

# 医師確保のための実態調査

定例記者会見

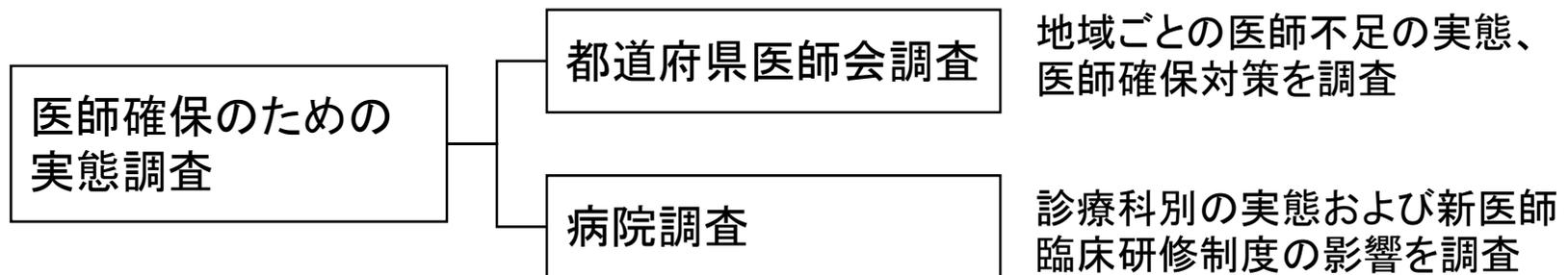
2008年12月3日  
社団法人 日本医師会

# 調査の目的

1982年、医師数の抑制が閣議決定された後、日本の医師数は先進諸国に比べて低い水準で推移してきた。さらに、2004年4月に、新医師臨床研修制度が導入され、医師配置の偏在化を通じて、医師不足が顕在化した。

このため、現在、医師養成数の増加が求められるにいたっている。しかし、そのためには、まず、地域別、診療科別など、どこで医師不足が顕著であるかを把握しなければならない。そこで、医師不足・偏在が顕著な地域および診療分野を洗い出し、医師確保対策の優先度、重要度の決定に資するため、アンケート調査を行った。

なお、「医師確保のための実態調査」は、都道府県医師会調査と病院調査とで構成されている。



# 都道府県医師会調査

# 調査対象と調査項目

## 調査対象

47都道府県医師会

有効回答数47(有効回答率100%)

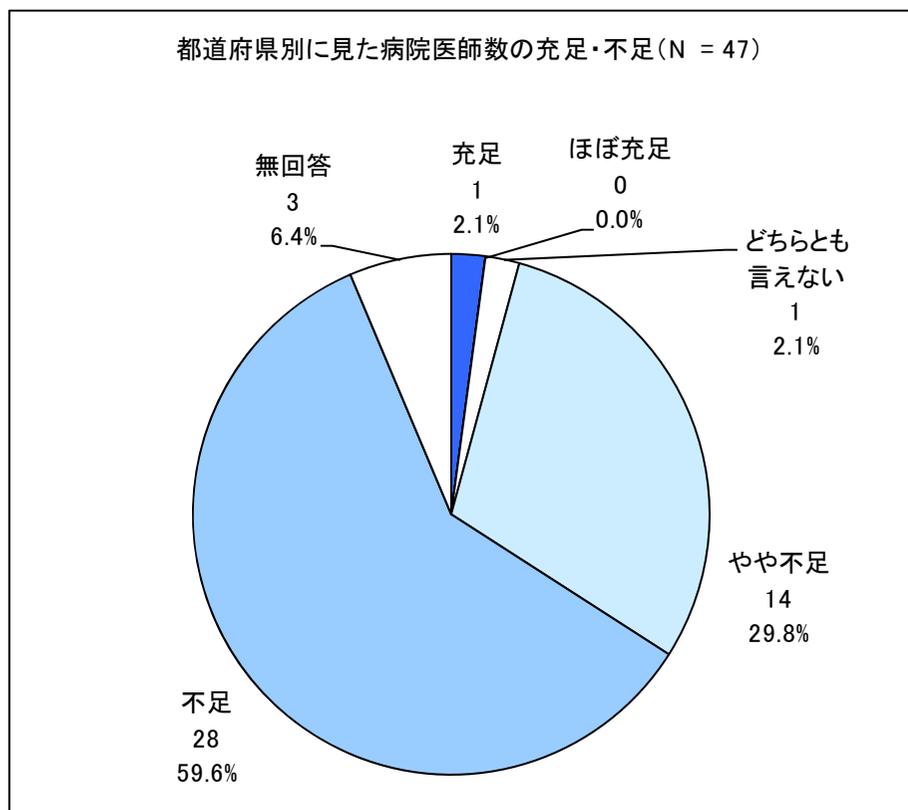
## 調査項目

- 都道府県別・二次医療圏別の医師不足・偏在の状況
- 医師確保のための対策とその効果
- 医療計画策定の状況
- 医学部定員数を過去最大化することについての是非

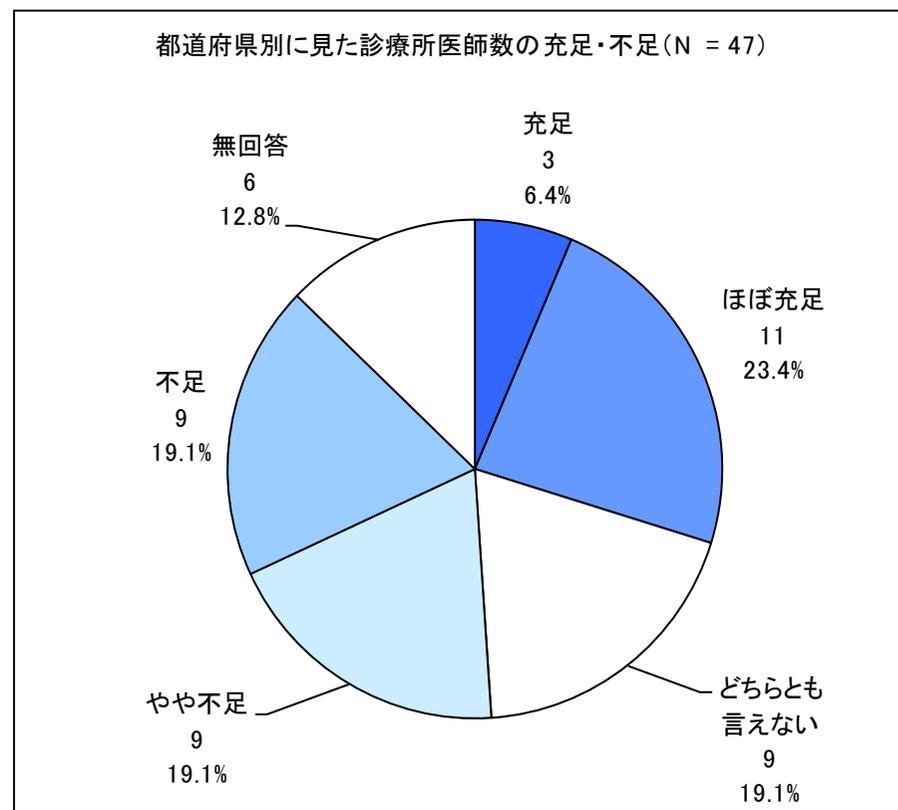
# 都道府県別の医師の充足・不足 (1)

病院医師は47のうち42都道府県医師会(89.4%)が不足(やや不足・不足)と考えている。診療所医師は18都道府県医師会(38.2%)が不足と考えている。診療所医師については、14都道府県医師会(29.8%)が充足(充足・ほぼ充足)と考えており、都道府県の間には差がある。

## 病院医師

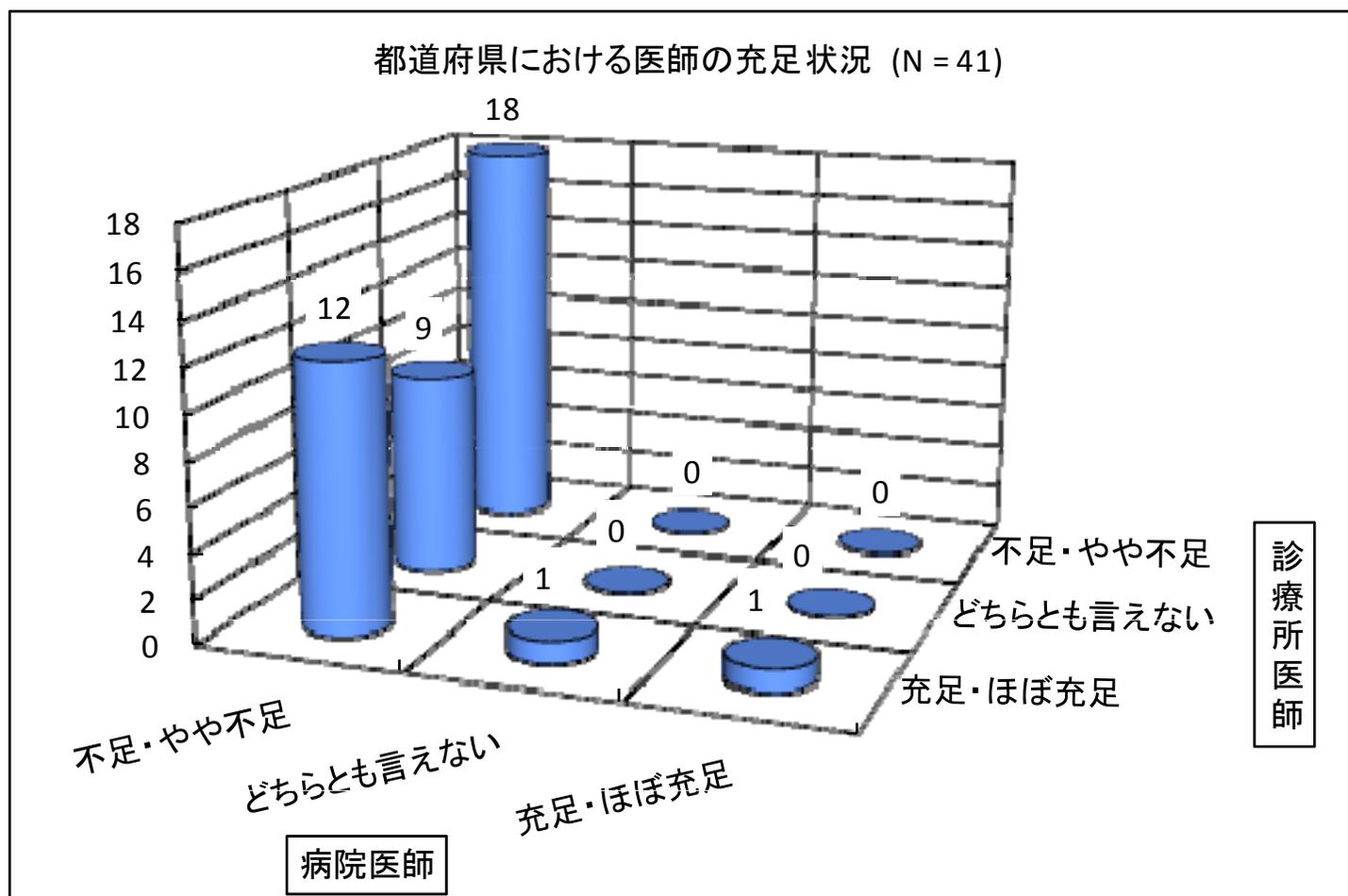


## 診療所医師



## 都道府県別の医師の充足・不足 (2)

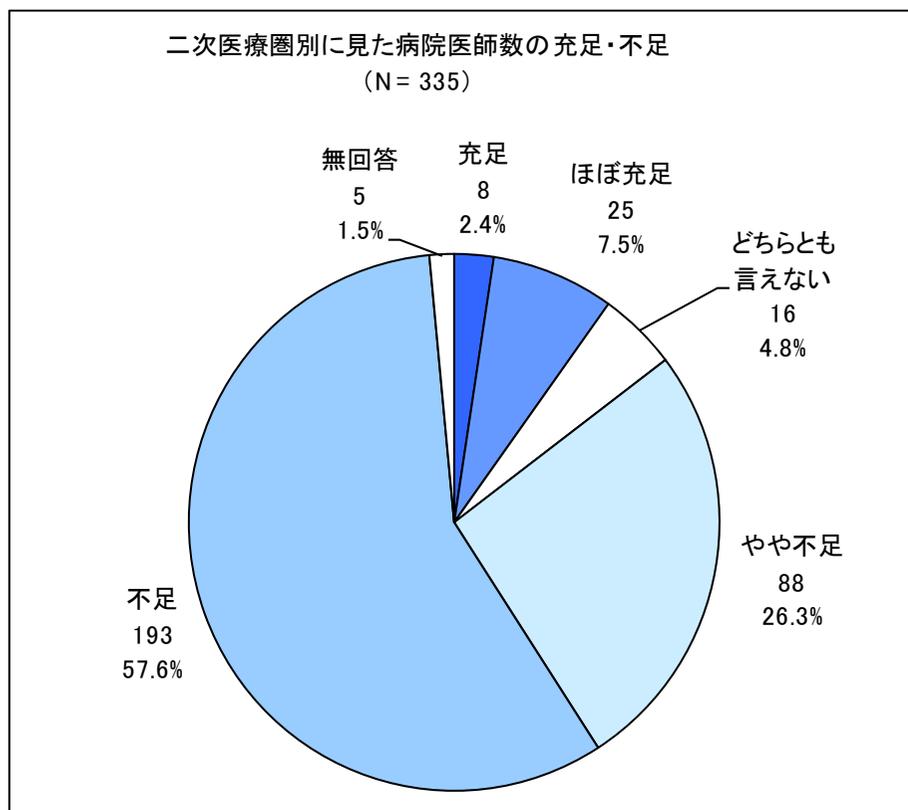
病院医師と診療所医師の両方に回答があった41都道府県医師会のうち、18都道府県医師会(43.9%)が病院医師と診療所医師の両方で不足(不足・やや不足)と考えており、最も多かった。他方、12都道府県医師会(29.3%)は、病院医師は不足(不足・やや不足)だが、診療所医師は充足(充足・ほぼ充足)と考えている。



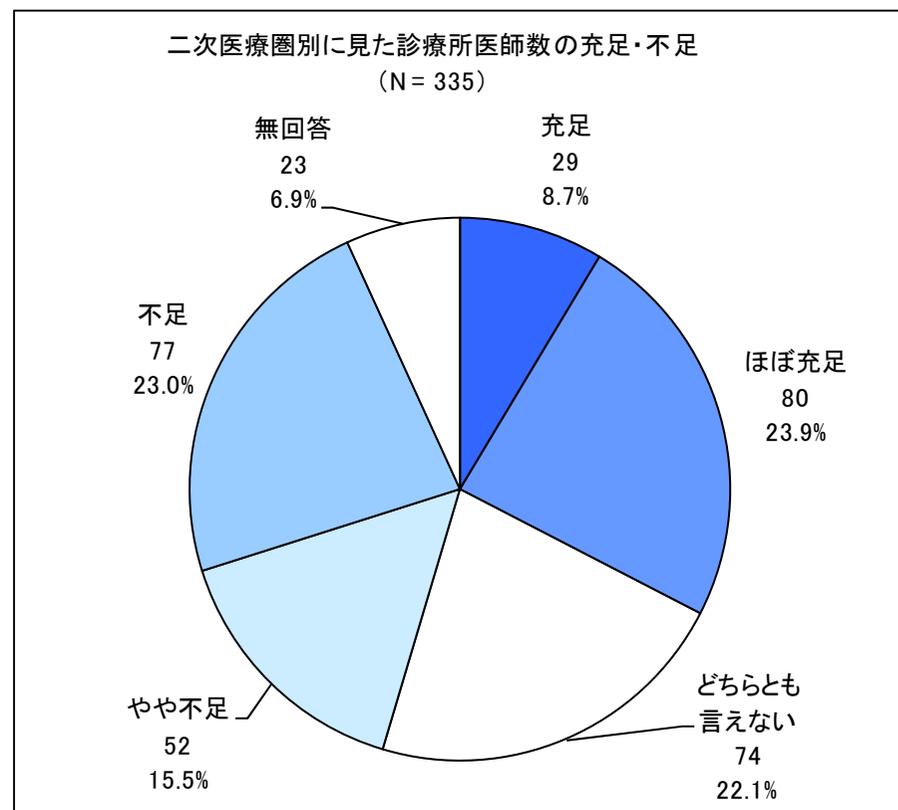
# 二次医療圏別の医師の充足・不足 (1)

病院医師は335のうち281二次医療圏(83.9%)で不足(やや不足・不足)、診療所医師は129二次医療圏(38.5%)で不足していると各都道府県医師会は考えている。診療所医師については、109二次医療圏(32.6%)では充足(充足・ほぼ充足)と各都道府県医師会は考えており、二次医療圏の間に差がある。

