

## 長谷川委員提出資料

医師需給検討委員会

日 2005年10月28日10時-  
於 厚労省

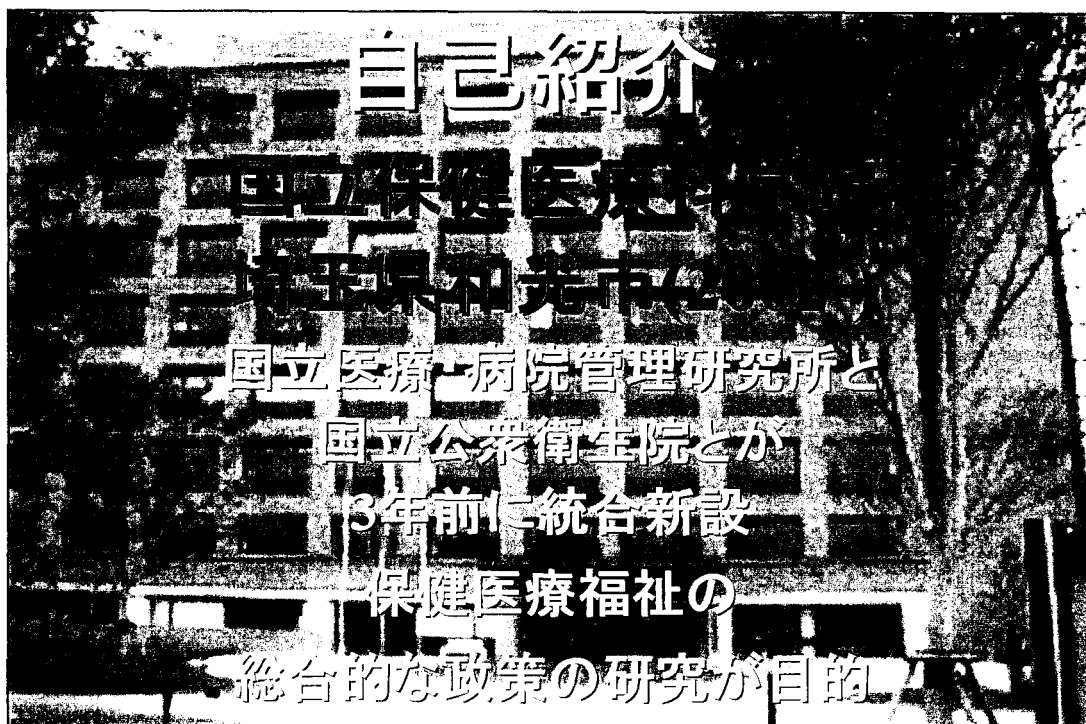
# 医師の需要と供給の課題

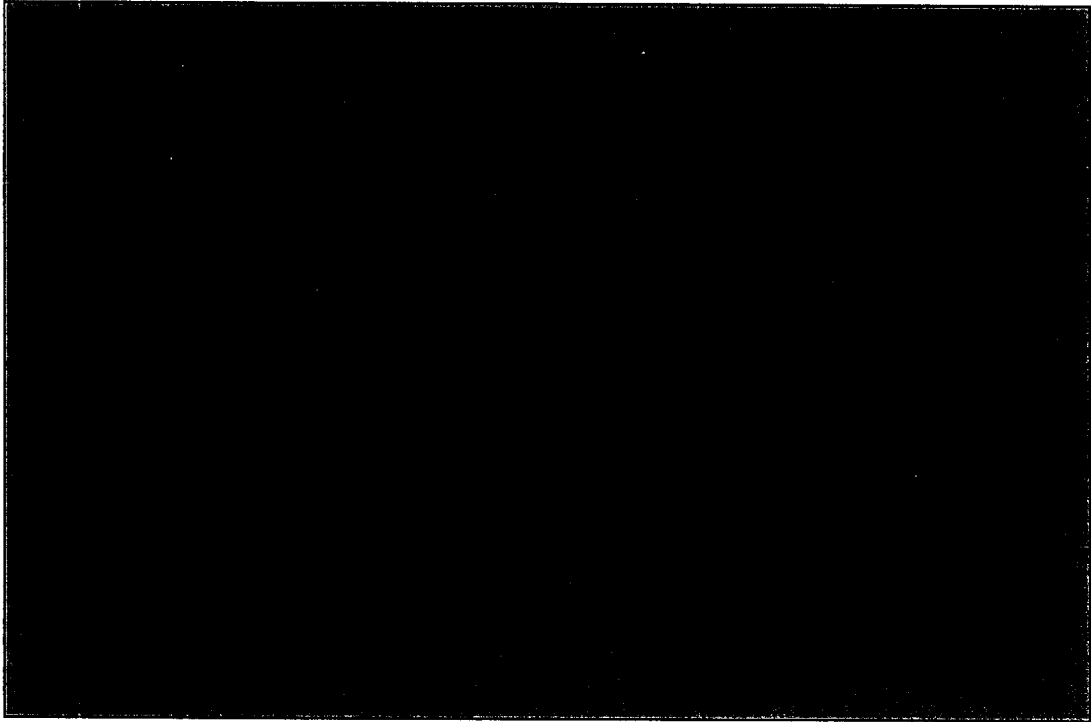
国立保健医療科学院

(旧国立医療・病院管理研究所)

政策科学部長

長谷川 敏彦





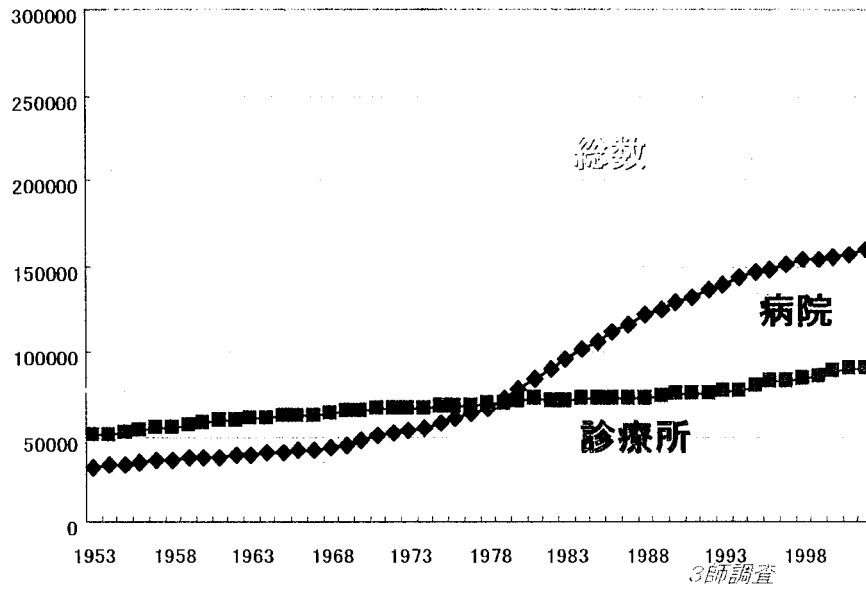
## 国の検討等の経緯

- 1986 佐々木委員会  
将来医師過剰、1995年目途に10%削減方針
- 1994 前川委員会  
将来医師過剰、10%削減方針継続
- 1998 井形委員会  
将来医師過剰、10%削減方針継続  
(削減率7.8%)



