

# 基礎研 レター

## 医師の需給バランス

医師の偏在は是正されるか？

保険研究部 上席研究員 篠原 拓也

(03)3512-1823 tshino@nli-research.co.jp

### 1—はじめに

日本では、少子高齢化が進行するなかで、医療・介護の提供について、新たな枠組みが整備されつつある。従来の医療施設中心の医療から、自宅や介護施設での生活における医療・介護ケアを充実させる地域包括ケアシステムの構築である。ただし現状では、医師について診療科と地域の2つの面で、需給バランスに課題がある。この課題について、厚生労働省は分科会を通じて検討を進めてきた。今般、その検討結果が、第4次中間取りまとめ(以下、「取りまとめ」)<sup>1</sup>として公表された。

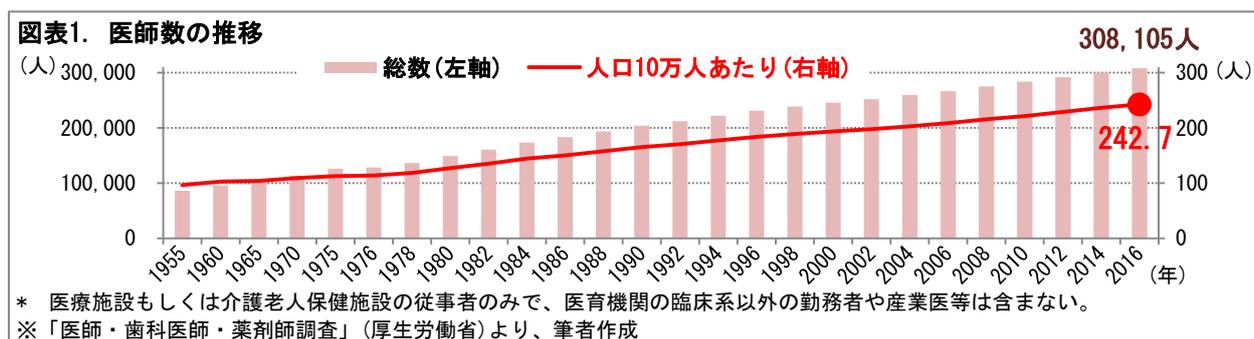
本稿では、その内容をもとに、日本の医師の配置の現状や見通しについて、みていくこととしたい。

### 2—日本の医師の現状

日本の医療では、医師不足が問題とされることが多い。まず、医師の現状について簡単にみていく。

#### 1 | 医師数は、戦後一貫して増加している

医師数の推移をみる。臨床の医師は、戦後一貫して増加し、2016年には30.8万人に達した。人口10万人あたり242.7人の医師が医療に従事している。

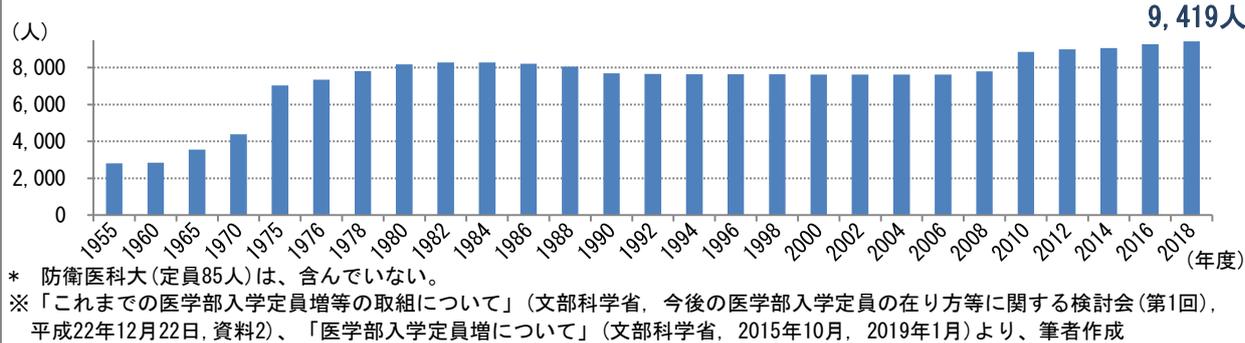


2000年代には、メディアで医療の崩壊が喧伝され、医師不足の問題が取りあげられることもあった。この時期に、医師が減少したようなイメージが広がったかもしれない。だが実際には、医師は増加している。増加の背景には、大学医学部の定員が安定的に推移し、新卒医師が着実に供給されてきたこ

