



# 日本の医療

熊本大学医学部附属病院  
地域医療システム学寄附講座

黒田 豊

# 日本の医療の良い点・悪い点

## • 良い点

- 住民の視点
  - 国民皆保険で医療費が安い
    - 救急車も無料
  - どこでも自由に受診できる
- 医療側の視点
  - 自由に開業、診療科標榜できる
  - 医師免許は一生有効
- 行政の視点
  - 長寿である
- 困った時は何時でも連絡してくれと言ってくれる
- 診療報酬制度でどこでも同じ費用で医療が受けられる
- セカンドオピニオンを受けやすい

## • 悪い点

- 住民の視点
  - どこでも受診できるが、どこを受診して良いかが分からない
  - へき地では医療機関を選べないし専門診療科へのアクセスが限られる
- 医療側の視点
  - 人手不足で忙しい
    - 勤務医は過労で低報酬
  - 訴訟問題
- 行政の視点
  - 医療費が高騰している
- 勤務医の疲弊
- 点数にならないような医療行為(面談)は報酬にならない



# 医師不足 現状・原因・対策

黒田 豊

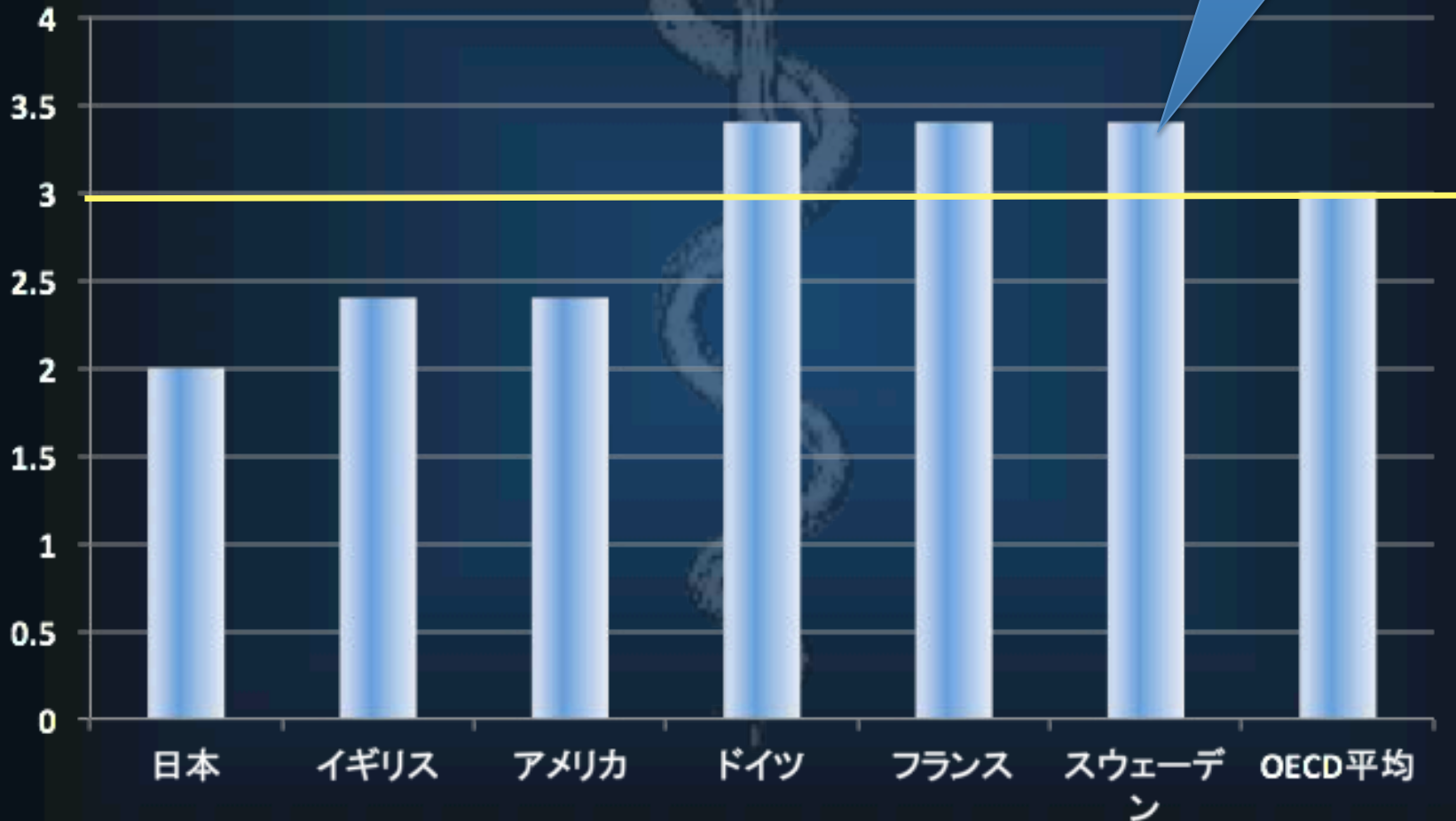
地域医療システム学寄附講座

地域医療ゼミ

# 絶対的医師不足

## OECD加盟国医師数比較 (2007年 人口千人あたり)

スウェーデン  
の医療は優  
れているか？



## 医療分野についての国際比較(2010年)

|                     | アメリカ    | イギリス    | ドイツ   | フランス   | スウェーデン   | 日本        |
|---------------------|---------|---------|-------|--------|----------|-----------|
| 人口千人当たり<br>総病床数     | 3.1     | 3.0     | 8.3   | 6.4    | 2.73     | 13.6      |
| 人口千人当たり<br>急性期医療病床数 | 2.6(※1) | 2.4     | 5.7   | 3.5    | 2.0      | 8.1       |
| 人口千人当たり臨床医師数        | 2.4     | 2.7     | 3.7   | 3.3#   | 3.8(※1)  | 2.2       |
| 病床百床当たり臨床医師数        | 79.4    | 91.8    | 45.2  | 50.9#  | 37.8(※1) | 16.4      |
| 人口千人当たり<br>臨床看護職員数  | 11.0#   | 9.6     | 11.3  | 8.5#   | —        | 10.1      |
| 病床百床当たり<br>臨床看護職員数  | 350.8#  | 324.7   | 136.7 | 131.5# | —        | 74.3      |
| 平均在院日数              | 6.2     | 7.7     | 9.6   | 12.7   | 5.7      | 32.5      |
| 平均在院日数<br>(急性期)     | 5.4     | 6.6     | 7.3   | 5.2    | 4.6      | 18.2      |
| 人口一人当たり<br>外来診察回数   | 3.9(※2) | 5.0(※1) | 8.9   | 6.7    | 2.9      | 13.1(※1)  |
| 女性医師割合(%)           | 31.8    |         |       |        |          | 18.8      |
| 一人当たり医療費(米ドル)       | 8,233   |         |       |        |          | 3,035(※1) |
| 総医療費の対GDP比(%)       | 17.6    |         |       |        |          | 9.5(※1)   |
| OECD加盟諸国間での順位       | 1       |         |       |        |          | 16        |
| 平均寿命(男)(歳)          | 76.2    |         |       |        |          | 79.6      |
| 平均寿命(女)(歳)          | 81.1    |         |       |        |          | 86.4      |

日本の医療の特徴は  
少ない医師数で  
安い費用で  
世界一の健康・長寿

(出典):「OECD Health Data 2012」

注1 「※1」は2009年のデータ「※2」は2008年のデータ

注2 「#」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等

注3 一人当たり医療費(米ドル)については、購買力平価

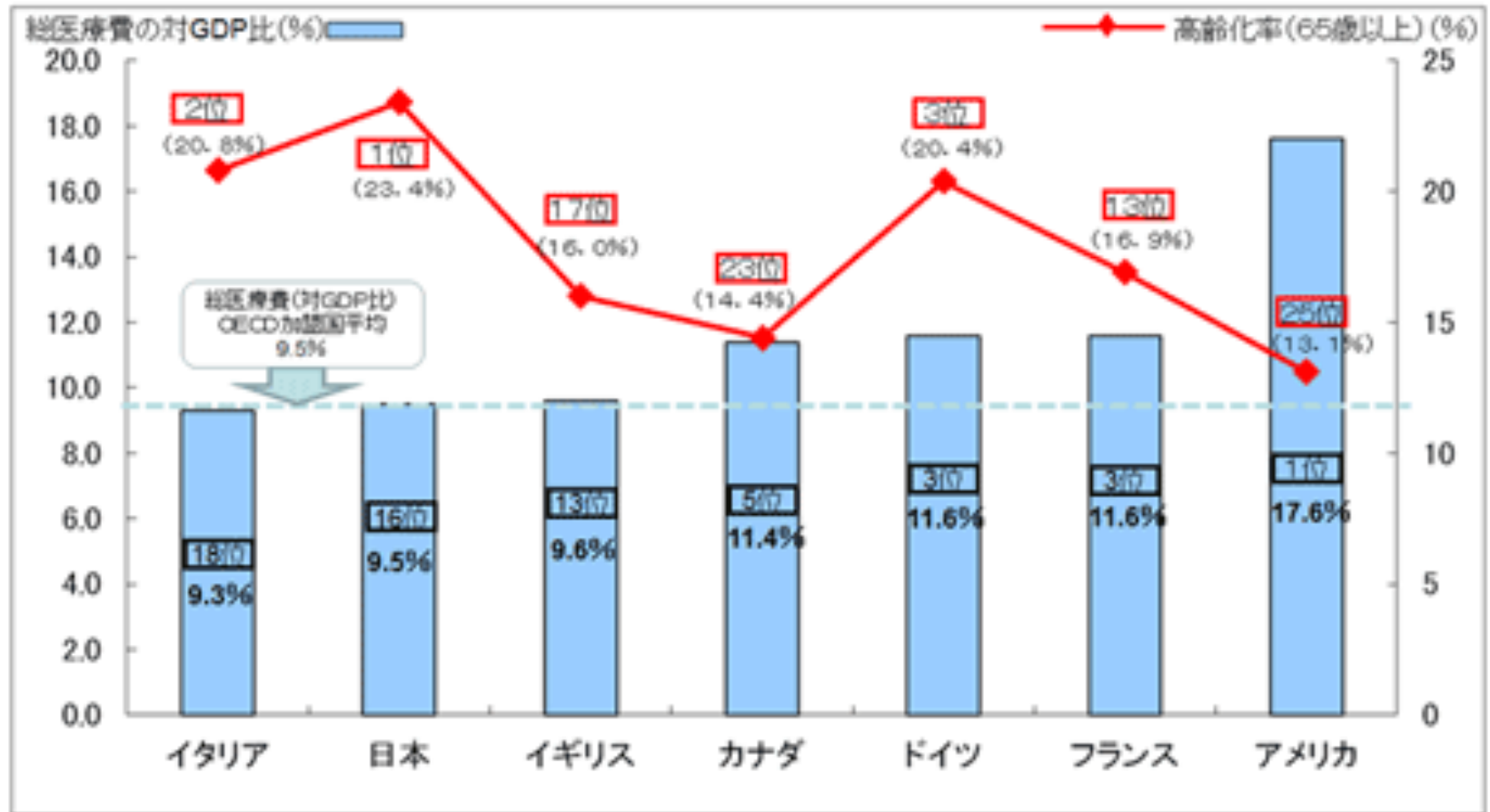
# 日本とOECD加盟国との保健医療サービス比較

THE LANCET 日本特集(2011年9月1日)より

|                   | 日本    | カナダ   | ドイツ   | 英国    | 米国    |
|-------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 65歳以上人口比率         | 22.1% | 13.6% | 20.2% | 15.7% | 12.7% |
| 医療費総額(対GNP比)      | 8.5%  | 10.3% | 10.7% | 8.8%  | 16.4% |
| 外来診療回数(年間1人当たり)   | 13.2  | 5.5   | 7.7   | 5.9   | 3.9   |
| 急性期平均入院期間         | 18.8  | 7.7   | 7.6   | 6.9   | 5.5   |
| 人口1,000人あたり急性期病床数 | 8.1   | 1.8   | 5.7   | 2.7   | 2.7   |
| 人口1,000人あたり医師数    | 2.2   | 2.3   | 3.6   | 2.6   | 2.4   |
| 急性期病床あたり医師数       | 0.3   | 1.3   | 0.6   | 1.0   | 0.9   |
| 急性期病床あたり看護師数      | 1.2   | 5.1   | 1.9   | 3.5   | 4.0   |

