

平成21年度第1回岡山県医療対策協議会次第

日 時：平成21年5月14日

15:00～16:30

場 所：岡山県庁3階大会議室

1 開 会

2 あいさつ

3 議 題

(1) 新見地域への医師派遣について

(2) これからの医師確保対策について

(3) 臨床研修医へのアンケート結果について

(4) その他

① 新たな医師臨床研修について

② 地域医療再生計画について

③ 岡山大学医学部医学科地域枠コースの学生の確保について

④ 産科医療対策部会及び地域医療対策部会の協議概要について

4 閉 会

平成21年度第1回岡山県医療対策協議会 配付資料一覧

平成21年5月14日 開催

- 岡山県医療対策協議会委員名簿・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
- 岡山県医療対策協議会設置要綱・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
- 新見地域への医師派遣・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3
- これからの医師確保対策について（案）・・・・・・・・・・ 8
- 臨床研修医調査・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 10
- 医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の一部を
改正する省令及び関連通知の一部改正（案）について・・・・・・・・ 19
- 平成21年度厚生労働省補正予算（案）の概要・・・・・・・・・・ 31
- 岡山大学医学部医学科地域枠コースの学生の確保について・・・・・・・・ 36
- 平成20年度岡山県医療対策協議会 産科医療対策部会の概要・・・・・・・・ 37
- 平成20年度岡山県医療対策協議会 地域医療対策部会の概要・・・・・・ 38

岡山県医療対策協議会委員名簿

所 属	氏 名	備 考
岡山県医師会 会長	井戸 俊夫	
岡山県病院協会 会長	小出 尚志	
岡山県看護協会 会長	藤原 恭子	
岡山大学病院 院長	森田 潔	
川崎医科大学附属病院 院長	角田 司	
国立病院機構岡山医療センター 院長	青山 興司	
総合病院岡山赤十字病院 院長	近藤 捷嘉	
岡山済生会総合病院 院長	糸島 達也	
倉敷中央病院 院長	小笠原 敬三	
津山中央病院 院長	徳田 直彦	
新見市長(岡山県市長会からの推薦)	石垣 正夫	
鏡野町長(岡山県町村会からの推薦)	山崎 親男	
岡山県自治体病院協議会 会長	松本 健五	
岡山県愛育委員連合会 会長	藤本 貴子	
岡山県保健福祉部 部長	神ノ田 昌博	
岡山県保健所長会 会長	二宮 忠矢	

岡山県医療対策協議会設置要綱

(設置)

第1条 医療法(昭和23年法律第203号)第30条の12第1項の規定に基づき、県内における医療従事者の確保その他必要とされる医療の確保に関する事項を協議するため、岡山県医療対策協議会(以下「協議会」という。)を設置する。

(所掌事項)

第2条 協議会は前条の目的を達成するため、次の事項を所掌する。

- (1) 県内における医療従事者の確保その他必要とされる医療の確保に関する事項
- (2) 地域における医療従事者の確保その他必要とされる医療の確保に関する事項
- (3) 小児科・産科等における医療従事者の確保その他必要とされる医療の確保に関する事項
- (4) その他、医療従事者の確保その他必要とされる医療の確保に関する事項

(組織)

第3条 協議会は、委員16人以内をもって組織する。

2 委員は、県知事が委嘱する。

(任期)

第4条 委員の任期は、2年とする。ただし、再任を妨げない。

2 補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(役員等)

第5条 協議会に会長及び副会長各1人を置き、委員の互選によってこれを定める。

2 会長は、協議会を代表し、会務を総理する。

3 副会長は、会長を補佐し、会長に事故があるときは、その職務を代理する。

(会議)

第6条 協議会の会議は、会長が必要に応じて招集し、会長が議長となる。

2 協議会は、委員の半数以上の者が出席しなければ、会議を開くことができない。

(意見の聴取等)

第7条 協議会は、その任務を行うために必要があると認めるときは、関係者に対して、出席を求めて意見若しくは説明を聴き、又は資料の提出を求めることができる。

(専門部会)

第8条 協議会は、その所掌事項に係る専門事項を調査審議させるため専門部会を置くことができる。

2 専門部会の組織、運営その他必要な事項は、会長が協議会に諮り別に定める。

(庶務)

第9条 協議会の庶務は、保健福祉部施設指導課において処理する。

(その他)

第10条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、県知事が別に定める。

附 則

この要綱は、平成19年7月31日から施行する。

新見地域への医師派遣

- 1 経過
- 2 新見市の取組
- 3 新見中央病院の取組
- 4 現状等
- 5 今後の対応

1 経過

- 平成20年2月11日 新見市における医療体制調査を実施
 - 平成20年3月13日 新見中央病院に対し医師1名を1年間派遣することを決定(第4回医療対策協議会)
 - 平成20年4～5月 派遣協力6病院からの派遣について調整
 - 平成20年6月 派遣開始
 - ・派遣期間 1年間を想定
 - ・派遣方法 2か月ごとに派遣協力病院から派遣(派遣順)
 - ①岡山済生会総合病院
 - ②総合病院岡山赤十字病院
 - ③国立病院機構岡山医療センター
 - ④倉敷中央病院
 - ⑤津山中央病院
 - ⑥川崎医科大学附属病院
- ※岡山大学病院は、従前から非常勤医師、休日等の医師派遣を実施。引き続き協力。

2 新見市の取組

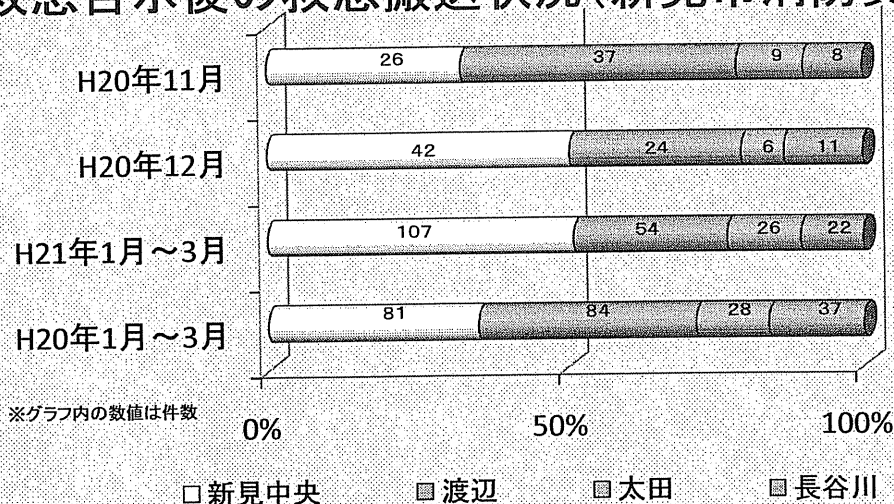
- (1) 新見地域の医療のあり方、市内4病院の連携のあり方等について、地域医師会、市内4病院長等と協議
- (2) 先進地である丹波医療再生ネットワークを視察研究
- (3) 「新見の医療現場の環境について」をテーマとした市政懇談会の開催
- (4) 新見地域医療連携推進協議会における検討・協議
 - ・脳卒中に関する医療連携体制
 - ・他圏域医療機関との医療連携促進に向けた意見交換
(県南4病院医療連携室スタッフ、新見医療介護関係者)
 - ・糖尿病の地域連携
- (5) 新見の医療を語る集い(地域住民参加)
- (6) 市ホームページでの医師募集広報の継続実施
- (7) 救急医療、へき地医療確保のための支援
- (8) 在宅医療体制整備に向けた取組

3 新見中央病院の取組

- ・岡山大学医学部、県内外の民間病院等への医師派遣依頼
- ・病院HPへの常勤医師募集掲載
- ・総合メディカルDtoDコンシェルジュ常勤医師募集掲載
- ・岡山県医師会ドクターバンク求人掲載

4 現状等

救急告示後の救急搬送状況(新見市消防資料)



12月に新見中央病院が救急告示に指定されて以後、新見中央病院への救急搬送件数、割合が増加している

1 新見市

医師確保に向けた多くの努力にもかかわらず、地元関係者だけの努力では改善が困難な状況となっているが、住民の要望の強い「夜間の急病に対する医療体制」を引き続き確保するため、様々な取組を通じて医師確保に努める。

2 新見中央病院

医師確保の努力は続けているが、常勤医の確保は困難となっている。救急告示を継続するためには、土日や平日の宿直体制を中心に医師確保が厳しい状況にあり、可能な支援をぜひお願いしたい。

5 今後の対応(案)

緊急臨時的な医師派遣終了後は、特定日時の医師派遣など、協力病院の実情に応じた支援を行う。

※新見市の取組

- 1 救急医療の充実
 - ①医師確保対策の推進
 - ②病院、診療所の連携強化
 - ③市内病院と診療所が連携し救急告示病院を支援できる体制の構築
 - ④「救急車内画像遠隔取得システム」の構築
- 2 夜間・休日救急利用の適正化 など

※新見市内の医師数

	H12	H14	H16	H18	H18岡山県
医師数	39	44	38	38	5,163
人口10万対 医師数	101.3	116.7	103.0	106.9	264.2

(資料1)

医療圏域別の医師数

	平成10年	平成14年	平成18年	増減 H18-H10
県南東部	2,383 (260.0)	2,548 (278.0)	2,625 (286.4)	242
県南西部	1,508 (211.2)	1,618 (226.6)	1,772 (248.1)	264
高梁新見	120 (160.3)	107 (142.9)	100 (133.6)	△20
真庭	98 (185.6)	102 (193.2)	83 (157.2)	△15
津山英田	303 (152.4)	330 (166.0)	332 (167.0)	29
計	4,412 (225.4)	4,705 (240.4)	4,912 (251.0)	500

* 医療施設従事医師数。()内は、平成17年国勢調査結果による人口10万人当たり医師数

(資料2)

地域医療確保のための都道府県による「医療対策協議会」(医療法)

- 地域において必要とされる医療の確保に関する事項に関し必要な施策を定めるため、都道府県が中心となって地域の医療関係者と協議を行う場。
- 実体上都道府県に設置されていた協議会を法定化。平成19年4月1日施行。

構成

- ・ 特定機能病院、地域医療支援病院、公的医療機関等の病院関係者
- ・ 診療に関する学識経験者の団体
- ・ 医療従事者養成関係機関(大学等)など

医療法において規定

- ・ 独立行政法人国立病院機構
- ・ 地域の医療関係団体
- ・ 関係市町村
- ・ 地域住民を代表する団体 など

医療法施行規則において規定

果たすべき機能

- どの地域にどれだけの医師がいるか、どの地域にどれだけの医療に対するニーズがあるかについて、現状分析。
- 地域の医療に対するニーズの把握と、ニーズに応じた短期及び中・長期的な効率的な医療提供体制のあり方についてのコンセンサスの形成。
- 上記の医療提供体制に応じた医師の配置。これを実現するため、医師の多い医療機関と医師の少ない医療機関との間で、都道府県が主体となって医師派遣の調整を実施。
- へき地等への医師派遣についてのシステムの検討。

※ 国としては、独自に創意工夫を凝らした先進的な取組と認められるものを、モデル事業として補助を行うこととしている。

(資料3)

国庫補助制度の変更

平成20年度

医師確保等推進事業

- ① 派遣元医療機関経費
- ② 派遣先医療機関経費

医師派遣病院診療体制強化設備整備事業

- 対象経費
地域医療対策協議会の決定する医師派遣に協力する病院における診療体制の強化を図るために必要な医療機器等の備品購入費
- 基準額(1か所当たり)
 $21,000 \text{ 千円} \times \text{派遣期間月数} / 12 \text{ か月}$

平成21年度

医師派遣等推進事業

- ① 派遣先医療機関における派遣医師の受入準備等経費
 - ② 派遣元医療機関における医師派遣による対価の一部に相当する額
- 対象経費
派遣元医療機関における直近の決算数値により算出される医師1人1月あたりの経常利益相当額に派遣医師ごとに派遣月数を乗じて得た額の合算額
 - 基準額(派遣医師1人当たり)
 $1,250 \text{ 千円} \times \text{派遣期間月数}$

これからの医師確保対策について(案)