### 病院医師

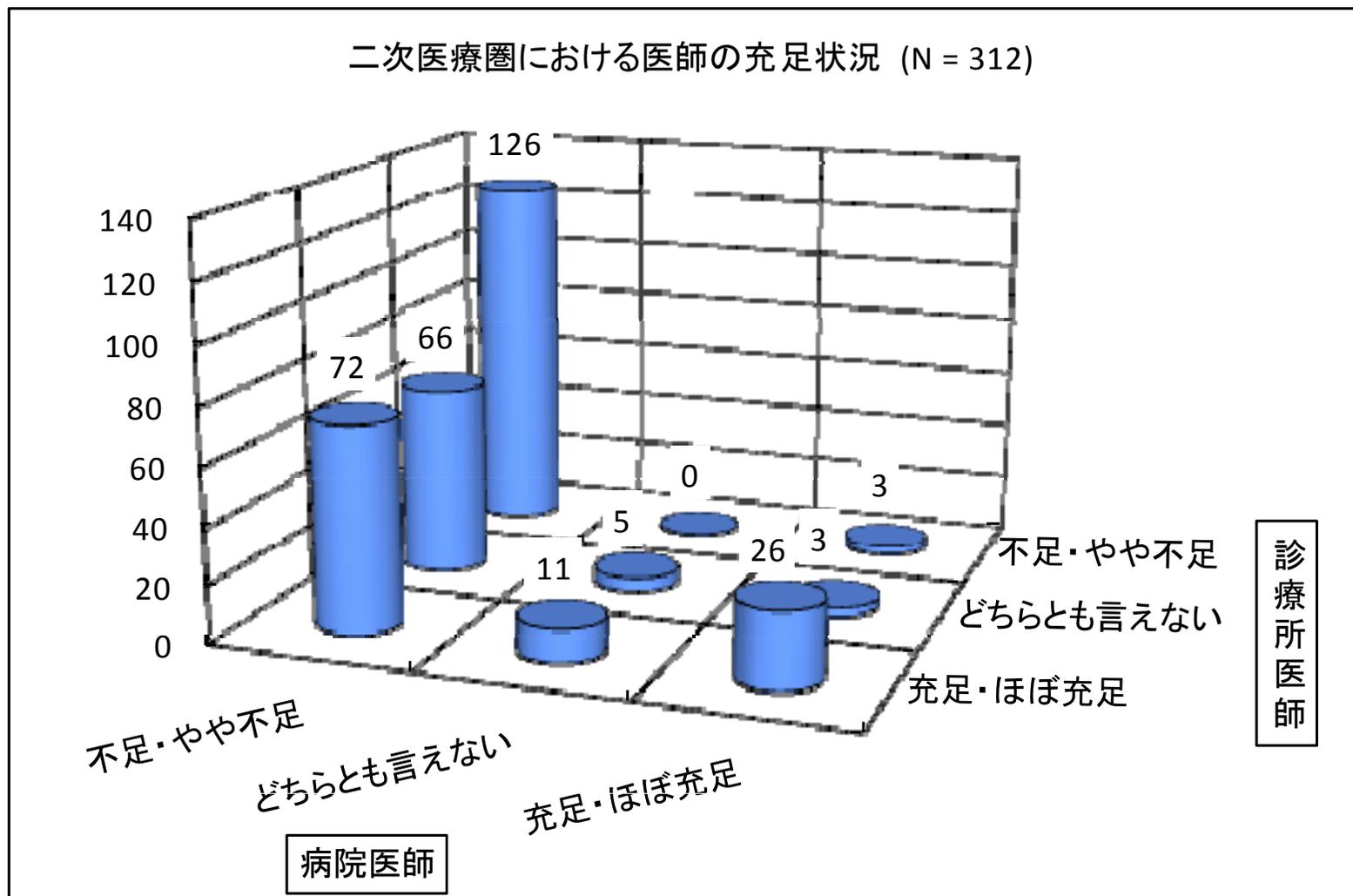


### 診療所医師



## 二次医療圏別の医師の充足・不足 (2)

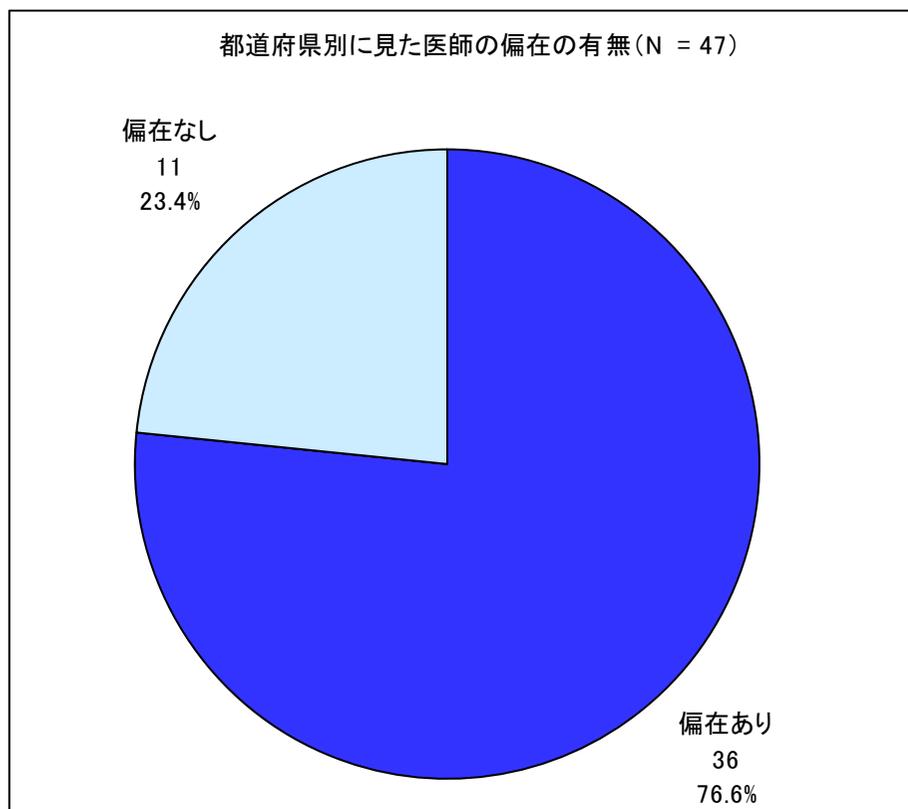
病院医師と診療所医師の両方について回答があった312二次医療圏のうち、126二次医療圏(40.4%)では病院医師と診療所医師の両方で不足(不足・やや不足)と各都道府県医師会が考えており、最も多かった。



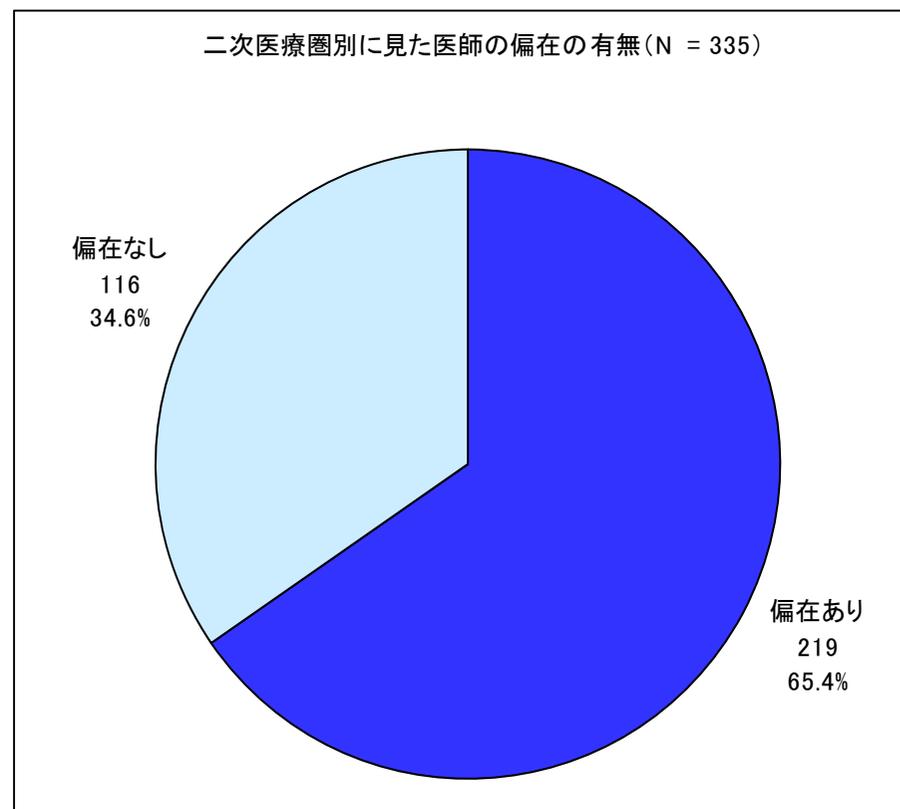
# 医師の偏在

47のうち36都道府県(76.6%)が医師の偏在があると考えている。二次医療圏別では、335のうち219二次医療圏(65.4%)で医師の偏在があると各都道府県医師会は考えている。

## 都道府県



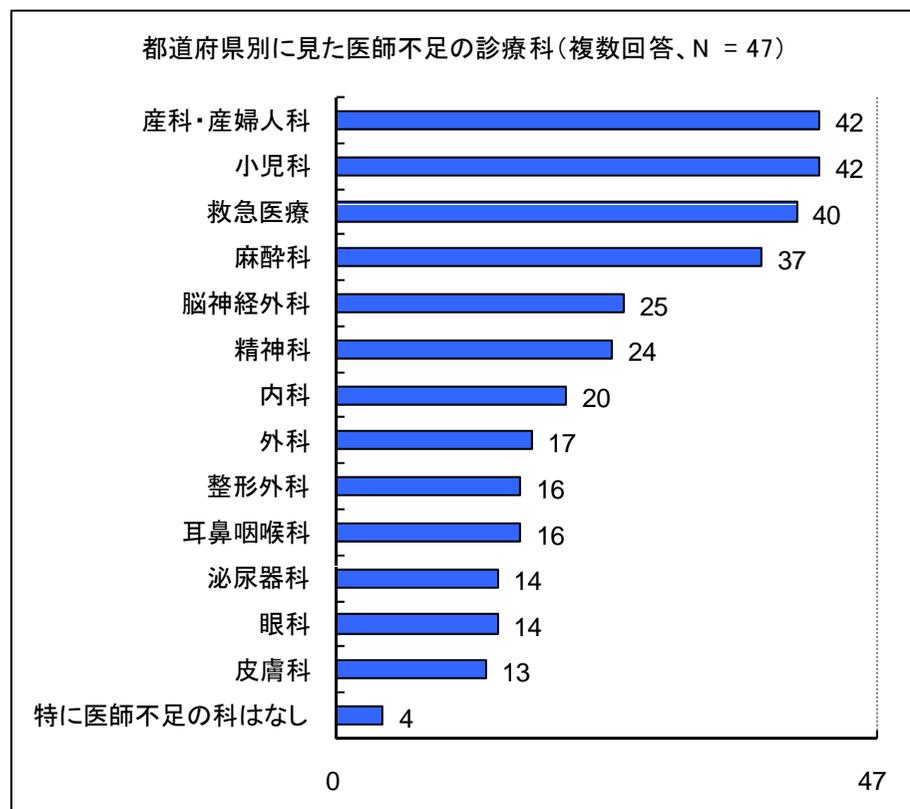
## 二次医療圏



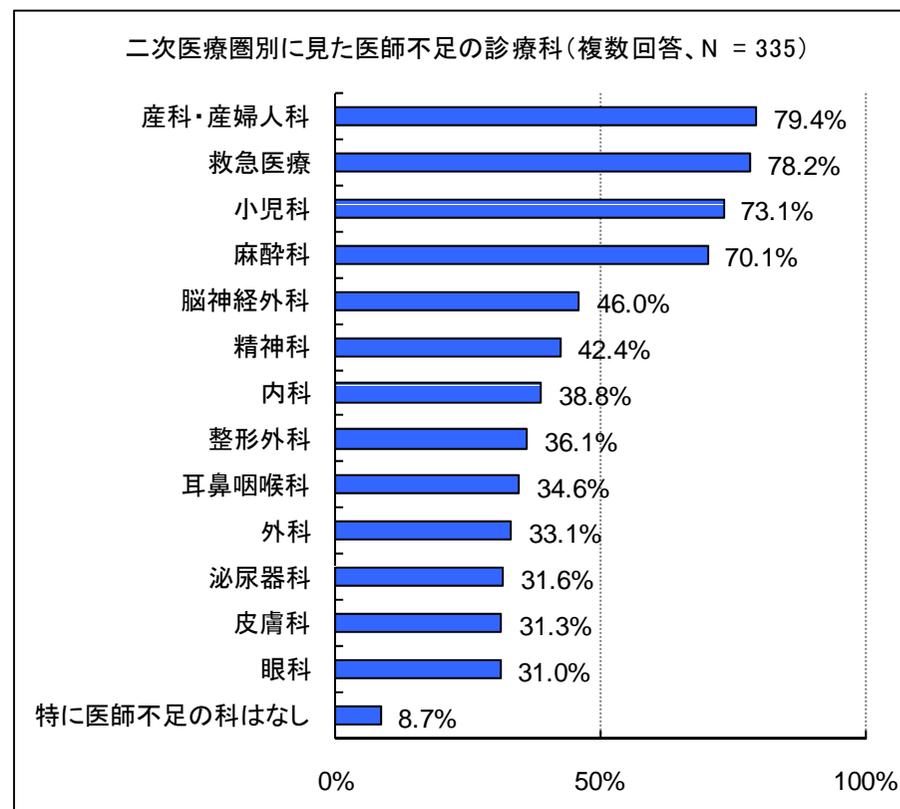
# 診療科目別の医師不足

特に医師が不足している診療科目として、都道府県、二次医療圏ともに、産科・産婦人科、小児科、救急医療、麻酔科が、都道府県医師会によって多く挙げられた。これらの診療科目は、37～42の都道府県、7割超の二次医療圏で医師が不足していると各都道府県医師会は考えている。

## 都道府県

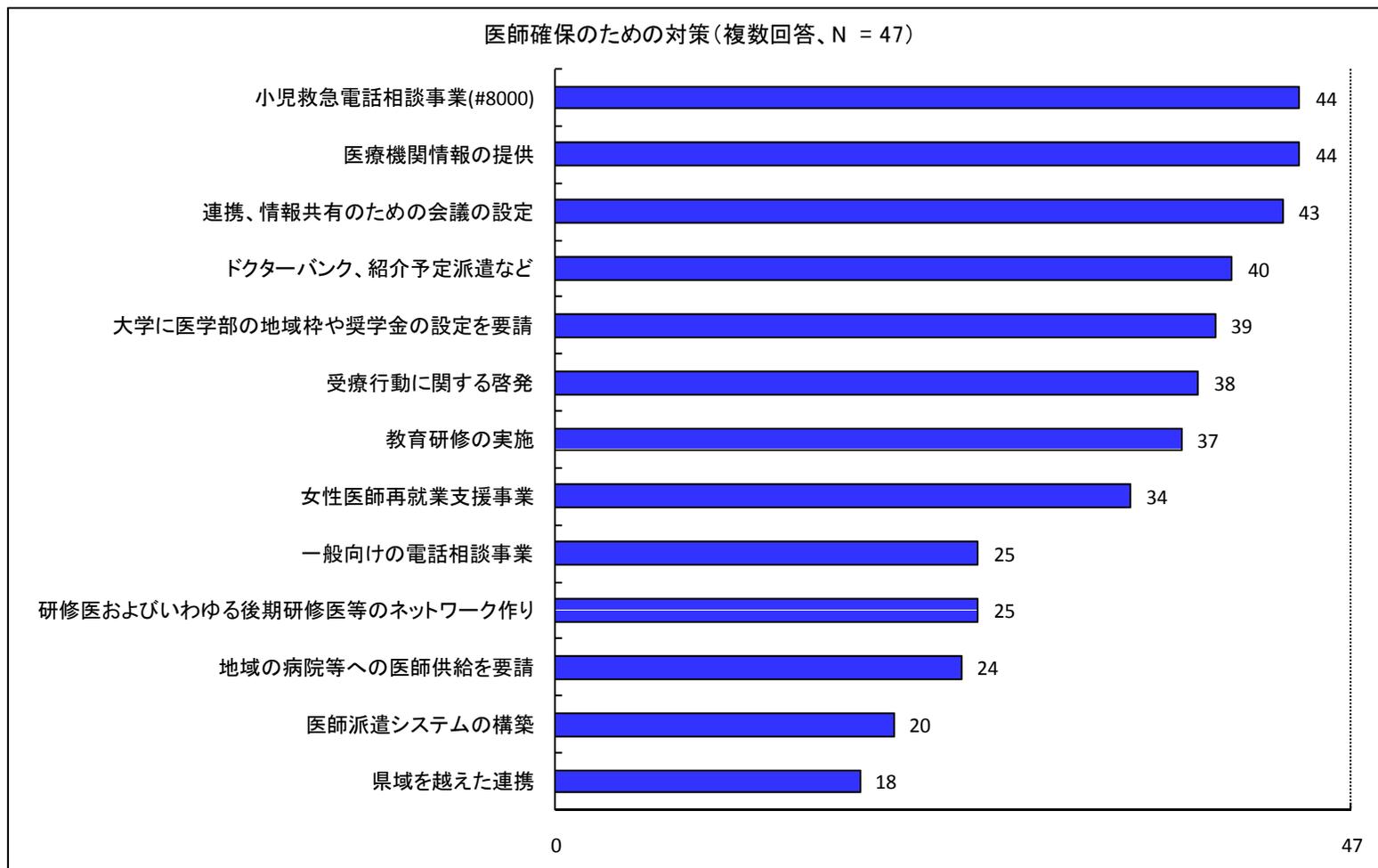


## 二次医療圏



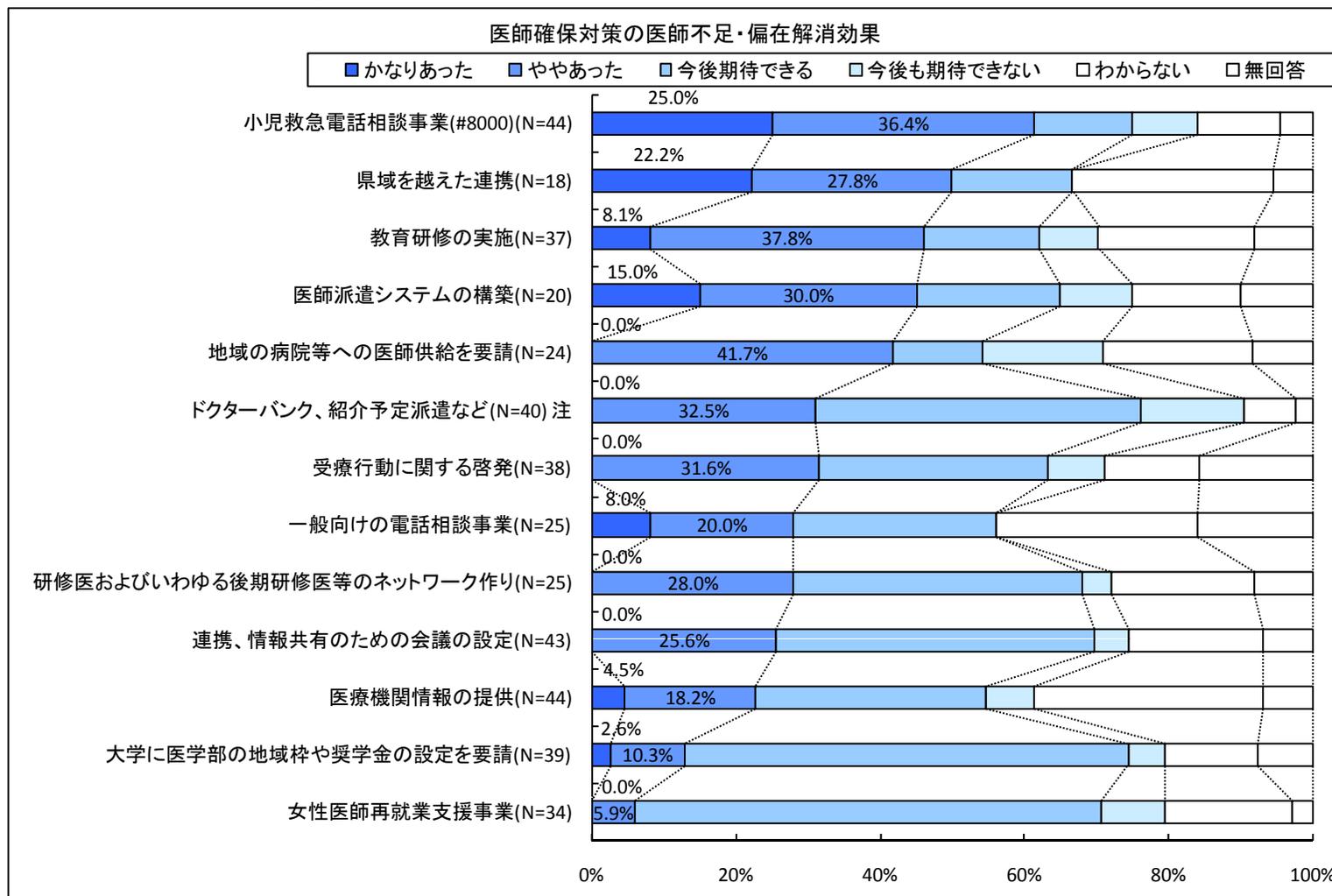
# 医師確保のための対策の実施状況

医師確保のための対策としては、「小児救急電話相談事業(#8000)」、「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)」、「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)」はほとんどの都道府県で実施している。



