設の地域、県の小児科医師数を見てこれらを 是正したいというねらいがあります。



ここまでのまとめをします。偏在といってもさまざまあり、1つ目は地域の偏在で、2つ目は診療科の偏在、3つ目は病院・診療所の偏在もあります。要は、病院に勤めている、急性期の重症患者を診ている医師も、いつでも開業する自由がありますから、開業するとプライマリーケア、どちらかというと軽症・慢性の患者の医療を担うことになるわけですけれども、それも自由にしていった結果、病院から医師がどんどん減って開業が増えるかもしれません。もちろん逆もあるかもしれません。そのバランスを取ろうという考え方です。

今後、給与面や待遇面で、病院に勤めている医師のメリットが少なくなってきた場合、開業を希望する医師が増える可能性もあります。その背景には医師の働き方改革と関連してくるのではないかと思います。仮に開業医が増えすぎると、医療提供全体のバランスが崩れてしまうので、制限もしなければいけないかもしれないというのを厚生労働省は既に施策として打ち出し始めています。

地域の偏在はどうするか、修学資金制度があったり、診療科の偏在 は新専門医制度があったりしますが、その内容を少し紹介しながら、 本当にこれで足りるのか、千葉県の医療はこれで持つのかをグループ ワークで考えたいと思います。

大学医局とは(吉村まとめ)

1. 所属するかどうかは任意

通常、会費を支払う。名簿は作成。通常規約なし。 以前は95% ⇒ 現在は80 %程度か?

2. 診療科ごとに組織される

「消化器内科」「精神科」「小児科」など 大学によって、診療科の区分は微妙に違う 全国80大学×30診療科=全国2,400程度の医局が存在?

3. 各医局が人事に影響力を持つ「関連病院」を持つ

関連病院は「県内」に限らない 病院から見ると、診療科ごとに異なる人事 医局派遣の場合、人事権は大学医局側にある ※各病院側の人事権が限られる

これまでは国や県が考えている医師確保の全体像ですが、ここから 大学医局の話になります。ここから先はなかなか資料がありませんの で、私のほうで作ってきました。そもそも大学の医局とは何か、臨床 をやっている大学病院ですので、医師としてはもう自明だと思います が、今日は行政官に分かるように説明します。かなり私見が入ってお りますので、不正確な内容でしたらご容赦ください。

1つ目は、「医局」というのは、もともとは医師達が詰めている詰め所のことをいうわけですけれども、多義語です。もう1つは医師の人事グループを指します。どういったグループかというと、所属するかどうか任意のグループです。例えば、私は千葉大学精神科医局に所属してトレーニングを受け、公平に考えて大変意義のある経験でした。私は医局自体が悪いものとは考えていません、むしろ様々な良い役割があると思います。医局に入ると、通常は年会費などを払って所属して、さまざまな経費を分担します。名簿を作成して、同じ医局のグループ、「同門(どうもん)」と言ったりしますが、同門のメンバーが誰か分かります。ただし、通常どういう手続きで運用するかというルール

は明文化されていない場合がほとんどです。通例、慣習といいますか、 その都度の話し合いによって決めているような組織です。 次世代医療構想センター

に

つ

い

次世代医療構想部門

策情報分析部門

業績

一覧

以前は医学部卒業して、95%ぐらいの医師が何らかの大学の診療科別の医局に所属して、そのグループでトレーニングを受けていましたが、現在は、8割ぐらいの医師ではないかという肌感覚です。これは診療科ごとに組織されます。千葉大の中にも、例えば消化器内科、精神科、小児科、産婦人科などのグループが別々にあります。これらは大学によって診療科の区分が微妙に異なります。国や県がつくれといってつくった組織ではありませんので、自然発生的に、慣習的につくられています。少し試算してみますと、日本には80の医科大学・医学部がありそれぞれにおおよそですが、約30の診療科があります。そうすると2,400ぐらいの医局がこの国に存在していることになります。

医局は所属する医師の人事について影響力を持っています。「関連病院」と称するものを、医局の下にぶら下げる形で勤務先を持つわけです。各医局はさまざまな関連病院を持っています。県内にも複数の病院を持ちますが、歴史的に県外の医療も一部担います。これは歴史的に都道府県など行政区と関係なく、各大学の医局が医師の派遣先として関係をつくってきた経緯があり、必ずしも県内の医療だけを担うと考えているわけではありません。この辺りが、行政側が考える県内の医療整備と、大学医局が考える医師派遣がずれてしまう原因です。

医師を受け入れる側の病院から見ますと、診療科でとに異なる人事がされています。例えば、県内のA総合病院の、精神科は千葉大精神科の医局からの派遣を受けましょう。他の、例えば消化器外科や救急科などはそれぞれの別の大学からの派遣があったり、A病院の独自採用があったりします。医局派遣の場合、人事権は最終的には各診療科の教授が担っている場合が多いので、病院長が採用・不採用を決定する権限を持っているとは限りません。病院長に管理監督責任があり、労働安全衛生法上の安全配慮義務があるにもかかわらず、その採用やポスト、権限については病院長の手元に必ずしも存在しないというのが各病院の置かれている状況といえます。なので、各病院の病院長をいくら説得しても、その病院に医師を増やすかどうかは別の問題になります。各診療科の大学医局がそれに対してどういう意見かによって、医師の確保ができたりできなかったりするというのが、他の業界と明らかに違うところです。

そうなりますと、各病院の医師を増やそうと思ったら、どの診療科の医師を増やしたいか、そしてその人事責任者は誰なのかを追跡していかないと医師を動かすことができないことになります。診療科により大学医局の派遣先の病院が異なります。

大学医局の役割(吉村まとめ)

