

原著論文

地域医療支援病院に勤務する医師の従たる従事先に関する研究

寺裏 寛之¹, 小谷 和彦¹, 小池 創一²

1. 自治医科大学 地域医療学センター 地域医療学部門 〒329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-1

2. 自治医科大学 地域医療学センター 地域医療政策部門 〒329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-1

要 約

病院勤務医は、診療支援の目的で主たる従事先（主従事先）とは別に従たる従事先（従従事先）を有する場合がある。働き方改革の労働時間の規制は、従従事先の診療に影響することを危惧する声がある。そこで、その影響を推測するために地域医療支援病院の医師の従従事先の実態の把握を目的とした。調査は2018年の医師・歯科医師・薬剤師統計を用い、対象は病院の常勤医師（n=144383）とした。従従事先を有する医師の割合は、地域医療支援病院群（11.8%）がそれ以外の病院群（22.4%）と比較して有意に低かった。地域医療支援病院群の医師で従従事先が医師少数区域である割合は、医師少数県（17.9%）で医師多数県（10.6%）や医師中程度県（8.8%）よりも有意に高かった。地域医療支援病院群の医師の従従事先は、割合は大きくはないものの医師少数区域への医療支援を担っており働き方改革の影響を注視する必要がある。

（キーワード：医師少数区域，医師偏在，医師・歯科医師・薬剤師統計，従たる従事先，地域医療支援病院，働き方改革）

緒言

医師は都市部に偏在し、へき地では医師が不足している^{1,2}。へき地に代表される医師不足地域の医師の負担は大きく、地域に拘束される時間は長い^{3,4}。医師偏在の解消の問題と医師の労働環境の整備は並行して検討すべき喫緊の課題といえる。

我が国では、各都道府県が医師確保計画を策定し医師偏在対策に取り組んでいる^{5,6}。医師確保計画の策定にあたっては、医師の偏在を表す指標である医師偏在指標が用いられる⁵。医師偏在指標は対象となる3次医療圏・2次医療圏の医療需要、人口、医師の年齢層、性別等を考慮に入れ、全国の3次医療圏は指標の上位3分の1を医師多数県、下位3分の1を医師少数県⁷、2次医療圏も同様に指標の上位3分の1は医師多数区域、下位3分の1は医師少数区域と表現される⁷。

労働環境に関する対策は、働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律（働き方改革関連法、平成30年法律第71号）がある⁸。医師が主たる従事先（主従事先）のほかに従たる従事先（従従事先）を有する場合、働き方改革関連法では、時間外・休日労働の1年間の上限は主従事先と従従事先とを合わせて原則960時間とされ、2024年4月に適用される。病院の医師が従従事先を有する理由の

一つに、地域医療の支援があるといわれている⁹⁻¹³。労働時間は主従事先と従従事先との合算であるため、働き方改革に伴う労働時間の規制によって地域医療を支援する医師の従従事先における診療時間が制限された場合、支援先の医師確保に影響を与える可能性を危惧する声がある。

我が国の医師の従従事先に関する研究はいくつか行われているが、その報告はまだ多くはない¹⁴⁻¹⁷。例えば、従従事先を有する医師の割合は、病院の常勤医の約6割であるといった報告がある¹⁴。従従事先の労働時間を把握していると回答した大学病院の割合は約2割であるといった報告がある¹⁵。また、国が行う従従事先の調査には医師・歯科医師・薬剤師統計（以下、3師統計）がある¹⁸。3師統計は厚生労働省により2年ごとに行われ、医師はこの調査に参加し、現況を報告することが義務付けられている。しかし、3師統計の従従事先の詳細に関する設問は2018年から含まれるようになり、まだ問もない。我が国の従従事先に関する実態については、さらなる把握が求められている。

我々は、地域医療を支援する役割を担う病院の一つである地域医療支援病院¹⁹の医師の従従事先に着目した。地域医療支援病院は都道府県知事に承認され、その主な機能は、かかりつけ医からの紹介患者に対する医療の支援、医療機器の共同利用の実施、救急医療の提供、地域の医療従

事者に対する研修の実施である¹⁹。働き方改革の推進により、地域医療支援病院による被支援地域の医師確保に影響を及ぼす可能性がある。この影響について検討するには、地域医療支援病院の従事先の実態の把握が必要である。本研究では、2018年の3師統計の結果を用いて、地域医療支援病院に勤務する医師の従事先の実態を調査した。

