

**平成 27 年**  
**地域医療再生に関するアンケート調査**  
**報告書**

【平成 28 年 5 月】

**一般社団法人 日本病院会**  
**地域医療委員会**

## 目次

はじめに .....	3
『平成 27 年 地域医療再生に関するアンケート調査』結果報告 .....	4
I .調査要綱 .....	4
II .回答状況 .....	4
< 病院の属性に関する質問 > .....	4
< 医師確保に関する質問 > .....	7
2-1. 平成 22 年 4 月と平成 27 年 4 月を比較した場合、貴院の常勤医師数は 増加しましたか。.....	7
2-2. 法定医師数をクリアしていますか。.....	9
2-3. 貴院が標榜している診療科すべてに、常勤医を配置できていますか。.....	9
2-4. 貴院が現在の医療機能を維持するために必要な勤務医について .....	11
2-4 ①. 勤務医は充足していますか。.....	11
2-4 ②. ①で「不足している」と回答された方にお聞きます。不足している診療科はどの科ですか。.....	12
2-4 ③. ①で「不足している」と回答された方にお聞きます。昨年度の経常収支はいかがでしたか。.....	13
2-5. 精神科を標榜している病院にお聞きます。.....	14
2-5 ①. 精神科病床はありますか。.....	14
2-5 ②. ①で「以前はあったが、最近休止した」と回答された方にお聞きます。その理由は、 精神科医師不足ですか。.....	14
2-5 ③. ①で「ある」と回答された方にお聞きます。精神科身体合併症患者の入院治療を行って いますか。.....	15
2-5 ④. 常勤の精神科医師は何人いますか。.....	15
2-5 ⑤. 精神科医師は充足していますか。.....	16
2-6. 勤務医の確保について .....	17
2-6 ①. 勤務医をどのように確保していますか。.....	17
2-6 ②. ①で「人材斡旋会社」と回答された方にお聞きます。人材斡旋会社への昨年度 1 年間の 支払金額、および昨年度 1 年間の斡旋人数を教えてください。.....	19
2-6 ③. ①で「大学寄付講座の開設」と回答された方にお聞きます。寄付の昨年度 1 年間の総額と 期間、および寄付講座数を教えてください。.....	20
2-6 ④. ①で「大学医局からの派遣」と回答された方にお聞きます。大学・医局への学術奨励金等の 研究費等（寄付講座の開設は除く）の 支援をしていますか。.....	21
2-6 ⑤. ④で「支援をしている」と回答された方にお聞きます。大学医局への昨年度 1 年間の支払金 額を教えてください。.....	22
2-6 ⑥. ④で「支援をしている」と回答された方にお聞きます。大学医局からの強制的なものですか、 あるいは病院の自主的なものですか。.....	22
2-6 ⑦. 勤務医確保は困難だと感じますか。.....	23
2-6 ⑧. ⑦で「困難だと感じる」と回答された方にお聞きます。困難だと感じる理由を教えてください。....	23
2-7. 勤務医不足の本質は、医師の絶対数不足ではなく、地域偏在・診療科偏在であると思いませんか。... 24	24
2-8. 勤務医の地域偏在はなぜ起きたと思いませんか。.....	25
2-9. 勤務医不足、医師の地域偏在、診療科偏在等についてお聞きます。その解消策に対する賛否を 教えてください。.....	26

2-10. 勤務医不足を議論する場合、何を問題として議論すべきでしょうか。.....	29
＜労働時間・労働賃金に関する質問＞ .....	30
3-1. 常勤医師の1週間の平均勤務時間を教えてください。 .....	30
3-2. 1ヶ月の時間外勤務時間が80時間を超える常勤医師について お聞きます。 .....	31
3-2 ①. 該当する医師は何人いますか。 .....	31
3-2 ②. 該当する医師の割合は全医師の何%ですか。 .....	31
3-3. 1ヶ月平均の医師1人当たりの宿直および日直回数は合計何回ですか。 .....	33
3-4. 貴院の当直体制を教えてください。 .....	34
3-5. 宿直翌日の勤務体制について次のうちどれですか。 .....	35
3-6. 医師の労働時間の把握方法について、次のどの方法を用いていますか。 .....	36
3-7. 管理職（理事長・院長・副院長）を除いた医師の年次有給休暇取得率について、 次のうちどれですか。 .....	37
3-8. いわゆる「36協定」についてお聞きます。 .....	38
3-8 ①. 36協定を締結していますか。 .....	38
3-8 ②. ①で「はい」と回答された方にお聞きます。 同協定を締結している職種はどれですか。 .....	38
3-9. 労働基準局からの是正勧告についてお聞きます。 .....	39
3-9 ①. 労働基準局からの是正勧告を受けたことがありますか。 .....	39
3-9 ②. ①で「ある」と回答された方にお聞きます。 どのような内容でしたか。 .....	39
3-10. 高度プロフェッショナル制度（いわゆるホワイトカラー労働時間規制適用 免除制度）を 医師に適用すべきだと思いますか。 .....	40
3-11. 「日本の医療は労働基準法違反を前提に成り立っている」と思いますか。 .....	41
3-12. 「医療基本法」の制定についてお聞きます。 .....	42
3-12 ①. 日本医師会が中心となって「医療基本法」の制定の準備がなされていることを知っていますか。 .....	42
3-12 ②. 地域医療再生のためには、医療の憲法としての「医療基本法」の制定が必要だと思いませんか。 .....	42
＜地域医療構想に関する質問＞ .....	44
4-1. 地域医療構想策定ガイドラインは、過疎地での医療をどのように確保するのかの視点に乏しいと 思いますか。 .....	44
4-2. 地域医療構想は、政府の「地方創生」の政策と矛盾していると思いませんか。 .....	45
4-3. 地域医療構想では、公的病院と私的病院との間での、 いわゆる「条件の同一化（イコール・フッティング）」の議論がなされるべきであると思いませんか。 .....	47
4-4. 地域医療構想策定ガイドラインには、具体的な医師確保方策が示されておらず、問題であると思いま すか。 .....	48
まとめ .....	50
資料 .....	54
依頼文 .....	54
調査票 .....	55
委員名簿 .....	58

## はじめに

地域医療再生に向けて、国では医学部の新設や定員増あるいは地域枠の設定、臨床研修医募集定員の見直し、医療介護総合確保法の制定、地域医療再生基金や地域医療介護総合確保基金の創設、保健医療 2035<sup>※1</sup> の提言、医療従事者の需給に関する検討会の開催、診療報酬による経済誘導など、地方では医療機関の連携強化や機能分化、病床機能報告制度の実施と地域医療構想の策定、医学部学生に対する奨学金制度の創設、地元大学への寄付講座の開設、地域医療支援センターの設置、サポーターとしての住民運動の展開など、病院ではチーム医療の推進や職場勤務環境の改善など、実にさまざまな取り組みがなされてきた。

しかし、いずれの効果も限定的で、医師の地域偏在が解消し、地域医療が再生したケースは極めて少ない。とくに、地方の小都市や中山間地に存在する病院では、救急医療は言うに及ばず、日常診療の維持にさえ難渋しているのが現状である。

事実、昨年の総務省行政評価局の発表<sup>※2</sup>によると、二次医療圏別人口 10 万対医師数で検証した地域偏在は、解消されるどころか、逆に、拡大していることが明らかとなった。平成 25 年の地域医療委員会アンケート調査においても同様に、医師の地域偏在と地域間の医療格差はさらに進展し、結果として住民の安全・安心は脅かされている。このような結果は、これまで尊重されてきた、いわゆる、医師の「プロフェッショナル・オートノミー（職能的自律）」が、少なくとも偏在解消に関しては十分には機能してこなかったことの証明でもある。さらには、現場実態とかけ離れ、医療従事者の規制を中心とした医療法や医師法あるいは労働基準法など医療関連法令が「制度の壁」となって、地域医療の再生を妨げていることも見逃してはならない大切なことである。

一方、将来の日本の医療と地域医療の行方を左右する極めて重要な地域医療構想が、各都道府県で策定されようとしている。しかし、勤務医不足と地域偏在が解消されない状況にあって、たとえ、地域医療構想が、適切に策定されたとしても、推進エンジンとなる医師を確保できなければ、それは“絵に描いた餅”になる危険性が高い。また、地域医療構想は、現在の医療提供体制における「医療需給のミスマッチ」の是正、つまり、「医療需給のマッチング」とみなすことができる。これは、病院が複数以上存在する大都市や県庁所在地などにおいては効果的であるが、医療必要量が少なく、かつ医療資源が乏しい中山間地・へき地では、さらに医療機能の縮小を迫られることになる。そのためナショナルミニマムすら担保できず、結果として、「地方の衰退に拍車がかかる」という懸念が生じてくる。

勤務医の労務管理にも問題は多く、過重労働による疲弊が、いわゆる“立ち去り型サボタージュ”を加速させ、医療崩壊を生じさせたことは記憶に新しい。しかし、さまざまな対策が講じられてきたものの、日本の医療は、依然として、労働基準法違反を前提にした勤務医の過重労働とそれを追認せざるを得ない病院運営の上に成り立っており、医師を含めた医療従事者の勤務環境の改善は、地域医療の確保にとっても、健全な病院経営にとっても、疎かにはできない重要な問題であると言える。

いずれにしても、国民が安心できる医療提供体制の構築のためには、勤務医不足を解消し、地域偏在を是正することが必要であり、何にもましての最優先の課題となっている。もはや、病院の、市町村の、そして都道府県の努力は限界に達している。今こそ、住民を含め、行政、大学、医師会、病院団体、医療関連職能団体など、それぞれのステークホルダーが、一定の責務を担いながらベクトルを合わせ、地域医療再生に向けての国民的議論を喚起していくべきであろう。

今回、勤務医不足と地域偏在の実態、およびそれに関連しての地域医療構想に対する危惧、さらには、勤務環境の改善状況を明らかにすることを目的に、アンケート調査を実施した。本報告書が、勤務医不足の解消と地域偏在の改善に結びつき、苦悩する地域医療の再生の一助となることを願うものである。

※1 保健医療 2035（平成 27 年 6 月）厚生労働省「保健医療 2035」策定懇談会

※2 医師等の確保対策に関する行政評価・監視 結果報告書（平成 27 年 1 月）総務省行政評価局

# 『平成 27 年 地域医療再生に関するアンケート調査』 結果報告

## I. 調査要綱

- 【目的】 勤務医不足と地域偏在の実態、およびそれに関連しての地域医療構想に対する危惧、さらには、勤務医勤務環境の改善状況を明らかにし、地域医療再生の一助とする。
- 【対象】 日本病院会会員（平成 27 年 10 月 1 日現在）
- 【時期】 平成 27 年 10 月 1 日～11 月 20 日
- 【方法】 メール一括配信により依頼文と回答用ファイルを送信。入力してメール添付により返信。

## II. 回答状況

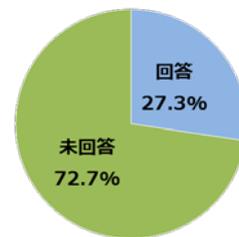
### ＜ 病院の属性に関する質問 ＞

#### 【回答数】

調査対象の日本病院会会員 2,431 病院に対して、664 病院から回答が得られた。回収率は 27.3%であり、地域医療委員会が平成 25 年 2 月に実施した『地域医療再生を妨げる「制度の壁」アンケート調査』\*の回収率 14.3%（339 病院 / 2,375 病院）に比べて 10%以上増加していた。

#### 【所在地別】

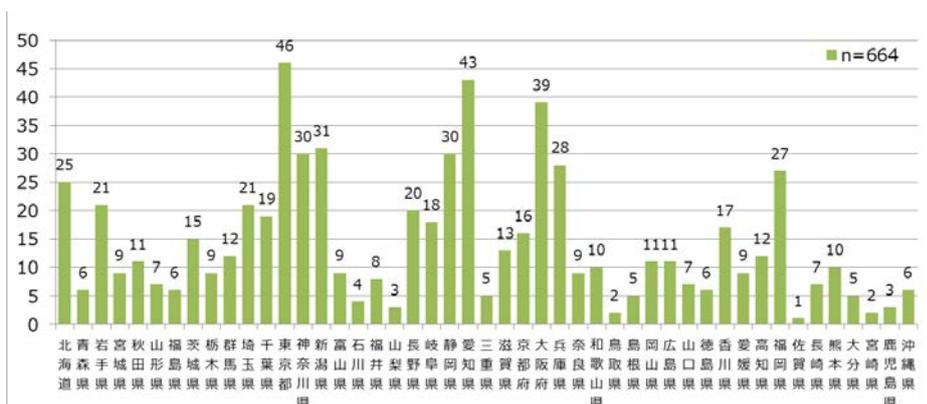
医師の地域偏在は、地域医療再生を考えるうえで重要な問題であり、勤務医不足がとくに深刻な中山間地・離島の病院や地方の小都市の病院と、ある程度充足されている都会の病院との相違を知るために、中山間地・へき地・離島を含む「郡部・町村」、都会代表としての政令指定都市・中核市・特例市・特別区・県庁所在地の「指定都市・中核市等」、その中間の地方の小都市としての「その他の市」の 3 区分を設定した。回答を寄せた 664 病院の内訳は、「指定都市・中核市等」323 病院（全体の 49%）、「その他の市」301 病院（45%）、「郡部・町村」40 病院（6%）と、全会員病院の 3 区分構成比率 55%・39%・6%とほぼ一致していた。また、「指定都市・中核市等」の会員病院 1,344 病院のうち回答した病院は 323 病院の 24%、「その他の市」は 936 病院のうち 301 病院の 32%、「郡部・町村」は 151 病院の内 40 病院の 27%と、「その他の市」の回答割合がやや多かったものの大差がないことから、このアンケート結果は、所在地別の会員病院の意見を適切に反映しているものと考えられる。



\*地域医療再生を妨げる「制度の壁」に関するアンケート調査報告書（平成 25 年 8 月）日本病院会 地域医療委員会

	回答病院数	回収率	会員病院数
指定都市・中核市等 ※	323	24.0%	1,344
その他の市	301	32.2%	936
郡部・町村	40	26.5%	151
合計	664	27.3%	2,431

※指定都市・中核市・施行時特例市・特別区・県庁所在地



【地域別】

全国 47 都道府県すべてからの回答が得られた。回答数が最も多かったところは大阪府の 30 病院、ついで東京都 21 病院、愛知県・兵庫県各 18 病院であった。一方、回答数が最も少なかったところは、山梨県・鳥取県・鹿児島県の各 1 病院であった。

また、全国を 8 地域に分けて分析してみると、回収率トップ 3 は、四国 43%、東北 39%、中部 36%であり、これらの地域での地域医療再生に対する関心の高さを示唆している。とくに、人口 10 万人対医師数が全国トップクラスの四国の回収率が最も高かったことは興味深い。次いで、北海道 25%、九州 23.3%、関東 23.1%、近畿 22.7%とつづき、中国 21%が最も低い回収率であった。

【開設者別】

開設者別全会員病院における回答病院の占める割合は、「地方自治体」が 864 病院中 364 病院の 48%と最も高く、ついで、「公的医療機関等」310 病院中 133 病院の 43%、「国」の 162 病院中 42 病院の 26%、最も低かったのが「医療法人」の 1,182 病院中 22 病院の 19%であった。「公的」・「私的」で比較してみると、「公的」の 42%に比べ、「私的」では 19%と大きな相違がみられ、全会員病院における「公的」：「私的」の比率が 36%：64%と「私的」が多いことも考えると、地域医療再生は、国公立公的病院において関心が高いテーマであることがうかがわれた。ただし、回答病院総数 664 病院に占める割合は、「私的」300 病院の 45%、「公的」364 病院の 55%と拮抗しており、このアンケート調査結果は「私的」病院の意見も十分に反映しているものと考えられる。なお、その内訳は、「国」6%、「地方自治体」29%、「公的医療機関等」20%、「医療法人」33%であった。

【病床規模別】

回答率は、「500 床以上」が 46%と最も高く、「400～499 床」37%、「300～399 床」30%、「200～299 床」25%、「100～199 床」23%、「20～99 床」17%と、病床規模が小さくなるにつれて低下していた。また、回答病院総数 664 病院に占める割合が最も多かったのは、「100～199 床」27%（全会員病院に占める割合：32%）、次いで、「500 床以上」20%（12%）、「300～399 床」16%（15%）、「200～299 床」13.4%（15%）、「400～499 床」12.5%（9%）で、最少は「20～99 床」の 11%（17%）であり、全会員病院における病床規模別の病院構成比率と比較してみると、回答した病院は「500 床以上」の割合がやや多いこと以外には大差なく、このアンケート結果は、病床規模別の病院の意見が均等に反映されているものと思われる。

	回答結果		(参考) 日病会員	
	病院数	割合	病院数	割合
北海道	25	3.8%	102	4.2%
青森県	6	0.9%	18	0.7%
岩手県	21	3.2%	28	1.2%
宮城県	9	1.4%	29	1.2%
秋田県	11	1.7%	24	1.0%
山形県	7	1.1%	18	0.7%
福島県	6	0.9%	36	1.5%
茨城県	15	2.3%	55	2.3%
栃木県	9	1.4%	28	1.2%
群馬県	12	1.8%	41	1.7%
埼玉県	21	3.2%	89	3.7%
千葉県	19	2.9%	124	5.1%
東京都	46	6.9%	203	8.4%
神奈川県	30	4.5%	117	4.8%
新潟県	31	4.7%	75	3.1%
富山県	9	1.4%	22	0.9%

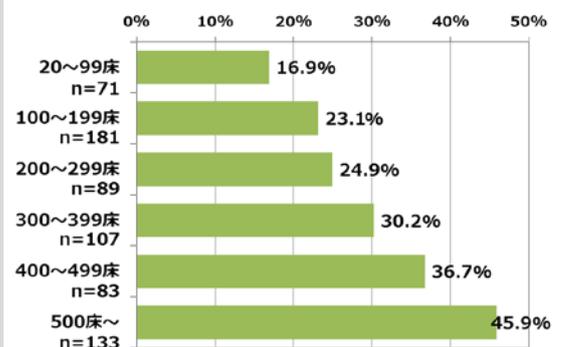
	回答結果		(参考) 日病会員	
	病院数	割合	病院数	割合
石川県	4	0.6%	19	0.8%
福井県	8	1.2%	28	1.2%
山梨県	3	0.5%	18	0.7%
長野県	20	3.0%	44	1.8%
岐阜県	18	2.7%	43	1.8%
静岡県	30	4.5%	70	2.9%
愛知県	43	6.5%	118	4.9%
三重県	5	0.8%	38	1.6%
滋賀県	13	2.0%	28	1.2%
京都府	16	2.4%	78	3.2%
大阪府	39	5.9%	185	7.6%
兵庫県	28	4.2%	130	5.3%
奈良県	9	1.4%	42	1.7%
和歌山県	10	1.5%	44	1.8%
鳥取県	2	0.3%	11	0.5%
島根県	5	0.8%	17	0.7%

	回答結果		(参考) 日病会員	
	病院数	割合	病院数	割合
岡山県	11	1.7%	50	2.1%
広島県	11	1.7%	60	2.5%
山口県	7	1.1%	34	1.4%
徳島県	6	0.9%	10	0.4%
香川県	17	2.6%	25	1.0%
愛媛県	9	1.4%	28	1.2%
高知県	12	1.8%	40	1.6%
福岡県	27	4.1%	104	4.3%
佐賀県	1	0.2%	9	0.4%
長崎県	7	1.1%	36	1.5%
熊本県	10	1.5%	42	1.7%
大分県	5	0.8%	16	0.7%
宮崎県	2	0.3%	9	0.4%
鹿児島県	3	0.5%	31	1.3%
沖縄県	6	0.9%	15	0.6%
合計	664	100.0%	2,431	100.0%

	回答病院数	回答率	会員病院数
公的計	364	42.1%	864
国	42	25.9%	162
地方自治体	189	48.2%	392
公的医療機関等	133	42.9%	310
私的計	300	19.1%	1,567
医療法人	220	18.6%	1,182
その他（公益法人等）	80	20.8%	385
合計	664	27.3%	2,431

【公的】 国（厚労省、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康福祉機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構、その他）、地方自治体（都道府県、市町村、地方独立行政法人）、公的医療機関等（日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、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）

【私的】 医療法人（特定医療法人、社会医療法人、その他医療法人）、その他（公益法人等）（公益法人、私立学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他の法人、個人）



【病院種別】

一般病院は 664 病院中 489 病院の 74%と大半を占め、精神科病院もわずかではあるが 15 病院が回答していた。なお、会員病院における一般病院の占める割合比率が 64%であることを考慮すると、ケアミックス・療養型の病院の回答がやや少なかったことがうかがわれる。

【1 日平均外来患者数】

最も多かったのは「100～300 人未満」の 25%、少なかったのが「700～900 人未満」の 10%であり、「900 人以上」の病院は 643 病院中 135 病院の 21%、「100 人未満」は 75 病院の 12%と会員病院は実に多彩であることがわかる。なお、平均値は 567 人で、中央値は 448 人であった。

【へき地医療拠点病院】

へき地医療拠点病院とは、無医地区等における巡回診療やへき地診療所等への代診医等の派遣、へき地の医療従事者に対する研修、遠隔診療支援等の診療支援事業等が実施可能な病院をいい、平成 27 年 1 月 1 日現在で会員病院・非会員病院含めて 302 か所が指定されている。本アンケート調査へは、そのうち 85 病院（28%）が回答していることになり、アンケート回答内容には、へき地医療における課題や問題点が適切に反映されているものと考えられる。

【一般病棟入院基本料の算定状況】

「7 対 1」が 59%、「10 対 1」が 28%と、両者が 650 病院中の 561 病院の 86%と大半を占めていた。

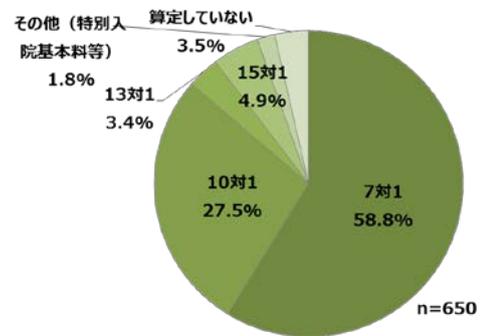
	回答結果		(参考) 日病会員	
	病院数	割合	病院数	割合
一般病院	489	73.6%	1,555	64.0%
ケアミックス病院	137	20.6%	660	27.1%
療養型病院	23	3.5%	154	6.3%
精神科病院	15	2.3%	62	2.6%
合計	664	100.0%	2,431	100.0%

	病院数	割合
100人未満	75	11.7%
100～300人未満	160	24.9%
300～500人未満	110	17.1%
500～700人未満	99	15.4%
700～900人未満	64	10.0%
900人以上	135	21.0%
合計	643	100.0%

施設数	単位 (人)		
	平均値	標準偏差	中央値
643	567.0	494.4	448.0

※平均外来患者数に記入のあった643施設を集計対象とした

	病院数	割合
指定あり	85	12.8%
指定なし	578	87.2%
合計	663	100.0%



## < 医師確保に関する質問 >

### 2-1. 平成 22 年 4 月と平成 27 年 4 月を比較した場合、貴院の常勤医師数は増加しましたか。

常勤医師数が「増加した」病院は 660 病院中 361 病院の 55%（前回平成 25 年地域医療委員会調査 52%）であった。

所在地別でみると、「増加した」病院の割合が最も多かったのは「指定都市・中核市等」で 320 病院中 207 病院の 65%（前回 56%）。ついで、「その他の市」300 病院中 143 病院の 48%（前回 49%）、「郡部・町村」40 病院中 11 病院の 28%（前回 45%）であり、前回調査に比べて「指定都市・中核市等」が約 9%増加したのに比べて、「郡部・町村」では 17%も下回っており、都会と中山間地の地域間格差がさらに拡大していることが明らかである。