1. 所属医師の専門教育・生涯教育

⇒1人前となるのに、専門家間の教育・議論は必須 ⇒大学院での博士号授与、留学先の紹介

2. 関連病院への医師の配置・人事

⇒従来、地域医療の担い手も医局が派遣していた ⇒医師キャリア多様化により、派遣機能は低下

3. 患者対象の臨床研究などをグループで実施

⇒医学研究を遂行する主体として重要

制度設計にあたり大学医局との連携・ハイブリッドが必須

では、大学医局がどういう役割を果たしているかをまとめました。 1つ目は、医師という専門職の専門教育、そして生涯教育を担っています。医学部を出て、初期臨床研修を終えても、まったく一人前とは言えません。専門家間での教育、議論、ないしは、時には少し厳しい指導も必要なのが職人である臨床医の世界の常です。なので、それはどうしても専門家間で行うということでグループをつくる必要があるわけです。そして、大学院に進学して研究の指導などを受けると、医学博士号の授与がなされたり、前後して海外への留学先の紹介などを行うなどして、医局は医師のキャリアアップにも助けになります。

2つ目は、関連病院の医師の配置や人事も行っています。従来、地域医療の担い手は大学医局が派遣して行っていました。その地域で勤務する「希望者」が少なくても、医局の人事の中で、若いうちに1~

政策情報分析部

次世代医療構想セ

ン

タ

に

つ

い

次世代医療構想部門

第4回医療政策セミナー

講義内容(5)

2年勉強してきなさい、ないしは他の場面で支援するから、1年間ぐ らい希望しない地域や病院でも働いてきなさいということを行い、結 果として地域医療を維持してきた経緯があります。しかし、医師のキャ リアの多様化によって派遣機能は徐々に低下しているのが現状です。 派遣機能の低下とは、簡単に言うと、私はこれがやりたい、でも医局 はこうやれと言っている、では私は医局を辞めます、という医師が増 えてきたり、そもそも医局に所属しない医師がそれなりの人数出てき たりしているのが現状です。

3つ目です。患者さん対象の臨床研究などをグループで実施するこ とがあります。患者さんに参加協力をしながら医学研究を進めるわけ ですが、そのときには関連病院やグループが大きいほうが医学研究は 進みやすいのです。そのため、科学的な知見を集めるためにも、医局 という専門職の集団は機能している状況です。

現時点では、こういった従来の状況に新たな制度を上乗せして、医 師偏在を是正しようとしているわけです。なので、制度が単独である わけではありません。大学医局との連携、ハイブリッドがどうしても 必須であって、今の医師修学資金制度は一部それが実現していますの で、それは後で紹介しますが、こういった観点で医師確保を考えない と失敗してしまうのが現実だと思います。

大学医局:医師派遣機能の推移(告付まとめ)

①医局全盛の時代:2003年以前 地域病院の病院長・部長は医局ボストが多数 ・県を超えて多くの病院を傘下に入れることに注力 強い医師派遣機能:若手の希望に沿えない人事も ②医師の意識変革の時代:2004-2017年 初期臨床研修=若手医師の「労働者意識」の芽生え ・中核病院の教育体制の充実:大学病院への中堅・指導医の引き上げ 地域病院への医師派遣機能の低下 ③新専門医制度の時代:2018年以降

・教育体制のさらなる充実:「教育・研修・資格取得」への明持

・各人のキャリアや希望の多様化→医師派遣機能のさらなる低下?

「労働者」としての保護、使用者責任の明確化:働き方改革

さて、こういった環境の中で、どのように派遣機能が推移してきた か、私見として紹介したいと思います。2003年以前を、あえて医局全 盛の時代と呼んでいました。具体的には初期臨床研修制度導入前です。 医学部6年間を卒業したら、いきなり診療科を選んでストレート研修 を受けていた時代です。地域の病院は病院長、ないしは診療部長は医 局が定めたポストで持っていて、それぞれトレーニングを受けた経験 のあるベテラン先生がそこに座ることが多かった。現時点でも、千葉 県の郡部に存在する「地域 A 群病院」には多くの医局出身の先生方が 病院長として勤めていらっしゃいます。次に、県を超えて多くの病院 を傘下に入れることに注力と書いていますが、これはさまざまな診療 科や医局によって温度差はあるものの、やはり医局の勢力を拡大して いこうと考える動きが多かった。人数を集め、大きなチームをつくっ て、それで診療先の選択肢を増やしていくことで、さらに大きな勢力 となります。前述の通り、若手の希望に沿えないような人事も一時的 にありますが、それによって医師不足の地域に医師を出すことができ ていました。

その後、初期臨床研修制度が開始する時代になりますと、医師の意 識変革が起こってきました。初期臨床研修制度は、それによって一気 に医師がいなくなったという意見もありますが、私が思うのは、若手 医師が労働者としての権利意識のようなものが芽生え始めたのだろう と思います。2年間の初期臨床研修の間は医局に所属しません。各病 院に雇われた臨床研修医として処遇を受け、入職前に給与などの待遇 を提示されて、ではこれでいきましょうと就職していくわけです。2 年間そういう経験をしますと、医師にも雇用契約というものがあるの だと、そして労働条件というものを確認するのが重要だという、ある 意味での「社会人としてあたり前の」感覚が身に付きます。それを持っ た状況で、3年目に専攻医として医局に入ると、「労働条件の提示はな いのですか」、「当直に対する報酬は出ないのですか」などの質問がど んどん出てくるわけです。そこで、若手の労働者意識の芽生えから各 医局も取り扱いを配慮するようになったというのが 2004 年以降の時 代かと思います。さらに、若手医師の医療教育体制を充実させる必要 があります。そうでないと人が集まってきません。そのために結果と して大学病院へ中堅や指導医の引き上げが一部で行われていて、地域 医療で支えていた中堅がいなくなったというのがいろいろな所で報告 されています。または、地方の病院への医師派遣機能が低下します。 若手医師から、その病院に行って私はどのようなメリットがあるのか、 どのようなトレーニングが受けられるのかと、正面切って聞かれると 少し困ります。そういうものだから行ってくださいでは通用しなくな る時代が2004年ぐらいから出てきました。

3番目が新専門医制度の時代です。これが2018年から始まりました。 さらにこの傾向が高まることになります。教育体制がさらなる充実を していないと医局に医師が入ってこない。当たり前ですが、専門医の 資格取得をきちんとサポートしてあげないと、その医局には人が来な くなります。そして、労働者として保護される、使用者責任を明確化 される、これはまさに働き方改革の中で、個人の過重労働や労務管理、 ないしは安全配慮などが厳しく問われます。