# 供給の変化

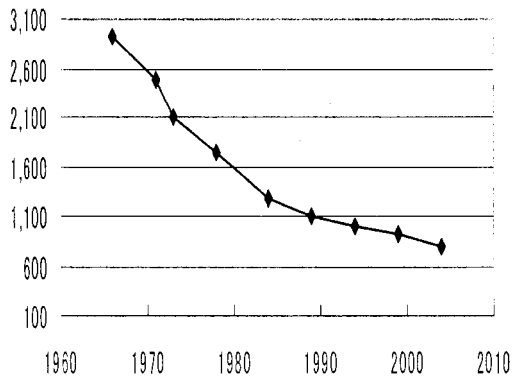
## 医師数推移



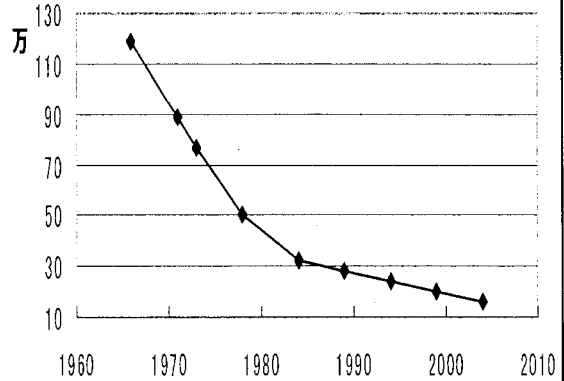
## 無医地区推移1966-2004

厚労省指導課無医地区等調査より

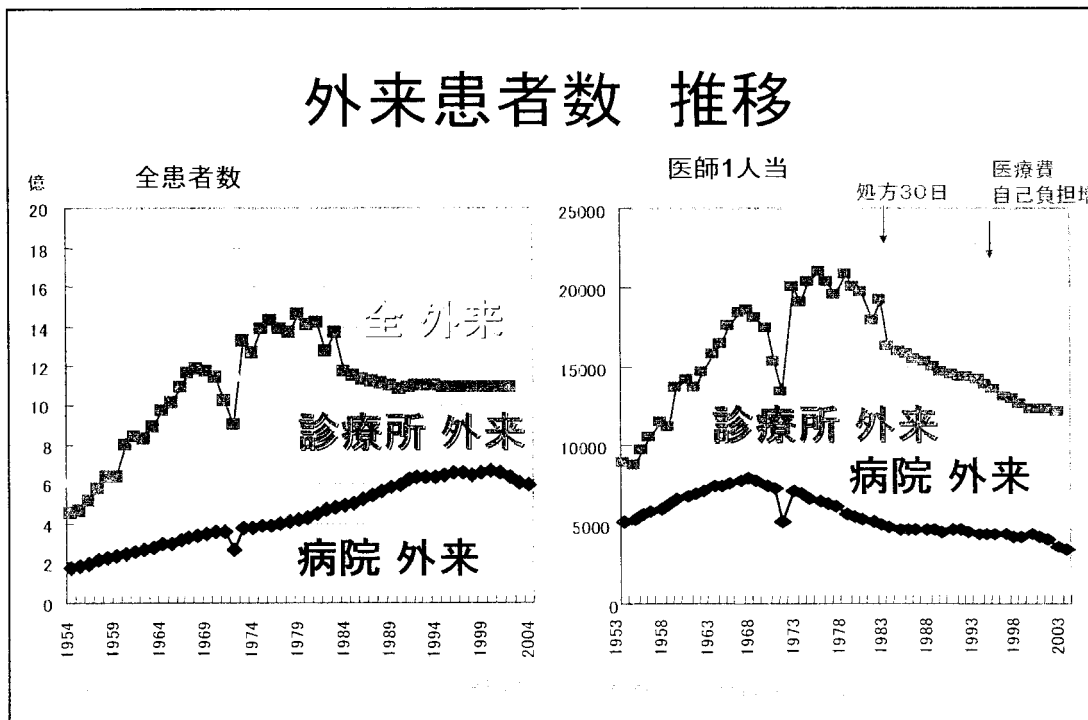
### 地区数



### 人口



# 需要の変化



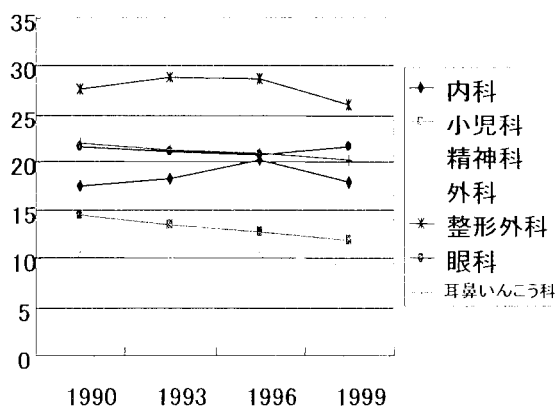


# 地域、診療科

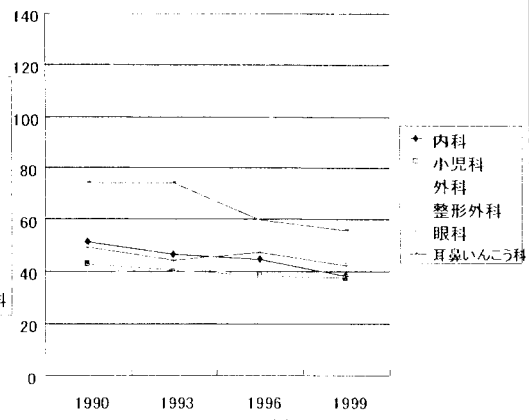
## 医師当たり患者数推移

1990-1999患者調査(入院外来)、3師調査(主たる診療科別)

