

「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」への意識と意見調査 報告書

令和 7 年 6 月 全国国民健康保険診療施設協議会

目次

(1)	はじめに	3
(2)	調査概要	3
(3)	調査結果	3
	回答状況	3
	1. 医師確保計画の実効性	4
	①重点医師偏在対策支援区域の設定	4
	②偏在是正プランの策定	6
	2. 地域支え合いの仕組み	8
	①医師少数区域勤務の義務付け(病院管理者)	8
	②開業者への医療機能要請	10
	③保険診療従事 3 年要件	12
	3. 経済的インセンティブ等	14
	①派遣・従事医師への手当増額	14
	②派遣元医療機関支援	16
	③勤務・生活環境の整備	18
	④開業・定着への経済支援	20
	⑤全国的マッチング支援	22
	⑥リカレント教育	24
	⑦連携パートナーシップ協定締結	25
	4. 医師養成過程での取組	27
	①地域枠の活用	27
	②広域連携プログラムによる臨床研修	29
	5. 医師偏在対策の全般について	31
	①医師偏在対策の全般に対するご意見・ご要望等	31
	②あなたの考える医師偏在対策	32

(4)	調査結果のまとめ	33
(5)	考察	37
(6)	総括	38
付録①	自由記載内容	
付録②	調査票	

(1) はじめに

医師偏在対策については「新たな地域医療構想に関する検討会」で議論され、令和 6 年 12 月 25 日に「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」が公表された。本パッケージは医師不足地域の持続可能な医療提供体制の構築に資する重要な方針である。本協議会の会員である国保直診施設の多くは高齢化と人口減少が先行して進む医師少数区域にあり、地域医療の最前線で地域包括医療・ケアを実践している。そこで本協議会では国が示した医師偏在対策の有効性について現場感覚での意識・意見を収集し、国診協としての見解を取りまとめた。

(2) 調査概要

①調査対象

- 全国国保診療施設協議会(国診協)総務企画委員会若手の会メンバー(※若手の定義は「年度終了時点(3 月 31 日)で 46 歳以下」)
- 国診協役員
- 国診協会員施設

②調査方法

- アンケート:調査票は選択式および自由記載式を併用
- 医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」の各項目に関し「有効」「有効でない」「どちらとも言えない」から選択し、意見があれば記載
- 全般に関する意見も収集

③実施期間

- 令和 7 年 3 月～4 月

(3) 調査結果

● 回収状況

回答者分類	回収数
若手の会メンバー	19
役員(正副会長・常務理事・理事・監事)	18
その他会員施設	204
合計	241

1. 医師確保計画の実効性の確保

①「重点医師偏在対策支援区域」を設定し、優先的・重点的に対策を進めることについて、有効だと思いますか？

選択肢	全体		若手の会		若手の会以外・役員	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
1.有効	158	65.6%	15	78.9%	143	64.4%
2.有効でない	9	3.7%	0	0.0%	9	4.1%
3.どちらとも言えない	73	30.3%	4	21.1%	69	31.1%
無回答	1	0.4%	0	0.0%	1	0.5%
合計	241	100%	19	100%	222	100%

自由記載まとめ

若手の会	若手の会以外会員施設・役員
「有効」選択者 ✓ 医療の需給予測においては、年齢分布や疾患ニーズ、診療科別の配置などを含めた詳細な分析が不可欠である。単なる医師数や人口総数では不十分であり、地域特性を反映した分析が求められる。特に、圏域をまたいだ移動やその実態についても考慮する必要がある。ビッグデータを活用すれば、医師配置の最適なランドデザインを描くことは可能であり、厚労省や都道府県はまずその分析結果を公表すべきである。 ✓ また、基本診療科(内科・外科・小児科・産婦人科・総合診療科など)に対する相対的医師不足も議論に含めるべきである。重点支援区域の「見える化」は、地域医療の将来像を自治体が主体的に考える契機となる点で有効である。今後、医師の偏在は一層進行するため、中長期的な対策の立案は不可欠である。 ✓ 支援区域の選定については、対象地区が多数に及ぶ可能性があるため、予算とのバランスを考慮しつつ、公平かつ透明性のある議論の場で選定すべきである。配置医師の教育支援や、定期的な区域の見直し、具体的な活用策の検討も課題である。 「有効でない」選択者:対象なし	「有効」選択者 ✓ 「重点医師偏在対策支援区域」における医師確保に向けた経済的インセンティブは一定の効果が期待でき、有効な施策と考えられる。医師の極端な不足が見られる病院や、定住人口の少ない地域への配慮も必要である。 ✓ 支援区域の選定においては、2 次医療圏単位にとどまらず、地域間格差や科別偏在、地理的要件を十分に考慮すべきである。また、市町村単位での指定や、地域の実情に即した柔軟な対応が求められる。 ✓ 特に、若手医師の招へいが大病院に偏らないよう配慮し、へき地の国保直診施設や開業医への支援も視野に入れる必要がある。終末期医療の在り方を見直し、効率の悪い医療を抑制することで医師の業務負担を軽減し、医師確保につなげることも有効と考えられる。 ✓ 支援区域には地域枠卒業生を派遣し、手当の増額や勤務・生活環境の改善により、医師にとって魅力的な勤務条件を整えることが望まれる。これにより医師不足の抑制が期待される。 ✓ 今後、医師偏在の状況を広域的に可視化し、マッチング制度の整備を含めた早急な対応が必要である。 「有効でない」選択者 ✓ 医師少数区域内でも格差が拡大することが懸念される。人口減少により患者

<u>「どちらとも言えない」選択者</u> ✓ 医師偏在の背景には地域や診療科の問題に加え、個人の生い立ちや価値観が大きく影響している。望まない地域や診療科への配置を義務や金銭的インセンティブで促すことは、医療の質を損なう恐れがある。また、医療機関の急速な減少は、その地域に医療を行いにくい要因が存在する可能性を示している。	数が減っても、残された住民のために尽力する医療機関が対策の対象外となる現状は問題であり、支援の打ち切りがある場合には事前に地域へ明示すべきである。 ✓ また、地域ごとに事情が異なるため、二次医療圏単位での評価では偏在の実態が十分に反映されず、特に広域の医療圏内における医師不足地域が適切に評価されない恐れがある。より細かな地域単位での実情を考慮した対応が求められる。 <u>「どちらとも言えない」選択者</u> ✓ 「重点医師偏在対策支援区域」の設定は医師確保対策として必要とされるが、実効性や効果には不透明な部分も多い。対象から外れた地域では、さらなる医師不足の進行が懸念されるため、地域の実情に即したきめ細かな支援が求められる。 ✓ 2次医療圏単位ではなく、より狭い市町村や旧地区単位での指定が望ましく、人口規模だけでなく、地域の医療ニーズや将来の人口動態、インバウンドの影響も考慮すべきである。慢性的な医師不足地域や消滅可能性市町村への配慮も不可欠である。 ✓ 現行制度下では、派遣される医師の同意を得ることが難しく、短期間の派遣では根本的な偏在解消にはつながらない。医師の自主性に依存せず、国として一定の強制力を持つ制度設計が必要である。 ✓ 医師確保には、給与格差の導入も現実的な手段とされるが、相当な格差が求められる可能性がある。支援対象の選定基準を明確にし、特定地域への偏りによる新たな偏在の発生を防ぐことも重要である。 ✓ 対策は短期的なものではなく、長期的かつ継続的に取り組む必要があり、医師の診療科選択の偏りへの対策も併せて講じるべきである。さらに、支援地域に指定されたとしても、実際に医師確保が可能かどうかは依然として不安が残る。
---	--

②医師確保計画で「医師偏在是正プラン」を策定し、支援対象医療機関、必要な医師数、取組を定めることについて、有効だと思いますか？

選択肢	全体		若手の会		若手の会以外・役員	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
1.有効	155	64.3%	13	68.4%	142	64.0%
2.有効でない	11	4.6%	0	0.0%	11	5.0%
3.どちらとも言えない	74	30.7%	6	31.6%	68	30.6%
無回答	1	0.4%	0	0.0%	1	0.5%
合計	241	100%	19	100%	222	100%

自由記載まとめ

若手の会	若手の会以外会員施設・役員
「有効」選択者 ✓ 医療需給の予測においては、人口の年齢構成や地域の疾患ニーズ、診療科別の実態、交通アクセス、域内外の移動状況などを総合的に分析すべきである。単なる医師数ではなく、地域に必要な診療科や医師数をビッグデータを用いて導出し、その結果を公表することが国や自治体の責務である。 ✓ 医師配置の議論には、医療者だけでなく住民や行政も参加し、地域ごとの合意形成を図る必要がある。アクセス改善により派遣を不要とする選択肢も含め、地域特性を踏まえた柔軟な対応が望まれる。 ✓ 支援対象外の医療機関にも柔軟な救済措置が必要であり、国や県の強いリーダーシップとインセンティブ設計が不可欠である。特に中山間地域の医療機関では財政難や理解不足により、働き方改革が進まず、医師の確保が困難となっている。こうした現場の実情を踏まえ、持続可能な支援策を講じなければ医療空白地帯の拡大につながる恐れがある。 「有効でない」選択者: 対象なし	「有効」選択者 ✓ 「医師偏在是正プラン」は、医師派遣の促進や地域医療体制の強化に向けて有効な施策であると考えられる。特に、派遣元医療機関への支援や、診療科ごとの長期的な偏在対策が講じられることは重要である。 ✓ しかし、数ヶ月単位の短期派遣では効果が限定的であり、実効性を確保するためには、地域の実情を十分に把握したうえで、地元医師会や開業医との協議、関係者との情報共有が不可欠である。また、医師の定着を促す環境整備や、勤務条件の改善、補助金等による経営支援も併せて必要となる。 ✓ プランの策定にあたっては、絵に描いた餅とならぬよう、実行力と拘束力のある仕組みが求められる。支援対象医療機関の選定も慎重に行い、医師以外のスタッフ確保や施設運営の支援も検討すべきである。 ✓ 地域差の大きい医師不足の実態に対応するには、広域的な視点での検証とともに、地域の実情に即した柔軟な計画立案が重要である。さらに、医学生への働き方の方向性提示や、地域医療構想との連携においても、過度な統廃合の押し付けは避けるべきである。 ✓ 全体として、実効性のある支援と現場の声を反映した現実的な取り組みこそが、持続可能な地域医療の確立に寄与すると言える。 「有効でない」選択者 ✓ 支援対象医療機関に選定されなかった施設では、医師確保が一層困難となる

<u>「どちらとも言えない」選択者</u> ✓ 本施策の強制力や具体的な取組内容が不明であり、現行の自治医大出身者の派遣との違いも明確でない。単に医師数を満たすだけでは不十分であり、提供可能な医療内容や専門科の有無も重視すべきである。取り組みの実効性についても現時点では不透明である。	恐れがある。医師数などの数値基準のみで対象を定義するのは実情にそぐわず、地方では大学を含め医師自体が不足しているため、数値による指定には実効性が乏しい。 ✓ 理想は常勤医師の確保であるが、現状を踏まえると非常勤医師の活用も必要であり、柔軟な対応が求められる。 <u>「どちらとも言えない」選択者</u> ✓ 「医師偏在是正プラン」の策定は必要であり、支援対象医療機関や必要医師数、取組方針の明確化が求められる。しかし、地域に縛り付ける強制力には限界があり、策定しただけで過疎地の医師数が実際に増加するかは疑問である。 ✓ 議論においては各医療機関の利害が先行し、全体を俯瞰した実効的な内容とならない恐れがある。大学病院など医師派遣機能を有する機関への働きかけや、地域医療経験者の協議会参加も有効と考えられる。 ✓ また、全国一律の基準ではなく、地域ごとの実態に即した柔軟な対応が必要であり、特にへき地医療や診療科の偏在への対応を重視すべきである。支援対象から外れた医療機関の医師不足がさらに深刻化する懸念もあり、実行力ある施策の構築が求められる。
--	---

2. 地域の医療機関の支え合いの仕組み

①公立・公的・国立の病院管理者要件として医師少数区域での1年以上の勤務を求めることについて、有効だと思いますか？

選択肢	全体		若手の会		若手の会以外・役員	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
1.有効	94	39.0%	6	31.6%	88	39.6%
2.有効でない	56	23.2%	6	31.6%	50	22.5%
3.どちらとも言えない	90	37.3%	7	36.8%	83	37.4%
無回答	1	0.4%	0	0.0%	1	0.5%
合計	241	100%	19	100%	222	100%

自由記載まとめ

若手の会	若手の会以外会員施設・役員
「有効」選択者 ✓ 医師少数地域での1年以上の勤務を、すべての病院・診療所管理者に義務づけることは、数の確保という点で有効である。ただし、総合的診療の経験を積む機会として有意義である一方、医療の質が担保されるかについては懸念が残る。 「有効でない」選択者 ✓ 医師少数地域での短期勤務では実態把握が困難であり、断続的かつ長期的な関与が望ましいと考える。地域連携の観点からは一定の意義があるが、医師偏在の是正には効果が乏しい。勤務の動機づけや目的が不明確であり、義務的配置では地域医療への貢献意識を醸成しにくい。見学や懇談といった柔軟な手段の活用も検討すべきである。	「有効」選択者 ✓ 医師少数地域での勤務経験は、医師のキャリア形成や経験値の向上に資するとともに、地域医療の実情を理解する上でも有効である。複数年にわたる仕組みとすることで、定住や地域医療への貢献にもつながりやすく、制度としての実効性が高まると考えられる。 ✓ 医療格差の是正や将来的な病院管理者の資質向上にも寄与することが期待されるが、一方で、義務化による管理者の成り手不足や、移行期間・代替案の検討も必要である。医療行政の単位に即した「医師少数市町村」の概念を取り入れることも有効と考えられる。 「有効でない」選択者 ✓ 医師少数区域での勤務を病院管理者の要件とすることには疑問の声が多く、実効性に乏しい施策であると考えられる。1年程度の勤務では地域医療の本質的な課題に触れるには不十分であり、かえって医師の定着を妨げる可能性もある。また、管理者を志す医師自体が少なく、義務化によって志望者が減少する懸念もある。 ✓ さらに、医師偏在の是正どころか逆効果を招く恐れがあり、管理者要件としての合理性も認めがたい。地域医療の理解促進には柔軟な支援や現場との対話の継続が重要であり、すべての医師に対する短期間のへき地研修など、より

<u>「どちらとも言えない」選択者</u> ✓ 医師少数地域での勤務経験を病院管理者要件とすることには賛否がある。地域の実情を知る機会として一定の意義はあるが、勤務の動機や関心の有無により効果にはばらつきが生じる。無理な配置は医療の質や現場の士気を下げ、恐れがあり、候補者の適性確保が重要である。また、1 年程度の勤務で本質的理解に至るかは疑問であり、要件化の妥当性について慎重な検討が求められる。	実効性のあるアプローチが求められる。 <u>「どちらとも言えない」選択者</u> ✓ 医師少数区域での勤務を病院管理者の要件とする案については、実効性や制度設計の妥当性に懸念がある。勤務期間 1 年の根拠が不明確であり、期間が短すぎれば形骸化し、定着や地域医療の本質的理解に繋がらない恐れがある。また、要件を満たすためだけの勤務が増えることで、かえって地域医療の腰掛け化を助長する可能性もある。 ✓ 医師の確保状況や偏在の実態を踏まえ一律に義務付けることは、管理者志望の減少を招くおそれがあり、地域医療の持続的発展にはつながりにくい。むしろ若手医師への柔軟なインセンティブの設計や、大学以前からの教育の見直しが必要である。また、公的医療機関以外にも民間病院や済生会、赤十字病院等を対象に含めるなど、制度の幅を持たせることが望ましい。
---	--

②外来医師過多区域における新規開業希望者への地域で不足している医療機能を要請することについて、有効だと思いますか？

選択肢	全体		若手の会		若手の会以外・役員	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
1.有効	122	50.6%	9	47.4%	113	50.9%
2.有効でない	26	10.8%	4	21.1%	22	9.9%
3.どちらとも言えない	76	31.5%	6	31.6%	70	31.5%
無回答	17	7.1%	0	0.0%	17	7.7%
合計	241	100%	19	100%	222	100%

自由記載まとめ

若手の会	若手の会以外会員施設・役員
「有効」選択者 ✓ 地域ニーズに即した開業推進としては有効と考えられるが、実効性には疑問が残る。特に多くの支援を要することが想定されるため、具体的な支援プランが重要である。また、美容クリニックのように保険医療機関として開業しない場合には、抑止効果は限定的である。 「有効でない」選択者 ✓ 過疎地域での新規開業は希望者が少なく、医師個人に委ねるのは危険である。行政や住民が主体となって主導すべきである。 「どちらとも言えない」選択者 ✓ 新規開業希望者への一方的な要請では継続的な医療提供体制とは言えず、医師不足地域での開業には十分なメリットを設ける必要がある。また、地域の医療機能を担えるか不透明であるため、既存の医療機関にも要請を行うべきである。公平性の観点からも新規・既存を問わず同様の対応が望ましい。さらに、開業後に実態が要請内容と乖離する可能性もあるため、事後調査を行い、	「有効」選択者 ✓ 医師不足地域における開業に一定の要件を設けることは、地域医療の偏在是正に資する可能性がある。即効性は乏しいものの、開業希望者が地域に不足する医療機能を認識する契機となり得る点に意義がある。運用にあたっては、地域医師会への参画などを含め柔軟かつ実効性ある仕組みとし、必要に応じて見直しを行う体制が望ましい。また、地域住民の選択肢が広がる点でも一定の効果が期待される。 「有効でない」選択者 ✓ 不足している医療機能の情報提供は有意義であるが、義務やインセンティブが明確でなければ実効性は乏しい。現行制度では開業規制が緩く、支援の枠組みを外れた医療機関では医師不足が深刻化する懸念もある。医師の数だけでなく能力も重要であり、要請内容が医療機関の意向と合致しなければ効果は限定的である。 「どちらとも言えない」選択者 ✓ 医療機能の偏在是正には一定の効果が期待できるが、医師の開業自由を制限する懸念がある。外来診療のみを希望する医師に対し、救急や在宅医療を要請するのは困難であり、実効性を持たせるには医師派遣などの強制力が必要である。診療科の整理は理解できるが、求められる医療機能の内容が不明確で、開業医と無関係な機能も含まれる可能性がある。地域ごとに診療所数を

基準を満たさない場合には適切な対応を検討すべきである。

調整する案は有効と考えるが、要請への対応や強制力の有無に課題が残る。

③保険医療機関の管理者要件として3年間の保険診療従事を要件とすることについて、有効だと思いますか？

選択肢	全体		若手の会		若手の会以外・役員	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
1.有効	110	45.6%	10	52.6%	100	45.0%
2.有効でない	37	15.4%	5	26.3%	32	14.4%
3.どちらとも言えない	93	38.6%	4	21.1%	89	40.1%
無回答	1	0.4%	0	0.0%	1	0.5%
合計	241	100%	19	100%	222	100%

自由記載まとめ

若手の会	若手の会以外会員施設・役員
「有効」選択者 ✓ 保険医療の経験は必要であるが、へき地など医師不足地域の診療所長や、急な継承が必要となるケースにおいては、地域医療への影響を考慮し特例的な対応が求められる。一方、医師過剰地域ではより長期間の経験要件も検討可能であり、診療科ごとの細分化も有効と考えられる。また、「3年間」とする要件の根拠については明確な説明が必要である。 「有効でない」選択者 ✓ 管理者要件に従事期間を設けることの効果には疑問があり、年数だけでは適性を測れないとの指摘がある。働き方や経験の質に注目すべきであり、年数要件の必要性については議論が不十分であると考えられる。 「どちらとも言えない」選択者 ✓ 本要件が医療現場に与える具体的な効果が不明確であり、3年間という期間の妥当性にも疑問が残る。また、「直美」対策として保険医療機関でない場合は対象外とすべきであり、総合診療医や自治医大出身者を一律に含めることは、かえって医師確保に逆効果となる可能性がある。	「有効」選択者 ✓ 保険診療の従事要件は、医療制度理解と地域医療連携の面で有効であり、すべての医師に対して一定期間の義務化が望ましい。特に国保診療施設や病院での勤務経験は重要であり、3年以上の従事要件、場合によっては5年程度の延長も検討に値する。短期間で医師が交代する現状では、患者の安心感確保のためにも長期勤務が望まれる。ただし、従事要件が自治医大卒業生の配置に影響を及ぼさないよう、調査と対応が必要である。 「有効でない」選択者 ✓ 管理者要件の厳格化は、医師偏在の是正にはつながりにくく、むしろ若手医師の志望を妨げる恐れがある。管理者を目指す人材はそもそも少なく、制度導入によって美容医療や医師以外の職種への流出を加速させる可能性がある。また、保険診療の理念が短期間の従事経験で深く根付くとは考えにくく、要件適用に関する配慮の基準も不透明である。制度が形骸化する懸念も否めない。 「どちらとも言えない」選択者 ✓ 保険診療従事経験は保険医療機関の管理者として当然の要件であり、ほとんどの医師が研修期間中に既に経験していると考えられる。そのため、改めて制度化する意義は不明瞭であり、医師偏在の是正にも直結しにくい。施策の義務化は医師のキャリア形成に影響を及ぼすため、国民への説明とともに慎重

	な検討が求められる。中堅・シニア世代の医師を対象とする方が現実的である。
--	--------------------------------------

3. 地域偏在対策における経済的インセンティブ等

①医師不足地域への派遣医師・従事医師への手当を増額することについて、有効だと思いますか？

選択肢	全体		若手の会		若手の会以外・役員	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
1.有効	172	71.4%	15	78.9%	157	70.7%
2.有効でない	15	6.2%	2	10.5%	13	5.9%
3.どちらとも言えない	53	22.0%	2	10.5%	51	23.0%
無回答	1	0.4%	0	0.0%	1	0.5%
合計	241	100%	19	100%	222	100%

自由記載まとめ

若手の会	若手の会以外会員施設・役員
「有効」選択者 ✓ 医師不足地域での勤務にはキャリア面での不利もあるため、それを補う十分なインセンティブの提供が必要である。志ある医師の確保が理想ではあるが現実的には難しく、手当の増額など実効性ある支援が求められる。手当は本人に確実に還元される仕組みとし、還元しない自治体にはペナルティを設けるべきである。支給方法については診療報酬の加算よりも定額支給が望ましく、自治体の過度な財政負担を回避する形とすることが重要である。 「有効でない」選択者 ✓ 金銭的支援よりも、キャリア形成におけるメリットを重視すべきである。 「どちらとも言えない」選択者 ✓ 金銭的インセンティブは動機づけのきっかけにはなるが、持続性に乏しく、内発的動機を引き出す工夫が必要である。また、公的医療機関の扱いや、医師不足地域に指定されなかった大病院における不人気診療科への影響についても	「有効」選択者 ✓ 手当の増額は医師不足地域における労働環境改善の一環として、一定のインセンティブとなり得る施策である。医師のモチベーション向上や医療機関の支援にも資するが、効果を発揮するためには中途半端な水準では不十分であり、財源は国や都道府県が担うべきとの意見が多い。保険財政や自治体負担による格差の拡大は避ける必要がある。持続的かつ公平な支援体制のもとで、勤務条件の改善と一体的に進めることが求められる。 「有効でない」選択者 ✓ 単なる手当の増額では医師確保の根本的な解決にはつながらず、経済的インセンティブによる仕組みは持続性に欠ける。財政力の弱い自治体では予算確保が難しく、効果的な医師配置が困難となる。手当目的で赴任する医師の質や定着性にも懸念があり、福利厚生や勤務環境の改善、複数医師体制の確保、研修プログラムの魅力向上など、包括的な支援策が求められる。また、派遣形態の限界や人件費負担の大きさも課題である。 「どちらとも言えない」選択者 ✓ 手当の増額は一定の効果が期待されるが、それだけでは医師の確保には直結せず、やりがいや生活環境といった非金銭的要素の配慮も必要である。中間搾取や手当の不透明な配分は制度の信頼性を損ねる恐れがあり、適正な運用

配慮が求められる。	が不可欠である。医師の生活スタイルに応じた支援や、辞職リスクへの対策も考慮すべきである。財政的裏付けが脆弱であれば、補助金の効果は一時的に留まり、地域医療の質の低下や税金の無駄遣いにつながる懸念がある。したがって、国や自治体による持続可能な財政支援と制度設計が求められる。
------------------	---