方法

本研究は、2018年の3師統計の医師届出票に関する情報を用いて行った。医師届出票の情報について、厚生労働省に提供の申出を行い、承諾（2021年9月29日 厚生労働省発医政0929第2号、2021年11月15日 厚生労働省発医政1115第1号）を受けた。情報の内容は、年齢、性別、主業務の種別、従業務の種別、就業形態、主たる業務内容、主従事先市町村符号、従従事先市町村符号、主従事先名であった。これらを用いて、医師届出票に登録された医師を主従事先が地域医療支援病院である医師（地域医療支援病院群）とそれ以外の病院である医師（それ以外の病院群）とに分類し、それぞれの医師の属性、従従事先を保有する割合の比較、従従事先を有する場合の主従事先の医療圏と従従事先の医療圏との関係に関する検討を行った。

従事先の医療圏は、従事先市区町村符号を用い、医師多数県、医師中程度県、医師少数県（3次医療圏）、医師多数区域、医師中程度区域、医師少数区域（2次医療圏）に分類した。主従事先医療機関の種別については、地域医療支援病院のリスト（2020年9月時点）¹⁹を参考に分類を行った。

対象者は、主従事先が病院である常勤医師とした。対象の抽出には厚生労働省から提供された2018年の医師届出票の電子データ（n = 327,210）において、最初に主業務の種別で診療所または老人保健施設の勤務者、主従事先の就業形態で非常勤医師、主たる業務内容で診療以外に該当する医師（n = 154,603）を除外した（除外後；n = 172,607）。次に、勤務状況または診療科に関する情報が非回答や不明である医師（n = 14,521）と研修医（n = 13,703）とを除外した。最終的な対象は144,383人であった。

解析により得られた変数は、名義変数においては比率で表し、連続変数においては中央値（最小値-最大値）で表した。名義変数に対してはカイ二乗検定を用いて検討した。連続変数に対してはMann-WhitneyのU検定を用い

て検討した。統計解析は、IBM SPSS version 27.0（IBM, Tokyo, Japan）を用いた。全ての検定において有意水準を5%とした。

本研究は、自治医科大学倫理審査委員会の承認を得て行った（臨大21-067）。

結果

病院の常勤医師の144,383人、うち、地域医療支援病院群は52,220人（36.2%）、それ以外の病院群は92,163人（63.8%）であった。従従事先を有する医師は26,780人（18.5%）であった。

1. 地域医療支援病院群とそれ以外の病院群との比較

地域医療支援病院群とそれ以外の病院群とを比較した結果を表1に示した。男性の割合は、地域医療支援病院群（79.0%）が、それ以外の病院群（81.3%）と比較して有意に低かった。年齢の中央値は、地域医療支援病院群（41歳）が、それ以外の病院群（47歳）と比較して有意に低かった。専門医の取得割合は、地域医療支援病院群（70.3%）が、それ以外の病院群（69.3%）と比較して有意に高かった。従従事先を有する割合は、地域医療支援病院群（11.8%）が、それ以外の病院群（22.4%）と比較して有意に低かった。

2. 従従事先を有する医師の場合の地域医療支援病院群とそれ以外の病院群との比較

従従事先を有する病院医師（n = 26,780）について、地域医療支援病院群（n = 6,155）とそれ以外の病院群（n = 20,625）とに分けて比較した（表2）。専門医資格の取得割合は、地域医療支援病院群（74.8%）が、それ以外の病院群（72.6%）と比較して高かった。従従事先の施設について、診療所を従従事先にした割合は、地域医療支援病院群（32.1%）が、それ以外の病院群（26.0%）と比較して高かった。病院を従従事先にした割合は、地域医療支援病院群（57.3%）が、それ以外の病院群（64.2%）と比較して低かった。主従事先の所在地の3次医療圏別にみると、従従事先を有する割合は、地域医療支援病院群、それ以外の病院群の順に、医師多数県で36.7%、47.7%、医師中程度県で28.1%、28.6%、医師少数県で35.2%、23.7%であり、医師少数県で地域医療支援病院群が、それ以外の病院群と比較して高かった。主従事先と従従事先とが同一3次医療圏であった割合は、地域医療支援病院群、それ以外の病院群の順に、医師多数県で28.5%、34.4%、医師中程度県で22.3%、23.8%、医師少数県で26.8%、18.8%であり、医師少数県で地域医療支援病院群が、それ以外の病院群と比較して高かった。