<sup>1</sup> 「第4次中間取りまとめ」(医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会, 平成31年3月22日)

とが挙げられる。定員は、2010年度に大きく引き上げられた。2018年度には、9,419人となっている。

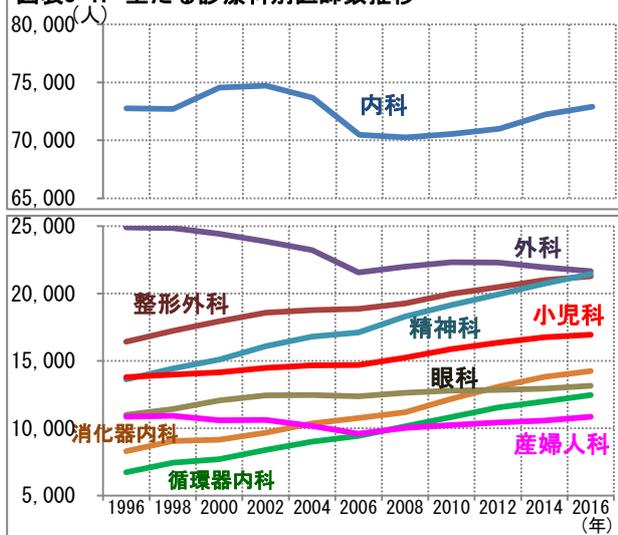
図表2. 大学医学部定員数の推移



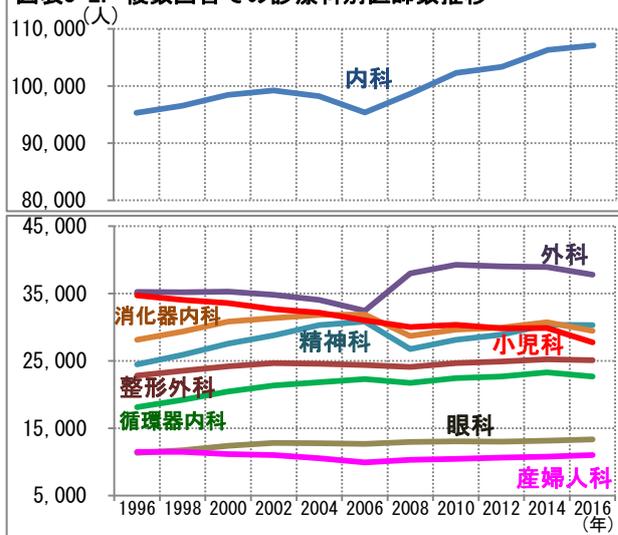
## 2 | 複数の診療科を標榜する、小児科医や産婦人科医は減少している

つぎに、診療科別の医師数の推移をみてみよう。2016年までの20年間で、主たる診療科についてみると、多くの診療科で、医師は増加している。そのなかで、外科は減少、産婦人科はほぼ横這いとなっている。複数回答でみると、これも多くの診療科で増加している。しかし、小児科と産婦人科では、減少している。背景として、乳児や幼児の患者に対する診療の安全性に、医師が懸念を持つようになり、これまで内科兼小児科としていた診療所が、内科のみを標榜するようになる、といった変化があるものとみられる。小児科や産婦人科の医師の充足が、医療体制整備の課題の1つといえる。