入院



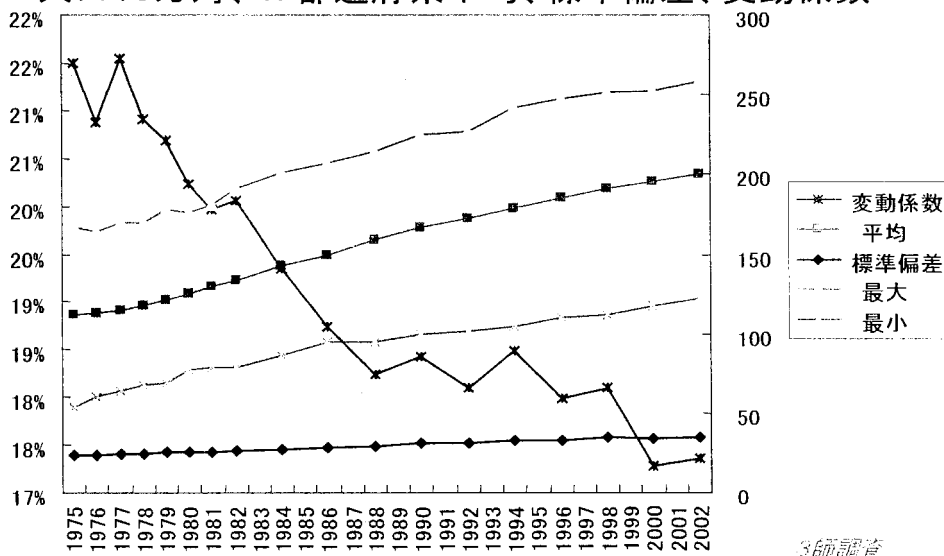
外来





## 県別医師数推移

人口10万対、47都道府県平均、標準偏差、変動係数

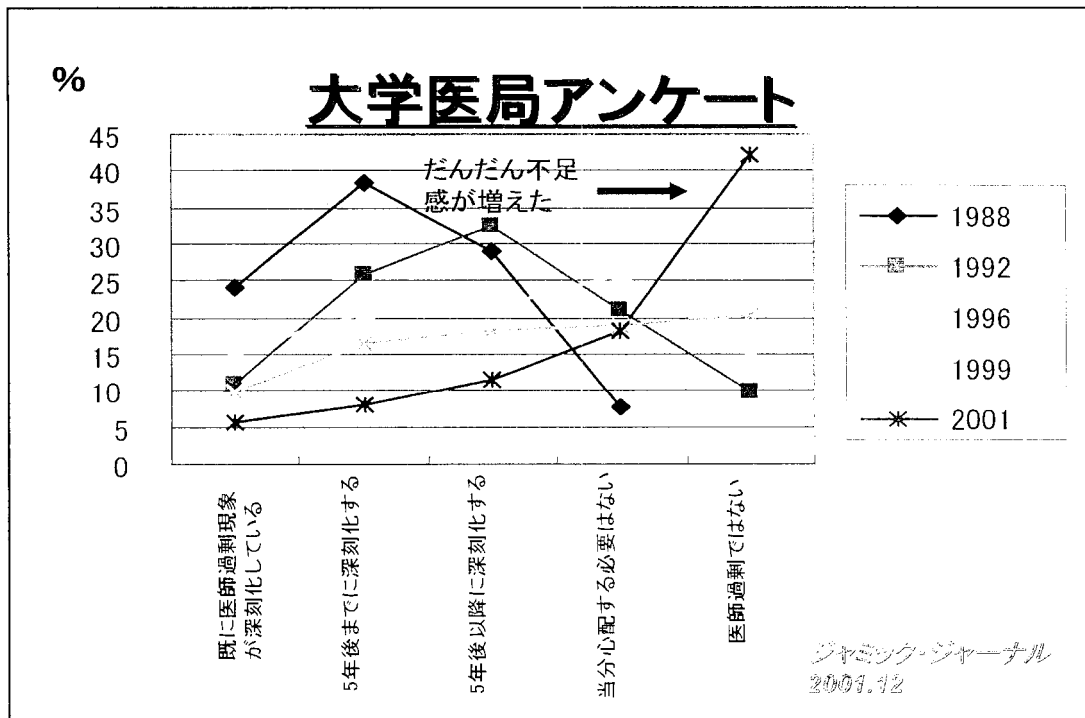


医師調査

## まとめ

- 医師数は全国では順調に増加
- 無医地区や県別ばらつきも減少
- 需要に対して全体として供給が足りない証拠無
- ただ病院医の負担は増加

# 拡がる不足感



## 大学及び大学アンケート

不足

日本病理学会

日本麻酔科学会

日本医学放射線学会

日本腎臓学会

日本リハビリテーション医学会

過剰

日本呼吸器外科学会

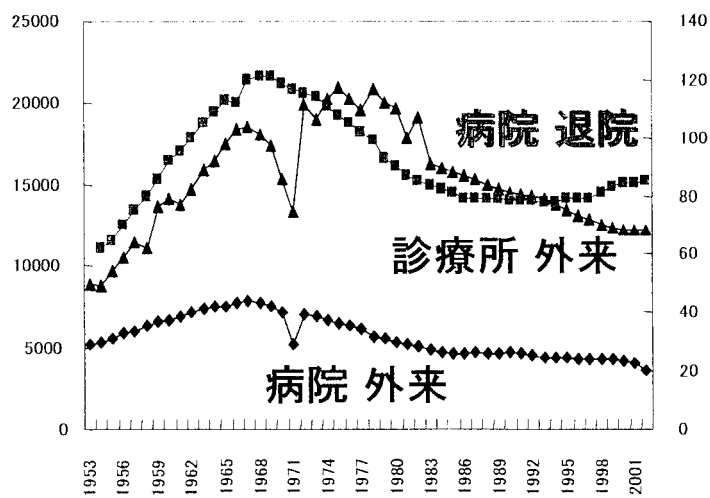
日本血管外科学会

## まとめ

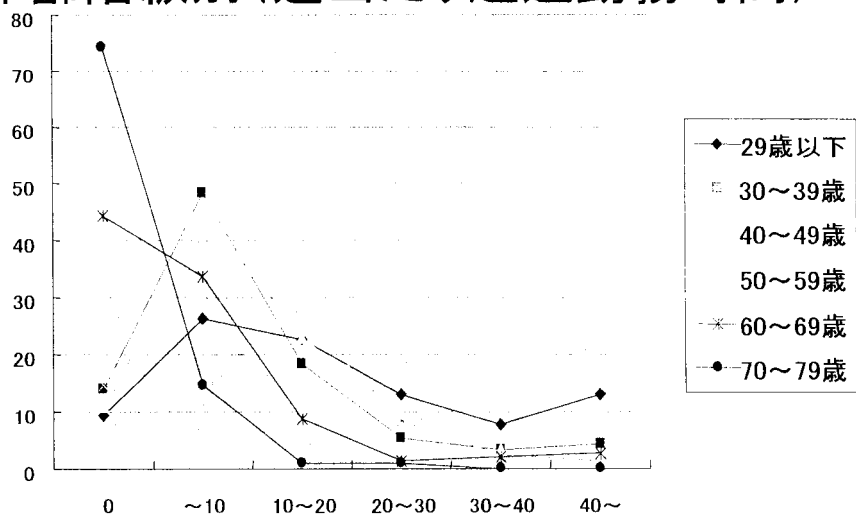
- 2000年ごろまでは医師過剰論
- 最近では不足感と不足論



## 医師1人当たり患者数 推移



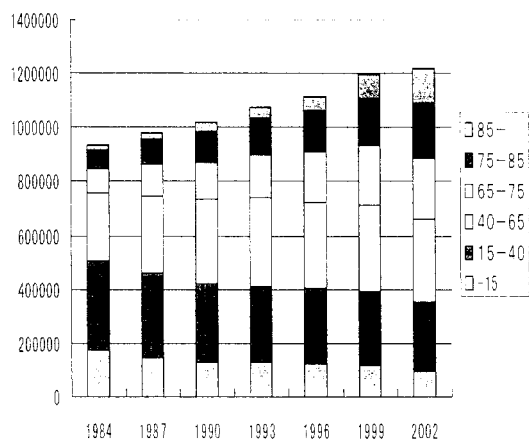
## 勤務医労働時間 年齢階級別(週当たり超過勤務時間)



大阪府医師会勤務医アンケート

# 退院患者の変化

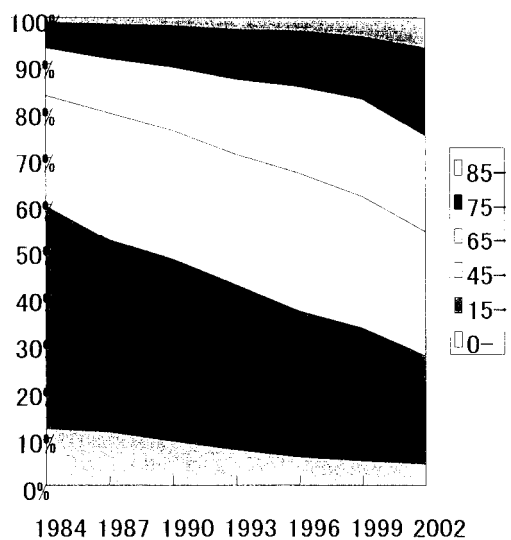
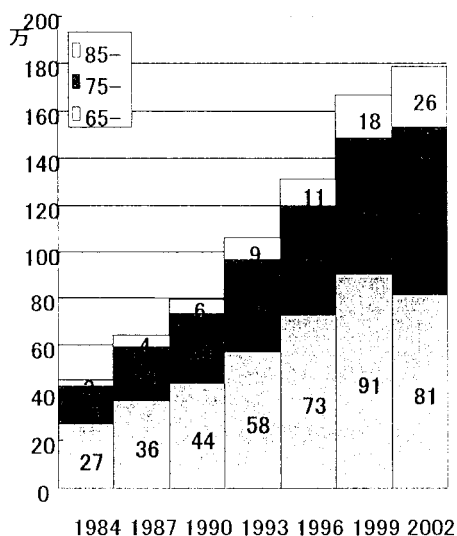
## 年齢階級別退院回数



