

# 日医総研ワーキングペーパー

## 医師確保のための実態調査

No. 178

2008年12月9日

日本医師会総合政策研究機構

前田 由美子  
森 宏一郎



## 医師確保のための実態調査

日本医師会 総合政策研究機構

前田 由美子 (研究部専門部長)

森 宏一郎 (主任研究員)

### キーワード

- ◆ 医師不足・偏在
- ◆ 医師確保対策
- ◆ 最低必要医師数倍率
- ◆ 医療計画
- ◆ 医師数の増減
- ◆ 病院医師不足感

### ポイント

- ◇ 都道府県単位で見ても、二次医療圏単位で見ても、多くの地域で病院医師は不足していると都道府県医師会は考えている。診療科目別では、産科・産婦人科、小児科、救急医療、麻酔科で、特に医師が不足していると都道府県医師会は考えている。
- ◇ 医師確保対策として、実施都道府県数がそれほど多くないものの、医師不足・偏在解消効果が出ていると都道府県医師会によって考えられているものとして、「県域を越えた連携」、「医師派遣システムの構築」、「地域の病院等への医師供給を要請」がある。
- ◇ 病院全体での最低必要な医師数は現状の1.10倍である。日本全体の病院従事医師数で考えると、約1万7千人増やさなければならない。
- ◇ 診療科別では、医師数が減少した病院の割合が特に大きいのは、産科・産婦人科と内科である。地域別では、医師数が減少した病院の割合が特に大きいのは、東北地区と中国四国地区である。
- ◇ 医師不足を理由として起きた問題としては、外来の閉鎖・休止・縮小が多かった。内科では、外来の閉鎖・休止・縮小をした病院が多かった。産科・産婦人科では、病棟閉鎖・病床縮小をした病院が多かった。小児科では、夜間救急対応を休止した病院が多かった。

# 目次

1. はじめに.....	1
2. 調査の概要.....	2
3. 集計・分析.....	4
3-1. 都道府県医師会調査（調査Ⅰ）.....	4
3-1-1. 医師の不足・偏在.....	4
都道府県別の病院・診療所医師の不足・偏在	
二次医療圏別の病院・診療所医師の不足・偏在	
診療科目別の医師不足（都道府県別・二次医療圏別）	
3-1-2. 医師確保のための対策.....	13
医師確保対策の実施状況	
各対策の実施主体	
各対策の医師不足・偏在解消効果	
実施主体と効果の関係	
3-1-3. 医療計画の策定状況.....	38
3-1-4. 医学部定員数増の是非.....	40
3-2. 全国病院調査（調査Ⅱ）.....	41
3-2-1. 回答病院の基本情報.....	41
3-2-2. 病院の医師数.....	42
常勤医師の比率（含、診療科目別）	
女性医師の比率（含、診療科目別）	
医師数の増減（含、診療科目別、病院属性別）	
地域別の医師数の増減	
大学・公的病院等からの供給医師数の増減（含、診療科目別、病院属性別）	
地域別の供給医師数の増減	
医師数増減と供給医師数の増減の関係	
診療科別の医師数増減と供給医師数増減の関係	
地域別の医師数増減と供給医師数増減の関係	

3-2-3. 病院医師の不足.....	65
病院医師不足の影響	
病院長による病院医師不足感（含、診療科目別、病院属性別）	
地域別の病院医師不足感	
医師不足感がある病院における医師数および供給医師数の増減	
3-2-4. 最低必要な医師数.....	73
最低必要医師数倍率（含、診療科目別）	
開設主体別の最低必要医師数倍率	
病床規模区分別の最低必要医師数倍率	
地域別の最低必要医師数倍率	
3-2-5. 新医師臨床研修制度施行後の変化.....	78
医師募集に対する応募（研修医以外）（含、病院属性別、地域別）	
医師の離職（含、病院属性別、地域別）	
指導医の負担（含、病院属性別、地域別）	
勤務する医師の活力（含、病院属性別、地域別）	
病院全体の活力（含、病院属性別、地域別）	
病院経営上の負担（含、病院属性別、地域別）	
初期研修医の数（含、病院属性別、地域別）	
いわゆる後期研修医の数（含、病院属性別、地域別）	
医師の離職と指導医の負担の関係	
指導医の負担と初期研修医の数の関係	
病院経営上の負担と初期研修医の数の関係	
初期研修医数と後期研修医数の関係	

4. まとめ..... 97

資料

調査Ⅰ. 都道府県医師会調査票	100
調査Ⅱ. 病院調査票	104



# 1. はじめに

近年、病院勤務医師の不足が顕在化し、救急患者の受入れに支障が出ている事態が報道されるようになってきている。特に、産科、小児救急において、医師不足は深刻な状況になっている。また、外科全般で医師が不足してきているとも言われている。こうした事態を受けて、政府も医師養成数を増加する政策を検討しており、将来的に 1.5 倍を増やす計画を発表している。

しかし、他方で医師数増加に伴って看護職などの他の医療従事者の適切な数の配置も必要である。さらに、医師数増加政策には、それに伴う医療費財源確保が必要だが、ほとんど議論されていないのが現状である。また、医師総数の議論は重要ではあるが、具体的にどの診療科で、どの地域で、どのような医療機関で、どの程度、医師が不足しているのかが十分に把握されているとは言えない。あるいは、不足なのか偏在なのかも必ずしも明らかになっていない。そうした具体的な状況を把握した上で、的確に医師数増加政策を検討するべきである。

そこで、日本医師会では、2008 年 10 月、「医師確保のための実態調査」を実施した。一つ目のアンケートは、全国で活用可能な医師不足対策を把握するために、全国の都道府県医師会を対象に実施した（都道府県医師会調査）。もう一つのアンケートは、地域、病院種別、病床規模別等の視点から、医師不足・偏在が顕著な分野を洗い出し、医師確保対策の優先度・重要度を明らかにするために、全国の病院（標本抽出）を対象に実施した（全国病院調査）。

本レポートは、上述の日本医師会実施の「医師確保のための実態調査」の結果を集計・分析したものである。医師不足対策・医師数増加政策を具体的に検討していくためのエビデンスあるいは基礎となるデータを提供することを目的としてまとめている。以下、第 2 節で、アンケート調査の概要を説明する。第 3 節で、集計・分析を実施する。第 4 節で、結果をまとめる。

## 2. 調査の概要

本節では、日本医師会で実施したアンケート調査の概要をまとめておく。アンケートは2つの異なる調査で構成されている。調査Ⅰは「全国都道府県医師会」を対象としたもので、目的は「都道府県または都道府県医師会が行った医師確保対策のうち、全国で活用することのできる医師確保対策を把握すること」である（都道府県医師会調査）。調査Ⅱは「全国病院（標本抽出）」を対象としたもので、目的は「地域、病院種別、病床規模別等の視点から、医師不足・偏在が顕著な分野を洗い出し、医師確保対策の優先度・重要度を明らかにすること」である（全国病院調査）。

表 2-1. 調査の構成

	調査対象	対象数	目的
調査Ⅰ	全国都道府県医師会	47	都道府県または都道府県医師会が行った医師確保対策のうち、全国で活用することのできる医師確保対策を把握
調査Ⅱ 注1	平成20年度臨床研修プログラムに参加する病院 <sup>注2</sup>	2,433	地域、病院種別、病床規模別等の視点から、医師不足・偏在が顕著な分野を洗い出し、医師確保対策の優先度、重要度の明確化
	協力型臨床研修病院	(1,116)	
	単独型・管理型臨床研修病院	(1,317)	
	精神科病院 <sup>注3</sup>	227	
	一般病院 <sup>注4</sup>	2,880	
	合計	5,540	

注1：医師会病院は必ず抽出している。

注2：大学病院は、単独型・管理型臨床研修病院に116病院、協力型臨床研修病院に23病院が含まれている。

注3：都道府県を単位とする層化抽出（都道府県別の割合に応じた系統抽出）。全体の20%抽出。ただし、各都道府県から必ず1精神科病院を抽出。

注4：都道府県を単位とする層化抽出（都道府県別の割合に応じた系統抽出）。全体の50%抽出。

表 2-1 は、調査構成の詳細を示している。調査Ⅱには若干の説明が必要だろう。調査対象の抽出のために、医事日報『病院情報（CD-ROM 版）』の全国病院リストを用いている<sup>1</sup>。まず、全国 8,912 病院から、平成 20 年度に臨床研修プログラムに参加する病院 2,433 病院を抽出する。その内訳は、協力型臨床研修病院が 1,116 病院、単独型・管理型臨床研修病院が 1,317 病院となっている。次に、臨床研修プログラムに参加する病院を除いた残りの病院から、精神科病院については 20%抽出、一般病院については 50%抽出した。抽出方法は、都道府県を単位とする層化抽出とした。つまり、都道府県別の

<sup>1</sup> 北海道東北ブロックは 2006 年版、他のブロックは 2007 年版。

病院割合に応じて、系統抽出を行った<sup>2</sup>。ただし、精神科病院については、各都道府県から必ず1病院は抽出している。なお、医師会病院は必ず抽出されている。

調査方法は郵送調査である。調査期間は、2008年9月26日～10月20日であり、調査の基準日は2008年10月1日である。

表 2-2. 回収状況

	調査対象	対象数	有効回答数	有効回答率
調査 I	全国都道府県医師会	47	47	100.0%
調査 II	平成20年度臨床研修プログラムに参加する病院	2,433	1,296	53.3%
	精神科病院	227	122	53.7%
	一般病院	2,880	1,250	43.4%
	合計	5,540	2,668	48.2%

表 2-2 は調査票の回収状況を示している。調査 I の全国都道府県医師会対象では、47 都道府県医師会から有効回答を得て、有効回答率は 100.0% である。調査 II の全国病院対象では、合計で 2,668 機関から有効回答を得て、有効回答率は 48.2% である。内訳を見ると、平成 20 年度における臨床研修指定病院（大学病院を含む）では 53.3%、精神科病院では 53.7%、一般病院では 43.4% の回答を得た。

<sup>2</sup> 例えば、精神科病院が 20 施設ある県では、一覧表から無作為に選んだ行に掲載されている病院と、それ以降の 5 行目、10 行目、15 行目の病院の合計 4 施設（20%抽出）が対象として抽出される。したがって、抽出される病院の組合せが固定されているため、完全な無作為抽出にはなっていないが、リストは医事日報の『病院情報』を用いており、リストに作為性はないことから、大きな問題はないだろう。

### 3. 集計・分析

第2節で説明したとおり、対象と目的が異なる2つの調査を実施した。一つは都道府県医師会調査（調査Ⅰ）であり、もう一つは病院調査（調査Ⅱ）である。したがって、本節ではそれぞれの調査について、集計・分析を行う。

#### 3-1. 都道府県医師会調査（調査Ⅰ）

##### 3-1-1. 医師の不足・偏在

都道府県別の病院・診療所医師の不足・偏在

図 3-1-1-1. 都道府県別の病院医師の不足状況

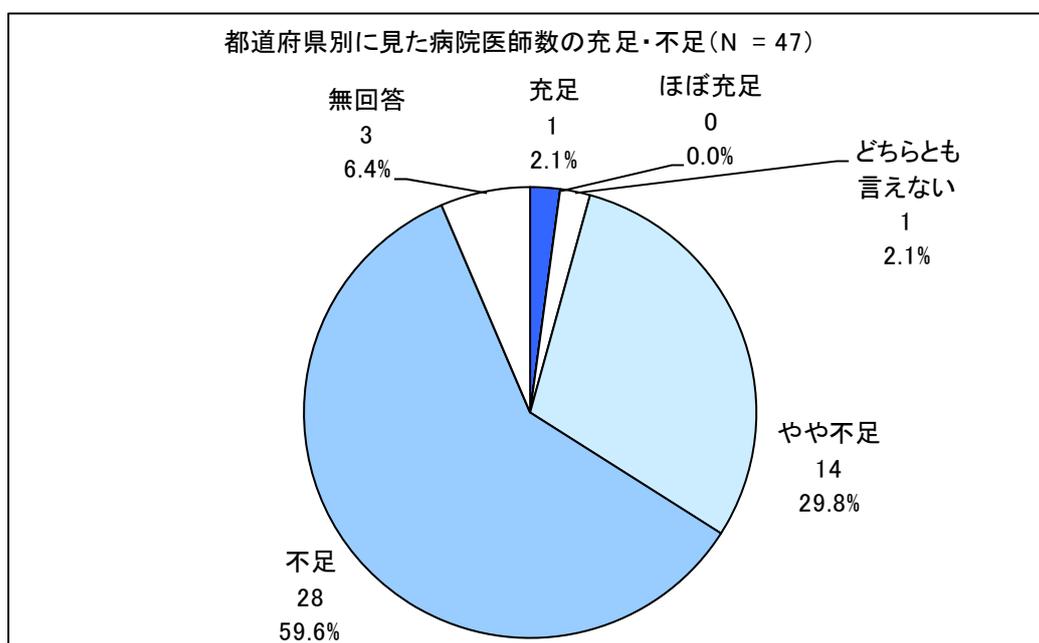


図 3-1-1-1 は都道府県単位の病院医師の不足について各都道府県医師会がどう考えているかを集計したものである。47 都道府県医師会のうち、14 都道府県医師会が「やや不足」(29.8%)、28 都道府県医師会が「不足」(59.6%)と考えており、合計すると 42

都道府県医師会(89.4%)となる。大多数の都道府県医師会が各都道府県で病院医師が不足していると考えている。

図 3-1-1-2 は都道府県別の診療所医師数の不足状況について各都道府県医師会がどのように考えているかを集計したものである。47 都道府県医師会のうち、9 都道府県医師会が「やや不足」(19.1%)、9 都道府県医師会が「不足」(19.1%)と考えており、それらの合計は 18 都道府県医師会(38.2%)となる。病院医師と比較して(図 3-1-1-1)、相対的に診療所医師の不足状況は深刻ではないと都道府県医師会は考えている。ただし、それでも「充足」「ほぼ充足」「どちらとも言えない」を合計しても、23 都道府県医師会であり、50%には到達していないことには留意する必要があるだろう。

図 3-1-1-2. 都道府県別の診療所医師の不足状況

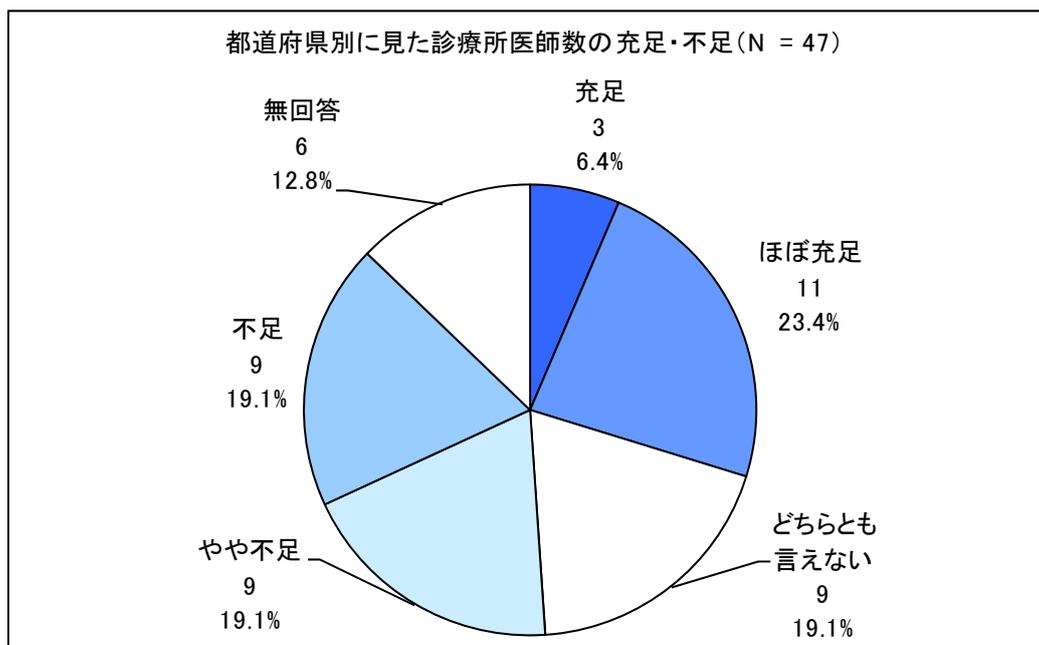


図 3-1-1-3 は都道府県別の医師の偏在状況について各都道府県医師会がどのように考えているかを集計したものである。47 都道府県医師会のうち、36 都道府県医師会(76.6%)が都道府県単位で医師の偏在があると考えている。

図 3-1-1-3. 都道府県別の医師の偏在状況

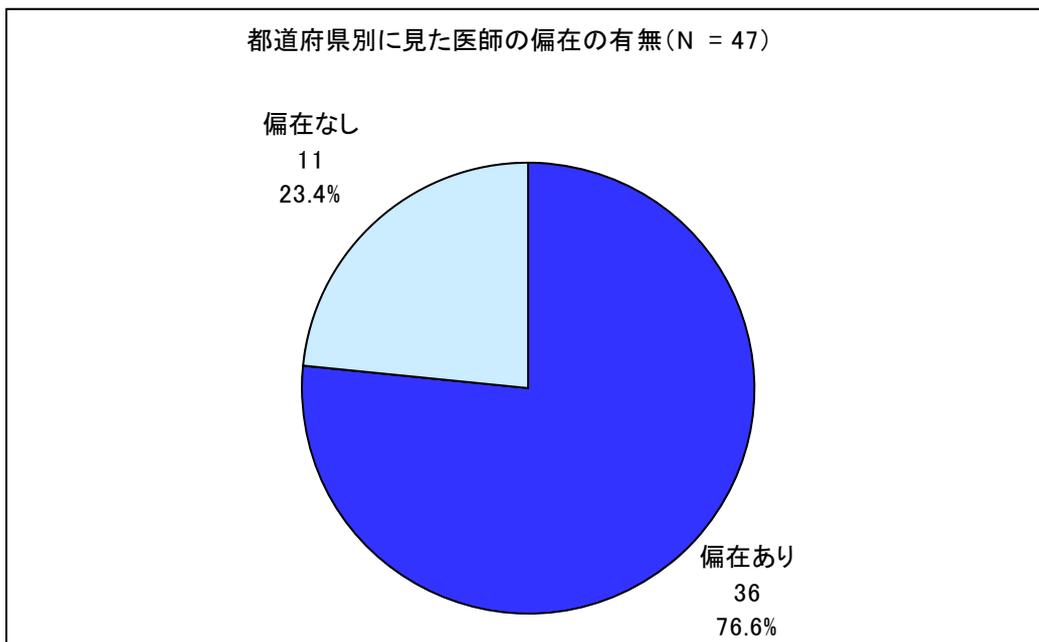


図 3-1-1-4. 都道府県別の病院・診療所医師の不足状況

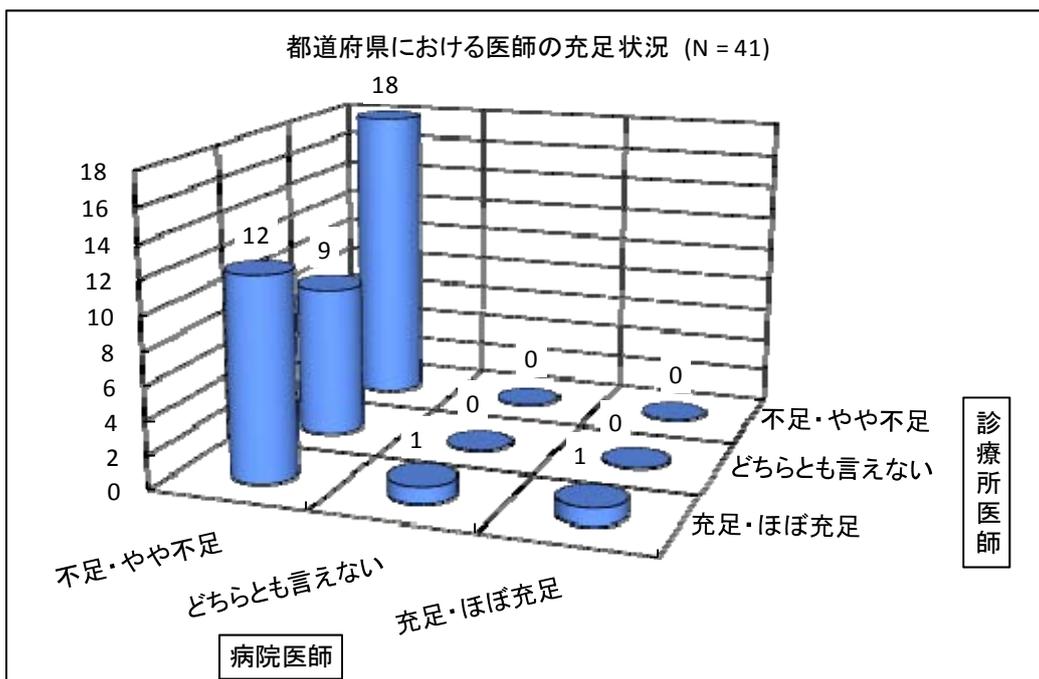


図 3-1-1-4 は都道府県別の病院・診療所医師の不足状況について各都道府県医師会がどのように考えているかをクロス集計したものである。「不足」と「やや不足」、「充足」と「ほぼ充足」をそれぞれ統合していることに注意してほしい。既に見たように（図 3-1-1-1）、病院医師はほとんどの都道府県医師会が不足状態にあると考えているが、診

療所医師の不足状況についての考えを合わせてみると、病院医師と診療所医師の両方で不足状況にあると考えている都道府県医師会が18あり、最多となっている。

図3-1-1-5は都道府県別の病院医師不足の状況と医師偏在の状況について各都道府県医師会がどのように考えているかをクロス集計したものである。47都道府県医師会のうち、35都道府県医師会(74.5%)が病院医師が不足している上に、医師が偏在していると考えている。不足の上、偏在であれば、言うまでもなく、地域によっては深刻な病院医師不足あるいは診療科目によっては病院医師不在の問題があるだろう。

図3-1-1-5. 都道府県別の病院医師不足と医師偏在の状況

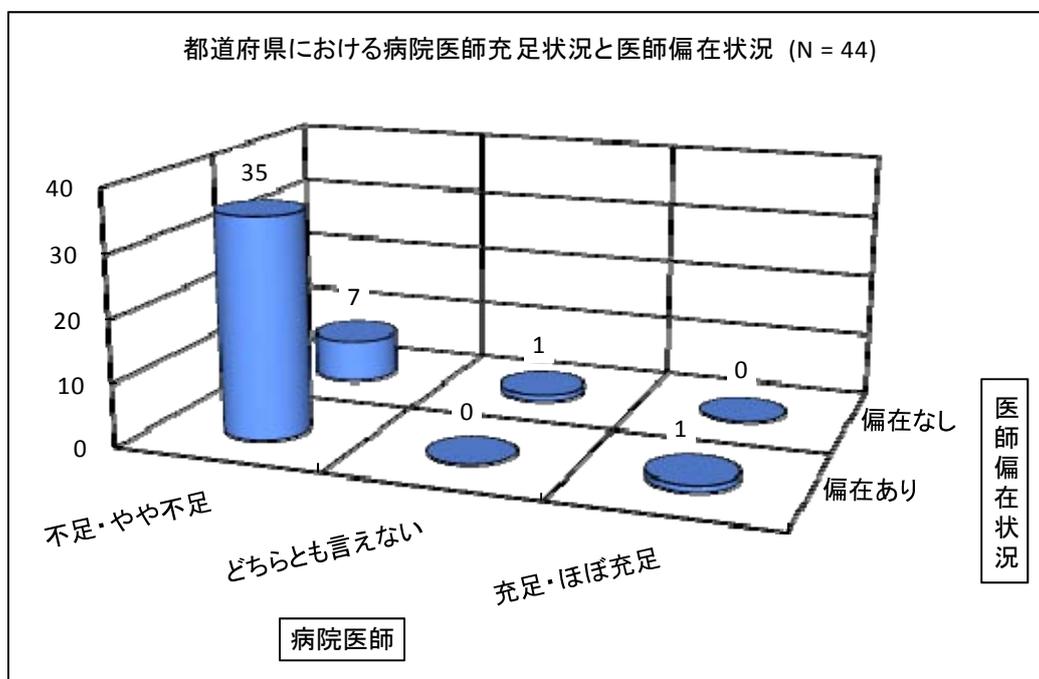
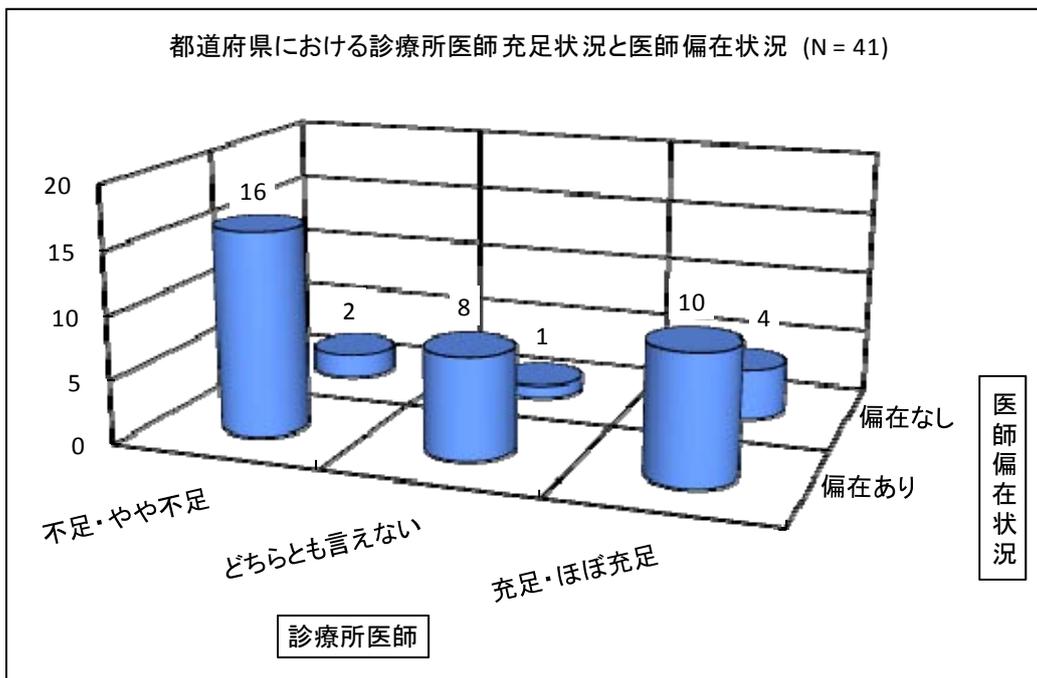


図3-1-1-6は都道府県別の診療所医師不足の状況と医師偏在の状況について各都道府県医師会がどのように考えているかをクロス集計したものである。47都道府県医師会のうち、16都道府県医師会(30.0%)が診療所医師が不足している上に、医師が偏在していると考えている。病院医師ほど深刻な状況には見えないが、病院医師と同様に、不足かつ偏在ありと考える都道府県医師会が最多であった。不足の上、偏在であれば、言うまでもなく、地域によっては深刻な診療所医師不足あるいは診療所医師不在の問題があるだろう。

図 3-1-1-6. 都道府県別の診療所医師不足と医師偏在の状況



二次医療圏別の病院・診療所医師の不足・偏在

図 3-1-1-7. 二次医療圏別の病院医師の不足状況

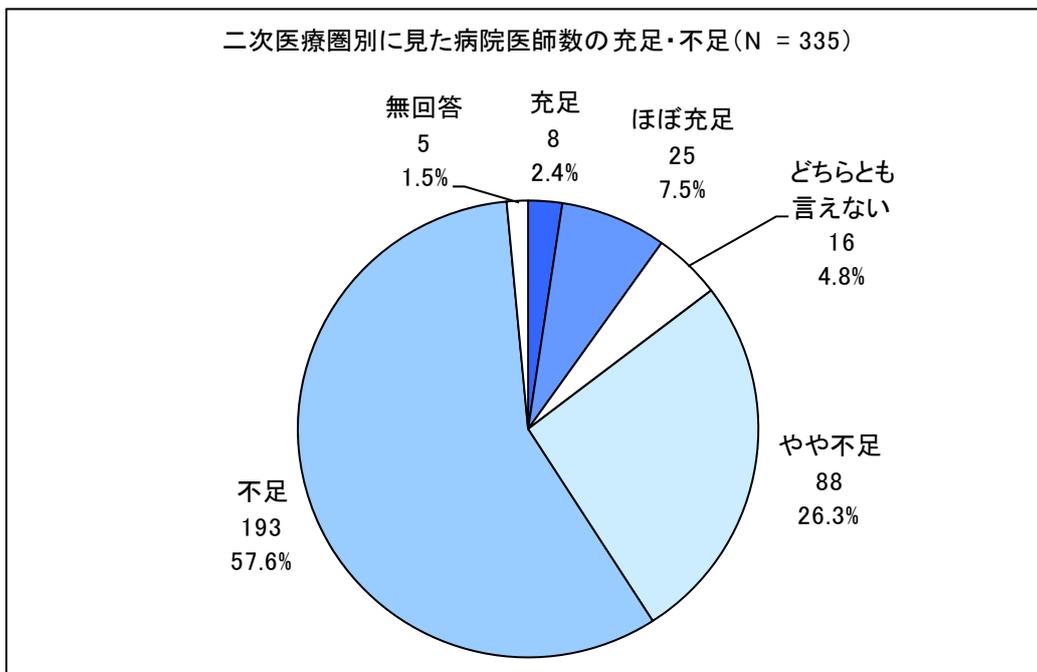


図 3-1-1-7 は二次医療圏別の病院医師の不足状況について各都道府県医師会がどのように考えているかを集計したものである。各都道府県医師会の考えによると、335 二次医療圏のうち、「やや不足」が 88 二次医療圏(26.3%)、「不足」が 193 二次医療圏(57.6%)であり、合計すると 281 二次医療圏(83.9%)となる。大多数の二次医療圏で病院医師が不足していると都道府県医師会によって考えられている。

図 3-1-1-8 は二次医療圏別の診療所医師数の不足状況について各都道府県医師会がどのように考えているかを集計したものである。各都道府県医師会の考えによると、335 二次医療圏のうち、「やや不足」が 52 二次医療圏(15.5%)、「不足」が 77 二次医療圏(23.0%)で、それらの合計が 129 二次医療圏(38.5%)となる。病院医師と比較して(図 3-1-1-7)、相対的に診療所医師の不足状況は深刻ではないと各都道府県医師会は考えている。ただし、それでも「充足」「ほぼ充足」「どちらとも言えない」を合計しても、183 二次医療圏であり、54.6%にすぎないことに留意する必要がある。

図 3-1-1-8. 二次医療圏別の診療所医師の不足状況

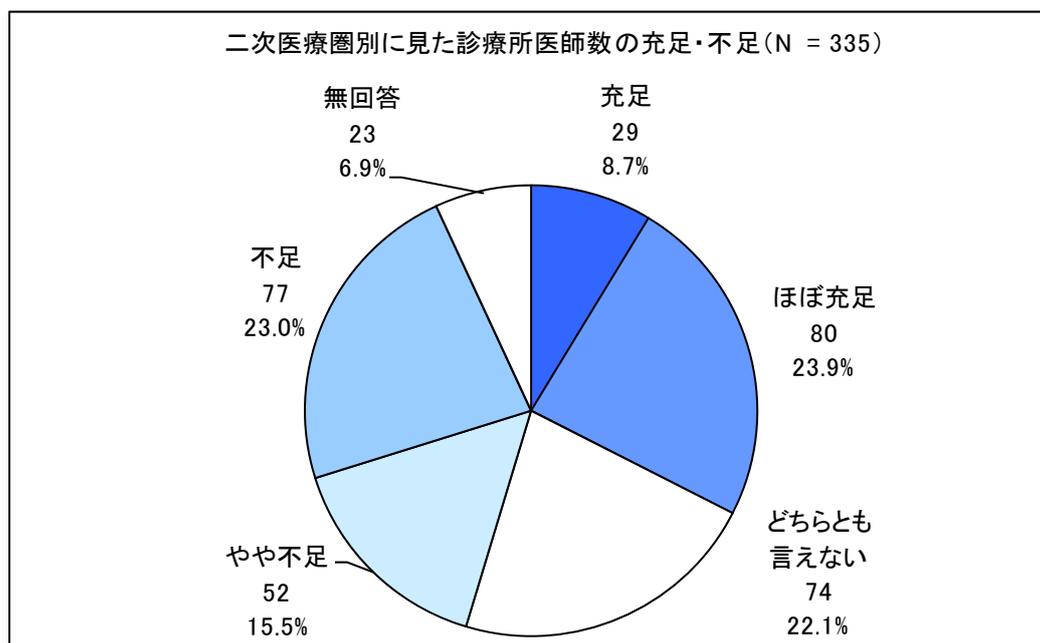


図 3-1-1-9 は二次医療圏別の医師の偏在状況について各都道府県医師会がどのように考えているかを示している。各都道府県医師会の考えによれば、335 二次医療圏のうち、219 二次医療圏(65.4%)で医師の偏在がある。

図 3-1-1-9. 二次医療圏別の医師偏在の状況

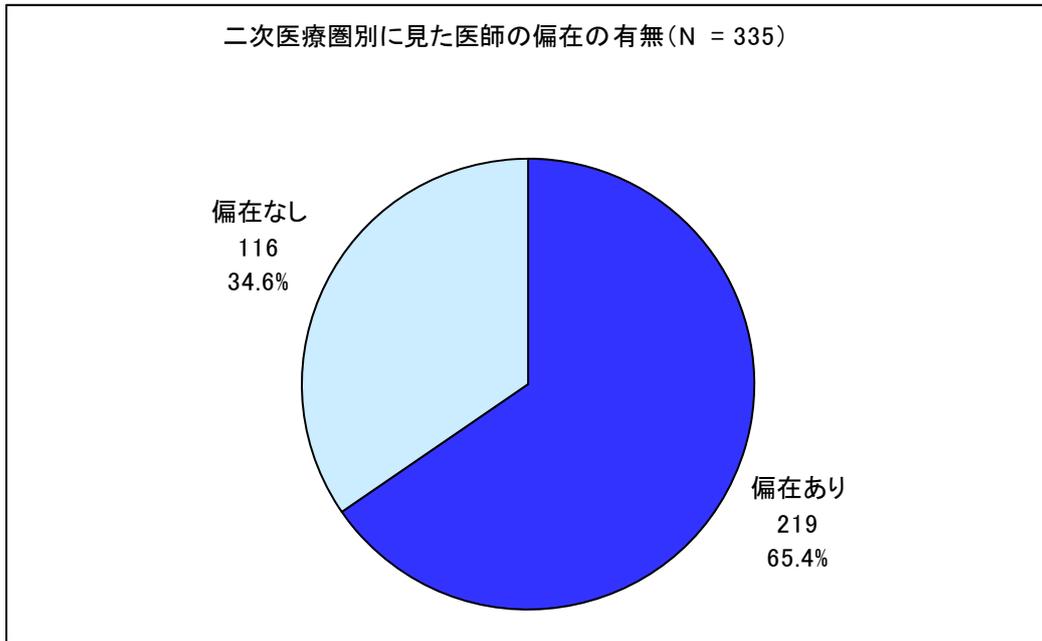


図 3-1-1-10. 二次医療圏別の病院・診療所医師の不足状況

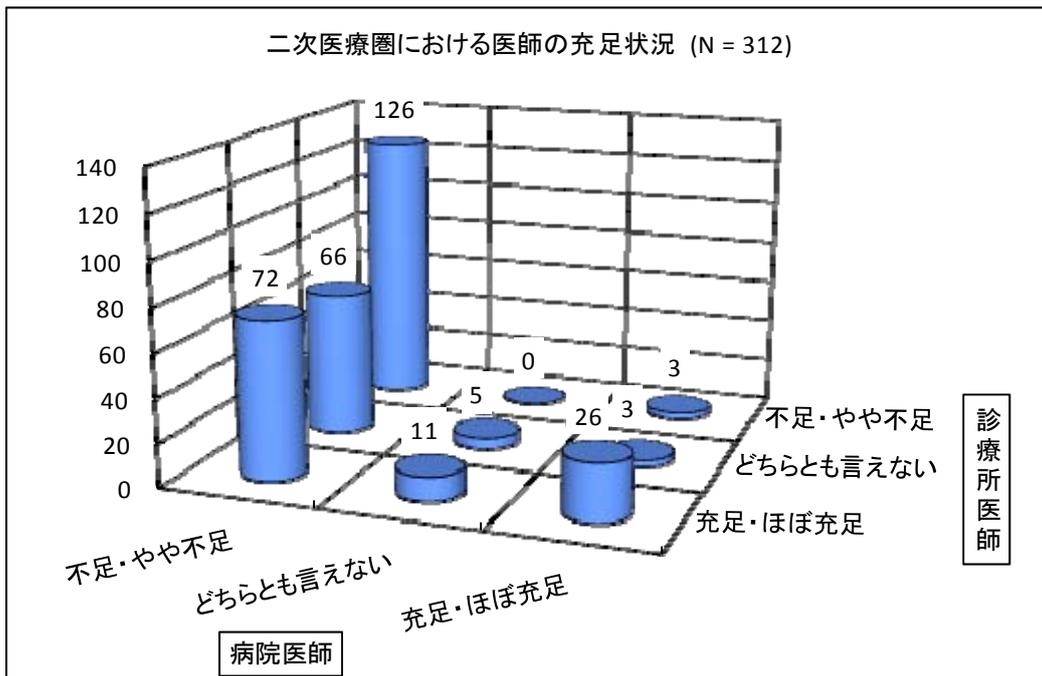


図 3-1-1-10 は二次医療別の病院・診療所医師の不足状況について各都道府県医師会がどのように考えているかをクロス集計したものである。「不足」と「やや不足」、「充足」と「ほぼ充足」をそれぞれ統合していることに注意してほしい。既に見たように(図 3-1-1-7)、病院医師はほとんどの二次医療圏で不足状態にあると各都道府県医師会は考

えている。診療所医師の不足状況に対する考えを合わせてみると、回答のある 312 二次医療圏のうち、病院医師と診療所医師の両方で不足状況にあると考えられている二次医療圏が 126 二次医療圏(40.4%)と最多となっている。

図 3-1-1-11 は二次医療圏別の病院医師不足の状況と医師偏在の状況について各都道府県医師会がどのように考えているかをクロス集計したものである。回答のある 330 二次医療圏のうち、195 二次医療圏(59.1%)で、病院医師が不足している上に、医師が偏在していると各都道府県医師会によって考えられている。不足の上、偏在であれば、言うまでもなく、地域によっては深刻な病院医師不足あるいは診療科目によっては病院医師不在の問題があるだろう。

図 3-1-1-11. 二次医療圏別の病院医師不足と医師偏在の状況

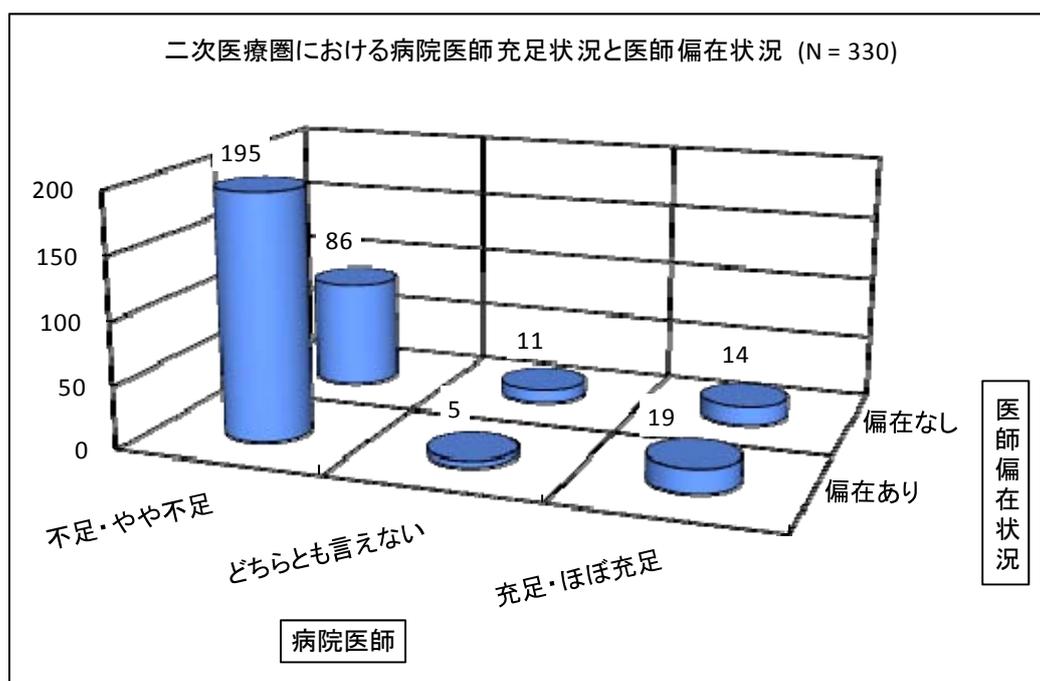
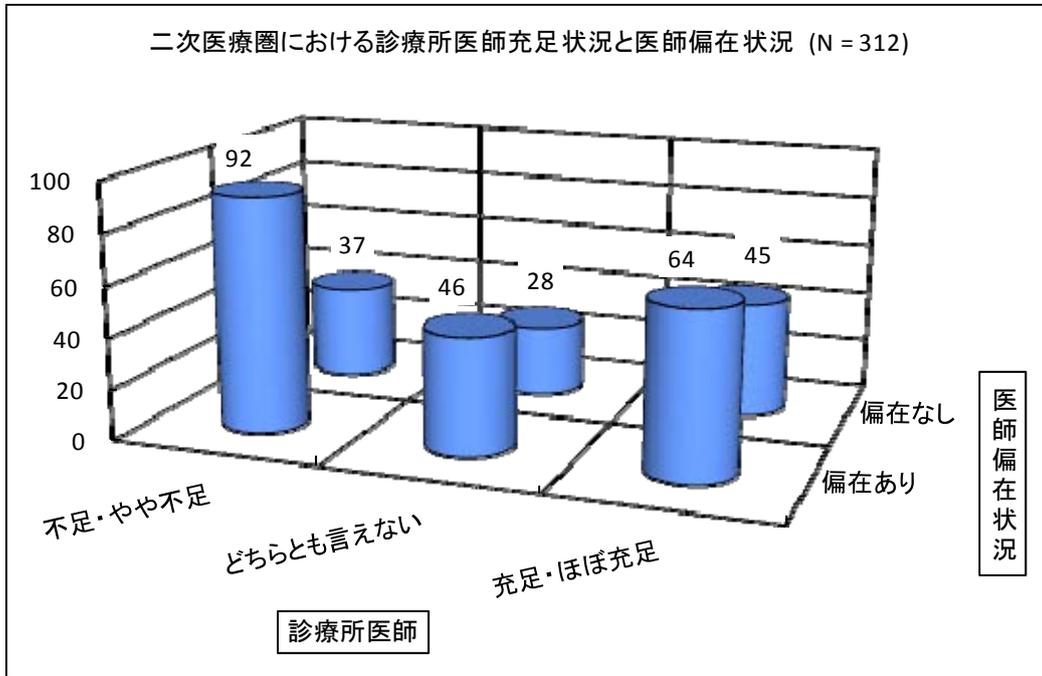


図 3-1-1-12 は二次医療圏別の診療所医師不足の状況と医師偏在の状況について各都道府県医師会がどのように考えているかをクロス集計したものである。回答のある 312 二次医療圏のうち、92 二次医療圏(29.5%)で、診療所医師が不足している上に、医師が偏在していると各都道府県医師会によって考えられている。病院医師ほど深刻な状況には見えないが、病院医師と同様に、不足かつ偏在ありと考えられる二次医療圏が最多であった。不足の上、偏在であれば、言うまでもなく、地域によっては深刻な診療所医師

不足あるいは診療所医師不在の問題があるだろう。

図 3-1-1-12. 二次医療圏別の診療所医師不足と医師偏在の状況



診療科目別の医師不足

図 3-1-1-13. 都道府県における診療科別の医師不足状況

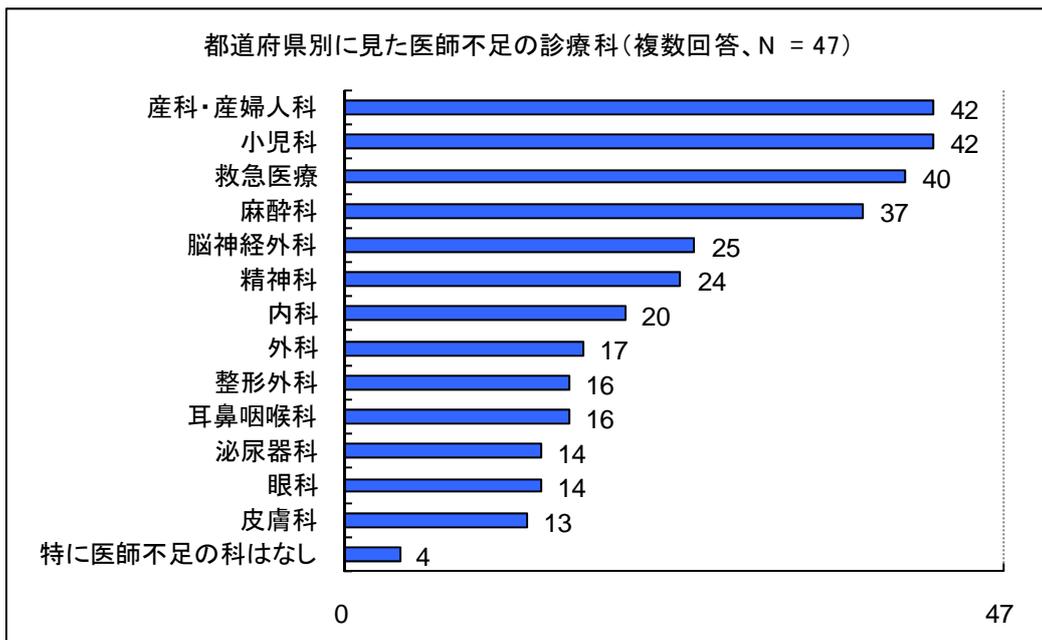
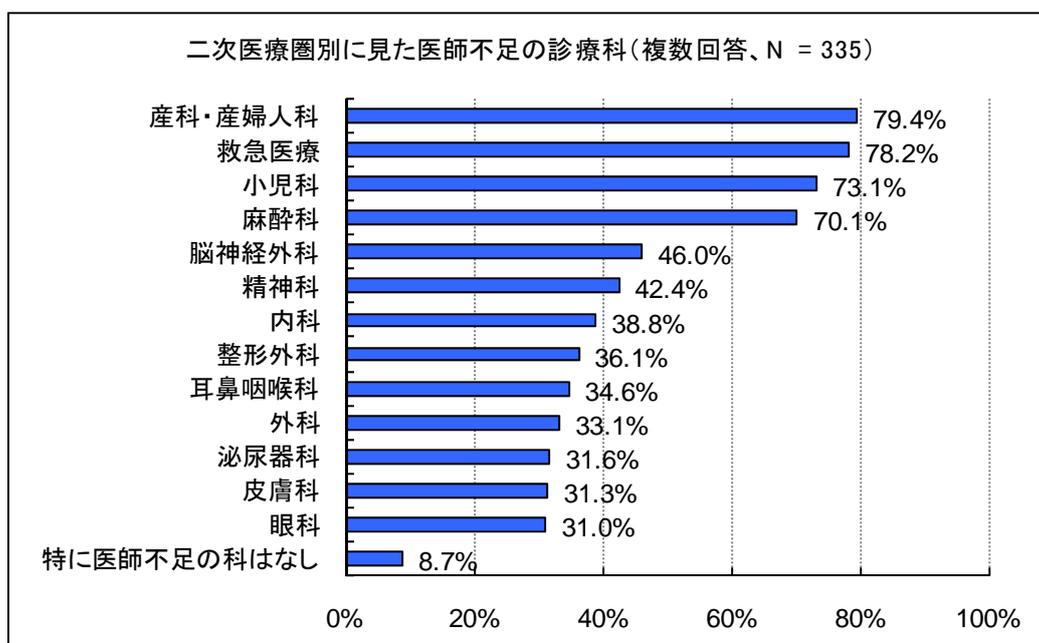