平成21年5月14日

岡山県の人口あたりの医師数は全国平均を上回っているが、高梁・新見、真庭、津山・英田の3医療圏では全国平均を大きく下回るなど地域による医師の偏在がある。

このため、大学病院や中核となる病院、医療関係団体等で構成する岡山県医療対策協議会において、緊急に取り組むべき対策と中長期的に取り組むべき対策について検討し、関係団体等と協働で取り組むことで、地域の実情に応じた医師確保策と医療提供体制の整備を総合的に推進する。

【緊急に取り組む対策】

○医師不足地域への緊急臨時的医師派遣

救急告示施設のない新見地域に緊急臨時的な医師派遣を行い、救急医療体制の確保を図る。

(平成20年6月～新見中央病院)

○県北地域の小児救急医療体制の整備

県北地域の小児救急医療体制の充実を図るため、24時間、365日の小児救急患者を受け入れる小児救急医療拠点病院を県北地域に整備する。

(平成20年10月～津山中央病院)

○産科・小児科の連携体制の構築

地域の産科病院と診療所が連携し、妊婦健診は身近な診療所で、出産は診療所と連携した病院で行うことができる産科オープン体制を整備する。

(平成18年4月～岡山大学病院、平成20年11月～津山中央病院)

○県北地域にへき地医療拠点病院を整備

県北地域に新たに1か所へき地医療拠点病院を整備し、合わせて9か所のへき地医療拠点病院からへき地診療所等へ医師派遣を行う体制を整備する。

(平成21年4月～津山中央病院)

【上記に加えて取り組む対策】

○県北地域等の医師不足病院への支援

県内の大学病院や中核となる病院が、医師不足地域の医療ニーズや派遣協力病院の実情に応じ、特定の日時に必要な診療科の医師派遣を行う。(この場合、派遣元病院と派遣先病院が協定を締結し、医師派遣費用等を支払う。)

○地域に定着する医師の育成、確保

臨床研修病院と地域の病院、診療所が連携し、訪問診療や在宅医療などについて、一定期間の地域医療研修を企画し実施する。

○子育てしながら働く医師の確保対策

医師国家試験合格者の約3割が女性であり、また、産科、小児科志望者のうち、女性の割合が5割を上回る状況にあることから、子育てしながら働きやすい環境の整備に病院や医療関係団体等と連携しながら取り組む。

○岡山大学医学部と連携した地域枠学生の確保と卒後に向けた支援

平成21年度から岡山大学医学部に地域枠(5名)を創設し、卒業後は一定期間、県の指定する医療機関で診療に従事することを返還免除の条件とする奨学金制度を設けたところであり、岡山大学医学部と連携し、地域医療に定着するためのプログラムを実施する。

【県と市町村の役割分担】

○市町村の役割

市町村は、地域の実情に応じた医師確保対策や医療提供体制の確保について、医療機関や関係団体等との連携はもとより、地域住民の協力を仰ぎながら、主体的に対策に取り組む必要がある。

○県の役割

県は、市町村の主体的な取組を支援するとともに、広域的な視点から、地域医療に影響が生ずる場合の緊急臨時的な医師派遣(1年間)の調整を行うほか、大学病院や中核となる医療機関、関係団体等と連携しながら、5医療圏域における良質な医療の確保を図るための取組の推進や医療連携体制の構築など総合的な医師確保対策に取り組む。

【医療対策協議会】

医療対策協議会においては、地域の医療状況や市町村の取組状況を勘案しながら、地域の実情に応じた医療を確保するために、必要な医師の確保対策、医療機関相互の機能分担や連携等について協議を行うとともに、まとめや評価を行い、効果的な対策に関係団体等と連携しながら取り組む。

臨床研修医調査

県内17研修病院の研修医を対象に県内への定着や研修の充実に役立てるために実施。

○ 前期研修医 回答者 126人 回答率43.5% (配布数290)

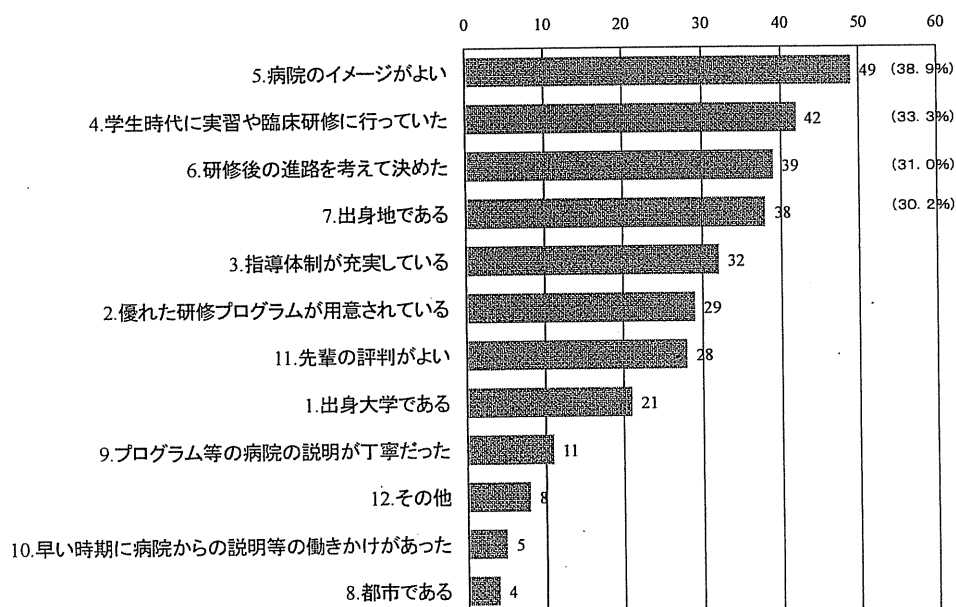
	出身大学		合計
	岡山県内	岡山県外	
出身地 岡山県内	32	35	67
県外	31	28	59
合計	63	63	126

○ 後期研修医 回答者 131人 回答率30.1% (配布数435)

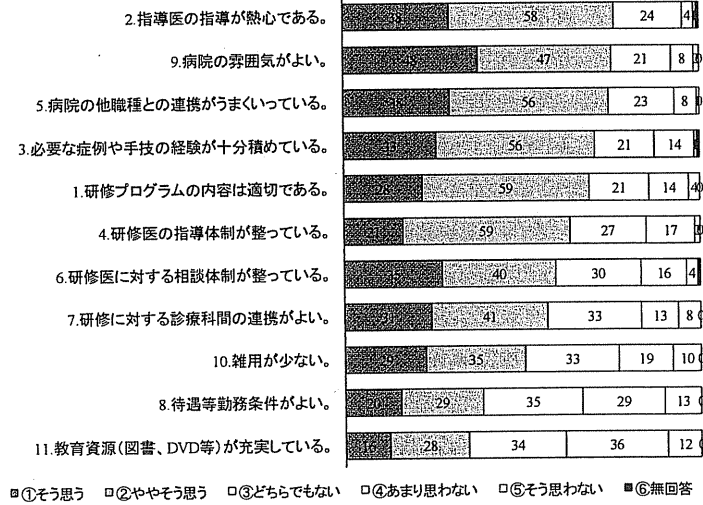
		出身大学			合計
		岡山県内	岡山県外	不明	
出身地	岡山県内	19	22		41
	県外	45	40		85
	不明		3	2	5
	合計	64	65	2	131

研修病院を選んだ理由について(3つまで)