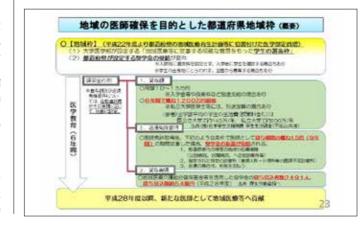
各人のキャリアや希望が多様化します。これにはさまざまな背景が あって、例えば一因ですけれども、親の介護が必要になってきたり、 女性の医師が相対的に増えてきたり、そういったことによってさまざ まな個別の配慮が必要とされるような場面が増えてきました。そうす ると、この地域に行くと家から離れるので行けません、都市部なら働 けるけれども郡部は遠くて無理ですなど、個別の事情が非常に多く出 てきて、派遣機能どころではなく、維持していくのが精いっぱいになっ てきます。ご意見があれば、後のグループワークなどで提示していた だきたいですが、医局を取りまう状況は以上の様になります。



こういった医局の派遣機能低下の中で、地域の医師確保を制度や補 助金などを使いながら維持していくことが必要なわけです。これは厚 生労働省の出した三位一体改革です。

地域医療構想の実現は点線で書いていますが、これも医師の配置や 人事に関係してきます。仮に病院が集約されれば医師のポストがなく なります。病院2つが1つになれば、病院長は1人になるわけです。 そうすると、そのポストの人はどうするのかという話が出てきます。 また、医師偏在対策や働き方改革はもろに人事管理の話ということで、 3分の2、ないしは2.5は人事の問題ということになってくるわけです。

なので、三位一体改革をやろうとしたら、人をどのように動かすの か、これはとある医学部の教授に聞きましたけれども、「人事は万事だ」 とおっしゃっていました。まさに、人事を動かすことが医療を動かす ことであるとのことです。これから、医師偏在対策を2つに分けて説 明いたしま。1つ目は医師修学資金制度です。



講義内容6

第4回医療政策セミナー

これは医師の配置に対して国と県が本格的に介入しようとした大き な事業です。どうやって介入しようとしたか、これはいわゆる自治医 大方式と言われます。医学部の学生に 1,200 万円から 1,500 万円の修 学資金を支給します。これは都道府県によってばらばらです。財源は 国の医療介護総合確保基金で、もとを正すと消費税です。奨学金を渡 し、その代わり9年間当該の県内で働く約束をします。



こ制度利用者が、以前は少数でしたが、だんだん増えてきて、現在 は医学部定員 9,000 人前後のうちの 1,500 人などのボリュームで修学 資金生が増えてきています。千葉県も例外ではなく、今は380名ぐら い修学資金生がいて、将来千葉県内で働く約束をしている医師・医学 生が生まれています。

そして、6年間受給したら、1.5倍の9年間、県内の医療機関で働い て、県内にいるだけではなく、特に医師が不足している地域に建つ「地 域 A 群病院」で 2 年働くという約束の下、奨学金を付与するわけで す。その方々は、9年間は、県内にいなくてはならないことになりま す。今日の講義にも修学資金利用者がたくさん来ています。千葉県が 大事にして育てる宝、ですね。その方々には、千葉県内で初期臨床研 修を義務付けていますが、県内では臨床研修病院36個の病院があって、 それぞれ良い研修をやっていますから、安心して県内で働こうという ような情報を県から伝えたりしています。



地域 A 群の病院を具体的に紹介して、それらの病院で2年間働きや すいように環境を整えたりしているわけです。

千葉県 医師修学資金制度の実際 (告付まとめ)

- 1. 平成21年から開始され、現在320名以上が受給
- 2. 医師4年目以上19名·3年目21名·2年目16名
- 3. 2019年度では義務を完遂した医師0名
- 4.2018年度まで「特に医師不足の病院」への勤務 実績0名(その後、2019年度に4名)
- 5. 卒前教育での対応は大学によりばらつくが、概ね
- 6. 修学資金制度への不満や離脱もみられる

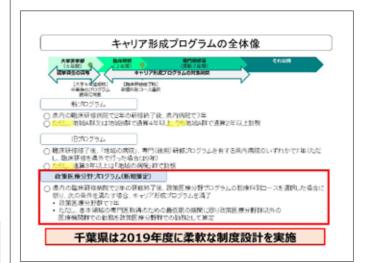
莫大な資金の投入・成果はこれから

実際にどのようなことをやっているかというと、これは私の千葉県 で行っている、キャリアコーディネーターという仕事のまとめになり ますが、平成 21 年、10 年前から開始されて、現在 320 名で、今年 60 名がさらに加わっていますので約380名ですが、これがどんどん増え ていきます。医師 4年目以上の方々が 19名、3年目が 21名、初期臨 床2年目の方が16名、この先生方がそろそろ地域で働く可能性のあ る方で、56名いらっしゃいます。この56名の方ほぼ全員と面談、な いしは電話でご相談して、今後の勤務について調整するのが私の仕事 です。開始から終了まで、通常では6年間足す9年間ですから15年 です。これは非常に息の長い事業です。

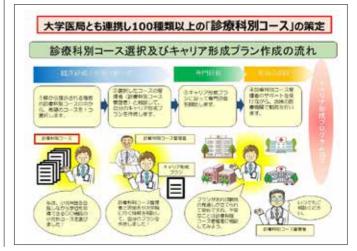
特に医師不足の病院で勤務した実績は、2018年までは0でした。た だ、2019年は年度が上がってきたこともあって、4名ほど地域 A 群病 院で働くことが実現しました。卒前教育で地域医療の教育をやってい る大学はほとんどなくて、おおむね低調とでありその充実も課題です。

あとは、修学資金制度への不満や離脱も、残念ながら見られていて、 こういったルールの中で縛られるのだったら、私の人生やキャリアが 損なわれてしまうかもしれないから辞めますという方がどうしても少 数出てきます。その方々、一人一人にお会いして面談、慰留する仕事 もしています。