## G7諸国における総医療費(対GDP比)と高齢化率の状況(2010年)

OECD34カ国内の順位



# 日本とOECD加盟国との保健医療サービス比較

THE LANCET 日本特集(2011年9月1日)より

|                   | 日本    | カナダ   | ドイツ   | 英国    | 米国    |
|-------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 65歳以上人口比率         | 22.1% | 10.7% | 10.7% | 10.7% | 12.7% |
| 医療費総額(対GNP比)      | 8.5%  | 10.7% | 10.7% | 8.8%  | 16.4% |
| 外来診療回数(年間1人当たり)   | 13.2  | 5.5   | 7.7   | 5.9   | 3.9   |
| 急性期平均入院期間         | 18.8  | 7.7   | 7.6   | 6.9   | 5.5   |
| 人口1,000人あたり急性期病床数 | 8.1   | 1.8   | 5.7   | 2.7   | 2.7   |
| 人口1,000人あたり医師数    | 2.2   | 2.3   | 3.6   | 2.6   | 2.4   |
| 急性期病床あたり医師数       | 0.3   | 1.3   | 0.6   | 1.0   | 0.9   |
| 急性期病床あたり看護師数      | 1.2   | 5.1   | 1.9   | 3.5   | 4.0   |

診療報酬制度  
出来高払い



# 高血圧で降圧薬を服用中 (診療所の場合)

- 再診料(受診毎に算定) 69点
- 特定疾患療養管理料(月2回) 225点
- 処方せん料
  - 7種類以上の内服薬 40点
  - 6種類以下 68点
- 合計  $69+225+40=334$ 点 = 3,340円
- 患者負担は3割だと1,002円

# 特定疾患療養管理料

- 診療所 225点
- 100床未満の病院 147点
- 100～200床未満の病院 87点
- 200床以上の病院 算定不可

# 診療所の収入

- 高血圧患者のみ診ていると仮定
  - 一日の診療患者数上限を50名と仮定
  - 月一回の診療で毎日高血圧患者を50名、週5日診療すると4週間で1,000名の診療が可能
  - その診療所のかかりつけ患者が1,000名以上であれば自ずと月一回以下しか診療出来ない
  - よって収入は $3,340円 \times 1,000名 = 334万円$
  - かかりつけ患者が500名だと月1回診療では半分の168万円
  - しかし月2回診察すれば、かかりつけ患者1,000名と同じ収入を上げることができる。

# 日本とOECD加盟国との保健医療サービス比較

THE LANCET 日本特集(2011年9月1日)より

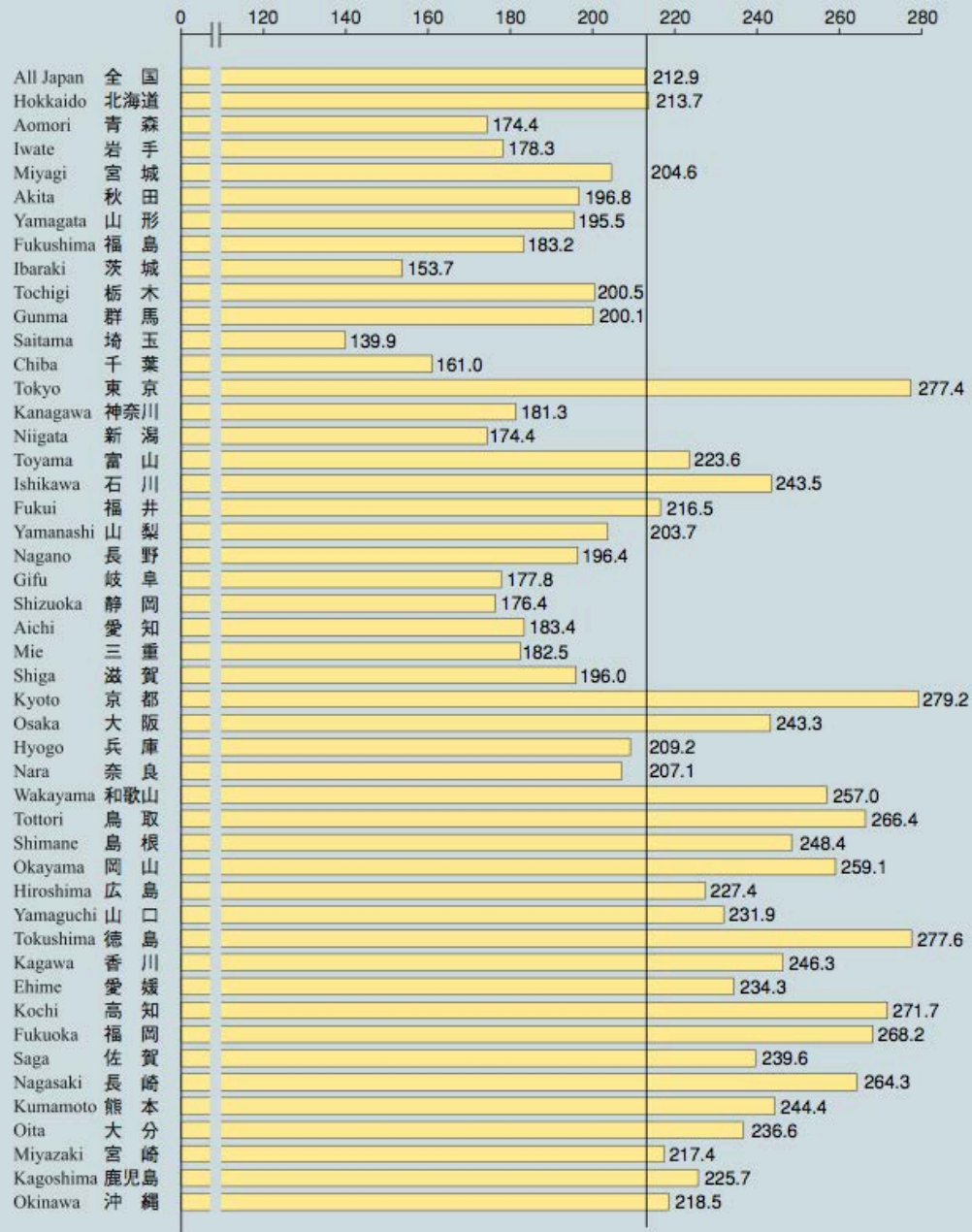
|                   | 日本    | カナダ   | ドイツ   | 英国    | 米国    |
|-------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 65歳以上人口比率         | 22.1% | 13.6% | 20.2% | 15.7% | 12.7% |
| 医療費総額(対GNP比)      | 8.5%  | 10.3% | 10.7% | 8.8%  | 16.4% |
| 外来診療回数(年間1人当たり)   | 13.2  | 5.5   | 7.7   | 5.9   | 3.9   |
| 急性期平均入院期間         | 18.8  |       |       |       |       |
| 人口1,000人あたり急性期病床数 | 8.1   |       |       |       |       |
| 人口1,000人あたり医師数    | 2.2   | 2.0   | 3.6   | 2.6   | 2.4   |
| 急性期病床あたり医師数       | 0.3   | 1.3   | 0.6   | 1.0   | 0.9   |
| 急性期病床あたり看護師数      | 1.2   | 5.1   | 1.9   | 3.5   | 4.0   |