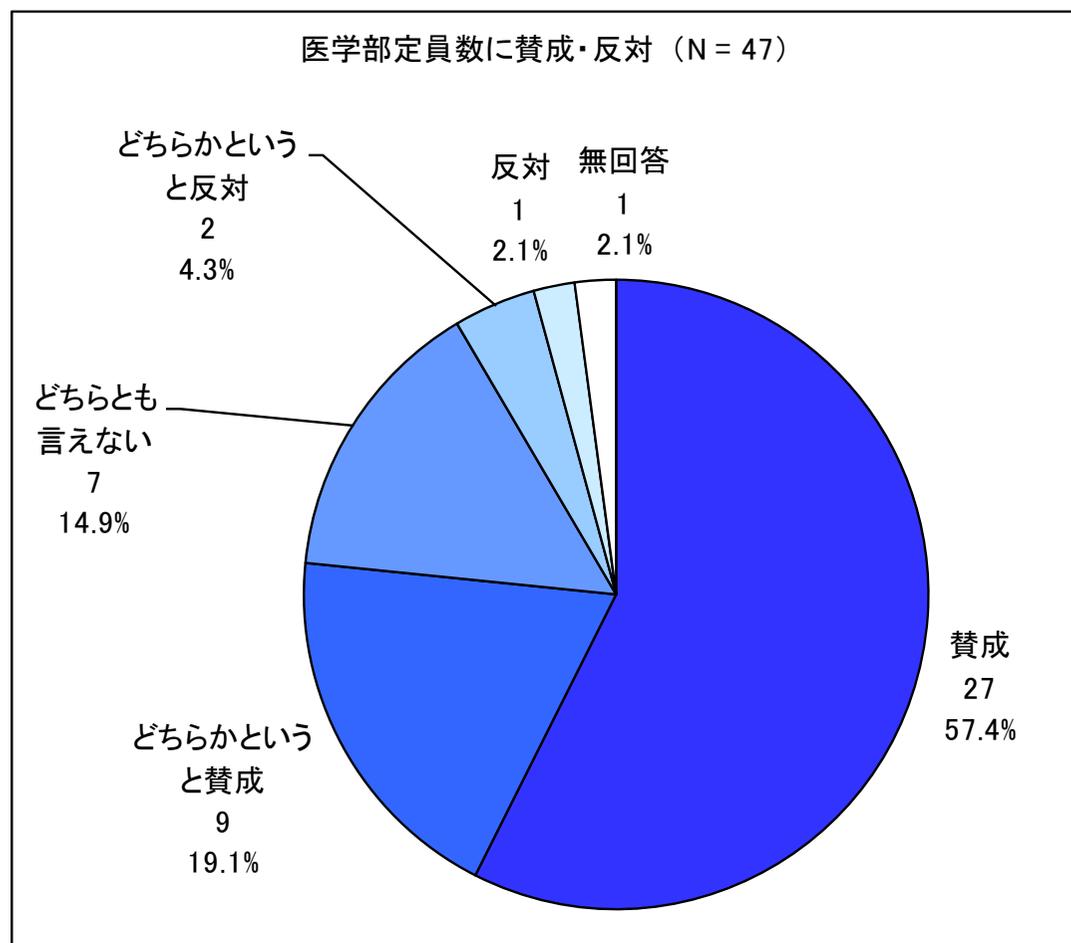
# 医師確保対策の医師不足・偏在解消効果

医師不足・偏在解消効果があった(かなりあった・ややあった)と都道府県医師会が考えている比率が高いのは、順に、「小児救急電話相談事業(#8000)」、「県域を越えた連携」、「教育研修の実施」である。「医師派遣システムの構築」は4番目だが、効果が「かなりあった」の比率が高い。



# 医学部定員の過去最大規模への増員についての是非

47都道府県のうち、「賛成」は27都道府県医師会(57.4%)、「どちらかという賛成」は9都道府県医師会(19.1%)、合計で賛成なのは36都道府県医師会(76.5%)である。ただし、医師数増に対応するための財源の投入、診療科・地域の偏在の解消、女性医師離職の問題の解決等とセットでなければならないという指摘が多い。他方、将来の医師過剰の懸念から反対も少数ながらあることに留意したい。



# 病院調査

# 調査対象および有効回答数

		配付数	有効回答	有効回答率
2008年度の臨床研修プログラムに参加する病院(全数)	単独型・管理型	1,116	1,296	53.3%
	協力型	1,317		
一般病院(1/2抽出)		2,880	1,250	43.4%
精神科病院(1/5抽出)		227	122	53.7%
計		5,540	2,668	48.2%

(注1)臨床研修プログラムに参加する病院には大学病院を含む。

(注2)一般病院、精神科病院には臨床研修病院は含まない。したがって、抽出率も臨床研修病院を除いた後の数字。

## 臨床研修プログラムに参加する病院(以下、研修病院)

単独型: 単独で又は研修協力施設と共同して臨床研修を行う病院

管理型: 他の病院と共同して臨床研修を行う病院(単独型を除く)であって、当該臨床研修の管理を行うもの

協力型: 他の病院と共同して臨床研修を行う病院(単独型を除く)であって、管理型臨床研修病院でないもの

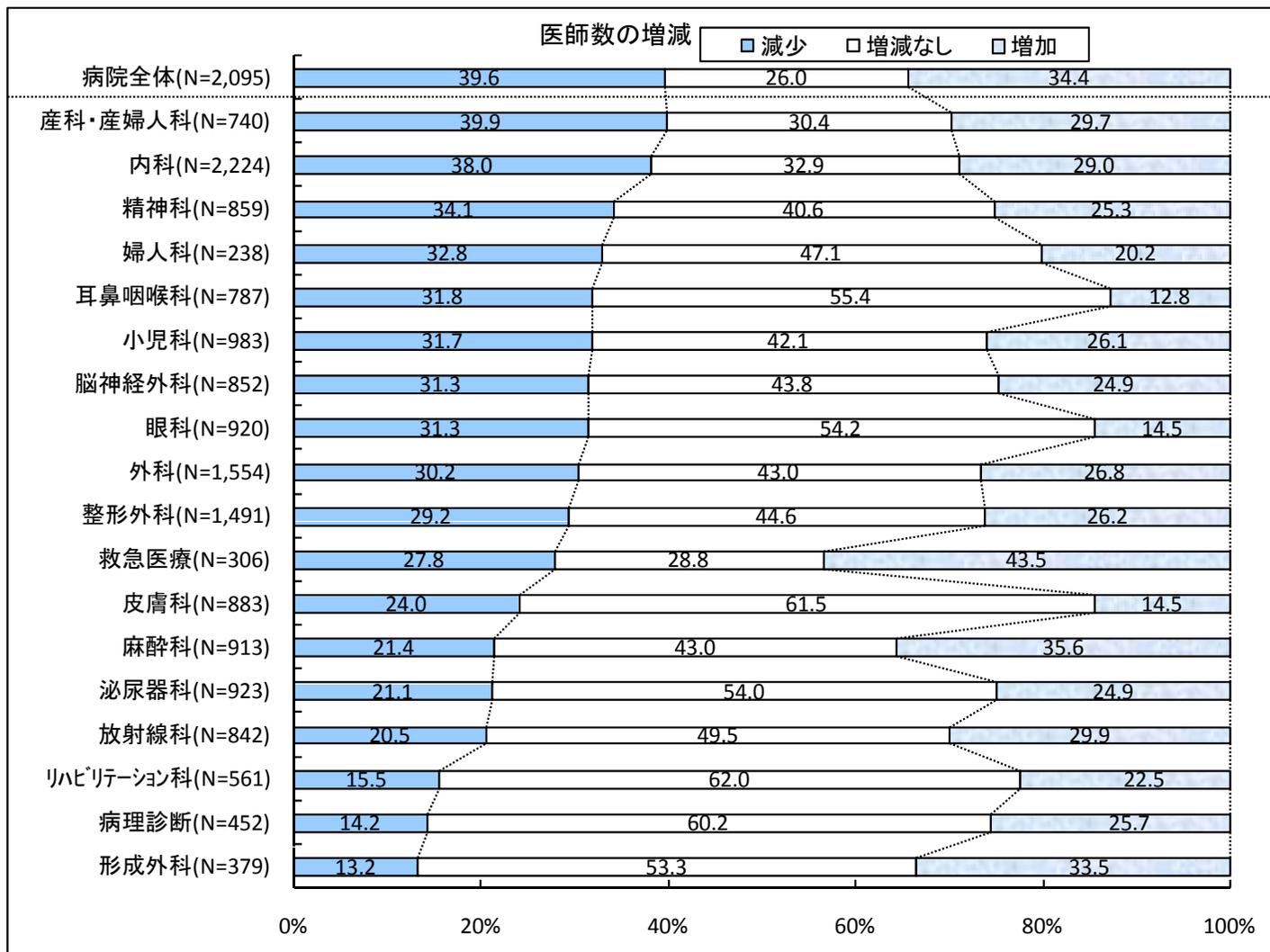
研修協力施設: 臨床研修病院と共同して臨床研修を行う施設であって、臨床研修病院及び大学、大学の医学部、大学附置の研究所の附属施設である病院以外。へき地・離島診療所、中小病院・診療所、保健所、介護老人保健施設、社会福祉施設、赤十字社血液センター、各種検診・健診の実施施設等。

# 調査項目

- 医師数およびその変化
  - 医師数全体の増減
  - 大学・公的病院等から供給を受けている医師数の増減
- 医師不足による影響
  - 病棟の縮小、外来の閉鎖、救急対応の休止など
- 医師の過不足感(病院長の回答)
- 最低必要医師数
- 新医師臨床研修制度導入前後の変化
  - 医師の応募、離職
  - 指導医の負担
  - 勤務医の活力 など

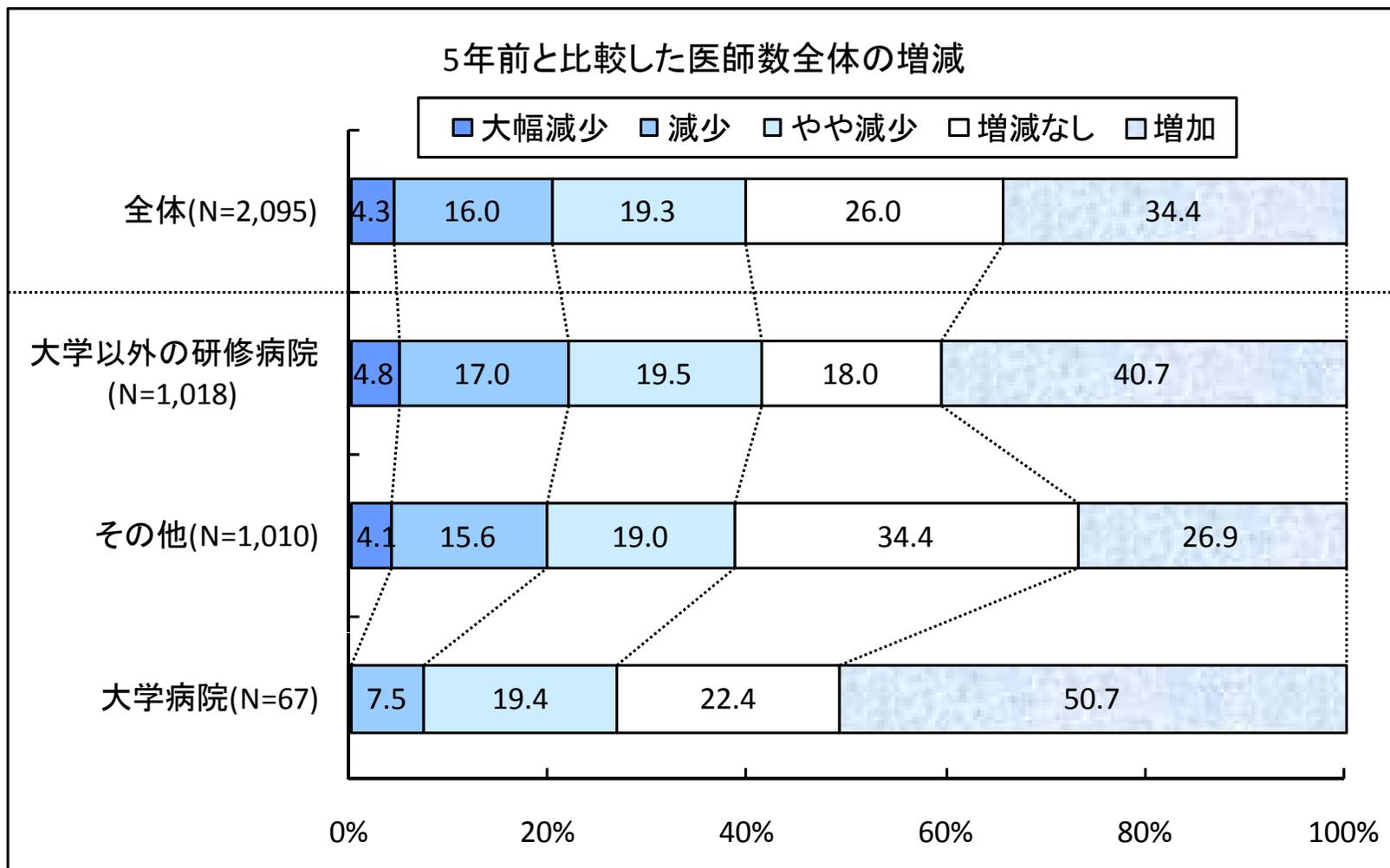
# 診療科別の医師数の増減(おおむね5年前と比較)

病院全体で、医師数が減少(大幅減少・減少・やや減少)した病院の割合は39.6%、増加したのは34.4%である。診療科別で見ると、減少(いなくなった・大幅減少・減少・やや減少)した病院の割合が大きいのは、産科・産婦人科(39.9%)、内科(38.0%)である。



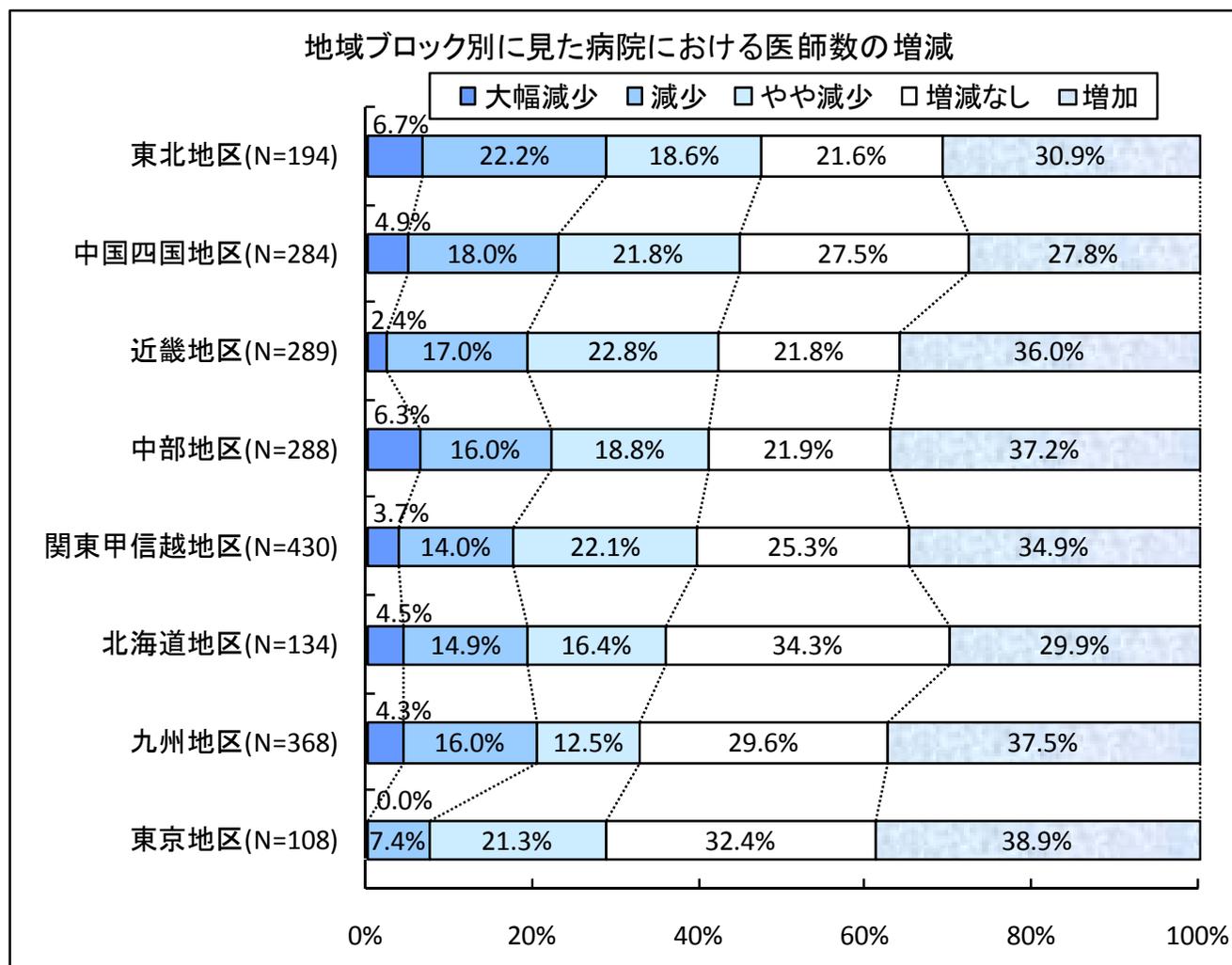
# 病院属性別の医師数の増減(おおむね5年前と比較)

病院属性別で見ると、大学以外の研修病院で、医師数が減少した(大幅減少・減少・やや減少)病院の比率が一番大きく、41.3%である。



# 地域別の医師数の増減（おおむね5年前と比較）

日本医師会の地域ブロック別で、医師数が減少した（大幅減少・減少・やや減少）病院の比率が高いのは、東北地区(47.5%)、中国四国地区(44.7%)、近畿地区(42.2%)である。ただし、近畿地区は東北地区や中国四国地区と比べて、増加の比率が高い。