項目⑤ですが、制度に対して、一部の大学教員から誤解を受け、大 学医局人事の不当な県の介入だなど、最初に私も相当怒られました。



修学資金制度利用者が義務をきちんと果たせるように、さまざまな 制度の介入も行っています。例えばこういった従来型の郡部病院での 勤務を要する従来のプログラムに加え、「政策医療分野プログラム」と いうのが設計されました。具体的には、産科や救急科や新生児科を選 択する人については、必ずしも医師不足地域に行かなくても良い、そ の代わり集約が行われている周産期母子医療センターなどできちんと 7年間勤務してください、ということになります。救急科については こういった病院が指定されていて、これらで勤務することが、県全体 の医療に貢献するということが合意形成され、設置されました。



| 71 |

次世代医療構想センター

につ

いて

次世代医療構想部門

政策情報分析

部

講義内容(7)

また、診療科別に、どこの診療科に進んでもきちんと義務が果たせ て、キャリアアップできるようなキャリア形成プログラムをつくりま した。大学医局とも連携して、100種類以上の診療科別のコースをつ くることができました。これらのコースを提示して、皆さんがちゃん とキャリアアップと義務を果たせますと一件一件マッチングしていく わけです。この仕事を県で1年9か月やっています。かなり丁寧なマッ チングをしていくことが必要ですが、実は千葉県はこのような取組み を結構頑張ってやっているので、国の検討会にモデルケースとして出 されたりしています。

また地域の各病院に修学資金生をバスで連れて行ったり、セミナー を開催していろいろな地域医療の情報を提供したり、千葉県で働く医 師と仲良くチームをつくっていこうという雰囲気を仕掛けたりしてい ます。その結果、2019年は4名の受給者が地域の病院で働いている という状況で、2020年からも着々とそれが増えていく予定です。

修学資金制度:現場で実行したこと

- 0. 受給者全員の所在を確認
- 1. 受給者医師との「ほぼ」全員面談の実施
- 2. 医師全員分のキャリアプランを作成・申し合わせ
- 3. 各大学病院の診療科教授・医局長への制度説明
- 4. 柔軟な勤務要件の設定: 政策医療分野の設定など
- 5. 地域医療セミナー・バスツアーの開催・継続
- 6. パンフレットの編集(作業中)
- 7. 医学部での卒前教育への働きかけ (協議中)

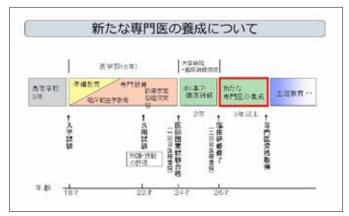


継続して実施する人材(医師)の確保が重要

今後、勤務医個人で言ったら、専門医資格の重要性が上がるのでは ないかと思います。専門医をきちんと取って、それが自分の領域の専 門性を示し、今後は専門医資格を持っていなければならないという状 況に突入しつつあります。

日本を選択している。からは、日本のは、日本のは、日本のは、日本のは、日本のは、日本のは、日本のは、日本の	・押念の設定基準が終一されておらず、専門高の質の担保に軽さ。 本的られる専門直復 ・専門医としての配力について、直接と国民との際に変え方のキャップが存在。 ・現在の専門展前回は国際にとって分かりやすいを経済になっていない。 ・ベイーフでも専門を使っ ・ディングでは、アイ・ファー・カー・カー・カー・カー・カー・カー・カー・カー・カー・カー・カー・カー・カー	専門医の質	
事的られる専門医療 ・専門医としての能力について、医師と国際との際に変え方のキャップが存在。 ・場合の専門医制度は国際にとって分かりやすい代話されたなっていない。 ・ペタープを研究後 ・マルンでも同じがあった。アーフルー ・の本が展りと呼ばれない。 ・の本がなるのでは、アースルー ・の本が表現ったのでは、アースルー ・の本が表現った。 ・の本がなるのでは、アースルー ・の本が表現ったのでは、アースルー ・の本が表現った。 ・の本がなるのでは、アースルー ・の本が表現った。 ・の本がなるのでは、アースルー ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	本的られる専門直接 ・専門回としての成力について、直接と国民との際に変え方のキャップが存在。 ・現在の事件を制度は回路にとって分かりやすりでは分になっているい。 ・		
・専門医としての能力について、医性と国民との論と認え方のギャップが存在。 ・現在の専門医療団は国際にとって分かりやすいに指われなっていない。 <<テープする専門医療ン TicyticのMicrosoft (A) - (7-70) - (2000	・専門医としての総力について、医師と国際との際に対え方のギャップが存在。 ・現在の専門医園団は国際にとって分かりやすいは知みになっていない。 <<テープを専門を取っ ***********************************	・手会の認定基準が統一されてお	55ず、専門高の質の担保に軽さ。
・現在の専門区制度は国際にとって分かいやすい社話がになっていない。 <ベン・ファンドを制度後)	・現在の専門医剤症は気圧にとって分かりやすい状態かになっていない。 <<テープする専門を使う すいではで称しかあるもの・ボータの・ (の表現をつか)のようなないのは、最後のでは、 (の表現をつか)のようなないのは、最後のでは、 (の表現をつか)のようなないのは、またが、 (の表現をつか)のようなないのは、またが、 (の表現をつか)のようなないのは、またが、 (の表現をつか)のようなないのは、またが、 (の表現をつか)のようなないのは、またが、 (の表現をつか)のようなないのは、またが、 (の表現をつか)のようなないのは、 (の表現をつか)のようなないのは、 (の表現をつか)のようなないのは、 (のまたないのは、 (のまたないのは、)のようなないのは、 (のまたないのは、)のなないのは、 (のまないのは、)のなないのは、 (のまたないのは、)のなないのは、 (のまたないのは、)のなないのは、 (のまたないのは、)のなないのは、 (のまないのはないのは、)のな	#nonoemag	
 ベイナーブラを発行を使う サルビスを発送がられるコーバーグラー (10年度新ラファンのとないすると表現的である。 100年度新フランシのとないすると表現的である。 100年度新フランシのとないすると表現的である。 	 ベイタープラを中間を扱う サルビスを使うしがわないもの・パードゥルー (10年度日 つかっからないすると表現をおける) 10年度日 つかっからないすると表現をおける。 	・専門医としての能力について、	医様と国民との際に変え方のギャップが存在。
#120/2008/12/8年10-80-17-49カー 2008 **********************************	すいことでは、シングのとなった。イー・ドゥルー 20.00 *********************************		て分かりやすい仕組みになっていない。
(1984年 1975	(00年(834-5),00/00年(32) (870-34000) (838-3400) (838-3		The second secon
#fdP(A)	*fright(XI)		105 + 6.00 AP 10.00 (c)
建筑压造产的保护	· A · 19 · 17 · 27 · 27 · 27 · 27 · 27 · 27 · 27	The same of the sa	efrit/Allo
医師の地域偏在・診療料偏在は近年の医療を送る重要な課題。			