総医師数にて勤務医と開業医と  
あわせた数  
他国よりベッド数が多い分、勤務医  
への負担が他国より大きい

# 医師不足

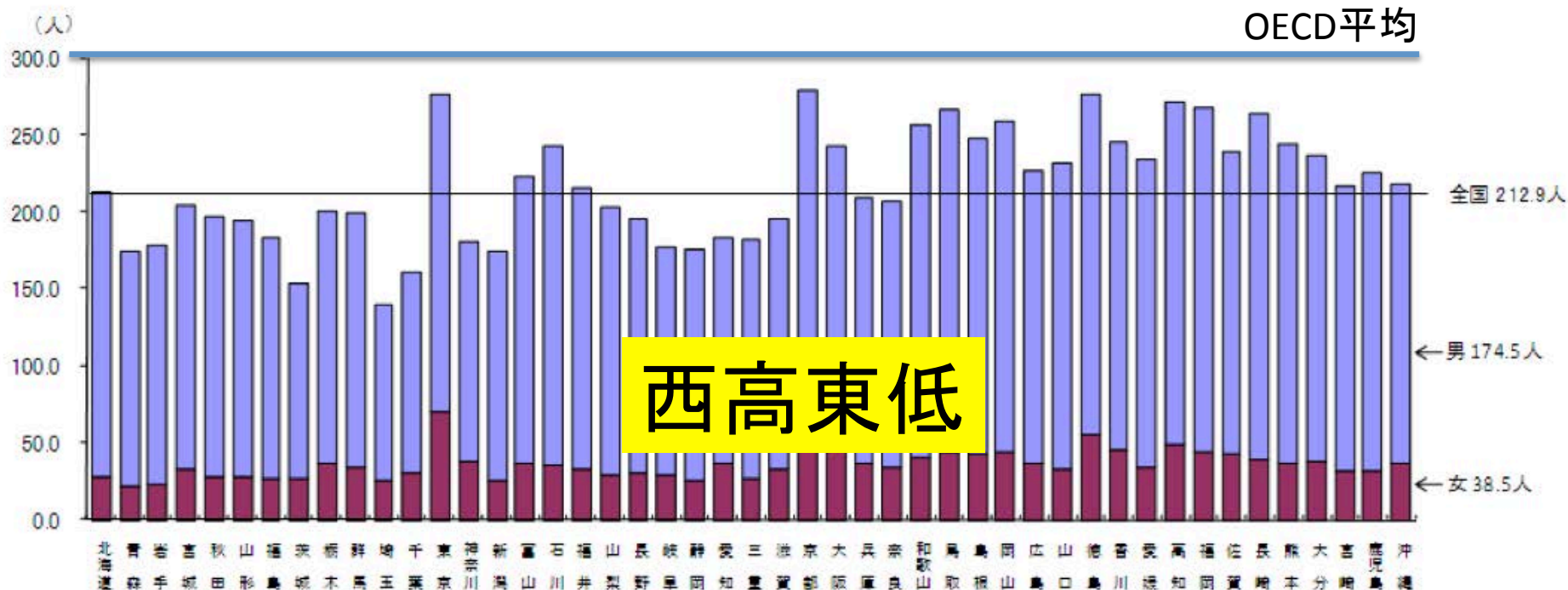


- 絶対的医師不足
- 医師の偏在の問題
  - 地理的偏在
  - 施設開設者の違いによる偏在

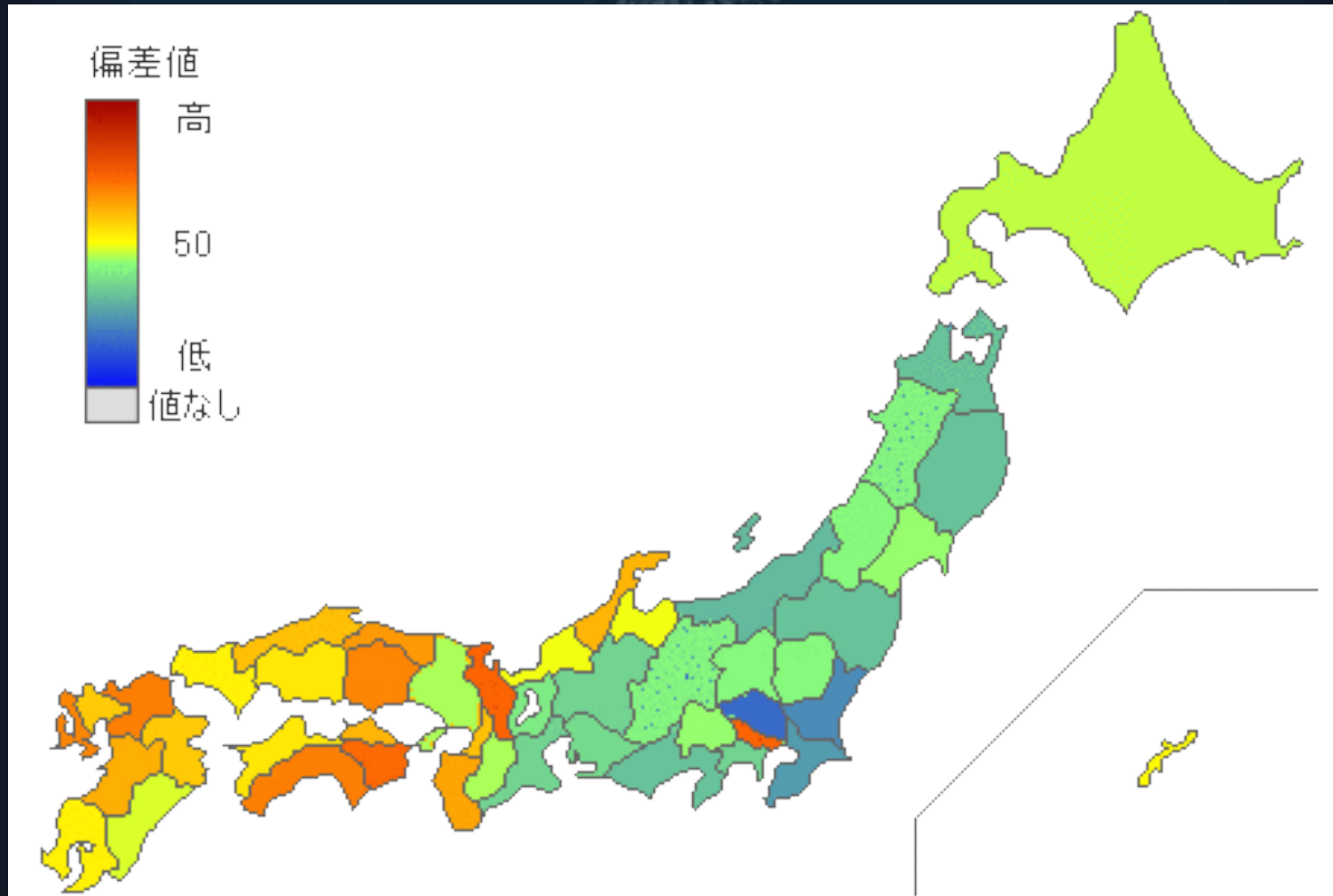


# 都道府県別にみた医療施設に従事する人口10万対医師数 (2008年12月31日現在)

平成20(2008)年12月31日現在

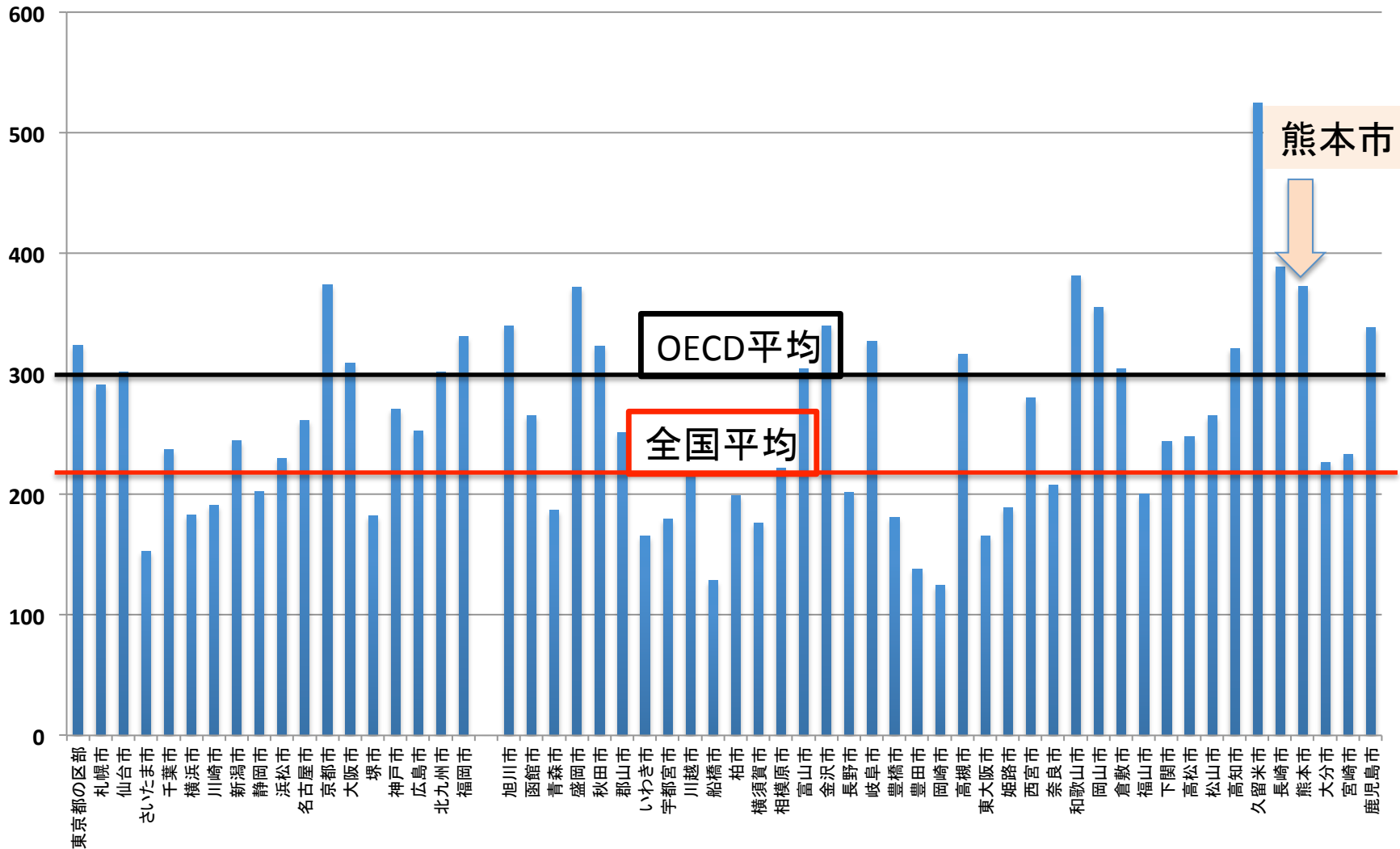


# 現役医師数

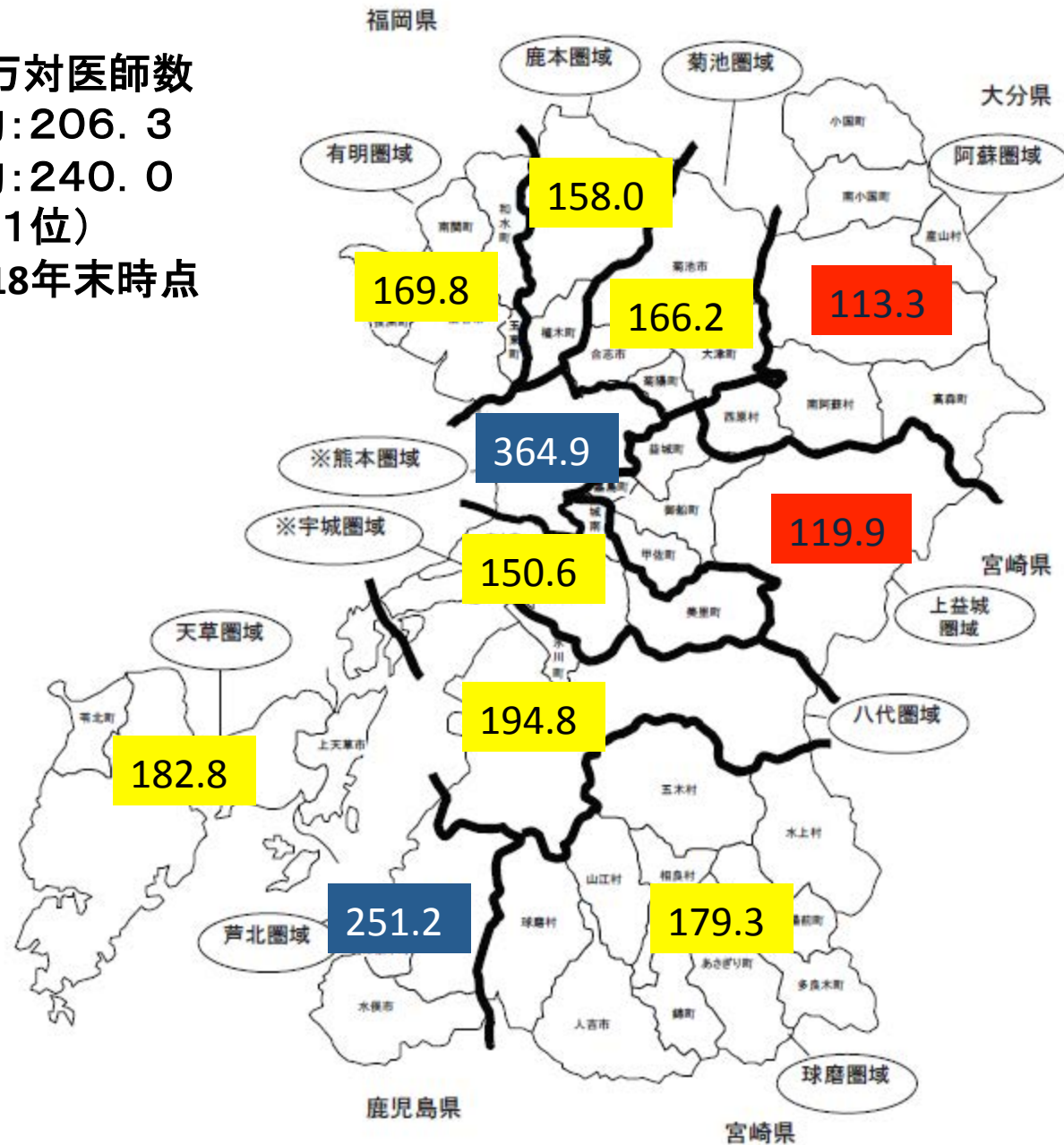