②医師不足地域へ医師を派遣する派遣元医療機関への支援を行うことについて、有効だと思いますか？

選択肢	全体		若手の会		若手の会以外・役員	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
1.有効	184	76.3%	15	78.9%	169	76.1%
2.有効でない	7	2.9%	1	5.3%	6	2.7%
3.どちらとも言えない	48	19.9%	3	15.8%	45	20.3%
無回答	2	0.8%	0	0.0%	2	0.9%
合計	241	100%	19	100%	222	100%

自由記載まとめ

若手の会	若手の会以外会員施設・役員
「有効」選択者 ✓ 医師不足地域の医療機関は経営的に厳しい状況が想定され、医師を確保しても継続可能でなければ意味をなさない。また、医師派遣を担う派遣元医療機関への人的支援が必要であり、その対象は「へき地医療拠点病院」に限らず、医師複数体制の診療所や都市部の在宅療養支援診療所などにも広げるべきである。診療所同士が支え合う体制が進む中で、柔軟な支援枠組みの整備が求められる。 「有効でない」選択者 ✓ 医師不足地域の医師確保には、「重点医師偏在対策支援区域」の設定のみで十分であり、医師不足地域へ医師を派遣する派遣元医療機関への支援を行うことは、結果として派遣元医療機関への医師の集中を促すことになると考えられる。 「どちらとも言えない」選択者 ✓ 派遣という形態は、地域医療において重要な「地域を知る」という視点を損なう可能性がある。専門性の高い支援と割り切れば有効であるが、派遣元を支援するのであれば「支援の質」にも配慮すべきである。支援には財源の確保が前提であり、用途制限や現行の曖昧な派遣制度(医局制度)の管理方法につい	「有効」選択者 ✓ 派遣元医療機関への支援は、地域医療の偏在是正や医師派遣の促進において極めて有効である。ただし、人的資源が不足している現状では、経済的支援のみでは効果が限定的であるため、人的支援と両輪で行うべきである。支援にあたっては、派遣元の過剰な負担を回避しつつ、義務規定の明確化や評価制度、フィードバック体制の整備が必要である。また、支援の財源は国や自治体が担うべきであり、派遣元・派遣先双方にとって実効性あるインセンティブ設計が求められる。大学や公的病院との連携も重要であり、支援制度は持続可能な地域医療体制の確立を目的とすべきである。 「有効でない」選択者 ✓ 支援が途絶えることで医師の引きはがしが発生する恐れがあり、また支援金の中抜きされる懸念もある。さらに、派遣元医療機関が派遣医師を適切に優遇する保証はなく、必ずしも僻地医療に理解のある医師が派遣されるとは限らないため、制度設計には慎重な配慮が必要である。 「どちらとも言えない」選択者 ✓ 医師不足地域への医師派遣は、派遣元医療機関の実態や意向により実現が難しい場合が多い。また、自然災害やインフラ老朽化による財政悪化の影響で、派遣元への支援が縮小される可能性もある。派遣元は大病院であることが多く、支援が富裕な機関に偏るおそれがあるため、むしろ派遣しないことへのペ

ても検討が必要である。	ナルティを設けるべきである。さらに、派遣元の医療機関が明確でない場合や、経済的支援の使途が不透明であることも課題である。派遣先の要望に合致しない医師が派遣される可能性も否定できない。補助金や金銭的インセンティブは一定の効果が見込まれるが、金銭目的の派遣によって地域医療の質が損なわれる懸念もあるため、慎重な運用が求められる。
--------------------	---

③医師不足地域での医師の勤務・生活環境改善支援を行うことについて、有効だと思いますか？

選択肢	全体		若手の会		若手の会以外・役員	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
1.有効	207	85.9%	17	89.5%	190	85.6%
2.有効でない	5	2.1%	1	5.3%	4	1.8%
3.どちらとも言えない	29	12.0%	1	5.3%	28	12.6%
無回答	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
合計	241	100%	19	100%	222	100%

自由記載まとめ

若手の会	若手の会以外会員施設・役員
「有効」選択者 ✓ ヘき地における子育て経験から、もっとも深刻な課題は子どもの急な体調不良時の対応である。ソロ診療では代替が困難であり、常に代診できる体制の整備が重要である。また、勤務時間の短縮も子育て世代にとっては大きな支援となる。加えて、医師不足地域では住民の医療リテラシー不足により、医師への過剰な期待がバーンアウトを招く可能性があるため、役割や線引きを明確にするガイドラインが有用である。中山間・離島地域では移住・生活維持の負担が大きく、補助の整備が求められる。生活環境の改善、特に子育てや教育環境の整備は、医師の定着や働きやすさに直結するため、支援体制の充実が必要である。 「有効でない」選択者 ✓ 自由記載なし 「どちらとも言えない」選択者 ✓ 具体的な支援策の内容が不明であるため、賛否を判断することができない。	「有効」選択者 ✓ 医師不足地域における医師確保のためには、勤務環境および生活環境の包括的な整備が不可欠である。特に 30～40 代の医師は、子どもの教育環境や家族との生活を重視して居住地を決定する傾向が強く、教育環境・育児支援・住居整備などへの配慮が求められる。住宅の老朽化や候補の少なさにも対策が必要であり、託児所の整備や家具付き宿舍の提供も有効である。また、Wi-Fi や診療支援体制、研究環境など、都市部と同等の業務支援も望まれる。 ✓ 勤務時間の長さや休息の確保に関しても大きな課題であり、休日保障や代診体制の構築が必要である。女性医師への配慮やリカレント教育の支援も不可欠であり、柔軟な制度設計が望まれる。行政や地域住民の協力も重要であり、「来ていただく」という姿勢での受け入れ体制構築が求められる。加えて、補助金や支援制度においては、後に支援が打ち切られることのない継続的かつ信頼性の高い仕組みが必要である。全体として、医師個人の多様なニーズに応える支援と制度設計が、地域医療の持続に直結すると考えられる。 「有効でない」選択者 ✓ 地方勤務の医師のためだけに、地方の教育環境を改善することには限界があると考えられる。 「どちらとも言えない」選択者 ✓ 医師不足地域への支援については総論として賛成であるが、具体的な方策が

	不明確であり、実効性には課題が残る。受け入れ市区町村との協議が不可欠であり、豪雪地帯などの厳しい環境では対応が困難な場合もある。また、支援が医師にとって魅力的なインセンティブとなるかどうかは不透明である。
--	---

④医師不足地域での診療所の承継・開業・地域定着への経済的支援を行うことについて、有効だと思いますか？

選択肢	全体		若手の会		若手の会以外・役員	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
1.有効	183	75.9%	15	78.9%	168	75.7%
2.有効でない	8	3.3%	0	0.0%	8	3.6%
3.どちらとも言えない	50	20.7%	4	21.1%	46	20.7%
無回答	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
合計	241	100%	19	100%	222	100%

自由記載まとめ

若手の会	若手の会以外会員施設・役員
「有効」選択者 ✓ 医師不足地域においては、既存の診療所との公平性を確保しつつ、移住者優遇による地域との軋轢を避ける必要がある。日本医師会が偏在是正に積極的であれば、東京都医師会などが地方を支援する仕組みづくりが望ましい。診療所閉院の理由が収益性の問題であれば経済支援が不可欠であり、継続の是非も検討すべきである。一方、高齢化による閉院では支援により継承の可能性がある。診療科不足への対応としては、非血縁間も含めた継承を視野に入れるべきであり、医師確保には国レベルの対策が必要である。小規模医療機関の維持支援は有用だが、人口減少に伴い、将来的には医療の集約化が避けられない。在宅医療を担う施設には、建設・設備・人材確保・移動診療車の導入支援など、多方面からの支援が求められる。 「有効でない」選択者: 対象なし 「どちらとも言えない」選択者 ✓ 医師も家族を持つ一人の人間であり、医療体制や教育環境など生活全般の保	「有効」選択者 ✓ 医師不足地域では高齢化や過疎化が進行しており、医療体制の維持が困難となるケースが多い。そのため、診療所の開設や継承、地域定着に対する経済的支援は不可欠であり、特に若手医師が参入しやすくなるような仕組みづくりが求められる。一時的な派遣よりも、長期的な定着を促す方が有効である。 ✓ また、医療需要の少なさから診療所経営が困難となり、融資の見込みが立たない地域も存在する。収入の安定が保証されなければ医師は地域に定着できず、診療所の減少は国保病院への負担増にもつながる。診療所の維持・確保は地域医療の基盤強化に直結するため、継続的かつ現実的な支援策が求められる。 ✓ 支援は国が主体的に担うべきであり、経済的措置が一過性に終わらぬよう、将来的な経営環境も見据えた恒常的な支援制度の確立が必要である。さらに、地域との信頼関係構築には事前の丁寧な調整が不可欠である。 「有効でない」選択者 ✓ 医師の多くが大都市での開業を選ぶ現状から、医師不足地域への経済的支援は必要であるが、それだけでは不十分であると考えられる。また、当直を行わない医師が増加する中で、地域医療体制の維持にも限界があるといえる。 「どちらとも言えない」選択者 ✓ 医師不足地域における支援の有効性は、その目的や方針によって左右され

障は、経済的支援だけでは補えない。地域への定着や承継はともかく、開業は将来の不確実性から困難が伴うため、人口減少や地域ニーズに応じた医療の集約化に対する経済的支援が有効である。	る。在宅医療の充実を目指すのであれば開業医の増加が有効であるが、地域の中核医療を守るのであれば、開業医の収益性や業務の効率性を見直す仕組みが必要である。また、人口減少により診療の継続が難しい地域もあるため、経済的支援だけでは不十分な場合もある。 ✓ 行政による運営や現在の国保直診の形態が適しているとの意見もあり、支援策は中長期的な視点とともに、必要性・妥当性・効率性を踏まえた総合的な検討が求められる。保険制度の見直しも、支援の一環として有効となる可能性がある。受け入れ自治体との調整も不可欠である。
---	---

⑤全国的なマッチング機能の支援を行うことについて、有効だと思いますか？

選択肢	全体		若手の会		若手の会以外・役員	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
1.有効	140	58.1%	12	63.2%	128	57.7%
2.有効でない	13	5.4%	1	5.3%	12	5.4%
3.どちらとも言えない	88	36.5%	6	31.6%	82	36.9%
無回答	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
合計	241	100%	19	100%	222	100%

自由記載まとめ

若手の会	若手の会以外会員施設・役員
「有効」選択者 ✓ 自治体が個別に医師確保に奔走する現状は課題が多く、資質に問題のある医師をやむなく採用する事例も見受けられるため、医師の質を担保するマッチング機能の整備が必要である。また、医学生が早期に現場を経験することには教育的意義があり、そのような取り組みへの支援も重要である。既存の制度に課題はあるが、挑戦する価値はあると考える。 「有効でない」選択者 ✓ 国家資格を有していても、潜在的な医師が実際に現場で働けるとは限らないため、再教育や学び直しを含めた支援がマッチングと併せて必要である。 「どちらとも言えない」選択者 ✓ 実現できれば望ましいが、具体的なイメージが持てていない。	「有効」選択者 ✓ 医師不足地域への効果的な配置には、マッチング機能の充実と併せて、定着支援が不可欠である。都道府県や地元医師会が一体的に取り組むことで、制度の実効性が高まる。簡便で利用しやすく、医師過多地域への偏在を防ぐ仕組みが求められる。 ✓ また、公的かつ信頼性の高いマッチングシステムの整備が望ましく、民間業者による高額なリクルート費用の是正も必要である。全国規模での対応や、地域枠出身医師の活用、県境を越えた取り組みも重要であり、マッチング後の医師と地域住民との相互理解の場も有効である。 「有効でない」選択者 ✓ これまでも同様の取り組みは行われてきたが、実効性に乏しいとされる。また、全国的なマッチング機能の整備には、へき地勤務を希望する医師の実数や需要とのバランスを慎重に見極める必要がある。 「どちらとも言えない」選択者 ✓ マッチング支援のみでは効果は限定的であり、他の対策との併用が必要である。マッチングは専門機関に任せるべきであり、医師確保に悩む病院としては長期勤務を希望するのが実情である。医師が少ない地域では幅広い業務遂行能力と高いコミュニケーション能力が求められ、不適切な人材の配置は地域医療の崩壊を招く。マッチング支援類似の制度は過去にも存在したが、過度な期

	待はできない。過剰地域への制限は必要であり、全国規模でのマッチングによって医師を見つけられる可能性はあるが、それだけでは不十分で、複数の条件を組み合わせるべきである。地域に愛着を持つ人材が望ましい。
--	---

⑥リカレント教育の支援を行うことについて、有効だと思いますか？

選択肢	全体		若手の会		若手の会以外・役員	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
1.有効	141	58.5%	13	68.4%	128	57.7%
2.有効でない	13	5.4%	1	5.3%	12	5.4%
3.どちらとも言えない	87	36.1%	5	26.3%	82	36.9%
無回答	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
合計	241	100%	19	100%	222	100%

自由記載まとめ

若手の会	若手の会以外会員施設・役員
「有効」選択者 ✓ 1人で診療を担う医師や開業医にとって、学びの機会の確保は極めて重要である。リカレント教育の具体的内容や効果測定の方法も併せて検討すべきであり、教育目標や評価が不十分な現状を改善する必要がある。地方の医療機関でリカレント教育を実施し、既存の研修制度と整合性を持たせつつ、認定資格や診療報酬と連動させることで実効性を高められる。ITを活用した教育リソースへの自由なアクセス、特にエコー技術や小児医療の最新知見など、へき地医師向けに特化した支援も有効である。さらに、UpToDate等の有料医学情報へのアクセスや大学図書館との連携など、情報環境の整備は診療の質向上と人材確保のインセンティブとなる。 「有効でない」選択者 ✓ 自由記載なし 「どちらとも言えない」選択者 ✓ 本項目に関する知識が乏しいため、判断することができない。	「有効」選択者 ✓ へき地・離島における学習機会の格差を埋めるため、オンラインやオンデマンドによるリカレント教育は非常に有効である。医療技術の進歩に対応し、医師が最新の知識を習得し続けることは不可欠であり、特に医師少数地域においては閉塞感の解消や不安の軽減にもつながる。実地研修や総合診療の学びの機会も求められており、知識だけでなく手技を習得できる場も必要である。経済的・時間的負担の軽減、生活基盤を崩さない仕組みづくり、公的な人的・金銭的支援の整備が求められる。大学や学会による継続教育の実施も有効であり、地方でも都市部と同等の教育環境を整えることが、医師の確保と地域医療の質向上につながる。単に医師を配置するだけでなく、質の高い医療を提供できる人材の育成が重要である。 「有効でない」選択者 ✓ リカレント教育に対する医師の需要や実際の参加意欲には疑問が残る。また、金銭的支援に関しては、学びは個人の裁量であり、自己負担で行うべきとの意見もある。 「どちらとも言えない」選択者 ✓ リカレント教育支援は有意義ではあるが、それだけでは不十分であり、支援の内容によって評価は分かれる。現時点では詳細が不明なため、判断は困難である。

⑦都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定締結を促すことについて、有効だと思いますか？

選択肢	全体		若手の会		若手の会以外・役員	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
1.有効	138	57.3%	7	36.8%	131	59.0%
2.有効でない	11	4.6%	3	15.8%	8	3.6%
3.どちらとも言えない	92	38.2%	9	47.4%	83	37.4%
無回答	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
合計	241	100%	19	100%	222	100%

自由記載まとめ

若手の会	若手の会以外会員施設・役員
「有効」選択者 ✓ 行政と大学病院の連携が不十分な都道府県が多いが、提携は有効であり、中国地方の某県はその好例である。	「有効」選択者 ✓ 大学病院等との連携・協定締結は、医師不足地域への派遣促進に繋がり、極めて有効であるとする。都道府県の枠を超えた広域的な取り組みが望ましく、医師紹介の窓口機能や、連携に対する大学全体の理解・収入保証も必要である。一方で、運用方法や評価・フィードバック体制の整備が成否を左右し、連携が苦手な医師にとっては心理的負担となる可能性もある。大学病院の使命として地域医療への関与を共有すべきであり、都道府県立病院も連携対象に含めるべきである。制度の実効性はあるが、従来の制度に戻すべきとの意見や、大学病院等を離職する例も想定される。連携の仕組みは早急に整えるべきであったとの指摘もある。
「有効でない」選択者 ✓ 現状では大学医局が都道府県よりも実質的な人事権を持ち優位にあるため、パートナーシップ協定が医師偏在対策に資する人事に結びつくかは具体的に想像しにくい。	「有効でない」選択者 ✓ 大学病院は連携を容易に反故にする傾向があり、協定を結んでも信頼性に欠ける。また、独立した組織であるため、連携に労力を費やすよりも、現場の直接的な改善に注力すべきである。
「どちらとも言えない」選択者 ✓ 制度変更の具体像が不明であり、大学の政治的意図の介在が懸念される。また、大学と地域で求める医療に差があるため、質の担保に不安がある。大学病院自体も医師不足で十分な派遣が困難な場合があり、医局人事の影響が大きい状況では慎重な対応が必要である。そのため、都道府県と大学病院の協定	「どちらとも言えない」選択者 ✓ 連携パートナーシップ協定の締結自体は有意義であるが、実効性や具体的な内容、目的が不明確であるとの懸念が多い。1 県 1 大学ではない現状では複数の連携が必要となるが、医師の取り合いになる可能性も否定できない。協定が大学病院に偏った内容になりやすく、自治体や県の主体的な姿勢や制度

には外部の専門委員の関与が望ましい。地域枠や寄附講座の有効性についても検証が必要であり、効果が認められれば推進すべきである。連携の容易化は歓迎されるが、強制力をもつ組織との関係には権力勾配が生じる可能性があり、一概に有効とはいえない。	設計が重要である。協定のみで医師偏在が是正されるとは考えにくく、大学の理解度や医師派遣体制、医局の機能回復、医師確保策の強制力など、包括的な取り組みが求められる。また、大学側の人的余裕やメリットの提示も不可欠である。
--	---

4. 医師養成過程を通じた取組

①医学部地域枠の活用を促すことについて、有効だと思いますか？

選択肢	全体		若手の会		若手の会以外・役員	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
1.有効	160	66.4%	9	47.4%	151	68.0%
2.有効でない	19	7.9%	6	31.6%	13	5.9%
3.どちらとも言えない	61	25.3%	4	21.1%	57	25.7%
無回答	1	0.4%	0	0.0%	1	0.5%
合計	241	100%	19	100%	222	100%

自由記載まとめ

若手の会	若手の会以外会員施設・役員
「有効」選択者 ✓ 地域枠は義務ではなく権利として捉えられるべきであり、中国地方の地方大学医学部のように総合診療やへき地医療を魅力的に見せる教育・支援体制が効果的である。他大学も同様の取り組みを参考にすべきである。医師数確保には一定の効果があるが、質の担保には別の方策が必要であり、教育システムやキャリア支援が不可欠である。大学によっては総合診療専門医の育成体制が不十分であり、その場合は入局縛りを見直し、都道府県主導で適切な研修を受けられる環境整備が望ましい。地域枠が医師数対策として機能していない地域もあり、診療科選択における大学病院内の力関係も問題である。外的・内的キャリアを含めた柔軟な制度設計が必要であり、現状では地域枠が縛りとなっている側面もある。義務年限には一定の強制力を持たせるべきであるが、制度全体の見直しと、地域医療に対する意欲を持った学生の選抜、教育体制の充実が求められる。 「有効でない」選択者 ✓ 地域枠制度は、実際には多くの学生が地元に戻らない現状があり、早期の進路決定を求める点にも疑問がある。奨学金による拘束は将来の選択肢を狭める一方で、定着効果も乏しい。まずは地域枠や寄附講座が医師偏在の解消にどの程度有効であったかを検証すべきであり、有効性が確認されれば推進す	「有効」選択者 ✓ 地域枠制度は、医師不足地域への人材確保に有効であり、今後も積極的に活用・拡大すべきである。ただし、現状では運用上の課題が多く、縛りが緩すぎて偏在解消には至っていない。地域枠医師の確実な配置・定着、義務年限後の継続勤務支援、診療科選択とのマッチング体制の整備が求められる。制度の実効性を高めるためには、強制力ある仕組みや詳細な取り決め、大学医局の影響排除など、俯瞰的で長期的な視点に基づくガバナンス強化が必要である。また、地域枠を過疎地・僻地出身者に限定することや、経済的理由で進学を断念する学生への支援も検討すべきである。 「有効でない」選択者 ✓ 地域枠制度は、本来の趣旨に反して義務を果たさない者や、地域医療以外の分野へ進む者が存在するなど、実効性に疑問がある。学力基準の緩和や卒業後の自由の制限についても批判があり、時代遅れで短絡的な制度との指摘がある。

ればよい。現状では制度の効果は限定的であり、医師養成のグランドデザインが欠如していることも課題である。また、「県内勤務」で要件を満たす仕組みでは、僻地勤務につながらず、地域医療への貢献としての実効性に乏しい。より柔軟かつ実効性のある人材確保策の検討が求められる。 <u>「どちらとも言えない」選択者</u> ✓ 地域枠が必ずしも地域医療への関心を意味するわけではなく、受験手段として利用されることもある。そのため、地域医療への従事を期待する制度であることを高校の進路指導段階から明確に説明し、キャリアイメージを持たせることが重要である。これは住民、医療職、本人のいずれにとっても有益である。	<u>「どちらとも言えない」選択者</u> ✓ 地域枠制度は、医師偏在対策として現状では不十分であり、勤務要件の厳格化や診療科の指定、入試基準の見直しが必要である。また、卒後の義務が緩く、制度の目的に沿わない進路を取る例も見られるため、制度の実効性向上が求められる。地域枠と他の施策を組み合わせることや、総合診療との連動によって効果を高めるべきである。
--	--

②臨床研修での広域連携プログラムを開始することについて、有効だと思いますか？

選択肢	全体		若手の会		若手の会以外・役員	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
1.有効	140	58.1%	13	68.4%	127	57.2%
2.有効でない	17	7.1%	3	15.8%	14	6.3%
3.どちらとも言えない	84	34.9%	3	15.8%	81	36.5%
無回答	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
合計	241	100%	19	100%	222	100%

自由記載まとめ

若手の会	若手の会以外会員施設・役員
「有効」選択者 ✓ 地域医療研修には意義があるが、その目的が分かりにくい部分もある。若手の段階から地域を経験させることは重要であり、研修開始時期を早めるべきである。地域の実情を理解し、診療所研修などを通じて実際に体感することには一定の効果がある。特に医師過剰地域における臨床研修プログラムとしては有効と考えられ、他県からの初期研修医の受け入れも推進すべきである。 「有効でない」選択者 ✓ 広域からの研修医受け入れは、地域への定着や貢献が見込めない場合も多く、受け入れ側の労力に見合わない可能性がある。地域医療は、地域に根ざした継続的な経験と支援が重要であり、必ずしも広域である必要はない。仮に広域にする場合でも、地域への関与を深められる仕組みを考慮すべきである。 「どちらとも言えない」選択者 ✓ さまざまな地域での研修は有効と考えられるが、義務化する場合には引越	「有効」選択者 ✓ 地域医療研修は、研修医に多様な経験を提供し、医師の経験値向上やキャリア選択の幅を広げる有効な手段である。特に医師不足地域への勤務促進には、経済的支援や手当の整備が必要であり、制度的な裏付けが求められる。 ✓ 研修の質を担保するためには、教育方略や具体的な学びの内容を明確にし、研修医への負担軽減も考慮すべきである。また、地域医療研修は医療機関にとっても将来の人材確保に繋がる好機であり、長期間の研修や離島医療への参加も有意義である。広域連携を通じた医師の流動性向上も望ましい。 ✓ 受け入れ側の負担にも配慮しつつ、地域医療を組み込んだ研修制度の充実が期待される。 「有効でない」選択者 ✓ 地域医療研修の導入は一時的な効果は見込めるが、医師の定着や永続的な人材確保には繋がらない可能性が高い。研修医は短期間の滞在で「お客様扱い」になりやすく、地域に根付く動機づけには乏しい。また、初期研修においては基礎的な医師としての成長が優先されるべきであり、広域連携プログラムの導入は時期尚早と考える。制度化や義務化にあたっては、現場の実情を踏まえた慎重な検討が求められる。拙速な導入は逆効果となり得る。 「どちらとも言えない」選択者 ✓ 医師多数県か否かにかかわらず、医師少数地域への重点的な支援が重要であ