表1 病院勤務常勤医師の勤務病院種別による属性

	地域医療支援病院群 n = 52,220	それ以外の病院群 n = 92,163	P値
男性, n(%)	41,273(79.0)	74,956(81.3)	< 0.001
年齢, 中央値(最小-最大)	41(26-91)	47(26-98)	< 0.001
専門医資格の取得, n(%)	36,710(70.3)	63,847(69.3)	< 0.001
従従事先を有する医師, n(%)	6,155(11.8)	20,625(22.4)	< 0.001
各3次医療圏の医師, n(%)			
医師多数県	19,524(37.4)	38,146(41.4)	< 0.001
医師中程度県	18,519(35.5)	30,200(32.8)	
医師少数県	14,177(27.1)	23,817(25.8)	

3. 地域医療支援病院が所在する3次医療圏別の従従事先を有する割合の比較

地域医療支援病院を所在する3次医療圏別（医師多数県・医師中程度県・医師少数県）に分類し、従従事先を有する割合と、その従従事先が医師少数区域（2次医療圏）である割合を図1に表した。従従事先を有する割合は、医師少数県、医師中程度県、医師多数県の順に、15.3%、9.3%、11.6%であり、医師少数県で有意に高かった。従従事先を有する医師に対する従従事先が医師少数区域であった割合は、医師少数県、医師中程度県、医師多数県の順に、17.9%、8.8%、10.6%であり、医師少数県で有意に高かった。

4. 主従事先の3次医療圏と従従事先の3次医療圏との関係と従従事先の施設

地域医療支援病院の所在する3次医療圏別（医師多数県・医師中程度県・医師少数県）に、主従事先と従従事先とが同一3次医療圏である場合と、別の3次医療圏である場合とに分けて比較した（表3）。医師多数県において、従従事先が病院である割合は、主従事先と従従事先が同一3次医療圏である医師（59.2%）が、別の3次医療圏である医師（65.4%）と比較して有意に低かった。医師少数県において、従従事先が診療所である割合は、従従事先が同一3次医療圏である医師（38.0%）が、別の3次医療圏である医師（28.6%）と比較して有意に高かった。

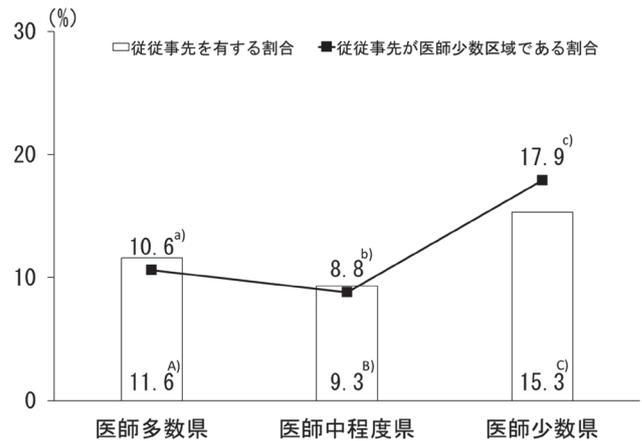


図1 地域医療支援病院群の医師の従従事先を有する割合 P値はカイ二乗検定。P<0.05; A)対B), A)対C), B)対C), a)対c), b)対c)。P=0.061; a) 対b)。

A), B), C) の割合は、対各3次医療圏の地域医療支援病院の医師数（医師多数県 n = 19,524, 医師中程度県 n = 18,519, 医師少数県 n = 14,177）。

a), b), c) の割合は、対各3次医療圏の従従事先を有する地域医療支援病院の医師数（医師多数県 n = 2,261, 医師中程度県 n = 1,729, 医師少数県 n = 2,165）。

表2 従従事先を有する病院勤務常勤医師の勤務病院種別による属性

	地域医療支援病院 n = 6,155	それ以外の病院群 n = 20,625	P値
男性, n(%)	5,002(81.3)	16,677(80.9)	0.473
年齢, 中央値(最小-最大)	41(26-88)	43(26-92)	<0.001
専門医資格の取得, n(%)	4,601(74.8)	14,973(72.6)	0.001
従従事先の施設, n(%)			
診療所	1,978(32.1)	5,356(26.0)	<0.001
病院	3,526(57.3)	13,249(64.2)	
医育機関	461(7.5)	999(4.8)	
介護老人保健施設・介護医療院	21(0.3)	523(2.5)	
その他	169(2.7)	498(2.4)	
主従事先の3次医療圏, n(%)			
医師多数県	2,261(36.7)	9,830(47.7)	<0.001
医師中程度県	1,729(28.1)	5,899(28.6)	
医師少数県	2,165(35.2)	4,896(23.7)	
主従事先と従従事先とが同一3次医療圏, n(%)	4,779(77.6)	15,874(77.0)	0.265
医師多数県	1,755(36.7)*	7,092(44.7)*	<0.001
医師中程度県	1,373(28.7)*	4,910(30.9)*	
医師少数県	1,651(34.6)*	3,872(24.4)*	