# 18大都市・中核市別にみた医療施設に従事する人口 10万対医師数(2008年12月31日現在)



人口10万対医師数  
 全国平均:206.3  
 熊本平均:240.0  
 (全国11位)  
 平成18年末時点

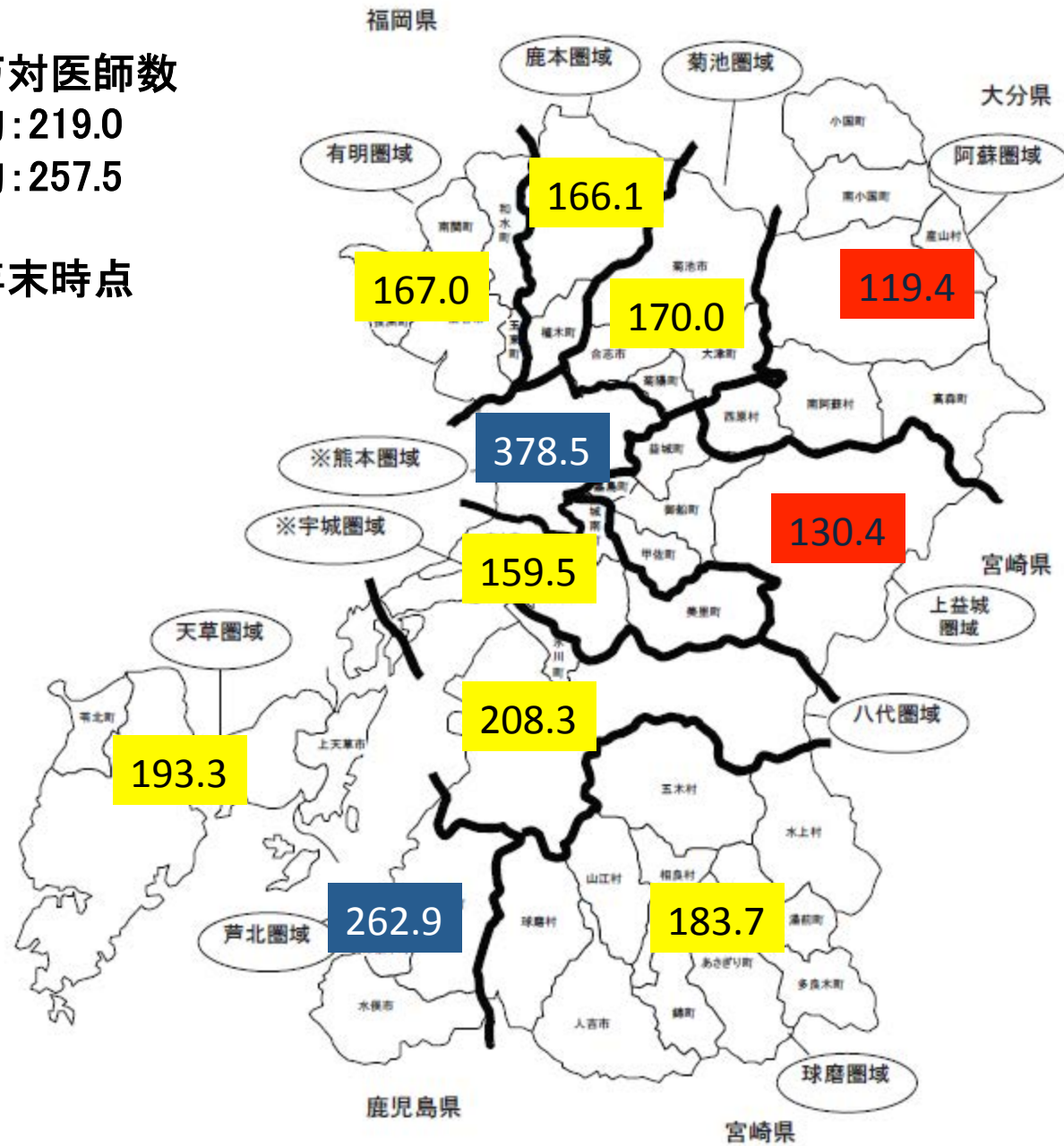


# 人口10万対医師数

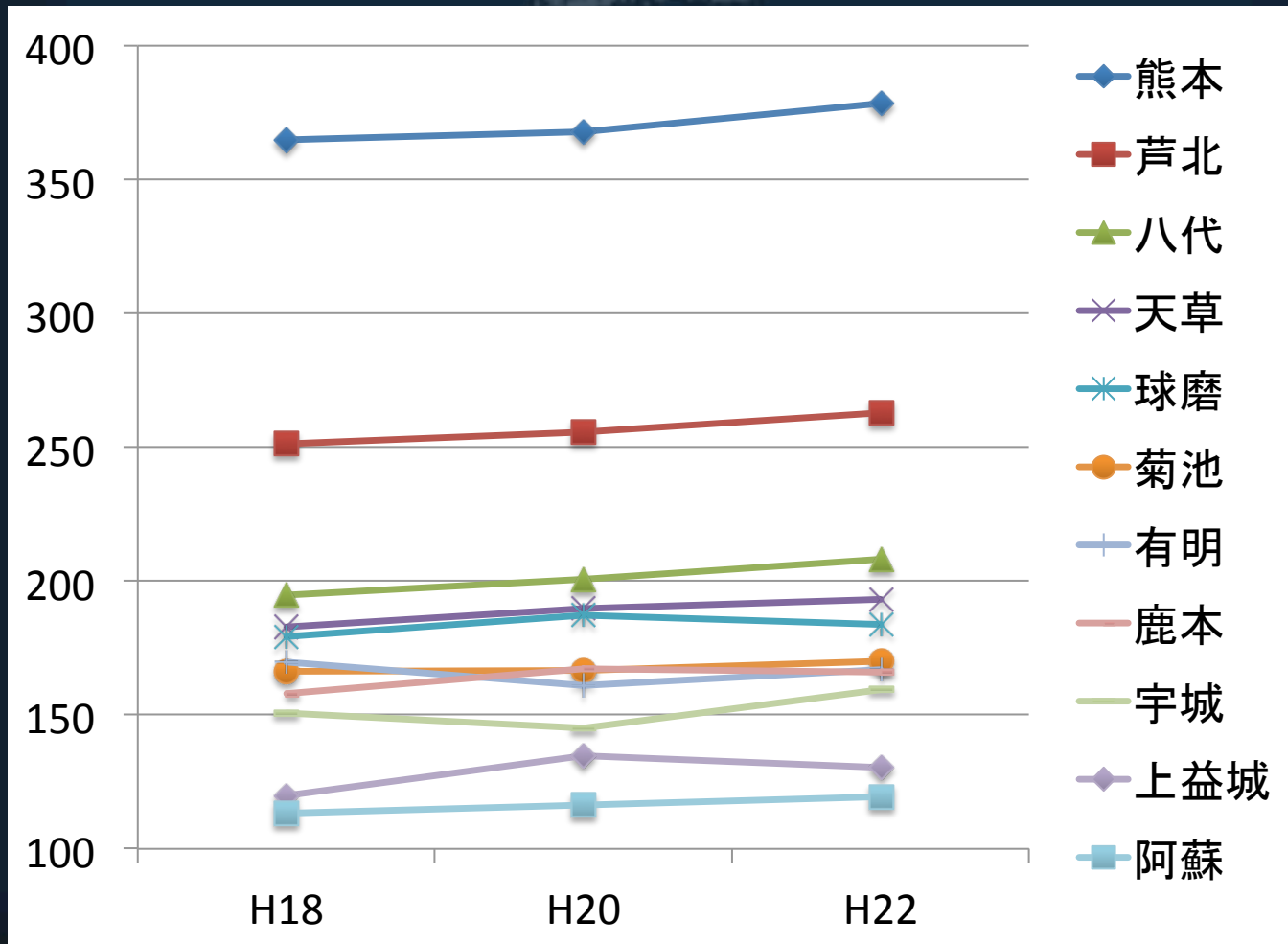
全国平均:219.0

熊本平均:257.5

平成22年末時点



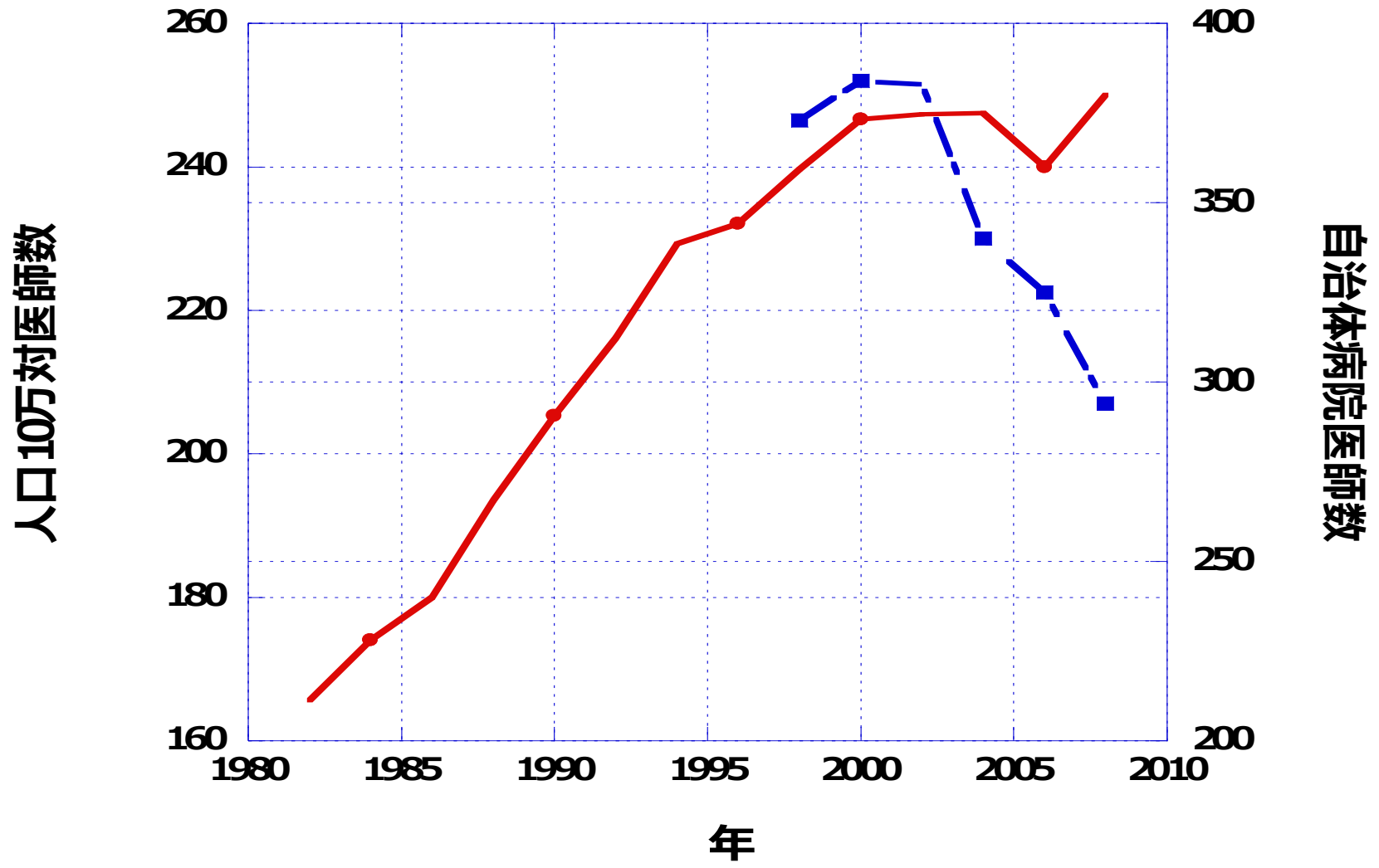
# 2次医療圏毎の医師数推移



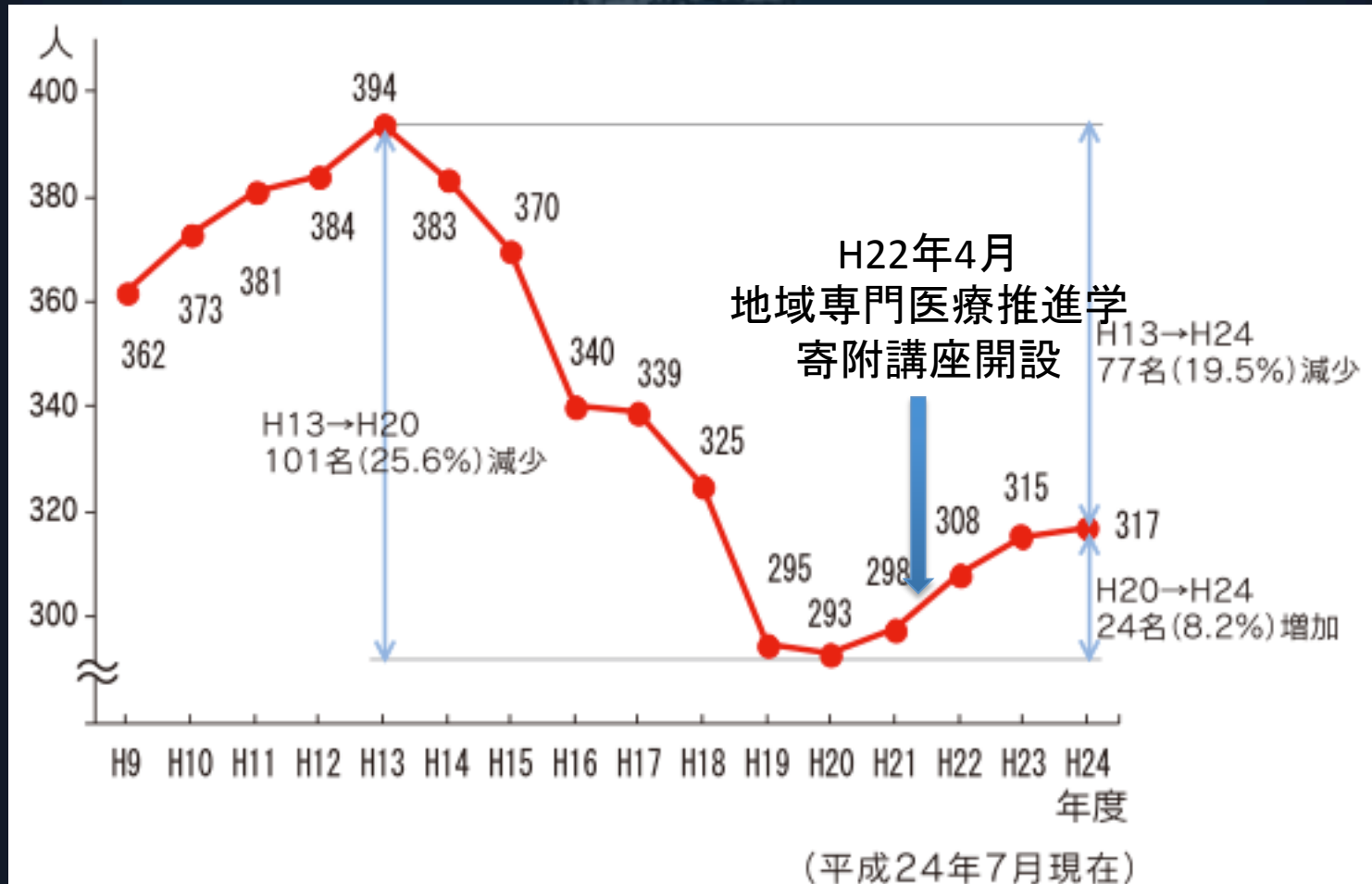