図 3-1-1-13 は都道府県における診療科目別の医師不足状況について各都道府県医師会がどのように考えているかを集計したものである。特に医師が不足している診療科として回答が多かった診療科目は、47 都道府県医師会のうち、産科・産婦人科で 42、小児科 42、救急医療 40、麻酔科 37 となった。

図 3-1-1-14 は二次医療圏における診療科目別の医師不足状況について各都道府県医師会がどのように考えているかを集計したものである。特に医師が不足している診療科として回答が多かった診療科目は、産科・産婦人科で 335 二次医療圏中 79.4%、救急医療 78.2%、小児科 73.1%、麻酔科 70.1%となった。

図 3-1-1-14. 二次医療圏における診療科別の医師不足状況



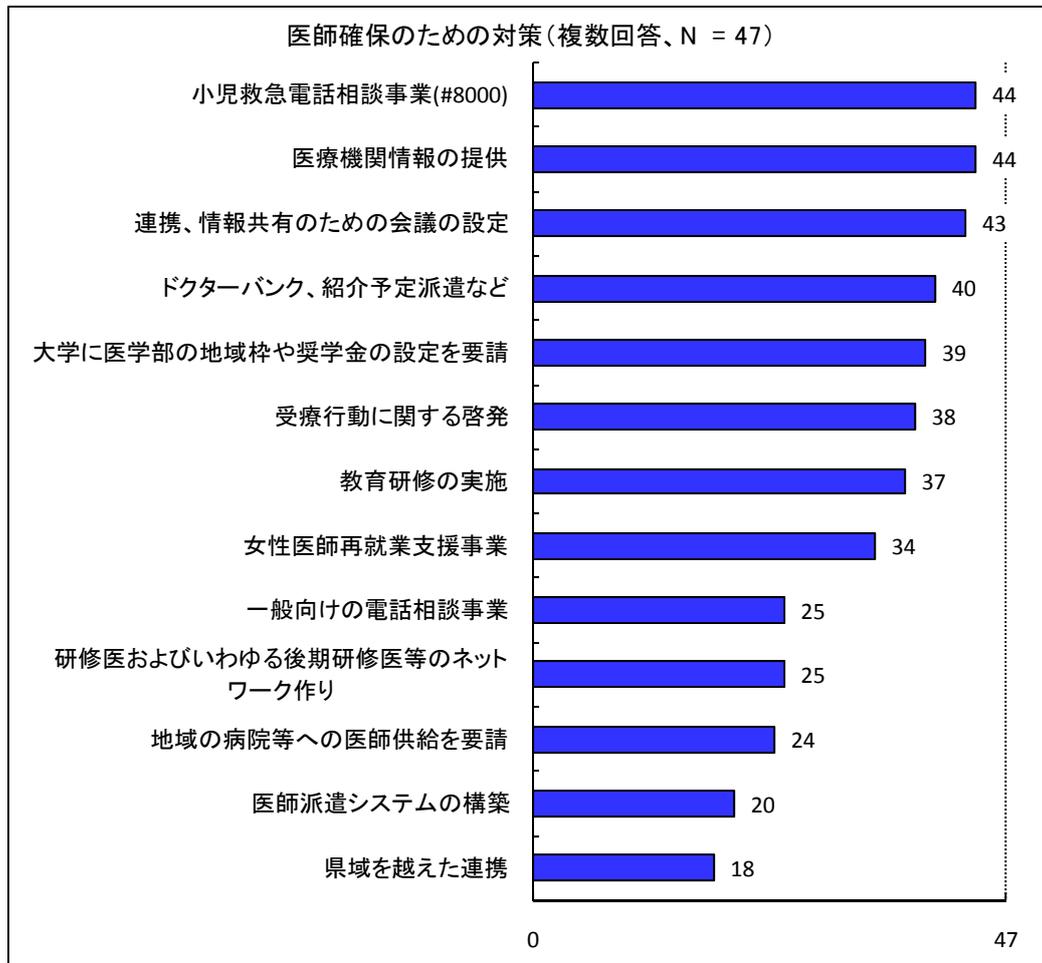
### 3-1-2. 医師確保のための対策

#### 医師確保対策の実施状況

図 3-1-2-1 は医師確保対策の実施状況を集計したものである。実施都道府県が多い順に見ていくと、47 都道府県のうち、「小児救急電話相談事業（#8000）」が 44 都道府県、

「医療機関情報の提供（ホームページでの診療情報の提供など）」が 44 都道府県、「連携、情報共有のための会議の設定（医療機関の連携、医療関係職種の連携）」が 43 都道府県、「ドクターバンク、紹介予定派遣など」が 40 都道府県で実施されている。

図 3-1-2-1. 医師確保対策の実施状況(都道府県単位)



### 各対策の実施主体

図 3-1-2-2 は「ドクターバンク、紹介予定派遣など」の実施主体について集計したものである。対策を実施している 40 都道府県のうち、「行政等が単独で実施」が 22 都道府県で最多であった。「医師会単独」も 13 都道府県あった。

図 3-1-2-2. ドクターバンク・紹介予定派遣などの実施主体

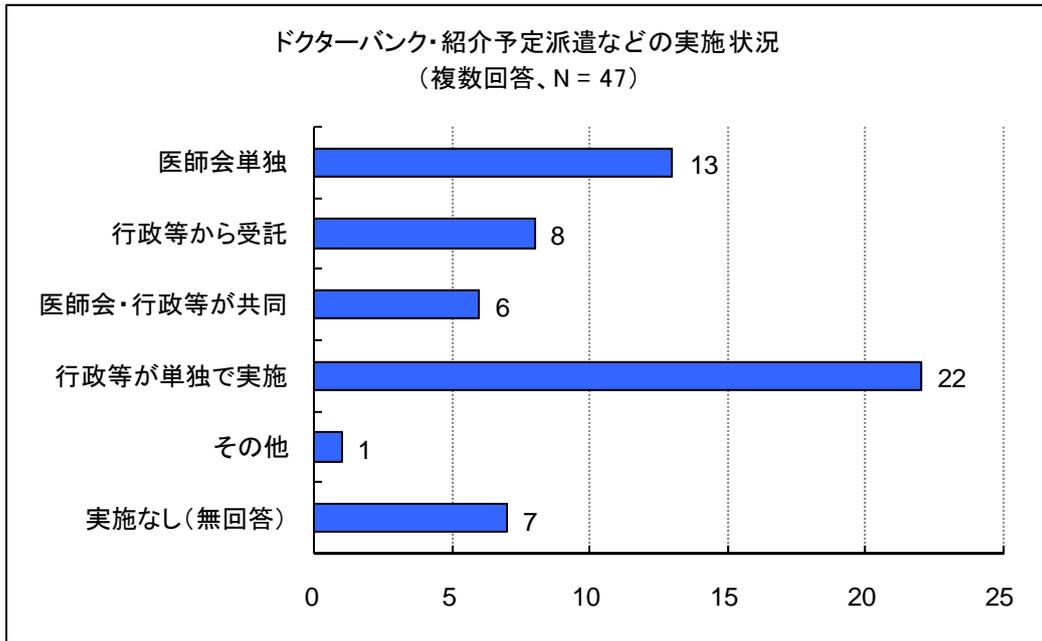


図 3-1-2-3 は「女性医師再就業支援事業（含、女性医師バンク）」の実施主体について集計したものである。対策を実施している 34 都道府県のうち、「行政等が単独で実施」が 15 都道府県で最多であった。「医師会単独」は 9 都道府県、「医師会・行政等が共同」は 8 都道府県であった。

図 3-1-2-3. 女性医師再就業支援事業の実施主体

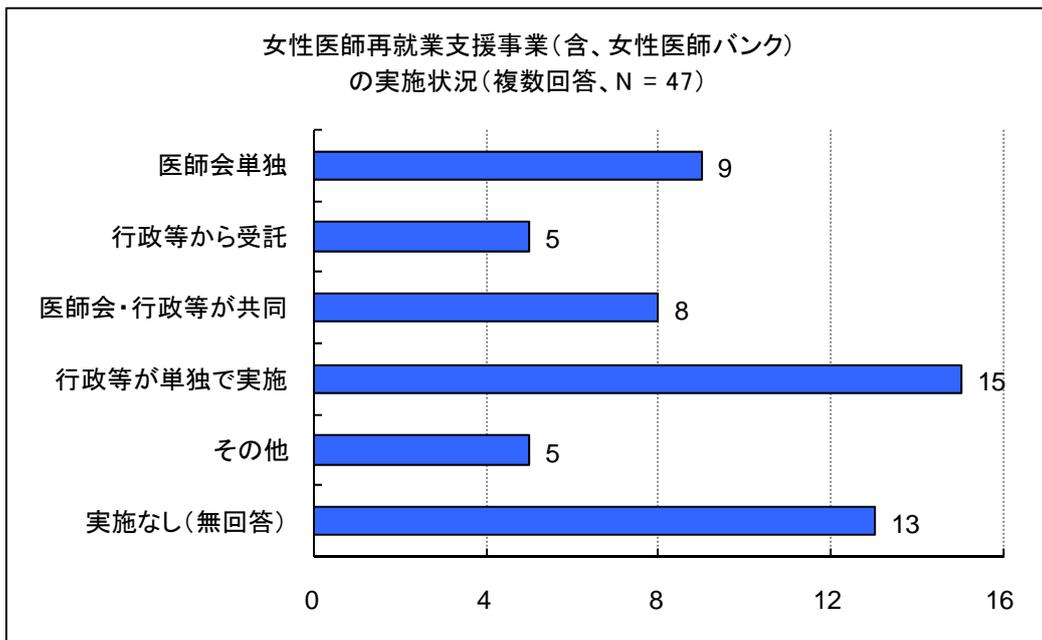


図 3-1-2-4 は「教育研修（かかりつけの医師、初期救急医療、各疾病ガイドラインの普及など）」の実施主体について集計したものである。対策を実施している 37 都道府県のうち、「行政等から受託」が 15 都道府県で最多であった。「医師会・行政等が共同」は 12 都道府県、「医師会単独」は 10 都道府県であった。

図 3-1-2-4. 教育研修の実施主体

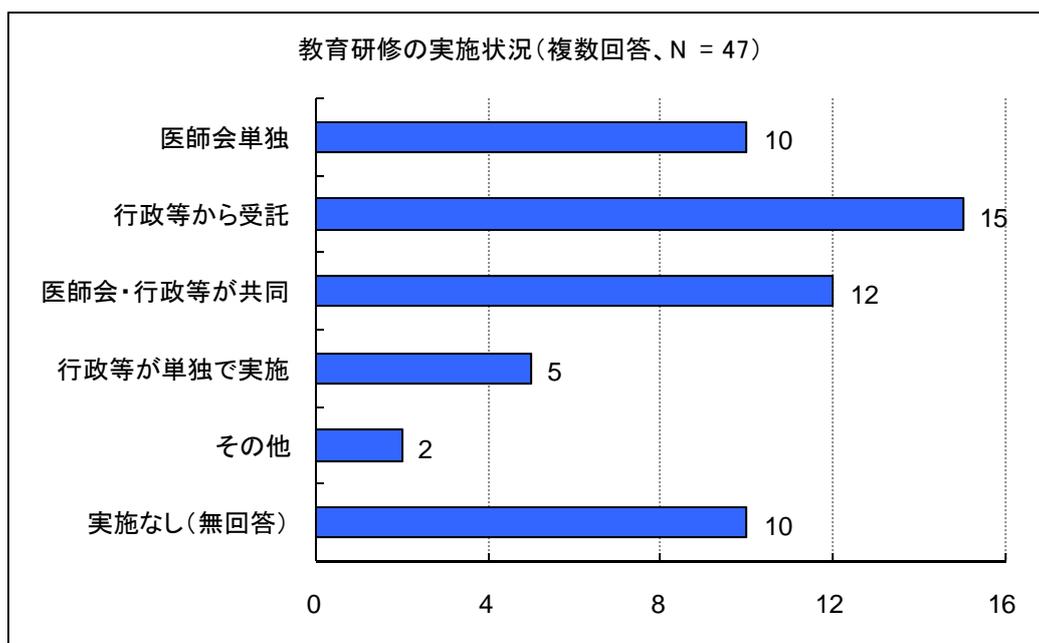


図 3-1-2-5. 連携・情報共有のための会議の設定の実施主体

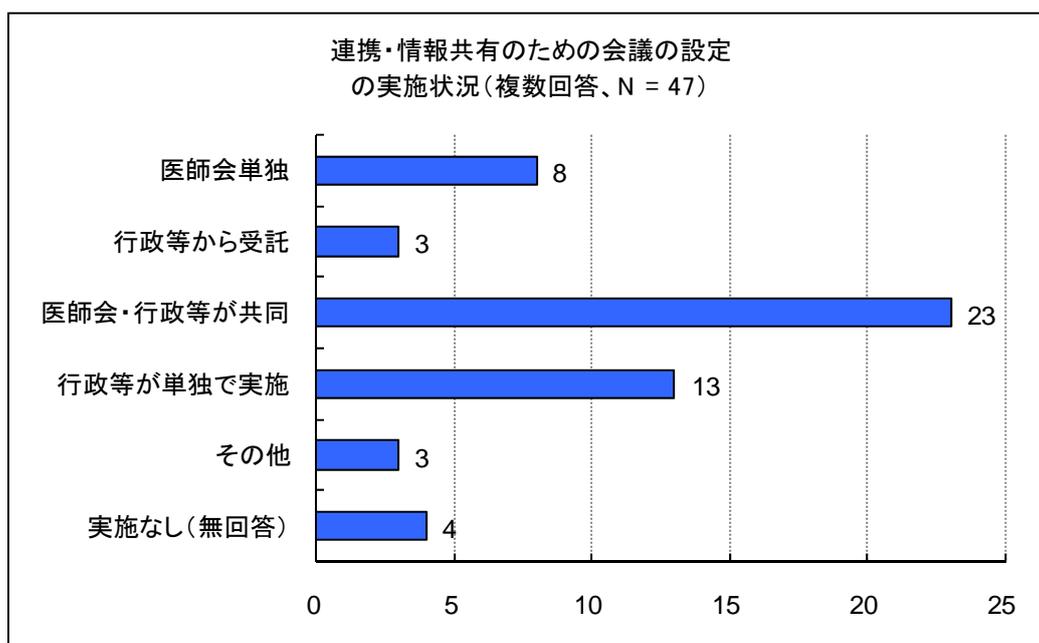


図 3-1-2-5 は「連携、情報共有のための会議の設定（医療機関の連携、医療関係職種との連携）」の実施主体について集計したものである。対策を実施している 43 都道府県のうち、「医師会・行政等が共同」が 23 都道府県で最多であった。「行政等が単独で実施」は 13 都道府県、「医師会単独」は 8 都道府県であった。

図 3-1-2-6 は「医師派遣システムの構築（大学・国公立病院等から地域の医療機関への派遣）」の実施主体について集計したものである。対策を実施している 20 都道府県のうち、「行政等が単独で実施」が 13 都道府県で最多であった。

図 3-1-2-6. 医師派遣システムの構築の実施主体

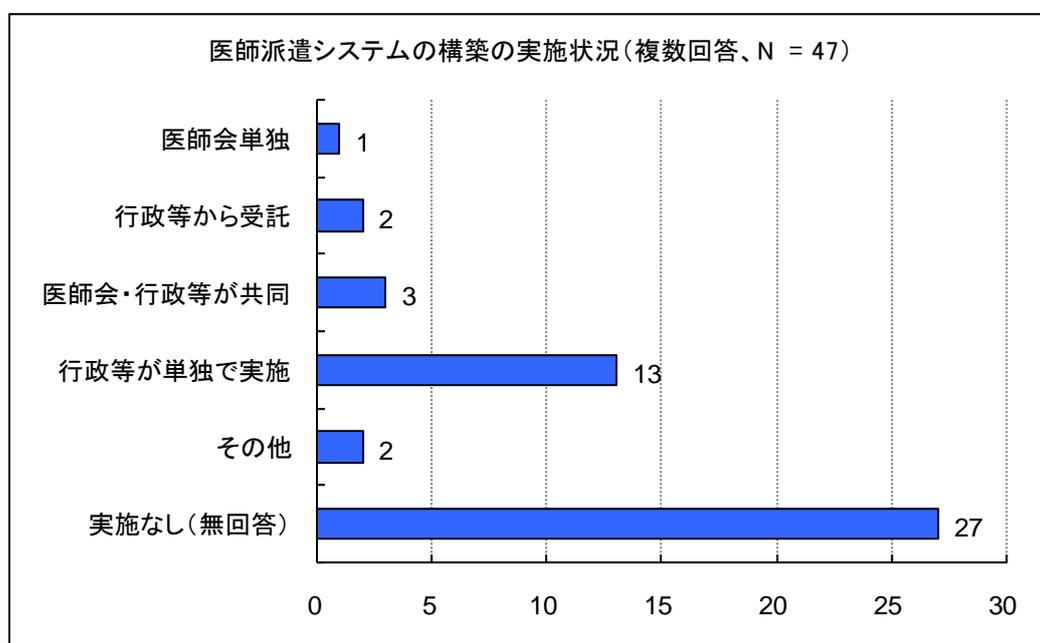


図 3-1-2-7 は「県域を越えた連携（医師の相互供給、ドクターヘリの共同運航など）」の実施主体について集計したものである。対策を実施している 18 都道府県のうち、「行政等が単独で実施」が 11 都道府県で最多であった。

図 3-1-2-7. 県域を越えた連携の実施主体

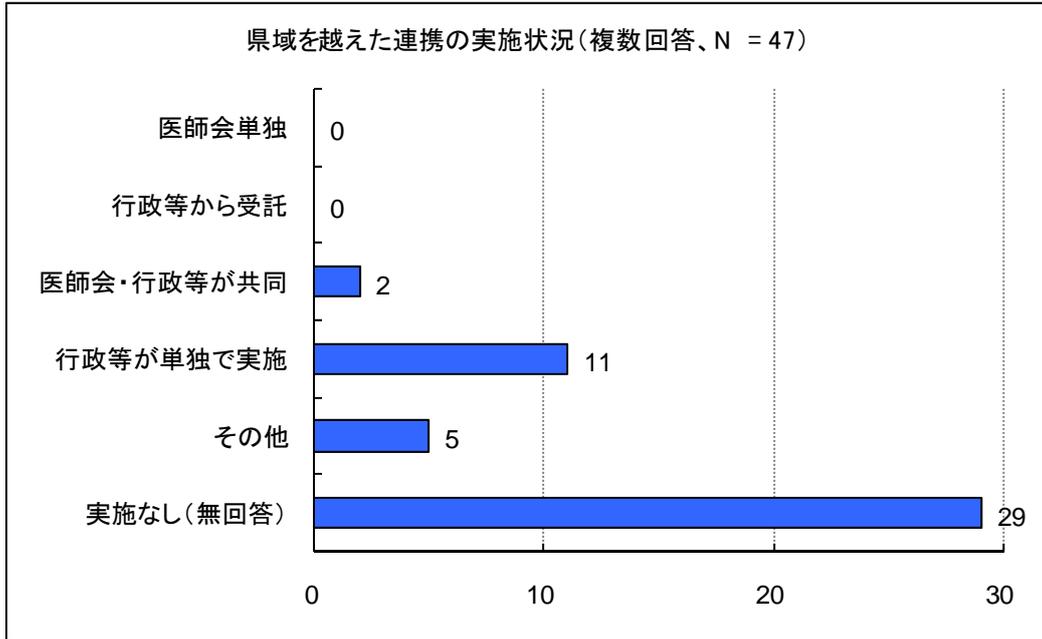


図 3-1-2-8 は「地域の病院等への医師供給を要請(国公立公的病院への要請を含む)」の実施主体について集計したものである。対策を実施している 24 都道府県のうち、「行政等が単独で実施」が 17 都道府県で最多であった。「医師会・行政等が共同」も 7 都道府県あった。

図 3-1-2-8. 地域の病院等への医師供給を要請の実施主体

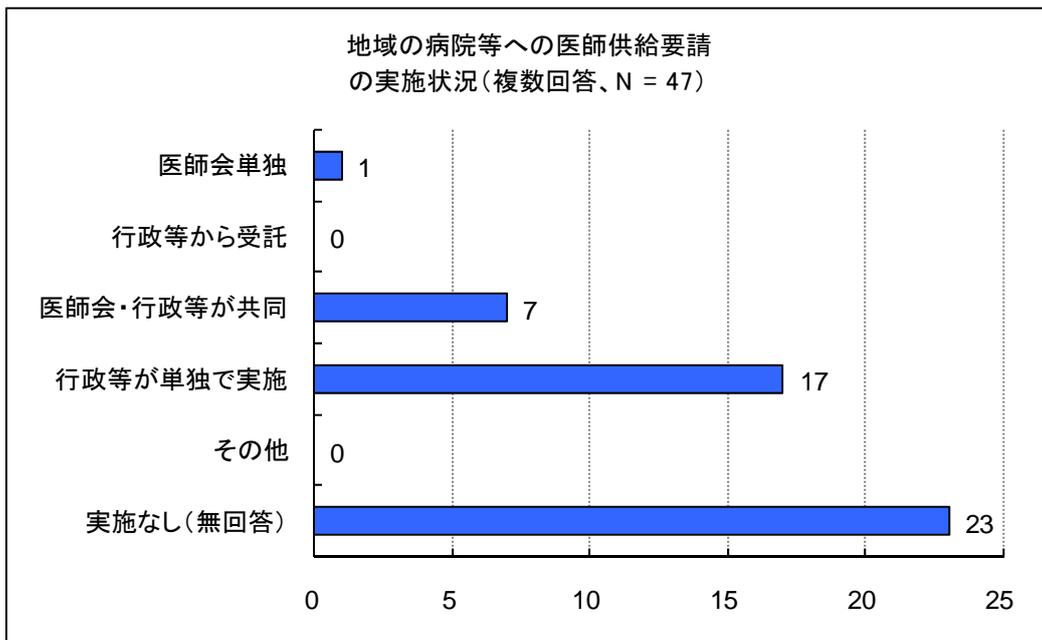


図 3-1-2-9 は「大学に医学部の地域枠や奨学金の設定を要請」の実施主体について集計したものである。対策を実施している 39 都道府県のうち、「行政等が単独で実施」が 30 都道府県で最多であった。「医師会・行政等が共同」も 7 都道府県あった。

図 3-1-2-9. 大学に医学部の地域枠や奨学金の設定を要請の実施主体

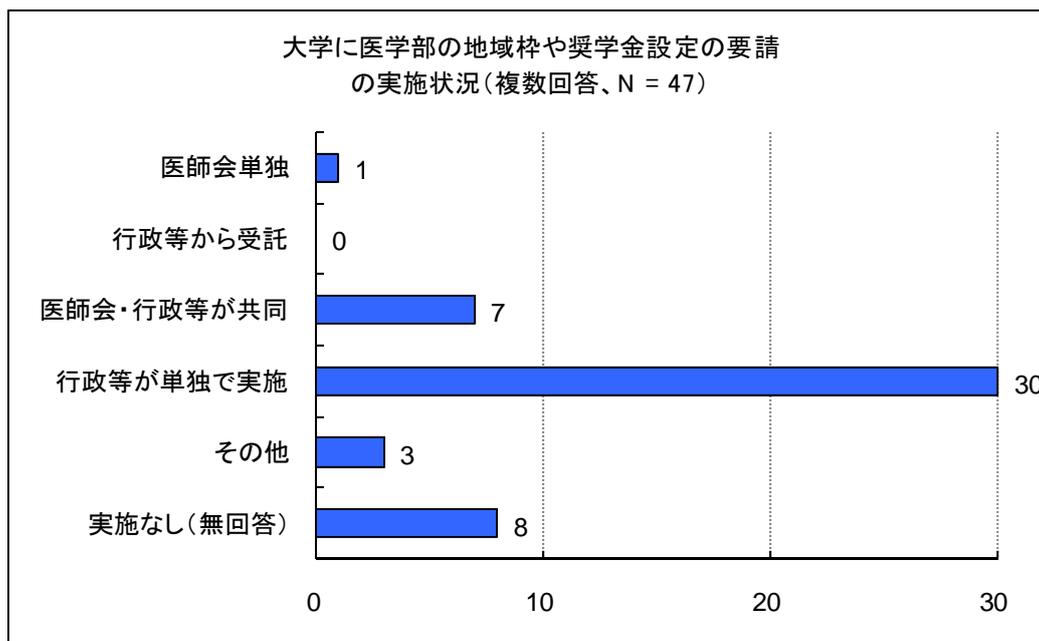


図 3-1-2-10. 研修医およびいわゆる後期研修医等のネットワーク作りの実施主体

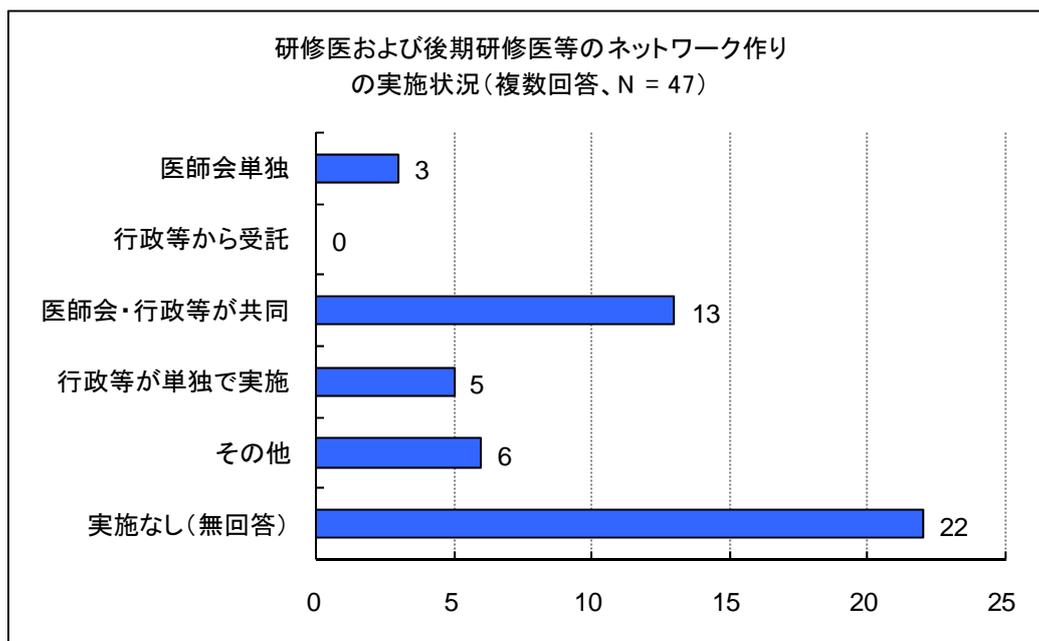


図 3-1-2-10 は「研修医およびいわゆる後期研修医等のネットワーク作り」の実施主体について集計したものである。対策を実施している 25 都道府県のうち、「医師会・行政等が共同」が 13 都道府県で最多であった。「行政等が単独で実施」も 5 都道府県あった。

図 3-1-2-11 は「受療行動に関する啓発（市民講座、パンフレット等、受診までのフローチャート等）」の実施主体について集計したものである。対策を実施している 38 都道府県のうち、「行政等が単独で実施」が 16 都道府県で最多であった。「医師会単独」は 14 都道府県、「医師会・行政等が共同」は 14 都道府県であった。

図 3-1-2-11. 受療行動に関する啓発の実施主体

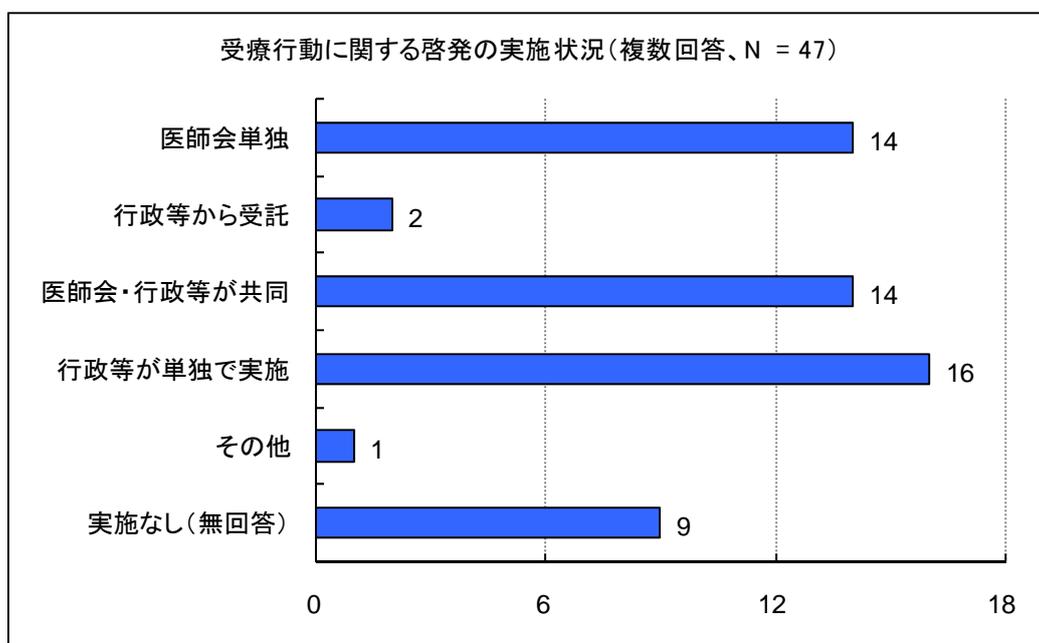


図 3-1-2-12 は「医療機関情報の提供（ホームページでの診療情報の提供など）」の実施主体について集計したものである。対策を実施している 44 都道府県のうち、「行政等が単独で実施」が 24 都道府県で最多であった。「医師会単独」は 12 都道府県、「医師会・行政等が共同」は 11 都道府県であった。

図 3-1-2-12. 医療機関情報の提供の実施主体

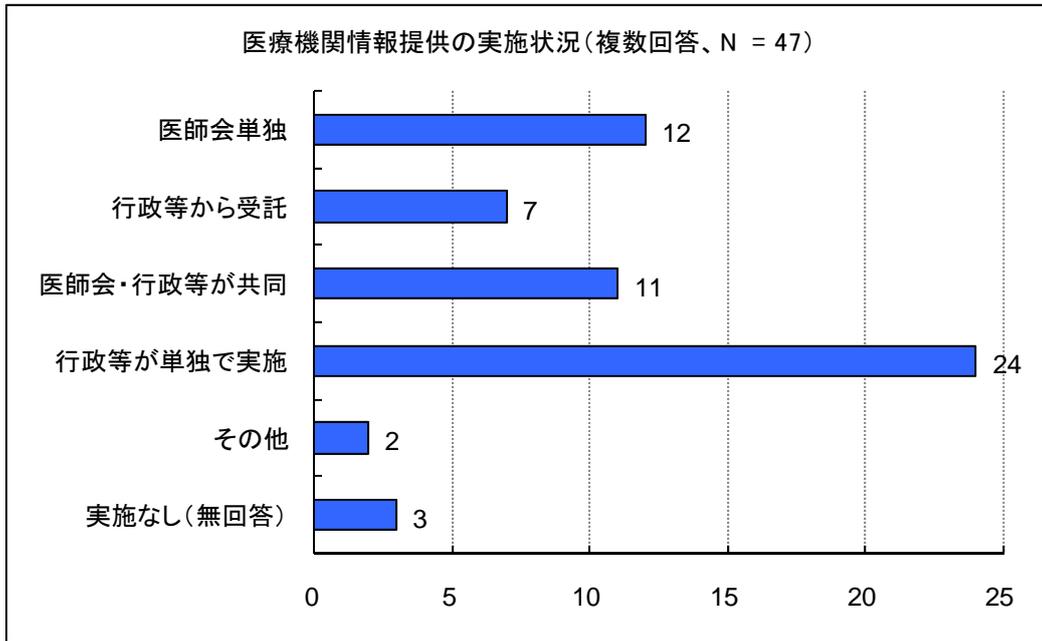


図 3-1-2-13 は「小児救急電話相談事業（#8000）」の実施主体について集計したものである。対策を実施している 44 都道府県のうち、「行政等が単独で実施」が 16 都道府県で最多であった。「医師会・行政等が共同」は 14 都道府県、「行政等から受託」は 13 都道府県であった。

図 3-1-2-13. 小児救急電話相談事業の実施主体

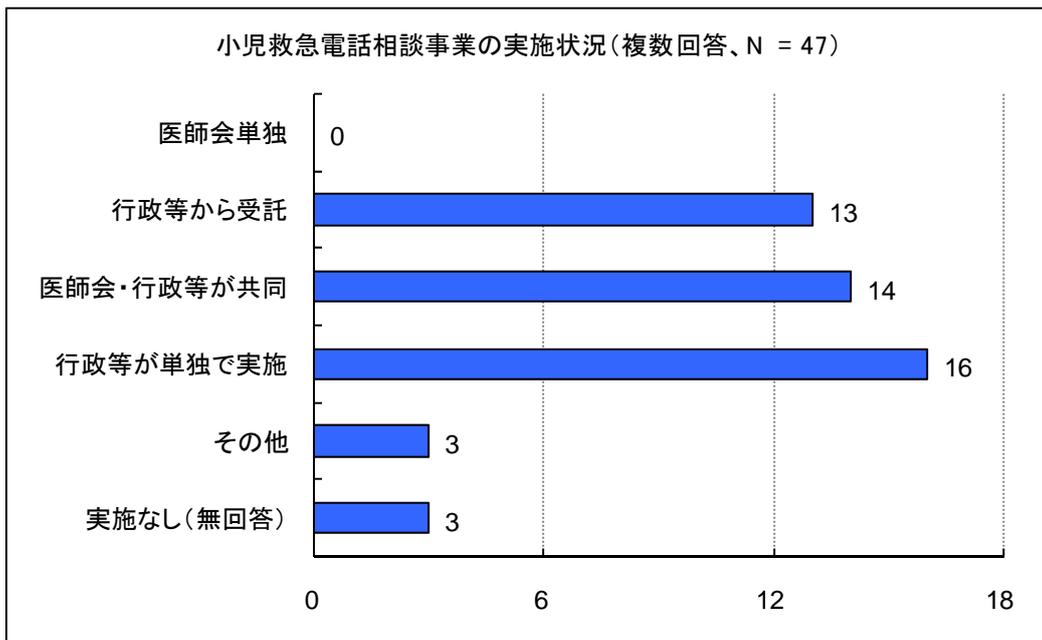
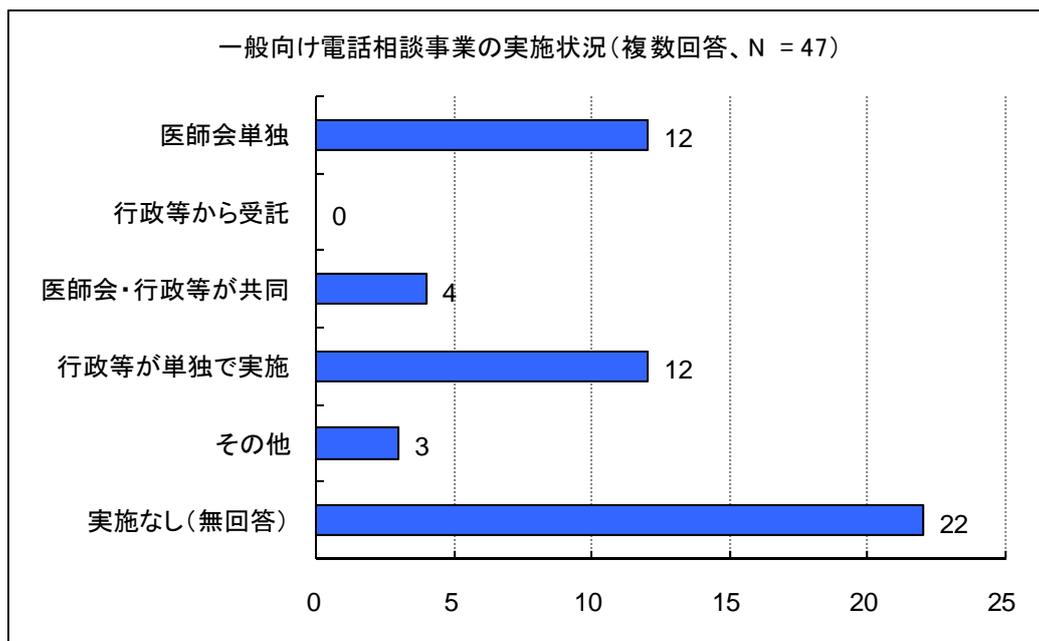


図 3-1-2-14 は「一般向けの電話相談事業」の実施主体について集計したものである。対策を実施している 25 都道府県のうち、「行政等が単独で実施」と「医師会単独」がそれぞれ 12 都道府県ずつで多かった。

図 3-1-2-14. 一般向けの電話相談事業の実施主体

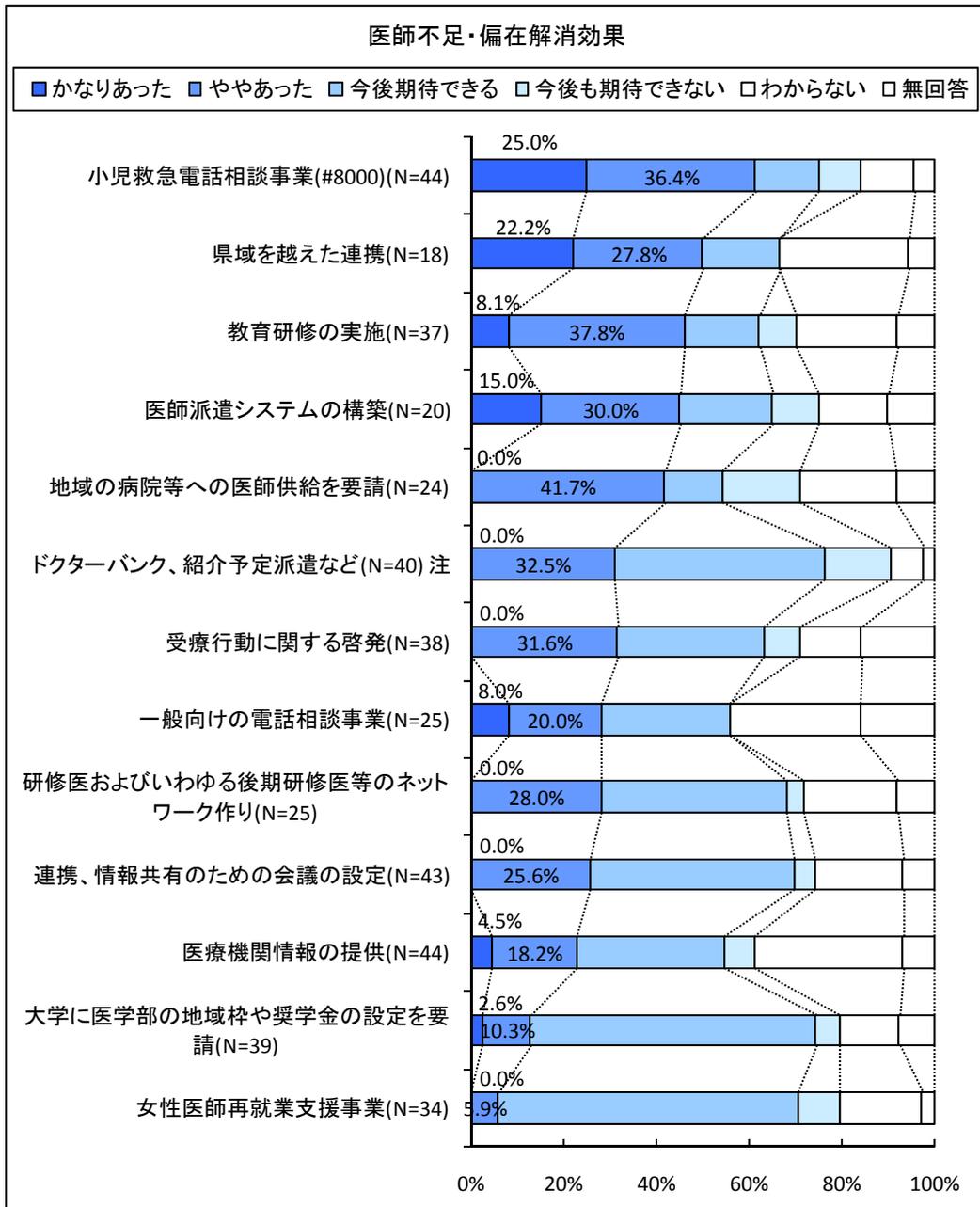


### 各対策の医師不足・偏在解消効果

図 3-1-2-15 は各対策の医師不足・偏在解消効果について各都道府県医師会がどのように考えているかを集計して、各対策の効果の比較を試みている。医師不足・偏在解消効果が「かなりあった」と「ややあった」の合計の比率が大きい順に上から並べている。なお、それぞれの実施都道府県数が異なるので、単純に比較するのは難しいことには留意しなければならない。

この定義で、医師不足・偏在解消効果が認められた割合が高かったのは、「小児救急電話相談事業（#8000）」(61.4%)、「県域を越えた連携（医師の相互供給、ドクターヘリの共同運航など）」(50.0%)、「教育研修の実施（かかりつけの医師、初期救急医療、各疾病ガイドラインの普及など）」(45.9%)、「医師派遣システムの構築（大学・国公立病院等から地域の医療機関への派遣）」(45.0%)である。

図 3-1-2-15. 各対策の医師不足・偏在解消効果の比較



注：一部、複数回答を含む。

図 3-1-2-16 は「ドクターバンク、紹介予定派遣など」の医師不足・偏在解消効果について各都道府県医師会がどのように考えているかを集計したものである。効果が認められたのは 32.5%（「かなりあった」が 0.0%、「ややあった」が 32.5%）であった。「今後期待できる」が 47.5%で最多であった。

図 3-1-2-16. ドクターバンク、紹介予定派遣などの医師不足・偏在解消効果

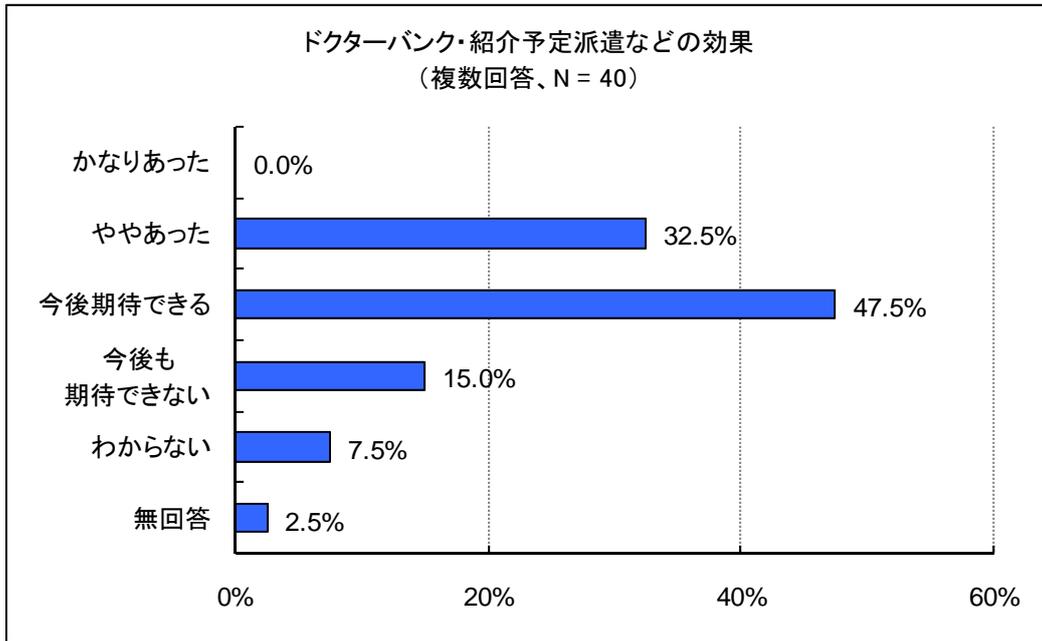


図 3-1-2-17 は「女性医師再就業支援事業（含、女性医師バンク）」の医師不足・偏在解消効果について各都道府県医師会がどのように考えているかを集計したものである。効果が認められたのは 5.9%（「かなりあった」が 0.0%、「ややあった」が 5.9%）であった。「今後期待できる」が 64.7%で最多であった。

図 3-1-2-17. 女性医師再就業支援事業の医師不足・偏在解消効果

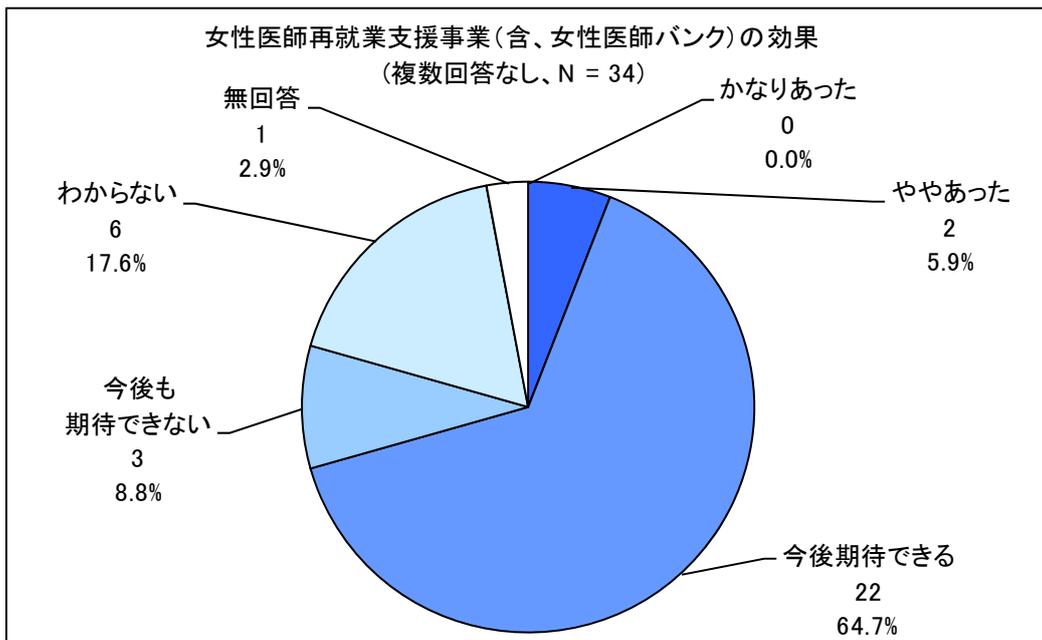


図 3-1-2-18 は「教育研修の実施（かかりつけの医師、初期救急医療、各疾病ガイドラインの普及など）」の医師不足・偏在解消効果について各都道府県医師会がどのように考えているかを集計したものである。効果が認められたのは 45.9%（「かなりあった」が 8.1%、「ややあった」が 37.8%）であった。「今後期待できる」は 16.2%であった。