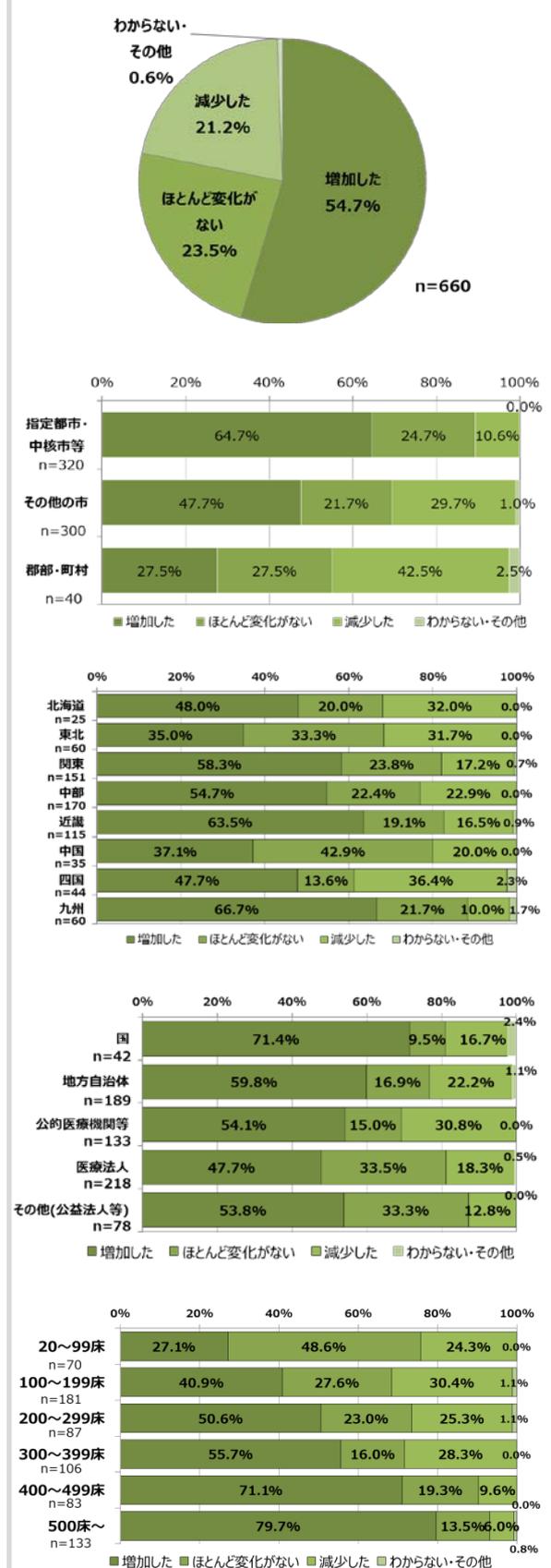
地域別では、「増加した」病院の割合が多いトップ 3 は九州 67%・近畿 64%・関東 58%であり、次いで、中部 55%・北海道 48%・四国 48%・中国 37%で、最も低かったのが東北の 35%であった。

開設主体別でみると、「増加した」病院は、「国」の 71%：42 病院中 30 病院（前回 64%）が最多であり、ついで「地方自治体」60%（前回 54%）、「公的医療機関等」54%（前回 49%）、「医療法人」48%（前回 54%）の順に低下していた。公的病院（国、自治体・公的医療機関等）と私的（医療法人・その他）で比較すると、「増加した」病院は、公的が 364 病院中 215 病院の 59%、私的が 296 病院中 146 病院の 49%と、10%の差異があった。

病床規模別では、「500 床以上」が 133 病院中 106 病院の 80%（前回 73%）と最も高く、ついで「400～499 床」71%（前回 54%）と増加の大半を占めていた。さらに、「300～399 床」56%（前回 57%）、「200～299 床」51%（前回 45%）、「100～199 床」41%（前回 47%）、「20～99 床」27%（前回 33%）と、病床規模が小さくなるにつれて医師が増加した病院の割合は低下し、「500 床以上」と「99 床以下」とでは、実に 50%以上の開きがあった。また、「400 床以上」の病院の増加割合 76%（216 病院中 165 病院）は、「400 床以下」の病院の 44%（444 病院中 196 病院）に比べて 30%以上高く、勤務医の増加割合が多いか少ないかの分岐点は「400 床」にあった。

一方、常勤医師数が「減少した」病院は 660 病院中 140 病院 21%であり、前回と同じ割合であった。

所在地別でみると、「減少した」病院割合が最も顕著な所在地は「郡部・町村」の 40 病院中 17 病院の 43%（前回 17%）、ついで「その他の市」の 300 病院中 89 病院の 30%（前回 25%）、最も少なかったのが「指定都市・中核市等」の 320 病院中わずか 34 病院の 11%（前回 18%）であり、増加割合と同様、減少割合でも地域間格差が拡大していることが



明らかであった。

地域別でみると、「減少した」割合が最も多い地域のトップ 3 は、四国 36%・北海道 32%・東北 32%で、ついで中部 23%・中国 20%・関東 17%・近畿 17%、最も少ないのが九州の 10%であった。

開設主体別では、「国」が最も少ない 17%：42 病院中 7 病院（前回 21%）で、最も多いのが「公的医療機関等」の 31%：133 病院中 41 病院（前回 25%）とは 2 倍近い差が認められた。なお、「地方自治体」は 22%（前回 29%）、医療法人は 18%（前回 14%）であった。公的病院と私的病院で比較すると、「減少した」病院は、公的が 364 病院中 90 病院の 25%、私的が 296 病院中 50 病院の 17%と、8%の差異があった。

病床規模別での減少割合は、最も多かったのが「100～199 床」の 30%（181 病院 55 病院、前回 25%）、逆に最も少なかったのは「500 床以上」の 6%（133 病院中 8 病院、前回 10%）で、最大と最少の差は 24%もあり、しかも前回調査での 15%に比べ、その差は拡大していた。また、「400 床」を境に比較してみると、「400 床以上」の病院での減少割合は 7%：216 病院中 16 病院（前回 14%）に対して「400 床未満」では 28%：444 病院中 124 病院（前回 24%）と 20%以上の相違があり、「400 床」が分岐点となっていた。また、その差も前回の 10%に比べて 2 倍以上に拡大するなど、大規模病院と中小規模病院との勤務医確保における格差は拡大していることが明らかであった。

なお、医師数に「ほとんど変化がなかった」病院は、全体で 155 病院の 24%（前回 25%）であった。

#### 【考察】 .....

厚生労働省の「医師・歯科医師・薬剤師」調査<sup>※</sup>によると、医療施設（病院）従事医師数の年次推移をみると、平成 16 年 163,683 人、平成 18 年 168,327 人、平成 20 年 174,266 人、平成 22 年 180,966 人、平成 24 年 188,306 人、平成 26 年 194,961 人と、この 10 年間で 31,278 人、5 年間平均で約 15,600 人、年平均では約 3,100 人増加している。

しかし、今回の調査では、病院常勤医師数は、5 年前の平成 22 年に比べて約半数の病院で増加した一方で、2 割を越える病院で減少しており、前回平成 25 年調査での「平成 20 年から平成 25 年」の 5 年間の変化と大きな相違は認められなかった。増加あるいは減少した病院割合の分岐点は、ともに「400 床」にあり、医師確保は病床規模によって左右されることが示された。これに所在地別での結果を加えると、勤務医の「都会の大規模病院」での増加と「地方の中小規模病院」での減少が明白であり、これまでさまざまな医師確保対策が講じられてきたにもかかわらず、医師の地域偏在は解消するどころか、逆に拡大していることを裏付けている。

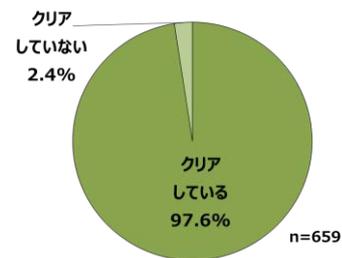
※医師・歯科医師・薬剤師調査（平成 26 年）厚生労働省

所在地別においては、「増加した」病院の割合が全国トップは、東京都を含む「関東」（58%）ではなく「九州」(67%)であり、「減少した」病院割合の第1位が人口10万人対医師数全国トップクラスの四国（36%）であったことは、非常に興味深い。また、医師数が「増加した」病院の割合は、公的病院に比べて私的病院が10%少ないものの、「減少した」割合も10%近く少ないことから、私的病院はより効果的な医師の離職防止のための配慮がなされているのではないかとと思われる。

.....

## 2-2. 法定医師数をクリアしていますか。

法定医師数をクリアできている病院は98%（前回95%）、クリアできていない病院は極めて少なく、2%（前回4%）に過ぎなかった。クリアできている病院割合は、所在地別、開設者別および病床規模別、いずれにおいても90%を超えており、大きな相違は認められなかった。



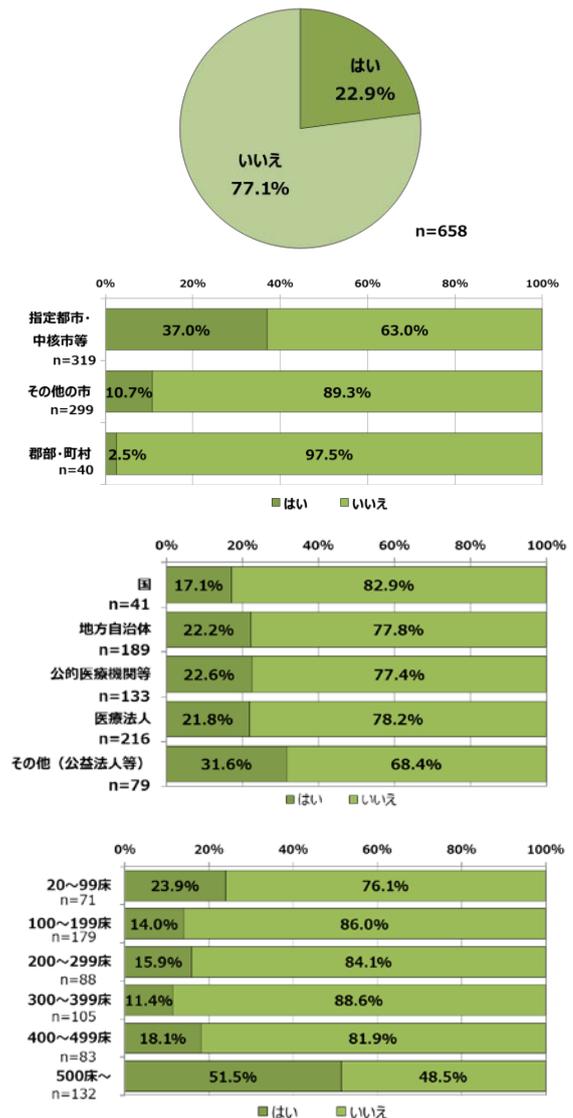
## 2-3. 貴院が標榜している診療科すべてに、常勤医を配置できていますか。

標榜診療科すべてに常勤医を配置できている病院は、658病院中151病院の23%（前回21%）に過ぎず、全体の約四分之三（77%）の病院では、すべてに常勤医を配置できていなかった。

この151病院をそれぞれの所在地で分析すると、「指定都市・中核市等」319病院中118病院の37%（前回29%）であったが、「その他の市」では299病院中32病院の11%（前回16%）に減少し、「郡部・町村」では40病院中1病院の3%（前回9%）に過ぎなかった。

開設者別では、「その他（公益法人等）」が32%と最も高く、次いで、「公的医療機関等」23%、「地方自治体」22%、「医療法人」22%、「国」が17%と最も低かった。

病床規模別では、「500床以上」132病院のうちすべてに常勤医を配置できている病院は68病院の52%（前回51%）である一方、「100～199床」14%（前回13%）、「200～299床」16%（前回12%）、「300～399床」11%（前回11%）、「400～499床」18%（前回9%）と、「20～99床」の24%（前回18%）を除き、「500床未満」の病院ではすべて10～20%と40%前後の差が認められた。この傾向は前回調査と同様であった。「20～99床」が24%である理由は、小規模病院は標榜診療科そのものが少ないことではないかと思われる。



## 【考察】.....

標榜診療科すべてに常勤医を配置できている病院は、前回の調査結果と同様、全体の約 2 割に過ぎなかった。社会的ニーズと自院の医療機能の妥当性を再検討すべきであることは当然のこととして、このような状況に陥っている背景には勤務医不足が存在することに異論はなからう。

一方、「指定都市・中核市等」の病院で、標榜している診療科すべてに常勤医を配置できている割合が、前回調査と比較して増加（29%→37%）しているにもかかわらず、「その他の市」（16%→11%）と「郡部・町村」（9%→3%）は減少しており、地域間格差がさらに拡大したことを示している。しかし、「指定都市・中核市等」でさえ 40%に届かず、病院の医療機能の妥当性は別問題として、都会でも一部の病院では勤務医不足が深刻な状況に陥っているのではないかと思われる。また、病床規模では、「500 床以上」と「500 床未満」では 40%前後の相違があり、病床規模間格差も広がっているように思える。ただし、前回調査でも見られた傾向であるが、「500 床未満」の病院のうち、「99 床以下」の小規模病院では常勤医を配置できている割合が最も高く、これらの病院では医療資源が乏しいなか、ある程度、医療需給のバランスが図られていることを示唆している。

.....

## 2-4. 貴院が現在の医療機能を維持するために必要な勤務医について

### 2-4 ①. 勤務医は充足していますか。

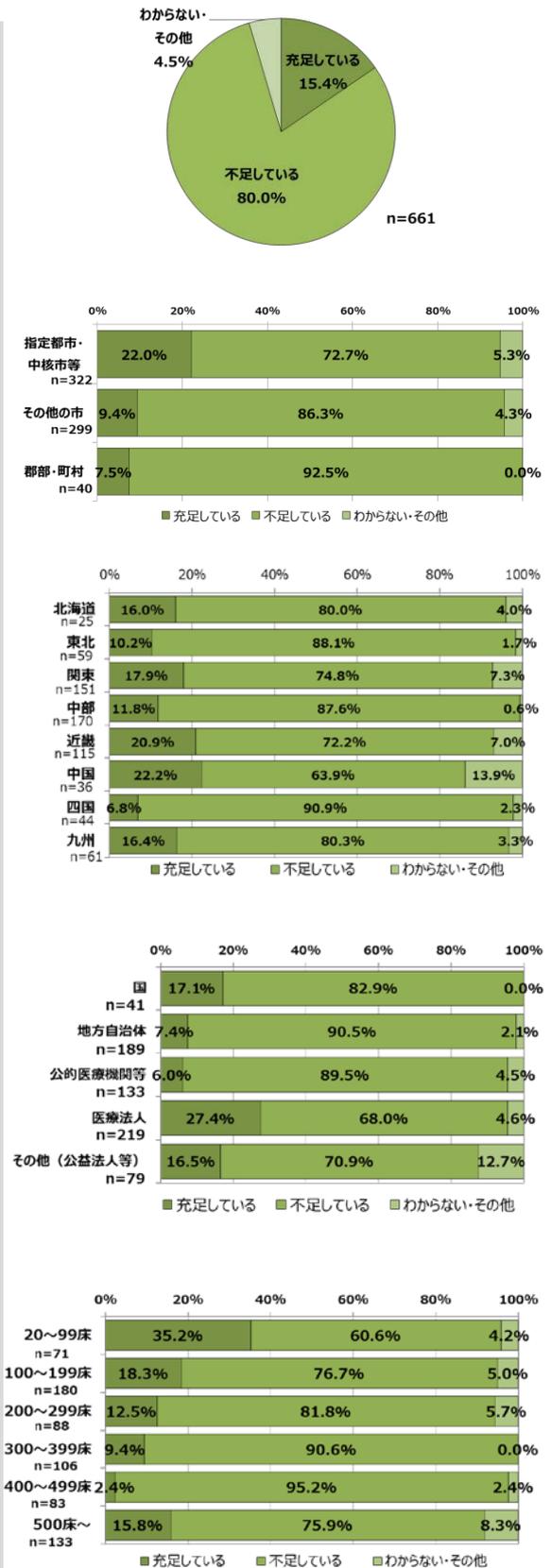
勤務医は「不足している」と答えた病院は 661 中 529 病院 (80%) に上り、前回調査の 74% を上回っていた。一方、「充足している」病院は前回調査の 23% を 8% も下回る 102 病院 (15%) に過ぎず、勤務医の不足感は、解消されるどころか、逆に増大していることがうかがわれる。

所在地別では、「不足している」と答えた病院の割合が最も多いのは「郡部・町村」の 93% (前回 82%) で、次いで「その他の市」86% (前回 80%)、「指定都市・中核市等」73% (前回 67%) であり、勤務医の不足感は、前回調査と比較して、いずれの所在地においても増大していた。一方、「充足している」と答えた病院の割合は、「不足している」と答えた病院の割合と逆相関していた。

地域別では、「不足している」と答えた病院の割合のトップは四国の 91% で、以下、中部 87%、東北 87%、九州 80%、北海道 80%、関東 74%、中国 64% の順であった。「充足している」では、第 1 位は中国の 22% で、関東 18%、九州 16%、北海道 16%、中部 12%、東北 10% の順序で低下し、最下位は四国の 7% であった。

開設主体別では、「不足している」と答えた病院の割合が最も多いのは「地方自治体」で、189 病院中 171 病院の 91% (前回 92%) で、次いで「公的医療機関等」90% (前回 89%) であり、両者合わせての 87% (前回 91%) は、それ以外の開設主体の平均 70% (前回 62%) を上回っていた。一方、「充足している」病院の割合が最も多いのは、「医療法人」27% で、「国」は 17% であった。

病床規模別で比較してみると、「不足している」と答えた病院の割合が最も多いのは「400~499 床」の 95% (前回 76%) で、次いで「300~399 床」の 91% (前回 85%) (両者合わせて 189 病院中 175 病院の 93%、前回 81%) であり、最も少ないのは「100 床未満」の 61% (前回 51%) であり、前回と比較して、いずれの病床規模において「不足している」割合は増加していた。逆に、「充足している」と答えた病院の割合が最も多いのは「100 床未満」の 35% (前回 46%) であり、他の病床規模の病院と比較して約 2 倍以上の開きがみられた。また、「400~499 床」と「300~399 床」では、それぞれわずか 2%、9% (両者合わせて 189 病院中 12 病院の 6%、前回 17%) であった。



【考察】.....

何をもちて勤務医が不足あるいは充足していると考えなのか、客観的な基準はなく、その判断は病院の医療機能や地域性、病床規模や開設主体、あるいは院長や理事長の考え方によって異なるなど、画一的に評価することはできない。そのため、今回も前回調査と同様に、設問は「現在の医療機能を維持するために必要な勤務医は充足しているか」と、「現在の医療機能を維持するために」と定義した。

2-1の質問回答にみられるように、平成22年から27年までのこの5年間、約半数の病院で常勤医師数は増加しているものの、約四分の三の病院は不足感を抱いており、それぞれの病院では医療機能を維持することに難渋していることが推測される。

不足感は、都会よりも「郡部・町村」の病院、小規模病院より「300～499床」規模の病院、さらには私的病院より公的病院で強かった。意外にも「100床未満」の病院では、少ない勤務医での診療に慣れているのか、あるいは少人数ゆえの円滑なコミュニケーションとチームワークの土壌が醸成されているのか、不足感の割合（61%）は6つの病床規模区分のなかで最も少なかった。

今回の調査と平成25年および平成18年に実施した調査※を比較すると、「不足している」病院は87%→74%→80%、「充足している」病院は9%→23%→15%と推移しており、勤務医不足の解消は、一進一退の感がある。また、地域別では、不足感割合が最も多く、充足感割合が最も少ない地域は、人口10万人対医師数が全国トップクラスの「四国」であったことは驚きであり、その理由として「四国」では県庁所在地と中間山地との地域格差が他の地域に比べて顕著であることが考えられる。

.....

※医師確保に係る調査 報告書（平成19年3月）  
日本病院会 地域医療委員会

**2-4 ②. ①で「不足している」と回答された方にお聞きします。  
不足している診療科はどの科ですか。（複数回答）**

内科（48%、528病院中252病院）・麻酔科（43%、227病院）・整形外科（35%、183病院）・産婦人科（32%、170病院）・呼吸器内科（31%、163病院）が上位5位を占めており、小児科は9位（27%、141病院）、病理診断科は20位（18%、93%）であった。

【考察】.....

平成25年の前回調査では、呼吸器科と産婦人科の順位が逆転しているものの、1位；内科、2位；麻酔科、3位；整形外科、4位；呼吸器科、5位；産婦人科と同じ診療科が上位5位を占めていた。また、小児科は13位、病理診断科は22位であった。

.....

病院数 割合		病院数 割合	
内科	252 47.7%	神経内科	139 26.3%
麻酔科	227 43.0%	救急科	137 25.9%
整形外科	183 34.7%	リハビリテーション科	133 25.2%
産婦人科	170 32.2%	眼科	122 23.1%
呼吸器内科	163 30.9%	外科	114 21.6%
消化器内科	162 30.7%	泌尿器科	113 21.4%
脳神経外科	157 29.7%	精神科	112 21.2%
循環器内科	145 27.5%	糖尿病内科	111 21.0%
小児科	141 26.7%	耳鼻咽喉科	111 21.0%
放射線科	140 26.5%	病理診療科	93 17.6%

n=528

病院数 割合	
皮膚科	79 15.0%
血液内科	69 13.1%
心臓血管外科	64 12.1%
呼吸器外科	60 11.4%
その他	57 10.8%
消化器外科	50 9.5%
心療内科	32 6.1%
産科	32 6.1%

**2-4 ③. ①で「不足している」と回答された方にお聞きます。**

**昨年度の経常収支はいかがでしたか。**

黒字病院 52%、赤字病院 48%とほぼイーブンであった。

所在地別では、黒字病院割合は「指定都市・中核市等」が57%と最も高く、ついで「郡部・町村」の54%で、その他の市は48%と最も低かった。

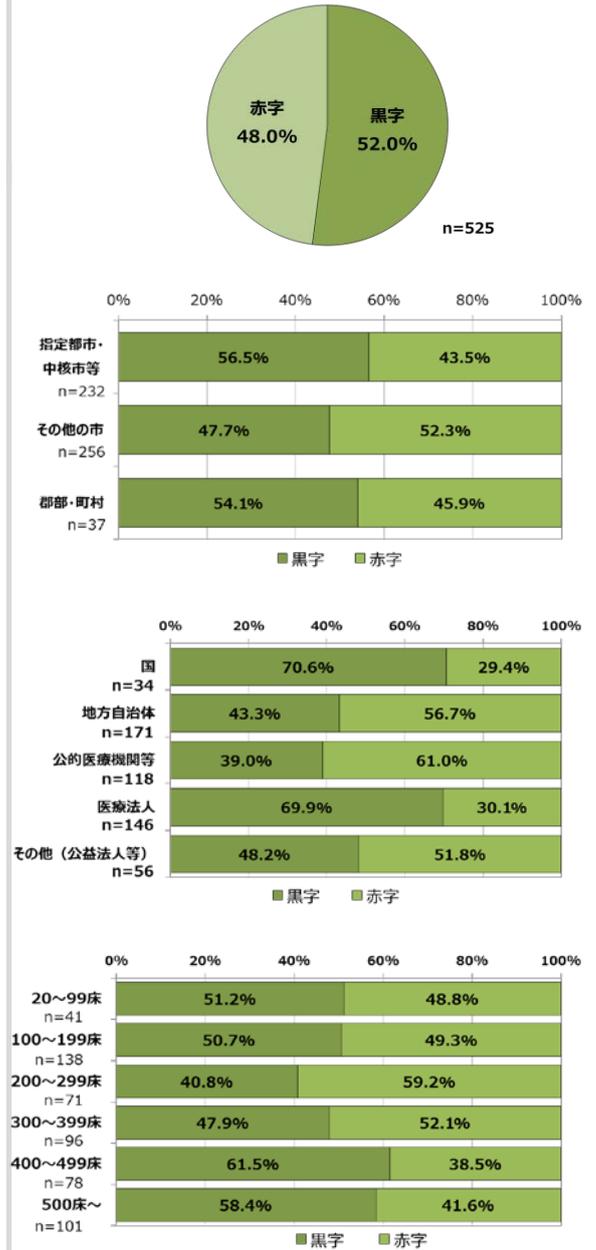
開設主体別では、黒字は「国」の71%と「医療法人」の70%が突出しており、他の開設主体はすべて50%を切っていた。なお、「地方自治体」は43%、「公的医療機関等」は39%と最も低かった。

病床規模別で比較してみると、黒字割合が半数を超えたのは4つの病床規模区分で、「400～499床」62%、「500床以上」58%、「20～99床」51%、「100～199床」51%であった。それ以外の病床規模区分では、赤字割合が50%を上回っており、それぞれ「200～299床」59%、「300～399床」52%であった。

**【考察】**.....

一般的に勤務医不足は病院経営に大きく影響を及ぼし、赤字経営の最大の原因であると考えられている。しかし、今回の調査では、勤務医が「不足している」と答えた525病院のうち、52%の273病院が経常収支黒字決算であったと回答している。このことは、勤務医不足は赤字経営の原因の一つであることに変わりはないものの、運営次第によっては黒字決算を達成することも可能であることを示している。それに該当する病院は、「400床以上」の大規模病院、開設主体が「国」あるいは「医療法人」の病院、そして「指定都市・中核市等」の病院、つまり、「都会の大規模の国立あるいは民間病院」であり、「田舎の中小規模の公立・公的病院」は、やはり経営に苦勞していることがうかがわれる。

.....



## 2-5. 精神科を標榜している病院にお聞きします。

### 2-5 ①. 精神科病床はありますか。

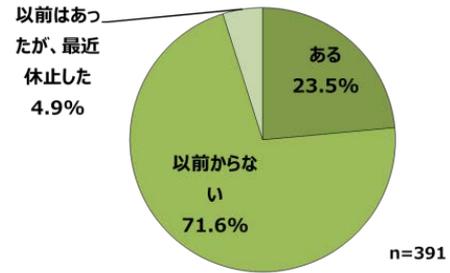
回答 391 病院中、「ある」は 24%の 92 病院、「以前からない」が 72%の 280 病院と大多数を占めていた。「以前はあったが、最近休止した」は 5%の 19 病院存在していた。

【考察】.....