—●— 人口10万对医師数

-■- 自治体病院医師数

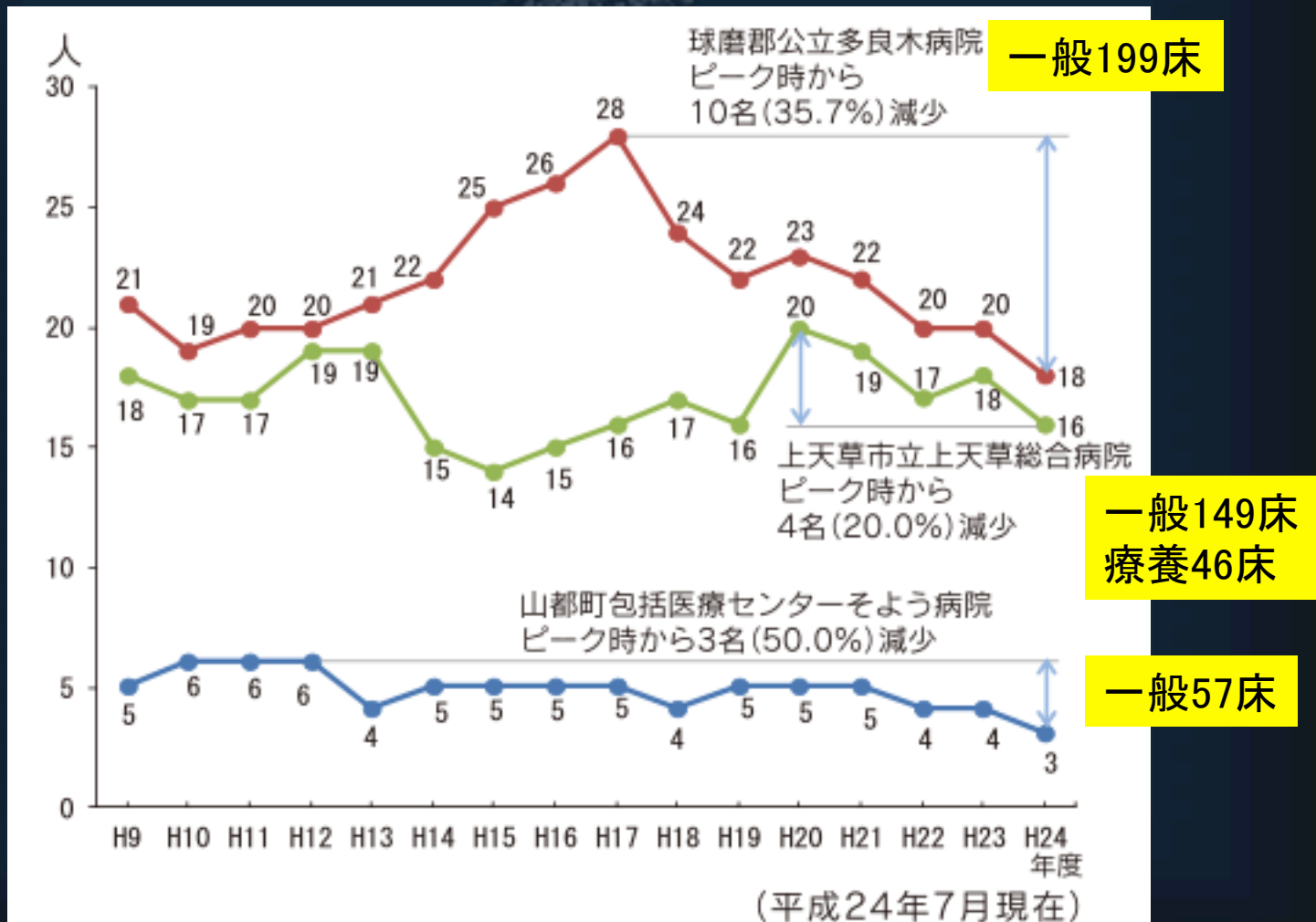
### 県内医師数と自治体病院医師数



# その後の自治体病院



# へき地医療拠点病院は？









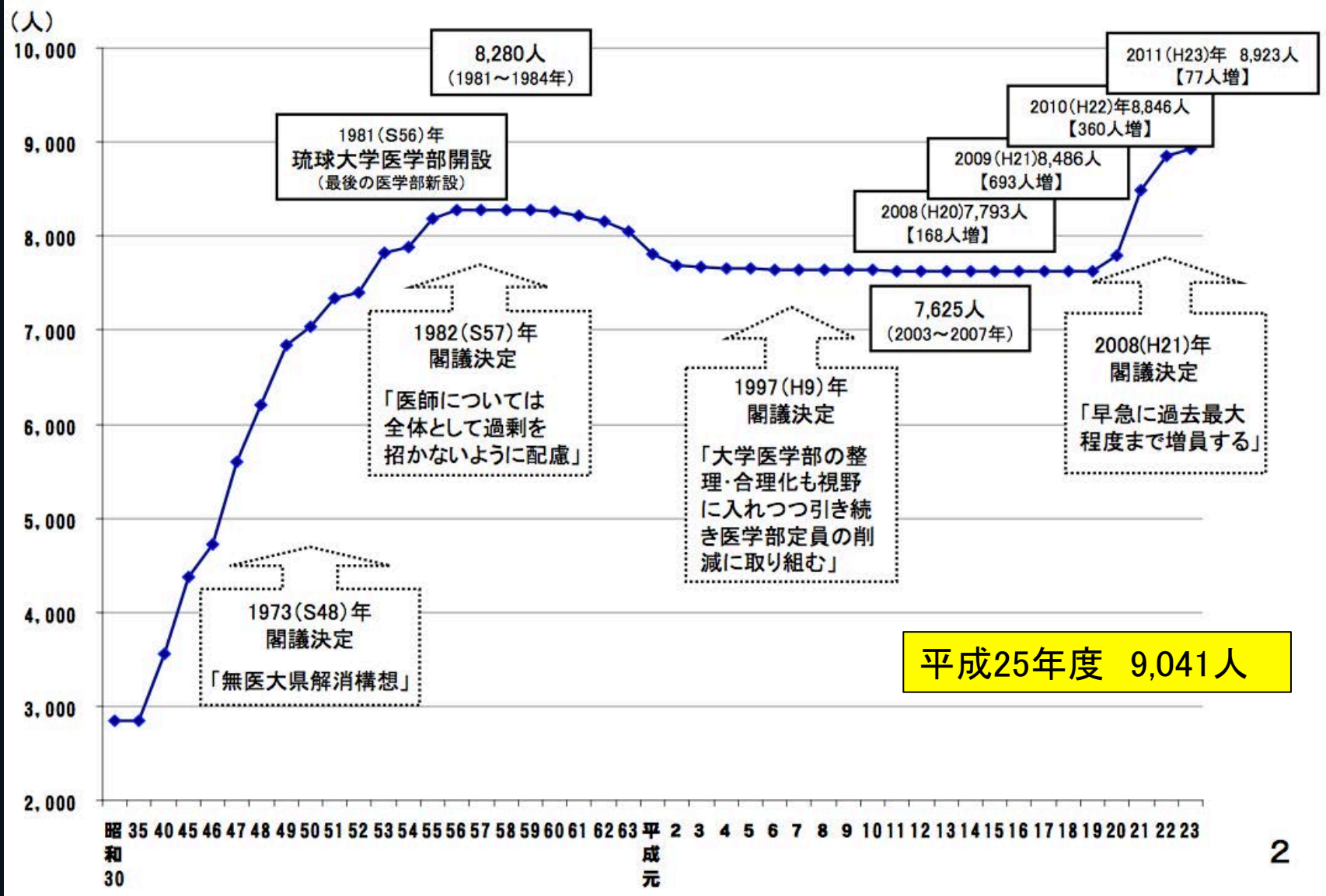
# 医師不足の原因

- 医療費抑制政策にともなう医学部定員削減
- 臨床研修必須化
  - マッチングによる影響
- 臓器別に分化した大学医局
  - 東京スカイツリー型専門医の増加
- 自由開業制・自由標榜制
- 医師の偏在
- 女性医師の増加に見合う政策の欠如
- 行政の理解のなさ

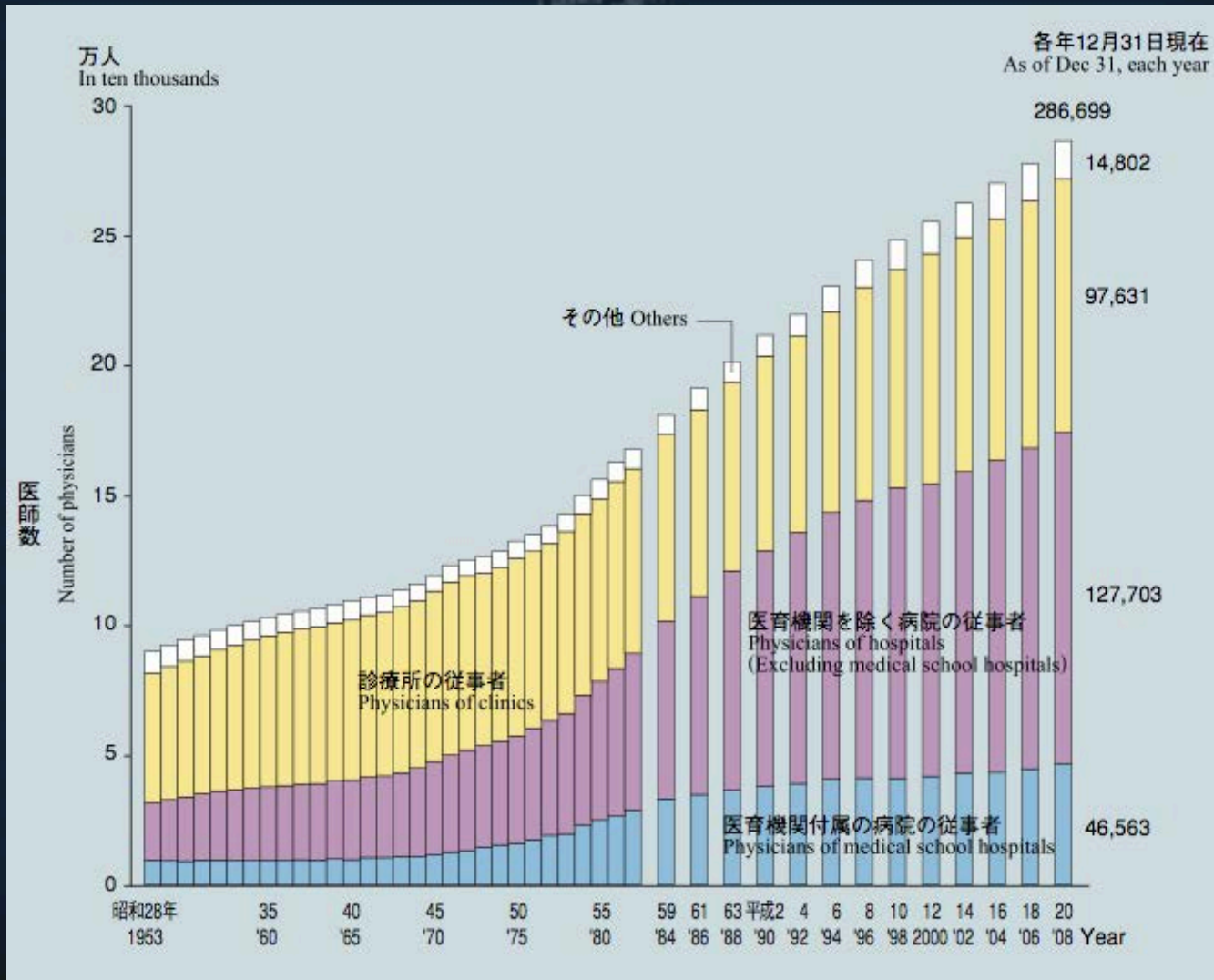