等の負担に対する具体的な支援策が必要である。	る。広域連携プログラムの導入により、都市部への医師偏在がかえって強まる可能性があり、本来の目的に反する懸念がある。また、研修医を労働力として扱うべきではなく、研修の質低下や指導体制・研修環境の不備が問題視される。実効性ある制度とするためには、指導者や研修場所の確保が不可欠である。さらに、若手医師にとっては専門医取得のための症例数確保が優先される傾向にあり、広域連携だけでは地域医師確保には繋がりにくいと考えられる。
-------------------------------	---

5. 医師偏在対策の全般について

①医師偏在対策の全般に対するご意見・ご要望等がありましたらお書きください

自由記載まとめ

若手の会	若手の会以外会員施設・役員
✓ 医師偏在対策においては、単に人員を配置するだけでは不十分であり、医師の質や地域との信頼関係の維持が不可欠である。地域医療の継続には、現実的な能力・人格を備えた医師が必要であり、教育体制や支援制度の整備が求められる。過疎地診療所への代診制度の充実や、地域特性に応じた柔軟な対策も必要である。 ✓ また、専門科の偏在や診療報酬の全国一律制度は都市部への偏在を助長しており、報酬制度の見直しやシーリング・開業規制といった抜本的改革も検討すべきである。偏在対策を効果的に進めるには、まずどこに何科の医療資源をどれだけ配置するべきかという推定を行い、そのうえで戦略的に施策を構築する必要がある。 ✓ 医師偏在は医師のみならず他職種にも共通する問題であり、包括的かつ継続的な対策として、リカレント教育や経済的・非経済的インセンティブの拡充が重要である。地域枠や自治医大出身者のみに頼る対策は限界があり、全医師が後期研修で一定期間地域医療に従事する仕組みの導入が望まれる。	✓ 医師偏在の是正には、若手からベテラン医師まで広く支援対象とし、地域医療に参画しやすい環境整備が不可欠である。特に、医療機関の負担軽減と財源確保を両立させた制度設計が求められており、医師が前向きに地域へ赴任する動機づけが重要である。 ✓ 地域枠出身医師や総合診療専門医の育成・確保、研修機会の拡充、都市部から地方への人材循環の仕組みづくりが有効とされる。また、キャリア中断後の復帰支援や、診療科転換を含むリスクリングの充実も求められている。 ✓ 地域医療の魅力を高めるためには、待遇改善、研修環境の整備、住居や子育て支援など生活環境の充実、過重労働の是正が必要である。AI 技術や遠隔医療の活用も、偏在解消に寄与する手段として期待されている。 ✓ 医師確保には、学生・研修医段階から地域医療に関心を持たせる教育、地域医療に触れる実習の充実、大学病院の派遣機能の強化が重要である。自治体が地域の実情に応じて医師派遣を調整する仕組みや、医師本人の希望を考慮したマッチング制度の改善も提案されている。 ✓ 偏在の課題は診療科によっても異なり、小児科・産科・精神科・麻酔科などの専門医確保が特に困難とされる。医療圏単位での制度運用では不十分であり、実際の需給を踏まえた市町村単位での対応が必要である。 ✓ 中山間地や離島への支援策としては、直接的な財政支援や医療機器整備、シニア医師や多職種連携の推進が有効である。短期的な派遣ではなく、長期的かつ持続可能な定着支援、地域住民や行政による受け入れ体制の整備も不可欠である。 ✓ 制度の効果検証や柔軟な見直し、診療科・地域ごとの需給把握の強化を通じて、国や自治体が責任を持って医師偏在の是正に取り組むべきである。

②今回の医師偏在総合的対策パッケージにとらわれずに、あなたの考える医師偏在対策がありましたらお書きください

自由記載まとめ

若手の会	若手の会以外会員施設・役員
✓ 地域医療の改善には、複合的な対策が必要であり、以下の点が重要である。まず、地域医療に興味を持つ医師を育てるために大学教育を変えるべきで、総合診療専門医の養成を国策として進めるべきである。また、地域に定着するためには、教育・生活環境・給与の充実が不可欠であり、義務年限だけでは医師のモチベーションを低下させる可能性がある。 ✓ 地方出身の医師が地域に定着する可能性が高いため、大学入試や地域枠の見直しも有効である。医師不足地域には、医師の質を維持するために、その地域に愛着を持つ人材が必要であり、そのための教育や取り組みが重要である。 ✓ 現行の地域枠制度では一時的な対策に過ぎず、医師の偏在を改善するためには、専門研修制度を見直すことが求められる。また、総合診療医の育成と地域医療機関の再構築が不可欠で、診療所の強化が地域医療の基盤を安定させると考えられる。	✓ 地方の医師不足解消に向け、地域の特徴を前面に出した(若手医師が興味を持つような)PR や医療 MaaS 導入など、様々な試みが行われている。医局制度の崩壊や都市部志向の強まりにより、地域医療への医師確保は困難を極めている。これに対して、地域医療の魅力発信、医師への経済的インセンティブ、インフラ整備、教育・生活環境の改善など、多面的なアプローチが必要とされている。 ✓ 特に、医師の少ない市町村を定義し、そこへの重点支援を図る施策が求められている。医師不足の根本的解決には、都市部での開業・就業への制限、美容外科への流入抑制など、国による制度改革も必要である。また、遠隔診療の活用、中規模病院の維持、診療科の集約化、公立病院による保険診療の調整も検討されている。 ✓ 強制力のある制度(勤務義務化や専門医取得要件の追加)、地域医療への意識醸成(教育プログラムやメディア活用)、AI を活用したマッチング、医師の生活支援(税控除や家族支援)も有効であると考えられている。さらに、地域医療における医師の質の担保や、国保直診の質向上、非常勤医師の活用など、多角的な視点が求められる。 ✓ 教育面では、医学生の段階から地域医療への関心を高める制度設計が必要であり、大学における地域医療教育の充実や、指導医の待遇改善、大学病院からの適切な派遣体制の構築が課題である。さらに、地域社会や自治体の理解と協力が不可欠であり、住民の意識改革も重要な要素とされる。 ✓ 総じて、地域医療を支えるには、制度改革・経済的支援・教育改革・地域社会の理解という多層的な対応が不可欠である。選ばれる地域、選ばれる病院づくりの努力と、医師が長く勤務したくなる環境整備が急務である。

(4)調査結果のまとめ

各項目の調査結果のまとめと特に若手の会メンバーと若手の会以外会員施設・役員の意見の差異を記載した。

1.－①重点医師偏在対策支援区域の設定

「有効」との回答が 66%、特に若手の会メンバーでは 79%と比較的高く、多くの回答者が支援区域の設定に期待を寄せていた。一方で「有効でない」「どちらとも言えない」も合わせて約 3 割あり、特に支援区域外への不公平感や制度運用の実効性、財源分配の偏りに対する懸念が指摘されていた。制度の透明性と持続的公平性が今後の課題と思われた。

若手の会メンバーの自由記載では、地域特性に即した医療需要分析やビッグデータの活用を重視し、国の分析責任を問う意見が認められた。また基本診療科の偏在も重要視されており、「見える化」を通じた自治体主導の将来ビジョン形成に期待を寄せる姿勢も認められた。

一方、若手の会以外会員施設・役員の自由記載では、支援区域への経済的インセンティブは有効としつつも、対象外地域の悪影響や公平性への懸念を指摘しており、特に、2 次医療圏単位の限界を認識し、より細分化された市町村単位での柔軟な対応を求める意見が多く認められた。

1.－② 医師偏在是正プランの策定

「有効」が 64%、特に若手の会メンバーでは 68%と比較的高く、地域の実情を反映した計画策定に対する強い支持が示された。地域住民や医療現場の参加と合意形成を重視すべきとの意見が多く、また診療科偏在の分析を含めた多面的な計画策定が望まれていた。また、住民との共通認識を土台とした戦略的計画が期待されていた。単なる医師数の調整にとどまらず、診療科構成や交通アクセスも考慮すべきとの意見も認められた。

若手の会メンバーの自由記載では、医療需給の見直しには診療科別や交通アクセスなど複合的分析が不可欠であり、住民や行政を巻き込んだ合意形成が重要とする意見が認められた。特に中山間地域の財政難に注目し、現場実情に即した計画を重視する傾向が認められた。

一方、若手の会以外会員施設・役員の自由記載では、実効性と拘束力のある施策、ならびに地域との情報共有の重要性が挙げられていた。特に支援対象外医療機関の扱いや専門診療科の偏在への配慮が必要との意見が認められた。

2.－① 医師少数区域勤務の義務付け(病院管理者)

「有効」39%に対し「有効でない」23%、「どちらとも言えない」37%と、評価が大きく分かれた。特に若手の会メンバーではそれぞれちょうど 33%前後と 3 つに分かれた。自由記載では、若手医師の経験として一定の意義があるとの評価がある一方で、義務化によって医師のモチベーションが低下し、結果的に短期的な「腰掛け勤務」や形式的対応に陥るとの懸念が示されていた。制度設計には柔軟性と職業的納得感が必要と思われた。

若手の会メンバーの自由記載では、キャリア形成の一環として一定の有効性を認めつつ、制度としての実効性には慎重な姿勢が見受けられた。無理な義務化よりも柔軟な支援や教育を重視する意識が認められた。

一方、若手の会以外会員施設・役員の自由記載では、義務化による負担や地域医療の腰掛け化を懸念する意見が認められた。期間設定の根拠や適性確保の必要性が指摘され、義務ではなく誘導策や教育段階からの介入が望ましいとの意見が強いようであった。

2.－②開業者への医療機能要請

「有効」51%に対して、「有効でない」「どちらとも言えない」が合わせて 41%と、賛否が拮抗している。自由記載では、保険診療外の開業を想定する医師への対応や、既存医療機関との整合性を確保する制度運用が求められていた。地域の医療機能維持の観点から、誘導と自由のバランスが必要であると思われた。

若手の会メンバーの自由記載では、地域ニーズに即した誘導策としては有効としつつも、支援体制とセットで実行されなければ効果は限定的との意見があった。保険診療外のクリニックへの影響は限定的との指摘も認められた。

一方、若手の会以外会員施設・役員の自由記載では、行政主導による医療機能配置の必要性を訴える一方、制度の公平性や既存医療機関との整合性にも配慮を求めている。義務化の限界と実態との乖離にも言及している意見も認められた。

2.－③保険診療従事 3 年要件

有効とする意見は 46%と過半数近くに届くが、「有効でない」15%、「どちらとも言えない」39%と意見が割れている。自由診療偏重への歯止めとしての制度意義は認めつつも、キャリアの多様性に対応する柔軟な例外規定の導入が必要とする意見もあり、制度運用の硬直化が懸念されているようであった。

若手の会メンバーの自由記載では、制度趣旨には一定の理解を示し、自由診療偏重の抑制や基礎的臨床経験の確保として評価する意見があった。一方で、地域や診療科とのミスマッチ、キャリアの多様性を損なう懸念から、例外措置や柔軟な運用を求める意見も認められた。

一方、若手の会以外会員施設・役員の自由記載では、医師の進路選択を制度で画一的に制限することへの疑問が強く、制度そのものの必要性に対して慎重な意見が認められた。特に、制度が形式的拘束となり、かえって地域定着を妨げるとの懸念も示されていた。

3.－① 派遣・従事医師への手当増額

「有効」71%と比較的高い支持を得ており、経済的インセンティブの意義が現場に受け入れられていることが明らかとなった。自由記載では、支給の透明性や用途制限、手当が確実に本人に届く制度設計、地域差への配慮が課題とされていた。

若手の会メンバーの自由記載では、キャリア形成上のハンデ補填としてのインセンティブの意義が強調されており、本人への確実な還元と自治体の運用責任を明示することを重視していた。

一方、若手の会以外会員施設・役員の自由記載では、手当増額は一時的な効果にとどまるとの見方もあり、医師の動機や職業満足度との整合が必要ではないかという意見が認められた。包括的支援策を強調する意見も認められた。

3.－② 派遣元医療機関支援

「有効」76%と高評価であるが、「有効でない」「どちらとも言えない」も 23%に達している。人的支援と制度的補完の必要性は共有されているが、支援の対象の偏り、中抜き防止、そして金銭支援よりも人的支援の充実を重視すべきとの意見が認められた。制度の運用実態に即した見直しが必要と思われた。

若手の会メンバーの自由記載では、診療所同士の連携や都市部在宅診療所など、多様な支援対象の拡大を求める柔軟な視点が認められた。

一方、若手の会以外会員施設・役員の自由記載では、支援の効果と公平性に疑問を呈し、制度の悪用や支援対象の偏り(大病院集中)を警戒する意見も認められた。

3.－③ 勤務・生活環境の整備

本項目は「有効」86%と全項目中で最も高い評価を得ており、医師の定着に生活基盤の整備が不可欠との認識が広く共有されていた特に若手では90%が「有効」と回答していた。自由記載では、住環境や育児・教育環境の充実が具体的なニーズとして多く示されていた。経済的支援とセットでの制度化が求められていた。

若手の会メンバーの自由記載では、住宅、育児、通信環境など生活基盤全体への包括的支援を強く求めており、単なる給与面の補填では不十分との意識が明確であった。

一方、若手の会以外会員施設・役員の自由記載では、支援の必要性は認識しつつも、地域間の制度格差や継続的財源の確保を懸念する意見もあり、制度設計の現実性と公平性を重視する傾向が認められた。

3.－④ 開業・定着への経済支援

「有効」76%と高評価であり、特に若手医師による地域開業の促進策として支持されていた。自由記載では、後継者不足に対応するための承継支援の拡充や、長期的視点に立った制度設計の必要性が示されていた。

若手の会メンバーの自由記載では、診療所承継や初期投資への不安が強く、若年層でも地域での開業を選択しやすくするための支援拡充を要望する意見が多く認められた。

一方、若手の会以外会員施設・役員の自由記載では、定着支援の一環としては有効としつつ、地域ニーズに即した対象選定や過剰投資の抑制といった制度的確な運用を重視する傾向が認められた。

3.－⑤ 全国的マッチング支援

「有効」58%と過半数を超える支持を得たが、「有効でない」5%、「どちらとも言えない」37%とやや慎重な評価が認められた。自由記載では、マッチング制度そのものに対する期待とともに、医師の質の担保や定着支援との一体運用が必要との意見が認められた。

若手の会メンバーの自由記載では、地理的・診療科的ミスマッチを解消する手段として一定の期待を寄せており、情報の可視化や支援との併用による活用が望まれていた。

一方、若手の会以外会員施設・役員の自由記載では、マッチングそのものへの期待は限定的であり、実効性の低さや医師の質・適合性を無視した制度運用への懸念が挙げられていた。

3.－⑥ リカレント教育

「有効」59%と過半数を超える支持を得たが、「有効でない」5%、「どちらとも言えない」36%とやや慎重な評価が認められた。診療スキルや地域医療への不安解消のための継続教育の必要性が明確となっていた。自由記載では、特に離島・中山間地域での勤務に備える柔軟な学習支援の制度化が求められていた。

若手の会メンバーの自由記載では、地域医療に関する不安や診療スキルの補強を目的とした継続学習の機会を重視し、オンライン研修など柔軟な学習形態を求める意見が多かった。

一方、若手の会以外会員施設・役員の自由記載では、教育効果の測定や受講体制の整備が不十分との指摘が多く、制度の有効性と運営体制の具体性に対する評価が慎重であった。

3.－⑦ 連携パートナーシップ協定締結(都道府県と大学病院等)

「有効」57%と過半数を超える支持を得たが、特に若手の会メンバーでは「有効」37%、むしろ「どちらとも言えない」が47%と過半数近い状況であった。自由記載では、協定の形式的締結にとどまらず、実効性確保のための履行義務や地域との協働体制の構築を求める意見が認められた。制度の実質化が課題と思われた。

若手の会メンバーの自由記載では、制度の方向性には一定の理解を示しつつも、実効性や透明性の担保、派遣医師への負担軽減を重視する意見が認められた。特に「協定を結んだだけで終わらせない運用設計」「地域側との対等な関係性確保」への関心が高いようであった。

一方、若手の会以外会員施設・役員の自由記載では、協定締結そのものには期待を寄せる声が多い一方で、大学主導による偏った派遣や協定不履行のリスクに対する慎重な姿勢が認められた。地域医療現場における実働を伴う協力関係の構築が不可欠との認識が共有されているようであった。

4.－① 地域枠の活用

「有効」66%と比較的高い支持を得てはいたが、若手の会メンバーでは「有効」47%「有効でない」32%と賛否両論であった。地域医療人材の育成制度として一定の信頼を得ている可能性はある一方、モチベーション維持や義務履行後の支援設計、教育体制の質確保が今後の論点として挙げられていた。

若手の会メンバーの自由記載では、地域枠を「義務」ではなく「権利」とする捉え方があり、教育体制の整備やキャリア支援との連動を強く求めている。

一方、若手の会以外会員施設・役員の自由記載では、制度の実効性に疑問を呈し、制度の運用改善や義務年限後の支援のあり方に注目していた。制度疲労や形骸化への懸念も認められた。

4.－② 広域連携プログラムによる臨床研修

「有効」58%と過半数を超える支持を得た。地域医療への早期接触を通じた動機づけへの効果が期待されていた。一方で、短期研修では定着につながらないとの指摘や、受け入れ側の支援体制強化が必要との意見も認められた。

若手の会メンバーの自由記載では、地域医療を早期に体験する教育的意義に着目し、柔軟な支援体制と研修制度の充実を要望していた。

一方、若手の会以外会員施設・役員の自由記載では、短期間研修の効果や、研修医の「お客様化」を懸念しており、研修医の質と指導環境の整備の重要性を強調していた。

5.－① 医師偏在対策の全般に対する意見

医師偏在対策には「数」だけでなく「質」と「定着」を重視すべきとの共通認識が強く、制度の柔軟性と多様性への対応が求められていた。

5.－② その他の医師偏在対策

AI・ICTの活用、地域間の人材循環、専門医制度との接続、国主導の調整機構の創設などの提案が認められた。

【表】全項目における若手と若手以外の意見の違い一覧表

項目	若手の会メンバー	若手の会以外会員施設・役員
1-① 重点医師偏在対策支援区域の設定	データ活用や柔軟な区域設定を重視	公平性や財源面への懸念があり
1-② 偏在是正プランの策定	地域参加型で柔軟な計画策定を評価	制度の妥当性や透明性を重視
2-① 病院管理者の医師少数区域勤務義務	教育的意義を認めつつ柔軟な運用を要望	義務化による負担や逆効果を懸念
2-② 開業者への医療機能要請	地域ニーズに沿えば一定の評価あり	制度設計の公平性・運用負担を重視
2-③ 保険診療従事 3 年要件	制度趣旨に理解あるが例外規定を求める	画一的な制約による弊害を懸念
3-① 派遣・従事医師への手当増額	手当は有効とし本人への直接支給を重視	一時的効果を認めつつ包括策を重視
3-② 派遣元医療機関支援	多様な支援対象と人的サポートを重視	中抜き防止と制度公平性を重視
3-③ 勤務・生活環境の整備	包括的な生活支援パッケージを要望	継続性や公平性・財源確保を懸念
3-④ 開業・定着への経済支援	若年層が開業を選びやすい支援を要望	過剰支援や地域ニーズとの整合を重視
3-⑤ 全国的マッチング支援	ミスマッチ解消に期待し可視化を重視	実効性や医師の適合性に慎重な姿勢
3-⑥ リカレント教育	不安軽減や柔軟な学びの機会を求める	評価体制や制度設計の不備を懸念
3-⑦ 連携パートナーシップ協定締結	運用の実効性と現場負担の軽減を重視	大学主導偏重や協定履行責任を懸念
4-① 地域枠の活用	教育とキャリア支援の強化を重視	制度疲労や義務履行後の動向に注目
4-② 広域連携による臨床研修	地域体験の早期導入を高く評価	研修効果や受入側の負担を懸念

(5)考察

1. 「数の配置」から「定着と質の確保」へ軸足を移すべき局面にある

本調査において支持を集めたのは、「勤務・生活環境の整備」や「派遣医師への手当」、「開業・定着への経済支援」といった、医師が地域で継続的に働くための支援策であった。「リカレント教育」もこうした支援策の一つともいえる。これは、単なる医師数の配置や一時的な派遣にとどまらず、生活基盤・学び直し・人間関係・動機づけの維持といった、医師の定着を左右する構造的要素に対する現場の問題意識が強いことを示していると思われる。

2. 制度の「柔軟性」と「納得感」が、制度への支持を左右している

義務化や機能要請といった強制的要素を伴う制度は賛否が分かれやすく、「有効でない」や「どちらとも言えない」の割合が高かった。自由記載においても、「制度趣旨は理解するが一律運用は現場と合わない」「医師の意思を尊重しながら誘導する形にすべき」といった意見も認められ、硬直的制度設計はむしろ反発や形骸化を招くおそれがあるかもしれない。

3. 若手とベテランの視点の違いを活かした多層的な政策設計が必要

本調査では若手の会メンバーがキャリア支援・生活支援・制度の柔軟性を重視し、若手の会以外会員施設・役員は制度の公平性・財政の持続性・実効性の担保を重視する

傾向が示されていた。どちらの視点も政策上重要であり、制度設計にはこの両軸をバランスよく取り入れる必要がある。特に「若手が納得して地域に行ける支援」と「地域医療が持続可能であるための制度整備」は不可分であると思われる。

4. 現場はすでに「多様なニーズに応える医師確保策」の実装を求めている

自由記載において、マッチング制度の改善、ICT の活用、後継者支援、大学との連携の実効性確保など、現場からの意見が多く挙げられた。これは医師偏在という課題に対して、画一的な対応ではもはや足りないという現場の自覚と危機感の表れかもしれず、現場の知恵と提案を真摯に受け止めた柔軟な政策立案を期待したい。

5. 「地域と医師がともに育つ」仕組みの構築が必要

調査を通じて得られた重要な点は、医師を配置するだけでは解決しないという現場の共通認識である。医師が「この地域で生きていきたい」と思えるような地域づくりと、「この地域で役に立ちたい」と思えるようなキャリア支援の仕組みの両立が必要であろう。今後は、「医師が定着する地域」と「医師が育つ制度」が一体となった持続可能な医療人材循環モデルの構築が課題ではないかと思われる。

(6)総括

本調査は、令和 6 年 12 月に示された「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」に対して、地域医療の現場の医師や管理者の意見を集約することを目的として実施した。回答は全国から幅広い層にわたり、特に若手医師(若手の会メンバー)と非若手医師(若手の会以外会員施設・役員)との視点の違いも含め、現場の実感に根差した知見が得られたと思われる。

調査の結果、全体としては、単なる医師数の配置ではなく、「定着」と「質の担保」こそが喫緊の課題であるという認識が共通して認められるようであった。特に、「勤務・生活環境の整備」や「経済的手当の明確化」あるいは「継続教育支援」といった定着を支える施策には高い評価が寄せられた。一方で、「義務化」や「一律の制度運用」に対しては慎重な意見が多く、制度への納得感と柔軟性の欠如が実効性を損なう要因であることが示唆された。

また、世代間の意識の差異として、若手医師はキャリア支援・生活支援・制度の柔軟性を重視し、非若手医師は制度の公平性・財政的妥当性・制度運用の実効性を重視する傾向が確認された。これは、政策設計において両者の視点を補完的に活かす必要性を示していると思われる。

自由記載には、地域の特性や実情に即した具体的提案が寄せられており、AI・ICT の活用、後継者不足への対応、地域と大学との協定の実効化など、現場発の意見は多様かつ実践的であり、今後の制度改正に反映されるべき貴重な知見ではないかと思われる。

本調査は、医師偏在の是正という課題に対し、「配置」ではなく「循環」へ、「派遣」ではなく「共に育む、育まれる」へという転換が必要かもしれないということを示すものであり、医師が安心して地域に根ざし、住民とともに医療を築くためには、制度設計、生活支援、教育環境、そして地域社会との連携という多面的な支えが不可欠であると思われる。