図表3-1. 主たる診療科別医師数推移



図表3-2. 複数回答での診療科別医師数推移



※「医師・歯科医師・薬剤師調査」(厚生労働省)より、筆者作成

## 3 — 医師偏在指標

2018年7月に成立・公布された「医療法及び医師法の一部を改正する法律」では、医師数に関する指標を踏まえて確保すべき医師数の算定、医師少数区域の設定、医師確保対策の実施体制の整備などが規定された。これを受けて、具体基準の策定等について医師需給分科会で審議が進められ、2019年3月に取りまとめが公表された。以下、その具体内容を概観していく。

### 1 | 医師偏在指標により、医療圏ごとの医師偏在度合いが数値化された

地域偏在の状況を把握するためには、地域ごとの医師の多寡を、全国ベースで比較する必要がある。

そこで、今般、つぎの「医師偏在指標」が設けられた<sup>2</sup>。

<b>図表 4. 医師偏在指標</b>	
$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数}}{\frac{\text{地域の人口}}{10万} \times \text{地域の標準化受療率比}}$	<ul style="list-style-type: none"><li>・分子は、医師の性別、年齢による労働時間の違いを全医師なみに補正した医師数。</li><li>・分母は、地域の性別、年齢による受療率の違いを全国平均に補正した人口10万人あたりの受療数。</li></ul>
※「第4次中間取りまとめ」（医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会，平成31年3月22日）より、筆者作成	

#### (1) 医療ニーズ及び人口・人口構成とその変化

一般に、高齢者の割合が高い地域ほど、医療ニーズが増す。そこで、指標の分母の「地域の標準化受療率比」において、地域の性年齢階級別の人口構成を反映することとされている。

#### (2) 患者の流出入

大都市の中心地域では、昼間人口と夜間人口が大きく異なる。また、患者が、医療圏を越えて受療することもある。これらに関して、医師数は、夜間人口（患者住所地ベース）をもとに算出されており、昼間に所在する地域での受療行動は考慮できていない。そこで、外来医療については、現実の受療行動に関するデータを参考として、患者の流出入を反映する。入院医療については、地域医療構想における推計方法を参考に、患者住所地をもとに医療需要を算出し、流出入についての実態も情報提供した上で、都道府県間等の調整を行うことで、患者の流出入を反映することが基本とされた。

#### (3) へき地等の地理的条件

へき地等は指標では、きめ細かく対応できない。このため各都道府県が、局所的に医師が少ない場所を「医師少数スポット」<sup>3</sup>として定め、医師少数区域（次ページ参照）と同様に取り扱うこととされた。

#### (4) 医師の性別・年齢分布

地域の人口のみならず、医師についても、地域ごとに男女比や年齢分布が異なる。そこで、指標の分子の「標準化医師数」において、性・年齢ごとの平均労働時間による重み付けをして、医師数を標準化することとされた。

#### (5) 指標の単位と見直しの間隔

医師偏在指標は、三次医療圏（都道府県）と二次医療圏を単位として、算出することとされた<sup>4</sup>。見直しの間隔は、医師確保計画と同様に、3年（初年度は4年）ごととされた。

## 2 | 2036年度が医師偏在是正の目標年とされた

医師の養成には、相応の時間を要する。都道府県が大学に対して、地域枠や地元出身者枠を設定する仕組みは2022年度から開始される予定であり、その医学生が医師になるのは2028年度。地域枠は義務年限を9年間とすると、その効果が最も大きくなるのは2036年度となる。そこで、第9次医療計画の終了時点（2035年度末）の医師確保状況を目標として、2036年度が医師偏在是正の目標年とされた。

<sup>2</sup> これとあわせて、次章でみるように、産科医師偏在指標と小児科医師偏在指標も設けられた。また、二次医療圏ごとに、外来医師偏在指標も設けられた。

<sup>3</sup> 医師少数スポット等における局所的な医師確保にあたっては、常勤医師派遣という選択だけではなく、複数医師での多様な連携による派遣システムや巡回診療等の体制整備、遠隔医療の活用を検討するなど、実情に応じた柔軟な運用により医療ニーズを充足していくことが適切である、とされている。

