

基礎研 レポート

医師偏在是正に向けた2つの計画はどこまで有効か(上)

複雑、多面的な調整が求められる都道府県

保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 主任研究員 三原 岳
(03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

1—はじめに～医師偏在是正に向けた2つの計画はどこまで有効か～

医師の偏在解消に向けて、都道府県による「医師確保計画」の策定が進んでおり、2019年度中に全ての計画が出揃う予定だ。計画は2018年に改正された医療法に基づいており、原則として人口20～30万人程度に区切られた2次医療圏ごとに計算された医師の偏在状況を参考にしつつ、都道府県が「医師多数区域」「医師少数区域」を設定。主に医師少数区域を対象に、医師派遣の調整などの施策を進めることで、医師の偏在を2036年度までに是正することを目指している。さらに都道府県は外来医療に関して偏在是正に努める「外来医療計画」の策定も同じく2019年度中に求められている。

では、こうした2つの計画はどこまで有効に機能するのだろうか。今回から全2回で2つの計画の論点と今後を占う。(上)は医師確保計画について、概要や目的、施策の進め方などを解説し、医師の偏在を巡る現状が可視化された点を評価する。さらに病床数のコントロールを目指す「地域医療構想」、残業時間の上限を設ける「医師の働き方改革」と併せた三位一体の必要性が論じられているほか、医療行政に関する都道府県の役割を大きくする「医療行政の都道府県化」と関連付けられており、こうした他の制度改正とリンクしている点も考察し、都道府県が複雑かつ多面的な調整を求められている点を指摘する。

その一方、民間中心の医療提供体制の下、行政がダイレクトに統制することが想定されておらず、関係者の合意形成や自主的な対応に力点を置いた点を指摘する。その上で、医師確保計画が病床数をコントロールする『「地域医療構想」の医師版』としての側面を持っている点を考察し、病床と比べて移動しやすい人間（医師）を対象とする医師確保計画の難しさを論じる。

(下)では「外来医療計画」の概要や内容を考察した上で、開業規制に繋がることを危ぶむ声が出ている点を紹介し、今後の方向性を占う。

2—医師確保計画とは何か

1 | 計画の目的

まず、医師確保計画の目的や概要を考える。医師の偏在を是正するため、2018年の通常国会では表1の通り、医療法など関連法が改正されており、医師確保計画は(1)～(3)、(下)で述べる外来医

療計画は(4)に該当する。

表1：医師偏在是正に関して、2018年通常国会で成立した関連法の内容

- (1) 医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設【医療法】
 - 医師少数区域等における一定期間の勤務経験を通じた地域医療への知見を有する医師を厚生労働大臣が評価・認定する制度の創設
 - 当該認定を受けた医師を一定の病院の管理者として評価する仕組みの創設
- (2) 都道府県における医師確保対策の実施体制の強化【医療法】
 - 都道府県がPDCAサイクルに基づく実効的な対策を進めるための「医師確保計画」の策定
 - 都道府県と大学、医師会などが必ず連携することなどを目的とした「地域医療対策協議会」の機能強化
 - 効果的な医師の配置調整等のための地域医療支援事務の見直しなど
- (3) 医師養成過程を通じた医師確保対策の充実【医師法、医療法】
 - 医師確保計画との整合性を図る観点に立ち、医師養成過程を見直すことで、各過程における医師確保対策を充実
 - 医学部：都道府県知事から大学に対する地域枠・地元出身入学者枠の設定・拡充の要請権限の創設
 - 臨床研修：臨床研修病院の指定、研修医に関する募集定員の設定について、国から都道府県に権限移譲
 - 専門研修：国から日本専門医機構などに対し、必要な研修機会を確保するよう要請する権限の創設。都道府県の意見を聴いた上で、国から日本専門医機構などに対し、地域医療の観点から必要な措置の実施を意見する仕組みの創設など
- (4) 地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応【医療法】
 - 外来医療機能の偏在・不足等の情報を可視化するため、二次医療圏を基本とする区域ごとに外来医療関係者による協議の場を設置
 - 夜間救急体制の連携構築など地域における外来医療機関間の機能分化・連携の方針と併せて協議・公表する仕組みの創設

出典：厚生労働省資料を基に作成

さらに医師確保計画について、厚生労働省は2019年3月に「医師確保計画策定ガイドライン」(以下、ガイドライン)を各都道府県に通知しており、以下はガイドラインを基に議論を進める。ガイドラインによると、これまで地域ごとの医師数の比較で使われていた「人口10万人対医師数」は医師数の多寡を統一的・客観的に把握する「物差し」として機能していないとし、データに基づいた医師偏在対策が必要と指摘。その上で、各都道府県が2019年度中に「医療計画」¹⁾の一部として「医師確保計画」を策定し、2036年を最終ゴールとして偏在是正に取り組む必要性を強調した。さらに、▽最初の計画期間は2020年度から始まる4年間とする、▽2024年度以降の次期計画から3年ごとに見直す——といった方針が示されている。

なお、最終的な目標が2036年になっているのは全国ベースの医師需給が絡んでいる。現時点では労働時間を週60時間程度に制限した場合、2020年度の医学部入学生が臨床研修を終了する2028年頃に、医師需給は約35万人レベルで均衡すると推計されている。一方、医師の育成には約10年を要する上、後述するような医師確保計画に基づく対策が効果を示すのは10年以上の歳月を要すると見られており、2036年に目標年限が設定された。

さらにガイドラインでは、①人口的にボリュームが大きい「団塊の世代」が75歳以上となる2025年に向けて、主に病床数のコントロールを目指す「地域医療構想」²⁾、②残業時間の上限を設ける「医

¹⁾ 医療計画とは、病床過剰地域における上限設定を目的に、都道府県が6年サイクルで改定する。殆どの都道府県が2018年度から新計画を移行させており、2017年3月までに各都道府県が策定した「地域医療構想」の内容を取り込んだ。

²⁾ 地域医療構想については、過去の拙稿レポートを参照。2017年11～12月の4回連載「[地域医療構想を3つのキーワードで](#)

師の働き方改革」——とのリンクを強調しており、「三位一体として、統合的に議論を進めることが重要」との考え方を示した³。

2 | 医師確保計画を理解する3つのキーワード

医師確保計画を理解する際、ポイントとなるキーワードは「医師偏在指標」「医師少数区域・医師多数区域」「目標医師数」の3つである。まず、医師偏在指標は地域における医療需要に対する医師の過不足を可視化しようとしており、計算式は表2の通りである。具体的には、①医療需要、人口・人口構成と変化、②患者の流入、③へき地などの地理的条件、④医師の性別・年齢分布、⑤医師偏在の種別（区域、診療科、入院／外来）——の5つの要素を考慮し、医療需要と医師の必要数を一定の計算式で予測し、医師不足の状況と地域の偏在を明らかにしようとしている。

表2：医師偏在指標の計算式の概要

医師偏在指標	標準化医師数		性年齢階級別医師数ごとに 労働時間を加味した標準的な医師数
	$\frac{\text{地域の人口}}{10万}$	\times 地域の標準化 受療率比	性年齢階級別人口ごとの受療率を 加味した標準的な受療率

