

# 基礎研 レター

## 医師の需給バランス 2022

医師偏在是正のためにどのような手立てが講じられているか？

保険研究部 主席研究員 篠原 拓也  
(03)3512-1823 tshino@nli-research.co.jp

### 1—はじめに

人口の高齢化が進むなかで、医療サービスの安定供給が注目されている。厚生労働省の医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会(以下、「分科会」)では、6年以上に渡って人口構造の変化や地域の実情に応じた医療提供体制を構築すべく医師需給推計、医師偏在対策等の議論が重ねられてきた。分科会は、2022年2月に第5次中間とりまとめ(以下、「取りまとめ」)を公表した。

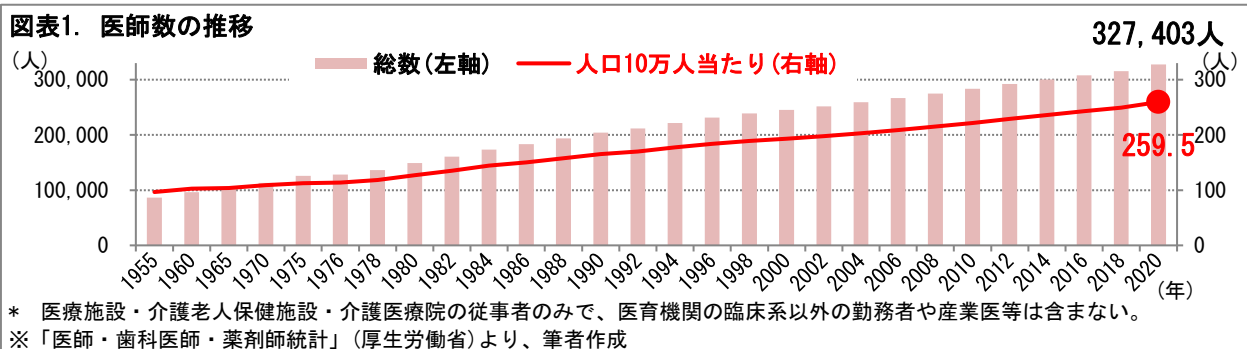
本稿では、その内容をもとに、日本の医師の配置の現状や見通しについて、見ていくこととしたい。

### 2—日本の医師の現状

まず、日本全体での医師数の推移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

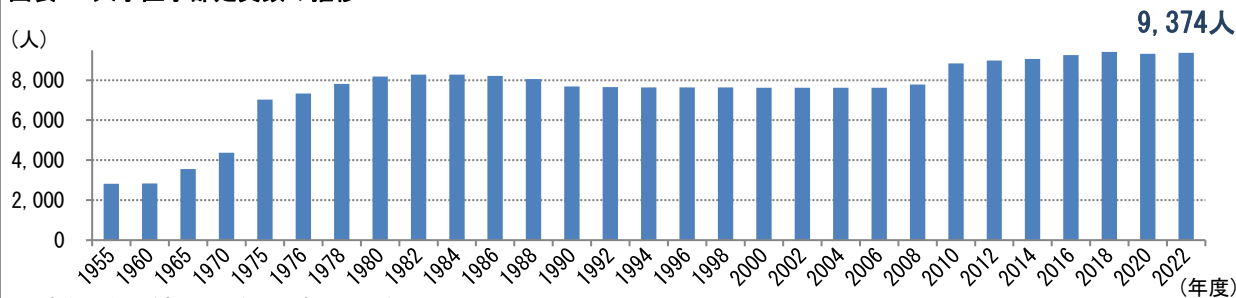
臨床の医師は、戦後一貫して増加し、2020年には32.7万人に達した。人口10万人当たり259.5人の医師が医療に従事している。2000年代には、医師不足の問題がメディアで取りあげられることもあったが、実際には医師は増加してきた。大学医学部の入学定員が安定的に推移し、新卒医師が着実に供給されてきたことが背景として挙げられる。入学定員は、2010年度に大きく引き上げられた。2022年度には、9,374人となっている。



<sup>1</sup> 「第5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, 令和4年2月7日)

<sup>2</sup> 本稿は、「[医師の需給バランス—医師の偏在は是正されるか?](#)」篠原拓也(ニッセイ基礎研究所, 基礎研レター, 2019年5月10日)の続編でもある。併せてご参照いただきたい。

図表2. 大学医学部定員数の推移



\* 防衛医科大(定員85人)は、含んでいない。

※「これまでの医学部入学定員増等の取組について」(文部科学省, 今後の医学部入学定員の在り方等に関する検討会(第1回), 平成22年12月22日, 資料2)、「令和4年度 医学部入学定員増について」(文部科学省, 2021年10月15日)より、筆者作成