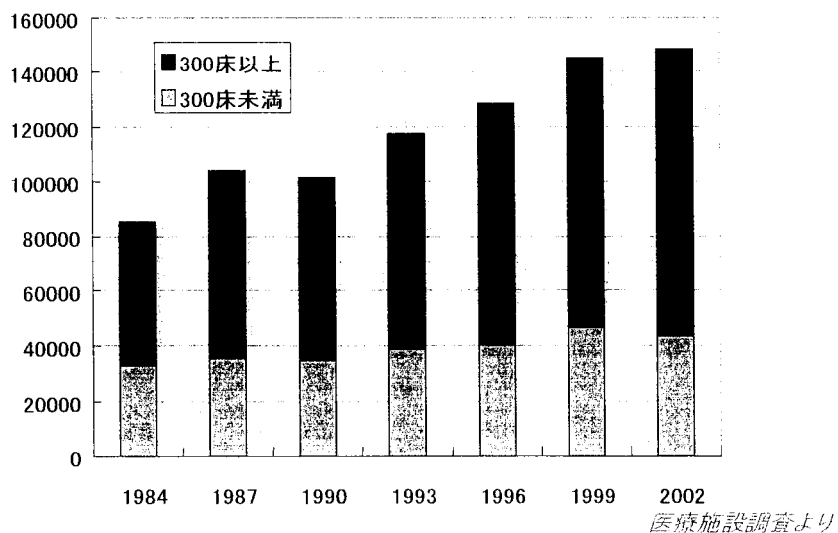
患者調査

## 手術入院数時系列変化

患者調査1984-2002、高齢人口、年齢別

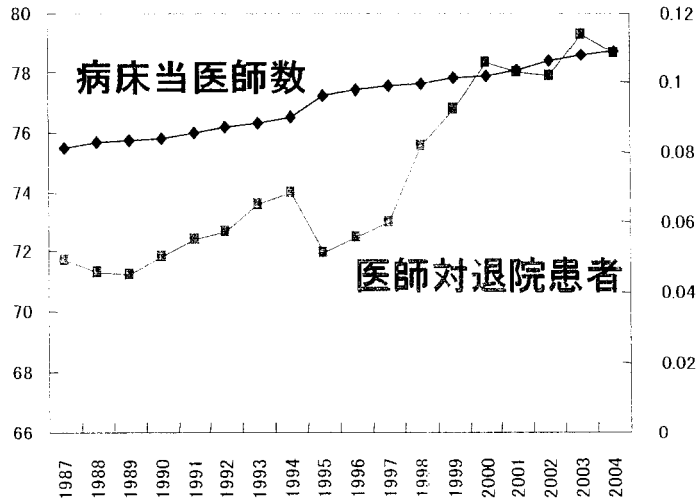


## 全身麻酔数の変化 「病院 300床以上と以下」別



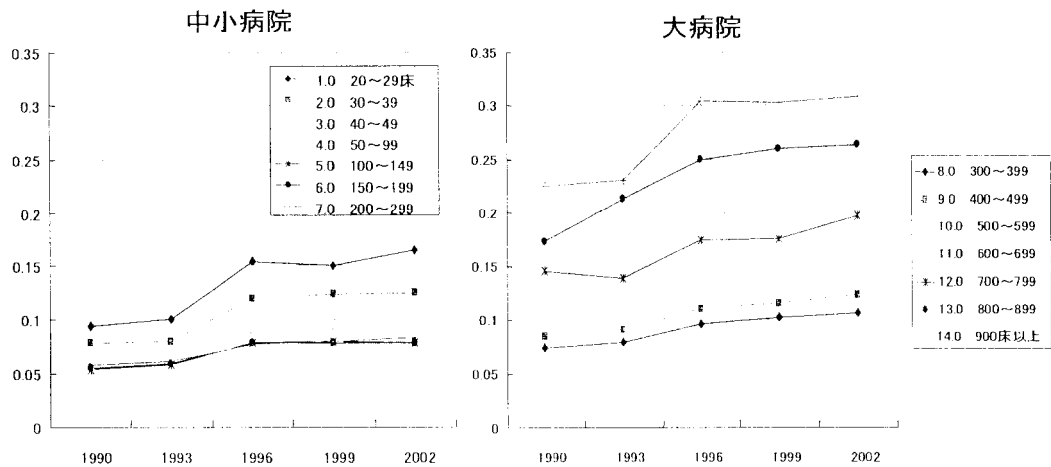
# 病院

## 医師 対 退院患者 病床当たり医師数 推移



資料提供機関：厚生労働省

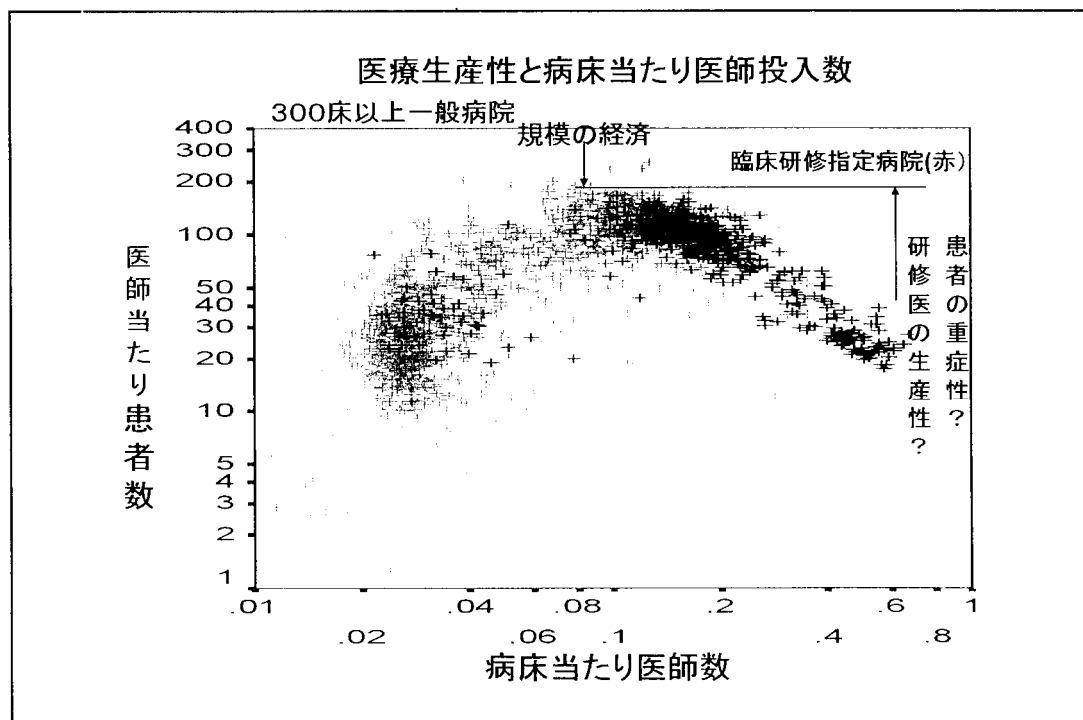
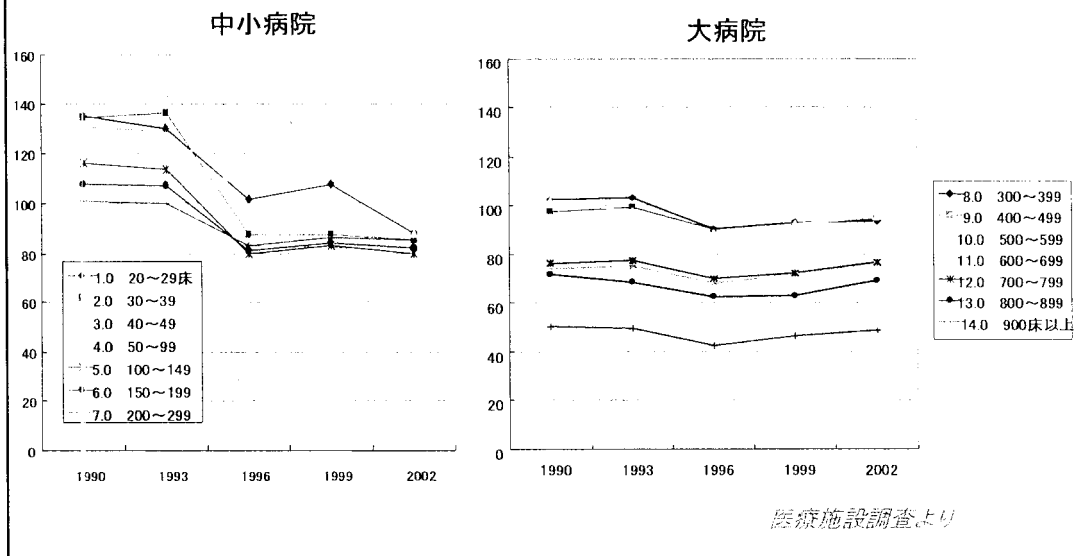
## 病床当たり医師数 推移 病床規模別