その専門医の話を少しさせてください。



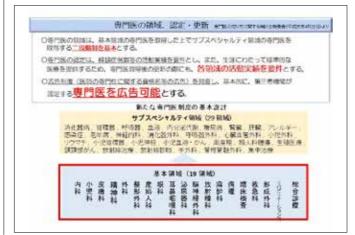
専門医に関する議論については、もう既にお話ししたとおり、臨床 研修を2年間、そして専門研修を3年から5年です。専門研修を受け る医師を専攻医と呼びますが、その専攻医を地域別、病院別に定員を 定めて計画配置を行おうというのが今の新専門医制度の役割の一つで

「臨床研修」に関する医師法・医療法の改正 |増に従事にようとする医師は、2年以上、医学を解析する課程を置く大 |に用属する病院又は原生労働大陸の数定する病院において、<u>他は研修を</u> 告けなければならなら (医療法策16条の2) 臨済経済を受けている医師は、臨済研修に得立し、その資質の向上を図 ように努めなければならない。 (無師法第16条の3) について、その中語により臨床研修を修了した旨を医離に登録する。 **原生労働大臣は前項の登録をしたときは、職体研修修了登録延を交付す** (医療法第16条の4) ・血体制度を下突伸でない場所は療施を開設しようとするときは、関設性の 運搬研究加速等の許可を受けなければおけばない。 (作物法領 2 年) **映覧又は診療所の開設者は、その機能又は診療所が胚葉をなすものである** 場合は程序研修施了医師に、これを管理させなければならない。(医療法 実質的な「開業制限」がされている

例えば、仮に医師が2年間の臨床研修を受けないとどうなるかご存 じでしょうか。臨床研修を終了していない者が診療所を開設しようと すると、都道府県知事の許可を受けなければならない許可制となって おり、実質的に開業制限ということになってきます。なので、臨床研 修修了医師はこれをしなければならないと法律で定められているわけ ですが、今後は専門医制度も徐々にそういった規制の中に入る可能性 があるのではないかと思います。

	日本 (今後の方向性)	アメリカ	フランス
金令等の位置づけ	特になし	特になし (民間の第三者組織)	进 伸
実施主体	各学会 (日本専門医機構)	 ABMS: 専門医制度と専門医の 認定 ACCASE 研修施設とプログラム の評価・認定 	 第一条監視状状験を実施 ※成績項に専門診療料を選択
福騰運営のための 経済的背景(財源)	各学会 (国、日本専門医機構)	 ARMS: 個(研究費の部)、販算 等金、専門製設定料から約560万 ドルの成人(2008年)。 ACGME: 研修プログラム速定計 として約3,000万ドル(2008年)。 設備(Madicare)から、レグデント に総与として半額27億ドル。認定 教育側底に対して37億ドル。 	■の事業 (医学部:年目から支給される給与は構陳から支給される が、議責は社会保障費)
専門医配置の調整 診療料の定員等	Mical	行っていない。 瞬漢的インセンティブを作与すること によって対応しており、ある程度の効 果を上げている。	全接選抜試験で専門診療料器の支責為V

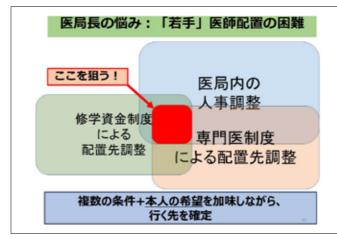
海外の専門医制度を見ると専門医の計画配置についてはすでに着手 しており、例えばフランスなどは診療科と勤務先を医師が選ぶ際に、 医師国家試験の成績などが加味されて診療科が決定されるという状況 にあります。



第4回医療政策セミナー

講義内容®

日本でも各医師は基本領域の19の診療科から選び、その中から自 分のサブスペシャリティに進んでいくというコースが定められつつあ ります。そして各診療科の人数を都道府県別に上限を定め(シーリン グという制度)、特定の診療科の医師の過剰地域ではこれ以上医師は置 くべきではない、もっと優先されるべき土地があるということで調整 が行われています。ちなみに、千葉県は全ての診療科でシーリングが かかっていませんので、東京都のシーリングが厳しければ厳しいほど、 千葉県には医師が増えるだろうと予想されます。

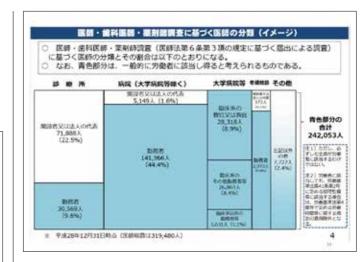


これはオリジナルで作ったスライドです。これまで医局により人事 調整を従来は行っていたわけですが、それに加えて専門医制度が求め る症例の経験や診療経験が厳しくなりつつあります。さらに、修学資 金生が今後増えてきますので、3つ目の網もかかりまして、医局人事 の動かしの中で専門医制度も考えながら、かつ修学資金の求める病院 に配置するとなると、人事を考える医局側は大変です。こういったさ まざまな条件の中で配置を決めているのが現状になるかと思います。 複数の条件を提示して、かつ本人の希望や意向にも沿いながら行き先 を確定しているということになるかと思うわけです。こういったぎり ぎりの中で医師の配置をされているということになります。