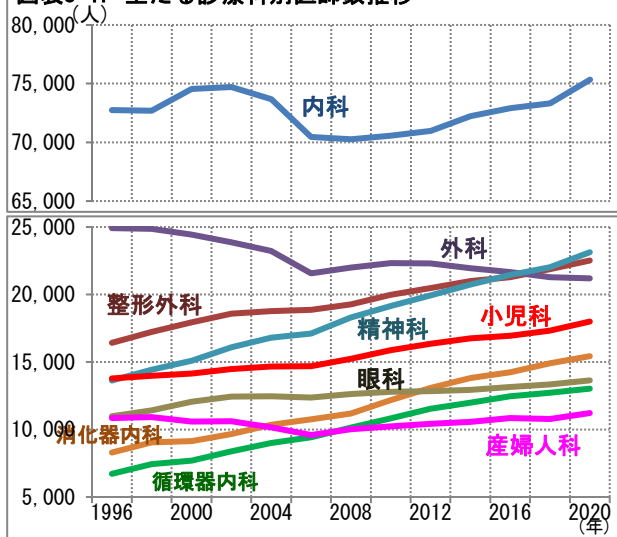
分科会では、取りまとめの中で、「令和11年頃に需給が均衡し、その後も医師数は増加を続ける一方で、人口減少に伴い将来的には医師需要が減少局面になるため、医師の増加のペースについては見直しが必要」としている。

## 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

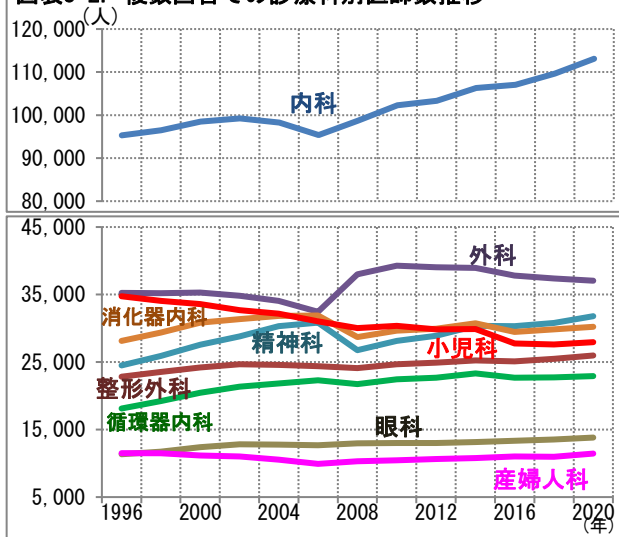
つぎに、診療科別の医師数の推移をみてみよう。1996～2020年の24年間で、主たる診療科をみると、多くの診療科で、医師は増加している。そのなかで、外科は減少、産婦人科はほぼ横這いとなっている。

医師が診療科を複数回答した場合でみると、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。その背景として、これらの診療科では医師の当直や拘束時間が多く激務であることや、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ったことから<sup>3</sup>、これまで内科と兼ねていた診療所が内科のみを標榜するようになった、などの変化があったものとみられる。引き続き、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



\* 内科には、腎臓内科、糖尿病内科(代謝内科)、血液内科を合算、外科には、乳腺外科、消化器外科(胃腸外科)を合算。精神科には、神経内科、神経科、心療内科を合算。循環器内科には、循環器科を合算。消化器内科には、消化器科を合算している。

※「医師・歯科医師・薬剤師統計」(厚生労働省)より、筆者作成

<sup>3</sup> 2000年代には、さまざまな文献やサイトで同様の指摘がなされた。例えば、平成22年11月11日開催の社会保障審議会医療部会(厚生労働省)の資料1には、「産婦人科の訴訟リスクは、他の診療科に比べて高い」と指摘されている。

### 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分科会で審議が進められ、2019年3月に第4次中間取りまとめの中で公表された。以下、2020年8月の分科会で示された、同指標の確定値をもとに、医師の地域偏在の状況を概観していこう。<sup>4</sup>

#### 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。分科会は、つぎの「医師偏在指標」が設けて、定量的な比較を可能としている<sup>5</sup>。

図表 4. 医師偏在指標	
$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数}}{\frac{\text{地域の人口}}{10万} \times \text{地域の標準化受療率比}}$	<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>
※「医師確保計画を通じた医師偏在対策について」（医療従事者の需給に関する検討会 第35回 医師需給分科会、令和2年8月31日、参考資料3）をもとに、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ている。