*割合の数字は、対主従事先と従従事先とが同一3次医療圏であった医師数（地域医療支援病院群；n = 4,779, それ以外の病院群；n = 15,874）。

表3 主従事先が地域医療支援病院である医師における、従従事先所在地（同一3次医療圏、別の3次医療圏）別の施設：主従事先の3次医療圏区分（医師多数県、医師中程度県、医師少数県）別

	同一3次医療圏	別の3次医療圏	P値
医師多数県の医師の従従事先施設	n = 1,755	n = 506	
診療所	547 (31.2)	142 (28.1)	0.041
病院	1,039 (59.2)	331 (65.4)	
医育機関	109 (6.2)	25 (4.9)	
介護老人保健施設・介護医療院	8 (0.5)	0 (0)	
その他	52 (3.0)	8 (1.6)	
医師中程度県の医師の従従事先施設	n = 1,373	n = 356	
診療所	410 (29.9)	105 (29.5)	0.871
病院	812 (59.1)	214 (60.1)	
医育機関	95 (6.9)	26 (7.3)	
介護老人保健施設・介護医療院	6 (0.4)	2 (0.6)	
その他	50 (3.6)	9 (2.5)	
医師少数県の医師の従従事先施設	n = 1,651	n = 514	
診療所	627 (38.0)	147 (28.6)	<0.001
病院	843 (51.1)	287 (55.8)	
医育機関	141 (8.5)	65 (12.6)	
介護老人保健施設・介護医療院	5 (0.3)	0 (0)	
その他	35 (2.1)	15 (2.9)	

考察

本研究では、地域医療支援病院に勤務する医師の従従事先の実態を明らかにした。従従事先を有する医師の全体に対する割合は約2割であった。先行研究における病院の常勤医の従従事先を有する割合は約6割であり⁹、その割合に違いがみられたが、調査時期が異なっていることもあり単純な比較はできないと考えられた。

本結果において、地域医療支援病院群の医師の従従事先を有する割合は、それ以外の病院群と比較して低かった。また、地域医療支援病院群の医師の専門医の取得割合はそれ以外の病院群よりも高かった。海外の従従事先を有する割合は14.54%と報告されており^{20,22}、その目的の多くは収入の確保であるといわれている²³。一方で、我が国の従従事先を有する理由は収入の確保に加えて¹¹、地域医療への医療支援の役割があるといわれている¹⁷。地域医療支援病院は、かかりつけ医や地域病院から患者を受け入れ、これらの医療機関を支援する役割を担う¹⁹。地域医療支援病院群の医師の従従事先を保有する理由は、その病院の役割から収入の確保だけではなく、地域医療の支援も含まれていると考えられた。また、地域医療支援病院に指定された病院は、入院患者に対して診療報酬の加算（地域医療支援病院入院診療加算）が可能である²⁴。診療報酬の面からみても、地域医療支援病院の地域医療に対して求められる役割は、単に医師を派遣することではなく、入院患者を受け入れ、加療をすることであるといえる。また、地域医療支援病院の役割は、紹介患者に対する医療の支援のほかに、救急医療の提供、地域の医療従事者に対する研修の実施という役割もあり、紹介元の医療機関よりも専門的な医療が求められる¹⁹。よって、地域医療支援病院では専門性を有する医師が必要であると考えられる。このことが地域医療支援病院群で専門医を取得した医師の割合が高かった理由と考えられた。さらに、地域医療支援病院に課せられた役割やそこに勤務する医師の地域医療への支援に対する意識が従従事先の保有の割合の低さにつながったと考えられた。また、地域医療支援病院群の従従事先を有する割合の低さは、そこに勤務する医師は主従事先である地域医療支援病院から移動する必要性が低いことや主従事先からの収入が安定しているというような就業環境と関連している可能性も考えられた。本結果では、地域医療支援病院群の男性医師の割合はそれ以外の病院群よりも低かったが、地域医療支援病院の就業環境と男性医師の割合の低さ（女性医師の割合の高さ）との関係性については今後の研究が待たれる。地域医療支援病院群の医師が従従事先を有した場合に、その従従事先は診療所である割合が高かった。このことから地域医療支援病院群の医師は地域医療を支援し、従従事先を有することで、病院と診療所との連携を円滑にする役割を担っている可能性があった。