出典：厚生労働省資料を基に作成
注：地域の標準化受療率比については、無床診療所における需要や入院需要を加味するなど計算式が詳細に決まっているが、ここでは概要にとどめる。

これには従来、医師偏在で使われていた人口対10万人医師数が実態を反映していないという反省がある。例えば、今回の医師偏在指標は医療需要との兼ね合いを考慮しており、人口の高齢化率が高かったり、患者の流入が多かったりする場合、医師偏在指標が低くなる、つまり医師不足の度合いが大きく出る設定になっている。さらに、医師の年齢も加味するため、医師の高齢化率が高い地域では、やはり医師偏在指標が低くなるため、従来よりも医師の供給、医療需要ともに実情を反映しやすくなったと言える。

3 | 医師少数区域、医師多数区域

2つ目のキーワードである「医師少数区域・医師多数区域」は偏在指標に基づいて指定される。具体的には、医師偏在指標に基づき、下位3分の1に位置する2次医療圏を「医師少数区域」、上位3分の1に入る2次医療圏を「医師多数区域」に設定し、医師少数区域は医師の増加を基本方針とする。さらに、きめ細かい運用が可能となるように、2次医療圏よりも小さい単位で局所的に医師が少ない地域を「医師少数スポット」に設定できるとしている。

つまり、都道府県が医師確保計画の策定を通じて、2次医療圏を「医師少数区域」「医師多数区域」「どちらにも属さない区域」「医師少数スポット」といった形で分けし、医師の確保に努める区域を可視化できるようにしたわけだ。

このほか、3次医療圏の圏域と重複する都道府県区域についても、上位3分の1にランクする「医

[読み解く](#)、2019年5~6月の2回連載「[策定から2年が過ぎた地域医療構想の現状を考える](#)」（いずれもリンク先は第1回）、2019年10月31日「[公立病院の具体名公表で医療提供体制改革は進むのか](#)」、2019年11月1日「[『調整会議の活性化』とは、どのような状態を目指すのか](#)」を参照。

³ なお、厚生労働省は三位一体の改革を通じて、「どこにいても質が高く安全で効率的な医療」を2040年に実現することを目指すとしている。2019年5月31日経済財政諮問会議、根本匠厚生労働相提出資料を参照。

師多数都道府県」、下位 3 分の 1 に位置する「医師少数都道府県」を指定するとしており、その上でガイドラインは下記のように定めている。

- ・ 医師少数都道府県及び医師少数区域については、医師の増加を医師確保方針の基本とする。
- ・ 医師の少ない地域は医師の多い地域から医師の確保を図ることが望ましく、医師の多寡の状況について場合分けをした上で医師確保の方針を定める。

要するに、可視化された医師偏在のデータをベースにしつつ、医師多数都道府県→医師少数都道府県、医師多数区域→医師少数区域という流れに誘導することで、医師の偏在を是正しようとしている。

4 | 目標医師数

3 番目の「目標医師数」は偏在是正に必要な医師数を意味しており、2020 年度からの 4 年間で、医師少数区域が下位 3 分の 1 から脱却するまでに必要な医師数を明示するのが目的。言わば、下位 3 分の 1 に区分された「医師少数地域」を対象に、計画期間中に確保されるべき医師数と言える⁴。

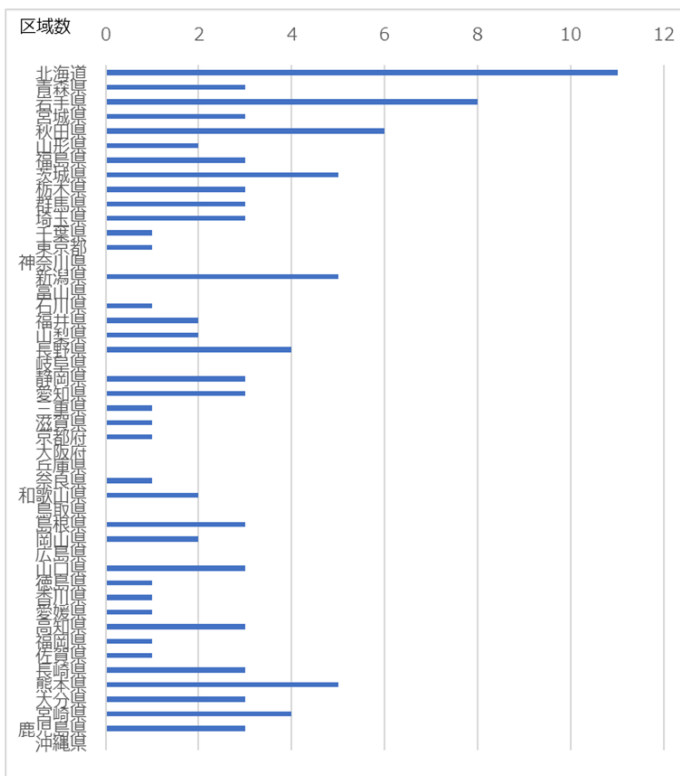
5 | 偏在を巡る状況

偏在を巡る状況については、厚生労働省が 2019 年 3 月、医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会による「第 4 次中間取りまとめ」時点で暫定値を公表している。

その後、幾つかの都道府県の医師確保計画案を見ると、暫定値と異なる数字が記載されており、医師確保計画の策定に際して、都道府県に最新データが内示されている様子である。しかし、管見の限り、都道府県に内示された数字の一覧を確認できなかったため、以下は 2019 年 3 月時点の暫定値をベースに議論を進める。

まず、医師少数区域に指定された 112 区域の都道府県別内訳は図 1 の通りである。最も多かったのは北海道であり、11 区域が該当した。以下、2 位は岩手県の 8 区域、3 位は秋田県の 6 区域であり、神奈川県、富山県、岐阜県、大阪府、兵庫県、鳥取県、広島県、沖縄県はゼロだった。こうした傾向を見ると、全体的に「東高西低」の様子が分かる。