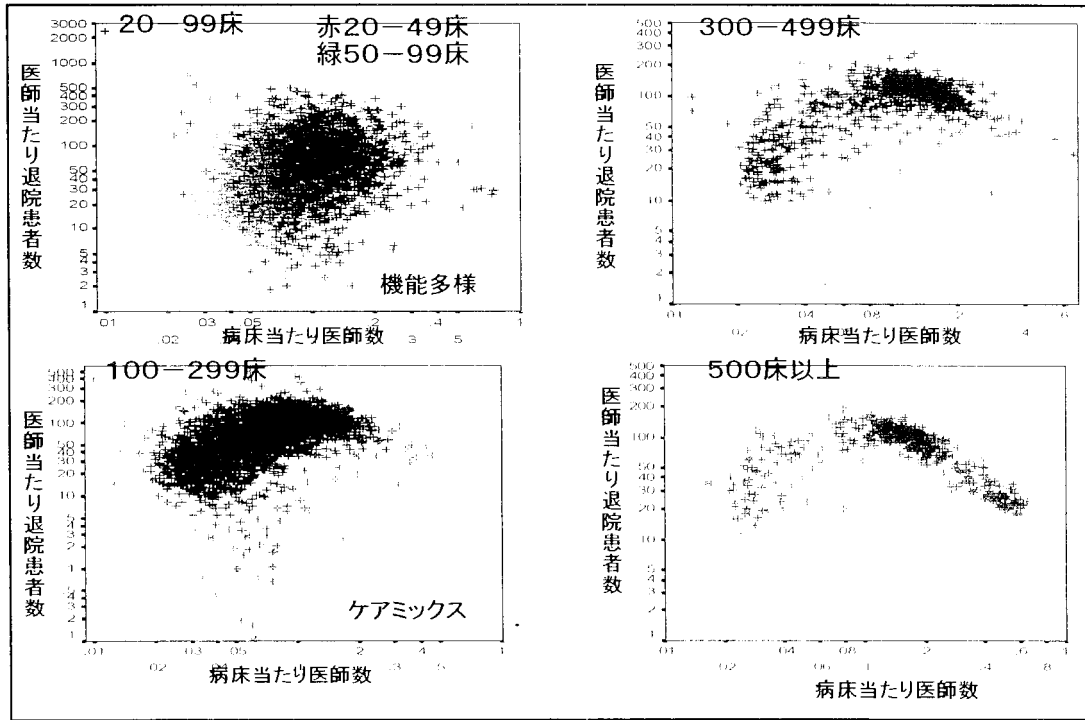


資料提供機関：厚生労働省



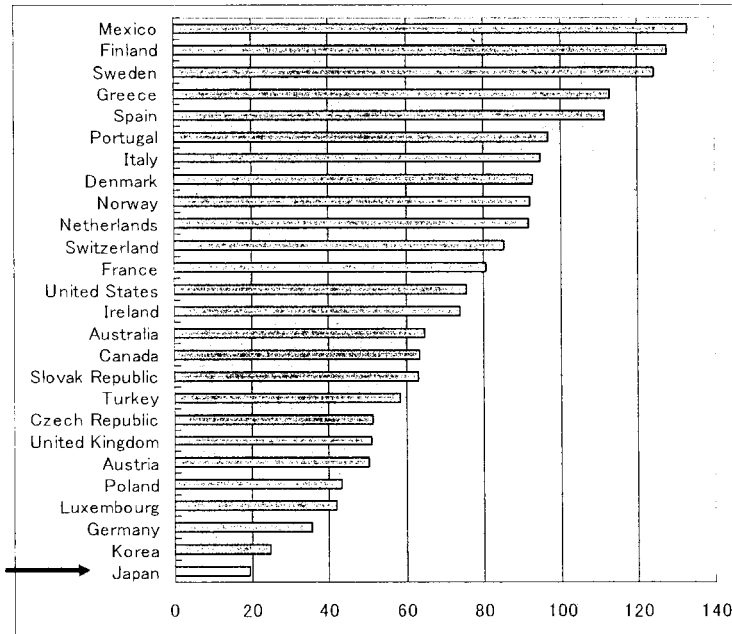
# 医師当たり年間退院患者数 推移





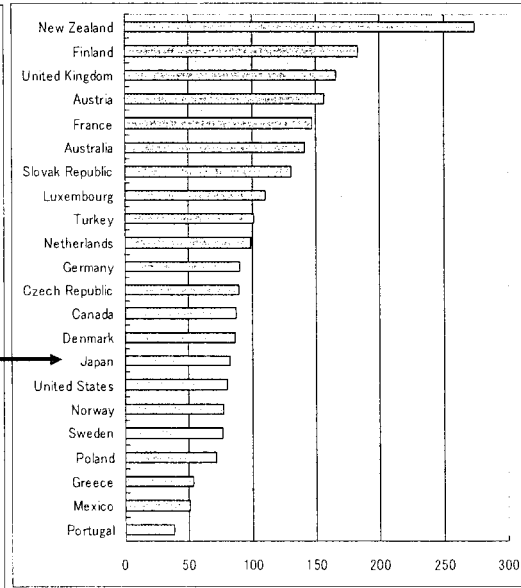
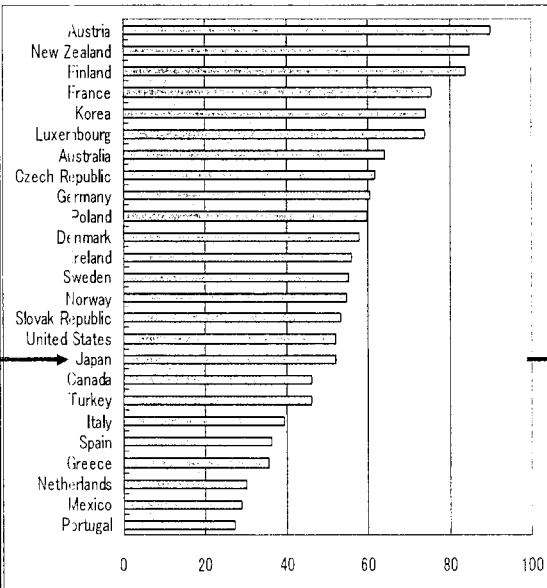
# 国際比較

### 急性期病床100当たり全医師数



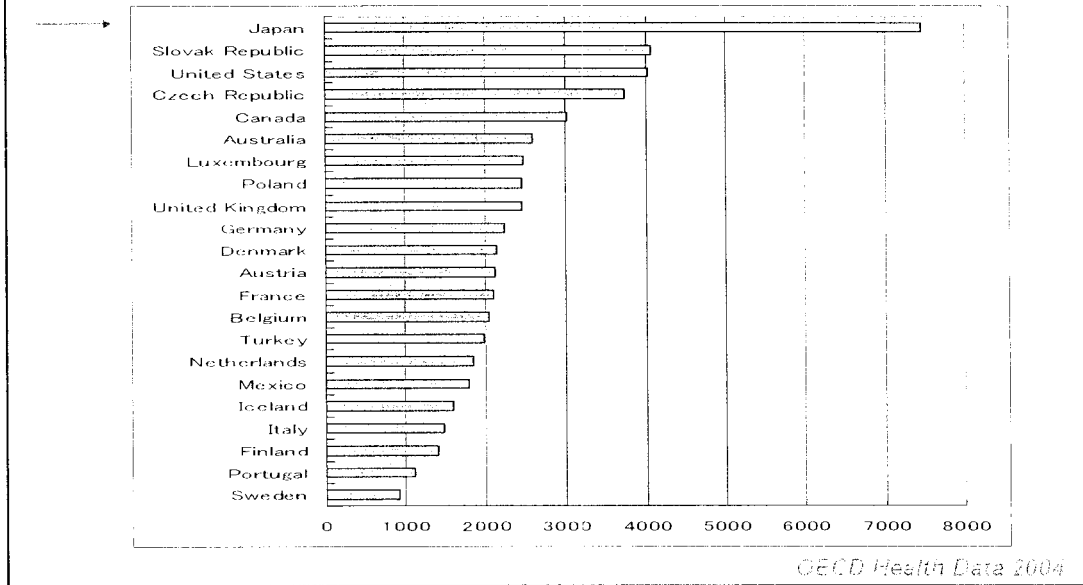
OECD  
Health Data

### 全医師数当たり退院回数 専門医数当たり退院回数



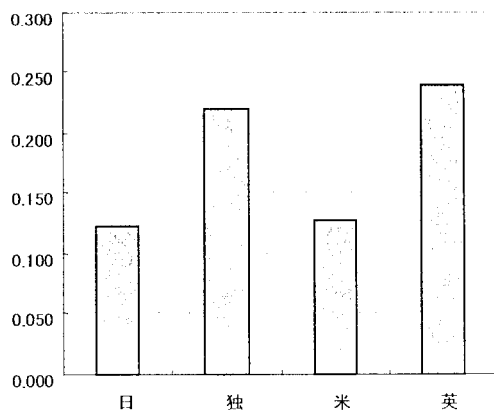
OECD Health Data 2005

## 全医師数当たり外来院回数

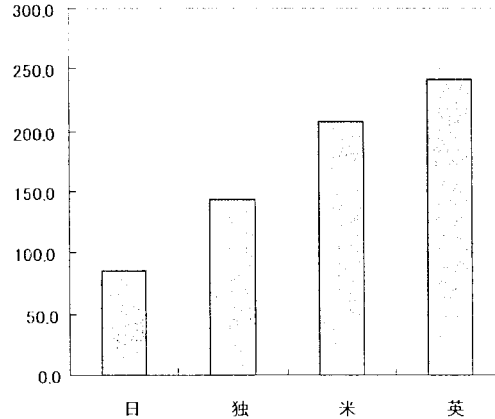


## 国際比較

病院当たり医師数



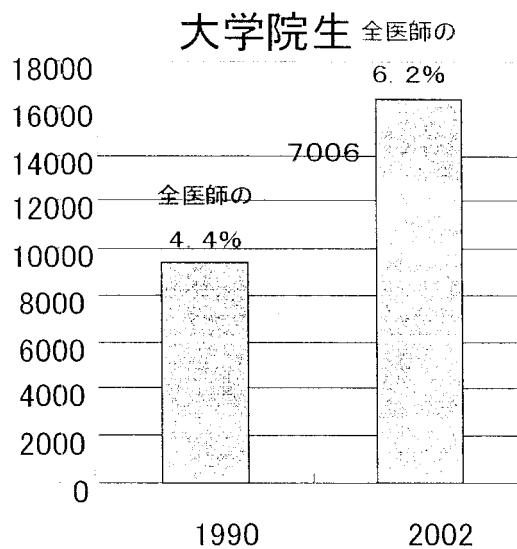
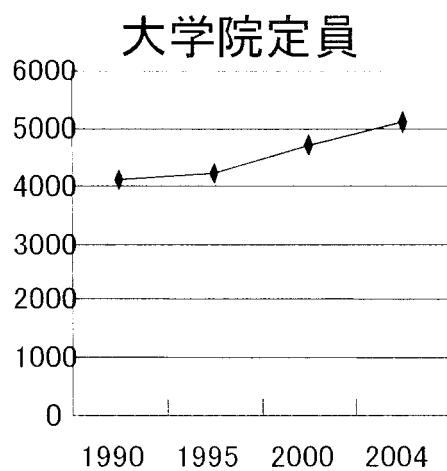
医師当たり退院患者数