図 3-1-2-18. 教育研修の医師不足・偏在解消効果

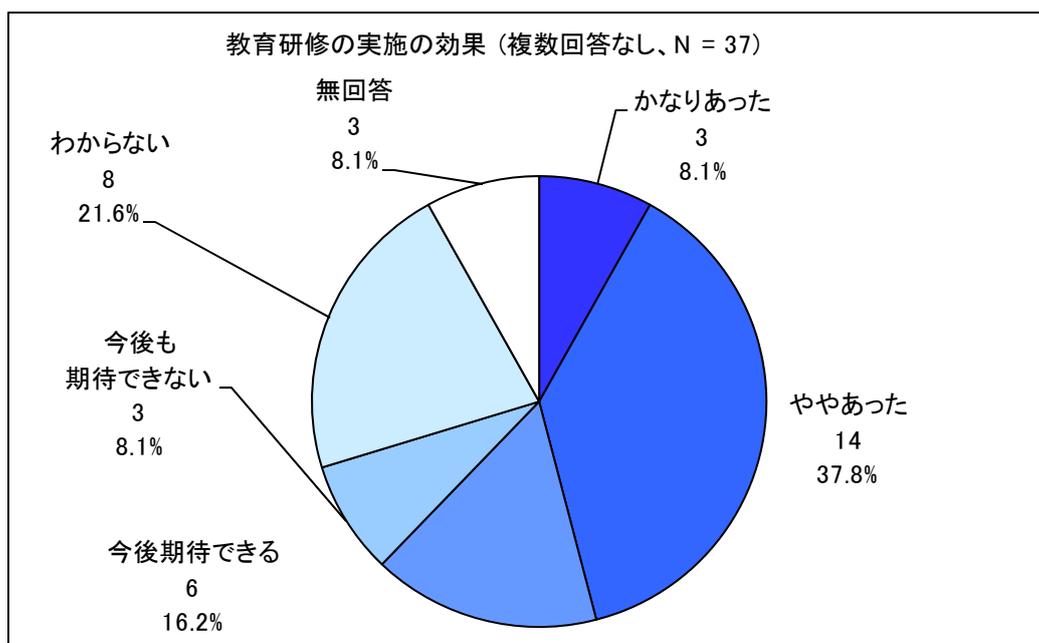


図 3-1-2-19. 連携・情報共有のための会議の設定の医師不足・偏在解消効果

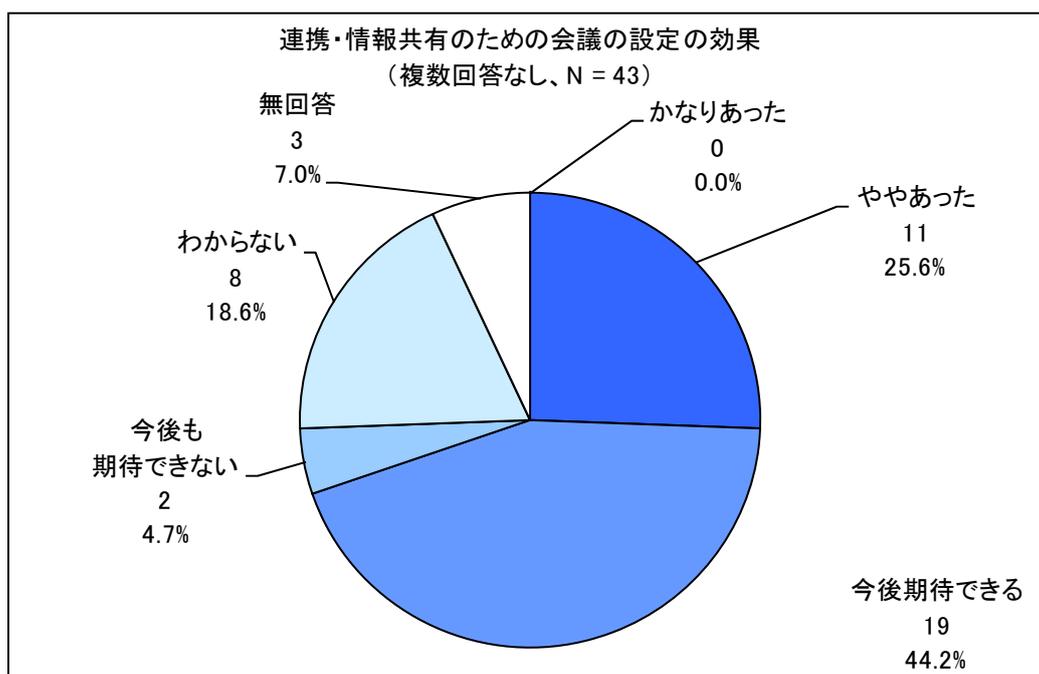


図 3-1-2-19 は「連携、情報共有のための会議の設定（医療機関の連携、医療関係職種との連携）」の医師不足・偏在解消効果について各都道府県医師会がどのように考えているかを集計したものである。効果が認められたのは 25.6%（「かなりあった」が 0.0%、「ややあった」が 25.6%）であった。「今後期待できる」が 44.2%で最多であった。

図 3-1-2-20 は「医師派遣システムの構築（大学・国公立病院等からの地域の医療機関への派遣）」の医師不足・偏在解消効果について各都道府県医師会がどのように考えているかを集計したものである。効果が認められたのは 45.0%（「かなりあった」が 15.0%、「ややあった」が 30.0%）であった。「今後期待できる」は 20.0%であった。

図 3-1-2-20. 医師派遣システムの構築の医師不足・偏在解消効果

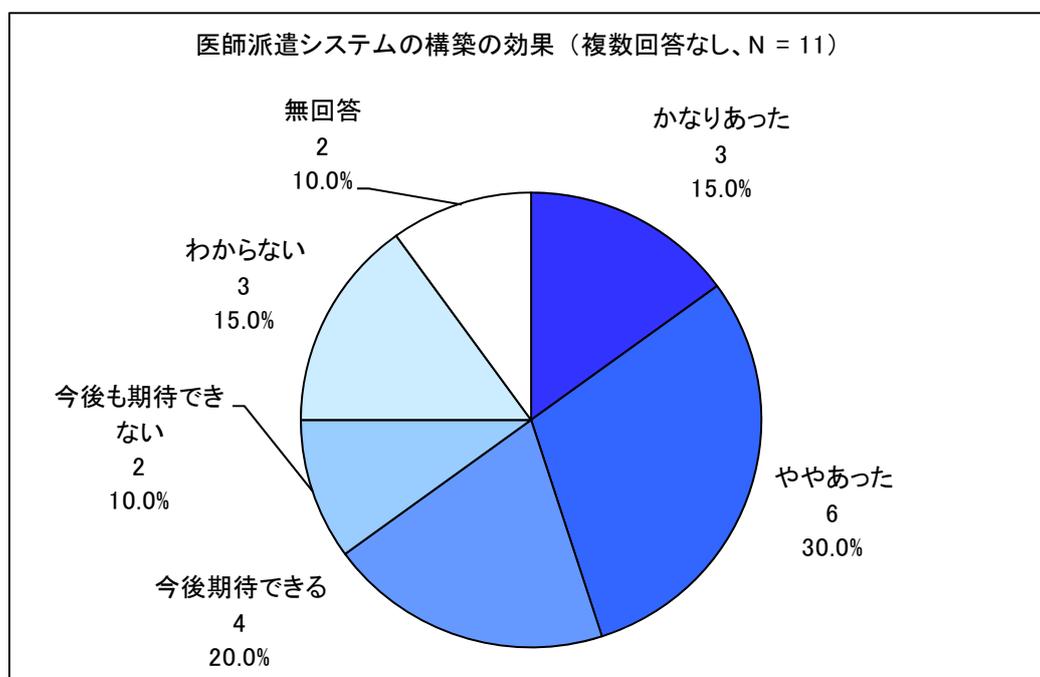


図 3-1-2-21 は「県域を越えた連携（医師の相互供給、ドクターヘリの共同運航）」の医師不足・偏在解消効果について各都道府県医師会がどのように考えているかを集計したものである。効果が認められたのは 50.0%（「かなりあった」が 22.2%、「ややあった」が 27.8%）であった。「今後期待できる」は 16.7%であった。

図 3-1-2-21. 県域を越えた連携の医師不足・偏在解消効果

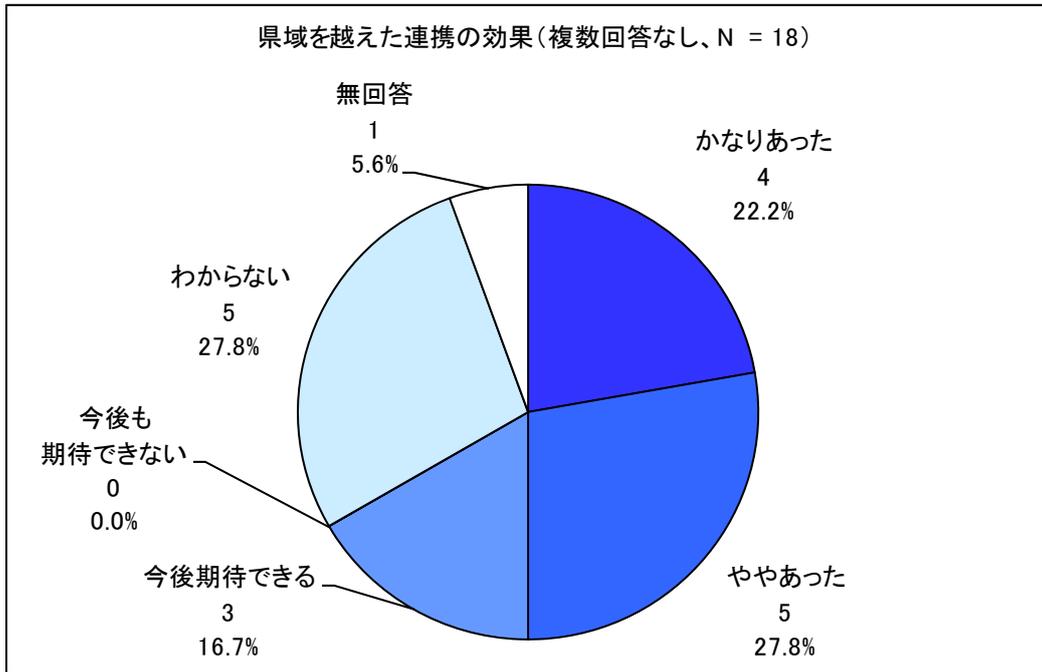


図 3-1-2-22. 地域の病院等への医師供給を要請の医師不足・偏在解消効果

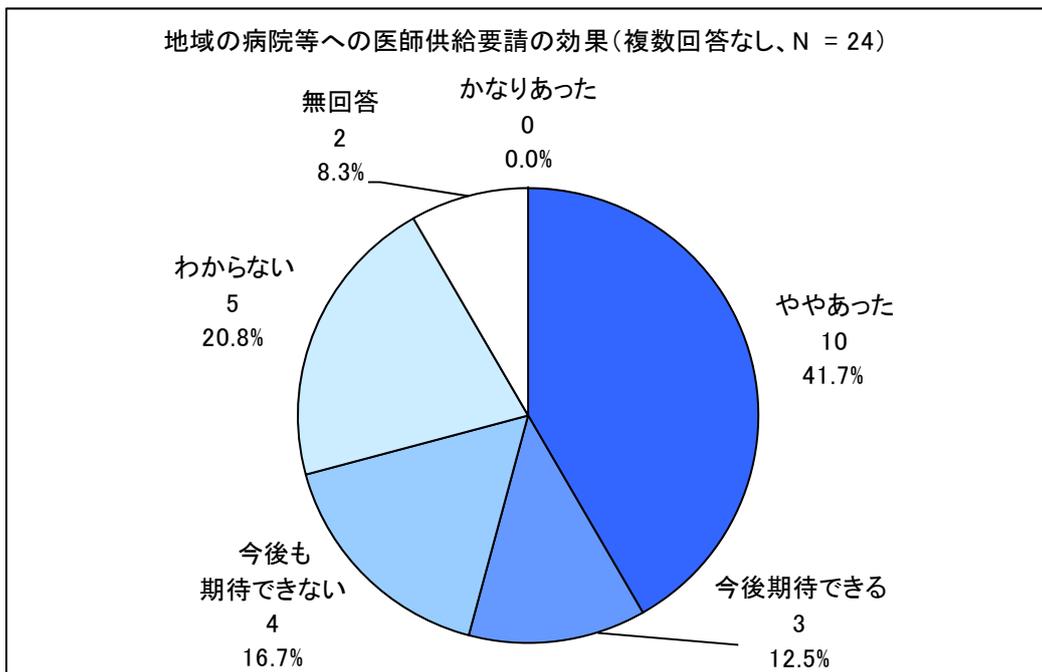


図 3-1-2-22 は「地域の病院等への医師供給を要請(国公立公的病院への要請を含む)」の医師不足・偏在解消効果について各都道府県医師会がどのように考えているかを集計したものである。効果が認められたのは 41.7% (「かなりあった」が 0.0%、「ややあつ

た」が 41.7%) であった。「今後期待できる」は 12.5%であった。

図 3-1-2-23 は「大学に医学部の地域枠や奨学金の設定を要請」の医師不足・偏在解消効果について各都道府県医師会がどのように考えているかを集計したものである。効果が認められたのは 12.9%（「かなりあった」が 2.6%、「ややあった」が 10.3%）であった。「今後期待できる」が 61.5%で最多であった。

図 3-1-2-23. 大学に医学部の地域枠や奨学金の設定を要請の医師不足・偏在解消効果

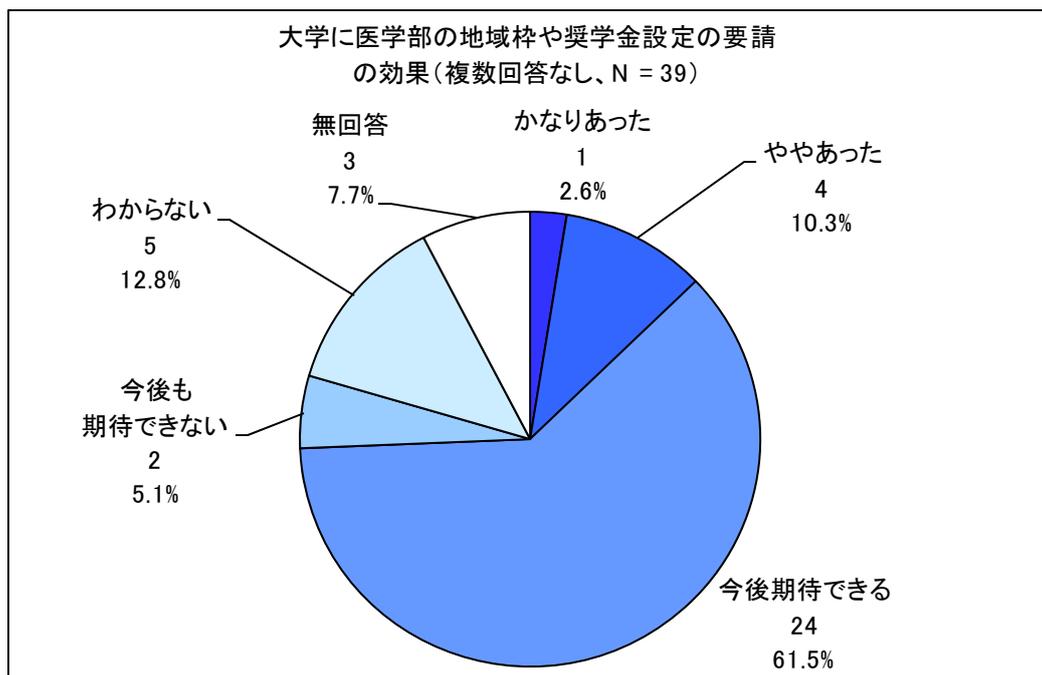


図 3-1-2-24 は「研修医およびいわゆる後期研修医等のネットワーク作り」の医師不足・偏在解消効果について各都道府県医師会がどのように考えているかを集計したものである。効果が認められたのは 28.0%（「かなりあった」が 0.0%、「ややあった」が 28.0%）であった。「今後期待できる」が 40.0%で最多であった。

図 3-1-2-24. 研修医およびいわゆる後期研修医等のネットワーク作りの医師不足・偏在解消効果

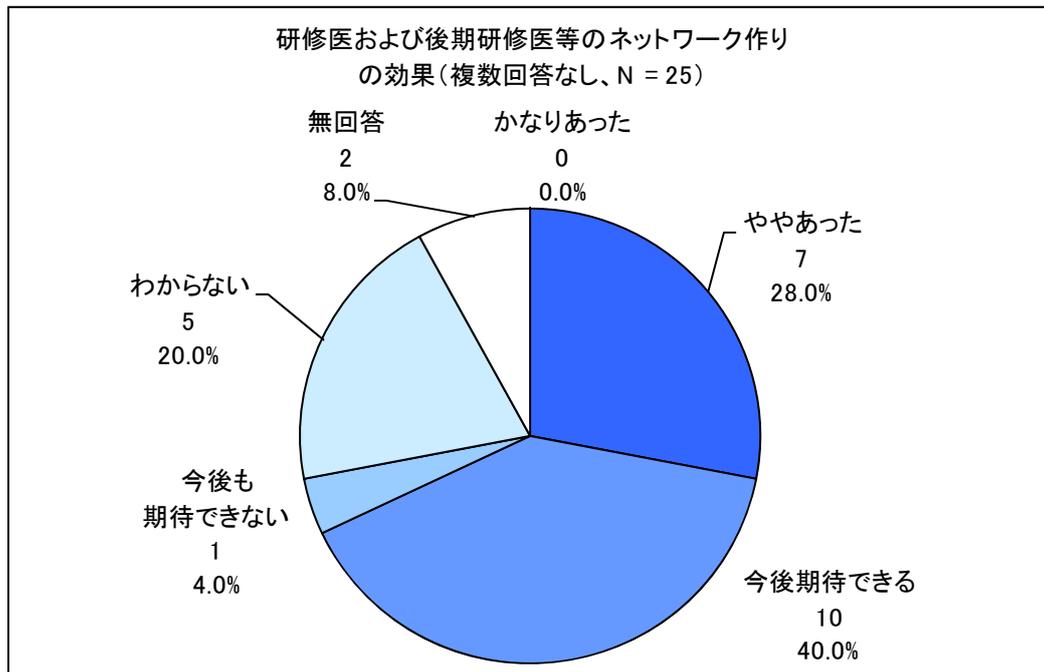


図 3-1-2-25. 受療行動に関する啓発の医師不足・偏在解消効果

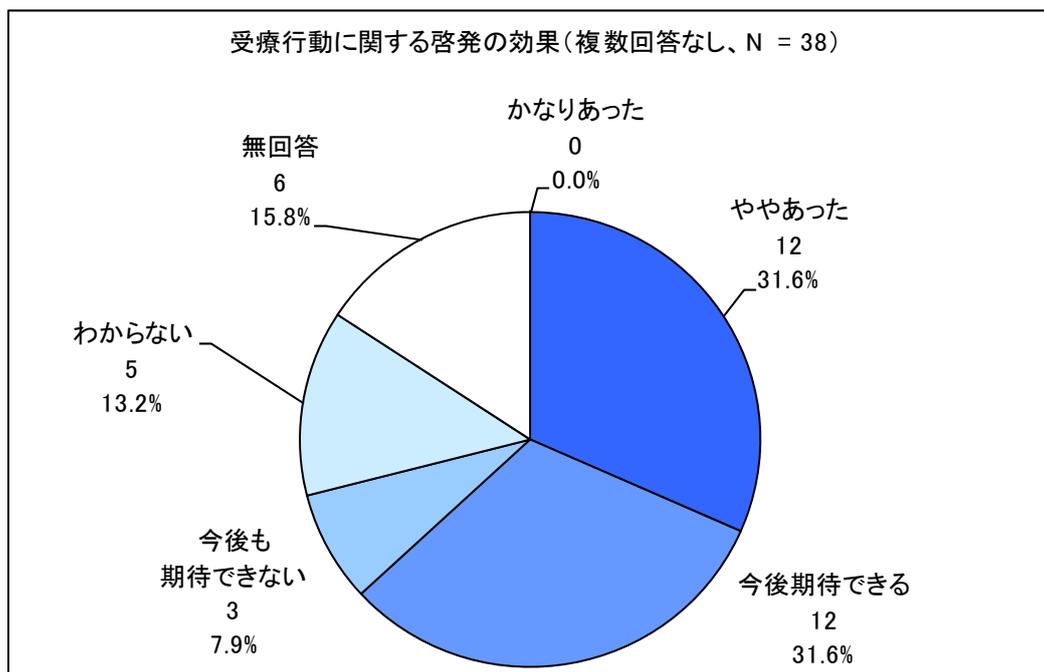


図 3-1-2-25 は「受療行動に関する啓発（市民講座、パンフレット等、受診までのフローチャート等）」の医師不足・偏在解消効果について各都道府県医師会がどのように考えているかを集計したものである。効果が認められたのは 31.6%（「かなりあった」

が 0.0%、「ややあった」が 31.6%）であった。「今後期待できる」は 31.6%であった。

図 3-1-2-26 は「医療機関情報の提供（ホームページでの診療情報の提供）」の医師不足・偏在解消効果について各都道府県医師会がどのように考えているかを集計したものである。効果が認められたのは 22.7%（「かなりあった」が 4.5%、「ややあった」が 18.2%）であった。「今後期待できる」は 31.8%であった。

図 3-1-2-26. 医療機関情報の提供の医師不足・偏在解消効果

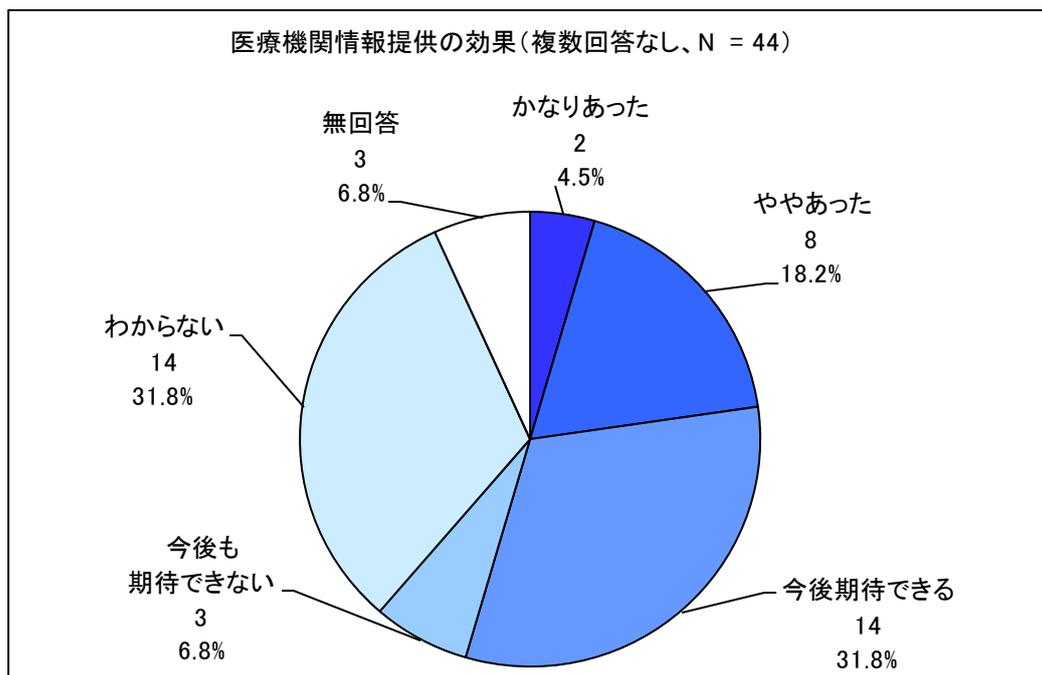


図 3-1-2-27 は「小児救急電話相談事業（#8000）」の医師不足・偏在解消効果について各都道府県医師会がどのように考えているかを集計したものである。効果が認められたのは 64.3%（「かなりあった」が 26.2%、「ややあった」が 38.1%）であった。「今後期待できる」は 14.3%であった。

図 3-1-2-27. 小児救急電話相談事業の医師不足・偏在解消効果

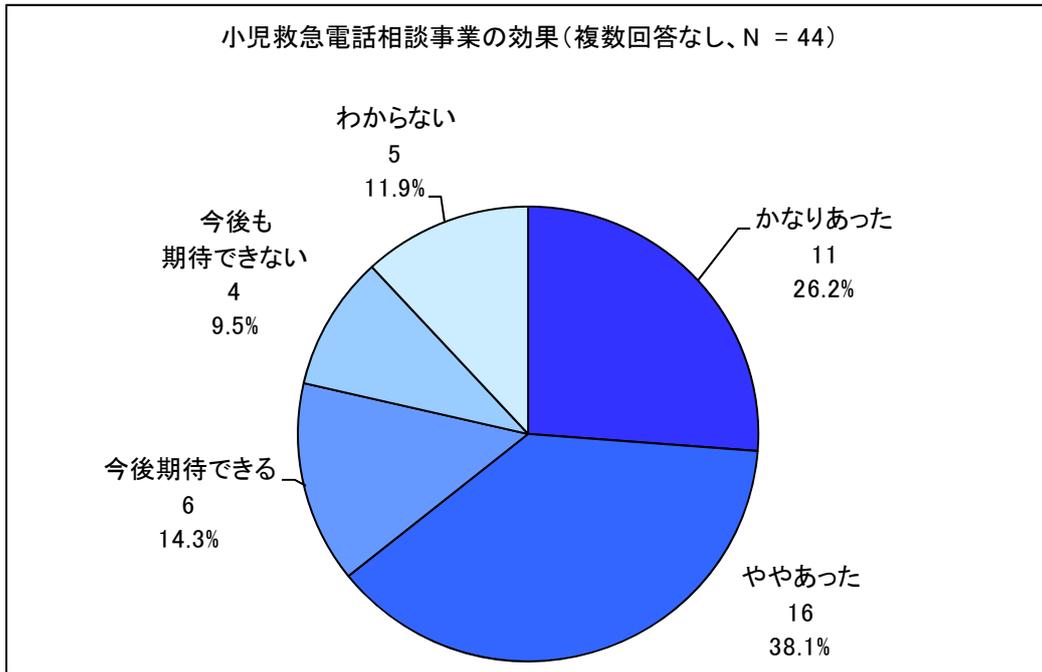


図 3-1-2-28. 一般向けの電話相談事業の医師不足・偏在解消効果

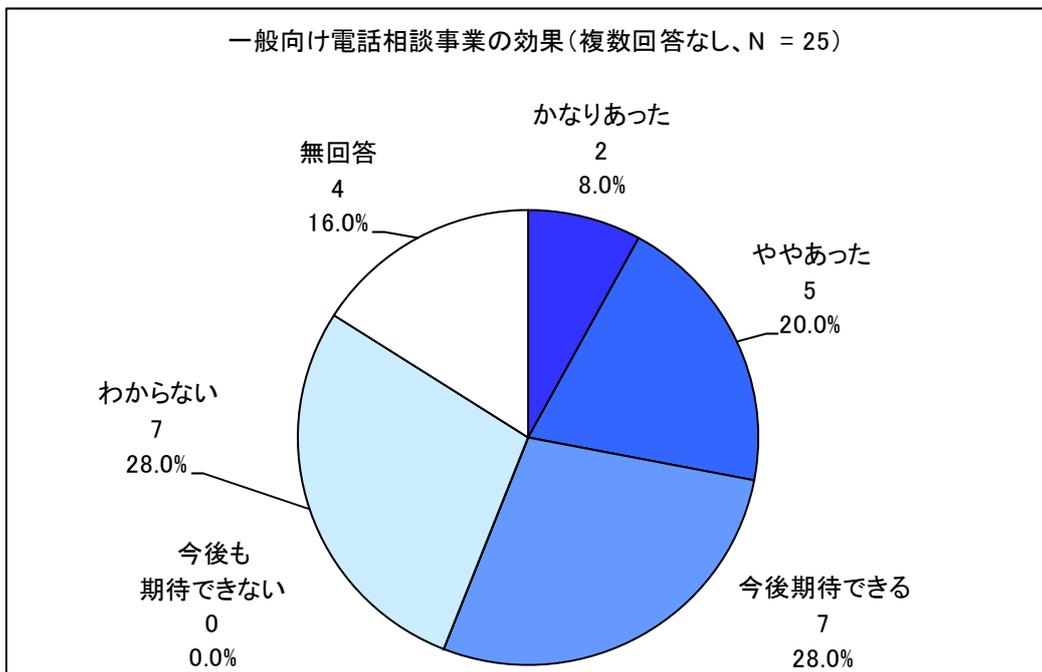


図 3-1-2-28 は「一般向けの電話相談事業」の医師不足・偏在解消効果について各都道府県医師会がどのように考えているかを集計したものである。効果が認められたのは 28.0%（「かなりあった」が 8.0%、「ややあった」が 20.0%）であった。「今後期待で

きる」は 28.0%であった。

### 実施主体と効果の関係

ここでは、実施主体と効果（各都道府県の考えによる）の関係について検討したい。既に見てきたように、対策として効果が認められないものや実施主体が多様ではないものなどがあるため、全ての対策について検討することに意味はない。また、都道府県単位であるため、全部でも 47 しか回答数がないこともあり、特徴的なものや意味のありそうなものについてのみ検討していくことにする。

図 3-1-2-29 は「ドクターバンク、紹介予定派遣など」について実施主体と医師不足・偏在解消効果をクロス集計したものである。「行政等が単独で実施」が効果ありの比率が最も大きかったが、「行政等が単独で実施」「医師会単独」「行政等から受託」の間で大きな差はなかった。

図 3-1-2-29. 実施主体と効果の関係：ドクターバンク・紹介予定派遣など

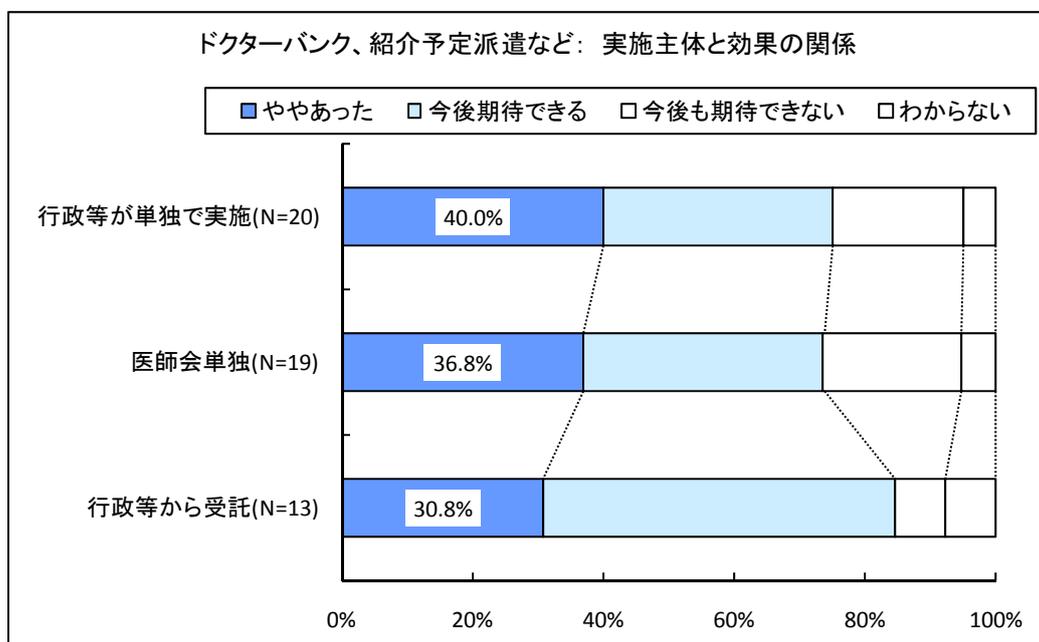


図 3-1-2-30 は「連携、情報共有のための会議の設定（医療機関の連携、医療関係職種との連携）」について実施主体と医師不足・偏在解消効果をクロス集計したものである。

N数の大きさには注意しなければならないが、「行政等が単独で実施」の効果ありの比率が他に比べて大きかった。他方、「医師会単独」では、まだ効果は認められていない。この対策では、行政等の医師会以外の主体が関係した方が良いと言えそうである。

図 3-1-2-30. 実施主体と効果の関係：連携・情報共有のための会議の設定

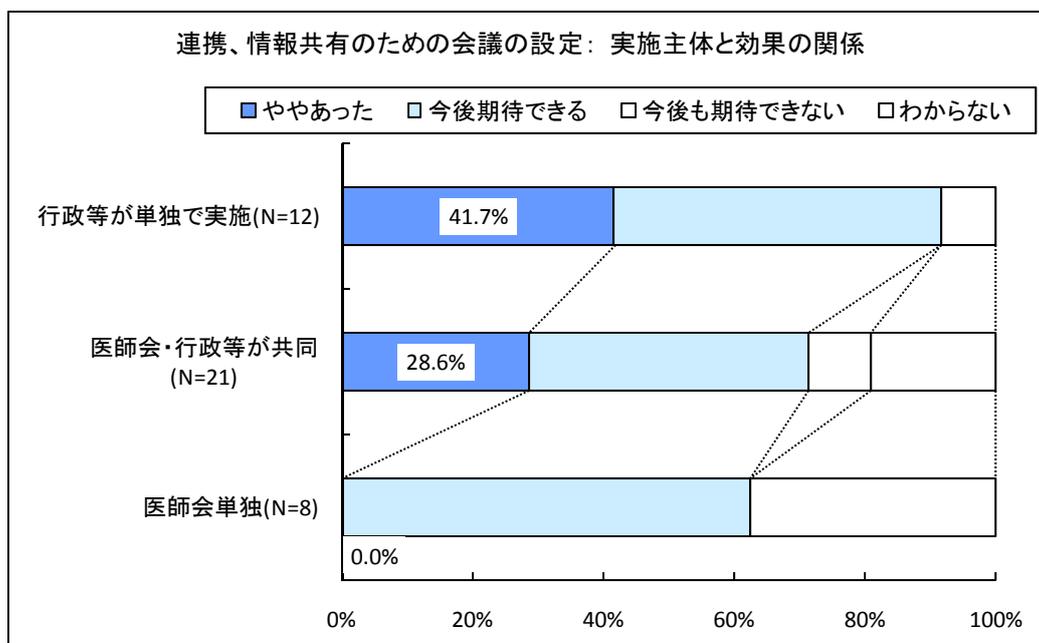


図 3-1-2-31. 実施主体と効果の関係：医師派遣システムの構築

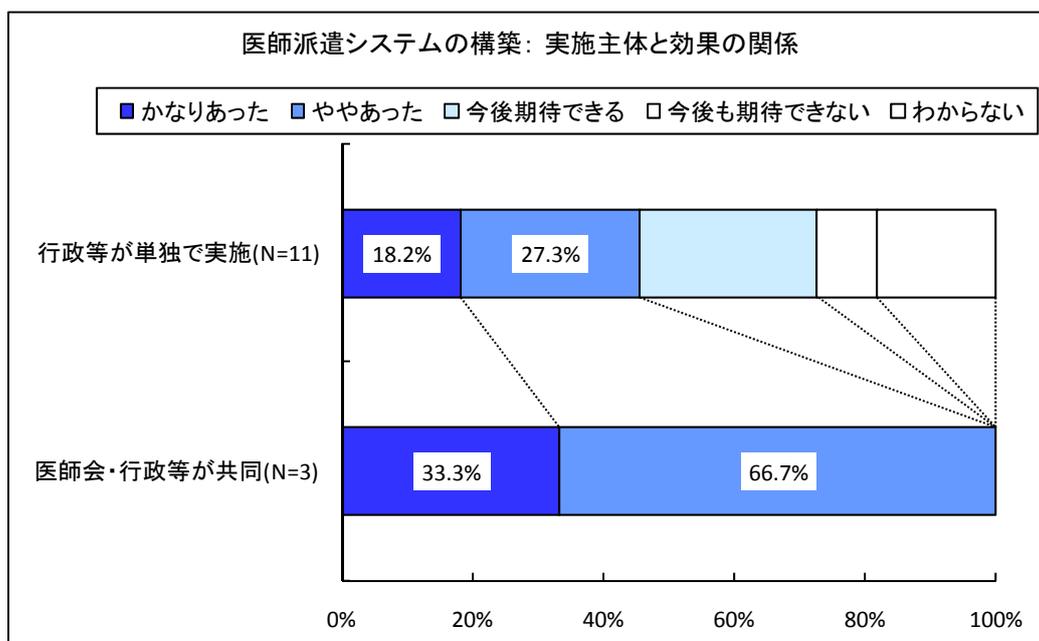


図 3-1-2-31 は「医師派遣システムの構築（大学・国公立病院等から地域の医療機関への派遣）」について実施主体と医師不足・偏在解消効果をクロス集計したものである。N 数が 3 しかないことに注意しなければならないが、「医師会・行政等が共同」のケースでは回答の 3 都道府県すべてで医師不足・偏在解消効果が認められた。「行政等が単独で実施」の場合も効果は認められているが、それほど比率は高くないことを考えると、医師会・行政等の共同を検討することは意味がありそうである。大学病院や国公立病院が関係してくることから、医師派遣システムという性格上、行政と医師会が共同作業を行うことは重要に見える。

図 3-1-2-32 は「県域を越えた連携（医師の相互供給、ドクターヘリの共同運航など）」について実施主体と医師不足・偏在解消効果をクロス集計したものである。N 数が 2 しかないことに注意しなければならないが、「医師会・行政等が共同」のケースでは回答の 2 都道府県は両方とも医師不足・偏在解消効果が「かなりあった」と回答している。「行政等が単独で実施」の場合も効果は認められているが、医師会・行政等の共同を検討することは意味がありそうである。県域を越えた連携を行うためには、医師会だけでも行政だけでも対応が難しいことが当然予想されるため、行政と医師会が共同作業を行うことは重要に見える。

図 3-1-2-32. 実施主体と効果の関係：県域を越えた連携

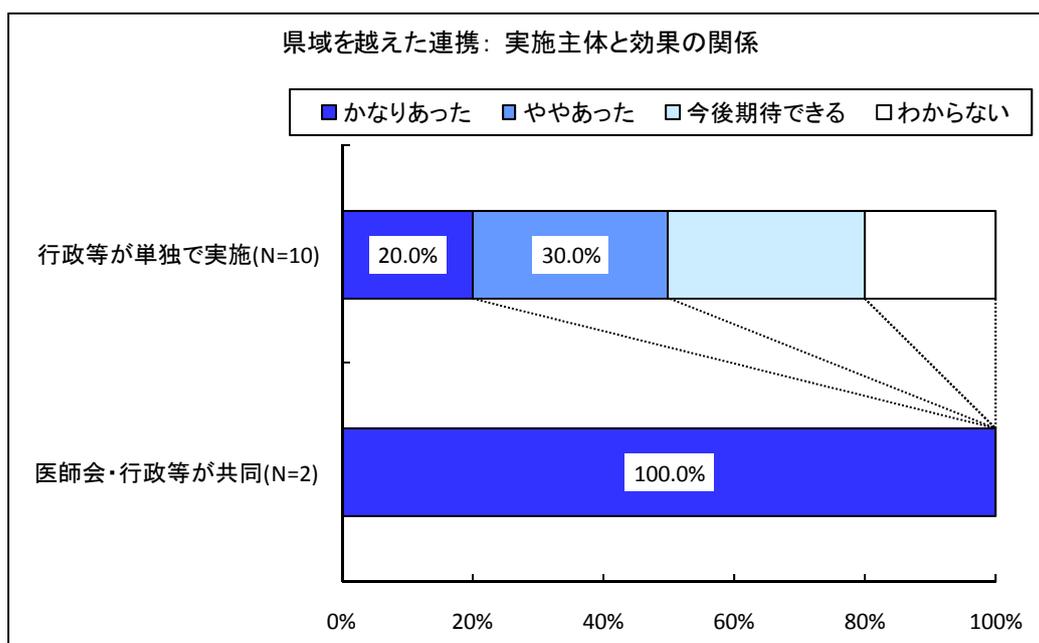


図 3-1-2-33 は「地域の病院等への医師供給を要請(国公立公的病院への要請を含む)」について実施主体と医師不足・偏在解消効果をクロス集計したものである。N 数に差があることに注意しなければならないが、「医師会・行政等が共同」のケースでは回答の 7 都道府県のうち 6 都道府県で医師不足・偏在解消効果が認められている。「行政等が単独で実施」の場合も効果は出ているが、その差は大きく見える。地域内で医師供給をやり取りするためには、医師会だけでも行政だけでも対応が難しいことが当然予想されるため、この対策についても行政と医師会が共同作業を行うことは重要であろう。

図 3-1-2-33. 実施主体と効果の関係：地域の病院等への医師供給を要請

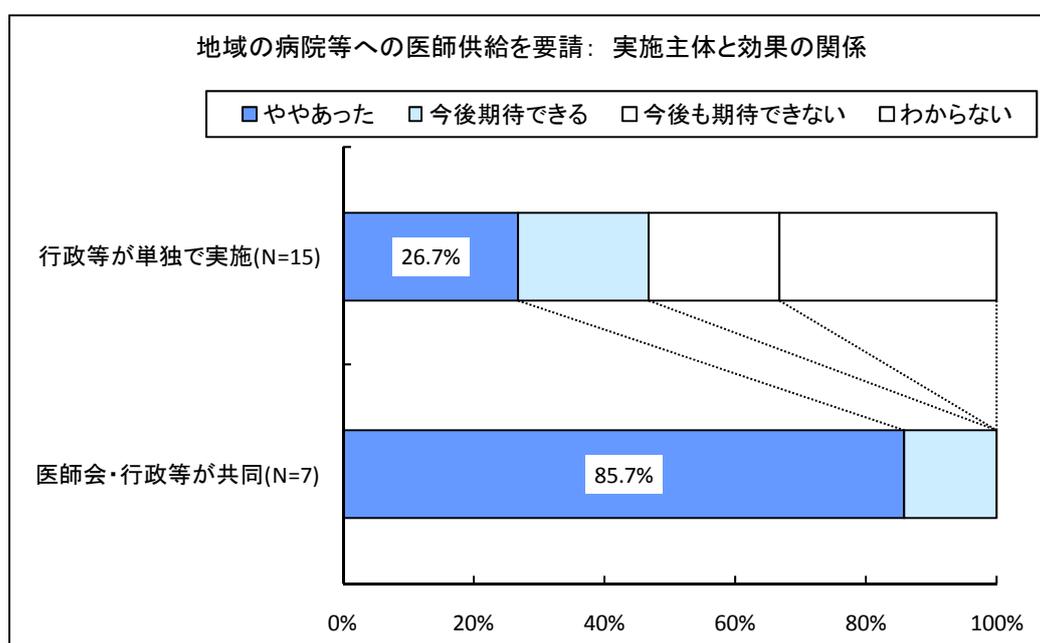


図 3-1-2-34 は「受療行動に関する啓発（市民講座、パンフレット等、受診までのフローチャート等）」について実施主体と医師不足・偏在解消効果をクロス集計したものである。「医師会・行政等が共同」が医師不足・偏在解消効果が出ている比率が最も大きかった。他方、「医師会単独」や「行政等が単独で実施」でも効果が認められており、大きな差にはなっていない。啓発活動はどの程度やるかということが大事であって、実施主体による差は大きくないだろうと考えることができる。つまり、医師会でも行政でも啓発活動を実施すれば、単独で実施するよりも実施規模が大きくなることが予想され、それだけ効果は上がるということである。逆に言えば、共同で実施しても啓発活動自体の規模が小さければ、効果は出ないだろう。

図 3-1-2-34. 実施主体と効果の関係：受療行動に関する啓発

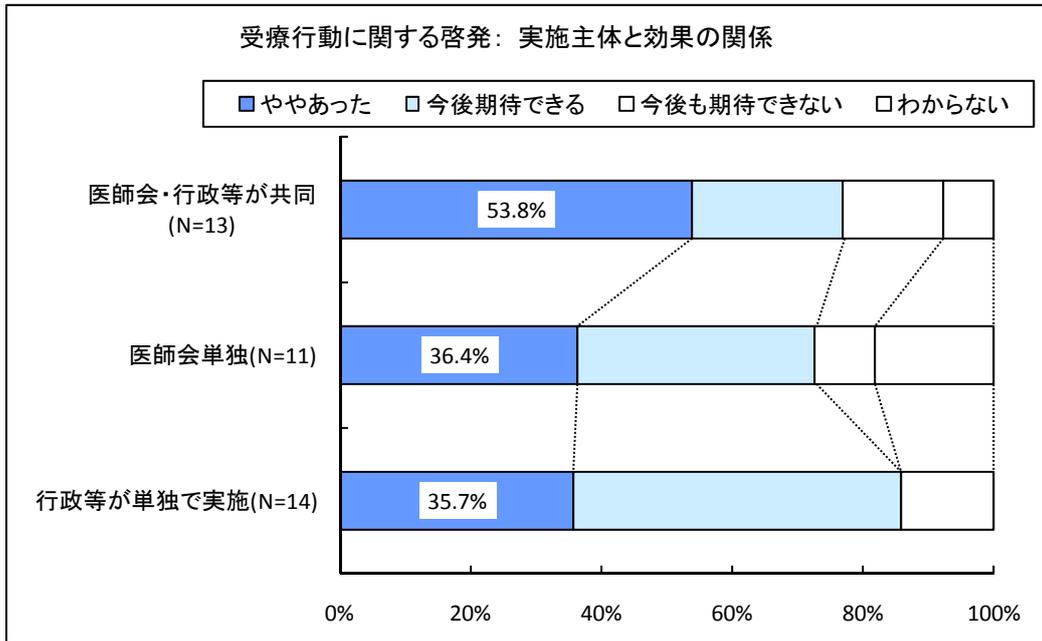


図 3-1-2-35. 実施主体と効果の関係：医療機関情報の提供

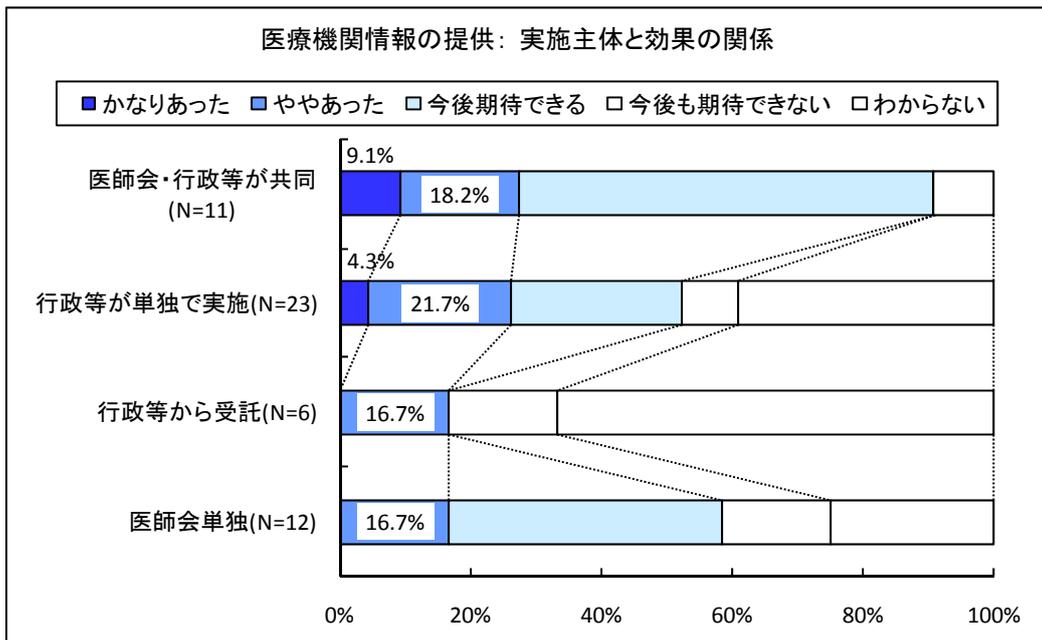


図 3-1-2-35 は「医療機関情報の提供（ホームページでの診療情報の提供など）」について実施主体と医師不足・偏在解消効果をクロス集計したものである。「医師会・行政等が共同」が医師不足・偏在解消効果が認められている比率が最も大きかったが、行政等が単独で実施の場合とほとんど差はない。この対策自体の効果の議論が必要ではある