# 医師不足の原因

- 医療費抑制政策にともなう医学部定員削減
- 臨床研修必須化
  - マッチングによる影響
- 臓器別に分化した大学医局
  - 東京スカイツリー型専門医の増加
- 自由開業制・自由標榜制
- 医師の偏在
- 女性医師の増加に見合う政策の欠如
- 行政の理解のなさ

# 医学部定員に関する経緯



# 医師数の年次推移

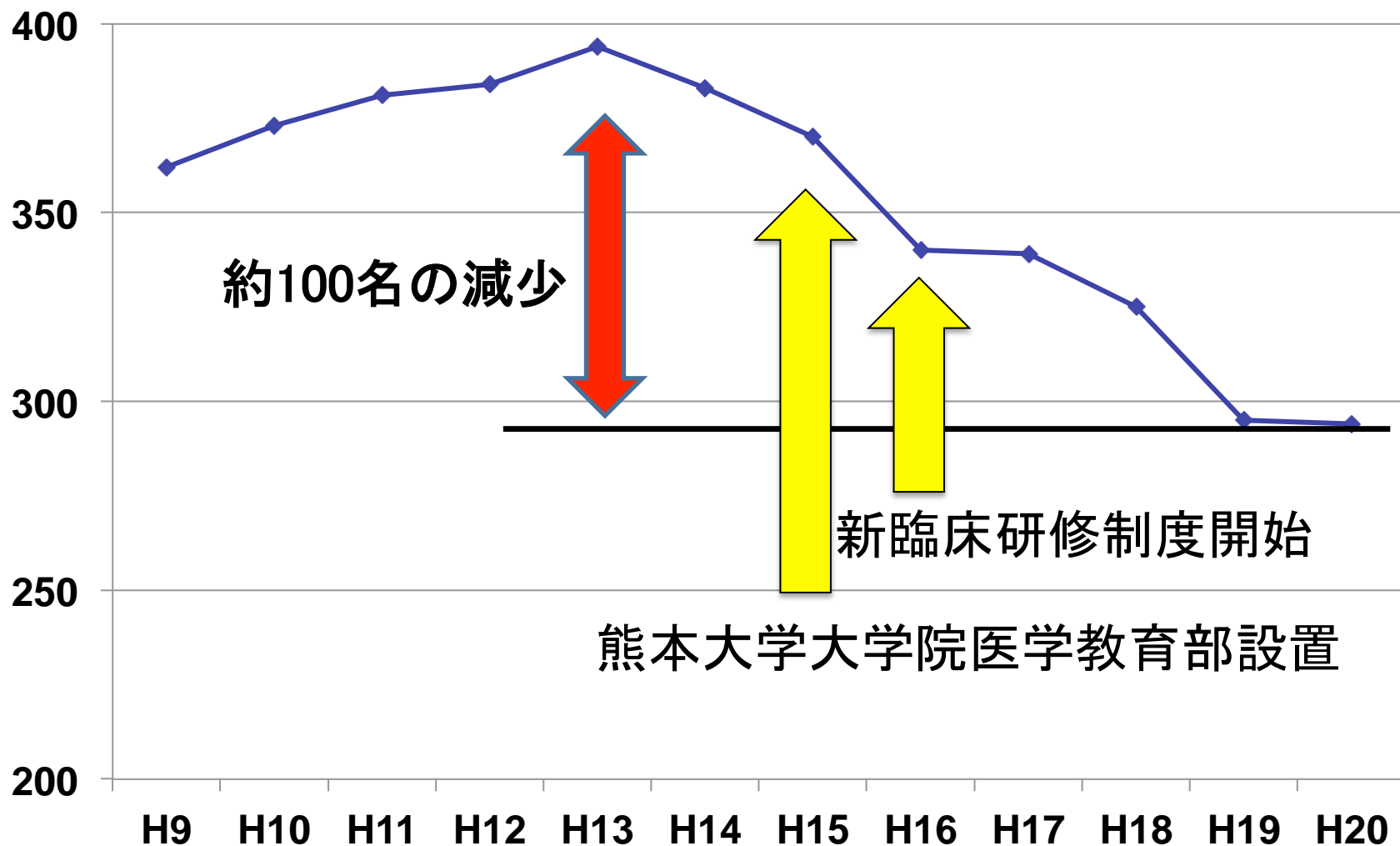


# 医師不足の原因

- 医療費抑制政策にともなう医学部定員削減
- 臨床研修必須化
  - マッチングによる影響
- 臓器別に分化した大学医局
  - 東京スカイツリー型専門医の増加
- 自由開業制・自由標榜制
- 医師の偏在
- 女性医師の増加に見合う政策の欠如
- 行政の理解のなさ