## 【参考】 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

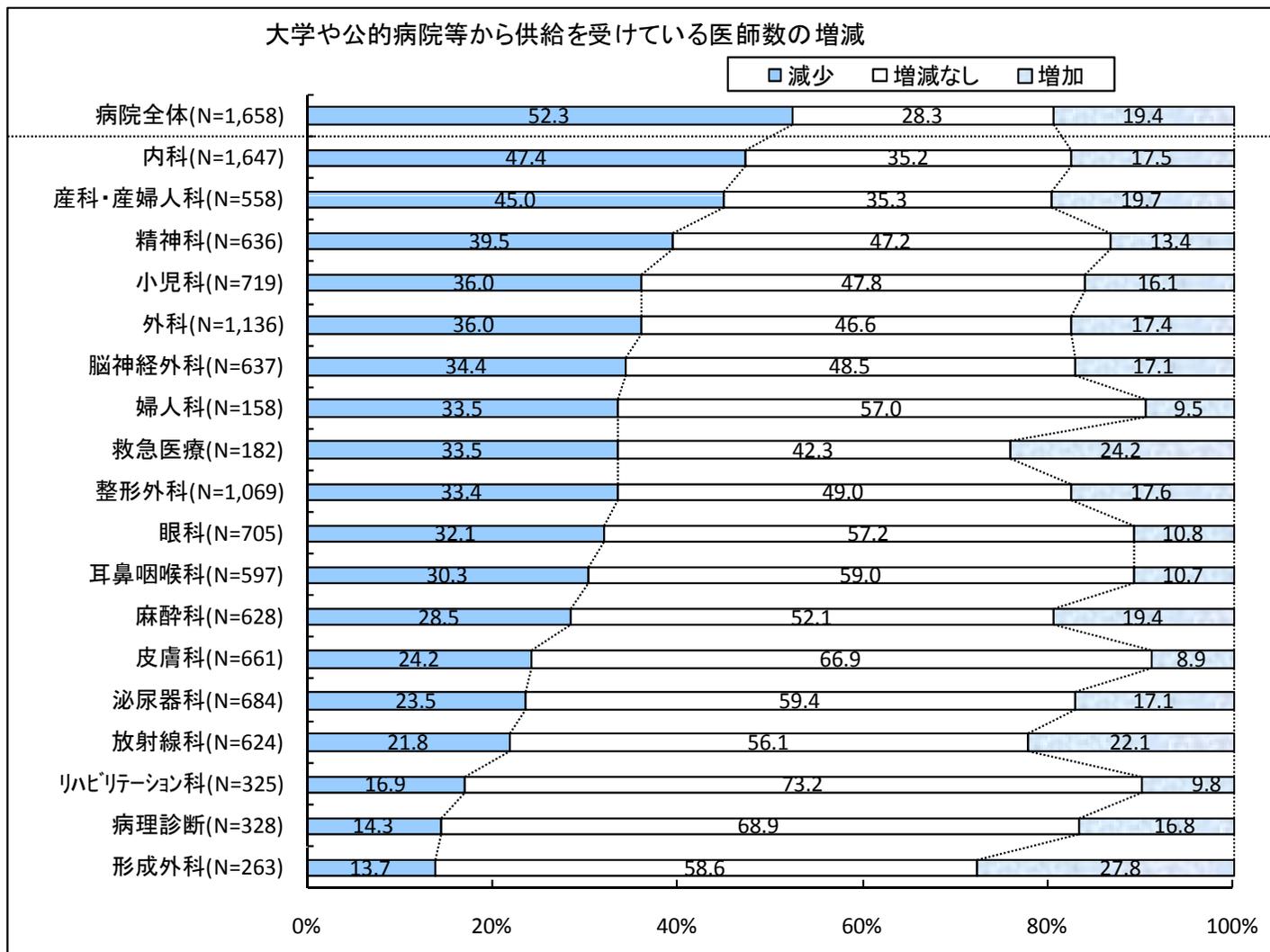
## 医師数減少の病院比率が高い都道府県

医師数が減少した(大幅減少・減少・やや減少)病院の比率が高い都道府県は、三重県(63.6%)、鳥取県(62.5%)、山形県(60.9%)、和歌山県(60.9%)、栃木県(59.1%)である。上位は都市圏にない都道府県である。

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
6	新潟県	58.2%	55
7	香川県	55.6%	27
8	京都府	55.3%	38
9	岩手県	54.3%	35
10	長野県	53.5%	43

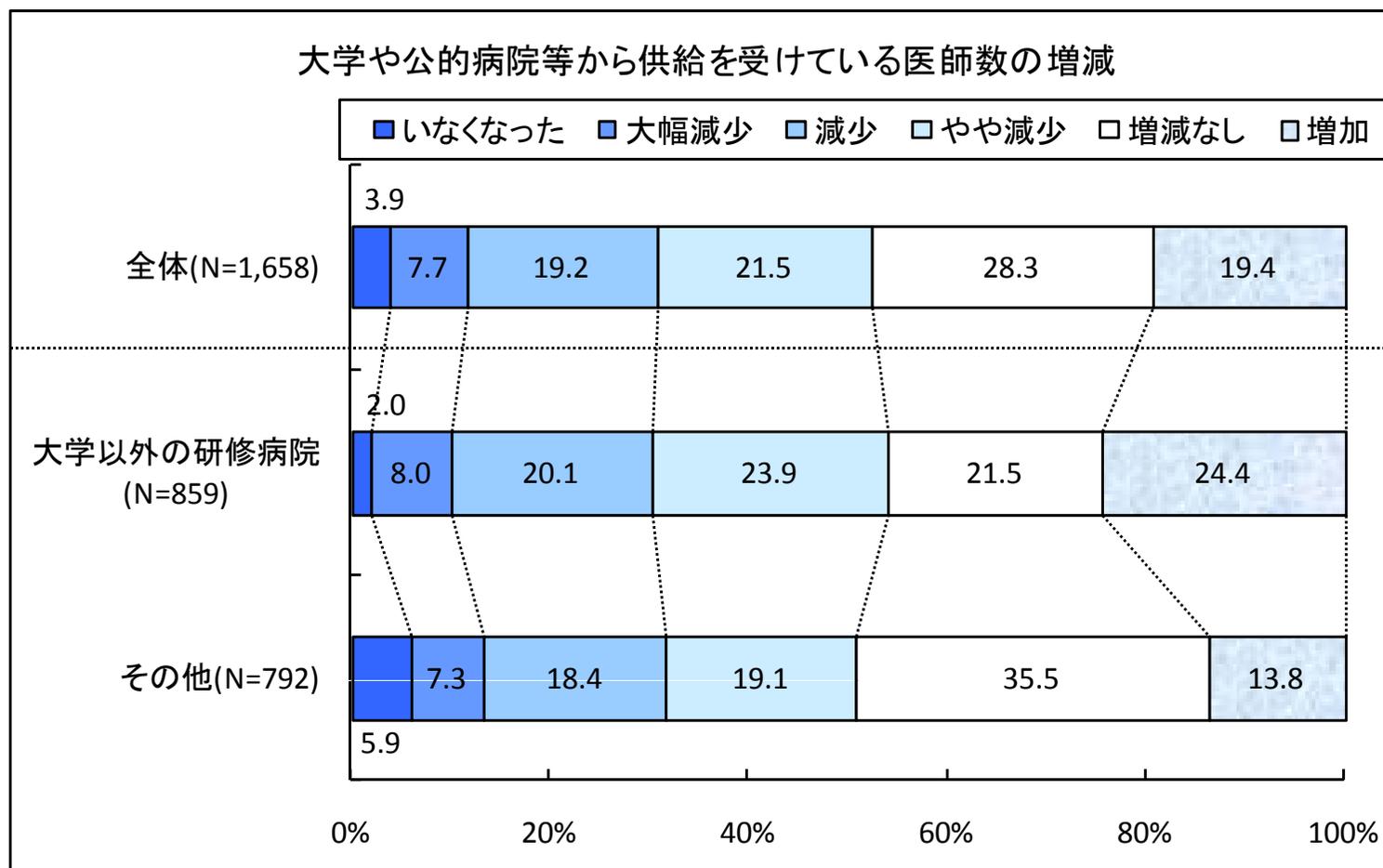
# 診療科別の供給医師数の増減（おおむね5年前と比較）

病院全体で、大学・公的病院等からの供給医師数が減少（いなくなった・大幅減少・減少・やや減少）した病院の割合は52.3%、増加したのは19.4%である。診療科別で見ると、減少した病院の割合が大きいのは、内科(47.4%)、産科・産婦人科(45.0%)である。



# 病院属性別の供給医師数の増減（おおむね5年前と比較）

病院属性別で見ても、大学や公的病院等からの供給医師数が減少した（いなくなった・大幅減少・減少・やや減少）病院の比率に大きな差はない。しかし、増加した病院の比率については、大学以外の研修病院がその他の病院よりも約10ポイント高い。

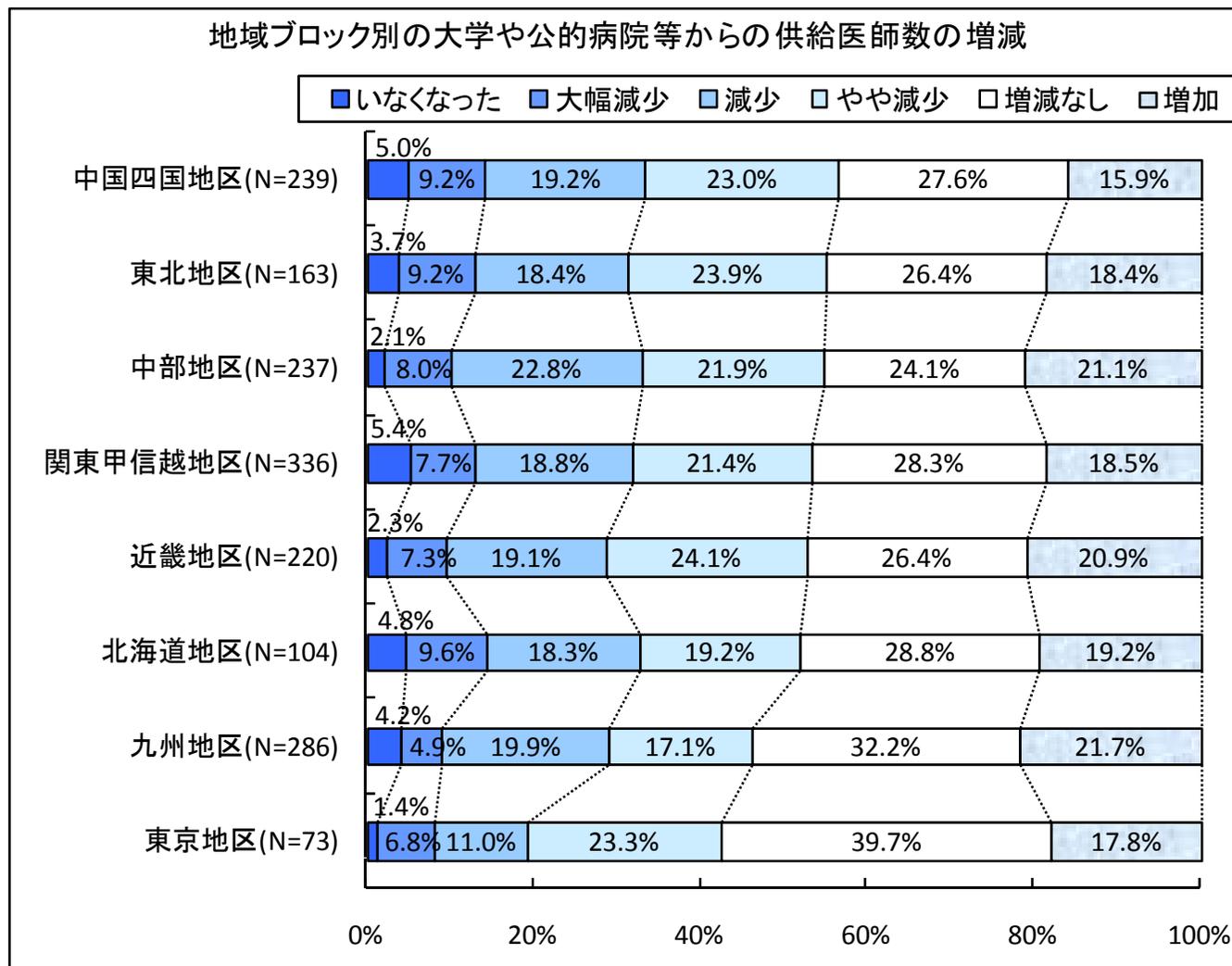


注：大学病院は7病院しかいないため、グラフから除外

社団法人 日本医師会（2008年12月3日 定例記者会見）

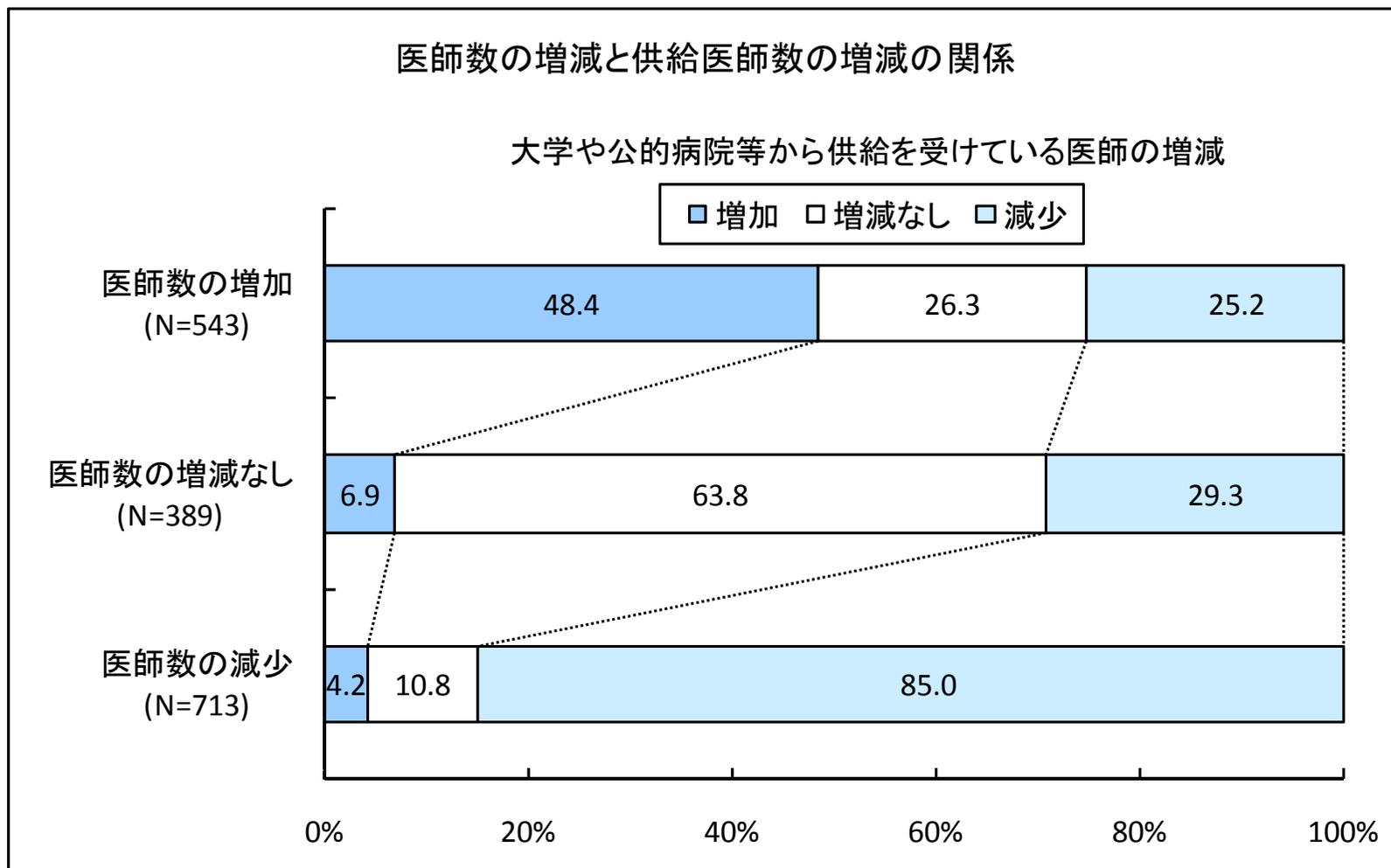
# 地域別の供給医師数の増減(おおむね5年前と比較)

日本医師会の地域ブロック別で、大学・公的病院からの供給医師数が減少した(いなくなった・大幅減少・減少・やや減少)病院の比率が高いのは、中国四国地区(56.4%)、東北地区(55.2%)、中部地区(54.8%)である。