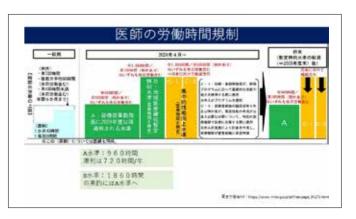
働き方改革については、第5講、第6講で、産科、新生児科、小児科、 救急科の、具体的な働き方改革の影響のスライドを準備していますの で、今日は概要だけさっと流してグループワークに入りましょう。



働き方改革は既に法案が成立して 2018 年 7 月に交付され、2019 年 4月には施行されています。ただ、医師だけはまだ施行されていません、 猶予期間になっています。歯科医師はもう適用されていて、医師だけ が 2024 年から適用になることが確定しています。



そもそも、医師の内で働き方改革の適用になる人数はどの程度で しょうか。それは青で塗られた部分です。病院や大学病院の方はほぼ 全員で、診療所の医師も勤務されている医師もいらっしゃいますので、 そこは労務管理されます。開設者は労働者ではありませんので労務管 理の対象外です。なので、病院も病院長や理事長などは対象外なので、 彼ら自身は何時間残業しても原則として責は問われません。



労務時間の規定については、2024年から適用となっても、これもま だ猶予期間です。最終的に、2036年には医師1人当たり年間960時 間以下の残業にとどめなさいと決まっています。



これは労働法制なので、結構厳しいです。労働基準監督署にいる逮 捕権を持っている労働基準監督官が来ます。2024年からそういうこと が医療現場で運用されることになります。

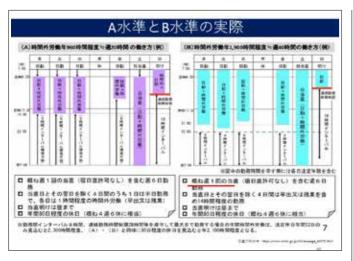
73

第4回医療政策セミナー

講義内容10

講義内容9

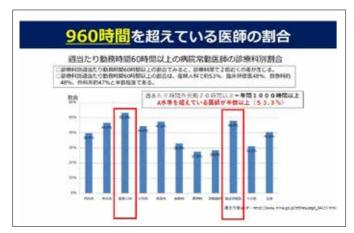
第4回医療政策セミナー



これはモデルとなる 960 時間残業の日程ですが、これは医師から見ると結構楽といわれます。 月80 時間残業などはすぐにいってしまうので分かると思いますが、もし興味があれば後で見てみてください。



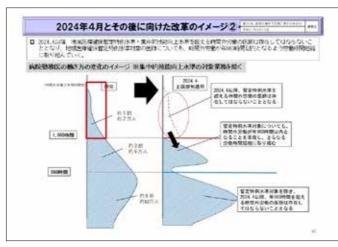
医師は残業時間が現行でとても長いということ、上位 10%の医師は 1,900 時間の残業をされています。



960 時間残業しているのは、もう4割に当たることが分かっていますから、例えば960 時間を超えている医師は産婦人科で53%、臨床研修医で48%というのが調査で分かっています。



1,860 時間を超える医師も産婦人科で2割、年代別の20代で17~18%が1,860 時間の残業をしていることが分かっています。



こういった状況に対して、まずはこの 1,860 時間を 0 にしようというのが 2024 年までのノルマであり、そして 960 時間のラインまで全員下げようというのが 2036 年です。17 年後というのは結構すぐに来ます。17 年後はどうなるかというと、医師の労働力がさらに足りなくなります。



そして、働き方改革をすると労働時間が短縮すると同時に人件費が上がりますので、各病院は財源を要するわけですけれども、残念ながら財務省はお金を出す気がなさそうで、タスクシフティングなどで対応でき追加的なコストが生じるわけではないと、2019年11月の資料の中で言っています。厚生労働省はもう少し柔軟で、医療課が労務管理したら新たな診療補助の評価をするなど、この辺の議論もさらに整理が必要なのではないかと思います。

まとめ 医師確保と大学の役割

①「三位一体改革」のうち2つは「人材管理改革」
②「大学医局」と「医療制度」の<u>ハイブリッド</u>を作り上げられるか
③行政・大学医局・病院双方の理解と、「人」を大切にする制度設計

各主体が**連携・一体的に動いてゆく**必要がある

まとめです。今日の話は医師確保と大学の役割でした。グループワークで深掘りします。三位一体改革のうち2つは人事管理改革です。2点目は、大学医局と医療制度のハイブリッドをいかにつくり上げるか。お互いが同じ目的のために動いていると考えて、そのようなルール、ないしは制度設計をどうするか。3点目は、行政、大学医局、病院の3方の理解と、そうした場合、働く人を大切にする制度設計をしていかないと、医師は「この診療科はやっていられない」、場合によっては「千葉県ではやっていられない」と言って立ち去ってしまうことになりかねません。なので、そこにどのように寄り添えるかという3つの視点が必要なのではないか、各主体が連携し一体的に動いていく必要があるのではないかと課題提示をしたところで、グループワークに入りたいと思います。

〈質疑応答〉

小林:ふたば訪問クリニックの小林です。いつも熱いご講義ありがとうございます。医師の偏在のところで質問ですけれども、地域の偏在、診療科の偏在と、クリニックと病院との偏在ということでご説明くださったと思います。クリニックのところで、やはり待遇が良いからクリニックに流れる人がたくさんいる、その前のスライドでも、診療科によって偏在があり、いわゆる小児科や外科などは割に合わないといいますか、そのような所に人が足りなくて、割の良い所に人がたくさん行っているというところも意識されていると思います。

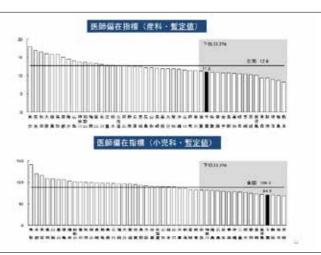
割が悪い所から割が良い所に行くのを制限だけにするというのは安直といいますか。やはり頑張っている人が報われてこれからも頑張りたいと思えるように、診療所と病院とのギャップを埋めるなどの方向になったら良いと思っています。その辺りについてご意見を教えていただければと思います。