が、実施主体による差はほとんどないだろうと考えることができる。

図 3-1-2-36 は「小児救急電話相談事業（#8000）」について実施主体と医師不足・偏在解消効果をクロス集計したものである。医師不足・偏在解消効果が「かなりあった」という比率で見ると、実施主体間に差が見られ、「行政等から受託」が望ましいように見える。ただし、医師不足・偏在解消効果が認められている（「かなりあった」と「ややあった」の合計）比率で見ると、実施主体間に大きな差はない。

図 3-1-2-36. 実施主体と効果の関係：小児救急電話相談事業

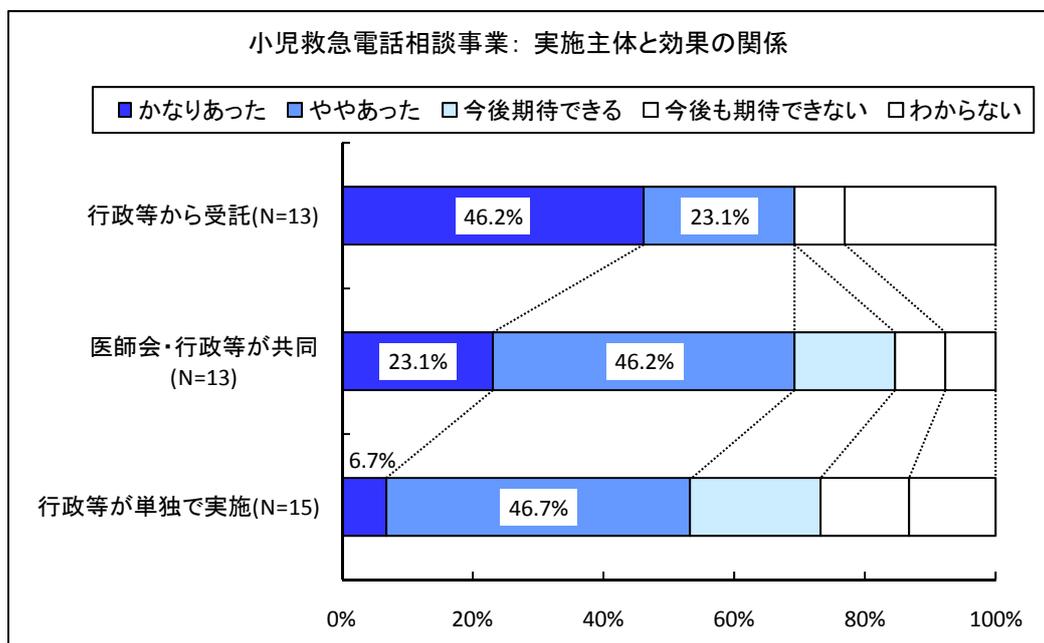
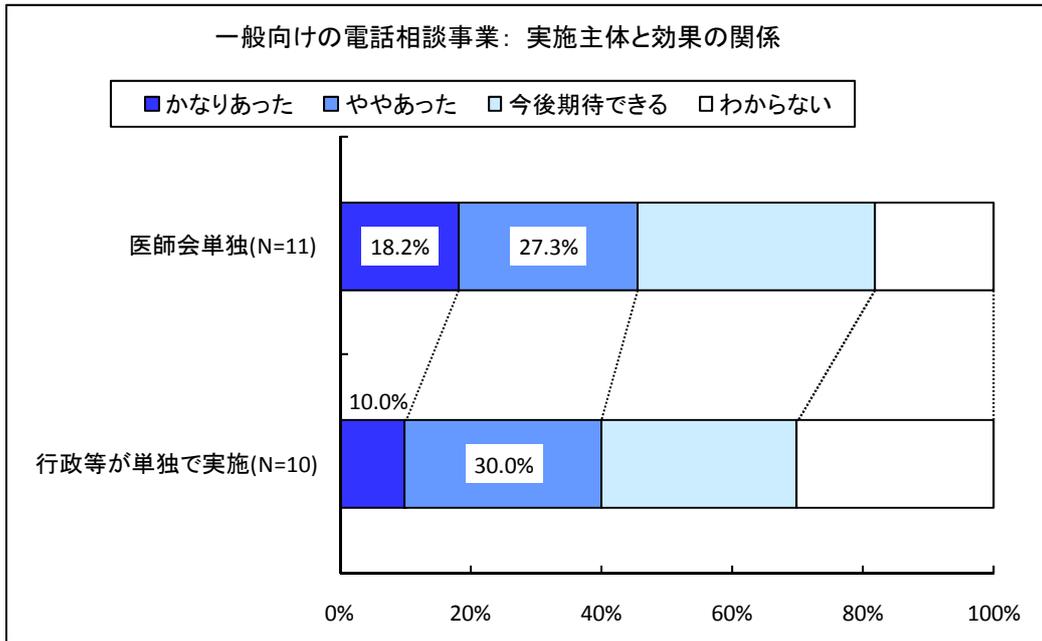


図 3-1-2-37 は「一般向けの電話相談事業」について実施主体と医師不足・偏在解消効果をクロス集計したものである。「医師会単独」の場合の方が「行政等が単独で実施」よりも医師不足・偏在解消効果が高いようである。ただし、大きな差ではない。

図 3-1-2-37. 実施主体と効果の関係：一般向けの電話相談事業



### 3-1-3. 医療計画の策定状況

図 3-1-3-1. 都道府県における医療計画の策定状況

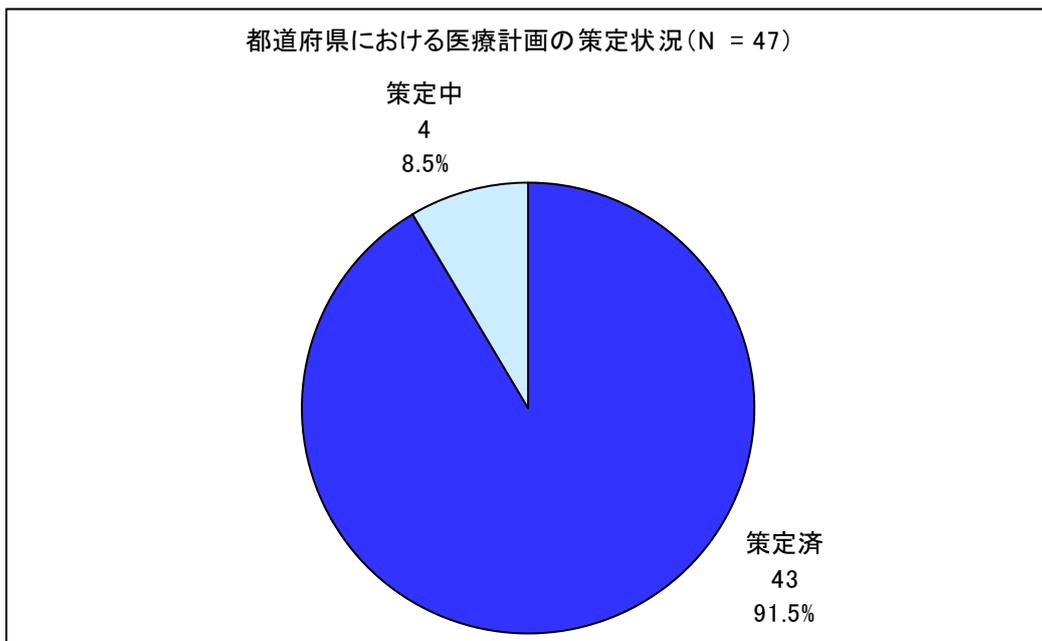


図 3-1-3-1 は都道府県における医療計画の策定状況を示している。47 都道府県のうち、43 都道府県で策定済み、残りの 4 都道府県で策定中となっている。

図 3-1-3-2 は医療計画における現在の医師数に関する記載の有無について集計したものである。47 都道府県のうち、「二次医療圏別および、診療科または診療領域別に記載あり」は 22 都道府県、「二次医療圏別には記載あり（診療科別または診療領域には記載なし）」は 15 都道府県、「県全体としては記載あり（二次医療圏、診療科別等は記載なし）」は 8 都道府県であった。

図 3-1-3-2. 医療計画における現医師数の記載の有無

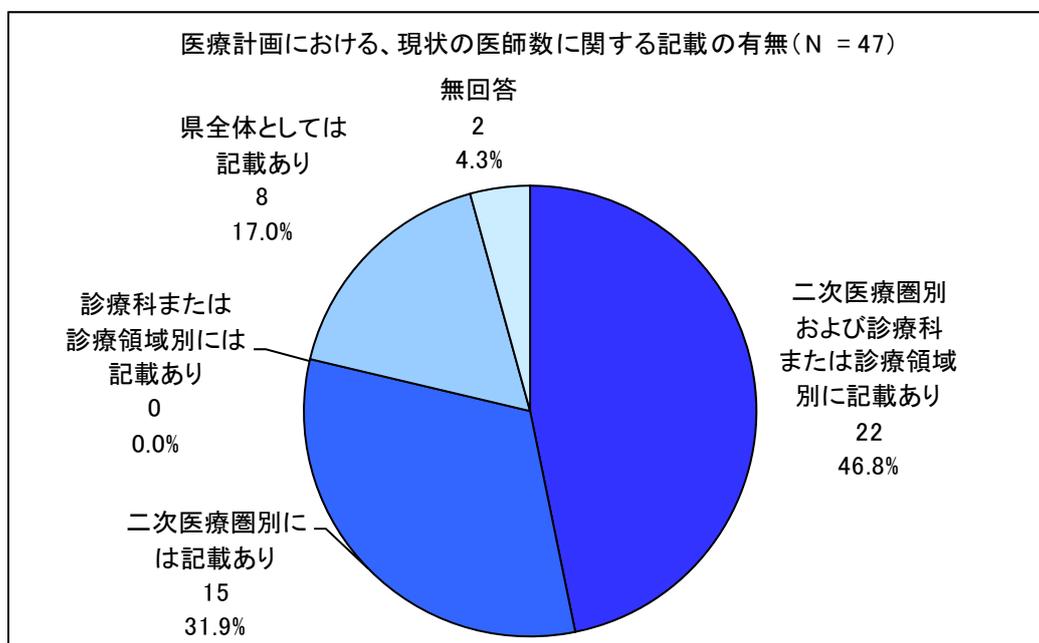
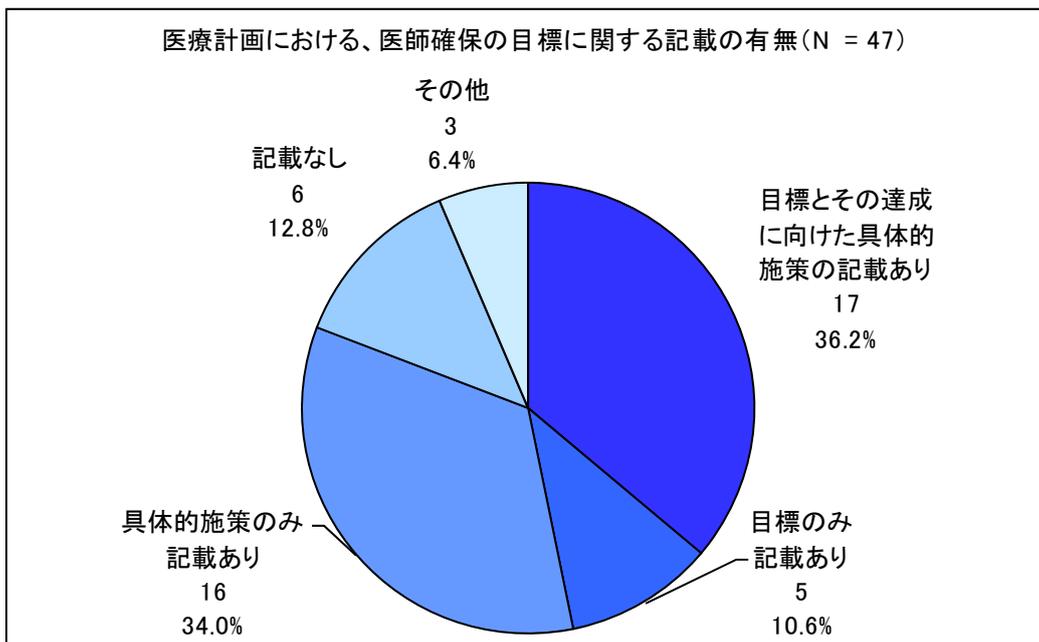


図 3-1-3-3 は医療計画における医師確保の目標に関する記載の有無について集計したものである。47 都道府県のうち、「目標とその達成に向けた具体的施策の記載あり」は 17 都道府県、「目標のみ記載あり」は 5 都道府県、「具体的施策のみ記載あり」は 16 都道府県、「記載なし」は 6 都道府県であった。

図 3-1-3-3. 医療計画における医師確保目標の記載の有無



### 3-1-4. 医学部定員数増の是非

図 3-1-4-1. 医学部定員数増の是非

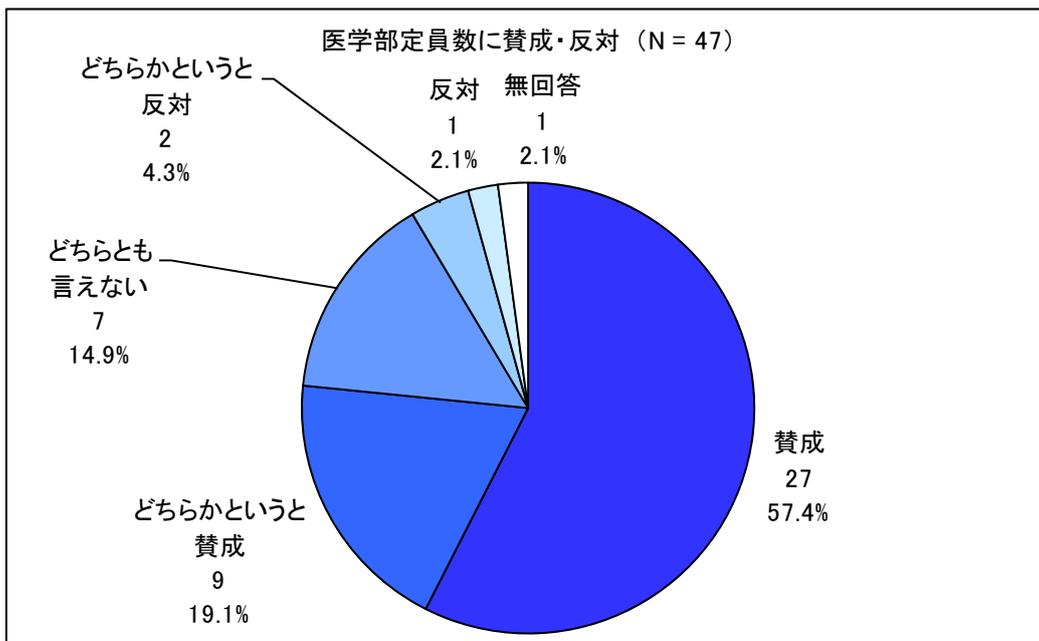


図 3-1-4-1 は「国が医学部の定員数を過去最大規模まで増員することを決定したこと」に対する賛否を集計したものである。47 都道府県医師会のうち、「賛成」が 27 都道府県医師会で最大であった。「どちらかというとな賛成」も 9 都道府県医師会あり、合わせると、36 都道府県医師会（76.6%）となる。全体として賛成の回答が多数を占めた。

賛成の背景としては「医師数は絶対数で不足している」という認識を示すものが多かった。ただし、「どちらかというとな賛成」を回答している都道府県医師会は、医師数増加に対応するための医療費財源の確保の必要性、診療科・地域の偏在の解消、女性医師の離職の問題の解決などとセットでなければ意味がないと指摘している。また、どちらとも言えないや反対の回答の背景としては、偏在の解消につながらないこと、医学教育の充実が図れないこと、将来的な医師過剰の懸念があること、ビジョンなき定員増になっている危険性があること、医師不足の検証が不十分であることなどが示されている。

## 3-2. 全国病院調査（調査Ⅱ）

### 3-2-1. 回答病院の基本情報

図 3-2-1-1. 開設主体別の回答病院数

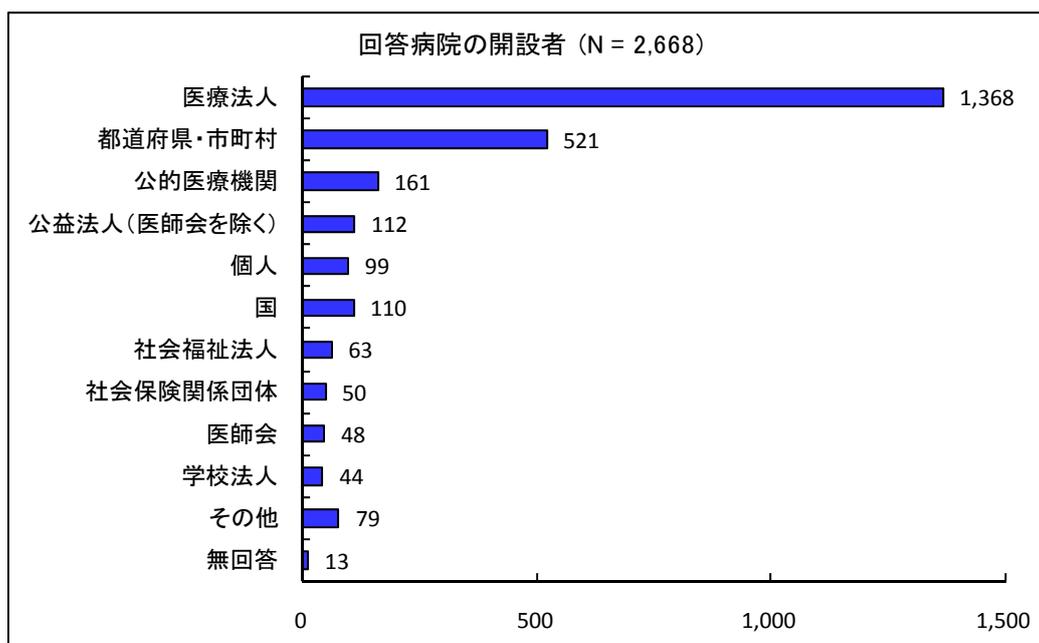
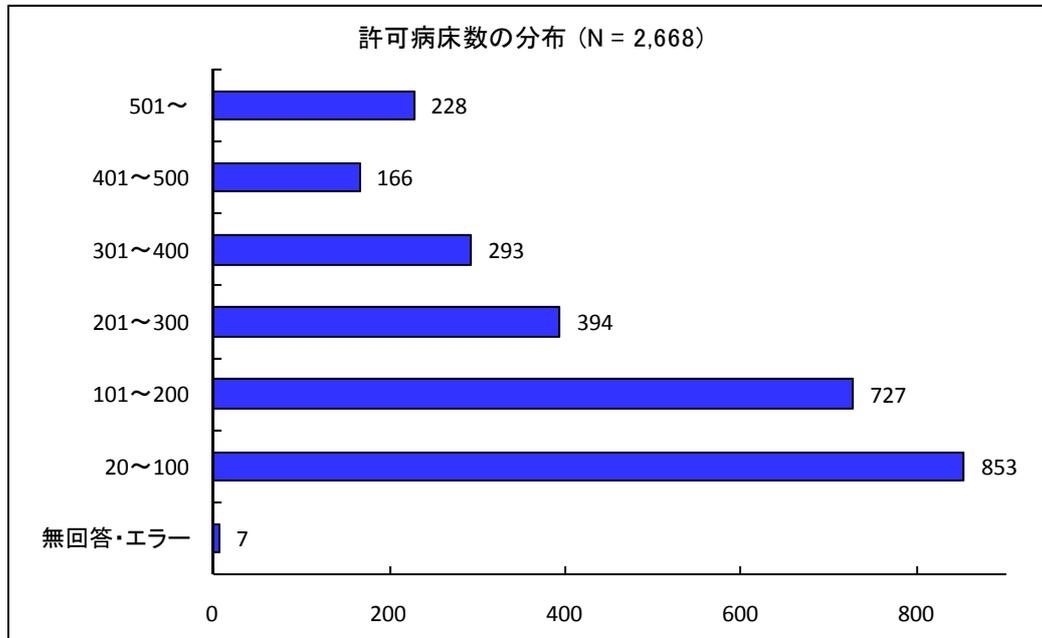


図 3-2-1-1 は開設主体別の回答病院数を示している。また、図 3-2-1-2 は病床規模区別の回答病院数を示している。

図 3-2-1-2. 病床規模区別の回答病院数



### 3-2-2. 病院の医師数

#### 常勤医師の比率

図 3-2-2-1 は常勤医師の比率(合算による計算)を示している。合算による計算とは、有効な回答について、常勤医師数と非常勤医師数の常勤換算数をそれぞれ合計し、常勤医師の占める比率を計算したものである。図 3-2-2-2 は常勤医師の比率(病院平均)を示している。こちらは図 3-2-2-1 とは異なり、有効な回答を得ている病院ごとに常勤医師の比率を計算し、その比率の平均値を計算したものである。病院全体の常勤医師の比率は合算計算で見ると 84.1%、病院平均で見ると 79.0%となっている。相対的に常勤医師を確保できていない病院の方が多いということを意味している。診療科目別に見ても、合算計算の方が病院平均よりも高くなっており、同じことが言える。診療科目別では、常勤医師の比率が高いのは産科・産婦人科、救急医療となっている。

図 3-2-2-1. 常勤医師の比率(合算による計算)

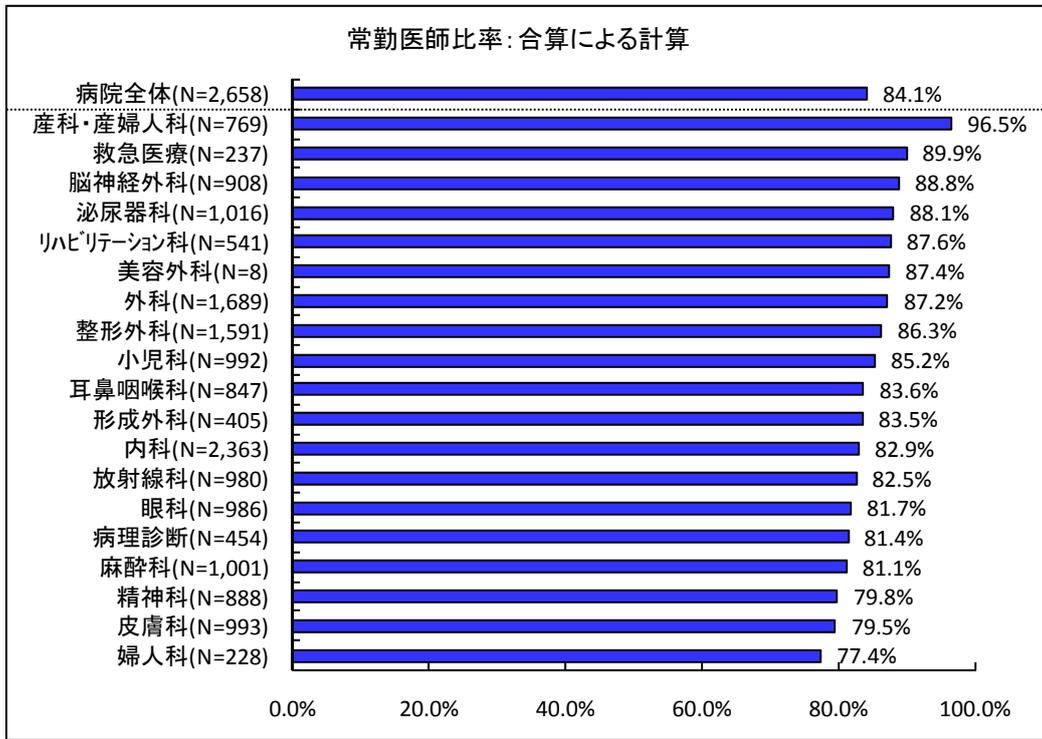
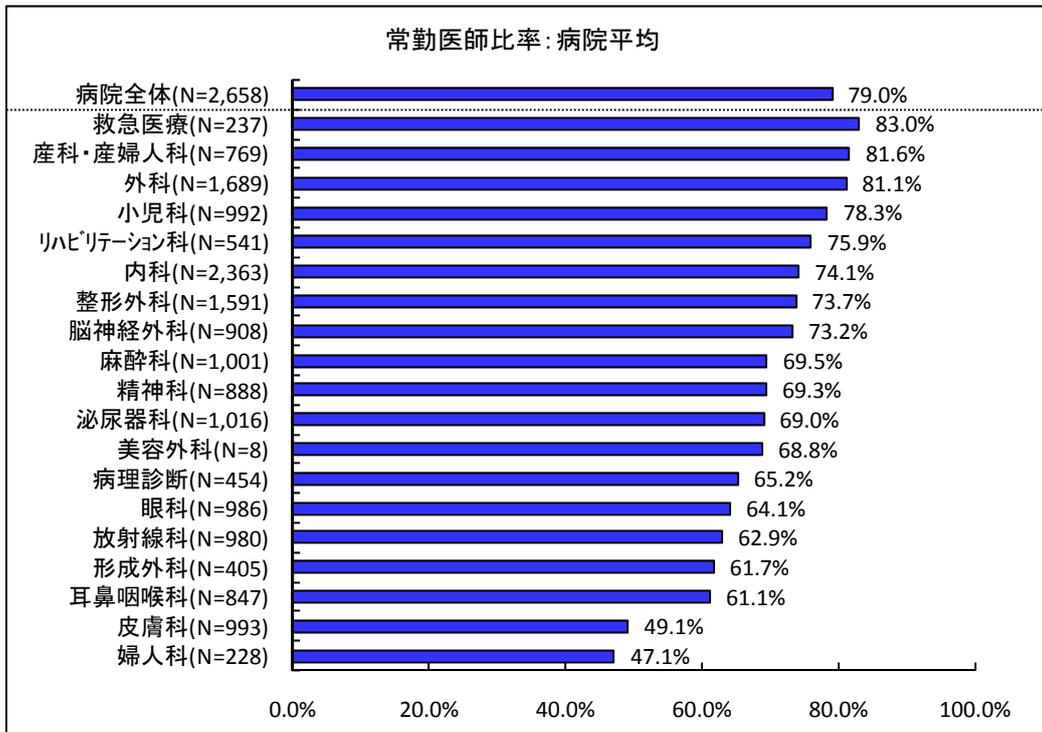


図 3-2-2-2. 常勤医師の比率(病院平均)



## 女性医師の比率

図 3-2-2-3 は常勤医師における女性医師の比率（合算による計算）を示している。図 3-2-2-4 は常勤医師における女性医師の比率（病院平均）を示している。いずれについても、図 3-2-2-1 および図 3-2-2-2 の常勤医師の比率と同様の方法で計算している。病院全体の常勤医師における女性医師の比率は合算計算で見ると 16.7%、病院平均で見ると 13.9%となっている。診療科目別に見ると、皮膚科、眼科、産科・産婦人科、麻酔科、小児科の女性医師比率（常勤医師において）が高くなっている。

図 3-2-2-3. 常勤医師における女性医師の比率（合算による計算）

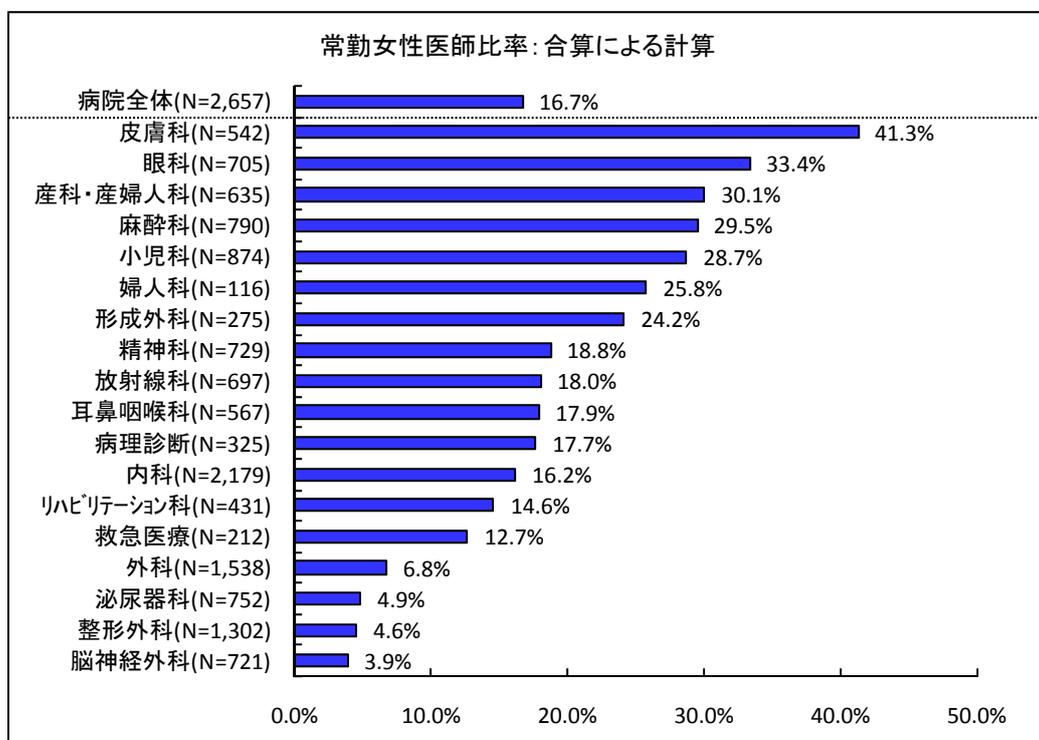
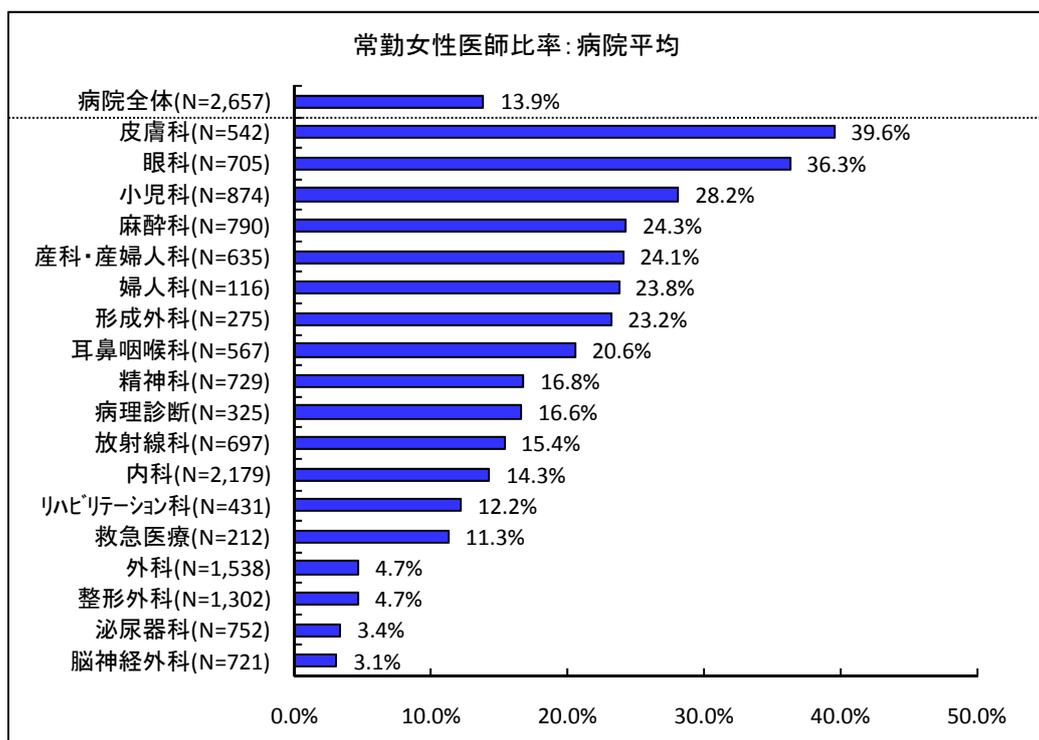


図 3-2-2-4. 常勤医師における女性医師の比率(病院平均)



### 医師数の増減

図 3-2-2-5 と図 3-2-2-6 は医師数全体の増減(おおむね 5 年前と比較)を示している。ただし、図 3-2-2-5 は、減少の中身をさらに「いなくなった」「大幅減少」「減少」「やや減少」と 4 区分し、全部で 6 区分して集計したものである。他方、図 3-2-2-6 は、それらの 4 区分を「減少」としてまとめて、「減少」「増減なし」「増加」の 3 区分でシンプルに集計したものである。病院全体で医師数が増加した病院は 34.4%であるのに対し、減少した病院は 39.6%であった。診療科目別に見ると、医師数が減少した病院の比率が高いのは、産科・産婦人科、内科、精神科、婦人科、耳鼻咽喉科となっている。この中で、産科・産婦人科と婦人科は深刻な状況を示すと考えられる「いなくなった」の割合が大きかった。他に注目しておきたいのは、救急医療である。昨今、医師不足で問題視される診療科であるが、医師数が増加した病院の比率は 43.5%と高くなっている。しかし、後で見るように、そうした増加にも関わらず、依然として深刻な医師不足に直面しているのが実態である。

図 3-2-2-5. 医師数全体の増減(6区分)

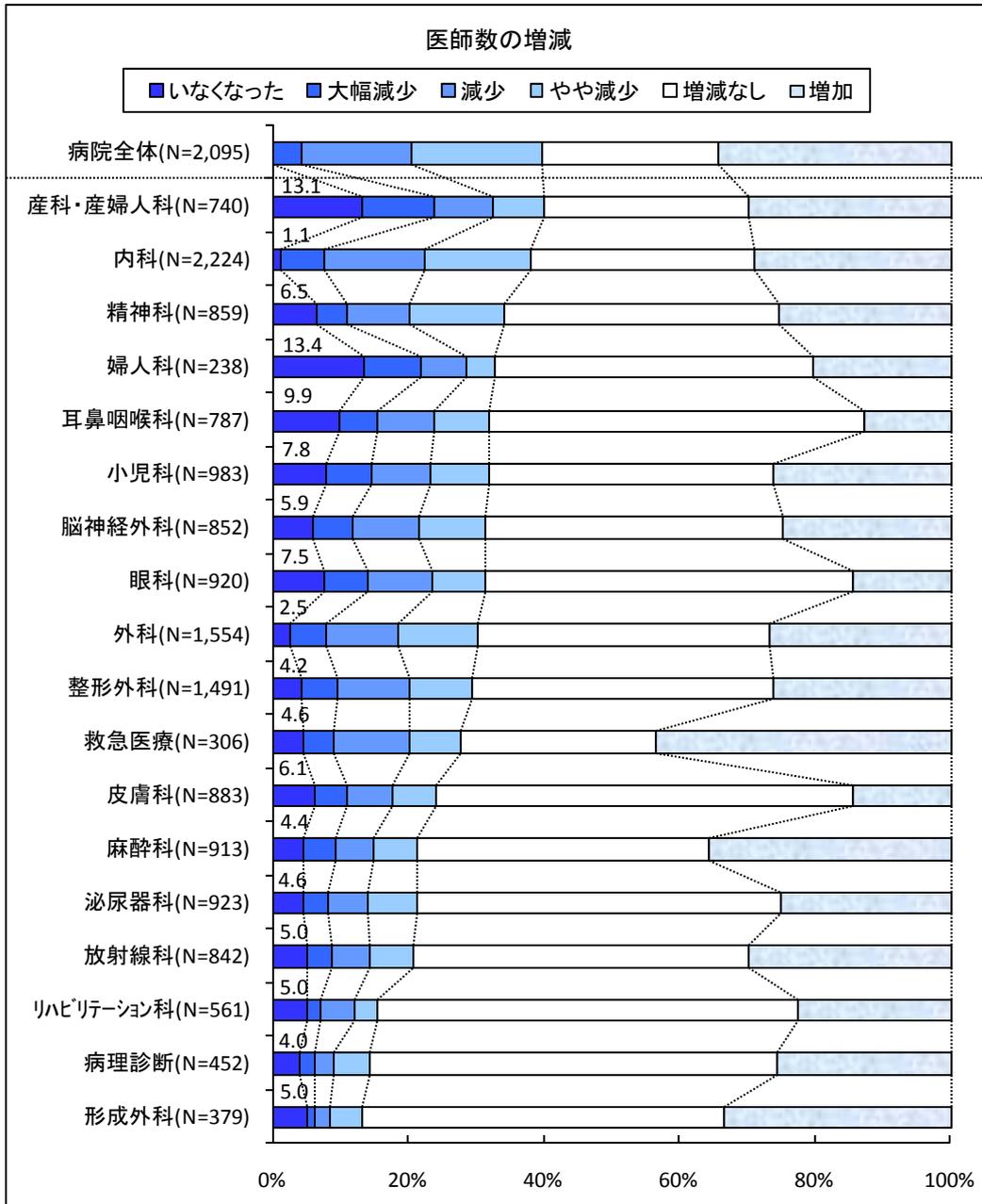


図 3-2-2-6. 医師数全体の増減(3区分)

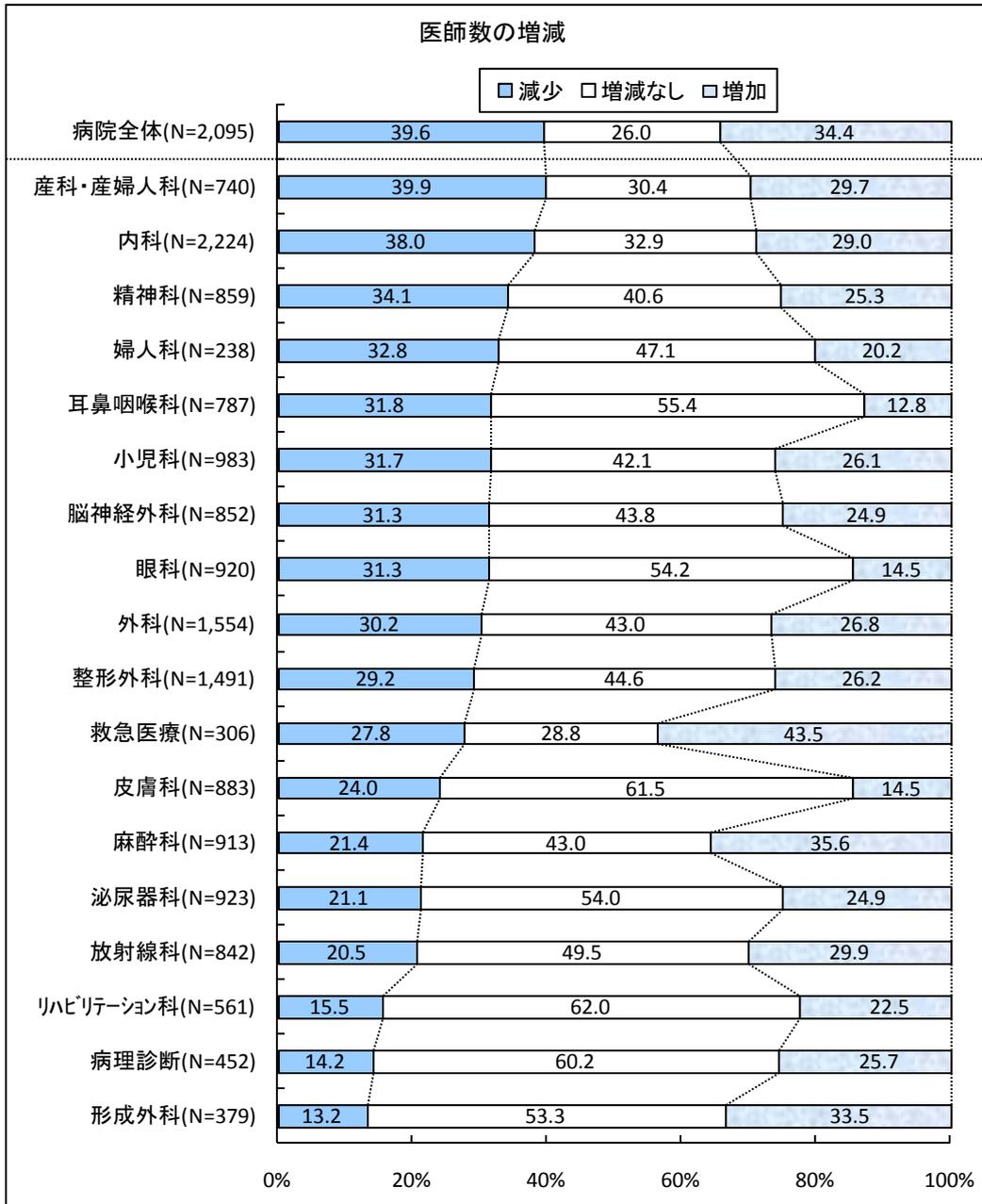
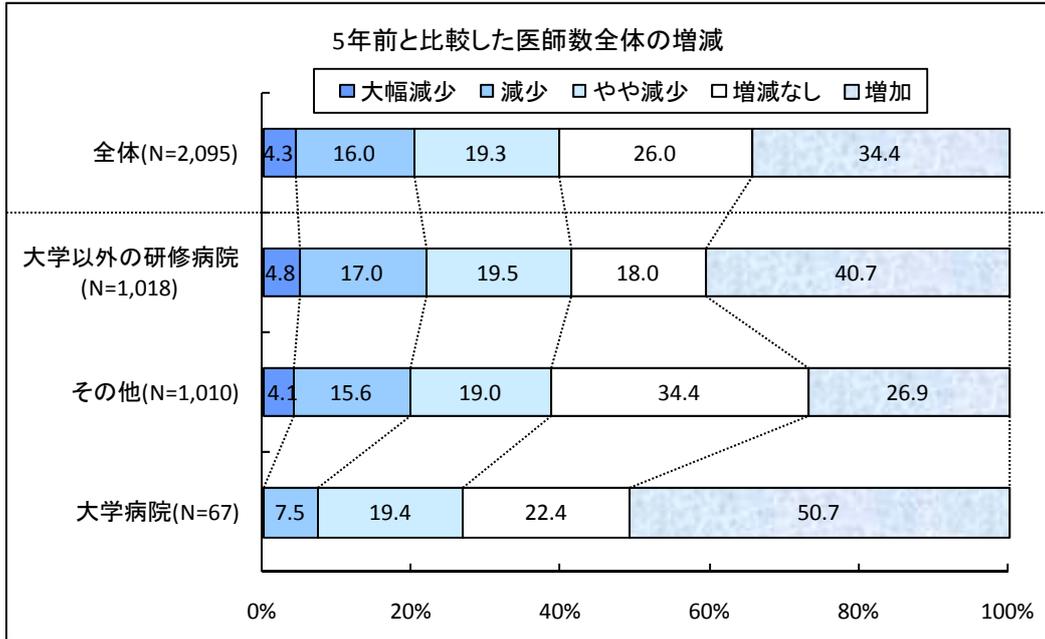


図 3-2-2-7 は病院属性別に見た医師数全体の増減（おおむね 5 年前と比較）を示している。医師数全体が減少（大幅減少、減少、やや減少の合計）した病院の比率が高かったのは、大学以外の研修病院であった。大学病院は、医師数全体が減少した病院の比率が最も小さいうえ、増加した病院の比率は最大（50.7%）であった。

図 3-2-2-7. 病院属性別に見た医師数全体の増減



地域別の医師数の増減

表 3-2-2-1. 日本医師会の地域ブロック区分

地域ブロック	都道府県
北海道地区	北海道
東北地区	青森県、岩手県、宮城県、秋田県、山形県、福島県
東京地区	東京都
関東甲信越地区	茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、神奈川県、新潟県、山梨県、長野県
中部地区	富山県、石川県、福井県、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県
近畿地区	滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県
中国四国地区	鳥取県、島根県、岡山県、広島県、山口県、徳島県、香川県、愛媛県、高知県
九州地区	福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県

図 3-2-2-8 は地域ブロック別（日本医師会で通常利用する区分）で見た医師数全体の増減（おおむね 5 年前と比較）を示している。表 3-2-2-1 は地域ブロックの都道府県対応表である。医師数全体が減少（大幅減少、減少、やや減少の合計）した病院の比率が高かったのは、東北地区、中国四国地区、近畿地区であった。ただし、近畿地区は増加した病院比率も高いことに注意したい。なお、表 3-2-2-2 は、医師数全体が減少した病

院の比率が高い上位 5 都道府県を示している。

図 3-2-2-8. 地域ブロック別に見た医師数全体の増減

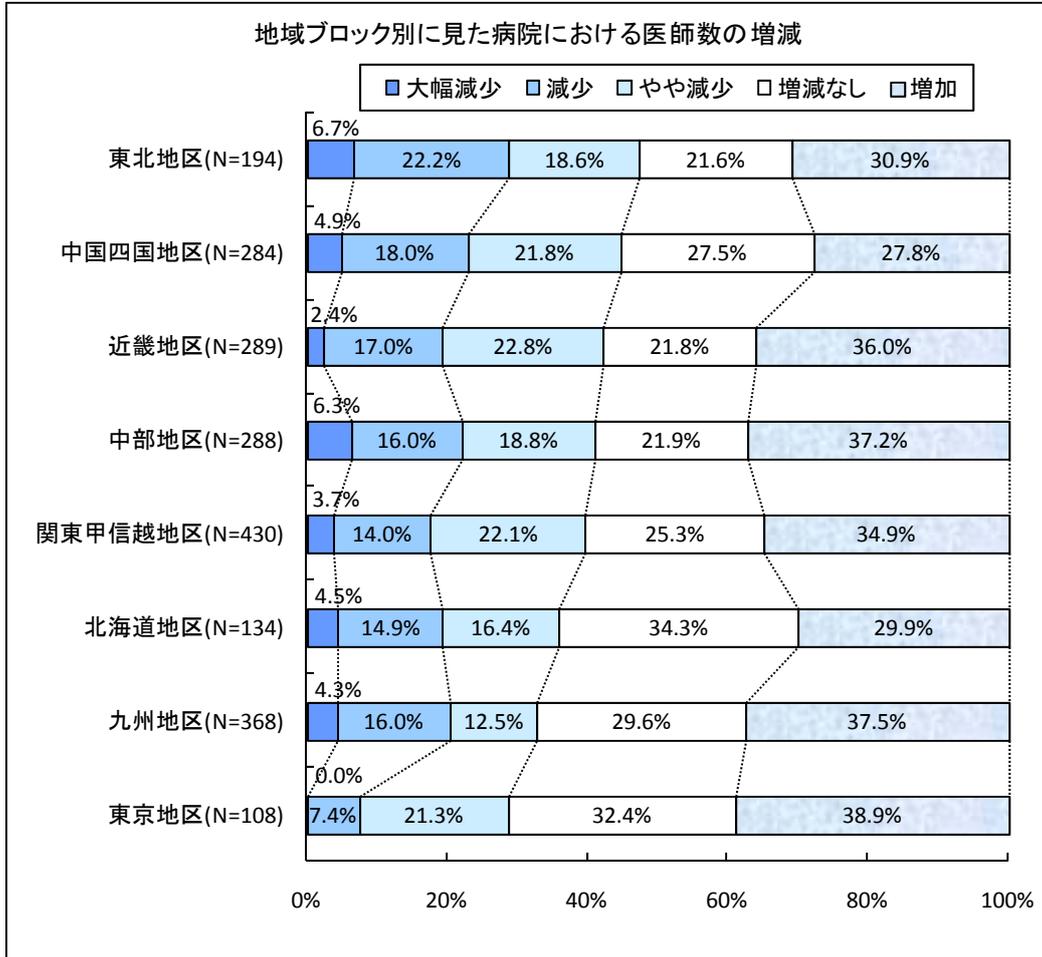


表 3-2-2-2. 医師数が減少した病院の比率が高い上位 5 都道府県

順位	都道府県	減少した病院の比率	N数
1	三重県	63.6%	23
2	鳥取県	62.5%	22
3	山形県	60.9%	33
4	和歌山県	60.9%	23
5	栃木県	59.1%	16