前期研修



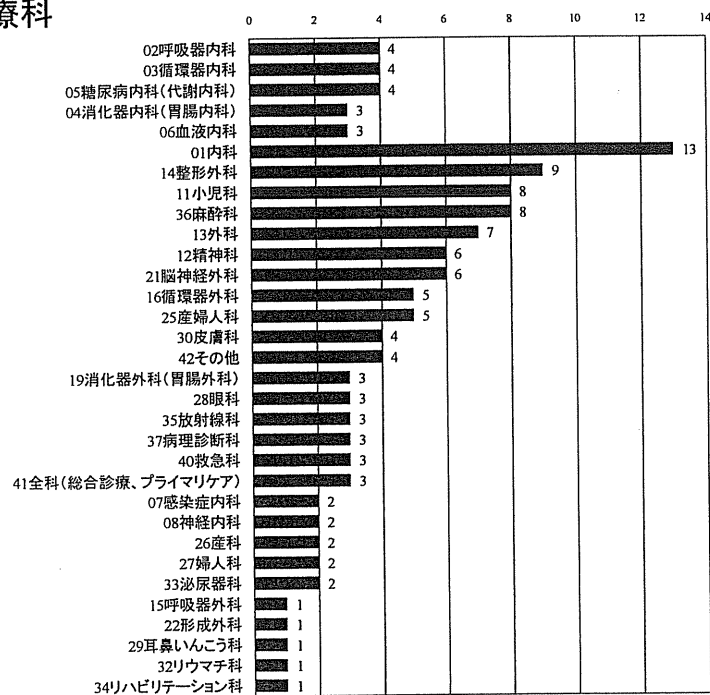
現在の臨床研修病院について、あてはまると思うもの



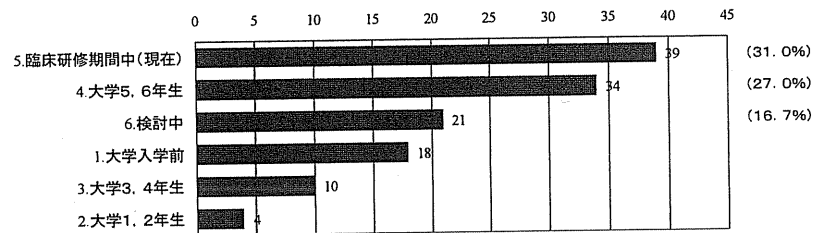
臨床研修への満足度



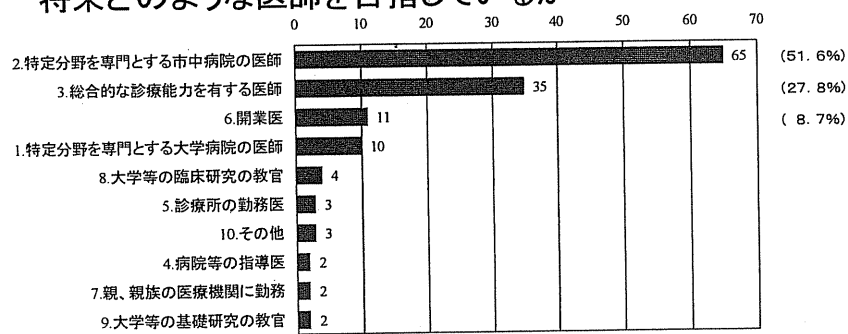
志望する診療科



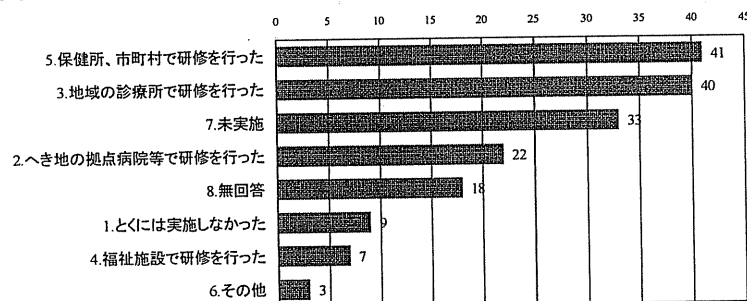
志望診療科を選択した時期



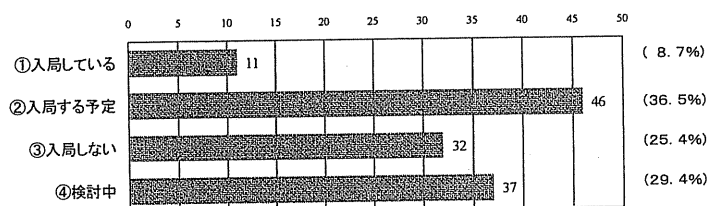
将来どのような医師を目指しているか

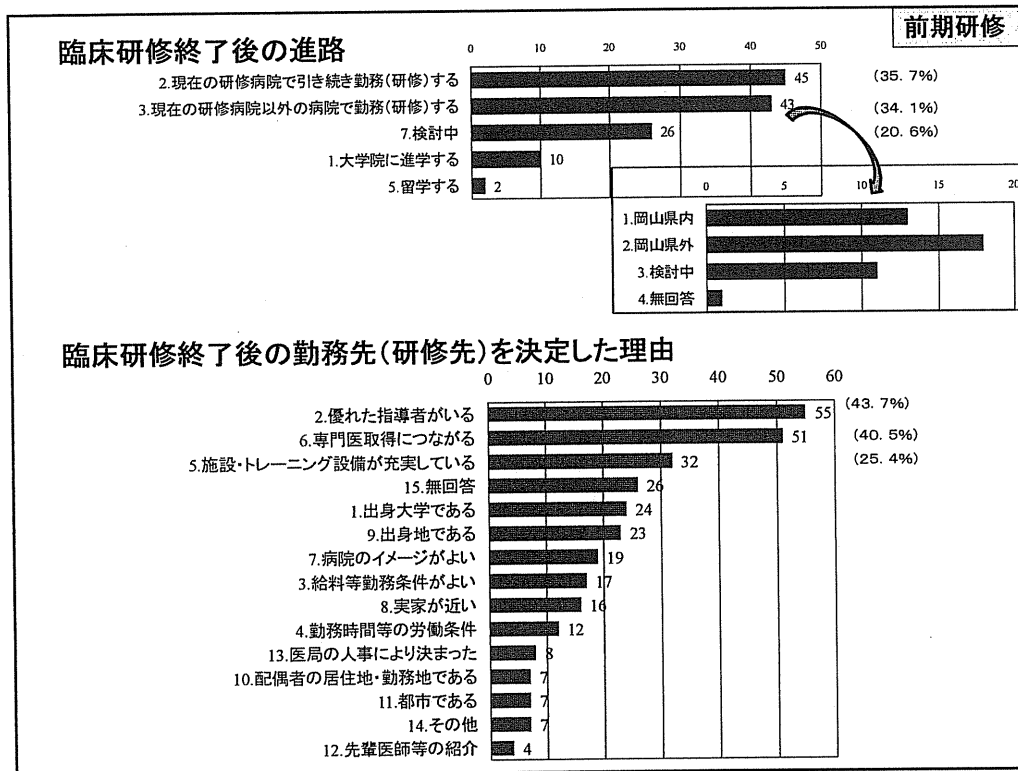


地域保健・医療研修について



大学の医局への入局について





前期研修

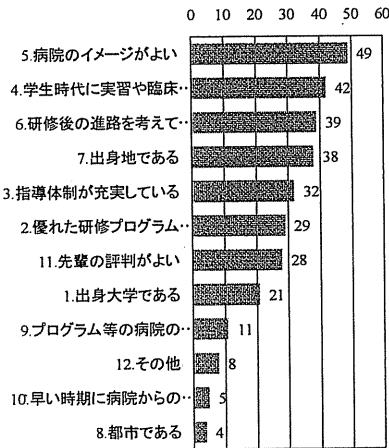
行政や研修病院に希望することなど

- ・2年間のローテートはとても勉強になった。1年に短縮するのは短すぎると思う。
- ・短い期間しか各科を回れなかったが自分の糧になる。スーパーローテート世代として、力をつけていくつもり。
- ・臨床研修は、良い制度だと思います。是非続けてください。単科のみを知っているのでは患者さんへ提供できる医療の質が確実に異なると思います。
- ・プライマリ・ケアを甘くみていると思う。プライマリ・ケアは専門分野。一生かかってトレーニングするもの。
- ・もっと自由に研修できる科を決めさせて欲しい。内科3ヶ月、外科3ヶ月、総診3ヶ月と決めずに。
- ・専門分野を決めている者にとって2年間は長く感じる。ストレート入局の選択肢も今後検討して欲しい。
- ・広い分野を学べる利点はあるが、1~2か月のローテートでは学生と変わらない。指導医も指導しにくい、したくないのでは。いくつか絞って研修した方が良い。
- ・研修には、無駄も多い。将来マイナーな科に行けば、産科、小児科、麻酔科等は必要ない。
- ・内科希望で、産科・小児科・精神科などの期間が長い。
- ・労働時間、給与がもう少し改善すれば良いと考える。地方の病院は保険点数を上げて、現場の職員に還元したらいいと思う。
- ・研修期間、内容を変更しても、結局本人の熱意が無ければ同じ。その熱意は指導医、コメディカル、事務等の環境により大きく変わる。研修医の時期には、患者さんを中心にスタッフが動いているような病院は、指導もきちんとしており、人が集まってくるが、研修医を雑用としか考えていないスタッフが少なからずいることは残念。

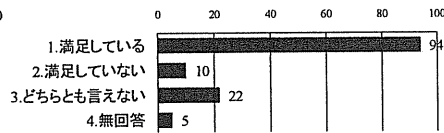
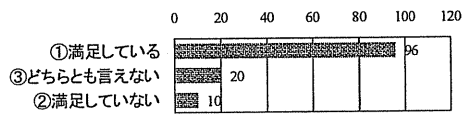
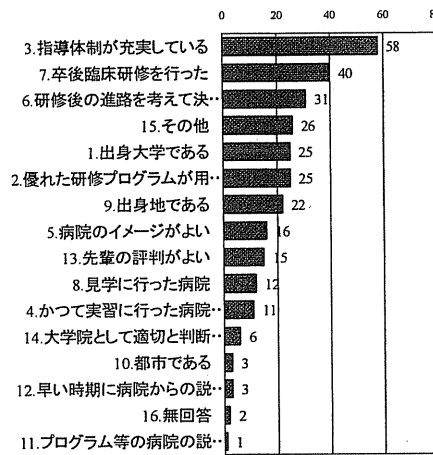
研修病院を選んだ理由

前期後期比較

前期研修医



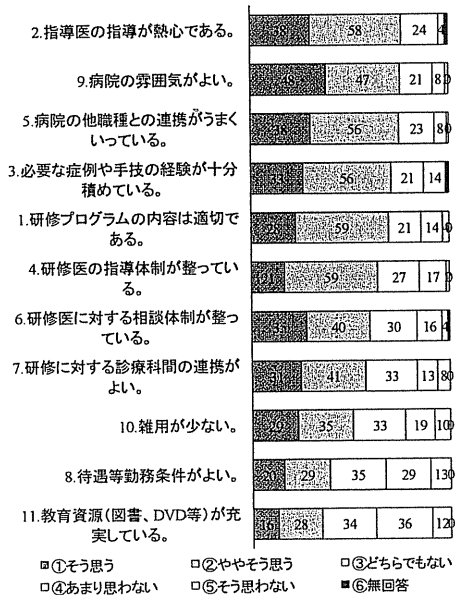
後期研修医



研修病院について当てはまるもの

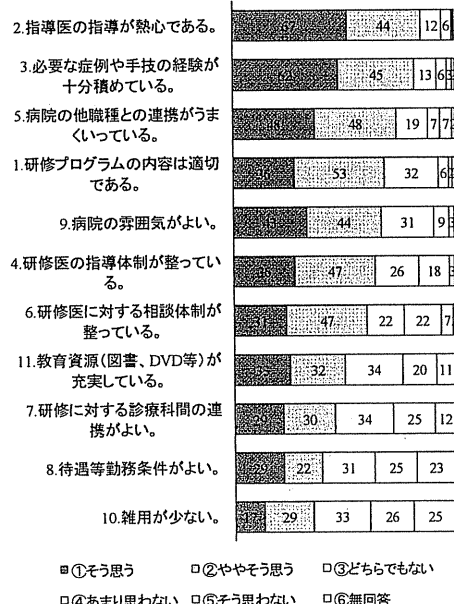
前期後期比較

前期研修医



① そう思う ② ややそう思う ③ どちらでもない
 ④ あまり思わない ⑤ そう思わない ⑥ 無回答

後期研修医

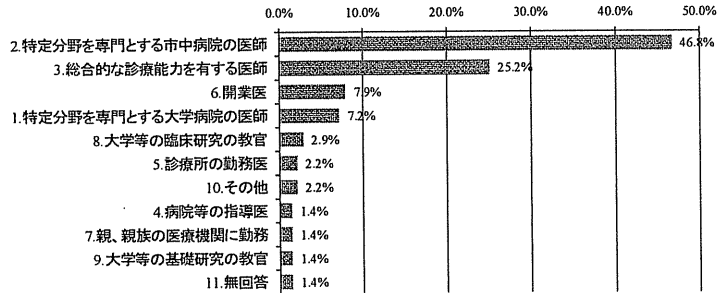


① そう思う ② ややそう思う ③ どちらでもない
 ④ あまり思わない ⑤ そう思わない ⑥ 無回答

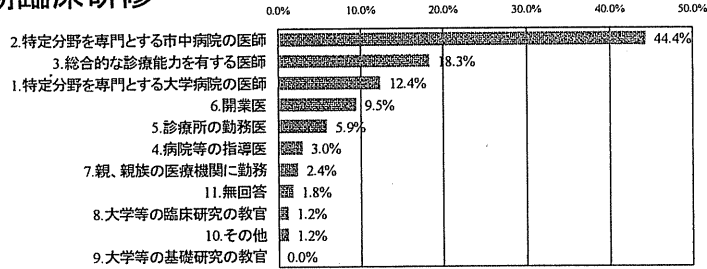
将来どのような医師を目指していますか

前期後期比較

前期臨床研修

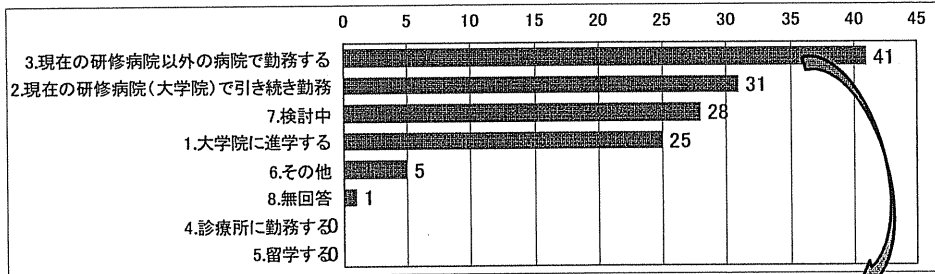


後期臨床研修

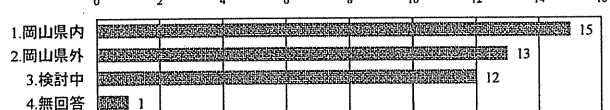


後期研修修了後の進路について

後期研修



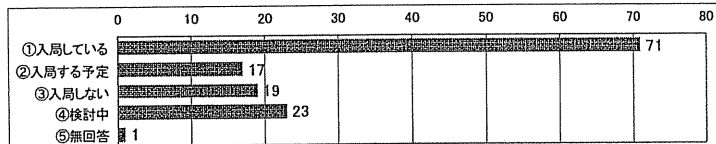
施設所在地



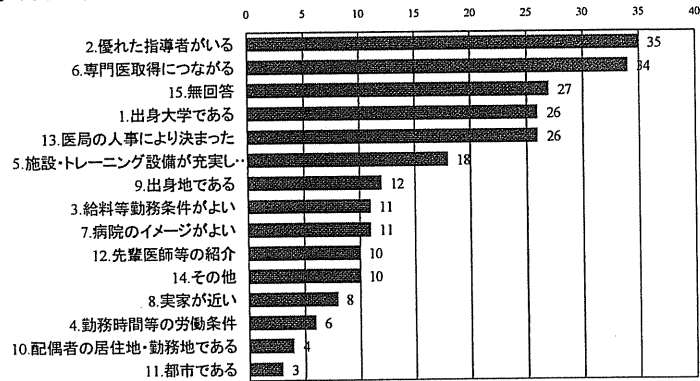
○病院を変える理由

- ・医局人事。よりレベルの高い病院でトレーニングを積みたい。より技術・知識の習得したい。より専門の知識を身につけるため。専門医取得のため。場所を変えてトレーニングを続けるため。
- ・地元に戻る。実家を継ぐ。子育てのため。
- ・現在の待遇・状況に不満。雑用が多く、給料も安い。