#### (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>6</sup>と定め、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ている。

#### (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

<sup>4</sup> 同指標には批判もある。日本医師会は、「この指標は、一定の仮定を置いた上で機械的に試算した“相対的”な指標に過ぎない」としたうえで、地域の実情を反映させ、実効性のある医師確保対策につなげていく鍵は、医師会、大学、病院団体等の医療関係者を中心とした「地域医療対策協議会」が握っている、としている。（「日医ニュース」（2019年7月5日）より）

<sup>5</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ている。

<sup>6</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。

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ている。

(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されている。なお、見直しの間隔は、医師確保計画と同様に3年ごととされている。

2 | 医師は東日本で少数、西日本で多数の傾向

医師偏在指標の下位3分の1は医師少数区域、上位3分の1は医師多数区域とされている。2019年12月には、都道府県および二次医療圏ごとの医師偏在指標(確定値)が厚生労働省から各都道府県に通知された。このうち、都道府県については、東京、石川、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。(順位は、筆者が付した。)

図表 5-1. 都道府県ごとの医師偏在指標 (確定値)

			医師多数(244.8以上)			医師少数(215.3以下)		
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	224.7	29	東京	332.8	1	滋賀	244.8	16
青森	173.6	45	神奈川	230.9	26	京都	314.4	2
岩手	172.7	46	新潟	172.7	46	大阪	275.2	6
宮城	234.9	22	富山	220.9	30	兵庫	244.4	17
秋田	186.3	41	石川	272.2	7	奈良	242.3	19
山形	191.8	40	福井	233.7	24	和歌山	260.3	10
福島	179.5	43	山梨	224.9	27	鳥取	256.0	13
茨城	180.3	42	長野	202.5	37	島根	238.7	21
栃木	215.3	32	岐阜	206.6	36	岡山	283.2	4
群馬	210.9	34	静岡	194.5	39	広島	241.4	20
埼玉	177.1	44	愛知	224.9	28	山口	216.2	31
千葉	197.3	38	三重	211.2	33	徳島	272.2	7
						香川	251.9	15
						愛媛	233.1	25
						高知	256.4	12
						福岡	300.1	3
						佐賀	259.7	11
						長崎	263.7	9
						熊本	255.5	14
						大分	242.8	18
						宮崎	210.4	35
						鹿児島	234.1	23
						沖縄	276.0	5
						全国	239.8	—

※「医師確保計画を通じた医師偏在対策について」(医療従事者の需給に関する検討会 第35回 医師需給分科会, 令和2年8月31日, 参考資料3)をもとに、筆者作成。(順位と網掛けは筆者が付した。指標値が同じ場合は、同順位とした。)

図表 5-2. 二次医療圏ごとの医師偏在指標 (確定値)

都道府県	二次医療圏	指標値	順位	医師多数(198.9以上)・医師少数(161.6以下)の10医療圏			
東京	区中央部	789.3	1	北海道	北空知	118.8	326
東京	区西部	535.0	2	北海道	根室	116.1	327
福岡	久留米	414.8	3	北海道	北渡島檜山	115.3	328
京都	京都・乙訓	397.3	4	青森	西北五地域	114.3	329
福岡	福岡・糸島	387.9	5	岡山	高梁・新見	114.3	329
島根	出雲	381.4	6	岩手	宮古	113.7	331
滋賀	大津	378.3	7	香川	小豆	113.3	332
東京	区西南部	372.2	8	島根	雲南	112.5	333
東京	区南部	368.6	9	山形	最上	110.6	334
佐賀	中部	366.3	10	北海道	宗谷	108.4	335

※「医師確保計画を通じた医師偏在対策について」(医療従事者の需給に関する検討会 第35回 医師需給分科会, 令和2年8月31日, 参考資料3)をもとに、筆者作成。(順位と網掛けは筆者が付した。指標値が同じ場合は、同順位とした。)

4—産科と小児科の医師偏在指標

医師偏在指標は、産科と小児科についても設けられている。産科や小児科の医師の偏在状況を示し、

その是正のため施策を促す目的だ。都道府県別、二次医療圏別の指標値が示されている<sup>7</sup>。

図表 6. 産科と小児科の医師偏在指標

$$\text{産科医師偏在指標} = \frac{\text{標準化産科・産婦人科医師数}}{\text{分娩件数} \div 1000 \text{ 件}}$$

$$\text{小児科医師偏在指標} = \frac{\text{標準化小児科医師数}}{\frac{\text{地域の年少人口}}{10 \text{ 万}} \times \text{地域の標準化受療率比}}$$