図 1：都道府県別に見た医師少数区域の数



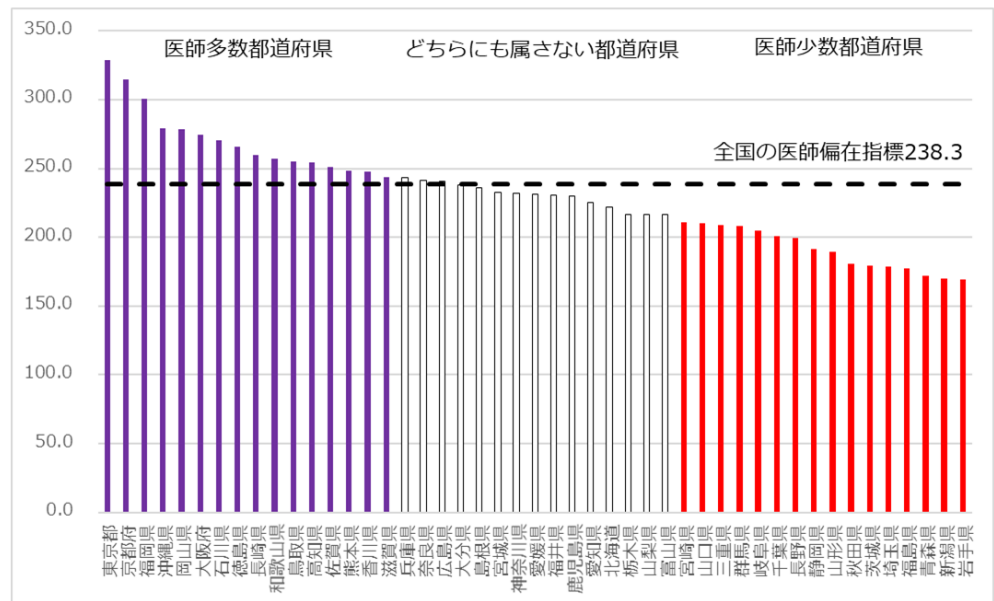
出典：厚生労働省資料を基に作成
注：2019年3月に公表された暫定的な数値を用いた。

⁴ なお、目標医師数とは別に「必要医師数」という言葉も作られた。これは医師の偏在是正のゴールとされる 2036 年時点で医師偏在指標が全国値と等しくなる医師数を指す。

さらに、都道府県別データの暫定値は図2の通りである。こちらも今後、変動が有り得るが、東京都や京都府など16都府県が「医師多数都道府県」に、岩手県や新潟県など16県が「医師少数都道府県」とされ、15道県がどちらにも属さない形となった。

詳細な議論については、各都道府県の医師確保計画が出揃った時点で、考察することにして、このように可視化された地域のうち、医師少数都道府県や医師少数区域が医師偏在対策を進める主なターゲットとなる。

図2：医師偏在指標に基づく都道府県の現状の可視化



出典：厚生労働省資料を基に作成
注：2019年3月に公表された暫定的な数値を用いた。

3—医師確保計画に基づく施策

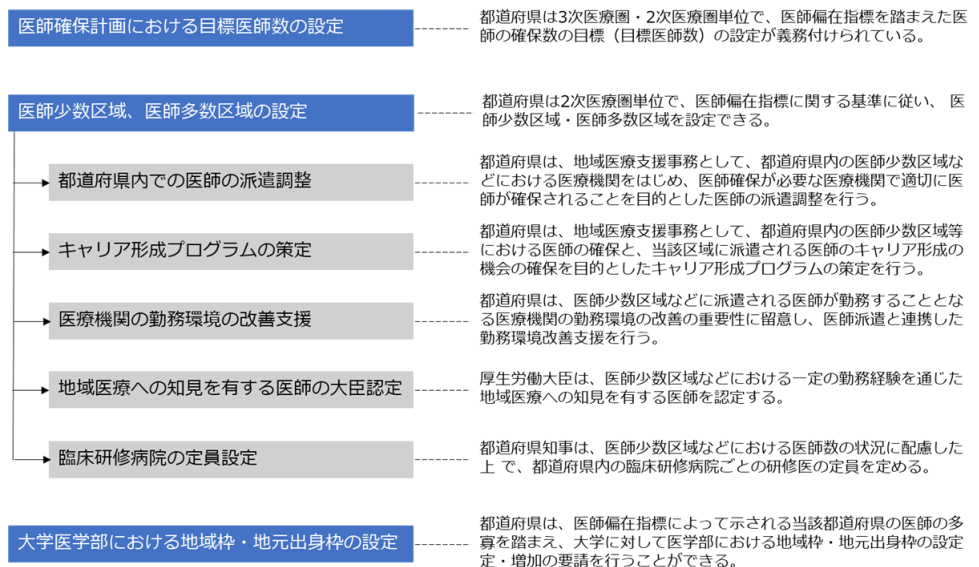
1 | 主な3つの施策

では、このように可視化された偏在を是正するため、どのような対応策が想定されているのだろうか。厚生労働省は図3の通り、「医師偏在指標を活用した医師偏在対策」を例示しており、いくつかの政策が想定されている。

このうち、ガイドラインは①都道府県内における医師の派遣調整、②医学部における「地域枠・地元出身枠」の設定、③キャリア形成プログラムの策定・運用——という3つの施策を特筆し、①③は短期的に効果を得られる施策、②の地域枠・地元出身枠を長期的な施策として挙げている。

以下、3つの施策について述べ、その後に他の施策も取り上げることとする。

図3：医師偏在指標を活用した医師偏在対策



出典：厚生労働省資料を基に作成

2 | 主な3つの施策①～都道府県内の派遣調整～

都道府県内の派遣調整とは、大学の医学部や大学病院などから派遣される医師の調整を指す。具体的には、都道府県、大学、地元医師会、主要医療機関などで構成する「地域医療対策協議会」を中心とした調整を想定しており、ガイドラインでは医師少数区域で常勤する医師の派遣だけでなく、ローテーションを組んで複数の医師が医師少数区域で交代勤務する方策も例示している。

3 | 主な3つの施策②～地域枠・地元出身枠～

地域枠とは地域医療に従事する医師を確保するため、都道府県が大学医学部の学生に対して奨学金などを貸与する仕組み⁵。厚生労働省が2018年7月に策定した「キャリア形成プログラム運用指針」（以下、運用指針）では「大学医学部において、卒業後に一定期間、都道府県内で医師として就業する意思を有する学生を選抜するための各種制度の総称」と定義されており、奨学金の返済を免除する代わりに、地域での勤務を義務付けるケースが多い。文部科学省の調査⁶によると、全都道府県が導入、全70大学で実施されており、厚生労働省の調査⁷によると、2018年現在の募集数は計1,179人、プログラム数は133に及ぶという。

これに対し、地元出身枠とは大学と出身地が同じであることを主な要件とする。ガイドラインは地元出身者枠について、特定の地域で診療義務を課しているわけではないため、区域間の偏在是正には効果を期待できないが、「都道府県間の偏在を是正する機能がある」と位置付けつつ、地域枠、地元出身者枠の設定が長期的な施策として効果を期待できると強調した。

その上で、ガイドラインは表1で示した改正医療法に基づき、都道府県知事が地元大学に対し、地域枠・地元出身枠の設置、増員を要請する権限が設けられている点に触れ、都道府県が大学医学部に働き掛ける必要性を示した。

4 | 主な3つの施策③～キャリア形成プログラムの策定・運用～

3番目のキャリア形成プログラムの策定・運用とは、都道府県が地元大学の医学部や医療機関などと連携しつつ、地域に根付いてくれる医師を育成する仕組みを指しており、医師の育成段階から定着に結び付けようという狙いがある。

運用指針はキャリア形成プログラムの主な対象として、①都道府県が修学資金を貸与した地域枠の医師、②市町村、大学などが修学資金を貸与した地域枠の医師、③自治医科大学を卒業した医師——などを示している。

その上で、ガイドラインや運用指針では、都道府県が地域医療対策協議会と協議しつつ、キャリア形成プログラムを策定したり、キャリア形成支援の中心となる医療機関を指定したりとしている。