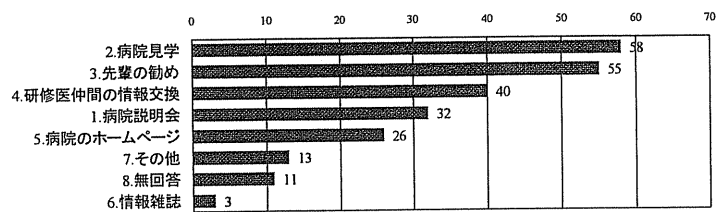
○後期研修終了後は大学の医局に入局しますか



後期研修終了後の勤務先を決定した理由



後期研修病院を選択する際に主に参考にした情報



後期研修について

期待どおりでなかった点等

()内は類似の意見数

- ・給料が安い。指導医も安く良い指導医が減るのでは。(4)
- ・雑用が多い。看護師の仕事を若い医師がしている。(3)
- ・多忙である。忙しくてなかなか勉強の時間がとれない。人数が少なく日常業務に追われる。(5)
- ・分野により症例数が足りない。手技が経験できない。(3)

満足している点

- ・多くの症例、手技を経験出来た。(25)
- ・指導体制が充実している。指導医の先生が熱心(9)
- ・上司、コメディカル、スタッフに恵まれて良いチームで仕事ができる(5)

行政や研修病院に希望すること等(1)

・あまり制度を変えないでください。・ころころ変えられない、一貫した政策。・マイナーな科に人が集まっている現実を受け止めてください。決して全ての医師が待遇だけで選んでいません。・もう少し情報を得やすい環境を作ってください。・ローテーション研修と後期研修の間には溝がある。・医師の確保とか、適正な配置は必要と思うが、うまくいかない原因はもっと根本的なところにあり、医療圏の設定や、大小の病院の配置、役割分担が行政の側から決められるべきだと思います。病院も赤字では存続していけないとは思いますが、医療は有る程度、利益のみではなく、公共性を重視して、国民に提供されるべきものだと思います。後期研修医くらの年代、あるいはもっと上でも、一つの施設で得られるものは限られているため、環境を変えてスキルを身につけていくというのが、当たり前と思っている人が多いと思います。日本も狭いので、県外でも容易・医師の確保を尊重するあまり、個々人の事情を軽視する傾向のある制度としないで欲しい。・一般人に比べ、労働時間が長い。(出勤と退社は最低でも記録を残して欲しい。)休みが全くない。残業手当が払われていない。労働基準は最低守ってもらえる環境・体制にして頂きたい。残業手当が実質不支給のため生活が苦しい(当院では)・看護師、技師などを増やし、研修医の仕事を減らして、仕事に集中させて欲しい。・給料が安すぎる。・研修医は自分の目指す指導医を探して、病院を決める。若い医師を集めるには、良い指導医の待遇を良くして、病院から離れないようにしておくことが大切。岡山県に人を集めるには、岡山の病院にいかかに優秀な指導医がいるかということ発信する必要がある。優秀で患者さんや研修医のために時間を割いている指導医ほど、対外的なアピールは苦手な方が多いと思う。・研修施設であることをよく認識して欲しい。・後期研修でもある程度の複数科を回れる体制をつくってほしい。・後期研修には特に意見はありません。初期研修は特に自分が進む科以外の科の研修で得るものは少なく、進路が決まっている人にとっては必要ないと思います。希望制の方が良いと思います。・後期研修は、認定医や専門医を取得したい年代であり、十分な症例のある病院に行きたい。症例がない病院に回されても困る。・後期研修プログラムは病院毎にあつてないようなものと思います。各学会が指針を出し、それに沿って指導をしていると思います。・後期研修医(初期研修医)もそうだと思うのですが、社会的に身分が保障されていないと感じる。法的には研修医ではなく医師ですが、そうでない扱いを受ける。キャリアパスが全く示されていない。現に臨床研修制度も効果を十分に判断しないまま、現職の初期・後期研修医に対して、期間が今後2年から1年に短縮されることについて説明がない。・後期研修後の進路については各病院あるいは医局に依頼する他なく、条件や勤務内容が、初期～後期研修に比べ全く不透明で進路の選択に非常に悩ましい。情報を得られる機会は無いだろうか。・後期研修後の制度を作ることで、人事交流が広がるものと思います。・後期研修終了後の進路についての情報がほとんど無い。医局に入局する、そのまま病院にスタッフとして残る、大学に帰る、又は自分で進路を探す等の進路が考えられるが、病院間で情報交換や、医師募集の案内をするなどしないと、医師の偏在は解決しないと思う。

行政や研修病院に希望すること等(2)

・後期研修中に勉強したいことがあったが、担当科の業務が忙しいために、他のプログラムは希望しても行うことが出来なかった。ここを改善して欲しい。・最近の臨床研修制度と医師偏在に関する議論は結びつけられる傾向が強いが、誰もが医師としての技能や経験を求めるのは当然であり、両者は別に議論されるべきと思う。また、医師不足の地域に数だけ貼り付けるやり方は地域の医療の質向上にはつながらないと考える。・産科、小児科、地方医療の3つのキーワードしか聞こえてこない現状。他科にも目を向けて欲しい。・私の場合、内科医師ですが後期研修医というのは非常にあいまいな立場です。やりたいことがあっても研修医だからダメだと言われる。その一方で、初期研修医とは違うのだからと言われる。病院は研修医無しでは成り立っていかないとします。待遇の改善を行政からも指導して頂きたい。・時間外労働時間が、おそらく医師生活で最も長いと考えられる。時期にも関わらず、時間外労働に対する給与の制限がある点は今後検討して頂きたい点です。(当直明けは、午前までの労働との規定があるが、午後働いても、時間外がつかない。平日の深夜まで働いても上限以上の時間は労働時間として認められなかったなど。)・初期研修は期間が短く、医師の能力をつけるにはあまりに不十分なので後期研修が実質的な診療能力をつける期間になっており、ある程度大規模で指導医のいる施設でないと技能を身につける事が出来ないと感じた。・女性医師にとって、校旗研修期間は20代後半～30代前半にあたり、ライフステージの一つの重要な局面です。ありがたいことに、自分自身は常勤のまま第1子を出産、育児し、今も第2子を妊娠中で、産後は復職させていただけのようです。しかし、医師という仕事の特殊性(当直、宅直、患者の急変による「就業時間」のしぼりのなさ)は既存の子育て行政の想定ではとうていカバーしきれないものではないようです。10年先には後期研修か、子どもを得るか、天秤にかけなくて良い時勢になっていますように。・女性医師の妊娠に対する対応について、もう少し検討していただきたい。託児所の問題など。・卒後3年目から数年間を後期研修と名付けるのであれば、初期研修のように、各科専攻分野で目標を明確に提示して欲しい。後期研修期間も、各病院、各分野で現状は異なるため統一して欲しい。・大学病院の給料が少なすぎる。完全なる超過勤務状態である(手当無し)。行政で一定の補助など何か良い方法は無いでしょうか。AM8:30～PM10,11:00プラス月に当直業務4回。・内科も結構大変な割に、給料があまり良くない。・富める病院は益々富み続ける気配が濃厚です。せめて後期研修ぐらい終わらないと医者は使い物にならないと思うので、行政がむきになって医師の再分配や、配置換えをしても意味がないと思います。きちんとトレーニングを受けてない医師に診察されて困るのは国民全員です。医師が増えず困るのであれば、まず患者数を抑制してはいかかでしょうか。・未来ビジョンが見える、明るい研修であれば、都市・地方関係なく人数は集まると思いますが、良いように利用されている面がある。

前期研修

まとめ

- ・研修病院については、病院のイメージがよい(49)、学生時代に実習等に行っていた(42)、研修後の進路を考えて決めた(39)、出身地である(38)といった理由で決めた医師が多かった。
- ・現在の研修病院については、指導医の指導が熱心である、病院の雰囲気が良い、他職種との連携がうまくいっている、などでそう思うとする割合が高くなっていた。一方、教育資源が充実している、待遇等勤務条件が良い、雑用が少ないなどでは、そう思わないと答えた人が多かった。
- ・志望科を選択した時期は、臨床研修中(39)と大学5、6年生(34)と答えた人が多く、検討中も21人となっていた。
- ・将来は特定分野を専門とする市中病院の医師を目指している者(65)が多く、次いで総合的な診療能力を有する医師の順となっていた。
- ・医局への入局者は11人と少なかったが、入局する予定と答えた者46人となっていた。一方、入局しないと答えた者も32人となっていた。
- ・臨床研修修了後の進路は現在の研修病院で引き続き勤務する者(45)と他の研修病院で勤務する者(43)がほぼ同数となっていた。他の研修病院で勤務する者は、県外の施設(18)、県内の施設(13)となっていた
- ・勤務先を決めた理由は、優れた指導医がいる(55)、専門医取得につながる(51)、施設・トレーニング設備が充実している(32)と答えた者が多かった。

後期研修

まとめ

- ・研修病院を選んだ理由では、指導体制が充実している(58)、卒後臨床研修を行った(40)、研修後の進路を考えて決めた(31)が多かった。
(前期では病院のイメージがよい、学生時代の実習等の経験が多かった)
- ・満足度していると答えた割合は94人と7割を超えていた。
- ・研修病院についてあてはまるものでは、指導医の指導が熱心(111)、必要な症例・手技の経験が積めている(107)、他職種との連携がよい(96)の割合が高かった。
(前期研修より後期研修の方がそう思うと答えた割合が多かった)
- ・将来どのような医師を目指すかは、特定分野を専門とする市中病院の医師の割合が44.4%と多く、総合的な診療能力を持つ医師も18.3%、大学病院の医師12.4%、開業医9.5%となっていた。
- ・後期研修修了後の進路は、現在の研修病院以外の病院で勤務するが41人と多く、勤務先は県内(15)、県外(13)、検討中(12)となっていた。
- ・入局者は71人と多く、入局する予定は17人で、入局しない19人、検討中23人となっていた。
- ・勤務先を決めた理由は、優れた指導者がいる(35)、専門医取得につながる(34)が多かった。
- ・病院選択に際し参考とした情報は、病院見学(58)、先輩の勧め(55)、研修医仲間の情報交換(32)の順に多くなっていた。

医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の一部を改正する
省令及び関連通知の一部改正(案)について

1 研修プログラムについて(通知の改正による)

基本的な考え方

- より良い医師の育成のため、「医師としての人格のかん養とプライマリ・ケアの基本的な診療能力の修得」という制度の基本理念、および基本理念を具体化した到達目標を前提とする。
- 研修プログラムは、各病院の個性や工夫を活かした特色のあるものとする。病院の実情を踏まえつつ、研修医の将来のキャリア等に円滑につながるように、研修を行う診療科の構成、各診療科における研修期間及び研修時期を定める。

(1) 臨床研修を行う分野

- 内科、救急部門及び地域医療を「必修科目」として、必ず研修を行う。
- 外科、麻酔科、小児科、産婦人科及び精神科を「選択必修科目」として、この中から2診療科を研修医が選択して研修を行うことを必修とする。病院の判断で、これらの診療科の全部又は一部を「必修科目」とすることもできる。
- 「選択必修科目」については、研修医の希望に応じていずれの診療科の研修も確実に実施できるよう、臨床研修病院は各診療科で研修を行うことができるプログラムを必ず用意し、受け持ちの入院患者について指導できる体制を確保する。

(2) 研修時期・期間

- 原則として、当初の12月の間に内科及び救急部門を研修し、次の12月の間に地域医療の研修を行う。
- 原則として、内科は6月以上、救急部門は3月以上、地域医療は1月以上の研修を行う。
- 「選択必修科目」は、病院の判断で適切な期間の研修を行う。

(3) 地域医療の研修

- 地域医療の研修は、十分な指導体制の下で、患者が営む日常生活や居住する地域の特性に則した医療(在宅医療を含む)について理解し、実践するという趣旨であり、へき地・離島診療所、中小病院、診療所等において行う。

- 研修を行う施設は、関係自治体や地域医療対策協議会の意向を踏まえるなど、地域の実情に応じて選定されるよう配慮する。

(4) 医師不足の診療科への対応

- 研修医の募集定員が一定数以上(例えば20人以上)の臨床研修病院は、将来小児科医及び産科医になることを希望する研修医を対象とした研修プログラム(募集定員2名以上)を必ず設ける。

(5) 到達目標の達成度の評価

- 到達目標について、研修医の達成度を客観的に評価する仕組みを構築する。

2 臨床研修病院の指定基準について(省令・通知の改正による)