・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。

・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。

・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。

※「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

図表 7. 都道府県ごとの産科と小児科の医師偏在指標（確定値） **下位3分の1（産科医師11.3以下、小児科医師98.3以下）**

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	12.8	17	109.1	24	滋賀	11.3	32	113.1	21
青森	9.4	43	93.4	37	京都	15.1	7	143.6	2
岩手	10.7	36	94.8	36	大阪	16.0	4	110.6	23
宮城	12.5	20	99.3	30	兵庫	12.5	20	104.3	28
秋田	16.5	3	119.9	11	奈良	16.8	2	98.3	32
山形	12.1	23	108.0	25	和歌山	13.7	11	121.6	9
福島	8.6	46	96.3	34	鳥取	15.8	5	168.6	1
茨城	10.3	41	82.2	47	島根	11.9	25	117.6	14
栃木	12.9	15	91.4	40	岡山	12.8	17	118.8	12
群馬	11.4	30	117.5	15	広島	12.2	22	95.7	35
埼玉	8.9	45	83.9	46	山口	11.5	29	107.0	27
千葉	11.0	33	84.5	44	徳島	15.8	5	126.5	7
東京	18.0	1	139.3	3	香川	11.4	30	120.2	10
神奈川	13.8	10	97.6	33	愛媛	10.8	35	115.1	20
新潟	9.4	43	103.4	29	高知	10.6	38	130.5	4
富山	13.3	13	128.6	6	福岡	13.5	12	115.4	18
石川	13.1	14	116.9	16	佐賀	10.9	34	116.5	17
福井	14.5	8	123.7	8	長崎	12.1	23	118.5	13
山梨	14.0	9	129.1	5	熊本	8.2	47	107.9	26
長野	10.7	36	112.0	22	大分	11.9	25	115.4	18
岐阜	10.5	39	98.8	31	宮崎	10.4	40	86.8	42
静岡	12.6	19	84.2	45	鹿児島	10.1	42	85.9	43
愛知	11.9	25	89.2	41	沖縄	11.8	28	93.4	37
三重	12.9	15	92.5	39	全国	12.8	—	106.2	—

※「医師確保計画を通じた医師偏在対策について」（医療従事者の需給に関する検討会 第35回 医師需給分科会、令和2年8月31日、参考資料3）をもとに、筆者作成。（順位と網掛けは筆者が付した。指標値が同じ場合は、同順位とした。）

## 5— 医師偏在の是正対策

取りまとめでは、これまでに進められてきた医師偏在の是正対策についてまとめている。分科会での検討に加えて、医道審議会 医師分科会 医師臨床研修部会での臨床研修医の対策や、同 医師専門研

<sup>7</sup> このほか、外来医師偏在指標も設けられ、二次医療圏別の指数が示されている。これは、

$$\text{外来医師偏在指標} = \frac{\text{標準化診療所医師数}}{\left(\frac{\text{地域の人口}}{10 \text{ 万}} \times \text{地域の標準化外来受療率比}\right) \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合}}$$