⁵ 現在、地域枠の手法は様々であり、①一般枠と別枠の募集定員を設ける「別枠方式」、②一般枠と共通で選抜して事前または事後に募集する「手挙げ方式」——に大別される。このうち、前者は地域枠の選抜を先立って実施する「先行型」、試験を同時に実施する代わりに地域枠の学生を別枠で採用する「区別型」に分かれる、さらに一般枠と共通で選抜する手挙げ方式についても、事前に願書などに記入させる「事前型」、入学後に地域枠の学生を募集する「事後型」に分かれる。2020年度から別枠方式に統一される。

⁶ 文部科学省資料「大学における地域枠等の導入状況（平成30年度）」。

⁷ 2018年11月28日、医療従事者の需給に関する検討会第24回医師需給分科会資料。

5 | その他の施策

上記のほか、医師確保計画の推進に際しては、いくつかの施策が想定されている。例えば、ガイドラインは地域医療介護総合確保基金に言及している。同基金は消費税引き上げ分を充当した補助金であり、医療分は地域医療構想に基づく病床再編や在宅医療の充実に加えて、医師など医療従事者の確保に使えることになっている⁸が、ガイドラインは「医師少数都道府県や医師少数区域における医師の確保に重点的に用いられるべき」として、配分の見直しを進めるとしている。

さらに、ガイドラインは医師の勤務環境改善の重要性に加えて、自治体が大学医学部に寄付講座を設置することで、地域に派遣する医師を拡大する可能性にも触れている。

このほか、医師確保計画の推進に際しては、いくつかの施策が絡んでおり、この中には表1や図3で触れた法改正の事項も含まれている。以下、①臨床研修病院の指定権限移譲、②地域医療対策協議会の機能強化、③医師少数区域で働く医師に対するインセンティブ制度——の3つを述べる。

まず、①に関しては、臨床研修病院の指定権限が国から都道府県に移譲された。この結果、国が年間の入院患者や指導医の数などについて、臨床研修病院の指定基準を設定し、これに沿って都道府県が地域医療対策協議会の意見を聞きつつ指定する形に変わった。さらに、国は臨床研修病院の定員について、都道府県ごとに上限を設定し、都道府県が個別病院の定員を設定する。

次に、②は地域医療対策協議会の役割を明確にする内容。先に触れた通り、地域医療対策協議会は都道府県、大学、地元医師会、主要医療機関などで構成しているが、これまで具体的な役割が明確にされていなかった。そこで、改正医療法を踏まえて、2018年7月に示された「地域医療対策協議会運営指針」では、地域医療対策協議会の役割が「計画内に記載された具体的な医師確保対策を実施する上での関係者間の協議・調整を行うための場」と定義されるとともに、キャリア形成プログラムの内容や医師の派遣調整、派遣医師の負担軽減策、地元大学における地域枠設定、既述した臨床研修病院の指定や臨床研修医の定員設定などの役割が明示された。さらに、地域医療対策協議会で協議に基づいて、都道府県が医師偏在対策を進める旨も法律で明記された。

③に関しては、医師少数区域で働く医師に対するインセンティブ制度である。具体的には、医師少数区域などで半年以上勤務した医師を厚生労働省が認定し、医師の派遣機能を有する病院の管理者の要件とする。さらに認定に際しては、▽患者の生活状況を考慮し、幅広い病態について継続的な診療、保健指導を行う業務、▽他の病院や医療機関、介護・福祉サービス提供者との連携、▽地域住民に対する健康診査、保健指導など地域保健に関する業務——を必須とする。

これとは別に、医師少数区域で働いた医師に対する経済的なインセンティブも検討するとしている。その一環として、厚生労働省は2020年度税制改正要望に際して、医師少数区域に所在する医療機関を対象とした不動産取得税、固定資産税の優遇措置創設などを求めたが、現時点では創設が見送られており、今後の課題となっている。

4——産科、小児科に特化した医師確保計画の策定

ガイドラインは都道府県に対し、産科と小児科について特記した医師確保計画の策定も都道府県に

⁸ 医療分と介護分の2種類があり、2020年度予算案の医療分は国、地方合わせて1,193億6,600万円。本文で触れた3つの使途区分に加えて、医師の働き方改革に充当することになった。

促している。2つの診療科の医師不足は深刻であり、他の診療科との区別も付けやすいため、ガイドラインでは暫定的に医師偏在指標を示すことで、地域偏在対策を講じるとしている。

その方法論は原則として医師確保計画と同じであり、分娩数や年少人口、医師の性別・平均労働時間などを加味した上で、医療需要と医師の供給数を考慮した偏在指標を設定する。その上で、下位3分の1を「相対的医師少数都道府県」「相対的医師少数区域」と呼称し、計画終了時の産科・小児科における医師偏在指標が下位3分の1に達する医師数を産科、小児科における「偏在対策基準医師数」とし、産科と小児科の専門医の確保を促すとしている。

表3：医師確保計画策定ガイドラインに盛り込まれた産科医、小児科医の偏在是正策

<p>①医療提供体制など見直しのための施策</p> <ul style="list-style-type: none">● 集約化・重点化などを通じて、施設・設備の整備、改修、解体を要する医療機関に対する配慮● 集約化・重点化などを通じて、医療機関までのアクセスに課題が生じた場合の移動手段の確保滞在などについての支援● 医療機関までのアクセスに時間がかかる地域への配慮● 小児科医師以外の小児の休日・夜間診療への参画に対する支援● 小児の在宅医療に関する病診連携体制の運営支援 <p>②医師の派遣調整</p> <ul style="list-style-type: none">● 相対的医師少数区域へ勤務することに対するインセンティブなどの付与● 地域での短期間勤務による頻繁な移動や転居に対する配慮● 寄付講座の設置● 医師を派遣する側の医療機関に対する支援● 専攻医が相対的医師少数区域をローテーションすることに対する支援 <p>③産科医師、小児科医師の勤務環境を改善するための施策</p> <ul style="list-style-type: none">● 余裕のあるシフトを確保するための複数医師の配置、チーム医療の推進、交代勤務制の導入、連続勤務の制限など● 子育てへの配慮など産科、小児科で比較的多い女性医師への支援● 助産師へのタスクシフトを意識した院内助産の推進● 医師業務のタスクシフトを進めるために必要な看護師、助産師、臨床心理士、事務補助など人員の確保に対する支援 <p>④産科医師、小児科医師の養成数を増やすための施策</p> <ul style="list-style-type: none">● 医学生に対する積極的な情報提供、関係構築を実施し、診療科選択への動機付けを実施。● 新生児医療については、小児科専攻医を養成する医療機関において、新生児科（NICU）研修などの必修化の検討● 研修実施に対するインセンティブ、診療科枠の制限をかけた医学生に対する修学資金貸与、指導医に対する支援、勤務環境改善など
--