基本的な考え方

- 研修の質の向上のため、臨床研修病院の基準を強化するとともに、医療機関の連携によって、地域の中核病院を中心とした臨床研修病院群の形成を推進する。

(1) 臨床研修病院(協力型臨床研修病院を除く。以下同じ。)の指定基準

- 臨床研修病院は、以下の事項を満たすものとする。
 - ① 救急医療を提供していること
 - ② 年間入院患者数が3,000人以上であること
 - ③ 研修医5人に対して指導医を1人以上配置すること
 - ④ 臨床病理検討会(CPC)を適切に開催していること
 - ⑤ 協力型臨床研修病院その他の医療機関と連携して研修を行うこと

* その他の基準は現行の管理型臨床研修病院の基準どおり

(2) 経過措置

- 臨床研修病院の指定基準に適合しなくなり、指定取り消しの対象となる場合などについては、一定期間の経過措置を設け、地域の実情や研修医の受入実績等を考慮したきめ細かな対応に配慮する。

(3) 臨床研修病院の新規指定の取扱い

- 協力型臨床研修病院として一定の実績があることを前提に、指定基準を満たす場合は新規指定を行う。

3 研修医の募集定員について(省令・通知の改正による)

基本的な考え方

- 研修希望者に見合った募集定員の総枠を設定するとともに、研修医の地域的な適正配置を誘導するため、都道府県別の募集定員の上限を設定する。
- 各病院の募集定員を、過去の研修医受入実績を踏まえ適正規模に見直すとともに、医師派遣実績等を勘案した上で、都道府県の募集定員の上限と必要な調整を行って設定する。
- 都道府県別の募集定員の上限及び各病院の募集定員の設定に当たっては、一定の経過措置を設け、地域の実情や研修医の受入実績等を考慮したきめ細かな対応に配慮する。

(1) 病院における研修医の募集定員は、以下の①、②の数値を超えないこととする。

① A

A: 当該病院の過去数年間(例えば過去3年間)の研修医の受入実績の最大の数値。ただし、一定の定義に基づき、当該病院からの医師派遣等の実績を勘案して一定の限度内で定める数を加算する。

② 当該病院が所在する都道府県内にある臨床研修病院及び大学病院が希望する募集定員の合計が、(3)で定める当該都道府県の募集定員の上限を超える場合は、以下の計算式により算定した数値

$$A \times B / C$$

B: (3)で定める当該都道府県の募集定員の上限

C: 当該都道府県内における臨床研修病院及び大学病院が希望する募集定員の合計

③ 経過措置

BがCより大幅に小さい場合は一定の経過措置を設け、地域の実情や研修医の受入実績等を考慮したきめ細かな対応に配慮する。

(2) 募集定員の加算について

○ (1)にある「医師派遣等」とは、①～⑤のすべてを満たす場合とする。

① 以下の場合のいずれかに当てはまること。

ア 病院が、当該病院に勤務する医師を、出向などにより、その他の病院に勤務させる場合

イ 病院が、当該病院に勤務経験のある医師を、その他の病院との主たる調整役になって、その病院に勤務させる場合

ウ 病院が、労働者派遣法に基づき、地域医療の確保等のために医師を派遣する場合

* 労働者派遣法：労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の就業条件の整備等に関する法律(昭和60年法律第88号)

② 対象となる医師は、医師免許取得後一定の臨床経験(例えば7年以上15年以下)を有し、その他の病院で常勤として勤務すること。

③ その他の病院で勤務する期間が継続して1年以上3年以下であること。

④ 各都道府県における地域医療対策協議会や関係する地方公共団体などの意向を踏まえたものであること(平成23年度以降に臨床研修を開始する研修医の募集定員について適用する)。

⑤ 開設者が同一の病院間において行われている医師派遣等や、その他の病院との相互の交流として行われている医師派遣等ではないこと。

○ 募集定員に加算する数値については、研修医の募集を行う年度の前年度末の時点で医師派遣等が行われている常勤の医師数を勘案して定めることとし、一定の上限(例えば10名)を設けること。

(3) 各都道府県における募集定員の上限とは、以下の計算式により算定した数値をいう。

* 研修医の数については1学年分

① $D + E + F$

D: D1とD2のうちの多い方の数値

D1: 全国の研修医の前年度総数 × 当該都道府県の人口 / 全国の総人口

D2: 全国の研修医の前年度総数 × 当該都道府県内の大学医学部の入学定員の合計 / 全国の大学医学部の入学定員の合計

E: $D \times \alpha$

(100平方km当たりの医師数が全国の中央値よりも少ない道県に限る)

F: $D \times \text{離島人口} \times \beta / \text{当該都道府県の人口}$

* 離島人口とは、離島振興法(昭和27年法律第72号)、小笠原諸島振興開発特別措置法(昭和44年法律第79号)、奄美群島振興開発特別措置法(昭和29年法律第189号)及び沖縄振興特別措置法(平成14年法律第14号)に基づき指定されている離島の人口

* α 、 β とは、調整係数(例えば $\alpha=10\% \sim 20\%$ 、 $\beta=5$)

② 都道府県の募集定員の上限が、当該都道府県内における病院が希望する募集定員の合計よりも大幅に下回る場合は一定の経過措置を設ける(例えば、前年度の研修医の受入実績からの削減率は当面10%を上限とする)。

(4) 各病院の募集定員の増員の取扱いについて

○ 当該病院の所在する都道府県内にある病院が希望する募集定員の合計が当該都道府県の上限を超えない場合には、当該病院の前年度の研修医の受入実績や地域の実情等一定の条件の下に、増員を認めることとする。

(5) 新規指定における募集定員の取扱いについて

○ 臨床研修病院を新規に指定する場合は、募集定員を2名とする。

(6) 研修医の募集の方法について

○ 研修医の募集方法は現行どおりとする。

<参考 現行の募集方法>

- ・ 各病院において、研修医の募集定員を研修プログラムごとに定め、その合計が病院全体の募集定員となるように設定する。
- ・ 臨床研修病院が公表する研修プログラムを研修希望者が全国規模で選択する。

4 適用時期等について

○ 平成22年度から研修を受ける研修医に対する臨床研修から適用する。

○ 施行から5年以内に必要な検討を行い、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

研修プログラム弾力化により考えられる研修プログラムの例①

1. 現在と同様の研修プログラム

1年目			2年目					
内科 6月	外科3月	救急3月	麻酔科 1月	産婦人科 1月	小児科 1月	精神科 1月	地域医療 1月	選択科目 7月
								* あらかじめ研修病院が 選択肢を設定する

2. 2年目に将来専門とする診療科で研修を行う研修プログラム

1年目			2年目	
内科 6月	救急3月	選択必修 3月 (2科目で3月)	地域 医療 1月	将来専門とする診療科を中心に 関連の診療科での研修 11月
				* あらかじめ研修病院が 選択肢を設定する

研修プログラム弾力化により考えられる研修プログラムの例②

3. 研修開始時から将来専門とする診療科(例えば外科)で研修を行う研修プログラム

1年目			2年目		
(例)外科 3月	内科 6月	救急3月	地域 医療 1月	(例)麻酔科 3月	(例)外科 8月

4. 選択必修の科目や地域医療を重点的に実施する研修プログラム

1年目			2年目		
内科 6月	救急3月	選択必修 3月 (1科目で3月)	選択必修 3月 (1科目で3月)	地域医療 3月	選択科目6月
					* あらかじめ研修病院が 選択肢を設定する

臨床研修病院の指定基準の見直し(案)

現 状

指定基準(協力型臨床研修病院等と共同で満たす)

- 臨床研修を行うために必要な症例があること
 - ・内科・外科・小児科・産婦人科・精神科の年間入院患者100人以上
- 救急医療を提供していること
- 臨床病理検討会(CPC)を適切に開催していること
- 指導医1人が受け持つ研修医は5人までが望ましいこと



案

指定基準(臨床研修病院が単独で満たす)

- 臨床研修を行うために必要な症例があること
 - ・年間入院患者3,000人以上
- 救急医療を提供していること
- 臨床病理検討会(CPC)を適切に開催していること
- 研修医5人に対して指導医1人以上配置すること
- 協力型臨床研修病院その他の医療機関と連携して研修を行うこと

都道府県別募集定員の上限の考え方(案)

① 人口分布

$$\text{全国の研修医総数} \times \frac{\text{都道府県別の人口}}{\text{日本の総人口}}$$

② 医師養成状況

$$\text{全国の研修医総数} \times \frac{\text{都道府県別の医学部入学定員}}{\text{全国の総医学部入学定員}}$$

③ 地理的条件

- (a) 面積当たりの医師数
(100平方km当たりの医師数)
- (b) 離島の人口

①
と
②
の
多
い
数

+

③

○全国の研修医総数を「①人口分布を勘案して配分した数」と、「②医学部入学定員を勘案して配分した数」の多い方の数に、「③地理的条件を勘案した数」を加えた数を都道府県別の募集定員の上限とする

都道府県別の募集定員の上限を設定

研修病院の募集定員設定方法(案)

一般的な設定方法

都道府県の募集定員
の上限と調整

前年度募集定員

次年度募集定員

過去の採用実績

医師派遣を評価

(例えば、過去
3年間の採用
実績の最大値)

(例えば、10名加算)

超過分調整

例えば、都道府県内の
病院の募集定員の合計
が100名で、都道府県
の上限が90名の場合、
原則として、募集定員に
 $\frac{90}{100}$ を乗じて調整

経過措置

削減率が大きい場合、
削減の割合に一定の
限度を設ける

A病院
医師派遣
あり

30名



20名



20 + 10
= 30名
(10名加算)



$30 \times \frac{90}{100}$
= 27名
(3名削減)

B病院
医師派遣
なし

12名



10名



10名
(加算なし)



$10 \times \frac{90}{100}$
= 9名
(1名削減)

※都道府県別の募集定員の上限を調整する必要がない場合は、募集定員の増員が可能

研修医の募集定員に関する都道府県別の上限についての試算 (20年度研修医採用実績を用いた場合)