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。

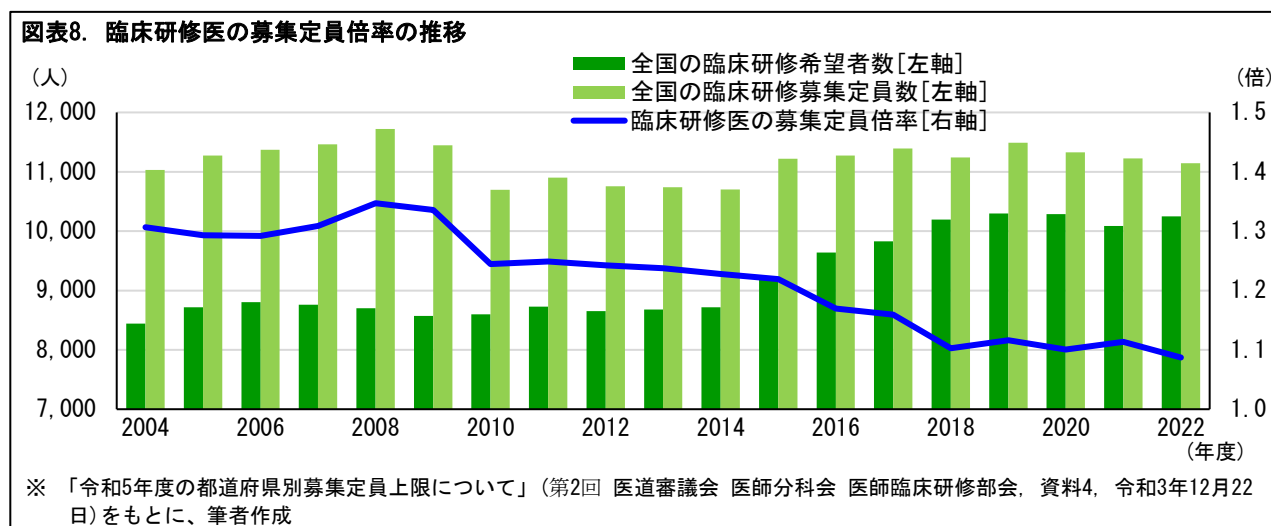
修部会での専攻医の対策などが挙げられている。

### 1 | 地域偏在対策として地域枠を設けた

分科会では、第4次中間取りまとめで、医師偏在指標の算出を通じて、医師少数地域・医師多数地域を設定した。そのうえで、臨時定員に係る地域枠を、一般枠とは別枠で選抜することとした。地域枠の要件は、原則、医師として勤務開始直後より当該都道府県で9年以上従事することと、キャリア形成プログラム<sup>8)</sup>に参加することとした。

### 2 | 臨床研修では募集定員倍率を下げる地域偏在対策が進んだ

臨床研修医の対策として、都道府県別の募集定員上限が設定されている。面積や人口当たりの医師数などを踏まえつつ、医師が少ない都道府県の定員を確保し、研修希望者よりも多く確保している全国の募集定員を絞ることで、地域偏在対策を講じた。具体的には、臨床研修を必修化した2004年度以降で、募集定員倍率(臨床研修希望者数に対する、臨床研修募集定員数の倍率)が1.3倍を超える時期もあった。2010年代に、募集定員数を減らしていくことで、この倍率は徐々に下がり、2022年度に1.09倍に低下している。2025年度には、約1.05倍にまで下げる方針が示されている。



### 3 | 専門医については、都道府県別・診療科別の専攻医上限を設定した

2018年に日本専門医機構を通じた、新たな専門医制度がスタートした。それまで各学会で独自に運用されていた専門医認定プログラムが、第三者機関の日本専門医機構で運用されることとなり、専門医資格の認定ルールの統一が図られている。

この新専門医制度では、専門医の地域・診療科の偏在について配慮することとされている。具体的には、都道府県別に必要医師数に達している診療科に対して、専攻医の採用数上限(シーリング)を設定する対策がとられている<sup>9)</sup>。

<sup>8)</sup> 地域における医師不足や地域偏在の解消と、専門医の取得といった医師能力の開発・向上の両立を図るため、地域勤務の義務年限中におけるキャリア形成について診療科や就業先となる医療機関等をタイプ別に、都道府県が様々なコースを示したものの。

<sup>9)</sup> シーリングは、都市部ほど設定されやすい傾向がある。たとえば、2022年シーリングで、東京都は、内科、小児科、皮膚科、精神科、整形外科、眼科、耳鼻咽喉科、脳神経外科、放射線科、麻酔科、形成外科、リハビリテーション科で設定されている。これは、示されているなかでは、泌尿器科以外の診療科すべてに相当する。一方、東北地方の諸県には全く設定さ

#### 4 | 都道府県は医師確保計画を策定して偏在是正のためのインセンティブを設定している

都道府県では、医療法・医師法に基づいて、医師確保計画を策定することとされている。厚生労働省が示している策定ガイドラインによると、都道府県は、まず医師偏在指標により医師の偏在の状況を把握する。そのうえで、目標医師数や確保方針を盛り込んだ医師確保計画を策定する。計画実施にあたっては、医師少数都道府県での地域医療介護総合確保基金の活用や、医師少数区域等の環境適応を促すキャリア形成プログラムを設けることなどが示されている。

また、取りまとめによると、医師少数区域等での一定期間の勤務経験を厚生労働大臣が認定・評価する制度を創設し、認定を受けた医師について、地域医療支援病院の管理者要件や医師少数区域等で診療を実施する際の支援等のインセンティブが設定されている。

今後は、各都道府県が2024年度に向けて進めている医療計画改定のなかで医師の偏在是正に取り組むことになるものと見通される。

#### 6—おわりに（私見）

医療サービスの提供を円滑に進めるうえで、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、避けては通れない問題といえる。今回公表された、第5次中間とりまとめは、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。

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。

---

れていない。なお、外科、産婦人科、病理科、臨床検査科、総合診療科はシーリングの対象から、除外されている。