出典：厚生労働省資料を基に作成

施策の進め方として、ガイドラインは表3の通り、①医療提供体制など見直しのための施策、②医師の派遣調整、③産科医師、小児科医師の勤務環境を改善するための施策、④産科医師、小児科医師の養成数を増やすための施策——の4つを挙げている。このうち、②と④は医師確保計画と共通しているが、①と③は具体的かつ踏み込んだ内容と言える。例えば、①は地域医療構想を含めた医療機関の再編・統合に繋がるような内容であり、③は医師から他の専門職に業務・権限を移譲する「タスクシフト」に言及している。

これらの点は産科、小児科に限らず、医師確保を総合的に考える上では重要であり、医師不足と偏在が深刻な産科医、小児科医に関して先行的に言及されたと言えるかもしれない。地域医療構想との関係性やタスクシフトの問題については、この後に触れることとする。

なお、ガイドラインは「相対的」とした理由について、相対的な医師の多寡を表していることを理解してもらうためと説明している。さらに、相対的医師多数都道府県と相対的医師多数区域を設定しなかった点に関しては、「これまでに医療圏を超えた地域間の連携が進められてきた状況に鑑み、仮に

産科医師又は小児科医師が多いと認められる医療圏を設定すると当該医療圏は産科医師又は小児科医師の追加的な確保ができない医療圏であるとの誤解を招くおそれがある」としている。

では、こうしたガイドラインを基に、どんな医師確保計画が作られようとしているのか。既に医師確保計画の素案が公表され始めており、一般から意見を募る「パブリック・コメント」などの手続きに入っている。ここでは、医師確保計画を理解する上で必要な3つのキーワード、つまり「医師偏在指標」「医師少数区域・医師多数区域」「目標医師数」を中心に、暫定値の時点で医師少数区域が最も多かった北海道の事例を取り上げることで、医師確保計画のイメージを具体的に考えることとする⁹。

5— 医師確保計画の事例～北海道の素案～

まず、北海道の医師確保計画素案は計画対象区域を2次医療圏や地域医療構想の「構想区域」と同様、21区域に設定した上で、2次医療圏の医師偏在指標をベースにして、上位3分の1に相当する2区域を「医師多数区域」とした。その一方、下位3分の1に位置する11区域を「医師少数区域」、残りの8区域を「医師少数でも、医師多数でもない区域」として、「医師中間区域」と位置付けた。いずれも厚生労働省が詳細な医師偏在指標を確定させていないため、暫定的な区分や数値としているが、半数近くの区域で医師確保に取り組む必要性が示された形だ。

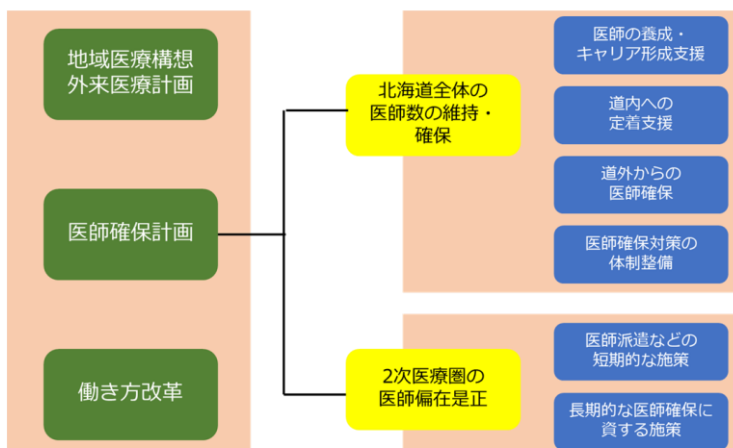
次に、医師少数区域とされた11区域における目標医師数は表4の通りである。こちらも暫定的な試算値とされており、変動が想定されるが、目標医師数とともに、追加で必要な医師数のイメージを理解できる。つまり、偏在指標で可視化された目標医師数と現状を比較することで、追加的に確保すべき医師数として合計129人と算出できる¹⁰。なお、局所的に設定できる「医師少数スポット」に関しては、「道全体の施策を推進する中で対応する」として、北海道の計画素案では設定していない。

表4：北海道の医師少数区域における目標医師数

単位：人	策定時点 医師数 (A)	目標 医師数 (B)	追加目標 医師数 (B-A)
宗谷	59	78	19
北渡島檜山	48	58	10
根室	72	93	21
北空知	51	63	12
富良野	50	63	13
日高	64	73	9
北網	334	366	32
遠紋	99	99	0
南檜山	29	29	0
釧路	396	409	13
南空知	266	266	0
合計	1,468	1,597	129

出典：北海道医師確保計画素案を基に作成
注：素案公表時の暫定値。

図4：北海道の医師確保計画素案に盛り込まれた医師偏在対策のイメージ



出典：北海道医師確保計画素案を基に作成

⁹ 紙幅の都合上、今回のレポートでは産科・小児科の医師確保計画は詳しく論じない。

¹⁰ ただ、素案では差分の合計である129人が記載されていない。

その上で、目標医師数をクリアする方策として、図4の通りに「地域医療構想・外来医療計画」「医師確保計画」「働き方改革」の三位一体に言及するとともに、「北海道全体の医師数の維持・確保」「2次医療圏の医師偏在是正」に区分しつつ必要な施策を挙げている。

前者では、医師の養成・キャリア形成支援として、地域枠制度の安定的な運用や若手医師へのアプローチ強化、病児病後保育など勤務環境の改善、道外からの医師確保に向けた体験実習や情報発信などを例示した。

後者の2次医療圏の医師偏在是正では、医師派遣や地域枠制度の改善などを短期施策として挙げ、長期施策では▽中学生などを対象とした医療体験学習会の開催、▽幅広い病気やケガに対応する「総合診療医」の養成、▽地域枠制度の貸付維持——などを列挙した。

今後、こうした医師確保計画の策定作業が各都道府県で進んでおり、2020年3月までに揃った後、2020年度から医師偏在是正の動きが本格化することになるが、今回の取り組みをどのように評価すればいいのだろうか。以下、私見を交えつつ、先行きを占うことにしたい。

6——医師確保計画の評価(1)～実効性を伴うか～

1 | これまでの医師偏在是正策

医師や医療機関の偏在について、古くは戦前、戦後でも1960年代頃から問題視されていたが、現在に繋がる議論は2004年度に導入された新臨床研修制度に遡る。この制度は特定の専門領域に限らず、幅広い分野の専門研修を義務付けるとともに、希望に基づいて研修医と研修病院を組み合わせるマッチングシステムも導入された。この結果、以前は大学の医局が割り振った病院で研修を受けるのが普通だったが、多くの研修医が都市部の民間病院を選択するようになった。

一方、大学も研修体制の充実が求められるようになり、医局から派遣していた医師を病院から引き揚げたため、残された医師の労働環境が悪化。負担増を避けるために開業したり、病院を辞めたりする医師が続出し、残された病院勤務医の負担が一層増える悪循環となった。当時、この現象は「立ち去り型サボタージュ医療崩壊」¹¹などと呼ばれた。