本報告書が、今後の政策立案と制度改善において現場の声を反映する一助となり、持続可能な地域医療体制の構築に資することを期待したい。

【付録①】自由記載内容

※若手の会

1. 医師確保計画の実効性の確保

①「重点医師偏在対策支援区域」を設定し、優先的・重点的に対策を進めることについて、有効だと思いますか？

有効

- まず、医療の需給を予測する際に、基本的により仔細に分析したほうが良いと考えております。10万人当たりの医師数などは論外。医師偏在指標の疾患と診療科の考え方はよいと思いますが、総合診療科が考慮に入っていないために実際から離れてしまっていることと、距離が考慮に入っていないので人口過密地帯と過疎地域の比較ができないところが欠点かと考えます。ご質問の「重点医師偏在対策支援区域」については、検討することは問題ないと思いますが、繰り返しになりますが、以下のような部分を検討したほうが良いと思います。人口を分析する際にはただの総数でなく、年齢分布を考慮すること。また、その地区の保険情報などを用いてどのような疾患が起きており、どのようなニーズがあるのかを分析すること。また医療機関側も同じく総数で判断するのではなく、診療科ごとに分析し、上記のニーズを満たすために、どこに何の診療科を置くべきかを推定することが必要と考えます。また圏域をまたぐ形での行き来の有無と、それを行っている人の年齢層および移動手段なども分析し、結局どこにどの医者を何人配置したらよいかのランドデザインを機械的にでもよいのでまず出すこと。そのうえで現実からどのようにそれに近づけていくのかを考える必要があるのではないのでしょうか？ビッグデータの分析をすればそれは可能と思いますが、公表されているのを見たことがありません。まずは、分析と公表を厚労省や都道府県はするべきと考えます。
- 可能であれば、単純な医師数のみならず、相対的医師不足地域でよりニーズが高い基本診療科(内科・外科・小児科・産婦人科・総合診療科等)についても協議の中で考慮いただけると良いと思います。
- 区域を見える化することは、当該地区の地域医療の将来の体制を考えないといけないという「自覚」「きっかけ」を地方公共団体(や都道府県)に与えることができるという点で有効であるとは考えます。
- 今後さらに偏在が加速するため、中長期的プランと具体策の策定は必須と考える。
- 当県の場合、重点医師偏在対策支援区域の対象となる地区が多数あることが予測される。予算等の兼ね合いからすべての地区を対象とすることは難しいと思われる。どの程度の地区を、どのように選定するかをオープンな場で協議することが必要と考える。
- 配置医師の学びほぐし
- 優先的に対策すべき地域を可視化する事自体は有効だと思う。新規開業する際の参考にもなるかもしれない。懸念事項は、経時的な見直しをするかどうかと、実際にこれを利用してどんな対策を行うのかということ。

どちらとも言えない

- 医師偏在は地域的な問題であれ、科的な問題であれ、個人の生い立ちや思想も強く影響すると思います。希望しない地域、科ではなく、自ら希望する形にシステムを作れば良いですが、単に金銭的なインセンティブや義務的な部分で動かそうとすると医療の質自体を落としかねないのではないかと懸念します。
- 医療機関の減少スピードが速いという事は、医療がやりにくい土壤がある可能性があるため。

②医師確保計画で「医師偏在是正プラン」を策定し、支援対象医療機関、必要な医師数、取組を定めることについて、有効だと思いますか？

有効

- まず、医療の需給を予測する際に、基本的により仔細に分析したほうが良いと考えております。10万人当たりの医師数などは論外。医師偏在指標の疾患と診療科の考え方はよいと思いますが、総合診療科が考慮に入っていないために実際から離れてしまっていることと、距離が考慮に入っていないので人口過密地帯と過疎地域の比較ができないところが欠点かと考えます。ご質問の「重点医師偏在対策支援区域」については、検討することは問題ないと思いますが、繰り返しになりますが、以下のような部分を検討したほうが良いと思います。人口を分析する際にはただの総数でなく、年齢分布を考慮すること。また、その地区の保険情報などを用いてどのような疾患が起きており、どのようなニーズがあるのかを分析すること。また医療機関側も同じく総数で判断するのではなく、診療科ごとに分析し、上記のニーズを満たすために、どこに何の診療科を置くべきかを推定することが必要と考えます。また圏域をまたぐ形での行き来の有無と、それを行っている人の年齢層および移動手段なども分析し、結局どこにどの医者を何人配置したらよいかのグランドデザインを機械的にでもよいのでまず出すこと。そのうえで現実からどのようにそれに近づけていくのかを考える必要があるのではないのでしょうか？ビッグデータの分析をすればそれは可能と思いますが、公表されているのを見たことがありません。まずは、分析と公表を厚労省や都道府県はするべきと考えます。
- コレくらいいたら良いよね、という数値を医師だけでなく、行政や住民全体で話し合っ決めていくべきだと思います。現状は医師のみ、あるいは行政のみといった形しかないと理解しています。
- 医療過疎地域へは、医療支援という視点だけでなく、アクセスの改善を目指すという視点も必要。アクセスさえあれば無理に医師を派遣する必要もない地域もあると思われ、それを行うことが行政の仕事である。すなわちアクセスを良くすれば医療機関にはたどり着ける地域の選定も必要かと考えています。
- 指導に慣れた指導医と専攻医の同時配置
- 支援対象医療機関を定めることが大事ではあるが、対象にならない医療機関が支援を受けることを希望した時には、救済されるような措置があわせて設置されることが望ましいと考えます。また、国主導で必要な医師数を決めても、町や村がその通り動けるのか疑問に感じます。圧力とはまでは言わなくても、非常に強い国や県のリーダーシップや行政へのインセンティブが必要であると考えます。
- 特に僻地や中山間地の行政の国保診療施設協議会所属の医療機関は大きく赤字であることが多いです。赤字ゆえに、当診療所でも保健福祉課の担当職員は、人件費を増やして医者を増やすなんてできないと考えています。(首長や議会の理解が得にくいことが理由)。当院でも事務方からはだから医師数をふやさずに、これまでのベテラン医師が働くような、家族や自分の時間を犠牲にするような働き方をするように匂わせてくることがしばしばです。そんな環境で働こうなんて医者がどれだけいるのでしょうか。働き方改革はあえて、行政は見るつもりはないという、地方公共団体や医療機関の実情も多いのではないだろうかと感じています。そしてそういうところの医療機関は徐々に人材不足が進み、どんどん立ち行かなくなる、医療空白地帯の新規発生につながると考えます。
- 実際に配置できるのかが大きな問題とは感じます。
- 単純な医師数のみならず、相対的医師不足地域でよりニーズが高い基本診療科(内科・外科・小児科・産婦人科・総合診療科等)についても協議の中で考慮いただけると良いと思います。

どちらとも言えない

- どの程度強制力があるのかが不明
- 具体的な取組内容が分からないので有効かは何とも言えない。現在、自治医大出身者が派遣されているものとどう違うのか？必要な医師数を満たせば良いというものでも

ない。

- 必要な医師数に関して、単なる人数だけではなく、提供できる医療の内容も必要ではないかと考える(例えば、医師数が充足していたとしても、ある専門科がなくサービスを受けることが出来ない地域もあるため)。取り組みを定めるとあるが、どこまで実効性のある内容に出来るか不透明である。

2. 地域の医療機関の支え合いの仕組み

①公立・公的・国立の病院管理者要件として医師少数区域での1年以上の勤務を求めることについて、有効だと思いますか？

有効

- 1年くらいは、医師の少ない医療機関で働く(総合的に患者を診る)機会を設けるべき。
- すべての病院管理者・診療所管理者 とすると良いと思います。都会で開業する際も、継承する際も、医師少数区域での1年以上の勤務を求めると良いと思います。
- 数を確保するという意味では有効だと思いますが、質の担保ができるかは疑問です

有効でない

- 1年では医師少数地域の実態がわかりにくいという事は実感する。例えば、毎年半年だけ勤務を3年間続けるとかで、長い目で視点を養って欲しいと思います。
- <https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/001358749.pdf> には、『一定の医療機関の管理者には、財務・労務管理といった経営能力のみならず、地域への貢献を含めた幅広いマネジメント能力が求められる』とある。大きな病院側の気持ちも、患者を送る医師少数区域の診療所や中小病院の気持ちもわかるようになるということから、病診連携を行いやすくなるという点では有効であるが、医師偏在の是正においては効果が出るようには感じられないことです。
- 医師少数区域での勤務をさせることの目的がよくわかりません。医師少数区域の実情を知るのであれば、懇談や見学でよいだろう。労働力を増やすことが目的とすると、仮にたった1年勤務したところで、増える労働力はたかが知れていますし、罰のような思いをもって勤務することは地域医療に役に立たない。
- 医師少数地域で働くことの動機づけとして適していないと考えます

どちらとも言えない

- その1年間で本当に医師少数地域の課題に向き合うかは各個人に依る部分が大きく、その意味にはばらつきがでるものと思われます。
- 管理者要件に配置期間を延長することの効果に疑問
- 前述の通り、興味関心が無い方を無理矢理連れてくることで医療の質、スタッフのモチベーションが落ちることを懸念します。
- 全員ではないと思いますが、医師少数区域での診療に興味関心が乏しい一部の医師が、病院管理者要件のため仕方なく1年間勤務することにより、現場職員や地域の患者に迷惑をかけることが懸念されます。候補医師の質の担保について何らかの策を講じることを御検討いただければ幸いです。
- 大病院の管理者(管理者だけでなく勤務者も広く)に、地域の中小病院の実情を知っていて欲しいとは強く思うが、1年程度勤務したからといってそれが叶うかは分からない。医師少数区域の定義をどうするか？極端な例だが専門家のベテラン医師が突然無床診療所の臨床をする事はできない。
- 地域の実情を経験いただくことは重要だと思うが、要件に加える必要があるかは判断に悩む
- 病院管理者となる医師が、医師少数区域で勤務した経験から、医師偏在に関して強い問題意識を持つことが出来るのであれば、多少の有効性はあると考えるが、そうでなければほとんど意味をなさないと考える。

②外来医師過多区域における新規開業希望者への地域で不足している医療機能を要請することについて、有効だと思いますか？

有効

- ただし多くの支援が必要となると思われ、その支援プランが重要かと思います。
- 実際に対応して下さるのは疑問ではあります。
- 地域のニーズに見合った開業を推進するという面では良さそうだが、いわゆる「直美」対策としてはどうなのか？そもそも保険医療機関として開業しない美容クリニックだと抑止力にはならないのではないか

有効でない

- 個人的には危険だと思います。行政、住民が主に指揮するべきだと思います。
- 新規開業者の開業希望は、独立とその後の生活の安定だと思います。過疎化が進む地域で医療することを希望する医師は多くないと思います。

どちらとも言えない

- あとから開業する希望者に押し付ける形になるのでは、継続的な活動とは言えないと思う。
- 開業するためには収益を得る地域でなければならず、医師の不足している地域には開業のメリットが少ないことが予測される。外来医師少数区域に開業するメリットが必要と考える。また、地域に不足している医療機能を要請したとしても、十分な機能を提供できるか不明である。さらに、既に開業している医療機関に対しても、要請する必要があると考える。
- 既存の医療機関にも要請してほしい
- 新規開業者だけでなく、既存の開業者にも求めるのが公平であるように感じます。
- 要請には形式上従ったものの、開業後の実態がそれに伴っていない、というケースも想定されます。事前のみならず、事後の実態調査も行い、基準を満たしていない場合は同様の措置を検討いただいた方がよろしいかと思います。

③保険医療機関の管理者要件として 3 年間の保険診療従事を要件とすることについて、有効だと思いますか？

有効

- ヘキ地など医師不足地域の診療所長においては、自治医大等の現状も踏まえると特例的な対応が必要と考えます。一方で、医師過剰地域においては、最低 5 年間などもっと長くても良いぐらいですし、保険医療機関も様々なので診療科等によってさらに細分化して検討しても良いかと思います。
- 何を学ぶべく、3年間で必要とするのでしょうか。「3」年間とする根拠が知りたいです。
- 開業医が急死や病気などで、その子息など若い医師による急な継承をしなくてはならない場合などには、特例として免除をしないと地域医療への影響が生じると思います。
- 保険医療の経験は必須と考える。

有効でない

- 管理者要件に従事期間を盛り込む事の効果に疑問がある。どのような働き方をしてきたか、あるいはどのような経験をするのか、それが 3 年で十分と言えるのか(逆に1年でも十分に達する可能性がある)、議論が不足しているかもしれない。
- 必要性を感じません。年数の問題では無いと思います。

どちらとも言えない

- 「直美」対策としては、そもそも保険医療機関として開業しないならば関係無いのでは。緩和条件は出ているようだが、総診、家庭医療専攻医や自治医大出身者は除外しないと医師確保対策としてはむしろ逆効果。
- 3年間で適切なのか、不足なのかは判断が難しいと感じました。
- この要件によって何が変化するのか具体的に想像できない。

3. 地域偏在対策における経済的インセンティブ等

①医師不足地域への派遣医師・従事医師への手当を増額することについて、有効だと思いますか？

有効

- 医師不足の地域で働くメリットが必要と考える。地域医療を支えたいという気概を持つ医師が増えることが理想ではあるが。
- 医師不足地域で勤務するにあたり、キャリアを犠牲にする側面もあるため、それを補えるだけのインセンティブは必要。
- 私のいる県でも、地域の診療所で働きたいという医者がそれほどの人数はいないと聞いております。そんな環境下では手当増額は望ましいと考えます。ただし、当院のような国診協所属の医療機関では、行政が診療所特別会計を持っており、そこに入れてしまって、議会で決まっている医師の給料表があるからそれを守らないといけないと、手当が出ても本人に還元しないことがあります。本人に還元しない市町村にはペナルティを課してほしいです。
- 手当増額をどのように行うのかが問題かと思います。診療報酬を増やす？一人定額で支給する。個人的には公的医療機関勤務などを考慮すると定額の支給が良いと思います。
- 対価を準備することは大前提だと思います。医師不足地域での医療にやりがいを見出せる医師は限定的だと感じます。
- 特に派遣医師については、現状でも自治体から派遣元医療機関・大学や医師個人へ多額の費用を拠出しており、大病院や大学の人件費削減の事実上肩代わりを行っているような構図です。手当増額の際は、医師不足地域の自治体のこれ以上の財政負担に繋がらないような形を望みます。

有効でない

- 金銭面よりもキャリアにとってメリットがある方が良い気はします

どちらとも言えない

- 金銭的なインセンティブがあれば働くかもしれないが、持続性に担保がない。きっかけとしては良いが、その後の内発的動機を引き出す手が必要。
- 公的医療機関などの条件があるのかどうか？また、医師不足地域になれなかった地域の大病院で本来必要だが医師不足の科とかがより不人気になるのでは。

②医師不足地域へ医師を派遣する派遣元医療機関への支援を行うことについて、有効だと思いますか？

有効

- 医師不足地域の医療機関自体が経営的に厳しいことが予測される。医師が増えたとしても維持できなければ意味がなくなってしまう。
- 当院は中核病院から医師派遣を特に日直・宿直で受けていたが、働き方改革や医師不足で派遣がなくなってしまったので、派遣元医療機関への人的支援は必要であると考え

- 派遣元医療機関を「へき地医療拠点病院」等に限定せず、医師複数体制のへき地診療所や、都市部の在宅療養支援診療所など、幅広く対象としていただきたいです。当地域では、すでに医師複数名体制の有床診療所が、近隣自治体の無床診療所へ医師派遣を行うことも検討していますが、現状の枠組みでは支援が全く得られません。都道府県内各自治体の国保病院も人口減少と人材確保困難により、有床または無床診療所への移管が進んできており、診療所が診療所を支えることも今後は増えてくると思われます。

有効でない

- 医師不足地域の医師をふやしたいのなら上記の「重点医師偏在対策支援区域」の設定の対策だけで十分ではないか？結局医師不足地域へ医師を派遣する派遣元医療機関への支援を行うことをすると、そちらに派遣元医療機関へ医師が増えることにつながるとおもいます。

どちらとも言えない

- そもそも派遣という形は、地域医療に最も大切な地域を知っているという事から離れる可能性がある。専門性の高い事例についての支援と割り切れれば有効かもしれないが、派遣元に支援をするのであれば、提供する「支援の質」にも言及すべきと思う。
- 支援ができればよいが、そこまで財源があるか？
- 用途に制限を設けるのがどうかなど気になる。医局制度など曖昧な今の派遣制度をどうやって管理するのか？

③医師不足地域での医師の勤務・生活環境改善支援を行うことについて、有効だと思いますか？

有効

- I ターンで夫婦ともにへき地診療所の医師で子育てを12年でしてきた経験から申し上げます。もっとも困ったことは、子どもの急な発熱などの体調不良でした。こどもが小さい間はいつでも休めるようにグループ診療で体制を組んでもらったりしていました。当方はグループ診療だったので、それができましたがソロ診療の人などは困難を極めると思います。病児保育なども生活環境改善としてあがると思いますが、もっと重要なのは、仕事ができないときにいつでも仕事を代わってもらえる体制づくりということに関して声を大にして申し上げたいです。その保障があれば、若い医師はだいぶ働きやすくなると思います。次に、勤務時間が長すぎる。1日8時間勤務では1日7時間勤務になればどれだけ楽だろうと思ったことが何度もあります。子どもが小さいときに子どもに必要な睡眠時間(9～10時間)を取り、それを除いた時間で食事や入浴を済ませ、さらに多少の時間を一緒に過ごすうえで1日8時間勤務では長すぎると思ったことがあります。子育て中の医師のみに優遇するというより、すべての社会人の勤務時間が長いような気がします、そのような世界ができると働きやすいとおもいます。
- 医師不足地域においては、住民や多職種のリテラシーが十分に育まれていない可能性があり、その場合、医師に対して過剰な期待や依存が生じるかもしれない。結果バーンアウトを生じる可能性がある。金銭や住居の保証の他、地域の中でどのように働くか(あるいは断ってもいい補助線を引くか)という一定のガイドラインがあってもいいかもしれない。
- 医師不足地域は中山間離島地域が多いため、引っ越しや生活維持のための負担やハンデに対して、何らかの補助を出すべき。
- 支援があることで、働きやすくなる
- 生活環境改善支援は重要と考える。独身や単身赴任に耐えうる状況であれば、ある程度の不便さは許容できると思われるが、家族がいる場合、周辺環境・教育環境などは重要になると思われる。
- 特にこそだて関連で困っている、避けている方を多くみます。
- 特に急用急病や、産休育休での代診体制について考えて頂きたい。

有効でない

- 自由記載なし

どちらとも言えない

- 具体的な支援策のイメージがわからないため、どちらとも言えないとさせていただきます。

④医師不足地域での診療所の承継・開業・地域定着への経済的支援を行うことについて、有効だと思いますか？

有効

- 医師不足地域で、現在がんばっている診療所との釣り合いが必要と思います。定住対策で移住者のみ優遇して地域住民との軋轢を生みうまくいかなかった例を報道等で聞きます、この失敗を検証し対策を講じると良いと思います。日本医師会は医師偏在に関しどのような立場でしょうか。もし積極的に是正したいという立場であれば、東京都医師会が地方医師会をバックアップする仕組みを作ると良いと思います。
- 医師不足地域で診療所が閉院する理由として、人口減少等により収益を挙げられない地区であった場合は、経済的支援を行わない限り、そもそも生活できないことにあるため、必須と考えるが、逆にそのような地域で本当に診療所を継続すべきか検討が必要となる。医師の高齢化による閉院の場合は、その地域に診療所が必要な状況と思われ、経済的支援をすることで、継承・開業を検討する医師も出てくるのではないかと考える。
- 開業医に関しては、不足している診療科については事業を行い、血縁間に限らない非血縁間の継承も考えておくとういと思います。公的医療機関の継承というか、医師確保については大変大きな問題とっております。市町村の自助では難しく、当方も SNS での発信などさまざまな試みをしておりますが、難しいというのが実情です。国診協でなにかよいアイデアはないでしょうか？
- 全国で閉業間際の小規模医療機関が多数存在するため、それらの維持支援は有用。しかし、日本全国的に急激な人口減少が進んでおり、長期的には医療機関数の減少と中央集権化は避けられないと考える。
- 特に、医師不足地域での在宅医療を担う施設への支援、建設や設備、スタッフ雇用への補助金や人材的支援、移動診療車の導入支援なども検討して欲しい

どちらとも言えない

- 医師も人であり、家族がいるため、家族に提供される医療体制や子供の教育など自分の人生における保証は経済的支援では賄えないと思う。
- 承継や地域定着はともかく、開業は将来の見通しがなく中々厳しいと思われます。むしろ、人口減少や地域のニーズに合わせた形で、ある程度の「集約化」の動きに対して経済的支援があると有効かと思います。

⑤全国的なマッチング機能の支援を行うことについて、有効だと思いますか？

有効

- 各自治体が独自で医師探しに奔走する構図を何とか改善していただきたいです。現状では、資質に問題のある医師でもやむを得ず採用に至ってしまい、結局うまくいかず地域の医療機関の信頼を損ねてしまうケースが跡を絶ちません。マッチング機能の支援の際は、医師の質担保について必ず何らかの策を講じていただきたいです。
- 学生の頃から現場をみることには大きな教育的意義がある。そのようなプロジェクトを支援してほしい。
- 当県にもマッチング制度がありますが、あまり良い話はなかったように感じます。でもやってみるだけ価値があると思います。

有効でない

- 潜在的な医師が、そこで働く医師になるかどうか、国家資格を持つだけでは十分ではないと思う。学び直しを含めた支援がマッチングには付随すべきと思う。

どちらとも言えない

- できればいいが、イメージがあまりできていない

⑥リカレント教育の支援を行うことについて、有効だと思いますか？

有効

- 1人診療している診療所管理者や開業医の学びの機会確保は重要と思う
- ここで書かれるリカレント教育の具体的な内容が分からないが、私自身学び直しと記載しているが、その方略や学び直しをしたことの効果を測ることも付随すべきと思う。一般的に医師会の研修ではベタゴジの要素が大きく、研修をした事でどうなるのかという目標設定や教育の評価が不十分と感じる。
- リカレント教育自体を、地方の医師不足の病院・診療所で行うと良いと思います。
- 既存の各種研修会とも整合性をとりつつ、何らかの「認定資格」や「診療報酬上の要件」とセットにすることで、より実効性を担保できると思います。
- 再教育が必要
- 地域医療で必要とされることを学びなおせる資源があれば、大変うれしいです。例えば学会からの教育講演の視聴など、ITを使用した教育リソースをへき地の医師は自由に使えると、だいぶ変わるとおもいます。現在の私の立場で学びなおしたいこととしては、心エコーや腹部エコーなどの技術のアップデート。発達障害や小児アレルギーの診療の最新知見など。すべての学会に属することはできないのですが、コンテンツをへき地医療機関に勤めるもののみ限定で視聴できるなどインセンティブがあるとよいとおもいます。私自身は総合診療医で EBM に関心があります。それをするうえで文献へのアクセスができないことが一番の障害になっています。例えば UpToDate や Dynamed などの有料コンテンツ、大学図書館の蔵書から文献引き放題(例えば宮城県は東北大学、山形県は山形大学など、または全国から自治医大など)などのインセンティブがあると診療の質の向上にもよいですし、最新の医学に触れたい人が却ってへき地に行くことが増えるのではないかと考えます。

有効でない

- 自由記載なし

どちらとも言えない

- 知識が少なく、判断できない

⑦都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定締結を促すことについて、有効だと思いますか？

有効

- 行政と大学病院のつながりが希薄な県が多い。提携は有効と考える。中国地方の某県がよい例。

有効でない

- 現状でも都道府県より大学医局の方が事実上の人事権を持っており強い立場となっており、パートナーシップ協定により医師偏在対策に資する人事につながるのかどうか具体的にイメージできませんでした。

どちらとも言えない

- 今ある制度とどう変わるのか？大学の政治的意図が介在しないか心配。

- 大学が求める医療と地域が求める医療に差があるので、質の担保が気に掛かります
- 大学病院も人数は少なく十分な派遣ができない病院も多いと思います。
- 大学病院自体の医師不足により、自治体病院への派遣をストップするような状況にある大学病院の場合、医局人事に強く影響されることが考えられ、慎重な判断が必要となる。都道府県と大学病院との協定をする際に、外部の専門委員を入れることが望ましいと考える。
- 地域枠や寄付講座はどこまで医師の偏在解消に有効だったのかの検証をまず行うべきと考えます。有効であると結論づけられるのであれば進めてみたらよいのではないのでしょうか
- 都道府県や大学病院などとの診療上や施設認定上の連携が容易になるのは歓迎される。ただ、ある種強制力をもった組織との関係には意識的または無意識的に権力勾配が生じる可能性があり、一概に有効とは考えられない。