平成 24 年に策定された「5 疾病 5 事業」の医療計画において、精神疾患は国がその対策を講ずべき重要な疾患と位置づけられたこともあいまって、総合病院における精神科の役割は、身体合併症をもつ精神疾患患者の治療、精神科救急への対応、リエゾン・コンサルテーション、メンタルヘルス対策、あるいは緩和ケアチーム活動など、ますます重要になってきている。しかし、経営的な理由や精神科医師不足などのために、精神科入院病床の削減や精神病棟の閉鎖、あるいは、精神科外来そのものの廃止など、総合病院精神科は危機的状況に陥っている。

今回の調査でも同様に、精神科病床が「現在もある」92 病院と「以前はあったが、最近休止した」19 病院の合計 111 病院のうち、休止となった割合は 17%と少なくはなく、6 病院のうち 1 つの病院で精神科病床が休止されたことになる。精神科病床の政策医療的役割を考えると、極めて憂慮すべき事態であると言える。

.....



### 2-5 ②. ①で「以前はあったが、最近休止した」と回答された方にお聞きします。

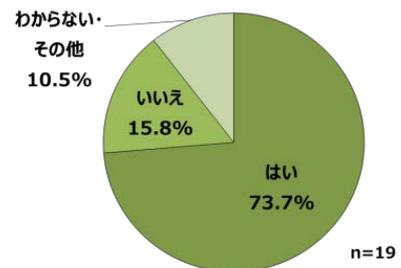
#### その理由は、精神科医師不足ですか。

「以前はあったが、最近休止した」19 病院のうち、「はい」と答えた病院は 14 病院の 74%に上っていた。

【考察】.....

厚生労働省の「医師・歯科医師・薬剤師調査」において、平成 26 年の医療施設従事医師数は、平成 6 年を 1.0 として比較すると、内科・産婦人科・小児科・外科が 1.0 を下回っていたのとは対照的に、精神科は 1.60 と増加率全診療科トップであり、9,514 人から 15,187 人へ約 5,600 人増加している。なお、医療施設従事医師数のうち病院勤務医師数は、平成 6 年 8,496 人から平成 26 年 11,413 人と 2,916 人増加しているが、その増加率 1.34 は、診療所従事医師数の増加率 3.71 (平成 26 年 3,774 人/平成 6 年 1,018 人) とは 3 倍近い差を認め、精神科医の開業志向が顕著なことを物語っている。

今回の調査でも、「以前はあったが、最近休止した」19 病院のうち、14 病院は「精神科医師不足」をその理由としており、総合病院に勤務する精神科医の不足は深刻な状況であると考えられる。当委員会委員の病院においても同様に、大学医局への医師の引き上げ、中堅医師のクリニック開業、精神科単科病院



への異動のため、精神科常勤医師が1名までに減少し、新規の外来・入院患者の受入れ中止を余儀なくされた事例があった。その対応策として、県が地元大学医学部に開設した寄付講座「地域連携精神医学講座」からの外来支援を受けているが、本質的な解決には至っていない。このように、総合病院における精神科勤務医不足は、他の診療科勤務医不足と同様に、解決の糸口さえ見出せていないのが現状であろう。

.....

**2-5 ③. ①で「ある」と回答された方にお聞きします。**

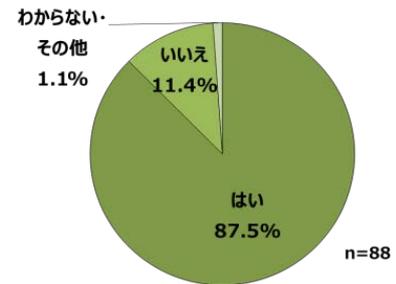
**精神科身体合併症患者の入院治療を行っていますか。**

「はい」は 88 病院中 77 病院の 88%、「いいえ」は 10 病院の 11%であった。

【考察】.....

上述したように、身体合併症を有す精神疾患患者の治療は、総合病院精神科の一つの重要な役割であり、勤務医不足の中にあつて、精神科病床を有す病院の9割近くが実際に身体合併症患者の入院治療を行っていることは、高く評価できる。

.....



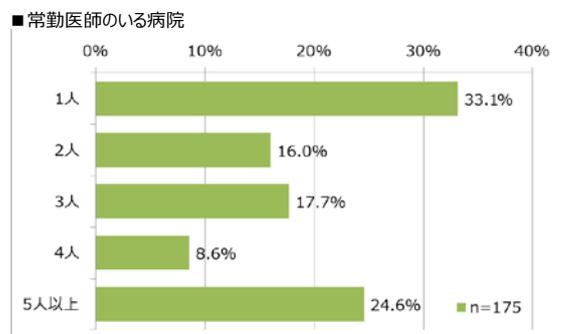
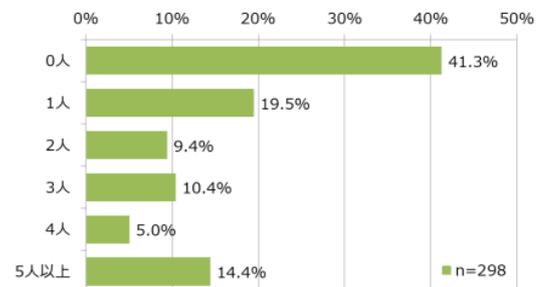
**2-5 ④. 常勤の精神科医師は何人いますか。**

回答 298 病院のうち、41%の 123 病院は精神科を標榜しているにもかかわらず、常勤医師を配置できていなかった。常勤医師数ゼロの病院を除いた割合を見てみると、全 175 病院中配置人数「1人」が 58 病院の 33%とトップ、ついで「5人以上」43 病院の 25%、以下、「3人」18%、「2人」16%、「4人」9%、「3人以上」は 89 病院 30%であった。

【考察】.....

日本総合病院精神医学会の平成 19 年の調査（藤原修一郎、精神神経学雑誌、110 巻、11 号、1082-1089、2008）では、大学病院を除く有床総合病院精神科は、全体で 163 施設・精神科常勤医師数 624 人で構成され、1 施設当たり平均 3.8 人の精神科医師、2.3 人の精神保健指定医が配置されていた。そして、上述したような総合病院精神科としての医療機能を適切に発揮するためには、一施設で少なくとも常勤医 5 名、精神保健指定医 3 人を確保することが必要であると提言している。また、県庁所在地を含む二次医療圏とそれ以外の二次医療圏の人口 10 万人対の精神科医師数を比較すると 1.5 倍以上の格差があり、精神科医師の地域偏在も顕著であることを指摘している。

今回の調査では、常勤精神科医を配置できていない病院が全体の 41%に上っていた。これは、総合病院精神科を標榜する病院の約 47%が入院機能を保有していないとの藤原の報告と



ほぼ一致している。また、精神科医師の配置人数は、「1 人」と「5 人以上」に二極化しており、一人医長で苦勞している病院と日本総合病院精神医学会が推奨する「常勤医 5 人」を配置している病院、たとえば、県立中央病院やセンター的病院などの精神科医療機能格差は広がっているものと推測される。なお、本調査での平均値は 2.5 人であったが、一般市中総合病院の精神科には、その医療機能を適切に発揮するためには、少なくとも「3 人」の常勤医師が必要ではなからうか。

.....

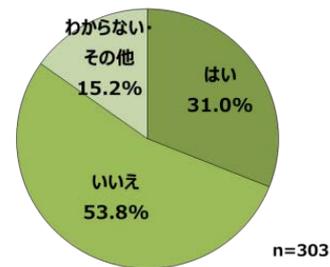
## 2-5 ⑤. 精神科医師は充足していますか。

「はい」と答えた病院は 303 中 94 病院（31%）であった。一方、「いいえ」は 163 病院（54%）と、設問 2-4 の①の勤務医全体の不足感 80%には及ばないものの、半数を超えていた。「わからない・不明その他」は 46 病院（15%）であり、設問 2-4 の①での「わからない・不明その他」割合 5%の 3 倍であったことは、興味深い。

【考察】.....

上述したように、総合病院精神科としての医療機能を適切に発揮するためには、一施設で少なくとも常勤医 5 名、精神保健指定医 3 人を確保することが必要であると報告されている。しかし、前問の回答にみられるように、配置人数の平均値は 2.5 人であり、「5 人以上」配置できている病院は 25%に過ぎなかった。一方、「1 人～2 人」で頑張っている病院の割合は 49%に上っており、これらの病院のほとんどは日常外来診療に忙殺され医師の不足感を切実に感じているはずであり、この数字は「いいえ」と答えた病院割合 54%とほぼ一致している。

.....



## 2-6. 勤務医の確保について

### 2-6 ①. 勤務医をどのように確保していますか。(複数回答)

回答病院 657 病院のうち 91% の 598 病院が「大学医局からの派遣」をあげており、他の確保策と比べ突出していた。ついで「人脈等」が 48% の 313 病院、「公募」が 43% の 273 病院であった。第 4 位は「人材派遣会社」の 38%・247 病院、以下は、「地方自治体からの派遣」7%・48 病院、「民間病院からの派遣」6%・42 病院、「国公立病院からの派遣」6%・41 病院、「大学寄付講座の開設」4%・25 病院、「医師会」3%・21 病院と、すべて 10% 以下であった。

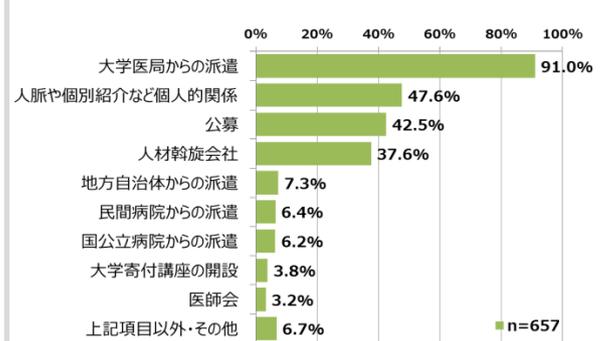
なお、所在地別、地域別、開設者別、病床規模別のいずれの属性のいずれの分類においても、医師確保策の第 1 位は「大学医局からの派遣」であり、所在地別では、「郡部・町村」98%、「その他の市」93%、「指定都市・中核市等」88%と、都会になるにつれて大学への依存度は低下していた。

地域別では、「四国」が 96%と大学との結びつきが最も強く、「関東」が 86%と最も低かった。

開設主体別では、「国」・「地方自治体」・「公的医療機関等」を合わせた平均は 98%であり、「民間病院」・「その他」の平均 83%とは 15%の違いがあった。

病床規模別でみると、「大学医局からの派遣」に依存している割合が最も高いのは、「400～499 床」の 98%、「300～399 床」の 95%、「500 床以上」の 93%と大規模病院に多い傾向が見られ、「20～99 床」の 80%とは 15%以上の開きが見られた。

「人材派遣会社」への依存度は、「400～499 床」31%、「500 床以上」20%と大規模病院では強くはなく、400 床以下の病院とは 10～20%の相違がみられた。開設主体別では、60%の「医療法人」病院が人材派遣会社を活用して医師確保を行っており、他の開設形態とは 30%以上の差が認められた。なお、「人脈等」においても同様で、「医療法人」が他の開設主体を 20～30%上回っていた。



	n=319		n=298		n=40	
	指定都市・中核市等		その他の市		郡部・町村	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
大学医局からの派遣	282	88.4%	277	93.0%	39	97.5%
国公立病院からの派遣	12	3.8%	22	7.4%	7	17.5%
民間病院からの派遣	15	4.7%	23	7.7%	4	10.0%
地方自治体からの派遣 (地域医療支援センターを含む)	8	2.5%	35	11.7%	5	12.5%
公募	158	49.5%	107	35.9%	14	35.0%
人脈や個別紹介など個人的関係	164	51.4%	136	45.6%	13	32.5%
医師会	9	2.8%	12	4.0%	0	0.0%
人材斡旋会社	124	38.9%	112	37.6%	11	27.5%
大学寄付講座の開設	10	3.1%	14	4.7%	1	2.5%
上記項目以外・その他	21	6.6%	18	6.0%	5	12.5%

	n=25		n=59		n=150		n=169		n=115		n=36		n=44		n=59	
	北海道		東北		関東		中部		近畿		中国		四国		九州	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
大学医局からの派遣	22	88.0%	54	91.5%	130	86.7%	162	95.9%	101	87.8%	32	88.9%	42	95.5%	55	93.2%
国公立病院からの派遣	1	4.0%	8	13.6%	4	2.7%	17	10.1%	2	1.7%	2	5.6%	2	4.5%	5	8.5%
民間病院からの派遣	4	16.0%	7	11.9%	6	4.0%	11	6.5%	4	3.5%	4	11.1%	4	9.1%	2	3.4%
地方自治体からの派遣 (地域医療支援C含)	2	8.0%	7	11.9%	9	6.0%	14	8.3%	3	2.6%	4	11.1%	4	9.1%	5	8.5%
公募	13	52.0%	16	27.1%	75	50.0%	67	39.6%	54	47.0%	14	38.9%	13	29.5%	27	45.8%
人脈や個別紹介など 個人的関係	12	48.0%	27	45.8%	80	53.3%	66	39.1%	57	49.6%	17	47.2%	23	52.3%	31	52.5%
医師会	3	12.0%	2	3.4%	2	1.3%	7	4.1%	4	3.5%	0	0.0%	2	4.5%	1	1.7%
人材斡旋会社	9	36.0%	16	27.1%	71	47.3%	64	37.9%	49	42.6%	11	30.6%	9	20.5%	18	30.5%
大学寄付講座の開設	1	4.0%	4	6.8%	6	4.0%	7	4.1%	1	0.9%	0	0.0%	3	6.8%	3	5.1%
上記項目以外・その他	1	4.0%	4	6.8%	11	7.3%	11	6.5%	6	5.2%	3	8.3%	5	11.4%	3	5.1%

	n=42		n=189		n=131		n=219		n=76	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
国			地方自治体		公的医療機関等		医療法人		その他(公益法人等)	
大学医局からの派遣	40	95.2%	183	96.8%	130	99.2%	182	83.1%	63	82.9%
国公立病院からの派遣	2	4.8%	23	12.2%	9	6.9%	6	2.7%	1	1.3%
民間病院からの派遣	1	2.4%	11	5.8%	10	7.6%	15	6.8%	5	6.6%
地方自治体からの派遣 (地域医療支援C含)	0	0.0%	35	18.5%	11	8.4%	1	0.5%	1	1.3%
公募	19	45.2%	77	40.7%	67	51.1%	80	36.5%	36	47.4%
人脈や個別紹介など 個人的関係	20	47.6%	63	33.3%	46	35.1%	143	65.3%	41	53.9%
医師会	2	4.8%	3	1.6%	5	3.8%	10	4.6%	1	1.3%
人材斡旋会社	10	23.8%	34	18.0%	39	29.8%	132	60.3%	32	42.1%
大学寄付講座の開設	1	2.4%	10	5.3%	5	3.8%	4	1.8%	5	6.6%
上記項目以外・その他	5	11.9%	16	8.5%	8	6.1%	11	5.0%	4	5.3%

	n=70		n=181		n=87		n=106		n=81		n=132	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
20~99床			100~199床		200~299床		300~399床		400~499床		500床~	
大学医局からの派遣	56	80.0%	159	87.8%	79	90.8%	101	95.3%	80	98.8%	123	93.2%
国公立病院からの派遣	3	4.3%	13	7.2%	5	5.7%	8	7.5%	6	7.4%	6	4.5%
民間病院からの派遣	8	11.4%	14	7.7%	5	5.7%	6	5.7%	6	7.4%	3	2.3%
地方自治体からの派遣 (地域医療支援センターを含む)	7	10.0%	7	3.9%	3	3.4%	13	12.3%	4	4.9%	14	10.6%
公募	17	24.3%	53	29.3%	35	40.2%	52	49.1%	40	49.4%	82	62.1%
人脈や個別紹介など個人的関係	33	47.1%	99	54.7%	42	48.3%	52	49.1%	30	37.0%	57	43.2%
医師会	5	7.1%	6	3.3%	1	1.1%	6	5.7%	1	1.2%	2	1.5%
人材斡旋会社	30	42.9%	83	45.9%	38	43.7%	45	42.5%	25	30.9%	26	19.7%
大学寄付講座の開設	1	1.4%	2	1.1%	5	5.7%	4	3.8%	8	9.9%	5	3.8%
上記項目以外・その他	5	7.1%	12	6.6%	7	8.0%	7	6.6%	2	2.5%	11	8.3%

【考察】.....

医師確保方策は、前回の地域医療委員会調査と同様に、その医師派遣機能が弱体化したといわれながらも、依然として、「大学医局からの派遣」によるものが圧倒的に多く、実に 657 病院中 598 病院と 91% を占めていた。所在地別・開設者別、病床規模別の分析をまとめると、「大学医局からの派遣」への依存度が強い、つまり、大学医局とのつながりが強いのは、「都会の、国公立の、300 床以上の病院」であると言える。

第 2 位も前回と同様「人脈等」の 48%、第 3 位は「公募」43%（前回第 4 位）であった。また、前回 3 位の「人材斡旋会社」は 38% の第 4 位と後退したものの、それでも、657 病院中 247 病院と、三つに一つの病院が利用していることが明らかとなった。一方、「地方自治体からの派遣（地域医療支援センターを含む）」は前回調査と同様に極めて低く、48 病院の 7% に過ぎなかった。10% にも満たないこのような現実には、「医療介護総合確保法」で医師確保対策として期待され、地域医療構想策定ガイドラインでも言及されている「地域医療支援センター」が、充分には機能していないことを表している。事実、平成 28 年 3 月の全国医学部長病院長会議の報告書※によれば、地域医療センターを設置している 48 大学中、医師派遣を実施しているセンターはわずか 7 大学にとどまっており、その事業内容は地域医療従事医師のキャリア支援と地域の医師不足の実態把握に限定されていた。また、「国公立病院からの派遣」が 41 病院の 6% と低い理由の一つとして 公務員の兼業禁止法令という「制度の壁」の存在があげられよう。

今回の結果を日本病院会の平成 18 年調査および平成 25 年の前回調査と比較すると、「大学医局からの派遣」は 98% → 90% → 91% とやや低下したものの、依然として 90% 台を維持、「人脈等」は 42% → 56% → 48% とほぼ変化なし、「公募」24% → 41% → 43% および「人材斡旋会社」19% → 47% →

※平成 27 年度 地域枠入学制度と地域医療支援センターの実情に関する調査報告（平成 28 年 3 月）  
全国医学部長病院長会議

38%と平成 18 年に比べほぼ倍増、「地方自治体よりの派遣」13%→8%→7%とここ数年間 10%以下に低迷していることが明らかである。

**2-6 ②. ①で「人材斡旋会社」と回答された方にお聞きます。**

**人材斡旋会社への昨年度 1 年間の支払金額、および昨年度 1 年間の斡旋人数を教えてください。**

「人材斡旋会社」と回答した 199 病院中、支払金額を記入した病院（0 円を除く）は 123 病院であった。その中央値は 370 万円であり、500 万円以上支払った病院は 41%の 50 病院であった。また、斡旋人数の中央値は 2.0 人であり、5 人以上を斡旋してもらった病院は、27 病院の 12%に上っていた。

**【考察】**.....

医師は「公共の財産」であるにもかかわらず、勤務医確保の手段として「人材斡旋会社」を活用する病院の割合は、この数年間 40%前後と高い状態で推移していることは注目に値する。病院が「人材斡旋会社」に手数料として支払った年間平均額は、平成 23 年の日本病院会の調査※によると一病院当たり約 767 万円、全国の病院の支払い合計額は約 340 億円と推計されている。今回の調査でも、その中央値は 370 万円、700 万円以上支払った病院が 123 病院中 34 病院の 28%、500 万円以上に拡大すれば 50 病院の 41%と、数多くの病院が勤務医確保のために巨額の金額を「人材斡旋会社」に紹介料として支払うなど、勤務医不足に乗じて医療周辺産業が繁栄している実態が浮かび上がってくる。勤務医不足が深刻な当委員会委員の病院でも、「人材斡旋会社」を通して医師を採用したケースがあり、その際の成功報酬として「人材斡旋会社」に支払った金額は医師年収の 25%前後であったとのことである。さらに、仄聞すれば、「人材斡旋会社」に登録し、数ヶ月単位で病院を渡り歩く、いわゆる“フリーランス医師”が存在するとのことであり、直接的間接的に医療の質の担保や安全性の確保にも影響を及ぼすことも危惧される。看護師確保にしても同様の実態が報告されており、そろそろ、医師・看護師等の斡旋紹介業者に対して一定の規制をかけることが必要な時期に来ているのではないかと思われる。

■人材斡旋会社への昨年度 1 年間の支払金額

	病院数	割合
0円	76	38.2%
100万円未満	13	6.5%
100～300万円未満	28	14.1%
300～500万円未満	32	16.1%
500～700万円未満	16	8.0%
700万円以上	34	17.1%
合計	199	100.0%

単位 (万円)			
施設数	平均値	標準偏差	中央値
123	1,337.0	7,816.7	370.0

※支払金額に記入のあった（0円を除く）123施設を集計対象とした

■人材斡旋会社への昨年度 1 年間の斡旋人数

	病院数	割合
0人	91	41.9%
1人	58	26.7%
2人	19	8.8%
3人	15	6.9%
4人	7	3.2%
5人以上	27	12.4%
合計	217	100.0%

単位 (人)			
施設数	平均値	標準偏差	中央値
126	14.0	53.4	2.0

※斡旋人数に記入のあった（0人を除く）126施設を集計対象とした

※病院の人材確保・養成に関するアンケート調査結果報告（平成 23 年 10 月）日本病院会 中小病院委員会 医業経営・税制委員会

**2-6 ③. ①で「大学寄付講座の開設」と回答された方にお聞きます。**

**寄付の昨年度 1 年間の総額と期間、および寄付講座数を教えてください。**

「大学寄付講座の開設」と回答した 25 病院中、寄付総額を記入した病院（0 円を除く）は 20 病院であった。その中央値は 2,800 万円であり、金額別では 4,000 万円以上の病院割合が最も多く、8 病院の 40%であった。また、寄付の期間の中央値は 3.0 年で、0 年を除く 19 病院の中で、5 年以上が 6 病院の 32%、1 年の 8 病院 42%、ついで 3 年の 5 病院 26%であった。寄付講座数の中央値は 1.0 で、2 件以上が 6 病院の 25%、1 件が 17 病院の 71%であった。

**【考察】**.....

「寄付講座」は、医学部学生や研修医に対する地域医療教育、地域医療に係る人材育成、地域医療に関する調査・研究、および地域の医師不足対策への貢献などを主な目的に、県市町村レベルでの寄付を原資として、全国各地の大学医学部で開設されている。しかし、フィールドワークの場を提供する地域の病院にとって、その最大の目的は、労働力としての勤務医の確保であることに間違いはない。

設問 2-6-①においては、「寄付講座」により医師を確保している病院は、657 病院中 25 病院の 4%であった。地域別では、「中部」7 病院、「関東」6 病院、「東北」4 病院、「四国」・「九州」3 病院であったが、「北海道」・「近畿」は各 1 病院と少なく、「中国」はゼロであった。

病院の開設主体別分類では、「地方自治体」の 10 病院 5%が最も多く、ついで、「公的医療機関等」の 5 病院 4%、「医療法人」の 4 病院 2%、「国」1 病院 2%とつづいていた。「寄付講座」は、医師不足が深刻な福島県相双地区における「災害医療支援講座」のように、全国レベルの医療関係企業に加えて、地元の銀行、医薬品卸会社、あるいは新聞社などが寄付金を拠出して開設されているケースもあるが、一般的には、県や市町村が地域医療再生基金や医療介護総合確保基金を活用して設置しており、「医療法人」4 病院が開設していることは意外であった。

また、病床規模別においては、「200 床以上」の病院が 25 病院中 22 病院の 88%と大多数を占めており、所在地別においても、「指定都市・中核市等」と「その他の市」あわせて 24 病院の 96%であり、勤務医不足が深刻な「100 床未満」の小規模病院や「郡部・町村」の病院における割合が極めて少ないことが明らかで、「寄付講座」開設が勤務医不足解消に本当に貢献しているのか否かが問題となる。

さらには、寄付金額の中央値は年間 2,800 万円であり、4,000 万円以上の病院も全体の 4 割存在していること、しかも、契約期間の中央値は 3 年と短くはなく、少なからぬ公金が投入されていることを考えると、国として全国の「寄付講座」の開設実態を調査・分析してみる必要があるのではないかと考える。

■ 寄付の昨年度 1 年間の総額

	病院数	割合
0円	1	4.8%
1,000万円未満	4	19.0%
1,000～2,000万円未満	2	9.5%
2,000～3,000万円未満	4	19.0%
3,000～4,000万円未満	2	9.5%
4,000万円以上	8	38.1%
合計	21	100.0%

単位(万円)

施設数	平均値	標準偏差	中央値
20	5,221.4	7,146.3	2,800.0

※総額に記入のあった（0円を除く）20施設を集計対象とした

■ 寄付の期間

	病院数	割合
0年	1	5.0%
1年	8	40.0%
2年	0	0.0%
3年	5	25.0%
4年	0	0.0%
5年以上	6	30.0%
合計	20	100.0%

単位(年)

施設数	平均値	標準偏差	中央値
19	2.9	2.0	3.0

※期間に記入のあった（0年を除く）19施設を集計対象とした

■ 寄付講座数

	病院数	割合
0件	1	4.2%
1件	17	70.8%
2件以上	6	25.0%
合計	24	100.0%

単位(件)

施設数	平均値	標準偏差	中央値
23	1.7	1.4	1.0

※講座数に記入のあった（0件を除く）23施設を集計対象とした

一方、大学医局よりの通常のローテーションによる医師派遣との違いも明確にしておかなければ、大学医局間での不公平感も危惧され、逆に、寄付講座を開設できない医局からの医師の引き上げが起こらないとも限らない。このように「寄付講座」はいくつかの問題をかかえており、その光と影をしっかりと検証しておくべきであろう。

.....