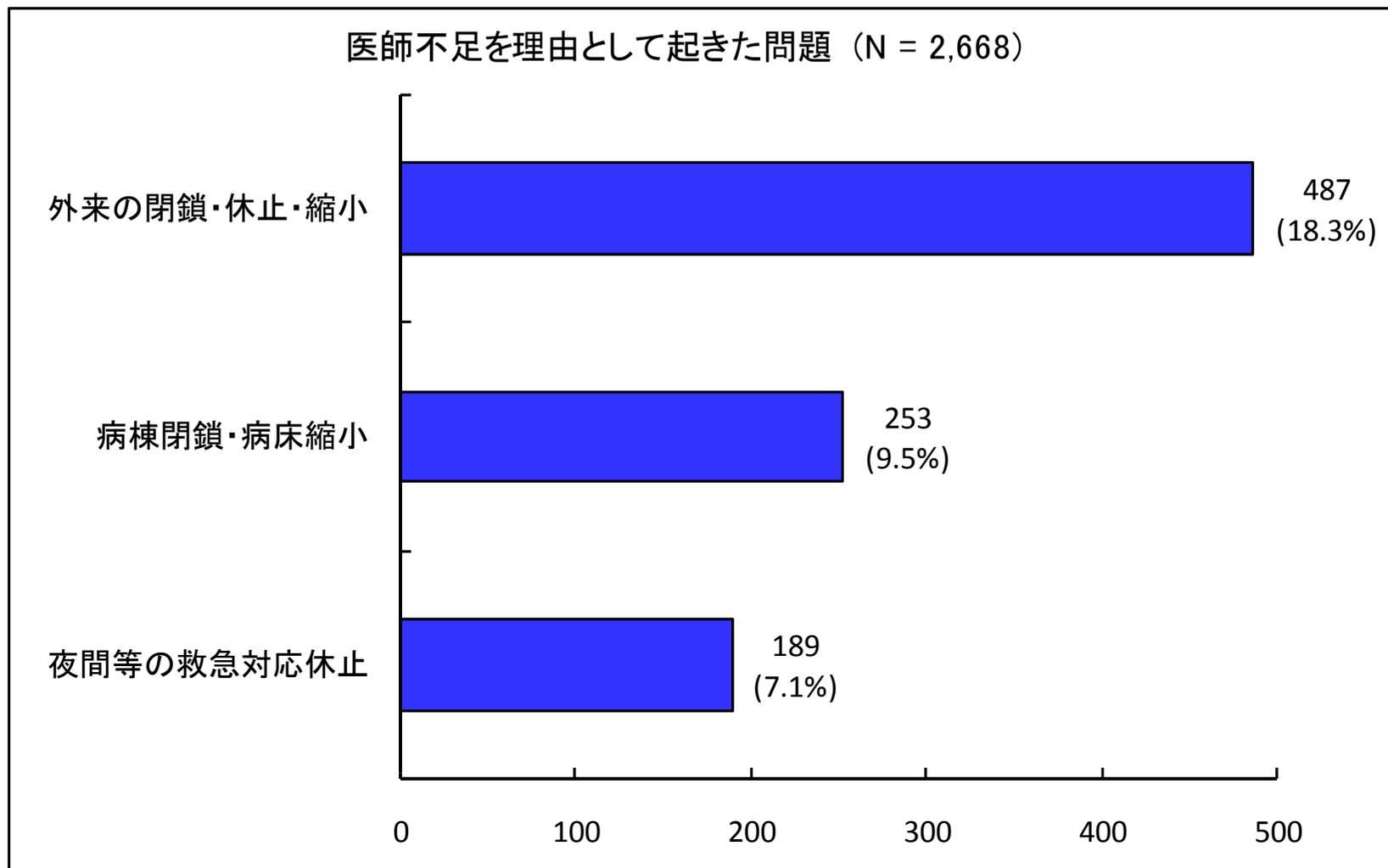
# 医師数の増減と供給医師数の増減の関係

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の関係に着目した。医師数が増加した病院の48.4%で、供給医師数が増加した。また、医師数が減少した病院の85.0%で、供給医師数が減少した。大学や公的病院等からの医師供給の重要性は高いと言える。



# 医師不足を理由として起きた問題

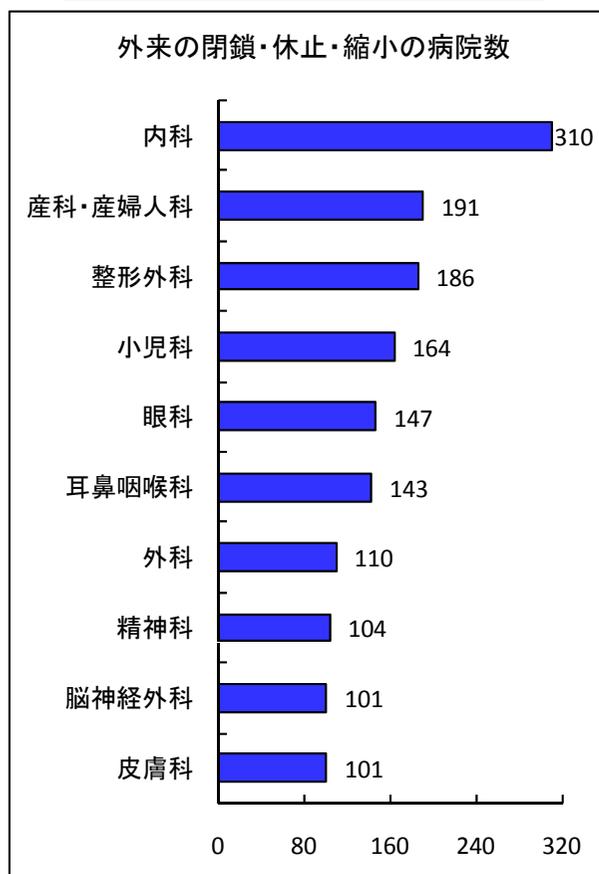
医師不足を理由として起きた問題として、「外来の閉鎖・休止・縮小」が最多で487病院(18.3%)であった。「病棟閉鎖・病床縮小」が253病院(9.5%)で、「夜間等の救急対応休止」が189病院(7.1%)で起きた。



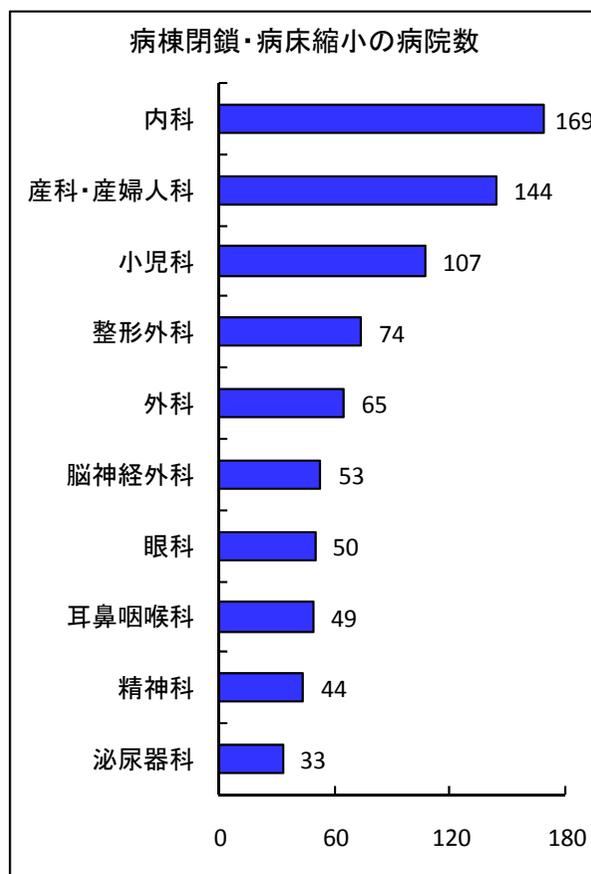
# 医師不足を理由として起きた問題（診療科別）

内科はもともと標榜する病院が多いこともあるが、「外来の閉鎖・休止・縮小」が多い。産科・産婦人科は標榜数から類推すると、「病棟閉鎖・病床縮小」が多い。小児科は「夜間等の救急対応を休止」した病院が多い。

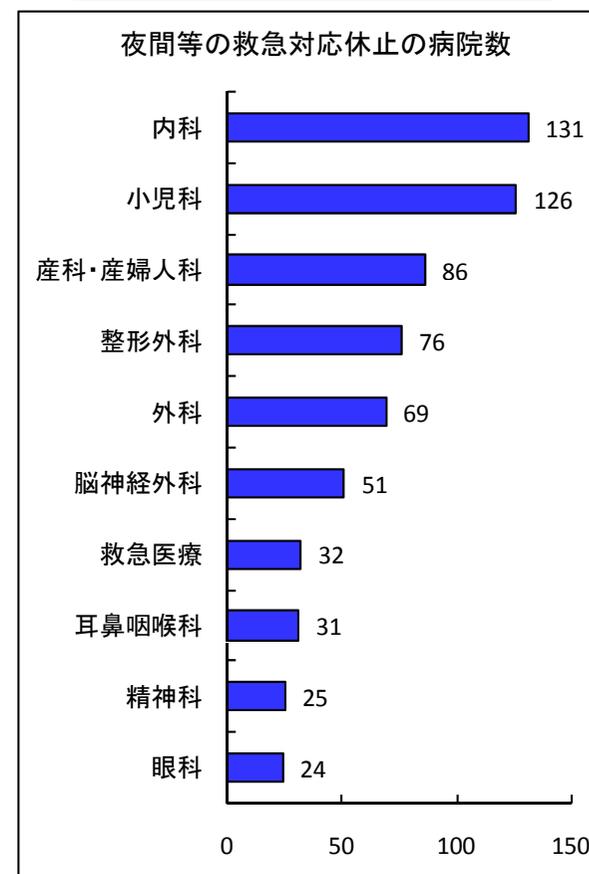
## 外来の閉鎖・休止・縮小



## 病棟閉鎖・病床縮小



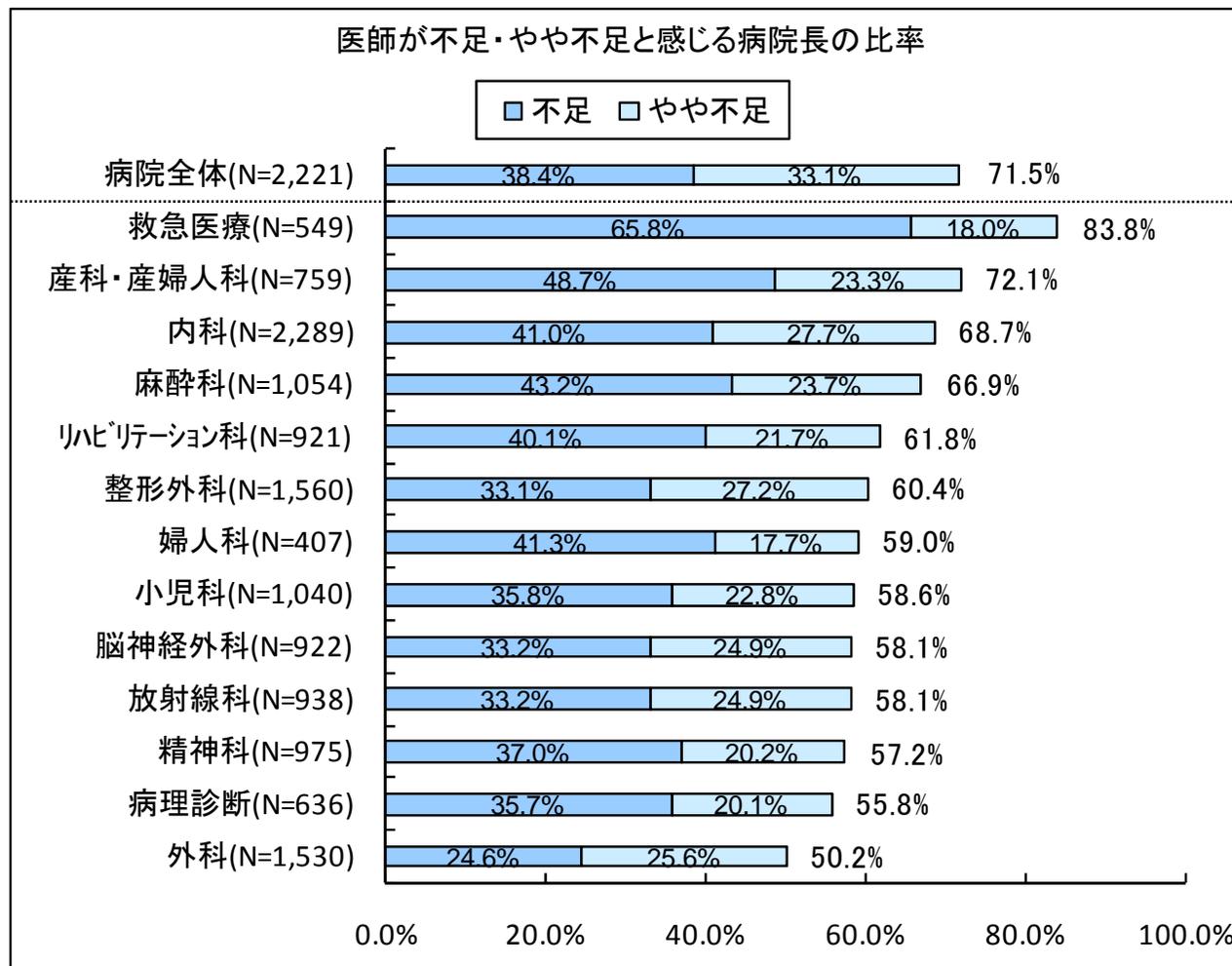
## 夜間等の救急対応休止



注：いずれも上位10診療科を表示

# 病院医師不足感(病院長の回答)

病院全体では、71.5%の病院で、病院長は医師が不足している(不足・やや不足)と感じている。診療科別では、病院長の医師不足感がある病院の比率が高いのは、救急医療(83.8%)、産科・産婦人科(72.1%)、内科(68.7%)、麻酔科(66.9%)である。

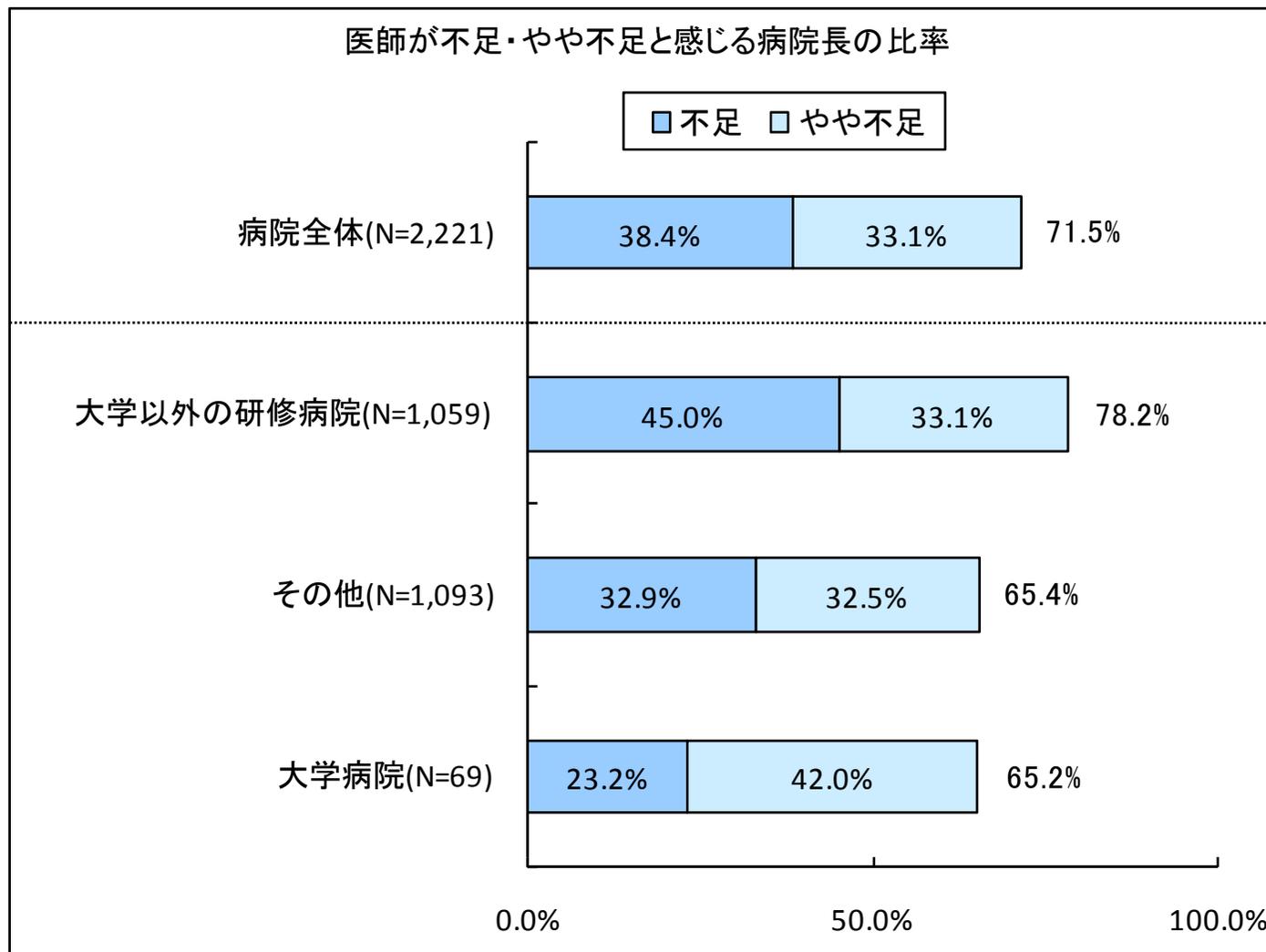


注: 合計で50%を超えている診療科のみを表示

社団法人 日本医師会(2008年12月3日 定例記者会見)

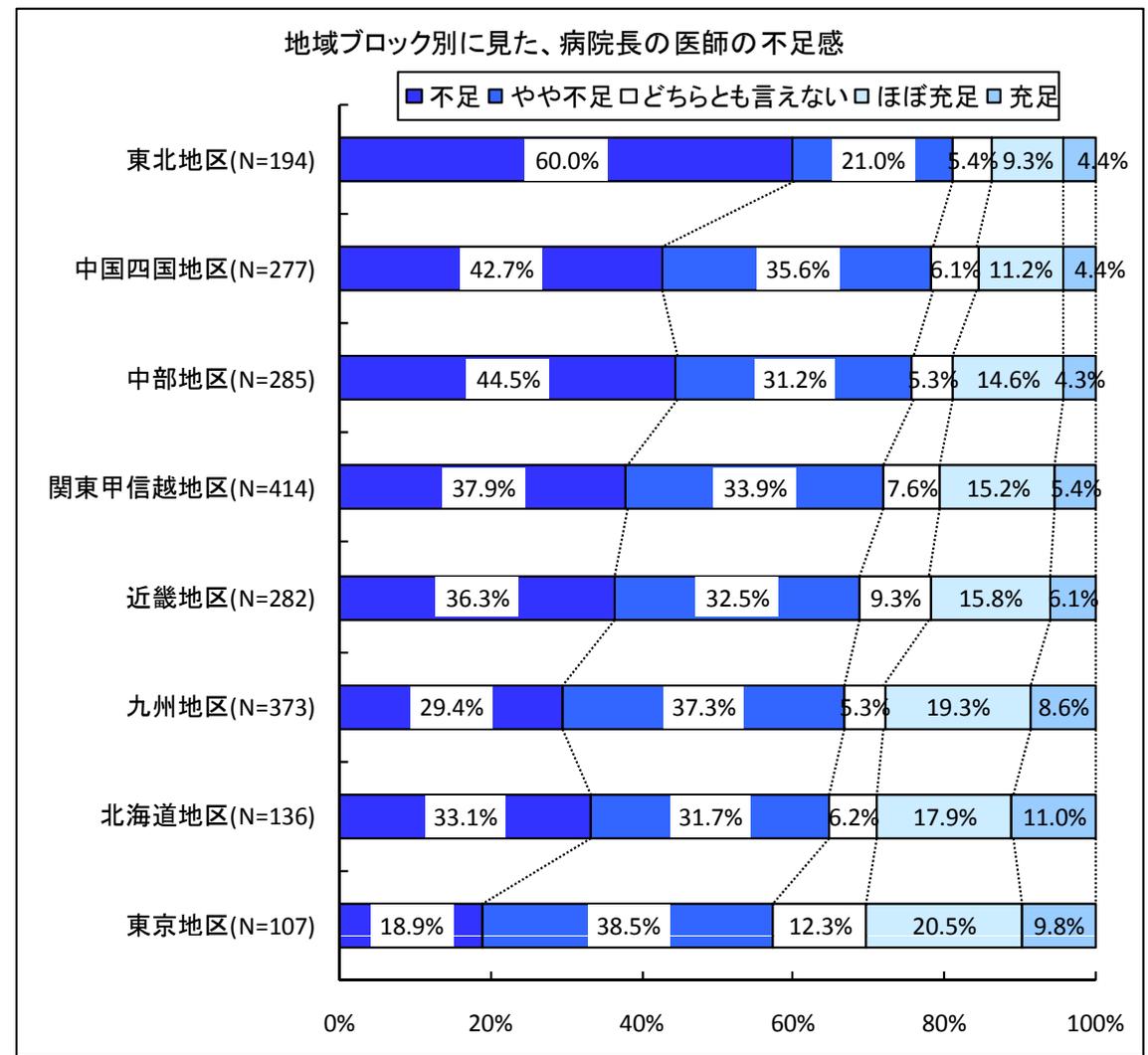
# 病院属性別の病院医師不足感(病院長の回答)