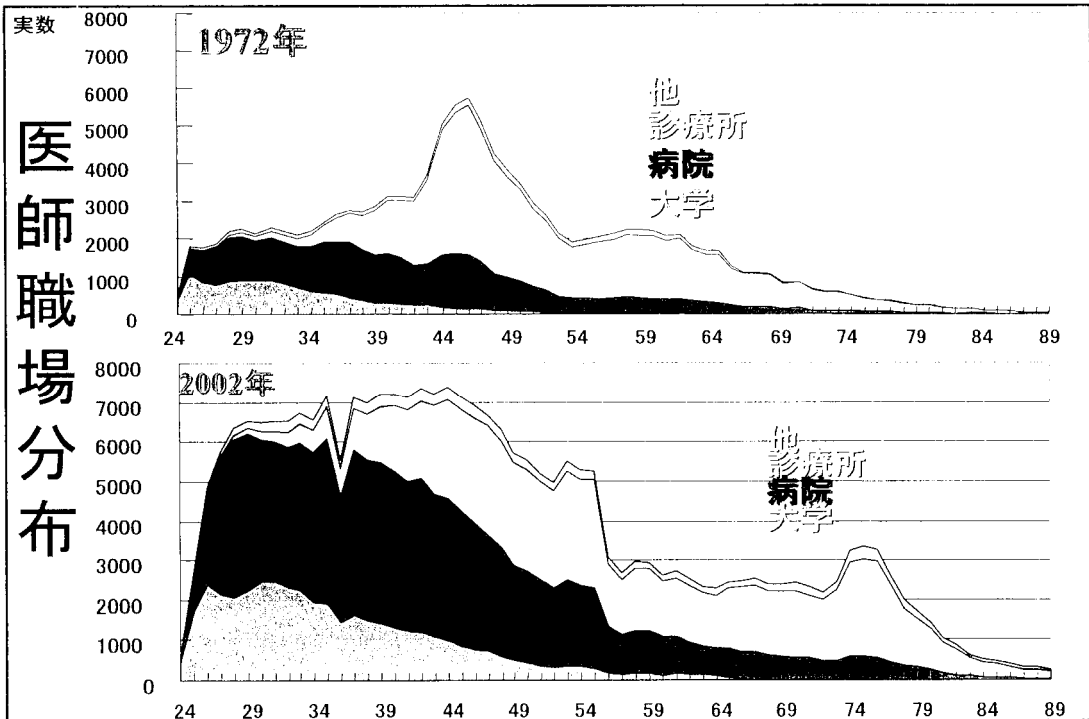
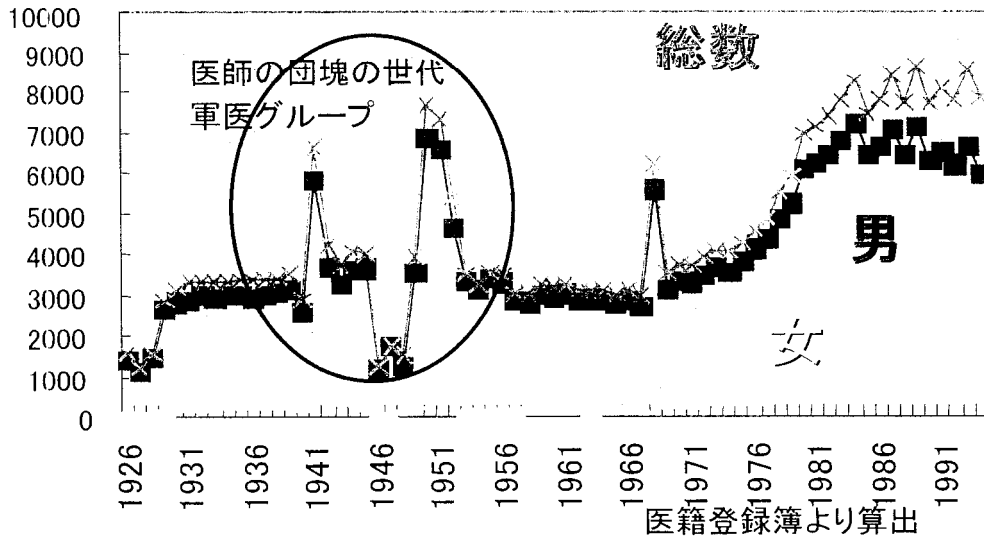
# 大学院生の増加