都道府県	① 20年度 募集定員	② 20年度 採用実 績	③ 総人口 (千人)	④ 21年度 医学部 定員	⑤ 採用実 績を人 口割合 で配分	⑥ 採用実 績を医 学部定 員割合 で配分	⑦ ⑤と⑥と 多い 数	⑧ 100km ² 当たり 医師数	⑨ 面積当 たりの 医師数 による 加算 *1	⑩ 離島人 口 *2	⑪ 離島人 口によ る加算 *3	⑫ 都道府 県の上 限 (⑦+⑨+ ⑩)	⑬ 都道府 県の上 限と募 集定員 との差 (⑫-①)	⑭ 都道府 県の上 限と採 用実績 との差 (⑫-②)	⑮ 都道府 県の上 限と採 用実績 との差 割合 (⑮/②) *4	⑯ 経過措 置後の 上限 *5	⑰ 採用実 績との 差 (⑯-②)
北海道	504	313	5,570	327	337	295	337	14.8	68	13,672	5	410	△ 94	97		410	97
青森県	113	63	1,407	120	85	108	108	26.7	22			130	17	67		130	67
岩手県	112	66	1,364	110	83	99	99	16.8	20			119	7	53		119	53
宮城県	189	115	2,347	110	142	99	142	67.5		5,672	2	144	△ 45	29		144	29
秋田県	133	63	1,121	115	68	104	104	19.6	21			125	△ 8	62		125	62
山形県	112	60	1,198	120	73	108	108	26.3	22	298	1	131	19	71		131	71
福島県	144	76	2,067	100	125	90	125	27.7	26			151	7	75		151	75
茨城県	176	119	2,969	108	180	98	180	75.6				180	4	61		180	61
栃木県	174	126	2,014	223	122	201	201	64.4				201	27	75		201	75
群馬県	158	80	2,016	110	122	99	122	66.3				122	△ 36	42		122	42
埼玉県	306	214	7,090	190	429	172	429	263.8				429	123	215		429	215
千葉県	400	283	6,098	110	369	99	369	187.4				369	△ 31	86		369	86
東京都	1,582	1,338	12,758	1,411	772	1,274	1,274	1,631.7		28,830	15	1,289	△ 293	△ 49	3.7%	1,289	△ 49
神奈川県	750	584	8,880	420	538	379	538	651.7				538	△ 212	△ 46	7.9%	538	△ 46
新潟県	156	70	2,405	120	146	108	146	35.6	15	68,294	21	182	26	112		182	112
富山県	117	54	1,106	105	67	95	95	62.3	10			105	△ 12	51		105	51
石川県	139	86	1,170	220	71	199	199	71.2		155	1	200	61	114		200	114
福井県	86	49	816	110	49	99	99	42.2	10			109	23	60		109	60
山梨県	89	51	877	120	53	108	108	39.2	11			119	30	68		119	68
長野県	204	106	2,180	110	132	99	132	32.1	14			146	△ 58	40		146	40
岐阜県	170	95	2,104	100	127	90	127	35.7	13			140	△ 30	45		140	45
静岡県	268	160	3,801	110	230	99	230	86.5		232	1	231	△ 37	71		231	71
愛知県	707	446	7,360	415	446	375	446	271.9		4,607	2	448	△ 259	2		448	2
三重県	154	75	1,876	120	114	108	114	60.4	12	5,301	2	128	△ 26	53		128	53
滋賀県	108	85	1,396	110	85	99	99	70.0				99	△ 9	14		99	14
京都府	353	274	2,635	210	160	190	190	167.3				190	△ 163	△ 84	30.7%	247	△ 27
大阪府	860	613	8,812	510	533	461	533	1,163.3				533	△ 327	△ 80	13.1%	552	△ 61
兵庫県	420	319	5,589	215	338	194	338	142.4		9,438	3	341	△ 79	22		341	22
奈良県	130	78	1,410	105	85	95	95	79.9				95	△ 35	17		95	17
和歌山県	109	74	1,019	95	62	86	86	56.0	9			95	△ 14	21		95	21
鳥取県	70	30	600	90	36	81	81	48.4	9			90	20	60		90	60
島根県	95	37	731	105	44	95	95	28.9	19	23,809	16	130	35	93		130	93
岡山県	227	150	1,953	220	118	199	199	72.6		3,710	2	201	△ 26	51		201	51
広島県	228	142	2,873	110	174	99	174	79.5		16,988	6	180	△ 48	38		180	38
山口県	136	57	1,474	105	89	95	95	58.7	10	5,310	2	107	△ 29	50		107	50
徳島県	84	49	800	105	48	95	95	56.7	10	337	1	106	22	57		106	57
香川県	100	64	1,006	105	61	95	95	134.9		8,462	4	99	△ 1	35		99	35
愛媛県	127	68	1,452	105	88	95	95	59.9	10	18,101	6	111	△ 16	43		111	43
高知県	86	38	782	105	47	95	95	30.6	10	332	1	106	20	68		106	68
福岡県	604	434	5,056	430	306	388	388	282.6		2,884	2	390	△ 214	△ 44	10.1%	391	△ 43
佐賀県	77	58	859	100	52	90	90	85.2		2,400	2	92	15	34		92	34
長崎県	154	68	1,453	105	88	95	95	96.9		159,600	53	148	△ 6	80		148	80
熊本県	154	98	1,828	110	111	99	111	62.6		4,533	2	113	△ 41	15		113	15
大分県	110	54	1,203	105	73	95	95	45.8	10	5,554	3	108	△ 2	54		108	54
宮崎県	70	45	1,143	105	69	95	95	33.1	10	1,308	1	106	36	61		106	61
鹿児島県	143	68	1,730	105	105	95	105	43.8	11	182,542	56	172	29	104		172	104
沖縄県	175	140	1,373	107	83	97	97	130.2		133,061	47	144	△ 31	4		144	4
計	11,563	7,735	127,771	8,566	7,735	7,735	9,272	73.6	372	705,430	257	9,902	△ 1,661	2,167		9,979	2,244

- 注) 1. 本試算は、20年度研修医採用実績を用いるなど、一定の条件の下で行った試算である
2. 22年度の募集定員について算定する場合は、21年度採用実績を用いるなど諸条件が変わるため、本試算の数値とは異なる
3. 計算結果の端数処理の関係から、都道府県別の値と合計の値が一致しない場合がある
- * 1 100平方km当たりの医師数が全国の中央値よりも少ない県には10%加算、30未満の道県には20%加算
* 2 離島人口とは、離島振興法・小笠原諸島振興開発特別措置法・奄美群島振興開発特別措置法・沖縄振興特別措置法で指定された離島の人口
* 3 離島人口×調整係数5/都道府県全体の人口
* 4 ⑮は各都道府県内の病院が今後希望する募集定員の合計を、20年度研修医採用実績に等しいと仮定して、試算したものである
* 5 ⑮の減少の程度が10%を超える場合、経過措置として、各都道府県内の病院が希望する募集定員の合計(この場合、20年度採用実績に等しいと仮定)から減少する割合の限度を10%とする

卒後臨床研修病院 研修医(1年目) 受入数

(単位:人)

No.	病 院 名	16年度	17年度	18年度	19年度	20年度	過去3年最大	20年度募集定員
1	国立病院機構 岡山医療センター	9	13	15	15	15	15	15
2	独立行政法人労働者健康福祉機構岡山労災病院	4	6	3	1	5	5	6
3	岡山大学病院	16	6	13	11	8	13	32
4	総合病院岡山市立市民病院	6	5	5	5	5	5	6
5	総合病院岡山赤十字病院	12	11	12	10	11	12	11
6	社会福祉法人恩賜財団済生会岡山済生会総合病院	14	12	13	11	11	13	14
7	川崎医学振興財団川崎医科大学附属川崎病院	4	4	6	2	0	6	9
8	総合病院岡山協立病院	1	1	4	1	2	4	4
9	特定医療法人鴻仁会 岡山中央病院	1	0	6	3	5	6	5
10	総合病院玉野市立玉野市民病院	0	0	1	0	0	1	2
11	川崎医科大学附属病院	36	34	30	29	42	42	68
12	倉敷市立児島市民病院	2	2	1	2	0	2	2
13	倉敷中央病院	24	24	27	23	27	27	30
14	総合病院水島協同病院	3	5	1	3	3	3	5
15	医療法人水和会 総合病院水島中央病院	1	0	2	2	2	2	2
16	倉敷成人病センター	1	3	2	2	3	3	4
17	津山中央病院	7	8	6	11	11	11	12
合 計		141	134	147	131	150	170	227

今後のスケジュールについて（案）

- 4月28日 ▪ 省令の改正
 ▪ 通知の改正等

- 4月30日 ▪ 都道府県担当者説明会

- 5月 ▪ 関係機関への説明会

- 6月末 ▪ 病院からの研修プログラム変更
 ▪ 届の締切（募集定員の届出）

- 7月～9月 ▪ 研修プログラムの審査、内容確認
 ▪ 各病院 研修希望者の面接
 ▪ 各病院の募集定員決定

- 9月24日 ▪ 医師臨床研修マッチング
 ▪ 希望順位登録受付開始

No	病院名	医師(研修医含む)の員数				現在受け入れ ている研修医		許可病床数と平 均在院日数		前年度の分娩 数		救急医療の提供の実態							臨床病理検討会(CP C)		
		常勤	非常勤	計	医療法 による 医師の 標準員 数	1年次	2年次	一般病 床数 (床)	平均在 院日数 (日)	正常分 娩件数	異常分 娩件数	救急医療の実績							2007開催 回数	2007剖検 数	
												うち診 療時間 外	1日平 均件数	うち診 療時間 外	救急車 取扱い 件数	うち診 療時間 外	診療時間 外	診療時間 外			医師
1	独立行政法人国立病院機構岡山医 療センター	89	61.8	150.8	52.6	15	15	580	13.2	606	207	30,039	25,648	82.3	70.2	2,545	1,785	7	12	12	61
2	独立行政法人労働者健康福祉機構 岡山労災病院	67	2.5	69.5	40.99	5	1	418	17.1	0	0	10,368	9,559	28.3	26.2	2,272	1,503	4	2	2	26
3	総合病院岡山市立市民病院	49	16.6	65.6	36.75	5	5	387	19.1	91	24	16,906	15,998	46.3	43.7	3,523	2,644	4	3	2	24
4	総合病院岡山赤十字病院	131	0.7	131.7	53.81	12	10	500	15.1	210	114	41,547	35,653	113.5	97.4	3,854	2,715	6	15	5	19
5	岡山済生会総合病院	141	8.1	149.1	61	11	11	553	14.2	300	77	31,576	23,508	86.5	64.4	3,139	2,225	5	4	5	55
6	川崎医学振興財団川崎医科大学附 属川崎病院	76	3.1	79.1	46.41	0	2	768	18.7	23	12	15,450	14,492	42.2	39.6	2,814	1,856	6	3	6	16
7	総合病院岡山協立病院	36	1.7	37.7	30.78	2	2	318	18	112	15	7,510	4,695	20.6	12.9	1,244	724	2	2	12	24
8	岡山大学病院	226	203	429	163	9	12	787	16.4	195	138	5,337	4,438	15	12.0	1,024	600	24	115	11	22
9	財団法人 倉敷中央病院	373.3	1.9	374.9	130.8	27	23	1,106	12.5	769	347	71,704	45,575	196.4	124.9	7,805	4,328	13	6	10	36
10	総合病院水島協同病院	33	0.9	33.9	21	1	3	282	21.8	0	0	7,083	6,699	19.4	18.3	1,357	973	2	2	2	17
11	川崎医科大学附属病院	386	1	387	162	43	29	1,154	16.6	85	36	25,045	20,268	68.4	55.4	3,657	2,511	5	15	23	55
12	津山中央病院	94	5.2	99.2	51.9	11	11	485	15.6	43	113	33,149	31,492	90.6	81.5	4,368	2,779	8	3	3	11
13	倉敷成人病センター	58	1.1	59.1	36	3	2	269	10.5	1448	304	6,403	3,452	17.5	9.5	311	140	1	2	3	6
14	特定医療法人鴻仁会 岡山中央病院	28	4.1	32.1	11	5	3	162	8.7	634	138	5,368	3,853	14.7	10.6	1,503	1,043	3	1	8	5
15	倉敷市立児島市民病院	14	4.31	18.31	17.79	1	2	165	20.8	137	30	8,031	7,412	21.9	20	568	186	1	1	2	2
16	総合病院玉野市立玉野市民病院	14	3.16	17.16	16.74	0	0	199	20	25	14	5,286	5,286	14.4	14.4	241	241	2	2	1	4
17	総合病院水島中央病院	22	3.6	25.6	20.82	2	2	155	13.2	0	0	10,363	9,650	28.3	26.4	1,521	808	1	2	0	0



平成21年度厚生労働省補正予算（案）の概要

計：4兆6,718億円

[一般会計：3兆4,151億円 特別会計：1兆2,567億円]

第1 緊急雇用対策	2兆5,128億円	
1 雇用調整助成金の拡充等	6,066億円	
2 再就職支援・能力開発対策の推進	7,416億円	
3 緊急雇用創出事業の拡充	3,000億円	
4 内定取消し問題、外国人労働問題等への適切な対応	106億円	
5 失業等給付費等の確保	6,836億円	
6 住宅・生活支援等	1,704億円	
第2 地域医療・医療新技術	7,684億円	
1 地域医療の再生に向けた総合的な対策	3,100億円	
2 医療機関の機能、設備強化等	2,096億円	
3 革新的な医薬品や医療機器の開発支援、審査体制の強化	917億円	
4 新型インフルエンザワクチンの開発・生産体制の強化	1,279億円	
5 レセプトオンライン化への対応	291億円	
第3 介護職員の処遇改善・介護拠点整備	8,443億円	
1 介護職員の処遇改善	3,975億円	
2 介護基盤の緊急整備等	3,294億円	
3 福祉・介護人材の資格取得等のキャリアアップ支援等	98億円	
4 社会福祉施設等の耐震化等	1,068億円	
第4 子育て支援	2,788億円	
1 子育て応援特別手当の拡充	1,254億円	
2 地域における子育て支援の拡充等	}	
3 ひとり親家庭の支援、社会的養護等		1,510億円
4 特定不妊治療への支援		24億円
第5 安全・安心のための施策の推進	2,788億円	
1 がん対策の推進	237億円	
2 難病患者に対する支援	29億円	
3 年金記録問題の解決の促進	519億円	
4 障害者の自立支援対策の推進	1,579億円	
5 高齢者医療の安定的な運営の確保等	156億円	
6 生活衛生関係営業者の支援	1.6億円	
7 地上デジタル放送への対応	117億円	
8 検疫所及び水道施設の機能、設備強化	79億円	
9 社会保障カード（仮称）の実施に向けた環境整備	71億円	