**2-6 ④. ①で「大学医局からの派遣」と回答された方にお聞きします。**

**大学・医局への学術奨励金等の研究費等（寄付講座の開設は除く）の支援をしていますか。**

「大学医局からの派遣」とした 598 病院中 573 病院から回答があり、「支援をしている」病院は 199 病院の 35%であった。

所在地別では、「指定都市・中核市等」が最も高く 38%、「その他の市」33%、「郡部・町村」28%と減少していた。

開設者別では、「支援をしている」病院割合が最も多かったのは「医療法人」の 69%で、175 病院中 120 病院が該当していた。次いで、「公的医療機関等」が 32%、「地方自治体」は 8%と少なく、「国」には「支援している」病院はなかった。

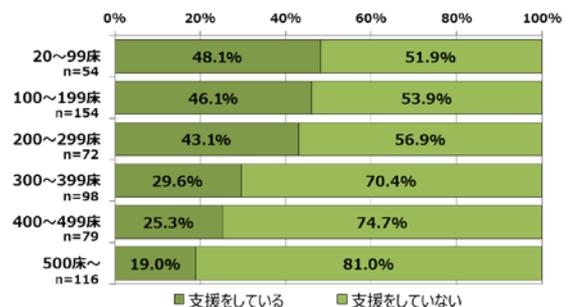
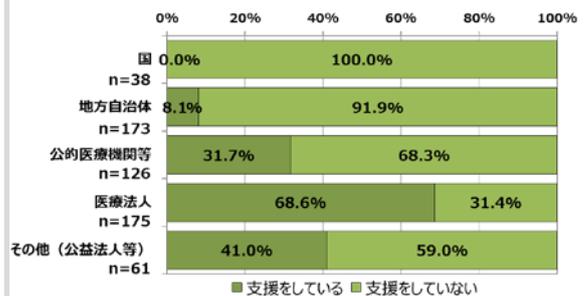
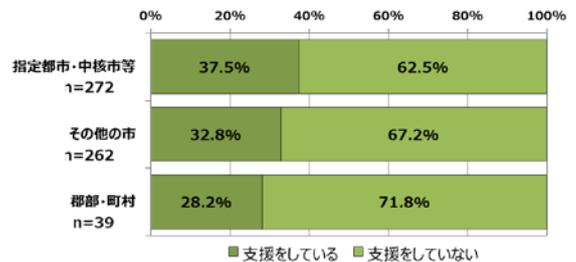
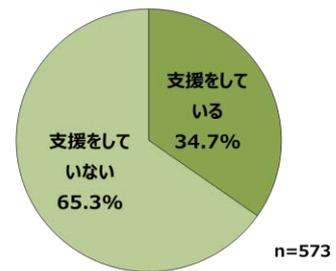
病床規模別では、「支援をしている」割合が最も高いのは、「99 床以下」の病院の 48%で、病床数が多くなるにつれてその割合は減少し、「500 床以上」の 19%が最も低かった。

**【考察】.....**

かつては、大学医局への研究費等の支援は、市中病院にとって医師確保のための一つの有効な方策であったが、その妥当性についてのさまざまな議論があり、次第に一般的ではなくなってきたように思われる。しかし、一向に改善しない勤務医不足の状況にあって、医師確保は病院にとって死活問題であり、“研究費等の支援と引き換えに”という思いは強い。そこで、本アンケートでは、現在の実態を知るためにこの設問を用意したが、結果は三つに一つの病院が「支援」しており、研究費等の支援は継続していることが明らかとなった。

開設主体別では、予想通り、研究費等の支出に制約の少ない「民間病院」が 69%と最も多かったが、公金支出に制約の多い「地方自治体」においてさえ 14 病院 8%が「支援」を行っており、勤務医不足は深刻な状況であることが理解できる。

.....



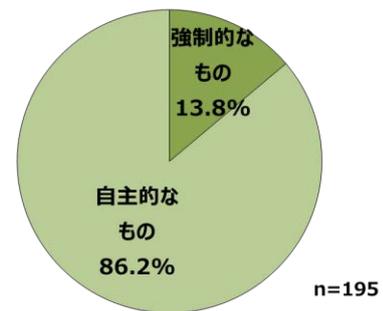
**2-6 ⑤. ④で「支援をしている」と回答された方にお聞きます。  
大学医局への昨年度 1 年間の支払金額を教えてください。**

支払金額については、「500万円未満」が 194 病院中 148 病院と圧倒的に多く、全体の 76%を占めていたが、「2,000万円以上」支払っていた病院も 4 病院の 2%あった。

	病院数	割合
500万円未満	148	76.3%
500～1,000万円	29	14.9%
1,000～1,500万円	8	4.1%
1,500～2,000万円	5	2.6%
2,000～2,500万円	3	1.5%
2,500万円以上	1	0.5%
合計	194	100.0%

**2-6 ⑥. ④で「支援をしている」と回答された方にお聞きます。  
大学医局からの強制的なものですか、あるいは病院の自主的なものですか。**

強制的か否かについては、「自主的なもの」と答えた病院は、168 病院の 86%であったが、「強制的なもの」であった病院も 27 病院の 14%と少なくはなかったことは、驚きである。



## 2-6 ⑦. 勤務医確保は困難だと感じますか。

「困難だと感じる病院」が圧倒的に多く、642病院中580病院 90%であった。

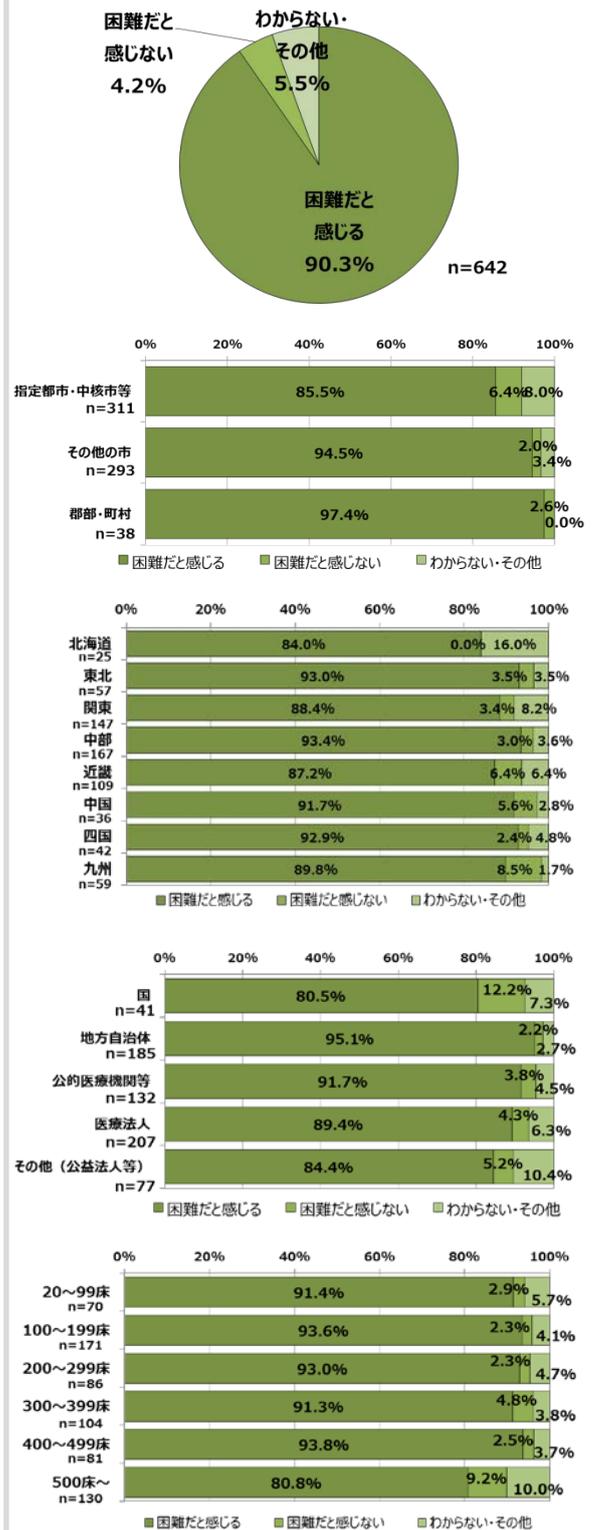
所在地別では、「郡部・町村」97%、「その他の市」95%、「指定都市・中核市等」86%であった。地域別では、「中部」93.4%、「東北」93.0%、「四国」92.9%、「中国」91.7%と5地域で90%を超え、意外にも「北海道」が84%と最も少なかった。開設者別では、「地方自治体」（95%）と「公的医療機関等」（92%）とが90%を超え、次いで「医療法人」89%、「国」81%の順であった。病床規模別では、「500床以上」（81%）以外はすべて90%を上回っていた。

一方、「困難だと感じない病院」はわずか27病院の4%（前回5%）に過ぎず、その所在地別内訳では、「指定都市・中核市等」20病院、「その他の市」6病院、「郡部・町村」はわずか1病院であった。地域別では、「近畿」7病院、「九州」・「関東」各5病院、開設者主体別内訳は「国」5病院、「地方自治体」4病院、「公的医療機関等」5病院、「医療法人」9病院、「その他」4病院であった。また、病床規模別内訳は、「500床以上」が12病院9%と最も多く、他はほぼすべて2%であった。

【考察】.....

「困難だと感じる」病院は90%と、前回調査の88%とほぼ変化はなく、大多数の病院が勤務医確保に難渋していることがうかがわれ、とくに、「郡部・町村の、500床以下の、公立・公的」病院で顕著であった。地域別では、「東北」・「中部」・「四国」・「中国」が90%を超えており、とくに、人口10万人対医師数が全国トップクラスの「四国」でも、42病院中39病院が「困難だと感じる」ており、「困難だと感じない」病院はわずか1病院しか存在せず、地域偏在は全国津々浦々に拡大していることが推測される。

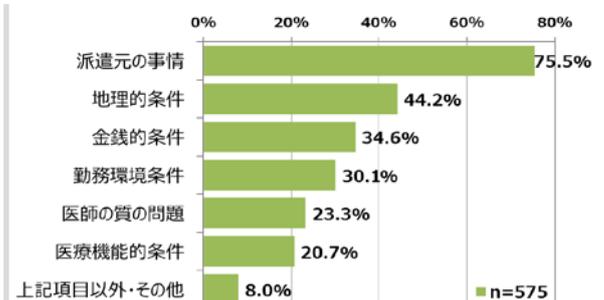
.....



## 2-6 ⑧. ⑦で「困難だと感じる」と回答された方にお聞きます。

### 困難だと感じる理由を教えてください。(複数回答)

「派遣元の事情」が76%と圧倒的に多かった。次いで、「地理的条件」の44%、「金銭的条件」35%、「勤務環境条件」30%、「医師の質の問題」23%、「医療機能的条件」21%であった。



【考察】.....

前回平成 25 年の調査と同様、「派遣元の事情」が第 1 位と圧倒的多数を占めており、派遣元である大学医局の医師派遣機能の低下に大きく影響を受けていることがわかる。「地理的条件」も前回同様第 2 位であったが、第 3 位の「金銭的条件」は前回第 4 位、第 4 位の「勤務環境条件」は前回 3 位と逆転していた。「医療機能的条件」は今回も最下位であり、自院の医療機能を向上させ、勤務医にとって魅力ある病院にするための努力はなされているものの、医師確保にはなかなか結びつかないことを表しているのかもしれない。

.....

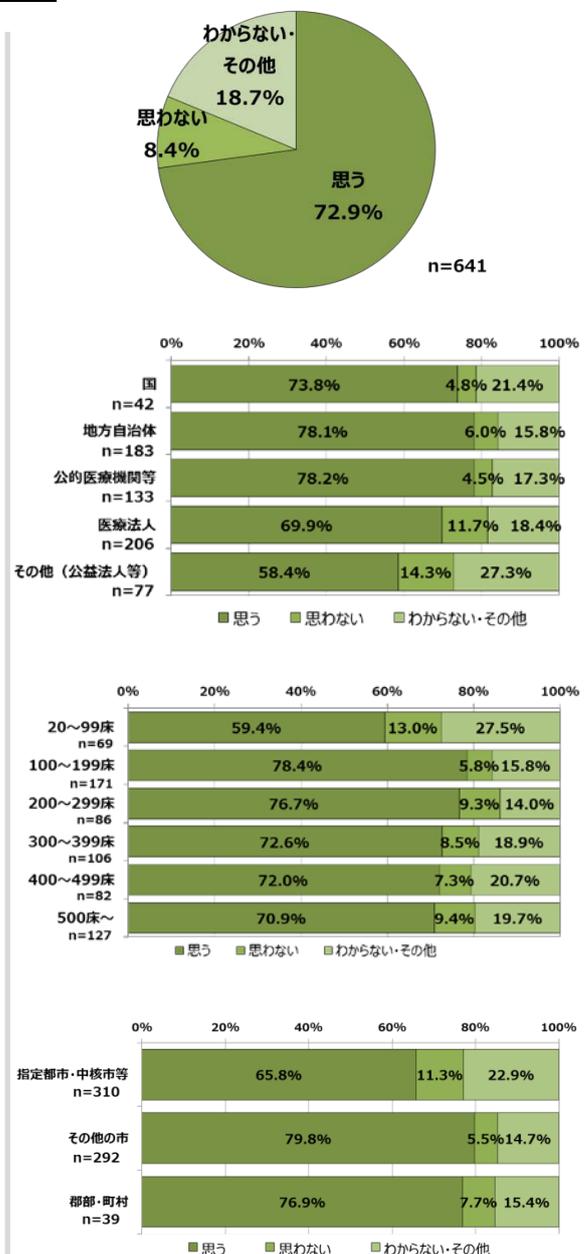
## 2-7. 勤務医不足の本質は、医師の絶対数不足ではなく、 地域偏在・診療科偏在であると思いますか。

「思う」と答えた病院は 641 病院中 467 病院の 73%、「思わない」は 54 病院の 8%であったが、「わからない・その他」が 120 病院の 19%も存在し、勤務医不足がすべての病院関係者の共通認識にはなっていないものと思われる。「思わない」と答えた病院割合が高いのは、開設主体別では「医療法人」の 12%で他の 2 倍に達し、病床規模別では意外にも「99 床以下」の 13%、所在地別では「指定都市・中核市等」の 11%、地域別では「関東」・「九州」の 10%であった。「思う」と答えた病院割合が最も多く、「思わない」と答えた病院割合が最も少ないのは、「公立・公的、100~199 床、その他の市」の病院であった。

【考察】.....

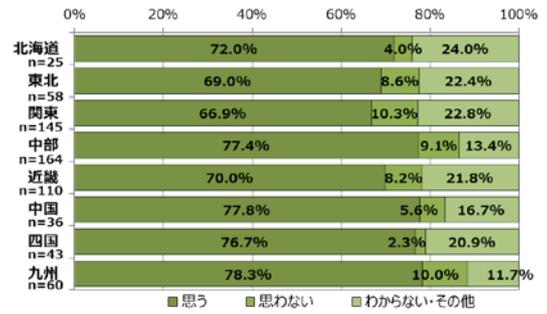
OECD Health Data 2015<sup>※</sup>によれば、必ずしも各国の医師の定義が統一されているわけではないが、2013 年の人口千人当たりの医師数は、英米で 2.6~2.8 人、ヨーロッパ先進国は 3.0~4.0 人前後、OECD 加盟国平均 3.2 人であるのと比較すると、日本は 2.3 人と少ない国の部類に属している。しかし、大学医学部の入学定員は平成 19 年度の 7,625 人から平成 28 年度予定 9,262 人の 1,637 人増加したこと、および、人口減少社会に突入したことを考えれば、人口千人当たりの医師数は増加していくものと推測されるが、現実的には医師の絶対数は不足している。一方、ヒト・モノ・カネの「東京一極集中」は、医療という社会資源においても同様であり、40 歳未満の医師数について、平成 6 年を 1.0 として平成 26 年と比較してみると、全国平均が 0.98 と 1.0 以下に減少しているにもかかわらず、東京は 1.24 と唯一飛び抜けて増加しているなど、医師の「東京一極集中」はますます進展しているように思われる。

このような背景から、勤務医不足の本質は地域偏在・診療科偏在であると「思う」と答える病院は、勤務医不足に難渋している「地方の田舎の中小規模の公立・公的病院」であり、「思わない」と答える病院は、ある程度勤務医確保が容易い「都会の大



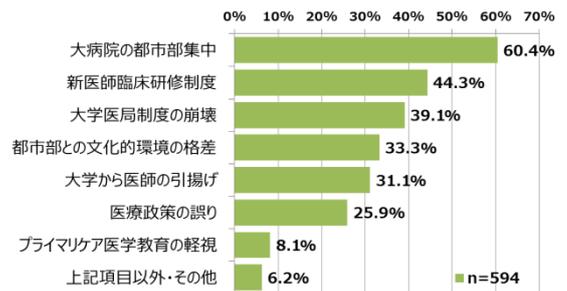
※OECD HEALTH DATA 2015 経済協力開発機構 (OECD)

規模病院」と予測した。結果は「思う」と答えた病院は、「その他の市と郡部・町村、100～299 床、公立・公的」病院に、「思わない」は「指定都市・中核市等、99 床以下、医療法人・その他」病院に多くみられるなど、一部は予測と異なる結果となり、勤務医不足の本質を議論する難しさを実感させられた。



## 2-8. 勤務医の地域偏在はなぜ起きたと思いますか。(3つまで回答)

第1位は「大病院の都市部集中」60%、第2位「新医師臨床研修制度」44%、第3位「大学医局制度の崩壊」39%、が上位3位を占めていた。第4位は生活や教育の環境としての「都市部との文化的環境の格差」33%（前回53%、第3位）であり、第5位「大学からの医師の引き上げ」31%、「医療政策の誤り」26%、第6位「プライマリケア医学教育の軽視」8%（前回17%、第5位）とつづいていた。



【考察】.....

「大病院の都市部集中」は、平成19年の地域医療委員会調査でも第1位の63%を占め、それから8年経過した今回の調査でも同様に第1位（60%）であったことは、依然として、「大病院の都市部集中」が是正されていないことを表している。また、前回第4位であった「新医師臨床研修制度」が今回は第2位（44%）に順位を上げたのは、東京・神奈川など都市部の臨床研修病院の募集定員が削減されるなど、この制度の地域医療への影響が広く認識されたためであろう。前回2位（59%）であった「医療政策の誤り」が、26%とその順位と賛成割合が下がったのは注目に値する。

## 2-9. 勤務医不足、医師の地域偏在、診療科偏在等についてお聞きます。 その解消策に対する賛否を教えてください。

勤務医不足等解消策のうち、最も賛同が得られたものは「総合診療医の育成」であり、651 病院中 519 病院の 80%であった。第 2 位は「医学部地域枠入学の活用」650 病院中 475 病院の 73%であり、第 3 位は「医師の計画配置」652 病院中 458 病院の 70%（前回平成 25 年地域医療委員会調査 81%、第 2 位）であった。ついで、4 位「地域ごと基本診療科ごとの医療需要の把握と設定」60%、5 位「へき地勤務の義務化」58%（前回 75%、第 4 位）、6 位「自治体病院の統合・再編」53%（前回 71%、第 6 位）とつづき、これら 6 項目が賛同率 50%を超えていた。

前回調査で賛同率 50%を超えていた項目は 11 項目であったが、今回の調査では半減し、確保対策の実効性が疑問視されたのではないかと思われる。とくに、前回調査賛同率 82%で第 1 位の「医学部定員の増員」は 649 病院中 286 病院の 43%と第 9 位に、58%で第 8 位の「保険医登録制の活用」は 646 病院中わずか 88 病院の 14%と最下位に後退していた。さらには、73%で第 5 位の「医療関連法令の改正と体系化」は 49%の第 8 位に、55%で第 9 位の「自由標榜制の廃止」は 35%の第 12 位に、51%で第 10 位の「自由開業の制限」は 32%の第 14 位に、68%の「大学医局制度の見直し」は 49%に、50%の「メディカルスクール設置」は 28%に、49%の「大学医学部の新設」は 30%にと、すべての項目の賛同率が前回調査に比べて低下していた。

なお、最近とくに注目されている「新専門医制度とのリンク」、あるいはこれまで議論されてきた「管理者要件への医師不足地域での勤務経験の導入」や「医療基本法の制定」に対する賛同率は、それぞれ 36%、36%、34%と高いものではなかった。

	病院数 合計	賛成		反対		わからない・その他	
		病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
総合診療医の育成	n=651	519	79.7%	27	4.1%	105	16.1%
医学部地域枠入学の活用	n=650	475	73.1%	53	8.2%	122	18.8%
医師の計画配置	n=652	458	70.2%	68	10.4%	126	19.3%
地域ごと基本診療料ごとの医療需要の把握と設定	n=651	393	60.4%	56	8.6%	202	31.0%
へき地勤務の義務化	n=649	376	57.9%	84	12.9%	189	29.1%
自治体病院の統合・再編	n=650	347	53.4%	69	10.6%	234	36.0%
大学医局制度の見直し	n=651	317	48.7%	42	6.5%	292	44.9%
医療関連法令の改正と体系化	n=650	315	48.5%	28	4.3%	307	47.2%
医学部定員の増員	n=649	286	44.1%	181	27.9%	182	28.0%

	病院数 合計	賛成		反対		わからない・その他	
		病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
管理者要件への医師不足地域での勤務経験の導入	n=647	233	36.0%	115	17.8%	299	46.2%
新専門医制度とのリンク	n=649	232	35.7%	125	19.3%	292	45.0%
自由標榜制の見直し	n=650	226	34.8%	92	14.2%	332	51.1%
医療基本法の制定	n=648	217	33.5%	14	2.2%	417	64.4%
自由開業の制限	n=652	211	32.4%	158	24.2%	283	43.4%
大学医学部の新設	n=651	196	30.1%	241	37.0%	214	32.9%
メディカルスクールの設置	n=651	181	27.8%	174	26.7%	296	45.5%
保険医の定員制の設定	n=646	88	13.6%	254	39.3%	304	47.1%

## 【考察】……………

勤務医不足等解消策のうち、7割以上の賛同が得られたのは、「総合診療医の育成」・「医学部地域枠入学の活用」、および「医師の計画配置」であった。

日本専門医機構では、平成29年度に開始予定の新専門医制度において、従来の18基本診療領域に総合診療専門医を新たに加えることを決定し、総合診療専門医を「主に地域を支える診療所や病院において、他の領域別専門医、一般の医師、歯科医師、医療や健康に関わるその他の職種などと連携し、地域の医療、介護、保健など様々な分野でリーダーシップを発揮しつつ、多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供する医師」と定義している。このような医師こそ勤務医不足に難渋している地方の病院が求めている姿であり、今回の調査で「総合診療医の育成」が第1位の80%の賛同が得られたことは当然の結果であろう。

また、平成27年5月の文部科学省の「大学における地域医療の充実のための取組（地域枠）に関する調査※」によれば、全国70大学において募集定員1,541人の「地域枠」を設けており、卒業後の地域定着について「地域枠の卒業の方が、それ以外の卒業よりも、地域定着率が高い」としていること。さらには、これまでなされてきた、地域偏在を解消するための医師確保対策に効果が認められないことなどを考慮すれば、「医学部地域枠入学の活用」が73%という高い賛同を得たことは十分に理解できるものである。しかし、平成28年3月の全国医学部長病院長会議の報告書では、地域枠制度は、入学選抜の方法、奨学金の有無、義務履行の有無や年限あるいは条件、卒前・卒後の支援体制などが、各都道府県や各大学でそれぞれ異なっていることが指摘されている。このように勤務医地域偏在解消の有効な方策として期待の高い「地域枠」であるからこそ、制度設計や運用ルールを全国レベルである程度統一し、その実効性を確立することが必要ではないだろうか。

「医師の計画配置」は前回の2位81%から3位70%と順位と賛同率を落としたものの、依然として高い賛同を得ていた。かつて、「医師の計画配置」は、大手新聞の提言として第一面に大々的に掲載された経緯があるものの、職業選択の自由を保障する“憲法第22条”が壁となって、その議論は頓挫してしまった。しかし、その条文には「何人も、公共の福祉に反しない限り、居住、移転及び職業選択の自由を有する」と記され、“公共の福祉に反しない”ことが前提条件となっている。医師の確保は、まさに「公共の福祉」そのものであり、“職業選択の自由”は、「計画配置」の妨げになるものではない。また、“憲法第22条”は“生存権”を保障する“憲法第25条”との整合性も合わせて議論されるべきであり、一向に改善しない医師の地域偏在に悩む地方の病院にとっては、「医師の計画配置」は決して捨て去ることができない医師確保対策であることを示していると言えよう。

一方、全国自治体病院協議会では大規模・大都市の自治体病院院長要件として「へき地勤務の義務化」が提案され、厚

※大学における地域医療の充実のための取組（地域枠）に関する調査（平成27年5月）文部科学省医学教育課

労省の『保健医療 2035』においても「保険医の配置定数の設定」や「自由開業・自由標榜の見直し」が言及され、さらには、日本医師会と全国医学部長病院長会議による『医師の地域・診療科偏在解消の緊急提言』<sup>※</sup>でも、病院・診療所の管理者要件への「医師不足地域での勤務経験の導入」など、“医師自らが新たな規制をかけられることも受け入れなければならない”と明記されている。このような流れのなか、厚労省が立ち上げた「医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会」では医師の地域偏在の是正策が検討されており、今後に期待したいものである。

しかし、今回の調査では、「医師の計画配置」を含め、より具体的な規制的手法に対する賛同率は、「へき地勤務の義務化」は前回 75%から 58%に、「保険医登録制の活用」は 58%から 14%に、「自由標榜制の廃止」は 55%から 35%に、「自由開業の制限」は 51%から 32%と、一様に低下しており、規制的手法導入の難しさを物語っているように思える。

前回賛同率 82%で第 1 位の「医学部定員の増員」が今回 43%と 10 位に、「大学医学部の新設」が 49%から 30%に、「メディカルスクール設置」が 50%から 28%に、「大学医学部の新設」が 49%から 30%にそれぞれ減少した理由は、平成 27 年度の入学定員が平成 19 年度に比べて 1,509 人増加したこと、大学医学部が新設されたことなどによるものと思われる。

「新専門医制度とのリンク」は、医師の地域偏在解消のための有効な手段の一つであると考えが、649 病院中 232 病院の 36%しか賛同しておらず、まだまだ、会員病院においては、新専門医制度と地域偏在との関連性が理解されていないものと思われる。

「医療基本法の制定」への賛同率は 34%と高くはなかったものの、その各論となる「医療関連法令の改正と体系化」は 49%と半数の賛同を得ており、「制度の壁」を打ち破る必要性は理解されているものとする。また、「自治体病院の統合・再編」は 71%から 53%に減少したものの、第 6 位を維持しており、地域医療構想の関連性も踏まえ、検討すべき事項であると言える。いずれにしても、勤務医の不足や地域偏在あるいは診療科偏在の是正は、地域医療再生のための最大の課題であることは言うまでもなく、これらを、単に「数」の問題としてではなく、「日本の医療のあり方そのもの」の問題と捉えて、その対策を講じることが重要であると言える。

.....