病院属性別に見ると、78.2%の大学以外の研修病院で、病院長は医師が不足している(不足・やや不足)と感じており、他の病院属性よりも高い比率である。他方、その他の病院や大学病院では、その比率は65%程度と相対的に低い。



# 地域別の病院医師不足感(病院長の回答)

日本医師会の地域ブロック別に見ると、病院長が医師不足を感じている病院の比率が高いのは、東北地区(81.0%)、中国四国地区(78.3%)、中部地区(75.7%)となっている。これらの地域は、医師数や供給医師数の減少した病院の比率が高い地域である。



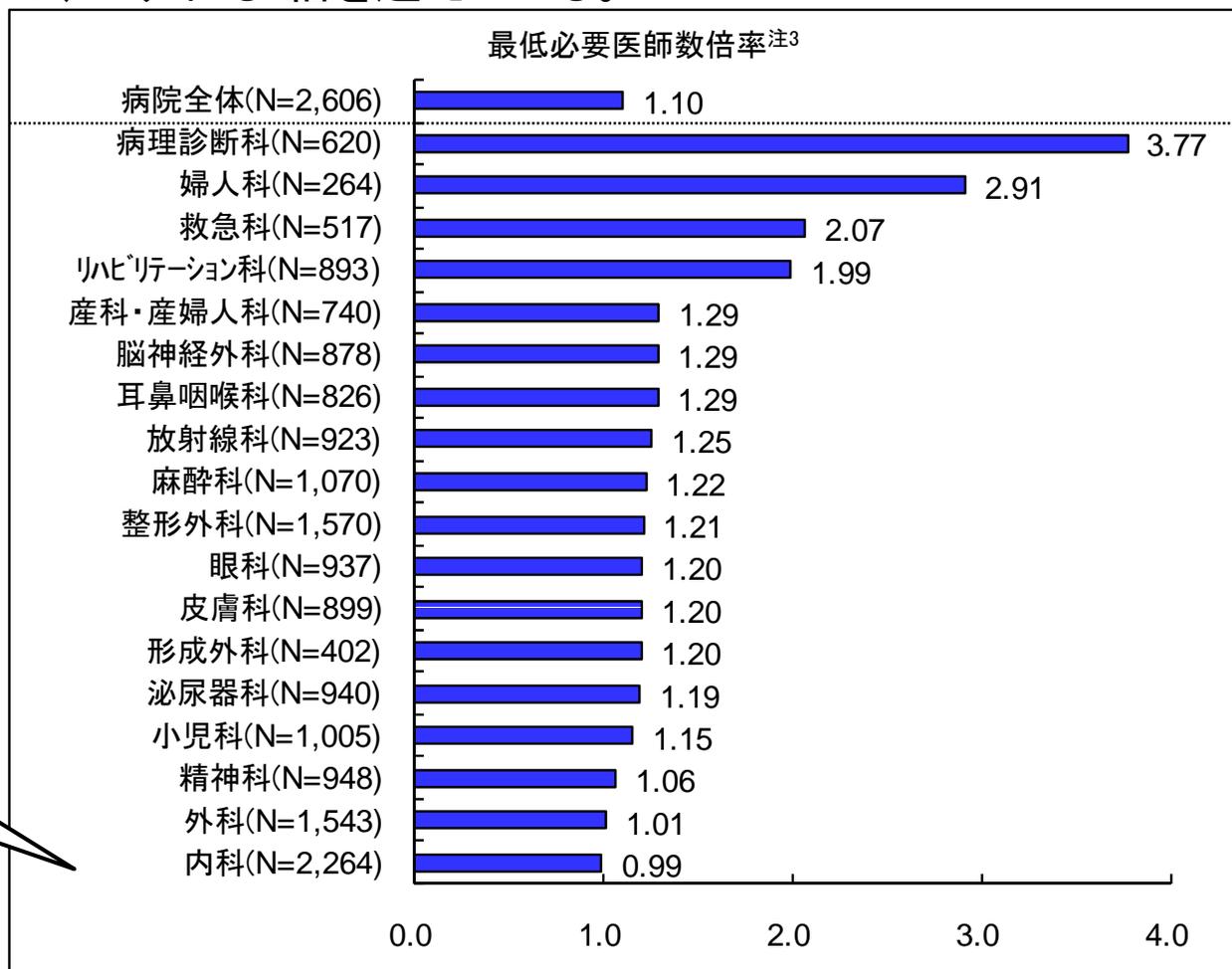
# 診療科別の最低必要な医師数（現状との比較）

病院全体での最低必要医師数倍率<sup>注1・2</sup>は、1.10倍である。日本全体の病院従事医師数の約16万8千人に適用すると、現時点で約1万7千人不足しているということになる。診療科別では、内科を除いて、いずれも1倍を超えている。

考えられる  
内科が1倍未満の理由：

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ため、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。

例えば、分母の現医師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。



注1：最低必要医師数倍率＝必要医師数÷（常勤医師数＋非常勤医師の常勤換算数）

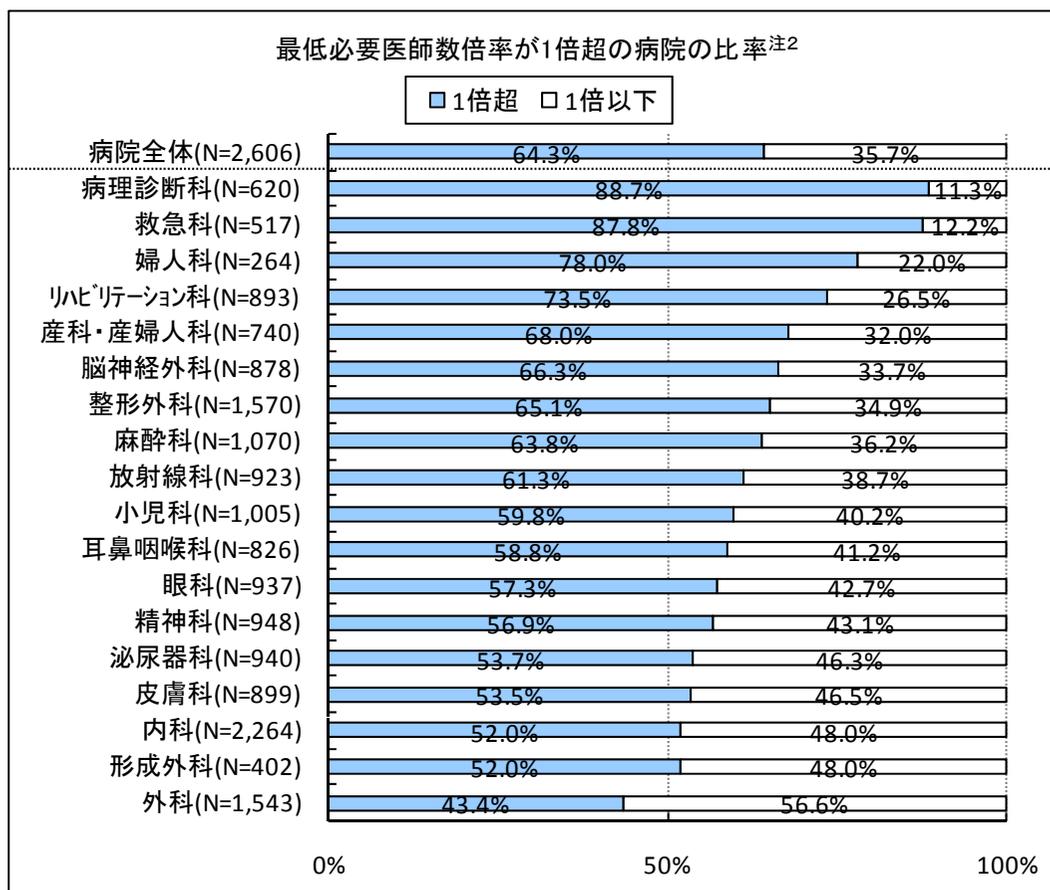
注2：常勤医師数の中には、研修医数が含まれていることに注意したい。

注3：美容外科はN数が29と非常に少ないため、グラフから除外。

社団法人 日本医師会（2008年12月3日 定例記者会見）

# 診療科別、病院単位の最低必要な医師数(現状との比較)

64.3%の病院で、最低必要医師数倍率<sup>注1</sup>が1倍超となった。診療科別では、外科を除いた全ての診療科で病院単位の倍率が1倍超となった。内科の最低必要医師数倍率は1倍未満だったため(前ページ参照)、病院間の医師偏在が大きいと類推できる。外科では、医師不足の病院の深刻度が高いと類推できる。

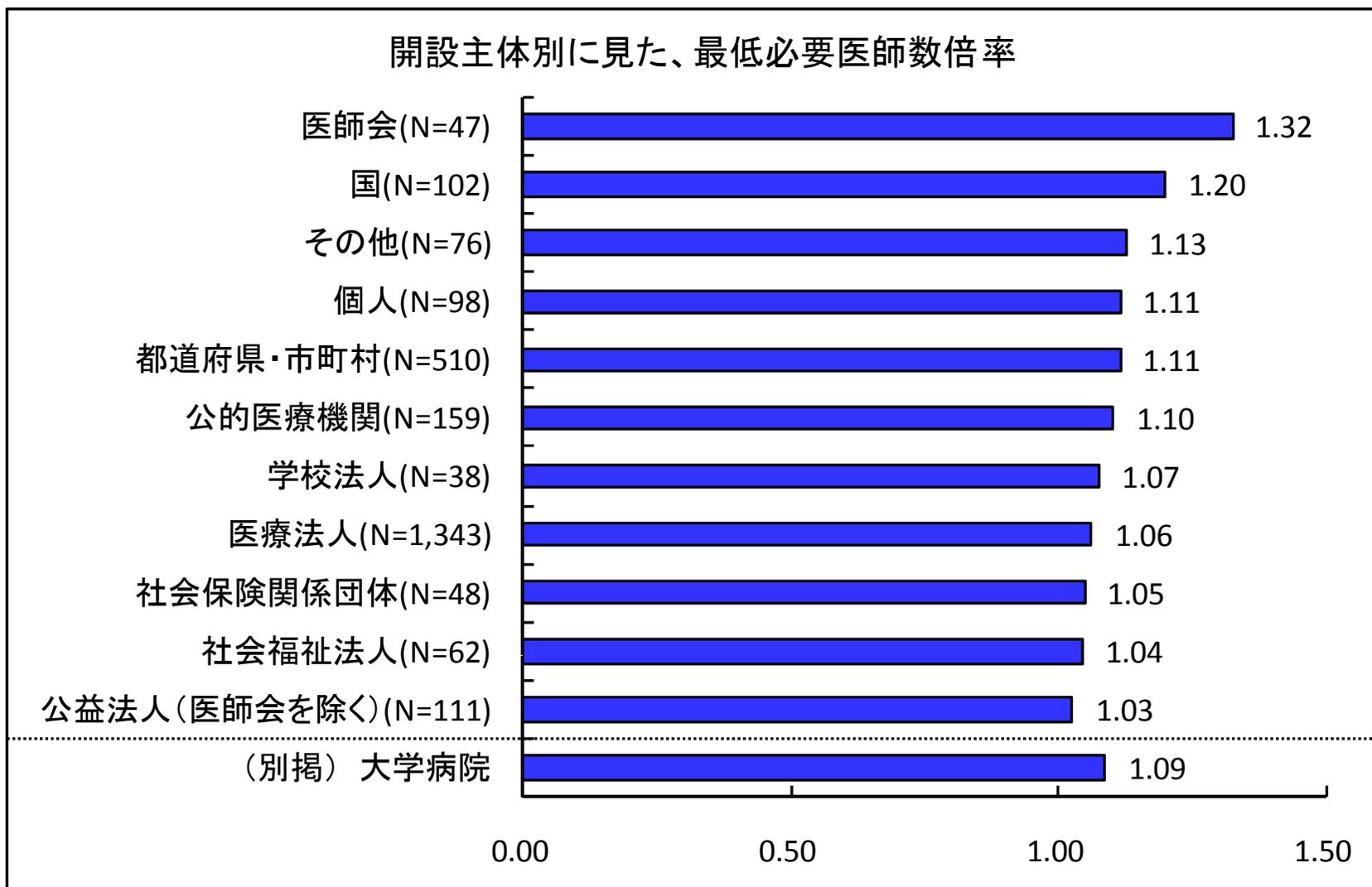


注1: 現在標榜していない、または現在は医師がいない場合でも、必要と判断した場合は必要医師数を回答している。  
この場合、倍率1倍超としてカウント。

注2: 美容外科はN数が29と非常に少ないため、グラフから除外。

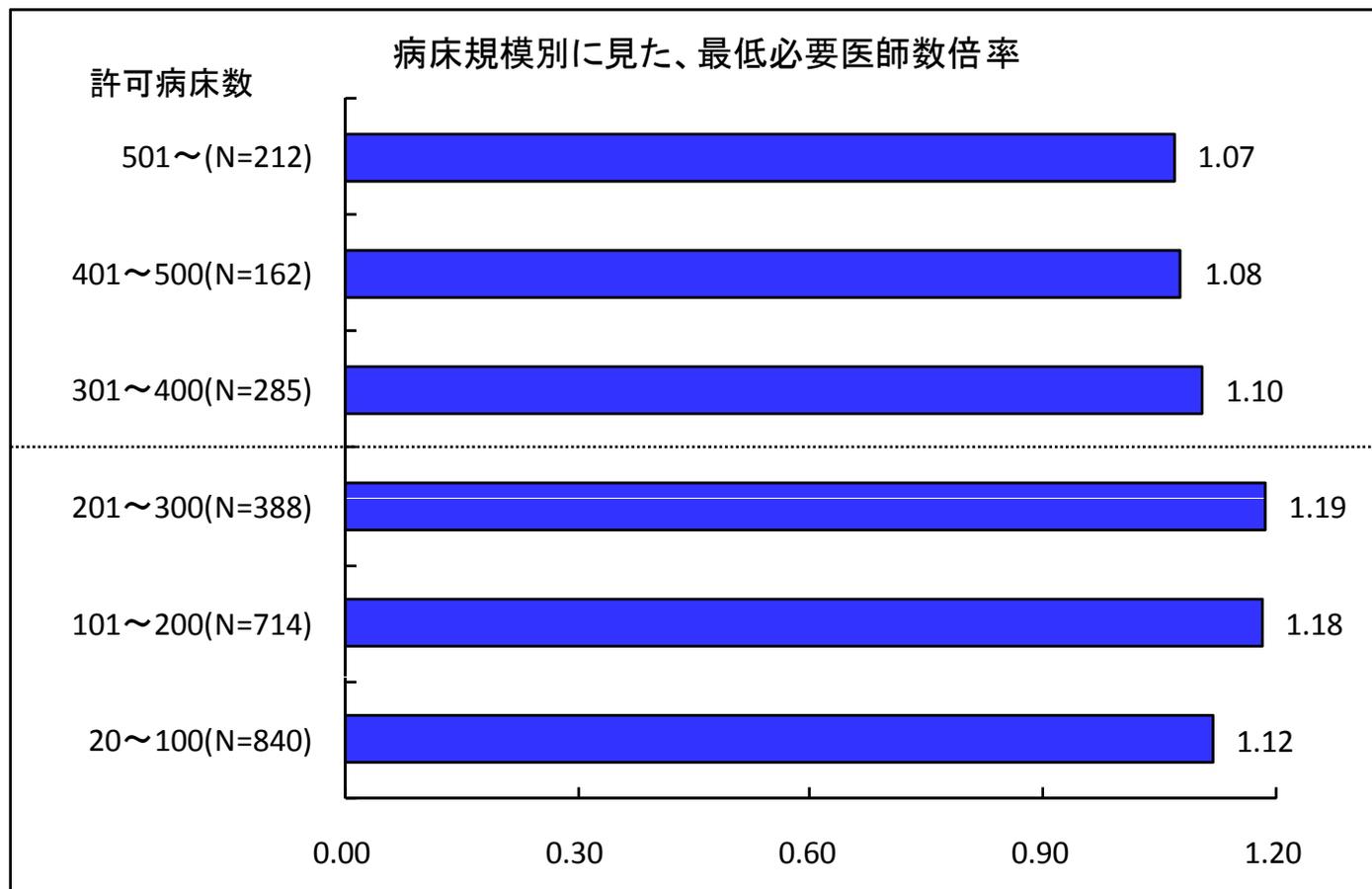
# 開設主体別の最低必要な医師数(現状との比較)