大学・公的病院等からの供給医師数の増減

図 3-2-2-9. 大学や公的病院等から供給を受けている医師数の増減(6区分)

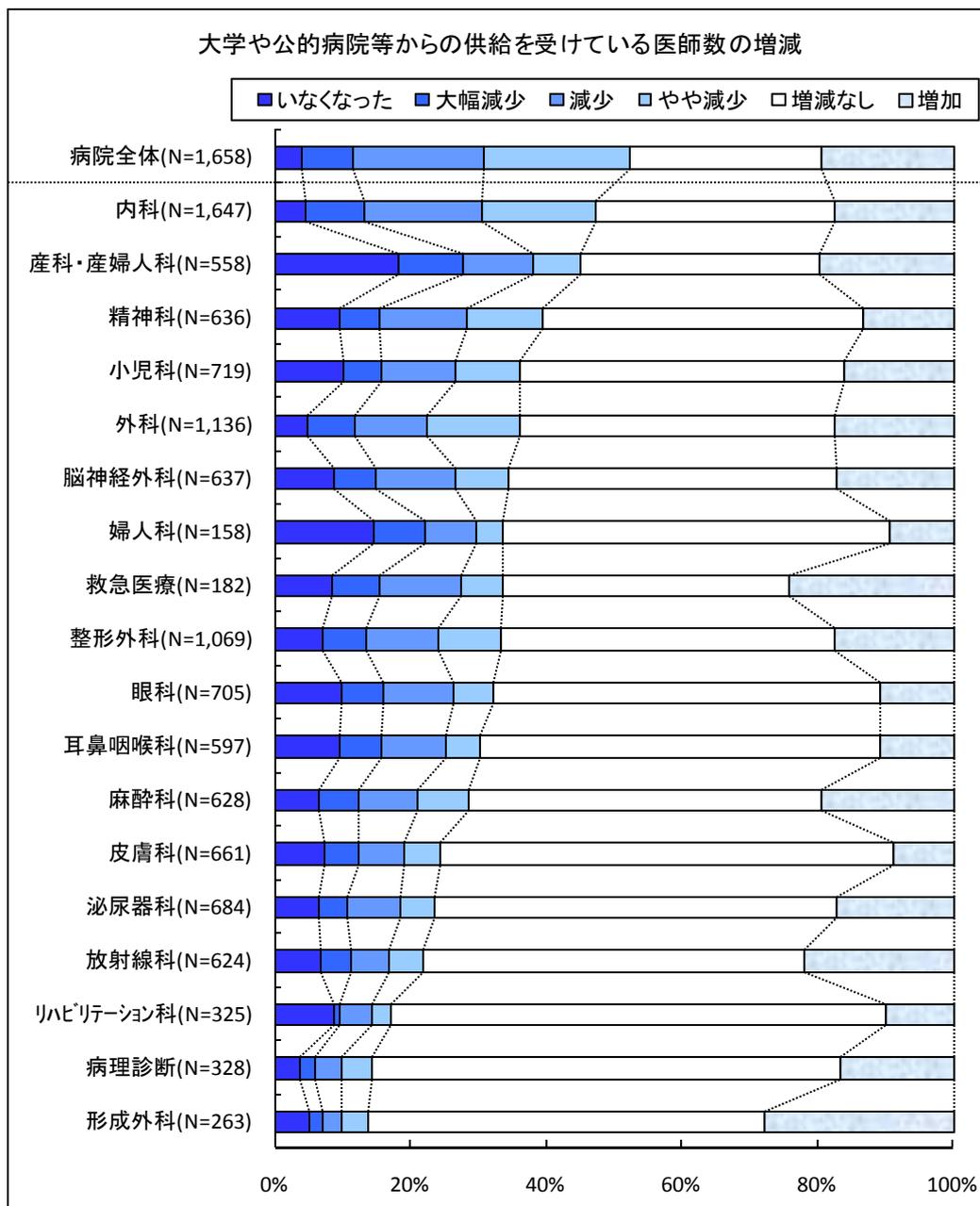


図 3-2-2-10. 大学や公的病院等から供給を受けている医師数の増減(3区分)

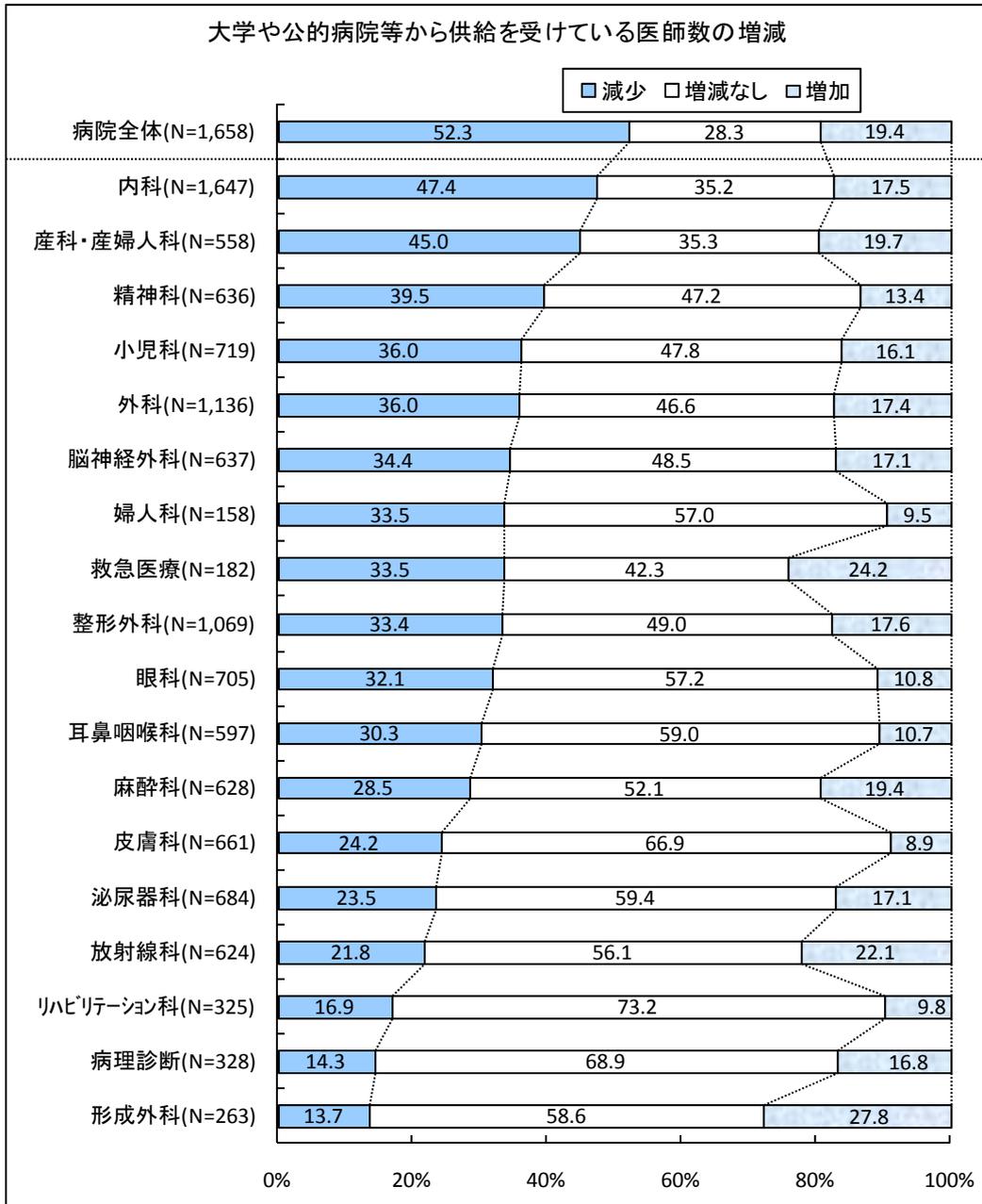
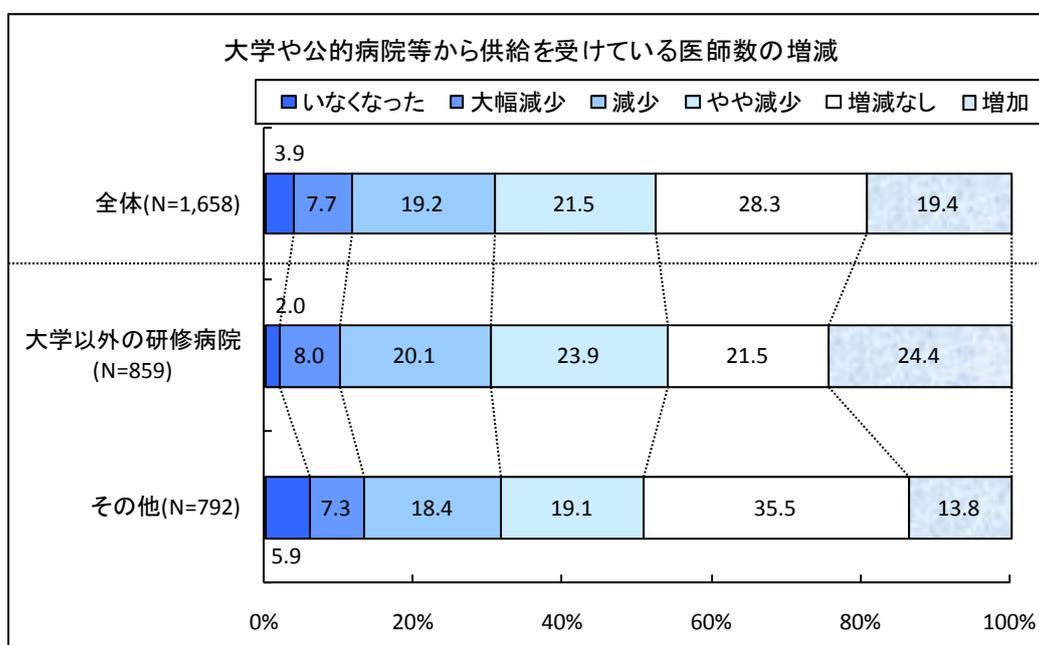


図 3-2-2-9 と図 3-2-2-10 は大学や公的病院等から供給を受けている医師数の増減（おおむね 5 年前と比較）を示している。図 3-2-2-5 と図 3-2-2-6 で見た医師数全体の増減の場合と同様に、図 3-2-2-9 は 6 区分の集計、図 3-2-2-10 は 3 区分の集計となっている。病院全体で、大学や公的病院等から供給を受けている医師数が増加した病院の比率が 19.4%であるのに対し、減少した病院の比率は 52.3%とかなり高くなっている。これは新医師臨床研修制度の導入によって、大学医学部教室（医局）の人員確保難から供給が

困難になったことが大きく影響していると考えられる<sup>1</sup>。診療科別に見ると、大学や公的病院等から供給を受けている医師数が減少した病院の比率は、内科、産科・産婦人科、精神科、小児科、外科で高くなっている。

図 3-2-2-11 は病院属性別に見た、大学や公的病院等からの供給医師数の増減（おおむね 5 年前と比較）を示している。ただし、大学病院からの回答数は 7 しかないため、グラフから除外している。大学以外の研修病院では、減少（いなくなった、大幅減少、減少、やや減少の合計）も増加も、その他のカテゴリーに比べて高い比率になっている。

図 3-2-2-11. 病院属性別に見た、大学や公的病院等からの供給医師数の増減<sup>注</sup>



注：大学病院は 7 病院しかないため、グラフから除外した。

### 地域別の供給医師数の増減

図 3-2-2-12 は地域ブロック別（表 3-2-2-1 を参照）に見た、大学や公的病院等からの供給医師数の増減を示している。大学や公的病院等からの供給医師数が減少した病院の比率（いなくなった、大幅減少、減少、やや減少の合計）が高いのは、中国四国地区、東北地区、中部地区である。これらの地域では、医師数全体が減少した病院の比率も高

<sup>1</sup> 森宏一郎(2008)「新医師臨床研修制度と医師偏在化・医師不足に関する調査：新医師臨床研修制度は医師不足を顕在化させたか」日医総研ワーキングペーパー, No. 166.

く（図 3-2-2-8 を参照）、大学や公的病院等による医師供給機能が重要な役割を果たしていた地域であると言える。また、表 3-2-2-3 は大学や公的病院等による供給医師数が減少した病院の比率が高い上位 5 都道府県を示している。都道府県ベースで見ても、医師数全体が減少した病院比率が高い上位 5 都道府県と 3 都道府県（栃木県、鳥取県、三重県）が一致している。

図 3-2-2-12. 地域ブロック別に見た、大学や公的病院等からの供給医師数の増減

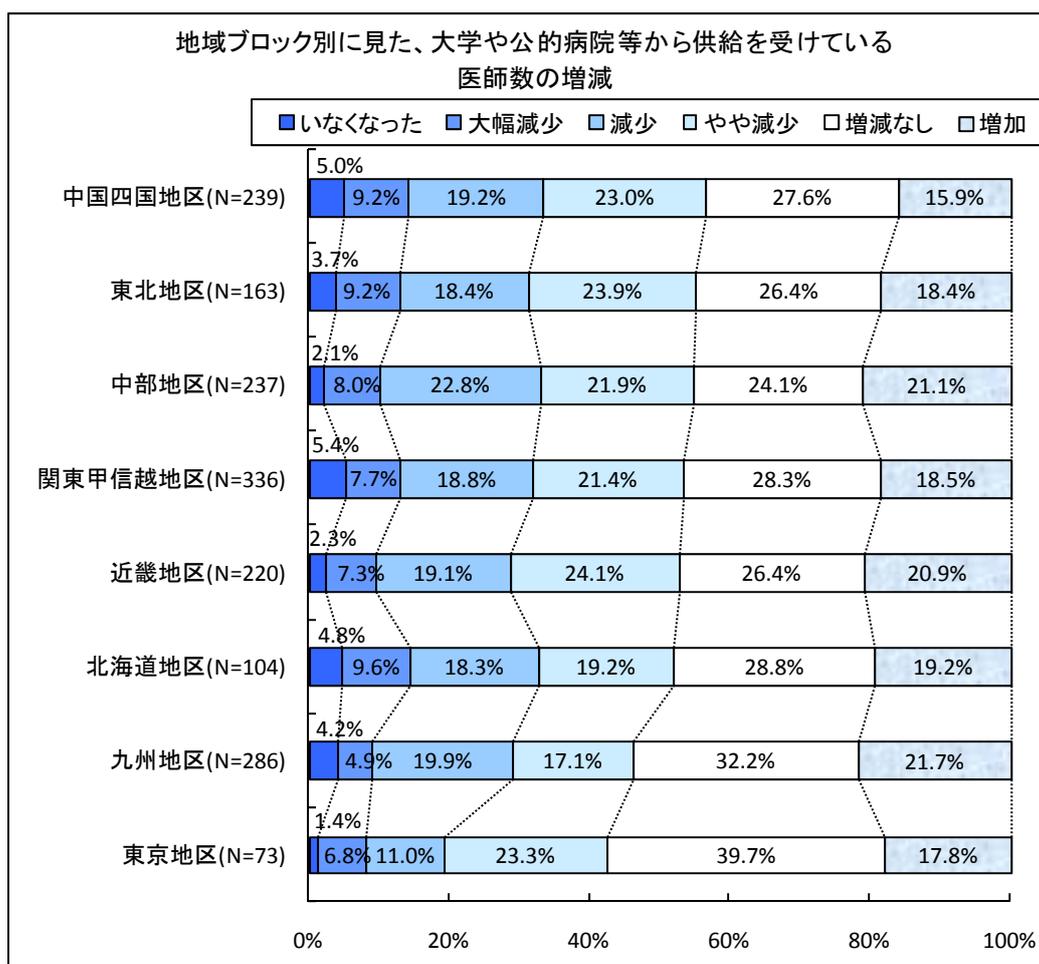


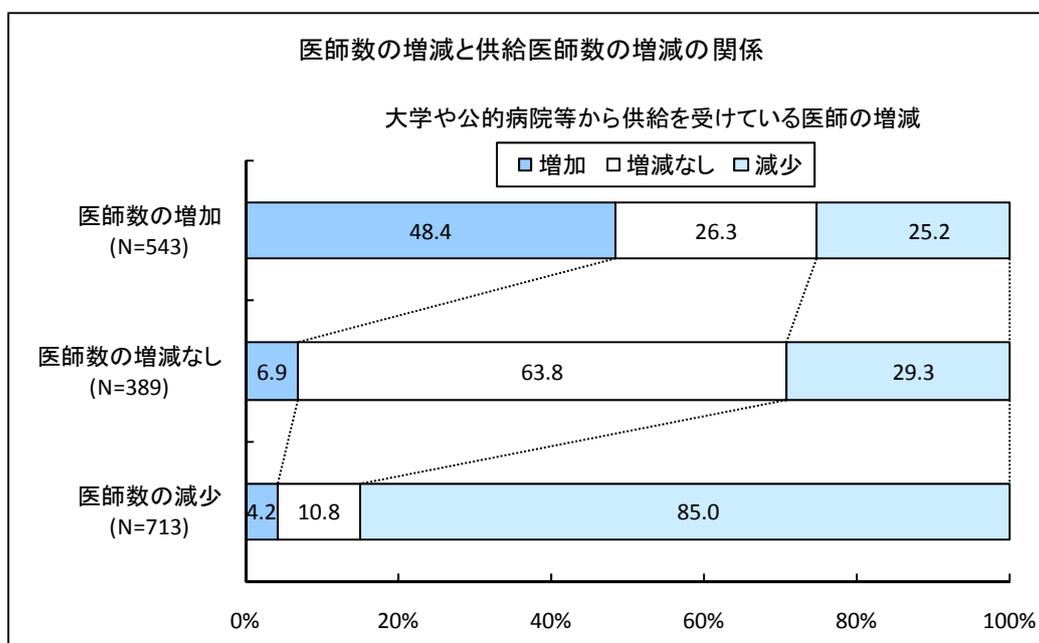
表 3-2-2-3. 大学や公的病院等からの供給医師数が減少した病院の比率が高い上位 5 都道府県

順位	都道府県	減少した病院の比率	N数
1	栃木県	78.9%	19
2	鳥取県	78.6%	14
3	三重県	75.0%	24
4	富山県	72.7%	22
5	島根県	70.6%	17

### 医師数増減と供給医師数増減の関係

図 3-2-2-13 は病院全体において医師数全体の増減と大学や公的病院等から供給を受けている医師数の増減の関係を見るためにクロス集計したものである。医師数が増加している病院の 48.4%では、大学や公的病院等からの供給医師数が増加している。また、医師数が減少した病院の 85.0%では、大学や公的病院等からの供給医師数が減少している。このことから、大学や公的病院等からの医師供給の重要性は大きいと言える。少なくとも、大学や公的病院等からの医師供給が止まると、直接的に病院の医師数減少につながってしまう（即時的な他からの医師調達は難しい）点は留意しておきたい。

図 3-2-2-13. 医師数全体の増減と大学や公的病院等から供給を受けている医師数の増減の関係



### 診療科別の医師数増減と供給医師数増減の関係

図 3-2-2-13 と同様に、いくつかの診療科目において、医師数全体の増減と大学や公的病院等から供給を受けている医師数の増減の関係を見ておきたい。図 3-2-2-14 は産科・産婦人科の場合を示している。医師数が増加した病院の 59.9%で、大学や公的病院等からの供給医師数が増加している。この比率は病院全体の場合に比べて 10 ポイントも高い。また、医師数が減少した病院の 89.8%で、大学や公的病院等からの供給医

師数が減少している。この比率も同様に病院全体の場合よりも高くなっている。産科・産婦人科では、相対的に大学や公的病院等からの医師の供給の意味が大きいと考えられる。

図 3-2-2-14. 医師数の増減と大学や公的病院等からの供給医師数の増減の関係(産科・産婦人科)

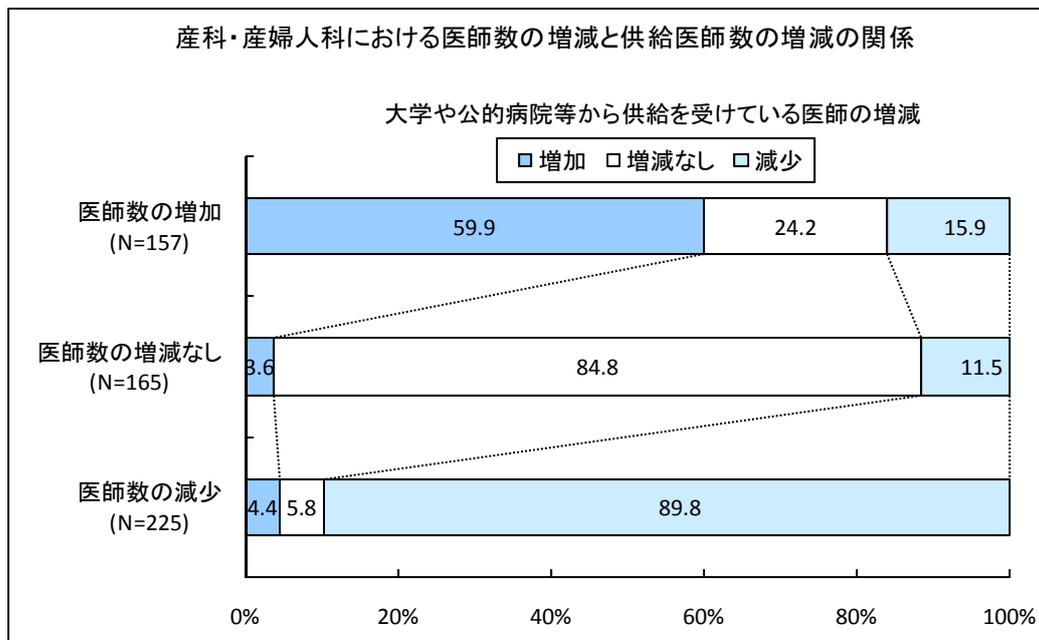


図 3-2-2-15. 医師数の増減と大学や公的病院等からの供給医師数の増減の関係(救急医療)

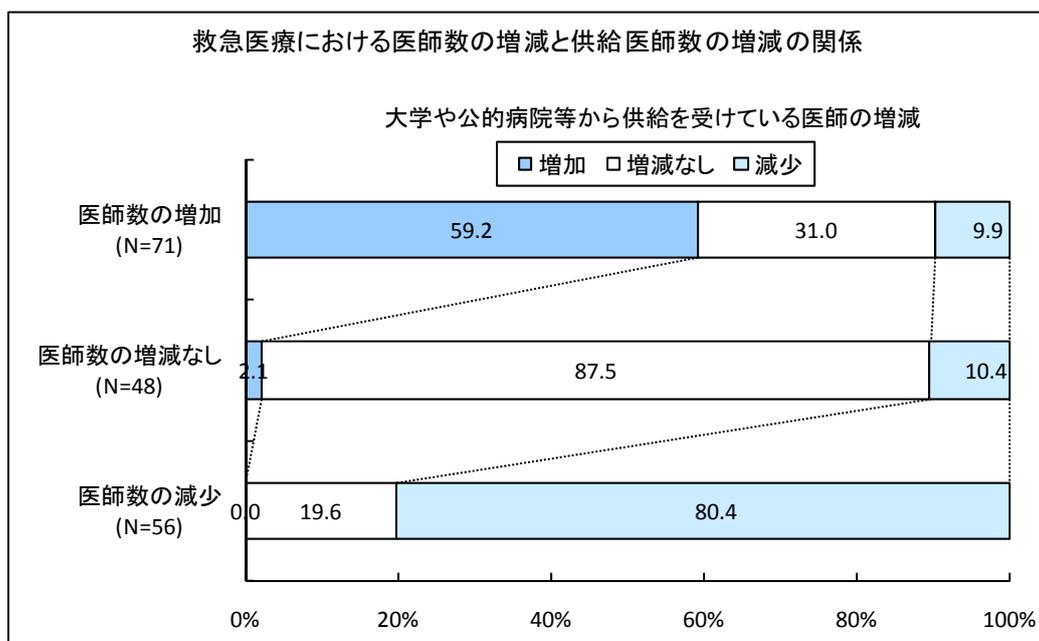


図 3-2-2-15 は救急医療の場合を示している。医師数が増加した病院の 59.2%で、大学や公的病院等からの供給医師数が増加している。この比率は病院全体の場合に比べて 10 ポイントも高い。また、医師数が減少した病院の 80.4%で、大学や公的病院等からの供給医師数が減少している。救急医療でも、相対的に大学や公的病院等からの医師の供給の意味が大きいと考えられる。

図 3-2-2-16 は小児科の場合を示している。医師数が増加した病院の 59.4%で、大学や公的病院等からの供給医師数が増加している。この比率は病院全体の場合に比べて 10 ポイントも高い。また、医師数が減少した病院の 85.8%で、大学や公的病院等からの供給医師数が減少している。小児科でも、相対的に大学や公的病院等からの医師の供給の意味が大きいと考えられる。

図 3-2-2-16. 医師数の増減と大学や公的病院等からの供給医師数の増減の関係(小児科)

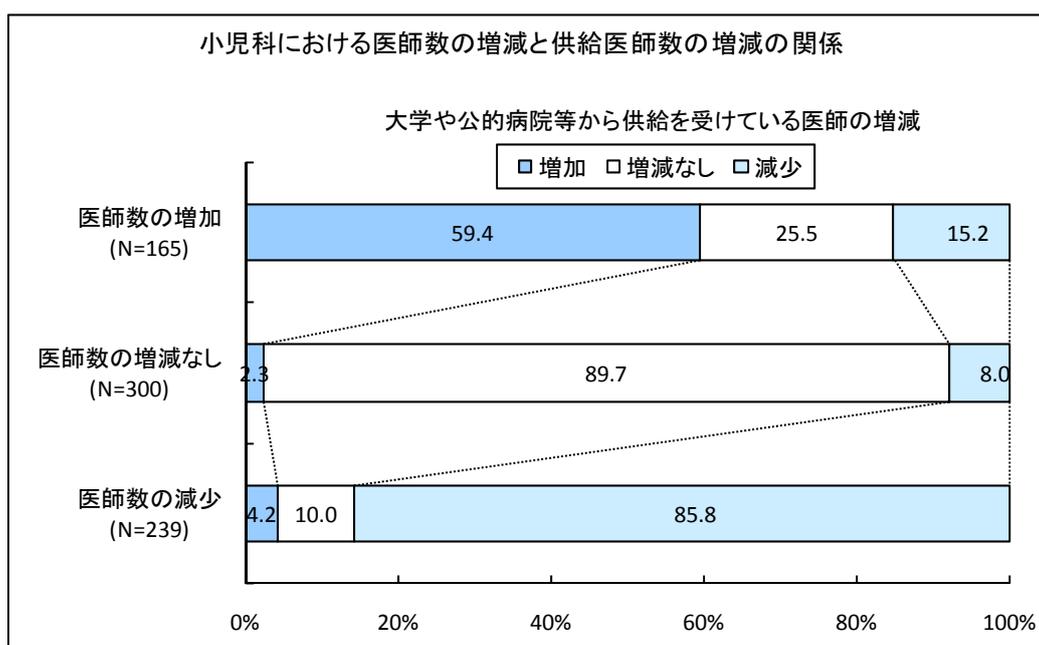


図 3-2-2-17 は内科の場合を示している。医師数が増加した病院の 50.3%で、大学や公的病院等からの供給医師数が増加している。この比率は病院全体の場合に比べて 2 ポイントだけ高い。また、医師数が減少した病院の 82.4%で、大学や公的病院等からの供給医師数が減少している。内科でも、大学や公的病院等からの医師の供給の意味は大きいですが、他の診療科目に比べて特別にその意味が大きいというわけではない。

図 3-2-2-17. 医師数の増減と大学や公的病院等からの供給医師数の増減の関係(内科)

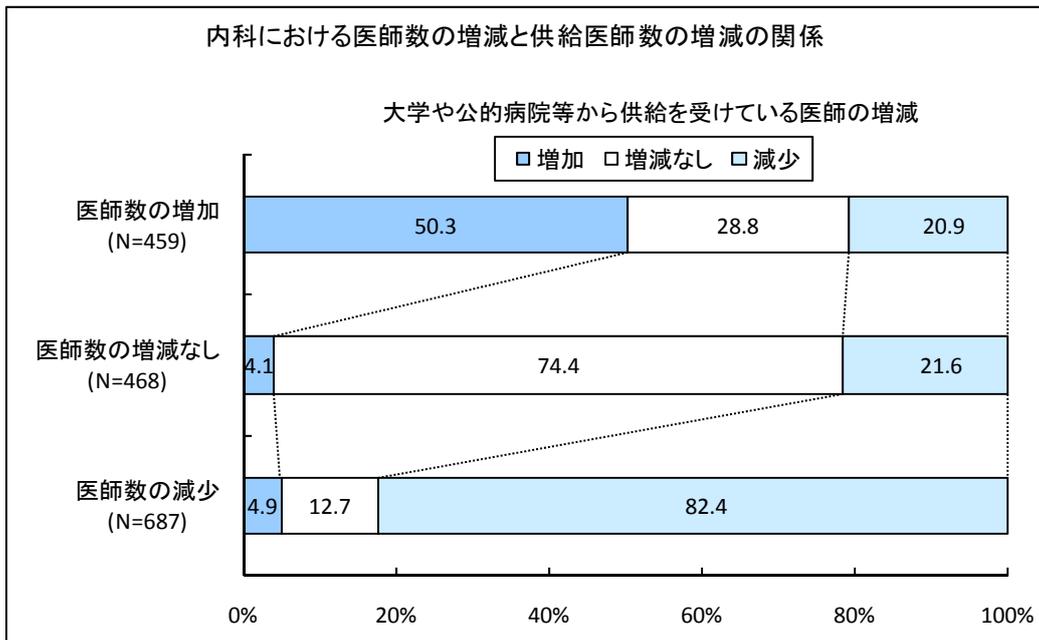


図 3-2-2-18. 医師数の増減と大学や公的病院等からの供給医師数の増減の関係(外科)

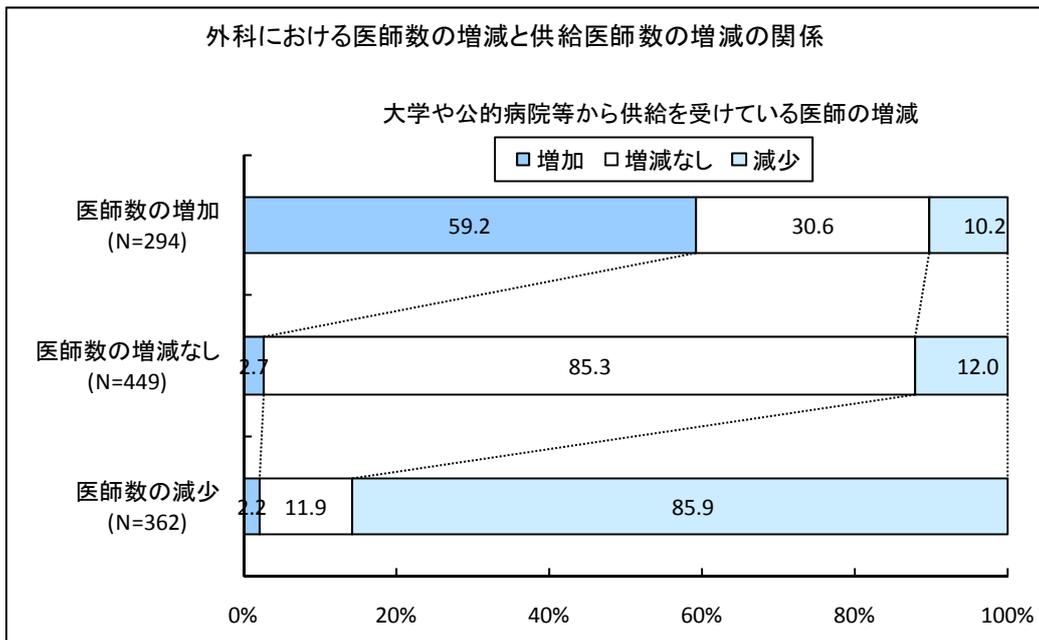


図 3-2-2-18 は外科の場合を示している。医師数が増加した病院の 59.2%で、大学や公的病院等からの供給医師数が増加している。この比率は病院全体の場合に比べて 10ポイントも高い。また、医師数が減少した病院の 85.9%で、大学や公的病院等からの供給医師数が減少している。外科でも、相対的に大学や公的病院等からの医師の供給の

意味が大きいと考えられる。

図 3-2-2-19 は麻酔科の場合を示している。医師数が増加した病院の 55.6%で、大学や公的病院等からの供給医師数が増加している。この比率は病院全体の場合に比べて 7 ポイントも高い。また、医師数が減少した病院の 88.4%で、大学や公的病院等からの供給医師数が減少している。この比率も病院全体の場合よりも高い。麻酔科でも、相対的に大学や公的病院等からの医師の供給の意味が大きいと考えられる。

図 3-2-2-19. 医師数の増減と大学や公的病院等からの供給医師数の増減の関係(麻酔科)

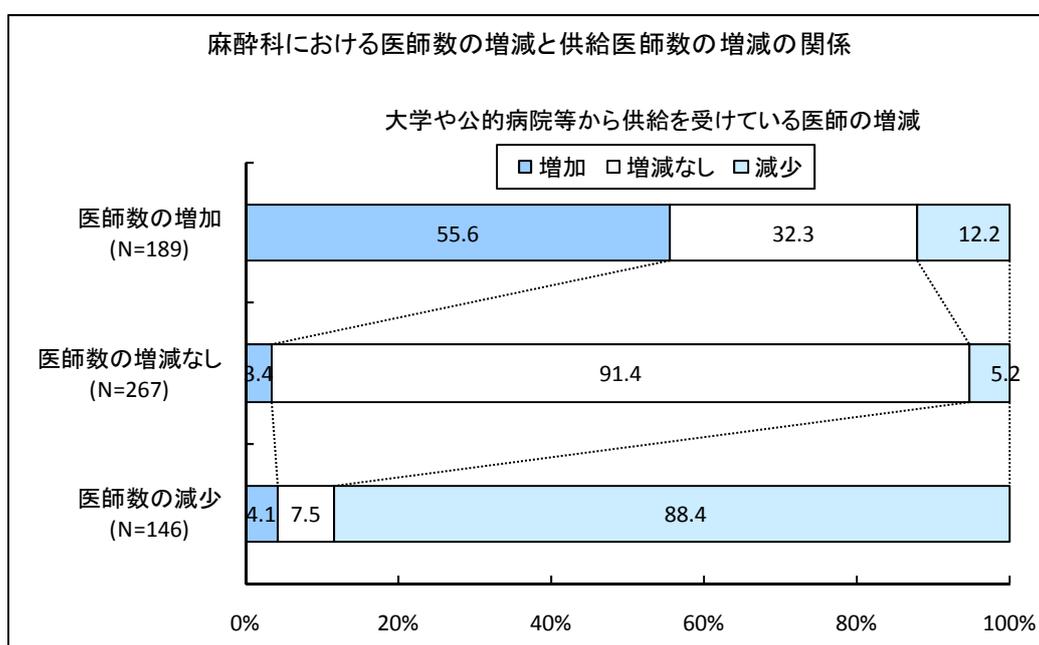
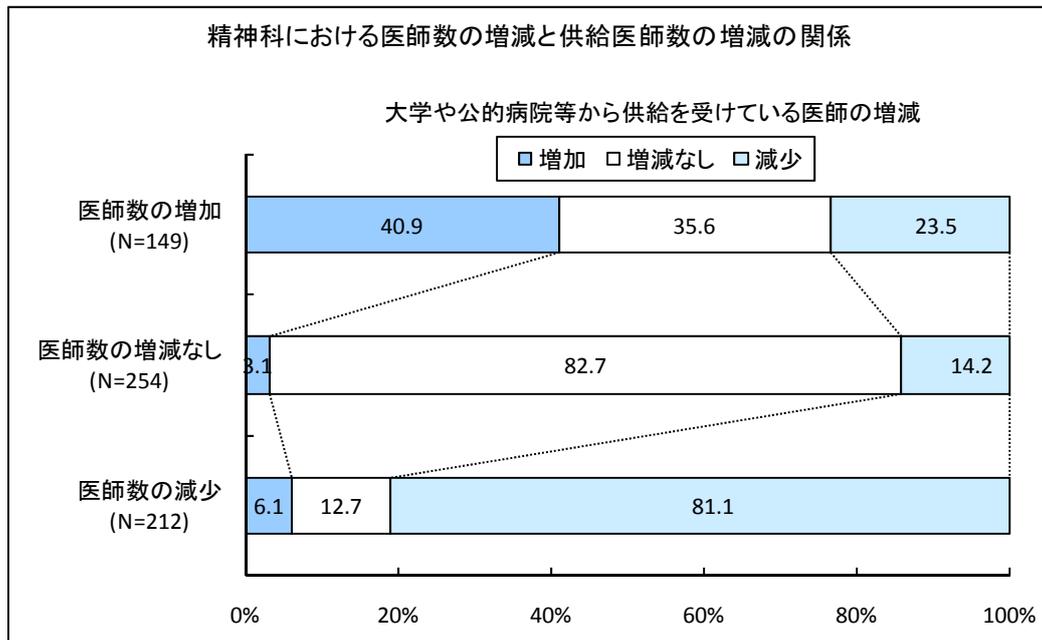


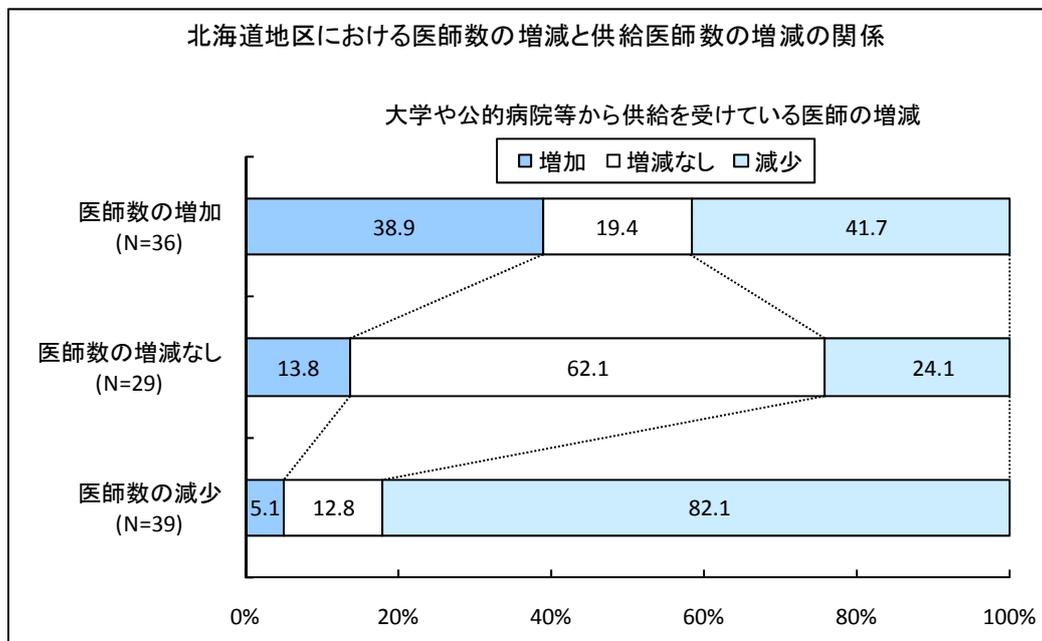
図 3-2-2-20 は精神科の場合を示している。医師数が増加した病院の 40.9%で、大学や公的病院等からの供給医師数が増加している。この比率は病院全体の場合に比べて 7.5 ポイント低くなっている。また、医師数が減少した病院の 81.1%で、大学や公的病院等からの供給医師数が減少している。この比率も病院全体の場合よりも低い。精神科でも、大学や公的病院等からの医師の供給の意味は大きいですが、他の診療科と比べるとその意味は大きくない。

図 3-2-2-20. 医師数の増減と大学や公的病院等からの供給医師数の増減の関係(精神科)



地域別の医師数増減と供給医師数増減の関係

図 3-2-2-21. 北海道地区における医師数の増減と供給医師数の増減の関係



同様に、地域ブロック別(48ページの表 3-2-2-1を参照)でも、医師数の増減と供給医師数の増減の関係を見ておきたい。図 3-2-2-21 は北海道地区における医師数の増減

と大学・公的病院等からの供給医師数の増減についてクロス集計したものである。医師数が減少した病院の 82.1%で、大学や公的病院等からの供給医師が減少したということである。大学や公的病院等からの医師供給がなくなると、他から医師を調達するのは難しい状況にあることを示している。この地域では、大学や公的病院等からの医師の供給機能が必要な役割を果たしてきたということになる。

図 3-2-2-22 は東北地区における医師数の増減と大学・公的病院等からの供給医師数の増減についてクロス集計したものである。医師数が減少した病院の 84.7%で、大学や公的病院等からの供給医師が減少したということである。大学や公的病院等からの医師供給がなくなると、他から医師を調達するのは難しい状況にあることを示している。この地域では、大学や公的病院等からの医師の供給機能が必要な役割を果たしてきたということになる。

図 3-2-2-22. 東北地区における医師数の増減と供給医師数の増減の関係

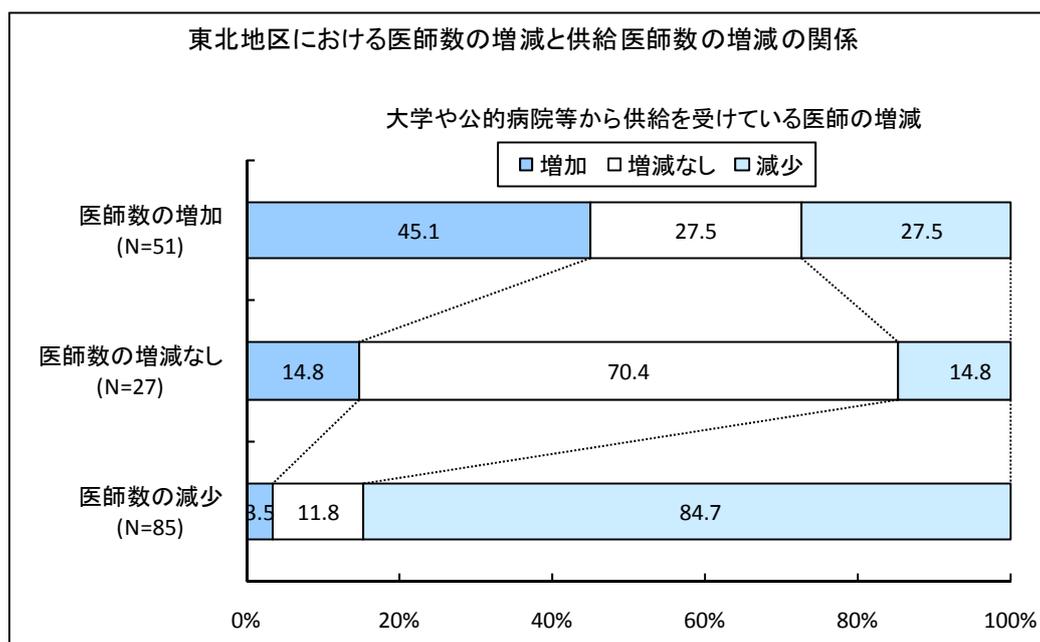


図 3-2-2-23 は東京地区における医師数の増減と大学・公的病院等からの供給医師数の増減についてクロス集計したものである。医師数が減少した病院の 80.0%で、大学や公的病院等からの供給医師が減少したということである。大学や公的病院等からの医師供給がなくなると、他から医師を調達するのは難しい状況にあることを示している。大都市圏である東京地区でも、大学や公的病院等からの医師の供給機能が必要な役割を

果たしてきたということになる。

図 3-2-2-23. 東京地区における医師数の増減と供給医師数の増減の関係

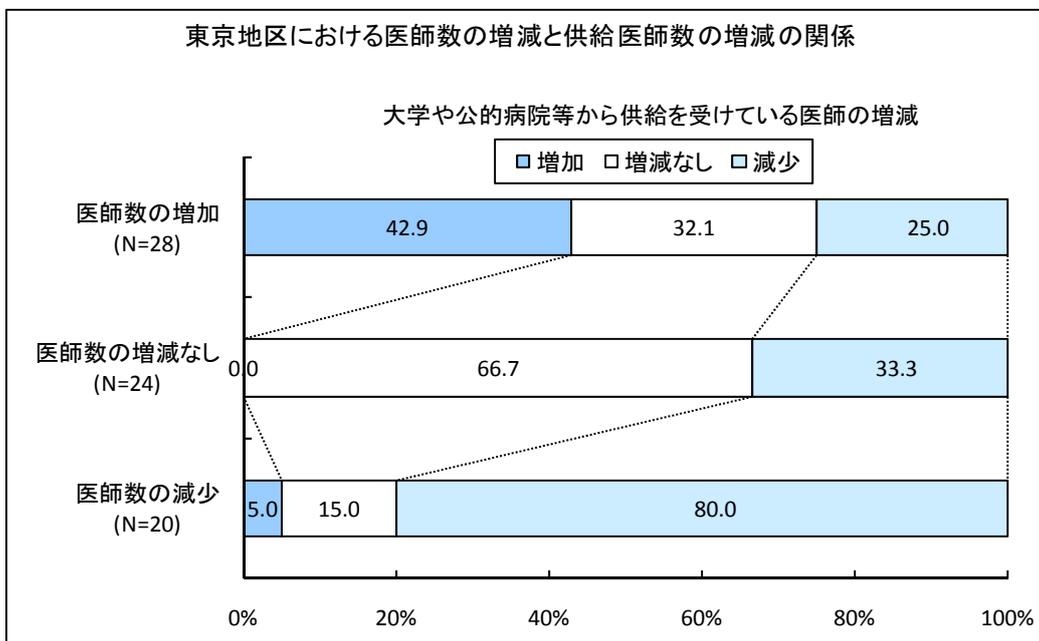


図 3-2-2-24. 関東甲信越地区における医師数の増減と供給医師数の増減の関係

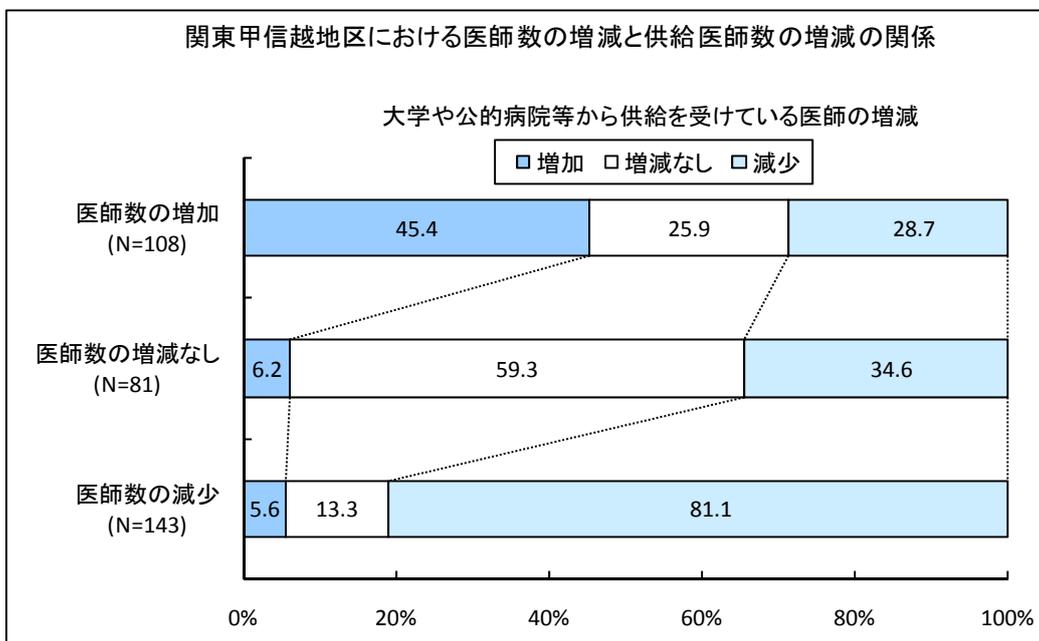


図 3-2-2-24 は関東甲信越地区における医師数の増減と大学・公的病院等からの供給医師数の増減についてクロス集計したものである。医師数が減少した病院の 81.1%で、