## 医学部大学院生の増加

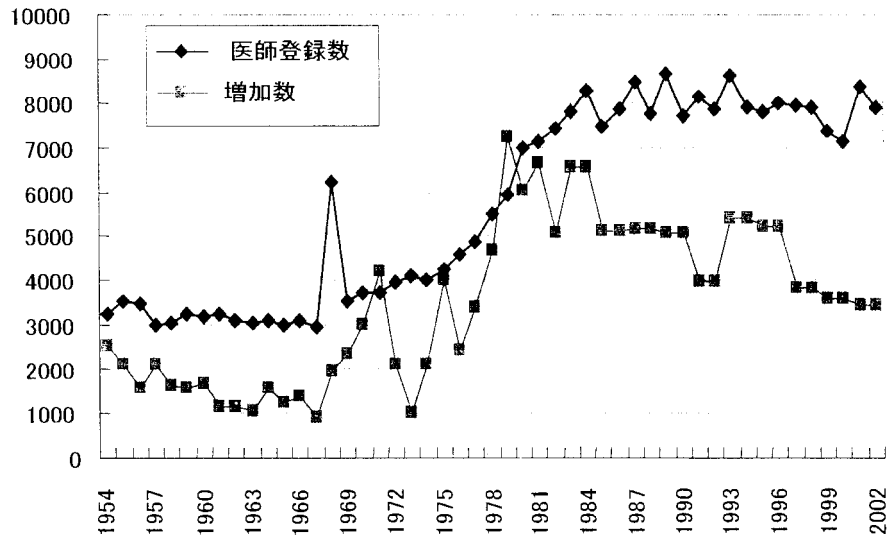


# 高齢医師の退職

### 医籍登録者数年次推移



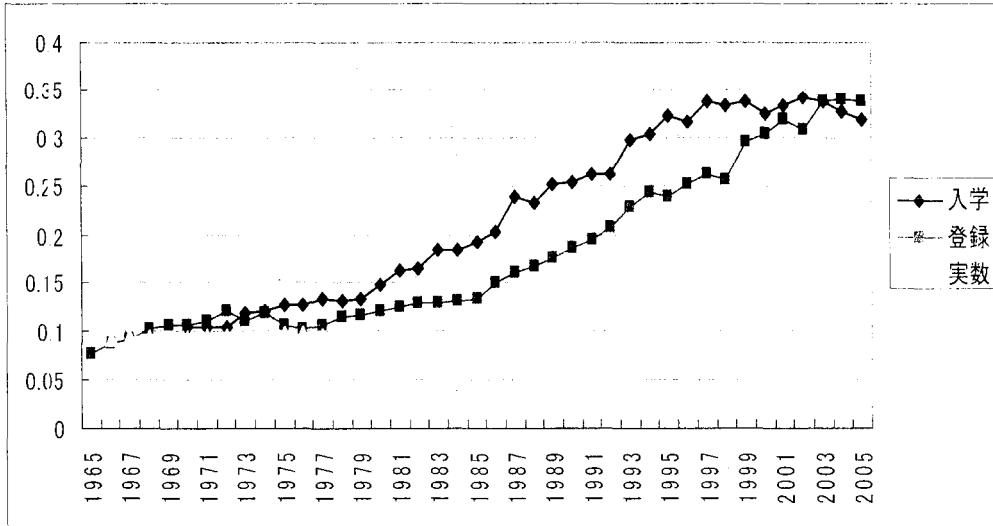
## 医師登録数と年間の増加数



# 女性医師

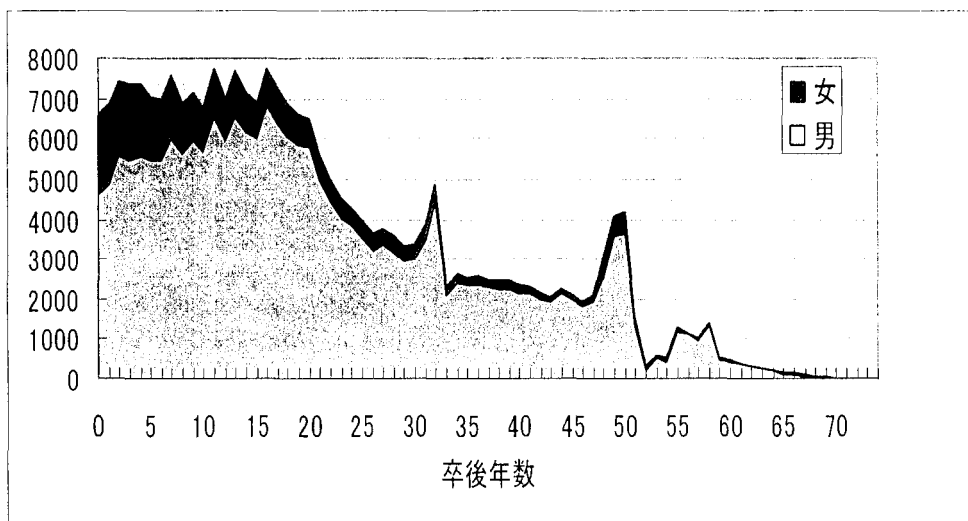


### 医師数、医籍登録数、医学部入学者数に占める女性の割合（1965-2005）



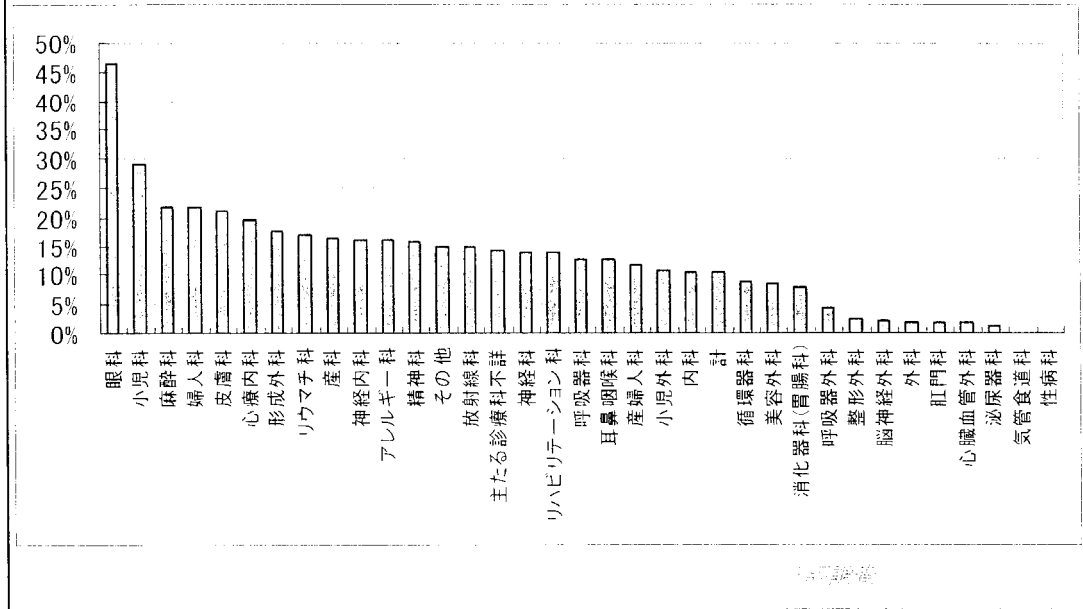
医籍登録・3師調査・文部科学省調査

### 卒後年数別医師数



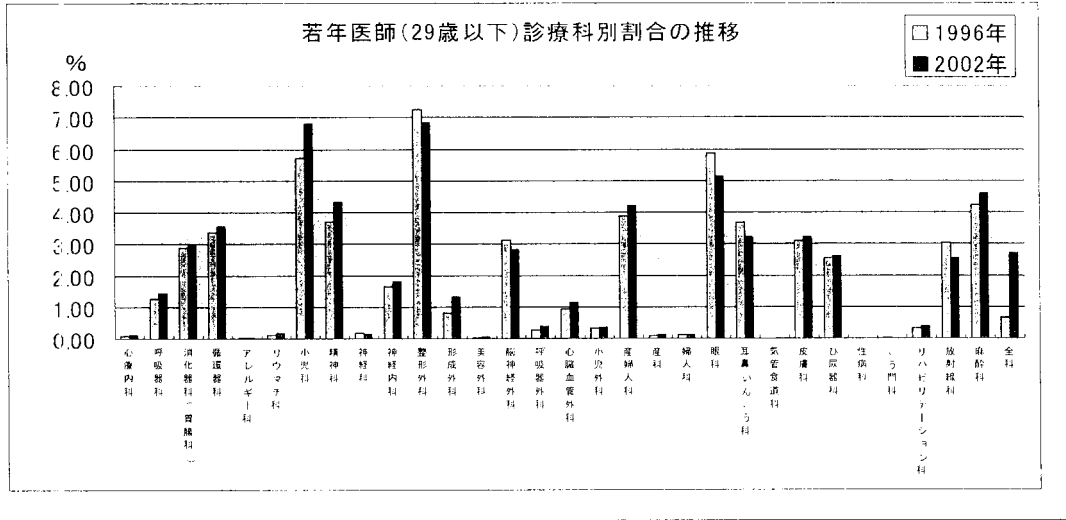
3師調査 2002

## 診療科別女性医師割合



# 診療科のばらつき

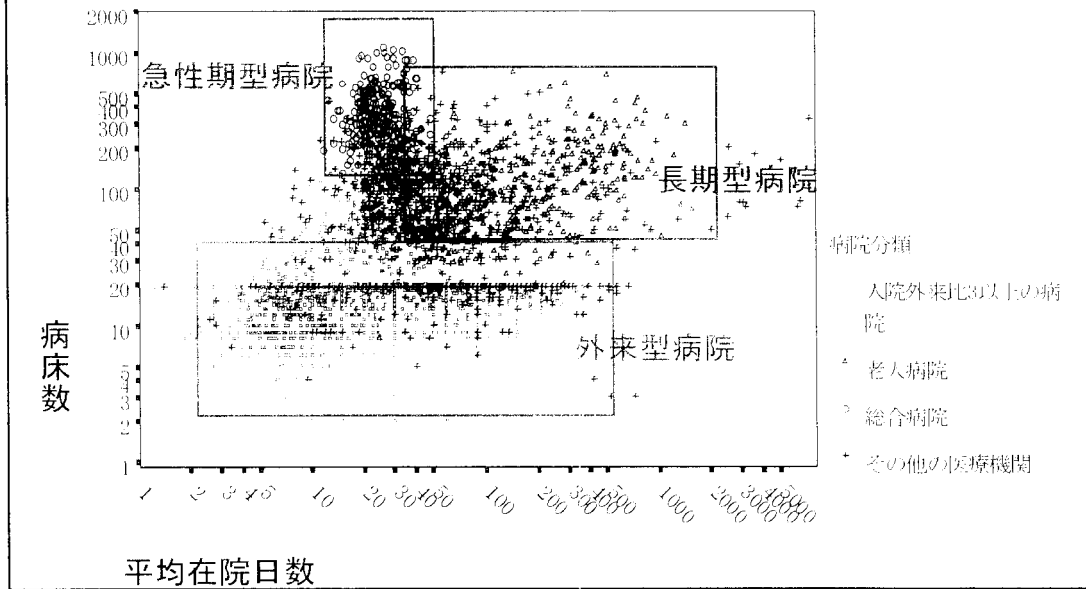
若年医師専門科割合の推移  
29歳まで  
1996年と2002年



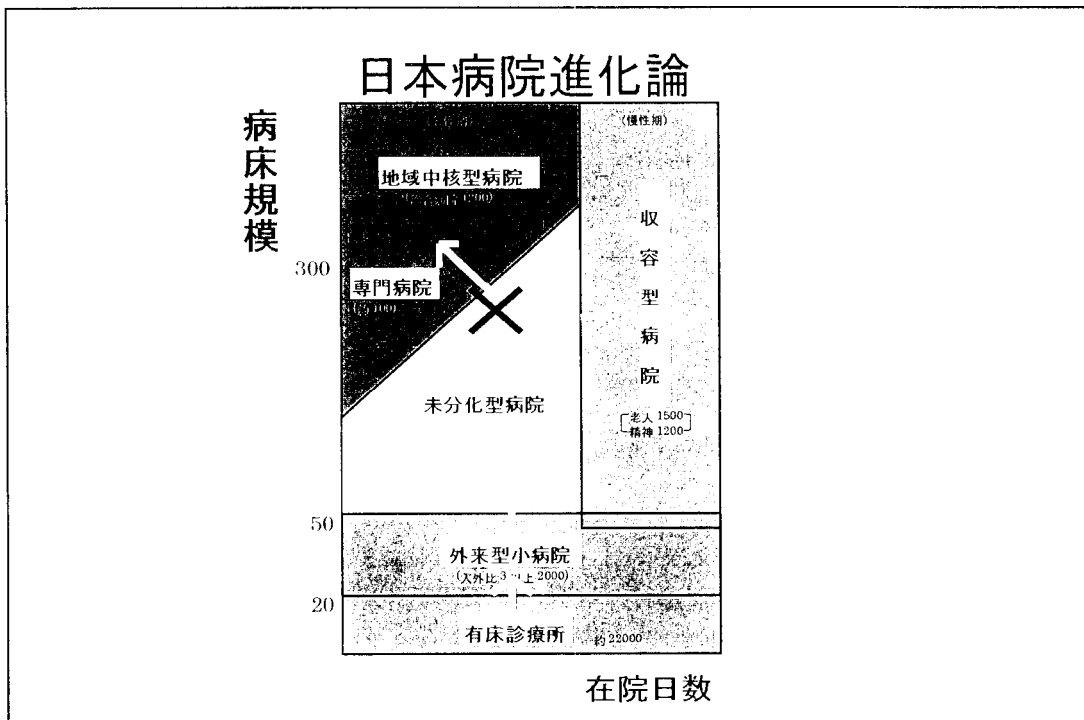
# 機能分化と集約

# 日本の病院機能の分析

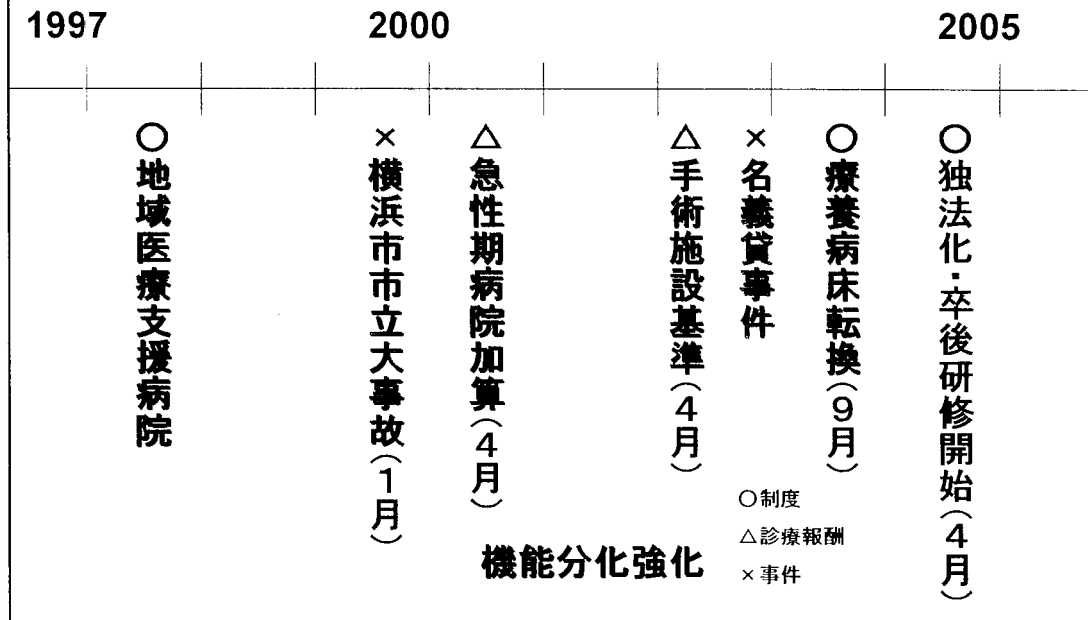
1993年医療施設調査並びに病院報告から



# 日本病院進化論



## 歴史経緯



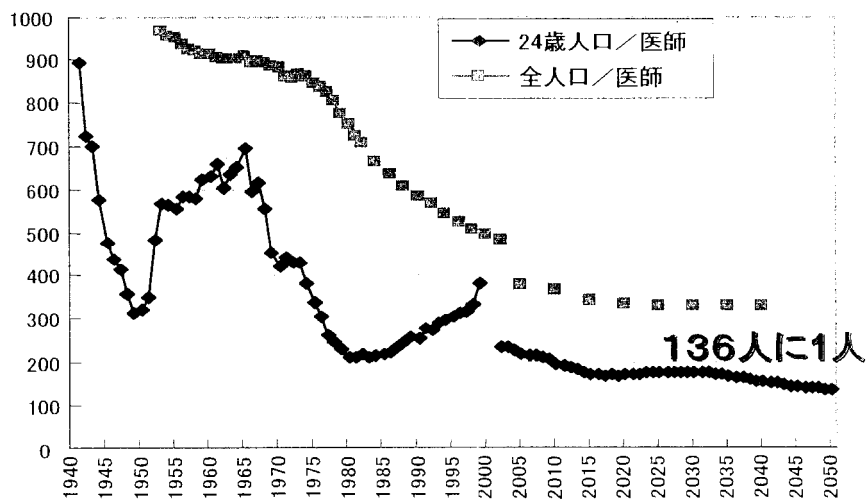
## まとめ

### 最近新たに起きたこと

- 大学院生の増加
- 高年医師の退職
- 若年医師の診療科、地域選択の偏り
- 機能分化と集約
- そして新卒後教育制度



## 24歳人口対割合



## 論調変化の理由は 日本にも当てはまるか？

### 1) 需要側の変化

- ・高齢化
- ・疾病転換による必要サービスの変化

日本

○

◎

### 2) 供給側の変化

- ・女医の増加の影響
- ・若年医師増加の影響
- ・高齢医師の早期退職
- ・労働基準法の厳格化の影響
- ・外国人医師の流入の倫理的批判

△

○

○

?

×

Skill Mix 関連

## 柔軟な雇用体系

- ベルギー、デンマーク、オランダ、英国、スウェーデンなどで、公的医療・社会サービスで働く労働者の40%以上がパートタイムである。(European Observatory on Health Systems and Policies, 2004)

組織レベル	"Twinning" = 人材交換を支援するネットワーク作り、人材交換、教育支援、雇用—被雇用者の双方協定