地域医療支援病院が所在する3次医療圏別でみると、従従事先を有する割合は医師多数県で低く、医師少数県で高かった。また、医師少数県の従従事先は同一3次医療圏である場合が多かった。医師少数県の地域医療支援病院群の医師は、医師不足を補うため、従従事先で支援を行っていると考えられた。さらに、医師少数県に所在する地域医療

支援病院群の医師は、従従事先が医師少数区域である割合が高く、その従従事先は主従事先と同一3次医療圏にある診療所である割合が高かった。医師少数県の医師は、医師少数区域の診療所の医療を支えている可能性があった。労働時間の上限規制は、従従事先における医師確保が困難になる場合が懸念される。特に、医師少数県における地域医療支援病院の医師の従従事先の診療時間が制限された場合、医師少数区域の診療所の医師確保への影響が懸念された。今後、医師の働き方改革により医師少数県や医師少数区域の医師不足の格差がさらに拡大するかどうかについても含めて、地域医療に及ぼす影響を注意深く観察する必要があるだろう。

本研究の限界として、第一に、従従事先を有する理由は3師統計に含まれていないことである。第二に、3師統計の回答の際に用いられる医師届出票の従従事先の回答欄は、複数の従従事先を有する場合であっても一つである。各医療圏を従従事先にする医師数は本結果よりも増加する可能性があることに注意が必要である。

結語

地域医療支援病院群の医師の従従事先を有する割合は低かった。これらの医師は、割合は大きくはないものの従従事先として医師少数区域への医療支援を担っており、働き方改革の影響を注視する必要がある。

謝辞

本研究は、厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「医師確保計画を踏まえた効果的な医師偏在対策の推進についての政策研究（研究代表者：小池創一）」（201A1001）、「人口動態や地域の実情に対するへき地医療の推進を図るための研究（研究代表者：小谷和彦）」（211A1004）を受けて実施した。

利益相反

申告すべき利益相反はない。

文献

1. Matsumoto M, Inoue K, Bowman R, et al. Geographical distributions of physicians in Japan and US: Impact of healthcare system on physician dispersal pattern. *Health Policy* 2010; **96**: 255-61.
2. Matsumoto M, Inoue K, Farmer J, et al. Geographic distribution of primary care physicians in Japan and Britain. *Health Place* 2010; **16**: 164-166.
3. 今道 英秋, 古城 隆雄, 小谷 和彦, 他. へき地に勤務する医師は本当に地域を離れることができないのかへき地勤務医師の労働時間について考える. *へき地・離島救急医療学会誌* 2018; **16**: 16-24.
4. 宇野 史洋, 岡山 雅信, 松本 正俊, 他. 地域医療現場における自治医大と他大学卒業医師との満足度比較. *自治医科大学医学部紀要* 2003; **26**: 29-34.
5. 厚生労働省. 医師確保計画策定ガイドライン. 平成31年3月29日付 厚生労働省医政局地域医療計画課長,