大学や公的病院等からの供給医師が減少したということである。大学や公的病院等からの医師供給がなくなると、他から医師を調達するのは難しい状況にあることを示している。この地区でも、大学や公的病院等からの医師の供給機能が必要な役割を果たしてきたということになる。

図 3-2-2-25 は中部地区における医師数の増減と大学・公的病院等からの供給医師数の増減についてクロス集計したものである。医師数が減少した病院の 91.6%で、大学や公的病院等からの供給医師が減少したということである。大学や公的病院等からの医師供給がなくなると、他から医師を調達するのは難しい状況にあることを示している。この 91.6%は他の地区に比べてかなり高い比率になっていることに留意したい。この地区では特に、大学や公的病院等からの医師の供給機能が必要な役割を果たしてきたということになる。

図 3-2-2-25. 中部地区における医師数の増減と供給医師数の増減の関係

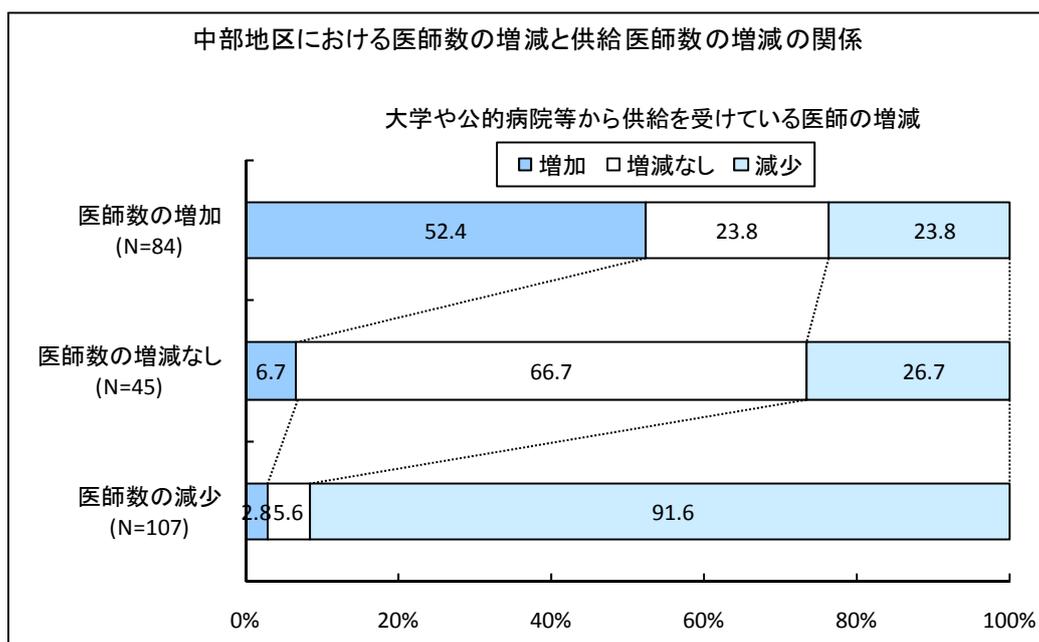


図 3-2-2-26 は近畿地区における医師数の増減と大学・公的病院等からの供給医師数の増減についてクロス集計したものである。医師数が減少した病院の 85.0%で、大学や公的病院等からの供給医師が減少したということである。大学や公的病院等からの医師供給がなくなると、他から医師を調達するのは難しい状況にあることを示している。この地区でも、大学や公的病院等からの医師の供給機能が必要な役割を果たしてきたと

ということになる。

図 3-2-2-26. 近畿地区における医師数の増減と供給医師数の増減の関係

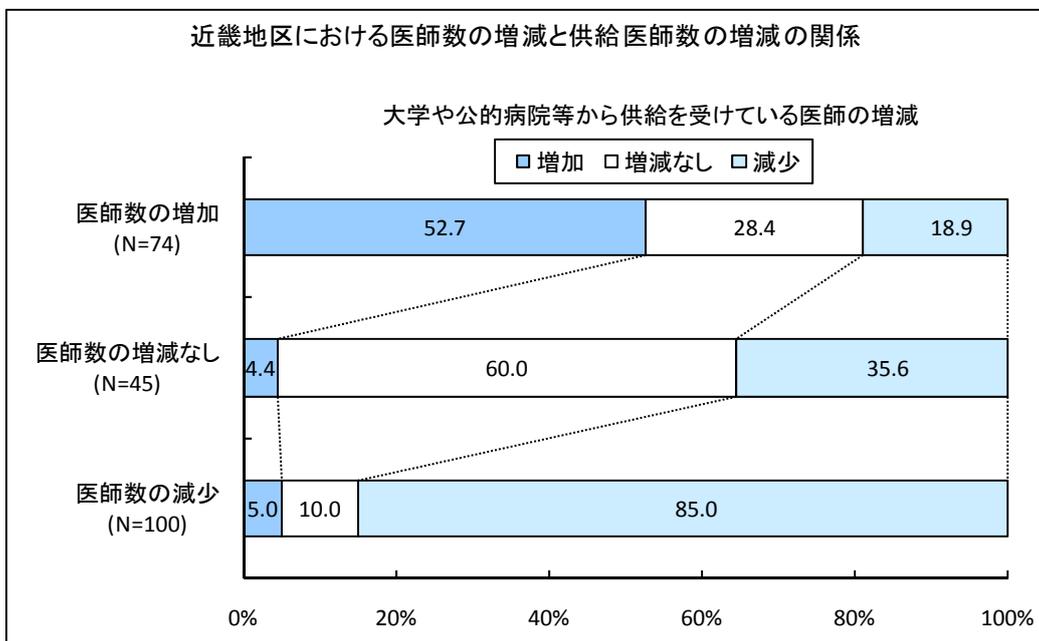


図 3-2-2-27. 中国四国地区における医師数の増減と供給医師数の増減の関係

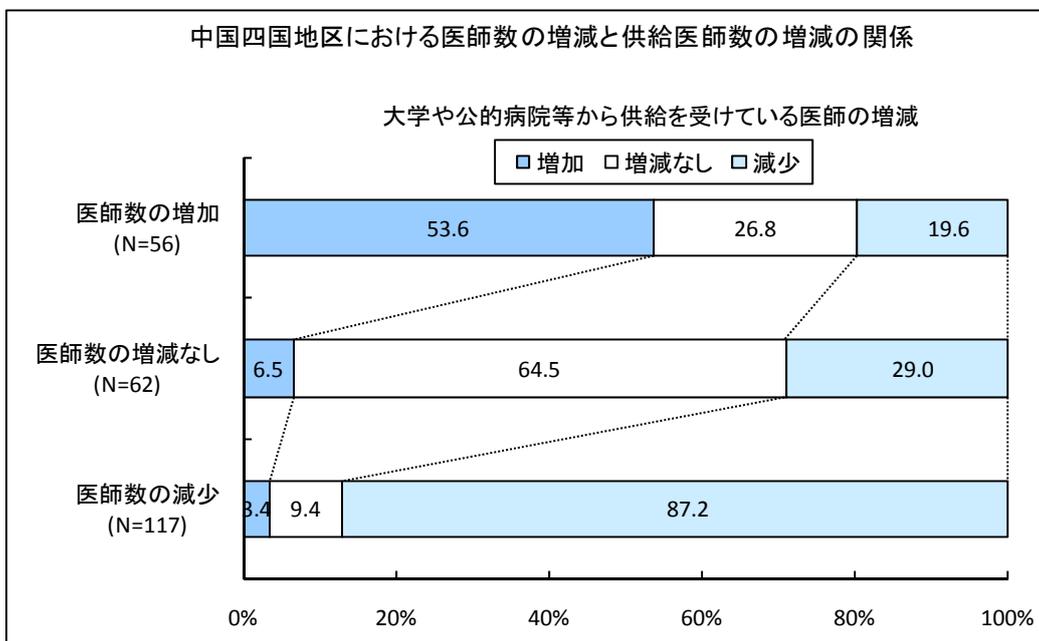
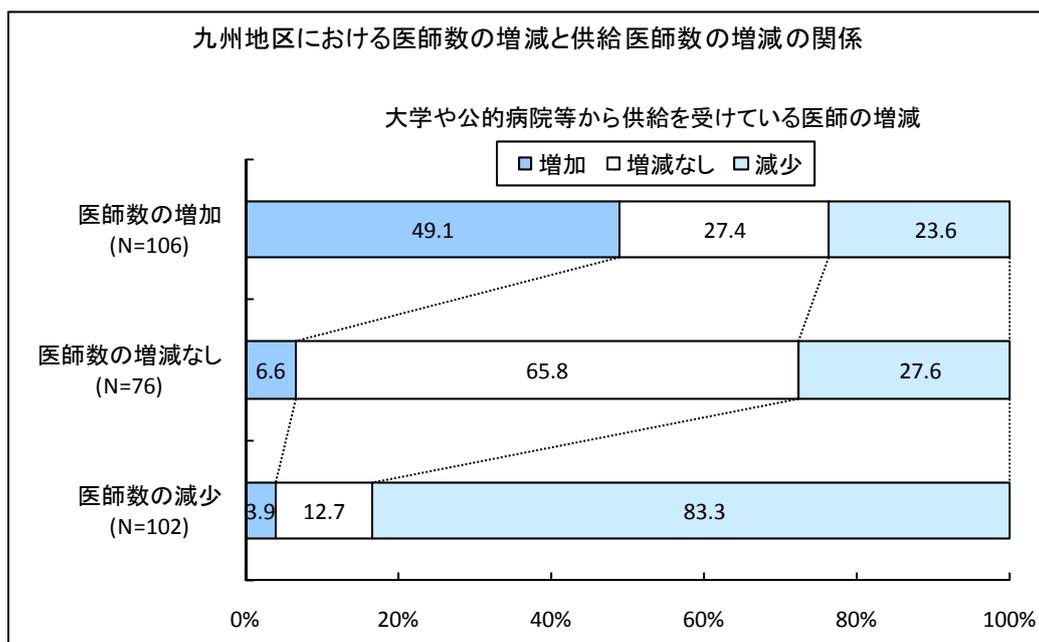


図 3-2-2-27 は中国四国地区における医師数の増減と大学・公的病院等からの供給医師数の増減についてクロス集計したものである。医師数が減少した病院の 87.2%で、

大学や公的病院等からの供給医師が減少したということである。大学や公的病院等からの医師供給がなくなると、他から医師を調達するのは難しい状況にあることを示している。この地区でも、大学や公的病院等からの医師の供給機能が必要な役割を果たしてきたということになる。

図 3-2-2-28 は九州地区における医師数の増減と大学・公的病院等からの供給医師数の増減についてクロス集計したものである。医師数が減少した病院の 83.3%で、大学や公的病院等からの供給医師が減少したということである。大学や公的病院等からの医師供給がなくなると、他から医師を調達するのは難しい状況にあることを示している。この地区でも、大学や公的病院等からの医師の供給機能が必要な役割を果たしてきたということになる。

図 3-2-2-28. 九州地区における医師数の増減と供給医師数の増減の関係



### 3-2-3. 病院医師の不足

#### 病院医師不足の影響

図 3-2-3-1 は医師不足を理由として病院全体において起きた問題（過去 5 年間）を集計したものである。3 つのカテゴリーで一番多かったのは、外来の閉鎖・休止・縮小で、487 病院であった。次に多かったのは病棟閉鎖・病床縮小で、253 病院であった。夜間等の救急対応休止も 189 病院あった。

図 3-2-3-1. 医師不足を理由として起きた問題

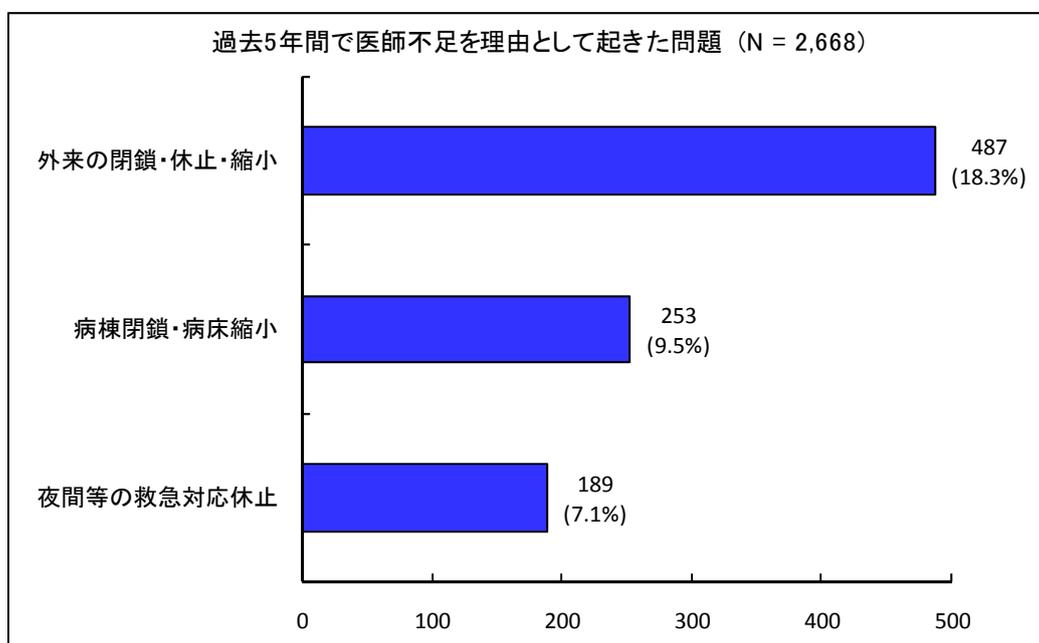


図 3-2-3-2 は過去 5 年間で医師不足を理由として外来の閉鎖・休止・縮小が起きた病院数を診療科目別に集計したものである。診療科目別では母数を示すデータを取らなかったため、比率の計算ができないことに注意してほしい。そのため、回答数でデータを集計して、上位 10 診療科を挙げている。したがって、どこの病院でも必ず存在する内科の数が多くなるのは当然である。しかし、内科において、過去 5 年間で少なくとも 310 病院で外来の閉鎖・休止・縮小が起きたということが分かる。産科・産婦人科では 191 病院、小児科では 164 病院で起きた。

図 3-2-3-2. 医師不足を理由として外来の閉鎖・休止・縮小が起きた病院数(上位 10 の診療科)

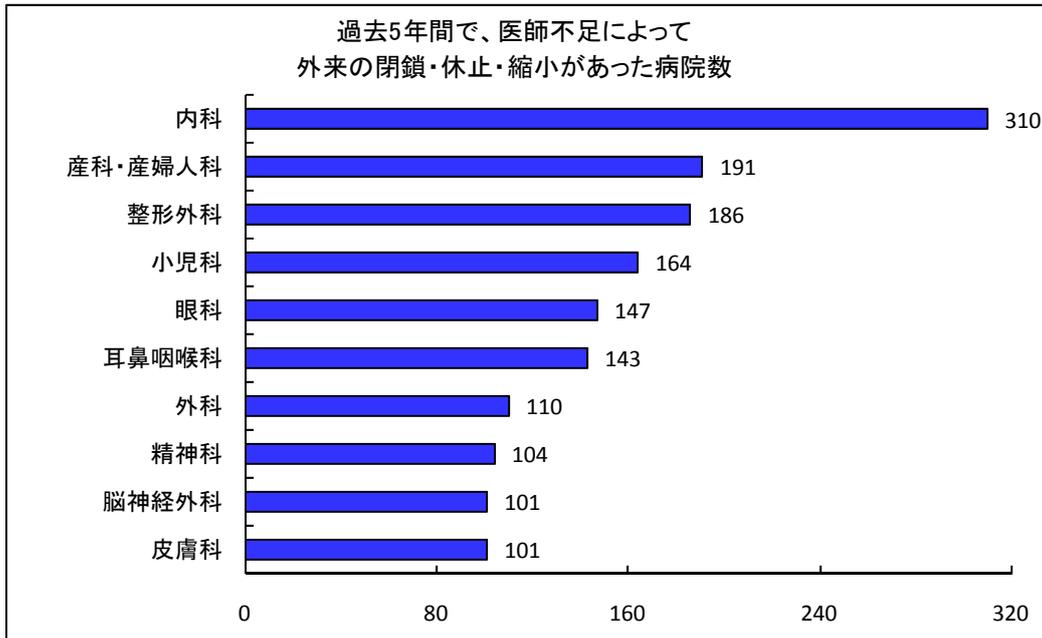


図 3-2-3-3. 医師不足を理由として病棟閉鎖・病床縮小が起きた病院数(上位 10 の診療科)

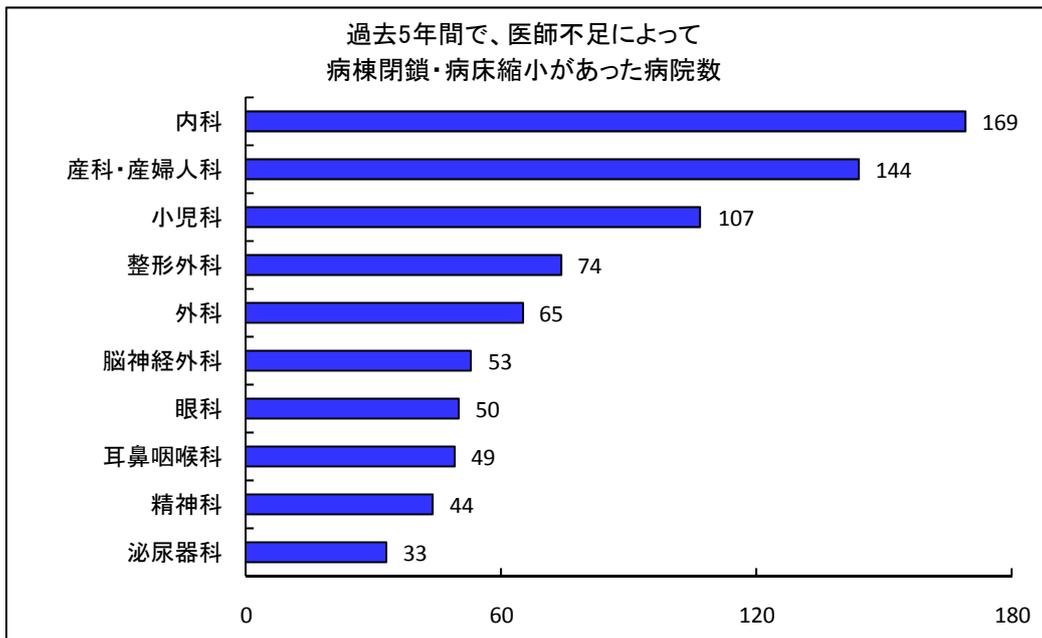
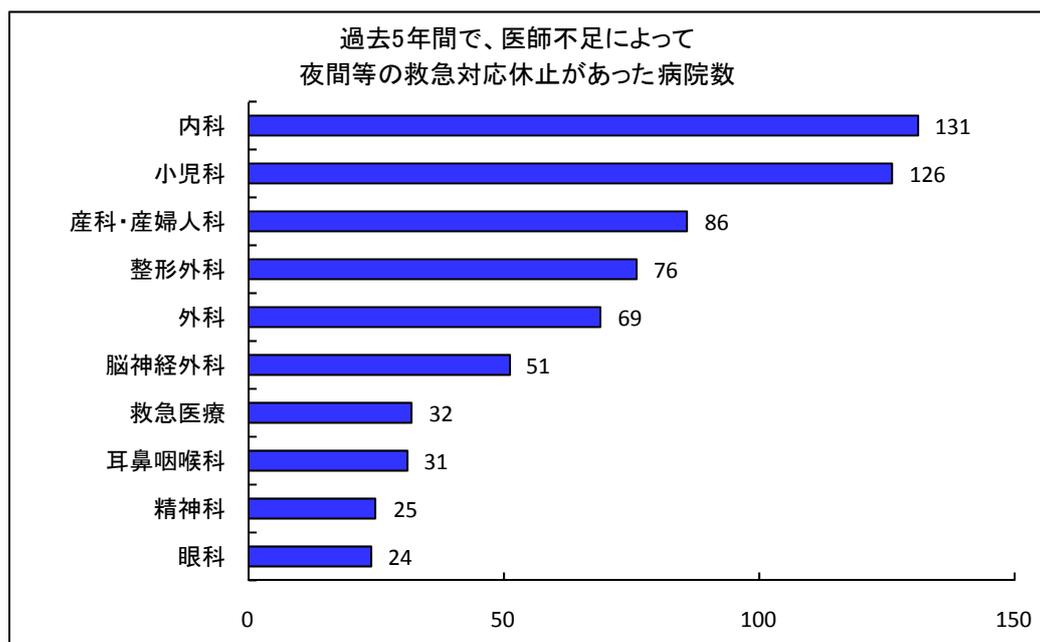


図 3-2-3-3 は過去 5 年間で医師不足を理由として病棟閉鎖・病床縮小が起きた病院数を診療科目別に集計したものである。同様に、診療科目別では母数を示すデータを取らなかったため、比率の計算ができないことに注意してほしい。そのため、回答数でデータを集計して、上位 10 診療科を挙げている。したがって、どこの病院でも必ず存在す

る内科の数が多くなるのは当然である。しかし、内科において、過去5年間で少なくとも169病院で病棟閉鎖・病床縮小が起きたということが分かる。また、標榜数を考慮すれば、産科・産婦人科では144病院で外来の病棟閉鎖・病床縮小が起きており、この問題が相対的に多かったのではないかと推察できる。

図3-2-3-4は過去5年間で医師不足を理由として夜間等の救急対応休止が起きた病院数を診療科目別に集計したものである。同様に、診療科目別では母数を示すデータを取らなかったため、比率の計算ができないことに注意してほしい。そのため、回答数でデータを集計して、上位10診療科を挙げている。したがって、どこの病院でも必ず存在する内科の数が多くなるのは当然である。他方、小児科では126病院で夜間等の救急対応休止が起きたことが分かる。

図3-2-3-4. 医師不足を理由として夜間等の救急対応休止が起きた病院数(上位10の診療科)

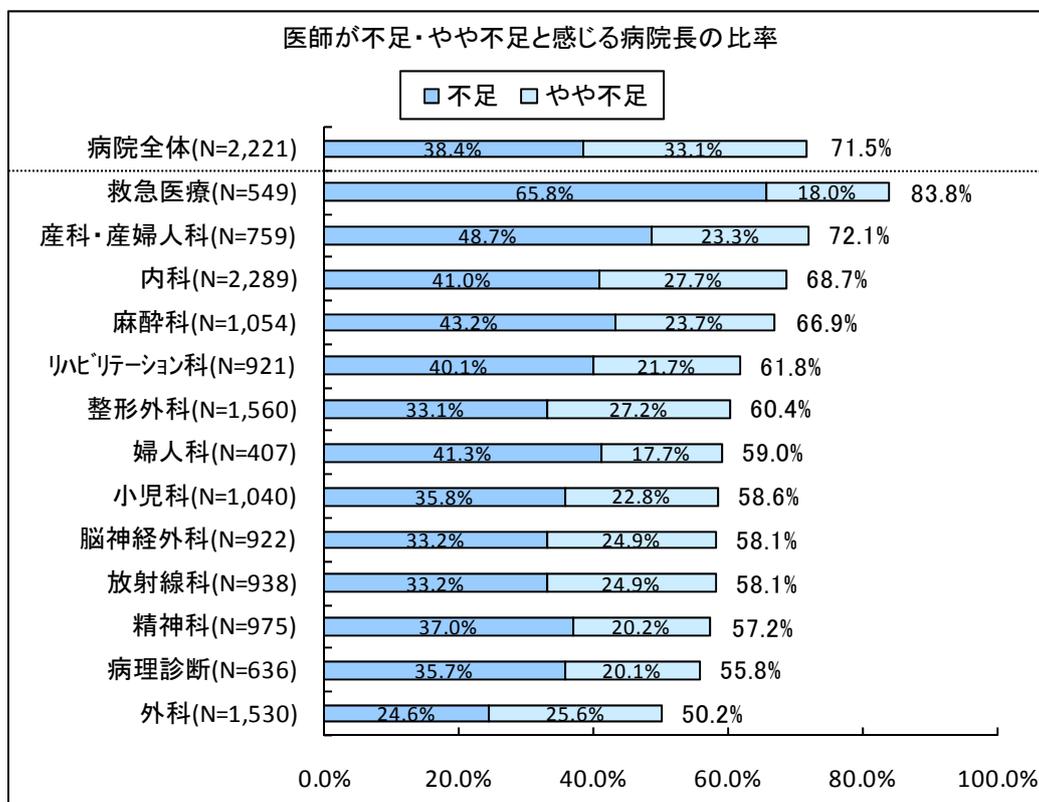


### 病院長による病院医師不足感

図3-2-3-5は病院長による病院医師の不足感（やや不足、不足の回答比率）を集計したものである。病院全体では、不足が38.4%、やや不足が33.1%で、その合計は71.5%となる。7割を超える病院において病院長は病院全体として医師不足に陥っていると感

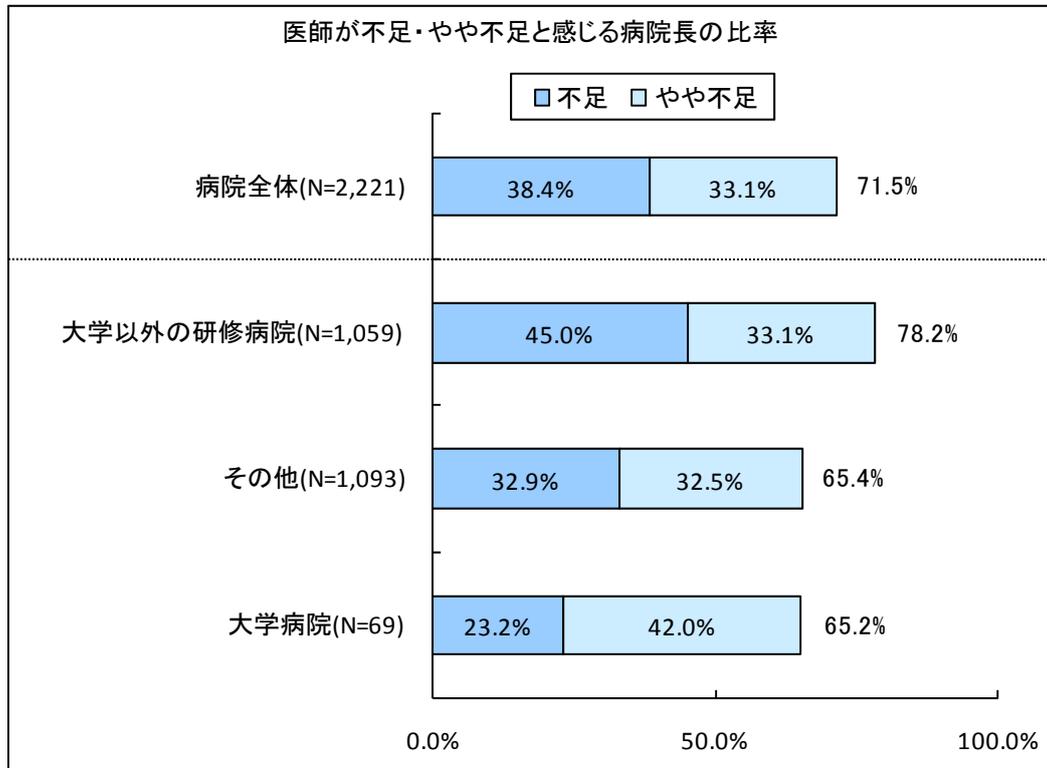
じているということになる。診療科目別に見ると、救急医療の不足感が高く、不足で65.8%、やや不足で18.0%、その合計で83.8%となっている。ここで、図3-2-2-6の病院全体の医師数増減の集計結果をもう一度見ていただきたい。そこでは、救急医療において医師数が増加と回答した病院が43.5%あった。ここでの不足感の集計結果と合わせると、二つのことが言えそうである。一つは、救急医療では医師数が増加している病院も多いが、増加しても依然として医師不足であるということ。もう一つは、こうした不足感を反映して医師不足の動きが出ている（が、まだ不足感が残っている）ということである。

図 3-2-3-5. 病院長による病院医師不足感



同様に、図3-2-3-6は病院属性別に見た病院長による病院医師不足感について集計したものである。大学以外の研修病院では、不足が45.0%、やや不足が33.1%、その合計が78.2%である。他のカテゴリーと比較して約13ポイントも不足・やや不足の合計の比率が高い。大学以外の研修病院では初期研修医を大幅に受け入れるようになった結果、指導医の負担が重くなり、指導医不足という点で医師不足感が出てきたという側面があると言えそうである。

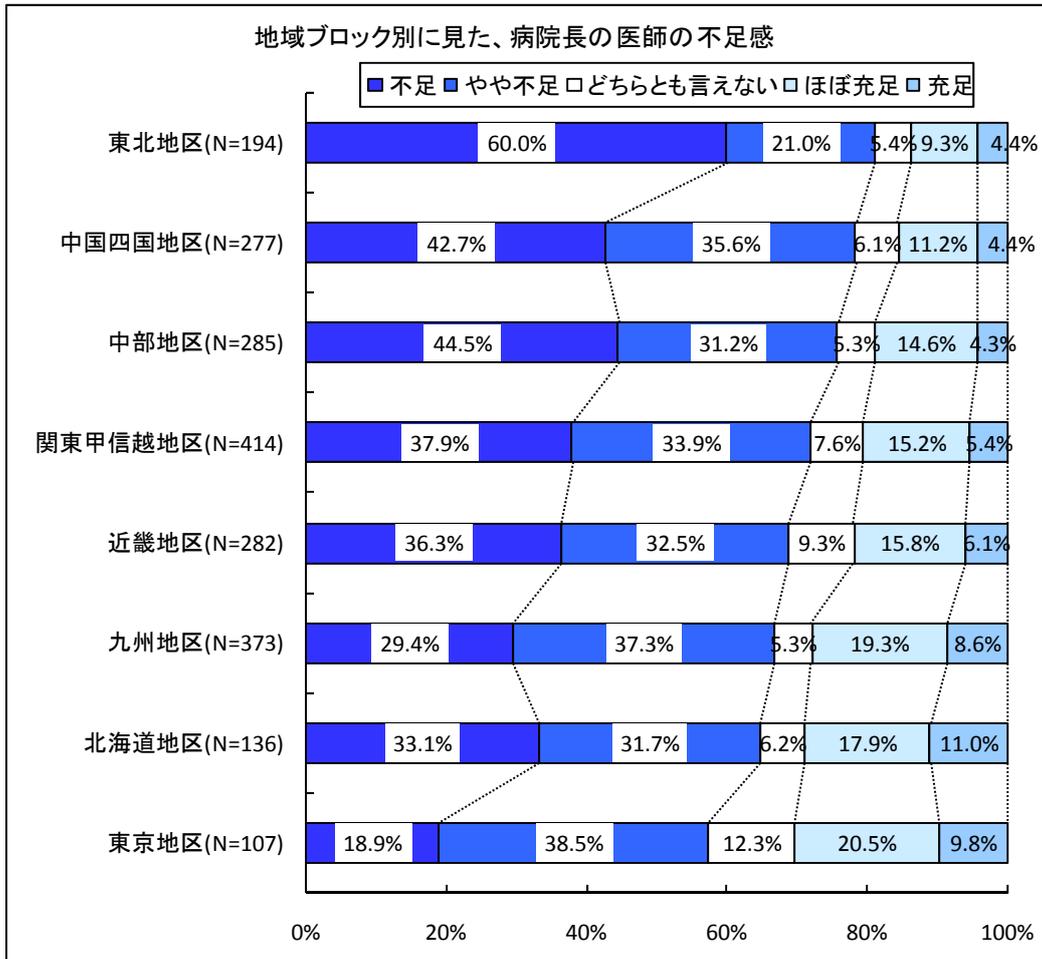
図 3-2-3-6. 病院属性別に見た、病院長による病院医師不足感



### 地域別の病院医師不足感

図 3-2-3-7 は地域別（表 3-2-2-1 を参照）の病院長による病院医師不足感について集計したものである。不足・やや不足の合計の比率で見ていくと、医師不足感が強い地域は東北地区、中国四国地区、中部地区となる。他方、医師不足が深刻化していると言われる北海道では医師不足感がそれほど強くないが、病院単位での調査であるため、地域単位での医師不足があっても、病院の集約化が進んでいけば、病院単位では医師不足感が低くなる可能性がある。北海道は病院の集約化が進んでいる地域であり、この可能性は高い。

図 3-2-3-7. 地域別に見た、病院長による病院医師不足感



医師不足感がある病院における医師数および供給医師数の増減

図 3-2-3-8 は病院長が医師不足感を持っている病院について医師数の増減を集計したものである。医師不足感がある病院の 54.7% でおおむね 5 年前と比較して医師数が減少していた。医師不足感は医師数の減少によるところが大きいと言える。他方、医師不足感がある病院の 27.4% では医師数が増加しており、医師数が増加していても医師不足感がある病院も 4 分の 1 強あるということに留意しておかなければならない。もっと言えば、医師不足感がある病院の 45.3% ではこの 5 年間では医師数が減少しておらず、慢性的に医師不足状態でやってきたということになる。

図 3-2-3-8. 医師不足感がある病院における医師数の増減

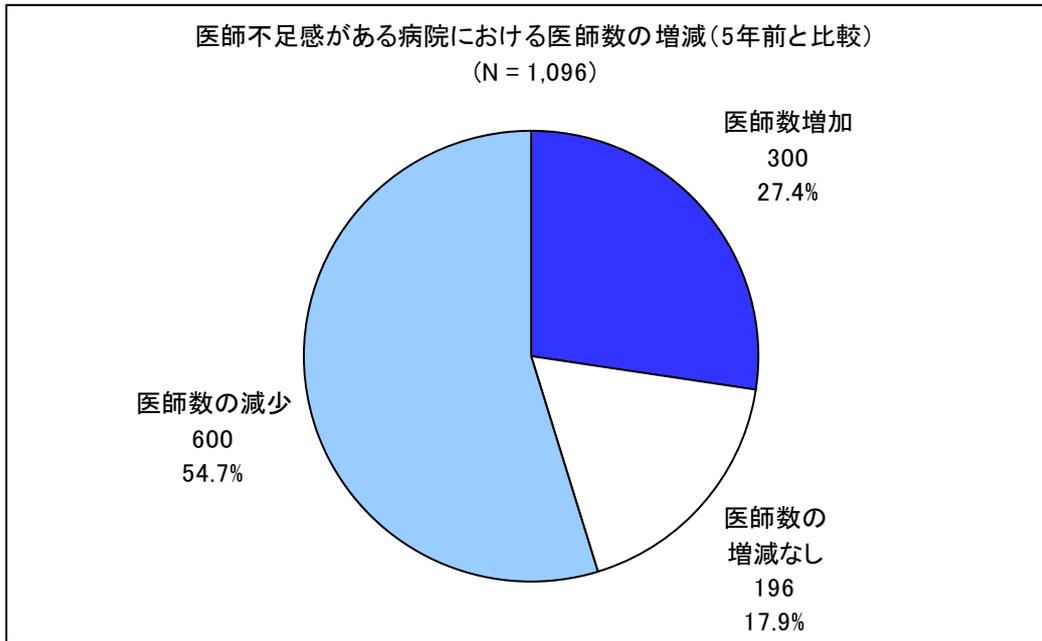


図 3-2-3-9. 医師不足感がある病院における供給医師数の増減

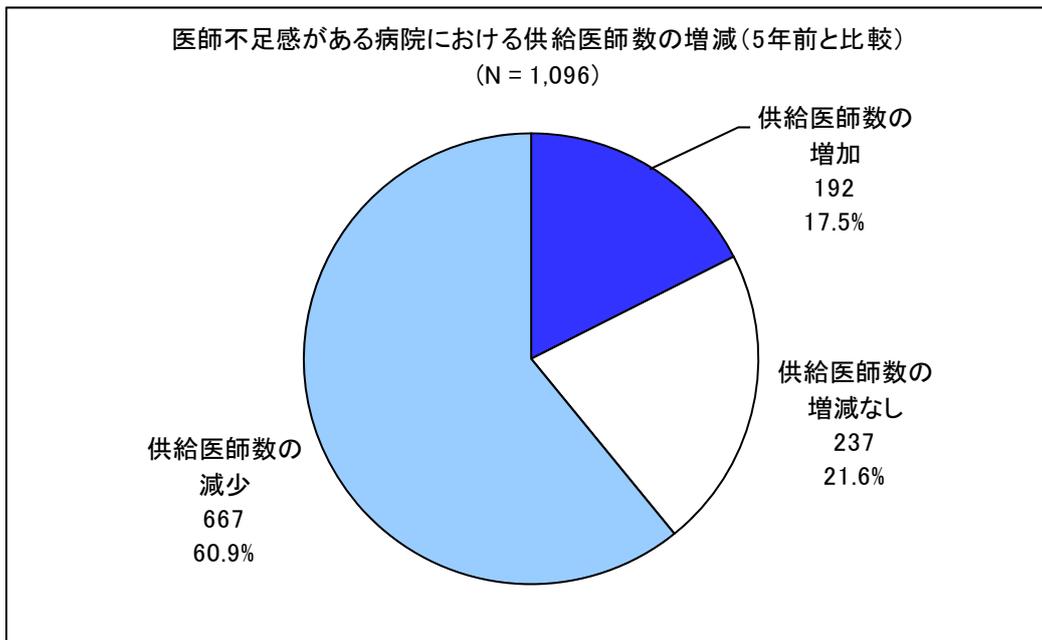
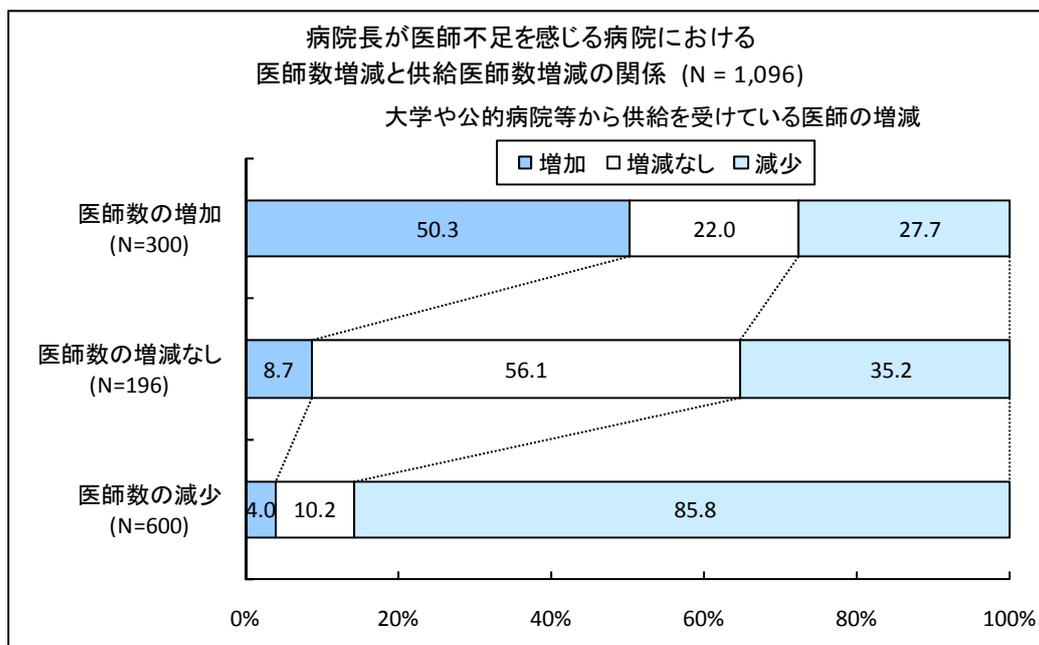


図 3-2-3-9 は病院長が医師不足感を持つ病院について、大学・公的病院等からの供給医師数の増減を集計したものである。医師不足感がある病院の 60.9%で供給医師数が減少していた。このデータからも大学・公的病院等による医師の供給機能の重要性を指摘できそうである。他方、医師不足感がある病院の 17.5%では、供給医師数は増加し

ていることにも留意しておきたい。供給医師数が増加しても医師不足感が残っている病院も少なからず存在しているということである。

図 3-2-3-10 は病院長が医師不足感を持つ病院について、医師数増減と供給医師数増減をクロス集計したものである。医師数が減少している病院の 85.8%で、大学・公的病院等からの供給医師数が減少していた。このデータからも、大学や公的病院等からの医師の供給機能の重要性を読み取ることができる。他方、大学や公的病院等からの供給医師数が増加し、医師数も増加している病院でも、医師不足感がある病院が 13.8% ( $300 \times 50.3\% \div 1,096$ ) 存在していることに留意しておきたい。医師不足は医師数や供給医師数が増加しても慢性的に継続してきているということになる。

図 3-2-3-10. 医師不足感がある病院における医師数増減と供給医師数増減の関係

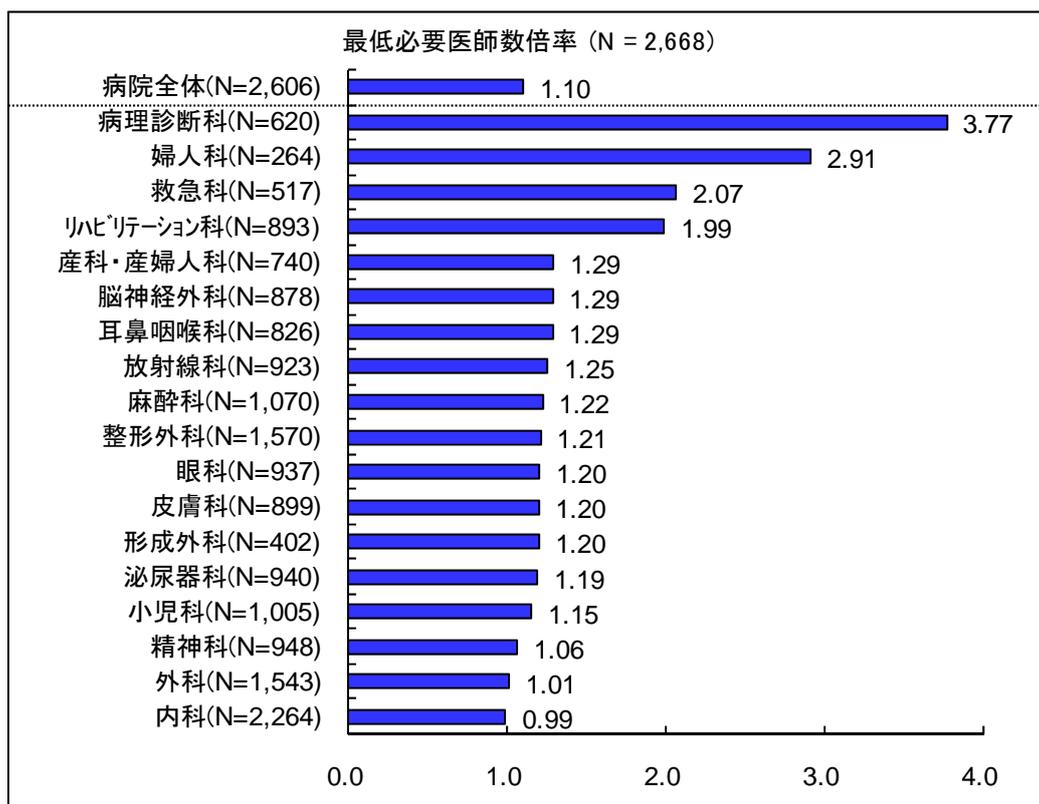


### 3-2-4. 最低必要な医師数

#### 最低必要医師数倍率

最低必要医師数倍率の計算を行う。最低必要医師数倍率とは、病院長が考える必要医師数が現在の医師数の何倍であるかを計算したものである。具体的には、「最低必要医師数倍率＝最低必要医師数÷（常勤医師数＋非常勤医師の常勤換算数）」で定義する。計算方法は、有効な回答について、「最低必要医師数」と「常勤医師数＋非常勤医師の常勤換算数」をそれぞれ全て合計し、最低必要必要医師数の合計÷（常勤医師数＋非常勤医師の常勤換算数）の合計である。なお、診療科目別では、現在標榜していない、または現在は医師がいない場合でも、地域医療のために必要だと判断できる場合は必要医師数を記入してもらっているため、計算の中でカウントしている。

図 3-2-4-1. 最低必要医師数倍率<sup>注1・2</sup>



注1: 常勤医師数の中には、研修医数が含まれていることに注意。

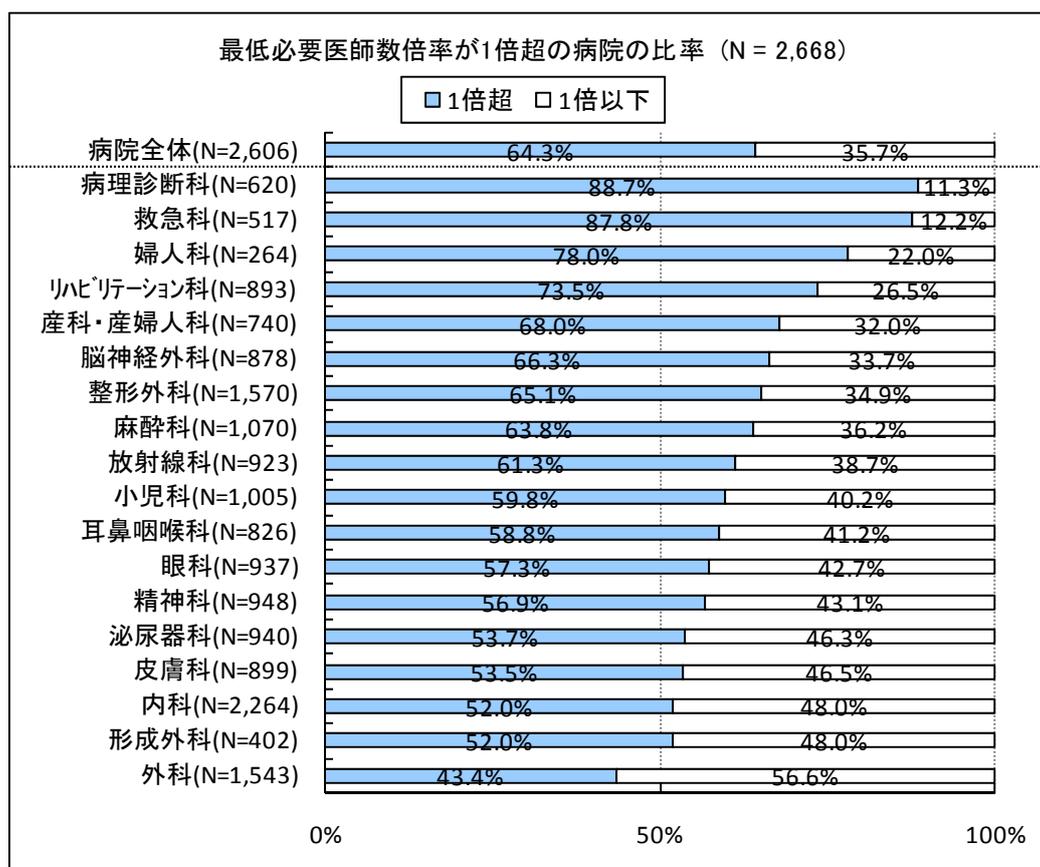
注2: 美容外科は N 数が 29 と非常に小さいため、グラフから除外。

図 3-2-4-1 は最低必要医師数倍率の計算結果を示している。病院全体では 1.10 倍と

なっている。厚労省の「医師・歯科医師・薬剤師調査」によると、2006年で病院従事医師数は約16万8千人である。したがって、この倍率を適用すると、現時点で瞬間的に約1万7千人の病院医師を増やすことが必要になるという意味になる。診療科目別に見ると、内科を除いて、全ての診療科目で1倍超となっている。必要医師数倍率が高いのは、病理診断科、婦人科、救急科、リハビリテーション科となっている。また、18診療科区分のうち、13診療科で1.2倍以上になっていることにも留意しておきたい。