医師会病院の最低必要医師数倍率は、1.32倍で突出して大きい。また、国、個人、都道府県・市町村では、倍率が1.10倍超と高くなっている。



# 病床規模区分別の最低必要な医師数(現状との比較)

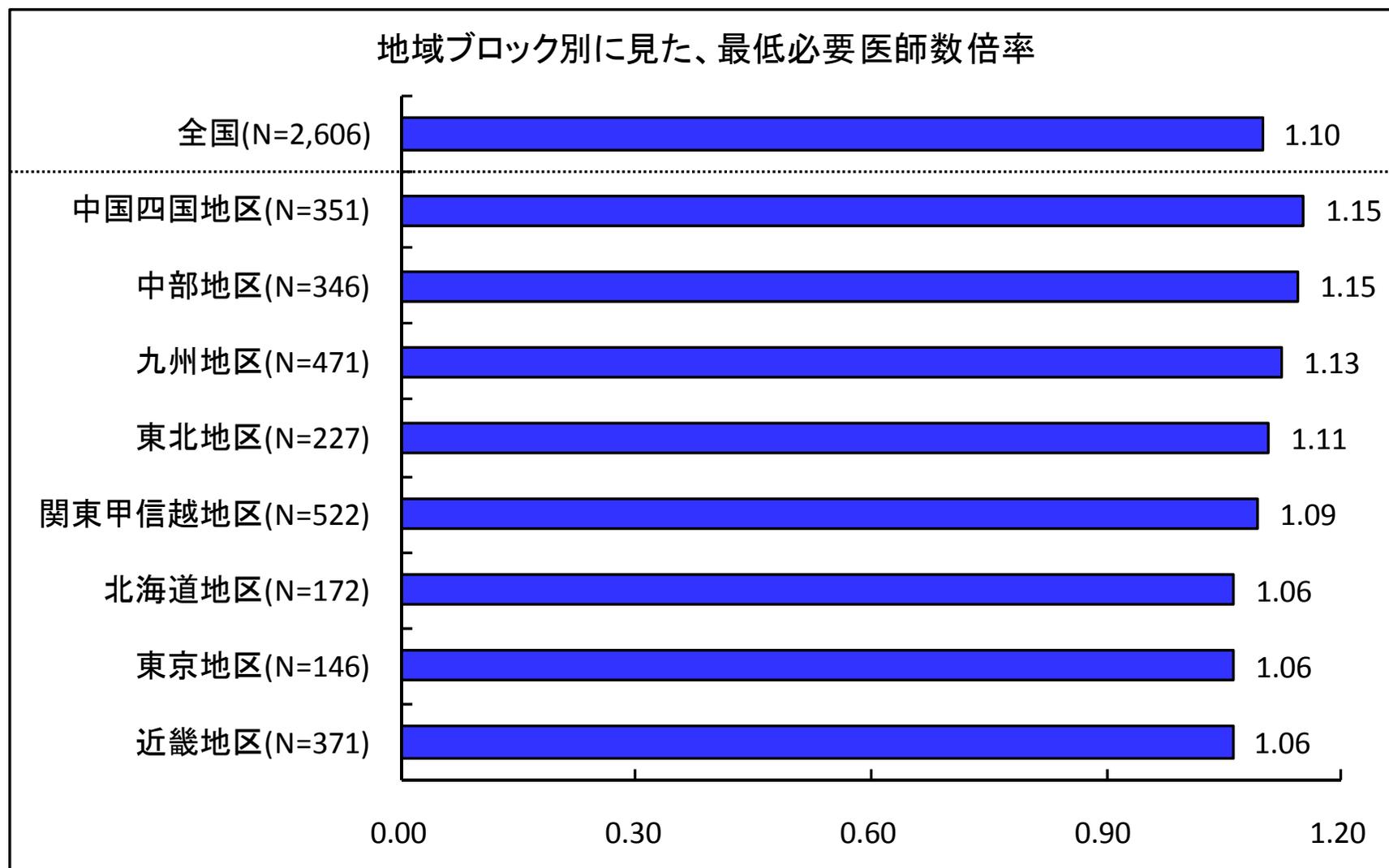
病床規模の小さい方から見ていくと、201～300病床のグループまでは、病床規模が大きくなるほど、最低必要医師数倍率が高くなっていく。このグループからは、病床規模が大きくなるほど、最低必要医師数倍率は低下していく。大規模病院では、相対的に必要医師数に対して、中小規模病院よりも医師は充足している注。



注：大規模病院は現状医師数が相対的に多いことから、倍率を計算するとき分母が大きくなるため、相対的に倍率が小さくなる傾向があることに注意しなければならない。

# 地域別の最低必要な医師数(現状との比較)

日本医師会の地域ブロック別では、最低必要医師数倍率が高いのは、中国四国地区 1.15倍、中部地区 1.15倍、九州地区 1.13倍、東北地区 1.11倍である。



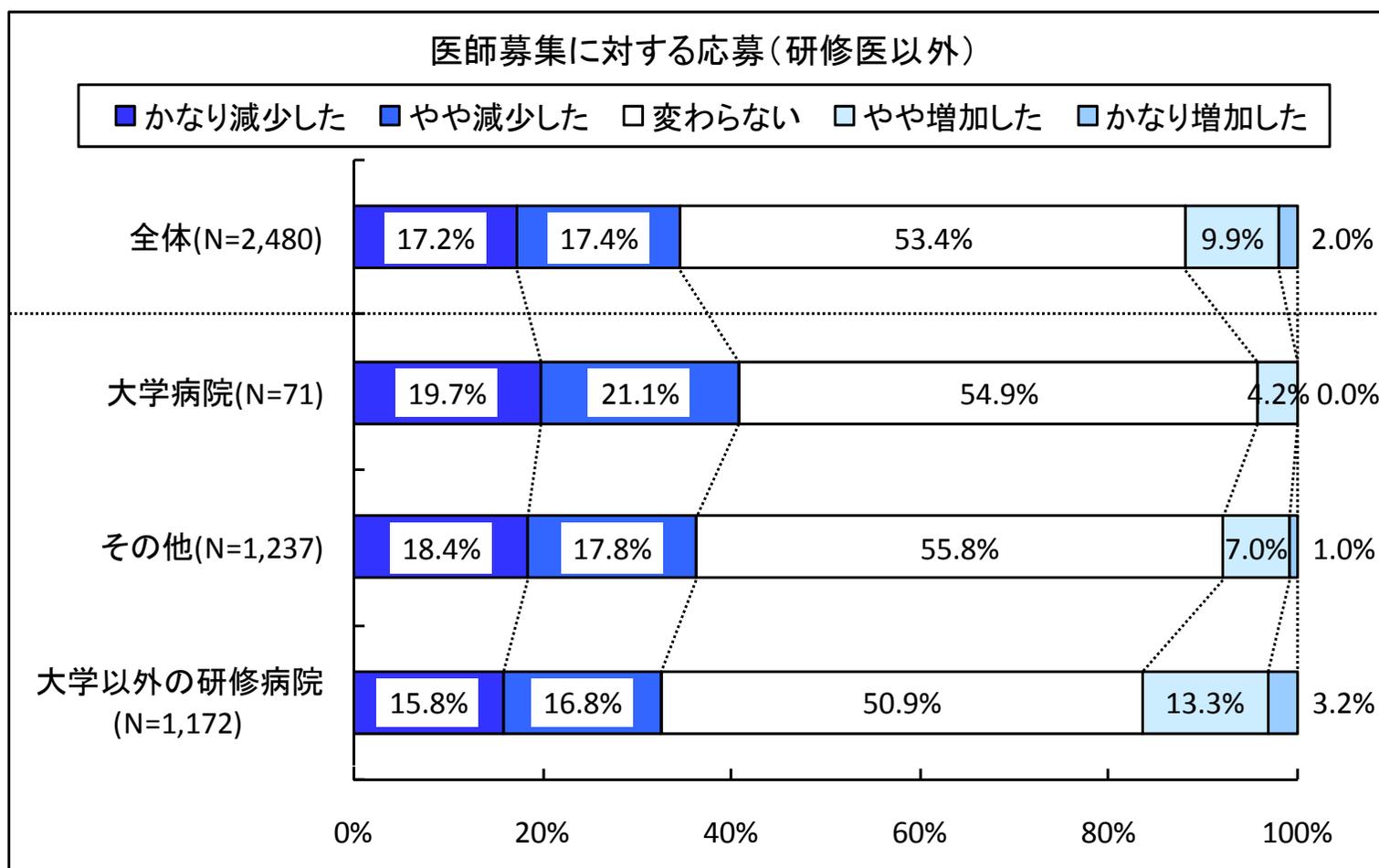
## 現状と比較して最低必要な医師数が大きい都道府県

最低必要医師数倍率が高い都道府県は、島根県 1.38倍、青森県 1.31倍、新潟県 1.29倍、三重県 1.28倍、高知県 1.27倍などとなっている。上位10都道府県は、いずれも都市圏にはない都道府県である。

順位	都道府県	最低必要医師数倍率	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
6	富山県	1.23	33
7	山口県	1.23	35
8	鹿児島県	1.23	75
9	徳島県	1.23	29
10	山梨県	1.23	14

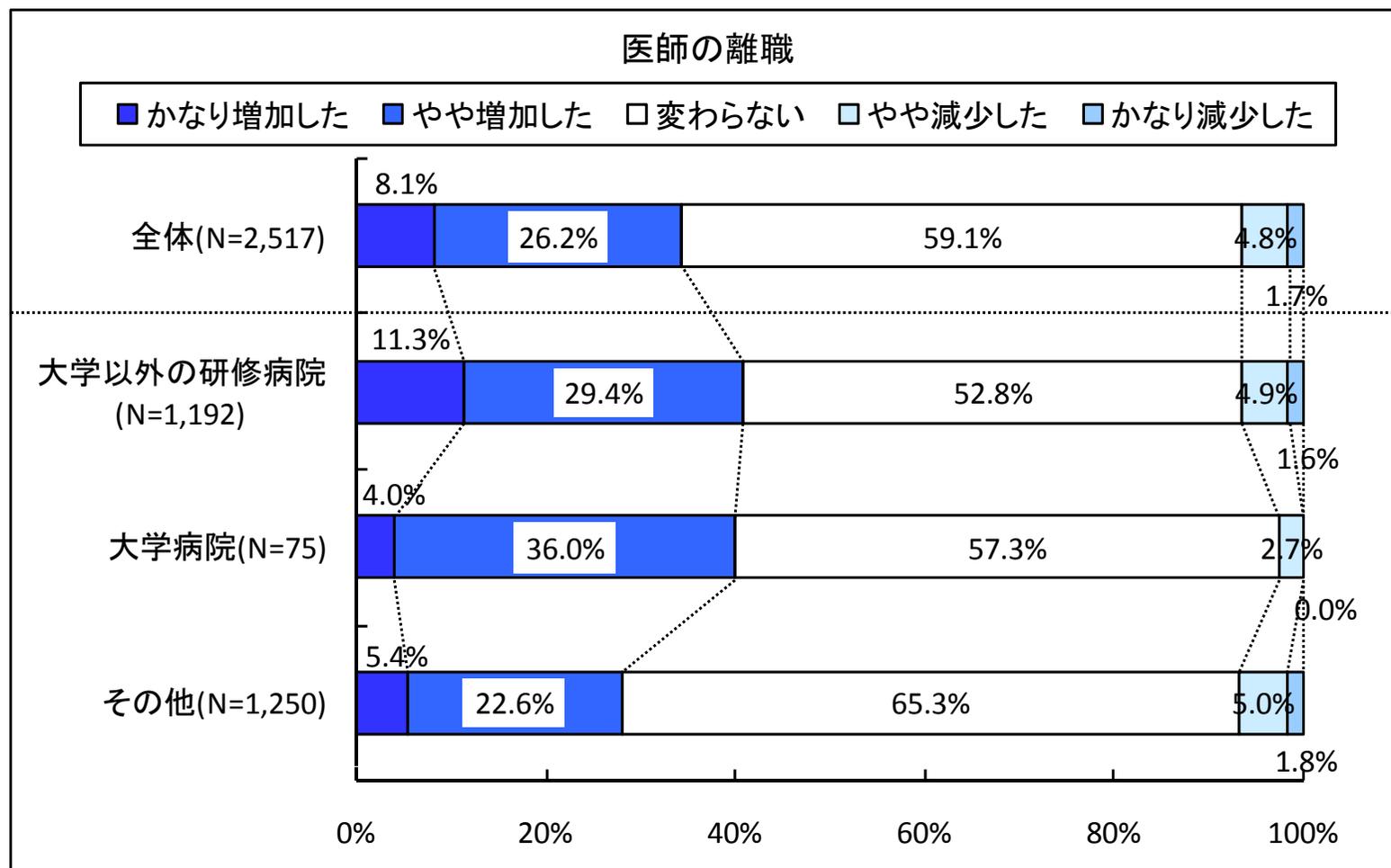
## 新医師臨床研修制度施行後の変化： 医師募集に対する応募（研修医以外）

病院全体では、医師の応募が減少（かなり減少・やや減少）した病院が34.6%、増加（かなり増加・やや増加）した病院が11.9%であった。病院属性別に見ると、大学病院で減少した病院の比率が高かった(40.8%)。



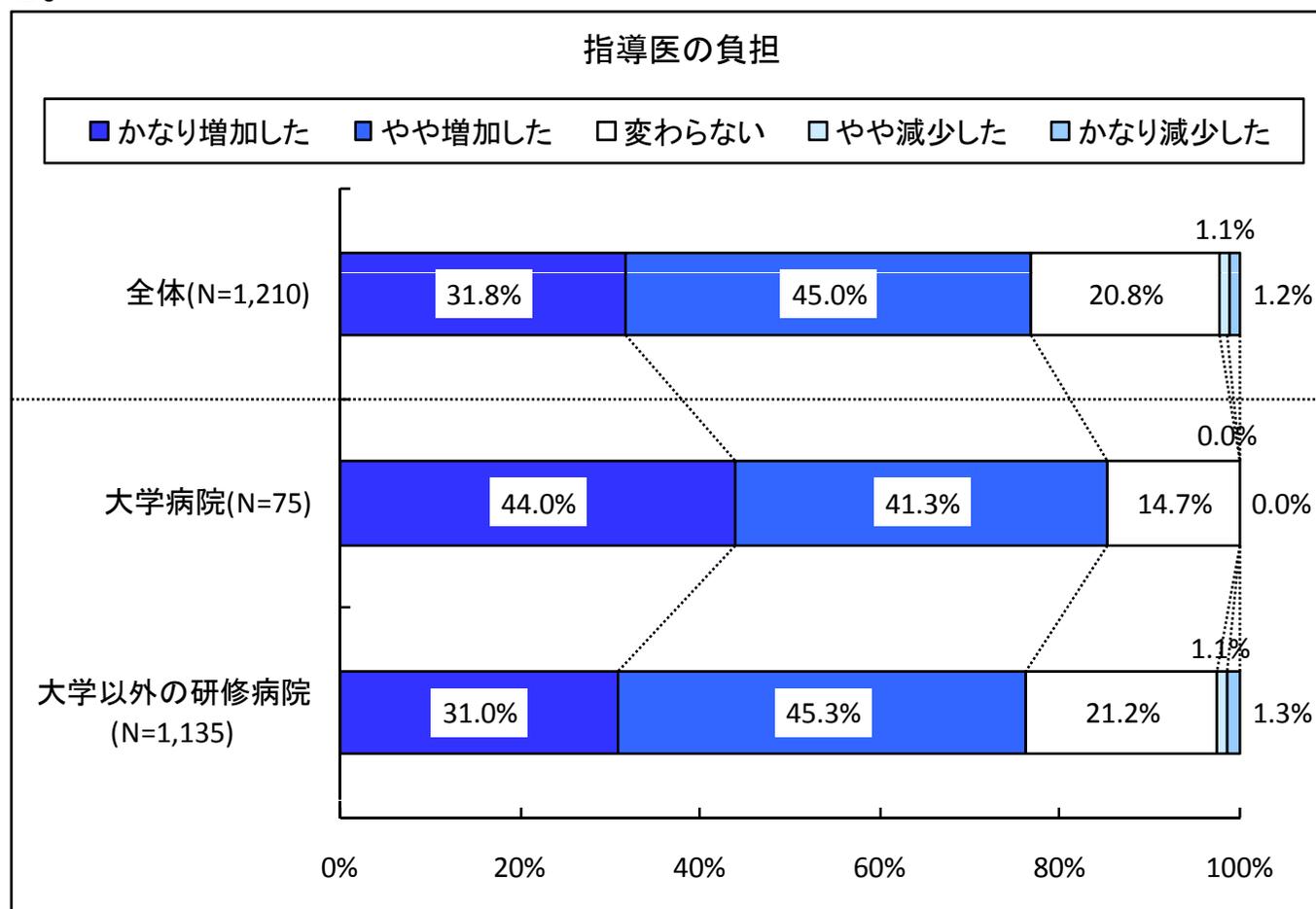
# 新医師臨床研修制度施行後の変化： 医師の離職

病院全体では、医師の離職が増加(かなり増加・やや増加)した病院が34.3%、減少(かなり減少・やや減少)した病院が6.5%であった。病院属性別に見ると、離職が増加した病院の比率が高かったのは、大学以外の研修病院(40.7%)と大学病院(40.0%)であった。



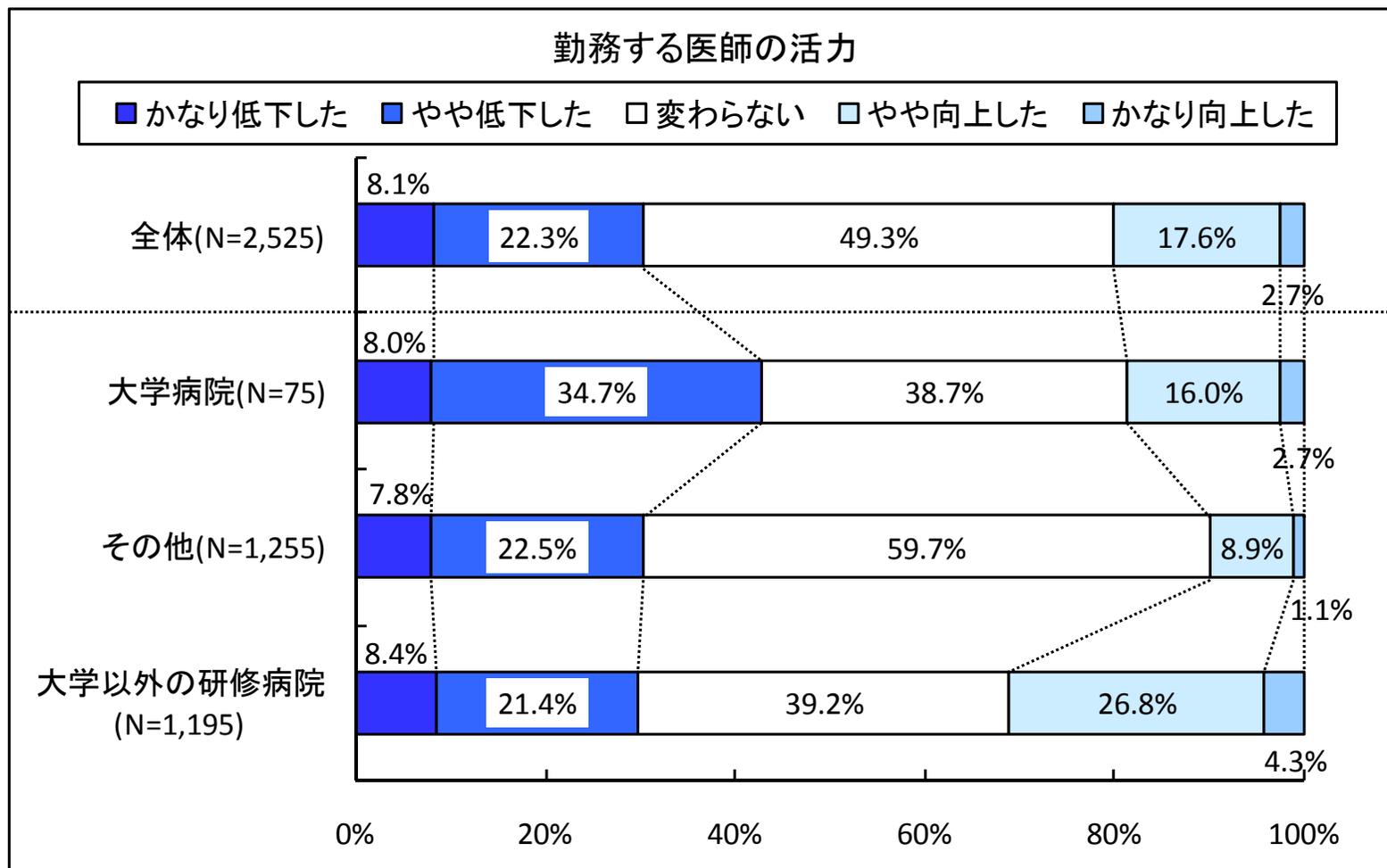
# 新医師臨床研修制度施行後の変化： 指導医の負担

病院全体では、指導医の負担が増加(かなり増加・やや増加)した病院が76.8%、減少(かなり減少・やや減少)した病院が2.3%であった。病院属性別に見ると、指導医の負担が増加した病院の比率は、大学病院(85.3%)の方が大学以外の研修病院(76.3%)よりも高かった。