【※ 一部重複計上があるため、それぞれの項目の合計と合計額は一致しない。】

5 失業等給付費等の確保	6, 836 億円
(1) 失業等給付費の確保	6, 810 億円
(2) 失業保険給付費（船員保険）の確保	26 億円
6 住宅・生活支援等	1, 704 億円
(1) 雇用と住居を失った者等に関する緊急的な総合支援策	1, 093 億円
雇用対策の補完として、住居を失った者などのうち就職活動を行う離職者を支援するため、住宅手当の創設、生活福祉資金の貸付要件の緩和、公的給付等を受けるまでの「つなぎ」資金貸付の創設、既存建築物の借上げ方式による緊急一時宿泊施設の増設等のホームレス支援策の拡充及び生活保護受給者で就労意欲の低い者等への支援などの生活支援策を実施する。	
(2) 生活保護費国庫負担金の確保	612 億円
生活保護制度において、厳しい雇用情勢の中で増加傾向にある被保護者数の伸びを踏まえた必要な財源を確保する。	

第2 地域医療・医療新技術

7, 684 億円

1 地域医療の再生に向けた総合的な対策	3, 100 億円
救急医療の確保、地域の医師確保など、地域医療の課題を解決するため、都道府県が2次医療圏を単位として策定する「地域医療再生計画」に基づく以下のような事業に対して、都道府県に地域医療再生基金（仮称）を設置して財政支援を行う。	
・ 地域内において医療機関の機能強化、機能・役割分担を進めるための連携強化	
・ 医師事務作業補助者の集中配置など勤務医・看護師などの勤務環境改善	
・ 短時間正規雇用制度といった多様な勤務形態の導入による勤務医・看護師などの確保	
・ 大学病院などと連携した医師派遣機能の強化	
・ 医療機能の連携や遠隔医療の推進のための施設・設備の整備	
・ 新生児集中治療室（NICU）・救命救急センターの拡充、NICUや回復期治療室（GCU）の後方病床としての重症心身障害児施設等の整備	等
2 医療機関の機能、設備強化等	2, 096 億円
(1) 災害拠点病院等の耐震化等	1, 741 億円
災害拠点病院等の耐震化を促進するため、建替工事等に係る経費の一部助成などを行うとともに、独立行政法人福祉医療機構における医療貸付の限度額及び貸付利率等の優遇を図る。	

経済危機対策 主な施策のポイント

平成21年4月
内閣府

「経済危機対策」主な施策のポイント<目次>

I. 緊急的な対策 —「底割れ」の回避—

1. 雇用対策 (P2~8)

- <p3>雇用調整助成金の拡充等
- <p4>再就職支援・能力開発対策
- <p5>緊急雇用創出事業(基金)の拡充
- <p6>派遣切り防止など派遣労働者保護の強化等
- <p7>外国人労働者への支援
- <p8>住宅・生活支援等

2. 金融対策 (P9~15)

- <p10>円滑な金融仲介機能の発揮促進、株式市場への対応等
- <p11>中小企業の資金繰り対策
- <p12>中堅・大企業向け危機対応業務の拡大
- <p13>日本企業の海外事業に係る資金繰り対策(NEXI)
- <p14>住宅・土地金融の円滑化
- <p15>大規模都市再生プロジェクトや地方の優良都市開発事業等の支援

3. 事業の前倒し執行 (P16)

II. 成長戦略—未来への投資—

1. 低炭素革命 (P17~29)

- <p18>スクール・ニューデール構想
- <p19>太陽光発電の新たな買取制度について
- <p20>建築物のゼロエミッション化の加速的展開
- <p21>環境対応車の普及促進
- <p22>エコポイントの活用によるグリーン家電の普及促進
- <p23>住宅・建築物の省エネ化・長寿命化等の促進
- <p24>低炭素技術・社会システムによる低炭素社会実現プロジェクト
- <p26>先進的開発拠点等整備
- <p27>低炭素交通革命
- <p28>レアメタルの1/3・イコノ/アジアでの資源循環システムの構築
- <p29>ホビビジネスの展開

2. 健康長寿・子育て (P30~44)

- <p33>地域医療再生基金の事業例
- <p34>地域医療の刷新に因する大学病院の機能強化
- <p35>革新的な医薬品や医療機器の開発支援
- <p36>健康長寿社会の実現に資する研究開発の推進
- <p37>新型インフルエンザワクチン開発・生産体制の抜本強化
- <p38>地域総合健康サービス産業創出プロジェクト
- <p39>介護職員の処遇改善・介護拠点整備
- <p40>「子育て応援特別手当」の拡充について
- <p41>子育て支援
- <p42>女性特有のがん対策
- <p43>学生・生徒への経済的支援や就職支援の充実等
- <p44>子ども・女性の安全確保

3. 底力発揮・21世紀型インフラ整備 (P45~73)

- <p46>農林漁業の底力の発揮
- <p47>先端分野の国際競争力強化と世界最高水準の研究環境整備
- <p48>成長力強化のための高度人材の活用
- <p49>若手研究・研究支援人材雇用・育成プロジェクト
- <p50>大学等における教育研究基盤の強化
- <p51>次世代太陽電池等の最先端の環境技術の研究開発の加速及び情報発信機能の強化
- <p52>イノベーション実用化助成事業
- <p53>先端イノベーション拠点整備(特定研究開発型)
- <p54>地域産業官共同研究拠点を整備
- <p55>小中高校における理数教育の抜本強化、教育環境の整備
- <p56>留学生の受け入れ促進、大学生・大学院生等の海外への留学支援
- <p57>国土ミッシングリンクの結合
- <p58>スーパー・中核港湾の機能強化
- <p59>大型船舶に対応した産業港湾インフラの刷新
- <p60>整備新幹線の現状
- <p61>地上デジタル放送への完全移行に向けた対策の強化
- <p62>デジタル・テレビの総銷
- <p63>国民本位の新しい電子政府・自治体の推進(国民電子私書箱構想)
- <p64>「グリーンIT」で世界を牽引
- <p65>デジタル新産業の創出のための技術開発等の加速化
- <p66>中小企業エンパワーメント事業
- <p67>ICTを活用した安心・安全な街づくり(ユビキタスタウン構想)
- <p68>ソフトパワー分野の重点プロジェクト
- <p69>地域の情報発信力の強化
- <p70>文化芸術の振興
- <p71>国民に夢と希望を与えるスポーツの環境整備
- <p72>日本ブランドの発信強化による需要拡大と受入態勢の整備
- <p73>魅力ある観光地づくりの推進

III. 「安心と活力」の実現 —政策総動員—

1. 地域活性化等 (P74~79)

- <p76>開かずの踏切等の解消
- <p77>地方の優良なまちづくりに対する支援
- <p78>高度な環境対策を行う建築物等に対する容積率の緩和
- <p79>定住自立圏等民間投資促進交付金の創設

2. 安全・安心確保等 (P80~94)

- <p81>年金記録問題解決の体制整備
- <p82>障害者自立支援対策臨時特別交付金による基金事業の更なる拡充について
- <p83>高齢者医療の安定的な運営の確保等について
- <p84>財政状況が厳しい厚生年金基金等に対する支援措置
- <p85>消費者庁の創設後の消費者行政のイメージ
- <p86>社会資本ストックの耐震化・予防保全対策
- <p88>ゲリラ豪雨、洪水・高潮等防災・災害対策等
- <p90>公共交通機関、建築物等の一体的・総合的なバリアフリー化
- <p91>消防防災体制の整備
- <p92>治安体制の整備による安全・安心の確保
- <p93>次世代安全運転支援システム
- <p94>子ども・女性の安全確保

3. 地方公共団体への配慮 (P95)

IV. 税制改正 (P96~99)

- <p97>住宅取得等のための金銭贈与に係る贈与税の時限的軽減措置
- <p98>中小企業の交際費課税の軽減
- <p99>研究開発税制の拡充

2. 健康長寿・子育て①

(①～③で2兆200億円程度)

～地域医療・医療新技術～
～介護拠点整備・雇用創出～

現状

○医療現場

- ・医療機関間の機能分担及び連携が不十分
- ・勤務環境など処遇面の課題等により地域の医師不足が深刻化

○医薬品等の研究・開発の現場

- ・海外では承認されているが国内では未承認となっている医薬品多数
- ・諸外国に比べて長い審査期間・大規模治験・国際共同治験などの実施体制が不十分

○介護現場

- ・介護施設入居待ち人数が大量に存在（特養ホーム入居申込数38.5万人（他施設に入所している人数を含む））
- ・他産業と比較して低い水準の賃金（平均年収 全労働者：450万円程度、介護分野：300万円程度）
- ・処遇の低さもあり高い離職率（離職率 全労働者：16%、介護職員：20%）

施策の概要

(1) 地域医療・医療新技術 (0.8兆円程度)

〈地域医療等〉

- 都道府県は、地域医療再生のための計画を策定し、医療圏単位での医療機能の分化・連携、医師不足地域における医師確保等について盛り込む
- 都道府県は、地域医療再生の基金を設置し、医療機関・医療機器・IT基盤の整備、大学病院等と連携した医師派遣システムの強化、勤務医・看護師等の勤務環境の改善など柔軟に対応
- 医療機関の機能・設備強化(大学病院の機能強化、国立高度専門医療センターの先端医療機器等整備、災害拠点病院の耐震化、医療機関に対する優遇融資拡充等)
- 地域総合健康サービス産業の創出支援 等

〈医療新技術〉

- がん等の戦略的分野における医薬品等の開発・橋渡し・実用化の加速(研究開発体制等整備、先端医療開発特区の支援等)
- がん、小児等の未承認薬等の開発支援、審査迅速化、治験基盤の充実
- 医薬品等の承認審査・安全対策の体制強化
- 新型インフルエンザワクチンの開発・生産体制の抜本強化
- 医療IT化推進(レセプトオンライン化の推進、社会保障カード(仮称)の実施に向けた環境整備、遠隔医療の推進等) 等

(2) 介護職員の処遇改善・介護拠点整備 (0.8兆円程度)

- 介護職員の処遇改善やスキルアップの取組を行う事業者に対し、3年間助成
- 介護施設や地域介護拠点の整備に対する助成及び融資の3年間拡大
- 施設開設に要する経費等に対する助成
- 社会福祉施設等の耐震化、スプリンクラー整備、施設に対する優遇融資拡充等等
- 生活支援ロボット等の実用化支援 等

2. 健康長寿・子育て②

～地域医療・医療新技術～
～介護拠点整備・雇用創出～

施策の効果

(1) 地域医療・医療新技術

〈地域医療〉

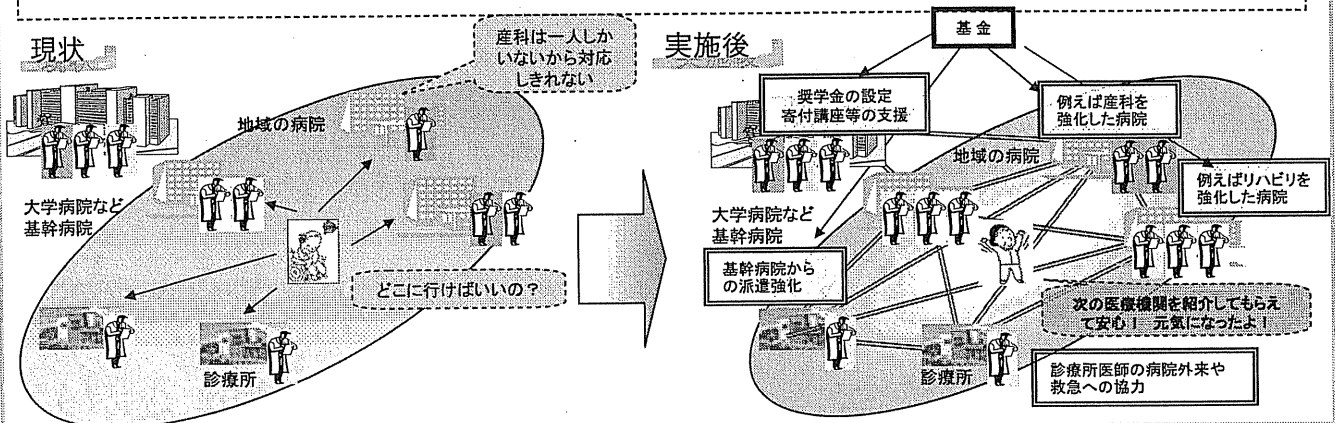
- 医療機関の機能強化や医師確保等により地域医療を再生
- 医師事務作業補助者の集中配置など勤務医・看護師等の勤務環境改善
- 医療分野で、2025年時点では最大112万人の雇用創出