4. 医師養成過程を通じた取組

①医学部地域枠の活用を促すことについて、有効だと思いますか？

有効

- 『地域枠を義務ではなく権利になるように』数年前に〇〇大学の地域枠学生に言われた言葉です。〇〇大学では総合診療医センターのたくさんの取り組みにより、総合診療やへき地で働くことが『カッコいいこと』になったと思います。家庭医療やエコーをはじめとした知識・技術の裏付けもなされています。他大学も〇〇大学総合診療医センターを参考にされると良いと思います。
- 有効な教育システム・キャリア支援が必須だとも思います
- 医師数だけで考えるなら有効だと思います。その質に関しては別の方策が必要と思われる。
- 医師不足地域で力を発揮する「総合診療専門医」を養成する講座・医局が、大学によっては全くないか事実上機能していないところもあり、その場合は入局縛りを解き、都道府県内の総合診療専門研修プログラムで適切な研修を受けられるよう配慮いただきたいです。
- 一定数の医師を確保するには重要と思うが、医師少数地域の対策には少なくとも富山ではなっていないと思う。地域枠の卒業生が選べる診療科の設定にも、大学病院の科の力関係が影響してしまっていると思う。地域枠自体何らかの見直しが必要では？
- 外的キャリアも内的キャリアも含めた取り組みが必要だと思う。特に、医師は医師の養成に習熟しているとは限らない点が懸念である。また、活用ではなく縛り付けになっているのが今の地域枠の現状ではないかと思うこともしばしばあり、自身のキャリアと家族のライフサイクルも含めた活用を検討すべきと思う。
- 地域枠の義務年限には、ある程度強制力を持たせるべき。
- 地域枠を有効に活用するために、要件などを再考する必要がある。地域医療に関する気概を持つものが地域枠から入学することが望ましい。また、医学部入学後も他の学生と同じ教育をした場合、専門医を希望する医師が出てくるのは必然であり(地域医療に関しては十分に学ぶ機会が少ない、指導者が地域医療に精通していない、など)、地域枠から離脱する可能性もある。

有効でない

- 私自身が地域枠出身です。自分は帰りましたが、周りを見ても帰る気配が無い人が大半で、高校時代まででそこまで決断は難しく地域枠制度自体に疑問を持ちます。それより

は研修終了後、3 年目が決められない方などに重点的にリクルートしてはどうかと思います。そこでやっと現実的な思案ができると思います。

- 奨学金で縛るような地域枠は、学生の将来を限定的にしてしまうだけでなく、十分な定着につながっていない
- 地域枠や寄付講座はどこまで医師の偏在解消に有効だったのかの検証をまず行うべきと考えます。有効であると結論づけられるのであれば進めてみたらよいのではないのでしょうか。
- 個人的な感覚としてはあまり有効ではないように感じます。
- これもどのような医師を育てればよいのかのグランドデザインができていないことによるものと考えます。
- 地域枠といっても、県内の勤務であればよいというしほりが多いためほとんどの地域枠医師は僻地勤務を行わなくてよいようになっているため意味がない。

どちらとも言えない

- 地域枠＝地域医療に興味ある ではないので…
- 地域枠出身の医師に地域医療に従事してもらうことを、もっと積極的に高校の進路指導担当者に説明した方がいいと考えます。高校生が地域医療に従事するキャリアイメージを持たずに大学に「受験の手段」として入ってしまうのは、住民にも医療職にも、本人にも不幸です。

②臨床研修での広域連携プログラムを開始することについて、有効だと思いますか？

有効

- 意義がわかりにくい部分があります
- 現在 2 年目で行なっている地域医療研修を、もっと早い段階で始めた方がよい
- 若手の時から、地域を経験すべき。
- 地域の実情をする意味では良いと考える。
- 地域診療所研修なども組み込み、実際に体感してもらうことには一定の意味があると思います。
- 東京都など医師過剰地域での臨床研修プログラムにおいては、一定有効な策と考えます。
- 当院でも他県の初期研修医を受け入れることができると考えております。

有効でない

- 以前東京の大学病院からの初期研修医が来ていましたが、一生懸命勉強してくれる人もいましたが、半分は行ったことない当地域での生活を楽しんで、週末は近隣地域への旅行をしていました。東京の大学病院から研修医を受けても、将来的に当地域に寄与する可能性は低いと考え、労力が見合わないためにその後断りました。
- 必ずしも広域であるべきとは思わない。地域医療はその地域に根を張る(従事期間の事ではない)ように経験を得てそれを深められるようにサポートすべきだと思う。やむを得ず広域にするとしても、その点は考慮されるべきだと思う。

どちらとも言えない

- 色々な地域で研修する事は有効だと思うが、義務とするならば引越しの負担などどう解決するのか？

5. 医師偏在対策の全般について

①医師偏在対策の全般に対するご意見・ご要望等がありましたらお書きください

- 「医師不足地域は、医師であれば誰でも良いから来て欲しいと思っている」「大病院や都市部で診療ができれば、地方の中小病院・診療所や地方でも問題なく診療できる」という暗黙の前提が存在していないかどうかについては、くれぐれもご留意いただければ幸いです。せっかくの医師偏在対策も、一定の質が担保されなければ医師不足地域の医療機関の診療の質や、地域からの信頼度はますます低下し、患者のさらなる流出を招くのみです。「医師不足地域で勤務する医師の質の担保」の必要性については、繰り返し強調させていただきます。
- ただただ、将来の僻地・中山間地の医療がなくなってしまうことだけは避けないといけないと考えております。
- ヘキ地で楽しくやりがいを持って勤務しています。私もそのことを都会に発信することを頑張ろうと思います。
- 一人診療所の管理をする事を見据えて教育を受けている自治医大出身者でさえ、医療過疎地の高齢者の多疾患併存診療や在宅医療を指導医なしに行うことは十分出来ているとは言えない。ましてやそのような教育を受けていない者が短期間で交代していくとなれば更に医療の質が落ちる可能性があるのでは。医師だけでなくスタッフもだが、少人数で賄わなければならないからこそ能力も人格も秀でた人が望まれることを最近心底実感している。
- 過疎地域のヘキ地診療所の代診制度を利用しやすくしてほしい。
- 各都道府県により医師偏在の性質が異なる部分があり、医師偏在対策をすべての地区に当てはめることは困難と思われる。医師偏在対策を地域の実情に応じて取捨選択する必要がある。
- 勤務地域だけでなく、専門科に関しても偏在が顕著になってきている。国はもっと各診療地域、科に対して必要なニーズ、そして必要な労力をちゃんと評価し、ある程度の制限をもうけるべき。そして、大変な現場で働いている人に対してしっかりと報酬などを与えるべき。簡単に医療アクセスできる点は日本のいい点ではあるが、医療費の圧迫にもつながり欠点でもあると考える。僻地診療所ではどれだけ頑張っても赤字になる一方であり、医療保険の根本的な見直しも必要と強く感じる。
- 初めに書いた通りに、どこに何科の医師、医療機関をどの規模で置くことが理想的なのかをまず推定することが必要と考えます。その推定に基づいてすべてを進めていくことが必要で、それなしに進めているのであれば、このようなパッケージは申し訳ありませんが姑息的に見えます。もし推定があるのなら広く国民に公開してほしいと思います。当然医師会は反対すると思いますが、すでにヘキ地では保険料あるが、サービスを利用できないという状況に陥っています。その過程でシーリングや開業規制などは当然あってよいものと思います。地域枠の話も、そのような推定のもとに多大な費用をかけて行うべきであり、現在の地域枠の運用は失敗なのではないかと個人的には考えています。また、医療機関だけでなくほかの介護関連の事業所もヘキ地は非効率的であり、どんどん縮小しているのが実情です。都市部のほうが効率よく稼ぐことができますので、給料もあがりそちらに従事者が流れて行っています。医師だけでなく、すべての業種の偏在は大きな問題です。先ほど、すでにヘキ地では保険料あるが、サービスを利用できないという状況に陥っていますとかきましたが、それは介護保険も同様です。個人的には診療報酬の1点(1単位)10円を全国同じようにすることは、都市部への偏在を招く大きな原因と考えます。ヘキ地は12円のように価格を上げないと、民間の業者に公的保険を使わせて医療や介護を提供している日本の制度はうまくいかないと思います。今後も一律10円にするというなら、医療機関はすべて公的なものにするくらい抜本的な改革をしないと偏在対策はうまくいかないのではないのでしょうか？
- 総合的にパッケージする内容としては同意するものの、リカレント教育やインセンティブ(経済的なものに限らない)の方をより深めることが重要ではないかと思う。
- 地域枠や自治医科大学出身者に頼るような医師偏在対策は、医師働き方改革が進む中で継続困難と思います。全医師に後期研修の一環として、地域医療への介入を1年程度はしていただいたほうがよいと思います。

②今回の医師偏在総合的対策パッケージにとらわれずに、あなたの考える医師偏在対策がありましたらお書きください

- そもそも公立の診療所は、融通が利かないところが多く、働きにくくデメリットが多い。自由度が乏しいのに医師を確保し続けるのは難しいと思う。公立診療所の数を絞るべきと考えております。
- そもそも地域医療・総合診療に興味を持つ学生を如何に育てるか。今の大学教育ではここは難しい。大学のカリキュラムを変えていかないと専門医志向の医師ばかりが出来る上がる。
- ヘき地診療所に実際勤務する医師としての考えですが、全国に散らばる地域・ヘき地医療に邁進する医師がその価値を発信し続け、自らの価値を上げていくことは重要と考えます。そこに対価が生まれ、医療内での価値も評価されたときに医師偏在が緩やかになるのではないかと考えます(理想論であることは重々理解しております)。
- 医師の厚生労働省の採用要件に『ヘき地勤務 1 年以上』を入れたり、厚生労働省の仕事の一部としてヘき地医療機関での代診・待機当番をしたり(1 週間/年を義務とする等)すると良いと思います。実際今年度、当診療所に、厚生労働省の新入職員さん数名が見学・意見聴取に 1 日来られました。見学だけでなく、実際に勤務していただくことが、中央で有効な対策を立てることに役立つと思います。
- 何か 1 つの特効薬はなく、複合的な対策が必要であることは賛成です。第一に、医師不足地域で幅広いニーズに応えることができ、さらに自ら進んでそのようなセッティングで教育を受け、いずれ定着も期待できる「総合診療専門医の養成」を国策として進めること。第二に、「その他の領域別専門医」については内科・外科・小児科・産婦人科など重要な基本診療科を定めて大学入局者を増やすような策を講じ、大学医局による地域基幹病院への医師派遣機能を強化すること。第三に、様々な年代・専門医から「医師不足地域で働く総合診療医」へのキャリアチェンジを支援する策(リカレント教育を含め)を拡充すること。が重要と考えます。また、「地方出身の医師は将来的に地方勤務する可能性が高い」ことも言われています。中長期的には大学入試や地域枠についても、地方出身の医学生が増えるような試みが有効と考えます。
- 結局、その土地に愛着のある人材や、偏在を何とかしたいと自分から思っている人が担うのが質の維持に繋がると思う。その為の教育や人材の掘り起こし、また将来有望な若者が大学等で地域医療や総合診療に対するネガティブキャンペーンを受けないように守るための取り組みをしっかりとすべき。
- 現状の地域枠制度など、僻地医療への従事を義務とするだけだと、一時的な医師偏在対策にはなるが、モチベーションが低いまま働いてしまう。患者評判が悪くなり、周囲スタッフのモチベーションも低下、義務年限以降はそこに定着しないため根本解決にはならない。教育環境、生活環境、給与などを充実させ、僻地での医療に魅力を感じられれば定着率も増え、医師不足の解決につながるのではと考える。
- 新・専門研修制度が高次医療機関で勤務することを前提としているため、その研修制度を見直さなければ、医師の偏在は改善しないと考える。
- 初期研修終了者を狙ってはどうか？2 年目最後に揺れている研修医を多く見ます。
- 総合診療医を活用した、国策としての総合診療医育成と総合診療医による地域の医療機関、地域医療体制の再構築はいかがでしょうか。
- 総合病院や中核病院がその本来の機能を果たせるように地域の診療所を構成すべきと思う。そして、地域の崩壊は地域の診療所から始まり皺寄せが総合病院等集まるようになっていくと感じる。立て直しを図るためには、多くの一般的で総合的な問題に対応する地域の診療所の強化が必要。だからこそ若手の内から「病院で一定務めたら1人前、引退後の開業」のような外的キャリアの選択ではなく、診療所には診療所の、病院には病院のキャリアの積み方を示す必要があると思う。結果的に、総合病院も立ち直り、安定した強い基盤のある地域医療ができると思う。

1. 医師確保計画の実効性の確保

①「重点医師偏在対策支援区域」を設定し、優先的・重点的に対策を進めることについて、有効だと思いますか？

有効

- 「重点医師偏在対策支援区域」での医師確保を図るため、「医師偏在是正プラン」に基づく経済的インセンティブは一定の効果が期待できる。
- これまでみてなかった部分の顕在化であり、有効となってほしいと思います。
- ただ、人口減だが、極端に常勤医師が少ない病院(当院は 50 床で、65 歳を超える常勤医師が 2 名、県南部には、1 名の病院も)は、重点とされるような選定することが必要と考える。
- ただし、上の地域から漏れてしまう定住人口のかなり少ない地域へも配慮が必要と考えます。
- ただ並行して今後なりそうなところにも対策は必要。当方地域もおそらく指定区域になりそうな地域であるが 10 年前ならまだいろいろ選択肢があったと考える。
- どこに不足しているか広域的に明らかになる。
- へき地の国保直診への直接支援になるとともに、開業医の誘致・支援も間接的支援になると考えます
- やむを得ないとは思いますが、どうしても国の施策上は単位が 2 次医療圏となりがちですが、2 次医療圏内での地域間格差が生じている場合もあり、こういった指標が医師偏在対策支援区域を抽出するのによいのか検討が必要だと思われます。また、科別の偏在も一方であるため、どの科をどの程度のエリア内にどの程度配置することがモデル的なのかがわかるとよいと思うのですがこれも難しそうですね。
- 医師確保や地域医療の安定化につながる可能性が高く、有効である
- 医師多数県に関わらず、都道府県における医師少数地域について優先的・重点的にしっかりと支援することが重要である。
- 具体的な地域を示すことは必要と思う
- 支援区域サイズの設定が課題
- 若手医師の招へいがしやすい大病院に偏らないことへの考慮も必須
- 終末期医療の在り方、ガイドラインを設定し、効率の悪い医療を減らすことで業務量を減らせる。訴訟を恐れて過度な医療を行う必要がなくなるのでは。
- 設定には地理的要件などを十分加味し、現状をよく反映したものを希望します。
- 早急な対応が必要であり、マッチング制度の整備が優先かと思われる。
- 地域の実情に合わせた、より効果的な対策を立案・実行することが可能になると思われる。
- 地域を最低でも市町村単位にしてほしい
- 都市部からの交通が不便な過疎地域または地方都市は、常駐医師が特に不足しているというニュースを聞くため。
- 同区域には地域卒卒業生を義務として県から派遣していただきたい。
- 優先的にそうした地域の医師への手当増額や勤務・生活環境改善のための支援が実現され、他の地域よりも勤務条件が良いと判断されれば、医師不足の歯止めになると思う。

- 有効と考えるが、地域の選定が難しいのではないと思う。

有効でない

- 医師少数区域の間でも差別化が進むことを懸念します
- 人口が減り続けても(患者不足でも)、残った住民のために頑張る医療機関への対策が切り捨てられている。やるのであれば、切り捨てる事を事前に地域に表明するべき。
- 地域ごとで異なる
- 二次医療圏単位であると、広い面積の二次医療圏域の内部で高度の偏在がある場合、医師少数の地域が評価されない

どちらとも言えない

- 「重点医師偏在対策支援区域」の設定から外れた場合、医師不足の加速が見込まれるため。
- 「重点医師偏在対策支援区域」を設定することは対策を進める上では必要、有効かは不明。
- 2次医療圏より狭い範囲での対応が必要
- 医師偏在支援のルールづくりと実効性が伴わないと有効とは言えないし、派遣される医師の同意を得ることが現在の制度のもとでは困難と予想される。
- 該当の区域が一時的に良くなっても、その影響を受けて新たな偏在が生まれるのではないかという心配がある。
- 局所的な対策でなく、抜本的な政策・制度改革が必要ではないか。
- 現実的には給与格差をつけるしかないだろうが、医師偏在を解消するには数倍の給与格差が必要と思われる
- 支援区域の対象は都道府県が選定するとのことだが、都市部以外は慢性的な医師不足であるため地域の医療ニーズを考慮していただきたい。また、対策を進めていく中で医師の専攻等に偏りがあった場合の対応策についても検討していただきたい。
- 支援地域に指定されても実際に医師確保出来るか不安。
- 従来のように、少数の地域(全国で10箇所以下)を指定するだけではあまり意味がない。
- 重点医師偏在対策支援区域の設定基準を明確にしていきたい
- 重点医師偏在対策支援地域を市町村合併前の地区別に考えれば、有効かもしれない。
- 人口6,000人程度の区域に関する扱いについてはどのようになるのか(へき地にも当たらない地域)
- 対策内容による。
- 対象地域の設定について、消滅可能性市町村の切り捨てにつながらないか、また、将来の人口動態についても読めないのが不安がある。
- 短期的ではなく、長期的、継続的に行う必要があると考慮する。
- 地域ごととなっているが、人口だけではなくインバウンドなども考慮し、考えていくべき
- 地域に医師不足は今始まった事ではなく、古い時代から存在し、いろいろな取り組みをしてきたが医師の自主性や意志に任されていることが大きく、有効ではなかった。医師免許を与えている国が強制すべきである。
- 不足している診療科の長期的な偏在対策をする必要があり、数ヶ月程度の医師派遣となった場合は焦点がずれてしまうと考える
- 必要としている病院等に、必ず医師派遣ができるのか？

②医師確保計画で「医師偏在是正プラン」を策定し、支援対象医療機関、必要な医師数、取組を定めることについて、有効だと思いますか？

有効

- 「医師偏在是正プラン」による医師の派遣元医療機関に対する支援は、円滑な医師派遣に有効である。
- 不足している診療科の長期的な偏在対策をする必要があり、数ヶ月程度の医師派遣となった場合は焦点がずれてしまうと考える。地元開業医、医師会とのネゴシエーションが必要と考える
- それらを定めたうえで併せて不足分を補うような支援(医師数を満たすために医師を派遣してもらえるなど)が受けられるならば有効であると思う。
- プランを策定することは有効と考えるが、絵にかいた餅にならないよう実効的なプラン策定を望む。
- 医師が足らぬ現場からも会議に参加できる仕組みを期待したい。
- 医師不足地域の深刻化が進むのであれば、有効と考えます。一言で医師不足といっても、街づくりや交通網を含め地域差が異なり、過疎地域の反面、住民人口に対して医療施設が過剰な地域もあるため。
- 医師偏在是正プランの策定を通じて目標や役割分担を明確化し、関係者の意識を高めることができる。
- 医療提供体制の強化と持続可能な地域医療の確立に向けた極めて有効な施策であると考えられる。ただし、その効果を最大化するためには、単なる計画の策定にとどまらず、実効性のある支援策の実施、自治体・関係機関との緊密な連携、医師の定着を促す環境整備が不可欠となる
- 一定の目安は必要と思う。プランを立てたとしても、実行されなければ意味はない。どこまで拘束力があるのか疑問
- 既存医師の他、これから医師となる医学生に対して、今後の働き方等についての方向性も確認しながら医師の確保を進めていただきたい。
- 計画の実効性には疑問もあるが、対策を策定する過程で地域の状況を関係者で情報共有することには意味がある。また、予算的措置の根拠になる。
- 現場の意見も十分に参考にすれば有効。
- 支援対象医療機関に認定されることは、その施設での医師確保が目標となるが、それ以外のスタッフ確保や運営上のサポートなども検討して頂きたい。
- 支援対象医療機関の選定は、慎重に行わなければならない。
- 少子高齢化が進む中で、特にへき地における診療所等は勤務・開業を希望する医師が少ないと聞いたことがある。それは、ある意味患者の固定化による経営のひっ迫が想定されることが一つの要因と思われる。このプランの策定により国による補助金等でそういった部分を解消することが重要だと考える。
- 地域の実情に即したプランの作成を望みます。
- 地域の実情をしっかりと把握してからにしてほしい。
- 地域医療構想との合わせ技で「内科は充足させますその代わり外科はあちらと統合を」というような介入はしないでいただきたい
- 有効だと思うが、県単位で策定するなど広域な視点での検証が必要

有効でない

- 支援対象医療機関から外れた医療機関の困難さが増す
- 数のみで定義づけるのは難しい
- 地方に大学を含めて医師自体が充足されておらず、医療機関数や医師数を決めても実効性がない。

- 理想は、常勤勤務医だが、医師確保のため非常勤医師の勤務も必要と考慮する。

どちらとも言えない

- 「医師偏在是正プラン」を策定し、支援対象医療機関、必要な医師数、取組を定めることは必要。
- その地域に縛り付けることはできない。どのような取り組みを定めるのかが問題。
- プランを策定することで過疎地の地域医療に従事する医師が本当に増えるのかは疑問。
- プランを立てる際の議論が、どうしても各医療機関が自院の医師が必要であるとの議論が先行して俯瞰的に全体を眺める検討にならないため、プラン自体が策定に重きが置かれ内容が十分ではなかったり、実行性に欠けたりする可能性があるのではないかと思います。大学病院など医師派遣機能を持った病院に対してどの程度の強制力を持って働きかけをできるかが重要ではないでしょうか。
- 机上の数値のみでの計算はよくない(地域ごとで作成すべき)
- 個々の病院が必要とする医師数と国県が必要とする人員のくい違いがあるのでは？
- 支援対象医療機関の設定から外れた場合、医師不足の加速が見込まれるため。
- 支援対象医療機関や必要な医師数を決めたとしてもどのように医師が赴任するようにするかが問題
- 重点医師偏在対策の設定自体が不安なので何とも言えないが、限られた地域医療を担う医師の配置に関しては、へき地医療を優先したほうが望ましいと考える。
- 診療科偏在に寄与する形での策定重要
- 地域医療対策協議会に医師不足地域での地域医療の代表、あるいはその経験者が委員として参加していれば、有効かもしれない。
- 地対協・保険者協議会のための協議は、実態にそぐわない結果が出る可能性がある。地域の主立った医療機関の参加も必要と考える。
- 同じ人口であっても地域によって必要医師数は変わるので全国画一的な基準では難しく個別にプランを立てられるとよい。
- 赴任する医師は、その中で自由に選択するだろうから最も不足しているところは、いつまでも充足しない予想。
- 目標を決めることには賛成する。

2. 地域の医療機関の支え合いの仕組み

①公立・公的・国立の病院管理者要件として医師少数区域での１年以上の勤務を求めることについて、有効だと思いますか？

有効

- １年ではなく、複数年とした方が有効である
- ただし移行期間や代替案も必要と思います。
- もっと広げて、開業すること全般においても必然とするべきでは。
- 医師のキャリアを考える上で一定の効果があると考えます。医師少数区域の設定については考慮が必要だと思います。
- 医師の経験値を増やす意味でも有効と考えます。加えて、その後の定住に結び付くのであれば、該当地域のメリットにもなります。
- 医師少数スポット、医師少数市町村を入れるべきである。医療は行政単位で考えられることも多いので「医師少数市町村」の概念を入れてほしい。

- 医師少数区域ではこの仕組みは感謝いたします。
- 医師少数区域の勤務を実際に経験することは全ての医師に必要と思います
- 医師少数地域での勤務経験は管理者となっても生かされていると考えられる。
- 医師不足が深刻な医師少数地域への医師の派遣を促進し、地域間の医療格差を縮小する効果が期待できると思われる。
- 何かしらの制度や拘束がなければ人員の確保が難しいのでは
- 義務化は望まないこと、嫌なことをすると思われがちだが、医師少数区域で働いた経験は、病院管理者としてもその医師にとっても、かけがえのない良い経験になると思うから。
- 有効かどうかと言えば、当然、有効であるを考える。しかし、それをクリアしなくては公立病院管理者になれないとしてもよいのかは、疑問。
- 有効とは思いますが、管理者の成り手が減少する懸念はないでしょうか。
- 良い考えと思います。