<sup>4</sup> 外来診療を担う診療所の地域偏在問題については、別途検討を行うこととされた。

### 3 | 医師偏在指標の暫定値と、それに基づく医師少数区域と医師多数区域が示された

医師偏在指標の下位3分の1を医師少数区域、上位3分の1を医師多数区域と設定することとされた。今回の取りまとめでは、暫定値(精査中)として、都道府県および二次医療圏ごとの医師偏在指標が公表された。このうち、都道府県については、つぎの表のとおり、東京、石川、山口、宮崎を別にすると、東日本で医師少数、西日本で医師多数の傾向となっている。一方、二次医療圏別にみると、一般に都市部で医師多数、農村部で医師少数となる傾向がうかがえる。

図表 5-1. 都道府県ごとの医師偏在指標 (暫定値)

都道府県			医師多数			医師少数		
都道府県	指標値	順位	都道府県	指標値	順位	都道府県	指標値	順位
北海道	222.0	28	東京	329.0	1	滋賀	243.5	16
青森	172.1	45	神奈川	231.8	23	京都	314.9	2
岩手	169.3	47	新潟	169.8	46	大阪	274.4	6
宮城	232.7	22	富山	216.2	31	兵庫	243.0	17
秋田	180.6	41	石川	270.4	7	奈良	241.1	18
山形	189.4	40	福井	230.9	25	和歌山	257.2	10
福島	177.4	44	山梨	216.4	30	鳥取	255.0	11
茨城	179.3	42	長野	199.6	38	島根	235.9	21
栃木	216.7	29	岐阜	204.7	36	岡山	278.8	5
群馬	208.2	35	静岡	191.1	39	広島	240.4	19
埼玉	178.7	43	愛知	225.3	27	山口	210.3	33
千葉	200.5	37	三重	208.8	34	徳島	265.9	8
						香川	247.8	15
						愛媛	231.0	24
						高知	254.3	12
						福岡	300.5	3
						佐賀	251.3	13
						長崎	259.4	9
						熊本	248.5	14
						大分	238.0	20
						宮崎	210.6	32
						鹿児島	229.8	26
						沖縄	279.3	4
						全国	238.3	—

※「第4次中間取りまとめ」(医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会, 平成31年3月22日)別添資料より、筆者作成

図表 5-2. 二次医療圏ごとの医師偏在指標 (暫定値)

都道府県	二次医療圏	指標値	順位	都道府県	二次医療圏	指標値	順位
東京	区中央部	759.7	1	静岡	賀茂	89.6	326
東京	区西部	508.0	2	愛知	東三河北部	87.9	327
福岡	久留米	453.3	3	茨城	筑西・下妻	87.7	328
茨城	つくば	442.9	4	茨城	鹿行	86.9	329
愛知	尾張東部	431.3	5	岩手	宮古	86.8	330
群馬	前橋	425.4	6	鹿児島	曾於	81.7	331
島根	出雲	421.8	7	山梨	峡南	81.5	332
滋賀	大津	416.9	8	北海道	日高	80.4	333
福岡	福岡・糸島	407.9	9	北海道	宗谷	79.0	334
京都	京都・乙訓	399.6	10	秋田	北秋田	69.6	335

※「第4次中間取りまとめ」(医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会, 平成31年3月22日)別添資料より、筆者作成

## 4— 医師確保計画・医師偏在対策

取りまとめによると、指標をもとに、各地域の医師の充足状況を明らかにした上で、医師確保計画・医師偏在対策がとられることとなった。その内容について、みていこう。

### 1 | 医師多数の都道府県では、他の都道府県からの医師の確保は行わないこととされた

都道府県は、医療計画のなかで医師確保計画を定め定期的に見直すこととされている。計画において、医師少数の都道府県は、医師を増やすことを基本とする。その際、医師多数の都道府県から医師の確保を図ることが望ましいとされている。一方、医師多数の都道府県は、他の都道府県からの医師の確保は行わないこととされている。