※医師の地域・診療科偏在解消の緊急提言 – 求められているのは医学部新設ではない – (2015 年 12 月 2 日) 日本医師会・全国医学部長病院長会議 医師偏在解消策検討合同委員会

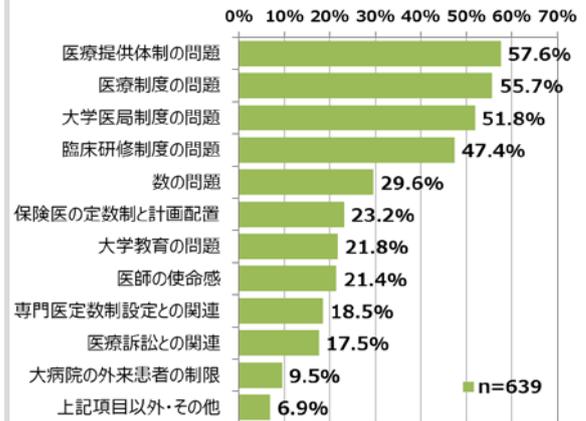
## 2-10. 勤務医不足を議論する場合、何を問題として議論すべきでしょうか。 (複数回答)

「医療提供体制の問題」として勤務医不足を議論すべきであると回答した病院が 639 病院中 368 病院の 58%、「医療制度の問題」56%、「大学医局制度の問題」52%が賛同率 50%を超え、つづく「臨床研修制度の問題」47%を加えると、上位 4 位がさまざまな制度の問題を議論すべきであるとの回答であった。その他、勤務医確保のための手段等に関する議論に関しては、賛同する病院は多くはなかった。ただ、「医師の使命感」について議論すべきであるとした割合が 21%あり、興味深い。

【考察】.....

勤務医不足については、「数の問題」としては絶対数の不足、地域偏在・診療科偏在、「制度の問題」としては医療機能の役割分担と連携など医療提供体制、医療法や医師法あるいは健康保険法や労働基準法などの医療制度、医師供給サイドとしての臨床研修や大学教育など教育制度、「医師の資質の問題」としてのプロフェッショナル・オートノミー、「住民側の問題」としては、限りある社会資源であることの認識や医療の不確実性への理解など、さまざまな観点からの議論がなされるべきである。これらの要素を今回の調査において検討してみたが、半数以上の病院が「制度の問題」が重要であるとの認識をもっていた。このことは、これまで地域医療委員会が一貫して議論してきたように、「制度の壁」を打ち破ることが医師の地域偏在を解消させ、結果として地域医療再生に結びつく有効な方策であることを示しているように思われる。

.....



## <労働時間・労働賃金に関する質問>

### 3-1. 常勤医師の1週間の平均勤務時間を教えてください。 (宿日直勤務時間を除く)

「40時間未満」が648病院中268病院（全体の41%）、  
「40～45時間未満」が177病院（27%）、「45～50時間未満」が114病院（18%）、「50時間以上」の病院が89病院（14%）であり、平均値は41時間であった。なお、「40～50時間未満」をまとめてみると、291病院（45%）であった。

所在地別では、「50時間以上」の割合は、「指定都市・中核市等」13%→「その他の市」14%→「郡部・町村」15%の順に、わずかに増加していた。開設者別では、「50時間以上」勤務している病院割合は、「国」の24%が最も多く、「医療法人」の7%が最も低かった。病床規模別では、「50時間以上」勤務している病院は、「199床以下」は247病院中23病院の9%であったが、「400床以上」の病院は209病院中41病院の20%と10%以上高くなっていた。

	病院数	割合
30時間未満	27	4.2%
30～35時間未満	41	6.3%
35～40時間未満	200	30.9%
40～45時間未満	177	27.3%
45～50時間未満	114	17.6%
50時間以上	89	13.7%
合計	648	100.0%

施設数	単位(時間)		
	平均値	標準偏差	中央値
648	41.3	9.4	40.0

※平均勤務時間に記入のあった648施設を集計対象とした

	指定都市・中核市等		その他の市		郡部・町村	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
30時間未満	16	5.1%	10	3.4%	1	2.5%
30～35時間未満	21	6.7%	19	6.4%	1	2.5%
35～40時間未満	102	32.6%	86	29.2%	12	30.0%
40～45時間未満	81	25.9%	80	27.1%	16	40.0%
45～50時間未満	51	16.3%	59	20.0%	4	10.0%
50時間以上	42	13.4%	41	13.9%	6	15.0%
合計	313	100.0%	295	100.0%	40	100.0%

	国		地方自治体		公的医療機関等		医療法人		その他(公益法人等)	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
30時間未満	1	2.4%	13	7.1%	3	2.3%	9	4.1%	1	1.4%
30～35時間未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	37	17.1%	4	5.4%
35～40時間未満	14	33.3%	61	33.2%	38	29.0%	65	30.0%	22	29.7%
40～45時間未満	11	26.2%	41	22.3%	28	21.4%	72	33.2%	25	33.8%
45～50時間未満	6	14.3%	40	21.7%	37	28.2%	19	8.8%	12	16.2%
50時間以上	10	23.8%	29	15.8%	25	19.1%	15	6.9%	10	13.5%
合計	42	100.0%	184	100.0%	131	100.0%	217	100.0%	74	100.0%

	20～99床		100～199床		200～299床		300～399床		400～499床		500床～	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
30時間未満	3	4.3%	8	4.5%	2	2.3%	4	3.8%	2	2.5%	8	6.2%
30～35時間未満	8	11.6%	20	11.2%	8	9.3%	4	3.8%	0	0.0%	1	0.8%
35～40時間未満	17	24.6%	58	32.6%	27	31.4%	31	29.2%	25	31.3%	42	32.6%
40～45時間未満	28	40.6%	57	32.0%	24	27.9%	34	32.1%	13	16.3%	21	16.3%
45～50時間未満	4	5.8%	21	11.8%	15	17.4%	18	17.0%	24	30.0%	32	24.8%
50時間以上	9	13.0%	14	7.9%	10	11.6%	15	14.2%	16	20.0%	25	19.4%
合計	69	100.0%	178	100.0%	86	100.0%	106	100.0%	80	100.0%	129	100.0%

【考察】.....

日本病院会地域医療委員会 の平成18年と平成25年の調査、および平成23年の独立行政法人労働政策研究・研修機構の調査※と今回の平成27年調査を比較してみた。宿日直時間を除く一週間の平均勤務時間が労働基準法第32条で定められた「40時間未満」であった割合は、平成18年14%→23年14%→25年36%→27年41%と次第に増加していた一方で、「50時間」以上であった割合は、平成18年70%→23年64%→25年17%→27年14%と逆に減少していた。また、一週間の勤務時間平均値は、平成23年の53.2時間に対し今回41.3時間に減少するなど、この約10年間で勤務時間は大幅に短縮されていた。この理由は、医師事務作業補助者の導入によるものか、チーム医療の推進によるものか、あるいは医師数の増加によるものか不明ではあるが、勤務医の過重労働が社会問題化したことも相まって、病院管理者が勤務医の負担軽減と勤務環境の改善に努めていることに疑いはなからう。

.....

※勤務医の就労実態と意識に関する調査（2012年9月）  
労働政策研究・研修機構

## 3-2. 1ヶ月の時間外勤務時間が80時間を超える常勤医師についてお聞きします。

### 3-2 ①. 該当する医師は何人いますか。

### 3-2 ②. 該当する医師の割合は全医師の何%ですか。

過労死の基準である月80時間以上の時間外労働をしている医師が10人以上いる病院は、回答した599病院中86病院の14%、20人以上でみると39病院の7%であった。

開設主体別では、「地方自治体」が22%と最も多く、逆に「医療法人」が2%と最も少なかった。病床規模別では、10人以上の割合が最も高いのは、「500床以上」の病院で124病院中55病院の44%に上っていた。

全医師に対する月80時間以上の時間外労働をしている医師の割合では、10%以上が252病院中125病院の50%、20%以上が54病院の21%であり、平均値は14%と7人に1人が過労死の基準を超えていた。10%以上の割合が最も多かったのは、「郡部・町村」57%、「99床以下」100%、「地方自治体」54%であった。

#### ■ 1ヶ月の時間外勤務時間が80時間を超える常勤医師数

	病院数	割合
0人	347	57.9%
1~5人未満	118	19.7%
5~10人未満	48	8.0%
10~15人未満	27	4.5%
15~20人未満	20	3.3%
20人以上	39	6.5%
合計	599	100.0%

単位(人)			
施設数	平均値	標準偏差	中央値
599	4.3	10.4	0.0

※医師数に記入のあった599施設を集計対象とした

#### ■ 1ヶ月の時間外勤務時間が80時間を超える常勤医師の割合

	病院数	割合
5%未満	82	32.5%
5~10%未満	45	17.9%
10~15%未満	44	17.5%
15~20%未満	27	10.7%
20%以上	54	21.4%
合計	252	100.0%

単位(%)			
施設数	平均値	標準偏差	中央値
252	14.0	16.7	9.6

※3-2①で該当する医師がいると回答した252施設を集計対象とした

#### ■ 1ヶ月の時間外勤務時間が80時間を超える常勤医師数

	国		地方自治体		公的医療機関等		医療法人		その他(公益法人等)	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
0人	22	53.7%	75	42.4%	59	46.1%	149	80.5%	42	61.8%
1~5人未満	9	22.0%	45	25.4%	30	23.4%	22	11.9%	12	17.6%
5~10人未満	5	12.2%	18	10.2%	14	10.9%	9	4.9%	2	2.9%
10~15人未満	1	2.4%	10	5.6%	7	5.5%	4	2.2%	5	7.4%
15~20人未満	1	2.4%	8	4.5%	8	6.3%	0	0.0%	3	4.4%
20人以上	3	7.3%	21	11.9%	10	7.8%	1	0.5%	4	5.9%
合計	41	100.0%	177	100.0%	128	100.0%	185	100.0%	68	100.0%

	指定都市・中核市等		その他の市		郡部・町村	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
0人	155	53.6%	162	59.3%	30	81.1%
1~5人未満	50	17.3%	63	23.1%	5	13.5%
5~10人未満	28	9.7%	19	7.0%	1	2.7%
10~15人未満	16	5.5%	11	4.0%	0	0.0%
15~20人未満	11	3.8%	9	3.3%	0	0.0%
20人以上	29	10.0%	9	3.3%	1	2.7%
合計	289	100.0%	273	100.0%	37	100.0%

	20~99床		100~199床		200~299床		300~399床		400~499床		500床~	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
0人	47	82.5%	129	82.2%	56	70.9%	52	50.0%	27	34.6%	36	29.0%
1~5人未満	9	15.8%	21	13.4%	17	21.5%	29	27.9%	24	30.8%	18	14.5%
5~10人未満	1	1.8%	4	2.5%	4	5.1%	10	9.6%	14	17.9%	15	12.1%
10~15人未満	0	0.0%	3	1.9%	2	2.5%	7	6.7%	3	3.8%	12	9.7%
15~20人未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	2.9%	4	5.1%	13	10.5%
20人以上	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	2.9%	6	7.7%	30	24.2%
合計	57	100.0%	157	100.0%	79	100.0%	104	100.0%	78	100.0%	124	100.0%

#### ■ 1ヶ月の時間外勤務時間が80時間を超える常勤医師の割合

	国		地方自治体		公的医療機関等		医療法人		その他(公益法人等)	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
5%未満	8	42.1%	26	25.5%	29	42.0%	11	30.6%	8	30.8%
5~10%未満	4	21.1%	21	20.6%	10	14.5%	6	16.7%	4	15.4%
10~15%未満	1	5.3%	20	19.6%	14	20.3%	5	13.9%	4	15.4%
15~20%未満	1	5.3%	11	10.8%	9	13.0%	3	8.3%	3	11.5%
20%以上	5	26.3%	24	23.5%	7	10.1%	11	30.6%	7	26.9%
合計	19	100.0%	102	100.0%	69	100.0%	36	100.0%	26	100.0%

	指定都市・中核市等		その他の市		郡部・町村	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
5%未満	46	34.3%	34	30.6%	2	28.6%
5~10%未満	21	15.7%	23	20.7%	1	14.3%
10~15%未満	24	17.9%	19	17.1%	1	14.3%
15~20%未満	11	8.2%	15	13.5%	1	14.3%
20%以上	32	23.9%	20	18.0%	2	28.6%
合計	134	100.0%	111	100.0%	7	100.0%

	20~99床		100~199床		200~299床		300~399床		400~499床		500床~	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
5%未満	0	0.0%	4	14.3%	5	21.7%	21	40.4%	23	45.1%	29	33.0%
5~10%未満	0	0.0%	4	14.3%	9	39.1%	7	13.5%	8	15.7%	17	19.3%
10~15%未満	2	20.0%	7	25.0%	5	21.7%	10	19.2%	9	17.6%	11	12.5%
15~20%未満	2	20.0%	2	7.1%	1	4.3%	4	7.7%	3	5.9%	15	17.0%
20%以上	6	60.0%	11	39.3%	3	13.0%	10	19.2%	8	15.7%	16	18.2%
合計	10	100.0%	28	100.0%	23	100.0%	52	100.0%	51	100.0%	88	100.0%

## 【考察】.....

過労死の判断基準は、発症前 2 か月間ないし 6 か月間にわたって、1 か月当たりおおむね 80 時間を超える時間外労働が認められる場合、あるいは発症前 1 か月間におおむね 100 時間を超える時間外労働が認められる場合とされている。医師の過重労働は、1 か月という短期間ではなく、年をまたぐ長期間にわたり継続的であることから、本アンケート調査では「80 時間」を基準に設定した。月 80 時間以上の時間外労働をしている医師が 10 人以上いる病院割合は全体の 14%で、「500 床以上」の大規模病院や「自治体病院」あるいは、「指定都市・中核市等」等の都会の病院に多かった。また、月 80 時間以上の時間外労働をしている医師は、「田舎にある小規模自治体病院」に多くみられ、病院全体としては 7 人に 1 人存在しており、特定の医師に負担がかかっていることが示唆された。

.....

### 3-3. 1ヶ月平均の医師1人当たりの宿直および日直回数は合計何回ですか。

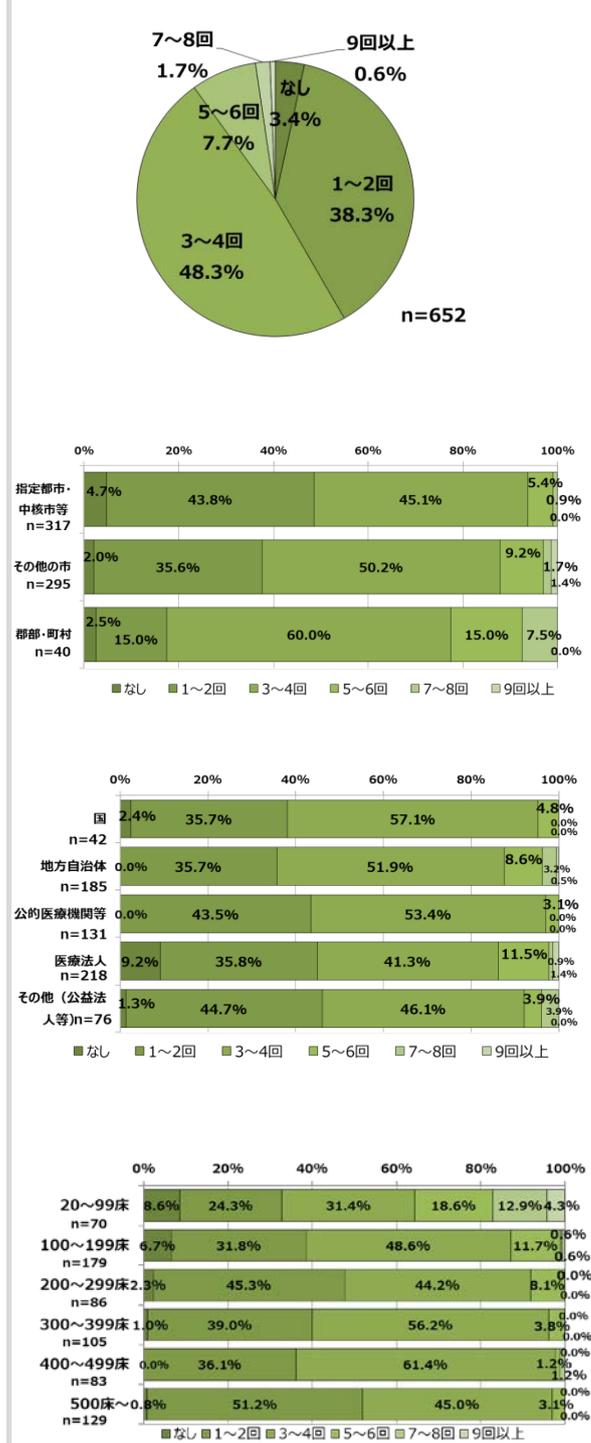
「なし」が652病院中22病院（全体の3%）、「1～2回」が250病院38%、「3～4回」が315病院48%、「5～6回」が50病院8%、「7回以上」が15病院2%と、前回調査とほぼ同じ結果であり、「4回以下」全体の90%、「5回以上」は10%の比率であった。「5回以上」の割合が最も多かったのは「郡部・町村」の23%、「医療法人」の14%（「地方自治体」は12%）、「99床以下」の36%であり、「田舎にある小規模の民間病院と自治体病院」の医師の過重労働が示唆された。

【考察】.....

平成18年の日本病院会・23年の独立行政法人労働政策研究研修機構・25年の日本病院会の調査、そして今回の調査では、「4回まで」は59%→57%→90%→86%と平成23年を境に次第に増加し、「5回以上」は12%→8%→8%→10%とある程度一定して推移していた。内訳は、「なし」が28%→35%→3%→3%、「1～2回」が30%→43%→40%→38%、「3～4回」が29%→14%→50%→48%、「5～6回」が9%→5%→7%→8%、「7回以上」が3%→2%→1%→2%であった。また、「9回以上」という非常に過酷な病院も4病院存在しており、まさに、勤務医不足が生じさせたものであろう。

このような病院を除けば、傾向としては宿日直回数「4回まで」の病院が大多数となっていた。これは単に医師事務作業補助者の導入やチーム医療の推進によって達成できるものではなく、非常勤当直医の支援やオンコール体制への移行あるいは交代制勤務の導入など、宿日直体制の見直しが必要とされた結果であり、週平均の勤務時間の短縮ともあわせると、医師の勤務環境は確実に改善されつつあることが理解できる。

.....



### 3-4. 貴院の当直体制を教えてください。

一人当直は 657 病院中 303 病院の 46%、複数当直は 50%であった。

所在地別では、一人当直は「郡部・町村」に圧倒的に多く、40 病院中の 32 病院の 80%であり、複数当直は「指定都市・中核市等」が 61%で最も多かった。また、開設者別では、一人当直は「医療法人」が最も多く 68%で、複数当直は「国」が 79%であった。病床規模別では、病床規模が大きくなるにつれて、1 人当直の病院割合は減少し（100 床未満 96%→500 床以上 9%）、複数当直の病院割合が増加していた（100 床未満 1%→500 床以上 84%）。複数当直を置いている 300 床未満の病院は 336 病院中 71 病院（21%）に過ぎず、300 床以上の 321 病院中 259 病院（81%）に比較して大きな開きが認められた。

	病院数	割合
1人当直	303	46.1%
複数当直	330	50.2%
その他	24	3.7%
合計	657	100.0%

	指定都市・中核市等		その他の市		郡部・町村	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
1人当直	111	34.8%	160	53.7%	32	80.0%
複数当直	193	60.5%	131	44.0%	6	15.0%
その他	15	4.7%	7	2.3%	2	5.0%
合計	319	100.0%	298	100.0%	40	100.0%

	国		地方自治体		公的医療機関等		医療法人		その他 (公益法人等)	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
1人当直	9	21.4%	68	36.4%	46	34.6%	149	68.3%	31	40.3%
複数当直	33	78.6%	105	56.1%	80	60.2%	66	30.3%	46	59.7%
その他	0	0.0%	14	7.5%	7	5.3%	3	1.4%	0	0.0%
合計	42	100.0%	187	100.0%	133	100.0%	218	100.0%	77	100.0%

	20~99床		100~199床		200~299床		300~399床		400~499床		500床~	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
1人当直	67	95.7%	142	79.3%	46	52.9%	31	29.2%	5	6.0%	12	9.1%
複数当直	1	1.4%	29	16.2%	41	47.1%	73	68.9%	75	90.4%	111	84.1%
その他	2	2.9%	8	4.5%	0	0.0%	2	1.9%	3	3.6%	9	6.8%
合計	70	100.0%	179	100.0%	87	100.0%	106	100.0%	83	100.0%	132	100.0%

【考察】.....

全体としては1人当直・複数当直の割合はほぼイーブンであったが、病床規模が小さくなるにつれて、都会から田舎になるにつれて、また、国公立から民間になるにつれて、複数当直の割合は明らかに減少し、地域間・病院間の格差が拡大していた。なお、今回の調査結果の複数当直割合 50%は前回平成 25 年調査 44%を上回っており、また、1 人当直も 46%に対して 48%であったことから、この数年間で、ある程度の当直体制整備がなされたものと思われる。

.....