有効でない

- 「地域医療を経験した」という誇張した自身に繋がる可能性がある。
- 1年だけ勤務して移動してしまうのでは
- 1年では短いのではないか。
- 1年という短い期間では、単身赴任が可能であり本来の定着を図るための問題点が理解できないため
- そもそも、若い頃から病院管理者を目指す人間に、地域での全人的医療を期待するのが間違い(僅かな例外はあるかも知れないが)。肌感覚ではあるが、優秀な管理者は、本人の意図するところではなく、周囲からの熱い期待を担ってある意味『仕方なく』就任されているケースが多いのではないかと考えます。
- そもそも管理者になりたいと思う医師が増えると思わない。
- そもそも管理者になりたい人材が不足しているのではないか。
- 意味ないと思います。
- 医師少数区域での1年以上の勤務を求めることには合理性がない。
- 医師少数区域の課題を認識させる意義はあるものの、地域医療の持続可能性や病院の適切な管理者配置の観点から考えると、有効ではないと判断され。地域医療を強化するためには、単なる義務化ではなく、より実効性のある支援策を検討すべきである。
- 医師不足の地域で病院管理者を経験しても、医師の募集は困難である。
- 一律な義務化によって医師の分布が変化し、医師偏在を助長する可能性がある。診療科による特性等があり、一律な義務化は望ましくない。
- 管理者要件と医師少数区域勤務に何の関連性も認めない。
- 逆効果でむしろ敬遠されるだろう
- 現実問題として、そもそも病院管理者を目指す医師がそれほどいるのか疑問である。
- 現場の意見を聞き、柔軟に視察に行き、コミュニケーションを継続する方が大切

- 公立・公的・国立の病院管理者要件として医師少数区域での 1 年以上の勤務を求めても、その対象人数が少なく有効性が低いと思われる。すべての医師の研修でのへき地医療研修を6か月程度するとした初期の研修計画をきちんと実践することが大事と思われる。
- 私立病院志向を増やすだけになりそうですが
- 若いうちに公的病院の管理者を目指す人はほとんどいないと思われる。
- 若い先生方で将来公立・公的・国立病院の管理者を目指している人はいない
- 世の中の動向として、管理者になりたくない人が増えていると感じるため。
- 地域で医療をしている者としては年配の専門医が1年来られても困る。若いうちなら意味があるかも。
- 病院管理者の要件としてしまうと、病院管理者としてふさわしい医師が病院管理者にならず、病院の運営に問題が起きてしまうことが想定されます。
- 病院管理者要件を望む若い医師がどれだけいるか、アンケート調査などで確認すべきである。

どちらとも言えない

- 区域での勤務をしなければ、管理者にならなくてよいという逆に管理者にならないための選択肢に使われそう
- 1 年という数字の根拠を示してほしい。
- 1年の勤務では不足と考えられるため。
- そもそも病院管理者となる人材が少ないのでは(個人的感想)
- 医師を巡回させるという意味ではよいのかもしれませんが、地域医療が腰掛化されるリスクがあるかもしれません。どういう価値観をもって医師偏在地域を支えていくかは、大学教育、場合によってはそれより前からの教育も組み込んでいかないとうまく運用されないのではないのでしょうか？医師が偏在地域に行きさえすればよいというようにも聞こえてしまいます。
- 医師少数区域等の要件はどのようなのでしょうか
- 医師少数地域で一定期間の勤務は有効と思うが、管理者になりたくないで勤務する必要があるという医師が多い可能性もある。
- 医師数の兼ね合いがどうなるかわからないため、「どちらとも言えない」としました。
- 経験年数はもう少し長くないと効果は限定的と考えます。
- 私自身小規模の公立病院の管理者を経験したが、管理者になり責任は増えたが給与は減少した。管理者になりたいと考える医師はどれほどいるのかと考えてしまうため。
- 若い医師に強制することは反対。学習の機会を奪うことになるためです。
- 若手医師は、将来の管理者要件に固執しないと思われるので、近い将来に寄与するインセンティブにした方が良い。
- 小・中学校の教員などは、校長になる前に、へき地校の勤務が義務付けられている。ただ、医師の場合は、キャリアとして院長の前に、地域で診療の時間が有意義なのだろうか？また、教員は新任の最初はへき地校勤務がある。研修医後に 1 年(現在は、初期研修は 1 か月)、若手を勤務することを義務づけるのがよいのではないか？いずれも、義務としてよいのか疑問に思う。
- 診療所の開設要件とすべきである。
- 専門医を取得したらすぐに来てやつつけ仕事をして 1 年で切り上げる可能性があります。地域にはある程度定着も必要です。

- 地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構の開設する病院の管理者も含まれるようになったが、済生会、赤十字などの病院も含めれば、有効かもしれない。
- 病院管理者を希望する医師が多いとは考えられない。1年以上の根拠が不明である。
- 民間病院も対象にした方がよい
- 要件とするには、これのみでは有効でない。
- 要件を満たすために勤務する者はいるだろうが、半年から1年という期間に延長されたことを要因に、長期的な目で見て医師少数区域の問題が解決されるかはわからない。
ただし半年で要件を満たしてしまうと形式的なものに感じるため、期間を延長することや要件を課す対象病院に公的機関が加わることには賛成である。

②外来医師過多区域における新規開業希望者への地域で不足している医療機能を要請することについて、有効だと思いますか？

有効

- その医師の能力次第であろうが、患者の選択肢が増えるという点で良いと思う。
- 医師不足地域で一定期間勤務するような要件があると良いと思います。
- 今うまくいっていないのなら、このままではなく、何らかの手立てをすることは必要だと思うから。
- 自らが担う医療機能を変更するよりも、開業希望地を変更することが多いと思われる。
- 即効性は期待できないが、開業希望者が地域で不足する医療機能を正しく認識することは意義があると考えられる
- 地域の医師会活動に参加必須と思います。
- 有効と思われるが、硬直的な運用よりも実施後の柔軟な是正策も考えておくべきと考える。
- 来てくれる人がいれば有効だと考えます。

有効でない

- インセンティブを具体化しなくては有効にならない
- 開業に対して、規制がほとんどない現状で、どれほどの効果があるか、疑問である。
- 支援対象医療機関の設定から外れた場合、医師不足の加速が見込まれるため。
- 地方に大学を含めて医師自体が充足されておらず、医療機関数や医師数を決めても実効性がない。
- 能力的にできるかどうかの問題。数だけあればいいという問題ではないと考えるため。
- 不足している医療機能を知らせてあげることは必要であると考え。しかし、当該医療機関がやりたくないあるいは省きたい機能を要求しても効果は少ないと考える。
- 要請しても義務付けなどが無ければ実現が難しいと思う

どちらとも言えない

- ある程度有効である可能性はありますが、医師の開業自由度をはく奪するリスクも秘めていると思います。
- 外来のみで、開業希望している医師に、救急・在宅を要請するのは、難しいのではと思う。
- 策定したら、必ず医師を派遣するのであれば、有効ですが・・・。
- 診療科の制限・整理ならわかるが、医療機能の内容が今一つ不明確です。地域で不足している医療機能、すなわち救急車の受入れ？全身麻酔の翌日手術？などであれば開業

医とは無縁な気がします。

- 地域ごとに診療所の数を決めて、それ以上は強制的に上限に達していない地域で開業すべきである。
- 地域医療の機能確保においては、いい事であると考えますが、要請が出来るかが不明のため、3としました。
- 不足している医療機能の養成に関して強制力があるものなら有効
- 有効と思うが、断られた場合の対応が難しいと感じます。
- 要請に応えられない場合が多いのではないかと思います。

③保険医療機関の管理者要件として 3 年間の保険診療従事を要件とすることについて、有効だと思いますか？

有効

- 1～2年で医師が離れた後、その企画が続かないのであれば、3年間の従事要件も必要と考えます。
- 5 年間に延長しても良いと思います
- ぜひ、国保診療施設での従事を義務化されたい
- 医師確保には関係なくても必要な要件だと思う。
- 開業できなくなると喧伝する効果はあると思われます。
- 管理者要件ではなく、すべての医師要件としてみてはいかがでしょうか
- 現行でも概ねそうなのではないか？
- 現実問題として、そもそも病院管理者を目指す医師がそれほどいるのか疑問である。
- 国民皆保険である以上、保険診療について医師は少なからず経験する必用はあると思う。
- 是非、診療所だけでなく、病院に勤務してほしい(実際は、ほとんど病院勤務の経験があるのではと思う)。
- 直美対策として有効ですし、保険制度は実践がないと身に付かないので要件とすべきと思います。ただ、自治医大卒業生が 3 年間の保険診療要件を満たさないと国保診療所管理者になれないとなると配置に影響が出る可能性があり調査と対策が必要です。
- 当診療所は、県と自治医科大学との提携により医師(管理者)の確保を行っているところであるが、おおむね 2 年程度で医師が交代してしまう。患者側からすると、やはり同じ医師による診察の方が毎回安心して診療を受けることができると考える。可能な限り長期間の勤務が望ましい。
- 病院勤務をしてくれば有効。
- 保険医療機関の管理者は、日本の医療保険制度を理解している前提が必要
- 保険診療の範囲を理解して、範囲外の治療も選択できることは良いことという点で賛成
- 保険診療従事を通して地域の他医療機関との連携など経験を積んだ方が良いと思う。

有効でない

- 「基本的人権の侵害だ」と言われ、あやふやになると思われる。
- そもそも、若い頃から病院管理者を目指す人間に、地域での全人的医療を期待するのが間違い(僅かな例外はあるかも知れないが)。肌感覚ではあるが、優秀な管理者は、本

人の意図するところでなく、周囲からの熱い期待を担ってある意味『仕方なく』就任されているケースが多いのではないかと考えます。

- そもそも管理者になりたい人材が不足しているのではないか。
- 医師偏在の是正につながらないのではと思われます。
- 管理者になる若手がそれほどいると思わず、インセンティブに働くかは疑問
- 管理者要件と医師少数区域勤務に何の関連性も認めない。
- 自治医大の義務年限内に派遣される診療所が医師少数区域に当たらない場合、卒後 6 年目以降でないと医師一人の無床診療所に派遣できないことになる。「要件の適応にあたっての一定の配慮」の範囲が不明である。
- 美容医療か医師以外への就職の流れを加速させる
- 美容整形の専門クリニック等であっても、保険診療を一切行わない医療機関は稀と思われるため、形骸化すると考える。
- 保険医療に対する考えが、たった3年間の教育で醸成されるとは思えない。

どちらとも言えない

- ほとんどの医師が2年間の初期研修とその後の後期研修を受け保険診療に従事していると考えます。3 年間の保険診療従事していない医師が保険医療機関の管理者になる例があるとは思わないため。
- 意味をつかみかねています。
- 医師偏在の是正につながり難しく思います。
- 医師偏在対策として有効かどうかは定かではありません。いずれの施策も従事のある程度義務化することは、医師そのもののキャリア形成にかかわることですので、今後医師を目指す人へのメッセージも含めどのように国民に提示していくのが重要ではないでしょうか？
- 中堅・シニア世代の医師を対象とした方が良い。
- 保険医療機関の管理者として保険診療従事経験は当然と思う
- 保険診療従事は当たり前ではないか。

3. 地域偏在対策における経済的インセンティブ等

①医師不足地域への派遣医師・従事医師への手当を増額することについて、有効だと思いますか？

有効

- インセンティブにはなりうると考えられる。
- ただ、財源は国が支出すべき(保険では賄わないこと)
- メリットがあるとモチベーションの維持になると思います
- 医師が安心して働ける環境を整備することは、地域医療の持続可能性を高める上で重要と思われる。
- 医師不足地域での労働条件の改善は、医師のやる気につながる施策として大きいと思う。

- 一定のインセンティブになるとともに医師不足地域の医療機関への間接的支援になると思います。
- 個々人へのインセンティブとともに受け入れた医療機関にも必要
- 個人によっては有効の場合があるかもしれない。
- 財源が問題(各自治体では困難)国や都道府県レベルでの負担が必要
- 若い医師はスキル上昇志向が理由で都会を選ぶ部分も大きいと思うので、インセンティブ効果がやや弱くなるかもしれないと感じます。
- 手当の増額により一定程度の効果が期待できると考えます
- 増額しなければ地域偏在は解決されないだろう
- 増額する手当が、地元負担？ならば、地元の理解を十分に得てなされないと後で騒動が起こる。
- 増額する手当を誰が負担するのか、最終的には被保険者の負担となれば、地域格差が生じる
- 多めに増額するとともに、増額するための財源を国庫負担により支出してほしい
- 大幅に手当が増えるのなら有効。財源はどうするのでしょうか(診療報酬 or 一般財源)。
- 地元開業医の診療報酬増額も考慮すべきである
- 中途半端な増額では効果はないと思います。
- 非常に有効であるを考える。しかし、その増額分を誰が払うのか、また、増額が将来的に打ち切られてしまわないか？これをクリアしない限り、全く有効ではない。
- 非常勤医師の応援を得ていますが、給与、送迎、時間を短くと、医局、個人に言われます。増額が必要です。
- 必須と思われる
- 負担の公平性の確保が必要。
- 保険者ではなく国が負担するべきではないでしょうか
- 報酬は皆さん意識されています。
- 優先的にそうした地域の医師への手当増額や勤務・生活環境改善のための支援が実現され、他の地域よりも勤務条件が良いと判断されれば、医師不足の歯止めになると思う。

有効でない

- どこがお金を出すかという点の課題、お金で解決する仕組みは長続きしない。へき地を抱える自治体や病院は財政力も弱いので、予算がつかない場合は医師を呼べなくなってしまう。
- 経験的に、金に釣られて田舎に来る医者にろくな人間は居ません。
- 経済的な問題ではない。これまで手当で釣った医師が役に立ったことがありますか？
- 高額一人診療所ではなく、複数医師の確保が優先
- 手当だけ増額しても、手当の高い所へ流れていくだけではないか。
- 手当の増額よりは、休暇がとれるなど、福利厚生の実施がよいのではないかと考慮する。
- 当院は地域医療、総合医のプログラムを持っているが、プログラムに対し補助金を付けてほしい。例えば、専攻医務に対し1～2カ月の海外実習などを備えた魅力的なプログ

ラムになれば、医学生(研修医)が応募すると思われる。

- 派遣という形態では、遠距離通勤が不可能となり、その場合移動のための人手や時間制限が生じるため。
- 人件費がかなりの負担となる

どちらとも言えない

- いわゆるピンハネによる中間搾取があると、現場の医師の手当の増額につながらない。本当に医師の手当が増えているかどうかをどうやって確認するのか不明である。
- した方が良いが、従事している医師はお金目当てで働いているのではなくやりがい働いているので、そこを評価するのにお金以外のものも必要。
- 医師によって生活スタイルは違うと思われます。二拠点生活など考えれば負担も多いと思われますので、生活費の必要性に応じて要件を決めればよいと考えます。
- 医師少数地域では医師手当を増額しても人材確保に困っていると聞く。
- 何らかのインセンティブは必要だと思われるが、手当のみを目的に従事し、一定期間従事することなく辞職する場合なども考えられる。
- 財源確保が課題
- 手当の額が派遣医師の希望に沿うものか疑問が残る。
- 手当を増額しただけでは勤務を希望する医師はあまり増えないと思う
- 手当増悪を医師不足の医療機関に負担させるのではなく、国からの補助金なら賛成。
- 初任給調整手当のように年月が経過すると減額ではその時点で切り上げる可能性があります。辞めるまで常に都市部より高い必要があります。すでに勤務している医師にも同じような増額を辞めるまで、が必要だと思います。
- 赤字の医療機関の赤字補填に使われるだけ
- 地域によって、インセンティブの形は違うはずである。
- 補助金や金銭的インセンティブは有効であるとは思いますが、一方でこうしたお金を目当てとして派遣等が生じ、結果地域医療の質を低下させる可能性も十分にあることに注意が必要だと思います。実際へき地拠点病院の補助もそうした側面が見え隠れしています。
- 有効ではあるが、以前、地方で 3000～4000 万円の求人を見ると税金の無駄遣いと感じるので、望ましいとは思わない。
- 助成があれば有効であるが、公的病院単独では財政的に厳しいため、国や自治体の支援が不可欠である。この施策を実効性のあるものとするためには、財政的な裏付けを確保し、持続可能な制度設計が求められる。

②医師不足地域へ医師を派遣する派遣元医療機関への支援を行うことについて、有効だと思いますか？

有効

- 「人的」支援なら意味があるが、そもそも人的資源がない。「経済的」な支援であれば何の意味もない。
- インセンティブは当然の事だと思います。
- すべて国が負担するべきではないでしょうか
- ただし、被派遣医師の適格性は気になるところ
- 該当医師を派遣することで、派遣元医療機関の経営が低下するのであれば、支援は有効と考えます。

- 義務規定を規定し、遵守して頂ければ、そして、その点が、派遣元医療機関への国、自治体の評価に直結すれば、またフィードバックシステムの構築も必須。
- 支援の内容にもよるが、派遣を促す動機にはなると思われる。
- 多く、有効に、過疎地を応援している病院には、インセンティブをと思います。
- 大学(医局、教授)の理解が必要である。
- 大学のみではなく公的病院からの派遣が広がる可能性があると思います。
- 当地域では、へき地支援病院事態が医師不足で支援できない場合も多いため、人的・経済的支援は有効と考える。
- 派遣することへのインセンティブになることをしっかりつけること
- 派遣元でメリットが大きければ積極的に対応すると思う
- 派遣元についても何らかの制度は必要(交付金など)
- 派遣元の金銭的な負担軽減にもつながることから一定の効果は期待できると考えます
- 派遣元へのインセンティブはありだと思うが、誰がその役割を担うのか(インセンティブを出す側)という点では、県がその役割を負うべきと考える
- 派遣元医療機関が責任をもって実行してくれるのなら有効。
- 派遣元医療機関にとって過剰負担なる事が、あってはならない。
- 派遣元医療機関の充実が医師派遣に繋がらないことから支援は有効。
- 派遣元医療機関への支援は、医師不足地域への医師派遣を促進し、地域医療の偏在解消に繋がると思われる。
- 派遣元医療機関への支援は短期的～中期的打開策としては極めて有効と考える。
- 派遣先では本人または派遣先への報酬の支払いが生じるため双方への支援を考えてほしい。
- 有効だとは思いますが、自治医科大学以外も全都道府県に一校以上の医科大学を設置した経緯もあるので、支援なくても責任を負ってほしい。
- 有効というよりも、この支援が一切ない状況で、ただ派遣元医療機関の人的経済的負担だけを求めることはあり得ないと考える。
- 派遣元医療機関への支援は、医師派遣の継続性や地域医療の安定化に有効である。ただし、公的病院単独では財政的負担が大きいため、国や自治体の支援が不可欠である。
持続可能な地域医療を実現するためには、公的助成を活用した制度設計が求められる。

有効でない

- 支援がなくなるといわゆる引きはがしが生じるリスクがある。
- 中抜きされるだけ
- 派遣元医療機関が適切に派遣医師を優遇するか分からない。
- 必ずしも僻地医療に理解のある医師を派遣してくれるとは限らない。

どちらとも言えない

- 医師不足地域へ医師派遣する派遣医療機関が医師不足の実態で支援しても医師不足地域へ医師派遣まで進まない可能性が高い
- 自然災害やインフラ等の老朽化により財源不足が懸念されるため、派遣元への支援は医師不足地域への支援への配分について減少する可能性があると考えます。

- 派遣元はおそらく研修医がたくさん集まるいわゆる大病院だと思います。「富める者はますます富み」の理論になりかねません。むしろ派遣しないことによるペナルティを設定するくらいでいいと思います。
- 派遣元医療機関がはっきりせず(不明確で)答えにくい
- 派遣元医療機関が経済的支援をどう使うのかをチェックすれば、有効かもしれない。
- 派遣元医療機関への支援はどこからどのような方法で行うのか(金銭的か人的か)、不明のため。
- 派遣先医療機関の要望にマッチする医師が派遣されないケースがあるかもしれないので。
- 補助金や金銭的インセンティブは有効であるとは思いますが、一方でこうしたお金を目当てとして派遣等が生じ、結果地域医療の質を低下させる可能性も十分にあることに注意が必要だと思います。実際へき地拠点病院の補助もそうした側面が見え隠れしています。

③医師不足地域での医師の勤務・生活環境改善支援を行うことについて、有効だと思いますか？

有効

- 30代・40代の医師は子供の教育でも居住地を決めている。単身赴任も考慮して支援方法を作成必要と考えます。
- すべて国が負担するべきではないでしょうか。
- リカレント教育 家庭との十分な時間が取れないと、長続きしない。
- 医師の勤務・生活環境改善支援がきちんとされることが保証されれば勤務を希望する医師は増加する可能性はある。
- 医師自身の学習機会への配慮、こどもの教育環境への配慮、育児環境整備が必須である
- 医師不足だと地域の患者を一手に担うことで勤務時間が長くなる、休息がとれない等勤務環境が過酷になることが想定されるため、必要だと思う。
- 医師不足地域の定義をどうするかが課題だと思います。
- 医師不足地域は、いわゆるへき地であり小さな子がいる世帯には教育面で不安が生じる。
- 医師不足地域は、一般的に都市部に比べて生活環境や勤務環境が劣悪な場合が多く、医師の定着を妨げる要因となる。
- 一定のインセンティブになるとともに医師不足地域の医療機関への間接的支援になると思います。
- 過疎地域で働くにあたり、地域住民の協力も必要だと思います。
- 居住住宅の候補が少ないことが多く、もしくは老朽化していることが多く。新設、改築への支援をすることは極めて有効
- 極めて重要だと思います。医師、奥さんの希望を取り入れて欲しいと思います。
- 勤務・生活環境が快適なことはモチベーションの維持に必須です
- 勤務環境、生活環境支援は必要である。
- 個々のニーズに細かく配慮すれば有効であろう。
- 宿舍とあらかじめの家具の調達は必須。託児所もほぼ必須。
- 女性医師の勤務に配慮した生活環境整備を含めた施設整備や改修の補助・交付金の採択要件を緩和していただければまだ取り組みやすくなると思います。
- 診療支援(medical clerk)、WiFi、ウェブ会議、研究環境(論文の検索など)のサポートが、大きな病院と同じようにできたらと思う。移動のサポートも。

- 生活の基本である住宅環境は大事であり、仕事の環境も大事
- 地域の教育環境の充実。
- 地方に居住するメリットのひとつとして有効な手段だと思います
- 長時間勤務が前提であれば、自明のことと思います。
- 都会と比べ著しく生活や子の教育環境が悪い
- 病院の負担によらない宿舍の整備が必要です。余暇の充実を行政や町民が一体となって企画することにより若い医師が集まった事例があったと思います。就業のベクトルは通常の事業所や大病院とは真逆です。「働きたいなら、当院の技術を学びたいなら雇ってあげる」ではなく「どうかここで働いてください」の姿勢が必要です。子供さんの教育環境のこともあるでしょう。特に行政側がそれを理解できるか否かです。
- 複数医師派遣で在支診を維持することと休日保障が必要。
- 有給休暇を年間 5 日間取得できない医師も多いのではないかと思います。勤務環境(代診医師派遣)、官舎等の提供などがあると良いと思う。
- 有効です。しかし、やはり、後ではしごを外さないという確約が必要であり、それがなければ、有効にはならないと考えます。
- 離島で買い物思うようにできないことが苦勞している。

有効でない

- 地方に勤務する医師だけのために、地方の教育環境を改善したりはできないでしょう？

どちらとも言えない

- 医師不足地域の受け入れ市区町村に要相談すべきです。
- 具体的な方法が分からないので、何とも言えない総論的には賛成(歓迎)。
- 豪雪地帯など、どうしようもない場所もあるため
- 支援を行うことは良いと思うが、インセンティブと思えて希望する医師がどの程度いるのか。

④医師不足地域での診療所の承継・開業・地域定着への経済的支援を行うことについて、有効だと思いますか？

有効

- すべて国が負担するべきではないでしょうか
- 医師も高齢の場合、その地域で今後医療機関の維持が困難なことは目に見えている。後進育成も兼ねて若手もそうした場に入っていきやすくなると良いと思う。
- 医師不足の地域は、過疎化が進む地域多く、医療を継続するための経済的措置は必要
- 医療過疎地は受診者も少ないので、開業医はできない。
- 医療需要が今後見込まれないエリアでは、地方銀行から融資をもらえなかった事案を聞いたことがある。
- 一時的な派遣より地元定着してもらう方が有効と思う
- 開設の見込みはほぼないと思われるが、承継については施設改修の補助金が活用できると思うので、必要な支援だと思う。