そこで、政府は2008年度以降、医学部の入学定員を臨時的に増加させたほか、2006年の医療法改正で各都道府県に対して地域医療対策協議会の設置を義務付けたが、偏在が是正されているとは言い難い。さらに、都道府県自身も地域枠を通じた医師確保に取り組んできた¹²が、2012年4月～2017年3月までの間、7県が一度も開催していないなど、取り組みにバラツキが見られたため、「患者の医療アクセスの向上、医師の勤務負担の軽減等の観点から、これまで以上に実効性のある医師偏在対策が早急に求められている」¹³として、全国単位で偏在是正に取り組むことになった。

2 | 可視化など実効性を重視した今回の取り組み

では、今回の取り組みについて、どんな意味合いを持っていると評価できるだろうか。まず、医師偏在指標や目標医師数など医師偏在を巡る現状が一定の基準で可視化された意味合いは大きい。

¹¹ 当時の様子については、小松秀樹（2006）『医療崩壊』朝日新聞社を参照。

¹² 都道府県の取り組みについては、2018年2月19日『日経グローバル』No. 334に詳しい解説が出ている。

¹³ 加藤勝信厚生労働相の答弁。2018年4月17日、第196回国会参議院厚生労働委員会。

もちろん、こうした指標の妥当性を問う議論は考えられる。実際、日本医師会は「全国画一的な数値によって規制されるものではありません」と主張¹⁴しており、ガイドラインも「数値を絶対的な基準として取り扱うことや機械的な運用を行うことのないよう十分に留意する必要がある」としている。

この是非を論じる上では、医療が複雑系のシステムである点を念頭に置くべきだろう。例えば、医療サービスでは患者—医師の情報格差が大きく、医療の需要は患者のニーズだけでなく、医師の判断や決定が影響する分、先行きを正確に推計するのは難しい。さらに医師の業務は裁量性と専門性が高く、医師の過不足を正確に計算・予測するのも困難である。こうした状況で、どんなに精緻な指標や試算を作っても将来を予想し切れるとは考えにくく、一定の機械的な線引きは止むを得ない面がある。

実際、今回の医師偏在指標は一つの前提に立った機械的な計算式に基づいており、地域の実情を反映しているとは限らないが、それでも医師の偏在を巡る状況が数値として可視化され、目標医師数という「目安」が示された意味合いは大きい。

第2に、後述する通り、「医療行政の都道府県化」が進んで行く中、地域の実情に沿って都道府県が大学病院、民間医療機関の経営者などと協議しつつ、偏在是正に取り組む方向性が示された点である。この点については、後述する。

さらに、▽2036年という是正目標に向けた年次が定められた、▽都道府県による派遣調整など政策実現手段がパッケージで示された——といった点は初めてであり、実効性を高めようとしている意味合いは大きい。

3 | 2017年の厚生労働省調査に見る可能性

では、医師確保計画はどこまで有効に機能するのだろうか。厚生労働省の研究班が2017年に実施した「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」¹⁵を見ると、医師の44%が「地方で勤務する意思がある」と回答していた。この調査では「地方勤務」を東京23区、政令指定都市、県庁所在市などの都市部以外と定義しており、「地方勤務＝過疎地勤務」を意味しているわけではないが、地方で勤務する意思のない医師に対し、その理由を問うたところ、20代の医師は専門医資格の取得が都市部よりも困難になる点、30～40代の医師は子どもの教育環境が十分に得られない点を挙げている。

そこで、地方で働く医師を増やす方策として、単なる金銭面での待遇だけでなく、研修機会の確保などキャリアアップのコースを示したり、保育所の整備など子育て環境を充実させたりする選択肢が考えられ、こうした必要性はガイドラインにも言及されている。実際、「努力によってそれ（注：医師偏在の要因）を除去したり緩和したりすることができれば、医師を地方に招聘することは可能となる」といった評価もある¹⁶。

4 | Homecoming Salmon 仮説から見た可能性

医師確保計画がエビデンスとして依拠しているのが「Homecoming Salmon 仮説」である。これは鮭

¹⁴ 2019年10月16日、日本医師会地域医療対策委員会「2018・2019年度地域医療対策委員会中間答申」。

¹⁵ 2017年4月6日、第15回新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会資料「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」を参照。回答者数は1万5,677人。

¹⁶ 桐野高明（2018）『医師の不足と過剰』東京大学出版会 p168。

(Salmon) が海を回遊した後、生まれた川に帰って来て産卵する (Homecoming) ように、地方で教育された地方出身の医学生が卒業後、地元に着定する可能性が高いことを指す。厚生労働省の資料¹⁷では、ノルウェー北部の地方都市で教育を受けた医師の多くがノルウェー北部に着定したエビデンス¹⁸や、医師養成段階での介入が重要と指摘している WHO (世界保健機関) の 2010 年ガイドラインに言及している¹⁹。

中でも、WHO のガイドラインは「Homecoming Salmon 仮説」という言葉自体を用いていないが、エビデンスや効果、効率性などの観点に立ち、「へき地での実践志向を持つ学生を増やすため、へき地のバックグラウンドを持つ学生に対し、様々な教育プログラムを提供することで介入していく政策」「へき地で働く医療従事者の仕事に対する満足度と定着率を高めるための学生向けカリキュラムの見直し」「医療従事者と家族を取り巻く生活条件の改善」「経験や教育、訓練の結果、へき地を離れなくても、医療従事者がキャリアアップできるプログラムの開発・支援」「へき地で医療を提供する医師の士気や地位向上を促すとともに、専門職として孤立を感じないような専門職のネットワーク、組織の結成」「へき地で働く専門職の表彰」の選択肢を「強く推奨」としており、医師確保計画の内容と重複する部分が多い。

日本でも「Homecoming Salmon 仮説」の傾向が見られ、厚生労働省が 2017 年に実施した臨床研修修了者に対するアンケート調査 (回答者数 6,442 人) を見ると、臨床研修地と希望勤務地が一致している人が 74.0% に上る。医師確保計画が地域枠の設定を重視したり、制度化に際して臨床研修機関の指定権限を都道府県に移譲したりしているのは、こうした考え方に基づいている。

しかし、医師確保計画は偏在是正や医師確保だけで見ても、「木を見て森を見ず」の結果になりかねない。以下、地域医療構想などを絡めた三位一体の動きに加えて、医療行政の都道府県化との関係を論じることとする。

7——医師確保計画の評価(2)～三位一体、医療行政の都道府県化との関係～

1 | 地域医療構想、医師働き方改革による三位一体化

先に触れた通り、ガイドラインは地域医療構想、医師の働き方改革と医師偏在対策を三位一体として捉える必要性を強調している。しかし、ガイドラインを見ても、どう関連するのか具体的な姿は見えにくい。ここでは予測も含めて、3つの提供体制改革がどう絡んでくるのか予測してみよう。

まず、地域医療構想とは先に触れた通り、2025 年を意識した病床削減を含めた提供体制改革を指しており、2017 年 3 月までに各都道府県が策定した。これを通じて今後、病床数が削減されたり、医療機関が統合されたりすると、大学病院が若手医師などを派遣する病院が減少するため、結果的に医師少数区域に医師を派遣できる余裕が生まれる可能性がある。

さらに医師の働き方改革のインパクトは大きいと思われる。具体的には、医師の長時間勤務が制限されれば、医師の超過勤務で病床数や病院の機能を維持できていた病院の機能、特に急性期病床を継

¹⁷ 2017 年 9 月 13 日、医療従事者の需給に関する検討会第 11 回医師需給分科会資料。

¹⁸ Jeanette H Magnus et.al (1993) “Rural doctor recruitment: does medical education in rural districts recruit doctors to rural areas?” *Medical Education* 27, pp250-253.