### 3-5. 宿直翌日の勤務体制について次のうちどれですか。

「通常通り勤務」は、652 病院中 389 病院の 60%、「午後から半日休み」が 151 病院 23%、「一日休み」が 50 病院 8%であった。

所在地別では、「通常通り勤務」は「郡部・町村」の病院が 39 病院中 31 病院の 80%と最も多く、他都市の病院とは 15%以上の開きがあった。しかも、「午後から半日休み」は 39 病院中 7 病院の 18%と他都市の病院とは約 10%近く少なく、「一日休み」の病院は 1 病院しか存在しなかった。開設者別では、「通常通り勤務」が最も多かったのは「国」の 86%（42 病院中 36 病院）で、「午後から半日休み」あるいは「一日休み」の病院もわずか 4 病院しかなかった。「通常通り勤務」を病床規模別にみると、「400 床以上」の病院では 43%、「400 床未満」68%、「100 床未満」の病院 74%と、病床規模が減少するにつれて「通常通り勤務」が多くなっていった。

	病院数	割合
通常通りの勤務	389	59.7%
午後から半日休み	151	23.2%
1日休み	50	7.7%
わからない・その他	62	9.5%
合計	652	100.0%

	指定都市・中核市等		その他の市		郡部・町村	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
通常通りの勤務	167	52.8%	191	64.3%	31	79.5%
午後から半日休み	73	23.1%	71	23.9%	7	17.9%
1日休み	33	10.4%	16	5.4%	1	2.6%
わからない・その他	43	13.6%	19	6.4%	0	0.0%
合計	316	100.0%	297	100.0%	39	100.0%

	国		地方自治体		公的医療機関等		医療法人		その他 (公益法人等)	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
通常通りの勤務	36	85.7%	109	58.3%	74	55.6%	124	57.9%	46	60.5%
午後から半日休み	2	4.8%	44	23.5%	36	27.1%	52	24.3%	17	22.4%
1日休み	2	4.8%	18	9.6%	13	9.8%	13	6.1%	4	5.3%
わからない・その他	2	4.8%	16	8.6%	10	7.5%	25	11.7%	9	11.8%
合計	42	100.0%	187	100.0%	133	100.0%	214	100.0%	76	100.0%

	20～99床		100～199床		200～299床		300～399床		400～499床		500床～	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
通常通りの勤務	51	73.9%	115	65.3%	60	69.0%	72	67.9%	34	41.0%	57	43.5%
午後から半日休み	11	15.9%	37	21.0%	19	21.8%	23	21.7%	29	34.9%	32	24.4%
1日休み	0	0.0%	13	7.4%	3	3.4%	3	2.8%	10	12.0%	21	16.0%
わからない・その他	7	10.1%	11	6.3%	5	5.7%	8	7.5%	10	12.0%	21	16.0%
合計	69	100.0%	176	100.0%	87	100.0%	106	100.0%	83	100.0%	131	100.0%

【考察】.....

平成 18 年の日本病院会調査、平成 23 年の独立行政法人労働政策研究・研修機構調査、平成 25 年の日本病院会調査、および今回の調査を経年的に比較してみると、「通常通り勤務」は 89%→86%→57%→60%と平成 25 年を境に明らかに減少しているが、それ以降は横ばいでさらに減少することはなかった。一方、「午後から半日休み」は（H18 年該当項目なし）→10%→22%→23%、「一日休み」（H18 年該当項目なし）→3%→8%→8%、「午後から半日休み」と「一日休み」を合わせた数字も同様に、8%→12%→30%→30%と、平成 25 年までは明らかに増加していた。この時期には勤務医の過重労働が喧伝され社会問題となった時期でもあり、当直明けに対するかなりの配慮がなされたことがわかるが、その後は、宿日直に関する勤務環境の改善は進んでいないことが推測される。所在地別では、「郡部・町村」の病院では、勤務医不足のために、宿直翌日も休みなく通常通りの勤務をしている病院が圧倒的に多く、都市部との格差が広がっていた。また、病床規模別では、「400 床未満」の病院では、それ以上の病院に比べて、「通常通りの勤務」は 25%以上高く、「午後から半日休み」と「一日休み」を合わせた数字も 43%に比して 25%と 18%も低く、「400 床」を境にして、宿日直環境に大きな違いがあることがわかった。

.....

### 3-6. 医師の労働時間の把握方法について、次のどの方法を用いていますか。 (複数回答)

「出勤簿」による把握が、回答を得た 657 病院中 392 病院の 60%と第 1 位であり、以下、「時間外勤務記録」55%、「当直日誌」38%と、上位 3 位はアナログ的把握であった。「タイムカード」を使用していたのは 33%と多くはなく、把握していない病院も 6 病院存在した。

【考察】.....

労働基準法違反を前提にしなければ成り立たない日本の医療の現状を考えると、まず、取り組むべきは、「医師の労働時間の把握」である。労働基準法により、使用者は労働時間を適切に管理する責務を有している一方で、労働時間の把握に係る不適正な運用に伴い、割増賃金の未払いや過重な長時間労働といった問題が生じている。とくに、平成 25 年 2 月、最高裁は県立奈良病院「時間外・休日労働に対する割増賃金の支払い」を求めた裁判で、「宿日直中の診療について、時間外労働として割増賃金を支払うべきである」との判決が確定し、「宿日直勤務は、実際に診療に従事した時間だけでなく、待機時間を含めてすべてが勤務時間である」との考え方も示された。このように労働時間を適正に把握することは、労働基準法の遵守、医師の過重労働の軽減、医療の安全性の担保、ひいては地域医療の持続性の確保など、さまざまな観点から非常に重要な課題であり、今回の調査となった。

しかし、労働日ごとに始業時刻や終業時刻を使用者が確認・記録し、また、残業命令書及びその報告書、医師や看護師が自ら労働時間を記録した報告書、あるいはタイムカード等の記録の確認など、労働時間数を確定する作業は非常に煩雑である。しかも、労働時間の定義は「労働者が使用者の指揮命令下に置かれている時間」とされているものの、医療現場には「実作業時間」以外にもさまざまな業務時間があり、労働時間であるか否かの判定も難しい場合も多い。

一般的に、医師の時間外労働時間は、医師に自己申告させている病院がほとんどであり、今回の調査でも同様に、「出勤簿」、「時間外勤務記録」、「当直日誌」が上位 3 位を占めていた。一方、「タイムカード」による把握は 33%あるものの、IC カードや PC システム、あるいは人事管理システムなど IT の活用はほとんどなかった。また、今回の調査では、医師の労働時間を「把握していない」病院が 6 病院存在し、平成 21 年の日本病院会医療制度委員会の調査<sup>\*</sup>でも、調査 40 病院のうち 6 病院が把握していなかったとの報告がある。医師の労働時間の把握と管理は、直接的間接的に医師の労働生産性、医療の質、そして安全性に影響するものであり、労務管理のより一層の充実が望まれる。

	n=657	
	病院数	割合
出勤簿	392	59.7%
時間外勤務記録	359	54.6%
当直日誌	247	37.6%
タイムカード	215	32.7%
把握していない	6	0.9%
上記項目以外・その他	54	8.2%

<sup>\*</sup>医師の夜間勤務の実態について（平成 21 年 11 月）  
日本病院会 医療制度委員会

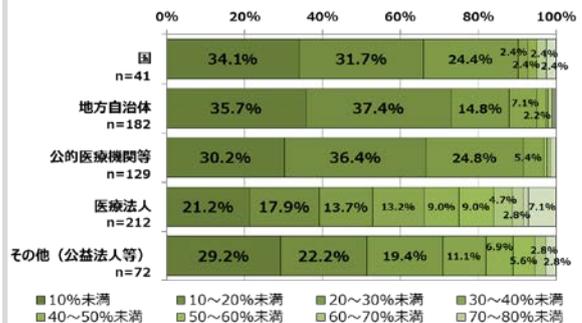
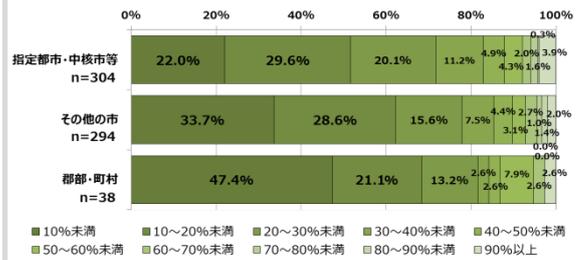
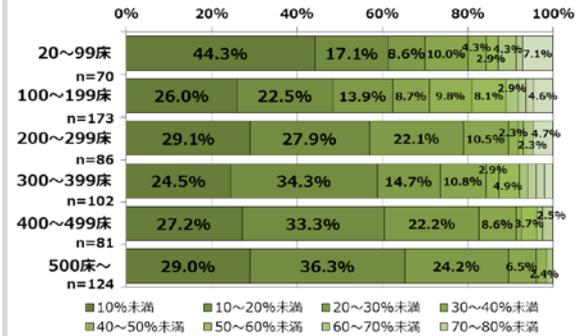
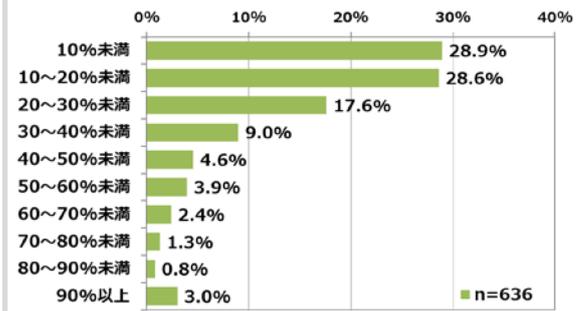
### 3-7. 管理職（理事長・院長・副院長）を除いた医師の年次有給休暇取得率について、次のうちどれですか。

取得率「10%未満」が 28.9%、「10～20%未満」が 28.6%と、両者で全体の半数を超える 58%を占め、「20～30%未満」の 18%を加えると 75%と全体の四分之三を占めていた。取得率「30%以上」の病院は全体の 25%に過ぎなかったが、90%以上の病院も 636 病院中 19 病院（3%）存在していた。取得率「30%以上」で比較してみると、取得率が最も少ない病院は、病床規模別では「500 床以上」の 10%、所在地別では「郡部・町村」の 18%、開設者別では「公的医療機関等」の 8%であった。

【考察】.....

今回の調査での医師の年次有給休暇取得率は、日本医療機能評価機構の平成 24 年調査※1の中央値 20%（平均値 31%）、および厚労省の診療報酬改定結果検証に係る平成 25 年度調査※2の中央値 20%（平均値 28%）とほぼ同様であった。厚労省の平成 27 年「就労条件総合調査」※3における医療・福祉従事者の取得率が 51%、日本看護協会平成 23 年発表の看護師の取得率「30%以上」の割合は 47%であり、今回調査での医師の取得率「30%以上」の割合 25%は、医療・福祉従事者や看護師に比べ 20%以上少なく、医師が他の医療職種に比べて、年次有給休暇を十分には取得できていないことは明らかである。

.....



※1 病院機能評価データベース 平成 24 年度（平成 26 年 3 月）日本医療機能評価機構  
 ※2 平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査（平成 25 年度調査）病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善についての状況調査報告書 厚生労働省  
 ※3 平成 27 年就労条件総合調査（平成 27 年 10 月）厚生労働省

### 3-8. いわゆる「36 協定」についてお聞きます。

#### 3-8 ①. 36 協定を締結していますか。

「締結している」病院が659病院中620病院（94%）であった。「締結していない」29病院（4%）の開設主体別内訳は、「地方自治体」16病院（9%）、「医療法人等」10病院（5%）、「その他」3病院（4%）であり、「国」と「公的医療機関等」には締結していない病院はなかった。

【考察】.....

36 協定は、前回調査と同様に大半の病院で締結されていたが、そのほとんどに労働組合が結成されているはずの「地方自治体」において、36 協定が締結されていない病院が全自治体病院の1割近くに相当する16病院も存在していたことは驚きである。

.....

	病院数	割合
はい	620	94.1%
いいえ	29	4.4%
わからない・その他	10	1.5%
合計	659	100.0%

	国		地方自治体		公的医療機関等	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
はい	42	100.0%	168	88.9%	131	99.2%
いいえ	0	0.0%	16	8.5%	0	0.0%
わからない・その他	0	0.0%	5	2.6%	1	0.8%
合計	42	100.0%	189	100.0%	132	100.0%

	医療法人		その他 (公益法人等)	
	病院数	割合	病院数	割合
はい	205	94.0%	74	94.9%
いいえ	10	4.6%	3	3.8%
わからない・その他	3	1.4%	1	1.3%
合計	218	100.0%	78	100.0%

#### 3-8 ②. ①で「はい」と回答された方にお聞きます。

##### 同協定を締結している職種はどれですか。（複数回答）

有効回答 619 病院のうち、医師以外の職種は、看護師 597 病院（96%）、医療技術職 593 病院（96%）、事務職 588 病院（95%）と、医師以外の職種でほぼ締結されていた。医師については締結している病院は 451 病院（全体の 73%）であり、他職種と 20%以上の開きがあった。

【考察】.....

今回の結果は、平成 25 年の前回調査および平成 21 年の日本病院会医療制度委員会の調査と同様であった。医師に対して 36 協定を締結している病院割合は、いずれの調査においても 75%前後と、勤務医の過重労働が社会的問題になったにもかかわらず改善の傾向は認められていない。このように、他職種に比較して、医師に対して 36 協定を締結している病院の割合が低いままで改善されていない理由は、医師が労働組合に加入していない場合が多いことや勤務時間等に対して無頓着であることが一因であると考えられる。

.....

	n=619	
	病院数	割合
看護師	597	96.4%
医療技術職	593	95.8%
事務職	588	95.0%
医師	451	72.9%
上記項目以外・その他	210	33.9%

### 3-9. 労働基準局からの是正勧告についてお聞きます。

#### 3-9 ①. 労働基準局からの是正勧告を受けたことがありますか。

是正勧告を受けたことがある病院は653病院中161病院の25%であり、前回調査の32%に比べ、7%の減少が認められた。所在地別では、「指定都市・中核市」27%、「その他の市」23%、「郡部・町村」20%の順に、次第に低下していた。開設主体別では、「公的医療機関等」で最も多い30%（130病院中39病院）、ついで「地方自治体」28%（187病院中52病院）、「国」21%（42病院中9病院）で、「医療法人等」が最も少ない18%（217病院中40病院）であった。病床規模別内訳は、「500床以上」で最も多く37%（132病院中49病院）で、病床規模が減少するにつれて低下し、「100床未満」では最小の11%（71病院中8病院）であった。

	病院数	割合
ある	161	24.7%
ない	437	66.9%
わからない・その他	55	8.4%
合計	653	100.0%

	指定都市・中核市等		その他の市		郡部・町村	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
ある	85	26.7%	68	23.1%	8	20.0%
ない	208	65.4%	199	67.5%	30	75.0%
わからない・その他	25	7.9%	28	9.5%	2	5.0%
合計	318	100.0%	295	100.0%	40	100.0%

	国		地方自治体		公的医療機関等		医療法人		その他 (公益法人等)	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
ある	9	21.4%	52	27.8%	39	30.0%	40	18.4%	21	27.3%
ない	30	71.4%	110	58.8%	81	62.3%	165	76.0%	51	66.2%
わからない・その他	3	7.1%	25	13.4%	10	7.7%	12	5.5%	5	6.5%
合計	42	100.0%	187	100.0%	130	100.0%	217	100.0%	77	100.0%

	20~99床		100~199床		200~299床		300~399床		400~499床		500床~	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
ある	8	11.3%	31	17.4%	20	23.0%	27	25.7%	26	32.5%	49	37.1%
ない	56	78.9%	137	77.0%	62	71.3%	68	64.8%	44	55.0%	70	53.0%
わからない・その他	7	9.9%	10	5.6%	5	5.7%	10	9.5%	10	12.5%	13	9.8%
合計	71	100.0%	178	100.0%	87	100.0%	105	100.0%	80	100.0%	132	100.0%

【考察】.....

「都会にある、公立・公的の、大規模病院」において是正勧告を受ける割合が高い傾向が見られたが、前回調査に比べて、是正勧告を受けた病院は7%減少しており、病院の労務管理意識が多少向上したと思われる。しかし、依然として四つに一つの病院が是正勧告を受けている状況は異常であると言わざるを得ない。また、自治体病院に関しては、総定員法や地方自治法の「定数管理」の縛りによって、病院の裁量で職員を自由に増員できないこともその背景にあるものと考えられる。

.....

#### 3-9 ②. ①で「ある」と回答された方にお聞きます。どのような内容でしたか。（複数回答）

最も多かったのが「32条違反（労働時間）」160病院中74病院の46%、次いで「37条違反（割増賃金）」60病院の38%、「その他」53病院の33%、「36条違反（36協定）」41病院の26%、「34条違反（休憩時間）」7病院の4%、「労働基準法施行規則23条違反（宿日直許可）」5病院の3%、「41条違反（適用除外）」3病院の2%がつづいていた。

	n=160	
	病院数	割合
32条違反	74	46.3%
34条違反	7	4.4%
36条違反	41	25.6%
37条違反	60	37.5%
41条違反	3	1.9%
労働基準法施行規則23条違反	5	3.1%
上記項目以外・その他	53	33.1%

【考察】.....

今回の調査も、違反割合には多少の差異があるものの、順位は前回平成 25 年の調査結果とまったく同じで、第一位「32 条違反」（前回 54%→46%）・第 2 位「37 条違反」（前回 49%→38%）・第 3 位「36 条違反」（前回 26%→26%）であり、これら上位 3 項目で全体の 7 割以上を占めていた。平成 23 年度日本医師会「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会報告書」<sup>※</sup>や、江原らが平成 14 年から平成 21 年にかけて行った 200 床以上の自治体病院を対象にした調査（江原朗、日本臨床麻酔学会誌、Vol.32、No.5、675－681、2012）でも同様に、32 条違反と 37 条違反がその大半を占めていた。その主な原因は、「長時間労働」と時間外・休日・深夜等の「割増賃金の不払い」であり、この 10 年間、両者は一向に改善できていないことが示唆される。

.....

※勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会報告書（2012 年 3 月）日本医師会 勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会

### 3-10. 高度プロフェッショナル制度（いわゆるホワイトカラー労働時間規制適用免除制度）を医師に適用すべきと思いますか。

医師に適用すべきと「思う」は 652 病院中 168 病院の 26%、「思わない」は 246 病院と 38%、「わからない・その他」も 238 病院 37%と少なからぬ割合を占めていた。

【考察】.....

高度プロフェッショナル制度、いわゆる「残業代ゼロ制度」は、労働基準法第 32 条の適用を除外し、労働者が、労働時間とは関係なく、仕事の成果で処遇し一定の報酬を支払うという内容である。対象となる労働者は、高度専門職で一定の収入（年収 1,075 万円以上）がある者とされている。しかし、ハードルの高い条件が課せられるとはいえ、長時間労働による「過労死」や、残業代ゼロなどの「企業のブラック化」が加速するのではという危惧がある。現在のところ、勤務医はその対象とはなっていないが、制度の適用範囲が拡大される可能性もないとは言えず、そうなれば医師の過重労働にさらに拍車がかかり、結果として第 2 次医療崩壊が勃発することにもなりかねない。

そのような危惧に対して、医師に適用すべきと「思わない」割合は 38%であり、「思う」の 26%を大きく上回っていた。しかし、「わからない・その他」も 37%を占めており、この制度そのものが一般的にはまだ理解されていないことが示唆された。

.....

	病院数	割合
思う	168	25.8%
思わない	246	37.7%
わからない・その他	238	36.5%
合計	652	100.0%

### 3-11. 「日本の医療は労働基準法違反を前提に成り立っている」と思いますか。

「思う」と答えた病院は 654 病院中 307 病院の 47%、「思わない」は 180 病院 28%であり、「わからない・その他」も 167 病院 26%に上った。「思う」についての第 1 位は「その他の市」の 50%、「500 床以上」の 53%、「公的医療機関等」の 56%であった。一方、「思わない」トップは「指定都市・中核市等」の 32%、「100～199 床」の 39%、「医療法人」の 38%であった。

	病院数	割合
思う	307	46.9%
思わない	180	27.5%
わからない・その他	167	25.5%
合計	654	100.0%

	指定都市・中核市等		その他の市		郡部・町村	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
思う	141	44.3%	148	50.0%	18	45.0%
思わない	102	32.1%	73	24.7%	5	12.5%
わからない・その他	75	23.6%	75	25.3%	17	42.5%
合計	318	100.0%	296	100.0%	40	100.0%

	20～99床		100～199床		200～299床		300～399床		400～499床		500床～	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
思う	33	46.5%	70	39.1%	40	45.5%	53	51.0%	42	51.2%	69	53.1%
思わない	18	25.4%	65	36.3%	27	30.7%	26	25.0%	19	23.2%	25	19.2%
わからない・その他	20	28.2%	44	24.6%	21	23.9%	25	24.0%	21	25.6%	36	27.7%
合計	71	100.0%	179	100.0%	88	100.0%	104	100.0%	82	100.0%	130	100.0%

	国		地方自治体		公的医療機関等		医療法人		その他 (公益法人等)	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
思う	22	52.4%	84	44.9%	73	56.2%	89	41.2%	39	49.4%
思わない	7	16.7%	39	20.9%	34	26.2%	81	37.5%	19	24.1%
わからない・その他	13	31.0%	64	34.2%	23	17.7%	46	21.3%	21	26.6%
合計	42	100.0%	187	100.0%	130	100.0%	216	100.0%	79	100.0%

【考察】.....

労働基準局からの是正勧告を受けたことがある病院が 25% 存在すること（設問 3-9 の①）、勤務医不足と感じている病院が 80%存在すること（設問 2-4 の①）、年次有給休暇取得率が 20%を下回っている病院が 58%存在すること（設問 3-7）、宿直翌日が「通常通りの勤務」である病院が 60%存在すること（設問 3-5）、「月 5 回以上」の宿日直が行われている病院が 10%存在すること（設問 3-3）、「1 か月の時間外勤務時間が 80 時間を超える」医師の割合 10%以上の病院が 50%存在すること（設問 3-2）、週平均の勤務時間が 40 時間以上の病院が 59%存在すること（設問 3-1）など、このアンケート調査の結果からも、また、前回調査において明らかとなった「宿直許可」、「自宅待機と労働時間」、「管理職の時間外手当」の問題など、「日本の医療は労働基準法違反を前提に成り立っている」と言わざるを得ない状況が多いなかで、そうは「思わない」病院が 180 病院 28%存在することは意外であった。

.....

### 3-12. 「医療基本法」の制定についてお聞きます。

#### 3-12 ①. 日本医師会が中心となって「医療基本法」の制定の準備がなされていることを知っていますか。

「はい」は 649 病院中 275 病院の 42%、「いいえ」は 374 病院 58%であり、「医療基本法」制定の準備がなされていることを知らない病院が半数を超えていた。

	病院数	割合
はい	275	42.4%
いいえ	374	57.6%
合計	649	100.0%

#### 3-12 ②. 地域医療再生のためには、医療の憲法としての「医療基本法」の制定が必要だと思いませんか。

「わからない・その他」が 653 病院中 397 病院の 70%を占めており、①の設問とあわせ、「医療基本法」制定の背景やその内容が、十分には認識されていないことを物語っている。なお、必要であると思うは 218 病院 33%を占めていた。

	病院数	割合
思う	218	33.4%
思わない	38	5.8%
わからない・その他	397	60.8%
合計	653	100.0%

【考察】.....

平成 26 年 3 月に日本医師会医事法関係検討委員会が取りまとめた『「医療基本法」の制定に向けた具体的提言(最終報告)』※では、第 1 章総則第 1 条 (目的)において、「この法律は、医療が国民の生命と健康を守る重要な役割を担うことにかんがみ、すべての国民が、安心、安全な医療を等しく受ける権利を享受し、医療提供者と患者等の信頼関係にもとづいた医療が実現されるために、医療の基本理念及び原則を定めるとともに、国、地方公共団体等の責務及び医療に関する施策の基本的事項、並びに医療を提供する者、医療を受ける者をはじめとする国民の役割を明らかにすることを目的とする」と記されており、それぞれ「国の責務」、「地方公共団体の責務」、「医療提供者の責務」、「医療提供施設の責務」、「国民の責務」が言及され、医療提供体制を確保するための施策、医療提供者等の権利と義務、患者の権利と義務などが明記されているなど、「医療の憲法」としての位置づけがなされている。

一方、日本病院会地域医療委員会では、現場実態とかけ離れ、しかも、医療従事者の規制を中心とした医療関連法令や行政通達が、一貫性もなく、体系化もなされず、整合性もないまま制定されていることが問題であり、これらが「制度の壁」となって地域医療再生を妨げていることを指摘してきた。そして、このような「制度の壁」を打ち破り、地域医療の再生を成し遂げるためという観点から、医療施策全体を貫通し「日本の医療のあり方そのもの」を明示する“医療の哲学”としての基本理念、すなわち「医療基本法」制定の必要性を訴えてきた。つまり、医療法や医師法あるいは労働基準法など矛盾の多い「個別法」としての医療関連法令に統一性と整合性をもたせ、適切に機能させるためには、その根幹となる「親法」としての医療基本法の制定が必要であると言えるのである。

※ 「医療基本法」の制定に向けた具体的提言 (最終報告)  
日本医師会 医事法関係検討委員会

また、岩手県においても、勤務医不足と地域偏在を解消し地域医療を再生させるためには、都道府県レベルではなく、全国レベルでの施策が必要であるとして、「地域医療基本法」の制定を呼びかけている。

しかし、このアンケート結果からすれば、日本医師会が中心となって「医療基本法」制定の準備がなされていることを半数以上の病院が知らず、「医療基本法」と地域医療再生の関連性への認識も十分ではないことも明らかとなり、その啓発は今後の重要な課題であると言えよう。

.....