- 繰り返しになりますが、経済的なインセンティブは、少なくとも恒久的には何の意味もない。
- 高齢化が進む地域では、地域医療の維持は重要な課題です。
- 収入の確保を保証しないと地域での診療所経営はできない
- 承継・開業・地域定着に自治体が資金を支援しているところもあるが、効果は支援額によると思います。
- 診療所が減ったりなくなったりすると国保病院に患者が集まり疲弊することもあり、診療所が機能することは有効と考えます
- 診療所が少なくなっており、一次医療機関に対する対策が必要である。
- 診療所の運営のための経済的支援が保証され、派遣元医療機関への支援が保証されれば働きやすくなると思う
- 診療所数の確保のために必要であると考えてる。
- 地域、医師にとって良い関係が長続きするには、事前のすり合わせが必要である。
- 県南部で、2 か所の診療所が 3 月で閉じられた。継承の支援は、重要だと思います。
- 本来なら医師過剰地域での制限のほうが有効だと思うが、憲法違反等の疑いがあり無理なのかと思う。
- 有効です。しかし、医師不足地域とはほぼ患者不足地域であることがほとんどです。将来の経営の悪化をも見込んだ経済的支援を継続する確約が必要。

有効でない

- 私の同級生も、医師不足地域よりは、人口が多い大都市での開業しているものが多いため、経済的支援は必要だと思うが、それだけでは難しいと考慮する。
- 当直をしない医者が増えたが維持されるだけ

どちらとも言えない

- このプランはどこを目指すかによりますが将来的に在宅が充実すれば地域医療は守られるということならば開業医を増やせばいいでしょう。地域の中核を守るのであれば開業医が稼げるあるいは業務内容と比較して「コスパがいい」仕組みを変える必要があります。都会でリタイヤした医師が別荘代わりに地域で開業すれば中核病院への緊急入院の頻度は増えるでしょう。
- 医師不足地域では、患者数も減少しているため、医師に経済的支援があったとしても診療の存続自体が難しいということもあり得る。
- 医師不足地域の受け入れ市区町村に要相談すべきです。
- 行政で運営して、そこに経済的支援を行う方が良いのではと思います。現在の国保直診の形態があっている。
- 支援策による。
- 中長期的な支援となりうるかどうか保証されないと有効ではないのではないのでしょうか。
- 必要性、妥当性、効率性などを勘案し、トータルで検討すべき
- 保険点数が、1 点＝10 円でなくなるなら有効かも考える

⑤全国的なマッチング機能の支援を行うことについて、有効だと思いますか？

有効

- マッチングと合わせて、その後の定着支援を行うことが大切である。都道府県、地元医師会などが定着支援を一体的に取り組めば、有効になるだろう。

- マッチング機能の支援は行った方が良いと思います。しかし結果的に条件の良いところに集中する気もします。
- やってみることは、大事であると考えます。
- 医師はある程度地域情報を検討してくるが、地域住民はどんな医師が来るのか、不安があると思う。すり合わせする機会があれば良いと思う。
- 医師不足の地域での募集を見つけてもらいやすくなると良い。医師過多地域に募集が集中しにくい仕組みがあるとなお良い。
- 一定の効果は認められるのではないのでしょうか？一方で医療の質の保証を何で行うかは課題かもしれません。
- 簡便で利用しやすいシステムであることが大切だと思います
- 高いリクルート料金をとる会社を駆逐してほしい
- 全国なマッチング機能は、医師不足地域と医師のマッチングを効率化し、医師不足の解消につながる。
- 大規模なマッチングを行っていくことは必要と考える。
- 中堅・シニア世代を対象としているが、マッチングの機能、実施方法により、立地環境的に偏りのない要領であれば有効と思われる。
- 都道府県の境界を越えた取り組みが望ましい。いろいろ制約はあるが、医学部地域枠の学生の卒業後などに行かせる取り組みになればと願う。
- 徳島大学の卒業生が、県外へ就職が 70%なので、全国的にリクルートが必要と思います。
- 民間ではなく公的な信頼性の高いマッチングシステムがあることが望ましいと考えます。日医、全自病協などの仕組みがもっと使われることを期待します。

有効でない

- これまでも行われていたが実効性に乏しい。
- 全国的なマッチング機能が必要なほどへき地で勤務したい医師がいるのか

どちらとも言えない

- マッチングの支援だけで変わるとは思えないが、他の対策を併せて行えば違うかもしれない。
- マッチング専門機関があれば、任せるべきです。
- 医師確保に苦慮している病院としては、できる限り長期間勤務をお願いしたい。
- 医師少数区域こそいろいろな業務を行う能力やコミュニケーション能力が必要で変な医師がくればその地域は壊滅的になるから。
- 過去にもこのような仕組みがあったかと記憶しているが、あまり期待はできないと考えます。
- 過剰地域の制限は必要。
- 全国規模で広くマッチングを行うことによって働く医師が見つかる可能性はあるが、それだけでは不十分で上のいろいろな条件を合わせて行う必要がある。
- 地域に愛着がある人材が 望ましいのは、望ましい。

⑥リカレント教育の支援を行うことについて、有効だと思いますか？

有効

- へき地、離島では学習する機会に恵まれていないので、CareNetTVのようなネットでもオンデマンド学習が非常に効果的だと思います。
- リモートなど利用しやすいシステムが必要だと思います

- 医師の地域で働く意志がないと支援策を作っても無駄になる可能性がある。
- 医師少数区域で医療を続ける中で、閉塞感があり、時間とともにこの感覚は強まっていくから、リカレント教育はリフレッシュにつながると思うから。
- 医療は常に新しくなっていくが、医療機関によって進み具合も異なるため学べる機会が必要だと思う。
- 医療技術は日々進歩しており、医師が常に最新の知識や技術を習得することは重要。
- 遠隔地への研修は時間、費用的に負担が大きい。オンラインで研修を受けられるようにしてほしい。
- 県医師会、様々な学会で、生涯教育が行われている。その、経済的支援が欲しい。
- 現在の日本の医療提供制度にはマッチするものと思われます。一方で、地域で医療さえ行えば地域医療と解釈されると単に医師を置くだけ、地域医療の質の向上に資するものである必要があると思います。
- 自分も受けてみたいと考えるから
- 生活基盤をくずさない形を構築してほしい
- 総合診療の研修を。
- 卒後の教育がなければ、医療を行っていても不安です。この不安感から、情報量の少ない地域には赴任したくなります。有効というよりも、必須です。
- 大学の医局や大学院でのリカレント教育は、必要だと考慮します。地方では、リカレント教育は難しいため、大都市圏を視野にいれてしまいます。地方でも大都市と同じような教育ができれば魅力になると考慮する。
- 大病院や臓器別専門医から総合医への転向には不安が大きく、リカレント教育は有効と考えます
- 知識をアップデートしていないベテランが多すぎる
- 知識的なことは本や e-learning で勉強できるが手技的なことを学べる機会があればいいと思う。
- 地域において少人数で勤務する医療者にとってリカレントを受けることにおいて、人的、金銭的支援なしで個人の努力で行うことは難しい。しっかりした国や教育機関のリスキング的支援も必要。
- 独善的になりやすいので、身近な支援が欲しい。
- 日本地域医療学会などでリカレント教育を行えば、有効になるだろう。
- 必要と思うが、実際に研修する場所の確保やその時間の確保が難しいのではないか
- 病院総合医などを養成して医師過少地域で働いて頂くことは極めて大切なことであるとする。

有効でない

- ある程度経験を積んだ医師に対するリカレント教育で希望者がどのくらいいるのか、行動に移す医者がいるのか。
- 金銭的支援でいうと、リカレント教育は個人の判断であり、自己負担で学んでいる職員はいくらでもいるので、学びたいのであれば個人負担すべきと考える。

どちらとも言えない

- リカレント教育支援はいいことではあるが、それだけでは不十分。
- 支援内容によると考える

- 詳細が不明のため判断できない

⑦都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定締結を促すことについて、有効だと思いますか？

有効

- give and take を上手に回転させる必要がある。
- その場合でも都道府県の境界を越えた取り組みであれば、なおいいと思う。
- もっと、早くすべきであった。
- 医師によっては、大病院との連携が苦手な先生が存在しております。連携が必要な場合は、そのような医師は非常に苦痛や不安を感じます。有効よりも必要。
- 医師を紹介する窓口として機能してほしい。
- 運用と、評価基準とフィードバックシステム構築化しだい。
- 各県で一つの医大を作った意味はそこにあったのではと思う
- 協定締結により、大学病院等から医師不足地域への医師派遣が促進され、医師不足の解消に繋がる。
- 極めて有効であるを考える。
- 現在十分行えていると思う。
- 昨年度、医師がいないということで、県から医師派遣の中止があった。連携パートナーシップ協定締結により、そのようなことがないように協定締結が必要だと考える。
- 新臨床研修制度が始まる前の時代に戻せば良い。
- 人数の多い大学病院が最も派遣に適していると思うので、研修医でなく、1年毎でも地域医療業務や交代制での担当に協力してほしい。
- 大学(教授、医局)の理解が必須+大学教員の収入保証も必要である。
- 大学病院の使命として、地域医療に積極的に関与する必要があるということを病院幹部のみならず大学病院全体で共有することに意味があると思います
- 大学病院等との記載でなく都道府県立病院も明記して欲しい。
- 有効と思いますが大学病院等をやめるケースも多くありそうです。

有効でない

- 大学病院は連携を簡単に反故するので、協定を結んでも信頼できない
- 独立した組織なのでそこに労力を費やすなら直接現場を改善してほしい

どちらとも言えない

- 1 県=1 大学ではない現状から、複数のパートナーシップが必要。しかし、複数と結べば結局取り合いにあるのは同じでは…
- どの様な内容の、あるいは何を目的として協定を結ぶのかよくわからない。
- パートナーシップ協定を行うこと自体は良いと思うが、実効性があるかどうかが大切である。
- パートナーシップ協定内容が、大学病院優位になりやすいため。
- 各県に大学があるので県立中央病院クラスの大病院同士の連携と同義になりそうです。

- 協定を締結したから医師偏在が是正されるというものではないのではないか。
- 県の地域医療確保に対する姿勢、意識の醸成が優先である
- 互助的な関係は危険だと思います。
- 自治体(市町村)単位で協定を結んでいるところもあり、どちらでもよい
- 自治体の権限が強ければ、有効に働くものと思います。そうでなければ形式的なものに終わります。
- 実働医師の確保に、必ずしも繋がると思えないから。
- 詳細が不明のため判断できない
- 大学だけに人材派遣を依存するのではなく、都道府県で医局を持つくらいの発想がほしい。
- 大学の地域医療・へき地医療の理解の度合いにかなり影響されるのではないのでしょうか。
- 大学医局の人事権を「新臨床研修制度」などともっともらしいことを理由に厚労省が奪ったことが諸悪の根源。
- 都道府県と大学病院との連携パートナーシップ協定を促しても、大学で医師不足があり大学の外に医師派遣できる状況でないことが問題。卒業後何年間かは卒業した大学や大学のある県内の病院での研修を義務付けるくらいしないと難しいと思う
- 当院だと県外の大学病院との連携が強い。県外の大学病院と都道府県が協定を結ぶ必要が出てくる。大学病院側のメリットは？
- 連携パートナーシップ協定がどの程度強制力があるか不明で、大学も働き方改革で人的に余裕があるとは思えないため。
- 連携パートナーシップ協定を結ぶことが、医師偏在対策の即効力になるとは考えにくい。
- 連携内容にもよる

4. 医師養成過程を通じた取組

①医学部地域枠の活用を促すことについて、有効だと思いますか？

有効

- かなり強力なガバナンスを効かすことが前提です。
- 医師としての人格の涵養が大切と思っています。
- 医師不足の地域に臨床研修終了または専門医取得後に確実に配置される地域枠であれば有効だろう
- 活動拠点は、人それぞれ考えが違うと思われるため、有効と考えます。
- 強制力のある地域枠の仕組みなら有効。
- 県、大学と協働し、小病院へも常勤医が派遣できるようにお願いしたい。
- 現在の地域枠の活用には問題を感じています。医師不足地域であっても地域枠の医師派遣対象になっていません。
- 現状では、地域枠医師を有効に活用していない印象がある。
- 現状の縛りは緩すぎて、偏在解消には至らない

- 恒久化を進めないと制度終了とともに地域医師の枯渇が始まる恐れがあります
- 今後、臨床研修に行きたいと思える良い機会である。
- 実施済
- 詳細な取り決めが必要
- 卒業後の研修期間は 10 年くらい設け、高度な医療を学べるように制度改正が必要だと思う。
- 大いに活用すべき。
- 大学医局の见えない力を排除すべきである。
- 単に大学の医局員確保の手段ならぬような、俯瞰的な計画のもとでの検討が求められると思います。
- 地域への定着が必要。
- 地域枠の拡大が望ましい。地域枠同志の互換があっても良いと思われる。
- 地域枠は既に目一杯に使用されているのではないですか(小生寡分にて詳しく知りません)
- 地域枠は有効に活用すべきであると考えます。
- 地域枠は臨時枠でしたが、定数に含めるのが良いと思います。地域枠の全体の中での割合を高めることが必要だと思います
- 地域枠を過疎地や僻地出身者に限る
- 地域枠を増やすべき
- 地域枠医師が地域に確実に配置され、定着する仕組みづくりが必要
- 地域枠医師は義務年限中もほとんど専門医取得を目指している。選択する専門診療科によっては医師少数地域(へき地など)には診療科がなく勤務できない場合があるため問題も多い。地域枠医師の多くが総合診療科を選択するようになれば有効と考えます。
- 地域枠活用の他、経済的な困窮で進学を諦めている学生に対しても支援等を検討していただきたい。
- 地域枠卒業生は義務として医師不足地域に就職させるべき。
- 必須、死活的項目
- 当地域では、地域枠で義務的に勤務した病院に、義務年限を終えてから就職するケースが出てきている。たとえ、義務であっても経験することが将来につながっていくと思う。
- 有効。実際に効果を上げている。枠を活用するというよりも、枠をさらに拡大することも考えて良いと考える。
- 有効と思いますが将来働く診療科・地域が規定されることが多いので地域枠から離脱するケースもあると聞きます。受験の際高校生が将来設計することは難しい面もあると思います。
- 例えば県内での勤務を要件とする都心部に集中する可能性があるため、3年～5 年間は中山間地域での勤務を要件とするなど考慮していただきたい。
- 医師不足地域の病院のニーズと地域枠出身医師の希望が適切にマッチングできる体制が必要では。

有効でない

- そもそも地域枠で入学させて、卒業後の自由を奪うことは不適切で時代遅れのやり方です。

- 短絡的である。
- 地域枠で入った人がその地域で働くとは限らない。
- 地域枠で入学しても義務を果たさない輩がいると聞き及んでいます。
- 通常の学力より簡単に医師になり美容に流れる

どちらとも言えない

- 他のプランと合わせ技ならばより効果的でしょう。
- ジェネラルマインドを持つ医師の養成に、必ずしも繋がるとは思えないから。
- 医学部地域枠で入学した卒業生が本来の地域枠で入学した目的に沿った勤務場所で働いていない。学生時代からもっと医師不足地域での活動を学ぶ機会を増やす必要がある。
- 医学部地域枠は現状では医師偏在対策に十分機能していないので、勤務要件に医師不足地区への義務化や診療科の特定などの強化が必要と思います。
- 医学部地域枠学生の入学時の意識に個人差が大きいので、地域枠入試基準を検討されたい。
- 現在の地域枠制度自体を見直す必要があるのでは？
- 卒業後の縛りが緩すぎる。医師になるには医学部入学が最難関であることを理解するべき。
- 地域枠で入学しておいて、卒後種々理由で他地域へ行ってしまう程を公表するべき。成績が良いだけの者の、安易な希望を受け入れるべきではないと思う。
- 大学のない地域はどのようになるのでしょうか
- 地域枠と総合診療(あるいはその都道府県で不足する科)がマッチするなら、有効になるだろう。

②臨床研修での広域連携プログラムを開始することについて、有効だと思いますか？

有効

- さまざまな体験ができるようになり、地域に医師が増えるのでは？
- 医師の経験値を増やすには、有効と考えます。
- 医師過多地域以外へのキャリア選択へ繋がると良いが、医師不足地域に勤務する方がメリットになると思える制度(今回あがっているような手当増額など)が整った後で始めた方が良い。
- 学びの場として何を提供するか、教育方略がきちんと付随してくることが必要だと思います。
- 具体的内容について理解が不十分ですが、地域の医療機関、研修医双方に有効と考えます
- 経験する機会を持つことは、将来確約はされないが、種を植えることと同じだと思うから。
- 研修の場が広がるため良いと思います。
- 研修医の負担が大きくなならないような経済面等の支援が必要と考えます。
- 若い頃の経験は大切だと思います。
- 受け入れ側は人数が少なく実際はかなり負担に感じる部分はある。

- 大病院の研修医を地域の診療所で一定期間教育することは、有用。というよりも、受け入れた際には、地域医療に進むようにと計画を練っている。
- 地域を組み入れる形であれば、有効と思います。
- 地域医療研修期間は、医師不足地域に限定して2ヶ月間くらいに延長して欲しい。
- 都市部以外の地域を広域連携して医師の流動性を高めるのは良い。
- 半年間以上の地域医療研修がよい
- 離島医療での不安材料が軽減される
- 臨床研修で、病院を知ってもらい今後、病院で働きたいと思える良い機会である。長い目で、将来の医師へ繋がることを期待する。

有効でない

- 一次的な効果はあるが定着にはつながらない
- 永続的な医師確保にはならない。あくまで研修医の期間だけであり、しかもお客様扱いになる可能性が高い。
- 初期研修医に対してはまずは一人前の医師となるための研修が優先され则认为ます。初期研修中に広域連携プログラムを導入するのは難しいと认为ます。
- 拙速な義務化がなされないよう、慎重に検討していただきたい。
- 余計に来たくないと思うだけ

どちらとも言えない

- 医師多数県に関わらず、都道府県における医師少数地域について優先的・重点的にしっかりと支援することが重要である。
- 具体的なイメージが湧かないので、答えられない。
- 結果として都市部への偏在を許すことにつながるのでは？
- 研修医を労働力とみなすことには反対である。広域連携プログラムにより、研修の質が低下することを懸念する。
- 広域にして余計偏在すると本末転倒
- 広域連携プログラムで派遣される研修病院は比較的人口の多い地域で僻地での研修は少ないのではと考えるため。
- 実際のやり方が重要。指導者や研修の場所が確保されるかどうか。
- 若い先生は専門医制度のハードルがあるので実績が増やせるいわゆる大病院を望むでしょう。これ単独では地域の医師を増やせるかは懐疑的です。

5. 医師偏在対策の全般について

①医師偏在対策の全般に対するご意見・ご要望等がありましたらお書きください

- 以前の若手医師重点から、ベテラン医師まで広げたのは、評価できる。待遇改善には、お金が必要だが、その財源はあるのだろうか？コロナ禍後、大病院も小病院も、収支は悪化している。病院からの負担が増えずに、医師が増える仕組みが欲しい。
- 自治医大卒業生としての経験から若い時に医師少数地域での医療を経験することは有効と认为ます。ただ、できれば医師自身が意欲を持って地域に行くことが一番重要と认为ます。総合診療専門医専攻者を増やす取組みは医師偏在対策に有効であり、さらに進めるべきと认为ます。リスキリング、リカレント教育も積極的に推進してほしい。

- 地域医療の魅力向上:報酬や福利厚生の充実、住環境の改善を行い、地域で働く魅力を高める。研修制度の充実:地域医療を学ぶ機会を増やし、地方での勤務経験を積ませる。労働環境の改善:過重労働を減らし、適切な人員配置と休暇制度を整備する。地域包括ケアシステムの強化:医師以外の医療スタッフと連携し、地域全体で支える体制を作る。定着促進政策:奨学金制度やキャリアアップ機会を提供し、医師の地域定着を支援する。AI・テレメディスン活用:遠隔医療を活用して、地域医療の効率化と質向上を図る。
- ①まず学生時代からの教育で医師不足地域での活動の重要性を教育する。②卒業後一定年数は卒業した大学またはその大学がある都道府県内の医療機関で研修や勤務をするよう義務付けする。③すべての医師の初期研修時に医師不足地域医療機関での研修を6か月から1年行う当初の研修計画を実践する。現在行われていないことが問題。
- 2次医療圏では埋もれてしまう地域があり、市町村単位や過疎地域毎に行うべき
- 335の二次医療圏(厚生労働省、第8回第8次医療計画等に関する検討会資料、令和4年5月25日)において、医療圏内の医師の偏在が問題になっています。医師偏在指標の下位33%を「医師少数区域」としています。さらに「医師少数スポット」が「都道府県においては、必要に応じて二次医療圏よりも小さい単位の地域で施策を検討でき、局所的に医師が少ない地域のこと」と定義されています。一方、医療は、市区町村の行政単位で行われることが多々あります。1741市区町村(総務省、2024年10月1日現在)で、地方と中央の行政単位にける医療格差が増えています。地方市町村では、医師、看護師をはじめとした医療関係職種の人手不足、高齢化と今後の働き方改革、時間外労働規制で益々人材確保が困難になってきています。へき地・離島・中山間地域では、人材確保できず、診療報酬上の施設基準、算定要件を満たせず、入院基本、入院加算、特定入院、医学管理、の算定ができない状況です。「医師少数市区町村」でも医療体制確保が継続してできるよう要望します。
- あまり有効であると期待できない対策が多いと感じる。
- すでに似た取り組みがされているかはわからないが、既存医療機関の継承について、一般企業でいうところのマンツーマンリーダー制度のようなものを導入してはどうか。
- それぞれの地域の実状に合わせた対策が望まれます。
- データ収集は、机上数値だけでなく地域ごとの特性がわかるものとされたい。
- へき地医療を担うには、ある程度の経験があり、総合的な診療ができることが必要であり、医師であればだれでも良いとはならないと考えます。また、無理に命令でへき地医療に従事させても、住民とトラブルになることも考えられます。
- マイナスイメージが過疎地域医療にまわりついてしまっているが、逆にスーパードクターが潜在する可能性も無くはない。
- 医師の不足している県では県をあげて取り組みをして県の危機感も強いが、当地域は医師数が充足しており県自体の危機感が薄いと感じる。ある地区は医師不足が深刻でありそこへの対策が自治医大の医師派遣のみでは何の対策にもならない。県をあげ医師偏在への取り組みを促す働きかけが必要であるとする
- 医師の偏在対策のためには都市部ではなく、へき地と呼ばれる中山間地域に直接投資する量を増やす必要があると考えます。
- 医師を養成する大学病院と都道府県が偏在是正に向けて真剣に協議しない限り、医師偏在は解決しないと思う。医師の高齢化も進んできており、リカレント教育などで熟年医師の力を借りて偏在地域に派遣できるマッチングなども行ってはどうか。
- 医師少数区域で需要の高い総合診療医の育成に注力いただきたい。
- 医師不足と言っても、当県では「まだまし」と考えます地方間で医師が大きく動くことを後押しする制度があると良いと考える
- 医師不足地域に医師を増やすことと並行して、現在実働している医師がより広い領域をカバー出来るようになることも大切。
- 医療過疎地で必要なのは卵(医師の)だと思う。大きな医療機関での医師ヒエラルヒーが低いと感じている。教育方針を改善していかないと展望が不安である。
- 一般の方々も中央に偏在している。世の中全体の流れが変わるのが一番良いと考えます。