¹⁹ World Health Organization (2010) “Increasing access to health workers in remote and rural areas through retention” を参照。

続できなくなる可能性がある。この状況では、医師を確保できない医療機関は再編・統合、あるいは病床の転換が必要になり、結果的に地域医療構想が進む可能性がある。

実際、労働基準監督署が医療機関に対して立入調査するケースが増えているとされ、長時間労働の常態化や夜間・休日勤務に対する賃金の未払いなどが問題視され、診療体制の見直しを迫られたケースもあるという²⁰。

さらに、厚生労働省幹部も「まずは個々の病院の課題を洗い出し、自院でできることを、しっかり検討して実施していただく。その上で、『自分の病院は、今のこの診療体制では働き方改革への対応は無理』となった時、地域でまとめた地域医療構想を一つの対応の方向として、重点化や集約化も視野に取り組むのが自然」「医師の働き方改革は、将来の医療需要を見据えた適切な医療提供体制とマンパワーの配置に向かって、体制を転換するための非常に強いドライビングフォースになる」と説明している²¹。今後、都道府県主体による偏在是正の動きが本格化する中で、三位一体の動きが加速し、都道府県には複雑かつ多面的な調整が求められる。

2 | 医療行政の都道府県化とも密接に関係

医師確保計画は「医療行政の都道府県化」の一つも構成している。2017年6月の骨太方針（経済財政運営と改革の基本方針）では、2018年4月に実施された3つの改革、つまり地域医療構想を含めた医療計画の改定、医療費適正化計画の改定、国民健康保険の都道府県化の「3点セット」を意識しつつ、医療行政に関する「都道府県の総合的なガバナンスの強化」を進めるとしていた。

さらに、2019年12月の全世代型社会保障検討会議の中間報告では「来年夏の最終報告に向けた課題」として、末尾に以下のような文章が盛り込まれている。

特に、地域医療構想、医師の働き方改革、医師偏在対策を三位一体で推進する。国民の高齢期における適切な医療の確保を図るためにも地域の実情に応じた医療提供体制の整備等が必要であり、持続可能かつ効率的な医療提供体制に向けた都道府県の取組を支援することを含め、地方公共団体による保険者機能の適切な発揮・強化等のための取組等を通じて、国と地方が協働して実効性のある社会保障改革を進める基盤を整備する。あわせて、地域や保険制度、保険者の差異による保険料水準の合理的でない違いについて、その平準化に努めていく。

既に医師確保計画と地域医療構想のリンクは述べたので、ここでは国民健康保険の都道府県化と医師確保計画の関係を述べることにしよう。2018年度の都道府県化に際しては、高齢化率や所得など地域の責任で解決できない要素を考慮した上で、都道府県から市町村に税金が分配されるようになり、高齢化率と所得、世帯構成が同じであれば、保険料の水準が都道府県内で同じになる仕組みとなった。

しかし、2018年度の都道府県化の時点では「市町村ごとの医療費水準が大幅に異なる」などの理由を挙げつつ、保険料水準の統一に前向きな都道府県は少なく、年限を設定しつつ保険料水準の統一に

²⁰ 福井次矢（2017）「労働基準監督署への対応」『病院』Vol. 76 No. 10 を参照。

²¹ 2019年6月5日『m3.com』配信記事における厚生労働省の迫井正深官房審議官に対するインタビュー記事のコメント。

前向きな姿勢を示したのは8道府県にとどまった²²。このため、経済財政諮問会議の民間議員は「(注：保険料水準の統一は) 全く全国的な動きとはなっておらず、しっかりと取り組んでいただく必要がある」と求めている²³。

ここで、ポイントとなるのは医療費と保険料の関係である、医療経済学の「医師需要誘発仮説」に従うと、一般的に病床数や医師が多い場合、医療費は増加する傾向があり、医療機関や医師数の偏在は地域内の医療費が影響を与えている可能性が高い。この結果、都道府県内の医療費と保険料を平準化させる上では、医療機関や医師の偏在是正が必要になるという結論に至る。

分かりやすく言えば、「医師偏在是正→市町村ごとの保険料水準の平準化→都道府県内での国民健康保険料の保険料水準の統一→医療行政の都道府県化の推進」という経路を期待できるのである。全世代型社会保障検討会議の中間報告が「三位一体」に言及しているのも、こうした問題意識に立っている可能性が高く、医師確保計画が医療行政の都道府県化の一翼を担っている様子を理解できる。

つまり、医師確保計画を考える時、医師の偏在是正だけを見るのではなく、地域医療構想や国民健康保険の都道府県化を含めた医療行政の都道府県化とのリンクを意識する必要がある。言い換えると、それだけ都道府県が複雑かつ多面的な調整を求められていると言える。

8——医師確保計画の困難性～地域医療構想との対比で～

1 | 民間中心の提供体制における難しさ

しかし、筆者自身、医師確保計画に基づく偏在是正が実現するのは容易ではないと考えている。日本は民間中心の提供体制の下、開業の自由など相当な部分を医師の自由裁量に任せてきたため、都道府県が医師確保計画を作るだけでは実効性を持ち得ないためだ。

実際、ガイドラインは「医師確保計画に基づく施策の実施に向けて、大学や医療機関、地域の医療関係者の自主的な取組や協議を促進するためには、共通認識の形成に資する情報の整備・提供が必要となる」と指摘しており、こうした困難の下で医師の偏在是正に努めなければならない難しさがある。

言い換えると、医師の強制配置などの方策を採り得ない中、「Homecoming Salmon 仮説」を中心としたエビデンスを基に、政策的な進めやすさも考慮しつつ、合意形成をベースに医師の養成過程から関与していく方法が選ばれたと言えそうだ。

2 | 地域医療構想との対比から見える共通点と難しさ

こうした難しさについては、病床数のコントロールを図る地域医療構想と共通している。地域医療構想の場合、現状と2025年時点の「必要病床数」を比較し、将来的に病床が余剰または不足する状況を可視化した。これを医師確保計画の目標医師数と比べると、目標年次の違いは別にしても、将来像の可視化という点では共通している。

さらに、自主的な対応や合意形成をベースとしている点も同じである。地域医療構想の場合、都道府県は民間医療機関の病床削減などについて、ほとんど権限を有していないため、可視化されたデータを基にして、関係者で構成する「地域医療構想調整会議」(以下、調整会議)を中心に、民間医療機