## ＜地域医療構想に関する質問＞

### 4-1. 地域医療構想策定ガイドラインは、 過疎地での医療をどのように確保するのかの視点に乏しいと思いませんか。

「思う」と答えたのは 656 病院中 366 病院の 56%であり、「思わない」はわずか 38 病院 6%であった。しかし、「わからない・その他」は 252 病院 38%にも上っていた。「思う」と答えた病院の所在地別では、「郡部・町村」68%、「その他の市」61%、「指定都市・中核市等」50%と都会になるにつれ、減少していた。地域別では、「九州」72%がトップで、「関東」「近畿」「中国」が40%台と少なかった。開設者別ではすべて50%～60%の範囲にあり大きな差異はなかったが、病床規模別では、「400～499 床」が最大の 69%、「99 床以下」が最少の 42%であった。

	病院数	割合
思う	366	55.8%
思わない	38	5.8%
わからない・その他	252	38.4%
合計	656	100.0%

	指定都市・中核市等		その他の市		郡部・町村	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
思う	158	49.5%	181	60.9%	27	67.5%
思わない	28	8.8%	9	3.0%	1	2.5%
わからない・その他	133	41.7%	107	36.0%	12	30.0%
合計	319	100.0%	297	100.0%	40	100.0%

	北海道		東北		関東		中部		近畿		中国		四国		九州	
	病院数	割合														
思う	17	68.0%	41	69.5%	71	48.0%	93	55.0%	54	47.4%	17	47.2%	29	65.9%	44	72.1%
思わない	1	4.0%	1	1.7%	10	6.8%	8	4.7%	9	7.9%	4	11.1%	2	4.5%	3	4.9%
わからない・その他	7	28.0%	17	28.8%	67	45.3%	68	40.2%	51	44.7%	15	41.7%	13	29.5%	14	23.0%
合計	25	100.0%	59	100.0%	148	100.0%	169	100.0%	114	100.0%	36	100.0%	44	100.0%	61	100.0%

	国		地方自治体		公的医療機関等		医療法人		その他 (公益法人等)	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
思う	21	50.0%	113	59.8%	79	60.8%	110	50.9%	43	54.4%
思わない	3	7.1%	7	3.7%	9	6.9%	16	7.4%	3	3.8%
わからない・その他	18	42.9%	69	36.5%	42	32.3%	90	41.7%	33	41.8%
合計	42	100.0%	189	100.0%	130	100.0%	216	100.0%	79	100.0%

	20～99床		100～199床		200～299床		300～399床		400～499床		500床～	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
思う	30	42.3%	108	60.3%	43	48.9%	54	50.9%	56	69.1%	75	57.3%
思わない	4	5.6%	6	3.4%	5	5.7%	8	7.5%	3	3.7%	12	9.2%
わからない・その他	37	52.1%	65	36.3%	40	45.5%	44	41.5%	22	27.2%	44	33.6%
合計	71	100.0%	179	100.0%	88	100.0%	106	100.0%	81	100.0%	131	100.0%

#### 【考察】.....

「地域医療構想」は、現在の医療提供体制における「医療需給のミスマッチ」の是正、つまり、「医療需給のマッチング」とみなすことができ、必要な病床数や、過剰あるいは不足している病床機能の調整が行われようとしている。しかし、これは、病院が複数以上存在する大都市や県庁所在地などにおいては効果的であるが、もともと医療必要量が少なく、かつ医療資源も乏しい中山間地の過疎地では、必要病床数は別問題として、高度急性期・急性期はもとより、回復期・慢性期の病床すべてが不足しており、調整する以前の問題である場合が多い。にもかかわらず、ガイドラインでは過疎地における医療提供体制の構築方法についてはほとんど言及されていない。そのような地域では「在宅医療」や「地域包括ケアシステム」の構築が求められるのであろうが、その担い手となる医師や看護師をはじめとした医療従事者の確保のための具体的で達成可能な方策も記されておらず、基礎自治体へ丸投げ状態にあるといっても過言ではなからう。

このような問題意識からこの設問を設けたのであるが、過疎地での医療をどのように確保するのかの視点に乏しいと「思う」病院は、全体で 56%と半数少しにとどまった一方で、「思わない」はわずか 6%の 656 病院中 38 病院しか存在していなかった。所在地別で分析してみると、過疎地の病院が属する「郡部・町村」では「思う」割合は 68%と、予測したほど多くはなかったものの、「思わない」病院は 40 病院中 1 病院のみであり、過疎地の病院の苦悩が反映されていると言える。また、「思う」割合の「指定都市・中核市等」50%との差は 18%であったが、特筆すべきは、都会の病院の約半数が、「地域医療構想ガイドラインには過疎地の医療の確保の視点が乏しい」と考えていることである。これは所在地や病床規模に関係なく、病院関係者が日本の医療提供体制そのものの課題を認識していることの表れであり、地域医療構想策定に際しては、医療資源の乏しい中山間過疎地・離島に対する配慮も決して忘れてはならない大切なことであると言える。

.....

## 4-2. 地域医療構想は、政府の「地方創生」の政策と矛盾していると思いますか。

「思う」は 654 病院中 225 病院の 34%であり、「思わない」は 96 病院 15%であった。しかし、「わからない・その他」は 333 病院 51%にも上っていた。「思う」と答えた病院の所在地別では、「郡部・町村」48%、「その他の市」40%、「指定都市・中核市等」27%と、設問 4-1 と同様に、都会になるにつれ、「思う」割合は減少していた。地域別では、「関東」・「中部」以外はすべて 40%を上回っており、最低は「関東」の 27%であった。開設者別では、「地方自治体」（41%）が最も高く、最も低かった「国」（20%）とは 20%以上の開きがあった。病床規模別では、「400～499床」が最大の44%、「99床以下」と「500床以上」では 30%を下回っていた。

	病院数	割合
思う	225	34.4%
思わない	96	14.7%
わからない・その他	333	50.9%
合計	654	100.0%

	指定都市・中核市等		その他の市		郡部・町村	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
思う	87	27.4%	119	40.2%	19	47.5%
思わない	60	18.9%	31	10.5%	5	12.5%
わからない・その他	171	53.8%	146	49.3%	16	40.0%
合計	318	100.0%	296	100.0%	40	100.0%

	北海道		東北		関東		中部		近畿		中国		四国		九州	
	病院数	割合														
思う	11	44.0%	25	41.7%	40	27.0%	52	31.0%	33	28.9%	17	47.2%	20	45.5%	27	45.8%
思わない	2	8.0%	7	11.7%	29	19.6%	20	11.9%	20	17.5%	4	11.1%	4	9.1%	10	16.9%
わからない・その他	12	48.0%	28	46.7%	79	53.4%	96	57.1%	61	53.5%	15	41.7%	20	45.5%	22	37.3%
合計	25	100.0%	60	100.0%	148	100.0%	168	100.0%	114	100.0%	36	100.0%	44	100.0%	59	100.0%

	国		地方自治体		公的医療機関等		医療法人		その他 (公益法人等)	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
思う	8	19.5%	77	40.7%	46	35.4%	72	33.3%	22	28.2%
思わない	6	14.6%	27	14.3%	19	14.6%	34	15.7%	10	12.8%
わからない・その他	27	65.9%	85	45.0%	65	50.0%	110	50.9%	46	59.0%
合計	41	100.0%	189	100.0%	130	100.0%	216	100.0%	78	100.0%

	20～99床		100～199床		200～299床		300～399床		400～499床		500床～	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
思う	21	29.6%	61	34.3%	33	37.5%	37	34.9%	36	44.4%	37	28.5%
思わない	12	16.9%	20	11.2%	11	12.5%	15	14.2%	12	14.8%	26	20.0%
わからない・その他	38	53.5%	97	54.5%	44	50.0%	54	50.9%	33	40.7%	67	51.5%
合計	71	100.0%	178	100.0%	88	100.0%	106	100.0%	81	100.0%	130	100.0%

## 【考察】.....

上述したように、「医療需給のマッチング」という地域医療構想の原則を、そのまま中山間地過疎地などに適用すれば、人口と医療需要の減少には医療機能の縮小で対応することになり、ナショナルミニマムすら担保できない可能性が生ずる。そして住民は、これまで社会の矛盾に懸命に向き合ってきたにもかかわらず、生活への不安をより一層募らせ、田舎を捨て街へ流出することになる。つまり、地域医療構想は、結果として、「地方の衰退に拍車がかかる」という懸念が生じてくる。これは国が推進する地方創生とは相反するものであり、地域医療構想は地域特性と求められる医療機能の違いに配慮することが必要になるのである。

以上の観点から地方創生との関連を問うた設問 4-2 では、「地域医療構想は地方創生の政策と矛盾している」と「思う」割合は 34%と、設問 4-1 の過疎地での医療をどのように確保するのかの視点に乏しいと「思う」の 56%に比べて 20%以上低かった。「わからない・その他」にしても設問 4-1 の 38%に対して 51%と 10%以上多く、地域医療と地方創生との関連性の理解は、まだまだ十分になされていないようである。一方、所在地別の「思う」割合第 1 位は「郡部・町村」の 48%であり、「指定都市・中核市等」とは 20%以上の開きがあり、地域別も同様に「中四国」の 47%と「関東」の 27%とでは 20%の差が認められた。また、開設者別で、「思う」と答えた病院割合が最も少ないのは「国」（20%）であり、最も多い「地方自治体」（41%）とは 2 倍の相違があり、地域密着度の違いを反映しているものと思われる。

.....

### 4-3. 地域医療構想では、公的病院と私的病院との間での、いわゆる「条件の同一化（イコール・フットイング）」の議論がなされるべきであると思いませんか。

「思う」と答えた病院は656病院中261病院の40%であり、「思わない」23%、「わからない・その他」38%であった。開設者別では、「思う」割合が最も多かったのは、やはり、「医療法人」であり217病院中105病院の48%で、最も少なかった「地方自治体」の188病院中57病院の30%に比べ、18%も上回っていた。「思わない」病院割合も予測通り、「地方自治体」の32%が第1位であったが、「医療法人」であっても18%が「思わない」と答えていることは興味深い。病床規模別では、「思う」が最も多かったのは「100～199床」の46%であり、所在地別では大きな相違は認められなかった。

	病院数	割合
思う	261	39.8%
思わない	148	22.6%
わからない・その他	247	37.7%
合計	656	100.0%

	指定都市・中核市等		その他の市		郡部・町村	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
思う	129	40.4%	116	39.1%	16	40.0%
思わない	70	21.9%	71	23.9%	7	17.5%
わからない・その他	120	37.6%	110	37.0%	17	42.5%
合計	319	100.0%	297	100.0%	40	100.0%

	国		地方自治体		公的医療機関等		医療法人		その他 (公益法人等)	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
思う	16	38.1%	57	30.3%	52	40.0%	105	48.4%	31	39.2%
思わない	8	19.0%	60	31.9%	29	22.3%	39	18.0%	12	15.2%
わからない・その他	18	42.9%	71	37.8%	49	37.7%	73	33.6%	36	45.6%
合計	42	100.0%	188	100.0%	130	100.0%	217	100.0%	79	100.0%

	20～99床		100～199床		200～299床		300～399床		400～499床		500床～	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
思う	24	33.8%	83	46.1%	31	35.2%	39	37.1%	32	39.5%	52	39.7%
思わない	13	18.3%	29	16.1%	23	26.1%	24	22.9%	24	29.6%	35	26.7%
わからない・その他	34	47.9%	68	37.8%	34	38.6%	42	40.0%	25	30.9%	44	33.6%
合計	71	100.0%	180	100.0%	88	100.0%	105	100.0%	81	100.0%	131	100.0%

【考察】.....

「イコール・フットイング」とは、“条件の同一化、平等化”であり、商品の販売やサービスの提供で、双方が対等の立場で競争が行えるように、基盤・条件を同一にすることを言う。平成 25 年 12 月以降の内閣府の規制改革会議において議論され、「介護・保育分野においては経営主体間のイコール・フットイングを確立すべき」と提言された。それを受けて、厚労省では平成 26 年 2 月の「第 6 回社会福祉法人の在り方等に関する検討会」において、「介護・保育分野は、営利法人と非営利法人が共存し、同種のサービスを提供する特殊な市場であり、多様な経営主体がサービスの質を競い、利用者の利便が高まるよう、経営主体間のイコール・フットイングを確立すべき」との議論がなされている。

いずれ、医療分野に関しても、「イコール・フットイングの確立」が議論される可能性は高く、今回の地域医療構想においても、病院が林立し医療機能が過剰な都市部の構想区域調整会議では、「イコール・フットイング」の観点からの議論が展開される可能性がある。医療機能の役割分担や病床数の妥当性を協議する場合、“いの一歩”に議論の対象とされるのは国公立病院であろう。会議では、同じ医療を提供しながら、「税金が投入されている国公立病院」と、逆に「税金を納付している民間病院」との違いが言及され、国公立病院の存在意義が問われることになりかねない。そして、民間病院との違いを明確に説明できない場合、

国公立病院にとって不本意な「合意事項」が決定されるケースも考えられる。しかも、新公立病院改革ガイドラインには、「合意事項と齟齬が生じた場合には、速やかに新改革プランを修正すべきである」との記載があり、病院の本質的な存在意義が脅かされかねないのである。つまり、今回の地域医療構想は、国公立病院がその存在意義を再確認し、新しく生まれ変わるチャンスのあるときであるとも言える。

そのような背景のもと、「イコール・フッティング」議論の是非を問いかけたが、そう「思う」は40%と全体の半数に届かず、この議論に最も敏感であろうはずの「医療法人」にしても48%にとどまっていたことは、ある程度、「官と民」の医療の役割分担と連携はなされているのではないかと推測できる。一方で、「わからない・その他」の割合が38%あり、この問題に対する認識度が十分ではないことが示唆された。

#### 4-4. 地域医療構想策定ガイドラインには、具体的な医師確保方策が示されておらず、問題であると思いませんか。

「思う」は657病院中404病院の62%であり、「思わない」はわずか45病院7%であった。ただし、「わからない・その他」は208病院32%と全体の三分の一を占めていた。また、所在地別の「思う」病院割合は、「その他の市」が66%とトップであった。設問2-1および設問2-4の①で勤務医の減少程度と不足感が最も強かった「郡部・町村」は63%、「指定都市・中核市等」57%といずれも「その他の市」を下回っていた。地域別の「思う」病院割合は「東北」・「四国」が70%を超え最も多く、「近畿」が49%と最も少なかった。開設者別では「公的医療機関等」が66%、病床規模別では「400～499床」が70%と最も多かったが、それ以外の開設者や病床規模では大きな差は認められなかった。

	病院数	割合
思う	404	61.5%
思わない	45	6.8%
わからない・その他	208	31.7%
合計	657	100.0%

	指定都市・中核市等		その他の市		郡部・町村	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
思う	182	57.1%	197	66.1%	25	62.5%
思わない	31	9.7%	12	4.0%	2	5.0%
わからない・その他	106	33.2%	89	29.9%	13	32.5%
合計	319	100.0%	298	100.0%	40	100.0%

	北海道		東北		関東		中部		近畿		中国		四国		九州	
	病院数	割合														
思う	16	64.0%	44	73.3%	88	59.5%	103	60.9%	56	49.1%	24	66.7%	32	72.7%	41	67.2%
思わない	2	8.0%	3	5.0%	11	7.4%	11	6.5%	12	10.5%	3	8.3%	2	4.5%	1	1.6%
わからない・その他	7	28.0%	13	21.7%	49	33.1%	55	32.5%	46	40.4%	9	25.0%	10	22.7%	19	31.1%
合計	25	100.0%	60	100.0%	148	100.0%	169	100.0%	114	100.0%	36	100.0%	44	100.0%	61	100.0%

	国		地方自治体		公的医療機関等		医療法人		その他 (公益法人等)	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
思う	23	54.8%	121	64.0%	86	66.2%	130	59.9%	44	55.7%
思わない	4	9.5%	11	5.8%	12	9.2%	16	7.4%	2	2.5%
わからない・その他	15	35.7%	57	30.2%	32	24.6%	71	32.7%	33	41.8%
合計	42	100.0%	189	100.0%	130	100.0%	217	100.0%	79	100.0%

	20～99床		100～199床		200～299床		300～399床		400～499床		500床～	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
思う	38	53.5%	115	63.9%	55	62.5%	61	57.5%	57	70.4%	78	59.5%
思わない	2	2.8%	9	5.0%	5	5.7%	9	8.5%	9	11.1%	11	8.4%
わからない・その他	31	43.7%	56	31.1%	28	31.8%	36	34.0%	15	18.5%	42	32.1%
合計	71	100.0%	180	100.0%	88	100.0%	106	100.0%	81	100.0%	131	100.0%

## 【考察】.....

地域医療再生に向けて、国と地方では、実にさまざまな対策が講じられてきたが、いずれの効果も限定的で、医師の地域偏在が解消し、地域医療が再生したケースは極めて少ない。むしろ、医師の地域偏在と地域間の医療格差は、是正されるどころか、逆に、拡大しているように思える。

このような状況にあって、たとえ、「地域医療構想」が、適切に策定されたとしても、推進エンジンとなる医師を確保できなければ、それは“絵に描いた餅”になる危険性が高い。しかし、「策定ガイドライン」では、医師確保については「地域における医療提供体制を構築する上で、医療従事者の確保・養成は不可欠なものであるため、地域医療対策協議会での検討を踏まえ、地域医療支援センター等を活用した医師等の偏在の解消や（中略）、地域医療介護総合確保基金の有効活用も含めた施策を検討することが重要である」と、わずか7行しか言及されておらず、その内容も総論的な対策に終始し、目新しいものは何もない。誰が責任をもって医師を適切に配置し、住民に安全と安心を届けるのか。国か、都道府県か、基礎自治体か、あるいは病院そのものなのか、「地域医療構想」のなかに明記されるべきであろう。

そのような背景のもとでの設問であるが、62%の病院が問題であると「思う」と回答しており、設問 2-4 の①で「勤務医は不足している」と答えた病院の割合 80%と合わせて考えると、勤務医不足は依然として解消されていないことを物語っている。

.....

## まとめ

日本病院会会員病院を対象に、地域医療再生に関するアンケート調査を実施した。

勤務医確保に関する質問では、病院常勤医数はこの5年間で、半数の病院において増加していた一方、減少した病院は2割を超えていた。増加した病院割合は、「指定都市・中核市等」(65%)と「郡部・町村」(28%)とでは40%近い開きがあり、前回調査の56%vs45%と比較しても、その差は明らかに拡大していた。一方、減少した病院割合においても同様に、「指定都市・中核市等」(11%)と「郡部・町村」(43%)とでは30%以上の相違が認められ、前回調査の18%vs17%と比較しても、その差は増大していた。また、増加あるいは減少した病院割合の多寡の分岐点は、ともに「400床」にあり、医師確保は病床規模にも左右されていることが示された。このように、勤務医の「都会の大規模病院」での増加と「地方の中小規模病院」での減少が、この5年間でより一層顕著になっていることは明らかで、医師の地域偏在は解消するどころか、逆に拡大しているように思われる。

上述したように、勤務医は、5年前に比べ約半数の病院で増加していたが、それにもかかわらず、全体の四分の三の病院は医師不足感を抱いており、依然として自院の医療機能を維持することに難渋していることが推測される。地域別では、人口10万人対医師数が全国有数の「四国」の病院で90%以上が不足を感じていることも、地域偏在の深刻さを物語っている。一方、精神科常勤医に絞った調査結果からも、総合病院における精神科医師不足はより深刻で、病棟の閉鎖や外来の休止、あるいは精神科そのものの廃止など、身体合併症治療の最後の砦である総合病院精神科の危機的状況が明らかとなった。

勤務医の確保方法としては、その医師派遣機能が弱体化したといわれながらも、「大学医局からの派遣」によるものが圧倒的に多く、昔と変わらぬ“大学詣”が行われていることがうかがわれる。地域医療支援センターを含む地方自治体からの派遣は、前回調査と同様に極めて少なく、「医療介護総合確保法」に医師確保対策の一つとして明記され、地域医療構想策定ガイドラインでも言及されている地域医療支援センターが、充分には機能していないことを表している。注目すべきは、前回調査から順位は一つ後退したものの、4割近くの病院が勤務医確保の手段として「人材斡旋会社」を利用していることである。病院が手数料として支払った年間平均額は、平成23年の日本病院会の調査によると一病院当たり約767万円、今回の調査でも中央値は370万円と、多くの病院が勤務医確保のために巨額の金額を支払っており、勤務医不足に乗じて医療周辺産業が繁栄している実態が浮かび上がってくる。「人材斡旋会社」への依存は費用面のみならず、良質な医療の提供や安全性の観点からも看過できない問題であると言え、“フリーランス医師”の実態把握とともに、医師斡旋紹介業者に対して一定の規制をかけることが必要な時期にきているのではないかと考える。

なかなか改善しない勤務医確保のための窮余の策として、大学医学部への「寄付講座」の設置が、勤務医不足に悩む全国各地で見受けられるようになってきた。しかし、寄付金額の中央値は年間2,800万円で、4,000万円以上の病院も全体の4割を占めるなど、その開設のために巨額の公金が投入されていることや、大学医局からの通常の医師派遣との違いが明確ではないことなどを考慮すれば、国として全国の「寄付講座」の開設実態を調査・分析してみる必要がある。

さらには、医師確保が困難であるとする病院は90%に上っており、困難ではないと思う病院がわずか4%という結果からしても、大学医局への“研究費等の支援と引き換えに”という思いは強く、現在でも大学医局への研究費等の支援が行われていることが明らかとなった。しかし、それが自主的ではなく、強制的なものであるケースが少なからぬ病院で認められたことは、事態の深刻さを物語っている。

勤務医不足解消策として、7割以上の賛同が得られたのは、「総合診療医の育成」・「医学部地域枠入学の活用」、および「医師の計画配置」であった。「総合診療医の育成」は賛同率80%と第1位であり、そのような医師こそ勤

務医不足に難渋している地方の病院が求めている姿であることを示している。また、第 2 位の「医学部地域枠入学の活用」も 73%が賛成しており、自治医大卒業医師の地域医療への貢献度の高さに引きずられながらの賛成であると考えられ、より一層の地元定着がなされるよう「地域枠」運用ルールの全国レベルでの統一を期待したい。

一方、さまざまな規制的手法に対する意見には温度差が見られ、「医師の計画配置」は前回の 2 位 81%から 3 位 70%と低下したものの、依然として多くの賛同を得ており、「へき地勤務義務化」にしても半数以上の病院が賛成していた。しかし、「自由標榜制の廃止」と「自由開業の制限」は 30%台、「保険医登録制の活用」は 14%の賛同しか得られておらず、規制的手法導入の難しさを表している。また、「医師の計画配置」は、議論されるごとに、職業選択の自由を保障する“憲法第 22 条”が壁となってきたが、“第 22 条”は“公共の福祉に反しない”ことが前提条件となっており、“生存権”を保障する“憲法第 25 条”との整合性とも合わせて議論されるべきであろう。

規制的手法は、一向に改善しない医師の地域偏在に悩む地方の病院にとっては、決して諦めることができない医師確保対策である。このような切実な願いを受けてかどうか、全国自治体病院協議会や日本医師会と全国医学部長病院長会議、あるいは厚労省の「医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会」などでは、地域偏在解消のための規制的手法の具体例が示され、あるいは検討されようとしており、勤務医不足に苦悩する地域のみならず、全国各地の病院関係者の間では、期待が高まっているように思える。

なお、「新専門医制度とのリンク」は、医師の地域偏在解消のための有効な手段の一つであると考え、30%程度の賛同しか得られておらず、新専門医制度と地域偏在との関連性が理解されていないのではないかと思われる。しかし、地域偏在を解消させる千載一遇のチャンスであり、「これを逃せば、地域医療の将来はない」との想いで取り組んでもらいたいものである。また、「医療基本法の制定」に対する賛意はそれほど高くないものの、その各論となる「医療関連法令の改正と体系化」は半数の賛同を得ており、「制度の壁」を打ち破る必要性は理解されているものと考えられる。

いずれにしても、勤務医の不足や地域偏在あるいは診療科偏在の是正は、地域医療再生のための最大の課題であることは言うまでもなく、これらを、単に「数」の問題としてではなく、「制度」の問題、ひいては「日本の医療のあり方そのもの」の問題と捉えて、その対策を講じることが重要であると言える。