- 可能性のある施策をまずやってみるしかないと思います。
- 各病院が何科の医師を何人4必要としているかの集計、把握、公表が必要では？
- 患者の減少よりも医療機関の減少が顕著な地域に重点的に医師配置を進めるということは一見もっともである。しかし、裏を返せば、一番問題になっている、患者不足で地域の医療が成り立たないという地域を切り捨てると宣言しているも同然である。住民の希望を満足させうる医療機能をもつ医療機関が1つあるだけで、すでにその地域では運営が困難であるとすれば、次に来るのはその地域の医療の消滅です。
- 管理者要件の必要性がわからない。数合わせやインセンティブの問題では解決しない。全国一律な対応ではなく、二次医療圏域内(中核病院を中心として)で解決すべきである。不可能なときは県や国がサポートする。
- 既存医師への対策の他、これから医師になる学生に対しての支援も幅広く対応していただきたい。また少子化問題や高齢化が進む中で、地域の実情を踏まえた地域医療ニーズに対応する他、県内の不足している専門医の確保をして地域医療と各専門医師の不足を解消するための対策を進めていただきたい。
- 近い将来、このパッケージが有効だったかどうかをどのように検証するのか？検証しなければ、未来に繋がらないし、反省のしようもない。
- 経営的に残念ながら赤字です。建物、設備など老朽化しております。国あるいは県のサポートをお願いしてほしいと思います。
- 現在のような、診療科や勤務地選択が自由である限り、偏在は解消困難と考えています。
- 現状やむを得ない対策だと思います。継続的にその効果検証を行っていく必要があると思います。
- 国はもちろんのこと、地域医療確保の施策に取り組む県が真剣になって地方の大学病院と連携して地域の中核病院の支援すべき
- 今のところ、「医師偏在是正プラン(仮称)」の詳細内容も見えないので、具体的な実施要領等に関連した情報を提示してほしい。
- 今後とも地域医療機関における医師不足解消に向けた取り組みにご尽力くださるようお願いいたします。
- 根本的に誤っているのは、医師の偏在が医師自身や医療供給側だけの問題だと考え、解決策もそのみで論じている点です。経験上、医師が地方を離れる、或いは赴任しても根付かない大きな要因として、地域行政(自治体)の無理解や不策、並びに地域住民の医療に対する無知、無理解が挙げられます。
- 受け入れる側の思いを十分に汲んで、来てくれるのだと思いたいが、受け入れる側も、来てくれる側も一人一人の想いが違うので、完全にマッチングすることはない。お互いがどこまで歩み寄れるのが第一であることを周知していただきたい。
- 重点支援対象にならない地域においても医師不足の状況があるのなら、そうした中間的な地域もフォローできる対策であってほしいと思います。
- 小規模な医療施設勤務でも専門医を取得できるよう新専門医制度の見直しを速やかに進めるべき。地域卒卒業生は初期研修の後に医師不足地域に義務として派遣すべき。
- 診療科偏在の問題も医師偏在に大きく影響していると思う。また、医師少数地域では、専門医の資格存続(症例数など)が難しいという話も聞いている。資格取得・存続にも不利益にならずに診療科の偏在も見据えた、対策があると良いと思う。病院・地域内だけでは解決できない問題も多いため、国の施策に期待したい。
- 人口分布や医療ニーズを考慮した、より実効性のある医師配置基準を策定すべき。
- 人数が増えたように見えても毎年別の先生というのでは地域の患者の満足度は上がりません。受入れる側の地域の病院も研修に割けるマンパワーが足りない可能性もあります。40歳前後で地域医療を積極的に希望する医師が来てくれることが理想です。
- 全ての医師が1年程度は医師不足地域で勤務するような体制を望みます。
- 全国各大学の医療レベル、給与等を同一レベルに統一しなければ難しい。

- 卒業後の2年間の臨床研修医制度と専門医制度の見直しが必要で、地元の大学病院に卒業医が残るようにすることが重要。
- 大学地域枠や自治医大卒業生で医師偏在に対応しているのが現状であるが、今後持続可能か否か疑問の所である。セカンドキャリア医師含め、定着医を作る取り組みを希望する。
- 第8次当県医療計画でも示されているように、小児人口1万人あたりの小児科医師数は県全体では全国平均を上回るものの、一部の地区では全国平均を下回っている。当地区は特に低い小児科医指数であることから、『医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ』に盛り込まれている具体的な取組から、それを解消されることを強く希望したい。また、産科医師についても小児科医師と同様に医師の偏在がみられるため、こちらも同様に対策による解消を強く希望したい。
- 地域の実状により異なると思いますが、当地域では域内完結型医療を目指しています。その中で、診療科偏在の是正が特に課題です。診療科としては成立するのに、医師が集まらない。
- 地域医療の魅力を、広くアピールすべきと考慮する。
- 地域住民との話し合いが必要だと思います。
- 地域偏在以上に診療科偏在の方が喫緊を要すると思います(特に外科医不足)。勤務先の変更(都市部から地方へ)はすぐにでもできますが、診療科偏在は一旦専門診療科を決めると変更することは難しいので、是正するのに長い年月を要します。
- 地域枠での医師に対するいろいろな面からのバックアップを強化して地域枠の医師で良かったと思えるような制度になれば良いと思う。地域枠で地域医療を行っている医師の体験談等を高校に提供するのも良いのではないかと。
- 地域枠医師が、各都道府県の中で、既定の義務の中で、医師確保計画、キャリア支援計画の中で、一定の身分が確立された中で、例えば教職員の定期的な異動のように、必要な医療機関に配置が、より確実に出来るようになると良いのではと考えます。
- 中山間地域の病院への医師の派遣は各種制度による義務年限終了後も勤務していただける仕組みが必要と考えます。
- 中途半端な支援をすることになると問題の先送りになってしまう。それよりは市場経済に任せて国民に負担を強いるか強力な支援を行うかにしてほしい
- 当県は医師多数県に入っているが、ほぼすべての病院の医師数が足りないと感じているはずで、医師数を増やすことも同時に行うべき。
- 定年の延長をはかり、シニア医師に働く場を提供する。
- 都市部のマッチング数を減らす。希望診療科の多いところのマッチング数を減らす。
- 都道府県に関わらず、国の2次医療圏ごとの医師少数地域における支援が重要である。
- 当院のように地方の小さな病院では、条件を良くしなければ意思を確保することは困難なため、大学病院等からの派遣に頼っている。医師の要望に応えられるような対策でなければならないため、医師偏在対策全般の回答を「どちらとも言えない」とした。
- 当院は人口100万人以上の大都市型二次医療圏に位置するが、働き方改革関連規制や診療科偏在により、持続可能な医療が担保できなくなりつつある。対策パッケージの意義は理解するが、管理者要件や広域連携プログラムによる一律的な義務化で間接的に悪影響を受ける可能性があるため、慎重に検討していただきたい。
- 日本の人口が各都道府県・市区町村に偏在することと同様、医師も生活(収入)を考えれば偏在し、人口が多く生活の利便性が良い都市部に集中することはやむを得ないと考えます。そこをどのように地方に目を向けていただくのが課題と考えます。
- 美容整形へ流れるドクターの歯止めを

- 必要なへき地診療所に対しては、赤字を気にせず行政からの支援は続けるべきだと思う。公的と民間及び大学病院でそれぞれの役割を考えて医師偏在の解消につなげてほしい。
- 病院の集約化は必要と考えるが、地域によって状況が異なっている。地域医療構想会議においての討議で、結論が出ない。医師偏在をどのレベルまで許容するかのコンセンサスができていないと考える。
- 民間紹介会社の医師紹介手数料率が高率なので、一定の上限率を設けて規制を図ってほしい。
- 医学部学生時代に、過疎地での研修を経験させ、実情ややりがいを得する方法もありかと思います。
- 地域枠出身医師の活用は偏在対策には有効だと思いますが、双方の状況やニーズ等をふまえた派遣システムの構築が必要かと思います。

②今回の医師偏在総合的対策パッケージにとらわれずに、あなたの考える医師偏在対策がありましたらお書きください

- 当県では、1)サーフィンのブランドで医師を集める、2)医療 MaaS を使い、地域医療をよくする、試みがある。自治医大や、地域枠制度のとおり、へき地勤務は嫌がる医師は多い。かつては、1)期限内でのへき地勤務、2)へき地勤務の後、大病院の勤務や留学のプランで、なんとか維持できていた。ところが、医局制度の崩壊や、研修医制度で、そのまま大都市の病院に勤務できるようになった。その流れに逆らい、地域医療に勤務する医師を、増やすのは困難である。現在勤務の医師を大事にし、地域医療の魅力を引き続き、発信することが重要ではないか？なお、以前から議論のある、地域医療への義務化は、反対意見も多いが、断行せねばならぬ時に来ているのかもしれない。健康維持に留意し、元気なうちは地域医療を続けたい。
- 「医師少数市町村」として、日本の平均医師数の 4 割、5 割、6 割以下に相当する、人口 10 万対医師数 100 人以下、125 人以下、150 人以下などの設定を提案します。
- 慢性的な医師不足の自治体や病院だけで考えても、またはお金を出すようにしても根本的な解決につながらない。医師過剰地域で開業、就業する際に制限を加えとか、美容整形に進む医師に許可制度を設けて人数の制限をするなど、国が協力に進める制度改革が必要と考える。医師の働き方改革も有効だったのか、再検証が必要だと考える。民間病院との連携の強化 ・診療科を複数設置し、内科だけにこだわらず、できる診療科からスタートする。
- ある程度の強制力がなければ難しいのではないかな
- インターネットを利用した遠隔診療を認めて行くべきである。都市部ではある程度制限をかけて、医師不足の地域での利用を推進する。設置・使用費用については、国・県がサポートする。手術・高度医療の集約化はある程度必要であるが、人口 5～10 万に対し、中規模病院を確保して、診察・処置が必要な患者を診療する。保険診療については、公立・公的病院で担当することにより、医師の配置をコントロールできるのではないかな？国民は従来のフリーアクセスに慣れているが、今後は維持することが難しくなる。
- これといった妙案は見つかりません。おっしゃる通り総合的に行っていただくしかないと思います。
- どこまでマッチングできるのか。情報収集として、人間だけの判断ではなく情報収集に長けた AI の判断も考慮してほしい。
- 医学生、若年医師などに、このパッケージの有効性の評価(アンケート等で)をしてほしい。
- 医師が少ない地域での医療をかつこよく描いた映画やドラマ、書籍を国策としてどんどんつくってほしい。
- 医師さえ行ってくればという状況では地域医療の質は保証できないと思います。質の保証を何で行うかも重要な課題だと思います。その他、重点地域や医師不足地域、へき地など定義をどうするかでかなり対応が異なると思います。このあたりをしっかりと研究班を設置して国民に提示することが必要ではないでしょうか。
- 医師の妻になる女性は、医師の妻の生活とはこんなものという理想(妄想)をあらかじめ持っている人が多い。(私の妻も) 医師の生活がむしろ質素であることを広めておく。あるいは赴任した地域の女性と結婚してもらうと地域への定住が進みやすいと考える。

- 医師の絶対数が足りないのではないかと？都市部に医師が偏りすぎて、離島へき地の医師不足が出ているのではないかと。受入先(離島へき地病院・診療)として、医師に魅力ある地域づくり病院づくりに努めなければならないと考えております。
- 医師の偏在対策には経済的インセンティブを加えて、全国的なアプローチが必要であると考えます。
- 医師も人間なので、楽で給料が高い方に流れるのは自然な傾向だと思う。地方でも所得が高く負荷の少ない労働条件であれば地域医療を担ってくれる医師は少なくないだろう。学会発表や手術、検査手技等のスキルアップに使える時間を確保するなど、地方の方が生活しやすい環境を整えることが重要では無いだろうか。
- 医師を呼ぼうにも医師不足地域には既存の医療機関の施設・設備がまず古かったり壊れていたりと整っておらず、それを見て「ここで働きたい」と思う医師がいない。今回あがっている支援内容にどこまで含まれるかは不明だが、勤務する地盤を用意できる制度も手厚いと助かる。医師の紹介機会が増えても断られては意味がないため、良い地盤があって機会が活かせるようにしたい。
- 医師少数地域で勤務する医師の住民税を減額する。税控除を増額する。教育問題で田舎を嫌がる先生もいらっしゃるの、地域の教育の質を向上させる(?)訴訟対策の支援、法律の整備
- 医師先生の方々の希望先ではないかもしれませんが、一定期間は医師少数区域での勤務をしていただくのもひとつかなと。(早い勤務サイクルだと、診療を受ける患者さんも主治医が不透明になって困ることがあるかもしれませんが)
- 医師働き方改革を進めていくには、夜間救急に携わる診療科の医師の待遇を改善しないと診療科偏在はますます進んでいくと思われます。これらの診療科に政策的にインセンティブをつけない限り人は集まらないと思います。
- 科毎の定数制度と、地域における定数制度を導入しないと解決は難しい
- 学生時より地域医療を目指したくなるような、教育プログラムを充実させたり、医大に総合診療講座あるいは地域医療講座の設立を義務付け、キャリア形成をサポートしたりすることが重要だと考えます。
- 教職員のように、公職として地域に順番に派遣するべきである。
- 経済的インセンティブ、住民への啓発を含め総合診療医を増やすことが最優先
- 経済的インセンティブ。休暇が十分にとれる。移住の促進をはかる。
- 高い志を持った医学生を選択する。
- 国保直診のほとんどがこの対策の受入れ施設になります。経済的インセンティブは一定の効果はあると思いますが限定的で、継続・発展するためには国保直診の質を高めることが重要です。特に教育機能は重要で、そのための人材派遣や制度設計が必要と考えます。
- 参勤交代の導入(罰則を伴う義務化)
- 山紫水明の中で四季の移ろいを愛でる生活に小生は違和感を持っていないが、AIが人間の能力を凌駕する時代に地域医療を維持して行くのに私も具体策を持ち合わせていない。結果、全国的な地域の格差を解消するのに何らかの強制力も致し方ないかと思います。
- 私は九州地方の離島に勤務する医師ですが、釣り、ピアノなどの趣味があり、快適な島生活を送っています。このような地で医療を継続するには、＜楽しみ＞がないと医師確保は難しいと思います。＜楽しい・離島、へき地医療＞を作るのが最重要だと実感します。
- 自衛隊の医療機関を退任するが、まだ体力知力の旺盛な医師人材をスカウティングし、予備的在郷軍人化も兼ねて、地域の防災活動にも関わってもらって、自衛隊の遂行する

通信技術なども 型落ち援用させてもらって、過疎地域医療を防衛防災観点から学問化(少し、クローズドに運用)する。その反対に Ai ドクターも認める方向性も考えられる。

- 自己診療ができないため医師自身の通院等で時間を費やすので困っている。麻薬以外の処方箋が自己診療できるようにしてほしい。
- 自治医大の様な強制力のある奨学金制度。
- 自由に働いている人より給料が安くておかしいと思うので保険点数を変えて偏在地域で働く医療従事者の給料をあげてください
- 常勤医だけではなく、多数の非常勤医の協力を得て、医師のプライベートも充実をはかれるようにすることで、大都市部だけでなく、地方で働く医師が増えると考えず。どうしても、予算や人員の問題で難しいとは思いますが、協力して頂ける非常勤医師の確保の検討も必要でないかと考える。
- 診療科の偏在、とくに美容外科への過剰流入には、自費での美容外科での合併症や併発症の治療は自費で行うことを徹底するべき(同時に合併症治療に対応する限度額無制限の自費保険の加入を当該医療機関に義務付ける)これによって、ローリスクハイリターンな科でなくなるとは思いますがいかがでしょうか？自費医療の合併症の尻拭いに関して公費医療を用い大学病院で行っている例を聞きました。
- 診療科や勤務地の選択において、コントロールする機関の設置と選択におけるインセンティブを以て行われる制度が必要ではないかと考えます。
- 人口減が著しい過疎地域では診療所の統廃合も必要です。
- 専門医取得の要件にも、6 ヶ月から1年くらい医師不足地域での勤務を義務化するような要件を加えていただきたいです。
- 選ばれる病院になる必要があるのでは地域病院側も相応の努力は必要です。反面上述のように「来てくれてありがとう」が必要です。お金が最優先事項ではもちろんないですが収入は重要な条件の一つです。都会の病院では医師が一人増えるだけでその医師の年俸以上の収益が得られる病院が多いと聞きます。地方部では住民数、疾患のバリエーションなどの点からその理屈は成立しません。収入を手厚くするためには補助金などのテコ入れは必要であり、それは「その病院の経営を助けている」のではなく「その地域を守っている」というおそらく行政側の考え方が必要です。
- 総合診療の楽しさや意義について、大学のカリキュラムにもっと入れるべき
- 総合診療医の養成や活用も必須ではないかと思われる。上記に専門医について記載したが、同時に多くの診療科をまたぐ診療が出来る医師を増やすことが必要ではないかと思う。
- 大学で地域医療の大切さ、面白さをもっと教えていただき地域医療に興味を持つ学生が増えるような教育プログラムを強化することが大切と思う。
- 大学病院及び大学の関連基幹病院等へ多くの専攻医が集まるシステムが必要。合わせて大学医学部の講座に勤務する主として指導医クラスの医師(助教等)の処遇改善を行っていただき、多くの医師が大学に残ることが必要。そうした中で大学病院から適切に医師派遣が可能となり、医師偏在(地域、診療科)の解決に繋がっていくものと考えている。そのために必要な財政支援を文部科学省、厚生労働省と合わせて協同して措置いただくようお願いしたい。
- 地域では医師だけでなく事務を含めて全職種が不足している状態で経済的な対策をするのであれば全職種の給料が上がる仕組みが必要。そのためには診療報酬のインセンティブがあった方がよいと考える(1 点が 10 円以上や加算の要件緩和など)。地域で負担に感じるのは相談できる相手がいないということがありオンライン等でコンサルトできる体制があれば心理的負担は減ると考える。コンサルトを受ける基幹病院側もその件数で管理者要件が満たされるならメリットはあるのでは。
- 地域医療の魅力ややりがいを感じるための機会を積極的に設けてもらいたい。実習生や初期研修医としての地域医療に携わる機会があるが、2週間や1～2か月では時間に関りがあることから、特に初期研修医の地域医療研修(必修)は3か月程度が望ましいと考えます。
- 地域医療への貢献度を盛り込むプログラムがあれば。各県で偏在している地域を指定してそこでの勤務歴などが加味されるようになるなど

- 地域枠医師より自治医科大学卒業生は地域医療により理解があり積極的と考えます。初期研修病院はどちらも同じようなところなのでその違いは大学での教育の差でしょうか。極論ですが地域枠医師の定員を少なくして各県の自治医科大学の定員を増やしたらいかがでしょうか。
- 地方と東京・大阪の医師給与に差がなくなるようにする。地方での教育環境への配慮、保育環境整備は必須
- 地方自治体の定年制度を緩和もしくは廃止し、シニア世代の働き方を考える事はできないか？ 働き続ける意欲のあるベテラン医師の活用を希望する。
- 都市部から地方へという流れを作るには、給与・住環境等のインセンティブと、地方での医療はやりがいがあり楽しいものだというポジティブなメッセージをどんどん発信していくことが必要だと思います。
- 都市部の公益法人から複数医師のローテーション派遣
- 都道府県を越えたIターン、Uターン人事は活用できないのでしょうか？
- 熱意を持って地域医療に取り組んでも、上記理由により燃え尽きる若手、中堅医師を嫌というほど見てきました。それが証拠に、地理的、経済的条件ではまったく同様であるにも関わらず、医師が潤沢に集まる地域もあれば、来た医師、来た医師が次々と辞めていく地域もあります。これはひとえに、その地域自治体の無策と住民の意識の低さによります。まずは第一義的に、それらの考え方を改め、変えていかない限りにおいては、幾ら医療供給側のシステムを工夫しようとも、根本的な解決にはつながらないと断言いたします。小手先の制度設計や金銭で釣っても無駄です。医師は「やりがい」で動きます。こんな事を上げると元も子もありませんが、そもそも、医師の偏在を無理くりそこまでして是正せねばならぬのか、と個人的には思います。医療に限らず社会資本全般を鑑みても、今は昭和の時代ではありません。
- 偏在対策が必要な地域の診療報酬を国庫負担により手厚くする
- 当地域内地域枠の医学部生の卒後の進路を検討する分科会に参加しているが、会員が都市部地域の医師会トップや大学病院トップで構成されているため、医師少数地域のことをわが身のこととしてとらえている感じがしない。多くの会員の先生の発言からは、地域で働くことは、経済的サポートの対価で義務だ、はずれくじみたいに思っているのではと感じられることがある。医師少数区域で働き、生活することは、都会と比べると魅力はないかもしれないが、実際に働いてみるとそうではないことに気付く。一方で、都会では医師が多すぎる偏在という問題も起きていると聞く。それならば少数偏在対策の対象を、地域枠学生に限らず、医師多数地域の医師を対象とするのも良いと思う。
- 当院ではへき地医療協議会から医師派遣をいただいておりますが大変助かっているが、当然ながら人事異動があり職員が交代する。地域医療を行っていくうえでは、地域に根差した医師が必要と考えている。退職まで勤務いただける環境がつかれないものだろうか。

【付録②】調査票

「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」 への意識と意見調査

ご多忙の折に恐れ入りますが、標記の調査につきまして、ご回答にご協力いただきますようお願いいたします。

なお、回答に際しては、調査票をお送りしたメールに添付しております資料（PDF）をご覧ください
いただいた上でご回答いただきますようお願いいたします。

○提出先・問合せ先：国診協事務局（メールアドレス：chosa@kokushinkyo.or.jp）

○回答締切：令和7年3月28日（金）

所属施設名：

回答者名：

1. 医師確保計画の実効性の確保

- ① 「重点医師偏在対策支援区域」を設定し、優先的・重点的に対策を進めることについて、有効だと思いますか？

☐ 1. 有効 ☐ 2. 有効でない ☐ 3. どちらとも言えない

▼上記についてご意見がありましたらご記入ください

- ② 医師確保計画で「医師偏在是正プラン」を策定し、支援対象医療機関、必要な医師数、取組を定めることについて、有効だと思いますか？

☐ 1. 有効 ☐ 2. 有効でない ☐ 3. どちらとも言えない

▼上記についてご意見がありましたらご記入ください

2. 地域の医療機関の支え合いの仕組み

- ① 公立・公的・国立の病院管理者要件として医師少数区域での1年以上の勤務を求めることについて、有効だと思いますか？

☐ 1. 有効 ☐ 2. 有効でない ☐ 3. どちらとも言えない

▼上記についてご意見がありましたらご記入ください

- ② 医師確保計画で「医師偏在是正プラン」を策定し、支援対象医療機関、必要な医師数、取組を定めることについて、有効だと思いますか？

☐ 1. 有効 ☐ 2. 有効でない ☐ 3. どちらとも言えない

▼上記についてご意見がありましたらご記入ください

- ③ 保険医療機関の管理者要件として3年間の保険診療従事を要件とすることについて、有効だと思いますか？

☐ 1. 有効 ☐ 2. 有効でない ☐ 3. どちらとも言えない

▼上記についてご意見がありましたらご記入ください

3. 地域偏在対策における経済的インセンティブ等

- ① 医師不足地域への派遣医師・従事医師への手当を増額することについて、有効だと思いますか？

☐ 1. 有効 ☐ 2. 有効でない ☐ 3. どちらとも言えない

▼上記についてご意見がありましたらご記入ください

- ② 医師不足地域へ医師を派遣する派遣元医療機関への支援を行うことについて、有効だと思いますか？

☐ 1. 有効 ☐ 2. 有効でない ☐ 3. どちらとも言えない

▼上記についてご意見がありましたらご記入ください

- ③ 医師不足地域での医師の勤務・生活環境改善支援を行うことについて、有効だと思いますか？

☐ 1. 有効 ☐ 2. 有効でない ☐ 3. どちらとも言えない

▼上記についてご意見がありましたらご記入ください

- ④ 医師不足地域での診療所の承継・開業・地域定着への経済的支援を行うことについて、有効だと思いますか？

☐ 1. 有効 ☐ 2. 有効でない ☐ 3. どちらとも言えない

▼上記についてご意見がありましたらご記入ください

- ⑤ 全国的なマッチング機能の支援を行うことについて、有効だと思いますか？

☐ 1. 有効 ☐ 2. 有効でない ☐ 3. どちらとも言えない

▼上記についてご意見がありましたらご記入ください

- ⑥ リカレント教育の支援を行うことについて、有効だと思いますか？

☐ 1. 有効 ☐ 2. 有効でない ☐ 3. どちらとも言えない

▼上記についてご意見がありましたらご記入ください

- ⑦ 都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定締結を促すことについて、有効だと思いますか？

☐ 1. 有効 ☐ 2. 有効でない ☐ 3. どちらとも言えない

▼上記についてご意見がありましたらご記入ください

4. 医師養成過程を通じた取組

- ① 医学部地域枠の活用を促すことについて、有効だと思いますか？

☐ 1. 有効 ☐ 2. 有効でない ☐ 3. どちらとも言えない

▼上記についてご意見がありましたらご記入ください

- ② 臨床研修での広域連携プログラムを開始することについて、有効だと思いますか？

☐ 1. 有効 ☐ 2. 有効でない ☐ 3. どちらとも言えない

▼上記についてご意見がありましたらご記入ください

5. 医師偏在対策の全般について

- ① 医師偏在対策の全般に対するご意見・ご要望等がありましたらお書きください

- ② 今回の医師偏在総合的対策パッケージにとらわれずに、あなたの考える医師偏在対策がありましたらお書きください

調査にご協力いただきありがとうございました。
結果がまとまりましたら、ホームページ等で調査結果をご報告させていただきます。