ところで、内科が1倍未満になっていることについて考察しておこう。考えられる理由としては、常勤医師数の中に研修医が含まれており、内科は初期研修期間が長いので、内科の現医師数が臨床現場の実態よりも大きくなっている可能性が高いということである。例えば、分母の現医師数（常勤医師数+非常勤の常勤換算数）から初期研修医数を除くと（内科の研修期間6ヶ月を基に按分計算による算出）、内科の倍率は1.08倍（参考値）となる。

図 3-2-4-2. 病院単位の最低必要医師数倍率<sup>注</sup>



注： 現在標榜していない、または現在は医師がいない場合でも、地域医療のために必要だと判断できる場合は必要医師数を記入してもらっている。その場合、病院単位では、分母がゼロとなるため、数学として最低必要医師数倍率を計算できない。このケースは必要医師数倍率が1倍超の病院としてカウントしている。

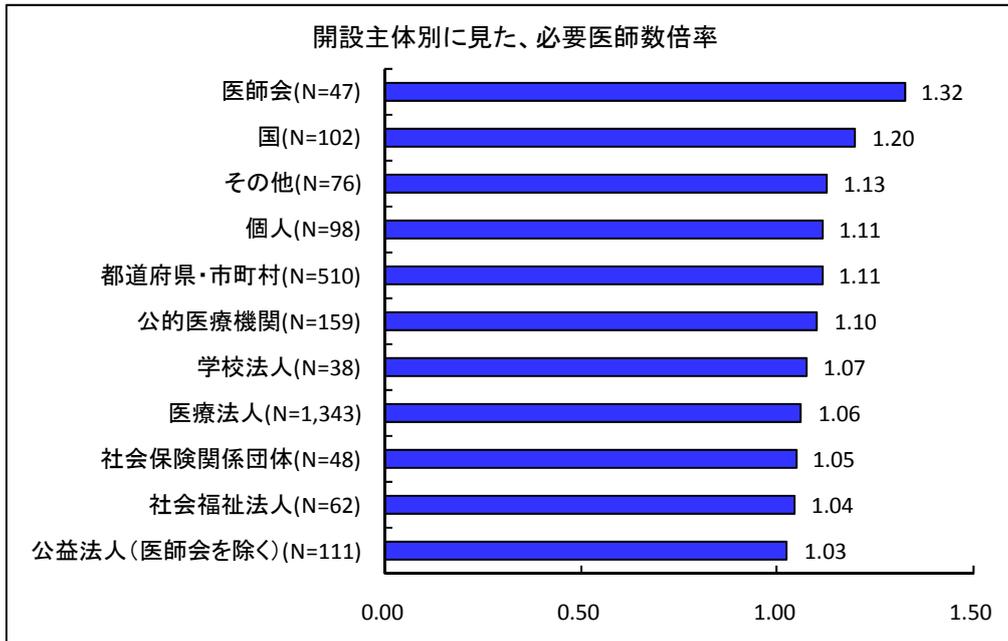
図 3-2-4-2 は病院単位の最低必要医師数倍率について、1 倍超と 1 倍以下の病院比率を示したものである。注意点が一つある。現在医師がおらず科が成立していない場合でも必要だと判断できる場合、必要医師数を回答してもらっている。その場合、病院単位では、分母がゼロとなるため、数学として最低必要医師数倍率を計算できない。しかしながら、このケースは最低必要医師数倍率が 1 倍超の病院としてカウントしている。

病院全体の最低必要医師数倍率では、64.3%の病院で 1 倍超となっていた。診療科別では、必要医師数倍率が 1 倍超になっている病院比率が高いのは、病理診断科、救急科、婦人科、リハビリテーション科、産科・産婦人科となっている。注目すべき点が二つある。一つは、内科の必要医師数倍率は 0.99 倍（図 3-2-4-1 を参照）であったが、病院単位で見ると、1 倍超の病院比率は 52.0%と 5 割を超えている。内科では、病院間での偏在化が激しいと推察できる。余剰医師を大いに抱えている病院が存在するということになる。もう一つは、外科の必要医師数倍率は 1.01 倍であったが、病院単位で見ると、1 倍超の病院比率は 43.4%しかない。内科と同様に、外科でも病院間での医師偏在化があると推察できる。つまり、全体として医師不足に陥っている病院の比率は小さいものの、医師不足に陥っている病院の不足の深刻度は高いと読み取れる。あるいは、医師が充足している病院における医師過剰の度合いはそれほど大きくない可能性も指摘できる。

#### **開設主体別の最低必要医師数倍率**

図 3-2-4-3 は開設主体別に見た最低必要医師数倍率を計算したものである。医師会病院の必要医師数倍率が 1.32 倍と突出して高くなっているのが特徴的である。これ以外では、国、個人、都道府県・市町村で、最低必要医師数倍率が高くなっている。これらの開設主体の病院で医師不足が相対的により深刻であることが分かる。

図 3-2-4-3. 開設主体別の最低必要医師数倍率



病床規模区別の最低必要医師数倍率

図 3-2-4-4. 病床規模区別の最低必要医師数倍率

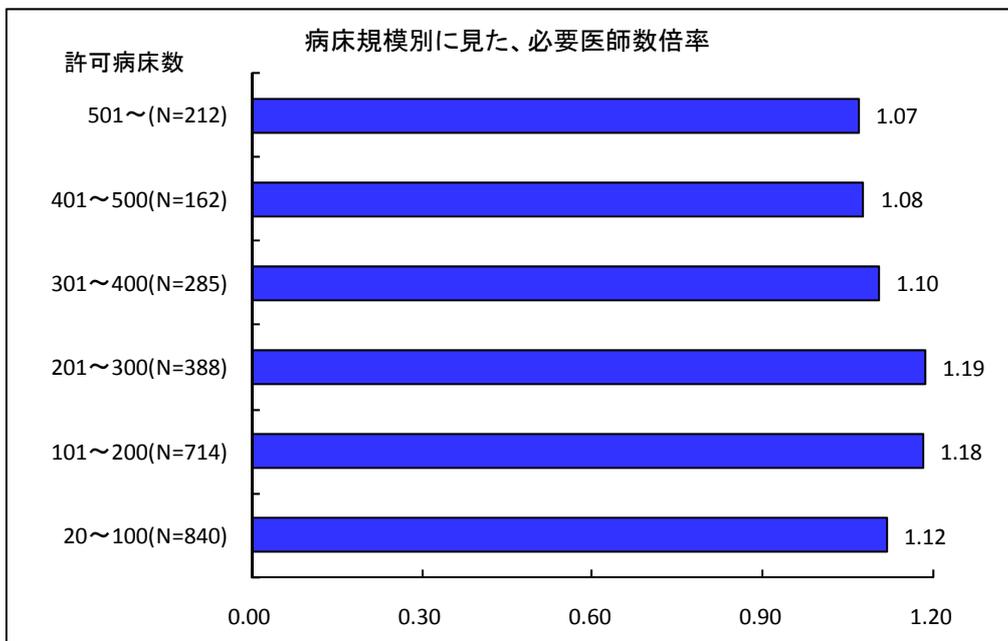


図 3-2-4-4 は病床規模区別の最低必要医師数倍率を計算したものである。最低必要医師数倍率が高くなっているのは、201~300 病床のグループと 101~200 病床のグループ

プである。また、301床以上のグループでは、病床規模が大きくなるほど、最低必要医師数倍率が小さくなっていく。これらの特徴から、中小病院の方が医師不足の深刻度が相対的に高いと推察できる。

### 地域別の最低必要医師数倍率

図 3-2-4-5 は地域ブロック別（表 3-2-2-1 を参照）に最低必要医師数倍率を計算したものである。中国四国地区、中部地区、九州地区、東北地区の最低必要医師数倍率は全国の数字を上回っている。北海道地区を除いて、都市圏で医師数の充足度が高いと言える。北海道地区の最低必要医師数倍率がそれほど高くないのは、病院の集約化が進み、病院単位で回答すると、現医師数に対して必要医師数がそれほど大きくなりたいためと考えることができる。表 3-2-4-1 は最低必要医師数倍率が高い上位 5 都道府県を示している。これらの都道府県では医師不足が深刻度が高いと考えられる。

図 3-2-4-5. 地域別の最低必要医師数倍率

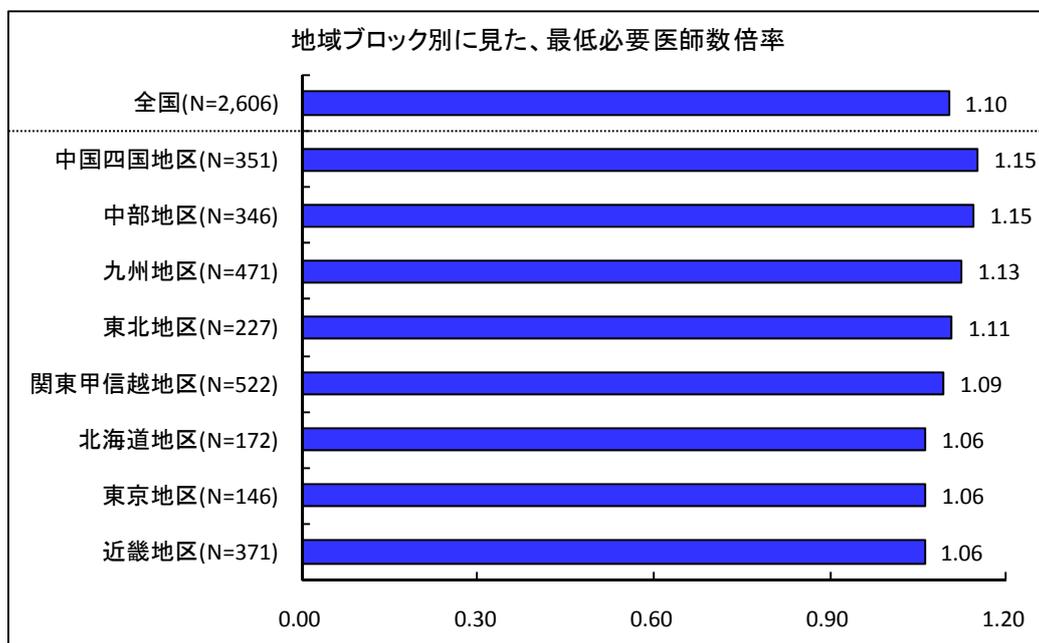


表 3-2-4-1. 最低必要医師数倍率が高い上位 5 都道府県

順位	都道府県	必要医師数倍率	N数
1	島根県	1.38	25
2	青森県	1.31	39
3	新潟県	1.29	57
4	三重県	1.28	37
5	高知県	1.27	40

### 3-2-5. 新医師臨床研修制度施行後の変化

#### 医師募集に対する応募（研修医以外）

図 3-2-5-1. 医師募集に対する応募（研修医以外）の変化

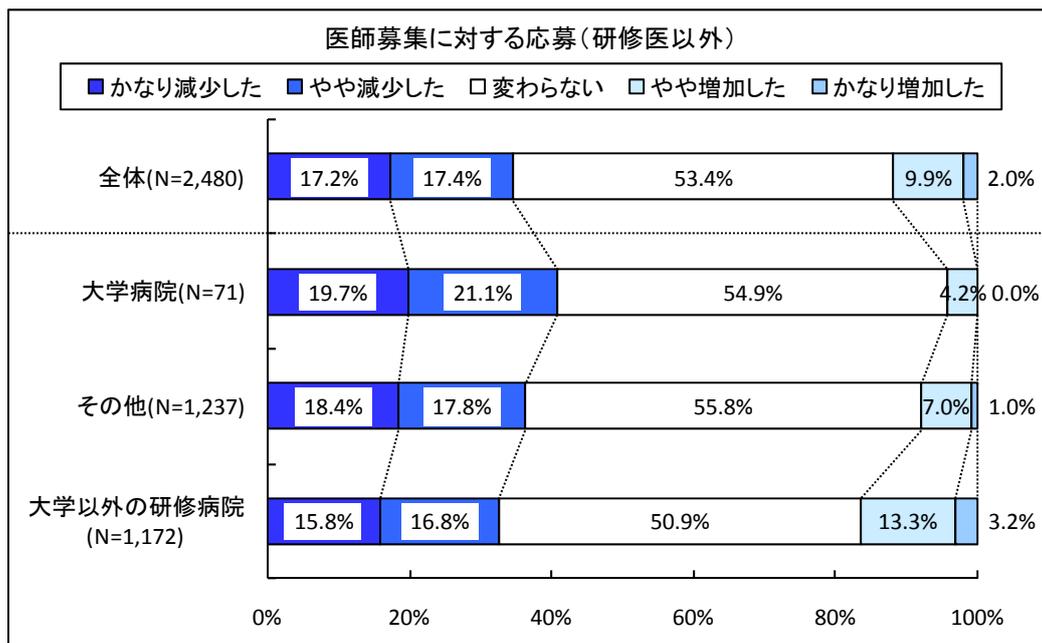


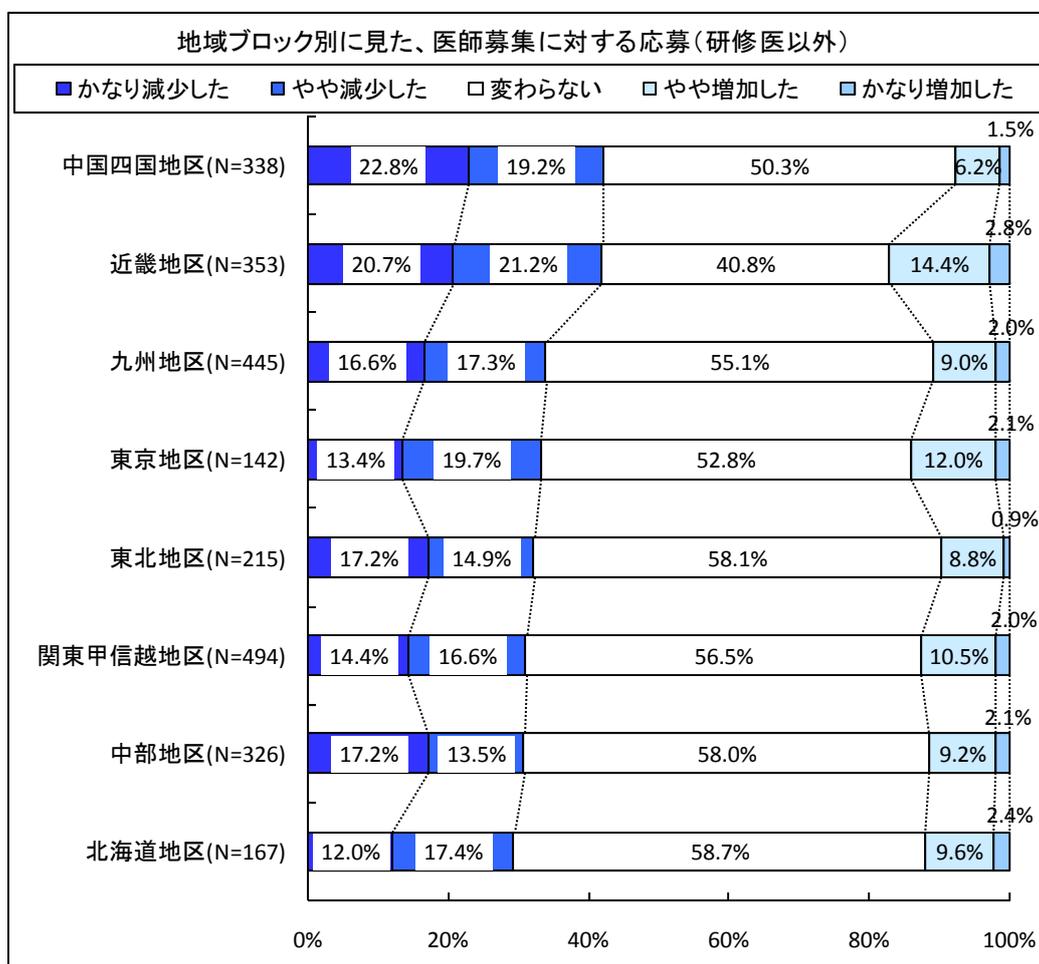
図 3-2-5-1 は医師募集に対する応募（研修医以外）の変化動向を集計したものである。全体のデータでは、「かなり減少した」が 17.2%、「やや減少した」が 17.4%、その合計が 34.6%となった。「変わらない」が最も多かったが、かなり増加した（2.0%）とやや増加した（9.9%）の合計 11.9%と比較すると、全体の傾向としては、新医師臨床研修制度施行後、医師募集に対する応募（研修医以外）は減少したと言える。

病院属性別に見ると、大学病院で減少の比率（「かなり減少した」と「やや減少した」

の合計の比率) が最も高かった。後で見えていくが、このことは、大学病院では指導医の負担が増加したり、勤務医師や病院全体の活力が低下したことと大いに関係があると見られる。

図 3-2-5-2 は地域別 (表 3-2-2-1 を参照) の医師募集に対する応募 (研修医以外) の変化動向を集計したものである。他の地域ブロックと比較して、医師募集に対する応募が減少した病院の比率が高かったのは、中国四国地区と近畿地区であった。ただし、近畿地区では、増加した病院の比率も高く、明確に減少傾向が強い地区とは言い難いことに注意しなければならない。

図 3-2-5-2. 地域別の医師募集に対する応募 (研修医以外) の変化



## 医師の離職

図 3-2-5-3 は医師の離職の変化動向について集計したものである。全体のデータでは、「かなり増加した」が 8.1%、「やや増加した」が 26.2%、その合計が 34.3%となった。「変わらない」が最も多く 59.1%であった。「かなり減少した」が 1.7%、「やや減少した」が 4.8%で、その合計は 6.5%に過ぎず、全体としての傾向としては、新医師臨床研修制度施行後、医師の離職は増加したと言える。

病院属性別で見ると、医師の離職が増加した比率が最も高かったのは、大学以外の研修病院であった。また、大学病院も同程度の比率であった。新医師臨床研修制度の施行によって、指導医の負担増が影響しているのではないかと推察できる。

図 3-2-5-3. 医師の離職の変化

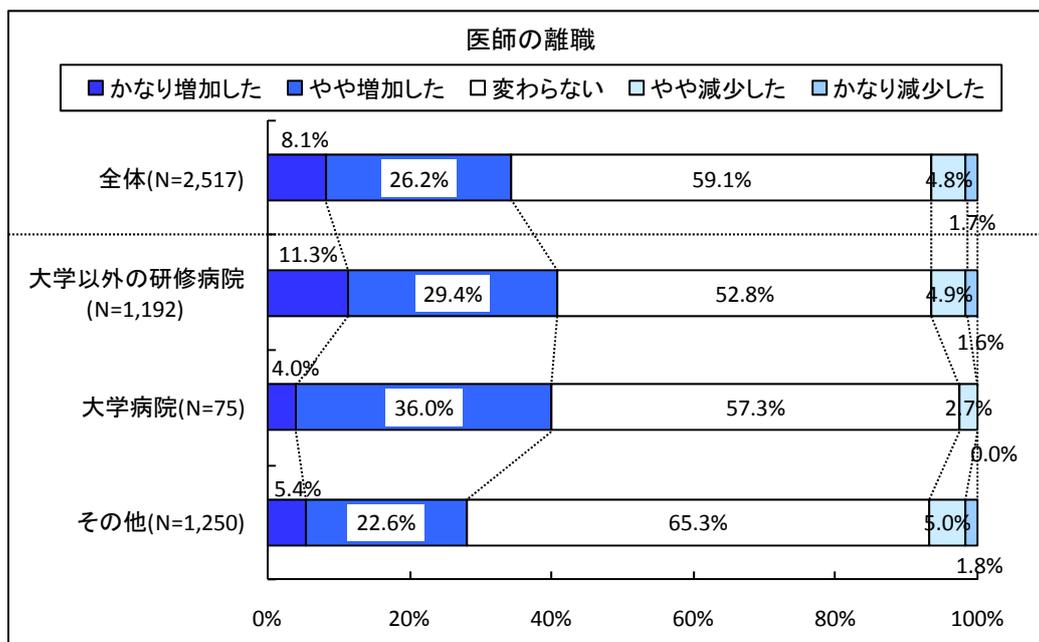
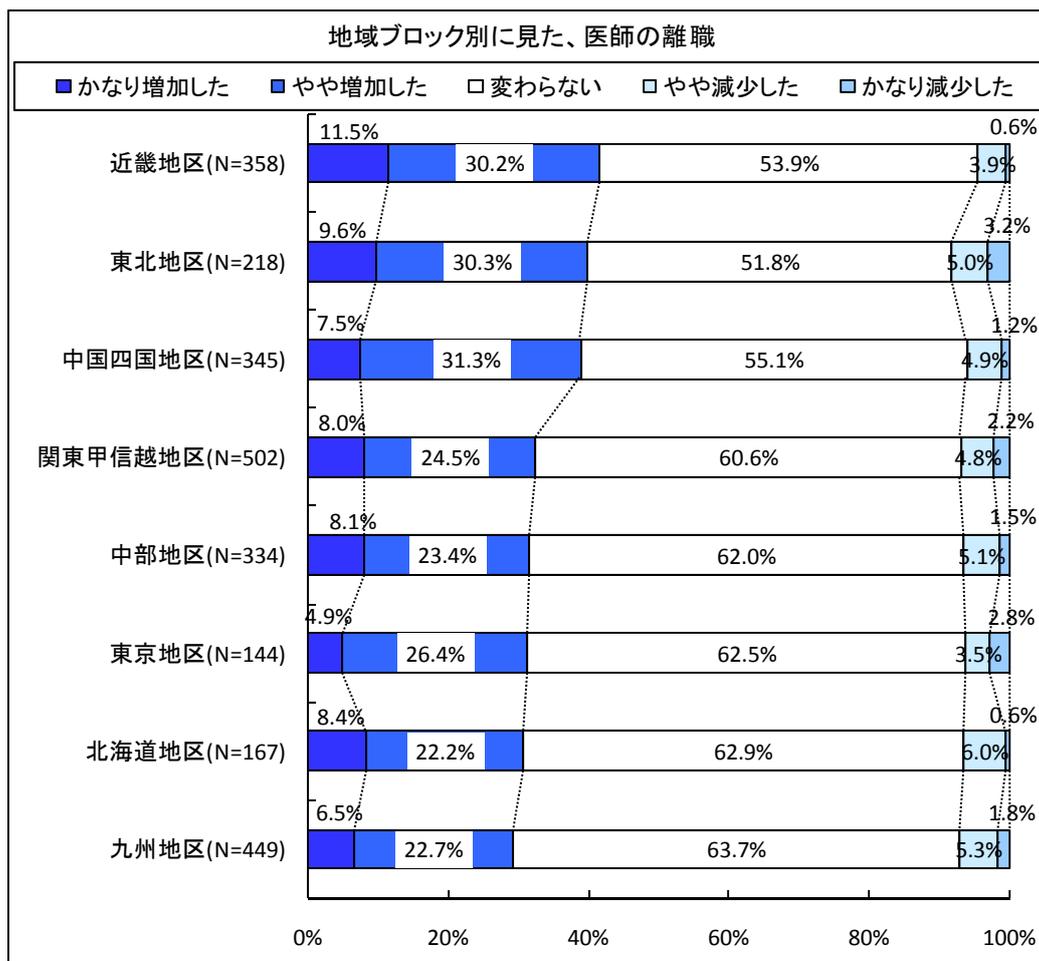


図 3-2-5-4 は地域別（表 3-2-2-1 を参照）の医師の離職の変化動向を集計したものである。医師の離職が増加した病院の比率が他の地域ブロックと比べて高かったのは、近畿地区、東北地区、中国四国地区であった。

図 3-2-5-4. 地域別の医師の離職の変化



## 指導医の負担

図 3-2-5-5 は指導医の負担の変化動向について集計したものである。臨床研修指定病院に限定して集計している。また、当然だが、指導医がいたことはないを選択している病院は集計外になっている。研修指定病院全体では、「かなり増加した」が 31.8%、「やや増加した」が 45.0%、その合計が 76.8%である。明らかに、全体的傾向としては、新医師臨床研修制度施行後、指導医の負担は増加したと言える。また、大学病院と大学病院以外を比較すると、大学病院の方が指導医の負担が増加した病院の比率が高い。

図 3-2-5-5. 指導医の負担の変化

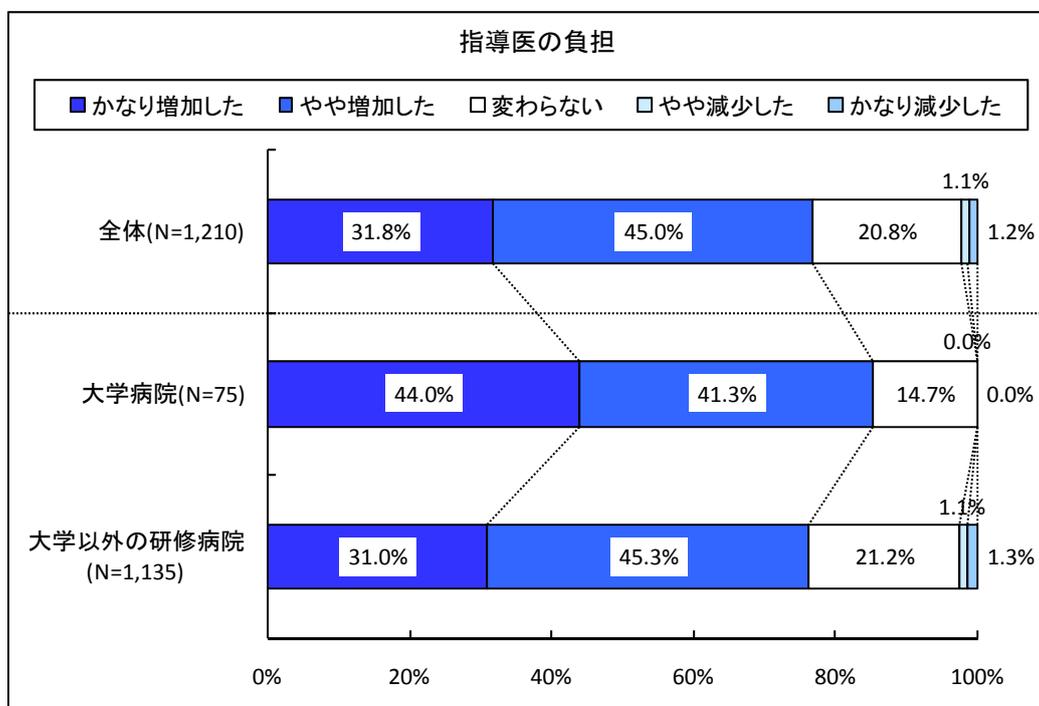
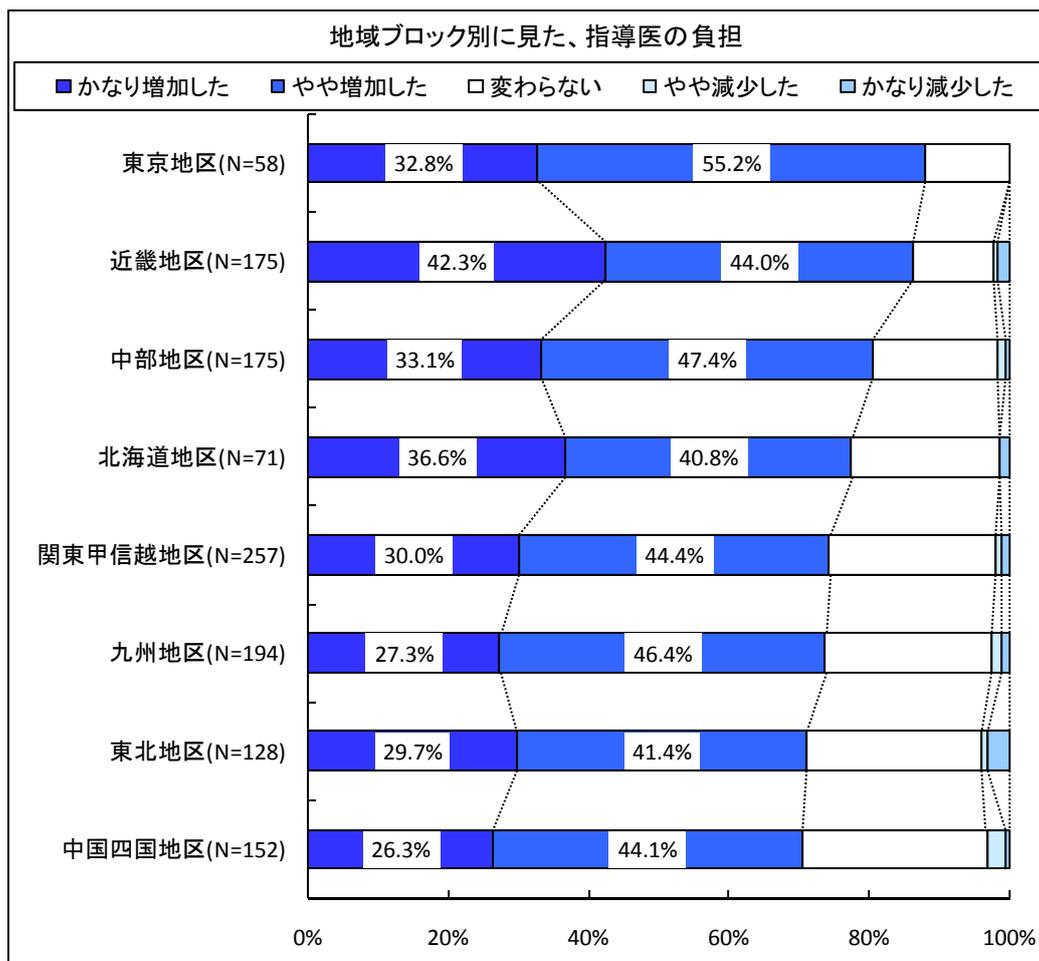


図 3-2-5-6 は地域別（表 3-2-2-1 を参照）の指導医の負担の変化動向を集計したものである。指導医の負担が増加した病院の比率が高かったのは、東京地区、近畿地区、中部地区となっている。

図 3-2-5-6. 地域別の指導医の負担の変化



## 勤務する医師の活力

図 3-2-5-7 は勤務する医師の活力の変化動向について集計したものである。全体では、「かなり低下した」が 8.1%、「やや低下した」が 22.3%、その合計が 30.4%であった。「変わらない」が最も高い比率で 49.3%であった。他方、「かなり向上した」が 2.7%、「やや向上した」が 17.6%で、その合計は 20.3%であった。したがって、全体としては勤務する医師の活力の変化傾向は不明である。

病院属性別に見ると、大学病院では「かなり低下した」が 8.0%、「やや低下した」が 34.7%、その合計が 42.7%となり、新医師臨床研修制度施行後、勤務する医師の活力の低下傾向が明確となっている。新医師臨床研修制度の施行により、大学から多くの初期研修医が市中病院に移り、勤務医師の活力に影響を与えることになったと見られる。

図 3-2-5-7. 勤務する医師の活力の変化

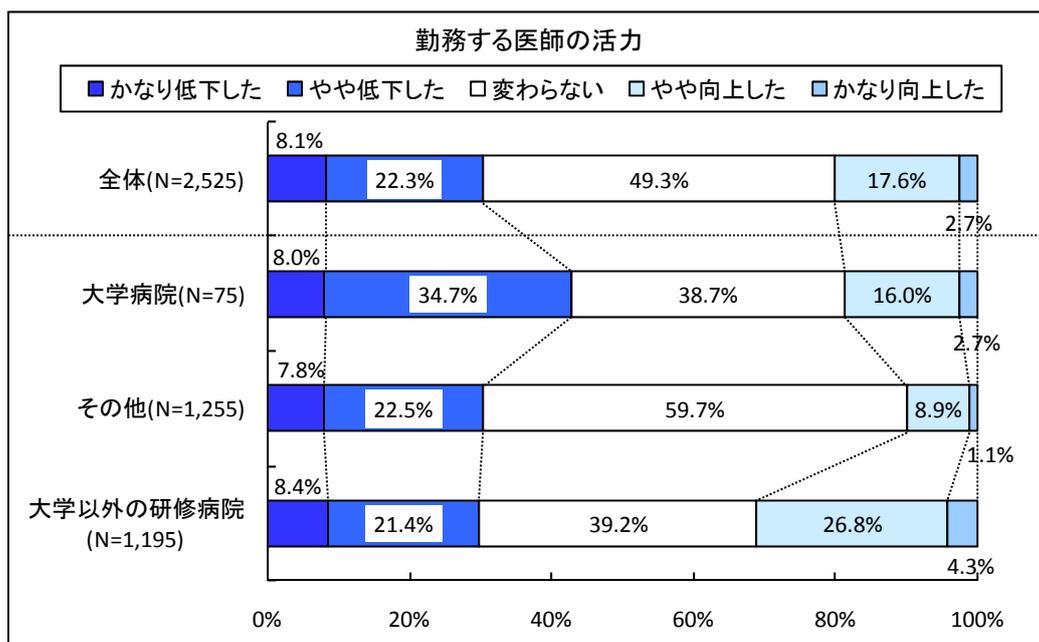
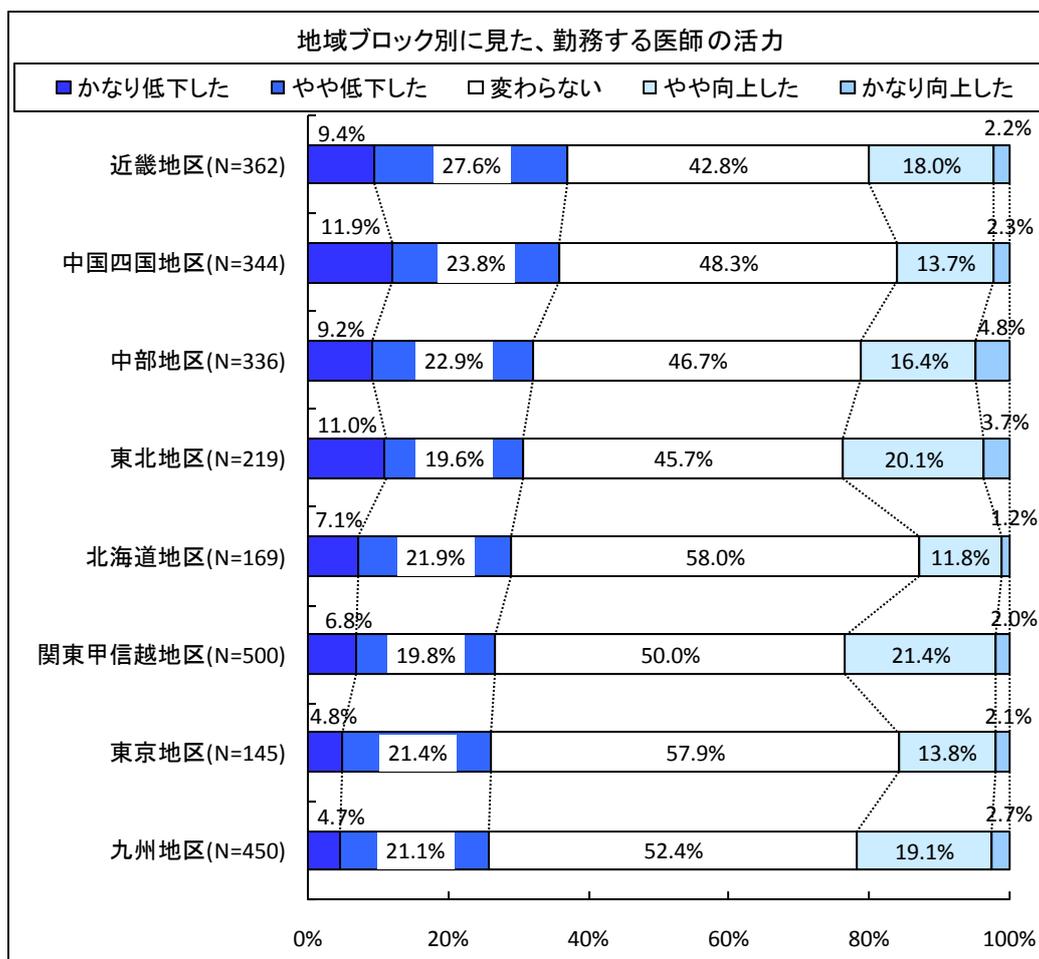


図 3-2-5-8 は地域別（表 3-2-2-1 を参照）の勤務する医師の活力の変化動向を集計したものである。勤務する医師の活力が低下した病院の比率が高かったのは、近畿地区、中国四国地区、中部地区となっている。

図 3-2-5-8. 地域別の勤務する医師の活力の変化



## 病院全体の活力

図 3-2-5-9 は病院全体の活力の変化動向について集計したものである。全体では、「かなり低下した」が 8.8%、「やや低下した」が 21.5%、その合計が 30.3%であった。「変わらない」が最も高い比率で 44.3%であった。他方、「かなり向上した」が 3.8%、「やや向上した」が 21.7%で、その合計は 25.5%であった。したがって、全体としては病院全体の活力の変化傾向は不明である。

病院属性別に見ると、低下した病院の比率には顕著な差は観察されない。他方、大学以外の研修病院では、向上した病院の比率が高かった（「かなり向上した」が 6.0%、「やや向上した」が 30.5%、その合計が 36.5%）。大学以外の研修病院では、新医師臨床研修制度の施行によって、病院全体の活力が向上した病院が少なからず存在していることが分かる。

図 3-2-5-9. 病院全体の活力の変化

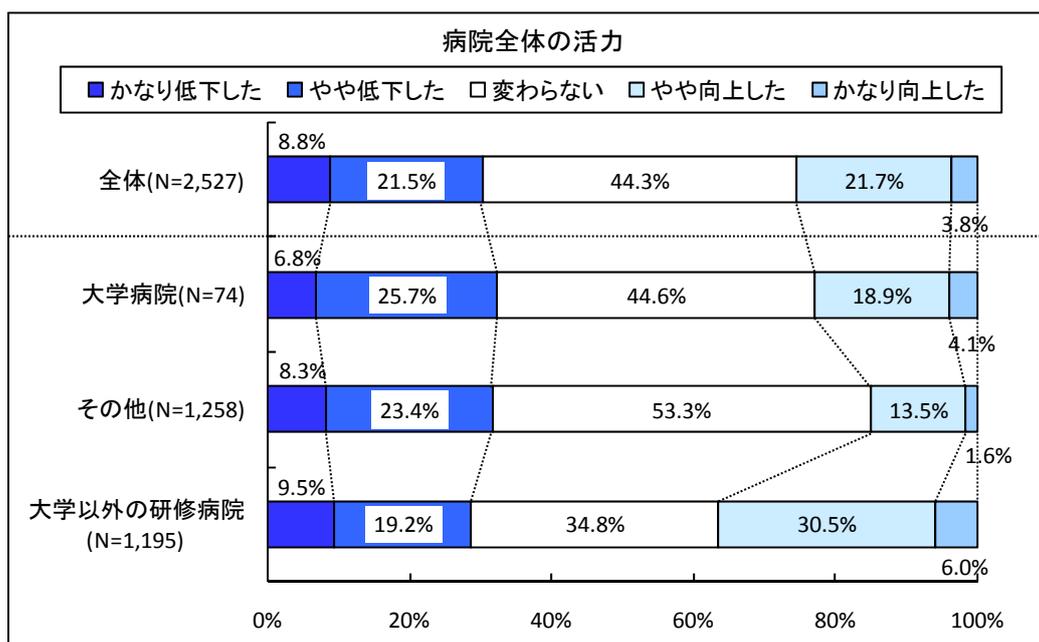
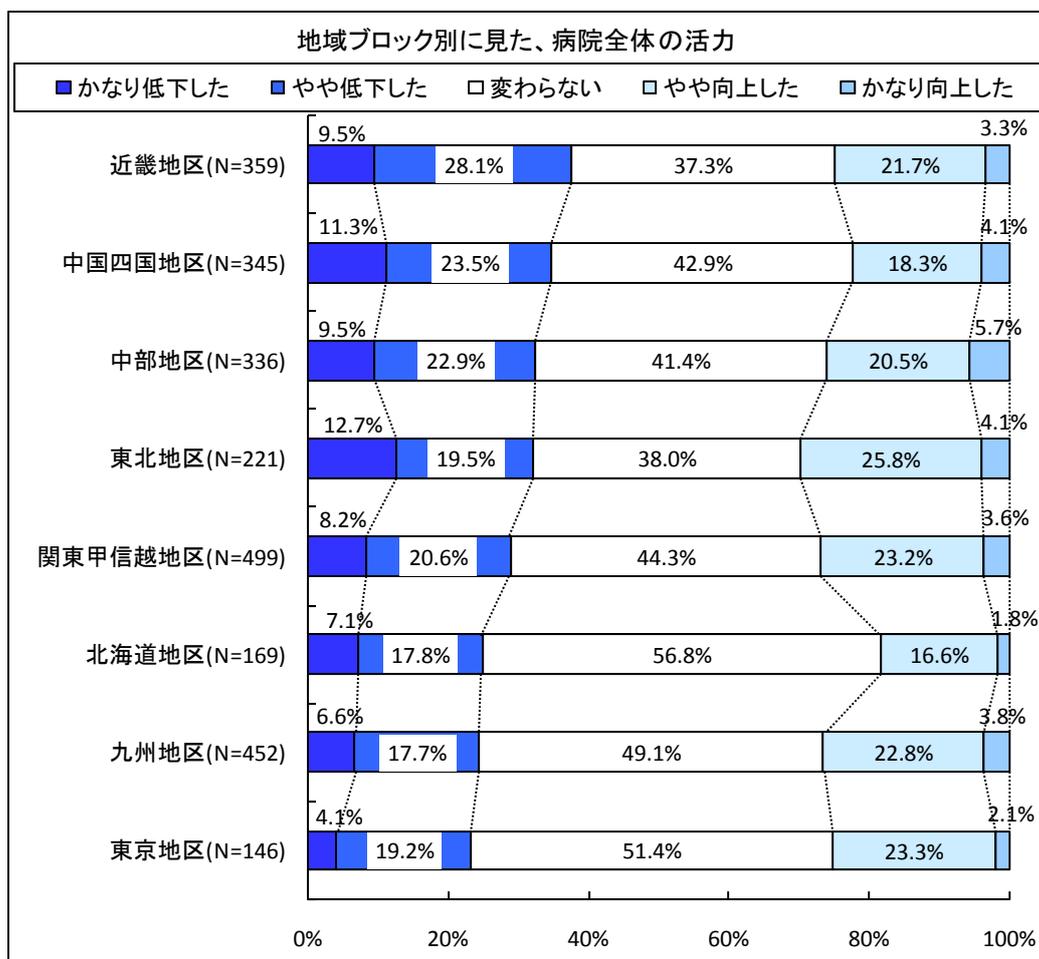


図 3-2-5-10 は地域別（表 3-2-2-1 を参照）の病院全体の活力の変化動向を集計したものである。勤務する医師の活力が低下した病院の比率が高かったのは、近畿地区、中国四国地区、中部地区、中部地区となっている。

図 3-2-5-10. 地域別の病院全体の活力の変化



## 病院経営上の負担

図 3-2-5-11 は病院経営上の負担の変化動向を臨床研修指定病院に限定して集計したものである。臨床研修指定病院全体では、「かなり増加した」が 25.8%、「やや増加した」が 42.2%、その合計が 68.0%であった。明らかに、全体的傾向としては、新医師臨床研修制度施行後、研修指定病院の経営上の負担は増加したと言える。

大学病院と大学病院以外の研修病院を比較すると、顕著な差は見られないが、大学病院以外の研修病院の方が病院経営上の負担が大きくなっているようである。初期研修医が大学病院から市中病院に流れたことと関係があると推察される。

図 3-2-5-11. 病院経営上の負担の変化

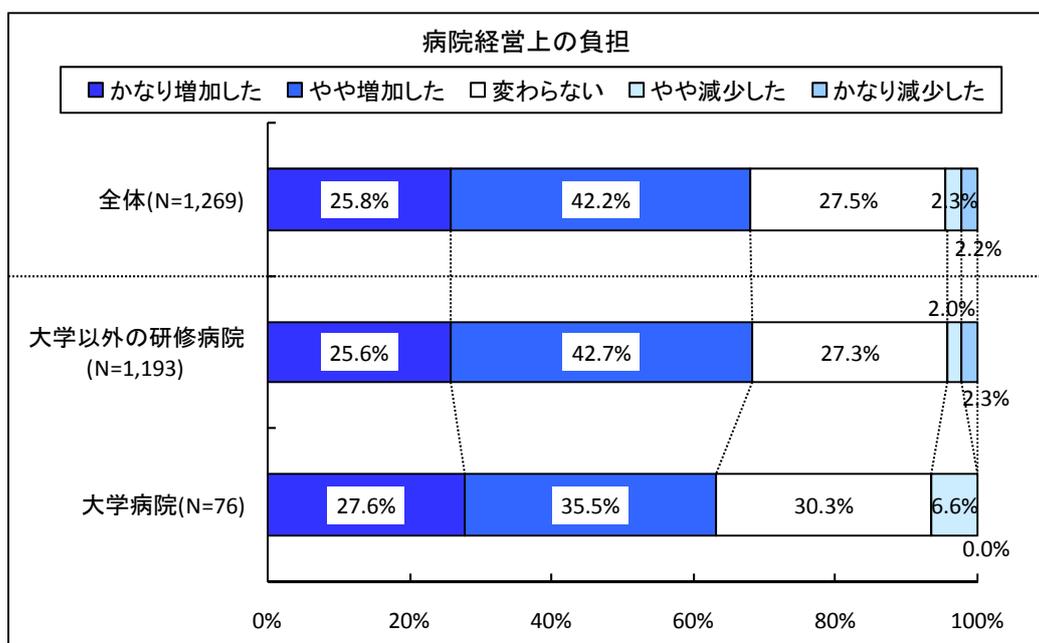
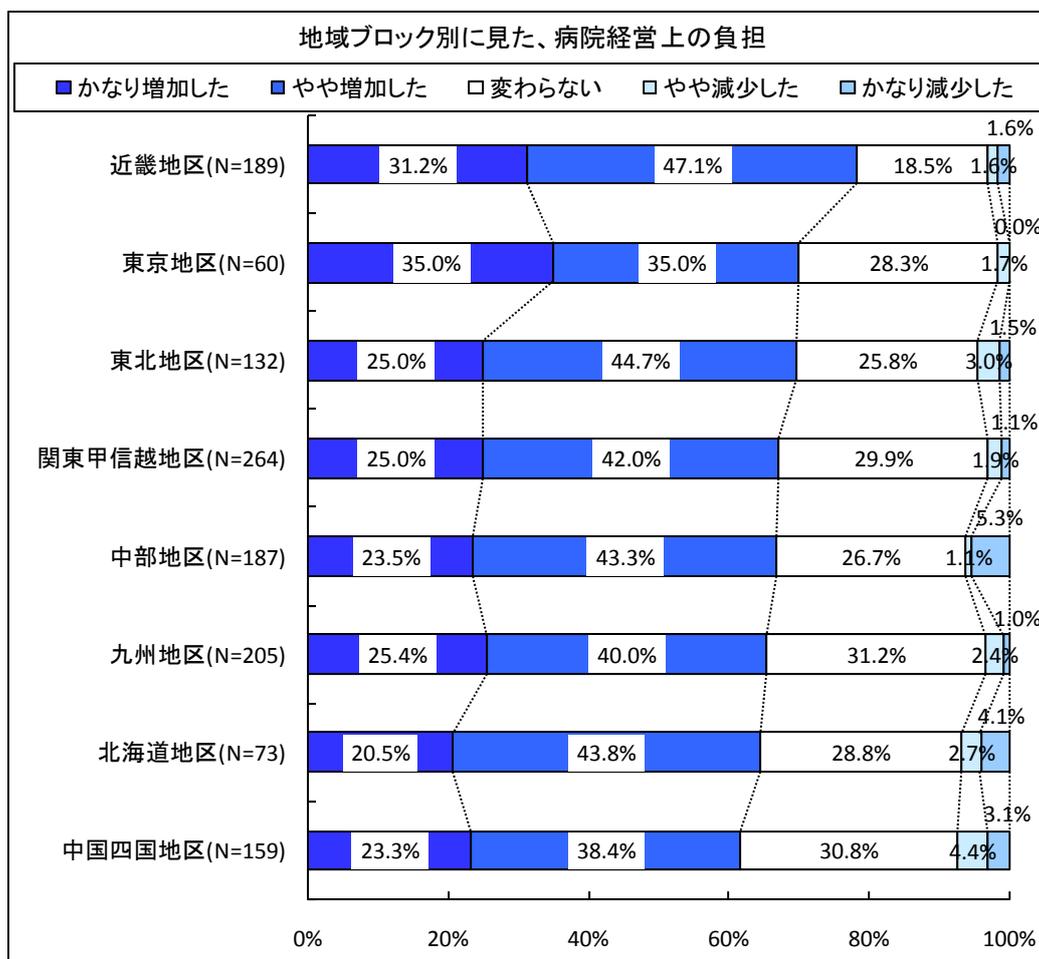