吉村:小林先生、ありがとうございます。まさにおっしゃるとおりで、もともと置かれている環境や状況が過酷すぎて行かないなど、そこでもう少し割の良い所を選んで行きがちというのは理解できます。課題は、資源や人件費を再配分できるかです。小林先生も分かると思いますが、今、実際に収支を見越して各クリニックが経営をしていて、それで人を雇用して、材料を準備して、家賃を払ってという状況で、では診療報酬を半分にカットして、こちらの病院側にくっつけますということが、実際可能かという問題だと思います。利害がとても対立してしまいます。

あと、診療科間でも同じことが言えるわけで、「お互いの譲り合い」のようなものをどうやってつくっていくかが、まさにこれからの合意 形成のあり方だと思います。おっしゃるとおりで、余剰の所から集め て付け直すということをどうするか。全体のパイが増えない中で、それをどう配分するかというのが本質的だと思います。

それをまさに今後、何か方策なり成功例なり事例なりを出していかなければいけないのではないかと、センターとしては考えています。

岡田:次世代医療構想センター小児科医の岡田です。そもそも論になってしまいますけれども、医師偏在指標という仕事も出てきそうなので確認しておきたいのですが、これはあくまで順番に並べただけですよね。つまり、どの数値が適正で、全体の医師数はもしかすると既に多い時代に入っているかもしれないという中で、どこまでが改善しなければならないのかという点は診療科によって異なると思います。順番に並べただけで平均に線を引いて、そこより下は良くないというような雰囲気を醸し出していますけれども、本当にそうなのでしょうか。



次世代医療構想センターについて

次世代医療構想部門

策情報分析部門

業績

覧

吉村:まさにそのとおりです。真の適正ラインはどこにあるのか?ということですね。平均よりもっと上にあるかもしれないし、もっと下にあるかもしれません。自分が厚生労働省のいる時にがずっと考えましたけれども、要は医師がエビデンスベースの適切な診療を全員やると仮定したら、医療需要に対してどの程度の供給量が必要かというモデル、エビデンス・ベースとガイドライン・ベースから労働力は算出できるかもしれません。しかし、計算はどうやったらいいかわからない。つまり、適正な医療をやったときの真に必要な医師数はどこか分かりません。これはあくまで予算の配分、資源配分の話の中で出てきた、多い少ないという話です。

もしかしたら新生児科医であれば、計算できるかもしれません。新生児科の適正な業務量から1人当たり労働力を算出して、少ない多いと判断できるかもしれませんが、小児科と混ぜてしまうとできません。これももう1つの論点だと思います。来週は岡田先生が講師ですので、新生児科についてはぜひ講義内容に入れてほしいですけれども、おっしゃる指摘はもっともだと思います。

新津:千葉大学精神科の新津と申します。この後の議論の内容を拝見したので、その前提といいますか、千葉県は医師が少ないです、要は全国の中での千葉県の医師を増やそうという議論、つまりそもそも千葉県に医師を引っ張ってこなければいけないという課題について、県はどういう方針なのでしょうか。もし施策やデータなどを教えてもらえればと思います。



吉村:ご指摘のとおりで、まずは県全体に医師を呼び込む、そして県の中で偏在対策をするという2段階だと思います。1段階目のところについては、例えば指標が2つぐらいで、1つは初期臨床研修医の数です。徐々に増えてきていて、最近は大体毎年400名くらいです。もう一つは専攻医の数です。

第4回医療政策セミナー

講義内容⑪

40	把握する単位	現状	把握方法
医梭施设徒事医師数		(H28)	医師·由科医師·萊莉師調查(厚労省)
千葉県	媒	11,843人	
千葉保健医療器	医療器	2,637人	
東葛南部保健医療圏		3,038人	
東幕北部保健医療图		2,363人	
印游保健医療圏		1,255人	
香取海班保健医療圈		529人	
山武長生夷陽保健医療器		496人	
安房保健医療圏		545人	
君津保健医療图		491人	
市原保健医療图		489人	
地域A群立勒班する核学資金受給者数	甄		千葉県顕査
		(R1)	
也内市門研修基督施設に300万 市政医院	県		日本専門医機構調査
別数 ************************************		(81)	- Company of the Comp
等数的な労働時間管理方法*に より医師 の労働時間を更短している病院数	與	103病院 (R1)	厚生労働省調査

今は332名と、先ほど出しましたけれども、これも徐々に増えてい ます。昨年は270ぐらいということで、60人ぐらい増え、この指標 では成果が見られています。

その次は偏在対策、定着を促すという段階だと思います。医師修学 資金制度により、成果は出てきましたという言い方しかできません。 繰り返しますが、千葉県は全国下位3分の1にいるので、さらに県

外から医師を呼び込むというのは必要な努力だろうと思います。

次世代医療構想センターについて

次世代医療構想部門

政策情報分析部門

業績一覧

政策情報分析部門

次世代医療構想センターについて

次世代医療構想部門

第4回医療政策セミナーの課題

ミッション① 千葉県の医師不足地域に医師を増やす方法は?

1)千葉県の医師数増加・偏在対策を進める上で重要な 関係者を挙げ、役割・予測される意見を考えよう。

参加者の回答

<大学病院>

- 医学部長
- 医局長
- 医学生→自分のキャリアに関心、広い視野を持つ
- 医学生の親→千葉県に貢献することを理解
- 大学幹部
- 大学教授
- 千葉大学教授

<医療機関>

- 病院長 病院の事務→研修環境改善
- 有名病院の診療科長→自分たちはやることやっている
- 主要な病院の病院長
- 公立病院長→使える医師が欲しい
- 県内にある分院の本院
- 地域の拠点病院
- 病院事務
- 研修プログラム 責任者

<医師会>

- 医師会
- 医師修学資金制度利用者
- <医療従事者>
- 医師本人
- 医師の家族
- 医師の子供、教育
- 中堅フリーランス医
- 地域の開業医

<研修医>

- 研修医(初)→どんなキャリアがあるのか?
- 研修医(後)→どうすれば専門医を取れるのか?取るメリットは?
- 研修医(初・後)→千葉県出身者の U ターンしたい気持ち 条件の悪いところには行きたくない / 行って欲しくない 待遇・住環境がいいところへ行きたい