### 2 | 医学部の地域枠・地元出身者枠は別枠方式しか認めないこととされた

大学の医学部で医師を養成するにあたり、どのように定員を設置するかが問題となる。具体的には、

卒業後地元に着する確率の高い地元出身者向けの地域枠・地元出身者枠をどのように設けるかである。2008年度から、臨時定員の増員が行われてきた。

臨時定員には、一般枠とは別枠で募集定員を設ける「別枠方式」と、一般枠と共通で選抜して選抜の前後で地域枠学生を募集する「手挙げ方式」がある。手挙げ方式では、地域枠が一般枠に流用され、医師偏在対策の効果が低いとされる。そこで、取りまとめでは、別枠方式しか認めないこととされた。

### 3 | 外来医療の偏在対策のため、外来医師偏在指標が設定された

地域包括ケアシステムを実現するために、地域の外来医療の充実は必要不可欠といえる。しかし、地域によっては、無床診療所が不足するなど医療の偏在がみられる。そこで、診療所医師数について、二次医療圏ごとの「外来医師偏在指標」が設定された<sup>5</sup>。

この指標の上位3分の1は、外来医師多数区域と設定され、都道府県のホームページに掲載するなど周知することとされた。指標化による情報の可視化を通じて、開業する医師の行動変容につながることを期待されている。

### 4 | 診療科ごとに必要医師数が明確化され、産科・小児科については医師偏在指標が設けられた

診療科ごとの医師偏在対策も必要とされる。取りまとめでは、診療科ごとに、将来必要な医師数の見通しを推計した。具体的には、18の診療科について、都道府県別に、必要医師数とそれを達成するための年間養成数を計算した。2016年の医師数を維持するためや、2024年、30年、36年の必要医師数を達成するための暫定版の推計数値が示された。これらの数値は、各都道府県における医師偏在対策や、専門医制度のシーリング<sup>6</sup>の検討などへの活用が期待されている。

また特に、周産期医療や小児医療では医師が長時間労働に陥りがちなことや、これらの医療を拡充する政策的な側面を踏まえて、産科・小児科について、全体の指標とは別に、「産科医師偏在指標」「小児科医師偏在指標」が設けられた。併せて、指標の暫定値(精査中)も公表された。

**図表 6. 産科と小児科の医師偏在指標**

$\text{産科医師偏在指標} = \frac{\text{標準化産科・産婦人科医師数}}{\text{分娩件数} \div 1000 \text{ 件}}$	<ul style="list-style-type: none"> <li>・分子は、産科・産婦人科の医師の性別、年齢による労働時間の違いを全医師なみに補正した医師数。</li> <li>・分子は、小児科の医師の性別、年齢による労働時間の違いを全医師なみに補正した医師数。</li> <li>・分母は、地域の性別、年齢による受療率の違いを全国平均に補正した15歳未満の年少人口10万人あたりの受療数。</li> </ul>
$\text{小児科医師偏在指標} = \frac{\text{標準化小児科医師数}}{\frac{\text{地域の年少人口}}{10 \text{ 万}} \times \text{地域の標準化受療率比}}$	

※「第4次中間取りまとめ」(医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会, 平成31年3月22日)より、筆者作成

<sup>5</sup> 外来医師偏在指標 =  $\frac{\text{標準化診療所医師数}}{\left(\frac{\text{地域の人口}}{10 \text{ 万}} \times \text{地域の標準化外来受療率比}\right) \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合}}$  として、計算される。この計算式の分子は、診療所の医師の性別、年齢による労働時間の違いを全医師なみに補正した医師数。分母は、地域の性別、年齢による外来受療率の違いを全国平均に補正した人口10万人あたりの外来受療数に、地域の医療施設(病院と診療所)のうち診療所で外来患者を診る割合(患者数の比)を掛け算したもの。

<sup>6</sup> 2018年4月より始まった新専門医制度では、東京都、神奈川県、愛知県、大阪府、福岡県の5都府県で、原則として、各診療領域において、専攻医募集定員が過去5年間の専攻医採用実績の平均値を超えないように、採用数にシーリングを実施している。ただし、これまでの医師の増減等を踏まえ、外科、産婦人科、病理、臨床検査、総合診療科は除外されている。