²² 詳細は拙稿レポート2018年4月13日「[国保の都道府県化で何が変わるのか\(中\)](#)」を参照。

²³ 2019年5月31日経済財政諮問会議議事要旨。

関の自主的な対応と合意形成を図るとしている。

一方、医師確保計画に関しても地域医療対策協議会での合意形成を重視しており、地域医療構想の調整会議を地域医療対策協議会に読み替えれば、その構造は全く同一である。つまり、医師確保計画は「地域医療構想の医師版」の側面を持つ。

ただ、大きな違いは政策のターゲットである。地域医療構想がターゲットに据えている病床に関しては、建物や機器の整備や人員配置などが必要になるため、移動したり、改廃したりすることは難しい。これに対し、医師確保計画で動かそうとしているのは医師、つまり人間であり、病床に比べれば人間は簡単に移動できる分、行政の統制には限界がある。例えば、過疎地で働く医師が「大都市部で専門的な研修を受けたい」と希望した場合、行政が「研修先は医師多数都道府県なので、引っ越さないで下さい」とストップするのは無理である。

中でも、都道府県をまたがる医師偏在の是正は容易ではない。厚生労働省の資料では「都道府県等の医師の多寡に応じた地域枠等の設定」「医師少数区域に配慮した臨床研修病院の定員設定」という文言が示されており、地域枠や臨床研修病院を決定する際、医師多数都道府県ではなく、医師少数都道府県を優先する考えを示しているが、医師確保に関する首長、地方議員の関心は強く、医師多数都道府県との調整プロセスは難航しそうだ。

その結果、「医師偏在是正対策が有効に機能していない」という議論が高まり、医師の自由を一定程度、制限し、その代わりに「国、都道府県の権限を強化すべきだ」といった議論が高まってくるかもしれない。実際、医師不足に悩む県からは「地方病院勤務の義務化は必要ではないか」との声が出ている²⁴ほか、専門家の間でも「(注：専門家集団の自主的な調整が)うまく機能しないならば、多くの国でそうであるように、なんらかの規制を導入することもやむをえないと思われる」といった意見が出ている²⁵。過去には財政制度等審議会(財務相の諮問機関)が2009年6月の建議(意見書)で、医師偏在の是正に向けて行政による規制的手法の導入を訴えた経緯もある²⁶。

先に触れた通り、医師偏在指標について、日本医師会が画一的な運用を避けるように要請しているのも、行政主導による偏在是正を意識した動きと受け止められる。さらに、(下)で紹介する通り、「外来医療計画を通じて、開業の自由が制限されるのでは」という懸念が医師の間で高まっている²⁷とされ、今後は医師偏在を巡る論点として、「医師の開業(移動)の自由」「行政による統制」のバランスが議論される可能性がある。

3 | 求められる総合的な対策

では、こうした制約条件を踏まえつつ、現行制度の下で都道府県はどう対応すべきか。幾つか考え

²⁴ 2020年1月31日に発足した「地域医療を担う医師の確保を目指す知事の会」における達増拓也岩手県知事の発言。2020年2月1日『m3.com』配信記事。

²⁵ 森田朗(2019)「地方の医師不足を解消するには」『週刊エコノミスト』2019年10月1日号。

²⁶ 2009年6月3日財政制度等審議会建議「平成22年度予算編成の基本的考え方について」。この時には「国民医療費のほとんどが公費負担(保険料又は税金)であり、税金の投入されている比重も主要諸外国と比較しても大きいことや、医師の養成には多額の税金が投入されていること等にかんがみれば、医師が地域や診療科を選ぶこと等について、完全に自由であることは必然ではない」と主張した。

²⁷ 詳細は(下)で述べるが、日本医師会は外来医療計画について、「自由開業医制の否定ではない」と繰り返し言明している。2019年7月24日、6月25日『m3.com』配信記事を参照。

られる選択肢を挙げると、第1が総合診療医の育成・確保である。医師確保計画は産科・小児科を除くと、診療科の偏在是正を想定しておらず、「2次医療圏間、医師個人間の均一性を前提とせずぎているのでは」という指摘がある²⁸。こうした中で、医師不足地域で求められる地域では臓器・疾病別の専門医よりも病気やケガを全般的に診られる総合診療医の存在感が大きくなる。実際、2019年6月の骨太方針では「総合診療専門研修を受けた専攻医の確保数について議論しつつ、総合診療医の養成を促進するなどプライマリ・ケアへの対応を強化する」と盛り込まれているほか、本レポートで事例として紹介した北海道の医師確保計画案も総合診療医の養成・確保に言及している。

第2に、ドクターヘリやドクターカーなどの導入を通じて、少ない医師数で偏在是正に取り組む努力も必要であろう。複数の医師がローテーションで都市部と地方を巡回する愛媛県松山市のクリニックによる取り組みも参考になると思われる²⁹。

第3に、医師だけでなく、訪問看護師や保健師など他の専門職を活用することで、医療サービスを行き渡らせる努力も必要になる。歴史を振り返ると、かつて高知県が医師不足に対応するため、都道府県採用の保健婦（当時）を市町村に配属させる「駐在保健婦制度」を採用した経緯があり、医師の偏在是正とともに、こうした医師以外の専門職を活用する努力も必要であろう³⁰。一部地域で育成が進んでいる「コミュニティ・ナース」も一つの候補になり得るかもしれない³¹。

政府としても、都道府県レベルの医師偏在対策を後押しするため、▽医師から他の専門職に業務・権限を移譲する「タスクシフト」、▽オンライン診療など新しい技術の導入——なども進める必要があると思われる。中でも、タスクシフトは医師の働き方改革と密接に関わっており、法改正を含めて積極的に進める必要がある。

9—おわりに～複雑かつ多面的な調整が必要に～

医療専門職の偏在を是正する配置に着目した介入の努力について、現時点で信頼できるエビデンスは限定的——。医師確保に関する論文を分析したレビューでは、こうした結論が下されている³²。本レポートで取り上げた医師確保計画についても、医師偏在指標を通じて現状を可視化したり、都道府県の主体性を明記したりすることで、様々な工夫がなされた点は画期的だが、実効性は見えにくい。

さらに、医師確保計画は病床再編を目指す地域医療構想、医師の働き方改革を含めた三位一体に位置付けられており、費用負担面まで意識した医療行政の都道府県化の動きを加味すると、都道府県は今後、複雑かつ多面的な調整を求められるだろう。民間中心の提供体制の下、行政がダイレクトに関与できない限界を踏まえつつ、医療行政の司令塔として、都道府県には難しい役割が課せられていると言える。

（下）では医師確保計画とともに策定が進んでいる「外来医療計画」の分析と展望を試みる。

²⁸ 村上正泰（2019）「疑問が募る医師確保計画の指標と枠組み」『医薬経済』2019年3月15日号。

²⁹ 永井康徳（2017）「へき地と都市部を医師が行き来する循環型医療システム」『病院』76巻10号を参照。

³⁰ 駐在保健婦については、木村哲也（2012）『駐在保健婦の時代』医学書院を参照。

³¹ コミュニティ・ナースについては、矢田明子（2019）『コミュニティナース』木楽舎などを参照した。

³² Liesl Grobler et.al（2015）“Interventions for increasing the proportion of health professionals practicing in rural and other underserved areas” Cochran Library。