〈医療新技術〉

- 未承認薬等の治験を3年間集中して実施、未承認薬等の特別審査ルート(審査期間を12ヶ月から6ヶ月に短縮)の新設等
- 承認までの期間を新医薬品は全体で約2.5年、新医療機器は全体で約1.5年短縮
- 全国民分の新型インフルエンザワクチンの開発・生産期間(現在1年半～2年)を半年に大幅短縮する体制を5年以内に整備

(2) 介護職員の処遇改善・介護拠点整備

- 介護分野で3年間で約30万人の雇用創出(2020年時点では最大90万人の雇用創出)
- 3年間で介護基盤を集中整備



現状

- 女性の社会進出の増加に伴い待機児童が増加に転じたところ。さらに、昨今の厳しい経済・雇用情勢の下等において、待機児童の増加をはじめとする、子ども・子育て家庭を取り巻く環境が変化
(参考)平成20年4月1日現在、待機児童約2万人
- がん検診の重要性に対する認識の不足、女性特有のがんによる死亡者数の増加、女性特有の健康支援ニーズの顕在化
(参考)子宮頸がんによる死亡者数:2,441人 乳がんによる死亡者数:11,323人(平成19年 人口動態統計)
- また、景気悪化に伴う、授業料の支払いが困難な学生等の増加、就職内定取消しなど学生の雇用の不安定化
(参考1)私立大学の授業料減免等に対する私学助成による支援
補助対象学生数 平成18年度:20,334人 → 19年度:21,110人 → 20年度:22,794人
(参考2)大学等の学生の就職内定取消しの状況(平成21年3月1日現在)
内定取消しを受けた学生数:1,155人(うち、就職活動中の者:357人、留年予定の者:126人)
内定辞退の示唆などの連絡を受けた学生(1,052人)のうち内定を辞退した学生数:496人

施策の概要

- 不況下の子育て世代支援(現下の不況下で、全体の個人所得が減少しつつあることに鑑み、臨時異例の措置である子育て応援特別手当(3歳から5歳、年3.6万円)を、平成21年度に限り、第一子まで拡大して実施)(1,250億円程度)
- 安心こども基金の拡充(1,000億円→2,500億円程度)等による地域における子育て支援の拡充やひとり親家庭・社会的養護等への支援の拡充等
- ・新待機児童ゼロ作戦の集中的実施による保育サービス等の充実(保育の広域的な利用の促進、賃借物件の対象拡大、保育所の耐震整備等)
- ・地域子育て支援の充実等(地域の子育て力をはぐくむ取組等の拡充)
- ・ひとり親家庭等への資格習得支援、在宅就業支援等
- ・児童養護施設等の生活環境改善、退所児童の生活・就業支援等
- 女性特有のがん対策の推進(200億円程度)
- ・一定の年齢に達した女性に対し、検診手帳を交付するとともに、子宮頸がん及び乳がんの検診の無料クーポン
- ・女性の健康支援の拡充
- 教育費負担への支援(経済情勢の悪化により修学が困難な学生・生徒に対する授業料減免 奨学金事業等への緊急支援等)(600億円程度)
- 内定取消し問題に対応した大学等の相談体制の充実等、就職支援の強化

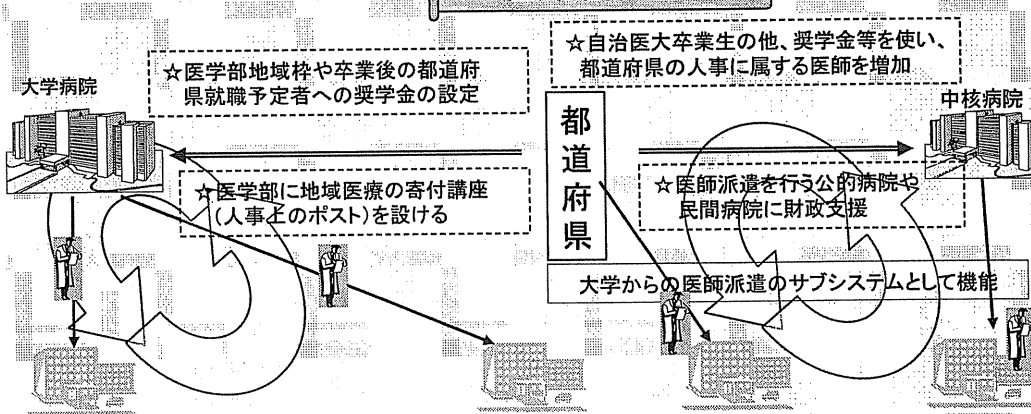
施策の効果

- 平成29年度末までに保育サービス利用率(3歳未満児)を20%→38%にUP
- 雇用創出効果20万人程度(今後10年間)
- 教育費負担への支援により、学生・生徒達が安心して学べる環境に

地域医療再生基金の事業例(3,100億円)

II. 2-1

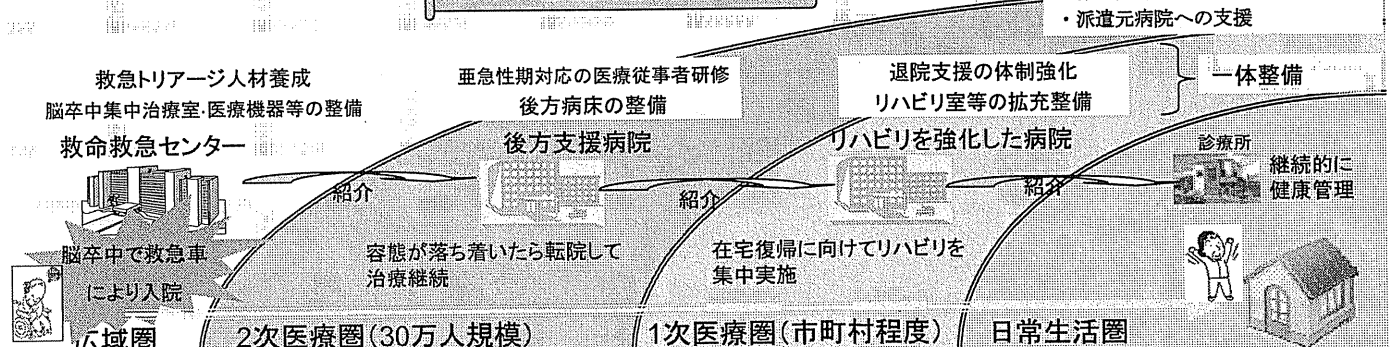
医師確保の例



都道府県が地域の実情に応じて取組む事業を弾力的に支援
 <事業例>

- 医療機能の強化
 - ・管制塔機能を担う病院を指定し、地域医療ネットワークを構築
 - ・新生児集中治療室やI T基盤等施設・設備の整備
 - ・診療所医師による病院外来・救急への協力への支援
- 医師等の業務負担の軽減
 - ・医師事務作業補助者や短時間正規雇用による業務負担軽減
- 医師・看護師等の養育力の強化

地域の診療機能強化の例



- 医師不足地域への医師派遣
 - ・派遣医師への手当
 - ・派遣元病院への支援

岡山大学医学部医学科地域枠コースの学生の確保について

国の緊急医師確保対策（平成19年5月）において、医師不足の現状に対応するため、平成21年度から9年間に限り、各都道府県5人の緊急臨時的な医師養成増が認められた。

県では、岡山大学医学部に5人の地域枠コースを設け、その設置の条件である卒業後に県が指定する医療機関に一定期間勤務すれば返還を免除する奨学金制度を創設するとともに、地域医療を担う医師を養成するためのプログラムの策定・実施を大学に依頼した。

今後は、岡山県医療対策協議会において、地域枠コース学生の卒後臨床研修、派遣先や勤務形態等について、検討する必要がある。

- 1 対象者 岡山大学医学部地域枠コース入学者（5人）
- 2 奨学金 1人当たり 年額240万円
- 3 貸与期間 原則として6年間
- 4 返還免除 奨学資金の貸与期間の1.5倍の期間（6年間の貸与では9年間）を義務年限とし、県が指定する医療機関で勤務すること。
なお、義務年限内には、2年間の初期臨床研修と1年間の後期臨床研修を含む。
- 5 選考方法 出願者52人について、大学の学力テスト及び面接並びに県の面接を実施し、大学が合格決定を行った。

（参考）5人の学生の概要

奨学資金貸与生	性別	年齢	住所
A	男	32	岡山市
B	男	19	岡山市
C	女	19	倉敷市
D	男	19	岡山市
E	男	18	倉敷市

（注）年齢は、願書提出時

平成 20 年度岡山県医療対策協議会 産科医療対策部会の概要

○日 時：平成 21 年 1 月 30 日（金）14:00～16:00

○場 所：三光荘 3 階パブリゾン 1

○出席者：別紙のとおり（周産期医療協議会との合同会議）

【県北における医師確保対策について】

- ・ 色々な地域の特色があり、県北においては、拠点となる施設の強化を図る必要がある。
- ・ 産科オープンシステムのやり方はその地域特性に応じたものにしていく必要がある。
- ・ 県北等の地域医療を支えている義務年限内の自治医科大学卒業後の医師のうち、産科医を志望する人がいれば、拠点となる県北の病院へお願いしたい。

【その他】

- ・ 顔が見える関係の中で搬送を行ってきたが、システムの改善について考えていく必要がある。
- ・ 県南西部地域の産科医師数が減少している。
- ・ 国はNICUを増やせというが、そこで働く医師等の確保が課題である。
- ・ 妊産婦の管理においてどのような状態であれば、総合・地域周産期母子医療センターへ相談、搬送するかについて学会ガイドラインなどを参考にして考えるべきではないか。
- ・ ハイリスク妊娠管理加算など、診療報酬上の加算が勤務医に還元されてない。

平成20年度岡山県医療対策協議会 地域医療対策部会の概要

○日 時：平成21年2月19日（木）15:00～16:00 ○場所：岡山済生会総合病院会議室

○出席者等：別紙のとおり（へき地支援会議との合同会議）

【岡山大学医学部における地域枠コース】

- ・自治医科大学においても、修学資金を返すケースがあるという。自治医科大学の場合は返還額が約3,000万円であるが、地域枠コースでは返還額がそれより少ないと聞く。せっかく確保した学生がこの仕組みから脱退しないように、教育していくべきである。
- ・他県では宿泊研修等を行っているという。様々な方法により、定着してもらえようような対策を行うことが必要である。
- ・将来の配置先について、早期に検討を行っていく必要がある。

【非常勤医師の実態について】

- ・非常勤医師を常勤換算して病院の医療従事者を算出する資料があるが、実際に問い合わせると違っているケースもあるようである。本当の実態が分かるような調査も検討してみるべきではないか

【県北の医療状況について】

- ・津山市では、現在、1つの病院に常勤の内科医がいなくなり、その影響により別の病院に患者が集中している状況にある。そのため、救急患者の受入に大変苦慮している状況にある。県南部では数多くの大病院があるため、それほど影響はないと想定するが、県北では大病院が少ないので、たちまち影響が出てくる。
- ・県南でも大病院への患者の集中が激しくなっており、救急部門は大変な状況になっている。また、現在の1年間の全国死亡者数は約108万人であるが、将来は170万人にもなると見込まれている。これから内科医不足がさらに深刻になると想定されるため、その確保策を検討する必要がある。
- ・公立病院がない地域などにおいては、保健所などの行政機関が、病院間の連携などに主体的にかかわってもらいたい。