- 患者→どう医療が変わっていくのだろうか?
- <行政機関>
- 厚牛労働省
- 県庁
- 市町村
- 中医協
- <議会>
- 森田知事
- 議員(県議)(市議)→地元への利益考慮
- 住民→なんでも診てもらいたい
- <その他>
- 世論マスコミ
- 派遣会社

解答例:①-1 重要な関係者

- 医師修学資金制度の受給者
- 医師派遣元となる大学医局(教授・医局長)
- NPO 法人千葉医師研修支援ネットワーク
- 派遣先医療機関の理事長・病院長・診療科長・事務長
- 千葉県医療整備課・健康福祉政策課
- 自治医科大学千葉県人会
- 県医師会等の関係団体
- 市町村首長、県知事
- 地方議員
- 地域住民・市民・患者団体
- 各関係学会の意向(専門家の合意) など

2)課題解決のために必要な追加情報は何だろう?

参加者の回答

● 地域住民 年齢別構成、人数

● 地域住民の年代別、疾病発現

● 必要な医師数→労働時間を守

● 必要な医療 クリニック or

● どんな病院の種類が必要なの

● ニーズ 診療科の不足感

● 印象的なエピソード

国際医療福祉大学の動向

● 地域の特色 人口 展望

マッチング)

率 (予測)

● 地理的状況

<医療ニーズ>

るために

病院

か?

<その他>

県内での偏在地域

<地域>

と医師パフォーマンス(との

<医療機関>

- アクセス、所要時間
- 交通状況
- 地域のクリニック・病院など の配置状況
- 資金

<医局>

- 医局の専門性、医療の性質
- 医局の人間関係? どこにどの医局が派遣してい るか
- <診療科の状況>
- 不足している診療科
- 偏在している診療科
- 偏在を解決するため集まりに くい地域
- 夜間対応できる医師
- 指導医の有無
- どの診療科を増やすべきか
- どれだけ働いているのか時間
- 医師の診療科別パフォーマン ス指標 (標準)
- <労働環境>
- 給与、手当
- 医局員の処遇、症例数
- 学会制度
- 経験できる症例
- 研修環境
- コメディカルの状況
- <医師>
- 医局派遣の実情
- 誰がどこに何人行っているの
- 配分する医療資源
- 医師の派遣元
- 各医師の診療能力
- 各病院の医師処遇
- 派遣される医療機関の数 立 地
- 出身大学

<患者>

- 患者数の推移
- 症例数
- 疾病の状況
- 患者数 人口分布
- <住民> ● 地域別人口動態変化

解答例: ①-2 必要な情報

- 各地域に建つ医療機関の診療内容・提供状況
- 各大学医局の県内関連病院と派遣人数の一黄
- 県内の診療科別の専攻医動向
- 医師修学資金受給者の意向
- 自治医大生の意向
- 各地域の医療機関を受診している患者の病名・状態
- 各地域の医療需要の現状と予測
- 各地域の医療提供者の背景(年笥専門領域など)・意向
- 各地域の病院の経営状況 など

第4回医療政策セミナーの課題

ミッション② 千葉県の医師不足地域に医師を増やす方法は?

- 1) 千葉県の医師数増加・偏在対策にはどうしたらいいか?
 - 例:修学資金制度・専門医制度の改善、病院の再編統合総合診療医の育成活用、情報通信技術(ICT)の活用
- 2) 実施・関与する人を特定してみよう! 具体的に誰が何を行えばいいのか?

参加者の回答

<環境の整備>

- 家庭(子供)の教育(塾、保育園、小学校)施設の充実
- 教育環境(学校・塾)
- 保育施設の充実
- 街作り 医師が住みたいと思えるように
- 医師への環境の配慮 相談できる体制 他職種
- 病院の場所 アクセス、通勤時間
- 交通費の補助

<待遇>

- 給与改善
- 働き方、処遇改善
- <行政・住民・議会>
- 市民に理解を求める
- かかり方を変える
- 医療知識を習得する検定を行う

<相互理解>

- 医局間の人材交流→専攻医制度
- 行政、議員と医局の交流
- 行政→補助する 人材 社会的経済的インセンティブ
- 行政頑張って!!

<コメディカル>

- コメディカルのマルチスキル
- コメディカル含む他職種人材確保
- ・ 在宅医療の充実
- 社会的経済的インセンティブ <修学資金制度・地域枠>
- 修学資金 専門医制度
- 修学資金制度コーディネーターの充実
- 医師修学資金生の教育
- ブランド化:研修制度充実 ● 地域枠の学生に総合医としての能力を身につけさせる

- <人材確保> 千葉県の医師数増加
- 家族を納得させる

<人材派遣>

- 助産師派遣
- 診療科偏在の解消
- 地域偏在の解消 ● 総合診療医によるゲートキープ機能の強化

<インセンティブ> ● 不足している診療科に社会的経済的インセンティブ

- インセンティブの付与
- <働き方>
- 外来 (ICT) →オンライン診療

● タスクシフト <その他>

- 総合診療科の専門医 地位確立
- 吉村が議員ヘレクチャー
- 人の呼び方
- 生きがいを
- 世論を盛り上げる!! ● 科ごとの地域需要の分析

● 研究:データをそろえる、地域ならではのテーマ

● 千葉県 "特区 "NP 処方できる特定看護師の権限拡大

【医師を配置する・誘導する】

- 医師修学資金制度の改善
- 専門医制度の改善
- 医局・基幹病院の医師派遣機能の強化
- 地域別・病院別の専門医の定員を定める
- 地域別の診療報酬の傾斜:不足地域での診療報酬↑
- 【少ない医師で提供できる】

- 巡回バス、タクシー券の配布
- 医学部卒前教育の充実

解答例: ②-1 医師偏在対策

- 病院の再編統合、集約化※第3講参照
- 総合診療医の育成活用
- クリニックの集約化働・ワンストップの実現
- 情報通信技術 (ICT) の活用:オンライン診療実施
- 健康相談の充実:医療の需要を抑える など

| 79 |