国レベル	政府間の協定、倫理憲章、補完 (compensation)、移民(migration)の調整、技術協力
国際レベル	国際憲章(例: Commonwealth code)、多国間協定

(Buchan and Dovlo 2004)

## Skill Mix とは？

- 役割の変化
  - Enhancement: 特定機能の強化
  - Substitution: 代替
  - Delegation: 委任
  - Innovation: 刷新
- サービス間のインターフェースの変化
  - Transfer: 移動
  - Relocation: 再配置
  - Liaison): 連結

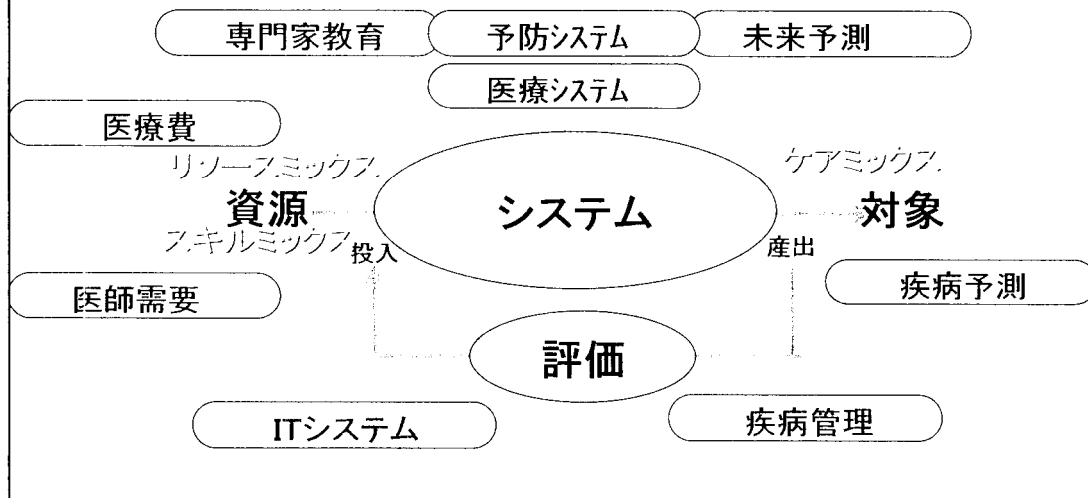
Sibbald, B., Shen, J. and McBride, A. (2004)  
Changing the skill-mix of the health care workforce, Journal of Health Services Research and Policy, 9(1): 28-38.



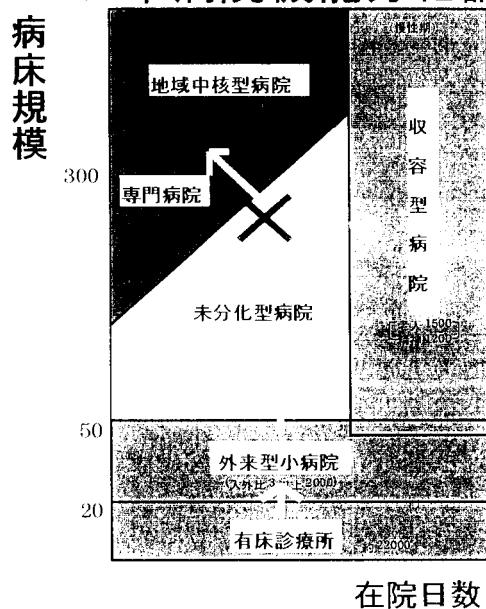
## Skill Mix: 具体例

- 特定集団の機能強化(Enhancement):
  - 看護師主導のプライマリヘルスケアセッティングで慢性疾患を管理するというもので、従来の医師主導より良い結果が出ているとの報告(Virjhoef et al.2000)
- 初回診察時(first-contact care)では医師より看護師の方が患者満足度は高かったが、診察時間が長く、検査オーダー数も多く、低所得者からのコストが高かった。(Horrocks et al.2002)

## 医療システム設計 全体を総合的に考える必要



## 日本病院機能分化論



## 現状総括

1. 総体として医師は充足傾向
2. ここ10年位に病院、診療所、地域で偏在が発生
3. 特に大病院への重症患者の集中による負担増加が著明
4. その背景には病院機能の分化と強化、それらの政策誘導が存在
5. その他大学院、高齢医師の退職、若年者診療選択の志向、女性医師増等が存在

# 政策課題

1. 病院医、国際標準より少ない、医師生産性が低い？
2. 医学部定員増による解決は効果が遅く、即効のある解決、例えば医師就業場所の移動、他職種の協力によるスキルミックスが必要
3. 医療システム全体で不足に対応する必要有
4. 医療のアクセスと質のバランス