医師の労務管理は、直接的間接的に医師の労働生産性、医療の質と安全性に影響するものである。今回の調査では、医師の宿日直を除いた週平均勤務時間 41.3 時間と月平均宿日直回数 4 回以下は、先行する複数の調査と比較して、明らかに減少しており、病院が勤務医の労働環境の改善に努めていることがわかる。しかし、1 カ月の時間外勤務時間が 80 時間を超える医師の割合は 14%と、7 人に 1 人が過労死の基準を超えており、また、月「9 回以上」の宿日直を強いられる非常に過酷な病院も存在するなど、特定の医師に業務が集中している実態が明らかである。宿日直翌日の勤務体制については、平成 25 年の調査では改善傾向が認められたものの、それ以降は停滞し、宿日直翌日も 60%の病院では「通常通り勤務」がなされていた。さらには、年次有給休暇取得率についても、「10~20%未満」の病院が半数を超えており、医師は他の医療職種に比べて年次有給休暇を十分には取得できていなかった。重要な労務管理の一つとしての 36 協定締結は、医師に対しては約 7 割しか実施されておらず、他の職種の締結率 95%以上に比べて、大きな相違があった。また、労働基準局から是正勧告を受けた病院は、前回調査から多少減少したとはいえ、四つに一つ存在し、その大半が法定労働時間に関する「第 32 条違反」と割増賃金に関する「第 37 条違反」および 36 協定に関する「36 条違反」であり、医師の「長時間労働」と「時間外手当の不払い」がクローズアップされている。

一方、高度プロフェッショナル制度、いわゆる「残業代ゼロ制度」については、勤務医はその対象とはなっていないが、適用範囲が拡大される可能性もないとは言えない。そうなれば、医師の過重労働にさらに拍車がかかり、結果として第 2 次医療崩壊が勃発することにもなりかねず、医師への適用は阻止しなければならない。

このように厳しい労働環境の問題を是正するために、まずなすべきことは適正な「労働時間の把握」である。しかし、それを医師に自己申告させている病院がほとんどであり、「タイムカード」による把握は約三分の一の病院で実施されていたも

の、IC カードや人事管理システムなど、IT はほとんど活用されていなかった。医師の過重労働と疲弊が社会問題となったにもかかわらず、医師に対する労務管理の重要性が十分には認識されず、適正に実施されているとは言い難い。このように労務管理の重要性は言うまでもないことではあるが、是正すべきは、労働基準法違反を前提としなければ成り立たない「日本の医療のあり方そのもの」である。このような質問に対して、そうは「思わない」と回答した病院が 3 割近く占めているのも現実であり、労働問題に対する認識の違いが明らかであった。

少なからぬ病院勤務医は、「労働基準法」で定められている法定労働時間はもちろんのこと、過労死の判定基準を大幅に上回り、そして 4 人に 1 人は月 4 回以上の宿日直をこなし、当直明けも連続して勤務するという 32 時間労働が当たり前の現実。さらには、宿日直概念の「労働基準法」と「医療法」とでの相違による救急医療現場における混乱と当惑。その一方で、応招義務を規定する「医師法第 19 条」の存在。そして、行きつく先は、労働基準監督署による是正勧告。いずれにしても、現場実態とかけ離れ、しかも、医療従事者の規制を中心とした医療関連法令や行政通達が、一貫性もなく、体系化もなされず、整合性もないまま制定されていることが問題であり、これらが「制度の壁」となっており、地域医療再生を妨げている。

このような矛盾の多い「制度の壁」を打ち破り、地域医療の再生を成し遂げるためにも、医療施策全体を貫通し「日本の医療のあり方そのもの」を明示する“医療の哲学”としての基本理念、すなわち「医療基本法」を制定することが必要である。しかし、このアンケート結果からすれば、「医療基本法」制定に対する関心は高いとは言えず、その啓発は今後の重要な課題である。

地域医療の行方を左右する極めて重要な地域医療構想が各都道府県で策定されようとしているが、「三つの心配」を内在している。

一つは、「勤務医不足」である。今回の調査でも明らかとなったように、地方の田舎の多くの病院では、この 5 年間においても勤務医は減少し、勤務医不足と地域偏在が解消されるどころか、逆に拡大している。このような状況にあって、たとえ、地域医療構想が、適切に策定されたとしても、推進エンジンとなる医師を確保できなければ、それは“絵に描いた餅”になる危険性が高く、地域間格差をさらに助長せしめることになる。つまり、地域医療構想は、過疎地の医療をどのように確保するのかという視点に乏しいのではないかと、という心配である。アンケート結果では、そう「思う」と答えた病院は約 6 割と圧倒的には多くはなかったものの、「思わない」は 10%にも満たず、地域医療構想は、地域特性や医療機能など過疎地への配慮を欠かしてはならないことを示している。

二つ目は、「地方の衰退に拍車がかかる」のではないかと、という心配である。地域医療構想は、現在の医療提供体制における「医療需給のミスマッチ」の是正、言い換えれば、「医療需給のマッチング」とみなすことができる。これは、病院が複数以上存在する大都市や県庁所在地などにおいては効果的であるが、医療必要量が少なく、かつ医療資源が乏しい中山間地・へき地では、さらに医療機能の縮小を迫られることになる。そのためナショナルミニマムすら担保できず、住民は田舎を捨て町へ流出することになりかねない。そして結果として、地域医療構想は、「地方の衰退に拍車」をかけることになり、国が推進する「地方創生」政策と矛盾することになるのではないかと、という心配である。しかし回答は、「わからない・その他」の割合が半数と最も多く、「地方創生」との関連は十分には理解されていないようであった。

国の方針を受けて、現在、全国の自治体で、「地方創生総合戦略」が策定され、地域の活性化のためのさまざまな取り組みが始まっている。合計特殊出生率の低い首都圏などの大都市部から、それが高い「地方」へと、人（特に若者世代）の流れを変えることにより、国の人口減少に歯止めをかけるという、この国の将来にとって最も重要な政策課題と考えられる。この政策推進の前提として、地域に、雇用の場、教育環境とともに医療体制が整っていることが最低限必要である。地域医療構想が機械的に推進されれば、地方の医療は人口減少を先取りする形でスリム化することになり、地方創生に向けての市町村の取組の足を引っ張ることにつながりかねない。

すなわち、「地域医療構想」は「地方創生戦略」と整合していない。そのことは、医療者のみならず、広く国民に認識されなければならないが、今回のアンケート結果からは、その啓発が今後の課題であることが示された。

三つ目は、「イコール・フットイング」の問題である。病院が林立し医療機能が過剰な都市部の構想区域調整会議では、医療機能の役割分担や病床数の妥当性を協議する場合、“いの一歩”に議論の対象とされるのは公立病院であろう。同じ医療を提供しながら、「税金が投入されている公立病院」と、逆に「税金を納付している民間病院」との違いが言及され、公立病院の存在意義が問われることになる。そして、民間病院との違いを明確に説明できない場合、公立病院にとって不本意な「合意事項」が決定されるケースも考えられる。しかも、新公立病院改革ガイドラインには、「合意事項と齟齬が生じた場合には、速やかに新改革プランを修正すべきである」との記載があり、病院の本質的な存在意義が脅かされかねない。つまり、今回の地域医療構想は、公立病院がその存在意義を再確認し、新しく生まれ変わるチャンスのときであるとも言える。これに対して議論の当事者となるはずの自治体病院では、そう「思う」割合は最も低く、「思わない」割合は最も多いなど、「イコール・フットイング」論に対する違和感を抱いていた。一方、民間病院は、自治体病院とは正反対の結果が得られ、両者の考え方の相違が明らかであった。

地域医療再生に向けて、国と地方では、医師確保対策を中心に、さまざまな対策が講じられてきたが、いずれの効果も限定的で、勤務医の不足と医師の地域偏在が改善し、地域医療が再生したケースは極めて少ない。とくに、地方の小都市や中山間地に存在する病院では、日常診療の維持にさえ難渋している。

今回の調査結果からも、勤務医不足と地域偏在は解消するどころか、逆に拡大していることは明らかであり、このことは、これまで尊重されてきた医師の「プロフェッショナル・オートノミー」が、少なくとも地域偏在の解消に関しては機能してこなかったことの証明でもあり、これまでなされてきた医師確保対策を抜本的に見直す必要性に迫られていると言える。そのためには、勤務医不足解消策として最大の賛同を得た「総合診療医の育成」と「医学部地域枠入学の活用」の推進に加えて、「医師の計画配置」や「保険医の定数制」などなんらかの「規制的手法」の制度化に大いに期待したいものである。

さらには、「制度の壁」となって地域医療の再生を妨げている、医療従事者の規制を中心とした、しかもさまざまな矛盾を抱えている医療関連法令を体系的に見直すことも必要であろう。そのためには、医療施策全体を貫通し「日本の医療のあり方そのもの」を明示する“医療の哲学”としての「医療基本法」の制定が強く望まれるところである。

資料

依頼文

- 3. 締切日：平成27年10月21日（水）
- 4. 提出方法：調査票の送信先メールアドレス ENQ@hospital.or.jp
- 5. お問い合わせ：一般社団法人日本病院会 企画課 佐藤、高橋  
e-mail ENQ@hospital.or.jp TEL 03-3265-0077



一般社団法人日本病院会  
会長 常 員 泰  
地域医療委員会  
委員長 塩谷 様

日病会発第130号  
平成27年10月1日

一般社団法人日本病院会 会員病院  
理事長 様  
病院長 様  
事務部長 様  
調査担当者 様

今回調査の回答要領について

1. 調査依頼先：日本病院会 全会員病院
2. 対象月：質問項目に昨年度等の記載がない場合は、平成27年4月1日現在の状態を対象とします。  
意識に関する項目は、回答時点の状態でご回答ください。
3. 回答方法：PDF 調査票に直接ご入力いただき、メールに添付のうえ、次のメールアドレス宛にご提出ください。  
メールアドレス ENQ@hospital.or.jp  
(大文字でイー・エヌ・キュー@)
4. 諸注意：PDF をパソコンに保存する際に、「送信」をクリックしていただき、「ポップアップ表示される場合がございますが、その場合は、「次回から表示しない」にチェックをして「OK」ボタンを押してください。次回からは表示されなくなります。
5. 照会先：ご不明な点につきましては、下記までお問い合わせください。  
一般社団法人日本病院会 企画課 佐藤、高橋  
メールアドレス ENQ@hospital.or.jp  
電話 03-3265-0077  
住所 〒102-8414  
東京都千代田区三番町9-15  
ホスピタルプラザビル

※ 調査結果は、報告書の送付、ホームページ等にて公表する予定です。

※ ご回答いただいた数値や内容は、集計目的に利用します。個別に明らかになることは一切ございません。また、ご入力いただいた個人情報、本調査に関するお問合せ・ご相談への応答、調査概要報告書等の発送、調査に関連した研修会案内の利目的に限り使用いたします。

以上

地域医療再生に関するアンケート調査について（お願い）

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素は本会に対して格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

地域医療再生に向けて、国や地方あるいは各病院において、医師確保を中心にさまざまな対策がなされてきましたが、いずれの効果も限定的で、地域医療が再生したケースは極めて少ないのが現状です。一昨年、日本病院会・地域医療委員会が実施した『地域医療再生を妨げる「制度の壁」に関するアンケート調査』においても、医師の地域偏在は解消されるどころか、逆に、ますます拡大し、さらには、現場実態とかけ離れ、しかも、医療従事者の規制を中心とした医療関連法令や省令が「制度の壁」となって地域医療再生を妨げていることが明らかになりました。

一方、都道府県が策定する「地域医療構想」は、今後の地域医療の行方を大きく左右するものです。しかし、依然として医師の地域偏在と診療科偏在が解消されず、地域間格差も拡大している状況にあるため、いくらか「地域医療構想」を適切に策定したとしても、その推進エンジンとなるべき医師の確保を、また、「制度の壁」となっている医療関連法令や省令の矛盾を是正できなければ、それは“絵に描いた餅”となり、地域医療再生にはつながらないのではとの懸念を禁じ得ません。

このため、地域医療委員会では、会員病院の生のお伺いした上で、看過されがちな地域医療現場の実態と苦悩を広く社会にアピールし、共感を得て、最終的には地域医療再生の第一歩にしたいと考えております。

以上の趣旨から、病院経営上センシティブな問いも設けておりますが、ご回答いただいた病院名、個別の病院を特定できるような情報は公表いたしません。

ご多忙のところ誠に恐縮ではございますが、何卒ご協力の程、よろしくお願い申し上げます。

敬具

記

1. 調査名：地域医療再生に関するアンケート調査
2. 目的：地域医療の現場の実態・意識を分析し、地域医療を再生させるための意見・要望等に使用いたします。

# 調査票

## 「地域医療再生に関するアンケート調査」

調査期間：2015/10/1～2015/10/21

※調査票の表示・入力には、Adobe Readerが必要ですよ

【回答期限：10月21日（水）】

・添付PDFファイルの調査票は回答欄に直接ご入力いただける仕組みとなっております。  
 PDFファイルの調査票をご自身のパソコンに保存していただき、Adobe Readerで開いて、ご入力ください。  
 ご入力いただいた調査票をメール添付にて右記メールアドレス宛に送信してください。（メールアドレス [ENQ@hospital.or.jp](mailto:ENQ@hospital.or.jp)）  
 ご回答いただいた病院名・数値や内容は、集計目的に利用し、個別に明らかになることは一切ございません。  
 また、ご記入いただいた個人情報は、本調査に関連した利用目的に限り使用いたします。  
 ・本調査票の設問項目にあらかじめ入力あるいはチェックされているデータは、「平成27年度会員病院登録状況調」に基づき処理されたものです。  
 内容をご確認の上、誤りがある場合にはデータの修正をお願いいたします。

### I. 基本情報（平成27年4月1日現在）

病院名			
住所	〒	都道府県	
TEL		FAX	
回答者	部署	役職	
	氏名		

1-1. 開設主体

国 厚生省、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康福祉機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構、その他

地方自治体 都道府県、市町村、地方独立行政法人

公的医療機関 日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連

社会保険関係団体等 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

医療法人 特定医療法人、社会医療法人、その他医療法人

個人

その他 公益法人、私立学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他の法人

1-2. 許可病床数	合計	一般	療養	精神	結核	感染
	0					
1-3. 昨年度1年間の1日の平均外来患者数 （日・祝日等で救急外来のみを行っている日は除外する）						人
1-4. へき地医療拠点病院の指定の有無						
<input type="radio"/> 指定あり						<input type="radio"/> 指定なし
1-5. 一般病棟入院基本料の算定状況						
<input type="radio"/> 7対1						<input type="radio"/> 10対1
<input type="radio"/> その他（特別入院基本料等）						<input type="radio"/> 13対1
						<input type="radio"/> 15対1
						<input type="radio"/> 算定していない

### II. 医師確保に関する質問

2-1. 平成22年4月と平成27年4月を比較した場合、貴院の常勤医師数は増加しましたか。

増加した  ほとんど変化がない

減少した  わからない・その他

2-2. 法定医師数をクリアしていますか。

クリアしている  クリアしていない

2-3. 貴院が標榜している診療科すべてに、常勤医を配置できていますか。

はい  いいえ

一般社団法人 日本病院会 地域医療委員会

1

## 「地域医療再生に関するアンケート調査」

調査期間：2015/10/1～2015/10/21

2-4. 貴院が現在の医療機能を維持するために必要な勤務医について

① 勤務医は充足していますか。

充足している  不足している  わからない・その他

② ①で「不足している」と回答された方にお聞きします。  
 不足している診療科はどの科ですか。（複数回答可）

内科  呼吸器内科  循環器内科  消化器内科

神経内科  糖尿病内科  血液内科  皮膚科

小児科  精神科  心療内科  外科

呼吸器外科  心臓血管外科  消化器外科  泌尿器科

脳神経外科  整形外科  眼科  耳鼻咽喉科

産婦人科  産科  放射線科  リハビリテーション科

麻酔科  病理診療科  救急科  その他

③ ①で「不足している」と回答された方にお聞きします。  
 昨年度の経常収支はいかがでしたか。

黒字  赤字

2-5. 精神科を標榜している病院にお聞きします。

① 精神科病床はありますか。

ある  以前からない  以前はあったが、最近休止した

② ①で「以前はあったが、最近休止した」と回答された方にお聞きします。  
 その理由は、精神科医師不足ですか。

はい  いいえ  わからない・その他

③ ①で「ある」と回答された方にお聞きします。  
 精神科身体合併症患者の入院治療を行っていますか。

はい  いいえ  わからない・その他

④ 常勤の精神科医師は何人いますか。（半角数字のみ入力可）

人

⑤ 精神科医師は充足していますか。

はい  いいえ  わからない・その他

2-6. 勤務医の確保について

① 勤務医をどのように確保していますか。（複数回答可）

大学医局からの派遣  国立病院からの派遣

民間病院からの派遣  地方自治体からの派遣  
 （地域医療支援センターを含む）

公募  人脈や個別紹介など個人的関係

医師会  人材斡旋会社

大学寄付講座の開設  上記項目以外・その他

② ①で「人材斡旋会社」と回答された方にお聞きします。  
 人材斡旋会社への昨年度1年間の支払金額および  
 昨年度1年間の斡旋人数を教えてください。（半角数字のみ入力可）

万円 人

③ ①で「大学寄付講座の開設」と回答された方にお聞きします。  
 寄付の昨年度1年間の総額と期間、及び、寄付講座数と講座名を教えてください。  
 （半角数字のみ入力可、講座名のみ自由記載）

万円 年間 講座数

講座名

④ ①で「大学医局からの派遣」と回答された方にお聞きします。  
 大学・医局への学術奨励金等の研究費等（寄付講座の開設は除く）の  
 支援をしていますか。

支援をしている  支援をしていない

一般社団法人 日本病院会 地域医療委員会

2

「地域医療再生に関するアンケート調査」

調査期間：2015/10/1～2015/10/21

⑤ ④で「支援をしている」と回答された方にお聞きします。大学医局への昨年度1年間の支払金額を教えてください。

500万円未満                       500～1,000万円  
 1,000～1,500万円                 1,500～2,000万円  
 2,000～2,500万円                 2,500万円以上

⑥ ④で「支援をしている」と回答された方にお聞きします。大学医局からの強制的なものですか、あるいは病院の自主的なものですか。

強制的なもの                       自主的なもの

⑦ 勤務医確保は困難だと感じますか

困難だと感じる                     困難だと感じない                     わからない・その他

⑧ ⑦で「困難だと感じる」と回答された方にお聞きします。困難だと感じる理由を教えてください。（複数回答可）

派遣元の事情                       勤務環境条件                       金銭的条件  
 地理的条件                         医療機能的条件                       医師の質の問題  
 上記項目以外・その他

⑨ ⑦で「困難だと感じる」と回答された方にお聞きします。困難だと感じないのはなぜですか。（自由記載）

2-7. 勤務医不足の本質は、医師の絶対数不足ではなく、地域偏在・診療科偏在であると思いますか。

思う                       思わない                       わからない・その他

2-8. 勤務医の地域偏在はなぜ起きたと思いますか。（3つまで回答可）

大病院の都市部集中                       医療政策の誤り  
 都市部との文化的環境の格差                       新医師臨床研修制度  
 プライマリケア医学教育の軽視                       大学医局制度の崩壊  
 大学から医師の引揚げ                       上記項目以外・その他

2-9. 勤務医不足、医師の地域偏在、診療科偏在等についてお聞きします。その解消策に対する賛否を教えてください。

① 医学部定員の増員

賛成                       反対                       わからない・その他

② 医学部地域枠入学の活用

賛成                       反対                       わからない・その他

③ 医師の計画配置

賛成                       反対                       わからない・その他

④ へき地勤務の義務化

賛成                       反対                       わからない・その他

⑤ 自由開業の制限

賛成                       反対                       わからない・その他

⑥ 自治体病院の統合・再編

賛成                       反対                       わからない・その他

⑦ 医療関連法令の改正と体系化

賛成                       反対                       わからない・その他

⑧ 自由標榜制の見直し

賛成                       反対                       わからない・その他

⑨ 大学医局制度の見直し

賛成                       反対                       わからない・その他

「地域医療再生に関するアンケート調査」

調査期間：2015/10/1～2015/10/21

⑩ 大学医学部の新設

賛成                       反対                       わからない・その他

⑪ メディカルスクールの設置

賛成                       反対                       わからない・その他

⑫ 保険医の定員制の設定

賛成                       反対                       わからない・その他

⑬ 新専門医制度とのリンク

賛成                       反対                       わからない・その他

⑭ 総合診療医の育成

賛成                       反対                       わからない・その他

⑮ 医療基本法の制定

賛成                       反対                       わからない・その他

⑯ 病院・診療所の管理者要件への医師不足地域での勤務経験の導入

賛成                       反対                       わからない・その他

⑰ 地域ごと基本診療科ごとの医療需要の把握と設定

賛成                       反対                       わからない・その他

2-10. 勤務医不足を議論する場合、何を問題として議論すべきでしょうか。（複数回答可）

数の問題                                       医療提供体制の問題  
 医療制度の問題                               臨床研修制度の問題  
 大学教育の問題                               大学医局制度の問題  
 保険医の定数制と計画配置                       大病院の外来患者の制限  
 医師の使命感                               専門医定数制設定との関連  
 医療訴訟との関連                               上記項目以外・その他

Ⅲ. 労働時間・労働賃金に関する質問

3-1. 常勤医師の1週間の平均勤務時間を教えてください。（宿日直勤務時間を除く。）（半角数字のみ入力可）

[                      ] 時間

3-2. 1ヶ月の時間外勤務時間が80時間を超える常勤医師についてお聞きします。

① 該当する医師は何人いますか。（半角数字のみ入力可）

[                      ] 人

② 該当する医師の割合は全医師の何%ですか。（半角数字のみ入力可）

[                      ] %

3-3. 1ヶ月平均の医師1人当たりの宿直および日直回数は合計何回ですか。

なし                       1～2回                       3～4回  
 5～6回                       7～8回                       9回以上

3-4. 貴院の当直体制を教えてください。

1人当直                       複数当直                       その他

3-5. 宿直翌日の勤務体制について次のうちどれですか。

通常通りの勤務                       午後から半日休み  
 1日休み                                       わからない・その他

3-6. 医師の労働時間の把握方法について、次のどの方法を用いていますか。（複数回答可）

出勤簿                                       タイムカード  
 時間外勤務記録                               当直日誌  
 把握していない                               上記項目以外・その他

「地域医療再生に関するアンケート調査」

調査期間：2015/10/1～2015/10/21

3-7. 管理職（理事長・院長・副院長）を除いた医師の年次有給休暇取得率について、次のうちどれですか。

10%未満       10～20%未満       20～30%未満  
 30～40%未満       40～50%未満       50～60%未満  
 60～70%未満       70～80%未満       80～90%未満  
 90%以上

3-8. いわゆる「36協定」についてお聞きします。

① 36協定を締結していますか。

はい       いいえ       わからない・その他

② ①で「はい」と回答された方にお聞きします。  
 同協定を締結している職種はどれですか。（複数回答可）

医師       看護師       医療技術職       事務職  
 上記項目以外・その他

3-9. 労働基準局からの是正勧告についてお聞きします。

① 労働基準局からの是正勧告を受けたことがありますか。

ある       ない       わからない・その他

② ①で「ある」と回答された方にお聞きします。  
 どのような内容でしたか。（複数回答可）

32条違反       34条違反       36条違反  
 37条違反       41条違反       労働基準法施行規則23条違反  
 上記項目以外・その他

※ 労働基準法および労働基準法施行規則については  
 総務省の法令データ提供システム「e-Gov（イーガブ）」をご参照ください。  
 労働基準法      <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S22/S22H0049.html>  
 労働基準法施行規則      <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S22/S22F03601000023.html>

3-10. 高度プロフェッショナル制度（いわゆるホワイトカラー労働時間規制適用免除制度）を医師に適用すべきだと思いますか。

思う       思わない       わからない・その他

3-11. 「日本の医療は労働基準法違反を前提に成り立っている」と思いますか。

思う       思わない       わからない・その他

3-12. 「医療基本法」の制定についてお聞きします。

① 日本医師会が中心となって「医療基本法」の制定の準備がなされていることを知っていますか。

はい       いいえ

② 地域医療再生のためには、医療の憲法としての「医療基本法」の制定が必要だと思いますか。

思う       思わない       わからない・その他

IV. 地域医療構想に関する質問

4-1. 地域医療構想策定ガイドラインは、過疎地での医療をどのように確保するのかの視点に乏しいと思いますか。

思う       思わない       わからない・その他

4-2. 地域医療構想は、政府の「地方創生」の政策と矛盾していると思いますか。

思う       思わない       わからない・その他

4-3. 地域医療構想では、公的病院と私的病院との間での、いわゆる「条件の同一化（イコールフットイング）」の議論がなされるべきだと思いますか。

思う       思わない       わからない・その他

4-4. 地域医療構想策定ガイドラインには、具体的な医師確保方策が示されておらず、問題であると思いますか。

思う       思わない       わからない・その他

ご協力ありがとうございました。

## 委員名簿

### 一般社団法人 日本病院会

会 長            堺 常雄  
担当副会長    今泉 暢登志

#### ( 地域医療委員会 )

委 員 長	塩谷 泰一	高松市病院局 病院事業管理者
副委員長	松本 文六	天心堂へつぎ病院 会長
委 員	石原 晋	公立邑智病院 参与
	井上 憲昭	富士見高原病院 統括院長
	遠藤 秀彦	岩手県立中部病院 病院長
	株本 敬	小清水赤十字病院 名誉院長
	木村 純	市立函館病院 病院長
	古川 賢一	飯山赤十字病院 病院長