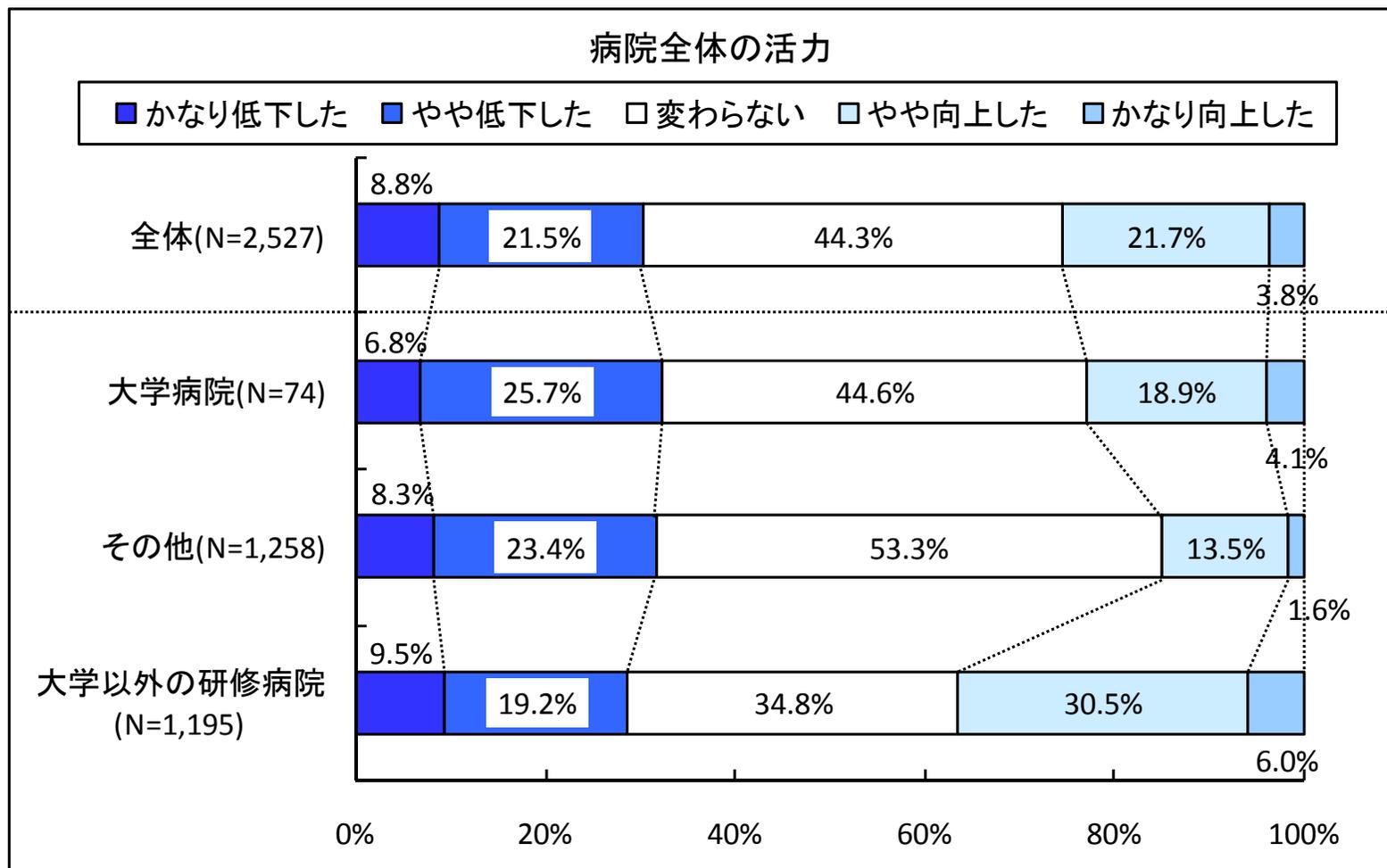
# 新医師臨床研修制度施行後の変化： 勤務する医師の活力

病院全体では、勤務する医師の活力が低下(かなり低下・やや低下)した病院が30.4%、向上(かなり向上・やや向上)した病院が20.3%であった。病院属性別に見ると、医師の活力が低下した病院の比率は、大学病院で一番高かった(42.7%)。



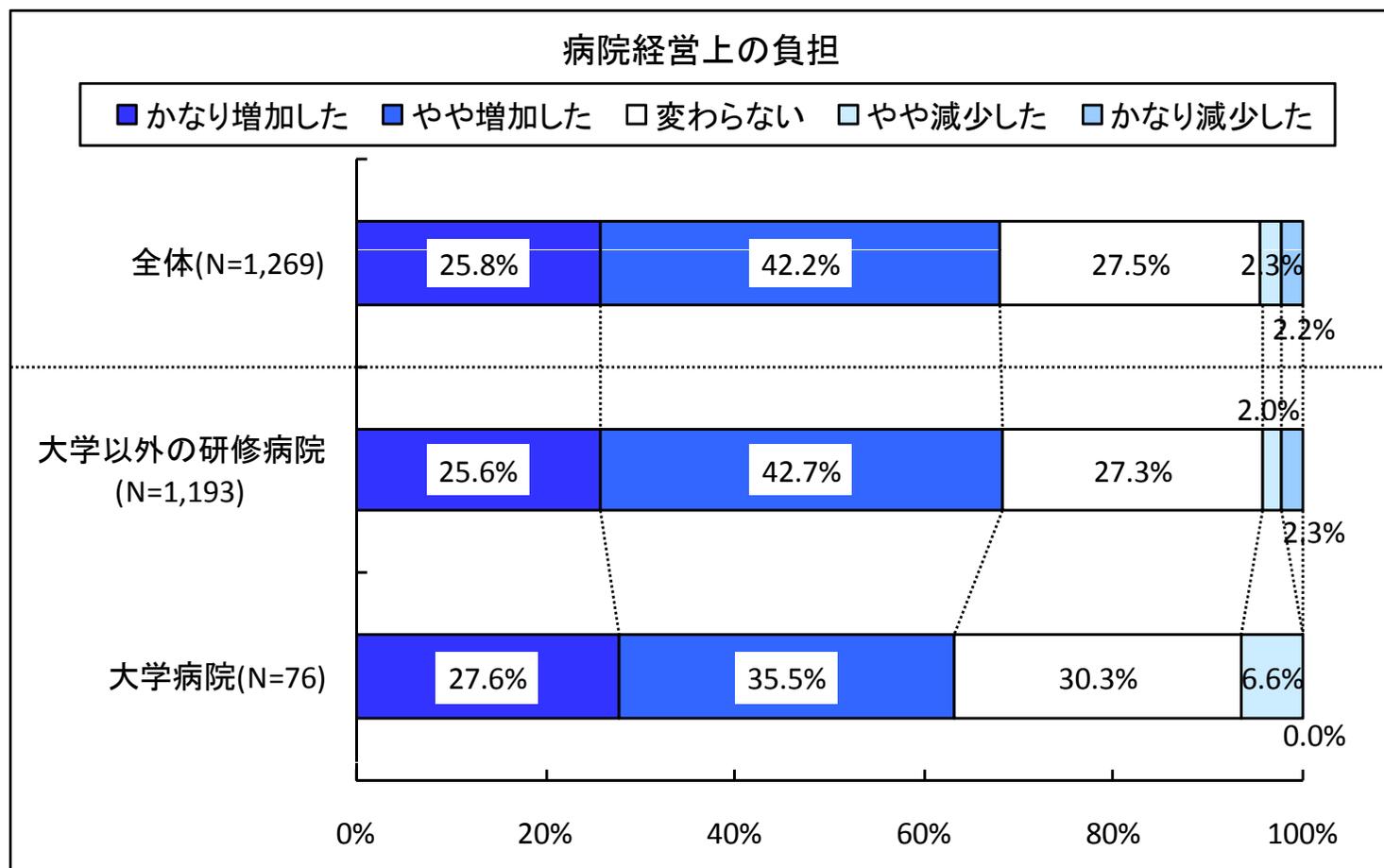
# 新医師臨床研修制度施行後の変化： 病院全体の活力

病院全体では、病院全体の活力が低下(かなり低下・やや低下)した病院が30.3%、向上(かなり向上・やや向上)した病院が25.5%であった。病院属性別に見ると、病院の活力が低下した病院の比率は、大学病院(32.5%)とその他の病院(31.7%)で高かった。



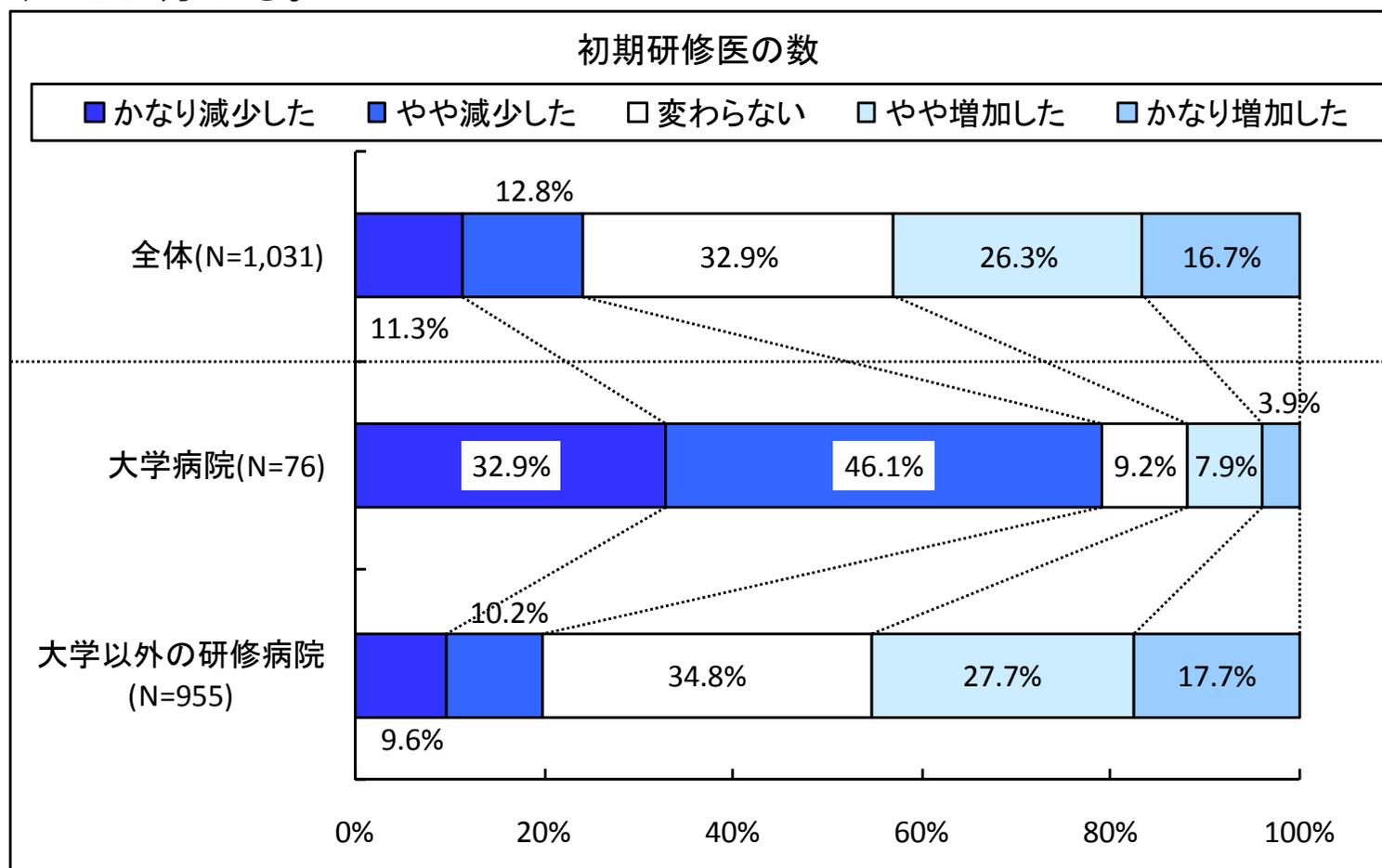
# 新医師臨床研修制度施行後の変化： 病院経営上の負担

病院全体では、病院経営上の負担が増加(かなり増加・やや増加)した病院が68.0%、減少(かなり減少・やや減少)した病院が4.5%であった。病院属性別に見ると、経営上の負担が増加した病院の比率は、大学以外の研修病院(68.3%)の方が大学病院(63.1%)よりも高かった。



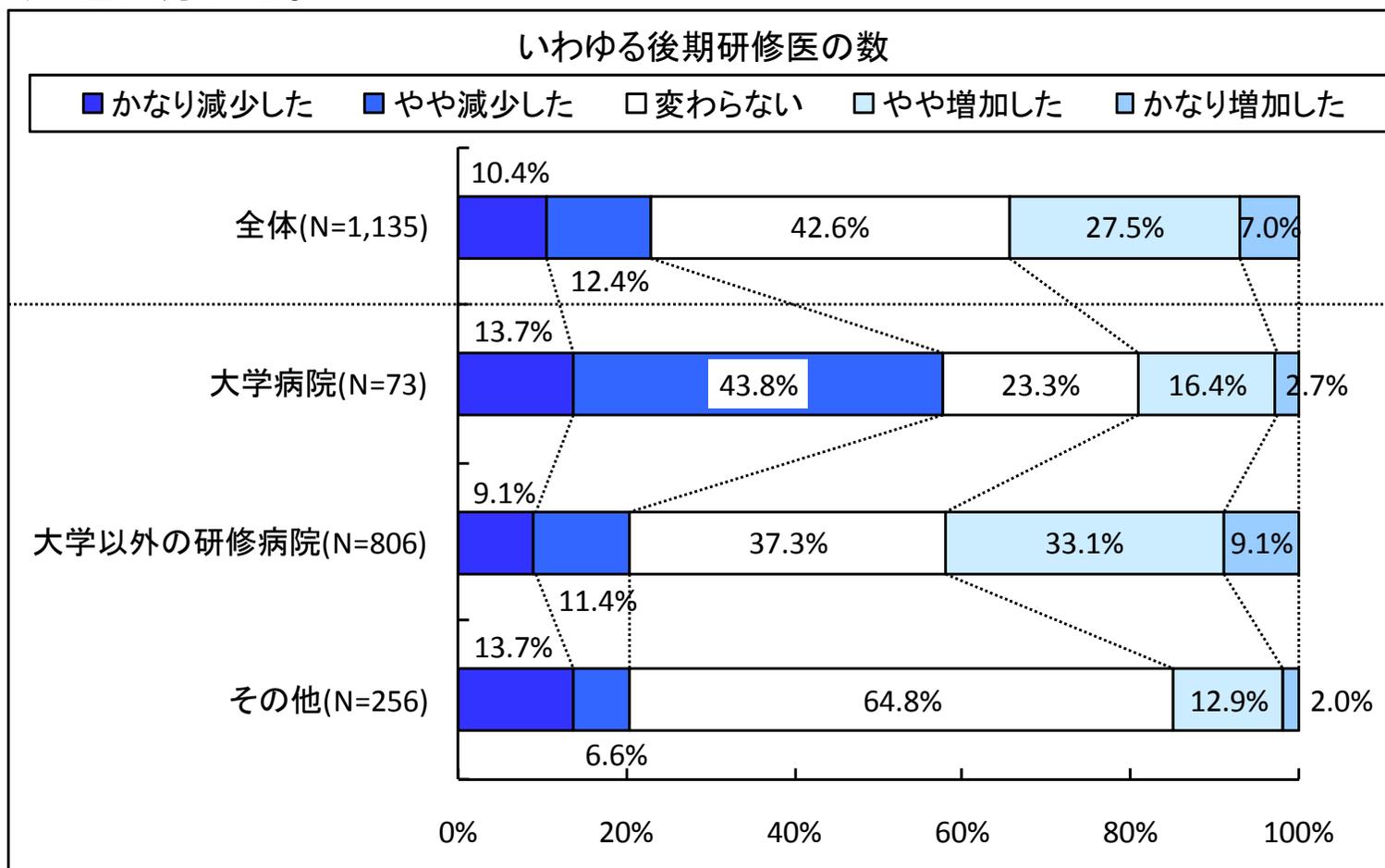
# 新医師臨床研修制度施行後の変化： 初期研修医の数

病院全体では、初期研修医数が減少(かなり減少・やや減少)した病院が24.1%、増加(かなり増加・やや増加)した病院が43.0%であった。病院属性別に見ると、多くの大学病院で初期研修医数が減少した(かなり減少が32.9%、やや減少が46.1%、合計79.0%)ことが分かる。



# 新医師臨床研修制度施行後の変化： いわゆる後期研修医の数

病院全体では、後期研修医数が減少(かなり減少・やや減少)した病院が22.8%、増加(かなり増加・やや増加)した病院が34.5%であった。病院属性別に見ると、多くの大学病院で後期研修医数が減少した(かなり減少が13.7%、やや減少が43.8%、合計57.5%)ことが分かる。



## まとめ(1) 都道府県医師会調査

- ◆ 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。
- ◆ 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。
- ◆ 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。
- ◆ 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。

## まとめ(2-1) 病院調査

### 医師数の増減

- ◆ 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。
- ◆ 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。

### 供給医師数の増減

- ◆ 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。
- ◆ 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。
- ◆ 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。

## まとめ(2-2) 病院調査

### 医師不足によって起きた問題

- ◆ 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。

### 病院長による医師不足感

- ◆ 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。
- ◆ 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。
- ◆ 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。

## まとめ(2-3) 病院調査

### 最低必要な医師数(現状との比較)

- ◆ 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。
- ◆ 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。
- ◆ 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

- ◆ 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。
- ◆ 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。
- ◆ 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。