図表 7. 都道府県ごとの産科と小児科の医師偏在指標（暫定値）

下位 3 分の 1

都道府県	産科医師偏在指標		小児科医師偏在指標		都道府県	産科医師偏在指標		小児科医師偏在指標	
	指標値	順位	指標値	順位		指標値	順位	指標値	順位
北海道	10.8	28	107.5	25	滋賀	11.0	24	110.5	21
青森	8.9	43	91.5	39	京都	11.8	14	140.6	3
岩手	10.7	30	92.8	37	大阪	14.1	4	110.2	22
宮城	11.7	17	98.6	30	兵庫	12.9	9	101.9	29
秋田	15.8	2	118.9	12	奈良	13.0	8	96.3	31
山形	10.9	26	107.5	24	和歌山	14.3	3	119.2	11
福島	8.8	45	92.9	36	鳥取	12.3	12	173.8	1
茨城	9.6	39	78.3	47	島根	11.3	21	115.0	16
栃木	11.8	16	93.1	35	岡山	11.6	18	120.5	10
群馬	9.9	37	115.0	15	広島	10.2	33	94.5	34
埼玉	9.3	42	79.0	46	山口	10.8	29	104.2	27
千葉	11.1	23	82.8	44	徳島	13.7	5	123.0	7
東京	18.4	1	142.4	2	香川	11.2	22	120.6	9
神奈川	13.7	6	95.1	32	愛媛	10.0	36	111.7	20
新潟	8.2	47	102.3	28	高知	9.3	41	126.9	5
富山	12.6	11	127.3	4	福岡	10.6	31	116.8	14
石川	11.6	19	117.7	13	佐賀	8.8	44	108.6	23
福井	11.8	15	122.1	8	長崎	11.5	20	114.3	18
山梨	13.3	7	125.4	6	熊本	8.6	46	105.6	26
長野	9.6	38	111.8	19	大分	10.3	32	114.9	17
岐阜	10.0	34	94.5	33	宮崎	9.5	40	85.2	43
静岡	10.9	27	85.7	42	鹿児島	10.0	35	82.7	45
愛知	12.1	13	88.4	41	沖縄	10.9	25	92.4	38
三重	12.7	10	88.6	40	全国	12.0	—	104.9	—

※「第 4 次中間取りまとめ」（医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会，平成 31 年 3 月 22 日）別添資料より、筆者作成

## 5 | 医師が少ない地域での勤務のインセンティブとなる認定制度が設けられた

医師少数区域等で勤務した医師を認定する制度が設けられた。制度の運用にあたり、医師少数区域等での業務内容、勤務期間、認定対象の勤務時期などが議論された。業務内容として、地域の患者への継続的な診療、在宅医療、地域ケア会議への参加などが示された。勤務期間は、1 年以上の継続勤務が望ましいが最低限 6 ヶ月、原則として同一医療機関に週 32 時間以上連続して勤務などとされた。勤務時期については、都道府県の医療計画で医師少数区域が定められる 2020 年度以降とされた。

なお、認定取得のためのインセンティブについては、将来に向けた検討事項とされた。たとえば、地域医療支援病院等の管理者要件として、認定医師であることを加える。認定医師により質の高いプライマリ・ケアが提供される医療機関には、税制・補助金・融資・診療報酬の評価など、経済面での優遇を行う。などの検討を行う必要があるとされている。

### 5—おわりに（私見）

地域包括ケアシステムを構築する上で、医師の需給バランスをとること、特に医師の偏在問題の是正を図ることは、避けては通れない課題といえる。今般設けられた医師偏在指標は、医師の配置の現状を数値で表すことにより、医療関係者のみならず、社会全体にこの問題への関心を高める契機となる可能性がある。この指標をうまく活用して、医師の配置を適正化することが必要となろう。

今回公表された指標は暫定値（精査中）であり、適宜見直されるものとみられる。今後も、引き続き、その動向と、医師偏在是正に向けた取り組みに注目していくこととしたい。

<sup>7</sup> 育児・介護休業法の規定に基づき短時間勤務を行っている場合は、原則として週 30 時間以上とされている。