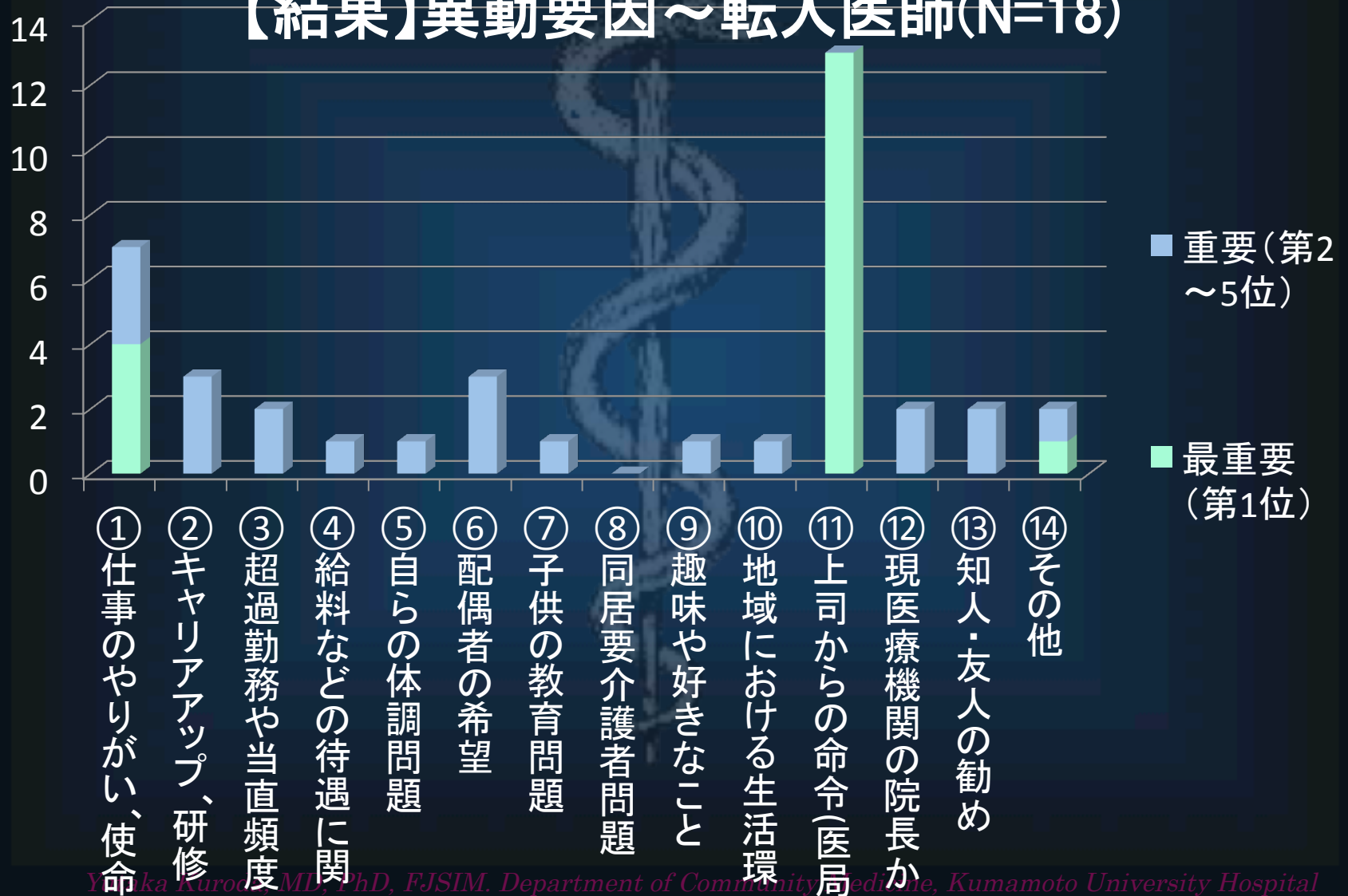
# 熊本県内自治体病院常勤医師数

熊本県のデータより



# 医師の異動要因と長期定着に有効と思われる介入に関する研究

## 【結果】異動要因～転入医師(N=18)



# 医師不足の原因

- 医療費抑制政策にともなう医学部定員削減
- 臨床研修必須化
  - マッチングによる影響
- 臓器別に分化した大学医局
  - 東京スカイツリー型専門医の増加
- 自由開業制・自由標榜制
- 医師の偏在
- 女性医師の増加に見合う政策の欠如
- 行政の理解のなさ



# 大学医局の臓器別細分化により



*Yutaka Kuroda, MD, PhD, FJSIM. Department of Community Medicine, Kumamoto University Hospital*

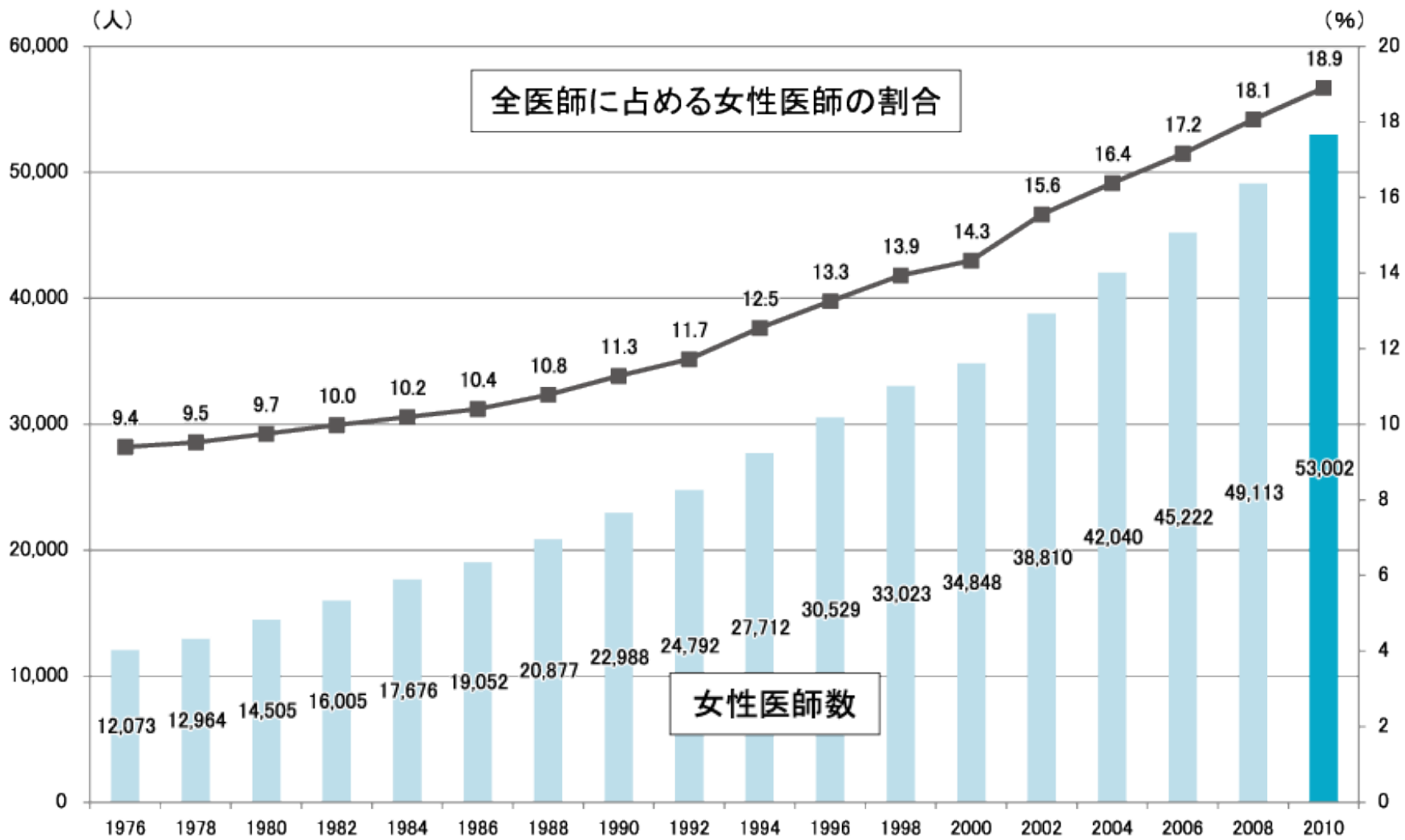
# 医師不足の原因

- 医療費抑制政策にともなう医学部定員削減
- 臨床研修必須化
  - マッチングによる影響
- 臓器別に分化した大学医局
  - 東京スカイツリー型専門医の増加
- 自由開業制・自由標榜制
- 医師の偏在
- 女性医師の増加に見合う政策の欠如
- 行政の理解のなさ

両者表裏一体の関係

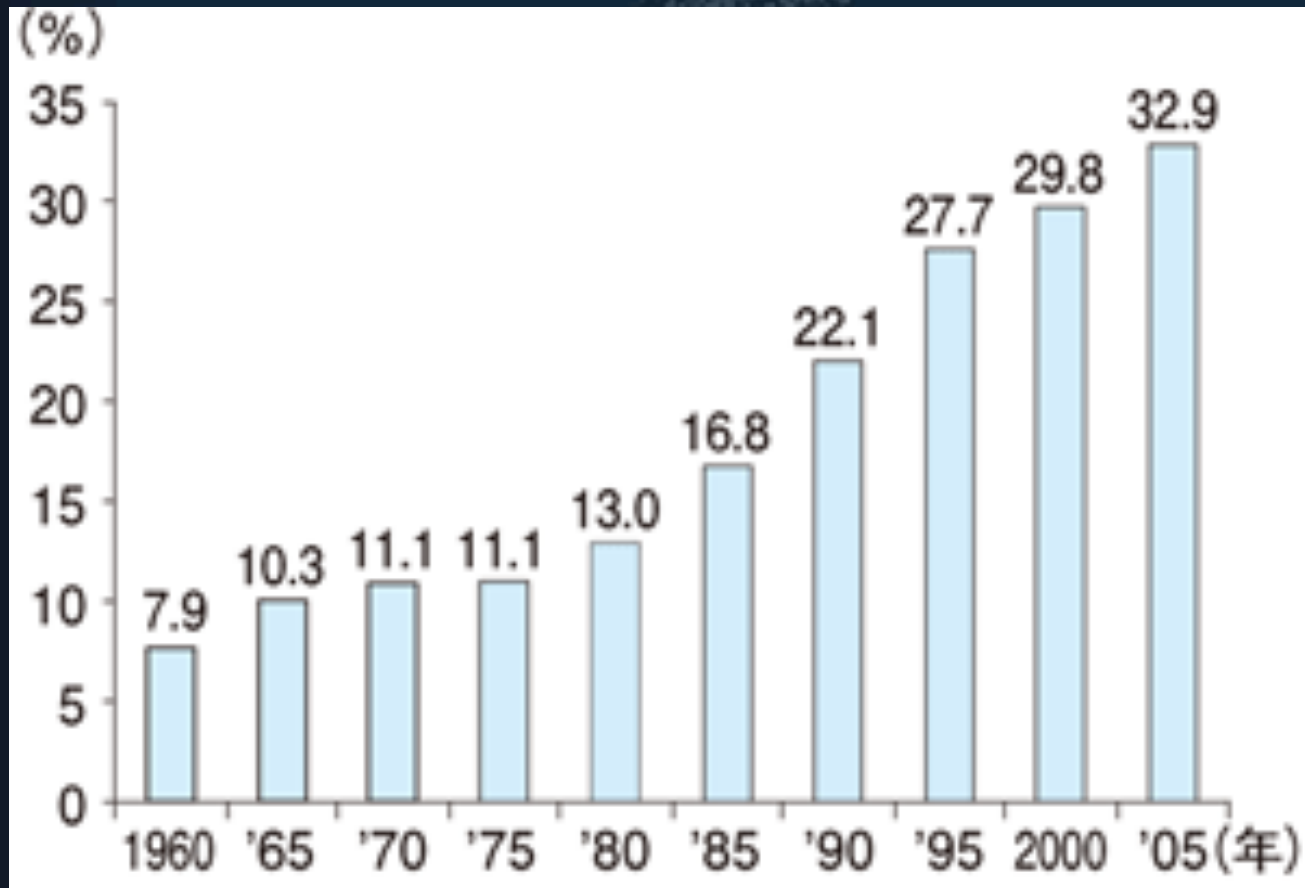
# 医師不足の原因

- 医療費抑制政策にともなう医学部定員削減
- 臨床研修必須化
  - マッチングによる影響
- 臓器別に分化した大学医局
  - 東京スカイツリー型専門医の増加
- 自由開業制・自由標榜制
- 医師の偏在
- 女性医師の増加に見合う政策の欠如
- 行政の理解のなさ