図 3-2-5-12 は地域別（表 3-2-2-1 を参照）の病院経営上の負担の変化動向を集計したものである。病院経営上の負担が増加した病院の比率が高かったのは、近畿地区、東京地区、東北地区となっている。

図 3-2-5-12. 地域別の病院経営上の負担の変化



## 初期研修医の数

図 3-2-5-13 は初期研修医の数の変化動向について集計したものである。臨床研修指定病院全体では、初期研修医が減少した病院よりも増加した病院の比率の方が高い。これまで主に大学病院で初期研修を実施していたのが、多くの市中病院に広がったことで多様性が出ていることを反映している結果である。

病院属性別で見て、大学病院では明らかに初期研修医の数が減少した病院の比率が高くなっている。大学病院から市中病院に初期研修医が流れたことを反映する当然の結果となっている。

図 3-2-5-13. 初期研修医の数の変化

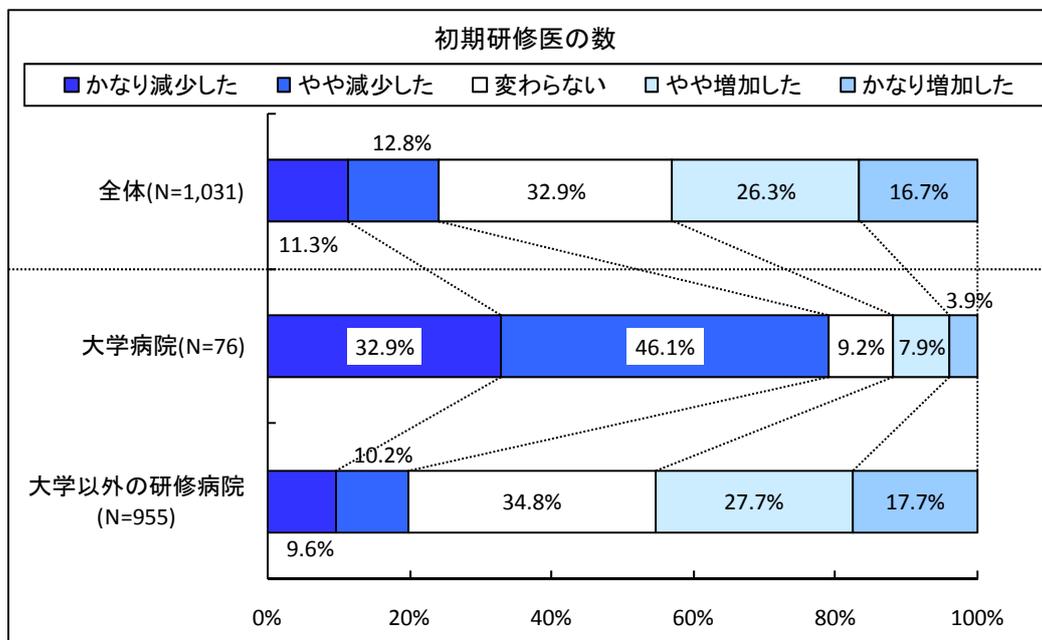
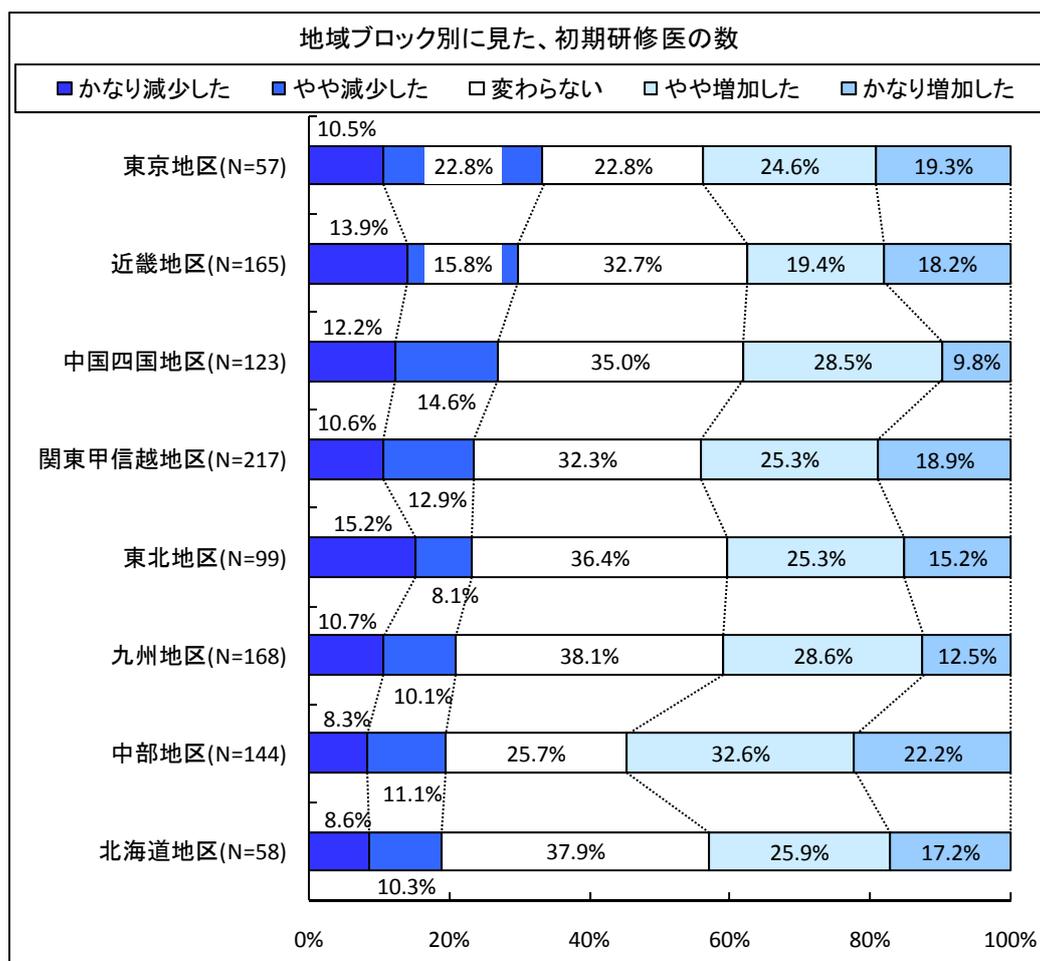


図 3-2-5-14 は地域別（表 3-2-2-1 を参照）の初期研修医の数の変化動向を集計したものである。初期研修医数が減少した病院の比率が高かったのは、東京地区、近畿地区、中国四国地区となっている。ただし、どの地区でも増加した病院の比率の方が高いことに注意しなければならない。

図 3-2-5-14. 地域別の初期研修医の数の変化



## いわゆる後期研修医の数

図 3-2-5-15 はいわゆる後期研修医の数の変化動向について集計したものである。臨床研修指定病院全体では、後期研修医が減少した病院よりも増加した病院の比率の方が高い。これまで主に大学病院で初期研修を実施していたのが、多くの市中病院に広がったことで多様性が出ていることを反映している結果である。つまり、初期研修医が市中病院に流れたことによって、後期研修医となっても大学に戻ってきていないという傾向が出ているということである。

病院属性別で見て、大学病院では明らかに後期研修医の数が減少した病院の比率が高くなっている。大学病院から市中病院に初期研修医が流れ、後期研修医となっても、大学病院に戻ってきていないことを反映していると考えられる。

図 3-2-5-15. いわゆる後期研修医の数の変化

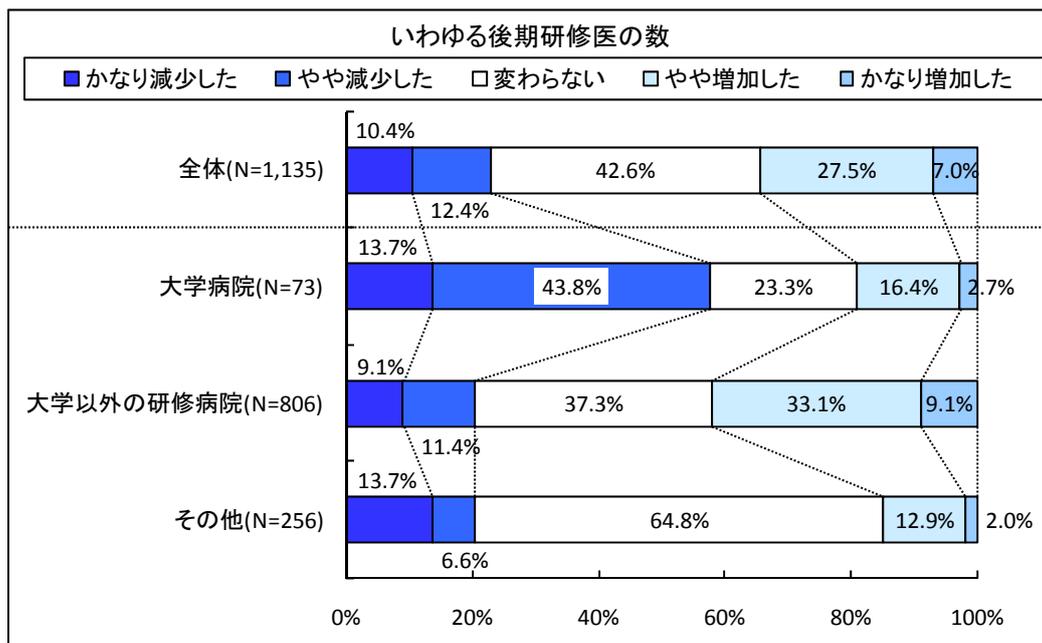
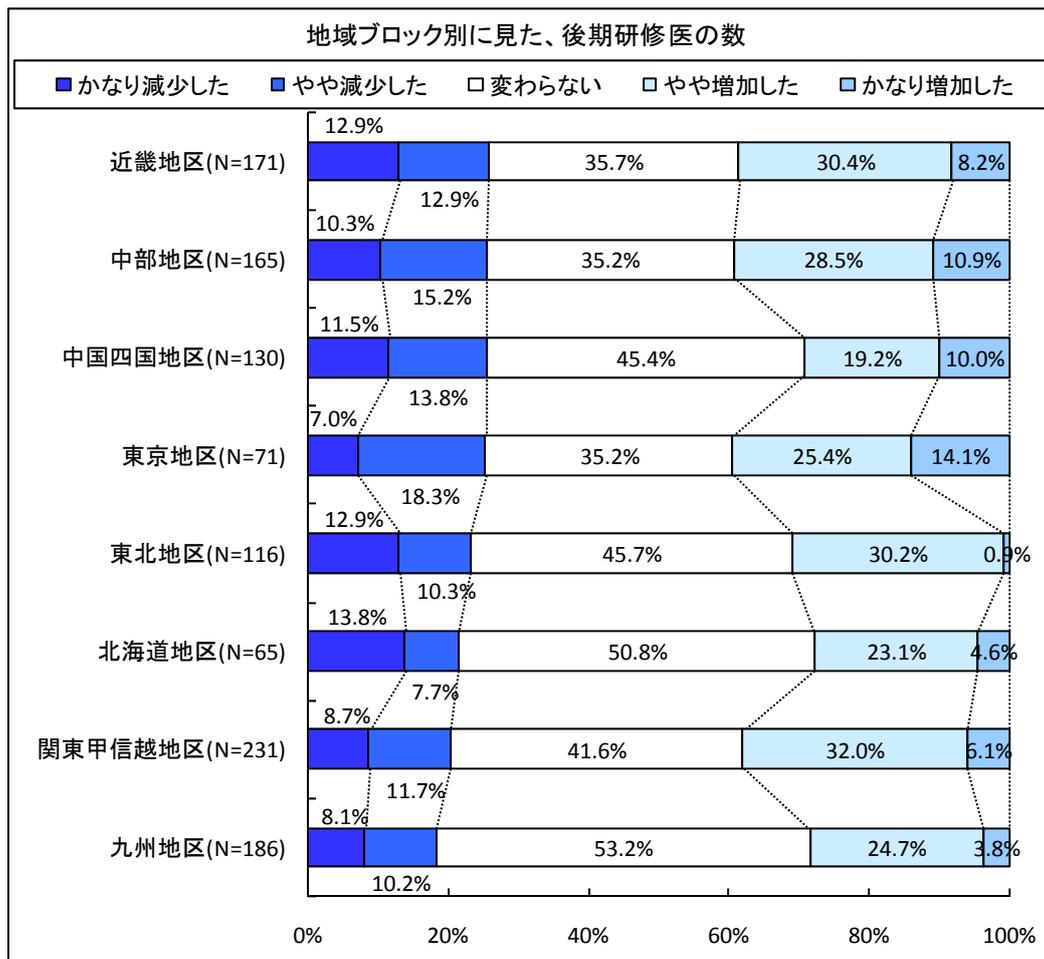


図 3-2-5-16 は地域別（表 3-2-2-1 を参照）のいわゆる後期研修医の数の変化動向を集計したものである。後期研修医数が減少した病院の比率が高かったのは、近畿地区、中部地区、中国四国地区となっている。ただし、地域間の顕著な差は観察されない。また、中国四国地区を除いた全ての地区で、増加した病院の比率の方が高いことに注意しなければならない。

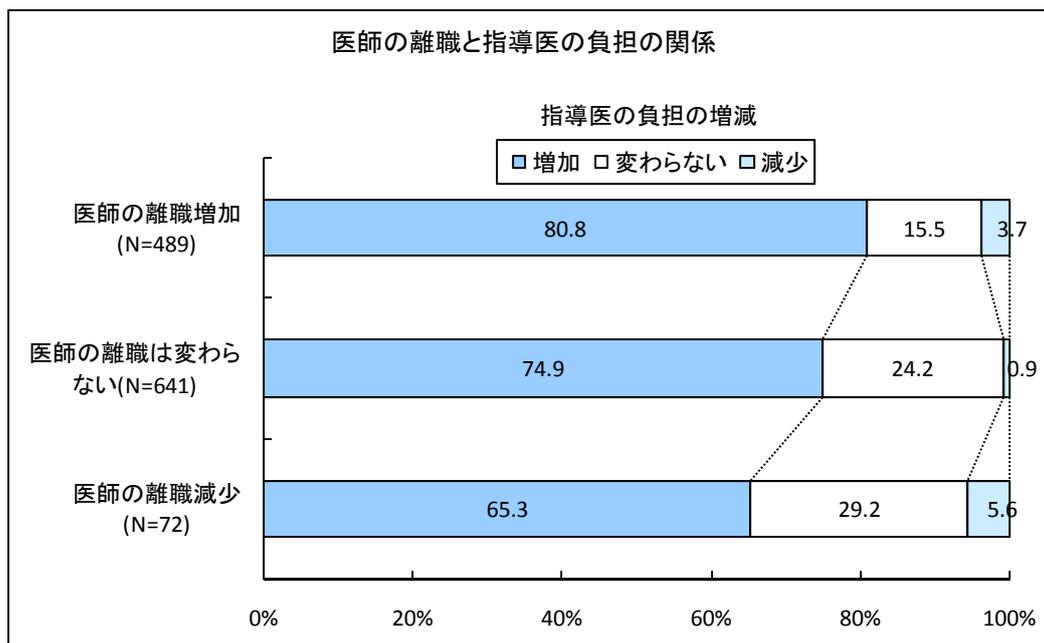
図 3-2-5-16. 地域別のいわゆる後期研修医の数の変化



### 医師の離職と指導医の負担の関係

図 3-2-5-17 は医師の離職と指導医の負担についてクロス集計したものである。医師の離職が増加しているグループでの指導医の負担が増加した病院の割合が、医師の離職が変わらないグループや減少しているグループと比較して、明らかに高くなっていることが分かる。医師の離職と指導医の負担の間には関係がありそうだと言える。

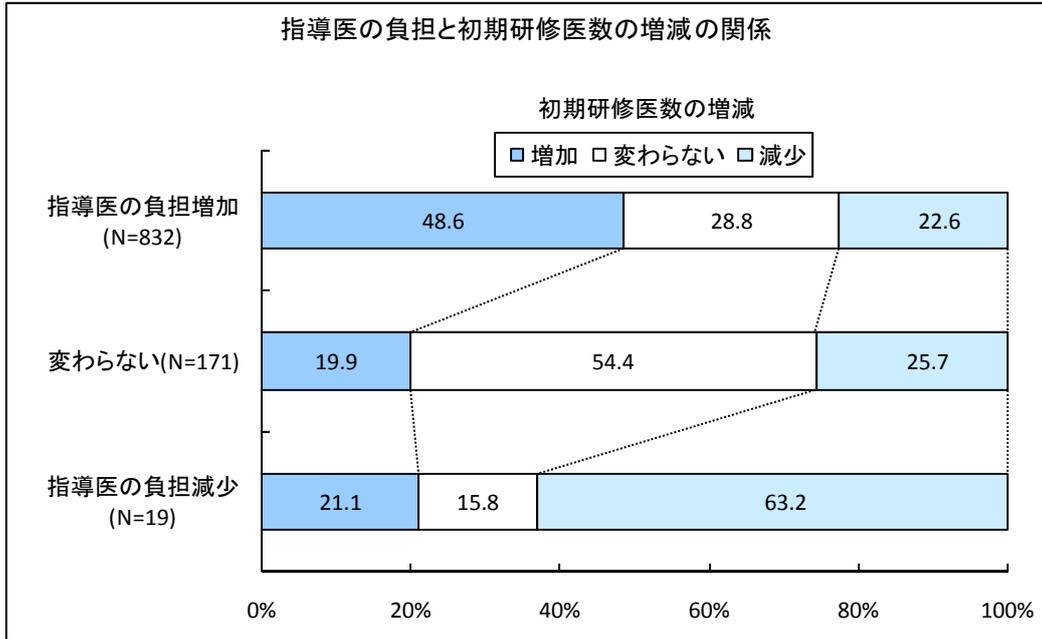
図 3-2-5-17. 医師の離職と指導医の負担の関係



### 指導医の負担と初期研修医の数の関係

図 3-2-5-18 は指導医の負担と初期研修医の数についてクロス集計したものである。指導医の負担が増加した病院グループでは、初期研修医数が増加した病院の比率が 48.6% と他のグループよりも高くなっている。また、指導医の負担が減少した病院グループでは、初期研修医が減少した病院の比率が 63.2% と高くなっている。初期研修医の数が增えるほど、指導医の負担が増加するという自然な関係が読み取れそうである。

図 3-2-5-18. 指導医の負担と初期研修医の数の関係



病院経営上の負担と初期研修医数の関係

図 3-2-5-19. 病院経営上の負担と初期研修医数の関係

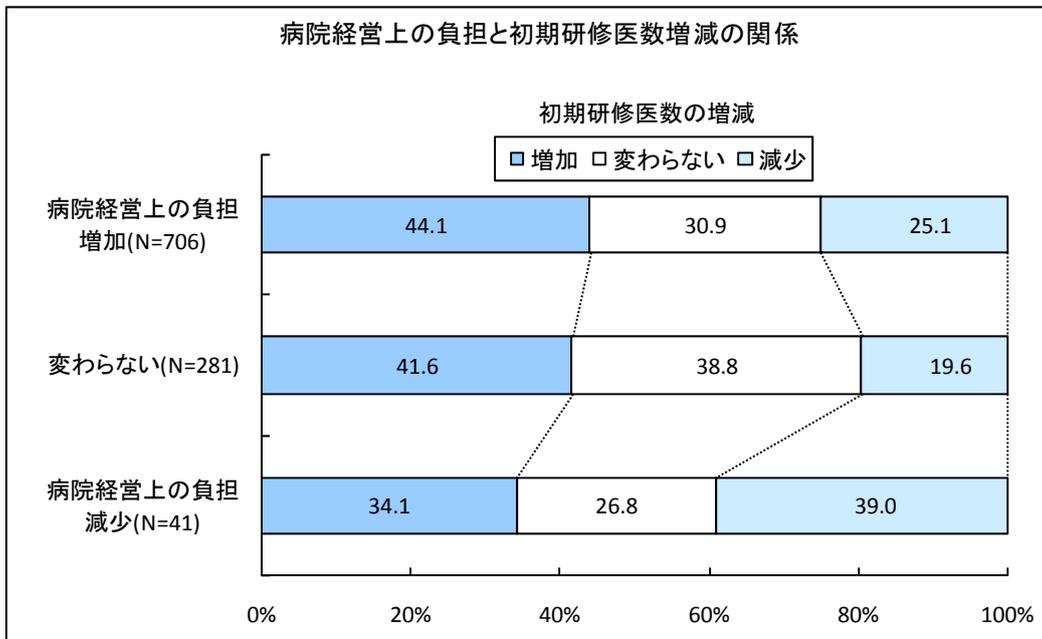


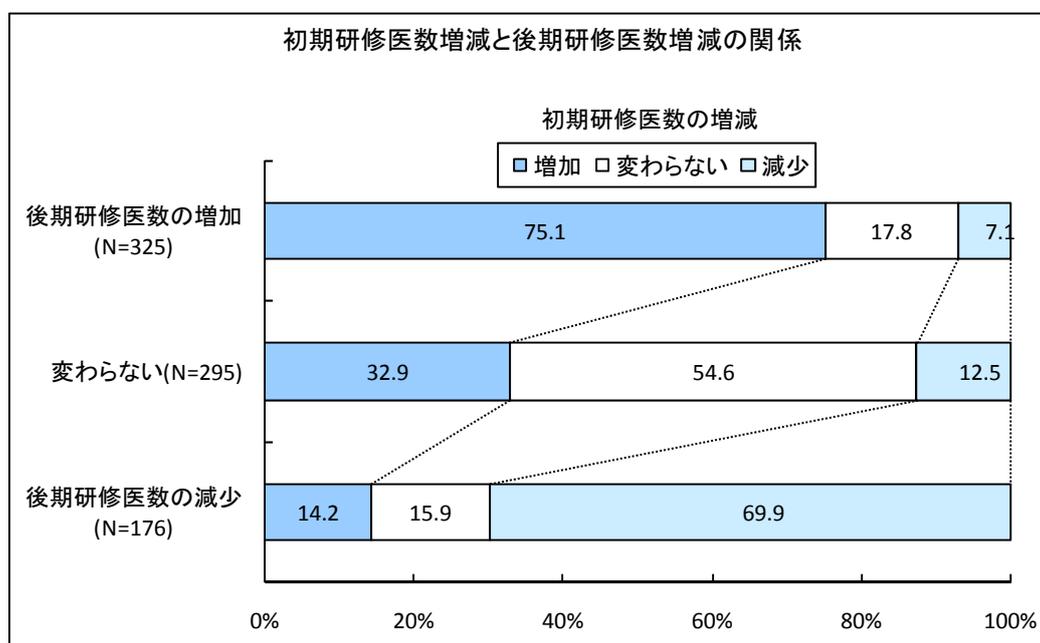
図 3-2-5-19 は病院経営上の負担と初期研修医数についてクロス集計したものである。病院経営上の負担が増加した病院グループでは、44.1%の病院で初期研修医数が増加し

ており、病院経営上の負担が減少した病院グループよりも 10 ポイント高い。また、病院経営上の負担が減少した病院グループでは、39.0%の病院で初期研修医が減少しており、病院経営上の負担が増加したグループよりも 14 ポイント高い。これらから、関係性の程度は強くないだろうが、初期研修医数が増加すると、病院経営上の負担が増える傾向が読み取れる。

### 初期研修医数と後期研修医数の関係

図 3-2-5-20 は初期研修医数といわゆる後期研修医数についてクロス集計したものである。後期研修医数が増加している病院グループでは、75.1%の病院で初期研修医数が増加しており、明らかに他のグループよりもこの比率が高くなっている。他方、後期研修医数が減少した病院グループでは、69.9%の病院で初期研修医数が減少しており、この比率は他のグループよりも明らかに高い。初期研修医数が増加した市中病院では、そのまま後期研修医を獲得しているということを反映していると考えられる。

図 3-2-5-20. 初期研修医数と後期研修医数の関係



## 4. まとめ

本レポートは、目的の異なる2つのアンケート調査を分析したものである。調査Ⅰは「都道府県医師会」を対象としたもので、目的は「都道府県または都道府県医師会が行った医師確保対策のうち、全国で活用することのできる医師確保対策を把握すること」である。調査Ⅱは「全国病院（標本抽出）」を対象としたもので、目的は「地域、病院種別、病床規模別等の視点から、医師不足・偏在が顕著な分野を洗い出し、医師確保対策の優先度・重要度を明らかにすること」である。それらから得られた集計・分析結果を簡潔にまとめて、本レポートを締め括りたい。

医師会調査からは主に以下の5点が判明した。

- ① 診療所医師に比べて、病院医師の不足は非常に深刻であると都道府県医師会が考えている結果になった。病院医師は、47都道府県のうち42で、335二次医療圏のうち281で不足していると都道府県医師会は考えている。
- ② 診療所医師は必ずしも充足しているわけではないと都道府県医師会は考えている。都道府県単位では、病院医師も診療所医師も不足していると考えている都道府県医師会が最多である。二次医療圏別に見ても、都道府県医師会の考えによれば、病院医師も診療所医師も不足している二次医療圏が最多である。
- ③ 都道府県でも、二次医療圏でも、多くの地域で医師の偏在が起きていると都道府県医師会は考えている。
- ④ 診療科目別では、産科・産婦人科、小児科、救急医療、麻酔科で、特に医師が不足していると都道府県医師会は考えている。
- ⑤ 医師確保対策として、実施都道府県数がそれほど多くないものの、医師不足・偏在解消効果が出ていると都道府県医師会が考えているのは、「県域を越えた連携」、「医師派遣システムの構築」、「地域の病院等への医師供給を要請」である。

病院調査からは以下の各テーマについていくつかの主要な結果が得られた。

#### 医師数の増減

- ① おおむね 5 年前と比較して、病院全体で医師数が減少した病院の割合は 39.6%である。
- ② 診療科別では、医師数が減少した病院の割合が特に大きいのは、産科・産婦人科と内科である。
- ③ 地域別では、医師数が減少した病院の割合が特に大きいのは、東北地区と中国四国地区である。

#### 供給医師数の増減

- ① おおむね 5 年前と比較して、大学・公的病院等からの供給医師数が減少した病院の割合は 52.3%である。
- ② 診療科別では、供給医師数が減少した病院の割合が特に大きいのは、内科と産科・産婦人科である。
- ③ 地域別では、供給医師数が減少した病院の割合が特に大きいのは、中国四国地区と東北地区である。

#### 医師不足によって起きた問題

- ① 医師不足を理由として起きた問題としては、外来の閉鎖・休止・縮小が多かった。
- ② 内科では、外来の閉鎖・休止・縮小をした病院が多かった。
- ③ 産科・産婦人科では、病棟閉鎖・病床縮小をした病院が多かった。
- ④ 小児科では、夜間救急対応を休止した病院が多かった。

#### 病院長による医師不足感

- ① 病院長が医師不足を感じている病院の割合は、71.5%である。
- ② 診療科別で、病院長が医師不足を感じている病院の割合が特に大きいのは、救急医療、産科・産婦人科、内科、麻酔科である。
- ③ 地域別では、病院長が医師不足を感じている病院の割合が特に大きいのは、東北地区と中国四国地区である。

### 最低必要な医師数

- ① 病院全体での最低必要医師数倍率は 1.10 倍である。日本全体の病院従事医師数で考えると、現時点で約 1 万 7 千人不足しているということになる。
- ② 診療科別では、内科を除くすべて科目で、最低必要医師数倍率は 1 倍超である。ただし、現医師数に研修医数が含まれるため、研修期間の長い内科の最低必要医師数倍率が低く出る可能性に留意したい。
- ③ 地域別では、最低必要医師数倍率が特に大きいのは、中国四国地区、中部地区、九州地区、東北地区である。

### 新医師臨床研修制度施行後の変化

- ① 新医師臨床研修制度施行後の変化として、指導医の負担が増加した病院の割合は 76.8%と大きかった。
- ② 新医師臨床研修制度施行後の変化として、病院経営上の負担が増加した病院の割合は 68.0%と大きかった。
- ③ 新医師臨床研修制度施行後の変化として、大学病院では、初期研修医数といわゆる後期研修医数がそれぞれ減少した病院の割合が大きかった。

**医師確保のための実態調査  
都道府県医師会調査票(2008年10月1日現在)**

社団法人 日本医師会  
都道府県番号

<b>医師会名</b>	
<b>ご連絡先</b>	※調査内容について問い合わせをさせて頂く場合のみ使用します。貴会名も含めて、固有名詞を特定できる形で公表することはありません。 ご担当部署： (ご担当者名： ) 電話番号またはメールアドレス：

**問1. 二次医療圏別の医師の偏在・不足について、どのようにお考えですか？**

- ・二次医療圏名をご記入の上、該当箇所に「✓」してください。
- ・(3)「偏在あり」の設問は、(1)(2)の回答に関わらず、その二次医療圏の中で偏在がある場合に「✓」してください。  
 例えば、ある二次医療圏全体では医師数が「充足」しているが、圏内をみると、ある地域では不足し、他の地域では充足している場合は「偏在あり」になります。

二次医療圏名 (ご記入ください)	(1) 病院医師数の充足・不足					(2) 診療所医師数の充足・不足					(3) 偏在あり
	充足 01	ほぼ充足 02	どちらとも 言えない 03	やや不足 04	不足 05	充足 01	ほぼ充足 02	どちらとも 言えない 03	やや不足 04	不足 05	
01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
都道府県全体											

問2. 二次医療圏別に見て、特に医師が不足している診療科および診療領域はどこだとお考えですか？

二次医療圏名をご記入の上、医療圏全体で医師が不足しているとお考えの診療科または診療領域に「✓」してください。

「産科・産婦人科」は分娩を扱う医師の不足についてお答えください。

二次医療圏名 (ご記入ください)	内科 01	小児科 02	精神科 03	外科 04	泌尿器科 05	脳神経外科 06	整形外科 07	眼科 08	耳鼻いんこう科 09	産科・産婦人科 10	皮膚科 11	麻酔科 12	救急医療 13
01													
02													
03													
04													
05													
06													
07													
08													
09													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
県全体													

書ききれない場合は、以下に二次医療圏および診療科または診療領域をご記入ください。

問3. 貴医師会または貴都道府県では、医師確保のためどのような対策を講じられましたか？  
また医師不足・偏在解消効果はありましたか？

該当箇所に「✓」してください。

書ききれない場合は、別紙を添付いただいても構いません。

対 策	(1) 実施主体					(2) 医師不足・偏在解消効果				
	医師会単独 01	行政等から受託 02	医師会・行政等が共同実施 03	行政等が単独で 04	その他 05	かなりあった 06	ややあった 07	今後期待できる 08	今後期待できない 09	わからない 10
<b>医師・医療機関</b>										
01 ドクターバンク、紹介予定派遣など										
02 女性医師再就業支援事業(含女性医師バンク)										
03 教育研修の実施 (かかりつけの医師、初期救急医療、各疾病ガイドラインの普及など)										
04 連携、情報共有のための会議の設定 (医療機関の連携、医療関係職種との連携)										
05 医師派遣システムの構築 (大学・国公立病院等から地域の医療機関への派遣)										
06 県域を越えた連携 (医師の相互供給、ドクターヘリの共同運航など)										
<b>大学・研修医</b>										
07 地域の病院等への医師供給を要請 (国公立公的病院への要請を含む)										
08 大学に医学部の地域枠や奨学金の設定を要請										
09 研修医およびいわゆる後期研修医等のネットワーク作り										
<b>患者・地域住民</b>										
10 受療行動に関する啓発 (市民講座、パンフレット等、受診までのフローチャート等)										
11 医療機関情報の提供 (ホームページでの診療情報の提供など)										
12 小児救急電話相談事業(#8000)										
13 一般向けの電話相談事業(上記12を除く)										
上記以外の対策があれば、内容をご記入の上、該当箇所に「✓」してください。										
貴会で把握されている郡市区医師会の対策があれば、内容をご記入の上、該当箇所に「✓」してください。										



# 医師確保のための実態調査 一病院調査票(2008年10月1日現在)一

社団法人 日本医師会

2008(平成20)年10月1日現在の状況でご記入ください。

該当箇所に○を付けるか、ご記入下さい。

選択肢の「その他」を選択された際には、( )にもご記入ください。

※調査内容について問い合わせをさせて頂く場合のみ使用します。施設名も含めて、固有名詞を特定できる形で公表することはありません。

1. 施設名																						
	※ゴム印の押印でも結構です。																					
2. 所在地	都・道・府・県	市・郡・区	区・町・村																			
3. 開設者	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">01 国<sup>*1)</sup></td> <td style="width: 50%; border: none;">06 医療法人</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">02 都道府県・市町村<sup>*2)</sup></td> <td style="border: none;">07 学校法人</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">03 公的医療機関<sup>*3)</sup></td> <td style="border: none;">08 社会福祉法人</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">04 社会保険関係団体<sup>*4)</sup></td> <td style="border: none;">09 個人</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">05 公益法人(医師会除く)</td> <td style="border: none;">10 医師会</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;">11 その他( )</td> </tr> </table> <p style="font-size: small;">*1) 独立行政法人、国立大学法人を含みます。                  *2) 地方独立行政法人、公立大学法人を含みます。                  *3) 公的: 日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会                  *4) 社会保険関係団体: 全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合</p>			01 国 <sup>*1)</sup>	06 医療法人	02 都道府県・市町村 <sup>*2)</sup>	07 学校法人	03 公的医療機関 <sup>*3)</sup>	08 社会福祉法人	04 社会保険関係団体 <sup>*4)</sup>	09 個人	05 公益法人(医師会除く)	10 医師会		11 その他( )							
01 国 <sup>*1)</sup>	06 医療法人																					
02 都道府県・市町村 <sup>*2)</sup>	07 学校法人																					
03 公的医療機関 <sup>*3)</sup>	08 社会福祉法人																					
04 社会保険関係団体 <sup>*4)</sup>	09 個人																					
05 公益法人(医師会除く)	10 医師会																					
	11 その他( )																					
4. 病院種別	01 一般病院                      02 精神科病院                      03 その他( )																					
5. 許可病床数	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">精神病床</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 10%;">床</td> <td rowspan="6" style="width: 40%; vertical-align: middle;">(再掲)療養病床のうち 介護保険適用分_____床</td> </tr> <tr> <td>感染症病床</td> <td></td> <td>床</td> </tr> <tr> <td>結核病床</td> <td></td> <td>床</td> </tr> <tr> <td>療養病床</td> <td></td> <td>床</td> </tr> <tr> <td>一般病床</td> <td></td> <td>床</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td></td> <td>床</td> </tr> </table>			精神病床		床	(再掲)療養病床のうち 介護保険適用分_____床	感染症病床		床	結核病床		床	療養病床		床	一般病床		床	合計		床
精神病床		床	(再掲)療養病床のうち 介護保険適用分_____床																			
感染症病床		床																				
結核病床		床																				
療養病床		床																				
一般病床		床																				
合計		床																				
6. 平成20年度臨床研修プログラム参加状況等	01 大学附属病院 02 単独・管理型臨床研修指定病院(大学病院以外) 03 協力型臨床研修指定病院(大学病院以外) 04 臨床研修指定病院ではない																					
7. 臨床研修病院になった時期	2008年度の新医師臨床研修プログラム参加病院(大学病院含む)のみ、○をつけてください。 01 新医師臨床研修制度、導入より前(2003(平成15)年度まで) 02 新医師臨床研修制度、導入以降(2004(平成16)年度以降)																					
8. 研修医数	01 卒後2年未満の研修医(新医師臨床研修制度での初期研修医)_____人 02 いわゆる後期研修医_____人																					
ご連絡先	※調査内容について問い合わせをさせて頂く場合のみ使用します。施設名も含めて、固有名詞を特定できる形で公表することはありません。 ご担当部署 : _____ (ご担当者名 _____) 電話番号またはメールアドレス: _____																					

### 問1. 診療科別医師数(2008年10月1日現在)をご記入ください。

下記の診療科は、平成20年4月1日施行の広告可能な診療科名の改正に基づいています。  
 該当する診療科が下記にない場合は、読み替えが可能な最も近い診療科目を選択してください  
 (同時期に実施中の厚生労働省「医療施設調査」と同じ扱いです)。以下、同じ。  
 また、医師数には、研修医数も含めてください。

		常勤医師数		非常勤医師数		
		うち女性 医師数	実数 (アタマ数)	うち女性 医師数	常勤換算 小数点第2位 四捨五入	
I	01 内科	人	人	人	人	人
	02 呼吸器内科	人	人	人	人	人
	03 循環器内科	人	人	人	人	人
	04 消化器内科(胃腸内科)	人	人	人	人	人
	05 腎臓内科	人	人	人	人	人
	06 神経内科	人	人	人	人	人
	07 糖尿病内科(代謝内科)	人	人	人	人	人
	08 血液内科	人	人	人	人	人
	09 皮膚科	人	人	人	人	人
	10 アレルギー科	人	人	人	人	人
	11 リウマチ科	人	人	人	人	人
	12 感染症内科	人	人	人	人	人
	13 小児科	人	人	人	人	人
	14 精神科	人	人	人	人	人
	15 心療内科	人	人	人	人	人
II	16 外科	人	人	人	人	人
	17 呼吸器外科	人	人	人	人	人
	18 循環器外科(心臓・血管外科)	人	人	人	人	人
	19 乳腺外科	人	人	人	人	人
	20 気管食道外科	人	人	人	人	人
	21 消化器外科(胃腸外科)	人	人	人	人	人
	22 泌尿器科	人	人	人	人	人
	23 肛門外科	人	人	人	人	人
	24 脳神経外科	人	人	人	人	人
	25 整形外科	人	人	人	人	人
	26 形成外科	人	人	人	人	人
	27 美容外科	人	人	人	人	人
	28 眼科	人	人	人	人	人
	29 耳鼻いんこう科	人	人	人	人	人
	30 小児外科	人	人	人	人	人
	31 産婦人科	人	人	人	人	人
	32 産科	人	人	人	人	人
	33 婦人科	人	人	人	人	人
III	34 リハビリテーション科	人	人	人	人	人
	35 放射線科	人	人	人	人	人
	36 麻酔科	人	人	人	人	人
	37 病理診断科	人	人	人	人	人
	38 臨床検査科	人	人	人	人	人
	39 救急科	人	人	人	人	人
	40 歯科	人	人	人	人	人
	41 矯正歯科	人	人	人	人	人
	42 小児歯科	人	人	人	人	人
	43 歯科口腔外科	人	人	人	人	人
44 合計	人	人	人	人	人	

※内訳と合計が合致していることをご確認ください。

**問2. 貴院の医師数は、おおむね5年前と比べてどう変化しましたか。  
医師数全体の増減と、その内大学等からの供給医師についてご回答ください。**

医師数には、研修医数も含めてください。

診療科別と病院全体の該当箇所に「✓」してください(5年前または現在、存在する診療科・部門のみ)

「大幅減少」は▲5割以上、「減少」は▲3～5割程度、「やや減少」は▲1～2割程度を目処にしてください。

	(1) 医師数全体の増減						(2) 大学や公的病院等から供給を受けている医師						
	増加 01	増減 なし 02	減少				増加 01	増減 なし 02	減少				
			いなく なった 03	大幅 減少 04	減少 05	やや 減少 06			いなく なった 03	大幅 減少 04	減少 05	やや 減少 06	
01 内科													
02 皮膚科													
03 小児科													
04 精神科													
05 外科													
06 泌尿器科													
07 脳神経外科													
08 整形外科													
09 形成外科													
10 美容外科													
11 眼科													
12 耳鼻いんこう科													
13 産科・産婦人科													
14 婦人科													
15 リハビリテーション科													
16 放射線科													
17 麻酔科													
18 病理診断													
19 救急医療													
20 病院全体													

※ 本調査においては、上記「01内科」および「05外科」の内訳は、下記のとおりとしています。

内科：内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科(胃腸内科)、腎臓内科、神経内科、糖尿病内科(代謝内科)、血液内科、アレルギー科、リウマチ科、感染症内科、心療内科

外科：外科、呼吸器外科、循環器外科(心臓・血管外科)、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科(胃腸外科)、肛門外科、小児外科

**問3. 貴院では、過去5年間で、医師不足により以下のようなケースがありましたか？**

診療科別と病院全体の該当箇所に「✓」してください。

(過去5年間に存在した、または現存する標榜診療科・部門のみ)

医師不足が理由であるものに限りします。

	病棟閉鎖・ 病床縮小 01	外来の 閉鎖・休止・ 縮小 02	夜間等の救 急対応休止 03
01 内科			
02 皮膚科			
03 小児科			
04 精神科			
05 外科			
06 泌尿器科			
07 脳神経外科			
08 整形外科			
09 形成外科			
10 美容外科			
11 眼科			
12 耳鼻いんこう科			
13 産科・産婦人科			
14 婦人科			
15 リハビリテーション科			
16 放射線科			
17 麻酔科			
18 病理診断			
19 救急医療			
20 病院全体			

※ 本調査においては、上記「01内科」および「05外科」の内訳は、下記のとおりとしています。

内科：内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科(胃腸内科)、腎臓内科、神経内科、糖尿病内科(代謝内科)、血液内科、アレルギー科、リウマチ科、感染症内科、心療内科

外科：外科、呼吸器外科、循環器外科(心臓・血管外科)、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科(胃腸外科)、肛門外科、小児外科

このページは、必ず病院管理者(病院長)の方のご回答をお願いします。

**問4. 現在(2008年10月1日)、医師不足を感じておられますか？**

医療法上の医師配置標準を満たしているか否かにかかわらず、実感としての主観的なお答えで結構です。

医師数には、研修医数も含めてください。

診療科別(現在標榜されている科のみ)および病院全体の該当箇所に「✓」してください。

	充足 01	ほぼ充足 02	どちらとも 言えない 03	やや不足 04	不足 05
01 内科					
02 皮膚科					
03 小児科					
04 精神科					
05 外科					
06 泌尿器科					
07 脳神経外科					
08 整形外科					
09 形成外科					
10 美容外科					
11 眼科					
12 耳鼻いんこう科					
13 産科・産婦人科					
14 婦人科					
15 リハビリテーション科					
16 放射線科					
17 麻酔科					
18 病理診断科					
19 救急科					
20 病院全体					

※ 本調査においては、上記「01内科」および「05外科」の内訳は、下記のとおりとしています。

内科：内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科(胃腸内科)、腎臓内科、神経内科、糖尿病内科(代謝内科)、血液内科、アレルギー科、リウマチ科、感染症内科、心療内科

外科：外科、呼吸器外科、循環器外科(心臓・血管外科)、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科(胃腸外科)、肛門外科、小児外科

このページは、必ず病院管理者(病院長)の方のご回答をお願いします。

### 問5. 貴院にとっての最低必要医師数は何人ですか？

医療法上の医師配置標準を満たしているかどうかにかかわらず、貴院の役割や機能から見て、最低必要医師数をご記入ください(※記入上の注意をご覧ください)。

医師数には、研修医数も含めてください。

診療科別と病院全体の必要常勤換算医師数をご記入ください。

常勤・非常勤を合計し、小数点第2位を四捨五入してください。

	必要 医師数
01 内科	人
02 皮膚科	人
03 小児科	人
04 精神科	人
05 外科	人
06 泌尿器科	人
07 脳神経外科	人
08 整形外科	人
09 形成外科	人
10 美容外科	人
11 眼科	人
12 耳鼻いんこう科	人
13 産科・産婦人科	人
14 婦人科	人
15 リハビリテーション科	人
16 放射線科	人
17 麻酔科	人
18 病理診断科	人
19 救急科	人
20 病院全体	人

#### ※記入上の注意

現在、産科がない場合でも、地域医療のために貴院では産科医師が必要といった場合には、産科の欄に医師数を入れてください。

貴院の現状の経営状態にかかわらず、お答えください。

※ 本調査においては、上記「01内科」および「05外科」の内訳は、下記のとおりとしています。

内科：内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科(胃腸内科)、腎臓内科、神経内科、糖尿病内科(代謝内科)、血液内科、アレルギー科、リウマチ科、感染症内科、心療内科

外科：外科、呼吸器外科、循環器外科(心臓・血管外科)、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科(胃腸外科)、肛門外科、小児外科

## 問6. 新医師臨床研修制度施行後、以下のような変化はありましたか？

新医師臨床研修制度導入(2004(平成16)年度)以前と、現在とを比べて、お答えください。  
「増加した」「減少した」などを○で囲んでください。  
医師の募集・離職、研修医の数については「かなり」は2割以上、「やや」は1、2割を目処にしてください。

### (1) 医師募集に対する応募(研修医以外)

- |            |            |          |
|------------|------------|----------|
| 1. かなり増加した | 2. やや増加した  | 3. 変わらない |
| 4. やや減少した  | 5. かなり減少した |          |

### (2) 医師の離職

- |            |            |          |
|------------|------------|----------|
| 1. かなり増加した | 2. やや増加した  | 3. 変わらない |
| 4. やや減少した  | 5. かなり減少した |          |

### (3) 指導医の負担

- |            |                    |                |
|------------|--------------------|----------------|
| 1. かなり増加した | 2. やや増加した          | 3. 変わらない       |
| 4. やや減少した  | 5. かなり減少した(いなくなった) | 6. 指導医がいたことはない |

### (4) 勤務する医師の活力

- |            |            |          |
|------------|------------|----------|
| 1. かなり向上した | 2. やや向上した  | 3. 変わらない |
| 4. やや低下した  | 5. かなり低下した |          |

### (5) 病院全体の活力

- |            |            |          |
|------------|------------|----------|
| 1. かなり向上した | 2. やや向上した  | 3. 変わらない |
| 4. やや低下した  | 5. かなり低下した |          |

### (6) 病院経営上の負担

- |            |            |          |
|------------|------------|----------|
| 1. かなり増加した | 2. やや増加した  | 3. 変わらない |
| 4. やや減少した  | 5. かなり減少した |          |

### (7) 初期研修医の数

- |            |                    |                  |
|------------|--------------------|------------------|
| 1. かなり増加した | 2. やや増加した          | 3. 変わらない         |
| 4. やや減少した  | 5. かなり減少した(いなくなった) | 6. 初期研修医がいたことはない |

### (8) いわゆる後期研修医の数

- |            |                    |                  |
|------------|--------------------|------------------|
| 1. かなり増加した | 2. やや増加した          | 3. 変わらない         |
| 4. やや減少した  | 5. かなり減少した(いなくなった) | 6. 後期研修医がいたことはない |

以上でアンケート調査は終わりです。ご協力ありがとうございました。