- 厚生労働省医政局医事課長通知「医師確保計画策定ガイドライン及び外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドラインについて」(医政地発0329第3号 医政医発0329第6号)
6. 寺裏 寛之, 中村 晃久, 菅谷 涼, 他. 医師確保計画における都道府県の医師少数スポットの概況. *自治医科大学紀要* 2022; **44**: 1-5.
 7. 厚生労働省. 第35回医師需給文化会 参考資料3. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000665196.pdf>. [参照日2023. 3. 1.]
 8. 厚生労働省. 医師労働時間短縮計画作成ガイドライン. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000919910.pdf>. [参照日2023. 3. 1.]
 9. 小川 彰. 地域医療における大学病院の役割. *医学のあゆみ* 2009; **228**: 254-258.
 10. 中村 敬彦. 民間紹介会社における医師派遣の考え方. *病院* 2004; **63**: 1004-1006.
 11. 尾野 恭一. 大学病院から見たこれからの医局制度のあり方. *病院* 2021; **80**: 122-125.
 12. 猪飼 周平. 日本における医師のキャリア 医局制度における日本の医師卒後教育の構造分析. *社会保障研究*. 2000; **36**: 269-278.
 13. 厚生労働省. 令和3年版厚生労働白書 資料編. <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/20-2/dl/02.pdf> [参照日2023. 3. 1.]
 14. 厚生労働省. 第9回 医師の働き方改革の推進に関する検討会—医師の勤務実態について. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000677264.pdf>. [参照日2023. 3. 1.]
 15. 厚生労働省. 第88回社会保障審議会医療部会 資料1 医師の働き方改革の施行に向けた準備状況調査 調査結果. <https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000945937.pdf>. [参照日2023. 3. 1.]
 16. 厚生労働行政推進調査事業費補助金(厚生労働科学特別研究事業), 研究代表者 裴英洙「医師の働き方改革の地域医療への影響に関する調査について」. 第12回医師の働き方改革の推進に関する検討会 資料2-1. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000794595.pdf> [参照日2023. 3. 1.]
 17. 勅使川 早苗, 岩瀬 敏秀, 金森 達也, 他. 岡山大学勤務医師による非常勤勤務を通じた地域医療支援の現状調査. *岡山医学会雑誌* 2015; **127**: 13-17.
 18. 厚生労働省. 医師・歯科医師・薬剤師統計. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/33-20.html>. [参照日2023. 3. 1.]
 19. 厚生労働省. 地域医療支援病院について. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000137801_00015.html [参照日2023. 4. 14.]
 20. Johannessen KA, Hagen TP. Physicians' engagement in dual practices and the effects on labor supply in public hospitals: results from a register-based study. *BMC Health Serv Res* 2014; **14**: 299.
 21. Bayati M, Rashidian A, Zandian H, et al. Dual practice and multiple job holding among Iranian general practitioners: Rate and effective factors. *Int J Health Plann Manage* 2020; **35**: 799-807.
 22. Maciel RH, Santos JB, Sales TB, et al. Multiple job contracts of physicians in Ceará, Northeastern Brazil. *Rev Saude Publica* 2010; **44**: 950-956.
 23. Jan S, Bian Y, Jumpa M, et al. Dual job holding by public sector health professionals in highly resource-constrained settings: problem or solution? *Bull World Health Organ* 2005; **83**: 771-776.
 24. 厚生労働省. 第18回特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会 資料2 地域医療支援病院の見直しについて. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000520965.pdf> [参照日2023. 3. 1.]

A study on full-time physicians at regional medical care support hospitals working part-time at other medical facilities

Hiroyuki TERAURA¹, Kazuhiko KOTANI¹, and Soichi KOIKE²

¹ Division of Community and Family Medicine, Center for Community Medicine, Jichi Medical University

² Division of Health Policy and Management, Center for Community Medicine, Jichi Medical University

Abstract

The working hours of doctors are regulated by laws related to work style reform. Hospital physicians sometimes work part-time at medical facilities to support the staffing needs of those facilities, separate from their full-time roles at hospitals. Since these physicians' working hours are combined between full-time and part-time, medical care provision in the supported areas will be affected if part-time hours are restricted. The purpose of this study is to clarify the work situations of full-time physicians at regional medical care support hospitals. These hospitals were approved by each prefecture for the purpose of securing community medical care. The study participants were physicians registered in the statistics of physicians, dentists and pharmacists, 2018, whose main employer was a full-time hospital, and who responded with information on their work status (n = 144,383). The participants were classified as full-time physicians at regional medical care support hospitals or those working at other hospitals and compared their working situations. The proportion of physicians working part-time at other medical facilities was significantly lower among those whose full-time hospital was a regional medical care support hospital (11.8%) than among those whose full-time hospital was another type of hospital (22.4%). The proportion of regional medical care support hospital physicians working part-time at other medical institutions in areas with a small number of physicians (17.9%) was higher in prefectures with a small number of physicians than in prefectures with a medium (8.8%) or large number (10.6%) of physicians. Although the proportion of physicians working part-time at other medical facilities was not high among those whose full-time hospital was a regional medical care support hospital, it is necessary to closely observe the impact of work style reforms because these physicians are responsible for providing medical support to areas with a small number of physicians.

(Keywords: areas with a small number of physicians, distribution of physicians, part-time, regional medical care support hospital, statistics of physicians, dentists and pharmacists, work style reform)