(備考) 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」より作成

# 女子学生の増加



「学校基本調査」(文部科学省)より

# 医師不足の原因

- 医療費抑制政策にともなう医学部定員削減
- 臨床研修必須化
  - マッチングによる影響
- 臓器別に分化した大学医局
  - 東京スカイツリー型専門医の増加
- 自由開業制・自由標榜制
- 医師の偏在
- 女性医師の増加に見合う政策の欠如
- 行政の理解のなさ

# 行政の理解のなさ

- 舞鶴市民病院
  - 236床のへき地中核病院→療養病床100床
- 銚子市立病院
  - 393床の総合病院→病院閉鎖→2年後外来再開
- 松前町立松前病院
  - 院長辞職願、副院長ら6名も追随

行政・議会と折り合い辞職撤回





*Yutaka Kuroda, MD, PhD, FJSIM. Department of Community Medicine, Kumamoto University Hospital*



# 医師不足の対策

- 医療費抑制政策にともなう医学部定員削減
- 臨床研修必須化：マッチングによる影響
- 臓器別分化による東京スカイツリー型専門医の増加
- 自由開業制・自由標榜制
- 医師の偏在
- 女性医師の増加に見合う政策の欠如
- 行政の理解のなさ

# 医師不足の対策

- 医療費抑制政策にともなう医学部定員削減
  - 地域枠入学
  - メディカルスクール
    - 受験勉強一筋の学生より「人間に関心のある」学生
- 臨床研修必須化: マッチングによる影響
- 臓器別分化による東京スカイツリー型専門医の増加
- 自由開業制・自由標榜制
- 医師の偏在
- 女性医師の増加に見合う政策の欠如

# 医師不足の対策

- 医療費抑制政策にともなう医学部定員削減
- 臨床研修必須化: マッチングによる影響
  - 大学病院と市中病院での研修医が半々
    - 平成13年は7割が大学病院で研修(厚労省データ)
  - 大学のみならず、市中病院も地域医療に取り組んでもらう仕組み
- 臓器別分化による東京スカイツリー型専門医の増加
- 自由開業制・自由標榜制
- 医師の偏在
- 女性医師の増加に見合う政策の欠如

# 医師不足の対策

- 医療費抑制政策にともなう医学部定員削減
- 臨床研修必須化: マッチングによる影響
- 臓器別分化による東京スカイツリー型専門医の増加
  - 総合診療医の養成
- 自由開業制・自由標榜制
- 医師の偏在
- 女性医師の増加に見合う政策の欠如
- 行政の理解のなさ

# 新たな専門医制度の基本設計

## Subspecialty 専門医

消化器・呼吸器・内分泌代謝・腎臓・アレルギー・老年科・  
循環器・血液・糖尿病・肝臓・感染症・神経内科・消化器外  
科・呼吸器外科・心臓血管外科・小児外科 等



## 基本領域 専門医

内科 皮膚科 外科 産婦人科 耳鼻咽喉科 脳神経外科 麻酔科 小児科 精神科 整形外科 眼科 泌尿器科 放射線科 救急科 リハビリテーション科 形成外科 病理 臨床検査 総合診療科

# 総合診療医について

専門医の在り方に関する検討会 報告書より

- 総合的な診療能力を有する医師の必要性
  - 特定の臓器や疾患に限定することなく幅広い視野で患者を診る医師が必要
  - 複数の問題を抱える患者にとっては、複数の従来の領域別専門医による診療よりも総合的な診療能力を有する医師による診療の方が、適切な場合もある
  - 地域では、慢性疾患や心理社会的な問題に継続的なケアを必要としている患者が多い
  - 高齢化に伴い、臓器や領域を超えた多様な問題を抱える患者が今後も増える

# 総合診療医の定義

専門医の在り方に関する検討会 報告書より

- 「頻度の高い疾病と傷害、それらの予防、保健と福祉など、健康にかかわる幅広い問題について、わが国の医療体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供できる医師」



# 地域医療の現場で必要とされる医師



知識と技術に凸凹はあるが全般的に診療可能

# 総合診療医の在り方

## 専門医の在り方に関する検討会 報告書より

- 領域別専門医が「深さ」が特徴であるのに対し、「扱う問題の広さと多様性」が特徴
- 地域によって異なる医療ニーズに的確に対応できることも必要であり、「地域を診る医師」としての視点が重要
- 他の領域別専門医や他職種と連携して、地域の医療、介護、保健等の様々な分野において、リーダーシップを発揮しつつ、多様な医療サービス（在宅医療、緩和ケア、高齢者ケア等）を包括的かつ柔軟に提供するとともに、地域における予防医療・健康増進活動等を行うことにより、地域全体の健康向上に貢献することが期待される

## どうやって総合診療医を育成するか

# 新たな専門医制度の基本設計

## Subspecialty 専門医

消化器・呼吸器  
循環器・血液  
科・呼吸

現時点で総合診療科に相当する  
研修プログラムを提供しているの  
は日本プライマリ・ケア連合学会  
のみ

内科 皮膚科 外科 産婦人科 耳鼻咽喉科 脳神経外科 麻酔科 小児科 精神科 整形外科 眼科 泌尿器科 放射線科 救急科 リハビリテーション科 形成外科 病理 臨床検査 総合診療科

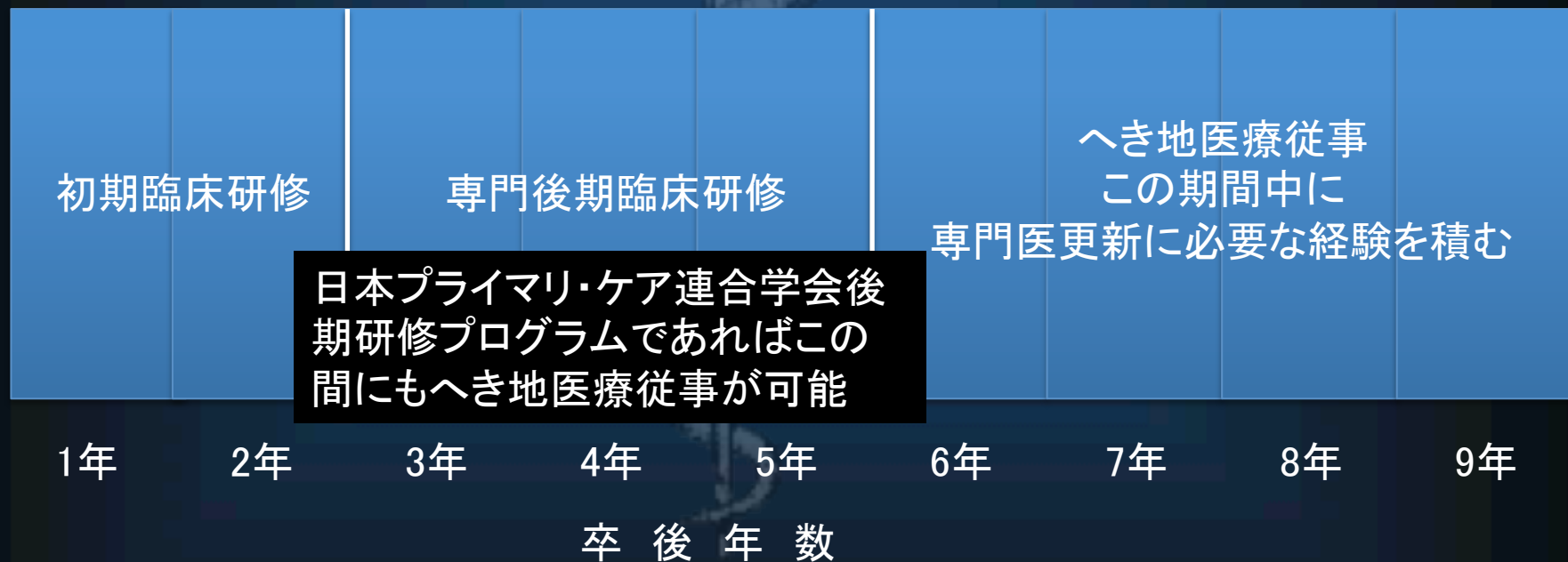
# 日本プライマリ・ケア連合学会の 専門研修

- プログラムは3年間
- 総合診療研修と領域別研修で構成
- 総合診療専門研修はⅠとⅡ
  - 総合診療専門研修Ⅰ：診療所・小病院
  - 総合診療専門研修Ⅱ：病院総合診療部門
  - それぞれ6ヶ月以上、合計18ヶ月以上
- 領域別研修
  - 内科6ヶ月以上、小児科3ヶ月以上、救急科3ヶ月以上が必修

# へき地医療を実践しつつキャリアアップが 図れるシステム構築

自治医科大学卒業を例として

義務年限内に専門医取得可能なシステムが必要





# 医師不足の対策

- 医療費抑制政策にともなう医学部定員削減
- 臨床研修必須化：マッチングによる影響
- 臓器別分化による東京スカイツリー型専門医の増加
- 自由開業制・自由標榜制
- 医師の偏在
  - 新たな専門医制度による質の保証と必要な専門医数の割り当て
- 女性医師の増加に見合う政策の欠如
- 行政の理解のなさ

# 医師不足の対策

- 医療費抑制政策にともなう医学部定員削減
- 臨床研修必須化: マッチングによる影響
- 臓器別分化による東京スカイツリー型専門医の増加
- 自由開業制・自由標榜制
- 医師の偏在
- 女性医師の増加に見合う政策の欠如
- 行政の理解のなさ



# 女性医師の活躍のために必要な

- 女性と男性ともに育児休暇
- 託児施設の充実
- 人的支援（ベビーシッターなど）
- 配偶者との育児の平等な分担
- 学童保育、延長保育など育児支援
- 勤務時間の短縮、フレックスタイム制
- 主治医制からチーム制への移行

# 医師不足の対策

- 医療費抑制政策にともなう医学部定員削減
- 臨床研修必須化：マッチングによる影響
- 臓器別分化による東京スカイツリー型専門医の増加
- 自由開業制・自由標榜制
- 医師の偏在
- 女性医師の増加に見合う政策の欠如
- 行政の理解のなさ

# 行政の理解のなさの原因は？

- 立場の違い
  - 医師免許を持ち、ある意味自由人である医師
  - 組織の中でしか動けない行政職
  - 次の選挙が気になる政治家
- 立場の違いを乗り越えて同じ目標に向かって進めば良い地域医療が実現できる
  - 同じ目標：地域住民の健康増進

# へき地医療を実践する医師を守る体制

へき地医療支援センター

熊本赤十字病院

熊本県へき地医療医師の会

自治医大卒業医師

県修学資金医師

県ドクターバンク医師

自治体病院勤務医師

熊本県へき地  
医療支援機構

熊本県

熊本県へき地医療開設者協議会

熊本県へき地医療病院・診療所を有する自治体

# 地域医療に新たなステップを

- 地域で医師を育て
- 地域で医師を守る
- その医師が地域を守る

家庭医療学の大御所、カナダのマクウィニ一名誉教授の言葉「スキーができるようになるためには、スキー場に行って、スキーのインストラクターから習う」



# おしまい